



بررسی مسیر مراجعه بیماران روانی به بیمارستان امام حسین (ع) در سال ۱۳۷۸

دکتر سپیده امیدواری^{۱*}، دکتر مهدی بینا^{۱**}، دکتر محمد تقی یاسمی^{۱***}

چکیده

هدف: شناسایی مسیری که بیماران روانی برای دسترسی به خدمات روانپزشکی طی می‌کنند، میزان مراجعه آنان به پزشکان عمومی، سایر متخصصان، مراکز بهداشتی - درمانی، درمانگران سنتی، به کار بردن داروهای گیاهی و چگونگی ارجاع ایشان به مرکز آموزشی - درمانی امام حسین (ع) هدف این پژوهش است. روش: با استفاده از یک پرسشنامه ۲۳ ماده‌ای، ۲۵۶ نفر (۱۰۹ زن و ۱۴۷ مرد) از مراجعه کنندگان به این مرکز مورد بررسی قرار گرفتند. این افراد بر اساس نمونه‌گیری تصادفی انتخاب شده بودند، میانگین سنی آنان $28/9 \pm 14/2$ سال، ۲۱٪ متأهل و ۵۵/۵٪ مجرد بودند. برای تجزیه و تحلیل یافته‌های پژوهش آزمون خی دو به کار گرفته شد. یافته‌ها: نتایج نشان داد که ۸۴/۳٪ از افراد مورد بررسی در نخستین اقدام برای درمان بیماری فعلی خود به پزشکان و مراکز درمانی و ۱۴/۵٪ به درمانگران سنتی و درمانهای جایگزین مراجعه نموده بودند، ۲۲/۵٪ از کل افراد در طول مدت بیماری خود به دعانویس مراجعه کرده بودند. ۶۵/۷٪ از مراجعه کنندگان به مرکز مورد بررسی، توسط بستگان، دوستان و آشنایان به این مرکز معرفی شده بودند. میانگین فاصله زمانی میان بروز نخستین نشانه‌های بیماری تا مراجعه به نخستین درمانگر، $4/08 \pm 2/2$ سال و میانگین فاصله زمانی میان بروز نخستین نشانه‌های بیماری تا مراجعه به روانپزشک یا مرکز روانپزشکی $5/2 \pm 3/6$ سال بوده است. نتیجه: نتایج نشان داد که درمانگران سنتی هنوز نقش مهمی در جذب بیماران دارند و نزدیک به $\frac{1}{4}$ بیماران پس از مزم شدن بیماری به روانپزشک مراجعه می‌کنند.

Andeeshah
Vs
Raftar
اندیشه و رفتار

۴

کلید واژه: مسیر مراجعه بیماران روانی، مراکز روانپزشکی، درمان سنتی، تهران

* روانپزشک، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران. تهران، انتهای بلوار کشاورز، بیمارستان امام خمینی، درمانگاه روان پزشکی.

** روانپزشک، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی. تهران، خیابان شهید مدنی، بیمارستان امام حسین (ع)، بخش روان پزشکی.

*** روانپزشک، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی شهید بهشتی. تهران، خیابان شهید مدنی، بیمارستان امام حسین (ع)، بخش روان پزشکی.

مقدمه

رفتار بیمار و نشانه‌های بیماری هر دو تحت تأثیر تجربه‌های پیشین شخص از بیماری و باورهای فرهنگی او درباره آن قرار می‌گیرند. از این رو نقش فرهنگ در گزارش و نمایش نشانه‌های بیماری دارای اهمیت به شمار می‌رود. بازنگری نیازسنجی‌ها^(۱) نشانگر آن است که بیشتر افراد مبتلا به مشکلات جدی هیجانی^(۲) در جستجوی کمک حرفه‌ای بر نمی‌آیند و برخی درمانگران غیر رسمی نیز هنوز درگیر درمان اختلالهای هیجانی هستند (کاپلان و سادوک، ۱۹۹۵ و ۱۹۹۸).

بررسیها نشان داده‌اند که بیشتر مردم نمی‌دانند که چه هنگام یک مشکل شخصی به اندازه کافی بزرگ است و نیازمند مراقبت حرفه‌ای است. بسیاری از پزشکان غیر روانپزشک، بیماران روانی را می‌پذیرند. بررسیها نشان داده‌اند که نزدیک به ۶۰٪ بیماران مبتلا به اختلالهای روانی، به یک پزشک غیر روانپزشک در هر دوره شش ماهه مراجعه می‌کنند و بیماران روانی دوبار بیشتر از سایر بیماران به پزشکان عمومی مراجعه می‌کنند (همان جا). در سال ۱۹۸۰، هاکسلی^(۳) و گلدبرگ^(۴) الگویی را برای مسیر مراجعه بیماران به مراقبتهای روانپزشکی ارائه دادند. بر پایه این الگو بیماری‌رانی که به یک بخش روانپزشکی مراجعه می‌کنند، نخست با پزشک عمومی خود مشورت می‌کنند و سپس به یک مرکز بهداشت روانی ارجاع می‌شوند. برخی از بیماران نیز از راههای دیگری وارد این مسیر می‌شوند. از آنجا که در آن هنگام درباره میزان و چگونگی ارجاع در مسیرهای دیگر اطلاعاتی در دست نبود از این رو سازمان جهانی بهداشت در سال ۱۹۸۸ برنامه‌ای را بسا هدف بهبود بخشیدن کیفیت مراقبتهای موجود از بیماران روانی ارائه نمود و یک بررسی راهنما را برای اجرا در یک منطقه به منظور روشن شدن مسیر مراجعه بیماران در نظر گرفت (گیترو و گلدبرگ، ۱۹۹۱).

بررسیهای انجام شده در کشورهای توسعه یافته، نشان

داده‌اند که بسیاری از بیماران دارای مشکلات روانی - رفتاری را جامعه به پزشکان عمومی و سپس به روانپزشکان ارجاع داده است. در حالیکه گروهی نیز توسط متخصصان دیگر و درصد کمی نیز توسط مددکاران اجتماعی، گروههای خدماتی داوطلب، پرستاران و پلیس به روانپزشک معرفی می‌شوند. در مواردی، برخی از این ارجاع دهندگان خود به ارائه خدمات روانپزشکی نیز می‌پردازند (ابیودون^(۵)، ۱۹۹۵).

شیوه ارجاع در کشورهای در حال توسعه تا اندازه‌ای متفاوت است. بررسیها نشان داده‌اند که درمانگران سنتی در کشورهای در حال توسعه، کارکرد اجتماعی گسترده‌تری دارند. آموخته‌ها و تدابیر درمانی آنها مبتنی بر نگرشها و باورهای جامعه است و بر پایه فرهنگ جامعه و ارزشهای رایج آن شکل گرفته است. از این رو ممکن است تأثیر و نفوذ چشمگیری در نگرش مردم در زمینه‌های مهمی، از جمله مراقبتهای بهداشت روانی داشته باشند (سازمان جهانی بهداشت، ۱۹۷۵؛ گاویریایا^(۶)، وینتروب^(۷)، ۱۹۷۶). بررسیهای انجام شده در کشورهای رو به رشد و کشور ما نیز در تأیید نکات یاد شده هستند (گیترو^(۸)، سوسا^(۹) و بارینتوز^(۱۰) ۱۹۹۱؛ مکلاکلان^(۱۱)، ۱۹۹۵؛ ابیودون، ۱۹۹۵؛ ری^(۱۲) و همکاران، ۱۹۹۵؛ شاه‌محمدی، ۱۳۶۹؛ شاه‌محمدی، بیان زاده و احسان منش، ۱۳۷۷؛ داویدیان و ساعدی، ۱۳۴۴؛ داویدیان، ۱۳۶۰، داویدیان، ۱۳۵۰).

در پژوهش حاضر، "مسیر مراجعه بیماران روانی به بیمارستان امام حسین (ع)"، به عنوان یکی از مراکز روانپزشکی کشور که از بخشهای گوناگون شهر تهران و نیز برخی شهرستانهای دیگر به آن مراجعه می‌شود، مورد

1-needs assessment	2-emotional
3-Huxley	4-Goldberg
5-Abiodun	6-Gaviria
7-Wintrob	8-Gater
9-Sousa	10-Barrientos
11-Maclachlan	12-Rhi

بررسی قرار گرفته است تا نمونه‌ای از الگوی پی جویی بیماران روانی مراجعه کننده به مراکز روانپزشکی را برای دریافت خدمات درمانی نشان دهد.

روش

آزمودنیهای پژوهش را ۲۵۶ نفر از مراجعین به مجموعه روانپزشکی بیمارستان امام حسین (ع) در سال ۱۳۷۸ تشکیل می‌دهند. روش انتخاب آزمودنیها به صورت تصادفی بوده و ابزار مورد استفاده یک پرسشنامه دارای ۲۳ ماده بود. این پرسشها مربوط به اطلاعاتی در زمینه‌های زیر می‌باشند:

سن، جنس، شغل، وضعیت تأهل، تحصیلات، محل تولد، محل سکونت، زمان شروع بیماری فعلی، نخستین اقدام برای درمان بیماری فعلی، موارد مراجعه بیمار در طول بیماری، منبع معرفی کننده به نخستین مرکز روانپزشکی یا روانپزشک، مراجعه به درمانگران سنتی پیش از نخستین مراجعه به روانپزشک، مراجعه به درمانگران سنتی پس از مراجعه به روانپزشک، شمار مراجعه به درمانگران سنتی پیش از مراجعه به روانپزشک و در طول بیماری، ارجاع بیمار از واحدهای بهداشتی - درمانی، میزان هزینه پرداختی به درمانگران سنتی بطور متوسط جهت هر مراجعه و در طول بیماری، فاصله زمانی میان بروز نشانه‌های بیماری و مراجعه به درمانگر و فاصله زمانی میان بروز نشانه‌های بیماری و نخستین مراجعه به روانپزشک.

گردآوری داده‌ها با بهره‌گیری از این پرسشنامه که توسط پژوهشگر ساخته شده، طی مصاحبه با بیمار و خانواده وی انجام گردیده است. حجم نمونه به کمک شیوه‌های رایج تعیین آن و با توجه به بررسیهای پیشین تعیین گردید.

داده‌ها به کمک آزمون مجذور خی و با به کارگیری نرم افزار EPI-6 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته‌اند.

یافته‌ها

یافته‌های مربوط به ویژگیهای جمعیت شناختی ۲۵۶ آزمودنی پژوهش، شامل سن، جنس، وضعیت تأهل، شغل و تحصیلات در جدول ۱ ارائه گردیده است.

جدول ۱- توزیع فراوانی بیماران مورد بررسی در بیمارستان امام حسین (ع) بر حسب گروههای سنی، جنسیت، وضعیت تأهل، تحصیلات و شغل.

متغیرها	فراوانی	درصد
جنسیت		
مرد	۱۲۷	۵۷/۴
زن	۱۰۹	۴۲/۶
سن		
۱۵ ساله و پایین تر	۲۲	۱۶/۵
۱۶-۳۰ ساله	۱۱۳	۴۴/۱
۳۱-۵۰ ساله	۸۳	۳۲/۴
۵۱ ساله و بالاتر	۱۸	۷/۲
وضعیت تأهل		
متأهل	۱۰۵	۴۱
مجرد	۱۴۲	۵۵/۵
مطلقه/بیوه	۹	۳/۵
تحصیلات		
بی سواد	۲۴	۹/۳
دبستانی	۷۷	۳۰
راهنمایی و دبیرستانی	۱۰۹	۴۲/۵
دیپلم و بالاتر	۴۶	۱۷/۹
شغل*		
بیکار	۸۱	۳۲/۱
شاغل	۵۶	۲۲/۲
دانش آموز و دانشجو	۵۵	۲۱/۸
خانه دار	۶۰	۲۳/۸

* چهارتن از آزمودنیها کودک زیر ۶ سال بوده‌اند.

جدول ۲- توزیع فراوانی مطلق و نسبی افراد مورد بررسی بر حسب چگونگی ارجاع به نخستین مرکز روانپزشکی یا روانپزشک

منبع ارجاع	فراوانی	درصد
خانواده، خویشاوندان، دوستان و آشنایان	۱۶۸	۶۵/۶
خود بیمار	۱۱	۴/۳
پزشک عمومی	۱۸	۷
گروه پزشکی	۳۸	۱۴/۸
مراکز غیر پزشکی	۲۱	۸/۲
جمع	۲۵۶	۱۰۰

که ۷۹ نفر (۳۲/۴٪) از آزمودنیها پس از مراجعه به روانپزشک یا مرکز روانپزشکی از درمانهای سنتی بهره گرفته بودند و ۱۶۵ نفر (۶۷/۶٪) پس از مراجعه به روانپزشک یا مرکز روانپزشکی از این درمانها استفاده نکرده بودند. ۱۲ نفر از آزمودنیها در زمان اجرای پژوهش، نخستین مراجعه به روانپزشک را داشته‌اند.

از نظر شمار مراجعه به درمانگران سنتی، ۱۸۰ نفر (۷۰/۵٪) از آزمودنیها پیش از مراجعه به روانپزشک، به درمانگران سنتی مراجعه نداشته‌اند. ۳۱ نفر (۱۲/۵٪) ۱ بار، ۳۰ نفر (۱۱/۸٪) ۲-۴ بار و ۱۳ نفر (۵/۱٪) ۵ بار یا بیشتر به درمانگران سنتی مراجعه یا درمانهای جایگزین را به کار برده بودند. ۲ نفر از افراد مورد بررسی به این پرسش پاسخ نداده بودند. متوسط شمار مراجعه به درمانگران سنتی و درمانهای جایگزین در "مراجعه کنندگان به این درمانگران"، $5/6 \pm 3/3$ بار (۴۲-۱ بار) بوده است. همچنین ۱۲۵ نفر (۴۹/۲٪) از افراد مورد بررسی در طول بیماری خویش به این درمانگران مراجعه نداشته‌اند. ۴۷ نفر (۱۸/۵٪) ۱ بار، ۵۴ نفر (۲۱/۲٪) ۲-۴ بار و ۲۸ نفر (۱۱/۱٪) ۵ بار یا بیشتر در طول مدت بیماری به این درمانگران مراجعه کرده‌اند. ۲ نفر از افراد مورد بررسی به این پرسش پاسخ نداده‌اند. متوسط شمار

از نظر طول مدت بیماری فعلی، ۴۶ نفر (۱۸/۲٪) ۱ سال و کمتر از آن، ۷۹ نفر (۳۱/۲٪) بیش از یکسال تا ۵ سال و ۱۳۰ نفر (۵۰/۶٪) بیش از ۵ سال از بیماری فعلی شان گذشته بود و کمترین فراوانی مربوط به گروه دارای طول مدت بیماری ۱ سال و کمتر از آن بوده است. میانگین طول مدت بیماری $8/4 \pm 7/93$ سال، کمترین مدت ۱ ماه و طولانی‌ترین مدت بیماری ۵۰ سال بوده است.

از نظر نخستین جای مراجعه برای دریافت درمان، این بررسی نشان داد که ۲۱۶ نفر (۸۴/۴٪) در نخستین اقدام درمانی، به پزشکان، مراکز درمانی رسمی، مراکز مشاوره و روانشناسان مراجعه نموده‌اند و ۴۰ نفر (۱۵/۶٪) از درمانگران سنتی و جایگزین کمک گرفته‌اند. در گروه اول، ۸۱ نفر (۳۱/۶٪) از آزمودنیها در نخستین اقدام درمانی به روانپزشک، ۶۱ نفر (۲۳/۸٪) به پزشک عمومی و ۵۵ نفر (۲۱/۵٪) به متخصصان غیر روانپزشک مراجعه کرده بودند و در گروه دوم نیز، ۳۳ نفر (۱۲/۹٪) به دعانویس مراجعه کرده بودند.

نتایج نشان داد که ۲۴۴ نفر (۹۵/۳٪) پیش از مراجعه به بیمارستان امام حسین (ع) به روانپزشک، ۱۰۹ نفر (۴۲/۵٪) به دعانویس، ۹۸ نفر (۳۸/۲٪) به نورولوژیست، ۹۷ نفر (۳۷/۸٪) به پزشک عمومی، ۵۳ نفر (۲۰/۷٪) به متخصصان غیر روانپزشک مراجعه کرده بودند. ۵۳ نفر (۲۰/۷٪) نیز داروهای گیاهی برای درمان بیماری به کار برده بودند. همان‌گونه که ملاحظه می‌شود بیشترین فراوانی مربوط به مراجعه به روانپزشک و پس از آن، دعانویس بوده است.

منبع ارجاع به نخستین مرکز روانپزشکی یا روانپزشک در جدول ۲ آورده شده است.

از نظر بهره‌گیری از درمانهای سنتی و جایگزین، پیش از مراجعه به روانپزشک یا مرکز روانپزشکی، ۷۶ نفر از آزمودنیها (۲۹/۷٪)، این درمانها را پیش از مراجعه به روانپزشک به کار برده بودند و ۱۸۰ نفر (۷۰/۳٪) این درمانها را به کار نبرده بودند. این بررسی همچنین نشان داد

مراجعه به درمانگران سنتی و درمانهای جایگزین در "مراجعه کنندگان به این درمانگران"، در طول مدت بیماری $6/51 \pm 3/7$ بار، (۶۳-۱ بار) بوده است.

از کل افراد مورد بررسی تنها ۲ نفر (۰/۸٪) از مراکز بهداشتی - درمانی به بیمارستان امام حسین (ع) ارجاع شده بودند.

متوسط هزینه پرداختی به درمانگران سنتی برای هر مراجعه در جدول ۳ نشان داده شده است. میانگین هزینه پرداختی برای هر بار مراجعه به درمانگران سنتی و درمانهای جایگزین 2497 ± 4381 تومان، کمترین مقدار آن صفر (عدم پرداخت هزینه) و بیشترین مقدار آن ۳۰۰۰۰ تومان بوده است.

جدول ۳- متوسط هزینه پرداختی به درمانگران سنتی و درمانهای جایگزین برای هر مراجعه

میانگین هزینه پرداختی	فراوانی	درصد	جهت هر مراجعه
کمتر از ۵۰۰ تومان	۵۴	۴۲/۹	
۶۰۰-۱۰۰۰ تومان	۲۲	۱۷/۵	
۱۱۰۰-۵۰۰۰ تومان	۳۵	۲۸	
بیش از ۵۰۰۰ تومان	۱۵	۱۲	

میزان هزینه پرداختی به درمانگران سنتی در طول مدت بیماری نیز در جدول ۴ آورده شده است. میانگین هزینه پرداختی به درمانگران سنتی در طول مدت بیماری، در مورد کسانی که به این درمانگران مراجعه داشته‌اند، 17752 ± 70245 تومان، حداقل هزینه پرداختی صفر (عدم پرداخت هزینه) و حداکثر هزینه پرداختی ۷۰۰۰۰۰۰ تومان بوده است.

از نظر فاصله زمانی میان بروز نشانه‌های بیماری و نخستین مراجعه به درمانگر، ۷۲ نفر (۲۹/۴٪) یک ماه یا کمتر از آن، ۹۰ نفر (۳۶/۷٪) بیشتر از یک ماه تا یک سال و ۸۳ نفر (۳۳/۹٪) بیشتر از یک سال طول کشیده بود تا به

جدول ۴- میزان هزینه پرداختی به درمانگران سنتی و طب جایگزین در طول مدت بیماری

میزان هزینه پرداختی	فراوانی	درصد
کمتر از ۵۰۰ تومان	۳۶	۲۸/۶
۶۰۰-۱۰۰۰ تومان	۱۴	۱۱/۱
۱۱۰۰-۵۰۰۰ تومان	۳۸	۳۰/۳
۵۱۰۰-۲۰۰۰۰ تومان	۲۰	۱۶
بیش از ۲۰۰۰۰ تومان	۱۸	۱۴/۴

نخستین درمانگر مراجعه نمایند. میانگین فاصله زمانی میان بروز نخستین نشانه‌های بیماری تا مراجعه به درمانگر $4/08 \pm 2/2$ سال بوده است. کمترین فاصله زمانی بنا به گفته بیماران و خانواده آنان صفر (نخستین روز شروع نشانه‌های بیماری) و حداکثر فاصله زمانی ۲۱ سال بوده است.

از نظر فاصله زمانی میان بروز نشانه‌های بیماری و نخستین مراجعه به روانپزشک یا مرکز روانپزشکی، ۳۱ نفر از آزمودنیها (۱۲/۴٪) یک ماه یا کمتر از آن، ۹۰ نفر (۳۵/۹٪) بیشتر از یک ماه تا یکسال و ۱۳۰ نفر (۵۱/۸٪) بیشتر از یک سال طول کشیده بود تا به روانپزشک یا مرکز روانپزشکی مراجعه نمایند (با میانگین $5/4 \pm 3/6$ ، از یک روز تا ۳۳ سال).

در این پژوهش ارتباط ویژگیهای جمعیت شناختی (جنس، سن، وضعیت تأهل، تحصیلات و شغل) با سایر متغیرهای مورد نظر پژوهش مورد بررسی قرار گرفت و مشخص گردید که میان شغل و متغیر به کارگیری درمانهای سنتی و درمانهای جایگزین پیش از مراجعه به روانپزشک یا مرکز روانپزشکی ($X^2=9/8$ و $p<0/05$) میان سن و متغیر به کارگیری درمانهای یاد شده پس از مراجعه به روانپزشک یا مرکز روانپزشکی ($X^2=13/5$ و $p<0/01$) و نیز میان وضعیت تأهل (برای افزایش اعتبار آزمون افراد مطلقه و بیوه از تجزیه و تحلیل کنار گذاشته شدند) و متغیر فاصله زمانی میان بروز نخستین نشانه‌های بیماری و

مراجعه به نخستین درمانگر ($p < 0/01$ و $X^2 = 8/42$) ارتباط معنی داری دیده شد، اما میان سایر ویژگیهای جمعیت شناختی و متغیرهای دیگر، در هیچ مورد ارتباط معنی داری دیده نشد.

بحث

بطور کلی، یافته‌های پژوهش حاضر در مورد اهمیت نقش پزشکان عمومی و درمانهای سنتی در درمان بیماران روانی و نیز نقش مؤثر خانواده، خویشاوندان و اطرافیان بیمار در تصمیم‌گیریهای مربوط به انتخاب نوع درمانگر و ارجاع بیمار به روانپزشک یا مرکز روانپزشکی با نتایج بررسیهای انجام شده در کشورهای رو به رشد همخوانی دارد.

در پژوهش حاضر ۸۴/۴٪ از کل افراد مورد بررسی، در نخستین اقدام درمانی به پزشکان، مراکز درمانی رسمی، مراکز مشاوره و روانشناسان مراجعه نموده‌اند و تنها ۱۵/۶٪ از افراد شیوه‌های درمانی سنتی و جایگزین را به کار برده‌اند. هر چند رقم یاد شده در مقایسه با برخی بررسیهای انجام شده در کشورهای توسعه یافته (۲٪ در بررسی گیتروگلدبرگ در جنوب منچستر، ۱۹۹۱)، نسبتاً بالاست اما در مقایسه با بررسی ابیودون در نیجریه سال (۱۹۹۵) که در آن ۳۹/۹٪ از بیماران برای درمان بیماریشان نخست به درمانگران سنتی یا مذهبی مراجعه کرده بودند و نیز در بررسی انجام شده توسط ری و همکاران در فیلیپین و مالزی، که بیشتر نمونه‌ها در نخستین اقدام درمانی از درمانهای جادویی - مذهبی استفاده کرده بودند و سپس در جستجوی درمان روانپزشکی برآمده بودند، رقم پایین‌تری می‌باشد. یافته یاد شده در این پژوهش در مقایسه با بررسی شاه محمدی (۱۳۶۹) در روستاهای شهرکرد که بر پایه آن ۴۰/۲٪ بیماران روانی و صرعی پس از بروز نشانه‌های بیماریشان در نخستین اقدام درمانی به دعانویسها مراجعه کرده بودند، پایین‌تر است اما با یافته‌های پژوهشی شاه محمدی و همکاران (۱۳۷۷)، که

طی آن ۱۴/۱٪ از افراد مورد بررسی در نخستین اقدام درمانی خویش به درمانگران سنتی و ۸۵/۹٪ به پزشکان و مراکز درمانی مراجعه کرده بودند نزدیک است.

در پژوهش حاضر ۳۱/۶٪ از افراد مورد بررسی در نخستین اقدام درمانی خود به روانپزشک یا مرکز روانپزشکی و ۲۳/۸٪ به پزشکان عمومی مراجعه کرده بودند. در بررسی انجام شده توسط داویدیان (۱۳۵۰) در سالهای ۴۷-۴۶، ۸۰/۸٪ بیماران روانی پس از بروز نخستین نشانه‌های بیماری به پزشکان عمومی و سایر متخصصان مراجعه کرده بودند. بر پایه بررسی شاه محمدی (۱۳۶۹) تنها ۷/۲٪ افراد مورد بررسی در نخستین اقدام درمانی خود به روانپزشک مراجعه کرده بودند.

پژوهش حاضر نشان داد که ۹۵/۳٪ از افراد مورد بررسی در طول دوره بیماری خود به روانپزشک، ۴۲/۵٪ به دعا نویس، ۳۸/۲٪ به نورولوژیست و ۳۷/۸٪ به پزشک عمومی مراجعه کرده بودند. بررسی ری و همکاران در ۶ ناحیه آسیای شرقی، نشان داد که بیشتر افراد مورد بررسی از خدمات بهداشت روانی بهره‌گرفته‌اند اما گاهگاهی و یا همراه با دیگر خدمات درمانی. بیشتر ژاپنی‌ها به روشهای درمانی غربی روی آورده بودند در صورتیکه در چین و کره همراه با شیوه‌های درمانی پزشکی از شیوه‌های درمانی جادویی - مذهبی یا درمانهای گیاهی و سنتی بهره‌گرفته بودند. این بررسی نشان داد که در زمینه انتخاب نوع درمان غیر روانپزشکی، هزینه، منطقه، نگرشهای اجتماعی، میزان آگاهی و نوع تفسیر نقش اساسی دارند. در بررسی شاه محمدی (۱۳۶۹) در روستاهای شهرکرد، مشخص گردید که ۶۱/۵٪ بیماران در طی مدت بیماری به دعانویس مراجعه کرده‌اند اما در بررسی دیگر وی (۱۳۷۷)، ۳۶/۱٪ از افراد مورد بررسی در طول بیماری، افزون بر پزشکان و مراکز روانپزشکی به درمانگران سنتی نیز مراجعه کرده بودند.

در بررسی حاضر، منبع ارجاع به نخستین مرکز روانپزشکی یا روانپزشک در ۶/۶۵٪ موارد، خانواده، خویشاوندان، دوستان و آشنایان بیمار بوده‌اند که این امر اهمیت نقش افراد پیرامون بیمار و لزوم آموزشهای عمومی را برای کاهش تأخیر در مدت زمان دستیابی به مراکز روانپزشکی یا روانپزشک را نشان می‌دهد در این بررسی پزشکان عمومی تنها در ۷٪ موارد و متخصصان غیر روانپزشک نیز در ۹/۸٪ موارد منبع ارجاع بیمار به روانپزشک یا مراکز روانپزشکی بوده‌اند که این مسئله نشانگر لزوم ارتقاء دانش و مهارتهای بالینی پزشکان عمومی و متخصصان غیر روانپزشک در مورد نشانه‌های روانپزشکی و نیز همکاری گروه‌های دیگر می‌باشد. بررسی گیترو گلدبرگ (۱۹۹۱) در جنوب منچستر نشان داد که تقریباً ۲/۳ بیماران ارجاعی به مراکز روانپزشکی مستقیماً به وسیله پزشکان عمومی و ۱/۳ بقیه بوسیله پزشکان بیمارستانی ارجاع شده بودند. تنها ۲٪ افراد ارجاع شده از منابع غیر پزشکی ارجاع شده بودند. در بررسی ابیودون (۱۹۹۵) در نیجریه، افراد خانواده نقش مهمی در تصمیم‌گیری برای انتخاب نوع درمان بیماران داشتند. از این رو در کشورهای رو به رشد با آموزش کارکنان نظام مراقبتهای بهداشتی اولیه و آموزش بهداشت روانی به مردم، می‌توان در راستای بهبود ارائه مراقبتهای بهداشت روانی کوشید.

در پژوهش حاضر، ۲۹/۷٪ بیماران پیش از مراجعه به روانپزشک یا مرکز روانپزشکی، درمانهای سنتی و جایگزین را به کار برده بودند در حالی که بخش عظیمی از آنها (۳/۷۰٪) از این درمانها بهره نگرفته بودند. این یافته پژوهش با یافته‌های ری و همکاران (۱۹۹۵) در ۶ ناحیه آسیای شرقی، متفاوت است. در بررسی آنان ۴۷/۷٪ افراد مورد بررسی به درمانگران سنتی مراجعه نموده بودند.

در پژوهش حاضر ۳۲/۴٪ از بیماران پس از مراجعه به روانپزشک یا مرکز روانپزشکی، درمانهای سنتی و جایگزین را به کار برده بودند. این رقم در بررسی ری و

همکاران (۱۹۹۵)، ۲۸/۳٪ بوده است. میزان بهره‌گیری از درمانهای سنتی و جایگزین پیش و پس از مراجعه به روانپزشک در بررسی حاضر تفاوت چندانی نداشته است و حتی میزان آن پس از مراجعه به روانپزشک، اندکی افزایش نیز نشان می‌دهد که این امر درخور توجه است در حالی که مقایسه ارقام یاد شده در بررسی ری، نشانگر کاهش چشمگیر در این زمینه می‌باشد.

در این بررسی، میانگین شمار مراجعه به درمانگران سنتی پیش از مراجعه به روانپزشک یا مرکز روانپزشکی ۳/۳ بار و در طول مدت بیماری ۳/۷ بار بوده است. در بررسی شاه محمدی (۱۳۶۹) در روستاهای شهرکرد، ۶۱/۵٪ بیماران دست کم یک بار به دعانویس مراجعه داشته‌اند. این رقم در بررسی حاضر ۵۰/۸٪ بوده است. در بررسی یاد شده ۱۲/۵٪ بیماران بین ۳ تا ۱۲ بار به امید بهبودی دعا گرفته‌اند که این رقم در بررسی حاضر ۳۹/۵٪ بوده است.

میانگین هزینه پرداختی برای هر بار مراجعه به درمانگران سنتی و درمانهای جایگزین در این بررسی ۲۴۹۷ تومان و در طول مدت بیماری در مورد کسانی که به این درمانگران مراجعه داشته‌اند، ۱۷۷۵۲ تومان بوده است. در بررسی شاه محمدی (۱۳۶۹) با آنکه بیماران منطقه یاد شده از اقبال کم درآمد جامعه می‌باشند، برای هر بار مراجعه به دعانویسها مبالغی از ۲۰۰ تا ۲۰۰۰ تومان و در مواردی تا ۵۰۰۰ تومان پول پرداخت کرده بودند.

در پژوهش حاضر، میانگین فاصله زمانی میان بروز نشانه‌های بیماری تا نخستین مراجعه به درمانگر، ۲/۲ سال و تا نخستین مراجعه به روانپزشک یا مرکز روانپزشکی، ۳/۶ سال بوده است. تأخیرهای یاد شده در دستیابی به درمان مناسب دارای اهمیت و بیانگر نیاز به مداخله‌های آموزشی برای جامعه و درمانگران درگیر در نظام بهداشتی - درمانی کشور در سطوح مختلف می‌باشد. در بررسی گیترو گلدبرگ (۱۹۹۱) بیماران دچار مشکلات جسمی، طولانی‌ترین فاصله میان جستجوی مراقبت و

ارجاع به مراکز روانپزشکی را داشتند. شاغل بودن با طولانی‌ترین تأخیر پیش از جستجوی مراقبت همراه بود و در زنان، آن‌ها که با شوهر یا بچه هایشان زندگی می‌کردند، فاصله تأخیر از شروع مشکل تا مراجعه به مراکز روانپزشکی بیشتر بوده است. در بررسی دیگری که توسط گیتز و همکاران (۱۹۹۱) در ۱۱ کشور انجام شد، تأخیر در کلیه مراکز کوتاه بود. در برخی مراکز بیماران با شکایتهای جسمی تأخیر بیشتری نسبت به بیمارانی که با نشانه‌های افسردگی و اضطراب مراجعه کرده بودند داشتند. در بررسی لینکلن^(۱) و مک‌گوری^(۲) (۱۹۹۵) شواهدی از تأخیر در دستیابی به درمان در افراد جوانی که نخستین دوره پسکوز را تجربه می‌کردند، دیده شد. در بررسی داویدیان (۱۳۶۰) بسیاری از بیماران، ماهها و گاهی سالها پس از بروز نشانه‌های بیماری به روانپزشک مراجعه کرده بودند.

در پژوهش حاضر ارتباط معنی داری میان ویژگیهای جمعیت شناختی و نخستین اقدام درمانی یافت نشد. همچنین میان ویژگیهای جمعیت شناختی و بهره‌گیری از درمانهای سنتی پیش از مراجعه به روانپزشک یا مرکز روانپزشکی، غیر از شغل ($p < 0/05$)، هیچگونه ارتباط معنی داری دیده نشد.

ارتباط این متغیرها در مرحله پس از مراجعه به روانپزشک یا مراکز روانپزشکی تنها در زمینه متغیر سن ($p < 0/01$) معنی دار بوده است. در بررسی ایبودون (۱۹۹۵) بیشتر بیمارانی که برای درمان بیماریشان نخست به درمانگران سنتی یا مذهبی مراجعه کرده بودند، مرد و مسلمان بودند و کمتر دارای شغل‌های حرفه‌ای بودند. در بررسی شاه محمدی و همکاران (۱۳۷۷)، بین متغیرهایی چون سن، جنس و وضعیت تأهل در ارتباط با میزان مراجعه به درمانگران سنتی، استفاده از داروهای گیاهی و مراجعه به مراکز بهداشتی - درمانی تفاوت معنی داری دیده نشده است.

در بررسی ارتباط میان ویژگیهای جمعیت شناختی با

فاصله زمانی میان بروز نشانه‌های نخستین بیماری و مراجعه به درمانگر، تنها در مورد وضعیت تأهل (پس از حذف گروه مطلقه و بیوه)، ارتباط معنی داری با متغیر یاد شده داشتند. در بررسی ارتباط میان ویژگیهای جمعیت شناختی با فاصله زمانی میان بروز نخستین نشانه‌های بیماری و مراجعه به روانپزشک یا مرکز روانپزشکی، در هیچ مورد ارتباط معنی داری دیده نشد.

گفتنی است که هر چند در مقایسه با بررسیهای انجام شده در کشور، میزان مراجعه به درمانگران سنتی کاهش یافته است اما هنوز همچون بسیاری از کشورهای رو به رشد این درمانگران در ایران نقش مهمی در الگوی پی جویی درمان توسط بیماران دارند. با توجه به اهمیت نقش خانواده و بستگان بیمار در انتخاب اقدامات درمانی و زمان انجام آنها لزوم مداخله‌های گوناگون (آموزشی و فرهنگی) در سطح جامعه در سطوح مختلف برای تشخیص و ارجاع هر چه سریعتر بیماران به روانپزشکان و مراکز روانپزشکی، اساسی بنظر می‌رسد.

یکی از کاستی‌های این پژوهش حذف تشخیص بیماری و بررسی ارتباط آن با سایر متغیرهای مطرح شده در این پژوهش بوده است که این امر می‌تواند در پژوهشهای آینده مورد توجه قرار گیرد. از آنجا که در پاره‌ای از موارد سالها از شروع بیماری می‌گذشته است، در زمینه درستی برخی پاسخها تردید وجود دارد. همچنین به دلایل مختلف ممکن است خانواده‌ها با بهره‌گیری از درمانهای سنتی را در گذشته انکار کرده باشند که بایستی در تعمیم و تفسیر یافته‌ها مورد توجه قرار گیرد.

سیاسکزاری

از آقای دکتر علی منتظری به خاطر کمک‌های ارزنده ایشان در زمینه تحلیل داده‌ها تشکر و قدردانی می‌شود.

منابع

- illness. *Canadian Psychiatric Association Journal*, 21, 361-371.
- Kaplan, H. I., & Sadock, B.J., (1998). *Synopsis of psychiatry*. Baltimore: Williams and Wilkins Press.
- Kaplan, H. I., & Sadock, B. J. (1995). *Comprehensive textbook of psychiatry*, Baltimore: Williams and Wilkins Press.
- MacIachlan, M., Nyirena, T., & Nyando, C. (1995). Attribution for admission to Zomba mental hospital: implications to the development of mental health services in Malawi. *The International Journal of Social Psychiatry*, 41, 79-89.
- Rhi, Y. B., Seob Ha, K., Kim, S. Y., Sasaki, Y., Young, D., & Tai, W. (1995). The health care seeking behavior of schizophrenic patients in 6 East Asian areas. *International Journal of Social Psychiatry*, 41, 190-209.
- WHO (1975). Mental health services in the developing countries. *WHO Chronicle*, 29, 231-235.
- Abiodun, O. A. (1995). Pathway to mental health care in Nigeria. *Psychiatric Services*, 46, 823-827.
- Gater, R., Sousa, E., & Barrientos, G. (1991). The pathways to psychiatric care: a cross-cultural study. *Psychological Medicine*, 21, 761-774.
- Gater, R., & Goldberg, D. (1991). Pathways to psychiatric care in south Manchester. *British Journal of Psychiatry*, 159, 90-96.
- Gaviria, M., & Wintrob, R. M. (1976). Supernatural influence in psychopathology the course of psychiatric illness in primary care patients. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 29, 1-7.
- Hansson, L., Borgquist, L., Nettelblatt, P., & Nordstrom, G. (1994). Puertorican folk beliefs about mental
- ایزدی، سیروس (۱۳۶۰). شیوع و تظاهرات بالینی افسردگی در بخش داخلی، *مجله دانشکده پزشکی تهران*، سمپوزیوم ارتباط روانپزشکی با سایر رشته‌های پزشکی، ۲۹-۲۶.
- داویدیان، هاراطون (۱۳۴۴). آل و ام الصببان بر مبنای روانشناسی، *مجله سخن*، دوره شانزدهم، شماره ۱.
- داویدیان، هاراطون (۱۳۵۰). میزان و حلل مراجعه بیماران روانی به طبای غیر روانپزشک. *مجله تازه‌های روانپزشکی*، شماره ۳، ۱۳۳-۱۲۲.
- داویدیان، هاراطون (۱۳۶۰). عضو بیمار یا انسان بیمار، *مجله دانشکده پزشکی تهران*. سمپوزیوم ارتباط روانپزشکی با سایر رشته‌های پزشکی، ۱۰-۷.
- شاه محمدی، داود (۱۳۶۹). گزارش جامع از پروژه تحقیقی ادغام بهداشت روانی در مراقبتهای بهداشتی اولیه (P.H.C) در روستاهای شهرکرد.
- شاه محمدی، داود؛ بیان زاده، سید اکبر؛ احسان منش، مجتبی (۱۳۷۷). بررسی مسیر مراجعه بیماران روانی به مراکز روانپزشکی کشور، *فصلنامه اندیشه و رفتار*، سال سوم، شماره ۴، ۱۴-۴.