

بررسی مقایسه‌ای نحوه‌ی مراجعه به مطب روان‌پزشکی در تهران و یک شهرستان با تجربه‌ی جدید یک روان‌پزشک

مقدمه: پژوهش حاضر مطالعه‌ای توصیفی و تحلیلی است که به منظور بررسی و شناخت مسیر مراجعه به روان‌پزشک در شهرستانی با تجربه‌ی جدید یک روان‌پزشک در مقایسه با تهران صورت گرفته است. متغیرهای مورد مطالعه شامل مشخصات جمعیت شناختی مراجعان، منبع ارجاع، محل مراجعه‌ی قبلی، استفاده از درمان‌های سنتی، محلی و نیز زمان بین بروز مشکل یا نشانه‌ی بیماری تا نخستین مراجعه به روان‌پزشکی بوده است.

مواد و روش تحقیق: ابتدا از طریق نمونه‌گیری تصادفی تعداد هزار نفر مراجعه‌کننده بار اول به اولین و تنها مطب روان‌پزشکی در یکی از شهرستان‌های استان کرمان به نام سیرجان با جمعیتی بالغ بر یک صد و بیست هزار نفر در سال اول افتتاح مطب و سپس هزار نفر دیگر در طی یک سال بعد انتخاب شدند. در تهران نیز با همین روش تعداد پانصد مراجعه‌کننده‌ی جدید برای سال اول تأسیس مطب و تعداد پانصد نفر دیگر نیز برای سال دوم انتخاب شدند. بعد از ارزیابی پرونده‌های تمامی مراجعان، متغیرهای پژوهش با استفاده از نرم‌افزار مربوطه مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت.

یافته‌ها: بیش‌ترین منبع ارجاع به روان‌پزشک در هر چهار سال مورد ارزیابی، بستگان و آشنایان مراجعه‌کنندگان بودند. پزشکان عمومی نقش کمی در ارجاع بیماران به روان‌پزشک داشتند. در شهرستان سیرجان در طی سال دوم به تدریج میزان ارجاع از طرف متخصصان، پرسنل بهداشتی درمانی و مراکز غیرپزشکی با تفاوت معنادار آماری افزایش یافت. با این حال در تهران تفاوت بین منابع ارجاع در سال اول و دوم معنادار نبود.

به ترتیب $33/4\%$ و $8/6\%$ آن‌ها به مطب سیرجان و تهران حداقل یک بار در طول عمر خود به درمان‌گر محلی مراجعه کرده بودند که از نظر آماری تفاوت معناداری داشت.

بحث و نتیجه‌گیری: تغییرات یاد شده در متغیرهای مورد ارزیابی و مقایسه‌ی آماری آن در دو شهرستان مورد مطالعه علاوه بر نشان دادن مشخصات جمعیت شناختی و سطح آگاهی مردم در خصوص چگونگی استفاده از خدمات بهداشت روانی می‌تواند نشان دهنده‌ی نقش مداخله‌های گوناگون آموزشی در سطح کلی جامعه و نیز در سطوح مختلف درمانی برای پزشکان و پرسنل بهداشتی و درمانی دیگر جهت تشخیص صحیح مشکل و ارجاع به موقع بیماران به روان‌پزشک باشد و بر آن تأکید ورزد.

دکتر آرشد میراب زاده

استادیار گروه روان‌پزشکی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

دکتر گلناز فیض زاده

استادیار گروه روان‌پزشکی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

دکتر مرصده سمیعی

استادیار گروه روان‌پزشکی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

واژگان کلیدی: نمونه مراجعه / مطب روان‌پزشکی / سیرجان / تهران

مقدمه

ارایه خدمات بهداشت روانی چه به صورت سرپایی و چه بستری هنوز در بسیاری از مناطق کشورمان گسترش نیافته است. لذا با توجه به امکانات موجود و محدود بررسی، شناخت و معرفی مسیر مناسب و هدفمند دریافت خدمات بهداشت روانی به نیازمندان آن، از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است.

مطابق مطالعات انجام شده در بسیاری از کشورهای توسعه یافته، تعداد زیادی از نیازمندان به دریافت خدمات بهداشت روانی و بیماران مبتلا به مشکلات روانی و رفتاری، توسط افراد حرفه‌ای به روان‌پزشک ارجاع می‌شوند. این افراد ابتدا توسط پزشک خانواده و یا متخصصان سایر علوم نظیر روان‌شناسی، پرستاری، مددکاری اجتماعی ویزیت می‌شوند و خدمات روان‌پزشکی را به میزان تخصص مربوطه دریافت می‌دارند و سپس در صورت پیچیده بودن علت مراجعه و یا عدم پاسخ مناسب به روان‌پزشک ارجاع می‌گردند. در عین حال عده‌ای از آن‌ها نیز به طور مستقیم از طرف افراد جامعه و یا پرسنل غیردرمانی نظیر پلیس و دادگاه‌ها به روان‌پزشک معرفی می‌شوند. با این حال شیوه‌ی ارجاع در کشورهای رو به توسعه تا حدودی متفاوت است (۶ و ۷ و ۴ و ۵ و ۶).

مطالعات موجود نشان‌دهنده‌ی تأثیر قوی باورها و اعتقادات جامعه در نحوه‌ی برخورد با یک بیمار و همچنین نقش و هویتی است که آن فرهنگ خاص برای وی به عنوان یک بیمار با مشکل رفتاری و یا روانی خاص قائل است. به عبارت دیگر تدابیر درمانی در یک جامعه‌ی در حال توسعه بیشتر براساس ارزش‌های رایج جامعه و بر پایه‌ی فرهنگ عامه‌ی آن شکل می‌گیرد (۷ و ۸ و ۹ و ۱۰). بین فرهنگ و دانش پزشکی ارتباط تنگاتنگی وجود دارد. هیچ یک از شاخه‌های علوم پزشکی به اندازه‌ی روان‌پزشکی با فرهنگ آن جامعه آمیخته نیست. به همین سبب روان‌پزشک در منطقه‌ی فعالیتی خود باید با آداب، رسوم، باورها و ارزش‌های آن قوم و گروه‌آشنایی کافی داشته باشد (۱۱ و ۱۲). بررسی‌های علمی نشان داده است که در کشورهای در حال توسعه، درمان‌گران سنتی و محلی از کارکرد عملی بالایی برخوردارند و با استقبال بیشتری مواجه می‌شوند. مطالعه‌ای در ایران نشان داده است که درصد زیادی از افراد مبتلا به یک مشکل روان‌پزشکی به روان‌پزشک مراجعه نکرده بودند (۳). در مطالعه‌ی دیگری که در ایران صورت گرفت

۶۱/۵٪ بیماران روانی روستاهادست‌کم یک‌بار به دعانویس مراجعه کرده بودند و ۴۰/۲٪ بیماران روانی وصرعی نیز پس از بروز علائم بیماریشان برای اولین بار به دعانویس مراجعه کرده بودند در حالی که مراجعه به روان‌پزشکان تنها ۷/۲٪ بوده است (۲ و ۱).

در کشور ما از طرفی امکانات ارایه‌ی خدمات بهداشت روانی هنوز متناسب با افزایش نیاز روزافزون جامعه گسترش نیافته است و از طرف دیگر تسهیلات خدماتی موجود نیز به خوبی به افراد جامعه شناسانده نشده است، اکثر افراد جامعه شناخت درستی از ارزیابی مشکلات جسمی، روانی و اجتماعی خود ندارند و طبیعتاً راه برخورد مناسب با آن را نیز نمی‌دانند. در حالی که هنوز در بین افراد حرفه‌ای و درگیر با خدمات پزشکی و روان‌شناختی اصطلاحاتی نظیر روان‌پزشک، روان‌شناس، متخصص مغز و اعصاب، جراح مغز و اعصاب، مشاور، روان‌کاو و غیره مفاهیمی مبهم و غیرقابل تمیز تصور می‌شوند، چگونه می‌توان انتظار داشت که مردم عادی جامعه مسیر درستی را برای حل مشکلات جسمانی، روانی و اجتماعی خود برگزینند. بدین ترتیب با توجه به واقعیت‌های موجود، دورنمای وظیفه‌ی سخت روان‌پزشک در ایفای نقش واقعی خود مشخص می‌گردد. در بررسی‌های به عمل آمده حدود ۱۸٪ تا ۶۴٪ بیمارانی که به علت شکایت‌های جسمانی به پزشکان عمومی و متخصصان غیر روان‌پزشک مراجعه کرده‌اند، اساس مشکل جسمانی آن‌ها در واقع یک اختلال روانی بوده است (۱۳ و ۱۴ و ۱۵ و ۱۶).

هدف کلی از مطالعه‌ی حاضر، شناخت مسیر مراجعه به روان‌پزشک در بررسی مقایسه‌ای بین دو جامعه‌ای است که تا پیش از آن فاقد روان‌پزشک بوده است و دیگری سال‌های نسبتاً طولانی از خدمات روان‌پزشکی برخوردار بوده است. همچنین بررسی مشخصات جمعیت شناختی مراجعان منابع ارجاع به روان‌پزشک، مسیرهای طی شده‌ی قبلی برای دریافت خدمات بهداشتی روانی، استفاده از درمان‌های سنتی و محلی و نیز زمان بین بروز مشکل و نشانه‌ی بیماری و اولین مراجعه به مطب روان‌پزشکی و مقایسه‌ی آن در هر دو جامعه از اهداف دیگر مطالعه است.

مواد و روش تحقیق

پژوهش حاضر از نوع پژوهش گذشته‌نگر است. آزمودنی‌های

مورد استفاده از آمار توصیفی مانند فراوانی، درصد و... و نیز جهت تحلیل ارتباط داده‌ها از آزمون آماری خی دو استفاده شد و در نهایت تمامی یافته‌ها به کمک نرم‌افزار Epi مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

جدول شماره ۱، ۲ و ۳ یافته‌های مربوط به منبع ارجاع به مطب روان پزشکی را در طی سال‌های اول و دوم تأسیس مطب در هر دو شهرستان نشان می‌دهد. همان‌طور که ملاحظه می‌شود در هر چهار سال بررسی بیش‌ترین منبع ارجاع در هر دو شهرستان را بستگان و آشنایان تشکیل می‌دادند. ارتباط بین مراجعه‌ی افراد در سال اول و دوم تأسیس مطب با منبع ارجاع در شهرستان مورد بحث با $X=282/78$ و $P<0/0001$ از نظر آماری معنادار بود ولی این ارتباط در تهران با $P<0/2$ و $X=10/15$ از نظر آماری معنادار نبود. هم‌چنین این ارتباط در مقایسه‌ی بین دو شهرستان نیز از نظر آماری با $P<0/0001$ و $X=365/25$ معنادار بود.

پژوهش در طی چهار سال متفاوت از بین مراجعان بار اول به مطب روان پزشکی انتخاب شدند. ابتدا از طریق نمونه‌گیری تصادفی تعداد هزار نفر مراجعه‌کننده به اولین و تنها مطب روان پزشکی یکی از شهرستان‌های استان کرمان به نام سیرجان با جمعیت شهری و روستایی بالغ بر یک صد و بیست هزار نفر در طی یک سال از خرداد ۱۳۷۴ لغایت خرداد ۱۳۷۵ و سپس هزار نفر دیگر در طی یک سال بعد یعنی از خرداد ۱۳۷۵ لغایت خرداد ۱۳۷۶ به همان صورت انتخاب شدند. آزمودنی‌های دیگر پژوهش شامل نمونه‌ی تصادفی از مراجعان بار اول به مطب همان روان‌پزشک در طی سال اول و دوم فعالیت در تهران بود. بدین ترتیب که از خرداد ۱۳۷۷ لغایت خرداد ۱۳۷۸ و سپس از خرداد ۱۳۷۸ لغایت خرداد ۱۳۷۹ در هر سال تعداد پانصد نفر از مراجعین بار اول به صورت نمونه‌گیری تصادفی انتخاب شدند. به دنبال این مرحله پرونده‌های پزشکی تمام این بیماران جهت ارزیابی متغیرهای در نظر گرفته شده در پژوهش مورد بررسی قرار گرفت. بعد از ارزیابی پرونده‌ها و جمع‌آوری داده‌های تحقیق، به منظور تحلیل آن‌ها از روش‌های

جدول شماره ۱ - مقایسه منبع ارجاع بین بیماران مراجعه‌کننده به مطب روان‌پزشکی شهرستان در سال اول و دوم

جمع	سال دوم		سال اول		سال مراجعه
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
۱۰۵۷	۵۶/۶	۵۶۶	۴۹/۱	۴۹۱	بستگان و آشنایان
۴۶۶	۹/۲	۹۲	۳۷/۴	۳۷۴	خود مراجع
۵۴	۳/۲	۳۲	۲/۲	۲۲	پزشک عمومی
۲۳۲	۱۵/۳	۱۵۳	۷/۹	۷۹	پزشک متخصص
۵۶	۴/۳	۴۳	۱/۳	۱۳	پرسنل بهداشتی و درمانی
۱۲۳	۱۰/۷	۱۰۷	۱/۶	۱۶	مراکز غیرپزشکی
۴	۰/۲	۲	۰/۲	۲	سایر
۸	۰/۵	۵	۰/۳	۳	بدون جواب
۲۰۰۰	۱۰۰	۱۰۰۰	۱۰۰	۱۰۰۰	جمع

$$X=282/87, P<0/0001$$

جدول شماره ۲ - مقایسه منبع ارجاع بین بیماران مراجعه کننده به مطب روان پزشکی تهران در سال اول و دوم

جمع	سال دوم		سال اول		سال مراجعه
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	منبع ارجاع
۳۷۰	۳۸/۶	۱۹۳	۳۵/۴	۱۷۷	بستگان و آشنایان
۱۰۵	۸/۶	۴۳	۱۲/۴	۶۲	خود مراجع
۷۳	۷/۲	۳۶	۷/۴	۳۷	پزشک عمومی
۲۹۵	۳۰/۸	۱۵۴	۲۸/۲	۱۴۱	پزشک متخصص
۱۰۱	۱۰/۸	۵۴	۹/۴	۴۷	پرسنل بهداشتی و درمانی
۲۶	۲	۱۰	۳/۲	۱۶	مراکز غیرپزشکی
۲۲	۱/۶	۸	۲/۸	۱۴	سایر
۸	۰/۴	۲	۱/۲	۶	بدون جواب
۲۰۰۰	۱۰۰	۱۰۰۰	۱۰۰	۱۰۰۰	جمع

$$X=10/15, P<0/2$$

جدول شماره ۳ - مقایسه منبع ارجاع بین بیماران مراجعه کننده به مطب روان پزشکی در شهرستان و تهران

جمع	تهران		شهرستان		منبع ارجاع
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
۱۴۲۷	۳۷	۳۷۰	۵۲/۸۵	۱۰۵۷	بستگان و آشنایان
۵۷۱	۱۰/۵	۱۰۵	۲۳/۳	۴۶۶	خود مراجع
۱۲۷	۷/۳	۷۳	۲/۷	۵۴	پزشک عمومی
۵۲۷	۲۹/۵	۲۹۵	۱۱/۶	۲۳۲	پزشک متخصص
۱۵۷	۱۰/۱	۱۰۱	۲/۸	۵۶	پرسنل بهداشتی و درمانی
۱۴۹	۲/۶	۲۶	۶/۱۵	۱۲۳	مراکز غیرپزشکی
۲۶	۲/۲	۲۲	۰/۲	۴	سایر
۱۶	۰/۸	۸	۰/۴	۸	بدون جواب
۲۰۰۰	۱۰۰	۱۰۰۰	۱۰۰	۱۰۰۰	جمع

$$X=365/25, P<0/0001$$

به دنبال ارزیابی دریافت خدمات درمانی که آزمودنی‌ها قبل از مراجعه به روان پزشکی داشته‌اند، جدول شماره ۴ در مقایسه‌ی مراجعان دو شهرستان به دست آمد.

جدول شماره ۴ - مقایسه محل مراجعه قبلی بین بیماران مراجعه کننده به مطب روان پزشکی در شهرستان و تهران

جمع	تهران		شهرستان		محل مراجعه قبلی
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
۸۹۸	۱۷/۴	۱۷۴	۳۶/۲	۷۲۴	پزشک عمومی
۱۴۰	۷/۲	۷۲	۳/۴	۶۸	روان پزشک
۹۵۳	۴۹/۱	۴۹۱	۲۳/۱	۴۶۲	سایر متخصصین
۲۰۶	۱۶/۴	۱۶۴	۲/۱	۴۲	روان شناس و مشاور
۳۶۴	۲/۸	۲۸	۱۶/۸	۳۳۶	درمانگر سنتی و محلی
۴۳۹	۷/۱	۷۱	۱۸/۴	۳۶۸	هیچ کجا
۳۰۰۰	۱۰۰۰	۱۰۰۰	۱۰۰	۲۰۰۰	جمع

$$X=6.07/4, P<.0001$$

تعداد افراد هر دو شهرستان از نظر استفاده از درمان‌های سنتی و محلی در طی دوره‌ای از درمان و تعداد مراجع آنان در جداول ۵ و ۶ آمده است.

جدول شماره ۵ - مقایسه استفاده از درمان‌های سنتی و محلی در طی دوره‌ای از درمان بین بیماران مراجعه کننده به مطب روان پزشکی در شهرستان و تهران

جمع	تهران		شهرستان		محل مراجعه فعلی استفاده از درمان‌های سنتی و محلی
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
۷۵۴	۸/۶	۸۶	۳۳/۴	۶۶۸	مثبت
۲۲۴۶	۹۱/۴	۹۱۴	۶۶/۶	۱۳۳۲	منفی
۳۰۰۰	۱۰۰	۱۰۰۰	۱۰۰	۲۰۰۰	جمع

$$X=218, P<.0001$$

جدول شماره ۶ - مقایسه تعداد مراجع به درمانگران سنتی و محلی در طی دوره‌ای از درمان بین بیماران مراجعه کننده به مطب روان پزشکی در شهرستان و تهران

جمع	تهران		شهرستان		محل مراجعه فعلی تعداد مراجع به درمانگران سنتی و محلی
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
۲۲۹۹	۸۶/۹	۸۶۹	۷۱/۵	۱۴۳۰	یک بار
۷۰۱	۱۳/۱	۱۳۱	۲۸/۵	۵۷۰	دوبار یا بیش تر
۳۰۰۰	۱۰۰	۱۰۰۰	۱۰۰	۲۰۰۰	جمع

$$X=81/3, P<.0001$$

بمٹ

مطابق بررسی حاضر در زمینه‌ی نحوه‌ی ارجاع بیماران به مطب روان‌پزشکی، بررسی حاضر نشان داد که در سراسر چهار سال ارزیابی، نقش خانواده و اطرافیان مراجعه کننده در هدایت وی به سمت درمان و مشاوره‌ی روان‌پزشکی بیش از همه بوده است. در یک بررسی خارجی که در سال ۱۹۹۵ در نیجریه انجام شد، افراد خانواده و بستگان نقش بیش‌تری در انتخاب نوع درمان بیماران نشان داشتند (۱۷ و ۴).

مقایسه‌ی منبع ارجاع در سال اول و دوم تأسیس مطب روان‌پزشکی در شهرستانی که تا به حال هیچ روان‌پزشکی در آن جا اشتغال نداشته است، نشان می‌دهد در سال اول بعد از بستگان و آشنایان، آگاهی و حساسیت خود مراجعان هدایت‌گر آنان بوده است، در حالی که در سال دوم این نقش کمرنگ‌تر شده بود و در عوض نقش راهنمایی و ارجاع متخصصان پزشکی، پرسنل بهداشتی، درمانی و مراکز غیرپزشکی برجسته‌تر گردیده بود. شاید یکی از دلایل میزان بالاتر مراجعه خود به خود افراد به روان‌پزشک و بدون اطلاع و هدایت اطرافیان در شهرستانی که تا به حال تجربه‌ی حضور روان‌پزشک را نداشته است، شرم همراه با ترسی مبهم از اطلاع دیگران در خصوص، مراجعه‌ی آنان باشد. باورها و فرهنگ غالب یک شهرستان کوچک که اکثر افراد آن یکدیگر را می‌شناسند و یا حداقل با خانواده‌ی همدیگر آشنایی دارند، خواه ناخواه زندگی آنان را به سمت و سوی سوق می‌دهد که برای اداره‌ی آن درایت ویژه‌ای لازم است. نگرش خاص بعضی از افراد جامعه بر پایه‌ی باورهای نادرست که تنها دیوانگان باید به روان‌پزشک مراجعه نمایند و یا نگرانی از برچسب خوردن خصوصاً در مورد دختران جوان، نیازمندان به دریافت خدمات بهداشت روانی را وامی‌دارد که خود به تنهایی و یا حداکثر به همراه خانواده‌ی هسته‌ای خود مراجعه نمایند. براساس مشاهدات تجربی و غیرثبت شده‌ی نویسنده، تعداد قابل ملاحظه‌ای از مراجعان، خصوصاً در سال اول تأسیس مطب در ساعات خاصی از شب که امکان شناسایی توسط مردم کم‌تر بود، مراجعه می‌کردند.

آشنایی و توجه روان‌پزشک به اعتقادات، آداب، رسوم و پدیده‌های فرهنگی محل اشتغال خود و آن هم در منطقه‌ای که مردم برای اولین بار دریافت خدمات روان‌پزشکی را تجربه می‌کنند،

اهمیت ویژه‌ای دارد. با عنایت به این واقعیت سعی شد در حد امکان از همان ابتدای حضور در شهرستان محل فعالیت برنامه‌ریزی جهت اقدامات آموزشی مناسب برای آگاهی مردم نسبت به نقش روان‌پزشک و نیز ارتقاء مهارت بالینی پرسنل بهداشتی و درمانی به عمل آید. مصاحبه‌های مطبوعاتی محلی و انتشار مقالات ساده‌ی بهداشت روانی و نیز سخنرانی در مدارس و دیگر ارگان‌های غیرپزشکی و هم‌چنین برنامه‌های بازآموزی رسمی و غیررسمی برای پزشکان و دیگر پرسنل بهداشتی و درمانی در قالب سخنرانی علمی و کلاس‌های آموزشی از عمده فعالیت‌های آموزشی در جهت ارتقاء دانش بهداشت روانی مردم منطقه بوده است. براساس نتایج حاصل از مطالعه‌ی حاضر طی سال دوم حضور در شهرستان ارجاع بیماران از طرف متخصصان پزشکی، پرسنل بهداشتی - درمانی و مراکز غیرپزشکی بیش‌تر شد. تجربه‌ی غیر ثبت شده نویسنده نیز مؤید مراجعه‌ی بیماران با راحتی بیش‌تری در طی سال دوم افتتاح مطب بود. کلیه‌ی تغییرات منبع ارجاع از سال اول نسبت به سال دوم در شهرستان مورد بحث از نظر آماری معنادار بود. شاید نقش آموزش و برنامه‌ریزی هدف‌مند در جهت ارتقاء دانش عمومی بهداشت روانی در این متغیر مؤثر بوده است و شاید هم عامل زمان در بستر آماده‌ی جامعه این تغییرات معنادار را سبب شده است که در هر دو حالت جای بسی خوشحالی است. ضمن تمام تفاوت‌های موجود در منبع ارجاع در شهرستان، این تفاوت در تهران معنادار نبود. شاید بی‌معنایی این تغییرات، حاکی از نقش با ثبات‌تر روان‌پزشکان در تهران و نگرش بهتر و اقبال گسترده‌تر مردم نسبت به مراجعه‌ی آنان باشد که خود می‌تواند ناشی از دست‌یابی بیش‌تر به اطلاعات بهداشت روانی و سابقه‌ی بالاتر روان‌پزشکی در تهران باشد.

در تحقیق حاضر تنها ۲/۷٪ از مجموعه مراجعه کنندگان شهرستانی و ۷/۳٪ از کل مراجعان تهرانی توسط پزشکان عمومی ارجاع شده بودند. شاید یکی از دلایل پایین بودن این میزان احساس عدم امنیت شغلی به دلیل از دست دادن بیمار باشد زیرا تعداد بسیار زیادی از مراجعان به پزشکان عمومی را موارد روان‌پزشکی تشکیل می‌دهند، با این حال میزان ارجاع بیانگر لزوم برنامه‌ریزی آموزش مداوم جهت ارتقاء دانش و مهارت کلینیکی پزشکان عمومی در شناسایی، حل مشکل و در نهایت ارجاع موارد ویژه به روان‌پزشکان

سال ۱۹۹۵ میزان مراجعه به درمان‌گران سنتی به ترتیب ۱٪ و ۳۹/۹٪ گزارش شده است (۱۷ و ۱۸).

نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر از یک طرف نشان‌دهنده‌ی مشخصات جمعیتی شناختی نیازمندان به دریافت خدمات روان‌پزشکی است و از طرف دیگر سطح آگاهی مراجعان را در خصوص چگونگی استفاده از این خدمات در شهرستانی که تا به حال فاقد خدمات بالفعل روان‌پزشکی بوده است در مقایسه با تهران آشکار می‌کند. هم‌چنین با مقایسه‌ی متغیرهای دیگر از جمله منبع ارجاع، محل مراجعه‌ی قبلی و زمان بین بروز مشکل تا نخستین مراجعه به روان‌پزشک در سال اول و دوم حضور در شهرستان و تهران، بر نقش مداخله‌های گوناگون آموزشی در سطح جامعه و در سطوح مختلف درمانی تأکید می‌ورزد.

یکی از کاستی‌های پژوهش، عدم بررسی ارتباط بین متغیرهای مورد بحث و تشخیص اختلال روان‌پزشکی بود که امیدواریم در مطالعات بعدی به آن نیز پرداخته شود. از نقایص دیگر پژوهش عدم اطمینان کافی به پاسخ‌های افراد می‌باشد. چرا که افراد به دلایل مختلف ممکن است در پاسخ به بعضی از سؤالات نظیر استفاده از درمان‌های سنتی و محلی صادق نباشند و یا در بعضی از موارد به علت طولانی شدن مدت بیماری قادر نباشد زمان دقیق بین بروز نخستین علامت روان‌پزشکی و مراجعه به روان‌پزشک را به خاطر آورند. لذا با توجه به محدودیت‌های موجود تفسیر نتایج دقیق‌تری را می‌طلبد.

است تا به واسطه‌ی عدم ارجاع و یا تأخیر در ارجاع، زمان طولانی درمان مناسب و صحیح بیماران روان‌پزشکی از دست نرود.

در یک بررسی که در سال ۱۹۹۱ در منچستر صورت گرفت، نشان داده شد تقریباً ۶۷٪ از بیماران ارجاعی به مراکز روان‌پزشکی توسط پزشکان عمومی و بقیه توسط دیگر پزشکان ارجاع شده بودند و تنها ۲٪ از بیماران از طریق مراکز غیرپزشکی ارجاع شده بودند (۱۷ و ۱۹).

در خصوص محل مراجعه‌ی قبلی بیماران پیش از مراجعه به روان‌پزشک نیز بیش‌ترین میزان مراجعه به ترتیب در شهرستان مورد بحث و تهران، مطب پزشکان عمومی و سایر متخصصان بود. احتمالاً در دسترس بودن خدمات یادشده و فرهنگ خاص مراجعه به پزشکانی با مدارج و مدارک بالاتر اسمی یا اساسی هدایت‌گر آنان در این مسیر بوده است.

هم‌چنین تعداد بیش‌تری از مراجعین به مطب شهرستان نسبت به تهران از درمان‌های سنتی استفاده کرده بودند. با توجه به فرهنگ و باور سنتی موجود در ایران و خصوصاً بعضی از شهرستان‌ها در خصوص قدرت بالای درمانی درمان‌گران سنتی و نگرش منفی نسبت به درمان روان‌پزشکی به ویژه دارودرمانی و نیز نبود امکانات مناسب تخصصی، شاهد هدایت بیش‌تر مردم برای حل مشکلات خود به درمان‌گران سنتی هستیم. دلیل احتمالی دیگر برای مراجعه به درمان‌گران سنتی می‌تواند ماهیت خاص اختلالات روان‌پزشکی باشد به طوری که بروز تدریجی و خفیف علائم و نشانه‌های اختلال سبب انطباق تدریجی آنان با علائم موجود می‌گردد و به این ترتیب به میزان کم‌تری در پی استفاده از مداخله‌ی حرفه‌ای بر می‌آیند (۶ و ۲۰).

خوشبختانه با افزایش برنامه‌های علمی رسانه‌های گروهی و تلاش همکاران روان‌پزشک در سطح پیش‌گیری اولیه و ارتقاء آموزش بهداشت روان در سطح کشور و هم‌چنین رشد سوادآموزی و اطلاعات عمومی مردم و به دنبال آن بالارفتن فرهنگ عمومی، شاهد دگرگونی گسترده‌تری در زمینه‌ی چگونگی استفاده از خدمات بهداشت روان در کشورمان هستیم. لذا کاهش مراجعه به درمان‌گران سنتی می‌تواند به عنوان شاخص مثبتی در برنامه‌های بهداشت روان کشور تلقی گردد.

در بررسی جنوب منچستر در سال ۱۹۹۱ و پژوهش دیگری در

- ۱- شاه محمدی، داود. بیان زاده، سیداکبر. احسان منش، مجتبی. بررسی مسیر مراجعه بیماران روانی به مراکز روان پزشکی کشور، فصلنامه اندیشه و رفتار، ۱۳۸۰، شماره ۲۴، صفحات ۱۲-۴.
- ۲- شاه محمدی، داود. گزارش جامع از پروژه تحقیقی ادغام بهداشت روانی در مراقبت‌های بهداشت اولیه در روستاهای شهرکرد، ۱۳۶۹.
- ۳- حسن زاده، سیدمهدی. بهداشت روان را جدی بگیریم، مجله دارو و درمان، ۱۳۷۱، شماره ۱۰۹، صفحه ۷.
- 4-Abiodun O: Pathway to mental health care in Nigeria; Psychiatric services, 1995, 46:823-827.
- 5-Barian C: Psychiatric epidemiology; Great Britain, 1987.
- 6-Feldman R: Adjustment, applying psychology in a complex world; Singapore. MC Grow Hill Inc, 1989.
- 7-WHO: Mental health services in the developing countries; WHO chronicle, 1975, 29,231-235.
- 8-Gaviria M, wintrob R: Super natural influence in psychopathology the course of psychiatric illness in primary care patients; Social psychi and psycho epidemiology, 1976: 29.
- 9-Hansson L, Borgquist L: Puetrorican folk beliefs about medical illness; Canadian psychi association J, 1994,21:361-371.
- 10-Kuruwila M: Society, cultural and psychopharmacology, 1996, 38:55-56.
- 11-Albee W: Preventing psychopathology and promoting human potential; American psychologist, 1982, 37: 1043-1050.
- 12-Wright c: Five years of community mental health services: an evaluation report; mental health program united mission of nepal: 1990.
- 13-Kaplan H, Sadock B: Synopsis of psychiatry: 8th ed, Baltimore, Williams & Wilkins, 1998.
- 14-Kaplan H, Sadock B: Comprehensive text book of psychiatry, 7th ed, Baltimore, Williams & Wilkins, 2000.
- 15-Phongsaran P, Word E, Oldenburg F: mental health care practices and educational needs of general practitioners; Medical j of Australia, 1995,162:139-142.
- 16-Rhi Y, Seob K, Kim Y, Sasaki Y, Young D: The health care seeking behavior of schizophrenic patients in 6 East Asian area; International j of social psychi, 1995, 41:190-202.
- 17-Gater R, Sousa E, Boarientos G. et al: The pathways to psychiatric care:a cross-cultural study;Psychological medicine,1991 21: 761-774.
- 18-Gater R, Goldberg D: Pathways to psychiatric care in south manchester; Biritish j of psychi, 1991, 159: 90-96.
- 19-Kerwinck S, Jones R, Mann A: Mental health care training priorities in general practice, British j of general practice, 1997, 47: 225-227.
- 20-Newton J: Preventing mental illness; London: Routledge, 1993.