

# اختلالات روانپزشکی و مشکلات روانی - اجتماعی مراجعه کنندگان به مراکز مشاوره سازمان بهزیستی کل کشور

ابراهیم رضایی دوگاهه<sup>۱</sup>، \*اکبر بیگلریان<sup>۲</sup>، احمدرضا باغستانی<sup>۳</sup>، قدرت‌اله روشنایی<sup>۴</sup>، مینو رفیعی<sup>۵</sup>، مهشید مرادی<sup>۶</sup>

## چکیده

**هدف:** برنامه‌ریزی برای ارائه خدمات بهداشت روان به افراد جامعه مستلزم بررسی ویژگی‌های مخاطبان و مشکلات ارجاعی برای ترسیم تصویر روشنی از وضعیت موجود است. تعداد مطالعات انجام شده در این زمینه اندک است. پژوهش حاضر با هدف شناخت ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و بررسی وضعیت اختلالات روانپزشکی و مشکلات روانی - اجتماعی مراجعه‌کنندگان به مراکز مشاوره سازمان بهزیستی کل کشور انجام شد.

**روش بررسی:** این پژوهش از نوع مطالعات مقطعی - تحلیلی است. داده‌های پژوهش مبتنی بر اطلاعات موجود در پرونده‌های کل مراجعین به مراکز خدمات مشاوره‌ای سازمان بهزیستی کشور طی سال‌های ۱۳۸۰ تا ۱۳۸۸ بود که قبلاً از طریق مصاحبه نیمه ساختاریافته و پرسشنامه مشخصات روان‌شناختی جمع‌آوری شده بود و تعداد ۲۱۷۶۶ نمونه با روش نمونه‌گیری منظم انتخاب شدند. برای تحلیل داده‌ها از آزمون مجذور خی، نیکویی برازش و ضریب کاپا در نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ استفاده شد.

**یافته‌ها:** یافته‌های پژوهش نشان داد که مخاطبین اصلی خدمات مشاوره عمدتاً از جامعه زنان، افراد متأهل، گروه سنی ۲۱-۴۰ سال و دارای تحصیلات دیپلم و بالاتر تشکیل می‌شود. در میان اختلالات روانپزشکی، تشخیص اختلالات خلقی و اضطرابی بیش‌تر از سایر تشخیص‌ها بود. از میان مشکلات روانی - اجتماعی، مشکلات بین فردی بالاترین سهم مراجعین به مراکز مشاوره سازمان بهزیستی را به خود اختصاص داد. نرخ تطابق تشخیص‌های اول و دوم برابر ۷۴/۴٪، کاپای ۰/۲۷ و معنادار بود ( $P < ۰/۰۰۱$ ).

**نتیجه‌گیری:** با توجه به اینکه بیش‌ترین نرخ شیوع و مراجعات حضوری و تلفنی مراکز مشاوره سازمان بهزیستی به اختلالات خلقی و اضطرابی و مشکلات بین فردی اختصاص دارد، خدمات تخصصی مراکز مشاوره سازمان بهزیستی باید در راستای اولویت دهی به شناسایی و درمان این اختلالات سازمان‌دهی شود.

**کلیدواژه‌ها:** اختلالات روان پزشکی، مشکلات روانی - اجتماعی، مراکز مشاوره سازمان بهزیستی.

- ۱- استادیار، روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، گروه پژوهشی روانشناسی و نیازهای ویژه
- ۲- استادیار، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، گروه آمار و کامپیوتر
- ۳- استادیار، آمار زیستی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران جنوب
- ۴- مربی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، دانشکده بهداشت، گروه آمار زیستی و اپیدمیولوژی
- ۵- پزشک عمومی، مدیر کل دفتر مشاوره سازمان بهزیستی کشور
- ۶- کارشناس ارشد، سازمان بهزیستی، معاونت امور فرهنگی و پیشگیری، دفتر مشاوره و خدمات روان‌شناختی

دریافت مقاله: ۸۹/۱۰/۱۲

پذیرش مقاله: ۹۰/۰۸/۰۹

\* آدرس نویسنده مسئول:

تهران، اوین، بلوار دانشجو، خیابان کودکیار، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، گروه آمار زیستی

\* تلفن: ۲۲۱۸۰۱۴۶

\* رایانامه: abiglarian@gmail.com



## مقدمه

امروزه در رویکرد کلی نگر<sup>۱</sup> به سلامت<sup>۲</sup>، گستره سلامتی بسیار فراتر از بیماری‌های جسمی در نظر گرفته می‌شود و آماده سازی افراد برای مواجهه با مسائل اجتماعی و بحران‌های فردی قبل از ابتلا به اختلال روانی، ضرورتی انکارناپذیر است که همه کشورها باید در قالب نظام‌های بهداشتی خود به آنان بپردازند (۱). اهمیت این امر تا اندازه‌ای است که از سال ۱۹۷۸ مقرر گردید حوزه بهداشت روان<sup>۳</sup> در مراقبت‌های بهداشتی اولیه<sup>۴</sup> ادغام شود (۲). در کشور ما هر چند متولی اصلی سلامت جامعه، دانشگاه‌های علوم پزشکی کشورند، برخی سازمان‌های بزرگ همچون سازمان بهزیستی، پوشش قابل ملاحظه و نقش فعال و محوری در ارائه خدمات پیشگیرانه و توانبخشی ایفاء می‌نمایند. تقاضای گسترده جامعه به خدمات مشاوره به عنوان یکی از مهم‌ترین راهبردهای پیشگیری، برنامه‌ریزان این سازمان را به گسترش کمی و کیفی فعالیت‌های مشاوره‌ای ترغیب نموده است به طوری که این خدمات (مشاوره فردی، گروهی، زناشویی و خانوادگی) در کلیه مراکز استان‌ها و شهرهای عمده کشور در دسترس است فعالیت مراکز مشاوره سازمان بهزیستی که با تأسیس ۳ مرکز در تهران آغاز شده بود در حال حاضر به حدود ۹۰ مرکز مشاوره حضوری دولتی، ۳۳۰ مرکز مشاوره حضوری غیر دولتی و ۷ مرکز مشاوره تلفنی فعال (صدای مشاور) در کشور رسیده است (۳).

رشد روزافزون کمی و کیفی مراکز مشاوره و ارائه خدمات متنوع برای طیف وسیعی از مراجعان، سیاست‌گذاران این مراکز را به برنامه ریزی دقیق و علمی دعوت می‌کند و ابزار اولیه و ضروری این فرایند، داده‌های توصیفی دقیق و قابل اعتماد در خصوص وضع موجود و اطلاع از روند تغییر نیازها و مطالبات ذینفعان است تا ضمن شناسایی کاستی‌ها در جهت ارتقاء کیفیت و اصلاح برنامه‌ها گام برداشت. بارت<sup>۵</sup> معتقد است کیفیت خدمات بهداشت روان اساساً بر فرایندهای ارزشیابی نظام‌مند استوار است و سازمان‌ها باید تشکیلاتی را برای نیازسنجی و ترسیم وضع موجود و ارزیابی کارایی خدمات ارائه شده تخصیص دهد (۴). در واقع موفقیت هر سازمان بهداشت روانی علاوه بر حفظ و تداوم ارائه خدمات مؤثر<sup>۶</sup> و ایمن<sup>۷</sup>، به قابلیت آن در پاسخ‌دهی به نیازهای مخاطبین وابسته است (۵). پدیده پاسخگویی<sup>۸</sup> و فرایند ارزیابی برنامه‌های سلامت روان توسط سازمان‌ها از نگرانی صرف در مورد خدمات ارائه شده فراتر رفته و کانون توجه آن، بهره‌وری و تأثیر عینی بر مشتریان این خدمات است. نتایج حاصل از چنین ارزیابی‌هایی، نقش کلیدی در بازنگری رویه‌های جاری دارد (۶). با عنایت به جریان دائمی تغییر نیازهای

مخاطبین خدمات سازمان بهزیستی در مقاطع زمانی مختلف که بازنگری مداوم راهبردهای جاری و مدیریت منابع را ضروری می‌سازد انجام مطالعات زمینه یابی که توصیف کننده وضعیت موجود باشند امری ضروری به نظر می‌رسد (۷، ۸). بر این اساس، مطالعه حاضر با هدف پایش وضعیت مراجعین حضوری و تلفنی مراکز مشاوره سازمان بهزیستی از نظر ابتلا به اختلالات روانی و مشکلات روانی - اجتماعی انجام شده است. در عین حال، تعیین و شناسایی ویژگی‌های جمعیت شناختی (سن، جنس، تحصیلات و وضعیت تأهل) مراجعان، تعیین تشخیص‌های دارای بیشترین فراوانی و درصد تطابق تشخیص‌های اول و دوم از دیگر اهداف این پژوهش بوده است.

## روش بررسی

این مطالعه از نوع توصیفی-تحلیلی و گذشته‌نگر است که با هدف تحلیل وضعیت اختلالات و مشکلات روانی اجتماعی مراجعه‌کنندگان به مراکز مشاوره سازمان بهزیستی در کل کشور انجام شده است. کلیه مراجعه‌کنندگان به مراکز خدمات مشاوره‌ای سازمان بهزیستی در کشور طی سال‌های ۱۳۸۰ تا ۱۳۸۸ که اطلاعات آن‌ها در مراکز خدمات مشاوره‌ای موجود بود جامعه آماری مورد مطالعه را تشکیل می‌دادند. این اطلاعات از طریق مصاحبه و درج در پرسشنامه مشخصات روان‌شناختی مراجع (۹) به دست آمد. تعداد کل مراجعان طی سال‌های مورد بررسی برابر ۱۴۵۶۳۱۲ پرونده بود. از این تعداد، ۱۲۰۱۶۰۷ نفر به صورت تلفنی و ۲۵۴۷۰۵ نفر به صورت حضوری خدمات مشاوره‌ای دریافت نمودند. در این پژوهش تعداد ۲۱۷۶۶ پرونده (۳۹۶۸ پرونده حضوری و ۱۷۷۹۸ پرونده تلفنی) از ۳۰ استان به صورت نمونه‌گیری طبقه‌بندی متناسب با اندازه طبقات و در هر استان، نمونه‌ها به شیوه نمونه‌گیری منظم انتخاب گردیدند. ملاک ورود عبارت بود از وجود تشخیص‌گذاری اختلالات روانپزشکی و مشکلات بین فردی در پرونده مراجعان که با استفاده از مصاحبه روانپزشکی نیمه ساختاریافته توسط روانپزشک یا روانشناس مقیم مرکز و مبتنی بر ملاک‌های تشخیصی چهارمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۰۰) انجام شده باشد، و وجود نقص در درج اطلاعات پرونده افراد به عنوان ملاک خروج از طرح در نظر گرفته شد.

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون مجذور خی، نیکویی برازش انجام شد. از سوی دیگر چنانچه مراجع در محور یک یا دو بیش از یک تشخیص دریافت می‌کرد، برای بررسی وجود توافق بین تشخیص اولیه و ثانویه، از ضریب کاپا استفاده گردید.

1- Holistic  
5- Barret2- Health  
6- Effective3- Mental Health  
7- Safe4- Primary health care  
8- Accountability



**یافته‌ها**

۸۶ درصد از مراجعین را زنان تشکیل داده‌اند. با توجه به نتایج سرشماری سال ۱۳۸۵ مرکز آمار ایران که نشان داد ۴۹/۱ درصد از جمعیت کل کشور زن هستند، آزمون آماری نیز نشان داد که زنان به طور معنی داری بیشتر از مردان برای مشاوره مراجعه داشته‌اند ( $P < 0/001$ ).

از ۲۱۷۶۶ پرونده افراد مورد بررسی، ۱۸/۲ درصد به صورت حضوری و ۸۱/۸ درصد به صورت تلفنی از خدمات مشاوره‌ای، استفاده نموده‌اند. از این تعداد ۱۴ درصد مرد و ۸۶ درصد زن بوده‌اند. (جدول ۱).

جدول ۱- توزیع فراوانی جنس مراجعین به مراکز مشاوره سازمان بهزیستی در کل کشور بر اساس نوع مراجعه

نوع مراجعه	جنس		
	زن	مرد	جمع
حضور	تعداد	۲۷۱۱	۱۲۲۳
	درصد	۶۸/۹	۳۱/۱
تلفنی	تعداد	۱۵۶۵۳	۱۷۴۲۵
	درصد	۸۹/۸	۱۰/۲
جمع	تعداد	۱۸۳۶۴	۲۹۹۵
	درصد	۸۶/۰	۱۴/۰

جدول ۲- توزیع فراوانی سن مراجعین به مراکز مشاوره سازمان بهزیستی در کل کشور بر اساس نوع مراجعه

نوع مراجعه	گروه‌های سنی							
	زیر ۱۰	۱۱ تا ۲۰	۲۱ تا ۳۰	۳۱ تا ۴۰	۴۱ تا ۵۰	۵۱ تا ۶۰	بالای ۶۰	جمع
حضور	تعداد	۱۱۹	۱۵۹	۴۶۱	۴۲۵	۴۷۰	۹۴۱	۳۸۷۹
	درصد	۳/۱	۴/۱	۱۱/۹	۱۱/۰	۱۲/۱	۲۴/۳	۳۳/۶
تلفنی	تعداد	۱۱۸	۱۹۸۶	۸۸۳۱	۴۶۲۱	۱۵۶۳	۳۳۰	۱۷۵۰۱
	درصد	۰/۷	۱۱/۳	۵۰/۵	۲۶/۴	۸/۹	۱/۹	۰/۳
جمع	تعداد	۲۳۷	۲۱۴۵	۹۲۹۲	۵۰۴۶	۲۰۳۳	۱۲۷۱	۲۱۳۸۰
	درصد	۱/۱	۱۰/۰	۴۳/۵	۲۳/۶	۹/۵	۵/۹	۶/۳

نتایج تفکیکی نوع مراجعه نیز نشان داد که ۸۹/۸ درصد از مراجعه‌کنندگان تلفنی زنان بودند که این نسبت برای مراجعین حضوری ۶۸/۹ درصد بوده است. این در حالی است که مردان تمایل بیشتری به مراجعه حضوری داشته‌اند تا تلفنی. نتیجه آزمون آماری نیز نشان داد که بین جنسیت و نوع مراجعه رابطه معنی داری وجود دارد ( $P < 0/001$ ).

سایر گروه‌های سنی با توزیع جمعیت کل کشور در آن رده سنی تفاوت چشمگیری نداشته و متناسب بوده است. نتیجه آزمون آماری نیز نشان داد که بین گروه سنی و نوع مراجعه رابطه معنی داری وجود دارد ( $P < 0/001$ ).

مراجعین را افراد متأهل، ۲۸/۲ درصد را افراد مجرد و ۹/۴ درصد را سایر مراجعان تشکیل می‌دادند (مطلقه، متارکه، بیوه و ...). میانگین سن مراجعان  $13/77 \pm 33/2$  سال با میانه سنی ۳۰ سال بوده است، که برای مراجعان زن  $12/5 \pm 32/4$  سال با میانه سنی ۲۹ سال و برای مراجعان مرد برابر  $11/7 \pm 37/9$  سال با میانه سنی ۳۲ سال بوده است. همچنین، میانگین سن مراجعان حضوری  $18/3 \pm 49/8$  سال با میانه سنی ۵۵ سال و برای مراجعان تلفنی برابر  $18/9 \pm 29/5$  سال با میانه سنی ۲۸ سال بوده است.

۱/۶۷ درصد از مراجعین را افراد در گروه سنی ۲۱-۴۰ سال تشکیل داده‌اند (جدول ۲). با توجه به نتایج سرشماری سال ۱۳۸۵ مرکز آمار ایران، که نشان می‌دهد ۳۹/۷ درصد از جمعیت کل کشور در این بازه سنی قرار دارند، معلوم می‌شود که توزیع مراجعین برای اخذ خدمات مشاوره‌ای متناسب با توزیع جمعیت این گروه سنی در کل کشور نبوده است. توزیع مراجعین در

1- TORCH

2- Electroencephalography

3- Cranial computerized axial tomography[CT]

4- Coordination

5- Spastic hemiplegia

6- Unilateral-spastic cerebral palsy (US-CP)

7- Bilateral - spastic cerebral palsy (BS-CP)



جدول ۳- توزیع فراوانی تحصیلات مراجعین به مراکز مشاوره سازمان بهزیستی در کل کشور بر اساس نوع مراجعه

نوع مراجعه	تحصیلات									
	تراکم	پایه متوسط	فوق دیپلم	دانش آموخته	دیپلم	پایه نهم	دیپلم و فوق دیپلم	دارای مدرک دانشگاهی	دارای مدرک	دانشجو
تعداد	۱۰۰	۱۵۸	۴۵	۵۳۵	۷۶۱	۱۱۸۱	۷۳۲	۳۲۳	۱۰	۳۸۴۵
درصد	۲/۶	۴/۱	۱/۲	۱۳/۹	۱۹/۸	۳۰/۷	۱۹/۰	۸/۴	۰/۳	۱۰۰
تعداد	۸۴	۶۶	۱۴	۶۱۴	۱۶۶۱	۸۳۳۰	۵۰۲۵	۱۲۲۶	۲۹۹	۱۷۳۱۹
درصد	۰/۵	۰/۴	۰/۱	۳/۵	۹/۶	۴۸/۱	۲۹/۰	۷/۱	۱/۷	۱۰۰
تعداد	۱۸۴	۲۲۴	۵۹	۱۱۴۹	۲۴۲۲	۹۵۱۱	۵۷۵۷	۱۵۴۹	۳۰۹	۲۱۱۶۴
درصد	۰/۹	۱/۱	۰/۳	۵/۴	۱۱/۴	۴۴/۹	۲۷/۲	۷/۳	۱/۵	۱۰۰

۸۰ درصد از مراجعین در کل کشور، دارای تحصیلات دیپلم و بالاتر و بقیه زیر دیپلم (۹/۰ درصد بی سواد) بودند (جدول ۳). دریافت کرده‌اند. ۸۵ درصد از مراجعین حضوری، بین ۶۰-۳۱ دقیقه مشاوره دریافت کرده‌اند. بیشتر مراجعین در کل کشور کمتر از ۳۰ دقیقه مشاوره دریافت داشته‌اند. (جدول ۴) سهم عمده‌ی این میزان، مربوط به مراجعین تلفنی می‌باشد که نزدیک به ۹۰ درصد بوده‌اند. لیکن نزدیک ( $P < 0.001$ ) مشاوره‌ای و نوع مراجعه رابطه معنی‌داری وجود دارد. آزمون آماری نشان داد که بین مدت زمان دریافت خدمات مشاوره‌ای و نوع مراجعه رابطه معنی‌داری وجود دارد.

جدول ۴- توزیع فراوانی مدت زمان مشاوره برای مراجعین به مراکز مشاوره سازمان بهزیستی در کل کشور بر اساس نوع مراجعه

نوع مراجعه	مدت زمان (به دقیقه)				
	کمتر از ۳۰	۳۱-۴۵	۴۶-۶۰	بیش از ۶۰	جمع
تعداد	۲۰۰	۱۰۷۴	۱۱۸۸	۲۱۷	۲۶۷۹
درصد	۷/۵	۴۰/۱	۴۴/۳	۸/۱	۱۰۰
تعداد	۱۳۷۱۰	۱۲۴۲	۳۲۲	۸۷	۱۵۳۶۱
درصد	۸۹/۳	۸/۱	۲/۱	۰/۶	۱۰۰
تعداد	۱۳۹۱۰	۲۳۱۶	۱۵۱۰	۳۰۴	۱۸۰۴۰
درصد	۷۷/۱	۱۲/۸	۸/۴	۱/۷	۱۰۰

جدول ۵-۱- توزیع فراوانی تشخیص اولیه مراجعین مرکز مشاوره سازمان بهزیستی در کل کشور بر حسب نوع مراجعه

نوع اختلالات روانی (اول)	حضوری		تلفنی		جمع
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد
خلقی	۱۹۷	۶/۲۲	۵۴۳	۳/۱۴	۷۴۰
اضطرابی	۱۴۲	۴/۵۴	۲۴۷	۱/۴۳	۳۹۱
ویژه کودکان و نوجوانان	۱۷۳	۵/۴۶	۱۱۸	۰/۶۸	۲۹۱
شخصیت	۲۷	۰/۸۵	۱۰۱	۰/۵۸	۱۲۸
مربوط به مصرف مواد	۲۹	۰/۹۱	۸۴	۰/۴۸	۱۱۳
سایر اختلالات*	۵۵	۱/۷۴	۱۶۰	۰/۹۳	۲۱۵

\* سایر اختلالات مشتمل بر: روان‌پریشانه، جنسی، تکانشی، خواب، خوردن، جسمی شکل، تجزیه‌ای، تمارض (اختلالات ساختگی)، سازگاری، شناختی عضوی.



فردی برای مراجعین حضوری و تلفنی، ازدواج گزارش شده است. (جدول ۵-۲ و نمودار ۱).

همچنین، همان‌طور که دیده می‌شود بیش‌ترین میزان راهنمایی ارائه شده برای مراجعین حضوری در ابتدا مشاوره قبل از ازدواج و در ادامه تربیت کودک بوده است. در عین حال بیش‌ترین میزان راهنمایی ارائه شده برای مراجعین تلفنی در ابتدا تربیت کودک و در ادامه مشاوره قبل از ازدواج بوده است (گرچه این دو میزان به طور تقریبی برابرند). (جدول ۵-۲ و نمودار ۱).

نتایج نشان می‌دهد که بیش‌ترین نوع اختلال در مراجعین حضوری به ترتیب خلقی، ویژه کودکان و نوجوانان و اضطرابی بوده است و برای مراجعین تلفنی به ترتیب خلقی، اضطرابی و ویژه کودکان و نوجوانان گزارش شده است. (جدول ۵-۱).

بیش‌ترین نوع اختلال مشکلات روانی-اجتماعی بین فردی برای مراجعین حضوری و تلفنی، مربوط به بین افراد هم خانواده و ناهم خانواده بوده است که این میزان بیش‌ترین نوع مشکلات بوده است. همچنین بیش‌ترین نوع اختلال مشکلات روانی-اجتماعی

جدول ۵-۲- توزیع فراوانی تشخیص اولیه مراجعین مرکز مشاوره سازمان بهزیستی در کل کشور بر حسب نوع مراجعه (ادامه)

جمع		تلفنی		حضوری		نوع اختلال مشکلات روانی - اجتماعی (اول)
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
۴۴/۹۹	۹۲۱۱	۴۷/۳۵	۸۱۹۴	۳۳/۰۸	۱۰۱۷	بین افراد هم خانواده و ناهم خانواده
۵/۴۲	۱۱۰۹	۵/۳۲	۹۲۰	۵/۹۶	۱۸۹	تظاهرات مشکلات بین فردی
۳/۸۸	۷۹۵	۳/۷۷	۶۵۲	۴/۵۱	۱۴۳	ازدواج
۲/۹۶	۶۰۶	۲/۸۰	۴۸۵	۳/۸۲	۱۲۱	میشی
۲/۸۰	۵۷۴	۲/۵۹	۴۴۸	۳/۹۸	۱۲۶	تحصیلی
۱/۷۵	۳۵۸	۱/۶۹	۲۹۲	۲/۰۸	۶۶	خلقی و اضطرابی
۲/۷۲	۵۵۶	۲/۶۵	۴۵۹	۳/۰۶	۹۷	سایر اختلالات*
۹/۲۹	۱۹۰۲	۹/۳۹	۱۶۲۵	۸/۷۴	۲۷۷	مشاوره قبل از ازدواج
۸/۹۲	۱۸۲۷	۹/۵۱	۱۶۴۵	۵/۷۴	۱۸۲	تربیت کودک
۳/۰۲	۶۱۹	۳/۱۱	۵۳۸	۲/۵۶	۸۱	ارزیابی هوش
۱/۶۹	۳۴۶	۱/۷۷	۳۰۷	۱/۲۳	۳۹	بلوغ و نوجوانی
۳/۳۹	۶۹۳	۲/۸۱	۴۸۶	۶/۵۳	۲۰۷	سایر راهنمایی‌ها**

\* سایر اختلالات فردی مشتمل بر: خواب، جنسی، عادت‌ها، شناختی، معنوی درازمدت، شغلی، اقتصادی و اجتماعی، چرخه‌ی زندگی، موقعیت‌های غیر منتظره، فرهنگی و معنوی

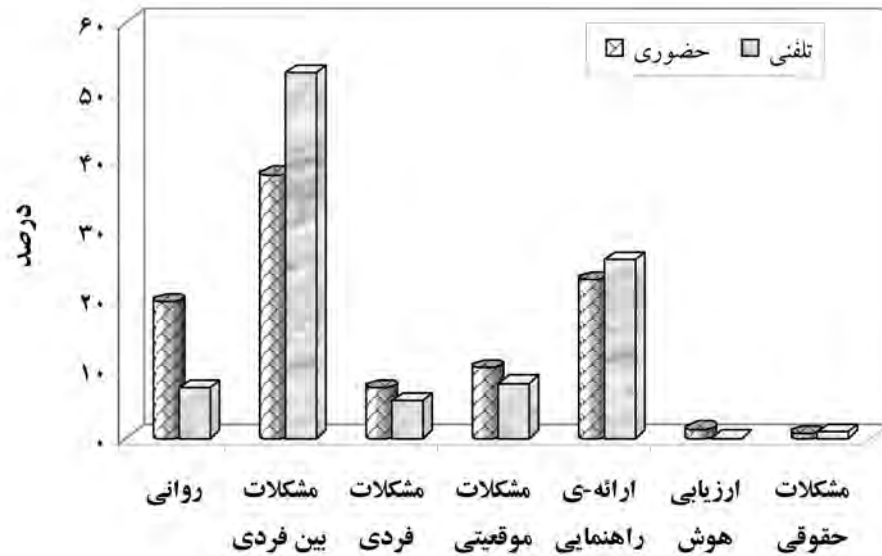
\*\* سایر راهنمایی‌های ارائه شده مشتمل بر: مهارت‌های ارتباطی، اوقات فراغت، برنامه‌ریزی تحصیلی، انتخاب شغل، مشکلات حقوقی

از نوع بین فردی و در ادامه ارائه راهنمایی بوده است (تلفنی و حضوری). راهنمایی‌های ارائه شده برای مردان بیش‌تر در مورد مشاوره قبل از ازدواج (تلفنی و حضوری) و در ادامه تربیت کودک (تلفنی و حضوری) بوده است.

برای بررسی میزان انطباق تشخیص اول و دوم اختلالات کل مراجعین توسط مشاورین سازمان، همان‌طور که جدول ۶ نشان می‌دهد، تعداد ۴۸۸۹ نفر که دو بار به مرکز مشاوره سازمان تماس گرفته یا مراجعه نموده‌اند در ۳۶۳۷ مورد تشخیص اول و دوم یکسان بوده (۷۴/۴ درصد). برای بررسی آماری میزان توافق، مقدار آماره کاپا برابر ۰/۲۷ به دست آمد که از لحاظ آماری این مقدار توافق معنی‌دار است ( $P < 0/001$ ).

نتایج تفکیکی نشان داد که بیش‌ترین نوع اختلال روانی تشخیص داده شده در زنان، از نوع خلقی و در ادامه اضطرابی بوده است. در مشکلات روانی-اجتماعی از نوع بین فردی و در ادامه ارائه راهنمایی بوده است. راهنمایی‌های ارائه شده برای زنان بیش‌تر در مورد تربیت کودک (تلفنی) و مشاوره قبل از ازدواج (حضوری) بوده است.

نتایج تفکیکی نشان داد که بیش‌ترین نوع اختلال روانی تشخیص داده شده در مراجعان تلفنی مرد، از نوع خلقی و در ادامه جنسی، اضطرابی و مربوط به مصرف مواد و برای مراجعان حضوری مرد، ویژه کودکان و نوجوانان و در ادامه خلقی، اضطرابی و مربوط به مصرف مواد بوده است. در مشکلات روانی اجتماعی



نمودار ۱- توزیع نسبی انواع اختلالات تشخیص داده شده در نوبت اول مراجعین مرکز مشاوره سازمان بهزیستی در کل کشور بر حسب نوع مراجعه

جدول ۶- توزیع فراوانی و میزان تطابق تشخیص اولیه و ثانویه برای کل مراجعین به مراکز مشاوره سازمان بهزیستی در کل کشور

جمع	مشکلات حقوقی		ارزیابی هوش		ارائه راهنمایی		مشکلات موقعیتی		مشکلات فردی		مشکلات بین فردی		مشکلات روانی		تشخیص ثانویه / تشخیص اولیه	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
۱۵۵	۰	۰	۰	۰	۱۶	۱۰/۳۲	۵	۳/۲۳	۱۹	۱۲/۲۶	۴۴	۲۸/۳۹	۷۱	۴۵/۸۱	۷۱	۴۵/۸۱
۴۲۴۷	۲۰	۰/۴۷	۰	۰	۴۲۷	۹/۹۹	۱۵۱	۳/۵۳	۱۶۴	۳/۸۴	۳۳۹۱	۷۹/۳۴	۱۲۱	۲/۸۳	۱۲۱	۲/۸۳
۱۴۳	۰	۰	۰	۰	۱۴	۹/۷۹	۸	۵/۵۹	۵۹	۴۱/۲۶	۴۵	۳۱/۴۷	۱۷	۱۱/۸۹	۱۷	۱۱/۸۹
۱۰۰	۰	۰	۰	۰	۱۴/۵۰	۴۴/۲۷	۹/۹۲	۲۴/۲۳	۹/۹۲	۲۴/۲۳	۶/۸۷	۶/۸۷	۹	۶/۸۷	۹	۶/۸۷
۱۸۲	۱	۰/۵۵	۰	۰	۵۶	۳۰/۸۷	۱۳/۱۹	۲۴	۱۳	۹/۳۴	۶۹	۳۷/۹۱	۱۵	۸/۲۴	۱۵	۸/۲۴
۲	۰	۰	۲	۱۰۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰
۲	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۱	۱	۱	۱	۰	۰	۰	۰
۴۸۸۹	۲۱	۰/۴۳	۲	۰/۰۴	۵۳۲	۱۰/۸۸	۲۴۶	۵/۰۳	۲۷۳	۵/۵۸	۳۵۸۲	۷۳/۲۷	۲۳۳	۴/۷۷	۲۳۳	۴/۷۷



تشخیص‌ها بود (۶/۲ و ۳/۱ درصد به ترتیب برای مراجعات حضوری و تلفنی). تشخیص اختلالات اضطرابی<sup>۶</sup> (شامل اختلال هراس<sup>۷</sup>، فوبی خاص<sup>۸</sup> و اجتماعی<sup>۹</sup>، اختلال وسواس<sup>۱۰</sup> فکری، عملی، اختلال استرس پس از ضربه<sup>۱۱</sup>، اختلال اضطراب فراگیر<sup>۱۲</sup>، سایر اختلالات اضطرابی و اختلال اضطرابی نامشخص<sup>۱۳</sup>) با ۴/۵٪ و ۱/۴٪ به ترتیب برای مراجعات حضوری و تلفنی نیز با توجه به همبودی<sup>۱۴</sup> اختلالات خلقی و اضطرابی (۱۰) قابل انتظار و با یافته‌های همه‌گیرشناسی اختلالات روانی همخوانی دارد. محمدی و همکاران یافته‌های حاصل از میزان شیوع این اختلالات در کشور بین ۱۱/۹ تا ۲۶/۹ درصد گزارش کردند (۱۱). نتایج حاصل از طرح ملی همه‌گیرشناسی اختلالات روانپزشکی در ایران که با همکاری مرکز ملی تحقیقات علوم پزشکی و معاونت پیشگیری سازمان بهزیستی سراسر کشور در افراد ۱۸ سال و بالاتر با استفاده از پرسشنامه اختلالات عاطفی و اسکیزوفرنیا (SADS) و نمونه‌ای با حجم ۲۵/۱۸۰ نفر انجام شد، این رقم را معادل ۱۷/۱ درصد برآورد نمود. به عبارت دیگر ۱۰ الی ۷ میلیون نفر از جمعیت کشور در ایران نیازمند خدمات بهداشت روان هستند. مطالعه نور بالا و همکاران (۱۲) که روی ۳۵/۰۱۴ نمونه ۱۵ سال به بالا انجام پذیرفت نیز رقم ۲۵/۹٪ برای زنان و ۱۴/۹٪ برای مردان را گزارش داد. در مطالعه محمدی و همکاران (۱۱) اختلالات اضطرابی با ۸/۳ و اختلالات خلقی با ۴/۳ به ترتیب بیشترین نرخ شیوع را در نمونه مورد مطالعه برخوردار بودند. از سوی دیگر و پژوهش نور بالا و همکاران (۱۲) اختلالات افسردگی (۲۱٪) و اضطراب (۲۰/۸٪) از جمله شایع‌ترین اختلالات روانی محسوب می‌شدند. در مطالعه حاضر از میان مشکلات روانی - اجتماعی<sup>۱۵</sup>، مشکلات بین فردی (از جمله تعارض والد - فرزندی، تعارض خواهر - برادری، مشکلات با همسر، مشکلات با محبوب، جنس مخالف و همسال) جمعاً با ۵۰/۳۹٪ تشخیص اولیه بالاترین سهم مراجعین به مراکز مشاوره سازمان بهزیستی را به خود اختصاص داد. همچنین بررسی یافته‌های حاصل از مطالعه حاضر نشان می‌دهد که گرایش مراجعین به مشاوره قبل از ازدواج (۸۷٪) و ۹/۳٪ به ترتیب برای مشاوره حضوری و تلفنی و راهنمایی و تربیت کودک (۵/۷٪ و ۹/۵٪ حضوری و تلفنی) در رتبه‌های بعدی مشکلات روانی اجتماعی قرار دارد. نیازهای مراجعان با توجه به تغییرات اجتماعی و اولویت‌های موجود و وقایع خاص هر دوره در نوسان است (۱۳). برای

برای بررسی میزان انطباق تشخیص اول و دوم اختلالات مراجعین حضوری توسط مشاورین سازمان، همان‌طور که جدول ۶ نشان می‌دهد تعداد ۲۰۵ نفر که دو بار به مرکز مشاوره سازمان مراجعه نموده‌اند در ۱۳۹ مورد تشخیص اول و دوم یکسان بوده (۶۷/۸ درصد). برای بررسی آماری میزان توافق، مقدار آماره کاپا برابر ۰/۵۸ به دست آمد که از لحاظ آماری این مقدار توافق معنی‌دار است ( $P < 0/001$ ).

برای بررسی میزان انطباق تشخیص اول و دوم اختلالات مراجعین تلفنی توسط مشاورین سازمان، همان‌طور که جدول ۶ نشان می‌دهد تعداد ۴۶۸۶ نفر که دو بار به مرکز مشاوره سازمان تماس گرفته‌اند در ۳۴۹۸ مورد تشخیص اول و دوم یکسان بوده (۷۴/۷ درصد). برای بررسی آماری میزان توافق، مقدار آماره کاپا برابر ۰/۲۱ به دست آمد که از لحاظ آماری این مقدار توافق معنی‌دار است ( $P < 0/001$ ).

برای بررسی میزان انطباق تشخیص اول و دوم اختلالات مراجعین زن توسط مشاورین سازمان، همان‌طور که جدول ۶ نشان می‌دهد تعداد ۴۴۱۳ زن که دو بار به مرکز مشاوره سازمان تماس گرفته یا مراجعه نموده‌اند در ۳۲۹۳ مورد تشخیص اول و دوم یکسان بوده (۷۴/۶ درصد). برای بررسی آماری میزان توافق، مقدار آماره کاپا برابر ۰/۴۷ به دست آمد که از لحاظ آماری این مقدار توافق معنی‌دار است ( $P < 0/001$ ).

برای بررسی میزان انطباق تشخیص اول و دوم اختلالات مراجعین مرد توسط مشاورین سازمان، همان‌طور که جدول ۶ نشان می‌دهد تعداد ۳۷۰ مرد که دو بار به مرکز مشاوره سازمان تماس گرفته یا مراجعه نموده‌اند در ۲۵۶ مورد تشخیص اول و دوم یکسان بوده (۶۹/۲ درصد). برای بررسی آماری میزان توافق، مقدار آماره کاپا برابر ۰/۴۱ به دست آمد که از لحاظ آماری این مقدار توافق معنی‌دار است ( $P < 0/001$ ).

لازم به ذکر است میزان انطباق دو تشخیص به تفکیک برای مردان و زنانی که به صورت حضوری مراجعه یا تلفنی تماس گرفته بودند به ترتیب برابر ۵۷/۹، ۷۱/۱، ۷۱/۲۵، ۷۴/۷ درصد گردید.

### بحث

همان‌گونه که انتظار می‌رفت نرخ مراجعانی که تشخیص اختلالات خلقی<sup>۱</sup> (شامل اختلالات افسردگی عمده<sup>۲</sup>، اختلال کج خلقی<sup>۳</sup>، اختلال خلقی دو قطبی<sup>۴</sup>، سایر اختلالات خلقی یا اختلالات خلقی نامشخص<sup>۵</sup>) دریافت کرده‌اند بیشتر از سایر

1- Mood disorders	2- Major depression disorder	3- Dysthymic mood disorder	4- Bipolar mood disorder
5- NOS	6- Anxiety disorders	7- Panic attack	8- Specific phobia
9- Social phobia	10- Obsessive - compulsive disorder	11- Post - traumatic stress disorder	12- Generalized anxiety disorder
13- NOS	14- Co morbidity	15- Psycho- social	



دارای حمایت تجربی<sup>۳</sup> در اختلالات خلقی و اضطرابی، چمبلس و الندیک (۱۶) و جلوگیری از برگشت علائم<sup>۴</sup> را بیش از پیش یادآور می‌شود.

به طور کلی یافته‌های مطالعه حاضر مؤید اولویت‌دهی و ساماندهی خدمات تخصصی به اختلالات خلقی و اضطرابی و مشکلات بین فردی است که بیش‌ترین نرخ شیوع و مراجعات حضوری و تلفنی مراکز مشاوره سازمان بهزیستی را به خود اختصاص می‌دهند.

### تقدیر و تشکر

نگارندگان مقاله بر خود لازم می‌دانند که از کلیه کارشناسان و همکاران مستقر در ادارات کل استانی سازمان بهزیستی که در مرحله عملیات میدانی مشارکت داشته‌اند و همچنین معاونت امور فرهنگی و پیشگیری سازمان بهزیستی کل کشور که پشتیبان مالی پژوهش بوده‌اند، تشکر و قدردانی نمایند.

نمونه، مهرابی و همکاران گزارش کردند که طی سال‌های اخیر سیاست کلان بهداشت روان در کشور بر درمان سرپایی و کاهش بستری کردن<sup>۱</sup> تأکید داشته است (۱۴) و این امر به نوبه خود بر نرخ مراجعین به مراکز مشاوره سازمان بهزیستی افزوده است. محدودیت منابع مالی و انسانی در حوزه بهداشت روان (۱۵) نیز ضرورت بهره‌گیری هر چه بیشتر از امکانات موجود را برجسته‌تر می‌سازد. در این شرایط و با توجه به گستردگی و تنوع خدمت گیرندگان و سهولت دسترسی گروه‌های با درآمد پایین<sup>۲</sup> به این خدمات، مسئولیت سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان بهداشتی کشور در رابطه با تدوین برنامه‌های اجرایی بهداشت روان بیش از پیش نمایان می‌شود.

نرخ تطابق بالای تشخیص‌ها در مراجعه اول دوم (۷۴/۷٪)، کاپای (۰/۲۷/۰۰۱/P) و ویژگی‌های مخاطبین اصلی خدمات مشاوره که عمدتاً از جامعه زنان (۸۶٪)، افراد متأهل (۶۲/۴٪)، گروه سنی ۲۱-۴۰ سال (۶۷/۱٪) و دارای تحصیلات دیپلم و بالاتر (۸۰٪) تشکیل شده است لزوم ارتقاء آموزش‌های تخصصی، گسترش دوره‌های بازآموزی، بهره‌گیری از مدل‌های مداخله‌ای

### منابع

1. WHO. The introduction of mental health component into primary health care. Geneva: World Health Organization; 1990.
2. The World Health Report. Mental disorders affect one in four people. Treatment available but not being used [Internet]. 2001 Sep 28 [Cited 2006 Feb 10]; Available from: [http://www.who.int/whr/2001/media\\_centre/press\\_release/en/index.html](http://www.who.int/whr/2001/media_centre/press_release/en/index.html)
3. Qazaryan M. [Satisfaction of the clients referred to counseling center of social Welfare Organization (Persian)]. New Research Consulting. 2000; 2(7, 8): 67-88.
4. Barrett C, Myrick F. Job satisfaction in preceptorship and its effect on the clinical performance of the preceptee. J Adv Nurs. 1998; 27(2): 364-71.
5. Web Site of Social Welfare Organization, the Office of Counseling and Psychological Services 2010; available from: [www.behzisti.ir](http://www.behzisti.ir)
6. Suzuki LA, Ponterotto JG. Handbook of multicultural assessment: clinical, psychological and educational applications, 3rd edition, USA: John Wiley and Sons; 2008.
7. Cook LJ. Striving to help college students with mental health issues. J Psychosoc Nurs Ment Health Serv. 2007; 45(4):40-4.
8. Sanders LB. The provision of mental health services on Long Island college campuses: a pilot study. J N Y State Nurses Assoc. 2007; 38(1): 9-12.
9. Beaudin CL, Beaty J. Strategies on innovations for successful quality improvement in behavioral health. J Nurs Care Qual. 2004; 19(3): 197-206
10. Qazaryan M. et al. [The third numbered and diagnosis system disorders and Socio psychological problems (Persian)]. Prevention and Cultural Affairs of Social Welfare Organization. 2003.
11. Barlow DH. Clinical handbook of psychological disorders: A Step-by-step Treatment. 3rd edition. New York: Guilford Press; 2001.
12. Mohammadi MR, Dadvydyan H, Nurbala AA, Malek Afzali H, Naghavi HR, Puretemad HR, et al. [Epidemiology of psychiatric disorders in Iran, 2001 (Persian)]. Hakim Medical Journal. 2003; 6(1): 55-65.
13. Noorbala AA, Bagheri Yazdi SA, Yasamy MT, Mohammad K. Mental health survey of adult population in Iran. Br J Psychiatry. 2004; 184: 70-3.
14. Mehrabi F, Bayanzadeh SA, Atef - Valid M K, Bolhari J, Shahmohammadi D, Vaezi SA. Mental health in Iran. In I. Al - Issa (Ed). Al - Junum: Mental Illness in the Islamic world 2000; pp.139-161. Madison, C.T: International University Press, Inc.
15. Ghobari B, Bolhari J. The current state of Medical Psychology in Iran. Journal of Clinical Psychology in Medical Setting. 2001; 8(1): 39-43.
16. Chambless DL, Ollendick TH. Empirically supported psychological interventions: controversies and evidence. Annu Rev Psychol. 2001; 52: 685-716.



Received: 2/1/2011  
Accepted: 29/11/2011

1. *Ph.D. of Clinical Psychology, Assistant Professor of University of Social Welfare & Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran*
2. *Biostatistician, Assistant Professor of University of Social Welfare & Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran*
3. *Assistant professor Biostatistics, Islamic Azad University, South Tehran Branch, Tehran, Iran.*
4. *Ph. D, Department of Biostatistics, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran.*
5. *General Practitioner, Cultural and Prevention Department, Head of Counseling and Psychological Services Office, Social Welfare Organization.*
6. *MSc in Psychology, Cultural and Prevention Department, Counseling and Psychological Services Office, Social Welfare Organization.*

**\*Correspondent Author Address:**

Department of Biostatistics,  
University of Social Welfare and  
Rehabilitation Sciences, Koodakyar  
St., Daneshjoo Ave., Evin, Tehran,  
Iran.

\*Tel: +98 21 22180146

\*E-mail: abiglarian@gmail.com

# ***The Psychiatric Disorders and Psychosocial Problems in Referred Clients to Counseling Centers of Social Welfare Organization***

*Rezaei Dogaheh E.(Ph.D.)<sup>1</sup>, \*Biglarian A.(Ph.D.)<sup>2</sup>, Baghestani A.R.(Ph.D.)<sup>3</sup>,  
Roshanaei Gh.(Ph.D.)<sup>4</sup>, Rafie M.(M.D.)<sup>5</sup>, Moradi M.(M.Sc.)<sup>6</sup>*

## **Abstract**

**Objective:** Planning for providing mental health services to the population needs to recognize the characteristics of audience and their referral problems for drawing a clear picture of the present status. Such studies in the area are rare. The present is aimed to study the demographic characteristics, psychiatric disorders and psychosocial problems of clients referred to counseling centers of Social Welfare Organization (Behzisty).

**Materials & Methods:** The present research was a cross sectional-analytic study. The research data was based on information and records gathered from counseling centers of the Welfare Organization during the year 2001 to 2009. The data was already collected through a semi-structural interview and demographic questionnaire and include 21766 samples gathered by a systematic sampling method. Data analysis was made using Chi-Square test and Kappa coefficient in SPSS 16.

**Results:** The findings showed that audiences of counseling services were mainly women, married, aged 40-21 years and with at least a high school degree. Mood disorders and anxiety was more prevalent than the other psychiatric disorders. Among the psychosocial problems, interpersonal problem was the highest share of referrals to the counseling centers. The concordance rate of the first and second diagnosis was 74.4%, kappa 27% ( $p < 0.001$ ).

**Conclusions:** Considering that the most common causes of personal and telephone counseling referred to counseling centers were mood and anxiety disorders and interpersonal problems, it is necessary to dedicate the professional services to diagnosis and treatment of these disorders.

**Keywords:** Psychiatric disorders/ Psychosocial problems/ Counseling centers of Social Welfare Organization