Archive of SID



# بررسی اختلالات روانپزشکی درمراجعین به درمانگاه های عمومی بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی مازندران در سال ۱۳۷۶

مهران ضرغامي (M.D.) *
غلامرضا ناطقي (M.D.) **
علیرضا خلیلیان (Ph.D.) ***
عبدالحکیم تیرگري (M.Sc.) ****
حمیدرضا سلیمي (M.D.) *****

## چکیده

**سابقه و هدف :** با توجه به سیاست‌های بهداشتی کشور مبنی بر این که تمام بیماران در وهلهٔ اول به پزشکان عمومی مراجعه کنند و سپس در صورت نیاز به متخصصین رشته‌های مربوطه ارجاع شوند، و با توجه به این‌که کمتر از یک‌پنجم بیماران مراجعه کننده به تنها مرکز تخصصی روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی مازندران توسط پزشکان عمومی ارجاع می‌شوند، برآن شدیم که به غربالگری اختلالات روانپزشکی در مراجعین به درمانگاه‌های عمومی بیمارستان‌های آموزشی این دانشگاه بپردازیم.

**مواد و روش‌ها :** ۲۵۰ نفر از مراجعین (با ضریب اطمینان ۹۵درصد) به شیوهٔ تصادفی طبقه‌بندی شده، به وسیلهٔ آزمون SCL-90-R مورد ارزیابی قرار گرفتند.

**یافته ها :** ۴۰درصد مراجعین مبتلا به اختلال روانپزشکی بودند. اختلالات فوق در خانم‌ها شایعتر بود. نمایهٔ کلی شدت این اختلالات نیز در خانم‌ها بیشتر بود. اکثر مبتلایان، متأهل، خانه‌دار، و با تحصیلات متوسطه بودند. شایعترین ابعاد اختلالات روانپزشکی، کج‌باوری، جسمانی‌سازی، افسردگی، و حساسیت در روابط بین فردی بود.

**استنتاج :** با توجه به شیوع بالای اختلالات روانپزشکی در طب عمومی، و با عنایت به این که درخواست مشاوره‌های روانپزشکی و موارد ارجاع بسیار محدود می‌باشند، احتمالاً در زمینهٔ اختلالات روانپزشکی آموزش یا توجه کافی وجود ندارد. در هر صورت ضروری است که در دورهٔ آموزشی پزشکی عمومی و همچنین در دوره‌های بازآموزی به اختلالات روانپزشکی توجه بیشتری شود.

**واژه های کلیدي :** اختلالات روانی، خدمات فوریت‌های پزشکی، خدمات فوریت‌های روان‌پزشکی

## مقدمه

توجه به این واقعیت که حدود ۲۰ درصد کسانی که به مراقبت‌های بهداشتی اولیه در برآوردن نیازهای واحدهای مراقبت‌های اولیه مراجعه می‌کنند از اختلالات بهداشت روانی نقش محوری دارند. این نقش محوری با

این تحقیق طی شماره ۲۴- ۷۵ در شورای پژوهشی دانشگاه ثبت گردیده و با حمایت مالی دانشگاه علوم پزشکی مازندران انجام پذیرفته است.

* دانشیار گروه روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی مازندران
✉ ساری- ابتدای جاده نکا- بیمارستان زارع
** استادیار گروه روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی مازندران
*** دانشیار گروه پزشکی اجتماعی دانشگاه علوم پزشکی مازندران
**** مربی روانشناسی بالینی دانشگاه علوم پزشکی مازندران
***** پزشک عمومی



www.SID.ir

[ Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-04 ]

Archive of SID

رشته‌های مربوطه ارجاع شوند، برآن شدیم که دریابیم از مراجعین به درمانگاه‌های عمومی غیرتخصصی یا واحدهای مراقبت‌های اولیهٔ بیمارستان‌های آموزشی عمومی تابعهٔ دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی مازندران،چه تعدادی دچارمشکلات روانپزشکی هستند.

## مواد و روش‌ها

این مطالعه در مراکز آموزشی- درمانی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی مازندران که به صورت بیمارستان عمومی هستند (بیمارستان امام خمینی ساری، بیمارستان بوعلی سینای ساری، و بیمارستان رازی قائم‌شهر) درسال ۱۳۷۶ انجام شد. معیار ورود به مطالعه، بیمارانی بودند که به درمانگاه‌های عمومی یا غیرتخصصی این بیمارستان‌ها مراجعه می‌کردند. ۲۵۰ نفر از مراجعین مذکور (با ضریب اطمینان ۹۵درصد) به شیوهٔ تصادفی طبقه‌بندی شده انتخاب شدند (۱۱۰ نفر از بیمارستان امام، ۹۰ نفر از بیمارستان بوعلی سینا، و ۵۰ نفر از بیمارستان رازی)، و پس از اعلام موافقت مورد پژوهش قرار گرفتند.

ابتدا به وسیلهٔ یک پرسشنامهٔ مخصوص، اطلاعات مورد نیاز از عوامل اجتماعی- جمعیت‌شناختی و متغیرهای زمینه‌ای جمع‌آوری می‌گردید. سپس برای ارزیابی روانپزشکی از آزمون SCL-90-R* که یک وسیلهٔ غربالگری تشخیصی برای مطالعات همه‌گیری شناختی است استفاده می‌شد(۱۰). متن آزمون SCL-90 به فارسی ترجمه شده و پایایی و اعتبار آن تأیید شده است(۱۱)، و سپس با توجه به این که در شکل تجدید نظر شدهٔ آن (SCL-90-R) نسبت به شکل اولیه در سه سؤال تفاوت وجود داشته، اصلاحات لازم انجام شده، و پایایی ویرایش اخیر نیز تأیید شده است. در پژوهش

* Symptom Checklist-90-Revised

روانی مشخص، و ۴۰درصد آنها از اختلالات روانی- از جمله اختلالات روانی جزیی- رنج می‌برند به درستی توجیه می‌شود(۳،۲،۱). با توجه به مراتب فوق است که اختلالات روانپزشکی به‌عنوان سومین علت شایع مشاوره در مراقبت‌های اولیه گزارش شده‌اند(۴). اهمیت این مطلب با توجه به این که بسیاری از بیماران مذکور از بیماری‌های مزمن و شدیداً ناتوان‌کننده رنج می‌برند(۵)، و این‌که آنها سهم زیادی از منابع مالی بهداشتی را مصرف می‌کنند(۶)، و اختلالات مذکور باعث کاهش قابل توجه‌کیفیت زندگی می‌شوند، و بار زیادی بر دوش خانواده‌ها تحمیل می‌کنند بیشتر مشخص می‌شود.

پزشکان مراقبت‌های اولیه در تشخیص این اختلالات و ارجاع آنها به واحدهای مراقبت‌های ثانوی (یا تخصصی) نقش کلیدی دارند. مع‌هذا نشان داده شده که درصد زیادی از این مشکلات روانپزشکی توسط پزشکان عمومی تشخیص داده نمی‌شوند و مورد درمان مناسبی قرار نمی‌گیرند(۷،۶،۵). به طوری که اطلاعات همه‌گیری شناختی در بسیاری از کشورها نشان داده که تنها بخش اندکی از بیماران مبتلا به اختلالات روانی یا مشکلات هیجانی، خدمات بهداشت روانی را دریافت می‌کنند(۸). کشور ما نیز از این مقوله مستثنی نیست. در یک بررسی اخیر، پژوهشگران دریافته‌اند که فقط ۱۸/۳ درصد موارد ارجاع به تنها بخش تخصصی روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی مازندران (بیمارستان زارع ساری) توسط پزشکان عمومی (ازجمله پزشکان عمومی مراکز بهداشتی) صورت گرفته است (۹).

با توجه به مراتب فوق، و از آنجا که سیاست وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بر این است که در آینده تمام بیماران در وهلهٔ اول به پزشکان عمومی مراجعه‌کنند وسپس درصورت نیازبه متخصصین


www.SID.ir
[ Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-04 ]

Archive of SID



ابعـاد اختـــلالات روانپـزشکـی کجبـاوری، و سپس جسمانی سازی، افسردگی، حساس بودن در روابط بین فردی، و نادرترین آنها در هر دو جنس، هراس و سپس روان‌پریشی بود. خانم‌ها در روابط بین فردی حساستر بودند، و آقایان، عقاید کجباورانهٔ بیشتری داشتند.

**جدول شمارهٔ۱ :** مشخصات زمینه‌ای مراجعین به درمانگاه‌های عمومی بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی مازندران در سال ۱۳۷۶

| گروه سنی | زن | مرد | کل |
|---|---|---|---|
| | تعداد (درصد) | تعداد (درصد) | تعداد (درصد) |
| <۲۰ | ۲۲(۸/۸) | ۱۷(۶/۸) | ۳۹(۱۵/۶) |
| ۲۰-۲۹ | ۴۱(۱۶/۴) | ۴۷(۱۸/۸) | ۸۸(۳۵/۲) |
| ۳۰-۳۹ | ۳۷(۱۴/۸) | ۳۲(۱۲/۸) | ۶۹(۲۷/۶) |
| ۴۰-۴۹ | ۲۲(۸/۸) | ۱۶(۶/۴) | ۳۸(۱۵/۲) |
| ۵۰ ≤ | ۶(۲/۴) | ۱۰(۴/۰) | ۱۶(۶/۴) |
| کل | ۱۲۸(۵۱/۲) | ۱۲۲(۴۸/۸) | ۲۵۰(۱۰۰) |
| وضع تأهل | | | |
| متأهل | ۸۸(۳۵/۲) | ۸۰(۳۲/۰) | ۱۶۸(۶۷/۲) |
| غیر متأهل | ۴۰(۱۶/۰) | ۴۲(۱۶/۸) | ۸۲(۳۲/۸) |
| کل | ۱۲۸(۵۱/۲) | ۱۲۲(۴۸/۸) | ۲۵۰(۱۰۰) |
| تحصیلات | | | |
| بی‌سوادوابتدایی | ۲۵(۱۰/۰) | ۱۸(۷/۲) | ۴۳(۱۷/۲) |
| متوسطه | ۷۵(۳۰/۰) | ۷۳(۲۹/۲) | ۱۴۸(۵۹/۲) |
| عالیه | ۲۸(۱۱/۲) | ۳۱(۱۲/۴) | ۵۹(۲۳/۶) |
| کل | ۱۲۸(۵۱/۲) | ۱۲۲(۴۸/۸) | ۲۵۰(۱۰۰) |
| شغل | | | |
| بیکار | ۰(۰/۰) | ۸(۳/۲) | ۸(۳/۲) |
| خانه‌دار | ۷۴(۲۹/۶) | ۰(۰/۰) | ۷۴(۲۹/۶) |
| کارمند | ۳۷(۱۴/۸) | ۳۵(۱۴/۰) | ۷۲(۲۸/۸) |
| آزاد | ۳(۱/۲) | ۲۶(۱۰/۴) | ۲۹(۱۱/۶) |
| محصل | ۱۰(۴/۰) | ۱۱(۴/۴) | ۲۱(۸/۴) |
| کارگر | ۱(۰/۴) | ۱۶(۶/۴) | ۱۷(۶/۸) |
| سایر مشاغل | ۳(۱/۲) | ۲۶(۱۰/۴) | ۲۹(۱۱/۶) |
| کل | ۱۲۸(۵۱/۲) | ۱۲۲(۴۸/۸) | ۲۵۰(۱۰۰) |

مذکور پایایی بازآزمایی(Test-retest reliability) برابر با ۹۷درصد بود که از لحاظ آماری معنی‌دار است، و حساسیت (Sensitivity)، خاصّگی (Specificity)، و کارآیی (Efficacy) آزمون به ترتیب برابر با ۹۴درصد، ۹۸درصد، و ۹۶درصد گزارش شد(۱۲). پژوهشگران ایرانی، نقطهٔ برش آزمون SCL-90-R را براساس نمایهٔ کلی شدت (GSI)* معادل ۰/۷ محاسبه کرده‌اند(۱۳). بر این اساس ما نیز کسانی را که ضریب مذکور در آنها بالای ۰/۷ بود، دارای اختلال روانپزشکی تلقی کردیم. با توجه به بی‌سوادی یا کم‌سوادی تعدادی از آزمودنی‌ها که قابل پیش‌بینی بود، و به منظور یکنواختی و همسانی اجرای این آزمون، پرسش‌های مربوطه در مورد کلیهٔ افراد نمونه به صورت حضوری و شفاهی به وسیلهٔ یک دانشجوی سال آخر رشتهٔ پزشکی- پس از آموزش‌های لازم و حصول اطمینان از توانمندی او- پرسیده شد.

پس از جمع‌آوری اطلاعات، بخش اعظم داده‌ها به وسیلهٔ آمار توصیفی محاسبه شد، و برای ارزیابی پیوستگی متغیرها از آزمون مجذور کای و آزمون t استفاده گردید.

## یـــافـــتـه هـا

بیشتر مراجعین، متاهل، با تحصیلات متوسطه، و خانه دار یا کارمند بودند، و در دههٔ سوم زندگی قرار داشتند. مشخصات زمینه‌ای مراجعه‌کنندگان در جدول شماره ۱ آمده است. جدول شماره ۲ ، میانگین و انحراف معیار ابعاد مختلف اختلالات روانپزشکی را در افراد مورد مطالعه نشان می‌دهد. ۱۰۰ نفر (۴۰ درصد) آنها طبق معیارهای SCL-90-R مبتلا به اختلال روانپزشکی بودند. این اختلالات در خانم‌ها شایعتر از آقایان بود ($X^2$=۸/۳۳ ، df=۱ ، P<۰/۰۱). شایعترین

** Global Severity Index



www.SID.ir

[ Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-04 ]

Archive of SID

فردی (P<۰/۰۱ ، t=۳/۹۴ )، افسردگی (P<۰/۰۱ ، t=۳/۲۸ )، و هراس (P<۰/۰۵ ، t=۲/۱۵ ) در خانم‌ها شایعتر ازآقایان است. نمایهٔ کلی شدت (GSI) اختلالات روانپزشکی نیز در خانم‌ها بیشتر از آقایان بود (P<۰/۰۱ ، t=۴/۸۷ ).

## بحث

در این مطالعه ۴۰ درصد مراجعین به درمانگاه‌های پزشکان عمومی دارای نوعی اختلال روانپزشکی بوده‌اند. شیوع اختلالات روانپزشکی در بیماران مراجعه کننده به پزشکان غیر روانپزشک در شهر یزد نیز ۴۰ درصد بوده است(۱۴). این رقم در شهرکرد ۱۴/۳ درصد (در مورد مطب‌های متخصصین داخلی ۴۸ درصد، مغز و اعصاب ۳۳ درصد، و پزشکان عمومی ۴۳ درصد) ذکر شده است(۱۵). با توجه به این‌که این اختلالات در جمعیت عمومی در سطح کشور ۲۱ درصد شیوع دارند (۱۶)، شیوع اختلالات روانپزشکی در مراجعین به مراکز درمانی غیر روانپزشکی به طور قابل ملاحظه‌ای از موارد گزارش شده در جمعیت عمومی ایران بیشتر است و این می‌تواند مبین این نکته باشد که یا بیماری‌های جسمی باعث افزایش بروز اختلال روانپزشکی می‌شوند، و یا تظاهرات برخی از بیماری‌های روانپزشکی به صورت مشکلات جسمی است.

شیوع‌این اختلالات درمراجعین به‌مراکزمراقبت‌های اولیه یا پزشکان عمومی در آلمان ۲۰/۹ درصد(۱۷)، سوئد ۲۷ درصد (۱۸)، هلند ۲۹ درصد(۱۹)، اسپانیا ۳۳ درصد(۶)، و آمریکا ۳۴ درصد(۲۰) گزارش شده است. چند مطالعهٔ دیگر در کشورهای غربی این رقم را بین ۲۰ درصد تا ۴۷ درصد ذکر کرده‌اند(۱۹،۲۱،۲۲). یک مطالعهٔ دیگر نیز در غرب، ۱۵ درصد بیماران بستری در بخش‌های طبی عمومی را مبتلا به اختلال روانپزشکی دانسته است(۲۳). این رقم در میان مراجعین به مراکز

**جدول شمارهٔ۲ :** میانگین و انحراف معیار ابعاد مختلف اختلالات روانپزشکی (براساس SCL-90-R) در مراجعین به درمانگاه‌های عمومی بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی مازندران در سال ۱۳۷۶

| افراد / اختلالات | ۱۲۸زن | ۱۲۲مرد | ۲۵۰کل |
|---|---|---|---|
| | میانگین (انحراف‌معیار) | میانگین (انحراف‌معیار) | میانگین (انحراف‌معیار) |
| جسمانی سازی | ۰/۴۵(۰±/۲۶) | ۰/۳۴(±۰/۳۳) | ۰/۴۹(±۰/۱۸) |
| وسواس و اجبار | ۰/۴۳(۰±/۲۶) | ۰/۳۷(±۰/۲۶) | ۰/۴۰(±۰/۲۶) |
| حساس بودن در روابط‌بین فردی | ۰/۵۳(±۰/۲۶) | ۰/۴۱(±۰/۲۲) | ۰/۴۷(۰±/۲۵) |
| افسردگی | ۰/۴۳(±۰/۲۶) | ۰/۳۳(±۰/۲۲) | ۰/۴۸(±۰/۲۴) |
| اضطراب | ۰/۳۹(±۰/۲۷) | ۰/۳۴(±۰/۲۴) | ۰/۳۸(±۰/۲۵) |
| خصومت | ۰/۳۵(±۰/۲۵) | ۰/۳۸(±۰/۲۵) | ۰/۳۶(±۰/۲۵) |
| هراس | ۰/۲۸(±۰/۲۴) | ۰/۲۲(±۰/۲۵) | ۰/۲۶(±۰/۲۲) |
| عقایدکجباورانه | ۰/۵۲(±۰/۲۷) | ۰/۴۸(±۰/۲۸) | ۰/۵(±۰/۲۷) |
| روان‌پریشی | ۰/۳۲(±۰/۲۵) | ۰/۲۸(±۰/۲۲) | ۰/۳(±۰/۲۴) |
| * GSI | ۰/۹۱(±۰/۶۸) | ۰/۵۷(±۰/۴۲) | ۰/۷۴(±۰/۵۹) |
| ** PST | ۴/۲۳(±۱/۹۸) | ۳/۶۱(±۰/۶۸) | ۳/۹۴(±۱/۸۵) |
| *** PSDT | ۰/۴۱(±۰/۱۹) | ۰/۳۵(±۰/۱۶) | ۰/۳۸(±۰/۱۸) |

* Global Severity Index
** Positive Symptom Total
*** Positive Symptom Distress Total

افراد مبتلا به اختلالات روانپزشکی در هر دو جنس بیشتر در دههٔ سوم زندگی بودند (۱۹/۷ درصد خانم‌ها و ۱۳/۵ درصد آقایان)، و کمترین تعداد در هر دو جنس مربوط به افراد بالاتر از ۵۰ سال بود (۲/۸ درصد خانم‌ها و ۴/۵ درصد آقایان). کلاً ۷۸ درصد موارد اختلال روانپزشکی در جمعیت زیر ۴۰ سال دیده می‌شد ($X^2$=۱۴/۲۳ ، df=۱ ، P< ۰/۰۱ ). اکثر مبتلایان، متأهل (۶۹ درصد)، خانه‌دار (۳۲ درصد)، و با تحصیلات متوسطه (۴۳/۵ درصد) بودند، ولی ارتباط بین تأهل، شغل، و تحصیلات، با ابتلاء به اختلالات روانپزشکی حایز اهمیت آماری نبود.

آزمون t در ابعاد ۹ گانه بیانگر این بود که جسمانی سازی (P<۰/۰۱ ، t=۳/۵۴ )، حساس بودن در روابط بین


www.SID.ir
[ Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-04 ]

Archive of SID



منطقه با شکایات یا علایم آشفتگی بهداشت روانی به پزشکان عمومی مراجعه می‌کنند، و مشاوره‌های پزشکان عمومی در مورد شکایات روانپزشکی فقط شامل ۱ درصد مراجعین می‌شود(۲۹). احتمالاً علت مشکل فوق این است که پزشکان واحدهای مراقبت‌های اولیه معمولاً در زمینهٔ شناسایی و اداره یا درمان اختلالات روانپزشکی آموزش کافی نمی‌بینند(۱۳،۳۰). این کمبود با توجه به این‌که انتظار می‌رود آنها تعداد زیادی بیمار را در مدت زمانی کوتاه ببینند، دچار پیچیدگی بیشتری می‌شود. بدیهی است که در این مدت کوتاه مشکل است که بتوان تظاهرات محیل و از نظر گریز اختلالات روانپزشکی که مستلزم دقت زیادی است را تشخیص داد(۳۱). البته فرهنگ عامه و محیط اجتماعی نیز بر این مسأله بی‌تأثیر نیست(۱۳). به طوری که عموماً پذیرفته شده که علاوه بر تظاهرات بیماری، یک سری عوامل اجتماعی- جمعیت شناختی بر تصمیم مراجعه به پزشکان عمومی تأثیر می‌گذارد(۶). از این عوامل، نقش عامل جنسیت به‌طورمحکمتری به اثبات رسیده است(۳۲ تا ۳۴). معمولاً خانم‌ها تماس‌های پزشکی بیشتری دارند(۶)، ولی در مطالعهٔ ما برتری خانم‌های مراجعه کننده هرچند بیشتر بود، ولی از نظر آماری حایز اهمیت نبود. از طرف دیگر، جنسیت نه تنها بر ابتلاء به اختلالات روانپزشکی تأثیر می‌گذارد، بلکه بر نوع آسیب روانی تظاهر کننده نیز اثر می‌گذارد(۳۷،۳۶،۳۵). در مطالعهٔ ما، اختلالات روانپزشکی به طور اعم، و جسمانی سازی، حساس بودن در روابط متقابل، افسردگی، و هراس به طور اخص در خانم‌ها به طور معنی‌داری شایعتر بود. گذشته از جنسیت، عامل سن نیز از عوامل تأثیر گذار در مطالعهٔ ما بود، ولی تأثیر سایرعوامل اجتماعی- جمعیت شناختی، بر ابتلاء به اختلالات روانپزشکی، معنی‌دار نبود. در سایر پژوهش‌ها نیز در رابطه با این عوامل نتایج متناقضی به دست آمده است(۶).

مراقبت‌های اولیه کشورهای جهان سوم، در اردن ۶۱ درصد(۲۴)، زیمبابوه ۵۲ درصد (۲۵)، نایروبی ۴۳ درصد (۲۶) و در مالزی ۳۰ درصد (۲۷) بوده است. به عبارت دیگر، شیوع مشکل موردنظر در بیماران غربی در برخی از مطالعات کمتر و در برخی از مطالعات دیگر تقریباً مشابه بیماران ما بوده است. در نایروبی ابعاد مسأله تقریباً مثل مازندران بوده، ولی شیوع اختلالات روانپزشکی، در مراجعین به مراکز مراقبت‌های اولیهٔ زیمبابوه و اردن بیشتر و در مالزی کمتر از اینجا بوده است. البته تفاوت در ابزارهای سنجش را نباید از نظر دور داشت.

وقتی در مراجعین به واحدهای مراقبت‌های اولیه به بررسی اختلالات روانپزشکی می‌پردازیم، بدون تردید تعدادی از مبتلایان به اختلالات روانپزشکی دچار یک اختلال طبی یا جراحی خاص نیز هستند، و عده‌ای دیگر ممکن است صرفاً دچار اختلال روانپزشکی باشند. به طوری که ۲۰ درصد مراجعین جدید و ۳ درصد بیماران قدیمی به طور خالص افرادی هستند که مشکلات روانی را با تظاهرات جسمانی بروز می‌دهند (Pure somatization) (۲۸).

در یک مطالعه در مؤسسهٔ روانپزشکی لندن، ۲۵ درصد مراجعین به پزشکان عمومی، تظاهرات جسمانی داشتند، و ۴ درصد از افرادی که تظاهرات جسمانی داشتند، به طور خالص دارای اختلالات روانپزشکی با تظاهرات جسمانی بودند. در این مطالعه تشخیص ابتلاء به اختلال روانپزشکی توسط پزشکان عمومی، در میان کسانی که تظاهرات جسمانی داشتند، به طور معنی‌داری کمتر از سایر کسانی بود که مبتلا به اختلال روانپزشکی بودند(۲۸). در اسپانیا که ۳۳/۲ درصد مراجعین به مرکز مراقبت‌های اولیهٔ شهری دچار بیماری روانپزشکی بودند، فقط در ۱۴/۱ درصد موارد توسط پزشکان عمومی تشخیص داده شده‌اند(۶). در ماکائو این مشکل ابعاد جدّی‌تری دارد. سالانه ۰/۰۵ درصد ساکنین این



www.SID.ir

[ Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-04 ]

Archive of SID

در دورهٔ آموزشی پزشکی عمومی و همچنین در دوره‌های بازآموزی به اختلالات روانپزشکی توجه بیشتری شود تا پزشکان عمومی در ارزیابی کامل بیماران مهارت‌های لازم را به دست آورند و بتوانند به تشخیص بیماری‌های روانپزشکی برسند. تشخیص و درمان به موقع اختلالات روانپزشکی می‌تواند ضمن بهبود کیفیت زندگی، از هدر رفتن نیروی کاری و منابع مالی تا حد زیادی جلوگیری کند.

اخیراً تعدادی از مطالعات به این نتیجه رسیده‌اند که تشخیص اختلالات روانپزشکی توسط پزشکان عمومی به وضوح با شدت بیماری ارتباط دارد. به طوری که بیمارانی که تشخیص داده نمی‌شوند، شدت کمتری دارند(۳۶)، و سطح کارکرد آنها بالاتر است(۷). شاید عوامل مذکور در درمانگاه‌های عمومی ما باعث کم توجهی به اختلالات روانپزشکی شوند.

با توجه به شیوع بالای ابتلاء به اختلالات روانپزشکی در مراکز مراقبت‌های اولیه، ضروری است

## فهرست منابع


1. Kessler LG, Clearly PD, Burke JD. Psychiatric disorders in primary care. ***Archives of General Psychiatry.*** 1985; 42(6): 583-7.
2. Vazquez-Barquero JL. Mental health in primary care settings. In: D. Golderg, D. Tantam, editors public health impact of mental disorders. Toronto: Hogrefe & Huber; 1990. p. 35-44.
3. Goldberg D. Epidemiology of mental disorders in primary care settings. ***Epidemiologic reviews.*** 1995; 17(1): 182-90.
4. Shah A. The burden of psychiatric disorder in primary care. ***Int. Rev Psychiatry.*** 1992; 4: 243-50.
5. Ormel J, Costa e Silva JA. The impact of psychopathology on disability and health perceptions. In: TB Ustun, N Sartorious, editors. mental illness in general health care, an international study. Chichester: John Wiley; 1995.
6. Vazquez-Barquero JL, Garcia J, Simon JA, Iglesias C, Montejo J, Herran A, Dunn G. Mental health in primary care: an epidemiological study of morbidity and use of health resources. ***Br. J Psychiatry.*** 1997; 170: 529-35.
7. Tiemens BG, Ormel J, Somon GE. Occurrence, recognition, and outcome of psychological disorders in primary care. ***American Journal of Psychiatry***. 1996; 153(5): 637-44.
8. Goldberg D, Huxley P. Common mental disorders: a bio-social model. London: Routledge; 1992.

۹. مسعودزاده عباس، خلیلیان علیرضا، سفیدچیان علیرضا. بررسی مسیر مراجعه مبتلایان به اختلالات روانپزشکی در اولین مراجعه به مرکز اعصاب و روان زارع ساری. **مجلهٔ نامهٔ دانشگاه، دانشگاه علوم پزشکی مازندران**، زمستان ۱۳۸۰، سال یازدهم، شماره ۳۳، ۶۳ تا ۷۲.

10. Derogatis LR, Lipman RS, Covi L. SCL-90: an outpatient psychiatric rating scale-


[ Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-04 ]


www.SID.ir

Archive of SID



Health Organization study. ***Nervenarzt.*** 1996; 67(3): 205-215.

18. Stefansson CG, Svensson C. Identified and unidentified mental illness in primary health care:social characteristics, medical measures and total care utilization during one year.Scandinavica Journal of Primary Health care. 1994; 12(1): 24-31.
19. Van Hemert AM, Hengeveld MW, Bolk J, Rooigimans HG, Vandenbroucke JP. Psychiatric disorders in relation to medical illness among patients of a general medical out-patient clinic. ***Psychological medicine.*** 1993; 23(1): 167-73.
20. Philbrick JT, Connelly JE, Wofford AB. The prevalence of mental disorders in rural office practice. ***Journal of General Internal Medicine.*** 1996; 11(1): 9-15.
21. Weich S, Churchill R, Lewis G,, Mann A. Do socio-economic risk factors predict the incidence and maintenance of psychiatric disorder in primary care? ***Psychological Medicine.***1997; 27(1): 73-80.
22. Rutherford J, Morris C. Reviews-psychiatry and general practice today. Edited by I. Pullen, G. Wilkinson, A. Wright and Pereira Gray. ***The International Journal of social psychiatry.*** 1995; 41(4): 304.
23. Feldman E, Moyon R, Hawton K, Ardern M, Smith EB. Psychiatric disorders in medical in-patients. ***Quarterly Journal of Medicine.*** 1987; 63(241): 405-12.

preliminary report. ***Psychopharmacology Bulletin.*** 1973; 9(1): 13-27.

۱۱. میرزایی رقیه. ارزیابی پایایی و اعتبار آزمون Scl-90 در ایران. ***پایان نامهٔ کارشناسی ارشد روانشناسی و علوم رفتاری***، تهران: دانشگاه تهران، ۱۳۵۹.

۱۲. باقری یزدی سیدعباس، بوالهری جعفر، شاه‌محمدی داوود. بررسی همه‌گیری‌شناسی اختلالات روانی در مناطق روستایی میبدیزد، **اندیشه و رفتار**، ۱۳۷۱؛ شماره اول، ۳۲-۴۱.

۱۳. نوربالا احمدعلی، باقری یزدی سیدعباس، محمد کاظم، بررسی شیوع اختلالات روانپزشکی در شهر تهران. حکیم، ۱۳۷۸، دورهٔ دوم، شماره ۴.

۱٤. یاسینی سیدمجتبی، جهانمهر پرویز، منصوری رضا. بررسی میزان شیوع اختلالات روانی در بیماران مراجعه کننده به پزشکان غیر روانپزشک در شهر یزد. ***خلاصه مقالات همایش تازه‌های روانپزشکی.*** تهران: ۶ تا ۹ اسفند ۱۳۸۰، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران، صفحه ۵۴.

۱۵. وکیل‌زاده سید بهاءالدین، پالاهنگ حسن. بررسی شیوع اختلالات روانی در مطب خصوصی پزشکان (شهرکرد- ۱۳۷۶). ***فصلنامه اندیشه و رفتار***، پاییز ۱۳۷۷. سال چهارم، شماره ۲ : صفحه ۴ تا ۱۲.

۱٦. نوربالا احمدعلی، محمد کاظم، باقری یزدی سیدعباس، یاسمی محمدتقی. ***نگاهی بر سیمای سلامت روان در ایران.*** ناشر مولف، ۱۳۸۰، صفحه ۶۸.

17. Linden M, Maier W, Achberger M, Herr R, Helmchen H, Benker O. Psychiatric diseases and their treatment in general practice in Germany: results of a World

[ Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-04 ]



www.SID.ir

Archive of SID

24. Al-Jaddou H, Malkawi A. Prevalence, recognition and management of mental disorders in primary health care in northern Jordan. ***Acta Psychiatrica Scandinavica.*** 1997; 96(1): 31-5.
25. Patel V, Mann A. Etic and emic criteria for non-psychotic mental disorder: a study of the CISR and care provider assessment in Harare. ***Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology.*** 1997; 32(2): 84-89.
26. Sebit MB. Prevalence of psychiatric disorders in general practice in Nairobi. ***East African medical Journal.*** 1996; 37(10): 631-3.
27. Maniam T. Psychiatric morbidity in an urban general practice. ***Medical Journal of Malaysia.*** 1994; 49(3): 242-246.
28. Weich S, Lewis G, Donmall R, Mann A. Somatic presentation of psychiatric morbidity in general practice. ***British Journal of General Practice.*** 1995; 45(322): 143-4.
29. Pereira JA. Mental health and general practice in Macao. ***Acta Medica Portuguesa.*** 1997; 10(5): 345-9.
30. Kerwick S, Jones R, Mann A, Goldberg D. Mental health care training priorities in general practice. ***British Journal of General Practice.*** 1997; 47(417): 225-227.
31. Faloon IR, Ng B, Bensemann C, Kydd RR. The role of general practitioners in mental health care: a survey of needs and problems. ***New Zealand Medical Journal.*** 1996; 109: 34-36.
32. Golbderg D. Epidemiology of mental disorder in primary care settings. ***Epidemiologic Reviews.*** 1995; 17: 182-90.
33. Vazquez-Barquero JL, Wilkinson G, Williams P, Diez-Manrique JF, Pena C. Mental health and medical consultation in primary care settings. ***Psychological Medicine.*** 1990; 20(3): 681-94.
34. Vazques-Barquero JL, Diez-Manrique JF, Gaite L, Tglesias C, Artal J, Roberts SE, et al. Why people with probable minor psychiatric morbidity consult a doctor. ***Psychological medicine.*** 1992; 22(2): 495-502.
35. Barret JE, Barret JA. Oxman TE, Gerber PD. The prevalence of psychiatric disorders in primary care practice. ***Archives of General Psychiatry.*** 1988; 45(12): 1100-6.
36. Ormel J, Koeter MVJ, Van den Brink W, Vande willige G.Recognition,management and course of anxiety and depression in general practice. ***Archives of General Psychiatry.*** 1991; 48(8): 700-6.
37. Goldberg D, Lecrubier Y. Form and frequency of mental disorders across centers. In: TB Unstun, N. Sartorius, editors mental illness in general health care. An international study. Chichester: John Wiley; 1995. P. 323-335.

[ Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-04 ]


www.SID.ir