

فراوانی اختلالات روانپزشکی در بین مراجعین به کمیسیون روانپزشکی بیمارستان فاطمی اردبیل

دکتر فریبا صادقی موحد

استادیار اعصاب و روان دانشگاه علوم پزشکی اردبیل E-mail: f_sadeghi47@yahoo.com

چکیده

زمینه و هدف: اختلال روانی، یک بیماری با تظاهرات روانشناختی یا رفتاری همراه با افت کارآیی بیمار است. شیوع اختلالات روانپزشکی در برخی جوامع حتی به میزان ۳۰٪ جمعیت گزارش شده است. با توجه به شیوع بالای اختلالات روانی در جامعه و بویژه میزان بالای مراجعین به کمیسیون های روانپزشکی و استفاده برخی مراجعین از شیوه تمارض جهت اخذ انواع منافع ثانوی لزوم اطلاعاتی جامع در مورد شیوع این اختلالات وجود دارد. این مطالعه با هدف شناسایی میزان شیوع اختلالات روانپزشکی در مراجعین به کمیسیون روانپزشکی انجام شد.

روش کار: این مطالعه توصیفی طی ۲ سال از مهر ۱۳۸۰ لغایت مهر ۱۳۸۲ در افراد مراجعه کننده به کمیسیون روانپزشکی بیمارستان فاطمی اردبیل انجام شد. ابزار به کار رفته، پرسشنامه محقق ساخته و مصاحبه با بیماران مراجعه کننده جهت تکمیل پرسشنامه بوده است. نتایج به دست آمده توسط آمار توصیفی و نرم افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: از ۳۱۵ فرد مراجعه کننده به کمیسیون روانپزشکی، بیشترین فراوانی مربوط به افراد عقب مانده ذهنی با ۶۸ نفر (۲۵/۳٪) و اختلالات خلقی با تعداد ۶۰ نفر (۲۲/۳٪) بود. لکنت زبان ۲۷ نفر (۱۰٪)، اختلالات شخصیتی ۲۶ نفر (۹/۷٪)، اختلالات اضطرابی ۲۵ نفر (۹/۳٪)، اسکیزوفرنی ۲۰ نفر (۷/۴٪)، اختلالات سوماتوفرم ۱۱ نفر (۴/۱٪) IQ مرزی ۱۰ نفر (۳/۷٪)، نوروز ۸ نفر (۲/۹٪)، هیستری ۶ نفر (۲/۲٪) و اختلالات خواب ۴ نفر (۱/۴٪) و سایکوز حاد ۳ نفر (۱/۱٪) در درجات بعدی قرار داشتند. ۲۸ نفر (۸٪) جهت معافیت از خدمت سربازی مراجعه کرده بودند که از این تعداد ۶ نفر (۲۱٪) مشمول شرایط معافیت روانپزشکی گردیدند. همچنین از کل مراجعین ۱۷ نفر (۵/۳٪) از کار افتاده اعلام گردیدند.

نتیجه گیری: بر اساس یافته های پژوهش، بین سن، جنس، سطح تحصیلات، محل سکونت، شغل با بیماری های روانی در مراجعین به کمیسیون روانپزشکی رابطه معنی داری به دست نیامد، ولی بین وضعیت تاهل و از کارافتادگی با بیماری های روانی رابطه معنی داری وجود داشت. شایع ترین دلایل مراجعه به کمیسیون پزشکی، عقب ماندگی های ذهنی ولی هیستری اختلالات خواب و سایکوز از شیوع کمتری برخوردار بودند.

واژه های کلیدی: کمیسیون روانپزشکی، اختلالات روانپزشکی، اختلالات روانشناختی، هیستری

دریافت: ۸۴/۱۱/۲۵

پذیرش: ۸۵/۷/۱۷

مقدمه

بیماری های روانی مخصوص قشر و طبقه خاصی نبوده و تمام طبقات جامعه را شامل می شود. به عبارت دیگر امکان ابتلا به ناراحتی های روانی برای همه افراد جامعه وجود داشته و هیچ انسانی از فشارهای روانی و

اجتماعی و لذا ابتلا به بیماری های روانی مصونیت نداشته و ندارد و این خطری است که مرتباً نسل های فعلی و آینده را شدیداً تهدید می کند. وجود یک بیمار روانی به سلامت و اقتصاد خانواده لطمه شدید وارد می کند و در آمد سرانه را کاهش می دهد و از لحاظ روابط انسانی سایر افراد خانواده را

وجود تعداد روز افزون مراجعه کنندگان به کمیسیون روانپزشکی که در صدد اخذ انواع منافع ثانوی شامل از کار افتادگی، انفصال از خدمت سربازی و کاهش ساعات خدمتی، دریافت غرامت و دریافت حق بیمه بیکاری هستند و نداشتن اطلاعات جامع و کافی در مورد کمیسیون های روانپزشکی ضرورت بررسی های اپیدمیولوژیک را در این زمینه، ایجاب می کند چرا که بر آورد صحیحی از موارد فوق می تواند حتی در تعیین سیاست های کلان کشوری به منظور تأمین اعتبار و بودجه و نیز پیش بینی های لازم جهت جلوگیری از چنین مواردی موثر بوده و بدون داشتن الگوی صحیح ضربات جدی بر پیکر اقتصادی جامعه و دولت وارد کند. در ضمن با به دست آوردن آمار صحیح به کمیسیون های روانپزشکی آمادگی بیشتری جهت برخورد با موارد مشابه و در صورت لزوم ارجاع سریع تر و جلوگیری از اتلاف وقت بیماران و کمیسیون روانپزشکی می باشد.

روش کار

مطالعه حاضر از نوع توصیفی بود که بر روی مراجعه کنندگان به کمیسیون روانپزشکی بیمارستان فاطمی اردبیل طی دو سال، از مهر ماه ۱۳۸۰ لغایت مهر ۱۳۸۲ انجام شد و برای بررسی اعتبار ابزار در برخی از بیماران فرم های پر شده توسط انترن ها و پژوهشگر بصورت تصادفی مورد بررسی مجدد قرار گرفت.

ابزار گرد آوری داده ها پرسشنامه محقق ساخته بر اساس معیارهای تشخیصی DSM IV^۲ در مورد مشخصات فردی بیماران و عوامل شایع مرتبط با بیماریهای روانی، سابقه بیماری روانی، خودکشی، مصرف مواد، از کار افتادگی و تمارض بود.

مراجعه کنندگان شامل بیماران ارجاعی از معاونت درمان، حوزه نظام وظیفه، سایر کمیسیون های پزشکی، پزشکی قانونی، سازمان آموزش و پرورش و سایر ارگان ها بودند که جهت از کار افتادگی، معافیت، کاهش

در وضع تأسف آوری قرار می دهد. زیان بخشی بیماری های روانی می تواند در سطوح فرهنگی، عاطفی و سیاسی و اقتصادی، فردی، اجتماعی و خانوادگی مشخص گردد. به همین دلیل بهداشت روانی در بعضی کشورها در راس برنامه های ملی و بهداشت همگانی قرار داده شده است [۱].

مسئله افزایش بیماری های روانی موضوع روز بوده و رابطه مستقیم با سیر صعودی رشد جمعیت و افزایش فشارهای هیجانی و عاطفی دارد. مدیر کل سازمان بهداشت جهانی اظهار نظر کرده است که در کشورهای در حال توسعه ۱/۵^۱ بیمارانی که به موسسات بهداشتی درمانی مراجعه می کنند از نوعی اختلال روانی رنج می برند و سالانه بیش از ۱۰۰ میلیون بیمار افسرده جدید به درمانگاه ها و روانپزشکان مراجعه می کنند.

در مطالعه میلانی فر که توسط روانپزشکان بیمارستان روزبه در سه دهستان شهرستان رود سر انجام گرفت، افراد مبتلا به اختلالات روانی را بین ۴۰-۳۰٪ گزارش کرده اند. ۳۰-۲۵٪ افراد ساکن امریکا در طول عمر حداقل یکبار دچار اختلال روانی می شوند [۱]. در تحقیق محمدیان و همکاران شیوع اختلالات روانپزشکی در ایران ۱۰/۸۱٪ گزارش شده است [۲]. در مطالعات انجام شده فوق قریب ۱٪ افراد مشمول سربازی در کمیسیون های روانپزشکی به علت ناراحتی روانی شدید از خدمت سربازی معاف شده اند. و ۳۰٪ نیز پس از اتمام جنگ به نوعی اختلال روانی مبتلا شده بودند.

در مطالعه ای دیگر در سال ۲۰۰۴، ۱۷٪ از سربازان امریکایی که از جنگ عراق و افغانستان باز گشته اند، دچار P.T.S.D^۱ شده اند [۳].

در یک بررسی از بین ۱۰۱۷ نفر، شیوع کلی اختلالات روانی معادل ۱۴/۴٪ گزارش شده که نسبت به آمار قبلی افزایش چشمگیری داشته است. لذا پژوهشگران خاطر نشان کرده اند که مطالعات اتیولوژیک اطلاعات مفیدی را برای برنامه ریزی های بهداشتی روانی فراهم می کند [۴].

^۲ Diagnostic Statistical Manual IV

^۱ Post Traumatic Stress Disorder

ساعت خدمت، انتقال محل کار، اخذ غرامت و استفاده از حق بیمه و غیره مراجعه می نمودند.

جهت جمع آوری اطلاعات پرسشنامه توسط مراجعه کنندگان به کمیسیون روانپزشکی تکمیل می گردید و در موارد گذشته نگر با مراجعه به بایگانی و استفاده از مدارک ثبت شده تکمیل می شد. تشخیص نهایی بعد از بستری بیماران براساس نظر سه تن از روانپزشکان توسط معیارهای تشخیصی DSM IV در کمیسیون روانپزشکی گذاشته می شد. البته آمار مراجعین در دو سال بیشتر از این تعداد بود، ولی کلیه کسانی که پرونده آنها ناقص تکمیل شده بود یا اصلاً تکمیل نشده بود و یا کسانی که حاضر به بستری نمی شدند، از این مطالعه حذف شدند.

اطلاعات پس از کد گزاری وارد کامپیوتر شده و از روش آماری مجذور کای جهت آزمون ارتباط متغیرهای کیفی و ارایه جداول فراوانی و درصد شیوع اختلالات روانی مختلف در بین مراجعین به کمیسیون روانپزشکی استفاده شد.

یافته ها

اکثریت افراد مورد مطالعه، ۳۳۴ نفر (۷۳/۶۷٪) مجرد بودند، افراد متاهل ۸۰ نفر (۲۵/۲٪)، افراد مطلقه ۴ نفر (۱/۳٪) در درجات بعد قرار داشتند. اغلب مراجعین را جنس مذکر با فراوانی ۲۹۵ نفر تشکیل می دادند و بقیه جنس مونث بودند.

از بین ۳۱۸ نمونه مورد بررسی افراد بیکار با ۱۹۸ نفر (۶۲/۳٪) در اکثریت قرار داشتند افراد کارگر ۴۵ نفر (۱۴/۲٪) در درجه بعد قرار داشتند. سربازان حین خدمت با فراوانی ۴ نفر (۱/۳٪) در اقلیت قرار داشتند. در بررسی انجام شده، مراجعین شهری، ۱۵۸ نفر (۴۹/۷٪) و مراجعین روستایی، ۱۶۰ نفر (۵۰/۳٪) بودند.

از کل بیماران مورد بررسی، اکثریت افراد را، افراد زیر دپلم ۱۸۷ نفر (۵۸/۸٪) تشکیل می دادند افراد دپلم، با ۴۸ نفر (۱۵/۱٪) در مرتبه بعد قرار داشتند اغلب مراجعین را افراد زیر بیست سال با فراوانی ۲۰۶ نفر (۶۴/۸٪) تشکیل می دادند و ۱۸ نفر (۵/۷٪) در

محدوده سنی ۴۰-۳۱ سال بودند که کمترین رده سنی را تشکیل می دادند.

از ۳۱۸ نفر نمونه مورد بررسی، ۲۷۵ نفر (۸۶/۵٪) بدون بیماری ارگانیک و ۴۳ نفر (۱۳/۵٪) دارای بیماری ارگانیک بودند.

اکثریت افراد مراجعه کننده، ۷۹/۹٪ از خانواده های پر جمعیت (> 5) بودند و ۲۰/۱٪ در خانواده های با جمعیت کمتر یا مساوی ۵ قرار داشتند. ۱۱۳ نفر (۳۵/۵٪) دارای سابقه بیماری روانی بودند. ۷۳ نفر (۲۳٪) عقب مانده ذهنی بودند.

از بین ۳۱۸ نفر مورد بررسی شده، اکثریت افراد، ۷۱/۴٪ دارای بینش نسبت به بیماری بودند و ۹۱ نفر (۲۸/۶٪) مصرف مواد مخدر داشتند، پر مصرف ترین ماده، سیگار بود که ۵۳ نفر (۱۶/۷٪) مصرف آن را ذکر می کردند.

۶۸ نفر (۲۱/۴٪) دارای سابقه خود کشی بودند. در این بررسی، ۱۶۵ نفر (۵۱/۹٪) دارای سابقه مصرف دارو بودند و ۲۰۲ نفر (۶۳/۵٪) بدون سابقه استرس اخیر بودند. ۱۱۶ نفر بعدی، استرس هایی نظیر فوت اقوام، جراحی، تصادف، و غیره داشتند. از نظر سطح تحصیلات در این پژوهش رابطه معنی داری بین سطح تحصیلات و بیماری های روانی نبود ($P=0/234$).

از نظر محل سکونت، شهر و روستا با درصد تقریباً برابر (۵۰٪)، میزان مساوی را شامل می شدند. در این مطالعه، رابطه معنی داری بین محل سکونت و بیماری های روانی به دست نیامد ($P=0/54$).

از کل افراد مورد بررسی، ۱۷ نفر (۵/۴٪) بیماران از کار افتاده شدند که از این تعداد ۸ نفر مبتلا به اسکیزوفرنی شدید، ۲ نفر اسکیزوافکتیو، ۱ نفر اختلال هذیانی، ۳ نفر افسردگی شدید و ۲ نفر عقب ماندگی ذهنی و ۱ نفر مبتلا به مانیای شدید و مزمن بودند (جدول ۱).

با توجه به اینکه مقدار محاسبه شده کای دو در سطح $\alpha=0/05$ معنی دار است، فرض H_0 رد می گردد، پس می توان نتیجه گرفت بین سابقه بیماری های روانی و وضعیت تاهل رابطه (معنی داری)

وجود دارد، بطوری که شدت همبستگی محاسبه شده (۰/۱۵=کرامر ۷) حاکی از وجود همبستگی نسبتاً متوسط بین این دو متغیر، مورد مطالعه است.

جدول ۱. میزان شیوع تظاهرات روانی (غیر ارگانیک) در بین مراجعین

به کمیسیون		
متغیر	فراوانی	درصد
عقب ماندگی ذهنی	۶۸	۲۵/۳
اختلالات خلقی	۶۰	۲۲/۳
لکنت زبان	۲۷	۱۰
اختلالات شخصیتی	۲۶	۹/۷
اختلالات اضطرابی	۲۵	۹/۳
اسکیزوفرنی	۲۰	۷/۴
اختلالات سوماتوform	۱۱	۴/۱
Q[آمیزی	۱۰	۳/۷
نوروز	۸	۲/۹
هیستری	۶	۲/۲
اختلالات خواب	۴	۱/۴
سایکوز حاد	۳	۱/۱
جمع کل	۲۶۸	۱۰۰

بحث

در ابتدا لازم به ذکر است، با توجه به اینکه در بررسی مقالات و منابع داخلی شواهدی مبنی بر نتایج آماری کمیسیون های روانپزشکی توسط محقق یافت نشد. لذا آماری جهت مقایسه با آمار کمیسیون روانپزشکی بیمارستان فاطمی موجود نبود.

از کل بیماران مورد بررسی، مردان با فراوانی ۲۹۵ نفر (۹۲/۸٪) بیشتر مراجعین را تشکیل می دادند و زنان، ۲۳ نفر (۷/۲٪) در اقلیت قرار داشتند. شاید مواجهه با استرس های مختلف در جامعه، بیکاری و وجود نظام وظیفه سربازی، در این امر دخیل باشد. در این مطالعه بین جنس و بیماری های روانی، رابطه معنی داری به دست نیامد (P=۰/۰۶۵) در مطالعه دکتر محمدیان بر روی ۲۵۱۸۰ نفر، شیوع اختلالات روانپزشکی در زنان شایع تر است (۱۴/۳٪ در زنان در مقابل ۷/۳٪ در مردان).

میزان شیوع بیماری های روانی در بین افراد متاهل، ۶۶ نفر (۸۲/۵٪) بود که با توجه به تعداد کلی آنها بیشتر از بیماران مجرد، ۱۸۰ نفر (۷۶/۹٪) بود. در این مطالعه ارتباط معنی دار بین وضعیت تاهل و

بیماری های روانی وجود داشت (P=۰/۰۲۳). شاید مواجهه با استرسورهای مختلف در افراد متاهل، وضعیت کاری نامناسب و بار مسئولیت کاری بیشتر در آنها بتواند علت این امر باشد. از نظر سنی بیشتر بیماران روانی در سنین زیر بیست سال (۱۶۷ نفر) قرار داشتند. طبق این مطالعه رابطه معنی داری بین سن و بیماری های روانی به دست نیامد (P=۰/۱۴). در حالی که در مطالعه ای که در تانزانیا صورت گرفته میزان شیوع اختلالات روانی با سن همبستگی معنی داری دارد، بدین معنی که با افزایش سن میزان شیوع اختلال روانی افزایش داشته است [۵].

از نظر وضعیت شغلی در این مطالعه بین بیماری های روانی و شغل رابطه معنی داری به دست نیامد (P=۰/۵۴). وضعیت شغلی نامناسب، می تواند عامل مساعد کننده جهت بیماری روانی باشد پس طبیعی است که در میان افراد شاغل، بیماری کمتر دیده شود. شاید تامین اقتصادی بهتر و نگرانی های آینده شغلی و اقتصادی کمتر، در این افراد، علت این امر باشد.

از نظر بیماری های ارگانیک، ۴۳ نفر (۱۳/۵٪) دارای بیماری های ارگانیک بودند. طبق منابع مرجع، ۸۰-۵۰٪ بیماران که در کلینیک های داخلی درمان می شوند، ناراحتی روانی قابل تشخیص دارند و بین بیماران روانی شناخته شده ۶۰-۲۴٪ بیماران از اختلالات جسمی همراه در رنج هستند [۷،۶]. در یک زمینه یابی بر روی ۲۰۹۰ نفر از بیماران روانی یک درمانگاه، ۴۳٪ به اختلالات جسمی همراه مبتلا بودند [۸].

طبق آمارهای موجود ۲۵ درصد بیماران روانی با خودکشی می میرند که با این مطالعه همخوانی دارد [۹].

۲۰۲ نفر (۶۳/۵٪) بدون هیچ استرس اخیر و ۱۱۶ نفر باقیمانده دارای استرس اخیر از جمله فوت اقوام، جراحی، تصادف، خدمت سربازی بودند. طبق منابع مواجهه با استرسورهای مختلف می تواند در شیوع و آغاز بیماری های روانی نقش داشته باشد [۱۰]. در مطالعه حاضر نیز رقم بالایی از بیماران دارای استرسور

در این بررسی، عوامل خطر مختلف مثل تاهل، جنس مذکر، پرجمعیت بودن خانواده، بیکاری و از کارافتادگی و سنین زیر بیست سال و مواجهه استرس سربازی و سایر استرس های اخیر در شیوع بیماری های روانی موثر بودند. همچنین طبق یافته های این مطالعه بین سن، جنس سطح تحصیلات، محل سکونت و شغل با بیماری های روانی رابطه معنی داری به دست نیامد ولی بین وضعیت تاهل و از کار افتادگی با بیماری های روانی، رابطه معنی داری وجود داشت.

تشکر و قدردانی

از اساتید محترم روانپزشکی، کمیسیون اعصاب و روان بیمارستان فاطمی آقایان دکتر پرویز مولوی و دکتر علیرضا تمدن و زحمات فراوان جناب آقای دکتر شمشیرگران کارشناس دفتر مجله نهایت سپاس و تشکر را دارم.

بودند. در مطالعات متعدد میزان از کارافتادگی در بیماران روانی و افسرده را در طول عمر ۵-۳٪ گزارش کرده اند که از این نظر مشابه با مطالعه حاضر است [۱۱]. در این مطالعه رابطه معنی داری بین بیماری های روانی شدید و از کار افتادگی بدست آمد ($p=0$). در مطالعاتی که در زمان جنگ جهانی دوم در امریکا انجام شده نشان داد که ۱۰٪ افراد مشمول سربازی به علت ناراحتی های عصبی روانی از قبیل سایکوز، نوروهای شدید، عقب ماندگی ذهنی رفتارهای پسیکوپاتیک، الکلیسم و نظایر آن در کمیسیون ارتش از خدمت سربازی معاف گشته و با وجود دقت در امتحانات اولیه، پس از اتمام جنگ حدود ۱/۳ از سربازان به نوعی اختلال عصبی روانی مبتلا شده بودند. که با این مطالعه هم خوانی دارد [۱].

نتیجه گیری

منابع

- ۱- میلانی فر بهروز، بهداشت روانی، چاپ پنجم، تهران، انتشارات قومس، ۱۳۷۶، صفحات ۳۵ تا ۴۳.
- 2- Mohammadian M, Davidian H, Noorbala A, Ghanizadeh A. An epidemiological survey of psychiatric disorders in IRAN, Clin Pract Epidemiol Ment Health. 2005, 1: 16.
- 3- Joanne Laurier. One in six U.S veterans of Iraq war suffers trauma disorders, <http://www.wsws.org/articles/2004/post-J09-Prn>.
- 4- Fakhori A. An epidemiological Survey of mental disorder among adults in North West area of Tabriz. Pak. J Med. Sci January-March 2007; 33: 1(s4-s8).
- 5- Mdimucharua Ngom A, MD, DIH, Common mental disorders among those attending primary health clinics & Traditional healer in urban Tanzania, The Brithish Journal of Psychiatry 2003, 183: 349-355.
- ۶- پور افکاری نصرت اله. درسنامه روانپزشکی آکسفورد. جلد ۱، چاپ دوم. معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تبریز. ۱۳۸۰، صفحات ۳۹۹ تا ۴۰۰.
- ۷- پور افکاری نصرت اله. درسنامه روانپزشکی آکسفورد. جلد ۲، چاپ دوم. معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تبریز. ۱۳۸۰، صفحات ۸۳ تا ۸۴.
- 8- Hashemian.P. prevalence of psychtic disorder in Ilam university. Iran news paper. 2002, 238: 934. Available from: yahoo.www.Iran.institute.com
- ۹- پور افکاری نصرت اله. خلاصه روانپزشکی علوم رفتاری روانپزشکی بالینی، جلد ۳، چاپ دوم، نشر علوم دانشگاهی تهران میدان انقلاب. ۱۳۸۰، صفحات ۷ تا ۱۱.
- ۱۰- پور افکاری نصرت اله. خلاصه روانپزشکی علوم رفتاری روان پزشکی بالینی. جلد ۱. چاپ دوم. نشر علوم دانشگاهی تهران، میدان انقلاب، ۱۳۸۰، صفحات ۲۷۷ و ۲۳۰.
- 11- Barry HG, Daniel XF. The prevalence of depressine disorders in U.K ucla school of Medicine Losangless (JAMA).1991: 23: 21.34.38