Iranian Journal of Psychiatric Nursing (IJPN) Original Article
June-July 2019, Volume 7, Issue 2 DOI: 10.21859/ijpn-07209

Investigating Mental Patients' Referral Pathways in Guilan Province

Zeinab Khodaparast [1], Masoud Fallahi-Khoshknab [2,*], Abolfazl Rahgoi [3], Behroz Kavehei [4]

[1] MSc in Nursing, University of Social Welfare and rehabilitation Sciences, Tehran, Iran
[2] Professor. Nursing Department, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran
[3] Assistant Professor. Nursing Department, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran
[4] Assistant Professor, Department of Biological Statistics, National Organization for Educational Testing (NOET), Tehran, Iran
* **Corresponding author:** Masoud Fallahi-Khoshknab, Professor. Nursing Department, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran. E-mail: fallahi@uswr.ac.ir

Received: 01 Mar 2018 **Accepted:** 30 Apr 2019

Abstract

Introduction: Many people with mental health problems do not seek professional help but their use of other sources of help is unclear. This study conducted to determine the referral pathways in mental patients in Guilan, Iran.

Methods: In this cross sectional study, 308 mental psychiatric patients who referred to the emergency department of Shafa educational – remedial Hospital located in Rasht, Iran (Only psychiatric hospital in Guilan province), were enrolled during the period January to March 2017. In the current study, as data collecting tools, a researcher-made questionnaire was employed. The questionnaire was completed during an interview. The questions were about socio-demographic characteristics of patients, psychiatric diagnosis, and the onset of the disease, age of onset of psychiatric patients, referral source, the first treatment method employed by the mentally ill, reasons for referring to non-medical staff. Collected data were analyzed using frequency tables as well Fisher's exact and Chi-square analyses. All statistical analyses were conducted using the software package SPSS 20.0 (SPSS Inc., Chicago, Illinois).

Results: The mean age of the respondents 38.4 years (SD±12.9 years; Min: 5, Max: 75 years). Seventy-five (24.4%) respondents were female. The main reported information sources on the help sought were family 264 (85.7%) and Jurisdictions 31 (10.1%). First therapeutic approach employed by respondents were avow (33.8%), followed by traditional and faith healer (39.2%) and only 26.9% of them was medical team. The main reasons for the treatment options employed were recommendations from friends and relatives (46.3%), belief in a physical cause for the psychiatric disorder (14.2%), and fear of stigma (14%). Manner of the psychiatric disorder onset (gradually or sudden onset), age of patient, age at onset of psychiatric disorder, place of residence and income were significantly associated with the first employed approach (all P value were less than 0.05). But, others including gender, marital status, educational level, nationality and occupation status had not a significant effect on the first employed approach (all P value were more than 0.05).

Conclusions: According to our results, a large number of psychiatric patients prefer to visit non-medical practitioners (e.g. traditional and faith healers) at first, especially in rural areas residence, lower- income and older age at onset as well those who experienced gradual onset of disease. Non-medical practitioners had more likely to be approached first because of locally availability, belief that mental illness are caused by supernatural powers and other prevalent cultural belief and the stigma attached to mental illness.

Keywords: Mental Disorders, Non-Medical Staff, Referral Pathways, Referral Source

© 2019 Iranian Nursing Scientific Association (INA)

نشریه روان پرستاری
مقاله پژوهشی
خرداد و تیر ۱۳۹۸، دوره ۷، شماره ۲
DOI: 10.21859/ijpn-07209

بررسی مسیر مراجعه مبتلایان به اختلالات روان پزشکی در استان گیلان

زینب خداپرست [۱]، مسعود فلاحی‌خشکناب [۲،*]، ابوالفضل ره‌گوی [۳]، بهروز کاوه‌ئی [۴]

[۱] دانشجوی کارشناسی ارشد روان پرستاری، گروه پرستاری، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران
[۲] استاد، گروه پرستاری، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران
[۳] استادیار، گروه پرستاری، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران
[۴] استادیار، عضو هیات علمی سازمان سنجش آموزش کشور، تهران، ایران
* **نویسنده مسئول:** مسعود فلاحی‌خشکناب، استاد، گروه پرستاری، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران. ایمیل: fallahi@uswr.ac.ir

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۶/۱۲/۱۰ **تاریخ پذیرش مقاله:** ۱۳۹۸/۰۲/۱۰

چکیده

مقدمه: بسیاری از مردم با مشکلات روحی و روانی به دنبال کمک حرفه‌ای نیستند، اما استفاده آنها از سایر منابع کمکی نیز نامشخص است. این پژوهش با هدف تعیین بررسی مسیر مراجعه مبتلایان به اختلالات روان پزشکی در استان گیلان انجام شد.

روش کار: در این مطالعه توصیفی تحلیلی مقطعی، ۳۰۸ بیمار روانی، که در بازه زمانی دی تا اسفند ۱۳۹۵ به بخش اورژانس بیمارستان اعصاب و روان شفا رشت که تنها بیمارستان روان پزشکی استان گیلان می‌باشد، مراجعه نموده بودند مورد بررسی قرار گرفتند. برای جمع آوری اطلاعات، از یک پرسشنامه محقق ساخته که با استفاده از مصاحبه تکمیل می‌شد، استفاده گردید. سؤالات راجع به ویژگی‌های جمعیت شناختی - اجتماعی بیمار، تشخیص روان پزشکی، چگونگی شروع بیماری، سن شروع بیماری روان پزشکی، منبع ارجاع، اولین روش درمانی به کار گرفته شده توسط بیماران روانی و علل مراجعه به درمانگران غیر کادر درمان بود. پس از جمع آوری اطلاعات با استفاده از نرم افزار SPSS 20، داده‌ها با استفاده از جداول توزیع فراوانی و آزمونهای مجذور کای و فیشر تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: متوسط سنی پاسخ دهندگان (۴/۳۸ ± ۹/۱۲)؛ (حداقل ۵ سال و حداکثر ۷۵ سال) بود. ۷۵ نفر (۲۴/۴ درصد) از واحدهای مورد پژوهش، زن بودند. منبع اصلی ارجاع در بیماران، خانواده‌ها ۲۶۴ نفر (۸۵/۷ درصد) و مراجع قضایی ۳۱ نفر (۱۰/۱ درصد) بود. اولین روش درمانی به کار گرفته شده توسط واحدهای مورد پژوهش، نذر کردن (۳۳/۸ درصد)، درمانگران سنتی و دعا درمانگران (۳۹/۲ درصد) و کادر درمان (۲۶/۹) بود. دلیل اصلی مراجعه به درمانگران غیر کادر درمان، توصیه دوستان و آشنایان (۴۳/۸ درصد)، باور به علت جسمی برای بیماری (۱۴/۲ درصد) و ترس از انگ (۱۴ درصد) بود. بین سن بیمار، چگونگی شروع بیماری روان پزشکی (شروع ناگهانی یا تدریجی)، سن شروع بیماری روان پزشکی، محل سکونت، وضعیت شغلی و سطح درآمد با اولین روش درمانی به کار گرفته شده رابطه معناداری مشاهده شد (در همه موارد $P < ۰/۰۵$). اما در موارد جنسیت، تأهل، قومیت، تشخیص روان پزشکی، سطح تحصیلات با اولین روش درمانی به کار گرفته شده، رابطه معناداری مشاهده نشد (در همه موارد $P > ۰/۰۵$).

نتیجه گیری: با توجه به نتایج به دست آمده، تعداد زیادی از بیماران روانی ترجیح می‌دهند که در ابتدا به درمانگران غیر کادر درمان (مثل درمانگران سنتی و دعا درمانگران) مراجعه نمایند که این موضوع به ویژه در مناطق روستایی، با درآمد پایین‌تر و سن بالاتر در زمان شروع بیماری و همچنین کسانی که شروعی تدریجی از بیماری را تجربه کرده‌اند، است و این موضوع به احتمال زیاد به دلیل در دسترس بودن، اعتقاد به این که بیماری‌های روانی توسط قدرت‌های ماوراء الطبیعه ایجاد شده است، باورهای فرهنگی دیگر و انگ بیماری روانی است.

واژگان کلیدی: اختلالات روان پزشکی، درمانگران غیر کادر درمان، مسیر مراجعه، منبع ارجاع

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

مقدمه

تعداد بیماران با اختلال روانی سالانه رو به افزایش است. در حال حاضر بیش از ۳۰۰ میلیون نفر در سراسر جهان از اختلال روانی رنج می‌برند که قسمت اعظم آنها در کشورهای در حال توسعه زندگی می‌کنند [۱]. آخرین پیمایش ملی سلامت روان ایران که در سال‌های ۱۳۸۹ و ۱۳۹۰

انجام شده است نشان می‌دهد که ۲۳/۶ درصد از افراد ۱۵ تا ۶۴ ساله کشور، در یک سال قبل از پژوهش دچار یک یا چند اختلال روان پزشکی بوده‌اند [۲]. علی رغم کاهش آشکار میزان مراجعه بیماران با اختلال روانی و خانواده‌ها به افراد غیر کادر درمان در کشورهای توسعه یافته، همچنان در کشورهای در حال توسعه، درمانگران سنتی و محلی از کارکرد عملی بالایی برخوردارند و با استقبال بیشتری مواجه می‌شوند [۳]. یک بررسی پیرامون مسیر مراجعه بیماران با اختلال روانی در هند نشان داد که حدود ۴۴ درصد از بیماران، پیش از نخستین مراجعه به روان پزشک، به دعا درمانگران و درمانگران سنتی مراجعه کرده بودند [۴]. بر اساس یافته‌های یک مطالعه مقطعی که در ایران در سال ۱۳۸۸ توسط درخشان پور و همکاران انجام شد، ۳۰ درصد از بیماران با اختلال روانی در طی ۱ سال و ۳۷ درصد آنان در طی ۵ الی ۱۰ سال قبل از تحقیق، به درمانگران سنتی مراجعه کرده بودند [۵]. بسیاری، علل عمده این موضوع را وجود این اعتقاد که بیماری روانی به دلیل خواست روزگار، سحر، شانس و اقبال بد، گناه و ظلم ایجاد می‌گردد، دانسته‌اند، زیرا در چنین شرایطی این افراد برای حل مشکل خود به درمانگران سنتی، محلی، مذهبی، دعانویسان و فالگیران مراجعه می‌کنند [۶]. مراجعه بیماران با اختلال روانی و خانواده‌ها به درمانگران غیر کادر درمان، علاوه بر زیان‌های مادی و اقتصادی، به دلیل درمان غیر مؤثر، سبب وخیم‌تر شدن بیماری روانی و مزمن شدن آن نیز می‌گردد [۷]. در سال ۱۳۸۹ مجموع هزینه‌های مستقیم بهداشتی برای مشکلات اعصاب و روان در کشور برای ۱۳،۳۴۲،۳۱۰ نفر استفاده کننده از هر گونه خدمات برای مشکلات اعصاب و روان از افراد ۱۵ تا ۶۴ ساله، حدود ۹۲۰ میلیارد تومان بوده است که نیمی از آن مربوط به هزینه‌های غیر بهداشتی (نظیر طب مکمل، سنتی،...) بوده است [۲]. از این رو کاهش مراجعه به درمانگران سنتی را به عنوان شاخص مثبتی در برنامه‌های بهداشت روان کشور می‌دانند [۸].

به منظور برنامه ریزی و تدوین اقدامات اثربخش و کارا جهت سوق دادن خانواده‌های دارای بیماران با اختلال روانی به سمت مراجعات بیشتر و به موقع برای درمان به کادر درمان و بهره برداری بهتر آنها از سرویس‌های موجود در حیطه بهداشت روان موجود در جامعه، نیاز هست که ابتدا مسیر مراجعه مبتلایان به اختلالات روان پزشکی قبل از مراجعه به کادر درمان و عوامل تأثیر گذار بر آن مشخص شود. در ایران، مطالعات اندک و پراکنده‌ای در برخی از استان‌ها توسط درخشان پور و همکاران (۱۳۸۲) در بندرعباس، مسعودزاده و همکاران (۱۳۷۹-۱۳۸۰) در ساری، امیدواری و همکارش (۱۳۷۸) در تهران، کرمانی رنجبر و همکاران (۱۳۸۶) در تهران، میراب زاده و همکاران (۱۳۸۱) در تهران و کرمان، شاه محمدی و همکاران (۱۳۷۷) در کل کشور در این زمینه انجام شده است [۸-۱۳]. توجه به خصوصیات متفاوت فرهنگی و اجتماعی افراد ساکن در استان‌های مختلف و اینکه در استان گیلان، تاکنون مطالعه‌ای در این راستا انجام نشده است، مطالعه حاضر، با هدف تعیین مسیر مراجعه مبتلایان به اختلالات روان پزشکی در استان گیلان انجام شد.

روش کار

این مطالعه از نوع توصیفی تحلیلی مقطعی می‌باشد. با توجه به مطالعه صورت گرفته توسط مسعود زاده و همکاران (۱۳۸۰-۱۳۷۹) که شیوع مراجعه به درمانگران محلی و فالگیران را، ۱۸ درصد گزارش کرده بودند [۱۰]، و با در نظر گرفتن احتمال عدم پاسخگویی نزدیک به ۱۰ درصد از افراد مورد بررسی در پژوهش و با استفاده از فرمول حجم نمونه کاکران (Cochran's Sample Size Formul)، حجم نمونه این پژوهش، ۳۰۸ نفر محاسبه گردید. مطالعه با روش نمونه گیری در دسترس، روی ۳۰۸ نفر از بیماران مبتلا به اختلال روانی و خانواده‌های مراجعه کننده به اورژانس بیمارستان آموزشی درمانی اعصاب و روان شفا رشت که تنها مرکز روان پزشکی استان گیلان می‌باشد، در بازه زمانی دی تا اسفند ۹۵، پس از اخذ رضایت نامه آگاهانه به صورت کتبی از بیماران روانی و خانواده‌ها (در مورد بیماران با اختلالات سایکوتیک، تنها از خانواده‌ها) انجام شد. بیماران با اختلال روانی در تمام گروه‌های سنی مراجعه کننده به بخش اورژانس که توسط روان پزشک، دستور بستری در بخش اورژانس را داشتند، دارای معیار ورود به پژوهش بودند. در مورد خانواده‌های این بیماران نیز، معیار ورود به پژوهش، حداقل ۱۸ سال سن و هوشیاری کامل بود. ابزار مورد استفاده در پژوهش حاضر، یک پرسشنامه محقق ساخته دو قسمتی (پرسشنامه جمعیت شناختی و پرسشنامه اصلی تحقیق) بر اساس پرسشنامه‌های Nonye و همکاران (۲۰۰۹)، Bathla و همکاران (۲۰۱۵)، Kishore و همکاران (۲۰۱۱)، Mishra و همکاران (۲۰۱۱)، Farooqi و همکاران (۲۰۰۶) و Aghukwa و همکاران (۲۰۱۲) بود که شامل سوالاتی مربوط به ویژگی‌های جمعیت شناختی -اجتماعی بیمار، تشخیص روان پزشکی، چگونگی شروع بیماری روان پزشکی، سن شروع بیماری روان پزشکی، منبع ارجاع، اولین روش درمانی به کار گرفته شده توسط بیماران روانی و علل مراجعه به درمانگران غیر کادر درمان بود [۷, ۱۴-۱۸]. برای ارزیابی روایی محتوایی پرسشنامه، از دو روش کیفی و کمی استفاده شد. در بررسی کیفی محتوا، از ده متخصص (۵ عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی گیلان و ۵ عضو هیئت علمی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی) درخواست شد، نظرات خود را در ارتباط با میزان هماهنگی محتوای پرسشنامه و اهداف پژوهش اعلام نمایند. در نهایت براساس نظرات آن‌ها، اصلاحات لازم انجام شد. جهت بررسی روایی محتوایی به شکل کمی نیز، از دو ضریب نسبی روایی محتوا (CVR) و شاخص روایی محتوا (CVI) استفاده شد. برای پایایی پرسشنامه، از روش آزمون مجدد استفاده شد. بدین منظور، طی یک مصاحبه نیمه ساختار یافته و در دو نوبت به فاصله دو هفته، پرسشنامه مذکور برای ۳۰ نفر از بیماران روانی و یا خانواده آن‌ها تکمیل شد. با استفاده از اطلاعات به دست آمده، میزان توافق در دو بار پاسخگویی توسط آماره کاپا محاسبه گردید. مقدار آماره کاپا محاسبه شده برابر ۰/۷۳ به دست آمد، از این رو پایایی پرسشنامه مناسب تشخیص داده‌شد.

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها، از نرم افزار SPSS Version 20 استفاده شد. برای توصیف متغیرهای کمی، از میانگین ± انحراف معیار و برای متغیرهای کیفی، از فراوانی مطلق (درصد) همراه با فاصله اطمینان ۹۵٪ استفاده شد. برای تحلیل داده‌ها نیز از آزمون Chi-Square و فیشر استفاده شد. در تمامی روش‌های مورد استفاده، α =۰/۰۵ به عنوان سطح آماری معناداری در نظر گرفته شد. جهت انجام تحقیق، پس از اخذ کد کمیته اخلاق از دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی (IR.USWR.REC.1396.10)، با معرفی‌نامه‌ای از دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی به بیمارستان

شفا مراجعه شد و پس از کسب اجازه از مسئولین مربوطه، به واحدهای مورد بررسی، در مورد هدف تحقیق، روش اجرا، محرمانه بودن اطلاعات گردآوری شده، مدت زمان اجرای تحقیق و کاربرد یافته‌ها، توضیحات لازم داده شد. همچنین به واحدهای مورد بررسی، یادآوری شد که شرکت در پژوهش، آزادانه می‌باشد و عدم قبول شرکت در پژوهش، یا ادامه ندادن به همکاری، هیچ گونه تاثیری بر خدمات درمانی که در بیمارستان ارائه می‌شود را ندارد. سؤالات پرسشنامه به استثنای تشخیص بیماری که از پرونده کسب شد، مابقی توسط محقق، طی مصاحبه با بیمار یا خانواده بیمار (در مورد بیماران با اختلال سایکوتیک)، تکمیل گردید.

جدول ۱: توزیع فراوانی بیماران مورد بررسی بر حسب متغیرهای جمعیت شناختی

متغیرهای جمعیت شناختی بیماران	فراوانی	درصد
جنسیت		
زن	۷۵	۲۴/۴
مرد	۲۳۳	۷۵/۶
جمع	۳۰۸	۱۰۰
وضعیت سنی (سال)		
<۱۵	۸	۲/۶
۳۰-۱۵	۷۰	۲۲/۷
۴۰-۳	۹۸	۳۱/۸
۵۰-۴۰	۵۹	۱۹/۲
≥۵۰	۷۳	۲۳/۷
جمع	۳۰۸	۱۰۰
وضعیت تأهل		
مجرد	۱۲۸	۴۱/۶
متأهل	۱۲۶	۴۰/۹
مطلقه	۴۳	۱۴
بیوه	۱۱	۳/۶
جمع	۳۰۸	۱۰۰
وضعیت شغلی		
بیکار	۱۹۵	۶۳/۳
شاغل	۱۱۳	۳۶/۷
جمع	۳۰۸	۱۰۰
وضعیت درآمد (میلیون تومان)		
<۰/۶	۲۱۱	۶۸/۵
۱- ۰/۶	۱۶	۵/۲
۲-۱	۶۴	۲۰/۸
≥۲	۱۷	۵/۵
جمع	۳۰۸	۱۰۰
میانگین وضعیت درآمد و انحراف معیار (تومان)	۲۱۴۰۰۰±۸۴۷۰۰۰	
میانه درآمد (تومان)	۳۰۰۰۰۰	
سطح تحصیلات		
زیر دیپلم	۲۰۵	۶۶/۶
دیپلم و بیشتر	۱۰۳	۳۳/۴
جمع	۳۰۸	۱۰۰
قومیت		
گیلک	۲۷۳	۸۸/۶
سایر	۳۵	۱۱/۴
جمع	۳۰۸	۱۰۰
محل سکونت		
روستا	۱۹۶	۶۳/۶
شهر	۱۱۲	۳۶/۴
جمع	۳۰۸	۱۰۰

یافته‌ها

یافته‌های جمعیت شناختی تحقیق، شامل: میانگین سنی (SD ±) شرکت کنندگان (۱۲/۹۰ ±)۳۸/۳۷ بود و ۷۵ نفر (۲۴/۴ درصد) از آنها را زنان تشکیل می‌دادند. اکثر بیماران (۳۱/۸ درصد) در گروه سنی (۴۰-۳۰ سال)، با میانگین و انحراف معیار ۱۲/۹۰ ±۳۸/۳۷، مجرد (۴۱/۶ درصد)، روستایی (۶۳/۶ درصد)، گیلک (۸۸/۶ درصد)، با تحصیلات زیر دیپلم (۶۶/۶ درصد) و بیکار (۶۳/۳ درصد) بودند. ۶۸/۵ درصد از بیماران، درآمدی زیر ۶۰۰ هزار تومان داشتند. ۸۲/۱ درصد از بیماران سایکوتیک بودند. چگونگی شروع بیماری روانی (ناگهانی و

تدریجی)، در ۹۰/۳ درصد از بیماران، به صورت تدریجی بوده است. از نظر سن شروع بیماری، ۵/۵ درصد بیماران در سن زیر ۱۵ سال، ۵۳/۶ درصد بین ۱۵ تا ۳۰ سال، ۲۱/۴ درصد بین ۳۰ تا ۴۰ سال و ۱۹/۴ درصد بالای ۴۰ سال بودند.

جدول ۲: توزیع فراوانی بیماران مورد بررسی بر حسب اولین روش درمانی به کار گرفته شده

اولین روش درمانی به کار گرفته شده	فراوانی	درصد
گرفتن دعا از دعانویس	۹۹	۳۲/۱
درمان‌های پزشکان	۸۱	۲۶/۳
مشاوره گرفتن از روان شناس و مشاور	۲	۰/۶
نذر کردن پیش منذر	۱۰۴	۳۳/۸
درمان سنتی	۲۲	۷/۱
جمع	۳۰۸	۱۰۰

همان طور که در جدول ۳ آمده است، بیشترین علل مراجعه به درمانگران غیر کادر درمان توسط بیماران روانی، توصیه دوستان و آشنایان (۴۳/۸ درصد) و باور به علت جسمی برای بیماری روانی (۱۴/۲ درصد) بود.

جدول ۳: علل مراجعه به درمانگران غیر کادر درمان توسط بیماران روانی

علل مراجعه به درمانگران غیر کادر درمان	فراوانی	درصد
نبود روان پزشک در محل سکونت و مسافت زیاد محل سکونت تا مرکز روان پزشکی	۲۱	۷/۱
ترس از شوک برقی	۱	۰/۳
هزینه کمتر درمانگر غیر کادر درمان	۴	۱/۳
ترس از زنجیر و زندانی شدن در مرکز روان پزشکی	۱	۰/۳
ترس از انگ بیماری روانی	۴۳	۱۴
توصیه دوستان و آشنایان	۱۳۵	۴۳/۸
تجربه مثبت درمانی در موارد مشابه	۲۷	۸/۸
باور به علت جسمی برای بیماری روانی	۴۴	۱۴/۲
جدی نبودن علائم بیماری و اینکه با روش‌های دیگر قابل درمان است.	۱۳	۴/۲
دسترسی آسان به درمانگران غیر کادر درمان	۳	۱
ترس از عوارض داروهای روان پزشکی	۵	۱/۶
باور به علل خرافی برای بیماری روانی	۱۰	۳/۲
جمع	۳۰۸	۱۰۰

همان طور که در جدول ۴ به تفصیل آمده است، ۸۵/۷ درصد از بیماران توسط خانواده به مرکز روان پزشکی ارجاع شده بودند. خود ارجاعی و ارجاع از پزشک عمومی (۰ درصد) بود.

جدول ۴: منبع ارجاع بیماران روانی به مرکز روان پزشکی

منبع ارجاع	فراوانی	درصد
خانواده	۲۶۴	۸۵/۷
دوستان و آشنایان	۸	۲/۶
متخصص غیر روان پزشک	۴	۱/۳
مراجع قضایی	۳۱	۱۰/۱
مراجع بهزیستی	۱	۰/۳
پزشک عمومی	۰	۰
خود بیمار	۰	۰
جمع	۳۰۸	۱۰۰

تجزیه و تحلیل اطلاعات نشان داد که بین چگونگی شروع بیماری، سن بیمار، وضعیت شغلی، محل سکونت، سطح درآمد و سن شروع بیماری با اولین روش درمانی به کار گرفته شده رابطه معنی داری وجود دارد ($P < ۰/۰۵$). ولی بین سطح تحصیلات، جنسیت، تأهل، تشخیص روان پزشکی و قومیت با اولین روش درمانی به کار گرفته شده رابطه معنی داری وجود ندارد ($P > ۰/۰۵$).

بحث

هدف از مطالعه حاضر، مسیر مراجعه مبتلایان به اختلالات روان پزشکی در استان گیلان بود. بر اساس یافته‌های این تحقیق، بیش از ۷۰ درصد از واحدهای مورد بررسی، در اولین مراجعه درمانی خود به درمانگران غیر کادر درمان مراجعه کرده بودند. این میزان در مطالعات مختلف صورت گرفته در دنیا، متفاوت بوده است و مقدار آن از ۲۰ درصد تا ۶۹ درصد در نوسان بوده است. در ایران نیز بر اساس یافته‌های مطالعات صورت گرفته، این میزان در نقاط مختلف کشور از ۳ درصد تا ۴۲/۲ درصد گزارش شده است [۴, ۹, ۱۵, ۱۹-۳۰]. بیماران با اختلالات روانپزشکی ترجیح می‌دهند که برای درمان بیماری روانی در ابتدا به درمانگران غیر کادر درمان مراجعه کنند و در نهایت، در صورت عدم نتیجه، به درمانگران کادر درمان مراجعه کنند [۳۱]. مسیرهای ارجاع بیماران در کشورهای مختلف و حتی شهرهای مختلف یک کشور علی رغم تلاش در جهت تساوی در آموزش و خدمت رسانی، تفاوت قابل توجهی دارد. این تفاوت‌ها می‌تواند به علت تفاوت‌های محل سکونت (شهری یا روستایی)، وضعیت اقتصادی و تاثیرات فرهنگی باشد [۳۲]. در این پژوهش، میزان مراجعه به درمانگران غیر کادر درمان، در بیماران با درآمد پایین، بیکار و روستایی بیشتر بود. این یافته در راستای مطالعات Gomes و همکاران (۲۰۱۷)، Macdonald و همکاران (۲۰۱۸)، Ikwuka و همکاران (۲۰۱۸) و Clement و همکاران (۲۰۱۵) بوده است [۳۳-۳۶]. علت این نتایج را می‌توان به امکانات کمتر درمانی، درآمد کمتر روستائیان و وجود بیشتر دعا درمانگران و درمانگران سنتی در مناطق روستایی، سواد کمتر روستائیان، بیکاری و بیشتر بودن باورهای قدیمی و ماوراء الطبیعه و در مناطق روستایی نسبت داد [۳۷]. در این مطالعه، میزان مراجعه به درمانگران غیر کادر درمان در بیمارانی که شروع بیماریشان به صورت تدریجی بوده است، بیشتر از بیمارانی بود که شروع بیماریشان به صورت ناگهانی بوده است. این یافته، در راستای دیگر مطالعات بوده است [۲۸, ۳۸, ۳۹]. در این بررسی، بیشترین میزان مراجعه به درمانگران کادر درمان در زمان شروع بیماری روانی، به طور معنی داری مربوط به بیماران گروه سنی بیشتر از ۵۰ سال و کمتر از ۱۵ سال بود. که همسو با مطالعات Stengler و همکاران (۲۰۱۳) و Simon و همکاران (۲۰۱۸) و Jang و همکاران (۲۰۱۵) بوده است [۴۰-۴۲]. علت این موضوع را می‌توان به مولد بودن گروه سنی ۲۰ تا ۴۰ سال و حمایت خانوادگی بالاتر در افراد زیر ۲۰ سال دانست [۴۳]. سن شروع بیماری روانی، عاملی مهم در مراجعات درمانی فرد مبتلا می‌باشد. برای مثال در آمریکا، میانگین سن شروع بیماری روانی برای اختلالات اضطرابی، ۱۱ سال، برای اختلالات خلقی، ۳۰ سال و برای اختلالات سوء مصرف مواد، ۲۰ سال است. این موضوع نمایانگر آن است که در بسیاری از موارد، شروع بیماری روانی در دوره‌ای از زندگی است که شناخت و تجربه فرد محدود

است. از طرفی، افراد با محدوده سنی ۱۵ تا ۲۴ سال، به ویژه مردان و پسران جوان نگرش منفی‌تری نسبت به بیماری‌های روانی در مقایسه با بزرگسالان دارند [۳]. در این مطالعه بین سایر متغیرهای جمعیت شناختی شامل جنسیت، وضعیت تأهل، قومیت و سطح تحصیلات با میزان مراجعه به درمانگران غیر کادر درمان رابطه‌ای مشاهده نشد.

برخلاف عدم رابطه تأهل بیمار با مراجعه به درمانگران غیر کادر درمان در این مطالعه، تحقیقاتی، وجود رابطه‌ای معنی دار را بین این دو متغیر و مراجعه کمتر افراد مطلقه و مجرد به کادر درمان را گزارش کردند [۴۴, ۴۵]. علت این اختلافات را می‌توان به تفاوت فرهنگ‌های مختلف در میزان حمایت خانوادگی افراد مطلقه و بیوه نسبت داد. عدم رابطه تحصیلات و مراجعه به درمانگران غیر کادر درمان به عنوان نخستین مراجعه درمانی، در این مطالعه و دیگر مطالعات، نیز گزارش شده است [۴۴, ۴۶]. ارتباط معنادار و مستقیمی نیز بین افزایش سطح تحصیلات و افزایش مراجعه به روان پزشک در شروع علائم بیماری و کوتاه‌تر شدن زمان تأخیر، در مطالعات Ibrahim و همکاران (۲۰۱۶)، Faizan و همکاران (۲۰۱۲) و Assad و همکاران (۲۰۱۵) گزارش شده است [۲۹, ۴۷, ۴۸]. عدم رابطه معنی دار بین جنسیت با مراجعه به کادر درمان در این تحقیق، همسو با سایر مطالعات بود [۴۶, ۴۹, ۵۰]. با این وجود، تحقیقاتی هم رابطه‌ای معنادار بین جنسیت و مراجعه به کادر درمان را گزارش کردند [۴۴, ۵۱-۵۳]. علت این اختلافات را می‌توان به مولد و منبع درآمدی در مردان، زنان یا به نسبت مساوی در هر دو و تبعیض‌های جنسیتی در فرهنگ‌های مختلف نسبت داد.

علی رغم نتایج این تحقیق مبنی بر عدم رابطه تشخیص بیماری با روش درمانی به کار گرفته شده، Pradhan و همکاران (۲۰۱۴)، Jang و همکاران (۲۰۱۵) و ولپه و همکاران (۲۰۱۴) رابطه معنی داری را بین این دو متغیر گزارش کردند. به گونه‌ای که، میزان مراجعه در بیماران با اختلالات سایکوتیک به طور معناداری بیشتر از بیماران با اختلالات غیر سایکوتیک بود [۳۹, ۴۲, ۵۴]. در این تحقیق، بیماران علت مراجعه به درمانگران غیر کادر درمان را به ترتیب: نبود روان پزشک در محل سکونت و مسافت زیاد محل سکونت تا مرکز روان پزشکی، ترس از شوک برقی، هزینه کمتر درمانگر غیر کادر درمان، ترس از زنجیر و زندانی شدن در مرکز روان پزشکی، ترس از انگ بیماری روانی، توصیه دوستان و آشنایان، تجربه مثبت درمانی در موارد مشابه، باور به علت جسمی برای بیماری روانی، جدی نبودن علائم بیماری و اینکه با روش‌های دیگر قابل درمان است، دسترسی آسان به درمانگران غیر کادر درمان، ترس از عوارض دارویی داروهای روان پزشکی است و باور به علل خرافی برای بیماری روانی، گزارش کرده‌اند، که تا حدودی در راستای مطالعات سایرین بود [۲۵, ۳۱, ۳۷, ۵۵].

یافته‌ها نشان دادند که، بیشترین افراد مورد بررسی (۸۵/۷ درصد)، از سوی خانواده‌ها به مرکز روان پزشکی ارجاع شده بودند. نتیجه فوق همسو با مطالعه Adeosun و همکاران (۲۰۱۳) و Valmaggia و همکاران (۲۰۱۵) بود [۲۸, ۵۶]. ارجاع بالای بیماران از سوی خانواده‌ها، بیانگر آن است که خانواده نقش مهمی در هدایت بیماران به سوی مراکز بهداشتی درمانی و مراکز روان پزشکی دارد. در بسیاری از کشورها، ارجاع بیماران اعصاب و روان توسط پلیس و مراجع قضایی صورت می‌گیرد. در مطالعه ما این رقم تقریباً ۱۰ درصد بوده است. میزان اخیر، می‌تواند بیانگر فقدان برنامه ریزی درست در سیستم انتظامی کشور و مشخص نبودن ضوابط اجباری بیماران باشد. وجود پایداری و همبستگی خانوادگی بیشتر در خانوار ایرانی و نزدیک‌تر بودن ارتباطات عاطفی بین اعضا، می‌تواند از علل احتمالی دیگر موارد ارجاع بیشتر از طرف خانواده باشد. در این پژوهش، هیچ یک از بیماران توسط پزشک عمومی (۰ درصد) ارجاع نشده بودند و ۱/۳ درصد از بیماران نیز توسط متخصصان غیر روان پزشک به مرکز روان پزشکی ارجاع شده بودند. Hashimito و همکاران (۲۰۱۵)، در هند، نپال، ژاپن، بنگلادش و منگولیا، منابع اصلی ارجاع بیماران را در سه گروه اصلی، کادر درمانی، خود بیمار و درمانگران غیر کادر درمان گزارش کرده‌اند [۲۶]Volpe و همکاران (۲۰۱۵)، در مطالعه‌ای مرور سیستماتیک، ارجاع از پزشکان عمومی و پزشکان بیمارستان‌ها را به ترتیب ۳۹ درصد و ۲۰ درصد گزارش کردند [۳۲]. به طور کلی میزان ارجاع توسط پزشکان عمومی در اکثر کشورهای غیر اروپایی و آمریکای شمالی کم است [۵۱, ۵۴]. ارجاع پایین بیماران از سوی درمانگران کادر درمان، نشانگر لزوم ارتقا دانش و مهارت‌های بالینی پزشکان عمومی و متخصصان غیر روان پزشک در مورد نشانه‌های روان پزشکی و نیز همکاری گروه اخیر می‌باشد. میزان خود ارجاعی و ارجاع از درمانگران غیر کادر درمان به مرکز روان پزشکی در این تحقیق، (۰ درصد) گزارش شد. میزان خود ارجاعی و ارجاع از درمانگران غیر کادر درمان در بسیاری از مطالعات گزارش نشده است و این مقایسه را دشوار می‌کند. میزان خود ارجاعی در مطالعات اندکی که این میزان را گزارش کرده‌اند، حدود ۳۰ درصد بوده است [۳۲].

از محدودیت‌های این پژوهش، وارد نکردن بیماران سرپایی بود. همچنین این شیوه گردآوری اطلاعات، تنها به بیماران مراجعه کننده بسنده می‌کند و در مورد کسانی که برای استفاده از خدمات روان پزشکی تاکنون مراجعه ننموده‌اند، اطلاعی به دست نمی‌دهد که این موضوع می‌تواند در پژوهش‌های آینده مورد توجه قرار گیرد. از آن جایی که در بسیاری از موارد، سال‌ها از شروع بیماری می‌گذشته است، در زمینه درستی برخی پاسخ‌ها تردید وجود دارد و گذر زمان می‌تواند روی آن‌ها تأثیر منفی داشته باشد. از نقاط قوت این مطالعه می‌توان به این نکته اشاره کرد که این مطالعه، نخستین مطالعه صورت گرفته در استان گیلان می‌باشد. از سویی دیگر، از سال ۸۸ به بعد هیچ مطالعه‌ای در زمینه مسیر مراجعه بیماران روانی صورت نگرفته است. مطالعه فوق، مسیر مراجعه سالمندان و اطفال مبتلا به اختلالات روان پزشکی را نیز در بر گرفته است که در مطالعات محدودی انجام شده است.

نتیجه‌گیری

با توجه به نتایج به دست آمده، تعداد زیادی از بیماران روانی و خانواده‌هایشان ترجیح می‌دهند که در ابتدا به درمانگران غیر کادر درمان (مثل درمانگران سنتی و دعا درمانگران) مراجعه نمایند که این موضوع به ویژه در مناطق روستایی، با درآمد پایین‌تر و همچنین کسانی که شروعی تدریجی از بیماری را تجربه کرده‌اند، است و این موضوع به احتمال زیاد به دلیل در دسترس بودن، اعتقاد به این که بیماری‌های روانی توسط قدرت‌های ماوراء الطبیعه ایجاد شده است، باورهای فرهنگی دیگر و انگ بیماری روانی است. یافته‌های این مطالعه می‌تواند در تعیین میزان کارایی سیستم ارجاع موجود به کار گرفته شود، تا در صورت عدم کارایی مناسب، تدابیر لازم جهت بهبود

آن اتخاذ گردد. از طرفی این تحقیق با در دست قرار دادن اطلاعات لازم در زمینه روش‌های درمانی فعلی که خانواده‌های بیماران روانی برای درمان بیماران خود برمی گزینند و مشخصات جمعیت شناختی افراد مراجعه کننده به درمانگران غیر کادر درمان، می‌تواند سیاست گذاران را جهت تدوین بهتر برنامه‌های آموزشی و نیز پیش بینی سایر اقدامات لازم جهت بهبود سیستم ارجاع، یاری کند. مراجعه به درمانگران غیر کادر درمان و تاثیرات منفی آن در روند بهبودی و دریافت درمان بیماران، آموزش و بالابردن سطح فرهنگی مردم بسیار با اهمیت است. یکی از گروه‌هایی که در انجام این امر می‌تواند نقش بسزایی داشته باشند، بهورزان شاغل در خانه‌های بهداشت و رابطین بهداشتی هستند چرا که این گروه از بطن خود این مردم و آشنا با فرهنگ آن‌ها هستند و خیلی خوب می‌توانند اطلاعات صحیح را به آن‌ها آموزش دهند. آموزش مناسب به بهورزان و رابطین بهداشتی یکی از راهکارهایی است که می‌تواند خنثی کننده فرهنگ غلط رایج در جامعه باشد.

این مقاله برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد روان پرستاری با عنوان بررسی روش‌های درمانی به کار گرفته شده و علل آن توسط بیماران روانی و خانواده‌های آن‌ها در مراجعین بیمارستان آموزشی درمانی روان پزشکی شفا رشت می‌باشد.

سپاسگزاری

بدین وسیله از کلیه بیماران، همراهان، پرسنل بیمارستان شفا رشت و خانم دکتر رستاد به خاطر کمک ارزنده‌شان در انجام این تحقیق، کمال تشکر می‌شود.

تضاد منافع

نویسندگان مقاله اعلام می‌دارند که در نگارش این مقاله هیچ گونه تضاد منافع وجود ندارد.

References

1. Organization WH. Depression and other common mental disorders: global health estimates. 2017.
2. Rahimi-Movaghar A, Sharifi V, Motevalian A, Amin-Esmaeili M, Hadjebi A, Rad Goodarzi R. Iranian National Mental Health Survey: prevalence, severity and costs of mental disorders and service utilization (IranMHS). Tehran: Mehrsa; 2014.
3. Jorm AF. Mental health literacy: empowering the community to take action for better mental health. Am Psychol. 2012;67(3):231-43. doi: 10.1037/a0025957 pmid: 22040221
4. Grover S, Hazari N, Aneja J, Chakrabarti S, Avasthi A. Influence of religion and supernatural beliefs on clinical manifestation and treatment practices in patients with bipolar disorder. Nord J Psychiatry. 2016;70(6):442-9. doi: 10.3109/08039488.2016.1151930 pmid: 27009535
5. Derakhshanpour F, Namazy S, Zare S, Sphandiarpour S. Attitude of rural people on the etiology of psychiatric disorders, Bandar Abbas, Iran. Bimonthly J Hormozgan Univ Med Sci. 2009;13(3):158-65.
6. Bonabi H, Müller M, Ajdacic-Gross V, Eisele J, Rodgers S, Seifritz E, et al. Mental health literacy, attitudes to help seeking, and perceived need as predictors of mental health service use: a longitudinal study. J Nerv Ment Dis. 2016;204(4):321-4.
7. Bathla M, Chandna S, Bathla J, Kaloiya GS. Faith healers in modern psychiatric practice: Results of a 4 years study. Delhi Psychiatry J. 2015;18(1):48-53.
8. Shahmohammadi d, Bayanzadeh sa, Ehssanmanesh m. Pathways to Psychiatric Care in Iran. Iran J Psychiatry Clin Psychol. 1998;3(4):4-14.
9. Derakhshanpour F, Abotaleb-por B, Zare S. Pathway of the referral of the patient to special psychiatric centers in bandar Abbas, Iran. Bimonthly J Hormozgan Univ Med Sci. 2003;7(3):105-10.
10. Masoudzadeh A, Khalilian A, Sefeedchian A. Study of the first referring path way in psychiatric patients in Zareh hospital sari-1981. J Mazandaran Univ Med Sci. 2001;11(33):63-72.
11. Mirab-Zadeh A, Feiz-Zadeh G, Sami'ei M. Comparison between the Pathways to the Psychiatric Office in Two Diffrent City. J Rehabil. 2002;3(3):48-55.
12. Omidvari S, Bina M, Yassemi M. Pre-hospitalization pathways among psychiatric patients in Imam Hussain Hospital in 1999. 2001.
13. Ranjbar-Kermania T, Sharifi V, Amini H. Treatment delay and pathways to care in first episode psychosis. Iran J Psychiatry Clin Psychol. 2008;13(4):343-50.
14. Aghukwa CN. Care seeking and beliefs about the cause of mental illness among Nigerian psychiatric patients and their families. Psychiatr Serv. 2012;63(6):616-8.
15. Nonye AP, Oseloka EC. Health-seeking behaviour of mentally ill patients in Enugu, Nigeria. South Afr J Psychiatry. 2009;15(1):19-22.
16. Kishore J, Gupta A, Jiloha RC, Bantman P. Myths, beliefs and perceptions about mental disorders and health-seeking behavior in Delhi, India. Indian J Psychiatry. 2011;53(4):324.
17. Mishra N, Nagpal SS, Chadda RK, Sood M. Help-seeking behavior of patients with mental health problems visiting a tertiary care center in north India. Indian J Psychiatry. 2011;53(3):234-8. doi: 10.4103/0019-5545.86814 pmid: 22135442
18. Farooqi YN. Traditional healing practices sought by Muslim psychiatric patients in Lahore, Pakistan. Int J Disabil Dev Educ. 2006;53(4):401-15.
19. Ranjbar-Kermania T, Sharifi V, Amini H. Treatment Delay and Pathway to Care in First Episode Psychosis. Iran J Psychiatry Clin Psychol. 2008;13(4):343-50.
20. Sharifi V, Daliri S, Amini H, Mohammadi M. Psychiatric Problems in General Outpatient Clinics: Prevalence and Reasons for Help Seeking. Iran J Psychiatry Clin Psychol. 2011;16(4):484-9.
21. Derakhshanpour F, Namazy S, Zare S, Sphandiarpour S. Attitude of rural people on the etiology of psychiatric disorder, Bandar Abbas, Iran. Bimonthly J Hormozgan Univ Med Sci. 2009;13(3):158-65.
22. Masoudzadeh A, Khalilian A, Sefeedchian A. Study of the first referring pathway in psychiatric patients in Zareh hospital sari-1981. J Mazandaran Uni Med Sci. 2001;11(33):63-72.
23. Omidvari S, Bina MT. Pre-hospitalization Pathways among Psychiatric Patients in Imam Hussain Hospital in 1999. Iran J Psychiatry Clin Psychol. 2001;6(4):4-13.

24. Shahmohammadi D, Bayanzadeh SA, Ehssanmanesh M. Pathway to Psychiatric Care in Iran. Iran J Psychiatry Clin Psychol. 1998;3(4):4-14.
25. Rajan B, Cherupushpam S, Saleem T, Jithu V. Role of Cultural Beliefs and Use of Faith Healing in Management of Mental Disorders: A Descriptive Survey. Kerala J Psychiatry. 2016;29(1):12-8.
26. Hashimoto N, Fujisawa D, Giasuddin NA, Kenchaiah BK, Narmandakh A, Dugerragchaa K, et al. Pathways to mental health care in Bangladesh, India, Japan, Mongolia, and Nepal. Asia Pac J Public Health. 2015;27(2):NP1847-57. doi: 10.1177/1010539510379395 pmid: 21159690
27. Odinka PC, Oche M, Ndukuba AC, Muomah RC, Osika MU, Bakare MO, et al. The socio-demographic characteristics and patterns of help-seeking among patients with schizophrenia in south-east Nigeria. J Health Care Poor Underserv. 2014;25(1):180-91.
28. Adeosun II, Adegbohun AA, Adewumi TA, Jeje OO. The pathways to the first contact with mental health services among patients with schizophrenia in Lagos, Nigeria. Schizophrenia Res Treat. 2013;2013.
29. Faizan S, Raveesh B, Ravindra L, Sharath K, editors. Pathways to psychiatric care in South India and their socio-demographic and attitudinal correlates. BMC Proceedings; 2012: BioMed Central.
30. Lahariya C, Singhal S, Gupta S, Mishra A. Pathway of care among psychiatric patients attending a mental health institution in central India. Indian J Psychiatry. 2010;52(4):333.
31. Thomson P, Jones J, Browne M, Leslie SJ. Why people seek complementary and alternative medicine before conventional medical treatment: A population based study. Complement Ther Clin Pract. 2014;20(4):339-46.
32. Volpe U, Mihai A, Jordanova V, Sartorius N. The pathways to mental healthcare worldwide: a systematic review. Curr Opin Psychiatry. 2015;28(4):299-306. doi: 10.1097/YCO.0000000000000164 pmid: 26001921
33. Gomez D, Gunarathna C, Gunarathna S, Gnanapragasam K, Hanwella R. Help-seeking behaviour and its impact on patients attending a psychiatry clinic at National Hospital of Sri Lanka. Ceylon Med J. 2017;62(4).
34. MacDonald K, Fainman-Adelman N, Anderson KK, Iyer SN. Pathways to mental health services for young people: a systematic review. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2018;53(10):1005-38. doi: 10.1007/s00127-018-1578-y pmid: 30136192
35. Ikwuka U, Oyebode F. Pathways to Mental Health Care in sub-Saharan Africa. Contemp Issues Ment Health Care sub-Saharan Afr. 2018:19.
36. Clement S, Schauman O, Graham T, Maggioni F, Evans-Lacko S, Bezborodovs N, et al. What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies. Psychol Med. 2015;45(1):11-27.
37. Dadwani Roma S, Thomas T. Mental morbidities: Prevalence and health seeking behavior. Int J Biol Med Res. 2014;5(3):4186-9.
38. Atashbahar O, Bahrami MA, Asqari R, Fallahzadeh H. An examination of treatment seeking behaviour affecting factors: a qualitative study in Iran. World Appl Sci J. 2013;25(5):774-81.
39. Pradhan S, Sharma S, Malla D, Sharma R. A study of help seeking behavior of psychiatric patients. J Kathmandu Med Coll. 2014;2(1):21-4.
40. Stengler K, Olbrich S, Heider D, Dietrich S, Riedel-Heller S, Jahn I. Mental health treatment seeking among patients with OCD: impact of age of onset. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2013;48(5):813-9.
41. Simon GE, Stewart C, Hunkeler EM, Yarborough BJ, Lynch F, Coleman KJ, et al. Care pathways before first diagnosis of a psychotic disorder in adolescents and young adults. Am J Psychiatry. 2018;175(5):434-42.
42. Jang Y, Yoon H, Chiriboga DA, Molinari V, Powers DA. Bridging the gap between common mental disorders and service use: the role of self-rated mental health among African Americans. Am J Geriatr Psychiatry. 2015;23(7):658-65.
43. Gronholm P, Thornicroft G, Laurens K, Evans-Lacko S. Mental health-related stigma and pathways to care for people at risk of psychotic disorders or experiencing first-episode psychosis: a systematic review. Psychol Med. 2017;47(11):1867-79.
44. García-Soriano G, Rufer M, Delsignore A, Weidt S. Factors associated with non-treatment or delayed treatment seeking in OCD sufferers: a review of the literature. Psychiatry Res. 2014;220(1-2):1-10.
45. Rice SM, Aucote HM, Parker AG, Alvarez-Jimenez M, Filia KM, Amminger GP. Men's perceived barriers to help seeking for depression: Longitudinal findings relative to symptom onset and duration. J Health Psychol. 2017;22(5):529-36.
46. Demet MM, Deveci A, Taskin EO, Erbay Dundar P, Turel Ermertcan A, Mizrak Demet S, et al. Risk factors for delaying treatment seeking in obsessive-compulsive disorder. Compr Psychiatry. 2010;51(5):480-5. doi: 10.1016/j.comppsych.2010.02.008 pmid: 20728004
47. Ibrahim A, Hor S, Bahar OS, Dwomoh D, McKay MM, Esena RK, et al. Pathways to psychiatric care for mental disorders: a retrospective study of patients seeking mental health services at a public psychiatric facility in Ghana. Int J Ment Health Syst. 2016;10(1):63.
48. Assad T, Okasha T, Ramy H, Goueli T, El-Shinnawy H, Nasr M, et al. Role of traditional healers in the pathway to care of patients with bipolar disorder in Egypt. Int J Soc Psychiatry. 2015;61(6):583-90. doi: 10.1177/0020764014565799 pmid: 25575578
49. Chong SA, Abdin E, Sherbourne C, Vaingankar J, Heng D, Yap M, et al. Treatment gap in common mental disorders: the Singapore perspective. Epidemiol Psychiatr Sci. 2012;21(2):195-202. doi: 10.1017/S2045796011000771 pmid: 22789169
50. Levy HC, McLean CP, Yadin E, Foa EB. Characteristics of individuals seeking treatment for obsessive-compulsive disorder. Behav Ther. 2013;44(3):408-16. doi: 10.1016/j.beth.2013.03.007 pmid: 23768668
51. Reddy LKPK, Sateesh Babu R. Delay in first psychiatric consultation and its reasons. Andhra Pradesh J Psychol Med. 2011;12(2):79.
52. Stengler K, Olbrich S, Heider D, Dietrich S, Riedel-Heller S, Jahn I. Mental health treatment seeking among patients with OCD: impact of age of onset. Social psychiatry and psychiatric epidemiology. 2013:1-7.
53. Nishii H, Yamazawa R, Shimodera S, Suzuki M, Hasegawa T, Mizuno M. Clinical and social determinants of a longer duration of untreated psychosis of schizophrenia in a

Japanese population. Early Interv Psychiatry. 2010;4(2):182-8. doi: 10.1111/j.1751-7893.2010.00179.x pmid: 20536975
54. Volpe U, Fiorillo A, Luciano M, Del Vecchio V, Palumbo C, Calo S, et al. Pathways to mental health care in Italy: results from a multicenter study. Int J Soc Psychiatry. 2014;60(5):508-13. doi: 10.1177/0020764013501648 pmid: 24051155
55. Lu SH, Dear BF, Johnston L, Wootton BM, Titov N. An internet survey of emotional health, treatment seeking and barriers to accessing mental health treatment among Chinese-speaking international students in Australia. Counsel Psychol Q. 2014;27(1):96-108.
56. Valmaggia LR, Byrne M, Day F, Broome MR, Johns L, Howes O, et al. Duration of untreated psychosis and need for admission in patients who engage with mental health services in the prodromal phase. Br J Psychiatry. 2015;207(2):130-4. doi: 10.1192/bjp.bp.114.150623 pmid: 26045348