

چگونگی مشاوره‌های روانپزشکی در خواستی از بیمارستان‌های آموزشی

دکتر الهه عبدالمولی (MD)^۱ - دکتر سیمیه شکرگزار (MD)^۱ - دکتر ربابه سلیمانی (MD)^۱ - دکتر کیومرث نجفی (MD)^۱ - دکتر مریم محمدپور (MD)^۲ - دکتر مهسان حبیبی (MD)^۲

* نویسنده مسئول: مرکز تحقیقات علوم رفتاری، شناختی و اعتیاد کاوش، گروه روانپزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران

پست الکترونیک: dr.shokrgozar@yahoo.com

تاریخ دریافت مقاله: ۹۷/۰۶/۱۴ تاریخ ارسال جهت اصلاح: ۹۸/۰۱/۱۸ تاریخ پذیرش: ۹۸/۰۱/۲۵

چکیده

مقدمه: ۳۰ تا ۶۰ درصد بیماران که در بخش‌های طبی (غیرروانپزشکی) بستری می‌شوند دست کم یک اختلال روانپزشکی چشمگیر دارند.

هدف: بررسی فراوانی، علل و کیفیت مشاوره‌های روانپزشکی درخواستی از بیمارستانهای آموزشی.

مواد و روش‌ها: این مطالعه توصیفی و گذشته‌نگر بود. جامعه آماری بیماران بستری در بیمارستان‌های آموزشی رشت از سال ۹۱ تا سال ۹۳ بود که از آن میان افرادی که مشاوره روانپزشکی برای آنان درخواست شده بود، مورد بررسی قرار گرفتند. داده‌ها بر پایه چک لیست فراهم شده برون‌آوری شد کیفیت درخواست مشاوره و نیز پاسخ‌دهی مشاوره ارزیابی شد. داده‌ها توسط SPSS21 واکاوی شد.

نتایج: فراوانی درخواست مشاوره روانپزشکی ۰/۳ درصد بدست آمد. روی هم رفته ۹۰/۵ بر گه مشاوره بررسی شد. ۵۱/۱ درصد افراد زن و ۴۸/۹ درصد مرد بودند. میانگین سن ۴۵/۷ ساله بود. برای ۵۴/۷ درصد بیماران مشاوره اورژانسی و ۴۵/۳ درصد، مشاوره غیراورژانسی درخواست شده بود. بیشترین بخش‌های درخواست‌دهنده مشاوره، جراحی و داخلی (۱۴/۶ و ۱۲ درصد) بودند و کمترین فراوانی درخواست مشاوره مربوط به بخش بیهوشی (۰/۱ درصد) و بیشترین سبب درخواست، بی‌قراری با فراوانی ۲۶/۷۵ درصد و پس از آن تنظیم دارو با فراوانی ۱۴/۶۰ درصد بود. بیشترین گمان تشخیصی در پاسخ به مشاوره‌ها دلیریوم و میانگین مدت درخواست مشاوره ۲/۹ روز پس از بستری بیمار بود. میانگین نمره کیفیت مشاوره‌ها ۲۰/۳۷ از ۲۵ نمره بود.

نتیجه‌گیری: با توجه به این که فراوانی و کیفیت مشاوره‌ها در این مطالعه کمابیش پایین ارزیابی شد، لزوم توجه بیشتر به بهره‌گیری از مشاوره روانپزشکی در بیماران طبی و آموزش هماهنگ دستیاران برای بهبود کیفیت مشاوره‌ها بایسته به نظر می‌رسد.

کلید واژه‌ها: اختلالات روانی / بیماران بستری / بیمارستان‌های عمومی

مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان، دوره ۲۸ شماره ۱ (پیاپی ۱۱۰) صفحات: ۸-۱۶

مقدمه

ارتباط دارد (۵). در مطالعه‌ای نشان داده شد دلیریوم در ۲۰-۱۰ درصد بیماران بستری دیده می‌شود که ۸۰ درصد موارد آن در بیماران در حال مرگ بوده‌است، همچنین، سوءمصرف مواد در ۳۰-۵۰ درصد بیماران بستری در بیمارستان‌های عمومی گزارش شده‌است (۶). شایع‌ترین تشخیص‌های روانپزشکی که همراه با سوءمصرف مواد رابطه داشته و همراه هستند عبارتند از: اختلال شخصیت ضداجتماعی، فوبی و دیگر اختلالات اضطرابی، افسردگی و پسیکوتیک (۷). همزمانی اختلال جسمی با اختلال روانی باعث افزایش هزینه درمان و گاهی نیز بروز دشواری تشخیص درست می‌شود (۸).

اختلال روانپزشکی، حتی در صورتی که تحت بالینی باشند با نتایج وخیم‌تر، ماندن بیشتر در بیمارستان، افزایش مرگ و میر و استفاده از منابع خدمات بهداشتی همراه است. بازه

۳۰ تا ۶۰ درصد بیماران که در بخش‌های طبی (غیرروانپزشکی) بستری می‌شوند دست کم دچار یک اختلال روانپزشکی چشمگیر هستند (۱). گروه زیادی از بیماران که در بیمارستان‌های عمومی پذیرش می‌شوند تنها مشکل طبی نداشته بلکه در بسیاری از این بیماران بستری دراز مدت و پیامد بیماری سبب بروز مشکلات روانی نیز می‌شود (۲).

در مطالعه‌ای با کاربرد ابزار استاندارد شایع‌ترین اختلال بیماران بستری اختلال افسردگی و سوءمصرف مواد و الکل بود (۳). شیوع بالای بیماری روانی در ۳۶/۴ درصد بیماران بستری شده در ICU وجود داشت. اضطراب و اختلال افسردگی از شایع‌ترین بیماری‌ها در هر سیستم بالینی هستند (۴).

دلیریوم عامل خطر مستقل مرگ بیماران مسن بوده و افسردگی در بیماران دارای اختلال جسمی با مرگ و میر

۱. مرکز تحقیقات علوم رفتاری، شناختی و اعتیاد کاوش، گروه روانپزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران

۲. گروه پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران

که در آنها مداخله روانپزشکی نیاز بوده، در گزینش نخستینگی‌های بهداشتی و درمانی استان کارساز خواهد بود.

مواد و روش‌ها

این مطالعه مطالعه‌ای توصیفی است که به روش گذشته‌نگر انجام شد و روش نمونه‌گیری به صورت سرشماری بود. این مقاله از طرح پژوهشی استخراج شده است (کد اخلاق IR.GUMS.REC.1395.91). جمعیت مورد مطالعه در برگیرنده همه بیماران بستری در بیمارستان‌های آموزشی رشت در بازه زمانی سرآغاز تیر ۹۱ تا انتهای سال ۹۳ بود که برای آنها مشاوره روانپزشکی درخواست شده و اسکن برگه‌ی مشاوره آنها در مرکز آموزشی و درمانی روانپزشکی شفا موجود بود. در این مطالعه نخست بر پایه هماهنگی مجری طرح با معاونت پژوهشی و اجازه کمیته اخلاق، شمار این بیماران توسط کارشناس آمار بخش مدارک پزشکی بیمارستان‌ها برون‌آوری شد. سپس، کلیه برگه‌های مشاوره اسکن شده بین تیر ماه ۹۱ تا پایان سال ۹۳ بررسی شد. داده‌های لازم و نوشته شده در برگه مشاوره با کاربری چک لیست پژوهشگر ساخته براساس دستور کار هستار در سایر مطالعات گردآوری شد (۶، ۸، ۱۴، ۱۶، ۱۸ و ۱۹). برای بررسی روایی محتوایی این چک‌لیست، ۵ داور (روانپزشک) به ارزیابی آن پرداختند و روایی آن پذیرفته شد. اطلاعات در دو بخش بیرون داده شد. بخش نخست ثبت داده‌های نیازین دربرگیرنده سن، جنس، نوع مشاوره، تشخیص طبی اولیه، علت درخواست مشاوره، بخش درخواست دهنده، گمان تشخیصی، مداخله پیشنهادی و فاصله بستری و درخواست مشاوره بود. بخش دوم ارزیابی کیفیت مشاوره‌ها بود که براساس چک لیست تهیه شده شامل کیفیت درخواست مشاوره و کیفیت پاسخ‌دهی مشاوره می‌شد. کیفیت درخواست مشاوره شامل ۱۱ عنوان بود: ۱- شماره پرونده ۲- سن ۳- جنس ۴- تاریخ بستری ۵- تاریخ درخواست مشاوره ۶- ساعت درخواست مشاوره ۷- اورژانس یا غیراورژانس بودن ۸- بخش درخواست دهنده ۹- تشخیص طبی اولیه ۱۰- علت درخواست مشاوره ۱۱- مهر و دستینه مشاوره‌دهنده.

زمانی بستری و درخواست مشاوره در گروه‌های تشخیصی مختلف نشان داد که اختلالات شناختی و سازگاری، بیشترین زمان را دارند که می‌تواند به عنوان نتیجه ناتوانی در تشخیص نشانه‌های آنها توسط پزشک غیر از روانپزشک در میان باشد. نگهداری بالینی کارساز برای افزایش توانایی تشخیص فوری برای نیاز به مشاوره روانپزشکی مستلزم همکاری بیشتر بین روانپزشکان مشاور و دیگر رشته‌های پزشکی است (۹).

مشاوره روانپزشکی رابط برای ارزیابی و درمان گسترده وسیعی از اختلالات روانپزشکی در بیماران با مشکلات طبی پایه گزاری شده است (۱۰).

با وجود آگاهی متخصصان از این جستارها، اختلالات روانپزشکی همچنان در بخش‌های بیمارستانی کمتر تشخیص داده می‌شود (۱۱ و ۱۲) به طوری که تنها ۳۰-۵۰ درصد آنها در بخش‌های طبی شناسایی می‌شوند (۱۳). در صورت فرستادن بیمار توسط پزشکان غیرروانپزشک به بخش‌های روانپزشکی، هم پزشکان و هم بیماران احساس خرسندی بیشتری می‌کنند (۱۴). بیشتر مطالعات مربوط به سلامت روان، به ویژه افرادی که با مداخله مشاوره‌ای مشورت می‌کنند، ارتباطی بین مشکلات روانپزشکی و مدت اقامت در بیمارستان بدست آورده‌اند (۱۵).

مطالعات زیادی به ارزیابی دموگرافی و الگوهای مداخله در مشاوره‌های روانپزشکی پرداخته‌اند، اما تعداد اندکی از آنها در کشورهای در حال توسعه بوده است (۱۷-۱۵) بنابراین با توجه به این که در این زمینه پژوهش ساختار یافته‌ای انجام نشده و بر پایه شیوع بالای اختلال روانپزشکی در بیماران طبی در دیگر بررسی‌ها و همچنین اهمیت آگاهی سایر متخصصان از شیوه درست درخواست مشاوره روانپزشکی، در این تحقیق به بررسی فراوانی و علل مشاوره‌های روانپزشکی درخواست شده از سایر بیمارستان‌های آموزشی رشت برای مرکز آموزشی درمانی شفا پرداخته که تنها مرکز روانپزشکی در گستره کمابیش گسترده جغرافیایی است و چگونگی شکلی (نه محتوایی) این مشاوره‌ها، الگوی ارجاع و تشخیص‌گذاری و علل درخواست مشاوره روانپزشکی در بیماران بستری ارزیابی شد. همچنین، آگاهی از مشکلات طبی و بخش‌هایی

بود. کمترین درخواست مربوط به بیمارستان قلب حشمت (۱۲/۰ درصد) بود دیگر بیمارستان‌ها شامل بیمارستان جنرال پورسینا (۲۶/۰ درصد)، کودکان ۱۷ شهرپور (۲۵/۰ درصد) و زنان الزهرا (۲۸/۰ درصد) بود.

از ۷۳۸ نفری که اطلاعاتشان در این زمینه ثبت شد، ۴۰۴ نفر معادل ۵۴/۷ درصد، نیازمند مشاوره اورژانس و ۳۳۴ نفر معادل ۴۵/۳ درصد، نیازمند مشاوره غیراورژانس بودند.

همانطور که اطلاعات جدول ۱ نشان می‌دهد، بیشترین علت درخواست مشاوره روانپزشکی در بیماران بستری در این مطالعه، مربوط به بی‌قراری با درصد فراوانی ۲۶/۷۵ و پس از آن تنظیم دارو با درصد فراوانی ۱۴/۶۰ بوده است. در ۷۱ نفر (۸/۷۱ درصد) به علت افکار یا اقدام به خودکشی درخواست مشاوره روانپزشکی شده بود.

جدول ۱. درصد فراوانی علل درخواست مشاوره روانپزشکی در بیماران بستری

علل درخواست مشاوره	فراوانی (درصد)
همکاری نکردن در درمان	۹ (۱/۱۰)
دلیریوم	۵۰ (۶/۱۳)
اختلال خلق	۵۷ (۶/۹۹)
اختلال رفتاری و پرخاشگری	۱۲ (۱/۴۷)
افکار و اقدام به خودکشی	۷۱ (۸/۷۱)
بی‌قراری	۲۱۷ (۲۶/۷۵)
بی‌حالی	۳۳ (۴/۰۵)
کاهش سطح هوشیاری	۴۱ (۵/۰۳)
پرخاشگری	۲۴ (۲/۹۴)
بدن درد یا سر درد	۲۷ (۳/۳۱)
علائم ترک و مسمومیت	۳۶ (۴/۴۲)
تنظیم دارو	۱۱۹ (۱۴/۶۰)
بی‌ربط گویی	۲۸ (۳/۴۴)
بدبینی	۱۱ (۱/۳۵)
اضطراب	۶۱ (۷/۴۸)
بی‌خوابی	۱۹ (۲/۳۳)
جمع	۸۱۵ (۱۰۰/۰)

بیشترین فراوانی درخواست مشاوره روانپزشکی مربوط به بیمارستان رازی با ۳۳۳ نفر معادل با (۳۶/۸ درصد) کل مشاوره‌های درخواستی و پس از آن مربوط به بیمارستان پورسینا با ۲۳۰ نفر معادل با (۲۶/۴ درصد) مشاوره‌ها بود.

همچنین، کیفیت پاسخ‌دهی مشاوره شامل ۱۴ عنوان بود: ۱- مشکل روانی تازه ۲- پیشینه روانپزشکی ۳- سابقه بیماری طبی ۴- سابقه خانوادگی ۵- سابقه دارویی ۶- تاریخچه مصرف مواد ۷- ارزیابی وضعیت روانی ۸- معاینه جسمی ۹- یافته‌های پاراکلینیک ۱۰- گمان تشخیصی (اختلال روانپزشکی اولیه و ثانویه به بیماری جسمی و مصرف مواد) ۱۱- اقدام پیشنهادی ۱۲- تاریخ ۱۳- ساعت مشاوره ۱۴- مهر و دستینه برای نمره‌گذاری. در صورت وجود هر آیت یک نمره تعلق می‌گرفت، لذا نمره کلی کیفیت مشاوره بین صفر تا ۲۵ بود.

ملاک‌های ورود به مطالعه: همه‌ی بیمارانی که اسکن برگه مشاوره آنها در آموزش بایگانی شده و اطلاعات مورد نیاز دست نویسی شده در برگه مشاوره خوانا بود، پس از گردآوری داده‌ها، اطلاعات، وارد نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۱ شد و نتایج توصیفی از راه گزارش فراوانی و درصد نمایانده شد. اطلاعاتی که از برگه‌های مشاوره بیماران گرفته شد و نیز نام بیمار و دستیاران مشارکت کننده نهانی باقی ماند و نتایج تحقیقات به صورت کلی و در چارچوب اطلاعات گروه مورد مطالعه منتشر شد.

نتایج

از ۳۲۸۰۳۸ بیمار بستری در بیمارستان‌های شهرستان رشت از تیرماه ۹۱ تا پایان ۹۳، براساس اسکن برگه‌های مشاوره موجود در بیمارستان شفا، برای ۱۰۵۰ بیمار مشاوره روانپزشکی درخواست شده بود (فراوانی درخواست مشاوره ۰/۳ درصد) که تعداد ۱۴۵ برگه به دلیل ناخوانا بودن از مطالعه خارج شدند. اطلاعات ۹۰۵ برگه مانده بررسی و نگاشته شد. از ۸۹۹ نفری که جنس آنها ثبت شد، ۴۵۹ نفر (۵۱/۱ درصد)، خانم و ۴۴۰ نفر (۴۸/۹ درصد)، مرد بودند. میانگین سنی افراد ۴۵/۷۲ سال با انحراف معیار ۲۰/۶۹ بود. بیشترین فراوانی با ۳۷۸ نفر (۴۲/۸ درصد)، مربوط به گروه سنی ۱۸-۴۵ ساله بود. سن زیر ۱۲ سال با ۲۹ نفر (۳/۳ درصد)، کمترین فراوانی را داشت.

از ۹۰۵ درخواست مشاوره، بیشترین درخواست نسبت به جمعیت بیماران بستری از بیمارستان رازی رشت با ۰/۶ درصد و پس از آن بیمارستان سوانح سوختگی ولایت با ۰/۵۱ درصد

تا ۱۴ متغیر بود. میانگین نمره کیفیت پاسخ‌دهی در این مطالعه $1/43 \pm 10/47$ بوده است (جدول ۳).

جدول ۳. کیفیت پاسخ‌دهی در مشاوره‌های روانپزشکی انجام شده در

بیماران بستری طبی		کیفیت پاسخ‌دهی	متغیرها
ندارد	دارد		
تعداد (درصد)	تعداد (درصد)		
۶۲ (۶/۹)	۸۴۳ (۹۳/۱)	بیماری فعلی	
۶۵۱ (۷۱/۹)	۲۵۴ (۲۸/۱)	سابقه روانپزشکی قبلی	
۶۳۸ (۷۰/۵)	۲۶۷ (۲۹/۵)	سابقه طبی قبلی	
۵۸۷ (۶۴/۹)	۳۱۸ (۳۵/۱)	سابقه دارویی	
۷۹۶ (۸۸/۰)	۱۰۹ (۱۲/۰)	سابقه مصرف مواد	
۸۸۶ (۹۷/۹)	۱۹ (۰/۵)	سابقه خانوادگی	
۱۲۴ (۱۳/۷)	۷۸۱ (۸۶/۳)	معاینه وضعیت روانی	
۲۹ (۳/۲)	۸۷۶ (۹۷/۸)	معاینه جسمانی	
۱۴ (۱/۵)	۸۹۱ (۹۸/۵)	یافته‌های پاراکلینیک	
۷۴ (۵/۵)	۸۵۵ (۹۴/۵)	گمان تشخیصی	
۶۴ (۷/۱)	۸۴۱ (۹۲/۹)	اقدامات پیشنهادی	
۱۱۰ (۱۲/۲)	۷۹۵ (۸۷/۸)	تاریخ انجام مشاوره	
۳۶۱ (۳۹/۹)	۵۴۴ (۶۰/۱)	ساعت انجام مشاوره	
۸ (۰/۹)	۸۹۸ (۹۹/۱)	مهر ودستینه	

کیفیت درخواست و پاسخ‌دهی شامل ۲۵ مورد است. اگر به هر مورد ۱ نمره داده شود، نمره کیفیت درخواست و پاسخ‌دهی به طور کلی عددی بین ۰ تا ۲۵ خواهد بود. در این مطالعه میانگین این نمره $1/65 \pm 20/37$ محاسبه شده است.

بیشترین گروه گمان تشخیصی با درصد فراوانی $60/47$ ، آسیب‌شناسی ناشی از بیماری طی بوده است. در این دسته در ۳۵۱ نفر ($67/89$ درصد) تشخیص دلیریوم و در ۱۷۶ نفر ($34/04$ درصد) سایر تشخیص‌های ناشی از بیماری طبی داده شده بود. گروه گمان تشخیصی اولیه $28/07$ درصد از همه بیماران را شامل شد. در این گروه بیشترین گمان تشخیصی مربوط به اختلال خلقی در ۱۲۲ نفر بیمار معادل $50/83$ درصد بوده است. پس از آن اختلال اضطرابی در ۴۷ نفر معادل $19/58$ درصد بوده است. گمان تشخیصی وابسته به مواد در $10/29$ درصد کل بیماران بوده است. (جدول ۴)

بیشترین درخواست مربوط به بخش‌های جراحی و داخلی با درصد به ترتیب $14/6$ و 12 درصد کل مشاوره‌ها بود. پس از آن بخش‌های جراحی اعصاب ($11/6$ درصد) و داخلی اعصاب ($9/5$ درصد) قرار داشتند. کمترین فراوانی درخواست مشاوره مربوط به بخش بیهوشی با درصد فراوانی $0/1$ درصد کل مشاوره‌ها بود.

همان‌گونه که اطلاعات جدول ۲ نشان می‌دهد، تشخیص اولیه تنها در $54/8$ درصد پرونده‌ها، اما سایر موارد در 80 درصد پرونده‌ها ثبت شده بود. کیفیت درخواست‌های مشاوره شامل ۱۱ مورد بود. اگر به هر مورد ثبت شده ۱ نمره داده شود، نمره کیفیت مشاوره بین ۰ تا ۱۱ تغییر می‌کند. میانگین نمره کیفیت مشاوره در این مطالعه $9/91 \pm 1/04$ بوده است.

جدول ۲. کیفیت درخواست‌های مشاوره‌های روانپزشکی انجام شده در

بیماران بستری		کیفیت درخواست‌ها	متغیرها
ندارد	دارد		
تعداد (درصد)	تعداد (درصد)		
۳ (۰/۲)	۹۰۲ (۹۹/۸)	شماره پرونده	
۶ (۰/۷)	۸۹۹ (۹۹/۳)	جنسیت	
۲۰ (۲/۲)	۸۸۵ (۹۷/۸)	سن	
۱۶۷ (۱۸/۵)	۷۳۸ (۸۱/۵)	نوع مشاوره	
۱۶۴ (۱۸/۱)	۷۴۱ (۸۱/۹)	بخش درخواست دهنده	
۴۰۹ (۴۵/۲)	۴۹۶ (۵۴/۸)	تشخیص اولیه	
۳۲ (۳/۵)	۸۷۳ (۹۶/۵)	علت درخواست مشاوره	
۶۸ (۷/۵)	۸۳۷ (۹۲/۵)	تاریخ بستری	
۱۱۹ (۱۳/۱)	۷۸۶ (۸۶/۹)	ساعت درخواست مشاوره	
۱۲ (۱/۳)	۸۹۳ (۹۸/۷)	تاریخ درخواست مشاوره	
۲ (۰/۲)	۹۰۳ (۹۹/۸)	مهر ودستینه درخواست دهنده	

بیماری فعلی، معاینه وضعیت روانی، معاینه جسمی، یافته‌های پاراکلینیک، تاریخ مشاوره، مهر ودستینه مواردی بودند که در 85 درصد پرونده‌ها ثبت شده بودند. در $60/1$ درصد پرونده‌ها ساعت انجام مشاوره ثبت شده بود. درصد ثبت سابقه روانپزشکی، سابقه طبی، دارویی و سابقه مصرف مواد کمتر از 50 درصد بود و کمترین مورد ثبت شده مربوط به سابقه خانوادگی با درصد فراوانی $1/9$ بوده است.

کیفیت پاسخ‌دهی شامل ۱۴ مورد بود که به هر مورد ثبت شده ۱ نمره داده شد و در نتیجه نمره کیفیت پاسخ‌دهی بین ۰

بحث و نتیجه گیری

هدف این پژوهش بررسی فراوانی، علل و کیفیت مشاوره‌های روانپزشکی درخواستی بوده‌است. در این مطالعه فراوانی درخواست مشاوره روانپزشکی در بیمارستان‌های آموزشی شهر رشت ۰/۳ درصد بود. در مطالعه جیوسپیناجورجیو در سال ۲۰۱۵ در یک بیمارستان جنرال فراوانی درخواست مشاوره ۱/۸ درصد تخمین زده شد (۸). در پژوهش قنبری و همکاران در سال ۱۳۹۱ که در بیمارستان رسول اکرم انجام شد فراوانی درخواست مشاوره ۱/۰۹ درصد برآورده شد (۱۸). در مطالعه بیرقی و همکاران که در سال ۱۳۸۱ در بیمارستان طالقانی انجام شد نیز درصد ارجاع روانپزشکی در کل بیماران بستری ۱/۶ درصد بود (۱۹). تفاوت چشمگیر درخواست مشاوره در مطالعه ما را می‌توان به دلیل ناآگاه ماندن مسائل و مشکلات روانی از سوی سایر پزشکان منطقه و نگرش تک بعدی به بیماری افراد، نبود تخت‌های روانپزشکی و روانپزشک در بیمارستان‌های عمومی گیلان و پذیرش نداشتن پزشکان متخصص از دوره‌های مدون و آموزشی گروه روانپزشکی دانست.

بیشترین علل درخواست مشاوره در مطالعه ما بی‌قراری، تنظیم دارو، اندیشه خودکشی و اختلال اضطرابی و خلقی بود. در مطالعه کلارک و همکاران بیشترین علل درخواست مشاوره شامل افسردگی، افکار خودکشی و دلیریوم بود (۲۰). در مطالعه حسینی و همکاران نیز درخواست مشاوره به دلیل ارزیابی روانی، دلیریوم و افسردگی اساسی بیان شده بود (۱۶). در مطالعه بیرقی و همکاران بیشترین علت ارجاع داشتن یک نشانه روانپزشکی (۵۵ درصد)، سابقه روانپزشکی (۱۵ درصد) و تحریک‌پذیری و پرخاشگری (۱۰ درصد) بوده‌است (۱۹). چون پزشکان درخواست‌دهنده مشاوره ممکن است تنها از یک نشانه به عنوان علت درخواست مشاوره نام ببرند، گاهی برای یک اختلال واحد دلایل متفاوتی برای درخواست مشاوره گفته می‌شود همانند آن که برای یک اختلال مانند دلیریوم دلایل متعددی برای علت درخواست نوشته شود. همچنین، بکار بردن واژه‌های رایج روانپزشکی و نیز پافشاری بیشتر بر مشکلاتی که با روند درمان اختلال طبی بیمار تداخل می‌کند، سبب این تفاوت‌ها می‌شود.

جدول ۴. فراوانی گمان تشخیصی در پاتولوژی روانپزشکی اولیه ناشی از

مواد ناشی از بیماری طبی	
پاتولوژی روانپزشکی	
اولیه	فراوانی (درصد)
اختلال شخصیت	۱۰ (۴/۱۷)
اختلال جسمانی سازی	۱۶ (۶/۶۷)
اختلال سایکوتیک	۲۱ (۸/۷۵)
اختلال خلقی	۱۲۲ (۵۰/۸۳)
اختلال اضطرابی	۴۷ (۱۹/۵۸)
اختلال شناختی	۱۳ (۵/۴۲)
انطباقی	۱۱ (۴/۵۸)
جمع	۲۴۰ (۲۸/۰۷)
ناشی از بیماری طبی	
دلیریوم	۳۵۱ (۶۷/۸۹)
سایر علل	۱۷۶ (۳۴/۰۴)
جمع	۵۱۷ (۶۰/۴۷)
وابسته به مواد	۸۸ (۱۰/۲۹)
جمع کل	۸۴۵ (۱۰۰/۰)

از ۸۴۱ نفری که اقدامات پیشنهادی برایشان ثبت شده‌بود، بیشترین اقدام پیشنهادی مراجعه سرپایی به درمانگاه روانپزشکی (۷۳/۹ درصد)، سپس شروع درمان دارویی (۱۹/۶ درصد)، توصیه به بستری در بخش روانپزشکی (۳/۱ درصد)، توصیه به درمان دارویی و روان درمانی همزمان (۱/۶ درصد) و کمترین اقدام پیشنهادی، روان درمانی به تنهایی (۰/۶ درصد) بوده است.

میانگین مدت تا درخواست مشاوره بعد از بستری ۲/۹۱ روز با انحراف معیار ۴/۹۴ بوده است. بیشتر بیماران یا در همان روز بستری (۳۳/۹ درصد) یا از روز دوم تا پیش از یک هفته (۳۴/۶ درصد) درخواست مشاوره روانپزشکی داشته‌اند. ۵۵/۱ درصد مشاوره‌ها در همان روز یا فردای روز بستری درخواست مشاوره داشته‌اند. ۸۹/۷ درصد مشاوره‌های روانپزشکی در هفته اول بعد از بستری درخواست داده شده‌بود. از ۸۲۴ نفری که زمان درخواست مشاوره برایشان ثبت شده، تنها ۴ نفر معادل ۰/۵ درصد پس از یک ماه درخواست مشاوره داشته‌اند. در هفته دوم ۶/۷، هفته سوم ۲/۱، هفته چهارم ۱/۱ درصد درخواست مشاوره داشتند.

در این مطالعه بیشترین گمان تشخیصی مربوط به دلیریوم و علل عضوی بود (۶۰/۴۷ درصد کل تشخیص‌ها) از پاتولوژی‌های روانپزشکی اولیه بیشترین تشخیص مربوط به اختلال خلق و پس از آن اختلال اضطرابی بود.

همچنین، اختلال وابسته به مواد روی هم رفته ۱۰/۲۶ درصد کل تشخیص‌ها را در بر می‌گرفت. در مطالعه کلارک و همکاران شایع‌ترین تشخیص‌های روانپزشکی شامل خلق افسرده (۵۵ درصد)، اختلال روانی عضوی (۳۵ درصد) و اختلال سازگاری (۱۹ درصد) بود (۲۰). در مطالعه حسینی و مرتضوی، بیشترین تشخیص‌های مطرح شده دلیریوم (۱۶ درصد) و اختلال افسردگی (۱۵ درصد) اساسی بود (۱۶). در مطالعه دکتر اربابی و همکاران در سال ۲۰۱۲ بیشترین تشخیص‌ها اختلالات خلق (۴۳/۵ درصد) اختلال انطباق (۱۰/۹ درصد) و اختلال شناختی (۷/۶ درصد) بود (۱۴). در پژوهش سممانی و همکاران نیز بیشترین اختلالات تشخیص داده شده به ترتیب دلیریوم، افسردگی اساسی، اختلال انطباقی و اختلال دو قطبی بود (۱۵). در مطالعه بیرقی و همکاران بیشترین تشخیص‌ها افسردگی (۳۶ درصد)، اختلال انطباقی (۱۶/۵ درصد) و دلیریوم (۱۵ درصد) بود (۱۹) که نتایج این مطالعات با اندکی ناهمسانی شبیه مطالعه ما بوده و بر شیوع بالای اختلال خلقی بویژه افسردگی اساسی و دلیریوم در بیمارستان‌های عمومی و اهمیت تشخیص و درمان آن پافشاری دارد.

در مطالعه هانسن و همکاران بیشترین اختلال تشخیص داده‌شده اختلال جسمی شکل (۱۷/۶ درصد)، فوبی (۱۲/۹ درصد) و اختلال مصرف مواد (۱۰/۹ درصد) بود (۱). همچنین، در پژوهش سیلوراستون نیز اختلال سازگاری بیشترین علت ارجاع به واحدهای مشاوره عنوان شده بود (۲۳) که این نتایج با یافته‌های مطالعه ما تفاوت داشت. یکی از دلایل متفاوت بودن این یافته‌ها می‌تواند تفاوت بین بیمارستان‌های عمومی و نداشتن بخش روانپزشکی در داخل بیمارستان عمومی این استان باشد که به درخواست بیشتر مشاوره برای بیمارانی که مشکلات شدیدتر دارند انجامیده و بیماران با مشکلات شبه جسمی و فوبیا که تداخل کمتری در درمان مشکلات طبی‌شان ایجاد می‌کند، مشکل روانپزشکی آنها کمتر از دید متخصصان بارز بوده‌است. همچنین، تشخیص

بیشترین درخواست مشاوره در این مطالعه مربوط به بخش جراحی، سپس، بخش داخلی با درصد‌های به ترتیب ۱۴/۶ و ۱۲ درصد کل مشاوره‌ها بود. پس از آن بخش‌های جراحی اعصاب (۱۱/۶ درصد) و داخلی اعصاب (۹/۵ درصد) قرار داشتند. کمترین فراوانی درخواست مشاوره مربوط به بخش بیهوشی با درصد فراوانی ۰/۱ درصد کل مشاوره‌ها بود. مطالعه جیوسپینا جورجیو و همکاران در سال ۲۰۱۵ در بیمارستان عمومی پروجیا ۵۳ درصد مشاوره‌ها از بخش داخلی، ۳۸ درصد از بخش‌های تخصصی و ۸/۸ درصد از بخش جراحی بود (۸). در پژوهش قنبری و همکاران در سال ۱۳۹۱ بیشترین مشاوره‌ی درخواستی از بخش داخلی ۴۱/۲۷ درصد و کمترین آن برای بخش اورژانس به میزان ۰/۸ درصد بوده است (۱۸). در پژوهش سممانی و همکاران در سال ۱۳۸۶ بیشتر مشاوره‌های درخواستی در بخش نورولوژی و داخلی بوده و بخش‌های رادیوتراپی، انکولوژی و ICU درخواست مشاوره کمتری داشتند (۱۵). مشابه این مطالعات در مطالعه ما نیز بخش داخلی در شمار بیشترین بخش‌های درخواست‌دهنده مشاوره بوده‌است اما درصد کمتری از مشاوره‌ها را نسبت به این مطالعات به خود اختصاص داده که می‌تواند به این دلیل باشد که در این مطالعه بر خلاف مطالعات نامبرده، اطلاعات چندین بیمارستان عمومی و تخصصی گردآوری شد که می‌تواند از نقاط قوت این مطالعه باشد.

از نتایج قابل درنگ این مطالعه آن بود که در بیمارستان‌های درخواست دهنده مشاوره، کمترین درخواست مربوط به بیمارستان قلب دکتر حشمت (۰/۱۲ درصد) بود. در حالی که در مطالعه دکتر مدبرنیا و همکاران در سال ۱۳۸۱، بیماران بستری در بخش مراقبت‌های ویژه قلبی بیمارستان دکتر حشمت رشت مورد بررسی از نظر فراوانی نشانگان دلیریوم قرار گرفته بودند و در ۱۳/۴ درصد آنها دلیریوم شناسایی شد (۲۱). باتوجه به نتایج این مطالعه و این که فراوانی بروز دلیریوم در بخش جراحی نزدیک ۳۰ درصد است (۲۲)، میزان مشاوره‌های درخواست شده برای بیماران قلبی بسیار کمتر از چشمداشت بوده است که این نکته نیاز به توجه و موشکافی بیشتر دارد.

۳۹/۵ درصد کیفیت متوسط و ۳۳/۸ درصد کیفیت ضعیف ولی در پاسخ مشاوره تنها ۱/۱ درصد کیفیت مطلوب، ۲۹/۷ درصد کیفیت متوسط و ۶۹/۲ درصد پاسخ، نامطلوب بود (۱۵). در مطالعه ما نیز کیفیت درخواست مشاوره‌ها مطلوب‌تر از کیفیت پاسخدهی به مشاوره‌ها ارزیابی شد.

از محدودیت‌های این مطالعه آن بود که پاسخ‌دهی به مشاوره‌ها توسط دستیاران روانپزشکی انجام شده بود و در نتیجه ممکن است در قسمت گمان تشخیصی و اقدام پیشنهادی پایایی تشخیصی و درمانی کم بوده باشد.

همچنین، با توجه به این که کل موارد چک لیست در تمامی مشاوره‌ها موجود نبود، ارزیابی آماری تنها بر موارد ثبت شده انجام شد. از سویی مطالعه بصورت گذشته‌نگر و با استفاده از برگه‌های مشاوره اسکن شده انجام شد و اطلاعات شماری از مشاوره‌ها به دلیل ناخوانا بودن وارد مطالعه نشد.

باتوجه به اینکه فراوانی و کیفیت مشاوره‌ها در این مطالعه کمابیش پایین ارزیابی شد، بایستگی توجه بیشتر به بهره‌گیری از مشاوره روانپزشکی در بیماران طبی و آموزش هماهنگ دستیاران برای بهبود کیفیت مشاوره‌ها ضروری به نظر می‌رسد. پیشنهاد می‌شود در مطالعات آینده به متغیرهای بیشتری نگرسته شود مانند این که کدام مشکلات طبی به درخواست بیشتر مشاوره می‌انجامد و نتایج مشاوره چه تاثیری بر روند بهبود بیمار دارد.

سپاسداری و سپاسگزاری

از همه عزیزانی که ما را در این پژوهش یاری کردند کمال تشکر را داریم. نویسندگان اعلام می‌دارند که هیچ‌گونه تضاد منافی ندارند.

اختلال انطباقی در این مطالعه در مقایسه با سایر مطالعات (۱۴، ۱۵، ۱۹ و ۲۰) کمتر گزارش شده‌است. ممکن است با توجه به این که بیشترین رویکرد درمانی دستیاران روانپزشکی رویکرد دارویی است و این که درمان بهتر در اختلال سازگاری، درمان‌های غیردارویی هستند و همچنین بخت بیشتر تغییر این تشخیص با گذشت زمان وجود دارد، دستیاران تمایل کمتری به گذاشتن این تشخیص داشته‌باشند، هر چند که این تشخیص در روانپزشکی مشاوره رابط همچنان مهم و شایع است.

بررسی کیفیت درخواست مشاوره‌های روانپزشکی انجام شده در بیماران بستری طبی نشانگر این بود که بجز تشخیص اولیه که فقط در ۵۴/۸ درصد پرونده‌ها ثبت شده‌بود، سایر موارد (شماره پرونده، جنس، سن، نوع مشاوره، بخش درخواست دهنده، علت درخواست، تاریخ بستری، ساعت درخواست مشاوره) در بالغ بر ۸۰ درصد پرونده‌ها ثبت شده‌بود و میانگین نمره کیفیت درخواست مشاوره ۱۰ از ۱۱ برآورد گردید.

در بررسی کیفیت پاسخ‌دهی در مشاوره‌های روانپزشکی انجام شده در این مطالعه، بیماری فعلی، معاینه وضعیت روانی، معاینه جسمانی، یافته‌های پاراکلینیک، تاریخ مشاوره، مهر و دستینه مواردی هستند که در بالغ بر ۸۵ درصد پرونده‌ها ثبت شده بود. در ۶۰/۱ درصد پرونده‌ها ساعت مشاوره ثبت شده‌بود. درصد ثبت سابقه روانپزشکی، سابقه طبی قبلی، دارویی و مصرف مواد کمتر از ۵۰ درصد بود و کمترین مورد ثبت شده مربوط به سابقه خانوادگی با درصد فراوانی ۱/۹ و میانگین نمره کیفیت پاسخ‌دهی به مشاوره‌ها ۱۰/۵ از ۱۴ بود.

در مطالعه سمنانی و همکاران از کل مشاوره‌های درخواست شده بر اساس چک لیست، ۲۶/۷ درصد کیفیت مطلوب،

منابع

- Hansen MS. Mental disorders among internal medical inpatients : prevalence, detection and treatment status. J Psychosom Res 2001; 50: 199-204.
- Dogar IA, Haider N, Irfan N, Ahmad M, Azeem MW. Psychiatric co morbidity in medical patients. J Pakistan Psychiatric Society 2010; 1(7): 91.
- Rothenhausler HB. Mental Disorder in general hospital patients Psychiatr Danub 2006; 18(3-4): 92-183.
- Inouye SK. Delirium In Older Person. Department of Medicine, Harvard medical school, boston, USA. England Journal Medicine 2006; 354(11): 1157-65.
- Aladjem AD. Consultation-Liaison psychiatry. In: Sadock BJ, Sadock VA. Comprehensive

- textbook of psychiatry. 8th ed. Philadelphia ; LWW , 2005 .
6. Ghaleiha A, Zarabian MK, Haghighi M, Bahrami MH. Frequency of substance abuse in hospitalized patients in psychiatric wards of Frshchian hospital in Hamedan. *J Hamedan Univ Med Sci* 2010; 17(1-55): 52-7. [Text in Persian].
 7. Fard K. Psychiatric diagnoses among impatient psychiatric consultations in a general hospital. *Andeesheh Va Raftar* 2005;11(40): 6-14. [Text in Persian].
 8. Giorgio G, Quartesan R, Sciarma T, Giulietti M, Piazzoli A, Scarponi L, Ferrari S, Ferranti L, Moretti P, Piselli M. Consultation-Liaison Psychiatry-from theory to clinical practice: an observational study in a general hospital. *BMC research notes* 2015; 8(1): 475.
 9. Bourgeois JA, Wegelin JA, Servis ME, Hales RE. Psyc-hiatric diagnoses of 901 inpatients seen by consultation-liaison psychiatrists at an academic medical center in a managed care environment. *Psychosomatics* 2005; 46(1): 47-57.
 10. Meyer T, klemme H, herrman C. Depression but not anxiety is a significant predictor of psycians assessment of medical status in physically ill patients *psychother psychosom* 2000; 69: 147-154.
 11. Thompson C, Kinmonth AL et al. Effects of a clinical practice guideline and practice and practice-based education on detection outcome of depression in primary care Hampshire Depression Project randomized controlled trial. *Lancet* 2000; 355: 185-191 .
 12. Rothenhausler HB, Ehentraut S, Kapfhammer HP. Changes in patterns of psychiatric referral in a German general hospital :results of a comparison of two 1- year surveys 8 years apart. *Gen Hosp psychiatry* 2001; 23: 205-214.
 13. Ene S. The role of consultation-liaison psychiatry in the general hospital. *J Med Life* 2008; 1(4): 429-431.
 14. Arbabi M, Laghayeepoor R, Golestan B, Mahdanian A, Nejatiasafa A. Diagnoses, Requests and Timing of 503 Psychiatric Consultations in Two General Hospitals. *Acta Medica Iranica* 2012; 50(1): 53-60.
 15. Semnani Y, Mostofian M. Evaluation of Psychiatric Consultation Requests in Imam Hosain General Hospital. *Daneshvar Medicine* 2007; 14 (68): 37 - 42. [Text in Persian].
 16. Hosseini SH, Mortazavi M. Frequency of Referral Rate and Psychiatric Diagnoses in Sari Imam Khomeini Hospital during 2008 and 2009. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences* 2011; 20(80): 63-8. [Text in Persian].
 17. Sadock B, Sadock V. Comprehensive textbook of psychiatry. *Diagnosis AND Psychiatry : Examination of the Psychiatric patient*. 8th ed. Philadelphia ; LWW,2009 .
 18. Ghanbari Jolfaee A, Nasr Esfahani M. Trends of psychiatric consultation in Rasoul Akram Hospital. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology* 2012; 18(1): 61-6. [Text in Persian].
 19. Beyraghi N, Shams J, Mohajer M, Bahreinian AM. Psychiatric consultation in Taleghani hospital in 2002. *Journal of research in medicine* 2004; 28(2): 141-144.[Text in Persian].
 20. Clarke DM, Smith GC. Consu ltation-liaison psychiatry in general medical units. *Aust N Z J Psychiatry* 1995;29(3):424-32.
 21. Modabernia MJ, Forghan Parast K, Khalkhali SMR, Najafi K. Delirium in CCU. *J Guilan Univ Med Sci* 2002; 11(41): 1-6. [Text in Persian].
 22. Neurocognitive Disorders .In : Sadock B, Sadock V. *Synopsis of psychiatry*. 11th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and wilkins ,2015 .697
 23. Silverstone PH. Prevalence of psychiatric disorders in medical inpatients. *J Nerv Ment Dis* 1996; 184(1): 43-51.

Manner of Request Psychiatric Counseling from Educational Hospitals

Abdollahi E (MD)¹- *Shokrgozar S (MD)¹- Soleimani R (MD)¹- Najafi K (MD)¹- Mohammadpour M (MD)²-
Habibi M (MD)²

***Corresponding Address:** Research Center for Behavioral Sciences, Cognitive and Addictive Exploration, Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran.

Email: dr.shokrgozar@yahoo.com

Received: 05/Sep/2018 Revised: 07/Apr/2019 Accepted: 14/Apr/2019

Abstract

Introduction: 30 to 60% of patients admitted to non-psychiatric wards have at least one significant psychiatric illness.

Objective: The aim of this study was to investigate the frequency, causes, and quality of psychiatric counseling requested.

Materials and Methods: This descriptive study was carried out on all patients admitted to educational hospitals in Rasht, Iran from 2012 to 2014, for which psychiatric consultation was requested and their counseling sheets were available. Data were extracted based on the checklist. Assessment of the quality of the consultation request and the response quality of the counseling were done. Data were analyzed by SPSS21.

Results: The frequency of psychiatric counseling application in this study was calculated to be 0/3%. A total of 905 counseling papers were reviewed. According to the data, 51/1% of patients were female and 48/9% were male, with the mean age of 45/7 years. For 54/7% of the patients, emergency counseling and for 45/3%, of them non-emergency counseling was requested. The most requesting counseling departments were surgery and internal medicine (14/6% and 12%, respectively). The lowest frequency of consultation requests was for anesthesiology department (0/1%). The most common reason for requesting psychiatric counseling was restlessness (26/75%) and then medication setting (14/45%). The most common diagnostic suspicion in response to counseling was delirium and the average duration for requesting counseling was 2.9 days after admission.

Conclusion: Considering the relatively low frequency and quality of counseling in this study, more attention to the use of psychiatric counseling in medical patients and coherent training of assistants to improve the quality of counseling seem necessary.

Conflict of interest: non declared

Key words: Inpatients\ Hospitals, Public\ Mental Disorders

Journal of Guilan University of Medical Sciences, No: 110, Pages: 8-16

Please cite this article as: Abdollahi E, Shokrgozar S, Soleimani R, Najafi K, Mohammadpour M, Habibi M. Manner of Request Psychiatric Counseling from Educational Hospitals. J of Guilan University of Med Sci 2019; 28(110):8-16. [Text in Persian]

1. Research Center for Behavioral Sciences, Cognitive and Addictive Exploration, Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran.

2. Department of Medicine, Faculty of Medicine, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran.