

بررسی انواع داروهای روان‌پزشکی تجویز شده توسط پزشکان غیرروانپزشک و انطباق آن‌ها با وضعیت روانی مراجعین آن پزشکان در شهر کرج

فرید فدایی^۱، سمیه اشکواری^۲، ندا علی بیگی^۳، محمدرضا خدایی اردکانی^۴، علی ناظری آستانه^۵

تاریخ دریافت 1394/02/25 تاریخ پذیرش 1394/04/31

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: تجویز داروی روان‌پزشکی مناسب، با توجه به استفاده گسترده از این داروها، لزوم تشخیص صحیح اختلال روانی و پتانسیل بالای خطر خودکشی با داروهای روان‌پزشکی از اهمیت زیادی برخوردار است. هدف از این مطالعه بررسی انواع داروهای روان‌پزشکی تجویز شده توسط پزشکان غیرروانپزشک و انطباق آن‌ها با وضعیت روانی مراجعین به آن پزشکان در کرج می‌باشد.

مواد و روش کار: در این مطالعه، ۳ داروخانه در شمال، جنوب و مرکز کرج انتخاب شدند و نمونه‌گیری به صورت خوشه‌ای صورت پذیرفت. ۱۹۵ نسخه شامل داروهای روان‌پزشکی و همچنین صاحبان آن نسخه در صورت تمایل بررسی شدند. صاحبان نسخ دارویی به وسیله پرسشنامه سلامت عمومی ۲۸ سؤالی و مصاحبه بالینی ساختاریافته ارزیابی شدند. نمره برش کل در پرسشنامه برای انجام مصاحبه، ۲۳ در نظر گرفته شد. تحلیل داده‌ها با کمک SPSS-18 و به روش آمار توصیفی، مربع کای، آزمون همبستگی و رگرسیون چند متغیری انجام شد.

یافته‌ها: بیشترین تعداد نسخه (۴۲ درصد) متعلق به پزشکان عمومی و بیشترین داروهای تجویز شده ضد افسردگی‌ها (۷۰ درصد) بودند. ۵۱ درصد از مراجعین به پزشکان عمومی، ۴۶ درصد از مراجعین به پزشکان داخلی و ۵۴ درصد از مراجعین به پزشکان مغز و اعصاب فاقد مشکل روان‌پزشکی شناخته شدند. در اغلب موارد، داروها بر پایه شکایت اولیه مراجعین تجویز شده بودند.

نتیجه‌گیری: در اغلب موارد، داروهای روان‌پزشکی تجویز شده توسط پزشکان غیرروانپزشک، با وضعیت روانی مراجعین آن‌ها منطبق نبود. این مطالعه نشان داد که باید به مسئله آموزش پزشکان در خصوص مدیریت و درمان اختلالات روان‌پزشکی، اهمیت بیشتری داده شود.

کلیدواژه: تجویز داروهای روان‌پزشکی، پزشکان غیرروانپزشک، وضعیت روانی مراجعین، شهر کرج

مجله پزشکی ارومیه، دوره بیست و ششم، شماره ششم، ص 503-493، شهریور 1394

آدرس مکاتبه: تهران، شهری، امین‌آباد، مرکز آموزشی درمانی رازی، کد پستی: ۱۸۶۶۹۵۸۸۹۱، صندوق پستی: ۱۸۷۳۵-۵۶۹، دورنگار: ۰۱۶۰۴-۳۳۴۰-۲۱، تلفن: ۰۲۱۳۳۴۰۱۲۲۰ - ۰۹۱۲۶۶۲۳۹۹۵

Email: doctor8129@gmail.com

مقدمه

مراکز مراقبت‌های اولیه و ارجاع موارد خاص به سطوح بالاتر درمانی، می‌تواند بار بیماری‌های روانی را کاهش داد و سبب افزایش کارایی خدمات بهداشتی - درمانی، استفاده صحیح از امکانات و جلوگیری از صرف هزینه‌های اضافی در سطح جامعه شد (۲). استفاده از دارو در درمان اختلالات روان‌پزشکی بسیار شایع و گسترده است.

اختلالات روان‌پزشکی شیوع بالایی در بین مراجعان به مراکز مراقبت‌های اولیه و پزشکان عمومی دارند (۱). از شایع‌ترین این اختلالات می‌توان به افسردگی، اختلالات اضطرابی و اختلالات شبه جسمی اشاره کرد. در صورت شناسایی صحیح اختلالات روان‌پزشکی، ارائه درمان مناسب در

^۱ روانپزشک، دانشیار گروه روانپزشکی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران، مدیر گروه روانپزشکی

^۲ دستیار روانپزشکی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی (نویسنده مسئول)

^۳ دکترای روانشناسی بالینی، استادیار گروه روانپزشکی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران

^۴ روانپزشک، دانشیار گروه روانپزشکی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران

^۵ روانپزشک، استادیار گروه روانپزشکی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران

مرکز بهداشتی- درمانی منطقه ۱۷ تهران بررسی شد. بر اساس این مطالعه مقطعی- توصیفی، ۲۷ نفر (۶۴/۲ درصد) از افرادی که بر اساس پرسشنامه سلامت عمومی^۲ دچار نوعی مشکل روان‌پزشکی بودند، هیچ مراجعه‌ای به روان‌پزشک نداشتند. نتیجه به‌دست‌آمده نشان داد که مشکلات روان‌پزشکی در درمانگاه‌های عمومی شایع است، با این حال اکثر مبتلایان هیچ مراجعه روان‌پزشکی ندارند (۲). پژوهش انجام شده در سال ۲۰۰۱ در کشور آلمان، نشان داد که در اکثر موارد با شدت متوسط یا کمتر افسردگی، میزان تشخیص بیماری توسط پزشکان عمومی بسیار اندک است (۶). مطالعه آراگون^۳ و همکاران در سال ۲۰۰۴ (۷)، در بیماران مبتلا به اختلال افسردگی عمده^۴ نشان داد که اگرچه درمان دارویی افسردگی در موارد شدید صورت گرفت، اما برای اغلب بیماران افسرده در این بررسی، با هر شدتی، درمان مناسب انجام نشد (۷). پژوهشی دیگر که در عربستان سعودی در سال ۲۰۰۴ توسط بکر^۵ انجام شد نشان داد که مهارت پزشکان مراکز مراقبت اولیه در تشخیص اختلال جسمانی سازی و افسردگی به‌ویژه در بیماران مرد اندک است (۸). بررسی انجام شده طی ۹ سال در ایالات‌متحده از ۱۹۹۸ تا ۲۰۰۷ توسط باری^۶ و همکاران (۹)، بر روی ۷۵۴ نفر از مردان و زنان بالای ۷۰ سال، نشان داد که افراد مسن افسرده، در اغلب موارد درمان کمتر از حد لازم دریافت نمودند (۹). مطالعه سال ۲۰۰۸ توسط مک کاسکر^۷ و همکارانش (۱۰)، بر روی ۳۶ مقاله منتشر شده در انگلیس و فرانسه نشان داد که پزشکان غیرروانپزشک دقت اندکی در تشخیص افسردگی برای بیماران خود دارند (۱۰). پژوهش سال ۲۰۰۹ توسط هنریک^۸ و همکاران (۱۱)، نشان داد که تشخیص علائم افسردگی توسط پزشکان عمومی اغلب به‌طور نامناسب انجام می‌شود و نیز در صورت همراهی افسردگی با بیماری جسمی حساسیت تشخیصی علائم اختصاصی افسردگی توسط آن‌ها کمتر می‌گردد (۱۱).

کاربرد صحیح و به‌جای داروهای نوین ضدافسردگی در دو دهه اخیر در کشورهای صنعتی غرب باعث شد میزان خودکشی در گروه‌های جوان و نوجوان تا حد چشمگیری پایین بیاید و این برخلاف روند کشورهای درحال توسعه است، که در آن‌ها آمار خودکشی در گروه‌های جوان و نوجوان رو به فزونی است، زیرا در

بالینگر بایستی از عوارض بالقوه، تداخلات دارویی و نحوه درمان پیامدهای ناخواسته، آگاه باشد. داروهای جدیدتر ممکن است نهایتاً منجر به عوارضی شوند که در ابتدا شناسایی نشده بودند. داروهایی که در درمان اختلالات روان‌پزشکی به کار می‌روند داروهای روان‌گردان^۱ نامیده می‌شوند. این داروها اغلب بر اساس کاربرد بالینی عمده خود توصیف می‌گردند: داروهای ضدافسردگی، داروهای ضد روان‌پریشی، تثبیت‌کننده‌های خلق، اضطراب‌زداها، داروهای خواب‌آور، تقویت‌کننده‌های شناختی و محرک‌ها (۳). بسیاری از نابسامانی‌های روان‌پزشکی پس از تشخیص صحیح، با مصاحبه‌های درمانی، مشاوره و روان‌درمانی‌هایی که به دنبال معاینه دقیق جسمی و روانی انجام می‌گیرد، قابل‌درمان است و به دارو نیاز ندارد. در مورد بیماری‌هایی هم که به درمان دارویی نیاز دارد این امر مستلزم تشخیص روان‌پزشکی به دنبال مصاحبه کامل و معاینه روان‌پزشکی است تا داروی مناسب مطابق برنامه درمانی علمی تجویز شود (۴). همچنین ممکن است بسیاری از مراجعین با شکایات روان‌پزشکی مراجعه نکنند، شکایات خود را به‌صورت علائم جسمانی بیان کنند، یا سابقه مشکلات روان‌پزشکی را انکار کنند (۲). از سوی دیگر بیماری‌های روانی به دلیل آن‌که دوره طولانی‌مدت دارند، درمان آن‌ها نیز مشکل است و در صورت عدم تشخیص و درمان نادرست ممکن است اشکال کار برای مدت‌های طولانی معلوم نشود. با توجه به اهمیت گزینشی داروهای روان‌پزشکی (اعم از داروهای ضد اضطرابی، ضدافسردگی، ضد روان‌پریشی، متعادل‌کننده خلق و محرک‌ها) و این‌که تجویز نیازمند مصاحبه تشخیصی روان‌پزشکی است که دست‌کم نیم ساعت به طول می‌انجامد و با توجه به این‌که داروها باید برای مدت مشخص و با پیگیری تجویز گردد و نیز امکان سوءاستفاده دارویی و پتانسیل بالای خطر خودکشی با داروهای روان‌پزشکی، این ضرورت را ایجاد می‌کند که این امر به‌طور دقیق موردبررسی و پژوهش قرار گیرد (۴).

در مطالعه پالانگ و همکارانش در سال ۱۳۷۶، شیوع اختلالات روانی در مطب خصوصی پزشکان در شهرکرد بررسی شد. میزان کلی شیوع اختلالات روانی در مراجعه‌کنندگان ۵۱ درصد بود، که این میزان در مورد مطب روان‌پزشکان ۸۰ درصد، داخلی ۴۸ درصد، عمومی ۴۳ درصد و مغز و اعصاب ۳۳ درصد بود. این پژوهش مقطعی توصیفی، ضرورت بازنگری در آموزش پزشکان عمومی و ایجاد ارتباط متقابل میان گروه‌های گوناگون پزشکی را مورد تأیید قرار داد (۵). در مطالعه شریفی و همکاران در سال ۱۳۸۸، شیوع مشکلات روان‌پزشکی و علت مراجعه مبتلایان در

^۱ psychotropic

^۲ General Health Questionnaire

^۳ Aragonés

^۴ Major Depressive Disorder

^۵ Becker

^۶ Barry

^۷ Mc Cusker

Henriques

نسخ دارویی شامل داروی روان‌پزشکی تجویز شده توسط پزشکان غیرروانپزشک و با رعایت همه ملاحظات اخلاقی مبنی بر این‌که انجام تمام مراحل جمع‌آوری داده‌ها با اخذ رضایت کتبی پس از ارائه اطلاعات کامل به آزمودنی‌ها صورت گرفت و در مورد هدف از انجام طرح و نوع پرسشنامه و زمان لازم برای پر کردن آن به مراجعین اطلاعات دقیق ارائه شد. با تأکید بر این مطلب به مراجعین که هیچ اجباری در پر کردن پرسشنامه و یا شرکت در مصاحبه تشخیصی وجود ندارد و با رعایت مسائل اخلاقی و حفظ شئون در اجرای طرح برای همه آزمودنی‌ها و تأکید بر این موضوع که نام و مشخصات پزشک و مراجع و نیز اطلاعات پرسشنامه و مصاحبه کاملاً محرمانه خواهد ماند و اطمینان دادن به این مطلب که پاسخ به سؤالات پرسشنامه و سؤالات مصاحبه از لحاظ نوع و کیفیت خدمات دریافتی، موقعیت اداری و حقوقی آزمودنی به نفع یا ضرر ایشان نیست. معیارهای خروج شامل عدم حضور صاحب اصلی نسخه دارویی در داروخانه و نداشتن تمایل صاحب نسخه به شرکت در طرح بود. برای نمونه‌گیری ابتدا نسخه دارویی ارائه شده به داروخانه بررسی و در صورت وجود داروهای روان‌پزشکی شامل داروهای ضدافسردگی، داروهای ضد روان‌پریشی، تثبیت‌کننده‌های خلق، اضطراب‌زداها، داروهای خواب‌آور، تقویت‌کننده‌های شناختی و محرک‌ها، پرسشنامه سلامت عمومی ۲۸ سؤالی، در اختیار مراجع قرار گرفت. در صورت نمره بالای برش، مصاحبه تشخیصی ساختاریافته روان‌پزشکی انجام شد. انجام تمام مراحل نمونه‌گیری شامل بررسی نسخ دارویی، شرح حال مختصر ابتدایی برای ورود به طرح، نظارت بر پاسخ دادن به پرسشنامه و مصاحبه تشخیصی ساختاریافته بر اساس نمره به‌دست‌آمده از پرسشنامه، توسط نویسنده مسئول (دستیار روان‌پزشکی) و در صورت تمایل مراجعین جهت شرکت در طرح بوده است.

برای گردآوری داده‌ها ابزارهای زیر به کار رفت:

پرسش‌نامه سلامت عمومی ۲۸ سؤالی: توسط گلدبرگ در سال ۱۹۷۲ ابداع شده و هدف از طراحی آن کشف و شناسایی اختلالات روانی در مراکز درمانی و موقعیت‌های مختلف بوده است. این پرسشنامه از جمله شناخته‌ترین ابزار غربالگری اختلالات روانی است که تأثیر بسزایی در پیشرفت پژوهش‌های علوم رفتاری و روان‌پزشکی داشته است. همبستگی بالای موجود بین نتایج حاصل از فرم‌های ۲۸ و ۶۰ سؤالی پرسشنامه سلامت عمومی در تشخیص اختلالات روانی دلالت بر آن دارد که پرسشنامه ۲۸ سؤالی سلامت عمومی از توانایی لازم برای ارزیابی شدت اختلالات روانی برخوردار بوده و می‌تواند به‌عنوان ابزار غربالگری صرفه‌جویی در وقت و هزینه در پژوهش‌های علوم رفتاری به همراه داشته باشد (۱۲). پرسشنامه

این کشورها (که شامل کشور ما نیز می‌شود) بیماری‌های روانی مورد توجه جدی و درمان قرار نمی‌گیرند و از داروها استفاده لازم نمی‌شود (۴). بنابراین درصدد برآمدیم مشکلات این مسیر را مشخص کنیم تا به‌عنوان رهنمود برای افزایش سطح آگاهی پزشکان عمومی و سایر متخصصان به کار ببریم و در نتیجه میزان ارتباط بین روان‌پزشکان و پزشکان غیرروانپزشک را افزایش دهیم. هدف این است که با شناسایی نارسایی‌های احتمالی در تشخیص و درمان، توصیه‌های لازم به عمل آید و درعین حال بیماران را که نیاز به بررسی‌های تخصصی دارند، به روان‌پزشک ارجاع شوند. هدف اصلی این مطالعه، بررسی انواع داروهای روان‌پزشکی تجویز شده توسط پزشکان غیرروانپزشک و انطباق آن‌ها با وضعیت روانی مراجعان آن پزشکان در شهر کرج بود. همچنین به‌عنوان اهداف فرعی جنسیت و سن مراجعین، گرایش‌های تخصصی پزشکان، شکایات اصلی مراجعین و سابقه مراجعه به روان‌پزشک بررسی شد.

مواد و روش کار

مطالعه حاضر از نوع پژوهش‌های مقطعی بود. به این منظور از هر سه ناحیه شمال، جنوب و مرکز شهرستان کرج به‌طور تصادفی یک داروخانه انتخاب شد و از هر داروخانه به‌طور تصادفی روزانه ۵ نمونه (۶۵ نمونه از هر داروخانه) جمع‌آوری شد. جهت تعیین حجم نمونه از فرمول زیر استفاده شد: d مقدار خطای در نظر گرفته شده است و مقدار p بر اساس شیوع اختلالات روانی در مراجعین به مطب پزشکان مختلف در مطالعه پالانگ و همکاران (۵)، $0/51$ در نظر گرفته شد. (با توجه به این مسئله که تاکنون در کشور ما مطالعه‌ای جهت بررسی داروهای روان‌پزشکی تجویز شده صورت نگرفته است).

$$n = \frac{Z^2 \cdot P(1 - P)}{d^2}$$

$$n = \frac{(1/96)^2 \times 0/51 \times (1 - 0/51)}{(0/07)^2} = 195$$

جامعه آماری شامل همه مراجعین با نسخ دارویی به داروخانه‌های منتخب در این طرح (۳ داروخانه واقع در شمال و جنوب و مرکز شهرستان کرج) در اردیبهشت ۱۳۹۳ و نمونه آماری شامل همه مراجعینی بود که توسط پزشکان غیرروانپزشک برای آن‌ها داروی روان‌پزشکی تجویز شده و در دو هفته ابتدایی اردیبهشت ۹۳ به سه داروخانه منتخب در کرج مراجعه کرده و مایل به همکاری و شرکت در طرح بودند. معیار ورود به مطالعه

می‌رسد. این مصاحبه بالینی در دو نسخه در دسترس است: نسخه بالینی (SCID-1/CV) بیشتر تشخیص‌های روان‌پزشکی را پوشش می‌دهد و بیشتر برای کاربرد در محیط‌ها و پژوهش‌های بالینی تنظیم شده است و نسخه پژوهشی کامل‌تر و طولانی‌تر که تشخیص‌ها و زیر نوع‌های تشخیصی و معیارهای شدت و سیر اختلال‌ها را نیز پوشش می‌دهد. اعتبار و پایایی این ابزار در پژوهش‌های گوناگون قابل قبول گزارش شده است (۱۴). برای مثال در پایایی تشخیصی بین ارزیاب‌ها کاپای بالای ۰/۷ گزارش شد (۱۵). در بررسی بختیاری اعتبار این ابزار به‌وسیله متخصصان و استادان روانشناسی بالینی تأیید و پایایی بازآزمایی با فاصله یک هفته ۰/۹۵ گزارش شد (۱۶).

برای بیمارانی که به ۳ داروخانه منتخب در طرح مراجعه کرده و برای آن‌ها توسط پزشکان غیرروانپزشک داروهای روان‌پزشکی تجویز شده بود، پس از بررسی نسخ دارویی توسط پژوهشگر، توضیحات لازم در خصوص طرح پژوهشی ارائه شد. پس از تکمیل پرسشنامه سلامت عمومی ۲۸ سؤالی توسط صاحب نسخه دارویی، نمره حاصل ارزیابی گردیده و در صورت نمره کل بالای ۲۳ و یا نمره بالای ۶ در هرکدام از زیرمجموعه‌های پرسشنامه، مصاحبه تشخیصی ساختاریافته روان‌پزشکی انجام گرفت. در اغلب موارد به دلیل شلوغی داروخانه و مدت‌زمان لازم برای انتظار کشیدن مراجعین جهت تحویل گرفتن داروها، وقت مناسب و کافی جهت اجرای طرح فراهم بوده است. مصاحبه‌ها در داروخانه انجام شده و فقط در تعدادی از موارد، مصاحبه تکمیلی در فاصله یک تا دو روز بعد از مراجعه به داروخانه، طی تماس تلفنی با صاحب نسخه دارویی صورت گرفت. از آنجایی که بعضی از داروها مثل دسته تثبیت‌کننده‌های خلق کاربردهای متنوعی دارند مثل میگرن و اختلال تشنجی و یا این که TCA ها در درمان درد کاربرد دارند و... سعی شد با اخذ شرح‌حال مختصر از مراجع در ابتدای بررسی تا حد امکان نسخه‌هایی که صرفاً مشمول این مطلب هستند شناسایی شده، حذف شده یا وارد بررسی نشوند. همچنین در صورتی که دارو به درخواست مراجع تجویز شده یا تکرار داروی بیمار بوده که صرفاً توسط پزشک مجدداً تکرار شده آن نسخه وارد مطالعه نشد. در صورت حضور نداشتن شخص صاحب نسخه در داروخانه، آن نسخه وارد پژوهش نشد. همچنین به صاحب نسخه دارویی اطمینان داده شد، که هیچ اجباری در پر کردن پرسشنامه و یا شرکت در مصاحبه تشخیصی وجود ندارد و این که نام و مشخصات پزشک و مراجع و نیز اطلاعات پرسشنامه و مصاحبه کاملاً محرمانه خواهد بود.

نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۸ برای تحلیل داده‌ها استفاده شد. جهت بررسی فراوانی‌ها از میانگین و انحراف معیار استفاده شد. از

۲۸ سؤالی سلامت عمومی، دارای سؤالات ۴ گزینه‌ای خیر، کمی، زیاد و خیلی زیاد و دارای ۴ خرده آزمون است که هرکدام از آن‌ها دارای ۷ سؤال می‌باشد. از سؤال یک تا ۷ مربوط به خرده آزمون نشانه‌های جسمانی، از سؤال ۸ تا ۱۴ مربوط به خرده آزمون اضطراب و بی‌خوابی، سؤال ۱۵ تا ۲۱ مربوط به خرده آزمون اختلال در کارکرد اجتماعی و از سؤال ۲۲ تا ۲۸ مربوط به خرده آزمون افسردگی است. سؤال‌های پرسشنامه به بررسی وضعیت روانی فرد در ۴ هفته اخیر می‌پردازد و شامل نشانه‌هایی مانند افکار و احساسات ناپه‌نجا و جنبه‌هایی از رفتار قابل مشاهده است. دو شیوه نمره‌گذاری برای پرسشنامه‌های سلامت عمومی وجود دارد. یکی روش سنتی است که گزینه‌ها به صورت (۰-۱-۱۰-۱۰۰) نمره داده می‌شوند و حداکثر نمره آزمودنی در پرسشنامه برابر ۲۸ خواهد بود. روش دیگر نمره‌گذاری، روش نمره‌گذاری لیکرت می‌باشد که گزینه‌ها به صورت (۰-۱-۲-۳) نمره داده می‌شوند. حداکثر نمره آزمودنی با این روش در پرسشنامه مذکور برابر ۸۴ خواهد بود. در هر دو روش نمره‌گذاری، نمره کمتر بیانگر بهداشت روانی بهتر است (۱۳). در پژوهش نوربالا و همکاران ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی این پرسشنامه مطلوب گزارش شده است. (حساسیت معادل ۸۴/۷ درصد و ویژگی برابر ۹۳/۸ درصد برای نقطه برش ۶). در این پژوهش آمده است که این پرسشنامه می‌تواند به‌عنوان ابزار غربالگری در مطالعات اپیدمیولوژی اختلالات روانی به‌طور موفقیت‌آمیزی به‌کاربرده شود (۱۲). در پژوهش تقوی در دانشگاه شیراز روایی و اعتبار پرسشنامه سلامت عمومی ارزیابی شد. بر اساس نتایج این تحقیق، فرم ۲۸ سؤالی پرسشنامه سلامت عمومی واجد شرایط لازم برای کاربرد در پژوهش‌های روان‌شناختی و فعالیت‌های بالینی شناخته شد (۱۳).

مصاحبه‌های بالینی ساختاریافته، باهدف افزایش اعتبار تشخیصی از طریق استاندارد کردن فرایند ارزیابی و تسهیل استفاده از ملاک‌های تشخیصی DSM-IV و همچنین جستجوی نشانه‌هایی که امکان دارد به‌گونه‌ای مورد غفلت قرار گیرند، به وجود آمده‌اند. SCID-1^۱ (مصاحبه بالینی ساختاریافته بر اساس DSM-IV-TR) یک ابزار تشخیصی است که برای تعیین اختلالات روانی محور یک بر اساس DSM-IV-TR استفاده می‌شود. در دست‌کم ۷۰۰ مطالعه منتشر شده، SCID به‌عنوان ابزار تشخیصی، به‌کاربرده گرفته شده است و استفاده از آن نیاز به پزشکی دارد که آشنا با طبقه‌بندی و معیارهای تشخیصی DSM-IV-TR می‌باشد. مصاحبه بالینی ساختاریافته اغلب برای استفاده در بالغین (بالای ۱۸ سال) و گاهی نوجوانان مناسب به نظر

^۱ Structured Clinical Interview

توسط پزشکان مغز و اعصاب و بنزودیازپین‌ها بیشتر توسط پزشکان داخلی تجویز شدند. داروی تجویزی اغلب پزشکان از دسته SSRI بود (جدول ۱).

۱۶ نفر از ۱۹۵ نفر حاضر به پرکردن پرسشنامه نشدند. از ۱۷۹ نفری که در مجموع در پرسشنامه سلامت عمومی شرکت کردند ۱۰۱ نفر (۵۶/۴ درصد) نمره بالای ۲۳ داشتند. ۱۴۷ نفر از مراجعین نمره پایین برش در افسردگی کسب کردند و فقط ۳۲ نفر از نظر افسردگی فاقد سلامت روان شناخته شدند. از طرفی ۱۳۲ نفر دارای اختلال عملکرد اجتماعی شناخته شدند که این تعداد افراد ۳۱ نفر بیشتر از ۱۰۱ نفری هستند که بر اساس نمره کل پرسشنامه سلامت عمومی فاقد سلامت روان شناخته شدند. (نمره برش در زیرمجموعه‌ها ۶ در نظر گرفته شد.) (جدول ۲). در نمونه مورد بررسی مجموعاً میانگین نمره کل ۲۹/۸۲ (انحراف معیار ۱۴/۷۳) برآورد شد که نشان داد تعداد افراد با اختلال سلامت روان در پژوهش حاضر قابل ملاحظه بوده است. میانگین و انحراف معیار نمره‌های زیرمجموعه جسمانی، به ترتیب ۷/۹۸ و ۴/۴۷، زیرمجموعه اضطراب ۸/۰۱ و ۵/۰۳، عملکرد اجتماعی ۱۰/۱۱ و ۴/۰۹ و میانگین و انحراف معیار زیرمجموعه افسردگی به ترتیب ۳/۷۸ و ۴/۵۷ بود. با توجه به این که نمره برش کلی برابر ۲۳ در نظر گرفته شده و میانگین به دست آمده بالاتر از عدد ۲۳ بود، فقدان سلامت روانی در نمونه مورد بررسی تأیید شد. برای ۸۱ نفر از ۱۷۹ نفر شرکت کننده در پرسشنامه سلامت عمومی مصاحبه تشخیصی ساختاریافته انجام شد. ۷۲ نفر از ۱۰۱ نفر با نمره کل پرسشنامه بالای ۲۳ در مصاحبه شرکت کردند و ۲۹ نفر باقی مانده حاضر به مصاحبه نشدند. ۹ نفر از ۷۸ فرد با نمره کل پایین برش در مصاحبه شرکت کردند. مصاحبه انجام شده در ۹ مورد با نمره کل پایین، بر اساس نمرات بالای برش در هر کدام از زیرمجموعه‌های پرسشنامه سلامت عمومی بوده است. در انواع اختلالات به دست آمده بر اساس مصاحبه تشخیصی ۲۳ مورد اختلال خلقی دوقطبی، ۹ مورد اختلال اضطرابی منتشر، ۸ مورد اختلال افسردگی عمده، ۶ مورد اختلال انقباضی، ۶ مورد اختلال شبه جسمی، ۱۰ مورد اختلال وسواسی جبری، ۳ مورد اختلال هراس، ۳ مورد اختلال شخصیت مرزی، یک مورد اختلال نسیانی و ۶ مورد اختلال خوردن دیده شد. داروهای تجویز شده در هر اختلال به تفکیک آورده شده است: دوقطبی^۳ نوع یک: دو مورد فلوکستین (عمومی)، دو قطبی نوع دو: ۵ مورد فلوکستین (عمومی) - یک مورد فلوکستین (زنان) - یک مورد فلوکستین (داخلی) - یک مورد نورتریپتیلین (داخلی) - یک مورد سرتالین

مربع کای جهت بررسی تفاوت‌ها استفاده شد. از آزمون همبستگی اسپیرمن و پیرسون برای بررسی همبستگی‌ها و از رگرسیون برای بررسی قدرت پیش‌بینی متغیرها استفاده شد.

یافته‌ها

در نمونه بررسی شده بیشترین تعداد نسخه متعلق به مراجعین خانم، ۱۵۰ نسخه، (۷۷ درصد) بود و بیشترین تعداد نسخه (شامل داروی روان‌پزشکی) متعلق به گروه سنی ۳۰-۲۱، ۶۶ نسخه، (۳۴ درصد) و در رتبه دوم گروه سنی ۴۰-۳۱، ۵۱ نسخه، (۲۶ درصد) بود. گروه سنی ۸۰-۷۱ و ۹۰-۸۱ کمترین تعداد را به خود اختصاص دادند. بیشترین تعداد نسخه شامل داروی روان‌پزشکی، مربوط به پزشکان عمومی، ۸۲ نسخه (۴۲ درصد) و سپس پزشکان داخلی، ۴۶ نسخه (۲۳ درصد) و متخصصین مغز و اعصاب، با ۴۱ نسخه، (۲۱ درصد) بود. سایر متخصصین در رتبه‌های بعدی قرار گرفتند. تفاوت معنی‌داری بین گروه‌های سنی و نیز گروه‌های جنسی در میزان ابتلا به اختلال روان‌پزشکی وجود نداشت. به منظور بررسی ارتباط بین سن و ابتلا به اختلال روان‌پزشکی از همبستگی اسپیرمن استفاده شد. همبستگی برابر ۲/۱۸ و سطح معنی‌داری ۰/۹۴ بود، که رابطه معنی‌داری را نشان نداد. به منظور بررسی بین جنس و ابتلا به اختلال روان‌پزشکی از همبستگی اسپیرمن استفاده شد. همبستگی برابر ۰/۳۲ و سطح معنی‌داری ۰/۵۷ بود، که رابطه معنی‌داری را نشان نداد. ۴۸/۷۸ درصد از مراجعین به پزشکان عمومی، ۵۴/۳۴ درصد از افراد مراجعین به پزشکان داخلی و ۴۶/۳۴ درصد از مراجعین به پزشکان مغز و اعصاب بر اساس پرسشنامه سلامت عمومی فاقد سلامت روان شناخته شدند. بر اساس آمار به دست آمده ۸۱ نفر (۸۰ درصد) از ۱۰۱ نفری که بر اساس پرسشنامه سلامت عمومی فاقد سلامت روان شناخته شدند، سابقه مراجعه به روان‌پزشک نداشتند و فقط ۲۰ نفر سابقه مراجعه به روان‌پزشک و ۴ نفر سابقه بستری روان‌پزشکی داشتند. بیشترین شکایت مراجعین مربوط به شکایات جسمانی (گوارشی - سردرد - قلبی - تنفسی - خستگی - تیروئید و سایر موارد)، ۶۶ مورد (۳۴ درصد) و اضافه وزن ۶۶ مورد (۳۴ درصد) بود. اضطراب، غمگینی و تحریک‌پذیری در ۳۵ مورد (۱۸ درصد) دیده شد. داروهای ضدافسردگی (SSRI^۱، TCA^۲ و...) با نزدیک به ۷۰ درصد موارد بیشترین داروهای تجویز شده بودند (جدول ۱). داروهای SSRI بیشتر توسط پزشکان عمومی، داروهای TCA توسط پزشکان داخلی، تثبیت‌کننده‌های خلق

^۱ Selective Serotonin Reuptake Inhibitor

^۲ Tricyclic Antidepressant

^۳ Bipolar Mood Disorder

سرتالین+ کلردیازپوکساید (مغز و اعصاب)- یک مورد فلوکستین+ ریسپریدون+ لورازپام (مغز و اعصاب)، افسردگی عمده: ۳ مورد فلوکستین (عمومی)- یک مورد فلوکستین (جراح استخوان)- یک مورد کلونازپام (مغز و اعصاب)- یک مورد سرتالین+ کلردیازپوکساید (مغز و اعصاب)- یک مورد سرتالین+ کلردیازپوکساید (داخلی)- یک مورد سرتالین+ آلپرازولام (مغز و اعصاب)

در اختلال خلقی دوقطبی، فقط در ۴ مورد تثبیت‌کننده خلق تجویز شد. یک مورد در اختلال اضطرابی منتشر داروی ریسپریدون، یک مورد در اختلال انطباقی توپیرامات تجویز شده و در همه انواع اختلال از داروهای گروه SSRI استفاده شده بود. در بیماران با شکایات جسمانی SSRI بیشتر از داروهای دیگر تجویز شده و برای اغلب مراجعین با شکایت اضافه‌وزن (۵۷ مورد از ۶۶ مورد) SSRI تجویز شده بود (جدول ۳). برای بررسی نقش متغیرهای پیش بین همچون سابقه بستری، شکایت اصلی، جنس، سن، سابقه مراجعه به روان‌پزشک و نوع دارو، در پیش‌بینی وجود یا عدم وجود اختلال روانی از رگرسیون استفاده شد. نتایج (میانگین مجذورات: ۰/۲۷۶، F: ۱/۱۲۳ و سطح معنی‌داری ۰/۳۵۱) نشان دادند که متغیرهای مذکور توان پیش‌بینی وجود یا عدم وجود اختلال روانی را نداشتند.

(مغز و اعصاب)- یک مورد آلپرازولام (آلپرازولام)- یک مورد فلوکستین+ گاباپنتین (مغز و اعصاب)- یک مورد سرتالین+ کلردیازپوکساید (مغز و اعصاب)- یک مورد توپیرامات+ فلوکستین (عمومی)- یک مورد نورتریپتیلین+ دپاکین+ ترازودون (مغز و اعصاب)، دوقطبی طبقه‌بندی نشده: ۲ مورد فلوکستین (عمومی)- یک مورد کلردیازپوکساید (هسته‌ای)- یک مورد سرتالین+ آلپرازولام (داخلی)- یک مورد کلردیازپوکساید+ توپیرامات (مغز و اعصاب)- یک مورد کلردیازپوکساید+ نورتریپتیلین+ دوکسپین (داخلی)- یک مورد سرتالین+ کلونازپام+ زولپیدم+ تری‌فلوئوپرازین (مغز و اعصاب)، انطباقی: یک مورد سیتالوپرام (داخلی)- یک مورد فلوکستین (جراح کلیه)- یک مورد نورتریپتیلین (داخلی)- یک مورد آلپرازولام (عمومی)- یک مورد کلردیازپوکساید (عمومی)- یک مورد توپیرامات (عمومی)، خوردن طبقه‌بندی نشده: ۶ مورد فلوکستین (عمومی)، اختلال شخصیت مرزی: یک مورد کلردیازپوکساید (هسته‌ای)- یک مورد سرتالین+ آلپرازولام (مغز و اعصاب)- یک مورد آلپرازولام+ کلردیازپوکساید+ دپاکین (مغز و اعصاب)، اضطرابی منتشر: یک مورد سرتالین (مغز و اعصاب)- یک مورد فلوکستین (عمومی)- یک مورد کلردیازپوکساید (هسته‌ای)- یک مورد زولپیدم (عمومی)- ۲ مورد آلپرازولام (عمومی)- یک مورد آلپرازولام (داخلی)- یک مورد

جدول (۱): ویژگی‌های نمونه بر اساس انواع دسته‌های دارویی تجویز شده توسط گروه‌های مختلف پزشکان

دسته دارویی								
گرایش پزشکان	مهارکننده	ضد افسردگی	تثبیت‌کننده	بنزودیازپین	ضد روان‌پریشی	بوپروپیون	زولپیدم	ترازودون
	بازجذب	سه حلقه ای	خلق					
	سروتونین							
عمومی	۶۷	۰	۲	۱۰	۰	۰	۱	۱
داخلی	۱۱	۱۲	۱	۱۹	۲	۱	۰	۰
مغز و اعصاب	۲۲	۷	۵	۴	۴	۰	۲	۱
جراح مغز و اعصاب	۱	۳	۰	۱	۰	۰	۰	۰
جراح استخوان	۱	۰	۰	۱	۰	۰	۰	۰
قلب	۳	۱	۰	۴	۰	۰	۰	۰
زنان	۲	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰
جراح کلیه	۲	۱	۰	۰	۰	۰	۰	۰
هسته‌ای	۱	۰	۰	۳	۰	۰	۰	۰
گوش و حلق و بینی	۰	۰	۰	۰	۰	۱	۰	۰
درصد کل تجویز داروها	۵۷/۲%	۱۱/۹%	۴%	۲۲/۲%	۲/۵%	۱/۵%	۰/۵%	۰/۵%

جدول (۲): ویژگی‌های نمونه بر اساس وجود یا فقدان سلامت روان (بر اساس نمره پرسشنامه سلامت عمومی)

فقدان سلامت روان		سلامت روان		زیرمجموعه‌ها
تعداد	درصد	تعداد	درصد	
۴۶/۴	۸۳	۵۳/۶	۹۶	جسمانی
۴۶/۹	۸۴	۵۳/۱	۹۵	اضطراب
۷۳/۷	۱۳۲	۲۶/۳	۴۷	عملکرد اجتماعی
۱۷/۹	۳۲	۸۲/۱	۱۴۷	افسردگی
۵۶/۴	۱۰۱	۴۳/۶	۷۸	کل

جدول (۳): ویژگی‌های نمونه از نظر داروی تجویز شده بر اساس شکایت اصلی مراجعین

دسته دارویی							شکایت اصلی	
ترازودون	زولپیدم	بوپروپیون	ضدروانپریشی	بنزودیازپین	تثبیت کننده خلق	ضدافسردگی سه حلقه ای	مهاری کننده باز جذب سروتونین	
۰	۱	۲	۱	۲۱	۴	۱۸	۲۵	جسمانی
۱	۰	۰	۰	۰	۲	۰	۵۷	اضافه وزن
۰	۱	۰	۰	۷	۰	۰	۲	خواب
۰	۰	۰	۱	۱	۰	۰	۰	حافظه
۰	۱	۰	۲	۸	۱	۶	۱۸	خلقی

بحث

مراجعینی که بر اساس پرسشنامه سلامت عمومی فاقد سلامت روان شناخته شدند، سابقه مراجعه به روان‌پزشک نداشتند. در مطالعه انجام شده توسط شریفی و همکاران (۲) نیز، اکثر بیماران هیچ مراجعه‌ای به روان‌پزشک نداشتند. این امر می‌تواند ناشی از این امر باشد که به دلیل شکایات جسمانی در اغلب موارد، باور واقعی فرد بر اختلال روان‌پزشکی نبوده یا این‌که ترس از انگ اجتماعی بیماری روان‌پزشکی مانعی برای مراجعه به روان‌پزشک بوده است. بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر، در ۲۳ تشخیص اختلال طیف دوقطبی به دست آمده که در ۲۱ مورد پزشک معالج عمومی، مغز و اعصاب یا داخلی بوده است. در اغلب موارد درمان صرفاً با داروهای ضدافسردگی انجام شده و داروی تثبیت کننده خلق تجویز نشده بود. همچنین در هیچ‌یک از این موارد در شرح حال دقیق اخذ شده از بیمار، داروی تثبیت کننده خلق جزو داروهای مصرفی بیمار نبود. ۱۱ تشخیص اختلال خلقی دوقطبی در بین مراجعین به پزشکان عمومی به دست آمد که در ۹ مورد از

تعداد ۱۹۵ نمونه (نسخ دارویی و صاحبان آن) که واجد معیارهای ورود به مطالعه بودند، در این طرح شرکت داده شدند. برپایه یافته‌های پژوهش حاضر نیمی از مراجعین به پزشکان عمومی، داخلی و متخصصین مغز و اعصاب از نظر پرسشنامه سلامت عمومی دچار نوعی مشکل روان‌پزشکی شناخته شدند. در مطالعه انجام شده توسط پالانگ و همکارانش (۵) نیز شیوع نسبتاً مشابه اختلالات روانی در مراجعین به مطب خصوصی پزشکان به دست آمد. بر اساس یافته‌های ما، اغلب مراجعین در زیرمجموعه افسردگی نمره کمتر از برش به دست آوردند و این در حالی است که بیشترین داروهای تجویز شده از گروه ضدافسردگی‌ها بودند. از سوی دیگر، نیمی از مراجعین به پزشکان عمومی، پزشکان داخلی و متخصصین مغز و اعصاب که برای آن‌ها داروی روان‌پزشکی تجویز شده بود، بر اساس پرسشنامه سلامت عمومی از نظر روان سالم شناخته شدند. در مطالعه ما، اغلب

این ۱۱ اختلال دوقطبی داروی فلوکستین تجویز کردند. در یک نسخه آلپرازولام و در یک نسخه فلوکستین و توپیرامات دیده شد. ۶ مورد تشخیص اختلال دوقطبی در بین مراجعین به متخصص مغز و اعصاب به دست آمد که در یک نسخه سرتالین، یک نسخه فلوکستین و گاباپنتین، یک نسخه سرتالین و کلردیازپوکساید، یک نسخه نورتریپتیلین و ترازودون و دپاکین، یک نسخه کلردیازپوکساید و توپیرامات و در یک نسخه سرتالین و زولپیدم و کلونازپام و تری‌فلوئوپرازین دیده شد. ۴ مورد تشخیص اختلال دوقطبی در بین مراجعین به متخصص داخلی به دست آمد که در یک نسخه فلوکستین، در یک نسخه نورتریپتیلین، در یک نسخه سرتالین و آلپرازولام و در یک نسخه نورتریپتیلین و دوکسپین و کلردیازپوکساید دیده شد اختلال خلقی دوقطبی در ۴ مورد با سابقه بستری دیده شد، که برای آن‌ها فلوکستین، سرتالین و آلپرازولام تجویز شده بود. متخصصین مغز و اعصاب در ۳ مورد از این ۶ نسخه از تثبیت‌کننده‌های خلق استفاده کردند و متخصصین داخلی فقط داروهای ضدافسردگی و بنزودیازپین تجویز نمودند و فقط در یکی از نسخ پزشکان عمومی توپیرامات دیده شد. (در تمام موارد آورده شده از تجویز داروهای ضدافسردگی در اختلال دوقطبی مثل فلوکستین و ... در شرح حال دقیق اخذ شده به صورت همه‌جانبه، این داروها تنها داروهای روان‌پزشکی مصرفی بیمار بودند و این‌که هیچ‌کدام از داروهای تثبیت‌کننده خلق جزء داروهای مصرفی بیمار نبودند.) اختلال دوقطبی ششمین علت ناتوانی است و ۳۰ درصد تلاش برای خودکشی دارد که نیمی موفق می‌شوند. ۱۰ تا ۲۰ درصد از افراد دوقطبی در نتیجه اقدام به خودکشی می‌میرند. در ارزیابی‌های دقیق‌تر ۲۰ تا ۴۰ درصد از افرادی که تصور می‌شود دچار افسردگی راجعه تک‌قطبی هستند متوجه می‌شویم که مبتلا به اختلال دوقطبی هستند. افزودن درمان ضدافسردگی به داروهای تثبیت‌کننده خلق (۱۷) تنها در ۱۵ درصد افراد افسرده دوقطبی که در هنگام درمان افسرده شده‌اند مفید است و علائم تغییر خلق نمی‌دهد. در صورتی که درمان تثبیت‌کننده خلق به‌تنهایی یا در ترکیب سایر داروها شکست بخورد، درمان ضدافسردگی در نظر گرفته می‌شود (۱۷). بنابراین در تمام ۲۳ مورد اختلال دوقطبی به‌دست‌آمده درمان با داروی نامناسب انجام شده بود. ۳ تشخیص اختلال شخصیت مرزی به دست آمد که ۲ نسخه آن متعلق به متخصص مغز و اعصاب بود: یک نسخه سرتالین+ آلپرازولام و یک نسخه آلپرازولام+ کلردیازپوکساید+ دپاکین. نسخه سوم توسط متخصص پزشکی هسته‌ای تجویز شده (کلردیازپوکساید) بود. در درمان دارویی اختلال شخصیت (۱۷) فقط در صورت پرخاشگری همراه با تشنج و نوار مغزی غیرطبیعی، از داروهای گروه

بنزودیازپین استفاده می‌شود و در غیر این صورت استفاده از آن‌ها توصیه نمی‌شود (۱۷). این در حالی است که حتی در یک نسخه دو داروی بنزودیازپین در کنار هم تجویز شده بودند. ۶ تشخیص اختلال انطباقی به دست آمد که در ۳ مورد از آن پزشک معالج عمومی، ۲ مورد داخلی و یک مورد جراح کلیه بوده است، که به ترتیب ذکر شده این داروها دیده شد: آلپرازولام- کلردیازپوکساید- توپیرامات- سیتالوپرام- نورتریپتیلین- فلوکستین. در اختلال انطباقی (۱۷) دارودرمانی یک جزء تکمیلی است و بر روش‌های روانی- اجتماعی به‌عنوان اساس درمان باید تأکید گردد و دارودرمانی صرفاً به این درمان‌ها اضافه می‌شود. به‌صورت تیبیک این داروهای مؤثر، ضد اضطراب‌ها و ضدافسردگی‌ها هستند (۱۷). بنابراین تجویز دارو به‌تنهایی در موارد ذکر شده (بر اساس شرح حال دقیق اخذ شده از بیمار)، صرفاً بر مبنای شکایت اصلی بیمار بوده و تدابیر اصلی در درمان این اختلال نادیده گرفته شده است. در ۳۷ تشخیص به‌دست‌آمده از مراجعین به پزشکان عمومی، ۶ تشخیص اختلال خوردن طبقه‌بندی نشده به دست آمد. در هر ۶ نسخه داروی فلوکستین با دوز ۱۰ میلی‌گرم تجویز شده است. در درمان اختلال خوردن (۱۷) قبل از این‌که به کاهش وزن برای بیمار چاق توجه کنیم باید به رفتارهای پرخوری حمله‌ای توجه نشان دهیم. علائم اختلال خوردن به ضدافسردگی‌ها پاسخ می‌دهند. مطالعات قدیمی اثر دوز بالای فلوکستین (۱۰۰-۶۰ میلی‌گرم) را بر کاهش وزن نشان داده‌اند که البته این کاهش وزن در ابتدا رخ می‌دهد و در همه بیماران تداوم نمی‌یابد (۱۷). داروی تجویز شده پزشکان عمومی جهت اختلال خوردن با دوز خیلی کمتر از دوز مناسب درمانی تجویز شده، علاوه بر این‌که در هیچ‌یک از موارد، به درمان پایه این اختلال که روان‌درمانی است توجه نشده بود. شایان‌ذکر است مطابق با یافته‌های ما، در ۵۷ مورد از ۶۶ مورد شکایت اصلی اضافه‌وزن (صرف‌نظر از تشخیص به‌دست‌آمده) فلوکستین با دوز ۱۰ تا ۲۰ میلی‌گرم تجویز شده بود.

نتیجه‌گیری

تجویز دارو در اغلب موارد، صرفاً بر اساس شکایت اصلی و اولیه مراجعین و نه بر اساس وضعیت روانی آن‌ها (بر اساس نمره پرسشنامه سلامت عمومی و یا تشخیص روان‌پزشکی) بود. داروی روان‌پزشکی تجویز شده در اغلب موارد خصوصاً در اختلالات خلقی، بدون دقت کافی به شرایط روانی بیمار تجویز شده بود، همچنان که در اغلب موارد تشخیص یک نوع اختلال روان‌پزشکی صرف در بیمار و توجه نکردن به پیشینه روان‌پزشکی و سابقه خانوادگی و اجتماعی و رفتاری او، با توجه ویژه به این مطلب که اغلب، تشخیص‌های روان‌پزشکی همراه دیگری وجود دارند که نیاز به دقت

خودکشی را مشخص می‌کند. ۶- در اغلب موارد تشخیص‌های همراه وجود داشت که به دلیل ایجاد پیچیدگی زیاد در بررسی آماری وارد مطالعه نشد و فقط تشخیص حائز اهمیت اول مدنظر قرار گرفت.

با توجه محدودیت‌های پژوهش حاضر پیشنهاد می‌شود که در مطالعات آینده جمع‌آوری نمونه‌ها در مطب‌ها انجام شود. به سایر داروهای موجود در نسخه و تداخلات دارویی پرداخته شود و پیگیری بیماران مدنظر قرار گیرد. آشکار است که با پرداختن به این مسئله به نتایج کامل‌تری درباره نحوه برخورد با بیماری‌های روان‌پزشکی توسط پزشکان غیروانپزشک می‌توان رسید.

سپاسگزاری

بدین‌وسیله از کارکنان و داروسازهای شاغل در داروخانه‌های کرج و مراجعینی که با همکاری‌های خود انجام این مطالعه را میسر ساختند تقدیر و تشکر می‌شود.

References:

- Serrano- blanco A, Palao DJ, Luciano JV, Pinto-Meza A, Lujan L, Fernandez A. Prevalence of mental disorders in primary care: Results from the diagnosis and treatment of mental disorders in primary care study (DASMAP). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2009; 45: 201-10.
- Sharifi V, Daliri S, Amini H, Mohammadi M. Psychiatric Problems in General Outpatient Clinics: Prevalence and Reasons for Help Seeking. *IJPCP* 2011;16(4):484-9. (Persian)
- Sadock VA, Sadock BJ. Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry. 10th ed. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins; 2007.
- Fadai F. The important role of mental disorder in social problems. *J Rehabil* 2007; 29: 6-7. (Persian)
- Vakilzadeh S, Palahang H. Prevalence of Mental Disorders in Physicians Private Clinics. *IJPCP* 1998; 4(2): 4-13. (Persian)
- Wittchen HU, Hofler M, Meister W. Prevalence and recognition of depressive syndromes in German primary care settings. *Int Clin Psychopharmacol* 2001; 16(3): 121-35.
- Aragones E, Pinol JL, Labad A, Folch S, Melich N. Detection and management of depressive disorders in primary care in Spain. *Int J Psychiatry Med* 2004; 34(4):331-43.
- Becker SM. Detection of somatization and depression in primary care in Saudi Arabia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004; 39(12):962-6.
- Barry LC, Abou JJ, Simen AA, Gill TM. Under-treatment of depression in older persons. *J Affect Disord*. 2012; 136(3):789-96.
- Mc Cusker J, Cole MG. Recognition of depression by non-psychiatric physician- a systematic literature review and meta – analysis. *J Gen Intern Med* 2008; 23 (1): 25-36.
- Henriques SG, Fraguas R, Iosifescu DV, Menezes PR, Lucida MC, Gattaz WF. Recognition of depressive symptoms by physicians. *J Affect Disord* 2009; 64(7): 629-35.
- Noorbala AA, Bagheri yazdi SA, Mohammad K. The Validation of General Health Questionnaire-

- 28 as a Psychiatric Screening Tool. *Hakim J* 2009; 11(4): 47-53. (Persian)
13. Taghavi SM. The Validity and Reliability of General Health Questionnaire-28. *Psychology J* 2002; (4)20: 381-98. (Persian)
14. Groth-Marnat G. *Handbook of Psychological Assessment*. New Jersey: John Wiley & Sons; 2003.
15. Zanarini M C, Skodol A E, Bender D, Dolan R, Sanislow C, Schaefer E. The collaborative longitudinal personality disorders study: Reliability of axis 1 and II diagnoses. *J Person Disord* 2000; 14(4):291-299.
16. Shareh H, Gharraee B, Atef Vahid MK. Comparison between metacognitive therapy, Fluvoxamine and combined therapy in the improvement of thought control strategies and stop signal criteria in obsessive compulsive disorder. *IJPCP* 2011; 17(4): 199-207. (Persian)
17. Sadock VA, Sadock BJ, Ruiz P. Kaplan & Sadock's *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 9th ed. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins; 2009.

INVESTIGATING TYPES OF PSYCHIATRIC MEDICATIONS PRESCRIBED BY NON-PSYCHIATRIC PHYSICIANS AND THEIR CONSISTENCY WITH THE PATIENTS MENTAL STATUS IN KARAJ

Farbod Fadaei¹, Somayeh Ashkevari^{2*}, Neda Alibeigi³, Mohammad-Reza Khodaie Ardakani⁴, Ali Nazeri Astane⁵

Received: 15 May, 2015; Accepted: 22 Jul, 2015

Abstract

Background & Aims: Prescribing appropriate psychiatric medications is of great importance due to their recent increased use, need for the accurate diagnosis of psychiatric disorders, and the high risks of suicide using these medications. The aim of this study was to consider the kinds of the psychiatric medications prescribed by non-psychiatric physicians and their consistency with patients' mental status in Karaj.

Materials & Methods: In this study, 3 pharmacies in the North, South and central regions of Karaj were selected and cluster sampling was done. About 195 prescriptions including psychiatric medications were taken into consideration as well as the patients receiving them. Consistency was assessed using GHQ 28 item version and SCID-1. The general cut-off point in the GHQ on the interview was 23. The analysis of data was done via SPSS-18 and using both through descriptive and analytic statistics, the regression, Chi-Squared and correlation tests.

Results: Most of prescriptions (42%) belonged to the general physicians and the most frequently prescribed medications belonged to antidepressant drugs (70%). 51% of patients referring to the general physicians, 46% of patients referring to the internal medicine physicians and 54% of patients referring to the neurologist with no psychiatric problems. In most cases, psychiatric medications were prescribed based on the patients' initial complaints.

Conclusion: In most cases, psychiatric medications prescribed were not consistent with the mental status of patients. As this study showed more attention should be paid to training physicians in management and treatment of psychiatric disorders.

Keywords: Prescription of psychiatric medications, Non-psychiatric physicians, Patients mental status

Address: Razi Psychiatric Hospital, Amin Abad, Shahre Rey, Tehran

Tel: +98 9126623995, +98 2133401220

Email: doctor8129@gmail.com

SOURCE: URMIA MED J 2015; 26(6): 503 ISSN: 1027-3727

¹Associate Professor, Department of Psychiatry, University of Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran

²Resident, Department of Psychiatry, University of Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran
(Corresponding Author)

³Assistant Professor, Department of Psychiatry, University of Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran

⁴Associate Professor, Department of Psychiatry, University of Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran

⁵Assistant Professor, Department of Psychiatry, University of Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran