ویژگیهای اقتصادی ـ اجتماعی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی در شهر تهران

مجله نظام پزشکی
سال ششم ، شماره ۳ ، صفحه ۲۱۸ ، ۲۵۳۶

دکتر عزت‌الله‌کیوان ـ دکتر منوچهر محسنی ـ زرتشت هوشور *

چکیده

بمنظور آگاهی ازروابط بین‌بعضی خصوصیات اقتصادی‌ـاجتماعی با بیماری اسکیزوفرنی ، پرونده ۹۰۷ بیمار که با تشخیص اسکیزوفرنی درسالهای ۵۳ـ۱۳۵۱ در بیمارستان روانی‌روزبه درشهر تهران بستری، درمان و مرخص شده بودند موردبررسی و تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها درمواردی‌چون سن، ردیف‌تولد ووضع‌ازدواج بایافته‌های گزارش شده از سوی دیگران مطابقت داشت ولی در مواردی چون سابقه بیماری در خانواده و خویشاوندی والدین بیمار ، یافته‌ها فرضیات موجود را تأیید نکردند.

نتایج بررسی‌معلوم‌داشتند که‌بیماران‌مبتلا به‌اسکیزوفرنی‌باتأخیر وپس‌ازاستقرار وپیشرفت بیماری‌برای درمان به‌بیمارستان‌آورده میشوندکه این امر لزوماً اثر منفی بر کیفیت درمان خواهد داشت،کما اینکه دربیماران تحت مطالعه دراین بررسی که‌بطور متوسط دوسال پس‌از شروع بیماری به بیمارستان آورده شده‌اند بیش از ۳۰٪ بهبود قابل توجه بدست نیامده است.

بی‌جواب ماندن سئوالات دربسیاری ازپرونده‌ها وتردید دربارهٔ درست‌بودن پاسخ دربسیاری دیگر، مانع از یك نتیجه‌گیری‌کلی و اساسی از این مطالعه است. بنابراین لزوم دقت و صرف وقت بیشتر در تهیه وتنظیم پرونده بیماران پیشنهاد میشود.

مقدمه :

اسکیزوفرنی یا زوال عقل زودرس (Dementia Praecox) که منجر به ضعف و انهدام شخصیت میشود یك بیماری روانی است که بیش از حد در تشخیص بیماران روانی مورد استفاده قرار میگیرد (Over - diagnosis) (۲). این‌بیماری نخستین‌بار بوسیله مرل (Morel)، کالبوم (Kahlboum)، هکر (Hecker) و کراپلین (Krapelin) مورد بررسی قرارگرفته است (۱). ماهیت این بیماری هنوز بطورکامل شناخته شده نیست، چراکه هرگروه از دیدگاه مطالعاتی خودآنرا مورد تجزیه وتحلیل قرار داده و بر اساس دانسته‌ها ویافته‌های خود علتی‌برای‌آن بیان داشته‌اند(۳). بهرحال‌علت هرچه باشد، بیماران مبتلابه‌اسکیزوفرنی‌درصد قابل توجهی ازپذیرفته شدگان نخستین بار و بیماران بستری شده در بیمارستانهای روانی را تشکیل میدهند (۴). درحالیکه متوسط اقامت‌برای‌دیگر انواع‌بیماریهای‌روانی ۸/۴ سال است، متوسط اقامت‌بیماران اسکیزوفرن در بیمارستان و آسایشگاههای‌روانی آمریکا ۱۲/۸ سال‌گزارش شده است (۵).

فراوانی نسبی این بیماری در مقابل دیگر بیماریهای روانی و طولانی بودن مدت اقامت و درمان بیماران مبتلا به‌این بیماری، لزوم مطالعه وبررسی بیشتر و وسیع‌تر درباره این بیماری وعلل احتمالی و قطعی آنرا بمیان میآورد.

* دانشکده بهداشت ـ دانشگاه تهران.

درایران تاکنون بررسی جامعی درزمینه بیماریهای روانی بطور اعم وبیماری اسکیزوفرنی بطور اخص انجام نگرفته است. شاید نخستین بررسیهای انجام گرفته در این زمینه گزارشهای ارائه شده در سمپوزیوم اسکیزوفرنی در ایران (۱۲) باشدکه در حد و موقع خود سمپوزیومی جامع و نتیجه بخش بوده است . از بررسیهای اخیر، مطالعهٔ دکتر بریمانی (۶) و دکتر بطحائی و همکاران (۷) را میتوان نام برد که نخستین مطالعه، اگر چه جملگی بیماریها واختلال‌های عصبی و روانی را شامل‌میشود ولی به سالمندان و افراد ۶۵ ساله و بیشتر منحصر گشته؛ و دومین اگر چه فقط روی اسکیزوفرنها متمرکز است ولی محدود بودن زمینه مطالعه به ترتیب تولد (Birth order) وبعد خانوار (Family size) مانع از بدست دادن یك نتیجه کلی و اساسی در باره این بیماری میشود .

بمنظور آگاهی از فراوانی نسبی بیماری اسکیزوفرنی درایران و دست یابی به رابطه‌ای بین بعضی خصوصیات اقتصادی-اجتماعی و خانوادگی دربروز و روند آن، برآن شدیم که با بهره گیری ازمدارك وپرونده‌های پزشکی بیماران بستری شده دربیمارستان روانی روزبه به تجزیه و تحلیل و بررسی این بیماری و رابطه عوامل مختلف با آن بپردازیم و آنچه بدنبال خواهد آمد نتیجه این مطالعه و بررسی است.

روش مطالعه و جمع آوری اطلاعات:

مقاله حاضر براساس مطالعه پرونده پزشکی ۹۰۷ بیمار مبتلا به اسکیزوفرنی ازجمع ۲۰۶۰ بیمارمرخص‌شده ازبیمارستان روانی روزبه طی سالهای ۱۳۵۱ تا ۱۳۵۳ تنظیم گردیده‌است . بمنظور سهولت بررسی و جمع‌آوری آگاهیهای لازم، براساس اطلاعات موجوددرپرونده پزشکی بیماران بیمارستان مزبور، پرسشنامه‌ای دریك‌صفحه تنظیم‌واطلاعات موردنیاز ازپرونده بیمار به‌پرسشنامه منتقل سپس بطور دستی استخراج وپس‌ازتهیه جداول، محاسبات آماری برروی آنها انجام گردید.

اضافه میشود آنچه بعنوان بیماری در این بررسی مورد توجه بوده است ، تشخیص پزشك بیمارستان بهنگام مرخصی بیمار ازبیمارستان وتکمیل پرونده وی می‌باشد؛ بی‌توجه به اینکه‌این تشخیص نشانه‌ای(سپتوماتیك)، بالینی، آزمایشگاهی ویامجموعه‌ای از آنها بوده باشد .

نکته دیگر آنکه در ابتدا نظر برآن بودکه کلیه پرونده‌ها با توجه به عوامل مختلف برحسب انواع بیماریهای روانی مورد مطالعه وتجزیه وتحلیل قرارگیرند، ولی چون درجریان‌بررسی معلوم گردیدکه بیش‌از ۴۴٪ پرونده‌هامربوط به‌بیماران‌اسکیزوفرن بوده است و مابقی پرونده‌ها با پراکندگی بسیار وسیعی سایر بیماریها را دربرمیگیرند واین امر امکان مقایسه وبررسی افتراقی بین بیماریهای مختلف را در بسیاری از موارد غیرممکن و در نهایت امر بی ارزش میسازد ، لذا تصمیم گرفته شد که در این مقاله منحصراً نتایج بدست‌آمده از بیماران اسکیزوفرن گزارش‌شود وبررسی‌سایر بیماریها به گزارش‌دیگرموکول گردد. همچنین اگر چه سعی بر آن بود که جملگی عوامل و علل در رابطه بابیماری اسکیزوفرنی مورد بررسی و مطالعه قرارگیرند ولی فقدان اطلاعات مربوط به آنها (چون سن ازدواج، میزان درآمد، نحوه زایمان و ...) دربسیاری از پرونده‌ها، موجب آن شدکه‌ازمطالعه وبررسی آنها صرفنظرشود؛ چراکه قرارگرفتن قسمت‌اعظم‌پرونده‌هادرستون«بی‌جواب» و «نامشخص» عملا ارزش و نتیجه‌گیری جدول مربوط را‌ازبین میبرد .

نکته آخر آنکه پرونده ۶ بیمار (۴ مرد و ۲ زن) کمتر از۱۵ سال بجهت قلت تعداد درمقایسه بادیگرگروههای سنی وهمچنین بسبب تفاوتهائی چند در کم و کیف اسکیزوفرنی در کودکان و بزرگسالان در این بررسی آورده نشده است.

نتایج مطالعه

فراوانی اسکیزوفرنی:

باتوجه به‌اینکه از ۲۰۶۰ پرونده مطالعه شده۹۰۷پرونده مربوط به بیماران اسکیزوفرن‌بوده است، چنین نتیجه میشود که ۴۴ ٪ بیماران بستری شده دربیمارستان روزبه درسالهای تحت مطالعه بیماران اسکیزوفرن بوده‌اند.

فراوانی این بیماری در مقایسه با دیگر بیماریهای روانی در گزارشهای دیگران از ۱۵٪ (۴) تا ۴۸٪ متفاوت است . این پراکندگی وتفاوت وسیع را پیش‌ازآنکه بتوان به تفاوت‌واقعی در شیوع و فراوانی این بیماری در کشورها و مناطق مختلف نسبت داد، باید ناشی ازتفاوتهای فرهنگی و عدم توافق همگانی در تعریف و ملاکهای تشخیصی این بیماری در ممالك ومناطق مختلف دانست (۱۳).

در گزارش دکتر میرسپاسی در سمپوزیوم اسکیزوفرنی در این (۱۲) فراوانی، بیماران اسکیزوفرن دربیمارستان‌روانی روزبه طی‌سالهای ۱۳۳۱-۱۳۴۱، ۲۳/۶٪ آمده است که با مقایسه با فراوانی بدست‌آمده‌دراین بررسی‌افزایشی‌درحدود۸۶٪ داشته‌است که این امراگر چه ممکن‌است ناشی‌ازکاربرد روشهای تشخیصی بهتر، گسترش و افزایش امکانات بیمارستان دربستری و مرخص نمودن بیماران بیشتر درمدت ۱۰ سال فاصله این دو بررسی و بالاخره مراجعه بیشتر بیماران بعلت از بین رفتن حالت شرم وخجلت‌ازبیان ناراحتیهای‌روانی‌باشد، ولی‌احتمالا ناشی‌ازپدیده تشخیص زیاده ازحد (Overdiagnosis) نیز میتواند باشد.

خصوصیات جمعیتی:

از ۹۰۷ بیماری که تحت عنوان اسکیزوفرنی در این بررسی تحت مطالعه قرار گرفتند ۶۰۲ تن (۶۶/۴٪) مرد و ۳۰۵ تن (۳۳/۶٪) زن بوده‌اند. نسبت بیماران مرد به زن تقریباً به‌نسبت ۲ بر یك (۱/۹۷) بوده است. افزایش بیماران مرد درمقایسه با بیماران زن را احتمالا باید ناشی از آزادی نسبی بیشتر مردها در جامعه ایرانی و سهولت مراجعه و دسترسی بیشتر آنان به امکانات وخدمات موجود دانست ونه صرفاً ناشی ازشیوع بیشتر این بیماری درمردها، چراکه درگزارشهای دیگران با اختلاف چندانی در دو جنس مشاهده نشده است (۵) ویا فزونی بیماران زن در مقابل بیماران مرد گزارش شده است (۸). در کتب‌درسی روان‌پزشکی و روان‌شناسی نیز اصولا به‌تفاوت دوجنس اشاره‌ای نشده است.

از نظر پراکندگی سنی حداکثر شیوع بیماری در گروه سنی ۲۹ـ۲۰ (۴۵/۶٪) واصولا درافراد میانسال وکمتر از ۳۰ سال است (۶۵/۹٪). ولی شیوع بیماری درگروههای سنی بیماران زن و مرد تفاوتهائی بایکدیگر نشان میدهند، بدین معنی که درحالیکه قریب ۷۰٪ بیماران اسکیزوفرن‌مرد کمتر از ۳۰ سال دارند فقط ۵۱٪ بیماران زن در این گروههای سنی قرار دارند. میانگین سنی بیماران زن و مرد به ترتیب ۳۱/۷ و ۲۷/۲ با انحراف معیار ۱۲/۴ و ۹/۳ بدست آمده‌است وآزمون آماری t(t.test) تفاوت بین آنها را معنی دار نشان داده است :

(t= ۵/۹۹ ,d . f ۸۶۶> ۰/۰۰۱)

نتایج بدست آمده دراین بررسی با نتایج گزارش شده ازسوی دیگران مطابقت دارد (۸ ، ۹).

ویژگیهای اقتصادی ـ اجتماعی:

درمطالعه وضع‌تأهل بیماران اسکیزوفرن دیده میشود که‌حداکثر شیوع‌بیماری دربیماران مجرداست (۵۹٪) و آزمون X2 بشدت معنی‌دار است.

(X2= ۳۸۰/۸ d. f ۲ > ۰/۰۰۵) ولی وقتی این بررسی دربیماران زن ومرد به تفکیك انجام میگیرد نتایج متفاوتی‌بدست میآید، بدین معنی که حداکثر بیماران مرد همچنان درگروه مجردین قرار دارند (۷۱/۳٪) و حال آنکه در بیماران زن حداکثر فراوانی مربوط به زنان متأهل ویا بهرحال ازدواج کرده میباشد(۶۶/۶٪). توضیح آنکه فارست وهی & Forrest) Hay) (۸) نیز در مطالعه خود به تفاوت وضع ازدواج بیماران اسکیزوفرن زن و مرد اشاره کرده‌اند.

در جامعه تحت مطالعه میزان سواد بطور اعم و در بیماران زن بطور اخص، پائین است چراکه ازجمع ۸۲۴ بیمار باوضع سواد مشخص ۲۲۷ تن (۲۷/۷٪) بیسواد بودند که زنان بیش‌از ۵۶٪ آنرا شامل میشدند. در حالیکه اکثریت بیماران مرد تحصیلات متوسطه (۳۸/۲٪) ودرحد ابتدائی (۳۵/۸٪) داشتند. درگروه بیماران زن اکثریت با زنان بیسواد (۴۸/۵٪) بودکه بدنبال آن زنان با تحصیلات در حد ابتدائی (۲۴/۶٪) قرار داشتند. کمترین گروه بیمار را درهر دوگروه، بیماران باتحصیلات‌عالی تشکیل‌میدادندکه به‌ترتیب۴/۸٪ درمردهاو ۳/۸٪ در زنها بود. اگر چه بیشترین مراجعان و بستری شدگان بیمارستان روانی روزبه (که ازجمله بیمارستانهای دولتی و وابسته به دولت‌است) را افراد از طبقات پائین و متوسط اقتصادی ـ اجتماعی تشکیل میدهند که لزوماً دارای‌سطح تحصیلات وآموزش‌پائین‌تری‌هستند، چراکه‌بیماران‌طبقات اقتصادی‌ـاجتماعی بالاییشتر به‌بیمارستانها و درمانگاههای خصوصی مراجعه میکنند واین امر امکان‌بررسی وضع‌سواد را دررابطه بافراوانی و نوع بیماری روانی‌تاحدودی محدود میسازد، ولی‌بهرحال مقایسه سطح سواد وآموزش‌بیماران اسکیزوفرن ودیگر بیماران روانی بستری شده دراین بیمارستان این نکته را بدست میدهد که اسکیزوفرنی در افراد با سواد و دارای تحصیلات بالاتر شیوع بیشتری دارد تا در افراد بیسواد وکم سواد ، زیرا همانطور که اشاره شد ۲۷/۷٪ بیماران اسکیزوفرن بیسواد بوده‌اند وحال آنکه ۴۳/۶٪ بیماران‌دیگر روانی بستری شده دراین بیمارستان بیسواد بودند و درحالیکه ۴۰/۸٪ بیماران‌اسکیزوفرن تحصیلات متوسطه ویا عالی‌داشتند، فقط ۲۳٪ دیگر بیماران تحصیلات در این حد را دارا بودند. آزمون آماری X2 در بین این دو گروه بیمار از نظر تفاوت آموزش وتحصیلات بشدت معنی‌دار بوده است.

(X2= ۷۷/۹۹ ، ۳d.f.,>۰/۰۰۵)

بررسی شغلی بیماران مرد تحت مطالعه (شغل بیماران زن در پرونده پزشکی آنها ذکرنشده بود) تا حدودی تأییدکننده نظر آورده شده درپیش درمورد وابستگی بیماران به طبقات‌اقتصادی‌ـ اجتماعی پائین‌است، چراکه از ۴۰۹ بیمار مردکه شغل آنها در پرونده پزشکی ذکر شده بود ۱۰۸ تن (۲۶/۴٪) بیکار بودند و ۱۷۳ تن (۴۲/۳٪) مشاغل ساده کارگری ، کشاورزی و یا کارمندی را ذکرکرده بودند. شاغلین آزاد و کارمندان عالیرتبه فقط ۹/۳٪ مجموع بیماران را شامل میشدند.

سوابق و ویژگیهای خانوادگی:

پاول و همکارانش (Powell, et. al.) (۱۱) همسانی والدین و فرزند را در بروز بیماریهای روانی (ازجمله اسکیزوفرنی) و همچنین وجود مدارکی دال برانتقال ارثی بیماری اسکیزوفرنی را از والدین به فرزند بیان داشته‌اند. دکتر سیمون اس . کتی (Seymoun S. kety) نیز در گزارش خود درکنفرانس سالانه

انجمن روان‌شناسان آمریکا زمینه ارثی اسکیزوفرنی را یادآور شده است (۱۴). براساس فرضیه نخست باید انتظار داشت که بیماران اسکیزوفرن بیشتر از والدین مبتلا به یك بیماری یا ناراحتی روانی باشند تا از پدر و مادری سالم و براساس فرضیه دوم و باتوجه به‌این نکته‌که بیماریهای ارثی درفرزندان زوجین خویشاوند وهمخون احتمال بروز وظهور بیشتری دارند، باید انتظارداشت بیماران‌اسکیزوفرن بیشتراز پدر ومادری‌خویشاوند و همخون باشند تا از والدین ناهم خون و غیرخویشاوند. ولی یافته‌ها در این بررسی درمورد سابقه بیماری در خانواده‌بیمار و خویشاوندی والدین بیمار هیچ یك از موضوعات فوق را تأیید نمیکنند چراکه در مورد سابقه بیماری در خانواده، ۵۰۳ بیمار (۶۴/۷٪) هیچگونه‌سابقه‌ای را ذکر نمیکنند. برکنار ازاین‌نکته که درپرونده ۱۷۱ بیمار (۱۸/۸٪) از۹۰۷ بیمار تحت‌مطالعه اصولا پاسخ به این پرسش بی‌جواب و نامشخص مانده است ودر بین‌اندك‌عده‌ای که‌سابقه‌بیماری را درخانواده خودذکر کرده‌اند، بیشترین آنها (۵۸/۴٪) آنرا درحد اقوام بدون مشخص کردن نوع وابستگی و خویشاوندی بیان داشته‌اند.

در مورد خویشاوندی والدین بیمار نیز همچنان این نامعلومی در بین است. از جمع ۹۰۷ بیمار، ۲۳۷ بیمار (۲۶/۱٪) نوع خویشاوندی والدین خودرا معلوم نساخته‌اند و از ۶۷۰ بیمار دیگر ۳۵۴ بیمار (۷۹/۷٪) والدین خودرا بدون هر گونه‌قرابت و خویشاوندی معرفی کرده‌اند.

همانطور که اشاره شد، یافته‌های بدست آمده فرضیه‌های پیش آورده شده را تأیید نمیکنند ولی بهرحال تکذیب نیز نمیتوانند کرد چراکه به احتمال‌زیاد:

۱- بیمار از سابقه بیماری در خانواده ویا خویشاوندی والدین خود واقعاً ناآگاه بوده باشد و یا نوع آنرا نداند.

۲- بیمار بدلایلی ازذکر خویشاوندی والدین ویا سابقه بیماری درخانواده خود خودداری نماید.

۳- عدم‌پیگیری ودقت اشخاصی که پرونده‌پزشکی بیماررا بهنگام پذیرش تهیه کرده‌اند موجب شده‌باشد که بیمار و اطرافیان وی مشخصات مربوط را بی جواب و در نهایت امر بطور نادرست پر کرده باشند.

دکتر بهرامی (۱۲) در سمپوزیوم اسکیزوفرنی در ایران، در گزارش‌خوددرباره‌سابقه بیماری درخانواده بیماران‌اسکیزوفرن بستری شده در بیمارستان روانی روزبه طی سالهای ۴۳-۱۳۳۸ ضمن ارائه دلائل فوق درتوجیه فزونی‌موارد منفی (۴۴/۵٪مورد مثبت، ۵۵/۵٪ مورد منفی) درسابقه بیماران اضافه کردندکه از این پس دقت خواهد شد تا پرونده‌های بیماران بطورکاملتر و صحیحتر تکمیل شوند. این بررسی که قریب ۱۲ سال بعد ازآن بررسی وبراساس پرونده بیماران بستری‌شده درهمان بیمارستان تنظیم و انجام گردیده است، ۶۷/۴٪ مورد منفی بدست میدهد.

از جمله عوامل خانوادگی که در رابطه با اسکیزوفرنی مورد مطالعه وبررسی بوده ردیف تولد (Birthorder) و بعد خانوار (Family size) بوده‌است. دکتر بطحائی وهمکارانش (۷) وباری وباری (Bary & Bary) (۱۰) درمطالعات خود نتایج جالبی‌در این زمینه بدست میدهند. نتایج بدست آمده از این بررسی‌چنین معلوم داشته‌اندکه فرزندان نخست (یکم و دوم) بیش از دیگر فرزندان درمعرض ابتلا به این بیماری قراردارند، چراکه از جمع ۷۷۲ بیمار با ردیف تولد مشخص ۳۷۹ بیمار (۴۹/۱٪) فرزندان یکم یادوم خانواده‌خود بوده‌اند، همچنین نتایج‌بررسی نشان داده‌اند که با مستثنی داشتن فرزند دوم احتمال بروز اسکیزوفرنی در فرزندان خانواده با افزایش ردیف تولد آنها کم میشود.

دربررسی رابطه بعد خانوار و بروز اسکیزوفرنی دیده میشود که باافزایش بعد خانواراحتمال ابتلا فرزندان به اسکیزوفرنی تا خانوار باشش فرزند افزایش یافته بعداز آن بتدریج کاهش پیدا میکند.

ویژگیهای بیماری و درمان:

متوسط مدت بیماری بیماران اسکیزوفرن قبل از مراجعه به بیمارستان۲۴ماه‌بدست آمده‌است(بیماران مرد۲۳/۵ماه- بیماران زن ۲۵ ماه). درحدود نیمی ازبیماران درهردوگروه (۴۸/۴٪ بیماران مرد و۴۴/۲٪ بیماران‌زن) حداکثریکسال قبل‌ازبستری شدن دربیمارستان بیمار بوده‌اند و نیم دیگر به تفاوت‌دورانهای کم و بیش طولانی بیماری را داشته‌اند.

باتوجه به سیر ومراحل مختلف اسکیزوفرنی میتوان چنین نتیجه گرفت که بیماران اسکیزوفرن در ایران کم و بیش در مرحله استقرار وپیشرفته‌بیماری به‌بیمارستان‌آورده شده بستری‌میشوند، چراکه علاوه بر ۲ سال بیمار بودن بیمار قبل از بستری شدن، دربررسی‌مدت‌بیکاری ناشی ازبیماری پیش‌ازمراجعه به‌بیمارستان درمییابیم‌که بیماران مرد بطورمتوسط نزدیك یك‌سال (۱۱ماه) آنچنان بیماربوده‌اندکه ازپرداختن به کار وحرفه خودبازمانده بشمار می‌رفتند.

شك نیست چنین تأخیرکم وبیش طولانی درمراجعه به بیمارستان و آغاز درمان، در نتیجه درمان مؤثر خواهد بود، همانطورکه در بیماران تحت بررسی در این مطالعه مؤثر بوده است. وقتی که به ارزیابی نتیجه درمان بیماران اسکیزوفرن در بیمارستان روزبه میپردازیم، میبینیم که از۸۵۷ بیمار بانتیجه درمان‌مشخص شده در پرونده فقط ۲۶۲ تن (۳۰٪) با بهبود قابل توجه از بیمارستان مرخص‌شده‌اند، درحالیکه ۵۵۲تن (۶۵٪) با «بهبود نسبی» و ۴۳ تن (۵٪) بی‌هیچگونه بهبود بیمارستان را ترك گفته‌اند.

ولی بهرحال نتیجه درمان کم و بیش برای بیماران زن امیدوار کننده‌تر از بیماران مرد بوده است ، چرا که در مقابل ۲۷/۸٪ بیماران مرد که با بهبود قابل توجه از بیمارستان مرخص‌شده‌اند، ۳۵/۷٪ بیماران زن چنین نتیجه درمانی داشته‌اند و درمقابل۶٪ بیماران‌مرد که بی‌نتیجه واحیاناً تشدیدبیماری بیمارستان‌را ترك کردند ، فقط ۳/۴٪ بیماران زن با چنین نتیجه‌ای از بیمارستان روانه‌منزل شدند. این تفاوت‌نتیجه درمان از نظرآزمون‌آماری X2 معنی‌دار بوده است (۰۵٪ > d.f ۲ و ۷/۱۹=X2). از نظر روش درمـان مورد استفاده در بیمارستان روزبه در درمان بیماران اسکیزوفرن دوروش دارو درمانی و الکتروشوك ودارو تقریباً تنها روشهای بکارگرفته شده بودند، چراکه نخستین‌روش در۲/۷۱٪ بیماران ودومین روش در۲۷٪ بیماران مورد استفاده بوده است.

در کتب درسی روان پزشکی استفاده از الکترو شوك در درمان بیماران اسکیزوفرن کم وبیش‌رد شده وکاربردآن بجز درموارد معدودی توصیه نشده است (۱۵ ، ۱۶ ، ۱۷) .

از آنجاکه دربیماران تحت بررسی الکتروشوك در ۲۷٪ موارد بنحوی از انحاء در درمان آنها شرکت و دخالت داشته است ، چنین میتوان نتیجه‌گرفت‌که احتمالا از این روش درمان بعنوان یك روش‌کمکی و موقتی استفاده شده و درمان اساسی همان‌دارو بوده است.

بهرحال بی‌توجه به تأثیر روش درمان در بررسی روشهای‌درمان در رابطه با بیماران زن و مرد دیده میشودکه اگر چه درهردو گروه بیماران زن و مرد دارو درمانی با فاصله بسیار زیاد از الکتروشوك و دارو پیشی دارد ولی بیماران زن بیش‌از بیماران مرد باالکتروشوك ودارووکمترازآنها، بوسیله‌دارو درمانی‌تحت درمان قرارگرفتندکه این اختلاف احتمالا اتفاقی بوده و عامل خاصی‌موردتوجه‌نبوده‌است،چراکه‌آزمون‌آماری X^2 دراین‌مورد جواب‌معنی‌داربدست‌نداده‌است(۰/۱ > d.f. و۲/۶۱=۲×)
تفاوت نتیجه درمان بیماران زن درمقایسه با بیماران مرد را با توجه به‌این نکته‌که مدت‌بیماری بیماران زن پیش ازمراجعه به بیمـارستان طولانی‌تر از بیماران مرد بوده است و درنبودنشانه و علامتی دال بروخامت بیشتر بیماری درمردها، احتمالا میتوان به پیگیری و رعایت بهتر و دقیقتر دستورهـای درمانی از سوی بیماران زن نسبت داد . بهرحال این موضوع نیازمند بررسی و مطالعه بیشتری میباشد.

نتیجه:

گسترش‌صنعت وتوسعه روزافزون زندگی‌شهری و صنعتی همراه‌با افزایش جمعیت مسائلی چون افزایش تراکم، استرس، هیجانات روحی واضطرابهارا موجب میشوندکه نتیجه‌تأثیرآنها برزندگی روزمره افراد، افزایش‌بیماریها واختلالات روحی وروانی است. اسکیزوفرنی، این بیماری منهدم‌کننده روان و شخصیت از جمله بیماریهای روانی است‌که مجموعه عوامل فوق بکمك زمینه ارثی افرادمستعد به‌آن،موجب شیوع وفراوانی‌بیش‌از پیش‌آن میشوند. هزینه‌ای کـه بجهت احساس عدم مسئولیت بیماران اسکیزوفرن (که در بهترین دوران فعالیت و سازندگی خود هستند) ازدست میرود از سوئی وهزینه‌ای‌که جهت نگهداری، مراقبت وپرستاری این بیمـاران صرف میشود از سوی دیگر و بالاخره زیان مادی ومعنوی‌که بیماران اسکیزوفرن بجهت رفتار ازهم‌گسیخته خود به خود و جامعه خود میرسانند ، جملگی عواملی هستندکه لزوم شناخت و درمـان هرچه زودتر و دقیقتر این بیماری را مطرح میسازند.

شناخت بیماری وچگونگی سیر وپیشرفت آن و آگاهی از اینکه کدام‌افراد وبا چه‌ویژگیهائی درمعرض‌کدام بیماری قراردارند و بالاخره دانستن واکنش بیمار و بیمـاری به دارو و درمان به بررسیهای اپیدمیولژیائی منظم‌که‌براساس یافته‌های دقیق وصحیح استوار باشد، نیاز دارد. آمارهای بیمارستانی از جمله اطلاعات طراز اول دراین‌زمینه هستندکه بابهره‌گیری ازآنها میتوان قشر خاصی‌ازجامعه راکه بیماران‌ازآن‌برخاسته‌اند شناخت وفراوانی وشیوع بیماری‌را برحسب‌سن، جنس، محل اقامت، شغل‌وبسیاری ازخصوصیات دیگر پیداکرد وبراساس آن اقدامات وفعالیتهای لازم را پیش‌بینی‌نمود واعمال داشت.

این مقاله‌که بااستفاده ازآمار بیماران بستری شده دربیمارستان روانی روزبه طی سالهای ۵۳-۱۳۵۱ تنظیم‌گردیده براین‌هدف استواربوده است که فراوانی اسکیزوفرنی را در رابطه بابعضی متغیرهـا که بنظر میرسند برکم وکیف بیماری اثر دارند، مورد تجزیه و تحلیل قرار دهد.

گواینکه نتایج‌بدست‌آمده درچند مورد تأییدکننده نتایج‌گزارش شده ازسوی دیگران است، ولی بی‌جواب‌ماندن بعضی ازسؤالات در بسیاری از پرونده‌ها و عدم اطمینان از پاسخ صحیح بیمار در بسیاری‌دیگر، موجب‌آن‌شده‌است‌که بررسی‌ونتیجه‌گیری درمورد عوامل ومتغیرهائیکه بویژه موردنظر نویسندگان مقاله‌بوده است (چون‌میزان درآمد، بعدخانوار، خویشاوندی والدین‌بیمار...) عملا غیرممکن و در نهایت امر مشکوك گردد.

امیدکه با پیگیری و دقت‌نظر بیشتر از سوی مسئولان بیمارستان درتهیه وتکمیل پرونده‌های پزشکی‌بیماران، دیگرپژوهندگان و پژوهشگران بتوانند با در دست داشتن آمار و اطلاعاتی‌کافی‌تر و صحیح‌تر به نتیجه‌گیریهائی جامعتر و دقیقتر دست یابند.

تشکر و سپاس :

نویسندگان مقاله وظیفه خود میدانند از همکاریهـای سودمند آقای دکتر بهرامی استاد محترم دانشگاه‌که در طرح ریزی‌این برنامه از هیچگـونه راهنمـائی دریغ نکردند و نیز مسئولان بیمارستان روزبه تشکر نمایند.

جدول ضمیمه

خلاصه اطلاعات بدست آمده در مورد خصوصیات بیماران اسکیزوفرن بستری شده در بیمارستان روانی روزبه طی سالهای ۵۳-۱۳۵۱

	مرد		زن		کل	
	تعداد	%*	تعداد	%*	تعداد	%*
کل	۶۰۲	۶۶/۴	۳۰۵	۳۳/۶	۹۰۷	۱۰۰
سن (سال)						
۱۵-۲۴ »	۳۰۲	۵۰/۲	۱۱۴	۳۷/۴	۴۱۶	۴۶/-
۲۵-۳۴ »	۱۷۴	۲۹/-	۷۵	۲۴/۶	۲۴۹	۲۷/۴
۳۵-۴۴ »	۶۵	۱۰/۸	۴۷	۱۵/۳	۱۱۲	۱۲/۳
۴۵-۵۴ »	۲۷	۴/۵	۴۳	۱۴/۱	۷۰	۷/۷
۵۵ + »	۸	۱/۳	۱۳	۴/۳	۲۱	۲/۳
نامشخص	۲۶	۴/۲	۱۳	۴/۳	۳۹	۴/۳
وضع ازدواج						
مجرد	۴۲۲	۷۰/۱	۹۶	۳۱/۵	۵۱۸	۵۷/۱
ازدواج کرده	۱۷۰	۲۸/۲	۱۹۱	۶۲/۶	۳۶۱	۳۹/۸
نامشخص	۱۰	۱/۷	۱۸	۵/۹	۲۸	۳/۱
سواد						
بیسواد	۹۹	۱۶/۴	۱۲۸	۴۲/-	۲۲۷	۲۵/-
ابتدائی	۲۰۰	۳۳/۳	۶۵	۲۱-۳	۲۶۵	۲۹/۲
متوسطه	۲۱۴	۳۵/۵	۶۱	۲۰/-	۲۷۵	۳۰/۳
عالی	۴۷	۷/۸	۱۰	۳/۳	۵۷	۶۳
نامشخص	۴۲	۷/-	۴۱	۱۳/۴	۸۳	۹/۲
شغل						
بیکار	۱۰۸	۱۸/-	-	-	-	-
مشاغل ساده	۱۷۳	۲۸/۷	-	-	-	-
کارگر متخصص	۹۰	۱۵/-	-	-	-	-
شغل آزاد وکارمندعالیرتبه	۳۸	۶/۳	-	-	-	-
سایر مشاغل	۱۲۵	۲۰/۸	-	-	-	-
نامشخص	۶۸	۱۱/۳	-	-	-	-

* توضیح آنکه چون درصدها در این قسمت براساس کل بیماران و درمتن مقاله براساس بیماران با وضع مشخص محاسبه شده‌اند لذا در مواردی با یکدیگر اختلاف دارند.

	مرد		زن		کل	
	تعداد	%*	تعداد	%*	تعداد	%*
سابقه بیماری در خانواده						
یك یا هردو والدین	۵۸	۹/۶	۲۲	۷/۲	۸۰	۸/۸
اقوام	۱۰۳	۱۷/۱	۵۰	۱۶/۴	۱۵۳	۱۶/۹
بدون سابقه	۳۴۰	۵۶/۵	۱۶۳	۵۳/۴	۵۰۳	۵۵/۴
نامشخص	۱۰۱	۱۶/۸	۷۰	۲۳/-	۱۷۱	۱۸/۹
خویشاوندی والدین بیمار						
خویشاوند نزدیك	۶۴	۱۰/۶	۳۲	۱۰/۵	۹۶	۱۰/۶
خویشاوند دور	۲۹	۴/۸	۱۱	۳/۶	۴۰	۴/۴
بدون نسبت	۳۶۹	۶۱/۳	۱۶۵	۵۴/۱	۵۳۴	۵۸/۹
نامشخص	۱۴۰	۲۳/۳	۹۷	۳۱/۸	۲۳۷	۲۶/۱
ردیف تولد						
۱-۲	۲۶۱	۴۳/۳	۱۱۸	۳۸/۷	۳۷۹	۴۱/۸
۳-۴	۱۵۹	۲۶/۴	۷۳	۲۴/-	۲۳۲	۲۵/۶
۵+	۱۱۱	۱۸/۴	۵۰	۱۶/۳	۱۶۱	۱۷/۷
نامشخص	۷۱	۱۱/۹	۶۴	۲۱/-	۱۳۵	۱۴/۹
بعد خانوار						
۱-۲	۴۸	۸/-	۲۵	۸/۲	۷۳	۸/-
۳-۴	۱۴۴	۲۴/-	۶۳	۲۰/۶	۲۰۷	۲۲/۸
۵-۶	۱۵۱	۲۵/۱	۸۴	۲۷/۵	۲۳۵	۲۶/-
۷-۸	۱۱۱	۱۸/۴	۴۳	۱۴/۱	۱۵۴	۱۷/-
۹+	۵۷	۹/۴	۲۸	۹/۲	۸۵	۹/۴
نامشخص	۹۱	۱۵/۱	۶۲	۲۰/۴	۱۵۳	۱۶/۸
مدت بیماری (به سال)*						
<۱	۲۳۳	۳۸/۷	۱۱۰	۳۶/۱	۳۴۳	۳۷/۸
۱-۲	۷۳	۱۲/۱	۴۲	۱۳/۷	۱۱۵	۱۲/۷
۲-۳<	۴۷	۷/۸	۲۳	۷/۵	۷۰	۷/۷
۳-۴<	۲۴	۴/-	۷	۲/۵	۳۱	۳/۴
۴<	۱۰۴	۱۷/۳	۶۷	۲۲/-	۱۷۱	۱۸/۸
نامشخص	۱۲۱	۲۰/۱	۵۶	۱۸/۳	۱۷۷	۱۹/۶

* پیش از مراجعه به بیمارستان.

	مرد		زن		کل	
	تعداد	٪*	تعداد	٪*	تعداد	٪*
روش درمانی						
دارو درمانی	۴۱۰	۶۸/۱	۲۰۲	۶۶/۲	۶۱۲	۶۷/۵
الکتروشوك و دارو	۱۴۱	۲۳/۴	۹۰	۲۹/۵	۲۳۱	۲۵/۵
روشهای دیگر	۸	۱/۳	۴	۱/۳	۱۲	۱/۳
نامشخص	۴۳	۷/۲	۹	۳	۵۲	۵/۷
نتیجه درمان						
بهبود قابل توجه	۱۵۶	۲۵/۹	۱۰۶	۳۴/۷	۲۶۲	۲۸/۹
بهبود نسبی	۳۷۱	۶۱/۶	۱۸۱	۵۹/۳	۵۵۲	۶۰/۸
عدم بهبود	۳۳	۵/۵	۱۰	۳/۴	۴۳	۴/۸
نامشخص	۴۲	۷/–	۸	۲/۶	۵۰	۵/۵

REFERENCES:

1- Horrison, s "Principles of Internal Medicine" 6th Ed. (1970) McGrow Hill Book Co. P. 1877.
2- Cecil - Loeb. "Text Book of Medicine" 13th Ed. (1971) W B. Saunders Co. P. 109.
3- Merton, R. K., Nibest, R. "Contemporary Social Problems" 3rd. Ed. (1971) Harcourt Brace Jovanouich P. 58.
4- "The Merck Manual" 12 th Ed. (1972). Merck Sharp & Dohme Research Laboratories. Merck & Co Inc. P. 1394.
5- Kramer, M. "Applications of Mental Health Statistics" W. H. O. Geneva 1969 (table 3, P. 32).
۶ـ دکتر بریمانی ـ جلال ـ مجله نظام پزشکی، سال دوم، شماره ۶ (۱۳۵۱) ص۴۲۹–۴۲۴.
۷ـ دکتر بطحائی ـ حسن وهمکارانش ـ مجله نظام پزشکی، سال‌چهارم، شماره یك(۱۳۵۳) ص۱۳–۷.
8- Forrest, A. D., Hay, A. J., Acta Psych, Scan. (1971) 47: 137 - 49.
9- Hare, E. H. et al Brt. J. Psychiatry (1971), 119, 445 - 8.
10 Bary & Bary, Nature (1971) 234: 485-7.
11- Powell, A., (et al) Brt. J. Psychiatry (1973), 123, 653-8.
۱۲ـ سمپوزیوم اسکیزوفرفی در ایران، ۱۲–۱۸دیماه ۱۳۴۳ـ گروه روانپزشکی دانشکده پزشکی‌تهران ـ انتشارات دانشگاه‌تهران مهرماه ۱۳۴۶.
13 Sartorius, N., Jablensky, A. W.H.O. Chronicle (1976) 30: 481-485.
14- Kety, S. S. Amr. J. Psychiatry (1975) 132: 4457-9.
۱۵ـ دکتر ایزدی ـ سیروس و همکارانش «روانپزشکی» چاپ دوم (۱۳۵۱). انتشارات شرکت سهامی چهر ـ تهران ص ۱۵۲.
۱۶ـ دکتر فرخ ـ جهانگیر «روانپزشکی» جلدچهارم (۱۳۵۱). انتشارات دانشگاه مشهد ـ مشهد ص. ۱۹۹.
17 Grecary ,,Fondamentals of Psychiatry (1968) W. B. Saunders Co. Philadelphia P. 462.