

ویژگیهای اقتصادی - اجتماعی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی در شهر تهران

مجله نظام پزشکی

سال ششم، شماره ۳، صفحه ۲۱۸، ۲۵۳۶

دکتر عزت‌الله کیوان - دکتر منوچهر محسنی - زرتشت هوشور *

چکیده

بمنظور آگاهی از روابط بین بعضی خصوصیات اقتصادی-اجتماعی با بیماری اسکیزوفرنی، پرونده ۹۰۷ بیمار که با تشخیص اسکیزوفرنی در سالهای ۵۳-۱۳۵۱ در بیمارستان روانی روزبه در شهر تهران بستری، درمان و مرخص شده بودند مورد بررسی و تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها در مواردی چون سن، ردیف تولد و وضع ازدواج با یافته‌های 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 بررسی معلوم داشتند که بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی با تأخیر و پس از استقرار و پیشرفت بیماری برای درمان به بیمارستان آورده میشوند که این امر لزوماً اثر منفی بر کیفیت درمان خواهد داشت، کما اینکه در بیماران تحت مطالعه در این بررسی که بطور متوسط دو سال پس از شروع بیماری به بیمارستان آورده شده‌اند بیش از ۳۰٪ بهبود قابل توجه بدست نیامده است.

بی‌جواب ماندن سئوالات در بسیاری از پرونده‌ها و تردید درباره درست بودن پاسخ در بسیاری دیگر، مانع از یک نتیجه‌گیری کلی و اساسی از این مطالعه است. بنابراین لزوم دقت و صرف وقت بیشتر در تهیه و تنظیم پرونده بیماران پیشنهاد میشود.

مقدمه:

اسکیزوفرنی یا زوال عقل زودرس (Dementia Praecox) که منجر به ضعف و انهدام شخصیت میشود یک بیماری روانی است که بیش از حد در تشخیص بیماران روانی مورد استفاده قرار میگیرد (Over-diagnosis) (۲). این بیماری نخستین بار بوسیله مرل (Morel)، کالبوم (Kahlbom)، هکر (Hecker) و کراپلین (Krapelin) مورد بررسی قرار گرفته است (۱). ماهیت این بیماری هنوز بطور کامل شناخته شده نیست، چرا که هر گروه از دیدگاه مطالعاتی خود آنرا مورد تجزیه و تحلیل قرار داده و بر اساس دانسته‌ها و یافته‌های خود علتی برای آن بیان داشته‌اند (۳). بهر حال علت هر چه باشد، بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی درصد قابل توجهی از پذیرفته شدگان نخستین بار و بیماران بستری شده در بیمارستانهای روانی را تشکیل میدهند (۴). در حالیکه متوسط اقامت برای دیگر انواع بیماریهای روانی ۸/۴ سال است، متوسط اقامت بیماران اسکیزوفرن در بیمارستان و آسایشگاههای روانی آمریکا ۱۲/۸ سال گزارش شده است (۵).

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

* دانشکده بهداشت - دانشگاه تهران.

سایر بیماریها را دربرمیگیرند و این امر امکان مقایسه و بررسی اقراتی 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 بدست آمده از بیماران اسکیزوفرنی گزارش شود و بررسی سایر بیماریها به گزارش دیگر موکول گردد. همچنین اگر چه سعی بر آن بود که جملگی عوامل و علل در رابطه با بیماری اسکیزوفرنی مورد بررسی و مطالعه قرار گیرند ولی فقدان اطلاعات مربوط به آنها (چون سن ازدواج، میزان درآمد، نحوه زایمان و...) در بسیاری از پروندهها، موجب آن شد که از مطالعه و بررسی آنها صرفنظر شود؛ چرا که قرار گرفتن قسمت اعظم پروندهها در ستون «بی جواب» و «نامشخص» عملاً ارزش و نتیجه گیری جدول مربوط را از بین میبرد.

نکته آخر آنکه پرونده ۶ بیمار (۴ مرد و ۲ زن) کمتر از ۱۵ سال بجهت قلت تعداد در مقایسه با دیگر گروههای سنی و همچنین بسبب تفاوتی چند در کم و کیف اسکیزوفرنی در کودکان و بزرگسالان در این بررسی آورده نشده است.

نتایج مطالعه

فراوانی اسکیزوفرنی:

با توجه به اینکه از ۲۰۶۰ پرونده مطالعه شده ۹۰۷ پرونده مربوط به بیماران اسکیزوفرنی بوده است، چنین نتیجه میشود که ۴۴٪ بیماران بستری شده در بیمارستان روزبه در سالهای تحت مطالعه بیماران اسکیزوفرنی بوده اند.

فراوانی این بیماری در مقایسه با دیگر بیماریهای روانی در گزارشهای دیگران از ۱۵٪ (۴) تا ۴۸٪ متفاوت است. این پراکندگی و تفاوت وسیع را پیش از آنکه بتوان به تفاوت واقعی در شیوع و فراوانی این بیماری در کشورها و مناطق مختلف نسبت داد، باید ناشی از تفاوتهای فرهنگی و عدم توافق همگانی در تعریف و ملاکهای تشخیصی این بیماری در ممالک و مناطق مختلف دانست (۱۳).

در گزارش دکتر میرسپاسی در سمپوزیوم اسکیزوفرنی در این (۱۲) فراوانی، بیماران اسکیزوفرنی در بیمارستان روانی روزبه طی سالهای ۱۳۳۱-۱۳۴۱، ۲۳/۶٪ آمده است که با مقایسه با فراوانی بدست آمده در این بررسی افزایشی در حدود ۸۶٪ داشته است که این امر اگر چه ممکن است ناشی از کاربرد روشهای تشخیصی بهتر، گسترش و افزایش امکانات بیمارستان در بستری و مرخص نمودن بیماران بیشتر در مدت ۱۰ سال فاصله این دو بررسی و بالاخره مراجعه بیشتر بیماران بعلت از بین رفتن حالت شرم و خجلت از بیان ناراحتیهای روانی باشد، ولی احتمالاً ناشی از پدید آمدن تشخیص زیاده از حد (Overdiagnosis) نیز میتواند باشد.

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

بمنظور آگاهی از فراوانی نسبی بیماری اسکیزوفرنی در ایران و دست یابی به رابطه‌ای بین بعضی خصوصیات اقتصادی-اجتماعی و خانوادگی در بروز و روند آن، بر آن شدیم که با بهره گیری از مدارک و پروندههای پزشکی بیماران بستری شده در بیمارستان روانی روزبه به تجزیه و تحلیل و بررسی این بیماری و رابطه عوامل مختلف با آن پردازیم و آنچه بدنبال خواهد آمد نتیجه این مطالعه و بررسی است.

روش مطالعه و جمع آوری اطلاعات:

مقاله حاضر بر اساس مطالعه پرونده پزشکی ۹۰۷ بیمار مبتلا به اسکیزوفرنی از جمع ۲۰۶۰ بیمار مرخص شده از بیمارستان روانی روزبه طی سالهای ۱۳۵۱ تا ۱۳۵۳ تنظیم گردیده است. بمنظور سهولت بررسی و جمع آوری آگاهیهای لازم، بر اساس اطلاعات موجود در پرونده پزشکی بیماران بیمارستان مزبور، پرسشنامه‌ای در یک صفحه تنظیم و اطلاعات مورد نیاز از پرونده بیمار به پرسشنامه منتقل سپس بطور دستی استخراج و پس از تهیه جداول، محاسبات آماری بر روی آنها انجام گردید.

اضافه میشود آنچه بعنوان بیماری در این بررسی مورد توجه بوده است، تشخیص پزشکی بیمارستان بهنگام مرخصی بیمار از بیمارستان و تکمیل پرونده وی می باشد؛ بی توجه به اینکه این تشخیص نشانه‌ای (سپتوماتیک)، بالینی، آزمایشگاهی و یا مجموعه‌ای از آنها بوده باشد.

نکته دیگر آنکه در ابتدا نظر بر آن بود که کلیه پروندهها با توجه به عوامل مختلف بر حسب انواع بیماریهای روانی مورد مطالعه و تجزیه و تحلیل قرار گیرند، ولی چون در جریان بررسی معلوم گردید که بیش از ۴۴٪ پروندهها مربوط به بیماران اسکیزوفرنی بوده است و مابقی پروندهها با پراکندگی بسیار وسیعی

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 به نسبت ۲ بر یک (۱/۹۷) بوده است. افزایش بیماران مرد در مقایسه با بیماران زن را احتمالاً باید ناشی از آزادی نسبی بیشتر مردها در جامعه ایرانی و سهولت مراجعه و دسترسی بیشتر آنان به امکانات و خدمات موجود دانست و نه صرفاً ناشی از شیوع بیشتر این بیماری در مردها، چرا که در گزارشهای دیگران یا اختلاف چندانی در دو جنس مشاهده نشده است (۵) و یا فزونی بیماران زن در مقابل بیماران مرد گزارش شده است (۸). در کتب درسی روان پزشکی و روان شناسی نیز اصولاً به تفاوت دو جنس اشاره‌ای نشده است.

از نظر پراکنندگی سنی حداکثر شیوع بیماری در گروه سنی ۲۹-۲۰ (۴۵/۶٪) و اصولاً در افراد میانسال و کمتر از ۳۰ سال است (۶۵/۹٪). ولی شیوع بیماری در گروههای سنی بیماران زن و مرد تفاوتی با یکدیگر نشان میدهند، بدین معنی که در حالیکه قریب ۷۰٪ بیماران اسکیزوفرن مرد 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 آمده است و آزمون آماری (t-test) تفاوت بین آنها را معنی دار نشان داده است:

$$(t = 5/99, d. f. 1866 > 0/001)$$

نتایج بدست آمده در این بررسی با نتایج گزارش شده از سوی دیگران مطابقت دارد (۸، ۹).

ویژگیهای اقتصادی - اجتماعی:

در مطالعه وضع تأهل بیماران اسکیزوفرن دیده میشود که حداکثر شیوع بیماری در بیماران مجرد است (۵۹٪) و آزمون X2 بدست معنی دار است.

($X^2 = 380/8, d. f. 2 > 0/005$) ولی وقتی این بررسی در بیماران زن و مرد به تفکیک انجام میگردد نتایج متفاوتی بدست میآید، بدین معنی که حداکثر بیماران مرد همچنان در گروه مجردین قرار دارند (۷۱/۳٪) و حال آنکه در بیماران زن حداکثر فراوانی مربوط به زنان متأهل و یا بهر حال ازدواج کرده میباشد (۶۶/۶٪). توضیح آنکه فارست و هی (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 چرا که از جمع ۸۲۴ بیمار با وضع سواد

مشخص ۲۲۷ تن (۲۷/۷٪) بیسواد بودند که زنان بیش از ۵۶٪ آنرا شامل میشدند. در حالیکه اکثریت بیماران مرد تحصیلات متوسطه (۳۸/۲٪) و در حد ابتدائی (۳۵/۸٪) داشتند. در گروه بیماران زن اکثریت با زنان بیسواد (۴۸/۵٪) بود که بدنبال آن زنان با تحصیلات در حد ابتدائی (۱۴/۶٪) قرار داشتند. کمترین گروه بیمار را در هر دو گروه، بیماران با تحصیلات عالی تشکیل میدادند که به ترتیب ۸/۴٪ در مردها و ۳/۸٪ در زنان بود. اگر چه بیشترین مراجعان و بستری شدگان بیمارستان روانی روزبه (که از جمله بیمارستانهای دولتی و وابسته به دولت است) را افراد از طبقات پائین و متوسط اقتصادی - اجتماعی تشکیل میدهند که لزوماً دارای سطح تحصیلات و آموزش پائین تری هستند، چرا که بیماران طبقات اقتصادی - اجتماعی بالاییتر به بیمارستانها و درمانگاههای خصوصی مراجعه میکنند و این امر امکان بررسی وضع سواد را در رابطه با فراوانی و نوع بیماری روانی تا حدودی محدود میسازد، ولی بهر حال مقایسه سطح سواد و آموزش بیماران اسکیزوفرن و دیگر بیماران روانی بستری شده در این بیمارستان این نکته را بدست میدهد که اسکیزوفرنی در افراد با سواد و دارای تحصیلات بالاتر شیوع بیشتری دارد تا در افراد بیسواد و کم سواد، زیرا همانطور که اشاره شد ۲۷/۷٪ بیماران اسکیزوفرن بیسواد بوده‌اند و حال آنکه ۴۳/۶٪ بیماران دیگر روانی بستری شده در این بیمارستان بیسواد بودند و در حالیکه ۴۰/۸٪ بیماران اسکیزوفرن تحصیلات متوسطه و یا عالی داشتند، فقط ۲۳٪ دیگر بیماران تحصیلات در این حد را دارا بودند. آزمون آماری X2 در بین این دو گروه بیمار از نظر تفاوت آموزش و تحصیلات بدست معنی دار بوده است.

$$(X^2 = 77/99, 3 d. f., > 0/005)$$

بررسی شغلی بیماران مرد تحت مطالعه (شغل بیماران زن در پرونده پزشکی آنها ذکر نشده بود) تا حدودی تأیید کننده نظر آورده شده در پیش در مورد وابستگی بیماران به طبقات اقتصادی - اجتماعی پائین است، چرا که از ۴۰۹ بیمار مرد که 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 ذکر کرده 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 (از جمله اسکیزوفرنی) و همچنین وجود مدارکی دال بر انتقال ارثی بیماری اسکیزوفرنی را از والدین به فرزند بیان داشته‌اند. دکتر سیمون اس. کتی (Seymour S. kety) نیز در گزارش خود در کنفرانس سالانه

از جمله عوامل خانوادگی که در رابطه با اسکیزوفرنی مورد مطالعه و بررسی بوده ردیف تولد (Birthorder) و بعد خانوار (Family size) بوده است. دکتر بطحائی و همکارانش (۷) و باری و باری (Bary & Bary) (۱۰) در مطالعات خود نتایج جالبی در این زمینه بدست میدهند. نتایج بدست آمده از این بررسی چنین معلوم داشته اند که فرزندان نخست (یکم و دوم) بیش از دیگر فرزندان در معرض ابتلا به این بیماری قرار دارند، چرا که از جمع ۷۷۲ بیمار با ردیف تولد مشخص ۳۷۹ بیمار (۴۹/۱٪) فرزندان یکم یا دوم خانواده خود بوده اند، همچنین نتایج بررسی نشان داده اند که با مستثنی داشتن فرزند دوم احتمال بروز اسکیزوفرنی در فرزندان خانواده با افزایش ردیف تولد آنها کم میشود.

در بررسی رابطه بعد خانوار و بروز اسکیزوفرنی دیده میشود که با افزایش بعد خانوار احتمال ابتلا فرزندان به اسکیزوفرنی تا خانوار باشش فرزند افزایش یافته بعد از آن بتدریج کاهش پیدا میکند.

ویژگیهای بیماری و درمان:

متوسط مدت بیماری بیماران اسکیزوفرن قبل از مراجعه به بیمارستان ۲۴ ماه بدست آمده است (بیماران مرد ۲۳/۵ ماه-بیماران زن ۲۵ ماه). در حدود نیمی از بیماران در هر دو گروه (۴۸/۴٪ بیماران مرد و ۴۴/۲٪ بیماران زن) حدا کثریکسال قبل از بستری شدن در بیمارستان بیمار بوده اند و نیم دیگر به تفاوت دورانهای کم و بیش طولانی بیماری را داشته اند.

باتوجه به سیر و مراحل مختلف اسکیزوفرنی میتوان چنین نتیجه گرفت که بیماران اسکیزوفرن در ایران کم و بیش در مرحله استقرار و پیشرفته بیماری به بیمارستان آورده شده بستری میشوند، چرا که علاوه بر ۲ سال بیمار بودن بیمار قبل از بستری شدن، در بررسی مدت بیکاری ناشی از بیماری پیش از مراجعه به بیمارستان در میابیم که بیماران مرد بطور متوسط نزدیک یکسال (۱۱ ماه) آنچنان بیمار بوده اند که از پرداختن به کار و حرفه خود بازمانده بشمار می رفتند.

شک نیست چنین تأخیر کم و بیش طولانی در مراجعه به بیمارستان و آغاز درمان، در نتیجه درمان مؤثر خواهد بود، همانطور که در بیماران تحت بررسی در این مطالعه مؤثر بوده است. وقتی که به ارزیابی نتیجه درمان بیماران اسکیزوفرن در بیمارستان روزبه میپردازیم، میبینیم که از ۸۵۷ بیمار با نتیجه درمان مشخص شده در پرونده فقط ۲۶۲ تن (۳۰٪) با بهبود قابل توجه از بیمارستان مرخص شده اند، در حالیکه ۵۵۲ تن (۶۵٪) با «بهبود نسبی» و ۴۳ تن (۵٪) بی هیچگونه بهبود بیمارستان را ترك گفته اند.

انجمن روان شناسان آمریکا زمینه ارثی اسکیزوفرنی را یادآور شده است (۱۴). بر اساس فرضیه نخست باید انتظار داشت که بیماران اسکیزوفرن بیشتر از والدین مبتلا به یک بیماری یا ناراحتی روانی باشند تا از پدر و مادری سالم و بر اساس فرضیه دوم و باتوجه به این نکته که بیماریهای ارثی در فرزندان زوجین خویشاوند و همخون احتمال بروز و ظهور بیشتری دارند، باید انتظار داشت بیماران اسکیزوفرن بیشتر از پدر و مادری خویشاوند و همخون باشند تا از والدین ناهم خون و غیر خویشاوند. ولی یافتهها در این بررسی در مورد سابقه بیماری در خانواده بیمار و خویشاوندی والدین بیمار هیچ یک از موضوعات فوق را تأیید نمیکند چرا که در مورد سابقه بیماری در خانواده، ۵۰۳ بیمار (۶۴/۷٪) هیچگونه سابقه ای را ذکر نمیکند. بر کنار از این نکته که در پرونده ۱۷۱ بیمار (۱۸/۸٪) از ۹۰۷ بیمار تحت مطالعه اصولاً پاسخ به این پرسش بی جواب و نامشخص مانده است و در بین آنکدهای که سابقه بیماری را در خانواده خود ذکر کرده اند، بیشترین آنها (۵۸/۴٪) آنرا در حد اقوام بدون مشخص کردن نوع وابستگی و خویشاوندی بیان داشته اند.

در مورد خویشاوندی والدین بیمار نیز همچنان این نامعلومی در بین است. از جمع ۹۰۷ بیمار، ۲۳۷ بیمار (۲۶/۱٪) نوع خویشاوندی والدین خود را معلوم نساخته اند و از ۶۷۰ بیمار دیگر ۳۵۴ بیمار (۷۹/۷٪) والدین خود را بدون هرگونه قرابت و خویشاوندی معرفی کرده اند.

همانطور که اشاره شد، یافتههای بدست آمده فرضیههای پیش آورده شده را تأیید نمیکند ولی بهر حال تکذیب نیز نمیتوانند کرد چرا که به احتمال زیاد:

- ۱- بیمار از سابقه بیماری در خانواده و یا خویشاوندی والدین خود واقعاً نا آگاه بوده باشد و یا نوع آنرا نداند.
- ۲- بیمار بدلایلی از ذکر خویشاوندی والدین و یا سابقه بیماری در خانواده خود خودداری نماید.
- ۳- عدم پیگیری ودقت اشخاصی که پرونده پزشکی بیمار را بهنگام پذیرش تهیه کرده اند موجب شده باشد 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 گزارش خود در باره سابقه بیماری در خانواده بیماران اسکیزوفرن بستری شده در بیمارستان روانی روزبه طی سالهای ۴۳-۱۳۳۸ ضمن ارائه دلایل فوق در توجیه فزونی موارد منفی (۴۴/۵٪ مورد مثبت، ۵۵/۵٪ مورد منفی) در سابقه بیماران اضافه کردند که از این پس دقت خواهد شد تا پروندههای بیماران بطور کامل تر و صحیحتر تکمیل شوند. این بررسی که قریب ۱۲ سال بعد از آن بررسی و بر اساس پرونده بیماران بستری شده در همان بیمارستان تنظیم و انجام گردیده است، ۶۷/۴٪ مورد منفی بدست میدهد.

روزمره افراد، افزایش بیماریها و اختلالات روحی و روانی است. اسکیزوفرنی، این بیماری منهدم کننده روان و شخصیت از جمله بیماریهای روانی است که مجموعه عوامل فوق بکمک زمینه ارثی افراد مستعد به آن، موجب شیوع و فراوانی بیش از پیش آن میشوند. هزینه‌ای که بجهت احساس عدم مسئولیت بیماران اسکیزوفرن (که در بهترین دوران فعالیت و سازندگی خود هستند) از دست می‌رود از سوئی و هزینه‌ای که جهت نگهداری، مراقبت و پرستاری این بیماران صرف می‌شود از سوی دیگر و بالاخره زیان مادی و معنوی که بیماران اسکیزوفرن بجهت رفتار ازهم گسیخته خود به خود و جامعه خود می‌رسانند، جملگی عواملی هستند که لزوم شناخت و درمان هر چه زودتر و دقیقتر این بیماری را مطرح می‌سازند.

شناخت بیماری و چگونگی سیر و پیشرفت آن و آگاهی از اینکه کدام افراد و با چه ویژگی‌های در معرض کدام بیماری قرار دارند و بالاخره دانستن واکنش بیمار و بیماری به دارو و درمان به بررسیهای اپیدمیولوژیائی منظم که بر اساس یافته‌های دقیق و صحیح استوار باشد، نیاز دارد. آمارهای بیمارستانی از جمله اطلاعات طراز اول در این زمینه هستند که با بهره‌گیری از آنها میتوان قشر خاصی از جامعه را که بیماران از آن برخاسته‌اند شناخت و فراوانی و شیوع بیماری را بر حسب سن، جنس، محل اقامت، شغل و بسیاری از خصوصیات دیگر پیدا کرد و بر اساس آن اقدامات و فعالیتهای لازم را پیش‌بینی نمود و اعمال داشت.

این مقاله که با استفاده از آمار بیماران بستری شده در بیمارستان روانی روزه طی سالهای ۵۳-۱۳۵۱ تنظیم گردیده برای هدف استوار بوده است که فراوانی اسکیزوفرنی را در رابطه با بعضی متغیرها که بنظر می‌رسند بر کم و کیف بیماری اثر دارند، مورد تجزیه و تحلیل قرار دهد.

گویانکه نتایج بدست آمده در چند مورد تأیید کننده نتایج گزارش شده از سوی دیگران است، ولی بی‌جواب ماندن بعضی از سؤالات در بسیاری از پرونده‌ها و عدم اطمینان از پاسخ صحیح بیمار در بسیاری دیگر، موجب آن شده است که بررسی و نتیجه‌گیری در مورد عوامل و متغیرها، بویژه مورد نظر نویسندگان مقاله بوده است (چون میزان درآمد، بعدخانوار، خویشاوندی والدین بیمار...) عملاً غیرممکن و در نهایت امر مشکوک گردد.

امید که با پیگیری و دقت نظر بیشتر از سوی مسئولان بیمارستان در تهیه و تکمیل پرونده‌های پزشکی بیماران، دیگر پژوهندگان و پژوهشگران بتوانند با در دست داشتن آمار و اطلاعاتی کافی‌تر و صحیح‌تر به نتیجه‌گیریهای جامع‌تر و دقیق‌تر دست یابند.

تشکر و سپاس:

نویسندگان مقاله وظیفه خود میدانند از همکاریهای سودمند آقای دکتر بهرامی استاد محترم دانشگاه که در طرح ریزی این برنامه از هیچگونه راهنمایی دریغ نکردند و نیز مسئولان بیمارستان روزه تشکر نمایند.

ولی بهر حال نتیجه درمان کم و بیش برای بیماران زن امیدوار کننده‌تر از بیماران مرد بوده است، چرا که در مقابل $27/8\%$ بیماران مرد که با بهبود قابل توجه از بیمارستان مرخص شده‌اند، $35/7\%$ بیماران زن چنین نتیجه درمانی داشته‌اند و در مقابل 6% بیماران مرد که بی‌نتیجه و احیاناً تشدید بیماری بیمارستان را ترک کردند، فقط $3/4\%$ بیماران زن با چنین نتیجه‌ای از بیمارستان روانه منزل شدند. این تفاوت نتیجه درمان از نظر آزمون آماری X^2 معنی‌دار بوده است ($X^2 = 7/19$ و $2 \text{ d.f.} > 0.05$). از نظر روش درمان مورد استفاده در بیمارستان روزه در درمان بیماران اسکیزوفرن دوز دارو درمانی و الکتروشوک و دارو تقریباً تنها روشهای بکار گرفته شده بودند، چرا که نخستین روش در $71/2\%$ بیماران و دومین روش در 27% بیماران مورد استفاده بوده است.

در کتب درسی روان پزشکی استفاده از الکتروشوک در درمان بیماران اسکیزوفرن کم و بیش رد شده و کاربرد آن بجز در موارد معدودی توصیه نشده است (۱۵، ۱۶، ۱۷).

از آنجا که در بیماران تحت بررسی الکتروشوک در 27% موارد بنحوی از انحاء در درمان آنها شرکت و دخالت داشته است، چنین میتوان نتیجه گرفت که احتمالاً از این روش درمان بعنوان یک روش کمکی و موقتی استفاده شده و درمان اساسی همان دارو بوده است.

بهر حال بی‌توجه به تأثیر روش درمان در بررسی روشهای درمان در رابطه با بیماران زن و مرد دیده میشود که اگر چه در هر دو گروه بیماران زن و مرد دارو درمانی با فاصله بسیار زیاد از الکتروشوک و دارو پیشی دارد ولی بیماران زن بیش از بیماران مرد با الکتروشوک و دارو کمتر از آنها، بوسیله دارو درمانی تحت درمان قرار گرفتند که این اختلاف احتمالاً اتفاقی بوده و عامل خاصی مورد توجه نبوده است، چرا که آزمون آماری X^2 در این مورد جواب معنی‌دار بدست نداده است ($X^2 = 2/619$ و $1 \text{ d.f.} < 0.1$). تفاوت نتیجه درمان بیماران زن در مقایسه با بیماران مرد را با توجه به این نکته که مدت بیماری بیماران زن پیش از مراجعه به بیمارستان طولانی‌تر از بیماران مرد بوده است و در نبود نشانه و علامتی دال بر وخامت بیشتر بیماری در مردها، احتمالاً میتوان به پیگیری و رعایت بهتر و دقیقتر دستورهای درمانی از سوی بیماران زن نسبت داد. بهر حال این موضوع نیازمند بررسی و مطالعه بیشتری میباشد.

نتیجه:

گسترش صنعت و توسعه روزافزون زندگی شهری و صنعتی همراه با افزایش جمعیت مسائلی چون افزایش تراکم، استرس، هیجاناناط روحی واضطرارها را موجب میشوند که نتیجه تأثیر آنها بر زندگی

جدول ضمیمه

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

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

* توضیح آنکه چون درصدها در این قسمت بر اساس کل بیماران و در متن مقاله بر اساس بیماران با وضع مشخص محاسبه شده اند لذا در مواردی با یکدیگر اختلاف دارند.

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

* پیش از مراجعه به بیمارستان.

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

REFERENCES:

- Harrison, s "Principles of Internal Medicine" 6th Ed. (1970) McGraw Hill Book Co. P. 1877.
- Cecil - Loeb. "Text Book of Medicine" 13th Ed. (1971) W B. Saunders Co. P. 109.
- Merton, R. K., Nibest, R. "Contemporary Social Problems" 3rd. Ed. (1971) Harcourt Brace Jovanouich P. 58.
- "The Merck Manual" 12 th Ed. (1972). Merck Sharp & Dohme Research Laboratories. Merck & Co Inc. P. 1394.
- Kramer, M. "Applications of Mental Health Statistics" W. H. O. Geneva 1969 (table 3, P. 32).
- دکتر بریمانی- جلال - مجله نظام پزشکی، سال دوم، شماره ۶ (۱۳۵۱) ص ۴۲۹-۴۲۴.
- دکتر بطحائی- حسن و همکارانش - مجله نظام پزشکی، سال چهارم، شماره يك (۱۳۵۳) ص ۱۳-۷.
- Forrest, A. D., Hay, A. J., Acta Psych, Scan. (1971) 47: 137 - 49.
- Hare, E. H. et al Brt. J. Psychiatry (1971), 119, 445 - 8.
- Bary & Bary, Nature (1971) 234: 485-7.
- Powell, A., (et al) Brt. J. Psychiatry (1973), 123, 653-8.
- ۱۲- سمپوزیوم اسکیزوفرنی در ایران، ۱۲-۱۸ دیماه ۱۳۴۳- گروه روانپزشکی دانشکده پزشکی تهران - انتشارات دانشگاه تهران مهرماه ۱۳۴۶.
- Sartorius, N., Jablensky, A. W.H.O. Chronicle (1976) 30: 481-485.
- Kety, S. S. Amr. J. Psychiatry (1975) 132: 4457-9.
- دکتر ایزدی - سیروس و همکارانش «روانپزشکی»، چاپ دوم (۱۳۵۱). انتشارات شرکت سهامی چهر - تهران ص ۱۵۲.
- دکتر فرخ - جهانگیر «روانپزشکی»، جلد چهارم (۱۳۵۱). انتشارات دانشگاه مشهد - مشهد ص. ۱۹۹.
- Greccary ,,Fundamentals of Psychiatry (1968) W. B. Saunders Co. Philadelphia P. 462.