

ویژگیهای اقتصادی - اجتماعی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی در شهر تهران

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

* دکتر عزت‌الله کیوان - دکتر منوچهر محسنی - زرتشت هوشور *

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). این بیماری نخستین بار بوسیله مول (Morel)، کالبوم (Kahlbaum)، هکر (Hecker) و کراپلین (Krapelin) مورد بررسی قرار گرفته است (۱). ماهیت این بیماری هنوز بطور کامل شناخته شده نیست، چراکه هر گروه از دیدگاه مطالعاتی خود آنرا مورد تجزیه و تحلیل قرار داده و بر اساس دانستها و یافته‌های خود علتی برای آن بیان داشته‌اند (۲). بهر حال علت هر چه باشد، بیماران مبتلابه اسکیزوفرنی در مصدق 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).

فراآنی نسبی این بیماری در مقابل دیگر بیماریهای روانی و طولانی بودن مدت اقامت و درمان بیماران مبتلا به این بیماری، لزوم مطالعه و بررسی یافته و وسیع تر درباره این بیماری و عمل احتمالی و قطعی آنرا بیان می‌آورد.

چکیده

بمنظور آگاهی از روابط بین بعضی خصوصیات اقتصادی-اجتماعی با بیماری اسکیزوفرنی، پرونده ۹۰۷ بیمار که با تشخیص اسکیزوفرنی در سالهای ۱۳۵۱-۵۳ 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.

بی جواب ماندن سوالات در بسیاری از پروندها و تردید درباره درست بودن پاسخ در بسیاری دیگر، مانع از یک نتیجه گیری کلی و اساسی از این مطالعه است. بنابراین لزوم دقت و صرف وقت بیشتر در تهیه و تنظیم پرونده بیماران پیشنهاد می‌شود.

* دانشکده بهداشت - دانشگاه تهران.

سایر ییماریها را در بر میگیرند و این امر امکان مقایسه و بررسی اقتصادی بین ییماریهای مختلف را در بسیاری از موارد غیرممکن و در نهایت امر بی ارزش میسازد، لذا تصمیم گرفته شد که در این مقاله منحصرًا تنایع بدست آمده از ییماران اسکیزوفرن گزارش شود و بررسی سایر ییماریها به گزارش دیگر موکول گردد. همچنین اگر چه سعی بر آن بود که جملگی عوامل و علل در رابطه با ییماری اسکیزوفرنی مورد بررسی و مطالعه قرار گیرند ولی قدان 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 صرف نظر شود؛ چراکه قرار گرفتن قسمت اعظم پرونده‌های دارستون «بی‌جواب» و «نامشخص» عملاً ارزش و تیجه‌گیری جدول مربوط را از بین میبرد.

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

نتایج مطالعه

فراآنی اسکیزوفرنی:

باتوجه به اینکه از ۰۶۰۰۰ پرونده مطالعه شده ۷۰۰ پرونده مربوط به ییماران اسکیزوفرن بوده است، چنین تیجه میشود که ۴۴٪ ییماران بستری شده در بیمارستان روزبه در سالهای تحت مطالعه ییماران اسکیزوفرن بوده‌اند.

فراآنی این ییماری در مقایسه با دیگر ییماریهای 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 شیوه و فراوانی این ییماری در کشورها و مناطق مختلف نسبت داد، باید ناشی از تفاوت‌های فرهنگی و عدم توافق همگانی در تعریف و ملاک‌های تشخیصی این ییماری در ممالک و مناطق مختلف دانست (۱۳).

در گزارش دکتر میرسپاسی در سمپوزیوم اسکیزوفرنی در این (۱۲) فراوانی، ییماران اسکیزوفرن در بیمارستان روانی روزبه طی سالهای ۱۳۴۱-۱۳۳۱، ۱۳۴۱-۱۳۳۱٪ ۲۳٪ 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 ییماران پیشتر در مدت ۱۰ سال فاصله این دو بررسی و بالاخره مراجعت ییماران بعلت از بین رفقن حالت شرم و خجلت از بیان ناراحتیهای روانی باشد، ولی احتمالاً ناشی از پدیده تشخیص زیاده از حد (Overdiagnosis) نیز میتواند باشد.

در ایران تاکنون بررسی جامعی در زمینه ییماریهای روانی بطور اعم و ییماری 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 تیجه 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 ییماریها و اختلال‌های عصبی و روانی را شامل میشود ولی به سالمدنان و افراد ۶۵ ساله و پیشتر منحصر گشته؛ و دو میان اگر چه فقط روی اسکیزوفرنها متصرکز است ولی محدود بودن زمینه مطالعه به قریب تولد (Birth order) و بعد خانوار (Family size) مانع از بدست دادن یک تیجه‌گلی و اساسی در باره این ییماری میشود.

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

روش مطالعه و جمع‌آوری اطلاعات:

مقاله حاضر بر اساس مطالعه پرونده‌های پزشکی ۹۰۷ ییمار مبتلا به اسکیزوفرنی از جمیع ۶۰۰۰ ییمار مرخص شده از بیمارستان روانی روزبه طی سالهای ۱۳۵۱ تا ۱۳۵۳ تنظیم گردیده است. بمنظور سهولت بررسی و جمع‌آوری آگاهیهای لازم، بر اساس اطلاعات موجود در پرونده‌های پزشکی ییماران بیمارستان مزبور، پرسشنامه‌ای در یک صفحه تنظیم و اطلاعات موردنیاز از پرونده ییمار به پرسشنامه منتقل سپس بطور دستی استخراج و پس از تهیه جداول، محاسبات آماری بر روی آنها انجام گردید.

اضافه میشود آنچه بعنوان ییماری در این بررسی مورد توجه بوده است، تشخیص پزشک بیمارستان بهنگام مرخصی ییمار از بیمارستان و تکمیل پرونده وی می‌باشد؛ بی‌توجه به اینکه این تشخیص شناهای (سپتماتیک)، 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 برحسب انواع ییماریهای روانی مورد مطالعه و تجزیه و تحلیل قرار گیرند، ولی چون در جریان بررسی معلوم گردید که بیش از ۴۴٪ پرونده‌های مربوط به ییماران اسکیزوفرن بوده است و مسابقی پرونده‌ها با پراکندگی بسیار وسیعی

خصوصیات جمعیتی:

مشخص ۲۲۷ تن (۲۷/۲٪) یوسواد 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 یوسواد (۴۸/۵٪) بود که بدنبال آن زنان با تحصیلات در حد ابتدائی (۴۴/۶٪) قرار داشتند. کمترین گروه بیمار را در هر دو گروه، بیماران با تحصیلات عالی تشکیل میدادند که به ترتیب ۴/۸٪ در مردها و ۸/۳٪ در زنها بود. اگر چه بیشترین مراجعت و بستری شد گان 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، چراکه بیماران طبقات اقتصادی اجتماعی بالایشتر به بیمارستانها و درمانگاههای خصوصی مراجعه میکنند و این امر امکان بررسی وضع سواد را در رابطه با فرآوانی و نوع بیماری روانی تحدیودی محدود میسازد، ولی بهر حال مقایسه سطح سواد و آموزش بیماران اسکیزوفرن و دیگر بیماران روانی بستری شده در این بیمارستان این نکته را بdest میدهد که اسکیزوفرنی در افراد با سواد و دارای تحصیلات بالاتر شیوع بیشتری دارد تا در افراد یوسواد و کم سواد، زیرا همانطور که اشاره شد ۲۷/۲٪ بیماران اسکیزوفرن یوسواد بوده اند و حال آنکه ۴۳/۶٪ بیماران دیگر روانی بستری شده در این بیمارستان یوسواد 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 χ^2 درین این دو گروه بیمار از نظر تفاوت آموزش و تحصیلات بشدت معنی دار بوده است.

$$(X2 = ۷۷/۹۹, df = ۳, F = ۵/۹۹, t = ۰/۰۰۱)$$

بررسی شغلی بیماران مرد تحت مطالعه (شغل بیماران زن در پرونده پژوهشی آنها ذکر نشده بود) تا حدودی تأیید کننده نظر آورده شده در پیش درمورد وابستگی بیماران به طبقات اقتصادی - اجتماعی پائین است، چراکه از ۴۰۹ بیمار مرد که شغل آنها در پرونده پژوهشی 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 داشته اند. دکتر سیمون اس. کتی (Seymour S. kety) نیز در گزارش خود در کنفرانس سالانه

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 بوده اند. 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 مرد ها در جامعه ایرانی و سهولت مراجعت و دسترسی بیشتر آنان به امکانات و خدمات موجود دانست و نه صرفاً ناشی از شیوع بیشتر این بیماری در مرد ها، چراکه در گزارش 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 پژوهشی و روانشناسی نیز اصولاً به تفاوت دو جنس اشاره ای نشده است.

از نظر پراکندگی سنی حداکثر شیوع بیماری در گروه سنی ۲۰-۲۹ (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 تفاوت هایی با یکدیگر نشان میدهد، بدین معنی که در حالیکه مرد تفاوت هایی با یکدیگر نشان میدهد، بدین معنی که در ۳۰ سال دارند فقط 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 ۲۷/۲ و ۳۱/۷ 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:

نتایج بدست 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 χ^2 بشدت معنی دار است.

(۳۸۰/۸ d. f = ۲ < ۰/۰۰۵) ولی وقتی این بررسی در بیماران زن و مرد به تفکیک انجام میگیرد نتایج متفاوتی بدست میآید، بدین معنی که حداکثر بیماران مرد همچنان در گروه مجردین قرار دارند (۲۱/۳٪) و حال آنکه در بیماران زن حداقل فرآوانی 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 کرده اند.

در جامعه تحت مطالعه میزان سواد بطور اعم و در بیماران زن بطور اخص، پائین است چراکه از جمیع ۸۲۴ بیمار با وضع سواد

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 تایج جالبی در این زمینه بدست میدهند. تایج بدست آمده از این بررسی‌چنین معلوم داشته‌اند که فرزندان نخست (یکم و دوم) بیش از دیگر فرزندان در معرض ابتلاء به این بیماری قراردارند، چرا که از جمع ۷۷۲ بیمار با ردیف تولد مشخص ۳۷۹ بیمار (۴۹/۱٪) فرزندان یکم یا دوم خانواده‌خود بوده‌اند، همچنین تایج بررسی نشان داده‌اند 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 ابتلاء 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 بیمارستان ۲۴ ماه بددست آمده است (بیماران مرد ۵/۲۳ مام-بیماران زن ۲۵ ماه). در حدود نیمی از بیماران در هر دو گروه (۴/۴۸٪) بیماران مرد و (۴/۴۴٪) بیماران زن) حداکثر یک سال قبل از بستری شدن در بیمارستان بیمار بوده‌اند و نیم دیگر به تفاوت دورانهای کم و بیش طولانی بیماری را داشته‌اند.

باتوجه به سیر و مراحل مختلف اسکیزوفرنی میتوان چنین تیجه گرفت که بیماران اسکیزوفرن در ایران کم و بیش در مرحله استقرار و پیشرفت 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 بیش از مراعجه به بیمارستان درمی‌باشد که بیماران مرد بطور متوسط نزدیک بیک سال (۱۱ ماه) آنچنان بیمار بوده‌اند که از پرداختن به کار و حرفة خود بازمانده بشمار می‌رکنند.

شک نیست چنین تأخیر کم و بیش طولانی در مراعجه به بیمارستان و آغاز درمان، در تیجه درمان مؤثر خواهد بود، همانطور که در بیماران تحت بررسی در این مطالعه مؤثر بوده است. وقته که به ارزیابی تیجه درمان بیماران اسکیزوفرن در بیمارستان روزبه می‌پردازیم، می‌بینیم که از ۸۵۷ بیمار با تیجه درمان مشخص شده در پرونده فقط ۲۶۲ تن (۳۰٪) با بهبود قابل توجهه از بیمارستان مرخص شده‌اند، در حالیکه ۵۵۲ تن (۶۵٪) با «بهبود نسبی» و ۴۳ تن (۵٪) بی‌هیچگونه بهبود بیمارستان را ترک گفته‌اند.

انجمان روان‌شناسان 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 با توجه به این نکته که بیماریهای ارثی در فرزندان زوجین خویشاوند و هم‌خون احتمال بروز وظهور 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 نسبه هیچ یک از موضوعات فوق را نأیید نمی‌کنند چرا که در مورد سابقه بیماری در خانواده ۵۰۳ بیمار (۷/۶۴٪) هیچ‌گونه سابقه‌ای را ذکر نمی‌کند. بر کنار از این نکته که در پرونده ۱۷۱ بیمار (۸/۱۸٪) از ۹۰۷ بیمار تحت مطالعه اصولاً پاسخ به این پرسش بی‌جواب و نامشخص مانده است و در بین اندک‌عده‌ای که سابقه بیماری را در خانواده خود ذکر کرده‌اند، بیشترین آنها (۴/۵۸٪) آنرا در حد اقوام بدون مشخص کردن نوع وابستگی و خویشاوندی یا ناداشته‌اند.

در مورد خویشاوندی والدین بیمار نیز همچنان این نامعلومی در بین است. از جمع ۹۰۷ بیمار، ۲۳۷ بیمار (۱/۲۶٪) نوع خویشاوندی والدین خود را معلوم نساخته‌اند و از ۶۷۰ بیمار (۷/۳۵٪) بیمار (۷/۷۹٪) والدین خود را بدون هر گونه قرابت و خویشاوندی معرفی کرده‌اند.

همانطور که اشاره شد، یافته‌های بدست آمده فرضیه‌های پیش آورده شده را تأیید نمی‌کنند 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 ناگاه بوده باشد و یا نوع آنرا نداند.

۲- بیمار بدلا لیلی از ذکر خویشاوندی والدین و یا سابقه بیماری در خانواده خود خودداری نماید.

۳- عدم پیگیری و دقت اشخاصی که پرونده‌پزشکی بیمار را بهنگام پذیرش تهیه کرده‌اند موجب شده باشد که بیمار و اطرافیان وی مشخصات منوط را بی‌جواب و در نهایت امر بطور نادرست پرکرده باشند.

دکتر پهرامی (۱۲) در سمپوزیوم اسکیزوفرنی در ایران، در گزارش خود درباره سابقه بیماری در خانواده بیماران اسکیزوفرن بستری شده در بیمارستان روانی روزبه طی سالهای ۱۳۳۸-۴۳ ضمن ارائه دلائل فوق در توجیه فزوونی موارد منفی (۵/۴۴٪) مثبت، (۵/۵٪) مورد منفی در سابقه بیماران اضافه کرده‌اند که از این پس دقت خواهد شد تا پرونده‌های بیماران بطور کامل تر و صحیحتر تکمیل شوند. این بررسی که قرب ب ۱۲ سال بعد از آن بررسی و بر اساس پرونده بیماران بستری شده در همان بیمارستان تنظیم و انجام گردیده است، ۴/۶۷٪ مورد منفی بدست میدهد.

روزمره افراد، افزایش بیماریها و اختلالات روحی و روانی است. اسکیزوفرنی، این بیماری منعدم کننده روان و شخصیت از جمله بیماریهای روانی است که مجموعه عوامل فوق بکمال ذمینه 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 بجهت نگهداری، مراقبت و پرستاری این بیماران صرف می‌شود از سوی دیگر و بالاخره زیان مادی و معنوی که بیماران اسکیزوفرن بجهت رفتار از هم گیخته خود به خود و جامعه خود میرسانند، جملکی 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 ویژگیهایی 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 طراح اول در این ذمینه 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 روزبه طی سالهای ۱۳۵۱-۵۳ تنظیم گردیده بر این‌هدف 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.

گواینکه تاییج بدست آمده در چند مورد تأیید کننده تاییج گزارش شده از سوی دیگران است، ولی بی جواب‌ماندن بعضی از سوالات در بسیاری از پرونده‌ها و عدم اطمینان از پاسخ صحیح بیمار در بسیاری دیگر، موجب آن شده است که بررسی و تیجه گیری در مورد عوامل و متغیرهایی که بیوژه مورد تقدیر نویسنده‌گان مقاله بوده است (چون میزان درآمد، بعدخانوار، خویشاوندی والدین بیمار...) عملاً غیرممکن و در نهایت امر مشکوک گردد.

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

تشکر و سپاس:

نویسنده‌گان مقاله وظیفه خود میدانند از همکاریهای سودمند آفای دکتر بهرامی استاد محترم دانشگاه که در طرح دیزی این برنامه از هیچ‌گونه راهنمایی دریغ نکردهند و نیز مسئولان بیمارستان روزبه تشکر نمایند.

ولی بهر حال تیجه 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 تیجه درمانی داشته‌اند و در مقابل 6% بیماران مرد که بی تیجه و احیاناً تشیدید بیماری بیمارستان را ترک کرده‌اند، فقط $3/4\%$ بیماران زن با چنین نتیجه‌ای از بیمارستان روانه‌منزل شدند. این تفاوت تیجه درمان از نظر آزمون آماری X^2 معنی‌دار بوده است ($0.05 < \chi^2 = 2/19$ و $d.f = 2$). از نظر روش درمان مورد استفاده در بیمارستان روزبه در درمان بیماران اسکیزوفرن دوروش دارو درمانی و الکتروشوك و دارو تقریباً تنها روش‌های بکار گرفته شده بودند، چراکه نخستین روش در $21/2\%$ بیماران و دومین روش در $27/2\%$ بیماران مورد استفاده بوده است.

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

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

بهر حال بی توجه 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 الکتروشوك و دارو پیشی دارد و لی بیماران زن بیش از بیماران مرد بالکتروشوك و دارو و کمتر از آنها، بوسیله دارو درمانی تحت درمان قرار گرفته‌اند که این اختلاف احتمالاً اتفاقی بوده و عامل خاصی مورد توجه نبوده است، چراکه آزمون آماری χ^2 در این مورد جواب‌مند دار بوده است ($0.1 < \chi^2 = 2/61$ و $d.f = 2$) تفاوت تیجه درمان بیماران زن در مقایسه با بیماران مرد را با توجه به این نکته که مدت بیماری بیماران زن پیش از امر اجتعه به بیمارستان طولانی‌تر از بیماران مرد بوده است و در نهودنشانه و علامتی دال بروخامت بیشتر بیماری در مرضدها، 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:

کسترش صنعت و توسعه روزافزون زندگی شهری و صنعتی همراه با افزایش جمعیت مسائلی چون افزایش تراکم، استرس، هیجانات روحی و اضطرابهای موج بیشوند که تیجه تأثیر آنها بر زندگی

جدول ضمیمه

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

کل		زن		مرد		
*%	تعداد	*%	تعداد	*%	تعداد	
۱۰۰	۹۰۷	۳۳/۶	۳۰۵	۶۶/۴	۶۰۲	کل سن (سال)
۴۶/-	۴۱۶	۳۷/۴	۱۱۴	۵۰/۲	۳۰۲	۱۵-۲۴
۲۷/۴	۲۴۹	۲۴/۶	۷۵	۲۹/-	۱۷۴	۲۵-۳۴
۱۲/۳	۱۱۲	۱۵/۳	۴۷	۱۰/۸	۶۵	۳۵-۴۴
۷/۲	۷۰	۱۴/۱	۴۲	۴/۵	۲۷	۴۵-۵۴
۲/۳	۲۱	۴/۳	۱۳	۱/۳	۸	۵۵+
۴/۳	۳۹	۴/۳	۱۳	۴/۲	۲۶	نامشخص
وضع ازدواج						
۵۷/۱	۵۱۸	۳۱/۵	۹۶	۷۰/۱	۴۲۲	مجرد
۳۹/۸	۳۹۱	۶۲/۶	۱۹۱	۲۸/۲	۱۷۰	ازدواج کرده
۳/۱	۲۸	۵/۹	۱۸	۱/۲	۱۰	نامشخص
سوانح						
۲۵/-	۲۲۷	۴۲/-	۱۲۸	۱۶/۴	۹۹	بیسواد
۲۹/۲	۲۶۵	۲۱-۳	۶۵	۳۳/۳	۲۰۰	ابتدائی
۳۰/۳	۲۷۵	۲۰/-	۶۱	۳۵/۵	۲۱۴	متوسطه
۹۳	۵۷	۳/۲	۱۰	۷/۸	۴۷	عالی
۹/۲	۸۳	۱۳/۴	۴۱	۷/-	۴۲	نامشخص
شغل						
-	-	-	-	۱۸/-	۱۰۸	بیکار
-	-	-	-	۲۸/۷	۱۷۳	مشاغل ساده
-	-	-	-	۱۵/-	۹۰	کارگر متخصص
-	-	-	-	۶/۳	۳۸	شغل آزاد و کارمند عالیرتبه
-	-	-	-	۲۰/۸	۱۲۵	سایر مشاغل
-	-	-	-	۱۱/۳	۶۸	نامشخص

* 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.

کل	سابقه بیماری در خانواده					
*%	تعداد	*%	تعداد	*%	تعداد	
۸/۸	۸۰	۷/۲	۲۲	۹/۶	۵۸	یک یا هردو 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	۲۰/۹	۶۳	۲۴/-	۱۴۴	۳-۴
۲۶/-	۲۲۵	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+
۱۹/۸	۱۵۳	۲۰/۴	۶۲	۱۵/۱	۹۱	نامشخص
مدت بیماری (به سال)*						
۳۷/۸	۳۴۲	۳۶/۱	۱۱۰	۳۸/۷	۲۳۳	<۱
۱۲/۷	۱۱۵	۱۲/۷	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 مراجعت به بیمارستان.

کل		زن		مرد		
*%	تعداد	*%	تعداد	*%	تعداد	
						روش درمانی
۶۷/۵	۶۱۲	۶۶/۲	۲۰۲	۶۸/۱	۴۱۰	دارو درمانی
۲۵/۵	۲۳۱	۲۹/۵	۹۰	۲۲/۴	۱۴۱	الکتروشوك و دارو
۱/۳	۱۲	۱/۳	۴	۱/۳	۸	روشهای دیگر
۵/۷	۵۲	۳	۹	۷/۲	۴۳	نامشخص
						نتیجه درمان
۲۸/۹	۲۶۲	۳۴/۷	۱۰۶	۲۵/۹	۱۵۶	بهبود قابل توجه
۶۰/۸	۵۵۲	۵۹/۳	۱۸۱	۶۱/۶	۳۷۱	بهبود نسبی
۴/۸	۴۳	۳/۴	۱۰	۵/۵	۳۲	عدم بهبود
۵/۵	۵۰	۲/۶	۸	۷/۱	۴۲	نامشخص

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 Jovanovich 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 ۴۲۴-۴۲۹.
- دکتر بطحائی - حسن و همکارانش - مجله نظام پزشکی، سال چهارم، شماره یک (۱۳۵۲) ص ۷-۱۳.
- 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.
- سینوزیوم اسکیزوفرنی در ایران، ۱۳۴۳-۱۳۴۴ دیماه ۱۲-۱۸ - 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 فرج - جهانگیر «روانپزشکی» جلد چهارم (۱۳۵۱). انتشارات دانشگاه مشهد - مشهد ص. ۱۹۹.
- Grecary ,Fondamentals of Psychiatry (1968) W. B. Saunders Co. Philadelphia P. 462.