

ویژگیهای همه گیری شناختی بیماران اسکیزوفرنیک در یک پیگیری شش ساله

دکتر یونس نابدل^۱ دکتر نصرت اله پور افکاری^۲ حسین داداش زاده^۳

خلاصه

زمینه و اهداف: اسکیزوفرنیا اختلالی است که شاید بیشترین پسرفت روانی، رفتاری و شغلی را در پی داشته باشد. چگونگی درمان، پیگیری دراز مدت و حتی برخورد خانواده با بیمار در میزان پسرفت موثر است. هدف اصلی پژوهش حاضر بررسی میزان پسرفت بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیای مزمن در یک مطالعه آینده نگر بود. در کنار این هدف اصلی عواملی نظیر سن شروع بیماری، نسبت شیوع در دو جنس، توزیع جغرافیایی (شهر و روستا)، سطح تحصیلات، طبقه اجتماعی، سابقه بیماری روانی در خانواده، دفعات و طول دوره های بستری شدن و چگونگی کنترل پزشکی مورد مطالعه قرار گرفت.

روش بررسی: یک صد بیمار براساس ملاکهای راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی - ویراست تجدید نظر شده سوم DSM-III-R که حدود چهار سال از شروع بیماری آنها می گذشت انتخاب و به طور آینده نگر به مدت دو سال پیگیری شدند. علاوه بر تکمیل پرسشنامه، عملکرد بیماران در آغاز دوره های بستری شدن، هنگام ترخیص و در خاتمه دو سال با مقیاس ارزیابی عملکرد کلی G.A.F مورد ارزیابی قرار گرفتند.

یافته ها: اسکیزوفرنیا در بیماران ما در سنین نسبتاً پایینتری شروع شده بود. نسبت بیماران شهری و روستایی دو به یک بود. پنجاه و پنج درصد بیماران کمتر از ۳ بار، ۱۸٪ کمتر از ۵ بار و ۲۱٪ بیش از ۶ بار سابقه بستری شدن در بیمارستان داشتند. میزان مراقبت مستمر پزشکی و مصرف مرتب دارو پایین بود. و بالاخره ارزیابی سطح عملکرد کلی در مقایسه با آمارهای غربی پایینتر و در قریب ۸۰٪ موارد پایینتر از ۴۰ بود.

نتیجه گیری: با توجه به یافته های فوق به نظر می رسد که پرداختن به اقدامات پیشگیری بویژه از نوع اول، تسری دادن اقدامات درمانی توانبخشی به جامعه و درون خانوادههایی که بیمار اسکیزوفرنیک دارند، و نیز پرداختن به درمانهای توان بخشانه در بیماران روانی که در بخشها بستری هستند، یک ضرورت عینی و آشکار است.

کلید واژه ها: اسکیزوفرنیا، پیش آگهی، پیگیری

۱- روانپزشک مرکز آموزشی و درمانی رازی تبریز (نویسنده رابط)

۲- استاد گروه روانپزشکی - دانشگاه علوم پزشکی تبریز

۳- روانشناس بالینی - مرکز آموزشی و درمانی رازی تبریز

مقدمه

اسکیزوفرنیا به تمام معنی فاجعه ای انسانی است. نه تنها برای خود بیمار، بلکه برای اطرفیان و جامعه نیز چنین است (۱). به این دلیل فاجعه ای انسانی است که اغلب افراد را در دوره نوجوانی و اوایل بلوغ دچار معلولیت می سازد و از آنجایی که این معلولیت با کاهش در امید به زندگی همراه نیست (۱ و ۲)، سبب ایجاد بار سنگینی بر خدمات بهداشت روانی می شود. ده تا پنجاه درصد تمام تختهای بیمارستانهای روانی هنوز در اشغال اسکیزوفرنیاست.

قریب به یک صد سال که از تشخیص سندرم اسکیزوفرنی (۳) می گذرد، این بیماری برای پژوهشگران همچنان رام نشده و ملو از ابهام باقی مانده است. با توجه به شکل ظاهری بسیار گوناگون و متلون در طول عمر، مفاهیم و تعاریف متضاد، نظریه های سبب شناختی ناهمخوان و بالاخره ناتوانی آدمی در پیشگیری و درمان آن، اسکیزوفرنیا همچنان معضلی چالش برانگیز است (۴). پیش آگهی اختلال نیزیک بعد بسیار مهم را در پژوهشهای اسکیزوفرنیا به فرد اختصاص می دهد. نخست به جهت اینکه در هیچ بیماری نمی توان از تشخیص اسکیزوفرنیا استفاده کرد مگر اینکه به چگونگی سیر اختلال در گذشته توجه شود. گذشته از این، گوناگونی عواملی که می توانند در سیر، عود، و پیش آگهی اختلال تاثیر بگذارند، توجه پژوهشگران را به خود جلب کرده است، کتب جدید با کمال تعجب با خوش بینی بیشتری از گذشته با پیامد اسکیزوفرنیا برخورد می کنند و بیشتر به عوامل پیشگویی کننده سیر اختلال تکیه می نمایند (۱ و ۲) و علی رغم تمرکز پژوهشها بر مسایل ارگانیک (در مقایسه با دهه های پنجاه و شصت) به نقش استرس و هیجان خانواده (EE; expressed emotion) عوامل روانشناختی و استفاده از شیوه های گوناگون در کاهش عود و پسرفت، توجه فزاینده میزول می شود (۴-۷).

از سوی دیگر در جامعه ما به لحاظ محدود بودن امکانات و خدمات روان پزشکی، بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا معمولاً پس از ترخیص، مستقیماً از بخش وارد جامعه و محیط خانواده می شوند و گاهی تا عود بعدی هیچگونه تماسی بین بیمار و سیستم سرویس روان پزشکی وجود ندارد و یا این تماسها محدود به مراجعات ماهانه خانواده جهت دریافت دارو است. به نظر می رسد این شیوه عمل، تا حدود زیادی ثمره کار درمانی سیستمهای مسؤول مراقبت را از بین می برد و پیش آگهی اختلال را برای بیماران جامعه ما از آنچه که باید باشد بدتر می سازد. فقدان سیستمهای تعدیل کننده محیط، نبود آموزش در خانواده، عدم توجه به EE و ورود ناگهانی و بی واسطه بیمار از محیط فاقد استرس و حمایت شده بیمارستان به محیط پراسترس جامعه و منزل، گاهی سبب می شود که بیمار بهبود یافته

مواد و روش تحقیق

بیمارانی که طبق ملاکهای DSM-III-R تشخیص اسکیزوفرنیا داشتند و حدود چهارسال از شروع بیماری آنها می گذشت، جهت پیگیری انتخاب شدند. بنابراین پژوهش ما یک مطالعه گذشته نگر و آینده نگر بود. کلیه مواردی که چه در آغاز مطالعه و چه در حین مطالعه شامل جنبه های زیر بودند از مطالعه حذف شدند: بیمارانی که در سابقه یا در سیر پیگیری علائم بارز خلقی نشان دادند (اسکیزواکتیو) یا در سابقه تشخیصشان به درست یا غلط تشخیص اختلال وجود داشت.

بیمارانی که سابقه ضربه مغزی، صرع یا اختلالی مرتبط با شرایط طب عمومی داشتند.

بیمارانی که ضمن مطالعه روشن می شد سابقه طولانی تر از آنچه در طرح پیش بینی شده بود داشته اند.

بیمارانی که حین پژوهش دسترسی به آنان میسر نشد، یا قبل از پایان ۶ سال پیگیری فوت کردند.

تمام مواردی که اخذ سابقه روشن از آنها (اطرافیان بیمار) امکان نداشت.

بدین ترتیب از مجموع ۱۵۹ مورد انتخاب شده ۵۹ مورد به دلایل مختلف از پژوهش کنار گذاشته شدند و مطالعه بر روی موارد باقی مانده ادامه یافت. از تمام بیماران مورد مطالعه معاینه وضعیت روانی (M.S.E) و ارزیابی عملکرد کلی با مقیاس Global assessment of functioning نود نمره ای در (سه نوبت) به عمل می آمد و با توجه به اینکه در تجربه ثابت شده است که بیماران اسکیزوفرنیک از نظر بیان کارایی خود به هیچ وجه قابل اطمینان نیستند، این جنبه همواره با مراجعه به اطرافیان مورد تحقیق قرار گرفت.

سعی می شد از بیش از یک نفر از اطرافیان تاریخچه و سابقه کسب شود، گرچه این کار در تمام موارد ممکن نشد. از تمام بیماران هنگام پذیرش به بیمارستان، هنگام ترخیص و در پایان طول بررسی GAF (بر مبنای G.F.A نود نمره ای) به عمل آمد. جهت استخراج نتایج نهایی پژوهش از روشهای آمار توصیفی و بویژه درصد و

همچنین جهت معاینه میران شیوع با امارهای جهانی از «معنی

داری نسبت» استفاده شد.

یافته ها

در این پژوهش همه گیر شناسی، سن شروع بیماری، شیوع جنسی، محل تولد (شهر - روستا)، سواد، شغل، طبقه اجتماعی، سابقه بیماری روانی در خانواده، تعداد دفعات طول مدت بستری در بیمارستان، G.A.F و ... مورد بررسی قرار گرفت.

از یک صد بیمار مبتلا به اسکیزوفرنیای تحت بررسی ۷۲ نفر مرد و ۲۸ نفر زن بودند (با توجه به اینکه در مقابل سه بخش مردان در مرکز پزشکی رازی یک بخش زنان وجود دارد، نسبت بیماران مرد به زن نمی تواند مؤید نکته ای باشد) متوسط سنی بیماران در شروع پژوهش (بهار ۷۲) ۲۷ سال [در بیماران مرد ۲۶ سال و در زنان ۲۹/۵ است. با توجه به این که ما بیمارانی را جهت پیگیری انتخاب کرده بودیم که چهار سال از آغاز بیماری آنها می گذشت متوسط سن شروع بیماری در مردان ۲۲ سال و در زنان ۲۵/۵ سال بوده است.

پایین ترین سن شروع بیماری مربوط به دختری ۱۱ ساله و بالاترین سن شروع به زنی ۵۴ ساله بود. تعیین سن شروع اسکیزوفرنیا همواره از پیچیده ترین مسایل طبی بوده است. شروع آهسته بیماری در اغلب موارد و شکل شروع آن گاهی به گونه ای است که آگاهترین والدین را هم متوجه شروع بیماری نمی کند. با

بررسی یک نمونه شروع علایم و سواسی در پسری ۷ ساله، در ۱۲- ۱۱ سالگی معلوم شد که این علایم پیش درآمد اسکیزوفرنیا بوده است. در اینجا تعیین سن واقعی شروع بیماری برای مجربترین پزشکان هم دشوار است.

سن شروع ۱۵ الی ۴۵ سال در بیماران ما ۹۵٪ بود. ۵٪ استثنا شامل ۴ مورد شروع زیر ۱۵ سال و یک مورد شروع بعد از ۴۵ سال بود (۹۹٪ زیر ۴۵). در پیگیری سن شروع بیماری قبل از ۲۵ سالگی در مردان به رقم ۵۳ مورد از ۷۲ بیمار می رسیم که ۷۳٪ موارد را شامل می شود. این نسبت در زنان ۱۵ مورد از ۲۸ بیمار یعنی ۵۲٪ بود.

بررسی چگونگی توزیع جغرافیایی بیماری در شهر و روستا و مناطق پرجمعیت برای ما اهمیت ویژه ای داشت. می خواستیم در یابیم که آیا همانگونه که پژوهشگران غربی و یک مورد بررسی اپیدمیولوژیک ناحیه خراسان (۱۳) اعلام کرده اند شیوع اسکیزوفرنیا در مناطق پرجمعیت شهری بالاتر است؟ البته در این مورد روشهای پژوهشی مختلف می توانند بشدت در نتایج پژوهش تداخل کرده و آنها را دگرگون سازند (جدول ۱).

جدول ۱، توزیع جغرافیایی بیمار مورد پژوهش

محل سکونت بیماران	تعداد (نفر)	ملاحظات
بیماران ساکن شهرهای بزرگ	۳۲	با جمعیت بالاتر از یک میلیون نفر
بیماران ساکن شهرهای متوسط	۱۶	با جمعیت بالاتر از ۱۰۰۰۰۰ نفر
بیماران ساکن شهرهای کوچک	۱۴	با جمعیت زیر ۱۰۰۰۰۰ نفر
بیماران ساکن روستا	۲۸	

باروری در بیماران اسکیزوفرنیک

فقدان توانایی ابراز محبت و یا حتی پیدایش دوستیهای جدید سبب می شود که بسیاری از بیماران اسکیزوفرنیک مجرد باقی بمانند و یا اگر ازدواج کرده اند کارشان به جدایی بکشد.

اما مسأله به اینجا ختم نمی شود؛ بسیاری از بیماران اسکیزوفرنیک علی رغم ازدواج بدون فرزند باقی میمانند. گرچه بعضی از منابع معتقدند که باروری اسکیزوفرنیکها پس از اجرای سیاست درهای باز و غیر موسسه ای کردن به حد افراد عادی

نزدیک شده است (۱)، بعضی دیگر تأکید می کنند که اسکیزوفرنیکها کودکان کمتری دارند (۲). پژوهش ما نشان می دهد که ۶۵٪ اسکیزوفرنیکها (یا بدون ازدواج) فاقد فرزند هستند.

وضعیت تأهل، قشر بندی طبقاتی و وضعیت تحصیلی

وضعیت تأهل در بیماران ما به شرح زیر بود: ۵۲٪ بیماران مجرد، ۳۴٪ متأهل، ۱۰٪ مطلقه، و ۴٪ بلا تکلیف بودند. از نظر قشر بندی طبقاتی ۵۹٪ بیماران از اقشار پایین جامعه، ۲۹٪ از اقشار متوسط و ۷٪ از اقشار بالا بودند. از نظر وضعیت تحصیلی ۲۷٪

بیسواد، ۲۶٪، کم سواد، ۲۰٪، با سواد دبیرستانی و بالاخره ۲٪ تحصیلات دانشگاهی داشتند.

طول مدت و تعداد دفعات بستری شدن

برخی از پژوهشها طول دوره های بستری شدن را به عنوان شاخصی از پیش آگهی تلقی می کنند (۱). بستری شدنهای متعدد همواره قرینه‌ای از پسرقت شغلی و روانی تلقی می شود. طول مدت بستری شدن در ۶۶٪ بیماران ما کمتر از ۶ ماه، در ۲۲٪ آنها ۶ ماه تا یک سال، و فقط در ۵٪ آنها بیشتر از یک سال بود. ۵۵٪ بیماران کمتر از ۳ نوبت سابقه بستری داشتند، ۱۸٪ بیماران ۴-۵ نوبت و بالاخره ۲۱٪ بیش از ۶ نوبت سابقه بستری شدن داشتند. کوتاهترین دوره بستری در مردان یک روز و در زنان ۳ روز و طولانی ترین طول مدت بستری در مردان ۱۱۵۵ روز و در زنان ۲۸۱ روز (در یک نوبت) بود.

میانگین طول مدت بستری در مردان ۱۷۱ روز و در زنان ۱۱۱ روز (در بستریهای متعدد) بود.

میانگین طول مدت بستری (در یک نوبت) برای مردان ۴۲ روز و برای زنان ۴۰ روز بود.

میزان اشتغال در بیماران اسکیزوفرنیک

از دیدگاه DSM II R و DSM IV اختلال در عملکرد شغلی یک ملاک ضروری جهت تشخیص اسکیزوفرنیا است (۹). اختلال عملکرد در بیماران ما بسیار بارز بود. فقط ۲۸٪ از بیماران ما در فواصل عود (بهبود نسبی) شاغل بودند. نسبت شاغلین به بیکاران در مردان ۲۰/۵٪ و در زنان ۴۶٪ بود. میزان بیکاری و بازنشستگی پیش از موعد در ۷۲٪ بیماران وجود داشت (جدول شماره ۲).

جدول ۲، شغل بیماران مورد پژوهش

شغل	مرد (نفر)	درصد	زن (نفر)	درصد	جمع (نفر)	درصد
کارگر فنی	۴	۵/۵۵	-	-	۴	۴
کارمند	۴	۵/۵۵	-	-	۴	۴
شغل آزاد	۳	۴/۱۶	-	-	۳	۳
کشاورز	۴	۵/۵۵	-	-	۴	۴
دانش آموز	-	-	-	-	-	-
خانه دار	-	-	۱۳	۴۶/۴۲	۱۳	۱۳
بازنشسته	۱	۱/۳۸	-	-	۱	۱
بیکار	۵۶	۷۷/۷۷	۱۵	۵۳/۵۸	۷۱	۷۱
جمع	۷۲	۱۰۰	۲۸	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰

ارزیابی مقیاس کلی عملکرد (G.A.F)

جهت ارزیابی عملکرد بیماران از مقیاس G.A.F نود نمره ای DSM III R استفاده کردیم. بیماران هنگام پذیرش - ترخیص و در پایان پژوهش با این مقیاس مورد ارزیابی قرار گرفتند. بیمارانی که در پایان پژوهش قابل دسترسی نبودند از طرح حذف شدند. جدول ۳ میانگین نمرات G.A.F بیماران را به تفکیک در مردان و زنان اسکیزوفرنیک نشان می دهد. جهت مقایسه پیش آگهی اسکیزوفرنیا در مناطق شهری و روستایی، میانگین G.A.F در این دو گروه از بیماران مقایسه گردید: تعداد بیماران از مناطق شهری ۶۵ نفر، میانگین G.A.F نهایی: ۳۵/۸، تعداد بیماران از مناطق روستایی ۳۵ نفر، میانگین G.A.F نهایی: ۳۲/۶

پایین ترین نمره G.A.F در زنان = ۱۰ و در مردان = ۶

بالاترین نمره G.A.F در زنان = ۶۰ و در مردان = ۵۸

میزان مراقبتهای پزشکی در بیماران مورد پژوهش رضایتبخش نبود و این البته نه تنها به خاطر کیفیت بیماری و فقدان بینش بیمار بلکه تا حدودی از کمبود آگاهی و احساس ضرورت درمان از طرف اطرافیان نیز سرچشمه می گرفت. ۷۵٪ بیماران ما مراقبت پزشکی ناچیزی در گذشته داشتند و ۲۰٪ از مراقبت رضایتبخش برخوردار بودند. در همین خصوص مصرف دارو در فواصل ترخیص از بیمارستان در ۵۹٪ موارد ناچیز بود، ۱۹٪ مطلقاً دارو مصرف نمی کردند، در ۱۲٪ مصرف دارو تا حدودی رضایتبخش بود و فقط در ۱۰٪ بیماران مصرف دارو ایده آل تشخیص داده شد.

جدول ۳. مقایسه ارزیابی عملکرد کلی بیماران

عملکرد کلی بیماران	میزان GAF 0-20	درصد	میزان GAF - 21-40	درصد	میزان GAF 41-60	درصد	جمع
در مرحله پسیکوتیک - مردان	۱۹ نفر	۲۶/۴	۴۱ نفر	۵۷	۱۲ نفر	۱۶/۶	۷۲ نفر
در مرحله پسیکوتیک - زنان	۶ نفر	۲۱/۴	۱۸ نفر	۶۴/۳	۴ نفر	۱۴/۳	۲۸ نفر
زمان ترخیص - مردان	۱۲ نفر	۱۶/۷	۴۸ نفر	۶۶/۶	۱۲ نفر	۱۴/۷	۷۲ نفر
زمان ترخیص - زنان	۵ نفر	۱۷/۹	۱۹ نفر	۶۷/۹	۴ نفر	۱۴/۲	۲۸ نفر
پایان ۶ سال - مردان	۱۷ نفر	۲۳/۷	۴۸ نفر	۶۶/۶	۷ نفر	۹/۷	۷۲ نفر
پایان ۶ سال - زنان	۶ نفر	۲۱/۳	۱۷ نفر	۶۰/۷	۵ نفر	۱۷/۸	۲۸ نفر

بحث

گرچه مطالعه پیشاهنگ بین‌المللی اسکیزوفرنیا (IP.S.S) و دیگر پژوهش‌های مشابه نشان داده اند که اسکیزوفرنیا اختلالی با علایمی تقریباً مشابه در سراسر گیتی است، اما تاثیر فرهنگها و عوامل محیطی را نمی‌توان در آن نادیده گرفت، حتی در مورد میزان شیوع در کشورهای مختلف گاه تا ۱۲ برابر اختلاف گزارش شده است (۳). گرچه این فاصله غیرقابل قبول را به تغییرات روش شناختی نسبت داده اند، اما بهرحال نقش عوامل و استرس‌های خاص جوامع مختلف را نمی‌توان نادیده گرفت. بنابراین آمارهای گوناگونی را که در مورد اسکیزوفرنیا به نقل از پژوهش‌های جوامع غربی در کتب مرجع ذکر شده است حداقل در مواردی نمی‌توان به طور چشم بسته پذیرفت، مگر آنکه تحقیقات بدون سوگیری، کنترل شده و متعدد آنها را تأیید کنند. پژوهش حاضر می‌تواند فقط گامی کوچک از مجموعه تحقیقاتی باشد که باید در این راستا به عمل آید.

یکی از نتایج پژوهش ما این بود که در ۹۵٪ موارد سن شروع بیماری بین ۴۵-۱۵ سال بود (در مقابل آمار جهانی ۹۰٪) (۱)، و آن ۵٪ بقیه هم عمدتاً سن شروع زیر ۱۵ سال داشتند. در پیگیری سن شروع هم به نکته مشابهی برخورد کردیم. در ۷۳٪ مردان و ۵۳٪ زنان سن شروع بیماری قبل از ۲۵ سالگی بود که از آمارهای جهانی بالاتر است. آیا این بدان معنی است که سن شروع اختلال در جامعه ما تا حدودی جلوتر است؟ آیا جوان بودن ترکیب سنی جامعه ما می‌تواند توجیهی برای این مسأله باشد؟

بالاخره چون نسبت تفاوت آماری از ۹٪ تجاوز نمی‌کند و آمار در حد «معنی دار بودن» قرار دارد، فقط می‌توان گفت که مسأله به مطالعات کنترل شده بیشتری نیاز دارد.

توزیع جغرافیایی بیماری در شهر و روستا (مناطق صنعتی و در حال رشد) اخیراً در جوامع غربی مورد پژوهش‌های جدی قرار گرفته است. این پژوهشگران نتیجه گرفتند که اسکیزوفرنیا در مناطق پرجمعیت شهرها شیوع و تراکم بیشتری دارد؛ در حالی که پیش آگهی آن در مناطق صنعتی و کشورهای رشد یافته از مناطق روستایی و کشورهای در حال رشد بدتر است.

صرفنظر از مشکلات روش شناختی در این زمینه که در مبحث قبل بدانها اشاره شد و بجز با مطالعات کنترل شده و تأیید یافته، قابل رفع نیست، ما به نتایجی متفاوت از پژوهش‌های غربی دست یافتیم. چرا که ۲۸٪ بیماران ما از مناطق روستایی بود. و تنها حدود یک سوم آنها در شهرهای بزرگ زندگی می‌کردند.

آیا انسجام خانواده‌های شرقی مانعی برای فرار بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا و سرگردانی آنها به صورت بی‌خانمان‌های شهرهای بزرگ است؟ آیا ما هنوز شهرهای صنعتی میلیونی به مفهوم غربی خیلی کم داریم؟ (در استان ما فقط یک شهر). مسأله توزیع جغرافیایی بیماران اسکیزوفرنیک نیاز به پژوهش‌های گسترده‌ای دارد.

در مورد سطح عملکرد اجتماعی، اکثریت بیماران (۸۰٪) نمره G.A.F زیر ۴۰ داشتند. درصد نسبتاً بالایی نیز نمره دارای زیر ۲۰ بودند و در مجموع ۹۰٪ بیماران پسرفت نسبتاً قابل ملاحظه داشته و عملکرد خوبی نداشتند. این در تضاد با آمارهای غربی و بخصوص برخورد خوشبینانه kendell است (۲).

البته باید علل رسیدن به این نتایج آماری را در زمینه‌های زیر جستجو کرد:

پارک مانند برخوردار است، اما تراکم بیمار مانع از اجرای برنامه های کافی جهت تحرک و سرزنده و فعال نگاه داشتن بیماران می شود.

به هر حال امکانات موجود در مقایسه با تعداد بیماران، برای خدمات ایده آل بخصوص در خارج از بیمارستان کافی نیست و این امر از کارایی و نتیجه بخش بودن درمان می کاهد. نکته دیگری که در حقیقت در خصوص همین محدودیت امکانات و پیگیری بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا قابل بحث است قلیل بودن تعداد بیماران شاغل ما در مقایسه با آمارهای جهانی است (۱ و ۲ و ۹ و ۱۰ و ۱۴). قریب دو سوم بیماران ما بیکار هستند که این نسبت در آمارهای جهانی ۵۰٪ است. بالا بودن درصد اشتغال در زنان در آمارهای ما نتیجه «شغل خانه داری» است که تا حدود «پسرفت متوسط» بیمار همچنان شاغل محسوب می شود و این «حرفه» از انعطاف بیشتری در شاغل محسوب شدن برخوردار است. و بالاخره در پیگیری طول مدت بستری و دفعات بستری باز هم به همان ضعف قلیل بودن امکانات پیگیری و در نتیجه بستریهای متعدد و موسسه ای شدن می رسیم و در نهایت وقتی آمارها نشان می دهد که ۷۵٪ بیماران ما از مراقبت ناچیز پزشکی برخوردارند و حدود ۵۹٪ آنها مصرف داروی نامرتب دارند، نباید انتظاری بیشتر از این داشت.

بیماری آنها حدس نه و در مراجعه ها و بستریهای مکرر مورد مطالعه پژوهشی ما قرار گرفته و نمی توانند نمونه تیپیک کل بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا در جامعه باشند و به جرأت می توان گفت همه بیماران را در بر می گیرد که نیازمند بستری هستند.

۲- با توجه به فقدان یا محدودیت امکانات توان بخشی، فقدان یا محدودیت امکانات پیگیری در خارج از بیمارستان، فقدان یا محدودیت کار با خانواده ها از نظر آماده کردن خانواده و محیط، عدم امکانات از نظر بیمارستانهای روزانه (۱۰ - ۱۳) و خانه های نیمه راه و ناتوانی در توجه به E.E (۱۴) و بالاخره کمبود امکانات در اجرای دستورهای پزشکی در محل زندگی بیماران، سبب می شود که توان کافی برای جلوگیری از پسرفت بیماران را نداشته باشیم.

۳- محدودیت امکانات بخشهای ما به علت تراکم زیاد بیمار، فقدان مراکزی که بتوانند بیماران مزمن را نگهداری نمایند و تداخل عملی کار بیمارستان با یک مرکز نگهداری تا حدود زیادی از امکانات بالقوه آن کاسته و کیفیت مطلوبی را که در صورت انتقال بیماران مزمن از آن (مثلاً انتقال به دهکده روانی) می تواند ظاهر شود از آن گرفته است. این تراکم بیمار (حدود ۶۰ نفر در هر بخش) مانع از ایجاد امکاناتی نظیر امکانات تفریحی، رفاهی، سرگرمی، روان درمانی، گروه درمانی و ... می شود که جهت فعال و سرزنده

References:

- Kaplan H, Sadock B, Grebb J. Synopsis of Psychiatry. VI ed. New york, Williams & Wilkins 1994; P: 454 - 486
- Kendell RE, Aalley AD. Companion to Psychiatric studies. Fifth Ed. Richardson Churchill livingstons, 1995; P: 394-425
- Kaplan H, Sadock B. Textbook of psychiatry V td New york, Williams & wilkins 1995; P: 889-1018.
- Coblstein MJ, Handof I, Hallwey K. Treatment of schizophrenia. Berlin. Springer verlag 1986; P: 24-34
- Kuipers L. Expressed Emotion in 1991. Soe psychiatry psychiatr Epidemiol 1992 27: 1-3
- Christin E, Vaughn. Annotation: Expressed Emotion in family relationship child psychiat 1989; No 1:11-22
- Kavanach, D J. Recent development in expressed emotion in schizophrenia. Brit. J. of Psych 1992; 160: 601-602
- ضیائی س ع. بررسی همه گیر شناسی و شایع ترین علائم در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی بستری در یک بخش روانپزشکی دانشگاهی در مشهد. پایان نامه دکتری تخصصی، ۱۳۶۷
- Frances A, Pincus, HA, Michael B. First DSM-IV American psychiatric Association, 1994; p: 282.
- Schmid GB, Stassen HH, Gross G, Huber G, Angst J. Long term prognosis of schizophrenia psychopathology, 1991; 24 (3): 130-40.
- Rabinowitz J, Modai I. In bar saban N: Understanding who improves after psychiatric hospitalization. Acta psychiatr, Scand Mar 1994; 89 (3): 152-8.
- ۱۲- قریشی زاده س م. نتایج پیگیری شش ساله بیماران دچار اسکیزوفرنی. مجله نظام پزشکی، ۱۳۷۳ دوره دوازدهم، شماره ۳ ص

۱۳- ضیائی س.ع. بررسی همه گیرشناسی و شایعترین علایم در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی بستری در یک بخش روانپزشکی دانشگاهی در مشهد. پایان نامه دکتری تخصصی، ۱۳۶۷.

۱۴- گلیدر م ، مه یو ، گات د. روانپزشکی اکسفورد . ترجمه پورافکاری ن. انتشارات دانشگاه علوم پزشکی تبریز. ۱۳۷۶، ص ۲۹۲.