

گزارش بررسی همه گیرشناسی در یک بخش روان پزشکی دانشگاهی مشهد

AN EPIDEMIOLOGICAL STUDY IN A UNIVERSITY INPATIENT PSYCHIATRIC WARD IN MASHHAD

S.A. Hosseini, M.D.*

This longitudinal study was done on 203 consecutive inpatients hospitalized during a one year period in my ward. An epidemiological study sheet offered by WHO was the basic structure of our questionnaire which we changed according to our cultural needs. In addition to the usual demographic evaluation, referrals, existence of psychiatric manifestations in first and second rank relatives, the duration of multiple hospitalization was more suitable than alternative facilities after discharge, the rate of recovery and disability were studied, too. We found that 55.7% of cases were hospitalized less than one month, and 20.2% and 8.4% consecutively for less than two or three months. 80.8% of cases were experienced their first admissions 9.4% second and 6.4% third admissions. 13.3% of cases need day care. 69.9% were able to accomplish their previous work. The psychiatric diagnosis were 18.8% for organic and symptomatic psychoses, 33% for schizophrenia and paranoid psychoses, 19.2% for affective psychoses, 10.8% for acute reaction to stress and reactive psychoses, 6.9% neurotic and personality disorders, 3.9% mental retardation and 4.4% other diagnoses. Obligatory admissions contain 53.1% for males, 58.9% for females and 55.2% for average admissions.

Keywords: Epidemiological, Inpatient Psychiatric, Diagnosis, Obligatory Admission

*Professor of Psychiatry

مقدمه و هدف بررسی

بررسی همه گیر شناسی و پی گیری بیماران از وظایف اصلی بخش های روان پزشکی می باشد که در ضمن تعیین نوع و شیوع اختلالات روانی در این مراکز، میزان کارآئی مراکز روان پزشکی را نیز مشخص می نماید. به عبارت دیگر بدون پی گیری وضع بیماران، نمی توان نسبت به کارآئی یک بخش روان پزشکی اظهار نظر نمود. موريس در ۱۹۷۶ نتایج زیر را برای مطالعات همه گیر

شناسی ذکر کرده است (۱)

گزارش بررسی همه گیر شناسی در یک بخش روان پزشکی دانشگاهی مشهد

دکتر سید ابوالقاسم حسینی

استاد روان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد

محمد رضا عناصری

کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی

نیره نویان

کارشناس روان شناسی بالینی

نتایج

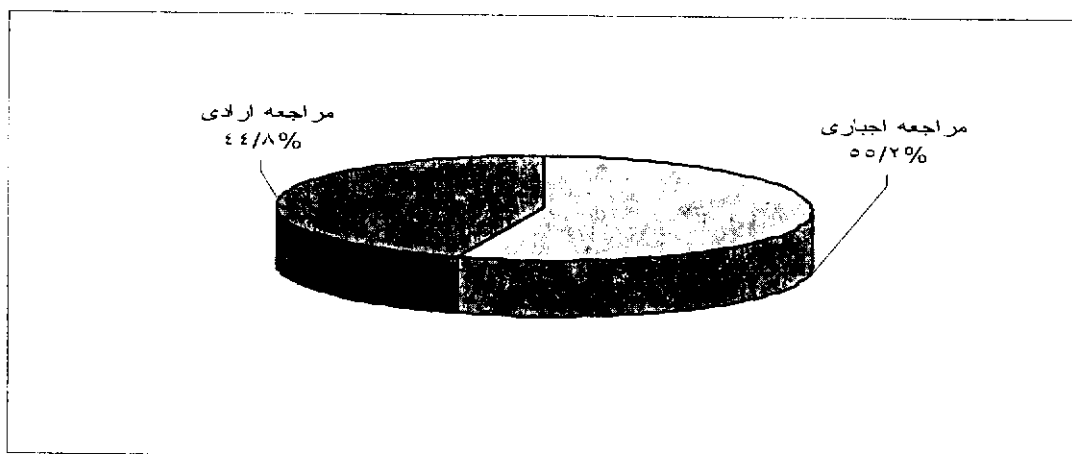
نتایج در جداول شماره ۱۲-۱ و دیاگرامهای ۶-۱ مطرح شده‌اند.

چنانچه در دیاگرام شماره ۱ مشاهده می‌شود ۵۵/۲ درصد مراجعان به‌صورت اجباری و ۴۴/۸ درصد با تمایل خود مراجعه کرده‌اند. رقم مزبور نشان می‌دهد که هنوز اختلالات روان‌پزشکی برای جامعه ما توجیه نشده‌اند و بیماران تا بروز اختلالات جدی به مراکز روان‌پزشکی معرفی نمی‌شوند.

در جدول شماره ۱ بررسی سن بیماران مشاهده می‌شود. سن ۴۰/۹٪ بیماران بین ۴۴-۱۵ سال قرار دارد. بیماری‌رایی زودرس و پی‌گیری مداوم از بیماران ضروری است تا موجب نتوانی آن‌ها و برگشت سریع به کار و فعالیت گردد.

سن بر حسب سال	مرد		زن		تعداد کل	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
<۱۵	۲	۱/۵	۲	۵/۵	۶	۲/۹
۱۵-۲۴	۵۷	۴۳/۸	۲۵	۳۴/۲	۸۲	۴/۴
۲۵-۳۴	۳۲	۲۴/۶	۱۷	۲۳/۳	۴۹	۲۴/۱
۳۵-۴۴	۱۷	۱۳/۱	۸	۱۱	۲۵	۱۲/۴
۴۵-۵۴	۱۱	۸/۵	۵	۶/۸	۱۶	۷/۹
۵۵-۶۵	۵	۳/۹	۱۱	۱۵/۱	۱۶	۷/۹
۶۵ به بالا	۶	۴/۶	۳	۱/۴	۹	۴/۴

جدول شماره ۱ - بررسی سن



- ۱- تشخیص بیماری‌های روانی در جامعه
 - ۲- تعیین کادر لازم برای تأسیسات بهداشت روانی
 - ۳- تکمیل تابلوی بالینی اختلالات روان‌پزشکی
 - ۴- مشخص نمودن سندرم‌های جدید
 - ۵- ارزیابی میزان ابتلای به اختلالات روان‌پزشکی در افراد
 - ۶- بررسی تاریخچه بیماری
 - ۷- مطالعه عوامل موثر در بیماری
- در این بررسی ما سعی کرده‌ایم به چند مورد از اهداف فوق دست یابیم.

روش بررسی

در این بررسی پرسشنامه اختصاصی که توسط سازمان بهداشت جهانی برای بررسی همه‌گیرشناسی بخش‌های روان‌پزشکی توصیه شده بود با اضافه کردن چند جنبه مورد استفاده قرار گرفت و پرسشنامه توسط کارشناسان روان‌شناسی بالینی پر شد.

تشخیص‌های بالینی در جلسات هفتگی توسط روان‌پزشک براساس طبقه‌بندی ICD9 داده شد. تحقیق در مدت یک سال بر روی ۲۰۳ بیمار که به‌طور متوالی در بخش روان‌پزشکی آموزشی بستری شده بودند (۱۳۰ مرد و ۷۳ زن «۳۶٪») انجام شد. طبقه‌بندی مشاغل براساس ضوابط وزارت کار و امور اجتماعی انجام پذیرفت. علاوه بر پرسشنامه مزبور، کلیدکدگذاری برای هر کدام از جنبه‌های تحقیق مورد استفاده قرار گرفت. پرسشنامه و کلید مزبور در شماره ۱۰-۹ همین فصلنامه منتشر شده‌اند.

میزان سواد	مرد		زن		تعداد کل	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
بی سواد	۳۰	۲۳/۱	۳۹	۵۳/۴	۶۹	۲۴
خواندن و نوشتن	۳۶	۲۷/۷	۱۱	۱۵/۱	۴۷	۲۳/۲
ابتدایی	۲۱	۱۶/۲	۹	۱۲/۳	۳۰	۱۴/۸
راهنمایی	۱۵	۱۱/۵	۶	۸/۲	۲۱	۱۰/۳
متوسطه	۲۰	۱۵/۴	۷	۹/۶	۲۷	۱۳/۳
دانشگاهی	۸	۶/۱	۱	۱/۴	۹	۴/۴

جدول شماره ۳- بررسی وضع تحصیلی

جدول شماره ۴ نشان می دهد که تنها ۱۱/۸٪ از مراجعان بی کار بوده اند. این رقم امیدوار کننده است و نشان می دهد که علی رغم بسوز کسالت، شدت کسالت در اکثر موارد به حدی نبوده که بیمار شغل خود را از دست بدهد. لزوم فعالیت های مددکاری اجتماعی برای تطابق بسا کار ضروری است.

شغل	مرد		زن		تعداد کل	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
کارگر ساده	۸	۶/۱	۲	۲/۷	۱۰	۴/۹
کارگر ماهر	۱۲	۹/۲	۱	۱/۴	۱۳	۶/۴
کشاورز	۱۷	۱۳/۱	۱	۱/۴	۱۸	۸/۹
پیشه ور	۸	۶/۱	۱	۱/۴	۹	۴/۴
کارمند	۱۰	۷/۷	۱	۱/۴	۱۱	۵/۴
دفتری	—	—	—	—	—	—
مدیریت	۲۳	۱۷/۷	—	—	۲۳	۱۱/۳
مشاغل تخصصی	۹	۶/۹	—	—	۹	۴/۴
امور فنی	۴	۳/۱	۳	۱/۴	۷	۳/۴
محصل	۹	۶/۹	۱	۱/۴	۱۰	۴/۹
خانه دار	—	—	۵۹	۸۰/۷	۵۹	۲۹/۳
بی کار	۲۳	۱۷/۷	۱	۱/۴	۲۴	۱۱/۸
نامعلوم	۷	۵/۴	۳	۱/۴	۱۰	۴/۹

جدول شماره ۴- بررسی شغل

جدول شماره ۲ بررسی وضع خانوادگی را نشان می دهد. چنانچه مشاهده می شود علی رغم این که فقط ۷/۳٪ بیماران زیر ۲۴ سال دارند، ۳۰/۵٪ مجرد می باشد. رقم فوق باید با شیوع مجرد در جامعه در این سن مقایسه شود تا بتوان در مورد اثر اختلالات روان پزشکی بر تاخیر ازدواج اظهار نظر نمود.

۶۲/۲٪ مراجعان متأهل بوده اند ضمن آن که این جنبه می تواند به عنوان حمایت خوبی برای آن ها مطرح شود ولی باید مشکلات ناشی از انتقال بیماری هائی را که جنبه ارثی آن ها به مقدار زیادی ثابت شده است در نظر داشت و حتی الامکان در مورد کنترل تولد فرزندان جدید در خانواده هشدار داد. میزان ۹/۳٪ فوت همسر و جدائی می تواند به عنوان یک عامل استرس زا برای بیمار مطرح شود و باید برای کنترل پیامدهای آن برنامه ریزی نمود.

وضع خانوادگی	مرد		زن		تعداد کل	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
مجرد	۴۹	۳۷/۷	۱۳	۱۷/۸	۶۲	۳۰/۵
متأهل	۷۷	۵۹/۲	۴۵	۶۱/۶	۱۲۲	۶۰/۲
بیوه (فوت همسر)	—	—	۱۰	۱۳/۷	۱۰	۴/۹
طلاق یا جدائی	۴	۳/۱	۵	۶/۹	۹	۴/۴

جدول شماره ۲- بررسی وضع خانوادگی

جدول شماره ۳ نشان می دهد که ۳۴٪ از مراجعان بی سواد بوده اند. میزان تحصیل ۲۳/۲٪ در حد خواندن و نوشتن، ۱۴/۸٪ ابتدائی، ۱۰/۳٪ راهنمایی، ۱۳/۳٪ متوسط و ۴/۴٪ دانشگاهی بوده است.

منابع ارجاع	مرد		زن		تعداد کل	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
منابع پزشکی روان	۴۵	۳۴/۶	۳۰	۴۱/۱	۷۵	۳۶/۹
دوستان و قابل	۱۷	۱۳/۱	۲۲	۳۰/۲	۳۹	۱۹/۲
دولتی و انتظامی نهادها و مراکز	۳۳	۲۵/۴	۶	۸/۲	۳۹	۱۹/۲
هایبستاران عمومی	۲۳	۱۷/۷	۹	۱۲/۳	۳۲	۱۵/۸
نهادها و مراکز غیر دولتی	۱۱	۸/۵	۶	۸/۲	۱۷	۸/۴
خود بیمار	۱	۰/۷	—	—	۱	۰/۵

جدول شماره ۶- منابع ارجاع

جدول شماره ۷ نشان می دهد که در مجموع ۲۰/۲٪ از مراجعان و بستگان درجه او ۲ سابقه نوعی اختلال روان پزشکی داشته‌اند. برنامه‌ریزی برای مشاوره‌های روان پزشکی و کنترل موالید در این بیماران می تواند از این رقم بکاهد.

محل اقامت	مرد		زن		تعداد کل	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
بستگان درجه اول	۱۸	۱۳/۸	۱۳	۱۷/۸	۳۱	۱۵/۳
بستگاه درجه دوم	۱۰	۷/۷	—	—	۱۰	۴/۹
عدم وجود اختلال	۱۰۲	۷۸/۵	۶۰	۸۲/۲	۱۶۲	۷۹/۸

جدول شماره ۷- سابقه وجود اختلال روان پزشکی در بستگان

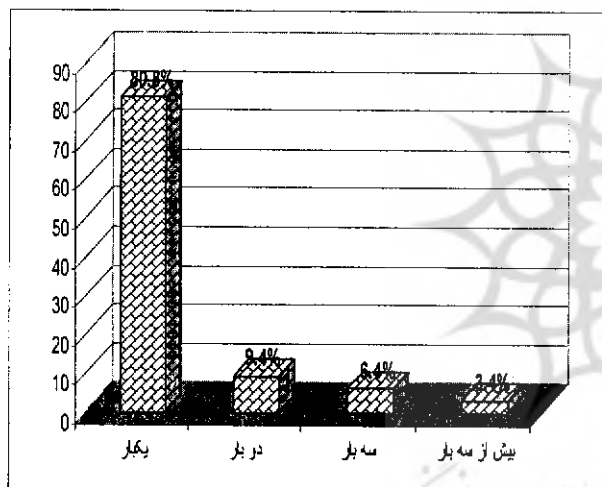
جدول شماره ۵ نشان می دهد که ۱۵/۸٪ از بیماران از روستا و ۸۴/۲٪ از شهر مراجعه کرده‌ند. نظر به این که جمعیت شهری خراسان در زمان پیاده شدن طرح در سال ۶۹ تعداد ۳۰۳۲۱۵۷ نفر و جمعیت روستائی ۳۲۱۲۴۶۲ نفر بوده است، نسبت جمعیت شهری ۴۸/۶٪ و جمعیت روستائی ۵۱/۴٪ جمعیت کل می باشد. احتمالاً کمی تعداد مراجعان از روستا به علت عدم شناسائی امکانات روان پزشکی توسط آن‌ها و یا اشکالات کمتر بیماران با تطابق با کار بوده است که احتمالاً کمتر شناسائی شده‌اند.

محل اقامت	مرد		زن		تعداد کل	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
شهر	۱۱۱	۸۵/۴	۶۰	۸۲/۲	۱۷۱	۸۴/۲
روستا	۱۹	۱۴/۶	۱۳	۱۷/۸	۳۲	۱۵/۸

جدول شماره ۵- بررسی محل سکونت

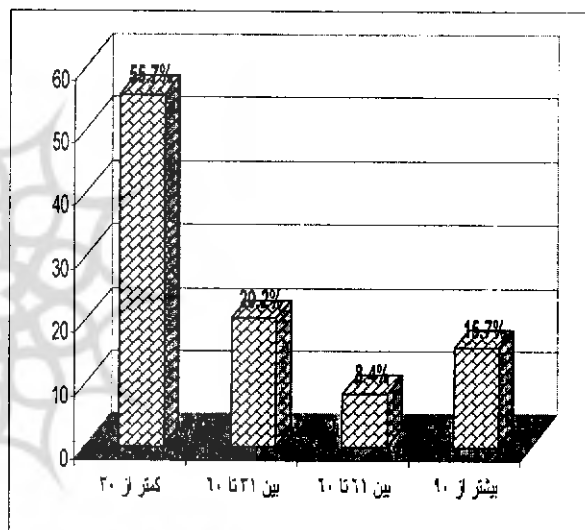
جدول شماره ۶ نشان می دهد که ۳۶/۹٪ از مراجعان توسط منابع روان پزشکی و ۱۵/۸٪ توسط سایر مراکز پزشکی معرفی شده‌اند. ارقام فوق نشان گر شناخته شدن تسهیلات بستری روان پزشکی در حد قابل قبول است. ارجاع مستقیم بیماران توسط دوستان و فامیل و نهادهای دولتی و غیر دولتی در حد ۳۶/۸٪ نشانگر معرفی تسهیلات روان پزشکی به نهادهای مختلف جامعه در حد قابل قبول می باشد.

جدول شماره ۸ و دیاگرام شماره ۳ نشان می دهند که % ۸۰/۸ بستری شدگان یک بار و حدود % ۹۰ حداکثر دوبار بستری شده اند. این رقم بسیار امیدبخش است و نشان می دهد که اگر پی گیری درمورد بیماران مرخص شده در حد قابل قبول باشد و راجع به لزوم تداوم درمان، آموزش کافی داده شود، می توان امیدوار بود که از بستری شدن مجدد، جلوگیری شود.



دیاگرام شماره (۳) دفعات بستری

دیاگرام شماره ۲ نشان می دهد که بیش از نصف بیماران قبل از یک ماه ترخیص شده اند. این روند، علامت فعال بودن بخش می باشد. همچنین می تواند نشانگر بیماریابی نسبتاً زود باشد که علائم به حدی شدید نبوده اند که نیاز به بستری شدن بیشتر را الزامی سازد.



دیاگرام شماره (۲): مدت بستری در مجموعه دفعات بر حسب روز

طول بستری بر حسب روز	مرد		زن		تعداد کل	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
<۳۰	۷۶	۵۸/۹	۳۷	۵۰/۷	۱۱۳	۵۵/۷
۳۱-۶۰	۲۵	۱۹/۴	۱۶	۲۱/۹	۴۱	۲۰/۲
۶۱-۹۰	۱۲	۹/۳	۵	۶/۸	۱۷	۸/۴
>۹۰	۱۷	۱۳/۱	۱۵	۲۰/۶	۳۲	۱۵/۷

جدول شماره ۹ - مدت بستری در مجموعه دفعات

دفعات بستری	مرد		زن		تعداد کل	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
یک بار	۱۰۳	۷۹/۳	۶۱	۸۳/۶	۱۶۴	۸۰/۸
دو بار	۱۵	۱۱/۵	۴	۵/۵	۱۹	۹/۴
سه بار	۹	۶/۹	۴	۵/۵	۱۳	۶/۴
بیش از سه بار	۳	۲/۳	۴	۵/۵	۷	۳/۴

جدول شماره ۸ - دفعات بستری

داشته‌اند و ۲٪ لازم بوده است جهت بستری شدن دراز مدت معرفی گردند. توضیح آن‌که برآورد فوق براساس نیاز واقعی بیمار بوده و این‌روش در یکی از پژوهش‌های سازمان بهداشت توصیه شده که نیاز به تسهیلات بهداشتی بدون توجه به دسترسی به آن‌ها مشخص گردد. نیاز به معرفی به بیمارستان روزانه در ۱۳٪ موارد مرخص شده لزوم تقویت این مراکز را تایید می نماید.

محل مناسب هنگام ترخیص	مرد		زن		تعداد کل	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
مراقبت های روان پزشکی سرپائی	۱۰۸	۸۳/۱	۵۸	۷۹/۴	۱۶۶	۸۱/۸
بیمارستان روزانه	۱۶	۱۲/۳	۱۱	۱۵/۱	۲۷	۱۳/۳
ادامه درمان در بیمارستان عمومی	۵	۳/۸	۱	۱/۴	۶	۲/۹
بستری دراز مدت در بیمارستان روان پزشکی	۱	۰/۸	۳	۱/۴	۴	۲

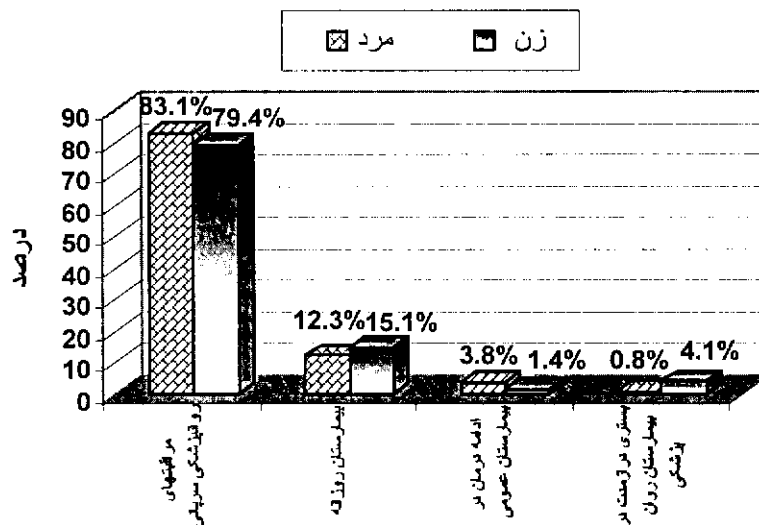
جدول شماره ۱۱ - محل مناسب ادامه درمان به هنگام ترخیص

جدول شماره (۱۰) طول بستری را در آخرین بار نشان می‌دهد. ۶۶٪ از بیماران کمتر از یک ماه و ۸۲/۷٪ کمتر از ۲ ماه بستری بوده‌اند. این آمار نیز کاملاً امیدبخش است و لزوم پی گیری و جلوگیری از بستری شدن مجدد را گوشزد می کند

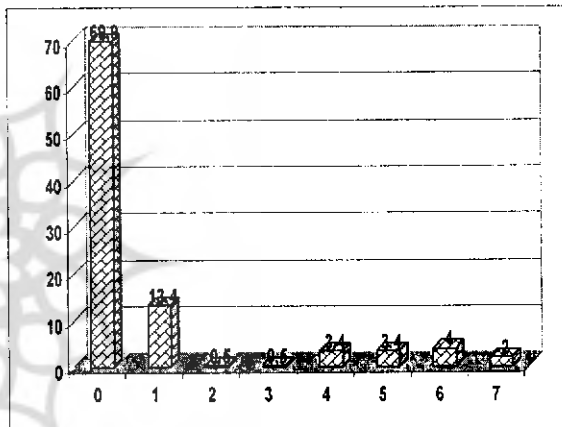
طول بستری بر حسب روز	مرد		زن		تعداد کل	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
<۳۰	۹۰	۶۹/۲	۴۴	۶۰/۳	۱۳۴	۶۶
۳۱-۶۰	۱۷	۱۳/۱	۱۷	۲۳/۳	۳۴	۱۶/۷
۶۱-۹۰	۹	۶/۹	۵	۶/۸	۱۴	۶/۹
>۹۰	۱۴	۱۰/۴	۷	۹/۶	۲۱	۱۰/۴

جدول شماره ۱۰ - طول بستری در آخرین بار

جدول شماره ۱۱ و دیاگرام شماره ۴ نشان می دهند ۸۱/۸٪ بیماران نیاز به مراقبت روان پزشکی سرپائی دارند و بهترین روش نوتوانی در ۱۳/۳٪ موارد معرفی به بیمارستان روزانه است. ۲/۹٪ نیاز به معرفی به مراکز طب عمومی



جدول شماره ۱۲ و دیاگرام شماره ۵ نشان می دهند که حدود ۷۰٪ بیماران مرخص شده می توانند کار قبلی خود را انجام دهند. ۱۳/۴٪ موارد می توانند در موسسه ای که قبلا کار می کرده اند به کار ادامه دهند و فقط باید شغل آنها عوض شود. به عنوان مثال یک معلم یا دبیر که قدرت تدریس او کاهش یافته لازم است به کار غیر آموزشی بپردازد.



دیاگرام شماره (۵): میزان بهبودی و از کار افتادگی

کد اختصاصی میزان بهبودی و از کار افتادگی

۰ - بیمار میتواند به شغل خود برگردد

۱ - بیمار میتواند در موسسه ای که فعلا کار میکند به کار خود ادامه دهد ولی باید شغل او عوض شود.

۲ - بیمار دارای مهارت فنی است ولی بی کار می باشد و لازم است برای او کاریابی شود.

۳ - بیمار فاقد مهارت فنی است و می تواند به موسسه های آموزش حرفه ای معرفی شود. قدرت انجام کار دارد.

۴ - بیمار فقط قادر است کارهای فنی و بسیار ساده را انجام دهد. قدرت کار در محیط اجتماعی را دارد.

۵ - بیمار فقط در محیط بیمارستان روزانه قدرت کار دارد و قادر به آمدن به بیمارستان روزانه می باشد.

۶ - بیمار قادر به انجام کار و آمدن به بیمارستان روزانه نیست و خانواده می تواند از او پرستاری نماید.

۷ - لازم است بیمار در یک موسسه روان پزشکی به صورت درازمدت تحت مراقبت قرار گیرد.

ارقام فوق که ۸۴٪ مراجعان را تشکیل می دهد بسیار امیدبخش هستند و نشان می دهند چنانچه جامعه درمورد علائم اختلالات روانی توجیه شوند، به احتمال قوی می توان ارقام فوق را افزایش داد. ۳/۴٪ موارد قدرت انجام کارهای غیر فنی و ساده را دارند و قدرت کار در محیط اجتماعی را به طور نسبی حفظ کرده اند. لزوم تقویت فعالیت مددکاری اجتماعی در این مورد جلب توجه می نماید.

۴/۹٪ موارد صرفا در بیمارستان روزانه می توانند به کار اشتغال یابند. این رقم با رقم ۱۳/۳٪ که در دیاگرام شماره ۴ به دست آمد، متناقض نیست زیرا این برداشت منطقی است که تا پیداشدن کاربری بیمار در بیمارستان روزانه تحت نوتوانی قرار گیرد. درحقیقت رقم مزبور شامل جنبه های زیر می گردد

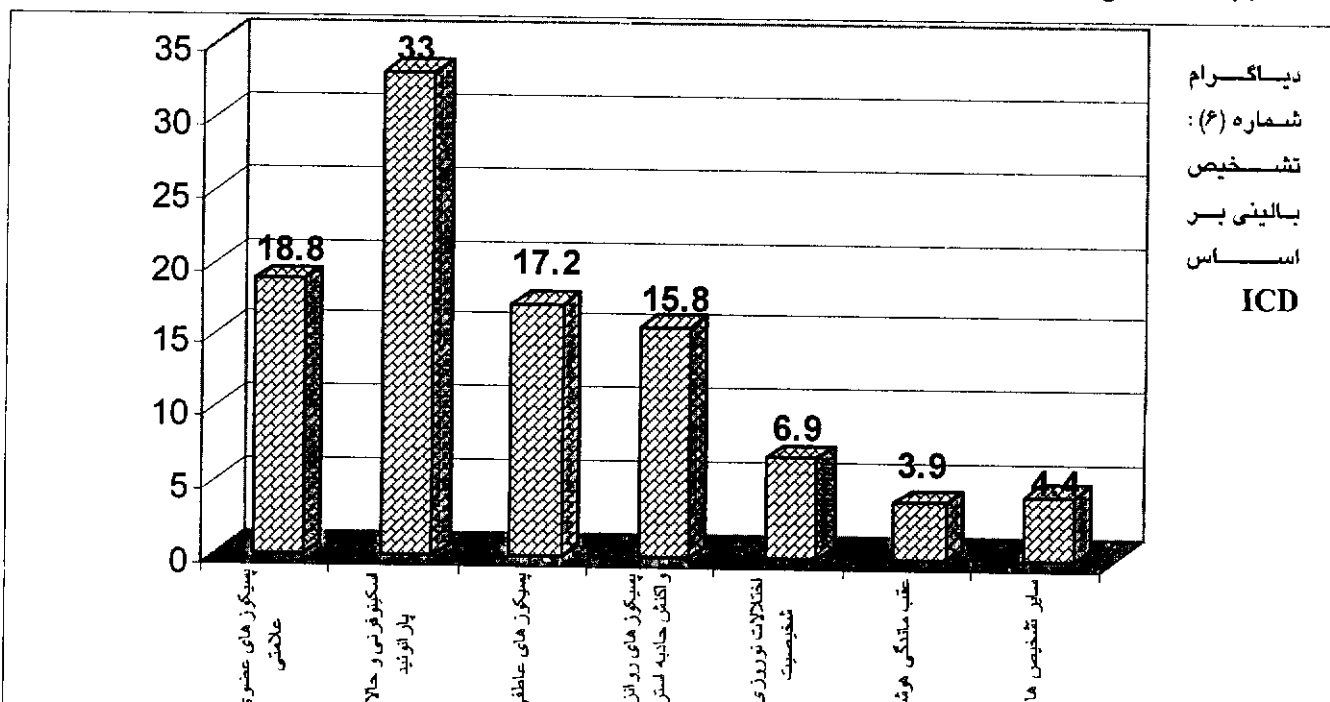
۰/۵٪ موارد بیمارانی که دارای مهارت می باشند ولی بی کارند و لازم است برای آن ها کاریابی شود.

میزان بهبودی و از کار افتادگی طبق کد اختصاصی	مرد		زن		تعداد کل	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
۰	۹۳	۷۱/۵	۴۹	۶۷/۱	۱۴۲	۶۹/۹
۱	۱۳	۱۰	۱۴	۱۹/۲	۲۷	۱۳/۴
۲	۱	۰/۸	—	—	۱	۰/۵
۳	۱	۰/۸	—	—	۱	۰/۵
۴	۶	۴/۶	۱	۱/۴	۷	۳/۴
۵	۹	۶/۷	۱	۱/۴	۷	۳/۴
۶	۵	۳/۸	۴	۵/۵	۹	۴/۴
۷	۱	۰/۸	۳	۱/۴	۴	۲

بحث و نتیجه گیری

میزان بستری های اجباری در تحقیق ما در مورد مردان % ۵۳/۱ و در مورد زنان % ۵۸/۹ و در مجموع % ۵۵/۲ بوده است. مطالعات شپلرن (Schepelern) و همکاران در دانمارک نشان می دهد که قبل از پیاده شدن قانون جدید بهداشت روانی در ۱۹۸۹ از ۳۳۶ پذیرش از بخش های روان پزشکی ۲۸۹ نفر به طور اجباری بستری شده اند. مطالعات محقق فوق نشان می دهد بعد از تدوین و پیاده شدن قانون جدید بهداشت روانی که هدف آن کنترل و کاهش موارد بستری اجباری بوده، به علت پر بودن تخت های بستری و کمبود امکانات، میزان استفاده از روش های فیزیکی به میزان % ۳۷ و دادن دارو به صورت اجباری % ۷۴ افزایش یافته و درصد کلی بستری های اجباری نیز افزایش یافته است. از گزارش فوق استنباط می شود که میزان بستری های اجباری در بیمارستان روان پزشکی مورد مطالعه % ۸۶ بوده است. همچنین می توان به این نتیجه رسید که قوانین ایده آل، موقعی نتایج مورد نظر را تامین خواهند کرد که امکانات متناسب در اختیار واحدهای روان پزشکی قرار گیرد. در غیر این صورت مفید نخواهد بود (۱۳).

% ۰/۵ موارد بیمارانی که فاقد مهارت فنی اند و می توانند به موسسات آموزش حرفه ای معرفی شوند و قدرت انجام کار دارند .
در % ۳/۴ موارد بیمار فقط قادر است کارهای فنی و بسیار ساده را انجام دهد و قدرت کار در محیط اجتماعی را حفظ کرده است .
در % ۴/۹ موارد بیمار فقط در محیط بیمارستان روزانه قدرت کار دارد و قادر به آمدن در بیمارستان روزانه می باشد .
ارقام فوق جمعا % ۹/۳ مراجعان را تشکیل می دهد و مابه التفاوت رقم اخیر از % ۱۳/۳ بیمارانی که برای بیمارستان روزانه توصیه شده اند، مواردی بوده اند که بیمار می تواند کار خود را شروع نماید ولی تا آمادگی کامل به دست آید در بیمارستان روزانه تحت نوتوانی قرار گرفته است .
تشخیص های بالینی در دیاگرام شماره ۶ مشخص شده و نشان می دهد که % ۸/۸ موارد پسکوزهای عضوی و علامتی، % ۳۳ اسکیزوفرنی، % ۱۷/۲ پسکوزهای عاطفی، % ۱۵/۸ پسکوزهای روان زاد و واکنش حاد به استرس، % ۶/۹ اختلالات نوروزی و شخصیت، % ۳/۹ عقب ماندگی هوشی بوده است . سایر تشخیص ها % ۴/۴ موارد را تشکیل می دهند . رقم اخیر شامل پسکوزهای دارویی % ۹۸، وابستگی دارویی % ۰/۴۹، اختلال های سلوک و رفتار % ۰/۴۹ و بدون تشخیص % ۲/۵ بوده است .



موجب می شود تا مراکز بهداشت روانی مشخصات این بیماران و روش های اصلی کنترل آن ها را کشف نمایند. در تحقیق آن ها هزینه سالیانه هر بیمار ۱۳/۵۹ دلار استرالیایی بوده که بیشتر شامل هزینه زمان بستری بوده است. این گروه از بیماران اکثر ازدواج نکرده و بی کار هستند و به علت اختلال های روان پزشکی به طور شدید دچار از کار افتادگی می باشند. تشخیص های بالینی به ترتیب شامل اختلالات اسکیزوفرنی، اسکیزوافکتیو، اختلالات خلقی با ارجحیت تیپ ۱، اختلالات شخصیت و اختلالات روانی ناشی از عوامل عضوی بوده است و مخصوصا همراه بودن الکلیسم و اعتیادات دارویی مانع ادامه درمان آنها در جامعه گزارش شده است (۹).

محققان فوق در بررسی دیگر معیارهای استفاده زیاد (Heavy users) را بر اساس تحقیقات خسود و سایر پژوهشگران منتشر نموده اند. در یکی از تعاریف منظور از این گروه، آن هایی هستند که از تمام امکانات روان پزشکی اعم از امکانات بستری و روان پزشکی اجتماعی استفاده نموده اند. بنابه تعریف دیگر که بیشتر مورد استفاده قرار می گیرد این گروه افرادی هستند که ۸۰٪-۵۰٪ منابع را به خود اختصاص می دهند. این گروه اغلب مبتلا به پسیکوز همراه با اختلال های شخصیت و مصرف زیاد الکل و مواد مخدر هستند. عوامل دیگری مانند انزوای اجتماعی، بی خانمانی و فقدان حمایت های اجتماعی در ایجاد و تشدید این روند موثر شناخته شده اند. پژوهشگران فوق معتقدند تحقیقات بیشتری برای شناسائی و کشف راه های کنترل این گروه، که بیشترین امکانات روان پزشکی را به خود اختصاص می دهند، مورد نیاز می باشد (۱۰).

کنت (Kent-S, 1994) و همکاران برای بررسی علت بستری مجدد ۱۵ عامل را مطرح کرده اند. نتایج پژوهش محققان فوق نشان می دهد که فقدان بصیرت و نفی بیماری در ۶۲/۲٪ موارد، اختلال های ارتباطی ۶۱/۱٪، افکار خودکشی ۴۴/۸٪، عدم تحمل دارویی ۴۳/۲٪ مهمترین عوامل بستری مجدد بوده اند (توضیح آن که در تحقیق فوق

پژوهشی که رونوووال (Ronnow-S and Waal) در تروژ به عمل آورده نشان میدهد که میزان بستری شدن اجباری در بیمارستان های روان پزشکی در بین سال های ۱۹۸۱-۱۹۹۲ از ۳۰-۵۰٪ به ۸۰٪ رسیده و همزمان میزان بستری شدن طولانی مدت نیز افزایش یافته است (۱۶).
باتوجه به آمار فوق، اگرچه درصد موارد بستری اجباری در دیاگرام شماره ۱ بالا است، ولی به هر صورت از تحقیق فوق ۳۰/۸٪ کمتر می باشد. به نظر می رسد گسترش طرح بهداشت روانی، بهترین راه برای کاهش درصد بستری های اجباری باشد. آموزش پزشکان عمومی و سایر رشته های تخصصی و آموزش عمومی و افزایش امکانات بهداشت روانی نیز کمک موثری می نماید.

دیاگرام های شماره ۲ و ۳ مدت و دفعات بستری و جدول شماره ۱۰ طول بستری در آخرین بار را نشان می دهند. چنانچه در دیاگرام شماره ۲ مشاهده می شود ۵۵/۷٪ بیماران کمتر از یک ماه و ۵/۹٪ بیماران کمتر از دو ماه بستری بوده اند.
در جدول شماره ۱۰ که طول بستری در آخرین بار را نشان می دهد مشاهده می شود که ۶۶٪ موارد کمتر از یک ماه و ۸۲/۷٪ کمتر از دو ماه بستری شده اند.

در دیاگرام شماره ۳ مشاهده می کنیم که ۸۰/۸٪ موارد تنها یک بار و ۹۰/۲٪ حداکثر دوبار بستری شده اند. این رقم نیز نشان می دهد که میزان پی گیری و توجیه بیماران در حد خوبی بوده است. عدم مصرف الکل در مملکت ما نیز می تواند به عنوان یک عامل مثبت، ارزیابی شود. زیرا یکی از عوامل بستری شدن مجدد در چند تحقیق، مصرف الکل در ضمن ابتلای به پسیکوز بوده است.

کنت (Kent) و همکاران در استرالیا در ضمن بررسی آمار بیمارستان های روان پزشکی سعی کرده اند گروه بیمارانی را که بیشترین استفاده را از تسهیلات بیمارستان های روان پزشکی می نمایند (استفاده زیاد Heavy users) را کشف نمایند. آن ها معتقدند این برداشت

بیش از یک عامل در بستری مجدد موثر شناخته شده و میزان درصد از ۱۰۰٪ بالا می رود. محققان فوق عوامل ۱۵ گانه موثر در بستری مجدد را به چهار گروه اصلی تقسیم، و علت بستری مجدد را به صورت زیر خلاصه نموده‌اند (۱۱):

عوامل اجتماعی ۳۸/۹٪

نوع بیماری روان پزشکی و پزشکی ۳۱/۱٪

خطرناک بودن برای خود و دیگران ۲۰/۳٪

مصرف مواد مخدر ۹/۷٪

در تحقیقی که سولیوان - ج Sullivan-G و همکاران در ۱۹۵۵ انجام داده‌اند، علت بستری شدن مجدد، ناسازگاری داروها و مصرف همزمان الکل بوده و همکاری خانواده نیاز به بستری شدن مجدد را کاهش داده است (۱۴).

خوشبختانه کارشناسان روان شناسی مرکز بهداشت روانی، ما آموزش کافی در موارد فوق و لزوم ارتباط کامل با روان پزشکی را در روزهای ملاقات به خانواده‌ها می دهند و امیدوار هستیم با تقویت شبکه‌های بهداشت و درمان، امکان بیشتری برای پی گیری مواد فراهم آید. مطالعات انجام شده نشان می دهد که چنانچه خانواده بیمار راجع به تداوم درمان توجیه گردد، ۸۵٪ از عود بیماری میکاهد و توجیه خود بیمار در این مورد تا ۶۵٪ از عود بیماری را کم می کند (۸).

در جدول شماره ۱۳ تشخیص‌های بالینی با چند تحقیق مشابه داخلی و خارجی مقایسه شده‌اند. در تحقیق مشابهی که سه نفر از دانشجویان دانشکده علوم تربیتی بر روی ۲۰۲ نفر از بیماران متوالی که در بخش اینجانب بستری بودند انجام شد، نتایج به تحقیق اخیر بسیار نزدیک است. درصد فراوانی تشخیص‌های بالینی در مورد اسکیزوفرنی و پسیکوزهای عاطفی با بیمارستان روزبه تهران، اختلاف با بیمارستان‌های حجازی مشهد و رازی تهران احتمالاً ناشی از اختلاف در معیارهای تشخیصی می باشد. تشابه فراوانی شیوع اسکیزوفرنی و پسیکوزهای عاطفی در تحقیق ما و

تحقیق بروکلین ویندرم جالب توجه است و چنانچه در جدول شماره ۹ مشاهده می شود، شیوع اسکیزوفرنی در تحقیق ما و بروکلین ویندرم (۳۷) به ترتیب ۳۳٪، ۳۲/۴٪ و ۳۴/۲٪ به دست آمده و آمار پسیکوزهای عاطفی در تحقیق ما ۳۵٪، در طرح تحقیقی بروکلین ۳۷/۴٪ و در بیمارستان ویندرم ۳۸/۴٪ به دست آمده است.

مقایسه آمار ما با بیمارستان‌های روان پزشکی چند کشور کارائیب (جدول شماره ۱۴) در بعضی موارد تشابه را نشان می دهد. آمار اسکیزوفرنی در پنج تحقیق ذکر شده در جدول فوق بین ۳۰ و ۴۱/۵ درصد نوسان می کند. پسیکوزهای عاطفی بین ۱۲-۳۵٪ و آمار پسیکوزهای عضوی بین ۱۹/۶٪-۱۲/۷٪ نوسان می کند. جنبه‌های مشابه می تواند ناشی از تشابه برداشت روان پزشکان در مورد معیارهای تشخیصی تلقی شود.

تشخیص‌های بالینی می تواند علت بستری شدن‌های مکرر و طول بستری را نیز توجیه نماید.

رویز (K. Royes) و همکاران آمار تشخیص‌های بالینی در اولین بار بستری در بیمارستان‌های روان پزشکی چند کشور کارائیب را به صورت جدول شماره ۱۴ خلاصه کرده‌اند (۱۲).

در تحقیقی که گانون (Gannon-M) و همکاران در ایرلند در ۱۹۹۵ به عمل آورد مهمترین تشخیص بالینی در بستری شدن‌های طولانی (بیش از یک سال و کمتر از شش سال) اسکیزوفرنی بوده است که موجب از کار افتادگی اجتماعی می گردد. محققان نامبرده میزان اشغال تخت برای بیماری اسکیزوفرنی را ۱۴ در هر صد هزار از جمعیت و میزان اشغال سالیانه تخت را ۲/۳ در هر صد هزار گزارش می کنند (۶).

در پژوهش نسبتاً مشابهی فیردن (Faerden) و همکاران سعی کرده‌اند که درصد بیماران روان پزشکی را که نیاز به مراقبت‌های طولانی (Long term) دارند پیدا نمایند. محققان فوق ۶/۹ در هزار از بیماران روان پزشکی را در این گروه قرار میدهند. آمار فوق در یکی از حوزه‌های بهداشتی

مدت در بیمارستان روان پزشکی محتاجند. ارقام فوق نیز امیدوارکننده است و نشان می دهد توجه به مکانیسم های جایگزین، مورد توجه واقع شده است.

بی نت (Bennett-DH) و یتس (Yates-JM) براساس پژوهشی که انجام داده اند سیاست کلی تاسیسات بهداشت روانی انگلیس نسبت به گسترش تاسیسات جایگزین (Alternative) بهداشت روانی را مورد تسکید قرار می دهند. این سیاست که در سال ۱۹۵۰ شروع شده موجب تعطیل ۳۹ بیمارستان روان پزشکی در بین سالهای ۱۹۶۱ تا ۱۹۹۵ شده است (۲).

(Catchment Area) در اسلو به دست آمده است. بیشترین بیماران این گروه به صورت سرپائی تحت مراقبت بودند و فقط تعداد کمی نیاز به مراقبت های بیمارستانی داشتند. تشخیص های بالینی در گروه فوق به صورت زیر بوده است (۴):

اسکیزوفرنی ۲/۶، اختلالات خلقی ۱/۱، و پسیکوزهای پارانوئید ۰/۸
دیباگرام شماره ۴ محل مناسب برای ادامه درمان به هنگام ترخیص را نشان می دهد. چنانچه مشاهده می شود ۸۱/۸٪ نیاز به مراقبتهای سرپائی، ۱۳/۳٪ نیاز به بیمارستان روزانه و ۲/۹٪ به ادامه درمان در بیمارستان عمومی نیاز دارند. فقط ۲٪ موارد به بستری شدن دراز

تحقیق US,UK نیدرم	نیدرم	تحقیق U.S,U.K بروکلین	بیمارستان بروکلین	بیمارستان آروس دانمارک	بیمارستان حجازی مشهد	بیمارستان رازی تهران	بیمارستان روزبه تهران	تحقیق دانشجویان	تحقیق ما	تشخیص بالینی
۱۰/۸	۸/۴	۵/۲	۱۵/۴	۶۰/۸۷	۳۲/۶	۴۱/۵۳	۲۵/۵۹	۱۸/۸	۱۸/۸	پسیکوزهای عضوی علامتی الکسیم و پسیکوزهای دارونی
۲۶	۳۴/۲	۳۲/۴	۶۵/۲	۴۶/۱	۱۷/۳۹	۱۸/۷۶	۲۷/۵۴	۳۳/۱۶	۳۳	اسکیزوفرنی و پسیکوزهای پارانوئید
۴۷/۲	۳۸/۴	۳۶/۴	۱۰/۴	۳۹/۹	۴۱/۶	۱۰/۰۶	۲۸/۳۸	۳۴	۳۵	پسیکوزهای عاطفی
—	—	—	—	—	—	—	—	۱۵/۸۴	۱۵/۲	پسیکوزهای روان زاو واکنش حاد به استرس
۱۲/۸	۱/۶	۷/۶	۱/۲	۳/۴	۱/۲۴	۴	۱۴/۱۳	۷/۴۲	۶/۹	اختلالات نوروبوزو شخصیت
—	—	—	—	—	۷/۱۴	۲۳	۳/۴	۳/۹۶	۳/۹	عقب ماندگی هوشی
۳/۲	۳/۲	۵/۲	۶/۸	—	—	—	—	۳/۹۶	۴/۴	سایر تشخیص ها
—	۲۵	۲۵	۲۵	۱۱۵	۳۲۲	۱۴۷۱	۷۳۰۷	۲۰۲	۲۰۳	تعداد بیمار مورد بررسی

جدول شماره ۱۳: مقایسه درصد تشخیص های بالینی در تحقیق ما و چند تحقیق داخلی و خارجی

تحقیق ما	گینه	ترینیداد	کوبا	جامائیکا	
۳۳	۳۰	۳۱/۵	۳۷/۶	۳۹/۶	اسکیزوفرنی و اختلالات پارانوئید
۳۵	۱۲	۱۳/۳	۲۲/۶	۲۲/۲	پسیکوزهای عاطفی
۱۸/۸	۱۲/۷	۱۸/۸	۱۸/۱	۱۹/۶	پسیکوزهای عضوی
—	۲/۴	¼	۰/۶	۱	الکلیسم
۳/۹	۳/۹	۷/۲	۶/۲	¾	عقب ماندگی هوشی
۴/۴	۳۹/۰	۱۵/۱	۱۴/۹	۱۴/۵	سایر تشخیص های بالینی

جدول شماره ۱۴: امارت تشخیص های بالینی در اولین بار بستری در بیمارستان های روان پزشکی چند کشور کارائیب

References:

- Dec; 46(12): 1254-7. 10. Kent-S et al: Patient-admission statistics and numerical data. Psychiatric services. 1995 Dec; 46(12): 1247-53. 11.
- Kent-S; Yellowlees-P: Psychaitric and Social reasons for frequent rehospitalization. Hospital- Community Psychiatry. 1994 Apr; 45(4): 347-5.
- .۱۲K.Royes: The incidence and features of psychoses in a caribbean community. Third World Congress of Psychaitry. Vol.2 1960. pp
- .۱۳ .۱۱۲۲Schepelern-ES; Aggernaes-KH; Stender-AK; Raben-H: Compulsory procedures in the psychiatric department. Ugeskn-Leages
- ۱۹۹۳Feb zz: 155 (8) 553-7 14. Sullivan-G-Well S-KB; Morgestern; Laake; Identifying modifiable risk factors for rehospitalization. Am. J. Psychiatry. 1995 Dec. 152 (12) 1749-56. 15. Werthemer, P. Gilliland, L. Bircher, and M. Plries: Evaluating a service in Lausanne: Roots of evaluation. Oxford University Press. 1973. pp. 257-267. 16. Ronno-Sandwaal-H: Increasing number of Involuntary emergency adissions to psychiatric institutions. Tidsskr-Nor-Leegeforen. 1995 Aug., 20: 115(19): 2376-80.
- دکتر عبدالحسین میرسپاسی، دکتر احمد نظام و دکتر مهدی بیگدلی: بررسی آماری بیماریهای روانی در
1. T.A. Baasher). , J.E. Cooper, H.D. Davidian, A.J. Jalensky: Epidemiology and Mental Health Services: Principles and Applications in Developing Countries. Mankgaard 1982, pp.
2. Bennett-DH; Yates- JM: Closure of psychiatric hospitals in England. Psychiatric PRAX. 1995 Mar:
- 3 .Cooper et al: Psychiatric Diagnosis in New York and London. Oxford University Press. 1972.pp. 56. 4. Faerden-A; Waal-H:
- Ronnow-S: Long term psychiatric patient in a sector of Oslow. Tidssks- Nor- Aaege- Oren, 1995 Nov. 30; 115(29): 3638-41.
- .۵Frederiksberg Hospital Before and Afer Introduction of the New Psychiatric Legislation. Ugeskr- Leeger, 1993 Feb 22: 155(8): 553-7. 6.
- Gannon-M; Meagher-D; Johnson-J: Mirza-H. Farren-C: A survey of New Long-Stay Hospital Patien in an Irish Heal Board Area. Psychiatric Services. 1995 Apr; 46(4); 394-8. 7. E.H. Hare and J.K. Wing: Psychiatric Epidemiology. Oxford University Press. 1970. pp.
- .۸ .۱۱۹-۱۱۸H.I. Kaplan B.J. Sadock: Comprehensive Textbook of Psychiatry. Vol.I. Williams And Wilkins. 1995.pp 309. 9. Kent- S; Fogart Y-H; Yellow Lees-P: Heavy utilisation of In-patient and Out-patient services in a public mental health service. Psychiatric Services. 1995