

بررسی میزان انطباق درمان بیماران اسکیزوفرنی بستری شده در ایزود اول با راهنماهای درمانی معتبر در بیمارستان نور اصفهان بین سال‌های ۱۳۸۴ تا ۱۳۸۹

مجید برکتین^۱، خزر گر جانی^۲، غلامحسین احمد زاده^۳، محمدرضا مرآئی^۴

مقاله پژوهشی

چکیده

زمینه و هدف: استفاده از راهنماهای درمانی معتبر که بر اساس روش پزشکی مبتنی بر شواهد نگاشته شده باشند امروزه جایگاه تثبیت شده‌ای در روان‌پزشکی دارد. پژوهش حاضر به بررسی میزان انطباق درمان‌های انجام شده برای بیماران اسکیزوفرنی با روش درمان پیشنهادی در راهنماهای معتبر درمانی پرداخته است.

مواد و روش‌ها: این مطالعه از نوع توصیفی، مقطعی و گذشته‌نگر بر روی کلیه بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی در ایزود اول که بین سال‌های ۸۴ تا ۸۹ در بخش روان‌پزشکی مرکز آموزشی درمانی نور شهر اصفهان بستری بوده‌اند انجام شده است. اخذ نمونه به صورت سرشماری انجام شده است و داده‌ها از طریق پایگاه داده‌های بیمارستان نور و پرونده‌های بیمارستانی توسط پرسش‌نامه خودساخته جمع‌آوری شده و سپس شاخص‌های آماری نظیر میانگین‌ها و فراوانی نسبی متغیرها به دست آمد. از راهنمای درمان انجمن روان‌پزشکی آمریکا به عنوان مرجع اصلی برای مقایسه استفاده شد.

یافته‌ها: در مجموع ۱۱۳ بیمار (۳۷ درصد زن و ۶۳ درصد مرد) در این مطالعه وارد شدند. میانگین سنی بیماران 28.91 ± 8.79 با دامنه سنی ۱۴ تا ۶۴ سال بود. از میان بیماران ۲۶/۵ درصد بی‌سواد و ۵۲/۲ درصد بیکار بوده‌اند. ۵/۳ درصد از بیماران در این مطالعه اقدام به خودکشی و ۱۰/۶ درصد بیماران افکار دیگرکشی داشته‌اند. تعداد ۳۸ نفر (۳۳/۶ درصد) از بیماران درمان خود را منطبق با راهنمای معتبر شروع کرده بودند و نوع داروی تجویز شده در ۷۹/۶ درصد با راهنما مطابقت داشت. در همه مراحل درمان میزان مطابقت با راهنما ۴۵/۲۴ درصد بوده است. بیماران در ۸۷/۷۴ درصد از موارد داروهای خود را در تمام مراحل درمان در دامنه دوز پیشنهادی راهنما دریافت کرده بودند.

نتیجه‌گیری: میزان مطابقت در زمینه انتخاب داروی خط اول درمان پایین بوده است. هم‌چنین بیشترین خطا در انتخاب نوع دارو و تجویز بی‌مورد چند داروی هم‌زمان ارزیابی شده است. علی‌رغم این که توصیه‌های این راهنما در انتخاب دوز داروهای تجویز شده برای اکثر بیماران رعایت شده است اما مدت زمان تجویز یک دارو قبل از انتقال بیمار به مرحله بعدی درمان به خوبی رعایت نشده است.

واژه‌های کلیدی: اسکیزوفرنی، ایزود اول، راهنمای درمان، پزشکی مبتنی بر شواهد، مطابقت درمانی

ارجاع: برکتین مجید، گر جانی خزر، احمد زاده غلامحسین، مرآئی محمدرضا. بررسی میزان انطباق درمان بیماران اسکیزوفرنی بستری شده در ایزود اول با راهنماهای درمانی معتبر در بیمارستان نور اصفهان بین سال‌های ۱۳۸۴ تا ۱۳۸۹. مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۳۹۲؛ ۱۱(۶): ۵۲۱-۵۱۰

۵۱۰

پذیرش مقاله: ۱۳۹۲/۱۱/۱۹

دریافت مقاله: ۱۳۹۲/۰۷/۱۱

۱- دانشیار، مرکز تحقیقات علوم رفتاری، گروه روان‌پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران (نویسنده مسؤل) Email: barekatain@med.mui.ac.ir

۲- دانشجوی دکترا، مرکز تحقیقات علوم رفتاری، مرکز تحقیقات علوم رفتاری، پزشکی عمومی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۳- دانشیار، مرکز تحقیقات علوم رفتاری، گروه روان‌پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۴- دانشیار، مرکز تحقیقات علوم رفتاری، گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

مقدمه

اسکیزوفرنی یک سندرم بالینی متغیر اما عمیقاً آسیب‌رسان است. این بیماری از لحاظ سایکوپاتولوژی؛ شناخت، هیجان، ادراک و سایر جنبه‌های رفتار را درگیر می‌کند. هرچند که ظهور علائم بیماری در بیماران مختلف، متفاوت است اما تأثیر بیماری همیشه شدید و معمولاً طولانی است (۱). طبق منابع معتبر میزان بروز اسکیزوفرنی در یک سال ۰/۵ تا ۵ در هر ۱۰۰۰۰ نفر و شیوع آن یک درصد است. این میزان بروز و شیوع تغییرات جزئی نسبت به مناطق مختلف دنیا نشان می‌دهد (۱).

مطابق چهارمین ویرایش کتابچه تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV یا Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder-Forth edition) معیارهای تشخیصی اسکیزوفرنی وجود حداقل دو مورد از علائم هذیان، توهم، آشفتگی کلام، آشفتگی در رفتار و علائم منفی حداقل برای مدت یک ماه و سیر کلی بیماری به صورت مداوم طی ۶ ماه می‌باشد (۱).

درمان این بیماران به وسیله داروهای آنتی سایکوتیک نسل اول یا تپیک (Typical Antipsychotics)، آنتی سایکوتیک نسل دوم یا آتپیک (Atypical Antipsychotics) (۲-۶)، درمان‌های ترکیبی این دو گروه (۷) و درمان با تشنج الکتریکی (ECT یا Electroconvulsive Therapy) صورت می‌پذیرد (۷). مطابق منابع معتبر، اسکیزوفرنی نیاز به درمان طولانی مدت طی سه دوره دارد: فاز حاد، فاز تثبیت و فاز نگهداری (۲). در فاز حاد هدف درمان کاهش هرچه سریع‌تر علائم سایکوتیک و کنترل رفتار مختل آسیب‌رسان بیمار می‌باشد. درمان در فاز تثبیت را می‌توان به نوعی معادل ادامه درمان در دوره نقاهت بیماری در نظر گرفت. در این دوره هرچند علائم حاد بیماری کنترل شده است اما وضعیت بسیار شکننده است و با کاهش دوز دارو احتمال برگشت سریع علائم وجود دارد به همین دلیل رژیم درمانی معادل فاز حاد است. در فاز نگهداری می‌توان بر اساس علائم بیمار نسبت به کاهش تدریجی دارو اقدام ورزید (۲-۴). در فاز حاد درمان تجویز داروی آنتی‌سایکوتیک باید سریعاً شروع شود چرا که تأخیر طولانی در تجویز دارو می‌تواند

به طولانی شدن علائم سایکوز بیانجامد و تأثیر منفی روی درمان طولانی مدت بیماری بگذارد (۲). به عبارت دیگر، مداخله زودرس در اپیزود اول بیماری می‌تواند روند بیماری را کند یا متوقف سازد (۳). همچنین موارد سریعاً درمان شده بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی در اپیزود اول همراه با پیش‌آگهی بهتری هستند، که می‌تواند به علت مهار آثار سایکوز در پیدایش تغییرات آسیب‌زای ساختاری و درازمدت در مغز باشد. علاوه بر این، مداخله زودرس در اپیزود اول می‌تواند عوارض درازمدت بیماری را تخفیف دهد (۴).

"پزشکی مبتنی بر شواهد" (EBM یا Evidence based Medicine) به معنای ادغام دانش بالینی با بهترین شواهد تحقیقاتی موجود است. در واقع در پزشکی مبتنی بر شواهد قرار بر این است که با استفاده از بهترین شواهد موجود برای بهترین روش مراقبت و درمان در هر بیماری تصمیم‌گیری شود (۵).

از آنجایی که درمان دارویی بیماری‌های شدید روان‌پزشکی با معرفی تعداد زیادی از اقلام دارویی دچار پیشرفت و پیچیدگی شده است، راهنماهای درمانی که بر پایه شواهد بنا نهاده شده‌اند به پزشکان کمک می‌کنند که در شرایط پیچیده قادر به تصمیم‌گیری صحیح باشند. بیشتر راهنماهای درمانی، شواهدی که از تحقیقات به‌دست آمده است را به‌صورت خلاصه در خود جای می‌دهند. مطالعات نشان داده‌اند که این راهنماها پتانسیل بالایی برای بهبود بخشیدن درمان دارویی بیماران روانی دارند (۵).

پزشکی مبتنی بر شواهد در درمان بیماری‌های روان‌پزشکی هم جایگاه خود را پیدا کرده است. افزایش تعداد داروها و به تبع آن، ترکیب‌های دارویی جدید همراه با پیشرفت اهداف درمانی همگی به اهمیت تعریف و اجرای درمان‌های دارویی در بیماران روان‌پزشکی بر اساس راهنماهای درمان Treatment Guideline مبتنی بر شواهد می‌افزایند. استفاده از این راهنماها می‌تواند هزینه‌ها را با کاهش درمان‌های غیر مؤثر کاهش دهد (۵). راهنماهای درمانی روان‌پزشکی در حال حاضر تقریباً برای تمام بیماری‌های روان‌پزشکی، و از جمله اسکیزوفرنی، در شروع درمان تجویز یک دارو را پیشنهاد می‌کنند (۶-۷). بر خلاف پیشنهاد مؤکد در درمان فاز حاد مبنی بر تجویز یک دارو با

بودند پرداخته شد تا میزان مطابقت درمان‌های صورت پذیرفته با درمان بر اساس راهنماهای معتبر به دست آید.

مواد و روش‌ها

این مطالعه از نوع توصیفی-مقطعی و گذشته‌نگر بر روی کلیه بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی که در اپیزود اول بیماری خود بین سالهای ۱۳۸۴ تا ۱۳۸۹ در بیمارستان نور اصفهان بستری شده بودند انجام شده است. تشخیص بیماری اسکیزوفرنی طی یک مصاحبه بالینی روان‌پزشکی توسط دستیار روان‌پزشکی و تأیید این تشخیص با مصاحبه بالینی مجدد توسط یکی از اساتید گروه روان‌پزشکی صورت گرفته است. معیارهای خروج بیماران از مطالعه مدت زمان بستری بودن کمتر از ۲۴ ساعت در بیمارستان، سابقه بستری قبلی بیمار به علت بیماری روانی، طول مدت علائم حاد بیماری بیش از ۶ ماه بوده است.

برای جمع‌آوری اطلاعات این مطالعه، از پایگاه ثبت رایانه‌ای بیماران روان‌پزشکی و پرونده‌های بیمارستانی استفاده شد. گردآوری داده‌ها با استفاده از پرسش‌نامه‌های خودساخته صورت گرفت. متغیرهای دموگرافیک اعم از جنس، سن، تحصیلات، وضعیت تأهل، سابقه اقدام به خودکشی، وجود بیماری‌های همراه و اعتیاد جمع‌آوری شدند. اطلاعات مربوط به نحوه درمان بیماران در پرسش‌نامه جمع‌آوری داده‌ها ثبت گردید. این اطلاعات شامل نوع داروهای تجویز شده، سیر تجویز داروها، نحوه تغییر آن‌ها، مقدار دوز داروها و همچنین طول مدت درمان در هر مرحله از تغییر دارو مورد بررسی قرار گرفت. از دیگر متغیرهای مورد بررسی دریافت یا عدم دریافت داروهای آنتی‌کولینرژیک بود.

اطلاعات مرتبط با نحوه درمان بیماران با مراحل درمانی راهنمای معتبر درمان بیماران اسکیزوفرنی که توسط انجمن روان‌پزشکی آمریکا ارائه شده است سنجیده شد (۱۱). راهنمای معتبر انجمن روان‌پزشکی آمریکا در درمان بیماران اسکیزوفرنی انتخاب درمان بیماران را در چهار گروه خلاصه کرده است: گروه یک، بیمارانی که باید داروی آنتی‌سایکوتیک نسل اول دریافت کنند؛ گروه دو، بیمارانی که باید داروی آنتی‌سایکوتیک نسل دوم دریافت کنند؛ گروه سه، بیمارانی که باید کلوزاپین دریافت کنند و گروه چهار، بیمارانی که باید آنتی‌سایکوتیک‌های تزریقی طولانی اثر دریافت

مقدار مناسب، یعنی میزانی از دارو که بیشترین اثرات درمانی با کمترین عوارض را داشته باشد و مدت مطلوب، یعنی حداقل ۴ هفته، بررسی‌ها حکایت از آن دارد که روان‌پزشکان در موارد متعددی ابتدا به ساکن درمان ترکیبی چند دارویی را در این فاز شروع می‌کنند (۷). بیماران اسکیزوفرنی گروه پرخطری برای دریافت درمان چند دارویی هستند. بنابراین، وقتی تجویز چند دارو به صورت هم‌زمان ضرورت پیدا می‌کند این تجویز بهتر است بر اساس داده‌های EBM و در نظر گرفتن منطقی تداخلات فارماکودینامیکی و فارماکوکینتیکی داروها صورت بگیرد (۸).

راهنماهای معتبر گوناگونی برای درمان مبتنی بر شواهد جهت درمان بیماران اسکیزوفرنی وجود دارد که همگی در انتخاب نوع درمان در فاز حاد بیماری نظرات مشابهی دارند (۷). از این میان می‌توان از راهنماهای معتبر زیر نام برد:

۱) راهنمای معتبر درمان بیماران اسکیزوفرنی که توسط انجمن روان‌پزشکی کانادا منتشر شده است (۸).

۲) راهنمای معتبر مبتنی بر شواهد برای درمان دارویی بیماران اسکیزوفرنی که توسط انجمن فارماکولوژی انگلستان منتشر شده است (۹).

۳) راهنمای معتبر مداخلات اصلی در درمان بیماران اسکیزوفرنی بزرگسال که توسط انجمن ملی سلامت و برتری بالینی انگلستان منتشر است (۱۰).

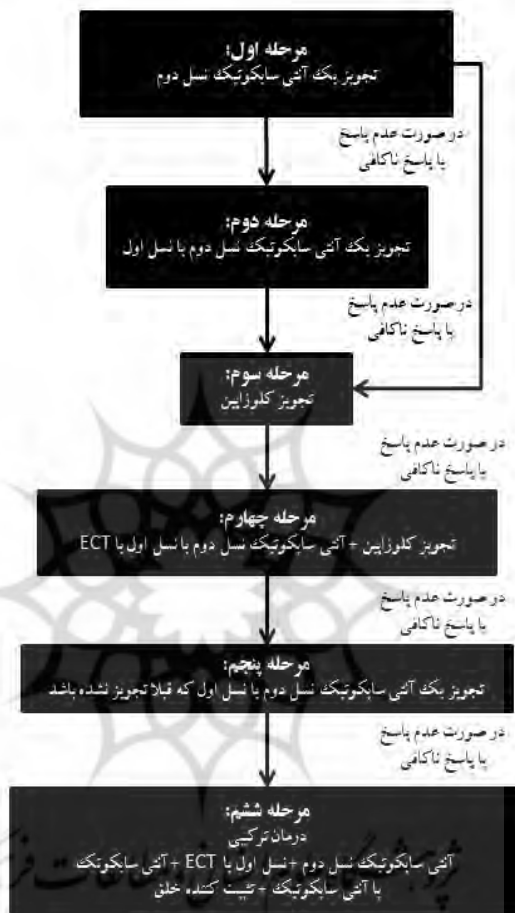
۴) راهنمای معتبر درمان بیماران اسکیزوفرنی که توسط انجمن روان‌پزشکی آمریکا منتشر شده است (۱۱).

۵) اجماعی از راهنماهای معتبر جهانی که برای درمان بیماران اسکیزوفرنی توسط دانشگاه مونیخ آلمان به چاپ رسیده است (۱۲).

با توجه به اهمیت استفاده از راهنماهای مبتنی بر شواهد در ارتقای کیفیت درمان بیماران روان‌پزشکی و همچنین اهمیت درمان به موقع و مؤثر در بیماران اسکیزوفرنی در اپیزود اول بیماری بنا به دلایلی که قبلاً ذکر شد، در این مطالعه به بررسی درمان‌های انجام شده برای بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی که در اپیزود اول خود در بیمارستان نور شهر اصفهان بستری شده

درمان‌های ترکیبی و درمان با تشنج الکتریکی برای بیمارانی استفاده می‌شوند که علی‌رغم دریافت یک داروی آنتی سایکوتیک، عدم بهبودی یا تشدید علائم وجود داشته باشد.

کنند. با توجه به این که تمام بیماران این مطالعه در اپیزود اول بیماری هستند، در ابتدای شروع درمان جزء گروه ۲ قرار می‌گیرند (۱۱). بر اساس این راهنما در ادامه با توجه به نحوه پاسخ بیمار، درمان‌های بعدی انتخاب می‌شوند (نمودار ۱).



نمودار ۱. راهنمای انجمن روان‌پزشکی آمریکا برای درمان اسکیزوفرنی در فاز حاد

در ۱۱۳ نفر معیارهای کامل ورود و خروج این مطالعه احراز گردید (جدول ۱).

تعداد ۱۱۳ نفر وارد مرحله اول درمان شده‌اند که در جدول توزیع فراوانی، انواع داروهای تجویز شده به تفصیل بیان شده است (جدول ۲). انواع داروهای آنتی‌سایکوتیک تجویز شده برای بیماران شامل پرفنازین، تیوتکسین، هالوپریدول، کلرپرومازین، ریسپریدون، الاتزاپین، کتیپین و کلوزاپین بود. هم‌چنین گروهی

یافته‌ها

با مراجعه به پایگاه رایانه‌ای ثبت اطلاعات روان‌پزشکی بیمارستان نور، در گام نخست ۴۳۹ مشخصات بیمار بر اساس معیارهای ورود تعیین گردید. با مراجعه به بخش بایگانی بیمارستان، پرونده ۲۹۸ نفر از کل جامعه هدف یافت شد. از آنجایی که پرونده کاغذی بیمارانی که صرفاً در اورژانس روان‌پزشکی بستری بودند تنها به مدت ۲ سال در بایگانی حفظ شده بود، پرونده ۱۴۱ بیمار یافت نشد. از بین این ۲۹۸ بیمار، تنها

کلوزاپین) را دریافت کرده بودند. در این میان، تعداد ۱۰۰ نفر از بیماران (۸۹/۳ درصد) داروی خود را صرف نظر از نوع، با مقدار مناسب دریافت کرده بودند. از بین ۶۰ (۵۳/۱ درصد) بیماری که وارد مرحله دوم درمان شدند، ۷ نفر (۱۱/۷ درصد) داروی مرحله اول را قبل از انتقال به مرحله دوم درمان برای مدت زمان مناسبی دریافت کرده بودند.

از بیماران ECT دریافت کرده بودند. بنابر راهنمای معتبر بیماران در مرحله اول درمان می‌بایستی یک داروی آنتی‌سایکوتیک نسل دوم را به صورت تک دارویی با دوز درمانی برای مدت حداقل ۴ هفته قبل از انتقال به مرحله بعدی درمان دریافت کنند. درمان ECT در این مرحله به هیچ عنوان جایگاهی ندارد. میزان مطابقت درمان‌های تجویز شده با این راهنمای معتبر ۳۳/۶ درصد بود یعنی تعداد ۳۸ نفر از بیماران داروی آنتی‌سایکوتیک مناسب (آنتی‌سایکوتیک آتیپیک به جز

جدول ۱. توزیع فراوانی خصوصیات دموگرافیک بیماران

متغیرهای زمینه‌ای		زن		مرد	
		درصد فراوانی (درصد)	فراوانی	درصد فراوانی (درصد)	فراوانی (درصد)
تاهل	مجرد	۲۰/۳۵	۲۳	۴۶/۹۰	۵۳
	طلاق و متارکه	۴/۴۲	۵	۴/۴۲	۵
تحصیلات	متاهل	۱۲/۳۸	۱۴	۱۱/۵۰	۱۳
	کل	۳۷/۱۵	۴۲	۶۲/۸۳	۷۱
	بی‌سواد	۱۰/۶۱	۱۲	۱۵/۹۲	۱۸
	مقاطع راهنمایی و متوسطه	۱۷/۶۹	۲۰	۳۷/۱۶	۴۲
شغل	دیپلم و بالاتر	۸/۸۴	۱۰	۹/۷۳	۱۱
	کل	۳۷/۱۵	۴۲	۶۲/۸۳	۷۱
	بیکار	۱۴/۱۵	۱۶	۳۸/۰۵	۴۳
	خانه‌دار	۱۹/۴۶	۲۲	۰	۰
	شاغل	۳/۵۳	۴	۲۴/۷۷	۲۸
اعتیاد	کل	۳۷/۱۵	۴۲	۶۲/۸۳	۷۱
	ابتلا به اعتیاد	۰/۸۸	۱	۹/۷۳	۱۱
	عدم ابتلا به اعتیاد	۳۶/۲۸	۴۱	۵۳/۰۹	۶۰
اقدام به خودکشی یا دیگرکشی	کل	۳۷/۱۵	۴۲	۶۲/۸۳	۷۱
	خودکشی	۰/۹	۱	۴/۴۲	۵
	دیگرکشی	۳/۵۳	۴	۷/۰۷	۸
	کل	۴/۴۲	۵	۱۱/۵۰	۱۳

جدول ۲. توزیع فراوانی نوع داروهای تجویز شده در مرحله اول درمان

اسم داروها	فراوانی	درصد فراوانی
داروهای آنتی‌سایکوتیک نسل اول	پرفنازین	۳۲
	تیوتکسین	۲۷
	هالوپریدول	۱
	کلرپرومازین	۱
	کل	۶۱
	ریسپریدون	۳۲
داروهای آنتی‌سایکوتیک نسل دوم	الانزاپین	۵
	کتیاپین	۱
	کلوزاپین	۱
	کل	۳۹
	ECT	۱
	ECT + ریسپریدون	۱
درمان‌های ترکیبی	ECT + الانزاپین	۱
	ECT + تیوتکسین	۱
	تیوتکسین + کلوزاپین	۲
	پرفنازین + الانزاپین	۲
	پرفنازین + هالوپریدول	۴
	ECT + کلرپرومازین	۱
	کل	۱۲

مرحله در جدول ۳ آمده است.

با توجه به داده‌های به‌دست آمده (جدول ۳) از لحاظ میزان مطابقت درمان‌های تجویز شده با این راهنما تعداد ۷ نفر (۱۱/۷ درصد) از بیماران در مرحله دوم درمان، داروی آنتی‌سایکوتیک مناسب را دریافت کرده بودند. صرف‌نظر از نوع دارو، تعداد ۵۰ نفر (۸۳/۳ درصد) از بیماران داروی خود را با دوز مناسب دریافت کرده بودند. تعداد ۲۸ نفر (۲۴/۷۷ درصد) از بیماران وارد مرحله سوم درمان شدند که از این میان ۳ نفر (۱۰/۷ درصد) قبل از انتقال به مرحله سوم، درمان خود را صرف‌نظر از نوع دارو برای مدت زمان مناسبی دریافت کرده بودند.

تعداد ۲۸ نفر (۲۴/۷۷ درصد) نفر از بیماران وارد مرحله سوم از درمان شده‌اند که درمان‌های تجویز شده برای بیماران در جدول ۴ آمده است. تعداد ۶ نفر (۲۱/۴ درصد) از بیماران در این مرحله از درمان، داروی مناسب را دریافت کرده‌اند. تعداد ۲۲ نفر (۷۸/۶ درصد) از بیماران داروی خود را با دوز مناسب دریافت کرده‌اند. تعداد ۸ نفر (۷/۰۷ درصد) از بیماران

بنابر راهنمای معتبر بیماران در مرحله اول درمان می‌بایستی یک داروی آنتی‌سایکوتیک نسل دوم را به صورت تک دارویی با دوز درمانی برای مدت حداقل ۴ هفته قبل از انتقال به مرحله بعدی درمان دریافت کنند. درمان ECT در این مرحله به هیچ عنوان جایگاهی ندارد. میزان مطابقت درمان‌های تجویز شده با این راهنمای معتبر ۳۳/۶ درصد بود یعنی تعداد ۳۸ نفر از بیماران داروی آنتی‌سایکوتیک مناسب (آنتی‌سایکوتیک آتیبیک به جز کلوزاپین) را دریافت کرده بودند. در این میان، تعداد ۱۰۰ نفر از بیماران (۸۹/۳ درصد) داروی خود را صرف نظر از نوع، با مقدار مناسب دریافت کرده بودند. از بین ۶۰ (۵۳/۱ درصد) بیماری که وارد مرحله دوم درمان شدند، ۷ نفر (۱۱/۷ درصد) داروی مرحله اول را قبل از انتقال به مرحله دوم درمان برای مدت زمان مناسبی دریافت کرده بودند. تعداد ۶۰ نفر وارد مرحله دوم درمان شده بودند. درمان تجویز شده در این

بیماران وارد مرحله چهارم درمان شده‌اند. داروهای تجویز شده برای این بیماران به تفصیل در جدول ۵ آمده است.

وارد مرحله چهارم از درمان شده‌اند، از این میان ۵ نفر (۶۲/۵ درصد) درمان خود را صرف نظر از نوع قبل از انتقال به مرحله چهارم درمان برای مدت زمان مناسبی دریافت کرده‌اند. تعداد ۸ نفر (۷/۰۷ درصد) از

جدول ۳. توزیع فراوانی نوع داروهای تجویز شده در مرحله دوم درمان

اسم داروها	فراوانی	درصد فراوانی
برفازین	۲	۳/۳۳
تیو تکسین	۶	۶
داروهای آنتی سایکوتیک	۲	۱/۳۳
هالوپریدول	۱	۱/۶۶
کلرپرومازین	۱۱	۱۸/۳۳
کل	۵	۸/۳۳
رسپریدون	۲	۳/۳۳
داروهای آنتی سایکوتیک	۷	۱۱/۶۶
الانزاپین	۱	۱/۶۶
نسل دوم	۱	۱/۶۶
ECT	۱	۱/۶۶
برفازین+ECT	۴	۶/۶۶
تیو تکسین+رسپریدون	۳	۵
رسپریدون+برفازین	۱	۱/۶۶
رسپریدون+کلوزاپین	۲	۱/۳۳
دارمان‌های ترکیبی	۱	۱/۶۶
الانزاپین+تیو تکسین+هالوپریدول	۱	۱/۶۶
کتیپین+رسپریدون	۲	۱/۳۳
تیو تکسین+ECT	۳	۵
تیو تکسین+رسپریدون	۱	۱/۶۶
ECT+الانزاپین+تیو تکسین	۴	۶/۶۶
تیو تکسین+کلوزاپین	۱	۱/۶۶
تیو تکسین+کلرپرومازین	۵	۸/۳۳
برفازین+ECT	۶	۶
برفازین+رسپریدون	۱	۱/۶۶
برفازین+الانزاپین+کلوزاپین	۲	۱/۳۳
برفازین+کلوزاپین	۲	۱/۳۳
برفازین+کلرپرومازین	۱	۱/۶۶
رسپریدون+کلرپرومازین	۴۱	۶۸/۳۳
کل		

جدول ۵. توزیع فراوانی داروهای تجویز شده در مرحله چهارم درمان

اسم داروها	فراوانی	درصد فراوانی
داروهای آنتی‌سایکوتیک	۱	۱۲/۵
تئوتکسین	۱	۱۲/۵
نسل اول	۲	۲۵
کل	۱	۱۲/۵
تئوتکسین + کلوزاپین	۱	۱۲/۵
تئوتکسین + کلرپرومازین	۲	۲۵
کلوزاپین + لانزاپین	۱	۱۲/۵
تئوتکسین + کلوزاپین	۱	۱۲/۵
پرئنازین + کلوزاپین	۱	۱۲/۵
کل	۷	۸۷/۵

بحث و نتیجه‌گیری

درمان دارویی مناسب بیماران اسکیزوفرنی، با انتخاب داروی مناسب، با دوز مناسب، برای طول مدت زمان مناسب تحقق پیدا می‌کند (۱۳).

تمام راهنماهای معتبر که جهت درمان بیماران اسکیزوفرنی در اپیزود اول تدوین شده‌اند در این نکته مشترک هستند که درمان این بیماران می‌بایستی با یک داروی آنتی‌سایکوتیک نسل دوم شروع شود.

در این مطالعه ۳۳/۶ درصد از بیماران درمان خود را با یک داروی آنتی‌سایکوتیک نسل دوم یعنی با یک داروی مناسب شروع کرده‌اند. این در حالی است که بیش از نیمی از بیماران (۵۴ درصد) درمان خود را با یک داروی آنتی‌سایکوتیک نسل اول شروع کرده‌اند. از بین این داروها پرفنازین بیشترین دارویی بوده است که برای بیماران تجویز شده است.

با توجه به این که اتفاق نظری برای تعریف متغیرهای "مطابقت درمان‌های دارویی انجام شده با راهنماهای معتبر" وجود ندارد، ایده آلی از میزان مطابقت کافی نیز تعریف نشده است (۱۴). با این همه می‌توانیم میزان مطابقت درمان‌های انجام شده با راهنمای معتبر انجمن روان‌پزشکی آمریکا را با این میزان در مطالعات مشابه مقایسه کنیم.

به‌طور مثال در مطالعه‌ای که بین ۱۱۰ بیمار اپیزود اول اسکیزوفرنی در سال ۲۰۱۱ در شیلی انجام شده است ۸۶ درصد از بیماران به‌عنوان خط اول درمان یک داروی

آنتی‌سایکوتیک نسل دوم دریافت کرده بودند (۱۴). در مطالعه مشابه دیگری این میزان ۴۰ درصد بوده است (۱۵). در مطالعه‌ای که جهت یافتن پاسخ این سؤال که روان‌پزشکان با در نظر گرفتن تجربیات درمانی خود و راهنماهای معتبر درمان در اسکیزوفرنی، چگونه بیماران را درمان می‌کنند، به عواملی پتانسیل اقتصادی کشورها و تجربیات پزشکان از تأثیر درمانی برای به کارگیری آنتی‌سایکوتیک‌های نسل دوم اشاره شده است. این مطالعه با توجه به این که راهنماهای معتبر درمان اسکیزوفرنی، در کشورهای توسعه‌یافته تدوین شده‌اند درمان مبتنی بر این راهنماها را در این کشورها بیشتر از کشورهای در حال توسعه امکان‌پذیر می‌داند (۱۶).

طبق تمام راهنماهای معتبر مبتنی بر EBM کلوزاپین به عنوان خط اول درمان بیماران اسکیزوفرنی در اپیزود اول بیماری جایگاهی ندارد. این در حالی است که استفاده از کلوزاپین در درمان موارد مقاوم نسبت به داروهای آنتی‌سایکوتیک دیگر برتری دارد (۱۷). در این مطالعه تنها یک نفر از بیماران کلوزاپین را به عنوان خط اول درمان دریافت کرده است. در حالی که چهار نفر از بیماران (۶/۶۶ درصد) در مرحله دوم درمان، کلوزاپین را در ترکیب با یک داروی آنتی‌سایکوتیک دیگر دریافت کرده‌اند، در حالی که این دارو می‌بایستی به عنوان انتخاب آخر پس از تجویز آنتی‌سایکوتیک‌های دیگر حداقل در مرحله سوم درمان تجویز شود. البته این میزان استفاده از کلوزاپین به عنوان انتخاب

بهبودی بیمار به جهت داروی دوم ویا درمان هر دو دارو بوده است دشوار خواهد بود (۶).

میزان مطابقت نوع داروهای آنتی سایکوتیک تجویز شده برای بیماران در این مطالعه با راهنمای معتبر روان پزشکی آمریکا در مرحله دوم درمان ۱۱/۷ درصد بوده است و بیشترین خطا در این مرحله با تجویز درمان های چند دارویی (۶۶/۶۶ درصد) صورت گرفته است. این میزان مطابقت در مرحله سوم درمان ۲۱/۴ درصد است و ۷۵ درصد از بیماران در این مرحله درمان چند دارویی دریافت کرده بودند.

در رابطه با عوارض جانبی داروها از آنجایی که عوارض اکستراپیرامیدال به دنبال تجویز داروهای آنتی سایکوتیک شایع است. طبق آخرین توصیه های انجمن جهانی روان پزشکی در درمان دارویی بیماران اسکیزوفرنی، هدف از درمان رسیدن به کمترین میزان علائم مثبت در بیماران همراه با کمترین بروز سندرم اکستراپیرامیدال و به تبع آن کمترین میزان تجویز داروهای آنتی کولینرژیک است. رسیدن به این هدف با تجویز داروهای آنتی سایکوتیک نسل دوم امکان پذیر است (۱۸). در این مطالعه در مرحله اول درمان ۵۴ درصد از بیماران داروی آنتی سایکوتیک نسل اول و در از کل ۱۱۳ بیمار ۷۹/۶ درصد از بیماران داروی آنتی کولینرژیک دریافت کرده اند.

از دیگر عوامل موفقیت در درمان بیماران اسکیزوفرنی پیروی از دوز پیشنهادی راهنماهای معتبر در تجویز داروها می باشد. در این مطالعه میزان مطابقت دوز داروهای آنتی سایکوتیک تجویز شده با راهنمای معتبر روان پزشکی آمریکا در مراحل اول تا پنجم درمان به ترتیب ۸۹/۳ درصد، ۸۳/۳ درصد، ۷۸/۶ درصد، ۸۷/۵ درصد و ۱۰۰ درصد بوده است. این در حالی است که در مطالعه ای که روی بیماران اسکیزوفرنی اپیزود اول در سال ۲۰۰۴ در آمریکا انجام شده است ۶۲/۱ درصد از بیماران داروهای آنتی سایکوتیک خود را با دوزی در دامنه دوز درمانی پیشنهاد شده در راهنماهای معتبر دریافت کرده بودند (۱۹).

مدت زمان مناسب تجویز یک دارو در کنار دوز درمانی مناسب از متغیرهای مهم برای دستیابی به سطح مناسب پلاسمایی

دوم در مقایسه با مطالعه ای مشابهی که در شیلی انجام شده است (۲۰ درصد) پایین تر است (۱۴).

کاربرد درمان های دارویی ترکیبی از روش های شایع در درمان بیماران اسکیزوفرنی است. بر اساس راهنماهای معتبر درمان بیماران اسکیزوفرنی می بایستی داروهای آنتی سایکوتیک به تنهایی با دوز درمانی مناسب و برای مدت زمان مناسب در مراحل اول تا سوم برای بیماران تجویز شوند. شروع درمان چند دارویی یا ترکیبی تنها از مرحله چهارم به بعد توصیه می شود. در این حال چنانچه تجویز درمان های چند دارویی لزوم پیدا کرد، این درمان ها می بایستی بر اساس اصول EBM انتخاب شوند تا با توجه به تعداد رو به افزایش داروها، تداخلات فارماکوکینتیکی و فارماکودینامیکی، جلوگیری شود (۶). در این مطالعه ۱۰/۷ درصد از بیماران در خط اول درمان، درمان دارویی ترکیبی دریافت کرده اند که این میزان در مرحله دوم درمان ۶۶/۶ درصد و در مرحله سوم و چهارم درمان به ترتیب ۷۵ درصد و ۸۷/۵ درصد بوده است.

در مطالعه ای که توسط Messer در سال ۲۰۰۶ انجام شده است، میزان درمان های چند دارویی در بیماران اسکیزوفرنی اپیزود اول بستری ۲۵-۱۵ درصد بوده است. در مطالعات دیگری که در استرالیا در سال ۱۹۹۹ و نروژ در سال ۲۰۰۹ انجام شده است، به ترتیب ۸ درصد و ۳۵/۶ درصد از بیماران اسکیزوفرنی اپیزود اول درمان چند دارویی دریافت کرده بودند (۱۸).

با توجه به این که بر اساس راهنماهای معتبر درمان بیماران اسکیزوفرنی اپیزود اول، استفاده از درمان های دارویی ترکیبی تنها در موارد مقاوم بیماری و عدم پاسخ بیمار به درمان تک دارویی توصیه می شود میزان بالای استفاده از درمان های چند دارویی در این مطالعه توجیهی بر پایه EBM ندارد و این امر نه تنها باعث افزایش تداخلات داروی می شود بلکه منجر به دشواری در قطع کردن داروهای بیمار و سوق دادن بیمار به سمت درمان تک دارویی در پیگیری بیماران خواهد شد. باید به این نکته توجه داشت که پس از اضافه کردن یک دارو به داروی قبلی و مشاهده ی بهبودی بیماران، این تصمیم که آیا

یک دارو قبل از انتقال بیمار به مرحله بعدی درمان به خوبی رعایت نشده است. البته با توجه به این که جهت سنجیدن مطابقت درمان بیماران اسکیزوفرنی با راهنماهای معتبر متغیرهایی از جمله بررسی صحت تشخیص بیماری، درمان‌های غیر دارویی، سیر علائم بیماران، تأثیر تجربیات شخصی روان پزشکان، قابل دسترس بودن داروها و مسایل اقتصادی درمان بیماران بایستی در نظر گرفته شود تا تصویر جامع‌تری از کیفیت درمان بیماران اسکیزوفرنی از این دست دهد، مطالعات تکمیلی جهت بررسی این متغیرها کمک شایان توجهی به درمان هر چه بهتر این بیماران در آینده خواهد کرد.

تشکر و قدردانی

از پرسنل محترم واحد بایگانی بیمارستان نور شهر اصفهان و جناب آقای احمدی که دسترسی به پایگاه داده‌های بیمارستان را برای انجام این مطالعه فراهم کردند تشکر می‌کنیم. این مقاله حاصل پایان نامه دوره دکترای حرفه‌ای به شماره ۳۹۰۵۸۵ در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان می‌باشد.

و در نتیجه پاسخ درمانی مناسب در بیماران اسکیزوفرنی است. در این مطالعه میزان مطابقت مدت زمان تجویز یک دارو قبل از ورود به مرحله بعدی درمان با راهنمای معتبر روان‌پزشکی آمریکا در مراحل دوم و سوم و چهارم درمان به ترتیب ۱۱/۷ درصد، ۱۰/۷ درصد و ۶۲/۵ درصد بوده است. هیچ‌کدام از بیمارانی که وارد مرحله پنجم از درمان شده‌اند درمان مرحله چهارم را برای مدت زمان مناسبی دریافت نکرده بوده‌اند. این نکته قابل توجه است که باقی نماندن روی درمان با یک دارو برای مدت زمان مناسب منجر به استفاده از درمان‌های چند دارویی و تعویض داروهای تجویز شده می‌شود.

میزان مطابقت درمان بیماران اسکیزوفرنی اپیزود اول که در بیمارستان نور اصفهان بین سال‌های ۸۴-۸۹ بستری بوده‌اند با راهنمای معتبر درمان بیماران اسکیزوفرنی انجمن روان‌پزشکی آمریکا در زمینه انتخاب داروی خط اول درمان پایین بوده است. همچنین بیشترین خطا در انتخاب دارو و تجویز بی اندیکاسیون درمان چند دارو بوده است. علی‌رغم این که توصیه‌های این راهنما در انتخاب دوز داروهای تجویز شده برای اکثر بیماران رعایت شده است اما مدت زمان تجویز

References

1. Sadock A. Schizophrenia . In: Sadock B J, Sadock V A , Editor. Kaplan and sadock's synopsis of psychiatry : Behavioral sciences , clinical psychiatry. 10th ed. Philadelphia: Williams and Wilkins; 2007: 467-468.
2. Herz MI. General issues in treating and managing schizophrenia. in: Herz MI, Marder SR. Schizophrenia: comprehensive treatment and management . 11th ed. Philadelphia: Williams and Wilkins; 2002: 40-1
3. Mc Glashan TH. Early detection and intervention in schizophrenia: Research. schizophrenia bull 1996; 22:327-45.
4. Wyatt RJ, Apud JA, Potkin S. New directions in prevention and treatment of schizophrenia: a biological perspective. Psychiatry 1996;59(4):357-70.
5. Mellman TA, Miller AL, Weissman EM, Crismon ML, Essock SM, Marder SR. Evidence-based pharmacologic treatment for people with severe mental illness: A focus on guidelines and algorithms. Psychiatr Serv 2001;52(5):619-25.
6. Bernd R., Elgeti H, Ziegenbein M. Patterns of drug prescriptions in a psychiatric outpatient care unit, the issue of polypharmacy. German J psychiatry 2008;11:1-6
7. Kozumplik O, Uzun S. Recommendations from treatment guidelines for schizophrenia regarding monitoring of side effects of antipsychotics. Psychiatria Danubina 2009: 95-8.

8. Addington D, Bouchard RH, Goldberg J, Honer B, Malla A, Norman R, Tempier R.: Clinical practice guidelines: treatment of schizophrenia. *Can J Psychiatry* 2005; 50:7S-57S.
9. Barnes TR. Evidence-based guidelines for the pharmacological treatment of schizophrenia: recommendations from the British Association for Psychopharmacology. *J Psychopharmacol*; 2011:567-620.
10. National Institute for Care and Excellence. Core interventions in the treatment and management of schizophrenia in primary and secondary care. 2009: Available from URL: <http://guidance.nice.org.uk/CG82>.
11. Lehman AF, Lieberman JA, Dixon LB, McGlashan TH, Miller AL, Perkins DO, et al. Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2004; 161: 1-56.
12. Hasan A. Task force on Treatment Guidelines for Schizophrenia. Department of Psychiatry and Psychotherapy. Munich ; Ludwig-Maximilians-University: 2012 .
13. Baldessarini R, Leahy L, Arcona S, Gause D, Zhang W, Hennen J . Patterns of Psychotropic Drug Prescription for U.S. Patients With Diagnoses of Bipolar Disorders. *Psychiatric Services;USA* ; 2007;4:309-17.
13. Markkula N, Alvarado R, Minoletti A. Adherence to guidelines and treatment compliance in the Chilean national program for first-episode schizophrenia. *Psychiatr Serv*; 2011 ;62(12):1463-9.
14. Smolders M, Laurant M, Verhaak P, Prins M, van Marwijk H, Penninx B, et al. Which physician and practice characteristics are associated with adherence to evidence-based guidelines for depressive and anxiety disorders? *Med Care* 2010; 48: 240-8.
15. Loga S, Loga-zec S .Psychiatrics between personal freedom to prefer antipsychotic in treatment of schizophrenic patients and algorithms and guidelines. *Psychiatria Danubina* 2010; 22 (2):343-5
16. Constantine R. Reducing variations in the pharmacologic treatment of schizophrenia: defining acceptable standards of treatment. *Current Psychiatry Reports* 2007; 9: 319-2.
17. Kroken RA, Johnsen E, Ruud T, Wentzel-Larsen T. Treatment of schizophrenia with antipsychotics in Norwegian emergency wards, a cross-sectional national study. *BMC Psychiatry* 2009; 16: 24.
18. Leslie DL, Rosenheck RA. Adherence of schizophrenia pharmacotherapy to published treatment recommendations: patient, facility, and provider predictors. *Schizophr Bull*; 2004; 30: 649-58.

Adherence of treatment of schizophrenia to the published treatment guidelines in university hospital

Majid Barekatin¹, Khazar Garjani², Gholamhosein Ahmahzadeh³, Mohammad Reza Maracy⁴

Original Article

Abstract

Aim and Background: Applying evidence-based treatment guidelines to improve the quality of care for patients with schizophrenia has been increased worldwide. In this study, we evaluated the adherence of clinicians to the guideline for patients with schizophrenia who were admitted to a university hospital in their first episode of disease.

Methods and Materials: In a descriptive study, treatments of all patients who were admitted to Nour hospital between 2005 to 2010 and diagnosed with schizophrenia in the first episode gathered. The implemented treatments compared with the American Psychiatric Association guideline for treatment of schizophrenia.

Findings: Of total 113 patients with mean age of 28.91 ± 8.79 , 38 patients (33.6 percent) have been taken the adequate first line medications based on the APA guideline. In the all stages of the treatment, 45.24 percent of the patients have been taken medications with adherence to the guideline. Types of the drugs and duration of treatment in each stage were adhered to the guideline in 79.6 percent and 87.74 percent of the patients respectively.

Conclusions: Adherence to the approved guideline was not acceptable. The most important finding was selection of the type of drug in the first stage, which was not compatible with the guideline. The high rate of polypharmacy was suggested the second fault of the treatment in this population.

Keywords: First Episode Schizophrenia , EBM-guidelines, Adherence of Treatment

Citation: Barekatin M, Garjani Kh, Ahmahzadeh Gh, Maracy MR. **Preliminary Psychometric Properties of Satisfaction with Body Image Scale.** J Res Behave Sci 2014; 11(6):510-521

Received: 03.10.2013

Accepted: 08.02.2014

1. Associate Professor, Behavioral Sciences Research Center, Department of Psychiatry, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran (Corresponding Author) Email: barekatin@med.mui.ac.ir
2. Medical student , Behavioral Sciences Research Center, School of Medicine, Isfahan University Of Medical Sciences, Isfahan, Iran
3. Associate Professor, Behavioral Sciences Research Center, Department of Psychiatry, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran
4. Associate Professor, Behavioral Research Center, Department of Biostatistics and Epidemiology, School of Health, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.