

ارزیابی مقایسه‌ای بخش‌های آموزشی-درمانی و صرفاً درمانی روانپزشکی از نظر نوع تشخیص و فرایند درمانی در بیماران اسکیزوفرنیک در بیمارستان روانپزشکی رازی

فربد فدایی^۱، مینا رئیسی^۲، سیده مریم وحدت شریعت پناهی^۳، بیژن مقیمی دهکردی^۴، ندا فرزانه^۵، سیدمحسن ضمیر^۵

^۱ دانشیار، روانپزشک، مدیر گروه روانپزشکی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

^۲ پژوهش عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد پژوهشی تهران

^۳ دانشیار، روانپزشک، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد پژوهشی تهران

^۴ پژوهشگر، اپیدمیولوژیست، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

^۵ روانپزشک، دانشگاه علوم پزشکی شهید بابایی قزوین

چکیده

سابقه و هدف: اسکیزوفرنی، به عنوان یکی از مهم‌ترین بیماری‌های روانپزشکی، اکثر تخت‌های بخش‌های روانپزشکی را اشغال کرده است. در این مطالعه، فرایند درمانی بیماران بستری در بخش‌های آموزشی-درمانی و بخش‌های صرفاً درمانی از نظر فرآیندهای تشخیصی و درمانی بررسی شد. روش بررسی: در این مطالعه مقطعی، از بیماران اسکیزوفرنی بستری در بیمارستان روان‌پزشکی رازی تهران بین سال‌های ۹۱-۹۰-۱۳۹۰، تعداد ۳۰۰ پرونده به تصادف از بخش‌های آموزشی-درمانی (۱۵۰ اپرونده) و بخش‌های صرفاً درمانی (۱۵۰ اپرونده) انتخاب و از نظر تشخیص بیماری، نوع درمان، طول مدت بستری، میزان استفاده از شوک درمانی، سوابق بستری‌های قبلی و میزان کارایی بیماران بررسی مقایسه شدند. یافته‌ها: بیشترین استفاده از داروهای ضدروانپریشی نسل اول در بخش درمانی (۷/۵۶٪) و بیشترین استفاده از داروهای ضدروانپریشی نسل دوم در بخش آموزشی-درمانی (۷/۴۵٪) مشاهده شد (۰/۰۵<P). همچنین استفاده از روان درمانی به طور قابل توجهی در بخش آموزشی-درمانی بالاتر بود (۳۴٪ در مقابل ۳/۱٪). استفاده از الکتروشوک درمانی در بخش درمانی بیش از ۳ برابر بخش آموزشی-درمانی بود (۰/۰۵<P). میانگین \pm انحراف معیار طول مدت بستری در بخش آموزشی ۳۹ \pm ۳۵ روز و در بخش درمانی ۵۸ \pm ۳۹ روز بود (۰/۰۵<P).

نتیجه‌گیری: بخش‌های آموزشی درمانی نسبت به بخش‌های درمانی به لحاظ برتری نوع داروی ضدروانپریشی نسل دوم، استفاده از درمان‌های روانی اجتماعی، میزان استفاده از الکتروشوک درمانی و نیز طول مدت بستری بیماران مطابقت بیشتری با تحقیقات انجام شده در دنیا دارد.

واژگان کلیدی: اسکیزوفرنی، داروهای ضدروانپریشی نسل اول، داروهای ضدروانپریشی نسل دوم، الکتروشوک درمانی، روان‌درمانی

مقدمه
بهداشت درسال ۲۰۰۰، اسکیزوفرنی در بین ۱۰ بیماری برتر از نظر بارجهانی می‌باشد (۱). چهارمین ویرایش کتابچه تشخیصی و درمانی اختلالات روانی، عمدتاً براساس تظاهرات بالینی، اسکیزوفرنی را شامل این زیر گروه‌ها می‌داند: پارانوئید، نابسامان، کاتاتونیک، نامتمایز و باقی مانده. در مقابل، ICD-10 (دهمین نسخه تجدیدنظر شده طبقه

اسکیزوفرنی نوعی بیماری ناتوان کننده و یکی از مهم‌ترین بیماری‌های روانپزشکی است و حدود یک درصد افراد را در

آدرس نویسنده مسئول: قزوین، دانشگاه علوم پزشکی شهید بابایی، دکتر ندا فرزانه (email: drfarzaneh1980@yahoo.com)

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۲/۲/۱۱

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۲/۵/۲۱

مواد و روشهای

مطالعه حاضر به صورت مطالعه مقطعی بر روی بیماران اسکیزوفرنیک بستری در بیمارستان روانپژشکی رازی تهران بین سال‌های ۱۳۹۰-۹۱ انجام شد. در این بررسی از بین پرونده‌های مربوط به بیماران اسکیزوفرنی در بخش‌های آموزشی-درمانی و بخش‌های صرفاً درمانی روانپژشکی، ۱۵۰ پرونده به صورت تصادفی انتخاب گردیدند. ۱۵۰ پرونده از بخش آموزشی-درمانی و ۱۵۰ پرونده از بخش غیرآموزشی (صرفاً درمانی) انتخاب شدند. شرایط ورود به مطالعه شامل: ۱) مطابقت با ضوابط تشخیصی DSM-IV (چهارمین ویرایش کتابچه تشخیصی و درمانی اختلالات روانی) با ضوابط تشخیصی ICD-10 (دهمین نسخه تجدیدنظر شده طبقه بندی آماری و بین‌المللی بیماری‌ها و مشکلات بهداشتی اسکیزوفرنی (و نه زیرگروه‌های بیماری)، ۲) سن بیشتر از ۲۰ سال و ۳) تکمیل کردن دوره درمانی تجویز شده توسط پزشک معالج بود. بیمارانی که دوره درمانی را به دلایلی از جمله رضایت شخصی جهت ترخیص تکمیل نکرده بودند، از مطالعه حذف شدند. پرونده‌ها از نظر تشخیص بیماری، نوع درمان، طول مدت بستری، میزان استفاده از الکتروشوک درمانی، سوابق بستری‌های قبلی در هر کدام از بخش‌ها، میزان کارایی بیماران و میانگین سنی بیماران بستری بررسی و در نهایت مقایسه بخش‌ها صورت پذیرفت. داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۳ و با آزمون‌های کای دو، t- استیویندنت تحلیل شدند. مقدار ۰/۰ به عنوان معنی‌داری در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

میانگین سنی \pm انحراف معیار بیماران در بخش‌های آموزشی-درمانی و صرفاً درمانی به ترتیب $34/3 \pm 7/9$ سال و $35/1 \pm 9/2$ سال به دست آمد. بازه سنی بیماران در بخش آموزشی-درمانی ۲۰ تا ۶۲ سال و بخش صرفاً درمانی ۲۰ تا ۶۴ سال بود. جدول ۱ فراوانی متغیرهای ثبت شده در پرونده بیماران از نظر نوع تشخیص، پرتوکل درمانی، کارایی بیماران و نیز میزان تطبیق تشخیص‌های صورت گرفته با معیارهای بین‌المللی را نشان می‌دهد. بیشترین زیرگروه تشخیصی در هر دو بخش مورد بررسی، پارانوئید بود، ولی در مقایسه آماری اختلاف معنی‌داری از نظر نوع تشخیص بین دو بخش مشاهده نشد. نوع داروهای ضدروانپریشی

بندی آماری و بین‌المللی بیماری‌ها و مشکلات بهداشتی مرتبط) شامل ۹ زیرگروه فرعی برای اسکیزوفرنی است: پارانوئید، کودک روانی، کاتاتونیک، نامتمايز، افسردگی پسااسکیزوفرنی، باقيمانده، ساده، نامشخص و سایراسکیزوفرنی‌ها (است) (۳).

بسیاری از این بیماران با مسائل متعددی نظیر افت تحصیلی، کاهش عملکرد و ناتوانی شغلی، اختلالات شخصیتی، اختلال در روابط فردی، خانوادگی و اجتماعی و پیامدهای ناگواری همچون طلاق و خودکشی موافق هستند (۴). بیماری نه تنها فرد بیمار، بلکه خانواده و اطرافیان وی را نیز به لحاظ اقتصادی، اجتماعی و زیستی تحت تأثیر قرار می‌دهد (۵، ۶). با وجود درمان دارویی، حداقل نیمی از بیماران دچار ناتوانی‌های شدید می‌شوند و کیفیت زندگی آنان تحت تأثیر قرار می‌گیرد (۷).

بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی اکثر تخت‌های بخش‌های روانپژشکی را به خود اختصاص داده‌اند و از این رو هزینه‌های قابل توجهی چه از نظر درمانی و چه از نظر افت عملکرد و در برخی موارد مرگ زودرس به جامعه تحمیل می‌کنند (۸، ۹). همچین اشاره شده است که در حدود دو سوم این بیماران نیاز به بستری دارند، ولی تنها نیمی از این تعداد تحت درمان قرار می‌گیرند (۱۰). مطالعات نشان داده که خطر مدام‌العمر خودکشی در این افراد حدود ۱۰ درصد می‌باشد که در ۵۰ درصد موارد نیز خودکشی موفق صورت می‌گیرد (۱۱، ۱۲). بیماران اسکیزوفرنیک نیاز به توانبخشی جدی و درازمدت دارند و درمان و توانبخشی این بیماران بسیار پیچیده و به طور کلی شامل دو دسته درمان‌های دارویی و غیردارویی (انواع روان‌درمانی‌های فردی، گروهی و خانوادگی) می‌باشد (۱۳، ۱۴). از طرف دیگر این بیماران دچار ناتوانی‌هایی در ابعاد گوناگون زندگی فردی، اجتماعی، تحصیلی و شغلی هستند که برای رفع آنها نیاز به توانبخشی می‌باشد (۱۵، ۱۶). فرآیند درمانی بیماران بستری در بخش‌های آموزشی-درمانی و بخش‌های صرفاً درمانی صورت می‌گیرد. انتظار می‌رود این بخش‌ها به لحاظ فرآیندهای تشخیصی و درمانی متفاوت باشند. از آنجایی که تاکنون مطالعه‌ای در این زمینه انجام نشده است، مطالعه حاضر با هدف مقایسه بخش‌های آموزشی-درمانی و بخش‌های صرفاً درمانی روانپژشکی از نظر نوع تشخیص، نوع درمان و طول مدت بستری در بیماران اسکیزوفرنیک صورت پذیرفت.

مقایسه بخش‌های آموزشی-درمانی و صرفاً درمانی روانپزشکی

متغیرها	بخش آموزشی-		تعداد	درصد	تعداد	درصد
	درمانی	بخش				
نوع زیرگروه						
پارانوئید	۶۹/۳	۱۰۴	۶۶/۰	۹۹		
نابسامان	۱۴/۰	۲۱	۱۵/۳	۲۳		
کاتاتونیک	۱/۳	۲	۰/۷	۱		
نامتمایز	۱۳/۳	۲۰	۹/۳	۱۴		
باقی مانده	۰/۲	۳	۸/۷	۱۳		
نوع داروی ضدروانپریشی تجویز شده	<۰/۰۰۰۱					
داروهای نسل اول	۵۶/۷	۸۵	۲۷/۳	۴۱		
داروهای نسل دوم	۲۶/۷	۴۰	۵۴/۷	۸۲		
هر دو	۱۶/۷	۲۵	۱۸/۰	۲۷		
تعداد داروی تجویز شده	۰/۹۲۹					
یک نوع دارو	۵۶/۰	۸۴	۵۷/۳	۸۶		
دو نوع دارو	۲۳/۳	۵۰	۳۱/۳	۴۷		
سه نوع دارو	۱۰/۷	۱۶	۱۱/۳	۱۷		
استفاده از آنتی سایکوتیکهای تزریقی	۰/۲۱۳					
عدم استفاده	۶۵/۳	۹۸	۸۲	۱۰۸		
استفاده	۲۴/۷	۵۲	۲۷	۴۲		
استفاده از درمان‌های	<۰/۰۰۰۱					
عدم استفاده	۸۶/۷	۱۳۰	۶۶/۰	۹۹		
استفاده	۱۳/۳	۲۰	۳۴/۰	۵۱		
استفاده از الکتروشوک درمانی	۰/۰۰۲					
عدم استفاده	۷۱/۳	۱۰۷	۹۱/۳	۱۳۷		
استفاده	۲۸/۷	۴۳	۸/۷	۱۳		
میزان کارایی بیماران	۰/۶۳۵					
ناکارآمد	۸۴/۷	۱۲۷	۸۲/۰	۱۲۳		
کارآمد یا نسبتاً کارآمد	۱۵/۳	۲۳	۱۸/۰	۲۷		
طبقیق با معیارهای ICD-10 و DSM-IV	۰/۵۲۰					
عدم مطابقت	۱/۳	۲	۰/۷	۱		
مطابقت	۶۳/۳	۹۵	۶۸/۷	۱۰۳		
نا مشخص	۳۵/۳	۵۳	۳۰/۷	۴۶		

بحث

در مطالعه حاضر به مقایسه بخش‌های آموزشی-درمانی و بخش‌های صرفاً درمانی روانپزشکی از نظر تشخیص بیماری، نوع درمان، طول مدت بسترهای میزان استفاده از الکتروشوک درمانی، سوابق بسترهای قبلى در هر کدام از بخش‌ها و میزان کارایی بیماران بسترهای پرداخته شد. تفاوت‌های موجود در بین بخش‌ها عمدتاً به علت تفاوت در رویکردهای درمانی نسبت به بیماران می‌باشد. به نظر می‌رسد استفاده بیشتری از درمان‌های روانی-اجتماعی در بخش‌های آموزشی نسبت به بخش‌های

ارجح تجویز شده در بخش‌های درمانی و آموزشی-درمانی به ترتیب داروهای ضدروانپریشی نسل اول (۰/۵۶/۷) و داروهای ضدروانپریشی نسل دوم (۰/۵۴/۷) بود و این اختلاف از نظر آماری معنی دار بود. همچنین استفاده از درمان‌های روانی-اجتماعی به طور قابل توجهی در بخش آموزشی-درمانی بالاتر بود (۰/۸۶/۷٪ در مقابل ۰/۶۶٪). سایر نتایج نشان داد که استفاده از الکتروشوک درمانی در بخش درمانی بیش از ۳ برابر بخش آموزشی-درمانی است و این اختلاف معنی دار بود. از نظر تعداد داروی ضدروانپریشی تجویز شده و نیز میزان استفاده از داروهای ضدروانپریشی تزریقی طولانی-اثر اختلاف معنی داری بین بخش‌های مورد بررسی مشاهده نشد.

میانگین \pm انحراف معیار طول مدت بسترهای در بخش آموزشی 39 ± 35 روز (بازه ۱۵ تا ۳۸۸ روز) و در بخش درمانی 58 ± 39 روز (بازه ۱۲ تا ۳۵۰ روز) به دست آمد و این اختلاف معنی دار بود ($P=0/002$). در بررسی سابقه بسترهای قبلى بیماران مشخص گردید که به ترتیب ۷۸ نفر (۰/۵۲٪) و ۹۱ نفر (۰/۶۰٪) سابقه حداقل یک بار بسترهای را در بخش آموزشی و غیرآموزشی را داشتند. از بین ۱۵۰ بیمار بسترهای در بخش آموزشی، ۱۱۵ نفر (۷۶/۷٪) سابقه بسترهای در بخش‌های غیرآموزشی را در پرونده خود داشتند. همچنین ۸۰ نفر (۰/۵۳٪) از بیماران اسکیزوفرنیک بسترهای در بخش غیرآموزشی، پیش‌تر در بخش‌های آموزشی تحت درمان قرار گرفته بودند.

در قسمت دیگری از بررسی‌ها دو بخش مورد بررسی از لحظه مطابقت ضوابط تشخیصی چهارمین ویرایش کتابچه تشخیصی و درمانی اختلالات روانی) با ضوابط تشخیصی دهمین نسخه تجدیدنظر شده طبقه بندي آماری و بین المللی بیماری‌ها و مشکلات بهداشتی مرتبط) مقایسه شدند. علی‌رغم میزان مطابقت بیشتر در تشخیص‌های صورت گرفته با معیارهای فوق در بخش آموزشی نسبت به غیرآموزشی، این اختلاف معنی دار نبود. در ۳ مورد مطابقت مذکور تأیید نشد، به طوری که در یک مورد عالیم بیمار با تشخیص هماهنگی نداشت و در دو مورد دیگر هم تشخیص صورت گرفته با عالیم بیمار و تشخیص‌های صورت گرفته در بسترهای قبلى همخوانی نداشت که این امر نیز می‌تواند ناشی از عدم دقیقت در ثبت تشخیص زمان بسترهای بیمار در پرونده بدو بسترهای دراورژانس باشد.

اول حکایت می‌کند. داروهای ضدروانپریشی نسل دوم درمان خط اول اسکیزوفرنی است(۲۷). همان طور که انتظار می‌رفت بخش آموزشی درمانی به لحاظ استفاده از داروهای نسل دوم که خط اول درمان اسکیزوفرنیا (طبقه DSM-IV) محسوب می‌شوند، روش‌های درمانی به روزتری را نسبت به بخش درمانی ارائه می‌کند. کان و همکاران (۲۸) به تأثیر بیشتر داروهای ضدروانپریشی نسل دوم نسبت به داروهای نسل اول در کاهش عالیم مثبت و منفی بیماری، جلوگیری از عود و احتمال وقوع تاردوی دیسکینزی پی بردن. برخی مطالعات اشاره کرده‌اند که کلوزاپین و اولادزاپین نسبت به هالوپریدول تأثیر بیشتری در کاهش رفتارهای پرخاشگرانه دارند (۲۹، ۳۰). باربیو و همکاران (۳۱) در یک مطالعه چند ملیتی بر روی بیماران اسکیزوفرنیک در ۴ کشور اروپایی (انگلیس، هلند، آلمان و ایتالیا) گزارش کردند که در حدود ۶۰٪ بیماران داروهای ضدروانپریشی نسل دوم، ۲۵٪ بیماران داروهای ضدروانپریشی نسل اول و ۱۵٪ هر دو را مصرف می‌کردند و رابطه معکوسی بین دریافت داروهای ضدروانپریشی نسل اول دوم و طول مدت بستره بسته بود. همچنین مشاهده شد بیمارانی که هر دو دارو را دریافت می‌کردند بیماری شدیدتری داشته و از عوارض جانبی بیشتری رنج می‌برند.

استفاده از درمان‌های روانی-اجتماعی به عنوان یک راهکار اصلی جهت درمان بیماران اسکیزوفرنیک پیشنهاد شده است(۳۲). با توجه به اینکه حداقل ۲۰٪ بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی، عالم روانپریشی دارند که به داروهای ضد روانپریشی پاسخ نمی‌دهند، با اینکه درمان‌های داروئی بخش اساسی درمان درمتلايان به اسکیزوفرنی است اما به تنهایی کافی نیست. درمان‌های روانی اجتماعی دارای تأثیرهای اثبات شده علمی برای ارتقاء ساز و کارهای انتطباقی و بهبود بخشیدن کیفیت عملکردی در این بیماران هستند(۳۳). در مطالعه انجام شده در کشور آلمان در سال ۲۰۰۶ عنوان گردید که انجام یک دوره نسبتاً کوتاه آموزش روانی تأثیر چشمگیری بر بیماران و خانواده‌های آنها داشته است (۳۴). نقش مثبت گروه درمانی معنوی-مذهبی در بهبود وضعیت روانی بیماران اسکیزوفرنیک تأیید شده است (۳۵). اثربخشی توان بخشی روانی-اجتماعی در کاهش عالیم منفی و بهبود مهارت‌های اجتماعی مبتلايان به اسکیزوفرنی ای مزمن نیز گزارش شده است (۳۶). در مطالعه فعلی میزان استفاده از درمان‌های روانی اجتماعی در بخش آموزشی (۳۴٪) و در بخش درمانی (۱۳٪) بود. همانطور که انتظار می‌رفت بخش آموزشی به لحاظ پویایی علمی بیشتر نسبت به بخش درمانی، روش‌های درمانی روانی-اجتماعی را

غیرآموزشی صورت می‌گیرد. نتایج نشان داد که بیشترین نوع تشخیص صورت گرفته در هر دو بخش مورد مطالعه پارانوئید بود. همچنین داروهای ضدروانپریشی نسل اول بیشتر در بخش درمانی و داروهای ضدروانپریشی نسل دوم بیشتر در بخش آموزشی مورد استفاده قرار گرفته‌اند. مطالعه انجام شده توسط جوان و همکاران (۱۷) در سال ۲۰۰۶ نشان می‌دهد که تقریباً ۷۰٪ تشخیص‌ها مربوط به نوع پارانوئید و ۹٪ به ترتیب مربوط به نوع نابسامان و نوع نامتمایز می‌باشد. همچنین نتایج مطالعه بندولفی و همکاران (۱۸) نیز حاکی از شیوه بیشتر تشخیص پارانوئید در این بیماران است. آنها با بررسی دو گروه بیمار مشاهده کردند که نوع پارانوئید با ۶۵٪ و ۵۱٪ بیشترین فراوانی را دارد و متعاقب آن انواع نابسامان با ۲۳٪ و ۳۲٪، نامتمایز با ۶٪ و ۹٪ و در نهایت نوع باقی مانده با ۴٪ و ۶٪ قرار دارند. در مطالعه پاکروان و همکاران (۱۹) نیز شایع‌ترین نوع اسکیزوفرنی نوع پارانوئید با ۸۸٪ بود و انواع کاتاتونیک، نابسامان و نامتمایز با ۱٪ و ۴٪ بقیه مواد را تشکیل می‌دادند. در مطالعه دیگری نیز در قزوین نیز نوع پارانوئید با ۸۰٪ شایع‌ترین تشخیص گزارش شد(۲۰). در مجموع یافته‌های مطالعه حاضر با نتایج مطالعات فوق همخوانی دارد ولی برخی مطالعات نیز نتایج متفاوتی را گزارش کرده‌اند. در مطالعه‌ای که توسط کلین و درور (۲۱) در سال ۲۰۰۲ انجام شد، میزان تشخیص به ترتیب ۲۹٪ برای پارانوئید، ۸٪ برای نابسامان، ۴۰٪ برای نامتمایز و ۱۹٪ برای باقی مانده بود. در مطالعه حاضر میانگین طول مدت بستره در بخش درمانی (۵۸ روز) به طور معنی داری بیشتر از بخش آموزشی (۳۹ روز) بود. این میانگین در سایر مطالعات تا حدودی کمتر و در رنج ۲۷٪ تا ۳۶٪ روز برآورد شده است (۲۲-۲۴). در مطالعه دیگری که به مقایسه مدت زمان بستره در بیماران اسکیزوفرنیک در ایالات متحده و آلمان می‌پردازد این میانگین به ترتیب ۴/۵±۵/۹ و ۴/۲±۳/۷ به دست آمده است (۲۵). برخی مطالعات بیان کرده‌اند که مدت طولانی بستره در مطالعه اسکیزوفرنیک در ایالات متحده و آلمان می‌پردازد این میانگین به مقایسه مدت زمان بستره در ایالات متحده و آلمان می‌پردازد این میانگین به ترتیب ۴/۵±۵/۹ و ۴/۲±۳/۷ به دست آمده است (۲۶). از آنجایی که بسترهای پیشین در ارتباط می‌باشد (۲۶)، از آنجایی که نسبت زیادی از بیماران اسکیزوفرنیک مورد بررسی در مطالعه ما سابقه بستره قبلی در بخش‌های مورد بررسی را داشتند، میانگین مدت بستره بالاتری نسبت به مطالعات مشابه به دست آمد. همان طور که از مقایسه آماره‌ها بر می‌آید مشابه بیشتری بین نتایج بدست آمده از بخش آموزشی درمانی با سایر مطالعات وجود دارد.

از نظر نوع درمان دارویی مطالعات مختلفی از برتری داروهای ضدروانپریشی نسل دوم نسبت به داروهای ضدروانپریشی نسل

درمانی بود ولی این اختلاف معنی دار نبود. همچنین کارآمدی نسبتاً بیشتر بیماران در بخش آموزشی نسبت به درمانی به لحاظ آماری معنی دار نشد. یکی از دلایل این عدم تفاوت می‌تواند به علت عدم استفاده از ابزار استاندارد جهت سنجش کارایی بیماران باشد، چرا که در غیاب یک ابزار روا و پایا چنین سنجش‌هایی نمی‌تواند بیانگر میزان واقعی عملکرد بیماران در خلال درمان باشد. این مسئله به عنوان یکی از محدودیت‌های طرح پژوهشی حاضر مطرح است. همچنین به دلیل نقص‌های موجود در پرونده بیماران امکان دسترسی به برخی جنبه‌های روانشناختی بیماران میسر نشد.

با عنایت به اینکه مهم که پس از پیروزی شکوهمند انقلاب اسلامی، نظامهای آموزش و درمان پژوهشی با هدف ارتقاء فرایندهای آموزشی و درمانی ادغام گردیدند، بررسی یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که بخش‌های آموزشی-درمانی نسبت به بخش‌های صرفاً درمانی تأثیر درمانی بهتری در روند بهبودی بیماران دارند و میانگین طول مدت بسترهای در بخش درمانی (۳۹ روز) به طور معنی داری بیشتر از بخش آموزشی (۳۹ روز) کمتر می‌باشد. همچنین بخش‌های آموزشی-درمانی نسبت به بخش‌های صرفاً درمانی به لحاظ نوع داروهای ضدروانپریشی، درمان‌های روانی-اجتماعی و میزان استفاده از الکتروشوک درمانی با توجه به پرتوکل مرتع درمانی جدید اسکیزوفرنی، مطابقت بیشتری با تحقیقات انجام شده در دنیا دارند. لذا ادغام فرایند آموزش در بخش‌های صرفاً درمانی تا حدود زیادی می‌تواند موجب کاهش طول مدت بسترهای کاهش هزینه‌های درمانی، بازگشت زودتر بیماران به جامعه و در نهایت بهبود پیامد بیماران می‌شود. پیشنهاد می‌گردد که در بخش‌های صرفاً درمانی روانپزشکی در کشور، برنامه‌های آموزش مداوم و بازآموزی جهت پزشکان برای آشنایی با روش‌های جدید درمان مانند استفاده از داروهای ضد روانپریشی نسل دوم در خط اول درمان و استفاده کمتر از الکتروشوک و نیز تقویت مداخلات روانشناختی در درمان بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی صورت گیرد.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از همکاری کارکنان محترم بیمارستان روانپزشکی رازی تشکر و قدردانی می‌شود.

REFERENCES

- McGrath JJ, Susser ES. New directions in the epidemiology of schizophrenia. Med J Aust 2009; 190:S7-9.

بیشتر مورد استفاده قرار می‌دهند چرا که این روش‌ها با پیش آگهی بهتر بیمار در طولانی مدت در ارتباط می‌باشند. مطالعات متعددی به بررسی تأثیر الکتروشوک درمانی در درمان اسکیزوفرنیا پرداخته‌اند. در مطالعه حاضر مشاهده شد که استفاده از الکتروشوک به طور معنی داری در بخش درمانی (۲۸٪) نسبت به آموزشی (۷٪) بالاتر است. در برخی مطالعات به افزایش طول مدت بسترهای در بیمارانی که الکتروشوک درمانی دریافت کرده‌اند اشاره شده است (۳۷). بررسی مقایسه‌ای انجام شده در انگلستان نشان داد که درمان بیماران اسکیزوفرنیک با داروهای ضدروانپریشی به همراه الکتروشوک درمانی هیچ مزیتی نسبت به استفاده داروهای ضدروانپریشی به تنها یک ندارد (۳۸). مطالعه انجام شده توسط کازوماسا و همکاران (۳۹) نشان داد که این روش در بیماران جوانی که اولین ایپیزود بیماری خود را تجربه می‌کنند روش بسیار مؤثری است. همچنین در مطالعه دیگری توسط همان محققین مشخص شد که الکتروشوک درمانی در درمان بیماران کاتاتونیک مقاوم به درمان روش مفیدی است (۴۰). مسعودزاده و همکاران (۴۱) نیز با مطالعه تأثیر داروی کلوزاپین، الکتروشوک و ترکیب هر دو در بیماران اسکیزوفرنیک مقاوم به درمان دریافتند که استفاده ترکیبی هر دو روش اثر بخشی بیشتری بر روی عالم مثبت، منفی و عملکرد کلی بیمار و در نهایت پاسخ درمانی سریع تر بیماران دارد. تاریان و همکاران (۴۲) پس از انجام مطالعه متابالیزیر روی ۷۶ مطالعه خاطر نشان کردند که هیچ مدرکی به وضوح استفاده الکتروشوک درمانی برای افراد مبتلا به اسکیزوفرنی را رد نکرده است ولی در عین حال شواهد کمی در جهت حمایت از استفاده از آن، به خصوص با داروهای ضدروانپریشی کاهش علائم و بهبود سریع وضعیت عمومی بیمار و نیز در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی با پاسخ محدود به دارو-اگرچه این اثر اولیه ممکنست کوتاه مدت باشد- وجود دارد. علی‌رغم بررسی‌های گسترده‌ای که در پنج دهه گذشته در این زمینه انجام شده است، با این حال هنوز هم سؤالات متعددی در زمینه مدیریت درمان این بیماران وجود دارد.

علی‌رغم نقص‌های موجود در پرونده‌های بیماران، در بررسی میزان مطابقت تشخیص‌های صورت گرفته بر اساس چهارمین و پرایش کتابچه تشخیصی و درمانی اختلالات روانی و دهمین نسخه تجدیدنظر شده طبقه‌بندی آماری و بین‌المللی بیماری‌ها و مشکلات بهداشتی مرتبط مشاهده شد که مطابقت این تشخیص‌ها در بخش آموزشی تا اندازه‌ای بیشتر از بخش

2. Jablensky A. Worldwide Burden of Schizophrenia. In: Sadock J, Sadock V, eds. *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2009. p.1451.
3. Tamminga C. Phenomenology of Schizophrenia. In: Sadock J, Sadock V, eds. *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2009. P.1432.
4. McGrath J, Saha S, Chant D, Welham J. Schizophrenia: a concise overview of incidence, prevalence, and mortality. *Epidemiol Rev* 2008; 30:67-76.
5. Glynn SM. Family interventions in Schizophrenia: promise and pitfalls over 30 years. *Curr Psychiatry Rep* 2012; 14:237-43.
6. San L, Bernardo M, Gómez A, Martínez P, González B, Peña M. Socio-demographic, clinical and treatment characteristics of relapsing schizophrenic patients. *Nord J Psychiatry* 2013; 67:22-29.
7. Pinikahana J, Happell B, Hope J, Keks NA. Quality of life in schizophrenia: a review of the literature from 1995 to 2000. *Int J Ment Health Nurs* 2002; 11:103-11.
8. Nicholl D, Akhras KS, Diels J, Schadrack J. Burden of schizophrenia in recently diagnosed patients: healthcare utilisation and cost perspective. *Curr Med Res Opin* 2010; 26:943-55.
9. Serretti A, Mandelli L, Bajo E, Cevenini N, Papili P, Mori E, et al. The socio-economical burden of schizophrenia: a simulation of cost-offset of early intervention program in Italy. *Eur Psychiatry* 2009; 24:11-16.
10. Fahhahi Khoshknab M. The effects of Recreational therapy on the psychological status of patients with chronic schizophrenia. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology* 2007; 13:232-7.
11. Shah A, Ganesvaran T. Suicide among psychiatric in-patients with schizophrenia in an Australian mental hospital. *Med Sci Law* 1999; 39:251-9.
12. Taiminen T, Huttunen J, Heilä H, Henriksson M, Isometsä E, Kähkönen J, et al. The Schizophrenia Suicide Risk Scale (SSRS): development and initial validation. *Schizophr Res* 2001; 47:199-213.
13. Fenton WS, Schooler NR. Evidence-based psychosocial treatment for schizophrenia. *Schizophr Bull* 2000;26:1-3.
14. Lehman AF, Steinwachs DM. Evidence-based psychosocial treatment practices in schizophrenia: lessons from the patient outcomes research team (PORT) project. *J Am Acad Psychoanal Dyn Psychiatry* 2003 ;31:141-54.
15. Lysaker PH, Davis LW, Bryson GJ, Bell MD. Effects of cognitive behavioral therapy on work outcomes in vocational rehabilitation for participants with schizophrenia spectrum disorders. *Schizophr Res* 2009; 107:186-91.
16. Kurzban S, Davis L, Brekke JS. Vocational, social, and cognitive rehabilitation for individuals diagnosed with schizophrenia: a review of recent research and trends. *Curr Psychiatry Rep* 2010; 12:345-55.
17. Moriana JA, Alarcón E, Herruzo J. In-home psychosocial skills training for patients with schizophrenia. *Psychiatr Serv* 2006; 57:260-2.
18. Bondolfi G, Dufour H, Patris M, May JP, Billeter U, Eap CB, et al. Risperidone versus clozapine in treatment-resistant chronic schizophrenia: a randomized double-blind study. *Am J Psychiatry* 1998; 155:499-504.
19. Pakravan M, Ghalebandi MF, Alavi K, Afkham Ebrahimi A. Comparing Maudsley Obsessive-compulsive Inventory Usage with DSM-IV-based Structural Clinical Interview (SCID) to Detect Obsessive-compulsive Disorder in Patients with Schizophrenia. *Iran J Psychiatry Clinic Psychology* 2007; 13:97-103.
20. Saraei-Sahnesarai M, Shamloo F, Jahani Hashemi H, Khabbaz F, Alizadeh S. Relation Between Toxoplasma Gondii Infections and Schizophrenia. *Iran J Psychiatry Clinic Psychology* 2009; 15:3-9.
21. Dror N, Klein E, Karry R, Sheinkman A, Kirsh Z, Mazor M, et al. State-dependent alterations in mitochondrial complex I activity in platelets: a potential peripheral marker for schizophrenia. *Molecular psychiatry* 2002; 7:995-1001.
22. Jimenez RE, Lam RM, Marot M, Delgado A. Observed-predicted length of stay for an acute psychiatric department, as an indicator of inpatient care inefficiencies. Retrospective case-series study. *BMC Health Services Research* 2004; 4:1-4.
23. Lalitanatpong D. The use of electroconvulsive therapy and the length of stay of psychiatric inpatients at King Chulalongkorn Memorial Hospital, Thai Red Cross Society. *J Med Assoc Thai* 2005 ;88 Suppl 4:S142-8.
24. Steinert T, Schmid P. Effect of voluntariness of participation in treatment on short-term outcome of inpatients with schizophrenia. *Psychiatr Serv* 2004; 55:786-91.
25. Saeed H, Ouellette-Kuntz H, Stuart H, Burge P. Length of stay for psychiatric inpatient services: a comparison of admissions of people with and without developmental disabilities. *J Behav Health Serv Res* 2003; 30:406-17.

26. Hopko DR, Lachar D, Bailley SE, Varner RV. Assessing predictive factors for extended hospitalization at acute psychiatric admission. *Psychiatr Serv* 2001; 52:1367-73.
27. Kane J, Stroup T, Marder S. Schizophrenia: Pharmacological treatment. In: Sadock J, Sadock V, eds. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2009.p.1556.
28. Kane JM. Utilization of long-acting antipsychotic medication in patient care. *CNS Spectr* 2006; 11(12 Suppl 14):1-7; quiz 7-8.
29. Buckley P, Citrome L, Nichita C, Vitacco M. Psychopharmacology of aggression in schizophrenia. *Schizophr Bull* 2011; 37:930-6.
30. Buckley P, Bartell J, Donenwirth K, Lee S, Torigoe F, Schulz SC. Violence and schizophrenia: clozapine as a specific antiaggressive agent .*Bull Am Acad Psychiatry Law* 1995; 23:607-11.
31. Barbui C, Nosè M, Mazzi MA, Thornicroft G, Schene A, Becker T, et al. Persistence with polypharmacy and excessive dosing in patients with schizophrenia treated in four European countries. *Int Clin Psychopharmacol* 2006; 21:355-62.
32. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists Clinical Practice Guidelines Team for the Treatment of Schizophrenia and Related Disorders. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of schizophrenia and related disorders. *Aust N Z J Psychiatry* 2005; 39:1-30.
33. Tenhula W, Bellack A, Drake R. Schizophrenia: Psychosocial Approaches. In: Sadock J, Sadock V, eds. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. 9th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2009:1556-72.
34. Pitschel-Walz G, Bäuml J, Bender W, Engel RR, Wagner M, Kissling W. Psychoeducation and compliance in the treatment of schizophrenia: results of the Munich Psychosis Information Project Study. *J Clin Psychiatry* 2006; 67:443-52.
35. Rahmati M, Fallahi Khoshknab M, Rahgou A, Rahgozar M. The effect of spiritual-religious group therapy on mental status of schizophrenic inpatients. *Iran J Nursing Research* 2010; 5:13-20.
36. Yasrebi K, Jazayeri A, Pourshahbaz A, Dolatshahi B. The Effectiveness of Psychosocial Rehabilitation in Reducing Negative Symptoms and Improving Social Skills of Chronic Schizophrenia Patients. *Iran J Psychiatry Clinical Psychology* 2009; 15:363-70.
37. Palomo A, Fortuny JR, Vidal C, García R, Bonet E. Mean hospital stay and treatment with electroconvulsive therapy. *Actas Esp Psiquiatr*. 2005; 33:205-9.
38. Greenhalgh J, Knight C, Hind D, Beverley C, Walters S. Clinical and cost-effectiveness of electroconvulsive therapy for depressive illness, schizophrenia, catatonia and mania: systematic reviews and economic modelling studies. *Health Technol Assess* 2005; 9:1-156.
39. Suzuki K, Awata S, Takano T, Ebina Y, Takamatsu K, Kajiwara T, et al. Improvement of psychiatric symptoms after electroconvulsive therapy in young adults with intractable first-episode schizophrenia and schizopreniform disorder. *Tohoku J Exp Med* 2006; 210:213-20.
40. Suzuki K, Awata S, Takano T, Ebina Y, Shindo T, Harada N, Matsuoka H. Adjusting the frequency of continuation and maintenance electroconvulsive therapy to prevent relapse of catatonic schizophrenia in middle-aged and elderly patients who are relapse-prone. *Psychiatry Clin Neurosci* 2006; 60:486-92.
41. 41- Massoodzadeh A, Hosseini S, Razegheian M. Comparison effects of clozapine, ECT and combination ECT and clozapine on resistance treatment of schizophrenia (Double blind). *J Mazandaran Univ Med Sci* 2006; 15:7-14.
42. Tharyan P, Adams CE. Electroconvulsive therapy for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev* 2002;2:CD000076.