

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

فرید 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 پزشک عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد پزشکی تهران

^۳ دانشیار، روانپزشک، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد پزشکی 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، فرآیند 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 ۹۱-۱۳۹۰، تعداد ۳۰۰ پرونده به تصادف از بخش‌های آموزشی-درمانی (۱۵۰ پرونده) و بخش‌های صرفاً درمانی (۱۵۰ پرونده) 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 ضدروانپزیشی نسل اول در بخش درمانی (۵۴/۷٪) و بیش‌ترین استفاده از داروهای ضدروانپزیشی نسل دوم در بخش آموزشی-درمانی (۵۴/۷٪) مشاهده شد ($P < 0/05$). همچنین استفاده از روان‌درمانی به طور قابل‌توجهی در بخش آموزشی-درمانی بالاتر بود (۳۴٪ در مقابل ۱۳/۳٪). استفاده از الکتروشوک درمانی در بخش درمانی بیش از ۳ برابر بخش آموزشی-درمانی بود ($P < 0/05$). میانگین \pm انحراف معیار طول مدت بستری در بخش آموزشی 35 ± 39 روز و در بخش درمانی 58 ± 39 روز بود ($P < 0/05$).

نتیجه‌گیری: بخش‌های آموزشی درمانی نسبت به بخش‌های درمانی به لحاظ برتری نوع داروی ضدروانپزیشی 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 دارند. **واژگان کلیدی:** اسکیزوفرنی، داروهای ضدروانپزیشی نسل اول، داروهای ضد روانپزیشی نسل دوم، الکتروشوک درمانی، روان‌درمانی.

مقدمه

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

طول عمر مبتلا می‌کند (۱). طبق گزارش سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۰، اسکیزوفرنی در بین ۱۰ بیماری برتر از نظر بار جهانی می‌باشد (۲). 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

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 روشها

مطالعه حاضر به صورت مطالعه مقطعی بر روی بیماران اسکیزوفرنیک بستری در بیمارستان روانپزشکی رازی تهران بین سال‌های ۹۱-۱۳۹۰ انجام شد. در این بررسی از بین پرونده‌های مربوط به بیماران اسکیزوفرنی در بخش‌های آموزشی-درمانی و بخش‌های صرفاً درمانی روانپزشکی، ۳۰۰ پرونده به صورت تصادفی انتخاب گردیدند. ۱۵۰ پرونده از بخش آموزشی-درمانی (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 بین المللی بیماری‌ها و مشکلات بهداشتی مرتبط) برای تشخیص گذاری 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-استیودنت تحلیل شدند. مقدار ۰/۰۵ به عنوان معنی داری 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، پروتکل 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 معنی داری از نظر نوع تشخیص بین دو بخش مشاهده نشد. نوع داروهای ضدروانپزشی

بندی آماری و بین المللی بیماری‌ها و مشکلات بهداشتی مرتبط) شامل ۹ زیر گروه فرعی برای اسکیزوفرنی است: پارانوئید، کودک روانی، کاتاتونیک، نامتمایز، افسردگی پس‌اسکیزوفرنی، باقیمانده، ساده، نامشخص و سایر اسکیزوفرنی‌ها (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 مواجه 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 روانپزشکی 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). همچنین 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 مادام‌العمر 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 روانپزشکی از نظر نوع تشخیص، نوع درمان و طول مدت بستری در بیماران اسکیزوفرنیک صورت پذیرفت.

جدول ۱- فراوانی و مقایسه متغیرهای مورد بررسی در بیماران اسکیزوفرنی بستری در بخش‌های آموزشی-درمانی و صرفاً درمانی

P-value	بخش آموزشی-درمانی		بخش صرفاً درمانی	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد
۰/۰۹۷	نوع زیرگروه			
	۶۹/۳	۱۰۴	۶۶/۰	۹۹
	۱۴/۰	۲۱	۱۵/۳	۲۳
	۱/۳	۲	۰/۷	۱
	۱۳/۳	۲۰	۹/۳	۱۴
<۰/۰۰۰۱	نوع داروی ضدروانپزشکی تجویز شده			
	۵۶/۷	۸۵	۲۷/۳	۴۱
	۲۶/۷	۴۰	۵۴/۷	۸۲
	۱۶/۷	۲۵	۱۸/۰	۲۷
۰/۹۲۹	تعداد داروی تجویز شده			
	۵۶/۰	۸۴	۵۷/۳	۸۶
	۳۳/۳	۵۰	۳۱/۳	۴۷
۰/۲۱۳	استفاده از آنتی سایکوتیک‌های تزریقی			
	۶۵/۳	۹۸	۸۲	۱۰۸
	۳۴/۷	۵۲	۲۷	۴۲
<۰/۰۰۰۱	استفاده از درمان‌های			
	۸۶/۷	۱۳۰	۶۶/۰	۹۹
	۱۳/۳	۲۰	۳۴/۰	۵۱
۰/۰۰۲	استفاده از الکتروشوک درمانی			
	۷۱/۳	۱۰۷	۹۱/۳	۱۳۷
	۲۸/۷	۴۳	۸/۷	۱۳
۰/۶۳۵	میزان کارایی بیماران			
	۸۴/۷	۱۲۷	۸۲/۰	۱۲۳
	۱۵/۳	۲۳	۱۸/۰	۲۷
۰/۵۲۰	تطبیق با معیارهای DSM-IV و ICD-10			
	عدم مطابقت			
	۱/۳	۲	۰/۷	۱
	۶۳/۳	۹۵	۶۸/۷	۱۰۳
	مطابقت			
	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 بستری، میزان استفاده از الکتروشوک درمانی، سوابق بستری‌های قبلی در هر کدام از بخش‌ها و میزان کارایی بیماران بستری 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 ضدروانپزشکی نسل اول (۵۶/۷٪) و داروهای ضدروانپزشکی نسل دوم (۵۴/۷٪) بود و این اختلاف از نظر آماری معنی‌دار بود. همچنین استفاده از درمان‌های روانی-اجتماعی به طور قابل توجهی در بخش آموزشی-درمانی بالاتر بود (۸۶/۷٪ در مقابل ۶۶٪). سایر نتایج نشان داد که استفاده از الکتروشوک درمانی در بخش درمانی بیش از ۳ برابر بخش آموزشی-درمانی است و این اختلاف معنی‌دار بود. از نظر تعداد داروی ضدروانپزشکی تجویز شده و نیز میزان استفاده از داروهای ضدروانپزشکی تزریقی طولانی-اثر اختلاف معنی‌داری بین بخش‌های مورد بررسی مشاهده نشد.

میانگین \pm انحراف معیار طول مدت بستری در بخش آموزشی ۳۵ \pm ۳۹ روز (بازه ۱۵ تا ۳۸۸ روز) و در بخش درمانی ۳۹ \pm ۵۸ روز (بازه ۱۲ تا ۳۵۰ روز) به دست آمد و این اختلاف معنی‌دار بود ($P=۰/۰۰۲$). در بررسی سابقه بستری‌های قبلی بیماران مشخص گردید که به ترتیب ۷۸ نفر (۵۲٪) و ۹۱ نفر (۶۰/۱٪) سابقه حداقل یک بار بستری را در بخش آموزشی و غیرآموزشی را داشتند. از بین ۱۵۰ بیمار بستری در بخش آموزشی، ۱۱۵ نفر (۷۶/۷٪) سابقه بستری در بخش‌های غیرآموزشی را در پرونده خود داشتند. همچنین ۸۰ نفر (۵۳/۳٪) از بیماران اسکیزوفرنیک بستری در بخش غیرآموزشی، پیش‌تر در بخش‌های آموزشی تحت درمان قرار گرفته بودند.

در قسمت دیگری از بررسی‌ها دو بخش مورد بررسی از لحاظ مطابقت ضوابط تشخیصی چهارمین ویرایش کتابچه تشخیصی و درمانی اختلالات روانی) با ضوابط تشخیصی دهمین نسخه تجدیدنظر شده طبقه بندی 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 معنی‌دار نبود. در ۳ مورد مطابقت مذکور تأیید نشد، به طوری که در یک مورد علائم بیمار با تشخیص هماهنگی نداشت و در دو مورد دیگر هم تشخیص صورت گرفته با علائم بیمار و تشخیص‌های صورت گرفته در بستری‌های قبلی همخوانی نداشت که این امر نیز می‌تواند ناشی از عدم دقت در ثبت تشخیص زمان بستری بیمار در پرونده بدو بستری بیماران بستری در اورژانس باشد.

اول حکایت می‌کند. داروهای ضدروانپزشی 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 (طبق DSM-IV) محسوب می‌شوند، روش‌های درمانی به روزتری را نسبت به بخش درمانی ارائه می‌کند. کان و همکاران (۲۸) به تأثیر بیشتر داروهای ضدروانپزشی نسل دوم نسبت به داروهای نسل اول در کاهش علائم مثبت و منفی بیماری، جلوگیری از عود و احتمال وقوع تاردیو دیسکینزی پی بردند. برخی مطالعات اشاره کرده‌اند که کلوزاپین و اولانزپین نسبت به هالوپریدول تأثیر بیشتری در کاهش رفتارهای پرخاشگرانه دارند (۲۹، ۳۰). باربوی 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 ضدروانپزشی نسل دوم، ۲۵٪ بیماران داروهای ضدروانپزشی نسل اول و ۱۵٪ هر دو را مصرف می‌کردند و رابطه معکوسی بین دریافت داروهای ضدروانپزشی نسل اول دوم و طول مدت بستری بدست آمد. همچنین مشاهده شد بیمارانی که هر دو دارو را دریافت می‌کردند بیماری شدیدتری داشته و از عوارض جانبی بیشتری رنج می‌بردند.

استفاده از درمان‌های روانی-اجتماعی به عنوان یک راهکار اصلی جهت درمان بیماران اسکیزوفرنیک پیشنهاد شده است (۳۲). باتوجه به اینکه حداقل ۲۰٪ بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی، علائم روانپزشی دارند که به داروهای ضد روانپزشی پاسخ نمی‌دهند، باینکه درمان‌های دارویی بخش اساسی درمان در مبتلایان به اسکیزوفرنی است اما به تنهایی کافی نیست. درمان‌های روانی اجتماعی دارای تأثیرهای اثبات شده علمی برای ارتقاء ساز و کارهای انطباقی 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 علائم مثبت و بهبود مهارت‌های اجتماعی مبتلایان به اسکیزوفرنی‌ای مزمین 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 ضدروانپزشی نسل اول بیشتر در بخش درمانی و داروهای ضدروانپزشی 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٪ و ۲۲٪ به ترتیب مربوط به نوع ناسامان و نوع نامتمایز می‌باشد. همچنین نتایج مطالعه بندولفی و همکاران (۱۸) نیز حاکی از شیوع بیشتر تشخیص پارانوئید در این بیماران است. آنها با بررسی دو گروه بیمار مشاهده کردند که نوع پارانوئید با ۶۵/۱٪ و ۵۱/۶٪ بیش‌ترین فراوانی را دارد و متعاقب آن انواع ناسامان با ۲۳/۲٪ و ۳۲/۶٪، نامتمایز با ۶/۹٪ و ۹/۳٪ و در نهایت نوع مانده با ۴/۶٪ و ۶/۹٪ قرار دارند. در مطالعه پاکروان و همکاران (۱۹) نیز شایع‌ترین نوع اسکیزوفرنی نوع پارانوئید با ۸۸/۵٪ بود و انواع کاتاتونیک، ناسامان و نامتمایز با ۱٪، ۱٪ و ۹/۴٪ بقیه موارد را تشکیل می‌دادند. در مطالعه دیگری نیز در قزوین نیز نوع پارانوئید با ۸۰/۸٪ 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 ناسامان، ۴۰٪ برای نامتمایز و ۱۹٪ برای باقی مانده بود.

در مطالعه حاضر میانگین طول مدت بستری 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 ۲۷/۳ تا ۳۶/۲ روز برآورد شده است (۲۲-۲۴). در مطالعه دیگری که به مقایسه مدت زمان بستری در بیماران اسکیزوفرنیک در ایالات متحده و آلمان می‌پردازد این میانگین به ترتیب ۲۰/۹±۵/۴ و ۳۷/۳±۴/۲ به دست آمده است (۲۵). برخی مطالعات بیان کرده‌اند که مدت طولانی بستری با سابقه بستری‌های پیشین در ارتباط می‌باشد (۲۶). از آنجایی که نسبت زیادی از بیماران اسکیزوفرنیک مورد بررسی در مطالعه ما سابقه بستری قبلی در بخش‌های مورد بررسی را داشتند، میانگین مدت بستری بالاتری نسبت به مطالعات مشابه به دست آمد. همان طور که از مقایسه آماره‌ها بر می‌آید مشابهت بیشتری بین نتایج بدست آمده از بخش آموزشی درمانی با سایر مطالعات وجود دارد.

از نظر نوع درمان دارویی مطالعات مختلفی از برتری داروهای ضدروانپزشی نسل دوم نسبت به داروهای ضدروانپزشی 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 مسأله 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 پزشکی 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 بستری در بخش درمانی (۵۸ 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 ضدروانپزشکی، درمان‌های روانی-اجتماعی و میزان استفاده از الکتروشوک درمانی با توجه به پروتکل مرجع 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 بستری، 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 روانپزشکی 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.

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 (۲۸/۷٪) نسبت به آموزشی (۸/۷٪) بالاتر است. در برخی مطالعات به افزایش طول مدت بستری 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 ضدروانپزشکی به همراه الکتروشوک درمانی هیچ مزیتی نسبت به استفاده داروهای ضدروانپزشکی به تنهایی ندارد (۳۸). مطالعه انجام شده توسط کازوماسا و همکاران (۳۹) نشان داد که این روش در بیماران جوانی که اولین اپیزود 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 علائم مثبت، منفی و عملکرد کلی بیمار و در نهایت پاسخ درمانی سریع‌تر بیماران دارد. تاربان و همکاران (۴۲) پس از انجام مطالعه متاآنالیز بر روی ۷۶ مطالعه خاطر نشان کردند که هیچ مدرکی به وضوح استفاده الکتروشوک درمانی برای افراد مبتلا به اسکیزوفرنیا را رد نکرده است ولی در عین حال شواهد کمی در جهت حمایت از استفاده از آن، به خصوص با داروهای ضدروانپزشکی کاهش علائم و بهبود سریع وضعیت عمومی بیمار و نیز در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا 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 ویرایش کتابچه تشخیصی و درمانی اختلالات روانی و دهمین نسخه تجدیدنظر شده طبقه‌بندی آماری و بین المللی بیماری‌ها و مشکلات بهداشتی مرتبط مشاهده شد که مطابقت این تشخیص‌ها در بخش آموزشی تا اندازه‌ای بیشتر از بخش

REFERENCES

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

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, Ghalebani 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-Sahnesaraei 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 schizophreniform 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. 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.