

بررسی اپیدمیولوژیک گذشته نگر اختلالات روانپزشکی شدید مبتنی بر پرونده های بستری در بیمارستان رازی تبریز - ۱۳۹۵

مقدمه

اختلالات روانپزشکی در سرتاسر جهان شایع بوده و از مشکلات و معضلات پیچیده در نظام سلامت تلقی می گردند. تخمین زده می شود تقریباً ۴۵۰ میلیون نفر از اختلالات روانپزشکی رنج می برند. ۱۴ درصد بار جهانی بیماریها به اختلالات روانپزشکی نسبت داده می شود. پیمایش ملی استفاده از دارو و سلامتی آمریکا^۱ (NSDUH) اختلال جدی روانپزشکی را اینگونه تعریف کرده است: یک اختلال هیجانی و یارفتاری (بجز اختلالات تکاملی و استفاده از مواد) که بر اساس معیارهای تشخیصی DSM IV بیماری محسوب شده و اختلال جدی عملکردی بدهد. این اختلالات شامل اسکیزوفرنی، اسکیزوافکتیو، اختلال دو قطبی و افسردگی مقاوم است.

در قرن بیستم دو ابزار اساسی نظام طبقه بندی اختلالات روانی و مصاحبه های استاندارد و ساختاریافته، اندازه گیری اختلالات روانی را بهبود داد. ICD^۲, DSM^۳ دو سیستم عمده طبقه بندی اختلالات روانی بودند. بین دو نظام طبقه بندی تطابق خوبی وجود ندارد. Andrews و همکاران نشان دادند که تطابق این دو رویکرد تشخیصی از ۸۳ درصد در افسردگی اساسی تا ۳۳ درصد در Substance abuse متغیر است و میانگین تطابق آنها در تشخیص اختلالات روانی ۶۸ درصد است. فرهودیان و همکاران او در متاآنالیز خود میزان شیوع لحظه ای اختلالات روانی در جمعیت بالای پانزده سال را در ایران بر اساس ابزارهای غربالگری ۲۹/۱ درصد (مردان ۲۲/۲ درصد و زنان ۳۱/۶ درصد)، بر اساس مصاحبه بالینی ۲۱/۹ درصد (مردان ۱۴/۷ و زنان ۲۹/۱ درصد) تخمین زدند.

یکی از عوامل مهم در اعتبار گذاری تشخیص بالینی ثبات در طول زمان است. در مطالعه Baca-Garcia ثبات تشخیص از ۲۹ درصد در اختلال شخصیت تا ۷۰ درصد در اسکیزوفرنی متغیر بوده است. عوامل مختلفی مانند تغییر تظاهرات بالینی در طول زمان، موارد همبودی، متخصصان مختلف و عوامل اقتصادی اجتماعی بر روی ثبات تشخیصی تاثیر می گذارند. با توجه به بستری مکرر بیماران مبتلا به اختلالات روانپزشکی جدی در بیمارستان و تغییر درمانگران آنها در طول زمان این مطالعه طراحی شده است تا روند درمان و پیگیری این بیماران را بررسی نماید. با توجه به اهمیت داده های بالینی در تصمیم گیری و پیگیری اختلالات روانپزشکی می توان بر اساس یافته های این پژوهش اطلاعات

¹ National Survey on Drug Use and Health

² serious mental illness (SMI)

International Classification of Diseases and health related problems^۳
Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders^۴

موردنیاز سیاستگذاران نظام سلامت را در زمینه سلامت روان تهیه نمود.

روش کار

این مطالعه از نوع مطالعات توصیفی تحلیلی و گذشته نگر است. جامعه آماری شامل بیماران بستری شده در یک بیمارستان تخصصی روانپزشکی می باشد. واحد مطالعه بار بستری است و در هر پرونده بررسی شده تمام موارد بستری صورت پذیرفته بر اساس پرسشنامه ارزیابی خواهد شد. داده ها بر اساس یک پرسشنامه محقق ساخته توسط روانشناس بالینی آموزش دیده جمع آوری گردید. برای تهیه پرسشنامه ابتدا پرونده استاندارد بیمار بررسی شده و داده های لازم استخراج گردید. پس از تهیه نمونه اولیه بر اساس نظرات متخصصان و محققان تغییرات لازم اعمال شده و پرسشنامه نهایی تهیه گردید. بر اساس پرونده های واحد مدارک پزشکی، پرونده های بستری ترخیص شده به صورت گذشته نگر از ماه دی ۹۵ انتخاب و برای هر بار بستری فرد پرسشنامه تکمیل شد. با توجه به اهمیت ثبات تشخیصی در این مطالعه حجم نمونه برای این متغیر با در نظر گرفتن نسبت ۰,۳ و با $\alpha=0.05$ شامل ۱۰۰۰ مورد بستری تعیین گردید. پرسشنامه شامل اجزای زیر خواهد بود:

1. اطلاعات فردی
2. مدت زمان بستری
3. خدمات مددکاری
4. نحوه زندگی
5. اطلاعات مربوط به تاریخچه
6. سابقه مصرف مواد و الکل
7. سیر بیماری فعلی
8. معاینه وضعیت روانی
9. نشانه های فیزیکی
10. آزمایشات روتین
11. اطلاعات تشخیصی

معیارهای خروج از مطالعه:

1. تشخیص نهایی اختلال جدی روانپزشکی نباشد.

2. با رضایت شخصی ترخیص شده باشد.

اطلاعات جمع اوری شده با نرم افزار SPSS نسخه ۱۷ ویندوز مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. برای هر متغیر درصد و انحراف معیار محاسبه شد. متغیرها به تفکیک جنسیت و گروه سنی نیز مورد تحلیل قرار خواهند گرفت. برای مقایسه رخداد متغیر در جنسیت و عوامل طبقه بندی دیگر از آزمون همبستگی متغیرهای کیفی استفاده شد. با توجه به اینکه ماهیت موضوع مورد مطالعه از نوع مطالعات گذشته نگر و بررسی پرونده ای بود، مشکل اخلاقی خاص وجود نداشت. به منظور رعایت اصول رازداری و پنهان بودن نام و نشان آزمودنی ها، اسمی از آنان در جایی قید نشد. یافته ها

در این مطالعه ۱۰۰۰ مورد بستری بررسی شد که شامل ۱۴۳ فرد بود. میانگین سن مردان در زمان بستری ۳۹/۱۶ و در زنان ۴۰/۸ سال بود. ۳۱/۵ درصد افراد در زمان بستری متأهل بودند. ۱۶/۶ درصد افراد در زمان بستری بیسواد بودند. با احتساب خانه داری به عنوان شغل در زنان، ۴۹/۴ درصد موارد بستری شاغل بودند. این نسبت در مردان و زنان به ترتیب ۴۵/۶ و ۷۳ درصد بود. بین مردان و زنان از نظر اشتغال تفاوت معنی دار آماری وجود داشت (P Value = 0.0005). میانگین قلم دارو در زمان بستری در مردان تعداد قلم دارو ۴/۰۳ و در زنان ۱/۴ درصد بود. بین دو رگه اختلاف معنی دار آماری وجود نداشت (P Value = 0.415). میانگین روزهای بستری از بستری اول در یک فرد ۷۰۳ (۸۸۴ - ۵۲۲) روز بود. میانه آن ۳۸۵ روز بود. میانگین نسبت روزهای بستری ۲۶/۶ (۳۱/۶ - ۲۱/۵) درصد و میانه آن ۱۶/۴ درصد بود. این نسبت در مردان ۳۳/۴ درصد و در زنان ۱۵/۹ درصد بود. بین دو رگه اختلاف معنی دار آماری وجود داشت (P Value = 0.001). سن بیماران در اولین بستری ۳۱/۲۳ (۳۳/۷۸ - ۲۸/۶۸) سال بود. در اسکیزوفرنی این سن ۳۵/۲۸ و در دو قطبی اول ۳۰/۵۳ بود. بین دو رگه اختلاف معنی دار آماری وجود نداشت (P Value = 0.115).

در موارد ثبت شده بر اساس علائم روانشناختی شایع ترین شکایت اصلی در زمان بستری به ترتیب مشکلات

دارویی، بی قراری، گریز از منزل و پرحرفی بود.

در ۴۸/۴ درصد مردان و ۵۵/۳ درصد زنان هذیان وجود داشت. شایع ترین هذیانها در مردان گزند و آسیب و بزرگمنشی بود و در زنان نیز همین موارد بودند. در ۳۰/۳ درصد بیماران توهم وجود داشت. بروز توهم در زنان بیشتر از مردان بود و بین دو گروه اختلاف معنی دار آماری وجود داشت. شایع ترین نوع توهم در هر دو جنس به ترتیب شنوایی و بینایی بود. معاینه وضعیت روانشناختی

وضعیت ظاهری ۴۵۱ بیمار (۴۷ درصد) طبیعی نبود. ارتباط چشمی در ۲۸۶ بیمار (۲۸/۶ درصد) محدود بود. اعتماد به نفس در ۷۰ مورد افزایش و در ۱۰۴ مورد کاهش یافته بود. ۲۳۷ مورد پرحرفی وجود داشت و ۲۰۹ مورد تکلم کاهش یافته و یا حرفی زده نمی شد. در ۴۲۶ مورد بی قراری سایکوموتور وجود داشت و در ۱۵۴ مورد کاهش سایکوموتور مشاهده گردید. خواب در ۲۱۲ مورد پایین بود. عاطفه در ۳۷۶ مورد محدود شده بود. در فرایند تفکر در ۲۵۶ مورد حاشیه پردازی وجود

داشت و سستی تداعی ها در ۱۲ نفر و تفکر مماسی در ۷ مورد وجود داشت. در محتوای تفکر افکار خودکشی در ۴۰ مورد، وسواس در ۷۰، و هذیان در ۳۴۹ مورد ثبت شده بود.

۸۰/۴ درصد مردان و ۷۵/۲ درصد زنان از خدمات مددکاری استفاده نموده بودند. بین دو رگوه اختلاف معنی دار آماری وجود نداشت. در ۳۷/۵ درصد مردان و ۱۷ درصد زنان سابقه مشکلات قضایی وجود داشت. تشخیص نهایی در ۴۹/۵ درصد موارد اختلال دو قطبی ۱ و ۴۰/۴ درصد آنها بیماری اسکیزوفرنی بود. در ۴۳ (۱۱/۸ درصد) مورد بستری با تشخیص اختلال سایکوتیک آنتی سایکوتیک تجویز نشده است. در ۴۹/۶ درصد موارد یک آنتی سایکوتیک، ۳۷ درصد موارد دو آنتی سایکوتیک و ۱/۷ درصد آنها بیش از دو آنتی سایکوتیک تجویز شده است. در ۱۳۷ (۲۸/۷ درصد) مورد از تشخیص اختلال دو قطبی تثبیت کننده خلق تجویز نشده است که در ۹۱ (۶۶/۴ درصد) مورد آن از داروهای آنتی سایکوتیک نسل دوم (ریسپیدون، کوئتیاپین، الانزاپین، آریپیپرازول) با خصیص تثبیت کننده خلق استفاده شده است. در حالت کلی نسبت تطابق تشخیص اولیه و نهایی در زنان ۹۴/۹ درصد (۳۱۸ مورد) و در مردان ۸۴/۴ درصد (۴۹۷ مورد) بوده است. بین دو گروه از نظر آماری اختلاف معنادار آماری وجود داشت ($P \text{ Value} < 0.005$).

سابقه فامیلی اختلال روانپزشکی در ۲۶/۹ درصد موارد بستری وجود داشت. سابقه بیماری جسمی در ۲۱/۳ درصد موارد بستری وجود داشت. سابقه قبلی اختلال روانپزشکی در ۴۵/۸ درصد موارد بستری وجود داشت. سابقه مصرف الکل در ۱۰/۵ درصد موارد بستری وجود داشت. سابقه مصرف سیگار در ۲۶ درصد موارد بستری وجود داشت. سابقه مصرف مواد در ۹/۸ درصد موارد بستری وجود داشت. سابقه خودکشی در ۱۹/۱ درصد موارد بستری وجود داشت. در مردان به ترتیب حبشیش (۵۱/۹ درصد)؛ تریاک (۴۸/۱ درصد)، آمفتامین (۲۸/۳ درصد) و هروئین (۲۰/۸ درصد) بود. در زنان تریاک (۵۷/۷ درصد)، آمفتامین (۴۶/۲ درصد) بود. در ۶۷/۵ درصد موارد یک ماده استفاده می کردند. ۸/۴ درصد موارد سابقه تشنج وجود داشت.

۸۶/۳ درصد بیماران در زمان بستری آنتی سایکوتیک دریافت کرده بودند. ۴۵ درصد افراد آنتی سایکوتیک نسل اول و ۶۸ درصد نسل دوم. ۳۳ درصد آنها بیش از یک آنتی سایکوتیک دریافت کرده بودند. ۶۵/۱ درصد تثبیت کننده خلق گرفته بودند. ۱۳/۴ درصد بیش از یک نوع. ۵۱/۴ درصد آنتی کولینرژیک دریافت کردند. ترکیب آنتی سایکوتیک و تثبیت کننده خلق در ۷۶/۸ درصد موارد. ترکیب آنتی سایکوتیک و بنزو دیازپین در ۷۳/۶ درصد و ترکیب تثبیت کننده خلق و بنزو دیازپین در ۷۶/۸ درصد

بحث

این مطالعه بر روی اختلالات جدی روانپزشکی بستری شده در مرکز تخصصی روانپزشکی انجام یافت. داده های از بررسی پرونده های پزشکی این بیماران جمع آوری گردید. داده های به دست آمده نشان داد که میانگین تعداد داروی تجویز شده در طول بستری ۴ قلم در روز بود. در این بیماران در ۳۸ درصد موارد دو و بیشتر آنتی سایکوتیک تجویز شده است. پلی فارماسی یک رویکرد شایع در اغلب وضعیتهای روانپزشکی شده است. یک سوم بیماران سرپایی سه و بیشتر داروی سایکوتروپ در یافت می نمایند. Rittmannsberger در مطالعه مروری خود نشان داده که در دهه های گذشته در بیماران بستری پلی فارماسی فزونی یافته است. شاخص منوترایی در سالهای قبل از ۱۹۸۰ از ۴۸ درصد به ۲۰ درصد در بعد از ۱۹۹۰ رسیده است (۱). شیوع آن از ۹۰ - ۱۳ درصد در روانپزشکی گزارش شده است (۲). یافته های ما با نتایج

مطالعات قبلی تشابه دارد. در این مطالعه بیماران بستری ۲۶/۶ درصد روزهای زندگی خود را از اولین بستری، در بخشهای بیمارستان گذراندند. بر اساس پژوهش موسسه ملی سلامت روان^۵، یک زن مبتلا به اختلال دو قطبی ۱۲ سال از زندگی خود را در اپیزودهای بیماری می گذراند و ۱۴ سال از آن را از نظر بهره وری و مادر بودن از دست می دهد و ۹ سال از عمرش کم می شود. مطالعات آینده نگر و با مشاهده هفتگی این موسسه نشان داد که بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی I، ۴۷ درصد از زندگی خود را در بیماری می گذرانند که اغلب به صورت تحت بالینی می باشد (۳). ۱۶/۶ درصد موارد، مشاوره تخصصی های دیگر درخواست شده بود و سابقه بیماری جسمی در ۲۱/۳ درصد موارد بستری وجود داشت. در مطالعه NCS-R در ۲۰۰۳ - ۲۰۰۱ بیش از ۶۸ درصد بیماران روانپزشکی حداقل یک بیماری جسمی داشتند. و ۲۹ درصد بیماران فیزیکی یک اختلال روانشناختی داشتند (۵ - ۴). در بیماران بررسی شده در این مطالعه شیوع بیماری های جسمی شناسایی شده در سطح بسیار پایینی قرار دارد. با توجه به شیوع بالای بیماری های جسمی در اختلالات روانپزشکی، توجه ویژه با مقوله غربالگری و مراقبت بیماری های مزمن در دوره بستری فرصت خوبی در پیشگیری از بیماری های غیرواگیر بشمار می رود. اختلال جنسی در این بیماران در نیم درصد موارد گزارش شده است. اختلال جنسی در بیش از ۳۰ درصد جمعیت عادی دیده می شود و در اختلالات روانپزشکی زیاده تر دیده می شود (۶). شیوع اختلال جنسی را در بیماری اسکیزوفرنی در ۶۰ - ۱۶ درصد گزارش کردند (۷). گزارش اختلال جنسی در مطالعه حاضر تقریباً وجود ندارد و این در تناقض با شیوع بالای این مشکل در بیماران روانپزشکی است. پایین بودن میزان آن می تواند در اثر عدم توجه رایج دهندگان خدمات سلامت روان به مقوله ارزیابی عملکرد جنسی بیمار و نیز عدم ثبت کامل داده های بالینی باشد.

افکار خودکشی در ۷/۶ درصد بیماران بستری گزارش شده است. مطالعه سازمان جهانی بهداشت شیوع افکار خودکشی را ۹/۲ درصد بیان کرده است (۸). در یک مطالعه در نوجوانان ۱۷ درصد آنها در سال گذشته به نوعی افکار خودکشی داشتند (۹). ابتلا به اختلال روانپزشکی عامل خطر مهمی در بروز افکار خودکشی است. یافته های این مطالعه با توجه به اینکه در گروه هدف بیماران انجام شده است، باید شیوع بالاتری گزارش می کرد و این امر می تواند از دقت ناکافی پزشکان در ارزیابی افکار خودکشی در بیماران بوده باشد. شایع ترین هذیانها در مردان گزند و آسیب و بزرگمنشی بود و در زنان نیز همین موارد بودند. شایع ترین نوع توهم در هر دو جنس به ترتیب شنوایی و بینایی بود. این یافته های با نتایج مطالعات دیگر تشابه دارد.

در حالت کلی نسبت تطابق تشخیص اولیه و نهایی در زنان ۹۴/۹ درصد (۳۱۸ مورد) و در مردان ۸۴/۴ درصد (۴۹۷ مورد) بوده است. بین دو گروه از نظر آماری اختلاف معنادار آماری وجود داشت ($P \text{ Value} < 0.005$).
Atwoli و همکاران در مطالعه خود نشان دادند که ثبات تشخیصی آینده نگر در بیماران بستری در یک مرکز درمانی

⁵ National Institute of Mental Health

آموزشی در کنیا ۷۲,۸ درصد بود. بیشترین ثبات تشخیصی در اختلال افسردگی اساسی و بعد در اختلال دو قطبی و بعد در اختلال روانپزشکی ناشی از مواد دیده شد. Del-Bem و همکاران در مرور سیستماتیک خود نشان دادند که ارزیابی های مقطعی کوتاه و با اطلاعات محدود فرایند تشخیصی را در اختلالات روانپزشکی به مخاطره می اندازد. این محدودیتها را می توان با استفاده از معیارهای تشخیصی، استفاده از مقیاس های ساختارمند و نیز مشاهده کوتاه مدت به حداقل رساند (۱۱ - ۱۰). Schwartz و همکاران در ارزیابی ۶ و ۲۴ ماهه ثبات تشخیصی اسکیزوفرنی را ۹۲ درصد، اختلال دو قطبی ۸۳ درصد، اختلال افسردگی اساسی را ۷۴ درصد و اسکیزوافکتیو ۳۶ درصد گزارش کردند (۱۲). سابقه مصرف الکل در ۱۰/۵ درصد موارد بستری وجود داشت. سابقه مصرف سیگار در ۲۶ درصد موارد بستری وجود داشت. سابقه مصرف مواد در ۹/۸ درصد موارد بستری وجود داشت. در مطالعه ECA در دهه ۱۹۸۰، در افراد وابسته به الکل در ۳۷ درصد نوع دیگری از اختلال روانپزشکی و ۲۲ درصد نوع دیگری از مواد وجود داشت. در استفاده از مواد دیگر شیوع همبودی اختلالات روانی ۵۳ درصد بود (۱۳). در مطالعه NCS در دهه ۱۹۹۰ در افراد مبتلا به اختلال روانشناختی استفاده از مواد حداقل ۱۵ درصد بود (۱۴).

نتیجه گیری

در حیطه غربالگری و مراقبت عوامل خطر سندرم متابولیک توجه زیادی نشده است. با افزایش تعداد بار بستری هر فرد تعداد روزهای بهبودی کاهش می یافت و بیمار سیر مزمن تری به خود می گرفت. این مساله اهمیت تشخیص زودتر و پیگیری و مراقبت مستمر و مبتنی بر دستور عملهای علمی را بیش از پیش نمایان می سازد.