

## میزان برخورداری بیماران روانپزشکی از خدمات بستری در اورژانس‌های روانپزشکی

دکتر نوید خلیلی\*، دکتر محمد تقی یاسمی\*\*

### چکیده

**هدف:** بررسی میزان برخورداری بیماران روانپزشکی مراجعه‌کننده به اورژانس روانپزشکی بیمارستان‌های امام حسین (ع) و طالقانی شهر تهران که با وجود نیاز به بستری، بستری نمی‌شوند و نقش کمبود تخت در آن و خطر خودکشی در این افراد در صورت عدم بستری هدف‌های این پژوهش است.

**روش:** در این پژوهش توصیفی-مقطعی که از مهر تا بهمن ۱۳۸۳ در این دو بیمارستان انجام شد، دستیاران روانپزشکی کشیک اورژانس با همه بیمارانی که طی ۲۴ ساعت کاری به اورژانس روانپزشکی مراجعه نموده بودند، مصاحبه کردند و داده‌ها در پرسش‌نامه ثبت گردید.

**یافته‌ها:** ۴۲۶ مورد مراجعه به اورژانس روانپزشکی (۳۴۷ مورد در بیمارستان امام حسین (ع) و ۷۹ مورد در بیمارستان طالقانی) بررسی گردیدند. میانگین سنی مراجعان ۳۲/۸ سال بود. ۵۰/۲٪ مرد و ۴۹/۸٪ زن بودند. ۷۷/۹٪ مراجعان نیاز به بستری داشتند که از این موارد، ۴۴/۶٪ بستری نشدند و ۳۹/۱٪ از موارد بستری‌نشده خطر خودکشی متوسط یا بالاتر داشتند. علت عدم بستری در ۹۳/۲٪ موارد عدم وجود تخت خالی بود. مراجعان دارای تشخیص اختلال سایکوتیک و خلقی، با مدت بیشتر بیماری، خطر خودکشی بیشتر و سابقه اقدام به خودکشی، با وجود نیاز بیشتر به بستری، تفاوت معنی‌داری از نظر احتمال بستری نداشتند. از سوی دیگر افراد سوء مصرف‌کننده مواد و افراد با فاصله کمتر از آخرین اقدام به خودکشی، با وجود نیاز بیشتر به بستری، به طور معنی‌داری کمتر بستری شدند ( $p < 0/001$ ) و افرادی که به علت خطر صدمه به خود، دیگران یا هر دو مورد نیاز به بستری داشتند، به‌طور معنی‌داری کمتر از سایر موارد بستری گردیدند ( $p < 0/001$ ). در رگرسیون لجستیک تنها دو عامل جنسیت زن و تحصیلات با odds ratio به ترتیب ۲/۶۳ و ۰/۹۳ و سطح معنی‌داری به ترتیب ۰/۰۰۱ و ۰/۰۵، بر احتمال بستری شدن در صورت نیاز به بستری مؤثر بودند.

**نتیجه‌گیری:** به نظر می‌رسد با کمبود جدی تخت کافی برای بستری موارد نیازمند بستری روبه‌رو هستیم و شدت نیاز بیمار به بستری، تعیین‌کننده احتمال بستری او نیست.

**کلیدواژه:** تخت، روانپزشکی، بستری، تهران

\* روانپزشک، شبکه بهداشت و درمان شهرستان بافت، بافت، شبکه بهداشت و درمان شهرستان بافت. فاکس: ۰۳۴۷-۴۲۲۲۲۴۰ (نویسنده مسئول).

E-mail: navidkhalili2000@yahoo.com

\*\* روانپزشک، مشاور منطقه ای بهداشت روان و سوء مصرف مواد سازمان جهانی بهداشت/ دفتر منطقه‌ای مدیریت شرقی. مصر، قاهره.

## مقدمه

سربایی برای آموزش بیماران در هنگام ترخیص می‌باشد. با وجود برداشته شدن گام‌های مثبتی در این زمینه مانند شروع برنامه‌های ویزیت در منزل در سال ۱۳۸۳ از سوی اداره سلامت روان، این خدمات هنوز فراگیر نشده است.

برای سنجش تأثیر کمبود تخت بر عدم بستری بیماران نیازمند بستری، در این پژوهش، کفایت تخت‌های بیمارستانی موجود برای مراجعان به اورژانس‌های روانپزشکی در نظر بوده است. این بررسی در جستجوی پاسخی برای این پرسش بوده است که چند درصد از مراجعه‌های اورژانس روانپزشکی که در آنها از نظر پزشک مصاحبه‌کننده نیاز به بستری بیمار می‌باشد، به بستری نمی‌انجامد و علت‌های آن چیست؟ بررسی میزان کمبود تخت روانپزشکی و شرایط بیماران نیازمند آن، زمینه‌ساز برنامه‌ریزی برای تخصیص درست منابع خواهد بود.

## روش

این پژوهش به روش توصیفی - مقطعی انجام شده است. با توجه به احتمال تغییر شمار مراجعان به اورژانس یا شمار تخت خالی در روزهای مختلف هفته، روزهای انجام بررسی به تصادف انتخاب گردیدند. در بیمارستان امام حسین (ع) هفته‌ای چهار روز و در بیمارستان طالقانی هفته‌ای سه روز در یک شیفت ۲۴ ساعته کاری به گردآوری اطلاعات پرداخته شد. زمان بررسی از آغاز مهر تا اواخر بهمن ۱۳۸۳ بود. ۴۲۶ مراجعه‌کننده به اورژانس روانپزشکی (۳۴۷ مورد در بیمارستان امام حسین (ع) و ۷۹ مورد در بیمارستان طالقانی) بررسی شدند.

داده‌ها توسط دستیاران روانپزشکی کشیک اورژانس که همگی، آموزش‌های لازم را در مورد تشخیص و درمان بیماران اورژانس روانپزشکی گذرانده بودند، به کمک مصاحبه گردآوری گردید و در فرم‌هایی که بدین منظور توسط خود پژوهشگران تهیه شده بود ثبت گردید. فرم‌ها دارای اطلاعاتی درباره برخی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی، تشخیص و مدت بیماری، سوء مصرف مواد، خطر خودکشی در صورت عدم بستری، سابقه اقدام به خودکشی و زمان

اختلال‌های روانپزشکی از جمله مسایل مهم بهداشت عمومی می‌باشند. شاخص DALY<sup>۱</sup> در بیماری‌های عصبی - روانی بیش از حوادث، بیماری‌های قلبی - عروقی و ایدز بوده و ۳۳٪ سال‌های زندگی همراه با ناتوانی<sup>۲</sup> (YLD) ناشی از بیماری‌های عصبی - روانی بوده است (سازمان جهانی بهداشت<sup>۳</sup>، ۲۰۰۳). این آمار اهمیت درمان به موقع اختلال‌های روانپزشکی را نشان می‌دهد. بستری کردن یکی از رویکردهای مهم درمان این اختلال‌ها می‌باشد که در شرایطی از جمله در هنگام خطر آسیب بیمار به خود یا دیگران لازم می‌شود (مینگر<sup>۴</sup>، ۲۰۰۵). در برخی از کشورها ۴۰٪ مراجعان به اورژانس‌های روانپزشکی نیازمند بستری هستند، ۲۰٪ آنها رفتار خودکشی داشته، ۱۰٪ نیز رفتار خشونت‌آمیز دارند (سادوک<sup>۵</sup> و سادوک، ۲۰۰۳).

از سوی دیگر بستری بیمار، نیازمند تخت روانپزشکی اشغال نشده است. سطح دسترسی به تخت<sup>۶</sup> بر پایه شمار موجود به ازای جمعیت معین سنجیده می‌شود.

در سراسر جهان برای هر ده هزار نفر جمعیت، ۴/۳ تخت روانپزشکی وجود دارد که در برخی از مناطق از جمله آمریکا و اروپا این شاخص به ترتیب ۳/۳ و ۸/۷ است (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۰۲). در ایران ۷۱۰۰ تخت روانپزشکی در بیمارستان‌های دولتی موجود می‌باشد که با در نظر گرفتن ۱۲۰۰ تخت مربوط به دانشگاه علوم بهزیستی و ۳۶۰۰ تخت خصوصی مربوط به نگهداری بیماران مزمن روانی تحت نظارت سازمان بهزیستی، در مجموع ۱/۶ تخت روانپزشکی برای هر ده هزار نفر موجود است (وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، اداره سلامت روان، گزارش منتشر نشده). این در حالی است که شیوع اختلال‌های روانی در افراد ۱۵ ساله و بالاتر ایران، در مردها ۱۵/۸٪، زنان ۲۹٪ و در کل ۲۱٪ بوده است و ۰/۶٪ کل جمعیت ایران مبتلا به اختلال‌های سایکوتیک بوده‌اند (نوربالا، باقری یزدی، یاسمی و محمد، ۲۰۰۴). از این رو به نظر می‌رسد در ایران با مشکل کمبود تخت روانپزشکی روبرو هستیم. یکی از عوامل تعیین‌کننده میزان نیاز به تخت‌های روانپزشکی، دسترسی به جایگزین‌های مراقبت از بیماران مزمن روانی است (هافنر<sup>۷</sup>، ۱۹۸۷) و نیز یکی از راه‌حل‌های رفع نسبی کمبود تخت، افزایش خدمات جامعه‌نگر<sup>۸</sup> از جمله ویزیت در منزل، مراقبت روزانه، مراقبت ۲۴ ساعته پرستاری<sup>۹</sup> (مور<sup>۱۰</sup> و ولف<sup>۱۱</sup>، ۱۹۹۹) و ارایه خدمات

1- Disability Adjusted Life Years

2- Years Lived with Disability

3- World Health Organization

4- Menninger

6- bed availability

8- community services

10- Moore

5- Sadock

7- Hafner

9- 24 hour nursing care

11- Wolf

هم‌چنان که **جدول ۲** نشان می‌دهد در ۲۹/۴٪ مراجعه‌کنندگان خطر خودکشی متوسط یا بالاتر وجود داشته است. از ۴۲۶ مراجعه‌کننده به اورژانس، ۳۳۲ مورد (۷۷/۹٪) بر حسب قضاوت بالینی پزشک نیاز به بستری داشتند. از ۳۳۲ مراجعه‌کننده نیازمند بستری، ۵۵/۴٪ بستری شدند. شایع‌ترین دلیل بستری‌نشدن موارد نیازمند بستری، عدم وجود تخت خالی بود (**جدول ۳**). از ۱۴۸ مورد بستری نشده، ۵۸ نفر (۳۹/۱٪) خطر خودکشی متوسط یا بالاتر داشتند.

برخی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی آزمودنی‌های پژوهش بیمارستان محل بررسی، جنسیت، سن، تحصیلات، وضعیت اشتغال، وضعیت تأهل، وضعیت پرداخت، محل سکونت، تشخیص و چگونگی سوء‌مصرف مواد، خطر خودکشی،

**جدول ۱- توزیع فراوانی موارد مراجعه به اورژانس روانپزشکی دو بیمارستان بر حسب وضعیت تأهل، اشتغال، تحصیلات، پرداخت و محل سکونت**

متغیرها	فراوانی (%)
<b>وضعیت تأهل</b>	
متأهل	۱۸۹ (۴۴/۴)
مجرد	۱۹۰ (۴۴/۶)
طلاق گرفته	۲۴ (۵/۶)
جدا شده	۱۰ (۲/۳)
بیوه	۱۳ (۳/۱)
<b>وضعیت اشتغال مردان</b>	
شاغل	۷۶ (۳۵/۵)
بی‌کار	۱۳۸ (۶۴/۵)
<b>وضعیت اشتغال زنان</b>	
شاغل	۱۶ (۷/۵)
خانه‌دار	۱۹۶ (۹۲/۵)
<b>وضعیت تحصیلات</b>	
بی‌سواد	۳۹ (۹/۲)
دبستان	۵۲ (۱۲/۲)
راهنمایی	۱۱۴ (۲۶/۸)
دبیرستان	۱۷۱ (۴۰/۱)
دیپلم و بالاتر	۵۰ (۱۱/۷)
<b>وضعیت پرداخت</b>	
بیمه	۲۲۹ (۵۳/۸)
آزاد	۱۹۷ (۴۶/۲)
<b>محل سکونت</b>	
تهران	۳۳۹ (۷۹/۶)
سایر شهرستان‌های تهران	۴۳ (۱۰/۱)
سایر استان‌ها	۴۴ (۱۰/۳)

آخرین اقدام به آن، نیاز به بستری و علت آن و بستری‌شدن یا علت عدم بستری‌شدن بود. در مواردی مانند تشخیص بالینی افسردگی و خطر خودکشی در صورت عدم بستری، نیاز به بستری و علت آن بر پایه قضاوت بالینی پزشک اورژانس ثبت شده است. از این رو مراد از «نیاز به بستری»، نیاز به آن بر حسب قضاوت بالینی پزشکان اورژانس روانپزشکی و بر پایه اندیکاسیون‌های بستری شامل خطر صدمه به خود یا دیگران، پاسخ ندادن به درمان سرپایی، عوارض درمانی، هدف‌های درمانی ویژه، حمایت ضعیف از بیمار و وجود فشارهای روانی تشدیدکننده محیطی بوده است. برای تحلیل داده‌ها از روش‌های آمار توصیفی و آزمون‌های  $\chi^2$  و تحلیل رگرسیون لجستیک<sup>۱</sup> بهره گرفته شد.

## یافته‌ها

طی ۶۷ روز بررسی در بیمارستان امام حسین (ع) و ۴۳ روز بررسی در بیمارستان طالقانی مجموعاً ۴۲۶ مراجعه‌کننده اورژانس روانپزشکی دو بیمارستان ثبت گردید که از این تعداد، ۳۴۷ مراجعه (۸۱/۵٪) در بیمارستان امام حسین (ع) و ۷۹ مراجعه (۱۸/۵٪) در بیمارستان طالقانی انجام شد. میانگین سنی مراجعان، ۳۲/۸ سال (دامنه ۸۵-۱۱ سال) بود و از ۴۲۶ مراجعه، ۲۱۴ نفر (۵۰/۲٪) مرد و ۲۱۲ نفر (۴۹/۸٪) زن بودند. یافته‌های مربوط به وضعیت تأهل، اشتغال، تحصیل و پرداخت بیماران در ۴۲۶ مراجعه به اورژانس روانپزشکی در **جدول ۱** ارائه شده است.

میانگین مدت بیماری افرادی نیازمند بستری ۶/۵ سال (انحراف معیار ۷/۵) و در افراد غیرنیازمند بستری ۲/۹ (انحراف معیار ۵/۶) بود و دو گروه یاد شده از این نظر تفاوت آماری معنی‌دار با یکدیگر داشتند ( $p < 0/01$ ). این ارقام در مورد افراد بستری‌شده ۶/۵ (انحراف معیار ۷/۷) و در افراد بستری نشده نیازمند بستری ۶/۴ (انحراف معیار ۷/۲) بود و از نظر آماری تفاوت معنی‌داری با یکدیگر نداشتند. یافته‌های مربوط به تشخیص بیماری، سوء‌مصرف مواد غیر از نیکوتین و کافئین، تعداد مواد مورد سوء‌مصرف (غیر از مواد یادشده)، خطر خودکشی در صورت عدم بستری (برحسب قضاوت بالینی پزشک)، سابقه اقدام به خودکشی و فاصله زمانی از آخرین اقدام به خودکشی در **جدول ۲** نشان داده شده است.

**جدول ۳- توزیع فراوانی موارد مراجعه نیازمند بستری در اورژانس روانپزشکی دو بیمارستان بر حسب دلیل نیاز به بستری، بستری شدن یا نشدن و نیز علت عدم بستری**

متغیرها	فراوانی (%)
<b>علت نیاز به بستری</b>	
خطر صدمه به خود	۸۸ (۲۶/۵)
خطر صدمه به دیگران	۶۹ (۲۰/۸)
خطر برای خود و دیگران	۷۰ (۳۱/۶)
سایر موارد	۱۰۵ (۲۱/۱)
<b>بستری شدن / نشدن</b>	
بستری گردید	۱۸۴ (۵۵/۴)
بستری نگردید	۱۴۸ (۴۴/۶)
<b>علت عدم بستری</b>	
عدم وجود تخت خالی	۱۳۸ (۹۳/۲)
عدم رضایت خانواده	۷ (۴/۷)
سایر موارد	۳ (۲)

سابقه اقدام به خودکشی، علت نیاز به بستری در **جدول ۴** نشان داده شده است. هم‌چنان که **جدول ۴** نشان می‌دهد افراد بی‌کار، با محل سکونت دورتر نسبت به تهران، دارای تشخیص اختلال‌های سایکوتیک و خلقی، دارای مدت بیشتر بیماری و دارای خطر خودکشی بیشتر و با سابقه اقدام به خودکشی، نیاز بیشتری به بستری شدن داشته‌اند؛ هر چند تفاوت معنی‌داری در بستری شدن آنها دیده نشده است. از سوی دیگر افراد با سوءمصرف مواد و فاصله زمانی اندک از آخرین اقدام به خودکشی، با وجود نیاز بیشتر به بستری شدن، به طور معنی‌داری کمتر بستری شده‌اند و هم‌چنین مواردی که به علت خطر صدمه به خود، دیگران یا هر دو، نیازمند بستری بودند، کمتر از سایر موارد بستری شدند و این تفاوت معنی‌دار بود ( $p < 0.01$ ). زنان به‌طور معنی‌داری ( $p < 0.001$ ) بیشتر بستری شده‌اند و افراد دارای بیمه و افراد دارای تحصیلات کمتر (بر حسب سال) با آن که نیاز بیشتری به بستری داشته‌اند، کمتر بستری شده‌اند (**جدول ۴**).

متغیر بستری شدن به عنوان متغیر وابسته به کمک تحلیل رگرسیون لجستیک تحلیل شد و  $R^2$  کل متغیر یادشده تعیین‌کننده تنها ۹/۱٪ از احتمال بستری شدن بود. متغیرهای مؤثر در احتمال بستری شدن در صورت نیاز به بستری طبق رگرسیون لجستیک در **جدول ۵** نشان داده شده است. هم‌چنان که جدول نشان می‌دهد، تنها عوامل مؤثر در احتمال بستری شدن در صورت نیاز به بستری، جنس زن و میزان تحصیلات می‌باشد. جنس زن تأثیر افزایشدهنده و تحصیلات بالاتر تأثیر کاهشدهنده داشت.

**جدول ۲- توزیع فراوانی موارد مراجعه به اورژانس روانپزشکی دو بیمارستان بر حسب تشخیص، سوءمصرف مواد، تعداد مواد مورد سوءمصرف، خطر خودکشی در صورت عدم بستری و سابقه اقدام به خودکشی و فاصله زمانی از آخرین اقدام به خودکشی**

متغیرها	فراوانی (%)
<b>تشخیص</b>	
دوقطبی سایکوتیک	۱۶۹ (۳۹/۷)
دوقطبی غیر سایکوتیک	۳۸ (۸/۹)
اسکیزوافکتیو	۱۶ (۳/۸)
افسردگی عمده سایکوتیک	۲۰ (۴/۷)
افسردگی عمده غیر سایکوتیک	۴۴ (۱۰/۳)
اسکیزوفرنیا	۱۳ (۳/۱)
سایر موارد سایکوز	۲۴ (۵/۶)
سایر موارد	۱۰۲ (۲۳/۹)
<b>سوء مصرف مواد</b>	
دارد	۱۰۲ (۲۳/۹)
ندارد	۳۲۴ (۷۶/۱)
<b>تعداد مواد مورد سوء مصرف</b>	
یک ماده	۵۴ (۵۲/۹)
بیش از یک ماده	۴۸ (۴۷/۱)
<b>خطر خودکشی در صورت عدم بستری</b>	
ندارد	۵۷ (۱۳/۴)
خیلی کم	۱۴۰ (۳۲/۹)
کم	۱۰۴ (۲۴/۴)
متوسط	۷۱ (۱۶/۷)
زیاد	۳۵ (۸/۲)
خیلی زیاد	۱۴ (۳/۳)
قطعی	۵ (۱/۲)
<b>سابقه اقدام به خودکشی</b>	
دارد	۱۱۴ (۲۶/۸)
ندارد	۳۱۲ (۷۳/۲)
<b>فاصله زمانی از آخرین خودکشی</b>	
یک هفته یا کمتر	۴۳ (۳۷/۷)
بیش از یک هفته تا یک‌ماه	۱۷ (۱۴/۹)
بیش از یک ماه تا یک‌سال	۲۹ (۲۵/۴)
بیش از یک‌سال	۲۵ (۲۱/۹)

جدول ۴ - توزیع فراوانی افراد نیازمند بستری و شیوع بستری شدن در صورت نیاز به بستری بر حسب سایر متغیرها قبل از حذف عوامل مداخله‌کننده

متغیرها	نیاز به بستری		بستری شدن در صورت نیاز به بستری	
	نیازمند بستری	غیر نیازمند بستری	سطح معنی‌داری	سطح معنی‌داری
بیمارستان: فراوانی (%)	۲۷۸ (۸۰/۱)	۶۹ (۱۹/۹)		
امام حسین (ع)	۵۴ (۶۸/۴)	۲۵ (۳۱/۶)	۰/۰۳۴	۱۲۳ (۴۴/۲)
طالقانی				۲۵ (۴۶/۳)
جنس: فراوانی (%)				
مرد	۱۷۰ (۷۹/۴)	۴۴ (۲۰/۶)	۰/۵۲۵	۹۵ (۵۵/۹)
زن	۱۶۲ (۷۶/۴)	۵۰ (۲۳/۶)		۵۳ (۳۲/۷)
سن (سال): میانگین (انحراف معیار)	۳۲/۸ (۱۲/۸)	۳۲/۷ (۱۴/۳)	۰/۹۵	۳۱/۷ (۱۲/۱)
تحصیلات (سال): میانگین (انحراف معیار)	۸/۷ (۴/۱)	۸/۹ (۴/۷)	۰/۶۴	۹/۲ (۳/۹)
وضعیت تحصیلات: فراوانی (%)				
بی سواد	۲۷ (۶۹/۲)	۱۲ (۳۰/۸)		۸ (۲۹/۶)
ابتدایی	۴۱ (۷۸/۸)	۱۱ (۲۱/۲)		۱۷ (۴۱/۵)
راهنمایی	۹۶ (۸۴/۲)	۱۸ (۱۵/۸)	۰/۲۴	۳۷ (۳۸/۵)
دبیرستان	۱۳۲ (۷۷/۲)	۳۹ (۲۲/۸)		۶۸ (۵۱/۵)
بالتر از دیپلم	۳۶ (۷۲)	۱۴ (۲۸)		۱۸ (۵۰)
وضعیت اشتغال: فراوانی (%)				
شاغل	۵۶ (۶۰/۹)	۳۶ (۳۹/۱)	۰/۰۰۱	۳۱ (۵۵/۴)
بی کار	۲۷۶ (۸۲/۶)	۵۸ (۱۷/۴)		۱۱۷ (۴۲/۴)
وضعیت تأهل: فراوانی (%)				
متأهل	۱۴۴ (۷۶/۲)	۴۵ (۲۳/۸)	۰/۸۹	۶۴ (۴۴/۴)
مجرد	۱۵۱ (۷۹/۵)	۳۹ (۲۰/۵)		۶۵ (۴۳)
طلاق گرفته	۱۹ (۷۹/۲)	۵ (۲۰/۸)		۹ (۷۴/۴)
سایر موارد	۱۸ (۷۸/۳)	۵ (۲۱/۷)		۱۰ (۵۵/۶)
وضعیت پرداخت: فراوانی (%)				
بیمه	۱۷۷ (۷۷/۳)	۵۲ (۲۲/۷)	۰/۸۲	۶۸ (۳۸/۴)
آزاد	۱۵۵ (۷۸/۷)	۴۲ (۲۱/۳)		۸۰ (۵۱/۶)
محل سکونت: فراوانی (%)				
شهر تهران	۲۵۶ (۷۵/۵)	۸۳ (۲۴/۵)	۰/۰۵۷	۱۱۹ (۴۶/۵)
سایر شهرهای استان تهران	۳۷ (۸۶)	۶ (۱۴)		۱۷ (۴۵/۹)
سایر استان‌ها	۳۹ (۸۸/۶)	۵ (۱۱/۴)		۱۲ (۳۰/۸)

بستری شدن در صورت نیاز به بستری		نیاز به بستری		متغیرها
سطح معنی داری	نیازمند بستری اما بستری نشده	بستری شده	غیر نیازمند بستری	
				تشخیص: فراوانی (%)
	۷۵ (۴۴/۶)	۹۳ (۵۵/۴)	۱ (۰/۶)	دوقطبی سایکو تیک ۱۶۸ (۹۹/۴)
	۱۵ (۴۸/۴)	۱۶ (۵۱/۶)	۷ (۱۸/۴)	دوقطبی غیر سایکو تیک ۳۱ (۸۱/۶)
	۸ (۵۰)	۸ (۵۰)	۰ (۰)	اسکیزوافکتیو ۱۶ (۱۰۰)
	۸ (۴۰)	۱۲ (۶۰)	۰ (۰)	افسردگی عمده سایکو تیک ۲۰ (۱۰۰)
N.S.	۱۰ (۳۱/۳)	۲۲ (۶۸/۸)	۱۲ (۲۷/۳)	افسردگی عمده غیر سایکو تیک ۳۲ (۷۲/۷)
	۳ (۲۷/۳)	۸ (۷۲/۷)	۲ (۱۵/۴)	اسکیزوفرنیا ۱۱ (۸۴/۶)
	۱۴ (۷۰)	۶ (۳۰)	۴ (۱۶/۷)	سایر سایکوزها ۲۰ (۸۳/۳)
	۱۵ (۴۴/۱)	۱۹ (۵۵/۹)	۶۸ (۶۶/۷)	سایر موارد ۳۴ (۳۳/۳)
				سوء مصرف مواد: فراوانی (%)
۰/۰۱۹	۵۱ (۵۵/۴)	۴۱ (۴۴/۶)	۱۰ (۹/۸)	با سوء مصرف مواد ۹۲ (۹۰/۲)
	۹۷ (۴۰/۴)	۱۴۳ (۵۹/۶)	۸۴ (۲۵/۹)	بدون سوء مصرف مواد ۲۴۰ (۷۴/۱)
				تعداد ماده مورد سوء مصرف در موارد با سوء مصرف مواد: فراوانی (%)
N.S.	n=۵۱	n=۴۱	N.S. n=۱۰	n=۹۲
	۲۷ (۵۷/۴)	۲۰ (۴۲/۶)	۷ (۱۳)	۴۷ (۸۷)
	۲۴ (۵۳/۳)	۲۱ (۴۶/۷)	۳ (۶/۳)	۴۵ (۹۳/۸)
				خطر خودکشی: فراوانی (%)
	n=۱۴۸	n=۱۸۴	n=۹۴	n=۳۳۲
	۷ (۵۰)	۷ (۵۰)	۴۳ (۷۵/۴)	۱۴ (۲۴/۶)
	۴۷ (۴۳/۹)	۶۰ (۵۶/۱)	۳۳ (۲۳/۶)	۱۰۷ (۷۶/۴)
	۳۶ (۴۰/۹)	۵۲ (۵۹/۱)	۱۶ (۱۵/۴)	۸۸ (۸۴/۶)
N.S.	۲۷ (۳۹/۱)	۴۲ (۶۰/۹)	۲ (۲/۸)	۶۹ (۹۷/۲)
	۱۸ (۵۱/۴)	۱۷ (۴۸/۶)	۰ (۰)	۳۵ (۱۰۰)
	۱۰ (۷۱/۴)	۴ (۲۸/۶)	۰ (۰)	۱۴ (۱۰۰)
	۳ (۶۰)	۲ (۴۰)	۰ (۰)	۵ (۱۰۰)
				سابقه اقدام به خودکشی: فراوانی (%)
N.S.	۵۴ (۴۹/۵)	۵۵ (۵۰/۵)	۵ (۴/۴)	۱۰۹ (۹۵/۶)
	۹۴ (۴۲/۲)	۱۲۹ (۵۷/۸)	۸۹ (۲۸/۵)	۲۲۳ (۷۱/۵)
				زمان آخرین اقدام به خودکشی در موارد با سابقه قبلی: فراوانی (%)
	n=۵۴	n=۵۵	n=۵	n=۱۰۹
	۲۸ (۶۵/۱)	۱۵ (۳۴/۹)	۰ (۰)	۴۳ (۱۰۰)
	۶ (۳۵/۳)	۱۱ (۶۴/۷)	۰ (۰)	۱۷ (۱۰۰)
۰/۰۴۴	۹ (۳۴/۶)	۱۷ (۶۵/۴)	۳ (۱۰/۳)	۲۶ (۸۹/۷)
	۱۱ (۴۷/۸)	۱۲ (۵۲/۲)	۲ (۸)	۲۳ (۹۲)
	n=۱۴۸	n=۱۸۴		
				علت نیاز به بستری در موارد نیازمند بستری: فراوانی (%)
	۳۹ (۴۴/۳)	۴۹ (۵۵/۷)		خطر صدمه به خود
۰/۰۱	۳۵ (۵۰/۷)	۳۴ (۴۹/۳)		خطر صدمه به دیگران
	۴۱ (۵۸/۶)	۲۹ (۴۱/۴)		خطر صدمه به خود و دیگران
	۳۳ (۳۱/۴)	۷۲ (۶۸/۶)		سایر موارد

جدول ۵ - تحلیل رگرسیون لجستیک چندگانه احتمال بستری شدن در صورت نیاز به بستری

متغیر	ضریب رگرسیون B	خطای معیار	Wald P	Odds Ratio	٪۹۵ CI	
					حد پایین	حد بالا
جنس	۰/۹۶۹	۰/۲۳	۰/۰۰۱	۲/۶۳۴	۱/۶۷۸	۴/۱۳۵
تحصیلات	-۰/۰۶۴	۰/۰۲۸	۰/۰۲۵	۰/۹۳۸	۰/۸۸۸	۰/۹۹۲

## بحث

در این پژوهش ۴۲۶ مراجعه کننده به اورژانس روانپزشکی دو بیمارستان طالقانی و امام حسین (ع) بررسی شدند که ۷۷/۹٪ آنان نیاز به بستری داشتند. از این تعداد، ۴۴/۶٪ موارد با وجود نیاز به بستری، بستری نشدند و علت ۹۳/۲٪ موارد عدم بستری، عدم وجود تخت خالی بود. با توجه به آمار کشورهای غربی مبنی بر نیاز ۴۰٪ از مراجعان اورژانس به بستری (سادوک و سادوک، ۲۰۰۳) بیشتر بودن نیاز به بستری در میان مراجعان به اورژانس در این بررسی ممکن است به دلیل مراجعه دیر هنگام بیماران به مراکز روانپزشکی و در نتیجه افزایش شدت بیماری، کمبود تخت و فراگیر نبودن درمان‌های جایگزین بستری باشد. در یک بررسی انجام شده در بیمارستان امام حسین (ع) (امیدواری، بینا و یاسمی، ۱۳۸۰) میانگین فاصله زمانی بین بروز نخستین نشانه‌های بیماری تا مراجعه به روانپزشک یا مرکز روانپزشکی ۳/۶ سال بوده است. شاید بستری کمتر یا کوتاه‌تر بیماران حاد روانپزشکی در اثر کمبود تخت، باعث افزایش میزان عود در صورت ترخیص زودهنگام آنها گشته و خود موجب افزایش مراجعه موارد حاد و شدید به اورژانس روانپزشکی گردد. افزون بر آن، با توجه به فراگیر نبودن شیوه‌های جایگزین درمان بستری به ویژه خدمات جامعه‌نگر در کشور ما، بیماران بیشتری نیازمند بستری تشخیص داده می‌شوند.

از سوی دیگر شاید بتوان گفت که میزان نیاز به بستری با وجود عدم بستری بیش از رقم فعلی باشد، چرا که بسیاری از بیماران با فاصله زیادی از شروع بیماری مراجعه می‌نمایند، بسیاری از خانواده‌ها نیز زمانی دوباره مراجعه می‌کنند که از وجود تخت خالی مطمئن شده باشند. ضمن اینکه ایجاد سیستم ذخیره‌سازی<sup>۱</sup>، باعث نوعی کاهش سهم موارد دارای فوریت از تخت‌های روانپزشکی می‌گردد.

این پژوهش نشان داد افرادی که زمان کوتاه‌تری از آخرین اقدام به خودکشی آنها می‌گذشت، کمتر بستری

شدند. هم چنین مواردی که به دلیل خطر برای خود، دیگران یا هر دو نیازمند بستری بودند، کمتر از سایر موارد بستری شدند. در مورد سابقه اقدام به خودکشی نیز هر چند تفاوت معنی‌دار نبود، از میان افراد نیازمند بستری، افراد با سابقه خودکشی ۵۰/۵٪ و افراد بدون این سابقه ۵۷/۸٪ بستری گردیدند. در زمینه سابقه سوء مصرف مواد که با نیاز بیشتر به بستری همراه بوده است، احتمال بستری شدن افراد نیازمند بستری، برعکس کم شده است. مواردی از جمله بی‌کار بودن، محل سکونت دورتر نسبت به تهران، داشتن تشخیص اختلال‌های سایکوتیک و خلقی، مدت بیشتر بیماری، خطر بیشتر خودکشی و داشتن سابقه پیشین اقدام به خودکشی با افزایش معنی‌دار نیاز به بستری همراه بوده‌اند، اما هیچ کدام تفاوت معنی‌داری از نظر احتمال بستری شدن نداشتند. این موضوع ممکن است نشان‌دهنده آن باشد که در شرایط کمبود تخت، وجود تخت خالی روانپزشکی و نه شدت بیماری، تعیین کننده احتمال بستری است. چنان‌که در مدل رگرسیون نیز دیده شد تقریباً همه متغیرهای پژوهش، مجموعاً ۹/۱٪ از احتمال بستری شدن را تعیین می‌کردند. این یافته‌ها زمانی اهمیت بیشتری می‌یابد که بدانیم بسیاری از موارد خودکشی پیش از آن، سابقه مراجعه به روانپزشک یا مرکز روانپزشکی ندارند. در یک بررسی در استان کرمان در مورد ۶۳ مورد خودکشی تنها ۴٪ از افراد سابقه مراجعه به روانپزشک یا مراکز روانپزشکی داشته‌اند (یاسمی و همکاران، ۱۳۸۱).

زنان، افراد دارای تحصیلات کمتر و افراد دارای بیمه بستری در آغاز مراجعه، اگرچه تفاوت معنی‌داری در نیاز به بستری نداشته‌اند، به طور معنی‌داری بیشتر بستری شده‌اند که شاید با عوامل دیگری ارتباط داشته باشد که نیاز به بررسی‌های بیشتر دارد.

این بررسی تأثیر کمبود تخت را بر امکان بستری شدن بیماران نیازمند بستری نشان داده است. در حالی که، دسترسی

افراد مراجعه کننده که در آن مراجعه بستری نگردیدند، پی گیری نشدند و سرنوشت آنها از نظر این که نهایتاً بستری می شوند یا چه زمانی بستری می شوند نیز روشن نیست که نیاز به بررسی های بیشتری دارد.

این پژوهش افزایش شمار تخت بستری به روش های مختلف از جمله افزایش شمار تخت های بیمارستانی، راه اندازی بخش های جدید یا تخصیص درصدی از تخت های بیمارستان های عمومی به بیماران روان پزشکی را ضروری نشان می دهد. افزون بر آن سایر برنامه های جامعه نگر از جمله گسترش برنامه های بازدید در منزل و برنامه آموزش بیماران و خانواده آنها که در پیش گیری از عود و بستری مجدد مؤثر است، کمک کننده خواهد بود. هم چنین فراهم کردن آیین نامه ها درباره اصول بستری کردن که بتواند پزشکان را به بستری کردن مبتنی بر معیارهای عینی به سود بیمار ترغیب سازد سودمند است.

### سیاسگزاری

از دستیاران محترم روان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی که در اجرای این پژوهش همکاری نمودند و پرستاران محترم اورژانس بیمارستان های امام حسین (ع) و طالقانی که انجام این طرح بدون یاری آنها میسر نبود و نیز از خانم دکتر یاسمن متقی پور و آقای اذن... آذر گشپ با توجه به همکاری صمیمانه شان در تحلیل داده ها قدر دانی می گردد.

دریافت مقاله: ۱۳۸۴/۹/۱۴؛ دریافت نسخه نهایی: ۱۳۸۴/۱۰/۲۷؛

پذیرش مقاله: ۱۳۸۴/۱۱/۵

### منابع

- امیدواری، سپیده؛ بینا، مهدی؛ یاسمی، محمدتقی (۱۳۸۰). بررسی مسیر مراجعه بیماران روانی به بیمارستان امام حسین (ع) در سال ۱۳۷۸. *فصلنامه اندیشه و رفتار*، سال ششم، شماره ۴، ۱۲-۴.
- نوربالا، احمدعلی؛ باقری یزدی، سیدعباس؛ یاسمی، محمدتقی؛ محمد، کاظم (۱۳۸۰). *بررسی همه گیری شناسی اختلالات روان پزشکی در ایران*. تهران: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.
- یاسمی، محمدتقی؛ صباحی، عبدالرضا؛ میرهاشمی، سیدمجیدی؛ سیفی، شراره؛ آذر کیوان، پرنوش؛ طاهری، محمدحسین (۱۳۸۱). همه گیری شناسی خودکشی از طریق پزشکی قانونی در استان کرمان. *فصلنامه اندیشه و رفتار*، سال هفتم، شماره ۴، ۱۲-۴.

به خدمات بهداشت روان جایگزین و سرپایی، یکی از عوامل تعیین کننده نیاز به تخت های روان پزشکی است و در صورت فراهم شدن یک نظام کارآمد ارایه این خدمات، برای بستری کوتاه مدت ۵ تا ۸ تخت و برای بستری دراز مدت ۳ تا ۶ تخت به ازای هر ده هزار نفر جمعیت لازم است (هافتر، ۱۹۸۷)، اما در ایران برای بستری کوتاه مدت و دراز مدت ۱/۶ تخت در برابر هر ده هزار نفر جمعیت می باشد و امکان ارایه مناسب خدمات جایگزین و سرپایی بهداشت روان نیز فراهم نشده است. روی هم رفته شهر تهران از نظر شمار تخت برای جمعیت وضعیت مناسب تری نسبت به میانگین کشور دارد، به طوری که در شهر تهران ۱/۹ تخت برای هر ده هزار نفر جمعیت و در کل کشور ۱/۶ تخت برای همین جمعیت وجود دارد (نوربالا و همکاران، ۱۳۸۰). از آن جا که افزایش شمار تخت های روان پزشکی به تنهایی سودمند نیست، برای برنامه ریزی منطقه ای خدمات بهداشت روان، فراهم آوردن سایر تسهیلات مربوطه نیز ضروری است (فرایرز<sup>۱</sup>، ۱۹۷۹) که پژوهش ما نیز در این راستا انجام گردید و نشان داد که درصد بالایی از افراد مراجعه کننده به اورژانس روان پزشکی نیازمند بستری هستند (۷۷/۹٪)، درصد چشم گیری از آن ها بستری نمی شوند (۴۴/۶٪)، بستری نشدن آنها بیشتر به دلیل نبودن تخت خالی است و هم چنین با توجه به کمبود تخت خالی، شدت بیماری شاید تعیین کننده احتمال بستری نباشد از این رو بسیاری از بیماران با نیاز بیشتر و فوری تر به بستری از تخت روان پزشکی محروم مانده اند.

روشن نیست کمبود تخت در ایران تا چه اندازه بر روی مدت بستری بیماران تأثیر گذاشته است. اگر فرض کنیم به علت متقاضیان زیاد بستری در پشت درهای بیمارستان، ترخیص بیماران زودتر از زمان لازم انجام می شود، بر پایه بررسی های پیشین، این باعث افزایش احتمال نیاز مجدد به بستری خواهد شد (هگستد<sup>۲</sup>، ۲۰۰۱) و با یک دور باطل روبه رو خواهیم بود که در آن کمبود تخت باعث افزایش نیاز به تخت می شود و آن نیز باعث افزایش و تداوم کمبود تخت می گردد.

این بررسی با محدودیت هایی روبه رو بوده است. از جمله این که فقط در دو بیمارستان دولتی شهر تهران انجام شده است و یافته های آن در حال حاضر به سایر بیمارستان ها یا شهرهای ایران تعمیم پذیر نیست. از سوی دیگر تنها به بررسی امکان بستری در افراد نیازمند بستری مراجعه کننده به مرکز اورژانس پرداخته است که به تنهایی گویای همه ابعاد کمبود تخت نیست. بررسی هایی از جمله بررسی میانگین مدت بستری بیماران حاد روان پزشکی نیز می تواند آثار دیگر کمبود تخت را نشان دهد. هم چنین محدودیت مهم دیگر این بود که



- Fryers, T. (1979). Psychiatric service planning: Beds in perspective. *Comprehensive Psychiatry*, 17, 361-368.
- Hafner, H. (1987). Do we still need beds for psychiatric patients? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 75, 113-126.
- Heggstad, T. (2001). Operating condition of psychiatric hospitals and early readmission-effect of high patients turn over. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 103, 196-202.
- Menninger, W. W. (2005). Role of the psychiatric hospital in the treatment of mental illness. In B. J. Sadock, V. A. Sadock (Eds.). *Comprehensive textbook of psychiatry (8th. ed.)*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Moore, C., & Wolf, J. (1999). Mental health: Open and shut case. *Health Service Journal*, 109, 20-22.
- Noorbala A. A., Bagheri Yazdi, S. A., Yasamy, M. T., & Mohammad, K. (2004). Mental health survey of the adult population in Iran. *British Journal of Psychiatry*, 184, 70-73.
- Sadock B. J., & Sadock, V. A. (2003). *Synopsis of psychiatry (9th. ed.)*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- World Health Organization (2003). *Investing in mental health*. Geneva: WHO.
- World Health Organization (2002). *Promoting mental health: Unmasking the burden, meeting the challenge*. Manila: Western Pacific Regional Office.