پژوهش در پزشکی (مجله پژوهشی دانشکده پزشکی)
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی شهید بهشتی
دوره ۳۲، شماره ۴، زمستان ۱۳۸۷، صفحات ۳۰۹ تا ۳۱۴

مقاله پژوهشی
(Original Article)

بررسی ویژگی‌های دموگرافیک، بیماری و درمان در بیماران مبتلا به حمله اول سایکوز در بیمارستان طالقانی

دکتر فاطمه خدایی‌فر[1*]، دکتر یاسمن متقی‌پور[1]

[1]بخش روانپزشکی، بیمارستان طالقانی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

چکیده

سابقه و هدف: در سال‌های اخیر، تحقیقات زیادی بر روی بیماران مراجعه‌کننده با سایکوز بار اول انجام شده است. اهمیت این مسأله، در پیشگیری، جلوگیری از مزمن‌شدن بیماری و عواقب آن می‌باشد. با توجه به عدم انجام مطالعه مشابه در ایران و تفاوت مسایل فرهنگی و درمانی بیماران مبتلا به اختلالات روانی در ایران، شناخت عوامل دموگرافیک و روند درمانی این بیماران، می‌تواند در برنامه‌ریزی و انتخاب درمان استاندارد کمک کند. هدف از این مطالعه، تعیین خصوصیات بیماران حمله اول سایکوز که به بیمارستان طالقانی مراجعه کرده‌اند، بود.

روش بررسی: این تحقیق به روش مطالعه داده‌های موجود انجام گرفت. پرونده‌های بیماران بستری در بخش روان‌پزشکی بیمارستان طالقانی از سال ۱۳۷۹ لغایت ۱۳۸۳ بررسی شده و پرونده بیمارانی که برای بار اول با حمله اول سایکوز بستری شده بودند، انتخاب گردید. پرسشنامهٔ اطلاعات دموگرافیک، سابقهٔ بیماری و درمان بر اساس متغیرهای شناخته‌شده جهت درمان استاندارد، تهیه و تکمیل گردید. از نرم‌افزار SPSS و آزمون‌های تی و مجذور کا برای تحلیل داده‌ها استفاده گردید.

یافته‌ها: از ۷۵ بیمار مبتلا به سایکوز بار اول، ۶۴٪ مرد و ۳۶٪ زن بودند. طیف سنی بیماران بین ۱۷ تا ۷۲ سال (میانگین ۳۱/۳ و نما ۲۱ سال) بود. ۴۶/۷٪ بیماران متأهل بودند. ۳۳/۳٪ موارد، افکار جدی خودکشی یا اقدام به آن داشته‌اند. ۲۴٪ بیماران مصرف مواد را گزارش نمودند. سه تشخیص شایع در بستری اول به ترتیب اختلال دو قطبی (۳۲٪)، دیگر سایکوزها (۲۹/۳٪) و اسکیزوفرنیا (۱۴/۷٪) بودند. ۸۰٪ بیماران، داروی ضد سایکوز سنتی دریافت کرده بودند.

نتیجه‌گیری: به نظر می‌رسد که از لحاظ متغیرهای دموگرافیک و برنامه درمان بیماران سایکوز بار اول، تفاوت‌هایی بین بیماران ایرانی و بیماران گزارش‌شده در پژوهش‌های خارجی وجود دارد. براساس تفاوت‌های مشاهده شده تهیه یک طرح استاندارد، جهت درمان دارویی و غیر دارویی برای اجرا، ضروری به نظر می‌رسد. با توجه به نقایص موجود در پرونده‌ها، انجام یک پژوهش آینده‌نگر توصیه می‌شود.

واژگان کلیدی: حمله اول سایکوز، درمان، خودکشی، داروی ضد سایکوز سنتی

مقدمه

در تمام دنیا رنج حاصل از سایکوز، فقط کمتر از دمانس و کوادری پلژیا می‌باشد. از طرف دیگر حمله اول سایکوز در ۸۰٪ موارد در سنین ۱۶ تا ۳۰ سالگی اتفاق می‌افتد که سنین بسیار بحرانی می‌باشند (۱). حمله اول سایکوز، فرصتی برای ایجاد یک رابطه درمانی بین پزشک، بیمار و خانواده است؛ زیرا در این زمان، بیمار و خانواده‌اش با یک بیماری مخرب روبرو می‌شوند. با یک رویکرد فعال، پزشک می‌تواند در دیدگاه بیمار نسبت به خود و بیماری‌اش و نحوه نگرش او نسبت به هزینه و فواید مداخلات درمانی، اثر بگذارد (۲).حمله اول سایکوز، طیف وسیعی از اختلالات با عواقب متفاوت مانند اختلال اسکیزوفرنیفورم، اختلال اسکیزوافکتیو، سایکوز ناشی از دارو، سایکوز گذرای واکنشی، سایکوز ناشی از بیماری طبی عمومی و اختلال هذیانی را شامل می‌شود. سیر و نتیجه حمله اول سایکوز، ارتباط نزدیکی با درمان‌های اولیه آن دارد. وظیفه عمده درمانگری که در درمان بیماران با حمله اول سایکوز درگیر است، بهبودی و جلوگیری از بروز عوارض ثانویه، عود و ناتوانی‌های پایدار می‌باشد (۳). حمله اول سایکوز، معمولاً به مدت یک تا دو سال تشخیص داده نمی‌شود و در نتیجه درمان نمی‌گردد. در حالی که چندین بررسی نشان داده‌اند که زمان

*نویسنده مسئول مکاتبات: دکتر فاطمه خدایی‌فر؛ تهران، ولنجک، بیمارستان طالقانی، بخش روانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی؛ پست الکترونیک: f_khodaeifar@sbmu.ac.ir
تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۸۶/۹/۲۰
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۷/۹/۲۰

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-11-18]

طولانی بین شروع سایکوز و شروع درمان با کاهش پذیرش درمان، بدتر شدن نتیجه درمان، وضعیت شغلی و عملکرد اجتماعی بیماران همراه است (۶-۴).

در طی دو دهه اخیر، حمله اول سایکوز، مرکز توجه مطالعات قرار گرفته است. تعداد زیادی برنامه‌های بالینی و تحقیقاتی متمرکز بر حمله اول سایکوز شکل گرفته‌اند. سه عنصر اساسی که در برنامه‌ریزی جهت این مقوله مد نظر قرار می‌گیرند عبارتند از: تشخیص و کمک زودرس، ارزیابی و درمان اولیه و ارتقای کیفیت بهبودی (۹-۷). تشخیص زودرس به صورت شناسایی افراد در معرض خطر ایجاد سایکوز در آینده و یا تشخیص بیمارانی که در مراحل اولیه سایکوز هستند، ولی هنوز درمان کافی دریافت نکرده‌اند، تعریف می‌گردد (۱۰).

امروزه بر مداخلات زودرس در سایکوز بسیار تأکید می‌شود؛ به گونه‌ای که در آمریکا، اروپا و استرالیا، سرویس‌های خدماتی مداخلات خاص اولیه شکل گرفته‌اند (۱۱). در این زمینه چندین مطالعه نیز صورت گرفته‌است که بسیاری از آنها بیانگر مفیدبودن درمان‌های دارویی و غیر دارویی در جلوگیری از پیدایش سایکوز در دورهٔ پیش‌درآمدی یا بهترشدن عاقبت بیماری پس از ایجاد سایکوز هستند (۹-۶). لذا تشخیص سایکوز در مراحل اولیه و یا شاید قبل از آن (دورهٔ پیش‌درآمدی)، امری ضروری می‌باشد. برای دستیابی به این هدف، نیاز است که از خصوصیات دموگرافیک و اجتماعی بیماران با حمله اول سایکوز و نیز خصوصیات بیماری در مراحل اولیه اطلاعاتی در دسترس باشد، تا براساس آنها، برنامه‌های ارتقای کیفیت سلامت روان، جهت پیشگیری از ایجاد سایکوز و نیز درمان زودرس آن، پایه‌گذاری شوند. از طرف دیگر در ایران، تنها یک بررسی نسبتاً مشابه اما با هدفی متفاوت از هدف مطالعه حاضر، انجام گرفته است و در واقع، در ایران هنوز هیچ مطالعه و یا خدمات شناسایی زودرس در مورد بیماران مبتلا به حمله اول سایکوز وجود ندارد. پژوهش حاضر، اولین مطالعه‌ای است که به بررسی خصوصیات همه‌گیرشناسی و وضعیت درمان در گروهی از بیماران مبتلا به حمله اول سایکوز در ایران می‌پردازد. این مطالعه می تواند راهنمایی برای ارایه خدمات صحیح‌تر به این گونه بیماران و کاستن از هزینه‌های مادی و معنوی بیماری باشد.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر به روش مطالعه داده‌های موجود انجام گرفت. جامعه آزمودنی، بیماران مبتلا به حمله اول سایکوز هستند که برای اولین بار در بخش روان پزشکی بیمارستان طالقانی در فاصله سال‌های ۱۳۷۹ لغایت ۱۳۸۳ بستری شده‌اند. پس از اخذ اجازه از ریاست بیمارستان و رئیس بخش روان‌پزشکی، پرونده تمام بیماران بستری در بخش، در فاصله سال‌های ۱۳۷۹ لغایت ۱۳۸۳ مورد بررسی قرار گرفت و پرونده‌بیمارانی که با تشخیص یکی از اختلالات سایکوتیک بستری شده بودند، استخراج شدند. سپس پرونده‌هایی برای مطالعه انتخاب شدند که بیمار با حمله اول سایکوز برای بار اول در بیمارستان بستری شده بود. جمع‌آوری اطلاعات توسط دو پرسشنامه صورت گرفت. پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک، که برای جمع‌آوری اطلاعات جمعیت شناسی در آزمودنی‌ها، تدوین شد و پرسشنامه خودساخته‌ای که حاوی اطلاعات مربوط به مشخصه‌های بیماری، نحوهٔ درمان و پیگیری بیمار بود. جمع‌آوری اطلاعات توسط روانپزشک مسئول پژوهش انجام شد. بیمارانی وارد مطالعه شدند که با حمله اول سایکوز، برای بار اول در بیمارستان طالقانی بستری شده بودند و بیمارانی که حتی به مدت چند ساعت، در مرکز دیگری بستری و یا تحت درمان، قرار گرفته و سپس به بیمارستان طالقانی مراجعه کرده بودند، از مطالعه کنار گذاشته شدند.

تشخیص‌ها براساس سیستم DSM-IV بود. پس از تهیه بانک اطلاعاتی، اطلاعات هر بیمار با کد موجود در پرسشنامه وارد کامپیوتر گردید. برای تحلیل داده‌ها از آزمون تی و مجذور کا استفاده گردید.

یافته‌ها

از میان پرونده‌های موجود، ۷۵ پرونده، با شرایط مطالعه قابل ارزیابی بودند. از ۷۵ بیمار، ۴۸ نفر (۶۴٪) مرد و ۲۷ نفر (۳۶٪) زن بودند. طیف سنی بیماران، ۱۷ تا ۷۲ ساله (میانگین ۳۱/۳ سال و نما ۲۱ سال) بود. ۳۵ نفر (۴۶/۷٪) متأهل، ۳۷ نفر (۴۹/۳٪) مجرد، ۲ نفر (۲/۷٪) متارکه کرده و یک نفر (۱/۳٪) بیوه بودند.

از نظر سطح تحصیلات، ۶ نفر (۸٪) بی‌سواد، ۲۴ نفر (۳۲٪) ابتدایی، ۱۴ نفر (۱۸/۷٪) مقطع راهنمایی، ۲۱ نفر (۲۸٪) دیپلم و ۱۰ نفر (۱۳/۳٪) بالای دیپلم بودند. ۲۴ نفر (۳۲٪) شاغل و ۵۱ نفر (۶۸٪) بیکار بودند. ۲۷ نفر از مردها (۵۶/۲٪) بیکار و ۳ نفر از زن‌ها (۱۱/۱٪) شاغل بودند. ۶۰ نفر (۸۰٪) از بیماران ساکن شهر بودند. ۷۳ نفر (۹۷/۳٪) افراد با خانواده زندگی می‌کردند و توسط آنها به بیمارستان آورده شده بودند.

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-11-18]

متوسط روزهای بستری ۱۶/۸ روز (نما ۵ روز) بود. از مجموع ۳۳ نفری که اطلاعات در مورد آنها موجود بود، ۲۰ نفر (۶۰/۶٪) در طی ۵ سال پیگیری پرونده‌ها، دچار عود شده بودند. ۴۷ نفر (۶۲/۶۶٪) افراد پیگیری منظم درمانگاهی نداشتند. از میان افرادی که عود داشته‌اند، ۳ نفر (۱۵٪) در کمتر از ۳ ماه، ۷ نفر (۳۵٪) در عرض ۳ تا ۶ ماه و ۱۰ نفر (۵۰٪) افراد پس از ۶ ماه از بستری اول، مجدداً دچار عود علایم بیماری شدند. جدول ۱، مشخصه‌های مربوط به بیماری و مراجعه برای درمان را نشان می‌دهد.

جدول ۱) فراوانی ویژگی‌های بیماری در بیماران بار اول سایکوز که برای بار اول بستری شده بودند

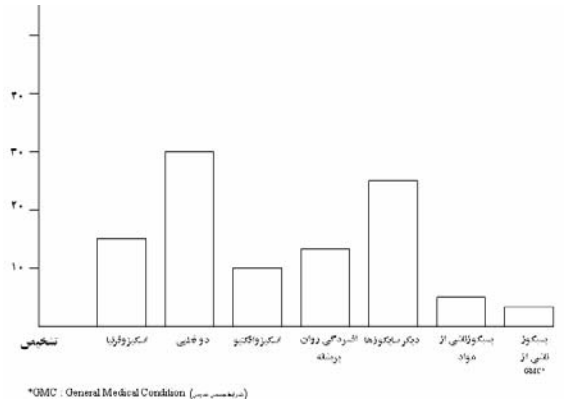
مشخصه	تعداد (درصد)
دورهٔ پیش‌درآمدی	۴۴ (۵۸/۷)
مراجعه برای درمان در طی یک ماه از شروع سایکوز	۳۲ (۴۲/۷)
مراجعه برای درمان در طی ۳-۱ ماه از شروع سایکوز	۱۴ (۱۸/۷)
مراجعه برای درمان در طی ۶-۳ ماه از شروع سایکوز	۸ (۱۰/۷)
مراجعه برای درمان ۶ ماه بعد از شروع سایکوز	۲۱ (۲۸)
وجود افکار جدی خودکشی یا اقدام به خودکشی	۲۵ (۳۳/۳)
سوء مصرف مواد یا وابستگی	۱۸ (۲۴)
هم زمانی تشخیص اختلال شخصیت در محور دو	۲۴ (۳۲)
عقب ماندگی ذهنی	۰ (۰)

اطلاعات در مورد تغییر تشخیص یا ثبات آن در ۲۹ پرونده موجود بود. ۸ نفر از این ۲۹ نفر در پیگیری، تغییر تشخیصی داشتند (۲۷/۵۸٪). ۱۵ نفر از ۷۲ نفری که اطلاعات میزان بهبودی آنها در پرونده موجود بود (۲۰/۸۳٪)، با بهبودی کامل مرخص شده بودند. ۴۶ نفر (۶۳/۸۸٪) با بهبودی نسبی مرخص شدند و ۱۱ نفر (۱۵/۲۷٪) بدون هیچگونه بهبودی ترخیص شده بودند.

به ۶۰ نفر (۸۰٪ بیماران)، داروی ضد سایکوز سنتی و به یک نفر (۱/۳٪) هر دو نوع داروی ضد سایکوز سنتی و غیر سنتی تجویز شده بود. هیچ کدام از بیماران درمان غیر دارویی دریافت نکرده بودند.

۱۹ نفر (۲۵/۳٪) با رضایت شخصی مرخص شده بودند. از میان ۲۹ نفری که اطلاعات در مورد پذیرش دارویی آنها موجود بود، فقط ۱۴ نفر (۱۸/۷٪) پذیرش درمانی داشته‌اند. سه تشخیص شایع‌تر، اختلاف دو قطبی (۳۲٪)، دیگر سایکوزها (۲۹/۳٪) و اسکیزوفرنیا (۱۴/۳٪) بودند (نمودار ۱).

بین نوع داروی ضد سایکوز و نوع ترخیص (با دستور پزشک یا رضایت شخصی)، تعداد دفعات بستری شدن و میزان عود رابطه معنی‌دار دیده نشد. بین تشخیص و نوع ترخیص نیز رابطه معنی‌دار دیده نشد.



نمودار ۱) فراوانی تشخیص محور یک در بیماران حمله اول سایکور که برای بار اول بستری شده بودند

بحث

این پژوهش، تا حد دانش ما، اولین مطالعه بررسی وضعیت دموگرافیک، بیماری و درمان در بیماران با حمله اول سایکوز در ایران می باشد. نتایج ما از نظر نوع تشخیص با نتایج مطالعه امینی و همکاران در سال ۱۳۸۴ همخوانی دارد. امینی و همکاران در سال ۲۰۰۵ با هدف بررسی ثبات تشخیصی، ۵۴ بیمار مبتلا به حمله اول سایکوز که در بیمارستان روزبه تهران بستری شده بودند را به مدت یک سال پیگیری کردند. در هر دو مطالعه، سه تشخیص اول در بیماران حمله اول سایکوز، "اختلال دو قطبی"، سپس، "دیگر سایکوزها" و بعد، "اسکیزوفرنیا" بود (۱۲). اما در مطالعات مشابه در خارج از کشور، سایکوزهای غیر خلقی در رتبه اول و سایکوزهای خلقی در رتبه دوم بوده‌اند (۱۳و۱۴). شاید دلیل این تفاوت، نوع مطالعه متفاوت ما باشد که به صورت بررسی داده‌های موجود و فقط روی تعداد محدودی از بیماران بستری انجام شده است، اما مطالعات خارجی موجود، مطالعات آینده‌نگری هستند که روی تمامی بیماران با حمله اول سایکوز صورت گرفته‌اند.

دلیل بالا بودن میانگین سنی بیماران در مطالعهٔ ما (۳۱/۳ سال)، نسبت به مطالعه امینی و همکاران در سال ۲۰۰۵ (۲۴/۷ سال) (۱۲) و مطالعه Harrigan و همکاران در سال ۲۰۰۳ (۲۲/۷ سال) (۱۴)، می‌تواند حذف‌نکردن بیماران با اختلال عضوی از مطالعه ما باشد، اما در هر حال نمای سنی در نتایج ما (۲۱ سال) با نتایج مطالعات فوق همخوانی دارد.

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-11-18]

همانند نتایج مطالعات دیگر، تعداد مردان تقریباً دو برابر زنان بود (۱۳و۱۴).

در مطالعه ما و مطالعه امینی و همکاران، نزدیک به نیمی از بیماران متأهل بودند که بسیار بالاتر از میزانی است که در مطالعهٔ Harrigan در سال ۲۰۰۳، Sipos در سال ۲۰۰۱ و Sim در سال۲۰۰۴ به ترتیب ۱۳/۸٪، ۲۴/۷٪ و ۱۷/۲٪ گزارش گردید (۱۵-۱۳). نتایج ما نشان داد که اکثریت بیماران با خانواده زندگی می‌کردند و توسط آنها به بیمارستان آورده شده بودند که مشابه یافته مطالعهٔ Sim در سال ۲۰۰۴ بر روی بیماران آسیایی می‌باشد. در مطالعه مذکور که به صورت توصیفی مقطعی بر روی ۷۹ نفر بیمار آسیایی مبتلا به حمله اول سایکوز انجام شد، نزدیک به ۸۰٪ بیماران با خانواده زندگی می‌کردند. دو یافته اخیر می‌توانند نشانگر حمایت خوب خانواده از این بیماران در ایران و یا در آسیا باشند.

حدود یک چهارم بیماران در مطالعه ما، سوءمصرف نوعی ماده در زمان حال ذکر کرده بودند که مشابه با نتایج مطالعهٔ Sipos و همکاران در سال ۲۰۰۱، و Larsen و همکاران در سال۲۰۰۶ (۱۶، ۱۳) می‌باشد؛ اما کمتر از نتایج مطالعه Barnett و همکاران در سال ۲۰۰۶ است. در مطالعه مذکور، تعداد ۱۲۲ نفر ارجاع شده به مرکز خدمات بیماران حمله اول سایکوز از نظر مصرف مواد غیر قانونی در زمانی از زندگی بررسی شدند که میزان مصرف حداقل یک ماده را به صورت سوءمصرف یا وابستگی، ۵۵-۴۳٪ گزارش نمودند (۱۷). اما در مطالعهٔ Barnett، سوءمصرف فعلی و یا قبلی هر دو مد نظر بوده است.

میزان اشتغال به کار در مطالعهٔ ما بسیار کمتر از نتایج مطالعهٔ Sim و همکاران (۱۵) می‌باشد. در مطالعه مذکور، میزان اشتغال ۶۹٪ گزارش گردید. شاید این تفاوت، تا حدی به میزان بالای بیکاری در کل جامعه جوان کشور ما و یا تعداد محدود مشاغل نیمه‌وقت، نیز مربوط باشد. یک سوم بیماران افکار جدی اقدام به خودکشی و یا اقدام به آن را داشتند که این یافته نیز با شیوع بالای افکار و اقدام به خودکشی در طی دوره سایکوز درمان نشده و حتی پس از آن همخوانی دارد (۱۸و۱۹).

از دورهٔ پیش‌درآمدی به طور خاص در اکثر پرونده‌ها نام برده نشده بود، بلکه پژوهشگر با خواندن شرح حال بیماران استنباط کرده که بیمار یک دورهٔ پیش‌درآمدی را گذرانده است و بنابراین، میزان بالای دورهٔ پیش‌درآمدی (۵۸/۷٪)، یک یافتهٔ قابل بحث می‌باشد.

اکثر بیماران در مطالعهٔ ما، در طی یک ماه از شروع سایکوز برای درمان مراجعه کرده بودند (Duration of untreated psychosis; DUP). در مطالعهٔ Sim و همکاران (۱۵)، میزان متوسط DUP، ۱۴/۲۱ ماه و در مطالعهٔ Sipos و همکاران (۱۳)، این میزان ۸۲ روز گزارش شد. اما به دلیل توزیع غیر نرمال DUP، میانه، مقیاس مناسب‌تری برای ارزیابی آن می‌باشد. در مطالعهٔ Wunderink و همکاران در سال ۲۰۰۶ (۲۰)، ۱۵۷ بیمار مبتلا به حمله اول سایکوز غیر خلقی در هلند به مدت ۶ ماه مورد ارزیابی آینده‌نگر قرار گرفتند. در این بررسی نمای DUP ۴/۴ هفته بود که مشابه یافته ما می‌باشد. این یافته نشانگر لزوم اقدامات بیماریابی و آموزش در سطح جامعه می‌باشد؛ چرا که مطالعات بسیاری ثابت کرده‌اند که زمان طولانی بین شروع علایم سایکوز و شروع درمان، عاقبت درمانی و عملکردی بیماران را بدتر می‌نماید. در مطالعهٔ Harrigan و همکاران، که ۳۵۴بیمار با حمله اول سایکوز را به مدت ۱ سال پی گیری نمودند، دریافتند که تأخیر بیش از ۷ روز در درمان، عاقبت بیماری را بدتر کرده است (۱۴).

متوسط تعداد روزهای بستری در بررسی ما بسیار کمتر از نتایج مطالعهٔ Sipos و همکارانش (۱۳) می‌باشد (۱۶/۸ روز در برابر ۴۶/۵ روز). این تفاوت، به دلایل متعدد می‌تواند ایجاد شده باشد که عبارت است از: فشار سیستم بیمه، مسایل فرهنگی و عدم آموزش کافی به خانواده‌ها. بررسی ما نشان داد ۲۵/۳٪ افراد با رضایت شخصی مرخص شده بودند که ما باید در مورد دلایل این یافته مطالعات بیشتری انجام دهیم و عوامل مؤثر در مراجعه دیر و ترخیص زودرس بیماران را تا حد امکان رفع نماییم.

میزان پذیرش درمان را گر چه بر اساس یافته‌های محدود و ناکامل موجود در پرونده‌ها، نمی‌توانیم به طور دقیق تفسیر نماییم؛ اما آمار پذیرش درمان بسیار پایین بود (۱۸/۷٪) که این یافته نیز با میزان پایین پذیرش درمان (کمتر از ۵۰٪) در بیماران با حمله اول سایکوز همخوانی دارد (۲۱و۲۲).

اکثریت بیماران (۸۰٪)؛ داروی ضد سایکوز سنتی دریافت کرده بودند که این یافته با آنچه که اکثر راهنماهای درمانی برای خط اول درمان حمله اول سایکوز پیشنهاد می‌کنند (تجویز داروهای ضد سایکوز نسل جدید)، مغایرت دارد (۲۳و۲۴). شاید یکی از دلایل این تفاوت، بالاتر بودن هزینه داروهای جدید و عدم پوشش اکثر آنها توسط سیستم بیمه در سال‌های گذشته بوده باشد. دلیل دیگر می تواند عدم تغییر عقیده پزشکان ما، در مورد ارجحیت داروهای جدید باشد.

در مطالعهٔ ما میزان تشخیص هم زمان اختلال شخصیت در محور دو ۳۲٪ بود که میزان نسبتاً بالایی می‌باشد. البته این

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-11-18]

یافته با توجه به نتایج مطالعهٔ Francey و همکاران در سال ۲۰۰۶، قابل انتظار است. در بررسی آنها یک‌پنجم بیماران حمله اول سایکوز، معیارهای اختلال شخصیت مرزی را پر می‌کردند (۲۵). در پرونده‌های ما، بعضی از این تشخیص‌های محور دو، در حد مشکوک و نیازمند به ارزیابی بیشتر در آینده، ذکر شده بودند.

گر چه بین نوع داروی ضد سایکوز و نوع ترخیص، تعداد دفعات بستری شدن، میزان عود و میزان پذیرش درمان رابطه معنادار آماری مشاهده نگردید، اما این یافته می‌تواند به دلیل تعداد کم نمونه به طول کل و به ویژه فقدان اطلاعات در تعداد زیادی از پرونده‌ها باشد که تعداد نمونه جهت تجزیه و تحلیل آماری را کاهش داد.

نتایج این پژوهش می‌تواند نشانگر این نکته باشد که شرایط بیماران حمله اول سایکوز از نظر تشخیص، درمان و پیگیری در ایران مناسب نمی‌باشد و ما نیازمند مطالعات بیشتر و مداخلات بیشتر برای بهبود این شرایط هستیم. هم‌اکنون در اکثر کشورهای اروپایی و استرالیا سرویس‌های خدمات زودرس به این بیماران شکل گرفته‌اند (۱۱). مطالعات زیادی نیز دال بر مؤثر بودن این خدمات در کاهش عود و بهبود عاقبت بیماری وجود دارند. به عنوان مثال، در یک کارآزمایی تصادفی دو سوکور، درمان های استاندارد با درمان جامع (درمان جامعه‌نگر، برنامه‌های آموزش خانواده و آموزش مهارت‌های اجتماعی)، در بیماران بار اول سایکوز، مقایسه و بیماران به مدت ۵ سال پیگیری شدند. درمان جامع در مقایسه با درمان استاندارد، در بهبودی عاقبت بیماری و پذیرش درمان، مؤثرتر بود (۲۶).

انجام مطالعات آینده‌نگر بر روی بیماران حمله اول سایکوز برای رسیدن به نتایج دقیق‌تر لازم می‌باشد. ارایه آموزش‌های بهداشت روان در سطح جامعه، آموزش خانواده بیماران و به راه‌اندازی سرویس‌های خدمات زودرس به بیماران سایکوتیک توصیه می‌گردد.

بررسی داده‌های موجود در پرونده‌ها، محدودیت اصلی بررسی ما بود. زیرا هم خطای حافظه در گزارش شرح حال توسط خانواده و بیمار و هم ناقص‌بودن پرونده‌ها منجر به مخدوش‌شدن نتایج می‌گردد. محدودیت دیگر، عدم پیگیری تمام بیماران در مرکز ما بود که باعث شد اطلاعات پیگیری کامل نباشد.

تعداد کم نمونه قابل ورود به مطالعه نیز باعث شد که در بسیاری موارد قادر به تجزیه وتحلیل آماری نباشیم و یا نتایج معنا دار نباشد.

REFERENCES

1. World Health Organization. Mental health: new understanding, new hope. Geneva: WHO, 2001.
2. Christoph U. C, Alan J. M. First psychotic episode: a window of opportunity, a therapeutic alliance. Current Psychiatry 2003;4:51-67.
3. Douki S, Taktak MJ, Ben Zineb S, cheour M. Therapeutic strategies in the first psychotic episode. Encephale 1999;25 (3):44-51.
4. Marshall M, Lewis Sh, Lockwood A, Drak R, Jones P, Croudace T. Association between Duration of Untreated Psychosis and Outcome in Cohorts of First-Episode Patients. A Systematic Review. Arch Gen Psychiatry 2005;62:975-983.
5. Wittman D. A, Smith P, Ali A, Miewald J, Montrose D. M, Radomski E, Keshavan M. S. Initial treatment adherence and duration of untreated psychosis as predictors of long-term adherence in first episode psychoses. Schizophr Res 2006;86(1):S53.
6. Normana M.G, Mallab K, Manchandaa R, Windellc D, Harricharana R, Takhara J, Northcott S. Does treatment delay predict occupational functioning in first-episode psychosis? Schizophr Res 2007;91 (1-3):259-262.
7. McGorry PD, Yung AR, Phillips LJ. Randomized Control trial of interventions designed to reduce the risk of progression to first-episode psychosis in a clinical sample with subthreshold symptoms. Arch Gen Psychiatry 2002;59(10):921-8.
8. Edwards J. Harris M. G, Bapat S. Developing services for First-episode and the critical period. By J Psychiatry 2005;187:S91-S97.
9. Pinfold V, Smith J, Shiers D. Audit of early intervention in Psychosis service development in England in 2005. Psychiatr Bull 2007;31:7-10.
10. Wyatt R. J. Early intervention with neuroleptic may decrease the long-term morbidity of schizophrenia. Schizophr Res 1991;5:201-202.

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-11-18]

11. Marshall M, Rathbone J. Early intervention for psychosis. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2007;Issue 2.

12. Amini H, Alaghband J, Omid A, Sharifi V, Davari-Ashtiani R, Momeni F, et al. Diagnostic Stability in patients with first episode psychosis. Australas Psychiatry 2005;13(4):388-392.

13. Sipos A, Harrison G, Gunnell D, Amin Sh, Singh S. Patterns and predictors of hospitlization in first-episode psychosis: prospective cohort study. Br J Psychiatry 2001;178:518-523.

14. Harrigan S. M, McGorry P.D, Krestev H. Does treatment delay in first-episode psychosis really matter? Schizophr Res 2003;60 (1):323.

15. Sim K, Swapna V, Mythily S, Mahendran R, Kua E.H, McGorry P, et al. Psychiatric comorbidity in first episode psychosis: the Early psychosis Intervention Program (EPIP) experience. Acta Psychiatr Scand 2004;109 (1):23-29.

16. Larsen T. K, Melle I, Auestad B, Friis S, Haahr U, Johannessen J.O, et al. Substance abuse in first-episode non affective psychosis. Schizophr Res 2006;88 (1-3):55-62.

17. Barnett J. H, Werners U. E, Secher S.M, Hill K. E, Masson K, Pernet D. E, et al. Substance use and abuse in first-episode psychoses. Schizophre Res 2006;86(1);S98.

18. Addington J, Williams J, Young J, Addington D. Suicide behaviour in early psychosis. Acta Psychiatr Scand 2004;109 (2):116-120.

19. Clarkea M, Whittya P, Brownea S, Tiguea O. Mc, Kinsellaa A, Waddingtond J. L , et al. Suicidality in first episode psychosis. Schizophr Res 2006;221-225.

20. Wunderink A, Nienhuis F J, Sytema S, Wiersma D. Treatment delay and response rate in first episode psychosis. Acta Psychiatr Scand 2006;113:332-339.

21. O' Regan M. K, O'Donnell C, Papas A, Purcell R, McGorry P.D. High rates of medication adherence required to achieve therapeutic benefit in first-episode psychosis. Schizophr Res 2006;86(1):S 129.

22. Spidel A, Lecomte T, Leclerc C, Greaves C. Predictors of medication adherence in a first-episode sample. Schizophr Res 2006;86(1):S 128.

23. McEvoy JP, Scheifler PL, Frances A. The Expert Consensus Guideline Seriers: Treatment of schizophrenia. J Clin Psychiatry 1999;60(11).

24. American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia;2004: 2nd ed. Washington, DC.

25. Francey S. M, Jovev m, Phassouliotis C, Mc Dougall E, Cotton Chanen A. Co-morbid borderline personality disorder and first episode Psychosis: How many and what happens? Schizophr Res 2006;86(1):S 113.

26. Nordentoft M, Bartelsen M, Thorup A, Petersen L, Ahlenschleger J, Christensen T, et al. The Danish OPUS-trial: RCT of standard treatment versus integrated treatment in first episode psychosis: 5 years follow-up. Eur Psychiatry 2007;22(1):S 84.

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-11-18]