

بررسی روند تغییرات وزن در بیماران بستری در بخش روانپزشکی بیمارستان امام حسین (ع)

علیرضا ظهیرالدین، فاطمه اناری، سپیده راجزی اصفهانی*

مرکز تحقیقات علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

چکیده

سابقه و هدف: امروزه یکی از دغدغه‌های مهم افراد در کشورهای در حال توسعه و توسعه یافته تغییر وزن می‌باشد. با توجه به اینکه در گروه‌های مختلف بیماران و به خصوص بیماران روانپزشکی تغییر وزن به صورت مشهودی به چشم می‌خورد، ساخت فاکتورهای موثر در این امر ضروری به نظر می‌رسد. هدف اصلی این مطالعه، بررسی تغییرات وزن در بخش روانپزشکی بیمارستان امام حسین (ع) می‌باشد؛ هم چنین اثر عوامل جمعیت‌شناسی، بیماری‌های مدیکال و روانپزشکی، تشخیص روانپزشکی، خواب، سوء مصرف مواد، داروهای روانپزشکی، وضعیت فعالیت، تحصیلات، اسکان و سطح اقتصادی بر تغییرات وزن بیماران بستری مورد بررسی شد.

روش بررسی: این مطالعه به شکل مقطعی بر روی ۱۵۰ بیمار بستری در بخش روانپزشکی بیمارستان امام حسین (ع) انجام شد. وزن بیماران در بدو ورود و یک ماه بعد با ترازوی واحدی اندازه‌گیری شد. اطلاعات راجع به ویژگی‌های دموگرافیک، تشخیص فعلی و زمینه‌ای، اعتیاد، داروها، وضعیت اسکان و اقتصاد، سابقه بیماری جسمی، میزان تحرک و خواب به عنوان متغیرهای مطالعه از طریق پرسش‌نامه جمع‌آوری گردید. داده با نرم افزار SPSS و آزمون آماری t -test غیر وابسته آنالیز شد.

یافته‌ها: ۱۵۰ بیمار با میانگین سنی ۳۶/۲۹ سال که ۵۳/۳٪ مرد و ۴۶/۷٪ زن بودند، به طور تصادفی وارد مطالعه شدند. تغییرات وزن با وضعیت تأهل، وضعیت اسکان، میزان فعالیت، سابقه بیماری طبی و مصرف داروهای کلوزاپین، الانزپین سرتالین و ضدافسردگی‌های سه حلقه‌ای ارتباط داشت ($P < 0/05$). سایر متغیرها در این مطالعه ارتباطی با تغییرات وزن نداشتند.

نتیجه‌گیری: در این مطالعه علاوه بر تأکید بر اهمیت فاکتورهای مدیکال، فاکتورهای اقتصادی و اجتماعی نسبت به فاکتورهای زمینه‌ای و دموگرافیک موثرتر شناسایی شدند. به همین دلیل می‌توان چنین عنوان نمود که فاکتورهای پیش بیمارستانی مثل وضعیت اسکان و تأهل در بیماران روانپزشکی به اندازه سابقه بیماری طبی و داروهای مصرفی موثر می‌باشد.

واژگان کلیدی: تغییرات وزن، بیماران بستری روانپزشکی، داروهای روانپزشکی، فاکتورهای دموگرافیک، فاکتورهای اقتصادی-اجتماعی.

مقدمه

امروزه چاقی به عنوان یک مشکل بهداشتی، تغذیه‌ای در جامعه محسوب می‌شود و بسیاری از بیماری‌های غیر واگیردار از جمله بیماری‌های قلبی-عروقی و روانپزشکی از پیامدهای این مسئله

می‌باشند. به طور کلی، مطالعات بین‌المللی در مورد هزینه‌های مقابله با چاقی نشان داده است که چاقی و بیماری‌های وابسته به آن بیش از ۷ درصد از کل بودجه بهداشت و درمان را به خود اختصاص می‌دهند (۱). هم چنین مطالعات حاکی از آن است که چاقی در بیماران روانپزشکی بیشتر از جمعیت عمومی است (۲). بدیهی است بیمارانی که در بخش روانپزشکی با تشخیص‌های متنوع بستری می‌شوند، دچار تغییرات وزن زیادی براساس

آدرس نویسنده مسئول: تهران، دانشجوی دکتری روانشناسی بالینی، مرکز تحقیقات علوم رفتاری دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، سپیده راجزی اصفهانی (e-mail: sepideh.rajezi@gmail.com)

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۸۸/۲/۲۵

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۸/۱۹

در بین تثبیت کننده‌های خلق، سدیم والپروات و مشتقات آن با افزایش وزن قابل توجه و حدود ۱۴-۸ کیلوگرم در درصد بالایی از بیماران همراه می‌باشند و بهترین درمان آن محدودیت شدید کالری مصرفی است. سدیم والپرات به علت تغییر در سیستم متابولیسم بدن باعث افزایش بافت چربی به خصوص در ناحیه شکم و افزایش وزن خواهد شد (۱۰). متفورمین در کاهش وزن بیماران که به دنبال مصرف داروهای مهار کننده باز جذب سروتونین- دوپامین و والپروئیک اسید دچار افزایش وزن شده‌اند، موثر بوده است. افزایش وزن با مصرف کاربامازپین کمتر شایع است. این احتمال وجود دارد که افزایش وزن با مصرف کاربامازپین نیز به بهبود وضعیت خلقی مربوط باشد (۱۱).

در مقابل، توپیرامات می‌تواند سبب کاهش وزن شود. به نظر می‌رسد تغییرات وزنی مرتبط با مصرف توپیرامات وابسته به دوز است (۸، ۱۱)، در بررسی‌ها، لاموتریژین اثری بر وزن نداشته است (۱۲).

اکثر داروهای ضد افسردگی نیز سبب افزایش وزن می‌شوند. ضد افسردگی‌ها می‌توانند سبب افزایش اشتها و افزایش تمایل به خوردن کربوهیدرات‌ها شوند (۸). هم چنین این اثر ضد افسردگی‌ها ممکن است ناشی از بهبود اشتها و تغییر الگوی غذا خوردن بیماران به دلیل وجود افسردگی باشد (۱۳).

تاکنون مکانیزم اختصاصی به عنوان علت افزایش وزن شناخته نشده است و به نظر می‌رسد وزن ناشی از داروهای به کار رفته در درمان افسردگی یا سایکوز به سیستم سروتونرژیک و یا هسیتانیرژیک مرتبط باشد. اثر آنتی‌کولینرژیک داروهای سه حلقه‌ای نیز می‌تواند به علت ایجاد خشکی دهان و به دنبال آن مصرف مواد غذایی پرکالری جهت رفع این عارضه در افزایش وزن نقش داشته باشد (۷).

داروهای SSRI در ابتدا مصرف باعث کاهش وزن و کاهش اشتها می‌شوند که این اثر در هفته بیستم به حداکثر رسیده و پس از آن وزن به حد پایه برمی‌گردد. حدود یک سوم بیماران داروهای SSRI مصرف می‌کنند. توپیرامات و زونیسامید (داروهای مصرفی ضد تشنج) سبب کاهش وزن پایدار می‌شوند. داروهای آنتی‌سایکوتیک آتی‌پیک باعث افزایش می‌شوند که از بین آنها اولانترپین افزایش وزن بیشتر و شایع‌تری ایجاد می‌کند (۷).

داروهای سداتیو خواب‌آور مانند بنزودیازپین‌ها نیز به صورت وسیع و بدون نسخه در اختیار اغلب افراد جامعه هستند. اثرات سوماتیک واضحی مانند عوارض قلبی عروقی، گوارشی و تغییر در میزان اشتها در بیماران مصرف کننده بنزودیازپین‌ها ذکر نشده است. آلپرازولام به طور مستقیم می‌تواند سبب تحریک اشتها و در نتیجه افزایش وزن شود (۱۲). با توجه به اینکه تغییرات وزن به

تشخیص‌های روانپزشکی، داروهای مصرفی، فاکتورهای دموگرافیک و فاکتورهای اجتماعی- اقتصادی می‌گردند. افزایش وزن در این بیماران به دلیل احتیاس مایع، افزایش دریافت کالری، کاهش تحریک و تغییر متابولیسم در اثر بسیاری از داروهای روانگردان دیده می‌شود. هم چنین افزایش وزن ممکن است علامتی از یک اختلال نظیر پراشتهایی عصبی، افسردگی آتی‌پیک یا نشانه‌ای از بهبود دوره بیماری باشد (۳).

تغییرات وزن در بیماران با اختلالات افسردگی عمده یکی از قابل اعتمادترین اندیکاتورهای جسمی برای این بیماران می‌باشد (۴). این تغییرات در بیماران مانیک به صورت تداخلات وسیع اشتها و کاهش وزن به علت عدم توجه به نیاز و مصرف غذا رخ خواهد داد که همه پس از بستری در بیمارستان و دریافت داروی مرتبط، بیمار مانیک دچار تغییر در الگوی خوردن و تحریک خواهد شد و این تغییرات باعث تغییر وزن او می‌گردد (۶).

بیماران با اختلال اسکیزوفرنی و بیماری‌های مرتبط با آن به علت کاهش ارتباط با جامعه و منزوی بودن، کاهش فعالیت و تحرک، عدم دسترسی به درمان‌های پزشکی، استفاده از مواد مخدر و سیگار و در بسیاری موارد نیز عوارض دارویی دچار افزایش وزن می‌شوند (۶).

تحقیقات نشان می‌دهند که افسردگی آتی‌پیک در خانم‌ها در مقایسه با افسردگی تیپیک همراهی بیشتری با افزایش وزن دارد. چاقی با اختلال افسردگی ماژور در خانم‌ها همراه است و چاقی شکمی با نشانه‌های افسردگی در خانم‌ها و آقایان همراه است. اگر چه اکثر افراد جامعه اختلال خلقی ندارند (۶).

یکی از عوامل ایجاد کننده تغییرات وزنی در بیماران روانی، داروهای مصرفی می‌باشد. در طی درمان با داروهای سایکوتروپ، پزشکان باید به تغییرات وزنی بیماران توجه داشته باشند. آگاهی از زمان تغییرات وزنی و همراهی آن با بیماری‌ها یا سابقه مصرف سیگار، مواد و سایر فاکتورهای اپیدمیولوژیک و دموگرافیک حائز اهمیت است. گرچه برخی داروها مثل فلوکستین، ایزوکاربوکساید و توپیرامات می‌توانند کاهش وزن ایجاد کنند، بسیاری از داروهای سایکوتروپ سبب افزایش وزن می‌شوند که موجب استرس، عدم همکاری درمانی و یا قطع درمان از سوی بیمار خواهد شد (۷، ۸). از سوی دیگر، بسیاری از بیماران در سیر بهبودی و به دنبال مصرف دارو، دچار بهبود اشتها و افزایش وزن می‌شوند که باید مورد توجه باشد (۹).

از بین داروهای رایج روانپزشکی، تثبیت کننده‌های خلق مثل لیتیم، سدیم والپرات، کاربامازپین و گاباپنتین سبب افزایش وزن می‌شوند. افزایش وزن یک عارضه شایع مصرف دراز مدت لیتیم است (۷).

توصیف شد. پس از آن رابطه بین متغیرهای نام برده در جدول متغیرها با اختلاف وزن مورد بررسی قرار گرفت. برای نشان دادن ارتباط بین تغییرات وزن در زمان بستری و تریخیص و کلیه متغیرهای نام برده در مطالعه حاضر از آزمون t وابسته کمک گرفته شد.

فروانی بیماران مورد مطالعه به شرح زیر بود: دوقطبی نوع ۱ فاز مانیا ۱۲ نفر، دوقطبی نوع ۱ فاز افسردگی ۱۱ نفر، دوقطبی نوع ۱ فاز Mix ۲۵ نفر، دوقطبی نوع ۱ فاز سایکوتیک ۱۶ نفر، MDD ۱۳ نفر، MDD سایکوتیک ۸ نفر، اسکیزوفرنیا ۳ نفر، OCD ۳ نفر و OCD سایکوتیک ۱۳ نفر.

بین تغییرات وزن بیماران بستری در بخش روانپزشکی و جنسیت، اشتغال، سابقه ابتلا به بیماری روانی (۱۲ بیمار سابقه ابتلا به بیماری های روانی را داشتند)، مصرف سیگار (۶۷ بیمار سابقه مصرف سیگار داشتند)، مصرف اوپیوم (۱۷ نفر سابقه مصرف اوپیوم داشتند)، مصرف شیشه (۱۸ نفر سابقه مصرف شیشه داشتند)، مصرف کراک و حشیش (۱۸ نفر سابقه مصرف کراک و شیشه داشتند)، مصرف مواد به طور کلی، مصرف داروی هالوپریدول (۵۶ بیمار سابقه مصرف هالوپریدول داشتند)، مصرف داروی بیپروپیون (۸۸ نفر سابقه مصرف داروی بیپروپیون دارند)، مصرف داروی لارگاکتیل (۳۷ نفر سابقه مصرف داروی لارگاکتیل داشتند)، مصرف داروی دپاکین (۸۰ نفر سابقه مصرف دپاکین داشتند)، مصرف لیتیوم (۲۳ نفر سابقه مصرف لیتیوم داشتند)، مصرف داروی فلوانکسول (۵ نفر سابقه مصرف فلوانکسول داشتند)، مصرف داروی پیموزاید (۲ نفر سابقه مصرف پیموزاید داشتند)، مصرف داروی آرتان (۱۵ نفر از بیماران سابقه مصرف داروی آرتان داشتند)، مصرف گاباپنتین (۱۳ نفر از بیماران سابقه مصرف گاباپنتین داشتند)، مصرف ریسپریدون (۳۶ نفر سابقه مصرف ریسپریدون داشتند)، مصرف متادون (۱۷ نفر سابقه مصرف داروی متادون داشتند)، مصرف سیتالوپرام (۴ نفر سابقه مصرف سیتالوپرام داشتند)، مصرف داروی تیوریدازین (۵ نفر سابقه مصرف تیوریدازین داشتند)، مصرف داروی فلوواکسامین (۵ نفر سابقه مصرف داروی فلوواکسامین را داشتند)، داروی پرفنازین (۲۱ نفر از بیماران داروی پرفنازین مصرف می کردند)، مصرف داروهای دیابت (۹ نفر از بیماران داروهای دیابت مصرف می کردند)، مصرف داروی لووتیروکسین (۷ نفر از بیماران داروی لووتیروکسین مصرف می کردند)، مصرف داروی ترازادون (۷ نفر از بیماران داروی ترازادون مصرف می کردند)، مصرف داروی سوستاک (۵ نفر از بیماران داروی سوستاک مصرف می کردند)، تغییرات کمیت

نوبه خود عوارض جدی طبی و روانی ایجاد می کند، شناخت، پیگیری و کنترل تغییران وزن در بیماران روانی به خصوص در زمان بستری در بیمارستان از اهمیت بسیار بالایی برخوردار است. نتایج این مطالعه برای تنظیم تغذیه بیماران روانپزشکی و برخورد اپیدمیولوژیک و علت شناسی برای تنظیم میزان کالری دریافتی به کار خواهد رفت. میزان تحریک، نوع بیماری، سوء مصرف مواد فاکتورهای اجتماعی-اقتصادی و داروهای مصرفی به عنوان متغیر در این مطالعه وارد شدند.

مواد و روشها

این مطالعه مقطعی به صورت توصیفی-تحلیلی در طول یک سال، از بهمن ۱۳۸۵ تا پایان اسفند ۱۳۸۸ در بیمارستان امام حسین (ع) انجام شد. گروه مورد مطالعه، کلیه بیمارانی که در این فاصله در بخش زنان و مردان روانپزشکی بیمارستان بستری شدند، بودند. در این مطالعه به مدت یک سال تغییرات وزن بیماران بستری به مدت یک ماه با وزن اولیه آنها در زمان بستری مقایسه و فاکتورهای دخیل در آن بررسی شد. بیماران در زمان بستری و بعد از یک ماه درمان بر اساس تشخیص اولیه، در زمان تریخیص دوباره تحت توزین قرار گرفتند. بیماران بستری در بیمارستان، بیماران بخش اوزانس، بیماران بی قرار و بیمارانی که مایل به همکاری نبودند، از گروه نمونه حذف شدند.

نحوه انتخاب بیماران به صورت تصادفی و بر اساس روش جدول اعداد تصادفی (شماره پرونده) انجام شد. با توجه به تصادفی بودن گزینش، عوامل مداخله گر تا حد امکان تحت کنترل درآمده و اثر آنها در مطالعه کم شد. ابزار جمع آوری اطلاعات از طریق پرسشنامه مقیاس محقق ساخته شامل تمامی متغیرها، وزن اولیه و وزن نهایی بود. توزین (وزن اولیه و وزن نهایی) کلیه بیماران با یک ترازو انجام شد. داده ها به کمک نرم افزار آماری spss-16 و با روش t وابسته و ضریب همبستگی با در نظر گرفتن $p < 0/05$ تعیین شدند.

یافته ها

در این مطالعه، ۱۵۰ بیمار با میانگین سنی ۳۶/۲۹ سال و با انحراف معیار ۱۱/۲ (۵۳/۷ درصد مرد و ۴۶/۷ درصد زن) تحت توزین، بررسی پرونده و مصاحبه قرار گرفتند. وزن بیماران در بدو ورود از وزن بیماران بعد از یک ماه حضور در بخش کسر شد و متغیر جدید اختلاف وزن در مدت یک ماه

خواب (۱۲۵ نفر خواب آنها افزایش یافته بود و ۲۵ نفر تغییر در میزان خواب نداشتند)، افراد مطلقه و همسر فوت شده، وضعیت اقتصادی بیماران، وضعیت تحصیلی بیماران ارتباط معنی داری وجود نداشت.

هم چنین بین تغییرات وزن بیماران بستری در بخش روانپزشکی و داشتن سابقه بیماری‌های طبی ($p=0/04$)، مصرف داروی الانزاپین ($p=0/02$)، مصرف داروی سرتالین ($p=0/05$)، مصرف داروهای TCA ($p=0/05$)، مصرف داروی کلوزاپین ($p=0/03$)، وضعیت اسکان ($p=0/05$) و نوع بیماری مانیا نسبت به سایر انواع بیماری (افسردگی، سایکوتیک و OCD) ($p=0/04$) ارتباط معنی داری به چشم می‌خورد.

بحث

متغیر وزن یک متغیر مولتی‌فاکتوریال است و تحت تاثیر عوامل متعددی از جمله ژنتیک، جنسیت، سابقه بیماری، سابقه مصرف دارو و مواد، وضعیت اجتماعی - اقتصادی و ... است. مطالعات بسیاری از جمله مطالعه تاک (۱۹۸۱) به اهمیت کنترل وزن به خصوص در بین بیماران اشاره نموده‌اند (۱۰). به علاوه، کنترل این متغیر در بین بیماران روانپزشکی نسبت به جمعیت عمومی پیچیده‌تر است.

تحقیقات انجام شده در ارتباط با تاثیرات دارویی و نیاز به نوع تغذیه خاص در بیمارستان‌ها نشان می‌دهند که الانزاپین و ریسپریدون تاثیر مشهودی در افزایش وزن دارند. هم چنین الگوی این تغییرات مشابه با الگوی متابولیسم ناشی از داروهای آنتی‌سایکوتیک می‌باشد. مواد مخدر به خصوص اپیوم‌ها و داروهای مشابه با اثرات اپیوم‌ها باعث تغییرات اشتها و وزن بیماران می‌شوند. با این حال، مطالعاتی درباره بیماران بستری در بخش روانپزشکی در جهت بررسی مداخله‌کننده‌ها در تغییرات وزن یافت نشد (۱۳، ۱۴).

متغیرهای محاسبه شده در مطالعه حاضر در ۵ دسته اصلی به شرح زیر مورد مطالعه قرار گرفتند:

دسته اول، داروها که شامل مجموعه داروها SSRI، بنزودیازپین، آنتی‌سایکوتیک، TCA و تعدیل‌کننده‌های خلق می‌باشد. در این میان برای درمان‌های طبی تعدادی از بیماران تحت درمان با لووتیروکسین و داروهای دیابتی و داروهای قلبی و ایندراال بودند که در تعداد کمی از بیماران تجویز می‌شد. در بین گروه دسته دارویی، الانزاپین باعث افزایش وزن بیماران و کلوزاپین و سرتالین و TCA در کنترل وزن بیماران موثر بوده است. ولی در خصوص فلوکسامین، ترازودون، داروهای دیابت و لووتیروکسین، تیوریدازین، سیتالوپرام و

بیموزاید با توجه به کم بودن تعداد نمونه‌ها نمی‌توان در خصوص تأثیر یا عدم آنها بر وزن قضاوت کاملی داشت. به خصوص که بسیاری از این داروها در کاهش وزن اثر شناخته شده‌ای دارند. در ضمن باید یادآور شد که در برخی از این داروها چند ماه اول اثر کاهنده اشتها و پس از آن باعث افزایش اشتها می‌شوند و به علاوه کوتاه بودن مدت مطالعه و کم بودن تعداد نمونه‌ها از مواردی هستند که نیاز به بررسی‌های بعدی را جهت تحلیل دقیق این یافته‌ها ضروری می‌سازد. دسته دوم متغیرها، تشخیص بیماری در فرد بستری است. این تشخیص‌ها شامل اختلالات خلقی، اختلالات سایکوتیک و اختلالات اضطرابی می‌باشند. در بین گروه‌های مختلف تشخیصی در این پیگیری یک ماهه رابطه آماری معنی داری بین تشخیص بیماری و تغییرات وزن مشهود است، ولی در بین زیرگروه‌ها ارتباط معنی دار فقط بین MDD و مانیا بدست آمد که البته علت آن احتمالاً کم بودن تعداد نمونه‌ها در هر زیرگروه می‌باشد، به طوری که تعداد موارد OCD در این مطالعه کمتر از ۱۰ نفر و سایر اختلالات بین ۱۰ تا ۲۰ نفر بودند. بدیهی است که عدم وجود ارتباط آماری در بین سایر گروه‌های تشخیصی دیگر نشان از کم بودن قدرت مطالعه یعنی تعداد موارد بیماران وارد شده در مطالعه می‌باشد. از دیگر سو، مدت زمان لازم برای کنترل علائم بیماری و بهبود بالینی آنها برای هر یک از تشخیص‌های مذکور متغیر بوده و لذا تغییرات وزن برخی از بیماران، به دنبال کنترل بیماری و در برخی دیگر در حالی که بیماری هم چنان علامت‌دار مانده ثبت شده است. دسته سوم داده‌ها، یافته‌های دموگرافیک شامل جنس، سن، تحصیلات، وضعیت اشتغال، وضعیت اسکان، وضعیت تأهل و میزان فعالیت می‌باشد که از این میان وضعیت اسکان، میزان فعالیت و وضعیت تأهل با تغییرات وزن رابطه آماری معنی داری داشت، به طوری که افزایش وزن در گروهی که در منزل والدین خود زندگی می‌کردند نسبت به گروه استیجاری و ملک خصوصی بیشتر بود که علت آن احتمالاً عدم توانایی والدین در کنترل مناسب رژیم غذایی فرد بیمار و تدوام درمان بیمار و کم‌فعالیتی می‌باشد. در حین حال در گروه خانه استیجاری علت افزایش وزن احتمالاً به دلیل دریافت کالری بیشتر در بیمارستان با توجه به وضعیت اقتصادی فرد می‌باشد. با توجه به این که بیماران بستری بیمارستان به علت تشدید بیماری یا تشخیص اخیر بستری می‌شوند، تحت درمان چند دارویی و یا دوز بالا قرار می‌گیرند که باعث می‌شود بیماران مدت زمان بیشتری خواب آلوده بوده و لذا فعالیت آنها کاهش یابد که نتیجه این تغییرات در میزان

خانواده والدین زندگی می‌کردند، افزایش وزن بیشتری داشتند که این می‌تواند به دلیل کم تحرکی و حمایت تغذیه‌ای افراطی به منظور تقویت بیماران و همچنین نداشتن مسئولیت روزانه باشد.

از جمله تحقیقات مشابه در این زمینه می‌توان به تحقیق متیو و همکاران (۲۰۱۲) اشاره نمود. بر طبق یافته‌های حاصل از این تحقیق، الانزاپین باعث فعال شدن و تحریک مناطق پاداش غذا در چرخه پاداش مغز می‌شود. هم چنین فعالیت منطقه بازدارنده مغز را نیز کاهش می‌دهد (۱۵). در تحقیقی دیگر، اپستین و همکاران (۱۹۹۵) بر کاهش وزن کودکان مبتلا به اختلالات روانپزشکی همگام با کاهش کم‌تحرکی و افزایش فعالیت حرکتی تاکید می‌کنند (۱۶). باپتیسستا (۱۹۹۹) ضمن تاکید بر افزایش وزن حاصل از مصرف داروهای آنتی- سایکوتیک تیپیک و آتیپیک، به دو راه‌برد مناسب برای مقابله با این افزایش وزن برای مثال استفاده نسل آنتی هایپرگلیسمیک‌ها مانند متفورمین اشاره می‌نمایند (۱۷). بیتون (۲۰۰۰) در مطالعه‌ای نشان داد که مصرف منفرد والپروات در مقایسه با لاموتریژین باعث افزایش وزن بیشتری می‌گردد (۱۸).

در نهایت با توجه به مطالب فوق می‌توان چنین عنوان نمود که علاوه بر ارتباط مثبت و معنی‌دار فاکتورهای طبی در تبیین تغییرات وزن بیماران بستری در بخش روانپزشکی، فاکتورهای پیش بیمارستانی اجتماعی و اقتصادی نیز از نقش به سزا و یکسانی برخوردار هستند، در صورتی که نمی‌توان این ویژگی‌ها را برای فاکتورهای دموگرافیک و زمینه‌ای در نظر گرفت.

فعالیت، انعکاسی از دوز داروهاست. بنابراین بهترین زمان برای بررسی تغییرات وزن پس از پایدار شدن وضعیت بیمار با حداقل دوز دارو می‌باشد. در این حالت، ارزیابی تغییرات وزن براساس میزان فعالیت دقیق‌تر خواهد بود. در بیماران متأهل، افزایش وزن در زمان بستری نسبت به گروه مجرد به صورت واضحی از نظر آماری معنی‌دار بوده که علت احتمالی آن می‌تواند استرس بیشتر در مورد ارتباط بیماری روانی و وضعیت ثبات خانواده باشد که با بستری شدن و بهبود وضعیت روانی بیمار، این استرس بیمار کاهش می‌یابد یا از بین می‌رود. دسته چهارم متغیرها، مصرف مواد مخدر می‌باشد که ارتباط آماری معنی‌داری در مصرف مواد مخدر با تغییرات وزن به دست نیامد که می‌تواند به علت کم بودن تعداد نمونه‌ها باشد. همچنین در زمان بستری بیماران، دسترسی به مواد مخدر نداشتند و بعد از یک ماه، تأثیر ماده مخدر از بین رفته بود. دسته پنجم متغیرها، سابقه بیماری طبی و سابقه بیماری روانپزشکی می‌باشد که ارتباط آماری معنی‌دار بین تغییرات وزن و سابقه طبی به دست آمد. در بیمارانی که سابقه بیماری مدیکال نداشتند، افزایش وزن بیشتر بود. با توجه به این که شایع‌ترین بیماری‌های طبی در بیماران مورد مطالعه دیابت، بیماری قلبی و عروقی و بیماری تیروئید بود، احتمالاً عدم وزن گیری بیماران به علت درمان بیماری طبی هم‌زمان می‌باشد. سابقه روانپزشکی تأثیری در تغییرات وزن بیماران نداشت. در مجموع، در این مطالعه، فاکتورهای اقتصادی و اجتماعی نسبت به فاکتورهای زمینه‌ای و دموگرافیک موثرتر شناسایی شد. به همین دلیل، کنترل فاکتورهایی مثل وضعیت اسکان بیماران قبل از بستری و وضعیت تأهل بیماران کم اهمیت‌تر از سابقه بیماری طبی و داروهای مصرفی نبودند. افرادی که در

REFERENCES

1. سالارکبا، ناهید؛ امین پور، آزاده. بررسی تغییرات وزن بدن، توده چربی، ظرفیت هوازی و دریافت انرژی به دنبال حذف یک وعده غذایی در زنان جوان. مجله علوم پزشکی شهرکرد. سال ۱۳۸۸؛ دوره ۱۱: صفحات ۲۷-۲۲.
2. Smith RC, Lindenmayer JP, Davis JM, Kelly E, Viviano TF, Cornwell J, et al. Effects of olanzapine and risperidone on glucose metabolism and insulin sensitivity in chronic schizophrenic patients with long-term antipsychotic treatment: A randomized control trial- 5 months study. *J Clin Psychiatry* 2008; 70: 1501-13.
3. Kirkham TC. Cannabinoids and appetite: food craving and food pleasure. *Int Rev Psychiatry* 2009; 21:163-71.
4. Chapman IM. The anorexia of aging. *J Clinical Geriatr Med* 2007; 23: 735-56.
5. Kushner RF. Obesity management. *Gastroenterol Clin North Am* 2007; 36: 191-210.
6. Elias AN, Hofflich H. Abnormalities in glucose metabolism in patients with schizophrenia treated with atypical antipsychotic medications. *Am J Med* 2008; 121:98-104.
7. Chioloro A. Consequences of smoking for bodyweight, body fat distribution and insulin resistance. *Am J Clin Nutr* 2008; 87: 801-809.
8. Barnett A, Allsworth J, Jameson K, Mann R. A review of the effects of antihyperglycaemic agents on body weight: the potential of incretin targeted therapies. *Curr Med Res Opin* 2007; 23:1493-507.

9. Khazaal Y, Chatton A, Claeys F, Ribordy F, Zullino D, Cabanac M. Antipsychotic drug and body weight set-point. *Physiol Behav* 2008; 95:157-60.
10. Tuck ML, Sowers J, Dornfeld L, Kledzik G, Maxwell M. The effect of weight reduction on blood pressure, plasma renin activity, and plasma aldosterone levels in obese patients. *N Engl J Med* 1981; 304: 930-33.
11. Strassnig M, Miewald J, Keshavan M, Ganguli R. Weight gain in newly diagnosed first-episode psychosis patients and healthy comparisons: one-year analysis. *Schizophr Res* 2007; 93: 90-98.
12. Fauci A, Braunwald E, Kasper D, Hauser S, Longo D, Jameson J, Editors. *Principles of internal medicine*. New York, NY: McGraw-Hill; 2008.
13. Boullata J, Williams J, Cottrell F, Hudson L, Compher C. Accurate determination of energy needs in hospitalized patients. *J Am Diet Assoc* 2007; 107:393-401.
14. Tschoner A, Engl J, Rettenbacher M, Edlinger M, Kaser S, Tatarczyk T, et al. Effects of six second generation antipsychotic on body weight and metabolism risk assessment and result from a prospective study. *Pharmacopsychiatry* 2009; 42:29-34.
15. Mathews J, Newcomer JW, Mathews JR, Fales CL, Pierce KJ, Akers BK, et al. Neural correlates of weight gain with olanzapine. *Arch Gen Psychiatry* 2012; 1-11.
16. Epstein LH, Valoski AM, Vara LS, McCurley J, Wisniewski L, Kalarchian MA, et al. Effects of decreasing sedentary behavior and increasing activity on weight change in obese children. *Health Psychol* 1995; 14: 109-15.
17. Baptista T. Body weight gain induced by antipsychotic drugs: mechanisms and management. *Acta Psychiatr Scand* 1999; 100: 3-16.
18. Biton V, Mirza W, Montouris G, Vuong A, Hammer AE, Barrett PS. Weight change associated with valproate and lamotrigine monotherapy in patients with epilepsy. *Neurology* 2001; 56: 172-77.

Archive of SID