

بررسی عوامل بالینی مرتبط با تأخیر در درمان نخستین علائم روان پریشی بیماران مراجعه کننده به بیمارستان فارابی کرمانشاه

معصومه حیدریان^۱، حسن احدی^{۲*}، جلال شاکری^۳، امیرحسین هاشمیان^۴

۱. دانشجوی دکتری تخصصی روانشناسی سلامت، گروه روان شناسی سلامت، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.
 ۲. استاد تمام گروه روانشناسی، گروه روانشناسی سلامت، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.

چکیده

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۰۹/۱۲

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۱۰/۲۹

زمینه و هدف: تأخیر در درمان علائم روان پریشی با افزایش زمان رسیدن به بهبودی، کاهش پاسخدهی به درمان و در نهایت با عود بیشتر اختلال روان پریشی همراه است. هدف از این مطالعه تعیین عوامل بالینی مرتبط با تأخیر در درمان نخستین علائم روان پریشی بیماران مراجعه کننده به بیمارستان فارابی کرمانشاه بود.

مواد و روش ها: مطالعه حاضر توصیفی از نوع زمینه‌یابی مقطعی روی ۹۴ بیمار شامل ۵۱ مرد و ۴۳ زن با حمله نخست روان پریشی با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس صورت گرفت. سپس براساس مصاحبه بالینی برگرفته از چک‌لیست بالینی تأیید شده توسط متخصصان و صاحب‌نظران روان پزشکی و روانشناسی تکمیل و داده‌ها از آن استخراج شد و سپس از شاخص‌های آمار توصیفی شامل فراوانی، درصد، میانگین، انحراف معیار، میانه و آزمون t در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ برای خلاصه‌سازی و تحلیل داده‌ها استفاده شد.

یافته‌ها: میانگین مدت زمان تأخیر در درمان نخستین علائم روان پریشی $48/5 \pm 6/6$ هفته بود. بین متغیر سابقه مصرف مواد در مراجعان ($p=0/001$)، سابقه اختلال اضطرابی ($p=0/003$)، وجود علائم منفی ($p=0/001$)، گفتار آشفته ($p=0/001$)، رفتار آشفته ($p=0/001$)، با میانگین مدت زمان تأخیر در درمان نخستین علائم روان پریشی ارتباط معناداری وجود داشت.

نتیجه‌گیری: عوامل بالینی مرتبط با تأخیر در درمان نخستین علائم روان پریشی، عوامل مهم و تأثیرگذار بر سطح ارتقا سلامت روانی و بهبود کامل افراد مطرح است و شناسایی این عوامل به همراه برنامه‌ریزی مناسب و انجام مداخلات مبتنی بر ارائه خدمات درمانی می‌تواند به ارتقای سلامت روان شناختی بیماران بیانجامد.

کلیدواژه‌ها:

تأخیر در درمان، علائم روان پریشی، عوامل بالینی.

مقدمه

هذیان‌ها، اختلالات فکر و رفتار یا گفتار ناسامان شود [۲].

روان پریشی در پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلال روانی شامل طیفی از تعاریف است، باریک‌ترین تعریف وجود هذیان و توهم برجسته‌ای است که بیمار به مرضی بودن (بیمار گونگی) آن بینش ندارد. تعریف کمی وسیع‌تر وجود

روان پریشی نوعی اختلال روانی است که در آن افکار، پاسخ هیجانی، توانایی شناخت واقعیت، توانایی گفتار و ارتباط با دیگران به قدری تخریب می‌شود که قابلیت فرد برای برقراری ارتباط با واقعیت و پرداختن آن مختل می‌شود [۱]. روان پریشی مجموعه‌ای از علائم است که می‌تواند شامل توهمات،

* نویسنده مسئول: حسن احدی

نشانی: دانشگاه آزاد اسلامی، واحد کرج، دانشکده روانشناسی، گروه روانشناسی سلامت.

دورنگار:

تلفن: ۰۲۶-۳۴۴۰۱۷۹۳

رایانه: drhahadi5@gmail.com

شناسه ORCID: 0000-0001-6797-4203

شناسه ORCID نویسنده اول: 0000-0002-6087-7977

مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، دوره ۲۶، شماره ۲، خرداد و تیر ۱۳۹۸، ص ۲۴۷-۲۵۳.

آدرس سایت: <http://jsums.medsab.ac.ir> رایانه: journal@medsab.ac.ir

شاپای چاپی: ۱۶۰۶-۷۴۸۷

درمان متوسط و نسبتاً کوتاه و گروه کوچکی از آنان تأخیر در درمان بسیار طولانی دارند. یکی از راه‌های کوتاه کردن تأخیر در درمان علائم روان‌پریشی، شناسایی عوامل مؤثر بر آن و تغییر آن‌ها است. در بررسی‌های متعدد مشاهده شده که تأخیر در درمان طولانی با بینش کم بیماران، مهارت‌های سازگاری ضعیف و شروع تدریجی بیماری ارتباط داشته است [۱۱]. از سوی دیگر، آگاهی از وجود بیماری روانی در زمان بروز روان‌پریشی با تأخیر در درمان کوتاه‌تر ارتباط دارد [۱۲]. تأخیر در درمان علائم روان‌پریشی به کاهش بهبودی و بروز عوارض ثانویه، عود و ناتوانایی‌های پایدار در بیماران می‌انجامد [۱۳].

این مطالعه با هدف تشخیص و تعیین ارتباط متغیرهای بالینی با مدت زمان تأخیر در درمان علائم روان‌پریشی صورت گرفته است. از آنجایی که متغیرهای بالینی مؤثر بر مدت زمان تأخیر در درمان علائم روان‌پریشی هنوز به‌درستی شناخته نشده‌اند و پیچیدگی‌های ارتباطی آن‌ها نیز به‌طور کامل شرح داده نشده است با شناخت دقیق‌تر این عوامل می‌توان انتظار داشت تا با آموزش به خانواده‌ها، پزشکان و روان‌شناسان در کاهش کلی زمان مراجعه یا ارجاع بیماران به سرویس‌های ارائه‌دهنده خدمات روان‌پزشکی سهیم شد و از این طریق به درمان سریع‌تر بیماران کمک کرد، چرا که امروزه درمان‌های خاص برای بیماران با تشخیص روان‌پزشکی در دسترس است و از طرف دیگر سلامت روان‌شناختی بیماران و خانواده‌های آن‌ها نیز اصل مهمی در روند درمان محسوب می‌شوند. با توجه به نتایج پژوهش‌های پیشین تأثیر مداخله زودرس در سلامت روان‌شناختی بیماران روان‌پریش و پیامد کلی زندگی آن‌ها می‌تواند تأثیر بسزایی داشته باشد [۱۴]. به نظر می‌رسد که لازم است بررسی‌های بیشتری در رابطه با این موضوع در مراکز روان‌پزشکی یا بخش‌های روان‌پزشکی بیمارستان‌های عمومی کشور انجام شود تا بتوان به پاسخ این سؤال دست یافت که چگونه تأخیر در درمان نخستین علائم روان‌پریشی تحت تأثیر ویژگی‌های بالینی مراجعان به بیمارستان روان‌پزشکی فارابی در دوره‌های یک‌ساله قرار می‌گیرد.

مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر به‌صورت توصیفی از نوع زمینه‌یابی مقطعی بر تمامی مراجعانی انجام شد که با حمله نخست روان‌پریشی از اول فروردین سال ۱۳۹۴ تا ۲۹ اسفند ۱۳۹۴ به بیمارستان فارابی کرمانشاه مراجعه کرده بودند و در بخش‌های روان‌پزشکی بستری شده بودند، در مجموع ۹۴ مراجعه‌کننده

توهمات برجسته‌ای است که فرد آن را به‌عنوان تجربیات توهمی می‌پذیرد. این تعریف بر ماهیت قابل درجه‌بندی بینش در اختلالات روانی افراد مختلف صحت می‌گذارد. تعریف گسترده‌تر روان‌پریشی شامل دیگر علائم مثل فرایند تفکر آشفته یا رفتار کاتاتونیک و آشفته است، در نهایت عمومی‌ترین تعریف روان‌پریشی فقدان مرزهای ایگو و اختلال عمده واقعیت‌آزمایی است [۳] در کار بالینی پدیده‌های روان‌پریشی خفیف مثل تفکرات جادویی، عقاید و تجربیات ادراکی نامعمول و غیره را شاهد هستیم که زیر آستانه تشخیص روان‌پریشی است، هیچ مرزبندی مشخصی بین روان‌پریشی واضح و علائم شبه روان‌پریشی به جز شدت و ماندگاری علائم وجود ندارد و شاید بهتر باشد که روان‌پریشی را یک طیف بالینی از بدون علامت تا تجربیات روان‌پریشی با آستانه پایین، روان‌پریشی واضح ولی کم بسامد و نهایتاً تا روان‌پریشی ماندگار دانست. احتمال می‌رود این مسیر برپایه‌های تعاملی پیچیده بین عوامل محیطی و تکوینی قرار داشته باشد [۴]. تأخیر در درمان علائم روان‌پریشی با افزایش زمان رسیدن به بهبودی و پاسخ‌دهی به درمان، کاهش میزان بهبودی و عود بیشتر روان‌پریشی همراه است [۵].

در تمام دنیا رنج حاصل از روان‌پریشی فقط کمتر از دمانس و کوادری پلژیا (فلج در دست‌ها و پاها) است. از طرف دیگر حمله اول روان‌پریشی (First-Episode-psychosis) FEP در ۸۰ درصد موارد در سنین ۱۶ تا ۲۰ سالگی اتفاق می‌افتد که سنین بسیار بحرانی است [۶]. اولین دوره روان‌پریشی در نوجوانی یا اوایل جوانی رخ می‌دهد و تأثیر این حمله بر بیمار و خانواده وی شدید است [۷]. بیماران اغلب گیج، مضطرب و افسرده می‌شوند و از اجتماع دوری می‌جویند [۸].

در پژوهشی که مارشال و همکاران [۹] درباره ارتباط بین تأخیر در درمان و نتیجه درمان انجام دادند، مشاهده شده است که تأخیر طولانی با پیش‌آگهی کلی بیماری و بهبود علائم مثبت روان‌پریشی و سلامت روان‌شناختی بیماران ارتباط دارد، به طوری که هر چه تأخیر طولانی‌تر باشد میزان بهبودی در بیماران کمتر خواهد بود.

مطالعات متعدد نشان داده‌اند که بسیاری از بیماران دچار روان‌پریشی تا مدت‌ها پس از آغاز بیماری شناسایی و درمان نمی‌شوند و میانگین این تأخیر در درمان را ۲۲ تا ۱۵۰ هفته برآورد کرده‌اند [۱۰]. البته درباره مدت تأخیر در درمان علائم روان‌پریشی به دلیل توزیع نابهنجار، بیشتر بیماران تأخیر در

افکار خودکشی، اقدام به خودکشی و مدت زمان اقدام به خودکشی، تشخیص اولیه پس از نخستین حمله روان‌پریشی، وجود هذیان، نوع هذیان، وجود توهم، نوع توهم، وجود اختلال خلقی، وجود علائم منفی، وجود گفتار آشفته، وجود رفتار آشفته، وجود بی‌حرکتی جمودی (کاتاتونیا)، وجود اختلال خواب، وجود اختلال روانی حرکتی، میزان بینش، میزان عملکرد کلی و مدت زمان تأخیر در درمان علائم روان‌پریشی) تنظیم شد و توسط بیست نفر از متخصصان و صاحب‌نظران روان‌پزشکی و روانشناسی که عضو هیئت‌علمی دانشگاه‌های علوم پزشکی سمنان و کرمانشاه بودند تأیید و جمع‌آوری شد. از شاخص‌های آمار توصیفی شامل فراوانی، درصد، میانگین، انحراف معیار، میانه و آزمون t در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ برای خلاصه‌سازی و تحلیل داده‌ها استفاده شد.

یافته‌ها

از مجموع کل واحدهای پژوهش ۵۴/۳ درصد مرد، ۴۵/۷ درصد متأهل، ۵۸/۵ درصد بین سنین ۳۰ تا ۵۰ ساله بودند، ۵۷/۴ درصد سابقه سوء‌مصرف مواد، ۵۵/۳ درصد سابقه افکار خودکشی و ۳۴ درصد اقدام به خودکشی را داشتند، ۸۴ درصد از واحدهای پژوهش دارای هذیان بودند که ۶۹/۱ درصد آن از نوع گزند و آسیب بود. ۷۴/۵ درصد دارای توهم که ۶۹/۱ درصد از نوع شنوایی بود. ۵۳/۲ درصد خلق تحریک‌پذیر را ذکر کرده بودند، ۶۴/۸ درصد علائم منفی روان‌پریشی و در نهایت ۷۷/۷ درصد نیز اختلال بی‌قراری روانی حرکتی داشتند.

(۵۱ مرد و ۴۳ زن) که تمامی مشخصات واحدهای پژوهش و همچنین تمایل به شرکت در این مطالعه را داشتند با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند، معیارهای ورود به پژوهش عبارت‌اند از: ارائه رضایت‌نامه کتبی توسط بیمار یا ولی برای ورود به مطالعه، داشتن نخستین حمله روان‌پریشی، بستری شدن در بیمارستان روان‌پزشکی فارابی کرمانشاه، تشخیص روان‌پریشی توسط پزشک معالج براساس معیارهای DSM-5 و ICD-10، قرار داشتن در محدوده سنی ۱۵ الی ۶۵ سال بود. در ضمن به مراجعان اطمینان داده شد که شرکت در مطالعه، داوطلبانه بوده و اطلاعات آن‌ها محرمانه خواهد ماند.

در مطالعه حاضر، منظور از تأخیر در درمان، مدت زمانی است که از شروع نخستین علائم روان‌پریشی تا نخستین حمله روان‌پریشی گذشته و فرد برای درمان به بیمارستان روان‌پزشکی فارابی کرمانشاه مراجعه کرده و بستری شده است. شروع نخستین علائم روان‌پریشی شامل طیف خفیفی از هذیان، توهم، رفتار آشفته و گفتار آشفته یا علائم منفی به صورت جداگانه یا مشترک در افراد مشاهده شده و سپس با یک دوره حاد و شدید اطلاق گردید که روان‌پزشک معالج آن را نخستین حمله روان‌پریشی در مراجعان تشخیص داد.

اطلاعات این مطالعه براساس مصاحبه بالینی برگرفته از چک‌لیست بالینی ۲۷ سؤالی شامل (سابقه اختلال روان‌پریشی و غیرروان‌پریشی در بستگان درجه اول، سابقه عامل استرس‌زا، سابقه ابتلا به بیماری جسمی، نوع بیماری و مدت آن، سابقه سوء‌مصرف مواد، نوع ماده و مدت زمان سوء‌مصرف، سابقه

جدول ۱. توزیع مدت زمان تأخیر در درمان مراجعان با علائم روان‌پریشی به بیمارستان روان‌پزشکی فارابی کرمانشاه ۱۳۹۴

مدت زمان تأخیر در مراجعان (برحسب ماه و سال)	فراوانی	درصد
<۱ ماه	۲۵	۲۶/۶
۱-۳ ماه	۱۸	۱۹/۱
۴-۶ ماه	۱۰	۱۰/۶
۷-۱۲ ماه	۱۸	۱۹/۱
۱-۲ سال	۱۱	۱۱/۷
> ۲ سال	۱۲	۱۲/۸
جمع	۹۴	۱۰۰/۰

تأخیر در درمان مراجعه کرده بودند و میانگین (\pm انحراف معیار) مدت زمان تأخیر در درمان علائم روان‌پریشی $48/5 \pm 65/6$ هفته به دست آمد.

همان‌گونه که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، ۲۶/۶ درصد مراجعان کمتر از یک ماه تأخیر در درمان داشتند. اغلب واحدهای مورد پژوهش در شش ماه نخست (۵۶/۳ درصد) با

جدول ۲. توزیع فراوانی و متوسط مدت زمان تأخیر (برحسب روز) در درمان و علائم روان پریشی برحسب عوامل بالینی در بیماران مراجعه کننده به بیمارستان فارابی کرمانشاه در سال ۱۳۹۴

عوامل بالینی	تعداد	میانگین	انحراف معیار	میان	t	P
سابقه سوء مصرف مواد در مراجعان	ندارد	۱۶۹/۶۵	۲۸۳/۵۲	۶۰	-۳/۵۲	۰/۰۰۱
	دارد	۴۶۵/۴۴	۵۲۲/۲۴	۲۷۵		
وجود علائم منفی	ندارد	۱۸۸/۸۴	۳۱۸/۱۱	۶۶	-۳/۴۹۷	۰/۰۰۱
	دارد	۵۱۰/۸۶	۵۳۲/۹۹	۳۰۰		
گفتار آشفته	ندارد	۱۴۲/۳۳	۲۰۶/۲۶	۶۰	-۳/۴۵۹	۰/۰۰۱
	دارد	۳۹۶/۳۲	۴۹۵/۷۸	۱۹۰		
رفتار آشفته	ندارد	۱۱۹/۹۴	۱۶۸/۲۶	۷۵	-۳/۹۴۶	۰/۰۰۱
	دارد	۳۹۱/۵۹	۴۹۰/۵۲	۱۸۵		
سابقه ابتلا به اختلالات روان پزشکی در مراجعان	ندارد	۲۸۷/۴۴	۴۲۶/۳۷	۹۰	-۲/۹۹۹	۰/۰۰۳
	دارد	۶۹۵/۸۳	۵۳۳/۳۹	۴۷۰		
اضطرابی	جمع	۳۳۹/۵۷	۴۵۹/۰۶	۱۵۰		

تحت درمان قرار گیرند [۱۷]. در مطالعات پک و همکاران [۱۸]، بارنز و همکاران [۱۹] و همچنین هانگیون و همکاران [۲۰] به این نتایج دست یافتند در صورتی که مدت زمان تأخیر در درمان علائم روان پریشی کمتر از یک سال باشد، نشانه‌ای خوب محسوب می‌شود، به خصوص زمانی که تشخیص اختلال اسکیزوفرنی باشد. بیماری این افراد کمتر عود می‌کند و عملکرد کلی بالاتری نسبت به بیمارانی که با تأخیر در درمان بیش از یک سال مراجعه کرده بودند را نشان می‌دادند. بنابراین در این خصوص با آگاه کردن افراد جامعه و خانواده‌ها در خصوص آشنایی با علائم روان پریشی و شناسایی مراکز سلامت روان می‌توان تأخیر در درمان علائم روان پریشی را کاهش داد [۲۱].

در این مطالعه بین سابقه سوء مصرف مواد در مراجعان با مدت زمان تأخیر در درمان نخستین علائم روان پریشی ارتباط آماری معناداری مشاهده شد، بدین معنی که مصرف مواد به‌ویژه در مراجعانی که مصرف هم‌زمان چند ماده را اظهار کرده بودند تأخیر در درمان طولانی‌تری نسبت به مراجعانی که هیچ‌گونه ماده‌ای مصرف نمی‌کردند را نشان می‌داد. هیچ‌یک از مطالعات قبلی ارتباط معناداری را بین تأخیر در درمان با مصرف مواد گزارش نکرده بودند. بدین معنی که مطالعات قبلی با نتایج این مطالعه در این خصوص همسو نبود، در تبیین آن احتمال می‌رود مراجعانی که مصرف مواد دارند با توجه به طولانی بودن مدت تأخیر در درمان علائم روان پریشی تا مدت‌ها نیازمند دریافت درمان‌های روان پزشکی باشند همچنین افت عملکرد و عود مجدد اختلال در آنان بیشتر از مراجعانی باشد که سابقه عدم مصرف مواد داشته‌اند.

مدت زمان تأخیر در درمان علائم روان پریشی با سابقه سوء مصرف مواد در مراجعان ($p=0/001$)، اختلال اضطرابی ($p=0/003$)، وجود علائم منفی ($p=0/001$)، گفتار آشفته ($p=0/001$) و رفتار آشفته ($p=0/001$) اختلاف آماری معناداری وجود داشت (جدول ۲).

بحث

این پژوهش با هدف تعیین عوامل بالینی مرتبط با تأخیر در درمان نخستین علائم روان پریشی بیماران مراجعه کننده به بیمارستان فارابی کرمانشاه انجام گرفت. یافته‌های پژوهش نشان داد که بین سابقه مصرف مواد، سابقه علائم منفی، گفتار آشفته، رفتار آشفته، و سابقه ابتلا به اختلال اضطرابی در مراجعان با میانگین مدت زمان تأخیر در درمان علائم روان پریشی ارتباط معناداری دارد. همچنین نتایج این مطالعه نشان داد که میانگین مدت زمان تأخیر در درمان نخستین علائم روان پریشی در این مطالعه $48/5 \pm 65/6$ هفته بود که با یافته‌های لارج و همکاران در خصوص بررسی تأخیر در درمان علائم روان پریشی در کشورهای با درآمد پایین به‌طور متوسط ۱۲۵ هفته و در کشورهای با درآمد متوسط حدود ۶۳ هفته بود همسو است [۱۵]. بدین معنی با توجه به درآمد سرانه کشور تأخیر در درمان نخستین علائم روان پریشی با کشورهای با درآمد متوسط هم راستا است. وندرنیک و همکاران [۱۶] در تحقیقی دریافتند که تأخیر طولانی مدت در درمان با افزایش زمان پاسخ‌دهی به درمان ارتباط داشت. بدین معنی که بیمارانی که مدت زمان بیشتری از علائم روان پریشی آنان گذشته است نیاز به روش‌های متعدد درمانی روان پزشکی دارند و همچنین مدت زمان طولانی‌تری بایستی

درخصوص سابقه ابتلا به اختلال اضطرابی با مدت زمان تأخیر در درمان علائم روان پریشی ارتباط معناداری یافت شد، بدین معنی که مراجعانی که اختلال اضطرابی را در تاریخچه خود داشتند با تأخیر طولانی تری برای درمان مراجعه کرده بودند. هیچ یک از مطالعات قبلی ارتباط معناداری را بین تأخیر در درمان و اختلال اضطرابی گزارش نکرده بودند. بدین معنی که مطالعات قبلی با نتایج این مطالعه در این خصوص همسو نبود، در تبیین آن احتمال می‌رود، عدم تشخیص و تمایز بین علائم اولیه روان پریشی و اختلالات اضطرابی و نسبت دادن آن به استرس و دیگر اختلالات اضطرابی می‌تواند علت معنادار بودن آن باشد. به علت وجود تعداد محدود مطالعات مربوط به تأخیر در درمان نخستین علائم روان پریشی در ایران و عدم بررسی عوامل بالینی در این مطالعات تبیین در خصوص نتایج به دست آمده در این پژوهش با مطالعات کشوری میسر نبود.

از آنجا که اکثر افراد در سنین نوجوانی و جوانی دچار اختلال روان پریشی می‌شوند همین امر می‌تواند سبب عدم توانایی افراد در کسب ارتقاء فردی و اجتماعی شود. طبق نتایج این مطالعه و دیگر مطالعات ذکر شده مشابه، عوامل بالینی مرتبط با تأخیر در درمان نخستین علائم روان پریشی به‌عنوان عوامل مهم و تأثیرگذار بر سطح ارتقا سلامت روانی و بهبود کامل افراد مطرح است و شناسایی این عوامل راه‌گشایی برای طراحی و اجرای مداخلات مبتنی بر ارائه خدمات درمانی خواهد بود و انجام این مداخلات به همراه برنامه‌ریزی مناسب به ارتقای سلامت روان‌شناختی بیماران و خانواده‌های آنان می‌انجامد.

همچون دیگر پژوهش‌ها در این پژوهش نیز محدودیت‌هایی وجود داشته است. گذشته‌نگر بودن بررسی و خطاهای یادآوری در اندازه‌گیری تأخیر در درمان علائم روان پریشی، مسیر مراجعه و چگونگی شروع بیماری و همچنین عدم استفاده از مستندات دقیق از جمله محدودیت‌های این پژوهش است، با توجه به اهمیت این پژوهش پیشنهاد می‌شود در صورت امکان مطالعه‌ای در زمینه ارتباط بین مدت زمان تأخیر در درمان علائم روان پریشی و پیامد نهایی درمان در مقطع زمانی ۵ ساله از نظر میزان بهبودی، عود و مزمن شدن صورت گیرد.

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه دکتری به شماره ۱۱۵۲۰۷۰۹۹۳۱۰۰۱ است، پژوهشگران بخود لازم می‌دانند از تمامی بیماران که بدون همکاری آنان انجام این پژوهش میسر نبود و نیز از حمایت معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه و پرسنل محترم درمانی بیمارستان روان پزشکی فارابی کرمانشاه تشکر و قدردانی کنند.

دیگر نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد که ارتباط معناداری بین وجود علائم منفی در مراجعان و مدت زمان تأخیر در درمان علائم روان پریشی وجود دارد. این مسئله نشان‌دهنده تأثیر وجود علائم منفی بر عدم مراجعه به موقع برای درمان مناسب است. بدین معنی که هرچه علائم منفی بیشتر باشد تأخیر در درمان طولانی‌تر است که این با یافته‌های جی و همکاران [۲۲]، تراولسن و همکاران [۲۳]، کوترا و همکاران [۲۴]، لارسن و همکاران [۲۵] و پرکینز و همکاران [۲۶]، سچینسکی و همکاران [۲۷] و آپلدورن و همکاران [۲۸] همسو بود، در تبیین آن می‌توان به مطالعه لارسن و همکاران [۲۵] اشاره کرد، در بررسی ۴۲ بیماری که با تأخیر در درمان کمتر از ۲۱ هفته مراجعه کرده بودند علائم منفی کمتری نسبت به علائم مثبت در بدو پذیرش داشتند. در تحقیق متاآنالیز پرکینز و همکاران [۲۶] به این نتیجه دست یافتند که شدت علائم منفی در بیماران اسکیزوفرنی با مدت زمان تأخیر در درمان ارتباط دارد. بدین معنی که هرچه شدت علائم منفی بیشتر باشد، تأخیر در درمان طولانی‌تر بوده است، همچنین در این پژوهش رابطه معناداری بین گفتار آشفته با مدت زمان تأخیر در درمان علائم روان پریشی یافت شد که با مطالعات پرواسنر و همکاران [۲۹]، آپلدورن و همکاران [۲۸]، لاپین و همکاران [۳۰] همسو بود. اما با یافته‌های جی و همکاران [۲۲] و کاسی و همکاران [۱۴] همسو نبود، در تبیین آن می‌توان به مطالعه لاپین و همکاران اشاره کرد، آن‌ها به این نتیجه رسیدند که مدت زمان طولانی تأخیر در درمان علائم روان پریشی منجر به اختلال در IQ کلامی، آموزش کلامی و حافظه اجرایی کلامی در نخستین دوره روان پریشی بیماران می‌شود، بدین معنی که تأخیر طولانی در درمان می‌تواند به گفتار آشفته در افراد بیانجامد [۳۰]. همچنین در این مطالعه از نظر وجود رفتار آشفته در مراجعان با مدت تأخیر در درمان نخستین علائم روان پریشی ارتباط معناداری وجود داشت. به عبارت دیگر رفتار آشفته در بیمارانی که با تأخیر در درمان طولانی مراجعه کرده بودند بیشتر بود که با مطالعات پرکینز و همکاران [۲۶]، پرواسنر و همکاران [۲۹] و هاریگان و همکاران [۱۳] همسو بود، مطالعات متعدد نشان داد که خطر رفتار آشفته و خشونت جدی با طولانی‌تر شدن مدت زمان تأخیر در درمان علائم روان پریشی افزایش می‌یابد که نشان‌دهنده اهمیت بررسی بیشتر این بیماران است. لیبرمن و همکاران [۳۱] مطرح کردند که تأخیر طولانی در درمان علائم روان پریشی از نظر بیولوژیک آسیب‌رسان بوده و با یک آنسفالوپاتی پیش‌رونده باعث تخریب بیشتر در عملکرد و عواقب طولانی مدت در بیمار می‌شود، در این مطالعه

References

- [1]. Ran MS, Xiao Y, Chui CH, Hu XZ, Yu YH, Peng MM, Mao WJ, Liu B, Chan EY, Chan CL. Duration of untreated psychosis (DUP) and outcome of people with schizophrenia in rural China: 14-year follow-up study. *Psychiatry Research*. 2018; 267: 340-5.
- [2]. Griswold K, Del Regno PA, Berger RC. Recognition and differential diagnosis of psychosis in primary care. *Brain*. 2015; 15:100(11): 18-37.
- [3]. American psychiatric Association (Diagnostic and Statistical manual) of Mental Disorders. 5th ed. Arjmand publication. 2013; 129-163 [in Persian].
- [4]. Kaplan H, Sadock B, Sadock V. Comprehensive text of psychiatry, 10th ED. Arjmand publications. 2013; 817-820 [in Persian].
- [5]. Malla AK, Norman RM, Manchanda R, Ahmed MR, Scholten D, Harricharan R, Cortese L, Takhar J. One year outcome in first episode psychosis: influence of DUP and other predictors. *Schizophrenia research*. 2002; 54(3):231-42.
- [6]. World Health Organization. Mental health: new understanding, new hope. The world health report 2001.
- [7]. Harris A, Brennan J, Anderson I, Taylor A, Sanbrook M, Fitzgerald D, Lucas S, Redoblado-Hodge A, Gomes L, Gordon E. Clinical profiles, scope and general findings of the Western Sydney First Episode Psychosis Project. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 2005; 39(1-2):36-43.
- [8]. Sanbrook M, Harris A. Evidence for early intervention in first-episode psychosis. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 2004; 49(4):280-1.
- [9]. Marshall M, Lewis S, Lockwood A, Drake R, Jones P, Croudace T. Association between duration of untreated psychosis and outcome in cohorts of first-episode patients: a systematic review. *Archives of general psychiatry*. 2005; 62(9):975-83.
- [10]. Norman RM, Townsend L, Malla AK. Duration of untreated psychosis and cognitive functioning in first-episode patients. *The British Journal of Psychiatry*. 2001; 179(4):340-5.
- [11]. Drake RJ, Haley CJ, Akhtar S, Lewis SW. Causes and consequences of duration of untreated psychosis in schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry*. 2000; 177(6): 511-5.
- [12]. De Haan L, Welborn K, Krikke M, Linszen DH. Opinions of mothers on the first psychotic episode and the start of treatment of their child. *European Psychiatry*. 2004; 19(4):226-9.
- [13]. Harrigan SM, McGorry PD, Krstev H. Does treatment delay in first-episode psychosis really matter?. *Psychological medicine*. 2003; 33(1): 97-110.
- [14]. Casey D, Brown L, Gaiwani R, Islam Z, Jasani R, Parsons H, Tah P, Birchwood M, Singh SP. Predictors of engagement in first-episode psychosis. *Schizophrenia research*. 2016; 175(1-3):204-8.
- [15]. Large M, Farooq S, Nielsens O, Slade T. Relationship between gross domestic product and duration of untreated psychosis in low-and middle-income countries. *The British Journal of Psychiatry*. 2008 Oct; 193(4):272-8.
- [16]. Wunderink A, Nienhuis FJ, Systema S, Wiersma D. Treatment delay and response rate in First episode psychosis, *Acta psychiatrica Scandinavica*. 2006; 113(4): 332-9.
- [17]. Addington J, Heinssen RK, Robinson DG, Schooler NR, Marcy P, Brunette MF, Correll CU, Estroff S, Mueser KT, Penn D, Robinson JA. Duration of untreated psychosis in community treatment settings in the United States. *Psychiatric Services*. 2015; 25: 66(7):753-6.
- [18]. Pek E, Mythily S, Chong SA. Clinical and social correlates of duration of untreated psychosis in first-episode psychosis patients. *Annals-academy of medicine singapore*. 2006; 35(1):24-6.
- [19]. Barnes TR, Leeson VC, Mutsatsa SH, Watt HC, Hutton SB, Joyce EM. Duration of untreated psychosis and social function: 1-year follow-up study of first-episode schizophrenia. *The British journal of psychiatry*. 2008; 193(3): 203-9.
- [20]. Hongyun QI, Zhang J, Zhenping WA, Haiving MI, Caiving YA, Fuzhen CH, Weizhong FU, Zhang M. Duration of untreated psychosis and clinical outcomes of first-episode schizophrenia: a 4-year follow-up study. *Shanghai archives of psychiatry*. 2014; 26(1):42.
- [21]. Ran MS, Chui CH, Wong IY, Mao WJ, Lin FR, Liu B, Chan CL. Family caregivers and outcome of people with schizophrenia in rural China: 14-year follow-up study. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2016; 51(4):513-20.
- [22]. Gee B, Hodgekins J, Fowler D, Marshall M, Everard L, Lester H, Jones PB, Amos T, Singh SP, Sharma V, Freemantle N. The course of negative symptom in first episode psychosis and the relationship with social recovery. *Schizophrenia research*. 2016; 174(1-3):165-71.
- [23]. Trauelsen AM, Gumley A, Jansen IE, Pedersen MB, Nielsen HG, Trier CH, Haahr UH, Simonsen E. Metacognition in first-episode psychosis and its association with positive and negative symptom profiles. *Psychiatry research*. 2016; 238:14-23.
- [24]. Koutra K, Triliva S, Roumeliotaki T, Stefanakis Z, Basta M, Lionis C, Vgontzas AN. Family functioning in families of first-episode psychosis patients as compared to chronic mentally ill patients and healthy controls. *Psychiatry research*. 2014; 219(3):486-96.
- [25]. Larsen TK, Friis S, Haahr U, Joa I, Johannessen IO, Melle I, Opjordsmoen S, Simonsen E, Vaglum P. Early detection and intervention in first-episode schizophrenia: a critical review. *Acta psychiatrica scandinavica*. 2001; 103(5):323-34.
- [26]. Perkins DO, Gu H, Boteva K, Lieberman JA. Relationship between duration of untreated psychosis and outcome in first-episode schizophrenia: a critical review and meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*. 2005; 162(10):1785-804.
- [27]. Cechnicki A, Cichocki Ł, Kalisz A, Bładziński P, Adamczyk P, Franczyk-Glita J. Duration of untreated psychosis (DUP) and the course of schizophrenia in a 20-year follow-up study. *Psychiatry research*. 2014; 219(3):420-5.
- [28]. Apeldoorn SY, Sterk B, van den Heuvel ER, Schoevers RA, Islam MA, Bruggeman R, Cahn W, de Haan L, Kahn RS, Meijer CJ, Myin-Germeys I. Factors contributing to the duration of untreated psychosis. *Schizophrenia Research*. 2014; 158(1-3):76-81.
- [29]. Pruessner M, Lepage M, Collins DL, Pruessner JC, Joobor R, Malla AK. Reduced hippocampal volume and hypothalamus-pituitary-adrenal axis function in first episode psychosis: Evidence for sex differences. *NeuroImage: Clinical*. 2015; 7:195-202.
- [30]. Lappin JM, Morgan KD, Morgan C, Dazzan P, Reichenberg A, Zanelli JW, Fearon P, Jones PB, Lloyd T, Tarrant J, Farrant A. Duration of untreated psychosis and neuropsychological function in first episode psychosis. *Schizophrenia research*. 2007; 95(1-3):103-10.
- [31]. Lieberman JA, Fenton WS. Delayed detection of psychosis: causes, consequences, and effect on public health. *American Journal of Psychiatry*. 2000; 157(11):1727-30.

Investigating clinical factors associated with delay in treatment of the first symptoms of psychosis in patients referring to Farabi Hospital of Kermanshah

Masoumeh Heidarian¹, Hassan Ahadi^{2*}, Jalal Shakeri³ and Amir Hossein Hashemian⁴

1. Ph.D. Student, Department of Health Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran (ORCID: 0000-0002-6087-7977)
2. Professor, Department of Health Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran (ORCID: 0000-0001-6797-4203)
3. Associate Professor, Department of Psychiatry, Behavioral Sciences Research Center, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran
4. Associate Professor, Department of Biostatistics, Faculty of Health, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran

Abstract

Aim and Background Delay in treatment of psychotic symptoms is associated with increase in time to recovery, response to treatment, and more relapse rate of psychosis. The purpose of this study is to determine clinical factors associated with delay in treatment of the first symptoms of psychosis in patients referred to Farabi Hospital of Kermanshah.

Materials & Methods This is a descriptive cross-sectional study carried out on 94 patients, 51 male and 43 female, who experienced the first psychotic attack, using available sampling method. Required data are extracted from a clinical interview based on an approved clinical checklist completed by specialists and experts in psychiatry and psychology. Then, descriptive statistics indices including frequency, mean, standard deviation, median, and t-test are summarized and analyzed using SPSS software (version 24).

Findings Mean delay in treatment of the first psychotic symptoms was 48.5 ± 65.6 weeks. There was a significant difference between the patients' history of drug abuse ($P=0.001$), history of anxiety disorder ($P=0.003$), existence of negative symptoms ($P\text{-value}=0.001$), disorganized speech ($P\text{-value}=0.001$), disorganized behavior ($P=0.001$), on one hand, and delay in treatment of the first psychotic symptoms, on the other hand.

Conclusion Clinical factors associated with delay in treatment of the first symptoms of psychosis are introduced as important factors affecting the level of mental health and full recovery of the affected patients; thus, identifying these factors along with proper planning and interventions based on providing health care services can promote the quality of the patients' psychological well-being.

Received: 2019/01/02
Accepted: 2019/01/19

Keywords: clinical factors, delay in treatment, psychosis symptoms.