

تأخیر در درمان و مسیر مراجعه بیماران دچار پسیکوز بار اول

دکتر طاهره کرمانی رنجبر*، دکتر ونداد شریفی**، دکتر همایون امینی***

چکیده

هدف: این پژوهش با هدف تعیین مدت پسیکوز درمان نشده (DUP)، عوامل مؤثر بر آن و مسیر مراجعه در بیماران دچار پسیکوز بار اول بستری در بیمارستان روزبه انجام شده است.

روش: در این پژوهش مقطعی، ۹۱ بیمار که با تشخیص نخستین دوره پسیکوز در بیمارستان روزبه تهران بستری شده بودند، از نظر مدت پسیکوز درمان نشده (فاصله بین نخستین علائم پسیکوز تا درمان مناسب یا بستری در بیمارستان) و مسیر مراجعه و چگونگی شروع بیماری ارزیابی شدند. داده‌ها به کمک آزمون‌های آماری مان-ویتنی، کروسکال-والیس و ضریب همبستگی اسپیرمن تحلیل گردیدند.

یافته‌ها: در ۳۵/۲٪ از بیماران، بیماری شروع حاد (کمتر از دو هفته) داشت. از نظر نوع بیماری، اختلال دوقطبی (۲۹/۷٪) و اسکیزوفرنیا (۱۹/۸٪) بیشترین موارد تشخیص داده شده بودند. میانگین تأخیر در درمان یا مدت پسیکوز درمان نشده، ۵۲/۰۳ هفته (انحراف معیار ۱۱۴/۷ هفته) بود. بیشترین فراوانی نخستین مراجعه بیماران به روانپزشکان و پس از آن به درمانگران سنتی بود. بیشترین ارجاع دهندگان به بیمارستان روزبه، بستگان و دوستان بیمار بودند. در این پژوهش مدت پسیکوز درمان نشده در بیماران مقیم شهر ($p < ۰/۰۱$)، بی‌کار ($p < ۰/۰۱$)، دچار اسکیزوفرنیا ($p < ۰/۰۵$)، هم‌چنین در کسانی که بیماری به صورت تدریجی (در عرض بیش از دو هفته) آغاز شده بود ($p < ۰/۰۰۱$) طولانی‌تر بود.

نتیجه‌گیری: تأخیر در درمان (مدت پسیکوز درمان نشده) و ارتباط آن با متغیرهای گوناگون تا اندازه‌ای همانند سایر بررسی‌های انجام شده است، ولی مراجعه به درمانگران سنتی در بیماران پسیکوز بار اول ایران بیشتر است.

کلیدواژه: مسیر مراجعه، پسیکوز بار اول، پسیکوز درمان نشده

مقدمه

درازمدت کمتر به بهبودی آنان می‌انجامد (اچیسون^۱، میهان^۲ و

بررسی‌ها نشان داده‌اند که درمان بیماران دچار پسیکوز ماری^۳، ۱۹۹۹)، اما تشخیص و درمان به موقع می‌تواند مسیر

* روانپزشک، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی شهید بهشتی.

** روانپزشک، استادیار دانشگاه علوم پزشکی تهران، گروه روانپزشکی و مرکز تحقیقات روانپزشکی و روانشناسی. تهران، خیابان کارگر جنوبی،

E-mail: vsharifi@tums.ac.ir

بیمارستان روزبه. دورنگار: ۵۵۴۱۹۱۱۳-۰۲۱ (نویسنده مسئول).

*** روانپزشک، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تهران، گروه روانپزشکی و مرکز تحقیقات روانپزشکی و روانشناسی.

1- Aitchison

2- Meehan

3- Murray

شده است. هدف از انجام این پژوهش بررسی DUP و مسیر مراجعه بیماران پسیکوز بار اول^{۲۹} و شناسایی برخی عوامل مؤثر یا مرتبط با آنها بود.

پرسش‌های پژوهش به این شرح بود: میزان تأخیر در درمان پسیکوز چقدر بوده است؟ مسیر مراجعه بیماران دچار پسیکوز چگونه است؟

روش

این پژوهش مقطعی، بخشی از یک بررسی بزرگ‌تر بر روی بیماران دچار پسیکوز بار اول در بیمارستان روزبه است (علاقبندراد و همکاران، ۲۰۰۶). جامعه آماری پژوهش را بیماران دچار پسیکوز بار اول بستری در بیمارستان روزبه تشکیل دادند. در این بررسی، ۹۱ بیمار به روش نمونه‌گیری پیاپی از فروردین ۱۳۸۴ تا آبان سال ۱۳۸۵ به صورت متوالی وارد طرح گردیدند. نخست بیماران توسط یک پزشک عمومی آموزش‌دیده از میان همه بیماران مراجعه‌کننده به درمانگاه یا اورژانس روانپزشکی بیمارستان که بستری گردیدند، غربال شده و در صورتی که علائم سایکوتیک شامل هذیان، توهم، رفتار درهم‌ریخته یا کاتاتونیک یا گفتار درهم‌ریخته در آنها وجود داشت و مشکل اخیر، نخستین دوره بیماری پسیکوتیک (خلقی یا غیرخلقی) بود و ناشی از بیماری عضوی یا مواد نبود، به دستیار روانپزشکی معرفی می‌شدند. تشخیص وجود بیماری عضوی یا ناشی از مواد بر پایه شرح حال و معاینه‌های انجام‌شده و گزارش‌های موجود در پرونده تعیین شده، در نهایت به تأیید روانپزشک می‌رسید. بیماران مورد بررسی از همه گروه‌های سنی بودند. دستیار روانپزشکی پس از کسب رضایت از بیمار و خانواده، بیماران را از نظر DUP، مسیر مراجعه، چگونگی شروع بیماری و متغیرهای جمعیت‌شناختی ارزیابی می‌کرد.

بیماری را در این بیماران تغییر دهد (ویات^۱، ۱۹۹۱؛ بیرچود^۲، تود^۳ و جکسون^۴، ۱۹۹۸). در دو فراتحلیل انجام‌شده ارتباط میان تأخیر در درمان با پیامدهای بدتر بیماری تأیید شده است (پرکینز^۵، گو^۶، بوتوا^۷ و لیبرمن^۸، ۲۰۰۵؛ مارشال^۹ و همکاران، ۲۰۰۵).

بررسی‌ها نشان داده‌اند که بسیاری از بیماران دچار پسیکوز، تا مدت‌ها پس از آغاز بیماری شناسایی و درمان نمی‌شوند و میانگین این تأخیر در درمان یا "مدت پسیکوز درمان‌نشده"^{۱۰} (DUP) را ۲۲ تا ۱۵۰ هفته برآورد کرده‌اند (مک‌گلاشان^{۱۱}، ۱۹۹۹؛ نورمن^{۱۲} و مالا^{۱۳}، ۲۰۰۱). البته در مورد DUP به دلیل وجود توزیع ناهنجار، بیشتر بیماران DUP متوسط و نسبتاً کوتاه و گروه کوچکی از آنان DUP بسیار طولانی دارند.

یکی از راه‌های کوتاه‌کردن DUP، شناسایی عوامل مؤثر بر آن و تغییر آنها می‌باشد. دیده شده که DUP طولانی با بینش کم بیماران، مهارت‌های سازگاری ضعیف و شروع تدریجی بیماری ارتباط داشته است (دریک^{۱۴}، هالی^{۱۵}، اختر^{۱۶} و لويس^{۱۷}، ۲۰۰۰). از سوی دیگر آگاهی از وجود یک بیماری روانی در زمان بروز پسیکوز با DUP کوتاه‌تر ارتباط دارد (دی‌هان^{۱۸}، پیترز^{۱۹}، دینگمنز^{۲۰}، وترز^{۲۱} و لینزن^{۲۲}، ۲۰۰۲)، بیماران شاغل، DUP کوتاه‌تری نسبت به بی‌کاران داشته‌اند (مورگان^{۲۳} و همکاران، ۲۰۰۵)، اسکیزوفرنیا با DUP طولانی‌تر همراه بوده است (سیم^{۲۴} و همکاران، ۲۰۰۴)، و دوره پیش‌درآمد^{۲۵} طولانی با DUP طولانی مرتبط بوده است (لارسن^{۲۶} و همکاران، ۲۰۰۱).

تأخیر در درمان پسیکوز ممکن است در ارتباط و وابسته به "مسیر مراجعه"^{۲۷} بیماران باشد. مسیر مراجعه و چگونگی مراجعه و تماس بیمار یا اطرافیان او با مراکز و افراد مختلف در راستای کمک به بیمار می‌باشد. مسیر مراجعه بیماران با توجه به زمینه فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی بیمار و خانواده او و نیز نظام خدمات بهداشتی-درمانی قابل درک است. بنابراین سنجش مسیر مراجعه در مکان‌های مختلف ضروری به نظر می‌رسد. در بررسی‌های انجام‌شده در کشورهای اروپایی، مراکز بهداشتی-درمانی نخستین نقطه تماس برای بیشتر افراد دچار پسیکوز بوده، در حالی که تماس با درمانگران سنتی جایی نداشته است (کنارد^{۲۸} و همکاران، ۲۰۰۴).

در کشورهای در حال توسعه، از جمله کشور ما در زمینه "مدت پسیکوز درمان‌نشده" (DUP) بررسی‌های اندکی انجام

1- Wyatt	2- Birchwood
3- Todd	4- Jackson
5- Perkins	6- Gu
7- Boteva	8- Lieberman
9- Marshall	
10- duration of untreated psychosis	
11- McGlashan	12- Norman
13- Malla	14- Drake
15- Haley	16- Akhtar
17- Lewis	18- de Haan
19- Peters	20- Dingemans
21- Wouters	22- Linszen
23- Morgan	24- Sim
25- prodrome	26- Larsen
27- pathway to care	28- Cougnard
29- first episode psychosis	

کمتر از چهار هفته) و تدریجی (چهار هفته یا بیشتر) تقسیم گردیدند. داده‌های جمعیت‌شناختی بر پایه یک پرسش‌نامه تعیین و تشخیص بیماری بر پایه گزارش موجود در پرونده ترخیص بیماران ثبت گردید.

داده‌ها به کمک آزمون‌های آماری مان-ویتنی^۲ و کروسکال والیس^۳ و ضریب همبستگی اسپیرمن تحلیل گردیدند.

یافته‌ها

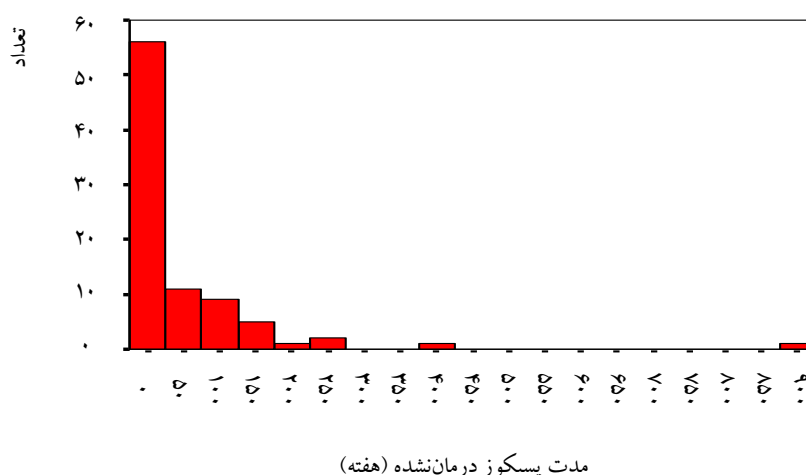
در این بررسی ۹۱ بیمار دچار پسیکوز بار اول ارزیابی شدند. میانگین سنی آنان ۲۸/۵ سال بود. ۴۱/۸٪ بیماران مورد بررسی زن، ۵۲/۷٪ دارای تحصیلات در حد دبیرستان یا بالاتر و بیشتر آنان (۷۴/۷٪) در زمان شروع بیماری بی‌کار یا خانه‌دار بودند.

در این پژوهش ۲۹/۷٪ افراد مورد بررسی دچار اختلال دوقطبی (مانیای سایکوتیک) و ۱۹/۸٪ مبتلا به اسکیزوفرنیا تشخیص داده شدند. چگونگی شروع بیماری در ۳۵/۲٪ بیماران، حاد (کمتر از دو هفته)، در ۴۴٪، بین دو تا چهار هفته و در ۱۲/۱٪ بیشتر از چهار هفته بود.

میانگین مدت پسیکوز درمان‌نشده (DUP) در این پژوهش ۵۲/۰۳ هفته (انحراف معیار ۱۱۴/۷) بود. محدوده DUP بین کمتر از یک تا ۸۸۸ هفته و توزیع آن دارای "چولگی مثبت"^۴ بود (شکل ۱).

DUP به فاصله زمانی بین شروع نخستین علایم پسیکوز (توهم، هذیان، گفتار یا رفتار درهم‌ریخته) تا زمان دریافت آنتی‌پسیکوتیک با دوز مناسب به مدت دست کم سه هفته یا بستری در بیمارستان اطلاق گردید. مسیر مراجعه شامل تماس‌های بیمار یا خانواده او و عوامل ارجاع‌دهنده به بیمارستان روزه بود که بر پایه یک پرسش‌نامه تعیین گردید. روایی صوری پرسش‌نامه با ارایه آن به گروهی از روانپزشکان و دریافت نظرات آنان تأیید گردید. با توجه به گذشته‌نگری بودن پژوهش، برای کاهش خطای یادآوری، اطلاعات از منابع بیشتر شامل خود بیمار، خانواده، دوستان و به‌ویژه افرادی که در زمان شروع بیماری ارتباط نزدیک‌تری با بیمار داشتند و در صورت امکان از گزارش‌های پزشکی و بهداشتی در دسترس بهره گرفته شد. در عین حال، برای اطمینان از دقت ارزیابی‌ها، شش نفر از بیماران توسط یک ارزیاب دیگر (روانپزشک) دوباره بررسی شدند که نشان‌دهنده توافق مطلوب بین دو ارزیابی بود. همبستگی بین نمرات دو ارزیاب در تعیین DUP در این نمونه ۰/۷۱ بود و در زمینه متغیرهای دیگر در بیش از ۹۰٪ موارد، توافق وجود داشت. از ۹۱ بیمار وارد شده به پژوهش، اطلاعات به‌دست آمده از پنج نفر ناکافی بود که از بررسی DUP کنار گذاشته شدند.

بیماران از نظر "چگونگی شروع بیماری"^۱ به سه گروه شروع حاد (کمتر از دو هفته)، تحت حاد (دست کم دو هفته و



شکل ۱- توزیع مدت پسیکوز درمان‌نشده (DUP) در بیماران دچار پسیکوز بار اول بستری در بیمارستان روزه (N=۸۶)

1- mode of illness onset
2- Mann-Whitney
3- Kruskal Wallis
4- positive skewness

که ۴۰/۷٪ بیماران پیش از مراجعه به بیمارستان روزبه به مراکز دیگری نیز مراجعه نموده‌اند (۱۵/۴٪ به روانپزشک، ۲/۲٪ به پزشک عمومی، ۵/۵٪ به درمانگر سنتی و ۱/۱٪ به روانشناس و مشاور). بیشترین ارجاع به بیمارستان روزبه به توصیه بستگان و دوستان (۳۸٪) و پس از آن سوی پزشکان غیر روانپزشک و اورژانس (هر کدام ۱۲/۷٪) بود.

کمترین DUP در بیمارانی دیده شد که برای نخستین بار به پزشک عمومی مراجعه کرده بودند و بیشترین DUP در بیمارانی که به پزشک متخصص غیر روانپزشک مراجعه داشتند (جدول ۱).

این پژوهش ارتباط میان مدت پسیکوز درمان نشده و جنسیت، تأهل، تحصیلات، و محل نخستین مراجعه بیمار را معنی دار نشان نداد؛ اما ارتباط DUP با محل اقامت بیمار، اشتغال، چگونگی شروع بیماری، تشخیص بیماری، و سن بیماران معنی دار بود. اقامت در روستا، اشتغال در زمان شروع بیماری، شروع حاد بیماری (کمتر از دو هفته) با DUP کوتاه‌تر همراه بوده، هم‌چنین اختلال دوقطبی کمترین و اسکیزوفرنیا بیشترین DUP را در بین تشخیص‌ها داشتند (جدول ۱).

در بررسی مسیر مراجعه، بیشترین موارد مراجعه اول به روانپزشک (۲۵/۳٪) و پس از آن درمانگر سنتی (۲۳/۱٪) و پزشک عمومی (۱۷/۶٪) گزارش گردید. یافته‌ها نشان دادند

جدول ۱- توزیع فراوانی آزمودنی‌های پژوهش بر حسب متغیرهای جمعیت‌شناختی، سابقه بیماری در بستگان، چگونگی شروع بیماری، تشخیص بیماری و نخستین مراجعه

متغیرها	میانۀ DUP ^۱ (هفته)	U/ χ^2	سطح معنی‌داری
جنسیت	مرد	۴۳/۲	N.S.
	زن	۴	
تأهل	مجرد	۱۲/۵	N.S.
	متأهل	۴	
محل اقامت	شهر	۱۲/۴	۰/۰۱
	روستا	۳/۳	
اشتغال	شاغل	۴	۰/۰۱
	بیکار	۱۲/۴	
تحصیلات	کمتر از دبیرستان	۶	N.S.
	در سطح دبیرستان یا بیشتر	۱۲	
سابقه بیماری روانی در بستگان	دارد	۱۲/۱	N.S.
	ندارد	۱۱	
چگونگی شروع بیماری	حاد: کمتر از دو هفته	۱/۱	۰/۰۰۱
	تحت حاد یا تدریجی؛ بیشتر یا مساوی دو هفته	۵۰/۱	
تشخیص بیماری	اسکیزوفرنیا	۱۰۴/۳	۰/۰۵
	مانیا	۳/۵	
نخستین مراجعه	افسردگی	۱۶	$\chi^2=18/1$
	پسیکوز NOS ^۲	۶	
	اختلال هذیانی	۶۶	
	روانپزشک	۳۸	
	پزشک عمومی	۲/۸	
بیمارستان روزبه	بیمارستان روزبه	۳/۲	N.S.
	درمانگر سنتی	۱۲	
	متخصص سایر رشته‌ها	۵۰/۵	
سایر مراکز	۳/۸		

1- duration of untreated psychosis; 2- Not Otherwise Specified

بحث

وجود تفاوت در ارابه خدمات بهداشتی، DUP در جوامع در حال توسعه و توسعه یافته تقریباً مشابه می‌باشد.

بر پایه یافته‌های به دست آمده در این پژوهش، ارتباط بین DUP و جنسیت، تأهل و میزان تحصیلات بیمار معنی دار نبود، ولی DUP با متغیرهای سن، محل اقامت بیمار، چگونگی شروع بیماری، محل نخستین مراجعه، نوع بیماری زمینه‌ای و اشتغال در زمان شروع بیماری ارتباط داشت. ارتباط نداشتن پسیکوز درمان نشده با تأهل و تحصیلات پایین (مورگان^۷ و همکاران، ۲۰۰۵) و ارتباط آن با مجرد (پک^۸، میتیلی^۹ و چونگ^{۱۰}، ۲۰۰۶) و اشتغال (یامازاوا^{۱۱} و همکاران، ۲۰۰۴) در بررسی‌های پیشین به دست آمده بود. یک یافته مهم این پژوهش کوتاه‌تر بودن DUP در بیماران ساکن روستا بود. البته این بیماران کمتر از ۱۰٪ نمونه‌های پژوهش را تشکیل می‌دادند و در هیچ یک تشخیص اسکیزوفرنیا وجود نداشت. بنابراین بهتر است با در نظر گرفتن متغیرهای مخدوش کننده این رابطه دوباره ارزیابی شود.

DUP در بیماران با شروع حاد بیماری، ۱/۱ هفته و در بیماران با شروع تحت حاد یا تدریجی، ۵۰/۱ هفته بود. سایر بررسی‌ها نیز این یافته را تأیید نموده‌اند (چن^{۱۲} و همکاران، ۲۰۰۵) و به نظر می‌رسد هرچه بیماری شروع حادثتری داشته باشد، DUP کوتاه‌تر خواهد بود. در این پژوهش DUP با بیماری زمینه‌ای نیز ارتباط داشت، به طوری که کم‌ترین مقادیر DUP در اختلال دوقطبی و بیشترین DUP در اسکیزوفرنیا دیده شد که با سایر بررسی‌ها هم‌سوئی دارد (نورمن و مالا، ۲۰۰۱).

ارزیابی مسیر مراجعه بیماران نشان داد که بیشترین مراجعه در بار اول پس از شروع علائم بیماری، به روانپزشک بوده و پس از آن مراجعه به درمانگر سنتی، پزشک عمومی و متخصص رشته‌های دیگر و در آخر روانشناس یا مشاور گزارش گردیده است. یافته مهم این بررسی مراجعه درصد چشم‌گیری از بیماران پسیکوز بار اول به درمانگران سنتی است. در بررسی‌های انجام شده در کشورهای اروپایی، مراکز بهداشتی-درمانی نخستین نقطه تماس برای بیشتر افراد دچار پسیکوز بار اول گزارش گردیده است و تماس با مراکز

چنان که گفته شد میانگین مدت پسیکوز درمان نشده (DUP) در این پژوهش ۵۲/۰۳ هفته (از یک روز تا ۸۸۸ هفته) بود. یافته‌های این بررسی به یافته‌های مک‌گلاشان (۱۹۹۹) و نورمن و مالا (۲۰۰۱) بسیار نزدیک است که DUP را ۲۲ تا ۱۵۰ هفته برآورد کرده‌اند. در بررسی‌های یاد شده نیز توزیع DUP، دارای چولگی بوده است. نورمن، تونسن^۱ و مالا (۲۰۰۱) در بازمینی بررسی‌های انجام شده نیز میانگین DUP برای بیماران پسیکوز غیرخلقی بار اول را ۱۲۴ هفته گزارش نمودند. با توجه به این که بیشتر بررسی‌های انجام شده بر روی DUP، در کشورهای غربی بوده، شاید بتوان گفت که یافته‌های آنها قابل تعمیم به کل جوامع یا گروه‌های نژادی نباشد و بیماری در کشورهای رو به رشد سیر متفاوت داشته باشد. گرچه در یک بررسی انجام شده در آفریقای جنوبی مقادیر DUP همانند کشورهای اروپایی و استرالیا بوده است (اوستویزن^۲، امسلی^۳، کیتز^۴، نیهوس^۵ و کوئن^۶، ۲۰۰۵)، در کشور ما تا کنون پژوهشی در این زمینه گزارش نشده است. هم‌چنین آزمودنی‌های این بررسی افزون بر پسیکوزهای غیرخلقی که معمولاً DUP طولانی‌تری دارند، شامل بیماران دچار پسیکوزهای خلقی و پسیکوزهای حاد هم می‌شد که این امر می‌تواند باعث کوتاه‌تر شدن DUP در این پژوهش شود. گفتنی است که تفاوت‌های زیادی در روش‌شناسی بسیاری از پژوهش‌های پیشین وجود دارد، مانند تفاوت در تعیین زمان شروع و پایان DUP و نمونه مورد بررسی، که این مسأله مقایسه بررسی‌ها را دشوار می‌سازد. هم‌چنین باید توجه داشت که مدت پسیکوز درمان نشده به‌طور گذشته‌نگر سنجیده می‌شود و ممکن است متأثر از خطای یادآوری باشد. DUP یک ساختار پیچیده و اندازه‌گیری آن دشوار است. تا کنون ابزار استاندارد برای تعیین DUP و مسیر مراجعه معرفی نشده است. با وجود به کارگیری منابع گوناگون برای گردآوری داده‌ها شامل بیماران، خانواده آنها، پزشک درمانگر و گزارش‌های پزشکی در دسترس، ممکن است اطلاعات متناقض، متفاوت یا ناکافی باشند.

در این بررسی کوشش شده است با افزایش شمار منابع اطلاع‌دهنده و بهره‌گیری بیشتر از منابعی که در زمان شروع بیماری تماس بیشتری با بیمار داشته‌اند، این خطا کاهش یابد.

در عین حال، با انجام بررسی‌های بیشتر در کشورهای در حال توسعه می‌توان به رد یا پذیرش این فرضیه پرداخت که با

- | | |
|--------------|---------------|
| 1- Townsend | 2- Oosthuizen |
| 3- Emsley | 4- Keyter |
| 5- Niehaus | 6- Koen |
| 7- Morgan | 8- Pek |
| 9- Mythily | 10- Chong |
| 11- Yamazawa | 12- Chen |

مذهبی یا درمانگران سنتی شایع نیستند (کنارد و همکاران، ۲۰۰۴). در دو پژوهش انجام شده در ایران بر روی مسیر مراجعه کل بیماران اعصاب و روان (شاه‌محمدی، بیان‌زاده و احسان‌منش، ۱۳۷۷؛ امیدواری، بینا و یاسمی، ۱۳۸۰)، بیشتر بیماران در نخستین اقدام برای درمان بیماری خود به پزشکان و مراکز درمانی مراجعه کرده‌اند. اما در هر دو بررسی بیش از یک سوم از بیماران در کل دوره بیماری خود مراجعه به درمانگر سنتی داشتند و نزدیک به ۱۴٪ برای نخستین بار به درمانگران سنتی مراجعه کرده بودند. به هر روی به نظر می‌رسد درمانگران سنتی بخش چشم‌گیری از مراجعات بیماران، حتی بیماری‌های شدیدی مانند اختلال‌های سایکوتیک را به خود اختصاص می‌دهند.

در این بررسی کمترین میانه DUP در مراجعه بار اول به پزشک عمومی بود و DUP در مراجعان به متخصصان رشته‌های دیگر و روان‌پزشک به ترتیب بیشترین مقادیر میانه را داشت. حتی در افرادی که برای بار اول به درمانگران سنتی مراجعه کرده بودند، DUP کوتاه‌تر از مراجعه به روانپزشک بود. البته باید در نظر داشت که عوامل گوناگونی مانند شدت متفاوت بیماری، نوع بیماری زمینه‌ای، چگونگی شروع بیماری و عوامل دیگر می‌توانند در این زمینه نقش مخدوش‌کننده داشته باشند که نیاز است در بررسی‌های دیگری به آنها پرداخته شود. در بررسی‌های پیشین نیز پزشکان عمومی به‌عنوان یک نقطه مهم در مسیر مراجعه بیماران پسیکوز بار اول مطرح و حضور آنها در مسیر مراجعه باعث کاهش دخالت پلیس یا بستری اجباری شده بود (کول^۱، لوئی^۲، کینگ^۳، جانسون-ساین^۴ و هوآر^۵، ۱۹۹۵)؛ ضمن آن‌که بیماران در تماس بیشتر با پزشک عمومی، مدت پسیکوز درمان‌نشده کوتاه‌تر داشتند (کان^۶ و همکاران، ۲۰۰۴).

نمونه‌گیری از میان بیماران بستری در بیمارستان روزبه و کم‌بودن شمار بیماران پسیکوز بار اول، طولانی‌شدن بررسی را در پی داشت که سبب دشواری تعمیم‌پذیری یافته‌ها می‌گردد. بنابراین بهتر است بررسی در بیماران بستری و سرپایی و در صورت امکان به‌صورت چندمرکزی انجام شود. از سوی دیگر برای ارزیابی مدت پسیکوز درمان‌نشده و مسیر مراجعه، پرسش‌نامه محقق ساخته به کار برده شد. گرچه هنوز ابزار معتبر و استانداردی برای این منظور معرفی نشده است، بهره‌گیری از ابزار هنجاریابی شده مناسب‌تر است. در این بررسی به‌دلیل گذشته‌نگر بودن، خطاهای یادآوری در اندازه‌گیری مدت

پسیکوز درمان‌نشده، مسیر مراجعه و چگونگی شروع بیماری وجود داشت. البته کوشش شد که برای کاهش این خطا از منابع بیشتر شامل خود بیمار، خانواده، دوستان و به‌ویژه افرادی که در زمان شروع بیماری ارتباط نزدیک‌تری با بیمار داشتند و در صورت امکان از گزارش‌های پزشکی و بهداشتی در دسترس بهره گرفته شود.

در این پژوهش بیماران مراجعه‌کننده به بیمارستان روزبه به‌عنوان یک مرکز دانشگاهی و یک بیمارستان مرجع واقع در پایتخت کشور مورد بررسی قرار گرفتند و برای تعمیم این یافته‌ها به کل بیماران در کشور ایران نیاز به بررسی‌های گسترده‌تر و بیشتر می‌باشد. هم‌چنین آزمودنی‌های این بررسی افزون بر پسیکوزهای غیرخلقی که معمولاً DUP طولانی‌تری دارند، شامل بیماران دچار پسیکوزهای خلقی و پسیکوزهای حاد هم می‌شد که این امر می‌تواند باعث کوتاه‌تر شدن DUP در این پژوهش شود.

این بررسی نشان‌دهنده لزوم دسترسی به خدمات مؤثر برای بیماران دچار پسیکوز بار اول است. خدمات جامعه‌نگر برای شناسایی و درمان زودرس پسیکوز و کاهش DUP که کاربرد آن با موفقیت‌های چشم‌گیری همراه بوده است می‌تواند در این زمینه کمک‌کننده باشد.

دریافت مقاله: ۱۳۸۶/۳/۷؛ دریافت نسخه نهایی: ۱۳۸۶/۴/۱۹؛

پذیرش مقاله: ۱۳۸۶/۵/۳۱

منابع

- امیدواری، سپیده؛ بینا، مهدی؛ یاسمی، محمدتقی (۱۳۸۰). بررسی مسیر مراجعه بیماران روانی به بیمارستان امام حسین (ع) در سال ۱۳۷۸. *فصلنامه‌اندیشه و رفتار*، سال ششم، شماره چهار، ۱۲-۴.
- شاه‌محمدی، داود؛ بیان‌زاده، سیداکبر؛ احسان‌منش، مجتبی (۱۳۷۷). بررسی مسیر مراجعه بیماران روانی به مراکز روانپزشکی کشور. *فصلنامه‌اندیشه و رفتار*، سال سوم، شماره چهار، ۱۴-۴.
- Alagband-Rad, J., Boroumand, M., Amini, H., Sharifi, V., Omid, A., & Davari-Ashtiani, R. (2006). Non-affective acute remitting psychosis: A preliminary report from Iran. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113, 96-101.
- Atchison, K. J., Meehan, K., & Murray, R. M. (1999). *First episode psychosis*. London: Martin Dunits.

1- Cole
3- King
5- Hoar

2- Leavy
4- Johnson-Sabin
6- Kohn

- Birchwood, M., Todd, P., & Jackson, C. (1998). Early intervention in psychosis: The critical period hypothesis. *British Journal of Psychiatry, Supplement 172*, 53-59.
- Chen, E. Y., Dunn, E. L., Miao, M. Y., Yeung, W. S., Wong, C. K., & Chan, W. F. (2005). The impact of family experience on the duration of untreated psychosis (DUP) in Hong Kong. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 40*, 350-356.
- Cole, E., Leavy, G., King, M., Johnson-Sabin, E., & Hoar, A. (1995). Pathway to care for patients with a first episode of psychosis. *British Journal of Psychiatry, 167*, 770-776.
- Cougnard, A., Kalmi, E., Desage, A., Misdrahi, D., Abalan, F., & Burn-Rousseau, H. (2004). Pathways to care of first-admitted subjects with psychosis in south-western France. *Psychological Medicine, 34*, 267-276.
- de Haan, L., Peters, B., Dingemans, P., Wouters, L., & Linszen, D. (2002). Attitudes of patients toward the first psychotic episode and the start of treatment. *Schizophrenia Bulletin, 28*, 431-442.
- Drake, R. J., Haley, C. J., Akhtar, S., & Lewis, S. W. (2000). Causes and consequences of duration of untreated psychosis in schizophrenia. *British Journal of Psychiatry, 177*, 511-515.
- Kohn, D., Pukrop, R., Niedersteberg, A., Schultze-Lutter, F., Ruhrmann, S., & Bechdolf, A. (2004). Pathways to care: Help-seeking behavior in first-episode psychosis. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie, 72*, 635-642.
- Larsen, T. K., McGlashan, T. H., Johannessen, J. O., Friis, S., Guldborg, C., & Haahr, U. (2001). Shortened duration of untreated first episode of psychosis: Changes in patient characteristics at treatment. *American Journal of Psychiatry, 158*, 1917-1919.
- McGlashan, T. H. (1999). Duration of untreated psychosis in first-episode schizophrenia: Marker or determinant of course? *Biological Psychiatry, 46*, 899-907.
- Marshall, M., Lewis, S., Lockwood, A., Drake, R., Jones, P., & Croudace, T. (2005). Association between duration of untreated psychosis and outcome in cohorts of first-episode patients: A systematic review. *Archives of General Psychiatry, 62*, 975-983.
- Morgan, C., Mallett, R., Hutchinson, G., Bagalkote, H., Morgan, K., & Fearon, P. (2005). Pathways to care and ethnicity. Sample characteristics and compulsory admission. Report from the AESOP study. *British Journal of Psychiatry, 186*, 281-289.
- Norman, R. M., & Malla, A. K. (2001). Duration of untreated psychosis: A critical examination of the concept and its importance. *Psychological Medicine, 31*, 381-400.
- Norman, R. M., Townsend, L., & Malla, A. K. (2001). Duration of untreated psychosis and cognitive functioning in first-episode patients. *British Journal of Psychiatry, 179*, 340-345.
- Oosthuizen, P., Emsley, R. A., Keyter, N., Niehaus, D. J., & Koen, L. (2005). Duration of untreated psychosis and outcome in first-episode psychosis: Perspective from a developing country. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 111*, 214-219.
- Pek, E., Mythily, S., & Chong, S. A. (2006). Clinical and social correlates of duration of untreated psychosis in first-episode psychosis patients. *Annals of the Academy of Medicine, Singapore, 35*, 24-26.
- Perkins, D. O., Gu, H., Boteva, K., & Lieberman, J. A. (2005). Relationship between duration of untreated psychosis and outcome in first-episode schizophrenia: A critical review and meta-analysis. *American Journal of Psychiatry, 162*, 1785-1804.
- Sim, K., Swapna, V., Mythily, S., Mahendran, R., Kua, E. H., & McGorry, P. (2004). Psychiatric comorbidity in first episode psychosis: The Early Psychosis Intervention Program (EPIP) experience. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 109*, 23-29.
- Wyatt, R. J. (1991). Early intervention with neuroleptics may decrease the long-term morbidity of schizophrenia. *Schizophrenia Research, 5*, 201-202.
- Yamazawa, R., Mizuno, M., Nemoto, T., Miura, Y., Murakami, M., & Kashima, H. (2004). Duration of untreated psychosis and pathways to psychiatric services in first-episode schizophrenia. *Psychiatry and Clinical Neurosciences, 58*, 76-81.