



انجمن علمی پرستاری ایران

روان پرستاری

دوره سوم شماره ۲ (پیاپی ۱۰) تابستان ۱۳۹۴ - شماره استاندارد بین المللی: ۲۳۴۵-۲۵۰۱

- ۱..... مقایسه میزان استرس شغلی زنان پرستار و زنان عضو گروه پزشکی در بیمارستانهای آموزشی منتخب شهر اصفهان
مریم معین، دکتر محسن ادیب حاج باقری
- ۱۱..... اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر شاخص توده بدنی در زنان مبتلا به چاقی
لیلی نوریان، اصغر آقایی
- ۲۱..... اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی گروهی بر کیفیت خواب و اضطراب بیماران سندرم روده تحریک پذیر
جواد محمدی، سیمین غلامرضایی، امیر عزیزی
- ۳۱..... رابطه بین فاجعه سازی درد، اضطراب درد، حمایت اجتماعی و راهبردهای مقابله ای درد در بیماران سرطانی
نرگس صفری، علی کاوسی، لایلا جویباری، اکرم ثناگو
- ۴۳..... مقایسه اثر درمانی فلوکسامین و پاروکستین در درمان بیماران مبتلا به تریکوتیلومانیا
محمد رضا خدایی اردکانی، عماد ثنائی، آرشد میراب زاده، نرگس پورحیدری، ندا علی بیگی، محمد رضا شیخی
- ۵۱..... استرس ادراک شده و شیوه های مقابله با آن در مادران دارای فرزند مبتلا به دیابت نوع یک
مریم گنجور، هادی جعفری منش، مریم جدید میلانی، هاجر صادقی
- ۶۲..... رابطه بین اعتماد اجتماعی و گرایش های مطلوب اجتماعی
فاطمه افقری، سیمین قاسمی
- ۷۲..... مقایسه افسردگی پس از زایمان در پدران و مادران سقزی
رضا قانع قشلاق، حسن محمودی، وجیهه باغی

به نام خداوند جان و خرد
نشریه تخصصی روان پرستاری
فصلنامه علمی - پژوهشی انجمن علمی پرستاری ایران
دوره سوم - شماره ۲ (پیاپی ۱۰) - تابستان ۱۳۹۴

- صاحب امتیاز: انجمن علمی پرستاری ایران
- مدیر مسؤول و سردبیر: دکتر مسعود فلاحی خشکتاب
- مدیر اجرایی: محمدرضا شیخی
- شماره پروانه انتشار وزارت ارشاد اسلامی: ۹۱/۳۴۷۰۲ مورخ ۱۳۹۱/۱۱/۱۶
- شماره بین المللی نشریه چاپی (Print-ISSN): ۲۵۰۱-۲۳۴۵ مورخ ۱۳۹۲/۴/۱۶
- شماره بین المللی نشریه الکترونیکی (e-ISSN): ۲۵۲۸-۲۳۴۵ مورخ ۱۳۹۲/۴/۱۶
- دارای رتبه علمی پژوهشی از یکصد و دهمین جلسه کمیون نشریات علوم پزشکی کشور: به شماره ۱۰۰/۵۱۱ مورخ ۱۳۹۲/۳/۲۷

• **شورای نویسندگان** (به ترتیب حروف الفبا):

• **مشاوران علمی این شماره** (به ترتیب حروف الفبا):

- دکتر فاطمه الحانی، دانشیار آموزش بهداشت دانشگاه تربیت مدرس
- دکتر مسعود بحرینی، دانشیار روان پرستاری دانشگاه علوم پزشکی بوشهر
- دکتر اکبر بیگلریان، استادیار آمار زیستی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- دکتر یداله جنتی، استادیار روان پرستاری دانشگاه علوم پزشکی مازندران
- دکتر محمدرضا خدایی، دانشیار روان پزشکی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- دکتر اصغر دادخواه، استاد توانبخشی روانی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- دکتر محمد ذوالعدل، استادیار روان پرستاری دانشگاه علوم پزشکی یاسوج
- دکتر مهدی رهگذر، دانشیار آمار زیستی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- دکتر کورش زارع، استادیار روان پرستاری دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز
- دکتر سادات سیدباقر مداح، استادیار آموزش پرستاری دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- دکتر نعیمه سیدفاطمی، استاد روان پرستاری دانشگاه علوم پزشکی تهران
- دکتر فرخنده شریف، استاد روان پرستاری دانشگاه علوم پزشکی شیراز
- دکتر فرشید شمسایی، استادیار روان پرستاری دانشگاه علوم پزشکی همدان
- دکتر رضا ضیغمی، استادیار روان پرستاری دانشگاه علوم پزشکی قزوین
- دکتر عباس عبادی، استاد پرستاری داخلی جراحی دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله الاعظم (عج)
- دکتر فرید فدایی، دانشیار روان پزشکی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- دکتر مسعود فلاحی خشکتاب، دانشیار روان پرستاری دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- دکتر پروانه محمدخانی، استاد روان شناسی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- دکتر عیسی محمدی، دانشیار پرستاری داخلی جراحی دانشگاه تربیت مدرس
- دکتر ندا مهرداد، استادیار پرستاری بهداشت جامعه دانشگاه علوم پزشکی تهران
- دکتر علی نجومی، دانشیار انستیتو پاستور ایران
- دکتر علی نویدبان، دانشیار مشاوره دانشگاه علوم پزشکی زاهدان
- دکتر علیرضا نیکبخت نصرآبادی، استاد پرستاری داخلی جراحی دانشگاه علوم پزشکی تهران
- دکتر فریده یغمایی، دانشیار بهداشت دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
- دکتر شهرزاد یکتاطلب، استادیار روان پرستاری دانشگاه علوم پزشکی شیراز

• **ویراستار انگلیسی:** دکتر علی نجومی

• **ویراستار فارسی:** محمدرضا شیخی

• **حروفچینی و صفحه‌آرایی:** مهندس صادق توکلی

• **طراح جلد:** مهندس صادق توکلی

• **ناشر:** انجمن علمی پرستاری ایران

• **نشانی:** تهران - میدان توحید - دانشکده پرستاری و مامایی تهران

• **کدپستی:** ۱۴۱۹۷۳۳۱۷۱، **صندوق پستی:** ۱۴۱۹۵/۳۹۸، **تلفن و نمابر:** ۶۶۵۹۲۵۳۵

• **e-mail:** info@ijpn.ir , **Website:** http://ijpn.ir

مقایسه اثر درمانی فلووکسامین و پاروکستین در درمان بیماران مبتلا به تریکوتیلومانیا

محمد رضا خدایی اردکانی^۱، * عماد ثنایی^۲، آرش میراب زاده^۳، نرگس پورحیدری^۴، ندا علی بیگی^۵، محمد رضا شیخی^۶

چکیده

مقدمه: تریکوتیلومانیا یک اختلال کنترل تکانه کندن مو می باشد که منجر به از دست دادن واضح مو می شود. درمان های متعددی برای این اختلال پیشنهاد شده است ولی در مورد مقایسه اثر روش های درمانی، مطالعات به حد کافی وجود ندارند. این تحقیق با هدف مقایسه اثر درمانی فلووکسامین و پاروکستین در درمان بیماران مبتلا به تریکوتیلومانیا انجام شد.

روش ها: در این مطالعه ۵۸ بیمار مراجعه کننده به درمانگاه روانپزشکی و پوست به صورت تصادفی در دو گروه درمان با پاروکستین و فلووکسامین قرار گرفتند. هر دو گروه قبل از شروع درمان، پرسشنامه استاندارد (NIMH) National Institute of Mental Health را پر نموده و در گروه اول درمان با فلووکسامین و در گروه دوم درمان با پاروکستین انجام شد. در هر دو گروه پرسشنامه ۴ هفته و ۱۲ هفته پس از درمان تکمیل شد. از ۵۸ بیماری که وارد مطالعه شدند، ۶ بیمار از ادامه مطالعه خارج گردیدند.

یافته ها: در گروه بیماران تحت درمان با فلووکسامین اثر درمانی در ۱۲ هفته بیش از ۴ هفته بود. در مورد درمان با پاروکستین اثرات درمان هم در ۴ هفته (پس آزمون) و هم در ۱۲ هفته (پیگیری) مشاهده شد. جهت تجزیه و تحلیل داده ها از آزمون آماری T مستقل و t- Paired test استفاده شد و سطح معنی داری در این مطالعه $P < 0.05$ در نظر گرفته شد. داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS v.20 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتیجه گیری: در مقایسه دو روش درمانی اثرات درمانی فلووکسامین در ۱۲ هفته مشاهده گردید. حال آن که در مورد پاروکستین هم در ۴ هفته و هم در ۱۲ هفته اثر درمانی حاصل شد. بیانگر آن است که بیماران تحت درمان با پاروکستین سریع تر از درمان سود می برند و در مجموع بیماران تحت درمان پاروکستین نتیجه درمانی بهتری نشان دادند.

کلید واژه ها: تریکوتیلومانیا، فلووکسامین، پاروکستین.

تاریخ پذیرش: ۹۴/۴/۱

تاریخ دریافت: ۹۳/۹/۶

۱- دانشیار، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت و عضو گروه روانپزشکی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران.

۲- روانپزشک، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران. (نویسنده مسؤول)

پست الکترونیکی: dr_e_sanaei@yahoo.com

۳- دانشیار، گروه روانپزشکی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران.

۴- متخصص پوست، جهاد دانشگاهی دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

۵- استادیار، گروه روانشناس بالینی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران.

۶- دانشجوی دکترای تخصصی پرستاری، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران

مقدمه

تریکوئیلومانیایک اختلال کنترل تکانه کندن مو می باشد که منجر به از دست دادن واضح مو می‌شود. این بیماری ابتدا در سال ۱۸۸۹ توسط یک درماتولوژیست فرانسوی بنام فرانسوا هنری هالوپه تشخیص داده شد (۱،۲). تریکوئیلومانیایک اختلال کنترل تکانه در (DSM-V) Diagnostic and statistical manual of disorders طبقه بندی می گردد و معیارهای تشخیصی آن شامل ۱- بیرون کشیدن یا کندن مو که منجر به از دست دادن واضح مو می شود ۲- افزایش احساس فشار قبل از کشیدن یا کندن مو ۳- احساس خوشایند، خشنودی یا آسودگی هنگام کندن و خارج کردن مو ۴- این اختلال بوسیله اختلال جدی روانی و جسمی دیگری قابل توجیه نیست ۵- وجود نقص عمده بالینی در عملکرد اجتماعی، شغلی است (۱-۳). شیوع و بروز بیماری نامشخص، ولی به نظر می رسد شیوع آن به اندازه ای هست که مورد توجه بالینی قرار گیرد. با این وجود مطالعات بهداشت روانی نشان داده است که در کمتر از یک درصد افراد مراجع، به مراکز روانپزشکی و کلینیک های پوست و مو از این اختلال رنج می برند (۴). بیماری به طور شایع زنان را بیشتر از مردان مبتلا می کند (با نسبت ۱۰ به ۱) و این اختلال در سه گروه بر اساس سن (a) شیرخوارگی یا بچه های پیش دبستانی (b) پیش نوجوانی و بزرگسالان جوان (متوسط سن شروع ۱۳ سالگی است) (c) بزرگسالان دسته بندی شده اند.

این اختلال با کشیدن یا کندن مو اساسا پوست سر را درگیر می کند. در حالی که دیگر مکان های شایع ابروها و مژه ها می باشند. دو نوع بیرون کشیدن یا کندن مو توصیف شده است. کشیدن کانونی (Focused pulling out) که به عنوان استفاده از یک عمل عمدی برای کنترل تجارب شخصی ناخوشایند در نظر گرفته می شوند و کشیدن خودکار (Automatic Pulling out) که به نظر خارج از حیطه آگاهی شخصی و اغلب طی فعالیت های غیرمتحرک و ثابت اتفاق می افتد (۱). بیماران مبتلا به تریکوئیلومانیایک اختلال کنترل تکانه درماتولوژیست فرانسوی بنام فرانسوا هنری هالوپه تشخیص داده شد (۱،۲). تریکوئیلومانیایک اختلال کنترل تکانه در (DSM-V) Diagnostic and statistical manual of disorders طبقه بندی می گردد و معیارهای تشخیصی آن شامل ۱- بیرون کشیدن یا کندن مو که منجر به از دست دادن واضح مو می شود ۲- افزایش احساس فشار قبل از کشیدن یا کندن مو ۳- احساس خوشایند، خشنودی یا آسودگی هنگام کندن و خارج کردن مو ۴- این اختلال بوسیله اختلال جدی روانی و جسمی دیگری قابل توجیه نیست ۵- وجود نقص عمده بالینی در عملکرد اجتماعی، شغلی است (۱-۳). شیوع و بروز بیماری نامشخص، ولی به نظر می رسد شیوع آن به اندازه ای هست که مورد توجه بالینی قرار گیرد. با این وجود مطالعات بهداشت روانی نشان داده است که در کمتر از یک درصد افراد مراجع، به مراکز روانپزشکی و کلینیک های پوست و مو از این اختلال رنج می برند (۴). بیماری به طور شایع زنان را بیشتر از مردان مبتلا می کند (با نسبت ۱۰ به ۱) و این اختلال در سه گروه بر اساس سن (a) شیرخوارگی یا بچه های پیش دبستانی (b) پیش نوجوانی و بزرگسالان جوان (متوسط سن شروع ۱۳ سالگی است) (c) بزرگسالان دسته بندی شده اند.

باشند. در گروه بزرگی از بیماران مبتلا به تریکوئیلومانیایک اختلال اساسی شایعترین اختلال خلقی همراه و اختلال اضطراب منتشر، شایعترین اختلال اضطرابی همراه بوده است (۱).

علت تریکوئیلومانیایک اختلال کنترل تکانه تحت بررسی است (۴). این که آیا تریکوئیلومانیایک اختلال اساسی است، نوعی از اختلال وسواسی- جبری بوده و یا علامتی است که در مشکلات مختلف دیده می شود، پرسشی است که هنوز مورد بحث محققان و پزشکان است.

تریکوئیلومانیایک اختلال وسواسی- جبری بوده و یا علامتی است که در مشکلات مختلف دیده می شود، پرسشی است که هنوز مورد بحث محققان و پزشکان است. تریکوئیلومانیایک اختلال وسواسی- جبری بوده و یا علامتی است که در مشکلات مختلف دیده می شود، پرسشی است که هنوز مورد بحث محققان و پزشکان است. تریکوئیلومانیایک اختلال وسواسی- جبری بوده و یا علامتی است که در مشکلات مختلف دیده می شود، پرسشی است که هنوز مورد بحث محققان و پزشکان است. تریکوئیلومانیایک اختلال وسواسی- جبری بوده و یا علامتی است که در مشکلات مختلف دیده می شود، پرسشی است که هنوز مورد بحث محققان و پزشکان است.

شواهد بیانگر آن است که پیامد کندن موها بیشتر از ۶۰ درصد بالغین مبتلا به تریکوئیلومانیایک اختلال وسواسی- جبری بوده و یا علامتی است که در مشکلات مختلف دیده می شود، پرسشی است که هنوز مورد بحث محققان و پزشکان است. شواهد بیانگر آن است که پیامد کندن موها بیشتر از ۶۰ درصد بالغین مبتلا به تریکوئیلومانیایک اختلال وسواسی- جبری بوده و یا علامتی است که در مشکلات مختلف دیده می شود، پرسشی است که هنوز مورد بحث محققان و پزشکان است. شواهد بیانگر آن است که پیامد کندن موها بیشتر از ۶۰ درصد بالغین مبتلا به تریکوئیلومانیایک اختلال وسواسی- جبری بوده و یا علامتی است که در مشکلات مختلف دیده می شود، پرسشی است که هنوز مورد بحث محققان و پزشکان است.

طبق ملاک های DSM-V سیر اختلال به خوبی معلوم نشده است ولی به نظر می رسد که این اختلال، مقاوم به درمان می باشد که گهگاه تا ۳ دهه ثابت می ماند. سیر کلینیکی با عود مکرر و بهبود همراه بوده، تشدید و بهبودی مکرر به فراوانی دیده می شود (۴). در تشخیص افتراقی تریکوئیلومانیایک اختلال وسواسی- جبری بوده و یا علامتی است که در مشکلات مختلف دیده می شود، پرسشی است که هنوز مورد بحث محققان و پزشکان است. در تشخیص افتراقی تریکوئیلومانیایک اختلال وسواسی- جبری بوده و یا علامتی است که در مشکلات مختلف دیده می شود، پرسشی است که هنوز مورد بحث محققان و پزشکان است. در تشخیص افتراقی تریکوئیلومانیایک اختلال وسواسی- جبری بوده و یا علامتی است که در مشکلات مختلف دیده می شود، پرسشی است که هنوز مورد بحث محققان و پزشکان است.

نمونه و مطالعات قبلی تعداد ۵۸ نفر به صورت تصادفی انتخاب گردیدند.

معیارهای ورود به مطالعه شامل: ۱- داشتن معیارهای تشخیصی DSM IV-TR، ۲- نداشتن سابقه درمان، ۳- تحت درمان با داروها یا روشهای دیگر درمان تریکوتیلومانی یا درمانهای موضعی نبودند. ۴- نداشتن همزمان سابقه ابتلا به اختلال روانپزشکی مانند اسکیزوفرنیا، دو قطبی، افسردگی ماژور و اضطراب. ۵- عدم ابتلاء به بیماری های ارگانیک مؤثر در اختلال روان شناختی و اعتیاد. ۶- مبتلا به سایر بیماریهای پوستی، مانند پسوریازیس، لیکن پلان و آلوپسی آراتا نبودند. ۷- با رضایت آگاهانه در مطالعه شرکت نمودند. ۸- بالغین، بالای سن ۱۷ سال بودند.

ملاکهای خروج شامل عدم رضایت بیمار، سو مصرف مواد مخدر و بیماری جسمی شدید بود. ابزار این مطالعه مصاحبه نیمه ساختار یافته بر مبنای ملاکهای DSM IV-TR، پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی و پرسشنامه NIMH بود. این پرسشنامه برگردان فارسی پرسشنامه استاندارد NIMH می باشد که در چندین مطالعه استفاده شده است و با توجه به این که پرسشنامه، بر مبنای سوالات مشخص مانند مدت و مکان کندن مو، وجود تنش هنگام کندن می باشد احتیاج به بومی سازی ندارد (۱۲).

پرسشنامه شامل ۶ سؤال می باشد که در رفتار و احساسات بیمار در طول زمان بوده و از بیمار در مورد مدت زمان اختصاص داده شده به کندن مو، ناحیه کندن مو در بدن، احساسات و افکار وی پیش از کندن موهای خود، تلاش برای مقاومت در برابر اجبار به کندن مو، میزان احساس ناراحتی وی از این عادت و میزان و نحوه تداخل این بیماری با زندگی روزمره وی سوال می کند. که نمره دهی ۵ سوال آن بر اساس شدت بیماری می باشد و کل نمرات پرسشنامه ۲۴ نمره خواهد بود و یک سوال پرسشنامه در مورد احساس پیش از کندن مو می باشد.

پس از تقسیم بندی بیماران به دو گروه درمانی به طور تصادفی، گروه اول تحت درمان با فلووکسامین شرکت دارویی فایزر و گروه دوم تحت درمان با پاروکستین شرکت دارویی

این حوزه معتقدند، دارو مؤثرترین درمان در تریکوتیلومانی است حال آنکه ۵۴٪ معتقدند، درمان های شناختی رفتاری، درمان مؤثرتری است (۸).

بیشتر آزمون های در مورد درمان با مهار کننده های بازجذب سروتونین برای درمان تریکوتیلومانی، پاسخ درمانی مثبت با سودمندی کوتاه مدت و بلند مدت را پیشنهاد می کنند (۱). توافق همگانی بالینی اخیراً بر این است که بیماران بایستی یک آزمون طولانی (بیشتر از ۱۲ هفته) با مهار کننده های بازجذب سروتونین همراه با افزایش تدریجی دوز تا بالاترین سطوح تأیید شده در بیماران غیرپاسخ دهنده داشته باشند (۱). فلووکسامین و پاروکستین دو مهارکننده های انتخابی بازجذب سروتونین هستند، که در مطالعات مختلف برای درمان تریکوتیلومانی به کارگرفته شده اند. با توجه به اثر بخشی بیشتر فلووکسامین و پاروکستین در بین داروهای مهارکننده های انتخابی بازجذب سروتونین در بیماران مبتلا به اختلال وسواسی-جبری (۹) و با توجه به زمینه ژنتیکی مشترک این دو بیماری و از آنجا که تا کنون اثر بخشی این دو دارو در هیچ مطالعه ای مقایسه نشده است این مطالعه با هدف مقایسه اثر درمانی فلووکسامین و پاروکستین در درمان بیماران مبتلا به تریکوتیلومانی انجام شد.

روش مطالعه

این پژوهش مطالعه ای از نوع کاربردی و بر اساس روش جمع آوری داده ها از نوع شبه آزمایشی بود. این پژوهش دو گروهی با پیش آزمون (قبل از شروع درمان)، پس آزمون (۴ هفته درمان) و آزمون پیگیری (۱۲ هفته درمان) به صورت زیر انجام شد:

$$E_1 = T_1 \quad X_1 \quad T_2 \quad T_3$$

$$E_2 = T_1 \quad X_2 \quad T_2 \quad T_3$$

جامعه این پژوهش شامل مبتلایان به تریکوتیلومانی مراجعه کننده به درمانگاه های روانپزشکی و پوست شهر تهران بودند. نمونه آماری کلیه مراجعین به درمانگاه روانپزشکی رازی، در دو کلینیک خصوصی پوست و یک کلینیک خصوصی روانپزشکی در طی سالهای ۹۱-۱۳۹۰ بود که با توجه به فرمول حجم

برای اطمینان از مصرف دارو توسط بیماران به صورت هفتگی و با تماس تلفنی بیماران و هم چنین نظارت خانواده، پیگیری می شدند. کلیه ملاحظات اخلاقی اعم از محرمانه بودن اطلاعات، رضایت آگاهانه در این مطالعه رعایت گردید.

یافته ها

نتایج این مطالعه نشان داد که از تعداد ۵۸ نفر بیمار مبتلا به تریکوتیلومانیا در طی مطالعه ۶ بیمار به علل: بیقراری، اضطراب به دنبال مصرف دارو، خواب آلودگی و تداخل با فعالیت های روزانه بیمار، کاهش میل جنسی، ترس از وابستگی به دارو توسط خود و یا همراهان بیمار از مطالعه خارج شدند که نهایتاً تعداد ۵۲ بیمار تا انتهای مطالعه مورد بررسی و پیگیری قرار گرفتند.

میانگین سنی بیماران در گروه درمان با فلووکسامین ۲۴.۴۲ سال و در بیماران تحت درمان با پاروکستین میانگین سنی ۲۵.۷۳ سال بود. تعداد ۱۶ نفر از بیماران مرد و ۳۶ نفر زن بودند. از مجموع ۵۲ نفر، ۳۱ نفر (۵۹/۶ درصد) ناحیه سر را درگیر بیماری اعلام کرده اند. تعدادی نیز ناحیه سر را به همراه دیگر نواحی مشخص کرده اند. ۸ نفر (۱۵/۴ درصد) ناحیه سر و ابرو، ۲ نفر (۳/۸ درصد) سر و مژه و دو نفر دیگر نیز سر را به همراه بدن، ابرو و مژه انتخاب کرده اند. بنابراین ناحیه اصلی درگیر در بیماری تریکوتیلومانیا ناحیه سر شناخته می شود. نکته این که در گزینه های مربوط به این سؤال نواحی تناسلی نیز وجود داشت که بدون پاسخ گزارش گردید. جدول شماره (۱).

فایزر قرار گرفتند. در گروه اول فلووکسامین با دوز ۵۰ میلی گرم روزانه شروع شده و پس از هفته اول به دوز درمانی ۱۰۰ میلی گرم (دوز درمانی مؤثر) در روز، افزایش داده شد.

در گروه دوم پاروکستین با دوز ۱۰ میلی گرم روزانه شروع شد و پس از هفته اول به ۲۰ میلی گرم روزانه افزایش داده می شد. هر دو گروه به مدت ۱۲ هفته تحت درمان های دارویی ذکر شده قرار می گرفتند. پرسشنامه شدت بیماری توسط بیماران در سه نوبت (پیش از شروع درمان، ۴ هفته پس از شروع درمان و ۱۲ هفته پس از درمان) تکمیل شده و در انتهای مطالعه میانگین نمرات بیماران در هر گروه و نیز بین دو گروه در زمان های مختلف با یکدیگر مقایسه شدند. داده های به دست آمده از پرسشنامه، وارد نرم افزار SPSS v.20 گردید و با کمک آزمون آماری تی مستقل و تی زوجی آنالیز شدند. با توجه به استفاده از پیش آزمون، آزمون تحلیل کواریانس برای مقایسه دو گروه پژوهش به کار رفت. سطح معنی داری در این مطالعه $P < 0.05$ در نظر گرفته شد. متغیر مستقل در این پژوهش نوع درمان دارویی تریکوتیلومانیا بود که در دو سطح اجرا شد. پس از تعیین افراد دو گروه، یک گروه داروی فلووکسامین و گروه دیگر داروی پاروکستین دریافت نمودند. متغیر وابسته جواب به درمان و کاهش علائم اختلال تریکوتیلومانیا بود که برای هر دو گروه در سه نوبت (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) اندازه گیری شد.

جدول ۱- توزیع فراوانی بر حسب نواحی درگیری در بیماری تریکوتیلومانیا

ناحیه بدن	فراوانی	درصد فراوانی
سر	۳۱	۵۹/۶
دست/پا/بدن	۲	۳/۸
ابرو	۳	۵/۸
مژه	۲	۳/۸
ریش	۱	۱/۹
سر + ابرو	۸	۱۵/۴
سر + مژه	۲	۳/۸
سر + ریش	۱	۱/۹
دست/پا/بدن + ریش	۱	۱/۹
سر + ابرو + مژه	۱	۱/۹
مجموع	۵۲	۱۰۰/۰

نشان دهنده رابطه معنی دار بین آنهاست. همچنین اثر گروه معنی دار نشده است (سطح معنی داری بیش از ۰/۰۵). این یافته نشان می دهد در پس آزمون اثر دو روش درمانی نسبتاً یکسان بوده است

جدول (۲) مقایسه اثر درمانی دو گروه پاروکستین و فلووکسامین در درمان بیماران مبتلا به تریکوتیلومانیا در پس آزمون را نشان می دهد. اثر پیش آزمون معنی دار و اثر گروه غیر معنی دار بود. معنی دار بودن اثر پیش آزمون بر پس آزمون

جدول ۲- نتایج آزمون تحلیل کواریانس برای مقایسه اثر دو گروه درمانی در پس آزمون

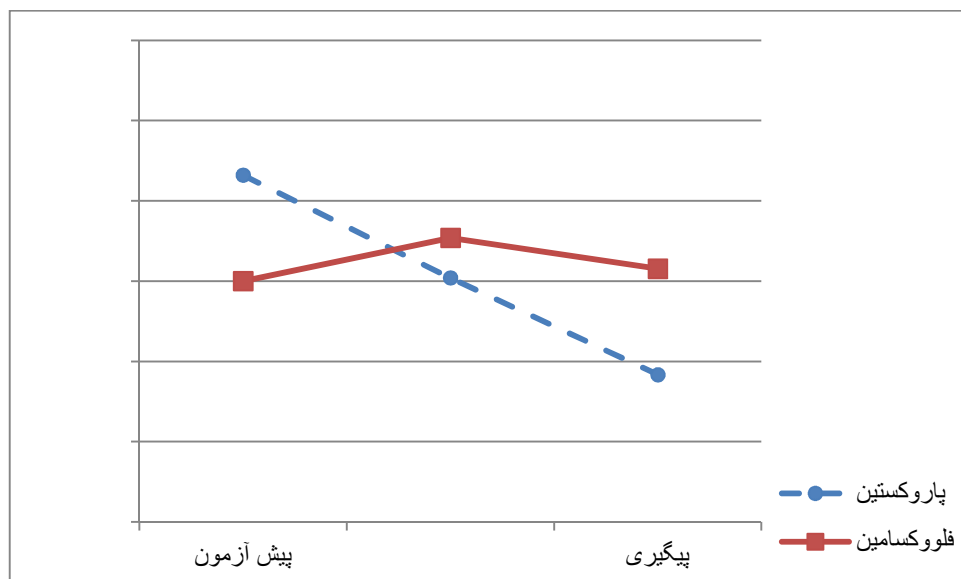
منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری
پیش آزمون	۳۳۷/۱۶	۱	۳۳۷/۱۶	۱۳۷/۵۱	۰/۰۰
گروه	۹/۱۰	۱	۹/۱۰	۳/۷۱	۰/۰۶
خطا	۱۱۷/۶۹	۴۸	۲/۴۵		
مجموع	۶۲۳۷	۵۱			

جدول ۳- نتایج آزمون تحلیل کواریانس برای مقایسه اثر دو گروه درمانی در پیگیری

منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری
پیش آزمون	۲۴۲/۹۸	۱	۲۴۲/۹۸	۹۲/۷۰	۰/۰۰
گروه	۱۶/۱۵	۱	۱۶/۱۵	۶/۱۶	۰/۰۱
خطا	۱۲۳/۱۹	۴۷	۲/۶۲		
جمع	۵۶۳۵	۵۰			

معنی دار بین آنهاست. همچنین اثر گروه معنی دار شده است (سطح معنی داری ۰/۰۱). در آزمون پیگیری روش درمانی پاروکستین بهتر عمل کرده است. تفاوت بین دو شیوه درمانی در آزمون پیگیری بیشتر نمایان شده است.

جدول (۳) مقایسه اثر درمانی دو گروه پاروکستین و فلووکسامین در درمان بیماران مبتلا به تریکوتیلومانیا در آزمون پیگیری را نشان می دهد. همان طور که از جدول مشخص است هم اثر پیش آزمون و هم اثر گروه معنی دار است. معنی دار بودن اثر پیش آزمون بر آزمون پیگیری نشان دهنده رابطه



نمودار ۱- مقایسه روند دو گروه درمانی پاروکستین و فلووکسامین در درمان تریکوتیلومانیا

بحث

بر اساس یافته های این مطالعه یک عامل موثر در شیوع اختلال تریکو تیلو مانیا جنسیت بیماران بود. از نظر توزیع جنسیتی، در گروه درمان با فلووکسامین اکثر بیماران تحت درمان را نیز زنان تشکیل می داد، همچنین در گروه تحت درمان با پاروکستین بیشتر مراجعین را بانوان شامل شد. در مجموع هر دو گروه زنان بیشتر از آقایان به این بیماری مبتلا شده بودند. لذا از نظر توزیع جنسیتی در این مطالعه، شیوع این اختلال در جنس مؤنث بیشتر گزارش شد همان طور که در برخی از مطالعات هم همین گونه به اثبات رسیده است (۱۰).

از نقطه نظر نواحی درگیر در بیماران شیوع نواحی درگیر به ترتیب درگیری در ناحیه سر، درگیری در ناحیه سر و ابرو، درگیری در ناحیه ابرو را داشته اند و بقیه بیماران درگیری نواحی مژه، دست، پا، بدن و ریش را گزارش کردند بنابراین ناحیه اصلی درگیر در بیماری تریکوتیلومانیا در این مطالعه، موهای ناحیه سر بود. همان طور که در مطالعات قبلی نیز، سر بیشترین منطقه درگیری درگیریموهای سر گزارش شده است (۵،۱۱).

در برخی مطالعات انجام شده، درمان اختصاصی برای تریکوتیلومانیا مشخص نشده است و هیپنوتیزم، درمان های رفتاری، درمان های بینش گرا و درمان های دارویی به عنوان درمان های کمک کننده پیشنهاد شده است که در مورد درمان های دارویی کلومپیرامین و داروهای مهارکننده باز جذب سروتونین مانند فلوکستین، فلووکسامین، پاروکستین، سرتالین و سیتالوپرام پیشنهاد شده است ولی در مورد اولویت انتخاب دارو بحث نشده است (۱۳). فلووکسامین و پاروکستین هر دو از رده داروهای مهارکننده بازجذب سروتونین می باشد که روی اختلالات طیف و سواس که تریکوتیلومانیا هم بخشی از این طیف است موثر است (۱۴) و نتیجه تحقیق انجام شده در هفته چهارم درمان هم همسو با آن می باشد و برتری خاصی گزارش نشد و تحقیقی هم که مخالف این نتیجه گیری باشد در بررسی متون یافت نشد.

در پس آزمون (۴ هفته پس از درمان)، هردو روش درمانی مؤثر بود. و اثر هر دو روش درمانی نسبتاً یکسان مشاهده گردید

در حالی که در گروه آزمون پیگیری (۱۲ هفته)، روش درمانی پاروکستین مؤثرتر از روش درمانی فلووکسامین نشان داده شد. لذا این مطالعه نشان می دهد که بین میزان اثر پاروکستین و فلووکسامین در بیماران مبتلا به تریکوتیلومانیا تفاوت معنی داری به خصوص در آزمون پیگیری (۱۲ هفته بعد) وجود دارد و در نهایت بیماران تحت درمان با پاروکستین در آزمون پیگیری (۱۲ هفته) در مقایسه با فلووکسامین، سود بیشتری از درمان برده اند. با آنکه در زمینه اثر داروهای مهار کننده اختصاصی باز جذب سروتونین تحقیقات زیادی در زمینه موثر بودن آن ها در اداره تریکوتیلومانیا انجام شده است (۱) لیکن اثر درمانی پاروکستین کمتر مورد توجه محققین قرار گرفته است. از محدودیت های پژوهش حاضر، تعداد نمونه کم و مدت پیگیری کوتاه و مقایسه دو داروی از یک خانواده بود.

نتیجه گیری نهایی

نتایج این مطالعه نشان داد در پی گیری بیماران به مدت ۴ هفته و ۱۲ هفته پس از درمان با داروهای فلووکسامین و پاروکستین، در ۴ هفته پس از درمان در هر دو گروه اثر درمانی ظاهر شده و ارزش درمانی هر دو دارو یکسان مشاهده شد. لیکن در پی گیری ۱۲ هفته، در هر دو گروه اثر درمانی وجود داشت لیکن اثر درمانی پاروکستین بیشتر از فلووکسامین مشاهده گردید. لذا محققین برای درمان این اختلال در طولانی مدت داروی پاروکستین را توصیه می نمایند. نتایج این پژوهش می تواند راهنمایی برای پژوهشگران عرصه روانپزشکی در درمان بیماران مبتلا به اختلال تریکوتیلومانیا باشد. که توصیه می شود در پژوهش های بعدی از تعداد نمونه بیشتر و پیگیری زمانی بیشتر و مقایسه بین دارودرمانی با سایر روش های درمانی دارویی و غیر دارویی استفاده گردد.

تشکر و قدردانی

از کلیه بیماران شرکت کننده در مطالعه، اساتید و همکاران محترم بیمارستان روانپزشکی رازی و سه کلینیک خصوصی و سایر عزیزانی که در اجرای این پژوهش همکاری صمیمانه نموده اند تشکر و قدردانی می گردد.

منابع

- 1- Kaplan H S. Synopsis of psychiatry, ninth edition 2009.p: 2438-2439
- 2- Hallopeau M. Alopecie par grattage (trichomanie ou trichotillomaniel). Ann Dermatol Syphil. 1889; 10:440-1.
- 3- American psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of disorders. 5th edition text revision. Washington (DC): American psychiatric Association; 2012;56-60
- 4- Comprehensive textbook of psychiatry 2009.107-109
- 5- Fitzpatrick S. Dermatology in general medicine, seven Editions.2010.p: 769-770
- 6- Mansueto CS, Townsley – Stemberger RM, Mc Combs A. Trichotillomania: a comprehensive behavioral model. Clines psych Rev: 1991; 17:567- 77.
- 7- Stemberger RMT, Thomas AM, Mansueto CS, et al. personal toll of trichotillomania: behavioral and interpersonal sequel. Journal of Anxiety Disorder: 2000; 14: 97-104.
- 8- Marcks BA, Wetterneck CT, Woods DW. Investigating health care providers' knowledge about Trichotillomania and its treatment. Cogn Behar Ther 2006; 35:19-27.
- 9- Ständer S, Böckenholt B, Schürmeyer H, Funda W, Carsten; H, Gereon; L, Thomas A, Schneider G. Treatment of chronic pruritus with the selective Serotonin Re-uptake Inhibitors paroxetine and Fluvoxamine: Results of an open – labeled, Two-arm proof-of-concept study. Volume 89, Number 1, January 2009, PP. 45-51
- 10- Duke DC, Keeley ML, Geffken GR, Storch EA. Trichotillomania: A Current review. Clin Psycho Rev. 2010 Mar; 30(2): 181 -93.
- 11- Wetterneck T, Woods, DW, Norberg MM, Begotka AM. The social and economic impact of trichotillomania: Results from two no referred samples. Behavioral Interventions. 2006; 97-109.

Comparison of paroxetine versus Fluvoxamine in Trichotillomania Management

Khodaie Ardakani¹ MR (Ph.D) – *Sanaei² E (Msc) - Mirabzadeh³ A (Ph.D) - Poorheidari⁴ N (Ph.D) – Alibaigi⁵ N (Msc) – Sheikhi⁶ MR (Ph.D)

Abstract

Introduction: Trichotillomania is an impulse control disorder that leads to obvious hair loss. Several treatments are supposed to be effective but there are not enough data to compare effect of this treatment. The aim of this study is to compare effectiveness of treatment with Fluvoxamine vs. Paroxetine in patients with Trichotillomania.

Methods: in this study 58 patients were randomly assigned into two therapeutic groups of Paroxetine and Fluvoxamine treatments. National Institute of Mental Health (NIMH) questionnaire was translated into Persian and administered to both groups before the beginning of treatment and 4 weeks & 12 weeks after treatment; patients discontinued the treatment and left the study. Data analysis was done with independent T-test & paired T-test & the data were analyzed using SPSS-20 software.

Results: In the group of patients with Fluvoxamine treatment, Effectiveness of therapy in 12th week was greater than 4th week, whereas the effectiveness of treatment with Paroxetine was seen in both 4th week & 12th week after initiation of therapy and was more effective than fluvoxamine.

Conclusion: regarding the comparison of two therapeutic methods, the effect of Fluvoxamine was started in 12 weeks whereas the therapeutic effect for Paroxetine was both in 4 week & 12 weeks. This shows that patients with Paroxetine treatment responds more rapidly therefore have better therapeutic response.

Key words: Trichotillomania, Fluvoxamine, Paroxetine.

Received: 27 November 2014

Accepted: 22 June 2015

1- Associate professor, Department of psychiatry, Center of Social Determent of Health. University of Social Welfare & Rehabilitation sciences Tehran. Iran

2- Psychiatrist, University of Social Welfare & Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran. (**Correspond Author**)

E-mail: dr_e_sanaei@yahoo.com

3- Associate Professor, Department of psychiatry, Center of Social Determent of Health, University of Social Welfare & Rehabilitation sciences, Tehran, Iran.

4- Dermatologist-Jahad e Daneshgahi Center, Tehran, Iran.

5- Assistant Professor, Department of psychology, University of Social Welfare & Rehabilitation sciences, Tehran, Iran.

6- PHD candidate of Nursing, Department of Nursing, University of Social Welfare & Rehabilitation sciences Tehran, Iran.



**Iranian Nursing
Scientific Association**

Iranian Journal of Psychiatric Nursing

Vol.3 Issue.10 No.2 Summer 2015 ISSN: 2345-2501

- Comparison of Occupational Stress among Female Nurses and Female Members of the Medical Group in Chosen Training Hospitals in Isfahan.....1**
Moein M (MS) - Adib Hajbaghery M (Ph.D)
- Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on the Body Mass Index in women afflicted with obesity.....11**
Nourian L (MSc) - Aghaei A (PhD)
- Effectiveness of dialectical behavior therapy on Quality of sleep and anxiety in patients with irritable bowel syndrome.....21**
Mohamadi J (Ph.D Cond) - Gholamrezae S (Ph.D) - Azizi A (Ph.D Cond)
- The Relationship between Pain Catastrophizing, pain-related Anxiety, Social Support and Coping Strategies in cancer patients.....31**
Safari N(Msc) - Kavosi A(Msc) - Jouybari L(PhD) - Sanagu A(PhD)
- Comparison of paroxetine versus Fluvoxamine in Trichotillomania Management.....43**
Khodaie Ardakani MR (Ph.D) - Sanaei E (Msc) - Mirabzadeh A (Ph.D) - Poorheidari N (Ph.D) - Alibaigi N (Msc) - Sheikhi MR (Ph.D)
- The strategies to deal with stress in mothers of children with type I diabetes.....51**
Ganjvar M (BSc) - Jafarimanesh H (MSc) - Jadid Milani M (PhD) - Sadeghi H (MSc)
- The Relationship between Social Trust and Prosocial Tendencies.....62**
Afghari F (MA) - Ghasemi S (MA)
- A comparison of postpartum depression between fathers and mothers in Saqqez.....72**
Ghanei Ghesblagh R (MSc) - Mahmoodi H (MSc) - Baghi V (BSc)