



GHALIB MEDICAL JOURNAL

(MJ)

Journal Homepage: <https://www.mj.ghalib.edu.af>

ISSN

P: 3105-0786

E: 3006-094X



Publisher: [Ghalib University-Herat](#)

<https://doi.org/10.58342/MJ.V.3.I.2.11>

Descriptive Study Acute Psychosis in Mental Health Department at Herat Regional Hospital in 1403

Mohammad Shafiq Omaier^{1*}

1*. Specialist in Mental Health Department at Herat regional hospital (Corresponding author Email: shafiqomaier@gmail.com)

Article Info

Article type:
Research Article

Pp: 185-201

Received:
02/06/2026

Accepted:
12/09/2026

Published:
23/09/2026

ABSTRACT

Background and Objective: Acute psychosis is a complex and severe mental disorder characterized by significant alterations in individual's thoughts, feelings, and behavior. This disorder can severely impact the individual's quality of life and disrupt their ability to perform daily activities. Acute psychosis is typically associated with symptoms such as delusions, hallucinations, and emotional disturbances, affecting not only the individual but also their family and society.

Method: The target population of this study includes all patients with acute psychosis at the Herat Provincial Hospital in the year 1403. Various methods were employed to collect data, including reviewing patient admission logs, medical records, and HMIS reports. From surveyed patients, 374 individuals were selected using a convenient sampling method. This research is descriptive cross-sectional in nature, utilizing a quantitative approach in a retrospective design.

Findings/ Result: In the mental health service, 374 cases of psychosis were recorded, representing 5% of the total cases. The group of 18 to 34 years comprises the highest number of patients, with 261 cases, or 70%. Regarding the causes of onset, 200 cases (53%) were attributed to psychological disorders, while 100 cases (27%) were due to substance abuse. In terms of gender, there were 210 males (approximately 56%) and 164 females (about 44%). The majority of patients were married, with 294 cases, representing 79%. In terms of employment, 150 patients (about 40%) were unemployed, and 224 patients (approximately 32%) were self-employed.

Conclusion: Significant psychological and social factors influence the health of patients with acute psychosis. Unemployment and economic stress were identified as primary risk factors, highlighting the need for urgent interventions. Additionally, the high prevalence of anxiety and depression disorders among patients underscores the importance of

addressing mental health within this population. The duration severity of symptoms clearly reflect the impact of the patients' conditions and psychological state.

Keywords: Acute Psychosis, Mental Health, Psychological Disorders, Patient Care.

Cite this article: Omaier M, S. Descriptive Study Acute Psychosis in Mental Health Department at Herat Regional Hospital in 1403. *Ghalib Medical Journal*. [Internet]. Publication date, 23.09.2026; 3 (2): 185-201: <https://doi.org/10.58342/MJ.V.3.I.2.11>



This article is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License



مجله علوم طبی غالب (MJ)

صفحه اصلی مجله: <https://www.mj.ghalib.edu.af>

ISSN

P: 3105-0786

E: 3006-094X



<https://doi.org/10.58342/MJ.V.3.I.2.11>

ناشر: پوهنتون / دانش گاه غالب - هرات

مطالعه توصیفی دریافت میزان واقعات سایکوز حاد داخل بستر در دیپارتمنت صحت روانی شفاخانه حوزوی هرات در جریان سال ۱۴۰۳ هـ ش



محمد شفیق عمیر

*۱. متخصص سرویس صحت روانی شفاخانه حوزوی هرات، هرات، افغانستان (shafiqomaier@gmail.com)

چکیده

اطلاعات مقاله

نوع مقاله:

پژوهشی

صفحات ۲۰۱-۱۸۵

تاریخ دریافت:

۱۴۰۵ / ۰۳ / ۱۲

تاریخ پذیرش:

۱۴۰۵ / ۰۶ / ۲۱

تاریخ نشر:

۱۴۰۵ / ۰۷ / ۰۱

زمینه و هدف: سایکوز حاد یکی از اختلالات روانی پیچیده و جدی است که با تغییرات عمده در تفکر، احساس و رفتار فرد مشخص می‌شود. این اختلال می‌تواند به شدت بر کیفیت زندگی فرد تأثیر بگذارد و توانایی او در انجام فعالیت‌های روزمره را مختل کند. سایکوز حاد معمولاً با علائمی مانند هذیان‌ها، توهمات و اختلالات عاطفی همراه است که نه تنها بر فرد بلکه بر خانواده و جامعه او نیز تأثیر می‌گذارد.

روش: جامعه آماری این تحقیق شامل تمامی بیماران سایکوز حاد در شفاخانه حوزوی هرات در سال ۱۴۰۳ می‌باشد. ارقام و مواد تحقیق به شیوه‌های مختلف از کتاب راجستر بیماران داخل بستر، دوسیه بیماران و راپور HMIS گردآوری شده است. از میان بیماران مذکور، تعداد ۳۷۴ مریض به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. این تحقیق از نوع توصیفی با رویکرد کمی و به صورت گذشته‌نگر طراحی گردیده است.

یافته‌ها: در سرویس صحت روانی، ۳۷۴ مورد سایکوز حاد ثبت شده که معادل ۵٪ از کل موارد است. گروه سنی ۱۸ الی ۳۴ سال با ۲۶۱ مورد (۷۰٪)، بالاترین تعداد بیماران را تشکیل می‌دهد. از نظر علل بروز، ۲۰۰ مورد معادل ۵۴٪، سایکوز ناشی از اختلالات روانی و ۱۰۰ مورد ۲۷٪ ناشی از مصرف مواد مخدر است. در جنسیت، ۲۱۰ مورد، حدود ۵۶٪ مرد و ۱۶۴ مورد (۴۴٪) زن هستند. اکثریت بیماران متاهل‌اند با ۲۹۴ مورد معادل ۷۹٪. از نظر شغل، ۱۵۰ مورد (۴۰٪) بیکار بودند و ۱۲۰ مورد (۳۲٪) شغل آزاد داشتند.

نتیجه‌گیری: تأثیرات قابل توجه عوامل روانی و اجتماعی بر سلامت بیماران مبتلا به سایکوز حاد داخل بستر است. بیکاری و فشارهای اقتصادی به عنوان عوامل خطر اصلی شناسایی شدند که نیاز به مداخلات فوری را نمایان می‌سازند. همچنین، شیوع بالای اختلالات اضطرابی و

افسردگی در بین بیماران نشان‌دهنده اهمیت توجه به سلامت روانی در این جمعیت است. مدت زمان بروز علایم و شدت آن‌ها نیز به‌وضوح تأثیر شرایط زندگی و روانی بیماران را منعکس می‌کند.

کلیدواژه‌ها: سایکوز حاد، سلامت روان، اختلالات روانی، مراقبت از بیمار

ارجاع به این مقاله: عمیر م، ش. مطالعه توصیفی دریافت واقعات سایکوز حاد داخل بستر در دیپارتمنت صحت روانی در شفاخانه جوزوی هرات در جریان سال ۱۴۰۳ هـ ش *مجله علوم طبّی غالب*. [اینترنت]. ۱۴۰۵/۰۷/۰۱. [تاریخ برداشت]: ۳(۱): ۱۸۵-۲۰۱.
<https://doi.org/10.58342/MJ.V.3.I.2.11>

این مقاله تحت مجوز بین‌المللی Creative Commons Attribution 4.0 International License منتشر شده است.



۱. مقدمه

بیماری‌های روانی از علل اصلی ناتوانی در سراسر جهان هستند. اختلالات روان‌پریشی حاد یا سایکوز حاد در حدود ۳٪ از افراد جامعه را شامل می‌شود.^[۱] دستورالعمل‌ها بر نیاز به رویکردهای روان‌درمانی در مرحله حاد این بیماری تأکید دارند.^[۲] روان‌پریشی حاد یکی از اختلالات روانی پیچیده و جدی است که با تغییرات عمده در تفکر، احساس و رفتار فرد مشخص می‌شود.^[۳] این اختلال می‌تواند به شدت بر کیفیت زندگی فرد تأثیر بگذارد و توانایی او در انجام فعالیت‌های روزمره را مختل کند.^[۴] سایکوز حاد معمولاً با علائمی مانند هذیان‌ها، توهمات و اختلالات عاطفی همراه است که نه تنها بر فرد بلکه بر خانواده و جامعه او نیز تأثیر می‌گذارد. این اختلال می‌تواند ناشی از عوامل مختلفی از جمله ژنتیک، محیط و تجربیات زندگی باشد و در نتیجه نیاز به درک عمیق‌تری از آن وجود دارد. این علائم برخی اوقات با سردرد، سرگیجه و ضعف بدن همراه است. هیچ علامت قابل توجه دیگری تثبیت نشده است. معاینه عصبی، کاهش توده عضلانی اندام‌های تحتانی دو طرفه را در پی دارد. سی‌تی‌اسکن مغز هیچ ناهنجاری را نشان نمی‌دهد.^[۵] تشخیص و تداوی سایکوز حاد چالش‌های خاص خود را دارد.^[۶] بیماران مبتلا به روان‌پریشی حاد اغلب با این تعصب مواجه می‌شوند که به دلیل فقدان بینش، از هرگونه درمانی امتناع می‌کنند.^[۷] مدیریت دوره‌های حاد اسکیزوفرنی اغلب در بخش عاجل سرویس صحت روانی آغاز می‌شود و نیاز به مداخله سریع برای تسکین پریشانی و علائم روانی دارد. برای آرام کردن بیمار و جلوگیری از آسیب احتمالی به بیمار یا دیگران، مداخلات غیر دوايي و دوايي مورد نیاز است.^[۸] افرادی که در بحران حاد دچار روان‌پریشی می‌شوند، باید تحت درمان شناختی-رفتاری برای روان‌پریشی قرار گیرند؛ با این حال، مدل‌های کمی مبتنی بر CBT^۱ متمرکز بر بحران وجود دارد که زیربنای توسعه‌ی فرمول‌بندی برای افرادی باشد که دچار روان‌پریشی هستند و مراقبت‌های سلامت روان بستری دریافت می‌کنند.^[۹] البته تداوی یک فرآیند گام به گام شامل مدیریت علائم رفتاری، تشخیص علل ارگانیک بالقوه و ارزیابی سوءمصرف مواد بالقوه است. در صورت اتخاذ سیستماتیک رویه‌های عملیاتی معیاری از پیش تعریف شده، مراقبت بهتری ارائه می‌شود. هدف نهایی تداوی، ایجاد یک اتحاد تداوی با بیمار است. دواهای ضد روان‌پریشی غیرمعمول که به صورت خوراکی تجویز می‌شوند، به عنوان درمان خط اول توصیه می‌شوند. از آنجایی که نقطه پایانی درمان آرامش است نه خواب، معمولاً یک داروی ضد روان‌پریشی غیر آرام‌بخش ترجیح داده می‌شود. تحمل دواي یک مسئله مهم برای بیمار است.^[۸] عفونت‌ها از دیرباز با روان‌پریشی مرتبط بوده‌اند و در دسته روان‌پریشی‌های ثانویه

طبقه‌بندی شده‌اند^[۷]. با این حال، روابط بین عفونت‌ها و روان‌پریشی حاد در بیماران به طور گسترده بررسی نشده است^[۸،۹].

آمی‌سولپراید^۱ یک دواى ضد روان‌پریشی غیرمعمول مؤثر در این زمینه است. دوز بهینه ۸۰۰ میلی‌گرم در روز است که بر علائم مثبت و منفی مؤثر است و می‌تواند از روز اول با خطر کم علائم خارج هرمی تجویز شود. از آنجایی که تداخلات دوائی محدود است، می‌توان با تداوی کمکی کوتاه‌مدت با بنزودیازپین‌ها، آشفته‌گی و اضطراب را کنترل کرد. در نتیجه، آمی‌سولپراید یک درمان خط اول مناسب برای مدیریت روان‌پریشی حاد است^[۸]. پیشینه دواهای ضد روان‌پریشی تزریقی اغلب برای کنترل بی‌قراری و پرخاشگری در روان‌پریشی حاد مورد نیاز هستند^[۱۲]. سازمان غذا و دوائی ایالات متحده در سپتامبر ۲۰۲۴ ترکیب زانوملین-تروسیپوم را برای درمان اسکیزوفرنی، تا حدی بر اساس سه کارآزمایی تصادفی دوسوکور کنترل‌شده با دارونما در بزرگسالان مبتلا به اسکیزوفرنی که دچار روان‌پریشی حاد بودند، تأیید کرده‌اند^[۱۳]. اختلال روان‌پریشی حاد و گذرا برای اولین بار به عنوان اختلالی جدا از سایر اختلالات روان‌پریشی شناخته شد و دردهمین ویرایش طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها شرح داده شد. در طول شش دهه گذشته تحقیقات زیادی در این مورد انجام شده است^[۱۴]. از آنجایی که این بیماری در گروه سنی نسبتاً جوان رخ می‌دهد، بنابراین براهمیت تشخیص زودهنگام تأکید می‌کند که می‌تواند چالش تشخیصی را در مولتیپل اسکلروزیس^۲ ایجاد کند^[۱۵]. جستجو برای روایت در روان‌پریشی حاد وجود دارد، اما نتیجه این جستجو می‌تواند ناکافی باشد زیرا داستان‌های موجود به اندازه کافی کیفیت پیشا روایی تجربه شخصی را به تصویر نمی‌کشند و از این رو ممکن است حس عاملیت کاهش یابد^[۱۶]. روان‌پریشی‌های کوتاه‌مدت و حاد، به عنوان اختلالات روان‌پریشی با علائم معمولاً چشمگیر اما با سیر معمولاً خوش‌خیم، حال و هوای یک پارادوکس را دارند. بنابراین، آنها مشکلات خاصی را در رابطه با بیماری‌شناسی، تشخیص و علت‌شناسی مطرح کرده‌اند. با وجود همگرایی قوی عناصر توصیفی، مفاهیم تاریخی روان‌پریشی‌های کوتاه‌مدت و حاد، پاسخ‌های متفاوتی به سوالات مطرح شده داده‌اند^[۱۷].

سایکوز حاد به عنوان یک اختلال روانی می‌تواند تأثیرات قابل توجهی بر زندگی فرد و اطرافیان او داشته باشد. از جمله مزایای آن، می‌توان به تشخیص و تداوی به موقع اشاره کرد؛ زیرا در صورت شناسایی زودهنگام، با مداخلات تداوی مناسب می‌توان به بهبود کیفیت زندگی بیماران کمک کرد. تجربه سایکوز همچنین می‌تواند به افزایش آگاهی فرد از وضعیت روانی خود و نیاز به کمک‌های حرفه‌ای منجر شود. برخی بیماران پس از تجربه سایکوز، به دنبال تداوی و بهبود رفتارهای خود

1 - Amisulpride

2 - Multiple Sclerosis

می‌روند و به زندگی سالم‌تری دست می‌یابند. علاوه بر این، حمایت اجتماعی از سوی خانواده و دوستان می‌تواند روابط خانوادگی و اجتماعی را تقویت کند.

یافته‌ها توسط El Ghamry R. H. و همکاران در کشور مصر در سال ۲۰۲۲ نشان داد که از لحاظ سن، بیشترین تعداد بیماران در گروه سنی ۱۵-۲۴ سال قرار داشتند (۴۰٪، ۳۳، ۳۳٪). از نظر وضعیت تأهل، ۷۰٪ (۵۸، ۳۳٪) مجرد و ۵۰٪ (۴۱، ۶۷٪) متأهل بودند. در بررسی جنسیت، ۵۰٪ (۴۱، ۶۷٪) زن و ۷۰٪ (۵۸، ۳۳٪) مردان بودند. مهم‌ترین عوامل مؤثر در بروز اختلالات روانی در این مطالعه شامل استرس (۴۰٪، ۳۳، ۳۳٪)، سابقه خانوادگی (۳۰٪، ۳۰٪، ۲۵، ۰۰٪)، مصرف مواد مخدر (۲۵٪، ۲۰، ۸۳٪) و عوامل محیطی (۲۵٪، ۲۰، ۸۳٪) بودند.^[۱۸] در تحقیق انجام شده در کشور آمریکا توسط Jawid M. Y. در سال ۲۰۲۴، با اوسط سنی 16.2 ± 1.2 سال، موارد ذیل مشخص شد: علائم صحت روانی رایج شامل تحریک‌پذیری (۲۵، ۱٪)، عصبی‌بودن (۱۵، ۹٪)، احساس بیشتر هیجانی (۱۲، ۸٪) و غمگینی (۱۱، ۸٪) بودند. تجزیه و تحلیل‌ها نشان دادند که بیماران با سابقه شخصی اختلالات سایکوز حاد (۲۵، ۰٪) و سابقه خانوادگی (۳۰٪)، علائم صحت روانی حادثری را تجربه کردند. به طور خاص، از ۱۹۵٪، ۴۹ نفر (۲۵، ۱٪) به طوری که از مجموع ۱۹۵٪، ۶۰ نفر (۳۰، ۸٪) دختر و ۱۳۵٪، ۶۹، ۲٪ پسر بودند. نتایج نشان داد که دختران نسبت به پسران، علائم سایکوز حاد بیشتری را گزارش کردند، به طوری که ۴۰٪ از دختران حداقل یک علامت مشکل سایکوز حاد را تجربه بودند.^[۱۹] همچنین یافته‌های Collins P. Y. و همکاران در کشور هند در سال ۲۰۱۹ نشان داد از ۴۰٪، ۱۵ نفر (۳۷، ۵٪) سابقه تب قبلی را گزارش کردند. نسبت شانس خام تب به عنوان عامل خطر برای سایکوز کوتاه مدت حاد ۶، ۲ بود. از ۴۰٪، ۱۵ نفر (۳۷، ۵٪) در گروه شاهد، ۲۰٪، ۵۰٪ و ۲۰٪، ۵۰٪ بودند. در مورد طبقه‌بندی سنی، ۱۰٪، ۲۵٪ در گروه سنی ۱۸-۲۴ سال، ۱۵٪، ۳۷، ۵٪ در گروه سنی ۲۵-۳۴ سال و ۱۵٪، ۳۷، ۵٪ در گروه سنی ۳۵ سال و بالاتر بودند. همچنین، نظر به حالت مدنی، ۲۵٪، ۶۲، ۵٪ مجرد و ۱۵٪، ۳۷، ۵٪ متأهل بودند. در رابطه با نوع اختلال، ۱۰٪، ۲۵٪ از مریضان در گروه شاهد به اختلالات خلقی، ۱۵٪، ۳۷، ۵٪ به اختلالات اضطرابی و ۱۵٪، ۳۷، ۵٪ به سایر انواع سایکوز حاد بودند.^[۲۰]

۲. چارچوب مفهومی تحقیق

سایکوز حاد داخل‌بستر در این مطالعه به مواردی اطلاق می‌شود که بیمار با شروع حاد یا تحت‌حاد علائم روان‌پریشی شامل اختلال واضح در ادراک، تفکر یا رفتار، مانند هذیان، توهم، گفتار یا تفکر آشفته و رفتار شدیداً نابهنجار مراجعه نموده و پس از ارزیابی در سرویس صحت روانی، تشخیص یک اختلال روان‌پریشی یا وضعیت روان‌پریشانه حاد برای وی ثبت شده و به دلیل شدت علائم، نیاز به

بستری در سرویس داشته باشد. موارد ناشی از اختلالات روانی، مصرف مواد، بیماری‌های جسمی و عوامل استرس‌زا مطابق تشخیص در دوسیه ثبت شده و در مطالعه طبقه‌بندی گردیدند.

۳. روش تحقیق

جامعه آماری این تحقیق شامل تمامی بیماران سایکوز حاد در شفاخانه حوزوی هرات در سال ۱۴۰۳ بوده‌اند. جهت جمع‌آوری ارقام و مواد تحقیق به شیوه‌های مختلف شامل کتاب راجستر بیماران داخل بستر، دوسیه بیماران و راپور HMIS استفاده شد. از میان بیماران مذکور، تعداد ۳۷۴ مریض به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. این تحقیق از نوع توصیفی-مقطعی با رویکرد کمی و به‌صورت گذشته‌نگر طراحی گردیده است. بعداً ارقام بدست آمده توسط برنامه اکسیل و SPSS و تجزیه و تحلیل شده‌اند.

۳-۱. معیارهای شمول

- ✓ سن ۱۸ سال الی ۷۵ سال
- ✓ وجود علائم روان‌پریشی حاد در زمان بررسی (مانند هذیان، توهم، رفتارهای آشفته)
- ✓ تشخیص روان‌پریشی بر اساس معیارهای تشخیصی معتبر مانند DSM-5 یا ICD-10، مانند اسکیزوفرنی، اختلال اسکیزوافکتیو، اختلالات روان‌پریشی حاد و گذرا.

۳-۲. معیارهای خروج

- ✓ سن کمتر از ۱۸ سال
- ✓ علائم روان‌پریشی که صرفاً به‌دلیل مصرف مواد یا مسمومیت ایجاد شده‌اند و به‌سرعت برطرف می‌شوند.
- ✓ وجود بیماری ارگانیک مغز یا اختلالات متابولیک شدید که بر سیستم عصبی تأثیر می‌گذارند.
- ✓ تشخیص اختلال دوقطبی (شیدایی) یا افسردگی اساسی با علائم روان‌پریشی به‌عنوان اختلال اولیه

۴. یافته‌ها

تمامی بیمارانی که در طی سال ۱۴۰۳ در سرویس صحت روانی شفاخانه حوزوی هرات بستری شده بودند، قرار جدول ۱ تعداد ۷۲۱۳ واقعه بوده است که از بین این‌ها مریضان مرتبط جهت پیشبرد تحقیق جدا گردیده‌اند.

جدول ۱- تعداد و فیصد واقعات در سرویس صحت روانی

واقعات بستر در سرویس صحت روانی	تعداد واقعات	فیصد
واقعات سایکوز حاد داخل بستر	۳۷۴	۵٪
سایر واقعات سرویس صحت روانی	۶۸۳۹	۹۵٪
مجموع	۷۲۱۳	۱۰۰٪

نظر به جدول فوق در سرویس صحت روانی، مجموعاً ۳۷۴ سایکوز حاد داخل بستر داخل بستر ثبت شده که معادل ۵٪ از کل موارد است. این آمار نشان‌دهنده شیوع قابل توجه افسردگی در میان بیماران است و تأکید بر نیاز به مداخلات درمانی مؤثر دارد. در کنار این، ۶۸۳۹ واقعه دیگر تحت عنوان «سایر واقعات سرویس صحت روانی» گزارش شده‌اند که ۹۵٪ از کل موارد را شامل می‌شود.

جدول ۲- تعداد و فیصد واقعات سایکوز حاد داخل بستر نظر به گروه سنی

گروه سنی	تعداد واقعات	فیصد
۱۸ الی ۳۴ سال	۲۶۱	۷۰٪
۳۵ الی ۵۴ سال	۷۵	۲۰٪
۵۵ الی ۷۴ سال	۳۸	۱۰٪
مجموعه	۳۷۴	۱۰۰٪

در مطالعه‌ای بر روی ۳۷۴ بیمار مبتلا به سایکوز حاد، توزیع موارد بر اساس گروه‌های سنی مشخص شده است. بیشترین تعداد بیماران در گروه سنی ۱۸ الی ۳۴ سال با ۲۶۱ مورد، که معادل ۷۰ درصد از کل بیماران است. این نشان‌دهنده شیوع بالای سایکوز حاد داخل بستر در این گروه سنی می‌باشد. گروه سنی ۳۵ الی ۵۴ سال با ۷۵ مورد، معادل ۲۰ درصد از کل بیماران، در رتبه دوم قرار دارد. همچنین، گروه سنی ۵۵ الی ۷۴ سال با ۳۸ مورد، که حدود ۱۰ درصد از کل بیماران را تشکیل می‌دهد، در رتبه سوم قرار دارد. در مجموع، تعداد کل بیماران ۳۷۴ نفر می‌باشد.

جدول ۳- تعداد و فیصد واقعات سایکوز حاد داخل بستر نظر به سبب سایکوز

واقعات نظر به سبب سایکوز	تعداد واقعات	فیصد %
سایکوز ناشی از اختلال روانی	۲۰۰	۵۴٪
سایکوز ناشی از مواد مخدر	۱۰۰	۲۷٪
سایکوز ناشی از بیماری جسمی	۲۴	۶٪
سایکوز ناشی از استرس	۵۰	۱۳٪
مجموعه	۳۷۴	۱۰۰٪

در جدول فوق، توزیع تعداد و درصد موارد سایکوز حاد، بر اساس سبب بروز آن‌ها ارائه شده است. از مجموع ۳۷۴ بیمار، ۲۰۰ مورد (معادل ۵۴ درصد) سایکوز ناشی از اختلالات روانی را تجربه کرده‌اند که نشان‌دهنده شیوع بالای این نوع سایکوز است. در رتبه دوم، ۱۰۰ مورد (۲۷ درصد)

سایکوز ناشی از مصرف مواد مخدر قرار دارد. همچنین، ۵۰ مورد (۱۳ درصد) سایکوز ناشی از استرس گزارش شده‌اند. در نهایت، ۲۴ مورد (۶ درصد) سایکوز ناشی از بیماری‌های جسمی بوده است.

جدول ۴- تعداد و فیصد واقعات سایکوز حاد داخل بستر نظر به جنسیت

واقعات نظر به جنسیت	تعداد واقعات	فیصد %
مردان	۲۱۰	۵۶%
زنان	۱۶۴	۴۴%
مجموعه	۳۷۴	۱۰۰%

در جدول فوق توزیع تعداد و درصد موارد سایکوز بر اساس جنسیت بیماران ارائه شده است. از مجموع ۳۷۴ بیمار، ۲۱۰ مورد (معادل ۵۶٪) مردان هستند، در حالی که ۱۶۴ مورد (۴۴ درصد) زنان را شامل می‌شود. این نتایج نشان‌دهنده شیوع بیشتر سایکوز حاد داخل بستر در مردان نسبت به زنان است.

جدول ۵- تعداد و فیصد واقعات سایکوز حاد داخل بستر نظر به حالت مدنی

حالت مدنی	تعداد واقعات	فیصد %
مجرد	۴۹	۱۳%
متاهل	۲۹۴	۷۹%
طلاق گرفته	۱۸	۵%
بیوه	۱۳	۳%
مجموعه	۳۷۴	۱۰۰%

در جدول فوق، توزیع تعداد موارد سایکوز حاد داخل بستر بر اساس حالت مدنی بیماران به صورت زیر است: از مجموع ۳۷۴ بیمار، ۴۹ مورد (معادل ۱۳ درصد) مجرد، ۲۹۴ مورد (معادل ۷۹ درصد) متاهل، ۱۸ مورد (معادل ۵ درصد) طلاق گرفته و ۱۳ مورد (معادل ۳ درصد) بیوه هستند. این داده‌ها نشان‌دهنده شیوع بالای سایکوز حاد داخل بستر در میان متاهل‌ها نسبت به سایر حالت‌های مدنی می‌باشد.

جدول ۶- تعداد و فیصد واقعات سایکوز حاد داخل بستر نظر به وظیفه

واقعات سایکوز حاد داخل بستر نظر به وظیفه	تعداد واقعات	فیصد %
شغل آزاد	۱۲۰	۳۲%
بیکار	۱۵۰	۴۰%
محصل	۷۰	۱۹%
مامور دولت	۳۴	۹%
مجموعه	۳۷۴	۱۰۰%

در جدول فوق توزیع تعداد و درصد موارد سایکوز حاد داخل بستر بر اساس وظیفه بیماران ارائه شده است. از مجموع ۳۷۴ بیمار، ۱۲۰ مورد (معادل ۳۲٪) شغل آزاد دارند، ۱۵۰ مورد (معادل ۴۰٪) بیکار هستند، ۷۰ مورد (معادل ۱۹٪) محصل و ۳۴ مورد (معادل ۹٪) مأمور دولت می باشند.

جدول ۷- تعداد و فیصد واقعات سایکوز حاد داخل بستر نظر به سطح تحصیلی

سطح تحصیلی	تعداد واقعات	فیصد
ماستر	۴۰	۱۱٪
لیسانس	۶۰	۱۶٪
دیپلم	۷۱	۱۹٪
کم سواد	۱۱۰	۲۹٪
بی سواد	۹۳	۲۵٪
مجموعه	۳۷۴	۱۰۰

همان طور که از جدول فوق برمی آید، بیشترین مبتلایان به این بیماری را کم سوادان و بی سوادان تشکیل می دهند که از قابل توجه مسئولین محترم وزارت صحت می باشد. همچنین، کمترین تعداد مبتلایان را اشخاص دارای ماستری به خود اختصاص داده اند.

۵. آزمون Chi-square برازش (Goodness of Fit)

در این آزمون فرض صفر این است که تمام گروه ها دارای فراوانی مساوی هستند.

$$\chi^2 = \sum \frac{(O_i - E_i)^2}{E_i}$$

متغیر	تعداد طبقات	χ^2	df	P-value	نتیجه
گروه سنی	3	229.128	2	<0.001	معنادار
سبب سایکوز	4	193.658	3	<0.001	معنادار
جنسیت	2	5.658	1	0.017	معنادار
حالت مدنی	4	581.401	3	<0.001	معنادار
وظیفه	4	85.422	3	<0.001	معنادار
سطح تحصیلی	5	40.305	4	<0.001	معنادار

۱-۵. گروه سنی

در میان ۳۷۴ بیمار مبتلا به سایکوز حاد داخل‌بستر، توزیع موارد بر اساس گروه سنی تفاوت معناداری با توزیع مساوی مورد انتظار داشت. مقدار آزمون کای‌دو ۲۲۹٫۱۲۸ با درجه آزادی ۲ و سطح معناداری کمتر از ۰٫۰۰۱ به دست آمد. بیشترین تعداد بیماران مربوط به گروه سنی ۱۸ تا ۳۴ سال با ۲۶۱ مورد و ۷۰ درصد بود. پس از آن، گروه سنی ۳۵ تا ۵۴ سال با ۷۵ مورد و ۲۰ درصد قرار داشت و کمترین تعداد موارد در گروه سنی ۵۵ تا ۷۴ سال با ۳۸ مورد و ۱۰ درصد مشاهده شد. بنابراین، توزیع بیماران مبتلا به سایکوز حاد داخل‌بستر در گروه‌های سنی مختلف یکنواخت نبوده و تفاوت مشاهده‌شده از نظر آماری معنادار است.

۲-۵. سبب سایکوز

آزمون کای‌دو برازش برای بررسی توزیع موارد سایکوز حاد بر اساس سبب بیماری نشان داد که تفاوت بین فراوانی‌های مشاهده‌شده و توزیع مساوی مورد انتظار از نظر آماری معنادار است. مقدار آزمون کای‌دو ۱۹۳٫۶۵۸ با درجه آزادی ۳ و سطح معناداری کمتر از ۰٫۰۰۱ به دست آمد. بیشترین تعداد موارد مربوط به سایکوز ناشی از اختلالات روانی با ۲۰۰ مورد و ۵۴ درصد بود. در رتبه دوم، سایکوز ناشی از مواد مخدر با ۱۰۰ مورد و ۲۷ درصد قرار داشت. همچنین، سایکوز ناشی از استرس در ۵۰ مورد و ۱۳ درصد و سایکوز ناشی از بیماری‌های جسمی در ۲۴ مورد و ۶ درصد مشاهده شد. این یافته‌ها نشان می‌دهد که توزیع موارد سایکوز حاد بر اساس سبب بیماری یکنواخت نبوده و تفاوت مشاهده‌شده از نظر آماری معنادار است.

۳-۵. جنسیت

نتایج آزمون کای‌دو برازش نشان داد که توزیع بیماران مبتلا به سایکوز حاد بر اساس جنسیت با توزیع مساوی مورد انتظار تفاوت معنادار دارد. مقدار آزمون کای‌دو ۵٫۶۵۸ با درجه آزادی ۱ و سطح معناداری ۰٫۰۱۷ به دست آمد. از مجموع ۳۷۴ بیمار، ۲۱۰ مورد و ۵۶ درصد مرد و ۱۶۴ مورد و ۴۴ درصد زن بودند. بنابراین، در این مطالعه تعداد مردان مبتلا به سایکوز حاد داخل‌بستر بیشتر از زنان بوده و تفاوت مشاهده‌شده از نظر آماری معنادار است.

۴-۵. حالت مدنی

بر اساس نتایج آزمون کای‌دو برازش، توزیع بیماران مبتلا به سایکوز حاد بر اساس حالت مدنی تفاوت بسیار معناداری با توزیع مساوی مورد انتظار داشت. مقدار آزمون کای‌دو ۵۸۱٫۴۰۱ با درجه آزادی ۳ و سطح معناداری کمتر از ۰٫۰۰۱ به دست آمد. بیشترین تعداد بیماران مربوط به افراد متأهل با ۲۹۴

مورد و ۷۹ درصد بود. پس از آن، افراد مجرد با ۴۹ مورد و ۱۳ درصد قرار داشتند، در حالی که ۱۸ مورد و ۵ درصد طلاق گرفته و ۱۳ مورد و ۳ درصد بیوه بودند. بنابراین، بیشترین فراوانی سایکوزحاد داخل‌بستر در این مطالعه در میان افراد متأهل مشاهده شده است و توزیع بیماران بر اساس حالت مدنی یکنواخت نبوده است.

۵-۵. وظیفه

نتایج آزمون کای دو برازش نشان داد که توزیع بیماران مبتلا به سایکوزحاد بر اساس وضعیت شغلی تفاوت معناداری با توزیع مساوی مورد انتظار دارد. مقدار آزمون کای دو ۸۵٫۴۲۲ با درجه آزادی ۳ و سطح معناداری کمتر از ۰٫۰۰۱ به دست آمد. از مجموع ۳۷۴ بیمار، بیشترین تعداد مربوط به افراد بیکار با ۱۵۰ مورد و ۴۰ درصد بود. پس از آن، افراد دارای شغل آزاد با ۱۲۰ مورد و ۳۲ درصد و محصلان با ۷۰ مورد و ۱۹ درصد قرار داشتند. کمترین تعداد موارد مربوط به مأموران دولت با ۳۴ مورد و ۹ درصد بود. بنابراین، توزیع بیماران سایکوزحاد بر اساس وضعیت شغلی یکنواخت نبوده و تفاوت مشاهده‌شده از نظر آماری معنادار است.

۵-۶. سطح تحصیلی

در بررسی سطح تحصیلی، آزمون کای دو برازش تفاوت معناداری بین فراوانی‌های مشاهده‌شده و توزیع مساوی مورد انتظار نشان داد. مقدار آزمون کای دو ۴۰٫۳۰۵ با درجه آزادی ۴ و سطح معناداری کمتر از ۰٫۰۰۱ به دست آمد. بیشترین تعداد بیماران مربوط به افراد کم‌سواد با ۱۱۰ مورد و ۲۹ درصد بود. پس از آن، افراد بی‌سواد با ۹۳ مورد و ۲۵ درصد، دارای دیپلم با ۷۱ مورد و ۱۹ درصد و دارای لیسانس با ۶۰ مورد و ۱۶ درصد قرار داشتند. کمترین تعداد موارد در افراد دارای تحصیلات ماستر با ۴۰ مورد و ۱۱ درصد مشاهده شد. در مجموع، این یافته نشان می‌دهد که توزیع بیماران مبتلا به سایکوزحاد داخل‌بستر بر اساس سطح تحصیلی نیز یکنواخت نبوده و تفاوت مشاهده‌شده از نظر آماری معنادار است.

۶. بحث و مناقشه

سن پایین‌تر، به‌ویژه گروه ۱۸ تا ۳۴ سال، ممکن است با شروع بسیاری از اختلالات روان‌پزشانه و مواجهه بیشتر با عوامل استرس‌زای اجتماعی همراه باشد؛ همچنین مصرف مواد مخدر می‌تواند در ایجاد یا تشدید علائم روان‌پریشی نقش داشته باشد. فراوانی بیشتر موارد در مردان ممکن است با تفاوت در الگوی مصرف مواد، مواجهه با فشارهای اجتماعی و شغلی و دسترسی متفاوت به خدمات

صحی مرتبط باشد. فراوانی بالای بیماران متأهل می‌تواند تا حدی ناشی از ساختار سنی جمعیت مراجعه‌کننده و فشارهای خانوادگی و اقتصادی باشد. همچنین، فراوانی بیشتر موارد در افراد بیکار و دارای سطح تحصیلی پایین‌تر ممکن است با مشکلات اقتصادی، بیکاری، استرس‌های اجتماعی، کاهش حمایت اجتماعی و دسترسی محدودتر به خدمات و آموزش‌های صحی مرتبط باشد. در مجموع، عوامل روانی، مصرف مواد، فشارهای اجتماعی و اقتصادی و برخی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی می‌توانند در بروز یا تشدید سایکوز حاد و نیاز به بستری نقش داشته باشند.

از نظر سنی، در مطالعه El Ghamry R. H. در مصر^[۱۸] گروه سنی ۱۵-۲۴ سال با ۴۰ بیمار ۳۳،۳۳ درصد بیشترین فراوانی را داشت و در مجموع ۶۰،۳۳ درصد بیماران کمتر از ۳۴ سال بودند. در مطالعه Jawid M. Y. در امریکا^[۱۹] ۳۵،۹ درصد از ۱۹۵ نوجوان ۱۴-۱۸ ساله حداقل یک علامت روانی را گزارش کردند. همچنین در مطالعه Collins P. Y. در هند^[۲۰] ۲۵ درصد بیماران در گروه ۱۸-۲۴ سال و ۳۷،۵ درصد در گروه ۲۵-۳۴ سال قرار داشتند. در مطالعه حاضر در سرویس صحت روانی شفاخانه حوزوی هرات، ۷۰ درصد از ۳۷۴ بیمار در گروه سنی ۱۸-۳۴ سال بودند. در مجموع، این یافته‌ها نشان می‌دهد که سنین نوجوانی و جوانی در مطالعات مختلف سهم قابل توجهی از موارد اختلالات روان‌پزشانه را تشکیل می‌دهند. از نظر علت، در مطالعه حاضر ۵۴ درصد موارد سایکوز حاد ناشی از اختلالات روانی، ۲۷ درصد مرتبط با مصرف مواد، ۱۳ درصد مرتبط با استرس و ۶ درصد ناشی از بیماری‌های جسمی بودند. این الگو با مطالعات کشورهای مختلف، از جمله گزارش‌های مربوط به مصر^[۱۸]، امریکا^[۱۹] و هند^[۲۰] که در آن‌ها اختلالات روانی، مصرف مواد و عوامل استرس‌زا از عوامل مهم مرتبط با سایکوز گزارش شده‌اند، همخوانی نسبی دارد. از نظر جنسیت، در مطالعه حاضر ۵۶ درصد بیماران مرد و ۴۴ درصد زن بودند. این الگو با مطالعه مصر که ۵۸،۳۳ درصد بیماران مرد بودند و مطالعه امریکا که ۶۹،۲ درصد بیماران پسر بودند، مشابه است؛ در حالی که در مطالعه هند توزیع جنسیتی برابر گزارش شده بود. بنابراین، غلبه نسبی مردان در مطالعه حاضر با برخی مطالعات بین‌المللی همخوانی دارد، هرچند این تفاوت می‌تواند تحت تأثیر ویژگی‌های جمعیتی و الگوی مراجعه به خدمات صحی باشد.

از نظر وضعیت تأهل، در مطالعه حاضر افراد متأهل با ۷۹ درصد بیشترین فراوانی را داشتند؛ در حالی که ۱۳ درصد مجرد، ۵ درصد مطلقه و ۳ درصد بیوه بودند. مطالعات قبلی نیز وضعیت تأهل را در ارتباط با اختلالات روانی بررسی کرده‌اند، اما تفاوت در ساختار سنی، اجتماعی و خانوادگی جمعیت‌های مورد مطالعه می‌تواند این الگوها را تحت تأثیر قرار دهد^[۱۸-۲۰]. از نظر شغلی، ۴۰ درصد بیماران مطالعه حاضر بیکار، ۳۲ درصد دارای شغل آزاد، ۱۹ درصد محصل و ۹ درصد کارمند دولتی بودند. در مطالعه مصر نیز ۱۴ درصد بیماران بیکار بودند و در مطالعات امریکا و هند نیز وضعیت

شغلی و بیکاری به عنوان عوامل مرتبط با مشکلات روانی مورد توجه قرار گرفته است. فراوانی بالای بیکاری در مطالعه حاضر می‌تواند با فشارهای اقتصادی و اجتماعی و کاهش حمایت‌های شغلی مرتبط باشد؛ با این حال، با توجه به ماهیت توصیفی مطالعه، نمی‌توان بیکاری را به عنوان علت مستقیم سایکوز حاد تلقی کرد.

۷. نتیجه‌گیری

نتیجه‌گیری این تحقیق نشان‌دهنده تأثیرات قابل توجه عوامل روانی و اجتماعی بر سلامت بیماران مبتلا به سایکوز حاد داخل بستر است. بیکاری و فشارهای اقتصادی به عنوان عوامل خطر اصلی شناسایی شدند که نیاز به مداخلات فوری را نمایان می‌سازند. همچنین، شیوع بالای اختلالات اضطرابی و افسردگی در بین بیماران نشان‌دهنده اهمیت توجه به سلامت روانی در این جمعیت است. مدت زمان بروز علایم و شدت آن‌ها نیز به وضوح تأثیر شرایط زندگی و روانی بیماران را منعکس می‌کند. در این راستا، توجه به مداخلات روانشناختی و اجتماعی برای بهبود وضعیت بیماران ضروری است. به طور کلی، نتایج این تحقیق بر لزوم یک رویکرد جامع و چندجانبه در مدیریت بیماران مبتلا به سایکوز حاد داخل بستر تأکید می‌کند تا بتوان به بهبود کیفیت زندگی و سلامت روانی آن‌ها دست یافت.

۸. پیشنهادها

۱. بهبود روش‌های جمع‌آوری داده: استفاده از روش‌های جمع‌آوری داده دقیق‌تر و استاندارد برای کاهش خطاها
۲. بررسی عوامل محیطی: مطالعه جامع‌تر عوامل محیطی و اجتماعی مانند آلودگی هوا، عادات غذایی و سبک زندگی که ممکن است بر بروز مریضی تأثیرگذار باشند.
۳. بهبود دسترسی به خدمات صحتی: ارائه خدمات صحتی رایگان یا با مصارف کم برای خانواده‌های با وضعیت اقتصادی ضعیف به منظور بهبود شناسایی و تدوای به موقع مریضی.
۴. همکاری بین‌بخشی: ایجاد همکاری‌های بین‌بخشی میان مراکز صحتی، آموزشی و اجتماعی برای پیشگیری.
۵. یک سیستم دقیق و منظم میدیکل ریکارد به صورت کمپیوتری در همه شفاخانه‌ها مروج گردد تا ارقام دقیق در دسترس قرار گیرد.
۶. امکانات مناسب در شفاخانه‌ها به خصوص سرویس صحت روانی مهیا گردد.

۷. افراد شامل این تحقیق بخش عمده ان میان سال و افراد بیکار را تشکیل می دهند، پیشنهاد میگردد بیمارانی که مصاب این افت میباشند و در کتگوری سرویس صحت روانی قرار میگیرند و شامل این تحقیق نگردیده است در سرویس صحت روانی بصورت دقیق تشخیص وثبت وراجستر گردد تا در تحقیقات بعدی از انها استفاده شده بتواند.

۹. محدودیت‌ها

محدودیت هایی که درین تحقیق به آن مواجه شدیم عدم آگاهی بیماران راجع به مریضی شان و شرایط ایجاد آن عدم مراجعه به موقع به مراکز صحتی بوده زمانی که از نظر وجاهت برای شان مشکل ساز شده مراجعه مینماید و هم فقر اجتماعی و عدم دسترسی بیماران به مراکز صحتی و عدم مراجعه مستقلانه طبقه اناث به مراکز صحتی میباشد. در مراکز صحتی و شفاخانه‌ها عدم موجودیت امکانات کافی، دردیپارتمنت یکی از محدودیت‌های عمده در تشخیص اینچنین امراض محسوب می گردد یکی از محدودیت‌های دیگر درین تحقیق عدم موجودیت مراکز صحتی و شفاخانه‌های دولتی و خصوصی در شهر هرات و هم عدم دیپارتمنت آگاهی دهی به مردم در مراکز یاد شده میباشد

تقدیر و تشکر

نویسنده این تحقیق مراتب تشکر و تقدیر خویش را از مرکز تحقیقات علمی پوهنتون غالب هرات بخاطر ایجاد زمینه نشر تحقیقات علمی ابراز میدارد.

ORCID

Mohammad Shafiq Omaier



<https://orcid.org/0009-0000-7540-3830>

References

- [1] L. H. Fowler and S. Jackson-Burns, "Acute psychosis: Medical clearance evaluation and initial management," *Nurse Practitioner*, vol. 49, no. 12, 2024, <https://doi.org/10.1097/01.NPR.0000000000000252>
- [2] J. Panchalingam *et al.*, "Motivational Interviewing in Patients with Acute Psychosis: A Feasibility Study," *Schizophr. Bull. Open*, vol. 6, no. 1, 2025, <https://doi.org/10.1093/schizbullopen/sgaf004>
- [3] C. G. Lanier, S. A. Lewis, P. D. Patel, A. M. Ahmed, and P. O. Lewis, "An Unusual Case of COVID-19 Presenting as Acute Psychosis," *J. Pharm. Pract.*, vol. 35, no. 3, 2022, <https://doi.org/10.1177/0897190020977721>
- [4] R. Bhatnagar and P. Prasad, "Acute psychosis in a child with severe dengue," *Journal of Nepal Paediatric Society*, vol. 37, no. 3, 2018, <https://doi.org/10.3126/jnps.v37i3.16481>
- [5] H. Esa, B. Norazlah, A. A. Hameed, C. H. Ding, and A. A. Wahab, "Typhoid fever presenting as acute psychosis in a young adult: Case report and literature review of typhoid psychosis," *Trop. Biomed.*, vol. 38, no. 2, 2021, <https://doi.org/10.47665/TB.38.2.057>
- [6] N. Shivaprakash and T. Modi, "Trends in Cannabis-Related Acute Psychosis Diagnoses in California-Based Emergency Departments," *Consultant*, vol. 62, no. 2, 2022, <https://doi.org/10.25270/con.2021.06.00007>

- [7] R. Fischer *et al.*, "Treatment Preferences in Acute Psychosis: A Comparison of Patient and Staff Perspectives on Symptom Prioritization and Biopsychosocial Interventions," *Psychiatric Quarterly*, vol. 96, no. 1, 2025, <https://doi.org/10.1007/s11126-024-10099-2>
- [8] P. Nuss, M. Hummer, and C. Tessier, "The use of amisulpride in the treatment of acute psychosis," 2007. <https://doi.org/10.2147/tcrm.2007.3.1.3>
- [9] L. Wood, A. P. Morrison, C. Williams, B. Lay, and S. Johnson, "A crisis-focused cognitive behavioural informed approach to formulating experiences of psychosis in acute mental health inpatient settings," *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, vol. 53, no. 3, 2025, <https://doi.org/10.1017/S1352465825101008>
- [10] J. M. Monroe, P. F. Buckley, and B. J. Miller, "Meta-Analysis of Anti-Toxoplasma gondii IgM Antibodies in Acute Psychosis," *Schizophr. Bull.*, vol. 41, no. 4, 2015, <https://doi.org/10.1093/schbul/sbu159>
- [11] C.-C. Obuaya, G. T. Gangatharan, and E. Karra, "Brucella-Induced Acute Psychosis: A Novel Cause of Acute Psychosis," *Case Rep. Infect. Dis.*, vol. 2021, 2021, <https://doi.org/10.1155/2021/6649717>
- [12] S. Lavania, S. K. Praharaj, H. S. Bains, V. Sinha, and A. Kumar, "Efficacy and safety of levosulpiride versus haloperidol injection in patients with acute psychosis: A randomized double-blind study," *Clin. Neuropharmacol.*, vol. 39, no. 4, 2016, <https://doi.org/10.1097/WNF.0000000000000161>
- [13] T. Kishi *et al.*, "Xanomeline-Trospium for Adults with Schizophrenia Experiencing Acute Psychosis: A Systematic Review and Meta-analysis of Safety and Tolerability Outcomes," 2025. <https://doi.org/10.1055/a-2506-7022>
- [14] S. Grover and S. Kathiravan, "Acute and transient psychotic disorders: A review of Indian research," 2023. https://doi.org/10.4103/indianjpsychiatry.indianjpsychiatry_254_23
- [15] A. Nandy, M. Nielsen, C. Hilt, P. H. Mogensen, and Y. Yavarian, "A case report revealing acute onset psychosis and cognitive impairment as primary manifestation in relapsing-remitting multiple sclerosis," *Clin. Case Rep.*, vol. 8, no. 5, 2020, <https://doi.org/10.1002/ccr3.2781>
- [16] J. Holma and J. Aaltonen, "The sense of agency and the search for a narrative in acute psychosis," *Contemp. Fam. Ther.*, vol. 19, no. 4, 1997, <https://doi.org/10.1023/A:1026174819842>
- [17] F. Pillmann and A. Marneros, "Brief and acute psychoses: The development of concepts," 2003. <https://doi.org/10.1177/0957154X030142002>
- [18] R. H. El Ghamry, H. M. E. Azzam, M. M. M. Abdo, and R. M. Naguib, "Reading the Mind in the Eyes: Theory of Mind in Acute Psychosis and Schizophrenia," *Archives of psychiatry research*, vol. 58, no. 1, 2022, <https://doi.org/10.20471/may.2022.58.01.04>
- [19] M. Y. Jawid *et al.*, "Acute psychological symptom profiles in high school football players following sport-related concussion," *J. Neurosurg. Pediatr.*, vol. 33, no. 2, 2024, <https://doi.org/10.3171/2023.9.PEDS23301>
- [20] P. Y. Collins, V. K. Varma, N. N. Wig, R. Mojtabai, R. Day, and E. Susser, "Fever and acute brief psychosis in urban and rural settings in north India," *British Journal of Psychiatry*, vol. 174, no. JUN., 1999, <https://doi.org/10.1192/bjp.174.6.520>