اپیدمیولوژی بیماران اسکیزوفرنی بستری در بخش‌های روان‌پزشکی در مرکز آموزشی‌درمانی پنج آذر گرگان

زینب ابراهیم‌پور موزیرجی[۱-۲]، اکرم ثناگو[۳]، سیدرضا سعادت مهر[۴]، علیرضا صادقی[۵]، مبینا صفری[۶]، لیلا جویباری[۷]

۱. استادیار، دکترای پرستاری، دانشکده پرستاری بهشهر، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، مازندران، ایران.
۲. کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران.
۳. دانشیار، دکتری آموزش پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران.
۴. استادیار، دکتری پرستاری، دانشکده پرستاری نسیبه، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران.
۵. کارشناس پرستاری، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران.
۶. کارشناس پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران.
۷. استاد، دکتری پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران.

توسعه پرستاری در سلامت/ دوره چهاردهم/ شماره ۲/ پاییز و زمستان ۱۴۰۲

چکیده

زمینه و هدف: اسکیزوفرنی ویرانگرترین بیماری روان‌پزشکی است که با علائم روان‌پریشی و اختلال عملکرد فرد در ابعاد مختلف مشخص می‌شود. با توجه به بار بیماری برای خانواده، جامعه و سیستم بهداشتی درمانی، برنامه‌ریزی مناسب جهت ارائه خدمات بهداشت روان، نیازمند اطلاعات پایه بوده و شناخت حجم و مشخصات مشکل در هر جمعیتی مسأله مهمی می‌باشد. لذا این مطالعه با هدف شناسایی مشخصات جمعیت شناختی و بالینی بیماران اسکیزوفرنی انجام شد.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه توصیفی، پرونده‌های موجود (۲۱۶ پرونده) مربوط به بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی مرکز آموزشی درمانی ۵ آذر گرگان در بازه زمانی ۱۳۹۸ تا ۱۴۰۰ به صورت تمام شماری مورد بررسی قرار گرفتند. برای جمع‌آوری اطلاعات از فرم گردآوری اطلاعات جمعیت‌شناختی و مشخصات بالینی استفاده شد. با نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ و آمار توصیفی و تحلیلی آنالیز داده انجام شد.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان دادند که بیشترین افراد مبتلا را زنان ۶۹/۲٪ تشکیل دادند. وضعیت جمعیت‌شناختی بیماران شامل مجرد، ۵۳/۴٪ با دامنه سنی ۴۰-۳۱ سال ۳۵/۱ ٪، قومیت فارس ۵۹/۱٪، بیکار ۵۵/۳ ٪، دارای سطح تحصیلات سیکل ۲۵/۵٪، با رتبه تولد اول ۲۰/۷ ٪، فرم پارانوئید ۳۲/۷٪، با میانگین روزهای بستری ۳۱/ ۲۵ روز و میانگین تعداد دفعات بستری ۴/۳۸ بار می‌باشند.

نتیجه‌گیری: با توجه به این‌که اغلب بیماران از جنس زن، سنین جوان و مجرد تشکیل می‌دهند، این یافته‌ها می‌تواند جهت برنامه‌ریزی بهداشتی مانند غربالگری، شناسایی، ارجاع بیماران، اقدامات پیشگیرانه مورد استفاده قرار گیرد.

واژگان کلیدی: اسکیزوفرنی، فراوانی، اپیدمیولوژی

آدرس مکاتبه: گرگان، ابتدای جاده شصتکلا، مجموعه آموزش عالی فلسفی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، دانشکده پرستاری و مامایی.
Email: jouybari@goums.ac.ir

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-27]

مقدمه

اسکیزوفرنی گروهی از اختلالات شدید روان‌پزشکی در طول یک طیف است و با اختلال در شناخت، احساسات، ادراک، تفکر و رفتار مشخص می‌شود. روند بیماری مزمن بوده و دارای علائمی مانند توهم، هذیان و تفکر آشفته می‌باشد (۱). این اختلال معمولا در اوایل بزرگسالی شروع می‌شود (۲). با اختلال عملکردی قابل توجه، چالش در زندگی اجتماعی و بار ناتوانی همراه بوده و بر بسیاری از حوزه‌های مختلف زندگی بیمار و خانواده تأثیر می‌گذارد (۳). به طوری که مشکلاتی را در عملکرد اجتماعی و اقتصادی بیماران مانند شغل، ازدواج و زندگی مستقل و کیفیت زندگی به وجود می‌آورد (۲). به دلیل چالش‌های ناشی از نیاز به مراقبت نامحدود، بار مراقبتی وارد شده به خانواده این بیماران قابل توجه می‌باشد (۴). این بیماری شدیدترین اختلالات روانی بوده که باعث درد و رنج بسیار زیادی برای میلیون‌ها نفر و خانواده‌های آنها در سراسر جهان می‌شود (۵). طبق برآورد سازمان بهداشت جهانی اسکیزوفرنی به عنوان هشتمین علت ناتوانی در افراد ۱۵ الی ۴۴ سال می‌باشد (۶). تخمین زده می‌شود که زیان‌های ناشی از اسکیزوفرنی، از مجموع تمام خسارت‌های ناشی از سرطان‌ها نیز بیشتر است (۷). شیوع اسکیزوفرنی در جمعیت جهانی ۰/۶ تا ۱/۹ درصد و در ایران ۰/۸۹ درصد گزارش شده است که این آمارها به آمار جهانی ابتلا به اسکیزوفرنی نزدیک است. همچنین میزان ابتلا مردان و زنان به این بیماری، به یک اندازه می‌باشد (۸). این بیماری فقط ابعاد مختلف زندگی بیمار و خانواده را متأثر نمی‌سازد، بلکه جامعه و سیستم‌های بهداشتی درمانی نیز بار سنگینی را متحمل می‌گردند. جهت مدیریت چالش‌های مربوط به نگهداری و مراقبت بیماران، نیاز به حمایت دولت‌ها، تخصیص بودجه، تغییرات خط‌مشی، زیرساخت‌ها و خدمات در سطح ملی می‌باشد (۹). در این راستا انجام مطالعات مربوط به اختلالات روان‌پزشکی در یک جامعه برای ارائه خدمات روان‌پزشکی مؤثر ضروری است (۱۰). به طوری که برای شناسایی نیازهای بهداشتی افراد جامعه و حجم مشکلات بهداشت روان کشور، امری مهم می‌باشد. برنامه‌ریزی مناسب جهت ارائه خدمات بهداشت روان به افراد جامعه، نیازمند اطلاعات پایه، بررسی‌های اپیدمیولوژیک و شناسایی وسعت مشکل است (۱۱). طبق برآوردهای WHO، اسکیزوفرنی تقریباً ۲۴ میلیون نفر را در سراسر جهان تحت تأثیر قرار داده و شیوع آن در مناطق مختلف جهان، حتی در استان‌های مختلف یک کشور متفاوت است (۱۲). عوامل مختلفی مانند تغییرات اجتماعی، فرهنگی، سیاسی، اقتصادی (۱۰)، اعتقادات و باورهای دینی، ویژگیهای دموگرافیک، ویژگی‌های جغرافیایی می‌تواند بر میزان اختلالات اثر داشته باشد (۱۳, ۱۴). لذا با در نظرگرفتن عوامل مختلف، پیمایش مبتنی بر جمعیت اختلالات روانی مورد نیاز است تا ابعاد و بزرگی مشکلات سلامت روان و اثرات آن‌ها در سطوح فردی، خانواده و جامعه مورد بررسی قرار گیرد (۲۰). همچنین بررسی اپیدمیولوژیک داده‌های موجود می‌تواند با توجه به چند فاکتوری بودن اختلالات، روند مناسبی از آن‌ها به ما ارائه دهد (۱۴).

از این رو مطالعه حاضر در نظر دارد تا فراوانی بیماری اسکیزوفرنی در بازه زمانی دو ساله در مراجعین به بخش روان‌پزشکی مرکز آموزشی درمانی پنج آذر گرگان را مورد بررسی قرار دهد تا از اطلاعات به دست آمده در مورد فراوانی بیماری اسکیزوفرنی در این شهرستان جهت بهبود برنامه‌ریزی‌ها و سیاست‌های بهداشتی منطقه استفاده گردد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه به صورت مقطعی و توصیفی تحلیلی، در مرکز آموزشی درمانی ۵ آذر روی تمام پرونده‌های بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی در بازه زمانی ۱۴۰۰-۱۳۹۸ انجام شد. در این

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-27]

مطالعه که به صورت تمام شماری انجام گردید با مراجعه به بخش‌های روان‌پزشکی مردان و زنان، درمانگاه و بایگانی مرکز آموزشی درمانی ۵ آذر گرگان، به بررسی این اختلال در ۲۱۶ پرونده پرداخته شد. داده‌ها توسط سه پرسش‌گر آموزش دیده جمع‌آوری شد. پرسش‌گرها بعد از اخذ مجوز، نسبت به تکمیل پرسشنامه اقدام کردند. جهت جمع‌آوری داده‌ها، فرم گردآوری اطلاعات جمعیت شناختی و بالینی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی مورد استفاده قرار گرفت. اطلاعات جمعیت شناختی شامل سن، جنسیت، وضعیت تأهل، تحصیلات، شغل قبل از بیماری، قومیت، رتبه تولد بوده و مشخصات بالینی مانند نوع اسکیزوفرنی، دفعات بستری، مدت بستری، مدت ابتلا، نوع درمان، سابقه اختلالات روانی، سابقه خانوادگی بررسی شد. پژوهشگران به بخش‌های روان‌پزشکی، درمانگاه و بایگانی مرکز آموزشی درمانی پنج آذر گرگان مراجعه کرده و داده‌های موجود در پرونده های بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی را وارد فرم گردآوری اطلاعات نمودند. در پایان داده‌ها پس از جمع‌آوری در نرم‌افزار SPSS ۱۶ وارد شده و به وسیله آزمون‌های آماری توصیفی(میانگین، فراوانی، درصد فراوانی، انحراف معیار، مک نمار) و تحلیلی (تی مستقل، آنالیز واریانس یک طرفه، کای اسکوئر و ضریب همبستگی پیرسون، در سطح معنی‌داری ۰/۰۵) تجزیه و تحلیل گردید. این پژوهش در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی گلستان و با کد IR.GOUMS.REC.1399.426 تصویب شده و کلیه اصول اخلاق در پژوهش در خصوص مطالعه پرونده‌های بیمارستانی مانند اخذ مجوز، حفاظت از حقوق مددجو و محرمانه بودن اسامی رعایت گردید.

یافته‌ها

در این مطالعه فراوانی بیماری اسکیزوفرنی در بیماران بستری در بخش روان‌پزشکی مرکز آموزشی درمانی ۵ آذر گرگان همزمان با شیوع پاندمی کووید-۱۹ و در سال های ۱۴۰۰ – ۱۳۹۸ بر حسب مشخصات جمعیت‌شناختی(سن، جنس، قومیت، شغل، وضعیت تأهل، تحصیلات، رتبه تولد) مورد بررسی قرار گرفت. جدول ۱ فراوانی و درصد را در متغیرهای فوق تولد نشان می‌دهد.

جدول شماره ۱- توزیع فراوانی و درصد متغیرهای جمعیت شناختی بیماران اسکیزوفرنی بستری در بخش روان‌پزشکی

متغیر	سطوح	فراوانی	درصد	آماره	درجه آزادی	سطح معناداری
جنسیت	مرد	۶۴	۳۰/۸	۳۰/۷۶	۱	۰/۰۰۰
	زن	۱۴۴	۶۹/۲			
وضعیت تأهل	مجرد	۱۱۱	۵۳/۴	۱۱۸/۷۳	۳	۰/۰۰۰
	متاهل	۵۸	۲۷/۹			
	بیوه	۳	۱/۴			
	مطلقه	۳۶	۱۷/۳			

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-27]

سن	۱۰-۲۰	۷	۳/۴	۵۴/۰۱	۴	۰/۰۰۰
	۲۱-۳۰	۳۹	۱۸/۸			
	۳۱-۴۰	۷۳	۳۵/۱			
	۴۱-۵۰	۴۹	۲۳/۶			
	۵۰>	۴۰	۱۹/۲			
قوم	فارس	۱۲۳	۵۹/۱	۳۱۵/۹۶	۵	۰/۰۰۰
	ترکمن	۴۷	۲۲/۶			
	سیستانی	۲۸	۱۳/۵			
	کرد	۴	۲/۴			
	بلوچ	۶	۲/۹			
شغل	بیکار	۱۱۵	۵۵/۳	۳۷۰/۷۶	۷	۰/۰۰۰
	خانه دار	۳۲	۱۵/۴			
	خویش فرما	۲۰	۹/۶			
	کارگر	۸	۳/۸			
	کشاورز	۱۵	۷/۲			
	بازنشسته	۷	۳/۴			
	کارمند	۶	۲/۹			
	درحال آموزش	۵	۲/۴			
تحصیلات	بی‌سواد	۸	۳/۸	۱۸۸/۳۴	۹	۰/۰۰۰
	ابتدایی	۴۹	۲۳/۶			
	سیکل	۵۳	۲۵/۵			
	دبیرستان	۱۴	۶/۷			
	دیپلم	۴۹	۲۳/۶			
	دانشجو	۴	۱/۹			
	دانشجوی انصرافی	۴	۱/۹			
	فوق دیپلم	۹	۴/۳			
	لیسانس	۱۶	۷/۷			
	ارشد	۲	۱			

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-27]

رتبه تولد	۱	۴۳	۲۰/۷	۱۱۸/۲۵	۹	۰/۰۰۰
	۲	۳۳	۱۵/۹			
	۳	۴۰	۱۹/۲			
	۴	۳۶	۱۷/۳			
	۵	۲۵	۱۲			
	۶	۱۶	۷/۷			
	۷	۶	۲/۹			
	۸	۵	۲/۴			
	۹	۳	۱/۴			
	۱۰	۱	۰/۵			

همان‌طور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود ۳۰/۸ درصد افراد مبتلا را مردان و ۶۹/۲ درصد افراد مبتلا را زنان تشکیل دادند. آماره خی دو نشان‌دهنده آن بود که بین مردان و زنان از نظر ابتلا به اسکیزوفرنی تفاوت معناداری وجود دارد (p=۰/۰۰۱) و در نمونه مورد مطالعه درصد ابتلای زنان به اسکیزوفرنی بیشتر بود. با توجه به نتایج جدول، ۵۳/۴ درصد افراد مبتلا به اسکیزوفرنی مجرد، ۲۷/۹ درصد متأهل، ۱/۴ درصد بیوه و ۱۷/۳ درصد مطلقه بود. آماره خی دو بیانگر این بود که بین افراد در وضعیت تأهل مختلف از نظر ابتلا به اسکیزوفرنی تفاوت معناداری وجود دارد (p=۰/۰۰۱) و افراد مجرد درصد بیشتری از افراد مبتلا را به خود اختصاص داده‌اند. نتایج جدول فوق نشان‌دهنده این بود که بیشترین گروه سنی افراد مبتلا، ۴۰-۳۱ سال و کمترین گروه سنی، ۲۰-۱۰ سال است. بررسی آماره خی دو نشان‌دهنده این است که فراوانی اسکیزوفرنی در گروه‌های سنی مختلف تفاوت معناداری دارد (p=۰/۰۰۱). گروه سنی ۴۰-۳۱ سال درصد بیشتری از افراد اسکیزوفرنی را به خود اختصاص داده‌اند. یافته‌های جدول نشان‌دهنده این است که ۵۹/۱ درصد افراد مبتلا فارس، ۲۲/۶ درصد ترکمن، ۱۳/۵ درصد سیستانی، ۲/۴ درصد کرد و ۲/۹ درصد بلوچ بودند. بررسی آماره خی دو بیانگر آن است که بین اقوام مختلف از نظر ابتلا به اسکیزوفرنی تفاوت معناداری وجود دارد و فارس‌ها درصد بیشتری از افراد مبتلا را تشکیل دادند. بررسی وضعیت اشتغال افراد مبتلا نشان‌دهنده آن است که ۵۵/۳ درصد آنها بیکار، ۱۵/۴ درصد خانه‌دار، ۹/۶ درصد خویش‌فرما، ۳/۸ درصد کارگر، ۷/۲ درصد کشاورز، ۳/۴ درصد بازنشسته، ۲/۹ درصد کارمند و ۲/۴ درصد در حال آموزش هستند. بررسی با آماره خی دو نشان‌دهنده این است که بین گروه‌های شغلی مختلف از نظر ابتلا به اسکیزوفرنی تفاوت معناداری وجود دارد (p=۰/۰۰۱) و افراد بیکار بیشترین درصد افراد مبتلا را به خود اختصاص دادند. بررسی مقطع تحصیلی افراد مورد مطالعه نشان می‌دهد که ۳/۸ درصد افرادد مبتلا بی‌سواد، ۲۳/۶ درصد تحصیلات ابتدایی، ۲۵/۵ درصد سیکل، ۶/۷ درصد تحصیلات دبیرستانی، ۲۳/۶ درصد دیپلم، ۱/۹ درصد دانشجو، ۱/۹ درصد دانشجوی انصرافی، ۲۵/۵ درصد سیکل و ۱ درصد ارشد بودند. بررسی آزمون معناداری نشان‌دهنده این است که بین گروه‌های تحصیلی مختلف از نظر ابتلا به اسکیزوفرنی تفاوت معناداری وجود دارد (p=۰/۰۰۱) و افراد دارای تحصیلات سیکل بیشترنی افراد مبتلا بودند. نتایج جدول فوق در بررسی رتبه تولد نشان‌دهنده این

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-27]

است که ۲۰/۷ درصد افراد مبتلا دارای رتبه تولد ۱، و بعد از آن ۱۹/۲ درصد افراد مبتلا دارای رتبه تولد ۳ بودند. بررسی آزمون خی دو نشان داد که بین رتبه‌های تولد از نظر ابتلا به اسکیزوفرنی تفاوت معناداری وجود دارد (p=۰/۰۰۱) و افراد رتبه ۱ بیشترین درصد افراد مبتلا را داشتند.

بررسی فراوانی بیماری اسکیزوفرنی در بیماران بستری در بخش روان‌پزشکی مرکز آموزشی درمانی ۵ آذر گرگان در سال‌های ۱۴۰۰ – ۱۳۹۸ بر حسب مشخصات بالینی: نوع اسکیزوفرنی، دفعات بستری، مدت بستری، مدت ابتلا (مرحله بیماری)، نوع درمان، سابقه اختلالات، سابقه خانوادگی در جدول ۲ و ۳ نمایش داده شد.

جدول شماره۲- توزیع فراوانی و درصد نوع اسکیزوفرنی، نوع درمان، سابقه اختلالات و سابقه خانوادگی در بیماران اسکیزوفرنی بستری در بخش روان‌پزشکی

متغیر	سطوح	فراوانی	درصد	آماره	درجه آزادی	سطح معناداری
نوع اسکیزوفرنی	پارانویید	۶۸	۳۲/۷	۸۵/۳۲	۶	۰/۰۰۰
	کاتاتونیک	۳۳	۱۵/۹			
	هبفرنیک	۳۱	۱۴/۹			
	سازمان نایافته	۱۷	۸/۲			
	اپیزود مزمن/ پیچیده	۳۹	۱۸/۸			
	اسکیزوافکتیو	۱۴	۶/۷			
	فرم کوتاه	۶	۲/۹			
نوع درمان	صرفا دارو	۹۵	۴۵/۷	۱۰۳/۱۱	۲	۰/۰۰۰
	شوک	۱	۰/۵			
	هردو	۱۱۲	۵۳/۸			
سابقه اختلالات	جسمی	۳۹	۱۸/۸	۲۵۲/۶۵	۳	۰/۰۰۰
	سایر اختلالات روان	۱۴	۶/۷			
	هیچکدام	۱۴۹	۷۱/۶			
	هردو	۶	۲/۹			
سابقه خانوادگی	جسمی	۱۰	۴/۸	۱۸۰/۴۱	۴	۰/۰۰۰
	روان	۷۸	۳۵/۵			
	هیچکدام	۹۸	۴۷/۱			
	هردو	۳	۱/۴			
	بله ولی نامشخص	۱۹	۹/۱			

بررسی یافته‌های جدول ۲ نشان‌دهنده این است که ۳۲/۷ درصد افراد مورد مطالعه مبتلا به اسکیزوفرنی پارانویید، ۱۵/۹ درصد اسکیزوفرنی کاتاتونیک، ۱۴/۹ درصد هبفرنیک، ۸/۲ درصد سازمان نایافته، ۱۸/۸درصد اپیزود مزمن/ پیچیده، ۶/۷ درصد

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-27]

اسکیزوافکتیو، ۲/۹ فرم کوتاه بودند. بررسی آماره خی دو نشان‌دهنده این است که بین انواع اسکیزوفرنی در افراد مبتلای مورد مطالعه تفاوت معنی‌داری وجود دارد (p=۰/۰۰۱) و بیشترین افراد مورد مطالعه مبتلا به اسکیزوفرنی پارانویید بودند. بررسی نوع درمان بیانگر این است که ۴۵/۷ درصد افراد مبتلا صرفا درمان دارویی دریافت کردند و ۰/۵ درصد فقط شوک دریافت کردند و ۵۳/۸ درصد هر دو درمان را دریافت کردند. بررسی سطح معناداری نشان داد که بین نوع درمان در افراد مبتلا به اسکیزوفرنی تفاوت معناداری وجود دارد و درصد زیادی از افراد مبتلا هر دو درمان دارویی و شوک را دریافت کردند. بررسی سابقه اختلالات نشان داد که ۱۸/۸ درصد افراد مورد مطالعه سابقه بیماری جسمی، ۶/۷ درصد سابقه سایر اختلالات روانی، ۷۱/۶ درصد سابقه هیچ اختلالی نداشتند و ۲/۹ درصد سابقه هر دو اختلال جسمی و روانی را داشتند. بررسی آماره خی دو نشان می‌دهد که بین افراد مبتلا از نظر سابقه اختلالات تفاوت معناداری وجود دارد (p=۰/۰۰۱) و بیشتر افراد مبتلا هیچ سابقه‌ای از ابتلا به اختلال جسمی و روانی نداشتند. بررسی سابقه خانوادگی در جدول فوق نشان دهنده این بود که ۴/۸ درصد افراد مبتلا سابقه خانوادگی بیماری جسمانی و ۳۵/۵ درصد سابقه بیماری روان، ۴۷/۱ درصد هیچ سابقه خانوادگی نداشتند. ۱/۴ درصد سابقه خانوادگی نداشتند و ۹/۱ درصد نیز سابقه خانوادگی داشتند اما نوع آن مشخص نبود. بررسی آماره خی دو نشان‌دهنده آن بود که بین افراد مبتلا از نظر سابقه خانوادگی تفاوت معناداری وجود دارد (p=۰/۰۰۱) و بیشتر افراد مبتلا هیچ سابقه خانوادگی نداشتند.

جدول شماره۳- میانگین و انحراف استاندارد روزهای بستری در یک نوبت، طول مدت بستری و تعداد دفعات بستری در بیماران اسکیزوفرنی بستری در بخش روان‌پزشکی

متغیر	میانگین	انحراف استاندارد
روزهای بستری در یک نوبت	۲۵/۳۱	۱۲/۳۳
طول مدت بیماری	۴۸۰	۱۱۳/۰۳
تعداد دفعات بستری	۴/۳۸	۳/۹۲

همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود میانگین روزهای بستری در یک نوبت(آخرین نوبت) برای افراد شرکت‌کننده ۲۵/۳۱ روز بود. میانگین طول مدت بیماری نیز ۴۸۰ ماه و میانگین تعداد دفعات بستری ۴/۳۸ بار بود.

بحث

در مطالعه حاضر فراوانی بیماری اسکیزوفرنی در بیماران بستری در بخش روان‌پزشکی مرکز آموزشی درمانی بر حسب مشخصات جمعیت‌شناختی مورد بررسی قرار گرفت. طبق نتایج مطالعه، بیشترین افراد مبتلا را زنان، با دامنه سنی ۴۰-۳۱ سال و مجرد تشکیل می‌دهند که غالبا از سطوح تحصیلاتی پایین و بیکار می‌باشند. این یافته‌ها بیانگر درجه بالای آسیب‌پذیری این بیماران می‌باشد. که بایست در سطوح مختلف سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی و خدمات‌رسانی به این مساله توجه بیشتری شود. در نمونه مورد مطالعه، درصد ابتلای زنان به اسکیزوفرنی بیشتر بود. در این راستا

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-27]

مطالعه‌ای که در سال ۲۰۱۵ در چین انجام شد نیز حاکی از آن بود که شیوع اسکیزوفرنی در مناطق روستایی، در میان زنان بیشتر از مردان می‌باشد (۰/۵۱ درصد در مقابل ۰/۳۸ درصد)، اما در مناطق شهری، این میزان برای زنان و مردان (۰/۳۰ درصد در مقابل ۰/۳۵ درصد) مشابه بود (۲۱). اما li (۲۰۱۶) می‌نویسد مردان و زنان میزان شیوع مشابهی از اسکیزوفرنی دارند. اما سن بروز بیماری در مردان کمتر می‌باشد و زنان شروع نسبتاً دیرتر بیماری را نشان می‌دهند. این در حالی است که دلایل تفاوت‌های جنسی در اسکیزوفرنی آشکار نشده است (۲۲). مطالعه Seeman (۲۰۱۹) نیز حاکی از این است که زنان دارای مزایای خاصی نسبت به مردان هستند، بیماری آنها در سنین بالاتر شروع می‌شود و علائم آن‌ها سریع‌تر و کامل‌تر به درمان‌های موجود پاسخ می‌دهند. این مزایا در ابتدای بیماری به خوبی به زنان کمک می‌کند، اما به نظر می‌رسد مزایای آن با گذشت زمان از بین می‌رود. بنابراین تفاوت‌های جنسیتی بسته به سن بیمار متفاوت است. علاوه بر این پیشینه اجتماعی و فرهنگی جمعیت مورد مطالعه نیز می‌تواند بر این موضوع اثر بگذارد (۲۳).

تأهل نقش مهمی در برخورداری از حمایت را برای بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی ایفا می‌کند. با نظر به یافته‌های مطالعه حاضر افراد مجرد درصد بیشتری از افراد مبتلا را به خود اختصاص داده‌اند، این در حالی است که در مطالعه Li بیشتر افراد مبتلا را متأهلین تشکیل دادند. وضعیت تأهل شرکت‌کنندگان شامل ٪۵۹,۱۲ متأهل، مطلقه ٪۶,۸۵ ، بیوه ٪۰,۳۷ و هرگز ازدواج نکرده ٪۳۳,۶۶ بوده است (۲۴). این یافته متناقض می‌تواند ناشی از تفاوت در بستر مکانی و زمانی مطالعه مورد نظر باشد. در ارتباط با گروه سنی، طبق نظر kaplan حدود ۹۰ درصد از بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی بین ۱۵ تا ۵۵ سال سن دارند که در مطالعه حاضر نیز در همین دامنه سنی قرار داشتند. به طوری که افراد ۴۰-۳۱ سال درصد بیشتری از افراد اسکیزوفرنی را به خود اختصاص داده‌اند. علاوه بر این کاپلان بیان کرده است که سن اوج شروع بیماری برای مردان ۱۰ تا ۲۵ سال و برای زنان ۲۵ تا ۳۵ سال است. بر خلاف مردان، زنان یک توزیع سنی دو وجهی را نشان می‌دهند و اوج دوم در میانسالی رخ می‌دهد (۲۵). برکتین و همکاران که به بررسی میزان انطباق درمان بیماران در بیمارستان نور اصفهان بین سال‌های ۱۳۸۴ تا ۱۳۸۹ پرداختند، دامنه سنی بیماران ۱۴ تا ۶۴ سال بود. اما در مطالعه حاضر این دامنه محدودتر شده و به سنین جوانی بیشتر متمایل گردیده است (۲۶). همان طور که Dickson در سال ۲۰۲۰ با انجام متاآنالیز دریافت که اکثر بیماران با سن کمتر از ۲۰ سال (٪۵۰,۷) بوده و ٪۵۵,۶ حداقل یک بار در طول ۵ سال گذشته بستری شده بودند (۲۷).

قومیت متغیر دیگری بود که در این مطالعه به آن پرداخته شد. یافته‌ها بیانگر آن است که فارس‌ها درصد بیشتری از افراد مبتلا را تشکیل دادند. در واقع قومیت‌ها و خرده فرهنگ‌ها می‌توانند هم به عنوان تسهیل‌کننده سازگاری و تاب‌آوری بوده و هم می‌توانند سبب بروز تعارض و ناسازگاری شوند. تفاوت‌های بین گروه‌های اقلیت از نظر تفاوت‌های رفتاری، روابط خانوادگی، عوامل اجتماعی، سیاسی و اقتصادی، طبقه اجتماعی-اقتصادی، شرایط شغلی و میزان دسترسی به منابع و خدمات گوناگون جامعه، از عوامل مؤثر می‌باشند و نقش مهمی در اختلالات و الگوی استفاده از خدمات درمانی ایفا می‌کنند (۲۸). لذا در درمان‌های روانی اجتماعی مبتنی بر شواهد برای اسکیزوفرنی باید به سیستم‌های اعتقادی و ارزشی طبق فرهنگ‌های مختلف توجه نمود (۲۹).

طبق پژوهش حاضر، افراد بیکار بیشترین درصد افراد مبتلا را به خود اختصاص دادند. در این راستا مطالعه Dickson (۲۰۲۰) در استرالیا که بر روی ۲۶۸ نفر انجام شد، حاکی از این بود که اکثر بیماران مرد (٪۶۳,۴)، با میانگین سنی ۴۵,۴ سال، مجرد (٪۸۵,۴) و بیکار (٪۹۰,۳) بودند. وی همچنین بیان کرد که داشتن شغل و حمایت اجتماعی از عواملی هستند که بر کیفیت زندگی بیماران اسکیزوفرنی تأثیر مثبتی دارند. لذا باید

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-27]

برای ارتقاء فعالیت‌های شغلی این بیماران اقدامات مناسبی صورت گیرد (۲۷).

بررسی مقطع تحصیلی افراد مورد مطالعه نشان داده است که افراد دارای تحصیلات لیسانس بیشترین افراد مبتلا بودند. اما در مطالعه Li که در سال۲۰۱۵ انجام شد اکثر شرکت‌کنندگان دارای تحصیلات متوسطه بودند ۴۵،۱۷٪، بی سواد ۴،۴۱ درصد، ابتدایی ۳۶،۹۶٪، و ۰،۴۹٪ کارشناسی (۲۴). با نظر به مطالعات دیگر می‌توان گفت اسکیزوفرنی منجر به آسیب قابل توجه عملکرد اجتماعی افراد آسیب دیده در حوزه روابط بین فردی و شغلی و همچنین مراقبت از خود می‌شود. این نقص‌های جدی منجر به کناره‌گیری اجتماعی بیماران می‌شود. وضعیت دانشی و اجتماعی مناسب بیماران و خانواده‌ها تأثیر زیادی بر عملکرد اجتماعی این بیماران دارد (۳۰).

یافته‌های مربوط به رتبه تولد نشان داد که افراد رتبه ۱ بیشترین درصد افراد مبتلا را داشتند. در مطالعه Szöke (۲۰۱۹) نیز به عوامل خطر اسکیزوفرنی مانند مهاجرت، شهرنشینی، فصلی بودن تولد، ترتیب تولد و سن پدر پرداخته شد. یافته‌ها تولد در شهر، فرزند اول بودن و سن پدر بالای ۳۵ سال را مورد تأیید قرار دادند (۳۱). مطالعه حاضر مبین آن بود که بیشترین افراد مورد مطالعه مبتلا به اسکیزوفرنی پارانویید بودند. در این راستا کاپلان نیز تأیید می‌کند که پارانویید شایع‌ترین فرم بالینی اسکیزوفرنی می‌باشد (۲۵). همچنین یافته‌های یک مطالعه توصیفی آینده‌نگر بر روی ۱۶۴ بیمار اسکیزوفرنی در بازه زمانی بین فوریه ۲۰۱۹ و ژانویه ۲۰۲۰ گواه آن بود که نوع پارانوئید۳۴ درصد، تمایز نیافته ٪۲۸ و هبه فرنیک ۱۷،۱ ٪ به ترتیب بیشترین فرم‌های بالینی اسکیزوفرنی می‌باشند. البته در مطالعه حاضر نوع کاتاتونیک بعد از پارانوئید میزان بیشتری را به خود اختصاص داده است. این یافته برخلاف مطالعه مذکور می‌باشد (۳۲). یافته‌های نوع درمان بیانگر این است درصد زیادی از افراد مبتلا، هر دو درمان دارویی و شوک را دریافت می‌کنند. طبق مطالعات بهبود عملکردی بیماران اسکیزوفرنی با رویکردی چند وجهی شامل دارودرمانی، مداخلات روانی اجتماعی و توجه به شرایط محیطی امکان‌پذیر است. هرچند داروهای ضد روان‌پریشی عنصر اساسی درمان اسکیزوفرنی هستند، اما مداخلات روانی اجتماعی و توانبخشی نیز باید بخشی از درمان استاندارد اسکیزوفرنی مورد استفاده قرار گیرد (۳۳). بررسی سابقه اختلالات نشان داد که ۱۸/۸ درصد افراد مورد مطالعه سابقه بیماری جسمی، ۶/۷ درصد سابقه سایر اختلالات روانی، ۷۱/۶ درصد سابقه هیچ اختلالی نداشتند و ۲/۹ درصد سابقه هر دو اختلال جسمی و روانی را داشتند. بررسی آماره خی دو نشان می‌دهد که بین افراد مبتلا از نظر سابقه اختلالات تفاوت معناداری وجود دارد (p=۰/۰۰۱) و بیشتر افراد مبتلا هیچ سابقه‌ای از ابتلا به اختلال جسمی و روانی نداشتند. در پژوهش Nishanth نیز ۷۰ درصد بیماران دارای یک وضعیت جسمانی همراه بودند. بیماری‌های همراه جسمی مانند بیماری‌های قلبی عروقی، فشارخون بالا، دیابت، تنفسی، عصبی، عفونی و مقاربتی یکی از عوامل بالقوه کاهش امید به زندگی در اسکیزوفرنی است. عوامل مختلف مرتبط با شیوه زندگی می‌تواند مسبب این وضعیت باشد. بیماران اغلب به دلیل انزوای اجتماعی، فقدان بینش، مشکل در برقراری ارتباط قادر به جستجوی مراقبت‌های فیزیکی کافی نیستند (۳۴). با توجه به این که مطالعه حاضر بر روی پرونده‌های بیماران بستری انجام شده است، علی‌رغم این که سعی در رعایت صحت، جامعیت و صداقت در جمع‌آوری اطلاعات بوده است اما ممکن است این یافته‌ها تحت تأثیر عوامل مختلفی مانند عدم ارزیابی کامل بیماران توسط پرستار، کامل نبودن فرم‌های ارزیابی اولیه، مورد غفلت قرار گرفتن بیماران جهت ارزیابی‌های پزشکی توسط خانواده یا تیم درمانی و غیره قرار گرفته باشد.

در ارتباط با سابقه خانوادگی، نتایج حاکی از آن بود که بیشتر افراد مبتلا هیچ سابقه خانوادگی نداشتند. در مغایرت با این یافته پژوهش حاکی از تأثیر خانوادگی بیماری می‌باشد. ۵۱،۷ درصد موارد اسکیزوفرنی خانوادگی در مقابل ۴۹،۳ درصد موارد غیر خانوادگی را تشکیل می‌دهد. در واقع شروع اسکیزوفرنی در جمعیت‌ها با ویژگی‌های اجتماعی-دموگرافیک، بالینی، ژنتیکی و محیطی مرتبط است (۳۲). البته این مغایرت می‌تواند مربوط به غربالگری نامناسب و بررسی اولیه بهداشتی در نتیجه نامشخص ماندن این اثر باشد.

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-27]

میانگین روزهای بستری در یک نوبت (آخرین نوبت) برای افراد شرکت‌کننده ۲۵/۳۱ روز و میانگین تعداد دفعات بستری ۴/۳۸ بار بود. طی دوره‌های بحرانی اسکیزوفرنی، بستری در بیمارستان ضروری است. طول مدت بستری در چند دهه اخیر به طور قابل توجهی کاهش یافته است. مطالعه‌ای در یک مرکز روان‌پزشکی بزرگ در سوئیس حاکی از آن بود که مدت اقامت در بیمارستان (متوسط ۲۸ روز) بوده است (۳۵). میانگین طول زمان بستری در بسیاری از کشورها کاهش یافته و یا طبق سیاست‌های بهداشتی رو به کاهش است (۳۶). در یافته Nishanth میانگین سنی بیماران ۱۰/۷±۳۵/۱۲ سال و میانگین طول مدت بیماری ۸/۳±۰/۵۸ سال بود (۳۴). با نظر به میانگین طول مدت بیماری و توجه به میانگین سنی مطالعه حاضر (۳۱-۴۰ سال) و Nishanth (۳۵ سال)، به‌نظر می‌رسد، که علت تفاوت در میانگین مدت بیماری می‌تواند ناشی از میزان دسترسی به منابع درمانی و حمایتی در نمونه‌های مطالعه Nishanth باشد.

در این پژوهش، فراوانی و جمعیت‌شناختی بیماری اسکیزوفرنی در مرکز آموزشی درمانی ۵ آذر گرگان طی سال های ۱۴۰۰ – ۱۳۹۸ مورد بررسی قرار گرفت. از محدودیت‌های این مطالعه، دسترسی سخت به بیماران و پرونده‌های آن‌ها در دوران کووید ۱۹ بوده است.

نتیجه‌گیری

نتایج حاکی از فراوانی بیماری اسکیزوفرنی از نظر متغیرهای جمعیت شناختی (سن، جنس، قومیت، شغل، وضعیت تأهل، تحصیلات، رتبه تولد) و مشخصات بالینی (نوع اسکیزوفرنی، دفعات بستری، مدت بستری، مدت ابتلا، نوع درمان، سابقه اختلالات روانی، سابقه خانوادگی) در جمعیت بیماران بستری در مرکز آموزشی درمانی ۵ آذر گرگان در سال‌های ۱۳۹۸-۱۴۰۰ می‌باشد. با توجه به افزایش بیماری‌های روان پزشکی در دهه‌های اخیر و آسیب‌پذیری بیماران و خانواده‌ها، مطالعات مربوط به فراوانی نقش مهمی را در این زمینه ایفا می‌کند. به طوری که این مطالعه می‌تواند به عنوان پایه‌ای جهت بررسی‌های عمیق‌تر، غربالگری، شناسایی، ارجاع بیماران، نیازسنجی مشکلات خانواده‌های دارای بیمار اسکیزوفرنی، نیازمندی‌های درمانی جامعه برای بستری این بیماران و توانبخشی آن‌ها، منابع، امکانات و محدودیت‌ها در سطح استان مورد استفاده قرار گیرد. از این مطالعه جهت برنامه‌ریزی‌های بهداشتی، درمانی و مرتبط با سلامتی در سطوح مختلف پیشگیری اولیه، ثانویه و ثالثیه استفاده نمود. امید است بتوان به عنوان گامی برای ارائه مراقبت‌های مؤثر، پاسخگویی به نیاز مراقبتی بیماران و خانواده آن‌ها باشد و به مسئولان جامعه بهداشتی در راستای مدیریت بهتر این بیماران، منابع انسانی و خدمات مؤثرتر کمک نماید.

پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی با استفاده از روش‌های اقدام پژوهی در جهت کاهش مشکلات این بیماران گام برداشت. همچنین با بازنگری و بررسی برنامه‌ها و سیاست‌های مربوط، در جهت توانمندسازی این بیماران و خانواده‌های آن‌ها اقدامات مؤثری انجام داد.

تشکر و قدردانی

در این راستا نویسندگان بر خود لازم می‌دانند که از مسئولین و پرسنل محترم بخش‌های روان‌پزشکی و بایگانی مرکز آموزشی درمانی ۵ آذر گرگان برای همکاری‌شان و همچنین کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی گلستان برای تصویب این طرح پژوهشی تقدیر و تشکر به عمل آورند.

تعارض منافع

نویسندگان اذعان می‌کنند که در این مطالعه تعارض منافعی وجود ندارد.

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-27]

Reference

1. J Sadock MD B. Kaplan & Sadock's Pocket Handbook of Clinical Psychiatry. Wolters Kluwer; 2019.
2. Tetteh IC, Ninnoni JP, Ampofo EA, Yeboa NK. Experiences of Persons Living Schizophrenia in Ghana. 2022.
3. Durgoji S, Muliyala KP, Jayarajan D, Chaturvedi SK. Quality of life in schizophrenia: what is important for persons with schizophrenia in India? Indian journal of psychological medicine. 2019;41(5):420-7.
4. Krupchanka D, Chrtková D, Vítková M, Munzel D, Čihařová M, Růžičková T, et al. Experience of stigma and discrimination in families of persons with schizophrenia in the Czech Republic. Social Science & Medicine. 2018;212:129-35.
5. Hahlweg K, Baucom DH. Family therapy for persons with schizophrenia: neglected yet important. European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience. 2022:1-6.
6.Yu Y, Liu Z-w, Tang B-w, Zhao M, Liu X-g, Xiao S-y. Reported family burden of schizophrenia patients in rural China. PloS one. 2017;12(6):e0179425.
7. AminiKhoo M, Eskandari H, Philosophy MR, Burjali A, Pezeshk S. Self and schizophrenia (case study). Clinical Psychology Studies Journal 1394;6(21):201 - 26(persian.(
8. Haji Aghaei N, Sheikhi MR, Zeighami R, Alipour M. Follow up of the Impact of Family-Centered Psychoeducation Based on Atkinson and Coia's Model on the Relapse and Severity of Symptoms in Schizophrenia. Iranian Journal of Psychiatric Nursing. 2017;5(4):27-33.
9. Seshadri K, Sivakumar T, Jagannathan A. The family support movement and schizophrenia in India. Current Psychiatry Reports. 2019;21(10.۷-۱:(
10. Mohammadi MR, Ahmadi N, Kamali K, Khaleghi A, Ahmadi A. Epidemiology of psychiatric disorders in iranian children and adolescents (ircap) and its relationship with social capital, life style and parents' personality disorders: study protocol. Iranian journal of psychiatry. 2017;12(1):66.
11. Mohammadzadeh S, Mohammadi MR, Ahmadi N, Hooshyari Z, Tahazadeh S, Yousefi F, et al. Epidemiology of psychiatric disorders in children and adolescents between 6 and 18 years of age in Kurdistan Province in . 2016 Scientific Journal of Kurdistan University of Medical Sciences. 2018;23(6):115-27.
12. Mathew VK, Sam KG, Samuel B, Das AK. Epidemiology of schizophrenia in an Indian hospital. Research Journal of Pharmacy and Technology. 2020;13(1):219-23.
13. Badrfam R, Zandifar A. The Condition of COVID-19 and Schizophrenia in Low-and Middle-Income Countries: A Situation with Escalating Concerns. Journal of Iranian Medical Council. 2021;4(4):335-7.
14. Shaker SH, Kasnaviyyeh S, Ghafouri HB, Tavakkoli N, Yasinzadeh M, Masoumi G, et al. XML Epidemiological survey of the attempted suicide patients admitted at Hazrat Rasoul Hospital in Tehran 2007-2011. Iranian journal of forensic medicine. 2017;23(1):7-15.
15. Mohan M, Perry BI, Saravanan P, Singh SP. COVID-19 in people with schizophrenia: potential mechanisms linking schizophrenia to poor prognosis. Frontiers in Psychiatry. 2021;12:684.
16. Cowan HR. Is schizophrenia research relevant during the COVID-19 pandemic? Schizophrenia Research. 2020;220:271-2.
17. Caqueo-Urízar A, Urzúa A, Ponce-Correa F, Ferrer R. Psychosocial Effects of the COVID-19 Pandemic on Patients With Schizophrenia and Their Caregivers. Frontiers in psychology. 2021;12.
18. Fonseca L, Diniz E, Mendonca G, Malinowski F, Mari J, Gadelha A. Schizophrenia and COVID-19: risks and recommendations. Brazilian Journal of Psychiatry. 2020;42:236-8.
19. Zhand N, Joober R. Implications of the COVID-19 pandemic for patients with schizophrenia spectrum disorders: narrative review. BJPsych Open. 2021;7(1.(
20. Mohammadi MR, Ahmadi N, Khaleghi A, Mostafavi SA, Kamali K, Rahgozar M, et al. Prevalence and correlates of psychiatric disorders in a national survey of Iranian children and adolescents. Iranian journal of psychiatry. 2019;14(1):1-15.
21. Liu T, Zhang L ,Pang L, Li N, Chen G, Zheng X. Schizophrenia-related disability in China: prevalence, gender, and geographic location. Psychiatric Services. 2015;66(3):249-57.

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-27]

22. Li R, Ma X, Wang G, Yang J, Wang C. Why sex differences in schizophrenia? Journal of translational neuroscience. 2016;1(1):37.
23. Seeman MV. Does gender influence outcome in schizophrenia? Psychiatric Quarterly. 2019;90(1):173-84.
24. Li X-j, Wu J-h, Liu J-b, Li K-p, Wang F, Sun X-h, et al. The influence of marital status on the social dysfunction of schizophrenia patients in community. International Journal of Nursing Sciences. 2015;2(2):149-52.
25. Kaplan H, Kaplan SB. Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry. Trans, Rezaai F Tehran: Arjmand pub. 2014:43-447.
26. Majid Barekatain , Khazar Garjani, Gholamhosein Ahmahzadeh , Maracy MR. Adherence of treatment of schizophrenia to the published treatment guidelines in university hospital. Journal of Research in Behavioural Sciences. 2014;11(6):510-21.
27. Dickson H, Hedges EP, Ma SY, Cullen AE, MacCabe JH, Kempton MJ, et al. Academic achievement and schizophrenia: a systematic meta-analysis. Psychological Medicine. 2020;50(12):1949-65.
28. Parvin rahmatinejad, Fatemeh shahi sadrabadi, Seyedeh Zahra hoseyni sharif ,khosravi. Z. The Cultural – social contexts of the psychopathology in minority groups. International Conference on the Culture of Psychopathology and Education; Iranian Psychological Association, Al-Zahra University2017.
29. Degnan A, Baker S, Edge D, Nottidge W, Noke M, Press C, et al. The nature and efficacy of culturally-adapted psychosocial interventions for schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. Psychological Medicine. 2018;48(5):714-27.
30. Dziwota E, Stepulak MZ, Wloszczak-Szubzda A, Olajossy M. Social functioning and the quality of life of patients diagnosed with schizophrenia. Annals of Agricultural and Environmental Medicine. 2018;25(1.(
31. Szöke A, Pignon B, Schürhoff F. Schizophrenia risk factors in exceptional achievers: a re-analysis of a 60-year-old database. Scientific reports. 2019;9(1):1-9.
32. Ba B, Mounkoro PP, Diakite B, Kassogue Y, Maiga M, Dara AE, et al. Descriptive study of cases of schizophrenia in the Malian population. BMC psychiatry. 2021;21(1):1-7.
33. Vita A, Barlati S. Recovery from schizophrenia: is it possible? Current opinion in psychiatry. 2018;31(3):246-55.
34. Nishanth K, Chadda R, Sood M, Biswas A, Lakshmy R. Physical comorbidity in schizophrenia & its correlates. The Indian Journal of Medical Research. 2017;146(2):281.
35. Lay B, Roser P, Kawohl W. Inpatient treatment of people with schizophrenia: quantifying clinical change using the Health of the Nation Outcome Scales. Schizophrenia Bulletin Open. 2021;2(1):sgab030.
36. Ajnakina O, Stubbs B, Francis E, Gaughran F, David AS, Murray RM, et al. Hospitalisation and length of hospital stay following first-episode psychosis: systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. Psychological medicine. 2020;50(6):991-1001.

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-27]

Epidemiology of schizophrenic patients hospitalized in psychiatry wards at Panj-Azar educational center in Gorgan(Iran)

Zeinab ebrahimpour mouziraji[1-2], Akram Sanagoo[3] , Seyed Reza Saadat Mehr[4] , Alireza Sadeghi[5], Mobina Safari[6], Leila Jouybari[7]

1. Assistant Professor, PhD in nursing, School of Nursing, Behshahr, Mazandaran University of Medical Sciences, Mazandaran, Iran.
2. Student Research Committee, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran.
3. Associate Professor, PhD in Nursing, School of Nursing and Midwifery, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran.
4. Assistant Professor ,PhD in Nursing, School of Nursing and Midwifery, mazandaran University of Medical Sciences, sari, Iran.
5. BSN, Student Research Committee, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran.
6. BNS, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran.
7. Professor ,PhD in Nursing, School of Nursing and Midwifery, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran.

Abstract

Background & Objectives: Schizophrenia is the most devastating psychiatric disease characterized by psychotic symptoms and individual dysfunction in different dimensions. Considering the burden of the disease on the family, society and healthcare system, proper planning to provide mental health services requires basic information and knowing the volume and characteristics of the problem in any population is an important issue. Therefore, this study was conducted with the aim of identifying the demographic and clinical characteristics of schizophrenia patients.

Material and Methods: In this descriptive study, all the available files (216 files) of patients with schizophrenia hospitalized in the Panj-Azar Medical Education Center in Gorgan in the period from 2019 to 2021 as the total number of cases were investigated. Demographic information and clinical characteristics collection form was used to collect data. Data analysis was done with SPSS version 16 software and descriptive statisticsand analytical .

Results: The findings showed that the majority of affected people were women (69.2%). Also, the demographic status of the patients includes single (53.4%) with an age range of 31-40 years 35.1%), Fars ethnicity (59.1%), unemployed (55.3%), with a intermediate Education (25.5%), with birth rank 1 (20.7%), paranoid form (32.7%), with an average of 25.31 days of hospitalization and an average number of hospitalizations of 4.38 times.

Conclusion: Considering that most of the patients are female, young and unmarried, these findings can be used for health planning such as screening, identification, referral of patients, preventive measures according to the above variables and identification of high-risk people.

Keywords: Schizophrenia, Frequency, Epidemiology

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-27]