مطالعه مشخصات زمینه ای مبتلایان به اختلال روانپزشکی مزمن، سالمند و بستری در بیمارستان روانپزشکی رازی

دکتر آرش میراب زاده[1]، دکتر مرسده سمیعی[1]، دکتر گلناز فیض زاده[1]

خلاصه

سابقه و هدف: با توجه به مسن شدن روزافزون جمعیت، شیوع بالای اختلالات مزمن روانپزشکی در کشورمان و وجود اطلاعات متناقص در مورد مشخصات زمینه‌ای این افراد و به منظور تعیین خصوصیات زمینه‌ای بیماران بالاتر از ۵۵ سال مبتلا به اختلالات روانپزشکی مزمن، این تحقیق در بزرگترین بیمارستان روانپزشکی کشور صورت گرفت.

مواد و روشها: تحقیق با طراحی مقطعی، روی کلیه بیماران واجد شرایط انجام گرفت. ضمن مصاحبه فردی با تک تک بیماران، خصوصیات فردی و اجتماعی آنان بررسی و ثبت گردید. سپس داده های فرم اطلاعاتی استخراج و طبقه بندی گردید و تمامی متغیرهای مورد مطالعه بر حسب جنسیت در دو گروه زن و مرد مقایسه شد و اختلاف آنها با استفاده از آزمونهای آماری مناسب محاسبه گردید.

یافته‌ها: از مجموع ۱۰۲۵ بیماری بستری در بیمارستان در هنگام مطالعه، تعداد ۱۹۱ بیمار (۱۸/٦ درصد) بالای ۵۵ سال مورد بررسی قرار گرفتند. میانگین سنی آنها ٦۱ سال و ٥٦/٥ درصد زن بودند. شغل اکثر زنان قبل از بستری، خانه داری و مردان، کارگری ساده بود. ۵۸ درصد زنان و ٤۷ درصد مردان هرگز ازدواج نکرده بودند. ۷۷ درصد زنان بیسواد و ۷٤ درصد مردان سطح راهنمایی و کمتر داشتند. شایعترین تشخیص روانپزشکی (به میزان ۷۰ درصد) اسکیزوفرنیا بود. شروع بیماری در اکثر بیماران به صورت تدریجی بود. بیشتر بیماران بیش از ۱۰ بار بستری شده بودند و اکثریت قریب به اتفاق آنها هیچ ملاقات کننده‌ای نداشتند.

نتیجه گیری و توصیه ها: تحمل درد و رنج شدید روانی و جسمی و نیز سیستم حمایتی ضعیف خانوادگی و اجتماعی این بیماران، لزوم اصلاح برنامه‌ریزی ساختاری جهت موسسه زدایی، توجه بیش از پیش به بازتوانی بیماران فوق و گسترش شبکه‌های حمایتی قوی را مطرح می کند.

واژگان کلیدی: مشخصات زمینه‌ای، اختلالات روانپزشکی مزمن، سنین بالای ۵۵ سال

۱- استادیار، عضو هیئت دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، گروه روانپزشکی

پاسخگو: دکتر آرش میراب زاده

تهران، شهر ری، امین آباد، مرکز آموزشی درمانی روانپزشکی رازی

تاریخ دریافت مقاله: ۸۰/۱۱/۲۸

تاریخ تایید مقاله: ۸۳/۱۰/۲۰

مقدمه

از آنجا که شیوع اختلالات روانپزشکی با افزایش سن بیشتر می‌شود، نیاز نامتناسبی برای مراقبت روانپزشکی افراد مسن‌تر به وجود آمده است. وجود اختلال روانی همراه با بیماریهای جسمانی، حساسیت به عوارض جانبی داروها و نیز شیوع مسائل روانی اجتماعی، درمان این افراد را مشکل‌تر می‌سازد (۱، ۲، ۳). در این میان بیماریهای مزمن روانپزشکی با ایجاد اختلال پیشرونده، بسیاری از کارکردهای روانی فرد سالمند از جمله مراقبت از خود، روابط با دیگران و حق زندگی رضایت‌بخش و همراه با لذت و آرامش را از آنها سلب می کند طوری که همراهی پدیدهٔ طبیعی سالمندی با اختلالات مزمن روانپزشکی گره‌ای تنگ و حلقه‌ای محکم را به وجود آورده است و باز کردن آن جز با همراهی و همفکری اعضای تیم درمانی و مساعدت و حمایت مسئولین جامعه امکان پذیر نیست.

مرکز روانپزشکی رازی از بزرگترین بیمارستانهای روانپزشکی خاورمیانه است که تعداد قابل ملاحظه‌ای بیمار مبتلا به اختلالات روانپزشکی حاد و مزمن را پذیرا است. این مرکز با برخورداری از پرسنل تخصصی در رده‌های مختلف ضمن پذیرش سرپایی و بستری بیماران روانپزشکی حاد، تعداد زیادی بیمار مزمن روانپزشکی را نیز به صورت پذیرش طولانی مدت در خود جای داده است. با توجه به قدمت خدمت‌رسانی این مرکز قاعدتاً تعداد قابل ملاحظه‌ای از بیماران مزمن روانپزشکی آن نیز در سنین بالا قرار دارند.

مرزبندی سنین سالمندی بیشتر، قراردادی و تجربی می باشد، لذا پیری به طور کلی یک امر نسبی است ولی در اکثر

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-14]

منابع، اصطلاح سالمند در مورد کسانی به کار می‌رود که بیش از ٦٥ سال داشته باشد. با توجه به دخالت ابعاد روانشناختی، اجتماعی و جسمانی در پروسه پیری و اینکه بیماران بستری در بیمارستان رازی تقریباً در هر سه بعد با سرعت بیشتری دچار اضمحلال شده‌اند جای شگفتی نیست که فرآیند سالمندی زودتر از موعد در آنها به ظهور برسد و از طرف ناظرین نیز قابل درک باشد.

با توجه به لزوم برنامه‌ریزی مشخص درمانی و اجتماعی در برخورد با این گروه از بیماران کشورمان و نیز وجود اطلاعات متناقص خارجی در این خصوص «به شرح آنچه که در بحث مقاله خواهد آمد»، مطالعه حاضر با هدف بررسی و ارزیابی مشخصات زمینه‌ای بیماران بالاتر از ٥٥ سال مبتلا به اختلالات روانپزشکی مزمن بستری در بیمارستان رازی در سال ١٣٨٠ صورت گرفت.

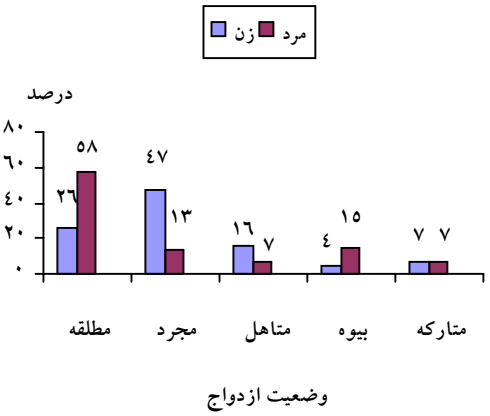
مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر با روش مقطعی (*Cross-Sectional*) صورت گرفت. از بین افراد بستری در ١٧ بخش مرکز روانپزشکی رازی، تمامی بیماران بالای ٥٥ سال انتخاب شدند طوری که از کل ١٠٢٥ بیمار بستری، ١٩١ بیمار انتخاب و در سنجش قرار گرفتند. با مراجعه مستقیم به بخشهای مربوطه ضمن مصاحبه روانپزشکی با تک تک آنها و در تعدادی نیز با خانواده‌های ایشان، همچنین بازبینی پرونده فعلی و پرونده های قبلی بستری، اطلاعاتی در مورد مشخصات زمینه‌ای شامل سن، جنس، وضعیت تاهل، تعداد فرزندان، تحصیلات، تشخیص روانپزشکی، اختلال جسمی و روانپزشکی همراه، زمان و چگونگی شروع بیماری، زمان اولین و آخرین بستری، دفعات بستری، استعمال سیگار، اقدام به خودکشی یا دیگرکشی و زمان ملاقات توسط خانواده کسب گردید و به دنبال آن داده‌های به دست آمده در فرمهای مخصوص اطلاعاتی وارد شد. با توجه به عدم همکاری تعدادی از بیماران و یا خانواده‌های آنان جهت مصاحبه، حجم بالای پرونده پزشکی هر بیمار و نیز ناقص بودن اطلاعات قبلی، جمع‌آوری داده‌ها با مشکلات زیادی همراه بود طوری که در مورد تمام متغیرهای مورد مطالعه، تعدادی موارد نامعلوم وجود داشت که از مطالعه حذف شدند. در مرحله بعد داده‌های فرم اطلاعاتی استخراج و طبقه‌بندی گردید، سپس متغیرهای مورد مطالعه بر حسب جنسیت در دو گروه زن و مرد مقایسه شدند و اختلاف آنها با استفاده از آزمون آماری کای دو مورد قضاوت قرار گرفت.

یافته ها

تحقیق روی ١٩١ بیمار واجد شرایط انجام گرفت. ١٠٨ نفر (٥٦/٥ درصد) زن و ٤٣/٥ درصد مرد بودند. میانگین سنی زنان ٦١/٧ سال و مردان ٦١/١ سال بود.

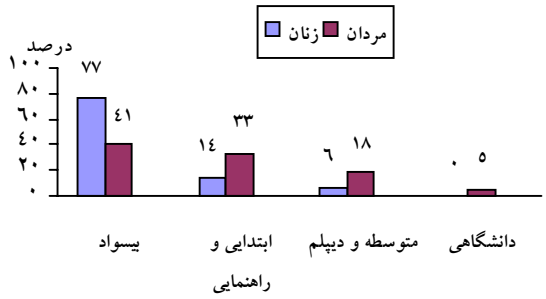
حدود نیمی (٤٩/١ درصد) از زنان درگروه سنی ٥٥ تا ٦٠ سال قرار داشتند و ٤٥/٨ درصد مردان نیز در گروه سنی ٦٠ تا ٦٥ سال قرار داشتند و این اختلاف سنی به لحاظ آماری معنی دار بود ($P<٠/٠١$). بیشترین وضعیت شغلی در بین زنان و مردان به ترتیب خانه‌داری با ٨٢/٢ درصد و کارگری ساده با ٣٧/١ درصد بود. ٧/ ١٥ درصد مردان و ٧ درصد زنان متاهل بودند. وضعیت ازدواج بیماران به تفکیک جنس در نمودار شماره ١ ارائه گردیده است که نشان می دهد ٥٨ درصد زنان مورد مطالعه از همسران خود طلاق گرفته و ٤٧/١ درصد از مردان نیز هرگز ازدواج نکرده بودند. این اختلاف وضعیت ازدواج در دو جنس به لحاظ آماری معنی دار بود ($P<٠/٠١$).



نمودار ١- توزیع ١٩١ بیمار مبتلا به اختلال روانپزشکی برحسب وضعیت ازدواج و به تفکیک جنس

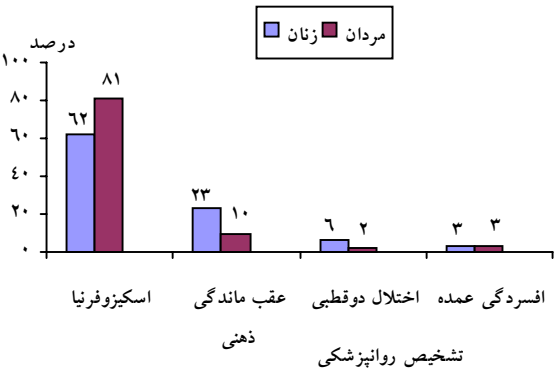
اکثر بیماران زن دارای یک فرزند بودند و اکثر بیماران مرد هیچ فرزندی نداشتند. توزیع بیماران بر حسب سطح سواد و به تفکیک جنس در نمودار شماره ٢ ارائه گردیده است که نشان می‌دهد از هر ٣ بیمار زن، حداقل ٢ نفر بیسواد و از هر ٣ بیمار مرد، حداقل ٢ نفر سطح سواد راهنمایی و کمتر داشته‌اند. ٥ نفر از بیماران سطح سواد دانشگاهی داشته‌اند که همه آنها مرد بودند. آماره کای دو نشان داد اختلاف سطح سواد بیشتر مردان نسبت به زنان به لحاظ آماری معنی دار می باشد ($P<٠/٠٥$).

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-14]



نمودار ۲- توزیع مبتلایان به اختلال روانپزشکی بر حسب سطح سواد و به تفکیک جنس

بیشترین تشخیص روانپزشکی در هر دو گروه جنسی، اسکیزوفرنیا بود و شیوع اسکیزوفرنیای زود آغاز به دیرآغاز ($\frac{EOS}{LOS}$) ۸ به ۱ بود. تعداد کل آنها ۱۳٤ نفر بود که ۷۰ درصد بیماران را تشکیل می‌دادند و ۸۱ درصد مرد و ٦۲ درصد زن بودند. شیوع بیشتر در مردان به لحاظ آماری معنی دار بود ($P<۰/۰۱$). توزیع بیماری بر حسب تشخیص روانپزشکی به تفکیک جنس در نمودار شماره ۳ ارائه گردیده است که نشان می‌دهد عقب ماندگی ذهنی و اختلال دوقطبی در زنان بیشتر از مردان بوده است.



نمودار ۳- توزیع ۱۹۱ بیمار مبتلا به اختلال روانپزشکی بر حسب تشخیص روانپزشکی به تفکیک جنس

به طور کلی ۳۲/۸ درصد از بیماران مرد و ٦۱/۳ درصد از بیماران زن دچار بیماری طبی همراه بودند که در زمان پژوهش تحت درمان قرار داشتند و شایعترین آنها به ترتیب شامل آرتروز، فشار خون بالا، صرع، بیماری ایسکمیک قلبی و دیابت بود. البته بیماریهای دیگری نیز مثل آسم، آنمی، بیماریهای پوستی، چشمی، گوارشی و تیروئیدی نیز با شیوع کمتر وجود داشت.

شروع بیماری روانی در اکثر موارد تدریجی بود طوری که تنها در ۳۰ درصد موارد شروع ناگهانی وجود داشت و آن هم بیشتر مربوط به اختلالات خلقی بود.

بیشترین زمان شروع بیماری در زنان بین ۲۰ تا ۳۰ سالگی و در مردان زیر ۲۰ سالگی بود. در مجموع تنها ۱٦/۲ درصد از بیماران بعد از ٤۰ سالگی مبتلا شده بودند ($P<۰/۰۱$). دفعات بستری در هر دو گروه جنسی اکثراً بالای ۱۰ بار بود ($P<۰/۰۱$). تاریخ اولین بستری در هر دو گروه جنسی، همچنین تاریخ آخرین بستری در زنان، بین سالهای ۱۳۵۰ تا ۱۳۵۹ بود در حالی که تاریخ آخرین بستری در مردان بین سالهای ۱۳٦۰ تا ۱۳٦۹ بود یعنی از زمان آخرین بستری در بیمارستان، در مورد زنان، ۱۸ تا ۲۷ سال و در مورد مردان، ۸ تا ۱۷ سال می‌گذشت.

میزان مصرف سیگار در زنان بالاتر از مردان بود و در مجموع حدود ۷۵ درصد از بیماران استعمال سیگار داشتند. توزیع بیماران بر حسب زمان ملاقات در جدول شماره ۱ ارائه گردیده است که نشان می دهد حدود ٦٤ درصد زنان و ٤۱ درصد مردان اصلاً ملاقاتی نداشتند ($P<۰/۰۱$)، ملاقات ماهیانه در ۱٥/۲ درصد وجود داشت.

جدول ۱-توزیع مبتلایان به اختلال روانپزشکی مزمن بستری بر حسب زمان ملاقات به تفکیک جنس

زمان ملاقات	هفتگی	ماهیانه	٦ ماه یک بار	سالیانه	ندارد	جمع
زن	٦(٥/٦)*	۱۲(۱۱/۱)	۹(۸/۳)	۱۲(۱۱/۱)	٦۹(٦۳/۹)	۱۰۸(۱۰۰)
مرد	٤(٤/۸)	۱۷(۲۰/٥)	٥(٦)	۲۳(۲۷/۷)	۳٤(٤۱)	۸۳(۱۰۰)
جمع	۱۰(٥/۳)	۲۹(۱٥/۲)	۱٤(۷/۳)	۳٥(۱۸/۳)	۱۰۳(٥۳/۹)	۱۹۱(۱۰۰)

بحث

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-14]

تحقیق نشان داد که در بیماران مورد بررسی، ۱۵/۷درصد مردان و ۷ درصد زنان متاهل بودند. این در حالی است که ۷۵ درصد مردان سالمند و ٦۰ درصد زنان سالمند بدون اختلال روانپزشکی در کنار خانواده خود زندگی می‌کنند (۹، ۳، ۲، ۱). در مطالعه‌ای که *Jablinsky* و همکارانش در سال ۱۹۹۵ بر روی سالمندان مبتلا به اختلال روانپزشکی انجام دادند تعداد مردان و زنان مجرد در بین بستری شدگان بیشتر بود (۱۰). در بیشتر جوامع، زنان نسبت به مردان در سنین پایین‌تری ازدواج می‌کنند لذا به نظر می‌رسد تعداد قابل ملاحظه‌ای از زنان مورد مطالعه ما نیز قبل از شروع اختلال و یا قبل از بستری شدن ازدواج کرده بودند و به دنبال بیماری، زندگی مشترک آنان پایان یافته بود. ولی مشخص نیست که طلاق عامل ابتلا به اختلال روانپزشکی است یا معلول که این موضوع مطالعات وسیعتری را می‌طلبد. در مورد مردان با توجه به پایین‌تر بودن سن شروع بیماری، امکان ازدواج به میزان کمتری میسر می‌شود. از طرفی بالا بودن سن ازدواج مردان باعث می شود زمان تجرد در مردان طولانی‌تر باشد و برای مدت زمان بیشتری در معرض خطر ابتلا به اسکیزوفرنیا قرار گیرند. *Lee* و همکارانش در سال ۱۹۸۵ عنوان کردند ازدواج نوعی حالت تعدیل‌کننده اجتماعی و عاطفی علیه فشارهای روانی است، لذا اختلال روانپزشکی به میزان بیشتری در بیماران غیرمتاهل روی می‌دهد (۹). *Carneo* و *Novocuist* در سال ۱۹۹٦ در مطالعه‌ای عکس این نظر را ارائه نمودند (۲). آنها اثر حفاظتی ازدواج را تایید نکردند و معتقد بودند این خود ازدواج است که تحت تاثیر بیماری قرار می‌گیرد و نه برعکس آن. محققین نامبرده اعتقاد داشتند بیماری، شانس ازدواج را کاهش و شانس طلاق را افزایش می‌دهد. از طرفی هنوز معلوم نیست که میزان ابتلا به اسکیزوفرنیا درافراد بیوه بیشتر باشد، ضمن آنکه ممکن است الگوی مراجعه به مراکز درمانی و بستری شدن در مردان متاهل و غیرمتاهل متفاوت باشد (۲).

این تحقیق نشان داد از هر ۵ تا ٦ بیمار بستری در بیمارستان روانپزشکی رازی یک بیمار بالای ۵۵ سال وجود دارد. این یافته لزوم توجه ویژه و بیش از پیش به بیماران مسن مبتلا به اختلال روانپزشکی را نشان می‌دهد.

طبقه اجتماعی به واسطه شاخصهایی همچون شغل، درآمد، تحصیلات و... مشخص می شود. در مطالعات انجام شده عموماً بر این نکته تاکید می‌شود که میزان فراوانی اختلالات روانپزشکی مزمن و به طور عمده اسکیزوفرنیا در اعضای طبقات پایین اجتماعی بیشتر است. در مطالعه وسیعی که *Nakin* و همکاران او در سال ۱۹۹۳ در ناکازاکی ژاپن انجام دادند، اکثر بیماران اسکیزوفرنیا در رده‌های نسبتا پایین حرفه‌ای و تحصیلی بودند (٦، ۵). همچنین در مطالعه *Redick* و *Halling* در سال ۱۹۸۵ نشان داده شد اختلالات روانپزشکی مزمن در مشاغل تخصصی و مدیریتی و به طور عمده کارمندان به طور معناداری پایین‌تر است (۷). در بعضی مطالعات نتیجه متفاوتی به دست آمده است، بدین ترتیب که وجود امکانات درمانی جدیدتر الزاماً همراه با کاهش عود اسکیزوفرنیا نیست، چرا که در جوامع پیشرفته، به همان نسبت احتمال استیگمای اختلال شدید و مزمن روانی بالاتر است (۸).

تعداد پایین فرزندان در بیماران مبتلا با توجه به میزان تجرد بیشتر در آنها قابل توجیه است. در زمینه وضعیت تحصیلی، بیسوادی بالاترین و تحصیلات دانشگاهی کمترین موارد را در برداشتند. این موضوع با بررسی وضعیت شغلی، همخوانی دارد. طی مطالعه‌ای در ژاپن (۱۹۹۳) نیز وضعیت تحصیلی اکثر بیماران بیسوادی گزارش شد (٦). لازم به ذکر است افرادی که تحصیلات عالیه دارند ممکن است درمان خود را به طریق دیگری غیر از بستری در بیمارستان روانپزشکی پیگیری نمایند.

بیشترین تشخیص در هر دو گروه، اسکیزوفرنیا و عقب ماندگی ذهنی بود. بیشترین نوع اسکیزوفرنیا را نوع باقیمانده و بعد از آن نوع پارانوئید تشکیل می‌داد. درصد زنان عقب مانده بستری در بیمارستان نسبت به مردان بالاتر بود. شاید زنان عقب مانده به علت محدودیتهای بیشتر اجتماعی و عدم کارآیی کافی بیشتر طرد می‌شوند چرا که یک مرد عقب مانده ذهنی می‌تواند با حمایت افراد دیگر در محیط بیرون به کارهای سبک بپردازد، لذا میزان سربار بودن آنها کمتر از زنهاست و کمتر بستری می‌شود (۱۱، ۲، ۱).

نسبت اسکیزوفرنیای زود آغاز به دیر آغاز در پژوهش اخیر ۸ به ۱ بوده است که تقریباً مشابه آمارهای موجود با نسبت ۹ به ۱ است (۳، ۲، ۱). *Verdoux* و همکارانش در سال ۱۹۹۸ در مطالعه‌ای شایعترین زمان شروع بیماری روانی مزمن در مردان را سنین زیر ۲۰ سالگی عنوان کردند (۱۲). *Mc Gorry* در سال ۱۹۹۸ سن شروع علایم در مردان را ۱۵ تا ۲۵ سالگی و در زنان ۲۵ تا ۳۵ سالگی اعلام نمود. او معتقد بود علت تفاوتهای سنی در دو گروه جنسی نامشخص است ولی عوامل فرهنگی و اجتماعی می‌توانند به نوعی مردان را برای بروز زودتر علایم مستعد سازند (۱۳). طی مطالعه‌ای در کراچی (سال ۲۰۰۲) تفاوت معناداری در شروع اختلال روانی مزمن بین دو جنس دیده نشد ولی سابقه خانوادگی، عامل قابل ملاحظه‌ای برای این تفاوت به حساب آمد (۱٤).

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-14]

Bleuler در مطالعات خود به این نتیجه رسید سن زنان در اولین بستری و نیز هنگام شروع علایم واضح اسکیزوفرنیا از مردان بالاتر است. او معتقد بود ازدواج نقش حفاظتی در برابر ابتلا به بیماری روانی مزمن دارد و چون ازدواج در خانمها زودتر صورت می‌پذیرد می‌تواند تا حدی تبیین‌کننده سن بالاتر شروع اختلال روانی مزمن در آنها باشد (۱۵). بنابر فرضیه دیگری، شروع زودتر اسکیزوفرنیا در مردان مستقل از وضعیت تاهل آنهاست به طوری که مردان صرف نظر از وضعیت تاهل در اثر عوامل زیستی و یا روانشناختی زودتر از زنان بیمار می‌شوند (۱٦). در یک مطالعه طولی پنج ساله در مورد اسکیزوفرنیا زنان نسبت به مردان شروع دیرتری داشتند (۱۷).

کاهش میزان بستری در دهه اخیر می‌تواند ناشی از تاسیس مراکز درمانی روانپزشکی در استانهای دیگر و همچنین سیاست موسسه زدایی مسوولین باشد که کوشیده‌اند بیماران، بیشتر زیر چتر حمایتی جامعه قرار داشته باشند تا اینکه در بیمارستانها نگهداری شوند.

بر اساس منابع موجود بیش از ۷۵ درصد بیماران اسکیزوفرنیا سیگاری‌اند. این یافته با میزان استعمال سیگار در بیماران مورد مطالعه ما نیز هماهنگی دارد. سیگار به علت افزایش میزان متابولیسم دارو می‌تواند باعث افزایش مصرف داروهای ضدروان پریشی شود و به علت فعالیت نیکوتینی رسپتورهای دوپامینی باعث کاهش پارکینونیسم دارویی گردد. همچنین گزارش شده است سیگار علایم مثبت در بیماران را کاهش می‌دهد (۱۸، ۳، ۲، ۱). طی مطالعه‌ای در آمریکا سیگار کشیدن در بیماران مزمن روانی سه برابر جمعیت عادی گزارش شده است (۱۹). بر اساس پژوهشی در اسپانیا نیز شیوع استعمال سیگار بعد از بیست سالگی در بیماران اسیکزوفرنیا به مراتب بیشتر از جمعیت سالم بوده است (۲۰).

اکثر بیماران مورد مطالعه هیچ ملاقات‌کننده‌ای نداشتند. دردآورترین نتیجه ناشی از مطالعه ما تاثیر این متغیر است. بر اساس مطالعات موجود، بیماران جوان علیرغم مهارت اجتماعی بالاتر نسبت به بیماران مسن و دارای بیماری روانی مزمن، بیشتر فاقد چنین سیستم حمایتی بوده‌اند (۲۱). همچنین سطوح بالاتر حمایت اجتماعی با میزان کمتر علائم مثبت همراه بوده است که این یافته با مطالعه ما هماهنگی نداشت (۲۲). در بسیاری از مطالعات بر خستگی روانی و افت حمایت عاطفی مراقبین بیماران روانی مزمن نسبت به بیماران جسمی تاکید شده است (۲۳، ۲٤).

با پیشرفت علوم و تکنولوژی، ماشینی شدن زندگی و فاصله گرفتن انسان از معنویت و فضایل اخلاقی، بسیاری از ارزشها در جوامع بشری رو به کاهش گذاشته است. مهمترین ویژگی قرن حاضر بی مهری است، خصوصاً غفلت از انسانهایی که جوانی و نیرومندی خود را پشت سر گذاشته‌اند و حال با پشتی خمیده و مویی سپید نیاز به حمایت دارند. پس بکوشیم با اصلاح برنامه‌های ساختاری در جهت موسسه زدایی و توجه بیش از پیش به بازتوانی بیماران مزمن روانپزشکی و گسترش شبکه‌های حمایتی اقدام نماییم.

References:

1. Davidson M, Harvey P, Peachick P. ***Severity of symptoms in chronically hospitalized geriatric schizophrenic patients.*** *Am J Psychi.1995; 152: 197-207*

2. Kaplan H, Shaddock B. ***Comprehensive text book of psychiatry.*** *7th, Baltimore, Williams & Wilkins, 2000*

3. Kaplan H, Sad dock B. ***Synopsis of psychiatry.*** *9th, Baltimore, Williams & Wilkins, 2003: 471-533*

4. Schultz Smaller D, Oliver S. ***Age and symptom dimensions.*** *Schmitz Res. 1997; 23: 15-23*

5. Gleason J, Jackson H, Suavely H. ***Family intervention in early psychosis.*** *First ed. Network. Cambridge university press. 1999: 370-406*

6. Adding ton J, Adding ton D. ***Pretoria functioning, cognitive functioning, symptoms announce in schizophrenia.*** *J psycho Neurosis. 1993; 18: 18-23*

7. Hailing A, Packet E. ***Contribution of life events to causation of psychiatric illness.*** *Psycho Med. 1985; 8: 245-253*

8. Murray R.M, Jones P.B, Sussex E, Os J. ***The Epidemiological of Schizophrenia.*** *First published. U.K. Cambridge university press. 2003*

9. Lee C, AlanenY, Kinnuman P. ***Marriage and the development of schizophrenia.*** *Am J Psychic. 1985; 38: 346-365*

10. Jablinsky B, Label A, Liegemen J. ***Duration of psychosis and outcome in first episode of schizophrenia.*** *Am J Psychic. 1995; 149: 1188*

11. Edwards J, Manned D. ***Prolonged recovery in first episode psychosis.*** *Brit J psychic. 1998; 172 (suppl): 107-116*

12. Vertex H, BergeyC. ***Prediction of duration of psychosis before admission.*** *Europe psychic. 1998; 13: 346-352*

13. Mc Gorry P. ***Preventive strategies in early psychosis.*** *Brit J psychic. 1998; 172 (suppl): 1-13.*

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-14]

14. Naqvi H, Moosa Khan M, Faizi A. ***Gander differences in age at onset of schizophrenia.*** *JCPSP. 2005; 15: 345-348*
15. Bluer M. ***The long term course of schizophrenia psychosis.*** *Psych Med. 1974; 4: 244-254*
16. Astral C. ***The chronic schizophrenia.*** *Am J Psychic. 1979; 3: 18-28*
17. Long A, Chew P. ***Sex differences in schizophrenics: A review of the literature.*** *Asia psychiatry Scand. 2000; 101: 3-38*
18. Bartels S, Drake R. ***Long term course of substance use disorders among patents with severe mental illness.*** *Psychic serve. 1995; 245-251*
19. Michelle L, Estraderm A, Michael T. ***Smoking behavior in persons with a schizophrenia*** *– spectrum disorder: a qualitative investigation of the transtheorotical model. Social Science & Medicine, July 2005; Volume 61: issue 2, 293-303*
20. Gurpegui M, Jose M, Martinez-retag M, Angular C, Francisco J. Diaz Hernando M. ***Smoking intuition and schizophrenia: a replication study in a Spanish sample.*** *Schizophrenia Research1 gully 2005; Volume 76: Issue 1, 113-118*
21. Macdonald H, Jackson R, Hayes A, Balloon J. Madden C. ***Social skill 85 a determinant of Social networks and perceived social spoon in schizophrenia.*** *Schizophrenia Research, 9 February 1998; Volume 29: Issue 3, 275-286*
22. Norman R, Assoc K, Montana M, Harricharan R. ***Social support and three-year symptom and admission outcomes for first episode psychosis.*** *Schizophrenia Research, in Press, Corrected Proof, Available online 17 June 2005*
23. Wijngaarden B, Abort H, Marten W, Keener J. ***Family care giving in depression: impact on caregivers' daily life, distress, and help seeking.*** *Journal of Affective Disorders, September 2004; Volume 81: Issue 3, 211-222*
24. Malian L. Flotilla A, Do Rasa C, Melanoma C. ***Family burden in long-term disease: a comparative study in schizophrenia and Physical disorders.*** *Social Scionce & Medicine July 2005; Volume 61: Issue 2, 313-322*

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-14]