journal homepage: www.sjfm.ir

Iranian Journal of Forensic Medicine

Iran J Forensic Med. 2024 Dec;30(3):179-185 Volume 30, Issue 3, Autumn 2024 Research Article

Study and Comparison of the Frequency of Psychiatric Diagnoses in Patients With the Chief Complaint of Aggression Psychiatric Emergency Department of Khorshid Hospital, Isfahan, Iran in 2023

Ghazaleh Sheikhani[1] MD, Mahsa Fadaei Nobari[2*] MD, Narges Motamedi[3] MD

[1] Department of Psychiatry, Behavioral Sciences and Psychiatry Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran
[2] Faculty of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran
[3] Department of Community and Family Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

***Correspondence to:** Mahsa Fadaei Nobari, Email: massifada@gmail.com

ARTICLE INFO

Article history:
Received: March 14, 2024
Accepted: July 13, 2024
Online Published: September 25, 2024

Keywords:
Aggression
Psychiatric disorders
Psychiatric emergency

HIGHLIGHTS

1. The frequency of aggression in bipolar patients in the manic phase was higher than in schizophrenia patients.
2. Aggression in the psychiatric emergency room was significantly associated with the age of the patients, being higher in patients younger than 38 years.

ABSTRACT

Introduction: Aggression is the second most common complaint in the psychiatric emergency department. The aim of this study was to determine the frequency of various psychiatric disorders among aggressive patients, which could be useful in their treatment process.

Methods: The present study is a descriptive and cross-sectional study conducted in 2023. The sample was selected through census. 1027 patients with various psychiatric diagnoses were identified, and finally 294 were eligible for inclusion in the study. After identifying the patients, their medical records were reviewed and based on that information, the checklist was completed.

Results: 66 (22.4%) of the patients with bipolar I disorder presented in the mania phase as manic. The most common mental illnesses identified in men and women were: 41 (32.3%), 25 (15%) with bipolar I disorder, manic phase, and 32 (25.1%), 25 (15%) with bipolar I disorder, manic phase. 38 (25%) of patients under 38 years of age had bipolar I disorder, manic phase. There was also a significant relationship between age (P=0.008) and gender (P=0.049) with psychiatric disorders (P<0.05).

Conclusion: Aggression, as a worrying behavior for the general health of the community, can often be accompanied by psychiatric disorders. Bipolar disorder, especially in the manic phase (manic or non-manic), has the highest frequency among aggressive patients, which can be related to gender and age.

How to cite: Sheikhani G, Fadaei Nobari M, Motamedi N. Study and comparison of the frequency of psychiatric diagnoses in patients with the chief complaint of aggression psychiatric emergency department of Khorshid hospital, Isfahan, Iran in 2023. Iran J Forensic Med. 2024;30(3):179-85.

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-11-29]

Copyright © 2024 The Author(s); Published by Legal Medicine Research Center. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (http://creativecommons.org/licenses/by/4.0), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

www.sjfm.ir

مجله
پزشکی قانونی ایران

مرکز تحقیقات پزشکی قانونی

دوره ۳۰، شماره ۳، پاییز ۱۴۰۳، صفحات ۱۷۹ تا ۱۸۵

مقاله پژوهشی

بررسی و مقایسه فراوانی تشخیص‌های روان‌پزشکی در بیماران با شکایت اصلی پرخاشگری اورژانس روان‌پزشکی بیمارستان خورشید شهر اصفهان در سال ۱۴۰۲

غزاله شیخانی[۱] MD، مهسا فدایی نوبری[۲*] MD، نرگس معتمدی[۳] MD

[۱] گروه روان‌پزشکی، مرکز تحقیقات علوم رفتاری و روان‌پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
[۲] دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
[۳] گروه پزشکی اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

*نویسنده مسئول: مهسا فدایی نوبری، پست الکترونیک: massifada@gmail.com

اطلاعات مقاله

تاریخچه مقاله:
دریافت: ۱۴۰۲/۱۲/۲۴
پذیرش: ۱۴۰۳/۰۴/۲۳
انتشار برخط: ۱۴۰۳/۰۷/۰۴

واژگان کلیدی:
پرخاشگری
اختلالات روان‌پزشکی
اورژانس روان‌پزشکی

نکات ویژه

۱- فراوانی پرخاشگری در بیماران دوقطبی فاز مانیا بیشتر از بیماران اسکیزوفرنی بود.
۲- پرخاشگری در اورژانس روانپزشکی با سن بیماران ارتباط معنادار داشت، بگونه ای که در بیماران کمتر از ۳۸ سال بیشتر بود.

چکیده

مقدمه: پرخاشگری دومین شکایت شایع در بخش اورژانس روان‌پزشکی است. هدف از این مطالعه دانستن فراوانی اختلالات مختلف روان‌پزشکی در بین بیماران پرخاشگر بوده که می‌تواند در روند درمان آنها مفید باشد.

روش‌بررسی: مطالعه حاضر از نوع توصیفی-تحلیلی و مقطعی است که در سال ۱۴۰۲ انجام شد. نمونه مورد بررسی به‌صورت سرشماری انتخاب شد. ۱۰۲۷ بیمار با تشخیص‌های مختلف روان‌پزشکی مورد شناسایی قرار گرفتند و در نهایت ۲۹۴ نفر واجد شرایط ورود به مطالعه شدند. پس از شناسایی بیماران پرونده درمانی آنها مورد بررسی قرار گرفت و براساس آن اطلاعات چک‌لیست تکمیل شد.

یافته‌ها: ۶۶ نفر (۲۲/۴ درصد) از بیماران با اختلال دوقطبی نوع اول در فاز مانیا به صورت جنون‌آمیز مراجعه کرده بودند. بیشترین بیماری‌های روانی شناسایی شده در مردان و زنان به ترتیب عبارت بودند از ۴۱ نفر (۳۲/۳ درصد)، ۲۵ نفر (۱۵ درصد) با اختلال دوقطبی نوع اول فاز مانیا به صورت جنون‌آمیز و ۳۲ نفر (۲۵/۱ درصد)، ۲۵ نفر (۱۵ درصد) اختلال دوقطبی نوع اول فاز مانیا. ۳۸ نفر (۲۵ درصد) از بیماران با سن کمتر از ۳۸ سال، اختلال دوقطبی نوع اول فاز مانیا داشتند. همچنین بین سن ($P=۰/۰۰۸$) و جنسیت ($P=۰/۰۴۹$) با اختلالات روان‌پزشکی ارتباط معنادار وجود داشت ($P<۰/۰۵$).

نتیجه‌گیری: پرخاشگری به‌عنوان یک رفتار نگران‌کننده برای سلامت عمومی جامعه اغلب می‌تواند با اختلالات روان‌پزشکی همراهی داشته باشد. اختلال دوقطبی، خصوصاً در فاز مانیا (به صورت جنون‌آمیز یا غیرجنون‌آمیز)، بیشترین فراوانی را در بین بیماران پرخاشگر دارد که می‌تواند با جنسیت و سن در ارتباط باشد.

مقدمه

خشم و پرخاشگری از حالت‌های هیجانی هستند که در همه فرهنگ‌ها و ملل دیده می‌شوند. موجب ناراحتی و پریشانی دیگران شده و از شایع‌ترین مشکلات رفتاری هستند، همچنین بهداشت روانی جامعه را نیز مختل می‌کنند [۱]. خشم از نیرومندترین هیجان‌ها و پرخاشگری یکی از آثار حالت هیجانی آن است. در واقع خشم به‌عنوان یک هیجان گذرا تجربه می‌شود و برانگیختگی خشم به‌صورت مکرر می‌تواند مشکل‌ساز و فعال‌کننده رفتار پرخاشگرانه باشد. بنابراین خشم به هیجان، خصومت به نگرش و پرخاشگری به رفتار اطلاق می‌شود [۲].

بنابر تعریف سازمان جهانی بهداشت، به استفاده عمدی از نیروی فیزیکی یا قدرت، تهدید شده یا واقعی، علیه خود، شخص دیگر، یا علیه یک گروه یا جامعه که منجر به/یا دارای احتمال زیاد منجر به جراحت، مرگ، آسیب روانی، توسعه نادرست یا محرومیت

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-11-29]

می‌شود، خشونت و پرخاشگری اطلاق می‌شود [۳].
در جامعه امروزی، اختلالات روان‌پزشکی و خشونت به‌طور جدایی‌ناپذیری به هم مرتبط هستند. به‌طوری که یافته‌های مطالعات حاکی از آن بود که تا ۵۰ درصد از بیماران مبتلا به اختلالات روان‌پزشکی، علائم تهاجمی را نشان می‌دهند. در حالی که این رقم در جمعیت عمومی کمتر از ۲ درصد است [۴,۵]. همچنین در اروپا، بالاترین میزان برای فرانسه، بریتانیا و آلمان و کمترین میزان برای نروژ و هلند گزارش شده است [۵].
بیماران خشن، گروهی همگن نیستند و خشونت آنها بازتاب عوامل مختلف بیولوژیکی، روان‌پریشی و اجتماعی است. اگرچه نظرات متفاوتی در مورد اهمیت عوامل فردی در پرخاشگری وجود دارد اما اکثر محققان و پزشکان موافق هستند که ترکیبی از عوامل، در خشونت و پرخاشگری نقش دارند [۶].
جدیدترین مطالعات منتشر شده نیز بر این نکته اتفاق نظر دارند که خطر افزایش رفتار پرخاشگرانه در برخی از اختلالات روان‌پزشکی وجود دارد [۹-۷]. در یک مطالعه متاآنالیز در سال ۲۰۱۳، نسبت بیمارانی که در طول درمان حاد روان‌پزشکی به عنوان پرخاشگر طبقه‌بندی شدند، از ۸ تا ۴۴ درصد متغیر بود.
رفتار پرخاشگرانه و خشونت یک چالش جدی برای ارائه‌دهندگان مراقبت‌های روان‌پزشکی است، زیرا ایمنی بیماران و کارکنان را تهدید می‌کند. این مورد همچنین منجر به بیشتر شدن زمان بستری در بیمارستان و افزایش انگ زدن به بیماران روانی می‌شود [۱۰,۱۱].
براساس گزارشات مختلف ۴۰ تا ۵۰ درصد دستیاران روان‌پزشکی در طول برنامه آموزشی خود مورد حمله فیزیکی بیمار قرار می‌گیرند [۱۲,۱۳]. پرستاران بخش روان‌پزشکی سه برابر بیشتر از پرستاران در محیط‌های غیرروان‌پزشکی احتمال حمله فیزیکی از جانب بیماران را دارند [۱۴]. همچنین در واحدهای روان‌پزشکی حاد، بین ۲۴ تا ۸۰ درصد از کارکنان بهداشت روان حداقل یک بار پرخاشگری را در طول حرفه خود تجربه کردند: تجاوزات کلامی ۴۶ تا ۷۸/۶ درصد کارکنان، تهدید ۴۳ تا ۷۸/۶ درصد و آزار جنسی نیز ۹/۵ تا ۳۷/۲ درصد [۱۵].
یکی از پرتکرارترین تشخیص‌های روان‌پزشکی مرتبط با رفتار پرخاشگرانه؛ اسکیزوفرنیای پارانویید است [۱۶]. بیماران روان مانند اسکیزوفرنی یا اختلالات دوقطبی نیز در مقایسه با همتایان خود دو تا سه برابر بیشتر احتمال دارد که خشن و تهاجمی باشند [۱۷]. رابطه بین اختلالات روان‌پزشکی و رفتار پرخاشگرانه همیشه یک موضوع بحث‌برانگیز بوده، زیرا تعیین اینکه آیا بیماران روان‌پزشکی احتمال بیشتری دارد پرخاشگر باشند و اینکه آیا اختلالات روان‌پزشکی رفتار پرخاشگرانه را پیش‌بینی می‌کنند، مشکل است [۱۸]. همچنین برای پیش‌بینی و پیشگیری از رویدادهای خشونت‌آمیز، شناخت رابطه ویژگی‌های اپیدمیولوژیک و بالینی بیماران بستری با خطر پرخاشگری بسیار مهم است. برهمین اساس مطالعه حاضر با هدف بررسی و مقایسه فراوانی تشخیص‌های روان‌پزشکی بیماران پرخاشگر مراجعه‌کننده به اورژانس مجتمع آموزشی درمانی پژوهشی خورشید در شهر اصفهان انجام شد.

روش بررسی

مطالعه حاضر از نوع توصیفی-تحلیلی و مقطعی است که در سال ۱۴۰۲ انجام شد. جامعه مورد بررسی شامل کلیه بیماران مراجعه‌کننده به اورژانس روان‌پزشکی مجتمع آموزشی درمانی پژوهشی خورشید است که از آذرماه ۱۴۰۱ تا پایان مردادماه ۱۴۰۲ به این مجتمع مراجعه کرده بودند. نمونه‌های مورد بررسی به‌صورت سرشماری انتخاب شد و شامل ۲۹۴ بیمار بود. این بیماران دارای پرونده درمانی بوده و با شکایت اصلی پرخاشگری بستری شده بودند.
معیار ورود به مطالعه شامل کلیه بیمارانی بود که با شکایت دو نوع پرخاشگری (کلامی/فیزیکی) طی سال‌های ۱۴۰۱-۱۴۰۲ در اورژانس روان‌پزشکی مجتمع آموزشی درمانی پژوهشی خورشید پذیرش شده بودند. معیار خروج نیز شامل بیمارانی بود که علت اصلی پذیرش آنها پرخاشگری نبوده، چندین تشخیص روان‌پزشکی برای آنان مطرح بوده،

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-11-29]

یا تشخیص روان‌پزشکی اصلی آنان مشخص نشده است. همچنین بیماران پرخاشگر دارای سوءمصرف مواد و بیمارانی که علت پرخاشگری آنان مرتبط علل دارویی یا بیماری‌های طبی بود.

پژوهشگر پس از دریافت مجوزهای لازم و اخذ کد اخلاق به اورژانس روان‌پزشکی مجتمع آموزشی درمانی پژوهشی خورشید مراجعه کرده و به شناسایی بیماران براساس معیارهای ورود و خروج پرداخت. ۱۰۲۷ بیمار با تشخیص‌های مختلف روان‌پزشکی که در مدت زمانی مطالعه، بستری شده بودند مورد شناسایی قرار گرفتند اما در نهایت ۲۹۴ نفر واجد شرایط ورود به مطالعه تشخیص داده شدند.

پس از شناسایی بیماران، پرونده درمانی آنها مورد بررسی قرار گرفت و براساس آن اطلاعات چک‌لیست تکمیل شد. ابزار جمع‌آوری داده‌ها در این مطالعه چک‌لیست و شامل دو قسمت خصوصیات دموگرافیک (سن، جنسیت، میزان تحصیلات و...) و خصوصیات مرتبط با بیماری (تشخیص بیماری روان‌پزشکی و نوع پرخاشگری) بود.

داده‌ها پس از جمع‌آوری در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ و در سطح معناداری کمتر از ۰/۰۵ مورد تحلیل قرار گرفت. برای توصیف داده‌های کمّی از میانگین و انحراف معیار و به منظور توصیف داده‌های کیفی از توزیع و درصد فراوانی استفاده شد.

یافته‌ها

خصوصیات دموگرافیک بیماران مورد بررسی در جدول یک نشان داده شده است. میانگین سنی بیماران برابر با ۱۳/۰۸±۳۸/۵۱ سال و ۱۶۷ نفر (۵۶/۸ درصد) زن بودند. ۱۴۴ نفر (۴۹ درصد) متأهل و تحصیلات ۲۱۱ نفر (۷۱/۷ درصد) از آنها دیپلم و کمتر از آن بود.

در جدول ۲، تشخیص بیماری روانی و نوع پرخاشگری نشان داده شده است. همان‌گونه که مشاهده می‌شود، ۶۶ نفر (۲۲/۴ درصد) از بیماران با اختلال دوقطبی نوع اول فاز مانیا به صورت جنون‌آمیز مراجعه کرده بودند. ۵۷ نفر (۱۹/۴ درصد) در فاز مانیا و ۵۱ نفر (۱۷/۳ درصد) اسکیزوفرنی داشتند.

▼ جدول ۱- خصوصیات دموگرافیک بیماران

متغیرها		توزیع فراوانی	درصد فراوانی	میانگین	انحراف‌معیار
مرد	جنسیت	۱۲۷	۴۳/۲	-	-
	زن		۵۶/۸	-	-
سن		-	-	۳۸/۵۱	۱۳/۰۸
مجرد	وضعیت تاهل	۱۰۹	۳۷/۱	-	-
	متاهل		۴۹	-	-
	جدا شده		۱۳/۹	-	-
بی‌سواد	سطح تحصیلات	۱۹	۶/۵	-	-
	دیپلم و کمتر از آن		۷۱/۷	-	-
	فوق دیپلم		۳/۱	-	-
	لیسانس و بالاتر		۱۶/۳	-	-
	تحصیل در مدرسه استثنایی		۱/۴	-	-
	نامعلوم	۳	۱	-	-

▼ جدول ۲- تشخیص بیماری روان‌پزشکی و نوع پرخاشگری

متغیرها	صرفاً کلامی تعداد (درصد)	کلامی و فیزیکی تعداد (درصد)	تعداد کل تعداد (درصد)
اسکیزوفرنیا	۱۸ (۱۹/۶)	۳۳ (۱۶/۳)	۵۱ (۱۷/۳)
اسکیزوافکتیو	۷ (۷/۶)	۲۴ (۱۱/۹)	۳۱ (۱۰/۵)
اختلال انطباق	۰	۳ (۱/۵)	۳ (۱)
اختلال استرس پس از سانحه (PTSD)	۰	۳ (۱/۵)	۳ (۱)
اختلال وسواسی-جبری	۳ (۳/۳)	۰	۳ (۱)
اختلال هراس	۰	۳ (۱/۵)	۳ (۱)
افسردگی ماژور	۰	۹ (۴/۵)	۹ (۳/۱)
اختلال عصبی-شناختی	۳ (۳/۳)	۳ (۱/۵)	۶ (۲)
اختلال یادگیری	۰	۲ (۱)	۲ (۰/۷)
اختلالات شخصیت			
اختلال شخصیت مرزی	۰	۷ (۳/۵)	۷ (۲/۴)
اختلال شخصیت ضداجتماعی	۰	۶ (۳)	۶ (۲)
نامشخص (B گروه)	۰	۳ (۱/۵)	۳ (۱)
اختلال دوقطبی نوع اول			
فاز مانیا	۱۲ (۱۳)	۴۵ (۲۲/۳)	۵۷ (۱۹/۴)
فاز دپرشن	۰	۸ (۴)	۸ (۲/۷)
فاز مانیا به صورت جنون‌آمیز	۲۷ (۲۹/۳)	۳۹ (۱۹/۳)	۶۶ (۲۲/۴)
نامشخص	۸ (۸/۷)	۰	۸ (۲/۷)
اختلال دوقطبی نوع دوم			
فاز دپرشن	۱۲ (۱۳)	۱۲ (۵/۹)	۲۴ (۸/۲)
فاز هایپومانیا	۲ (۲/۲)	۲ (۱)	۴ (۱/۴)

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-11-29]

جدول ۳- تشخیص‌های روان‌پزشکی به تفکیک جنسیت

متغیرها	زن تعداد (درصد)	مرد تعداد (درصد)	کمتر از ۳۸ سال تعداد (درصد)	بیشتر از ۳۸ سال تعداد (درصد)
اسکیزوفرنیا	۲۶ (۱۵/۶)	۲۵ (۱۹/۷)	۲۱ (۱۳/۸)	۳۰ (۲۱/۱)
اسکیزوافکتیو	۱۳ (۷/۸)	۱۸ (۱۴/۲)	۱۷ (۱۱/۲)	۱۴ (۹/۹)
اختلال انطباق	۰	۳ (۲/۴)	۳ (۲)	۰
اختلال استرس پس از سانحه	۰	۳ (۲/۴)	۲ (۱/۳)	۱ (۰/۷)
اختلال وسواسی-جبری	۳ (۱/۸)	۰	۱ (۰/۷)	۲ (۱/۴)
اختلال هراس	۳ (۱/۸)	۰	۳ (۲)	۰
افسردگی ماژور	۹ (۵/۴)	۰	۳ (۲)	۶ (۴/۲)
اختلال عصبی- شناختی	۰	۶ (۴/۷)	۰	۶ (۴/۲)
اختلال یادگیری	۲ (۱/۲)	۰	۲ (۱/۳)	۰
اختلالات شخصیت				
اختلال شخصیت مرزی	۷ (۴/۲)	۰	۷ (۴/۲)	۰
اختلال شخصیت ضداجتماعی	۰	۶ (۴/۷)	۳ (۲)	۳ (۲/۱)
نامشخص (گروه B)	۳ (۱/۸)	۰	۳ (۲)	۰
اختلال دوقطبی نوع اول				
فاز مانیا	۳۲ (۱۹/۲)	۲۵ (۱۹/۷)	۳۸ (۲۵)	۱۹ (۱۳/۴)
فاز دپرشن	۸ (۴/۸)	۰	۷ (۴/۶)	۱ (۰/۷)
فاز مانیا به صورت جنون‌آمیز	۴۱ (۲۴/۶)	۲۵ (۱۹/۷)	۲۶ (۱۷/۱)	۴۰ (۲۸/۲)
فاز نامشخص	۴ (۲/۴)	۴ (۳/۱)	۳ (۲)	۵ (۳/۵)
اختلال دوقطبی نوع دوم				
فاز دپرشن	۱۴ (۸/۴)	۱۰ (۷/۹)	۱۳ (۸/۶)	۱۱ (۷/۷)
فاز هایپومانیا	۲ (۱/۲)	۲ (۱/۶)	۰	۴ (۲/۸)

بیشترین بیماری‌های روانی شناسایی شده در مردان و زنان به ترتیب عبارت بودند از ۴۱نفر (۳۲/۳ درصد)، ۲۵ نفر (۱۵ درصد) با اختلال دوقطبی نوع اول فاز مانیا به صورت جنون‌آمیز، ۳۲ نفر (۲۵/۱ درصد)، ۲۵ نفر (۱۵ درصد) اختلال دوقطبی نوع اول فاز مانیا و ۲۶ نفر (۲۰/۵درصد)، ۲۵ نفر (۱۵ درصد) اسکیزوفرنی. در ۳۸ نفر (۲۵ درصد) از بیماران با سن کمتر از ۳۸ سال، اختلال دوقطبی نوع اول فاز مانیا و ۴۰ نفر (۲۸ درصد) از بیماران دارای سن بیشتر از ۳۸ سال، اختلال دوقطبی نوع اول فاز مانیا به صورت جنون‌آمیز داشتند. همچنین بین سن (P=۰/۰۰۸) و جنسیت (P=۰/۰۴۹) با تشخیص‌های روان‌پزشکی ارتباط معنادار وجود داشت (P<۰/۰۵).

بحث

رفتار پرخاشگرانه در بیماران مبتلا به اختلالات روان‌پزشکی توجه مطالعات را به خود جلب کرده است [۱۶]. یکی از دلایل این امر آن است که بیماران روان‌پزشکی عموماً و به احتمال زیاد پرخاشگر در نظر گرفته می‌شوند [۱۹]. پیش‌بینی پرخاشگری در بخش‌های روان‌پزشکی بسیار مهم است، زیرا رفتار پرخاشگرانه نه‌تنها ایمنی بیماران و کارکنان را به خطر می‌اندازد، بلکه زمان بستری شدن را نیز افزایش می‌دهد [۱۶].

با توجه به اینکه رفتار خشونت‌آمیز و پرخاشگرانه بیماران یک مشکل بالینی محسوب می‌شود، مطالعه حاضر به بررسی ۸ ماهه بیماران مراجعه‌کننده به اورژانس روان‌پزشکی مجتمع آموزشی درمانی پژوهشی خورشید پرداخت. میانگین سنی بیماران برابر با ۱۳/۰۸±۳۸/۱۳ سال و ۱۶۷ نفر (۵۶/۸ درصد) زن بودند. ۶۶ نفر (۲۲/۴ درصد) از بیماران با اختلال دوقطبی نوع اول فاز مانیا به صورت جنون‌آمیز مراجعه کرده بودند. ۵۷ نفر (۱۹/۴ درصد) در فاز مانیا و ۵۱ نفر (۱۷/۳ درصد) نیز اسکیزوفرنی داشتند.

Kurian (۲۰۲۳) [۱۸] در مطالعه‌ای در هند بیان داشت بیشترین درصد بیماران پرخاشگر (۸۲ درصد) افراد جوان (۱۸ تا ۴۰ سال) بودند که نسبت به بیماران مسن‌تر (بالاتر از ۴۰ سال) پرخاشگرتر بودند. همچنین بین جنسیت مرد و رفتار پرخاشگرانه ارتباط معناداری مشاهده شد. نتایج این مطالعه با نتایج مطالعه حاضر همسو بود. در مطالعه حاضر نیز بیماران کمتر از ۳۸سال به‌طور معناداری رفتار پرخاشگرانه کلامی و فیزیکی بیشتری داشتند. همچنین بیان داشت که اکثر افراد مبتلا به بیماری روانی، پرخاشگری شدید را در محیط روان‌پزشکی از خود نشان می‌دهند. مرد بودن، وجود علائم روان‌پریشی، محیط بخش، نسبت پرسنل به بیمار و در دسترس بودن مراقبان، به طور قابل توجهی با پرخاشگری مرتبط بود که در مطالعه حاضر نیز بین جنسیت و رفتار پرخاشگرانه ارتباط معنادار مشاهده شد.

Girasek (۲۰۲۲) [۱۶] نیز در مطالعه‌ای توصیفی بیان داشت برخی از اختلالات روان‌پزشکی ممکن است خطر رفتار

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-11-29]

پرخاشگرانه را افزایش دهند. درواقع پرخاشگری علاوه بر وجود اختلال روان‌پزشکی، تحت تأثیر چندین عامل دیگر مانند جنس، سن، وضعیت اجتماعی-اقتصادی، اختلالات همراه و سابقه رفتار پرخاشگرانه قرار می‌گیرد. در مطالعه حاضر نیز پرخاشگری تحت تاثیر سن و جنسیت بیماران قرار گرفته بود. نتایج مطالعات دیگر نشان داد که بیماران مبتلا به اختلالات روان‌پریشی مانند اسکیزوفرنی، اختلالات دوقطبی در ترکیب با حشیش و سوءمصرف سایر مواد، در معرض افزایش خطر پرخاشگری در بخش روان‌پزشکی هستند.

Luo (۲۰۱۹) [۲۰] پس از بررسی ۱۵۵ بیمار پرخاشگر در چین نشان داد که ابتلا به اختلالات دوقطبی ۵۲ درصد بود و در این بیماران با نسبت شانس ۲/۴۸، سطح بالایی از پرخاشگری بروز یافته بود. در مطالعه حاضر در بیماران پرخاشگر، حدود ۵۶/۸ درصد مبتلا به اختلال دوقطبی بودند.

Pan (۲۰۲۰) [۲۱] ۱۷۲ بیمار را در آمریکا مورد بررسی قرار داد. نتایج گویای آن بود که پرخاشگری در بین بیماران مبتلا به دوره مانیا نسبت به بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی شایع‌تر است که با نتایج مطالعه حاضر همسو بود. نتایج مطالعه دیگری که در چندین ایالت آمریکا انجام شد، گویای آن بود که بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی نسبت به بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی شانس بروز بیشتری برای پرخاشگری دارند. همسو نبودن نتایج دو مطالعه می‌تواند ناشی از تفاوت نوع دو مطالعه و فاکتورهای اپیدمیولوژیک مختلف و ضمنا تنوع در فرهنگ بومی مردم ایالات مختلف آمریکا باشد.

از محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به فقدانِ امکان پیگیری بیماران و اطلاعات ناقص در پرونده، خصوصاً در مورد سوابق رفتار پرخاشگرانه و بستری به این علت، اشاره کرد.

نتیجه‌گیری

رفتار پرخاشگرانه نشان‌دهنده نوعی نگرانی برای سلامت عمومی است که اغلب با اختلالات روانیِ شدید همراه است. اگرچه اکثر بیماران روان‌پزشکی، پرخاشگر نیستند، اما بیماری روان‌پزشکی درمان نشده، از جمله اختلال دوقطبی نوع اول، خصوصا در فاز مانیا (به‌صورت جنون‌آمیز یا غیرجنون‌آمیز) ممکن است با افزایش خطر ابتلا به پرخاشگری همراه باشد. اختلالات روان‌پزشکی همراه با رفتار پرخاشگرانه می‌تواند با سن و جنسیت در ارتباط باشد که به‌عنوان عوامل پیش‌بینی‌کننده پرخاشگری، درکنار سایر عوامل به‌منظور تصمیم‌گیری‌های بالینی بیماران و کمک به روند درمان آنان ضروری است. امید است دانستن شیوع اختلالات مختلف روان‌پزشکی در میان بیماران پرخاشگر، بتواند به تسریع روند تشخیص و درمان این بیماران کمک کرده و آسیب‌ها و عوارض متعاقب بیماری را نسبت به فرد و جامعه کاهش دهد.

References

1. Bierle I, Becker Julia C. Shame and anger differentially predict disidentification between collectivistic and individualistic societies. PLoS One. 2023;18(9):e0289918. doi: 10.1371/journal.pone.0289918.
2. Sorella S, Vellani V, Siugzdaite R. Structural and functional brain networks of individual differences in trait anger and anger control: An unsupervised machine learning study. Eur J Neurosci. 2022;55(2):510-27. doi: 10.1111/ejn.15537.
3. Nozarpour J, Fallahi-Khoshknab M, Arsalani N, Norouzi Tabrizi K, Ahmadi F. Explaining the Concept of Violence Against the Older Adult: A Hybrid Study. Iranian Journal of Ageing. 2022;17(1):134-53. [Persian]
4. Varshney M, Mahapatra A, Krishnan V, Gupta R, Deb KS. Violence and mental illness: what is the true story? J Epidemiol Community Health. 2016;70(3):223-5. doi: 10.1136/jech-2015-205546.
5. Caruso R, Antenora F, Riba M. Aggressive Behavior and Psychiatric Inpatients: a Narrative Review of the Literature with a Focus on the European Experience. Curr Psychiatry Rep. 2021;23(5):29. doi: 10.1007/s11920-021-01233-z.
6. Araya T, Getachew R. Prevalence and Associated Factors of Aggressive Behavior among Patients with Schizophrenia at Ayder Comprehensive Specialized Hospital, Ethiopia. Biomed Res Int. 2020;2020:7571939. doi: 10.1155/2020/7571939.
7. Weltens I, Bak M. Aggression on the psychiatric ward: Prevalence and risk factors. A systematic review of the literature. PLoS One. 2021;16(10):e0258346. doi: 10.1371/journal.pone.0258346.

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-11-29]

8. Välimäki M, Lantta T, Ting Joyce Lam Y. Perceptions of patient aggression in psychiatric hospitals: a qualitative study using focus groups with nurses, patients, and informal caregivers. BMC Psychiatry. 2022;22:344. doi: 10.1186/s12888-022-03974-4.
9. Bellman V, Thai D, Chinthalapally A. Inpatient violence in a psychiatric hospital in the middle of the pandemic: clinical and community health aspects. AIMS Public Health. 2022;9(2):342-56. doi: 10.3934/publichealth.2022024.
10. Dack C, Ross J, Papadopoulos C, Stewart D, Bowers LA. Review and meta-analysis of the patient factors associated with psychiatric in-patient aggression. Acta Psychiatr Scand. 2013;127:255-68. doi: 10.1111/acps.12053.
11. Iozzino L, Ferrari C, Large M. Prevalence and Risk Factors of Violence by Psychiatric Acute Inpatients: A Systematic Review and Meta-Analysis. PLoS One. 2015;10(6):e0128536. doi: 10.1371/journal.pone.0128536.
12. Anderson A, West Sara G. Violence Against Mental Health Professionals: When the Treater Becomes the Victim. Innov Clin Neurosci. 2011;8(3):34-9.
13. Jenkin G, Quigg S. Places of safety? Fear and violence in acute mental health facilities: A large qualitative study of staff and service user perspectives. PLoS One. 2022;17(5):e0266935. doi: 10.1371/journal.pone.0266935.
14. Bekelepi N, Martin P. Self-reported incidents of violence towards nurses working in acute psychiatric units. Curationis. 2023;46(1):2350. doi: 10.4102/curationis.v46i1.2350.
15. D'Ettorre G, Pellicani V. Workplace Violence Toward Mental Healthcare Workers Employed in Psychiatric Wards. Saf Health Work. 2017;8(4):337-42. doi: 10.1016/j.shaw.2017.01.004.
16. Girasek H, Adél Nagy V, Fekete S. Prevalence and correlates of aggressive behavior in psychiatric inpatient populations. World J Psychiatry. 2022;12(1):1-23. doi: 10.5498/wjp.v12.i1.1.
17. Adeniyi Oladele V, Puzi N. Management approach of patients with violent and aggressive behaviour in a district hospital setting in South Africa. S Afr Fam Pract (2004). 2021;63(1):5393. doi: 10.4102/safp.v63i1.5393.
18. Kurian L, Rentala S. Aggressive behavior and its associated factors among persons with mental illness: An observational study. J Educ Health Promot. 2023;12:249. doi: 10.4103/jehp.jehp_195_23.
19. Cho W, Shin W, An I. Biological Aspects of Aggression and Violence in Schizophrenia. Clin Psychopharmacol Neurosci. 2019;17(4):475-86. doi: 10.9758/cpn.2019.17.4.475.
20. Luo J, Yi P, Liang M. Distinct brain activity alterations of treatment for bipolar disorders with psychotherapy and drug therapy: activation likelihood estimation meta-analysis. Psychol Med. 2023;53(3):625-37. doi: 10.1017/S0033291722003889.
21. Pan Y, Xie X, Tang Y. A comparison of aggression between patients with acute schizophrenia and mania presenting to psychiatric emergency services. J Affect Disord. 2022:296:493-7. doi: 10.1016/j.jad.2021.09.071.

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-11-29]