

# پیگیری سیر ۶ ماهه شدت علایم و کیفیت زندگی بیماران اسکیزوفرنیا پس از ترخیص از بیمارستان

هاجر براتیان<sup>۱</sup>، مجید برکتین<sup>۲</sup>، حسین مولوی<sup>۳</sup>، نوشین موسوی مدنی<sup>۴</sup>، الهام فروزنده<sup>۵</sup>

## مقاله پژوهشی

### چکیده

**زمینه و هدف:** اسکیزوفرنیا به طور معمول باعث ناتوانی شغلی، تحصیلی و مشکلات خانوادگی می‌شود. هدف این مطالعه، پیگیری سیر شدت علایم و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اختلال اسکیزوفرنیا بود.

**مواد و روش‌ها:** این پژوهش طولی و آینده‌نگر بر روی ۲۰ بیمار مبتلا به اسکیزوفرنیا بستری شده در بیمارستان نور اصفهان انجام شد. ارزیابی‌ها در آغاز بستری، ترخیص، ۳ و ۶ ماه بعد انجام شد. شدت علایم و کیفیت زندگی با مقیاس درجه‌بندی مقیاس علایم مثبت و منفی و پرسش‌نامه کیفیت زندگی سنجیده شد.

**یافته‌ها:** نتایج تحلیل واریانس تکراری نشان داد که میانگین شدت علایم روان‌پریشی در هنگام بستری شدن بیماران، به طور معنی‌داری بیشتر از میانگین شدت علایم در هنگام ترخیص از بیمارستان، ۳ و ۶ ماه پس از ترخیص می‌باشد ( $P = 0/001$ ). این در حالی است که بین میانگین شدت علایم روان‌پریشی در هنگام ترخیص با ۳ و ۶ ماه پس از ترخیص تفاوت معنی‌داری قابل مشاهده نیست. در خصوص کیفیت زندگی، نتایج نشان داد که میانگین نمرات کیفیت زندگی در هنگام ترخیص به طور معنی‌داری بیشتر از ۳ ماه پس از ترخیص بوده است ( $P = 0/03$ )، در حالی که بین میانگین نمرات در هنگام ترخیص با ۶ ماه پس از ترخیص و همچنین بین میانگین نمرات در ۳ ماه با ۶ ماه پس از ترخیص تفاوت معنی‌داری قابل مشاهده نیست.

**نتیجه‌گیری:** می‌توان بیان کرد که بستری شدن بیماران در کاهش شدت علایم و افزایش کیفیت زندگی آن‌ها در موقع ترخیص مؤثر بوده است و در مقاطع بعدی به همان حال باقی مانده است.

**واژه‌های کلیدی:** پیگیری، سیر، اسکیزوفرنیا، شدت علایم، کیفیت زندگی

**ارجاع:** براتیان هاجر، برکتین مجید، مولوی حسین، موسوی مدنی نوشین، فروزنده الهام. پیگیری سیر ۶ ماهه شدت علایم و کیفیت زندگی بیماران اسکیزوفرنیا پس از ترخیص از بیمارستان. مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۳۹۱؛ ۱۰ (۵): ۳۱۷-۳۲۴

پذیرش مقاله: ۱۳۹۱/۱۰/۱۰

دریافت مقاله: ۱۳۹۱/۳/۲۱

- ۱- کارشناسی ارشد، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان، اصفهان، ایران
- ۲- دانشیار، مرکز تحقیقات علوم رفتاری، گروه روان‌پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران (نویسنده مسؤول)  
Email: barekatin@med.mui.ac.ir
- ۳- استاد، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران
- ۴- کارشناسی ارشد، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان، عضو باشگاه پژوهشکده جوان، دانشگاه آزاد واحد خوراسگان اصفهان، اصفهان، ایران
- ۵- دکتری روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد نایین، اصفهان، ایران

## مقدمه

اختلال اسکیزوفرنیا (Schizophrenia)، در زمره ناتوان کننده‌ترین اختلالات روانی طبقه‌بندی می‌شود، علاوه بر افت عملکرد، اختلالاتی شدید را در تعاملات میان فردی و کیفیت زندگی فرد ایجاد می‌کند (۱). شیوع دایمی اسکیزوفرنیا بین ۱ تا ۱/۵ درصد است. هر ساله دو میلیون بیمار جدید در جهان ظاهر می‌شوند. شایع‌ترین سن شروع اسکیزوفرنیا در اواخر نوجوانی و اوایل جوانی (بین ۱۵ تا ۳۵ سالگی) است. در ۹۰ درصد مردان و ۷۰ درصد زنان شروع قبل از ۳۰ سالگی است (۲، ۳). اسکیزوفرنیا حدود ۵۰ درصد از کل تخت‌های بیمارستان روانی را اشغال می‌کند و ۱۶ درصد از کل بیماران روان‌پزشکی را تشکیل می‌دهند (۴). توجه به درمان کارآمد، سال‌ها است که دغدغه ذهنی روان‌پزشکان و روان‌شناسان می‌باشد و امروزه دارو درمانی به عنوان خط اول درمان، برای این اختلال مطرح است. با وجود مؤثر بودن دارو درمانی که اغلب طی دوره‌های بستری در بیمارستان، به صورت کنترل شده و دقیق در اختیار بیماران قرار داده می‌شود، اما بروز علایم و عود مجدد اختلال، بیماران را روانه بیمارستان کرده است و سیکل مجددی از فرایند دارو درمانی را ایجاد می‌نماید (۵). از این لحاظ پیگیری پس از ترخیص، مقوله مهمی تلقی می‌شود که انسجام شرایط بستری و پس از بستری بیمار را پیوند می‌زند (۶). هدف متخصصان بالینی درباره بیماران مبتلا به اختلالات روانی، تنها بهبود علایم آن‌ها نیست بلکه هدفشان بهبودی کیفیت زندگی آن‌ها نیز است. اگر چه در گذشته هدف اولیه درمان، کنترل علایم مثبت بود، اکنون تأکید بیشتر روی بهبود کیفیت زندگی بیماران روانی از جمله اسکیزوفرنیا و دوقطبی می‌باشد (۷). کیفیت زندگی مفهومی چند بعدی و پیچیده دارد و در برگیرنده عوامل عینی و ذهنی است و درک فرد از وضعیت زندگی در قالب فرهنگ و ارزش‌های حاکم بر جامعه و در راستای اهداف، انتظارات، استانداردها و علایق خود است (۸). کیفیت زندگی به عنوان رضایت از جنبه‌های مختلف زندگی (۹)، انرژی درونی فرد (۱۰) و درک فرد از زندگی (۱۱)، موارد آشکار و مرتبط با

معیارهای زندگی از جمله سلامت جسمی، شرایط شخصی (ثروت، شرایط زندگی و ...)، ارتباطات اجتماعی، اقدامات شغلی یا دیگر عوامل اجتماعی و اقتصادی و شادی یا رضایت فرد در نظر گرفته می‌شود (۱۲). در مطالعه‌ای بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا کیفیت زندگی ضعیف‌تری نسبت به کسانی که فاقد اختلال روانی هستند یا نسبت به جمعیت کلی گزارش کرده‌اند (۱۳). Bangatson و همکاران (به نقل از Brissos و همکاران)، بیان می‌کنند که کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا در جامعه، خیلی کمتر از افراد سالم می‌باشد (۱). در مطالعه‌ای پژوهشگران نشان دادند که کیفیت زندگی بیماران اسکیزوفرنیا در مقایسه با افراد سالم در تمام ابعاد در سطح پایین‌تری قرار دارد؛ به طوری که بیماران مبتلا، کمترین نمره را در بعد بیماری و بیشترین نمره را در بعد احساسات جسمی گرفته‌اند (۱۴). Xiang و همکاران (به نقل از Kao و همکاران) در مطالعه‌ای بر روی ۲۰۰ بیمار سرپایی مبتلا به اسکیزوفرنیا، نشان دادند که کیفیت زندگی ضعیف‌تری نسبت به جمعیت کلی داشتند و پی بردند که کیفیت زندگی ارتباط قوی با شدت علایم افسردگی دارد و مستقل از عوامل اجتماعی - جمعیت‌شناختی است (۱۵). با توجه به نتایج پژوهش‌های پیشین، این فرض منطقی به نظر می‌رسد که بین میانگین‌های اسکیزوفرنیا و کیفیت زندگی در چهار مقطع بستری شدن، ترخیص از بیمارستان، ۳ و ۶ ماه پس از ترخیص تفاوت وجود دارد. در راستای هدف تحقیق و با توجه به پژوهش‌های پیشین، فرضیه‌های زیر تدوین و مورد آزمایش قرار گرفتند. ۱- بین میانگین‌های نمرات شدت علایم روان‌پریشی در مقاطع بستری شدن و ترخیص از بیمارستان ۳ و ۶ ماه پس از ترخیص در بیماران اسکیزوفرنیا تفاوت وجود دارد. ۲- بین میانگین‌های نمرات کیفیت زندگی در مقاطع ترخیص از بیمارستان ۳ و ۶ ماه پس از ترخیص در بیماران اسکیزوفرنیا تفاوت وجود دارد.

## مواد و روش‌ها

پژوهش فعلی به صورت طولی و آینده‌نگر بود. جامعه آماری

## ابزارهای سنجش

ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش عبارتند از:

۱- مقیاس علایم مثبت و منفی: این آزمون برای ارزیابی ابعادی و تیپ‌شناسی پدیده اسکیزوفرنیا ساخته شده است و دارای ۱۴ آیتم می‌باشد که به ارزیابی علایم مثبت و منفی بر پایه مصاحبه بالینی با بیمار می‌پردازد. همچنین سه پرسش برای ارزیابی احتمال پرخاشگری در آن گنجانده شده است. هر پرسش در یک مقیاس هفت گزینه‌ای به روش لیکرت از نبود علامت تا بیش از حد بودن شدت آن پاسخ داده می‌شود (۱۶). پایایی این آزمون روی ۱۰۱ نفر که بر پایه معیارهای تشخیص DSM-IV-TR (Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th edition text revision) تشخیص اسکیزوفرنیا داده شده بودند، ارزیابی شد. ضرایب آن‌ها نشان دهنده پایایی بالا و همانندی در بین پرسش‌ها در ضرایب رتبه‌بندی ۷۳ تا ۸۳ درصد برای هر کدام از میزان‌ها بود. شاخص‌های پایایی بازآزمایی برای زیر گروه‌های بیماران در یک پیگیری ۳ تا ۶ ماهه، ۰/۸۹، ۰/۸۲، ۰/۸۱ و ۰/۷۷ برای علایم مثبت، منفی، ترکیبی و میزان‌های آسیب‌شناسی روانی عمومی به دست آمد (۱۷).

۲- مقیاس کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (World Health Organization quality of life (BREF): این پرسش‌نامه دارای ۲۶ پرسش است و چهار بعد سلامت بدنی، سلامت روانی، سلامت اجتماعی و سلامت محیط را می‌سنجد. از مجموع این ۴ بعد نمره کل کیفیت زندگی به دست می‌آید. Cronbach's alpha ۰/۵۵ می‌باشد (۱۸).

## یافته‌ها

میانگین سنی این گروه ۲۰ نفری بیماران اسکیزوفرنیا، ۳۲/۵ با انحراف استاندارد ۷/۳۳ بود. میانگین طول بیماری در بیماران، ۸/۴۵ و انحراف استاندارد آن ۵/۳۹ بود.

طبق نتایج آزمون Vilk-Shapiro پیش فرض نرمال بودن توزیع نمرات علایم روان‌پریشی در بیماران اسکیزوفرنیا

این پژوهش شامل، مبتلایان به بیماری شدید روان‌پزشکی بستری در بیمارستان نور اصفهان، از ابتدای آذر ۱۳۸۸ تا شهریور ۱۳۸۹ بود که در نمونه‌ای با حجم ۲۰ نفر بیمار مبتلا به اختلال اسکیزوفرنیا انجام شد. ارزیابی‌ها در آغاز بستری شدن، زمان ترخیص از بیمارستان و ۳ و ۶ ماه پس از ترخیص برای شدت علایم و زمان ترخیص از بیمارستان و ۳ و ۶ ماه پس از ترخیص برای کیفیت زندگی انجام شد. در طول ۶ ماه هیچ ریزشی در گروه نمونه وجود نداشت. معیارهای ورود به مطالعه عبارت از افراد بستری مبتلا به اختلال اسکیزوفرنیا، با سابقه حداقل یک بار بستری قبلی که توسط روان‌پزشک معالج در بیمارستان بر پایه معیارهای تشخیص DSM-IV (Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th edition) گذاشته می‌شد و سن ۱۸ تا ۶۵ سال بود. پس از بستری، دانشجوی محقق طرح پس از کسب رضایت آگاهانه، پرسش‌نامه اطلاعات دموگرافیک (شامل جنس، سن، میزان تحصیلات، تعداد اعضای خانواده، وضعیت تأهل، وضعیت اقتصادی خانواده، شغل، میزان دفعات بستری قبلی، طول مدت بیماری، سابقه خانوادگی بیماری روانی در بستگان درجه اول) بیمار را تکمیل می‌کرد و پس از آن با توجه به مصاحبه بالینی که دانشجوی محقق طرح با بیمار و همراهش انجام می‌داد، شدت بیماری و میزان عملکرد بیمار توسط مقیاس‌های موجود سنجیده می‌شد. پس از آن در موقع ترخیص دوباره مصاحبه بالینی با بیمار انجام می‌شد و مجدد شدت بیماری، به علاوه کیفیت زندگی بیمار مورد ارزیابی قرار می‌گرفت. سپس از بیماران خواسته شد که ۳ ماه و ۶ ماه پس از ترخیص برای ویزیت و ارزیابی مجدد مراجعه کنند. پیگیری بیماران فعالانه انجام می‌شد، به گونه‌ای که در صورت عدم مراجعه به موقع بیمار، دانشجوی محقق طرح با تماس تلفنی، زمان مراجعه و لزوم آن را به بیمار و خانواده‌اش گوشزد می‌نمود و در صورت عدم مراجعه، مصاحبه تلفنی با بیمار و خانواده او انجام می‌داد و یا با موافقت بیمار و خانواده‌اش، ارزیابی در منزل آن‌ها انجام می‌شد و همان مقیاس‌هایی که موقع بستری و ترخیص سنجیده می‌شد، دوباره انجام می‌گرفت.

بیمارستان، ۳ و ۶ ماه پس از ترخیص می‌باشد. این در حالی است که بین میانگین شدت علایم روان‌پریشی در هنگام ترخیص با ۳ و ۶ ماه پس از ترخیص تفاوت معنی‌داری قابل مشاهده نیست. بنابراین این فرضیه در مقاطع بستری شدن با ترخیص از بیمارستان، ۳ و ۶ ماه پس از ترخیص تأیید می‌گردد.

نتایج پیش فرض *Vilk-Shapiro* در مورد نرمال بودن کیفیت زندگی در جدول ۳ ارائه شده است.

طبق نتایج جدول ۳ پیش فرض نرمال بودن توزیع نمرات کیفیت زندگی در بیماران اسکیزوفرنیا برقرار است. همچنین نتایج دیگر نشان داد که پیش فرض باکس در مورد تساوی کواریانس‌ها در دو جامعه آماری برقرار است و نیز پیش فرض کرویت *Mauchly* در خصوص تساوی کواریانس‌ها در هر جامعه آماری نیز برقرار است. نتایج تحلیل واریانس تکراری کیفیت زندگی در جدول ۴ ارائه شده است.

برقرار است. همچنین نتایج دیگر نشان داد که پیش فرض باکس در مورد تساوی کواریانس‌ها در دو جامعه آماری برقرار است و نیز پیش فرض کرویت *Mauchly* در خصوص تساوی کواریانس‌ها در هر جامعه آماری نیز تأیید نمی‌گردد، از این رو از آزمون *Gaither-House* که محافظه کارانه‌تر است، استفاده گردید. نتایج تحلیل واریانس تکراری علایم روان‌پریشی در جدول ۱ ارائه شده است.

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که تفاوت بین علایم روان‌پریشی در مقاطع چهارگانه معنی‌دار است ( $P = 0/0001$ ). توان آماری ۱ نشان می‌دهد که حجم نمونه کافی بوده است. نتایج مقایسه‌های زوجی اندازه‌های تکراری علایم روان‌پریشی در جدول ۳ ارائه شده است.

طبق نتایج جدول ۲ و نمودار ۱ میانگین شدت علایم روان‌پریشی در هنگام بستری شدن، به طور معنی‌داری بزرگ‌تر از میانگین شدت علایم در هنگام ترخیص از

جدول ۱. نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری تکراری مقایسه میانگین نمرات شدت علایم روان‌پریشی بر در مقاطع بستری شدن، ترخیص از بیمارستان و ۳ و ۶ ماه پس از ترخیص در بیماران اسکیزوفرنیا

منبع	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	توان آزمون
مقاطع	۵۱۸۲/۳۴	۲/۰۶	۲۵۰۸/۸۷	۳۳/۵۷	۰/۰۰۱	۱

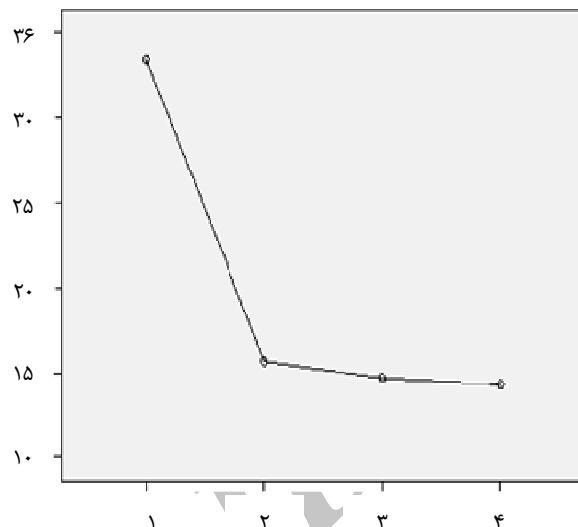
جدول ۲. نتایج مقایسه‌های زوجی چهار اندازه‌گیری شدت علایم روان‌پریشی

مقاطع	اختلاف میانگین	سطح معنی‌داری
بستری شدن----ترخیص	۱۷/۷۵	۰/۰۰۱
بستری شدن---۳ ماه پس از ترخیص	۱۸/۷۵	۰/۰۰۱
بستری شدن---۶ ماه پس از ترخیص	۱۹/۱۵	۰/۰۰۱
ترخیص-----۳ ماه پس از ترخیص	۱	۰/۶۷
ترخیص-----۶ ماه پس از ترخیص	۱/۴۰	۰/۵۶
۳ ماه پس از ترخیص---۶ ماه پس از ترخیص	۰/۴۰	۰/۸۴

جدول ۳. نتایج آزمون *Vilk-Shapiro* فرض نرمال بودن توزیع نمرات کیفیت زندگی

منبع	آماره	df	سطح معنی‌داری
<i>Vilk-Shapiro</i>	۰/۹۲	۱۹	۰/۱۲

چنان چه در جدول ۴ مشاهده می‌شود، بین میانگین‌های نمرات کیفیت زندگی در مقاطع بستری شدن و ترخیص از بیمارستان و ۳ و ۶ ماه پس از ترخیص در بیماران اسکیزوفرنیا تفاوت وجود ندارد. در این مورد چون سطح معنی‌داری نزدیک به ۰/۰۵ است، این احتمال وجود داشت که در مقایسه‌های زوجی تفاوت معنی‌داری به دست آید (۱۹). از این رو این مقایسه‌ها انجام گرفت و معلوم شد که فقط در مقاطع ترخیص از بیمارستان و ۳ ماه پس از آن تفاوت وجود دارد (جدول ۵ و نمودار ۲). از این رو این فرضیه فقط در این مقایسه‌ها تأیید می‌شود (۰/۰۳). این امر در نمودار ۲ هم نشان داده شده است. نتایج مقایسه‌های زوجی اندازه‌های تکراری کیفیت زندگی در جدول ۵ ارایه شده است.



نمودار ۱. میانگین‌های علایم روان‌پزشکی در مقاطع چهارگانه

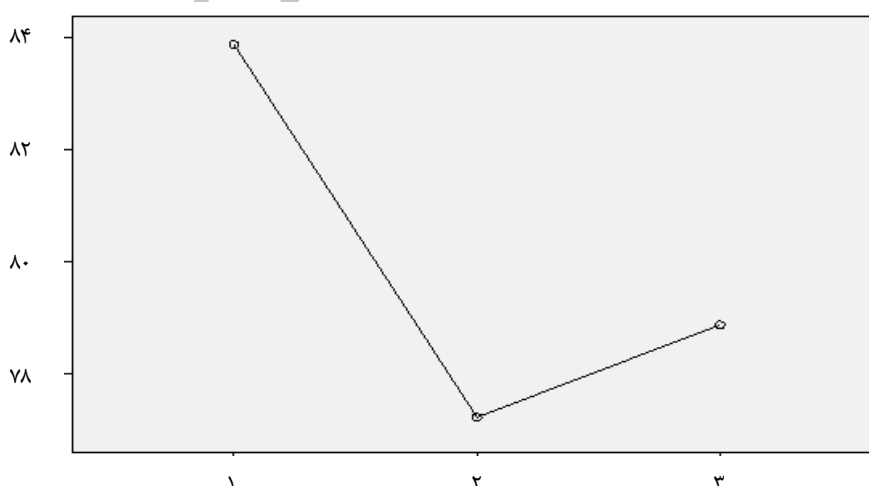
جدول ۴. نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری تکراری مقایسه میانگین نمرات کیفیت زندگی در مقاطع بستری شدن، ترخیص از بیمارستان، ۳ و ۶ ماه پس از ترخیص در بیماران اسکیزوفرنیا

منبع	مجموع مجزورات	df	میانگین مجزورات	F	سطح معنی‌داری
مقاطع	۴۰۷/۴۱	۲	۲۰۳/۷۱	۲/۷۸	۰/۰۸

با پیش‌فرض کرویت

جدول ۵. نتایج مقایسه‌های زوجی چهار اندازه‌گیری کیفیت زندگی

مقاطع	اختلاف میانگین	سطح معنی‌داری
ترخیص - ۳ ماه پس از ترخیص	۶/۶۵	۰/۰۳
ترخیص - ۶ ماه پس از ترخیص	۵	۰/۱۹
۳ ماه پس از ترخیص - ۶ ماه پس از ترخیص	۱/۶۵	۰/۴۶



نمودار ۲. میانگین‌های کیفیت زندگی در مقاطع سه‌گانه شکل‌های که با SPSS کشیده می‌شود، مقادیر اضافی آن حذف می‌گردد

دهقانی در مطالعه‌ای بر روی ۸۱ بیمار مبتلا به اختلالات روان‌پریشی، هیجان ابراز شده خویشاوندان بیماران را با ویژگی‌های شخصیتی آنان سنجید و بین ویژگی شخصیتی تحلیل در صفت انعطاف‌پذیری با مؤلفه مزاحمت یا مداخله‌گری در هیجان ابراز شده رابطه مثبت و معنی‌داری پیدا کرد (۲۵). این مهم تأکیدی بر یافته‌های پیشین مبنی بر هدف‌گذاری برای بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا علاوه بر هدف اولیه درمان یعنی کنترل علائم می‌باشد (۷). با توجه به این پژوهش، بایستی در جستجوی مداخلاتی در راستای افزایش کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا بود. این مداخلات علاوه بر درمان‌های دارویی شاید باید در برگرفته جنبه‌های مختلف روان‌شناختی، افزایش مهارت‌های بین فردی، گسترش ارتباطات خانوادگی، توسعه شبکه‌های حمایتی، بازتوانی‌های شغلی و آموزش بیماران و خانواده‌های آن‌ها باشد. محدود بودن نتایج پژوهش به یک دوره زمانی شش ماهه و همچنین موجود نبودن یک پرسش‌نامه اختصاصی کیفیت زندگی برای بیماران اسکیزوفرنیا، از محدودیت‌های این پژوهش بود. بدیهی است که بررسی‌هایی با دوره پیگیری طولانی‌تر امکان تعمیم نتایج را افزایش می‌دهد. از آن جا که هیچ پرسش‌نامه اختصاصی برای سنجش کیفیت زندگی بیماران اسکیزوفرنیا در دسترس نیست، از این رو یکی از گام‌های مهم در پژوهش‌های آینده، ساخت و هنجاریابی یک پرسش‌نامه اختصاصی در این زمینه خواهد بود. برای بهبود کیفیت زندگی و عملکرد بیماران اسکیزوفرنیا و خانواده‌های آن‌ها، آموزش روانی بیمار و تقویت مهارت‌های شخصی و ارتباطی به موازات درمان دارویی اختلالات مورد توجه قرار گیرد و درمان‌های تیمی به عنوان درمان اساسی در بیماران مزبور به کار گرفته شود.

### سپاسگزاری

از کلیه کسانی که ما را در انجام این تحقیق یاری نمودند، قدردانی و تشکر می‌گردد.

طبق نتایج جدول ۵ و نمودار ۲ میانگین نمرات کیفیت زندگی در هنگام ترخیص به طور معنی‌داری بزرگ‌تر از ۳ ماه پس از ترخیص بوده است، در حالی که بین میانگین نمرات در هنگام ترخیص با ۶ ماه پس از ترخیص و همچنین بین میانگین نمرات در ۳ ماه با ۶ ماه پس از ترخیص تفاوت معنی‌داری قابل مشاهده نیست. از این رو این فرضیه فقط در مقاطع ترخیص از بیمارستان و ۳ ماه پس از ترخیص تأیید می‌شود.

### بحث و نتیجه‌گیری

نتایج نشان داد که شدت علائم پس از ترخیص کاهش یافته است و تا ۶ ماه پایدار می‌ماند. نتایج تحقیق Keck و همکاران نشان داد که علائم مثبت و منفی این بیماران در اولین ۲۴ ماه پیگیری به میزان ۵۹/۵ درصد بهبودی داشت، اما ۷۱/۵ درصد از این بیماران توانستند که در این وضعیت بمانند. اگر چه ۵۷ درصد از این بیماران بعد از آن دوباره به بهبودی رسیدند (۲۰). علائم روان‌پریشی طی ماه‌های بعد از ترخیص از بیمارستان نیز به صورت کنترل شده باقی می‌ماند که با نتایج این تحقیق همسویی دارد (۲۲، ۲۱، ۱).

در این پژوهش، بستری شدن و درمان دارویی بیماران بر کیفیت زندگی ایشان تأثیری نداشته است. در مطالعات متعددی اظهار شده است که بهبود شدت علائم در بیمارانی که اختلال روانی داشتند، با بهبود کیفیت زندگی رابطه دارد (۲۳). اما مطالعه ما نشان داد که با وجود بهبودی و تثبیت علائم بیماران، کیفیت زندگی بیماران به تدریج در فاصله زمانی سه ماهه اول پس از ترخیص افت داشته است. این یافته می‌تواند به دلایل متعددی نظیر سطح بالای هیجان ابراز شود و یا مسایل روانی اجتماعی شایع در محیط زندگی بیماران و عوارض جانبی ناشی از درمان دارویی باشد. Breitborde و همکاران روابط و رفتار والدین با بیمار را عاملی در تشدید و عودهای مکرر بیماری اسکیزوفرنی می‌دانند. در نظر گرفتن شرایط و جو هیجانی عاطفی حاکم در خانواده‌ها در روند درمان و بهبودی بسیار مهم است (۲۴).



## References

1. Brissos S, Dias VV, Carita AI, Martinez-Aran A. Quality of life in bipolar type I disorder and schizophrenia in remission: clinical and neurocognitive correlates. *Psychiatry Res* 2008; 160(1): 55-62.
2. Harrow M, Goldberg JF, Grossman LS, Meltzer HY. Outcome in manic disorders. A naturalistic follow-up study. *Arch Gen Psychiatry* 1990; 47(7): 665-71.
3. Sadock BJ, Kaplan HI, Sadock VA. *Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry*. 10<sup>th</sup> ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2007.
4. Gee L, Pearce E, Jackson M. Quality of life in schizophrenia: a grounded theory approach. *Health Qual Life Outcomes* 2003; 1: 31.
5. Khankeh HR. Effect of education and follow up (discharge planning) on self care ability, symptoms and hospital stay of chronic Schizophrenics in Razy hospital [Msc Thesis]. Tehran, Iran: Rehabilitation Welfare University; 2007.
6. Kulhara P, Chandiramani K. Outcome of schizophrenia in India using various diagnostic systems. *Schizophr Res* 1988; 1(5): 339-49.
7. Pinikahana J, Happell B, Hope J, Keks NA. Quality of life in schizophrenia: a review of the literature from 1995 to 2000. *Int J Ment Health Nurs* 2002; 11(2): 103-11.
8. American Psychiatric Association Staff. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 3<sup>rd</sup> ed. New York, NY: American Psychiatric Publishing, Incorporated; 1980.
9. Anderson KL. The effect of chronic obstructive pulmonary disease on quality of life. *Res Nurs Health* 1995; 18(6): 547-56.
10. Anderson K, Anderson LE. *Mosby's pocket dictionary of medicine, nursing & allied health*. Philadelphia, PA: Mosby; 1998.
11. Gill TM, Feinstein AR. A critical appraisal of the quality of quality-of-life measurements. *JAMA* 1994; 272(8): 619-26.
12. Liu L. Quality of Life as a Social Representation in China: A Qualitative Study. *Social Indicators Research* 2006; 75(2): 217-40.
13. Bobes J, Garcia-Portilla P, Saiz PA, Bascaran T, Bousoño M. Quality of life measures in schizophrenia. *Eur Psychiatry* 2005; 20 (Suppl 3): S313-S317.
14. Omronifard V, Afshar H, Mehrabi T, Asadolahi G. Different Domains of Quality Of Life (QOL) in Schizophrenic Patients. *J Res Behav Sci* 2008; 5(1): 27-32.
15. Kao YC, Liu YP, Chou MK, Cheng TH. Subjective quality of life in patients with chronic schizophrenia: relationships between psychosocial and clinical characteristics. *Compr Psychiatry* 2011; 52(2): 171-80.
16. Blacker D. *Psychiatric Rating Scales*. In: Sadock BJ, Sadock VA, Kaplan HI, editors. *Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry*. 9<sup>th</sup> ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2009.
17. Kay SR, Opler LA, Lindenmayer JP. The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS): rationale and standardisation. *Br J Psychiatry Suppl* 1989; 155(7): 59-67.
18. Nedjat S, Montazeri A, Holakouie K, Mohammad K, Majdzadeh R. Psychometric properties of the Iranian interview-administered version of the World Health Organization's Quality of Life Questionnaire (WHOQOL-BREF): a population-based study. *BMC Health Serv Res* 2008; 8: 61.
19. Sharma S. *Applied Multivariate Techniques*. New Jersey, NJ: John Wiley & Sons; 1995.
20. Keck PE, Jr., McElroy SL, Strakowski SM, West SA, Sax KW, Hawkins JM, et al. 12-month outcome of patients with bipolar disorder following hospitalization for a manic or mixed episode. *Am J Psychiatry* 1998; 155(5): 646-52.
21. Judd LL, Akiskal HS, Schettler PJ, Endicott J, Leon AC, Solomon DA, et al. Psychosocial disability in the course of bipolar I and II disorders: a prospective, comparative, longitudinal study. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62(12): 1322-30.
22. Goldberg JF, Harrow M. Subjective life satisfaction and objective functional outcome in bipolar and unipolar mood disorders: a longitudinal analysis. *J Affect Disord* 2005; 89(1-3): 79-89.
23. Schechter D, Endicott J, Nee J. Quality of life of 'normal' controls: association with lifetime history of mental illness. *Psychiatry Res* 2007; 152(1): 45-54.
24. Breitborde NJ, Lopez SR, Nuechterlein KH. Expressed emotion, human agency, and schizophrenia: toward a new model for the EE-relapse association. *Cult Med Psychiatry* 2009; 33(1): 41-60.
25. Dehghani SH. The relationship between expressed emotion level and personality trait of relative's patients with psychotic disorder. *Psychother Novelties* 2004; 9(1): 60-5. [In Persian].

## Six months trend of symptom severity and quality of life in schizophrenia patients

Hajar Baratian MSc<sup>1</sup>, Majid Barekatain<sup>2</sup>, Hosein Moulavi<sup>3</sup>,  
Noushin Mousavi Madani MSc<sup>4</sup>, Elham Forouzandeh PhD<sup>5</sup>

### Original Article

#### Abstract

**Aim and Background:** Schizophrenia, as one of the major psychiatric disorders, usually results in decreased quality of life and level of functioning. This study aimed to follow-up the course, severity, and quality of life in patients with schizophrenia.

**Methods and Materials:** This study was 6 months follow-up on 20 patients with schizophrenia who were admitted to Noor Hospital, Isfahan, Iran. Each patient was evaluated on admission day, discharge, three and six months after discharge. The severity of symptoms and life quality were measured by Positive and Negative Symptoms Scale and quality of life questionnaire.

**Findings:** Mean scores of severity on the admission day was significantly more than discharge and three and six months after discharge ( $P = 0.001$ ). There was no significant difference between discharge and three and six months after discharge regarding severity of symptoms. Mean scores of quality of life were significantly greater at the time of discharge than three and six months after that ( $P = 0.03$ ). There were no significant differences observed between discharge time and six month after it, and also between the third and sixth months after discharge.

**Conclusions:** It can be acknowledged that hospitalization of patients can be effective in decreasing the symptom severity and increasing quality of life.

**Keywords:** Follow-up, Course, Schizophrenia, Severity, Quality of life

**Citation:** Baratian H, Barekatain M, Moulavi H, Mousavi Madani N, Forouzandeh E. **Six months trend of symptom severity and quality of life in schizophrenia patients.** *J Res Behav Sci* 2013; 10(5): 317-24

Received: 10.06.2012

Accepted: 30.11.2012

- 1- Department of Psychology, School of Educational Sciences and Psychology, Islamic Azad University, Khorasgan Branch, Isfahan, Iran
- 2- Associate Professor, Behavioural Research Center, Department of Psychiatry, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran (Corresponding Author) Email: barekatain@med.mui.ac.ir
- 3- Professor, Department of Psychology, School of Educational Sciences and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran
- 4- Department of Educational Sciences and Psychology, Islamic Azad University, Khorasgan Branch, Isfahan, Iran
- 5- Department of Psychology, Islamic Azad University, Nain Branch, Isfahan, Iran