

کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی و برخی ویژگی‌های بالینی آنها

دکتر همایون امینی^۱، دکتر زینب علی مددی^۲، دکتر علی اکبر نجفاتی صفا^۳،
دکتر ونداد شریفی^۴، دکتر سید علی احمدی ابهری^۵

Quality of Life in a Group of Patients with Bipolar Disorder and Some of their Clinical Characteristics

Homayoun Amini^{*}, Zeinab Alimadadi^a, Aliakbar Nejatiasafa^b,
Vandad Sharifi^b, Seyed Ali Ahmadi-Abhari^c

Abstract

Objectives: The aim of the present study was to evaluate the quality of life in a group of patients with bipolar disorder at admission, discharge and six month after hospitalization in Roozbeh Hospital, Tehran, Iran. **Method:** In a cohort study, one hundred and twenty hospitalized patients with bipolar disorder type I or mixed episode, aged between 18 and 65 years, were included in a consecutive manner from May, 2005 to September, 2006. Data were collected using World Health Organization-Quality of Life-Bref scale (WHO-QoL-BREF), Young Mania Rating Scale (YMRS), Hamilton Rating Scale for Depression-17 (HAM-D-17), Positive And Negative Symptom Scale (PANSS), Global Assessment of Functioning (GAF), and Client Satisfaction Questionnaire (CSQ) at admission, discharge and six months after hospitalization. **Results:** Quality of life was not significantly different between the time of admission and six months after hospitalization. The most significant finding was the reverse relationship between depressive symptoms and quality of life at admission ($p < 0.001$), discharge ($p < 0.001$), and after six months follow-up ($p = 0.001$). General psychotic

چکیده

هدف: هدف پژوهش حاضر، بررسی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی، در سه مقطع هنگام بستری، زمان ترخیص و شش ماه پس از آن در بیمارستان روزبه بود. **روش:** در این پژوهش ۱۲۰ بیمار ۱۸ تا ۶۵ ساله مبتلا به اختلال دوقطبی نوع یک، در دوره مانیا یا مختلط، بستری در بیمارستان روزبه، به شکل پی‌درپی از اردیبهشت ۱۳۸۶ تا شهریور ۱۳۸۵ وارد بررسی شدند. داده‌ها به کمک پرسش‌نامه WHOQOL-BREF، پرسش‌نامه افسردگی هامیلتون، مقیاس رتبه‌بندی مانیا یا یانگ، مقیاس علائم مثبت و منفی (PANSS)، مقیاس ارزیابی کلی عملکرد (GAF) و پرسش‌نامه رضایت مراجع در سه مقطع هنگام بستری، زمان ترخیص و شش ماه پس از آن بررسی شد. میزان بینش بیماران به کمک زیرمقیاس «بینش و قضاوت» پرسش‌نامه PANSS ارزیابی گردید. **یافته‌ها:** کیفیت زندگی در زمان بستری و شش ماه پس از آن تفاوت معنی‌داری نداشت. بارزترین یافته، ارتباط معکوس علائم افسردگی با کیفیت زندگی، در زمان بستری ($p < 0.001$)، ترخیص ($p < 0.001$) و پی‌گیری شش ماه بعد ($p = 0.001$) بود. علائم عمومی

^۱ روانپزشک، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تهران، گروه روانپزشکی، مرکز تحقیقات روانپزشکی و روانشناسی، تهران، خیابان کارگر جنوبی، بیمارستان روزبه. دورنگار: ۰۲۱-۵۵۴۱۹۱۱۳ (نوبسند مسئول). E-mail: aminihom@tums.ac.ir. ^۲ روانپزشک، ^۳ روانپزشک، استادیار دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی تهران، ^۴ روانپزشک، استاد دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی تهران.

* Corresponding author: Psychiatrist, Associate Prof. of Tehran University of Medical Sciences. Psychiatry and Psychology Research Center, Roozbeh Hospital, South Kargar Ave., Tehran Iran, IR. Fax: +9821-55419113. E-mail: aminihom@tums.ac.ir; ^a Psychiatrist;

^b Psychiatrist, Assistant Prof. of Tehran University of Medical Sciences; ^c Psychiatrist, Professor of Tehran University of Medical Sciences.

symptoms also showed a reverse relationship at admission ($p < 0.001$), discharge ($p < 0.01$), and six months after hospitalization ($p < 0.001$). Negative psychotic symptoms showed a significant reverse relationship with quality of life at admission ($p < 0.005$) and discharge ($p < 0.05$).

Conclusion: Quality of life shows no significant improvement six months after hospitalization.

Key words: bipolar disorder; quality of life; psychotic; symptoms

[Received: 19 April 2008; Accepted: 15 September 2008]

پسیکوز نیز در زمان بستری ($p < 0.001$)، ترخیص ($p < 0.01$) و شش ماه پس از بستری ($p < 0.001$)، ارتباطی معکوس با کیفیت زندگی نشان داد. علائم منفی پسیکوز، ارتباطی معنی‌دار و معکوس با کیفیت زندگی در هنگام بستری ($p < 0.005$) و ترخیص ($p < 0.05$) نشان دادند. **نتیجه‌گیری:** کیفیت زندگی بیماران شش ماه پس از بستری در بیمارستان تغییر بارزی نمی‌کند.

کلیدواژه: اختلال دوقطبی؛ کیفیت زندگی؛ علائم پسیکوتیک

[دریافت مقاله: ۱۳۸۷/۱/۳۱؛ پذیرش مقاله: ۱۳۸۷/۶/۲۵]

مقدمه

بررسی شده، به اختلال آشکار کیفیت زندگی بیماران دوقطبی اشاره شده است.

پژوهش حاضر در این راستا و با هدف بررسی میزان تأثیر تغییرات بالینی، از جمله کاهش علائم بیماری در بهبود کیفیت زندگی بیماران انجام شده است. از این رو کیفیت زندگی بیماران و برخی ویژگی‌های بالینی آنها در هنگام بستری و یا پس از فروکش کردن دوره بیماری و شش ماه پس از بستری، یعنی زمانی که مدت چشم‌گیری از بازگشت فرد به زندگی پیشین گذشته است، بررسی گردید.

روش

در این بررسی، ۱۲۰ بیمار که بر پایه معیارهای DSM-IV-TR^{۱۷} (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۰۰) مبتلا به اختلال دوقطبی نوع یک، در دوره مانیا یا مختلط، تشخیص داده شدند و در بیمارستان روزبه تهران بستری بودند، به روش نمونه‌گیری پی‌درپی از اردیبهشت ۱۳۸۴ تا شهریور ۱۳۸۵ وارد بررسی شدند و پی‌گیری‌های شش‌ماهه تا اسفند ۱۳۸۵ انجام شد. معیارهای ورود شامل ۱- سن ۱۸ تا ۶۵ سال، ۲- سکونت در تهران و ۳- به زبان فارسی سخن گفتن بود.

کیفیت زندگی بخش مهمی از احساس سلامت عمومی است. کیفیت زندگی آشفته، یکی از علل و هم‌چنین معلول بیماری‌های روانپزشکی به‌شمار می‌رود و عامل مهمی در ارزیابی پیامد روش‌های گوناگون درمانی است. سنجش کیفیت زندگی بیماران روانپزشکی اطلاعات سودمندی برای برنامه‌ریزی و ارزیابی راهبردهای درمانی فراهم می‌کند (روسو^۱، روی‌بیرن^۲، و ریدر^۳، ۱۹۹۷). میزان شیوع اختلال دوقطبی نزدیک به ۱٪ جامعه برآورد شده است. هر چند به نظر می‌رسد بیماران به روش‌های درمانی موجود پاسخ می‌دهند، با این وجود، بخش بزرگی از بیماران علائم را تا اندازه‌ای تجربه خواهند کرد که عملکرد آنها را آشفته نموده و از کیفیت زندگی آنها می‌کاهد (اوزر^۴، اولوساین^۵ و باتور^۶، ۲۰۰۲). متناسب نبودن علائم و عملکرد در برخی بررسی‌ها نیز گزارش شده است (آرنولد^۷، وایتزمن^۸، سوانک^۹ و مک‌الروی^{۱۰}، ۲۰۰۰؛ روجن^{۱۱}، هویجناس^{۱۲} و نولن^{۱۳}، ۲۰۰۴). بررسی‌ها نشان‌دهنده پایین‌تر بودن کیفیت زندگی در بیماران دوقطبی و بیماران مبتلا به پسیکوزهای بلندمدت نسبت به افراد عادی و یا افراد مبتلا به بیماری‌های بدنی هستند (هرمان^{۱۴}، هاتورن^{۱۵} و تامس^{۱۶}، ۲۰۰۲؛ آکاواردار^{۱۷} و آکده^{۱۸}، ۲۰۰۶؛ سارینی^{۱۹}، سوویساری^{۲۰}، سینتوئن^{۲۱} و بیرکولا^{۲۲}، ۲۰۰۷). هم‌چنین در زمان بستری، این شاخص افت بیشتری پیدا می‌کند (تیلور^{۲۳}، لیز^{۲۴}، کلارکسون^{۲۵}، ۱۹۹۸). در بررسی پیامدهای اختلال دوقطبی در استرالیا نیز کیفیت زندگی در یک دوره دو ساله ضعیف گزارش شد (کولکارنی^{۲۶} و همکاران، ۲۰۰۸). در زمینه عوامل مؤثر یا مربوط به کیفیت زندگی در بیماران دوقطبی به‌ویژه در زیرگروه‌های آن، اطلاعات اندکی در دست است. در بیشتر مقاله‌های

- | | |
|---|----------------|
| 1- Russo | 2- Roy-Byrne |
| 3- Reeder | 4- Ozer |
| 5- Ulusahin | 6- Batur |
| 7- Arnold | 8- Witzeman |
| 9- Swank | 10- Mc Elroy |
| 11- Rojen | 12- Hoeijenbos |
| 13- Nolen | 14- Herrman |
| 15- Hawthorne | 16- Thomas |
| 17- Akvardar | 18- Akdede |
| 19- Saarini | 20- Suvisaari |
| 21- Sintonen | 22- Pirkola |
| 23- Taylor | 24- Leese |
| 25- Clarkson | 26- Kulkarni |
| 27- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th. ed.), Text Revision | |

شاخص همبستگی درون‌خوشه‌ای در زمینه سلامت بدنی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیط به ترتیب برابر با ۰/۷۷، ۰/۷۷، ۰/۷۵، و ۰/۸۴ به دست آمد. شاخص همسانی سازگاری درونی بین چهار زمینه یادشده در بالا در گروه بیماران ۰/۷۷ گزارش شده است (نجات و همکاران، ۲۰۰۸).

برای پی‌گیری بیماران، روز و ساعت معینی با موافقت بیمار تعیین شد و در صورت عدم مراجعه، پی‌گیری تلفنی تا سه نوبت ادامه یافت. در شش مورد که بیمار مراجعه نکرد، با موافقت وی و خانواده‌اش، ارزیابی در منزل انجام شد. اطلاعات گردآوری‌شده محرمانه به‌شمار آمده و بیمار می‌توانست از ادامه همکاری خودداری نماید.

در پی‌گیری ماه ششم، تنها ۵۸ بیمار بررسی شدند. ۶۲ بیمار، به دلایلی هم‌چون عدم تمایل به ادامه شرکت در پژوهش (۲۵ مورد)، ارایه شماره تماس یا نشانی نادرست (۸ مورد)، تغییر محل زندگی بدون اطلاع‌دادن به گروه درمانی (هفت مورد)، خرابی خط تماس تلفنی، پاسخ‌ندادن به تماس‌های تلفنی، شدت یافتن علائم بیماری، فرار از منزل و مانند آن، بررسی را به پایان نرساندند. بیماران شامل ۴۵٪ زن و ۵۵٪ مرد بودند و میانگین سنی آنها ۳۱/۹ سال (۶۵-۱۸ سال) بود. ۳۰٪ آنان متأهل، ۴۸٪ مجرد، ۱۹/۵٪ جداشده و ۱/۷٪ بیوه بودند. میزان تحصیلات ۱۵/۴٪ ابتدایی، ۳۱/۶٪ راهنمایی، ۱۴/۵٪ دبیرستان و ۲۲/۲٪ بالاتر از دیپلم بود. ۶/۸٪ آزمودنی‌ها بی‌سواد بودند. از نظر اشتغال، ۴۶/۵٪ آنان بی‌کار، ۱۷/۵٪ شاغل، ۱۶/۷٪ خانه‌دار، ۸/۸٪ دارای کار نیمه‌وقت و ۲/۶٪ بازنشسته بودند.

برای بررسی ارتباط میان متغیرهای کمی که توزیع بهنجار داشتند، آزمون همبستگی پیرسون و در مواردی که این داده‌ها توزیع غیرهنجار داشتند، آزمون اسپیرمن به کار برده شد. مقایسه کیفیت زندگی بیماران، بر پایه نوع داروی تثبیت‌کننده

از شرکت‌کنندگان رضایت آگاهانه گرفته شد. داده‌های مربوط به کیفیت زندگی به کمک WHOQOL-BREF^۱ (سازمان جهانی بهداشت^۲، ۱۹۹۶؛ نجات، منتظری، هلاکویی، محمد و مجدزاده، ۲۰۰۸)، شدت علائم افسردگی با بهره‌گیری از پرسش‌نامه افسردگی همیلتون^۳ (HAM-D-17) (همیلتون، ۱۹۶۰، ۱۹۶۷) و شدت علائم مانیا با مقیاس رتبه‌بندی مانای یانگ^۴ (YMRS) (یانگ، بیگز، زیگلر^۵ و میر^۶، ۱۹۷۸؛ برکتین، توکلی، مولوی، معروفی و صالحی، ۱۳۸۶) ارزیابی شد. شدت علائم پسیکوטיک با مصاحبه بر پایه مقیاس علائم مثبت و منفی^۷ (PANSS) (کی^۸، فیش‌بین^۹ و اپلر^{۱۰}، ۱۹۸۷)، سطح عملکرد بیمار به کمک مقیاس ارزیابی کلی عملکرد^{۱۱} (GAF) (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۱۹۸۷) و سطح بینش بر پایه تعریف DSM-IV (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۱۹۹۴) برای زمان ارزیابی (وضعیت کنونی)، و رضایت از خدمات درمانی بر پایه پرسش‌نامه رضایت مراجع^{۱۲} (CSQ) (اتکیسون^{۱۳} و زوویک^{۱۴}، ۱۹۸۲؛ اتکیسون و گرینفیلد^{۱۵}، ۱۹۹۶) ارزیابی گردید.

پرسش‌نامه WHOQOL-BREF (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۰۱؛ نجات و همکاران، ۲۰۰۸) دارای ۲۶ پرسش است و چهار بُعد سلامت بدنی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیط را می‌سنجد. هر یک از این بعدها به ترتیب دارای هفت، شش، سه و هشت پرسش می‌باشند. دو پرسش اول، وضعیت سلامت و کیفیت زندگی را به‌طور کلی ارزیابی می‌کنند. برای هر بعد نمره‌ای بین چهار تا ۲۰ به دست می‌آید. نمره چهار نشانه بدترین و ۲۰ نشانه بهترین وضعیت بعد مورد نظر است. این امتیازها را می‌توان به امتیازی بین یک تا ۱۰۰ تبدیل نمود (سازمان جهانی بهداشت، ۱۹۹۶).

ارزیابی‌ها توسط روانپزشکان یا دستیاران روانپزشکی آموزش‌دیده در هنگام بستری، زمان ترخیص و شش ماه پس از بستری انجام شد. تنها CSQ در زمان ترخیص و شش ماه پس از بستری تکمیل گردید. ضریب همبستگی میانگین پایایی بین ارزیابی‌ها^{۱۶} بر روی شش بیمار با مقیاس PANSS، ۰/۷۰ و با پرسش‌نامه HAM-D-17، ۰/۷۱ به دست آمد. نمره‌گذاری ابزارهای یادشده را بالینگران آموزش‌دیده انجام دادند. بیماران در حضور ارزیاب به پرسش‌نامه‌های یادشده پاسخ دادند. در بررسی پرسش‌نامه CSQ به روش بازآزمایی، ضریب همبستگی پیرسون ۰/۷۹ به دست آمد. همسانی درونی^{۱۸} آن بر پایه آلفای کرونباخ نیز ۰/۸۹ بود. پایایی WHOQOL-BREF با

- 1- World Health Organization's Quality of Life-BREF
- 2- World Health Organization
- 3- Hamilton Rating Scale for Depression
- 4- Young Mania Rating Scale
- 5- Biggs
- 6- Ziegler
- 7- Meyer
- 8- Positive And Negative Symptom Scale
- 9- Kay
- 10- Fishbein
- 11- Opler
- 12- Global Assessment of Functioning
- 13- Client Satisfaction Questionnaire
- 14- Attkisson
- 15- Zwick
- 16- Greenfield
- 17- inter-rater reliability
- 18- Internal consistency

خلق، به کمک آزمون آماری تحلیل واریانس و بررسی تغییر نمرات هر دامنه و هم‌چنین نمره کل کیفیت زندگی با بهره‌گیری از روش آماری تحلیل واریانس یک‌سویه با اندازه‌گیری‌های مکرر انجام شد. با استفاده از مدل رگرسیون خطی با روش backward ارتباط نمره WHOQOL-BREF با متغیرهای مورد نظر در هر سه مقطع زمانی بررسی شد.

یافته‌ها

نمره کیفیت زندگی در هنگام بستری، در بیمارانی که بررسی را ادامه دادند با گروهی که از آن خارج شدند، تفاوتی نشان نداد. این دو گروه از نظر شدت علائم پسکوتیک (شامل علائم عمومی و علائم مثبت و منفی در مقیاس PANSS)، شدت علائم مانیا و افسردگی، سطح عملکرد کلی و بینش به بیماری، تفاوت معنی‌داری نشان ندادند. میانگین و انحراف معیار نمره کیفیت زندگی بیماران بر پایه WHOQOL-BREF به‌طور کلی و در زمینه‌های گوناگون شامل احساس خوب‌بودن کلی و سلامت بدنی،

محیط و روابط اجتماعی، در زمان بستری، ترخیص و شش ماه پس از بستری در **جدول ۱** نشان داده شده است. کیفیت زندگی بیماران در هنگام بستری و شش ماه پس از آن، به‌طور کلی، در زمینه سلامت بدنی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیط تفاوت معنی‌داری نداشتند.

این بررسی بین نمره کیفیت زندگی بیماران با علائم مانیا در هنگام بستری، ترخیص و شش ماه پس از بستری، ارتباط معنی‌داری نشان نداد. شدت افسردگی در هنگام بستری ($p < 0/01$)، هنگام ترخیص ($p < 0/01$) و پی‌گیری شش ماه بعد ($p < 0/01$) ارتباط معکوس و معنی‌داری با کیفیت زندگی داشت (**جدول ۲**).

نمره کیفیت زندگی در آغاز بستری ارتباط معنی‌دار و معکوس با نمره به‌دست‌آمده در علائم کلی PANSS در آغاز بستری ($p < 0/001$) و علائم منفی ($p < 0/01$) نشان داد و در بررسی پی‌گیری شش ماه پس از ترخیص نیز کیفیت زندگی ارتباط معکوس و معنی‌دار با علائم آسیب‌شناختی روانی داشت ($p < 0/001$)، ولی علائم مثبت در هیچ‌یک از مراحل بررسی، با نمره کیفیت زندگی ارتباط نداشتند (**جدول ۲**).

جدول ۱- نمره‌های دامنه‌های مختلف کیفیت زندگی در پرسش‌نامه WHO-QOL-BREF در بیماران دوقطبی نوع یک در سه مقطع زمانی آغاز بستری، هنگام ترخیص و شش ماه پس از بستری

دامنه	ویزیت اول (n=97)	ویزیت دوم (n=61)	ویزیت سوم (n=58)
	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)
احساس خوب‌بودن کلی	۱۴/۸۲ (۳/۰۴)	۱۶/۵۷ (۴/۵۳)	۱۴/۳۲ (۲/۷۸)
سلامت جسمی	۱۴/۰۱ (۳/۰۹)	۱۶/۰۰ (۳/۷۷)	۱۳/۱۹ (۳/۶۵)
محیط	۱۲/۷۱ (۳/۹۸)	۱۴/۶۶ (۷/۰۵)	۱۳/۵۹ (۳/۹۸)
روابط اجتماعی	۱۲/۸۸ (۲/۸۵)	۱۲/۵۰ (۳/۵۳)	۱۲/۹۹ (۳/۲۵)
نمره کل	۵۵/۶۹ (۱۱/۱۹)	۵۴/۶۶ (۱۰/۰۰)	۵۳/۱۴ (۱۱/۱۳)

جدول ۲- ضریب همبستگی کیفیت زندگی با برخی ویژگی‌های بالینی، در بیماران بستری دوقطبی نوع یک

بصیرت	PANSS				GAF	HAM-D	YMRS	
	CSQ	PANG	PANP	PANN				
۰/۰۱	** -۰/۴۰	۰/۱۰	** -۰/۲۸	۰/۰۲۷	** -۰/۳۴	۰/۱۲	در آغاز بستری	
۰/۲۰	۰/۱۲	** -۰/۳۰	۰/۰۸	* -۰/۲۵	۰/۱۵	** -۰/۴۳	زمان ترخیص	
۰/۲۲	* ۰/۳۴	** -۰/۴۳	۰/۲۱	-۰/۱۹	* ۰/۳۴	** -۰/۳۶	شش ماه پس از بستری	

* $p < 0/05$; ** $p < 0/01$; 1- Young Mania Rating Scale; 2- Hamilton Rating Scale for Depression-17; 3- Global Assessment of Functioning; 4- Positive and Negative Symptom Scale; 5- PANN: Negative; 6- PANP: Positive; 7- PANG: General; 8- Client Satisfaction Questionnaire

جدول ۳- ارتباط متغیرهای جمعیت‌شناختی با نمره کیفیت زندگی بیماران دوقطبی نوع یک، در آغاز بستری (n=۹۵)، زمان ترخیص (n=۸۳) و شش ماه پس از بستری (n=۵۸)

نمره WHOQOL-BREF*	سن	جنس	تأهل	سطح تحصیلات	اشتغال
آغاز بستری	۰/۱۶	۰/۱۷	۰/۰۳	-۰/۱۸	۰/۱۶
زمان ترخیص	-۰/۵۰	**۰/۰۴	۰/۷۲	۰/۰۶	۰/۱۹
شش ماه پس از بستری	-۰/۱۱	-۰/۰۹	-۰/۲۶	-۰/۱۱	۰/۱۹

* World Health Organization's Quality of Life-BREF; ** $p < 0.05$

این بررسی بین جنسیت و کیفیت زندگی بیماران در هنگام بستری و شش ماه پس از آن ارتباط معنی‌دار نشان نداد ولی در زمان ترخیص، کیفیت زندگی و جنسیت ارتباط معنی‌دار و منفی داشتند ($p < 0.05$). بین کیفیت زندگی بیماران با سن، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات و وضعیت اشتغال در هنگام بستری، ترخیص و شش ماه پس از بستری، ارتباط معنی‌داری دیده نشد (جدول ۳). در نیمی از بیماران، تنها داروی تثبیت‌کننده خلق، لیتیوم بود و در بیش از یک چهارم موارد، تنها والپروات دریافت کرده بودند (جدول ۴). نمره کیفیت زندگی بیماران، بر پایه نوع داروی تثبیت‌کننده خلق، تفاوتی نشان نداد.

رگرسیون خطی به روش backward برای بررسی ارتباط نمره WHOQOL-BREF با متغیرهای گوناگون در سه مقطع زمانی نشان داد که تنها نمره افسردگی در مقیاس HAM-D-17 با نمره کیفیت زندگی ارتباط دارد: به ترتیب در آغاز بستری $p < 0.01$ ؛ $t = -3/128$ ؛ در هنگام ترخیص $p < 0.01$ ؛ $t = -4/859$ ؛ شش ماه پس از بستری $p < 0.01$ ؛ $t = -3/57$.

بحث

این بررسی نشان داد که نمره کلی کیفیت زندگی این بیماران در زمان ترخیص و شش ماه پس از بستری، تفاوت معنی‌داری ندارد. نمرات کیفیت زندگی بیماران، در زمینه‌های مختلف کیفیت زندگی شامل احساس خوب بودن کلی، سلامت بدنی، و روابط اجتماعی، تفاوت معنی‌داری نشان نداد. نمره کلی کیفیت زندگی بیماران دوقطبی در بررسی حاضر به نمره کل کیفیت زندگی در جمعیت عمومی شهر تهران (نجات و همکاران، ۲۰۰۸) که میانگین و انحراف معیار دامنه‌های مختلف زندگی (احساس خوب بودن کلی، سلامت جسمی، محیط، روابط اجتماعی و نمره کل) را به ترتیب

کیفیت زندگی در هنگام ترخیص ارتباطی با نمره سطح عملکرد (GAF) نداشت؛ اما شش ماه پس از بستری این ارتباط معنی‌دار و مثبت بود ($p < 0.01$) (جدول ۳). ارتباط معنی‌داری بین کیفیت زندگی و سطح رضایت از خدمات درمانی بیماران در هنگام ترخیص و شش ماه پس از بستری دیده نشد. هم‌چنین ارتباط معنی‌داری بین نمره کیفیت زندگی و نمره ارزیابی بالینی کلی (CGI)، در زمان بستری و ترخیص دیده نشد، اما شش ماه پس از بستری این ارتباط معنی‌دار و منفی بود. گرچه در هنگام بستری و ترخیص میان کیفیت زندگی و میزان بینش معنی‌دار نبود، اما در زمان ترخیص این ارتباط معنی‌دار ($p < 0.05$) بود.

جدول ۴- فراوانی مصرف داروهای تنظیم‌کننده خلق و داروهای آنتی‌پسیکوتیک در بیماران اختلال دوقطبی در هنگام ترخیص از بیمارستان

داروها	فراوانی (%)
نوع تنظیم‌کننده خلق	
لیتیوم	۲۰ (۴۶/۵)
والپروات	۱۳ (۳۰/۲)
کاربامازپین	۱ (۲/۳)
لیتیوم + والپروات	۲ (۴/۷)
لیتیوم + والپروات + کاربامازپین	۳ (۷)
هیچ کدام	۴ (۹/۳)
نوع آنتی‌پسیکوتیک	
تیپیکال	۱۴ (۳۲/۶)
آتیپیکال	۹ (۲۰/۹)
تیپیکال + آتیپیکال	۱۵ (۳۴/۹)
هیچ کدام	۵ (۱۱/۶)

داشت. آتکینسون^{۱۸}، زبین^{۱۹} و چانگ^{۲۰} (۱۹۹۷) دریافتند که برخلاف انتظار، نمره بالاتر در شاخص‌های مرسوم کیفیت زندگی عینی هم‌چون میزان تحصیلات و وضعیت اقتصادی با میزان رضایت پایین‌تر بیماران از زندگی همراه است.

در بررسی حاضر در هنگام بستری و ترخیص، کیفیت زندگی با سطح بینش بیمار ارتباط نداشته است. اما شش‌ماه پس از بستری، بینش به بیماری با کیفیت زندگی ارتباط معکوس داشت. این یافته می‌تواند نشان‌دهنده شدت بیماری در بیمارانی باشد که بینش کمتری به بیماری خود دارند. یافته دیگر این بود که کیفیت زندگی با علایم مثبت پس‌کوز در هیچ یک از مراحل بررسی ارتباط معنی‌داری نداشت، در حالی که علایم منفی و عمومی پس‌کوز در زمان بستری و شش‌ماه پس از آن، ارتباط معکوسی با کیفیت زندگی داشتند. در پژوهش‌های زیادی بر ارتباط این علایم با کیفیت زندگی، تأکید شده است (روسو و همکاران، ۱۹۹۷؛ یانگ و همکاران، ۱۹۷۸). در زمینه تأثیر پس‌کوز بر عملکرد و سیر اختلال دوقطبی یافته‌های متفاوتی گزارش شده است. در یک مطالعه، علایم پس‌کوتیک با اختلال عملکرد در بیشتر بیماران همراه بوده است (سوان^{۲۱}، دانیل^{۲۲} و کوچان^{۲۳}، ۲۰۰۴). در حالی که کک^{۲۴}، مک‌الروی^{۲۵} و هاونس^{۲۶} (۲۰۰۳) در ارزیابی بیماران دوقطبی، شدت علایم پس‌کوتیک را در سیر بیماری مؤثر نیافتند، توهن^{۲۷} و واترنوکس^{۲۸} (۱۹۹۰) وجود علایم پس‌کوتیک را پیش‌بینی‌کننده کوتاه‌تر بودن دوره بهبودی^{۲۹} گزارش نمودند.

این بررسی ارتباط معنی‌داری بین دریافت داروهای گوناگون و کیفیت زندگی در سه مرحله (هنگام بستری، ترخیص و پی‌گیری شش‌ماه بعد) نشان نداد. این یافته هم‌سو با یافته‌های یاتام^{۳۰}، فالو^{۳۱} و بیتدر^{۳۲} (۲۰۰۷) است که تفاوتی در کیفیت زندگی دو گروه بیماران دوقطبی در یک دوره

۱۴/۸ (انحراف معیار ۲/۳)، ۱۳/۷ (انحراف معیار ۲/۵)، ۱۲/۷ (انحراف معیار ۲/۶)، ۱۴/۲ (انحراف معیار ۲/۴) و ۵۵/۷ (انحراف معیار ۱۱/۲) گزارش نموده بودند، نزدیک است؛ اما با یافته‌های آکواردار و آکده (۲۰۰۶) که کیفیت زندگی بیماران دوقطبی را پایین‌تر از جمعیت عمومی گزارش نموده‌اند، هم‌سویی ندارد. ارزیابی آکواردار و آکده (همان‌جا) هنگامی انجام شد که بیماران دست‌کم یک‌ماه یوتایمیک^۱ و از نظر بالینی باثبات^۲ بودند، در حالی که ارزیابی حاضر در هنگام بستری و در اوج شدت مانیا و زمان ترخیص انجام شد. برخی بررسی‌های انجام‌شده در زمینه اختلال دوقطبی، قابل اعتماد بودن گزارش فرد از وضعیت کیفیت زندگی را بررسی نموده و این گزارش را تنها در مرحله خفیف تا متوسط مانیا، قابل اعتماد گزارش نموده‌اند (روسو و همکاران، ۱۹۹۷). هاکسلی^۳، پاربخ^۴ و بالدسارینی^۵ (۲۰۰۰) نشان دادند که در مرحله حاد مانیا، تنها ۶۹٪ بیماران می‌توانند یک مصاحبه ساختاریافته را تکمیل کنند. شاید بتوان گفت که کنارگزاردن بقیه بیماران (۳۱٪ بقیه) سبب می‌شود که تأثیر مداخلات در بهبود کیفیت زندگی بیماران، کمتر از میزان حقیقی آن برآورد گردد؛ گرچه در بررسی حاضر بیماری‌ارانی وارد شدند که توان همکاری داشتند. از سوی دیگر در بررسی آکواردار و آکده (۲۰۰۶)، بخش مهمی از تفاوت کیفیت زندگی بیماران با جمعیت عمومی، ناشی از نمره پایین‌تر بیماران در زمینه بدنی بود؛ از این رو جوان‌تر بودن نمونه در بررسی حاضر نسبت به بررسی یادشده (چهار سال)، می‌تواند روی شدت علایم جسمی تأثیر بگذارد. برخی بررسی‌ها بهبود کیفیت زندگی را پس از یک تا دو سال گزارش نموده‌اند و در کوتاه مدت، تغییری در کیفیت زندگی بیماران ندیده‌اند (سیرا^۶، لی‌ویانو^۷ و روجو^۸، ۲۰۰۵).

وجود ارتباط معنی‌دار و معکوس کیفیت زندگی با علایم خلق‌افسرده، در بررسی حاضر در هر سه مقطع مورد بررسی با بررسی‌های توهن^۹، بوودن^{۱۰} و کالابرس^{۱۱} (۲۰۰۶) و گزال^{۱۲}، فری^{۱۳} و همکاران (۲۰۰۷) هم‌سویی دارد. برخی بررسی‌ها ارتباط سطح عملکرد و کیفیت زندگی بیماران را مثبت گزارش نموده‌اند (جود^{۱۴}، اکیسکال^{۱۵} و شتler^{۱۶}، ۲۰۰۲). گزال، هالال^{۱۷} و همکاران (۲۰۰۷) ارتباط معکوسی بین نمره GAF و بعد روان‌شناختی WHOQOL-BREF گزارش نمودند. بین کیفیت زندگی و بیشتر متغیرهای جمعیت‌شناختی (سن، وضعیت تأهل، اشتغال و سطح تحصیلات) در هیچ‌یک از سه مقطع مورد بررسی ارتباطی دیده نشد و تنها متغیر جنسیت در هنگام ترخیص ارتباطی منفی با کیفیت زندگی

1- euthymic	2- stable
3- Huxley	4- Parikh
5- Baldessarini	6- Sierra
7- Liviano	8- Rojo
9- Tohen	10- Bowden
11- Calabrese	12- Gazalle
13- Frey	14- Judd
15- Akiskal	16- Schettler
17- Hallal	18- Atkinson
19- Zibin	20- Chuang
21- Swann	22- Daniel
23- Kochan	24- Keck
25- McElroy	26- Havens
27- Waternaux	28- Tsuang
29- remission	30- Yatham
31- Fallu	32- Binder

in euthymic bipolar disorder patients: Differences between bipolar I and II subtypes. *Journal of Affective Disorders*, 105, 297 - 303.

American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd. ed.) Washington, DC: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th. ed.) Washington, DC: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th. ed.), text revision. Washington, DC.: American Psychiatric Association.

Arnold, L. M., Witzeman, K. A., Swank, M. L., & Mc Elroy, S. L. (2000). Health-related quality of life using the SF-36 in patients with bipolar disorder compared with patients with chronic back pain and the general population. *Journal of Affective Disorder*, 57, 235-239.

Atkinson, M., Zibin, S., & Chuang, H. (1997). Characterizing quality of life among patients with chronic mental illness: A critical examination of the self-report methodology. *American Journal of Psychiatry*, 157, 99-105.

Attkisson, C. C., & Zwick, R. (1982). The client Satisfaction Questionnaire: Psychometric properties and correlations with service utilization and psychotherapy outcome. *Evaluation & Program Planning*, 5, 233-237.

Attkisson, C. C., & Grenfield, T. K. (1996). The Client Satisfaction Questionnaire (CSQ). Scale and the Service Satisfaction Scale-30 (SSS-30). In L. I. Sederer & B. D. Ckey (Eds.), *Outcomes assessment in clinical practice*. Baltimore, MD: Williams & Wilkins.

Gazalle, F. K., Frey, B. N., Hallal, P. C., Andreatza, A. C., Cunha, A. B., Santin, A., & Kapczinski, F. (2007). Mismatch between self-reported quality of life and functional assessment in acute mania: A matter of unawareness of illness? *Journal of Affective Disorders*, 103, 247-252.

Gazalle, F. K., Hallal, P. C., Andreatza, A. C., Frey, B. N., Kauer-Sant'Anna, M., Weyne, F., da Costa, S. C., Santin, A., & Kapczinski, F. (2007). Manic symptoms and quality of life in bipolar disorder. *Psychiatry Research*, 153, 33-38.

شش ماهه با مصرف ریسپریدون تزریقی طولانی اثر یا ضدپسیکوزهای خوراکی آنتیپیکال گزارش نکردند. با توجه به آگاه بودن بیماران از داروهای مصرفی و تفاوت چشم گیر نسبت بیمارانی که داروهای گوناگون را در بررسی یاتام و همکاران (۲۰۰۷) دریافت می کردند با بررسی حاضر، نمی توان نتیجه گیری کرد که اثر درمان های انجام شده در بهبود کیفیت زندگی بیماران تفاوتی نداشته است. روسو و همکاران (۱۹۹۷) دریافتند که مداخلات دارویی نسبت به درمان های شناختی و رفتاری، بهبود کمتری در کیفیت زندگی بیماران پدید می آورند.

یکی از محدودیت های بررسی حاضر، عدم بررسی سیستماتیک همودی ها مانند اختلال های اضطرابی همراه است که می تواند بر کیفیت زندگی به ویژه در نوع یک این اختلال مؤثر باشد (آلبرت^۱، روسو^۲، ماین^۳ و بوگتو^۴، ۲۰۰۸).

از آن جا که هیچ پرسش نامه اختصاصی برای سنجش کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی در دسترس نیست، لذا یکی از گام های مهم در پژوهش های آینده، ساخت و هنجاریابی یک پرسش نامه اختصاصی در این زمینه خواهد بود.

به هر روی، بررسی دقیق تر کیفیت زندگی بیماران دوقطبی، نیاز به انجام پژوهش های طولی گسترده تر دارد. پیشنهاد می شود: ۱) بررسی هایی با دوره پی گیری طولانی تر، انجام شوند، ۲) نمونه ها از مراکز درمانی مختلف باشند و بیماران سرپایی نیز بررسی شوند.

سپاسگزاری

این پژوهش با هزینه دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام شده است. از بیمارانی که با شرکت خود در پژوهش امکان اجرای آن را فراهم نمودند، قدردانی می شود.

منابع

برکتین، مجید؛ توکلی، ماهگل؛ مولوی، حسین؛ معروفی، محسن؛ صالحی، مهرداد (۱۳۸۶). هنجاریابی، اعتبار و روایی مقیاس سنجش مانیای یانگ.

مجله روانشناسی، سال یازدهم، شماره ۲، ۱۶۶-۱۵۰.

Akvardar, Y., & Akdede, B. (2006). Assessment of quality of life with the WHOQOL-BREF in a group of Turkish psychiatric patients compared with diabetic and healthy subjects. *Journal of Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 60, 693-699.

Albert, U., Rosso, G., Maina, G., & Bogetto, F. (2008). Impact of anxiety disorder comorbidity on quality of life

1- Albert
3- Maina

2- Rosso
4- Bogetto

- Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 23, 56-62.
- Hamilton, M. (1967). Development of a rating scale for primary depressive illness. *British Journal of Social Psychology*, 6, 278-296.
- Herrman, H., Hawthorne, G., & Thomas, R. (2002). Quality of life assessment in people living with psychosis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37, 510-518.
- Huxley, N. A., Parikh, S. V., & Baldessarini, R. J. (2000). Effectiveness of psychosocial treatment in bipolar disorder: State of the evidence. *Harvard Review of Psychiatry*, 8, 126-140.
- Judd, L., Akiskal, H. S., & Schettler, P. J. (2002). The long-term natural history of the weekly symptomatic status of bipolar I disorder. *Archives of General Psychiatry*, 59, 530-537.
- Kay, S., Fishbein, A., & Opler, L. (1987). The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 13, 261-275.
- Keck, P. E., McElroy, S., & Havens, J. R. (2003). Psychosis in bipolar disorder: Phenomenology and impact on morbidity and course of illness. *Comprehensive Psychiatry*, 44, 263-269.
- Kulkarni, J., Berk, M., Fitzgerald, P. B., de Castella, A. R., Montgomery, W., Kelin, K., Brnabic, A., Granger, R. E., & Dodd, S. (2008). The bipolar comprehensive outcomes study: Baseline findings of an Australian cohort study. *Journal of Affective Disorders*, 107, 135-144.
- Nejat, S., Montazeri, A., Holakooie, K., Mohammad, K., & Majdzadeh, R. (2008). 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 Services Research*, 8, 61.
- Ozer, S., Ulusahin, A., & Batur, S. (2002). Outcome measures of interepisode bipolar patients in Turkish sample. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37, 31-37.
- Rojen, L., Hoeijenbos, M.B., & Nolen, W.A. (2004). The societal costs and quality of life of patients suffering from bipolar disorder in the Netherlands. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 110, 383-392.
- Russo, J., Roy-Byrne, P., & Reeder, D. (1997). Longitudinal assessment of quality of life in acute psychiatric inpatients: Reliability and validity. *Journal of Nervous and Mental Disorders*, 185, 166-175.
- Saarini, S. I., Suvisaari, J., Sintonen, H., & Pirkola, S. (2007). Impact of psychiatric disorders on health-related quality of life: General population survey. *British Journal of Psychiatry*, 190, 326-332.
- Sierra, P., Liviano, L., & Rojo, L. (2005). Quality of life for patients with bipolar disorder: Relationship with clinical and demographic variables. *Bipolar Disorders*, 7, 159-165.
- Swann, A. C., Daniel, D. G., & Kochan, L. D. (2004). Psychosis in mania: Specificity of its role in severity and treatment response. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65, 825-829.
- Taylor, R., Leese, M., & Clarkson, P. (1998). Quality of life outcome for intensive versus standard community mental health service. *British Journal of Psychiatry*, 173, 416-422.
- Tohen, M., Bowden, C., & Calabrese, J. (2006). Influence of subsyndromal symptoms after remission from manic or mixed episodes. *British Journal of Psychiatry*, 189, 515-519.
- Tohen, M., Waternaux, C. M., & Tsuang, M. T. (1990). Outcomes in mania: A 4-year prospective follow-up of 75 patients utilizing survival analysis. *Archives of General Psychiatry*, 47, 1101-1106.
- WHOQOL group (1996). *WHOQOL-BREF Introduction, administration and scoring, field trial version*. Geneva: World Health Organization.
- Yatham, L. N., Fallu, A., & Binder, C. E. (2007). A 6-month randomized open-label comparison of continuation of oral atypical antipsychotic therapy or switch to long acting injectable risperidone in patients with bipolar disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 116 (Suppl. 434), 50-56.
- Young, R. C., Biggs, J. T., Ziegler, V. E., & Meyer, D. A. (1978). A rating scale for mania: Reliability, validity and sensitivity. *British Journal of Psychiatry*, 133, 429-435.