

ارزیابی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی نوع I (زنان زیر ۵۰ سال)

نگار سنگری^۱، رضا قربان جهرمی^{۲*}

۱- واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

sangarinegar.id@gmail.com

۲- واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران. (نویسنده مسئول)

rrghorban@gmail.com

تاریخ پذیرش: [۱۴۰۲/۹/۲۸]

تاریخ دریافت: [۱۴۰۲/۶/۱۰]

چکیده

اختلال دوقطبی که قبلاً به‌عنوان افسردگی-شیدایی شناخته می‌شد، یک اختلال خلقی است که با دوره‌های افسردگی و دوره‌های شادی غیرطبیعی مشخص می‌شود. با توجه به شیوع بالای این بیماری در زنان، تحقیق حاضر با هدف ارزیابی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی نوع I در زنان زیر پنجاه سال انجام شد. جهت انجام تحقیق، ابتدا ویژگی‌های فردی شرکت‌کنندگان موردبررسی قرار گرفت، سپس جهت ارزیابی کیفیت زندگی، از پرسشنامه WHOQOL-BREF استفاده شد. جامعه آماری پژوهش حاضر، ۵۰ زن بیمار بود که بر پایه معیارهای DSM-IV-TR مبتلا به اختلال دوقطبی نوع I بوده و به مراکز مشاوره و درمانی شهر تهران در سال ۱۴۰۲ مراجعه کرده بودند و به روش نمونه‌گیری در دسترس وارد مطالعه شدند. همچنین جهت مقایسه‌ی این گروه با افراد سالم جامعه، یک گروه (۵۰ نفر) از بین همراهان بیماران و کارکنان مراکز مشاوره انتخاب و نتایج با استفاده از آزمون T مستقل در نرم‌افزار SPSS تحلیل شد. بر اساس یافته‌های تحقیق حاضر، امتیاز کیفیت زندگی برای گروه سالم معادل ۷۸ و بالاتر از سطح متوسط ($50=\mu$) بود که نشان می‌دهد در مجموع گروه سالم، از کیفیت زندگی بهتری برخوردار هستند. در مقابل در گروه بیمار امتیاز کیفیت زندگی معادل ۳۶ به دست آمد که کمتر از سطح متوسط بوده و حاکی از کیفیت زندگی نامطلوب گروه بیمار است. این اختلاف از نظر آماری نیز معنی‌دار بود.

واژگان کلیدی: کیفیت زندگی، اختلال دوقطبی نوع یک، زنان بالای ۵۰ سال.

۱- مقدمه

اختلال دوقطبی بیماری نسبتاً شایع و در حال حاضر به‌عنوان یکی از مشکلات اصلی سلامت در سراسر جهان مطرح است. اختلال دوقطبی یک اختلال خلقی است که با دوره‌های افسردگی و شیدایی یا هیپومانیا مشخص می‌شود و تقریباً ۲.۴ درصد از جمعیت جهان را تحت تأثیر قرار می‌دهد (Merikangas, Jin, He, Kessler, Lee, Sampson et al., 2011). اختلال دوقطبی به‌عنوان یک بیماری مادام‌العمر و عودکننده طبقه‌بندی می‌شود (Michalak, Yatham, Wan & Lam, 2005; Bonnin, Sanchez-Moreno, Martinez-Aran, Solé, Reinares, Rosa et al., 2012). این اختلال دوره‌ای معمولاً با تغییرات در عملکرد شغلی و اجتماعی فرد همراه است و نیاز به درمان دارد (یعقوبیان و رستمی، ۱۴۰۲).

اختلال دوقطبی با طیفی از پیامدهای نامطلوب، از جمله اختلال در عملکرد و کاهش کیفیت زندگی مرتبط است. به‌عنوان مثال میزان سابقه تروما در میان افراد مبتلا به اختلال دوقطبی بسیار بالاتر از جمعیت عمومی است (Rowe, Perich & Meade, 2024) که این مسئله کیفیت زندگی افراد را کاهش می‌دهد. مطالعات نشان داده است که اختلال عملکردی قابل‌توجهی در بزرگسالان مبتلا به اختلال دوقطبی وجود دارد، حتی درحالی‌که خلق‌وخوی آن‌ها ثابت است (Rosa, Sánchez-Moreno, Martínez-Aran, Salamero, Torrent, Reinares et al., 2007; Goetz, Tohen, Reed, Lorenzo, Vieta & EMBLEM Advisory Board, 2007; Strakowski, Williams, Fleck & Delbello, 2000). کیفیت زندگی شرایطی است که در آن فرد از نظر عاطفی، اجتماعی، اقتصادی، معنوی و جنسی احساس رضایت می‌کند؛ که ابعاد فیزیکی، روانی و اجتماعی دارد و در واقع احساسی است که بیمار از وضعیت سلامتی خود دارد. کیفیت زندگی ساختار گسترده‌ای است که برای ارزیابی وضعیت سلامت، سطوح درک شده از رفاه عمومی و رضایت در زمینه یک وضعیت سلامت خاص یا زندگی به‌طورکلی توسعه یافته است (Chuang, Wu & Wang, 2023). توجه به تجارب و ویژگی‌های مثبت و منفی افراد تحت عنوان کیفیت زندگی از اولویت‌های دولت‌های پیشرفته و سازمان‌های مرتبط با بهداشت جسمی و روانی بوده است (بشارت، کشاورز، غلامعلی لوسانی و عربی، ۱۳۹۷). کیفیت زندگی زمانی که افراد هم در حالت اپیزود و هم اتمیک هستند، مختل می‌شود (IsHak, Brown, Aye, Kahloon, Mobaraki & Hanna, 2012; Michalak et al., 2005). بررسی‌ها نشان می‌دهد اختلال دوقطبی به میزان بیشتری با برخی علائم همچون افسردگی غیرمعمول؛ کندی روانی-حرکتی؛ بی‌قراری حرکتی؛ افسردگی پس‌کوزی و افسردگی مالیخولیایی همراه است (Hatchett, 2010).

شواهد بین‌المللی قابل‌توجهی در مورد اندازه‌گیری، ارائه و درمان جنبه‌های کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی وجود دارد (Morton, Murray, Yatham, Lam, R. W., & Michalak, 2021). مطالعات طولی گذشته‌نگر نشان می‌دهند که کمتر از نیمی از بیماران دوقطبی، پاسخ طولانی‌مدت مطلوبی به درمان داشته‌اند و حتی در صورت ادامه‌ی درمان، بسیاری از بیماران به بهبودی کامل دست نیافته و درعین‌حال بسیاری از بیماران نیز پذیرش پایینی برای درمان‌های دارویی مداوم دارند (Ruiz, 2000). بر این اساس، کیفیت زندگی متغیر مهمی در ارزیابی کارایی درمان در این دو دسته از بیماری محسوب می‌گردد (داداش‌زاده، ارفعی، موسوی‌کیا و علیزاده، ۱۳۹۲). سازمان بهداشت جهانی، کیفیت زندگی را به‌عنوان ادراک افراد از موقعیت خود در زندگی در چارچوب فرهنگ و نظام‌های ارزشی که در آن زندگی می‌کنند و در ارتباط با اهداف، انتظارات، استانداردها و نگرانی‌های آن‌ها توصیف کرده است. این مفهوم گسترده و کلی از کیفیت زندگی را می‌توان از مفهوم خاص‌تر «کیفیت زندگی مرتبط با سلامت» (HRQOL) متمایز کرد که به جنبه‌هایی از زندگی افراد اشاره دارد که مستقیماً بر سلامت آن‌ها تأثیر می‌گذارد (Michalak et al., 2005; Rajagopalan, Bacci, Ng- Mak, Wyrwich, Pikalov & Loebel, 2016). طبق تحقیقات انجام‌شده اختلال عملکردی به‌شدت با نقص شناختی مرتبط است. محققان نشان دادند که با وجود شیوع اختلال دوقطبی در جامعه، بخش بزرگی از بیماران، علائم را پس از بهبودی تجربه خواهند کرد که از کیفیت زندگی آن‌ها می‌کاهد (Granek, Danan, Bersudsky & Osher, 2016). درمجموع افراد مبتلا به اختلال دوقطبی اغلب علائم باقیمانده مداوم، مشکلاتی در عملکرد روانی اجتماعی، اختلالات شناختی و کیفیت پایین زندگی را تجربه می‌کنند. در دهه

گذشته، هدف درمان در محیط‌های بالینی و تحقیقاتی نه‌تنها بر بهبودی بالینی، بلکه بر بهبود عملکردی و اخیراً در بهبود شخصی با در نظر گرفتن رفاه و کیفیت زندگی بیماران متمرکز شده است (Bonnín, Reinares, Martínez-Arán, Jiménez, Sánchez-Moreno, Solé et al., 2019). هم‌اکنون مطالعات نشان می‌دهد افسردگی، تحریک‌پذیری و شرایط همراه روان‌پزشکی بر کیفیت زندگی و عملکرد در اختلال دوقطبی تأثیر منفی می‌گذارد. لذا با توجه به اینکه در کشور ما به مفهوم کیفیت زندگی، سلامت روان و عوامل مرتبط با آن در بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی کمتر پرداخته شده است و به تبع آن این دسته از بیماران جهت مداخلات روان‌شناختی، کمتر مورد بررسی محققین قرار گرفته‌اند، تحقیق حاضر در نظر دارد به ارزیابی کیفیت زندگی زنان مبتلا به اختلال دوقطبی بپردازد.

۲- مرور مبانی نظری و پیشینه

مطالعات اخیر بر روی نظریه ذهن در بیماران با اختلال دوقطبی، نقص‌هایی در بخش‌هایی از توانایی نظریه ذهن را نشان داده است (سلطانی عظمت، محمدیان، دولتشاهی و علیدوست، ۱۳۹۴). افراد مبتلا به اختلال دوقطبی دارای نقص در دو بعد شناختی و عاطفی نظریه ذهن هستند و در دوره فروکش علائم هم از هم‌تایان سالم خود ضعیف‌تر عمل می‌کنند. در رابطه با علت‌شناسی اختلال دوقطبی، نظریات مختلفی وجود دارد. از جمله مهم‌ترین این نظریات، نظریه روان‌تحلیل‌گری است و بیان می‌کند که بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی، بر اساس گریز در سبکی از زندگی که با شتاب فکری و حرکتی مشخص می‌شود، از تعارض وحشتناک ناشی از فقدان، اجتناب می‌ورزند (دادستان، ۱۳۸۳). رفتارگرایان و شناخت‌گرایان نیز در رابطه با علت‌شناسی این اختلال، نظریاتی را داده‌اند که بیشتر به بررسی گستره افسردگی این اختلال در این مکاتب پرداخته شده، چراکه عده‌ای از روان‌شناسان اعتقاد دارند که در اختلال دوقطبی، مشکل اصلی افسردگی است. به عبارتی، اعتقاد آنان بر این است که افراد در خلال دوره‌های وجد نیز افسردگی دارند، چون در اوج شادی به راحتی به گریه می‌افتند که از این بابت رفتارهای مانیا یا وجد را دفاع فرد می‌دانند در برابر یک افسردگی عمیق و ریشه‌دار (شاملو، ۱۳۸۳). ولی امروزه با پیشرفت علوم پزشکی و آزمایشگاهی و عدم تأیید صریح نظریات مختلف روان‌شناسی از جمله روان‌تحلیل‌گری در بحث اختلالات دوقطبی، پژوهشگران بر اساس شواهد عینی و قابل لمس ژنتیک، انتقال‌دهندگان عصبی و غیره به بررسی علت اختلال دوقطبی پرداخته‌اند. فرضیه امروزی پژوهشگران در رابطه با این اختلال حاکی از آن است که افزایش نوراپی‌نفرین به ایجاد آشفتگی می‌انجامد. در حال حاضر لیتیوم به‌عنوان مؤثرترین دارو و درمان اختلال‌های دوقطبی شناخته شده است و تحقیقات نشان داده‌اند که این دارو در مکانیسم عمل، موجب کاهش نوراپی‌نفرین در جایگاه‌های اصلی نورون می‌شود و همین بررسی‌هایی که درباره چگونگی اثر لیتیوم انجام شدند، این باور را که آشفتگی با بالا بودن سطح نوراپی‌نفرین مرتبط است، مورد تأیید قرار دادند. در رابطه با عوامل ژنتیکی نیز نظریه‌پردازان زیست‌شناس معتقدند که ناهنجاری زیستی در زیربنای اختلالات دوقطبی وجود دارد که به صورت ارثی نیز منتقل می‌شود. به‌طور خلاصه، گروهی از پژوهشگران این علم در ابتدا نتیجه گرفتند که یک ژن یا گروهی از ژن‌هایی که در ناحیه کروموزوم ۱۱ قرار دارند، آمادگی ابتلای به اختلال دوقطبی را ایجاد می‌کنند. ولی امروزه محققان مناطق احتمالی را روی کروموزوم‌های ۸، ۱۰، ۱۶ و ۲۰ شناسایی کرده‌اند که تأثیرات بارزی بر اختلالات دوقطبی دارند. دسته دیگری از پژوهشگران زیست‌شناسی نیز به نقش کروموزوم x در ایجاد این اختلال اشاره می‌کنند.

مک‌گینتی، جانوس، سای، یانگ‌استورم، فاین‌دینگ، یانگ‌استورم^۱ و همکاران (۲۰۲۳)، در مقاله‌ای به مقایسه کیفیت زندگی خود گزارش شده در جوانان مبتلا به اختلالات دوقطبی در مقابل سایر اختلالات پرداختند. نتایج این مطالعه نشان داد جوانان مبتلا به اختلال دوقطبی در اکثر خرده مقیاس‌ها کیفیت زندگی ضعیف‌تری را در مقایسه با جوانان سالم، جوانان مبتلا به بیماری‌های مزمن پزشکی، جوانان مبتلا به اختلالات رفتاری و جوانان با سایر اختلالات غیر رفتاری/غیر خلقی گزارش کردند. تایلور، لوبلن، هاداراگ و

جونز^۱ (۲۰۲۲)، طی بررسی سیستماتیک عملکرد روانی اجتماعی و کیفیت زندگی در افراد مسن مبتلا به اختلال دوقطبی دریافتند افراد مسن مبتلا به اختلال دوقطبی با طیف گسترده‌ای از عملکرد، از «اختلالات عمده» تا «بالا تر» برخوردار هستند. در مطالعه دیگری آنیایو، آشابا، کاگوا، مالینگ و ناکیمکولی مپونگو^۲ (۲۰۲۱)، کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در میان بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی را مورد مطالعه قرار دادند. یافته‌ها نشان داد کیفیت زندگی ذهنی و فیزیکی شرکت‌کنندگان در تحقیق ضعیف بود و سابقه افکار خودکشی و علائم روان‌پریشی با کیفیت زندگی پایین همراه بود. کوترنا، برانکو، شانسیس و فونسکا^۳ (۲۰۲۰) نیز طی مطالعه‌ای دریافتند که مدیریت علائم افسردگی و تقویت ذخیره شناختی ممکن است کیفیت زندگی را در بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی بهبود بخشد. نتایج تحقیق سیهرا، لیویانوس و راجو^۴ (۲۰۰۵) نیز نشان داد بیماران دوقطبی حتی در مرحله پایدار بیماری، عملکرد و بهزیستی کمتری را تجربه می‌کنند. در پژوهش دیگری سیلویا، مونتانا، دکرسباخ، تاسه، توهن، ریلی هرینگتون^۵ و همکاران (۲۰۱۷) دریافتند افرادی که علائم افسردگی و تحریک‌پذیری شدیدتر داشتند، کیفیت زندگی پایین‌تر و اختلال عملکردی بالاتری داشتند. بی‌ریائی نجف‌آبادی و نوین (۱۴۰۲) در مقاله‌ای اثربخشی روان‌درمانی روابط ابژه‌ای بر الگوهای دل‌بستگی ناایمن زنان ۲۵-۳۰ ساله مبتلا به اختلال دوقطبی را بررسی کردند. نتایج این مطالعه نشان داد که بین میانگین‌های تعدیل‌شده دل‌بستگی ناایمن اجتنابی و دل‌بستگی ناایمن دوسوگرا در گروه آزمایش پس از اجرای مداخله تفاوت معناداری ایجاد شد و این تفاوت تا مرحله پیگیری ادامه داشت. میرباقر آجریز و دهقانی (۱۴۰۲) نیز در مقاله‌ای به بررسی اثربخشی مداخله مبتنی بر تصمیم بر تبعیت از درمان بیماران دوقطبی نوع II پرداختند. نتایج این مطالعه نشان داد که با تعدیل نمرات پیش‌آزمون، بین گروه‌های آزمایش و کنترل در مرحله پس‌آزمون در زیر مقیاس‌های «اهتمام، مشارکت، چسبیدن به درمان و تعهد به درمان» تفاوت معناداری وجود دارد؛ لذا مداخله مبتنی بر تصمیم بر بهبود مؤلفه‌های تبعیت از درمان شامل «اهتمام، مشارکت، چسبیدن به درمان و تعهد به درمان» مؤثر است. رضایی، هاشمی و شاطری (۱۴۰۲) اثربخشی توان‌بخشی شناختی بر بهبود زمان واکنش، برنامه‌ریزی و بازداری از پاسخ در بیماران دوقطبی را بررسی کردند. نتایج این مطالعه نشان داد که توان‌بخشی شناختی بر بهبود زمان واکنش، برنامه‌ریزی و بازداری از پاسخ در بیماران دوقطبی اثربخش است. در مطالعه دیگری، محجل رضایی و هاشمی (۱۳۹۷)، دریافتند اختلاف آماری معنادار بین کارکردهای شناختی بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی نوع I و افراد عادی در حیطه‌های کارکرد توجه، حافظه (شامل اطلاعات شخصی، جهت‌یابی، کنترل ذهنی، حافظه اعداد، حافظه بینایی و یادآوری کلمات دوتایی)، انعطاف‌پذیری شناختی و مهارت حل مسئله وجود دارد. نتایج هادی (۱۳۹۱) نیز نشان داد مقایسه‌ی کیفیت زندگی در بیماران دوقطبی با افراد گروه شاهد، بیانگر وضعیت بدتر بیماران در مقایسه با گروه شاهد در حیطه‌های عملکرد جسمی، سلامت عمومی، عملکرد اجتماعی و سلامت روانی است.

۳- روش‌شناسی

تحقیق حاضر از جنبه هدف کاربردی و از حیث روش اجرا علی-مقایسه‌ای است. جامعه آماری تحقیق حاضر، کلیه زنان ۱۸ تا ۵۰ سال مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره و درمانی شهر تهران در سال ۱۴۰۲ است که از این بین تعداد ۵۰ زن بیمار که بر پایه معیارهای DSM-IV-TR مبتلا به اختلال دوقطبی نوع I، در دوره مانیا، افسردگی یا مختلط تشخیص داده شده بودند به روش نمونه‌گیری در دسترس و پی‌درپی به‌عنوان حجم نمونه انتخاب و وارد مطالعه شدند. معیارهای ورود شامل جنسیت زن، سن ۱۸ تا ۵۰ سال، تشخیص قطعی ابتلا به اختلال دوقطبی نوع I و داشتن توانایی خواندن و نوشتن و معیارهای خروج از مطالعه شامل داشتن اعتیاد به مواد مخدر و مشروبات الکلی و عدم تمایل شرکت‌کننده‌ها در ادامه مطالعه بود. جهت مقایسه‌ی این گروه با افراد سالم جامعه، ۵۰ زن بین ۱۸ تا

1 Tyler, Lobban, Hadarag & Jones

2 Anyayo, Ashaba, Kaggwa, Maling & Nakimuli-Mpungu

3 Cotrena, Branco, Shansis & Fonseca

4 Sierra, Livianos & Rojo

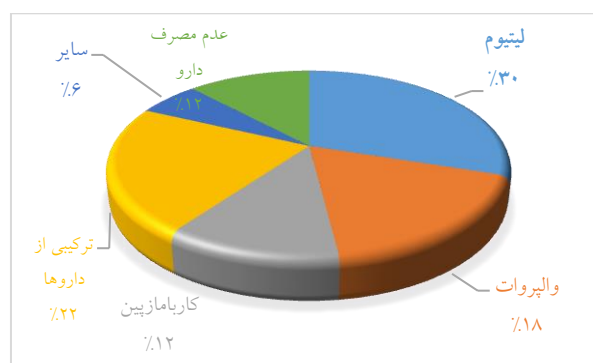
5 Sylvia, Montana, Deckersbach, Thase, Tohen, Reilly-Harrington

۵۰ سال که از همراهان بیماران و کارکنان مراکز مشاوره بودند، انتخاب شدند. جهت انجام تحقیق، ابتدا ویژگی‌های فردی شرکت‌کنندگان (نظیر سن، تأهل، وضعیت اشتغال، داروی مصرفی و ...) مورد بررسی قرار گرفت، سپس جهت ارزیابی کیفیت زندگی، از پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت WHOQOL-BREF استفاده شد. سازمان جهانی بهداشت در ۲۳ کشور به‌طور هم‌زمان خصوصیات روان‌سنجی این پرسشنامه را بررسی نمود. ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه، برای کلیه مطالعات صورت گرفته در حدود ۰.۷ بود و روایی آن نیز تأیید گردید (Skevington, 2004). برای بررسی روایی و پایایی این پرسشنامه پژوهشی بر روی ۱۱۶۷ نفر از مردم تهران انجام گرفت. روایی پرسشنامه تأیید شد و پایایی برای زیرمقیاس‌ها به این صورت به دست آمد: سلامت جسمی ۰.۷۷، سلامت روانی ۰.۷۷، روابط اجتماعی ۰.۷۵، سلامت محیط ۰.۸۴ به دست آمد (نجات، منتظری، هلاکویی نائینی، کاظم و مجدزاده، ۱۳۸۵).

این پرسشنامه دارای ۲۶ گویه است و چهار بعد سلامت جسمی، سلامت روان‌شناختی، روابط اجتماعی و سلامت محیط را می‌سنجد. هر یک از این بعدها به ترتیب دارای هفت، شش، سه و هشت پرسش است که برای هر بعد نمره‌ای بین چهارتا 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. معیارهای ورود به مطالعه شامل جنسیت زن، سن ۱۸ تا ۵۰ سال، نداشتن معلولیت، بیماری جسمی شدید، تجربه‌ی رویداد تنش‌زای شدید در ۶ ماه گذشته و عدم استفاده از مواد مخدر بود. پس از توضیح و اخذ رضایت کتبی به افراد واجد شرایط، نحوه‌ی تکمیل پرسش‌نامه آموزش داده شد و پرسشنامه‌ها در حضور پژوهشگر و با رعایت نکات اخلاقی و حفظ حریم شخصی بیمار تکمیل گردید. در نهایت داده‌های حاصل از پرسشنامه با استفاده از آزمون‌های آمار توصیفی و استنباطی نظیر T مستقل در نرم‌افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

۴- یافته‌ها

در این تحقیق ۵۰ زن مبتلا به اختلال دوقطبی نوع I در گروه بیمار و ۵۰ زن سالم فاقد اختلالات روانی جهت مقایسه در نظر گرفته شدند. نتایج نشان داد در هر دو گروه سالم و بیمار، بیشتر افراد مورد مطالعه در بازه سنی ۱۸ تا ۳۰ سال قرار دارند. ۷۳ درصد افراد گروه سالم متأهل و ۲۷ درصد مجرد بودند. در گروه بیمار نیز، ۵۱ درصد متأهل و ۴۹ درصد مجرد بودند. از نظر وضعیت شغلی ۶۵ درصد افراد سالم شاغل و در گروه بیمار تنها ۱۷ درصد از آن‌ها مشغول به کار بودند. همچنین نتایج حاصل از مقایسه فراوانی مصرف داروهای تنظیم‌کننده خلق و داروهای آنتی سایکوتیک در بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی نوع I نشان داد، ۱۵ نفر (۳۰٪) از افراد مورد مطالعه از داروی لیتیوم، ۹ نفر (۱۸٪) از والپروات، ۶ نفر (۱۲٪) از کاربامازپین، ۱۱ نفر (۲۲٪) از ترکیب این داروها، ۳ نفر (۶٪) از سایر داروها و ۶ نفر (۱۲٪) از هیچ دارویی استفاده نمی‌کردند (نمودار ۱). قابل ذکر است در گروه سالم نیز هیچ‌یک از افراد شرکت‌کننده از دارو استفاده نمی‌کردند.



نمودار ۱. مقایسه نوع داروی مصرفی در گروه بیمار بر حسب درصد

طبق دستورالعمل پرسشنامه WHOQOL-BREF، نحوه امتیازدهی به حیطه‌های چهارگانه به صورت بازه‌های (۰-۱۰۰) و نمره متوسط ($\mu=50$) است. در جدول (۱) امتیاز کیفیت زندگی بر اساس پرسشنامه مذکور و به تفکیک ابعاد ۴ گانه آمده است. همچنین دو گروه بیمار و سالم از لحاظ ابعاد مختلف کیفیت زندگی، به لحاظ آماری با استفاده از آزمون تی مستقل مورد مقایسه قرار گرفتند. بر اساس نتایج جدول (۱)، در بعد سلامت جسمی، گروه بیماران نسبت به گروه سالم، وضعیت نامطلوب‌تری را گزارش کردند و از سلامت جسمی پایین‌تری برخوردار بودند. این تفاوت از لحاظ آماری معنی‌دار بود ($P<0/0003$). در زمینه سلامت روان‌شناختی و عملکرد و روابط اجتماعی نیز گروه بیماران، نمرات پایین‌تری را نسبت به گروه سالم دریافت کرده بودند و از مشکلات بیشتری نسبت به گروه سالم شکایت داشتند. ($P<0/0001$). همچنین از نظر بعد سلامت محیطی نیز بین دو گروه بیمار و سالم تفاوت معنی‌داری وجود داشت ($P<0/0007$) به این معنا که بیماران در این بعد، نمرات کمتری را کسب کردند و از رضایت کمتری نسبت به گروه سالم برخوردار بودند. در مجموع امتیاز کیفیت زندگی بر اساس پرسشنامه WHOQOL-BREF برای گروه سالم معادل ۷۸ به دست آمد که بالاتر از سطح متوسط ($\mu=50$) است و نشان می‌دهد در مجموع گروه سالم، از کیفیت زندگی بهتری برخوردار هستند. در مقابل در گروه بیمار امتیاز کیفیت زندگی معادل ۳۶ به دست آمد که کمتر از سطح متوسط ($\mu=50$) بوده و حاکی از کیفیت زندگی نامطلوب گروه بیمار است. بر اساس نتایج آزمون T مستقل، این اختلاف از نظر آماری نیز معنی‌دار بود ($P<0/000$).

جدول ۱. مقایسه میانگین نمرات ابعاد مختلف کیفیت زندگی بر اساس پرسشنامه WHOQOL-BREF در بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی نوع I و گروه سالم با استفاده از آزمون T مستقل

P.Value	گروه بیمار		کیفیت زندگی بر اساس پرسشنامه WHOQOL-BREF
	میانگین \pm انحراف معیار	گروه سالم	
0/0003	2/1 \pm 37	0/65 \pm 78	سلامت جسمی
0/0001	2/8 \pm 29	0/51 \pm 81	سلامت روان‌شناختی
0/0001	1/2 \pm 42	0/2 \pm 68	روابط اجتماعی
0/0007	0/45 \pm 36	0/01 \pm 85	سلامت محیط
0/000	1/63 \pm 36	0/34 \pm 78	شاخص کل

جدول ۲. مقایسه میانگین میزان کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی نوع I و ویژگی‌های فردی و جامعه‌شناختی

متغیر	گروه‌ها	نمره سلامت	آماره T	سطح معنی‌داری
سن	30-18	1/8 \pm 28	-1/58	0/13
	40-31	3/5 \pm 30		
	50-41	0/8 \pm 36		
وضعیت اشتغال	شاغل	0/11 \pm 46	3/18	0/005
	بیکار	1/04 \pm 21		
وضعیت تأهل	مجرد	3/7 \pm 27	7/94	0/003
	متاهل	1/11 \pm 38		

در ادامه به منظور بررسی ارتباط بین متغیرهای فردی و جامعه‌شناختی با کیفیت زندگی در زنان مبتلا به اختلال دوقطبی نوع I از آزمون T تک نمونه‌ای در سطح معنی‌داری ۵ درصد استفاده شد (جدول ۲). نتایج نشان داد در گروه مبتلا به اختلال دوقطبی، زنان متأهل

نسبت به زنان مجرد و زنان شاغل نسبت به زنان بیکار از رضایت بیشتری برخوردارند و این اختلاف از نظر آماری نیز معنی‌دار بود. همچنین نتایج نشان داد گرچه با افزایش سن، افراد رضایت از زندگی بیشتری را گزارش کردند اما سطح معنی‌داری معادل ۰.۱۳ به دست آمد که نشان‌دهنده این است که این تفاوت از نظر آماری معنادار نیست.

۵- بحث و نتیجه‌گیری

بر اساس نتایج تحقیق حاضر کیفیت زندگی افراد مبتلا به اختلال دوقطبی نسبت به افراد سالم در هر چهار بعد سلامت جسمی، سلامت روان‌شناختی، عملکرد اجتماعی و سلامت محیطی از امتیاز پایین‌تری برخوردار بود به این معنا که افراد بیمار کیفیت زندگی پایین‌تری نسبت به افراد سالم دارند. در همین راستا، نتایج بونیم و همکاران (۲۰۱۹) نشان داد در مجموع افراد مبتلا به اختلال دوقطبی کیفیت پایین زندگی را تجربه می‌کنند، همچنین هادی (۱۳۹۱) با مقایسه‌ی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی با افراد سالم دریافت افراد بیمار وضعیت بدتری در مقایسه با گروه شاهد در حیطه‌های عملکرد جسمی، سلامت عمومی، عملکرد اجتماعی و سلامت روانی دارند. نتایج آنایو و همکاران (۲۰۲۱)، نیز حاکی از کیفیت پایین زندگی در افراد بیمار بود که با نتایج تحقیق حاضر همسو است. نتایج حاصل از بررسی ارتباط بین متغیرهای فردی و جامعه‌شناختی با کیفیت زندگی در زنان مبتلا به اختلال دوقطبی نوع I نشان داد زنان متأهل نسبت به زنان مجرد از رضایت بیشتری از کیفیت زندگی برخوردارند. در همین راستا نتایج سیلویا و همکاران (۲۰۱۷) که به بررسی ارتباط ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و بالینی با کیفیت زندگی و عملکرد در افراد مبتلا به اختلال دوقطبی پرداخته بودند، نشان داد بیمارانی که متأهل بودند، طلاق گرفته بودند، یا جدا شده بودند، در مقایسه با بیمارانی که مجرد یا هرگز ازدواج نکرده بودند، اختلال عملکردی بدتری داشتند؛ که با نتایج تحقیق حاضر مغایر است. همچنین نتایج نشان داد گرچه با افزایش سن، افراد رضایت از زندگی بیشتری را گزارش کردند اما سطح معنی‌داری معادل ۰.۱۳ به دست آمد که نشان‌دهنده این است که این تفاوت از نظر آماری معنادار نیست. در همین راستا تایلور و همکاران (۲۰۲۱)، طی بررسی سیستماتیک عملکرد روانی اجتماعی و کیفیت زندگی افراد مبتلا به اختلال دوقطبی دریافتند افراد مسن‌تر با طیف گسترده‌ای اختلال عملکرد و رضایت از کیفیت زندگی مواجه هستند.

طبق شواهد، یکی از سه اختلال ناتوان‌کننده در ایران، اختلال دوقطبی است. اثربخشی درمان‌های روان‌شناختی طی تحقیقات گسترده‌ای در ایران مورد بررسی قرار گرفته است. باین‌حال، مطالعات به نتایج یکسانی در مورد اینکه کدام درمان بر کدام نتیجه مؤثر است، نرسیده است. علاوه بر این، یافته‌ها مقادیر زیادی از اطلاعات پراکنده را به دلیل نمونه‌های جامعه، ابزارهای اندازه‌گیری و پروژه‌های تحقیقاتی مختلف تولید می‌کنند (Tabas, Momeni, Bakhshani, Pourshahbaz & Rezaei, 2023). بررسی‌ها نشان می‌دهد دریافت مداخلات دارویی با مداخلات روان‌شناختی ممکن است بیمار را یک قدم جلوتر به سمت کاهش تأثیر این اختلال ناتوان‌کننده بر عملکرد و رضایت از زندگی ببرد. لذا برای این افراد حمایت‌های بیشتری در قالب دارودرمانی، درمان شناختی رفتاری، برنامه‌های آموزشی مهارت‌های ارتباطی، روان‌درمانی، حمایت‌های اجتماعی و پیگیری‌های مکرر از لحاظ بررسی وضعیت سلامت جسمی و روحی نیاز است تا موجب ارتقای کیفیت زندگی آنان گردد. انجام مطالعات بیشتر به‌ویژه بررسی تأثیر دارودرمانی و درمان‌های روانشناسی بر بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی پیشنهاد می‌گردد.

۶- منابع

- ۱- بشارت، محمدعلی؛ کشاورز، سمیرا؛ غلامعلی لوسانی، مسعود؛ و عربی، الهام (۱۳۹۷). نقش واسطه‌ای حمایت اجتماعی ادراک‌شده در رابطه بین روان‌سازه‌های ناسازگار اولیه و کیفیت زندگی. روانشناسی، ۲۲(۳)، ۲۵۶-۲۷۰.

- ۲- بی‌ریائی نجف‌آبادی، د.، و نوئین، آ. (۱۴۰۲). اثربخشی روان‌درمانی روابط ابژه‌ای بر الگوهای دل‌بستگی ناایمن زنان ۲۵-۳۰ ساله مبتلا به اختلال دوقطبی. روان‌پرستاری، ۱(۶)، ۱۱۹-۱۲۸. doi: 10.22034/IJPN.11.6.6
- ۳- داداش‌زاده، حسین؛ ارفعی، اصغر؛ موسوی‌کیا، شلاله؛ و علیزاده، امینه (۱۳۹۲). بررسی و مقایسه کیفیت زندگی مبتلایان به افسردگی اساسی و اختلال خلقی دوقطبی در مرحله بهبود نسبی و افراد سالم. مجله مطالعات علوم پزشکی، ۲۴(۵)، ۳۶۴-۳۷۲.
- ۴- دادستان، پریخ (۱۳۸۳). روان‌شناسی مرضی تحولی. تهران: سمت.
- ۵- رضایی، مهرک؛ هاشمی، تورج؛ و شاطری، لیلا (۱۴۰۲). اثربخشی توان‌بخشی شناختی بر بهبود زمان واکنش، برنامه‌ریزی و بازداری از پاسخ در بیماران دوقطبی. عصب روان‌شناسی، ۹(۲)، ۳۱-۴۸. doi: 10.30473/CLPSY.2024.69947.1732
- ۶- سلطانی‌عظمت، ابراهیم؛ محمدیان، ابوالفضل؛ دولت‌شاهی، بهروز؛ و علیدوست، هیرو (۱۳۹۴). مقایسه نقص‌ها در نظریه ذهن در بیماران با اختلال دوقطبی نوع ۱ در دوره فروکش. علوم اعصاب شفای خاتم، ۴(۱)، ۱۷-۲۵. doi: 10.18869/acadpub.shefa.4.1.17
- ۷- شاملو، سعید (۱۳۸۳). آسیب‌شناسی روانی. تهران: رشد.
- ۸- محجل رضایی، شیوا؛ و هاشمی، تورج (۱۳۹۷). مقایسه‌ی کارکردهای شناختی در افراد مبتلا به اختلال دوقطبی و افراد عادی. اندیشه و رفتار در روان‌شناسی بالینی، ۱۳(۴۹)، ۲۷-۳۶.
- ۹- میرباقر آجریز، فرنوش؛ و دهقانی، اکرم (۱۴۰۲). بررسی اثربخشی مداخله مبتنی بر تصمیم بر تبعیت از درمان بیماران دوقطبی نوع II. روان‌شناسی بالینی و شخصیت، ۲۲(۱)، انتشار آنلاین. doi: 10.22070/CPAP.2024.18237.1422
- ۱۰- نجات، سحرناز؛ منتظری، علی؛ هلاکویی نائینی، کوروش؛ کاظم، محمد؛ و مجدزاده، سیدرضا (۱۳۸۵). استانداردسازی پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (WHOQOL-BREF): ترجمه و روان‌سنجی گونه ایرانی. مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، ۴(۴)، ۱-۱۲.
- ۱۱- هادی، نگین (۱۳۹۱). مقایسه‌ی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی با افراد سالم. مجله اصول بهداشت روانی، ۱۴(۵۳)، ۵۴-۶۳. doi: 10.22038/JFMH.2012.933
- ۱۲- یعقوبیان، رقیه؛ و رستمی، حسین (۱۴۰۲). اختلال دوقطبی: ماهیت، سبب‌شناسی و روش‌های درمانی. دومین کنفرانس بین‌المللی و سومین کنفرانس ملی یافته‌های نوین در مدیریت، روان‌شناسی و حسابداری، تهران.
- 13- Anyayo, L., Ashaba, S., Kagwa, M. M., Maling, S., & Nakimuli-Mpungu, E. (2021). Health-related quality of life among patients with bipolar disorder in rural southwestern Uganda: a hospital based cross sectional study. *Health and quality of life outcomes*, 19, 1-8. doi:10.1186/s12955-021-01729-5
- 14- Bonfín, C. D. M., Reinares, M., Martínez-Arán, A., Jiménez, E., Sánchez-Moreno, J., Solé, B., ... & Vieta, E. (2019). Improving functioning, quality of life, and well-being in patients with bipolar disorder. *International Journal of Neuropsychopharmacology*, 22(8), 467-477. doi:10.1093/ijnp/pyz018
- 15- Bonnin, C. M., Sanchez-Moreno, J., Martinez-Aran, A., Solé, B., Reinares, M., Rosa, A. R., ... & Torrent, C. (2012). Subthreshold symptoms in bipolar disorder: impact on neurocognition, quality of life and disability. *Journal of affective disorders*, 136(3), 650-659. doi:10.1016/j.jad.2011.10.012
- 16- Chuang, S. P., Wu, J. Y. W., & Wang, C. S. (2023). Resilience and quality of life in people with mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 507-514.
- 17- Cotrena, C., Branco, L. D., Shansis, F. M., & Fonseca, R. P. (2020). Predictors of quality of life in bipolar disorder: A path analytical study. *Psychiatry research*, 285, 112846. doi:10.1016/j.psychres.2020.112846
- 18- Goetz, I., Tohen, M., Reed, C., Lorenzo, M., Vieta, E., & EMBLEM Advisory Board. (2007). Functional impairment in patients with mania: baseline results of the EMBLEM study. *Bipolar disorders*, 9(1-2), 45-52. doi:10.1111/j.1399-5618.2007.00325.x
- 19- Granek, L., Danan, D., Bersudsky, Y., & Osher, Y. (2016). Living with bipolar disorder: the impact on patients, spouses, and their marital relationship. *Bipolar disorders*, 18(2), 192-199. doi:10.1111/bdi.12370
- 20- Hatchett, G. (2010). Differential diagnosis of borderline personality disorder from bipolar disorder. *Journal of Mental Health Counseling*, 32(3), 189-205. doi:10.17744/mehc.32.3.n682682184554445
- 21- IsHak, W. W., Brown, K., Aye, S. S., Kahloon, M., Mobaraki, S., & Hanna, R. (2012). Health-related quality of life in bipolar disorder. *Bipolar disorders*, 14(1), 6-18. doi:10.1111/j.1399-5618.2011.00969.x

- 22- McGinty, K. R., Janos, J., Seay, J., Youngstrom, J. K., Findling, R. L., Youngstrom, E. A., & Freeman, A. J. (2023). Comparing self-reported quality of life in youth with bipolar versus other disorders. *Bipolar Disorders*, 25(8), 648-660. doi:10.1111/bdi.13320
- 23- Merikangas, K. R., Jin, R., He, J. P., Kessler, R. C., Lee, S., Sampson, N. A., ... & Zarkov, Z. (2011). Prevalence and correlates of bipolar spectrum disorder in the world mental health survey initiative. *Archives of general psychiatry*, 68(3), 241-251.
- 24- Michalak, E. E., Yatham, L. N., Wan, D. D., & Lam, R. W. (2005). Perceived quality of life in patients with bipolar disorder. Does group psychoeducation have an impact?. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 50(2), 95-100. doi:10.1177/070674370505000
- 25- Morton, E., Murray, G., Yatham, L. N., Lam, R. W., & Michalak, E. E. (2021). The Quality of Life in Bipolar Disorder (QoL. BD) questionnaire a decade on—A systematic review of the measurement of condition-specific aspects of quality of life in bipolar-disorder. *Journal of Affective Disorders*, 278, 33-45. doi:10.1016/j.jad.2020.09.017
- 26- Rajagopalan, K., Bacci, E. D., Ng-Mak, D., Wyrwich, K., Pikalov, A., & Loebel, A. (2016). Effects on health-related quality of life in patients treated with lurasidone for bipolar depression: results from two placebo controlled bipolar depression trials. *BMC psychiatry*, 16, 1-9. doi:10.1186/s12888-016-0865-y
- 27- Rosa, A. R., Sánchez-Moreno, J., Martínez-Aran, A., Salamero, M., Torrent, C., Reinares, M., ... & Vieta, E. (2007). Validity and reliability of the Functioning Assessment Short Test (FAST) in bipolar disorder. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 3, 1-8. doi:10.1186/1745-0179-3-5
- 28- Rowe, A. L., Perich, T., & Meade, T. (2024). Childhood cumulative trauma, social support and stress as predictors of illness outcomes and quality of life in bipolar disorder. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 58(4), 334-344. doi:10.1177/00048674231209225
- 29- Ruiz, P. (2000). *Comprehensive textbook of psychiatry* (Vol. 1, pp. 938-950). B. J. Sadock, & V. A. Sadock (Eds.). Philadelphia: lippincott Williams & wilkins.
- 30- Sierra, P., Livianos, L., & Rojo, L. (2005). Quality of life for patients with bipolar disorder: relationship with clinical and demographic variables. *Bipolar disorders*, 7(2), 159-165. doi:10.1111/j.1399-5618.2005.00186.x
- 31- Strakowski, S. M., Williams, J. R., Fleck, D. E., & Delbello, M. P. (2000). Eight-month functional outcome from mania following a first psychiatric hospitalization. *Journal of Psychiatric Research*, 34(3), 193-200. doi:10.1016/S0022-3956(00)00015-7
- 32- Sylvia, L. G., Montana, R. E., Deckersbach, T., Thase, M. E., Tohen, M., Reilly-Harrington, N., ... & Nierenberg, A. A. (2017). Poor quality of life and functioning in bipolar disorder. *International journal of bipolar disorders*, 5(1), 1-8. doi:10.1186/s40345-017-0078-4
- 33- Skevington, S. M., Lotfy, M., & O'Connell, K. A. (2004). The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: psychometric properties and results of the international field trial. *A report from the WHOQOL group. Quality of life Research*, 13, 299-310. doi:10.1023/B:QURE.0000018486.91360.00
- 34- Tabas, M. Y., Momeni, F., Bakhshani, N. M., Pourshahbaz, A., & Rezaei, O. (2023). Psychological intervention for bipolar disorder in Iran: A systematic review. *Entomology and Applied Science Letters*, 10(1-2023), 53-64. doi:10.51847/284TUNfrCr
- 35- Tyler, E., Lobban, F., Hadarag, M. B., & Jones, S. (2022). A systematic review of psychosocial functioning and quality of life in older people with bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders Reports*, 9, 100371. doi:10.1016/j.jadr.2022.100371

Evaluation of the Quality of Life of Patients with Bipolar Disorder Type I (Women Under 50 Years Old)

Negar Sangri¹, Reza Ghorban Jahormi^{2*}

1. Science and Research Unit, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

sangarinegar.id@gmail.com

2. Science and Research Unit, Islamic Azad University, Tehran, Iran. (Corresponding Author)

rrghorban@gmail.com

Abstract

Bipolar disorder, formerly known as manic-depressive disorder, is a mood disorder characterized by periods of depression and periods of abnormal happiness. Considering the high prevalence of this disease in women, the present research was conducted with the aim of evaluating the quality of life of patients with bipolar disorder type I in women under fifty years of age. To conduct the research, the individual characteristics of the participants were examined first, then the WHOQOL-BREF questionnaire was used to evaluate the quality of life. The statistical population of the present study was 50 female patients who were diagnosed with bipolar I disorder based on the criteria of DSM-IV-TR and who had referred to counseling and treatment centers in Tehran in 1402 and were included in the study using available sampling method. Also, in order to compare this group with healthy people in the community, a group (50 people) was selected from among the companions of the patients and the staff of counseling centers and the results were analyzed using independent T-test in SPSS software. Based on the findings of this research, the quality of life score for the healthy group was equal to 78 and above the average level ($\mu=50$), which shows that the healthy group has a better quality of life. On the other hand, in the patient group, the quality of life score equal to 36 was obtained, which is lower than the average level and indicates the unfavorable quality of life of the patient group. This difference was also statistically significant.

Keywords: Quality of life, Bipolar disorder type 1, Women over 50 years old.



This Journal is an open access Journal Licensed under the Creative Commons Attribution 4.0 International License

(CC BY 4.0)