ابعاد مختلف کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا

ویکتوریا عمرانی‌فرد، حمید افشار، طیبه محرابی، قربانعلی اسداللهی

چکیده

مقدمه: اسکیزوفرنیا یکی از اختلالات مزمن روانپزشکی است که باعث ناتوانی شغلی، افت تحصیلی و مشکلات خانوادگی بسیاری می‌شود. هدف این مطالعه بررسی ابعاد مختلف کیفیت زندگی و شاخصهای آن در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا بود.

مواد و روش‌ها: در یک مطالعه مورد- شاهد، ۱۶۰ نفراز افراد ۱۵ تا ۴۵ ساله در دو گروه مساوی ۸۰ نفری اسکیزوفرنیا (گروه تجربی) و سالم (گروه شاهد) بررسی شدند که برای همتاسازی از جهات فرهنگی- اجتماعی و اقتصادی علاوه بر سن، تأهل، جنس و تحصیلات از میان خانواده‌های همان بیماران انتخاب گردیدند. حداقل ۲سال از شروع بیماری در مبتلایان می گذشت و همگی در مرحله پسرفت بیماری قرار داشتند. برای سنجش کیفیت زندگی از پرسشنامه هاتورن و ریچاردسون استفاده گردید. داده‌ها با استفاده از آزمون آماری t-student برای گروه‌های مستقل توسط نرم‌افزار SPSS تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: در هر گروه، ۴۸ مرد و ۳۲ زن قرار داشتند که ۳۹ نفر متأهل و ۴۱ نفر مجرد، مطلقه یا بیوه بودند. میانگین سن بیماران گروه تجربی ۴/۳±۳۸/۲ و گروه شاهد ۳/۱±۴۰/۵ سال بود که تفاوت آماری معنی‌داری نداشتند. میانگین نمره کیفیت زندگی در بیماران در گروه تجربی ۴/۷۵±۳۳/۹ و گروه شاهد ۱/۱۲±۵۴/۶ بود که از نظر آماری این تفاوت معنی‌دار بود. در گروه مورد و شاهد، به ترتیب میانگین نمره بعد بیماری ۱۵±۴/۵ و ۰/۹۸±۱۰/۸۰، امتیاز در بعد زندگی مستقل ۱/۱۴±۸/۱۰ و ۰/۸۳±۱۰/۹۰، نمره بعد روابط اجتماعی ۱/۹۷±۶/۴۰ و ۰/۷۷±۱۱، نمره بعد احساسات جسمی ۱/۴۹±۸/۷۰ و ۰/۷۰±۱۰/۹۰ و نمره بعد بهزیستی روانی ۱/۸۹±۶/۲۰ و ۰/۹۰±۱۱ بودند که تفاوت مشاهده شده در تمامی موارد معنادار بود.

نتیجه‌گیری: کیفیت زندگی بیماران اسکیزوفرنیا در مقایسه با گروه شاهد در تمام ابعاد در سطح پایین‌تری قرار دارد بطوری که بیماران مبتلا کمترین نمره را در بعد بیماری و بیشترین نمره را در بعد احساسات جسمی‌گرفته‌اند. با توجه به ترتیب نزولی نمرات در ابعاد پنجگانه پرسشنامه می توان برای تعیین اولویت مداخلات دارویی، روانی و اجتماعی برنامه ریزی نمود.

کلید واژه‌ها: اسکیزوفرنیا، کیفیت زندگی، افراد سالم.

مقدمه

اسکیزوفرنیا یکی از مهمترین بیماریهای روانپزشکی بوده که سبب افت تحصیلی، ناتوانی شغلی، تخریب شخصیت، اختلال در روابط فردی، خانوادگی و اجتماعی مبتلایان می‌گردد. با وجود درمان دارویی, حداقل نیمی از بیماران دچار ناتوانی‌های شدید می‌شوند که توجه به کیفیت زندگی آنان اهمیت فراوانی دارد. انواع مداخلات دارویی و روانی- اجتماعی در راستای بهبود کیفیت زندگی این بیماران و افزایش عملکرد آنها رو به رشد می‌باشند(۱-۵). امروزه، توجه به کیفیت زندگی از مقوله‌های مورد توجه در مجامع بین المللی و پژوهشگران می‌باشد و سازمان جهانی بهداشت نیز به عنوان سازمان پیشگام در سالهای اخیر توجه خاصی به توسعه ارزیابی و سنجش سلامتی فراسوی معیارهای سنتی سنجش سلامتی، همچون مورتالیتی و موربیدیتی داشته است تا بدین وسیله، بتوان

آدرس مکاتبه: دکتر ویکتوریا عمرانی‌فرد (استادیار)، گروه روانپزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، مرکز تحقیقات علوم رفتاری، بیمارستان نور و حضرت علی اصغر، خیابان هشت بهشت، اصفهان.
V_omranifard@med.mui.ac.ir
دکتر حمید افشار، استادیار، طیبه محرابی، مربی و دکتر قربانعلی اسداللهی، استاد گروه روانپزشکی دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان.
اعلام وصول: ۸۶/۳/۵، اصلاح نهایی: ۸۶/۵/۱۰ و پذیرش: ۸۶/۵/۲۷

www.mui.ac.ir
[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-08]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1386.5.1.6.5]

قدرت اثرگذاری بیماریها روانی و جسمی را بر روی توانایی انجام فعالیتهای روزانه انسانی سنجید(۶). در مطالعات انجام شده در زمینه تأثیرگذاری بیماری اسکیزوفرنیا بر کیفیت زندگی و بالعکس نشان داده شده است کیفیت زندگی بیماران مبتلا در مراحل مختلف بیماری چه از نظر عینی و چه از نظر ذهنی در ابعاد مختلف کاهش دارد و وجود مشکلاتی در زندگی و فعالیتهای روزمره روابط اجتماعی و مالی کیفیت زندگی آنان را پایین آورده است(۸،۷). نشان داده شده است که بررسی کیفیت زندگی می‌تواند در بررسی اثربخشی انواع مداخلات دارویی و غیر دارویی مورد استفاده قرارگیرد(۹).

درمانهای مختلف دارویی، انواع شیوه‌های رفتاری، افزایش مهارتهای بین فردی، تقویت اعتماد به نفس، گسترش ارتباطات خانوادگی و توسعه شبکه‌های حمایتی و بازتوانیهای شغلی و خانوادگی برای کاهش علائم این بیماران مؤثر می‌باشد(۱۰). از طرفی، برخی مطالعات نشان داده‌اند که میزان تأثیر درمان بر جنبه‌های مختلف کیفیت زندگی ارتباط واضحی با تأثیر درمان بر شدت علائم بیماری ندارد(۱۱). همچنین توجه به تمام ابعاد کیفیت زندگی می‌تواند بر روند بیماری تأثیر بگذارد و باعث فروکش کردن علائم بیماریهای جسمی و روانی گردد(۱۲).

بررسی ابعاد مختلف کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا از جهات مختلف مانند پیگیری پاسخ درمانی، میزان بازتوانی بیمار، تطابق با بیماری، تطابق خانواده با بیماری می‌تواند در برنامه‌ریزی مناسب برای ارائه درمانها و خدمات در زمینه‌های مزبور مؤثر بوده و در جهت بازتوانی هر چه بیشتر بیمار و بالاخره پیشگیری از عود اختلال و تخریب شخصیت بیمار و حفظ و ارتقای بهداشت روان خانواده وی بکار گرفته شود.

در جامعه ما نیز، همگام با رشد نهضت جهانی مؤسسه زدایی بیماران روانی، نیاز روزافزون به خدمات خارج از بیمارستان احساس می‌گردد. با توجه به رشد گرایشی که به درمانهای تیمی شامل روانپزشک، روانشناس، مددکار اجتماعی، روانپرستار و تشکیل مراکز بهداشت جامعه‌نگر در راستای بازتوانی در حد امکان بیماران روانی مزمن از قبیل اسکیزوفرنیا دیده می‌شود، به نظر می‌رسد بررسی ابعاد مختلف کیفیت زندگی این گونه بیماران و یافتن عوامل تأثیرگذار بر آن، از جایگاه ویژه‌ای برخوردار باشد. با ارزیابی دقیق وضعیت موجود و یافتن نقاط قوت و ضعف آن می‌توان برای ارائه درمانهای مختلف غیر دارویی نیز اولویت‌بندی نمود. در مطالعه حاضر ابعاد مختلف کیفیت زندگی افراد مبتلا به اسکیزوفرنیا و خانواده‌های آنها (گروه شاهد) بررسی شده است.

مواد و روش‌ها

در یک مطالعه مورد- شاهدی در تابستان سال ۱۳۸۲، تعداد ۱۶۰ بیمار مبتلا به اسکیزوفرنیا و خانواده آنها که به مرکز روانپزشکی اجتماعی شهید نواب صفوی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی اصفهان مراجعه داشتند، به روش نمونه‌گیری غیر احتمالی (آسان) بررسی شدند. بیماران بر اساس ضوابط تشخیص DSM-IV-TR مبتلا به اسکیزوفرنیا بودند و بین ۱۵ تا ۴۵ سال سن داشته و بیش از ۲ سال از شروع بیماری آنها می‌گذشت. شرکت بیماران در مطالعه، اختیاری و با رضایت کتبی از خانواده آنان و جلب رضایت بیمار انجام شد.

معیارهای ورود به مطالعه، قرارگرفتن در مرحله پسرفت بیماری، فقدان عقب‌ماندگی ذهنی، صرع، دمانس، وابستگی به مواد مخدر، بیماری جسمی یا اختلال سایکوتیک ثانویه به سوء مصرف مواد بود و علاوه بر این، بیماران در مرحله حاد بیماری نبودند.

گروه شاهد از میان خانواده بیماران انتخاب شدند که شرایط اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی مشابهی با بیماران داشتند. آنها از نظر سن، جنس و تحصیلات و وضعیت تأهل با بیماران همتا شدند و برای بررسی سلامت روان آنان از پرسشنامه GHQ که روایی و پایایی آن بارها در مطالعات مختلف به اثبات رسیده، استفاده شد(۱۳).

اطلاعات مورد نظر با مصاحبه چهره به چهره و تکمیل پرسشنامه جمع‌آوری شدند. برای پرهیز از تأثیر حضور بیمار یا همراه وی در ارزیابی، مصاحبه و تکمیل پرسشنامه برای بیمار و عضو خانواده وی، بدون حضور دیگری انجام گرفت. پرسشنامه به کار رفته، پرسشنامه سنجش کیفیت زندگی AQOL بود که مورد تایید WHO می‌باشد. با این حال، در یک مطالعه مقدماتی، آلفای کرونباخ، پرسشنامه ارزیابی شد و

www.mui.ac.ir

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-08]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1386.5.1.6.5]

برابر با ۹۰ درصد مشاهده شد. این پرسشنامه شامل ۵ بخش بعد بیماری، بعد زندگی مستقل، بعد روابط اجتماعی، بعد احساسات جسمی و بهزیستی روانی است که هر بخش حاوی ۳ سؤال می‌باشد و هر بخش حداکثر ۱۲ و حداقل ۳ امتیاز دارد.

بعد بیماری این مقیاس به ارزیابی وضعیت همکاری درمانی می‌پردازد. بعد زندگی مستقل به سنجش فشار تحمیلی بر بیمار و خانواده و آثار وجود بیماری بر آنها پرداخته و بعد روابط اجتماعی به نحوه ارتباط بیمار با افراد خانواده و جامعه و تأثیر بیماری بر آن می‌پردازد. بعد احساسات جسمی قسمتی از علائم بیماری را بررسی کرده و بعد بهزیستی روانی سایر علائم همراه بیماری و احساس روانی فرد از زندگی خود را بررسی می‌نماید. پرسشنامه مزبور ذهنی (سوبژکتیو) بوده و طبق تعریف WHO ارزیابی ذهنی هر فرد برای کیفیت زندگی خودش برداشت خاصی دارد بنابراین، نقطه برش در این مقیاس ارزشمند نبوده و فقط جنبه مقایسه‌ای دارد. یافته‌ها با آزمون آماری t-student توسط نرم‌افزار SPSS تجزیه و تحلیل گردید و $P<0/05$ معنادار تلقی گردید.

یافته‌ها

بیماران مورد مطالعه در هر گروه ۴۸ مرد و ۳۲ زن بودند. میانگین سن آنها در گروه تجربی نیز ۴/۳±۳۸/۲ سال و در گروه شاهد (خانواده بیماران) ۳/۱±۴۰/۵ سال بود. از این بیماران، ۴۲ نفر مطلقه، مجرد یا بیوه و ۳۹ نفر متأهل بودند. گروه شاهد نیز مطابق گروه تجربی همتاسازی شده بودند و شرایط تقریباً مشابهی داشتند.

میانگین نمره کلی و میانگین نمرات ابعاد کیفیت زندگی (بیماری، زندگی مستقل، روابط اجتماعی، احساسات جسمانی و بهزیستی روانی) در بیماران و خانواده‌های آنان در جدول یک آورده شده است.

همان طور که در جدول یک مشاهده می‌شود نمره کلی ابعاد کیفیت زندگی از گروه شاهد (خانواده بیمار) پایین‌تر بوده و تفاوت این دو معنادار می‌باشد.

ابعاد مختلف کیفیت زندگی بیماران در این مطالعه به ترتیب از بیشترین به کمترین امتیاز در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا مربوط به بعد احساسات جسمانی، بعد زندگی مستقل، بعد روابط اجتماعی، بعد بهزیستی روانی و بعد بیماری است و در گروه شاهد (خانواده بیماران) به ترتیب از بیشترین به کمترین امتیازات مربوط به بعد روابط اجتماعی و بهزیستی روانی، بعد زندگی مستقل و احساسات جسمانی و در آخر بعد بیماری می‌باشد. اختلاف میانگین در تمام ابعاد در مقایسه گروه بیمار و گروه شاهد تفاوت معنادار داشت.

بحث و نتیجه‌گیری

در این مطالعه، زندگی مبتلایان به اسکیزوفرنیا و خانواده‌های آنان کیفیت پایینی داشته و کیفیت زندگی بیماران نسبت به کیفیت زندگی خانواده‌شان در تمام ابعاد پایین‌تر بود. یافته‌های این مطالعه با دیگر مطالعات همخوانی دارد بطوری که امتیاز اخذ شده در این بیماران از افراد سالم جامعه از افراد خانواده خود از بیماریهای مزمن جسمی مانند COPD وآسم و یا بدخیمی و حتی از بیماریهای مزمن روانی مانند وسواس اجباری نیز پایین‌تر می‌باشد(۹-۱۱).

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار ابعاد کیفیت زندگی در بیماران (گروه تجربی) و خانواده آنها (گروه شاهد)

	گروه تجربی	گروه شاهد	t	P
کیفیت زندگی	۴/۷۵±۳۳/۹	۱/۱۲±۵۴/۶	-۳۷/۹۲	۰/۰۰۱
بعد بیماری	۱/۵۰±۴/۵۰	۰/۹۸±۱۰/۸۰	-۳۱/۲۵	۰/۰۰۱
بعد زندگی مستقل	۱/۱۴±۸/۱۰	۰/۸۳±۱۰/۹۰	-۱۷/۶۸	۰/۰۰۱
بعد روابط اجتماعی	۱/۹۷±۶/۴۰	۰/۷۷±۱۱/۰۰	-۱۹/۴۰	۰/۰۰۱
بعد احساسات جسمانی	۱/۴۹±۸/۷۰	۰/۷۰±۱۰/۹۰	-۱۱/۹۰	۰/۰۰۱
بعد بهزیستی- روانی	۱/۸۹±۶/۲۰	۰/۹۰±۱۱/۰۰	-۲۰/۴۳	۰/۰۰۱

www.mui.ac.ir
[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-08]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1386.5.1.6.5]

توجه به امتیاز ابعاد چندگانه کیفیت زندگی در این مطالعه نشان می‌دهد در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا کمترین نمره اخذ شده مربوط به بعد بیماری مقیاس می‌باشد. بعد بیماری در این مقیاس از جهت شناخت بیماری توسط بیمار و همکاری درمانی وی ارزشمند است. از آنجایی که تمامی بیماران انتخاب شده در مرحله پسرفت بیماری بوده‌اند، پایین بودن امتیاز در این بعد، زنگ خطری در مورد عدم تداوم درمان، که در اختلال اسکیزوفرنیا بسیار هم اساسی است، می‌باشد و لزوم مداخلات آموزش روانی در زمینه شناساندن ماهیت بیماری برای بیمار را می‌رساند.

تحقیقات نشان داده آموزش روانی تربیتی برای بیماران روانی بسیار ضروری بوده و باعث ارتقای بینش و همکاری درمانی آنان شده و در نتیجه، از عود اختلال به دلیل قطع دارو می‌کاهد(۱۴). این یافته با نتایج مطالعات کاپتا در هند و اسکانتز در سوئد از این جهت همخوانی دارد(۱۵). اما با مطالعه ناریتز که بیشترین افت را در ابعاد روابط اجتماعی و بهزیستی روانی گزارش کرده، همخوانی ندارد(۱۶). شاید وجود تفاوتهایی در نوع زیرگروه بیماری، غلبه علائم مثبت و منفی و وجود علائم خلقی باعث وجود تفاوت در نتایج امتیاز ابعاد مختلف کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا در مطالعات پیش‌گفت شده است، زیرا در مطالعات بسیاری ثابت شده که ماهیت و نوع علائم بیماری، فزونی علائم مثبت یا منفی و وجود علائم خلقی علاوه بر ویژگیهای جمعیت شناسی در کیفیت زندگی اینگونه بیماران مؤثر می‌باشد(۱۸،۱۷)، در حالی که در هیچ یک از مطالعات مزبور، موارد پیش‌گفت در بیمار بررسی نگردیده است.

بعد از بعد بیماری، نمرات پایین‌تر به ترتیب مربوط به شاخصهای بهزیستی روانی و روابط اجتماعی می‌باشد. پایین بودن نمره بعد بهزیستی- روانی که تا حدی به علائم روانی همراه اختلال می‌پردازد، نشان‌دهنده احتمال وجود علائم خلقی و یا اضطرابی همراه بیماری می‌باشد که تأثیر علائم خلقی بر کیفیت زندگی شناخته شده است(۱۸). بنابراین، توجه و درمان این گروه از علائم در بیمار مبتلا به اختلال اسکیزوفرنیا تأثیر مثبتی در ارتقای کیفیت زندگی، و در نتیجه، پیشگیری از عود اختلال آنان دارد.

در گروه شاهد نیز که از خانواده بیماران مبتلا انتخاب شده بودند، پایین‌ترین نمره اخذ شده باز در همین بعد بیماری بود که با مطالعه متیاس که پایین‌ترین نمره را در خانواده بیماران در بعد بهزیستی- روانی و روابط اجتماعی گزارش کرده، همخوانی ندارد(۱۹). شاید ارتباطات خانوادگی و عاطفی قویتر در جامعه ما، توجیه‌گر این تفاوت باشد. حمایتهای اجتماعی بالاتر و شبکه‌های ارتباطی قوی‌تر از طرق مختلف مانند بهبودی و ثبات خلق، کاهش فشار تحمیلی بر خانواده و در نتیجه بهبودی روابط اجتماعی خانواده بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا در جامعه ما در وجود این تفاوت مؤثر می‌باشد.

با توجه به نتایج به دست آمده، توصیه می‌گردد برای بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا و خانواده آنان، آموزش روانی بیمار، شناخت و درمان علائم خلقی همراه و تقویت مهارتهای شخصی و ارتباطی به موازات درمان دارویی اختلالات مورد توجه قرار گرفته و درمانهای تیمی به عنوان درمان اساسی در بیماران مزبور به کار گرفته شود.

سپاسگزاری

با سپاسگزاری از مرکز تحقیقات علوم رفتاری و سرکار خانم دکتر صفایی که در اجرای مطالعه ما را یاری نمودند.

منابع

1- Pinikahana J, Happell B, Hope J, Keksn Keks, et al. Quality of life inschizophrenia: a review of the literature from 1995 to 2000.. Intrnational Journal of Mental Health Nursing 2002; 11(2): 103.

2- Hansson L, Sandlund M, Bengtsson-Tops A, Bjarnason O, Karlsson H, Mackeprang T, et al. The relationship of needs and quality of life in persons with schizophrenia living in the community: a ordic multi-center study. Nordic Journal of Psychiatry 2003; 57(1): 5-11.

www.mui.ac.ir

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-08]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1386.5.1.6.5]

3- Azhar S M. A comparative study on the chronic schizophrenic patients' and their families' global functioning, before and after treatment in the community psychiatry center: a dissertation for the psychiatry specialty doctorate degree (Research project no: 7923). Isfahan: Isfahan University of Medical Sciences. 2000.
4- Nejadrahim J. Global social functioning in schizophrenic patients and its correlation with the treatment adherence: a dissertation for the medical doctorate degree. Isfahan: Isfahan University of Medical Sciences. 2003.
5- Ghasemi G. Efficacy of family psycho-education in enhancing the social functioning, a comparison between the patients with schizophrenia and those with mood disorders. Research Project no 74094 (unpublished). Isfahan: Isfahan University of Medical Sciences. 1998.
6- Kushner C. Subjective quality of life: validity issues with schizophrenia patients. Acta Psychiatrica Scand 2002: 106(1): 62-70.
7- The Worl Health Organization Quality of Life (WHO QOL) assessment instrument in quality of life & pharmaechonomics in clinical trial. 2nd ed. Philadelphia: Lippincot raven publisher. 1998.
8- Mubarak AR, Daba I, Hengchin L, SoonHOE Q. Quality of life of community-based chronic schizophrenia Patients in Penang , Malaysia. Australia and New Zeland Psychiatry 2003; 37(5): 577.
9- Ahmadi M. Families' perception about the etiology of the schizophrenia in Isfahan-Iran: a dissertation for the medical doctorate degree. Isfahan: Isfahan University of Medical Sciences. 2002.
10- Sibitz I, Katschnig H, Goessler R, Unger A, Amering M. Pharmacophilia and pharmacophobia: determinants of patients' attitudes towards antipsychotic medication. Pharmacopsychiatry 2005: 38(3): 107-12.
11- Bystritsky A, Saxena S, Maidament K. Quality of life changes among patients with OCD in a partial hospitalization-psychiatry service. 1999: 50: 412-14.
12- Viviane Kovess-Masféty, Miguel Xavier, et al. Schizophrenia and quality of life: a one-year follow-up in four EU countries. BMC Psychiatry 2006: 6: 39-45.
13- Nemati M. Comparative study of Quality of Life (QOL) in patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) and healthy controls: a dissertation for the medical doctorate degree. Isfahan: Isfahan University of Medical Sciences. 2003.
14- Herz MI, Lamberti JS, Mintz J, Scott R, Susan P, O'Dell, et al. A program for relapse prevention in schizophrenia: a controlled study. Arch Gen Psychiatry 2000; 57: 277-83.
15- Michael R, Rena K. Quality of life outcomes in mental illness: schizophrenia, mood and anxiety disorders. Summary Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research 2003; 2: 189-99.
16- Nuritz KF, Kilinik S, Aniko S, Wolfgnang V. Quality of life , psychiatric outpatients as a criteria for treatment planned in psychiatry institutions. International Journal of Social Psychiatry 2004 Sep; 50: 265-73.
17- Wegener, Signy; Redoblado-Hodge, Lucas AM, Fitzgerald S, Harris D, Brennan A, Relative contributions of psychiatric symptoms and neuropsychological functioning to quality of life in first-episode psychosis. Australian & New Zealand Journal of Psychiatry 2005: 39(6): 487-92.
18- Michael R, Alexander P, Jean E, Yakov N, Boris R, Henry and Ilan. The impact of side-effects of antipsychoticagents on life satisfaction of schizophrenia patients: a naturalistic study. European Neuropsychopharmacology 2002: 12(1): 31-8.
19- Matthias CA, Reinhold K, Hans U, Bettina W. Quality of life of spouse of mentally ill people. International Journal of social psychiatry and psychiatric epidemiology 2003 and psyehiatric. Ipidemiology 2003; 52: 228-85.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-08]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1386.5.1.6.5]

www.mui.ac.ir

Different Domains of Quality Of Life (QOL) in Schizophrenic Patients

Omronifard V, Afshar H, Mehrabi T, Asadolahi G

Abstract:

Introduction: Schizophrenia is a chronic psychiatric disorder which results in severe impairments in job, education and family relationships. We compared different domains of Quality Of Life (QOL) in schizophrenic patients with those in healthy persons.

Methods and Materials: In a descriptive analytic study, a total number of 160 participants, including 80 schizophrenic patients (case group) and 80 healthy persons (control group) were studied. They were 15 to 45 years old. In order to get them matched regarding the psycho-socio-cultural status, we selected the control group participants from the patients' family members. We also matched the two groups for age, marital status and educational level. Patients' were in the remission phase and 2 years or more had passed from the onset of their psychiatric disorder. We applied Hawthorne & Richardson QOL questionnaire for assessing QOL. Data were analyzed using T student test by SPSS-software.

Findings: Each group contained 48 men and 32 women. A number of 39 participants were married and the others were single, divorced or widowed. Mean age of the patient group (38.2±4.3 years) was not significantly different from the control one (40.5±3.1 years). Mean score of QOL was 33.9±4.75 in the case group and 54.6±1.12 in the control one, which indicates a significant difference. The case and the control groups' scores for different domains of QOL were respectively as follows: (the domain of) disease (4.5±15 vs. 10.8±0.98), independent life (8.10±1.14 vs. 10.9±0.83), social relations (6.4±1.97 vs. 11±0.77), bodily sensations (8.7±1.49 vs. 10.90±0.70), and psychiatric rehabilitation (6.2±1.89 vs. 11±0.9). The mean score of each domain showed a significant difference between the two groups.

Discussion: Schizophrenic patients were found to have a lower QOL than healthy individuals. This was true in all of the QOL domains. The patients' lowest score was in the disease domain and their highest score was in the bodily sensation domain. This can be considered in determining priorities for pharmaceutical, psychological and social interventions.

Key words: Schizophrenia, QOL, Healthy persons.

Source: Journal of Research in Behavioural Sciences 2007; 5(1): 27-31.

Addresses:
Corresponding author: Viktoria Omranifard (Assistant Professor), Psychiatry Department, School of Medicine, Behavioral Sciences Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Noor Hospital, Hasht-behesht St, Isfahan, IRAN. E-mail: v_omranifard@med.mui.ac.ir
Hamid Afshar, Assistant Professor of Psychiatry Department, School of Medicine; Tayebeh Mehrabi, Educator Department of Psychiatric Nursing, School of Nursing and Midwifery; and Ghorbanali Asadollahi, Professor of Psychiatry Department, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-08]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1386.5.1.6.5]