پیگیری سیر ۶ ماهه شدت علایم و کیفیت زندگی بیماران دوقطبی I پس از ترخیص از بیمارستان

هاجر براتیان[۱]، مجید برکتین[۲]، حسین مولوی[۳]، نوشین موسوی مدنی[۴]

مقاله پژوهشی

چکیده

زمینه و هدف: پژوهش حاضر با هدف پیگیری سیر شدت علایم و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی I انجام شد.

مواد و روش‌ها: این پژوهش به صورت طولی و آینده‌نگر بر روی ۲۰ بیمار مبتلا به اختلال دوقطبی I بستری شده در بیمارستان نور اصفهان انجام شد. ارزیابی‌ها در آغاز بستری، ترخیص، ۳ و ۶ ماه بعد انجام شد. شدت علایم خلقی و کیفیت زندگی بیماران به ترتیب به کمک مقیاس درجه‌بندی Young (YMRS) یا Young mania rating scale) و پرسش‌نامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی سنجیده شد.

یافته‌ها: نتایج تحلیل واریانس تکراری نشان داد که میانگین شدت علایم خلقی 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 ($P < ۰/۰۰۱$)، اما بین نمرات کیفیت زندگی در مقاطع ترخیص از بیمارستان، ۳ و ۶ ماه پس از ترخیص به صورت کلی در بیماران تفاوت معنی‌داری وجود ندارد ($P = ۰/۱۷$).

نتیجه‌گیری: می‌توان اذعان داشت 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، اختلال دوقطبی نوع یک، شدت علایم، کیفیت زندگی

ارجاع: براتیان هاجر، برکتین مجید، مولوی حسین، موسوی مدنی نوشین. **پیگیری سیر ۶ ماهه شدت علایم و کیفیت زندگی بیماران دوقطبی I پس از ترخیص از بیمارستان.** مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۳۹۲؛ ۱۱ (۱): ۱۷-۱۰

دریافت مقاله: ۱۳۹۱/۵/۲۱ پذیرش مقاله: ۱۳۹۱/۱۲/۱۰

مقدمه

اختلال دوقطبی (Bipolar disorder) در زمره ناتوان‌کننده‌ترین اختلالات روانی طبقه‌بندی می‌شوند که علاوه بر افت عملکرد، اختلالاتی شدید را در تعاملات میان فردی و کیفیت زندگی فرد ایجاد می‌کنند (۱). توجه به درمان کارامد، 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 می‌کند و سیکل مجددی از فرایند دارو درمانی را

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

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-09]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1392.11.1.3.4]

ایجاد می‌نماید (۲). از این لحاظ پیگیری پس از ترخیص، مقوله مهمی تلقی می‌شود که انسجام شرایط بستری و پس از بستری بیمار را پیوند می‌زند. پیگیری سیر اختلال و توجه به آن چه که برای بیمار، پس از ترخیص از بیمارستان به وقوع می‌پیوندد، گویاترین شاهد بالینی برای تأثیر یا عدم تأثیر، سودمندی یا عدم سودمندی در کارامدی یا ناکارامدی درمان است (۳). محققان نشان دادند که طی ۱۷ ماه پیگیری در بیماران مبتلا به اولین دوره مانیا با تشخیص اختلال دوقطبیI نشان داد که ۴۰/۹ درصد بیماران دچار عود (Relapse) اپی‌زود (Episode) خلقی شدند. ۱۳/۶ درصد از بیماران در شش ماه اول (پس از بهبودی دوره اول مانیا) و ۳۱/۸ درصد در سال اول دچار عود شدند. دو سوم موارد عود در سال اول و یک سوم در سال دوم بروز کرد. بنابراین می‌توان نتیجه‌گیری کرد که در سیر اختلال دوقطبی، میزان عود در اوایل سیر قابل توجه است (۴). نتایج مطالعه پیگیری سیر یک ساله‌ای بر روی ۱۳۱ بیمار مبتلا به اختلال دوقطبی که به صورت پی‌درپی بستری شده بودند، نشان داد که شدت علایم بیماران، تنها در زمان ترخیص، بهبودی معنی‌داری داشت و پس از آن تغییر چشم‌گیری نداشت (۵). در پژوهشی که در یک سیر ۶ ماهه بر روی ۱۳ بیمار مبتلا به اولین اپیزود مانیا داشتند، نشان داد که در ماه سوم ۵۴ درصد از بیماران درمان خود را ادامه داده بودند، پیروی دارویی داشتند، در حالی که در ماه ششم این عدد به ۳۸ درصد کاهش یافت (۶). محققان نشان دادند که با وجود شیوع یک درصدی اختلال دوقطبی در جامعه، بخش بزرگی از این بیماران، علایم را پس از بهبودی تا اندازه‌ای تجربه خواهند کرد که از کیفیت زندگی (Quality of life) آن‌ها می‌کاهد (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).

نتایج مطالعه‌ای با مقایسه کیفیت زندگی در میان بیماران دچار حالات افسردگی (Depression)، مانیا (Mania)، هایپومانیا (Hypomania)، حالات مختلط (Mix) و معمولی، نشان داد که بیماران در دوره‌های افسردگی و مختلط، ضعیف‌ترین کیفیت زندگی را گزارش دادند و به دنبال آن بیماران مانیک و هایپومانیا نسبت به افرادی که بدون علامتند، دارای کیفیت زندگی پایین‌تری بودند (۹). همچنین در مطالعه‌ای در یک سیر چند ساله ۱۵۷ بیمار مبتلا به اختلال خلقی (مانیا، افسردگی روان‌پریش تک قطبی و افسرده غیر روان‌پریش تک‌قطبی) را بررسی کردند. نتایج نشان داد که رضایت از زندگی در بیماران مانیا و بیماران روان‌پریش افسرده نسبت به افرادی که روان‌پریش نبودند، پایین‌تر بود. کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی، ضعیف‌تر از کیفیت زندگی در کل جمعیت یا در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا به نظر می‌رسد (۱۰). هدف متخصصان بالینی درباره بیماران مبتلا به اختلالات روانی، تنها بهبود علایم آن‌ها نیست، بلکه هدفشان بهبودی کیفیت زندگی آن‌ها نیز هست. اگر چه در گذشته هدف اولیه درمان، کنترل علایم مثبت بود، اکنون تأکید بیشتر روی بهبود کیفیت زندگی بیماران روانی از جمله دوقطبی می‌باشد (۱۱). با توجه به این که در ارتباط با سیر شدت علایم و کیفیت زندگی بیماران دوقطبی در کشور ایران، مطالعات اندکی انجام گرفته است، در این مطالعه پژوهشگر بر آن شد که پیگیری سیر ۶ ماهه شدت علایم و کیفیت زندگی بیماران دوقطبیI پس از ترخیص از بیمارستان را مورد ارزیابی قرار دهد تا با شناخت حیطه‌های از زندگی این افراد که بیشتر در این اختلال درگیر می‌شوند، بتواند در راستای ارتقای سلامت این دسته از بیماران گامی مؤثر بردارد و همچنین این پژوهش می‌تواند منجر به افزایش سطح آگاهی پزشکان در مورد تصویر بالینی این اختلال در بیماران ایرانی شود.

با توجه به نتایج پژوهش‌های پیشین، این فرض منطقی به نظر می‌رسد که بین میانگین‌های مانیا و کیفیت زندگی در چهار مقطع بستری شدن، ترخیص از بیمارستان، ۳ و ۶ ماه پس از ترخیص تفاوت وجود دارد.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-09]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1392.11.1.3.4]

مواد و روش‌ها

این پژوهش به صورت طولی و آینده‌نگر بود. جامعه آماری مبتلایان به بیمار 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 دوقطبی I 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 دوقطبی نوع یک شدید (مانیا)، 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) 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، پس از آن با توجه به مصاحبه بالینی که دانشجوی محقق طرح با بیمار و همراه او انجام می‌داد، شدت بیماری و میزان عملکرد بیمار را توسط مقیاس‌های موجود می‌سنجید. پس از آن در موقع ترخیص دوباره مصاحبه بالینی با بیمار انجام شد و مجدد شدت بیماری، به علاوه کیفیت زندگی بیمار سنجیده گردید. 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، مجدد انجام می‌گرفت.

ابزارهای سنجش

۱) مقیاس سنجش مانیای Young: این مقیاس در سال ۱۹۷۸ توسط Young به وجود آمد و دارای روایی همزمان ۰/۹۶، پایایی ارزیابان ۰/۹۲ و Cronbach's alpha ۰/۷۲ می‌باشد و در سال ۱۳۸۴ در دانشگاه اصفهان هنجاریابی شده است و بر این اساس ضریب پایایی به شیوه Cronbach's alpha و پایایی بین ارزشیابان محاسبه شده، که نتایج نشان دهنده وجود پایایی ۰/۷۲ برای گروه بیمار و ۰/۶۲ برای گروه هنجار و پایایی بین ارزشیابان ۰/۹۶ بود. همچنین ضریب روایی تشخیص نمرات کل و عضویت گروهی (همبستگی کانونی) برابر با ۰/۹۲ به دست آمد و نتایج تحلیل روایی سؤالات نشان دهنده قدرت تشخیص بالای همه سؤالات در تفکیک گروه بهنجار از بیمار بوده است. در مجموع مقیاس سنجش مانیای Young ابزاری پایا با روایی، حساسیت و ویژگی قابل قبول می‌باشد و دارای قابلیت کاربرد در کارهای بالینی و پژوهشی است (۱۲). این مقیاس دارای یازده آیتم می‌باشد، هفت آیتم از ۰ تا ۴ و چهار آیتم از ۰ تا ۸ بر اساس مصاحبه بالینی با بیمار نمره‌دهی می‌شود. نمره کلی از ۶۰-۰ می‌باشد که کمتر از ۱۷ نرمال و بیشتر از آن مانیا در نظر گرفته می‌شود.

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. مجموع این ۴ بعد نمره کل کیفیت زندگی را به دست می‌دهد. Cronbach's alpha ۰/۵۵ می‌باشد (۱۳).

یافته‌ها

میانگین سنی این گروه ۲۰ نفری بیماران دوقطبی I، ۳۱/۹ با انحراف استاندارد ۱۰/۱۷ بود. میانگین طول بیماری در بیماران

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-09]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1392.11.1.3.4]

دوقطبی I، ۶/۹۵ و انحراف استاندارد آن ۶/۳۸ و میانگین بستری‌های قبلی، ۳/۸ و انحراف استاندارد آن ۵/۱۶ بود.

نتایج آزمون تحلیل واریانس تکراری نشان داد که بین میانگین‌های نمرات شدت علایم مانیا در مقاطع بستری شدن و ترخیص از بیمارستان و ۳ و ۶ ماه پس از ترخیص در بیماران دوقطبی تفاوت وجود دارد. توان آماری ۱ نشان می‌دهد که حجم نمونه کافی بوده است (۱۴).

طبق نتایج جدول ۲ و ۳ و نمودار ۱، میانگین شدت علایم خلقی در هنگام بستری شدن، به طور معنی‌داری بزرگ‌تر از میانگین شدت علایم در هنگام ترخیص از بیمارستان، ۳ و ۶ ماه پس از ترخیص می‌باشد. این در حالی است که بین میانگین شدت علایم خلقی 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.

چنان چه مشاهده می‌شود، بر اساس نتایج آزمون تحلیل واریانس تکراری تفاوت معنی‌داری بین نمرات کیفیت زندگی در مقاطع ترخیص از بیمارستان و ۳ و ۶ ماه پس از ترخیص در بیماران دوقطبی وجود ندارد، از این رو این فرضیه به طور کلی در ۳ مقطع تأیید نمی‌شود.

طبق نتایج جدول ۵، میانگین نمرات کیفیت زندگی در هنگام ترخیص به طور معنی‌داری بزرگ‌تر از ۶ ماه پس از ترخیص بوده است. همچنین این میانگین در ۳ ماه پس از ترخیص نیز به طور معنی‌داری بزرگ‌تر از ۶ ماه پس از ترخیص بود. اما بین نمرات کیفیت زندگی در زمان ترخیص و ۳ ماه پس از آن تفاوتی وجود نداشت.

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

مقاطع		مجموع مجذورات	Df	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	توان آزمون
مقاطع	با پیش‌فرض کرویت	۴۵۸۶/۴۴	۳	۱۵۲۸/۸۱	۳۳/۲۴	۰/۰۰۱	۱

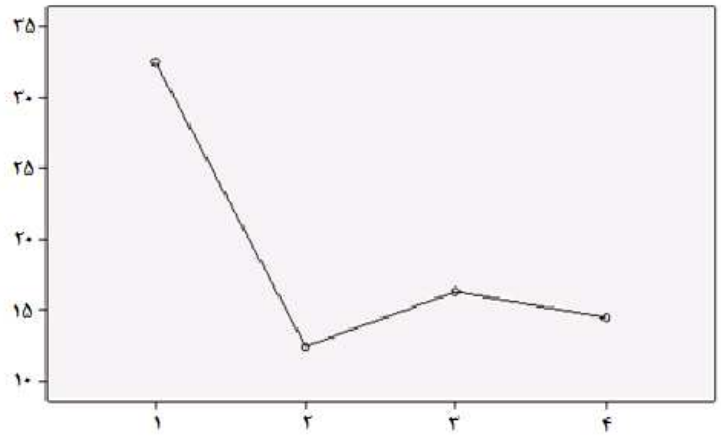
جدول ۲. مقادیر میانگین‌های نمرات شدت علایم مانیا در مقاطع بستری شدن و ترخیص از بیمارستان و ۳ و ۶ ماه پس از ترخیص در بیماران دوقطبی

مقاطع	شاخص‌های آماری	
	میانگین	انحراف معیار
بستری شدن	۳۲/۴۶	۱/۸۵
ترخیص از بیمارستان	۱۲/۴۴	۱/۵۶
۳ ماه پس از ترخیص	۱۶/۳۰	۲/۰۵
۶ ماه پس از ترخیص	۱۴/۴۷	۱/۹۹

جدول ۳. نتایج مقایسه‌های زوجی چهار اندازه‌گیری شدت علایم مانیا

مقاطع	اختلاف میانگین	سطح معنی‌داری
بستری شدن--------ترخیص از بیمارستان	۲۰/۰۲	۰/۰۰۱
بستری شدن ------۳ ماه پس از ترخیص	۱۶/۱۶	۰/۰۰۱
بستری شدن -------۶ ماه پس از ترخیص	۱۷/۹۸	۰/۰۰۱
ترخیص از بیمارستان---۳ ماه پس از ترخیص	-۳/۸۶	۰/۱۰۰
ترخیص از بیمارستان ---۶ ماه پس از ترخیص	-۲/۰۳	۰/۳۶۰
۳ ماه پس از ترخیص-----۶ ماه پس از ترخیص	۱/۸۳	۰/۴۷۰

www.mui.ac.ir
[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-09]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1392.11.1.3.4]



نمودار ۱. میانگین‌های علایم روان‌پزشکی در مقاطع چهارگانه

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

منبع		مجموع مجذورات	Df	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	توان آزمون
مقاطع	با پیش‌فرض کرویت	۲۵۰/۰۲	۱/۲۸	۱۹۵/۲۸	۱/۹۹	۰/۱۷	۰/۳۰

جدول ۵. مقادیر میانگین‌های نمرات کیفیت زندگی ترخیص از بیمارستان و ۳ و ۶ ماه پس از ترخیص در بیماران دوقطبی

شاخص‌های آماری / مقاطع	میانگین	انحراف معیار
ترخیص از بیمارستان	۸۳/۰۶	۲/۵۷
۳ ماه پس از ترخیص	۷۸/۹۴	۳/۵۱
۶ ماه پس از ترخیص	۷۵/۱۲	۳/۵۶

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج نشان داد که شدت علایم پس از ترخیص کاهش یافته است و تا ۶ ماه پایدار می‌ماند. یافته‌های این پژوهش با یافته‌های تحقیق شعبانی و همکاران (۴)، امینی و همکاران (۵)، Dean و همکاران (۱۵)، Strakowski و همکاران (۱۶)، Coryell و همکاران (۱۷) و Kebede و همکاران (۱۸) همخوانی دارد. نتایج تحقیق Sira و همکاران (به نقل از Brissos و همکاران) (۱)، Michalank و همکاران (به نقل از Brissos و همکاران) (۱)، Vojta و همکاران (۹) و Goldberg و Harrow (۱۰) با پژوهش حاضر همخوانی دارد.

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 علایم در بیمارانی که اختلال روانی داشتند، با بهبود کیفیت زندگی رابطه دارد (۱۹). اما مطالعه ما نشان داد که با وجود بهبودی و تثبیت علایم بیماران، کیفیت زندگی بیماران به تدریج در فاصله زمانی سه ماهه اول پس از ترخیص افت داشته است. این یافته‌ها با پژوهش امینی و همکاران (۵)، Goldberg و همکاران (به نقل از Mlchalak و همکاران) (۲۰)، Mlchalak و همکاران (۲۰)، Yen و همکاران (۲۱)، Brissos و همکاران (۱)، Kulkarni و همکاران (به نقل از امینی و همکاران) (۵)، Huxley و همکاران (به نقل از امینی و همکاران) (۵)، Sira و همکاران (به نقل از امینی و همکاران) (۵)، Sira و همکاران (به نقل از Brissos و همکاران) (۱)، De Almeida Rocca و همکاران (۲۲)، Akvardar و همکاران (۲۳)، طوبایی و همکاران (۲۴) و kongsakon و همکاران (۲۵) همسو است. این یافته می‌تواند به دلایل متعددی نظیر سطح بالای هیجان ابراز شده و یا مسایل روانی اجتماعی شایع در محیط زندگی

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-09]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1392.11.1.3.4]

بیماران و عوارض جانبی ناشی از درمان دارویی باشد. بنابراین می‌توان اذعان داشت که مداخلات روان‌شناختی بر مبنای آموزش بیماران و خانواده‌های آن‌ها در راستای افزایش کیفیت زندگی، ضرورتی اجتناب‌ناپذیر است. انواع شیوه‌های رفتاری، افزایش مهارت‌های بین فردی، تقویت اعتماد به نفس، گسترش ارتباطات خانوادگی و توسعه شبکه‌های حمایتی و بازتوانی‌های شغلی و خانوادگی برای افزایش کیفیت زندگی این بیماران مؤثر می‌باشد. محدود بودن نتایج پژوهش به یک دوره زمانی شش ماهه و همچنین موجود نبودن یک پرسش‌نامه اختصاصی کیفیت زندگی برای بیماران دوقطبی 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 دوقطبی 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 دوقطبی و خانواده‌های آن‌ها، آموزش روانی بیمار و تقویت مهارت‌های شخصی و ارتباطی به موازات درمان دارویی اختلالات مورد توجه قرار گرفته است، درمان‌های تیمی به عنوان درمان اساسی در بیماران مزبور به کار گرفته شود.

سپاسگزاری

از کلیه بیمارانی که در این مطالعه شرکت و با صرف وقت و همکاری خود این مطالعه را ممکن نمودند، تشکر و قدردانی می‌شود.

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. Kulhara P, Chandiramani K. Outcome of schizophrenia in India using various diagnostic systems. Schizophr Res 1988; 1(5): 339-49.
4. Shabani A, Eftekhar M, Daneshamooz B, Ahmadkhaniha HR, Hakimshooshtari M, Ghalebandi MF, et al. Relapse rate of bipolar disorder I:17 month follow up patient with first episode mania. Adv Cogn Sci 2006; 8(3): 33-51. [In Persian].
5. Amini H, Alimadadi Z, Nejatisafa A, Sharifi V, Ahmadi-Abhari S. Quality of Life in a Group of Patients with Bipolar Disorder and Some of their Clinical Characteristics. Iran J Psychiatry Clin Psychol 2009; 15(2): 175-82. [In Persian].
6. Barekatain M, Khodadadi R, Maracy MR. Outcome of single manic episode in bipolar I disorder: a six-month follow-up after hospitalization. J Res Med Sci 2011; 16(1): 56-62.
7. Ozer S, Ulusahin A, Batur S, Kabakci E, Saka MC. Outcome measures of interepisode bipolar patients in a Turkish sample. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2002; 37(1): 31-7.
8. American Psychiatric Association Staff. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III). Washington, DC: American Psychiatric Publishing, Incorporated; 1980.
9. Vojta C, Kinosian B, Glick H, Altshuler L, Bauer MS. Self-reported quality of life across mood states in bipolar disorder. Compr Psychiatry 2001; 42(3): 190-5.
10. 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.
11. Pinikahana J, Happell B, Hope J, Keks NA. Quality of life in schizophrenia: A review of the literature from 1995 to 2000. International Journal of Mental Health Nursing 2002; 11(2): 103-11.
12. Barakatain M, Tavakkoli M, Molavi H, Maroofi M, Salehi M. Standardization,validity and reliability of Young mania rating scale in Iran. Journal of Psychological 2007; 11(2): 150-66. [In Persian].
13. 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.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-09]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1392.11.1.3.4]

14. Molavi H. Practical guidance of SPSS 10-13-14 in behavioral sciences. Isfahan, Iran: pouysh Andisha Publication; 2007. [In Persian].

15. Dean BB, Gerner D, Gerner RH. A systematic review evaluating health-related quality of life, work impairment, and healthcare costs and utilization in bipolar disorder. Curr Med Res Opin 2004; 20(2): 139-54.

16. Strakowski SM, Williams JR, Fleck DE, Delbello MP. Eight-month functional outcome from mania following a first psychiatric hospitalization. J Psychiatr Res 2000; 34(3): 193-200.

17. Coryell W, Turvey C, Endicott J, Leon AC, Mueller T, Solomon D, et al. Bipolar I affective disorder: predictors of outcome after 15 years. J Affect Disord 1998; 50(2-3): 109-16.

18. Kebede D, Alem A, Shibire T, Deyassa N, Negash A, Beyero T, et al. Symptomatic and functional outcome of bipolar disorder in Butajira, Ethiopia. J Affect Disord 2006; 90(2-3): 239-49.

19. 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.

20. . Michalak EE, Murray G, Young AH, Lam RW. Burden of bipolar depression: impact of disorder and medications on quality of life. CNS Drugs 2008; 22(5): 389-406.

21. Yen CF, Cheng CP, Huang CF, Yen JY, Ko CH, Chen CS. Quality of life and its association with insight, adverse effects of medication and use of atypical antipsychotics in patients with bipolar disorder and schizophrenia in remission. Bipolar Disord 2008; 10(5): 617-24.

22. De Almeida Rocca CC, De Macedo-Soares MB, Gorenstein C, Tamada RS, Issler CK, Dias RS, et al. Social dysfunction in bipolar disorder: pilot study. Aust N Z J Psychiatry 2008; 42(8): 686-92.

23. Akvardar Y, Akdede BB, Ozerdem A, Eser E, Topkaya S, Alptekin K. Assessment of quality of life with the WHOQOL-BREF in a group of Turkish psychiatric patients compared with diabetic and healthy subjects. Psychiatry Clin Neurosci 2006; 60(6): 693-9.

24. Toubaei Sh, Hadi N, Hedayati A, Montazeri A. Original Article Comparison of health related quality of life between bipolar patients. J Fundam Ment Health 2012; 14(53): 54-63. [In Persian].

25. Kongsakon R, Thomyangkoon P, Kanchanatawan B, Janenawasin S. Health-related quality of life in Thai bipolar disorder. J Med Assoc Thai 2008; 91(6): 913-8.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-09]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1392.11.1.3.4]

A six months follow up of symptom severity and quality of life in bipolar I patients after discharge

Hajar Baratian[1], Majid Barekatain[2], Hossein Molavi[3], Nushin Mosavi[4]

Original Article

Abstract

Aim and Background: The present study aimed to investigate the symptom severity and quality of life in patients suffering from bipolar disorder.

Methods and Materials: This longitudinal and prospective study was done on 20 patients with bipolar type I disorder who were hospitalized in Noor Hospital of Isfahan, Iran. Patients were evaluated before hospitalization, at the time of discharge, 3 and 6 months after discharge. Patient's mood symptoms severity and quality of life were evaluated by Young Mania Rating Scale (YMRS) and World Health Organization's Quality of Life Questionnaire.

Findings: Repeated measure analysis of variance showed that the mean of mood symptoms severity at the time of hospitalization was significantly higher than its mean at the time of discharge, as well as 3 and 6 months after it. However, there was no significant difference between the scores of quality of life at discharge, and 3 and 6 months after discharge.

Conclusions: It can be acknowledged that patient's hospitalization was effective in decreasing the symptom severity and increasing quality of life at the time of discharge and it remained the same through the next stages.

Keywords: Follow-up, Bipolar I disorder, Symptom severity, Quality of life

Citation: Baratian H, Barekatain M, Molavi H, Mosavi N. **A six months follow up of symptom severity and quality of life in bipolar I patients after discharge.** J Res Behav Sci 2013; 11(1): 10-7

Received: 21.08.2012 Accepted: 28.02.2013

1- M.A Student, School of General Psychology and Educational Sciences, Islamic Azad University, Khorasgan (Isfahan) Branch, Isfahan, Iran
2- Associate Professor, Behavioral Sciences Research Center, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran (Corresponding Author) Email: barekatain@med.mui.ac.ir
3- Professor, School of Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran
4- M.A Student, School of General Psychology and Educational Sciences AND Young Researchers' Club, Islamic Azad University, Khorasgan (Isfahan) Branch, Isfahan, Iran

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-09]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1392.11.1.3.4]