

مقاله‌ی پژوهشی

مقایسه‌ی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی با افراد سالم

خلاصه

مقدمه: هدف از این انجام این پژوهش، مقایسه‌ی کیفیت زندگی بین بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی و افراد سالم جامعه می‌باشد.

روش کار: در این مطالعه‌ی مقطعی، ۱۰۰ بیمار مبتلا به اختلال دوقطبی که بنا به تایید روان‌پزشک در فاز یوتایمیک بیماری به سر می‌بردند، با استفاده از پرسش‌نامه‌ی ۳۶ گویه‌ای سنجش سلامت عمومی (SF-36) مورد ارزیابی قرار گرفتند. جهت مقایسه‌ی این گروه با افراد سالم جامعه، یک گروه شاهد که از بین همراهان بیماران و کارکنان بیمارستان انتخاب شده بودند نیز با استفاده از همین پرسش‌نامه مورد بررسی قرار گرفتند. یافته‌های مطالعه با استفاده از آزمون تی و ضریب همبستگی پیرسون مورد بررسی قرار گرفتند. این مطالعه در سال ۸۹-۱۳۸۸ در درمانگاه تخصصی اعصاب و روان بیمارستان آموزشی حافظ شهر شیراز انجام گردید.

یافته‌ها: مقایسه‌ی کیفیت زندگی در بیماران دوقطبی با افراد گروه شاهد، بیانگر وضعیت بدتر بیماران در مقایسه با گروه شاهد در حیطه‌های عملکرد جسمی ($P=0/022$)، درد جسمی ($P<0/0001$)، سلامت عمومی ($P<0/0001$)، عملکرد اجتماعی ($P<0/0001$) و سلامت روانی ($P<0/0001$) بود. در گروه بیماران، یافته‌های حاصل از مطالعه نشان‌دهنده‌ی وضعیت مطلوب‌تر زنان نسبت به مردان در حیطه‌ی سرزندگی بود ($P=0/046$). هم‌چنین از لحاظ مشکلات احساسی نیز در گروه بیماران، افراد متأهل و مجرد نسبت به بیماران مطلقه شرایط بهتری را گزارش کردند (به ترتیب $P=0/01$ ، $P=0/013$).

نتیجه‌گیری: اختلال دوقطبی علاوه بر اثرات شناخته شده‌ی نامطلوبی که در دوره‌های افسردگی و مانیا بر کیفیت زندگی فرد دارد، حتی در فاز یوتایمیک بیماری نیز بر جنبه‌های عمده‌ای از کیفیت زندگی بیمار تاثیر می‌گذارد.

واژه‌های کلیدی: اختلال دوقطبی، سلامت، کیفیت زندگی

شهین طوبایی

دانشیار گروه روان‌پزشکی، مرکز تحقیقات روان‌پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز

نگین هادی

دانشیار گروه پزشکی اجتماعی، مرکز تحقیقات روان‌پزشکی و مرکز تحقیقات علوم اعصاب، دانشگاه علوم پزشکی شیراز

آروین هدایتی

دستیار روان‌پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز

علی منتظری

استاد پژوهشی، گروه پژوهشی سلامت روان، پژوهشکده‌ی علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی، دانشگاه تهران

مؤلف مسئول:

ایران، شیراز، خیابان زند، دانشکده‌ی پزشکی،

گروه پزشکی اجتماعی

hadin@sums.ac.ir

تلفن: ۰۷۱۱۲۳۵۴۴۳۱

تاریخ وصول: ۸۹/۱۰/۱۵

تاریخ تایید: ۹۰/۸/۱۴

پی‌نوشت:

این مطالعه پس از تایید کمیته‌ی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شیراز و بدون حمایت مالی نهاد خاصی انجام شده و با منافع نویسندگان ارتباطی نداشته است. از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شیراز و مرکز تحقیقات روان‌پزشکی این دانشگاه به دلیل همکاری در اجرای پژوهش و سرکار خانم مریم‌السادات وحدانی‌نیا به دلیل همکاری در تجزیه و تحلیل داده‌ها قدردانی نمایند. این مقاله برگرفته از پایان‌نامه‌ی خانم دکتر زهرا هاشم‌پور می‌باشد که از همکاری ایشان تشکر می‌گردد.

Original Article

Comparison of health related quality of life between bipolar patients and healthy people

Abstract

Introduction: The aim of this research was comparison of bipolar patients' quality of life with healthy population.

Materials and Methods: This research was done on 100 bipolar patients whose euthymic state was documented by a psychiatrist. They were evaluated with use of quality of life-short form 36 questionnaire (QOL-SF-36). As control group, a control group which was selected from patients' visitors and hospital staff was evaluated with this questionnaire. Data were analyzed using T-test and Pearson correlation coefficient. This study was done in psychiatric clinic of Shiraz Hafez Hospital in 2010-2011.

Results: Results show that patients are in a worse condition than normal population in aspects of quality of life such as" physical function ($P=0.022$), body pain ($P<0.0001$), general health ($P<0.0001$), social function ($P<0.0001$), and mental health ($P<0.0001$). In patients group, results of ANOVA and Pearson correlation coefficient show that females are in better state of vitality than males. Single and married patients are in better condition of emotional-role than those who are divorced (respectively $P=0.013$ and $P=0.010$).

Conclusion: Not only bipolar patients' quality of life is disturbed in manic and depressive episodes, but also in euthymic phase of the disorder, main domains of quality of life are affected.

Keywords: Bipolar disorder, Health, Quality of life

Shahin Toubaei

Associate professor of psychiatry,
Psychiatry Research Center, Shiraz
University of Medical Science

**Negin Hadi*

Associate professor of community
medicine, Psychiatry Research
Center and Neurosciences Research
Center, Shiraz University of Medical
Science

Arvin Hedayati

Resident of psychiatry, Shiraz
University of Medical Science

Ali Montazeri

Professor of research, Mental health
research, Health Sciences Research
Institute of University Jihad, Tehran
University

***Corresponding Author:**

Department of community medicine,
Faculty of medicine, Zand Ave.,
Shiraz, Iran

hadin@sums.ac.ir

Tel: +987112354431

Received: Jan. 05, 2011

Accepted: Dec. 05, 2011

Acknowledgement:

This study was approved by research committee of Shiraz University of Medical Sciences. No grant has supported this present study and the authors had disclosed no conflict.

Vancouver referencing:

Toubaei Sh, Hadi N, Hedayati A, Montazeri A. Comparison of health related quality of life between bipolar patients and healthy controls. *Journal of Fundamentals of Mental Health* 2012; 14(1): 54-63.

مقدمه

اختلال دوقطبی بیماری مزمن پیچیده‌ای است که مشخصه‌ی آن دوره‌های تکرارشونده‌ی افسردگی و مانیا یا هیپومانیا می‌باشد (۱). این اختلال در جامعه شایع است، به گونه‌ای که شیوع طیف اختلالات دوقطبی در کل دوره‌ی زندگی بین ۲/۸ تا ۶/۵ درصد مطرح می‌شود (۲). بیماری دوقطبی، ششمین عامل ناتوانی در سراسر دنیا در گروه سنی بزرگسالان جوان محسوب می‌شود (۳). احتمال بروز خودکشی در بیماران مبتلا به این اختلال بالا و در حدود ۱۵ درصد است (۴،۵). همچنین مطالعات مختلف بیانگر هزینه‌ی اجتماعی بالایی است که بر اثر این بیماری بر مراقبان بیمار و نیز خود بیمار (به صورت کاهش قدرت کارایی و مولد بودن) تحمیل می‌شود (۹-۶).

تخریب عملکردی حاصل از بیماری طی فازهای مانیا و افسردگی در مطالعات مختلف به اثبات رسیده است (۱۰). حتی مطالعات جدید، بیانگر احتمال بروز تغییرات عملکردی در طی دوره‌ی یوتایمیک بیماری نیز می‌باشند (۱۱). 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 (۱) و در عین حال بسیاری از بیماران نیز پذیرش پایینی برای درمان‌های دارویی مداوم دارند (۱). خصایص خود بیماری یعنی بروز دوره‌های مکرر افسردگی و مانیا، برجسته‌های مختلف زندگی و کیفیت زندگی فرد از جمله شرایط اجتماعی، شغلی، عملکردی و احساس خوب بودن وی تاثیر می‌گذارد (۱۲).

کیفیت زندگی، دامنه‌ای از نیازهای عینی هر انسانی است که مرتبط با درک شخصی وی از احساس خوب بودن به دست می‌آید. کیفیت مطلوب زندگی به معنای فقدان بیماری نیست، بلکه به معنای احساس خوب بودن در زمینه‌های متعدد روانی، اجتماعی، عملکردی و روحی می‌باشد (۱۲). سازمان بهداشت جهانی، کیفیت زندگی را این گونه تعریف می‌کند: درک افراد از موقعیت خود در زندگی در ساختار فرهنگ و سیستم ارزشی که در آن زندگی می‌کنند و در ارتباط با اهداف، انتظارات، استانداردها و موارد قابل اهمیت برای آن‌ها (۱۳).

اندازه‌گیری کیفیت زندگی در کارهای پژوهشی کاربردهای مختلفی دارد و به عنوان ابزاری مفید در اندازه‌گیری دو مقوله‌ی عملکردی و بهبودی یا تخریب سیستماتیک روانی به کار می‌رود (۱۴). جهت ارزیابی کیفیت زندگی، ابزارهای مختلفی چون پرسش‌نامه‌ی ۱۰۰ گویه‌ای کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی^۱ (WHO-QOL-100)، فرم کوتاه شده‌ی کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی^۲ (WHO-QOL-BREF)، پرسش‌نامه‌ی ۳۶ گویه‌ای سنجش سلامت عمومی^۳ (SF-36)، پرسش‌نامه‌ی ۲۰ گویه‌ای سنجش سلامت عمومی (SF-20)، پرسش‌نامه‌ی ۱۲ گویه‌ای سنجش سلامت عمومی (SF-12) و ... وجود دارند که هر یک کیفیت زندگی را در حیطه‌های مختلف جسمی و روانی مورد سنجش قرار می‌دهند (۱۴). البته بنا به مطالعات انجام گرفته یکی از بهترین ابزارهای سنجش کیفیت زندگی در بیماران دوقطبی، پرسش‌نامه‌ی ۳۶ گویه‌ای سنجش سلامت عمومی (SF-36) می‌باشد (۱۵). این پرسش‌نامه با ۳۶ گویه در ۸ بعد سلامت شامل عملکرد جسمی، محدودیت نقش به علت مشکلات جسمی، درد جسمانی، سلامت عمومی، محدودیت نقش به علت مشکلات احساسی، سلامت روانی، سرزندگی و عملکرد اجتماعی، کیفیت زندگی را مورد سنجش قرار می‌دهد.

آگاهی از این که بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی تا چه اندازه احساس خوب بودن دارند و در کدام ابعاد چنین احساسی حاصل نمی‌گردد، می‌تواند در شناخت بهتر این بیماری و برنامه‌ریزی‌های درمانی راهگشا باشد. با توجه به این که در رابطه با موضوع کیفیت زندگی در بیماران دوقطبی در کشور ایران، مطالعات اندکی انجام گرفته است. در این مطالعه، پژوهشگران بر آن شدند که کیفیت زندگی این گروه از بیماران را مورد ارزیابی قرار دهند تا با شناخت حیطه‌هایی از زندگی این افراد که بیشتر در این اختلال درگیر می‌شوند، بتوانند در راستای ارتقای سلامت این دسته از بیماران گامی موثر برداشته باشند.

¹World Health Organization-Quality of Life Assessment-100

²World Health Organization-Quality of Life Assessment-BREF

³Health Survey and The International Quality of Life Assessment-36

روش کار

در این مطالعه‌ی تحلیلی آینده‌نگر از تیرماه ۱۳۸۵ تا فروردین‌ماه ۱۳۸۶ در مراکز بهداشتی‌درمانی منتخب شهر آمل انجام شد. ۴۲۰ زن باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی‌درمانی به روش نمونه‌گیری غیر احتمالی وارد مطالعه شدند. تعیین حجم نمونه بر اساس مطالعه‌ی پایلوت (جهت به دست آوردن میانگین و انحراف معیار جمعیت مورد پژوهش) و سپس از فرمول اختلاف میانگین برآورد شد. معیارهای ورود شامل سن بین ۳۵-۱۶ سال، نداشتن مشکلات روانی، طبی، مامایی و تجربه‌ی رویداد تنش‌زای شدید در ۹ ماه گذشته و عدم استفاده از سیگار و مواد مخدر بود. مهم‌ترین معیارهای خروج از مطالعه شامل انجام سزارین اورژانسی، بستری نوزاد یا مادر در بیمارستان، داشتن کودک بیمار یا معلول و سابقه‌ی جدایی از والدین قبل از سن ۱۵ سالگی، بود.

پس از توضیح و اخذ رضایت کتبی به افراد واجد شرایط، نحوه‌ی تکمیل پرسش‌نامه آموزش داده می‌شد. در سه ماه آخر بارداری، مقیاس افسردگی پس از زایمان ادینبورگ^۱ توسط واحد پژوهش تکمیل می‌گردید. در صورتی که نمره‌ی افسردگی مساوی یا بیشتر از ۱۳ بود، واحد پژوهش از مطالعه حذف شده و به یک روان‌پزشک ارجاع داده می‌شد ولی اگر نمره‌ی افسردگی پایین‌تر از ۱۳ بود از واحد پژوهش درخواست می‌شد که دو هفته و سپس هشت هفته بعد از زایمان به مرکز بهداشتی‌درمانی مورد نظر مراجعه کند. ۴۰ نفر به علت سزارین اورژانسی، ۵۸ نفر به علت بستری شدن نوزاد در بیمارستان، ۱۲ نفر به علت عدم همکاری و دسترسی و ۱۴ نفر به علت عدم تکمیل پرسش‌نامه از مطالعه حذف شدند. در دو هفته بعد از زایمان ۳۰۰ نفر (۱۵۵ نفر در گروه زایمان طبیعی، ۱۴۶ نفر در گروه زایمان سزارین انتخابی) و در هشت هفته بعد از زایمان ۲۹۰ نفر (۱۴۸ نفر در گروه زایمان طبیعی و ۱۴۲ نفر در گروه زایمان سزارین انتخابی) فرم‌های مصاحبه پرسش‌نامه‌ی پژوهش را تکمیل نمودند.

فرم‌های مصاحبه شامل اطلاعات فردی، خانوادگی، مامایی، زایمان، بعد از زایمان و نوزاد بود. مقیاس افسردگی ادینبورگ

از ۱۰ سؤال ۴ گزینه‌ای تشکیل شده که حداقل نمره‌ی آن، صفر و حداکثر ۳۰ می‌باشد. هر سؤال، امتیازی بین صفر تا ۳ بر اساس شدت علائم به خود اختصاص می‌دهد. نمره‌ی پایین‌تر، نشان‌دهنده‌ی وضعیت بهتر فرد و نمره‌ی بالای ۱۲، وجود احتمالی اختلال افسردگی را نشان می‌دهد. این ابزار، پرسش‌نامه‌ی معتبری برای سنجش افسردگی پس از زایمان است (۲۶) و پذیرش آن توسط مادران ۱۰۰ درصد گزارش شده است (۲۷). روایی این پرسش‌نامه در مطالعه‌ی منتظری در ایران تایید شده است (۲۸). روایی فرم‌های مصاحبه توسط تعدادی از اعضای هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی مشهد روایی محتوا شد. پایایی پرسش‌نامه‌ی ادینبورگ با روش سنجش ثبات درونی (آلفا کرونباخ) $\alpha=0/92$ تایید و پایایی سایر فرم‌های مصاحبه از طریق آزمون مجدد، ۹۰ درصد به دست آمد. تجزیه و تحلیل آماری با SPSS ویرایش ۱۴ و آزمون‌های مجذور خی، تی، من‌ویتنی و مدل خطی عمومی انجام و سطح معنی‌داری در آزمون‌ها ۰/۰۵ و ضریب اطمینان ۹۵ درصد در نظر گرفته شد.

نتایج

در این مطالعه ۱۰۰ نفر بیمار (۴۶ مرد و ۵۴ زن) و ۱۰۰ نفر در گروه شاهد (۵۱ مرد و ۴۹ زن) مورد ارزیابی قرار گرفتند. حداقل سن در گروه بیماران ۱۶ سال و حداکثر سن ۶۰ سال بود. میانگین سنی این گروه ۳۳/۶۷ سال با انحراف معیار ۱۰/۷۳ سال بود. در گروه شاهد نیز حداقل و حداکثر سن شرکت کنندگان به ترتیب ۲۰ و ۵۸ سال با میانگین ۳۲/۱۵ سال و انحراف معیار ۹/۱۲ سال بود. نتایج اطلاعات جمعیت‌شناختی بیماران و گروه شاهد در جدول ۱ ذکر شده است.

در مقایسه‌ی دو گروه بیمار و شاهد از لحاظ ابعاد مختلف کیفیت زندگی، در بعد عملکرد جسمی، گروه بیماران نسبت به گروه شاهد، وضعیت نامطلوب‌تری را گزارش کردند. این تفاوت از لحاظ آماری معنی‌دار بود ($P=0/022$). در دو بعد درد جسمانی و سلامت عمومی نیز گروه بیماران از مشکلات بیشتری در مقایسه با گروه شاهد شکایت داشتند ($P<0/001$). در محدوده‌ی عملکرد اجتماعی نیز گروه بیماران، نمرات پایین‌تری را نسبت به گروه شاهد دریافت کرده

¹Edinburgh Postpartum Depression Scale

جدول ۴ حاوی یافته‌های مذکور است. مقایسه‌ی تفاوت جنسیت در گروه شاهد در ابعاد مختلف کیفیت زندگی، تفاوت معنی‌داری را بین دو جنس نشان نداد. هم‌چنین بین زنان دو گروه بیمار و شاهد و نیز مردان این دو گروه از لحاظ ابعاد مختلف کیفیت زندگی از نظر آماری تفاوت معنی‌داری گزارش نشد.

از لحاظ توزیع سنی بیماران و گروه شاهد در سه دسته‌ی سنی کمتر از ۳۰ سال، ۳۰ تا ۴۵ سال و بالاتر از ۴۵ سال مورد مقایسه قرار گرفتند. ارزیابی‌های آماری، تفاوتی را بین این سه دسته‌ی سنی در هر گروه بیمار و شاهد نشان نداد. دو گروه بیمار و شاهد نیز در هر دسته‌ی سنی با هم تفاوتی نداشتند. از نظر سطح تحصیلات، سطوح تحصیلی مختلف در هر یک از گروه‌های بیمار و شاهد با هم مقایسه شدند که تفاوت معنی‌داری را نشان ندادند. هم‌چنین هر سطح تحصیلی نیز بین دو گروه بیمار و شاهد با هم مقایسه گردید، ولی تفاوتی بین نتایج آماری دیده نشد. از لحاظ وضعیت شغلی نیز تفاوتی بین گروه‌های شغلی مختلف و بین دو گروه بیمار و شاهد وجود نداشت.

جدول ۲- مقایسه‌ی میانگین و انحراف معیار نمرات ابعاد مختلف کیفیت زندگی بر اساس پرسش‌نامه‌ی ۳۶ گویه‌ای سنجش سلامت عمومی در بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی و گروه شاهد

P	گروه شاهد (میانگین+انحراف معیار)	بیماران (میانگین+انحراف معیار)	ابعاد کیفیت
			زندگی
۰/۰۲۲	۸۱/۸۰+۲۵/۴۷	۷۳/۳۰+۲۶/۶۴	عملکرد جسمی
۰/۵۷۳	۵۳/۲۵+۳۳/۸۳	۵۶/۰۰+۳۵/۰۱	نقش فیزیکی
۰/۰۰۰	۷۱/۴۴+۲۰/۹۵	۵۸/۶۲+۲۵/۱۹	درد بدنی
۰/۰۰۰	۶۹/۹۲+۱۹/۱۹	۵۷/۱۶+۲۴/۱۴	سلامت عمومی
۰/۳۳۰	۵۹/۳۵+۱۷/۲۱	۵۶/۶۵+۲۱/۶۰	سرزندگی
۰/۰۰۰	۷۳/۷۵+۲۰/۶۸	۵۱/۶۲+۲۴/۷۸	عملکرد اجتماعی
۰/۲۹۳	۴۹/۰۰+۳۲/۶۳	۴۴/۰۰+۳۴/۴۵	نقش احساسی
۰/۰۰۰	۶۶/۶۰+۱۳/۷۲	۵۷/۶۰+۱۷/۶۱	سلامت فکری

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه‌ی حاضر، نشانگر وضعیت بدتر بیماران در حیطه‌های عملکرد جسمی، درد جسمانی، سلامت عمومی و عملکرد اجتماعی و سلامت روانی در مقایسه با افراد گروه شاهد بود. مولفه‌ی سلامت جسمی شامل سئوالاتی در ابعاد عملکرد جسمی، درد جسمانی، سلامت عمومی و مشکلات جسمی است. بعد عملکرد جسمی، توانایی‌های فرد را در زمینه‌ی انجام

بودند ($P < ۰/۰۰۰۱$) و از لحاظ سلامت روانی بین دو گروه بیمار و شاهد تفاوت معنی‌داری وجود داشت ($P < ۰/۰۰۰۱$) به این معنا که بیماران در این بعد، نمرات کمتری را کسب کردند.

جدول ۱- تعداد و درصد گروه بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی و شاهد بر حسب اطلاعات جمعیت‌شناختی

متغیر	بیماران (تعداد و درصد)		شاهد (تعداد و درصد)
	تعداد	درصد	
جنسیت			
مرد	۴۶	۵۱	۵۱
زن	۵۴	۴۹	۴۹
وضعیت تاهل			
متاهل	۴۲	۵۱	۳۸
مطلقه	۷	۷	۵۵
تحصیلات			
کمتر از دیپلم	۵۱	۳۰	۷
دیپلم	۳۷	۳۹	۳۰
بالاتر از دیپلم	۱۲	۳۱	۳۹
وضعیت اشتغال			
خانه‌دار	۳۹	۲۷	۲۷
بی‌کار	۱۹	۳۸	۳۸
شغل آزاد	۲۸	۱۷	۱۷
استخدام	۱۴	۱۸	۱۸
گروه‌های سنی			
کمتر از ۳۰ سال	۳۶	۳۸	۳۸
۳۰ تا ۴۵ سال	۴۶	۵۲	۵۲
بالاتر از ۴۵ سال	۱۸	۱۰	۱۰

یافته‌های مربوط به مقایسه‌ی دو گروه شاهد و بیمار، در ابعاد مختلف کیفیت زندگی در جدول ۲ ذکر شده است.

در گروه بیماران با در نظر گرفتن وضعیت تاهل، فقط در زمینه‌ی مشکلات احساسی، افراد مجرد وضعیت بهتری را نسبت به افراد مطلقه گزارش کردند ($P = ۰/۰۱$).

این تفاوت بین افراد متاهل و مطلقه نیز وجود داشت، یعنی بیماران متاهل وضعیت احساسی مطلوب‌تری را نسبت به بیماران مطلقه تجربه کردند. ($P = ۰/۰۱۳$)، اما در گروه شاهد در ابعاد عملکرد جسمی، درد جسمانی، سلامت عمومی، سرزندگی، عملکرد اجتماعی و سلامت روانی، هم افراد مجرد و هم افراد متاهل نسبت به افراد مطلقه وضعیت بهتری داشتند که از لحاظ آماری نیز این تفاوت‌ها معنی‌دار بودند. یافته‌های حاصل در جدول ۳ به تفصیل ذکر گردیده است.

در گروه بیماران، از لحاظ جنسیت، تنها تفاوت معنی‌دار در بعد سرزندگی بود که زنان نسبت به مردان مبتلا به اختلال دوقطبی، وضعیت بهتری داشتند ($P = ۰/۰۴۶$).

و مشکلات در انجام کارها مطرح می‌کند. احتمال رنج بردن از درد جسمی و تاثیر آن بر میزان فعالیت فرد، در بعد درد جسمانی مورد سؤال قرار می‌گیرد (۱۶).

جدول ۴- مقایسه‌ی میانگین و انحراف معیار نمرات ابعاد مختلف کیفیت زندگی بر اساس جنسیت توسط پرسش‌نامه‌ی ۳۶ گویه‌ای سنجش سلامت عمومی در بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی

P	ابعاد کیفیت زندگی	جنسیت	بیماران (میانگین ± انحراف معیار)
۰/۵۱	عملکرد جسمی	زن	۲۴/۹۸ ± ۵/۴۵
		مرد	۲۴/۲۸ ± ۵/۲۰
۰/۳۹	نقش فیزیکی	زن	۶/۳۵ ± ۱/۴۴
		مرد	۶/۱۰ ± ۱/۳۵
۰/۵	درد بدنی	زن	۸/۰۱ ± ۲/۶۲
		مرد	۷/۶۷ ± ۲/۴۰
۰/۳۰	سلامت عمومی	زن	۱۶/۸۹ ± ۴/۷۱
		مرد	۱۵/۸۹ ± ۴/۹۶
۰/۰۴	سرزندگی	زن	۱۶/۱۲ ± ۴/۲۲
		مرد	۱۴/۳۹ ± ۴/۲۸
۰/۹۲	عملکرد اجتماعی	زن	۶/۱۴ ± ۲/۱۴
		مرد	۶/۱۰ ± ۱/۸۰
۰/۷۴	نقش احساسی	زن	۴/۳۵ ± ۱/۰۶
		مرد	۴/۲۸ ± ۱/۰۰۳
۰/۲۴	سلامت فکری	زن	۱۹/۸۷ ± ۴/۴۸
		مرد	۱۸/۸۴ ± ۴/۲۹

چنین به نظر می‌رسد که مشکلات جسمانی و درد در اختلالات جسمی می‌تواند مختل‌کننده‌ی کیفیت زندگی هر فرد باشد. با توجه به این که ۲۴ درصد بیماران دوقطبی در طول زندگی سه مورد یا تعداد بیشتری از مشکلات جسمی را یا به علت بیماری زمینه‌ای احتمالی ژنتیکی دخیل و یا به علت بروز عوارض ناشی از داروهای سایکوتروپیک مصرفی، تجربه می‌کنند (۱) داشتن نمرات پایین در این حیطه از پرسش‌نامه‌ی کیفیت زندگی می‌تواند توجیه گردد (۲۰).

در مولفه‌ی عملکرد روانی، افراد از نظر سرحال بودن و سرزندگی، احساس آرامش و امنیت، شاد بودن، پرنرژی بودن، احساس غمگینی و افسردگی، احساس ضعف و خستگی و عصبی بودن و تاثیر مشکلات روحی بر انجام فعالیت‌ها، ارزیابی می‌گردند.

این نکات در قالب چهار بعد سرزندگی، عملکرد اجتماعی، مشکلات احساسی و سلامت روانی قرار می‌گیرند (۱۶).

فعالیت‌های سنگین مانند دویدن، بلندکردن اجسام سنگین، شرکت در ورزش‌های قدرتی تا فعالیت‌های متوسط مثل حرکت دادن یک میز، جا به جایی جاروبرقی و انجام ورزش‌های سبک، انجام کارهایی چون بلند کردن یا حمل خواروبار منزل، بالا رفتن از یک یا چند پله، دولا شدن، زانو زدن یا خم شدن، توانایی راه رفتن برای بیش از یک کیلومتر یا فواصل کمتر در حد چند کوچه یا در نهایت بیش از یک کوچه، توانایی حمام کردن یا پوشیدن لباس مورد سنجش قرار می‌دهد.

جدول ۳- ارتباط وضعیت تاهل (تجرد و طلاق) با ابعاد ۸ گانه‌ی کیفیت زندگی بر اساس پرسش‌نامه‌ی ۳۶ گویه‌ای سنجش سلامت عمومی در بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی و شاهد

ابعاد کیفیت زندگی	وضعیت تاهل	بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی (P)	شاهد (P)
عملکرد جسمی	مجرد	۰/۲۵۳	۰/۰۰۸
	متاهل	۰/۲۱۸	۰/۱۱۷
نقش فیزیکی	مجرد	۰/۲۱۴	۰/۰۰۵
	متاهل	۰/۱۲۵	۰/۰۸۳
درد بدنی	مجرد	۰/۱۱۲	۰/۰۹۷
	متاهل	۰/۱۵۶	۰/۰۹۴
سلامت عمومی	مجرد	۰/۴۴۳	۰/۰۰۰
	متاهل	۰/۱۲۷	۰/۱۰۹
سرزندگی	مجرد	۰/۳۴۲	۰/۰۰۳
	متاهل	۰/۳۲۲	۰/۰۰۰
عملکرد اجتماعی	مجرد	۰/۰۹۹	۰/۱۰۱
	متاهل	۰/۲۵۱	۰/۰۰۳
نقش احساسی	مجرد	۰/۱۲۶	۰/۰۰۸
	متاهل	۰/۱۱۸	۰/۰۶۰
سلامت فکری	مجرد	۰/۱۷۳	۰/۰۰۰
	متاهل	۰/۸۵	۰/۰۰۰
عملکرد اجتماعی	مجرد	۰/۱۲۱	۰/۰۷۱
	متاهل	۰/۲۱۲	۰/۰۰۰
نقش احساسی	مجرد	۰/۰۱۰	۰/۱۰۲
	متاهل	۰/۰۹۰	۰/۱۱۱
سلامت فکری	مجرد	۰/۰۱۳	۰/۱۰۵
	متاهل	۰/۰۹۱	۰/۰۰۰
عملکرد اجتماعی	مجرد	۰/۰۹۸	۰/۰۷۰
	متاهل	۰/۱۲۵	۰/۰۰۰

بعد مشکلات جسمی نیز سؤالاتی را در رابطه با کاهش مدت زمانی که صرف یک کار یا فعالیت می‌شود و دستیابی به حدی کمتر از آن چه مورد انتظار در فعالیت است و بروز محدودیت

۵ بعد عملکرد جسمی، درد جسمانی، سلامت عمومی، عملکرد اجتماعی و سلامت روانی که وضعیت نامطلوب‌تر بیماران را نسبت به افراد سالم نشان می‌دهد، همخوانی دارد و صرفاً در سه بعد مشکلات جسمی، مشکلات احساسی و سرزندگی در مطالعه‌ی حاضر برخلاف سه پژوهش مذکور، تفاوتی بین بیماران و افراد سالم مشاهده نشده است.

در مطالعه‌ای که در سال ۲۰۰۸ در تایلند انجام گرفت، نتایج تحقیق بر اساس پرسش‌نامه‌ی ۳۶ گویه‌ای سنجش سلامت عمومی نشان داد که بیماران در ۶ حیطة (عملکرد جسمی، مشکلات جسمی، سلامت عمومی، سرزندگی، مشکلات احساسی، سلامت روانی) نمرات پایینی داشتند که این نتایج در سه حیطة (عملکرد جسمی، سلامت جسمی و سلامت روانی) مشابه مطالعه‌ی حاضر بود. در گروه تحت مطالعه‌ی تایلندی، در بررسی از لحاظ تقسیم‌بندی سنی، کمترین نمرات مربوط به افراد ۱۵ تا ۲۴ ساله بود. نمرات افراد با اختلال دوقطبی تنها در ۲ حیطة (درد جسمانی و عملکرد اجتماعی) از نمرات افراد سالم اجتماع بالاتر بود (۲۶). در مطالعه‌ی دیگری که در سال ۲۰۰۹ در شهر تهران توسط امینی و همکاران بر روی بیماران دوقطبی انجام گرفت، کیفیت زندگی این افراد در سه مرحله یعنی زمان بستری، زمان ترخیص و شش ماه پس از ترخیص مورد ارزیابی قرار گرفت. در این مطالعه که با استفاده از فرم کوتاه شده‌ی پرسش‌نامه‌ی کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی انجام گرفته بود، نمرات کیفیت زندگی بیماران دوقطبی به نمره‌ی کل کیفیت زندگی در جمعیت عمومی شهر تهران نزدیک بود (۲۷). این بیماران در زمان بستری در هر یک از فازهای مانیا یا افسردگی می‌توانستند باشند (۲۸). این نتایج با نتایج مطالعه‌ی حاضر، همخوانی ندارد که شاید ناشی از تفاوت‌های توزیع جمعیت شناختی از لحاظ وضعیت تاهل، تحصیلات و شغل، بین بیماران دو مطالعه و نیز استفاده از دو پرسش‌نامه‌ی مختلف جهت سنجش کیفیت زندگی باشد. در مطالعه‌ی آرنولد^۴ که در آن افراد دچار اختلال دوقطبی با بیماران مبتلا به درد کمری مزمن و افراد سالم از لحاظ کیفیت زندگی با پرسش‌نامه‌ی ۳۶ گویه‌ای سنجش سلامت عمومی مورد مقایسه قرار گرفته بودند، بیماران

کسب نمرات پایین در ابعاد مختلف عملکرد روانی می‌تواند ناشی از خصیصه‌ی اختلال دوقطبی باشد یعنی دوره‌های مکرر عود بیماری که نیاز به بستری‌های متعدد را به همراه دارد. این بیماران طی دوره‌های افسردگی به علت تمایل به گوشه‌گیری و دوری‌گزینی از اجتماع، در ارتباطات بین فردی دچار مشکل می‌گردند. این مسئله در دوره‌های مانیا و هیپومانیا به صورت بی‌قراری و مداخلات بی‌جا در کارهای دیگران می‌تواند مشکل‌زا شود. با توجه به برجستگی که این بیماران در محیط زندگی دریافت می‌کنند (۲۱)، حتی در دوره‌های بهبودی نیز به نظر می‌رسد که عنوان بیماری بر عملکرد اجتماعی و روابط بین فردی ایشان، تاثیر نامطلوب بگذارد و یا همان طور که در پژوهش آلمدی روکا^۱ و همکاران، مطرح می‌شود رفتارهای بازداشته شده از احساسات و با دقت زیاد بیماران یوتایمیک دوقطبی با تاثیری که بر سایر افراد و محیط می‌گذارد، اثری منفی بر عملکرد اجتماعی و کیفیت زندگی این بیماران دارد (۲۲). در پژوهش همه‌گیری‌شناسی گسترده‌ای که در هلند انجام شد و در آن بیماران دوقطبی با سایر اختلالات روانی مقایسه شدند، در تمام حیطة‌ها، بیماران دوقطبی نمرات کمتری را نسبت به سایر اختلالات روانی کسب کردند (۲۳). در مطالعه‌ی آکاواردار و آکدده^۲، کیفیت زندگی بیماران دوقطبی که حداقل به مدت یک ماه یوتایمیک بودند، پایین‌تر از جمعیت عمومی گزارش شده است (۲۴). در پژوهش بریسوس^۳ و همکاران که در آن بیماران دوقطبی یوتایمیک از لحاظ وضعیت شناختی و کیفیت زندگی مورد بررسی قرار گرفته بودند و با گروه شاهد مقایسه شده بودند، در تمام حیطة‌ها بیماران دوقطبی، وضعیت بدتری را نسبت به گروه شاهد داشتند که با توجه به آسیب شناختی پایداری که بیماران حتی در دوره‌های یوتایمیک نیز از آن رنج می‌برند، پژوهشگر، کیفیت زندگی پایین‌تر بیماران را مرتبط با آسیب شناختی آنان مطرح نموده بود (۲۵). نتایج این سه مطالعه، بیانگر وضعیت بدتر بیماران دوقطبی حتی در دوره‌ی یوتایمیک بیماری نسبت به جمعیت سالم است که با نتایج حاصل از مطالعه‌ی حاضر در

^۱ Alemedi Rocca

^۲ Akvardar and Akdede

^۳ Brissos

^۴ Arnold

بیماران زن محدودیت بیشتری را در حیطه‌های عملکرد جسمی و درد جسمانی مطرح نمودند (۳۲) که با نتایج مطالعه‌ی حاضر همسویی ندارد. دومین متغیر جمعیت‌شناختی موثر، وضعیت تاهل در بعد مشکلات احساسی بود که در آن دو گروه افراد مجرد و متأهل نسبت به افراد مطلقه، شرایط بهتری داشتند که با در نظر گرفتن وضعیت فرهنگی و انتظارات حاکم بر جامعه‌ی ایران و حمایت بیشتری که افراد متأهل و مجرد در مقایسه با افراد مطلقه دریافت می‌کنند، منطقی به نظر می‌رسد.

در مطالعه‌ی امینی و همکاران بین کیفیت زندگی و بیشتر عوامل جمعیت‌شناختی (سن، وضعیت تاهل، اشتغال و سطح تحصیلات) در هیچ یک از سه مرحله‌ی بررسی بیماران ارتباطی دیده نشد (۲۸) که البته به علت تعداد اندک بیمارانی که در هر دو مطالعه در دسته‌های مختلف تاهل قرار می‌گیرند، مقایسه از این لحاظ نیازمند بررسی بیماران بیشتر است.

در کل به نظر می‌رسد، افراد مبتلا به اختلال دوقطبی حتی در فاز یوتایمیک بیماری نیز از لحاظ ابعاد مختلف عملکرد جسمی و روانی دچار آسیب هستند و در واقع کیفیت زندگی آنان در قیاس با افراد سالم، افت بارزی را نشان می‌دهد. تاثیر عوامل جمعیت‌شناختی از جمله جنسیت، وضعیت تاهل، شرایط شغلی و تحصیلی در مطالعات مختلف، نتایج متناقضی را نشان داده است که می‌تواند عمدتاً ناشی از تاثیر محیط اجتماعی و فرهنگی بر زندگی افراد باشد.

با توجه به تاثیر عمیق اختلال دوقطبی بر کیفیت زندگی بیماران که حتی در طی دوره‌های یوتایمیک بیماری نیز نمود دارد، به نظر می‌رسد که برای این افراد حمایت‌های بیشتری در قالب برنامه‌های آموزشی مهارت‌های ارتباطی، روان‌درمانی‌های مختلف تایید شده برای این بیماری، حمایت‌های اجتماعی و پی‌گیری‌های مکرر از لحاظ بررسی وضعیت سلامت جسمی نیاز است تا موجب ارتقای کیفیت زندگی آنان گردد.

دوقطبی به جز در دو بعد درد جسمانی و عملکرد جسمی، در سایر موارد نسبت به جمعیت سالم تحت مطالعه نمرات پایین‌تری گرفتند (۲۹) البته در این پژوهش تنها ۴۴ بیمار دوقطبی مورد مطالعه قرار گرفته بودند.

دربخشی از مطالعه‌ی دپ^۱ و همکاران که در آن افراد بالای ۴۵ سال با بیماری دوقطبی با افراد سالم همین گروه سنی مورد مقایسه قرار گرفتند، بیماران دوقطبی از لحاظ وضعیت تحصیلی و شغلی در شرایطی مشابه افراد سالم قرار داشتند، اما نمرات پایین‌تری را از پرسش‌نامه‌ی SF-36 کسب کردند. بیماران دوقطبی حتی در فاز بهبودی نیز نمرات کمتری را نسبت به گروه شاهد در مقیاس سنجش کیفیت خوب بودن^۲ (QWB) دریافت کردند (۳۰). ساختار سنی شرکت‌کنندگان این پژوهش، متفاوت از مطالعه‌ی حاضر می‌باشد.

در مطالعه‌ی حاضر، از میان متغیرهای جمعیت‌شناختی دو عامل در کیفیت زندگی موثر شناخته شدند. یکی عامل جنسیت در بعد سرزندگی که در این مورد زنان وضعیت بهتری را نسبت به مردان گزارش نموده بودند و با توجه به خصوصیت سلطه‌پذیری بیشتر در زنان نسبت به مردان، تحمل راحت‌تر مشکلات در این گروه قابل توجیه است (۱).

در مطالعه‌ی ته^۳ و همکاران، زنان مبتلا به انواع اختلالات روانی عمده مانند اختلال دوقطبی، اسکیزوفرنی و اسکیزوافکتیو در مقایسه با مردان مبتلا، اگر چه نمرات پایین‌تری را در ابعاد فیزیکی پرسش‌نامه‌ی ۳۶ گویه‌ای سنجش سلامت عمومی کسب کردند، اما نسبت به بیماری خود انتظار و چشم‌داشت بهتری داشتند (۳۱) که از این نظر با داده‌های مطالعه‌ی کنونی همسویی دارد. در مطالعه‌ی راب^۴ که کیفیت زندگی بیماران دوقطبی بین دو جنس مذکر و مونث با استفاده از پرسش‌نامه‌ی ۲۰ گویه‌ای سنجش سلامت عمومی مورد مقایسه قرار گرفت،

¹Depp

²Quality of Well-Being Scale

³Teh

⁴Robb

References

1. Akiskal SH. Mood disorders. In: Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. (editors). Kaplan and Sadock's comprehensive textbook of psychiatry. 9th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2009:1629-45.

2. Bauer M, Pfennig A. Epidemiology of bipolar disorders. *Epilepsia* 2005; 46(4): 8-13.
3. Lopez AD, Murray CJ. The global burden of disease. *Nat Med* 1998; 4: 1241-3.
4. Vieta E, Benabarre A, Gasto C, Nieto E, Colom F, Otero A, et al. Suicidal behavior in bipolar I and bipolar II disorder. *J Nerv Ment Dis* 1997; 185: 407-9.
5. Tsai SY, Kuo CJ, Chen CC, Lee HC. Risk factors for completed suicide in bipolar disorder. *J Clin Psychiatry* 2002; 63: 469-76.
6. Havermans R, Nicolson NA, Devries MW. Daily hassles, uplifts, and time use in individuals with bipolar disorder in remission. *J Nerv Ment Dis* 2007; 195(9): 745-51.
7. Hakkaart-van Roijen L, Hoeijenbos MB, Regeer EJ, Ten Have M, Nolen WA, Veraart CP, Rutten FF. The societal costs and quality of life of patients suffering from bipolar disorder in the Netherlands. *Acta Psychiatr Scand* 2004; 110(5): 383-92.
8. McMorris BJ, Downs KE, Panish JM, Dirani R. Workplace productivity, employment issues, and resource utilization in patients with bipolar I disorder. *J Med Econ* 2010; 13(1): 23-32.
9. Morselli PL, Elgie R, Cesana BM. GAMIAN-Europe/BEAM survey II: Cross-national analysis of unemployment, family history, treatment satisfaction and impact of the bipolar disorder on life style. *Bipolar Disord* 2004; 6(6): 487-97.
10. Vojta C, Kinoshian B, Glick H, Altshuler L, Bauer M. Self-reported quality of life across mood states in bipolar disorder. *Compr Psychiatry* 2001; 42: 190-5.
11. Sanchez-Moreno J, Martinez-Aran A, Tabarés-Seisdedos R, Torrent C, Vieta E, Ayuso-Mateos JL. Functioning and disability in bipolar disorder: an extensive review. *Psychother Psychosom* 2009; 78(5): 285-97.
12. Zhang H, Wisniewski SR, Bauer MS. Comparison of perceived quality of life across clinical states in bipolar disorder: Data from first 2000 Systematic Treatment Enhancement Program For bipolar Disorder (STEP-BD) participants. *Compr Psychiatry* 2006; 47: 161-8.
13. The WHOQOL Group. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med* 1995; 10: 1403-9.
14. Namjoshi MA, Buesching DP. A Review of the health related quality of life literature in bipolar disorder. *Qual Life Res* 2001; 10: 105-15.
15. Ware JE, Snow KK, Kosinski M, Gandek B. SF-36 health survey manual and interpretation guide. New England Medical Center. The Health Institute: Boston, MA; 1993.
16. Ware JR, Gandek B. Over view of the SF-36 health survey and the international quality of life assessment. *Epidemiology* 1998; 51: 903-12.
17. Montazeri A, Gashtasebi A, Vahdani M, Ganalek B. The short form health survey of the Iranian version. *Qual Life Res* 2005; 16: 875-82.
18. Hadi N, Karami D, Montazeri A. [Health related quality of life in major thalassemic patients]. *Payesh (Health monitor)* 2009; 8: 387-93. (Persian)
19. Hadi N, Montazeri A, Behboodi E. [Assessment of health related quality of life in chronic liver disease patients]. *Payesh (Health monitor)* 2010; 9(2): 165-72. (Persian)
20. Kilbourne AM, Perron BE, Mezuk B, Welsh D, Ilgen M, Bauer MS. Co-occurring conditions and health-related quality of life in patients with bipolar disorder. *Psychosom Med* 2009; 71(8): 894-900.
21. Michalak EE, Yatham LN, Maxwell V, Hale S, Lam RW. The impact of bipolar disorder upon work functioning: A qualitative analysis. *Bipolar Disord* 2007; 9: 126-43.
22. Alemedi Rocca CC, Macedo-Soares MB, Gorenstein C, Tamada RS, Issler CK, Dias RS. Social dysfunction in bipolar disorder: Pilot study. *Aust N Z J Psychiatry* 2008; 42(8): 686-92.
23. Hakkaart-van Roijen L, Hoeijenbos MB, Regeer EJ, ten Have M, Nolen WA, Veraart CP, et al. The social costs and quality of life of patients suffering from bipolar disorder in the Netherlands. *Acta Psychiatr Scand* 2004; 110(5): 383-92.
24. Akvardar Y, Akdede B. 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: 693-9.
25. Brissos S, DiasVV, Kapczinski F. Cognitive performance and quality of life in bipolar disorder. *Can J Psychiatry* 2008; 53(8): 517-24.
26. Kongsakon R, Thomyangkoon PK, Anchanatawan B, Janenawasin S. Health-related quality of life in Thai bipolar disorder. *J Med Assoc Thai* 2008; 91(6): 913-8.

27. Nejat S, Montazeri A, Holakooie 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: 61-4.
28. Amini H, Alimadadi Z, Nejatiasafa A, Sharifi V, Ahmadi-Abhari SA. [Quality of life in a group of patients with bipolar disorder and some of their clinical characteristics]. *Iranian journal of psychiatry and clinical psychology* 2009; 15(2): 175-82. (Persian)
29. Arnold LM, Witzeman KA, Swank ML, McElroy SL, Keck PE Jr. 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. *J Affect Disord* 2000; 57: 235-9.
30. Depp CA, Davis CE, Mittal D, Patterson TL, Jeste DV. Health-related quality of life and functioning of middle-aged and elderly adults with bipolar disorder. *J Clin Psychiatry* 2006; 67(2): 215-21.
31. Teh CF, Kilbourne AM, McCarthy JF, Welsh D, Blow FC. Gender differences in health-related quality of life for veterans with serious mental illness. *Psychiatr Serv* 2008; 59(6): 663-9.
32. Robb JC, Young TL, Cooke RG, Joffe RT. Gender differences in patients with bipolar disorder influence outcome in the medical outcomes survey (SF-20) subscale scores. *J Affect Disord* 1998; 49: 189-93.

