

پی گیری یک ساله بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی بستری شده در بیمارستان روزبه

دکتر همایون امینی^۱، دکتر ونداد شریفی^۲، دکتر علی اکبر نجاتی صفا^۳، دکتر محمد اربابی^۴، دکتر مریم طباطبایی^۵،
دکتر زینب علی مددی^۶، دکتر فرهاد فریدحسینی^۷، دکتر مهدی رفیعی میلajerdi^۸، دکتر علیرضا منوچهری^۹، دکتر ارشیا صدیق^۶

One Year Follow-up of Patients with Bipolar Disorder Admitted to Roozbeh Hospital

Homayoun Amini^a, Vandad Sharifi^b, Aliakbar Nejatiasafa^b, Mohammad Arbabi^b,
Maryam Tabatabaie^{*}, Zeinab Alimadadi^c, Farhad Faridhosseini^d,
Mahdi Rafiei Milajerdi^c, Alireza Manouchehri^e, Arshia Seddige^e

Abstract

Objectives: The aim of this study was to evaluate the outcome of a group of patients with bipolar I disorder admitted to Roozbeh Hospital, Tehran, Iran, during one year follow up. **Method:** In this prospective naturalistic study, 131 subjects with bipolar I disorder who were consecutively admitted to the hospital were enrolled. Patients were assessed at baseline, discharge, and 6 and 12 months after admission to the hospital. Different aspects of response to treatment including severity of mood and psychotic symptoms, extrapyramidal side effects, global functioning and service satisfaction were assessed using a demographic questionnaire, Young Mania Rating Scale (Y-MRS), and Hamilton Rating Scale for Depression (HAM-D). **Results:** Severity of symptoms and function showed significant improvement only at discharge ($p < 0.001$), and was not significant afterwards. Patients showed a response rate of 65.4% based on 50% decrease on (Y-MRS), at discharge. **Conclusion:** Improvement in symptom severity and global functioning was significant at discharge but there was no significant improvement after discharge and during one year follow up.

Key words: bipolar disorder; treatment outcome; longitudinal study

[Received: 2 March 2008; Accepted: 25 August 2008]

چکیده

هدف: هدف این پژوهش بررسی پیامد اختلال دوقطبی در بیماران بستری شده در بیمارستان روزبه در پی گیری یک ساله بوده است. **روش:** این بررسی به صورت طولی و آینده نگر بر روی ۱۳۱ بیمار مبتلا به اختلال دوقطبی انجام شد که به صورت پی در پی بستری شده بودند. ارزیابی ها در آغاز بستری، زمان ترخیص از بیمارستان و شش و ۱۲ ماه پس از بستری انجام شد و جنبه های گوناگون نتیجه درمان از جمله شدت علائم خلقی و پسیکوتیک، عوارض خارج هرمی، رضایت از درمان و عملکرد کلی به کمک یک پرسش نامه جمعیت شناختی، مقیاس درجه بندی یانگ (Y-MRS) و مقیاس درجه بندی افسردگی هامیلتون (HAM-D) سنجیده شد. **یافته ها:** شدت علائم و عملکرد بیماران، تنها در زمان ترخیص بهبودی معنی دار داشت ($p < 0.001$) و پس از آن تغییر چشم گیری نداشت. پاسخ به درمان بر پایه کاهش ۵۰٪ در مقیاس درجه بندی مانیا یانگ در زمان ترخیص ۶۵/۴٪ بود. **نتیجه گیری:** شدت علائم پس از بستری به میزان چشم گیری کاهش می یابد ولی پس از آن در طول یک سال پی گیری تغییر قابل توجهی نمی کند.

کلیدواژه: اختلال دوقطبی؛ پیامد درمان؛ بررسی طولی

[دریافت مقاله: ۱۳۸۶/۱۲/۱۲؛ پذیرش مقاله: ۱۳۸۷/۶/۴]

^۱ روانپزشک، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تهران، مرکز تحقیقات روانپزشکی و روانشناسی، ^۲ روانپزشک، استادیار دانشگاه علوم پزشکی تهران، ^۳ روانپزشک، استادیار دانشگاه علوم پزشکی تهران، ^۴ روانپزشک، استادیار دانشگاه علوم پزشکی تهران، ^۵ روانپزشک، استادیار دانشگاه علوم پزشکی تهران، ^۶ روانپزشک، استادیار دانشگاه علوم پزشکی تهران، ^۷ روانپزشک، استادیار دانشگاه علوم پزشکی تهران، ^۸ روانپزشک، استادیار دانشگاه علوم پزشکی تهران، ^۹ روانپزشک، استادیار دانشگاه علوم پزشکی تهران. ^{*} نویسنده مسئول. E-mail: tabatabaee@sina.tums.ac.ir

^{*} Corresponding author: Psychiatrist, Assistant Prof. of Tehran University of Medical Sciences, Roozbeh Hospital, South Kargar Ave., Tehran Iran, IR. Fax: +9821-55419113. E-mail: tabatabaee@sina.tums.ac.ir; ^a Psychiatrist, Associate Prof. of Tehran University of Medical Sciences, Psychiatry and Psychology Research Center; ^b Psychiatrist, Assistant Prof. of Tehran University of Medical Sciences; ^c Psychiatrist; ^d Psychiatrist, Assistant Prof. of Shahid Beheshti University of Medical Sciences; ^e GP.

مقدمه

بود. با توجه به ریزش نسبتاً بالا در ویزیت دوم (۲۰/۶٪)، برای ارزیابی بیمار در ویزیت‌های سوم و چهارم، در صورت مراجعه نکردن به موقع بیمار، سه بار تماس تلفنی گرفته می‌شد و در صورت عدم موفقیت برای تماس با بیمار به کمک تلفن، مددکار به آدرس نوشته شده در پرونده فرستاده می‌شد تا به‌طور حضوری از بیمار و خانواده وی برای پی‌گیری دعوت نماید. ارزیابی‌ها شامل برخی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی، علامت‌شناسی مانیا بر پایه مقیاس درجه‌بندی مانیای یانگ^۱ (YMRS) (یانگ^۱، بیگز^۱ و زیگلر^{۱۱}، ۱۹۷۸) (پرسش‌نامه ۱۱ ماده‌ای برای سنجش شدت مانیا است که توسط روانپزشک پر می‌شود)، علامت‌شناسی افسردگی بر پایه مقیاس درجه‌بندی افسردگی هامیلتون^{۱۲} (HAM-D) (هامیلتون^{۱۲}، ۱۹۷۶) (که برای سنجش شدت افسردگی بر پایه مصاحبه با بیمار و نزدیکان وی پر می‌شود و دارای ۲۱ ماده است)، علامت‌شناسی پس‌کوز بر پایه مقیاس علایم مثبت و منفی^{۱۴} (PANSS) (کی^{۱۵}، اپلر^{۱۶} و لیندنمیر^{۱۷}، ۱۹۸۸) (ابزاری است که توسط فرد آموزش‌دیده برای سنجش علایم پس‌کوتیک به کار می‌رود و دارای ۳۰ ماده است)، کارکرد فردی و اجتماعی به کمک مقیاس سنجش کلی عملکرد^{۱۸} (GAF) (کتابچه DSM-IV) (بین یک تا ۱۰۰ توسط بالینگر نمره‌گذاری می‌شود)، عوارض بر پایه مقیاس درجه‌بندی عوارض خارج هرمی^{۱۹} (ESRS) (چوینارد^{۲۰} و انابل^{۲۱}، ۱۹۸۰) (این ابزار دارای چهار بخش بوده که توسط فرد آموزش‌دیده برای سنجش اختلال‌های حرکتی ناشی از داروها به کار می‌رود) و رضایت از خدمات درمانی بر پایه پرسش‌نامه رضایت مراجع^{۲۲} (CSQ) (لهمن و زاستونی^{۲۳}، ۱۹۸۳) (این پرسش‌نامه دارای هشت ماده است که توسط بیمار برای

اثربخشی^۱ درمان در شرایط بهینه پژوهش با تأثیر^۲ آن در شرایط واقعی و بالینی تفاوت دارد؛ زیرا در شرایط عملی درمان، ناهمگونی آزمودنی‌ها بیشتر است، چگونگی به‌کارگیری مداخله‌های درمانی، شیوه ارزیابی‌ها و نظارت بر درمان تفاوت اساسی با محیط آزمایشگاهی دارد و پیروی از دستورات درمانی کمتر است (لهمن^۳، ۱۹۹۶). از سوی دیگر، بررسی‌ها گویای آن هستند که کمتر از پنج درصد پژوهش‌های علوم پزشکی بر روی بیماران در شرایط واقعی انجام می‌شود و بیشتر از آن‌که اثرمندی درمان در عمل و فعالیت‌های معمول بالینی بررسی شود، میزان اثربخشی انواع درمان‌ها در شرایط کنترل‌شده ارزیابی می‌گردد (لبوویتز^۴ و رودورفر^۵، ۱۹۹۸).

از جمله بررسی‌های انجام‌شده در این زمینه که وضعیت بیماران را در شرایط واقعی بررسی کرده‌اند، بررسی کک^۶ و همکاران (۱۹۹۸) بود که ۱۳۴ بیمار مبتلا به اختلال دوقطبی را پس از بستری در یک پی‌گیری ۱۲ ماهه از نظر میزان بهبود سندرمی و کارکردی در آمریکا ارزیابی کردند و بهبود سندرمی را در ۴۸٪ و بهبود کارکردی را در ۳۰٪ افراد مورد بررسی گزارش نمودند.

در پژوهش حاضر با توجه به نداشتن اطلاعات پایه در کشور در زمینه میزان پاسخ به خدمات درمانی روانپزشکی، میزان پاسخ به درمان در یک مرکز دانشگاهی روانپزشکی شهر تهران (بیمارستان روزبه) در بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی طی یک‌سال ارزیابی شد.

روش

این بررسی به‌صورت طولی و آینده‌نگر بر روی ۱۳۱ بیمار مبتلا به اختلال دوقطبی بستری در بیمارستان روزبه انجام شد. آزمودنی‌ها از زمان آغاز بررسی به‌طور پی‌درپی در بیمارستان روزبه بستری شدند. معیارهای ورود شامل تشخیص توافقی اختلال دوقطبی در فاز مانیا یا مختلط توسط روانپزشک معالج و یک دستیار روانپزشکی همکار طرح بر پایه معیارهای تشخیصی DSM-IV^۷، داشتن سن ۱۸ تا ۶۵ سال، رضایت آگاهانه بیمار و خانواده و سکونت بیمار در استان تهران بود. ارزیابی‌ها در آغاز بستری، هنگام ترخیص از بیمارستان و شش و ۱۲ ماه پس از بستری انجام شد. زمان ترخیص بر پایه نظر پزشک معالج و معمولاً بین چهار تا هشت هفته پس از بستری

- | | |
|---|------------------|
| 1- efficacy | 2- effectiveness |
| 3- Lehman | 4- Lebowitz |
| 5- Rudorfer | 6- Keck |
| 7- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th. ed.) | |
| 8-Young Mania Rating Scale | 9- Young |
| 10- Biggs | 11- Ziegler |
| 12- Hamilton Depression Rating Scale | |
| 13- Hamilton | |
| 14- Positive and Negative Syndrome Scale | |
| 15- Kay | 16- Opler |
| 17- Lindenmayer | |
| 18- Global Assessment of Functioning Scale | |
| 19- Extrapyrarnidal Symptom Rating Scale | |
| 20- Chouinard | 21- Annabel |
| 22- Client Satisfaction Questionnaire | |
| 23- Zastowny | |

جدول ۱- توزیع فراوانی آزمودنی‌های مبتلا به اختلال دوقطبی بر حسب جنس، وضعیت تأهل، میزان تحصیلات و وضعیت شغلی

فراوانی (%)	
جنس	
زن	۵۴ (۴۱)
مرد	۷۷ (۵۹)
وضعیت تأهل	
مجرد	۶۶ (۵۲)
متأهل	۳۸ (۲۹/۹)
از همسر جدا شده	۲۱ (۱۶/۵)
بیوه	۲ (۱/۶)
تحصیلات	
بی سواد	۹ (۷)
ابتدایی	۲۶ (۲۰/۲)
راهنمایی	۴۱ (۳۱/۸)
دبیرستان	۳۰ (۲۳/۲)
دانشگاهی	۲۳ (۱۷/۹)
وضعیت شغلی	
کار تمام وقت	۲۳ (۱۸/۳)
کار نیمه وقت	۱۰ (۷/۹)
خانه دار	۲۲ (۱۷/۵)
در حال تحصیل	۹ (۷/۱)
بازنشسته	۳ (۲/۴)
بی کار	۵۷ (۴۵/۲)
سایر	۲ (۱/۶)

۴۲/۱٪ بیماران با لیتیوم و ۲۸٪ با والپروات سدیم تحت درمان قرار گرفتند. باقیمانده بیماران با سایر داروهای تثبیت کننده خلق شامل لاموتریزین، گاباپنتین، کاربامازپین و توپیرامات به صورت تک دارویی یا ترکیبی درمان شدند. به طور کلی ۸/۴٪ بیماران درمان ترکیبی با تثبیت کننده های خلق دریافت کردند.

در ۴۱/۵٪ بیماران داروهای ضد پسیکوز تیبیکال، ۴۶/۸٪ ضد پسیکوز آتیبیکال و ۱۱/۷٪ ترکیبی از این دو نوع را دریافت کردند. داروهای یاد شده مربوط به زمان ترخیص است و از تغییرات پس از آن زمان اطلاعی در دست نیست.

سنجش رضایت از خدمات پر می شود) بود. همه ابزارهای یاد شده به جز پرسش نامه رضایت مراجع توسط بالینگر آموزش دیده نمره گذاری می شوند و پایایی و روایی آنها در چندین بررسی سنجیده شده است که در حد قابل قبول بوده است. پایایی پرسش نامه رضایت مراجع به روش باز آزمایی در بررسی حاضر بر روی بیماران ایرانی ۰/۷۹ به دست آمد.

پایایی بین ارزیاب ها^۱ که به روش ضریب همبستگی بین کلاسی^۲ بر روی شش نفر از بیماران محاسبه شد، به شرح زیر به دست آمد: $GAF=0/58$; $HAM-D=0/96$; $PANSS=0/81$; $CSQ=0/79$; $YMRS=0/33$.

در مورد روایی ابزارها همان طور که قبلاً هم ذکر شد، چون از نسخه اصلی ابزارها استفاده شده که روایی آنها اندازه گیری شده و قابل قبول است، نیازی به اندازه گیری مجدد آنها در این مطالعه نبود.

شاخص اصلی پاسخ به درمان در این جا به صورت کاهش ۵۰٪ در مقیاس درجه بندی مانیای یانگ (ا برکت^۳ و همکاران، ۲۰۰۷) در ویزیت دوم نسبت به ویزیت اول تعریف شد.

تحلیل داده ها به کمک آمار توصیفی، آزمون زوجی و آزمون t مستقل انجام شد.

یافته ها

یکصد و سی و یک بیمار مبتلا به اختلال دوقطبی وارد بررسی شدند و ۴۵/۸٪ آنها پی گیری یک ساله را به پایان رساندند. ۲۹ نفر از بیماران به علت اشتباه بودن نشانی یا شماره تلفن و شهرستانی بودن از بررسی کنار گذاشته شدند، که ریزش به شمار نمی روند. ریزش در نه مورد به علت تغییر نشانی و یا شماره تلفن، ۱۹ مورد به علت مراجعه نکردن و همکاری نکردن و چهار مورد نیز به دلیل منتقل شدن به زندان یا مرکز نگهداری، رخ داد. بین بیمارانی که بررسی را کامل کرده بودند با بیمارانی که در ویزیت های دوم، سوم و چهارم از بررسی خارج شدند از نظر ویژگی های جمعیت شناختی و وضعیت بالینی، تفاوت معنی داری دیده نشد. برخی ویژگی های جمعیت شناختی بیماران در **جدول ۱** آورده شده است. میانگین سنی در بیماران ۳۲/۲±۱۰/۷ سال و میانگین طول مدت بیماری ۹±۸/۱ سال بود.

1- inter-rater reliability
2- inter-class correlation coefficient
3- Ebrecht

جدول ۲- وضعیت بالینی بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی، در هنگام بستری، هنگام ترخیص، شش ماه و ۱۲ ماه پس از بستری

ابزارها	ویزیت ۱ میانگین ± انحراف معیار	ویزیت ۲ میانگین ± انحراف معیار	ویزیت ۳ میانگین ± انحراف معیار	ویزیت ۴ میانگین ± انحراف معیار	مقایسه ۲ و ۱ درجه آزادی	مقایسه ۳ و ۲ درجه آزادی	مقایسه ۴ و ۲ درجه آزادی	مقایسه ۴ و ۱ درجه آزادی	مقایسه ۳ و ۱ درجه آزادی
^۱ GAF	۱۹/۲±۱۱/۶	۴۴/۷±۱۸/۱	۴۴/۷±۲۰/۷	۵۱/۷±۱۹/۱	**۹۹	۵۵	۴۳	**۵۳	۳۵
^۲ HAM-D	۱۷/۶±۷/۴	۱۰/۴±۶/۹	۱۰/۶±۸/۵	۸/۸±۶/۹	**۱۰۱	۵۶	۴۵	**۵۵	۳۸
^۳ PANSS-Tot	۷۴/۷±۱۷/۶	۴۹/۵±۱۴/۶	۴۹/۹±۱۵/۹	۴۶/۶±۱۴/۳	**۱۰۲	۵۶	۴۵	**۵۵	۳۸
^۴ Y-MRS	۲۶/۱±۱۰/۲	۱۱/۴±۱۲	۹/۴±۹/۴	۸/۶±۸/۸	**۱۰۱	۵۶	۴۶	**۵۶	۳۹
^۵ ESRS	۷/۳±۱۵/۸	۱۱±۱۲/۲	۵/۲±۹	۳/۸±۵/۵	۱۸	۱۲	*۱۹	۹	۲۳

ویزیت ۱= بدوی بستری؛ ویزیت ۲= هنگام ترخیص؛ ویزیت ۳= ۶ ماه پس از بستری؛ ویزیت ۴= ۱۲ ماه پس از بستری

1- Global Assessment of Functioning Scale; 2- Hamilton Depression Rating Scale; 3- Positive and Negative Syndrome Scale; 4- Young Mania Rating Scale; 5- Extrapyramidal Symptom Rating Scale; *p<۰/۰۵; **p<۰/۰۱

به طور کلی ۲۱/۴٪ (۲۸ نفر) از بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی در طول پی گیری بستری شدند. البته وضعیت ۷/۶٪ (۱۰ نفر) از کل بیماران از نظر بستری دوباره مشخص نشد.
در زمینه عوارض دارویی (جدول ۲) نمره مقیاس درجه بندی عوارض خارج هرمی در ویزیت های دوم، سوم و چهارم نسبت به ویزیت اول تفاوت معنی داری نداشت؛ ولی تفاوت ویزیت دوم و چهارم معنی دار بود. عوارض خارج هرمی در ویزیت چهارم کمتر از ویزیت دوم بود.
نمرات پرسش نامه رضایت مراجع در ویزیت های دوم، سوم و چهارم تغییر معنی داری نشان نداد. در مجموع در هنگام ترخیص ۲۳٪ از بیماران از خدمات ارایه شده بسیار راضی، ۵۴/۱٪ راضی و ۲۲/۹٪ ناراضی بودند (جدول ۳).

شدت علائم در بیماران (جدول ۲) تنها در ویزیت دوم کاهش معنی دار یافت و در ویزیت های بعدی کاهش چشم گیری دیده نشد. پی گیری انجام شده نشان داد که ۴۲/۷٪ از بیماران داروها را به طور منظم و ۳۲/۱٪ نامنظم مصرف می کردند و ۱۳/۷٪ نیز مصرف داروها را قطع کرده بودند. وضعیت مصرف داروها در سایر بیماران نامشخص بود. «مصرف منظم» به این معنی بود که بیمار تقریباً همه دستورات پزشک (شامل دوز و زمان مصرف) را در این مدت انجام داده و «مصرف نامنظم» یعنی بیمار برخی از دستورات دارویی را اجرا کرده است. «قطع مصرف» به این معنی بود که بیمار مصرف هیچ یک از داروها را ادامه نداده است.
شاخص اصلی پاسخ به درمان در این جا میزان بهبود در ویزیت دوم نسبت به ویزیت اول بوده است. پاسخ به درمان در زمان ترخیص ۶۵/۴٪ بود.

جدول ۳- وضعیت رضایت از خدمات دریافتی بر پایه پرسش نامه رضایت مراجع (CSQ) در بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی، در هنگام ترخیص

۴	۳	۲	۱	
عالی	خوب	متوسط	بد	۱- به نظر شما کیفیت خدماتی که به شما ارائه می شود در چه حد است؟
٪۱۹/۷	٪۴۴/۳	٪۲۴/۶	٪۱۱/۵	
کاملاً	بله تقریباً	تقریباً نه	نه اصلاً	۲- همان نوع خدماتی را که می خواستید دریافت کردید؟
٪۲۹/۵	٪۴۴/۳	٪۱۹/۷	٪۶/۶	
تقریباً همه	اکثر	تنها بخشی	هیچ یک	۳- خدمات این مرکز تا چه حد نیازهای شما را بر آورده کرده است؟
٪۱۸	٪۳۴/۴	٪۴۲/۶	٪۴/۹	
بله کاملاً	بله گمان می کنم	گمان نمی کنم	اصلاً	۴- اگر از دوستانتان کسی نیاز به خدمات و کمکی مشابه داشته باشد شما این مرکز را به او پیشنهاد می کنید؟
٪۴۴/۳	٪۳۶/۱	٪۱۴/۸	٪۴/۹	
خیلی راضی	تا حد زیادی راضی	نظری ندارم یا کمی ناراضی	کاملاً ناراضی	۵- از میزان کمک و خدماتی که به شما ارائه شده چقدر راضی هستید؟
٪۳۴/۴	٪۴۷/۵	٪۱۱/۵	٪۶/۶	
بله کمک زیادی کرده	بله تا حد زیادی	کمکی نکرده	مشکلات را شدیدتر کرده	۶- آیا این خدماتی که به شما ارائه می شود به شما کمک کرده که از عهده مشکلاتتان بر آید؟
٪۳۷/۷	٪۴۴/۳	٪۱۳/۱	٪۴/۹	
خیلی راضی	تا حد زیادی راضی	نظری ندارم یا کمی ناراضی	کاملاً ناراضی	۷- در مجموع چقدر از خدماتی که به شما ارائه شده راضی هستید؟
٪۲۳	٪۵۴/۱	٪۱۸	٪۴/۹	
بله حتماً	بله گمان می کنم	گمان نمی کنم	اصلاً	۸- اگر زمانی نیاز به کمک داشته باشید دوباره به این مرکز مراجعه می کنید؟
٪۵۰/۸	٪۳۱/۱	٪۸/۲	٪۹/۸	

بحث

نشان داده اند که علائم اضطرابی، خلقی و شناختی می توانند بر عملکرد بیماران و کیفیت زندگی آنان تأثیر بگذارند (توماس^۳، ۲۰۰۷).

همان گونه که یافته ها نشان می دهند با آن که زنان و مردان به یک اندازه به این اختلال مبتلا هستند، در این بررسی شمار بیماران مرد بیش از زن بوده که بیشتر مربوط به شمار بیشتر تخت های بستری برای مردان در بیمارستان روزه (چهار بخش مردان در برابر دو بخش زنان) می باشد.

۴۵/۸٪ از بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی در طول مدت پی گیری، داروهای تجویز شده را قطع کردند یا به صورت نامنظم مصرف می کردند. این یافته با یافته های سایر بررسی ها تا اندازه ای هم خوانی دارد. نزدیک به یک سوم بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی کمتر از ۳۰٪ از داروهایشان را مصرف می کنند (ساجاتویک^۴، دیویس^۵ و هرودا^۶، ۲۰۰۴).

یافته پژوهش حاضر مبنی بر میزان پاسخ به درمان در زمان ترخیص (۶۵/۴٪) با بررسی هایی که پاسخ به درمان را با تجویز داروهای گوناگون در مدت زمان مشابهی بررسی کرده اند هم سویی دارد. پاسخ به درمان در بررسی لی^۱ و همکاران (۲۰۰۸) ۵۹/۷٪ تا ۷۷/۹٪ گزارش شده است.

بر خلاف میزان بالای پاسخ به درمان در مرحله حاد، بهبودی علائم و عملکرد، پس از ترخیص و در طول پی گیری تا یک سال چشم گیر نبود؛ شاید به این علت که برای بیماران نیازمند خدمات روانی- اجتماعی و توان بخشی در کشور ما، خدماتی ارائه نمی شود، در صورتی که مداخله های روانی- اجتماعی بخش مهمی از درمان بیماران مزمن روانی است (بیتر^۲ و همکاران، ۲۰۰۷).

یافته پژوهش حاضر در زمینه بهبود نیافتن عملکرد پس از ترخیص را می توان به دلیل به کاربردن ابزار معین دانست. در این بررسی از مقیاس سنجش کلی عملکرد بهره گرفته شد که علائم نیز می توانند بر امتیاز آن تأثیر داشته باشند. بررسی ها

1- Li
3- Thomas
5- Davies

2- Bitter
4- Sajatovic
6- Hrouda

یافته‌های بررسی حاضر نشان دهنده ناکارآمدی نظام موجود ارایه خدمات بهداشتی- درمانی است که می‌تواند به دلایل گوناگونی از جمله نبودن زیرساختارهای بهداشتی و پژوهشی، نبودن پایگاه‌های ثبت اطلاعات (داویدیان و نراقی، ۱۹۷۸) و شاید مهم‌تر از همه در دسترس نبودن خدمات سازمان یافته برای پی‌گیری پس از ترخیص برای این گروه از بیماران باشد. علت دیگر، مراجعه بسیاری از این بیماران به مطب روانپزشکان در بخش خصوصی است که در هنگام عود یا تشدید به علت هزینه بالاتر بیمارستان‌های خصوصی، در بیمارستان‌های دولتی بستری می‌شوند، ولی پس از ترخیص ادامه درمان خود را زیر نظر پزشک معالج پیشین در مطب پی‌گیری می‌کنند.

انجام پژوهش در شرایط طبیعی^۵ مهم‌ترین نقطه قوت مطالعه حاضر بوده است. چون در کشور ما تا کنون اطلاعاتی در این مورد وجود نداشته است، پی‌گیری یک‌ساله بیماران با وجود مشکلات یادشده، ارزشمند به‌شمار می‌رود. در این بررسی جنبه‌های گوناگون پیامد درمان بررسی شده و تنها به ارزیابی یک بعد آن بسنده نشده است.

به‌طور کلی این بررسی نشان داد که شدت علائم در بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی، در طول مدت بستری به میزان چشم‌گیری کاهش می‌یابد ولی در طول یک‌سال پی‌گیری تغییر قابل توجهی ندارد.

سپاسگزاری

این پژوهش با هزینه دانشگاه علوم پزشکی تهران و در قالب طرح تحقیقاتی انجام شده است.

منابع

- شعبانی، امیر؛ افتخار، مهرداد؛ دانش‌آموز، بدری؛ احمدخانیها، حمیدرضا؛ حکیم شوشتری، میترا؛ قلعه‌بندی، میرفرهاد؛ پناغی، لیلی (۱۳۸۵). میزان عود در اختلال دوقطبی نوع یک: پی‌گیری ۱۷ ماهه بیماران مبتلا به اولین دوره مانیا. *فصلنامه تازه‌های علوم شناختی*. سال هشتم، شماره ۳، ۴۲-۳۳.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th. ed.) Washington, DC: American Psychiatric Association.

در این بررسی میزان بستری دوباره بیماران ۲۱/۴٪ بود. در بررسی پاتل^۱، کریسمون^۲ و پوندروم^۳ (۲۰۰۵) بستری دوباره بیماران دوقطبی در مدت یک‌سال بسته به نوع داروی دریافتی ۲۵٪ تا ۲۷٪ گزارش شده است. در پژوهش دیگری که در ایران انجام شده است (شعبانی و همکاران، ۱۳۸۵)، ۳۱/۸٪ از بیماران در سال اول دچار عود شدند.

به‌جز کاهش عوارض خارج هرمی در پایان یک‌سال نسبت به زمان ترخیص که ممکن است به‌علت دریافت بیشتر داروهای ضدپسیکوز به‌صورت «تجویز در صورت نیاز»^۴ در این بیماران در زمان بستری و دوره حاد بیماری باشد، میزان تغییر عوارض دارویی در طول یک‌سال معنی‌دار نبود. هم‌چنین یافته‌ها نشان دادند که برخی عوارض مانند دیستونی حاد و پارکینسونیسم به مرور زمان و با گذشت چند ماه از درمان کاهش می‌یابند.

میزان رضایت از خدمات دریافتی در همه مقاطع نسبتاً خوب بود. دلیل آن می‌تواند کنترل‌شدن چشم‌گیر علائم باشد. چون بیشتر ارزیابی‌کنندگان از پزشکان بیمارستان و جدا از درمانگران بودند، ممکن است بیماران در اظهار نظر واقعی راحت نبوده باشند. علت دیگر می‌تواند کم‌بودن هزینه‌ها در بیمارستان‌های دولتی باشد.

از محدودیت‌های این بررسی می‌توان به میزان بالای ریزش، کم‌بودن شمار بیماران تکمیل‌کننده طرح، ثبت‌نشده علائم و آگاهی‌نداشتن از درستی مصرف داروهای تجویز شده پس از ترخیص، عدم وجود کنترل کیفیت در طول انجام پژوهش، زیادبودن شمار ارزیابی‌ها و مدت آنها برای هر بیمار که حتی در بیمارانی که وضعیت بالینی‌شان پایدار بود نیز تحمل آن دشوار می‌نمود (به‌ویژه امکان تکمیل پرسش‌نامه کیفیت زندگی در مرحله حاد کم بود)، اشاره کرد.

این پژوهش برای بررسی پیامد انجام شد. افزون بر مشکلاتی که در انجام هر بررسی در شرایط طبیعی وجود دارد، مشکلات مربوط به این بررسی و ویژگی‌های کشور ما باعث شده که یافته‌های این بررسی را به علت محدودیت‌ها به آسانی نتوان با یافته‌های بررسی‌های انجام‌شده در کشورهای دیگر مقایسه نمود. یکی از محدودیت‌های مهم این بود که با وجود سامانه‌های پی‌گیری در این بررسی میزان ریزش بالا بوده است (۵۴/۲۱٪ در طول یک‌سال). البته علت مهم ریزش تغییر آدرس و سکونت در شهرستان بود.

- Bitter, I., Treuer, T., Dyachkova, Y., Martenyi, F., McBride, M., & Ungvari, G. (2007). Antipsychotic prescription patterns in outpatient settings: 24 month results from the Intercontinental Schizophrenia Outpatient Health Outcome (IC-SOHO) study. *European Neuropsychopharmacology*, 18, 170-180.
- Chouinard, G., & Annabel, L. (1980). Extrapyramidal rating scale. *Canadian Neurological Sciences*, 7, 233.
- Davidian, H., & Naraghi, M. M. (1978). Assessment of difficulties encountered in psychiatric follow-up studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 57, 290-298.
- Ebrecht, M., Marbach, S., Kungei, M., Werner, C., Marcus, R., Mcquade, R., & Modell, S. (2007). Aripiprazole monotherapy in the treatment of acute bipolar I mania. *Pharmacopsychiatry*, 40, 1055.
- Hamilton, M. (1976). Hamilton Psychiatric Rating Scale for Depression. In W. Guy (Ed.). *ECDEU Assessment manual for psycho-pharmacology*. Washington DC.: US Department of Health, Education and Welfare.
- Kay, S. R., Opler, L. A., & Lindenmayer, J. P. (1988). Reliability and validity of the positive and negative syndrome scale for schizophrenics. *Psychiatry Research*, 23, 99-110.
- Keck, P. E., McElroy, S. L., Strakowski, S. M., West, S. A., Sax, K. W., Hawkins, J. M., Bourne, M. L., & Haggard, P. (1998). 12-month outcome of patients with bipolar disorder following hospitalization for a manic or mixed episode. *American Journal of Psychiatry*, 155, 646-652.
- Lebowitz, B. D., & Rudorfer, M. V. (1998). Treatment research at the millennium: From efficacy to effectiveness. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 18, 2-9.
- Lehman, A. F. (1996). Evaluating outcomes of treatments for persons with psychotic disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 57, 61-67.
- Lehman, A. F., & Zastowny, T. R. (1983). Patient satisfaction with mental health services. A meta-analysis to establish norms. *Evaluation and Program Planning*, 6, 265-274.
- Li, H., Ma, C., Wang, G., Zhu, X., Peng, M., & Gu, N. (2008). Response and remission rates in Chinese patients with bipolar mania treated for 4 weeks with lithium. *Current Medical Research Opinion*, 24, 1-10.
- Patel, N. C., Crismon, M. L., & Pondrom, M. (2005). Rehospitalization rates of patients with bipolar disorder discharged on a mood stabilizer versus a mood stabilizer plus an atypical or typical antipsychotic. *The Journal of Behavioral Health Services and Research*, 32, 438-445.
- Sajatovic, M., Davies, M., & Hrouda, D. R. (2004). Enhancement of treatment adherence among patients with bipolar disorder. *Psychiatric Services*, 55, 264-269.
- Thomas, P. (2007). The stable patient with schizophrenia: From antipsychotic effectiveness to adherence. *European Neuropsychopharmacology*, 17, S115-S122.
- Young, R. C., Biggs, J. T., & Ziegler, V. E. (1978). A rating scale for mania: Reliability, validity and sensitivity. *British Journal of Psychiatry*, 133, 429-435.