

بررسی و مقایسه کیفیت زندگی مبتلایان به افسردگی اساسی و اختلال خلقی دوقطبی در مرحله بهبود نسبی و افراد سالم

دکتر حسین داداش‌زاده^۱، دکتر اصغر ارفعی^۲، دکتر شلاله موسوی کیا^۳، امینه علیزاده^۴*

تاریخ دریافت 1392/02/03 تاریخ پذیرش 1392/04/04

چکیده

پیش زمینه و هدف: اختلالات خلقی از جمله افسردگی اساسی و اختلال خلقی دوقطبی از جمله شایع‌ترین مشکلات روان‌پزشکی در جوامع مختلف به‌شمار می‌روند. کیفیت زندگی متغیر مهمی در ارزیابی کارایی درمان در این دو دسته از بیماری محسوب می‌گردند. هدف از مطالعه فعلی، بررسی و مقایسه کیفیت زندگی در این دسته از بیماران در مرحله بهبودی با گروه سالم است.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه توصیفی-تحلیلی و مقطعی، ۲۰ بیمار با تشخیص افسردگی اساسی در مرحله بهبودی نسبی، ۲۰ بیمار با تشخیص اختلال دوقطبی در مرحله بهبودی نسبی و ۲۰ فرد سالم در مرکز آموزشی-درمانی رازی تبریز طی مدت ۱۲ ماه بررسی شدند. افراد با نمره افسردگی بالای ۱۸ (بر اساس پرسشنامه افسردگی بک-۲) از مطالعه کنار گذاشته شدند. کیفیت زندگی با استفاده از پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی تعیین و مورد مقایسه قرار گرفت.

یافته‌ها: افراد سه گروه از نظر سن و جنس همسان بودند. متوسط نمره افسردگی بک-۲ در گروه افسردگی اساسی به طور معنی‌داری بیشتر از دو گروه دیگر بود. متوسط نمره کیفیت زندگی در حیطه سلامت جسمانی در گروه افسردگی اساسی به طور معنی‌داری کمتر از گروه شاهد بود. متوسط نمره کیفیت زندگی در حیطه سلامت روان در گروه افسردگی اساسی به طور معنی‌داری کمتر از گروه اختلال خلقی دوقطبی بود. در سایر موارد تفاوت معنی‌دار آماری بین سه گروه مشاهده نگردید.

نتیجه گیری: بر اساس نتایج این مطالعه، سطح کیفیت زندگی در برخی حیطه‌های خاص در گروه افسردگی اساسی در مرحله بهبودی نسبی کمتر از گروه شاهد و گروه با اختلال خلقی دوقطبی در مرحله بهبودی نسبی می‌باشد. کیفیت زندگی در گروه مبتلا به اختلال خلقی دوقطبی در مرحله بهبودی نسبی تفاوتی با افراد سالم ندارد.

کلمات کلیدی: افسردگی اساسی، اختلال خلقی دوقطبی، کیفیت زندگی

مجله پزشکی ارومیه، دوره بیست و چهارم، شماره پنجم، ص ۳۷۲-۳۶۴، مرداد ۱۳۹۲

آدرس مکاتبه: تبریز، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تلفن: ۰۹۱۴۱۱۹۹۲۳

Email: m. aalizadeh@yahoo.com

مقدمه

عود کننده و مزمن است، ناتوانی‌های قابل ملاحظه‌ای برای مبتلایان به وجود می‌آورد (۱). در اختلال خلقی دوقطبی، به علت عدم رعایت دستورات دارویی و نیز عدم پیگیری لازم، بالینگرها مکرراً با دوره‌های افسردگی و مانیا در مبتلایان مواجه می‌شوند و هرکدام از دوره‌های عود اختلال، با هزینه‌ها و گرفتاری‌های متعددی برای بیماران همراه است و علاوه بر خود بیمار، خانواده

اختلالات خلقی اختلالات شایعی هستند. در جدیدترین مطالعات، اختلالات افسردگی اساسی در بین اختلالات روانی بالاترین شیوع طول عمر (حدود ۱۷٪) را داشته است (۱). انواع اختلال خلقی دوقطبی نیز هرچند در مقایسه با افسردگی شیوع کمتری دارند (۲ تا ۵٪)، اما با توجه به اینکه یک اختلال

^۱ استادیار روانشناسی دانشگاه علوم پزشکی تبریز، مرکز تحقیقات روان‌پزشکی بالینی

^۲ دانشیار روان‌پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز، مرکز تحقیقات روان‌پزشکی بالینی

^۳ پزشک عمومی، مرکز تحقیقات روان‌پزشکی بالینی

^۴ کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، مرکز تحقیقات روان‌پزشکی بالینی (نویسنده مسئول)

می‌باشد (۱۷). Gazalle و همکاران در مطالعه خود نتیجه‌گیری نمودند که کیفیت زندگی در بیماران با اختلال خلقی دوقطبی پس از درمان به طور معنی‌داری افزایش می‌یابد، ولی در صورت وجود علائم افسردگی بجز حیطه اجتماعی در تمامی موارد مرتبط با کیفیت زندگی نسبت به گروه شاهد وضعیت بدتر است. همچنین در این مطالعه ارتباط مستقیم و معنی‌داری بین شدت علائم افسردگی و افت کیفیت زندگی نشان داده شد (۱۸).

برخورداری از کیفیت زندگی ضعیف می‌تواند بر روی ارتباطات خانوادگی نیز اثر بگذارد. کیفیت زندگی ضعیف می‌تواند باعث به‌کارگیری مکانیسم‌های مقابله و سازگاری ناموثر در افراد شده و متعاقباً موجب افزایش تنش در آنان گردد و افزایش تنش در ارتباط مستقیم با عوامل فیزیکی و جسمی بوده و می‌تواند شدت بیماری در افراد را افزایش دهد. بسیاری از محققین رابطه بین صفات فردی و کیفیت زندگی را مورد بررسی قرار داده و عواملی را شناسایی کرده‌اند این عوامل شامل میزان شناخت از خود، تنش‌های متحمل شده، دستیابی به اهداف زندگی، روش‌های مقابله و میزان سازگاری می‌باشند.

در واقع کیفیت زندگی مفهومی چند بعدی و پیچیده دارد و دربرگیرنده عوامل عینی و ذهنی است و اغلب به عنوان درک مشخصی از رضایت در زندگی، سلامت جسمی، سلامت اجتماعی و خانوادگی، امیدواری، آداب معاشرت و سلامت روانی بیمار می‌باشد. در اختلالات افسردگی و دوقطبی مانند سایر بیماری‌ها، به حداکثر رساندن کیفیت زندگی، هدف اولیه مراقبت می‌باشد و هدف تیم مراقبت سلامتی در درمان مبتلایان، به حداکثر رساندن توانایی‌های شغلی و بهبود وضعیت عملکرد در کیفیت زندگی می‌باشد (۲۱). بنابراین می‌توان با انجام مداخلات لازم به افزایش کیفیت زندگی، تسریع بهبودی و کاهش مدت زمان بستری در بیمارستان و در نهایت کاهش هزینه‌های در این بیماران کمک کرد. در غیر این صورت کاهش سلامت روانی در این بیماران بر کیفیت زندگی آن‌ها اثر گذاشته و می‌تواند باعث از دست دادن شغل، از هم گسیختگی خانواده، اختلال در ارتباطات بین فردی و عدم توانایی در انجام مسئولیت‌های فردی، خانوادگی و اجتماعی گردد. بررسی کیفیت زندگی در محیط‌های پزشکی بنا به دلایلی می‌تواند اقدام ارزشمندی باشد. آن دسته از روش‌های بررسی و ابزارهای اندازه‌گیری که کیفیت زندگی را بررسی می‌کنند، می‌توانند اطلاعاتی فراهم کنند که با بررسی‌های سنتی مربوط به نتایج درمان، قابل وصول نیستند و یا مورد غفلت قرار می‌گیرند. هر چند کاهش علائم هدفی مهم و اولیه برای بالینگرها می‌باشد، اما ممکن است بیماران به ابعاد دیگری از زندگی خودشان از جمله روابط خانوادگی، یا توانایی پرداختن به فعالیت‌های مربوط به اوقات

او نیز در مشکلات متعدد ناشی از بیماری فرد مبتلا درگیر می‌گردند. سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و رضایت از محیط کار اجتماعی از جمله شرایطی هستند که در کیفیت زندگی تمامی انسان‌ها مطرح بوده و می‌توان از این داده‌ها به عنوان شاخصی برای ارزیابی نتایج درمان استفاده نمود. شواهدی وجود دارند که نشان می‌دهند، اثرات مخرب اختلال خلقی دوقطبی بر کیفیت زندگی مبتلایان به این اختلال به قدری شدید است که در فاز خلق معمولی آن‌ها باز هم بیشتر از بیماری‌های ناتوان‌کننده از جمله مولتیپل اسکلروز و مراحل شدید بیماری آرتریت روماتوئید مشکلاتی را بر زندگی فردی و اجتماعی بیمار تحمیل می‌کند (۲). Revicki و همکاران در مطالعه خود نتیجه‌گیری نمودند که در بیماران مبتلا به افسردگی اساسی، بدون توجه به نوع درمان بکار گرفته شده در مرحله بهبودی شاهد افزایش کیفیت زندگی هستیم (۱۰). Sobocki و همکاران در یک مطالعه بر روی ۵۶ بیمار مبتلا به افسردگی اساسی نشان دادند که کیفیت زندگی پس از بهبودی حدود ۴۰ درصد افزایش یافته است (۱۱). در یک بررسی دیگر توسط Sobocki و همکاران، نتایج پیگیری ۴۴۷ بیمار مبتلا به افسردگی اساسی پس از ۶ ماه نشان داد که کیفیت زندگی به طور قابل ملاحظه‌ای بیشتر شده است (۱۲). از سوی دیگر، Cramer و همکاران در یک مطالعه نشان دادند که در بیماران مبتلا به افسردگی اساسی حتی پس از بهبود نسبی سطح کیفیت زندگی پایین تر از افراد سالم طبیعی می‌باشد (۱۳). از سوی دیگر، Yen و همکاران در مطالعه‌ای به بررسی کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به اختلال خلقی دوقطبی در مرحله بهبودی پرداخته و نتایج را با گروه سالم مقایسه کردند. بر اساس نتایج این مطالعه، کیفیت زندگی در هر چهار حیطه WHOQOL-BREF به طور معنی‌داری کمتر از گروه شاهد گزارش گردید (۱۴). Michalak و همکاران در یک مطالعه دیگر نشان دادند که در بیماران مبتلا به اختلال خلقی دوقطبی حتی پس از درمان نیز کیفیت زندگی در سطح پایینی قرار دارد (۱۵). با این وجود، Latalova و همکاران در مطالعه‌ای که بر روی ۴۱ بیمار مبتلا به اختلال خلقی دوقطبی و ۴۰ فرد سالم انجام دادند، نتیجه‌گیری نمودند که کیفیت زندگی در فاز بهبودی در بیماران حتی بیشتر از افراد عادی می‌باشد (۱۶).

همان گونه که ملاحظه می‌گردد، نتایج مطالعات مختلف در این زمینه هم‌راستا نبوده است. یکی از دلایل این امر، وسیع بودن طیف بیماری در اختلال خلقی دوقطبی و اهمیت بارز بودن جزء افسردگی یا مانیا عنوان شده است: Dias و همکاران در مطالعه‌ای نشان دادند که کیفیت زندگی در این دسته از بیماران در صورت که علائم افسردگی غالب باشد، پایین تر از حد مورد انتظار

گویای احساسات وی باشد. بر اساس این پرسشنامه افرادی که نمره بالای ۱۸ را کسب کنند بیمار محسوب شده و بدین ترتیب از مطالعه خارج شدند. اعتبار این پرسشنامه ۹۱ درصد و پایایی آن ۸۱ درصد گزارش شده است (۲۴،۲۳). تمامی بیماران و افراد سالم توسط یک روان‌پزشک معاینه شدند تا اطمینان از مرحله بهبودی نسبی حاصل آید. ملاک بهبودی نسبی در اختلال افسردگی اساسی به این صورت است که: علائم دوره افسردگی اساسی وجود داشته باشد، اما نه همه ملاک‌هایش. یا در یک دوره زمانی، که حداکثر دو ماه پس از ختم دوره افسردگی اساسی طول کشیده باشد، هیچ علامت چشمگیری از این دوره وجود نداشته باشد. ملاک بهبود نسبی در اختلال خلقی دوقطبی به این صورت است که: علائم دوره مانیا وجود داشته باشد، اما ملاک‌های کامل آن دیده نشود، یا به دنبال ختم دوره مانیا، دوره‌ای بدون هیچ یک از علائم چشمگیر دوره‌ای مانیا وجود داشته باشد، اما کمتر از دو ماه طول کشیده باشد.

جهت بررسی سطح کیفیت زندگی، از پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی^۳ استفاده شد. این پرسشنامه ۲۶ سؤالی از ۴ حیطه^۴ سلامت جسمانی^۵، سلامت روان^۶، روابط اجتماعی^۷ و وضعیت محیط^۸ و یک نمره کلی تشکیل شده است. نمره بالا به منزله سطح کیفیت زندگی بهتر است. در انتها، سطح کیفیت زندگی در سه گروه مورد مقایسه قرار گرفت. اعتبار این مقیاس ۹۲ درصد و روایی آن ۸۶ درصد گزارش شده است (۲۵).

برای شرکت کنندگان در مورد ماهیت پژوهش و محرمانه بودن اطلاعات به دست آمده توضیحاتی داده شد. همچنین شرکت کنندگان در پژوهش داوطلب بودند و به آن‌ها توضیح داده شد که مختار هستند هر زمان که مایل هستند از پژوهش خارج شوند. جهت مقایسه داده‌های کمی از آزمون One – way ANOVA و تست تعقیبی توکی (Tukey) و داده‌های کیفی از تست کای دو یا دقیق فیشر استفاده شده است. همبستگی بین متغیرهای کمی با استفاده از ضریب پیرسون بررسی شده است. در این مطالعه موارد با $P \leq 0.05$ معنی‌دار در نظر گرفته شده است.

یافته‌ها

متوسط سنی بیماران مبتلا به اختلال خلقی دوقطبی ۲۸/۸۰ ± ۱۱/۱۶ (۱۹-۶۰) سال بود. متوسط سنی بیماران مبتلا به

فراغت اهمیت بیشتری بدهند. بررسی کیفیت زندگی به عنوان بخشی از نتایج درمان به درمانگران این اجازه را می‌دهد که به تفاوت‌های ریزی که در پاسخ دهی افراد به درمان وجود دارد، پی ببرند (۳). لذا با توجه به اینکه در کشور ما پژوهش‌های اندکی وجود دارد که بخواهند در بررسی نتایج درمان اختلالات خلقی، کیفیت زندگی بعد از درمان آن‌ها را با همدیگر مقایسه کنند، پژوهش حاضر با هدف بررسی کیفیت زندگی مبتلایان به افسردگی اساسی و نیز مبتلایان به اختلال دوقطبی در مرحله بهبود نسبی انجام گرفته است تا نتایج این تحقیق ضمن حمایت از بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی و اختلال دوقطبی، رهگشای طرح‌های مداخله‌ای در این خصوص باشد.

مواد و روش‌ها

این پژوهش از نوع توصیفی-تحلیلی و مقطعی^۱ می‌باشد. در این مطالعه ۲۰ بیمار مبتلا به افسردگی اساسی در مرحله بهبودی نسبی، ۲۰ بیمار مبتلا به اختلال خلقی دوقطبی نوع ۱ در مرحله بهبودی نسبی که حداقل یک دوره افسردگی و مانیا سپری کرده بودند، و ۲۰ فرد سالم مورد بررسی قرار گرفتند. سطح کیفیت زندگی در این سه گروه مقایسه گردید. مکان انجام پژوهش، بخش روان‌پزشکی مرکز آموزشی-درمانی رازی تبریز و کلینیک بزرگمهر دانشگاه علوم پزشکی تبریز بوده است. مدت انجام مطالعه ۱۲ ماه بوده است. افراد شاهد از میان جمعیت عمومی شهر تبریز انتخاب شدند. روش نمونه‌گیری در دسترس بوده است. آزمودنی‌ها ابتدا پرسشنامه مشخصات فردی را تکمیل کردند و در صورتی که از لحاظ مشخصات دموگرافیک مغایرتی با ملاک‌های شمول نداشتند، مصاحبه بالینی ساخت یافته برای اختلال افسردگی اساسی و اختلال دوقطبی نوع ۱ که بر اساس ملاک‌های تشخیصی DSM-IV-TR ساخته شده است، در مورد آن‌ها اجرا گردید و در صورتی که اختلال افسردگی اساسی و اختلال دوقطبی نوع ۱ داشتند وارد پژوهش گردیدند. مصاحبه‌های ساختار یافته با هدف افزایش پایایی و اعتبار تشخیص از طریق استاندارد کردن فرایند ارزیابی و تسهیل استفاده از ملاک‌های تشخیصی DSM-IV و همچنین کدو کاو نشانگانی که ممکن است به گونه‌ای مورد غفلت قرار گیرند به وجود آمده‌اند (۲۲). سپس به تمامی افراد شرکت کننده (گروه شاهد و گروه بیماران) پرسشنامه افسردگی بک-۲^۲ داده و پرسش شد که این پرسشنامه حاوی ۲۱ گروه جملات است که فرد در هر گروه از جملات یک گزینه را انتخاب می‌کند که بهتر از همه

³ World health organization quality of life questionnaire-BREF; WHOQOL-BREF

⁴ Domain

⁵ Physical health

⁶ Psychological

⁷ Social relationships

⁸ Environment

¹ cross-sectional

² Beck Depression Inventory-2 (BDI-2)

WHOQOL-BREF (حیطه سلامت روان) در گروه مبتلا به افسردگی اساسی به طور معنی‌داری کمتر از گروه مبتلا به اختلال خلقی دوقطبی است. متوسط نمره WHOQOL-BREF (حیطه روابط اجتماعی) در سه گروه در جدول مذکور خلاصه شده است. نتایج آزمون One-way ANOVA نشان داد که از این نظر تفاوت معنی‌دار آماری بین سه گروه وجود ندارد. متوسط نمره WHOQOL-BREF (حیطه وضعیت محیط) در سه گروه در جدول شماره ۱ خلاصه شده است. نتایج آزمون One-way ANOVA نشان داد که از این نظر تفاوت معنی‌دار آماری بین سه گروه وجود ندارد.

متوسط نمره WHOQOL-BREF (کل) در سه گروه در جدول شماره ۱ خلاصه شده است. نتایج آزمون One-way ANOVA نشان داد که از این نظر تفاوت معنی‌دار آماری بین سه گروه وجود ندارد.

همبستگی بین نمره افسردگی و نمره سطح کیفیت زندگی همبستگی بین نمره افسردگی و نمره سطح کیفیت زندگی در سه گروه در جدول شماره ۲ خلاصه شده است.

بر این اساس:

- در گروه شاهد: همبستگی منفی و معنی‌داری بین نمره حیطه سلامت جسمانی، روابط اجتماعی و کل با نمره افسردگی وجود داشت.
- در گروه افسردگی اساسی: همبستگی منفی و معنی‌داری بین نمره حیطه سلامت روان با نمره افسردگی وجود داشت.
- در گروه اختلال خلقی دوقطبی: همبستگی منفی و معنی‌داری بین نمره حیطه سلامت جسمانی و وضعیت محیط با نمره افسردگی وجود داشت.

افسردگی اساسی $27/15 \pm 6/51$ (۱۸-۴۰) سال بود. متوسط سنی افراد گروه شاهد $26/70 \pm 7/17$ (۱۹-۴۹) سال بود.

نتایج آزمون One-way ANOVA نشان داد که از این نظر تفاوت معنی‌دار آماری بین سه گروه وجود ندارد ($p=0/72$). در گروه بیماران مبتلا به اختلال خلقی دوقطبی، ۱۳ مورد (۴۵٪) مذکر و هفت مورد (۳۵٪) مؤنث بودند. در گروه بیماران مبتلا به افسردگی اساسی، ۱۱ مورد (۵۵٪) مذکر و ۹ مورد (۴۵٪) مؤنث بودند. در گروه شاهد، ۱۱ مورد (۵۵٪) مذکر و ۹ مورد (۴۵٪) مؤنث بودند. نتایج آزمون کای دو نشان داد که از این نظر تفاوت معنی‌دار آماری بین سه گروه وجود ندارد ($p=0/76$).

* نمره BDI2:

متوسط نمره BDI2 در سه گروه در جدول شماره ۱ خلاصه شده است. نتایج آزمون One-way ANOVA نشان داد که از این نظر تفاوت معنی‌دار آماری بین سه گروه وجود دارد. نتایج تست تعقیبی توکی نشان داد که متوسط امتیاز BDI2 در گروه مبتلا به افسردگی اساسی به طور معنی‌داری بیشتر از دو گروه دیگر است (نمودار ۱).

متوسط نمره WHOQOL-BREF (حیطه سلامت جسمانی) در سه گروه در جدول شماره ۱ خلاصه شده است. نتایج آزمون One-way ANOVA نشان داد که از این نظر تفاوت معنی‌دار آماری بین سه گروه وجود دارد. نتایج تست تعقیبی توکی نشان داد که متوسط نمره WHOQOL-BREF (حیطه سلامت جسمانی) در گروه مبتلا به افسردگی اساسی به طور معنی‌داری کمتر از گروه شاهد است. متوسط نمره WHOQOL-BREF (حیطه سلامت روان) در سه گروه در همان جدول خلاصه شده است. نتایج تست تعقیبی توکی نشان داد که متوسط امتیاز

جدول شماره (۱): مقایسه نمره پرسشنامه BDI2 و WHOQOL-BREF در سه گروه بررسی شده

متغیر	اختلال خلقی دوقطبی (n=۲۰)	افسردگی اساسی (n=۲۰)	شاهد (n=۲۰)	P value
نمره BDI2	۷/۵۰-۵/۲۱ (۱-۱۸)	۱۲/۸۵-۴/۰۷ (۳-۱۸)	۶/۶۵-۴/۵۰ (۰-۱۷)	<۰/۰۰۱
نمره سلامت جسمانی WHOQOL	۱۴/۲۳-۳/۰۶ (۸/۵۷-۱۹/۴۳)	۱۳/۸۰-۲/۲۸ (۹/۷۱-۱۸/۲۹)	۱۵/۸۴-۲/۰۱ (۱۱/۴۳-۱۸/۲۹)	۰/۰۴
سلامت روان	۱۴/۵۹-۲/۵۹ (۱۰-۱۸/۶۷)	۱۲/۴۳-۲/۳۳ (۶/۶۷-۱۶)	۱۳/۷۲-۱/۵۶ (۱۰/۶۷-۱۶/۶۷)	۰/۰۲
روابط اجتماعی	۱۲/۸۲-۳/۶۷ (۴-۲۰)	۱۳/۱۹-۲/۰۸ (۸-۱۶)	۱۳/۶۵-۲/۰۸ (۹/۳۳-۱۸/۷۶)	۰/۷۷
وضعیت محیط	۱۳/۳۳-۲/۳۰ (۸-۱۵/۵۰)	۱۳/۳۵-۱/۵۳ (۱۰/۵۰-۱۷)	۱۴/۱۵-۱/۴۰ (۱۲-۱۷)	۰/۲۶
	۲/۹۳ (۵/۵۴-۱۷/۶۹)	۱/۳۰ (۱۱/۰۸-۱۵/۵۴)	۱/۴۱ (۱۱/۵۴-۱۷/۲۳)	
نمره کل	۱۳/۴۲	۱۳/۲۵	۱۴/۲۳	۰/۲۷

داده‌ها به صورت (حداکثر-حداقل) انحراف معیار \pm متوسط نشان داده شده‌اند.

جدول شماره (۲): همبستگی بین نمره افسردگی و نمره سطح کیفیت زندگی در سه گروه

سطح کیفیت زندگی	شاخص آماری	شاهد	افسردگی اساسی	اختلال خلقی دوقطبی
سلامت جسمانی	r	-۰/۶۰	-۰/۳۶	-۰/۶۸
	P value	۰/۰۱	۰/۱۲	۰/۰۰۱
سلامت روان	r	-۰/۴۵	-۰/۵۷	-۰/۴۳
	P value	۰/۰۶	۰/۰۱	۰/۰۹
روابط اجتماعی	r	-۰/۶۴	-۰/۰۹	-۰/۳۶
	P value	۰/۰۱	۰/۷۲	۰/۱۳
وضعیت محیط	r	-۰/۳۰	۰/۱۸	-۰/۵۰
	P value	۰/۲۰	۰/۴۶	۰/۰۳
کل	r	-۰/۵۳	-۰/۳۷	-۰/۴۱
	P value	۰/۰۲	۰/۱۰	۰/۰۸

بحث

نتایج مطالعه ما نیز تقریباً هم‌راستا با گزارشات اشاره شده در این زمینه است؛ بطوریکه در مقایسه حیطه‌های سلامت روان، روابط اجتماعی و وضعیت محیط و نیز نمره کلی پرسشنامه WHOQOL-BREF تفاوت معنی‌دار آماری بین دو گروه مبتلا به افسردگی اساسی با بهبود نسبی و افراد سالم در گروه شاهد وجود نداشت و تنها در حیطه سلامت جسمانی وضعیت بیماران افسرده به طور معنی‌داری بدتر بود. از سوی دیگر، Yen و همکاران (۲۰۰۸) در مطالعه‌ای به بررسی کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به اختلال خلقی دوقطبی در مرحله بهبودی پرداخته و نتایج را با گروه سالم مقایسه کردند. بر اساس نتایج این مطالعه، کیفیت زندگی در هر چهار حیطه WHOQOL-BREF به طور معنی‌داری کمتر از گروه شاهد گزارش گردید (۱۴). Michalak و همکاران (۲۰۰۵) در یک مطالعه دیگر نشان دادند که در بیماران مبتلا به اختلال خلقی دوقطبی حتی پس از درمان نیز کیفیت زندگی در سطح پایینی قرار دارد (۱۵). با این وجود، Latalova و همکاران (۲۰۱۱) در مطالعه‌ای که بر روی ۴۱ بیمار مبتلا به اختلال خلقی دوقطبی و ۴۰ فرد سالم انجام دادند، نتیجه‌گیری نمودند که کیفیت زندگی در فاز بهبودی در بیماران حتی بیشتر از افراد عادی می‌باشد (۱۶).

همان گونه که ملاحظه می‌گردد، نتایج مطالعات مختلف در این زمینه هم‌راستا نبوده است. یکی از دلایل این امر، وسیع بودن طیف بیماری در اختلال خلقی دوقطبی و اهمیت بارز بودن جزء افسردگی یا مانیا عنوان شده است. Dias و همکاران (۲۰۰۸) در

در این مطالعه کیفیت زندگی مبتلایان به افسردگی اساسی و اختلال خلقی دوقطبی در مرحله بهبود نسبی و افراد سالم مورد بررسی و مقایسه قرار گرفت. بر این اساس، از نظر کیفیت زندگی تنها در حیطه سلامت روان و حیطه سلامت جسمانی وضعیت بیماران گروه افسرده به ترتیب از گروه مبتلا به اختلال خلقی دوقطبی و گروه شاهد بدتر بود. در سایر موارد تفاوت معنی‌دار آماری ملاحظه نگردید. در بررسی منابع اطلاعاتی موجود، تاکنون مطالعه مشابهی در این زمینه صورت نپذیرفته است. با این حال، وضعیت کیفیت زندگی در مرحله بهبودی در این دو دسته از بیماران به طور جداگانه ارزیابی شده است: Revicki و همکاران (۱۹۹۸) در مطالعه خود نتیجه‌گیری نمودند که در بیماران مبتلا به افسردگی اساسی، بدون توجه به نوع درمان بکار گرفته شده در مرحله بهبودی شاهد افزایش کیفیت زندگی هستیم (۱۰). Sobocki و همکاران (۲۰۰۶) در یک مطالعه بر روی ۵۶ بیمار مبتلا به افسردگی اساسی نشان دادند که کیفیت زندگی پس از بهبودی حدود ۴۰ درصد افزایش یافته است (۱۱). در یک بررسی دیگر توسط Sobocki و همکاران (۲۰۰۷)، نتایج پیگیری ۴۴۷ بیمار مبتلا به افسردگی اساسی پس از ۶ ماه نشان داد که کیفیت زندگی به طور قابل ملاحظه‌ای بیشتر شده است (۱۲). از سوی دیگر، Cramer و همکاران (۲۰۱۰) در یک مطالعه نشان دادند که در بیماران مبتلا به افسردگی اساسی حتی پس از بهبود نسبی سطح کیفیت زندگی پایین‌تر از افراد سالم طبیعی می‌باشد (۱۳).

با نمره BDI2 در گروه بیماران مبتلا به اختلال خلقی دوقطبی و حیطه سلامت جسمانی، سلامت روان، روابط اجتماعی و نمره کل WHOQOL-BREF با نمره BDI2 در گروه شاهد وجود داشت.

نتیجه گیری

در مقایسه با افراد سالم، کیفیت زندگی در حیطه سلامت جسمانی و در مقایسه با گروه مبتلا به اختلال خلقی دوقطبی، کیفیت زندگی در حیطه سلامت روان، در گروه مبتلا به افسردگی اساسی در مرحله بهبودی نسبی به طور معنی‌داری کمتر بود. تفاوت معنی‌داری بین نمرات کیفیت زندگی دو گروه شاهد و بیماران مبتلا به اختلال خلقی دوقطبی در مرحله بهبودی نسبی ملاحظه نگردید. با توجه به نتایج مطالعه فعلی، تاثیر درمان‌های ارائه شده به بیماران مبتلا به اختلال خلقی دوقطبی بر کیفیت زندگی آن‌ها در مرحله بهبودی نسبی قابل ملاحظه می‌باشد. بنابراین روند فعلی در این زمینه توصیه می‌شود. درمان‌های ارائه شده به بیماران مبتلا به افسردگی اساسی نیز از این نظر نسبتاً موفق بوده‌اند؛ ولی بررسی‌های بیشتر در این زمینه می‌تواند در رساندن وضعیت به سطح ایده آل کمک کننده باشد. محدودیت‌های موجود در این پژوهش از این قرار است: نمونه گیری در گروه شاهد به صورت تصادفی بوده ولی در دو گروه بیماران دو قطبی و افسردگی اساسی به صورت نمونه‌گیری در دسترس بوده است. عدم فرصت کافی برای به‌کارگیری نمونه‌ای وسیع‌تر باعث شد دامنه تعمیم یافته‌ها محدود شوند.

سپاسگزاری

از ریاست و مدیریت محترم مرکز آموزشی و درمانی رازی تبریز به خاطر حمایت در انجام این پژوهش و نیز از همکاری و مشارکت مسئولین بخش‌های روان‌پزشکی و دستیاران محترم روان‌پزشکی و روانشناسان و تمام افرادی که در این پژوهش ما را یاری رساندند قدردانی می‌شود.

مطالعه‌ای نشان دادند که کیفیت زندگی در این دسته از بیماران در صورت که علائم افسردگی غالب باشد، پایین تر از حد مورد انتظار می‌باشد (۱۷). Gazalle و همکاران (۲۰۰۶) در مطالعه خود نتیجه گیری نمودند که کیفیت زندگی در بیماران با اختلال خلقی دوقطبی پس از درمان به طور معنی‌داری افزایش می‌یابد، ولی در صورت وجود علائم افسردگی بجز حیطه اجتماعی در تمامی موارد مرتبط با کیفیت زندگی نسبت به گروه شاهد وضعیت بدتر است. همچنین در این مطالعه ارتباط مستقیم و معنی‌داری بین شدت علائم افسردگی و افت کیفیت زندگی نشان داده شد (۱۸). Gutierrez-Rojas و همکاران (۲۰۰۸) نیز در مطالعه خود عواملی را به عنوان تأثیرگذار در کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اختلال خلقی دوقطبی در مرحله بهبودی معرفی نمودند که شامل مدت بیماری، وجود علائم افسردگی، وابستگی به مواد مخدر و روان‌گردان و وضعیت حمایت اجتماعی (Social support) بوده‌اند (۱۹). Berlim و همکاران (۲۰۰۴) نیز در مطالعه‌ای به مقایسه ۸۹ بیمار با اختلال خلقی تک قطبی و ۲۵ بیمار با اختلال خلقی دوقطبی پرداخته و نتیجه گیری کردند که تنها در صورت بارز بودن علائم افسردگی، حیطه سلامت روانی در بیماران مبتلا به اختلال خلقی دوقطبی از وضعیت بدتری نسبت به گروه دیگر برخوردار است (۲۰).

همان گونه که ملاحظه می‌گردد، هرچند مطالعه مشابهی به طور همزمان به مقایسه کیفیت زندگی در دو گروه مبتلا به اختلال خلقی دوقطبی و افسردگی اساسی در فاز بهبودی نپرداخته، ولی نتایج بررسی فعلی بر اساس گزارشات اشاره شده قابل توجیه می‌باشند. به عبارت دیگر اختلال در کیفیت زندگی در برخی حیطه‌های خاص در بیماران مبتلا به افسردگی اساسی در فاز بهبودی نسبت به دو گروه دیگر، بر اساس تاکید بر تاثیر منفی علائم افسردگی در این زمینه قابل توجیه می‌باشد. قابل توجه اینکه در مطالعه ما نیز ارتباط معکوس و معنی‌داری بین برخی حیطه‌های کیفیت زندگی شامل سلامت جسمانی و وضعیت محیط

References:

1. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. USA: Lippincott Williams & Wilkins; 2010. P. 1123-6.
2. Michalak EE, Yatham LN, Lam RW. Quality of life in bipolar disorder: a review of the literature. Health Qual Life Outcomes. 2005;3:72.
3. Russo J, Roy-Byrne P, Reeder D, Alexander M, Dwyer-O'Connor E, Dagadakis C, et al. Longitudinal assessment of quality of life in acute psychiatric inpatients: reliability and validity. J Nerv Ment Dis 1997;185(3):166-75.
4. Blazer DG. Depression in late life: review and commentary. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 2003;58(3):249-65.
5. Krishnan KRR. Biological risk factors in late life depression. Biol Psychiatry 2002;52(3):185-92.

6. Association AP. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Ed: DSM-IV-TR®. American Psychiatric Association; 2000.
7. Calabrese JR. Overview of patient care issues and treatment in bipolar spectrum and bipolar II disorder. *J Clin Psychiatry* 2008;69(6):e18.
8. Donaldson D. Psychiatric Disorders with a Biochemical Basis. New York: Parthenon Pub; 1998.P.202.
9. Post RM, Speer AM, Hough CJ, Xing G. Neurobiology of bipolar illness: implications for future study and therapeutics. *Ann Clin Psychiatry* 2003;15(2):85–94.
10. Revicki DA, Simon GE, Chan K, Katon W, Heiligenstein J. Depression, health-related quality of life, and medical cost outcomes of receiving recommended levels of antidepressant treatment. *J Fam Pract* 1998;47(6):446–52.
11. Sobocki P, Ekman M, Agren H, Runeson B, Jönsson B. The mission is remission: health economic consequences of achieving full remission with antidepressant treatment for depression. *Int J Clin Pract* 2006;60(7):791–8.
12. Sobocki P, Ekman M, Agren H, Krakau I, Runeson B, Mårtensson B, et al. Health-related quality of life measured with EQ-5D in patients treated for depression in primary care. *Value Health* 2007;10(2):153–60.
13. Cramer V, Torgersen S, Kringlen E. Mood disorders and quality of life. A community study. *Nord J Psychiatry* 2010;64(1):58–62.
14. Yen C-F, Cheng C-P, Huang C-F, Yen J-Y, Ko C-H, Chen C-S. 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.
15. Michalak EE, Yatham LN, Wan DDC, Lam RW. Perceived quality of life in patients with bipolar disorder. Does group psychoeducation have an impact? *Can J Psychiatry* 2005;50(2):95–100.
16. Latalova K, Prasko J, Diveky T, Kamaradova D, Velartova H. Quality of life in patients with bipolar disorder--a comparison with schizophrenic patients and healthy controls. *Psychiatr Danub* 2011;23(1):21–6.
17. Dias VV, Brissos S, Frey BN, Kapczinski F. Insight, quality of life and cognitive functioning in euthymic patients with bipolar disorder. *J Affect Disord* 2008;110(1-2):75–83.
18. Gazalle FK, Andreazza AC, Hallal PC, Kauer-Sant'anna M, Ceresér KM, Soares JC, et al. Bipolar depression: the importance of being on remission. *Rev Bras Psiquiatr* 2006 Jun;28(2):93–6.
19. Gutiérrez-Rojas L, Gurpegui M, Ayuso-Mateos JL, Gutiérrez-Ariza JA, Ruiz-Veguilla M, Jurado D. Quality of life in bipolar disorder patients: a comparison with a general population sample. *Bipolar Disord* 2008;10(5):625–34.
20. Berlim MT, Pargendler J, Caldieraro MA, Almeida EA, Fleck MPA, Joiner TE. Quality of life in unipolar and bipolar depression: are there significant differences? *J Nerv Ment Dis* 2004;192(11):792–5.
21. Hassanpour A, Azari E. Quality of life and related factors in cancer patients. Abstract Book of National congress of care in special diseases. Ahvaz: Ahvaz University of Medical Sciences; 2006. P. 42. (persian)
22. Mohammadkhani p, Tabesh O, Tamanayifar S. Structured clinical Interview for DSM-IV. Tehran: Neshat; 2005. (persian)
23. fata I. Meaning assesment structures/ schemas, emotional states cognitive processing of emotional information. comparison of two conceptual framework; 2003. P.52-7. (persian).
24. Garraee B. Conditions of identity and its relationship with identity styles and depression in

- tehranian adolescents. (Dissertation). Tehran: Tehran University of Medical Sciences; 2003. P. 53-8. (persian)
25. Masaeli N, Attari A, Molavi H, Najafi M, Siavash M. Normative data and psychometric properties of the quality of life questionnaire for patients with diabetes mellitus. *Koomesh* 2010;11(4):Pe263–Pe270. (persian)

EVALUATION AND COMPARING OF QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH MAJOR DEPRESSION AND BIPOLAR MOOD DISORDER IN PARTIAL RECOVERY PHASE WITH NORMAL INDIVIDUALS

Hossein Dadashzadeh¹, Asghar Arfaei², Shalaleh mousavikia³, Amineh Alizadeh^{4*}

Received: 23 Apr , 2013; Accepted: 25 Jun , 2013

Abstract

Background & Aims: Mood disorders including major depression (MD) and bipolar mood disorders (BMD) are among the most frequent psychological problems all over the world. Quality of life (QOL) is an important endpoint to assess the efficacy of treatment in these two conditions. This study aimed at evaluating and comparing the QOL in these two groups in the partial recovery phase with normal counterparts.

Methods & Materials: In the analytic-descriptive cross-sectional setting, 20 patients with MD in partial recovery phase, 20 patients with BMD in partial recovery phase and 20 healthy subjects were recruited in Tabriz Teaching Razi Centre in a 6-month period of time. Cases with depression score >18 (according to the Beck depression inventory-2; BDI-2) were excluded. The QOL was assessed by the (World health organization quality of life (WHOQOL-BREF) questionnaire.

Results: The three groups were matched for age and gender. The mean BDI-2 score was significantly higher in the MD group than that in the two others. The mean score of physical health domain was significantly lower in the MD group comparing with that in the controls. The mean score of psychological domain was significantly lower in the MD group comparing with that in the BMD group. The other scores were comparable between the three groups.

Conclusion: Based on our findings, the QOL was lower in the MD group in partial recovery phase in some domains comparing with the BMD group in the partial recovery phase and the controls. The QOL was not significantly different between the BMD group in the partial recovery phase and the controls.

Keywords: Major depressive disorder, Bipolar mood disorder, Quality of life

Address: Psychologist in Razi Mental hospital, Tel:09141199923

Email: m.aalizadeh@yahoo.com

SOURCE: URMIA MED J 2013; 24(5): 372 ISSN: 1027-3727

¹ Assistant Professor of Psychology, Tabriz University of Medical Sciences, Clinical Psychiatry Research Center

² Associate Professor of Psychology, Tabriz University of Medical Sciences, Clinical Psychiatry Research Center

³ General Practitioner, Clinical Psychiatry Research Center

⁴ MA in Clinical Psychology, Clinical Psychiatry Research Center (Corresponding Author)