

Research Paper:

A Cross-sectional Study on the Ability to Remember Mania Symptoms in Patients With Type I Bipolar Disorder 60 Months After Hospital Discharge



*Fatemeh Zarein¹ , Amir Shabani¹ , Amir Hossein Jalali Nodooshan¹ , Masoud Ahmadzad-Asl¹ , Solmaz Alaei¹

1. Department of Psychiatry, School of Medicine, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.



Citation Zarein F, Shabani A, Jalali A, Ahmadzad-Asl M, Alaei S. A Cross-sectional Study on the Ability to Remember Mania Symptoms in Patients With Type I Bipolar Disorder 60 Months After Hospital Discharge. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2020; 25(4):428-439. <http://dx.doi.org/10.32598/ijpcp.25.4.6>

doi <http://dx.doi.org/10.32598/ijpcp.25.4.6>



Received: 22 Apr 2019

Accepted: 31 Aug 2019

Available Online: 01 Jan 2020

ABSTRACT

Objectives Identifying the acute symptoms of manic episode remembered by the patients can help psychiatrists improve their ability to manage bipolar disorder. Given the importance of remembering symptoms, the aim of this study was to evaluate the ability of patients with type I bipolar disorder during the euthymic period to remember their past mania symptoms after hospital discharge.

Methods Participants were 59 patients with type I bipolar disorder admitted to Hazrat-e-Rasool-e-Akram Hospital and Iran Psychiatry Hospital in 2012. They measured by using Structured Clinical Interview for DSM-IV axis I Disorders (SCID-I) and Young Mania Rating Scale (YMRS) and their mania symptoms were recorded. Their demographic information were extracted from their medical records. Six months after discharge, they were evaluated again by using the 17-item Hamilton Depression Rating Scale (HRSD-17), SCID-I, YMRS, and Mini-Mental State Examination (MMSE) through face-to-face interview. To assess the agreement on the symptoms during admission and 60 months after discharge, McNemar Test and Kappa coefficients were used.

Results most common mania symptoms remembered by the patients were decreased need for sleep (91.2%), irritability (83.9%), excessive involvement in activities with a high likelihood of painful consequences (81.3%) and the least frequent remembered symptom was distractibility (17.6%). The highest positive predictive values were related to the symptoms of irritability (100%), talkativeness (100%) and decreased need for sleep (96.3%), while the highest negative predictive value was related to elevated mood (87.5%).

Conclusion management of patients with bipolar disorder, psychiatrists can trust the patients' ability to remember the three mania symptoms including irritability, decreased need for sleep and talkativeness. Regarding the symptom of elevated mood in bipolar patients, negative response of patients can be trusted.

Key words:

Manic episode, Bipolar disorder, Psychiatrists, Irritability

Extended Abstract

1. Introduction

B

ipolar disorder is a kind of chronic illness with recurrent mood episodes that can lead to severe impairments in the one's social

and occupational performance [1]. In the present study, using the cases studied by Alaei et al. [5] and the symptoms remembered by patients in the euthymic phase after discharge from hospital, it is aimed to identify the most common symptoms remained in the memory of patients as far as possible in order to help psychiatrists to diagnose a previous episode of this illness and, therefore, provide better and

* Corresponding Author:

Fatemeh Zarein, PhD.

Address: Department of Psychiatry, School of Medicine, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Tel: +98 (912) 3122492

E-mail: dr.zarein@gmail.com

faster patient care. Therefore, a comprehensive knowledge of bipolar disorder pattern over time, extracting the past manic episodes from the patients' records for the preparation of life charts, selection of appropriate treatment (pharmacological/non-pharmacological), determining prognosis, planning for follow-up and maintaining treatment are important [3]. The purpose of this study is to investigate the most common symptoms that remembered by patients with bipolar disorder after the manic phase, by examining the extent of remembering the different symptoms of mania (psychotic symptoms including hallucination and delusion)

2. Method

The study samples includes 59 patients with type I bipolar disorder who were admitted to Hazrat-e-Rasool-e-Akhrum Hospital and Iran Psychiatry Hospital in 2012. Their inclusion criteria were participation in the study conducted by Alaei et al. [5]. Structured Clinical Interview for DSM-IV axis I Disorders (SCID-I) and Young Mania Rating Scale (YMRS) were completed for these patients, and their mania symptoms were recorded. Demographic information of these patients was also extracted from their medical records. In the first step, 60±2 months after discharge from hospital, the patients were invited by telephone. After excluding 37 cases (38.5%), 59 samples (61.5%) were interviewed by face-to-face method. After receiving written informed consent from them, the symptoms remembered by them were extracted and recorded using the SCID-I. The researchers also completed the Hamilton Depression Rating Scale (HRSD), YMRS, and Mini-Mental State Examination (MMSE) for the patients.

3. Results

The most common symptom of mania in patients that is remembered 60±2 months after discharge was “decreased need for sleep”. Also, there was a significant difference in the extent that they were able to remember the three symptoms of “decreased need for sleep”, “excessive involvement in pleasurable activity” and “psychotic symptoms” between 1 and 60±2 months after discharge. According to Table 1, the most common symptom of mania remembered 60±2 months after discharge by the patients was “decreased need for sleep”.

The higher positive predictive values were observed in irritability (100%), talkativeness (100%), and decreased need for sleep (96.29%) symptoms, while the higher negative predictive values were related to elevated mood (72.97%), excessive involvement in pleasurable activities (76%), and distractibility (73.80%) symptoms. Moreover, the higher sensitivity values were related to decreased need for sleep (91.22%), irritability (83.92%), and excessive involvement in pleasurable activities (81.25%), and the higher specificity values were related to irritability (100%), talkativeness (100%), and psychotic symptoms (96.42%).

4. Discussion

Most of the symptoms remembered 60 months after discharge by the patients were “decreased need for sleep” and “irritability”, which were also reported by Alaei et al. [5] as the most commonly observed symptoms in one month after discharge. The higher value of irritability can be due to

Table 1. Frequency of mania symptoms remembered by the patients during admission, and one and 60 months after discharge

Mania Symptoms	No. (%)			McNemar	Kappa Coefficient
	During Admission	One Month After Discharge	Sixty Months After Discharge		
Decreased need for sleep*	57 (96.9)	40 (70.2)	52 (91.2)	0.000	0.369
Irritability	56 (94.9)	44 (78.6)	47 (83.9)	0.55	0.358
Excessive involvement in pleasurable activities*	32 (54.2)	15 (46.9)	26 (81.3)	0.00	0.338
Psychotic symptoms*	31 (52.5)	13 (41.9)	21 (67.7)	0.021	0.390
High confidence	42 (71.2)	26 (61.9)	27 (64.3)	1.000	0.540
Talkativeness	53 (89.8)	27 (50.9)	27 (50.9)	1.000	0.849
Elevated mood	13 (22)	4 (30.8)	5 (38.5)	1.000	0.494
Distractibility	15 (25.4)	6 (40)	3 (20)	0.250	0.545
Psychomotor agitation	49 (83.1)	30 (61.2)	25 (51)	0.227	0.549

* Significantly different between one month and 60 months after discharge ($P < 0.05$)

its unpleasant effects on the patient and the people around him/her, which needs to be treated in admission form [5]. The significant difference in remembering the mania symptoms of decreased need for sleep, excessive involvement in pleasurable activities, and psychotic symptoms can be attributed to increased disease knowledge, being in the euthymic phase, and the withdrawal of patients with cognitive problems as well as the difference in the type of interview and interviewer. It seems that as more time passes since the onset of bipolar disorder, and due to frequent referral and communication of patients with the treatment system as well as possible education on the illness, patients get more information about their illness and its symptoms, and thus increase their insight and recall of past mania symptoms [4]. The frequency of hospitalization [2] can be another reason which was not studied in this study.

The three mania symptoms of “irritability”, “decreased need for sleep”, and “talkativeness” had the highest positive predictive values; this finding is consistent with the findings of the study conducted by Alaei et al. “Elevated mood” had the highest negative predictive value in our study and in Alaei et al.’s study. These results can make the therapist more confident that the patient has a history of manic episode and thus help identify the past maniac episode. Dejection of the presence of elevated mood by the patient also can indicate the therapist that there is no need to seek further to find the symptom in the patient’s records.

5. Conclusion

It can be concluded that the mania symptoms of irritability, talkativeness, and decreased need for sleep are the most important symptoms with positive predictive values. The recall of mania symptoms is reliable even long after hospital discharge. In this regard, clinicians can be assured of their diagnosis of past manic episodes and the course of bipolar disorder. In case of longitudinal research, therapists are recommended to keep in touch with their patients, and include outpatients in their study population.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines

This study was extracted from the thesis of Fatemeh Zarein approved by the Research Ethics Committee of Iran University of Medical Sciences (Code: IR.IUMS.FMD.REC.1396.9411286009). All ethical principles were considered in this study. All participants were informed of the study process, and then a written informed consent was obtained from them. They were free to leave the study at

any time, and were assured of the confidentiality of their information.

Funding

This study received no fanatical support from any organization.

Authors contributions

All authors had contribution in preparing this article.

Conflicts of interest

The authors declare no conflict of interest.

بررسی مقطعی توانایی یادآوری علائم مانیا در مبتلایان به اختلال دوقطبی نوع ۱، ۶۰ ماه پس از ترخیص از بیمارستان

*فاطمه زارعین^۱، امیر شعبانی^۱، امیر حسین جلالی ندوشن^۱، مسعود احمدزاد اصل^۱، سولماز اعلائی^۱

۱. گروه روانپزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی تهران، تهران، ایران.

چکیده

تاریخ دریافت: ۰۲ اردیبهشت ۱۳۹۸

تاریخ پذیرش: ۳۱ شهریور ۱۳۹۸

تاریخ انتشار: ۱۱ دی ۱۳۹۸

هدف: شناسایی علائم حاد مانیا که توسط بیمار به یاد آورده می‌شود، می‌تواند در افزایش توانایی روان‌پزشکان در مدیریت بیماری دوقطبی کمک‌کننده باشد. با توجه به اهمیت یادآوری علائم، هدف از پژوهش حاضر، ارزیابی مبتلایان به اختلال دوقطبی نوع ۱ در دوره یوتایمیک برای یادآوری علائم مانیای خود در زمان بستری است.

مواد و روش‌ها: برای ۵۹ بیمار مبتلا به اختلال دوقطبی نوع ۱ که در سال ۱۳۹۱ در بیمارستان‌های حضرت رسول اکرم (ص) و روان‌پزشکی ایران بستری بودند، مصاحبه SCID-I و پرسش‌نامه Y-MRS تکمیل شد و علائم مانیای برای آن‌ها ثبت شده؛ همچنین اطلاعات جمعیت‌شناختی این بیماران با استفاده از اطلاعات پرونده پزشکی آن‌ها استخراج شد. بیماران ۶۰ ماه پس از ترخیص، از طریق مقیاس درجه‌بندی افسردگی هامیلتون، مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلالات محور ۱ بر اساس DSM-IV (SCID-I)، مقیاس درجه‌بندی شیدایی یانگ و آزمون کوتاه وضعیت ذهنی مورد مصاحبه و ارزیابی چهره‌به‌چهره قرار گرفتند. برای ارزیابی میزان توافق در مورد علائم در بدو بستری و ماه ششم از آزمون‌های مک نمار و ضریب کاپا استفاده شد.

یافته‌ها: بیشترین میزان یادآوری علائم (در میان افرادی که علامت مورد نظر را ۶۰ ماه پیش در زمان بستری در بیمارستان تجربه کرده بودند) مربوط به کاهش نیاز به خواب (۹۱/۲ درصد)، خلق تحریک‌پذیر (۸۲/۹ درصد) و فعالیت‌های لذت‌بخش با عواقب بد (۸۱/۳ درصد) و کمترین آن‌ها مربوط به حواس‌پرتی (۱۷/۶ درصد) بود. بالاترین ارزش اخباری مثبت مربوط به علائم خلق تحریک‌پذیر (۱۰۰ درصد)، پرحرفی (۱۰۰ درصد) و کاهش نیاز به خواب (۹۶/۳ درصد) و بالاترین ارزش اخباری منفی متعلق به خلق بالا (۸۷/۵ درصد) بود.

نتیجه‌گیری: در مدیریت مبتلایان به اختلال دوقطبی، روان‌پزشکان می‌توانند به یادآوری سه علامت در سابقه حمله مانیا شامل خلق تحریک‌پذیر، کاهش نیاز به خواب و پرحرفی از جانب بیمار اعتماد کنند. همچنین در مورد سابقه علامت خلق بالا در مبتلایان به اختلال دوقطبی، به جواب منفی بیماران می‌توان اعتماد کرد.

کلیدواژه‌ها:

اپیزود مانیا، اختلال دوقطبی، روان‌پزشکان، خلق تحریک‌پذیر

مقدمه

اختلال دوقطبی، نوعی اختلال خلقی مزمن و عودکننده است که به اختلال‌های شدیدی در عملکرد اجتماعی و شغلی فرد منجر می‌شود [۱]. این اختلال، هزینه‌های سنگینی را برای بیمار، خانواده و جامعه در پی دارد و در صورت درمان‌نشدن می‌تواند منجر به اپیزودهای بیشتر، شدیدتر و تند چرخشی^۱ شود که این امر، درمان را دشوارتر و پیش‌آگهی را بدتر [۲] و تبعاتی چون میزان خودکشی و اقدام به خودکشی [۳] را بیشتر می‌کند [۴].

در تحقیق حاضر، با استفاده از نمونه مورد مطالعه علایی

۱. نوعی از بیماری دوقطبی است که در آن، بیمار حداقل چهار اپیزود را در سال تجربه می‌کند.

* نویسنده مسئول:

فاطمه زارعین

نشانی: تهران، دانشگاه علوم پزشکی تهران، دانشکده پزشکی، گروه روانپزشکی.

تلفن: ۳۱۲۲۴۹۲ (۹۱۲) ۹۸+

پست الکترونیکی: dr.zarein@gmail.com

[۵] و علائم به‌خاطرمانده توسط بیماران بعد از ترخیص در فاز یوتایمیک، تلاش می‌شود تا حد امکان شایع‌ترین علائمی که در حافظه بیماران می‌ماند، به دست آورده شود تا بتوان با استفاده از آن‌ها در تشخیص حمله قبلی این اختلال، به روان‌پزشکان کمک کرد و به تبع آن خدمات درمانی بهتر و سریع‌تری به بیماران ارائه کرد. بنابراین درک جامع‌الگوی اختلال دوقطبی در طول زمان و استخراج دوره‌های قبلی مانیا از شرح حال بیماران در تهیه الگوی بیماری^۲، انتخاب درمان مناسب (اعم از درمان دارویی و غیردارویی)، تعیین پیش‌آگهی بیمار و برنامه‌ریزی در مورد پیگیری و درمان نگاه‌دارنده بیماران اهمیت دارد [۶]. هدف

2. Life chart

علامت کاهش نیاز به خواب با $98/2$ درصد و در زنان شایع‌ترین علامت خلق تحریک‌پذیر با $97/5$ درصد). از میان بیماران مورد بررسی، 74 درصد بیش از یک‌بار و 26 درصد برای نخستین‌بار بستری شده بودند. در این تحقیق، فراوانی یادآوری علائم حاد مانیا در بازه زمانی 27 تا 33 روز استخراج و تحلیل شد که با توجه به کوتاه‌بودن این دوره، نتایج آن قابل تعمیم به زمانی طولانی‌تر یک ماه نیست و در عمل به بازه زمانی طولانی‌تری نیاز است.

روش

جمعیت مورد مطالعه، 59 بیمار مبتلا به اختلال دوقطبی نوع ۱ بود که در سال 1391 در بیمارستان‌های حضرت رسول اکرم (ص) و روان‌پزشکی ایران بستری بودند و تنها ملاک ورود آن‌ها به مطالعه، مشارکت قبلی آن‌ها در مطالعه اعلائی و همکاران [۵] و رضایت آن‌ها برای حضور مجدد در پژوهش بود؛ همچنین داده‌های مورد نیاز، از پرونده پزشکی و پرسش‌نامه‌های تکمیل‌شده آن‌ها در زمان بستری استخراج شد.

از میان 59 بیمار شرکت‌کننده، $59/3$ درصد آقا (35 نفر) و $40/7$ درصد خانم (24 نفر) بودند. رنج سنی بیماران مورد بررسی قرار گرفته بین 23 تا 59 سال و با میانگین 39 سال و انحراف استاندارد $11/27$ بود. $2/2$ درصد آزمودنی‌ها بی‌سواد، $46/1$ درصد زیر دبیر، $37/1$ درصد دیپلمه و $14/6$ درصد لیسانس و بالاتر بودند. $74/2$ درصد بیماران تحت درمان و $42/7$ درصد بیماران نیز در این مدت سابقه بستری مجدد داشتند.

96 بیمار شرکت‌کننده در پژوهش اعلائی و همکاران [۵]، در سال 1391 در بیمارستان‌های حضرت رسول اکرم (ص) و روان‌پزشکی ایران بستری بودند و بر اساس نمونه‌برداری ساده انتخاب شدند. ملاک‌های ورود این بیماران به پژوهش مذکور عبارت بودند از: تشخیص اختلال دوقطبی نوع ۱ (اپیزود مانیا) بر مبنای ملاک‌های تشخیصی DSM-IV-TR توسط استاد، تشخیص اختلال دوقطبی نوع ۱ با استفاده از مصاحبه بالینی ساختاریافته SCID-I توسط دستیار روان‌پزشکی آموزش‌دیده، سن 18 تا 65 سال، گویش فارسی، عدم وجود عقب‌ماندگی ذهنی بر مبنای مصاحبه بالینی، امضای فرم رضایت‌نامه آگاهانه و داشتن یک خط تلفن ثابت.

برای بیماران مذکور، مصاحبه SCID-I و پرسش‌نامه Y-MRS تکمیل و علائم مانیا برای آن‌ها ثبت شد؛ همچنین اطلاعات جمعیت‌شناختی این بیماران با استفاده از اطلاعات پرونده پزشکی آن‌ها استخراج شد.

در گام نخست 2 ± 60 ماه پس از ترخیص، با هماهنگی تلفنی صورت‌گرفته با بیماران حاضر در مطالعه اعلائی و همکاران [۵]، از ایشان برای مصاحبه دعوت به عمل آمد که پس از ریزش 37 مورد ($38/5$ درصد) به دلیل عدم پاسخگویی به تلفن یا

این تحقیق این است که میزان یادآوری علائم مختلف دوره مانیا و علائم سایکوتیک (اعم از توهم و هذیان) مبتلایان به اختلال دوقطبی بررسی شود و شایع‌ترین علائمی که بعد از فاز مانیا به یاد مبتلایان به اختلال دوقطبی می‌ماند، به دست آید.

در سال 2011 شریفی و همکاران [۷] شیوع یک‌ساله اختلالات روان‌پزشکی را در ایران $23/6$ درصد و شیوع اختلال دوقطبی نوع ۱ را 1 درصد گزارش کردند. احمدوند و همکاران [۸] نیز شیوع اختلال دوقطبی نوع ۱ را در میان افراد 18 ساله و بالاتر شهر کاشان بررسی و میزان آن را $2/4$ درصد گزارش کردند.

برای بررسی میزان یادآوری علائم مانیا، سیمون و همکاران [۹] طی دو سال با 392 بیمار هر سه ماه یک‌بار مصاحبه کردند؛ از بیماران در مورد علائم مانیای قبلی سؤال و میزان یادآوری درست علائم ثبت می‌شد. در این میان، به صورت تصادفی نیز در هر سه ماه دو نوبت تماس تلفنی گرفته می‌شد و علائم مانیا به صورت تلفنی در بیماران بررسی می‌شد. مصاحبه حضوری و تلفنی توسط مصاحبه‌گران متفاوتی انجام می‌شد. در این پژوهش تفاوت معنی‌داری بین بررسی حضوری و تلفنی علائم مانیا مشاهده نشد. حساسیت^۳ یادآوری علائم در هفته سوم نسبت به هفته اول افزایش، ولی ویژگی^۴ در این زمان کاهش داشت.

راتر و سیمون [۱۰] میزان یادآوری علائم افسردگی 376 بیمار مبتلا به اختلال دوقطبی را طی شش ماه مورد بررسی قرار دادند که در این مطالعه، جامعه آماری هر سه ماه یک‌بار مورد مصاحبه قرار گرفتند و نشان دادند که میزان یادآوری علائم افسردگی، حساسیت پایین و ویژگی قابل قبول دارد، ولی خلق بیماران در زمان به یادآوری روی حساسیت و ویژگی مؤثر است. بدین صورت که افسردگی بیمار در زمان به یادآوری باعث افزایش حساسیت و کاهش ویژگی به یادآوری علائم افسردگی قبلی می‌شود.

در سال 1391 پژوهشی توسط اعلائی و همکاران [۵] تحت عنوان «شناسایی علائم‌های کاربردی‌تر دوره حاد مانیا برای تشخیص اختلال دوقطبی در بیماران تازه مرخص‌شده از بیمارستان» انجام شد که در آن تحقیق 96 بیمار مبتلا به اختلال دوقطبی (که توسط استاد^۵ تشخیص داده شده بودند) از دو مرکز روان‌پزشکی حضرت رسول اکرم (ص) و روان‌پزشکی ایران به طور تصادفی انتخاب شدند که 3 ± 30 روز بعد از ترخیص (به‌اختصار یک ماه پس از ترخیص گفته می‌شود) از طریق تماس تلفنی، میزان یادآوری درست علائم مختلف مانیا در آن‌ها ارزیابی شد. از این تعداد، 56 نفر مذکر و 40 نفر مؤنث بودند که بر اساس اطلاعات مندرج در پرونده بیماران، شایع‌ترین علامت در کل تحریک‌پذیری بود (در مردان شایع‌ترین

3. Sensitivity

4. Specificity

۵. منظور از استاد، عضو تمام‌وقت هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی دانشگاه ایران است که در بیمارستان‌های حضرت رسول اکرم (ص) و روان‌پزشکی ایران نیز فعالیت درمانی می‌کنند.

مقیاس درجه‌بندی افسردگی هامیلتون^۶

یکی از رایج‌ترین ابزارها برای تعیین شدت افسردگی، مقیاس درجه‌بندی افسردگی هامیلتون است. این مقیاس دارای ۱۷ متغیر است که هر متغیر بین صفر تا ۴ نمره دارد، نمره ۷ و کمتر، دارای سطح «نرمال»، ۸ تا ۱۳ افسردگی خفیف، ۱۴ تا ۱۸ متوسط، ۱۸ تا ۲۲ افسردگی شدید و ۲۲ به بالا در سطح «افسردگی بسیار شدید» است. روایی همزمان و سازه آن از راه توافق بین ارزیاب‌ها (در نمره HRSD و نمره مصاحبه بالینی ساختاریافته بالینی) به طور مستقل، تأیید شده است. حساسیت آن در تشخیص موارد مثبت افسردگی ۸۷ درصد و بالاترین سطح حساسیت و ویژگی HRSD، در مطالعات متعدد در نقطه برش بالینی ۱۷ دیده شده است که در آن حساسیت ۶۲/۴ درصد و ویژگی ۹۲ درصد بوده است. پایایی بین‌ارزیاب^۷ این مقیاس در مطالعه روی آزمودنی‌های ایرانی عالی بوده است [۱۱]. روایی نسخه فارسی این مقیاس از راه همبستگی با مقیاس افسردگی بک ۰/۵۵، از راه مقیاس نگرش‌های ناکارآمد ۰/۳۹ و پایایی این مقیاس نیز به ترتیب ۰/۸۵ و ۰/۸۹ محاسبه شده است [۱۲].

مقیاس درجه‌بندی شیدایی یانگ^۸

مقیاس درجه‌بندی شیدایی یانگ دارای ۱۱ ماده است، به جز چهار ماده که نمره‌ای بین صفر تا هشت دارد، بقیه مواد بین صفر تا ۴ نمره‌گذاری می‌شوند [۱۳]. در آزمایه‌های «شیدایی»، ملاک ورود، نمره ۲۰ یا بالاتر و ملاک آستانه «نیمه‌شیدایی» نیز نمره ۱۲ (در برخی منابع نمره ۷) یا کمتر است [۱۴].

پایایی بین‌ارزیاب این مقیاس در مطالعه روی آزمودنی‌های ایرانی عالی بوده است [۱۱]. در بررسی اعتبار و پایایی نسخه فارسی این پرسش‌نامه، ضریب پایایی به شیوه آلفای کرونباخ، برابر ۰/۷۲، برای گروه بیمار ۰/۶۳ و برای گروه بهنجار و پایایی بین ارزیاب‌ها برابر ۰/۹۶ بود. همچنین، ضریب روایی تشخیصی نمرات کل و عضویت گروهی (همبستگی کانونی) ۰/۹۲ محاسبه شد و نتایج تحلیل روایی سؤالات، نشان‌دهنده قدرت تشخیصی بالای همه سؤالات در تفکیک گروه بهنجار از گروه بیمار بوده است.

روایی همزمان این مقیاس نیز با پرسش‌نامه تشخیصی جامع بین‌المللی (متغیر ملاک) برابر با ۰/۸۷، برای ارزشیاب اول ۰/۸۹ و برای ارزشیاب دوم برابر با ۰/۸۴ محاسبه شده است. بنابراین این مقیاس ابزاری پایا با روایی حساسیت و ویژگی‌های روان‌سنجی قابل قبول است که قابلیت استفاده در کارهای بالینی و پژوهشی را دارد [۱۵].

تغییر شماره تلفن (۲۵ مورد)، خارج از دسترس بودن (۳ مورد)، قراردادن در مراکز نگهداری (۴ مورد)، عدم تمایل به همکاری (۳ مورد) و فوت بیماران (۲ مورد) ۵۹ نمونه (۶۱/۵ درصد) باقی ماندند که برای انجام مصاحبه حضوری مراجعه کردند.

پس از اخذ رضایت‌نامه کتبی آگاهانه از آن‌ها، علائم یادآوری شده توسط ایشان، با استفاده از مصاحبه SCID-I استخراج و ثبت شد. سپس محققان، ابزارهای Y-MRS، HRSD-17 و MMSE را برای مصاحبه‌شوندگان تکمیل کردند و در صورت قراردادن بیمار در اپیزود مانیا یا بروز اختلال در نتایج تست‌های YMRS (کسب نمره ۷ یا بیشتر) و HRSD-17 (کسب نمره ۸ یا بیشتر) و بررسی شناختی (MMSE کمتر از ۲۶ نمره)، مصاحبه به یک ماه بعد موکول شد. همچنین در صورتی که بیمار در شش ماه اخیر، الکتروشوک دریافت کرده بود، از مطالعه خارج شد. طی انجام مصاحبه، اگر بیمار احساس خواب‌آلودگی می‌کرد، یک هفته بعد مورد مصاحبه قرار می‌گرفت.

در این مطالعه تلاش شده است تا با ایجاد برخورد محترمانه و گرم، مداخله درمانی یا مشاوره‌ای در صورت لزوم، انجام ویزیت درمانی (در صورت لزوم) و نیز لحاظ کردن هزینه رفت‌وآمد در صورت تمایل بیماران (این هزینه به ۲۸ بیمار پرداخت شد)، از ریزش نمونه‌ها جلوگیری شود و همکاری بیماران افزایش یابد.

ابزارهای پژوهش

برای جمع‌آوری داده‌ها، علاوه بر پرسش‌نامه محقق‌ساخته که جهت به دست آوردن اطلاعات جمعیت‌شناختی به کار گرفته شده، از پرسش‌نامه‌ها و مقیاس‌های دیگری نیز استفاده شد.

پرسش‌نامه ویژگی‌های جمعیت‌شناختی

پرسش‌نامه‌ای شامل اطلاعات شخصی از جمله جنس، سن، سطح تحصیلات و وضعیت تأهل است.

مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلالات محور ۱ بر اساس DSM-IV (SCID-I)

SCID-I پرسش‌نامه‌ای نیمه‌ساختاریافته است که اجرای آن مستلزم قضاوت بالینی مصاحبه‌گر در خصوص پاسخ‌های مصاحبه‌شونده است. این ابزار در دو نسخه بالینی و پژوهشی ارائه شده که در پژوهش حاضر، از نسخه بالینی آن استفاده شده است. این نسخه از پرسش‌نامه بر اساس معیارهای تشخیصی DSM-IV تنظیم شده و برای تشخیص‌گذاری اختلالات محور ۱ از آن استفاده می‌شود. روایی و پایایی نسخه فارسی این پرسش‌نامه نیز توسط شریفی و همکاران بررسی شده است [۷].

6. Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD)

7. Inter-rater reliability

8. Young Mania Rating Scale (Y-MRS)

آزمون کوتاه وضعیت ذهنی^۹

و MMSE و مصاحبه SCID-I انجام شد. مصاحبه‌ها به صورت انفرادی و با توجه به آمادگی بیماران تکمیل شد و پس از تکمیل از بیماران بابت شرکت در پژوهش تشکر و از آن‌ها خواسته شد تا در نوبت‌های بعدی نیز همکاری کنند.

تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نسخه ۲۰ نرم‌افزار SPSS انجام شد. برای تحلیل توصیفی متغیرهای کمی، از فراوانی و درصد و برای تحلیل استنباطی از آزمون مک‌نمار و ضریب کاپا استفاده شد. به‌کارگیری این آزمون به این دلیل است که داده‌ها اسمی دوارزشی، به هم وابسته و هدف تحلیل‌ها دو گروهی بودند؛ همچنین از محاسبات ارزش اخباری مثبت، ارزش اخباری منفی، حساسیت و ویژگی نیز استفاده شد.

اگر مقدار ضریب کاپا صفر تا ۰/۲ باشد، بین مشاهده و پیش‌بینی توافقی وجود ندارد، اگر بین ۰/۲۱ تا ۰/۴ باشد، توافق ناچیز، بین ۰/۴۱ تا ۰/۶ توافق متوسط، بین ۰/۶۱ تا ۰/۸ توافق خوب و اگر این ضریب بین ۰/۸۱ تا ۰/۹۹ محاسبه شود، توافق عالی خواهد بود [۲۰].

یافته‌ها

جامعه آماری این تحقیق شامل ۵۹ بیمار است که اطلاعات جمعیت‌شناختی آن‌ها مطابق جدول شماره ۱ است.

با توجه به جدول شماره ۲ و تصویر شماره ۱، بیشترین علامت مانیا در بین بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی نوع ۱ که ۶۰ ماه پس از ترخیص به یاد آورده‌اند، «کاهش نیاز به خواب» است.

جدول شماره ۲ فراوانی علائم مانیا در بستری مبدأ و میزان

این پرسش‌نامه یک وسیله معتبر جهانی برای ارزیابی مخصوص شناختی در شش زمینه است. از این آزمون به عنوان یک روش عملکردی به منظور درجه‌بندی سطوح شناختی استفاده می‌شود. ضریب پایایی نسخه اولیه پرسش‌نامه به شیوه آلفای کرونباخ برابر ۰/۹۶ و حساسیت و ویژگی آن ۱۰۰ درصد گزارش شد [۱۶]. نمره گذاری این آزمون به این صورت است که با نمره صفر تا ۱۰ اختلال شناختی، شدید؛ ۱۱-۲۰، متوسط؛ ۲۱-۲۶، خفیف و ۲۷-۳۰، شناخت طبیعی است [۱۷، ۱۸].

روایی افتراقی نسخه فارسی این آزمون توسط سیدیان و همکاران [۱۹] با استفاده از آزمون تی مستقل بررسی شده است، که در آن، محققان با اطمینان ۹۵ درصد تمایزگذاری آزمون را تأیید و پایایی داخلی پرسش‌نامه را از طریق ضریب آلفای کرونباخ، ۰/۸۱ گزارش کردند.

روش اجرای پژوهش

۶۰±۲ ماه پس از ترخیص (به‌اختصار، ۶۰ ماه پس از ترخیص گفته می‌شود) از نمونه‌های پژوهش اعلائی و همکاران [۵] برای شرکت در مطالعه دعوت شد. درنهایت ۵۹ نفر در مطالعه شرکت کردند.

طی مصاحبه‌ای حضوری، اخذ رضایت‌نامه کتبی آگاهانه، ثبت متغیرهای جمعیت‌شناختی و بالینی (از قبیل تعداد بستری در بیمارستان)، اجرای پرسش‌نامه‌های HRSD-17، Y-MRS

9. Mini-Mental State Examination (MMSE)

جدول ۱. اطلاعات جمعیت‌شناختی بیماران حاضر در پژوهش

فراوانی (درصد)		مجموع		ویژگی	
۲۱ زن (۳۵/۶)	۳۸ مرد (۶۴/۴)				
۰	۲ (۱۰۰)	۲	بی‌سواد		
۷ (۲۵)	۲۱ (۷۵)	۲۸	زیر دیپلم		تحصیلات
۰	۰	۰	دیپلم		
۱۳ (۳۴/۸)	۱۶ (۵۵/۲)	۲۹	دانشگاهی		
۱۴ (۳۱/۸)	۳۰ (۶۸/۲)	۴۴	بله		تحت درمان
۶ (۴۰)	۹ (۶۰)	۱۵	خیر		
۹ (۳۳/۳)	۱۸ (۴۶/۷)	۲۷	بله		بستری مجدد
۱۱ (۳۴/۴)	۲۱ (۶۵/۶)	۳۲	خیر		
۳۹±۱۱/۱	۳۹±۱۱/۶	۳۹±۱۱/۴			میانگین سنی

جدول ۲. فراوانی علائم مانیا در بستری مبدأ و میزان یادآوری درست این علائم پس از یک ماه و ۶۰ ماه

علائم مانیا	فراوانی (درصد)			ضریب کاپا
	فراوانی در بستری مبدأ	یک ماه پس از ترخیص	۶۰ ماه پس از ترخیص	
کاهش نیاز به خواب*	۵۷ (۹۶/۹)	۴۰ (۷۰/۲)	۵۲ (۹۱/۲)	۰/۳۶۹
خلق تحریک‌پذیر	۵۶ (۹۴/۹)	۴۴ (۷۸/۶)	۴۷ (۸۳/۹)	۰/۳۵۸
فعالیت‌های لذت‌بخش*	۳۲ (۵۴/۲)	۱۵ (۴۶/۹)	۲۶ (۸۱/۳)	۰/۳۳۸
علائم سایکوتیک*	۳۱ (۵۲/۵)	۱۳ (۴۱/۹)	۲۱ (۶۷/۷)	۰/۳۹۰
اعتماد به نفس بالا	۴۲ (۷۱/۲)	۲۶ (۶۱/۹)	۲۷ (۶۴/۳)	۰/۵۴۰
پرحرفی	۵۳ (۸۹/۸)	۲۷ (۵۰/۹)	۲۷ (۵۰/۹)	۰/۸۴۹
خلق بالا	۱۳ (۲۲)	۴ (۳۰/۸)	۵ (۳۸/۵)	۰/۴۹۴
حواس‌پرتی	۱۵ (۲۵/۴)	۶ (۴۰)	۳ (۲۰)	۰/۵۴۵
سراسیمگی	۴۹ (۸۳/۱)	۳۰ (۶۱/۲)	۲۵ (۵۱)	۰/۵۴۹

مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران

* دارای تفاوت معنی‌دار بین ماه یک و ۶۰ (با P کمتر ۰/۰۵)

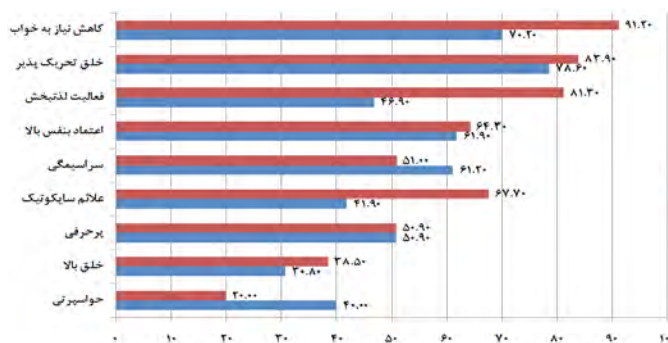
به پیشگویی این نکته است که اگر یک تست در یک فرد مثبت گزارش شود، چقدر احتمال دارد که آن فرد واقعاً بیمار باشد.

چنان‌که نتایج جدول شماره ۳ نشان می‌دهد، سه ارزش اخباری مثبت بالاتر، مربوط به خلق تحریک‌پذیر (۱۰۰ درصد)، پرحرفی (۱۰۰ درصد) و کاهش نیاز به خواب (۹۶/۲۹ درصد) است. ارزش اخباری منفی قادر به پیشگویی این نکته است که اگر یک تست در یک فرد منفی گزارش شود، چقدر احتمال دارد که آن فرد واقعاً سالم باشد. سه ارزش اخباری منفی بالاتر نیز مربوط به خلق بالا (۷۲/۹۷ درصد)، فعالیت‌های لذت‌بخش (۷۶ درصد) و حواس‌پرتی (۷۳/۸۰ درصد) است. توانایی یک تست برای پیدا کردن موارد بیماری را «حساسیت» می‌گویند. برای محاسبه حساسیت یک تست، باید نسبت موارد مثبت حقیقی را به مجموع موارد مثبت حقیقی و منفی کاذب به دست آورد.

سه ارزش بالاتر حساسیت، مربوط به کاهش نیاز به خواب (۹۱/۲۲ درصد)، خلق تحریک‌پذیر (۸۳/۹۲ درصد) و فعالیت‌های

یادآوری درست این علائم پس از یک ماه و ۶۰ ماه و تصویر شماره ۱ درصد یادآوری علائم مختلف مانیا توسط بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی نوع ۱ در یک و ۶۰ ماه پس از ترخیص را نشان می‌دهد. همان‌طور که در جدول شماره ۲ و تصویر شماره ۱ نیز نشان داده شده است، تفاوت میزان یادآوری در سه علامت «کاهش نیاز به خواب»، «فعالیت لذت‌بخش» و «علائم سایکوتیک» بین سنجش یک و ۶۰ ماه پس از ترخیص، معنادار بود.

نسبت افراد واقعاً بیمار به کل مواردی که تست، مثبت گزارش کرده (مواردی همچون افرادی که سالم هستند، ولی به اشتباه بیمار تشخیص داده شده‌اند) «ارزش اخباری مثبت» و نسبت افراد واقعاً سالم به کل مواردی که تست، منفی گزارش کرده (مواردی همچون افرادی که بیمار هستند و به اشتباه سالم گزارش شده‌اند) «ارزش اخباری منفی» تعریف می‌شود [۲۱]. جهت تعیین ارزش هر علامت در کار بالینی، ارزش اخباری مثبت و منفی برای هر علامت محاسبه می‌شود [۲۲]. این ویژگی قادر



مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران

تصویر ۱. درصد یادآوری علائم مختلف مانیا توسط بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی نوع ۱ در یک و ۶۰ ماه پس از ترخیص

جدول ۳. ارزش اخباری مثبت و منفی، حساسیت و ویژگی هریک از علائم به دست آمده مانیا در ماه ۶۰

ویژگی	حساسیت	ارزش اخباری		علائم
		منفی	مثبت	
۱۰۰	۸۳/۹۲	۰/۲۵	۱۰۰	خلق تحریک پذیر
۸۲/۳۵	۶۴/۲۸	۴۸/۲۷	۹۰/۰۰	اعتماد به نفس بالا
۰/۰۰	۹۱/۲۲	۰/۰۰	۹۶/۲۹	کاهش نیاز به خواب
۱۰۰	۵۰/۹۴	۱۸/۷۵	۱۰۰	پر حرفی
۷۰/۴۵	۲۱/۴۲	۷۳/۸۰	۱۷/۶۴	حواس پرتی
۶۶/۶۶	۵۰/۰۰	۱۹/۳۵	۸۹/۲۸	سراسیمگی
۷۰/۳۷	۸۱/۲۵	۷۶/۰۰	۷۶/۴۷	فعالیت های لذت بخش
۹۶/۴۲	۶۷/۷۴	۷۲/۹۷	۹۵/۴۵	علائم سایکوتیک
۸۷/۵۰	۴۵/۴۵	۸۷/۵۰	۴۵/۴۵	خلق بالا

مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالین ایران

جدول ۴. همبستگی اسپیرمن متغیرهای مرتبط با یادآوری صحیح علائم مانیا

تحصیلات	جنسیت	بستری مجدد	تحت درمان بودن	یادآوری صحیح در ماه
-۰/۱۴	-۰/۰۱	۰/۱۸	-۰/۰۶	Correlation Coefficient
۰/۲۹	۰/۹۱	۰/۱۶	۰/۶۱	p. value
-۰/۲۲	۰/۰۵	۰/۲۵	-۰/۰۹	Correlation Coefficient
۰/۰۸	۰/۶۹	۰/۰۵	۰/۵۰	p. value

مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالین ایران

جدول ۵. رگرسیون خطی متغیر سن با یادآوری صحیح علائم مانیا

سن	یادآوری صحیح در ماه
۰/۰۰۶	ضریب تعیین تعدیل شده
۱/۳۳ (۰/۲۵۳)	F (p. value)
-۰/۰۱۵	ضریب تعیین تعدیل شده
۰/۱۱ (۰/۷۳۴)	F (p. value)

مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالین ایران

تحت درمان بودن، بستری مجدد، جنسیت و تحصیلات ارتباطی با یادآوری علائم مانیای ارزیابی شده بر مبنای SCID-1 نداشتند. بنابراین یادآوری علائم مانیا در بیماران، ارتباطی با دریافت درمان، بستری مجدد، جنسیت و تحصیلات بیماران ندارد. **جدول شماره ۵** نشان می‌دهد متغیر سن قادر نبود به طور معناداری تغییرات یادآوری علائم مانیای ارزیابی شده بر مبنای SCID-1 را پیش بینی کند. بنابراین یادآوری علائم مانیا در بیماران ارتباطی با سن بیماران ندارد.

لذت بخش (۸۱/۲۵ درصد) است. توانایی یک تست برای پیدا کردن موارد سالم را «ویژگی» می‌گویند. برای محاسبه ویژگی یک تست باید نسبت موارد منفی حقیقی را به مجموع موارد منفی حقیقی و مثبت کاذب به دست آورد. سه ارزش بالاتر ویژگی علائم نیز مربوط به خلق تحریک پذیر (۱۰۰ درصد)، پر حرفی (۱۰۰ درصد) و علائم سایکوتیک (۹۶/۴۲ درصد) است.

چنان که **جدول شماره ۴** نشان می‌دهد، هیچ‌یک از متغیرهای

بحث

همان‌طور که در تصویر شماره ۱ نشان داده شده است، بیشترین علائم به یاد آورده شده در ماه ۶۰ کاهش نیاز به خواب و خلق تحریک‌پذیر بوده که در پژوهش‌های اعلائی و همکاران نیز این دو علامت شایع‌ترین علائم به یاد آورده شده در ماه یکم [۵] بود. در مورد یادآوری بیشتر خلق تحریک‌پذیر می‌توان به عوارض ناخوشایندی که این علامت برای بیمار و اطرافیان او به جای می‌گذارد اشاره کرد که نیاز بیشتری به درمان در فرم بستری خواهد داشت [۵].

جدول شماره ۲: به استثنای دو مورد سراسیمگی و حواس‌پرتی، سایر علائم مانیا در ماه ۶۰ بیشتر از ماه یکم به یاد آورده شدند. این اختلاف در سه علامت کاهش نیاز به خواب، فعالیت‌های لذت‌بخش و علائم سایکوتیک معنادار بود که از علل آن می‌توان به افزایش بینش به بیماری و قرارداد داشتن بیماران در فاز یوتایمیک و حذف بیماران با مشکلات شناختی اشاره نمود؛ همچنین تفاوت در نوع مصاحبه و مصاحبه‌گر را نیز می‌توان از علل احتمالی این اختلاف در نظر گرفت. در مطالعه راتر و سیمون [۱۰] نیز قرارداد داشتن بیماران در فاز افسردگی و اثرات شناختی افسردگی با یادآوری بیشتر علائم افسردگی قبلی بیماران همبستگی داشته است. همچنین در این مطالعه یکی از علل احتمالی تفاوت در یادآوری علائم، تفاوت در تکنیک مصاحبه ذکر شده است.

با توجه به تحت درمان قرار داشتن ۷۴/۲ درصد از بیماران شرکت‌کننده در تحقیق، به نظر می‌رسد مراجعه منظم به پزشک و یادآوری علائم مانیا توسط پزشک جهت بررسی عود علائم، در به یاد آوردن علائم تأثیر داشته باشد. به طور مشابه، در مطالعه ورشو و همکاران [۲۳] نیز که بر روی یادآوری علائم اضطرابی طی شش ماه انجام شد، مشخص شد که میزان یادآوری علائم در بیمارانی که هر دو هفته مورد بررسی قرار گرفته بودند، نسبت به آن‌هایی که در آن بازه زمانی، مورد بررسی قرار نگرفته بودند، بهتر بوده است. به نظر می‌رسد به صورت کلی با گذشت زمان، نسبت به شروع اختلال دوقطبی و در نتیجه مراجعه و ارتباطات متعدد بیماران با سیستم درمانی و همچنین آموزش‌های احتمالی در مورد بیماری، بیماران نسبت به بیماری و علائم خود اطلاعات بیشتری به دست آورده‌اند که سبب افزایش بینش و میزان یادآوری علائم مانیا قبل‌ی شود [۲۴]. همچنین تعدد بستری [۲۵] نیز از علل دیگر یادآوری بیماران است که در این مطالعه مورد بررسی قرار نگرفت.

در مورد یادآوری بیشتر علائم سایکوتیک، می‌توان در نظر گرفت که این علائم به صورت جداگانه و مستقل روی بینش اثر منفی داشته [۲۶] که برطرف شدن آن‌ها در ماه ۶۰، بهبود مضاعف بینش و یادآوری بیشتر علائم قبلی مانیا را به همراه داشته است.

در مورد یادآوری بیشتر دو علامت دیگر کاهش نیاز به خواب و افزایش فعالیت لذت‌بخش می‌توان به تأثیر قابل توجه علامت افزایش فعالیت لذت‌بخش روی سایر فعالیت‌های بیماران و همراهی آن با اتفاقات مهم (همچون ضرر و زیان مالی) اشاره کرد.

همچنین به همراه داشتن انگ کمتر در یادآوری علامت کاهش نیاز به خواب را می‌توان عاملی احتمالی برای یادآوری بیشتر آن در ماه ۶۰ در افرادی که در زمینه بینش احتمالی بیشتر خود، آمادگی بالاتری برای ارائه علائم گذشته دارند، در نظر گرفت.

در رابطه با کمتر به یاد آورده شدن علامت سراسیمگی می‌توان به غیراختصاصی بودن علامت سراسیمگی و تجربه کردن این علامت توسط بیمار در موقعیت‌های مختلف و در شرایطی غیر از حمله مانیا اشاره کرد که البته این فرضیه نیاز به بررسی بیشتر دارد.

سه علامت خلق تحریک‌پذیر، کاهش نیاز به خواب و پرحرفی در کل، بالاترین میزان ارزش اخباری مثبت را داشتند که این یافته همسو با یافته‌های پژوهش‌های اعلائی و همکاران است. بیشترین ارزش اخباری منفی در این تحقیق و پژوهش‌های اعلائی و همکاران خلق بالا بود. این یافته‌ها درمانگر را بیشتر مطمئن می‌کند که حمله مانیا در سابقه بیمار وجود داشته و به این ترتیب به تشخیص دوره قبلی مانیا کمک می‌کند. رد کردن وجود خلق بالا توسط بیمار نیز درمانگر را از نیاز به جست‌وجوی بیشتر جهت یافتن این علامت در سوابق بیمار معاف می‌کند.

نتیجه‌گیری

در مجموع می‌توان گفت نشانه‌های تحریک‌پذیری، پرحرفی و کاهش نیاز به خواب مهم‌ترین علائم و نشانه‌های یادآوری شده با ارزش اخباری مثبت مناسب هستند. همچنین نتایج نشان داد یادآوری علائم مانیا حتی مدت‌ها پس از زمان بستری قابل اعتماد است. در این راستا بالینگران می‌توانند به تشخیص خود درباره اپیزودهای قبلی مانیا و سیر اختلال دوقطبی اطمینان بالایی داشته باشند.

بالاترین ارزش اخباری مثبت مربوط به علائم خلق تحریک‌پذیر (۱۰۰ درصد)، پرحرفی (۱۰۰ درصد) و کاهش نیاز به خواب (۹۶/۳ درصد) است، به معنای دیگر تأیید حضور این سه علامت یعنی خلق تحریک‌پذیر، کاهش نیاز به خواب و پرحرفی از جانب بیمار می‌تواند به درمانگر این اطمینان را بدهد که این علائم در سابقه بیمار وجود داشته است. همچنین بیشترین ارزش اخباری منفی مربوط به علامت خلق بالا (۸۷/۵ درصد) بود و این نشان می‌دهد که در مورد سابقه علامت خلق بالا در مبتلایان به اختلال دوقطبی، به جواب منفی بیماران می‌توان اعتماد کرد.

برخی از محدودیت‌های برجسته این مطالعه عبارت‌اند از متفاوت بودن تعداد بستری نمونه‌ها و در نظر نگرفتن فاصله

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان، این مقاله تعارض منافع ندارد.

آخرین بستری بیماران از زمان ارزیابی در ماه ۶۰ که به شکل تئوریک می‌تواند بر خاطرات بیمار از اپیزود مانیا قدیم یا بینش او تأثیر گذار باشد؛ در نظر نگرفتن بیماران سرپایی؛ خلق بیمار در حین به یاد آوردن علائم، ریزش نمونه‌ها و سایر عوامل دخیل در یادآوری همچون بیماری‌های همراه و اختلال شخصیت همراه. همچنین با توجه به اینکه ارزش اخباری مثبت و منفی، تحت تأثیر شیوع علائم مانیا قرار دارند و شیوع این علائم در بیماران بستری و سرپایی متفاوت است، ارزش اخباری استخراج‌شده، به‌تنهایی و در همه شرایط بالینی قابل اتکا نیست.

در طی انجام این پژوهش، سؤالاتی خارج از حوزه این مطالعه مطرح شد که طبق آن پیشنهاد می‌شود محققان عزیز در تحقیقات بعدی، این عوامل را نیز در نظر بگیرند: تأثیر بینش بر یادآوری علائم مانیا؛ شباهت حملات مانیا و فاصله زمانی آخرین حمله مانیا با مصاحبه؛ در نظر گرفتن میزان یادآوری علائم مانیا در سایر بیماری‌های روان‌پزشکی و یا در جمعیت عمومی؛ میزان یادآوری علائم مانیا توسط اعضای خانواده؛ تعداد بستری و عودهای بیمار (مانیا و افسردگی) و در نظر گرفتن فاصله آخرین بستری تا ارزیابی؛ تحت درمان بودن و نوع درمان (درمان دارویی و غیردارویی)؛ در نظر گرفتن خاطرات بیماران از بستری‌های خود و اتفاقات حین بستری (همچون فیکس شدن)؛ ارتباط پزشک با بیمار و رضایت بیمار از درمان و کادر درمانی؛ کیفیت زندگی بیمار و در نظر گرفتن اتفاقات بد زندگی و عملکرد بیمار طی دوره.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

این پژوهش با کد اخلاق IR.IUMS.FMD. REC.1396.9411286009 در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی ایران تصویب شده است. همه اصول اخلاقی در این مقاله رعایت شده است. از تمام شرکت‌کنندگان رضایت‌نامه کتبی گرفته شد و شرکت‌کنندگان اجازه داشتند هر زمان که مایل بودند از پژوهش خارج شوند. همچنین همه شرکت‌کنندگان در جریان روند پژوهش بودند. اطلاعات آن‌ها نیز محرمانه نگه داشته شد.

حامی مالی

این مقاله حامی مالی ندارد و برگرفته از پایان‌نامه دوره تخصصی خانم فاطمه زارعین در گروه روان‌پزشکی دانشگاه علوم پزشکی ایران در سال ۱۳۹۷ است.

مشارکت نویسندگان

تمامی نویسندگان در آماده‌سازی این مقاله به یک اندازه مشارکت داشته‌اند.

References

- [1] Murray CJL, Lopez AD. Evidence-based health policy—lessons from the Global Burden of Disease Study. *Science*. 1996; 274(5288):740-3. [DOI:10.1126/science.274.5288.740] [PMID]
- [2] Salvatore P, Tohen M, Kaur Khalsa HM, Baethge C, Tondo L, Baldessarini RJ. Longitudinal research on bipolar disorders. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*. 2007; 16(2):109-17. [DOI:10.1017/S1121189X00004711] [PMID]
- [3] Shabani A, Teimurinejad S, Kokar S, Ahmadzad Asl M, Shariati B, Mousavi Behbahani Z, et al. Suicide risk factors in Iranian patients with bipolar disorder: A 21-month follow-up from BDPF study. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*. 2013; 7(1):16-23. [PMID] [PMCID]
- [4] Shirazi E, Shabani A, Hakim Shooshtari M, Ghadiri Vasfi M. [Definition of cycle and episode in rapid cycling bipolar disorder: An area of debate in diagnosis and research (Persian)]. *Iranian Journal of Psychiatry & Clinical Psychology*. 2017; 23(3):254-9. [DOI:10.29252/nirp.ijpcp.23.3.254]
- [5] Alaie S. [Identification of more commonly used mania acute manifestations for diagnosis of bipolar disorder in newly discharged patients, in Medical [MSc. thesis] [Persian]. Tehran: Iran University of Medical Sciences; 2014.
- [6] Gharaipour M. [Neuropsychological function and its relationship with psychosocial function and clinical features in bipolar disorders (Persian)]. *Psychological Studies*. 2007; 3(1):71-82. <http://www.sid.ir/fa/journal/ViewPaper.aspx?ID=67340>
- [7] Sharifi V, Asadi SM, Mohammadi MR, Amini H, Kaviani H, Semnani Y, et al. [Reliability and feasibility of the Persian version of the structured diagnostic interview for DSM-IV (SCID) (Persian)]. *Journal of Advances in Cognitive Science*. 2004; 6(1-2):10-22. <http://icssjournal.ir/article-1-26-en.html>
- [8] Ahmadvand A, Sephrmanesh Z, Ghoreysbi F, Assarian F, Moosavi GA, Saei R, et al. [Prevalence of mental disorders in general population of Kashan City (Persian)]. *Iranian Journal of Epidemiology*. 2010; 6(2):16-24.
- [9] Simon GE, Rutter CM. Accuracy of recall for mania symptoms using a three month timeline follow-back interview. *Journal of Affective Disorders*. 2008; 107(1-3):271-4. [DOI:10.1016/j.jad.2007.08.020] [PMID] [PMCID]
- [10] Rutter CM, Simon G. A Bayesian method for estimating the accuracy of recalled depression. *Journal of the Royal Statistical Society: Applied Statistics, Series C*. 2004; 53(2):341-53. [DOI:10.1046/j.1467-9876.2003.05211.x]
- [11] Shabani A, Taheri A, Azadforous S, Najd Abbasi Ch, Mousavi Z, Zangeneh K, et al. Bipolar Disorder Patients Follow-up (BDPF): Methods and materials. *Journal of Research in Medical Sciences*. 2010; 15(4):229-34. <http://jrms.mui.ac.ir/index.php/jrms/article/view/4616>
- [12] Ebrahimi A, Taher Neshatdoost H, Mousavi SG, Asadollahi GA, Nasiri H. Controlled randomized clinical trial of spirituality integrated psychotherapy, cognitive-behavioral therapy and medication intervention on depressive symptoms and dysfunctional attitudes in patients with dysthymic disorder. *Advanced Biomedical Research*. 2013; 2:53. [DOI:10.4103/2277-9175.114201] [PMID] [PMCID]
- [13] Zeschel E, Correll CU, Haussleiter IS, Krüger-Özgürdal S, Leopold K, Pfennig A, et al. The bipolar disorder prodrome revisited: Is there a symptomatic pattern? *Journal of Affective Disorders*. 2013; 151(2):551-60. [DOI:10.1016/j.jad.2013.06.043] [PMID]
- [14] Vieta E. Guide to assessment scales in bipolar disorder. *Tarporley: Springer Healthcare*; 2010. [DOI:10.1007/978-1-907673-26-9]
- [15] Barekatein M, Tavakkoli M, Molavi H, Maeroofi M, Salehi M. [Validity and reliability of Young Mania Rating Scale in Iran (Persian)]. *Journal of Psychology*. 2007; 11(2):150-66. https://iranjournals.nlai.ir/2467/article_588593.html
- [16] Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental state": A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*. 1975; 12(3):189-98. [DOI:10.1016/0022-3956(75)90026-6]
- [17] Anthilingam P. Validation of an instrument to measure cognitive function in patients with heart failure [PhD. dissertation]. New York: University of Rochester; 2007.
- [18] Lorbach ER, Webster KE, Menz HB, Wittwer JE, Merory JR. Physiological falls risk assessment in older people with Alzheimer's disease. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*. 2007; 24(4):260-5. [DOI:10.1159/000107101] [PMID]
- [19] Seyyedian M, Fallah M, Noorzian M, Nejat S, Delavar A, Ghasemzadeh H. [Preparation and validation of the Persian version of the short test of mental status (Persian)]. *Journal of Medical Council of Iran*. 2007; 25(4):408-14.
- [20] Abedi Gheshlaghi H, Valizadeh Kamran Kh. [Evaluation and zoning of forest fire risk using multi-criteria decision-making techniques and GIS (Persian)]. *Journal of Natural Environmental Hazards*. 2018; 7(15):49-66.
- [21] Altman DG, Bland JM. Statistics notes: Diagnostic tests 2: Predictive values. *BMJ*. 1994; 309(6947):102. [DOI:10.1136/bmj.309.6947.102] [PMID] [PMCID]
- [22] Yaseri M, Yekaninejad MS, Pakpour A, Rahmani S, Rangin H, Akaberi A. [Self-Learning concepts of diagnostic tests by graphical approach: sensitivity, specificity, positive predictive value and negative predictive value (Persian)]. *Journal of North Khorasan University of Medical Sciences*. 2012; 4(2):275-82. [DOI:10.29252/jnkums.4.2.275]
- [23] Warshaw MG, Dyck I, Allsworth J, Stout RL, Keller MB. Maintaining reliability in a long-term psychiatric study: An ongoing inter-rater reliability monitoring program using the longitudinal interval follow-up evaluation. *Journal of Psychiatric Research*. 2001; 35(5):297-305. [DOI:10.1016/S0022-3956(01)00030-9]
- [24] Yen CF, Chen CS, Yeh ML, Ker JH, Yang SJ, Yen JY. Correlates of insight among patients with bipolar I disorder in remission. *Journal of Affective Disorders*. 2004; 78(1):57-60. [DOI:10.1016/S0165-0327(02)00213-6]
- [25] Ghaemi SN, Hebben N, Stoll AL, Pope Jr HG. Neuropsychological aspects of lack of insight in bipolar disorder: a preliminary report. *Psychiatry Research*. 1996; 65(2):113-20. [DOI:10.1016/S0165-1781(96)02956-3]
- [26] Yen CF, Chen CS, Yeh ML, Yang SJ, Ke JH, Yen JY. Changes of insight in manic episodes and influencing factors. *Comprehensive Psychiatry*. 2003; 44(5):404-8. [DOI:10.1016/S0010-440X(03)00107-X]