

Impacts of Individual and Family Psychoeducation on Lithium and Bilirubin Blood Serum Levels of the Bipolar Disorder Patients type 1

Gooshchian-Choobmasjedi, S., Makvand-Hosseini, *Sh., Najafi, M., Bigdeli, I.

Abstract

Introduction: This study aims to investigate the impacts of individual and family psychoeducation on bipolar 1 patients to balance the Lithium and Bilirubin biomarkers while in psychiatric routine treatment.

Method: After investigating inclusion and exclusion criteria, a sample of 66 bipolar disorder I patients were purposively selected. Subjects were divided into three groups randomly: individual-psychoeducation, family-psychoeducation and control group. The first two experimental groups received individual and family psychoeducation, while the control group had simple visits by a counselor. Lithium and Bilirubin serum levels were measured using the Pars Azmoon laboratory kits in three phases of pretest, posttest and follow-up. Data were extracted and analyzed by a Multivariate Analysis of Covariance.

Results: Results showed a significant difference for the Lithium serum level of research groups. Family psychoeducation group at posttest showed a significant higher average than control group. The family psychoeducation group at 2 months follow up was higher in the serum Lithium level than control group as well.

Conclusion: Family psychoeducation could balance the lithium serum levels, and control the symptoms of bipolar disorder 1 in short and long term. The adjunct individual and family psychoeducation are recommended to this patients beside their routine psychiatric treatments.

Keywords: Bipolar Disorder, Individual Psychoeducation, Family Psychoeducation, Lithium, Bilirubin, Psychiatry.

تأثیر آموزش روانی فردی و آموزش روانی خانواده بر سطح سرمی لیتیوم و بیلی‌روبین خون بیماران دوقطبی نوع یک

سمانه قوشچیان چوبمسجدی^۱، شاهرخ مکوندحسینی^۲، محمود نجفی^۳، ایمان... بیگدلی^۴

تاریخ دریافت: ۹۶/۰۴/۱۸ تاریخ پذیرش: ۹۶/۱۲/۱۴

چکیده

مقدمه: هدف پژوهش حاضر عبارت از بررسی تأثیر درمان‌های مکمل آموزش روانی فردی و آموزش روانی خانوادگی بر بیماران دوقطبی نوع یک تحت درمان روانپزشکی، برای تنظیم شاخص‌های زیستی لیتیوم و بیلی‌روبین خون است.

روش: پس از واری معیارهای ورود و خروج یک نمونه ۶۶ نفری از بیماران دچار اختلال دوقطبی نوع یک با شیوه هدفمند انتخاب شدند. آزمودنی‌ها به طور تصادفی در سه گروه آموزش روانی فردی، آموزش روانی خانواده و گروه کنترل قرار داده شدند. دو گروه آزمایشی اول آموزش روانی فردی و خانوادگی را دریافت کردند، درحالی‌که گروه کنترل ویزیت ساده با مشاور داشتند. سنجش متغیرهای لیتیوم و بیلی‌روبین با استفاده از کیت‌های آزمایشگاهی پارس آزمون در سه نوبت پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری انجام شد. داده‌ها استخراج و با استفاده از تحلیل کوواریانس چند متغیری تحلیل شد.

یافته‌ها: تفاوت معناداری برای گروه‌های تحقیق در ارتباط با سطح لیتیوم گروه‌ها بدست آمد. گروه آموزش روانی خانواده در پس‌آزمون به گونه معنادار میانگین بالاتری از گروه کنترل از نظر میزان لیتیوم داشتند، در پیگیری دو ماهه نیز میانگین گروه آموزش روانی خانواده از گروه کنترل در میزان لیتیوم بالاتر بود.

نتیجه‌گیری: آموزش روانی فردی و خانوادگی می‌تواند سطح لیتیوم خون بیماران دوقطبی را تنظیم نماید و علائم ناشی از اختلال دوقطبی نوع یک بیماران را در کوتاه‌مدت و بلند مدت کنترل کند. درمان مکمل آموزش روانی فردی و خانوادگی در کنار درمان روانپزشکی روتین این بیماران توصیه می‌شود.

واژه‌های کلیدی: اختلال دوقطبی، آموزش روانی فردی، آموزش روانی خانواده، لیتیوم، بیلی‌روبین، روانپزشکی.

۱- دانشجوی دکتری روانشناسی دانشگاه سمنان، سمنان، ایران

۲- نویسنده مسئول: دانشیار، گروه روانشناسی دانشگاه سمنان، سمنان، ایران

۳- استادیار، گروه روانشناسی بالینی دانشگاه سمنان، سمنان، ایران

۴- استاد، گروه روانشناسی دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران

مقدمه

اختلال دوقطبی نوع یک یکی از اختلالات خلقی است که خلق طبیعی را دگرگون ساخته و موجب اختلال در کنشوری زیستی و محیطی فرد می‌شود. برای بهبود این بیماران باید عوامل اثرگذار شناخته، درمان و یا کنترل شوند. از جمله عوامل اثرگذار شاخص‌های زیستی لیتیوم (۱-۲) و بیلی‌روبین (۳) و (۴) می‌باشد. عدم تعادل در آنزیم‌های آنتی‌اکسیدان در طول دوره بیماری در مراحل اولیه اختلال دوقطبی دیده شده و اثرات آنتی‌اکسیدانی لیتوم باعث جلوگیری از پیشرفت بیماری می‌شود، به همین منظور داروی لیتیوم انتخاب اول برای درمان بیماری دوقطبی نوع اول است، و مداخله در مراحل اولیه ممکن است ابزار ارزشمندی برای بهبود دوره بیماری فراهم کند (۱).

بیلی‌روبین نیز یکی دیگر از شاخص‌های زیستی مؤثر در بیماران دوقطبی نوع یک است که از تجزیه هموگلوبین آزاد شده و از تخریب گلبول‌های قرمز فرسوده پدید می‌آید. افزایش بالای این شاخص زیستی باعث صدمات شدید مغزی می‌شود (۵) و بالا رفتن مقدار بیلی‌روبین در مرحله حاد اختلالات سایکوتیک و همچنین اختلال دوقطبی نوع یک مشاهده شده است (۴). اختلال دوقطبی نوع یک یکی از اختلالات روانی شناخته شده است که با حملات عود مکرر همراه است (۶). عود بیماری در اکثر موارد با مصرف منظم داروهای تثبیت‌کننده خلق قابل کنترل است و قطع یا کاهش ناگهانی دوز دارو، برنامه خواب نامنظم، استرس و ... باعث عود بیماری می‌شوند (۷). یافته‌ها حاکی است که اگرچه دارو درمانی در فرونشاندن مرحله حاد بیماری و تثبیت آن مؤثر است، بسیاری از این بیماران هنوز حملات عود^۳ را تجربه می‌کنند (۸) که ممکن است مربوط به رویه‌ی نادرست استفاده از داروها و نیز آموزش‌های ناکافی بیمار و خانواده‌هایشان باشد. دارو درمانی در پیشگیری از عود اختلال دوقطبی بسیاری مواقع مؤثر نیست (۹) و توجه به یک سری عوامل جانبی را می‌طلبد.

به نظر می‌رسد که پرداختن به این عوامل جانبی به کمک درمان‌های روانشناختی مکمل میسر باشد. از میان این درمان‌های کمکی آموزش روانی^۴ بصورت دو شکل مجزای: ۱- آموزش روانی فردی^۵ و ۲- آموزش روانی خانوادگی^۶، به میزان زیادی در سال‌های اخیر پیشنهاد شده‌اند (۱۰).

آموزش روانی در کل به مجموعه‌ای از درمان‌های مکمل اطلاق می‌گردد که با رویکردی نظام‌مند، ساختاریافته و آموزشی در ارتباط با بیماری و درمان آن عمل می‌کنند. در واقع این روش با تدارک اهداف آموزشی فردی و اجتماعی در ایجاد تغییرات رفتاری پایدار در بیماران، به ویژه بیماران روانی مزمن، گام بر می‌دارد (۱۱). تحقیقات انجام شده در سال‌های اخیر، در زمینه اثربخشی آموزش روانی فردی و آموزش روانی خانواده به عنوان درمان‌های تکمیلی نشان دهنده نتایج متفاوت بر بیماران دوقطبی نوع اول می‌باشد. به عنوان مثال ایون در سال ۲۰۱۰ نشان داد که، روش آموزش روانی فردی در کنار دارو درمانی، و از طریق افزایش اثربخشی داروهای تثبیت‌کننده خلق، موجب کنترل نشانه‌های شیدایی بیماران دوقطبی نوع یک می‌شود (۱۲). همچنین محققان در مروری نظام‌مند نشان داده‌اند که آموزش روانی می‌تواند وضعیت روانی بیماران دچار اختلال دوقطبی بستری شده در بیمارستان را به طور مؤثری در نشانه‌های کنترل حملات اولیه بیماری، همکاری با پرستاران در مصرف منظم دارو و کاهش رفتارهای خودزنی و پرخاشگری و کنترل میزان لیتیوم خون بیماران بهبود بخشد و از نوسانات خلقی بیماران جلوگیری کرده و مدت زمان بستری را کوتاه‌تر نماید (۱۰).

مشابه‌آزمینی و همکاران در طی مطالعه‌ای نشان دادند که آموزش روانی فردی در طی ۸ جلسه در بیماران دوقطبی اثرات مثبتی گذاشته و باعث کاهش دوره‌های عود بیماری در این گروه بیماران شده است (۱۳). آموزش فردی یک رویکرد ساختارمند و آموزشی برای بیماری و درمان آن تعریف شده است که به وسیله فنون آموزشی در جهت تحول و تغییر دائم رفتاری به اثربخشی درمان و کنترل نشانه‌های بیماری می‌پردازد. از طرف دیگر آموزش روانی خانواده بر افزایش آگاهی خانواده بیماران دوقطبی در مورد بیماری، شناسایی زود هنگام نشانه‌های عود و نحوه جلوگیری از عود حملات آنان متمرکز است (۱۴).

اثربخشی آموزش روانی خانواده نیز در برخی از مطالعات گزارش شده است. در یکی از این مطالعات بر روی ۱۲۰ بیمار دوقطبی نوع یک و دو، سرپرستان اصلی بیماران طی ۹ ماه تحت آموزش روانی خانواده قرار گرفتند و مباحث به صورت آموزش در زمینه توضیح کلی اختلال دوقطبی،

خانوادگی در کنار درمان دارویی بیماران دوقطبی نوع یک برای افزایش شاخص‌های زیستی سطح لیتیوم و کاهش بیلی‌روبین خون بیماران تحت دارودرمانی و متعاقباً کنترل بهتر حملات عود آنان می‌باشد.

روش

طرح پژوهش: این مطالعه از نوع نیمه آزمایشی است.

آزمودنی‌ها: از میان ۷۵ بیمار سرپایی زن تحت درمان با تشخیص اختلال دوقطبی نوع یک در یکی از مراکز جامع درمانی شهر سمنان (مرکز سلامت ایرانیان تحت نظارت سازمان بهزیستی) تعداد ۶۶ نفر که واجد ملاک‌های ورود بودند انتخاب و به صورت در دسترس به سه گروه ۲۲ نفره تقسیم شدند. بیماران هر دو گروه دریافت کننده دارو درمانی بودند و در یکی از گروه‌ها دارو درمانی خالص، در گروه دیگر دارو درمانی همراه با آموزش روانی خانواده و در گروه دیگر دارو درمانی همراه با آموزش روانی فردی صورت می‌گرفت. به منظور جلوگیری از تداخل و مواجهه بیماران گروه‌های مختلف با یکدیگر، بیماران هر یک از گروه‌ها در روزهای خاص و ساعت‌های ویژه‌ای ویزیت می‌شدند. در گروه کنترل نیز به قرار گروه‌های دیگر، ۲۲ نفر قرار داشتند. در این گروه بیماران در واقع همان درمان معمول خود را دریافت کردند و این درمان در این بیماران دارو درمانی بوده است. دارو درمانی بیماران با استفاده از لیتیوم و گاباپانتین صورت می‌گرفت و این درمان در همه گروه‌ها یکسان بود. لیتیوم در این بیماران با دوز ۳۰ میلی-گرم بر کیلوگرم شروع و بر اساس تحمل بیماران تا سطح سرمی ۰/۸-۱/۱ میلی‌اکی‌والان بر لیتر افزایش یافت. گاباپانتین با دوز ۱۰۰ میلی‌گرم دو بار در روز شروع شده تا ۴۰۰ میلی‌گرم در هفته‌ی اول بالا برده شد، صورت می‌گرفت و این درمان در همه گروه‌ها یکسان بود. کلیه اعضای گروه‌ها به صورت شفاهی پیش از درمان با روند پژوهش و طرح درمانی گروه خود آشنا شدند و رضایت آگاهانه مکتوب از آنها و خانواده‌هایشان برای شرکت در تحقیق گرفته شد و بعد از رضایت آگاهانه، نمونه خون بیماران دوقطبی نوع یک جهت شرکت در پژوهش حاضر

روش‌های مقابله درست در مقابل شروع نشانه‌های اولیه بیماری، کاهش استرس‌های زندگی بیمار و اطرافیان از طریق آموزش مهارت‌های زندگی و حل مسأله، ارائه گردید. مقایسه با گروهی که تحت آموزش قرار نگرفته بودند در زمینه اطاعت و پیروی از دستورات درمانی، افزایش مهارت‌های اجتماعی، به ویژه مدیریت بر خود و افزایش اثربخشی داروی لیتیوم در سرم خون بیماران که تحت درمان بودند، متفاوت گزارش شد. در قیاس در یکی از مطالعات دیگر^(۲)، تفاوت مهمی میان آموزش روانی به ویژه در طولانی مدت در کنترل حملات بیماران دوقطبی نوع یک مشاهده نشد. در واقع در صورت مزمن بودن بیماری و یا شدید بودن نشانه‌های اختلال از جمله بالا بودن تعداد حملات مانیا در تاریخچه بیماران دوقطبی نوع اول، اثربخشی آموزش روانی در کنار دارو درمانی تأثیرات مثبتی در کوتاه مدت نداشته است.

تحقیقات نشانگر تغییر بیومارکرهای مهم از جمله لیتیوم و بیلی‌روبین در اختلالات خلقی از جمله اختلال دوقطبی است که عود بیماری را نیز موجب می‌شوند. در واقع افزایش سطح لیتیوم^(۲) و کاهش سطح بیلی‌روبین در خون هردو از عوامل مهم پیشگیری از عود حملات اختلال دوقطبی اند^(۱۵). با این حال در طولانی مدت مصرف داروهای تنظیم کننده خلق که این خاصیت را دارند اثربخشی بالایی نداشته اند و این شبهه ایجاد شده که دارو درمانی به تنهایی در پیشگیری از عود این بیماری موفق نیست^(۹). آموزش روانی بیماران و خانواده‌هایشان در کنار دارو درمانی روتین افزایش لیتیوم و جلوگیری از عود حملات بیماری را در بر داشته است^(۱۰). در این پژوهش محقق بر این اعتقاد است که درمان به دلایل مختلف از جمله ناآگاهی بیمار و خانواده در مورد عواملی مانند عدم پایبندی دارویی^(۱۶)، و باقی ماندن مانیا و افسردگی^(۱۴) و وجود اختلال‌های توأم^۳ به خصوص اختلال‌های اضطرابی^۴ (۱۶) به همراه نشانه‌های اصلی اختلال دوقطبی نوع یک درمان این بیماران با تثبیت کننده‌های خلقی را ناکام گذارده و سطوح بیلی‌روبین و لیتیوم به درستی کنترل نمی‌شوند. لذا درمان‌های مکمل آموزش روانی فردی و خانوادگی می‌تواند این خلأ را پر کند. لذا هدف مطالعه حاضر بررسی درمان‌های مکمل آموزش روانی فردی و آموزش روانی

1- Drug non-compliance
2- Mania and Depression
3- Dysfunction
4- Anxiety disorders

های روانسنجی و نیز نحوه نمره‌گذاری آنها شرح داده شده است.

۱- سنجش لیتیوم: لیتیوم به عنوان نمکی است که معمولاً در درمان ناپه‌نجراری های دوقطبی به کار می‌رود. جهت سنجش این عامل آزمایشگاهی از بیماران دوقطبی نوع اول، نمونه خون بیماران توسط کارشناس آزمایشگاه قبل از ورود به مرحله اجرای پژوهش گرفته می‌شد و خون تام، سرم، پلاسما می‌نمونه بیماران باید حداقل ۱۲ ساعت پس از آخرین دوز گرفته شود. سرم از سلول‌ها جدا شده و تا ۱ ساعت بعد توسط آزمایشگر اندازه‌گیری و در دفترچه ثبت اطلاعات آزمایشگاهی بیمار ثبت شده است. غلظت درمانی این فاکتور در محدوده ۱/۲-۰/۶ میکرواکیوالانت/لیتر^۳ می‌باشد که در محدوده بالاتر از ۲ به عنوان غلظت سمی به حساب می‌آید. همچنین این روش توسط اتوانالیزر هیتاچی ۷۰۴ و کیت تشخیص پارس آزمون به روش دی کلروآنیلین سنجیده می‌شود (۱۷).

۲- سنجش بیلی‌روبین: بیلی‌روبین به عنوان یکی از محصولات تجزیه هموگلوبین است که جهت سنجش این عامل آزمایشگاهی از بیماران دوقطبی نوع اول، نمونه خون بیماران توسط کارشناس آزمایشگاه قبل از ورود به مرحله اجرای پژوهش گرفته می‌شد و بیلی‌روبین مستقیم که اندازه‌گیری میزان بیلی‌روبین کونژوگه شده و محلول در آب را در محدوده ۰/۱ تا ۱۰ میلی‌گرم در دسی لیتر نشان می‌دهد و سرم پلاسما همراه با هپارین جهت اندازه‌گیری بیلی‌روبین مستقیم در سرم خونی تا ۱ ساعت بعد توسط آزمایشگر اندازه‌گیری و در دفترچه ثبت اطلاعات آزمایشگاهی بیمار ثبت شده است. دامنه مرجع برای کودکان و بزرگسالان در روش مستقیم کمتر یا مساوی ۰/۳ میلی‌گرم در دسی لیتر^۴ می‌باشد. بیلی‌روبین این پژوهش توسط اتوانالیزر هیتاچی ۷۰۴ و کیت تشخیصی پارس آزمون به روش دی کلروآنیلین سنجیده می‌شود (۱۸).

۳- پروتکل‌های اجرایی تحقیق: در پژوهش پیش رو از دو پروتکل ۱- آموزش روانی - فردی و ۲- آموزش روانی - خانواده استفاده شده است. پروتکل آموزش روانی فردی

توسط کارشناس آزمایشگاه در راستای بررسی کردن عامل های آزمایشگاهی لیتیوم و بیلی‌روبین خون بیماران گرفته شد و نتایج اولیه لیتیوم و بیلی‌روبین بیماران در دفتر پژوهشی به عنوان اطلاعات خط پایه بیماران جهت اطلاع از روند تغییر عامل‌ها در طی پژوهش ثبت شد.

معیارهای ورود افراد به تحقیق عبارت بودند از:

۱- تشخیص اختلال دوقطبی نوع یک بر اساس پنجمین دستور العمل راهنمای تشخیصی و آماری اختلال روانی^۱

۲- جنسیت مؤنث: به منظور کنترل اثرات متغیر خصیصه ای جنسیت.

۳- برخورداری از سواد خواند و نوشتن: با توجه به سنجش های مداد و کاغذی و همچنین انتظار یادگیری مسائل مطرح شده در جلسات.

۴- سن زنان: به منظور کنترل اثرات متغیر سن و در نظر گرفتن سن زنان ۶۰-۲۰ سال.

۵- آموزش روانی نیاز به حداقل سواد برای بیماران بود.

۶- برخورداری از حمایت خانوادگی (حداقل وجود پدر، و مادر در طی دوران پژوهش).

۷- شروع رژیم دارویی از حداقل ۲ ماه قبل.

معیارهای خروج نیز عبارت بودند از:

۱- تشخیص یک یا بیشتر از اختلالات روانپزشکی همبود^۲

۲- مصرف مواد روانگردان (محرک‌ها و مواد روانگردان صنعتی) و اپیوئیدی (تریاک، هروئین و مشتقات آن).

۳- مصرف داروهای ضدالتهابی و فلوگزتین و دیورتیک‌ها و گروه مترونیدازول‌ها.

۴- بارداری بیمار

۵- وجود یا سابقه بیماری کلیوی در بیمار

۶- بیماری‌های مزمن جسمی و نورولوژیک مهم طبق تشخیص روانپزشک مرکز (از جمله: صرع، ام. اس، تومورهای مغزی، دیابت، بیماری قلبی).

هر یک از اعضای گروه‌ها به وسیله گفتار پیش از درمان با روند پژوهش و طرح درمانی گروه خود آشنا شدند و رضایت آنها برای شرکت در درمان و ادامه این روند جلب گردید.

ابزار

از ابزارهای مهم پژوهش حاضر می‌توان: ۱. سنجش

لیتیوم، ۲. سنجش بیلی‌روبین را نام برد که در زیر ویژگی

1- DSM-5

2- comorbid

3- MEq/L

4- mg/dl

جداگانه در مقطع صبح اجرا گردید و صبح‌ها از ساعت ۸ تا ۱۰ گروه آموزش روانی- فردی به صورت جداگانه برای بیمار دوقطبی نوع اول و از ساعت ۱۱ تا ۱۳ اجرای آموزش روانی- خانواده برای سرپرست اصلی مددجو به صورت فردی اجرا گردید. هر جلسه برای بیمار دوقطبی نوع اول و سرپرست بیمار به صورت جلسه‌های ۱ ساعته برگزار گردید و در جهت جلوگیری از ریزش بیماران و خانواده بیماران از روش‌های مددکاری ویژه به صورت ارائه خدمات نقدی و غیر نقدی به صورت سبک کالاهای رایگان، معرفی به سازمان‌های خیریه و حمایتی با همکاری سازمان بهزیستی شهرستان انجام گردید. بعد از اتمام کلیه جلسات در ۶۶ نفر بیمار، تست‌های آزمایشگاهی اولیه مجدداً جهت بررسی پس‌آزمون و ۴ ماه بعد از پس‌آزمون جهت بررسی عود اجرا گردید. از بین مددجو، همگی ۶۶ نفر بیمار مؤثت و در سطح سنی ۲۵ تا ۵۵ سال و کمترین و بیشترین سطح تحصیلاتشان ابتدایی و دیپلم بوده است. اکثریت بیماران را بیماران متأهل تشکیل داده‌اند.

بعد از تقسیم‌بندی نمونه‌ها بر اساس معیارهای ورود و در مرحله بعدی گروه‌بندی به سه دسته (گواه، مداخله‌ای اول، مداخله‌ای دوم) در مرحله بعد قبل از اجرای پروتکل‌های درمانی مخصوص هر گروه، اقدامات پیش‌آزمون برای کلیه نمونه‌ها انجام شد.

کوتاهتر و شامل تنها ۵ جلسه دو ساعته است (۲) که محتوای آن در جدول شماره ۱ بطور خلاصه آمده است. در حالی که آموزش روانی خانواده طولانی‌تر و شامل ۲۰ جلسه یک ساعته است که محتوای آن نیز در جدول شماره ۲ بصورت خلاصه منعکس گردیده است.

۴- پروتکل آموزش روانی خانواده: این پروتکل دارای ۲۱ جلسه درمانی است (۱۹)، به صورت ۱ ساعته با خانواده های بیماران دوقطبی اجرا می‌شود. محتوای جلسات درمانی بطور خلاصه در جدول شماره ۲ آمده است.

روند اجرای پژوهش: کلیه بیماران از مرکز جامع توانبخشی اعصاب و روان سلامت ایرانیان از بین آن دسته از بیماران دوقطبی نوع یک که در حدود ۶ ماه وارد مرکز شده بودند و از طرف بهزیستی ارجاع شده‌اند و تنها تحت درمان دارویی لیتیم قرار گرفته بودند انتخاب شدند. در مرحله بعد به صورت تصادفی و از طریق قرعه‌کشی در داخل مرکز تعداد ۶۶ بیمار دوقطبی نوع اول که از بین ۷۵ بیمار دوقطبی نوع اول انتخاب شدند به ۳ گروه تقسیم بندی شده‌اند (به جدول شماره ۳ نگاه کنید). توسط کارشناس آزمایشگاهی نمونه خون‌گیری بیماران دوقطبی نوع اول جهت بررسی لیتیم و بیلی‌روبین پایه انجام و ثبت شد. جهت اجرای درست پروتکل‌های آموزشی و عدم تداخل برای گروه‌های فردی و خانواده هر روز در ۲ فاصله

جدول (۱) پروتکل آموزش روانی فردی

جلسه اول: آشنایی و ارتباط با بیمار و ارائه اطلاعات مفید و سازنده در مورد ماهیت بیماری دوقطبی نوع یک و علایم اصلی و شیوع بیماری و شناسایی عوامل تحریک‌کننده و سیر بیماری و پیش‌آگهی خوب درمان و شنیدن دیدگاه‌های درست و نادرست بیمار در مورد خود و بیماری‌اش.
جلسه دوم: افزایش بینش در مورد فیزیولوژی بیماری و سبب‌شناسی آن از طریق تصاویر جذاب و ارائه مطالب ساده و نیز ایجاد منطق همکاری از طریق ایجاد نظام انگیزشی عینی مطابق با وضعیت فعلی بیمار مانند امکان دریافت سبک کالا، تغییر در دریافت حمایت‌های اجتماعی از طریق همسر و خانواده و ...
جلسه سوم: آشناسازی بیمار با نشانه‌های اولیه و هشدار دهنده‌ی بیماری در دوره‌های مانیا (افزایش انرژی، علاقه بالا به روابط جنسی، کاهش خواب، پرحرفی، ولخرجی، حواس پرتی)، هیپومانیا (علایم دوره‌های مانیا خفیف‌تر) و دوره‌های نادر افسردگی و مختلط، چه موقع و چه زمانی دوره جدید شناسایی شد؟
جلسه چهارم: پرهیز دادن بیمار از رفتارهای تضعیف‌کننده درمان، مانند استفاده غلط از داروها اصلی و فرعی (کم یا زیاد کردن خودسرانه داروها)، تغییر زمان‌بندی مصرف داروها به طور منظم (حذف یک وعده و اضافه کردن وعده دیگر و یا قطع داروها در طی یک دوره زمانی) سوء مصرف مواد و الکل و ... برای کنترل علایم بیماری خود. پرهیز دادن از داروهای تثبیت‌کننده‌های خلقی، درمان دوم با داروهای ضد مانیا، درمان سوم با داروهای ضد افسردگی و اجرای مشاوره‌های بارداری و ژنتیک ارائه اطلاعات در مورد درمان دارو درمانی در مقابل درمان‌های جانشینی، خطرهای مرتبط با ترک درمان.
جلسه پنجم: تنظیم عادت‌ها و کنترل استرس به صورت، تنظیم عادت‌ها، تکنیک‌های کنترل استرس، آموزش راهبردهای حل مسأله و تصمیم‌گیری درست، ختم درمان و جمع‌بندی مشکلات مددجو و ارائه راهکارهای مناسب در مقابل مشکلات. برنامه‌ریزی روزانه و تطابق روند زندگی بیمار با مشکلات زندگی به همراه آموزش‌های پی در پی.

جدول ۲) پروتکل گروهی آموزش روانی خانواده

بخش اول: آگاهی از اختلال (جلسات ۱ الی ۶): تعریف و تنظیم قوانین گروه، اختلال دوقطبی چیست؟ شیوع بیماری و شناسایی عوامل تحریک کننده، شناسایی نشانه‌های گروه اول (نشانه‌های مانیا و هیپومانیا)، شناسایی نشانه‌های گروه دوم (نشانه‌های افسردگی و دوره‌های مختلط مانیا-افسردگی)، ارزیابی و پیش‌آگهی اختلال.
بخش دوم: دارو درمانی (جلسات ۶ الی ۱۳): پرهیز دادن بیمار از رفتارهای تضعیف کننده درمان، مانند استفاده غلط از داروها اصلی و فرعی (کم یا زیاد کردن خودسرانه داروها)، تغییر زمان‌بندی مصرف داروها به طور منظم (حذف یک وعده و اضافه کردن وعده دیگر و یا قطع داروها در طی یک دوره زمانی) سوء مصرف مواد و الکل و ... برای کنترل علائم بیماری خود. پرهیز دادن از داروهای تثبیت کننده‌های خلقی، درمان دوم با داروهای ضد مانیا، درمان سوم با داروهای ضد افسردگی و اجرای مشاوره‌های بارداری و ژنتیک ارائه اطلاعات در مورد درمان دارو درمانی در مقابل درمان‌های جانشینی، خطرهای مرتبط با ترک درمان.
بخش سوم: اجتناب از سوء مصرف مواد (جلسه ۱۴): اجتناب از مواد روانپزشکی، اجتناب از مواد شبه مانیا و توهم‌زا، اجتناب و پرهیز از مواد الکلی.
بخش چهارم: کشف اولیه از دوره‌های جدید اختلال (جلسات ۱۵ الی ۱۸): آشناسازی بیمار با نشانه‌های اولیه و هشدار دهنده‌ی بیماری در دوره‌های مانیا (افزایش انرژی، علاقه بالا به روابط جنسی، کاهش خواب، پرحرفی، ولخرجی، حواس پرتی)، هیپومانیا (علائم دوره‌های مانیا خفیف‌تر) و دوره‌های نادر افسردگی و مختلط، چه موقع و چه زمانی دوره جدید شناسایی شد؟
بخش پنجم: تنظیم عادت‌ها و کنترل استرس (جلسات ۱۸ الی ۲۱): تنظیم عادت‌ها، تکنیک‌های کنترل استرس، راهبردهای حل مسأله، ختم درمان و جمع‌بندی. ختم درمان و جمع‌بندی مشکلات مددجو و ارائه راهکارهای مناسب در مقابل مشکلات به سرپرست مددجو، ارائه برنامه‌ریزی روزانه و تطابق روند زندگی بیمار با مشکلات زندگی به همراه آموزش‌های مداوم به سرپرست بیمار به صورت فردی.

جدول ۳) گروه‌های تحقیق

گروه گواه: تعداد ۲۲ نفر بیمار دوقطبی نوع اول که فقط تحت درمان دارو درمانی قرار گرفته‌اند.
گروه مداخله‌ای اول: تعداد ۲۲ نفر بیمار دوقطبی نوع اول که علاوه بر درمان دارویی، همزمان تحت درمان آموزش روانی فردی قرار می‌گیرند.
گروه مداخله‌ای دوم: تعداد ۲۲ نفر بیمار دوقطبی نوع اول که علاوه بر درمان دارویی، همزمان تحت درمان آموزش روانی خانواده قرار می‌گیرند.

یافته‌ها

مداخله آموزش روانی خانواده مقدار ۰/۱۶ میکروکیوالانت/لیتر افزایش در مرحله پس‌آزمون و مقدار ۰/۱۱ میکروکیوالانت/لیتر در پیگیری نسبت به خط پایه یا همان پیش‌آزمون وجود دارد. همچنین در روش مداخله آموزش روانی فردی مقدار ۰/۰۴ میکروکیوالانت/لیتر افزایش در مرحله پس‌آزمون و مقدار ۰/۰۳ میکروکیوالانت/لیتر افزایش در مرحله پیگیری نسبت به پیش-آزمون وجود دارد. همچنین در روش دارو درمانی صرف تغییرات در مرحله پس‌آزمون مقدار ۰/۰۷ و در مرحله پیگیری مقدار ۰/۰۴ افزایش نسبت به پیش‌آزمون مشاهده می‌شود.

اطلاعات به دست آمده از تحقیق حاضر از طریق روش‌های آمار توصیفی و استنباطی و با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۱ و با استفاده از آزمون تحلیل کواریانس تحلیل شد. ابتدا گزارش آزمون‌های پیش‌فرض ام‌باکس و لون برای بررسی همگنی واریانس‌های خطا انجام شده است و سپس تحلیل کواریانس صورت گرفته و در ادامه مقایسه‌های زوجی برای بررسی تفاوت میان گروه‌های سه‌گانه تحقیق در مراحل مختلف نیز متوالیاً ارائه شده است. همان‌گونه که در جدول ۴ مشاهده می‌شود در روش

جدول ۴) آمار توصیفی متغیر لیتيوم

گروه	متغیر	میانگین	انحراف استاندارد	نمونه
پیش‌آزمون	خانوادگی	۰/۷۶۳	۰/۰۸۳	۲۲
	فردی	۰/۷۲۲	۰/۱۰۲	۲۲
	دارو	۰/۷۷۰	۰/۱۰۳	۲۲
پس‌آزمون	خانوادگی	۰/۹۲۶	۰/۱۳۴	۲۲
	فردی	۰/۸۱۲	۰/۰۹۲	۲۲
	دارو	۰/۸۴۱	۰/۱۰۹	۲۲
پیگیری	خانوادگی	۰/۸۷۵	۰/۰۹۷	۲۲
	فردی	۰/۸۰۷	۰/۰۹۶	۲۲
	دارو	۰/۸۱۹	۰/۱۰۵	۲۲

جدول ۵) آمار توصیفی متغیر بیلی روبین

نمونه	انحراف استاندارد	میانگین	متغیر	گروه
۲۲	۰/۰۶۱	۰/۴۱۹	خانوادگی	پیش آزمون
۲۲	۰/۰۶۴	۰/۴۶۳	فردی	
۲۲	۰/۰۵۹	۰/۴۵۴	دارو	
۲۲	۰/۰۴۸	۰/۳۹۵	خانوادگی	پس آزمون
۲۲	۰/۰۶۱	۰/۳۸۶	فردی	
۲۲	۰/۱۰۵	۰/۴۲۳	دارو	
۲۲	۰/۰۶۰	۰/۳۸۷	خانوادگی	پیگیری
۲۲	۰/۰۵۸	۰/۳۸۴	فردی	
۲۲	۰/۰۵۱	۰/۴۰۷	دارو	

همان گونه که در جدول ۵ مشاهده می شود، در روش مداخله آموزش روانی خانواده مقدار ۰/۲ میلی گرم در دسی لیتر کاهش در مرحله پس آزمون و مقدار ۰/۱ میلی گرم در دسی لیتر کاهش در مرحله پیگیری نسبت به خط پایه وجود دارد. همچنین در روش مداخله آموزش روانی فردی مقدار ۰/۸ میلی گرم در دسی لیتر کاهش در مرحله پس آزمون و مقدار ۰/۲ میلی گرم در دسی لیتر کاهش در مرحله پیگیری نسبت به خط پایه وجود دارد. همچنین در روش دارو درمانی صرف مقدار ۰/۳ میلی گرم در دسی لیتر کاهش در مرحله پس آزمون و مقدار ۰/۲ میلی گرم در دسی لیتر کاهش در مرحله پیگیری نسبت به پیش آزمون مشاهده می شود. در راستای بررسی همگنی واریانس های خطا، آزمون های پیش-فرض ام باکس، اثر پیلاهی، لامبدای ویلکز و آزمون لون انجام شده است. آزمون ام باکس با مقدار ۱۰۱/۸۲۰ و شاخص $F=۴/۶۲۱$ در سطح ۰/۰۰۱ معنادار بوده است که برابری ماتریس کوواریانس ها را برای متغیرهای پژوهش تأیید نمی کند، لذا شاخص لامبدای ویلکز علاوه بر اثر پیلاهی در آزمون اثرات تحلیل واریانس چند متغیری، گزارش می شود. بر مبنای اثر درون گروهی در آزمون های اثر پیلاهی با مقدار ۰/۲۲ و لامبدای ویلکز با مقدار ۰/۰۰۵ و شاخص $F=۴/۱۸۷$ با درجه آزادی ۵۸ در سطح ۰/۰۰۵ معنادار بوده است. همچنین آزمون لون حاکی از همگنی واریانس های خطا در مراحل پس آزمون و پیگیری در گروه های سه گانه تحقیق برای نمرات لیتیموم و بیلی روبین بوده است و انجام تحلیل واریانس را در مجموع امکان پذیر می سازد. همان گونه که در جدول ۶ مشاهده می شود، بر مبنای آزمون اثرات بین گروهی در پس آزمون لیتیموم با مجموع مجذورات ۰/۰۱۳۵ و درجه آزادی ۲ و میانگین مجذورات ۰/۶۸ و شاخص $F=۶/۷۱$ در سطح ۰/۰۰۲ معنادار می باشد در حالی که در پس آزمون بیلی روبین در سطح ۰/۰۶ معنادار نمی باشد. همچنین در پیگیری لیتیموم با مجموع مجذورات ۰/۰۵۲ و درجه آزادی ۲ و میانگین مجذورات ۰/۰۲۶ و شاخص $F=۴/۴۹$ در سطح ۰/۰۱۵ معنادار می باشد و در پیگیری بیلی روبین با مجموع مجذورات ۰/۰۱۳ و درجه آزادی ۲ و میانگین مجذورات ۰/۰۰۶ و شاخص $F=۴۵۱/۱۵۱$ در سطح ۰/۰۲۰ معنادار می باشد.

همان گونه که در جدول ۵ مشاهده می شود، در روش مداخله آموزش روانی خانواده مقدار ۰/۲ میلی گرم در دسی لیتر کاهش در مرحله پس آزمون و مقدار ۰/۱ میلی گرم در دسی لیتر کاهش در مرحله پیگیری نسبت به خط پایه وجود دارد. همچنین در روش مداخله آموزش روانی فردی مقدار ۰/۸ میلی گرم در دسی لیتر کاهش در مرحله پس آزمون و مقدار ۰/۲ میلی گرم در دسی لیتر کاهش در مرحله پیگیری نسبت به خط پایه وجود دارد. همچنین در روش دارو درمانی صرف مقدار ۰/۳ میلی گرم در دسی لیتر کاهش در مرحله پس آزمون و مقدار ۰/۲ میلی گرم در دسی لیتر کاهش در مرحله پیگیری نسبت به پیش آزمون مشاهده می شود. در راستای بررسی همگنی واریانس های خطا، آزمون های پیش-فرض ام باکس، اثر پیلاهی، لامبدای ویلکز و آزمون لون انجام شده است. آزمون ام باکس با مقدار ۱۰۱/۸۲۰ و شاخص $F=۴/۶۲۱$ در سطح ۰/۰۰۱ معنادار بوده است که برابری ماتریس کوواریانس ها را برای متغیرهای پژوهش تأیید نمی کند، لذا شاخص لامبدای ویلکز علاوه بر اثر پیلاهی در آزمون اثرات تحلیل واریانس چند متغیری، گزارش می شود. بر مبنای اثر درون گروهی در

جدول ۶) آزمون اثرات بین گروهی

منبع	متغیر وابسته	نوع سوم جمع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	معناداری
گروه	پس آزمون لیتیموم	۰/۱۳۵	۲	۰/۰۶۸	۶/۷۱۸	۰/۰۰۲
	پس آزمون بیلی روبین	۰/۰۲۴	۲	۰/۰۱۲	۲/۹۴۲	۰/۰۶۰
	پیگیری لیتیموم	۰/۰۵۲	۲	۰/۰۲۶	۴/۹۴۲	۰/۰۱۵
	پیگیری بیلی روبین	۰/۰۱۳	۲	۰/۰۰۶	۴/۱۵۱	۰/۰۲۰
خطا	پس آزمون لیتیموم	۰/۶۱۵	۶۱	۰/۰۱۰	-	-
	پس آزمون بیلی روبین	۰/۲۴۶	۶۱	۰/۰۰۴	-	-
	پیگیری لیتیموم	۰/۳۵۳	۶۱	۰/۰۰۶	-	-
	پیگیری بیلی روبین	۰/۰۹۵	۶۱	۰/۰۰۲	-	-
کل	پس آزمون لیتیموم	۴۹/۷۹۵	۶۶	-	-	-
	پس آزمون بیلی روبین	۱۱/۰۳۵	۶۶	-	-	-
	پیگیری لیتیموم	۴۶/۵۸۸	۶۶	-	-	-
	پیگیری بیلی روبین	۱۰/۳۹۸	۶۶	-	-	-

جدول ۷) آزمون مقایسه‌های دوتایی

متغیر	مرحله	گروه I	گروه J	میانگین تفاضل (I-J)	خطای استاندارد	معناداری
لیتیوم	پس‌آزمون	خانواده	فردی	۰/۰۱۱۳	۰/۰۳۲	۰/۰۰۲
		خانواده	دارو	۰/۰۸۳	۰/۰۳۱	۰/۰۲۹
		فردی	دارو	-۰/۰۲۹	۰/۰۳۰	۱/۰۰۰
	پیگیری	خانواده	فردی	-۰/۰۶۸	۰/۰۲۴	۰/۰۱۹
		خانواده	دارو	۰/۰۵۵	۰/۰۲۴	۰/۰۶۷
		فردی	دارو	-۰/۰۱۳	۰/۰۲۳	۱/۰۰۰
بیلی‌روبین	پس‌آزمون	خانواده	فردی	۰/۰۳۹	۰/۰۲۰	۰/۱۷۴
		خانواده	دارو	-۰/۰۰۴	۰/۰۲۰	۱/۰۰۰
		فردی	دارو	-۰/۰۴۳	۰/۰۱۹	۰/۰۸۸
	پیگیری	خانواده	فردی	۰/۰۳۲	۰/۰۱۲	۰/۰۴
		خانواده	دارو	۰/۰۰۳	۰/۰۱۲	۱/۰۰۰
		فردی	دارو	-۰/۰۲۹	۰/۰۱۲	۰/۰۵۴

بحث

نتایج تحقیق حاضر نشان داد که آموزش روانی خانوادگی در کنار دارو درمانی روتین بیماران دوقطبی بر میزان لیتیوم خون این بیماران تأثیرات تنظیمی مهمی بلافاصله پس از درمان دارد. در پی گیری نیز این اثرات حفظ می شود در حالیکه درمان فردی تأثیرات تنظیم کننده مهمی را منعکس نساخت. بررسی عامل خونی بیلی‌روبین این بیماران از سوی دیگر حاکی از این بود که، ارائه‌ی درمان‌های مکمل آموزش روانی خانواده و آموزش روانی فردی در کنار درمان دارویی و روانپزشکی میزان این عامل خونی را کاهش نمی دهد و این عامل خونی در طول مدت درمان تقریباً ثابت باقی ماند اما یک روند تغییر روبه رشد مشاهده شد. عدم تغییرپذیری بارز در عامل آزمایشگاهی بیلی‌روبین در این بیماران می‌تواند حاکی از حساس بودن این عامل آزمایشگاهی باشد چرا که این نتیجه در تحقیقات گذشته نیز بدلیل حساسیت بالا در فرآیندهای استرسی کلی بیماران در ارتباط با بیلی‌روبین گزارش شده است (۱۸).

این نتایج با تحقیقات پاول و همکاران مبنی بر تغییر پذیری متغیر بیلی‌روبین در بیماران دوقطبی نوع اول نا همسو می- باشد زیرا تغییرات سطح سرمی بیلی‌روبین در سیر بیماری گویای وابسته بودن آن به شدت بیماری است که این یافته در بررسی‌های دیگری نیز نشان داده شده است (۲۰). بر اساس تحقیقات گذشته می‌توان عدم تغییرپذیری سرمی بیلی‌روبین در بیماران دوقطبی نوع اول در مرحله کوتاه‌مدت

همان‌گونه که در جدول شماره ۷ مشاهده می‌شود، در آزمون لیتیوم میانگین گروه آموزش روانی خانواده و گروه آموزش روانی فردی در مرحله پس‌آزمون ۰/۱۱ و ۰/۰۶ میکرواکیوالانت/لیتر از گروه آموزش روانی-فردی بالاتر بوده است، که در سطح $P < 0.001$ معنادار هستند. همچنین در آزمون لیتیوم میانگین گروه آموزش روانی-خانواده در مرحله پس‌آزمون ۰/۰۸۳ میکرواکیوالانت/لیتر نمره و در مرحله پیگیری ۰/۰۵ میکرواکیوالانت/لیتر نمره از گروه دارو درمانی صرف بالاتر بوده است، که در سطح $P < 0.001$ معنادار هستند. از طرفی در همین آزمون میانگین گروه آموزش روانی فردی در مرحله پس‌آزمون ۰/۰۲۹ میکرواکیوالانت / لیتر نمره و در مرحله پیگیری ۰/۰۱۳ میکرواکیوالانت/ لیتر نمره از گروه دارو درمانی صرف کمتر بوده است که در سطح معنادار قرار نگرفته‌اند.

از سوی دیگر، مقایسه‌های دوتایی گروه‌ها در متغی بیلی‌روبین نشان می‌دهد که میانگین گروه آموزش روانی-خانواده در مرحله پس‌آزمون ۰/۰۰۴ میلی‌گرم در دسی لیتر نمره و در مرحله پیگیری ۰/۰۰۳ میلی‌گرم در دسی لیتر نمره از گروه دارو درمانی صرف پایین‌تر بوده است، که در این سطح معنادار نیستند. از طرفی در همین آزمون میانگین گروه آموزش روانی-فردی در مرحله پس‌آزمون ۰/۰۴۳ میلی‌گرم در دسی لیتر نمره افزایش و در مرحله پیگیری ۰/۰۲۹ میلی‌گرم در دسی لیتر نمره از گروه دارو درمانی صرف کمتر بوده است که در سطح معنادار قرار نگرفته‌اند.

حقیقت امروزه آموزش روانی فردی یا خانوادگی برای بیماران دوقطبی به عنوان یک بخش حمایتی مؤثر در روند درمان و جلوگیری از عود بیماری آنان محرز به نظر می رسد (۲۴، ۲۵) اما برخی پژوهشگران از جمله محقق در این مطالعه همانند نتایج پژوهش بارنس (۲۰۱۱)، نتوانسته‌اند اثربخشی کامل آن را نشان دهند (۲۶).

در یکی از تحقیقات اخیر محققان اثر بخشی کوتاه‌مدت و طولانی مدت آموزش روانی-خانواده را بر بیماران دوقطبی نوع یک و نیز اثربخشی طولانی مدت آموزش روانی-فردی را از طریق افزایش لیتیوم خون بیماران دوقطبی نوع یک تأیید کرده اند (۱۵). در برخی تحقیقات دیگر (۲۰، ۲۴) شواهد مثبتی در حمایت از اثربخشی آموزش روانی-فردی در بیماران دوقطبی نوع اول بدنبال افزایش جلسات آموزش فردی (۲۱ جلسه) نسبت به تحقیق حاضر (۶ جلسه) بدست آمده است. اما شواهدی نیز مبنی بر عدم اثربخشی آموزش روانی - انفرادی در یکی از تحقیقات گزارش شده است (۲۳). این یافته‌ها ممکن است متضمن این باشند که، اثربخشی جلسات آموزش فردی به بیماران دوقطبی نوع یک به استمرار کافی جلسات آن متکی است. به هر حال باز خوردهای منفی این بیماران نسبت به استفاده درست و منظم از داروهایشان و رعایت دستورالعمل های درمان و پیگیری درمان ضعیف توسط آنان با آموزش های انفرادی مشکل تر تصحیح می شود (۲۷)، در حالیکه آموزش خانواده می تواند بگونه مؤثرتر این نقص ها را در درمان این بیماری دوره ای عود کننده رفع کند. از طرفی آموزش خود بیماران می تواند بدلیل از بین رفتن بینش بیمار نسبت به بیماری اش در دوره های رخداد حملات شیدایی و یا تحت شرایط استرس زا و دارای بار عاطفی بالا بی اثر می شود (۲۸). این امر ممکن است حاوی این معنی مهم نیز باشد که، جلسات بیشتری به آموزش های روانی-فردی برای آن دسته از بیمارانی که ارائه ی آموزش های روانی-خانواده در موردشان میسر نمی شود، تدارک دیده شود. امروزه جهت کنترل نشانه های بالینی و جلوگیری از عود اختلال در بیماران روانی از جمله بیماران دو قطبی، استفاده از درمان های تکمیلی در کنار دارو درمانی ضروری شناخته شده است که در کنار درمان های روانی، آموزش روانی نسبت به مداخلات درمانی دیگر از جمله درمان شناختی - رفتاری، درمان های متمرکز

و بلندمدت درمان های آموزش های روانی-فردی و روانی-خانواده را ناشی از پایین بودن شدت این بیماری در این پژوهش گزارش کرد. از سوی دیگر، بررسی علایم لیتیوم این بیماران با سه نوع درمان متفاوت نشان داد که، ارائه درمان مکمل آموزش روانی-خانواده در کنار دارو درمانی آنان بسیار در مهار علایم شیدایی مؤثر واقع می شود. در واقع نتایج تحقیق حاضر نشانگر این بوده است که ارائه ی آموزش های مکمل روانی-خانواده در کنار دارو درمانی این بیماران تنها در کوتاه مدت در کاهش دوره های شیدایی مؤثر بوده و بسیار نوبدبخش است. اما، ارائه ی درمان مکمل به شکل آموزش روانی-فردی به خود این بیماران در مجموع در مهار این حملات چندان مؤثر نیست و جز تغییرات جزئی تغییرات مهمی نسبت به دارو درمانی تنها مشاهده نشد. نتایج حاصل از این مطالعه همسو با پژوهش گذشته می-باشد (۲۱) که معتقدند آموزش روانی خانواده می تواند با بهبود آشنفنگی روان شناختی بیمار، افزایش لیتیوم خون و عود نشانه های بالینی شیدایی بیماران دوقطبی یک را کاهش دهد (۱۹). در حالی که نتایج حاصل در این پژوهش، با پژوهش دیگر مبنی بر اثربخشی آموزش روانی-خانواده در بیماران دوقطبی نوع یک در طولانی مدت و جلوگیری از روند عود از طریق اتحاد درمانی، بالا رفتن دانش خانواده و ایجاد خود مدیریت در مرحله درمانی طولانی مدت و کاهش نشانه های مانیا از طریق افزایش متغیر لیتیوم پس از ۲ سال دوره های پیگیری، ناهمسو می باشد (۲۰). از آنجا که در تحقیق حاضر خانواده ها و نیز افراد دریافت کننده آموزش روانی-خانواده در هیچ یک از مراحل فرآیند درمان را ترک نکردند، می توان مفیدیت این آموزش ها، بالا رفتن دانش خانواده و بهبود اتحاد درمانی را، استنباط کرد. این امر در یکی از تحقیقات نیز در کار با بیماران دوقطبی تأیید شده است (۲۲). یافته های ما همسو با برخی تحقیقات در این زمینه حاکی از این بوده است که آموزش روانی-خانواده می تواند پیش آگهی و جلوگیری از عود نشانه های مهم بالینی (۱۰) و اثرگذاری بر لیتیوم خون را در بیماران دوقطبی نوع یک بهبود بخشد. در واقع آموزش روانی-خانواده علاوه بر کاهش نشانه های بالینی موجب افزایش اتحاد درمانی و متعاقب آن افزایش اثربخشی درمان و داروهای کنترل علایم و بالاخره تسهیل روند درمان می شود (۲۳). در

- patients. *The Journal of clinical psychiatry*. 2000; (61): 549-55
- 3- Fendri C, Mechri A, Khiari G, Othman A, Kerkeni A, Gaha L. Oxidative stress involvement in schizophrenia pathophysiology: a review. *L'Encephale*. 2005; (32): 244-52.
- 4- Yasukawa R, Miyaoka T, Yasuda H, Hayashida M, Inagaki T, Horiguchi J. Increased urinary excretion of biopyrins, oxidative metabolites of bilirubin, in patients with schizophrenia. *Psychiatry research*. 2007; (153): 203-7.
- 5- Dalman C, Cullberg J. Neonatal hyperbilirubinaemia—a vulnerability factor for mental disorder? *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1999; (100): 469-71.
- 6- Hashimoto K. Brain-derived neurotrophic factor as a biomarker for mood disorders: An historical overview and future directions. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 2015; (64): 341-57.
- 7- Kim H., Rapoport S., & Rao J. Altered expressions of apoptotic factors and synaptic markers in postmortem brain from bipolar disorder patients, *Neurobiology of disease*. 2015; (37): 596-603.
- 8- Wei S, Xu H, Xia D, Zhao R. Curcumin attenuates the effects of transport stress on serum cortisol concentration, hippocampal NO production, and BDNF expression in the pig. *Domestic animal endocrinology*. 2015; (39): 231-9.
- 9- Stang P, Frank C, Ulcickas YM, Wells K, Burch S. Impact of bipolar disorder: results from a screening study. *J Clin Psychiatry*. 2016; (9): 42-7.
- 10- Bassili R, Stiller A, Radloff-Gabriel D, Milev R, Jamieson M. Pilot evaluation of a psychoeducational group for people with bipolar disorder. *Queens Health Sci J*. 2009; (9): 12-6.
- 11- Madigan K, Egan P, Brennan D. A randomised controlled trial of carer-focussed multi-family group psychoeducation in bipolar disorder. *Eur Psych*. 2012; 27(3): 281-4.
- 12- Even C, Thuile J, Kalck-Stern M, Criquillon-Doulet S, Gorwood P, Rouillon F. Psychoeducation for patients with bipolar disorder receiving lithium: short and long term impact on locus of control and knowledge about lithium. *Journal of affective disorders*. 2012; (123): 299-302.
- 13- Amini H, Sharifi V, Nejatiasafa A, Arbabi M, Tabatabaie M, Alimadadi Z, et al. One year follow-up of patients with bipolar disorder admitted to Roozbeh Hospital. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2009; (15): 168-74.
- 14- Perlis RH, Ostacher MJ, Patel JK, Marangell LB, Zhang H, Wisniewski SR, et al. Predictors of recurrence in bipolar disorder: primary outcomes from the Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder (STEP-BD). *American Journal of Psychiatry*. 2006; 163(2): 217-24.
- 15- Gumus F, Buzlu S, Cakir S. Effectiveness of individual psychoeducation on recurrence in bipolar

بر خانواده و درمان‌های حمایتی مزیت‌های بالاتری در بیماران دوقطبی به ویژه نوع یک دارد که از مزیت‌های آن می‌توان به اثربخشی داروها از طریق افزایش سطح لیتیم خون بعد از درمان، تغییر سبک زندگی در بیماران، افزایش تبعیت بیماران نسبت به روند درمان و کاهش مشکلات خانوادگی بیمار از طریق افزایش دانش در خانواده‌های بیماران اشاره کرد (۶). همچنین آموزش روانی به دلیل تغییرات در سطح سرمی لیتیم خون و به همراه آن تغییر در منطقه کنترل مغز این بیماران، به عنوان یکی از بهترین درمان‌های مکمل در بیماران دوقطبی به ویژه در بیماران دوقطبی نوع اول شناخته شده است (۱۰). استفاده از این روش درمانی در کنار دارو درمانی به عنوان یکی از روش‌های مؤثر در مدیریت فرد از طریق استفاده از تکنیک‌های حل مسئله، افزایش خود باوری، کنترل اولیه نشانه‌های بیماری در مرحله نیمه‌شیدایی در بیماران دوقطبی نوع اول بسیار مؤثر و کاربردی می‌باشد (۲۹).

در مجموع نتایج نشانگر این است که ارائه ۲۴ جلسه آموزش روانی-خانواده در کنار درمان روانپزشکی بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی نوع یک، در کنترل بیماری آنان بسیار اثربخش بوده و نتایج درمانی با کیفیت‌تری به ویژه از طریق افزایش لیتیم خون بیماران در مرحله کوتاه مدت مشاهده می‌شود. از جمله محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به حجم محدود بیماران دوقطبی در دسترس و سطح هوشی متفاوت بیماران و خانواده‌های آنان اشاره کرد. با توجه به اینکه تحقیق حاضر جزء اولین تحقیقات بر روی بیماری دوقطبی در کشور به شمار می‌رود که با نمونه‌ی در دسترس و تنها بر روی بیماران زن اثربخشی آموزش‌های مکمل روانی فردی و روانی خانواده را می‌آزماید، لذا به محققان آینده انجام تحقیقات مشابه با نمونه‌ای بزرگتر متشکل از بیماران مرد و زن، برای اطمینان از تعمیم‌پذیری یافته‌های تحقیق، پیشنهاد می‌گردد.

منابع

- 1- de Sousa RT, Zarate CA, Zanetti MV, Costa AC, Talib LL, Gattaz WF, et al. Oxidative stress in early stage bipolar disorder and the association with response to lithium. *Journal of psychiatric research*. 2014; (50): 36-41.
- 2- Colom F, Vieta E, Martinez-Aran A, Reinares M, Benabarre A, Gasto C. Clinical factors associated with treatment noncompliance in euthymic bipolar

- disorder; a controlled study. Archives of psychiatric nursing. 2015; 29(3): 174-9.
- 16- Karatsoreos IN, McEwen BS. Psychobiological allostasis: resistance, resilience and vulnerability. Trends in cognitive sciences. 2011; 15(12): 576-84.
- 17- Thomas L. Clinical laboratory diagnostics: Use and assessment of clinical laboratory results: TH-Books Verlagsgesellschaft. 1998.
- 18- Yamaguchi T, Shioji I, Sugimoto A, Yamaoka M. Psychological stress increases bilirubin metabolites in human urine. Biochemical and biophysical research communications. 2002; (293): 517-20.
- 19- Miklowitz DJ. Adjunctive psychotherapy for bipolar disorder: state of the evidence. American Journal of Psychiatry. 2008; (165): 1408-19.
- 20- Bartoli F, Crocamo C, Dakanalis A, Brosio E. Purinergic system dysfunctions in subjects with bipolar disorder: A comparative cross-sectional study. Addiction Journal. 2017; 73(2):1-6.
- 21- Sun X, Wang JF, Tseng M, Young LT. Down regulation in components of the mitochondrial electron transport chain in the postmortem frontal cortex of subjects with bipolar disorder. J Psychiatry Neurosci. 2015; 31(5): 189-96.
- 22- Murray SL, Holmes JG. Seeing virtues in faults: Negativity and the transformation of interpersonal narratives in close relationships. Journal of personality and social psychology. 1993;65(4):707.
- 23- Atri A, Sharma M. Psychoeducation: implications for the profession of health education. Californian Journal of Health Promotion. 2007; (5): 32-9.
- 24- Colom F. Keeping therapies simple: psychoeducation in the prevention of relapse in affective disorders. The British Journal of Psychiatry. 2011; (198): 338-40.
- 25- Wong QJ, Gregory B, McLellan LF. A review of scales to measure social anxiety disorder in clinical and epidemiological studies. Current psychiatry reports. 2016; (18): 1-15.
- 26- Barnes E, Simpson S, Griffiths E, Hood K, Craddock N, Smith DJ. Developing an online psychoeducation package for bipolar disorder. Journal of Mental Health. 2011; (20): 21-31.
- 27- Kallestad H, Wullum E, Scott J. The long term outcomes of an effectiveness trial of group versus Individual psychoeducation for bipolar disorders. JAD. 2017; (16): 21-31.
- 28- Vaghee S, Salarhaji A, Asgharipour N. Effects of psychoeducation on stigma in family caregivers of patients with schizophrenia: a clinical trial. Evidence Based Care Journal. 2016; (5): 63-76.
- 29- Hidalgo D, Mateu A, Reinares M. Psychoeducation in bipolar disorder with a SIMPLE smartphone application. Journal of Affective Disorder. 2016; (20): 58-66.

