مجله علمی پژوهان

دوره ۱۵، شماره ۱، پاییز ۱۳۹۵

مقاله پژوهشی

صفحات ۶۱ تا ۶۷

بررسی فراوانی علائم و نشانه های مانیا در بیماران بستری مبتلا به اختلال دوقطبی I در حمله مانیا در بخش روانپزشکی بیمارستان فرشچیان شهر همدان در سال ۱۳۹۲

علیرضا رحیمی[۱]، راهله معین[۲*]، محسن موسوی [۳]، آذر پیردهقان [۴]

۱. استادیار، مرکز تحقیقات اختلالات رفتاری و سوء مصرف مواد، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران.
۲. کارشناس ارشد روانشناسی، دانشگاه پیام نور کبودرآهنگ، کبودرآهنگ، ایران.
۳. دکتری حرفه ای، مرکز پژوهش دانشجویان، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران.
۴. دانشیار گروه پزشکی اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران.

مشخصات مقاله

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۵/۰۳/۳۱

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۵/۰۶/۲۸

واژگان کلیدی

مانیا
دو قطبی I
اختلال خلقی
علائم و نشانه ها

نویسنده مسئول

راهله معین، کارشناس ارشد روانشناسی، مرکز پژوهش دانشجویان، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران.
تلفن: ۰۸۱۳۸۲۳۱۲۵۸
ایمیل: Raheleh_moein@Yahoo.com

چکیده

مقدمه: اختلالات خلقی گروه وسیعی از اختلالات را شامل می شوند که با اختلال خلق، فقدان کنترل بر خلق و تجربه ناراحتی ذهنی شدید همراه هستند. کسانی که خلق بالا دارند (مانیا)، حالت انبساط خاطر، پرش افکار، کاهش نیاز به خواب، افزایش اعتماد به نفس و افکار بزرگ منشانه نشان می دهند. هدف از این مطالعه بررسی اپیدمیولوژیک علائم و نشانه های مانیا در بیماران بستری مبتلا به اختلال دوقطبی I در حمله مانیا در بخش روانپزشکی بیمارستان فرشچیان شهر همدان بود.

روش کار: این مطالعه توصیفی- تحلیلی از نوع مقطعی بر روی کلیه ۲۳۰ بیمار دو قطبی مبتلابه حمله مانیا، که در طول سال ۱۳۹۲ در بخش روانپزشکی بیمارستان فرشچیان بستری شده بودند، انجام شد. داده ها بوسیله چک لیست محقق ساخته و بر اساس معیارهای DSM-IV-TR جمع آوری گردید. تحلیل داده ها با استفاده از آزمون تی مستقل و با نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ انجام گرفت.

یافته ها: فراوانی علائم و نشانه های مانیا به ترتیب عبارت بودند از: کاهش نیاز به خواب (۸۸/۳ درصد)، پرحرفی (۸۶/۹۵ درصد)، سراسیمگی روانی حرکتی (۸۶/۲ درصد)، بزرگ منشی (۸۰/۴ درصد)، ویژگی های سایکوتیک (۷۱/۳ درصد)، حواس پرتی (۶/۶۹ درصد)، پرش افکار (۶۳/۹ درصد)، بخشندگی (۵۶/۵ درصد)، افزایش میل جنسی (۳۰/۹ درصد) و تفاوت معناداری بین فراوانی علائم بین زن و مرد به جز در ویژگی های سایکوتیک وجود نداشت ($P<0/05$). به طوری که ویژگی های سایکوتیک در زنان بیشتر مشاهده گردید ($P<0/01$).

نتیجه گیری: چهار نشانه کاهش نیاز به خواب، سراسیمگی روانی حرکتی، بزرگ منشی، پرحرفی بطور کلی فراوانترین علائم و نشانه های مشاهده شده در بیماران بود. بنابراین توصیه می شود کادر درمان به این علائم توجه بیشتری نماید.

مقدمه

خلق (Mood) یک حالت احساسی نافذ و مستمر است که درونی بوده و بر رفتار و درک فرد از دنیا تأثیرگذار است. عاطفه (Affect) تظاهر بیرونی خلق است. خلق ممکن است طبیعی، بالا یا پایین باشد. شخص سالم طیف وسیعی از خلق ها را تجربه می کند و به همان نسبت مجموعه ای از تجلیات عاطفی نیز دارد، همچنین قادر به کنترل خلق و عواطف خود نیز است [۱]. اختلالات خلقی گروه وسیعی از اختلالات را شامل می شوند که با اختلال خلق، فقدان احساس کنترل بر خلق و تجربه ذهنی ناراحتی شدید همراه هستند. کسانی که خلق بالا دارند (مانیک)، حالت انبساط خاطر، پرش افکار، کاهش خواب، افزایش اعتماد به نفس و افکار بزرگ منشانه نشان می دهند. افرادی که خلق پایین دارند (افسردگی) با کاهش انرژی، احساس گناه، بی اشتهایی و افکار مرگ و خودکشی مشخص می شوند. سایر علائم و نشانه ها عبارتند از: تغییر در سطح فعالیت، توانایی های شناختی، تکلم و اعمال نباتی (خواب، اشتها، فعالیت جنسی و سایر ریتم های بیولوژیک). این اختلالات عملاً

تمامی حقوق نشر برای دانشگاه علوم پزشکی همدان محفوظ است.

[Downloaded from psj.umsha.ac.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.21859/psj-15018]

همیشه منجر به اختلال در عملکرد شغلی، روابط اجتماعی و بین فردی می گردد و ششمین علت ناتوانی در جهان است[۲].

بیمارانی که فقط دوره افسردگی اساسی دارند، گفته می شود که مبتلا به اختلال افسردگی اساسی یا افسردگی یک قطبی هستند. بیمارانی که هم دوره های افسردگی دارند و هم مانیا یا فقط دوره های مانیا دارند دچار اختلال دوقطبی (disorder Bipolar) هستند[۳]. دوره مانیا دوره مشخص (حداقل به مدت یک هفته یا کمتر از آن اگر بیمار بستری شود) با خلق نابهنجار و مستمراً بالا، منبسط یا تحریک پذیر است. دوره هیپومانیا حداقل ۴ روز طول می کشد و شبیه دوره مانیاست به استثناء اینکه شدت آن در حدی نیست که موجب تخریب در کارکرد اجتماعی یا شغلی شود و علائم سایکوتیک نیز در آن وجود ندارد [۴]. اختلالات خلقی شایع هستند. در اکثر زمینه یابی های اخیر، اختلالات خلقی شایع ترین اختلال روانپزشکی در طول عمر بوده است. میزان بروز سالانه بیماری دوقطبی کمتر از یک درصد است. میزان شیوع اختلال دوقطبی در طول عمر در بیشترین حالت حدود ۴ درصد گزارش شده است. جنس نژاد و قومیت تأثیری در میزان شیوع ندارد. برعکس اختلال افسردگی اساسی، اختلال دو قطبی نوع ۱ در مرد و زن به طور یکسان شایع است. دوره های مانیا در مردها و دوره های افسردگی در زن ها بیشتر دیده می شود [۵]. شروع حمله مانیا در خانم ها در سنین بالاتر است و در اکثر موارد در سنین میانسالی است[۵]. شروع زودرس حمله مانیا با احتمال همزمانی بیشتر با سوءمصرف مواد همراه است، در این بیماران علائم شدیدتر است و پیش آگهی بدتری دارند [۸-۶].

اختلال دوقطبی نوع ۱ ممکن است در افراد طلاق گرفته یا مجرد بیشتر از افراد متأهل دیده شود، همچنین میزان بروز بالاتر از حد متوسط اختلال دو قطبی نوع ۱ در طبقات اجتماعی اقتصادی بالاتر نشان داده شده است [۸]. در مطالعه ی Kroon و همکاران در سال ۲۰۱۳ شروع این بیماری دو پیک سنی در اوایل بزرگسالی و میانسالی داشته است [۹]. در تحقیقی که در سال ۲۰۰۷ توسط Young و همکاران بر اساس مقیاس نمره دهی مانیا، طراحی شده توسط یونگ انجام شد، امتیازات کلی به دست آمده با سن ارتباطی نداشت اما امتیازات به دست آمده برای آیتم میل جنسی برای بیماران زیر چهل سال در مقایسه با بیماران ۴۰ تا ۶۰ سال و بیماران بیشتر از ۶۰ سال به طور معنی داری بالاتر بود [۱۰]. در مطالعه ای دیگر که در سال ۲۰۰۵ توسط Kawa و همکاران در نیوزلند مشخص شد که مردان و زنان به طور کلی در تظاهرات بالینی و سن اولین حمله مانیا شبیه هم هستند و تفاوت معنی داری از نظر فراوانی علائم و نشانه-های مانیا در بین آنان وجود ندارد اما نوع اولین حمله بیماری دوقطبی در مردان به طور معنی داری با زنان متفاوت بود به طوری که مردان با فراوانی بیشتری نسبت به زنان حمله مانیا را به عنوان اولین دوره بیماری دوقطبی تجربه کرده اند [۱۱]. در پژوهشی دیگر که توسط Yildiz و همکاران در سال ۲۰۰۰ در دانشگاه ازمیر ترکیه بر روی ۳۲۸ بیمار مبتلا به اختلال دوقطبی انجام شده است ویژگی های سایکوتیک در مردان ۴۳/۵ درصد و در زنان ۴۷/۸ درصد گزارش شده است که به طور معنی-داری در مردان کمتر از زنان به دست آمده است [۱۲].

با توجه به اینکه مانیا یکی از چالش برانگیزترین بیماری های روانپزشکی است و از طرفی تفاوت های فرهنگی ایران نسبت به کشورهای غربی و اینکه ما در زمینه بررسی میزان شیوع علائم و نشانه های بیماری دو قطبی نوع I در فاز مانیا، تحقیق مشخص و مدون بومی نداریم این ضرورت انجام این مطالعه احساس می گردد. بنابراین این مطالعه با هدف تعیین فراوانی علائم و نشانه های مانیا در بیماران بستری مبتلا به اختلال دوقطبی I در حمله مانیا در بخش روانپزشکی بیمارستان فرشچیان شهر همدان در سال ۱۳۹۲ انجام گرفت.

روش کار

این پژوهش کاربردی، توصیفی- تحلیلی از نوع مقطعی بود. جامعه آماری این مطالعه، کلیه بیماران بستری مبتلا به اختلال دو قطبی نوع I در دوره حمله مانیا در بخش روانپزشکی بیمارستان فرشچیان (سینا) شهر همدان در سال ۱۳۹۲ بود. لذا به منظور بدست آوردن حجم نمونه مناسب از روش نمونه گیری به صورت سرشماری استفاده شد و کلیه بیمارانی که در دوره حمله مانیا در بازه زمانی ذکر شده در بیمارستان بستری بودند، مورد مطالعه قرار گرفتند. تعداد بیماران بستری در حمله مانیا در سال۱۳۹۲، ۲۴۸ نفر بود که با مطالعه پرونده بیماران پرسشنامه مربوط به هر بیمار تکمیل گردید. تعداد ۱۸ پرونده به دلیل ناقص بودن اطلاعات یا عقب ماندگی ذهنی بیمار از مطالعه خارج شدند که از این تعداد ۱۱پرونده مربوط به زنان و ۷ پرونده مربوط به مردان بودند. جهت رعایت اخلاق پژوهشی قبل از جمع آوری اطلاعات از پرونده بیماران، از تمامی آن ها اجازه کتبی گرفته شد. روش جمع آوری اطلاعات از طریق پرونده خوانی و تکمیل چک لیست بود. بدین ترتیب که با مطالعه پرونده بیماران اطلاعات جمعیت شناسی، علائم و نشانه های بیماری آنها استخراج شد و پرسش نامه محقق ساخته که بر اساس ملاک های تشخیصی TR-DSM-IV تنظیم شده بود، برای هر فرد تکمیل گردید. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از آزمون تی مستقل و با نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ انجام گرفت. سطح معناداری برای تمامی آزمون ها ($P<۰/۰۵$) در نظر گرفته شد.

تمامی حقوق نشر برای دانشگاه علوم پزشکی همدان محفوظ است.

[Downloaded from psj.umsha.ac.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.21859/psj-15018]

یافته ها

این مطالعه با هدف تعیین فراوانی علائم و نشانه های مانیا در بیماران بستری مبتلا به اختلال دوقطبی نوع Iدر حمله مانیا در بخش روانپزشکی بیمارستان فرشچیان شهر همدان در سال ۱۳۹۲ انجام گرفت. در این مطالعه ۱۴۲ نفر از بیماران مرد با میانگین و انحراف معیار سنی ۱۰/۶۲±۳۶/۵۰ و ۸۸ نفر زن، با میانگین و انحراف معیار سنی ۱۲/۱۷ ±۳۸/۵۰، همچنین میانگین کلی سن بیماران ۱۱/۲۶±۳۷/۲۰ مورد بررسی قرار گرفتند. از ۱۴۷ نفر مرد مورد مطالعه ۱۰۸ نفر جوان، ۳۵ نفر میانسال و ۴ نفر پیر بودند و از ۸۳ زن مورد مطالعه ۵۰ نفر جوان ۲۶ نفر میانسال و ۷ نفر پیر بودند. بیشتری مردان مورد مطالعه در گروه سنی جوان (۶۹/۷ درصد) و بیشتری زنان نیز در گروه سنی جوان بودند (۶۵/۵ درصد). ۹۲ نفر از بیمارن مجرد، ۹۸ نفر متاهل و ۴۰ نفر مطلقه و بیوه بودند. همچین ۱۸۸ نفر از بیماران دارای تحصیلات دیپلم و زیر دیپلم بودند. تنها ۴۰ نفر تحصیلات دانشگاهی داشتند. سایر اطلاعات مربوط در جدول ۱ آمده است. میانگین سنی اولین حمله ی مانیا در مردان ۲۷/۹۹ و در زنان ۸۴۰۲۸ سال بود. نتایج بررسی نشان داد که بین جنسیت و اولین حمله مانیا اختلاف معناداری وجود ندارد (P>۰/۵۲). در افراد مورد مطالعه ۵۹ نفر دارای خلق بالا و ۱۷۱ نفر دارای خلق تحریک پذیر بودند که در گروه زنان ۷۴ نفر دارای خلق تحریک پذیر و ۱۴ نفر دارای خلق بالا بودند و در گروه مردان ۴۵ نفر دارای خلق بالا و ۹۷ نفر دارای خلق تحریک پذیر بودند. در افراد مورد مطالعه ۳۹ نفر (۱۷درصد) دارای اولین حمله بیماری به صورت افسردگی و ۱۹۱ نفر (۸۳ درصد) دارای اولین حمله به صورت مانیا بودند. در گروه زنان ۲۷ نفر (۳۰ درصد) افسردگی به عنوان اولین حمله بیماری دوقطبی و ۶۱ نفر (۷۰ درصد) مانیا به عنوان اولین حمله بیماری دوقطبی به دست آمد و در گروه مردان ۷ نفر (۱۲ درصد) افسردگی به عنوان اولین حمله بیماری دوقطبی و ۱۴۰ نفر (۸۸ درصد) مانیا به عنوان اولین حمله بیماری دوقطبی به دست آمد (جدول ۲). همانطور که در جدول ۳ مشاهده می شود، شایع ترین علامت چه در مردان و چه در مردان چه در زنان کاهش نیاز به خواب با ۲۰۳ فراوانی بود و پس از آن پرحرفی با ۲۰۰، سراسیمگی روانی حرکتی با ۱۹۰، بزرگ منشی با ۱۸۵، ویژگی سایکوتیک با ۱۶۴ نفر و حواس پرتی با ۱۶۰ فراوانی جزء شایع ترین علامت های بیماری بودند. نتایج بررسی آماری به وسیله آزمون تی مستقل نشان داد، تفاوت معناداری از نظر آماری بین فراوانی علائم و نشانه های تشخیصی حمله مانیا بین زن و مرد به جز در ویژگی های سایکوتیک وجود نداشت (P<۰/۰۱). به طوری که ویژگی های سایکوتیک در زنان مبتلا به این اختلال (دو قطبی نوع ۱) بیشتر مشاهده گردید. بین سایر علائم و جنسیت بیماران تفاوت معناداری بین مردان و زنان مبتلا وجود نداشت (P<۰/۰۵).

جدول ۱. توزیع فراوانی متغیرهای جمعیت شناختی بیماران

متغیر		فراوانی	درصد
جنسیت	مرد	۱۴۲	۶۱/۷
	زن	۸۸	۳۸/۳
	جمع	۲۳۰	۱۰۰
دوره سنی بیمار	جوان (۲۰-۴۰ ساله)	۱۵۴	۶۶/۹۸
	میانسال (۴۰-۶۰ ساله)	۶۲	۲۶/۹۳
	پیر (بیشتر از ۶۰ سال)	۱۴	۶/۰۹
وضعیت تاهل	مجرد	۹۲	۴۰
	متاهل	۹۸	۴۲/۶۰
	مطلقه	۲۶	۱۱/۳۰
	بیوه	۱۴	۶/۱
تحصیلات	دیپلم	۳۴	۱۴/۸
	فوق دیپلم	۷	۳
	کارشناسی	۳۳	۱۴/۴

[Downloaded from psj.umsha.ac.ir on 2026-11-22]
[DOI: 10.21859/psj-15018]

تمامی حقوق نشر برای دانشگاه علوم پزشکی همدان محفوظ است .

جدول۲. توزیع فراوانی جنسی افراد بررسی شده در مطالعه بر حسب نوع خلق

متغیر	مرد	زن	سطح معناداری
خلق تحریک پذیر	۹۷(۶۸/۳ درصد)	۷۴(۸۴/۱ درصد)	P>۰/۰۸
خلق بالا	۴۵ (۳۷/۷ درصد)	۱۴(۱۵/۹ درصد)	
اولین حمله به صورت افسردگی	۱۲(۱۲ درصد)	۲۷(۳۰ درصد)	P<۰/۰۰۱
اولین حمله به صورت مانیا	۱۳۰(۸۸ درصد)	۶۱ (۷۰ درصد)	

جدول ۳. توزیع فراوانی علائم و نشانه های مانیا بررسی شده در جمعیت مورد مطالعه بر حسب جنس

علائم و نشانه ها	مردان	زنان	کل	
	فراوانی (درصد)	فراوانی (درصد)	فراوانی (درصد)	سطح معناداری
کاهش نیاز به خواب	۱۲۸ (۹۰/۱)	۷۵ (۸۵/۲)	۲۰۳ (۳۰/۹)	P=۰/۸۳
پر حرفی	۱۰۷ (۷۵/۴)	۷۳ (۸۳)	۲۰۰ (۸۶/۹۵)	P=۰/۲۱
سراسیمگی روانی حرکتی	۱۲۲ (۸۵/۹)	۶۸ (۷۲/۲)	۱۹۰ (۸۲/۶)	P=۰/۰۹
بزرگ منشی	۱۱۴ (۸۰/۲)	۷۱ (۸۰/۷)	۱۸۵ (۸۰/۴)	P=۰/۹۴
ویژگی های سایکوتیک	۹۳ (۶۵/۵)	۷۱ (۸۰/۶)	۱۶۴ (۷۱/۳)	P=۰/۰۱
حواس پرتی	۹۶ (۶۷/۶)	۶۴ (۷۲/۷)	۱۶۰ (۶۹/۶)	P=۰/۴۱
پرش افکار	۸۸ (۶۲)	۵۹ (۶۷)	۱۴۷ (۳۰/۹)	P=۰/۲۹
بخشندگی	۷۹ (۵۵/۶)	۵۱ (۵۷/۹)	۱۳۰ (۵۶/۵)	P=۰/۷۳
افزایش میل جنسی	۴۴ (۳۱)	۲۷ (۳۰/۶)	۷۱ (۳۰/۹)	P=۰/۹۶

[Downloaded from psj.umsha.ac.ir on 2026-11-22]
[DOI: 10.21859/psj-15018]

تمامی حقوق نشر برای دانشگاه علوم پزشکی همدان محفوظ است .

بحث

نتایج این مطالعه حاضر به طور خلاصه نشان داد که فراوانی علائم و نشانه های مانیا به ترتیب: کاهش نیاز به خواب (۸۸/۳ درصد)، پرحرفی (۹۵/۸۶ درصد)، سراسیمگی روانی حرکتی (۸۲/۶ درصد)، بزرگ منشی (۸۰/۴ درصد)، ویژگی های سایکوتیک (۷۱/۳ درصد)، حواس پرتی (۶۹/۶ درصد)، پرش افکار (۳۰/۹ درصد)، بخشندگی (۵۶/۵ درصد)، افزایش میل جنسی (۳۰/۹ درصد) بود. همچنین تفاوت معناداری بین فراوانی علائم بین زن و مرد به جز در ویژگی های سایکوتیک وجود نداشت، به طوری که ویژگی های سایکوتیک در زنان بیشتر مشاهده گردید. میانگین سنی بیماران ۱۱/۲۶±۳۷/۲۰ بود. مطالعه مشابه توسط Cassidy و همکاران، بر روی ۲۷۳ بیمار مانیک با میانگین سنی ۱۴±۴۲ انجام داده بود، در پژوهش حاضر میانگین سنی بیماران مانند مطالعه فوق در گروه بزرگسالان انجام گرفت [۱۳]. در مطالعه حاضر شایع ترین علائم و نشانه ها در بیماران عبارت بودند از: کاهش نیاز به خواب، سراسیمگی روانی حرکتی و پرحرفی که توافق خوبی با مطالعه Cassidy و همکاران داشت. اما نمرات در این سه مورد از شایع ترین علائم و نشانه ها در پژوهش حاضر نسبت به مطالعه، کمتر گزارش شده است. همچنین فراوانی نشانه های سایکوتیک در این مطالعه نسبت به مطالعه فوق کمتر به دست آمده است [۱۳]. در مطالعه ای مشابه توسط Goodwin و همکاران در دانشگاه آکسفورد بر روی ۱۱۴ نفر با میانگین سنی ۱۱/۳±۳۹ انجام شده است، که به مطالعه حاضر بسیار نزدیک است [۱۴]. در مطالعه Goodwin و همکاران نیز پرحرفی، سراسیمگی روانی حرکتی و کاهش نیاز به خواب به ترتیب فراوان ترین علائم و نشانه های مانیا گزارش شده اند که در مطالعه حاضر نیز با اختلاف اندکی همین نتایج به دست آمده است. در این مطالعه نیز افزایش میل جنسی در بیماران مبتلا به حمله مانیا بیشتر از مطالعه حاضر و ۵۷ درصد گزارش شده است [۱۴]. در تبیین مطالب ذکر بر پایه فراوانی علائم و نشانه های به دست آمده به نظر میرسد که علائم اصلی مانیا عبارتند از: سراسیمگی روانی حرکتی، کاهش نیاز به خواب، پرحرفی و بزرگ منشی که در مطالعه ما و مطالعات گزارش شده این علائم و نشانه ها با فراوانی بالایی گزارش شده اند. بنابراین پیام داده های ما روشن است به طوری که حمله مانیا به عنوان یک وضعیت سرخوشانه همراه با خلق بزرگ منش، چنان که اکثراً به عنوان نشانه پررنگ حمله مانیا مطرح می گردد، نیست. در این پژوهش نیز همانند مطالعات مشابه دیگر سراسیمگی روانی حرکتی و تحریک پذیری بسیار شایعتر هستند. در مطالعه ای که در سال ۲۰۰۵ توسط Kawa و همکاران بر روی ۲۱۱ نفر (۱۲۱ نفر زن با میانه سنی ۴۴ سال و ۹۰ مرد با میانه سنی ۴۳ سال) انجام شد، سن اولین حمله مانیا بین مردان و زنان متفاوت نبود که از این نظر با مطالعه ما همخوانی دارد [۱۱]. اما نوع اولین حمله بیماری دوقطبی در مردان به طور معناداری با زنان متفاوت بود، به طوری که مردان با فراوانی بیشتری نسبت به زنان حمله مانیا را به عنوان اولین دوره بیماری دوقطبی تجربه کرده اند [۱۱]. که از این نظر با مطالعه ما همخوانی دارد. در این مطالعه فراوانی خلق تحریک پذیر در زنان ۱۱ درصد و در مردان ۱۰ درصد گزارش شده است. در مطالعه ما این میزان در مردان ۶۸/۳ درصد و در زنان ۸۴/۱ درصد به دست آمده است. که با توجه به اینکه مطالعه ما به صورت گذشته نگر است، مدت زمان شروع علائم حمله مانیا تا زمان مراجعه به مراکز درمانی مشخص نیست و تحریک پذیری بیشتر در مواردی که حمله مانیا دوام پیدا کرده باشد، دیده می شود. در این مطالعه تفاوت معناداری در تظاهرات بالینی حمله مانیا بر حسب جنس همان گونه که در جدول ۲ آورده شده، به دست نیامده است. در مطالعه ای که توسط Yildizو همکاران در سال ۲۰۰۰، بر روی ۳۲۸ بیمار مبتلا به اختلال دوقطبی انجام شده است، ویژگیهای سایکوتیک در مردان ۳۴/۵ درصد و در زنان ۴۷/۷ درصد گزارش شده است که به طور معناداری در مردان کمتر از زنان به دست آمد است [۱۲]. که در این مطالعه از این نظر با یافته های مطالعه ما مطابقت دارد. در تحقیقی که توسط Kisseng و همکاران در سال ۲۰۰۳ بر روی ۱۷۱۹ بیمار مبتلا به انواع اختلالات دوقطبی (۷۸۷ مرد و ۹۳۲ زن) بین سالهای ۱۹۹۵ تا ۲۰۰۲ انجام شد، که ۶۸۲ بیمار سرپایی و ۱۰۳۷ بیمار بستری بوده اند. در ۴۸/۲ درصد از حمله های مانیا با ویژگی سایکوتیک در بین زنان و ۵۱/۸ درصد در بین مردان گزارش شده، مشاهده شده است که از نظر فراوانی علائم سایکوتیک در مردان و زنان تفاوت معناداری مشاهده نشده است[۱۵]. که مطالعه کنونی از این نظر با مطالعه فوق همسو نیست که می تواند ناشی از تفاوت های بین دو نمونه باشد.

نتیجه گیری

چهار نشانه کاهش نیاز به خواب، سراسیمگی روانی حرکتی، بزرگ منشی، پر حرفی به طور کلی فراوانترین علائم و نشانه های مشاهده شده در بیماران در حمله مانیا بود. به طور کلی تفاوت معناداری در بین مردان و زنان از نظر فراوانی علائم و نشانه های مانیا به جز ویژگی های سایکوتیک که به طور معناداری در زنان بیشتر از مردان بود، بدست نیامد. از سوی دیگر بسیاری از این علائم مانند تحریک پذیری که علامت شایعی است در اختلال های دیگری نیز دیده می شود. از این رو در ارزیابی بیماران تحریک پذیر باید بیشتر دقت شود و به علایم دیگر نیز توجه گردد. شیوع بالای اختلال های همراه نیز نیازمند ارزیابی و تشخیص دقیق این اختلال ها است؛ چون وجود این اختلال ها بر پیش آگهی و پاسخ به درمان بیماران مؤثر است.

تشکر و قدردانی

نویسندگان این مقاله برخود لازم می دانند از کلیه بیمارانی که در انجام این پژوهش همکاری لازم را با تیم پژوهش داشته اند، کمال تشکر و قدردانی را به عمل بیاورند. لازم به ذکر است این مطالعه حاصل پایان نامه دوره دکتری حرفه ای در دانشگاه علوم پزشکی همدان بوده است.

تضاد منافع

این مطالعه برای نویسندگان هیچ گونه تضاد منافعی نداشته است.

[Downloaded from psj.umsha.ac.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.21859/psj-15018]

تمامی حقوق نشر برای دانشگاه علوم پزشکی همدان محفوظ است .

REFERENCES

1. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. American Psychiatric Association. Fifth Edition. American Psychiatric Publication. 2015. 123-154.
2. Bull A. Screening of Bipolar disorder in primary care. J Nurs Practioners. 2010; 6(1): 65-66
3. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/ clinical psychiatry. 11ed. Philadelphia:Lippincott Williams & Wilkins;2014.
4. Baldessarini RJ. A plea for integrity of the bipolar disorder concept. Bipolar Disorder.2000;2(1):3-7.
5. Ketter TA. Diagnostic features, prevalence, and impact of bipolar disorder. Journal of Clinical psychiatry. 2010;71(6):1-14.
6. Carlson GA, Bromet EJ, Sievers S. Phenomenology and outcome of subjects with early- and adult-onset psychotic mania. Am J Psychiatry. 2000; 157:213-219.
7. Carter TD, Mundo E, Parikh SV, Kennedy JL. Early age at onset as a risk factor for poor outcome of bipolar disorder. J Psychiatry Res 2003; 37:297–303.
8. Schürhoff F, Bellivier F, Jouvent R, Mouren-Siméoni MC, Bouvard M, Allilaire JF & et al. Early and late onset bipolar disorders; two different forms of manic-depressive illness? 2000; 58(3):215–221.
9. Kroon JS, Wohlfarth TD, Dieleman J, Sutterland AL, Storosum JG, Denys D, de Haan L, Sturkenboom MC. Incidence rates and risk factors of bipolar disorder in the general population: a population-based cohort study. Bipolar Disord. 2013; 15(3):306-313.
10. Young R, Kiosses D, Heo M, Schulberg HC, Murphy C, Klimstra S, et all. Age and ratings of manic psychopathology. Bipolar Disord. 2007; 9(3):301-304.
11. Kawa I, Carter JD, Joyce PR, Doughty CJ, Frampton CM, Wells JE, et all. Gender differences in bipolar disorder: age of onset, course, comorbidity, and symptom presentation. Bipolar Disord. 2005; 7(2):119-125.
12. Yildiz A, Sachs GS. Age onset of psychotic versus non psychotic Bipolar illness in men and in women. Journal of Affective Disorders. 2003;74:197- 201.
13. 13. Cassidy F, Murry E, Forest K, Carroll BJ. Signs and symptoms of mania in pure and mixed episodes. Journal of Affective Disorders.1998;50(2-3):187-201.
14. Goodwin FK, Jamison KR. Manic-depressive illness: bipolar disorders and recurrent depression. London:Oxford University Press;2007.
15. Kessing LV. Gender differences in the phenomenology of bipolar Disorder. Bipolar Disorders. 2004;(5):421- 425.

[Downloaded from psj.umsha.ac.ir on 2026-11-22]
[DOI: 10.21859/psj-15018]

تمامی حقوق نشر برای دانشگاه علوم پزشکی همدان محفوظ است .

Pajouhan scientific journal Vol 15, No 1, Autumn 2016

Research Article pages 61 to 67

Study of frequency of signs and symptoms of mania in bipolar type 1 patients in manic episode admitted in psychiatric ward of Hamadan Farshchian Hospital in 2013

Alireza Rahimi[1] Raheleh Moein[2,3*] Mohsen Mousavi[4] Azar Pir Dehghan[5]

1. Assistant Professor of Psychiatry, Behavioral Disorders & Substance Abuse Research Center, Hamadan Universityof Medical Sciences, Hamadan, Iran.
2. Teacher, Department of Psychology, PNU Kaboudarahang, Hamadan, Iran.
   Young research and elite club, Hamadan branch, Islamic Azad University, Hamadan, Iran
3. M.D, Student Research Committee, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran.
4. Associate Professor of Social Medicine, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran.

Art. details

Received: 20 Jun. 2016

Accepted: 18 Sep. 2016

keywords

Mania
Bipolar type I
Mood disorder
Signs and symptoms.

Corresponding author

Raheleh Moein, MSc in Psychology, Kabodarahang Payam Noor University, Kabodarahang, Iran.

Tel: +988138231258

Email: Raheleh_moein@yahoo.com

Citation

Rahimi A, Moein R, Mousavi M Pir Dehghan A. [Study of frequency of signs and symptoms of mania in bipolar type 1 patients in manic episode admitted in psychiatric ward of Hamadan Farshchian Hospital in 2013]. Pajouhan Scientific Journal. 2016;15(1):61-67

Abstract

Introduction: Mood disorders are a group of clinical conditions characterized by loss of sense of control and a subjective experience of great distress. Patients with elevated mood (mania) demonstrate expansiveness, flight of ideas, decreased sleep, increased self-confidence and grandiose ideas. The aim of this work was epidemiologic study of signs and symptoms of mania in bipolar type 1 patients in manic episode hospitalized in psychiatric ward of Hamadan Farshchian Hospital in 2013.

Methods: This was a cross-sectional descriptive and analytic study performed on the patients admitted with a manic episode in the psychiatric ward of Hamadan Farshchian Hospital in 2013. A researcher-made checklist, based on DSM-IV-TR criteria, was applied to collect the data. Data analysis was, then, fulfilled by independent T-test with SPSS-16 software.

Results: In this study, frequency of signs and symptoms of mania included: decreased need for sleep (%88.3), talkativeness (%86.95), psychomotor agitation (86.2), grandiosity (%80.4), psychotic features (%71), distractibility (%69.9), flight of idea (%63.9), generosity (%56.5) and hyper sexuality (%30.9), No significant changes were found between men and women except for psychotic features ($P>0.05$) that revealed a higher level in women ($P>0.01$).

Conclusion: Generally, decreased need for sleep, psychomotor agitation, grandiosity and talkativeness were the most frequent signs and symptoms observed in patients.Therefore, it is recommended for the medical teams to pay more attention to these signs.

[Downloaded from psj.umsha.ac.ir on 2026-11-22]

[DOI: 10.21859/psj-15018]

© 2017 Pajouhan Scientific Journal. All right reserved