Journal of Research in Psychological Health

March 2020, Volume 13, Issue 4

Qualitative evaluation of recovery process in patients with bipolar disorder

Fatemeh Mahmoudi*[1], Zohre Khosravi[2], Mehrangiz Paivastegar[3], Roshanak Khodabakhsh pirkalani[4]

1. (Corresponding Author): Ph.D Student in Psychology, Department Of Psychology, Faculty of Education and Psychology, university of Alzahra, Tehran, Iran.*
2. Department Of Psychology, Faculty of Education and Psychology, University of Alzahra, Tehran, Iran.
3. Department Of Psychology, Faculty of Education and Psychology, University of Alzahra, Tehran, Iran.
4. Department Of Psychology, Faculty of Education and Psychology, University of Alzahra, Tehran, Iran.

Citation: Mahmoudi F, Khosravi Z, Paivastegar M, Khodabakhsh Pirkalani R. Qualitative evaluation of recovery process in patients with bipolar disorder.**J**ournal of **R**esearch in **P**sychological **H**ealth. 2020; 13 (4), 29-51. [Persian].

Highlights

- Individual affecting factors of bipolar disorder recovery include low susceptibility to stigma, positive attitude, active lifestyle, balanced spirituality, intimacy perception and source of internal control.

Key words:
Grounded Theory, Recovery, Bipolar Disorder

Abstract

Recovery is a process by which one promotes health, lives meaningfully, and participates in a community outside the mental health system. Focusing on biological treatments and drug therapy has neglected to consider the non-biological factors affecting recovery and planning for its correction. The present study aimed to develop a comprehensive and integrated model for facilitators of recovery in bipolar disorder. This research was a qualitative and grounded theory study. Participants were 31 individuals with improved bipolar disorder who were selected using purposive sampling and snowball sampling. Data were collected using triangulation method (semi-structured interview, narrative interview and interview with family member). Systematic method of Strauss and Corbin was used for data analysis. In the analysis process, 560 open codes, 103 main codes, and 28 axial categories, including affecting factors, central phenomenon, contextual conditions, intermediate conditions, strategies, and outcomes, led to the formation of the bipolar disorder recovery model. The affecting factors include individual (low sensitivity to stigma disorder, positive attitude, active lifestyle, balanced spirituality, intimacy perception, internal control locus), family (positive family atmosphere and family awareness and participation), and social factors(social support, Positive image of community, perception of justice, low social stigma, employment and social networks).

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1398.13.4.4.6]
[DOI: 10.52547/rph.13.4.29]

بررسی کیفی فرایند بهبودی در بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی

فاطمه محمودی[۱*]، زهره خسروی[۲]، مهرانگیز پیوسته‌گر[۳]، روشنک خدابخش پیرکلانی[۴]

۱.دانشجوی دکترای روان‌شناسی، دانشکدهٔ علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه الزهرا (س)، تهران، ایران. (نویسندهٔ مسئول).
Fatemehmahmoodi1@yahoo.com

۲.گروه روان‌شناسی، دانشکدهٔ علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه الزهرا (س)، تهران، ایران.

۳.گروه روان‌شناسی، دانشکدهٔ علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه الزهرا (س)، تهران، ایران.

۴.گروه روان‌شناسی، دانشکدهٔ علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه الزهرا (س)، تهران، ایران.

این مقاله برگرفته از رسالهٔ دکتری نویسندهٔ اول است.

تاریخ دریافت
۱۳۹۸/۹/۱۷

تاریخ پذیرش
۱۳۹۸/۱۲/۲۶

واژگان کلیدی
نظریهٔ زمینه‌ای، بهبودی، اختلال دوقطبی.

یافته‌های اصلی

- عوامل اثرگذار فردی در بهبودی اختلال دوقطبی شامل کم‌حساسیتی نسبت به انگ اختلال، نگرش مثبت، سبک زندگی فعال، معنویت‌گرایی متعادل، ادراک صمیمیت و منبع کنترل درونی است.

چکیده

بهبودی فرایندی است که فرد از طریق آن سلامت خود را ارتقا می‌دهد، به‌صورت مستقل و معنی‌دار زندگی می‌کند و در جامعه‌ای خارج از نظام بهداشت روان مشارکت می‌کند. تمرکز بر درمان‌های زیستی و دارودرمانی موجب غفلت از توجه به عوامل غیرزیستی مؤثر بر بهبودی و برنامه‌ریزی جهت اصلاح آن شده است. پژوهش حاضر با هدف ایجاد مدلی جامع و یکپارچه برای شناسایی تسهیل‌کننده‌های بهبودی در اختلال دوقطبی صورت گرفت. این پژوهش کیفی و از نوع نظریه زمینه‌ای بود. شرکت‌کنندگان ۳۱ نفر از افراد مبتلا به اختلال دوقطبی بهبودیافته بودند که به روش نمونه‌گیری هدفمند و گلوله‌برفی انتخاب شدند. جمع‌آوری اطلاعات با روش مثلث‌سازی (مصاحبهٔ نیمه‌ساختاریافته، مصاحبهٔ روایتی و مصاحبه با عضو آگاه خانواده) صورت گرفت. برای تجزیه‌وتحلیل داده‌ها از روش نظام‌مند استروس و کربین استفاده شد. در فرایند تحلیل، ۵۶۰ کد باز، ۱۰۳ کد اصلی و ۲۸ مقوله محوری شامل عوامل اثرگذار، پدیده مرکزی، شرایط زمینه‌ای، شرایط میانجی، راهبردها و پیامدها موجب شکل‌گیری مدل بهبودی اختلال دوقطبی شد. عوامل اثرگذار شامل عوامل فردی (کم‌حساسیتی نسبت به انگ اختلال، نگرش مثبت، سبک زندگی فعال، معنویت‌گرایی متعادل، ادراک صمیمیت و منبع کنترل درونی)، خانوادگی (جو خانوادگی مثبت و آگاهی و مشارکت خانواده) و اجتماعی (حمایت اجتماعی، تصویر مثبت از اجتماع، ادراک عدالت، اندک بودن انگ اجتماعی، اشتغال و شبکه‌های اجتماعی) بود. این یافته می‌تواند گامی در جهت چندبعدی شدن درمان اختلال دوقطبی و تمرکز بر جنبه‌های غیرزیستی آن باشد.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1398.13.4.4.6]
[DOI: 10.52547/rph.13.4.29]

مقدمه

اختلال دوقطبی یک بیماری روانی است که توسط طیفی از نوسانات شدید خلقی از سرخوشی حاد تا افسردگی شدید مشخص شده است و باعث اختلال در سطح انرژی و عملکرد فرد می‌شود (۱). اختلال دوقطبی یک بیماری نامرئی است، به این معنی که دیگران آن را درک نمی‌کنند؛ مگر آنکه اختلال در شدیدترین شکلش باشد (۲، ۳).

در آخرین نسخهٔ راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (ویراست پنجم) اختلال دوقطبی به‌صورت اختلالی مستقل در نظر گرفته شده است؛ به این صورت که اختلال دوقطبی و اختلالات مرتبط از اختلالات افسردگی جدا شده‌اند و برای شناساندن جایگاه واسطه‌ای[1] اختلال دوقطبی در بین طیف اسکیزوفرنیا و اختلالات افسردگی از دید علامت‌شناسی، سابقهٔ خانوادگی و ژنتیک، فصل اختلال دوقطبی و اختلالات مرتبط در بین این اختلالات گنجانده شده است (۴).

به گفتهٔ مؤسسهٔ ملی سلامت روان، تقریباً شش میلیون نفر در ایالات‌متحده در بازه‌ای از زندگی خود مبتلا به اختلال دوقطبی هستند. گرچه متخصصان این شرایط را در دوران کودکی هم دیده‌اند، اما اختلال دوقطبی بیشتر در اواخر نوجوانی یا اوایل بزرگسالی مستند شده است (۵). بر اساس گزارش راهنمای تشخیصی آماری اختلالات روانی شیوع ۱۲ماهه اختلال دوقطبی نوع ۱ در آمریکا حدود ۰/۶ درصد و در یازده کشور مختلف دیگر از ۰/۰ درصد تا ۰/۶ درصد بوده است. نسبت شیوع طول عمر مرد به زن اختلال دوقطبی نوع ۱ حدود ۱/۱ به ۱ است. شیوع بین‌المللی ۱۲ماهه اختلال دوقطبی نوع ۲ حدود ۰/۳ درصد است (۴). همچنین شیوع اختلالات خلقی در ایران ۴/۲۹ درصد و شیوع اختلال دوقطبی ۰/۹۶ درصد گزارش شده (۶).

بر اساس گزارش سازمان بهداشت جهانی، اختلال دوقطبی در میان بیست اختلال شایع‌تر در میان زنان و مردان رتبه‌بندی شده است (۷). این سازمان در گزارش بار جهانی بیماری‌ها[2] اختلال دوقطبی را به‌عنوان ششمین وضعیت ناتوان‌کنندهٔ جهانی شناسایی کرده است (۸). در بازهٔ سنی ۱۵ تا ۴۴ سال، اختلال دوقطبی به‌عنوان پنجمین علت اصلی ناتوانی رتبه‌بندی شده، علاوه بر این نهمین دلیل اصلی از دست رفتن سال‌های زندگی به دلیل مرگ یا معلولیت در نظر گرفته شده است (۷). مؤسسهٔ ملی سلامت روان گزارش کرد که اختلال دوقطبی می‌تواند طول عمر مورد انتظار فرد را ۹/۲ سال کاهش دهد، چراکه بیش از ۲۰ درصد از افرادی که این تشخیص را گرفتند با این بیماری زندگی‌شان پایان یافته است (۹). ۵/۲ درصد از میزان کلی خودکشی سالانه را افراد مبتلا به اختلال دوقطبی نوع ۲ به خود اختصاص داده‌اند (۱۰). افراد مبتلا به اختلال دوقطبی در مقایسه با افراد سالم، سی مرتبه بیشتر مستعد اقدام به خودکشی در طول عمر خود هستند (۱۱).

اختلال دوقطبی پرهزینه‌ترین اختلال روانی برای برنامه‌های بهداشتی کارفرمایی در ایالات‌متحده است. پایبند نبودن به درمان ممکن است به شروع بستری شدن، بستری مجدد، از دست دادن شغل، بی‌خانمان شدن و بدترین سناریو یعنی خودکشی(۱۲)، کاهش بهره‌وری در کار و منزل، مشکلات مالی، درگیر شدن در رفتارهای پرخطر، ازهم‌گسستگی روابط شخصی و خانوادگی و سوءمصرف مواد مخدر و/ یا الکل. اختلال دوقطبی یکی از جدی‌ترین مشکلات سلامت روان با عواقب قابل‌توجه مادام‌العمر و اغلب کشنده است. همچنین از نظر بار اقتصادی اختلال دوقطبی، هزینه‌های مستقیم پزشکی در حدود ۷ میلیارد و هزینه‌های غیرمستقیم آن ۳۸ میلیارد تخمین زده شده است (۱۳). با توجه به موضوعاتی که تا به اینجا مطرح شد به نظر می‌رسد اختلال دوقطبی اختلالی جدی و پرهزینه است که پیامدهای ابتلا به آن جنبه‌های مختلف زندگی فرد را تحت

[1] Place as a bridge

[2] Global burden of disease

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1398.13.4.4.6]
[DOI: 10.52547/rph.13.4.29]

تأثیر قرار می‌دهد. با این وجود بر اساس گزارش سازمان بهداشت جهانی بسیاری از اختلالات روانی مانند افسردگی، اختلال هراس و اختلال دوقطبی می‌تواند مؤثرتر از بیماری‌های جسمی مانند فشارخون بالا و بیماری عروق کرونر قلب درمان شود (۱۴).

اینکه بهبودی به چه معناست یا اینکه آستانه بهبودی چیست (از لحاظ زمانی چه مدت و به چه میزان علائم کاهش یافته باشد) مسئلهٔ مهمی است. بهبودی به معنای پذیرش و غلبه بر چالش‌های ناتوانی یا اختلال است. به این معنا که فرد مبتلا، ادراک جدیدی از خود، فراتر از محدودیت‌های تحمیلی اختلال به دست می‌آورد (۱۵). درک سنتی یا بالینی از بهبودی زمانی است که یک فرد، دیگر رفتارهای عجیبی از خود بروز نمی‌دهد، یا زمانی که هرگونه علائم مربوط به استرس‌های عاطفی[۱]فروکش کرده باشد. بااین‌حال، برای بسیاری از مردم، بهبودی «معالجه شدن»[۲]یا «دوباره طبیعی بودن»[۳]نیست. بهبودی برای آن‌ها، به دست آوردن کنترل خود و زندگی، داشتن امید به زندگی و زندگی کردن به‌صورت معنادار است؛ خواه از طریق کار، روابط، تعامل اجتماعی و یا همه این‌ها باشد (۱۶). آنچه در بهبودی مهم است این نیست که آیا ما از خدمات سلامت روان یا از دارو استفاده می‌کنیم یا نه. آنچه مهم است جهت‌گیری بهبودی است، آیا ما آن‌گونه که می‌خواهیم زندگی می‌کنیم؟ آیا ما به اهداف شخصی‌مان دست می‌یابیم؟ آیا ما دوستانی داریم؟ و آیا ما با جامعه ارتباط داریم؟ (۱۷). محققان بسیاری در طی سال‌های گذشته درصدد استخراج عوامل تسهیل‌کنندهٔ بهبودی اختلالات روانی به‌طور کلی برآمدند. در پژوهشی که به‌صورت تحلیل محتوا، بهبودی و کیفیت زندگی را در افراد مبتلا به بیماری روانی جدی بررسی کرد، نتایج نشان داد که انواعی از عناصر زیستی، روانی و اجتماعی بر کیفیت زندگی و بهبودی تأثیر می‌گذارد (۱۸). عده‌ای از محققان به بررسی دلایل موفقیت و عدم موفقیت مدیریت علائم اختلالات روانی از جمله اختلال دوقطبی پرداختند. در پژوهشی کیفی، مضامین مشابهی در مدیران موفق دچار اختلال دوقطبی استخراج شد، از جمله: شبکه‌های خانوادگی، اجتماعی و حرفه‌ای، دریافت درمان پزشکی، برنامه‌ریزی، ایمن بودن و دستیابی به ثبات روحی، سازگاری، صلاحیت، مدیریت کردن تعارضات، تشخیص مناسب، ورزش، تجربهٔ کار و کیفیت مراقبت‌های پزشکی (۱۹). اگرچه تحقیقات کیفی عوامل مهمی را برای بهبودی شناسایی کرده‌اند، اما اذعان به این مسئله مهم است که عوامل کمک‌کننده یا بازدارندهٔ بهبودی می‌تواند به‌طور گسترده‌ای از فردی به فرد و از فرهنگی به فرهنگ دیگر متفاوت (۱۶) و دربرگیرندهٔ عوامل مختلف روانی، اجتماعی و رفتاری باشد. در پژوهش حاضر عوامل مؤثر بر بهبودی در سه سطح فردی، خانوادگی و اجتماعی بررسی شد که چارچوب نظری این تقسیم‌بندی بر مبنای مدل اجتماعی اکولوژیکی[۴]است که شامل سطح فردی، بین فردی، اجتماعی، سازمانی و سیاسی است (۲۰). در این پژوهش پس از بررسی پژوهش‌های همگن و مشورت با صاحب‌نظران عوامل اجتماعی، سازمانی و سیاسی تحت عنوان عوامل اجتماعی بررسی شد.

شواهد حاکی از این واقعیت است که مسائل فرهنگی، عوامل تعیین‌کنندهٔ مهمی در سبب‌شناسی اختلالات هستند. تعیین‌کننده‌های فرهنگی مؤثر بر سبب‌شناسی اختلالات روانی شامل: ۱) الگوهای عوامل فشارزای جسمانی و روانی اجتماعی ۲) انواع مکانیسم‌های مقابله‌ای و منابع مورد استفاده برای کاهش این عوامل فشارزا ۳) الگوهای شخصیتی ۴) نقش نظام زبانی فرد در ادراک، طبقه‌بندی و سازمان‌دهی پاسخ به واقعیت ۵) استانداردهای هنجار، نابهنجار و سلامت ۶) جهت‌گیری‌های درمانی ۷) الگوهای طبقه‌بندی برای اختلالات گوناگون و ۸) الگوهای تجربه و تظاهر اختلال است (۲۱). همچنین مؤلفه‌های فرهنگی بر

[۱] emotional distress
[۲] being cured
[۳] being normal again
[۴] Socio- ecological model

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1398.13.4.4.6]
[DOI: 10.52547/rph.13.4.29]

سیر و میزان اثربخشی درمان و بهبودی نیز مؤثر است؛ چنانچه در پژوهشی کم‌اثر بودن آموزش روانی در خانواده بیماران را ناشی از عوامل فرهنگی می‌دانند (۲۲) عوامل فرهنگی در جنبه‌های مختلف سیر یک اختلال روانی از شکل‌گیری علائم، تشخیص، کمک‌خواهی، روند بهبودی و عود آن نقش مهمی بر عهده دارد؛ لذا بررسی عمیق فرایند بهبودی اختلالات با توجه به مسائل فرهنگی کشور ایران می‌تواند به شکل‌گیری دیدی جامع‌تر نسبت به مسئله منجر شود.

مرور پژوهش‌های صورت‌گرفته در حیطهٔ اختلال دوقطبی بیش‌ازپیش این مسئله را آشکار ساخت که اغلب پژوهش‌های صورت‌گرفته رویکردی زیستی و پزشکی نسبت به جنبه‌های گوناگون این اختلال از سبب‌شناسی تا بهبودی و درمان آن داشتند (۲۳) و توجه کمتری به عوامل روانی و اجتماعی مرتبط با اختلال دوقطبی و همچنین مدل جامع زیستی-روانی-اجتماعی با تأثیرهای متقابل شده است. در این زمینه فقدان توجه به عوامل غیرزیستی، فردی، خانوادگی و اجتماعی مؤثر بر بهبودی این گروه از مبتلایان مشهود است. همچنین اغلب پژوهش‌های انجام‌شده با استفاده از روش‌های کمی و اغلب به سنجش همبستگی بسنده کرده‌اند (۲۴ و ۲۵). پژوهش‌های بسیار اندکی موضوعات مرتبط با اختلال دوقطبی را با استفاده از روش‌های کیفی مورد بررسی قرار داده‌اند.

بنابر موارد مطرح‌شده بررسی کیفی و عمیق فرایند بهبودی در اختلالات روانی علی‌الخصوص اختلالات خلقی که شیوع بسیار بالایی دارد، به نظر ضروری می‌رسد. با توجه به جستجوی پژوهشگر در مورد پیشینهٔ پژوهش در این زمینه، پژوهش کیفی در مورد بررسی عوامل مؤثر بر بهبودی اختلال دوقطبی یافت نشد. تنها مطالعهٔ کیفی در مورد مدیرانی بود که با وجود ابتلا به اختلال دوقطبی توانسته بودند نقش مدیریتی خود را به‌خوبی ایفا کنند و در واقع علائم خود را مدیریت نمایند (۱۹).

با توجه به وجود خلأهای پژوهشی (نبود پژوهش کیفی در این زمینه) و کاربردی (از جمله تمرکز درمان بر دارو) که در زمینه بررسی عوامل بهبودی اختلال دوقطبی وجود دارد، این پژوهش درصدد آن است که عوامل مؤثر بر بهبودی و کاهش علائم را نه از دیدگاه یک فرد بیرونی بلکه از دیدگاه افرادی که خود درگیر و مبتلا به اختلال دوقطبی بودند و اینک بهبود یافته‌اند، بررسی کند. پژوهش حاضر سعی دارد تا با استفاده از روش کیفی و تعمیق مطالعه در رابطه با عوامل بهبودی در اختلال دوقطبی، به الگویی جامع در مورد این عوامل از منظر افرادی که مسیر بهبودی را طی کرده‌اند، دست یابد.

بنابراین سؤالات پژوهش حاضر این است که فرایند بهبودی در افراد مبتلا به اختلال دوقطبی چگونه است، عوامل فردی تسهیل‌کنندهٔ بهبودی اختلال دوقطبی کدام‌اند، عوامل خانوادگی تسهیل‌کنندهٔ بهبودی اختلال دوقطبی کدام‌اند و عوامل اجتماعی تسهیل‌کنندهٔ بهبودی اختلال دوقطبی کدام‌اند.

روش

پژوهش حاضر از نوع کیفی بود. با توجه به اینکه بر اساس جستجوهای پژوهشگر در مورد پیشینه پژوهشی در این زمینه، پژوهش کیفی با موضوع بررسی عوامل مؤثر بر بهبودی اختلال دوقطبی یافت نشد، روش نظریه زمینه‌ای برای بررسی عوامل مؤثر بر بهبودی در اختلال دوقطبی انتخاب شد. نظریهٔ زمینه‌ای به ما امکان کنار هم چیدن واقعیت برای خلق نظریه و نظریه‌ای برخاسته از داده را می‌دهد. هدف از استفاده از به‌کارگیری نظریهٔ زمینه‌ای برای این مطالعه، استفاده از روش سامانمند و دقیق کیفی برای جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها و درعین‌حال انعطاف‌پذیری در پاسخگویی به مسئلهٔ پژوهش بود. نظریهٔ زمینه‌ای زمانی استفاده می‌شود که نظریه‌های موجود، به مشکل یا مشارکت‌کنندگان مورد نظر شما نمی‌پردازد. از میان سه رهیافت مسلط در نظریه‌پردازی زمینه‌ای که شامل رهیافت نظام‌مند، رهیافت ظاهرشونده و رهیافت ساخت‌گرایانه است،

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1398.13.4.4.6]
[DOI: 10.52547/rph.13.4.29]

در این پژوهش از طرح نظام‌مند استفاده شد. در این طرح بر تحلیل داده‌ها به‌صورت مرحله‌به‌مرحله و در سه سطح کدگذاری باز، کدگذاری محوری و کدگذاری گزینشی یا انتخابی تأکید می‌شود و در نهایت بر شکل‌گیری الگویی منطقی و گرافیکی تأکید دارد. با توجه به اینکه طرح نظام‌مند کاربرد بیشتری دارد، گام‌های اجرایی آن مشخص است و چگونگی رابطه بین هر یک از مقوله‌ها، زمینه‌ها، راهبردها و شرایط مداخله‌گر مؤثر بر پدیدهٔ مرکزی مشخص است (۲۶)، در این پژوهش از این طرح استفاده شد.

شرکت‌کنندگان این پژوهش ۳۱ بیمار دوقطبی بهبودیافته بودند که به‌صورت هدفمند و گلولهٔ برفی از دو بیمارستان شهر شیراز در سال ۱۳۹۷ و ۱۳۹۸ انتخاب شدند. ۱۹ نفر از این افراد زن و ۱۲ نفر مرد بودند. دامنهٔ سنی شرکت‌کنندگان بین ۲۳ و ۵۸ بود. مراجعان بر اساس ارجاع روان‌پزشک، پروندهٔ پزشکی، مصاحبهٔ روانشناس مورد بررسی قرار گرفتند. ملاک‌های ورود شامل سابقهٔ ابتلا به اختلال دوقطبی، قرار داشتن در مرحلهٔ بهبودی، عدم همبودی با اختلال‌های روانی دیگر و رضایتمندی شرکت‌کننده جهت شرکت در فرایند مصاحبه بود.

منظور از بهبودی در این پژوهش، کاهش علائم، عدم عود بیماری، کاهش مصرف دارو، بستری نشدن، سازگارتر شدن با شرایط اختلال، محیط و اطرافیان بود. همچنین شرکت‌کنندگان از طریق ارجاع روان‌پزشک و مطالعهٔ پرونده انتخاب شدند.

گردآوری داده‌ها در این پژوهش به روش مثلث‌سازی شامل مصاحبهٔ نیمه‌ساختاریافته[1]، مصاحبهٔ روایتی[2] و مصاحبه با یکی از اعضای خانواده بیمار انجام شد. ابتدا فهرستی از پرسش‌های همسو با اهداف و سؤالات پژوهش تهیه و پس از مشورت با صاحب‌نظران و درمانگران از آن به‌عنوان برگهٔ راهنما در فرایند مصاحبه استفاده شد. در مصاحبهٔ نیمه‌ساختاریافته، مصاحبه‌گر درعین‌حال که بر فرایند استخراج اطلاعات از مصاحبه‌شونده کنترل دارد، در پیگیری مسیرهای تازه‌ای که به دنبال پاسخ‌های مصاحبه‌شونده پیش می‌آید، از آزادی عمل برخوردار است. در مصاحبهٔ روایتی از مصاحبه‌شونده خواسته شد تا روند و فرایند بهبودی خود را با ذکر جزئیات و به شیوه‌ای روایت‌گونه بازگو کند تا بدین‌وسیله مصاحبه‌شونده برای بازگوکردن تجارب و دیدگاه‌های خود در رابطه با موضوع بهبودی ترغیب شود. روایت مشتمل بر زمینه اجتماعی، احساسی و هیجانی تجارب، دیده‌ها و شنیده‌ها و حالات درونی راوی است. روش سوم مصاحبه با یکی از اعضای خانواده بیمار بود که در این روش یکی از اعضای خانواده که به نسبت اعضای دیگر با بیمار رابطه نزدیک‌تری داشت مورد مصاحبه قرار گرفت.

به‌منظور افزایش اعتبار و روایی یافته‌ها، علاوه بر درگیری طولانی‌مدت با داده‌ها، به بررسی موضوع از زاویهٔ روش‌شناسی‌های مختلف (مثلث‌سازی) یعنی مصاحبهٔ نیمه‌طراحی‌شده، مصاحبهٔ روایتی و مصاحبه با یکی از اعضای خانواده پرداخته شد. همچنین با هدف کاهش احتمال سوگیری، پژوهشگر با همکارانی که در پژوهش درگیر نبودند، در مورد کدگذاری‌ها، فرضیه‌ها و مدل، به بحث و تبادل‌نظر پرداخت. تحلیل موارد منفی که در واقع مشتمل بر شرکت‌کنندگانی است که پاسخ‌هایی متضاد نسبت به پاسخ اکثریت افراد به سؤالات مصاحبه دادند برای اجتناب از نهایی شدن زودهنگام تحلیل (۲۸)، صورت گرفته و موجب تجدیدنظر در تعریف پدیده و تنظیم مجدد مدل شد. پس از مدل‌سازی اولیه بر اساس اکثریت داده‌های استخراج‌شده از شرکت‌کنندگان، اصلاحاتی بر اساس داده‌های اندک و ناهمسو یا متناقض با اکثریت در مدل صورت پذیرفت. انتقال‌پذیری در این پژوهش به‌وسیلهٔ توصیف دقیق زمینه، پیش‌فرض‌ها، شرایط پژوهش و ارائهٔ جزئیات کامل صورت گرفت. برای افزایش تأییدپذیری در پژوهش حاضر، منطق رسیدن از داده‌ها به یافته‌ها جهت امکان‌پذیری بررسی توسط دیگران تشریح شد. در جدول ۱

[1] Semi structured interview
[2] Narrative interview

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1398.13.4.4.6]
[DOI: 10.52547/rph.13.4.29]

نمونهٔ کدگذاری باز، طبقات مفهوم‌سازی‌شده و مقولات محوری حاصل از ترکیب مقولات ذکر شده است.

فرایند اجرایی مصاحبه به این صورت بود که پس از هماهنگی با روان‌پزشک مستقر در درمانگاه اعصاب و روان بیمارستان، پروندهٔ مراجعانی که در هر روز معین نوبت ویزیت با روان‌پزشک را داشتند مطالعه و پس از ویزیت روان‌پزشک، مراجعان متناسب با اهداف پژوهش، به اتاق روانشناس مصاحبه‌گر ارجاع داده می‌شدند. سپس صحبت‌هایی جهت اعتمادسازی و توضیح اهداف مصاحبه، فرم رضایت آگاهانه تکمیل و جریان وارد روند مصاحبه می‌شد. مدت‌زمان مصاحبه‌ها متفاوت و بسته به میزان اطلاعات، سطح ابرازگری و گستردگی دایرهٔ لغات بین ۴۵ تا ۶۰ دقیقه متفاوت بود. تمامی مصاحبه‌ها به‌وسیلهٔ دستگاه ضبط‌صوت ضبط و در پایان هر روز فایل‌های صوتی پیاده شدند. پس از مصاحبه با ۳۱ نفر نمونه به اشباع رسید.

ملاحظات اخلاقی: قبل از شروع مصاحبه برگهٔ رضایت‌نامه‌ای شامل تمایل به شرکت در مصاحبه، اجازهٔ ضبط صدا، اطمینان از محرمانگی اطلاعات و استفاده از کد به‌جای اسم افراد و حق انصراف و خروج در تمامی مراحل پروژه به شرکت‌کنندگان ارائه شد. سپس توضیحاتی برای آشنایی شرکت‌کنندگان با اهداف پژوهش به آن‌ها داده شد.

یافته‌ها

در این پژوهش ۳۱ شرکت‌کننده در دامنهٔ سنی ۲۳ تا ۵۸ سال مورد بررسی و مصاحبه قرار گرفتند. از این میان ۱۹ نفر از شرکت‌کنندگان زن و ۱۲ نفر مرد بودند. سطح تحصیلات شرکت‌کنندگان از بی‌سواد تا فوق‌لیسانس متغیر بود. از بین شرکت‌کنندگان ۱۳ نفر متأهل و ۱۸ نفر مجرد بودند. ابتدا در کدگذاری باز ۵۶۰ کد استخراج گردید. کدهای باز پس از بررسی به ۱۰۳ کد اصلی تقلیل پیدا کرده و سپس مقوله‌های محوری انتخاب و ۲۸ مقوله در اجزای مدل شامل شرایط علی، مقولهٔ هسته‌ای یا مرکزی، زمینه، شرایط میانجی، راهبرد و پیامد قرار گرفتند. تمام ۲۸ مقوله در مدل تدوین‌شده در نمودار ۱ قابل‌مشاهده هستند و در ادامه، تحلیل نتایج به همراه هر کدام از زیرمقوله‌ها بیان می‌شود. همچنین نمونه‌ای از کدگذاری باز، طبقات مفهوم‌سازی‌شده و مقولات محوری حاصل از ترکیب مقولات در جدول شماره ۱ آمده است.

جدول ۱. نمونه‌ای از کدگذاری باز، طبقات مفهوم‌سازی‌شده و مقولات محوری حاصل از ترکیب مقولات

مفهوم	مقولهٔ فرعی	مقولهٔ محوری
دیدگاه مثبت نسبت به خود به‌صورت کلی، ویژگی‌ها، توانمندی‌ها و صفات خود، منحصربه‌فرد دانستن خود	نگرش مثبت نسبت به خود	نگرش مثبت
دیدگاه مثبت نسبت به دیگران، نیات، اهداف و جهت‌گیری آن‌ها	نگرش مثبت نسبت به دیگران	
اعتقاد به قانون جذب، دیدگاه مثبت در مورد روند کلی اتفاقات	نگرش مثبت نسبت به جهان	
امید به تغییر مثبت، داشتن برنامه برای آینده، خوش‌بینی به آینده، امید به بهبودی	نگرش مثبت نسبت به آینده	
هدفمندی، برنامه‌ریزی	جهت مندی	سبک زندگی فعال
ورزش، تحرک روزانه	فعالیت‌های جسمانی	
مطالعه کتاب، مجله یا روزنامه، گوش دادن به اخبار، حل کردن جدول	فعالیت‌های فکری	
تفریح، بازی، گردش	فعالیت‌های لذت‌بخش	
مذهب درونی، احساس آرامش و لذت متعاقب توجه به معنویت و انجام مناسک مذهبی	معنویت‌گرایی متعادل	معنویت‌گرایی
تصور کلی مثبت از خدا، تصویر ذهنی مهربان، بخشنده، حامی، عیب‌پوش و تسهیلگر امور از خداوند	غلبه تصور رحمانیت خدا	

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1398.13.4.4.6]
[DOI: 10.52547/rph.13.4.29]

شرایط علّی: این شرایط در مدل مجموعه‌ای از رویدادها هستند که به گسترش یا وقوع یک پدیده منجر می‌شوند و شامل سه دسته عوامل زیر است:

الف) عوامل فردی تسهیل‌کنندهٔ بهبودی: شامل کم‌حساسیتی نسبت به انگ اختلال روانی، نگرش مثبت، سبک زندگی فعال، ادراک صمیمت، منبع کنترل درونی و معنویت‌گرایی است.

۱) کم‌حساسیتی نسبت به انگ اختلال روانی: یکی از مهم‌ترین مسائلی که ذهن هر فرد مبتلا به‌نوعی از اختلال روانی را به خود مشغول می‌کند، انگ اختلال روانی است. مبتلایان نگران‌اند وقتی اطرافیان از اختلال آن‌ها اطلاع پیدا کنند، چه واکنشی نشان می‌دهند یا این مسئله بر دیدگاه دیگران از فرد تأثیر منفی بگذارد. در این پژوهش افرادی که مسیر بهبودی را پیموده بودند نسبت به مسئلهٔ انگ اختلال روانی نگرانی و درگیری فکری کمتری نسبت به سایر مبتلایان داشتند. در واقع این افراد سعی می‌کردند با نوعی عادی‌سازی، خود را در قبال انگ اختلال بی‌تفاوت سازند. زیرمقوله‌های این مقوله شامل اعتمادبه‌نفس بالا، تأثیرپذیری از فرهنگ فردگرا، نگرش غیرمنفی نسبت به اختلال روانی، واکنش‌پذیری اندک و تأثیرپذیری اندک از باورهای منفی قومی‌فرهنگی در مورد اختلال روانی است.

مشارکت‌کنندهٔ ۲۲ می‌گوید: *برایم مهم نبوده و نیست که دیگران راجع به من چی فکر می‌کنند. هر چی بیشتر روی این چیزا حساس بشی بدتره، وقتی خودت بی‌خیال حرف مردم باشی اونا هم بی‌خیال می‌شن، خسته می‌شن از حرف زدن.*

۲) نگرش مثبت: مثلث شناختی یعنی نگرش نسبت به خود، جهان و آینده در افراد افسرده به‌صورت خود منفی‌تر، آیندهٔ ناامیدکننده‌تر و جهان ناخوشایندتر فعال می‌شود. در این پژوهش افرادی که در مسیر بهبودی اختلال دوقطبی قرار داشتند، مثلث شناختی خود را به سمت مثبت هدایت کرده بودند. بعضی از آن‌ها این کار را با هدایت متخصص (مثلاً یک روان‌شناس) و برخی این کار را با ایجاد تغییر در سبک زندگی (مثلاً مطالعهٔ کتب روانشناسی) انجام می‌دادند. زیرمقوله‌های این مقوله شامل نگرش مثبت نسبت به خود، دیگران، جهان و آینده (امیدواری) است.

شرکت‌کنندهٔ شماره ۱۲ می‌گوید: *مثبت‌گرایی خیلی مؤثره، به نظر من یک کسی که این بیماری دوقطبی رو داره اگر چیزهای منفی روی ندیده بگیره و تمرکز کنه روی چیزهای مثبت، این خیلی تو بهبودش واقعاً مؤثره، من مثبت‌نگر بودم، خب نمی‌ذاشتم که چیزهای منفی بهم غلبه کنه. ما باید چیزهای منفی رو نادیده بگیریم، روی چیزای مثبت تمرکز کنیم.*

۳) سبک زندگی فعال: سبک زندگی فعال، انتخاب سبکی است که باعث تأمین و ارتقای سلامت جسمی و روانی فرد شود. مشارکت‌کنندگانی که در مسیر بهبودی قرار گرفتند، علاوه بر داشتن هدف در زندگی، برای رسیدن به آن برنامهٔ مشخصی داشتند. بر اساس نتایج پژوهش حاضر سبک زندگی که منتج به بهبودی در افراد مبتلا به اختلال دوقطبی می‌شود شامل رژیم غذایی مناسب برای فرد مبتلا به اختلال دوقطبی (مثلاً مصرف موادغذایی طبیعی در مقابل مواد دارای نگهدارنده و افزودنی‌های شیمیایی، کاهش استفاده از شیرین‌کننده‌های مصنوعی، رنگ‌های خوراکی و مواد کافئین‌دار، عدم مصرف الکل و مواد مخدر)، داشتن تحرک و فعالیت بدنی کافی (مثلاً فعالیت‌های ورزشی، پیاده‌روی و فعالیت‌های تفریحی) و داشتن تعاملات اجتماعی مناسب (که در بخش عوامل اجتماعی به این مقوله پرداخته می‌شود) است. زیرمقوله‌های این مقوله شامل جهت‌مندی، فعالیت‌های جسمانی، فعالیت‌های فکری و فعالیت‌های لذت‌بخش است.

شرکت‌کنندهٔ شماره ۱۲ می‌گوید: *هدفمندی خیلی برام مهم بوده، همیشه دنبال هدفم بودم، اینکه دنبال اهدافمون باشیم، برای خوب شدن خیلی مؤثره، برنامه‌ریزی هم توی زندگی خیلی خوبه.*

۴) ادراک صمیمت: یکی از مهم‌ترین نیازهای هر انسانی نیاز به محبت، عشق و تعلق‌خاطر است، به‌صورتی که در هرم نیازهای مزلو، این نیاز بعد از نیازهای فیزیولوژیکی و امنیت به‌عنوان مهم‌ترین نیاز مطرح شده است. گاهی اوقات نگرش نادرست دیگران به فرد مبتلا به اختلال روانی یا ترس از صمیمیت به علت نگرانی از واکنش دیگران نسبت به ابتلای

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1398.13.4.4.6]
[DOI: 10.52547/rph.13.4.29]

فرد باعث محدود شدن تجربهٔ صمیمیت در افراد مبتلا به اختلال دوقطبی می‌شود. در این پژوهش افرادی که در مسیر بهبودی قرار گرفته بودند، اغلب به شیوه‌ای (رابطه با دوستان یا عضوی از خانواده یا فامیل) نیاز به صمیمیت را در خود ارضا می‌کردند. زیرمقوله‌های این مقوله شامل مورد علاقه واقع شدن، به دیگران علاقه‌مند شدن و پذیرش توسط دیگران است.

شرکت‌کنندهٔ شماره ۶ می‌گوید: *با مادربزرگم حس خوبی دارم چون خونه‌ش خیلی آرامه، انرژی داره، مهربونه، همه‌ش نورانی، خونه‌ش پرانرژی هست، خیلی دوسش دارم.*

۵) منبع کنترل درونی: افرادی که در این پژوهش در مسیر بهبودی قرار گرفته بودند، موفقیت‌ها و شکست‌های خود را عموماً به شخص خود و در واقع به کوشش‌ها و توانایی شخصی خود نسبت می‌دادند. این افراد باور داشتند که می‌توانند نقش مهمی در افزایش برون‌دادهای خوب (کاهش علائم) و کاهش برون دادهای بد (افزایش علائم) داشته باشند، که این خود می‌توانند محرک روحیهٔ جنگندگی و تلاشگری آن‌ها باشد. زیرمقوله‌های این مقوله شامل نفوذپذیری کمتر از دیگران، ارزشمندی انتخاب شخصی، مسئولیت‌پذیری و احساس تسلط است.

شرکت‌کنندهٔ شمارهٔ ۱۲ می‌گوید: *خودم نذاشتم بیماری بر من غلبه کنه، تصمیم گرفتم بجنگم.*

۶) معنویت‌گرایی: تعاریف افراد از معنویت و مذهب کاملاً شخصی و منحصربه‌فرد است، علاوه بر این میزان دخالت این امور در سبب‌شناسی اختلال، سیر و بهبودی آن در افراد مبتلا به اختلالات روانی حائز اهمیت است. در این پژوهش افراد مبتلا به اختلال دوقطبی توجه متعادل و به‌دوراز افراط‌وتفریط را در بهبودی خود مؤثر می‌دانستند. زیرمقوله‌های این مقوله شامل معنویت‌گرایی متعادل و غلبه تصور رحمانیت خداوند است.

شرکت‌کنندهٔ شمارهٔ ۵ می‌گوید: *می‌رفتم مسجد، نماز جماعت و قرآن می‌خوندم خیلی آرامش بهم می‌داد.*

شرکت‌کنندهٔ شمارهٔ ۱۵ می‌گوید: *با خدام حرف می‌زنم، نمازم رو می‌خونم، دعام رو می‌خونم، قرآنم رو می‌خونم. با این کارها آرامش می‌گیرم.*

شرکت‌کنندهٔ شمارهٔ ۸ می‌گوید: *به نظر من کارهای افراطی خوب نیست چه در فضای اجتماعی که افراطی برن توی تلگرام و اینا و چه در عبادت، نه اینکه ولنگار باشن، نه اینکه ۲۴ ساعت بخوان کار و زندگی‌شون رو ول کنن، معتدل باشن.*

بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر، غلبه تصور رحمانیت خدا به معنی تصور کلی مثبت از خدا، تصویر ذهنی مهربان، بخشنده، حامی، عیب‌پوش، تسهیلگر امور از خداوند است. افراد افسرده اغلب تصوری منفی از خدا دارند، درحالی‌که افراد سالم اغلب تصوری مثبت از خدا شامل قابل‌اعتماد، بخشنده و امنیت بخش را دارند. افرادی که در این پژوهش در مسیر بهبودی قرار داشتند اغلب تصویری مثبت و امیدبخش نسبت به خدا داشته و به‌عنوان تکیه‌گاهی آرامش‌بخش از خدا یاد می‌کردند.

شرکت‌کنندهٔ شمارهٔ ۲۲ می‌گوید: *خدا خیلی مهربونه، توی زمانای سختی دست آدمو می‌گیره، کمک می‌کنه تا هر روز بهتر بشی.*

ب) عوامل خانوادگی تسهیل‌کنندهٔ بهبودی: شامل جو خانوادگی مثبت (آرام، حمایتگر، واقع‌گرا، منطقی، دارای انتظارات متناسب با شرایط فرد)، آگاهی (در مورد فازهای اختلال، درمان و نحوهٔ همیاری) و مشارکت خانواده است.

۱) جو خانوادگی مثبت: افرادی که در مسیر بهبودی قرار داشتند اغلب در خانواده‌هایی آرام یا نسبتاً آرام قرار داشتند. این جو آرام خانوادگی تسهیلگر بهبودی در افراد مبتلا به اختلال دوقطبی است. جو آرام باعث تحلیل نرفتن انرژی فرد در جریان درگیری‌های خانوادگی، گرفتن حمایت و ترغیب وی برای کمک‌خواهی می‌شود. زیرمقوله‌های این مقوله شامل جو آرام و کم‌تنش (کم بودن مشاجرات خانوادگی، عدم انگ اختلال روانی)، حمایتگر، واقع‌گرا، منطقی، دارای انتظارات متناسب با محدودیت‌های اختلال و شرایط فرد، ابراز توجه مثبت خانواده به فرد دچار اختلال، درک شدن فرد از جانب خانواده، نگرش مثبت خانواده به فرد و توانایی‌هایش است.

مشارکت‌کنندهٔ شمارهٔ ۱۲ می‌گوید: *خیلی مهمه که خانواده از یک بیمار دوقطبی خیلی انتظار فرد سالم نداشته باشن مثلاً بگن خیلی کار بکنه. باید مراعات حالش رو بکنن،*

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1398.13.4.4.6]
[DOI: 10.52547/rph.13.4.29]

طردش نکنن، از لحاظ مالی تأمینش بکنن، همه جوره پشتش باشن، خیلی حمایت بکنن.

مشارکت‌کنندهٔ شمارهٔ ۱۶ می‌گوید: *همین که بهش برسن، مثل گلی که باید آبش بدن، بهش توجه کنن، اینکه زخم زبون نزنن، دوستش داشته باشن، باعث می‌شه حالش بهتر بشه.*

۲) آگاهی و مشارکت خانواده: در این پژوهش اغلب خانواده‌ی افرادی که در مسیر بهبودی قرار داشتند به نحوی به آگاهی‌افزایی ترغیب شده بودند، از جمله توسط خود فرد مبتلا یا متخصص هدایتگر درمان فرد. این آگاهی از جزئیات مربوط به اختلال و سیر درمان، خانواده را به مشارکت و همیاری در درمان ترغیب می‌کند. زیرمقوله‌های این مقوله شامل اطلاعات در مورد علت ابتلا، سیر اختلال، فازهای (افسردگی- شیدایی) اختلال و روند درمان، همیاری و مشارکت خانواده در بهبودی فرد است.

شرکت‌کنندهٔ شمارهٔ ۲۲ می‌گوید: *بابام همراهم میاد دکتر، هر وقت خونه‌ست حواسش هست که قرصامو بخورم، پیگیر کارامه، بهم آرامش می‌ده، حرفامو بهش می‌زنم.*

ج) عوامل اجتماعی تسهیل‌کنندهٔ بهبودی: شامل حمایت اجتماعی، تصور مثبت از اجتماع، اندک بودن انگ اجتماعی اختلال روانی، دوری از مشکلات قانونی و اجتماعی، اشتغال و شبکه‌های اجتماعی است.

۱) حمایت اجتماعی: یکی از مسیرهای دریافت حمایت، برقراری رابطهٔ حمایتی با دوستان، آشنایان، فامیل و متخصصین است. افرادی که در مسیر بهبودی قرار داشتند به نحوی حمایت اجتماعی را دریافت می‌کردند که این نوع روابط باعث تسهیل بهبودی در اختلال دوقطبی می‌شود. روابط حمایتی با متخصصان و دوستان، داشتن دوستی که در مواقع مورد نیاز در دسترس باشد و بتوانند با وی صحبت و دردِدل کنند می‌تواند عامل مهمی در بهبودی افراد مبتلا به اختلال دوقطبی باشد.

شرکت‌کنندهٔ شمارهٔ ۶ می‌گوید: *با مادربزرگم حس خوبی دارم چون خونه‌ش خیلی آرامه، انرژی داره، مهربونه، همه‌ش نورانی، خونه‌ش پرانرژی هست، خیلی دوسش دارم.*

۲) تصور مثبت فرد از اجتماع: احساس و تصور مثبت نسبت به جامعه یکی از مقوله‌های مشترک افراد بهبودیافتهٔ اختلال دوقطبی بود. افراد بهبودیافتهٔ اختلال دوقطبی نوعی آسودگی خاطر نسبت به عدالت در جامعه احساس می‌کنند و یا اینکه به‌نوعی نسبت به مسئله نقض عدالت اجتماعی بی‌تفاوت شده و درگیری ذهنی اندکی دراین‌باره دارند. زیرمقوله‌های این مقوله شامل ادراک نسبی عدالت اجتماعی، آسودگی اجتماعی، رنج و درگیری ذهنی با مسئلهٔ بی‌عدالتی اجتماعی، اعتماد به مراجع قانونی و پذیرش اجتماعی است.

شرکت‌کنندهٔ شمارهٔ ۲۲ می‌گوید: *من فکرمو درگیر اخبار و این‌جور چیزا نمی‌کنم، خود دنیا تعادل داره، هرکی بدی کنه می‌بینه، هرکی هم خوبی کنه می‌بینه.*

۳) اندک بودن انگ اجتماعی اختلال روانی: داشتن دیدگاه پزشکی و زیستی به اختلال روانی (قابل‌درمان بودن، داشتن علت زیستی، موقتی بودن، تشابه با بیماری‌های جسمی)، کم بودن تعمیم‌های منفی در مورد علائم اختلال (تعمیم‌های افراطی غلط منفی از جمله اینکه: اگر کسی مبتلا به اختلال دوقطبی است همه رفتارهایش مختل است، ممکن است به خود یا دیگری آسیب برساند، ازدواج و زندگی با این افراد سخت یا ناایمن است، اختلال دوقطبی یا مصرف داروهای اعصاب ممکن است باعث اختلال در توانایی فرزندآوری و باروری شود).

شرکت‌کنندهٔ شمارهٔ ۲۲ می‌گوید: *یه بار داشتم قرصمو می‌خوردم، دوستم دید گفت چی می‌خوری؟ گفتم که برای این مریضیم می‌خورم. فکر می‌کردم الان تعجب می‌کنه یا دیگه نخواد با من باشه ولی توضیح داد که منم پروپرانول می‌خورم.*

۴) دوری از مشکلات قانونی و اجتماعی: متعاقب برخی از علائم اختلال دوقطبی به‌ویژه در فاز مانیا از جمله رفتارهای پرخطر و یا علائم روان‌پریشی ممکن است مشکلاتی متوجه فرد مبتلا به اختلال دوقطبی گردد. در این پژوهش افرادی که در مسیر بهبودی قرار داشتند، برای مدیریت این دسته از مشکلات احتمالی، طرح‌هایی داشتند. درخواست از یک دوست برای پایش فعالیت، کاهش تحریکات با محدود و مشغول‌کردن خود داخل منزل و در

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1398.13.4.4.6]
[DOI: 10.52547/rph.13.4.29]

دوره فعال شدن فاز مانیا از جمله این طرح‌های منحصربه‌فرد مبتلایان برای کاهش درگیری و مشکلات احتمالی است.

شرکت‌کنندهٔ شمارهٔ ۱۲ می‌گوید: *یک‌بار که توهم داشتم که یکی دنبالمه رفتم کلانتری، خیلی با من بد برخورد کردن، زدنم. بعد شماره و آدرسم رو که توی کیفم بود پیدا کردن، زنگ زدن که دیگه داداشم اومد کلانتری توضیح داد که دوقطبی دارم. حالا دیگه مکان‌یاب گوگل رو روی گوشیم نصب کردم تا اگر لازم شد داداشم در جریان باشه.*

۵) اشتغال: داشتن شغلی متناسب با توانمندی‌های فرد، شرایط و محدودیت‌های اختلال و رضایت‌بخش برای فرد.

داشتن شغل مناسب برای همه افراد باعث رضایت خاطر است اما برای فرد مبتلا به اختلال دوقطبی به‌ویژه اگر مرد باشد اهمیت بیشتری دارد زیرا پیدا کردن شغل مناسب و حفظ آن برای این افراد بسیار دشوارتر از افراد عادی است.

شرکت‌کنندهٔ شمارهٔ ۱۲ می‌گوید: *از لحاظ شغلی افرادی که دوقطبی هستن به یک کاری مشغول باشن خیلی تأثیر داره توی بهبودیشون.*

۶) شبکه‌های اجتماعی: استفادهٔ بهینه از شبکه‌های اجتماعی، دوری از افراط در استفاده از شبکه‌های اجتماعی، رسانه، اینترنت و موبایل و استفاده از آن‌ها جهت کسب اطلاع و جلب حمایت و استفادهٔ کمتر از آن‌ها جهت وقت‌گذرانی و فرار از دنیای بیرونی موارد مطرح‌شده از نگاه شرکت‌کنندگان پژوهش بود. افرادی که در مسیر بهبودی قرار داشتند سهم بیشتری از زمانی را که صرف شبکه‌های اجتماعی می‌کردند در جهت جلب حمایت، هم‌افزایی، کسب اطلاعات و مطالعه می‌کردند تا صرف وقت‌گذرانی و تفریح. همچنین از لحاظ زمانی، وقت محدود و کنترل‌شده‌ای را صرف موبایل، شبکه‌های اجتماعی، رسانه‌ها و... می‌کردند.

شرکت‌کنندهٔ ۱ می‌گوید: وقتی بیمار بودم ...، بیشتر وقتمو آهنگ گوش می‌دادم، می‌رفتم توی اینترنت و توی واتس‌اپ.

مقولهٔ هسته‌ای: پدیدهٔ محوری، بهبودی است. بهبودی دارای زیرمقوله‌های کاهش علائم، عدم عود بیماری، کاهش مصرف دارو، بستری نشدن و سازگارتر شدن با شرایط اختلال، محیط و افراد است.

شرایط زمینه‌ای: بستر بهبودی در افراد مبتلا به اختلال دوقطبی، شرایط آرام زندگی‌شان است. زمینه‌ای که سیر اختلال دوقطبی را در مسیر بهبودی قرار می‌دهد، بافت خانوادگی و اجتماعی باثبات و آرامی است که در آن، فرد چالش اندکی با افراد و شرایط بیرونی پیدا کرده و حمایت لازم را از آن‌ها دریافت می‌کند. شرایط آرام زندگی، زمینه‌ای است که مسیر بهبودی اختلال دوقطبی در آن واقع می‌شود. در مصاحبه‌های انجام‌شده اغلب افراد بهبودیافته از شرایط زندگی خود رضایت داشتند که البته این به معنی رضامندی مطلق و صددرصدی نبود اما درمجموع و برایندی که از زندگی داشتند، شرایط زندگی را مثبت ارزیابی می‌کردند.

شرایط میانجی: شرایط مداخله‌گر در این پژوهش، شرایطی است که راهبردهای مشارکت‌کنندگان برای بهبودی اختلالشان را تسهیل یا محدود می‌کند. این شرایط شامل متغیرهای جمعیت شناختی و شخصیتی (میزان تحصیلات، میزان توانمندی و مهارت، نوع هویت و ابعاد شخصیت)، معنا در زندگی، مسائل مرتبط با دارو (تبعیت دارویی، نگرش نسبت به مصرف دارو، عوارض و پیامدهای مصرف دارو) است.

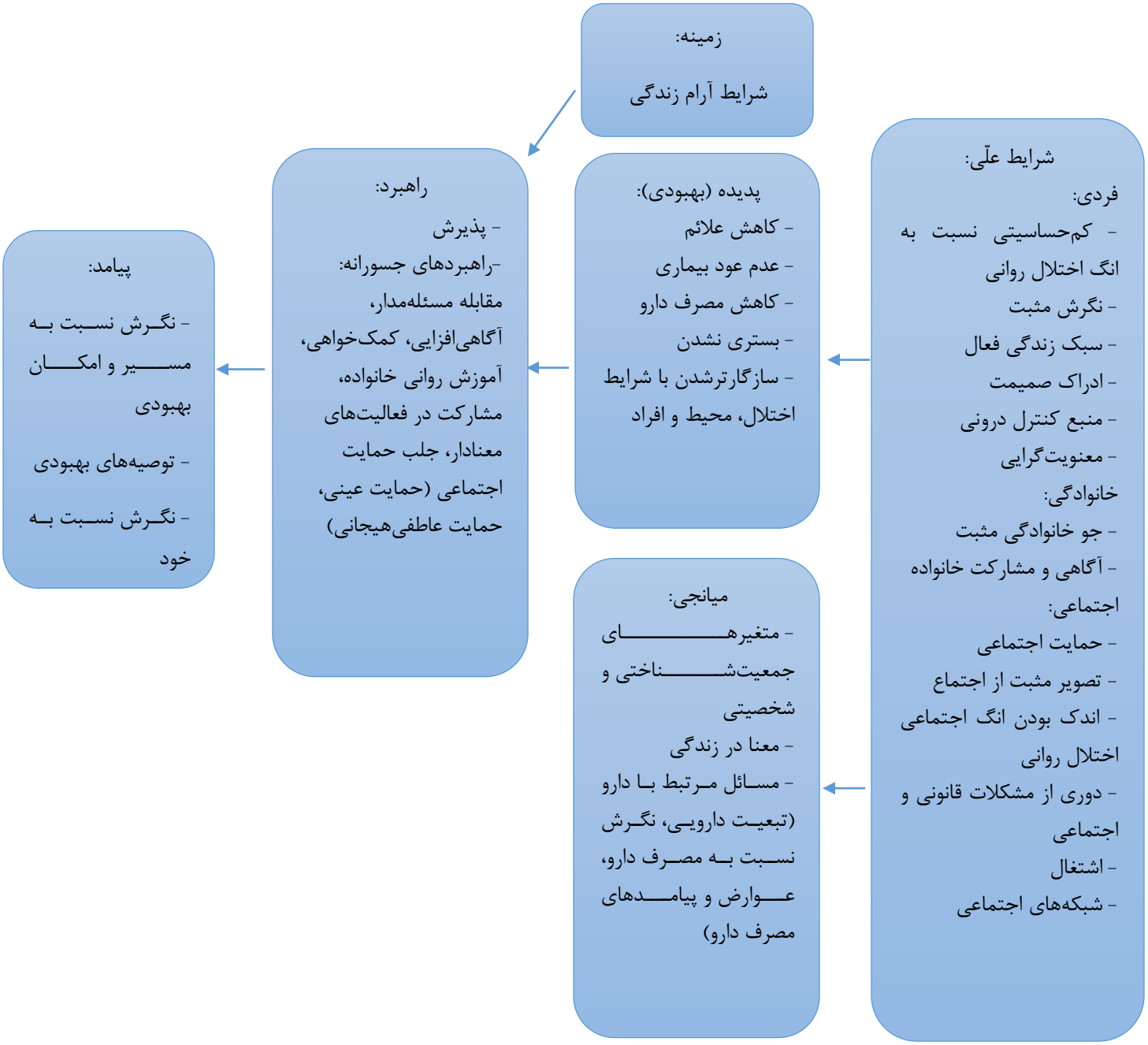
شرکت‌کنندهٔ شمارهٔ ۷ می‌گوید: به خاطر مصرف قرص‌ها، یک‌دفعه دیدم وزنم خیلی بالا رفت، قبلاً سرگرمی‌م این بود که غذا درست می‌کردم می‌خوردم وزنمم از ۶۰ بالاتر نمی‌رفت، الان یک‌دفعه وزنم شده هفتاد، به خاطر داروها، چشمامم ضعیف شده، دستم می‌لرزه.

راهبردها: راهبردها در این مدل، مسیرهایی است که افراد مبتلا به اختلال دوقطبی برای رسیدن به بهبودی در پیش می‌گیرند. راهبردها در این مدل شامل پذیرش و راهبردهای جسورانه شامل مقابله مسئله‌مدار، آگاهی‌افزایی، کمک‌خواهی، آموزش روانی خانواده، مشارکت در فعالیت‌های معنادار، جلب حمایت اجتماعی (حمایت عینی، حمایت عاطفی‌هیجانی) است.

پیامدها: تمامی اعمال (کنش‌ها) و عکس‌العمل‌هایی (واکنش‌ها) که در مسیر رسیدن به بهبودی اختلال دوقطبی صورت می‌پذیرد پیامدها و نتایجی دارد. پیامدها در این مدل

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1398.13.4.4.6]
[DOI: 10.52547/rph.13.4.29]

شامل نگرش نسبت به مسیر و امکان بهبودی، توصیه‌های بهبودی، نگرش نسبت به خود بود.



نمودار ۱.تجربه بهبودی در افراد مبتلا به اختلال دو قطبی

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1398.13.4.4.6]
[DOI: 10.52547/rph.13.4.29]

بحث و نتیجه‌گیری

در اولین سؤال پژوهش به الگوی تجربهٔ بهبودی در افراد مبتلا به اختلال دوقطبی بر مبنای شرایط علی، زمینه‌ای، مداخله‌گرها، راهبردها و پیامدها پرداختیم. پس از بررسی داده‌ها و استخراج مقوله‌ها، بهبودی در افراد مبتلا به دوقطبی به‌صورت مدل نظریهٔ زمینه‌ای حاصل شد. پس از تحلیل مصاحبه‌ها و کدگذاری آن‌ها، ۵۶۰ مقولهٔ باز، ۱۰۳ مقولهٔ اصلی و ۲۸ مقولهٔ محوری حاصل شد. شرایط علی در این مدل شامل شرایط علّی فردی، خانوادگی و اجتماعی بود که در پاسخ به سؤالات پژوهش به این سه دسته عوامل علی بهبودی اختلال دوقطبی اشاره شد. شرایط آرام زندگی زمینهٔ لازم برای اثرگذاری عوامل علی بر بهبودی فرد را فراهم می‌کند. زمینه‌ای که سیر اختلال دوقطبی را در مسیر بهبودی قرار می‌دهد، بافت خانوادگی و اجتماعی باثبات و آرامی است که در آن، فرد چالش اندکی با افراد و شرایط بیرونی پیدا کرده و حمایت لازم را از آن‌ها دریافت می‌کند. شرایط آرام زندگی، زمینه‌ای است که مسیر بهبودی اختلال دوقطبی در آن واقع می‌شد. شرایط مداخله‌گر در این پژوهش، شرایطی بود که راهبردهای مشارکت‌کنندگان برای بهبودی اختلالشان را تسهیل یا محدود می‌کند. این شرایط شامل متغیرهای جمعیت شناختی و شخصیتی (میزان تحصیلات، میزان توانمندی و مهارت، نوع هویت و ابعاد شخصیت)، معنا در زندگی، مسائل مرتبط با دارو (تبعیت دارویی، نگرش نسبت به مصرف دارو، عوارض و پیامدهای مصرف دارو) بود. بهبودی، پدیده‌ای نسبی، اساسی و تعیین‌کننده در زندگی تمامی افراد مبتلا به‌نوعی از اختلال روانی است. در این پژوهش، بهبودی از دید افراد مبتلا به اختلال دوقطبی به معنی کاهش علائم، عدم عود بیماری، کاهش مصرف دارو، بستری نشدن، سازگارتر شدن با شرایط اختلال، محیط و افراد بود. راهبردها در این مدل، مسیرهایی است که افراد مبتلا به اختلال دوقطبی برای رسیدن به بهبودی در پیش می‌گیرند. راهبردها در این مدل، پذیرش، راهبردهای جسورانه (مقابلهٔ مسئله‌مدار، آگاهی‌افزایی، کمک‌خواهی، آموزش روانی خانواده، مشارکت در فعالیت‌های معنادار، جلب حمایت اجتماعی (حمایت عینی، حمایت عاطفی‌هیجانی)) و معنویت‌گرایی (امیدواری، رهانشدگی، شکرگزاری، آخرت اندیشی) بود. تمامی اعمال (کنش‌ها) و عکس‌العمل‌هایی (واکنش‌ها) که در مسیر رسیدن به بهبودی اختلال دوقطبی صورت می‌پذیرد پیامدها و نتایجی دارد. پیامدها در این مدل شامل نگرش نسبت به مسیر و امکان بهبودی، توصیه‌های بهبودی و نگرش نسبت به خود بود.

یکی از عوامل علی بهبودی، نگرش مثبت فرد است و در مقابل نیز، یکی از عوامل عدم بهبودی نگرش منفی است. پژوهشگران مطرح می‌کنند که مثبت‌اندیشی مفهومی عینی یا واحد نیست و با مضامین آن مشخص می‌شود، زیرا در مورد فرد آنچه به‌عنوان خوش‌بینی در نظر گرفته می‌شود، به چیزهایی که برای او مطلوب و خواستنی است، بستگی دارد. افرادی که تفکر مثبت دارند، از زندگی و کار خود بیشتری سود می‌گیرند و سالم‌تر می‌مانند و روابط بهتری با دیگران دارند. این افراد با دید مثبت به زندگی می‌نگرند و به جای آنکه افسوس گذشته را بخورند، با رضایت به آن می‌نگرند و به جای شک و تردید با امیدواری و خوش‌بینی به آینده نگاه می‌کنند و این امر نشاط را به فرد هدیه می‌کند (۲۷). مثبت‌اندیشی همچنین به افزایش فعالیت‌های اجتماعی فرد منجر می‌شود (۲۸). پژوهش‌ها هم‌چنین نشان داده‌اند میان خوش‌بینی اسلامی و افسردگی رابطهٔ معکوس و معنادار وجود دارد (۲۹). خوش‌بینی با اضطراب و افسردگی رابطهٔ معکوس دارد و استفاده از سبک مقابلهٔ منفی با سطح پایین خوش‌بینی رابطه دارد (۳۰).

سبک زندگی در افراد مبتلا به اختلال دوقطبی ممکن است به افزایش خطر نرخ چاقی، سندرم متابولیک، دیابت و بیماری‌های قلبی منجر گردد. نرخ مرگ‌ومیر ناشی از بیماری‌های قلبی، عوارض ناشی از چاقی و دیابت نوع ۲ در افراد مبتلا به دوقطبی در مقایسه با جمعیت عادی بیشتر است. ورزش کم، رژیم غذایی فقیر، فراوانی دوره‌های افسردگی، سوءمصرف مواد و کیفیت پایین مراقبت‌های درمانی به مشکلات پزشکی مبتلایان به دوقطبی می‌افزاید (۳۱). در پژوهشی با ارائهٔ نوعی مداخله برای مبتلایان به

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1398.13.4.4.6]
[DOI: 10.52547/rph.13.4.29]

دوقطبی نوع ۱ مبتنی بر ایجاد نظم در امور روزمرهٔ آن‌ها به روشی برای پیشگیری از عودهای احتمالی دست یافتند (۳۲). نتایج پژوهشی دیگر نشان داد که بین عدم فعالیت فیزیکی و اختلال روانی ارتباط وجود دارد (۳۳). همچنین در پژوهشی با عنوان خودمدیریتی و اختلال دوقطبی، دریافتند به‌مرور مهارت‌های مبتنی بر شواهد در اختلال دوقطبی مؤثر است. مهارت‌های خودمدیریتی شامل آموزش روانی[۱] پایش خلق[۲] دارو[۳] و عملکرد اجتماعی، بهداشت خواب[۴] داشتن هدف، برنامه‌ریزی برای عود و سبک زندگی سالم (فعالیت بدنی، تغذیه سالم، کاهش و مدیریت وزن، همراه با بیماری[۵] است (۳۴).

یکی از عوامل مؤثر در کاهش افسردگی توجه به خدا است (۳۵). اعتقاد و ایمان به خدا و انجام اعمال و مناسک مذهبی افراد، نقش مؤثری در سلامت روانی و جسمانی آن‌ها دارد و در شکل‌گیری شخصیت و سبک زندگی سالم نقش مهمی ایفا می‌کند (۳۶). تصویر ذهنی مثبت از خدا با سلامت روانی بالا و افسردگی پایین توأم بوده است (۳۷). داشتن اعتقاد مذهبی رابطهٔ منفی با اضطراب و افسردگی دارد (۳۸). احساس نارضایتی از خدا با ناامیدی و افسردگی رابطه معناداری دارد و تصویر منفی از خدا (باور به خدای تنبیه‌گر) با احساس گناه افراد توأم بود. احساس گناه با افسردگی رابطه داشت. نوروزگرایی با احساس ترس از خدا، اضطراب و نارضایتی از او همراه بود، درحالی‌که همسازی با تصویر ذهنی حمایتگر از خدا توأم بود (۳۹). تکرار بیشتر رفتارهای دینی نیز با نمرهٔ پایین‌تر اضطراب و افسردگی آشکار مرتبط بوده است (۴۰). همچنین اعمال مذهبی در بالا بردن سطح بهداشت روانی فرد، کاهش افسردگی، به دست آوردن عزت‌نفس و خشنودی در روابط فردی و اجتماعی مؤثر است. افزایش سطح سلامت روان تأثیر بسزایی در زیادشدن طول عمر شخص و امکان بهبودی از بیماری و کاهش ابتلا به بیماری‌های کشنده دارد (۴۱) و به‌طور کلی دین‌داری تأثیر مهمی بر سلامت روان دارد (۴۲). آلپورت دو نوع گرایش مذهبی را در آزمودنی‌های تفکیک کرد، جهت‌گیری درونی و بیرونی. کسانی که جهت‌گیری بیرونی دارند، تعهدهای مذهبی خود را به‌عنوان وسیله‌ای برای کسب مقام، قدرت و یا امنیت و به‌طور کلی نوعی مصلحت‌اندیشی به کار می‌گیرند. افراد دارای جهت‌گیری درونی، باورهای خود را درونی کرده‌اند و با آن‌ها زندگی می‌کنند (۴۳). بین مذهب درونی با سلامت روان رابطهٔ معناداری وجود دارد. مذهب بیرونی با نمرات مقیاس افسردگی ارتباط دارد به این معنا که با افزایش مذهب بیرونی میزان افسردگی افراد افزایش می‌یابد (۴۴). عنصر ادراک کنترل در معنویت، رابطه با خداوند و اعتماد به خداوند وجود دارد که موجب پیامدهای مثبت در نگرش و رفتار و هیجان‌های افراد می‌شود. این ادراک کنترل به‌ویژه دربارهٔ اختلال روانی مانند دوقطبی که عدم ثبات و قابل پیش‌بینی نبودن تغییر فازها از عوامل نگران‌کننده و تشدیدکنندهٔ رنج ناشی از اختلال است، می‌تواند به‌نوعی مصونیت برای فرد و سپری برای کنارآمدن با اختلال دوقطبی منجر شود. نکتهٔ مهم در اینجا این است که معنویت‌گرایی افراطی در این افراد می‌تواند بخشی یا نمودی از علائم اختلال باشد که افراد در تجربهٔ حالت‌های افسردگی و حتی شیدایی تجربه‌های معنوی روانی خاصی داشته باشند که در نهایت به چسبیدن و رها نکردن این تجربیات منجر شود و به‌نوعی این امر نیز جزئی از افراط در فازهای اختلال، در امور و ویژگی‌های مختلف باشد. به عبارتی تجربه‌های معنوی و مذهبی افراطی در این افراد می‌تواند موضوع جداگانه‌ای در رابطه با علت‌شناسی اختلال و هم توضیح سیمای بالینی اختلال باشد.

وجود رابطهٔ صمیمانه به‌عنوان منبع حمایتی قوی عمل کرده و موجب کاهش رنج ناشی از تجربهٔ اختلال می‌شود. علاوه بر این می‌تواند باعث کاهش شدت طرحواره‌های ناکارآمد در این افراد و بهبود اختلال شود. هم‌چنین وجود ادراک صمیمیت و بودن در خانوادهٔ صمیمی و رابطهٔ صمیمی با افراد نزدیک در زندگی، در علت‌شناسی اختلال می‌تواند نشان‌دهندهٔ وزن بیشتر متغیرهای جسمانی نسبت به روانی در علت ابتلای فرد باشد که این امر مداخلات جسمانی را اثربخش‌تر ساخته و علاوه بر این باعث مشکلات هیجانی کمتری در این افراد می‌شود و مدیریت نشانه و علائم

---

[۱] psychoeducation
[۲] monitoring moods
[۳] medications
[۴] sleep hygiene
[۵] medical comorbidities

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1398.13.4.4.6]
[DOI: 10.52547/rph.13.4.29]

تجربه‌شده آسان‌تر می‌گردد. هم‌چنین ادراک صمیمت، شدت طرحواره‌های ناکارآمد در این افراد را تخفیف داده و بدتنظیمی‌های هیجانی کمتر و تحریف‌های شناختی کمتری در افراد ایجاد می‌کند. می‌توان گفت نوع علت ابتلا به اختلال نیز می‌تواند در افزایش بهبودی مؤثر باشد. زمانی که متغیرهای روان‌شناختی مانند طرحواره‌های ناکارآمد، بدتنظیمی هیجانی اولیه و موارد مشابه در علت‌شناسی نقش کمتری داشته باشند، همبودی با سایر اختلال‌های هیجانی نیز کاهش‌یافته، اختلال، دیرپایی کمتری دارد و به این دلیل احتمال بهبودی افزایش می‌یابد. در شرایطی که ادراک صمیمت کمی دارد وجود برخی طرحواره‌ها می‌تواند بر شدت اختلال افزوده و موجب همبودی با اختلال‌های هیجانی گردد و هرگونه همبودی نیز بر احتمال عود و کاهش بهبودی می‌افزاید.

در رابطه با عامل منبع کنترل، زمانی که فرد علت اختلال خود را به عوامل درونی و مربوط به خود نسبت می‌دهد در مقایسه با زمانی که علت اختلال به عواملی خارج از خود و در نتیجه با کنترل‌پذیری کمتری نسبت می‌دهد، ادراک کنترل بیشتری داشته و شرایط بیماری را قابل‌کنترل‌تر می‌داند و در نتیجه بهتر می‌تواند شرایط را مورد پذیرش و مدیریت قرار بدهد. به غیر از تبیین علت اختلال، گاهی فرد ابتلا را به دلایل غیرقابل‌کنترلی می‌داند اما نهایتاً اعتقاد دارد که در بهبودی و رهایی از این بیماری خودش نقش مهمی داشته و اگر بخواهد می‌تواند بر این شرایط غلبه کند در این صورت نیز ادراک کنترل فرد در نتیجه با تغییر شرایط افزایش می‌یابد و به کاهش احساس درماندگی و ناامیدی فرد منجر می‌شود که خود یکی از عوامل مهم برای بهبودی است. در مقابل منبع کنترل بیرونی چنان‌که از مفهوم آن نیز مشخص است، علت را در دست فرد و قابل‌تغییر ندانسته و اهمیت نقش فرد را نیز در بهبودی تخفیف می‌دهد.

حساسیت نسبت به انگ اختلال روانی از دیگر عوامل علّی بوده است. حساسیت زیاد منجر به عدم بهبودی و عدم حساسیت یا حساسیت کم منجر به کاهش احتمال بهبودی در افراد بوده است. در این پژوهش افرادی که مسیر بهبودی را پیموده بودند نسبت به مسئلهٔ انگ اختلال روانی نگرانی و درگیری فکری کمتری نسبت به دیگر مبتلایان داشتند. در واقع این افراد سعی می‌کردند با نوعی عادی‌سازی خود را در قبال انگ اختلال بی‌تفاوت سازند. زمانی که فرد توانمندی‌های خود و نقاط منفی‌اش را می‌شناسد و از اعتمادبه‌نفس خوبی برخوردار است، قضاوت و نظر دیگران برای او کم‌اهمیت‌تر شده و در نتیجه تأثیر انگ به‌عنوان «بیماری دوم» بر او کاهش می‌یابد. علاوه بر این افراد با اعتمادبه‌نفس بالا شرایط بیماری را از شرایط خود جدا می‌دانند و برای خود بدون بیماری هویتی متفاوتی دارند که باعث می‌شوند عدم احساس آمیختگی و یکی بودن با بیماری از شدت رنج ناشی از آن و قضاوت دیگران کاسته شود.

در رابطه با مقولهٔ تأثیرپذیری از فرهنگ فردگرا به‌عنوان زیرمجموعه حساسیت کمتر به انگ، می‌توان گفت در فرهنگ فردگرا اهداف فردی و شخصی، کنترل خویشتن، کنترل خود و احترام به فردیت دیگران از اهمیت بیشتری برخوردار هستند. در فردگرایی علاقه‌مندی‌ها و نیازهای فردی بیشتر ترجیح داده می‌شود. ارزش‌ها و هنجارها نیز مبنای فردی دارند و کسب لذت فردی در درجهٔ بالاتری قرار دارد. باورها و اعتقادات شخصی نیز فرد را از بسیاری از گروه‌ها متمایز و جدا می‌کند. هویت فردی نیز اهمیت زیادی داشته و راهبردهای مستقیم در مواجه با مسائل به کار گرفته می‌شود. رابطه با دیگران نیز با فاصلهٔ زیاد و با حفظ فاصله است. روابط اجتماعی داوطلبانه است و روابط دوستی نیز کمتر اهمیت دارد. مجموعهٔ این موارد باعث می‌شود زمانی که فرد در معرض انگ و قضاوت دیگران است، اهمیت کمتری به این مسئله بدهد و همچنین اگر در معرض قضاوت و پیامدهای برچسب قرار بگیرد، راحت‌تر می‌تواند از این موقعیت کناره‌گیری کند و تحمل شرایط برای فرد راحت‌تر است. چنانچه موقعیت گروهی و جمعی برای فرد اهمیت زیادی داشته باشد و قادر به کناره‌گیری نباشد، اثرپذیری بیشتری از قضاوت و انگ دیگران دارد و همین حساسیت موجب درگیری بیشتری برای فرد و افزایش احتمال عود می‌شود. فردگرایی می‌تواند به تأثیرپذیری کمتر از باورهای منفی قومی‌فرهنگی نیز منجر شده و حساسیت فرد را نسبت به برخی باورهای اشتباه دیگران به اختلال کاهش دهد.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1398.13.4.4.6]
[DOI: 10.52547/rph.13.4.29]

عوامل خانوادگی، مجموعهٔ عوامل علی دیگری هستند که در بهبودی اختلال دوقطبی نقش بسیار مهمی داشتند. جو خانوادگی و فضای حاکم بر خانواده، ساختار و روابط آن از عوامل مؤثر است. جو آرام و کم‌تنش، نظام مثبت خانوادگی به معنای ساختار درست و بودن اعضا در جایگاه خود، نگرش مثبت اعضای خانواده به یکدیگر و به بیماری فرد و فرد بیمار، وجود تعاملات کلامی و غیرکلامی مناسب و صحیح بین اعضای خانواده و تعادل بین میزان کنترل و درعین‌حال صمیمت و آزادی از عوامل مثبت مؤثر در بهبودی بودند. جو خانوادگی آرام و کم‌تنش به تجربهٔ کمتر استرس در افراد منجر می‌شود و به‌نوعی یکی از مهم‌ترین منابع استرس در این افراد حذف می‌شود. زمانی که نظام خانوادگی، نگرش اعضا و تعاملات مثبت باشد فرد ادراک حمایتگری و پذیرش را دارد که می‌تواند یک متغیر مؤثر برای بهبودی باشد. تعادل بین کنترل و آزادی نیز در واقع سبک فرزندپروری والدین را نشان می‌دهد. ویژگی‌های سرشتی کودک و تعامل آن با سبک فرزندپروری که از دو عنصر مهم پذیرش و محبت و کنترل و قانون‌مداری تشکیل شده است، طرحواره‌های فرد را شکل می‌دهد. همان‌طور که گفته شد این طرحواره‌ها می‌توانند در علت ابتلا و سیر ابتلا به اختلال مؤثر باشند.

یکی دیگر از عوامل روان‌شناختی مهم دربارهٔ چگونگی اثرگذاری ویژگی‌ها و جو خانوادگی، نحوهٔ ابراز و واکنش هیجانی آن‌ها به یکدیگر و به‌ویژه به فرد دارای اختلال است که به آن هیجان ابرازشده می‌گویند. هیجان ابرازشده با نگرش‌های انتقادی و خصمانه یا درگیری افراطی هیجانی گفته می‌شود که اعضای خانواده و بستگان نسبت به فرد مبتلا به اختلال روان‌پزشکی در خانواده نشان می‌دهند. عناصر این هیجان ابرازشده شامل الگوهای رفتاری، خصومت و وابستگی افراطی است (۴۵). یکی از ویژگی‌های مهم خانوادهٔ فرد بیمار هیجان ابرازشده است که می‌تواند پیش‌بینی‌کنندهٔ احتمال عود در تعداد زیادی از اختلال‌های روانی باشد. این ویژگی منحصر در این خانواده‌ها نیست اما می‌تواند به عود علائم اختلال در افراد درگیر منجر شود (۴۶). همسو با یافته‌های پژوهش حاضر نیز میزان عود اختلال دوقطبی در خانواده‌هایی با سطح هیجان ابرازشده بالای ۹۰ درصد بوده است (۴۷). در پژوهشی نیز تأثیرات اختلال دوقطبی بر روی خانواده و همسران را مورد بررسی قرار دادند. در این مطالعه مراقبان دشواری‌های بسیاری را در ارتباط با فرد مبتلا زمانی که حال او خوب نیست، گزارش کردند. خشونت بین مبتلایان بسیار رایج بوده که باعث ایجاد مشکل در ارتباط افراد با خانواده می‌گردد. وجود خانواده آگاه و متعهد می‌تواند به فرد متخصص برای افزایش اثربخشی کمک کند (۴۸).

پژوهشگران تأثیر آموزش روانی مبتنی بر پذیرش و تعهد در تنظیم هیجان ابرازشدهٔ خانواده بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی را مورد بررسی قرار دادند. در این پژوهش مشخص شد، سطح هیجان ابرازشده در خانواده این بیماران به‌طور معناداری کاهش یافت. این کاهش در هر چهار خرده‌مقیاس هیجان ابرازشده شامل نگرش منفی، تحمل و انتظار، مزاحمت و مداخله و پاسخ هیجانی معنادار بوده است. آموزش روانی خانواده بیماران به افزایش دانش، حمایت خانواده، کاهش فشار بر خانواده، افزایش کارایی فرد کاهش تعداد دوره‌های عود اختلال منجر شده است (۴۹). مطالعه‌ای دیگر نیز مؤید یافته‌های این پژوهش مبنی بر اثرگذاری جو خانوادگی بود. در این پژوهش آموزش روانی اعضای خانواده موجب کاهش قابل‌توجه سطح هیجان ابرازشده نسبت به گروه آموزش‌ندیده شده و در پی آن میزان نیاز به بستری بیماران نیز کاهش یافته بود (۵۰). در مطالعهٔ کنترل‌شدهٔ دیگری با مداخلهٔ آموزشی‌روان‌شناختی چند خانواده با عضو مبتلا به اختلال دوقطبی، خویشاوندان درجه‌یک در گروه درمان، تغییر برجسته‌ای از سطح بالای ابراز هیجان به سطح پایین، در مقایسه با گروه کنترل نشان دادند. علاوه بر این بیمارانی که دارای خویشاوندانی با درجهٔ پایین ابراز هیجان بودند، به‌طور برجسته‌ای کمتر از افرادی که خویشاوندان درجه‌یک دارای سطح بالای ابراز هیجانی داشتند، مورد پذیرش بیمارستانی قرار گرفتند. گروه‌های چند خانواده در این پژوهش به‌خوبی مورد پذیرش قرار گرفته و شرکت‌کنندگان ریزش بسیار کمی داشتند (۵۱). بررسی اثر آموزش‌های روان‌شناختی به خانواده با اختلال دوقطبی در اکثر موارد مؤید یافته‌های این پژوهش مبنی بر اثر آگاهی و مشارکت اعضای خانواده در بهبود فرد مبتلا

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1398.13.4.4.6]
[DOI: 10.52547/rph.13.4.29]

است. در مطالعه‌ای درمان آموزشی‌روان‌شناختی را برای همسران افراد مبتلا به اختلال دوقطبی به کار بردند. افراد شرکت‌کننده در این پژوهش همسران افراد بیمار در دو گروه ۱۴ و ۱۲ نفره آزمایشی و کنترل بودند که در مورد تأثیر این درمان مورد مطالعه قرار گرفتند. آموزش گروهی با محتوای سازگاری برای همسران انتخاب شده بود. نتیجه آن که افراد گروه آزمایش بیشتر از گروه کنترل، شغل داشته یا وظایف منزل را بدون کمک دیگری انجام دادند. در مصاحبه نیز همسران به‌طور برجسته نشان دادند که آن‌ها مشکلاتشان را با دیگران سهیم شده، دانش بیشتری دربارهٔ بیماری، لیتیوم و راهبردهای اجتماعی کسب کردند (۵۲). محققان در پژوهشی دیگر نشان دادند که آموزش‌های روان‌شناختی برای خانواده‌های این افراد در کاهش هیجان ابرازشده آن‌ها نیز مؤثر بوده است. بخشی از این اثرگذاری به این دلیل است که این آموزش‌ها و اثرگذاری در ارتباط خانواده و فرد منجر به تداوم مصرف دارو می‌شود و در نتیجه عود نیز کاهش است (۵۳). در این راستا پژوهشگران دیگری نیز بیان کرده‌اند که تداوم درمانی پایین در بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی بسیار رایج بوده و نرخ بالایی از عود را تشریح می‌کند. از طرف دیگر تعدادی از بیماران حتی با وجود این که به‌طور دقیق از درمان‌های دارویی‌شان پیروی می‌کنند، مجدداً دچار عود می‌شوند. درمان‌های روان‌شناختی مانند آموزشی‌روان‌شناختی امکان تشخیص زودهنگام علائم برانگیزاننده را بهبود بخشیده و خطر عود را کاهش می‌دهد (۵۴ و ۵۵). همچنین برنامه‌های آموزشی‌روان‌شناختی خانوادگی بیشتر به‌منظور افزایش مصرف تداوم دارو و کنارآمدن و انطباق با عوامل استرس‌آور طراحی شده است تا خطر عود را در سال اول ترخیص از بیمارستان کاهش دهد (۵۶).

دستهٔ دیگری از عوامل علی مؤثر و حاصل از این پژوهش، عوامل اجتماعی هستند. روابط حمایتگر اجتماعی، تصویر مثبت از اجتماع، ادراک و تجربهٔ عدالت اجتماعی، کم بودن انگ اجتماعی اختلال روانی، داشتن کسب‌وکار و اشتغال و استفادهٔ مؤثر از شبکه‌های اجتماعی از عوامل اجتماعی مؤثر در بهبودی بوده‌اند. داشتن ارتباطات مؤثری که افراد بتوانند کمک‌هایی در رابطه با مشکل خود دریافت کنند احتمال بهبودی را افزایش می‌دهد. این روابط با ایجاد کمک تخصصی و عاطفی و هیجانی از فرد مبتلا حمایت کرده و احساس تنهایی و درک نشدن را از بین می‌برند. با وجود این روابط افراد احساس می‌کنند، کسانی وجود دارند که هنگام نیاز به او کمک کنند. وجود این روابط باکیفیت با افراد عادی از دوستان، بستگان، همکاران و رابطه با افراد متخصص تسهیل‌کنندهٔ بهبودی این افراد است. ایجاد ارتباط با دیگران به‌عنوان مانعی برای بروز احساس تنهایی عمل می‌کند. افراد در این فرایند می‌توانند توانایی‌ها و نگرش‌های خود را ارزیابی کرده و گسترش این ارتباط و دریافت حمایت اجتماعی می‌تواند کاهندهٔ میزان اجتناب افراد باشد. علاوه بر این حمایت اجتماعی ادراک‌شده به افزایش سازگاری افراد منجر می‌شود (۵۷). اجتناب اجتماعی نیز در افراد مبتلا به اختلال دوقطبی یکی از موانع بزرگ بهبودی آن‌ها است. این افراد به دلیل علائم اختلال و ترس از آگاهی دیگران دامنهٔ روابط خود را محدود می‌کنند. حمایت اجتماعی ایجادکنندهٔ احساس تعلق، پذیرفته شدن، موردعلاقه بودن، مورد محبت قرارگرفتن در فرد بوده که با خود احساس امنیت را می‌آورد و خود یکی از نیازهای اساسی انسان است. این حمایت‌ها به گونه‌های مختلفی قابل دریافت از جانب دیگران است. به این صورت که می‌تواند حمایت عاطفی، عملکردی و اطلاعاتی باشد (۵۸). حمایت اجتماعی منبع مهمی برای مقابله با منابع استرس‌زا بوده و نبود آن در افراد سالم نیز به افسردگی و اضطراب منجر می‌شود (۵۹). محققان دیگری در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که اندازهٔ شبکهٔ اجتماعی و حمایت اجتماعی با بهبود بهتر بیماری روانی جدی ارتباط دارد. مشارکت بیشتر در طیف گسترده‌ای از فعالیت‌ها نیز با بهبودی بهتر، مرتبط است، حتی زمانی که حمایت اجتماعی پایین‌تر است. در نتیجه محقق پیشنهاد می‌کند که بالینگران تشویق و انجام حمایت اجتماعی و مشارکت بیشتر در فعالیت‌ها را تلفیق (یکپارچه) کنند. حتی اگر حمایت‌های اجتماعی کم باشد، مشارکت در فعالیت‌هایی که برای فرد معنادار است، می‌تواند به بهبودی کمک کند (۶۰). پژوهشی دیگر نیز نشان داد حمایت اخلاقی خانواده و حضور خانواده (از لحاظ جسمی و یا از طریق ارتباطات) باعث می‌شود افراد احساس کنند که در فرایند بهبودی تنها نیستند و آن‌ها

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1398.13.4.4.6]
[DOI: 10.52547/rph.13.4.29]

مراقبشان هستند. در این پژوهش مشخص شد که مکالمه با اعضای خانواده یک احساس عادی بودن را ایجاد می‌کند، اعضای خانواده فرد بیمار را بیرون از منزل می‌آورند و همراه آن‌ها فعالیت‌هایی انجام می‌دهند که باعث می‌شود آن‌ها اجتماعی شوند و تمرکزشان منحرف شود. همچنین کمک به عقلانی کردن و عادی شدن بیماری‌های روانی از قبیل بازگو کردن سابقهٔ خانوادگی بیماری‌های روانی، تشویق به ادامه درمان و حمایت عملی مانند پشتیبانی مالی، مسکن، اجاره، وعده‌های غذایی، پول، و یا هدیه، حمل‌ونقل، کمک به فعالیت‌های روزانه مانند پر کردن اسناد و مدارک در صورت لزوم و ایجاد انگیزه برای بهبودی از عوامل تسهیلگر بودند (۶۱).

تصویر مثبت از اجتماع که شامل ادراک نسبی عدالت اجتماعی، آسودگی اجتماعی، عدم رنج و درگیری ذهنی با مسئلهٔ بی‌عدالتی اجتماعی، اعتماد به مراجع قانونی و پذیرش اجتماعی است که به بهبودی منجر می‌گردد. داشتن تصویر مثبت از یک‌سو به معنای مؤلفه‌های خوش‌بینی بیشتر در این افراد بوده که خود می‌تواند به‌عنوان یک متغیر میانجی عمل کرده و در افزایش سلامت روان و کاهش نشانه‌های اختلال مؤثر باشد. از سوی دیگر مؤلفهٔ ادراک عدالت اجتماعی به‌عنوان یکی از مؤثرترین مؤلفه‌ها در ایجاد تصویر مطلوب از جامعهٔ خود باعث کاهش هیجان‌های منفی مانند اضطراب، خشم، فقدان کنترل و احساس غم و ناامیدی و درماندگی می‌شود. رابطه بین سلامت روان و ادراک عدالت در سطح اجتماع و حتی در یک محیط کاری و سازمانی در پژوهش‌های مختلف مورد تأیید قرار گرفته است (۶۲- ۶۴).

داشتن شغل نیز مزایای پنهان و آشکار زیادی دارد که بر میزان استرس تجربه‌شدهٔ افراد اثر گذاشته و حتی به‌عنوان یک منبع حمایتی اجتماعی و روانی به فرد کمک می‌کند. داشتن شغل به‌ویژه شغل مناسب و احساس رضایت از شغل بر میزان اعتمادبه‌نفس و عزت‌نفس اثر گذاشته و ادراک کنترل فرد را افزایش می‌دهد. مزایای مالی حاصل از اشتغال نیز میزان استرس فرد را کم کرده و به او برای بهره‌مندی از خدمات تخصصی و منابع درمانی کمک می‌کند. رابطه بین اشتغال و سلامت روان در پژوهش‌های متعددی مورد بررسی و تأیید قرار گرفته است (۶۵- ۶۸). اشتغال همچنین بر میزان رضایت از زندگی افراد نیز می‌افزاید (۶۹). در پژوهشی نیز به بررسی این موضوع پرداخته شد که تا چه میزان اشتغال، در مدیریت و بهبود بیماری‌های روانی کمک می‌کند. چهارده نفر مبتلا به اختلال دوقطبی در این مطالعه داوطلبانه شرکت کردند. این مطالعهٔ کیفی، رویکرد پدیدهٔ شناختی را برای درک تجارب شرکت‌کنندگان از یک برنامهٔ اشتغال حمایت‌شده به کار گرفت. شرکت‌کنندگان معانی از تجارب خود را در یک برنامهٔ اشتغال پشتیبانی یافتند. تم‌های استخراج‌شده در این مطالعه شامل تطابق[۱]، جامعه‌پذیری[۲]، شمول[۳] و بیشتر از آن و امنیت[۴] بود. یافته‌ها نشان می‌دهد که برنامهٔ اشتغال حمایت‌شده به افراد مبتلا به اختلال دوقطبی کمک می‌کند (۷۰). در نظریه‌های متعدد برای اشتغال کارکردهای پنهانی بیان می‌شود که این کارکردها می‌توانند در جنبه‌های گوناگون زندگی فرد مبتلا به اختلال دوقطبی مؤثر باشند. اشتغال باعث تماس اجتماعی می‌شود به این معنی که فرصت‌هایی برای افراد به وجود می‌آورد تا با افراد خارج از خانواده خود ارتباط داشته باشند. ساختار زمانی را برای افراد تحمیل می‌کند به این صورت که باید نظم و ترتیبی را در روزهای هفته مراعات کنند. سبب شکل‌گیری هویت و درک فرد از منزلت خود در جامعه می‌شود. اهداف جمعی را برای فرد به وجود می‌آورد و باعث تأمین فرصت‌هایی برای کارکردن با سایرین در جهت مشارکت در تحقق اهداف جمعی می‌شود و در نهایت این‌که اشتغال نوعی فعالیت منظم روزمره را بر زندگی فرد تحمیل می‌کند (۶۵). تماس با دیگران می‌تواند دربرگیرندهٔ حمایت اجتماعی شود. همچنین محققان در پژوهشی (۷۱) بیان کردند افزایش تماس افراد بیمار با سایرین به کاهش ترس دیگران از آن‌ها و کاهش انگ زدن به آن‌ها منجر می‌شود. ساختار زمانی و نظم سبک زندگی این افراد را تغییر داده و می‌تواند در کنترل الگوی خواب و غذا و استراحت فرد مؤثر بوده و در بروز علائم عود و دوره‌های بیماری مؤثر باشد. احساس ارزش ناشی از منزلت اجتماعی نیز از استرس فرد

[۱] accommodation
[۲] socialization
[۳] inclusion
[۴] security

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1398.13.4.4.6]
[DOI: 10.52547/rph.13.4.29]

کاسته و به‌عنوان نوعی سپر دفاعی عمل می‌کند. همچنین فرد را مجبور به تداوم مصرف دارو می‌کند. فعالیت روزمره هم تنظیم‌کنندهٔ سبک زندگی فرد است و هم نوعی اشتغال و درگیری مثبت را برای فرد به وجود می‌آورد و احساس ارزش را در پی دارد و می‌تواند نوعی فعال‌ساز رفتاری در زمان افسردگی و نوعی بازدارنده در زمان تجربهٔ مانیک باشد. عدم وجود و درگیری با مشکلات قانونی نیز باعث می‌شود تصور فرد از شرایطش کمتر وخیم و بیشتر قابل‌کنترل باشد و منابع استرس جدیدی بر شرایط او وارد نشود. علاوه بر اینکه درگیری‌های قانونی به ایجاد استرس در فرد منجر می‌شوند، سرزنش خود و دیگران را در پی داشته و احساس بی‌ارزشی و بی‌کفایتی را برای فرد ایجاد می‌کند. در افرادی که این درگیری‌ها کمتر است ممکن است شدت اختلال واقعاً کمتر بوده، فرد از قدرت بازدارندگی و کنترل هیجانی تا حدودی برخوردار بوده، منابع حمایتی و سامانهٔ مراقبتی بهتری داشته باشد که هم به درگیری کمتر منجر شده و هم در بهبود او به‌طور کلی مؤثرتر باشد.

در رابطه با رابطه انگ اجتماعی اختلال روانی با بهبودی و عود اختلال نیز باید بگوییم، مسئلهٔ انگ اختلال در پیگیری درمانی و تداوم پیگیری بسیار مؤثر است (۷۲). علاوه بر این انگ اختلال‌های روان‌پزشکی دارای سه جزء تصورات قالبی، پیش‌داوری و تبعیض است. اعتقاد به تصورات قالبی نشان‌دهندهٔ توافق افراد نسبت به ویژگی‌های افراد مبتلا به این اختلال‌ها از حیث خطرناکی و غیرقابل‌پیش‌بینی بودن است. این امر باعث برانگیختن واکنش‌های هیجانی و رفتاری منفی به‌صورت پیش‌داوری و تبعیض و در نهایت انزوای اجتماعی در این بیماران و قرارگرفتن در موقعیت اجتماعی نامطلوب می‌شود (۷۳). بنابراین هرچه میزان این انگ کمتر باشد یعنی افراد تصور صحیح و دقیق‌تری از اختلال و فرد مبتلا داشته باشند، فرد بیمار از حمایت، پذیرش و مراقبت اجتماعی بیشتری برخوردار می‌شود که نتیجهٔ آن تسهیل بهبودی است.

استفاده از رسانه‌های اجتماعی می‌تواند باعث کاهش زمان خواب شود و این امر به‌نوبهٔ خود می‌تواند باعث بروز اختلالاتی مانند اضطراب و افسردگی شود (۷۴). نتایج پژوهشی دیگر نشان داد که بین افزایش استفاده از شبکه‌های اجتماعی و کاهش سلامت روان، ارتباط وجود دارد (۷۵). همچنین بین استفاده از شبکه‌های اجتماعی و افزایش اضطراب، افسردگی، احساس تنهایی، رفتارهای وسواس‌گونه و خودشیفتگی رابطه وجود دارد (۷۶). استفادهٔ بیش‌ازحد از شبکه‌های اجتماعی می‌تواند باعث کاهش فعالیت در دنیای واقعی شود. نسل امروز بیشتر از آنکه در دنیای واقعی زندگی کند در دنیای مجازی زندگی می‌کند (۷۷).

احساس جدایی و بیگانگی از افراد و مورد پذیرش قرارنگرفتن و ترس از قضاوت و انگ به کاهش روابط و تعاملات اجتماعی و بین‌فردی در این افراد منجر می‌گردد و این اتفاق با وجود وسایل جایگزین ارتباط رودررو مانند شبکه‌های اجتماعی می‌تواند تشدید و باعث بهره‌مندی کمتر از حمایت‌های اجتماعی واقعی‌تر شود. افراد در این روابط می‌توانند بیماری خود را پنهان کرده و شرایط خود را به‌گونهٔ واقعی توصیف نکنند و حتی در چنین روابطی افراد مجبور به بیان خیلی از وضعیت‌ها نیستند.

پژوهش حاضر سعی بر ایجاد تصویری جامع از عوامل مؤثر بر بهبودی افراد مبتلا به اختلال دوقطبی داشته است. یافته‌های این پژوهش از بررسی دیدگاه خود افراد مبتلا به اختلال دوقطبی استخراج شده و نوعی نگاه از داخل به مسیر بهبودی در این اختلال و گسترده‌تر از معیارهای تشخیصی رایج (که صرفاً بر کاهش علائم متمرکز است) محسوب می‌شود. استخراج و ادراک عوامل و مدل بهبودی می‌تواند تلویحات بالینی و درمانی گسترده‌ای داشته باشد. از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به عدم تمایزیافتگی مدل برای طیف اختلال دوقطبی اشاره کرد. در پژوهش‌های آتی می‌توان مدلی متناسب با طیف دوقطبی و نمونه‌ای با ویژگی‌های متنوع‌تر بهره برد.

تقدیر و تشکر

نویسندگان مقاله از تمامی شرکت‌کنندگان، افراد و مراکزی که در انجام این پژوهش یاری نمودند به‌ویژه رئیس بخش درمانگاه اعصاب و روان بیمارستان حافظ شیراز، دکتر سید علی دستغیب قدردانی می‌نمایند.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1398.13.4.4.6]
[DOI: 10.52547/rph.13.4.29]

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

[DOR: 20.1001.1.20080166.1398.13.4.4.6]

[DOI: 10.52547/rph.13.4.29]

References:

١. Medscape.com. Bipolar Affective Disorder. 2011; http://emedicine.medscape.com/article/286342-overview.

٢. Goldman, L., & Lewis, J. The Invisible Illness. Occupational Health, 2008; 60, 6: 20-21.

٣. Lewandowski, L. Bipolar Disorder, an invisible illness. 2008; from http://www.ur.umich.edu/0506/Nov21_05/19.shtml

٤. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. England, London: American Psychiatric Association. 2013.

٥. National Institute of Mental Health (NIMH). Bipolar disorder. 2008.

٦. Mohammadi, M.R., Davidian, H., Noorbala, A., Malekafzali, H., Naghavi, H., Pouretemad, H., Bagheri Yazdi, s., Rahgozar, M., Alaghebandrad, J., Amini, H., Razzaghi, E., Mesgarpour, B., Soori, H., Mohammadi, M & Ghanizadeh, A. An epidemiological survey of psychiatric disorders in Iran. J Clin Pract & Epidem Ment Health. 2005; 1: 16.

٧. Word Health Organization. The burden of mental disorders: a comparison of methods between the Australian burden of disease studies and the Gloobal Burden of Disease study. T. Vos , C.D. Mathers. 2000; Retrieved from http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/57224/1/bu0610.

٨. Ball, J., Mitchell, P., Malhi, G., Skillecorn, A. & Smith, M. Schema-focused cognitive therapy for bipolar disorder: Reducing vulnerability to relapse through attitudinal change. Aust NZ J Psychiatry, 2003; 37, 41- 48.

٩. National Institute of Mental Health (NIMH). Bipolar disorder. 2004.

١٠. Tondo, L., Hennen, J., & Baldessarini RJ. Lower suicide risk with long-term lithium treatment in major affective illness: a meta-analysis. Acta Psychiat Scand. 2001; 104(3):163-72.

١١. Kessler, R. C., Borges, G., & Walters, E. E. Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempt in the National Comorbidity Survey. Arch Gen Psychiatry, 1999; 56, 617-626.

١٢. Sajatovic, M., Jenkins, J., Safavi, R., West, J., Cassidy, K., Meyer, W., & Calabrese, J. Personal and societal construction of illness among individuals with rapid-cycling bipolar disorder: a life-trajectory perspective. Am J Geriatr Psychiatry, 2008; 16(9), 718-726.

١٣. Revicki, D. A., Hirschfeld, R. M. A., Ahearn, E. P., Weisler, R. H., Palmer, C., & Keck P. E. Effectiveness and medical costs of divalproex versus lithium in the treatment of bipolar disorder: Results of a naturalistic clinical trial. J Affect Disord,2005; 86, 183-193.

١٤. Word Health Organization. Diagnostic and management guilelines for mental disorders in primary care: ICD- 10, chapter v primary care version. Hogrefe & Huber Publishers, Gottingen, Germany. 1996.

١٥. Deegan, P. E. Recovery: The lived experience of rehabilitation. Psychosocial Rehabil J. 1988. 11(4), 11–19.

١٦. Word Health Organization. Promoting recovery in mental health and related services: handbook for personal use and teaching – WHO QualityRights training to act, unite and empower for mental health (pilot version). Geneva: Word Health Organization. 2017.

١٧. NHS. The 10 essential shared capabilities for mental healeh practice: learning materials (scotland). 2011.

١٨. Lopez, Nancy. Content analysis of the literature: Recovery and quality of life for individuals with serious mental illness. The degree of master of social work, university of California State, Long Beach. 2016.

١٩. Chang-Calderon, M., E. Successful managment professionals with bipolar disorder. the Degree of Doctor of Philosophy. Alliant International University. 2011.

٢٠. The Social Ecological Model: A Framework for Prevention. The Centers for Disease Control and Prevention (CDC), 2014.

٢١. Marsella, A.J., & Yamada, A. Culture and Psychopathology: Foundations, Issues, Directions. J Pac Rim Psychol, 2010; 4(2), 103 – 115.

٢٢. Karamlou, S., Mazaheri, A & Mottaghipour, Y. Effectiveness of family psycho-education program on family environment improvement of severe mental disorder patients. Journal of behavioral science. 2010. 4(2). 123-128. [Persian]

٢٣. Kuo J, Lin SK. Using Extended-Release Injectable Aripiprazole for the Successful Treatment of Depressive Symptoms in Bipolar I Disorder. Case Reports in Psychiatry. 2020.

٢٤. Dadashzadeh H, Arfaei A, Mousavikia S, Alizadeh A. Evaluation and comparing of quality of life in patients with major depression and bipolar mood disorder in partial recovery phase with normal individuals. Stud Med Sci. 2013; 24 (5) :364-372. [Persian]

٢٥. Rahmani F, Ebrahimi H, Ranjbar F, Asghari E. The effect of group psychoeducational program on attitude toward mental illness in family caregivers of patients with bipolar disorder. Journal of Hayat. 2016; 21 (4) :65-79. [Persian]

۲۶. Creswell, J. W. Educational research: planning. 2012. Conducting and Evaluating.

۲۷. Peterson, C. Optimistic explanatory style, Handbook of positive psychology. 2000. Oxford University Press, New York. 244-256.

۲۸. Stewart, ME., Watson, R., Clark, A., Ebmeier, KP & Deary, IJ. A hierarchy of happiness? Mokken scaling analysis of the Oxford Happiness Inventory. Personality and Individual Differences. 2010. 48(7): 845-848.

۲۹. Radi, H., Mashayakhi, S & Noori, N, A. Investigating the relationship between Islamic optimism, depression and stress management styles in students. Journal of psychological science. 2013. 6(1): 1-24. [Persian]

۳۰. Debbie, J. Association between quality of life, coping styles, odptimism and anxiety and depression in pretreatment patients with head and cancer. Journal of social and clinical psychology. 2010. 110-125.

۳۱. Morriss, R. and Mohammed, F. A. Metabolism, lifestyle and bipolar affective disorder, Journal of Psychopharmacology. 2005. 19(6): 94–101.

۳۲. Frank, E., Hlastala, S., Ritenour, A., Houck, P., Tu, X.M., Monk, T.H., Mallinger, A.G. & Kupfer, D.J. Inducing lifestyle regularity in recovering bipolar disorder patients: results from the maintenance therapies in bipolar disorder protocol. Biological Psychiatry. 1997. 41(12):1165-1173.

۳۳. Stoeck C, Wille L, Gender- specific health behaviors of german university students predict the interest in campus health promotion. Health promot int; ۲۰۰۱. ۱۶(۲): ۱۴۵-۱۵۴.

۳۴. Janney CA, Fagiolini A, Swartz HA, Jakicic JM, Holleman RG, Richardson CR. Are adults with bipolar disorder active? Objectively measured physical activity and sedentary behavior using accelerometry. Journal of affective disorders. 2014. 1(152):498-504.

۳۵. Fallahi, M., & Asadi, E. The effectiveness of positive thinking and praying on anxiety and depression among 17-19 year olds. Journal of Knowledge & Research in applied psychology. 2015. 7(3): 118-125. [Persian]

۳۶. Bahrami, J. Investigating the effect of mystical and spiritual teachings of Hafez's poems on mental health, death anxiety and cognitive emotion regulation. 2011. Master Thesis, Marvdasht university. [Persian]

۳۷. Ghobari Bonab & Haddady Kohsar, A, A. The relationship between anxiety and depression with the image of God in students. Journal of psychological science.2009. 8(31): 115-118. [Persian]

۳۸. Kezdy, A., Martos, T., Boland, V., & Horvath-Szabo, K. Religios doubts and mental health in adolescence and young adulthood: the association with religious attitudes. Journal of Adolescence. 2010. 3(16): 1-9.

۳۹. Bream, A. W., Mooi, B., Schaap Jonker, J., Van Tilburg, W. D. J. God Image and five- factor model personality characteristics in later life: A study anong inhabitants of Saasenheim in the Netherlands. Mental Health, Religion & Culture. 2008. 11: 546-559.

۴۰. Schapman, A. M., & Inderbitzen- Nolan, H. M. The role of religious behavior in adolescent depressive and anxious symptomatology, Journal of Adolescence. 2002. 25: 631-643.

۴۱. Granacher, J.R., R. P, 2000, Emotional intelligence and the impacts of morality. Retrieved for world wide web.

۴۲. Meshkati, Z & Badami, R. Investigating the relationship between religiosity and mental health of physical education and sports science students of Islamic Azad University, Isfahan Branch. Journal of social science. 2016. 10(32): 261-280. [Persian]

۴۳. Janbozorgi, M. Investigating the effectiveness of short-term psychotherapy on self-management training with and without religious (Islamic) orientation on controlling anxiety and stress at the level of Tehran University students. 1999. PhD Thesis in Psychology. Tarbiat Modares University. [Persian]

۴۴. Gharraee, B., Ahmadvand, A., Akbari, A & Zenozian, S. Relationship Between Mental Health and Intrinsic-Extrinsic Religion in Kashan. Journal of Psychology University of Tabriz. 2008. 3(10): 61-84. [Persian]

۴۵. Wuerker AM. Relational control patterns and expressed emotion in families of persons with schizophrenia and bipolar disorder. Fam Process. 1994. 33(4): 389-407.

۴۶. Amaresha AC, Venkatasubramanian G. Expressed emotion in schizophrenia: an overview. Indian J Psychol Med 2012; 34(1): 12-20.

۴۷. Khanipour H, Golzari M, Shams J, Zare H, Karamlou S. Relationship Between Shame Attitude Towards Mental Disorders and Expressed Emotion in Family Members of People with Bipolar and Schizophrenia. J Famil Res .2013. 9(2): 241-54. [Persian]

۴۸. Dore G, Romans SE. Impact of bipolar affective disorder on family and partners. J Affect Disord. 2001. 67(1-3): 147-58.

۴۹. Sazvar S A, Nouri R, Saei R, Hatami M. Impact of acceptance and commitment–based

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1398.13.4.4.6]
[DOI: 10.52547/rph.13.4.29]

psychoeducation on the adjustment of expressed emotion in families of patients with bipolar disorder. Feyz. 2017. 21 (3) :265-271. [Persian]

۵۰. Honig A, Hofman A, Rozendaal N, Dingemans P. Psycho-education in bipolar disorder: effect on expressed emotion. Psychiatry Res 1997. 72(1): 17-22.

۵۱. Honig, Adriaan., Hofman, Annet., Hilwing, Marcel., Noorthoorn, Eric., Ponds, Rudolf. Brief Report Psychoeducation and Expressed Emotion in Bipolar Disorders: Preliminary Findings. Psychiatry Research. 1995. 59: 299-301.

۵۲. Gent, E.M.Van. , Zwart, F.M. Psychoeducation of Partners of Bipolar-Manic Patients. Journal of Affective Disorders. 1991. 21: 15-18.

۵۳. Eisner, Lori. R. , Johnson, Sheri, L. An Acceptance-Based Psychoeducation Intervention to Reduce Expressed Emotion in Relatives of Bipolar Patients. Behavior Therapy. 2008. 39: 375-385.

۵۴. Colom, Francesc., Vieta, Eduard., Reinares, Maria., Martinez-Aran, Anabel., Torrent, Carla., Goikolea, Manuel.Jose., Gasto, Cristobal. Psychoeducation Efficacy in Bipolar Disorders: Beyond Compliance Enhancement. J Clin Psychiatry. 2003. 64: 1101-1105.

۵۵. Bauml, Josef., Frobose, Teresa., Kraemer, Sibylle., Rentrop, Michel., Pitschel-Walz, Gabriele. Psychoeducation: A Basic Psychotherapeutic Intervention for Patient with Schizophrenia and Their Families. Schizophrenia Bulletin. 2006. 32 (1):1-9.

۵۶. Goldestin, M.J. Psychoeducational and Family Therapy in Relaps Prevention. Acta Psychiatr Scand. 1994. 89(382) 54-57.

۵۷. Rostami S, Ahmadnia Sh. [Defined contribution component of perceived social support in predicting social adjustment of middle school girls high school peers (Persian)]. Journal of Social Research. 2011. 4(11):130-147. [Persian]

۵۸. Fakhri, A., Pakseresht, S., Haghdoost, M, A., Talaiezadeh, A., Rashidizad, D. EvaluationoftheRelationship between Social Support and Depression in the Patients with Breast Cancer in Ahvaz Educational Hospitals. Jundishapur Sciences Medical Journal. 2012. 11(2): 223-228. [Persian]

۵۹. Atadokht, A., Jokar Kamal Abadi, N., Hosein Kiasari, S, T & Basharpoor, S. The Role of Perceived Social Support in Predicting Psychological Disorders in People with Physical Disability and its Comparison with Normal Subjects. 2014. 15(3): 26-34. [Persian]

۶۰. Hendryx, M., Green, C. A., & Perrin, N. A. Social support, activities, and recovery from serious mental illness: STARS study findings. The Journal of Behavioral Health Services & Research. 2009. 36(3), 320-329.

۶۱. Aldersey HM, Whitley R. Family influence in recovery from severe mental illness. Community Mental Health Journal. 2015. 51(4):467-76.

۶۲. Taghvaee Yazdi, M. The relationship between intellectual capital and intra-organizational entrepreneurship and the performance of Mazandaran police command staff. Journal of Mazandaran Police Science. 2017. 29:1-32. [Persian]

۶۳. Yaghoubi, N, M., ShekhePor, Z & Rahat Dahmardeh, M. Study of relationship between perceptions of organizational justice and mental health. Journal of Zabol Medical School. 2013 5(2): 32-41. [Persian]

۶۴. Alemi, M. How to establish a labor-employer relationship. Journal of Work and society. 2011. 134: 57- 81. [Persian]

۶۵. Nayebi, H & Rameshgar, H. Sociological explanation of the employment's impact upon mental health (an empirical study of employed and unemployed in Tehran). Journal of Social Problems of Iran. 2017. 8(1): 51-78. [Persian]

۶۶. Hadadi M, Kaldi A, Sajadi H, Salehi M. Relationship between job classification and mental health in employed women. refahj. 2011. 11 (40) :107-127. [Persian]

۶۷. Yousefi A, Baratali M, Erfan A. The Relationship between Mental Health, Employment and Having Higher Education among Female Students of Isfahan University of Medical Sciences. Iranian Journal of Medical Education. 2011. 10 (5):748-754. [Persian]

۶۸. Mehrabi, H. Employment and its impact on mental health. Journal of Mental Health. 2010. 31: 41-48. [Persian]

۶۹. leis, H., Tammanaei far, M. Comparative Study of Mental health and life satisfaction of employed and unemployed woman. Journal of Fundamentals of Mental Health, 2019. 21(2): 150-155. [Persian]

۷۰. Ifoezeh CM. A phenomenological study on the effect of supported employment on individuals diagnosed with bipolar disorder .Doctoral dissertation, Capella University. 2011.

۷۱. Sadeghi, M., Kaviani, H & Rezaei, R. Comparison of mental illness stigma in the family of patients with depressive disorder, bipolar

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

[DOR: 20.1001.1.20080166.1398.13.4.4.6]

[DOI: 10.52547/rph.13.4.29]

disorder and schizophrenia. Journal of advances in cognitive sciences. 2003. 5(2): 16-25. [Persian]

۷۲. Corrigan P, Druss BG, Perlick D. The impact of mental illness stigma on seeking and participating in mental health care. Psychol Sci Public Interest. 2014. 15(2):37-70.

۷۳. Corrigan PW, Kerr A, Knudsen L. The stigma of mental illness: explanatory models and methods for change. Appl Prev Psychol 2005. 11(3): 79-90.

۷٤. Kumar, K., Saxena, A., Bahuguna, V. & Adhikari, L. Impact of Social Networking Sites on Daily Activities of Medical Undergraduates in Himalayan Region of Uttarakhand. International Journal of Scientific Research. 2018. 7(8), 68-69.

۷٥. Strickland, A. Exploring the Effects of Social Media Use on the Mental Health of Young Adults. Bachelor' sthesis, Burnett Honors College, University of Central Florida. ۲۰۱٤. 1990-2015

۷٦. Rohilla, P.S. & Kumar, k. Impact of Social Media on Mental Health. International journal of Education. 2015. 5: 142-149.

۷۷. Prabhakararao, S. Overuse of Social Media Affects the Mental Health of Adolescents and Early Youth. The International Journal of Indian Psychology. 2016. 3(2): 14- 19.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

[DOR: 20.1001.1.20080166.1398.13.4.4.6]

[DOI: 10.52547/rph.13.4.29]