



مقایسه تاثیر برنامه ی توان بخشی شغلی با مشاوره ی مسیر شغلی مبتنی بر درمان شناختی رفتاری بر علائم اختلال دوقطبی

ID زینب رستمی: استادیار، گروه مدرسی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران (* نویسنده مسئول) zeinabrostami@modares.ac.ir

محمد رضا عابدی: استاد، گروه مشاوره، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

پرینسا نیل‌فروشان: دانشیار، گروه مشاوره، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

چکیده

کلیدواژه‌ها

اختلال دوقطبی،
علائم اختلال،
توانبخشی،
توانبخشی شغلی،
مشاوره مسیر شغلی

زمینه و هدف: پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی برنامه‌ی توان بخشی شغلی با مشاوره‌ی مسیر شغلی مبتنی بر درمان شناختی رفتاری بر علائم اختلال افراد با اختلال دوقطبی بود.

روش کار: طرح پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی، از نوع پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه انتظار بود. ۲۴ نفر با تشخیص روانپزشک و به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به شکل تصادفی در دو مداخله ی آزمایشی با برنامه ی توانبخشی شغلی ($N=8$) و مشاوره ی مسیر شغلی مبتنی بر رویکرد شناختی- رفتاری ($N=8$) و یک گروه کنترل در انتظار ($N=8$) جای داده شده و مورد مداخله قرار گرفتند. برای سنجش کمیت علائم اختلال از پرسشنامه ی تشخیص علائم اختلال دوقطبی استفاده شد. جهت بررسی داده‌های پژوهش از شاخص‌های آمار توصیفی و از روش‌های آمار استنباطی شامل آزمون تحلیل واریانس چند متغیره با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد که برنامه ی توانبخشی شغلی بر علائم اختلال افراد با اختلال دوقطبی موثر بوده ($p<0/0001$) و این تاثیر بعد از انجام یک ماه پیگیری نیز تداوم داشته است ($p<0/0001$). مشاوره ی مسیر شغلی مبتنی بر رویکرد شناختی- رفتاری نیز بر علائم اختلال دوقطبی در مرحله ی پس‌آزمون ($p<0/01$) و پیگیری ($p<0/022$) بی‌تاثیر بوده است.

نتیجه‌گیری: به نظر می‌رسد که برنامه ی توانبخشی شغلی بر کاهش علائم اختلال افراد با اختلال دوقطبی موثر بوده و این تاثیر در طول زمان دوام داشته است. بنابر نتایج پژوهش برنامه ی توانبخشی شغلی رویکردی موثر و پایا جهت ارتقای سلامت افراد با اختلال دوقطبی و مسیر شغلی آنهاست.

تعارض منافع: گزارش نشده است.

منبع حمایت‌کننده: حامی مالی ندارد.

شیوه استناد به این مقاله:

Rostami Z, Abedi M, Nilforooshan P. Comparing the Effect of the Vocational Rehabilitation Program with CBT-based Career Counseling on Symptoms of the Bipolar Disorder. Razi J Med Sci. 2024(22 Oct);31.133.

Copyright: ©2024 The Author(s); Published by Iran University of Medical Sciences. This is an open-access article distributed under the terms of the CC BY-NC-SA 4.0 (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.en>).

*انتشار این مقاله به صورت دسترسی آزاد مطابق با CC BY-NC-SA 4.0 صورت گرفته است.

Original Article

Comparing the Effect of the Vocational Rehabilitation Program with CBT- based Career Counseling on Symptoms of the Bipolar Disorder

Zeinab Rostami: Assistant Professor, Department of Teaching Skills, Faculty of Humanities, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran (*Corresponding Author) zeinabrostami@modares.ac.ir

Mohammadreza Abedi: Professor, Department of Counselling, Faculty of Education and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran

Parisa Nilforooshan: Associate Professor, Department of Counselling, Faculty of Education and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran

Abstract

Background & Aims: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition (DSM-5) (1) broadly categorize bipolar disorder and related disorders into seven subtypes, each characterized by periods of elevated and depressed mood, fluctuating between extremes of happiness and sadness, depending on the severity and type of the disorder (2, 3). Therefore, the symptoms of bipolar disorder, which appear to stem from a dysfunction in brain mood regulation (6), extend to other areas of functioning (4, 7, 8). In addition to the functional decline observed in individuals with bipolar disorder who experience life events, their reactive responses to various situations differ from those of others. These differing behavioral responses are, in fact, the symptoms of bipolar disorder (9). However, others, and sometimes even professionals, may not recognize these specific symptoms as stemming from bipolar disorder, instead perceiving them as behavioral problems (10). Individuals with bipolar disorder often experience significant occupational difficulties and substantial declines in work performance due to their symptoms (11, 12, 13, 14, 15). This decline in work performance and its consequences can lead to a relapse of depression and an exacerbation of bipolar disorder symptoms (16, 17, 18). This study compared the effectiveness of a vocational rehabilitation program with a cognitive behavioral therapy-based career counseling program on the symptoms of bipolar disorder.

Methods: This study employed a quasi-experimental, pre-test/post-test design with a control group. A psychiatrist diagnosed twenty-four participants, selected using available sampling, and randomly assigned them to three groups: an experimental group receiving a vocational rehabilitation program (n=8), an experimental group receiving a cognitive behavioral therapy-based career counseling program (n=8), and a control group (n=8). The Bipolar Disorder Symptoms Checklist was used to quantify the symptoms of the disorder. Descriptive statistics and inferential statistical methods, including multivariate analysis of variance with repeated measures, were used to analyze the data. The vocational rehabilitation and cognitive behavioral therapy-based career counseling programs each consisted of 10 sessions, with an average duration of 100 minutes per session. The vocational rehabilitation program also included two sessions for family members and two sessions for employers or colleagues, provided the individual participant desired and consented to these sessions. The cognitive behavioral therapy-based career counseling model was based on the guidelines of Beck et al. (30). The validity and reliability of both the developed career counseling program and the vocational rehabilitation program were assessed and validated based on the occupational difficulties experienced by individuals with bipolar disorder (7). Multivariate analysis of variance with repeated measures was used to analyze the findings. Age and gender were controlled based on prior research

Keywords

Bipolar disorder,
Disorder symptoms,
Rehabilitation,
Vocational rehabilitation,
Career counseling

Received: 08/06/2024

Published: 22/10/2024

and pre-test blinding. Participant bipolar disorder diagnoses were also blinded, demonstrating that the type of disorder had no impact on the results. The Kolmogorov-Smirnov test was used to test the normality assumption of the distribution of scores, and the normality of the symptom scores was confirmed for all three groups at all three stages of the study. The Box-and-Levine's test was used to verify the homogeneity of variances. The results indicated that the homogeneity of the variance-covariance matrix was well maintained, and the error variance of the dependent variables was equal across all interventions. Therefore, the use of analysis of variance was appropriate for analyzing the study findings.

Results: The findings indicated that the vocational rehabilitation program had a significant effect on the symptoms of bipolar disorder ($p < 0.0001$), and this effect persisted after one month of follow-up ($p > 0.0001$). The cognitive behavioral therapy-based career counseling program had no significant effect on bipolar disorder symptoms at the post-test ($p < 0.01$) and follow-up stages ($p < 0.22$). The control group showed no change in symptom scores.

Conclusion: Based on the study results, in response to the research question of whether the effects of the vocational rehabilitation program and the cognitive behavioral therapy-based career counseling program on bipolar disorder symptoms differ, the results suggest that symptoms significantly decreased in the vocational rehabilitation group at both post-test and follow-up stages, while the cognitive behavioral therapy-based career counseling group showed minimal, non-significant symptom reduction at post-test and a subsequent increase in symptoms at follow-up. The control group showed no change in symptoms. Overall, while cognitive behavioral therapy appears to be a successful treatment approach, it seems that a more future-oriented approach, incorporating techniques for preventing relapse, such as a vocational rehabilitation program, is preferable for long-term prevention of bipolar disorder relapse. This study provides evidence of the effectiveness of a vocational rehabilitation program in reducing symptoms in individuals with bipolar disorder. Given the results, the vocational rehabilitation program can be used as an early intervention rehabilitation approach to improve the mental health and career paths of individuals with bipolar disorder. The vocational rehabilitation program appears to be effective in reducing bipolar disorder symptoms, and this effect is sustained over time. Based on the study results, the vocational rehabilitation program is an effective and sustainable approach to improving the well-being and career paths of individuals with bipolar disorder.

Conflicts of interest: None

Funding: None

Cite this article as:

Rostami Z, Abedi M, Nilforooshan P. Comparing the Effect of the Vocational Rehabilitation Program with CBT-based Career Counseling on Symptoms of the Bipolar Disorder. *Razi J Med Sci.* 2024(22 Oct);31.133.

Copyright: ©2024 The Author(s); Published by Iran University of Medical Sciences. This is an open-access article distributed under the terms of the CC BY-NC-SA 4.0 (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.en>).

***This work is published under CC BY-NC-SA 4.0 licence.**

مقدمه

کتاب راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی DSM-5 (۱) به طور کل اختلال دوقطبی و اختلالات مرتبط با آن را در هفت طبقه تقسیم بندی کرده است که در هر کدام از این حالات فرد دو دوره خوشی و ناخوشی را بسته به شدت و نوع اختلال تجربه می کند و بین طیف شادی و غم در نوسان است (۲،۳). همه ی افراد با برخی از استرس های رایج زندگی و واکنش های طبیعی به آن ها، مواجهه شده و تحت تاثیر آن حالات خلقی متفاوتی را تجربه می کنند. آن قدر این تجربیات رایج هستند که اصطلاحات رایجی برای برخی تغییرات خلقی ابداع شده اند مثل غم غربت. احساس اندوه عمیق ناشی از دست دادن عزیزان یا شادی بی حصر از تولد فرزند هیچ یک "غیر طبیعی" نیستند حتی اگر افراطی باشند. درواقع مردم همیشه در حالت خلق و خوی یکسان نیستند و این کاملاً طبیعی است که خلق و خو فراز و نشیب داشته باشد (۴).

با این تو صیفات شاید این سوال اغلب افراد یا گاهی برخی متخصصان باشد که آیا هر فردی که نوسانات خلقی از شادی تا غم را تجربه می کند دچار اختلال دوقطبی است؟ پاسخ منفی است. فراز و نشیب های فرد با اختلال دوقطبی گاهی آنقدر خارج از محدوده طبیعی است که نیازی به روانپزشک ندارد تا تشخیص دهد که شرایط نرمال نیست. حالات خلقی غیرطبیعی اختلال دوقطبی با تغییراتی در تفکر و عملکردهای بدن همراه است، تغییراتی که باعث می شود خلق و خوی این افراد از افراد بهنجار متمایز شوند. بنابراین عنوان این مساله که افراد با اختلال دوقطبی دارای فراز و نشیب های شدید خلقی هستند، تقریباً درست نیست (۴). گاهی فرد علائم را به طور خفیف تجربه می کند و یا در حال حاضر علائم آشکاری ندارد ولی عملکردش آسیب دیده است (۵).

بنابراین علائم اختلال دوقطبی، که به نظر می رسد ناشی از نقص در تنظیم خلق و خو توسط مغز است (۶)، به سایر بخش های عملکرد نیز سرایت می کند (۷،۸،۹). علاوه بر افت عملکرد که تحت تاثیر تجربه ی مواجهه با رویدادهای زندگی در افراد با اختلال دوقطبی مشاهده می شود، تظاهرات واکنشی این افراد به شرایط مختلف نسبت به سایر افراد نیز متفاوت بوده و همین واکنش

های رفتاری متفاوت در واقع همان علائم اختلال دوقطبی هستند (۹). این در حالی است که دیگران و حتی بعضاً متخصصان ممکن است این دسته از علائم خاص این افراد را به عنوان مشکلات ناشی از اختلال دوقطبی این افراد شناسایی نکرده و به عنوان یک مشکل رفتاری به آن نظر دارند (۱۰).

بر اساس پژوهش های صورت گرفته، افراد با اختلال دوقطبی به دلیل هم زیست بودن با این اختلال دارای علائم مشابهی با سایر افراد درگیر با این اختلال هستند. این افراد معمولاً استقلال طلب و خودسر بوده و نیاز افراطی به قدرت دارند به گونه ای که اغلب با صاحبان قدرت ناسازگارند. معمولاً به جای مدیریت اوضاع و حل مساله، با توجه کردن به مسائل حاشیه ای و نامربوط و پافشاری و اصرار بر آنها به ایجاد درگیری، دعوا و بحران می پردازند. از مورد انتقاد قرار گرفتن بیزارند؛ چرا که موضع خود را همیشه برحق دانسته و نگاه کردن از پنجره ی چشم دیگران به مسائل برایشان دشوار و خطاست بنابراین به هنگام مورد انتقاد قرار گرفتن از سمت دیگران حتی اگر محق نباشند، بر مواضع نادرست خود پافشاری کرده و آن فرد، آن محل کار و ... را برای همیشه ترک کرده و به اصطلاح قهر می کنند (۷،۹).

این افراد به علت عدم مدیریت صحیح مسائل مالی اغلب به ولخرجی و یا خرید موارد غیر ضروری می پردازند ضمن آنکه به دلیل افسردگی و بیحوصلگی و غیبت های مکرر از محل کار درآمد کافی به دست نمی آورند و اغلب با مشکلات مالی روبه رو هستند. ولنگاری شغلی دارند یعنی اغلب وظایف شغلی را با بی دقتی و از سر تمام شدن انجام کار و راحت شدن از شر آن انجام می دهند، معمولاً در انجام وظایف شان اهمال کرده و و انجام امور را پشت گوش می اندازند، به شغلی که در آن مشغول هستند وفادار نبوده و پس از مدتی از آن دلزده شده و رهاش می کنند. عدم حفظ حریم و دخالت در کار دیگران، بی قیدی در ارتباط با جنس مخالف، افشای رازها و اسرار خود و دیگری چه در روابط اجتماعی و چه در محیط کاری و ناتوانی در فاش نکردن اسرار از ویژگی های اختصاصی افراد با این اختلال است (۹). معمولاً فرد با اختلال دوقطبی به علت علائم اختلال، دچار مشکلات شغلی فراوان شده و با افت عملکرد شغلی بالایی مواجه می شود (۱۱-۱۵) و همین افت در عملکرد

شغلی و پیامدهای ناشی از آن منجر به عود افسردگی و تشدید علائم اختلال دوقطبی خواهد شد (۱۸-۱۶).

تجویز دارو برای این اختلال خط مقدم درمان است (۱۹). در کنار دارو استفاده از روش‌های روان درمانی و مشاوره نیز بسیار سودمند بوده و به بهبود علائم و اختلال و خروج فرد از سبک زندگی بیمارگونه کمک می‌کند. از میان رویکردهای مشاوره‌ی مورد استفاده برای این اختلال روش رفتار درمانی- شناختی، یکی از رویکردهای موثر برای مدیریت علائم اختلال دوقطبی است که به این افراد برای غلبه بر افکار منفی شان بسیار کمک میکند (۲۰). درمانگر شناختی- رفتاری، برای مبارزه با این افکار و رفتارهای مخرب، ابتدا به بیمار کمک می‌کند تا باورهای مشکل زای خود را شناسایی کند این فرایند ممکن است سخت و پیچیده باشد، به ویژه برای افرادی که با درون نگری مشکل دارند، اما نهایتاً می‌تواند به شناخت خود و بینشی که بخش اصلی فرایند درمان است منجر گردد (۷).

در همین راستا پژوهشی از گروه درمانی شناختی- رفتاری برای مداخله بر کیفیت زندگی افراد با اختلال دوقطبی استفاده کرده و بر اساس نتایج به دست آمده بر این باور است که درمان شناختی- رفتاری گروهی در کاهش افسردگی افراد با اختلال دوقطبی موفق بوده ولی نتوانسته علائم مانیا را بهبود بخشد. ضمن آن که این درمان توانسته در بهبود کیفیت زندگی این افراد رویکرد موثری واقع شود (۲۱). مطالعه‌ی دیگری نیز در زمینه‌ی روان درمانی افراد با اختلال دوقطبی صورت گرفته است. درمان شامل شش جلسه‌ی یک ساعته در هفته بوده و نتایج هیچ تفاوتی را بین گروه درمانی و کنترل بعد از درمان سه ماهه یا پیگیری شش ماهه گزارش نکرده است، به این معنی که درمان شناختی- رفتاری برای افزایش تبعیت درمانی افراد با اختلال دوقطبی بی تأثیر بوده است (۲۲). با وجود آن که درمان شناختی- رفتاری به عنوان درمان مؤثر برای اختلال افسردگی مطرح شده است، شواهد زیادی از کارایی و اثربخشی درمان‌های شناختی در مورد افراد با اختلال دوقطبی وجود ندارد و به نظر می‌رسد که به راهبردهای ویژه‌ای نیاز است که به جای تفکر شفاگونه

به توانبخشی اختلال دوقطبی نظر داشته باشد (۲۳). اصطلاح توانبخشی شغلی ممکن است کمی گیج کننده به نظر برسد. در واقع توانبخشی شغلی به توانبخشی روانی- اجتماعی اشاره دارد که همراه با سایر اشکال درمان روانشناختی و توانبخشی به کار گرفته می‌شود و بر بازسازی و توانبخشی مسیرهای شغلی از دست رفته متمرکز است (۲۴).

مطالعات انجام شده در زمینه‌ی بازسازی عملکرد افراد با اختلالات روانپزشکی جدی نشان می‌دهد که مداخلاتی با محور بهینه سازی بازگشت به اجتماع این افراد و پشتیبانی از مشارکت در فعالیتهای معنا محور آنها باعث کاهش علائم افسردگی این گروه از افراد می‌شود. ضمن آنکه عملکرد شناختی فرد دارای اختلالات جدی روانپزشکی بسیار کلیدی و محوری در نظر گرفته شده و بنابر نتایج حاصل از پژوهش‌ها بهبود توانایی شناختی این افراد با موفقیت در سیستم توانبخشی اشتغال مورد حمایت نیز همراه بود و ضمن آن می‌تواند اشتغال پاره وقت و یا حتی تمام وقت فرد را با بهبودی همراه سازد (۲۵).

در همین راستا برای افراد با اختلال اسکیزوفرنی نیز مداخلات توانبخشی شغلی صورت گرفته است. نتایج نیز حاکی از آن بوده است که کارایی و گمارش افراد بر اساس ویژگی‌های فردی و دریافت حمایت، با اشتغال و کیفیت زندگی بهتر در افراد با اختلال اسکیزوفرنیا همراه بوده است. ضمن آنکه سیستم کارایی و گمارش تخصصی و حمایت، شامل مشاغل داوطلبانه و بدون دریافت دستمزد و انجام فعالیت‌های معنادار در جامعه نبوده است و درگیری در این فعالیت‌ها نتایج موثری را در زمینه‌ی بهبود عملکرد اشتغال این افراد نشان نداده است (۲۶). دیون (Dion) و پولاک (Pollack) نیز در سال ۱۹۹۲ (۲۷) برای افراد با اختلال دوقطبی یک مدل توانبخشی ارائه کرده اند که به ارتباط همدلانه با فرد، افزایش دانش او در زمینه چگونگی و چیسستی اختلال، نحوه‌ی غلبه کردن بر علائم و هدفمندی و توجه به رشد مهارت‌ها و حمایت‌های محیطی تاکید دارد.

با توجه به بررسی‌های انجام شده، به نظر می‌رسد

پژوهشی که به طور اختصاصی به بررسی توانبخشی شغلی افراد با اختلال دوقطبی و ارزیابی اثربخشی آن بر علائم این اختلال و تاثیرات آن بر دیگر اجزای عملکردی این افراد پرداخته است. پژوهش‌های اندکی که در این زمینه صورت گرفته‌اند نیز صرفاً به توانبخشی جسمی یا عصب-روانشناختی و مغزی این اختلال پرداخته‌اند. با توجه به این نیاز مبرم پژوهش حاضر با هدف پاسخویی به این سوال صورت گرفت: آیا تاثیر برنامه توانبخشی شغلی با مشاوره‌ی مسیر شغلی مبتنی بر درمان شناختی-رفتاری بر علائم اختلال افراد با اختلال دوقطبی متفاوت است؟

روش کار

پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی و طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون-پیگیری با گروه کنترل در انتظار بود. تعداد ۲۴ نفر با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شده و به صورت تصادفی در سه مداخله‌ی آزمایش با برنامه توانبخشی شغلی، آزمایش با روش مشاوره‌ی مسیر شغلی مبتنی بر رویکرد شناختی-رفتاری و گروه کنترل در انتظار قرار گرفتند. برای این کار افراد با اختلال دوقطبی ارجاع داده شده توسط روانپزشک به یک کلینیک مشاوره و علاوه بر آن با انجام مصاحبه‌ی بالینی نیمه ساختاریافته توسط دانشجوی دکتری مشاوره بر اساس ملاکهای تشخیصی DSM-5 (۱)، به طور دسترس انتخاب شدند و به طور تصادفی در هر یک از مداخله‌های آزمایشی قرار گرفتند (۸ نفر در مداخله‌ی آزمایشی با برنامه توانبخشی شغلی، ۸ نفر در مداخله‌ی آزمایشی با برنامه مشاوره‌ی مسیر شغلی مبتنی بر رویکرد شناختی-رفتاری و ۸ نفر گروه کنترل در انتظار). لازم به ذکر است که گروه کنترل در انتظار نیز همانند سایر افراد ارجاع داده شده از سمت روانپزشک در طول انتظارشان برای دریافت مداخله بر اساس تجویز روانپزشک دارو مصرف می‌کردند و بعد از اتمام پژوهش این افراد نیز تحت مداخله قرار گرفتند. پیش از شروع اعمال مداخلات از همه‌ی ۲۴ نفر شرکت‌کننده پیش‌آزمون گرفته شد. پس از آن افراد گمارده شده در دو گروه آزمایش مداخلات مربوطه را در

ده جلسه‌ی صد دقیقه‌ای (در مداخله‌ی آزمایشی با برنامه توانبخشی شغلی و در مداخله‌ی مشاوره‌ی شغلی مبتنی بر رویکرد شناختی-رفتاری) دریافت کردند و افراد حاضر در گروه انتظار هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند. افراد شرکت‌کننده در مداخلات، هیچ شناخت و تماسی با یکدیگر نداشتند و سعی شد تا پایان مداخله این عدم شناخت و عدم ارتباط حفظ شده و از رد و بدل شدن اطلاعات جلوگیری شود. در پایان مداخلات نیز همه‌ی افراد گروه‌های آزمایش و انتظار به عنوان پس‌آزمون دوباره پرسشنامه‌ها را پر کردند. یک ماه بعد از اجرای پس‌آزمون نیز مجدداً نمونه‌های پژوهش به منظور اجرای مرحله‌ی پیگیری برای بار سوم نیز پرسشنامه‌های پژوهش را پر کردند. داده‌های پژوهش با استفاده از روش‌های آمار توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) و استنباطی (تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر) به کمک نرم افزار Spss V16 (۲۸) تجزیه و تحلیل شد. همچنین بر اساس پیشینه‌ی پژوهش، متغیر پیش‌آزمون، سن و جنسیت کورییت (Kuverit) شد.

کلیه‌ی افراد با اختلال دوقطبی ارجاع داده شده توسط روانپزشک به یک کلینیک مشاوره به طور هدفمند انتخاب شدند و از بین آنها افراد داوطلب شرکت‌کننده در پژوهش، با مصاحبه بالینی بر اساس معیارهای کتاب انجمن روانپزشکی آمریکا (۱) مورد مصاحبه و تشخیص مجدد قرار گرفتند.

شرایط ورود و خروج نمونه به شرح زیر بود: ملاک‌های ورود شامل دریافت تشخیص اختلال دوقطبی از روانپزشک و از طریق مصاحبه بالینی و مصرف دارو در طول اجرای پژوهش به تشخیص روانپزشک بودند.

ملاک‌های خروج شامل رها کردن خود سرانه مصرف دارو در طول اجرای پژوهش، غیبت بیش از دو جلسه در جلسات درمانی و نداشتن تمایل به شرکت در جلسات بودند.

افراد شرکت‌کننده در مداخله‌ی برنامه توانبخشی شغلی شامل ۴ (۵۰٪) زن و ۴ (۵۰٪) مرد بودند که میانگین سنی ۳۶ سال ($SD=41/8$) بود. بالاترین سن

دوقطبی نوع یک تا اختلال دوقطبی تندچرخ و اختلال خلق مخرب را تشخیص دهد. این پرسشنامه ۷۴ آیت دارد و پایایی پرسشنامه ضریب ۰/۹۱ را به دست داده است. ثبات ابزار با روش بازآزمایی ضریب آلفای ۰/۹۰ را نشان داده است. این پرسشنامه دارای ۸ خرده مقیاس شامل مشکلات ارتباطی، رنجوری، تغییرطلبی، بی ثباتی، بیقراری، سرخوشی، مشکل در ادراک مساله و افکار افسرده وار است. ضریب پایایی در خرده مقیاس های مشکلات ارتباطی، رنجوری، تغییرطلبی، بی ثباتی، بیقراری، سرخوشی، مشکل در ادراک مساله، افکار افسرده وار به ترتیب به این شرح است: ۰/۸۷، ۰/۹۷، ۰/۸۶، ۰/۹۸، ۰/۹۸، ۰/۵۵، ۰/۵۵، همچنین ضریب پایایی بازآزمایی در خرده مقیاس های مشکلات ارتباطی، رنجوری، تغییرطلبی، بی ثباتی، بیقراری، سرخوشی، مشکل در ادراک مساله، افکار افسرده وار به ترتیب به این شرح است: ۰/۵۴، ۰/۵۳، ۰/۵۴، ۰/۸۶، ۰/۹۳، ۰/۸۳، ۰/۹۴، ۰/۹۵. افراد با توجه به دو گزینه ی بله (۱) و خیر (۰) که برای هر سؤال قرار داده شده به سؤالات پاسخ می دهند. سؤالات (۶۰، ۴۷، ۳۹، ۲۵، ۱۹، ۱۵، ۱۲، ۶۰، ۴۷، ۳۹، ۲۵، ۱۹، ۱۵) به طور معکوس نمره گذاری می شوند. نمره ی کل هر فرد در این پرسشنامه از (۰) تا (۷۴) می تواند متغیر باشد و نمره ی کلی به دست آمده نمایانگر میزان و شدت مشکلات خلقی فرد با اختلال دوقطبی است. هر چه نمره ی دریافت شده از پرسشنامه بالاتر باشد حاکی از وجود مشکلات خلقی بیشتری در فرد مبتلا است (۲۹).

محتوای مداخلات: برنامه‌ی توان بخشی شغلی و مشاوره‌ی شغلی مبتنی بر رویکرد شناختی-رفتاری هر کدام به طور جداگانه در ۱۰ جلسه و با میانگین زمان ۱۰۰ دقیقه ای بود. ضمن آن که برنامه ی توان بخشی شغلی علاوه بر ۱۰ جلسه مداخله روی فرد مبتلا، حاوی دو جلسه مداخله برای خانواده ی فرد و دو جلسه برای کارفرما یا همکار او بود که در صورت نیاز و رضایت خود فرد این دو جلسه مداخله انجام می شد. مدل مشاوره ی شغلی مبتنی بر رویکرد شناختی-رفتاری بر اساس دستورالعمل راهنمای بک و همکاران (۳۰) تدوین شد و ضمن آن روایی و پایایی مشاوره شغلی

۵۰ سال و کمترین سن ۲۸ سال بوده است. پایین ترین سطح تحصیلات دیپلم و بالاترین سطح تحصیلات نیز مدرک لیسانس بوده است. ۴ (۵۰٪) نفر دیپلم و ۴ (۵۰٪) نفر لیسانس داشتند. ۳ (۳۷/۵٪) نفر مجرد و ۵ (۶۲/۵٪) نفر متأهل بودند. افراد شرکت کننده در مداخله ی مشاوره ی شغلی مبتنی بر رویکرد شناختی-رفتاری شامل ۵ (۳۷/۵٪) زن و ۳ (۶۲/۵۵٪) مرد بودند که میانگین سنی آنها ۳۷/۷۵ سال ($SD=50/7$) بود. بالاترین سن ۴۶ سال و کمترین سن ۲۸ سال بوده است. پایین ترین سطح تحصیلات دیپلم و بالاترین سطح تحصیلات نیز مدرک دکتری تخصصی بوده است. ۲ (۲۵٪) نفر با دیپلم، ۱ (۱۲/۵٪) نفر با تحصیلات فوق دیپلم، ۴ (۵۰٪) نفر لیسانس، و ۱ (۱۲/۵٪) نفر تحصیلات دکترا (دکتری تخصصی) داشتند. ۳ (۳۷/۵٪) نفر مجرد بودند، ۴ (۵۰٪) نفر متأهل و ۱ (۱۲/۵٪) نفر طلاق گرفته بودند. افراد گروه انتظار نیز شامل ۴ (۵۰٪) زن و ۴ (۵۰٪) مرد بودند که میانگین سنی آنها ۳۸/۵۰ سال ($SD=7/61$) بود. بالاترین سن ۵۵ سال و کمترین سن ۳۰ سال بوده است. پایین ترین سطح تحصیلات دیپلم و بالاترین سطح تحصیلات نیز مدرک دکتری تخصصی بوده است. ۳ (۳۷/۵٪) نفر با دیپلم، ۳ (۳۷/۵٪) نفر لیسانس، ۱ (۱۲/۵٪) نفر فوق لیسانس، و ۱ (۱۲/۵٪) نفر تحصیلات دکتری تخصصی داشتند. ۳ (۳۷/۵٪) نفر مجرد بودند، ۲ (۲۵٪) نفر متأهل، ۱ (۱۲/۵٪) نفر متارکه، و ۱ (۱۲/۵٪) نفر طلاق گرفته بودند.

ابزار پژوهش

اطلاعات جمعیت شناختی آزمودنیها شامل جنس و سن، سطح تحصیلات و وضعیت تأهل در پرسشنامه ی زیر گنجانده شد.

پرسشنامه‌ی سنجش علائم اختلال دوقطبی: این پرسشنامه بر اساس علائم بالینی افراد با اختلال دوقطبی توسط رستمی و همکارانش (۲۹) ساخته شده و شامل علائم و نشانه های ظریفی است که ممکن است در متون تخصصی روانپزشکی به طور صریح به آن اشاره نشده باشد. بر همین مبنا این پرسشنامه قادر است انواع طیف های تشخیصی اختلال دوقطبی از اختلال

مبتنی بر رویکرد شناختی-رفتاری و هم برنامه‌ی توانبخشی شغلی تدوین شده بر اساس مشکلات شغلی افراد با اختلال دوقطبی مورد سنجش و ارزیابی قرار گرفته و تایید شده است (۷).

تحلیل داده‌ها: به منظور تحلیل یافته‌ها از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. متغیرهای سن، جنسیت بنا بر پیشینه‌ی پژوهش و پیش‌آزمون کوربیت شدند. همچنین نوع تشخیص اختلال دوقطبی افراد شرکت‌کننده در پژوهش نیز کوربیت شد و نشان داد که نوع اختلال هیچ تاثیری در نتایج پژوهش نداشته است. برای آزمون پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمرات از آزمون کلموگروف اسمیرنوف استفاده شد و نرمال بودن توزیع نمرات در متغیر علائم اختلال در هر سه گروه و در هر سه مرحله‌ی پژوهش تایید شدند. همچنین به منظور بررسی پیش‌فرض برابری واریانس‌ها از آزمون باکس و لوین استفاده شد. با توجه به نتایج به دست آمده شرط همگنی ماتریس واریانس-کوریانس به خوبی رعایت شده و واریانس خطای متغیرهای وابسته در تمام مداخلات مساوی بود. در نتیجه به کارگیری روش تحلیل واریانس برای تحلیل یافته‌های پژوهش مناسب بود.

یافته‌ها

جدول ۱ به مقایسه‌ی میانگین و انحراف استاندارد نمرات علائم اختلال شرکت‌کنندگان در سه گروه و در مراحل سه‌گانه‌ی پژوهش پرداخته است. همان‌طور که مشاهده می‌شود میانگین علائم اختلال افراد با مداخله‌ی برنامه‌ی توانبخشی در پس‌آزمون و پیگیری کاهش محسوس و پایداری داشته و میانگین

علائم اختلال افراد تحت مداخله با مشاوره‌ی مسیر شغلی مبتنی بر درمان شناختی-رفتاری نیز در مرحله‌ی پس‌آزمون کاهش و در مرحله‌ی پیگیری دوباره افزایش داشته است و نمرات گروه کنترل در انتظار نیز بی‌تغییر مانده است.

نتایج حاصل از تحلیل واریانس نشان می‌دهد که فقط تعامل زمان و عضویت گروهی بر علائم اختلال افراد با اختلال دوقطبی معنی‌دار بوده است ($p=0/0001$) و اندازه اثر اختلاف با توجه به مجذور اتا ($0/66$) در حد مناسب است. در صورتی که تعامل زمان و تعامل زمان و جنسیت، تعامل زمان و سن و تعامل زمان و پیش‌آزمون معنادار نبوده است. به عبارتی جنسیت افراد و سن بر نتایج حاصله موثر نبوده است.

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که بین میانگین نمرات علائم اختلال در مرحله‌ی پس‌آزمون و مرحله‌ی پیگیری تفاوت معناداری وجود ندارد ($p<0/25$)، هم‌چنین تعامل پیش‌آزمون و اثر زمان در متغیر علائم اختلال معنی‌دار نبوده است ($p<0/33$). علاوه بر این تعامل اثر زمان و عضویت گروهی نیز در متغیر علائم اختلال معنی‌دار بوده است ($p<0/0001$). به عبارت دیگر تفاوت بین نمرات علائم اختلال در مداخلات معنادار بوده است که نشان می‌دهد روند تغییر نمرات علائم اختلال در دو مداخله‌ی پژوهش و گروه کنترل در انتظار با هم تفاوت دارند و میزان این تفاوت‌ها در حدود $0/66$ است. یعنی 66 درصد از واریانس یا تفاوت‌های فردی به تفاوت‌های بین دو مرحله‌ی آزمون و عضویت گروهی مربوط است. بر اساس یافته‌های به دست آمده از جدول ۳ نمرات علائم اختلال در دو مداخله و گروه کنترل در انتظار تفاوت معنی‌داری دارد ($p<0/0001$)

جدول ۱- مقایسه‌ی میانگین و انحراف معیار نمرات علائم اختلال افراد با اختلال دوقطبی

متغیر	زمان	تعداد نفرات	برنامه‌ی توانبخشی میانگین (انحراف معیار)	مشاوره‌ی مسیر شغلی مبتنی بر رویکرد شناختی-رفتاری میانگین (انحراف معیار)	گروه کنترل در انتظار میانگین (انحراف معیار)
علائم اختلال	پیش‌آزمون	۸	۶۴/۱۲ (۵/۵۹)	۶۴/۳۷ (۵)	۶۴/۲۵ (۴/۲۶)
	پس‌آزمون	۸	۴۷/۷۵ (۸/۱۷)	۴۷/۷۵ (۸/۱۷)	۶۵/۷۵ (۶/۵۴)
	پیگیری	۸	۴۰/۱۲ (۱۰/۷۳)	۵۹/۳۷ (۷۱/۷۰)	۶۶/۳۷ (۵/۰۴)

جدول ۲- نتایج حاصل از تحلیل واریانس چند متغیری بر روی میانگین‌های متغیر وابسته علائم اختلال در دو برنامه‌ی مداخله‌ی پژوهش و گروه کنترل در انتظار

منبع	اثر	ارزش	F	درجه آزادی اثر	درجه آزادی خطا	سطح معنی داری	مجذور اتا	توان آماری
زمان	اثر پیلایی	۰/۰۷	۱/۴۱	۱	۱۸	۰/۳۵	۰/۰۷	۰/۲۰
تعامل زمان و جنسیت	اثر پیلایی	۰/۰۰۵	۰/۰۹	۱	۱۸	۰/۷۵	۰/۰۰۵	۰/۰۶
تعامل زمان و سن	اثر پیلایی	۰/۰۱	۰/۳۹	۱	۱۸	۰/۵۹	۰/۰۱	۰/۰۸
تعامل زمان و پیش آزمون	اثر پیلایی	۰/۰۵	۰/۹۶	۱	۱۸	۰/۳۳	۰/۰۵	۰/۱۵
تعامل زمان و گروه	اثر پیلایی	۰/۶۶	۱۸/۱۶	۲	۱۸	۰/۰۰۱	۰/۶۶	۰/۹۹

جدول ۳- نتایج اندازه گیری مکرر در سه مرحله‌ی اندازه گیری برای متغیرهای پژوهش

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجزورات	Df	میانگین مجزورات	F	Sig	مجذور اتا	توان آماری
علائم اختلال	اثر زمان	۳۹/۳۵	۱	۲۹/۳۵	۱/۴۱	۰/۲۵	۰/۰۷	۰/۲۰
تعامل اثر زمان و گروه		۷۵۶/۰۹	۲	۳۷۸/۰۴	۱۸/۱۶	۰/۰۰۱	۰/۶۶	۰/۹۹
بین گروهی		۳۸۵۱/۶۶	۲	۱۹۲۵/۸۳	۲۳/۵۰	۰/۰۰۱	۰/۷۲	۱

جدول ۴- نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی برای تعیین اثر مداخلات بر علائم اختلال در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری بر اساس میانگین تعدیل شده

متغیر وابسته	مداخله ۱	مداخله ۲	میانگین	خطای انحراف استاندارد	سطح معناداری	فاصله اطمینان ۹۵ درصد حد پایین	حد بالا
پس آزمون	برنامه‌ی توان بخشی شغلی	مشاوره‌ی مسیر شغلی مبتنی بر رویکرد شناختی- رفتاری	۰/۲۷	۳/۰۲	۱	-۷/۶۵	۸/۱۵
		گروه کنترل در انتظار	-۱۷/۸۷	۳/۰۲	۰/۰۰۱	-۲۵/۷۷	-۹/۹۷
	مشاوره‌ی مسیر شغلی مبتنی بر رویکرد شناختی- رفتاری	گروه کنترل در انتظار	-۲۴	۳/۰۲	۱	-۸/۱۵	۷/۶۵
پیگیری	برنامه‌ی توان بخشی شغلی	مشاوره‌ی مسیر شغلی مبتنی بر رویکرد شناختی- رفتاری	-۱۹/۰۷	۳/۷۵	۰/۰۰۱	-۲۸/۸۸	-۹/۲۵
		گروه کنترل در انتظار	-۲۶/۱۶	۳/۷۵	۰/۰۰۱	-۳۵/۹۷	-۱۶/۳۴
	مشاوره‌ی مسیر شغلی مبتنی بر رویکرد شناختی- رفتاری	گروه کنترل در انتظار	-۷/۰۹	۳/۷۵	۰/۲۲	-۱۶/۹۰	۲/۷۲

و نتایج نشان می‌دهد که نزدیک به ۰/۷۲ از تفاوت‌های فردی به تفاوت بین دو مداخله مربوط است. با توجه به معنی داری تعامل اثر زمان و عضویت گروهی در متغیر علائم اختلال آزمون تعقیبی بنفرونی برای تعیین اثر مداخلات بر علائم اختلال و مقایسه‌ی زوجی در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری بر اساس میانگین تعدیل شده در جدول ۴ ارائه شده است. بر اساس نتایج آزمون بنفرونی همانگونه که در جدول ۴ مشاهده می‌شود میانگین علائم اختلال در مرحله‌ی پیگیری پژوهش بین دو مداخله تفاوت معناداری دارد. به طوری که در مرحله‌ی پس آزمون بین مداخله‌ی برنامه‌ی توان بخشی شغلی و مشاوره‌ی مسیر شغلی در انتظار تفاوت معناداری وجود دارد ولی

مبتنی بر رویکرد شناختی- رفتاری ($p < 0/1$) در کاهش علائم اختلال افراد با اختلال دوقطبی تفاوت معناداری وجود نداشته ولی بین افراد شرکت کننده در برنامه‌ی توان بخشی شغلی و گروه کنترل در انتظار ($p < 0/0001$) تفاوت معناداری وجود دارد. بین نمرات علائم اختلال افراد شرکت کننده در مداخله‌ی مشاوره‌ی مسیر شغلی مبتنی بر رویکرد شناختی- رفتاری و گروه کنترل در انتظار تفاوت معناداری مشاهده نشد ($p < 0/1$). همچنین در مرحله‌ی پیگیری بین مداخله‌ی برنامه‌ی توان بخشی شغلی و مشاوره‌ی مسیر شغلی مبتنی بر رویکرد شناختی- رفتاری ($p < 0/0001$) و گروه کنترل در انتظار ($p < 0/0001$) تفاوت معناداری وجود دارد ولی

بین نمرات افراد شرکت کننده در مداخله ی مشاوره ی مسیر شغلی مبتنی بر رویکرد شناختی- رفتاری و گروه کنترل در انتظار تفاوت معناداری مشاهده نشد ($p < 0/22$). بنابراین با توجه به نتایج به دست آمده می توان گفت که برنامه ی توانبخشی شغلی بر کاهش نمرات علائم اختلال افراد با اختلال دوقطبی موثر بوده و این کاهش در مرحله ی پیگیری نیز ثبات داشته است اما کاهش علائم اختلال افراد با اختلال دوقطبی شرکت کننده در مداخله ی مشاوره ی مسیر شغلی مبتنی بر رویکرد شناختی- رفتاری صورت نگرفته است.

بحث

با توجه به داده های حاصل از نتایج پژوهش، در پاسخ به سوال پژوهش که "آیا تاثیر برنامه ی توانبخشی شغلی با مشاوره ی مسیر شغلی مبتنی بر درمان شناختی - رفتاری بر علائم اختلال افراد با اختلال دوقطبی متفاوت است؟" می توان گفت که نتایج پژوهش حاکی از آن است که علائم اختلال افرادی که برنامه ی توانبخشی شغلی را دریافت کرده بودند در پس آزمون و پیگیری کاهش محسوسی داشته ولی در افرادی که مشاوره ی مسیر شغلی مبتنی بر درمان شناختی - رفتاری دریافت کرده اند در مرحله پس آزمون کاهش بسیار اندک و نه معنادار داشته و در مرحله ی پیگیری نیز میانگین علائم اختلال دوباره افزایش داشته و در گروه کنترل در انتظار نیز نمرات علائم اختلال بی تغییر مانده است.

همسو با نتایج پژوهش حاضر، یافته های پژوهشی نشان می دهد مشاوره ی توانبخشی با رویکرد شناختی- رفتاری بر بهبود عملکرد حافظه ی بصری افراد با اختلال دوقطبی و بازشناسی هیجانات اثر مثبتی داشته است. همچنین ترکیب مداخلات درمانی توانبخشی روانشناختی و آموزش روانشناختی به عنوان یک درمان کمکی در کنار دارو درمانی نیز برای بهبود نوسانات خلقی افراد با اختلال دوقطبی که در فاز خفیف تا متوسط افسردگی بوده اند موثر بوده است (۳۱). درمان توانبخشی مبتنی بر آموزش های روانشناختی نیز در مقایسه با درمان پیچیده ی سنتی و توانبخشی در

کاهش علائم روانشناختی و تغییر نگرش فرد با اختلال دوقطبی از داشتن یک مشکل و بیماری ناسازگار به یک شرایط سازگار موثرتر بوده است (۳۲). ضمن آن که توانبخشی شناختی می تواند نقش بسیار مهمی را در درمان افسردگی باقیمانده از علائم اختلال دوقطبی داشته باشد (۳۳).

یافته های پژوهش ریچاردسون (Richardson) و وایت (White) (۳۴) نیز همسو با یافته های پژوهش حاضر است که نشان می دهد گروه درمانی شناختی- رفتاری مبتنی بر آموزش روان شناختی توانسته حس بهبود فرد با اختلال دوقطبی از علائم را افزایش داده و ضمن آن فرد حس کنترل بر اختلال را به دست بیاورد ولی این رویکرد درمانی نتوانسته بر افزایش حس عزت نفس فرد با اختلال دوقطبی و یا ناراحتی ناشی از انگ خوردن مربوط به اختلال را کاهش دهد. همچنین مداخله ی شناختی- رفتاری با رویکرد رفتارگرایی روان شناختی بر افراد با اختلال دوقطبی توانسته دنبال کردن لذت های کوتاه مدت، نداشتن مهارت های اجتماعی، پاسخ به هیجانات ناشی از علائم مانیا و نداشتن مهارت حل مساله را کاهش داده ولی نتوانسته در کاهش مشکلات خواب و عوارض جانبی داروهای ضد افسردگی و برانگیختگی مثبت نسبت به درمان تغییری ایجاد کند (۳۵).

پژوهش ها حاکی از آن است که برنامه ی توانبخشی بازگشت به اجتماع در افزایش تبعیت درمانی افراد با اختلال دوقطبی نوع یک موثر بوده است (۳۶). ضمن آنکه آموزش های روانشناختی بر کاهش حس تنهایی فرد با اختلال دوقطبی، کاهش حس داشتن بیماری به عنوان یک انگ اجتماعی و تجربه ی تبعیض موثر بوده است (۳۷). همچنین سایکودرام به عنوان یک ابزار موثر در افزایش توانبخشی هیجانی افراد با اختلال دوقطبی موثر بوده است (۳۸).

در پژوهش دیگری که نیز که به بررسی اثربخشی گروه درمانی- شناختی رفتاری بر سلامت روان افراد با اختلال دوقطبی پرداخته بود نتایج نشان داده که میزان بهداشت روان این افراد به طور قابل توجهی افزایش پیدا کرده است (۳۹). همچنین درمان شناختی - رفتاری در

شغلی مبتنی بر رویکرد شناختی-رفتاری خیر، می‌توان به نکات زیر اشاره کرد:

۱- در مشاوره‌ی مسیر شغلی مبتنی بر رویکرد شناختی-رفتاری تنها فقط به شناخت اختلال و علائم آن پرداخته شده در صورتی که در رویکرد توانبخشی شغلی علاوه بر آموزش اختلال و شناخت علائم آن به فرد با اختلال دوقطبی کمک می‌شود تا برخلاف مشاوره‌ی مسیر شغلی مبتنی بر رویکرد شناختی-رفتاری با رویکردی پست مدرن به اختلال نگاه کرده و فرد نسبت به اختلال و علائم آن به پذیرش برسد. در حقیقت در مشاوره‌ی مسیر شغلی مبتنی بر رویکرد شناختی-رفتاری فرد با اختلال دوقطبی باید تحریفات شناختی، باورهای بینابینی و هسته‌ای را مرتباً متوقف کرده و با آنها به چالش بپردازد (۳۰) و به نوعی برای نداشتن آنها بجنگد که این مساله برای یک فرد با اختلال دوقطبی که اغلب دارای علائم است سخت و طاقت فرسا بوده و خود موجب تشدید علائم می‌شود. جنگ با علائم و حذف و نادیده گرفتن مکرر آن در ذهن باعث توجه هر چه بیشتر فرد با اختلال دوقطبی به علائمش شده و سبب می‌شود تا تمرکز فرد بر اختلال و علائم آزاردهنده‌اش بالاتر رود. ضمن آن که این مساله که فرد با اختلال دوقطبی همیشه در کمین علائم اختلالش باشد و به محض بروز آنها با افکار جایگزین آنها را تعویض کند، فرد را عصبی و تحریک پذیر کرده و جنگ درونی او با افکارش را افزایش می‌دهد. افراد با اختلال دوقطبی اغلب یک دادگاه درونی همیشگی در مورد همه کس، همه جا و همه چیز دارند که این گوش به زنگی نسبت به افکار منفی اغلب باعث پدیدایی خودگویی‌های منفی درونی شده و در طولانی مدت برای فرد با اختلال دوقطبی خسته کننده و فرسوده کننده شده و فرد آن را رها می‌کند.

۲- این در حالی است که در برنامه‌ی توانبخشی شغلی به فرد با اختلال دوقطبی علاوه بر شناخت اختلال، پذیرش علائم آموزش داده می‌شود (۷). در پذیرش علائم اختلال گویی فرد به نوعی به صلح با اختلال و علائم آن درآمده و طبیعتاً وقتی وجود علائم مشکل ساز دانسته نشود لزومی به جنگ و حذف آنها از

پیشگیری از عود اختلال دوقطبی موثر بوده و علائم افسردگی و اضطراب را کاهش قابل ملاحظه داده ولی در کاهش علائم مانیا و پایبندی دارویی تاثیری نداشته است (۴۰).

در پژوهش دیگری نیز که به بررسی تاثیر دو روش نورو فیدبک و رفتاردرمانی دیالکتیکی بر کاهش نشانه‌های پیش مرضی اختلال دوقطبی پرداخته بود نتایج حاکی از آن بود که روش نروفیدبک در کاهش تکانشگری این افراد موثر بوده و روش رفتاردرمانی دیالکتیکی توانسته از میزان سختی و دشواری این افراد در تنظیم هیجان بکاهد (۴۱).

نتایج پژوهش دیگری که به بررسی تاثیر طرحواره درمانی هیجانی بر افراد با اختلال دوقطبی پرداخته است، نشان می‌دهد که طرحواره درمانی هیجانی بر ابعاد تکانشگری و علائم خلقی افسردگی و مانیا در افراد با اختلال دوقطبی تاثیر آماری معناداری داشته و این تغییرات تا سه ماه پس از درمان نیز ثابت داشته است (۴۲). همچنین بر اساس یافته‌های این مطالعه، طرحواره درمانی به عنوان یک درمان روان-شناختی مکمل با دارودرمانی افراد با اختلال دوقطبی در کاهش علائم و تعدیل طرحواره‌های ناسازگار اولیه‌ی افراد با اختلال دوقطبی مؤثر بوده است (۴۳).

پژوهشی با رویکرد توانبخشی شغلی و سنجش تاثیر آن بر علائم اختلال دوقطبی یافت نشد که بتوان به مقایسه‌ی تاثیر آن با پژوهش حاضر پرداخت ولی به طور کلی پژوهش‌ها نشان از موثر بودن رویکرد توانبخشی به طور موفقیت آمیز و درمان شناختی-رفتاری به طور نسبی بر کاهش علائم اختلال دارد. هم‌سو با نتایج پژوهش به نظر می‌رسد که رویکردهای توانبخشی در کاهش همه جانبه‌ی علائم اختلال موفقیت آمیزتر بوده و تاثیرات پایداری تری را بر جا گذاشته است.

در تبیین این نکته که هر دو رویکرد مشاوره‌ی مسیر شغلی مبتنی بر رویکرد شناختی-رفتاری و برنامه‌ی توانبخشی شغلی در کاهش علائم اختلال موفق بوده اند ولی برنامه‌ی توانبخشی شغلی در پیگیری نیز اثرش پایدار و پابرجا بوده است ولی مشاوره‌ی مسیر

سوی فرد با اختلال دوقطبی نبوده و او با بروز هر لحظه ی علائم احساس ناکامی دوباره از جنگی تمام نشدنی را نخواهد داشت. همین پذیرش و صلح منجر به شکل گیری آرامش درونی در فرد شده و چون منجر به کاهش عصبیت و تحریک پذیری در فرد با اختلال دوقطبی می شود، طبیعتاً در کاهش دیگر مشکلات فرد نیز موثر بوده و باعث پایداری اثر آن نه تنها در مرحله ی پیگیری حتی پس از آن نیز می شود.

۳- در مشاوره ی مسیر شغلی مبتنی بر رویکرد شناختی- رفتاری تصور فرد با اختلال دوقطبی از خودش چندان مورد توجه قرار نمی گیرد و همانگونه که در پژوهش های پیشین نیز اشاره شده در کاهش انگ اختلال از فرد با اختلال دوقطبی ناموفق است (۳۴،۳۵). این در حالی است که در برنامه ی توانبخشی شغلی با تکنیک بازتعریف خود (۷) فرد به تصور و تصویر جدیدی از خود دست پیدا می کند و همین مساله باعث می شود تا فرد با اختلال دوقطبی خود را جدای از اختلال و شرایطش دانسته و خود را قربانی یک اختلال ناعلاج نداند. از سوی دیگر این امر باعث می شود تا فرد حس تسلط و کنترل بیشتری بر اختلالش داشته و خود را تا آنجا قادر بداند که بتواند نه تنها در کوتاه مدت اختلالش را مدیریت کند بلکه بتواند در بلند مدت نیز تسلیم علائم اختلال نشده و به کنترل آن بپردازد.

۴- در مشاوره ی مسیر شغلی مبتنی بر رویکرد شناختی- رفتاری زیاد نسبت به طراحی مسیر زندگی آینده برای فرد با اختلال دوقطبی توجهی ندارد ولی برنامه ی توانبخشی شغلی یک رویکرد سه زمانه بوده و مخصوصاً با تکنیک ساخت خودآینده (۴۴)، با توجه مناسب به آینده ی شغلی زندگی فرد و تقویت جنبه های مهم زندگی فرد با اختلال دوقطبی مثل شغل به کاهش علائم او و افزایش مشغله های مثبت فرد در طولانی مدت پرداخته و با افزایش نقش های مثبت زندگی آینده ی او موجبات کاهش عود اختلال را فراهم می کند.

۵- در برنامه ی توانبخشی شغلی فرد با اختلال دوقطبی بیش از رویکرد مشاوره ی مسیر شغلی مبتنی

بر رویکرد شناختی- رفتاری به گنجاندن حیطه ها و تکنیک هایی در جهت کاهش عود اختلال در آینده توجه شده است. ساخت خودآینده، تعیین اولویت های نقشی، کشف قهرمان زندگی کاوش منابع کلیدی و خودپایی همه عواملی هستند که به این مهم کمک می کنند و در راستای پیشگیری از عود طراحی شده اند (۷)، اما در رویکرد مشاوره ی مسیر شغلی مبتنی بر رویکرد شناختی- رفتاری چنین منابعی یافت نمی شود. بنابراین دور از نظر نیست اگر یافته های پژوهش حاکی از آن باشند که برنامه ی توانبخشی شغلی علاوه بر کاهش علائم در مرحله ی پیگیری نیز موثر بوده ولی رویکرد مشاوره ی مسیر شغلی مبتنی بر رویکرد شناختی- رفتاری تنها در کاهش علائم در مرحله ی پس آزمون موثر بوده و نتوانسته در مرحله ی پیگیری موثر بوده باشد و دوباره افراد افزایش علائم را از خود نشان داده اند.

نتیجه گیری

به طور کلی با توجه به آنچه در تبیین نتایج سوال پژوهش ذکر شده بیان شد، به نظر می رسد که اگرچه رویکرد شناختی- رفتاری یک درمان اثبات شده و موفق به نظر می رسد بهتر است که برای پیشگیری از عود علائم اختلال دوقطبی در طولانی مدت نیز از یک رویکرد آینده محور که در آن تکنیک هایی برای پیشگیری از عود گنجانده شده، مثل برنامه ی توانبخشی شغلی بهره جست. با وجود نیاز مبرم به انجام اقدامات توانبخشی شغلی برای اختلال دوقطبی، به نظر می رسد که پژوهشی به طور تخصصی در این زمینه صورت نگرفته و این نبود پیشینه ی پژوهشی در این زمینه خود یکی از محدودیت های بزرگ این پژوهش بود. ضمن آن اغلب این افراد گزارش می کردند که طی مراجعات قبلی به مشاور و یا روانپزشک یا اختلال شان درست تشخیص داده نشده و یا آن درمانگر نتوانسته به خوبی با این افراد ارتباط برقرار کرده و درکشان کند و نسبت به دریافت درمان علی رغم نیاز مبرم و اصرار اطرافیان شان برای بار دیگر مقاومت به خرج می دادند که این مساله نیز در ابتدا محدودیت هایی را برای پژوهش

<http://www.dsm5.org/ProposedRevisions/Pages/proposedrevision.aspx?rid=397>

2. Ciullo V, Piras F, Banaj N, Vecchio D, Piras F, Sani G, et al. Internal clock variability, mood swings and working memory in bipolar disorder. *J Affect Disord*. 2022 Oct 15;315:48-56.

3. Lobban F, Solis-Trapala I, Tyler E, Chandler C, Morriss RK. The role of beliefs about mood swings in determining outcome in bipolar disorder. *Cogn Ther Res*. 2013 Feb;37(1):51-60.

4. Mondimore FM. *Bipolar disorder: A guide for patients and families*. JHU Press; 2014 Feb 21.

5. Rostami, Z. The comparison of the career of persons with personality disorder and bipolar mood disorder with normal people. M.A. Thesis. University of Isfahan. Faculty of Education and Psychology. Department of counseling. 2012. (Persian).

6. Abé C, Ching CR, Liberg B, Lebedev AV, Agartz I, Akudjedu TN, et al. Longitudinal structural brain changes in bipolar disorder: A multicenter neuroimaging study of 1232 individuals by the ENIGMA Bipolar Disorder Working Group. *Biol Psychiatry*. 2022 Mar 15;91(6):582-92.

7. Rostami Z. Study of career problems of people with bipolar disorder and formulate a vocational rehabilitation program based on it and compare its effect with CBT- based career counseling on career problems, career success and symptoms of the disorder. Ph.D Thesis. University of Isfahan. Faculty of Education and Psychology. Department of counseling. 2020. (Persian).

8. Bauer MS, McBride L, Williford WO, Glick H, Kinosian B, Altshuler L, et al. Collaborative care for bipolar disorder: Part II. Impact on clinical outcome, function, and costs. *Psychiatr Serv*. 2006 Jul;57(7):937-45.

9. Rostami Z, Abedi MR, Nilforooshan P. Lived experienced of patients with bipolar disorder in the workplace: A phenomenological. *Razi J Med Sci*. 2020 Nov 10;27:29-45.

10. Bastien MF, Corbière M. Return-to-work following depression: what work accommodations do employers and human resources directors put in place? *J Occup Rehabil*. 2019 Jun;29(2):423-32.

11. Rostami Z. Prevalence and type of unemployment pattern in patients with bipolar disorder in Isfahan and its management based on vocational rehabilitation. 2nd National Congress of Psychology and Psychosocial Injuries, Chababhar. 2018. <https://civilica.com/doc/745321>. (Persian).

12. Tse SS, Walsh AE. How does work work for people with bipolar affective disorder?. *Occup Ther Int*. 2001 Aug;8(3):210-25.

13. Waghorn G, Chant D, Whiteford H. Clinical and

ایجاد کرده بود همچنین مقطعی بودن پژوهش نیز یکی از محدودیت‌های این مطالعه بود که در صورت طولی بودن پژوهش و پیگیری‌های بلند مدت تر می توانست نتایج بیش تری را به دست دهد. پیشنهاد می شود که ضمن آشنایی و پژوهش هرچه بیشتر متخصصان در این زمینه و کاستن مشکلات حاضر توصیه می شود تا این پژوهش بین افراد با سایر اختلالات روانپزشکی نیز صورت گیرد. لازم است بیان شود که به دلیل رعایت اصول اخلاقی پس از پایان پژوهش گروه کنترل در انتظار نیز مداخله و درمان را دریافت کرد.

این مطالعه شواهدی از اثربخشی برنامه ی توانبخشی شغلی بر کاهش علائم افراد با اختلال دوقطبی را ارائه می دهد. با توجه به نتایج حاصل برنامه ی توانبخشی شغلی می تواند به عنوان مداخله ی زودرس توانبخشی به عنوان رویکردی موثر و پایا در جهت بهبود سلامت روان افراد با اختلال دوقطبی به کار گرفته شود.

تقدیر و تشکر

پژوهشگران بر خود لازم می دانند که از تمامی افراد شرکت کننده در پژوهش که ما را در انجام این مطالعه یاری دادند، تشکر کنند.

ملاحظات اخلاقی

این پژوهش با کد اخلاق ۱۲۰۸۷۶۱ صورت گرفته و تمام ملاحظات اخلاقی در آن رعایت شده است.

مشارکت نویسندگان

خانم دکتر زینب رستمی طراح، انجام دهنده و نویسنده ی پژوهش و جناب آقای دکتر محمد رضا عابدی و سرکار خانم دکتر پریسا نیلفروشان به عنوان اساتید راهنما در انجام و نوشتار پژوهش نقش داشته‌اند.

References

1. American Psychiatric Association. Taskforce DV. Issues pertinent to developmental approach to bipolar disorder in DSM-5 [Internet]. Washington, DC: American Psychiatric Association; [Undated; cited 2010 March 25th]. 2010. Available from:

non-clinical predictors of vocational recovery for Australians with psychotic disorders. *JOURNAL OF REHABILITATION-WASHINGTON*. 2002 Oct 1;68(4):40-51.

14. Michalak EE, Yatham LN, Maxwell V, Hale S, Lam RW. The impact of bipolar disorder upon work functioning: a qualitative analysis. *Bipolar Disord*. 2007 Feb;9(1-2):126-43.

15. Bowden CL. Bipolar disorder and work loss. *Am J Manag Care*. 2005 Jun 1;11(3 Suppl):S91-4.

16. Marwaha S, Durrani A, Singh S. Employment outcomes in people with bipolar disorder: a systematic review. *Acta Psychiatr Scand*. 2013 Sep;128(3):179-93.

17. Bauer M, Glenn T, Grof P, Rasgon NL, Marsh W, Sagduyu K, et al. Frequency of subsyndromal symptoms and employment status in patients with bipolar disorder. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2009 Jul;44(7):515-22.

18. Dickerson FB, Boronow JJ, Stallings CR, Origoni AE, Cole S, Yolken RH. Association between cognitive functioning and employment status of persons with bipolar disorder. *Psychiatr Serv*. 2004 Jan;55(1):54-8.

19. Azar M, Nohi S. Common psychiatric medications. Iran: Arjamand; 2018. P. 5-50 (Persian).

20. Nambiar SP, Manjula M, Sundar AS. Brief CBT in remitted bipolar disorder. In *BIPOLAR DISORDERS* 2019 Mar 1 (Vol. 21, pp. 140-140). 111 RIVER ST, HOBOKEN 07030-5774, NJ USA: WILEY.

21. Costa RT, Cheniaux E, Rangé BP, Versiani M, Nardi AE. Group cognitive behavior therapy for bipolar disorder can improve the quality of life. *Braz J Med Biol Res* 2012;45:862-8.

22. Bahrami F. Behavioral-metacognitive treatments of bipolar disorders. Iran: Mani; 2004. P. 5-100. (Persian).

23. Waghorn G, Lloyd C. The employment of people with mental illness. *Australian e-journal for the Advancement of Mental Health*. 2005 Jan 1;4(2):129-71.

24. Waghorn GR, Lewis SJ. Disclosure of psychiatric disabilities in vocational rehabilitation. *The Australian Journal of Rehabilitation Counselling*. 2002 Jan;8(2):67-80.

25. Bartels SJ. Caring for the whole person: Integrated health care for older adults with severe mental illness and medical comorbidity. *J Am Geriatr Soc*. 2004 Dec;52:S249-57.

26. Twamley EW, Narvaez JM, Becker DR, Bartels SJ, Jeste DV. Supported employment for middle-aged and older people with schizophrenia. *Am J Psychiatr Rehabil*. 2008 Mar 3;11(1):76-89.

27. Dion GL, Pollack WS. A rehabilitation model for persons with bipolar disorder. *Comprehens Ment Health Care*. 1992.

28. SPSS, I. SPSS 16 for Mac OS X. 2002.

29. Rostami Z, Abedi MR, Nilforooshan P. Development and psychometric investigation of bipolar disorder symptom inventory (BDSI). *Journal of Medical Council of Iran*. 2021; Feb;38(3):175-86.

30. Beck AT, editor. *Cognitive therapy of depression*. Guilford press; 1979.

31. Gomes BC, Rocca CC, Belizario GO, de BF Fernandes F, Valois I, Olmo GC, et al. Cognitive behavioral rehabilitation for bipolar disorder patients: A randomized controlled trial. *Bipolar Disord*. 2019 Nov;21(7):621-33.

32. Rezunencko O. Evaluation of the Effectiveness of Psychoeducation in the Structure of Rehabilitation of Patients with Bipolar Affective Disorder. *ScienceRise: Medical Science*. 2017: 25-9.

33. Deckersbach T, Nierenberg AA, Kessler R, Lund HG, Ametrano RM, Sachs G, et al. Cognitive rehabilitation for bipolar disorder: an open trial for employed patients with residual depressive symptoms. *CNS neuroscience & therapeutics*. 2010 Oct;16(5):298-307.

34. Richardson T, White L. The impact of a CBT-based bipolar disorder psychoeducation group on views about diagnosis, perceived recovery, self-esteem and stigma. *Cogn Behav Ther*. 2019;12.

35. Park JW, Park KH. The Efficacy of Group-Cognitive Behavior Therapy for Patients with Bipolar Disorder Based on Psychological Behaviorism. *J Depress Anxiety*. 2017;6(257):2167-1044.

36. mohebi P, Fallahi-Khoshknab M, Rahgoue A, Norouzi tabriz K, Khodaie Ardakan MR. Effect of the Community Re-entry Program on Medication Adherence in Patients with Bipolar Disorder Type I. *IJRNI*. 2017; 3 (4) :58-65

37. Keshavarz Pir Z. The effect of the educational program on the internalized stigma of patients with bipolar disorder. MA thesis. Iran. Iran University of Medical Sciences. 2017. (Persian).

38. Bagheri M, Saadat F, Poladi F. The effect of psychodram on emotional rehabilitation of patients with type I Bipolar Disorder. *J Behav Sci Res*. 2018;16(2):175-81.

39. Hojjati H, Akhundzadeh G, Sharif Nia H, Nazari R, Asayesh H.. The effect of cognitive-behavioral group therapy on the mental health of patients with bipolar disorder type 1. *J Health Care*. 2010; 12(3): 27-33.

40. Rashedi A, Sohrabi F, Shams J. Effectiveness of cognitive behavioral therapy in preventing recurrence of bipolar disorder. *Sci J Clin Psychol Pers*. 2011; 2(5): 49-64.

41. Poursalehi N, Peyvastehgar m, Khosravi G, Golshani F.. Comparing the effectiveness of dialectical behavior therapy and neurofeedback on reducing premorbid symptoms of bipolar disorder. *Q J Appl Psychol Res*. 2015; 7(4): 101-116.

42. Erfan A, Qezlbash Y, Kazemian M, Nurbala A. The effectiveness of emotional schema therapy on

impulsivity and mood symptoms of women with bipolar disorder. *J Behav Sci Res.* 2018; 17(3): 388-399.

43. Qaderi D, Maroufi M, Ebrahimi A. The effectiveness of schema therapy on reducing symptoms and modulating primary maladaptive schemas of patients with bipolar disorder type I and II. *J Behav Sci Res.* 2014; 13(3): 408-400.

44. Di Fabio A, Bernaud JL, editors. Narrative interventions in post-modern guidance and career counseling: A review of case studies and innovative qualitative approaches. Springer; 2018 Oct 24.