ORIGINAL ARTICLE

Association of Anxiety and Depressive Symptoms with Muscle Strength and Functional Independence in Patients with Guillain-Barré Syndrome Approximately Six Months After Discharge: A Cross-Sectional Study

Hannaneh Soleymani Amiri[1]
Seyyed Hamzeh Hosseini[2]
Mohammad Baghbanian[3]
Maryam Najafi[4]

[1] Department of Psychiatry,Razi Hosptal,Mazandaran University of Medical Sciences,Qaemshahr
[2]. Professor, Psychosomatic Research Center, Imam Khomeini Hospital, Faculty of Medicine, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran
[3]. Associate Professor, Department of neurology,school of medicine. Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran
[4]. Resident in Psychiatry, School of Medicine, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

(Received September 21, 2025; Accepted September 29, 2026)

Abstract

Background and purpose: Psychological symptoms may persist after the acute phase of Guillain-Barré syndrome (GBS), yet their association with physical recovery has not been adequately characterized. This study assessed the prevalence of elevated anxiety and depressive symptoms and examined their associations with muscle strength and functional independence approximately six months after discharge.

Materials and methods: In this analytical cross-sectional follow-up study, acute-phase clinical information was retrospectively extracted from medical records of adults admitted with definite or probable GBS to Booali Sina Teaching Hospital, Sari, Iran, between January 2017 and December 2022. At follow-up (mean 6.3±1.2 months; median 6.1; range 5.8-8.4), anxiety and depressive symptoms were assessed using the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS); muscle strength and functional independence were evaluated using the Medical Research Council sum score and the Functional Independence Measure (FIM), respectively. Correlation analyses and multivariable linear regression, adjusted for age, acute-phase muscle strength, and intensive care unit admission, were used to examine these associations.

Results: Of 200 screened records, 130 participants were included (mean age 45.7±15.5 years; 62.3% men). Elevated anxiety symptoms (HADS-A≥8) were present in 53 participants (40.8%), and elevated depressive symptoms (HADS-D≥8) in 72 (55.4%). Higher anxiety scores were correlated with lower muscle strength (r=-0.312, P<0.001), and higher depressive symptom scores were correlated with lower functional independence (r=-0.355, P<0.001). In the multivariable model for FIM, depressive symptoms (standardized β=-0.41, P<0.001) and anxiety symptoms (standardized β=-0.28, P=0.003) remained inversely associated with functional independence.

Conclusion: Anxiety and depressive symptoms were common and were inversely associated with physical and functional status approximately six months after discharge among adults with GBS. Because the cross-sectional design precludes causal inference, these findings support routine symptom screening and timely clinical assessment rather than supporting a causal interpretation or implying that psychiatric treatment improves neurological recovery.

Keywords: Guillain-Barré syndrome, anxiety, depression, muscle strength, functional independence, HADS

J Mazandaran Univ Med Sci 2026; 36 (Supple 1): 178-184 (Persian).

Corresponding Author: Hannaneh Soleymani Amiri - Department of Psychiatry, Razi Hospital, Mazandaran University of Medical Sciences, Qaemshahr, Iran (E-mail: hana_1989@ymail.com)

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-16]

پژوهشی

مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران
دوره سی و ششم شماره ویژه نامه آبان سال ۱۴۰۵ (۱۸۴-۱۷۸)

ارتباط نشانه‌های اضطراب و افسردگی با قدرت عضلانی و استقلال عملکردی در بیماران مبتلا به سندرم گیلن‌باره: مطالعه‌ای مقطعی در پیگیری حدوداًشش ماهه پس از ترخیص

حنانه سلیمانی امیری[۱]
سید حمزه حسینی[۲]
محمد باغبانیان[۳]
مریم نجفی[۴]

چکیده

سابقه و هدف: نشانه های روانشناختی ممکن است پس از مرحله حاد سندرم گیلنباره پایدار بمانند، اما ارتباط آنها با بازیابی جسمانی بهطور کامل روشن نیست. این مطالعه با هدف تعیین فراوانی نشانه های افزایشیافته اضطراب و افسردگی و بررسی ارتباط آنها با قدرت عضلانی و استقلال عملکردی در پیگیری حدوداً شش ماهه پس از ترخیص انجام شد.

مواد و روش ها: در این مطالعه مقطعی تحلیلی، اطلاعات بالینی مرحله حاد به‌صورت گذشته‌نگر از پرونده بزرگسالان مبتلا به سندرم گیلن‌باره قطعی یا محتمل که از ژانویه ۲۰۱۷ تا دسامبر ۲۰۲۲ در مرکز آموزشی-درمانی بوعلی سینا ساری بستری شده بودند، استخراج شد. در ارزیابی حضوری بیماران پس از ترخیص (با میانگین زمان پیگیری ۲/۱ ± ۳/۶ ماه؛ میانه ۱/۶، دامنه ۸/۵ تا ۴/۸ ماه)، نشانه‌های اضطراب و افسردگی با مقیاس اضطراب و افسردگی بیمارستانی(HADS) ، قدرت عضلانی با مقیاس شورای تحقیقات پزشکی (MRC) و استقلال عملکردی با مقیاس استقلال عملکردی (FIM) ارزیابی شدند. برای بررسی ارتباط‌ها، از آزمون همبستگی پیرسون و رگرسیون خطی چندمتغیره با تعدیل متغیرهای سن، قدرت عضلانی مرحله حاد و سابقه بستری در بخش مراقبت‌های ویژه استفاده شد.

یافته‌ها: از ۲۰۰ پرونده غربال‌شده، ۱۳۰ بیمار وارد تحلیل شدند.میانگین سن بیماران ۴۵/۷± ۱۵/۵ بود و ۳/۶۲ درصد مرد آنان مرد بودند. نشانه‌های افزایش‌یافته اضطراب (HADS-A ≥ 8) در ۵۳ نفر (۸/۴۰ درصد) و نشانه‌های افزایش‌یافته افسردگی (HADS-D ≥ 8) در ۷۲ نفر (۵۵/۴ درصد) مشاهده شد. نمره بیشتر اضطراب با قدرت عضلانی کمتر (r =۰/۳۱۲، P <۰/۰۰۱) و نمره بیشتر افسردگی با استقلال عملکردی کمتر (r =۰/۳۵۵، P <۰/۰۰۱) همبستگی داشت. در مدل تعدیل‌شده برای نمرهFIM ، نشانه‌های افسردگی (βاستانداردشده =۰/۴۱ ، P <۰/۰۰۱) و اضطراب (β استانداردشده =۰/۲۸ ، P =۰/۰۰۳) با استقلال عملکردی کمتر ارتباط معکوس داشتند.

استنتاج: نشانه‌های اضطراب و افسردگی در پیگری حدودا شش ماهه پس از ترخیص بیماران مبتلا به سندرم گیلن‌باره شایع بودند و با وضعیت جسمانی و عملکردی نامطلوب‌تر ارتباط داشتند .با توجه به طرح مقطعی، استنباط رابطه علّی ممکن نیست؛ بااین‌حال، یافته‌ها از غربالگری منظم این نشانه‌ها و ارزیابی بالینی به‌موقع حمایت می‌کنند.

واژه های کلیدی: سندرم گیلن‌باره؛ اضطراب؛ افسردگی؛ قدرت عضلانی؛ استقلال عملکردی؛ مقیاس اضطراب و افسردگی بیمارستانی(HADS) .

مولف مسئول: حنانه سلیمانی امیری- قائمشهر، بیمارستان رازی،دانشگاه علوم پزشکی مازندران **Email:** hana_1989@ymail.com

۱. روانپزشک بیمارستان رازی،دانشگاه علوم پزشکی مازندران
۲. استادیار بیمارستان امام خمینی ساری،دانشگاه عاوم پزشکی مازندران
۳گروه بیماری های مغز و اعصاب ,دانشکده پزشکی, دانشگاه علوم پزشکی مازندران
۴. دستیار روانپزشکی بیمارستان روزبه،دانشگاه علوم پزشکی تهران

تاریخ دریافت : ۱۴۰۴/۶/۳۰ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات : ۱۴۰۴/۸/۱۴ تاریخ تصویب : ۱۴۰۵/۷/۷

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-16]

مقدمه

سندرم گیلن‌باره یک پلی‌نوروپاتی التهابی حاد با واسطه ایمنی است که معمولاً با ضعف پیش‌رونده اندام‌ها، کاهش یا فقدان رفلکس‌ها و درجات متفاوتی از درگیری حسی، خودمختار و تنفسی تظاهر می‌کند . اگرچه درمان‌های اختصاصی و مراقبت‌های حمایتی پیامدهای مرحله حاد را بهبود داده‌اند، بخشی از بیماران با ضعف، خستگی، درد، محدودیت فعالیت و کاهش مشارکت اجتماعی پایدار مواجه می‌شوند(۳-۱).

مرورهای اخیر و مطالعات کوهورت نشان داده‌اند که اضطراب، افسردگی، استرس پس از سانحه و کاهش کیفیت زندگی می‌توانند در دوره نقاهت سندرم گیلن‌باره باقی بمانند(۹-۴). شدت تجربه حاد، بستری در بخش مراقبت‌های ویژه، تهویه مکانیکی، وابستگی عملکردی و نگرانی درباره بازگشت‌پذیری بیماری از عوامل بالقوه مرتبط هستند؛ بااین‌حال، برآورد فراوانی نشانه‌ها میان مطالعات به دلیل تفاوت زمان ارزیابی، ابزار سنجش و ویژگی‌های نمونه، ناهمگون است .افزون بر این، در مطالعات مقطعی نمی‌توان جهت ارتباط میان نشانه‌های روان‌شناختی و محدودیت جسمانی را تعیین کرد. داده‌های مربوط به ارتباط هم‌زمان نشانه‌های اضطراب و افسردگی با سنجه‌های عینی‌تر قدرت عضلانی و استقلال عملکردی در بیماران ایرانی محدود است.

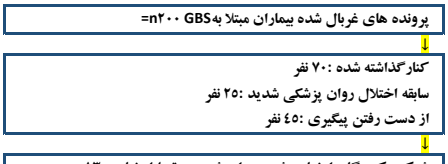
بنابراین، هدف این مطالعه تعیین فراوانی نشانه‌های افزایشیافته اضطراب و افسردگی و بررسی ارتباط آن‌ها با قدرت عضلانی و استقلال عملکردی در بیماران مبتلا به سندرم گیلن‌باره در پیگیری حدوداً شش ماهه پس از ترخیص بود .فرضیه مطالعه این بود که نمرات بالاتر مقیاس اضطراب و افسردگی بیمارستانی (HADS)با نمرات کمتر قدرت عضلانی با مقیاس شورای تحقیقات پزشکی (MRC)و استقلال عملکردی با مقیاس استقلال عملکردی (FIM) ارتباط دارند.

مواد و روش‌ها

این پژوهش یک مطالعه مقطعی تحلیلی بود. اطلاعات دموگرافیک و بالینی مرحله حاد به‌صورت گذشته‌نگر از پرونده‌های پزشکی استخراج شد و وضعیت روان‌شناختی، قدرت عضلانی و استقلال عملکردی بیماران در یک ارزیابی حضوری در ویزیت حدوداً شش ماه پس از ترخیص مورد سنجش قرار گرفت. جامعه مورد مطالعه شامل بیماران بستری‌شده با تشخیص سندرم گیلن‌باره در مرکز آموزشی- درمانی بوعلی سینا ساری، مرکز ارجاعی شمال ایران، از ژانویه ۲۰۱۷ تا دسامبر ۲۰۲۲ بود. گزارش مطالعه مطابق با اصول راهنمای STROBE برای مطالعات مشاهده‌ای تنظیم شد.

پرونده ۲۰۰ بیمار به‌صورت متوالی غربال شد . معیارهای ورود عبارت بودند از :سن ۱۸ تا ۸۰ سال، تشخیص قطعی یا محتمل سندرم گیلن‌باره بر اساس معیارهای برایتون(۱۰)، امکان ارزیابی در دوره پیگیری و توانایی تکمیل ابزارها. معیارهای خروج شامل سابقه اختلال روان‌پزشکی شدید پیش از ابتلا که تفسیر را مخدوش می‌کرد و در دسترس نبودن‌برای پیگیری بود.

در مجموع، ۲۵ بیمار به دلیل سابقه اختلال روان‌پزشکی شدید و ۴۵ بیمار به علت عدم امکان دسترسی برای ارزیابی، از مطالعه خارج شدند و ۱۳۰ بیمار وارد تحلیل نهایی شدند (تصویر شماره ۱). از آنجا که حجم نمونه پیشینی محاسبه نشده بود، تعداد ۱۳۰ بیمارِ ارزیابی‌شده، تمامی نمونه‌های در دسترس و واجد شرایط در بازه زمانی مطالعه محسوب می‌شوند و نباید به‌عنوان حجم نمونه محاسبه‌شده تلقی گردند.



GBS: سندرم گیلن‌باره

تصویر شماره۱: نمودار جریان ورود شرکت کنندگان به مطالعه

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-16]

ابزارها و روش جمع‌آوری داده‌ها

نشانه‌های اضطراب و افسردگی با نسخه فارسی HADSسنجیده شدند این ابزار خودگزارشی ۱۴ گویه دارد؛ هفت گویه برای اضطراب و هفت گویه برای افسردگی هر گویه از صفر تا ۳ نمره‌گذاری می‌شود و دامنه هر زیرمقیاس صفر تا ۲۱ است.نمره صفرتا۷طبیعی، ۸ تا ۱۰ مرزی/افزایش یافته و ۱۱ تا ۲۱ نشانه‌های قابل‌توجه‌تر در نظر گرفته شد .برای برآورد فراوانی نشانه‌های افزایش‌یافته از نقطه برش≥ ۸ استفاده شد HADS ابزار غربالگری است و تشخیص اختلال روان‌پزشکی به‌کار نمی‌رود(۱۲،۱۱).

قدرت عضلانی در پیگیری با مجموع نمره MRC در شش گروه عضلانی، به‌صورت دوطرفه ارزیابی شد. هر گروه از صفر (بدون انقباض) تا ۵ (قدرت طبیعی) نمره می‌گیرد و مجموع نمره از صفر تا ۶۰ متغیر است؛ نمره بیشتر نشان‌دهنده قدرت عضلانی بهتر است استقلال عملکردی با FIM، شامل ۱۸ گویه در حوزه‌های حرکتی و شناختی ارزیابی شد .هر گویه از ۱ (کمک کامل) تا ۷ (استقلال کامل) نمره‌گذاری می‌شود و نمره کل بین ۱۸ تا ۱۲۶ است؛ نمره بیشتر بیانگر استقلال بیشتر است(۱۴).

سن، جنس، نیاز به بستری در بخش مراقبت‌های ویژه، تهویه مکانیکی، مجموع نمره MRC در مرحله حاد و زیرنوع الکتروفیزیولوژیک از پرونده استخراج شدند. Keypoint مطالعات هدایت عصبی مرحله حاد با دستگاه انجام شد و بیماران بر اساس داده موجود به دو گروه AIDP وAMAN طبقه‌بندی شده بودند.

پس از شناسایی پرونده‌های واجد شرایط، اطلاعات دموگرافیک و بالینی مرحله حاد در فرم استاندارد ثبت شد . ارزیابی حضوری به‌طور میانگین ۳/۶±۲/۱ ماه پس از ترخیص انجام شد (میانه ۱/۶ ماه؛ دامنه ۸/۵ تا ۴/۸ ماه) .در همان مراجعه، قدرت عضلانی ارزیابی و پرسش‌نامه‌های FIMو HADS تکمیل شدند. با توجه به دامنه واقعی زمان پیگیری، در سراسر مقاله عبارت «حدوداً شش ماه» جایگزین «حداقل شش ماه» شد.

تحلیل های آماری

متغیرهای پیوسته با میانگین و انحراف معیار، و متغیرهای طبقه‌ای با فراوانی و درصد توصیف شدند. ارتباط نمرات HADS با MRC و FIM با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون بررسی شد. برای برآورد ارتباط مستقل نشانه‌های اضطراب و افسردگی باFIM ، از رگرسیون خطی چندمتغیره با تعدیل سن، مجموع نمره MRC مرحله حاد و سابقه بستری در ICU استفاده شد. آزمون‌ها به‌صورت دوطرفه و سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد. تحلیل‌های آماری با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۰/۲۸ ,.(IBM Corp Armonk, NY, USA)انجام شد.

ملاحظات اخلاقی

این مطالعه با تأیید کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی مازندران و با کد اخلاق IR.MAZUMS.REC.1402.674 انجام شد. رضایت‌نامه آگاهانه کتبی از شرکت‌کنندگان برای انجام ارزیابی پیگیری اخذ شد. تمامی اطلاعات جمع‌آوری‌شده به صورت محرمانه نگهداری و صرفاً برای اهداف پژوهشی استفاده می‌شود.

یافته‌ها

از ۲۰۰ پرونده غربال‌شده، ۷۰ بیمار وارد تحلیل نشدند (۲۵ نفر به دلیل سابقه اختلال روان‌پزشکی شدید و ۴۵ نفر به دلیل از دست رفتن در پیگیری) و ۱۳۰ نفر ارزیابی شدند (تصور شماره ۱). میانگین سن شرکت‌کنندگان ۴۵/۷ ± ۱۵/ ۵ سال بود و ۸۱ نفر(۳/۶۲درصد) مرد بودند .در مرحله حاد، ۳۸ نفر(۲/۲۹درصد) در ICU بستری و ۲۲ نفر(۹/۱۶درصد) تحت تهویه مکانیکی قرار گرفتند. زیرگروه AIDP در ۹۸ نفر (۴/۷۵ درصد) و AMAN در ۳۲ نفر (۶/۲۴ درصد) گزارش شد. مجموع نمره MRC در مرحله حاد ۸/۷ ± ۴۲/۳ بود (جدول شماره ۱).

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-16]

جدول شماره ۱: ویژگی های جمعیت شناختی و بالینی ۱۳۰ شرکت کننده

ویژگی	کل نمونه (n=۱۳۰)
سن (سال)، میانگین ± انحراف معیار	۷/۴۵ ± ۵/۱۵
مرد، تعداد (درصد)	۸۱(۶۲/۳)
زن، تعداد (درصد)	۴۹(۳۷/۷)
بستری در ICU (درمرحله حاد)، تعداد (درصد)	۳۸(۲۹/۲)
تهویه مکانیکی (در مرحله حاد)، تعداد (درصد)	۲۲(۱۶/۹)
AIDP، تعداد (درصد)	۹۸(۷۵/۴)
AMAN، تعداد (درصد)	۳۲(۲۴/۶)
مجموع نمره MRC (در مرحله حاد)، میانگین ± انحراف معیار	۳/۴۲ ± ۷/۸

اختصارات : AIDP، پلی‌رادیکولونوروپاتی دمیلینه‌کننده التهابی حاد؛ AMAN، نوروپاتی آکسونال حرکتی حاد؛ ICU ، بخش مراقبت‌های ویژه؛ MRC، شورای تحقیقات پزشکی.

میانگین نمره HADS-A برابر با ۷ /۶۲ ± ۴/۱۷ و میانگین نمره HADS-D برابر با ۸/۴۸ ± ۴/۳۰ بود. با نقطه برش ≥۸، ۵۳ نفر (۴۰/۸ درصد) نشانه‌های افزایش‌یافته اضطراب و ۷۲ نفر (۵۵/۴ درصد) نشانه‌های افزایش‌یافته افسردگی داشتند. توزیع کامل طبقات نمره در(جدول شماره ۲) ارائه شده است .این فراوانی‌ها بیانگر نتیجه غربالگری هستند و نباید به‌عنوان شیوع قطعی اختلال اضطرابی یا افسردگی تفسیر شوند.

جدول شماره ۲. توزیع نمرات اضطراب و افسردگی بر پایه HADS

زیرمقیاس	۰-۷، تعداد (درصد)	۸-۱۰، تعداد (درصد)	۱۱-۱۴، تعداد (درصد)	۱۵-۲۱،تعداد (درصد)	میانگین ± انحراف معیار
اضطراب-HADS (A)	۷۷(۵۹/۲)	۳۲(۲۴/۶)	۱۵(۱۱/۵)	۶(۴/۶)	۶۲/۷ ± ۱۷/۴
افسردگی -HADS (D)	۵۸(۴۴/۶)	۴۱(۳۱/۵)	۲۳(۱۷/۷)	۸(۶/۲)	۴۸/۸ ± ۳۰/۴

نکته: HADS، مقیاس اضطراب و افسردگی بیمارستانی (Hospital Anxiety and Depression Scale). این مقیاس یک ابزار غربالگری است و نمرات آن معادل تشخیص اختلال روان‌پزشکی نیست؛ نمره ≥۸ به‌عنوان نقطه برش نشانه‌های افزایش‌یافته در نظر گرفته شد.

نمره بیشتر اضطراب با مجموع نمره کمتر MRC در پیگیری همبستگی داشت (P <۰/۰۰۱، r =/۳۱۲). نمره بیشتر افسردگی نیز با نمره کمتر FIM همبستگی داشت (P <۰/۰۰۱، r =۰/۳۵۵). در مدل رگرسیون تعدیل‌شده برای FIM، نشانه‌های افسردگی (β استانداردشده (=۰/۴۱ ، P <۰/۰۰۱) و اضطراب (β استانداردشده (=—۰/۲۸، P =۰/۰۰۳) با استقلال عملکردی کمتر ارتباط داشتند (جدول شماره ۳). ازآنجاکه مواجهه و پیامد در یک مقطع اندازه‌گیری شدند، واژه «ارتباط» به کار رفته است و از تفسیر پیش‌بینی‌کننده یا علّی پرهیز شده است.

جدول شماره ۳: ارتباط نشانه های اضطراب و افسردگی با قدرت عضلانی و استقلال عملکردی

تحلیل	مواجهه	پیامد	شاخص اثر	مقدارP
همبستگی پیرسون	HADS-A	MRCدر پیگیری	r =۰/۳۱۲	<۰/۰۰۱
همبستگی پیرسون	HADS-D	FIMدر پیگیری	r =۰/۳۵۵	<۰/۰۰۱
رگرسیون خطی تعدیل‌شده	HADS-D	FIMدر پیگیری	β =۰/۴۱	<۰/۰۰۱
رگرسیون خطی تعدیل‌شده	HADS-A	FIMدر پیگیری	β =۰/۲۸	<۰/۰۰۳

مدل رگرسیون برای سن، مجموع نمره MRC مرحله حاد و سابقه بستری در ICU تعدیل شد β .ضریب استانداردشده است.

بحث

در این مطالعه، دو یافته اصلی به دست آمد :نخست، در پیگیری حدوداً شش ماهه پس از ترخیص، ۸/۴۰ درصد شرکت‌کنندگان نمره HADS-A و ۵۵/۴ درصد نمره HADS-D برابر یا بالاتر از ۸ کسب کردند؛ دوم، شدت بیشتر نشانه‌های اضطراب با قدرت عضلانی کمتر و شدت بیشتر نشانه‌های افسردگی با استقلال عملکردی کمتر همبستگی داشت .این ارتباط در مدل تعدیل شده برای FIM نیز باقی ماند .نتایج باید به عنوان روابط مقطعی تفسیر شوند، نه اثبات اثر نشانه‌های روان‌شناختی بر روند بهبودفراوانی قابل توجه نشانه‌های روان‌شناختی با نتایج مرور نظام‌مند اخیر و مطالعات پیگیری بیماران مبتلا به سندرم گیلن‌باره همسو است، هرچند مقایسه مستقیم درصدها به علت تفاوت زمان ارزیابی، ابزارها و نقاط برش محدود است(۴–۹، ۱۵). برای مثال، مطالعات پیشین به تداوم اضطراب، افسردگی، اختلال عملکرد روانی‌اجتماعی و کاهش کیفیت زندگی پس از مرحله حاد اشاره کرده‌اند(۷–۹، ۱۵) یافته حاضر با استفاده از نقطه برش مشخص HADS، بار نشانه‌ها را توصیف می‌کند، اما جایگزین مصاحبه تشخیصی نیست.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-16]

درارتباط معکوس HADS با MRC و FIM از نظر بالینی قابل‌توجه است .محدودیت حرکتی و وابستگی در فعالیت‌های روزمره ممکن است با نگرانی، از دست دادن نقش‌های اجتماعی و خلق پایین همراه شود؛ در جهت مقابل، نشانه‌های روان‌شناختی ممکن است مشارکت در توان‌بخشی یا ادراک فرد از عملکرد را تحت تأثیر قرار دهند .همچنین ممکن است شدت بیماری، بستری در ICU ، درد، خستگی و عوامل اجتماعی بر هر دو دسته متغیر اثر بگذارند .طراحی مطالعه حاضر امکان تفکیک این مسیرها را فراهم نمی‌کند .گزارش علائم استرس پس از سانحه (PTSD) بعد از تهویه مکانیکی طولانی نیز بر ضرورت ارزیابی جامع پس از ترخیص تأکید می‌کند(۱۶).

از نقاط قوت مطالعه می توان به استفاده هم زمان از ابزار معتبر غربالگری روان شناختی و سنجه های ساختاریافته قدرت عضلانی و استقلال عملکردی و نیز ارائه جریان ورود شرکت‌کنندگان اشاره کرد .در مقابل، مطالعه تک مرکزی بود و گروه شاهد نداشت . ماهیت مقطعی مانع تعیین تقدم زمانی و استنباط علّی است .از دست رفتن ۴۵ بیمار در مرحله پیگیری می‌تواند موجب بروز سوگیری انتخاب شود و حذف افراد دارای سابقه اختلال روان‌پزشکی شدید ممکن است بار واقعی علائم را کمتر از میزان واقعی برآورد کرده باشد .زمان پیگیری بین ۸/۵ تا ۴/۸ ماه متغیر بود HADS ابزار خودگزارشی غربالگری است و تشخیص بالینی ارائه نمی‌دهد .افزون بر این، داده کافی برای تعدیل درد، خستگی، حمایت اجتماعی، وضعیت اقتصادی و درمان‌های پس از ترخیص در دسترس نبود؛ بنابراین احتمال مخدوش‌گر باقیمانده وجود دارد.

در عمل بالینی، استفاده از یک ابزار کوتاه مانند HADSمی‌تواند به شناسایی بیمارانی کمک کند که به ارزیابی دقیق‌تر روان‌پزشکی یا روان‌شناختی نیاز دارند . بااین‌حال، مطالعه حاضر اثربخشی یک مداخله روان‌پزشکی بر پیامدهای نورولوژیک را آزمایش نکرده است .پیشنهاد می‌شود مطالعات آینده چندمرکزی و طولی باشند، ارزیابی پیش از ترخیص و چند زمان پیگیری را شامل شوند، داده‌های افراد از دست‌رفته را تحلیل کنند و با مدل‌های ازپیش‌تعیین‌شده، نقش درد، خستگی، شدت بیماری و دریافت توان‌بخشی را بررسی کنند.

شیوع بالای نشانه‌های افزایش‌یافته اضطراب و افسردگی در بیماران مبتلا به سندرم گیلن‌باره در پیگیری شش ماهه پس از ترخیص شایع بود و شدت بیشتر آن‌ها با قدرت عضلانی یا استقلال عملکردی کمتر همبستگی داشت. این یافته‌ها بر ضرورت غربالگری منظم و ارجاع بیمارانی که نمرات غربالگری بالایی کسب کرده‌اند برای ارزیابی بالینی حمایت می‌کند .برای تعیین جهت علّی روابط و اثر مداخلات روان‌شناختی بر بازیابی، مطالعات طولی و کارآزمایی‌های مناسب ضروری است.

سپاسگزاری

نویسندگان بدین‌وسیله از تمامی بیماران و کارکنان مرکز آموزشی درمانی بوعلی‌سینای ساری که در اجرای این پژوهش همکاری صمیمانه داشته‌اند، تشکر و قدردانی می‌نمایند.

References

1- Shahrizaila N, Lehmann HC, Kuwabara S. Guillain–Barré syndrome. Lancet 2021;397(10280):1214-1228 PMID: 33647239.

2- Leonhard SE, Mandarakas MR, Gondim FAA, Bateman K, Ferreira MLB, Cornblath DR, etal. Diagnosis and management of

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-16]

Guillain–Barré syndrome in ten steps. Nat Rev Neurol 2019;15(11):671-683.

3- Willison HJ, Jacobs BC, van Doorn PA. Guillain–Barré syndrome. Lancet 2016;388(10045):717–727 PMID: 26948435.

4- Li CMF, Wong S, Fabiano N, Li C, McShane M, Iansavitchene A, etal. Mental health outcomes in Guillain–Barré syndrome and chronic inflammatory demyelinating polyneuropathy: a systematic review. Can J Neurol Sci 2025:1-10 PMID: 40485150.

5- Hillyar C, Nibber A. Psychiatric sequelae of Guillain–Barré syndrome: towards a multidisciplinary team approach. Cureus 2020;12(2):e7051 PMID: 32128295.

6- Tzeng NS, Chang HA, Chung CH, , Lin FH, Yeh CB, Huang SY,etal. Risk of psychiatric disorders in Guillain–Barré syndrome: a nationwide, population-based, cohort study. J Neurol Sci 2017;381:88-94 PMID: 28991722.

7- Khan F, Pallant JF, Ng L, Bhasker A. Factors associated with long-term functional outcomes and psychological sequelae in Guillain–Barré syndrome. J Neurol 2010;257(12):2024-2031 PMID: 20625757.

8- Peric S, Bozovic I, Berisavac I, Basta I, Bakocevic Z, Stojiljkovic O, et al. Six-month prospective study of quality of life in Guillain-Barre syndrome. Acta Neurol Scand. 2020 Mar;141(3):236-241. doi: 10.1111/ane.13195.

9- Bahnasy WS, El-Heneedy YAE, El-Shamarka AM, Badr MY, Amer RA, Ibrahim ISE. Sleep and psychiatric abnormalities in Guillain–Barré syndrome. Egypt J Neurol Psychiatry Neurosurg 2018;54(1):5 PMID: 29780225.

10- Fokke C, Van den Berg B, Drenthen J, Walgaard C, Van Doorn PA, Jacobs BC. Diagnosis of Guillain–Barré syndrome and validation of Brighton criteria. Brain 2014;137(Pt 1):33-43 PMID: 24163275.

11- Zigmond AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. Acta Psychiatr Scand 1983;67(6):361-370 PMID: 6880820.

12- Montazeri A, Vahdaninia M, Ebrahimi M, Jarvandi S. The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS): translation and validation study of the Iranian version. Health Qual Life Outcomes 2003;1:14 PMID: 12816545.

13- Kleyweg RP, Van der Meché FGA, Schmitz PIM. Interobserver agreement in the assessment of muscle strength and functional abilities in Guillain–Barré syndrome. Muscle Nerve 1991;14(11):1103-1109 PMID: 1745285.

14- Keith RA, Granger CV, Hamilton BB, Sherwin FS. The Functional Independence Measure: a new tool for rehabilitation. Adv Clin Rehabil 1987;1:6-18 PMID: 3503663.

15- Bernsen RAJAM, De Jager AEJ, Schmitz PIM, Van der Meché FGA. Psychosocial dysfunction in the first year after Guillain–Barré syndrome. Muscle Nerve 2010;41(4):533-539 PMID: 19941334.

16- Le Guennec L, Brisset M, Viala K, Essardy F, Maisonobe T, Rohaut B, etal. Post-traumatic stress symptoms in Guillain–Barré syndrome patients after prolonged mechanical ventilation in ICU. J Peripher Nerv Syst 2014;19(3):218-223 PMID: 25403788.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-16]