

## تأثیر آموزش روانی خانواده بر میزان افسردگی، اضطراب و استرس مراقبین خانوادگی بیماران روانی

سعید پهلوانزاده<sup>1</sup>؛ علی نویدیان<sup>2\*</sup>؛ محسن یزدانی<sup>1</sup>

### چکیده

زمینه: مداخله‌های خانوادگی کوتاه‌مدت ممکن است بر مراقبین خانوادگی بیماران روانی تأثیر مثبتی داشته باشد. هدف از مطالعه حاضر تعیین اثربخشی آموزش خانواده بر میزان افسردگی، اضطراب و استرس مراقبین خانوادگی بیماران روانی بستری در بیمارستان نور شهر اصفهان است.

روش‌ها: مطالعه حاضر نوعی کارآزمایی بالینی تصادفی یک‌سوکور است که تأثیر یک برنامه آموزش روانی چهارهفته‌ای را برای یک دوره زمانی سه‌ماهه بر روی 100 نفر از مراقبین خانوادگی بیماران روانی بستری در بیمارستان نور شهر اصفهان بررسی نمود. افسردگی، اضطراب و استرس مراقبین با استفاده از پرسشنامه DASS (فرم 42 سؤالی) تعیین شد.

یافته‌ها: میانگین نمره افسردگی، اضطراب و استرس در گروه آزمون به‌طور معناداری نسبت به گروه کنترل، در مراقبین خانوادگی بیماران مبتلا به اختلال اسکیزوفرنیا و اختلال خلقی کاهش یافت.

نتیجه‌گیری: برنامه آموزش خانواده به‌منظور کاهش افسردگی، اضطراب و استرس در مراقبین خانوادگی بیماران روانی مؤثر بوده و این امر می‌تواند کیفیت زندگی بیماران و مراقبین را به‌طور بالقوه‌ای بهبود و ارتقاء بخشد.

کلیدواژه‌ها: مراقب خانوادگی، افسردگی، اضطراب، استرس، آموزش روانی خانواده.

«دریافت: 1388/7/22 پذیرش: 1388/12/11»

1. مرکز تحقیقات علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

2. مرکز تحقیقات ارتقاء سلامت، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان

\*عهده‌دار مکاتبات: زاهدان، میدان مشاهیر، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان. تلفن: 0541-2442482

Email: alinavidian@gmail.com

### مقدمه

به‌وسیله آن بتوانند خود را برای ایفای چنین نقشی آماده کنند (3). مراقبین خانوادگی در پاسخ به علایم و نشانه‌های اختلال روانی و مراقبت پیگیر و مستمر از بیمار روانی در خانه، علاوه بر گرفتار شدن در دام غم و اندوه، فقدان، داغ‌دیدگی، خشم و عصبانیت، یأس و ناامیدی، احساس شرمساری و گناه، تنش‌ها و فشارهای ارتباطی زیادی را نیز تجربه و ابراز می‌کنند (4). علی‌رغم این که برخی معتقدند داشتن نقش مراقب، با پاداش‌ها و تقویت‌های مثبتی هم همراه است (5)، ولی تحقیقات موجود نشان می‌دهد که تنوع و شدت نقش‌های مراقبتی ممکن است منجر به مشکلات روانی در مراقبین خانوادگی بیماران گردد (6-9).

توجه به مشکلات روانی مراقبین خانوادگی به سال 1950 برمی‌گردد (1)، ولی طی دو دهه اخیر که نهضت مؤسسه‌زدایی، کانون اولیه مراقبت را از بیمارستان‌های روان‌پزشکی به مراکز بهداشت روانی جامعه‌نگر تغییر داد و به‌دلیل آن که بودجه، منابع و امکانات این مراکز حرفه‌ای محدود و اندک بوده، از خانواده بیماران مبتلا به بیماری‌های روانی شدید خواسته شد تا مسئولیت کمک‌های عملی و حمایت‌های عاطفی این بیماران را برعهده گیرند (2).

شواهد نشان می‌دهد که مراقبین خانوادگی، اطلاعات، منابع و حمایت‌های محدودی در دسترس دارند تا

ارزیابی راهبردهای مداخله‌ای خانوادگی اثربخش وجود دارد. همچنین نیاز مستمر به بهبود و ارتقاء سطح خدمات روان‌پزشکی ارائه‌شده به بیماران روانی شدید و خانواده‌های ایشان وجود دارد (13 و 14). علی‌رغم تشریح و اثبات اثربخشی مداخلات خانوادگی کوتاه‌مدت در جهان، در ایران تحقیقات بسیار اندکی در این مورد انجام شده است. با توجه به نقش خانواده و مراقبین خانوادگی در ارائه حمایت و مراقبت از بیماران با مشکلات جسمانی و روان‌شناختی در فرهنگ اسلامی ایرانی ما و عدم وجود سیستم‌های حمایتی و آموزشی مناسب برای مراقبین خانوادگی در نظام سلامت کشور، ضرورت انجام پژوهش‌های مداخله‌ای و تجربی با هدف گنجاندن برنامه‌های آموزش روانی، شدیداً احساس می‌شود. بنابراین مطالعه حاضر با هدف تعیین اثربخشی یک برنامه آموزش روانی خانواده بر میزان افسردگی، اضطراب و استرس مراقبین خانوادگی بیماران روانی انجام گرفت.

### مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر نوعی کارآزمایی بالینی کنترل‌شده تصادفی و یک‌سوکور است و پژوهشگر از گروه‌های آزمون و کنترل اطلاعی نداشت. این پژوهش بر روی 100 نفر از مراقبین خانوادگی بیماران روانی بستری در بیمارستان نور شهر اصفهان (50 نفر از مراقبین خانوادگی بیماران مبتلا به اختلال اسکیزوفرنیا و 50 نفر از مراقبین خانوادگی بیماران مبتلا به اختلال خلقی) انجام شد. در هر گروه به‌طور تصادفی 25 نفر به گروه آزمون و 25 نفر به گروه کنترل اختصاص یافتند. حجم نمونه با استفاده از فرمول، 44 نفر برآورد گردید و در این پژوهش 50 نفر در مطالعه شرکت داده شدند.

پژوهشگر پس از مراجعه به بخش‌های روان‌پزشکی ابتدا با استفاده از پرونده‌ها، خصوصیات فردی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا و اختلال خلقی را بررسی و ثبت نمود. سپس از کلیه مراقبین اصلی خانوادگی آنان از

اگر این افراد بدون درمان و مداخله رها شوند، سطح سلامت جسمانی و روانی‌شان به‌عنوان بیماران پنهان کاهش می‌یابد (10). برخی مداخلات درمانی نظیر آموزش، حمایت و روان‌درمانی می‌تواند تأثیر چشم‌گیری در کاهش افسردگی، اضطراب و استرس مراقبین خانوادگی داشته و زمینه را برای افزایش کیفیت مراقبت و سطح سلامت جسمانی و روانی مراقبین فراهم آورد (6، 11 و 12).

عوامل زیادی در شکل‌گیری و گسترش پدیده آموزش روانی خانواده نقش داشتند. یکی از عوامل مهم دخیل در این قضیه، ایجاد مراکز بهداشت روانی مبتنی بر جامعه در سال 1963 به‌دنبال جنبش مؤسسه‌زدایی بوده است. مهم‌ترین علت شکست جنبش مؤسسه‌زدایی آن بود که مسئولیت عمده مراقبت از بیماران روانی از بیمارستان‌ها به خانواده منتقل گردید. در این راستا، گلدمن خاطر نشان کرد اکثر بیماران مرخص‌شده‌ای که به کانون خانواده بازگشتند، بیماران مزمن روانی بودند، به‌همین دلیل مراقبت از عضو بیمار خانواده، بدون اطلاعات کافی یا مهارت‌های لازم کار دشواری بود (1 و 2). بنابراین آموزش بیمار و خانواده در اولویت برنامه‌های بهداشتی مبتنی بر جامعه در جهان داده شد. اهمیت و ضرورت مطالعه حاضر نه در آموزش روانی بلکه در تأمین هرچه‌بیشتر سلامت روانی مراقبین خانوادگی و نقش آنان در ارائه مراقبت‌های با کیفیت بهتر به بیماران روانی در خانواده نهفته است. استدلال بر این است که کاهش استرس، اضطراب و افسردگی مراقبین خانوادگی از یک‌سو و افزایش دانش مراقبتی آنان از بیماران روانی در خانواده از سوی دیگر، باعث بهبود کیفیت خدمات درمانی و مراقبتی شده و بیماران می‌توانند در کنار خانواده‌های خود به‌سر برده و از زندگی طبیعی بهره‌مند گردند.

با وجود توسعه و گسترش مطالعات تحقیقی طی سده‌ده اخیر، نیاز فوری و جدی برای تقویت و افزایش چنین پژوهش‌هایی به‌ویژه در زمینه توسعه، طراحی و

همراه با بحث و تبادل نظر و در قالب ذیل ارایه شده است.

محتوای اولیه برنامه آموزش روانی با استفاده از مطالعات خارجی تهیه ( کالاهارا و همکاران، 2008، برنهارد و همکاران، 2006، مگلیانو و همکاران، 2006، هادسون و همکاران، 2008 و هونیا و همکاران، 2008) و اعتبار صوری و محتوایی آن با نظرخواهی بیش از 20 نفر از همکاران هیأت علمی گروه‌های آموزشی روان‌پزشکی، روانشناسی بالینی و روان‌پرستاری دانشگاه علوم پزشکی اصفهان مورد تأیید قرار گرفت و در مطالعه مقدماتی، اثربخشی آن اثبات گردید.

جلسه	محتوای جلسه آموزشی
جلسه اول	آشنایی با اهداف جلسات آموزشی، آشنایی با اصول و معیارهای بهداشت روان و نقش خانواده در توسعه و حفظ سلامت اعضای خانواده، آشنایی با علل و عوامل مؤثر در ایجاد اختلالات روانی.
جلسه دوم	آشنایی با اختلالات اسکیزوفرنیا و خلقی (تعریف بیماری، سبب‌شناسی، علایم و نشانه‌ها، انواع، سیر و پیش‌آگهی بیماری).
جلسه سوم	شیوه ارتباط با بیمار روانی، نحوه مراقبت و چگونگی برخورد با علایم و نشانه‌های بیماری به‌ویژه توهم، هذیان، پرخاشگری و حالات تهاجمی در بیماران، ایمن‌سازی محیط زندگی بیمار و پیشگیری از حالات تهاجمی و خودکشی و در صورت بروز، چگونگی ارجاع به مراکز درمانی مربوطه و سایر سیستم‌های حمایتی.
جلسه چهارم	آشنایی با درمان‌های دارویی، عوارض داروها و مراقبت‌های مربوط به آنها، اهمیت درمان دارویی و نقش آن در پیشگیری از عود بیماری، آشنایی با درمان‌های غیردارویی نظیر ورزش، آرام‌سازی و سایر روش‌های کاهش اضطراب و چگونگی پر کردن اوقات فراغت بیمار، آموزش روش‌های حل مسأله و مقابله صحیح.

طریق تلفن، دعوت به‌عمل آورده و پس از ارایه توضیحاتی در مورد روش مطالعه از آنان رضایت‌نامه کتبی شرکت در مطالعه اخذ گردید. منظور از مراقب خانوادگی در این پژوهش، عضوی از خانواده بود که تمامی مسئولیت‌های بهداشتی، درمانی، مراقبتی و حمایتی بیمار را بر عهده داشت و سن او بالاتر از 15 سال و قادر به برقراری ارتباط بود و قبلاً در جلسات آموزشی شرکت نکرده و سابقه ابتلا به بیماری‌های جسمی جدی، اختلال روانی شناخته‌شده و بستری شدن نداشت.

مراقبین خانوادگی واجد شرایط به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمون و کنترل قرار داده شدند. در ادامه از نمونه‌های هر دو گروه توسط پرسشنامه‌ها (پیش‌آزمون) اطلاعات لازم جمع‌آوری شد. در مرحله مداخله برای گروه آزمون، جلسات آموزشی طی چهار هفته متوالی، طبق برنامه‌ریزی تنظیمی برگزار شد. پژوهشگر آموزش‌دهنده، مربی و عضو هیأت علمی دانشگاه و دانش‌آموخته آموزش بهداشت روانی (روان‌پرستاری) در مقطع کارشناسی ارشد با چندین سال سابقه تدریس در دانشگاه و آموزش به بیماران روانی و خانواده آنان بود. لازم به ذکر است گرچه همسان‌سازی بین دو گروه صورت نگرفت ولی با توجه به گمارش تصادفی، مقایسه ویژگی‌های مربوط به متغیرهای جمعیت‌شناختی به کمک آزمون t با دو نمونه مستقل نشان داد بین گروه کنترل و آزمایش تفاوت معنادار وجود ندارد و دو گروه تاحدودی مشابهت دارند.

پروتکل آموزش روانی مراقبین خانوادگی در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، براساس مدل‌های آموزشی و با همکاری اعضای هیأت علمی گروه‌های روان‌پزشکی و روان‌پرستاری دانشگاه تدوین شد. پس از اجرای مقدماتی و اعتباریابی اولیه، بیش از یکسال است به‌صورت بخشی از برنامه ترخیص بیماران روانی بستری در بیمارستان نور اصفهان اجرا می‌شود.

جلسات به‌طور متوسط، هفته‌ای دو ساعت به‌مدت چهار جلسه پی‌درپی توسط پژوهشگر با ایراد سخنرانی

دانش‌آموزان مقطع دبیرستان شهر کرمانشاه در سال تحصیلی 83-1382 مورد بررسی و تأیید قرار گرفت. یافته‌های مطالعه، همبستگی مقیاس افسردگی این آزمون را با تست افسردگی بک 0/849، با آزمون اضطراب زونگ 0/831 و با سیاهه استرس دانش‌آموزان 0/757 گزارش کرده است. ضریب آلفای محاسبه‌شده برای مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب 0/94، 0/85 و 0/87 گزارش گردید (16). فرم 42 سؤالی پرسشنامه DASS توسط سپهری و سامانی در سال 1385 نیز مورد اعتباریابی قرار گرفته که ضریب آلفای آن به ترتیب برای افسردگی 0/89، اضطراب 0/84 و استرس 0/68 گزارش شده است (17).

تجزیه و تحلیل داده‌ها توسط نرم افزار آماری SPSS صورت گرفت. در محاسبات آماری از روش‌های آماری توصیفی و تحلیلی استفاده گردید. برای مقایسه میانگین نمرات افسردگی، اضطراب و استرس مراقبین قبل و پس از مداخله و سه‌ماه پس از مداخله در هر گروه از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر (Repeated measure ANCOVA) استفاده شد.

### یافته‌ها

میانگین سن مراقبین خانوادگی آنان  $43/03 \pm 11/9$  سال بود. در رابطه با نسبت مراقبین با بیماران، یافته‌ها نشان داد که 47 درصد از مراقبین والدین، 22 درصد همسران، 20 درصد خواهر یا برادر و 11 درصد فرزندان آنان بودند. 92 درصد آنان متأهل و 56 درصد خانه‌دار بودند. یافته‌ها در مورد مشخصات فردی بیماران نشان داد که میانگین سن آنان  $34/02 \pm 13/14$  سال است و 58 درصد آن‌ها مرد بودند (جدول 1).

در مورد مراقبین خانوادگی بیماران مبتلا به اختلال خلقی، میانگین نمره افسردگی گروه کنترل قبل، بعد و سه‌ماه بعد از مداخله به ترتیب 17/24، 25/40 و 24/68 بود، درحالی‌که این مقادیر برای گروه آزمون به ترتیب 25/04، 10/32 و 12/20 به دست آمد.

این جلسات آموزشی برای گروه آزمون، بسته به تعداد افراد گروه (17-12 نفره) طی سه ماه برگزار شد. در پایان جلسات آموزشی و سه ماه پس از آخرین جلسه آموزشی برای سنجش تأثیر آموزش (پس‌آزمون) مجدداً پرسشنامه‌ها در بین دو گروه آزمون و کنترل، توزیع و اطلاعات جمع‌آوری شد. برای رعایت اصول اخلاق پژوهش، در پایان تحقیق از مراقبین خانوادگی گروه کنترل نیز طی تماس تلفنی برای شرکت در جلسات آموزشی دعوت به عمل آمد و اکثر مراقبین در این جلسات شرکت کردند.

ابزار گردآوری داده‌ها، پرسشنامه‌ای مشتمل بر دو بخش بود. بخش اول اطلاعات مربوط به ویژگی‌های فردی، خانوادگی و درمانی بیمار و مراقب اصلی وی (20 سؤال) و بخش دوم، پرسشنامه 42 سؤالی DASS (Depression Anxiety Stress Scale 42) بود. مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس (DASS-42) یک پرسشنامه خودگزارشی است که به وسیله لووی بند در سال 1995 طراحی و ساخته شد. لووی بند ویژگی‌های روان‌سنجی آن را بر روی نمونه‌های دانش‌آموزی و نمونه‌های غیربالینی تعیین کرد. چون این پرسشنامه بدون حضور هیچ سرپرست و هزینه‌ای مورد استفاده قرار می‌گیرد، کاربرد زیادی دارد (15). این پرسشنامه سه وضعیت روانی اضطراب، افسردگی و استرس را مورد ارزیابی قرار می‌دهد و دارای گزینه‌هایی مربوط به علایم و نشانه‌های افسردگی (14 سؤال)، اضطراب (14 سؤال) و استرس (14 سؤال) است که توسط مراقبین بیماران تکمیل شد. برای پاسخ‌گویی به هر سؤال، امتیازات به صورت اصلاً (0)، تاحدی (1)، تاحد زیادی (2) و خیلی زیاد (3) اختصاص یافته که مجموع امتیازات کسب‌شده توسط مراقبین، میزان افسردگی، اضطراب و استرس تحمیل‌شده به آن‌ها را به صورت تخمینی با دامنه نمراتی بین حداقل صفر تا حداکثر 42 نشان می‌دهد. ویژگی‌های روان‌سنجی این پرسشنامه در ایران توسط افضل‌ی و همکاران (1386) بر روی نمونه 400 نفری از

در خصوص مراقبین خانوادگی بیماران مبتلا به اختلال اسکیزوفرنیا، میانگین افسردگی گروه کنترل قبل، بعد و سه ماه بعد از مداخله به ترتیب 24/16، 24/20 و 22/44 بود، درحالی که این مقادیر برای گروه آزمون به ترتیب 24/08، 10/08 و 15/16 به دست آمد.

آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌های مکرر نشان می‌دهد که تفاوت دو گروه از نظر میانگین نمره افسردگی معنادار ( $F=14/738$  و  $P=0/001$ ) و در گروه آزمون، پایین‌تر از گروه کنترل است. همچنین تعامل گروه و میزان افسردگی در سه مقطع زمانی نیز معنادار بوده است (جدول 2) ( $F=22/633$  و  $P=0/001$ ). بر این اساس کاهش علایم افسردگی در گروه آزمون نسبت به گروه کنترل معنادار بوده و مداخله توانسته باعث کاهش افسردگی در گروه آزمون شود.

در خصوص مراقبین خانوادگی بیماران مبتلا به اختلال خلقی، میانگین نمره اضطراب گروه کنترل قبل، بعد و سه ماه بعد از مداخله به ترتیب 13/60، 20/44 و 20/12 بود، درحالی که این مقادیر برای گروه آزمون به ترتیب 20/44، 8/76 و 10/92 به دست آمد.

آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌های مکرر نشان داد که میانگین اضطراب در گروه آزمون به طور معنادار پایین‌تر از گروه کنترل است ( $P=0/01$ ). همچنین تعامل گروه و میزان اضطراب در سه مقطع زمانی نیز معنادار است ( $F=31/645$  و  $P=0/001$ ) (جدول 3). بر این اساس کاهش اضطراب در گروه آزمون نسبت به گروه کنترل معنادار بوده و مداخله توانسته است باعث کاهش اضطراب در گروه آزمون گردد، به نحوی که میانگین آن از 20/44 قبل از مداخله به 8/76 پس از مداخله کاهش قابل ملاحظه‌ای یافته و با تفاوت جزیی در نوبت سوم اندازه‌گیری همچنان پایین باقی مانده است.

در خصوص مراقبین خانوادگی بیماران مبتلا به اختلال اسکیزوفرنیا، میانگین اضطراب گروه کنترل قبل، بعد و سه ماه بعد از مداخله به ترتیب 17/04، 19/52 و 18/76 و برای گروه آزمون به ترتیب 19/80، 9/28 و 13/40 بود.

جدول 1- مشخصات فردی و بالینی بیماران و مراقبین خانوادگی آنان

مشخصات	گروه				
	بیماران		مراقبین		
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
جنس	مرد	58	58	30	30
	زن	42	42	70	70
سن	<20	13	13	2	2
	21-35	48	48	28	28
	36-50	24	24	47	47
	>50	15	15	23	23
وضعیت	مجرد	35	35	8	8
	تاهل	65	65	92	92
تحصیلات	بی‌سواد	3	3	-	-
	ابتدایی	24	24	42	42
	کم‌تر از دیپلم	24	24	16	16
	دیپلم	33	33	31	31
شغل	لیسانس و بالاتر	16	16	11	11
	بیکار	30	30	6	6
کارمند	خانه‌دار	30	30	56	56
	آزاد	24	24	19	19
	بازنشسته	5	5	6	6

آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌های مکرر نشان می‌دهد که تفاوت دو گروه از نظر میانگین افسردگی معنادار است ( $F=8/114$  و  $P=0/006$ ). همچنین تعامل گروه و افسردگی در سه مقطع زمانی اندازه‌گیری نیز معنادار بوده است (جدول 2) ( $F=33/192$  و  $P=0/001$ ). این مطلب نشان می‌دهد که کاهش افسردگی در گروه آزمون نسبت به گروه کنترل معنادار بوده و مداخله توانسته است باعث کاهش افسردگی در گروه آزمون گردد.

مقطع زمانی نیز معنادار است ( $F=48/264$  و  $P=0/001$ ) (جدوال 4).

در مراقبین خانوادگی بیماران مبتلا به اختلال اسکیزوفرنیا، میانگین استرس گروه کنترل قبل، بعد و سه ماه بعد از مداخله به ترتیب 26، 25/20 و 24/08 و در گروه آزمون به ترتیب 23/64، 11/04 و 14/76 بود.

آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌های مکرر ( $P=0/001$  و  $F=36/549$ ) نشان داد که میانگین استرس در گروه آزمون به طور معنادار پایین‌تر از گروه کنترل است ( $P=0/001$ ). همچنین تعامل گروه و میزان استرس در سه مقطع زمانی نیز معنادار است ( $F=23/412$  و  $P=0/001$ ). بنابراین مداخله توانسته باعث کاهش استرس در گروه آزمون شود، به نحوی که میانگین آن از 23/64 در قبل از مداخله به 11/04 پس از مداخله کاهش قابل ملاحظه‌ای یافته و با کمی تفاوت در نوبت سوم اندازه‌گیری و در مرحله پیگیری همچنان پایین باقی مانده است.

میانگین اضطراب در گروه آزمون به طور معناداری پایین‌تر از گروه کنترل بود ( $P=0/006$ ). همچنین تعامل گروه و میزان اضطراب در سه مقطع زمانی نیز معنادار است ( $P=0/001$ ) (جدول 3). بنابراین مداخله توانسته باعث کاهش اضطراب در گروه آزمون شود، به نحوی که میانگین آن از 19/80 در قبل از مداخله به 9/28 پس از مداخله کاهش قابل ملاحظه‌ای یافته و با کمی تفاوت در نوبت سوم اندازه‌گیری همچنان پایین باقی مانده است.

در مراقبین خانوادگی بیماران اختلال خلق، میانگین نمره استرس گروه کنترل قبل، بعد و سه ماه بعد از مداخله به ترتیب 20/52، 25/92 و 25/40 و در گروه آزمون به ترتیب 25/96، 10/48 و 12/72 بود.

آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌های مکرر ( $P=0/001$  و  $F=21/363$ ) نشان داد که میانگین استرس در گروه آزمون به طور معنادار پایین‌تر از گروه کنترل می‌باشد ( $P=0/001$ ). همچنین تعامل گروه و میزان استرس در سه

جدول 2- نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌های تکراری به منظور مقایسه میانگین نمره افسردگی مراقبین خانوادگی بیماران مبتلا به اختلال خلقی و اسکیزوفرنیا (دو گروه آزمون و کنترل) در سه نوبت سنجش (قبل، بعد و سه ماه بعد از مداخله)

Power	Eta	Sig	F	MS	df	SS	Source
0/797	0/145	0/006	8/114	1568/167	1	1568/167	بیماران مبتلا به اختلال خلقی
1	0/409	0/001	33/192	1923/847	2	3847/693	تعامل گروه و افسردگی در سه مقطع زمانی
0/964	0/235	0/001	14/738	22/460	1	1922/460	بیماران مبتلا به اختلال اسکیزوفرنیا
1	0/320	0/001	22/633	616/140	2	1232/280	تعامل گروه و افسردگی در سه مقطع زمانی

جدول 3- نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌های تکراری به منظور مقایسه میانگین نمره اضطراب مراقبین خانوادگی بیماران مبتلا به اختلال خلقی و اسکیزوفرنیا (دو گروه آزمون و کنترل) در سه نوبت سنجش (قبل، بعد و سه ماه بعد از مداخله)

Power	Eta	Sig	F	MS	df	SS	Source
0/752	0/131	0/01	7/257	821/340	1	821/340	بیماران مبتلا به اختلال خلقی
1	0/397	0/001	31/645	1263/380	2	2526/760	تعامل گروه و اضطراب در سه مقطع زمانی
0/801	0/146	0/006	8/194	686/940	1	686/940	بیماران مبتلا به اختلال اسکیزوفرنیا
1	0/342	0/001	24/917	539/06	2	1078/120	تعامل گروه و اضطراب در سه مقطع زمانی

جدول 4- نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌های تکراری به منظور مقایسه میانگین نمره استرس مراقبین خانوادگی بیماران مبتلا به اختلال خلقی و اسکیزوفرنیا (دو گروه آزمون و کنترل) در سه نوبت سنجش (قبل، بعد و سه ماه بعد از مداخله)

Power	Eta	Sig	F	MS	df	SS	Source
0/995	0/308	0/001	21/363	2143/260	1	2143/260	بیماران مبتلا به اختلال خلقی
1	0/501	0/001	48/264	1608/180	2	3216/360	تعامل گروه و استرس در سه مقطع زمانی
1	0/432	0/001	36/549	2782/107	1	2782/107	بیماران مبتلا به اختلال اسکیزوفرنیا
1	0/328	0/001	23/412	439/807	2	879/613	تعامل گروه و استرس در سه مقطع زمانی

## بحث

مطالعه برنهارد (Bernhard) و همکاران (2006) نشان داد که مداخله آموزش روانی در بیماران دوقطبی و بستگان آن‌ها، دانش و اطلاعات بیماران و بستگان را در مورد بیماری ارتقاء می‌بخشد. در پیگیری یک ساله‌ای که انجام شد مشکلات روانی ناشی از مراقبت و ابراز هیجانی بالا در بستگان بیمار نیز کاهش یافته بود (21).

نتیجه مطالعه مگلیانو (Magliano) و همکاران (2006) نیز حاکی از آن است که 40 درصد بیماران و 45 درصد بستگان آنان، بهبود قابل‌ملاحظه و چشمگیری را در روابط اجتماعی‌شان در طی انجام مداخله نشان داده‌اند. سایر کارآزمایی‌های بالینی کنترل‌شده تصادفی که بر روی مراقبین خانوادگی بیماران روانی در سایر کشورها از جمله هند، چین و ترکیه انجام شده، تأییدکننده آن است که مداخله‌های آموزش روانی ساختاریافته و مدون، بسیار مؤثرتر از مراقبت‌های سرپایی معمول هستند. براساس این گزارش‌ها مداخله‌های آموزش روانی باید مداوم باشند و پیامدهای آن به‌طور مداوم مورد ارزیابی قرار گیرد (13، 14، 20، 22-24).

براساس یافته‌های پژوهش حاضر، مداخله آموزش روانی گروهی می‌تواند برای مراقبین خانوادگی بیماران روانی در نمونه‌ای از جامعه ایرانی اثربخش باشد. همچنین این یافته‌ها همسو با نتایج سایر تحقیقات، دلالت بر این امر دارد که پیش‌بینی و فراهم نمودن این چنین خدمات آموزش روانی در سیستم ارایه خدمات بهداشت روانی برای بیماران و مراقبین آن‌ها کاملاً ضروری و مؤثر است (23، 25 و 26).

همان‌گونه که نتایج نشان می‌دهد بخش اعظم مراقبین خانوادگی را گروه زنان با شغل خانه‌داری تشکیل می‌دهند. در جامعه و فرهنگ ایرانی، امر مراقبت از کودکان، بیماران و افراد سالمند و یا معلول اغلب بر عهده زنان و دختران خانواده است که بیکار بوده و یا به تحصیل اشتغال ندارند و این مراقبت به‌عنوان بخشی از امور خانه‌داری و منزل محسوب می‌شود. مطالعات انجام‌شده در سایر جوامع نیز نشان می‌دهد که زنان و دختران عموماً به‌عنوان مراقبین اولیه بیماران در منزل عمل می‌کنند، براساس این مطالعات بیشتر مراقبین خانوادگی را زنان میانسال با سن کم‌تر از 60 سال تشکیل می‌دهند. در بیماران سالمند، اغلب مراقبین، دختران یا همسران آن‌ها هستند (18 و 19).

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که هرگاه مداخله آموزش روانی خانواده با مراقبت‌های بهداشت روانی معمول ترکیب و همراه شود، بر کاهش مشکلات روانی مراقبین خانوادگی تأثیر قابل‌توجهی دارد. در مطالعه حاضر آموزش روانی گروهی توانست در کاهش مشکلات روانی (افسردگی، اضطراب و استرس) مراقبین خانوادگی بیماران مبتلا به اختلال اسکیزوفرنیا و اختلال خلقی مؤثر باشد. مطالعات گذشته نشان داده است که مراقبین خانوادگی بیماران اسکیزوفرن و اختلال خلق با میزان مشکلات روانی تقریباً مشابه و یکسانی مواجه هستند و معمولاً شیوه‌های مقابله و سازگاری مشابهی را برای رویارویی با آن‌ها استفاده می‌کنند (20). نتیجه

## نتیجه گیری

با توجه به اثربخشی این مداخله در کاهش افسردگی، اضطراب و استرس مراقبین خانوادگی، به نظر می رسد که این برنامه با اعمال پاره‌ای تغییرات با در نظر داشتن نوع اختلال روانی، بتواند در کاهش علائم افسردگی، اضطراب و استرس مراقبین خانوادگی مبتلایان به سایر اختلالات روان پزشکی قابل استفاده باشد.

## تشکر و قدردانی

این مطالعه با بهره‌گیری از اعتبار تخصیص یافته از

سوی مرکز تحقیقات علوم رفتاری وابسته به دانشگاه علوم پزشکی اصفهان انجام گرفته است. همچنین نویسندگان مقاله بر خود لازم می‌دانند از همکاری و مساعدت اعضای هیأت علمی و کارکنان مرکز تحقیقات علوم رفتاری، مسئول واحد کاردرمانی، سرکارخانم لنکرانی، کارکنان پرستاری بخش‌های روان پزشکی مردان و زنان و نیز مشارکت خانواده بیماران روانی بستری در بیمارستان نور تشکر و قدردانی نمایند.

## References

- Honea NJ, Brintnall RA, Given B, Sherwood P, Colao DB, Somers SC, et al. Putting evidence into practice: nursing assessment and interventions to reduce family caregiver strain and burden. *Clin J Oncol Nur* 2008; 12(3): 507-16.
- Gutierrez- maldonado J, Caqueo-urizar A, Kavanagh D. Burden of care and general health in families of patients with schizophrenia. *Social Psych Epid* 2005; 40 (11): 899-904.
- Hudson P, Quinn K, Kristjanson L, Thomas T, Braithwaite M, Fisher J, et al. Evaluation of a psycho-educational group program for family caregivers in home-based palliative care. *Pall Med* 2008; 22(2): 70-80.
- Kristjanson L, Aoun S. Palliative care for families: remembering the hidden patients. *Canad J Psychia* 2004; 49(3): 359-65.
- Picot S J. Family caregivers: windows into their worlds. *Refelections* 1996; 22 (4):13-4.
- Navidian A, Bahari F. Burden experienced by family caregivers of patients with mental disorders. *Pak J Psycholo Res* 2008; 23 (1-2): 19-28.
- Vitaliano PP, Katon W J. Effects of stress on family caregivers: recognition and management. *Psychiatric times* 2006; 23(7): 24-31.
- Onega L. Helping those who help others. *Ameri J Nur* 2008; 108 (9): 62-4.
- Grandon P, Jenaro C, Lemos S. Primary caregivers of schizophrenia outpatients: burden and predictor variables. *Psych Res* 2007; 185(3): 335-43.
- Goode KT, Haley WE, Roth DL, Fotd GR. Predicting longitudinal changes in caregiver physical and mental health: a stress process model. *Health Psychol* 1998; 17(2):190-8.
- Gutierrez- maldonado J, Caqueo-urizar A. Effectiveness of a psycho-educational intervention for reducing burden in latin american families of patients with schizophrenia. *Qual Life Res* 2007; 16(5): 739-47.
- Riebschegeer J, Scheid C, Luz C, Mickus M, Liszewski C, Eaton M. How are the experiences and needs of families of individuals with mental illness reflected in medical education guidelines? *Acade Psychiat* 2008; 32(2):119-26.
- Awad AG, Voruqanti LN. The burden of schizophrenia of caregivers: a review. *Pharmacoeconomics* 2008; 26(2):149-62.
- Sorensen S, Pinquart M, Duberstein P. How effective are interventions with caregivers? an update meta analysis. *Gerontologist* 2002; 42(3):356- 72.
- Lovibond F, Lovibond SH. The structure of negative emotional states. *Behav Res Ther* 1995;33(3): 335- 43.
- Afzali A, Delavar A, Borjali A, Mirzamani M. Psychometric properties of DASS- 42 as assessed in a sample of Kermanshah high school students. *J Res Behav Scie* 2007; 5(2): 81-92.
- Sepeheri S, Samani S. [The effect of religious self- discrepancy on emotional problems(Persian)]. The 2nd national congress of religion and mental health. University of Teheran, Tehran, Iran 2007, April 21-23, Pp: 40-1.
- Smith A, Schwirian PM. The relationship between caregiver burden and TBI survivor's cognition and functional ability after discharge. *Rehab Nur* 1998; 22(4): 252-7.
- Lopelowicz A, Zarit R, Smith VG, Mintz J, Liberman RP. Disease management in latinos with schizophrenia: a family – assisted skills training approach. *Schizo Bull. Washington*: 2003; 29(2): 211.



20. Magliano L, Fiorillo A, Magliano C, Derosa C, Favata G, Sasso A, et al. Family psycho-educational interventions for schizophrenia in routine setting: impact of patients' clinical status and social functioning and on relatives' burden and resources. *Epid Psychi* 2006; 15(3): 219-27.
21. Bernhard B, Schaub A, Kummeler P, Dittmann S, Severus E, Seemuller F, et al. Impact of cognitive-psychoeducational interventions in bipolar patients and their relatives. *Europ Psychi* 2006; 21(7): 81-6.
22. Chien WT, Thompson DR, Norman I. Evaluation of a peer- led mutual support group for chienesese families of people with schizophrenia. *Ameri J Comm Psychol* 2008; 42(1-2):122- 35.
23. Kulhara P, Chakrabarti S, Avasthi A, Sharma A, Sharma S. Psychoeducational intervention for caregivers of indian patients with schizophrenia: a randomized cotrolled trial. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, Published Online: Nov 24, 2008, 1-12.
24. Karanci AN. Caregivers of turkish schizophrenic patients: causal attributions, burdens and attitudes to help from the health professional. *Social Psychi Psychi Epidem* 2004; 30(6): 261 -8.
25. Caqueo-urizar A, Gutierrez- maldonado J. Burden of care in families of patients with schizophrenia. *Qual Life Res* 2006; 15(4): 719- 24
26. Corsentino EA, Molinari V, Gum AM, Roscoe LA, Mills WL. Family caregivers' future planning for younger and older adults with serious mental illness. *J App Gerontol* 2008; 27(4): 466- 71.