

مقایسه اثر کلوزاپین و ضدپسیکوزهای کلاسیک بر فشار و سلامت روانی مراقبان بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا

دکتر سید کاظم ملکوتی*، مرجان پشت‌مشهدی**

چکیده

مقدمه: نظر به تأثیر علائم اسکیزوفرنیا بر سلامت روانی مراقبان بیماران مزمن روانی و عوامل مؤثر بر آن، در این بررسی اثر کلوزاپین و ضدپسیکوزهای کلاسیک بر فشار و سلامت روانی مراقبان بررسی شده است.

مواد و روش کار: ۲۰۳ بیمار مبتلا به اسکیزوفرنیا و مراقبان آنها در یک بررسی گذشته‌نگر بررسی شدند. آزمودنی‌ها به روش پی در پی به بررسی وارد شدند. پرسش‌نامه‌های جمعیت‌شناختی و فشار مراقب (FBIS) و مقیاس توانبخشی و سلامت عمومی روی مراقبان اجرا شد. داده‌ها با روش‌های آماری خی‌دو، ضریب همبستگی، تحلیل رگرسیون و t تحلیل شدند.

یافته‌ها: بیماران تحت درمان با کلوزاپین را بیشتر مردان جوان، بی‌کار، با دفعات بستری بیشتر و سطح تحصیلات بالاتر تشکیل دادند. مراقبان آنها بیشتر از گروه والد بودند. همبستگی مثبتی میان فشار، سلامت روانی مراقب و علائم روانی بیمار دیده شد. علائم روانی به‌ویژه علائم منفی در گروه کلوزاپین شدت کمتری داشت، اما فشار و سلامت روانی مراقبان تفاوت معنی‌داری را نشان ندادند.

نتیجه‌گیری: احتمالاً کلوزاپین با کنترل بهتر علائم مثبت و منفی اسکیزوفرنیا، می‌تواند در کاهش فشار روانی مراقبان و حفظ سلامت روانی آنان مؤثر باشد.

کلیدواژه: اسکیزوفرنیا، مراقب، سلامت روانی، فشار روانی، ضدپسیکوز

مقدمه
افراد دارای ناتوانی‌های مزمن روانپزشکی با خانواده‌ها
بررسی‌ها نشان داده‌اند که بین یک سوم تا دو سوم زندگی می‌کنند (دایک^۱، شورت^۲ و ویتالیانو^۳، ۱۹۹۹).

* روانپزشک، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی ایران، تهران، خیابان ستارخان، خیابان نیایش، نبش خیابان شهید منصوری، انستیتو روانپزشکی تهران و مرکز تحقیقات بهداشت روان (نویسنده مسئول).
E-mail: malakouti@hbi.ir
** دانشجوی دوره دکتری روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، اوین، بلوار دانشجو، خیابان کودکیار، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، گروه روانشناسی بالینی.

(ولتمن^{۳۲}، کامرون^{۳۳}، استوارت^{۳۴}، دایک و همکاران، ۱۹۹۹).

این فشار روانی می‌تواند به انزوای خانواده‌ها (ولتمن و همکاران، ۲۰۰۲) بیانجامد و اثرات زیانباری بر سلامت روانی آنان داشته باشد. بررسی‌ها نشان داده‌اند که بیش از ۲۵٪ مراقبان ممکن است به اختلال‌های عصبی روانی مبتلا شوند (صالح^{۳۵}، ۱۹۹۴؛ لیدلاو^{۳۶}، کوردیل^{۳۷}، فالون^{۳۸} و کید^{۳۹}، ۲۰۰۲).

بررسی‌ها نشان داده‌اند که کلوزاپین نسبت به ضدپسیکوزهای کلاسیک اثربخشی بیشتری بر علائم منفی، علائم آشفته، موارد مقاوم به درمان، افسردگی و خودکشی این بیماران دارد و منجر به کیفیت بهتر زندگی، همکاری بیشتر بیماران در درمان و عوارض اکستراپیرامیدال کمتر می‌شود (میلر^{۴۰}، پری^{۴۱}، کادوریت^{۴۲} و اندرسون^{۴۳}، ۱۹۹۴؛ لی^{۴۴}، تامپسون^{۴۵} و ملتر^{۴۶}، ۱۹۹۴؛ کارپتر^{۴۷}، کونلی^{۴۸} و بوچانان^{۴۹}، ۱۹۹۵؛ بوچانان، ۱۹۹۵؛ کین^{۵۰} و همکاران، ۲۰۰۱؛ چن‌گاپا^{۵۱}، واسیل^{۵۲}، لوین^{۵۳} و اولریچ^{۵۴}، ۲۰۰۲؛ اسوک^{۵۵}، فریس‌من^{۵۶} و کوول^{۵۷}، ۲۰۰۰).

با وجود این‌که رفتارهای خشونت‌بار و داغ بیماری^۱ در مراقبان بیماران اسکیزوفرنیا نسبت به بیماری‌های مزمن جسمانی بالاتر است، مراقبان این بیماران کمتر حاضر به سپردن بیمار خود به مؤسسات نگهداری هستند (ملکوتی، ۱۳۷۷؛ اوهری^۲ و فیدو^۳، ۲۰۰۱).

شناخت منابع فشار مراقبان بیماران اسکیزوفرنیا و طرح‌ریزی روش‌های درمانی که بتوانند این فشار را کاهش دهند، اثر بیشتری بر سیر بیماری و نتیجه درمان خواهد داشت. علائم مرحله حاد (عود بیماری) و باقیمانده (مرحله بین عودهای بیماری) بیماری (تسانگ^۴، پیرسون^۵ و یون^۶، ۲۰۰۲؛ یونگ‌بائر^۷ و انگرمایر^۸، ۲۰۰۲) و پیامدهای گوناگون آن از جمله وجود علائم منفی، رفتار اجتماعی خجالت‌آور، اشکال در گذراندن اوقات فراغت و روابط با دیگران، سوءمصرف مواد و الکل و سوءرفتار با مراقبان از منابع فشار خانواده به‌شمار می‌روند (کالرت^۹ و لیس^{۱۰}، ۲۰۰۱؛ وادای^{۱۱}، سوسای^{۱۲}، گیلرد^{۱۳} و آدلارد^{۱۴}، ۱۹۹۷؛ بیگل^{۱۵}، میلیگان^{۱۶} و پوتنام^{۱۷}، ۱۹۹۴؛ پراونچر^{۱۸} و موزر^{۱۹}، ۱۹۹۷؛ جنکینز^{۲۰} و شوماخر^{۲۱}، ۱۹۹۹؛ دایک و همکاران، ۱۹۹۹؛ ولتاس^{۲۲}، دینگماس^{۲۳} و شن^{۲۴}، ۲۰۰۲؛ باروکلان^{۲۵}، لوبان^{۲۶} و هوتون^{۲۷}، ۲۰۰۱). در این میان برخی از مراقبان علائم منفی را فشارآورتر از علائم مثبت بیماری می‌دانند (گوپینات^{۲۸} و چاتوروودی^{۲۹}، ۱۹۹۲؛ پراونچر و موزر، ۱۹۹۷).

بستری‌های پی‌درپی به‌دلیل عود بیماری، عدم ارتباط پیوسته با پزشک معالج، قطع نابهنگام دارو، از دست دادن توان کار، کاهش توان مالی خانواده و سرزنش احتمالی خانواده‌ها توسط کارشناسان بهداشت روانی نیز برای خانواده‌ها فشار روانی به‌همراه دارند (ویدن^{۳۰} و الفسون^{۳۱}، ۱۹۹۵). نزدیک به ۵۰٪ بیماران در سال اول و ۸۰٪ آن‌ها در سال دوم دچار عود علائم می‌گردند.

نبود حمایت و آموزش لازم برای رویارویی با رفتارهای زیانبار بیمار، مشکلات مربوط به بستری بیمار در مرحله حاد از جمله مسائل مالی، رویارویی با مسائل قانونی رفتار بیمار در جامعه و ننگ دانستن بیماری در خانواده نیز فشار روانی به‌شمار می‌روند

1- stigma	2- Ohaeri
3- Fido	4- Tsang
5- Pearson	6- Yoen
7- Jungbauer	8- Angermeyer
9- Kallert	10- Leisse
11- Vaddai	12- Soosai
13- Gilleard	14- Adlard
15- Biegel	16- Milligan
17- Putnam	18- Provencher
19- Mueser	20- Jenkins
21- Schumacher	22- Wolthaus
23- Dingemas	24- Schene
25- Barrowclough	26- Lobban
27- Hotton	28- Gopinath
29- Chaturvedi	30- Weiden
31- Olfson	32- Veltman
33- Cameron	34- Stewart
35- Saleh	36- Laidlaw
37- Coverdale	38- Faloon
39- Kydd	40- Miller
41- Perry	42- Cadorate
43- Anderson	44- Lee
45- Thompson	46- Melter
47- Carpenter	48- Conley
49- Buchanan	50- Kane
51- Chengappa	52- Vasile
53- Levine	54- Ulrich
55- Essock	56- Frisman
57- Covell	

دست کم ۱۵ سال سن، ۳- سپری شدن دست کم ۳ ماه از مرحله حاد بیماری (یا عود بیماری)، ۴- نداشتن بیماری روانی- عضوی، ۵- نبود سوءمصرف مواد همراه با اسکیزوفرنیا، ۶- مبتلا نبودن به بیماری صرع و ۷- رضایت بیمار و مراقب وی از شرکت در این پژوهش.

پس از انتخاب بیمار و ابراز موافقت شفاهی همراه وی برای تکمیل پرسشنامه‌ها، آن دو به روانشناس یا دستیار روانپزشکی که قبلاً روش تکمیل پرسشنامه‌ها را فرا گرفته بودند، معرفی می‌شدند. برای گردآوری داده‌ها پرسشنامه‌های زیر به کار برده شد:

۱- یک پرسشنامه ویژگی‌های جمعیت‌شناختی.
۲- FBIS^۳: (پای^۴ و کاپور^۵، ۱۹۸۱) یک مصاحبه نیمه‌ساختاریافته است که فشار خانواده را در شش زمینه ارزیابی می‌کند. هر یک از پرسش‌ها به صورت شدید (۲)، متوسط (۱) یا بدون فشار (صفر) پاسخ می‌گیرند و نمره‌گذاری می‌شوند. بالاترین نمره ۴۸ می‌باشد. پایایی درونی آن ۰/۷۲ گزارش شده است (ملکوتی، نوری قاسم‌آبادی و نقوی، ۱۳۸۲).

۳- GHQ-28^۶ (گلدبرگ^۷ و هیلیر^۸، ۱۹۷۹): از چهار خرده‌مقیاس اضطراب، افسردگی، جسمانی‌سازی و عملکرد اجتماعی تشکیل شده است. هر یک از پرسش‌ها به روش لیکرت از صفر تا ۳ نمره‌گذاری می‌شود. بالاترین نمره ۸۴ می‌باشد. ضریب آلفا ۰/۸۸ و ضریب همبستگی هر یک از پرسش‌ها با نمره کل از ۰/۲۶ تا ۰/۷۵ گزارش شده است (یعقوبی، نصر اصفهانی و شاه‌محمدی، ۱۳۷۴). ضریب پایایی این ابزار به روش بازآزمایی ۰/۵۵ گزارش شده است (همان‌جا).

۴- MRSS^۹: برای سنجش شدت علائم بیماری ساخته شده و وضعیت بیمار را در زمینه‌های وابستگی،

تا کنون بررسی‌های اندکی در زمینه اثر داروهای ضدپسیکوز آتیپیک بر فشار روانی مراقبان انجام شده است. اسنیدر^۱ و گلدشتین^۲ (۲۰۰۲) در بررسی اثر درمانی دارو بر سلامت روانی مراقبان نشان دادند که کلوزاپین بیشتر از ضدپسیکوزهای کلاسیک فشار خانواده را کاهش می‌دهد. آنان افزون بر مصرف دارو، از خدمات مشاوره‌ای مانند رواندرمانی فردی و خانواده‌درمانی نیز برای بیماران سود می‌بردند.

در کشور ما با توجه به کمبود تخت‌های روانپزشکی و نبود برخی خدمات مبتنی بر جامعه که می‌بایست شکاف میان خانواده‌ها و مراکز بستری کوتاه‌مدت را پر کنند، نقش داروهای مؤثرتر در کنترل علائم بیماری، که از مهم‌ترین منابع فشار خانواده به‌شمار می‌روند، آشکار می‌شود.

پژوهش حاضر در این راستا و با توجه به اندک بودن خدمات ارایه شده به خانواده‌های این بیماران در کشور ما با هدف مقایسه کلوزاپین و آنتی‌سایکوتیک‌های کلاسیک بر فشار روانی مراقبان و نیز سلامت روانی آنان در شرایط مراقبتی - درمانی موجود انجام شده است.

مواد و روش کار

در این بررسی ۲۰۳ مراقب بیمار مبتلا به اسکیزوفرنیا، ۱۰۰ بیمار تحت درمان با کلوزاپین و ۱۰۳ بیمار تحت درمان با داروهای نورولپتیک کلاسیک، در یک طرح گذشته‌نگر مورد بررسی قرار گرفتند. انتخاب بیماران با رعایت شرایط زیر ادامه یافت تا آزمودنی‌های مورد نیاز در هر یک از گروه‌های درمانی تکمیل گردد. آزمودنی‌ها به صورت پی‌درپی از بیماران در دسترس انتخاب شدند. محیط پژوهش شامل درمانگاه‌های مراکز روانپزشکی حضرت رسول (ص)، ایران و چند کلینیک خصوصی بود. معیارهای انتخاب بیمار و مراقب وی به شرح زیر بود: ۱- دارا بودن ملاک‌های تشخیصی اسکیزوفرنیا بر پایه DSM-IV (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۱۹۹۴)، ۲- داشتن

1- Snyder 2- Goldstein
3- Family Burden Interview Scale
4- Pai 5- Kapur
6- General Health Questionnaire
7- Goldberg 8- Hillier
9- Morning-Side Rehabilitation Status Scale

عدم فعالیت، انزوا، تأثیر علائم بیماری و عملکرد ارزیابی می‌کند. روایی بین دو نفر روانپزشک در خرده مقیاس‌های آن ۰/۶۸ تا ۰/۹۰ گزارش شده است (پاینده‌فر، ۱۳۷۵). همبستگی میان خرده مقیاس‌ها از ۰/۵۹ تا ۰/۷۰ متغیر بود. در تحلیل عاملی، وابستگی ۰/۷۲، عدم فعالیت ۰/۱۳، انزوای طلبی ۰/۱۰ و تأثیرپذیری رفتار از علائم بیماری ۰/۰۵ تغییرات کل واریانس را تبیین کرد (افلک^۱ و مک‌گویر^۲، ۱۹۸۴).

برای تحلیل داده‌ها آزمون‌های آماری خی دو، t ، ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون به کار گرفته شدند.

یافته‌ها

از ۲۱۵ بیمار انتخاب شده ۱۲ مورد به علت مصرف توأم کلوزاپین و نورولپتیک‌های کلاسیک و یا ریسپریدون و نورولپتیک‌های کلاسیک از بررسی حذف شدند. در نهایت ۱۰۰ بیمار در گروه کلوزاپین و ۱۰۳ بیمار در گروه نورولپتیک کلاسیک بررسی شدند. در گروه اخیر، بیماران از داروهای مختلف، از جمله نوع تزریقی دپو استفاده می‌نمودند. در گروه کلوزاپین، ۱۶ مورد کلوزاپین و ریسپریدون را با هم مصرف می‌کردند. کمترین دوز مصرفی کلوزاپین ۱۵۰ میلی‌گرم بود. تنها در یک مورد ۵۰ میلی‌گرم کلوزاپین به تنهایی تجویز شده بود. دو مورد نیز فقط تحت درمان با ریسپریدون بودند که به دلیل کم بودن شمار آنها، نتایج به دست آمده از آنها در گروه کلوزاپین ارایه شد.

ویژگی‌های جمعیت‌شناختی دو گروه بیماران مورد بررسی در جدول ۱ آورده شده است. همان‌گونه که جدول نشان می‌دهد در هر دو گروه شمار بیشتری از بیماران، پسر خانواده بودند ($t=14/89$ ، $df=3$ ، $p<0/05$). درصد بیشتری از بیماران در هر دو گروه مجرد ($t=16/1$ ، $df=2$ ، $p<0/01$) و بی‌کار ($t=9/27$ ، $df=2$ ، $p<0/01$) بودند. بیماران گروه کلوزاپین جوانتر بوده، بیماری در سن پایین‌تری شروع شده، در طول

مدت بیماری بیشتر بستری ($\chi^2=2/7$ ، $df=200$ ، $p<0/01$) و ویزیت ($\chi^2=4/3$ ، $df=200$ ، $p<0/01$) شدند.

جدول ۲ ویژگی‌های جمعیت‌شناختی مراقبین بیماران را نشان می‌دهد. همان‌گونه که جدول نشان می‌دهد درصد بیشتری از مراقبین گروه کلوزاپین را والدین تشکیل دادند ($t=10/5$ ، $df=3$ ، $p<0/05$). میانگین سنی مراقبین بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا در گروه داروهای کلاسیک ۴۹/۸ و در گروه کلوزاپین ۵۵/۷ سال بود. میانگین شمار فرزندان در گروه کلاسیک ۴ و در گروه کلوزاپین ۴/۲ نفر بود که از این نظر تفاوت معنی‌دار نداشتند. هم‌چنین نسبت اعضای خانواده به تعداد اتاق‌ها در گروه کلاسیک ۲/۱۸ و در گروه کلوزاپین ۱/۸ بود. میانگین شمار اعضای خانواده در گروه کلاسیک ۴/۸ و در گروه کلوزاپین ۴/۳ بود که از نظر آماری معنی‌دار نیست.

در گروه کلوزاپین شمار فرزندان بیمار رابطه مثبت و معنی‌دار با علائم بیمار ($r=0/59$ ، $p<0/01$) و فشار روانی مراقب ($r=0/59$ ، $p<0/01$) داشت. هم‌چنین علائم روانی بیمار همبستگی معنی‌دار و مثبت با فشار روانی نشان داد ($r=0/59$ ، $p<0/01$). از این رو شاید بتوان گفت که ۳۶٪ فشار روانی مراقبین می‌تواند به علت علائم روانی بیمار باشد.

در گروه کلاسیک شمار اعضای خانواده رابطه مثبت و معنی‌داری با فشار روانی مراقب ($r=0/69$ ، $p<0/05$) داشت. شدت علائم روانی با فشار روانی بیمار ($r=0/69$ ، $p<0/01$) و نیز سلامت روانی با فشار روانی ($r=0/57$ ، $p<0/01$) رابطه مثبت و معنی‌دار داشتند. در این گروه ۵۰٪ فشار روانی مراقب و ۳۶٪ وضعیت سلامت روانی آنان به شدت علائم روانی مربوط بود. از سوی دیگر ۳۶٪ سلامت روانی آنان به علت فشار روانی، تبیین پذیر بود.

مقایسه سلامت روانی و فشار روانی مراقبین در دو گروه نشان داد که در گروه کلوزاپین گذشته از خرده‌مقیاس "انزوایی"، در مقیاس‌های FBIS و MRSS و سایر خرده مقیاس‌های آن تفاوت معنی‌داری وجود ندارد (جدول ۳). نتایج نشان دادند که تمایل آماری برای کمتر شدن خرده مقیاس "تأثیرپذیری رفتار از علائم بیماری" و نیز نمره کل MRSS در گروه کلوزاپین وجود دارد. از آن‌جا که برپایه آزمون کولموگروف-اسمیرنوف نمونه‌های این پژوهش از توزیع بهنجار برخوردار نیستند ($z=4/9$, $p<0/001$).

ممکن است با افزایش شمار آزمودنی‌ها، این تفاوت معنی‌دار گردد. داده‌ها دوباره با آزمون ناپارامتریک من-وینتی بررسی شدند.

برای یافتن عوامل پیش‌بینی‌کننده فشار روانی مراقبین، آزمون رگرسیون به کار برده شد. آزمون نشان داد که "عدم فعالیت" ($\beta=4/1$, $p<0/001$)، "تأثیرپذیری رفتار از علائم بیماری" ($\beta=2/09$, $p<0/01$)، و نیز "بیمه‌درمانی بیمار" ($\beta=3/61$, $p<0/05$)، با فشار روانی مراقب در کل آزمودنی‌ها رابطه معنی‌دار دارند.

جدول ۱- ویژگی‌های جمعیت‌شناختی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا و تحت درمان با نورولپتیک‌های کلاسیک یا کلوزاپین

نمره آزمون**	گروه کلوزاپین (n=100) فراوانی (%)	گروه نورولپتیک کلاسیک (n=103) فراوانی (%)	ویژگی‌های جمعیتی
	۳	۱۲ (۱۲)	*موقعیت بیمار والد
۱۴/۸۹*	۶۵	۴۱ (۴۱)	در خانواده پسر
	۲۳	۲۸ (۲۸)	دختر
	۹	۱۹ (۱۹)	همسر
۲/۷۸*	۲۶	۳۸ (۳۶/۹)	جنس زن
	۷۴	۶۵ (۶۳/۱)	مرد
۱۶/۱*	۷۴	۵۰ (۴۸/۶)	وضعیت تأهل مجرد
	۱۵	۴۰ (۳۸/۸)	متاهل
	۱۱	۱۳ (۱۲/۶)	مطلقه و بیوه
۶/۶۴	۱۶	۳۰ (۲۹/۱)	سطح بی‌سواد/ ابتدایی
	۴۲	۲۹ (۲۸/۲)	تحصیلات متوسطه
	۴۲	۴۴ (۴۲/۷)	دیپلمه و بالاتر
۹/۲۷*	۱۱	۱۷ (۱۶/۵)	وضعیت شغلی شاغل
	۷۹	۶۴ (۵۹/۲)	بی‌کار
	۸	۲۲ (۳/۲۴)	در حال تحصیل
			یا خانه‌دار
۱۲/۴۸*	۸۴	۷۲ (۶۹/۲)	وضعیت بیمه بلی
	۳	۱۹ (۱۸/۴)	خیر
	۱۲	۱۲ (۱۱/۷)	سازمان خیریه

* سه مورد "سایر" از گروه کلاسیک حذف شدند.

** متغیرهای غیر کمی با آزمون خی‌دو و متغیرهای کمی با آزمون آماری t مستقل آزمون شدند.

جدول ۲- ویژگی‌های جمعیت‌شناختی مراقبان بیماران اسکیزوفرنیک تحت درمان با نورولپتیک‌های کلاسیک و کلوزاپین

مشخصات جمعیتی	گروه کلاسیک		گروه کلوزاپین		درجه آزادی	سطح معنی‌داری
	فرآوانی (%)	فرآوانی (%)	نمره آزمون**	درجه آزادی		
*موقعیت مراقب در خانواده	مادر	۴۷ (۴۷/۵)	۶۱	۱۵/۵	۳	۰/۰۰۱
	پدر	۹ (۹)	۱۸			
	خواهر/ برادر	۱۳ (۱۳/۱)	۸			
	پسر/ دختر	۹ (۹)	۱			
جنس	همسر	۲۱ (۲۱/۲)	۱۱	۳/۳	۱	N.S.
	زن	۷۷ (۷۴/۸)	۸۵			
	مرد	۲۶ (۲۵/۲)	۱۵			
وضعیت تأهل	مجرد	۹ (۸/۷)	۵	۱/۵۲	۲	N.S.
	متأهل	۷۴ (۷۱/۸)	۷۱			
	مطلقه/ بیوه	۲۰ (۱۹/۴)	۲۴			
وضعیت تحصیلی	بی‌سواد/ ابتدایی	۵۹ (۵۷/۸)	۵۷	۰/۴۴۸	۲	N.S.
	متوسطه	۱۹ (۱۸/۶)	۱۶			
	دیپلم/ بالاتر از دیپلم	۲۴ (۲۳/۵)	۲۷			

* چهار مورد "سایر" از گروه کلاسیک و یک مورد از گروه کلوزاپین حذف شدند.

** برای متغیرهای کیفی از کای - دو و برای متغیرهای کمی از t-test مستقل استفاده شد.

جدول ۳- مقایسه وضعیت روانی بیماران، سلامت روانی و فشار روانی مراقبان بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا تحت درمان نورولپتیک‌های کلاسیک و کلوزاپین

گروه نورولپتیک کلاسیک	گروه کلوزاپین		نمره آزمون	درجه آزادی	سطح معنی‌داری
	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)			
MRSS	۱۳/۵۶ (۴/۶)	۱۲/۴۷ (۴/۵۶)	-۱/۶۹	۲۰۱	۰/۰۹
وابستگی	۳/۲۵ (۱/۲۷)	۳/۱۴ (۱/۲۷)	-۰/۶۲	۲۰۱	N.S.
عدم فعالیت	۳/۴۱ (۱/۴)	۳/۲۶ (۱/۵۴)	-۰/۷۶	۲۰۱	N.S.
انزواطلبی	۳/۶۲ (۱/۲۹)	۳ (۱/۳)	-۲/۹۵	۲۰۱	۰/۰۰۳
تأثیر پذیری رفتار از علایم روانی	۳/۲۲ (۱/۴۴)	۲/۹ (۱/۱۵)	-۱/۷۵	۲۰۱	۰/۰۸
GHQ	۲۰/۲۸ (۱۳/۲)	۲۰/۸ (۱۲/۳)	۰/۳	۲۰۱	N.S.
FBIS	۲۱/۲۱ (۱۰/۱۴)	۲۱ (۹/۲۶)	-۰/۰۹	۲۰۱	N.S.
فشار ذهنی	۱/۵۹ (۰/۶۲)	۱/۵۹ (۰/۵۳)	۰/۰۳	۱۸۴	N.S.

در این گروه "نمره کل علایم روانی" و "جنسیت مراقب" ۶۱٪ تغییرات واریانس فشار روانی را تبیین می‌کنند.

$$= -۶/۸۵ + (۱/۴۹ \times \text{MRSS}) + (۵/۵ \times \text{مراقب})$$

فشار روانی مراقب

انجام آزمون یادشده در گروه کلوزاپین و قرار گرفتن خرده مقیاس "عدم فعالیت" در معادله رگرسیون، ۶۰٪ تغییرات واریانس فشار روانی را تبیین نمود.

$$(عدم فعالیت \times ۵/۳۴) + ۴/۱۳۵ = \text{فشار روانی}$$

(بیمه درمانی $\times ۳/۶۱$) + (تأثیر پذیری رفتار از علایم روانی $\times ۲/۰۹$) + (عدم فعالیت $\times ۴/۱$) = -۲/۷۷ + فشار روانی مراقب.

در کل آزمودنی‌ها، "عدم فعالیت"، "تأثیر پذیری رفتار از علایم روانی" و "بیمه درمانی" مجموعاً ۶۴٪ تغییر واریانس فشار روانی مراقب را تبیین می‌کنند.

این بررسی در گروه کلاسیک رابطه معنی‌دار میان فشار مراقب با نمره کل علایم روانی و جنس نشان داد.

در گروه کلوزاپین بین شمار فرزندان و شدت علایم ارتباط مثبت به دست آمد. ممکن است افزایش شمار فرزندان، مشکلات اقتصادی و مسئولیت‌های بیمار و مراقب را افزایش داده (پراونچر و موزر، ۱۹۹۷)، باعث افزایش فشار روانی شود. هم‌چنین بین شدت علایم و فشار روانی مراقب رابطه مثبت دیده شد که با پژوهش‌های پیشین هماهنگ است (ملکوتی و همکاران، ۱۳۷۷؛ جنکینز و شوماخر، ۱۹۹۹؛ دایک و همکاران، ۱۹۹۹؛ اوهری و فیدو، ۲۰۰۱؛ ولتاس و همکاران، ۲۰۰۲).

رابطه مثبت به دست آمده بین فشار و سلامت عمومی مراقب با یافته‌های پژوهشی صالح (۱۹۹۴) و اوهری (۲۰۰۲) هماهنگ و با پژوهش بیگل و همکاران (۱۹۹۴) ناهماهنگ است.

در گروه ضدپسیکوزهای کلاسیک بین هیچ‌یک از متغیرهای جمعیت‌شناختی بیمار با فشار و سلامت عمومی مراقب یا شدت علایم بیمار رابطه‌ای به‌دست نیامد که با بررسی‌های بیگل و همکاران (۱۹۹۴) و صالح (۱۹۹۴) هماهنگ است. هم‌چنین با یافته‌های ملکوتی و همکاران (۱۳۸۲)، مبنی بر کمتر فرستادن بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا به مؤسسات نگهداری توسط مراقبان و اعضای خانواده آنها، و یافته‌های دایک و همکاران (۱۹۹۹) مبنی بر زندگی بخش بزرگی از بیماران مبتلا به اختلال‌های روانپزشکی در خانواده و نیز نتایج اوهری و فیدو (۲۰۰۱) هماهنگی ندارد.

وجود رابطه مثبت بین شدت علایم روانی بیمار و فشار روانی و سلامت روانی مراقب در گروه کلوزاپین با یافته‌های گزارش شده از سوی دایک و همکاران (۱۹۹۹) هم‌خوانی دارد.

در بررسی فرضیه‌های پژوهش، تفاوت معنی‌دار و یا در حد معنی‌دار بین دو گروه در شدت علایم به‌ویژه علایم مثبت و منفی به‌دست آمد. در گروه کلوزاپین شدت علایم کلی، علایم مثبت و انزواطلبی بیماران

این بررسی نشان داد که بیماران گروه کلوزاپین با آسیب‌شناسی روانی شدیدتر و نیز سیر بیماری بدتری روبه‌رو بودند. بیماران این گروه را بیشتر مردان مجرد، جوان، بی‌کار، با سن پایین‌تر شروع بیماری، دفعات بستری بیشتر، دفعات ویزیت بیشتر و شمار فرزندان کمتر تشکیل دادند. به‌جز شمار فرزندان، سایر موارد با یافته‌های رمینگتون^۱ و خراموف^۲ (۲۰۰۱) هم‌خوانی دارد.

مراقبان گروه کلوزاپین بیشتر پدران و مادران بودند. مراقبان دو گروه از نظر جنس، وضعیت تأهل و وضعیت تحصیلی تفاوت معنی‌داری نداشتند.

دلیل تفاوت معنی‌دار ویژگی‌های جمعیت‌شناختی دو گروه می‌تواند ۱- بیشتر بودن احتمال بروز رفتارهای پرخاشگرانه و تکانشی در بیماران مرد و جوان و ۲- احتمال بدتر شدن سیر بیماری و مقاوم‌شدن به درمان به‌دلیل شروع زودرس بیماری باشد. این یافته با یافته‌های سالم^۳ و کرینگ^۴ (۱۹۹۸) هماهنگ است. این پژوهشگران با بازبینی بیش از صد پژوهش در زمینه تفاوت ویژگی‌های جمعیت‌شناختی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا دریافتند که بین دو جنس تفاوت‌های مهمی وجود دارد. در مردان سن شروع پایین‌تر، سیر بیماری بدتر، نرخ بستری بالاتر، مدت بستری بیشتر، مشکلات رفتاری بیشتر، علایم منفی و انزوای اجتماعی بیشتر، عملکرد شغلی و اجتماعی ضعیف‌تر، عملکرد تحصیلی پایین‌تر و نرخ بهبود کمتر گزارش شده است. این ویژگی‌ها با ویژگی‌های جمعیت‌شناختی گروه کلوزاپین در این بررسی هم‌خوانی بیشتری دارد.

بیماران گروه کلوزاپین نسبت به گروه کلاسیک تحصیلات بیشتری داشتند، هر چند این تفاوت از نظر آماری معنی‌دار نبود. تأثیر مثبت کلوزاپین بر وضعیت شناختی بیماران ممکن است شرایط ذهنی بهتری را برای ادامه تحصیل این گروه فراهم کرده باشد (لی و همکاران، ۱۹۹۴؛ دیکسون^۵، لهنمن^۶ و لوین^۷، ۱۹۹۵).

1- Remington
3- Salem
5- Dixon
7- Levine

2- Khranov
4- Kring
6- Lehman

کمتر بود. این یافته، با یافته‌های گزارش شده در برخی پژوهش‌ها (میلر و همکاران، ۱۹۹۴؛ بوچانان، ۱۹۹۵؛ کارپنتر و همکاران، ۱۹۹۵؛ دکاردو و تاندون، ۱۹۸۱؛ رویکی، ۱۹۹۹؛ کین و همکاران، ۲۰۰۱؛ چن پاگا و همکاران، ۲۰۰۲؛ اسنیدر و گلدشتین، ۲۰۰۲) هم‌سو است.

اگرچه تفاوت معنی‌داری بین فشار روانی و سلامت عمومی مراقبان در دو گروه دیده نشد اما باید دانست که بیماران گروه کلوژاپین در این بررسی دارای آسیب‌شناسی روانی شدیدتر و سیر بیماری بدتر بودند، در حالی که پیش‌بینی می‌شد علائم روانی بیماران و سلامت روانی مراقبان در گروه کلوژاپین بدتر از گروه کلاسیک باشد. یافته‌های به‌دست آمده عکس این را نشان داد. از این رو می‌توان چنین نتیجه گرفت که اثر درمانی بیشتر کلوژاپین نسبت به گروه کلاسیک در کنترل علائم بیماری تا حدی بوده که تفاوت میان فشار روانی و سلامت روانی مراقبان دو گروه معنی‌دار نشده است. از این رو برای بررسی میزان تأثیر داروهای ضدپسیکوز آتیپیک در کاهش فشار روانی مراقبان و اثر محافظتی آن بر سلامت روانی آنان، پیشنهاد می‌شود چنین پژوهشی با طرح آینده‌نگر و با نمونه بیشتر انجام گیرد.

در بررسی عوامل پیش‌بینی‌کننده، نتایج تحلیل رگرسیون در کل نمونه نشان داد که "عدم فعالیت"، "تأثیرپذیری رفتار از علائم روانی بیمار" و "وجود بیمه درمانی" با فشار مراقب رابطه معنی‌دار دارد. به این ترتیب علائم مثبت و منفی و حمایت‌های اجتماعی می‌توانند در بروز فشار روانی در مراقب مؤثر باشند. نقش علائم مثبت و منفی در ایجاد فشار در مراقبان با پژوهش‌های گویینات و چاتوروردی (۱۹۹۲) و جنکینز و شوماخر (۱۹۹۹) هم‌خوانی دارد.

در گروه کلوژاپین، تنها متغیر پیش‌بینی‌کننده فشار روانی، "عدم فعالیت" بیمار بود. این یافته گویای آن است که به‌رغم بهبودی نسبی علائم منفی، چشم‌داشت خانواده از نتیجه درمان بیش از این بوده است و آنها با

درمان علامتی بیمار، توقع داشته‌اند او در زمینه‌های اجتماعی و خانوادگی فعالیت بیشتری داشته باشد.

در گروه ضدپسیکوزهای کلاسیک، دو متغیر "نمره کلی‌علائم" و "جنسیت مراقب" پیش‌بینی‌کننده فشار روانی بودند. در مقایسه با گروه کلوژاپین، در گروه کلاسیک علائم مثبت نیز از عوامل ایجادکننده فشار روانی به‌شمار می‌آیند. فشار روانی در مراقبان زن بالاتر بود اما تفاوت معنی‌دار نبود.

عدم امکان‌گزینش تصادفی آزمودنی‌ها و به‌کارگیری روش نمونه‌گیری در دسترس، حجم کم آزمودنی‌های دو گروه و دسترسی نداشتن به مراقبان گروهی از بیماران که منجر به کنارگذاشتن آنان و کاهش حجم نمونه شد، از محدودیت‌های پژوهش به‌شمار می‌روند.

پیشنهاد می‌شود در بررسی‌های آینده نمونه بزرگتری با روش نمونه‌گیری تصادفی مورد بررسی قرار گیرد. هم‌چنین امکان دسترسی به مراقبان از جمله ملاقات در منزل فراهم شود.

سپاسگزاران

این پژوهش با حمایت مالی مرکز تحقیقات بهداشت روان و قطب علمی انسیتو روانپزشکی تهران انجام شده است که بدین‌وسیله از آن مرکز قدردانی می‌گردد. نگارندگان از همکاری خانم‌ها کاملیا وحیدی، ایراندخت امیرآصفی، فتحیه ملکی، مژده سعیدخانی، دکتر مریم پاکروان، دکتر شیوا عابدی و آقایان دکتر ناصر همتی و دکتر علیرضا پیرزاده تشکر می‌کنند.

دریافت مقاله: ۱۳۸۲/۱۲/۳؛ دریافت نسخه نهایی: ۱۳۸۳/۴/۲۹؛

پذیرش مقاله: ۱۳۸۳/۵/۷

منابع

پاینده‌فر، حسن (۱۳۷۵). *بررسی عملکرد فردی و اجتماعی بیماران مزمن بستری در مرکز روانپزشکی رازی*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد

- schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 152, 827-832.
- Chengappa, K. N. R., Vasile, J., Levine, J., & Ulrich, R. (2002). Clozapine: Its impact on aggressive behavior among patients in a state psychiatric hospital. *Schizophrenia Research*, 53, 1-6.
- De Quardo, J. R., & Tandon, R. (1981). Do atypical antipsychotic medications favorably alter the long-term course of schizophrenia? *Journal of Psychiatric Research*, 32, 229-242.
- Dixon, L. B., Lehman, A. F., & Levine, J. (1995). Conventional antipsychotic medication for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 21, 567-577.
- Dyck, D. G., Short, R., & Vitaliano, P. P. (1999). Predictors of burden and infectious illness in schizophrenia caregivers. *Psychosomatic Medicine*, 6, 411-419.
- Essock, S. M., Frisman, L. K., & Covell, N. H. (2000). Cost-effectiveness of clozapine compared with conventional antipsychotic medication for patients in state hospitals. *Archives of General Psychiatry*, 57, 987-994.
- Goldberg, D. P., & Hillier, V. F. (1979). A scaled version of General Health Questionnaire. *Psychological Medicine*, 9, 131-145.
- Gopinath, P. S., & Chaturvedi, S. K. (1992). Distressing behavior of schizophrenics at home. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 86, 185-188.
- Grant, I. (1999). Caregiving may be hazardous to your health. *Psychosomatic Medicine*, 61, 420-423.
- Jenkins, J. H., & Schumacher, J. G. (1999). Family burden of schizophrenia and depressive illness, specifying the effects of ethnicity, gender and social ecology. *British Journal of Psychiatry*, 174, 31-38.
- کاردرمانی. دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی ایران، دانشکده توانبخشی.
- ملکوتی، سید کاظم (۱۳۷۷). *تخمین مقدماتی تخت‌های روانپزشکی مورد نیاز کشور*. گزارش منتشر نشده.
- ملکوتی، سید کاظم؛ نوری قاسم‌آبادی، ربابه؛ نقوی، محسن (۱۳۸۲). تعیین میزان فشار مراقبین بیماران مزمن روانی و تعیین نیاز آنان به خدمات مراقبتی و درمانی. *مجله حکیم، دوره ۶، شماره ۲، ۱-۱۰*.
- یعقوبی، نوراله؛ نصرافهانی، مهدی؛ شاه‌محمدی، داود (۱۳۷۴). بررسی همه‌گیرشناسی اختلالات روانی در مناطق شهری و روستایی صومعه‌سرا-گیلان. *فصلنامه اندیشه و رفتار، سال اول، شماره ۴، ۶۵-۵۵*.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Affleck, J. W., & McGuire, R. J. (1984). The measurement of psychiatric rehabilitation status. A review of the needs and a new scale. *British Journal of Psychiatry*, 145, 515-517.
- Barrowclough, C., Lobban, F., & Hotton, C. (2001). An investigation of models of illness in cares of schizophrenia patients using the illness perception questionnaire. *The British Journal of Clinical Psychology*, 40, 371-379.
- Biegel, D. E., Milligan, S. E., & Putnam, P. L. (1994). Predictors of burden among lower socioeconomic status caregivers of persons with chronic mental illness. *Community Mental Health Journal*, 30, 473-494.
- Buchanan, R. W. (1995). Clozapine efficacy and safety. *Schizophrenia Bulletin*, 21, 579-591.
- Carpenter, W. T., Conley, R. R., & Buchanan, R. W. (1995). Patient response and resource management: An other view of clozapine treatment of

- Jungbauer, J., & Angermeyer, M. C. (2002). Living with a schizophrenic patient: A comparative study of burden as it affects parents and spouses. *American Journal of Psychiatry*, 62, 110-123.
- Kallert, T. W., & Lisse, M. (2001). Schizophrenic patients' normative needs for community based psychiatric care: An evaluative study throughout the year following hospital release in the Dresden region. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 36, 1-12
- Kane, J. M., Marder, S. R., Schooler, N. R., Wirshing, W. C., Umbricht, D., & Barker, R. W. (2001). Clozapine and haloperidol in moderately refractory schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 58, 965- 972.
- Laidlaw, T. M., Coverdale, J. H., Faloon, J. R. H., & Kydd, R. R. (2002). Caregivers' stresses when living together or apart from patients with chronic schizophrenia. *Community Mental Health Journal*, 38, 303-310.
- Lee, M. A., Thompson, P. A., & Melter, H. Y. (1994). Effects of clozapine on cognitive function in schizophrenia. *Journal of Clinical Psychiatry*, 55, 82-86.
- Miller, D. D., Perry, P. I., Cadorate, R. J., & Anderson, N. C. (1994). Clozapine's effect on negative symptoms in treatment refractory schizophrenics. *Comprehensive Psychiatry*, 35, 8-15.
- Ohaeri, J. U. M. (2002). Caregiver burden and psychotic patients' perception of social support in Nigerian setting. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 36, 86-93.
- Ohaeri, J. W., & Fido, A. A. (2001). The opinion of caregivers on aspects of schizophrenia and major affective disorders on a Nigerian setting. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 36, 493- 499.
- Pai, S., & Kapur, R. L. (1981). The burden of the family of a psychiatric patient: Development of an interview scale. *British Journal of Psychiatry*, 138, 332-335.
- Provencher, H. L., & Mueser, K. T. (1997). Positive and negative symptoms behaviors and caregiver burden in the relatives of persons with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 26, 71-80.
- Remington, G., & Khramov, I. (2001). Mental health utilization in patients with schizophrenia maintained on atypical versus conventional antipsychotics. *Neuropsychopharmacology and Biological Psychiatry*, 25, 363-369.
- Revicki, D. A. (1999). Pharmacoeconomic studies of atypical antipsychotic drugs for the treatment of schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 35, s101-s109.
- Saleh, M. R. (1994). The burden of care of schizophrenia in Malay families. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89, 180-185.
- Salem, J. E., & Kring, A. M. (1998). The role of gender differences in the reduction of etiologic heterogeneity in schizophrenia. *Clinical Psychology Review*, 18, 795-819.
- Snyder, N., & Goldstein, G. (2002). Decreased psychopathology and family burden associated with clozapine treatment of patients with refractory schizophrenia. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 40, 34-39.
- Stengard, E., Honkonen, T., Koivisto, A. M., Sali-

- cangas, R. K. R. (2000). Satisfaction of caregivers of patients with schizophrenia in Finland. *Psychiatric Services, 51*, 1034-1039.
- Tsang, H. W. H., Pearson, V., & Yoen, C. H. (2002). Family needs and burdens of mentally ill offenders. *International Journal of Rehabilitation Research, 25*, 25-32.
- Vaddai, K. S., Soosai, E., Gilleard, C. J., & Adlard, S. (1997). Mental illness, physical abuse and burden of care on relatives: A study of acute psychiatric admission patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 95*, 313-317.
- Veltman, A. B., Cameron, J. I., & Stewart, D. E. (2002). The experience of providing care to relatives with chronic mental illness. *Journal of Nervous and Mental Disorders, 180*, 108-114.
- Walbeck, K., Cheine, M., & Essali, A. (1999). Evidence of clozapine's effectiveness in schizophrenia: A systematic review and meta-analysis of randomized trials. *American Journal of Psychiatry, 156*, 990-999.
- Weiden, P. J., & Olfson, M. (1995). Cost of relapse in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin, 21*, 419-429.
- Wolthaus, J. E. D., Dingemas, P. M., & Schene, A. H. (2002). Caregiver burden in recent-onset schizophrenia and spectrum disorders: The influence of symptoms and personality traits. *Journal of Nervous and Mental Disorders, 190*, 241-247.