

## اثربخشی آموزش خانواده بر میزان بار روانی مراقبان خانگی بیماران روانی بستری

دکتر علی نویدیان<sup>۱</sup>، سعید پهلوانزاده<sup>۲</sup>، محسن یزدانی<sup>۳</sup>

### The Effectiveness of Family Training on Family Caregivers of Inpatients with Mental Disorders

Ali Navidian<sup>\*</sup>, Saeed Pahlavanzadeh<sup>a</sup>, Mohsen Yazdani<sup>a</sup>

#### Abstract

**Objectives:** Evaluating the effectiveness of a group psycho-educational program on family caregivers of inpatients with mental disorders in Noor Hospital in the city of Isfahan. **Method:** The present study was a single blind randomized clinical trial, and assessed the effectiveness of a group psycho-educational program on 100 family caregivers of psychiatric inpatients over a three month period, in Noor Hospital affiliated to Center for Behavioral Science Research of Isfahan University of Medical Sciences. Caregivers' burden was assessed using Zarit Burden Interview ZBI. **Results:** The results showed that the mean score of burden in family care givers of patients with schizophrenia and mood disorders significantly decreased ( $p=0.001$ ) in comparison with the control group. **Conclusion:** The group intervention program for reducing caregivers' burden in family caregivers of patients was effective, and this could potentially improve the quality of life of both patients and caregivers.

**Key words:** mental disorders; family caregiver; burden; psycho-educational intervention

[Received: 16 April 2009 ; Accepted: 13 September 2009]

#### چکیده

**هدف:** تعیین اثربخشی آموزش خانواده بر میزان بار روانی مراقبان خانگی بیماران روانی بستری در بیمارستان نور شهر اصفهان. **روش:** مطالعه حاضر، به روش کارآزمایی بالینی تصادفی یک سوکور، اثربخشی یک برنامه آموزش روانی گروهی را بر روی ۱۰۰ نفر مراقب خانوادگی بیماران روانی بستری در بیمارستان نور وابسته به مرکز تحقیقات علوم رفتاری دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، طی یک دوره سه ماهه، مورد آزمون قرار داده است. بار روانی مراقبان با استفاده از پرسش نامه سنجش بار روانی تعیین و برآورد گردید. **یافته‌ها:** میانگین نمره بار روانی در مراقبان خانگی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا و اختلالات خلقی دریافت کننده مداخله آموزش روانی، به طور معنی داری ( $p=0.001$ ) نسبت به گروه کنترل، کاهش یافت. **نتیجه گیری:** برنامه مداخله گروهی به منظور کاهش بار روانی، در نمونه‌ای از مراقبان خانگی بیماران مؤثر بود و این امر می‌تواند کیفیت زندگی بیماران و مراقبان را به طور ضمنی بهبود و ارتقاء بخشد.

**کلیدواژه:** اختلال روانی؛ مراقب خانوادگی؛ بار روانی؛ مداخله آموزشی

[دریافت مقاله: ۱۳۸۸/۱/۲۷؛ پذیرش مقاله: ۱۳۸۸/۶/۲۲]

<sup>۱</sup> دکترای تخصصی مشاوره، استادیار دانشگاه علوم پزشکی زاهدان. زاهدان، میدان مشاهیر، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان. دورنگار ۲۴۴۲۴۸۱ - ۰۵۴۱ (نویسنده مسئول).  
E-mail: alinavidian@gmail.com  
<sup>۲</sup> کارشناس ارشد روانپرستاری، مربی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان.

\* Corresponding author: PhD. in Counseling, Assistant Prof. of Zahedan University of Medical Sciences. Zahedan University of Medical Sciences, Mashahir Sq., Zahedan, IR. Fax: +98541-2442481. E-mail: alinavidian@gmail.com; <sup>a</sup> MS. in Mental Health Nursing, Lecturer of Isfahan University of Medical Sciences.

## مقدمه

موضوع علاقه‌مندی به بار روانی مراقبان خانگی به سال ۱۹۵۰ بر می‌گردد (هونا<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۸)، اما طی دو دهه اخیر بود که نهضت مؤسسه‌زدایی، کانون اولیه مراقبت را از بیمارستان‌های روانپزشکی به مراکز بهداشت روانی جامعه‌نگر تغییر داد و چون بودجه، منابع و امکانات این مراکز حرفه‌ای محدود و اندک بود، از خانواده بیماران مبتلا به بیماری‌های روانی شدید درخواست شد مسئولیت کمک‌های عملی و حمایت عاطفی بیمارانی که در جامعه زندگی می‌کنند، را به‌عهده گیرند (گوتریز مالدونادو<sup>۲</sup>، کاکو یوریزار<sup>۳</sup> و کاواناگا<sup>۴</sup>، ۲۰۰۵).

اغلب، مراقبان خانگی عهده‌دار ارایه حمایت‌های قابل توجه به عضوی از خانواده هستند که نیاز به مراقبت در خانه دارد، ولی شواهدی وجود دارد مبنی بر این که مراقبان خانگی اطلاعات، منابع و حمایت‌های محدودی در دست دارند تا به‌وسیله آن بتوانند خود را برای ایفای چنین نقشی آماده کنند (هادسون<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۰۸). مراقبان خانگی در واکنش به علائم و نشانه‌های اختلال روانی و مراقبت پیگیر و مستمر از بیمار روانی در خانه، علاوه بر گرفتارشدن 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 (کریستجانسون<sup>۶</sup> و آیون<sup>۷</sup>، ۲۰۰۴). هر چند که برخی صاحب‌نظران معتقدند ایفای نقش مراقب، اغلب با مجموعه‌ای از پاداش‌ها و تقویت‌های مثبت نیز همراه است (پیکوت<sup>۸</sup>، ۱۹۹۶)، با این حال، تحقیقات موجود نشان می‌دهد که تنوع و شدت نقش‌های مراقبتی می‌تواند به بار و فشار روانی در مراقبان خانگی بیماران بینجامد (نویدیان و بهاری، ۲۰۰۸؛ ویتالیانو<sup>۹</sup> و کاتون<sup>۱۰</sup>، ۲۰۰۶؛ اونگا<sup>۱۱</sup>، ۲۰۰۸؛ گاراندون<sup>۱۲</sup>، جنارو<sup>۱۳</sup> و لموس<sup>۱۴</sup>، ۲۰۰۷). تنش‌ها و فشارهای روانی مراقبان خانگی امری قابل توجه و در عین حال رایج و معمول است (همان‌جا) که اگر بدون درمان و مداخله رها شود، می‌تواند به کاهش سطح سلامت جسمانی و روانی مراقبان خانگی به‌عنوان بیماران پنهان منجر شود (گود<sup>۱۵</sup>، هالی<sup>۱۶</sup>، روت<sup>۱۷</sup> و فوت<sup>۱۸</sup>، ۱۹۹۸). بار روانی تحمیلی ناشی از مراقبت یک بیمار روانی می‌تواند از کیفیت مراقبت ارایه‌شده کاسته و از سوی دیگر سلامت جسمانی و روانی

مراقبان را نیز به‌مخاطره اندازد. از این‌رو، برخی مداخلات درمانی از جمله آموزش، حمایت، روان‌درمانی و مراقبت موجه می‌تواند تأثیر چشمگیری در کاهش بار روانی مراقبان خانگی داشته باشد تا از این طریق هم زمینه را برای افزایش کیفیت مراقبت فراهم نموده و هم بتواند سطح سلامت جسمانی و روانی مراقبان خانگی را ارتقاء بخشد. رسالت کارکنان حرفه‌ای بهداشت روان در قبال بیماران مبتلا به اختلالات روانی و مراقبان آنها کاهش بار روانی مراقبان خانگی است (نویدیان و بهاری، گوتریز مالدونادو و کاکو یوریزار، ۲۰۰۷؛ رایبس چرگر<sup>۱۹</sup>، اسچید<sup>۲۰</sup>، میکیوس<sup>۲۱</sup>، لایزوسکی<sup>۲۲</sup> و ایتون<sup>۲۳</sup>، ۲۰۰۸).

با وجود این که مطالعات تحقیقی طی سه دهه اخیر گسترش یافته است، نیاز فوری و جدی برای تقویت و افزایش چنین پژوهش‌هایی به‌ویژه در مورد توسعه، طراحی و ارزیابی راهبردهای مداخلاتی خانوادگی اثربخش وجود دارد. هم‌چنین نیاز مداوم به بهبود و ارتقای سطح ارایه خدمات روانپزشکی به بیماران روانی شدید و خانواده‌های‌شان نیز به‌قوت خود باقی است (آواد<sup>۲۴</sup> و وریوکانتی<sup>۲۵</sup>، ۲۰۰۸، سورنسن<sup>۲۶</sup>، پینکووارت<sup>۲۷</sup> و دابرسین<sup>۲۸</sup>، ۲۰۰۲). با وجود تشریح و اثبات اثربخشی مداخله‌های خانوادگی کوتاه‌مدت در جهان، در این خصوص تحقیقات بسیار کمی در ایران انجام شده است. بنابراین، هدف مطالعه حاضر این بود که اثربخشی یک مداخله خانوادگی آموزش روانی گروهی را بر بار روانی مراقبان خانگی مورد بررسی قرار دهد.

## روش

پژوهش حاضر، یک کارآزمایی بالینی کنترل‌شده و تصادفی شده یک‌سوکور است که با کد IRCT138804272200N1 در مرکز ثبت کارآزمایی بالینی

- |                  |                        |
|------------------|------------------------|
| 1- Honea         | 2- Gutierrez-Maldonado |
| 3- Caqueo-Urizar | 4- Kavanagh            |
| 5- Hudson        | 6- Kristjanson         |
| 7- Aoun          | 8- Picot               |
| 9- Vitaliano     | 10- Katon              |
| 11- Onega        | 12- Grandon            |
| 13- Jenaro       | 14- Lemos              |
| 15- Goode        | 16- Haley              |
| 17- Roth         | 18- Foth               |
| 19- Riebschegeer | 20- Scheid             |
| 21- Mickus       | 22- Liszewski          |
| 23- Eaton        | 24- Awad               |
| 25- Voruqanti    | 26- Sorensen           |
| 27- Pinquart     | 28- Duberstein         |

تفاوت و توان آماری، که در جداول تحلیلی بخش یافته‌ها آمده است، کفایت این حجم نمونه مشخص گردید. 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 نموده، سپس از کلیه مراقبان اصلی خانوادگی آنان از طریق تلفن، در صورت رضایت، دعوت به عمل آورد و پس از ارایه توضیحاتی در مورد کار و روش اجرا، مراقبان خانگی واجد شرایط را با رضایت شخصی به صورت تصادفی در دو گروه آزمون و کنترل قرار داد. گمارش تصادفی به این شکل انجام شد که پس از شناسایی بیماران هر گروه از اختلالات روانی بر اساس تشخیص ثبت شده در پرونده و هماهنگی با روانپزشک آنها، مراقبان اصلی آنها بر اساس ویژگی‌های واحدهای مورد پژوهش شناسایی شده و رضایت آنها اخذ گردید. سپس به ترتیب یک نفر از مراقبان در لیست گروه آموزشی و دیگری در لیست گروه کنترل ثبت نام شده و پس از گرفتن شماره تماس، مقرر شد که در آینده برای آنها کلاس آموزش روانی تشکیل شود. آموزش به طور متوسط هفته‌ای دو ساعت به شکل چهار جلسه پی‌درپی توسط پژوهشگر با ایراد سخنرانی همراه با بحث و تبادل نظر در قالب برنامه‌ای که در **جدول ۱** آمده است، ارایه شد.

ایران ثبت شده است. همکار پژوهشگر میزان بار روانی هر دو گروه مورد مطالعه (کنترل و آزمون) را قبل و بعد از آموزش ارزیابی نموده، در حالی که از گروه‌های آزمون و کنترل اطلاعی نداشته و پژوهشگر دیگر آموزش گروه‌ها را به طور ثابت بر عهده داشته است. پژوهشگر آموزش دهنده، مربی و عضو هیئت علمی دانشگاه و دانش آموخته آموزش بهداشت روانی (روانپرستاری) در مقطع کارشناسی ارشد با چندین سال سابقه تدریس در دانشگاه و آموزش به بیماران روانی و خانواده آنان است. هدف مطالعه این بود که اثربخشی یک مداخله گروهی آموزش روانی چهارجلسه‌ای (هر هفته یک جلسه) طی سه ماه در مقایسه با مراقبت‌های معمول در گروه کنترل روی مراقبان خانگی بیمارستان نور وابسته به مرکز تحقیقات علوم رفتاری دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، بررسی شود. این پژوهش روی ۱۰۰ مراقب خانوادگی بیماران روانی بستری در این بیمارستان (۵۰ نفر از مراقبان خانگی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا و ۵۰ نفر از مراقبان خانگی بیماران مبتلا به اختلال خلقی) انجام شد که در هر گروه به طور تصادفی ۲۵ نفر به گروه مداخله آموزش روانی و ۲۵ نفر به گروه کنترل اختصاص یافتند. حجم نمونه با استفاده از فرمول، ۴۴ نفر برآورد گردید (که بیشتر از آن یعنی ۵۰ نفر در نظر گرفته شد). این حجم نمونه مقدماتی بود که پس از جمع آوری داده‌ها و با توجه به نتایج تحلیل مقدماتی؛ سطح آلفا، میزان

#### جدول ۱- برنامه جلسه‌های آموزشی

جلسه	محتوای جلسه آموزشی
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
دوم	آشنایی با اسکیزوفرنیا و اختلالات خلقی (تعریف، سبب‌شناسی، علائم و نشانه‌ها، انواع، سیر و پیش‌آگهی).
سوم	شیوه ارتباط با بیمار روانی، نحوه مراقبت و چگونگی برخورد با علائم و نشانه‌های بیماری به ویژه 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
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 پرکردن اوقات فراغت بیمار، آموزش روش‌های حل مسئله و مقابله صحیح

شده است (نویدیان و بهاری، ۲۰۰۸). ضریب پایایی نسخه اصلی به روش آزمون مجدد ۰/۷۱ و همسانی درونی با آلفای کرونباخ ۰/۹۱ بود.

اطلاعات گردآوری شده توسط SPSS-16<sup>۸</sup> تجزیه و تحلیل شد. در محاسبات آماری از روش‌های آماری توصیفی و تحلیلی استفاده شد. جداول توزیع فراوانی برای نشان دادن فراوانی برخی از خصوصیات فردی، خانوادگی و درمانی مراقبان و بیماران؛ و برای مقایسه نمرات بار روانی قبل و بعد از مداخله و سه ماه پس از مداخله در هر گروه، از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد.

در این طرح تجربی دو متغیر مستقل، شامل عضویت گروهی (یعنی عضو گروه آزمون یا گروه کنترل بودن) و مداخله آموزش روانی و نیز سه متغیر وابسته (نمرات یا میزان بار روانی مراقبان در سه نوبت اندازه‌گیری) وجود دارد. بنابراین برای مقایسه متغیرها از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر که حالت خاصی از تحلیل مانووا یا تحلیل واریانس چندگانه است، استفاده شد. تفاوت اصلی بین تحلیل مانووا و این آزمون، آن است که در این جا به جای سستروئیدها، میانگین‌ها مقایسه می‌شوند. برای کنترل اثر پیش‌آزمون با وجود گمارش تصادفی، میزان بار روانی در سنجش پیش‌آزمون به‌عنوان متغیر همگام<sup>۹</sup> منظور گردید و در واقع آزمون تحلیل کوواریانس تکراری انجام گرفت.

## یافته‌ها

مشخصات فردی مراقبان خانگی با میانگین سنی  $11/90 \pm$  ۴۳/۰۳ سال نشان داد حدود ۴۷٪ از مراقبان، والدین بیماران، ۲۲٪ همسر، ۲۰٪ خواهر یا برادر و ۱۱٪ فرزند آنان بودند. ۹۲٪ آنان متأهل و ۵۶٪ خانه‌دار بودند. یافته‌ها در مورد بیماران با میانگین سنی  $34 \pm 13/14$  سال نشان داد که بیشتر آنان یعنی ۵۸٪ مرد بودند. خلاصه‌ای از سایر مشخصات فردی بیماران و مراقبان خانگی آنان در جدول ۲ آمده است.

این جلسات آموزشی بسته به حضور مراقبان طی سه ماه برای گروه‌های آزمون (۱۲ تا ۱۷ نفره) برگزار شد و 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 توسط همکار پژوهش توزیع و اطلاعات گردآوری شد. برای رعایت اصول اخلاق پژوهش، در پایان تحقیق طی تماس تلفنی، از مراقبان خانگی گروه کنترل نیز جهت شرکت در جلسات آموزشی دعوت به عمل آمد که اکثر مراقبان در این جلسات شرکت کردند. مراقب خانوادگی در این پژوهش، عضوی از خانواده است که کلیه مسئولیت‌های بهداشتی، درمانی، مراقبتی و حمایتی بیمار را به عهده داشته، سن بالاتر از ۱۵ سال داشته، قادر به برقراری ارتباط بوده، قبلاً در جلسات آموزشی شرکت نکرده و سابقه ابتلا به بیماری‌های جسمی جدی یا اختلال روانی شناخته‌شده و بستری شدن نداشته باشد.

ابزار گردآوری داده‌ها پرسش‌نامه‌ای با دو بخش بود. بخش اول، شامل اطلاعات مربوط به ویژگی‌های فردی، خانوادگی و درمانی بیمار و مراقب اصلی وی (۲۰ سؤال) و بخش دوم شامل ۲۲ سؤال در مورد بار روانی و فشارهای فردی، اجتماعی، عاطفی و اقتصادی است که به صورت مصاحبه از زبان مراقبان بیماران جمع‌آوری گردید. برای پاسخ‌گویی به هر سوال امتیازاتی به صورت هرگز (۰)، به ندرت (۱)، بعضی اوقات (۲)، اغلب (۳) و همیشه (۴) اختصاص داده شده است. مجموع امتیازات کسب‌شده توسط مراقبان، میزان فشار و بار روانی که متحمل شده‌اند را به صورت تخمینی با دامنه نمراتی بین صفر تا ۸۸ نشان می‌دهد. پرسش‌نامه سنجش بار روانی از پرسش‌نامه زاریت و همکاران که رایج‌ترین ابزار سنجش برای اندازه‌گیری بار روانی ادراک‌شده ناشی از ارایه مراقبت توسط مراقب خانوادگی است، اقتباس شده است (زاریت<sup>۱</sup>، تاد<sup>۲</sup> و زاریت، ۱۹۸۶؛ اسمیت<sup>۳</sup> و اسپاوریان<sup>۴</sup>، ۱۹۹۸؛ لویلوویکز<sup>۵</sup>، زاریت، اسمیت، مینتز<sup>۶</sup> و لیبرمن<sup>۷</sup>، ۲۰۰۳). این پرسش‌نامه توسط نویدیان و همکاران با توجه به شرایط فرهنگی کشورمان تنظیم و پایایی آن با استفاده از شیوه بازآزمایی (۰/۹۴) و روایی آن علاوه بر روایی محتوا، با توجه به همبستگی مثبت و بالای آن با پرسش‌نامه اضطراب هامیلتون (۰/۸۹) و نیز پرسش‌نامه افسردگی بک (۰/۶۷) تأیید

1- Zarit  
2- Todd  
3- Smith  
4- Schwirian  
5- Lopelowicz  
6- Mintz  
7- Liberman  
8- Statistical Package Social Sciences 16  
9- covariate

جدول ۲ - ویژگی های فردی و بالینی بیماران (n=100) و مراقبان خانگی آنان (n=100)

ویژگی های آزمودنی ها	بیماران فراوانی (%)	مراقبان فراوانی (%)
<b>جنس</b>		
مرد	۵۸ (۵۸)	۳۰ (۳۰)
زن	۴۲ (۴۲)	۷۰ (۷۰)
<b>سن</b>		
۲۰ سال و کمتر	۱۳ (۱۳)	۲ (۲)
۲۱ تا ۳۵ سال	۴۸ (۴۸)	۲۸ (۲۸)
۳۶ سال و بیشتر	۳۹ (۳۹)	۷۰ (۷۰)
<b>وضعیت تأهل</b>		
متأهل	۶۵ (۶۵)	۹۲ (۹۲)
مجرد	۳۵ (۳۵)	۸ (۸)
<b>تحصیلات</b>		
بی سواد	۳ (۳)	- (-)
ابتدایی و خواندن و نوشتن	۴۸ (۴۸)	۵۸ (۵۸)
دیپلم و بالاتر	۴۹ (۴۹)	۴۲ (۴۲)
<b>وضعیت شغلی</b>		
خانه دار	۳۰ (۳۰)	۵۶ (۵۶)
کارمند	۱۱ (۱۱)	۱۳ (۱۳)
بیکار	۳۰ (۳۰)	۶ (۶)
کار آزاد	۲۴ (۲۴)	۱۹ (۱۹)
سایر مشاغل	۵ (۵)	۶ (۶)
<b>تشخیص</b>		
اسکیزوفرنیا	۵۰ (۵۰)	- (-)
اختلال خلقی	۵۰ (۵۰)	- (-)

با توجه به هدف اصلی مطالعه، در مورد مراقبان خانگی بیماران مبتلا به اختلال خلقی نتایج نشان داد که میانگین بار روانی گروه کنترل قبل، بعد و سه ماه پس از گذشت مداخله به ترتیب ۴۹/۰۴، ۵۵/۷۶ و ۵۲/۸۸ است در حالی که این مقادیر برای گروه آزمایش به ترتیب ۴۴/۴۸، ۲۵/۵۲ و ۲۹/۴۴ می باشد (جدول ۳). آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر نشان داد که تفاوت دو گروه از نظر میانگین بار روانی معنی دار است ( $F=71/99$ ،  $df=1$ ،  $p=0/001$ )، به طوری که میانگین بار روانی در گروه آزمایش پایین تر از گروه کنترل می باشد. از طرفی تعامل عضویت گروهی و میزان بار روانی در سه نوبت اندازه گیری نیز معنی دار بود ( $df=2$ ،  $p=0/001$ ،  $F=61/23$ ). این مطلب نشان می دهد میزان کاهش بار روانی در دو گروه یکسان نیست و به عبارتی کاهش بار روانی در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل معنی دار بوده و مداخله توانسته است باعث کاهش بار روانی در گروه مداخله گردد؛ به نحوی که میانگین آن از ۵۲/۴۸ قبل از مداخله به ۲۵/۴۴ پس از آن کاهش قابل ملاحظه ای یافته و با اندکی تفاوت در نوبت سوم اندازه گیری، همچنان پایین باقی مانده است (شکل ۱ و ۲).

در مورد مراقبان خانگی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا، نتایج نشان داد که میانگین بار روانی گروه کنترل قبل، بعد و سه ماه پس از گذشت مداخله به ترتیب ۵۷/۴۰، ۴۷/۰۸ و ۴۴/۵۲ است در حالی که این مقادیر برای گروه آزمایش به ترتیب ۵۷/۲۸، ۳۲/۱۲ و ۳۵/۸۰ می باشد (جدول ۴). آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر نشان داد که تفاوت دو گروه از نظر میانگین بار روانی معنی دار است ( $p=0/002$ ،  $F=11/32$ ،  $df=1$ ). به این معنی که میانگین بار روانی، در گروه آزمایش پایین تر از گروه کنترل می باشد. از سویی تعامل عضویت گروهی و میزان بار روانی در سه نوبت اندازه گیری نیز معنی دار بود ( $F=20/68$ ،  $df=2$ ،  $p=0/001$ ). این نتیجه نشان می دهد که کاهش بار روانی در دو گروه یکسان نبوده است؛ به عبارتی، کاهش بار روانی در گروه آزمایش نسبت به گروه دیگر معنی دار بوده و مداخله توانسته است باعث کاهش بار روانی در گروه مداخله شود، به نحوی که میانگین آن از ۵۷/۲۸ قبل از مداخله به ۳۲/۱۲ رسیده، پس از آن کاهش قابل ملاحظه ای یافته و با کمی تفاوت در نوبت سوم اندازه گیری و در مرحله پیگیری همچنان پایین باقی مانده است.

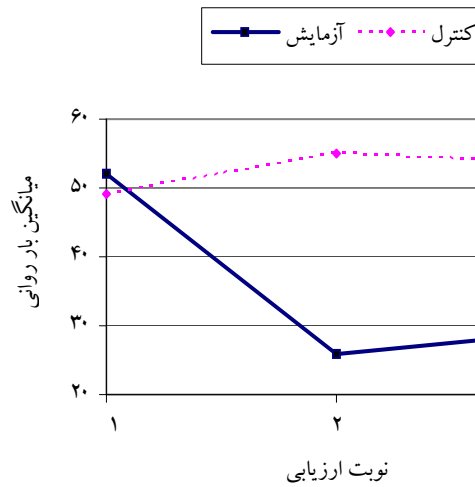
جدول ۳ - میانگین بار روانی مراقبان خانگی بیماران مبتلا به اختلال خلقی قبل، بعد و سه ماه پس از مداخله

زمان ارزیابی	گروه	n	میانگین	انحراف معیار
قبل از مداخله	کنترل	۲۵	۴۹/۰۴	۱۱/۰۷
	آزمایش	۲۵	۵۲/۴۸	۹/۰۲
پس از مداخله	کل	۵۰	۵۰/۷۶	۱۰/۱۴
	کنترل	۲۵	۵۵/۷۶	۱۱/۷۷
	آزمایش	۲۵	۲۵/۴۴	۶/۸۱
سه ماه بعد	کل	۵۰	۴۰/۶۰	۱۸/۰۳
	کنترل	۲۵	۵۲/۸۸	۱۰/۵۰
	آزمایش	۲۵	۲۹/۴۴	۷/۲۹
	کل	۵۰	۴۱/۱۶	۱۴/۸۴

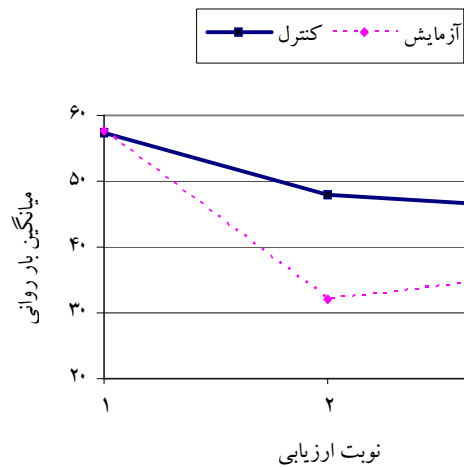
**بحث**

چنانچه نتایج نشان می دهد بخش اعظم مراقبان خانگی را گروه زنان خانه دار تشکیل می دهند. در جامعه و فرهنگ ایرانی، امر مراقبت از کودکان، بیماران، افراد سالمند و یا معلول اغلب بر عهده زنان و دختران خانواده است که بی کار بوده و یا مشغول به تحصیل نیستند و این مراقبت به عنوان بخشی از امور خانه داری و منزل محسوب می شود. مطالعات انجام شده در سایر جوامع نیز نشان می دهد که زنان و دختران عموماً به عنوان مراقبان اولیه بیماران در منزل عمل می کنند که بیشتر، زنان میانسال با سن کمتر از ۶۰ سال هستند. در مورد بیماران سالمند نیز اغلب مراقبان، دختران یا همسران شان هستند (اسمیت و اسچاوریان، ۱۹۹۸؛ لویلوویکز، زاریت، اسمیت، مینتز و لیبرمن، ۲۰۰۳).

با توجه به هدف اصلی پژوهش، نتایج مطالعه این فرضیه را که هرگاه مداخله آموزش روانی خانوادگی با مراقبت های بهداشت روانی معمول ترکیب و همراه شود، بر کاهش بار روانی مراقبان خانگی تأثیر قابل توجهی دارد، مورد تأیید قرار داد (مگلیانو<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۶). مداخله آموزش روانی گروهی نشان داد که می تواند در کاهش بار روانی مراقبان خانگی هر دو گروه بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا و اختلال خلقی مؤثر باشد. در این خصوص، مطالعه ای که رابطه بین بار روانی و شیوه های مقابله و سازگاری را در مراقبان خانگی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا و اختلال خلقی مورد بررسی قرار داده، نشان داد که مراقبان خانگی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا و اختلال خلقی با میزان بار روانی تقریباً مشابه و یکسانی مواجه هستند و معمولاً شیوه های مقابله و سازگاری مشابهی را برای رویارویی با آنها استفاده می کنند (چاد<sup>۲</sup>، ساینک<sup>۳</sup> و گانگیولی<sup>۴</sup>، ۲۰۰۷). نتیجه مطالعه برنهارد<sup>۵</sup> و همکاران (۲۰۰۶) نشان داد که مداخله آموزش روانی در بیماران دوقطبی و بستگان آنها، دانش و اطلاعات بیماران و بستگان را در مورد بیماری ارتقاء بخشیده و در پیگیری یک ساله ای که انجام شد، بار روانی ناشی از مراقبت و ابراز هیجانی بالا در بستگان بیمار، نیز کاهش یافته بود. نتیجه مطالعه دشت بزرگی و همکاران (۱۳۸۸) در ایران نیز که با هدف بررسی تأثیر آموزش روانی خانواده بر سیر بهبودی بیماران مبتلا به اختلال های خلقی انجام شد، نشان داد گرچه مداخله تأثیر معنی داری بر شدت علائم، عملکرد کلی بیمار و پای بندی به دستورات دارویی پس از



شکل ۱- میانگین بار روانی مراقبان خانگی بیماران خلقی



شکل ۲- میانگین بار روانی مراقبان خانگی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا

جدول ۴ - میانگین بار روانی مراقبان خانگی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا قبل، بعد و سه ماه پس از مداخله

زمان ارزیابی	گروه	n	میانگین	انحراف معیار
قبل از مداخله	کنترل	۲۵	۵۷/۴۰	۱۱/۵۹
	آزمایش	۲۵	۵۷/۲۸	۱۰/۶۰
پس از مداخله	کل	۵۰	۵۷/۳۴	۱۰/۹۹
	کنترل	۲۵	۴۷/۰۸	۱۰/۳۳
سه ماه بعد	آزمایش	۲۵	۳۲/۱۲	۸/۵۲
	کل	۵۰	۳۹/۶۰	۱۲/۰۴
سه ماه بعد	کنترل	۲۵	۴۴/۵۲	۸/۲۸
	آزمایش	۲۵	۳۵/۸۰	۷/۴۸
کل	۵۰	۴۰/۱۶	۸/۹۷	

1- Magliano  
2- Chadd  
3- Singh  
4- Ganguly  
5- Bernhard

می‌رسد که این برنامه با اعمال پاره‌ای تغییرات با در نظر داشتن نوع اختلال روانی، بتواند در کاهش بار روانی مراقبان خانگی مبتلایان به سایر اختلال‌های روانپزشکی هم قابل استفاده باشد. در پایان قابل ذکر است که جهت‌گیری تحقیقات آینده در این رابطه باید بر شناسایی اجزای خاصی از برنامه که بتواند هر چه بهتر این بار روانی را کاهش دهد، متمرکز گردد.

### سپاسگزاری

این مطالعه با بهره‌گیری از اعتبار تخصیص یافته از سوی مرکز تحقیقات علوم رفتاری دانشگاه علوم پزشکی اصفهان انجام گرفته است. همچنین نویسندگان مقاله بر خود لازم می‌دانند از همکاری و مساعدت اعضای هیئت علمی و کارکنان مرکز تحقیقات علوم رفتاری دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و نیز مشارکت خانواده بیماران روانی بستری در بیمارستان نور تشکر و قدردانی نمایند.

[بنا به اظهار نویسنده مسئول مقاله، تعارض منافع وجود نداشته است.]

### منابع

دشت بزرگی، بهمن؛ قدیریان، فتنه؛ خواجه‌الدین، نیلوفر؛ کرمی، کبری (۱۳۸۸). تأثیر آموزش روانی خانواده بر سیر بهبودی بیماران مبتلا به اختلال‌های خلقی. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، سال پانزدهم، شماره ۲، ۱۹۳-۲۰۰.

نوری خواجوی، مرتضی؛ اردشیرزاده، منصوره؛ دولتشاهی، بهروز؛ افقه، سوسن (۱۳۸۷). مقایسه فشار روانی در مراقبان بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیای مزمن و مراقبان بیماران دو قطبی مزمن. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، سال چهاردهم، شماره ۱، ۸۴-۸۰.

Awad, A. G. & Voruqanti, L. N. (2008). The Burden of Schizophrenia of Caregivers: A Review. *Pharmacoeconomics*, 26 (2), 149-162.

Bernhard, B., Schaub, A., Kummler, P., Dittmann, S., Severus, E., Seemuller, F., Born, C., Forsthoff, A., Licht, R. W., & Grunze, H. (2006). Impact of Cognitive-Psychological educational Interventions in Bipolar patients and their Relatives. *European Psychiatry*, 21, 81-86.

Caqueo-urizar, A. & Gutierrez-maldonado, J. (2006). Burden of Care in Families of Patients with Schizophrenia. *Quality Life Research*, 15, 719-724.

- |                |              |
|----------------|--------------|
| 1- Chien       | 2- Thompson  |
| 3- Norman      | 4- Kulhara   |
| 5- Chakrabarti | 6- Avasthi   |
| 7- Sharma      | 8- Karanchi  |
| 9- Corsentino  | 10- Molinari |
| 11- Gum        | 12- Roscoe   |

ترخیص نداشت، ولی آموزش روانی خانواده بر میزان سازگاری خانواده از نظر آماری تأثیر معنی‌داری داشته است. نتیجه مطالعه مگلیانو و همکاران (۲۰۰۶) نیز نشان داد که ۴۰ درصد بیماران و ۴۵ درصد بستگان آنان، بهبود چشمگیری را در روابط اجتماعی‌شان طی انجام مداخله گزارش کردند. کارآزمایی‌های بالینی کنترل‌شده تصادفی دیگر که بر روی مراقبان خانگی بیماران روانی در سایر کشورها از جمله هند، چین و ترکیه انجام شده تأیید می‌کنند که مداخله‌های آموزش روانی ساختاریافته و مدون بسیار بهتر از مراقبت‌های سرپایی معمول هستند و این گونه نتیجه‌گیری کردند که برای اثبات اثرات مثبت این مداخله‌ها، اولاً مداخله‌های آموزش روانی بایستی مداخله‌هایی مستمر و مداوم باشند و ثانیاً نتایج و پیامدهای آنها بایستی به صورت مستمر مورد ارزیابی قرار گیرد (آواد و وریوکانتی، ۲۰۰۸؛ سورنسن، پینکوارت و دابرسنتین، ۲۰۰۲؛ چاین، تامپسون<sup>۲</sup> و نورمن<sup>۳</sup>، ۲۰۰۸؛ کالهارا، چکرابارتی<sup>۵</sup>، آواستی<sup>۶</sup>، شارما<sup>۷</sup> و شارما<sup>۸</sup>، ۲۰۰۸؛ کارانچی<sup>۸</sup>، ۲۰۰۴).

یافته‌های این پژوهش شواهدی فراهم نمود که مداخله آموزش روانی گروهی می‌تواند مداخله خانوادگی مؤثر و اثربخشی، برای مراقبان خانگی بیماران روانی در نمونه‌ای از جامعه ایرانی می‌باشد. همچنین این یافته‌ها همسو با نتایج سایر تحقیقات دلالت بر این امر دارد که پیش‌بینی و فراهم نمودن چنین خدمات آموزش روانی در سیستم ارائه خدمات بهداشت روانی برای بیماران و مراقبان آنها کاملاً ضروری و مؤثر است (کالهارا، چکرابارتی، آواستی، شارما و شارما، ۲۰۰۸؛ کاکو یوریزار و گوتریز مالدونادو، ۲۰۰۶؛ کورسنتینو، مولیناری<sup>۱۰</sup>، گام<sup>۱۱</sup> و روسکو<sup>۱۱</sup>، ۲۰۰۸). در همین رابطه پژوهشی در ایران توسط نوری خواجوی (۱۳۸۷) روی مراقبان خانگی بیماران روانی مزمن انجام شد و نتایج نشان داد فشار روانی مراقبان خانگی بیماران روانی به‌ویژه مراقبان بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا، بالاست و نتیجه‌گیری شد که حمایت، شناسایی و تأمین نیازهای مراقبان خانگی بیماران روانی از اولویت‌های تأمین بهداشت روانی این گروه آسیب‌پذیر است. نگارندگان معتقدند که مداخله آموزش روانی گروهی که در پژوهش حاضر مورد استفاده قرار گرفته، بتواند تغییرات مثبتی را در مراقبان خانگی ایجاد کند.

باتوجه به اثربخشی این مداخله در کاهش بار روانی مراقبان خانگی هر دو گروه مورد مطالعه در پژوهش حاضر (یعنی مبتلایان به اسکیزوفرنیا و اختلال خلق به عنوان شایع‌ترین بیماران بستری در بخش‌های روانپزشکی)، به‌نظر

- Chadd, R. K., Singh, T. B., & Ganguly, K. K. (2007). A Prospective Study of Relationship Between Burden and Coping in Caregivers of Patients with Schizophrenia and Bipolar Affective Disorder. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42 (11), 22-30.
- Chien, W. T., Thompson, D. R. & Norman, I. (2008). Evaluation of A Peer- Led Mutual Support Group for Chinese Families of People with Schizophrenia. *American Journal of Community Psychology*, 42 (1-2), 122- 135.
- Corsentino, E. A., Molinari, V., Gum, A. M., Roscoe, L. A. & Mills, W. L. (2008). Family Caregivers' Future Planning for Younger and Older Adults with Serious Mental Illness. *Journal of Applied Gerontology*, 27 (4), 466- 471.
- Goode, K. T., Haley, W. E., Roth, D. L. & Fofd, G. R. (1998). Predicting Longitudinal Changes in caregiver Physical and Mental Health: A Stress Process Model. *Health Psychology*, 17 (2), 190-198.
- Grandon, P. Jenaro, C. & Lemos, S. (2007). Primary Caregivers of Schizophrenia Outpatients: Burden and Predictor Variables. *Psychiatry Research*, 185 (3), 335-343.
- Gutierrez-maldonado, J. & Caqueo-urizar, A. (2007). Effectiveness of A Psycho-educational Intervention for Reducing Burden in Latin American Families of Patients with Schizophrenia. *Quality Life Research*, 16 (5), 739-747.
- Gutierrez-maldonado, J., Caqueo-urizar, A. & Kavanagh, D. (2005). Burden of Care and General Health in Families of Patients with Schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatry Epidemiology*, 40 (11), 899-904.
- Honea, N. J., Brintnall, R. A., Given, B., Sherwood, P., Colao, D. B., Somers, S. C., & Northouse, L. L. (2008). Putting Evidence Into Practice: Nursing Assessment and Interventions to Reduce Family caregiver Strain and Burden. *Clinical Journal Oncology Nursing*, 12 (3), 507-516.
- Hudson, P., Quinn, K., Kristjanson, L., Thomas, T., Braithwaite, M., Fisher, J. & Cockayne, M. (2008). Evaluation of A Psycho-educational Group Program for Family Caregivers in Home-Based Palliative Care. *Palliative Medicine*, 22 (2), 70-80.
- Karanci, A. N. (2004). Caregivers of Turkish schizophrenic patients: Causal attributions, burdens and attitudes to help from the health professional. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 30 (6), 261-268.
- Kristjanson, L., & Aoun, S. (2004). Palliative Care for Families: Remembering the hidden patients. *Canadian Journal Psychiatry*, 49, 359-365.
- Kulhara, P., Chakrabarti, S., Avasthi, A., Sharma, A., & Sharma, S. (2008). Psychoeducational Intervention for Caregivers of Indian Patients with Schizophrenia: A Randomized Cotrolled Trial. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, Published Online: Nov 24, 2008, 1-12.
- Lopelowicz, A., Zarit, R., Smith, V. G., Mintz, J., & Liberman, R. P. (2003). Disease management in Latinos with schizophrenia: A Family-Assisted Skills training approach. *Schizophrenia Bulletin*, 29 (2), 211.
- Magliano, L, Fiorillo, A., Magliano, C., De Rosa, C., Favata, G., Sasso, A., Prezioso, M., Pezzenati, L., Gentile, F., Casale, L., Bondi, E., Test, G.R., Dilella, M., Biscussi, E., Degl Innocent, F., Bellini, R., Di Nunzio, R., Matrella, L., Salmeri, R., Cantone, R., Gargiulo, L. (2006). Family Psycho-educational Interventions for Schizophrenia in Routine Setting: Impact of Patients' Clinical Status and Social Functioning and on relatives' Burden and Resources. *Epidemiology of Psychiatry*, 15 (3), 219-227.
- Navidian, A., & Bahari, F. (2008). Burden Experienced by Family Caregivers of Patients with Mental Disorders. *Pakistan Journal of Psychological Research*, 23 (1-2), 19-28.
- Onega, L. L. (2008). Helping Those Who Help Others. *American Journal of Nursing*, 108 (9), 62-64.
- Picot, S. J. ( 1996). Family Caregivers: Windows into Their Worlds. *Reflections*, 22 (4), 13-14.
- Riebschegeger, J., Scheid, C., Luz, C., Mickus, M., Liszewski, C. & Eaton, M. (2008). How are the Experiences and Needs of Families of Individuals with mental Illness Reflected in Medical Education Guidelines? *Academic Psychiatry*, 32 (2), 119-126.
- Smith, A., and Schwirian, P. M. (1998). The relationship between caregiver burden and TBI survivor's cognition and functional ability after discharge. *Rehabilitation Nursing*, 252-257.
- Sorensen, S., Pinquart, M. & Duberstein, P. (2002). How Effective are Interventions with Caregivers? An Update Meta Analysis. *Gerontologist*, 42 (3), 356- 372.
- Vitaliano, P. P., & Katon, W. J. (2006). Effects of stress on family caregivers: Recognition and Management. *Psychiatric Times*, 23 (7), 24-31.
- Zarit, S. H., Todd, P. A., & Zarit, J. M. (1986). Subjective burden of husbands and wives as caregivers: A longitudinal study. *Gerontologist*, 26, 260-266.