

The Effectiveness of Psychological Education Intervention on the Mental Health and Burden of Responsibility of Family Caregivers of the Psychiatric Patients

Farzaneh Mirzaei-Khales¹ , Arash Najimi² 

Original Article

Abstract

Background: Family caregivers of patients with neurological and psychiatric disorders are prone to many physical and psychological problems during their care process. There are several ways to reduce the physical and psychological consequences in caregivers. The aim of this study was to investigate the effect of psychological education on the responsibility and mental health of family caregivers of psychiatric patients in Lordegan, Iran.

Methods: In this quasi-experimental study, 60 psychiatric caregivers were randomly assigned to two groups of intervention and control. Two questionnaires were used to collect information: Depression, Anxiety, and Stress Scale (DASS) and Caregiver Burden Inventory (CBI). Psychological training intervention in the intervention group was based on a group method and no intervention was performed in the control group. The training program was presented in 8 sessions and the collected data were analyzed using SPSS software.

Findings: After the intervention, the mean burden of responsibility and mental health in the intervention group had a significant decrease compared to before the intervention ($P < 0.001$); however, after the intervention, the mean burden of responsibility and mental health in the control group was not significantly different than before ($P > 0.05$).

Conclusion: The results of this study emphasize the usefulness of psychological educational intervention in reducing the burden of responsibility and mental health of family caregivers of psychiatric patients. Therefore, holding training courses in the field of psychology for the caregivers of psychiatric patients can empower caregivers in various psychological dimensions, including reducing the burden of responsibility and increasing mental health.

Keywords: Psychological education; Caregiver burden; Mental health; Family caregivers

Citation: Mirzaei-Khales F, Najimi A. The Effectiveness of Psychological Education Intervention on the Mental Health and Burden of Responsibility of Family Caregivers of the Psychiatric Patients. J Health Syst Res 2023; 19(2): 152-9.

1- MSc Student, Department of Health Education and Health Promotion, School of Health, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran
2- Associate Professor, Department of Medical Education, Medical Education Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

Corresponding Author: Associate Professor, Department of Medical Education, Medical Education Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran; Email: najimiarash@gmail.com

اثربخشی مداخله آموزش روان‌شناختی بر سلامت روان و بار مسئولیت مراقبان خانوادگی بیماران اعصاب و روان

فرزانه میرزایی خالص^۱، آرش نجیمی^۲

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: مراقبان خانوادگی بیماران اعصاب و روان، در طول فرایند مراقبتی خود مستعد ابتلا به مشکلات عدیده جسمانی- روانی هستند. روش‌های مختلفی برای کاهش پیامدهای جسمانی و روانی در مراقبان وجود دارد. هدف از انجام پژوهش حاضر، بررسی تأثیر آموزش روان‌شناختی بر بار مسئولیت و سلامت روان مراقبان خانوادگی بیماران اعصاب و روان شهرستان لردگان بود.

روش‌ها: در این مطالعه نیمه تجربی، ۶۰ مراقب بیماران اعصاب و روان به طور تصادفی به دو گروه آزمایش و شاهد تقسیم شدند. برای جمع‌آوری اطلاعات از فرم کوتاه مقیاس نشانگان افسردگی، اضطراب و استرس (Depression, anxiety and stress scales یا DASS) و پرسش‌نامه فشار مراقبتی (Caregiver Burden Inventory یا CBI) استفاده گردید. مداخله آموزش روان‌شناختی در گروه آزمایش به روش گروهی بود و در گروه شاهد مداخله‌ای انجام نشد. برنامه آموزشی طی هشت جلسه ارائه شد و داده‌ها در نرم‌افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: پس از اجرای مداخله، میانگین بار مسئولیت و سلامت روان در گروه آزمایش، کاهش معنی‌داری را نسبت به قبل نشان داد ($P < 0/001$)، اما پس از اجرای مداخله، میانگین بار مسئولیت و سلامت روان در گروه شاهد تفاوت معنی‌داری نسبت به قبل نداشت ($P > 0/050$).

نتیجه‌گیری: نتایج به دست آمده بر مفید بودن انجام مداخله آموزشی روان‌شناختی بر کاهش میزان بار مسئولیت و سلامت روان مراقبان خانوادگی بیماران اعصاب و روان تأکید می‌کند. بنابراین، برگزاری دوره‌های آموزشی در زمینه روان‌شناختی در مراقبان بیماران اعصاب و روان قادر است آن‌ها را در ابعاد مختلف روانی از جمله کاهش بار مسئولیت و افزایش سلامت روان توانمند سازد.

واژه‌های کلیدی: آموزش روان‌شناختی؛ بار مراقب؛ سلامت روان؛ مراقبان خانوادگی

ارجاع: میرزایی خالص فرزانه، نجیمی آرش. اثربخشی مداخله آموزش روان‌شناختی بر سلامت روان و بار مسئولیت مراقبان خانوادگی بیماران اعصاب و روان. مجله تحقیقات نظام سلامت ۱۴۰۲؛ ۱۹ (۲): ۱۵۹-۱۵۲

تاریخ چاپ: ۱۴۰۲/۴/۱۵

پذیرش مقاله: ۱۴۰۱/۷/۱۰

دریافت مقاله: ۱۴۰۰/۶/۱۲

مقدمه

سلامت یکی از مباحث بسیار مهم در جامعه مدرن و پیشرفته امروزی محسوب می‌شود. سلامت روان‌شناختی شامل پذیرش خود، رابطه مثبت با دیگران، استقلال، غلبه بر محیط، هدفمندی در زندگی و رشد شخصی می‌باشد (۱). بیماری روانی، بیماری است که موجبات اختلال روانی متوسط تا شدید در تفکر، ادراک و رفتار را فراهم می‌آورد (۲). اختلالات روانی، شیوع و گستردگی زیادی دارند و می‌توانند بدون هیچ محدودیتی مانند سن، جنسیت، نژاد، رنگ پوست، مذهب، وضعیت اقتصادی و در هر فردی ظاهر گردند (۳). حدود ۲۷ درصد از بزرگسالان کشورهای اروپایی، حداقل یک اختلال روانی را طی ۱۲ ماه تجربه کرده‌اند. این اختلالات روانی حدود ۱۳ درصد از کل بار بیماری‌ها را به خود اختصاص داده است و پیش‌بینی می‌شود این میزان تا سال ۲۰۲۰ به ۱۶ درصد

افزایش یابد (۴). این آمار در ایران بر اساس مطالعات انجام شده، بین ۲۳-۱۱ درصد در نوسان می‌باشد (۵). در یک چهارم خانواده‌ها، حداقل یک فرد مبتلا به اختلالات روانی یا رفتاری وجود دارد و آن‌ها علاوه بر حمایت جسمی و عاطفی از فرد مبتلا، اثرات منفی ناشی از انزوا و جدایی از اجتماع را نیز متحمل می‌شوند (۶). ابتلای یکی از افراد خانواده به اختلالات روانی، می‌تواند فشار و نگرانی قابل ملاحظه‌ای را به دیگر اعضای خانواده تحمیل نماید (۷). اگرچه خانواده‌های دارای بیمار مبتلا به اختلالات روانی، در شناخت، ارزشیابی و پاسخ به وجود بیمار و فشار ناشی از آن همسان نیستند و برای مقابله با بیماری یکی از اعضای خود راه‌های متفاوتی را انتخاب می‌کنند و میزان فشار و تجربیات و احساسات منفی در هر یک از این خانواده‌ها متفاوت می‌باشد، اما با این وجود، خانواده‌های دارای بیماران مبتلا به اختلالات روانی، تجربیات مشابهی را به صورت مشترک ارائه می‌نمایند (۸).

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۲- دانشیار، گروه آموزش پزشکی، مرکز تحقیقات آموزش پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

نویسنده مسؤول: آرش نجیمی؛ دانشیار، گروه آموزش پزشکی، مرکز تحقیقات آموزش پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

باید در نظر گرفت که بار مسئولیت مراقبت از بیماران مبتلا به اختلالات روانی بیشتر بر عهده اعضای خانواده می‌باشد (۹). بار مسئولیت مراقبت، همان فشار مراقبتی است که با وضعیت مراقبت گیرنده و سطح رشد اخلاقی مراقبت مرتبط است (۱۰). فشار مراقبتی، ماهیت پنهان و کاملاً فردی دارد و درک این مفهوم، شخصی و درونی است که شامل مؤلفه‌هایی همچون فشار مراقبتی وابسته به زمان، تکاملی، جسمی، اجتماعی و احساسی می‌باشد (۱۱). این فشار به دنبال ایجاد تنش‌های روانی و فشار مراقبتی ناشی از آن، زمینه ایجاد مشکلاتی مانند اضطراب، افسردگی و فرسودگی را در مراقبان خانگی بیماران به وجود می‌آورد (۱۲). نتایج پژوهشی نشان داد که بیشتر مراقبان بیماران مبتلا به اختلالات روانی، فشار مراقبتی سطح شدید را تجربه می‌کنند (۱۳). افزایش فشار مراقبان، عواقب متعددی از جمله انزوای خانواده، قطع امید از حمایت‌های اجتماعی، اختلال در روابط خانوادگی و مراقبت ناکافی از بیمار و در نهایت، رها کردن بیمار و تشدید پدیده بیماران مبتلا به اختلالات روانی بی‌خانمان را به دنبال خواهد داشت. فشار بالا در مراقبان هم‌زمان با سطح بالایی از هیجانات ابراز شده، احتمال عود و بستری مجدد بیمار را افزایش می‌دهد. افزایش فشار مراقبان، باعث کاهش سطح سلامت روانی و افزایش احتمال بروز اختلالات روانی در آن‌ها می‌گردد. در برخی از مطالعات، مشکلات روانی در ۴۱ درصد خانواده این بیماران گزارش شده است (۱۴).

در این میان، آموزش روان‌شناختی از جمله مداخلاتی است که در راستای ارتقای آگاهی و تغییر نگرش خانواده‌ها از ماهیت بیماری، نحوه درمان آن، افزایش مهارت‌های ارتباطی و مهارت حل مسئله به کار گرفته می‌شود و درمانگر می‌تواند بر حسب سلیقه و شرایط موجود، یک خانواده را به تنهایی و یا چند خانواده را به صورت گروهی آموزش دهد. در واقع، آموزش روان‌شناختی نوعی روش آموزش است که با ارائه اطلاعاتی در زمینه ماهیت اختلالات روانی شامل اتیولوژی، روش‌های درمان، پیامدها، پیش‌آگهی، پیشرفت، عود بیماری و... می‌تواند موجب بهبود سطح درک خانواده‌ها در مورد اختلالات روانی شود و به مشارکت آن‌ها در خدمات مراقبتی و درمانی این بیماران کمک کند. آموزش روان‌شناختی دارای مدل‌های مختلفی شامل مدل آگاهی، درمان خانواده، مدیریت رفتاری خانواده و دیگر موارد است که رایج‌ترین مدل مورد استفاده، مدل آگاهی می‌باشد (۱۵).

با توجه به این که خانواده به عنوان اساسی‌ترین واحد جامعه، بنیان‌گذار سلامت فیزیکی، فرهنگی، معنوی، روانی و اجتماعی اعضای آن است و از آن جایی که مطابق با نتایج تحقیقات، میزان بار و فشار مراقبتی خانواده‌های دارای بیماران مزمن روانی بسیار زیاد است و در نتیجه، تأثیر منفی در میزان سلامت روانی این خانواده‌ها می‌گذارد، لازم و ضروری است که در جهت کاهش میزان بار و فشار مراقبت این خانواده‌ها، گام‌های اساسی و علمی برداشته شود که نتیجه این اقدامات، افزایش سلامت روانی و کیفیت زندگی این خانواده‌ها خواهد بود. بنابراین، پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی مداخله آموزش روان‌شناختی بر بار مسئولیت و سلامت روان مراقبان خانوادگی بیماران اعصاب و روان در شهرستان لردگان انجام گرفت.

روش‌ها

این مطالعه از نوع کاربردی بود و به روش نیمه آزمایشی و با بهره‌گیری از طرح

پیش‌آزمون-پس‌آزمون، همراه با گروه شاهد انجام شد. جامعه مورد نظر را کلیه مراقبان خانوادگی که بیمار آن‌ها دارای پرونده در کلینیک توان‌بخشی فجر شهرستان لردگان بود، تشکیل دادند. در تحقیق حاضر، ۶۰ شرکت‌کننده به روش نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب شدند و سپس از طریق تصادفی‌سازی، در گروه‌های آزمایش و شاهد قرار گرفتند. معیارهای ورود بیماران شامل تشخیص قطعی اختلال روانی توسط روان‌پزشک، سپری شدن حداقل شش ماه از زمان تشخیص بیماری و داشتن سابقه تشکیل پرونده در مرکز توان‌بخشی بود. همچنین، معیارهای ورود مراقبان خانوادگی بیماران شامل مراقب خانوادگی عضو خانواده باشد و کلیه مسئولیت‌های بهداشتی، درمانی، مراقبتی و حمایتی بیمار را به عهده داشته باشد، داشتن سن حداقل ۱۸ سال و حداکثر ۶۰ سال، قادر به برقراری ارتباط، عدم سابقه شرکت در جلسات آموزشی و عدم سابقه ابتلا به بیماری‌های جسمی جدی یا اختلال روانی شناخته شده و بستری شدن بود. مراقبانی که تمایل به مشارکت نداشتند، افرادی که به هر دلیلی نتوانستند بیش از دو جلسه متوالی یا متوالی در برنامه شرکت کنند و یا در طول پژوهش در برنامه آموزشی دیگری در این زمینه شرکت کردند، از مطالعه خارج شدند.

ابزارهای مورد استفاده به تفصیل در ادامه آمده است.

فرم کوتاه مقیاس نشانگان افسردگی، اضطراب و استرس (DASS یا Depression, anxiety and stress scales): به منظور بررسی سلامت روان از پرسش‌نامه DASS استفاده شد. این ابزار از ۲۱ عبارت مرتبط با علائم عواطف منفی (افسردگی، اضطراب و استرس) تشکیل شده است. خرده مقیاس افسردگی شامل عباراتی است که «خلق ناشاد، فقدان اعتماد به نفس، ناامیدی، بی‌ارزش بودن زندگی، فقدان علاقه برای درگیری در امور، عدم لذت بردن از زندگی و فقدان انرژی و قدرت را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. خرده مقیاس اضطراب متشکل از عباراتی است که می‌کوشند تا «بیش‌انگیزگی فیزیولوژیک، ترس‌ها و اضطراب موقعیتی» را مورد شناسایی قرار دهد و خرده مقیاس استرس عباراتی همچون «دشواری در دستیابی به آرامش، تنش عصبی، تحریک‌پذیری و بی‌قراری را در برمی‌گیرد. نسخه مذکور از لحاظ ویژگی‌های روان‌سنجی مورد بررسی قرار گرفته است که از میان آن‌ها می‌توان به پژوهش Henry و Crawford (۱۶) اشاره کرد. آن‌ها ضرایب همسانی درونی (Cronbach's alpha) کل مقیاس را ۰/۹۳ و سه خرده مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس را به ترتیب ۰/۸۸، ۰/۸۲ و ۰/۹۰ گزارش کردند (۱۶). در مطالعه حاضر، میزان ضریب Cronbach's alpha برای پرسش‌نامه DASS، ۰/۹۰ به دست آمد که نشان از پایایی مناسب آن می‌باشد.

پرسش‌نامه فشار مراقبتی (Caregiver Burden Inventory یا CBI): این پرسش‌نامه از ۲۴ گویه تشکیل شده است که پنج خرده مقیاس «فشار مراقبتی وابسته به زمان، فشار مراقبتی تکاملی، فشار مراقبتی جسمی، فشار مراقبتی اجتماعی و فشار مراقبتی احساسی» را بررسی می‌کند. نحوه امتیازدهی به این صورت است که پاسخ مراقبان در یک مقیاس لیکرت پنج گزینه‌ای (کاملاً نادرست تا کاملاً درست) اندازه‌گیری می‌شود. بر این اساس، نمرات حاصل از این پرسش‌نامه از ۲۴ تا ۱۲۰ متغیر می‌باشد که نمرات ۲۴ تا ۴۷ فشار مراقبتی خفیف، ۴۷ تا ۷۱ فشار مراقبتی متوسط، ۷۲ تا ۹۵ فشار مراقبتی شدید و ۹۶ تا ۱۲۰ فشار مراقبتی بسیار شدید در نظر گرفته شد. در مطالعات انجام شده، شاخص اعتبار محتوایی پرسش‌نامه CBI مورد بررسی و تأیید قرار گرفته است

(۱۷). در پژوهش حاضر، میزان ضریب Cronbach's alpha ابزار مذکور، ۰/۹۱ محاسبه گردید که بیان کننده پایایی مناسب پرسشنامه می باشد.

پس از انتخاب نمونه ها، محقق اقدام به اخذ رضایت نامه آگاهانه کتبی از آن ها کرد. همچنین، در مورد اهداف و روند اجرای طرح پژوهشی و این که تمام اطلاعات به صورت محرمانه است و داده های جمع آوری شده تنها برای انجام مطالعه مورد استفاده قرار گرفت، توضیحات لازم ارایه گردید. قبل از مداخله و دو ماه پس از آن، پرسشنامه ها توسط شرکت کنندگان به صورت خود گزارش دهی تکمیل شد. ضمن این که جهت رعایت اخلاق در پژوهش، در پایان تحقیق از مراقبان خانوادگی گروه شاهد نیز طی تماس تلفنی برای شرکت در جلسات آموزشی دعوت به عمل آمد. آموزش در هشت جلسه به طور متوسط هفته ای دو بار به مدت ۱/۵ ساعت توسط پژوهشگر ارایه گردید. هر جلسه با معرفی اهداف و بررسی تکالیف مشارکت کنندگان آغاز می شد. سپس با استفاده از روش های آموزشی تعاملی (ایفای نقش، پرسش و پاسخ، مباحثه و بحث گروهی)، موضوع جلسه با مشارکت نمونه ها مورد بررسی قرار می گرفت. اهداف و محتوای جلسات در جدول ۱ ارایه شده است.

پس از جمع آوری پرسشنامه ها، اطلاعات در نرم افزار SPSS نسخه ۲۲ (version 22, IBM Corporation, Armonk, NY) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. برای آزمون فرضیه از تحلیل ANCOVA استفاده گردید.

یافته ها

در پژوهش حاضر، ۴ مرد (۶/۷ درصد) و ۲۶ زن (۴۳/۳ درصد) در گروه آزمایش و ۶ مرد (۱۰ درصد) و ۲۴ زن (۴۰ درصد) در گروه شاهد شرکت نمودند. همچنین، تعداد مراقبان بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی در گروه های آزمایش و شاهد به ترتیب ۱۹ نفر (۳۱/۷ درصد) و ۱۴ نفر (۲۳/۳ درصد)، تعداد مراقبان بیماران مبتلا به افسردگی شدید در گروه های آزمایش و شاهد به ترتیب ۱۱ نفر (۱۸/۳ درصد) و ۱۱ نفر (۱۸/۳ درصد) و تعداد مراقبان بیماران مبتلا به مانیا در گروه های آزمایش و شاهد به ترتیب صفر و ۵ نفر (۸/۳ درصد) بودند.

میانگین متغیرهای مورد بررسی در مراحل پیش آزمون و پس آزمون، به تفکیک گروه های آزمایش و شاهد در جدول ۲ ارایه شده است.

به منظور بررسی اثربخشی آموزش روان شناختی بر نمره سلامت روانی مراقبان خانوادگی بیماران اعصاب و روان، از تحلیل کواریانس تک متغیره استفاده گردید. پیش آزمون متغیر سلامت روانی به عنوان متغیر وابسته وارد تحلیل شد. قبل از به کارگیری تحلیل ANCOVA، مفروضه های آن بررسی گردید. بدین منظور، آزمون Kolmogorov-Smirnov برای بررسی نرمال بودن متغیرهای پژوهش اجرا شد و نتایج نشان داد که متغیرها نرمال است ($P > 0.05$). همچنین، آزمون Levene به منظور بررسی همگنی واریانس ها انجام گردید که نتایج معنی دار نبود و نشان داد که همگنی واریانس ها برقرار است ($P > 0.05$). پس از برقراری مفروضه ها، از تحلیل ANCOVA جهت بررسی تأثیر برنامه آموزش روان شناختی بر سلامت روانی و بار مسئولیت استفاده گردید.

با توجه به نتایج تحلیل ANCOVA (جدول ۳)، آموزش روان شناختی بر کاهش سلامت روان اثربخش بود (لازم به ذکر است که نمره کمتر در پرسشنامه DASS، نشان دهنده سلامت روانی بالاتر می باشد) ($\text{Partial } \eta^2 = 0.37$). $P = 0.001$ ، $F(1, 57) = 34.22$ ؛ به این معنی که مداخله آموزش روان شناختی، منجر به بروز تفاوت معنی دار بین گروه های آزمایش و شاهد در متغیر سلامت روان شده و نمره کل سلامت روان (نشانگان DASS) را در گروه آزمایش کاهش داده است. همچنین، آموزش روان شناختی بر کاهش بار مسئولیت تأثیر داشت ($\text{Partial } \eta^2 = 0.49$). $P = 0.001$ ، $F(1, 57) = 55.52$ ؛ به این معنی که مداخله آموزش روان شناختی، منجر به بروز تفاوت معنی دار بین گروه های آزمایش و شاهد در متغیر بار مسئولیت شده و نمره کل بار مسئولیت را در گروه آزمایش کاهش داده است. بنابراین، نتیجه گرفته می شود که آموزش روان شناختی بر کاهش سلامت روانی و بار مسئولیت مراقبان خانوادگی بیماران اعصاب و روان اثربخش می باشد.

جدول ۱. محتوای جلسات مداخله آموزش روان شناختی

جلسه	هدف و محتوای 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
دوم	آشنایی با اختلالات روانی: تعریف، سبب شناسی، علایم و نشانه ها، انواع، سیر و پیش آگهی
سوم	شیوه ارتباط با بیمار مبتلا به اختلال روانی، نحوه مراقبت و چگونگی برخورد با علایم و نشانه های بیماری به ویژه توهم، هذیان، پرخاشگری و حالات تهاجمی در بیماران، ایمن سازی محیط زندگی بیمار و پیشگیری از حالات تهاجمی و خودکشی و در صورت بروز، چگونگی ارجاع به مراکز درمانی مربوط و سایر نظام های حمایتی
چهارم	چگونگی انگ زدایی از بیماران مبتلا به اختلالات روانی
پنجم	آشنایی با درمان های دارویی، عوارض داروها و مراقبت های مربوط به آن ها، اهمیت درمان دارویی و نقش آن در پیشگیری از عود بیماری
ششم	آموزش روش های حل مسئله و مقابله صحیح
هفتم	آموزش کیفیت زندگی مراقبان بیماران مبتلا به اختلالات روانی
هشتم	مروری بر مطلب ارایه شده در جلسات گذشته، نتیجه گیری، اختتام

جدول ۲. میانگین نمرات متغیرهای مورد بررسی در گروه‌های آزمایش و شاهد

مؤلفه	گروه	پیش‌آزمون (میانگین $\pm$ انحراف معیار)	پس‌آزمون (میانگین $\pm$ انحراف معیار)
بار مسئولیت	آزمایش	۷۸/۱۰ $\pm$ ۱۸/۷۷	۵۰/۱۶ $\pm$ ۷/۶۶
	شاهد	۷۸/۴۳ $\pm$ ۲۱/۴۷	۷۷/۵۳ $\pm$ ۱۶/۹۸
سلامت روان (DASS)	آزمایش	۵۴/۶۰ $\pm$ ۱۲/۷۸	۴۰/۳۳ $\pm$ ۷/۹۸
	شاهد	۵۴/۸۷ $\pm$ ۱۲/۶۲	۵۳/۶۱ $\pm$ ۱۰/۳۷

DASS: Depression, anxiety and stress scales

مناسب مانند آموزش روان‌شناختی گروهی، به منظور ارتقای نگرش مثبت خانواده‌های بیماران مبتلا به اختلال روان‌پزشکی، می‌تواند مؤثر باشد (۲۰). نویدیان و همکاران تحقیقی را با هدف بررسی تأثیر مداخله آموزشی حمایتی بر واکنش‌های روان‌شناختی اعضای خانواده بیماران بستری در بخش مراقبت‌های ویژه شهر زاهدان انجام دادند و دریافتند که میانگین تغییر نمره استرس، اضطراب و افسردگی اعضای خانواده بیماران پس از مداخله در گروه آزمایش به طور معنی‌داری بیشتر از گروه شاهد بود. نتایج تحلیل ANCOVA نشان داد که میانگین نمره استرس، اضطراب و افسردگی اعضای خانواده بیماران دو گروه پس از مداخله تفاوت معنی‌داری داشت. نتایج کلی نیز حاکی از آن بود که با توجه به تأثیر مداخله آموزشی حمایتی بر کاهش اضطراب، استرس و افسردگی اعضای خانواده بیماران، ضرورت دارد این مداخلات در برنامه‌های آموزشی و مراقبتی خانواده‌محور پرستاران وارد شود (۲۱).

نتایج پژوهش Tabeleao و همکاران که با هدف بررسی اثربخشی مداخله روان‌شناختی در مراقبان خانواده بیماران مبتلا به اختلالات روانی در کشور برزیل صورت گرفت، نشان داد که در گروه مداخله، کاهش معنی‌داری در میانگین نمره فشار روانی مشاهده گردید، اما در گروه شاهد، کاهش معنی‌دار نبود. به طور کلی، آنان به این نتیجه رسیدند که آموزش‌های روان‌شناختی برای اطلاع‌رسانی در مورد بیماری و نحوه برخورد با آن، به منظور حمایت‌های عاطفی به مراقبان و برای اجرای استراتژی‌های مقابله و مدیریت استرس مفید واقع می‌گردد (۲۲). از دلایل اثرگذاری آموزش روان‌شناختی بر سلامت روان و کاهش میزان اضطراب، استرس و افسردگی مراقبان بیماران اعصاب و روان می‌توان به یادگیری راهبردهای کنار آمدن و ساز و کارهای دفاعی بهتر و افزایش بهبود زندگی مراقبان اشاره نمود.

بحث

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که مداخله روان‌شناختی در مراقبان بیماران اعصاب و روان، ضمن کاهش بار مسئولیت مراقبان، با کاهش نشانگان DASS، سبب بهبود سلامت روان آن‌ها گردید. مطالعات مختلفی به بررسی سلامت روانی (افسردگی، اضطراب و استرس) گروه‌های مختلف در زمینه اثربخشی مداخلات آموزشی پرداخته‌اند (۱۸-۲۲). نتایج تحقیق Yamaguchi و همکاران که با هدف بررسی اثربخشی مداخله روان‌شناختی خانواده‌محور بر میزان اضطراب مراقبان خانواده بیماران مبتلا به اختلالات روانی انجام شد، نشان داد که هم اضطراب مربوط به صفت و هم اضطراب مربوط به حالت و بار و آشفتگی‌های مراقبت، در مقایسه با قبل از دریافت مداخله‌ها به طور معنی‌داری کاهش می‌یابد (۱۸). نتایج پژوهش ملازم و همکاران با هدف بررسی تأثیر مداخلات روان‌شناختی بر کیفیت زندگی مراقبان خانواده بیماران مبتلا به آسیب نخاعی در شهر شیراز نشان داد که کلیه مراقبان کیفیت زندگی کمی داشتند و کمترین میانگین نمره، مربوط به سلامت روان در هر دو گروه بود. پس از مداخله، ابعاد مختلف کیفیت زندگی در مراقبت‌کنندگان گروه آزمون نسبت به گروه شاهد بهبود یافت (۱۹). رحمانی و همکاران نیز در مطالعه خود که با هدف بررسی تأثیر آموزش گروهی روان‌شناختی بر نگرش مراقبان خانوادگی بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی نسبت به اختلال روانی در شهر تبریز انجام دادند، به این نتیجه رسیدند که اختلاف معنی‌داری از نظر میانگین نمره نگرش نسبت به بیماری روانی بین گروه‌های آزمایش و شاهد در مرحله پیش‌آزمون وجود نداشت، اما میانگین نمره پس‌آزمون گروه آزمایش در مقایسه با گروه شاهد به طور معنی‌داری افزایش یافته بود. بر این اساس، آموزش روان‌شناختی موجب بهبود نگرش مراقبان خانوادگی نسبت به بیماری روانی می‌شود. روش‌های آموزشی

جدول ۲. خلاصه نتایج تحلیل ANCOVA مربوط به تأثیر آموزش روان‌شناختی بر سلامت روانی

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	آماره F	مقدار P	مجذور اتای تفکیکی
سلامت روانی	پیش‌آزمون	۶۱۲/۹۲	۱	۶۱۲/۹۲	۸/۰۲	۰/۰۰۶	۰/۱۲
	گروه	۲۶۱۴/۶۹	۱	۲۶۱۴/۶۹	۳۴/۲۲	۰/۰۰۱	۰/۳۷
	خطا	۴۲۵۴/۹۴	۵۷	۷۶/۴۰	-	-	-
	کل	۷۶۰۷/۹۳	۵۹	-	-	-	-
بار مسئولیت	پیش‌آزمون	۱۸۳/۱۳	۱	۱۸۳/۱۳	۱/۰۶	۰/۳۰۹	۰/۰۲
	گروه	۹۶۲۹/۰۱	۱	۹۶۲۹/۰۱	۵۵/۵۲	۰/۰۰۱	۰/۴۹
	خطا	۹۸۸۶/۵۱	۵۷	۱۷۳/۴۵	-	-	-
	کل	۱۹۷۲۱/۶۵	۵۹	-	-	-	-

تصحیح تصورات قالبی، دست از سرزنش خود برمی دارند و با یادگیری نحوه صحیح برخورد با بیمار و توقعات به جا از وی، شرم درونی ناشی از این رفتارهای غیر طبیعی را کمتر احساس می کنند و هیجانات منفی ابراز شده کمتری را نسبت بیمار نشان می دهند و در نهایت، بار مسئولیت مراقبان خانوادگی بیماران اعصاب و روان کاهش می یابد. همچنین، در آموزش روان شناختی، مراقبان مسئولیت های مختلف در فرایند مراقبت از بیماران خود را شناسایی و سعی در مدیریت این مسئولیت ها می کنند؛ به طور مثال مراقبان در مسیر مراقبت، موقعیت نامعلومی دارند که این امر برای مراقب احساس گناه و استرس به همراه می آورد. مراقبان به نیازهای خود با دید بخشش نگاه می کنند و همیشه نیازهای بیمارشان را نسبت به نیازهای خود در اولویت قرار می دهند. آن ها در این دنیا زندگی می کنند، اما به دلیل بیمار خود اغلب در یک خانه محبوس هستند. احساس ایزوله بودن، بار مسئولیت بسیار زیادی را به آن ها وارد می کند. در فرایند آموزش روان شناختی، مراقبان بیماران مبتلا به اختلالات روانی یاد می گیرند این مسئولیت ها را مدیریت کنند و در نتیجه، میزان بار مسئولیت (که تأثیر بسزایی در افزایش استرس و اضطراب دارد) را کاهش دهند (۲۷).

از محدودیت های پژوهش حاضر می توان به اندک بودن افراد مورد بررسی به مراقبان خانواده بیماران مبتلا به اختلال روانی شهرستان لردگان در استان چهارمحال و بختیاری اشاره نمود که تعمیم پذیری یافته ها را با احتیاط مواجه می سازد. با توجه به این که در مطالعه حاضر تفاوت های جنسیتی مورد بررسی قرار نگرفت، پیشنهاد می شود در تحقیقات آینده به مقایسه اثرگذاری آموزش روان شناختی بر سلامت روان و بار مسئولیت در بین مراقبان خانواده بیماران مبتلا به اختلال روانی (زن و مرد) پرداخته شود.

نتیجه گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که اجرای برنامه آموزش روان شناختی، سبب کاهش معنی دار فشار مراقبتی و نشانگان DASS (سلامت روانی) در مراقبان خانوادگی بیماران اعصاب و روان در گروه آزمایش شده است؛ به طوری که تفاضل امتیاز فشار مراقبتی و نشانگان DASS گروه آزمایش و شاهد اختلاف معنی داری را نشان داد. در این راستا، مشخص گردید که آموزش روان شناختی موجب کاهش فشار مراقبتی و نشانگان DASS در مراقبان خانوادگی بیماران اعصاب و روان می شود و می تواند آنان را برای ایفای نقش مراقب و مدیریت درست فرایند مراقبت آماده کند. بنابراین، باید در جهت کاهش فشار مراقبتی و نشانگان DASS در مراقبان خانواده بیماران مبتلا به اختلالات روانی، آموزش های مناسب مشابه برنامه مطالعه حاضر ارائه گردد.

تشکر و قدردانی

پژوهش حاضر برگرفته از پایان نامه مقطع کارشناسی ارشد با شماره ۳۹۹۲۰۶ و کد اخلاق IR.MUI.RESEARCH.REC.1399.190، مصوب دانشگاه علوم پزشکی اصفهان می باشد. بدین وسیله از کلیه مراقبان بیماران مزمن اعصاب و روان و مسؤولان بهزیستی شهرستان لردگان که در انجام این مطالعه همکاری نمودند، تشکر و قدردانی به عمل می آید.

افراد با توانمندی های فوق، در مقابل رویدادهای اضطراب آور با خوش بینی، ابراز وجود و اعتماد به نفس برخورد می کنند، در نتیجه، رویدادها را قابل کنترل می بینند. نگرش های خوش بینانه، منجر به پردازش مؤثرتر اطلاعات و به کارگیری راهبردهای مقابله فعال بیشتر می شود و توان کنار آمدن با شرایط دشوار را افزایش می دهد. در نتیجه، فرد کمتر به استرس، اضطراب و افسردگی مبتلا خواهد شد. همچنین، آموزش روان شناختی از طریق افزایش انعطاف پذیری فرد، باعث افزایش سازگاری با شرایط مختلف می گردد و با کاهش هیجانات منفی، سلامت روان را افزایش می دهد و سبب کاهش میزان استرس، اضطراب و افسردگی می گردد. بنابراین، آموزش مؤلفه های روان شناختی، می تواند نقش مهمی در کاهش استرس، اضطراب و افسردگی افراد ایفا کند. در مطالعه حاضر، سبب شناسی بیماری مزمن روانی، شیوه های منطقی مقابله با فشار روانی و راهکارهایی افزایش کیفیت زندگی به مراقبان بیماران اعصاب و روان آموزش داده شد که این امر باعث کاهش استرس، اضطراب و افسردگی در آنان گردید. همچنین، با توجه به این که در آموزش روان شناختی، شیوه های مختلف کنترل استرس و روش های گوناگون افزایش کیفیت زندگی مورد تأکید قرار گرفت، می توان انتظار کاهش استرس، اضطراب و افسردگی را در افراد آموزش دیده داشت.

Chien و همکاران در مطالعه خود اثربخشی آموزش روانی خانواده را در دو گروه از خانواده های بیماران اسکیزوفرنیک بررسی کردند و نتیجه گرفتند که ارایه درمان های خانواده، بار تجربه شده توسط مراقبان را کاهش می دهد (۳۳). نتایج تحقیق Lovelace نشان داد مراقبانی که از روش متمرکز بر مسأله استفاده می کنند، بار مراقبتی کمتری را تجربه می نمایند و کسانی که از روش های هیجانی و اجتنابی استفاده می کنند، نسبت به سایر مراقبان بار مراقبتی بیشتری را تجربه می نمایند (۲۴).

نتایج پژوهش Ponce و همکاران که با هدف بررسی اثر مداخلات روان شناختی در مراقبان خانواده افراد مبتلا به بیماری آلزایمر در کشور برزیل انجام گردید، نشان داد که پس از مداخله آموزش روان شناختی، مراقبان نسبت به قبل از مداخله بار مسئولیت کمتری را حس کردند (۲۵). نتایج مطالعه عمرانی فرد و همکاران با هدف اثربخشی مداخلات آموزش روان شناختی تعدیل شده بر کاهش فشار تحمیلی و ارتقای کیفیت زندگی خانواده بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی نوع یک در شهر اصفهان، نشان داد که میانگین نمره فشار تحمیلی بر خانواده دو گروه در هیچ کدام از سه مقطع زمانی شروع مداخله، سه ماه پس از شروع مداخله و شش ماه پس از شروع مداخله تفاوت معنی داری نداشت، اما کیفیت زندگی در گروه آزمایش شش ماه پس از شروع مداخله آموزشی به طور معنی داری افزایش یافته بود (۲۶).

نتایج تحقیق حاضر نشان داد که مداخله آموزشی عامل تأثیرگذاری در کیفیت زندگی خانواده می باشد. از دلایل اثرگذاری آموزش روان شناختی بر کاهش بار مسئولیت مراقبان خانوادگی بیماران اعصاب و روان این است که آموزش های مذکور سبب پذیرش بیشتر بیمار مبتلا به اختلال روانی می شود و با طبیعی جلوه دادن علائم، نشانه ها و رفتارهای غیر طبیعی بیمار (که نیاز به درمان دارد)، موجب احساس درونی بهتر خانواده نسبت به بیمار و خود می شود. از طرف دیگر، مراقبان خانگی با آگاهی از علل اختلالات اعصاب و روان از طریق

References

1. Janighorban M, Dadkhahtehrani T, Najimi A, Hafezi S. The correlation between psychological empowerment and job burnout in midwives working in the labor ward of hospitals. *Iran J Nurs Midwifery Res* 2020; 25(2): 128-33.
2. Corrigan PW, Bink AB, Fokuo JK, Schmidt A. The public stigma of mental illness means a difference between you and me. *Psychiatry Res* 2015; 226(1): 186-91.
3. Hallett K. Intersectionality and Serious Mental Illness- A Case Study and Recommendations for Practice. *Women Ther* 2015; 38(1-2): 156-74.
4. Kohrt BA, Blasingame E, Compton MT, Dakana SF, Dossen B, Lang F, et al. Adapting the Crisis Intervention Team (CIT) model of police-mental health collaboration in a low-income, post-conflict country: Curriculum development in Liberia, West Africa. *Am J Public Health* 2015; 105(3): e73-e80.
5. Kasper S, Volz HP, Dienel A, Schlafke S. Efficacy of Silexan in mixed anxiety-depression--A randomized, placebo-controlled trial. *Eur Neuropsychopharmacol* 2016; 26(2): 331-40.
6. World Health Organization. The World health report 2001- Mental health: New understanding, new hope. Geneva, Switzerland: WHO; 2001. p. 30-130.
7. McCann TV, Bamberg J, McCann F. Family carers' experience of caring for an older parent with severe and persistent mental illness. *Int J Ment Health Nurs* 2015; 24(3): 203-12.
8. Younesi SJ. Stigma and infertility in Iran - coping skills. *J Reprod Fertil* 2002; 3(4): 73-87. [In Persian].
9. Golshiri P, Pourabdian S, Najimi A, Zadeh HM, Hasheminia J. Job stress and its relationship with the level of secretory IgA in saliva: A comparison between nurses working in emergency wards and hospital clerks. *J Pak Med Assoc* 2012; 62(3 Suppl 2): S26-S30.
10. Irbijaro G, Patel V, Chisholm D, Goldberg D, Khoja TA, Edwards TM, et al. Informing mental health policies and services in the EMR: Cost-effective deployment of human resources to deliver integrated community-based care. *East Mediterr Health J* 2015; 21(7): 486-92.
11. Bahramian M, Najimi A, Omid A. Association between health literacy with knowledge, attitude, and performance of health-care providers in applying health literacy education strategies for health education delivery. *J Educ Health Promot* 2020; 9: 10.
12. Yesufu-Udechuku A, Harrison B, Mayo-Wilson E, Young N, Woodhams P, Shiers D, et al. Interventions to improve the experience of caring for people with severe mental illness: Systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry* 2015; 206(4): 268-74.
13. Abbasi A, Asayesh H, Rahmani H, Shariati A, abedin Hosseini S, Rouhi G, et al. The burden on caregivers from hemodialysis patients and related factors. *J Res Dev Nurs Midw* 2011; 8(1): 26-33. [In Persian].
14. Scazufca M, Kuipers E. Stability of expressed emotion in relatives of those with schizophrenia and its relationship with burden of care and perception of patients' social functioning. *Psychol Med* 1998; 28(2): 453-61.
15. Bhattacharjee D, Rai A, Singh N, Kumar P, Munda S, Das B. Psychoeducation: A measure to strengthen psychiatric treatment. *Ind Psychiatry J* 2011; 14: 33-9.
16. Henry JD, Crawford JR. The short-form version of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21): Construct validity and normative data in a large non-clinical sample. *Br J Clin Psychol* 2005; 44(Pt 2): 227-39.
17. Navidian A, Zaheden F. Burden experienced by family caregivers of patients with mental disorders. *Pak J Psychol Res* 2008; 23(1-2): 19-28.
18. Yamaguchi H, Takahashi A, Takano A, Kojima T. Direct effects of short-term psychoeducational intervention for relatives of patients with schizophrenia in Japan. *Psychiatry Clin Neurosci* 2006; 60(5): 590-7.
19. Molazem Z, Falahati T, Jahanbin I, Jafari P, Ghadakpour S. The effect of psycho-educational interventions on the quality of life of the family caregivers of the patients with spinal cord injury: a randomized controlled trial. *Int J Community Based Nurs Midwifery* 2014; 2(1): 31-9.
20. Rahmani F, Ebrahimi H, Ranjbar F, Asghari E. The effect of group psychoeducational program on attitude toward mental illness in family caregivers of patients with bipolar disorder. *Hayat* 2016; 21(4): 65-79. [In Persian].
21. Navidian A, Rezaei J, Payan H. Efficacy of Supportive - Educational Intervention on Psychological Reactions of Family Members of Intensive Care Unit Patients. *3 JNE* 2016; 5(4): 51-8. [In Persian].
22. Tabeleao V, Tomasi E, de Avila Quevedo L. A randomized, controlled trial of the effectiveness of a psychoeducational intervention on family caregivers of patients with mental disorders. *Community Ment Health J* 2018; 54(2): 211-7.
23. Chien WT, Chan SW, Thompson DR. Effects of a mutual support group for families of Chinese people with schizophrenia: 18-month follow-up. *Br J Psychiatry* 2006; 189: 41-9.

24. Lovelace, Lauren McKinsey, "The effect of coping strategies on burden among male Alzheimer's caregivers" (2012). LSU Master's Theses.
25. Ponce CC, Ordonez TN, Lima-Silva TB, Dos Santos GD, Viola LF, Nunes PV, et al. Effects of a psychoeducational intervention in family caregivers of people with Alzheimer's disease. *Dement Neuropsychol* 2011; 5(3): 226-37.
26. Omranifard V, Esmailnejad Y, Maracy MR, Davarpanah Jazi AH. The Effects of Modified Family Psychoeducation on the Relative's Quality of Life and Family Burden in Patients with Bipolar Type I Disorder. *J Isfahan Med Sch* 2009; 27(100): 563-74. [In Persian].
27. Szinovacz M, Davey A. Caregiving contexts: Cultural, familial, and societal implications. New York, NY: Springer Publishing Company; 2008.