

اثر بخشی مداخلات آموزش روان‌شناختی تعدیل شده بر کاهش فشار تحمیلی و ارتقای کیفیت زندگی خانواده بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی نوع یک

دکتر ویکتوریا عمرانی فرد*، دکتر یوسف اسماعیلی نژاد**، دکتر محمد رضا مراثی***،

امیر حسین داورپناه جزی****

* استادیار، گروه روانپزشکی، مرکز تحقیقات علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

** دستیار روانپزشکی، مرکز تحقیقات علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

*** استادیار، گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده‌ی پزشکی و مرکز تحقیقات علوم رفتاری دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

**** کارورز، مرکز تحقیقات آموزش پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

تاریخ دریافت: ۸۷/۱۰/۲۴

تاریخ پذیرش: ۸۸/۲/۱

چکیده

اختلال دو قطبی از اختلالات شایع روانپزشکی می‌باشد. همانند بسیاری از بیماری‌های جسمی و روانی، خانواده بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی فشارهای زیادی را متحمل شده، کیفیت زندگی آنان افت می‌نماید. این مطالعه با هدف تعیین اثربخشی مداخلات آموزشی روان‌شناختی بر فشار تحمیلی بر خانواده و کیفیت زندگی خانواده‌های این بیماران طراحی شده است.

این مطالعه‌ی کارآزمایی بالینی بر روی ۴۸ خانواده، شامل گروه مداخله و شاهد دارای بیمار مبتلا به اختلال دو قطبی نوع یک انجام گرفت. برای یک عضو خانواده که نقش کلیدی در خانواده داشت، پرسشنامه‌ی فشار تحمیلی بر خانواده و کیفیت زندگی در زمان‌های بدو ورود، ۳ ماه و ۶ ماه تکمیل گردید. متغیرهای دموگرافیک مشتمل بر سن، جنس، نسبت با بیمار، تعداد ساعات تماس فرد با بیمار و مدت شروع بیماری جمع‌آوری شد.

در این مطالعه، ۳۰ زن و ۱۸ مرد از بستگان افراد مبتلا به اختلالات دو قطبی نوع یک بررسی شدند. بیشترین تعداد بستگان بیمار را همسران و مادران آنان شامل می‌شد. میانگین سنی شرکت‌کنندگان $42/04 \pm 10/72$ بود. میانگین نمره‌ی فشار تحمیلی بر خانواده‌ی دو گروه در هیچکدام از سه مقطع زمانی بدو مداخله، سه ماه پس از شروع مداخله و شش ماه پس از شروع مداخله تفاوت معنی‌داری نداشت. اما کیفیت زندگی در گروه مورد مداخله در شش ماه پس از شروع مداخله‌ی آموزشی به‌طور معنی‌داری افزایش یافته بود.

مداخله‌ی آموزشی عاملی تأثیرگذار در کیفیت زندگی بر خانواده بود و می‌توان از آن به‌عنوان ابزاری جهت بهبود وضعیت روانی خانواده‌ی بیماران روانی بهره گرفت.

کیفیت زندگی، مداخلات آموزشی، روان‌شناختی، فشار تحمیلی بر خانواده.

مقدمه:

روش‌ها:

یافته‌ها:

نتیجه‌گیری:

واژگان کلیدی:

تعداد صفحات: ۱۲

تعداد جدول‌ها: ۳

تعداد نمودارها: ۲

تعداد منابع: ۲۳

آدرس نویسنده مسؤؤل:

امیر حسین داورپناه جزی، کارورز، مرکز تحقیقات آموزش پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

E-mail: davarpanah@edc.mui.ac.ir

مقدمه

اختلال دو قطبی از اختلالات شایع روانپزشکی می‌باشد. هرچند در مواردی ممکن است بیمار فقط یک دوره‌ی بیماری را تجربه کند، اما در موارد زیادی عودهای مکرر دیده می‌شود (۱). این بیماری نه تنها برای بیمار ایجاد نگرانی و استرس می‌نماید، بلکه خانواده‌ی فرد را نیز دچار نگرانی و گاه آشفتگی‌های شدید می‌نماید (۲). خانواده‌ی بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی، طی دوره‌ی درمانی حاد و دوران بازتوانی و بهبودی، فشارهای زیادی را متحمل شده، کیفیت زندگی آنان افت می‌نماید و در مواردی افسردگی و اضطراب در آنان ایجاد می‌شود (۳).

واضح است که نقش عمده و اصلی مراقبت از بیماران روانپزشکی، به خصوص پس از ترخیص از بیمارستان، بر عهده‌ی خانواده‌ی بیماران می‌باشد (۴). مطالعات نشان داده است که فشار تحمیلی ناشی از این مراقبت بر بستگان بیمار قابل توجه بوده، موجب تهدید سلامت روانی آن‌ها و کاهش رضایتمندی آنان از زندگی می‌گردد (۵). مراقبت از یکی از اعضای خانواده که دچار مشکلات روانپزشکی است، فشارهای ذهنی و عینی شدیدی بر خانواده تحمیل می‌کند (۶). از سوی دیگر نوع مراقبت خانواده از بیمار روانپزشکی و میزان آمادگی و توانایی خانواده‌ی این بیماران تأثیر مستقیمی بر نتیجه‌ی درمان دارد (۷).

مطالعات اخیر نشان داده است که درمان‌های جایگزین و تکمیلی بیماران به همراه دارو درمانی، علاوه بر این که موجب کاهش هزینه‌های درمانی و بستری می‌گردند، موجب تمایل و آمادگی بیشتر خانواده‌ها برای پذیرش بیماران می‌گردد (۸). مشکلات و فشارهای روحی و احساسی که بر خانواده‌های

بیماران تحمیل می‌شود و به اصطلاح تحت عنوان فشارهای تحمیلی ذهنی و عینی از آنها یاد می‌گردد (۹)، می‌تواند نه تنها موجب آثار منفی بر خانواده شود، بلکه باعث تضعیف برنامه‌ی درمانی بیمار نیز شود.

تمایل روز افزون به استفاده و تحقیق در زمینه‌ی مداخلات آموزشی خانواده‌ی بیماران روانپزشکی ناشی از افزایش شناخت متخصصین نسبت به بار تحمیلی مراقبت از بیمار بر خانواده (۱۰) و از سوی دیگر ایجاد یک ساختار حمایتی درون خانواده جهت حمایت از بستگان می‌باشد. مطالعاتی که تا کنون در زمینه‌ی تأثیر آموزش خانواده بر کاهش میزان فشار تحمیلی بر خانواده‌های بیماران صورت پذیرفته است، اندک بوده و بیشتر مربوط به بیماران اسکیزوفرنی است. این بررسی‌ها به طور روشن نشان داده‌اند که چنین مداخلاتی موجب پیشگیری از عود اسکیزوفرنی می‌گردد (۱۱).

از آن جایی که بیماری دو قطبی یک بیماری دوره‌ای (Episodic) می‌باشد، ارتباط بین بیمار با خانواده، به ویژه در زمان تجربیات استرس‌زا، در مقایسه با اسکیزوفرنی متفاوت است. علاوه بر این ۹۳٪ خانواده‌های بیماران دو قطبی به فشارهای تحمیلی در زمان ارتباط با بیمار خود اذعان می‌کنند (۱۲). با توجه به تأثیر شناخته شده‌ی آموزش روانشناختی خانواده بر سیر درمان اختلال دو قطبی از یک سو و اثر بخشی مثبت این آموزش و کاهش فشار تحمیل شده بر خانواده و بهبود کیفیت زندگی خانواده‌ها از سوی دیگر، بر خود لازم دیدیم مداخله‌ی آموزشی جهت خانواده‌ی بیماران دو قطبی بستری و سرپایی در بخش‌های روانپزشکی را تدوین نماییم. در مطالعات انجام شده، مدل‌های متفاوتی از آموزش

روان‌شناختی جهت این خانواده‌ها طراحی شده است که با وجود در بر گرفتن اصول مشترک از نظر زمان (بستری بیمار یا بعد از بهبودی بیمار) و فردی یا گروهی بودن و تناوب جلسات و... بسیار متفاوت بوده، بر حسب شرایط و نیاز جامعه و مراکز مربوط، انعطاف‌پذیری دارند (۱۳).

با توجه به این‌که این آموزش‌ها اغلب مربوط به خانواده‌ی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی بوده و نیز موارد محدودی که در مطالعات خارجی به آنها استناد شده است، به میزان زیادی با شرایط فرهنگی آن جوامع منطبق می‌باشد. بنابراین این مطالعه را تنها جهت خانواده‌ی بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی طراحی نمودیم و پروتکل آموزشی که بر گرفته از نیازهای خانواده‌های بومی و بر اساس تجربیات سال‌های اخیر در مراکز درمانی شهید نواب صفوی و بیمارستان نور اصفهان بوده است، مورد استفاده قرار گرفت. این پروتکل بر اساس تجارب روانپزشکان و نیازهای خانواده‌ها پس از مرور مطالعات در سال‌های اخیر در مراکز مزبور مورد استفاده قرار گرفت. لذا با توجه به خلأ مطالعات در این زمینه به نظر می‌رسد یافته‌های این مطالعه به روشن شدن اثر مداخله‌ی آموزش روان‌شناختی در وضعیت کیفیت زندگی و فشار تحمیلی بر خانواده این بیماران کمک کند.

روش‌ها

این مطالعه، یک کار آزمایشی بالینی (Clinical Trial) بود که بر روی خانواده‌ی بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی نوع یک بستری یا سرپایی در بخش روانپزشکی مرکز آموزشی درمانی نور و حضرت علی اصغر (ع) اصفهان در سال ۱۳۸۷ انجام گرفت. جامعه‌ی آماری

مورد مطالعه، شامل خانواده‌ی بیماران مبتلا به اختلالات دو قطبی نوع I بود. روش نمونه‌گیری برای بیماران در این مطالعه به صورت غیر تصادفی آسان بود. شرایط ورود به مطالعه برای بیماران شامل تشخیص اختلال دو قطبی فاز مانیک یا فاز افسردگی یا فاز مخلوط توسط روانپزشک از طریق مصاحبه‌ی بالینی بر اساس ملاک‌های DSM-IV-TR و برای خانواده حداقل سن ۱۶ و حداکثر ۴۵ سال، رضایت خانواده به شرکت در مطالعه و داشتن توانایی خواندن و نوشتن برای شرکت‌کننده در طرح بود؛ به علاوه تنها خانواده‌ی بیمارانی وارد طرح می‌شدند که در زمان شروع مطالعه، بیمار حداکثر در سومین فاز حاد بیماری باشد. همچنین داشتن سوء مصرف مواد یا وابستگی به مواد برای خانواده‌ی بیمار و بیمار، ابتلا به عقب‌ماندگی ذهنی و یا بیماری‌های صعب‌العلاج جسمی مانند صرع برای خانواده و بیمار و ابتلا به سایر اختلالات روانپزشکی محور I و II برای خانواده‌ی بیمار و بیمار بر اساس مصاحبه‌ی بالینی و ملاک‌های DSM-IV-TR توسط روانپزشک معرفی کننده‌ی بیمار موجب عدم ورود خانواده‌ها به طرح می‌شد.

خانواده‌ی بیمارانی که شرایط ورود به مطالعه را داشتند بر اساس جدول اعداد تصادفی به دو گروه مورد و شاهد تقسیم شدند. برای یک عضو خانواده که نقش کلیدی در خانواده داشته، شرایط مطالعه را دارا بود، پرسشنامه‌ی فشار تحمیلی بر خانواده و کیفیت زندگی در زمان‌های بدو ورود، ۳ ماه و ۶ ماه بعد تکمیل گردید. شرایط مطالعه شامل این موارد بود: با بیمار در یک خانه زندگی کند، اگر متأهل باشد، همسر و اگر بیمار مجرد باشد، والدین و در صورت شرایطی

مانند سالخوردگی و ابتلای افراد مزبور به بیماری‌های جسمی ناتوان‌کننده و یا ابتلا به بیماری روانپزشکی، افراد فوق با دیگر افراد خانواده جایگزین شدند. شروع جلسات از زمان معرفی بیمار (سرپایی یا بستری) در فاز حاد توسط روانپزشک، به صورت چهار جلسه‌ی ۹۰ دقیقه‌ای در هفته در سالن بیمارستان، و پس از آن هر ۱۵ روز بود. بنابراین ۴ جلسه در ماه اول و سپس تا ماه ششم هر پانزده روز یک جلسه ۹۰ دقیقه‌ای برگزار شد (در کل ۱۴ جلسه). دعوت از خانواده‌ها از طریق دعوت‌نامه‌ی کتبی و گاه تلفنی بود. محتوای آموزشی بر اساس تجربه‌ی آموزش خانواده در مرکز شهید نواب صفوی و مرکز نور در چند سال اخیر تهیه شد. این برنامه، تلفیقی از مدل Liberman و Fallon (۱۴) و بر اساس شرایط و امکانات و نیاز جامعه بود. جلسه‌ی اولیه در بدو پذیرش بیمار و به منظور آشنایی با آموزش روان‌شناختی و مزایای آن، جلب موافقت خانواده جهت شرکت در جلسات و ارزیابی اعضای خانواده برگزار شد. در جلسات بعدی که شامل آموزش علایم هشدار دهنده و آشنایی با روش‌های جلوگیری از عود بود، آشنایی با ماهیت بیماری و سیر آن، آشنایی با درمان، ضرورت و طول مدت درمان، توجه به بهداشت روان خانواده و نحوه‌ی گسترش سلامت در سایر افراد خانواده و آشنایی با نحوه‌ی ارتباط با بیمار مورد بحث قرار گرفت. از جلسه‌ی پنجم به بعد که به صورت گروهی هر ۱۵ روز یک بار و حداقل جهت اعضای خانواده ۵ بیمار برپا می‌شد. لزوم ادامه‌ی درمان، علایم عود و یادآوری نحوه‌ی ارتباط، آموزش داده می‌شد و در نهایت در جلسه‌ی پایانی اهمیت دیدگاه خانواده در جلب همکاری درمانی بیمار مورد

بحث قرار می‌گرفت.

تمام آموزش‌ها در این پژوهش توسط دو نفر مداخله‌گر انجام شد و هدف از انتخاب دو نفر، آنالیز تأثیر فرد آموزش دهنده بر نتایج آموزش بود. متغیرهای دموگرافیک مشتمل بر سن، جنس، نسبت با بیمار، تعداد ساعتی که فرد با بیمار در تماس بوده است و مدت شروع بیماری جمع‌آوری گردید.

لازم به ذکر است پس از تأیید کمیته‌ی اخلاق پزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، این مطالعه با دریافت رضایت کتبی از خانواده‌ی بیماران انجام شد و افراد شرکت‌کننده در مطالعه هر زمان تمایل داشتند می‌توانستند از طرح خارج شوند. از آن جایی که اجرای این طرح بر روی خانواده‌های این بیماران بود و تداخلی در روند درمان بیماران ایجاد نمی‌کرد، هیچ‌گونه عارضه‌ای برای افراد شرکت‌کننده در گروه مداخله یا شاهد نداشت. تنها دو نفر از گروه مداخله برای بررسی ماه سوم و یک نفر از گروه شاهد، جهت مقایسه‌ی میانگین نمره‌ی کیفیت زندگی بررسی ماه ششم مراجعه نکردند.

ابزار سنجش، پرسشنامه WHO- QOL- BREF این پرسشنامه حاوی ۲۶ سؤال است که در یک مقیاس لیکرت ۵-۱ کیفیت زندگی فرد را از جنبه‌های مختلف بررسی می‌کند که یک سؤال آن در خصوص احساس کلی فرد از کیفیت زندگی خویش و ما بقی سؤالات احساس و رفتار فرد را در دو هفته‌ی اخیر در زمینه‌های: ۱- بهداشت و سلامت جسمی (فعالیت‌های فیزیکی، وابستگی به مواد و داروهای کمکی، تحرک، درد و احساس ناراحتی، خواب و استراحت و توانایی انجام کارها)، ۲- روان‌شناختی (احساس نسبت به وضع ظاهری بدن، احساسات

مثبت و منفی، یادگیری، تفکر، حافظه و تمرکز، اعتماد به نفس و روحیه و رفتارهای شخصیتی)، ۳- روابط اجتماعی (روابط شخصی، حمایت اجتماعی و فعالیت‌های جنسی) و ۴- محیط اجتماعی (منابع مالی، آزادی و امنیت فیزیکی، دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی و اجتماعی، محیط خانه، فرصت‌های اجتماعی، محیط فیزیکی مانند آلودگی، سر و صدا، ترافیک، حمل و نقل و ...) می‌سند.

در اکثر مطالعات انجام شده، تست از آلفای کرونباخ و ضریب روایی و پایایی قابل قبولی برخوردار بوده است (۱۶-۱۵). نجات و همکاران (۱۳۸۵) در پژوهش خود که بر روی ۱۱۶۷ نفر از مردم تهران انجام گرفت، پایایی آزمون را به روش باز آزمایی در حیطه‌ی سلامت فیزیکی ۰/۷۷، در حیطه‌ی سلامت روانی ۰/۷۷، در حیطه‌ی روابط اجتماعی ۰/۷۵ و در نهایت در حیطه‌ی سلامت محیط برابر با ۰/۸۴ گزارش کرده‌اند (۱۷).

جهت بررسی فشار تحمیلی بر خانواده از پرسشنامه‌ی Family Burden استفاده شد. این پرسشنامه ده سؤال بسته دارد که در صورت منفی بودن پاسخ امتیاز صفر داده می‌شود و در صورت پاسخ «بلی» شدت آن از کم (۱ امتیاز)، متوسط (۲ امتیاز)، زیاد (۳ امتیاز) و خیلی زیاد (۴ امتیاز) درجه‌بندی می‌شود و در مجموع از صفر امتیاز تا چهل امتیاز داده می‌شود. سؤالات مطرح شده در این پرسشنامه وضعیت اقتصادی اجتماعی و فرهنگی شرکت‌کنندگان در طرح را ارزیابی می‌کند. این پرسشنامه در چندین مطالعه مورد استفاده قرار گرفته و روایی و پایایی آن تأیید شده است (۱۸).

داده‌های مطالعه پس از جمع‌آوری و رفع نقص

وارد رایانه شد و توسط نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۱۵ (version 15, SPSS Inc., Chicago, IL) انجام شد. آزمون آماری t مستقل جهت مقایسه‌ی میانگین نمره‌ی کیفیت زندگی و میانگین نمره‌ی فشار تحمیلی خانواده در دو گروه، آزمون آماری paired t-test جهت مقایسه‌ی میانگین نمره‌ی کیفیت زندگی قبل و بعد از مداخله، آزمون آماری χ^2 جهت مقایسه‌ی بین داده‌های کیفی در دو گروه و آزمون آنالیز کواریانس (آزمون GLM با اندازه‌های تکراری) جهت مقایسه‌ی روند تغییرات نمره‌ی کیفیت زندگی و فشار تحمیلی به خانواده در دو گروه به کار رفت.

یافته‌ها

در این مطالعه خانوادگی ۴۸ بیمار مبتلا به اختلالات دو قطبی مورد مطالعه قرار گرفتند که بر اساس جدول اعداد تصادفی خانواده ۲۴ نفر آن‌ها به عنوان گروه مداخله، تحت آموزش‌های روان‌شناختی قرار گرفته، خانوادگی ۲۴ نفر به عنوان گروه شاهد، بدون انجام هیچ نوع مداخله‌ای مورد مطالعه قرار گرفتند. بیماران از نظر توزیع جنس و سنی در دو گروه یکسان‌سازی شدند. بیماران با استفاده از پرسشنامه از نظر فشار تحمیلی بر خانواده و کیفیت زندگی مورد بررسی قرار گرفتند. در این مطالعه ۳۰ زن (۱۸ نفر در گروه مداخله و ۱۲ نفر در گروه شاهد) و ۱۸ مرد (۶ نفر در گروه مداخله و ۱۲ نفر در گروه شاهد) از نزدیکان افراد مبتلا به اختلالات دو قطبی نوع I مورد مطالعه قرار گرفتند. بیشترین تعداد بستگان بیمار را در گروه مداخله همسران و در گروه شاهد مادران آنان شامل می‌شد که البته این تفاوت معنی‌دار نبود. میانگین سنی شرکت‌کنندگان در گروه شاهد $10/08 \pm 39/92$ و در

شروع مداخله تفاوت معنی‌داری بین دو گروه وجود نداشت ($P = 0/49$).

در شش ماه پس از شروع مداخله‌ی آموزشی میانگین امتیاز فشار تحمیلی بر خانواده در گروه مداخله $8/4 \pm 16/8$ و در گروه شاهد $9/8 \pm 19/7$ بود که در مقایسه با زمان شروع مطالعه، در گروه شاهد تفاوت چندانی نداشت ($19/7$ در مقابل $19/4$) ولی در گروه مداخله کاهش یافته بود ($18/8$ در مقابل $16/8$)؛ طبق آزمون t -student تفاوت نمره‌ی دو گروه در این مرحله نیز معنی‌دار نبود ($P = 0/28$). در جدول شماره‌ی ۱، میانگین و انحراف معیار امتیاز فشار تحمیلی بر خانواده در شش ماه پس از شروع مداخله نشان داده شده است.

با این که فشار تحمیلی بر خانواده طی سه مقطع زمانی بدو مداخله، سه ماه پس از شروع مداخله و شش ماه پس از شروع مداخله در گروه شاهد روند افزایش و در گروه مداخله روند کاهش داشت اما در عین حال انجام آزمون آنالیز کواریانس با استفاده از مدل خطی عمومی با مقادیر تکراری (GLM/Repeated measures) نشان داد که طی سه مرحله مداخله، روند تغییرات فشار تحمیلی بر خانواده در دو گروه تفاوت معنی‌دار ندارد ($P = 0/43$). در نمودار ۱ روند تغییرات میانگین امتیاز فشار تحمیلی بر خانواده در سه مقطع زمانی فوق نشان داده شده است.

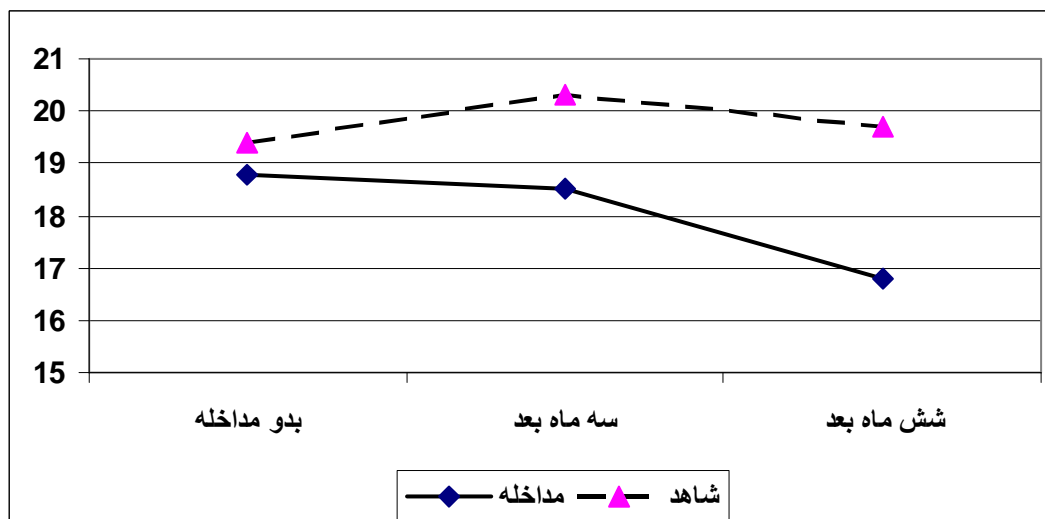
گروه مداخله $11/13 \pm 44/17$ بود که تفاوت معنی‌داری بین دو گروه وجود نداشت ($P = 0/83$). از نظر جنس نیز تفاوتی بین دو گروه یافت نشد ($P = 0/7$). میانگین طول مدت بیماری در گروه مداخله $6/62 \pm 6/08$ سال و در گروه شاهد $7/08 \pm 6/19$ بود که این تفاوت نیز واضح نبود ($P = 0/96$). میانگین تعداد دفعات بستری نیز بین دو گروه از نظر آماری تفاوتی نداشت ($P = 0/57$). با توجه به این که آموزش توسط دو نفر صورت گرفت، از نظر آماری تفاوتی در تأثیر مداخله‌ی آموزشی بر روی فشار تحمیلی بر خانواده و کیفیت زندگی در دو گروه مورد مطالعه وجود نداشت ($P = 0/65$).

در بررسی فشار تحمیلی بر خانواده، میانگین امتیاز کسب شده در بدو مطالعه برای گروه مداخله و شاهد به ترتیب $9 \pm 18/8$ و $10 \pm 19/4$ بود و طبق آزمون t -student اختلاف معنی‌داری بین دو گروه قبل از مداخله وجود نداشت ($P = 0/83$).

میانگین نمره‌ی فشار تحمیلی بر خانواده در ۳ ماه پس از شروع مطالعه در دو گروه مداخله و شاهد به ترتیب $7/9 \pm 18/5$ و $9/8 \pm 20/3$ بود که در مقایسه با بدو شروع مطالعه، این فشار بر گروه مداخله تأثیری نداشت ($18/8$ در مقابل $18/5$) ولی فشار وارده بر گروه شاهد زیادتر شده بود ($19/4$ در مقابل $20/3$). در عین حال بر اساس آزمون t -student در سه ماه پس از

جدول ۱. مقایسه‌ی میانگین و انحراف معیار امتیاز فشار تحمیلی بر خانواده و نمره‌ی کیفیت زندگی در شش ماه بعد از شروع مداخله‌ی آموزشی در دو گروه

P value	گروه شاهد	گروه مداخله	
0/01	$58/2 \pm 17/3$	$65/5 \pm 13$	میانگین \pm انحراف معیار نمره‌ی کیفیت زندگی
0/28	$19/7 \pm 9/8$	$16/8 \pm 8/4$	میانگین \pm انحراف معیار امتیاز فشار تحمیلی بر خانواده



نمودار ۱. مقایسه‌ی میانگین امتیاز فشار تحمیلی بر خانواده در سه مقطع زمانی در دو گروه

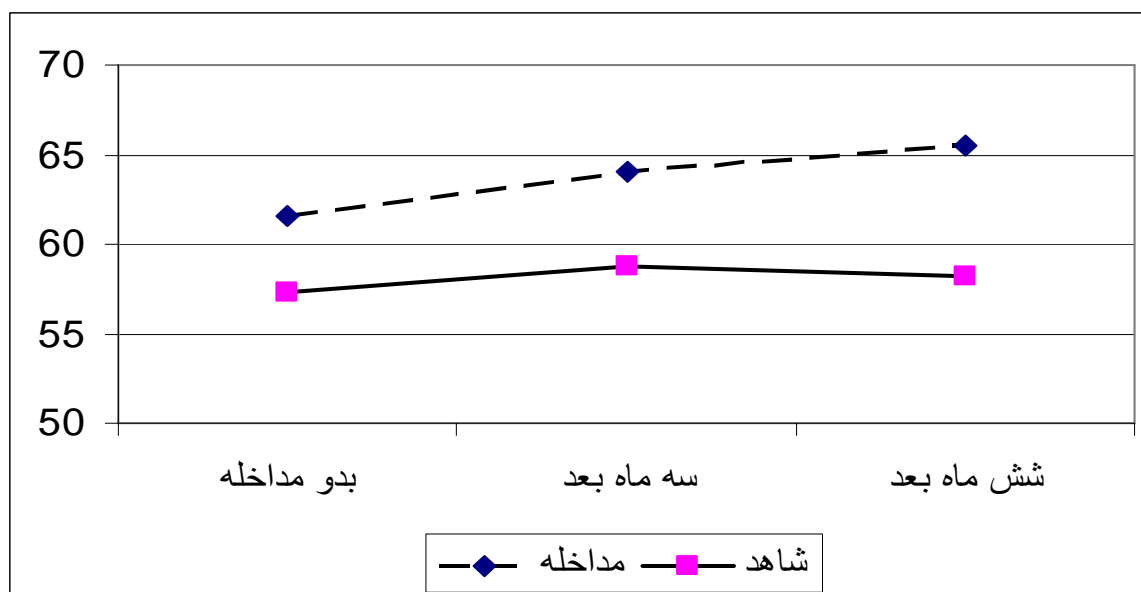
شروع مطالعه، در گروه شاهد تفاوت چندانی نداشت (۵۷/۳ در مقابل ۵۸/۲) ولی در گروه مداخله به طور محسوسی افزایش یافته بود (۶۱/۶ در مقابل ۶۵/۵) و طبق آزمون t-student تفاوت نمره‌ی دو گروه معنی‌دار بود ($P = ۰/۰۱$). در جدول شماره‌ی ۱، میانگین و انحراف معیار نمره‌ی کیفیت زندگی در شش ماه پس از شروع مداخله نشان داده شده است.

کیفیت زندگی طی سه مقطع زمانی بدو مداخله، سه ماه پس از شروع مداخله و شش ماه پس از شروع مداخله در گروه مداخله روند افزایشی نشان داد و در گروه شاهد تفاوت محسوسی نداشت. انجام آزمون آنالیز کواریانس با استفاده از مدل خطی عمومی با مقادیر تکراری (GLM/Repeated measures) نیز نشان داد که روند تغییرات کیفیت زندگی در طی سه مرحله مداخله در دو گروه تفاوت معنی‌دار دارد ($P = ۰/۰۴$). در نمودار ۲، روند تغییرات میانگین امتیاز کیفیت زندگی در سه مقطع زمانی فوق نشان داده شده است.

به منظور سنجش کیفیت زندگی در دو گروه مورد مطالعه از پرسشنامه‌ی استاندارد WHO شامل ۲۶ سؤال استفاده شد. میانگین نمره‌ی کیفیت زندگی قبل از مداخله برای گروه تحت مداخله و گروه شاهد به ترتیب $۱۲/۸ \pm ۶۱/۶$ و $۱۶/۵ \pm ۵۷/۳$ بود و طبق آزمون t-student اختلاف آماری معنی‌داری بین دو گروه وجود نداشت ($P = ۰/۳۲$).

میانگین نمره‌ی کیفیت زندگی در ۳ ماه پس از شروع مطالعه در دو گروه مداخله و شاهد به ترتیب $۱۲/۶ \pm ۶۴/۱$ و $۱۷/۵ \pm ۵۸/۸$ بود که در مقایسه با بدو شروع مطالعه، در گروه مداخله تفاوت مشاهده شد ($۶۱/۶$ در مقابل $۶۴/۱$) ولی در گروه شاهد تفاوت زیادی حاصل نگردید (۵۷/۳ در مقابل ۵۸/۸). در عین حال بر اساس آزمون t-student در سه ماه پس از شروع مداخله تفاوت معنی‌داری بین دو گروه وجود نداشت ($P = ۰/۲۵$).

شش ماه پس از شروع مداخله‌ی آموزشی میانگین امتیاز کیفیت زندگی در گروه مداخله $۱۳ \pm ۶۵/۵$ و در گروه شاهد $۱۷/۳ \pm ۵۸/۲$ بود که در مقایسه با زمان



نمودار ۲. مقایسه‌ی میانگین نمره‌ی کیفیت زندگی در سه مقطع زمانی در دو گروه

جدول ۲. مقایسه‌ی میانگین و انحراف معیار نمره‌ی domainهای مختلف پرسش‌نامه‌ی کیفیت زندگی در مراحل مختلف مطالعه بین دو گروه

گروه	بدو ورود	P value	پس از سه ماه	P value	پس از شش ماه	P value	
بعد جسمانی	مشاهده	۱۶/۲۹ ± ۷/۱۱	۰/۴۶	۱۶/۶۲ ± ۷	۰/۲۵	۱۷ ± ۷/۲۴	۰/۳۳
	مداخله	۱۷/۶۶ ± ۵/۵۱		۱۸/۷۳ ± ۵		۱۸/۷۸ ± ۴/۸	
بعد روان‌شناختی	مشاهده	۱۴/۱۲ ± ۴/۹۶	۱	۱۳/۷۱ ± ۵/۰۱	۰/۳۲	۱۳/۷۸ ± ۴/۹۸	۰/۰۸
	مداخله	۱۴/۱۲ ± ۴/۱۶		۱۵/۱ ± ۴/۲۴		۱۶/۰۸ ± ۳/۷۴	
روابط اجتماعی	مشاهده	۷/۲۰ ± ۲/۷۵	۰/۵۵	۷/۲۵ ± ۲/۶۲	۰/۶۶	۷ ± ۲/۷۹	۰/۵۵
	مداخله	۷/۶۶ ± ۲/۵۵		۷/۵۹ ± ۲/۶۱		۷/۴۶ ± ۲/۴۶	
وضعیت زندگی	مشاهده	۱۷/۴۶ ± ۴/۸۳	۰/۴۴	۱۷/۹۶ ± ۴/۳۹	۰/۱۸	۱۷/۷۴ ± ۴/۶۶	۰/۰۲
	مداخله	۱۸/۴۶ ± ۴/۱۳		۱۹/۶۸ ± ۴/۲۲		۲۰/۷۴ ± ۴/۱۶	

معنی‌دار است ($P = ۰/۰۲$). هر چند در اغلب Domainها نیز روند صعودی مشاهده می‌شود ولی این افزایش معنی‌دار نیست.

آزمون Paired t-test نشان داد در گروه مداخله بعد جسمانی و روان‌شناختی در ماه ششم مطالعه نسبت به زمان شروع آن تفاوت معنی‌داری دارد (P value به ترتیب ۰/۲۵ و ۰/۳۵) (جدول ۳).

میانگین و انحراف معیار نمره Domainهای مختلف پرسش‌نامه کیفیت زندگی در دو گروه بدو شروع مطالعه، سه ماه پس از شروع مداخله و شش ماه پس از شروع مداخله در جدول شماره‌ی ۲ آورده شده است. در بعد روابط اجتماعی در گروه مداخله در مقایسه با گروه شاهد شش ماه پس از شروع مطالعه تفاوت واضحی مشاهده می‌شود که از نظر آماری نیز

جدول ۳. مقایسه‌ی میانگین و انحراف معیار نمره‌ی Domain‌های مختلف پرسش‌نامه‌ی کیفیت زندگی در گروه مداخله

P value	Mean ± SD		
۰/۲۸	۱۷/۱ ± ۵/۳۶	بدو ورود	بعد جسمانی
	۱۸/۷۲ ± ۴/۹۹	سه ماه بعد	
۰/۰۹	۱۳/۶۳ ± ۳/۹۲	بدو ورود	بعد روان‌شناختی
	۱۵/۰۹ ± ۴/۲۴	سه ماه بعد	
۰/۷۱	۷/۶۴ ± ۲/۶۵	بدو ورود	روابط اجتماعی
	۷/۵۹ ± ۲/۶۱	سه ماه بعد	
۰/۶۸	۱۸/۴۵ ± ۴/۰۹	بدو ورود	وضعیت زندگی
	۱۹/۶۸ ± ۴/۲۲	سه ماه بعد	
۰/۰۲۵	۱۷/۶۵ ± ۵/۶۴	بدو ورود	بعد جسمانی
	۱۸/۷۸ ± ۴/۸	شش ماه بعد	
۰/۰۳۵	۱۴/۰۸ ± ۴/۲۵	بدو ورود	بعد روان‌شناختی
	۱۶/۰۸ ± ۳/۷۴	شش ماه بعد	
۰/۹۱	۷/۶۶ ± ۲/۵۵	بدو ورود	روابط اجتماعی
	۷/۴۶ ± ۲/۴۶	شش ماه بعد	
۰/۳۸	۱۸/۳۴ ± ۴/۱۸	بدو ورود	وضعیت زندگی
	۲۰/۷۴ ± ۴/۱۶	شش ماه بعد	

بحث

طبق نتایج به دست آمده از این مطالعه در ابتدای مداخله، سه ماه و شش ماه بعد از شروع مداخله، میانگین نمره‌ی فشار تحمیلی بر خانواده در گروه مداخله کمتر شد ولی در گروه شاهد تغییری نیافت؛ در عین حال میانگین نمره‌ی فشار تحمیلی بر خانواده در دو گروه دریافت‌کننده‌ی مداخله و گروه شاهد تفاوت معنی‌دار نداشت. بدیهی است علاوه بر توجه به بیمار و انجام اقدامات درمانی و نگهدارنده برای وی، توجه به خانواده نیز از نکات قابل توجه و ضروری در امر روانپزشکی می‌باشد. وجود یک بیمار روانی در خانواده، تبعات زیادی را هم از نظر درون خانواده و هم در خارج از خانواده به همراه خواهد داشت. بنابراین آماده‌سازی خانواده برای چگونگی رویارویی با این عوامل، بسیار مهم و ضروری می‌باشد. پیش از این فشار تحمیلی بر نزدیکان بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا در بررسی‌های Jungbauer و همکاران در

بلژیک و Chrzastowski در لهستان گزارش شده است (۲۰-۱۹). بیماری اسکیزوفرنیا که ماهیتی مزمن و سیری فرساینده دارد، می‌تواند منبعی برای استرس درازمدت و مزمن برای مراقب به شمار رود (۲۱). یکی از مهمترین تأثیراتی که حضور فرد روانی بر خانواده می‌گذارد، از دست دادن امنیت و آرامش حاکم بر خانواده است. خانواده‌ای که تا قبل از این در محیط امن خانواده زندگی می‌کرد، با وجود یک بیمار روانی نمی‌تواند آرامش قبلی خود را به طور کامل حفظ نماید. در یک بررسی فشار ناشی از نگهداری بیماران دو قطبی بر روی نزدیکان آنها نشان داده شده است (۲۲). Reinares و همکاران در نزدیکان بیماران دو قطبی میزان فشار ذهنی را در حد متوسط نشان دادند و عملکرد شغلی و اجتماعی ضعیف بیمار، عود بیماری در دو سال گذشته، سابقه‌ی اختلال دو قطبی تندچرخ و مسؤولیت فرد نزدیک به بیمار در خوراندن دارو به بیمار از منابع فشار ذهنی نزدیکان بوده است

بایستی مداخله‌ی آموزشی در زمینه‌ی بیمار روانی تنها به خانواده محدود نشده، آموزش‌های عمومی در سطح اجتماع نیز برای عامه مردم ارایه گردد.

از دیگر موضوعات مورد بررسی در این مطالعه، بررسی تأثیر مداخله‌ی آموزشی در کیفیت زندگی خانواده بود. طبق نتایج به دست آمده، نمره‌ی کیفیت زندگی بعد از مداخله‌ی آموزشی در گروه مداخله به طور معنی‌داری بالاتر از گروه شاهد بود. به عبارت دیگر، مداخلات آموزشی توانسته است تأثیری مثبت و قابل درک در بهبود کیفیت زندگی خانواده‌ی بیمار روانی داشته باشد. یکی از دلایل تأثیر مثبت مداخله‌ی آموزشی بر کیفیت زندگی این است که بر خلاف پرسشنامه‌ی فشار تحمیلی بر خانواده که بیشتر مسایل منفی را بررسی می‌نماید، در این جا کیفیت زندگی فرد و خانواده از دیدگاه مثبت ارزیابی می‌گردد و مسلم است که نقش آموزش بهداشت در ایجاد دیدگاه مثبت در افراد و خانواده‌ها، بسیار مؤثرتر از مورد قبلی می‌باشد. به عبارت دیگر در بررسی کیفیت زندگی، بیشتر مسایل مثبت خانواده مانند امید به زندگی، لذت بخش بودن فعالیت‌ها، پاک و تمیز بودن محیط زندگی مورد بررسی قرار گرفته، مسایل مثبت خانواده در ذهن فرد تداعی می‌گردد ولی در پرسشنامه‌ی فشار تحمیلی، مسایل و مشکلات حضور بیمار روانی برای فرد تداعی می‌شود. از این رو مداخله‌ی آموزشی در بهبود کیفیت زندگی (بر خلاف فشار تحمیلی بر خانواده) به طور معنی‌داری مؤثر می‌باشد.

هر چند تأثیر مداخله‌ی آموزشی بر نمره‌ی فشار تحمیلی بر خانواده به دلیل این که زمان طولانی‌تری برای مشاهده‌ی تأثیرات نیاز می‌باشد، معنی‌دار نبود اما مداخله‌ی آموزشی به جهت این که مسایل مثبت

(۲۳). این بررسی نشان داد که منبع فشار اغلب عینی است. به بیان دیگر، افراد نزدیک به بیمار از فشار اقتصادی و مختل شدن تفریح و کار خانواده بیشتر شکایت داشته‌اند تا فشارهای ذهنی، که به معنی تأثیر بر فضای روانی خانواده، میزان رنج روانی فرد نزدیک به بیمار و کشمکش‌های اعضای خانواده و فشار ناشی از داغ ننگ بیماری روانی بر فرد نزدیک به بیمار است. از دیگر موضوعات مهم در زمینه‌ی فشار تحمیلی بر خانواده، تأثیر وجود بیمار روانی بر امنیت سایر اعضای خانواده می‌باشد. وجود بیمار روانی در خانواده موجبات قطع ارتباط دیگران با خانواده و از هم گسیختگی روابط بین اعضا را نیز فراهم می‌آورد و آخر این که وجود بیمار روانی در خانواده به دلیل اختصاص وقت زیاد در زمینه‌ی درمان و نگهداری بیمار روانی به خود و از طرف دیگر تحمیل هزینه‌های درمانی سنگینی بر خانواده، موجبات فشار بر خانواده را فراهم می‌نمایند. لذا وجود یک بیمار روانی در خانواده، فشار عمیقی را از جهات مختلف بر خانواده تحمیل می‌کند و از این رو بایستی مدت زمان زیادی سپری گردد تا خانواده بتواند خود را با شرایط جاری تطابق دهد و در حقیقت بتواند با بیمار روانی خود کنار بیاید؛ بدون تردید چنانچه مطالعه‌ی جاری به مدت طولانی‌تری (بیش از یک سال) تداوم یابد، بدون شک مداخلات آموزشی می‌تواند در تغییر فشار تحمیلی بر خانواده مؤثر باشد. ناگفته نماند که در خصوص فشار تحمیلی بر خانواده تنها خانواده‌ی فرد بیمار روانی نیست که در مورد فشار تحمیلی، تصمیم‌گیرنده و تأثیرگذار است، بلکه خانواده‌ی فرد بیمار روانی از طرف اجتماع و حتی ادارات و سازمان‌های مرتبط نیز تأثیر می‌پذیرد و بدین دلیل

حتی نهادها و سازمان‌های مرتبط، تحت تأثیر قرار می‌گیرد، مداخلات آموزشی بایستی فقط به محدود به خانواده نبوده، آموزش‌ها در سطح اجتماع و عمومی نیز ارائه گردد.

خانواده و فرد را مورد بررسی قرار می‌دهد، به طور معنی‌داری بر نمره‌ی کیفیت زندگی مؤثر می‌باشد. از طرفی به دلیل این که خانواده‌ی بیمار روانی از طرق مختلف مانند اجتماع، همکاران، دوستان و آشنایان و

References

1. Rea MM, Tompson MC, Miklowitz DJ, Goldstein MJ, Hwang S, Mintz J. Family-focused treatment versus individual treatment for bipolar disorder: results of a randomized clinical trial. *J Consult Clin Psychol* 2003; 71(3): 482-92.
2. Rouget BW, Aubry JM. Efficacy of psychoeducational approaches on bipolar disorders: a review of the literature. *J Affect Disord* 2007; 98(1-2): 11-27.
3. Xiang M, Ran M, Li S. A controlled evaluation of psychoeducational family intervention in a rural Chinese community. *Br J Psychiatry* 1994; 165(4): 544-8.
4. Solomon P. Moving from psychoeducation to family education for families of adults with serious mental illness. *Psychiatr Serv* 1996; 47(12): 1364-70.
5. Maurin JT, Boyd CB. Burden of mental illness on the family: a critical review. *Arch Psychiatr Nurs* 1990; 4(2): 99-107.
6. Cuijpers P, Stam H. Burnout among relatives of psychiatric patients attending psychoeducational support groups. *Psychiatr Serv* 2000; 51(3): 375-9.
7. Perlick DA, Rosenheck RR, Clarkin JF, Raue P, Sirey J. Impact of family burden and patient symptom status on clinical outcome in bipolar affective disorder. *J Nerv Ment Dis* 2001; 189(1): 31-7.
8. Rosenheck R, Cramer J, Xu W, Thomas J, Henderson W, Frisman L, et al. A comparison of clozapine and haloperidol in hospitalized patients with refractory schizophrenia. Department of Veterans Affairs Cooperative Study Group on Clozapine in Refractory Schizophrenia. *N Engl J Med* 1997; 337(12): 809-15.
9. Hoenig J, Hamilton MW. The burden on the household in an extramural psychiatric service. In: Freeman HL, Farndale WAJ, Editors. *New aspects of the mental health services*. London: Pergamon Press; 1967. p. 612-35.
10. Katschnig H, Konieczna T. What works in work with relatives? A hypothesis. *Br J Psychiatry Suppl* 1989;(5): 144-50.
11. Lam DH. Psychosocial family intervention in schizophrenia: a review of empirical studies. *Psychol Med* 1991; 21(2): 423-41.
12. Perlick D, Clarkin JF, Sirey J, Raue P, Greenfield S, Struening E, et al. Burden experienced by care-givers of persons with bipolar affective disorder. *Br J Psychiatry* 1999; 175: 56-62.
13. Dixon L, McFarlane WR, Lefley H, Lucksted A, Cohen M, Falloon I, et al. Evidence-based practices for services to families of people with psychiatric disabilities. *Psychiatr Serv* 2001; 52(7): 903-10
14. Fallon I, Liberman R. Behavioral family intervention in the management of chronic schizophrenia. In: McFarlane R. *Family Therapy in Schizophrenia*. New York: Guilford, 1983. p. 117-37.
15. Kuykan W, Orelly J, Hudelson P, Sertorius N. Quality of life Assessment across cultures. *Int j med Health* 1994; 23: 5-10.
16. Marcia A, Simonson DC. Assessment of Quality-of-Life Outcomes. *Medicine* 1996; 334(13): 835-40.
17. Nejat S, Montazeri A, Holakoie Naeeni K, Kazem M, Majdzadeh SR. Standardization World Health Organization quality of life questionnaire (WHOQOL-Bref) Translation and psychometrics Iranian species. *School Health and Health Research Institute* 2006; 4(4): 71-6.
18. Azhar M. Comparative performance of chronic schizophrenia patients and their families before and after treatment. [Thesis]. Isfahan: Isfahan University of Medical Sciences; 2000. p. 31-2.
19. Jungbauer J, Wittmund B, Dietrich S, Angermeyer MC. Subjective burden over 12 months in parents of patients with schizophrenia. *Arch Psychiatr Nurs* 2003; 17(3): 126-34.
20. Chrzastowski S. Different approaches to the concept of family burden in schizophrenia. *Psychiatr Pol* 2004; 38(3): 421-32.
21. Lowyck B, De Hert M, Peeters E, Wampers M, Gilis P, Peuskens J. A study of the family burden of 150 family members of schizophrenic patients. *Eur Psychiatry* 2004; 19(7): 395-401.
22. Schmid R, Huttel G, Gordig C, Spiessl H. Burden of caregivers of inpatients with bipolar affective disorder. *Psychiatrische Praxis* 2007; 34(S1): 155-6.
23. Reinares M, Vieta E, Colom F, Martinez-Aran A, Torrent C, Comes M, et al. What really matters to bipolar patients' caregivers: sources of family burden. *J Affect Disord* 2006; 94(1-3): 157-63.

Received: 2009.1.13

Accepted: 2009.4.21

The Effects of Modified Family Psychoeducation on the Relative's Quality of Life and Family Burden in Patients with Bipolar Type I DisorderVictoriya Omranifard MD^{*}, Yusef Esmailinejad MD^{**},
Mohammad Reza Maracy MD^{***}, Amir Hossein Davarpanah Jazi^{****}^{*}Assistant Professor, Behavioural Sciences Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.^{**}Resident of Psychiatry, Behavioural Sciences Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.^{***}Assistant Professor, Department of Community Medicine, School of Medicine, and Behavioral Sciences Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.^{****}Medical Student, Medical Education Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

Abstract	
Background:	Bipolar type I disorder is one of the common disorders in psychiatry. Relatives of such patients like other organic or mental diseases may encounter with major burden as well as decreasing of their quality of lives. In some cases, depression or anxiety may occur. Family psychoeducation programs should be conduct for relatives of patients with bipolar I disorder. These programs may decrease family burden and improve the quality of life.
Methods:	This was a clinical trial done among relatives of patients with bipolar type I disorder. Family burden questionnaire and quality of life questionnaire used for one of the key relatives at beginning of study, 3 months and 6 months later. Demographic data (age, gender, relation, and number of hours who they are together) was collected also. 48 patients with bipolar type I disorder were enrolled in this study. They randomly divided into 2 groups with 24 members. Family psychoeducation program were conducted among first group and second group without any intervention were followed as control group.
Findings:	There was no significant difference between tow groups in mean score of family burden at all 3 episodes of study; but mean score of quality of life was significantly higher in control group 6 months after intervention.
Conclusion:	Psychoeducational intervention is an effective factor in patient's relatives, quality of life. This intervention could help to improve mental health among relatives of psychiatric patients.
Key words:	Quality of life, Family burden, Psychoeducation.
Page count:	12
Tables:	3
Figures:	2
References:	23
Address of Correspondence:	Amir Hossein Davarpanah Jazi, Medical Student, Medical Education Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran. E-mail: davarpanah@edc.mui.ac.ir