

December-January 2020, Volume 8, Issue 5

Evaluation of the Effect of Group Psychoeducation on the Anxiety Level of the Main Caregiver of Bipolar Patients

Mohammad Moradibaglooei¹, Hossein Javdani², Somayeh Esmaeeli^{3*}, Saeid Shahsavari⁴

1- Msc of Psychiatric Nursing, Faculty Member of School of Nursing And Midwifery ,Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran.

2- Assistant Professor of Psychiatry, Faculty Member of School of Medicine, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran.

3- Msc Student of Psychiatric Nursing, School of Nursing And Midwifery ,Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran. **(Corresponding Author)**

Email: S.Esmseeli.1511@gmail.Com

4- Msc of Biostatistics, School of Health Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran.

Received: 15 Aug 2019

Accepted: 10 June 2020

Abstract

Introduction: Family members of psychiatric patients often experience disabilities and experiences of distress, anxiety, depression, and economic problems. The purpose of this study was to determine the effect of group educational interventions on the anxiety of primary caregivers of patients with type I bipolar disorder for the first time.

Methods: The present study was a clinical trial with a control group using a convenience sampling method and was randomly divided into two equal experimental (n = 32) and control (n = 32) groups. eligibility for data collection two demographic and beck anxiety questionnaires was used in two stages including pre-intervention and post-intervention and both groups were asked to attend a meeting. completing the post-test (beck anxiety inventory) in a group. during the eight sessions, they received group-based psychosocial interventions and the control group received no intervention after the pre-test. spss software version 20 and p-value <0.05 were used for data analysis.

Results: The mean anxiety level in the experimental group in the pre-test was 37.44 with a standard deviation of 11.76 and in the control group was 29.53 with the standard deviation of 8.89.

the mean level of anxiety in the experimental group at post-test was 12.22 with the standard deviation of 7.84 and in the control group was 28.41 with standard deviation of 9.10. the mean level of anxiety in the experimental group was 6.69 with a standard deviation of 4.81 and in the control group was 27.31 with a standard deviation of 9.44.

Conclusions: The designed group psychoeducational intervention used in this study has been able to produce favorable changes in carers' awareness about caring for patients with type I bipolar disorder and thereby reduce their anxiety .

Key words: Anxiety, Bipolar disorder, Family psycho education.

تأثیر آموزش روانی گروهی بر میزان اضطراب مراقبین اصلی بیماران دوقطبی

محمد مرادی بگلویی^۱، حسین جاودانی^۲، سمیه اسماعیلی^{۳*}، سعید شهسواری^۴

- ۱- کارشناسی ارشد روان پرستاری عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران.
 ۲- استادیار، روان پزشکی، عضو هیئت علمی دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران.
 ۳- دانشجوی کارشناسی ارشد روان پرستاری دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران. (نویسنده مسئول)
 ایمیل: s.esmseeli.1511@gmail.com
 ۴- کارشناس ارشد آمار زیستی، دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۵/۲۵ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۳/۲۱

چکیده

مقدمه: اعضای خانواده بیماران روانی اغلب احساس ناتوانی و تجربه دیسترس، اضطراب، افسردگی و مشکلات اقتصادی دارند. هدف این مطالعه تعیین تأثیر مداخلات آموزشی گروهی بر میزان اضطراب مراقبین اصلی بیماران مبتلابه اختلال دوقطبی نوع یک در اولین بار بستری می‌باشد.

روش کار: پژوهش حاضر یک کار آزمایشی بالینی با گروه شاهد و به روش نمونه‌گیری آسان (در دسترس) انتخاب و به شکل تصادفی در دو گروه برابر آزمایشی (۳۲ نفر) و شاهد (۳۲ نفر) جای‌گیری شد. محقق برای گردآوری داده‌ها دو پرسشنامه‌ی داده‌های دموگرافیک و پرسشنامه‌ی اضطراب بک در ۲ مرحله که شامل پیش از انجام مداخله و پس از انجام مداخله استفاده شد و از هر دو گروه، تقاضا شد، در جلسه‌ای حضور یابند و به‌صورت گروهی پس‌آزمون (پرسشنامه اضطراب بک) را تکمیل کنند. جلسه آموزشی، حمایتی برای گروه‌های آزمون با حضور مراقب اصلی، هفته‌ای دو جلسه و هر جلسه به مدت ۹۰ دقیقه برگزار گردید. در طی هشت جلسه مداخلات روانی آموزشی گروهی را دریافت کردند و گروه کنترل پس از پیش‌آزمون در این مدت هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکردند. برای آنالیز داده‌ها از نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۲۰ و نیز مقدار $p\text{-value} < 0.05$ استفاده شد.

یافته‌ها: میانگین میزان اضطراب در گروه آزمایش در پیش‌آزمون $37/44$ با انحراف معیار $11/76$ و در گروه گواه $29/53$ با انحراف معیار $8/89$ بود. میانگین میزان اضطراب در گروه آزمایش در پس‌آزمون $12/22$ با انحراف معیار $7/84$ و در گروه گواه $28/41$ با انحراف معیار $9/10$ بود. میانگین میزان اضطراب در گروه آزمایش در پیگیری $6/69$ با انحراف معیار $4/81$ و در گروه گواه $27/31$ با انحراف معیار $9/44$ بود.

نتیجه‌گیری: مداخله آموزش روانی طراحی‌شده‌ای که در این پژوهش مورد استفاده قرار گرفته توانسته است تغییرات مطلوبی در آگاهی مراقبین در رابطه با مراقبت از بیماران مبتلابه اختلال دوقطبی نوع I ایجاد نماید. **کلیدواژه‌ها:** اضطراب، اختلال دوقطبی، آموزش روانی خانواده.

مقدمه

در ایران در نتایج پیمایش ملی سلامت روان که در سال ۱۳۹۰ انجام شد شیوع اختلالات خلقی را به تفکیک جنس بررسی کردند که نتایج آن نشان داد که اختلال افسردگی $12/7$ درصد کج خلقی $1/3$ درصد و اختلال دوقطبی نوع یک $1/1$ درصد است [۳]. احتمال بروز خودکشی در بیماران مبتلابه این اختلال بالا و در حدود 15 درصد است [۴]. همچنین هزینه‌ی اجتماعی بالایی بر اثر این بیماری بر

اختلال دوقطبی، نوعی اختلال خلقی مزمن و عودکننده است که به اختلال‌های شدیدی در عملکرد اجتماعی و شغلی فرد منجر می‌شود [۱]. شیوع طیف اختلالات دوقطبی در کل دوره‌ی زندگی بین $2/8$ تا $6/5$ درصد مطرح می‌شود [۲]. بیماری دوقطبی، ششمین عامل ناتوانی در سراسر دنیا در گروه سنی بزرگسالان جوان محسوب می‌شود [۱].

مراقبان بیمار و نیز خود بیمار (به صورت کاهش قدرت کارایی و مولد بودن) تحمیل می‌شود [۵].

یکی از اهداف سازمان بهداشت جهانی در ارتقای سلامت روان و درمان بیماری‌های روانی تا سال ۲۰۱۶ کاهش طول مدت بستری در بیمارستان و گسترش خدمات اجتماعی است که در این راستا به نقش خانواده در مراقبت از اختلالات روانی توجه زیادی شده و برای این منظور آموزش‌های مدون برای خانواده‌ها در امر مراقبت از بیماران روانی شدید مورد تأکید قرار گرفته است [۶]. بیش از ۶۰ درصد مددجویانی که از مؤسسات روانی مرخص می‌شوند به خانواده اصلی خود برمی‌گردند [۷].

مطالعات زیادی نشان می‌دهند که اعضای خانواده بیماران روانی اغلب احساس ناتوانی و تجربه دیسترس، اضطراب، افسردگی و مشکلات اقتصادی دارند [۸]. این در حالی است که تجربه مراقبت از بیماران دوقطبی می‌تواند از سایر بیماری‌های روانی متفاوت باشد زیرا ماهیت بیماری متفاوت است بعضی از بیماران دوقطبی با علائم مانیک و گروهی علائم افسردگی را تجربه می‌کنند و بیماری حالت دوره‌ای نیز دارد به طوری که بین دو قطب مانیک و افسردگی بیماری نوسان دارد و از سویی بیماران فازهای بهبودی را تجربه می‌کنند و همواره احتمال عود بیماری و تغییر ماهیت بیماری و همچنین افکار خودکشی که در ۵۹ درصد در بیماران دیده می‌شود موجب نگرانی خانواده و مراقبین بیمار می‌شود [۹].

شواهد نشان می‌دهد که مراقبین خانوادگی، اطلاعات، منابع و حمایت‌های محدودی در دسترس دارند تا به وسیله آن بتوانند خود را برای ایفای چنین نقشی آماده کنند [۱۰]. مراقبین خانوادگی در پاسخ به علائم و نشانه‌های اختلال روانی و مراقبت پیگیر و مستمر از بیمار روانی در خانه، علاوه بر گرفتار شدن در دام غم و اندوه، فقدان، داغ‌دیدگی، خشم و عصبانیت، یأس و ناامیدی، احساس شرمساری و گناه، تنش‌ها و فشارهای ارتباطی زیادی را نیز تجربه و ابراز می‌کنند [۱۱]. تحقیقات موجود نشان می‌دهد که تنوع و شدت نقش‌های مراقبتی ممکن است منجر به مشکلات روانی در مراقبین خانوادگی بیمار شود [۱۲]. اگر این افراد بدون درمان و مداخله رها شوند، سطح سلامت جسمانی و روانی‌شان به عنوان بیماران پنهان کاهش می‌یابد [۱۳].

بار روانی تحمیلی ناشی از مراقبت یک بیمار روانی می‌تواند از کیفیت مراقبت ارایه شده کاسته، از سوی دیگر سلامت جسمانی و روانی مراقبان را نیز به مخاطره اندازد. از این رو، برخی مداخلات درمانی نظیر آموزش، حمایت و روان‌درمانی می‌تواند تأثیر چشمگیری در کاهش افسردگی، اضطراب، استرس و کاهش بار روانی مراقبین خانوادگی داشته باشد و تا از همین طریق زمینه را برای افزایش کیفیت مراقبت فراهم نموده، هم بتواند سطح سلامت جسمانی و روانی مراقبین را ارتقاء بخشد [۱۴]. بنابراین خانواده‌ها نیاز به اطلاعات، حمایت، آموزش و مهارت‌هایی برای کنار آمدن و کاهش دادن فشار وارده به خودشان دارند، که نتیجه آن می‌تواند به بهبود سیر بیماری و کاهش عود اختلال فرد مبتلا نیز بیانجامد [۱۵].

با توجه به تأثیرات شناخته شده‌ی آموزش روان‌شناختی خانواده شامل: تأثیر بر سیر درمان، اثربخشی مثبت این آموزش و کاهش فشار تحمیل‌شده بر خانواده، بهبود کیفیت زندگی خانواده‌ها و همچنین تأثیر اولین برخورد جدی با بیماری در حد بستری شدن بیمار برای اولین بار؛ که تاکنون در این خصوص مطالعه‌ای انجام نگرفته است، لذا مطالعه حاضر با هدف تأثیر آموزش روانی گروهی بر میزان اضطراب مراقبین اصلی بیماران دوقطبی در اولین بار بستری در مرکز آموزشی و درمانی ۲۲ بهمن شهر قزوین انجام گرفت.

روش کار

پژوهش حاضر یک کار آزمایشی بالینی با گروه شاهد و به روش نمونه‌گیری آسان (در دسترس) انتخاب و به شکل تصادفی در دو گروه برابر آزمایشی (۳۲ نفر) و شاهد (۳۲ نفر) جای‌گیری شد. برای گردآوری داده‌ها از پرسشنامه‌ی داده‌های دموگرافیک و پرسشنامه‌ی اضطراب بک در ۳ مرحله که شامل پیش از انجام مداخله و پس از انجام مداخله و ۳ ماه بعد از انجام مداخله استفاده شد.

معیارهای ورود برای بیماران شامل: داشتن معیارهای تشخیصی بیماری دوقطبی نوع یک طبق معیارهای تشخیصی پنجمین ویرایش تجدیدنظر شده راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی بر اساس تشخیص روان‌پزشک DSM-5 بوده است و معیارهای ورود مراقبان

حضور یابند و به صورت گروهی پس‌آزمون (پرسشنامه اضطراب بک) را تکمیل کنند. پرسشنامه اطلاعات شخصی و پرسشنامه اضطراب بک بود. پرسشنامه اضطراب بک: ارزیابی علائم اضطراب در تشخیص‌گذاری‌ها و درمان از اهمیت خاصی برخوردار است.

آیرون بک و همکارانش (۱۹۹۰) پرسشنامه اضطراب بک را معرفی کردند که به‌طور اختصاصی علائم شدت اضطراب بالینی را در افراد می‌سنجد. این پرسشنامه از اعتبار روایی بالایی برخوردار است. ضریب همسانی درونی آن (ضریب آلفا) ۰/۹۲، اعتبار آن با روش باز آزمایی به فاصله یک هفته ۰/۷۵ و همبستگی ماده‌های آن از ۰/۳۰ تا ۰/۷۶ متغیر است [۱۶]. در ایران نیز کاویانی و همکاران (۲۰۰۸) در مورد ویژگی‌های روان‌سنجی این پرسشنامه در طبقات سنی و جنسی جمعیت ایرانی به ترتیب روایی برابر با (۰/۷۲) و پایایی برابر (۰/۸۳) و ثبات درونی (۰/۹۲- α) را گزارش کرده‌اند [۲۵]. پنج نوع روایی محتوا، هم‌زمان، سازه، تشخیصی و عاملی برای این آزمون سنجیده شده است که همگی نشان‌دهنده کارایی بالای این ابزار در اندازه‌گیری شدت اضطراب می‌باشد.

برای تجزیه و تحلیل اطلاعات و توصیف متغیرهای کمی برحسب شرایط از میانگین (انحراف معیار) و یا میان و برای متغیرهای کیفی از گزارش فراوانی و درصد استفاده شد. برای مقایسه میانگین پیامدهای کمی از آزمون تی تست، آنالیز واریانس و ضریب همبستگی پیرسون و برای مقایسه فاکتورهای کیفی بین گروه‌های مورد مطالعه نیز آزمون کای دو و یا آزمون دقیق فیشر بکار رفت. برای مقایسه ارتباط بین اضطراب در زمان‌های مورد بررسی از روش تحلیل واریانس با اندازه‌های تکرارشونده (Repeated measure ANOVA) استفاده شد. برای آنالیز داده‌ها از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۰ و نیز مقدار $p\text{-value} < 0.05$ از نظر آماری معنی‌دار تلقی شد.

(جدول ۱) خلاصه‌ای از موضوعات آموزش روان‌شناختی به مشارکت‌کنندگان را نشان می‌دهد.

خانوادگی بیماران نیز شامل: مراقب خانوادگی عضوی اصلی از خانواده که کلیه مسئولیت‌های بهداشتی، درمانی، مراقبتی و حمایتی بیمار را بر عهده داشته باشند، حداقل ۱۸ سال و حداکثر ۶۰ سال داشته و قادر به برقراری ارتباط بوده، قبلاً در جلسات آموزشی شرکت نکرده باشند، همین‌طور سابقه ابتلا به بیماری‌های جسمی جدی یا اختلال روانی شناخته‌شده و بستری شدن را نداشته باشند. معیارهای خروج از مطالعه شامل: عدم رضایت بیمار و یا سرپرست قانونی وی به ادامه شرکت در جلسات، دریافت آموزش روانی برای خانواده یا بیمار در افراد گروه کنترل در سیر (یا قبل از) انجام مطالعه، عدم حضور مراقب اصلی خانواده در بیش از دو جلسه متناوب یا متوالی جلسات آموزش خانواده دریافت مراقبت و آموزش از سایر مراکز بوده است.

به منظور رعایت اخلاق در پژوهش به هر دو گروه اطمینان داده شد که اطلاعات آن‌ها محرمانه مانده و صرفاً جهت کار تحقیقاتی استفاده خواهد شد و از سرپرست بیماران و نیز مراقب اصلی آن‌ها رضایت آگاهانه اخذ گردید. هم‌چنین این پژوهش با کد اخلاق IR.QUMS.1397.113 REC به ثبت رسیده است.

برای گروه‌های آزمون با حضور مراقب اصلی، هفته‌ای دو جلسه و هر جلسه به مدت ۹۰ دقیقه برگزار گردید. در طی هشت جلسه مداخلات روانی آموزشی گروهی را دریافت کردند و گروه کنترل پس از پیش‌آزمون در این مدت هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکردند. محدوده زمانی مطالعه از مهرماه ۹۷ تا شهریور ۹۸ بوده است. محیط پژوهش درمانگاه‌های روان‌پزشکی مرکز آموزشی درمانی بهمن شهر قزوین بود. جمعیت مورد مطالعه شامل خانواده بیماران مبتلا به بیماری دوقطبی نوع یک مراجعه‌کننده به درمانگاه‌های مراکز آموزشی درمانی شهر قزوین که شرایط شرکت در پژوهش را داشتند، برای گردآوری داده‌ها دو پرسشنامه‌ی داده‌های دموگرافیک و پرسشنامه‌ی اضطراب بک در ۲ مرحله که شامل پیش از انجام مداخله و پس از انجام مداخله استفاده شد و از هر دو گروه، تقاضا شد، در جلسه‌ای

جدول ۱: خلاصه‌ای از موضوعات آموزش روان‌شناختی ارائه شده به مراقبان خانوادگی بیماران مبتلابه اختلال دوقطبی نوع یک

شماره جلسه	موضوع جلسه
۱	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
۲	آشنایی با اختلالات خلقی: تعریف، سبب‌شناسی، علائم و نشانه‌ها، انواع، سیر و پیش‌آگهی
۳	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 مربوط و سایر نظام‌های حمایتی
۴	آشنایی با درمان‌های دارویی، عوارض داروها و مراقبت‌های مربوط به آن‌ها، اهمیت درمان دارویی و نقش آن در پیشگیری از عود بیماری
۵	آشنایی با درمان‌های دارویی، عوارض داروها و مراقبت‌های مربوط به آن‌ها، اهمیت درمان دارویی و نقش آن در پیشگیری از عود بیماری
۶	آموزش روش‌های حل مسئله و مقابله صحیح
۷	چگونگی انگ زدایی از بیماران مبتلابه اختلالات روانی
۸	مروری بر مطالب ارائه شده در جلسات گذشته، نتیجه‌گیری، اختتام

یافته‌ها

نیز خانه‌دار ۴۰/۶۳ درصد بود. بر اساس (جدول ۲) میانگین میزان اضطراب در گروه آزمایش در پیش‌آزمون ۳۷/۴۴ با انحراف معیار ۱۱/۷۶ و در گروه شاهد ۲۹/۵۳ با انحراف معیار ۸/۸۹ و میانگین میزان اضطراب در گروه آزمایش در پس‌آزمون ۱۲/۲۲ با انحراف معیار ۷/۸۴ و در گروه شاهد ۲۸/۴۱ با انحراف معیار ۹/۱۰ بود. و همینطور میانگین میزان اضطراب در گروه آزمایش در پیگیری ۶/۶۹ با انحراف معیار ۴/۸۱ و در گروه شاهد ۲۷/۳۱ با انحراف معیار ۹/۴۴ بود.

بر اساس یافته‌های پرسشنامه دموگرافیک بیشترین افراد مراقبت‌کننده از بیماران در گروه آزمایش خواهران (۴۳/۷۵ درصد) و در گروه شاهد همسران (۴۰/۶۳ درصد) از نظر جنسیت در گروه آزمایش ۷۸/۱۳ درصد زن و ۲۱/۸۸ درصد مرد و در گروه شاهد ۷۵ درصد زن و ۲۵ درصد مرد بودند. بیشترین گروه تحصیلی در گروه آزمایش دیپلم ۶۲/۵ درصد و در گروه شاهد نیز دیپلم ۶۸/۷۵ درصد بود. بیشترین گروه شغلی در گروه آزمایش خانه‌دار، ۴۶/۸۸ درصد و در گروه شاهد

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار و سایر شاخص‌های اضطراب در گروه‌های آزمایش و شاهد در زمان‌های مورد بررسی

تعداد	آزمایش		شاهد	
	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
میانگین	۳۷/۴۴	۱۲/۲۲	۲۹/۵۳	۲۸/۴۱
میان	۳۶/۰	۹/۵۰	۲۷/۵۰	۲۶/۰۰
انحراف معیار	۱۱/۷۶	۷/۸۴	۸/۸۹	۹/۱۰
واریانس	۱۳۸/۲۵	۶۱/۴۷	۷۹/۰۳	۸۲/۸۹
حداقل	۱۲	۲	۱۴	۱۱
حداکثر	۵۹	۳۱	۴۸	۴۷

پیگیری با پیش‌آزمون در گروه آزمایش برابر ۳۰،۷۵۰ است که سطح معنی‌دار ۰،۰۰۰ آن حاکی از معنی‌دار بودن تفاوت بین دو مرحله است که پایدار بودن آزمایش‌ها را نشان می‌دهد. درحالی‌که در گروه گواه این میزان برابر ۱،۰۹۴ است که سطح معنی‌داری ۰،۲۰۵ نشان می‌دهد در گروه گواه اثر معنی‌دار نیست. (جدول ۳).

در گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون میزان ۲۵،۲۱۹ میزان اضطراب کاهش پیدا کرده است که سطح معنی‌داری ۰،۰۰۰ آن نشان از معنی‌دار بودن آن دارد درحالی‌که در گروه گواه این میزان برابر ۱،۱۲۵ است که سطح معنی‌داری ۰،۲۱۰ را گزارش می‌کند که نشان می‌دهد در گروه گواه اثر معنی‌دار نیست. همچنین مقایسه

جدول ۳: میانگین و انحراف معیار میزان اضطراب پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در گروه آزمایش و شاهد

گروه	مرحله	میانگین تفاوت (I-J)	انحراف معیار	سطح معنی داری
آزمایش	پیش آزمون	۳۵/۲۱۹*	۲/۴۹۱	۰/۰۰۰
	پیش آزمون	۳۰/۷۵۰*	۲/۱۲۳	۰/۰۰۰
	پس آزمون	۵/۵۳۱*	۱/۴۸۲	۰/۰۰۱
شاهد	پیش آزمون	۱/۱۲۵	۰/۴۱۱	۰/۲۱۰
	پیش آزمون	۲/۲۱۹	۰/۵۴۲	۰/۱۰۰
	پس آزمون	۱/۰۹۴	۰/۳۵۷	۰/۲۰۵

بحث

در مطالعه حاضر سطح اضطراب در مراقبان بیماران مبتلا به اختلالات دوقطبی نوع یک قبل از مداخله آموزشی بالا بود. بسیاری از مطالعات نشان می‌دهد که اعضای خانواده بیماران روان‌پزشکی، به‌ویژه مراقبین اصلی در خانواده، اغلب از احساسات متوسط و شدید ناراحتی، اضطراب، افسردگی و مشکلات اقتصادی برخوردار هستند؛ مانند مطالعات شمسایی و همکاران (۲۰۱۹) [۱۸]، مجرد کاهانی و همکاران (۱۳۹۴) [۱۹] و نویدیان و همکاران (۱۳۹۵) [۲۰] که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی داشت. نتایج مطالعه حاضر نشان داد که مداخلات آموزشی روانی گروهی توانست در کاهش مشکل روانی (اضطراب تجربه شده) خانواده بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی نوع I مؤثر باشد و باعث کاهش آن گردد. مطالعه حاضر نشان می‌دهد که در گروه آزمون نمرات اضطراب بلافاصله پس از اجرای برنامه آموزش روان گروهی به‌طور معنی‌داری کاهش یافت. این نتیجه با بسیاری از مطالعات مورد بررسی مانند دلوی اصفهانی و همکاران (۱۳۹۲) [۱۳]، مجرد کاهانی و همکاران (۱۳۹۴) [۱۹] و نویدیان و همکاران (۱۳۹۵) [۲۰] و شمسایی و همکاران (۲۰۱۹) [۱۸] همخوانی داشت. در این مطالعات پس از اجرای مداخله آموزشی از میزان اضطراب مراقبین کاسته شده بود که این کاهش در مقایسه با قبل از آن معنی‌دار بود. تنها مطالعه‌ی مک دانل و همکاران (۲۰۰۳) با نتایج مطالعه‌ی حاضر همخوانی نداشت و پس از اجرای مداخله‌ی آموزشی - حمایتی تفاوت معناداری در میزان استرس و اضطراب مراقبین بیماران اسکیزوفرنی در مقایسه با قبل از آن وجود نداشت [۲۲]. احتمالاً تفاوت‌های موجود در روش کار؛ به‌ویژه اجزای برنامه، نظیر محتوای آموزش، بخشی از این تفاوت را توجیه می‌کند. به اعتقاد پژوهشگر، علی‌رغم وجود اشتراکاتی که بین محتوا و روش آموزشی مطالعه‌ی مایکل جی و

مطالعه‌ی حاضر وجود دارد اما فاصله‌ی زمانی زیاد بین دو مقطع زمانی مذکور در مطالعه‌ی مایکل (بلافاصله بعد و دو سال بعد)، توانسته است بر شدت بیماری و در نتیجه میزان استرس و اضطراب مراقبین بیافزاید و تأثیر مداخلات آموزشی را کمتر کند. یکی از موارد مهم دیگر که به نظر پژوهشگر باعث ایجاد تفاوت در نتیجه‌ی مطالعه‌ی مایکل و مطالعه حاضر شده است، تفاوت در بیماری‌های مورد مطالعه است که از نظر شدت و سیر بیماری و تأثیر آن‌ها بر استرس و اضطراب متفاوت هستند.

نتیجه مطالعه برنارد و همکاران (۲۰۰۶) و همکاران نشان داد که مداخله آموزش روانی در بیماران دوقطبی و بستگان آن‌ها، دانش و اطلاعات بیماران و بستگان را در مورد بیماری ارتقاء می‌بخشد. در پیگیری یک‌ساله‌ای که انجام شد مشکلات روانی ناشی از مراقبت و ابراز هیجانی بالا در بستگان بیمار نیز کاهش یافته بود [۲۳]. نتیجه مطالعه پهلوان‌زاده و همکاران نشان داد که برنامه آموزش خانواده به‌منظور کاهش افسردگی، اضطراب و استرس در مراقبین خانوادگی بیماران روانی مؤثر بوده و این امر می‌تواند کیفیت زندگی بیماران و مراقبین را به‌طور بالقوه‌ای بهبود و ارتقاء بخشد [۲۴]. همچنین پژوهش یاماگوچی و همکاران (۲۰۰۵) نیز نشان داد که مداخلات آموزش روانی می‌تواند فشار تجربه‌شده و پریشانی افراد مراقب را در خرده مقیاس‌های آشفتگی خانواده که از فقدان اطلاعات درباره بیماری و اضطراب در مورد آینده، فشار ذهنی و افسردگی حاصل از بیماری فرد سرچشمه می‌گیرد را به‌طور معنی‌داری کاهش دهد [۲۵]. پژوهش ماگلیانو و همکاران (۲۰۰۵) که از مداخلاتی مانند بهبود مهارت‌های حل مسئله در خانواده، بهبود مهارت‌های ارتباطی در خانواده، فراهم آوردن اطلاعاتی در مورد بیماری فرد و درمان آن و تشویق اعضا به درگیر شدن در فعالیت‌های اجتماعی استفاده کرد، نشان داد که این مداخلات می‌تواند فشار تجربه‌شده توسط فرد مراقب

را کاهش دهد [۲۶].

به نظر می‌رسد یکی از عللی که باعث افسردگی مراقبان می‌گردد، مقصر دانستن خود در بیماری فرد می‌باشد و هنگامی که آن‌ها درمی‌یابند روش‌های تربیتی آنان نقشی در بیمار کردن فرد نداشته و آن‌ها مقصر نیستند، از افسردگی آن‌ها کاسته می‌شود. یکی دیگر از علل افسردگی مراقبان این است که آن‌ها تمام فکر خود را به بیمار اختصاص می‌دهند، هنگامی که یاد می‌گیرد زمان‌هایی را نیز به خودشان اختصاص داده و مراقبت از بیمار را به شخص دیگری بسپارند از افسردگی آن‌ها کاسته می‌شود. دیگر منبع افسردگی مراقبان، دورنگه داشتن فرد و متعاقباً خانواده از اجتماع به علت برخی رفتارهای بیمار می‌باشد. همان‌طور که پژوهش‌ها نشان داده‌اند بی‌فعالیتی بیمار، عدم شرکت وی در فعالیت‌های خانوادگی، کندی و بهداشت شخصی ضعیف در بیماران بیشترین اضطراب را برای اعضای خانواده بیمار به همراه دارد [۲۷، ۲۸]. به نظر می‌رسد که یکی از علل اضطراب مراقبان، نگرانی از آینده بیمار بعد از آن‌ها می‌باشد. معرفی کردن مؤسسات حمایتی به آن‌ها و یاددادن مهارت‌های حل مسئله برای حل مشکلات اقتصادی در این مورد بسیار تأثیرگذار می‌باشد. یکی دیگر از منابع اضطراب مراقبان، برخی اعمال و رفتارهای بیمار در جمع می‌باشد، به همین علت، خانواده و مراقبان همان‌طور که در قسمت افسردگی نیز توضیح داده شد، سعی در منزوی شدن و دورنگه داشتن فرد بیمار از اجتماع دارند که همین امر نیز باعث از دست دادن بیشتر حمایت‌های اجتماعی و اضطراب و افسردگی و فشار بالاتر می‌شود. بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر، مداخلات آموزشی روانی گروهی می‌تواند برای خانواده‌های بیماران مبتلابه اختلالات دوقطبی در نمونه‌ای از جامعه ایرانی اثربخش باشد. سایر کارآزمایی‌های بالینی کنترل‌شده تصادفی که بر روی مراقبین خانوادگی بیماران روانی در سایر کشورها از جمله هند، چین و ترکیه انجام شده، تأییدکننده آن است که مداخله‌های آموزش روانی ساختاریافته و مدون، بسیار مؤثرتر از مراقبت‌های سرپایی معمول هستند. بر اساس این گزارش‌ها مداخله‌های آموزش روانی باید مداوم باشند و پیامدهای آن به‌طور مداوم مورد ارزیابی قرار گیرد [۲۹، ۳۰، ۳۱]. این یافته‌ها همسو با نتایج سایر تحقیقات، دلالت بر این امر دارد که پیش‌بینی و فراهم نمودن این چنین خدمات آموزشی روانی در سیستم ارایه خدمات

بهداشت روانی برای خانواده‌های بیماران شدید روانی کاملاً ضروری و مؤثر است [۳۱، ۳۲، ۳۳]. به نظر می‌رسد تغییر نگرش‌های مراقبان نسبت به بیماری و دادن اطلاعات صحیح به آن‌ها و گفتگو و بحث گروهی با افرادی که آن‌ها نیز مشکلاتی مانند خودشان دارند، می‌تواند پریشانی آن‌ها را کمتر کند. هنگامی که به مراقبان، مهارت حل مسئله آموزش داده می‌شود؛ یاد می‌گیرند با مشکلاتی که مواجه می‌شوند، چگونه برخورد نمایند و به‌طور مؤثری آن‌ها را حل نمایند. مدیریت استرس نیز به آن‌ها یاد می‌دهد که چگونه نشانگان استرس خود را بشناسند و چگونه با استرس‌های احتمالی خود به‌خوبی برخورد نمایند. همه این مهارت‌ها می‌تواند در گروه‌های چند خانوادگی، بدون وجود بیماران انجام شود. ولی در مورد مهارت‌های ارتباطی به نظر می‌رسد بهتر است بیماران نیز در جلسات حضور داشته باشند تا در حضور درمانگر تمرین نمایند و رفتارهایشان اصلاح شود. ارائه خدمات گسترده و متنوع فوق باعث می‌شود که رابطه بیمار با اعضای خانواده بهبود یابد و بیماری کمتر عود کند در نتیجه دفعات بستری در بیمارستان کاهش می‌یابد، هزینه درمان بستری تنزل خواهد یافت، کیفیت زندگی بیمار افزایش می‌یابد و نهایتاً اضطراب و فشار مراقبین کاهش می‌یابد.

نتیجه‌گیری

می‌توان نتیجه گرفت که در خانواده فرد مبتلابه اختلال روانی تغییراتی روی می‌دهد که سبب می‌شود سایر افراد خانواده نیز نتوانند به حداکثر توانایی خود در زمینه شغلی، اجتماعی یا فعالیت تفریحی دست یابند. این خانواده‌ها اغلب مجبورند که قسمت عمده‌ای از وقت خود را صرف مراقبت از عضو مبتلا کنند علاوه بر این خانواده‌ها و همه همیشگی در مورد احتمال عود بیماری و ایجاد تغییرات ناگهانی و غیرقابل انتظار در زندگی اعضای خانواده وجود دارد. مراقبت از بیمار انرژی خانواده را تحلیل می‌برد و موجب یاس و استیصال، درماندگی، افسردگی، فرسایش و بروز یا تشدید اختلالات روانی تنی در دیگر اعضای خانواده خصوصاً والدین و همسر بیمار می‌گردد. مراقبین خانوادگی در پاسخ به علائم و نشانه‌های اختلال روانی و مراقبت پیگیر و مستمر از بیمار روانی در خانه، علاوه بر گرفتار شدن در دام غم و اندوه، فقدان، داغ‌دیدگی، خشم و عصبانیت، یأس و ناامیدی، احساس شرمساری و گناه، تنش‌ها و فشارهای ارتباطی زیادی را نیز

سپاسگزاری

این مطالعه بخشی از پایان نامه کارشناسی ارشد مصوب در دانشکده پرستاری دانشگاه علوم پزشکی قزوین و مصوب در مرکز کارآزمایی بالینی ایران با شناسه ۳۹۸۴۱ در بیمارستان ۲۲ بهمن قزوین انجام شده است. لذا تشکر صمیمانه از دانشکده پرستاری و مامایی و تحصیلات تکمیلی دانشگاه و همکاری خانواده های محترم بیماران که بدون همکاری آنها این تحقیق ممکن نبود، نهایت سپاسگزاری را به عمل می آید.

تضاد منافع

بدین وسیله نویسندگان تصریح می نمایند که هیچ گونه تضاد منافی در خصوص پژوهش حاضر وجود ندارد.

References

1. Zarein F, Shabani A, Jalali Nadoushan A H, Ahmadzad-Asl M, Alaei S. A Cross-sectional Study on the Ability to Remember Mania Symptoms in Patients With Type I Bipolar Disorder 60 Months After Hospital Discharge. *IJPCP*. 2020; 25 (4) :428-439 <https://doi.org/10.32598/ijpcp.25.4.6>
2. Vermani M, Marcus M, Katzman MA. Rates of Detection of Mood and Anxiety Disorders in Primary Care: A Descriptive, Cross-Sectional Study. *The Primary Care Companion to CNS Disorders*. 2011;13(2): <https://doi.org/10.4088/PCC.10m01013>
3. Morasae EK, Forouzan AS, Noorbala AA, Majdzadeh R, Asadi-Lari M. Understanding determinants of socioeconomic inequality in mental health in Iran's capital, Tehran: a concentration index decomposition approach. *International Journal for Equity in Health*. 2012; 11(1):18 <https://doi.org/10.1186/1475-9276-11-18>
4. Abreu L.N.d, et al. Suicidal ideation and suicide attempts in bipolar disorder type I: an update for the clinician. *Brazilian Journal of Psychiatry*. 2009; 31(3): p. 271-280. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462009005000003>
5. McMorris B.J, et al. Workplace productivity, employment issues, and resource utilization in patients with bipolar I disorder. *Journal of medical economics*. 2010; 13(1): p. 23-32. <https://doi.org/10.3111/13696990903475833>
6. Paul S, Cathy F, Marianne U Y, Karen W, Steven B. Impact of bipolar disorder: results from a screening study. *Primary care companion to the Journal of clinical psychiatry*. 2007; 9(1): p. 42.

تجربه و ابراز می کنند. تحقیقات موجود نشان می دهد که تنوع و شدت نقش های مراقبتی ممکن است منجر به مشکلات روانی در مراقبین خانوادگی بیمار شود. از این رو، برخی مداخلات درمانی نظیر آموزش، حمایت و روان درمانی می تواند تأثیر چشمگیری در کاهش افسردگی، اضطراب، استرس و کاهش بار روانی مراقبین خانوادگی داشته باشد و تا از همین طریق زمینه را برای افزایش کیفیت مراقبت فراهم نموده، هم بتواند سطح سلامت جسمانی و روانی مراقبین را ارتقاء بخشد. بنابراین خانواده ها نیاز به اطلاعات، حمایت، آموزش و مهارت هایی برای کنار آمدن و کاهش دادن فشار وارده به خودشان دارند، که نتیجه آن می تواند به بهبود سیر بیماری و کاهش عود اختلال فرد مبتلا نیز بیانجامد.

7. Shamsaei F, Mohamad khan Kermanshahi S, Vanaki Z. Meaning of health from the perspective of family member caregiving to patients with bipolar disorder. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*. 2012; 22(90): p. 52-65.
8. Shamsaei F, Ozhan H, Jahangard L, deghani M, Soltanian. Attention Deficit Hyperactivity, Oppositional Defiant and Conduct disorders in children of parents with Bipolar Disorder. *Scientific Journal of Hamadan Nursing & Midwifery Faculty*, 2014; 22(3): p. 33-44.
9. Alan D O , Nicola M, Guy M G. The burden on informal caregivers of people with bipolar disorder. *Bipolar disorders*. 2005;7: p. 25-32. <https://doi.org/10.1111/j.1399-5618.2005.00191.x>
10. Reinares M, Bonnín CM, Hidalgo-Mazzei D, Sánchez-Moreno J, Colom F, Vieta E. The role of family interventions in bipolar disorder: A systematic review. *Clinical psychology review*. 2016; 43: p. 47-57. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.11.010>
11. Sara S , Carol H O, Shery T K, Patricia N. The experience of high levels of grief in caregivers of persons with Alzheimer's disease and related dementia. *Death studies*. 2008; 32(6): p. 495-523. <https://doi.org/10.1080/07481180802138845>
12. Perkins, E.A, Hewitt A, Coping with caregiver stress, in *Health Care for People with Intellectual and Developmental Disabilities across the Lifespan*. 2016; Springer. p. 2165-2183. https://doi.org/10.1007/978-3-319-18096-0_164
13. While A, Dewsbury G. Nursing and information and communication technology (ICT): a discussion of trends and fu-

- ture directions. International journal of nursing studies. 2011;48(10): p. 1302-1310
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2011.02.020>
14. Perez Algorta G, et al. Parenting stress among caregivers of children with bipolar spectrum disorders. Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology. 2018; 47(sup1): p. S306-S320.
<https://doi.org/10.1080/15374416.2017.1280805>
 15. Reinares M, Bonnín CM, Hidalgo-Mazzei D, Sánchez-Moreno J, Colom F, Vieta E. The role of family interventions in bipolar disorder: A systematic review. Clinical psychology review, 2016. 43: p. 47-57.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.11.010>
 16. Beck A T, Epstein N, Brown G, Steer R A. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. Journal of consulting and clinical psychology. 1988; 56(6): p. 893.
<https://doi.org/10.1037/0022-006X.56.6.893>
 17. Kaviani H, Javaheri F, Boheirayi H. Effectiveness of mindfulness based cognitive therapy on quality of life in depressive patient. Adv Cogn Psychol. 2008; 10(40): p. 39-48.
 18. Shamsaei F, Kazemian H, Cheraghi F, Farhadian M. The effect of family teaching on depression, anxiety and stress in caregivers of patients received electroconvulsive therapy. The Journal of Mental Health Training, Education and Practice. 2019. 4(14):P.289-296
<https://doi.org/10.1108/JMHTPE-10-2018-0061>
 19. Mojarad Kahani A H, Ghanbari Hashem Abadi B A, and S. Gh. The efficacy of group psycho educational interventions on level of depression, anxiety and burden experienced (stress) in families of patients with bipolar disorders. J Res Behave Sci. 2015;13(3): p. 420-430
 20. Navidian A, Rezaei J, Payan H. Efficacy of Supportive-Educational Intervention on Psychological Reactions of Family Members of Intensive Care Unit Patients. Journal of Nursing Education. 2016; 5(4): p. 51-58.
<https://doi.org/10.21859/jne-05047>
 21. Dalvi Isfahani F, Ali Mohammadi N, Khosravi N, Pahlavanzade S. The effect of group Psychotherapy Training Program on Stress and Anxiety in Caregivers of patients with Multiple Sclerosis in Isfahan. Rooyesh-e-Ravanshenasi. 2014;2(3) :p.15
 22. McDonell, M.G, et al., Burden in schizophrenia caregivers: impact of family psychoeducation and awareness of patient suicidality. Family process.2003; 42(1): p. 91-103.
<https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2003.00091.x>
 23. Bernhard, B, et al. Impact of cognitive-psychoeducational interventions in bipolar patients and their relatives. European psychiatry. 2006; 21(2): p. 81-86.
<https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2005.09.007>
 24. Pahlavanzadeh S, Navidian A, Yazdani M. The effect of psycho-education on depression, anxiety and stress in family caregivers of patients with mental disorders. JOURNAL OF KERMANSHAH UNIVERSITY OF MEDICAL SCIENCES (BEHBOOD) .2010;14 (347):P. 228-236
 25. Yamaguchi H, et al. Direct effects of short-term psychoeducational intervention for relatives of patients with schizophrenia in Japan. Psychiatry and clinical neurosciences. 2006;60(5):p.590-597.
<https://doi.org/10.1111/j.1440-1819.2006.01563.x>
 26. Magliano L, et al. Effectiveness of a psychoeducational intervention for families of patients with schizophrenia: preliminary results of a study funded by the European Commission. World Psychiatry. 2005; 4(1): p. 45.
 27. Kuipers E. Family interventions in schizophrenia: evidence for efficacy and proposed mechanisms of change. Journal of Family Therapy. 2006; 28(1): p. 73-80
<https://doi.org/10.1111/j.1467-6427.2006.00338.x>
 28. Salleh M R. The burden of care of schizophrenia in Malay families. Acta Psychiatrica Scandinavica. 1994;89(3): p. 180-185.
<https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1994.tb08089.x>
 29. Navidian A, Kermansaravi F, Rigi S N. The effectiveness of a group psycho-educational program on family caregiver burden of patients with mental disorders. BMC research notes. 2012; 5(1): p. 399.
<https://doi.org/10.1186/1756-0500-5-399>
 30. Awad A.G, Voruganti L N. The burden of schizophrenia on caregivers. Pharmacoeconomics. 2008; 26(2): p. 149-162.
<https://doi.org/10.2165/00019053-200826020-00005>
 31. Chien W T, Thompson D.R, Norman I. Evaluation of a peer-led mutual support group for Chinese families of people with schizophrenia. American journal of community psychology. 2008; 42 (1-2): p. 122-134.
<https://doi.org/10.1007/s10464-008-9178-8>
 32. Caqueo-Urizar A, Gutiérrez-Maldonado J. Burden of care in families of patients with schizophrenia. Quality of Life Research. 2006; 15(4): p. 719-724.
<https://doi.org/10.1007/s11136-005-4629-2>
 33. Corsentino E A, et al. Family caregivers' future planning for younger and older adults with serious mental illness (SMI). Journal of applied Gerontology. 2008; 27(4): p. 466-485
<https://doi.org/10.1177/0733464808315290>