

بررسی میزان فشار مراقبتی مراقبین خانوادگی در بیماران مبتلا به اختلالات روانی بستری در بیمارستان شهید رجایی شهر یاسوج در سال ۱۳۹۴

امین حق گو^۱، محمد ذوالعدل^۲، سلیمان افروغی^۳، هوشنگ رحیمیان^۴، محمد سعید میرزایی^{۵*}

^۱ کارشناس ارشد، گروه آموزش روان پرستاری، دانشکده پرستاری، دانشکده علوم پزشکی ساوه، ساوه، ایران
^۲ دانشیار، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی یاسوج، یاسوج، ایران
^۳ استادیار، گروه آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی یاسوج، یاسوج، ایران
^۴ کارشناس ارشد، گروه میکروب شناسی، دانشگاه علوم پزشکی یاسوج، یاسوج، ایران
^۵ کارشناس ارشد، گروه پرستاری داخلی جراحی، دانشکده پرستاری، دانشکده علوم پزشکی ساوه، ساوه، ایران
* نویسنده مسئول: محمد سعید میرزایی، کارشناس ارشد، گروه پرستاری داخلی جراحی، دانشکده پرستاری، دانشکده علوم پزشکی ساوه، ساوه، ایران. ایمیل: saeedmirzaee75@gmail.com

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۶/۰۳/۰۲

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۵/۰۶/۲۳

چکیده

مقدمه: بار مسئولیت مراقبت از بیماران روان بیشتر بر عهده اعضای خانواده می‌باشد. فشار مراقبتی ارتباط مستقیمی با نیازهای بیماران دارد. بیشتر مراقبین بیماران روانی فشار مراقبتی سطح شدید را تجربه می‌کنند. بر اساس اهمیت موضوع پژوهش حاضر با هدف تعیین میزان فشار مراقبتی مراقبین خانواده در بیماران مبتلا به اختلالات روانی بستری در بیمارستان شهید رجایی شهر یاسوج در سال ۱۳۹۴ انجام گرفته شد.

روش کار: پژوهش حاضر بصورت تحلیلی مقطعی در سال ۱۳۹۴ در بیمارستان شهید رجایی شهر یاسوج انجام شد. ۲۴۶ عضو خانواده دارای بیمار روانی بستری شده در بیمارستان با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. پس از کسب رضایت از مسئولین و نمونه‌ها و بر اساس معیارهای ورود، اطلاعات از طریق پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی و فشار مراقبتی نواک و گست (۱۹۸۹) جمع‌آوری شد. جمع‌آوری داده‌ها طی ۶ ماه انجام گرفت. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش‌های آمار توصیفی (ویژگی‌های جمعیت‌شناختی نمونه‌ها، میانگین، انحراف معیار، درصد و فراوانی متغیرهای پژوهش) و آمار استنباطی (T مستقل) به وسیله نرم افزار SPSS سری ۲۱ استفاده گردید.

یافته‌ها: میانگین سنی مراقبین خانواده بیماران روانی $13/74 \pm 34/53$ سال بود. بیشترین فراوانی و درصد مراقبین خانگی مربوط را فرزندان بیماران روانی (۴۶/۳) ۱۱۴ داشتند. بالاترین میزان شدت فشار مراقبتی مربوط به سطح متوسط با فراوانی و درصد $34(51/5)$ و سطح شدید با فراوانی و درصد $32(48/5)$ گزارش که اختلاف معنی‌داری نداشتند ($P = 0/74$). فشار مراقبتی وابسته به زمان با میانگین و انحراف معیار $1/66 \pm 15/01$ بیشترین میزان فشار را در بین مؤلفه‌های فشار مراقبتی به خود اختصاص دادند.

نتیجه‌گیری: به دلیل اینکه فشار مراقبتی می‌تواند بر نحوه و کیفیت مراقبت‌ها اثر گذار باشد و می‌تواند موجب شدت یافتن وضعیت بیماری در خود بیماران روان گردد می‌بایست در جهت کاهش فشار مراقبتی در مراقبین خانواده بیماران روانی آموزش‌های لازم را ارائه داد و در راستای کاهش آن برنامه ریزی نمود.

واژگان کلیدی: فشار مراقبتی، مراقبین خانواده، اختلالات روانی

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

مقدمه

روانی، شایع و گسترده بوده و می‌تواند بدون هیچ محدودیتی از قبیل سن، جنس، 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 در مدت ۱۲ ماه داشته‌اند. این اختلالات روانی حدود ۱۳ درصد از کل بار بیماری‌ها را به خود اختصاص داده و

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

اطلاعات از طریق پرسشنامه فشار مراقبتی نواک و گست (۱۹۸۹) استفاده شد (۱۷). پرسشنامه حاضر از دو بخش اطلاعات جمعیت شناختی و گویه های مربوط به سنجش فشار مراقبتی تشکیل شده است. پرسشنامه فشار مراقبتی دارای ۲۴ گویه می باشد که پنج خرده مقیاس (فشار مراقبتی وابسته به زمان (سؤالات ۱ تا ۵)، فشار مراقبتی تکاملی (سؤالات ۶ تا ۱۰)، فشار مراقبتی جسمی (سؤالات ۱۱ تا ۱۴)، فشار مراقبتی اجتماعی (سؤالات ۱۵ تا ۱۹)، فشار مراقبتی احساسی (سؤالات ۲۰ تا ۲۴)) را بررسی می کند. نحوه امتیاز دهی به این صورت بوده است که پاسخ مراقبین در یک مقیاس لیکرت ۵ گزینه ای (کاملاً نادرست تا کاملاً درست) اندازه گیری می شود، بدین ترتیب که نمونه ها در پاسخ به هر سؤال، یکی از حالات کاملاً نادرست (امتیاز ۱)، نادرست (امتیاز ۲)، تا حدی درست (امتیاز ۳)، درست (امتیاز ۴) و کاملاً درست (امتیاز ۵) را انتخاب کردند. بر این اساس، نمرات حاصل از این پرسشنامه از ۲۴ تا ۱۲۰ بوده که نمرات ۲۴ تا ۴۷ فشار مراقبتی خفیف، ۴۸ تا ۷۱ فشار مراقبتی متوسط، ۷۲ تا ۹۵ فشار مراقبتی شدید و ۹۶ تا ۱۲۰ فشار مراقبتی بسیار شدید در نظر گرفته شد. بر اساس گزارش پژوهش عباسی و همکاران درسال (۱۳۹۲) شاخص اعتبار محتوایی پرسشنامه فشار مراقبتی از نظر مربوط بودن، واضح بودن، و ساده و روان بودن جملات آن توسط ده تن از اعضای هیئت علمی مورد بررسی قرار گرفت که به ترتیب برای مربوط بودن ۹۱/۸ درصد، برای واضح بودن ۹۰/۲ درصد و برای ساده و روان بودن ۹۳/۶ درصد و در مجموع شاخص اعتبار محتوایی این پرسشنامه ۹۱/۸۶ درصد و هم چنین پایایی پرسشنامه با ضریب آلفای کرونباخ کل مقیاس ۰/۹۰ گزارش گردید (۱۷). جمع آوری اطلاعات طی شش ماه و با قرار دادن پرسشنامه در اختیار نمونه ها انجام شد. پس از گردآوری اطلاعات به منظور تجزیه و تحلیل داده ها از روش ها آمار توصیفی (ویژگی های جمعیت شناختی نمونه ها، میانگین، انحراف معیار، درصد و فراوانی متغیرهای پژوهش) و آمار استنباطی (T مستقل) به وسیله نرم افزار SPSS سری ۲۱ استفاده گردید. کد اخلاق این پژوهش از معاونت پژوهشی با شماره ۹۳۰۱۲۰۰۳۲ ثبت شده است.

یافته ها

میانگین سنی مراقبین خانواده بیماران روانی $34/53 \pm 13/74$ سال بوده است، ۱۱۵ نفر از شرکت کنندگان مرد (۴۶ درصد) و ۱۳۱ نفر زن (۵۴ درصد) بودند، ۱۰۷ نفر از نمونه ها مجرد (۴۳ درصد) و ۱۲۷ نفر از آنان متأهل (۵۱ درصد) و ۱۲ نفر (۶ درصد) از آنان مطلقه بودند. بیشترین فراوانی و درصد مراقبین خانگی مربوط به فرزند بیماران روانی (۴۶/۳) و کمترین فراوانی و درصد آن مربوط به همسر و پدر بیماران روانی (۲/۹) بوده است. از نظر تحصیلات بیشترین فراوانی و درصد مربوط به لیسانس (۳۴) و کمترین آن مربوط به تحصیلات راهنمایی (۳) بودند. بیشترین فراوانی و درصد شغل مربوط به افراد کارمند (۲۶/۴) و ۶۵ و کمترین فراوانی و درصد را افراد بیکار (۵/۷) ۱۴ داشتند. بیمارانی که تحت حمایت مراقبین خانگی بودند با بیشترین فراوانی و درصد (۱۳۰) ۵۳ سابقه یکبار بستری شدن و کسانی که دارای کمترین فراوانی و درصد (۱۰/۶) ۲۶ بودند، سابقه سه بار بستری شدن را داشتند. (جدول ۱).

پیش بینی می شود این میزان تا سال ۲۰۲۰ به ۱۶ درصد افزایش یابد (۴). این آمار در ایران بر اساس مطالعات انجام شده، بین ۲۳/۸-۱۱ درصد در نوسان بوده است (۵). اختلالات روانی دارای اثرات منفی بخصوص اثرات اقتصادی بالا از نظر هزینه در کشورها قلمداد می شود (۶). علاوه بر اثرات زینباری که اختلالات روانی در پی دارند و از آنجا که بیمار روانی جزئی از خانواده محسوب می شود، این وضعیت می تواند موجب از هم پاشیدگی یکپارچگی نظام خانواده گردد (۷). ابتلای یکی از افراد خانواده به بیماری روانی، می تواند فشار و نگرانی قابل ملاحظه ای را به دیگر اعضای خانواده تحمیل نماید (۸). اگرچه خانواده های دارای بیمار روانی در شناخت، ارزشیابی و پاسخ به وجود بیمار روانی و فشار ناشی از آن همسان نمی باشند و برای مقابله با بیماری یکی از اعضای خود راه های متفاوتی را انتخاب می کنند، میزان فشار و تجربیات و احساسات منفی در هر یک از این خانواده ها متفاوت می باشد، اما با این وجود، خانواده های دارای بیماران مبتلا به اختلالات روانی، تجربیات مشابهی را بصورت مشترک ارائه می نمایند (۹) بار مسئولیت مراقبت از بیماران روان بیشتر بر عهده اعضای خانواده می باشد (۱۰). بار مسئولیت مراقبت، همان فشار مراقبتی است که با وضعیت مراقبت گیرنده و سطح رشد اخلاقی مراقبت مرتبط است (۱۱). فشار مراقبتی، ماهیت پنهان و کاملاً فردی داشته و درک این مفهوم، شخصی و درونی است که شامل مؤلفه هایی همچون فشار مراقبتی وابسته به زمان، تکاملی، جسمی، اجتماعی و احساسی می باشد (۱۲). به دنبال ایجاد تنش های روانی و فشار مراقبتی ناشی از آن زمینه ایجاد مشکلاتی همچون اضطراب، افسردگی و فرسودگی در مراقبین خانگی بیماران بوجود می آید (۱۳). بر اساس مطالعات از مهم ترین منابع ایجاد فشار مراقبتی در خانواده بیماران روانی می توان به از دست دادن توان کار، کاهش توان مالی خانواده، نبود حمایت و آموزش اشاره کرد (۱۴). عباسی و همکاران (۲۰۱۱) در مطالعه ی خود به این نتیجه رسیدند که فشار مراقبتی ارتباط مستقیمی با نیازهای بیماران دارند (۱۵)، حارث آبادی و همکاران (۲۰۱۲) در پژوهش دیگری به این نتیجه رسیدند که بیشترین مراقبین بیماران روانی فشار مراقبتی سطح شدید را تجربه می کنند (۱۶). بر اساس اهمیت موضوع و طبق مطالعات انجام شده پژوهش حاضر با هدف تعیین میزان فشار مراقبتی مراقبین خانواده در بیماران مبتلا به اختلالات روانی بستری در بیمارستان شهید رجایی شهر یاسوج در سال ۱۳۹۴ انجام گرفت.

روش کار

در این پژوهش که بصورت توصیفی مقطعی در سال ۱۳۹۴ در بیمارستان شهید رجایی شهر یاسوج انجام شد، ۲۴۶ عضو خانواده دارای بیمار روانی بستری شده در بیمارستان با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. معیارهای ورود شامل مراقبینی که محدوده سنی ۱۵ تا ۷۵ سال داشته اند، فرد اصلی در مراقبت از بیمار (پدر، مادر، خواهر، برادر، همسر، فرزند، عروس، داماد)، نداشتن بیماری روانی تشخیص داده شده و انجام حداقل شش ماه مراقبت از بیمار روانی بودند. پس از کسب اجازه از مسئولین و دریافت رضایت آگاهانه از نمونه های مورد پژوهش، به منظور جمع آوری اطلاعات، داده های مربوط به بیمار روانی عضو خانواده از طریق پرونده موجود در بخش استخراج و سایر

جدول ۱: توزیع فراوانی اطلاعات جمعیت شناختی مراقبین خانگی بیماران روانی

متغیر	فراوانی	درصد
نسبت با بیمار روانی		
پدر	۷	۲/۹
مادر	۱۰	۴
خواهر	۵۶	۲۲/۸
برادر	۵۲	۲۱/۱
فرزند	۱۱۴	۴۶/۳
همسر	۷	۲/۹
تحصیلات		
ابتدایی	۱۷	۷
راهنمایی	۸	۳
دبیرستان	۳۲	۱۳
دیپلم	۵۱	۲۱
فوق دیپلم	۳۹	۱۶
لیسانس	۸۴	۳۴
فوق لیسانس	۱۵	۶
شغل		
بیکار	۱۴	۵/۷
آزاد	۴۸	۱۹/۴
کارمند	۶۵	۲۶/۴
خانه دار	۵۳	۲۱/۵
دانش آموز	۲۲	۹
دانشجو	۴۴	۱۸
دفعات بستری		
یکبار	۱۳۰	۵۳
دوبار	۹۰	۳۶/۴
سه بار	۲۶	۱۰/۶

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار نمرات فشار مراقبتی و مولفه‌های آن در مراقبین خانگی بیماران روانی

آماره	مؤلفه‌های فشار مراقبتی				
	فشار مراقبتی وابسته به زمان	فشار مراقبتی تکاملی	فشار مراقبتی جسمی	فشار مراقبتی اجتماعی	فشار مراقبتی احساسی
میانگین	۱۵/۰۱	۱۴/۵۴	۱۱/۸۵	۱۴/۸۴	۱۴/۹۹
انحراف معیار	۱/۶۶	۱/۴۲	۱/۳۱	۱/۲۷	۱/۳۴

خانگی بیماران روانی دارای میانگین و انحراف معیار $۱۴/۹۹ \pm ۱/۳۴$ بوده است، فشار مراقبتی وابسته به زمان با میانگین و انحراف معیار $۱۵/۰۱ \pm ۱/۶۶$ بیشترین و فشار مراقبتی جسمی با میانگین و انحراف معیار $۱۱/۸۵ \pm ۱/۳۳$ کمترین میزان فشار را در بین مؤلفه‌های فشار مراقبتی به خود اختصاص دادند (جدول ۲).

بحث

فشار مراقبتی می‌تواند عوارض بسیاری را بر خانواده و روند مراقبت از بیماران روانی اعمال نماید. مطالعه حارث آبادی و همکاران (۲۰۱۲) نشان که دامنه سنی مراقبین دارای میانگین و انحراف معیار

میانگین و انحراف معیار طول مدت بستری در بیماران $۱۲/۳۳ \pm ۳/۹۸$ گزارش گردید. نتایج فراوانی خانواده‌های بیماران روانی بر حسب نوع اختلال روانی فرد بیمار، نشان دادند که اختلالات روان تنی دارای فراوانی و درصد $۴۱(۱۶/۷)$ و اختلالات اضطرابی $۵۹(۲۴/۲)$ اختلالات اسکیزوفرنیک $۷۱(۲۸/۸)$ و اختلالات خلقی $۷۵(۳۰/۳)$ بوده‌اند. بررسی نتایج توزیع فراوانی شدت فشار مراقبتی نشان دادند که مراقبین خانگی بیماران روانی، با فراوانی و درصد $۳۴(۵۱/۵)$ درجات متوسط و $۳۲(۴۸/۵)$ درجات شدید، تحت فشار مراقبتی بوده که اختلاف معنی داری را نشان نمی‌دهد ($P = ۰/۷۴$) از طرفی هیچ یک از مراقبین دارای شدت فشار مراقبتی خفیف و بسیار شدید نبودند. فشار مراقبتی مراقبین

این نتیجه رسیدند که سطح فشار مراقبتی شدید دارای بیشترین میانگین است (۱۶). اختلالات خلقی اکثر بیماران عضو خانواده‌های تحت فشار مراقبتی را به خود اختصاص دادند، نویدیان و همکاران (۱۳۸۰) به این نتیجه رسیدند که بیماران اسکیزوفرن بیشترین میانگین و انحراف معیار $۱۶/۵ \pm ۴۲/۳$ را در بین سایر اختلالات داشتند (۲۳) که البته این نتایج نشان می‌دهند که بسته به شرایطی همچون درمان، کنترل و پیشرفت نوع اختلال، فشار مراقبتی حاصل از انواع بیماری‌های روانی می‌توانند متفاوت باشند. بر اساس آنچه که از نتایج پژوهش حاضر بدست آمد، در میان مؤلفه‌های فشار مراقبتی بیشترین میانگین و انحراف معیار را فشار مراقبتی وابسته به زمان $۱/۶۶ \pm ۱۵/۰۱$ داشته که با نتایج مطالعه حقیگو و همکاران (۲۰۱۴) که با هدف تعیین ارتباط مؤلفه‌های فشار مراقبتی با سرسختی روانشناختی در مراقبین خانوادگی بیماران روانی انجام گردید، همخوانی داشته است (۲۴). با گذشت زمان مراقبین می‌توان فشار مراقبتی بالاتری را بر خود دیده و عوارض ناشی از آن پدیدارتر می‌گردد. از محدودیت‌های پژوهش حاضر احتمال همکاری نکردن بسیاری از نمونه‌های بود که با توضیح کامل روش و روند پژوهش این مساله کنترل گردید. از طرفی به دلیل اینکه مطالعات قبلی حجم نمونه‌ی کمی را به طور موردی و با تمرکز بر یک بیماری خاص داشتند در این پژوهش سعی شد از گروه‌های مختلف خانواده‌های دارای بیماران دچار اختلالات روانی استفاده گردد.

نتیجه گیری

از آنجایی که ارائه مراقبت به بیماران روانی از نظر، روحی، جسمی، اقتصادی و روانی می‌تواند خانواده و مراقبین بیماران روانی را تحت فشار مراقبتی قرار دهد، و از سویی چون فشار مراقبتی می‌تواند بر نحوه و کیفیت مراقبت‌ها اثر گذار باشد و می‌توان موجب شدت یافتن وضعیت بیماری در خود بیماران روان گردد می‌بایست در جهت کاهش فشار مراقبتی در مراقبین خانواده بیماران روان آموزش‌های لازم را ارائه داد و در راستای کاهش آن برنامه ریزی نمود.

سپاسگزاری

مقاله حاضر، حاصل از پایان نامه دانشجویی بوده است، در پایان لازم می‌دانیم از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی یاسوج و پرسنل بیمارستان شهید رجایی هم چنین خانواده‌های محترم بیماران روانی مراتب قدردانی را بعمل آوریم.

تضاد منافع

در این مقاله هیچ گونه تضاد منافی بین نویسندگان وجود ندارد.

References

1. Association AP. Diagnostic and statistical manual of mental disorders USA: American Psychiatric Pub, 2013.
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. DOI: 10.1016/j.psychres.2014.12.047 PMID: 25660735
3. Hallett K. Intersectionality and Serious Mental Illness—A Case Study and Recommendations for

۳۴/۸(۱۲/۲) بوده است که گواه بر توان سنی جوان در ارائه مراقبت از بیماران روانی بوده و با نتیجه حاصل از این پژوهش همخوانی داشته است (۱۶). بیشترین تعداد مراقبین در این پژوهش مربوط به مردان بودند که نشان دهنده‌ی احساس وظیفه و قدرت بالای توانایی برخورد با مشکلات و توان مراقبتی آنهاست، نتایج پژوهش گولسرن و همکاران (۲۰۱۰) نشان دادند که مراقبین مرد بیشترین تعداد را نسبت به زنان داشته‌اند (۱۸). البته نتایج پژوهش آواد و همکاران (۲۰۰۸) حاکی از این بود که زنان نسبت به مردان بیشترین فرآوانی مراقبین را داشته‌اند که با نتیجه پژوهش حاضر در تضاد است (۱۹). اگر چه فرصت و زمان کافی در انجام مراقبت از بیماران اهمیت دارد اما نتایج پژوهش حاضر نشان داد که تعداد مراقبین متأهل بیشتر از افراد مجرد بوده بر این اساس می‌توان ادعا داشت که افراد متأهل از دلسوزی و تعهد بالاتری می‌توانند برخوردار باشند که نتایج پژوهش باقر بیگ تبریزی و همکاران (۲۰۱۵) این یافته را تصدیق می‌کند (۲۰). زهید و همکاران (۲۰۱۰) به این نتیجه رسیدند که همسران به عنوان بیشترین تعداد مراقبین نسبتی با بیماران روانی بودند در حالی که پژوهش حاضر نشان داد که فرزندان بیماران بیشترین تعداد مراقبین از بیماران روانی را بخود اختصاص دادند (۲۱).

تعداد مراقبین دارای سطح تحصیلی لیسانس بیشتر از سایر سطوح تحصیلی در این پژوهش بودند که نشان دهنده سطح آگاهی از مراقبت و درک بهتر شرایط در این مراقبان می‌باشد و البته با نتیجه پژوهش حارث آبادی و همکاران (۲۰۱۲) در تضاد است (۱۶) و از طرفی نتایج حاصل از پژوهش باقر بیگی و همکاران (۲۰۱۵) این مورد را تأیید می‌کند (۱۹). مراقبین کارمند در این پژوهش بیشترین فرآوانی را به نسبت سایرین داشتند، بوربزار و همکاران (۲۰۰۹) نشان دادند که از نظر مالی، توان مراقبتی مراقبین و دسترسی به منابع بسیار مهم است که مراقب بتواند به وظیفه‌ی خود بخوبی عمل نماید و یافته‌ی حاصل از این پژوهش را تصدیق می‌کند (۲۲). در پژوهش حاضر مراقبین خانگی بیمارانی که برای اولین بستری شدن را تجربه می‌کردند بیشترین فرآوانی را داشتند، حارث آبادی و همکاران (۲۰۱۲) به این نتیجه رسیدند که مراقبین خانگی بیماران دارای سابقه بستری ۵ مرتبه دارای بیشترین فرآوانی هستند (۱۶)، که البته توجهات فرهنگی و اجتماعی در این امر بی‌دخیل نیست. هم چنین نتایج پژوهش نویدیان و همکاران (۱۳۷۹) نشان داد که بیشترین مراقبین خانگی مربوط به بیمارانی هستند که یکبار بار بستری شده‌اند. شدت فشار مراقبتی سطح متوسط در این پژوهش دارای بیشترین میانگین بوده است که تحت فشار بودن مراقبین در این سطح نشان می‌دهد، حارث آبادی و همکاران (۲۰۱۲)

Practice. *Women Ther.* 2015;38(1-2):156-74. DOI: 10.1080/02703149.2014.978232

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):e73-80. DOI: 10.2105/AJPH.2014.302394 PMID: 25602903
5. Kasper S, Volz HP, Diemel A, Schlafke S. Efficacy of Silexan in mixed anxiety-depression--A randomized,

- placebo-controlled trial. *Eur Neuropsychopharmacol.* 2016;26(2):331-40. DOI: [10.1016/j.euroneuro.2015.12.002](https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2015.12.002) PMID: [26718792](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26718792/)
6. Walker ER, McGee RE, Druss BG. Mortality in mental disorders and global disease burden implications: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry.* 2015;72(4):334-41. DOI: [10.1001/jamapsychiatry.2014.2502](https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2014.2502) PMID: [25671328](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25671328/)
 7. Fredman SJ, Baucom DH, Boeding SE, Miklowitz DJ. Relatives' emotional involvement moderates the effects of family therapy for bipolar disorder. *J Consult Clin Psychol.* 2015;83(1):81-91. DOI: [10.1037/a0037713](https://doi.org/10.1037/a0037713) PMID: [25198285](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25198285/)
 8. 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. DOI: [10.1111/inm.12135](https://doi.org/10.1111/inm.12135) PMID: [25963281](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25963281/)
 9. Hunt TK, Caldwell CH, Assari S. Family Economic Stress, Quality of Paternal Relationship, and Depressive Symptoms among African American Adolescent Fathers. *J Child Fam Stud.* 2015;24(10):3067-78. DOI: [10.1007/s10826-015-0112-z](https://doi.org/10.1007/s10826-015-0112-z) PMID: [26617454](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26617454/)
 10. Ivbijaro 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. PMID: [26442888](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26442888/)
 11. Lee K, Martin P, Poon LW. Predictors of caregiving burden: impact of subjective health, negative affect, and loneliness of octogenarians and centenarians. *Aging Ment Health.* 2016;1-8. DOI: [10.1080/13607863.2016.1206512](https://doi.org/10.1080/13607863.2016.1206512) PMID: [27438060](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27438060/)
 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. DOI: [10.1192/bjp.bp.114.147561](https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.147561) PMID: [25833867](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25833867/)
 13. Mohammed S, Priya SS, George C. Caregiver Burden in a Community Mental Health Program—a Cross Sectional Study. *Kerala J Psychiatr.* 2015;28(1):26-33.
 14. Wilks CR, Valenstein-Mah H, Tran H, King AMM, Lungu A, Linehan MM. Dialectical Behavior Therapy Skills for Families of Individuals With Behavioral Disorders: Initial Feasibility and Outcomes. *Cogn Behav Pract.* 2016. DOI: [10.1016/j.cbpra.2016.06.004](https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2016.06.004)
 15. Abbasia A, Rahmani H. [The burden on caregivers from hemodialysis patients and related factors]. *J Res Dev Nurs Midwifery.* 2011;8:26-33.
 16. Haresabadi M, Bibak B, Hosein Zadeh E, Bayati M, Arki M, H A. [Assessing burden of family caregivers of patients with schizophrenia admitted in imam reza hospital- bojnurd 2010]. *J North Khorasan Univ Med Sci.* 2012;4(2):165-71.
 17. Abbasi A, Rahmani H, Shariati A, Hosseini S, Rouhi G, Molaei E. The Burden on Caregivers from Hemodialysis Patients and Related Factors. *J Res Dev Nurs Midwifery.* 2011;8(1):26-33.
 18. Gulseren L, Cam B, Karakoc B, Yigit T, Danaci AE, Cubukcuoglu Z, et al. [The perceived burden of care and its correlates in schizophrenia]. *Turk Psikiyatri Derg.* 2010;21(3):203-12. PMID: [20818508](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20818508/)
 19. Awad AG, Voruganti LN. The burden of schizophrenia on caregivers: a review. *Pharmacoeconomics.* 2008;26(2):149-62. PMID: [18198934](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18198934/)
 20. Bagherbeik Tabrizi L, Navab E, Farokhnezhad Afshar P, Asadi Noghabi AA, Haghani H. Effect of Cognitive-Behavioral Intervention on Burden of Family Caregivers of Patients with Alzheimer's Disease. *J Hayat.* 2015;21(1):94-102.
 21. Zahid MA, Ohaeri JU. Relationship of family caregiver burden with quality of care and psychopathology in a sample of Arab subjects with schizophrenia. *BMC Psychiatry.* 2010;10:71. DOI: [10.1186/1471-244X-10-71](https://doi.org/10.1186/1471-244X-10-71) PMID: [20831806](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20831806/)
 22. Caqueo-Urizar A, Gutierrez-Maldonado J, Miranda-Castillo C. Quality of life in caregivers of patients with schizophrenia: a literature review. *Health Qual Life Outcomes.* 2009;7:84. DOI: [10.1186/1477-7525-7-84](https://doi.org/10.1186/1477-7525-7-84) PMID: [19747384](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19747384/)
 23. Buhse M. Assessment of caregiver burden in families of persons with multiple sclerosis. *J Neurosci Nurs.* 2008;40(1):25-31. PMID: [18330407](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18330407/)
 24. Haghgoo A. [Relationship between Caregivers Burden Components and Psychological Hardiness of Family Caregivers in Patients with Mental Disorders]. *International Nursing & Midwifery Conference on Health and Wellbeing: Isfahan, Iran 2014.* p. 36.

Assessment of the Burden on Family Caregivers of Patients with Mental Disorders Hospitalized in Shahid Rajai Hospital in Yasuj, 2016

Amin Haghgoo¹, Mohammad Zoladl², Soleiman Afroughi³, Houshang Rahimian⁴, Mohammad Saeid Mirzaee^{5,*}

¹ MSc, Department of Science in Psychiatric Nursing Education, School of Nursing and Midwifery, Saveh University of Medical Sciences, Saveh, Iran

² Associate Professor, Department of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Yasuj University of Medical Sciences, Yasuj, Iran

³ Assistant Professor in Biostatistics, School of Health, Yasuj University of Medical Sciences, Yasuj, Iran

⁴ MSc, Department of Microbiology, School of Paramedical, Yasuj University of Medical Sciences, Yasuj, Iran

⁵ MSc, Department of Medical Surgical Nursing, School of Nursing and Midwifery, Saveh University of Medical Sciences, Saveh, Iran

* **Corresponding author:** Mohammad saeed Mirzaee, MSc, Department of Medical Surgical Nursing, School of Nursing and Midwifery, Saveh University of Medical Sciences, Saveh, Iran. E-mail: saeedmirzaee75@gmail.com

Received: 13 Sep 2016

Accepted: 23 May 2017

Abstract

Introduction: The burden of caring for patients with mental disorders falls more on their family members who provide all necessary support. The burden of care is directly related to the needs of the patients. Most of the caregivers of the mentally ill patients experience the extreme burden of care. Therefore, this study aimed to determine the caregiver burden of family caregivers of patients with mental disorders hospitalized in Shaheed Rajai Hospital in Yasuj in 2016.

Methods: In this analytical cross-sectional study, 246 family members of patients with mental disorders hospitalized in Shaheed Rajai Hospital in Yasuj, Iran, were selected using the convenience sampling method. After obtaining consent from the authorities and based on the inclusion criteria, data were collected using a demographic questionnaire and the caregiver burden inventory (Novak & Guest, 1989). Data collection was conducted for 6 months. The data were analyzed using descriptive statistics (demographic characteristics of samples, mean, standard deviation, percentage and frequency of the variables) and inferential statistics (independent t-test) by SPSS software version 21.

Results: The mean age of the family caregivers of mentally ill patients was 34.53 ± 13.74 years. The highest frequency and percentage of home caregivers was reported for the children of mentally ill patients (114, 46.3%). The highest burden of care was seen on the moderate burden level, with the frequency and percentage of 34 (51.5%) and on the intense level with the frequency and percentage of 32 (48.5%), which showed no significant difference ($P = 0.74$). Among the components of caregiver burden, time-dependent burden with a mean (SD) of 15.01(1.66) had a maximum load.

Conclusions: Considering that the burden of care can affect the quality of care of the mental patients, and can aggravate their mental conditions, necessary trainings are required to reduce the caregiver burden on the family caregivers of the mentally ill patients.

Keywords: Caregivers' Burden, Family's Caregivers, Mental Health Disorders