

December-January 2021, Volume 9, Issue 5

Lived Experiences of a Family with a Patient with Schizophrenia

Zeinab Ebrahimpour Mouziraji¹, Akram Sanagoo², Leila Jouybari^{3*}

1- PhD candidate in Nursing, Student Research Committee, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran.

2- Associate Professor, School of Nursing and Midwifery, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran.

3- Professor, School of Nursing and Midwifery, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran.

Corresponding author: Leila Jouybari. School of Nursing and Midwifery, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran.

Email: jouybari@goums.ac.ir

Received: 1 Oct 2021

Accepted: 10 Jan 2022

Abstract

Introduction: Schizophrenia is the most debilitating psychiatric disorder in which the families of patients with schizophrenia play an important role in the care and recovery process. The aim of this study was to explain the lived experiences of families with schizophrenia.

Methods: This qualitative research was conducted using purposive sampling with 16 family members with patients with schizophrenia in 2020 in Gorgan (Iran). Semi-structured interviews were used to collect data until saturation was reached. Data analysis was performed using Van Manen's phenomenological approach. Ethical considerations were observed in human research.

Results: From the data analysis, four main themes were extracted, including "drowning in the vortex of disease, trying to control life, wandering in the duality of care, to grin and bear with the disease."

Conclusions: The findings indicate that families are suffering, confused and neglected in society. So that despite the burden of patient care, they still try to overcome the problems. It is necessary to address the challenges of the family with a patient with schizophrenia in a deep and fundamental way so that more services can be provided to them with better planning and more equitable distribution of resources.

Keywords: Schizophrenia, Care, Family, Phenomenology.

تبیین تجارب زیسته اعضای خانواده دارای بیمار اسکیزوفرنیا

زینب ابراهیم پور موزیرجی^۱، اکرم ثناگو^۲، لیلا جویباری^{۳*}

۱- دانشجوی دکترای پرستاری، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران.

۲- دانشیار، دکترای پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران.

۳- استاد، دکترای پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران.

نویسنده مسئول: لیلا جویباری، استاد، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران.
ایمیل: jouybari@goums.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۷/۹ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۱۰/۲۰

چکیده

مقدمه: اسکیزوفرنیا، ناتوان کننده ترین اختلال روانپزشکی است و در این اختلال خانواده بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا نقش مهمی بر فرایند مراقبتی و بهبودی دارند. هدف از این پژوهش تبیین تجارب زیسته خانواده های دارای بیمار اسکیزوفرنیا بوده است.

روش کار: این پژوهش کیفی با استفاده از نمونه گیری مبتنی بر هدف با ۱۶ عضو خانواده دارای بیمار مبتلا به اسکیزوفرنیا، در سال ۱۳۹۹ در شهر گرگان انجام شد. برای جمع آوری داده ها از مصاحبه های نیمه ساختار تا زمان رسیدن به اشباع استفاده گردید. تحلیل داده ها با رویکرد پدیدارشناسی ون منن انجام شد. ملاحظات اخلاقی در پژوهش های انسانی رعایت گردید.

یافته ها: از تحلیل داده ها چهار مضمون اصلی شامل "غرق شدن در گرداب بیماری، تلاش جهت کنترل زندگی، سرگردانی در دوگانگی مراقبت، سوختن و ساختن با بیماری" استخراج شد.

نتیجه گیری: یافته ها بیانگر رنج، سرگردانی و مورد غفلت واقع شدن خانواده ها در جامعه است. به طوری که علی رغم به دوش کشیدن بار مشقت مراقبت از بیمار، همچنان سعی بر غلبه بر مشکلات دارند. ضروری است به چالش های خانواده دارای بیمار اسکیزوفرنیا به طور ریشه ای و عمیق پرداخته شود تا بتوان با برنامه ریزی بهتر و توزیع عادلانه تر منابع، به آنها خدمات بیشتری ارائه داد.

کلیدواژه ها: اسکیزوفرنیا، مراقبت، خانواده، پدیدارشناسی.

مقدمه

اسکیزوفرنیا یک اختلال روانی مزمن و شدید است که ۲۰ میلیون نفر را در سراسر جهان تحت تاثیر قرار می دهد. اسکیزوفرنیا با تحریف در تفکر، ادراک، احساسات، زبان، احساس خود و رفتار مشخص می شود (۱). تجربیات رایج شامل توهم (شنیدن صداها یا دیدن چیزهایی که وجود ندارند) و هذیان (باورهای ثابت و نادرست) است. در سراسر جهان، اسکیزوفرنیا با ناتوانی قابل توجهی همراه است و ممکن است بر عملکرد تحصیلی و شغلی تأثیر بگذارد (۱، ۲). احتمال مرگ زود هنگام افراد مبتلا به اسکیزوفرنیا ۳-۲ برابر بیشتر از جمعیت عادی است و این اغلب به

دلیل بیماریهای فیزیکی قابل پیشگیری مانند بیماریهای قلبی عروقی، بیماریهای متابولیک و عفونت ها است. انگ، تبعیض و نقض حقوق بشر در افراد مبتلا به اسکیزوفرنیا رایج است. اسکیزوفرنیا قابل درمان است و درمان با دارو و حمایت روانی اجتماعی موثر است. تسهیل زندگی کمکی، مسکن حمایتی و اشتغال حمایتی از راهبردهای مدیریتی موثر برای افراد مبتلا به اسکیزوفرنیا است (۱). با توجه به نقش های مختلفی که خانواده در زمینه مراقبت از این بیماران ایفا می کند بار قابل ملاحظه فیزیکی، اجتماعی، روانی، اقتصادی و سلامتی بر اعضای خانواده اثر می گذارد (۳). در واقع علی رغم پیچیدگی این بیماری، چالش های قابل توجه و پیامدهای عظیمی که برای

انتخاب روش کیفی بستگی به پدیده مورد نظر و سؤال تحقیق دارد. پدیدارشناسی، یک روش تحقیق نظام دار و دقیق است که به جلوه گری و نمایاندن ادراکات تجربی انسان در مورد انواع پدیده ها می پردازد (۱۱). تجزیه و تحلیل پدیدارشناختی تفسیری، یک رویکرد کیفی است که هدف آن ارائه بررسی های دقیق از تجربه زندگی شخصی است. گزارشی از تجربه زیسته را به عنوان شرایط خاص خود به جای آنچه که توسط پیش برداشت های نظری از قبل تجویز شده است تولید می کند و تشخیص می دهد که این یک تلاش تفسیری است زیرا انسان ها موجوداتی حس ساز هستند. پدیدارشناختی تفسیری روشی بسیار مفید برای بررسی موضوعات پیچیده، مبهم و احساسی است (۱۲). این پژوهش کیفی با رویکرد پدیدارشناسی ون منن، به منظور بررسی تجربیات خانواده های دارای بیمار مبتلا به اسکیزوفرنیا شهر گرگان، مراجعه کننده به مرکز آموزشی درمانی ۵ آذر گرگان در سال ۱۳۹۹ انجام شد. با استفاده از نمونه گیری مبتنی بر هدف، از خانواده ها برای شرکت در مطالعه دعوت به عمل آمد. معیارهای ورود به مطالعه شامل دارا بودن عضو مبتلا به اسکیزوفرنیا، بیشترین سهم مراقبت از بیمار در منزل و معیار خروج شامل عدم تمایل به همکاری، عدم تسلط به زبان فارسی بوده است. برای جمع آوری داده ها از مصاحبه های نیمه ساختار استفاده شد. از سؤالاتی مانند «وقتی می گویم اسکیزوفرنیا چه به ذهن شما می آید؟ برایم از یک روز زندگی تان بگویید. اعضای خانواده یک فردی که بیماری اسکیزوفرنیا دارد مثل چه می ماند؟ چگونه است؟ از احساسات خود بگویید، برایم بگویید زندگی با کسی که اسکیزوفرنیا دارد چگونه است؟» و سؤالات کاوشی مانند «می توانی برایم یک مثال زنده بزنی؟، آیا منظور این است که...؟، چگونه...؟» استفاده شد.

هر مصاحبه به طور میانگین حدود ۶۰ دقیقه به طول انجامید. مصاحبه ها تا زمان رسیدن به اشباع داده ها ادامه یافت. در مجموع با ۱۶ مشارکت کننده مصاحبه انجام شد. مشارکت کنندگان از نظر قومیت، جنسیت، وضعیت اجتماعی اقتصادی و تحصیلی، نقش متنوع بودند. مکان مصاحبه در منازل افراد، بخش روان پزشکی و یا در مکان عمومی مانند پارک با هماهنگی قبلی با شرکت کننده بود.

برای آنالیز داده ها از رویکرد پدیدارشناسی ون منن (Van Manen) استفاده گردید. این رویکرد نسبت به سایر

خانواده دارد، در جوامع سنتی آسیایی، مسئولیت مراقبت از این بیماران معمولاً به دلیل انتظارات فرهنگی-اجتماعی بر عهده خانواده است (۴). خانواده بیماران روانی بخش مهمی از درمان این بیماران می باشند. پیگیری دارویی و درمانی بیماران را پیش کرده و حمایت عاطفی، اجتماعی و روانی از بیمار خود به عمل می آورند (۵). در بین اعضای خانواده، مادر به عنوان اولین مراقب نقش بسزایی دارد. اما بررسی تجارب مادر فرزندی بیماران اسکیزوفرنیا حاکی از این است که اسکیزوفرنی اختلالی است که بر رابطه مادر و فرزند نیز تأثیر می گذارد و ممکن است تجاربی مبنی بر نگرانی دائمی و رابطه سرد و بی عاطفه با بیمار را نشان دهد (۶). هر چند چالش های زندگی و مراقبت از بیمار مبتلا به اسکیزوفرنی همیشه منفی نبوده و بسته به تجربیات و واکنش های مراقبان خانواده می تواند منجر به تغییرات مثبت شود. چنین تغییراتی ممکن است مستقیماً بر عملکرد خانواده و مرحله بهبودی بیمار تأثیر بگذارد (۷).

با نظر به این که مراقبین به عنوان بخش نگهسنتی و جدایی ناپذیر خدمات مراقبت سلامتی می باشند، لذا تعیین معنای مراقبت خانواده ها ضروری بوده و خانواده ها را قادر می سازد که تجاربشان را در این زمینه توصیف نمایند. از طرفی امروزه تأکید بر خانواده به عنوان بخش یکپارچه سیستم ارائه مراقبت های سلامت روان می باشد، جهت برطرف کردن نیازهای مراقبتی، معنای مراقبت و تجربه ها در این خانواده ها ضروری به نظر می رسد (۸).

از آنجایی که هدف مطالعه حاضر، درک تجربیات زنده افراد از پدیده مورد نظر بوده است و رویکردهای کمی از درک چگونگی تجربه افراد یا دیدگاه های آنان ناتوان است (۹)، بنابراین از مطالعه کیفی از نوع پدیدارشناسی جهت بررسی تجارب افراد همان طور که با آن مساله زندگی کرده اند (۱۰) استفاده شد. دغدغه اصلی پدیدارشناسی تجارب زیسته است، به گونه ای که چگونگی تجربیات زیسته باید توسط تجربه کننده به طور دقیق توصیف شود (۱۱). پژوهش حاضر به منظور کشف تجارب زیسته خانواده های دارای بیمار اسکیزوفرنیا انجام شد. امید است بتوان از بینش حاصله برای ارائه خدمات حمایتی و مراقبتی در سیستم سلامت به خصوص برای خانواده های دارای عضو مبتلا به اسکیزوفرنیا استفاده نمود.

کدگذاری داده ها و تحلیل آنها هم به طور مستقل توسط پژوهشگران و به صورت مشترک توسط آنها صورت گرفت تا از نظر توافق در مورد مضامین اطمینان حاصل شود. کلیه اصول اخلاق در پژوهش های انسانی از جمله اخذ رضایت آگاهانه، اجازه برای ضبط مصاحبه ها، محرمانگی داده ها و حق خروج از پژوهش رعایت گردید. این مطالعه با کد اخلاق IR.GOUMS.REC.1398.328 در کمیته اخلاق پزشکی دانشگاه علوم پزشکی گلستان مصوب گردید.

یافته ها

در مجموع ۱۶۹۹ کد اولیه از داده ها به دست آمد. با مقایسه تشابهات و تفاوت های کدهای اولیه، چهار مضمون اصلی شامل «غرق شدن در گرداب بیماری، تلاش جهت کنترل زندگی، سرگردانی در دوگانگی مراقبت، سوختن و ساختن با بیماری» و ۱۰ مضمون فرعی استخراج شد. برای تبیین هر یک از مضامین، نقل قول های شرکت کنندگان در گیومه آورده شد و شماره هر یک نیز با «ش و عدد» مشخص شد.

رویکردهای دیگر پدیدارشناسی تفسیری، متداول تر و ملموس تر است و نویسندگان نیز تجربه استفاده از این روش را داشته اند. از مراحل زیر برای تحلیل داده ها استفاده شد: (۱) روی آوری به ماهیت تجربه، (۲) بررسی تجربه، (۳) تأمل بر درون مایه های ذاتی پدیده، (۴) نوشتن و بازبینی تفسیری، (۵) حفظ ارتباط قوی جهت دار با پدیده و (۶) مطابقت یافت مطالعه با در نظر گرفتن اجزا و کل استفاده شد (۱۳). برای اطمینان از دقت علمی و اعتبار داده ها (Rigor) و موثق بودن پژوهش برای اطمینان از موثق بودن پژوهش (۱۴، ۱۵)، از تجزیه و تحلیل همزمان داده ها، انتخاب اطلاعات کلیدی و تعامل طولانی مدت پژوهشگر با داده ها استفاده شد. برای قابلیت انتقال تلاش شد تا توصیفی غنی و جامع از تجربیات شرکت کنندگان و داده های مورد مطالعه ارائه شود. برای صحت و اعتبار یافته های پژوهش از عودت یافته ها به شرکت کنندگان (member check) استفاده شد. مضامین به دست آمده به شرکت کنندگان برگشت داده شد و از آنها درخواست گردید مشخص نمایند آیا این مضامین، بیانی از تجربیات آن ها از زندگی با بیمار اسکیزوفرنیا است؟ یا نه. همه مضامین مورد تایید قرار گرفت. علاوه بر این

جدول ۱: مشخصات مشارکت کنندگان پژوهش (اعضای خانواده دارای بیمار مبتلا به اسکیزوفرنیا)

شماره شرکت کننده	بیمار	مراقب		
		جنسیت	وضعیت تاهل	نسبت با بیمار
۱	مرد	مجرد	مادر	سواد
۲	مرد	مجرد	خواهر	سویستانی
۳	مرد	مجرد	خواهر	متوسطه
۴	زن	متاهل	مادر	متوسطه
۵	زن	متاهل	فرزند	متوسطه
۶	مرد	مطلقه	مادر	فارس
۷	مرد	مجرد	خواهر	لیسانس
۸	مرد	مجرد	مادر	دیپلم
۹	مرد	متاهل	همسر	فارس
۱۰	زن	مجرد	برادر	ابتدایی
۱۱	زن	متاهل	همسر	فارس
۱۲	مرد	متاهل	همسر	فارس
۱۳	مرد	متاهل	فرزند	بی سواد
۱۴	زن	مطلقه	خواهر	بلوچ
۱۵	مرد	مجرد	برادر	کرد
۱۶	مرد	مجرد	پدر	بلوچ

جدول ۲: مضامین اصلی و فرعی تجارب زیسته خانواده های دارای بیمار مبتلا به اسکیزوفرنیا

مضامین اصلی	مضامین فرعی
۱. غرق شدن در گرداب بیماری	۱-۱ تلاطم در احساسات و افکار خانواده ۱-۲ درمانده شدن خانواده ۱-۳ مورد غفلت واقع شدن خانواده و محو شدن در مشکلات بیمار ۱-۴ مواجه شدن خانواده با آسیب های بیماری در اجتماع
۲. تلاش جهت کنترل زندگی	۲-۱ به آب و آتش زدن جهت کنترل بیمار ۲-۲ سعی در کنترل شرایط
۳. سرگردانی در دوگانگی مراقبت	۳-۱ ایثار در مراقبت ۳-۲ گریز از مراقبت
۴. سوختن و ساختن با بیماری	۴-۱ سازش اجباری ۴-۲ زندگی با بیماری

۱. غرق شدن در گرداب بیماری

خانواده های دارای بیمار مبتلا به اسکیزوفرنیا، با مشکلات عدیده ای دست و پنجه نرم می کنند. این مشکلات در جنبه های مختلف زندگی آن ها تجربه می شود و منجر به احساس درماندگی و آسیب آن ها در جامعه می شود. تلاطم در احساسات و افکار خانواده، درمانده شدن خانواده، مورد غفلت واقع شدن خانواده و محو شدن در مشکلات بیمار، مواجه شدن خانواده با آسیب های بیماری در اجتماع از مواردی است که در داده ها یافت شد.

۱-۱ تلاطم در احساسات و افکار خانواده

زمانی که عضوی در خانواده مبتلا به اسکیزوفرنیا می شود و تشخیص مسجل می گردد، اعضای خانواده پس از طی کردن مراحل بهت و انکار، دچار نگرانی ها و دغدغه های مختلف برای بیمار و زندگی وی می شوند. حسرت خوردن، مقایسه کردن، دلسوزی، احساس گناه و عذاب وجدان، ترس از بیمار از جمله احساسات مختلف و گاهی متضادی است که خانواده آن ها را تجربه می کنند. این مساله، مشکلات و فشار روانی اعضایی که با بیمار زندگی می کنند را مضاعف می نماید.

”بعد دو سال که اینجوری شد به خاطر سختی هایی هست که واسه ما کشیده، فکرش مشغول شده، به خاطر ما شاید اینجوری شده ... ما داخل زندان بودیم به خاطر ما اینجوری شد. اشتباهی که من کردم مادرم مریض شد“ (ش: ۶)

”بقیه پدر، بقیه رو می بینیم کلی کمک می کنند به خانواده هاشون.... دیگه حسرت میخوریم“ (ش: ۱۳)

”چرا خواهر من باید همچین مشکلی واسش ایجاد بشه؟ خدایا چی تو سر داری؟ آخرش چی میشه؟ ساخته واقعا“ (ش: ۱۰)

۱-۲ درمانده شدن خانواده

از آن جایی که این بیماری مزمن و مادام العمر می باشد، خانواده ها تجربه سختی را متحمل شده و در مشکلات ناشی از بیماری دست و پا می زنند. طبق داده ها و بیانات خانواده ها، زندگی با یک بیمار اسکیزوفرنیا، به علت تاثیر منفی بر تمام جنبه های زندگی، همراه با استیصال و درماندگی حاصل از آن، مانند زندگی در یک جهنم واقعی بوده و برای آن ها همراه با رنج و زجر فراوان می باشد. گویی رهایی از آن وضعیت برای آن ها ممکن نبوده و ناچار به تحمل مشقت ها می باشند.

”اون دوره ای که تو خونه بود من نمی تونم بگم. اصلا نمی تونم توضیح بدم. یعنی جهنم اون دنیا رو ما دیدیم. یه جهنم واقعی رو. هیچ راهی هم نداریم.... هم مادرش و هم من بریدیم.“ (ش: ۱۶)

۱-۳ مورد غفلت واقع شدن خانواده و محو شدن در مشکلات بیمار

اعضای خانواده دارای بیمار مبتلا به اسکیزوفرنیا، با مشکلات عود و بستری های مکرر مواجه هستند. نظم و روال طبیعی زندگی آن ها دچار اختلال شده، حتی فعالیت های مربوط به نقش بیمار بر سایر اعضا تحمیل می گردد. نیازهای اعضا تحت تاثیر قرار گرفته و در بسیاری از مواقع برطرف نمی گردد. همچنین تلاطم و آشوب در فضای منزل به علت رفتارهای ناهنجار بیمار منجر به تشدید ناراضی های درون خانواده و تلخ تر شدن تجربه زندگی می شود.

”هر روز این دعوا رو پشت سرهم ادامه میداد، روز به روز بدتر میشد قرص ها هیچ اثری نداشت اصلا بدتر شد“ (ش: ۷)

”سر و صدا میکنه ، من نمیتونم بخابم شب، خودم از صبح سرکارم، یا این بچه میخاد بره مدرسه، این نمیتونه تا

نصفه شب بیدار باشه“ (ش: ۱۵)

” بعضی وقتا خسته میشم.. آدم انتظار داره... لاقفل یک مهربانی به آدم بکنه، صحبت کنه.. اصلا صحبتی هم نمی کنه با ما.. روز تا غروب بیکاره، هیچ سر کاری نمیره. خودم صبح میرم سرکار، بعد از ظهر میرم راه پله تمیز می کنم..“ (ش: ۹)

۴-۱ مواجه شدن خانواده با آسیب های بیماری در اجتماع

خانواده علاوه بر تجربه سخت زندگی با بیمار و مشکلات آن مانند آسیب دیدن از بیمار، دچار پیامدهایی در جامعه نیز می شود که بر درک، تفسیر و معنای آن ها از شرایط تاثیر منفی بیشتری می گذارد. مواجه شدن با اعتراض همسایه ها و یا اطرافیان به علت رفتارهای بیمار، مورد شماتت و قضاوت قرار گرفتن خانواده، غوطه ور شدن در چالش استیگما از جمله این موارد می باشد. علاوه بر نداشتن دانش و آگاهی در مورد بیماری، در مشکلات تنها بوده و حمایتی ندارند. در واقع شبکه ارتباطات خانواده دچار اختلال و آسیب شده به گونه ای که از حمایت آن ها محروم هستند. لذا خانواده چاره ای به جز رنج کشیدن و سکوت در برابر اعتراض و شکایات سایرین ندارند.

”خواهرم مجرده، و توی فامیل.. طرف رفته فلان جا نشسته، فلسفه بافی کرده، و به همدیگه بافته که بیاد با آبروت بازی کنه. این همه مثلا چیز کرده که بیاد بگه که آقا میدونی چیه؟ دختر من خوبه، دختر فلانی دیوانه است. کسانی که مشکلی ندارن، براشون صفحه میگیرند، واسه کسی که مشکل داره پس چی میشه؟...“ (ش: ۱۰)

”مادرت مریضه بیرون میری خجالت می کشی که به موقع بفهمن بگن که مادرت مریضه، خجالت می کشی مادرم مریضه... دوست نداری بفهمند“ (ش: ۶)

”همسایه ها اعتراض می کردند. که سر و صدا می کنه و نمیداره بخابیم... میگفتم بابا بچه من مشکل داره. ساعت دو شب، سه شب داد و فریاد می کرد...“ (ش: ۸)

”وقتی همچین مریضی داشته باشی حرف و حدیث زیاده. ولی خب نشنیده می گرفتیم.. هر کسی یه چیزی میگه. یکی میگه که حتما رسیدگی نکردند. یکی میگفت شاید این از اول اینجوری بوده... ناراحت می شدیم به دل خودمون می گرفتیم.“ (ش: ۱۴)

۲. تلاش جهت کنترل زندگی

اعضای خانواده دارای بیمار مبتلا به اسکیزوفرنیا، جهت نجات یافتن از این شرایط، از هیچ تلاشی فروگذار نمی کنند. با

استفاده از ظرفیت و منابع خود، دست به هر آب و آتشی می زنند تا بر وضعیت موجود فائق آمده و بیمار را کنترل نمایند.

۱-۲ به آب و آتش زدن جهت کنترل بیمار

داده ها نشان داده که خانواده با استفاده از روش های مختلفی سعی به کنترل بیمار و کاهش تنش ها می کند. به طوری که علاوه بر دنبال کردن روش های غیر معتبر و خرافی، به انجام اقدامات مختلف جهت پیگیری درمان بیمار و محافظت وی می پردازند. این اقدامات طیفی از رفتارهای خشونت آمیز تا رفتارهای دلسوزانه نسبت به بیمار می باشد. اما در نهایت در می یابند که بستری کردن تنها راه چاره در این زمینه است.

”دو جا رفتیم پیش دعا نویس، گفتم مثلا خواهرزاده ام اینو دعا نداده باشه، دویست هزار تومن هم از من گرفت، دیدم نه خوب نشد.“ (ش: ۱۶)

”ویزیت نمی اومد. دیدیم انگار که چشمش بسوزه میگفت باز منو اینا میبرن اونجا بستری کنند. برا همین دیگه نمیومد. هر کارش کردم که بیمارمش پیش دکتر نیومد. بعد با دکترش صحبت کردم بدون اینکه مریضو بیمار پیگیری کردیم رفتیم دکتر دارو براش نوشتند.“ (ش: ۱۴)

”دیگه چاره نداشتیم، مجبور شدم بیمارمش بستری کنم. هی میگفتم که داداشمو گذاشتم اینجا، خیلی عذاب وجدان دارم. ناراحتیم. ولی مجبور بودم اگه نمیداشتم مامانم رو می کشت.“ (ش: ۷)

۲-۲ سعی در کنترل شرایط

علاوه بر تلاش جهت کنترل بیمار و رفتارهای وی، اعضای خانواده در جستجوی اطلاعات در مورد بیماری و راه نجات می باشند بلکه بتواند کمی از درد و تالم و بار سنگین تجربه شده را کاهش داده، تشویش ها و تنش های محیط را کم نماید و بتواند شرایط را بهتر کند. در این راستا گاهی با توضیح وضعیت بیمار و غیر ارادی بودن رفتارهای وی به اطرافیان معترض و گاهی با پنهان کردن بیمار و بیماری وی این کار را انجام می دهد. البته خود خانواده نیز نیاز به تجدید قوا و کاهش خستگی های مراقبتی دارد. لذا سعی در آرام سازی خود با شیوه های مختلف، استمداد از معنویات، صبر و شکیبایی می نماید.

”از پزشکمون سوال کردم که من این شوهرمو باید به یه جا مرکز ببرم؟ دیگه نمیتونم نگرهش دارم خیلی برام سخته. برگشته گفتم مرکز خرج داره... گفتم اشکال نداره، یه چند

نیاز به انگیزه درونی قوی و انرژی زیادی دارد. زیرا به علت طاقت فرسا بودن رنج های این تجربه، ممکن است رفتارها و برخوردهای خانواده دچار تغییراتی شود. به خصوص اینکه این بیماری تا پایان عمر گریبان گیر بیمار و خانواده است، لذا گاهی منجر به سهل انگاری نسبت به بیمار و امورات وی، رها کردن، سلب مسئولیت از خود و حتی خشونت نسبت به بیمار گردد.

”پدرم میگه فلان جا رو داغون کرد یا موقع ناهار خوردن میگه چرا اینجوری میخوری، دعواش می کنه، بعضی وقتا دستش برسه میز نه ...“ (ش: ۷)

”خونه شوهرش هم وقتی که خوبه خوبه، وقتی که مریض میشه میارن میندازش خانه ما“ (ش: ۴)

۴. سوختن و ساختن با بیماری

اعضای خانواده دارای بیمار مبتلا به اسکیزوفرنیا، بعد از طی کردن تلاطم ها و نابه سامانی های مختلف، در می یابد که راهی جز سازش و زندگی با بیماری ندارد. یعنی باید بتواند با چنین مساله و تبعات آن در زندگی تک تک اعضا، کنار بیاید.

۱-۴ سازش اجباری

علی رغم چاره جویی های مختلف جهت رهایی از این وضعیت، راهی جز سازش یافتن اجباری و تحمل کردن مشکلات ناشی از بیماری وجود ندارد. جستجوی خانواده و تقلائی وی در این زمینه ناموفق بوده و به بن بست می رسد. در واقع بیماری، مساله ای دائمی بوده و راه نجات جهت خلاصی و رهایی نمی یابد.

”چاره ای نداشتیم... گفتیم پناه بر خدا دیگه، حالا این مریض شد، نمیشه آدم مریض رو ول کنه، دیگه چی بگیم، گفتیم مریضه دیگه.. هنوزم که هست دارم تحمل می کنم“ (ش: ۱۱)

”خیلی سخت بود، مجبور بودیم کنار بیاییم، با هزار بدبختی ..“ (ش: ۳)

۲-۴ زندگی با بیماری

خانواده به نقطه نهایی یعنی پذیرش واقعیت، دست از مبارزه و تقلا کشیدن، زندگی با چالش های این بیماری خانمان برانداز می رسد. آن ها، بیماری را به عنوان بخشی از زندگی و سرنوشت خود می پذیرند. زیرا راهی جز ادامه دادن زندگی با بیمار و یا رها کردن و طرد وی از خود ندارند. البته در بافت فرهنگی جامعه ما، غالباً یکی از اعضای خانواده، با تحمل تمام مشقت و تا توان آخر، سرپرستی وی

ماه ما لااقل راحت باشیم“ (ش: ۱۰)

۳. سرگردانی در دوگانگی مراقبت

رفتارهای خانواده با بیمار در زندگی با وی، دچار نوسانات زیادی بین دو قطب مثبت و منفی رفتاری می شود. به گونه ای که در پیوستار بین این دو قطب، مجموعه ای از تجارب مختلف رفتاری مانند ایثار، از خود گذشتگی و حتی طرد و خشونت رفتاری دیده می شود. در واقع از یک طرف احساسات مربوط به پیوند خانوادگی و از طرف دیگر استیصال و فرسودگی، به اعضا فشار وارد کرده و موجب می شود خانواده در بین تجربه های مختلف سرگردان و معلق باشد.

۱-۳ ایثار در مراقب

اعضای خانواده دارای بیمار مبتلا به اسکیزوفرنیا به اشکال مختلف از بیمار خود حمایت می کنند. جهت رفع نیازهای فیزیولوژیک وی تلاش کرده، احساس مسئولیت نسبت به بیمار دارند. علیرغم خستگی و رنج به وجود آمده ناشی از بیماری، به علت تعلق خاطر، از خود و نیازهای خود می گذرند و به خواسته های بیمار توجه کرده و حتی به عنوان وکیل مدافع بیمار عمل می نمایند. در واقع انگیزه این نوع فداکاری به پیوندهای خونی و یا عاطفی بین اعضا بر می گردد. با رسیدن به نقطه پذیرش بیماری، به پیگیری درمان وی می پردازند. گاهی با پنهان کردن مشکلات زندگی خود سعی در حفظ شان خود نموده و با وساطت های مراقب اصلی در منزل، سعی در بهبود روابط یا ایجاد آرامش در خانواده می نمایند.

”اعصاب و روانه دیگه، میگیم مامان بیا بریم بیرون دور بنزیم، یه کم کمک میشه بهش. مادر خوشحال میشه... میگه عمه زنگ زده فلان میگه، میگم به درک، ولش کن، تو در بند حرف مردم نباش.“ (ش: ۶)

”ماهی یه میلیون پول میریزم تو کارتت، تو حسابشه میخاد بره خوراکی بخره... یا هرچی... هر کاری لازم باشه براش انجام میدم... من مادرم، نمی تونم این ها رو ول کنم...“ (ش: ۸)

”اگر من نرم، کی باید بره؟..... اگر من نخواهم این کارا رو بکنم، کاری که الان در حال حاضر از دست من بر میاد، چرا برای یه غریبه میکنم ولی برای خواهرم نکنم.. ما این طوری بزرگ نشدیم. نمی تونیم بی تفاوت باشیم“ (ش: ۱۰)

۲-۳ گریز از مراقبت

داده ها نشان داد زندگی با بیمار مبتلا به اسکیزوفرنیا

مواجهه بوده، اما به علت مواجهه طولانی مدت، تجاری را در خصوص کنترل علائم سایکوتیک، علائم خطر و پاسخ بیمار کسب نمودند. از طرفی شک و تردیدهای احساسی را تجربه کرده و عدم آگاهی در مورد بیماری و آینده آن‌ها را رنج میداد. فشارهای مالی، احساسی و حمایت اجتماعی ضعیف نیز از تجارب و آسیب‌های تجربه شده خانواده‌ها بوده است (۱۸).

در این میان تنها بودن اعضای خانواده در کوهی از مشکلات ناشی از بیماری که آن‌ها را آسیب پذیرتر کرده، خود مساله‌ای قابل تامل می‌باشد. چرا که در بسیاری از موارد، اعضای خانواده در اجتماع و در مقابله با عواقب ناشی از اختلال، بدون حامی بوده و در مسائل بیمار محو و ذوب می‌شوند. به طوری که نیازها، آسایش و موجودیت آن‌ها مورد غفلت قرار می‌گیرد.

همان‌گونه که پژوهش ابراهیمی و همکاران (۲۰۱۸) نیز بیانگر این مطلب است. طیف وسیعی مشکلات تجربه شده در زندگی با بیمار و بار زیاد تحمیل شده بر مراقبین، می‌تواند بر نحوه برخورد آنها با اعضای خانواده بیماران روانی تأثیر بگذارد. یافته‌ها ضرورت حمایت از مراقبین توسط سیستم ارائه خدمات مراقبت‌های روانی را نشان می‌دهد (۱۹).

اکبری و همکاران (۲۰۱۸) نیز اذعان داشتند که خانواده بیماران مبتلا به اختلالات روانی مهمترین نقش را داشته و در فرهنگ‌های مختلف با چالش‌های متفاوتی روبرو هستند. نتایج مطالعات نشان می‌دهد که برآورده نشدن نیازهای مراقبین، فرسودگی، ننگ اجتماعی بالا، حمایت اجتماعی پایین از مراقبین، مهمترین چالش‌های پیش روی مراقبین است که توسط آن‌ها تجربه شده و نیاز به حمایت همه جانبه دارند (۲۰).

البته اعضای خانواده همزمان با تحمل رنج و فشار، دست از تلاش جهت بهبود شرایط برداشته و سعی می‌کنند جهت غلبه بر چالش‌ها، اوضاع را به کنترل خود در آورند. در این راستا، به دو محور اصلی، یعنی از یک طرف کنترل بیمار و مدیریت وی، از طرف دیگر کنترل عوامل محیطی و شرایط خود می‌پردازند تا بتوانند راهی جهت خلاصی از این گرداب بیابند. جهت نیل به این امر، از روش‌های مختلفی استفاده می‌کنند.

مطالعه Panayiotopoulos و همکاران (۲۰۱۳) نیز موید همین مطلب است. خانواده‌ها تمایل دارند بیماری را از

را می‌پذیرد. هر چند که این مساله به درجات مختلف رخ می‌دهد و ممکن است بیمار در جامعه رها و بی‌خانمان نیز گردد. اما در اینجا به علت عادی شدن بیماری برای خانواده، تا حد امکان در برابر بیمار سکوت کرده و یا تابع خواسته‌های بیماری شوند تا بتوانند به زندگی تقریباً عادی خود برگردند.

احساس نمی‌کردم که همیشه این بیماری هست. فک می‌کردم که گذرا می‌اد و میره..... فکر می‌کردم یه بیماریه خوب میشه. بعد رفته رفته دیدم نه، انگار که همیشه و خودم قبول کردم این بیماری همیشه هست“ (ش: ۸)
 -“واقعیت رو باید باهش کنار اومد. ما نمی‌تونیم که از واقعیت فرار کنیم. درسته سخته، اگه تو فرار از واقعیت نداشته باشی، مساله رو قبول می‌کنی“ (ش: ۱۰)
 ”سکوت می‌کنم. صبرم زیاده. حالا حکمت خدائیه صبر منو زیاد کرد. یا خودش داره آزمایش میکنه“ (ش: ۱۱)

بحث

بیماری اسکیزوفرنیا به علت ماهیت خاص خود، خانواده‌ها را درگیر مشکلات و عواقب عدیده‌ای می‌کند که باید مادام‌العمر با آن دست‌به‌گریبان باشند. پیامدهای بیماری برای خانواده اضمحلال آور بوده و آن‌ها را به مرز درماندگی و آسیب‌های مختلف در جامعه می‌رساند. از طرفی با توجه به زندگی طولانی مدت، شناخت تجربی در مورد عوامل تشدیدکننده و یا بهبوددهنده شرایط برای اعضای خانواده حاصل می‌شود. اما با این وجود همچنان تلاطم و آشوب احساسات اعضا، نگرانی و ایهام برای آینده بیمار و عاقبت امر مداوم بوده و با خانواده باقی می‌ماند.

مطالعات موید این مطلب می‌باشند که افرادی که با بیمار مبتلا به اسکیزوفرنیا هم‌خانه بوده و با وی زندگی می‌کنند نسبت به سایرین، بار مراقبتی و فشار بیشتری متحمل می‌شوند (۱۶) و یافته‌های پژوهش تمیزی نیز بیانگر آن است که خانواده بیماران اسکیزوفرنی به علت مسئولیت زیاد نسبت به بیمار با مشکلات و چالش‌های متعددی در فرآیند مراقبت مواجه هستند (۱۷).

همچنین مطالعه Imkome و همکار (۲۰۱۸)، حاکی از تجارب دشوار خانواده‌ها در مراقبت از بیماران اسکیزوفرنی و زندگی با این افراد بوده است. البته با طولانی شدن بیماری توانایی خانواده برای کنار آمدن به تدریج در طول زمان افزایش یافته است. زیرا مراقبین علیرغم اینکه با مشکلات جدی

به بیان دیگر، تحلیل‌ها حاکی از تجربه سخت زندگی با بیمار مبتلا به اسکیزوفرنیا است، این امر تا حد زیادی از نارسایی‌های منابع حمایتی جامعه نیز متأثر می‌باشد زیرا می‌تواند بر نوع نگرش خانواده به مشکلات، سازگار شدن با آن و تجربه زیسته خانواده از موقعیت تأثیر بگذارد. به نوعی خانواده‌ها قربانی موقعیت دشوارشان می‌شوند. اگرچه در حد امکان و توان خود به مراقبت از بیمار و رسیدن به زندگی طبیعی می‌پردازند اما نه تنها به طور کامل این امر محقق نمی‌گردد، بلکه در این میان آسیب‌های زیادی را نیز متحمل می‌شوند. محدودیت این مطالعه دسترسی به اعضای خانواده بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا از یک استان بوده است، احتمال دارد در بستر اجتماعی فرهنگی متفاوت، یافته‌های دیگری نیز حاصل گردد. یافته‌های پژوهش درک عمیق تری از تجارب واقعی خانواده‌های دارای بیمار مبتلا به اسکیزوفرنیا و نیازهای آن‌ها برای پرستاران به ویژه روان پرستاران فراهم نموده است. از آنجایی که اسکیزوفرنیا بیماری مزمن بوده و اغلب در خانواده نگهداری می‌شوند یافته‌های این پژوهش می‌تواند برای تنظیم برنامه مراقبت بعد از ترخیص بیماران و مراقبت در منزل بر اساس نیازسنجی این خانواده‌ها سودمند باشد.

نتیجه‌گیری

یافته‌ها حاکی از رنج بسیار خانواده، سرگردانی و نادیده گرفته شدن آن‌ها در جامعه می‌باشد. به طوری که علیرغم تنها به دوش کشیدن بار مشقت، همچنان سعی بر غلبه بر مشکلات دارند. خانواده به عنوان مهم‌ترین رکن هر اجتماع و نزدیک‌ترین افراد به عضو بیمار، دارای بیشترین تأثیر بر درمان بیمار و بالطبع بالاترین میزان آسیب‌پذیری در این راستا می‌باشد. با توجه به سیاست موسسه زدایی، این تأثیرات بیشتر نیز خواهد شد. علیرغم این که تمام انتظارات، مسئولیت‌ها و نگاه‌ها معطوف به خانواده می‌باشد، اما به مسائل این قشر و نیازمندی‌های آن‌ها پرداخته نشده است. لذا ضروری به نظر می‌رسد که به این امر به طور ریشه‌ای و عمیق‌نگریسته شود. از آن جا که این پژوهش در یک استان انجام شده است، لذا پیشنهاد می‌شود تا در سایر مناطق جغرافیایی کشور و با توجه به قومیت‌های مختلف، سطوح اجتماعی، اقتصادی و حمایتی متفاوت نیز چنین بررسی‌هایی صورت گیرد تا تجارب ناشی از زندگی با بیمار مبتلا به اسکیزوفرنیا مشخص شود.

سایرین و حوزه عمومی دور و پنهان نگه دارند. در نتیجه از حمایت سایر سیستم‌ها و منابع موجود در جامعه محروم می‌شوند. البته فقط از دوستان و اعضای نزدیک خانواده خود کمک گرفته و فقط در صورت شدید شدن علائم یا زمانی که قادر به مراقبت از بستگان خود نیستند، به سراغ خدمات روانپزشکی می‌روند. در نهایت خانواده‌هایی که به دلایل ناشی از ضعف‌های سیستم رفاهی و حمایتی، تحت فشارهای شدید قرار می‌گیرند، تسلیم مشکلات شده و بیمار خود را که از نظر اجتماعی منزوی و مطرود می‌باشند از خود نیز طرد می‌نمایند (۲۱).

در این مسیر، اقدامات خانواده در درون یک پیوستار صورت می‌گیرد. به گونه‌ای که در یک سر طیف، اقدامات موثر و در سر دیگر طیف روش‌های نامناسب قرار دارد. خانواده بر اساس میزان تحمل فشار، دانش، منابع و حمایت‌های دریافت شده، در هر زمان به یک سمت گرایش می‌یابد. چنین تناقض و حرکت در مراحل مختلف بیماری، در یافته‌های پژوهش McAuliffe (۲۰۱۴) نیز به دست آمده است. زندگی والدین دارای فرزند مبتلا به اسکیزوفرنیا نشان داده که آن‌ها احساسات متفاوتی را تجربه می‌کنند. دوره بلافاصله پس از تشخیص بسیار استرس‌زا بوده و پس از مدتی با پذیرفتن نقش مراقبت جدید، احساس عشق و مسئولیت نسبت به پسر یا دختر مبتلا به اسکیزوفرنیا داشتند (۸).

این دوگانگی در یافته‌های مطالعه Stanley (۲۰۲۱) نیز به چشم می‌خورد. دوگانگی بین ماهیت فداکارانه مراقبت ناشی از تعهدات خانوادگی که موجب حس شفقت، محبت و همبستگی خانواده می‌شود از یک طرف و فشارهای زمان انجام مراقبت و پیامدهای سوء ناشی از فشارها از طرف دیگر به خانواده وارد می‌شود (۴).

اما در عین حال یافته‌ها بیانگر نوعی حرکت به سمت پذیرش و سازش با بیماری و شرایط جدید زندگی هستند. به خصوص در بافت فرهنگی و با توجه به باورهای مذهبی خانواده‌ها در جامعه ما، چنین انتظاری نیز می‌روند.

در این راستا پژوهش Attepe Özden (۲۰۱۸) نیز حاکی از پذیرش اختلال در خانواده‌ها بوده است. هرچند خانواده‌ها با پذیرش این امر مشکل دارند و مراقبت بر کیفیت زندگی آنها از نظر مالی و اجتماعی تأثیر می‌گذارد، اما به عنوان راه حل بلندمدت چاره‌ای جز پذیرش بیماری و درخواست حمایت از جامعه ندارند (۲۲).

تحقیقات دانشجویی با شماره ۱۱۰۱۲۳ و معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی گلستان است. از خانواده های دارای بیمار مبتلا به اسکیزوفرنیا که در انجام این پژوهش همکاری داشته اند، صمیمانه قدردانی می شود.

تعارض منافع

در این مطالعه هیچ گونه تعارض منافی وجود ندارد.

References

1. Schizophrenia. World Health Organization. 4 October 2019. Received from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia> (accessed: December 18, 2021).
2. Association AP. Schizophrenia Spectrum And Other Psychotic Disorders: DSM-5® Selections: American Psychiatric Pub; 2015.
3. Yu Y, Liu Z-W, Tang B-W, Zhao M, Liu X-G, Xiao S-Y. Reported Family Burden Of Schizophrenia Patients In Rural China. Plos One. 2017;12(6):E0179425. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0179425>
4. Stanley S, Balakrishnan S. Informal Caregiving In Schizophrenia: Correlates And Predictors Of Perceived Rewards. Social Work In Mental Health. 2021;19(3):230-47. <https://doi.org/10.1080/15332985.2021.1904089>
5. Sharif Gz, Ebadollahi Ch, Fallahi Km, Baghaie M. Quality Of Life And Its Associated Factors Among Mental Patients' families. 2015. (in persian)
6. Khoshgoftar M, Khodabakhshi-Koolae A, Sheikhi MR. Analysis of the early mother-child relationship in schizophrenic patients. The International Journal of Social Psychiatry. 2021 Jan 30: 20764021991186 <https://doi.org/10.1177/0020764021991186>
7. Darban F, Mehdipour-Rabori R, Farokhzadian J, Nouhi E, Sabzevari S. Family Achievements In Struggling With Schizophrenia: Life Experiences In A Qualitative Content Analysis Study In Iran. BMC Psychiatry. 2021;21(1):1-11. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-03025-w>
8. McAuliffe R, O'connor L, Meagher D. Parents' Experience Of Living With And Caring For An Adult Son Or Daughter With Schizophrenia At Home In Ireland: A Qualitative Study. Journal Of Psychiatric And Mental Health Nursing. 2014;21(2):145-53.

علاوه بر این به عوامل موثر در تجارب درک شده خانواده بیماران پرداخته شود تا با شناسایی آن ها بتوان با برنامه ریزی بهتر مسئولان و توزیع عادلانه تر منابع، به این خانواده ها کمک بیشتری ارائه گردد.

سپاسگزاری

این مقاله حاصل انجام طرح تحقیقی مصوب کمیته

<https://doi.org/10.1111/jpm.12065>

9. Sanagou A, Jouybari L. A Phenomenological Study Of Turkmen Women's In Menopause Experience. The Iranian Journal Of Obstetrics, Gynecology And Infertility. 2013;15(35):1-10. (in Persian)
10. Speziale HS, Streubert HJ, Carpenter DR. Qualitative Research In Nursing: Advancing The Humanistic Imperative: Lippincott Williams & Wilkins; 2011.
11. Giorgi A, Giorgi B, Morley J, Willig, Rogers. The Descriptive Phenomenological Psychological Method. January 2017. In book: The Sage Handbook of Qualitative Research In Psychology Edition: 2nd Chapter: 11 Publisher: Sage. Retrieved from: https://www.researchgate.net/publication/318451180_The_Descriptive_Phenomenological_Psychological_Method (accessed: Feb 2022) <https://doi.org/10.4135/9781526405555.n11>
12. Smith JA, Osborn M. Interpretative phenomenological analysis as a useful methodology for research on the lived experience of pain. Br J Pain. 2015;9(1):41-2. <https://doi.org/10.1177/2049463714541642>
13. Manen, Max van. Researching lived experience: human science for an action sensitive pedagogy. (SUNY series in the philosophy of education), 2016. State University of New York Press 1990 ISBN 0-7914-0425-0. LB1028.M2685
14. Grimes R.A. African American females with sickle cell gene making reproductive choices: an interpretative phenomenological analysis. A Dissertation Presented in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree Doctor of Health Administration. 2020. University of Phoenix ProQuest Number: 28089037
15. Morse JM. Critical Analysis of Strategies for Determining Rigor in Qualitative Inquiry. Qual Health Res. 2015 Sep;25(9):1212-22.

- <https://doi.org/10.1177/1049732315588501>
16. Zhou Y, Ning Y, Rosenheck R, Sun B, Zhang J, Ou Y, et al. Effect Of Living With Patients On Caregiver Burden Of Individual With Schizophrenia In China. *Psychiatry Research*. 2016; 245:230-7. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.08.046>
 17. Tamizi Z, Fallahi-Khoshknab M, Dalvandi A, Mohammadi-Shahboulaghi F, Mohammadi E, Bakhshi E. Caregiving burden in family caregivers of patients with schizophrenia: A qualitative study. *J Educ Health Promot*. 2020 Jan 30;9:12.
 18. Imkome E-U, Waraassawapati K. Perspectives And Experiences Of Primary Caregivers Of Individuals With Schizophrenia In Thailand. *Issues In Mental Health Nursing*. 2018; 39(10):858-64. <https://doi.org/10.1080/01612840.2018.1488312>
 19. Ebrahimi H, Seyedfatemi N, Namdar Areshtanab H, Ranjbar F, Thornicroft G, Whitehead B, et al. Barriers To Family Caregivers' Coping With Patients With Severe Mental Illness In Iran. *Qualitative Health Research*. 2018;28(6):987-1001. (in Persian) <https://doi.org/10.1177/1049732318758644>
 20. Akbari M, Alavi M, Irajpour A, Maghsoudi J. Challenges Of Family Caregivers Of Patients With Mental Disorders In Iran: A Narrative Review. *Iranian Journal Of Nursing And Midwifery Research*. 2018;23(5):329 (in Persian). https://doi.org/10.4103/ijnmr.IJNMR_122_17
 21. Panayiotopoulos C, Pavlakis A, Apostolou M. Family Burden Of Schizophrenic Patients And The Welfare System; The Case Of Cyprus. *International Journal Of Mental Health Systems*. 2013;7(1):1-9. <https://doi.org/10.1186/1752-4458-7-13>
 22. Attepe Özden S, Tuncay T. The Experiences Of Turkish Families Caring For Individuals With Schizophrenia: A Qualitative Inquiry. *International Journal Of Social Psychiatry*. 2018;64(5):497-505. <https://doi.org/10.1177/0020764018779090>