

بررسی کیفیت زندگی مراقبین بیماران روانی بستری در بیمارستان فاطمیه شهر سمنان

سیف اله کیقبادی^۱، معصومه نیشابوری^{۲*}، ندا حقیقی خوشخو^۳، طاهره صادقی^۴

۱. کارشناس ارشد پرستاری، دانشکده پرستاری و پیراپزشکی دانشگاه علوم پزشکی سمنان، سمنان، ایران
۲. کارشناسی ارشد پرستاری، دانشجوی دکتری پرستاری دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران. نویسنده مسئول
۳. کارشناس ارشد پرستاری، دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج، کرج، ایران
۴. کارشناس ارشد پرستاری، دانشجوی دکتری پرستاری دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

چکیده

زمینه و هدف: خانواده‌های بیماران روانی به عنوان مراقبین آنها سختی‌های قابل ملاحظه‌ای را برای سازگاری با علایم روانپزشکی تحمل می‌کنند و با تنش‌های جسمی و عاطفی متعددی مواجه هستند که می‌تواند روی کیفیت زندگی آنها تاثیر بگذارد. حفظ کیفیت زندگی و بهبود آن یک وظیفه مهم برای پرستاران است. مطالعه حاضر به منظور تعیین کیفیت زندگی مراقبین بیماران روانی بستری در بیمارستان فاطمیه وابسته به دانشگاه علوم پزشکی سمنان صورت گرفته است.

مواد و روش‌ها: این مطالعه یک پژوهش توصیفی می باشد. ۱۰۵ نفر از مراقبین بیماران روانی (اسکیزوفرنی، مانیا و افسردگی) بستری در بیمارستان فاطمیه سمنان به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. کیفیت زندگی آنها در چهار بعد جسمی، روانی، اجتماعی و روحی - معنوی با استفاده از پرسشنامه کیفیت زندگی مخصوص خانواده بیماران (Quality of life family version) مورد بررسی قرار گرفت. روایی پرسشنامه از طریق روایی محتوایی و پایایی ابزار با آلفای کرونباخ ۰/۸۷ مورد تأیید قرار گرفت. داده ها با استفاده از نرم افزار اس پی اس تجزیه و تحلیل گردید.

یافته ها: اکثر مراقبین بیماران روانی مونث (۷۹ درصد) با میانگین سنی $13/19 \pm 39/59$ سال و همسر بیمار (۳۹ درصد) بودند. نتایج نشان داد کیفیت زندگی مراقبین بیماران روانی در بعد جسمی (۵۳/۱ درصد)، بعد روانی (۵۷ درصد) بعد اجتماعی (۴۱ درصد) و بعد روحی - معنوی (۴۸/۵ درصد) تاحدودی مطلوب می‌باشد و میانگین نمره کیفیت زندگی مراقبین ۴/۴۹ از ۱۰ بود. بین کیفیت زندگی و مدت مراقبت ارتباط معنی داری وجود داشت ($P = 0/007$).

نتیجه گیری: کمک به خانواده جهت سازگاری با بحران بیماری و توسعه انتظارات واقع بینانه در باره آینده امری ضروری می‌باشد. پرستاران لازم است نیاز خانواده به حمایت و امید را درک کنند و از طریق دادن آموزش و برقراری ارتباط مناسب مراقبین بیماران مبتلا به اختلالات روانی را حمایت نمایند.

کلید واژه ها: کیفیت زندگی، مراقبین، بیماران روانی، اسکیزوفرنی، مانیا، افسردگی

مقدمه

می‌گزارد (Angermeyer و همکاران، ۲۰۰۶) در دوره‌های اولیه واکنش خانواده به صورت ناباوری، شوک، ترس، نگرانی و مراقبت از بیمار روانی است. آنها امیدوارند که این دوره گذرا بوده و سپری شود و نمی‌دانند چگونه عضو آشفته خانواده را آرام کنند. ممکن است اعضاء خانواده از رفتارهای بیمار بترسند و با عصبانیت و خشم همراه با ترس، گيجی و اضطراب به پرخاشگری بیمار پاسخ گویند (Brady and McCain، ۲۰۰۵).

با کشف داروهای روان گردان و کنترل نسبی علایم روانپزشکی و گسترش خدمات جامعه‌محور، تخت‌های روانپزشکی کاهش

شیوع اختلالات روانپزشکی در ایران حدود ۸۹/۰ درصد تخمین زده شده است (Mohammadi و همکاران، ۲۰۰۵). بیماری یک عضو خانواده، کل خانواده را درگیر و سبک زندگی آنها را تغییر می‌دهد (Glozman و همکاران، ۲۰۰۴). عواقب مشکلات مالی، روحی و اجتماعی بیماری روانی اثرات مهمی روی خانواده او

نویسنده مسئول مکاتبات: آدرس پست الکترونیکی
M_neishabory@yahoo.com

داشته و بار فشار خانواده‌ها را نیز کمتر می‌کند (Boyd, ۲۰۰۵).

با توجه به این که سازگاری در تجربه کیفیت زندگی مهم است، حفظ یا بهبود کیفیت زندگی یک وظیفه مهم برای پرستاران است (Pickett-Schenk و همکاران، ۲۰۰۰). پرستاران در وضعیت منحصر به فردی جهت تعامل با افراد و اعضای خانواده قرار دارند (Davidian, ۲۰۰۲)، آنها می‌توانند دانش، مهارت و حمایت لازم را برای حفظ کیفیت مراقبت در محیط خانه فراهم نمایند (Deeken و همکاران، ۲۰۰۳).

(Chen و همکاران، ۲۰۰۴) مطالعه ای جهت بررسی سلامت روان ۵۷ مراقب بیمار روانی با تشخیص اسکیزوفرنی و عوامل تاثیرگذار بر سلامت روان آنها در تایوان انجام دادند. تفاوت معنی‌داری بین کیفیت زندگی ($p < 0.01$) و نمرات پرسشنامه سلامت ($p < 0.05$) بین مراقبین و داوطلبان سالم وجود داشت. همچنین بین سطح تحصیلات و سطح آگاهی در مورد بیماری اسکیزوفرنی ارتباط معنی دار وجود داشت ($p < 0.01$).

در مطالعه (Ghahremani و همکاران، ۲۰۰۶) کیفیت زندگی و ارتباط آن با امید در ۲۶۰ مراقب بیمار اسکیزوفرنی در شهر تهران مورد بررسی قرار گرفت. بر اساس نتایج این پژوهش، کیفیت زندگی ۲۹/۲ درصد از واحدهای پژوهش نامطلوب، ۶۳/۵ درصد تا حدی مطلوب و ۷/۳ درصد مطلوب و میانگین نمره کیفیت زندگی مراقبین ۴/۵ بود. بین کیفیت زندگی و امید با $r = 0.679$ ارتباط مستقیم معنی‌داری یافت شد. بین کیفیت زندگی و وضعیت اقتصادی نیز ارتباط معنی‌داری وجود داشت.

در مطالعه (Fleischmann and Klupp, ۲۰۰۴) در آلمان کیفیت زندگی ۳۰۴ خویشاوند بیمار روانی بررسی شد. شرکت‌کنندگان کیفیت زندگی پایین‌تری را در اغلب ابعاد کیفیت زندگی در مقایسه با گروه کنترل نشان دادند. همچنین کیفیت زندگی شرکت‌کنندگان زن در همه ابعاد به طور معنی‌داری پایین‌تر از مردان بود.

حفظ یا بهبود کیفیت زندگی یک وظیفه مهم برای پرستاران است و از آنجایی که خانواده از قدیم مورد توجه پرستاری بوده است و واحد اصلی اجتماع محسوب می‌شود، مراقبت پرستاری باید خانواده بیمار را هم در بر گیرد؛ بنابراین درک جنبه‌های مربوط به خانواده و تاثیر آن بر روی اعضای خود جهت ارائه مراقبت پرستاری ضروری است. در این راستا با توجه به تاکید مطالعات انجام گرفته و ناکافی بودن پژوهش‌های جامع در این خصوص، پژوهشگران درصدد برآمدن تا مطالعه حاضر را با

یافته و بیماران عمدتاً به نزد خانواده‌هایشان بازگشتند. ارائه خدمات جامعه‌نگر بر نقش خانواده به عنوان مهمترین و بهترین حامی اجتماعی برای بیماران مزمن روانی تاکید می‌نماید (Boyd, ۲۰۰۵) خانواده‌ها حامی اصلی بیمار و منبع اولیه مراقبت برای بیماران هستند. آنها خانه، حمایت مالی، همراهی و حمایت عاطفی، همین‌طور خدمات بهداشتی را برای بیمار خود تامین می‌کنند (Sono و همکاران، ۲۰۰۸) و در امر مداوای بیمار خود مستقیماً دخالت داشته و نقش مهمی را ایفا می‌کنند (Varcarolis, ۲۰۰۲).

با تحویل بیمار به خانواده در کنار فقدان خدمات مربوط به مراکز جامع بهداشت روانی، مراقبین بیماران دچار فشار شدید روانی و جسمانی شده و خود را در مقابله و مدارا با عواقب داشتن بیمار روانی مزمن در خانواده، تنها و رها شده احساس می‌کنند. قابل درک است که بیشتر خانواده‌ها احساس می‌کنند در میان این مشکلات غرق شده‌اند. آنها ممکن است این حالت را با ابراز ناکامی و خشم یا فداکاری بیش از حد نسبت به بیمار نشان دهند. این‌گونه نگرش‌ها و رفتارهای خانواده، تاثیری مخرب بر بیمار آسیب‌پذیر داشته و منجر به تشدید علائم و تخریب بیشتر عملکرد وی می‌گردد (Boyd, ۲۰۰۵). (Corring, ۲۰۰۲) در مطالعه کیفی که روی کیفیت زندگی اعضای خانواده بیماران روانی انجام داد به این نتیجه رسید که بیشتر وقت خانواده‌ها صرف مراقبت از بیمار شده و هیچ وقتی برای لذت بردن از زندگی و تفریح صرف نمی‌شود. عجز شدید، فشار، ترس، عدم درک، نداشتن حمایت و تردید مداوم بعضی از مواردی است که خانواده‌های بیماران روانی در ارزیابی کیفیت زندگی در این مطالعه بیان کردند. (Veltman و همکاران، ۲۰۰۲) در یک تحقیق کیفی، در مراقبین بیماران مزمن روانی احساساتی از ترس، نگرانی، گنجی، ناکامی، دلسوزی، همدردی، اندوه، عصبانیت، خشم و گناه را یافتند. آنها بیماری روانی و مراقبت از یک بیمار روانی را دارای انگ تشخیص دادند.

تحقیقات نشان می‌دهد که مشارکت خانواده در سرویس‌های بهداشت روانی، پیش‌آگهی بیماری را بهبود بخشیده و توانایی سازگاری و نیز کیفیت زندگی اعضای خانواده را ارتقا می‌دهد. حمایت از خانواده‌های افراد مبتلا به بیماری‌های روانی مانند اسکیزوفرنیا، مانیک و دپرسیو به بیماران روانی کمک می‌کند تا با بیماری خود بهتر کنار آمده و زندگی مستقل‌تری داشته باشند. از این‌رو تلاش برای کمک به حمایت از نگرش‌های مثبت و رفتار مناسب در خانواده‌ها تاثیری مثبت بر بیمار

هدف تعیین کیفیت زندگی مراقبین بیماران روانی بستری در بیمارستان فاطمیه شهر سمنان، بررسی و در نهایت پیشنهاداتی در جهت بهبود وضعیت زندگی آنان ارائه دهند.

مواد و روش ها

نوع این مطالعه پژوهش توصیفی می باشد که از مهر سال ۸۸ تا اسفند ۸۹ انجام گرفت. ۱۰۵ نفر از مراقبین بیماران روانی (اسکیزوفرنی، مانیا و افسردگی) بستری در بیمارستان فاطمیه سمنان به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. مراقبین شامل پدر، مادر، خواهر و برادر، همسر، فرزند و... بیمار مبتلا به اسکیزوفرنی، مانیا و افسردگی بودند که با او زندگی می کردند. مراقبین در ضمن عهده دار مراقبت مستقیم از بیمار بودند، تشخیص بیماری روانی توسط پزشک متخصص مسجل شده بود و حداقل ۳ ماه از تشخیص بیماری گذشته بود. سن مراقبین بیشتر از ۱۸ سال و حداقل سواد خواندن و نوشتن را دارا بودند. داشتن بیماری روانی یا جسمی مزمن شناخته شده، داشتن بحران موقعیتی در شش ماه اخیر و مراقب بیش از یک بیمار منجر به خروج مراقبین از تحقیق می شد.

پژوهشگران پس از اخذ معرفی نامه کتبی از معاونت آموزشی دانشگاه علوم پزشکی سمنان، به ریاست بیمارستان فاطمیه مراجعه و بعد از کسب موافقت کتبی این مرکز در بخش روان حاضر گشتند. طبق معیارهای پذیرش نمونه، مراقبین اصلی بیماران مبتلا به اختلالات روانی (اسکیزوفرنی، مانیا و افسردگی) مشخص و پژوهشگران بعد از معرفی خود و ارائه توضیحاتی در مورد اهداف پژوهش و کسب موافقت آنها، پرسشنامه را در اختیار آنها قرار دادند (در صورت حضور چند مراقب، پس از صحبت با مراقبین و بیمار و مشخص کردن مراقب اصلی، پرسشنامه به او داده می شد). پرسشنامه تکمیل شده توسط نمونه های پژوهش همان روز در محیط پژوهش جمع آوری شد. به کلیه نمونه های پژوهش اطمینان داده شد که اطلاعات بدست آمده محرمانه بوده و نیازی به ذکر نام در پرسشنامه نیست. پژوهشگران در هنگام پر کردن پرسشنامه حضور داشته و در صورت وجود اشکال به سوالات واحدهای پژوهش پاسخ می دادند.

کیفیت زندگی در چهار بعد جسمی، روانی، اجتماعی و روحی- معنوی با استفاده از پرسشنامه کیفیت زندگی مخصوص خانواده بیماران (Quality of life family version) مورد بررسی قرار گرفت. این پرسشنامه شامل ۳۷ سوال با نمره دهی لیکرت ۰ تا ۱۰ می باشد که جهت بررسی کیفیت زندگی مراقبین بیماران طراحی شده است. پرسشنامه فوق شامل ۵

سوال در رابطه با وضعیت جسمی، ۱۶ سوال وضعیت روانی، ۹ سوال وضعیت اجتماعی و ۷ سوال مربوط به وضعیت روحی- معنوی است.

نمرات کلی سوالات کیفیت زندگی از (۰-۳۷۰) بوده و بسته به پاسخ مراقبین بیماران، سطح کیفیت زندگی مطلوب (۰-۳۷۰-۲۴۸) تا حدودی مطلوب (۲۴۷-۱۲۴) و نامطلوب (۱۲۳-۰) در نظر گرفته شد. جهت امکان مقایسه میانگین کل با تک تک سوالات، این نمره به فواصل (۰-۱۰) تبدیل و بسته به پاسخ مراقبین بیماران، سطح کیفیت زندگی مطلوب (۱۰-۶/۸۰) تا حدودی مطلوب (۶/۷۹-۳/۴۰) و نامطلوب (۳/۳۹-۰) در نظر گرفته شد.

در مطالعه قهرمانی روایی پرسشنامه از طریق روایی محتوا و پایایی ابزار با آلفای کرونباخ ۰/۸۷ مورد تائید قرار گرفته (Ghahremani و همکاران، ۲۰۰۶) و داده ها با استفاده از نرم افزار اس پی اس اس تجزیه و تحلیل گردید.

یافته ها

اکثر مراقبین بیماران روانی (۷۹ درصد) مونث با میانگین سنی $13/19 \pm 59/5$ سال بودند. ۸۱ درصد آنها متاهل و اکثریت سطح تحصیلات زیر دیپلم (۳۴/۳ درصد) داشتند. ۵۵/۳ درصد مراقبین خانه دار بودند. ۶۱/۹ درصد وضعیت اقتصادی متوسط داشتند. نسبت اکثر مراقبین با بیمار همسر (۳۹ درصد) بود و به طور میانگین ۶/۱۶ سال از بیمار خود مراقبت می کردند. ۷۰/۵ درصد بیماران مورد مراقبت مرد بودند.

در بعد جسمی بیشترین میانگین کیفیت زندگی مربوط به عدم تغییر اشتها (۵/۱۷) و کمترین مربوط به خستگی (۳/۰۴)، در بعد روانی بیشترین میانگین کیفیت زندگی مربوط به احساس مفید بودن (۷/۱۹) و کمترین مربوط به ناراحتی از آگاهی از تشخیص بیمار (۱/۳۱) بود. در بعد اجتماعی بیشترین میانگین کیفیت زندگی مربوط به حمایت دیگران (۵/۶۸) و کمترین مربوط به ناراحت کننده بودن بیماری فرد برای خانواده (۱/۲۰) و در بعد روحی- معنوی بیشترین میانگین کیفیت زندگی مربوط به تامین نیازهای روحی با انجام فرایض مذهبی (۸/۷۲) و کمترین مربوط به تردید در رابطه با آینده بیمار (۲/۱۵) بود.

میانگین کیفیت زندگی مراقبین بیماران مبتلا به اختلالات روانی در بعد جسمی ۴/۳۳، بعد روانی ۳/۶۸، بعد اجتماعی ۳/۶۸ و بعد روحی- معنوی ۶/۳۱ و میانگین نمره کیفیت زندگی مراقبین ۴/۴۹ بود. (طیف نمره کیفیت زندگی ۰-۱۰ بود). کیفیت زندگی مراقبین بیماران روانی در بعد جسمی

اقتصادی و تشخیص بیمار ارتباط معنی‌داری وجود نداشت؛ اما بین کیفیت زندگی و مدت مراقبت از بیمار ارتباط معنی‌داری یافت شد (جدول ۲)

(۵۳/۱ درصد)، بعد روانی (۵۷ درصد) بعد اجتماعی (۴۶/۱ درصد) و بعد روحی- معنوی (۴۸/۵ درصد) تاحدودی مطلوب می‌باشد. به طور کلی کیفیت زندگی مراقبین بیماران روانی (۷۶/۵ درصد) تاحدودی مطلوب می‌باشد (جدول ۱) یافته‌ها نشان داد که بین کیفیت زندگی با سن، جنس، وضعیت

جدول ۱: توزیع کیفیت زندگی مراقبین بیماران روانی بستری در بیمارستان فاطمیه شهر سمنان، سال ۱۳۸۹-۸۸

ابعاد	جسمی	روانی	اجتماعی	معنوی	کل
کیفیت زندگی	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد
نامطلوب	۳۲	۳۳/۳	۳۷	۳۹/۸	۱۷/۶
تاحدودی مطلوب	۵۱	۵۳/۱	۵۳	۵۷	۷۶/۵
مطلوب	۱۳	۱۳/۵	۳	۳/۲	۵/۹
جمع	۹۶	۱۰۰	۹۳	۱۰۰	۱۰۰
میانگین	۴/۳۳	۳/۶۸	۳/۶۸	۶/۳۱	۴/۴۹
انحراف معیار	۲/۱۳	۱/۴۶	۱/۸۰	۱/۶۷	۱/۱۸

نامطلوب (۳/۳۹-۰)، تا حدی مطلوب (۶/۷۹-۳/۴۰)، مطلوب (۱۰-۶/۸۰)

جدول ۲: توزیع فراوانی کیفیت زندگی مراقبین بیماران روانی بستری در بیمارستان فاطمیه شهر سمنان بر حسب متغیرهای دموگرافیک، سال ۸۸-۱۳۸۹

کیفیت زندگی متغیر		نامطلوب	تاحدی مطلوب	مطلوب	نتیجه آزمون
جنس	زن	٪۱۰۰	٪۷۵	٪۱۰۰	P=۰/۰۸
	مرد	۰	٪۲۵	۰	
وضعیت اقتصادی	ضعیف	٪۴۱/۷	٪۲۶/۹	٪۵۰	P=۰/۶۴
	متوسط	٪۵۰	٪۶۹/۲	٪۵۰	
	خوب	٪۸/۳	٪۳/۸	۰	
	اسکیزوفرنی	٪۳۳/۳	٪۲۵	۰	P=۰/۷۷
تشخیص بیمار	افسردگی اساسی	٪۳۳/۳	۳۶/۵	٪۵۰	
	مانیا	۳۳/۳	۳۸/۵	٪۵۰	
	سن (بر حسب سال)	۴۷±۱۱.۸۸	۳۲.۸±۱۳.۳۷	۴۴.۷۹±۱۱.۲۰	P=۰/۰۷
مدت مراقبت (بر حسب سال)		۹.۰۷±۴.۵۵	۳.۳۳±۲.۵۹	۱۷.۷۴±۳.۸۳	P=۰/۰۰۷

بحث و نتیجه گیری

کیفیت زندگی مراقبین بیماران روانی در بعد جسمی، روانی، اجتماعی، روحی- معنوی و به طور کل تا حدودی مطلوب می باشد. نتایج این مطالعه با نظر چن و همکاران (۲۰۰۴) مغایرت دارد، آنها بیان کردند که اسکیزوفرنی اختلالی تهدید کننده و تنش زا برای بیماران و خانواده هایشان است و در مراقبین فرسودگی شدید ایجاد می کند. در حالی که در این پژوهش اکثر واحدهای پژوهش کیفیت زندگی خود را تا حدودی مطلوب گزارش کردند. این مغایرت می تواند ناشی از تفاوت نوع بیماری روانی بیماران باشد، احتمالاً بیماری های روانی مانیا و افسردگی برای خانواده بیمار کمتر تهدید کننده و تنش زا می باشد. در این رابطه (Mohtashemi و همکاران، ۲۰۰۲). مطرح کردند که تاثیر تنیدگی بر فرد بستگی به توانایی او در تطابق با حوادث زندگی دارد. تطابق با حوادث پر تنش به برداشت شخص از ماهیت حادثه نیز بستگی دارد. آنچه برای یک فرد تنش زا است ممکن است برای فرد دیگر تنش زا نباشد کلاً پاسخ هر فردی به تنش متفاوت است که این تفاوت به علت نقش عواملی نظیر ژنتیک، وضعیت بهداشت عمومی، آمادگی، زمینه فرهنگی اجتماعی و تجربه قبلی با تنش است. در این پژوهش تا حدودی مطلوب بودن کیفیت زندگی مراقبین را می توان به تاثیر انجام اعمال مذهبی در تامین

نیازهای روحی، احساس مفید بودن، داشتن هدف برای زندگی، امیدوار بودن، راضی بودن از زندگی، قدرت تمرکز و حافظه بالا، با توجه به بالا بودن نمره میانگین این سوالات در مقایسه با سوالات دیگر- نسبت داد. مشاهده شده است در بعضی از فرهنگ ها و مذاهب از دین به عنوان یک روش مقابله با مشکلات مربوط به داشتن بیمار روانی استفاده شده است (Hamada و همکاران، ۲۰۰۳).

از طرف دیگر کیفیت زندگی نامطلوب مراقبین را می توان به علت ناراحت کننده بودن بیماری برای خانواده، آگاهی از تشخیص، ترس از عود و برگشت بیماری، بروز نوع دیگر بیماری روانی در فرد، نگران و مضطرب بودن، ترس از تاثیر بیماری بر سایر جنبه های زندگی بیمار و نیاز طولانی مدت بیمار به درمان با توجه به پایین بودن نمره این سوالات نسبت به دیگر سوالات دانست. این سوالات اکثراً به بعد روانی مراقبین مربوط بودند. مطالعات جان بائر و همکاران نشان می دهد که مراقبین بیماران مبتلا به اختلالات روانی خصوصاً اسکیزوفرنی خطر ابتلا بیشتری به بیماری دارند (Mohtashemi و همکاران، ۲۰۰۲).

یافته ها نشان داد که بین کیفیت زندگی و سن ارتباط معنی داری وجود نداشت. این یافته همسو با یافته فلچمن و کلوب (۲۰۰۴) و مغایر با یافته های کوکیو و مالدونادا (۲۰۰۶) بود آنها

اسکیزوفرنی بیشتر از بیماران اختلال خلقی گزارش گردید. مطالعات ملکوتی و همکاران (۱۳۸۲) نیز نشان داد که رنج مراقبین بیماران اسکیزوفرنی در مقایسه با مراقبین بیماران مبتلا به اختلالات روانی دیگر بیشتر می‌باشد که می‌تواند به دلیل این باشد که بیماران اسکیزوفرنی عموماً عملکرد اجتماعی پایین‌تری دارند و پسرفت ساختمان شخصیتی و تخریب عادات اجتماعی در آنها بیشتر بچشم می‌خورد؛ اما چنانچه فاکتورهای مربوط به مشخصات فردی و طبقه اجتماعی اقتصادی کنترل شود بین دو گروه اصلی بیماران مبتلا به اختلالات روانی از نظر میزان فشار روانی تفاوت معنی داری نخواهد بود (Li و همکاران، ۲۰۰۷).

اعضای خانواده حامی اصلی بیماران مبتلا به اختلالات روانی هستند. مراقبین بیماران مبتلا به اختلالات روانی مشکلات و سختی‌های زیادی در تطابق با بیماری روانی دارند. میزان خستگی عینی و ذهنی خانواده در مواردی که بیماران مبتلا به اختلالات روانی قادر به عملکرد مستقل نیستند، یا مهارت‌های اجتماعی را نیاموخته‌اند، افزایش می‌یابد؛ بنابراین اعضای خانواده بالاخص مراقبین، به علت صرف انرژی و وقت برای تامین مراقبت مورد نیاز، در خطر بالای کاهش کیفیت زندگی قرار دارند. آنها تنش عاطفی زیادی را در ارتباط با حمایت از بیمار، عدم انجام فعالیت‌های لذت‌بخش، مشکلات خانه‌داری، احساس ناخواسته بودن، شرکت در فعالیت‌های مراقبت، نامعلوم بودن پیش‌آگهی و عدم دسترسی به حمایت‌های اجتماعی مورد نیاز را تجربه می‌کنند (Glozman، ۲۰۰۴).

پرستار با ارزیابی استراتژی‌های سازگاری مراقبین و با تاکید بر توانایی افراد می‌تواند نگرش مثبت را در آنها ایجاد کرده و با استفاده از این نگرش، امید را در آنها افزایش دهد؛ پرستار می‌تواند روش روزانه مواجهه با مشکلات را ارزیابی کرده و بر جنبه‌های مثبت آن تاکید نماید. همچنین با ایجاد روابط گرم و محترمانه با مراقبین، آنها را جهت ادامه سازگاری مثبت تشویق نموده و با استفاده از استراتژی‌های سازگاری مثبت به مراقبین اجازه می‌دهد که آنها پرستار را درکنار خود و همراه خود بدانند.

یکی از راهکارهای اساسی جهت تطبیق با بیماری روانی در خانواده دادن آموزش‌های لازم می‌باشد. در حقیقت وقتی اعضا خانواده از آموزش‌های لازم بهرمند گردند توانایی آنها در انطباق با بیماری روانی و توانایی حل مشکلات افزایش خواهد یافت. در نتیجه احتمال عود بیماری روانی بیمار کمتر می‌گردد.

بیان کردند که سن روی درک افراد از کیفیت زندگی‌شان تاثیر داشته است، به طوری که افراد مسن‌تر رضایت بیشتری را از زندگی بیان کرده‌اند (Fleischmann and Klupp، ۲۰۰۶) (Caqueo-Urizar and Gutierrez-Maldonado، ۲۰۰۴)

در پژوهش حاضر کیفیت زندگی مردان مطلوب‌تر از زنان به نظر می‌رسد. زنان بیشتر از مردان دچار فشار روحی روانی بودند که به علت وجود فرزندان، موقعیت اجتماعی ضعیف زنان نسبت به مردان، انجام امور مربوط به زندگی، شغل و داشتن نقش‌های متعدد (همسری، والدینی) می‌باشد (Perlick و همکاران، ۲۰۰۶). با توجه به زمینه اجتماعی و نرم‌های خانوادگی و انتظاراتی که نقش زنان را به عنوان مراقب تقویت می‌کند، زنان مسئولیت مراقبت را بیشتر بر عهده می‌گیرند و در نتیجه با احتمال بیشتری اثرات منفی مراقبت را روی زندگی روزمره خود تجربه می‌کنند.

در پژوهش حاضر بین کیفیت زندگی و وضعیت اقتصادی ارتباط معنی‌داری وجود نداشت. در مطالعه (Chimeh و همکاران، ۲۰۰۸) نیز مراقبین شاغل میانگین سلامت روانی بالاتری نسبت به افراد بیکار داشتند. نقش اولیه خانواده فراهم کردن منابع مالی برای اعضای خانواده است بنابراین وضعیت اقتصادی اغلب به عنوان یک قلمرو اصلی در ارزیابی کیفیت زندگی مد نظر است (Bluvol and Ford-Gilboe، ۲۰۰۴). بیان کردند افرادی که درآمد پایین‌تری داشتند مشکلات ویژه‌ای در زندگی داشتند.

بین کیفیت زندگی و مدت مراقبت نیز ارتباط معنی‌داری یافت شد. این یافته همسو با یافته (Li و همکاران، ۲۰۰۷) بود که مدت طولانی‌تر مراقبت را با کیفیت زندگی پایین مرتبط یافت. مدت زمانی که فرد از بیمار روانی مراقبت می‌کند بر میزان فشار روانی موثر می‌باشد به طوری که در مطالعه نویدیان و همکاران (۱۳۸۲) نیز این موضوع تأیید شده است. این یافته مغایر با یافته (Chen و همکاران، ۲۰۰۴) بود، آنها کیفیت زندگی را متأثر از دانش مراقبین نسبت به بیماری اسکیزوفرنی و باورهایشان در این زمینه می‌دانند و بیان می‌کنند که دوره طولانی مدت بیماری باعث می‌شود که مراقبین بیماری را با علل ماوراءطبیعی مرتبط ندانند.

بین کیفیت زندگی مراقبین و تشخیص بیمار نیز ارتباط معنی‌داری یافت نشد. در مطالعه نویدیان و همکاران (۱۳۸۰) روی مراقبین بیماران مبتلا به اختلالات روانی تفاوت معنی‌داری بین فشار روانی مراقبین از نظر نوع بیماری وجود نداشت، میانگین فشار روحی روانی ناشی از نگهداری بیماران مبتلا به

بدین وسیله از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی سمنان که جهت انجام این طرح به شماره ۲۴۷ نهایت همکاری را با پژوهشگران داشتند تشکر و قدردانی می‌گردد. هم چنین از همکاری واحدهای مورد پژوهش که ما را در دستیابی به اهداف پژوهش یاری رسانیدند صمیمانه قدردانی می‌شود.

و به طبع کیفیت زندگی مراقبین افزایش می‌یابد (ملکوتی و همکاران ۱۳۸۲).

بالاخره خنده، آرام سازی، موسیقی درمانی و ... روش هایی جهت افزایش کیفیت زندگی است. پرستار می‌تواند به خانواده و بیمار جهت استفاده از این روش‌ها تاکیدات لازم را بنماید (Gumus, ۲۰۰۸).

تشکر و قدردانی

REFERENCES

- Angermeyer M Bull N Bernert S et al (2006). Burnout of caregivers: A comparison between partners of psychiatric patients and nurses. Archives of psychiatric nursing. 20 (4) 158-65
- Brady N McCain G (2005). Living with schizophrenia: A family perspective. Online journal of issues in nursing. 10 (1) 7
- Boyd M (2005). Psychiatric nursing: Contemporary practice, Philadelphia, Pa; London, Lippincott Williams & Wilkins
- Bluvol AFord-Gilboe M (2004). Hope health work and quality of life in families of stroke survivors. Journal of advanced nursing. 48 (4) 322-32
- Caqueo-Urizar A. Gutierrez-Maldonado J (2006). Burden of care in families of patients with schizophrenia. Quality of life research : an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation. 15 (4) 719-24
- Chen P Yang, Y Liao Y et al (2004). The psychological well-being and associated factors of caregivers of outpatients with schizophrenia in Taiwan. Psychiatry and clinical neurosciences. 58 (6) 600-5
- Chimeh N Malakoti K Panaghi L et al (2008). Care giver burden and mental health in schizophrenia. 4(3): 277-292. (Persian).
- Corring D (2002). Quality of life: Perspectives of people with mental illness and family members. Psychiatric Rehabilitation Journal. 25 (4) 350- 358
- Davidian H (2002). Point at Primary Theorem psychiatric Mental Health. Proceeding of first Congress of Non-communicable diseases. Journal of Medical Research. 26 (43) 44-48. (Persian).
- Deeken J et al (2003). Care for the Caregivers: A Review of Self-Report Instruments Developed to Measure the Burden, Needs, and Quality of Life of Informal Caregivers. Journal of Pain and Symptom Management. 26 (4): 922-953
- Fleichman H Klupp A. Quality of life in relatives of mentally ill people. Psychiatric Praxis. [Serial on line] 2004; 31, Supplement 1: S114-6.
- Ghahremani Z et al. (2006). Correlates of Quality of Life in the Family Caregivers of Schizophrenic Patients with Hope. Iran Journal of Nursing. 19 (45) 17- 26. (Persian).
- Glozman J. (2004). Quality of life of caregivers. Neuropsychology Review. 14 (4) 183- 196.
- Gümüş A (2008). Health Education Needs of Patients With Schizophrenia and Their Relatives. Archives of Psychiatric Nursing. 22 (3) 156-16
- Hamada Y Ohta Y Nakane Y (2003). Factors affecting the family support system of patients with schizophrenia: A survey in remote island of Tsushima. Psychiatry and Clinical Neurosciences. 57 (2) 161-168.
- Li J Lambert C Lambert V (2007). Predictors of family caregivers' burden and quality of life when providing care for a family member with schizophrenia in the People's Republic of China Nursing and Health Sciences. 9 (3) 192-198

-
- Malekoti S et al (2002). Family caregivers' burden, care and treatment. Hakim Research Journal. 6 (2) 1-8. (Persian).
 - Mohammadi M et al (2005). An epidemiological survey of psychiatric disorder in Iran. Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health. 1 (16) 1-8. (Persian).
 - Mohtashemi J Noghani F Shahsavand A. (2002). Mental Health. Tehran. Salemi press. P: 129 (Persian).
 - Navidian A et al (2001). Study of mental exhaustion experienced by family caregivers of patients with mental disorders, Zahedan Psychiatric Hospital, 2000. Medicine & Refinement. 30 (4) 104-119. (Persian).
 - Pickett-Schenk SA et al (2005). Brief report Journey of Hope program outcomes. Community Mental Health Journal. 36 (4) 413- 424.
 - Perlick D et al (2006). Components and Correlates of Family Burden in Schizophrenia. Psychiatric Services. 57 (8) 1117-1125
 - Sono T et al (2008). Family needs and related factors in caring for a family member with mental illness: Adopting assertive community treatment in Japan where family caregivers play a large role in community care. Psychiatry and Clinical Neurosciences. 62 (5) 584-590
 - Varcarolis E (2002). Foundations of psychiatric Mental Health. 4th edition. SAUNDERS. 544, 546.
 - Veltman A. et al (2002). The experience of providing care to relatives with chronic mental illness. The Journal of Nervous and Mental Disease. 190 (2) 108-114.

Assessment of Quality of life in Caregivers of Patients with Mental Disorder in Fatemie hospitals of Semnan city

Sifollah Keighobadi¹. Masomeh Neishabouri^{*2}. Neda Haghighi³. Tahereh Sadeghi⁴

1. MS in Nursing Allied Medical Sciences, Semnan, Iran

2. MS in Nursing, Phd student in nursing. Tarbiat Modarres University, Tehran, Iran

3. MS in Nursing, Islamic Azad University, Karaj, Iran

4. MS in Nursing, Phd student in nursing. Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Corresponding author: E-mail: M_neishabory@yahoo.com

Abstract

Background: Families of patients with mental disorder endure remarkable hardship for coping with psychiatry symptom and they confront physical and emotional stresses. Maintaining and improving the quality of life is an important task for nurses. This study was designed to Determination of Quality of life in Caregivers of Patients with mental disorder in Fatemie hospitals of Semnan university of Medical Sciences.

Method: A descriptive design was used. Samples consisted of 105 Caregivers of Patients with mental disorder (Schizophrenia, Mania, Major Depressuon) took part in this study. Data were gathered by questionnaire (Quality of life family version) in 4 domains: physical, psychological, social and spiritual. Validity through content validity and reliability with a Cronbach's Alpha 87/0 was approved. Data were analyzed using SPSS software.

Results: Most Caregivers of Patients with mental disorder are Female (79%) with a mean age of $19/13 \pm 59/39$ years and patient's wife (39%). The results of study showed that, majority of caregivers record at in physical (%53.1), psychological (%57), social (%41) and in spiritual (%48.5) as partly desirable level and the QOL scores of caregivers was 4.49 from 10.

There was a significant association between quality of life and duration of caregiving ($p = 0/007$).

Conclusion: coping with disease crisis and explore reasonable about further is more important. Nurses necessary to understand the necessity of family to support and give information. This issue improves Health and Well-being in families.

Key words: Quality of life, caregivers, mental illness, Schizophrenia, Mania, Major Depressuon