

مقایسه فشار روانی در مراقبان بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیای مزمن و مراقبان بیماران دوقطبی مزمن

دکتر مرتضی نوری خواجوی*، دکتر منصوره اردشیرزاده**،
دکتر بهروز دولتشاهی***، دکتر سوسن افقه****

چکیده

هدف: پژوهش حاضر با هدف مقایسه میزان متوسط فشار و منبع فشار (عینی یا ذهنی) مراقبان بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیای مزمن و مراقبان بیماران دوقطبی مزمن، طراحی گردید.

روش: در یک پژوهش پس‌رویدادی ۵۰ مراقب بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا و ۵۰ مراقب بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی که در مدت شش ماه به درمانگاه روانپزشکی و یا بیمارستان رازی مراجعه کرده بودند، به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به کمک پرسش‌نامه ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و مقیاس فشار مراقب ارزیابی شدند. داده‌ها به کمک آزمون آماری ۱ و ضریب همبستگی پیرسون تحلیل شدند.

یافته‌ها: میزان فشار در مراقبان بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیای مزمن، به‌طور معنی‌داری ($p < 0/05$) بیشتر از فشار در مراقبان بیماران مزمن دوقطبی بود (۳۵/۵ در برابر ۲۸/۹). از سوی دیگر منبع مهم فشار در هر دو گروه مراقبان، عینی و در همه سطوح معنی‌دار بود ($p < 0/05$). نتیجه‌گیری: با توجه به میزان بالای فشار در مراقبان بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیای مزمن، در مقایسه با مراقبان بیماران دوقطبی مزمن، حمایت، شناسایی و تأمین نیازهای این مراقبان از اولویت بیشتری برخوردار است.

کلیدواژه: مراقب، اسکیزوفرنیا، اختلال دوقطبی، فشار روانی

مقدمه

مراقبت‌های روانپزشکی مبتنی بر جامعه، حرکتی است که از سال ۱۹۶۰ به بعد آغاز شده و مراقبان^۱، از جمله اعضای خانواده بیماران، نقش فعالی در این زمینه دارند

حضور بیمار مزمن روانی مانند بیمار مبتلا به اسکیزوفرنیا و یا اختلال دوقطبی در خانواده، منبع فشار^۱ به‌شمار می‌رود.

* روانپزشک، استادیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی. تهران، شهرری، بیمارستان آموزشی-درمانی رازی. دورنگار: ۰۲۱-۲۲۱۸۰۰۷۲-۰۲۱ (نویسنده مسئول).

E-mail: mukhajavi@yahoo.com

** روانپزشک، بیمارستان آموزشی-درمانی رازی.

*** دکترای تخصصی روانشناسی بالینی، استادیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.

**** روانپزشک، استادیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.

(هوینگ^۱ و هامیلتون^۲، ۱۹۶۶؛ جانسون^۳، ۱۹۹۰).

مواد روانگردان نداشته باشد و مراقب، تنها از یک بیمار روانی مزمن مراقبت نماید. در مورد بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا و اختلال دوقطبی مزمن، معیارهای انتخاب عبارت از عود مکرر و عدم تمایل بیمار به مصرف دارو و نداشتن بصیرت نسبت به بیماری و داشتن سیر نزولی بود.

بررسی‌ها نشان داده‌اند که افزایش آگاهی در زمینه مشکلات مراقبان این بیماران و شیوه‌های سازش و برخورد با این مشکلات، افزایش مسئولیت‌پذیری را در پی دارد (فیشر^۴، نسون^۵ و تسلا^۶، ۱۹۹۰؛ هاتفیلد^۷ و لفلی^۸، ۱۹۸۷). هم‌چنین افزایش فشار مراقبان پیامدهای چندی هم‌چون مراقبت ناکافی از بیمار، رهاکردن بیمار و افزایش بیماران روانی بی‌خانمان را در پی خواهد داشت (بیگل^۹، میلیگان^{۱۰}، پتنام^{۱۱} و سونگ^{۱۲}، ۱۹۹۹). فشار بالا همراه با سطح بالایی از هیجان‌های ابزار شده^{۱۳}، احتمال عود و بستری دوباره را افزایش می‌دهد (سکازوفا^{۱۴} و کوپرز^{۱۵}، ۱۹۹۶).

برای اندازه‌گیری متغیرهای پژوهش پرسش‌نامه ویژگی‌های جمعیت‌شناختی (بیمار و مراقب) و مقیاس فشار مراقب^{۱۶} (FBIS) (پایی کاپور^{۱۷}، ۱۹۸۲) به کار برده شد. پرسش‌نامه FBIS نیمه‌ساختاریافته است و دو بعد فشار عینی و ذهنی را در ۲۴ ماده و شش طبقه ارزیابی می‌کند. بالاترین نمره در این مقیاس ۴۸ است و نمره بیشتر، میزان فشار روانی بیشتر را نشان می‌دهد. ضریب پایایی با روش بازآزمایی ۰/۲ بوده و در ایران توسط ملکوتی و همکاران (۱۳۷۶) به کار گرفته شده است.

وب^{۱۶}، موزر^{۱۷} و پفیشر^{۱۸} (۱۹۹۸) عوامل چندی را بر مراقب بیمار روانی در رابطه با مراقبت، راهبردهای مقابله‌ای^{۱۹} و حمایت اجتماعی مؤثر دانسته‌اند.

برای تحلیل داده‌های گردآوری شده، آزمون آماری t و ضریب همبستگی پیرسون به کار برده شده است.

هوینگ و هامیلتون (۱۹۶۶) فشار روانی را به‌عنوان پیامد اعمال مختل اعضای خانواده، نبود مراقبت از خود بیمار، از کارافتادگی بیمار و یا نیاز به نظارت نزدیک بر وی، دانسته‌اند. یکی از عوامل پدیدآورنده فشار روانی مراقب، نوع بیماری روانی و علایم و نشانه‌های بیماری است. بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی و اسکیزوفرنیا علایم گوناگون و سیر بالینی متفاوتی دارند که می‌تواند در میزان فشار روانی مراقب نقش تعیین‌کننده داشته باشد (وب^{۱۶}، ۱۹۹۸). پژوهش حاضر با هدف شناسایی مقایسه میزان و منبع فشار روانی در مراقبان بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا و اختلال دوقطبی مزمن انجام شده است.

یافته‌ها

در این بررسی مراقبت از بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا بیشتر بر عهده پدر (۲۸٪) و سپس بر عهده همسر (۲۴٪)، مادر (۲۲٪)، خواهر یا برادر (۱۸٪) و فرزند (۸٪) بوده است. مراقبت از بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی را ۴۶٪ همسر، ۲۰٪ پدر، ۱۴٪ مادر، ۱۲٪ فرزند و ۸٪ خواهر یا برادر بر عهده داشتند. میانگین فشار مراقبان هر دو گروه و هم‌چنین میانگین فشارهای عینی و ذهنی در هر دو گروه مراقب در جدول ۱ آورده شده است. آزمون‌های آماری t بین میانگین نمرات مراقبان بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا (۳۵/۵۴)، انحراف معیار (۶/۳۶) و میانگین نمرات مراقبان بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی (۲۸/۹۴)، انحراف معیار (۱۱/۵۰) بر پایه مقیاس فشار مراقب، تفاوت معنی‌دار نشان داد (t=۳/۱۴، df=۴۹، p=۰/۰۱).

روش

پژوهش حاضر از نوع پس‌رویدادی^{۲۰} است. آزمودنی‌های پژوهش ۵۰ مراقب بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا و ۵۰ مراقب بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی مزمن بودند. این بیماران در مدت شش ماه به درمانگاه و بیمارستان روانپزشکی رازی مراجعه نموده، به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و انتخابی شده بودند. مراقب در این پژوهش به کسی گفته می‌شود که عضو اصلی خانواده (پدر، مادر، برادر، خواهر یا همسر) بوده و مسئولیت اصلی مراقبت از بیمار را بر عهده داشته است.

بیمارهای انتخاب نمونه عبارتند از: دارای بودن سلاک‌های DSM-IV (برای اسکیزوفرنیا و اختلال دوقطبی)، سن ۱۸-۶۵ سال، تا ۷۵ سال، دست کم دو سال از آغاز بیماری سیری بسته باشد، مراقب بیماری عضوی نداشته باشد، مراقب وابستگی به

1- Hoising	2- Hamilton
3- Jonnson	4- Fisner
5- Benson	6- Tessie
7- Hatfield	8- Lenev
9- Biegar	10- Mimga
11- Putnam	12- Song
13- high expressed emotion	14- Seazuril
15- Kinney	16- Welsh
17- Mueser	18- Pfeiffer
19- coping strategie	20- retrospective
21- Family Burden interview	Scale
22- Pais Kapur	

جدول ۱- مقایسه میانگین فشارهای عینی و ذهنی در مراقبان بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا ($n=50$) و مراقبان بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی ($n=50$)

گروه	میانگین (انحراف نمره ۱ معیار)	درجه آزادی	سطح معنی داری
فشار عینی در مراقبان بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا	۲۰/۹ (۶/۳۶)	۴۹	۰/۰۰۱
فشار ذهنی در مراقبان بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا	۱۴/۵ (۴/۶۶)		
فشار عینی در مراقبان بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی	۱۶/۷ (۵/۸۳)	۴۹	۰/۰۰۱
فشار ذهنی در مراقبان بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی	۱۱/۲ (۷/۰۹)		

بیشتری دارد. ملکوتی و همکاران (۱۳۷۶) نیز میزان فشار در مراقبان بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا را بیش از سایر بیماران مزمن روانی گزارش نمودند. وضعیت بیماران دو قطبی مورد بررسی در پژوهش حاضر که همه آنها تحت درمان دارویی بوده‌اند و از نظر شغلی شرایط بهتری داشته‌اند، می‌تواند توجه‌کننده میزان فشار کمتر گزارش شده توسط مراقب باشد.

تأثیر پیامدهای ناگوار برخی اختلال‌های روانپزشکی مانند اسکیزوفرنیا بر بستگان بیماران از سال ۱۹۵۰ آغاز مؤسسه‌زدایی بیماران اسکیزوفرنیا را در پی داشت. فشار روانی در مراقبان بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا در بررسی‌های جونگباور^۵، ویتموندد^۶، دیتریش^۷ و آنگرماسیر^۸ (۲۰۰۳)، لونیگ^۹ و همکاران (۲۰۰۴) در بلژیک و چرستوسکی^{۱۰} (۲۰۰۴) در لهستان گزارش شده است. بیماری اسکیزوفرنیا که ماهیتی مزمن و سیری فرساینده دارد، می‌تواند منبعی برای استرس درازمدت و مزمن برای مراقب به‌شمار رود (لونیگ و همکاران، ۲۰۰۴).

در یک بررسی، اشמיד^{۱۱}، هوتل^{۱۲}، گودریگ^{۱۳} و اسپسل^{۱۴} (۲۰۰۷) فشار ناشی از نگهداری بیماران دو قطبی بر روی مراقبان را نشان داده‌اند. راینرز^{۱۵} و همکاران (۲۰۰۶) در مراقبان بیماران دو قطبی میزان فشار ذهنی را در حد متوسط نشان دادند و عملکرد شغلی و اجتماعی ضعیف بیمار، عود بیماری در دو سال گذشته، سابقه اختلال دو قطبی تندچرخ^{۱۶} و مسئولیت مراقب در خوردن دارو توسط بیمار از منابع فشار ذهنی مراقبان دانسته شده است.

این بررسی نشان داد که منبع فشار، در هر دو گروه مراقبان، عینی است. به بیان دیگر مراقبان از فشار اقتصادی و مختل شدن تفریح و کار خانواده بیشتر شکایت داشته‌اند تا فشارهای ذهنی، که به معنی تأثیر بر فضای روانی خانواده و مراقب، میزان رنج روانی مراقب و کشمکش‌های اعضای خانواده و فشار ناشی از داغ ننگ بیماری روانی بر مراقب

یافته‌ها نشان دادند که مراقبان بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا به طور معنی‌داری ($p < 0/05$) فشار بیشتری را تحمل می‌کنند تا مراقبان بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی (میانگین ۳۵/۵ در برابر ۲۸/۹).

هم‌چنین منبع فشار در مراقبان هر دو گروه بیشتر عینی است تا ذهنی. این بررسی نشان داد که گروه مراقبان بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا فشار شدیدتری (۳۲-۴۸) را تجربه می‌کنند تا مراقبان بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی، که میزان فشار تجربه‌شده در آنان در حد متوسط (۱۷-۳۲) برآورد شده است.

بحث

بررسی حاضر نشان داد که فشار روانی در مراقبان بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیای مزمن به‌طور معنی‌داری بیشتر از مراقبان بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی است. میانگین فشار روانی در مراقبان گروه اسکیزوفرنیا ۳۵/۵ و در مراقبان گروه دوقطبی، ۲۸/۹ بوده است. در توجیه این تفاوت می‌توان گفت که بیشتر بیماری‌های انسان با استرس ارتباط دارند (شاملو، ۱۳۶۶) و هر چه استرس شدیدتر (ساراسون و ساراسون، ۱۳۷۱) و بلندمدت‌تر (تیلور^۱، ۱۹۹۱؛ فیوراشتا^۲، لای^۳ و کوزمزیک^۴، ۱۹۸۷) باشد، عوارض منفی روانشناختی و فیزیولوژیکی

- | | |
|--------------|-------------------|
| 1- Taylor | 2- Fwuerstein |
| 3- Labbe | 4- Kuczemexzyk |
| 5- Jungbauer | 6- Wittmund |
| 7- Dietrich | 8- Angermeyer |
| 9- Lowyck | 10- Chrzastowski |
| 11- Schmid | 12- Huttel |
| 13- Gordig | 14- Spiessl |
| 15- Reinares | 16- rapid cycling |

Fisher, G. A., Benson, P., & Tessler, R. (1990). Family response to mental illness: Developments since deinstitutionalization. *Research in Community Mental Health Journal*, 6, 203-236.

Fwuerstein, M., Labbe, E., & Kuczemexzyk, A. R. (1987). *Health psychology* (2nd printing). New York: Plenum Press.

Hatfield, A., & Lefley, H. (1987). *Families of the mentally ill: Coping and adaptation*. New York: The Guilford Press.

Hoening J., & Hamilton, M. (1966). The schizophrenic patient and his effect on the household. *International Journal of Social Psychiatry*, 12, 165-176.

Johnson, D. (1990). The family's experience of living with mental illness. In: H. Lefley, D. Johnson (Eds.). *Families as allies in treatment of the mentally ill*. Washington, DC: American Psychiatric Association.

Jungbauer, J., Wittmund, B., Dietrich, S., & Angermeyer, M. C. (2003). Subjective burden over 12 months in parents of patients with schizophrenic. *Archives of Psychiatric Nursing*, 17, 126-134.

Lowyck, B., Dettter, M., Peters, E., Wampers, M., Gillis, P., & Peuskens, J. (2004). A study of the family burden of 150 family members of schizophrenic patients. *Psychiatry*, 19, 395-401.

Maqliano, L., Fiorillo, A., De Rosa, C., Malangone, C., & Mai, M. (2005). Family burden in long-term diseases: A comparative study in schizophrenia VS physical disorder. *Social Science Medicine*, 61, 313-322.

Pais Kapur, R. L. (1982). Impact of treatment intervention on the relationship between dimensions of clinical psychopathology: Social dysfunction and burden of the family. *Psychological Medicine*, 12, 651-658.

Reinares, M., Vieta, E., Colom, E. M., Aran, A., Torrent, C., Comes, M., Golkolea, J. M., Benabarre, A., & Dabunc, S. M. (2006). What really matters to bipolar patients, caregivers sources of family burden. *Journal of Affective Disorders*, 94, 157-163.

است. ماکلیانو^۱، فیوریلو^۲، دروزا^۳، مالان گون^۴ و می^۵ نشان داده‌اند که هم فشار ذهنی^۶ و هم فشار عینی^۷ در میان مراقبانی که حمایت اجتماعی کم داشتند، بیشتر است. این امر می‌تواند ناشی از کمبود حمایت‌های اجتماعی مانند خدمات سرپایی، توانبخشی و بستری‌های کوتاه‌مدت یا درازمدت، نگهداری دایمی بیمار و جنسیت مراقب، هم‌چنین تأثیر بیمار روانی بر درآمد خانواده باشد.

روش نمونه‌گیری غیرتصادفی، کنترل‌نشدن طول مدت بیماری و هم‌تا نبودن دو گروه مراقبان و بیماران از نظر متغیرهای شغل، تحصیلات و نوع خویشاوندی مراقب از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌باشد که امید است در بررسی‌های آینده مورد توجه قرار گیرند.

سپاسگزاری

لازم می‌دانیم از همه کارکنان درمانگاه و بیمارستان روانپزشکی رازی که همکاری صمیمانه‌ای در این پژوهش داشته‌اند قدردانی کنیم.

دریافت مقاله: ۱۳۸۵/۷/۸؛ دریافت نسخه نهایی: ۱۳۸۶/۵/۷؛

پذیرش مقاله: ۱۳۸۶/۵/۲۲

منابع

ساراسون، ایروین، جسی؛ ساراسون، باربارا (۱۳۷۱). *روانشناسی مرضی*. ترجمه: بهمن نجاریان، محمدعلی اصغری مقدم و محسن دهقانی. تهران: انتشارات رشد.

شاملو، سعید (۱۳۶۶). *بهداشت روانی*. تهران: انتشارات رشد.

ملکوتی، سید کاظم؛ نوری قاسم آبادی، ربابه؛ نقوی، محسن؛ احمدی ابهری، سید علی؛ نصر اصفهانی، مهدی؛ افقه، سوسن؛ صالحی، پرویز؛ نعمتی، محمدعلی؛ مقدم‌نیا، سعید (۱۳۷۶). فشار روانی مراقبان بیماران مزمن روانی و نیاز آنان به خدمات مراقبتی و درمان. *مجله حکیم*، سال ششم، شماره ۲، ۱-۱۰.

Biegel, D., Milligan, S., Putnam, P., & Song, L. (1999). Predictors of burden among lower socioeconomic status caregivers of persons with chronic mental illness. *Community Mental Health Journal*, 30, 473-494.

Chrzastowski, S. (2004). Different approaches to the concept of family burden in schizophrenia. *Polish Psychiatry*, 38, 421-432.

- | | |
|---------------------|----------------------|
| 1- Maqliano | 2- Fiorillo |
| 3- De Rosa | 4- Malangone |
| 5- Mai | 6- subjective burden |
| 7- objective burden | |

Scazufa, M., & Kuipers, E. (1996). Links between expressed emotion and burden of care in relatives of patients with schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 168, 580-587.

Schmid, R., Huttel, G., Gordig, C., & Spiessl, H. (2007). Burden of caregivers of inpatients with bipolar affective disorder. *Psychiatrische Praxis*, 34 (S1), 155-156.

Taylor, S. E. (1991). *Health psychology* (2 ed.). New York: Mc Graw-Hill.

Webb, C., Mueser, K. T., & Pfeiffer, M. (1998). Burden and well-being of caregivers for the severely mentally ill: The role of coping style and social support. *Schizophrenia Research*, 34, 169-180.

