

## Comparison of mental health, resiliency in spouses and marital satisfaction of men with psychotic disorders with healthy spouses

Somayeh Shokrgozar<sup>1</sup>, Mahnaz Fallahi Kheshti Masjedi<sup>2</sup>, Bahman Akbari<sup>3</sup>, Afsar Montakhabi<sup>4</sup>

1-Assistant Professor, Department of Psychiatry, Cognitive Behavioral Sciences and addiction, Kavosh research center, Shafa Hospital, Faculty of Medicine, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran. ORCID: 0000-0002-2994-051X

2-Guilan University of Medical Sciences, Guilan, Rasht, St. Azadegan Health Department Iran. ORCID: 0000-0002-5180-0644 E-mail: mahnaz.fallahi@gmail.com

3-Associate Professor of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, Islamic Azad University, Rasht, Iran. ORCID: 0000-0003-2053-044X

4-Master of Science in Clinical Psychology, Psychology Specialist, Healing Education Center, Rasht, Iran. ORCID: 0000-0003-0603-2524

Received: 11/07/2018

Accepted: 30/11/2018

### Abstract

**Introduction:** The burden of taking care of patients with psychotic disorders can increase stress and reduce mental health, quality of life and marital satisfaction.

**Aim:** The purpose of this study was to compare mental health, resilience and marital satisfaction in women with schizophrenia and mood disorder with spouses.

**Method:** The research method was descriptive-analytic and the statistical population consisted of the spouses of all male patients admitted in Rasht psychiatric hospital in Rasht, Iran during the period from 1394 to 1395. They were diagnosed with psychotic disorders. 187 women were selected using purposeful sampling and 187 normal-wife women were selected and completed three questionnaires including mental health check list, Enriquer's Conner, Davidson and marital satisfaction questionnaires. SPSS-22 software and multivariate analysis of covariance analysis were used to analyze the data.

**Results:** The research showed that there was a significant difference between two groups in terms of mental health ( $t = 4.387$ ). Women with psychosis spouses had more symptoms than those with healthy husbands under the mental health components. The survival rate of women with menopausal psychosis was lower than normal group ( $t = 3.231$ ) ( $P = 0.001$ ). The components of marital satisfaction were significant at the level of 0.05. This indicates a low level of marital satisfaction among the women compared to the peer group.

**Conclusion:** Responsibility for living among women with schizophrenic wife has been more than bipolar disorder due to a severe decline in these patients' performance. These psychological stresses have led to a decrease in quality of life, persistence and dissatisfaction with marital life, which led to a decrease in mental health they will be.

**Keywords:** Mental health, marital satisfaction, resiliency, spouses with psychotic disorders

---

**How to cite this article :** Shokrgozar S, Fallahi Kheshti Masjedi M, Akbari B, Montakhabi A. Comparison of mental health, resiliency in spouses and marital satisfaction of men with psychotic disorders with healthy spouses. Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry. 2018; 5 (5): 30-42 .URL :<http://shenakht.muk.ac.ir/article-1-499-fa.pdf>

Copyright © 2018 the Author (s). Published by Kurdistan University of Medical Sciences. This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-Non Commercial License 4.0 (CCBY-NC), where it is permissible to download, share, remix, transform, and buildup the work provided it is properly cited. The work cannot be used commercially without permission from the journal.

## مقایسه سلامت روانی، تاب آوری و رضایت زناشویی در زنان دارای همسران مبتلا به اختلالات روان‌پریشی با زنان دارای همسران سالم

سمیه شکر گزار<sup>۱</sup>، مهناز فلاحی<sup>۲</sup>، بهمن اکبری<sup>۳</sup>، افسر منتخبی<sup>۴</sup>

۱. استادیار گروه روان‌پزشکی، مرکز تحقیقات علوم رفتاری - شناختی و اعتیاد «کاوش»، بیمارستان شفا، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران.

۲. دکترای روانشناسی تربیتی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، واحد سلامت روان، معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی گیلان، واحد بهداشت روان، گیلان، رشت، ایران. ایمیل: mahnaz.fallahi@gmail.com

۳. دانشیار گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی، رشت، ایران.

۴. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، کارشناس امور روانی، مرکز آموزشی درمانی شفا، رشت، ایران.

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۷/۰۹/۰۹

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۷/۰۴/۲۰

### چکیده

**مقدمه:** بار مسئولیت مراقبت از بیماران روان‌پریش می‌تواند باعث افزایش استرس و کاهش سلامت روان، کیفیت زندگی و رضایت زناشویی در آن‌ها گردد.

**هدف:** پژوهش حاضر با هدف مقایسه سلامت روانی، تاب‌آوری و رضایت زناشویی در زنان دارای همسر مبتلا به اختلالات اسکیزوفرنی و اختلال خلقی با زنان همسران سالم انجام شد.

**روش:** روش پژوهش توصیفی - تحلیلی و جامعه آماری شامل همسران تمامی بیماران مرد بستری شده در سال ۱۳۹۴ تا ۱۳۹۵ در بیمارستان روان‌پزشکی شفا رشت بود که تشخیص یکی از اختلال روان‌پریش گرفته‌اند. ۱۸۷ زن با استفاده از نمونه‌گیری بر مبنای هدف و ۱۸۷ زن دارای همسر بهنجار انتخاب شدند و سه پرسشنامه چک لیست سلامت روان، تاب‌آوری کانر، دیویدسون و رضایت زناشویی انریچ را تکمیل نمودند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم افزار SPSS-22 و روش آماری تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شد.

**یافته‌ها:** پژوهش نشان داد که بین دو گروه زنان از لحاظ سلامت روان ( $t=4/387$ ) تفاوت معنی‌داری وجود داشت. زنانی که دارای همسران مبتلا به روان‌پریش بودند در زیر مؤلفه‌های سلامت روان دارای علائم بیشتری نسبت به زنان دارای همسر سالم بودند. تاب‌آوری زنان دارای مردان مبتلا به اختلالات روان‌پریش نسبت به گروه بهنجار کمتر بود ( $t=3/231$ ) ( $P=0/001$ ). مؤلفه‌های رضایت زناشویی؛ در سطح ۰/۰۵ معنی‌دار بوده است. این امر نشانگر پایین بودن رضایت زناشویی این زنان نسبت به گروه همتا بود.

**نتیجه‌گیری:** مسئولیت زندگی در بین زنان دارای همسر مبتلا به اسکیزوفرنی به دلیل افت شدید عملکرد این بیماران بیشتر از اختلالات دو قطبی بوده است که این فشارهای روانی باعث پایین آمدن کیفیت زندگی، تاب‌آوری و ناراضی‌ت از زندگی زناشویی، شده که منجر به کاهش سلامت روانی آنان می‌گردد.

**کلیدواژه‌ها:** سلامت روانی، رضایت زناشویی، تاب‌آوری، همسران مبتلا به اختلال روان‌پریش

## مقدمه

تحلیل می کند (اتینگر و همکاران، ۲۰۱۴). مطالعه انجام شده توسط انجمن ملی مراقبت از خانواده (۱۹۹۷) نشان داد که خانواده های بیماران مبتلا به اختلالات روانی مزمن، خود استرس زیادی را تجربه می کنند که این مسئله در نهایت منجر به مشکلات سلامت روان جدی در این خانواده ها می شود (عمران و دیلاور، ۲۰۱۶).

مراقبین در برآورده کردن نیازهای بیماران دارای توانمندی های متفاوت و محدودی هستند که این حالت، فرد مراقبت کننده را در مواجهه با تغییرات و نیازهای مراقبتی بیمار در خانه آسیب پذیر می کند (کاکه یوریزار و مالدونادو، ۲۰۰۶). در چنین شرایطی خانواده ها خود را موظف به تأمین نیازها و تقاضاهای بیمار خود دانسته و مجبور به تحمل همه ناملایمات و فشارها می باشند (سالز، ۲۰۰۳). هنگامی که افراد مراقبت کننده نیازهای مراقبتی بیمار را بیشتر از توانایی و منابع حمایتی خود ارزیابی کنند، آن ها نه تنها این موقعیت ایجاد شده را استرس زا تلقی می کنند، بلکه این حالت می تواند سلامت عمومی و روانی آن ها را نیز به خطر اندازد (فولدمو و همکاران، ۲۰۰۵).

مراقبت از بیمار مبتلا به روان پریش، مسئولیتی چند جانبه است. علی رغم متهم پنداری خانواده در اختلالات روانی و وجود پژوهش های گسترده که نشان می دهد مشکل بهداشت روانی در یک عضو خانواده، می تواند تهدیدی برای کل نظام خانواده به شمار آید و این که سطوح بالای هیجان ابراز شده در خانواده با مشکلات ارتباطی مرتبط است و میزان عود بیماری را پیش بینی می کند، خانواده می تواند نقش مهمی در نگهداری و درمان فرزندان مبتلا به روان پریشی داشته باشد (پریور و همکاران، ۲۰۱۶).

سرپرستی و نگهداری از یک بیمار روانی، همانند اسکیزوفرنیا، سبب فشار روانی مانند بی نظمی در وعده

اختلالات روان پزشکی مزمن باعث ایجاد مشکلات روانی و اجتماعی زیادی برای بیماران و مراقبین می شود. این مشکلات روانی اجتماعی به طور کل به عنوان "بار مراقبت" شناخته می شود. بار مراقبت می تواند بر سلامت عمومی و سلامت روان مراقبت کننده تأثیر بگذارد (اوزا و همکاران، ۲۰۱۷). بیماری های روانی، به خصوص اسکیزوفرنی، می تواند اثرات مضر را بر روی بیماران و مراقبین داشته باشد (ولا و پای، ۲۰۱۳). در حقیقت مراقبین بیماران مبتلا به اختلالات روانی مزمن بارهای قابل توجهی از جمله مشکلات احساسی، جسمی، مالی و روانی-اجتماعی را تجربه می کنند که منجر به کاهش کیفیت زندگی می شود (سلطانی نژاد و همکاران، ۲۰۱۷).

اسکیزوفرنیا از مزمن ترین بیماری های روانی است که معمولاً قبل از ۲۵ سالگی شروع می شود و در تمام عمر ادامه خواهد داشت. میزان شیوع آن در طول عمر انسان ۰/۶ تا ۱/۹ هست (سادوک و همکاران، ۲۰۱۴). گزارش سازمان بهداشت جهانی نشان می دهد که حدود ۱۵۱ میلیون نفر مبتلا به افسردگی و ۲۶ میلیون مبتلا به اسکیزوفرنی هستند (مولود و مک کارتی، ۲۰۱۷). اسکیزوفرنی یک اختلال روانی شدید است که بار مسئولیتی را برای مراقبین ایجاد می کند. خانواده ها به علت رفتار غیرطبیعی بیمار و اختلال عملکرد اجتماعی و شغلی، بسیاری از ناراحتی های جسمی، احساسی و مالی را تجربه می کنند (کیت و همکاران، ۲۰۱۳).

این بیماری به دلیل ایجاد اختلال در عملکرد شغلی و تحصیلی بیمار، با مشکلات عدیده اقتصادی، اجتماعی و فردی همراه بوده و هزینه های درمانی و غیردرمانی زیادی را همچون از دست دادن نیروی کار-به دلیل بیماری یا مراقبت بستگان- بر بیمار، خانواده و جامعه

های غذا و ساعت خواب، به تأخیر افتادن مراقبت‌های بهداشتی و پیروی نکردن از دستورات پزشک بر مراقبین می‌گردد (آوادالا و همکاران، ۲۰۰۵). انگه‌های مرتبط با بیماری روانی، تضادهای خانوادگی، مشکلات مالی، انزوای اجتماعی و کمبود حمایت اجتماعی از تجربیات متداول در بین خانواده‌های دارای این نوع از بیماران است (تکینسکی، ۲۰۰۰). همسران بیماران مبتلا به اختلالات روانی مزمن نظیر اسکیزوفرنی از نظر سلامت روانی بسیار تحت تأثیر قرار می‌گیرند. این باعث ایجاد تنوع عوامل تنش‌زای زندگی برای زنانی است که با همسر مبتلا به بیمار روانی زندگی می‌کنند (کوجالگی و پاتیل، ۲۰۱۳).

بیماری مزمن می‌تواند به عنوان یک استرسور عمل کند و مقابله را آغاز کند (رابینسون، ۲۰۱۷). مراقبت دائمی از بیماران مبتلا به بیماری مزمن، از جمله بیماری‌های شدید روانی، بدون منابع حمایت می‌تواند منجر به ناامیدی و بار در مراقبان خانواده و تأثیر آن بر مهارت‌های مقابله و کیفیت زندگی آنان شود (چادا، ۲۰۱۴). زنانی که با همسران بیمار روانی خود در یک خانه زندگی می‌کنند ممکن است تجربه‌های مختلفی را در زندگی خود از نگرانی، ترس، ناکامی، خشم، احساس گناه تا برچسب زدن "خانواده روانی" احساس کنند که تمام این عوامل می‌تواند بر روی زندگی زناشویی آن‌ها اثر گذاشته و منجر به نارضایتی زناشویی از شرایط موجود گردد اما اگر اعضاء خانواده تاب‌آوری بیشتری داشته باشند می‌تواند بر استرس‌های مرتبط با مراقبت از بیمار غلبه کنند و سلامتی خود و خانواده را حفظ نماید (لی و همکاران، ۲۰۰۷). اگرچه تاب‌آوری به ظرفیت‌های فردی و روانی فرد کمک می‌کند تا دچار اختلال‌های روان‌شناختی نگردد (استرنسوارد، اوستمن، ۲۰۰۸) و بر روی نقاط قوت افراد یا خانواده‌ها تمرکز دارد که آن‌ها را قادر می‌کند بر سختی‌ها غلبه

کنند (اونگار و همکاران، ۲۰۰۸) اما پژوهش‌هایی که در مورد تجربه مراقبت از بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی در کشورهای مختلف مانند شیلی (گوموندسون، توماسون، ۲۰۰۲) و سوئد (فولدمو و همکاران، ۲۰۰۵) انجام شده همگی تأثیر بار مراقبت از این بیماران را در سلامت روانی خانواده به روشنی نشان داده و اذعان داشتند که خانواده‌هایی که به‌طور مستقیم با این بیماران سر و کار دارند از کسالت عصبی خفیفی رنج می‌برند؛ و برخی از آن‌ها حتی ممکن است به علت پایین آمدن تاب‌آوری در دراز مدت دچار اختلال روانی شوند (وانگ و همکاران، ۲۰۰۷؛ کولینگ و همکاران، ۲۰۰۴). فشار، ترس، عدم درک، نداشتن حمایت و تردید مداوم بعضی از مواردی است که خانواده‌های بیماران روانی آن را تجربه کرده و میزان تاب‌آوری آن‌ها را کم می‌کند (بلند و دارلینگتون، ۲۰۰۷). بیماری‌های روان‌پزشکی در همسر می‌توانند سطح استرس و تنش را افزایش داده و تمام جنبه‌های زندگی آنان از جمله رضایت زناشویی آن‌ها را در بر می‌گیرد (چیمه و همکاران، ۲۰۰۸؛ پهلوان و همکاران، ۲۰۱۰؛ نسیمی پور، ۲۰۱۴؛ فلاحی و همکاران، ۲۰۰۵).

حارث آبادی و همکاران (۱۳۹۱)، در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که ۵۱/۴ درصد از مراقبان اصلی بیماران مبتلا به اختلال روانی مزمن از فشار روانی شدید رنج می‌برند و این فشار روانی در زنان بیشتر از مردان بود. اوزا<sup>۱</sup> (۲۰۱۷) در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که بار روانی در مراقبان بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی بیشتر از سایر اختلالات مزمن بوده است. خودکشی نیز در این مراقبان بیشتر بود.

از آنجائی که زنان و دختران عموماً به عنوان مراقبین اولیه بیماران در منزل عمل می‌کنند مسئولیت مداوم خانواده‌ها و از جمله همسران در مراقبت‌های

<sup>۱</sup> Oza

بیماری اعصاب و روان نداشته، انتخاب شدند. معیار ورود به این پژوهش عدم سابقه بیماری‌های اعصاب و روان و عدم سابقه بیماری جسمی شدید بوده است. معیار خروج از پژوهش زمانی انجام می‌شد که نمونه‌ها علی‌رغم داشتن سواد کافی و هوش طبیعی قادر به جواب دادن همه سؤالات نبوده و پرسشنامه ناقص تکمیل می‌شد. برای جمع‌آوری داده‌ها علاوه بر چک‌لیست دموگرافیک و چک‌لیست سلامت روان -90-SCL R، مقیاس تاب‌آوری کانر و دیویدسون و پرسشنامه رضایت زناشویی انریچ استفاده گردید.

### ابزار

**چک‌لیست سلامت روان<sup>۲</sup> SCL-90-R**: این ابزار توسط دراگوتیس و همکاران (۱۹۷۲) طراحی شده است و شامل ۹۰ سؤال برای ارزشیابی علائم روانی است که به وسیله پاسخگر گزارش می‌شود. ۹۰ ماده این آزمون ۹ بُعد مختلف شکایات جسمانی، وسواس و اجبار، حساسیت در روابط متقابل، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، ترس مرضی، افکار پارانوئید و روان‌پریشی را در برمی‌گیرد. نمره‌گذاری و تفسیر آزمون بر اساس سه شاخص ضریب شاخص کلی شدت GSI، شاخص ناراحتی علائم مثبت PST و کل علائم مثبت PSDI به دست می‌آید. برای تعیین شیوع علائم روان‌پزشکی در هر حیطه از نقطه برش ۲/۵ استفاده می‌شود و میانگین نمرات ۲/۵ و بالاتر از آن در هر حیطه به‌عنوان حالت مرضی به شمار می‌آید. چک‌لیست مذکور، در مطالعه مدبرنیا و همکاران ضریب پایانی با روش باز آزمایی ( $r=0.93$ )، دو نیمه کردن و آلفای کرونباخ ( $r=0.85$ ) به دست آمد (مدبرنیا، شجاعی تهرانی، فلاحی و فقیرپور، ۲۰۱۰).

روان‌شناختی و سلامتی یک عضو ناتوان، به کاهش قابل ملاحظه در سلامت روان و کیفیت زندگی مراقبان می‌انجامد (هربر و همکاران، ۲۰۱۳).

با توجه به اهمیت خانواده به ویژه همسران، به عنوان مهم‌ترین و بهترین حامی اجتماعی بیماران مزمن روانی در خدمات جامعه نگر و نقش بسیار مهم آن‌ها در کاهش پیامدهای بیماری روانی (عود بیماری)، پژوهش حاضر جهت بررسی سطح سلامت روان، تاب‌آوری و رضایت زناشویی در همسران مردان بستری در مرکز روان‌پزشکی به دلیل اختلالات اسکیزوفرنی و اختلال خلقی طراحی شده است. نتیجه پژوهش حاضر می‌تواند زمینه‌ساز پژوهش‌های مربوط به اثربخشی نمایش روان‌شناختی بر اساس مؤلفه‌های درگیر در این اختلالات در جهت ارتقای سطح سلامت روان مراقبین مبتلایان به بیماری‌های مزمن گردد.

### روش

روش پژوهش در این بررسی از نوع توصیفی-تحلیلی (علی-مقایسه‌ای) است. جامعه آماری همسران کلیه بیماران مرد بستری شده‌ای می‌باشند که از سال ۱۳۹۴ تا سال ۱۳۹۵ در مرکز روان‌پزشکی آموزشی درمانی شفا رشت در استان گیلان بستری و یکی از تشخیص‌های اختلالات روان‌پریشی (اسکیزوفرنی و اختلال دوقطبی) گرفته‌اند. ۱۸۷ زن در محدوده سنی ۲۱ تا ۵۸ ساله با میانگین ۳۷/۷۶ و انحراف استاندارد ۹/۸۷ با استفاده از روش نمونه‌گیری بر مبنای هدف که همسران آن‌ها در تاریخ قیدشده در مرکز روان‌پزشکی شفا رشت بستری بودند که بعد از توضیح هدف پژوهش و اخذ رضایت‌نامه فردی مبادرت به تکمیل پرسشنامه در حضور روانشناس شاغل در بخش کردند و ۱۸۷ زن دارای همسر بهنجار که این گروه نیز از همراهان ملاقات‌کننده‌ها بودند و بنا بر اظهار خودشان سابقه

<sup>2</sup>- Symptom Chek List - 90- Revised

**مقیاس تاب‌آوری کانر و دیویدسون<sup>۳</sup> (CD-RISC):** مقیاس تاب‌آوری دارای ۲۵ گویه پنج گزینه‌ای است. برای تعیین پایایی مقیاس تاب‌آوری کانر و دیویدسون نیز از روش آلفای کرونباخ بهره گرفته شد و ضریب پایایی ۰/۸۹ به دست آمد (کونور و دیویدسون، ۲۰۰۳). که در ایران هنجاریابی شده است.

دارای ۲۵ عبارت است که بر اساس تحلیل عاملی انجام شده، پنج زیر مقیاس شامل "صلاحیت و کفایت فردی" (۸ عبارت)، "تحمل اثرات منفی و قوی بودن در برابر تنش" (۷ عبارت)، "پذیرش مثبت تغییر" (۳ عبارت) "خودکنترلی" (۳ عبارت) و "تأثیرات معنوی" (۲ عبارت) برای آن، تعیین گردیده است. روش نمره‌گذاری مقیاس بر اساس مقیاس لیکرت از صفر (کاملاً نادرست) تا چهار (همیشه درست) است و برای اندازه‌گیری تاب‌آوری یک نمره کل محاسبه می‌شود که حداکثر نمره ۱۰۰ و حداقل نمره صفر است (محمدی، ۲۰۰۴). این مقیاس توسط مسعود (۱۳۸۴)، ترجمه و اعتبار یابی گردید؛ پس از انجام فرایند ترجمه و ترجمه برگردان مقیاس و تأیید طراحی کنندگان مقیاس، به منظور احراز پایایی از محاسبه آلفای کرونباخ و برای تعیین روایی از روش تحلیل عاملی استفاده شد که نتایج آن، بیانگر تک عاملی بودن مقیاس بود. آلفای کرونباخ مقیاس،  $\alpha = 0/93$  محاسبه گردید (باباخانی، اسدی نیازی، علیزاده ذکریا و بختیاری، ۲۰۱۶).

**پرسشنامه رضایت زناشویی انریچ<sup>۴</sup>:** پرسشنامه رضایت زناشویی انریچ از ۱۱۵ سؤال بسته و ۱۲ مقیاس تشکیل شده است که به جز مقیاس اول آن که ۵ سؤال دارد بقیه مقیاس‌ها شامل ۱۰ سؤال تست است مقیاس این پرسش نامه شامل: ۱- پاسخ قراردادی ۲-رضایت

زناشویی ۳- موضوعات شخصیتی ۴-ارتباط زناشویی ۵-حل تعارض ۶-نظارت مالی ۷- فعالیت‌های مربوط به اوقات فراغت ۸- روابط جنسی ۹- ازدواج و بچه‌ها ۱۰- بستگان و دوستان ۱۱- نقش‌های مربوط به برابری زن و مرد ۱۲-جهت‌گیری عقیدتی. پاسخ به سؤالات به صورت ۵ گزینه‌ای (کاملاً موافق، موافق، نه موافق و نه مخالف، مخالف، کاملاً مخالف) است. اولسون و دیگران اعتبار این پرسشنامه را با روش ضریب آلفا ۰/۹۲ گزارش کرده‌اند. در این پژوهش از فرم ۴۷ سؤالی انریچ استفاده شده که ضریب آلفای آن ۰/۹۵ و پایایی آن ۰/۸۶ است (باباخانی، اسدی نیازی، علیزاده ذکریا و بختیاری، ۲۰۱۶).

#### یافته‌ها

جدول شماره (۱) ویژگی‌های جمعیت شناختی گروه‌های مطالعه را بر اساس سن نشان می‌دهد.

<sup>3</sup>- Connor-Davidson Resilience Scale

<sup>4</sup>- Enrich Couple Scales

**جدول ۱ فراوانی و درصد فراوانی سن نمونه‌ها به تفکیک گروه‌های مورد مطالعه**

سن آزمودنی‌ها		گروه همسران مردان		گروه همسران مردان	
		اختلال اسکیزوفرنی		اختلال خلقی	
درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی
۲۱-۲۵	۸	۰/۵۰	۰	۱۰	۱۱
۲۶-۳۰	۱۹	۰/۱۱	۱۰	۷	۷/۷
۳۱-۳۵	۳۱	۰/۱۷	۱۸	۱۶	۱۷/۸
۳۶-۴۰	۴۵	۰/۲۴	۲۹	۱۳	۱۴/۴
۴۱-۴۵	۳۰	۰/۱۶	۱۲	۱۴	۱۵/۵
۴۶-۵۰	۲۱	۰/۱۲	۱۱	۱۴	۱۵/۵
۵۰ سال به بالا	۲۵	۰/۱۴	۱۴	۱۰	۱۱
نمونه‌های حذف شده	۷	۰/۰۴	۳	۵	۵/۵
کل نمونه‌ها	۱۸۷	۱۰۰	۹۷	۹۰	۱۰۰

از لحاظ مؤلفه‌های سلامت روان تفاوت معنی‌داری وجود دارد. برای بررسی اینکه گروه‌ها در کدام یک از مؤلفه‌های سلامت روان با یکدیگر تفاوت دارند از تحلیل واریانس چند متغیره استفاده شد که در جدول (۲) نتایج آن گزارش شده است.

مقدار F تحلیل کوواریانس چندمتغیری بررسی تفاوت بین سلامت روان گروه همسران مردان دارای اختلالات اسکیزوفرنی و خلقی را با گروه همسران مردان سالم در مؤلفه‌های سلامت روان با میزان اثر پیلایی = ۰/۷۷۹، ویلکز لامبدا = ۰/۶۵۷ و F برابر ۴/۳۸۷ در سطح ۰/۰۰۱ معنی دار است؛ بنابراین می‌توان گفت که بین دو گروه

**جدول ۲ نتایج تحلیل چند متغیری روی میانگین سلامت روان و مؤلفه‌های آن در دو گروه همسران مردان**

دارای اختلالات روان‌پریشی با گروه شاهد							
مؤلفه	SS آزمایشی	SS خطا	MS آزمایشی	MS خطا	F	p	اندازه اثر آماری
شکایت جسمانی	۱۵۳۵/۷۲	۶۷۰۰/۰۵	۵۱۱/۹۰	۴۲/۹۴	۱۱/۹۱	۰/۰۰۱	۰/۱۸
وسواس-اجبار	۷۳۶/۳۵	۱۶۵۰/۶۱	۲۴۵/۴۵	۴۱/۶۷	۵/۸۸	۰/۰۰۱	۰/۱
حساسیت در روابط متقابل	۱۱۸۰/۳۷	۵۰۲۹/۶۲	۳۹۳/۴۵	۳۲/۲۴	۱۲/۲۰	۰/۰۰۱	۰/۱۹
افسردگی	۴۱۶۰/۱۷	۱۴۷۷۸/۸۱	۱۳۸۶/۷۲	۹۴/۷۳	۱۴/۶۳	۰/۰۰۱	۰/۲۲
اضطراب	۶۱۶/۹۲	۳۲۱۴/۸۱	۲۰۵/۶۴	۲۰/۶۰	۹/۹۷	۰/۰۰۱	۰/۱۶
خصوصیت	۷۷/۲۹	۱۵۵۲/۳۰	۲۵/۷۶	۹/۹۵	۲/۵۸	۰/۰۶	۰/۰۷
ترس مرضی	۱۶۵/۲۳	۱۳۴۶/۶۶	۵۵/۰۷	۸/۶۳	۶/۳۸	۰/۰۰۱	۰/۱۱
افکار پارانوئیدی	۲۴۷/۰۰	۲۰۸۳/۴۴	۸۲/۳۳	۱۳/۳۵	۶/۱۶	۰/۰۰۱	۰/۱۲
روان‌پریشی	۲۴۲/۶۱	۲۲۳۳/۱۶	۸۰/۸۷	۱۴/۳۱	۵/۶۴	۰/۰۰۱	۰/۰۹
کل مؤلفه‌ها	۶۳۰۸۰/۵۷	۲۱۶۹۷۹/۱۷	۲۱۰۲۶/۸۵	۱۳۹۰/۸۹	۱۵/۱۱	۰/۰۰۰	۰/۲۲

مقدار F برای مؤلفه‌های شکایت جسمانی (۱۱/۹۱)، وسواس- اجبار (۵/۸۸)، حساسیت در روابط متقابل (۱۲/۲۰)، افسردگی (۱۴/۶۳)، اضطراب (۹/۹۷)، ترس مرضی (۶/۳۸)، افکار پارانوئیدی (۶/۱۶)، روان‌پریشی (۵/۶۴) و کل مؤلفه‌ها (۱۵/۱۱) در سطح ۰/۰۵ معنی‌دار است و این یافته‌ها نشانگر آن است که بین دو گروه همسران مردان دارای اختلالات سایکوز و همسران فاقد اختلال روانی در این مؤلفه‌ها تفاوت معنی‌داری وجود دارد و علائم اختلالات روان‌پزشکی در زنان دارای همسر سایکوز بالاتر از گروه دیگر است اما مقدار F برای مؤلفه خصومت (۲/۵۸) معنی‌دار نمی‌باشد، این یافته نیز نشانگر آن است که بین گروه‌های مورد بررسی در این مؤلفه تفاوت معنی‌داری وجود ندارد.

تجزیه و تحلیل داده‌ها نشان داد که بین تاب‌آوری همسران مردان دارای اختلالات سایکوز و گروه بهنجار (t=۳/۲۳۱) تفاوت معنی‌داری در سطح ۰/۰۰۱ وجود دارد و تاب‌آوری در زنان دارای همسران سایکوز به‌طور معنی‌داری کمتر از زنان دارای همسران سالم است. با توجه به جدول ۳ مقدار F تحلیل کوواریانس چندمتغیری بررسی تفاوت گروه همسران سالم با همسران مردان دارای اختلالات اسکیزوفرنی و گروه همسران مردان دارای اختلالات خلقی در مؤلفه‌های با میزان اثر پیلایی = ۰/۴۶۳ و ویلکز لامبدا = ۰/۵۷۷ و F برابر با (۳/۲۳۱) در سطح ۰/۰۰۱ معنی‌دار است.

جدول ۳ نتایج آزمون تحلیل کوواریانس متغیر تاب‌آوری در دو گروه همسران مردان دارای اختلالات روان‌پریشی با گروه شاهد

نام آزمون	مقدار	F	DF فرضیه	DF خطا	سطح معنی‌داری	اندازه اثر	توان آماری
اثر پیلایی	۰/۴۶۳	۲/۹۶۱	۲۷	۴۳۸/۰۰	۰/۰۰۱	۰/۱۵۴	۱
ویلکز لامبدا	۰/۵۷۷	۳/۲۳۱	۲۷	۴۲۱/۱۵	۰/۰۰۱	۰/۱۶۷	۱
اثر هتینگ	۰/۶۶۵	۳/۵۱۴	۲۷	۴۲۸/۰۰	۰/۰۰۱	۰/۱۸۱	۱
بزرگترین ریشه روی	۰/۵۵۱	۸/۹۳۳	۹	۱۴۶/۰۰	۰/۰۰۰۱	۰/۳۵۵	۱

مقدار F تحلیل کوواریانس چندمتغیری بررسی تفاوت مؤلفه‌های رضایت زناشویی با میزان اثر پیلایی = ۰/۹۲۴ گروه همسران مردان دارای اختلالات اسکیزوفرنی و گروه همسران مردان دارای اختلالات خلقی در سطح ۰/۰۰۱ معنی‌دار است. و با ویلکز لامبدا = ۰/۵۷۷ و با F برابر با (۷/۸۵۳) در

جدول ۴ نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری روی میانگین رضایت زناشویی و مؤلفه‌های آن در دو گروه

مؤلفه	SS آزمایشی	SS خطا	MS آزمایشی	MS خطا	F	P	اندازه اثر	توان آماری
موضوعات شخصی	۷۳۵/۱۶	۶۸۱/۶۷	۲۴۵/۰۵	۵/۲۴	۴۶/۷۳	۰/۰۰۰	۰/۵۲	۱
ارتباط زناشویی	۲۰۷۶/۹۹	۲۲۱۹/۰۳	۶۹۲/۳۳	۱۷/۰۷	۴۰/۵۶	۰/۰۰۱	۰/۴۸	۱
حل تعارض	۷۱۵/۰۸	۷۳۲/۳۸	۲۳۸/۳۶	۵/۶۳	۴۲/۳۱	۰/۰۰۰	۰/۴۹	۱
نظارت مالی	۸۱/۱۶	۸۳۰/۱۴	۲۷/۰۵	۶/۳۸	۴/۲۳	۰/۰۰۷	۰/۰۹	۰/۸۵
فعالیت‌های مربوط به	۲۲/۴۷	۷۰۵/۲۶	۷/۴۹	۵/۴۲	۱/۳۸	۰/۲۵	۰/۰۳	۰/۳۶



اوقات فراغت								
روابط جنسی	۱۸۰۴/۴۴	۲۵۳۸/۰۱	۶۰۱/۴۸	۱۹/۵۲	۳۰/۸۰	۰/۰۰۰	۰/۴۱	۱
ازدواج و بچه‌ها	۸۶/۹۱	۱۰۹۳/۲۳	۲۸/۹۷	۸/۴۱	۳/۴۴	۰/۰۲	۰/۰۷	۰/۷۶
جهت‌گیری عقیدتی	۱۵۵/۹۴	۲۴۴۷/۵۵	۵۱/۹۸	۱۸/۸۲	۲/۷۶	۰/۰۴	۰/۰۶	۰/۶۵
کل مؤلفه‌ها	۵۳۹۳/۴۹	۲۲۰۱۵/۸۲	۱۷۹۷/۸۳	۱۶۹/۳۵	۱۰/۶۱	۰/۰۰۰	۰/۱۹	۰/۹۹

سلامتی خود را حفظ نماید (ترزیان و همکاران، ۲۰۰۷).

نتایج این پژوهش نشان داد که در متغیر سلامت روان مؤلفه‌های شکایت جسمانی، وسواس-اجبار، حساسیت در روابط متقابل، افسردگی، اضطراب، ترس مرضی، افکار پارانوئیدی، روان پریشی و کل مؤلفه‌ها تفاوت معنی‌داری بین دو گروه با/ بدون همسر بیمار وجود داشت. آنچه که قابل توجه است این که میزان نمره در مؤلفه‌های نامبرده در زنان دارای همسر اسکیزوفرن به‌طور افزایشی بالاتر از زنان دارای همسر سالم بود. علت این تفاوت می‌تواند به دلیل گسستگی روانی و علائم قطع ارتباط با واقعیت در مردان بیمار باشد که نتایج پژوهش حاضر با پژوهش‌های کاگیو یوریزر و گاتیررز و مالدونادو<sup>۵</sup> (۲۰۰۶)، فولدمو<sup>۶</sup> (۲۰۰۵)، چن و همکاران (۲۰۱۶)، ابراهیمی و همکاران (۲۰۱۸)، رحمانی انارکی و همکاران (۲۰۱۳)، چیمه و همکاران (۲۰۰۸)، پهلوان زاده و همکاران (۲۰۱۰) و نویدیان و همکاران (۲۰۰۳) همسو است.

آسیب روانی اصولاً یک مشکل درون فردی در یک عضو خانواده نیست، بلکه یک فرایند تعاملی بین اعضای خانواده است (ملکوتی و همکاران، ۲۰۰۹). بروز اشکالاتی نظیر وجود بیماری روانی در یکی از اعضای خانواده می‌تواند اثرات مخرب متعددی را به همراه داشته باشد (۲۵؛ ۲۶) و نشاط و رفاه فردی را از اعضای خانواده سلب می‌کند (رحمانی انارکی و

با توجه به جدول ۴ مقدار F برای مؤلفه‌های موضوعات شخصی (۴۶/۷۳)، ارتباط زناشویی (۴۰/۵۶)، حل تعارض (۴۲/۳۱)، نظارت مالی (۴/۲۳)، روابط جنسی (۳۰/۸۰)، ازدواج و بچه‌ها (۳/۴۴)، جهت‌گیری عقیدتی (۲/۷۶)، کل مؤلفه‌ها (۱۰/۶۱)، در سطح ۰/۰۵ معنی‌دار است و این یافته‌ها نشانگر آن است که بین دو گروه همسران مردان دارای اختلالات اسکیزوفرنی و همسران دارای اختلالات خلقی در این مؤلفه‌ها تفاوت معنی‌داری وجود دارد و میانگین نمرات مؤلفه‌های موضوعات شخصیتی، حل تعارض، نظارت مالی، روابط جنسی، جهت‌گیری عقیدتی و کل مؤلفه‌ها در همسران دارای اختلالات اسکیزوفرنی پایین‌تر از همسران مبتلا به اختلالات خلقی است (در مؤلفه‌های یادشده اگر نمرات بالاتر باشد میزان رضایت زناشویی بهتر است). مقدار F برای مؤلفه فعالیت‌های مربوط به اوقات فراغت (۱/۳۸) معنی‌دار نیست، این یافته نشانگر آن است که بین دو گروه همسران مردان دارای اختلالات اسکیزوفرنی و همسران دارای اختلالات خلقی در این مؤلفه تفاوت معنی‌داری وجود ندارد.

## بحث

زنانی که دارای همسران مبتلا به اختلالات جدی روان‌پزشکی دارند به دلیل تحمل استرس قابل توجه، اغلب سلامت جسم و روان آن‌ها با خطر مواجه است اما اگر میزان تاب آور در آن‌ها بالا باشد تا حدود زیادی می‌توانند بر استرس‌های مرتبط غلبه کرده و

<sup>5</sup>- Caqueo-Urizar & Gttierrez-Maldonado

<sup>6</sup>- Foldemo

همکاران، ۲۰۱۳). از طرفی در جامعه و فرهنگ ایرانی معمولاً امر مراقبت از کودکان، بیماران و افراد سالمند و معلول به عهده زنان و دختران خانواده است که بیکار بوده و به عنوان بخشی از امور خانه داری و منزل محسوب می‌شود (فروزنده و همکاران، ۲۰۱۴). با طولانی تر شدن دوره بیماری و دفعات بستری مکرر بیمار، خانواده‌ها اعتماد به نفس خود را از دست می‌دهند و نگرش آن‌ها نیز به پدیده‌ی بیماری روانی تغییر کرده و میزان تاب‌آوری بیماران را کاهش می‌دهند که نتایج ما با سایر نتایج در ایران همسو است. (نسیمی پور، ۲۰۱۴؛ نویدیان و همکاران، ۲۰۰۳).

تا کنون فقط سه مطالعه در مورد تاب‌آوری در اعضای خانواده فرد مبتلا به اختلال روانی در کشورهای خارجی انجام شده که هر سه بیش از یک دهه قبل انجام گرفته است. با این حال این نتیجه با نتایج فن، لن، چین، بای و وی (۲۰۱۴) به صورت غیرمستقیم همسو است. بررسی متاآنالیز نشان داده که اعضای خانواده دارای بیماران مبتلا به اختلال روانی در مقیاس‌های سلامت، تندرستی، عملکرد نقش، انجام وظایف و ارزش‌ها و هنجارها شبیه جمعیت عمومی بودند اما به‌طور قابل توجهی در مؤلفه‌های حمایت اجتماعی، اعتماد به نفس و معاشرت تفاوت معنی‌داری با جمعیت عمومی داشتند و نسبت به جمعیت عمومی کمتر به دنبال حمایت معنوی بودند هرچند آن‌ها با احتمال زیاد به دنبال حمایت اجتماعی و تجهیزات فوری خانواده بودند (زوزنیوسکی و همکاران، ۲۰۱۰). نتایج بررسی ما نشان داد که بین دو گروه همسران، مردان سالم و گروه همسران مردان دارای اختلالات سایکوز از لحاظ مؤلفه‌های رضایت زناشویی تفاوت معنی‌داری وجود دارد. نتایج پژوهش حاضر با پژوهش‌های اوادال<sup>۷</sup> و همکاران

### نتیجه‌گیری

از پژوهش فوق می‌توان نتیجه گرفت که احساس سلامت و بهورزی می‌تواند از فردی به فرد دیگر متفاوت باشد. افراد سالم غالباً احساس پیوند با خانواده، دوستان و جوامع بزرگ‌تر داشته، در تصمیم‌گیری‌ها و حل مشکلات جامعه مشارکت فعال دارند. سلامت روان به ما کمک می‌کند تا با تلاش به اهداف خود در زندگی دست یافته، با دیگر اعضای جامعه بر مبنای اعتماد و احترام ارتباط برقرار کنیم. بیماری‌های روانی حاصل تأثیر متقابل و پیچیده بین گروه‌هایی از عوامل خطر ساز و عوامل محافظت‌کننده است. اعتماد به نفس پایین، فقدان کنترل بر زندگی شغلی و خانوادگی، احساس ناامنی و بی‌ثباتی دائمی همگی عواملی هستند که به سلامت عمومی و سلامت روان آسیب می‌زنند. عوامل تعیین‌کننده سلامت در حیطه برابری و عدالت در دسترسی اعضای جامعه به منابع بهداشتی و درمانی قرار می‌گیرند. افراد دارای وضعیت اقتصادی-اجتماعی بسیارمتفاوت در کشور ما ایران، سطوح سلامت و بیماری عمیقاً متفاوتی دارند. کیفیت زندگی با درک فرد از وضعیت زندگی او از نظر اقتصادی-اجتماعی و دسترسی به حداقل منابع سلامتی ارتباط دارد. رضایت از زندگی که توسط فرد در حیطه‌های جسمی، اجتماعی و روانی گزارش می‌شود معرف سطوح کیفیت زندگی افراد جامعه است. برای رسیدن به رضایت در زندگی زناشویی عوامل مختلفی مؤثرند؛ تحصیلات و موقعیت اقتصادی و اجتماعی بالاتر به رضایت زناشویی بیشتر می‌انجامد که افراد دارای این

<sup>۸</sup>- MacFarlane

<sup>۹</sup>- Tsang

<sup>۷</sup>- Awadalla

فرصت لذت بردن از تعامل اجتماعی را از همسران و فرزندان‌شان سلب کند، این امر می‌تواند سلامت روان، کیفیت زندگی و روابط زناشویی آنان را به درجات متفاوتی تحت تأثیر خود قرار دهد. پیشنهاد می‌گردد در پژوهش‌های آینده بر روی متغیرهای فوق در زنانی که دارای همسران مبتلا به سایکوز کرونیک هستند پژوهش انجام گیرد تا میزان آسیب وارده مشخص گردد و از نتایج این‌گونه پژوهش‌های برای دریافت تسهیلات برای این‌چنین خانواده‌هایی از سوی مسئولین درخواست کرد.

## References

- Awadalla, A.W., Ohaeri, J.U., Salih, A.A. and Tawfiq, A.M., 2005. Subjective quality of life of family caregivers of community living Sudanese psychiatric patients. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 40(9), pp.755-763.
- Awadalla, A.W., Ohaeri, J.U., Salih, A.A. and Tawfiq, A.M., 2005. Subjective quality of life of family caregivers of community living Sudanese psychiatric patients. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 40(9), pp.755-763.
- Babakhani, N., Asadi Niazi, S.H., Alizadehzakaria, R., Bakhtari Araksi, H., 2016. The Relationship of Identity Styles with Marital Satisfaction in Married Couples in Tehran. *Fundamentals of Mental Health*, 18, pp. 471-477.
- Bland, R. and Darlington, Y., 2002. The nature and sources of hope: Perspectives of family caregivers of people with serious mental illness. *Perspectives in Psychiatric Care*, 38(2), pp.61-68.
- Caqueo-Urizar, A. and Gutiérrez-Maldonado, J., 2006. Burden of care in families of patients with schizophrenia. *Quality of Life Research*, 15(4), pp.719-724.
- Caqueo-Urizar, A. and Gutiérrez-Maldonado, J., 2006. Burden of care in families of patients with schizophrenia. *Quality of Life Research*, 15(4), pp.719-724.
- Chadda, R.K., 2014. Caring for the family caregivers of persons with mental illness. *Indian journal of psychiatry*, 56(3), p.221.
- Chen, X., Mao, Y., Kong, L., Li, G., Xin, M., Lou, F. and Li, P., 2016. Resilience moderates the association between stigma and psychological distress among family caregivers of patients with schizophrenia. *Personality and Individual Differences*, 96, pp.78-82.
- Chimeh, N., Malakooti, K., Panaghi, L., Ahmad Abadi, Z., Nojoomi, M., Tonkaboni, A., 2008. Factors Affecting Burnout and Mental Health of Carers of Schizophrenic Patients. *Quarterly Journal of Family Studies*, 4( 15), pp. 292-277.
- Connor, K.M. and Davidson, J.R., 2003. Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression and anxiety*, 18(2), pp.76-82.
- Cowling, V., Luk, E.S., Mileskin, C. and Birlson, P., 2004. Children of adults with severe mental illness: Mental health, help seeking and service use. *Psychiatric Bulletin*, 28(2), pp.43-46.
- Ebrahimi, H., Seyedfatemi, N., Namdar Areshtanab, H., Ranjbar, F., Thomicroft, G., Whitehead, B. and Rahmani, F., 2018. Barriers to Family Caregivers' Coping With Patients

- With Severe Mental Illness in Iran. *Qualitative health research*, 28(6), pp.987-1001.
- Ettinger, U., Meyhöfer, I., Steffens, M., Wagner, M. and Koutsouleris, N., 2014. Genetics, cognition, and neurobiology of schizotypal personality: a review of the overlap with schizophrenia. *Frontiers in psychiatry*, 5, p.18.
- Fallahi, M., Maddah Sadat, M., Shamloo, S., 2005. Designing a Multidimensional Psychological Rehabilitation Nursing Model in the Care of Schizophrenic Patients. *Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences and Health Services*, (3), pp.46-39.
- Fan, Y.C., Chen, M.B., Lin, K.C., Bai, Y.M. and Wei, S.J., 2014. The resilience and health status of primary caregivers of schizophrenia patients. *Hu Li Za Zhi*, 61(6), p.29.
- Foldemo, A., Gullberg, M., Bogren, L., 2005. Quality of life and burden in parents of outpatients with schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40(2), PP. 133-8.
- Foruzandeh, N., Delaram, M., Noorian, K. and Deris, F., 2014. Comparison of family function in the families of psychiatric patients with difference diagnosis. *J Res Behave Sci*, 11(15).
- Guðmundsson, Ó.Ó. and Tómasson, K., 2002. Quality of life and mental health of parents of children with mental health problems. *Nordic journal of psychiatry*, 56(6), pp.413-417.
- Haresabadi, M., Bibak, B., Hosein, Z.E., Bayati, M., Arki, M., Akbari, H., 2012. Assessing burden of family caregivers of patients with schizophrenia admitted in Imam Reza Hospital-Bojnurd 2010. *Journal of North Khorasan University of Medical Sciences*, 4(2): 165-171.
- Herbert, H.S., Manjula, M. and Philip, M., 2013. Growing up with a parent having schizophrenia: Experiences and resilience in the offsprings. *Indian journal of psychological medicine*, 35(2), p.148.
- Imran, H. and Dilawer, R., 2016. MENTAL HEALTH ISSUES AMONG SPOUSES OF PATIENTS WITH PSYCHIATRIC DISORDERS. *Pakistan Journal of Clinical Psychology*, 15(2).
- Kate, N., Grover, S., Kulhara, P. and Nehra, R., 2013. Relationship of caregiver burden with coping strategies, social support, psychological morbidity, and quality of life in the caregivers of schizophrenia. *Asian journal of psychiatry*, 6(5), pp.380-388.
- Koujalgi, S.R. and Patil, S.R., 2013. Family burden in patient with schizophrenia and depressive disorder: a comparative study. *Indian journal of psychological medicine*, 35(3), p.251.
- Li, J., Lambert, C.E. and Lambert, V.A., 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 & health sciences*, 9(3), pp.192-198.
- Malakooti, K., Chimeh, N., Panaghi, N., Ahmadabadi, Z., Nojoomi, M., 2009. The Effectiveness of two Case Management Methods on Mental Health, Knowledge, and Burden of Schizophrenics, Family Member. *Journal of Family Research*, 5(1), pp.29-42.
- McFarlane, W.R., Link, B., Dushay, R., Marchal, J. and Crilly, J., 1995. Psychoeducational multiple family groups: Four-year relapse outcome in schizophrenia. *Family process*, 34(2), pp.127-144.
- Modabemia, M.J., Shojaie Tehranie, H., Falahi, M. and Faghripour, M., 2010. Normalizing SCL-90-R inventory in Guilan high-school students. *Journal of Guilan University of Medical Sciences*, 19(75), pp.58-65.
- Mohammadi, M., 2004. Factors Affecting Resilience in Persons at Risk of Substance Abuse. Doctoral thesis. University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran.
- Mulud, Z.A. and McCarthy, G., 2017. Caregiver burden among caregivers of individuals with severe mental illness: testing the moderation and mediation models of resilience. *Archives of psychiatric nursing*, 31(1), pp.24-30.
- Nasimi poor, M., 2014. Comparison of quality of life and mental health of spouses of patients with schizophrenia, bipolar disorder, major depression and normal people. *New*

- Psychological Research (Psychology of Tabriz University), 34 (9), pp. 173-193.
- Navidian, A., Salar, A., Kermansaravi, F., 2003. The Surveying the Psychological Pressure of Family Carers of Mental Patients Referring to Zahedan Hospital and Comprehensive Psychiatric Center. *Teb va Tazkiyeh*, 13(1), pp. 0-19.
- Oza, H., Parikh, M.N. and Vankar, G.K., 2017. Comparison of caregiver burden in schizophrenia and obsessive-compulsive disorder. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 2, pp.32-41.
- Pahlavan, S., Navidian, A., Yazdani, M., 2010. The effect of family psychosocial education on the amount of depression, anxiety and stress among family carers of psychiatric patients. *Journal of Kermanshah University of Medical Sciences*, (3), pp.236-228.
- Prior, J., Abraham, R., Nicholas, H., Chan, T., Vanvlymen, J., Lovestone, S. and Boothby, H., 2016. Are premorbid abnormal personality traits associated with behavioural and psychological symptoms in dementia?. *International journal of geriatric psychiatry*, 31(9), pp.1050-1055.
- Rahmani Anaraki, H., Mahmoodi, G. R., Rouhi, G., Asayesh, H., Nasiri, H., Rakhshani, H., 2013. General Health Status of Neurologic Patients' Caregivers and The Related Factors. *Jgbfm*, 9 (2), pp.49-55.
- Robinson, C.A., 2017. Families living well with chronic illness: The healing process of moving on. *Qualitative health research*, 27(4), pp.447-461.
- Sadock, B.J., Sadock, V.A., Ruiz, P., 2014. *Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry*. 11 th ed. New York: Wolters Kluwer.
- Sales, E., 2003. Family burden and quality of life. *Quality of life research*, 12(1), pp.33-41.
- Soltaninejad, A., von Kardorff, E., Kamali, M. and Shahrabaki, M.E., 2017. Development and Validation of a Questionnaire to Measure Quality of Life in Caregivers of Patients with Schizophrenia and Affective Disorders (SAC-QoL). *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, 11(2).
- Stjernswärd, S. and Östman, M., 2008. Whose life am I living? Relatives living in the shadow of depression. *International Journal of Social Psychiatry*, 54(4), pp.358-369.
- Techinsky, U., 2000. Living with schizophrenia: the family experience. *Issues Ment Health Nurs*, 21(4), pp.387-396.
- Terzian, A.C.C., Andreoli, S.B., De Oliveira, L.M., de Jesus Mari, J. and McGrath, J., 2007. A cross-sectional study to investigate current social adjustment of offspring of patients with schizophrenia. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 257(4), pp.230-236.
- Tsang, H.W., Tam, P.K., Chan, F. and Chang, W.M., 2003. Sources of burdens on families of individuals with mental illness. *International journal of rehabilitation research*, 26(2), pp.123-130.
- Ungar, M., Brown, M., Liebenberg, L., Othman, R., Kwong, W.M., Armstrong, M. and Gilgun, J., 2008. Unique pathways to resilience across cultures. *Youth Studies Australia*, 27(2), pp.63-64.
- Vella, S.L. and Pai, N., 2013. The measurement of burden of care in serious mental illness: a qualitative review. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 47(3), pp.222-234.
- Wang, S.H., Rong, J.R., Chen, C.C., Wei, S.J. and Liu, K.C., 2007. A study of stress, learned resourcefulness and caregiver burden among primary caregivers of schizophrenic adolescents. *Hu li za zhi The journal of nursing*, 54(5), pp.37-47.
- Zauszniewski, J.A., Bekhet, A.K. and Suresky, M.J., 2010. Resilience in family members of persons with serious mental illness. *Nursing Clinics*, 45(4), pp.613-626.