

فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی

سال نهم شماره ۳۴ تابستان ۱۳۹۳

## مقایسه کیفیت زندگی و سلامت روانی همسران مبتلا به اختلال اسکیزوفرنی، دوقطبی، افسردگی اساسی و افراد بهنجار

معصومه نسیمی خواه<sup>۱</sup>

بهرام میرزائیان<sup>۲</sup>

صدیقه ابراهیمی علویکلانی<sup>۳</sup>

### چکیده

هدف این پژوهش مقایسه کیفیت زندگی و سلامت روانی همسران مبتلا به اختلال اسکیزوفرنی، دوقطبی، افسردگی اساسی و افراد بهنجار بود. جامعه آماری این پژوهش را همسران مبتلا به اسکیزوفرنی، دوقطبی و افسرده اساسی مراجعه‌کننده به بخش روان‌پزشکی بیمارستان امام حسین (ع) و بیمارستان روان‌پزشکی رازی، همین‌طور همسران مبتلا به اسکیزوفرنی در انجمن حمایت از افراد اسکیزوفرن «احبا» و همسران افراد بهنجار تشکیل داده بودند. برای این منظور ۴۰ نفر از همسران افراد مبتلا به اختلال اسکیزوفرنی، ۴۰ نفر از همسران افراد مبتلا به اختلال دوقطبی، ۴۰ نفر از همسران افراد مبتلا به اختلال افسردگی اساسی و ۴۰ نفر از همسران افراد بهنجار به صورت غیرتصادفی و هدفمند انتخاب شدند و به پرسش‌نامه‌های سنجش کیفیت زندگی (SF-36) و سنجش سلامت روانی (SCL-90-R) پاسخ دادند. این پژوهش از نوع مطالعات پس‌رویدادی (علی-مقایسه‌ای) بوده است. جهت تجزیه و تحلیل یافته‌ها، با استفاده از روش‌های آمار توصیفی و به وسیله آزمون «کروسکال والیس» و «یو من

۱- کارشناس ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه علوم و تحقیقات مازندران (نویسنده مسئول)

Email: nasimikhah@yahoo.com

۲- عضو هیأت علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری

۳- کارشناس ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه علوم و تحقیقات مازندران

ویتی» نتایج زیر به دست آمد: بین همسران افراد بهنجار، دوقطبی، افسرده اساسی و اسکیزوفرن به لحاظ تمامی مؤلفه‌های کیفیت‌زندگی تفاوت معنادار وجود دارد. بین همسران افراد بهنجار، دوقطبی، افسرده اساسی و اسکیزوفرن به لحاظ تمامی مؤلفه‌های سلامت‌روانی تفاوت معنادار وجود دارد. براین اساس، می‌توان بیان داشت، تجربیات روانی بیماران مبتلا به اختلال‌های اسکیزوفرنی و دوقطبی و افسردگی اساسی می‌تواند بر کیفیت‌زندگی و سلامت‌روانی همسرانشان تأثیر داشته باشد. همچنین هر یک از اختلال‌های فوق با توجه به تفاوت نشانه‌هایشان می‌توانند تأثیرات مختلفی بر کیفیت‌زندگی و سلامت‌روانی همسران این بیماران داشته باشند.

**واژگان کلیدی:** کیفیت زندگی، سلامت‌روانی، اسکیزوفرنیا، دوقطبی، افسردگی اساسی.

## مقدمه

سازمان بهداشت جهانی<sup>۱</sup> (WHO) خانواده را به‌عنوان عامل اولیه اجتماعی در افزایش سلامت و کیفیت زندگی اعضاء معرفی کرده است (گلوژمن<sup>۲</sup>، ۲۰۰۴). نگاهی به پژوهش‌های اخیر نشان می‌دهد که توجه به جنبه‌های روانی افراد در چهارچوب روابط فی‌مابین اعضای خانواده به‌طور فزاینده‌ای مورد توجه روان‌شناسان و جامعه‌شناسان قرار گرفته است (یانگ و همکاران، ۲۰۱۳؛ برگ و همکاران، ۲۰۱۳؛ فروزنده، ۲۰۱۳). علت این امر را می‌توان به اهمیت اساسی کارکرد خانواده در فراهم نمودن شرایط لازم برای رشد و رسیدن به توازن جسمی، روانی و اجتماعی دانست. به‌علاوه پژوهش‌ها نشان داده‌اند که نحوه تعاملات خانواده با سلامت‌روان (تورنر، ۲۰۱۳)، اضطراب (باگلس و بریچمن، ۲۰۰۶)، پرخاشگری (سیمدو، ۲۰۱۲)، اختلال‌های روان‌پزشکی (استینه‌اوزن، آستر و گابل، ۱۹۹۸)، مشکلات انطباقی (مک دونالد، جورلیس، هارت و مینز، ۲۰۰۹)، افسردگی (استرنبرگ، لامب، گاترمن و ابوت، ۲۰۰۶) اعضای آن مرتبط است. بنابراین می‌توان گفت سلامت هر فرد در خانواده و در نتیجه کارکرد مناسب خانواده می‌تواند

1- World Health Organization

2- Gluzman

بسیاری از مشکلات روانی و اجتماعی افراد را مرتفع سازد و آن‌ها را به سمت رشد و شکوفایی سوق دهد.

هرگونه اختلال رفتاری یا هیجانی در زوجین که پایه‌های خانواده را تشکیل می‌دهند، علاوه بر آن که آرامش روانی زوج مقابل را مختل می‌کند، بقا و دوام خانواده را نیز در معرض تهدید قرار می‌دهد و فروپاشی مزید بر علت شده افسردگی و اضطراب همسران و دیگر مشکلات جسمی و روانی را بیش از پیش افزایش می‌دهد (کاظمی حقیقی، ۱۳۷۷). شواهد فراوانی گویای آن است که زوجین در جوامع امروزی برای برقراری و حفظ روابط صمیمی و درک احساسات از جانب همسران به مشکلات فراگیر و متعددی دچارند، بدیهی است که کمبودهای موجود در کفایت‌های عاطفی و هیجانی همسران همچون توانایی خودآگاهی، خویش‌داری، همدلی، ابراز وجود و یا وجود برخی تفکرات، نگرش‌ها و طرز تلقی‌های نادرست و غیرمنطقی و یا مسایل و مشکلات روان‌شناختی و شخصیتی مربوط به هر یک از زوجین اثرات نامطلوبی بر زندگی مشترک آن‌ها می‌گذارد و این معضلات سبب پریشانی و ناخشنودی از زندگی زناشویی آن‌ها شده و سلامت‌روان را در آن‌ها کاهش می‌دهد (نیکولز و شوارتز<sup>۱</sup>، ۱۳۸۹). پژوهش‌هایی نیز از این گفته‌ها حمایت می‌کند و نشان می‌دهد وجود بیماری و اختلال روانی در یکی از زوجین خطر تحلیل‌رفتگی روانی را در زوج دیگر افزایش می‌دهد (لوکوویتز و همکاران<sup>۲</sup>، ۲۰۰۰؛ ریز و همکاران<sup>۳</sup>، ۲۰۰۱؛ زوننيسکی و همکاران<sup>۴</sup>، ۲۰۰۹؛ اریکو و همکاران<sup>۵</sup>، ۲۰۱۱؛ کاته و همکاران<sup>۶</sup>، ۲۰۱۳). کاپلان و همکاران<sup>۷</sup> (۲۰۰۳) عنوان نموده‌اند که پیدایش بیماری در عضوی از خانواده، سیستم خانواده را تحت تأثیر قرار می‌دهد و معمولاً موجب افسردگی در اعضای خانواده و کناره‌گیری آنان از یکدیگر می‌شود (پرنده و همکاران، ۱۳۸۸). به اعتقاد مینوچین<sup>۸</sup> (۱۹۷۴)، در خانواده‌هایی که یک عضو بیمار وجود دارد، الگوهای ارتباطی خشک‌تر و نامنعطف‌تر است. به اعتقاد وی وجود بیماری و نقص در یکی از همسران، به صورتی که

1- Nicols & showartz  
3- Rees et al  
5- Eriko et al  
7- Kaplan et al

2- Levkovitz et al  
4- Zauszniewski et al  
6- Kate et al  
8- Minuchin

دیگری موظف به مراقبت از بیمار باشد، تأثیر بسیاری بر محیط خانواده می‌گذارد و اعضاء زمان عاطفی روانی کم‌تری برای اتحاد و به یگدیگر پیوستن دارند، یا اصلاً چنین زمانی ندارند (وفائی و همکاران، ۱۳۸۸).

ون وین گاردن و همکاران<sup>۱</sup> (۲۰۰۴) در مطالعه‌ای بر روی همسران افراد افسرده، به این نتیجه رسیدند که مراقبت آن‌ها از همسران افسرده‌شان اغلب پیامدهایی را به دنبال داشته است. آن‌ها اغلب دچار پریشانی روحی و روانی شده و با یک روان‌پزشک یا روان‌شناس ملاقات داشته‌اند. این پیامدهای مراقبتی و احساس پریشانی، در همسران افراد افسرده، نسبت به همسران افراد مبتلا به اسکیزوفرنی، کم‌تر اتفاق می‌افتد. استیل و همکاران<sup>۲</sup> (۲۰۱۰) در مطالعه‌ای روی مراقبان افراد مبتلا به اختلال دوقطبی نشان دادند که بالای ۴۶٪ از مراقبان، افسردگی و بالای ۳۲/۴٪ از آن‌ها، مشکلاتی در سلامت روانی خود و ارائه خدمات به بیماران را گزارش نموده‌اند. زندیدیان و همکاران<sup>۳</sup> (۲۰۱۲) نیز در مطالعه‌ای روی مراقبان افراد مبتلا به اختلال‌های خلقی و مقایسه آن‌ها با مراقبان افراد مبتلا به اسکیزوفرنی نشان داده‌اند که مراقبان افراد مبتلا به اختلال‌های خلقی، سطوح کیفیت‌زندگی پایین‌تری را نسبت به افراد گروه کنترل نشان دادند. در مقابل، مراقبان افراد مبتلا به اسکیزوفرنی در ابعاد مختلف آزمون SF-36 از مراقبان افراد مبتلا به اختلال‌های خلقی نمرات پایین‌تری را گزارش کردند.

همان‌طور که ملاحظه می‌گردد بر اساس مطالعات، همسران افراد مبتلا به اختلال‌های روانی مزمن به لحاظ سلامتی دچار مشکلات عدیده‌ای می‌شوند. بر اساس دیدگاه زیستی، روانی و اجتماعی این مسئله را می‌توان با نحوه کنارآمدن در آن‌ها ارتباط داد. در واقع افراد باتوجه به موقعیت‌ها و شرایط تنش‌زایی که به‌طور اجتناب‌ناپذیری در زندگی آن‌ها پیش می‌آید به مقابله و کنارآمدن می‌پردازند. کنارآمدن<sup>۴</sup> فرایندی است که آدمی به‌وسیله آن سعی می‌کند ناهماهنگی میان منابع موجود و مطالبات موقعیت را به‌گونه‌ای کنترل کند. ما به‌وسیله کنش متقابل با محیط با استرس‌ها کنار می‌آیم (سارافینو، به

1- Van Wijngaarden et al  
3- Zendjidjian et al

2- Steele et al  
4- Coping

گونه‌ای کنترل کند. ما به وسیله کنش متقابل با محیط با استرس‌ها کنار می‌آییم (سارافینو، ۲۰۰۲: ۱۳۸۴)؛ با توجه به مطلب فوق بدیهی است که همسران بیماران مبتلا به اختلال‌های روانی با مسایل تنش‌زای بیش‌تری مواجه می‌شوند و ممکن است فرآیند کنارآمدن در آن‌ها به خوبی صورت نگیرد یا به عبارتی راهکارهای مورد استفاده برای کاهش تنش از جانب آن‌ها کافی و مفید نباشد؛ لذا سلامت‌روان آن‌ها در معرض خطر قرار خواهد گرفت که این خود می‌تواند دلیلی بر شیوع اختلال‌های روانی در آن‌ها و همچنین کاهش سطح کیفیت زندگی آن‌ها باشد.

همچنین باید در نظر داشت که روابط متقابل زوجین معنی زندگی را برای هر دو تفسیر می‌کند (حیدری، ۱۳۸۵). به دلیل ماهیت تداوم و صمیمیت در ازدواج، هرگونه روان‌نژندی در افراد متأهل ریشه‌ای قوی در روابط زناشویی دارد. تئودور لیدز-ییل<sup>۱</sup> در ارتباط با نقایص روابط زناشویی مشاهده نمود که در خانواده‌های اسکیزوفرنیک<sup>۲</sup> همسران در اجرای نقش خود و همچنین فراهم کردن زمینه برای نقش طرف مقابل ناتوان هستند. خانواده اسکیزوفرنیک به جای این که یک نظام فرعی باشد، به یک جامعه کوچک بیمار در درون خود تبدیل می‌شود. از نظر خانواده‌درمانی ساختاری، آنچه یک خانواده بهنجار را مشخص می‌کند فقدان مشکلات نیست، بلکه یک ساختار کارآمد برای حل آن‌هاست. همه زوج‌ها باید یاد بگیرند که با یکدیگر سازگار شوند، مشکلات وقتی به وجود می‌آیند که ساختار انعطاف‌ناپذیر خانواده نمی‌تواند به قدر کافی با چالش‌های محیطی یا مربوط به بلوغ سازگار شود. ناکارآمدی خانواده ناشی از ترکیب فشار روانی و ناکامی در هماهنگی مجدد خودشان برای کنارآمدن با آن است (نیکولز و شوارتز، ۱۳۸۹).

مسائل گفته شده نشان می‌دهد که بیماری‌های مزمن و ناتوان‌کننده مانند اسکیزوفرنی و دوقطبی و افسردگی اساسی، اثرات پیچیده‌ای بر روی زندگی افراد از جمله همسران بیماران می‌گذارند. نیازهای ایجاد شده در این بیماران و همسران آن‌ها، چالش‌های و دوقطبی و افسردگی اساسی، اثرات پیچیده‌ای بر روی زندگی افراد از جمله همسران بیماران می‌گذارند. نیازهای ایجاد شده در این بیماران و همسران آن‌ها، چالش‌های خاصی

1- Theodore Lidz-Yale

2- Schizophrenia

را برای ارائه مراقبت‌های بهداشتی و نیز کنترل اثربخش بودن خدمات ارائه شده ایجاد می‌کند. اثرات ناتوان‌کننده این بیماری‌ها ارتباط میان مراقبت‌های بهداشتی و خدمات اجتماعی را در پرده ابهام قرار می‌دهد. از جمله افرادی که به‌طور مستقیم تحت تأثیر این مهم قرار می‌گیرند، همسران بیماران مذکور می‌باشند. با این وجود باید در نظر داشت که کیفیت زندگی و سلامت روان خانواده‌های بیماران روانی خصوصاً همسران با یکدیگر متفاوت است؛ به عنوان مثال یک فرد مبتلا به افسردگی اساسی در اکثر اوقات خلقی پایین و بی‌انگیزگی و هیجانات منفی بیش‌تری را تجربه می‌کند و این حالات را به خانواده خود انتقال می‌دهد. در حالی که آثار حالت‌های خلقی بیماران دوقطبی و اسکیزوفرن بر خانواده می‌تواند متفاوت باشد. لیکن لازم است مطالعات میدانی غنی جهت مقایسه کیفیت زندگی و سلامت روان همسران مبتلا به اختلال‌های مزمن روانی صورت گیرد که بر اساس آن بتوان گام‌های بعدی را در جهت بالابردن سطح کیفیت زندگی و سلامت روانی همسران این افراد؛ از جمله پیش‌گیری از بیمارشدن همسران این بیماران، حمایت‌گر بودن همسران و کمک آن‌ها به بهبود بیمارانشان، بالابردن سطح آگاهی همسران از روند درمان بیماران مذکور و سودمندی درمان‌های روان‌شناختی، کنترل شیوع بیماری‌های مذکور در خانواده‌های آنان برداشت. لیکن این پژوهش بر آن است که کیفیت زندگی و سلامت روانی همسران بیماران مبتلا به اختلال اسکیزوفرنی، دوقطبی<sup>۱</sup>، افسردگی اساسی<sup>۲</sup> و افراد بهنجار<sup>۳</sup> را با یکدیگر مقایسه نماید.

### روش پژوهش

این پژوهش یک پژوهش توصیفی و از نوع مطالعات پس‌رویدادی (علی-مقایسه‌ای) است. در این پژوهش عوامل مرتبط با رویدادهای خاص یا جنبه‌های رفتاری مورد بررسی قرار می‌گیرند.

### جامعه آماری، نمونه و روش نمونه‌گیری

جامعه آماری این پژوهش شامل ۴۰ نفر از همسران بیماران مبتلا به اختلال اسکیزوفرنی

1- Bipolar  
3- Normals

2- Major depression

بستری و سرپایی در بخش روان پزشکی بیمارستان امام حسین(ع) و بیمارستان رازی و انجمن حمایت از بیماران اسکیزوفرن «اجبا»، هم‌چنین ۴۰ نفر از همسران بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی و ۴۰ نفر از همسران بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی بستری و سرپایی بخش روان پزشکی بیمارستان امام حسین(ع) و بیمارستان رازی می‌باشند که از تاریخ ۹۱/۱۱/۰۱ تا تاریخ ۹۲/۰۴/۳۱ مراجعه کرده و با توجه به معیارهای DSM-IV-TR توسط یک متخصص روان پزشکی، تشخیص این بیماری را دریافت نموده‌اند. هم‌چنین ۴۰ نفر همسران افراد بهنجار که هیچ یک از آن‌ها معیارهای اختلال‌های روان پزشکی بر اساس DSM-IV-TR را دارا نبودند. حجم نمونه برای همسران بیماران اسکیزوفرن ۴۰ نفر، برای همسران بیماران دوقطبی ۴۰ نفر، برای همسران بیماران افسرده ۴۰ نفر و برای همسران افراد بهنجار هم ۴۰ نفر می‌باشد. جمع کل نمونه ۱۶۰ نفر می‌باشد. روش نمونه‌گیری به صورت غیر تصادفی و هدفمند می‌باشد.

### ابزارهای اندازه‌گیری

در این پژوهش به منظور گردآوری داده‌ها از پرسش‌نامه‌های زیر استفاده خواهد شد:

**الف) پرسشنامه SCL-90-R:** چک لیست نشانه‌های بیماری ۹۰ سؤالی تجدیدنظر شده (SCL-90-R؛ دروگاتیس<sup>۱</sup>، ۱۹۹۴) و فرم کوتاه شده آن، یعنی سیاهه کوتاه نشانه‌های بیماری (BSI، دروگاتیس، ۱۹۹۳)، برای سنجش سریع نوع و شدت نشانه‌های مراجع از طریق خودسنجی بسیار مناسب است. این چک لیست را نباید یک مقیاس سنجش شخصیت تلقی کرد، بلکه بیش‌تر وسیله‌ای برای سنجش سطح فعلی نشانه‌های بیماری است که طی یک فاصله زمانی یک هفته‌ای روی می‌دهند. SCL-90-R اقتباسی از چک لیست نشانه‌های بیماری هاپکینز<sup>۲</sup> (دروگاتیس، لیپمن<sup>۳</sup>، رایکلز<sup>۴</sup>، آلنهات<sup>۵</sup>، کووی<sup>۶</sup>، ۱۹۷۴) است که آن هم به نوبه خود از پرسش‌نامه اطلاعات شخصی وودورث<sup>۷</sup> (وودورث،

1- Derogatis

3- Lipman

5- Uhlenhuth

7- Wood Worth Personal Data Sheet

2- Hopkins Symptom Gheklis

4- Rickels

6- Covi

۱۹۱۸) برگرفته شده است. چنان‌که از نامش پیداست، SCL-90-R متشکل از ۹۰ عبارت توصیفی در مورد علایم بیماری است که مراجع برحسب شدت آن‌ها را (در دامنه‌ای از هیچ=۰، تا شدید=۴) درجه‌بندی می‌کند. داشتن مهارت خواندن تا سطح کلاس ششم برای پاسخ دادن به پرسش‌های این چک لیست کافی است، و زمان لازم برای اجرای آن معمولاً بین ۱۲ تا ۱۵ دقیقه است. نشانه‌ها در ۹ بعد متفاوت (مانند جسمانی‌کردن، وسواس فکری-عملی) هم‌چنین سه شاخص کلی (مانند شاخص شدت کلی) نمره‌گذاری می‌شوند. BSI فرم کوتاه SCL-90-R است که از ۵۳ ماده از ماده‌های SCL-90-R تشکیل شده است و نمره‌هایی از همان ابعاد و شاخص‌های کلی را به‌دست می‌دهد. نمره‌های به‌دست آمده از SCL-90-R بر روی صفحه نیم‌رخ که بیان‌گر ۹ بعد از نشانه‌های بیماری و سه شاخص کلی است منتقل می‌شوند. یکی از ویژگی‌های منحصر به فرد SCL-90-R این است که می‌توان نمره‌های آن را با چهار گروه هنجاری مقایسه کرد. ناتالی (۱۹۷۰)، در مطالعه‌ای بر روی ۹۴ بیمار روانی، ضرایب پایایی نمره‌های سلامت‌روانی کلی و هر یک از اختلال‌های ۹ گانه SCL-90-R را با روش بازآزمایی پس از یک هفته، محاسبه نمود که دامنه ضرایب پایایی همگی آن‌ها از ۰/۷۸ تا ۰/۹۰ گزارش گردیده است (مهرابی‌زاده هنرمند، ۱۳۷۹). گزارش‌ها حاکی از این است که ضرایب همسانی درونی برای ۹ بعد از نشانه‌های بیماری در مورد بیماران روانی سرپایی در دامنه حداقل ۰/۷۹ برای اندیشه‌پردازی پارانوئیدی تا بالای ۰/۹۰ برای افسردگی قرار دارد. ضرایب همسانی درونی برای «داوطلبان دارای نشانه‌های بالینی» تا اندازه‌ای کمتر است و در دامنه حداقل ۰/۷۷ برای روان‌پریشی‌گرایی تا ۰/۹۰ برای افسردگی قرار دارد. ضرایب اعتبار بازآزمایی در فاصله زمانی یک هفته با دامنه حداقل ۰/۷۸ برای خصومت تا بالای ۰/۹۰ برای اضطراب فوبی به دست آمده است. بیشتر ضرایب بازآزمایی پیرامون ۰/۸۰ قرار دارند. چنان‌که انتظار می‌رود، ضرایب اعتبار آزمون طی یک فاصله زمانی ۱۰ هفته‌ای تا اندازه‌ای پایین بود و بین ۰/۶۸ برای بعد جسمانی‌کردن تا ۰/۸۳ برای اندیشه‌پردازی پارانوئیدی قرار داشت.



ب) پرسشنامه کیفیت زندگی SF-36: این پرسشنامه در سال ۱۹۹۲ توسط وار و شربورن ساخته شد. برای افراد ۱۴ سال به بالا در کادر بالینی، ارزیابی سیاست‌های بهداشتی و به‌طور کلی ارزیابی حالت سلامت جسمانی و روانی مناسب است (به نقل از منتظری و همکاران، ۱۳۸۴). این پرسشنامه ابزار مناسبی برای ادراک افراد از سلامتی خود است که توسط سازمان بین‌المللی بررسی کیفیت زندگی تهیه شده و شامل ۳۶ سوال در دو حیطه اصلی جسمی و روانی است. مفاهیمی که در این پرسشنامه سنجیده می‌شوند، اختصاص به گروه، سن یا بیماری خاصی ندارد و هدف از به‌کارگیری آن ارزیابی سلامت از دو حیطه جسمانی و روانی است که از ترکیب نمرات هشت‌گانه به دست می‌آید. این پرسشنامه ۸ بعد مختلف کیفیت زندگی را مورد ارزیابی قرار می‌دهد که عبارتند از: سلامت عمومی، عملکرد جسمانی، محدودیت ایفای نقش به دلایل جسمانی، محدودیت ایفای نقش به دلایل عاطفی، درد جسمی، عملکرد اجتماعی، خستگی یا نشاط و سلامت روانی (به نقل از کتیباپی و همکاران، ۱۳۸۹). پژوهش‌ها در مورد کیفیت زندگی نشان می‌دهد که این پرسشنامه از اعتبار و پایایی بالایی برخوردار است. برازییر<sup>۱</sup> در پژوهشی ضریب اعتبار آن را در همه ابعاد به غیر از عملکرد اجتماعی ۰/۷۵ به بالا به دست آورد. همچنین مک هورنی<sup>۲</sup> روایی پرسشنامه مذکور را از ۰/۷ به بالا گزارش کرده است (به نقل از کتیباپی و همکاران، ۱۳۸۹). در ایران منتظری و همکاران (۱۳۸۴) اعتبار و پایایی این پرسشنامه را روی ۴۱۶۳ نفر در رده سنی ۱۵ سال به بالا ارزیابی کردند که روایی هم‌گرایی همبستگی هر سوال با کل آزمون بین ۰/۵۸ تا ۰/۹۵ بود. ضریب پایایی همه زیرمقیاس‌ها غیر از نشاط ۰/۶۵ در محدوده ۰/۷۷ تا ۰/۹۰ قابل قبول بود (منتظری و همکاران، ۱۳۸۴).

### شیوه جمع‌آوری اطلاعات

در راستای این پژوهش، ابتدا نمونه‌ها به‌صورت غیرتصادفی و هدفمند از بین همسران بیماران مراجعه‌کننده به بخش روان‌پزشکی بیمارستان امام حسین و بیمارستان روان‌پزشکی

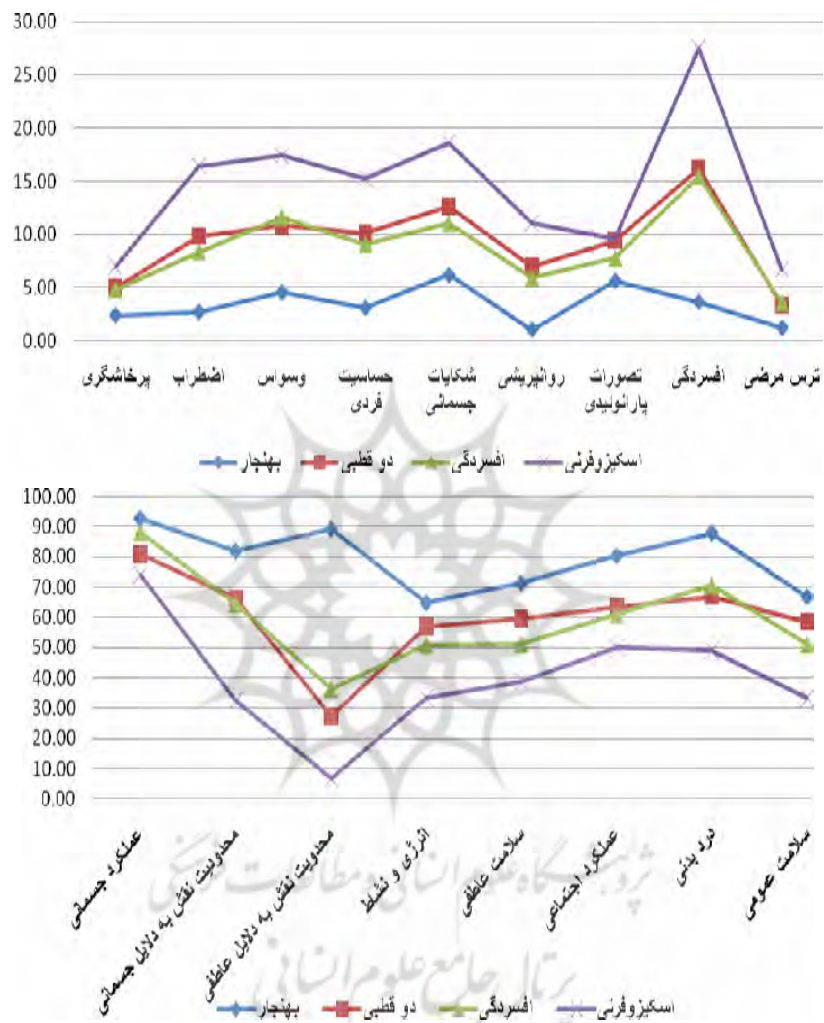
1- Baraziyr

2- Mac Hornee

راز و انجمن حمایت از بیماران اسکیزوفرن (احبا)، بر اساس تشخیص روان‌پزشک طبق ملاک‌های تشخیصی DSM-IV-TR انتخاب شدند. سپس پرسش‌نامه SF-36 و SCL-90-R بر روی همسران بیماران مبتلا به اختلال اسکیزوفرنی، دوقطبی، افسرده اساسی و همسران افراد بهنجار که از همراهان بیماران مذکور یا نمونه شهر تهران انتخاب شده بودند، اجرا شد. در مرحله بعد اطلاعات کمی به‌دست آمده از پرسش‌نامه‌ها ثبت آماری گردید و در نهایت آن‌ها را با آماره مناسب مورد تجزیه و تحلیل قرار دادیم. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون «کروسکال والیس» برای مقایسه متغیرهای وابسته در سطح متغیرهای مستقل و از آزمون «یو من ویتنی» (در غالب روش تعقیبی) به‌منظور مقایسه دو به دو گروه‌ها خواهیم پرداخت.

#### یافته‌ها

در این مطالعه تعداد کل آزمودنی‌ها ۱۶۰ نفر بوده که مردان ۴۸/۱ درصد و زنان ۵۱/۹ درصد آن را تشکیل می‌دهند. به‌طور کلی میانگین سنی در کلیه گروه‌ها از دامنه ۲۵ سال تا ۵۰ سال متغیر است. میانگین سنی همسران گروهی که اسکیزوفرن هستند از سایر گروه‌ها بیش‌تر است. پس از آن بیش‌ترین میانگین به ترتیب مربوط به گروه افسرده، بهنجار و دوقطبی است. در دو نموداری که در زیر آمده است نیم‌رخ سلامت‌روانی و کیفیت زندگی همسران به تفکیک گروه‌های بهنجار، دوقطبی، افسردگی و اسکیزوفرنی مشخص شده است.



با توجه به طرح تحقیق روش مورد استفاده تحلیل واریانس چند متغیری بود. لیکن در ابتدا پیش فرض‌هایی که برای تحلیل واریانس چندمتغیره نیاز داریم در شش گام اصلی از جمله حجم نمونه؛ روابط چند هم‌خطی و تک‌خطی متغیرها؛ کجی، کشیدگی و آزمون نرمالیت؛ داده‌های پرت؛ یکسانی ماتریس واریانس-کوواریانس و همگنی واریانس‌ها

به‌طور موشکافانه بررسی شدند. بررسی فایل داده‌ها برای انجام تحلیل واریانس نشان داد که اکثر پیش‌فرض‌ها برقرار نمی‌باشد. اولاً روابط چند هم‌خطی بین متغیرها وجود داشت. به‌علاوه داده‌های پرت غیرقابل تغییر وجود دارد. همچنین شرط همگنی واریانس‌ها و یکسانی ماتریس‌های واریانس و کوواریانس برقرار نبود. از همه مهم‌تر داده‌ها دارای کجی و کشیدگی بوده و از فرض نرمالیتت تخلفی نموده‌اند (حتی پس از تبدیل داده‌ها). به‌ویژه مورد اخیر به‌طور کلی استفاده از آزمون‌های پارامتریک را مختل می‌سازد. در واقع شرایط انجام هیچ‌گونه تحلیل پارامتریکی بر روی داده‌های این پژوهش برقرار نبود. لذا از تحلیل‌های ناپارامتریک یعنی آزمون «کروسکال والیس» برای مقایسه‌ی متغیرهای وابسته و آزمون «یو من ویتنی» (در غالب روش تعقیبی) جهت مقایسه دوه‌دو گروه‌ها استفاده گردید. در جداول زیر مقایسه کیفیت‌زندگی در همسران افراد بهنجار، دوقطبی، افسردگی اساسی و اسکیزوفرن آمده است. همان‌طور که در این جدول ملاحظه می‌گردد بین همسران افراد بهنجار، دوقطبی، افسرده اساسی و اسکیزوفرن به لحاظ تمامی مؤلفه‌های کیفیت زندگی تفاوت معنادار وجود دارد.

جدول (۱) آزمون کروسکال والیس به منظور مقایسه مؤلفه‌های کیفیت‌زندگی در همسران افراد بهنجار، دوقطبی، افسردگی و اسکیزوفرنی

| بهنجار | دوقطبی | افسردگی | اسکیزوفرنی | خی     | دو    | سطح‌معناداری                |
|--------|--------|---------|------------|--------|-------|-----------------------------|
| ۱۰۵،۶۹ | ۷۶،۴۱  | ۸۴،۷۵   | ۵۵،۱۵      | ۲۵،۱۷۲ | ۰،۰۰۰ | عملکرد جسمانی               |
| ۱۰۳،۷۱ | ۸۴،۰۶  | ۸۳،۱۸   | ۵۱،۰۵      | ۲۹،۸۰۶ | ۰،۰۰۰ | محدودیت نقش به‌دلایل جسمانی |
| ۱۲۷،۲۹ | ۶۸،۱۴  | ۷۹،۲۸   | ۴۷،۳۰      | ۷۵،۷۶۳ | ۰،۰۰۰ | محدودیت نقش به‌دلایل عاطفی  |
| ۱۱۵،۵۴ | ۹۲،۵۸  | ۷۷،۴۲   | ۳۶،۴۶      | ۶۲،۴۴۹ | ۰،۰۰۰ | انرژی و نشاط                |
| ۱۱۸،۴۸ | ۹۱،۳۲  | ۶۹،۳۲   | ۴۲،۳۹      | ۵۹،۰۳۵ | ۰،۰۰۰ | سلامت عاطفی                 |
| ۱۱۵،۸۸ | ۷۸،۵۹  | ۷۳،۲۲   | ۵۴،۳۱      | ۳۸،۴۳۳ | ۰،۰۰۰ | عملکرد اجتماعی              |
| ۱۱۶،۲۴ | ۷۸،۰۴  | ۸۰،۹۹   | ۴۶،۷۴      | ۴۶،۰۹۴ | ۰،۰۰۰ | درد بدنی                    |
| ۱۱۱،۸۹ | ۹۳،۳۹  | ۷۶،۳۸   | ۴۰،۳۵      | ۵۲،۱۱۹ | ۰،۰۰۰ | سلامت عمومی                 |

جهت بررسی دو به دو مؤلفه‌های کیفیت زندگی همسران افراد بهنجار، دوقطبی، افسرده اساسی و اسکیزوفرنی از تحلیل یو من ویتنی استفاده شد. نتایج این تحلیل نشان داد که بین تمامی مؤلفه‌های کیفیت زندگی در همسران افراد عادی با بیماران دوقطبی، افسرده و اسکیزوفرنی تفاوت وجود دارد. به طوری که تمامی مؤلفه‌های کیفیت زندگی در همسران افراد عادی از افراد دوقطبی، افسرده و اسکیزوفرنی بیش تر است. بین همسران افراد دوقطبی و افسرده نیز تنها از لحاظ سلامت عاطفی تفاوت وجود دارد. به طوری که سلامت عاطفی در افراد دوقطبی بالاتر از افراد افسرده است. بین همسران افراد دوقطبی و اسکیزوفرنی نیز تنها از لحاظ عملکرد جسمانی تفاوت معنادار وجود ندارد. لذا در سایر مؤلفه‌های کیفیت زندگی همسران افراد مبتلا به دوقطبی، میانگین به طور معناداری بیش تر از اسکیزوفرن‌هاست. همچنین بین تمامی مؤلفه‌های کیفیت زندگی در همسران افراد افسرده با اسکیزوفرن تفاوت معنادار وجود دارد به طوری که میانگین نمره‌های کیفیت زندگی همسران افسرده‌ها بیش تر از افراد مبتلا به اسکیزوفرنی است. در ادامه نتایج مقایسه مؤلفه‌های سلامت روان در گروه‌ها به تفکیک ملاحظه می‌شود. در جدول نخست ملاحظه می‌گردد که بین همسران افراد بهنجار، دوقطبی، افسرده اساسی و اسکیزوفرنی به لحاظ تمامی مؤلفه‌های سلامت روان تفاوت معنادار وجود دارد.

جدول (۲) آزمون کروسکال والیس به منظور مقایسه مؤلفه‌های سلامت روان در همسران افراد بهنجار، دوقطبی، افسردگی و اسکیزوفرنی

| بهنجار            | دوقطبی | افسردگی | اسکیزوفرنی | خی دو  | سطح معناداری |
|-------------------|--------|---------|------------|--------|--------------|
| پرخاشگری          | ۴۵،۵۵  | ۸۵،۵۵   | ۸۷،۹۶      | ۱۰۲،۹۴ | ۰،۰۰۰        |
| اضطراب            | ۳۶،۴۲  | ۸۲،۸۵   | ۸۱،۶۰      | ۱۲۱،۱۲ | ۰،۰۰۰        |
| وسواس             | ۳۹،۴۲  | ۸۲،۲۹   | ۸۸،۱۰      | ۱۱۲،۱۹ | ۰،۰۰۰        |
| حساسیت فردی       | ۳۶،۱۰  | ۸۵،۸۱   | ۸۳،۱۱      | ۱۱۶،۹۸ | ۰،۰۰۰        |
| شکایات جسمانی     | ۴۶،۳۲  | ۸۲،۷۴   | ۷۷،۷۱      | ۱۱۵،۲۲ | ۰،۰۰۰        |
| روانپریشی         | ۳۰،۴۸  | ۸۶،۵۸   | ۸۵،۲۶      | ۱۱۹،۶۹ | ۰،۰۰۰        |
| تصورات پارانوئیدی | ۵۴،۹۰  | ۸۹،۷۲   | ۸۱،۲۲      | ۹۶،۱۵  | ۰،۰۰۰        |
| افسردگی           | ۳۱،۱۱  | ۸۳،۹۲   | ۸۲،۸۴      | ۱۲۴،۱۲ | ۰،۰۰۰        |
| ترس مرضی          | ۴۴،۳۸  | ۷۹،۴۰   | ۸۲،۷۵      | ۱۱۵،۴۸ | ۰،۰۰۰        |

جهت بررسی دو به دو مؤلفه‌های سلامت‌روان همسران افراد بهنجار، دوقطبی، افسردگی و اسکیزوفرنی از تحلیل یو من ویتنی استفاده شد. نتایج این آزمون حاکی از آن بود که بین تمامی مؤلفه‌های سلامت‌روان در همسران افراد عادی با همسران بیماران دوقطبی، افسرده و اسکیزوفرنی تفاوت وجود دارد. در واقع تمامی مؤلفه‌های سلامت‌روان که به صورت اختلال می‌باشند، در همسران افراد عادی از همسران افراد دوقطبی، افسرده و اسکیزوفرن کم‌تر است. بین همسران افراد دوقطبی و افسرده نیز از لحاظ هیچ یک از مؤلفه‌های سلامت‌روان تفاوت وجود ندارد. به طوری که تصورات پارائوتیدی در همسران افراد دوقطبی بالاتر از همسران افراد افسرده است. بین همسران افراد دوقطبی و اسکیزوفرن نیز تنها از لحاظ پرخاشگری و افسردگی تفاوت معنادار وجود ندارد. سایر مؤلفه‌ها در همسران افراد دوقطبی پایین‌تر از همسران اسکیزوفرنی‌هاست. بین همسران افراد افسرده و اسکیزوفرن نیز فقط از لحاظ مؤلفه پرخاشگری و افسردگی تفاوت معنادار وجود ندارد، و تمامی مؤلفه‌های دیگر در همسران افراد اسکیزوفرن بالاتر از همسران افراد بهنجار است.

### بحث و نتیجه‌گیری

همان‌طور که ملاحظه گردید نتایج نشان داد که تمامی مؤلفه‌های کیفیت‌زندگی در همسران افراد عادی از بقیه همسران بالاتر است. سلامت عاطفی در همسران افراد دوقطبی بالاتر از همسران افراد افسرده است. بین همسران افراد دوقطبی و اسکیزوفرن از لحاظ عملکرد جسمانی تفاوت معناداری وجود ندارد. لذا در سایر مؤلفه‌های کیفیت زندگی در همسران افراد مبتلا به دوقطبی، میانگین به‌طور معناداری بیش‌تر از همسران اسکیزوفرن‌ها است. همچنین بین تمامی مؤلفه‌های کیفیت‌زندگی در همسران افراد افسرده با اسکیزوفرن تفاوت معناداری وجود دارد. به‌طوری که میانگین نمره‌های کیفیت‌زندگی همسران افسرده بیش‌تر از افراد اسکیزوفرن است. این نتایج با یافته‌های صفوی و همکاران (۱۳۸۸)، پرنده و همکاران (۱۳۸۵)، کاته و همکاران (۲۰۱۳)، زندیدیان و همکاران (۲۰۱۲)، زوزنیسکی و همکاران (۲۰۰۹)، ریز و همکاران (۲۰۰۱)،

اریکو و همکاران (۲۰۱۱)، کینگ و هیندوس (۱۹۹۸) به نقل از پرنده و همکاران (۱۳۸۵)، فلچمن و کلوب (۲۰۰۵) هم‌خوان است. تمامی این مطالعات به خوبی نشان می‌دهند که بین کیفیت زندگی همسران افراد اسکیزوفرن، دوقطبی، افسرده اساسی و افراد بهنجار تفاوت معنی‌داری وجود دارد. بیش‌تر مطالعات تأثیر بیماری‌های روانی مزمن را روی همسر (مراقب) ارزیابی می‌کنند. به‌طور کلی، به‌نظر می‌رسد که بار مسئولیت، از کیفیت زندگی مراقب می‌کاهد (ریز و همکاران، ۲۰۰۱). مشخص است که بیماری بر کیفیت زندگی تأثیر می‌گذارد. از طرفی مسأله کیفیت زندگی با موضوعاتی مانند درک از خود، روابط خانوادگی، اثرات تنش و سازگاری، برخورداری از سلامت جسمی و روانی ارتباط دارد (گلوژمن، ۲۰۰۴). دلایل این تفاوت را می‌توان با استفاده از ماهیت مفهوم کیفیت زندگی تبیین نمود. کینگ و هیندس (۱۹۹۸) کیفیت زندگی را به معنای چگونگی زندگی می‌دانند که دربرگیرنده تفاوت‌های انحصاری افراد بوده و از دیگر افراد متمایز است. این مفهوم چند بعدی و پویا، عملکرد جسمی - روانی و اجتماعی فرد را در بر می‌گیرد. عملکرد خانواده یکی از شاخص‌های مهم تضمین‌کننده کیفیت زندگی و سلامت روانی خانواده و اعضای آن است. همچنین رابطه منفی آنان به‌عنوان یکی از مهم‌ترین عوامل ایجادکننده و نگهدارنده اختلال‌های روحی و هیجانی افراد مطرح می‌شود (فتاح‌زاده، ۱۳۸۸؛ به نقل از قمری، ۱۳۹۰).

از دیگر دلایل این تفاوت را می‌توان این‌گونه توجیه نمود که در خانواده فرد مبتلا به اختلال روانی تغییراتی روی می‌دهد که سبب می‌شوند سایر افراد خانواده از جمله همسران آن‌ها، نتوانند به حداکثر توانایی‌های خود در سلامت عمومی و عملکرد جسمانی و اجتماعی، ایفای نقش و غیره بپردازند. در واقع مشکلات وقتی به‌وجود می‌آیند که ساختار انعطاف‌ناپذیر خانواده نمی‌تواند به‌قدر کافی با چالش‌های محیطی یا مربوط به فرد بیمار سازگار شود. ممکن است ناکامی همسران افراد مذکور، در برآمدن از پس یک دشواری ناشی از خللهایی در ساختار خانواده و یا صرفاً به‌خاطر ناتوانی‌شان برای سازگاری با موقعیت‌های متغیر باشد (نیکولز و شوارتز، ترجمه دهقانی و همکاران، ۱۳۸۹). مراقبت از بیمار، انرژی همسر را تحلیل می‌برد و موجب یأس و استیصال، درماندگی و

فرسایش و بروز یا تشدید اختلال‌های روان‌تنی می‌شود. بروز هیجانات منفی نظیر احساس گناه، خشم، یأس و ناامیدی به‌دنبال ابتلای عضو بیمار، فرایند ایفای نقش را در همسران آن‌ها با مشکل مواجه می‌نماید. بنابراین فراهم آوردن آموزش و اطلاعات لازم در مورد چگونگی شکل بخشیدن مجدد به روابط اجتماعی می‌تواند آنان را در پذیرش نقش‌های جدید وابسته به حضور بیمار در خانواده یاری نماید.

نتایج دیگر این مطالعه نشان داد که تمامی مؤلفه‌های سلامت‌روانی که به صورت اختلال می‌باشند، در همسران افراد بهنجار از همسران افراد دوقطبی، افسرده و اسکیزوفرن، کمتر است. بین همسران افراد دوقطبی و افسرده نیز از لحاظ هیچ یک از مؤلفه‌های سلامت روانی تفاوت وجود ندارد؛ اما تصورات پارانوئیدی در همسران افراد دوقطبی بالاتر از همسران افراد افسرده است. بین همسران افراد دوقطبی و اسکیزوفرن نیز فقط از لحاظ پرخاشگری و افسردگی تفاوت معنی‌داری وجود ندارد، و سایر مؤلفه‌ها در همسران افراد دوقطبی پایین‌تر از همسران اسکیزوفرنی است. بین همسران افراد افسرده و اسکیزوفرن نیز فقط از لحاظ مؤلفه پرخاشگری تفاوت معنی‌داری وجود ندارد، و تمامی مؤلفه‌های دیگر در همسران افراد اسکیزوفرن بالاتر از همسران افراد بهنجار است. این نتایج با یافته‌های نوری‌خواجوی و همکاران (۱۳۸۷)، ملکوتی و همکاران (۱۳۷۶) به نقل از نوری‌خواجوی، انیسی (۱۳۷۷) به نقل از پرنده و همکاران، ون وین گاردن و همکاران (۲۰۰۴)، اشمید، هوتل، گودریگ و اسپیسل (۲۰۰۷) و رایترز و همکاران (۲۰۰۶) و ماکلیانو، فیوریلو، دروزا، مالان گون و می (۲۰۰۵) به نقل از نوری‌خواجوی هم‌خوان است.

در توجیه این تفاوت‌ها می‌توان گفت که بیش‌تر بیماری‌های انسان با استرس ارتباط دارند و هر چه استرس شدیدتر و بلندمدت‌تر باشد، عوارض منفی روان‌شناختی و فیزیولوژیکی بیش‌تری دارد. رویارویی با رفتارهای غریب یا شاهد گفتار نامربوط یک فرد مبتلا به اسکیزوفرنیا بودن برای همسر او استرس بزرگی است و درد و رنج زیادی را برای او به دنبال دارد و احتمال دارد تحت تأثیر رفتارهای بیمار منزوی شوند. هنگامی که



همسران اطلاعات جزئی یا هیچ اطلاعاتی از بیماری روانی ندارند یا بر این باورند که آن‌ها نیز ممکن است دچار بیماری روانی شوند، فشارهای وارد بر آن‌ها دوچندان می‌شود. همچنین برخی 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 مراقب، میزان رنج روانی مراقب و کشمکش‌های اعضای خانواده و فشار ناشی از داغ ننگ بیماری روانی بر مراقب است. این امر می‌تواند ناشی از کمبود حمایت‌های اجتماعی مانند خدمات سرپایی، توان‌بخشی و بستری‌های کوتاه‌مدت یا درازمدت، نگهداری دایمی بیمار و جنسیت مراقب، هم چنین تأثیر بیمار روانی بر درآمد خانواده باشد.

به‌طور کلی بر اساس نتایج این پژوهش می‌توان اذعان داشت که عملکرد اعضای خانواده بسیار حائز اهمیت بوده و چنان‌چه عضو دچار مشکلات روانی گردد با توجه به نوع و شدت آن سایر اعضا، به‌ویژه همسر را با اختلال‌های عمده‌ای روبه‌رو می‌سازد. با توجه به نقش پررنگ صدا و سیما در زمینه آموزش‌های عمومی پیشنهاد می‌شود ساعاتی را در زمینه معرفی بیماری‌های فوق و آموزش خانواده‌های این بیماران خصوصاً همسران اختصاص دهد. فراهم آوردن آموزش و اطلاعات لازم در مورد چگونگی شکل بخشیدن مجدد روابط اجتماعی آنان و پذیرش نقش‌های جدید وابسته به حضور بیمار در خانواده و شیوه‌های کنارآمدن ضروری است. کمک به پیش‌گیری از بیمارشدن همسران این بیماران، حمایت‌گر بودن همسران و کمک آن‌ها به بهبود بیمارانشان، بالابردن سطح آگاهی همسران از روند درمان بیماران مذکور و کمک آن‌ها به سودمندی درمان‌های روان‌شناختی و کنترل شیوع بیماری‌های مذکور در خانواده‌های آنان نیز بر اساس این پژوهش بسیار حائز اهمیت است. پیشنهاد می‌شود از روش‌ها و برنامه‌های آموزشی کنترل استرس و جلسات روان‌درمانی فردی و گروه‌درمانی و مقابله با استرس و داغ یا ننگ بیماری و روش‌های خود مراقبتی برای همسران این بیماران استفاده شود.

تاریخ دریافت نسخه اولیه مقاله: ۱۳۹۲/۱۰/۱۴

تاریخ دریافت نسخه نهایی مقاله: ۱۳۹۳/۰۱/۱۸

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۳/۰۴/۲۰

## منابع

## References

- پرنده، اکرم؛ حاجی امینی، زهرا و مالکی، اکرم (۱۳۸۵). تأثیر آموزش آرام‌سازی پیش‌رونده عضلانی بر کیفیت زندگی همسران جانبازان مبتلا به PTSD، *مجله علوم رفتاری*، ۳، ۴، ۳۱۱-۳۱۶.
- حیدری، مصطفی (۱۳۸۵). *بررسی مقایسه‌ای میزان همسرآزاری در مردان مبتلا به اسکیزوفرنیا و اختلال دوقطبی و افراد سالم*، پایان‌نامه دکترای تخصصی روان‌پزشکی، انیستیتو روان‌پزشکی تهران.
- سارافینو، ادوارد (۱۳۸۴). *روان‌شناسی سلامت*، ترجمه گروه مترجمان زیر نظر دکتر الهه میرزایی، تهران: رشد (تاریخ انتشار اثر به زبان اصلی ۲۰۰۲).
- صفوی، محبوبه؛ محمودی، محمود و اکبرنتاج بیشه، کلثوم (۱۳۸۸). بررسی کیفیت‌زندگی و ارتباط آن با برخی ویژگی‌های فردی در همسران جانبازان شیمیایی مبتلا به عوارض ربوی گاز خردل، *ماهنامه علمی- پژوهشی دانشور پزشکی دانشگاه شاهد*، سال ۱۶، شماره ۸۰، ۱-۱۱.
- قمری، محمد و خوشنام، امیرحسین (۱۳۹۰). بررسی رابطه عملکرد خانواده اصلی و کیفیت‌زندگی در بین دانشجویان، *فصل‌نامه خانواده‌پژوهی*، ۷، ۲۷، ۳۴۳-۳۵۴.
- کاظمی حقیقی، ناصرالدین (۱۳۷۷). *ازدواج پایدار و شرایط آن*، کانون فرهنگی انتشاراتی سایه‌نما.
- کتیبایی، ژیلا؛ حمیدی، هوشنگ؛ یاریان، سجاد؛ قنبری، سعید و سیدموسوی، پریسادات (۱۳۸۹). مقایسه کیفیت‌زندگی، تنیدگی و سلامت‌روان در معنادران و غیرمعنادران مبتلا به ایدز و افراد سالم، *مجله علوم رفتاری*، ۴ و ۲، ۱۳۹-۱۳۵.
- مهرابی‌زاده هنرمند، مهناز؛ نجاریان، بهمن و بحرینی، شهناز (۱۳۷۹). رابطه شیوه‌های فرزندپروری با سلامت روانی و هماهنگی مؤلفه‌های خودپنداشت، *مجله روان‌شناسی*، ۴، ۱، ۸۳-۹۷.
- منتظری، علی؛ گشتاسبی، آریتا و وحدانی‌نیا، مریم‌سادات (۱۳۸۴). *تعیین پایایی و روایی گونه فارسی پرسش‌نامه SF-36*، تهران: پایش.
- نیکولز، مایکل پی. و شوارتز، ریچارد سی. (۱۳۸۹). *خانواده‌درمانی*، ترجمه محسن دهقانی و آناهیتا گنجوی و فرزانه نجاریان و سمانه رسولی و علی‌زاده محمدی و کارینه طهماسیان، تهران: دانژه.

وفائی، طیبه؛ خسروی، صدراله؛ و معین، لادن (۱۳۸۸). مقایسه الگوهای ارتباطی همسران جانباز با همسران افراد عادی، *مجله علمی پژوهشی طب جانباز*، ۲، ۵، ۲۰-۲۶.

نوری خواجوی، مرتضی؛ اردشیرزاده، منصوره؛ دولتشاهی، بهروز و افقه، سوسن (۱۳۸۷). مقایسه فشار روانی در مراقبان بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیای مزمن و مراقبان بیماران دوقطبی مزمن، *مجله روان پزشکی و روان شناسی بالینی ایران*، ۱۴، ۱، ۸۰-۸۴.

Bagels, M., Brechman-Toussaint, M. (2006). Family Issues in Child Anxiety: Attachment, Family Functioning, Parental Rearing and Beliefs, *Clinical Psychology Review*, 26, 7, 834-856.

Berge, J., Wall, M., Larson, N., Loth, K.A., Neumark, S. (2013). Family Functioning: Associations with Weight Status, Eating Behaviors, and Physical Activity in Adolescents, *Journal of Adolescent Health*, 52, 3, 351-357.

Eriko, M; Iwasaki, M; Ikue, S. (2011). Subjective Experiences of Husbands of Spouses with Schizophrenia: An Analysis of the Husbands Description of their Experience, *Archives of Psychiatric Nursing*, 25.5.366-375.

Fleishman, H; Klupp, A. (2005). Quality of Life in Relatives of Mentally Ill People, *Psychiatric Praxis*,

Forozandeh, N. (2013). Family Functioning in the for Psychiatric Patients: Comparison of Psychotic and Non Psychotic Families, *European Psychiatry*, 28, 1, 1-20.

Glozman, JM. (2004). Quality of Life of Caregivers, *Neuropsychology Review*, 14(4):183-196.

Kate, N; Grover, S; Kulhara, P; 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*.

Levkovitz, V; Fennig, Sh; Horesh, N; Barak, V; Treves, L. (2000). Perception of Ill Spouse and Dyadic Relationship in Couples with Affective Disorder and Those without, *Journal of Affective Disorders*. 58.3. 237-240.

- McDonald, R., Jouriles, E.n., Tart, C.D., Minze, L.C. (2009). Children's Adjustment Problems in Families Characterized by Men's Severe Violence toward Women: Does Other Family Violence Matter? *Child Abuse & Neglect*, 33, 2, 94-101
- Rees, J; Boyle, Ci; MacDonagh, Ru. (2001). Quality of Life: Impact of Chronic Illness on the Partner, *Journal of the Royal Society of Medicine*, 94.563-566.
- Sim Doh, H., Shin, N., Kim, M., Sung Hong, J., Choi, M., Kim, M. (2012). Influence of Marital Conflict on Young Children's Aggressive Behavior in South Korea: The Mediating Role of Child Maltreatment, *Children and Youth Services Review*, 34, 9, 1742-1748.
- Steele, A; Maruyama, N; Galynker, I. (2010). Psychiatric Symptoms in Caregivers of Patients with Bipolar Disorder: A Review, *Journal of Affective Disorders*, 121.1- 2.10-21.
- Steinhausen, H. C., Aster, S., Gobel, D. (1998). Family Composition and Child Psychiatric Disorders, *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 26, 2, 242-247
- Sternberg, K. G., Lamb, M. E., Guterman, E., Abbott, C. B. (2006). Effects of Early and Later Family Violence on Children's Behavior Problems and Depression: A Longitudinal, Multi-informant Perspective, *Child Abuse & Neglect*, 30, 3, 283-306.
- Turner, H.A., Finkelhor, D., Hamby, S.L. Shattuck, A. (2013). Family Structure, Victimization, and Child Mental Health in a Nationally Representative Sample, *Social Science & Medicine*, 87, 39-51.
- Van Wijngaarden, B; Schene, A; Koeter, M. (2004). Family Caregiving in Depression: Impact on Caregivers Daily Life, Distress, and Help Seeking, *Journal of Affective Disorders*. 81.3. 211- 222.
- Young, M.E., Galvan, T., Reidy, B.L., Pescosolido, M.F., Kim, K.L., Seymour, L., Dickstein, P. (2013). Family Functioning Deficits in Bipolar Disorder and ADHD in Youth, *Journal of Affective Disorders*, 150, 3, Pages 1096-1102.
- Zauszniewski, JA; Bekhet, AK; Suresky, MJ. (2009). Effects on Resilience of Women Family Caregivers of Adults with Serious Mental Illness: The

Role of Positive Cognitions, *Archives of Psychiatric Nursing*, 23.6. 412-422.

Zendjidjian, xa; Richieri, R; Adida, M; Limousin, S; Gaubert, N; Parola, N; Lancon, Ch; Boyer, L. (2012). Quality of Life among Caregivers of Individuals with Affective Disorders, *Journal of Affective Disorders*, 136.3.660-66.

