

## بررسی نیازهای آموزش روانی خانواده بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی یک

مجید برکتین<sup>۱</sup>، عباس عطاری<sup>۲</sup>، فریبا نوری<sup>۳</sup>، مهین امین الرعایا<sup>۴</sup>

### مقاله پژوهشی

### چکیده

**زمینه و هدف:** خانواده بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی یک، فشارهای زیادی را متحمل می‌نمایند. ارزیابی نیازهای آموزش روانی مراقبان این بیماران، یکی از پیش‌نیازهای اساسی در بهداشت روان آنها است. هدف از انجام مطالعه حاضر، توصیف نیازهای آموزشی خانواده بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی بود.

**مواد و روش‌ها:** پژوهش حاضر، از نوع کیفی و روش آن پدیدارشناسی بود. در این مطالعه منابع اطلاعات، اعضای مراقبت‌کننده از بیمار مبتلا به اختلال دوقطبی نوع یک بودند که نمونه‌گیری از آنها به صورت مبتنی بر هدف صورت گرفت و نمونه‌گیری تا رسیدن به مرحله اشباع ادامه یافت. در نهایت، ۲۰ نفر مورد بررسی قرار گرفتند. روش جمع‌آوری اطلاعات با استفاده از تکنیک‌های مصاحبه و بحث گروهی بود و به روش هفت مرحله‌ای Colaizzi مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

**یافته‌ها:** یافته‌های حاصل از مصاحبه‌ها در کدبندی آخرین سطح به ۷ مفهوم اصلی با عناوین شناخت بیماری، نحوه مقابله با مشکلات رفتاری ناشی از علائم بیماری، همکاری درمانی، پذیرش بیمار از جانب خانواده، نیاز به خدمات مشاوره، نیاز به آموزش‌های درمانی و نقش‌پذیری اجتماعی، تقسیم شد.

**نتیجه‌گیری:** نتایج این مطالعه نشان داد که خانواده و مراقبان بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی یک، نیازمند آموزش اختصاصی روانی-اجتماعی در حوزه‌های مشخص می‌باشند. پیشنهاد می‌گردد که مطالعات بعدی به روش مداخله‌ای در این حوزه انجام شود.

**واژه‌های کلیدی:** اختلال دوقطبی یک، آموزش روانی، خانواده، نیازسنجی

**ارجاع:** برکتین مجید، عطاری عباس، نوری فریبا، امین الرعایا مهین. بررسی نیازهای آموزش روانی خانواده بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی یک. مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۳۹۴؛ ۱۴ (۱): ۲۹-۳۳.

پذیرش مقاله: ۱۳۹۴/۱۲/۲۷

دریافت مقاله: ۱۳۹۴/۱۰/۱۶

بهبودی، فشارهای زیادی را متحمل شده، کیفیت زندگی آنان افت می‌نماید و در مواردی افسردگی و اضطراب در آنان ایجاد می‌شود (۹).

واضح است که نقش عمده و اصلی مراقبت از بیماران روان‌پزشکی، به خصوص پس از ترخیص از بیمارستان، بر عهده خانواده بیماران می‌باشد (۱۰). از آن جا که یکی از اهداف سازمان بهداشت جهانی در ارتقای سلامت روان و درمان بیماری‌های روانی تا سال ۲۰۱۶، کاهش طول مدت بستری در بیمارستان و گسترش سرویس‌های اجتماعی است، در این راستا به نقش خانواده در مراقبت از اختلالات روانی توجه زیادی شده است و برای این منظور آموزش‌های سیستماتیک برای خانواده‌ها در امر مراقبت از بیماران روانی شدید، مورد تأکید قرار گرفته است (۱۱). خانواده بیمار روانی که از بیمار خود مراقبت می‌کنند، دارای نیازهای متعددی می‌باشند که با شناسایی این نیازها و اولویت‌بندی آنها می‌توان با برنامه‌ریزی مناسب و دادن آموزش‌های لازم در تأمین و رفع نیازها به خانواده کمک نمود. بنابراین، با توجه به این که نیازسنجی به عنوان یکی از مؤلفه‌های اساسی و ضروری فرایند برنامه‌ریزی، افزایش رضایتمندی از

### مقدمه

اختلال دوقطبی، از اختلالات شایع روان‌پزشکی می‌باشد. هر چند در مواردی ممکن است که بیمار فقط یک دوره بیماری را تجربه کند، اما در موارد زیادی عودهای مکرر دیده می‌شود (۱). اختلال دوقطبی بیماری مزمن، همراه با حملات حاد شیدایی و افسردگی است (۳، ۲). برآورد دقیق میزان بروز سالیانه بیماری دوقطبی دشوار است و میزان شیوع طول عمر اختلال دوقطبی I در حدود ۲/۴ درصد گزارش می‌شود (۴). به نظر می‌رسد که ۲۰ درصد از بیماران با علائم کلینیکی افسردگی، دوقطبی هستند (۵).

اختلال دوقطبی نوع یک در همه مردم جهان، از هر نژاد و طبقه اجتماعی ممکن است که دیده شود و با ناتوانی‌های متعددی همراه بوده و ششمین علت اصلی ناتوانی در جهان است (۷، ۶).

این بیماری نه تنها برای بیمار ایجاد نگرانی و استرس می‌نماید، بلکه خانواده فرد را نیز دچار نگرانی و گاه آشفتگی‌های شدید می‌کند (۸). خانواده بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی، طی دوره درمانی حاد و دوران بازتوانی و

۱- دانشیار، مرکز تحقیقات علوم رفتاری، گروه روان‌پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۲- استاد، مرکز تحقیقات علوم رفتاری، گروه روان‌پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۳- کارشناس ارشد، گروه روان‌شناسی، مرکز تحقیقات سایکوسوماتیک، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۴- کارشناس ارشد، گروه مدیریت آموزشی، مرکز تحقیقات علوم رفتاری، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

Email: aminoroia@nm.mui.ac.ir

نویسنده مسؤول: مهین امین الرعایا

ماهیت بیماری چیست؟ در چه شرایطی ایجاد می‌شود و در چه مواقعی شدت پیدا می‌کند؟ در چه شرایطی عود می‌کند؟ درمان تا چه زمانی ادامه پیدا می‌کند؟ چه محدودیت‌هایی در زندگی فردی و اجتماعی و کاری آنان ایجاد می‌کند؟ (در زمینه شغل - ازدواج). در حمایت از این مفهوم، تعدادی از نظرات اعضای مراقبان از بیمار مبتلا به اختلال دوقطبی عبارت است از:

شرکت کننده کد ۱۵ بیان داشت که در گذشته فکر می‌کردیم، پسرمان کارهایی که می‌کند (اذیت و آزار، لجبازی و...) دست خودش هست. مداوم به خاطر این که نمی‌توانست سر کار برود با او دعوا و از وی انتقاد می‌کردیم. او نیز عصبانی می‌شد و همه چیز را می‌شکست. حالا متوجه شده‌ایم که بیمار است. چرا این طوری شده؟

جدول ۱. مشخصات دموگرافیک شرکت کنندگان

شماره شرکت کننده	سن (سال)	شغل	نسبت با بیمار
۱	۲۵	خانه‌دار	همسر
۲	۴۳	آزاد	پدر
۳	۳۴	آزاد	برادر
۴	۶۱	خانه‌دار	همسر
۵	۲۳	دانشجو	خواهر
۶	۳۷	---	همسر
۷	۵۸	کارمند بازنشسته	مادر
۸	۲۵	آزاد	همسر
۹	۲۱	خانه‌دار	همسر
۱۰	۳۴	آزاد	فرزند
۱۱	۵۵	کارمند	همسر
۱۲	۴۳	خانه‌دار	مادر
۱۳	۲۸	کارمند	همسر
۱۴	۲۶	---	فرزند
۱۵	۳۳	کارمند	برادر
۱۶	۱۸	خانه‌دار	خواهر
۱۷	۲۰	دانشجو	فرزند
۱۸	۳۹	خانه‌دار	برادرزاده
۱۹	۲۲	دانشجو	فرزند
۲۰	۲۳	آزاد	فرزند

شرکت کننده کد ۲۰ این گونه گفت که ما می‌خواهیم بدانیم که داروهایش را ادامه دهیم یا رها کنیم. با او چه رفتاری داشته باشیم؟ برود سر کار یا نه؟ بیماری وی چه تأثیراتی در زندگی او دارد؟ آیا این بیماری خوب می‌شود یا نه؟ او را در خانه زندانی کنیم یا بگذاریم هر کجا می‌خواهد برود؟

شرکت کننده کد ۱۲ اظهار داشت که یک روز دخترم گفت: حالم خوب نیست و روزهای بعد شروع به پرحرفی کرد و حالش بدتر شد. نزد دکتر رفتم، گفتند باید روان‌پزشک ویزیتش کند و به ما گفتند بیماری او دوقطبی است. او ولخرجی می‌کند، پرخاشگر است و مدام حرف ازدواج می‌زند و به همه می‌گوید برابم خواستگار پیدا کنید. آیا او می‌تواند، ازدواج کند؟

۲. نحوه مقابله با مشکلات رفتاری ناشی از علائم بیماری: مراقبان بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی اطلاعات کافی در مورد نحوه مقابله با پرخاشگری

سرویس‌های خدمات پزشکی و روان‌پزشکی در نظر گرفته می‌شود (۱۳، ۱۲). حمایت از خانواده بیماران روانی و رفع نیازهای آنان، وظیفه همه اعضای تیم مراقبت می‌باشد. پژوهشگران در این مطالعه تصمیم گرفتند تا از طریق یک مطالعه کیفی پدیده‌شناسی، نیازهای آموزشی مبتنی بر تجارب واقعی مراقبت‌کنندگان از بیمار مبتلا به اختلال دوقطبی را در یک گروه از خانواده‌های ایرانی مورد بررسی قرار دهند تا با بررسی نتایج، زمینه برای آموزش‌های مبتنی بر نیازهای واقعی فراهم گردد.

## مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر یک مطالعه کیفی بود و با رویکرد پدیدارشناسی (فنومنولوژی) انجام شد. در این مطالعه منابع اطلاعات، عضو خانواده مراقبت‌کننده از بیمار با اختلال دوقطبی بودند که در بخش‌های روان‌پزشکی بیمارستان نور اصفهان بستری و تحت درمان قرار داشتند. معیار ورود به مطالعه، وجود یک بیمار مبتلا به اختلال دوقطبی نوع یک در خانواده، داشتن حداقل یک سال سابقه بیماری خلقی دوقطبی نوع یک با سابقه درمان دارویی بود. بیماری دوقطبی بر اساس نظر متخصصان روان‌پزشکی و معیار DSM-IV (Diagnostic and statistical manual of mental disorders) تشخیص‌گذاری و دارای پرونده پزشکی بود.

جهت دستیابی به نیازهای عضو مراقبت‌کننده از بیمار مبتلا به اختلال دوقطبی در پژوهش حاضر، از روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف (Purposive sampling) استفاده شد و نمونه‌گیری تا رسیدن به حد اشباع (۲۰ نفر) ادامه یافت.

پژوهشگر پس از اخذ مجوزهای لازم و انجام امور اداری و با ارایه توضیحات لازم در زمینه ماهیت و اهداف پژوهش و چگونگی آن، رضایت شرکت کنندگان در زمینه همکاری و شرکت در پژوهش را به دست آورد. به منظور جمع‌آوری اطلاعات از مصاحبه نیمه ساختار استفاده شد. مصاحبه با یک سؤال وسیع و کلی در مورد تجارب مراقبت از بیمار شروع شده و سپس سؤالات اکتشافی (از قبیل بیشتر توضیح بدهید، منظورتان چیست و...) برای تشویق شرکت‌کننده و دستیابی به اطلاعات عمیق‌تر پرسیده شد. مصاحبه‌ها در محل مناسبی که خلوت و به دور از مزاحمت و سر و صدای محیطی بود، بین ۴۰ تا ۶۰ دقیقه انجام شد. جهت انجام مصاحبه از کلیه شرکت‌کنندگان اجازه گرفته شد و در مورد محرمانه بودن اطلاعات به آن‌ها اطمینان داده شد. مصاحبه‌ها با دستگاه MP4 ضبط گردید. پس از پیاده‌سازی مصاحبه‌ها، در مرحله نخست تجزیه و تحلیل داده‌ها به شیوه هفت مرحله‌ای Colaizzi انجام شد. اعتبار و اعتماد مطالعه حاضر از طریق چهار بعد (ارزش واقعی، کاربردی بودن، ثبات و مبتنی بر واقعیت بودن) حاصل گردید.

## یافته‌ها

نتایج این مطالعه از مجموعه ۲۰ مصاحبه انجام شده بود که در نهایت، ۵ مفهوم اصلی حاصل گردید.

۱. شناخت بیماری: یافته‌های پژوهش نشانگر آن است که اعضای خانواده بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی سؤالات زیادی در مورد بیمارشان دارند. مواردی که اغلب آنان نسبت به آن اطلاعات، آگاهی کامل ندارند، شامل موارد زیر است:

۵. نیاز به خدمات مشاوره: بیمار مبتلا به اختلال دوقطبی استرس‌های متعددی را برای خانواده ایجاد می‌کند و خانواده یا عضو مراقبت‌کننده در خانواده را در شرایط و موقعیت‌های دشوار و بحرانی قرار می‌دهد که گاهی مستأصل شده و به تنهایی قادر به مواجهه یا حل آن نیستند و نیاز به مشاوره و راهنمایی متخصصان بهداشت روانی دارند.

شرکت‌کننده کد ۵ اظهار داشت که دخترم بد اخلاق و پر خاشگر شده بود و مرتب به من فحاشی می‌کرد. بی‌قرار بود و از خانه بیرون می‌رفت. میل جنسی او خیلی بالا بود و مرتب می‌گفت من را شوهر بدهید. او همیشه فکر می‌کرد که من دشمن او هستم. دکتر برایش دارو داد و همه داروها را با هم خورد و خودکشی کرد. اگر پدرش سختگیری کند، قهر می‌کند. اگر رفتار خوب با او داشته باشد، سوء استفاده می‌کند. واقعاً نمی‌دانیم چگونه با او رفتار کنیم؟

۶. نیاز به آموزش مداخلات در مواقع اضطراری: در این حوزه عمده‌ترین نیاز آموزشی مراقبان بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی در راستای دارو درمانی، روان درمانی، مداخله در شرایط اورژانس و بستری می‌باشد.

الف- دارو: خانواده‌ها اطلاعات کاملی در زمینه چگونگی مصرف داروها، عوارض آن، تداخل آن با مواد غذایی و مهم‌تر از آن، چگونگی همکاری بیمار را در خوردن دارو جلب نمایند.

ب- روان درمانی: اغلب بیماران به روان درمانی نیاز دارند. روان درمانی در بهبودی، سیر بیماری، جلب همکاری بیماری و کنترل مشکلات رفتاری مؤثر می‌باشد.

ج- شرایط اورژانس: شرایطی که بیمار دچار حمله حاد بیماری (مانیای حاد) و یا شرایط بحرانی (نظیر خودکشی، پر خاشگری و تهاجم) می‌گردد، نیاز فوری به مداخله خانواده و درمانگر دارد.

د- بستری: بر اساس نظرات پزشک معالج، بیماران در بعضی شرایط نیاز به بستری در بخش روان‌پزشکی دارند، به خصوص، بیمارانی که آگاهی چندانی از وضعیت رفتاری خود نداشته و از عواقب آن بی‌خبر هستند. بعضی از بیماران حاضر به بستری نمی‌باشند که می‌تواند چالش بزرگی برای خانواده ایجاد کند.

شرکت‌کننده شماره ۱۳ گفت که ما نمی‌دانیم در مقابل رفتارهای عجیب و غریب برادرم چکار کنیم و چگونه او را توجیه کنیم که بیمار است. وقتی پر خاشگر می‌شود، همه چیز را می‌شکنند. چه کار کنیم؟ داروهایش را چگونه به او بخورانیم؟

شرکت‌کننده شماره ۱۷ اظهار داشت که ما نمی‌دانیم چگونه با پسرم رفتار کنیم؟ آیا به مردم بگوییم بیمار است یا مثل حالا پنهان کاری کنیم؟ داروها را تا کی باید بخورد؟ آیا همسرش را طلاق بدهیم؟ یا حال پسرم بهتر می‌شود و به او یاد خواهند داد که چگونه با همسرش رفتار کند؟ چگونه فکر اتفاقات گذشته را از یادش ببریم؟

شرکت‌کننده شماره ۱۹ بیان کرد که پسرم یک ماه پیش به درب خانه همسرش که قصد دارد از او طلاق بگیرد، رفته و شیشه‌های خانه آن‌ها را شکسته و درگیری پیدا کرده بود. ما به زور بستریش کردیم. می‌ترسیم مرخص شود و دوباره همان طوری شود. داروهایش را درست مصرف نمی‌کند. من می‌خواهم بدانم چه زمانی حالش بد می‌شود، تا ما از قبل بتوانیم به او کمک کنیم؟ چون وقتی دیر می‌فهمیم روح و روان همه ما را اذیت می‌کند و دیگر طاقت نداریم.

۷. نقش‌پذیری اجتماعی: خانواده‌ها مطرح می‌نمایند که حضور فرد بیمار، بسیاری از روابط اجتماعی آنان را تحت تأثیر قرار داده و آنان از رفتارهای

(دعوا و نزاع)، اختلال خواب، پرحرفی، رفتارهای غیر اخلاقی ناشی از افزایش میل جنسی، رفتارهای مخاطره‌آمیز (رانندگی بی‌محابا، ولخرجی‌های وحشتناک، حس انتقام، فرار از منزل، تجاوز، خودکشی، دیگرکشی، مصرف مواد و الکل) نداشتند که آن را مربوط به عدم آموزش و یا ناکافی بودن آموزش‌ها می‌دانستند. برخی از شرکت‌کنندگان تجربه خود را در مواجهه با مشکلات رفتاری این‌گونه توصیف می‌کنند:

شرکت‌کننده کد ۱۵ گفت که دخترم از وقتی با آن پسر دوست شد، روی درسش اثر گذاشته است. خیلی وقت‌ها می‌گفت می‌روم دانشگاه، ولی با آن پسر بود. هزینه ثبت‌نام دانشگاه را از ما می‌گرفت، ولی خرج آن پسر می‌کرد. چند هفته بود خانه نمی‌آمد و بعد فهمیدیم با آن پسر یک خانه اجاره کرده (به عنوان این که زن و شوهر هستند).

شرکت‌کننده کد ۱۳ بیان کرد که الان در بیمارستان بستری است. با برادر دیگرم که در خانه پدرم زندگی می‌کند، مدام در حال دعوا است. به دنبال یکی از دعواهایش به ۱۱۰ زنگ زده بود و حرف‌های بی‌ربط و ناسزا به آنان گفته بود. او به همه بدبین است. بی‌قرار و پر خاشگر است. تاکنون، دو بار ازدواج ناموفق داشته و حالا هم می‌خواهد با فردی نامناسب ازدواج کند."

شرکت‌کننده کد ۱۴ که مادر بیمار است، اظهار داشت که بدترین رفتارش، روابط صمیمانه با مردها است. حد خودش را در روابط رعایت نمی‌کند. آن قدر با هر مردی (نانوا، کاسب و...) صمیمی می‌شود که باعث خجالت ما است. چند سال پیش با یک مرد دوست شده بود و وقتی فهمید او متأهل است و بچه دارد، می‌گفت بچه‌اش را می‌کشم، او را تکه تکه می‌کنم و در فریزر می‌گذارم.

شرکت‌کننده کد ۱۶ گفت که پسرم با دخترهای زیادی ارتباط داشت و پول زیادی خرجشان می‌کرد (مثل خرید لپ‌تاپ، گوشی) و از کارهایش خجالت می‌کشیم. الان شیشه هم مصرف می‌کند و به شدت پر خاشگر شده است (هم با خانواده، هم در محل کار). مبالغ قبض‌های موبایلش بسیار بالا بود و گاهی تا صبح حرف می‌زد، حالا هم به شدت مذهبی شده است.

۳. نیاز آموزشی مراقبان برای جلب همکاری درمانی بیمار: مراقبان بیماران مطرح می‌کنند که بیمارشان، باور ندارد بیمار است و حاضر به درمان، بستری و مصرف دارو نیست. بنابراین، لازم است که خانواده اطلاعات کافی در زمینه جلب همکاری بیشتر بیمار را داشته باشد.

آزمودنی کد ۱۴ بیان کرد که دخترم در ۱۸ سالگی چند روزی از خانه فرار کرد. در کل با کوچک‌ترین انتقادی، به هم می‌ریزد، داروهایش را نمی‌خورد و باور ندارد که بیمار است. همیشه می‌گوید تو و پدرم مرا دیوانه کرده‌اید.

۴. پذیرش بیماری از جانب خانواده: نتایج حاصل از مصاحبه‌ها بیانگر آن است که یک سری از خانواده‌ها، قادر به پذیرش بیماری عضو خانواده‌شان نیستند.

آزمودنی کد ۱۱ گفت که در حال حاضر با همسرم که بیمار است، مشکلی ندارم، ولی با بیماریش مشکل دارم. همسرم بعد از فوت پدرش (که عاشق او بود) علائمش شروع شد. به جای عزاداری، آرایش‌های غلیظ می‌کرد و با لباس‌های نامناسب از خانه خارج می‌شد. خانواده همسرم قبول ندارند که ایشان مشکل دارد و می‌گویند دختر ما سالم بود. اگر هم مشکلی دارد، در خانه شما ایجاد شده است. آن‌ها درکی از وضعیت بیماری او ندارند و هیچ کمک و همراهی نمی‌کنند. حتی با یک سری کارهایشان، او را تحریک می‌کنند. من دوست دارم که خانواده‌اش را آگاه کنید. اگر آن‌ها توجیه شوند، کمک زیادی به من می‌شود.

نتایج مطالعه حاضر، نشان داد که شناخت اعضای خانواده بیمار در مورد ماهیت بیماری می‌تواند آنان را در پذیرش تغییرات ایجاد شده در خانواده یاری کند. از جمله نیازهای مطرح شده مراقبان بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی، نیاز به آموزش دیدن در نحوه مقابله با مشکلات رفتاری ناشی از علائم بیماری بود. به عبارت دیگر، مراقبان بیمار در رابطه با چگونگی ایفای صحیح نقش مراقب، سوالات جدی داشتند. در مطالعه Reinares و همکاران به خوبی به تعامل منفی مراقبان با بیماران، به خصوص در زمانی که بیمار علائم سایکوتیک دارد، اشاره شده است (۱۵).

بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی در فاز مانیا، رفتارهای مهار گسیخته و مخاطره‌آمیز، نظیر رفتارهای غیر اخلاقی، تحریک‌پذیری و پرخاشگری دارند. راندگی بی‌محابا، ولخرجی‌های بیش از حد، فرار، مصرف مشروبات الکلی و افزایش تمایلات جنسی از خود نشان می‌دهند. بیماران، فعالیت‌هایی که عواقب دردناکی دارد (مانند بی‌ملاحظگی‌های جنسی) را در طی فاز حاد مانیا از خود بروز می‌دهند (۴). خانواده بیماران لازم است تا اطلاعات لازم در زمینه ماهیت بیماری و عواقب آن، نحوه برخورد با بیمار، روابط درون خانواده و عوامل زمینه‌ساز عود بیماری را بیاموزند. درمان‌های اجتماعی روزانه، خانواده درمانی و درمان مبتنی بر روابط بین فردی در کنار درمان دارویی، از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. در این میان، لازم است که مراقبان با اصول کلی این مداخلات آشنا باشند. (۴).

همکاری - درمانی (Compliance)، از دیگر نیازهای مراقبان بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی بود. همکاری - درمانی عبارت از میزان انجام توصیه‌های درمانی از جانب بیمار است. اگر رابطه پزشک - بیمار مثبت باشد، همکاری - درمانی افزایش می‌یابد، ولی اگر بیمار از مصرف دارو اجتناب کند، می‌تواند نشانه رابطه منفی بین پزشک و بیمار باشد. در بعضی موارد، بیماران خصوصاً خود را با عدم همکاری - درمانی نشان می‌دهند و نشانه‌ای از احساسات منفی نسبت به پزشک است. در بعضی بیماران نظیر اختلالات سایکوتیک و بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی که بصیرت کافی نسبت به بیماری خود ندارند، همکاری - درمانی خیلی ضعیف است (۴).

از جمله دغدغه‌های ذهنی خانواده مراقبان بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی، پذیرش بیمار از جانب خانواده و نیاز به خدمات مشاوره بود. وجود بیمار روانی در خانواده، سلامتی روانی سایر اعضای خانواده را تحت تأثیر قرار می‌دهد. پذیرش این واقعیت که عضوی از خانواده مبتلا به بیماری روانی شده است، مشکل است. آن‌ها به سختی درباره بیمار خود حرف می‌زنند و توانایی پذیرش این واقعیت را ندارند. بنابراین، تحت فشار قرار می‌گیرند و همین مسایل موجبات قطع ارتباط دیگران با خانواده و از هم گسیختگی روابط بین اعضا را نیز فراهم می‌آورد.

مطالعات مختلف نشان می‌دهد که وضعیت سلامت روانی این خانواده‌ها با چالش‌های فراوانی همراه است و اغلب درصد بالایی از اضطراب و افسردگی را تجربه می‌کنند (۱۸-۱۶). بنابراین، بیماران و خانواده‌ها باید از علائم و نشانه‌های بیماری و تأثیر دارو در درمان آن‌ها، اطلاع حاصل کنند. طول مدت درمان، عوارض جانبی دارو، نحوه اصلاح آن‌ها و نشانه‌های عود بیماری باید به خانواده آموزش داده شود (۴). همچنین، از کمک‌های تخصصی مانند مشاوره و راهنمایی بهره‌مند شوند تا بتوانند وظایف خود را به خوبی انجام دهند.

ناهنجار و غیر قابل پیش‌بینی بیمار، نگران و مضطرب هستند. شرکت کننده کد ۱ گفت که از حدود ۱۰ سال پیش که دخترم بیمار شد، همیشه به دنبال مسایل مربوط به بیماریش بودم. خیلی اذیت شده‌ام. اول که حالش بد بود و نمی‌دانستیم بیمار است، دعواش می‌کردیم و در شرایط حاد، پدر و برادرش او را کتک می‌زدند. حالا که تحت درمان است، اوضاع بهتر شده، ولی باز هم وقتی عود می‌کند، هول می‌شویم و نمی‌دانیم چه کار کنیم. باید مواظب باشیم کسی نفهمد یا حتی فامیل متوجه بستری شدنش نشوند. آبروداری کار خیلی سختی است، ولی آخرش هم یک عده فامیل‌های نزدیکی می‌فهمیدند و ما چاره‌ای نداریم.

شرکت کننده کد ۲ نیز بیان داشت که من از دست خانمم خسته شده‌ام. آبرو و حیثیتم رفته، دیگر نمی‌توانم سر کار بروم. همیشه در فکر آینده و زندگی بچه‌هایم هستم. وقتی حالش بد می‌شود، هول می‌شوم که چگونه سریع به بیمارستان منتقلش کنم. از طرفی فرزند کوچکم را نزد چه کسی بگذارم؟

### بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های این پژوهش نشان داد که برای خانواده‌هایی که یک بیمار مبتلا به اختلال خلقی دوقطبی نوع یک در منزل دارند، عمده نیازهای آموزشی را می‌توان در هفت حیطه دسته‌بندی کرد که شامل شناخت بیماری، نحوه مقابله با مشکلات رفتاری ناشی از علائم بیماری، همکاری در درمان بیمار، پذیرش بیماری از جانب خانواده، نیاز به خدمات مشاوره، نیاز به آموزش مداخلات در مواقع اضطرابی و نقش‌پذیری اجتماعی بود.

مراقبان بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی به صورت اجتناب‌ناپذیری تحت تأثیر پیامدهای منفی این بیماری بودند که به طور کلی، به دریافت اطلاعات صحیح در ارتباط با شناخت بیماری نیاز داشتند. به عبارت دیگر، خانواده بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی نیازمند دریافت درستی از ماهیت بیماری، علائم، مراقبت، درمان، عود، پیامدها و نحوه برخورد با مسایل و مشکلات به وجود آمده بودند. برای تأیید این یافته، در پژوهش Karp و Tanarugsachock، مراقبان بیماران به این نکته پافشاری می‌کردند که فهم ماهیت ذهنی بیمار در زمان حمله مانیا برای آنان بسیار سخت است و در نتیجه به بروز احساس ناامیدی و درماندگی در مراقبت از بیمار و بروز اختلال جدی در روابط بیمار و مراقب می‌گردد (۱۲). بر اساس برآورد سازمان بهداشت جهانی در یک چهارم خانواده‌ها، حداقل یک فرد مبتلا به اختلال روانی وجود دارد و در تمام جهان این خانواده‌ها باید علاوه بر حمایت عاطفی و جسمانی از بیماران، اثرات منفی ناشی از تبعیض وانگ زدن را نیز تحمل کنند. بار مراقبت از یک فرد مبتلا به اختلال روانی برای خانواده بسیار زیاد و سنگین است و اثرات این اختلال، مختلف و شامل مشکلات اقتصادی، واکنش عاطفی استرس ناشی از نیاز به تطابق با اختلال رفتار، تغییر فعالیت‌های روزمره خانواده و محدودیت فعالیت‌های اجتماعی و هزینه درمان است (۱۳).

پژوهش Dixon و همکاران بیانگر آن است که همه خانواده‌ها در رویارویی با بیماری روانی، مراحل یکسانی را طی می‌کنند. یکی از این مراحل جستجو برای درمان است و عدم آشنایی با سیاست‌های درمانی و نتایج قابل انتظار، آن‌ها را متحیر و سوالات بسیاری را ایجاد می‌کند. این مسأله به فشار تحمیلی بر خانواده می‌افزاید (۱۴).

رابطه با برخورد با مسایل مالی و تبعات حقوقی این مسایل دارند (۲۵). در مطالعه حاضر، تعداد کمی از مراقبان در این رابطه با مشکلات و سؤالاتی مواجهه بودند. به نظر می‌رسد که در فرهنگ مدرن و جوامع صنعتی، بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی همچنان بایستی از لحاظ مالی مستقل بوده و به کسب درآمد بپردازند که در نتیجه تبعات حقوقی شامل حال آن‌ها می‌گردد، ولی در جامعه ما این بیماران به عنوان افراد از کار افتاده تلقی شده و از نظر مالی و اقتصادی مسؤولیتی بر عهده آنان نیست.

پیشنهاد می‌گردد که در سایر حیطه‌ها و انواع مختلف بیماران روان‌پزشکی از جمله اسکیزوفرنیا و دمانس نیازسنجی آموزشی از خانواده و مراقبان آنان به عمل آید و همچنین، بر اساس یافته‌های طرح، دوره‌های آموزشی برای خانواده بیماران تدوین گردد. سپس، مطالعات مداخله‌ای در این زمینه به عمل آید. برخلاف توضیح کافی در مورد اهداف مطالعه و توجه خانواده‌ها مبنی بر محرمانه بودن اطلاعات و جلب همکاری آنان، ولی تعدادی از ایشان مایل به همکاری نبودند. از طرفی، چون بعضی از مصاحبه‌ها در زمان ملاقات یا ترخیص انجام می‌گرفت، خانواده‌ها فرصت کافی برای مصاحبه طولانی نداشتند.

### سپاسگزاری

بدین وسیله از تمامی کسانی که ما را در انجام این مطالعه یاری رساندند، سپاسگزاری به عمل می‌آید.

در پژوهش عمرانی فرد و همکاران که با هدف اثربخشی مداخلات آموزش روان‌شناختی و ارتقای کیفیت زندگی خانواده بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی انجام شد، مشخص گردید که مداخلات آموزشی توانسته است، تأثیری مثبت و قابل درک در بهبود کیفیت زندگی خانواده بیمار روانی داشته باشد (۱۹). پژوهش Magliano و همکاران نیز نشان داد که مداخلات آموزشی روانی می‌تواند به بهبود ارتباط مراقب و بیمار کمک نماید (۲۰). Chien و Norman نیز در پژوهش خود به این نتیجه دست یافتند که ۰/۶۶ شرکت کنندگان آشنایی با درمان را جزء نیازهای خود بیان نموده‌اند (۲۱).

یکی دیگر از مفاهیم این پژوهش، نقش‌پذیری اجتماعی بود. مراقبت از بیمار مبتلا به اختلال دوقطبی، فرایندی دشوار و پیچیده است. خانواده این بیماران در طول زمان محدودیت‌هایی را در اغلب ابعاد روابط اجتماعی خود تجربه می‌کنند. کاهش روابط اجتماعی، مساله برجسب زدن و طرد شدن توسط اطرافیان، احساس خجالت و تحقیر از مشکلات دیگر خانواده این بیماران است که نیاز به حمایت‌های خدمات بهداشت روانی، کارکنان حرفه‌ای و تیم مددکاری دارد (۲۲، ۲۳).

در حمایت از این مفهوم، Morse و Rudge در مطالعه خود پی بردند که تجربه علائم مختلف، پذیرش نقش‌های مختلف اجتماعی را در این بیماران با دشواری مواجه ساخته و روابط اجتماعی را در این افراد متأثر می‌سازد (۲۴). در رابطه با چگونگی مواجهه با مشکلات مالی و حقوقی ناشی از این بیماری، مطالعات دیگر نشان از مطالبه جدی مراقبان برای آموزش دیدن در

### References

1. Rea MM, Tompson MC, Miklowitz DJ, Goldstein MJ, Hwang S, Mintz J. Family-focused treatment versus individual treatment for bipolar disorder: results of a randomized clinical trial. *J Consult Clin Psychol* 2003; 71(3): 482-92.
2. Fajutrao L, Locklear J, Priaulx J, Heyes A. A systematic review of the evidence of the burden of bipolar disorder in Europe. *Clin Pract Epidemiol Ment Health* 2009; 5: 3.
3. Merikangas KR, Akiskal HS, Angst J, Greenberg PE, Hirschfeld RM, Petukhova M, et al. Lifetime and 12-month prevalence of bipolar spectrum disorder in the National Comorbidity Survey replication. *Arch Gen Psychiatry* 2007; 64(5): 543-52.
4. Sadock B, Kaplan H, Sadock VA. Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2007.
5. Dore G, Romans SE. Impact of bipolar affective disorder on family and partners. *J Affect Disord* 2001; 67(1-3): 147-58.
6. Bull A. Screening for bipolar disorder in primary care. *The Journal for Nurse Practitioners*, 2010; 6(1): 65-6.
7. Mueser KT, Webb C, Pfeiffer M, Gladis M, Levinson DF. Family burden of schizophrenia and bipolar disorder: perceptions of relatives and professionals. *Psychiatr Serv* 1996; 47(5): 507-11.
8. Rouget BW, Aubry JM. Efficacy of psychoeducational approaches on bipolar disorders: a review of the literature. *J Affect Disord* 2007; 98(1-2): 11-27.
9. Xiang M, Ran M, Li S. A controlled evaluation of psychoeducational family intervention in a rural Chinese community. *Br J Psychiatry* 1994; 165(4): 544-8.
10. Solomon P. Moving from psychoeducation to family education for families of adults with serious mental illness. *Psychiatr Serv* 1996; 47(12): 1364-70.
11. Stang P, Frank C, Ulcickas YM, Wells K, Burch S. Impact of bipolar disorder: results from a screening study. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry* 2007; 9(1): 42-7.
12. Karp DA, Tanarugsachock V. Mental illness, caregiving, and emotion management. *Qual Health Res* 2000; 10(1): 6-25.
13. World Health Organization. Investing in mental health. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2003.
14. Dixon L, McFarlane WR, Lefley H, Lucksted A, Cohen M, Falloon I, et al. Evidence-based practices for services to families of people with psychiatric disabilities. *Psychiatr Serv* 2001; 52(7): 903-10.
15. Reinares M, Vieta E, Colom F, Martinez-Aran A, Torrent C, Comes M, et al. What really matters to bipolar patients' caregivers: sources of family burden. *J Affect Disord* 2006; 94(1-3): 157-63.
16. Steele A, Maruyama N, Galyunker I. Psychiatric symptoms in caregivers of patients with bipolar disorder: a review. *J Affect Disord* 2010; 121(1-2): 10-21.

17. Ogilvie AD, Morant N, Goodwin GM. The burden on informal caregivers of people with bipolar disorder. *Bipolar Disord* 2005; 7(Suppl 1): 25-32.
18. Zoladl M, Sharif F, Ghofranipour F, Kazemnejad A, Ashkani H. Phenomenological study of common experiences of families with mentally ill patients. *Iran J Psychiatry Clin Psychol* 2006; 12(1): 67-70. [In Persian].
19. Omranifard V, Esmailinejad Y, Maracy MR, Davarpanah Jazi AH. The effects of modified family psychoeducation on the relative's quality of life and family burden in patients with bipolar type I disorder. *J Isfahan Med Sch* 2009; 27(100): 563-74. [In Persian].
20. Magliano L, Fiorillo A, Fadden G, Gair F, Economou M, Kallert T, et al. Effectiveness of a psychoeducational intervention for families of patients with schizophrenia: preliminary results of a study funded by the European Commission. *World Psychiatry* 2005; 4(1): 45-9.
21. Chien WT, Norman I. Educational needs of families caring for Chinese patients with schizophrenia. *J Adv Nurs* 2003; 44(5): 490-8.
22. Sethabouppha H, Kane C. Caring for the seriously mentally ill in Thailand: Buddhist family caregiving. *Arch Psychiatr Nurs* 2005; 19(2): 44-57.
23. Ip GS, Mackenzie AE. Caring for relatives with serious mental illness at home: the experiences of family carers in Hong Kong. *Arch Psychiatr Nurs* 1998; 12(5): 288-94.
24. Rudge T, Morse K. Re-awakenings? A discourse analysis of the recovery from schizophrenia after medication change. *Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing* 2001; 10(2): 66-76.
25. Ganguly KK, Chadda RK, Singh TB. Caregiver burden and coping in schizophrenia and bipolar disorder: a qualitative study. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation* 2010; 13(2): 126-42.



## Assessment of Psycho-educational Needs of Families of Patients with Bipolar I Disorder

Majid Barekatin<sup>1</sup>, Abbas Attari<sup>2</sup>, Fariba Noori<sup>3</sup>, Mahin Aminoroaia<sup>4</sup>

### Original Article

#### Abstract

**Aim and Background:** Family members of patients with bipolar I disorder (BID) endure a considerable burden as a result of their care giving role. Thus, assessment of their psycho-educational needs is an essential prerequisite to their mental health. Thus, the present study was designed to assess the educational needs of family members of individuals with BID.

**Methods and Materials:** This research was a phenomenological qualitative study. Findings of qualitative assessment were gathered through focus group discussions (FGDs) with the caregivers of patients with BID. Purposive sampling was implemented until saturation, as a result of which 20 subjects were selected. Colaizzi's method was used for analyzing the data.

**Findings:** A total of 7 main concepts were extracted from 20 interviews. These concepts consisted of recognition of the disorder, coping with the patients' behavioral problems, therapeutic compliance, acceptance of the patients within their families, the need for consultation, therapeutic education, and social roles.

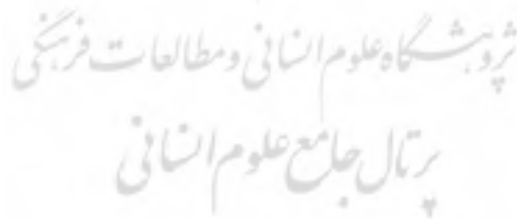
**Conclusions:** This study provides relevant data concerning the needs of caregivers of patients with BID for psychosocial education in specific areas. Thus, it is suggested that future clinical trials focus on psychosocial interventions for these individuals.

**Keywords:** Bipolar I disorder, Psycho-education, Family, Need assessment

**Citation:** Barekatin M, Attari A, Noori F, Aminoroaia M. Assessment of Psycho-educational Needs of Families of Patients with Bipolar I Disorder. J Res Behav Sci 2016; 14(1): 23-9.

Received: 16.01.2016

Accepted: 17.03.2016



1- Associate Professor, Behavioral Sciences Research Center, Department of Psychiatry, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

2- Professor, Behavioral Sciences Research Center, Department of Psychiatry, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

3- MSc, Psychosomatic Research Center, Department of Psychology, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

4- MSc, Behavioral Sciences Research Center, Department of Psychology, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

**Corresponding Author:** Mahin Aminoroaia, Email: aminoroaia@nm.mui.ac.ir