



Resilience of Family Caregivers of People with Mental Disorders in Tehran, Iran

Mohammad Reza Karimirad¹, Naiemeh Seyedfatemi², Fatemeh Noghani^{3,*}, Ehsanolah Amini³, Razieh Kamali¹

¹ Hormozgan University of Medical Sciences, Bandar Abbas, Iran

² Center for Nursing Care Research, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

³ Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

* **Corresponding author:** Fatemeh Noghani, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran. E-mail: fnoughani@yahoo.com

Received: 07 Apr 2017

Accepted: 06 Jul 2017

Abstract

Introduction: Resilience refers to the capability of returning to normal life from a sustained difficulty and the ability of self-repair, which despite being exposed to extreme stresses, leads to the success against events and accidents. The current study aimed at determining the resilience of family caregivers of patients with mental disorders.

Methods: The current descriptive-analytical study was conducted on 220 individuals. The data collection tools were the forms and questionnaires of resilience developed by Kanner and Davidson. The obtained data were analyzed with SPSS version 16 using the Spearman correlation test, t test, and analysis of variance (ANOVA).

Results: In the current study, the mean \pm standard deviation (SD) of resilience of the family caregivers of patients with mental disorders was 16.38 ± 69.93 , while 51% of the participants had high resilience. There were no significant relationship between the resilience of caregivers and their demographic characteristics (age, gender, socioeconomic status, and level of education).

Conclusions: The findings of the current study can help nurses and other healthcare providers to use the resilience or similar models for health promotion, capacity building, and sustainable recovery from the ongoing difficulties in order to repair themselves, and enhance the socioeconomic and welfare status, and promote the level of tolerance and education in the family caregivers of patients with mental disorders.

Keywords: Resiliency; Family Caregivers; Mental Disorders



تاب آوری مراقبین خانوادگی مبتلایان به اختلالات روانی شهر تهران

محمد رضا کریمی راد^۱، نعیمه سیدفاطمی^۲، فاطمه نوغانی^{۳*}، احسان اله امینی^۳، راضیه کمالی^۱

^۱ دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان، بندرعباس، ایران

^۲ مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

^۳ دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

* نویسنده مسئول: فاطمه نوغانی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران. ایمیل: fnoughani@yahoo.com

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۶/۰۴/۱۵

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۶/۰۱/۱۸

چکیده

مقدمه: تاب آوری ظرفیت بازگشتن از دشواری پایدار و ادامه دار و توانایی درترمیم خویشتن است. که علیرغم قرار گرفتن در معرض تنش‌های شدید، منجر به موفقیت انسان در برابر حوادث و اتفاقات می‌شود. مطالعه حاضر با هدف تعیین تاب آوری مراقبین خانوادگی بیماران مبتلا به اختلالات روانی انجام شد.

روش کار: پژوهش حاضر، از نوع توصیفی-تحلیلی است. در این مطالعه حجم نمونه ۲۲۰ نفر محاسبه گردید. ابزار گردآوری اطلاعات در این پژوهش فرم مشخصات فردی و پرسشنامه استاندارد تاب آوری کانر و دیویدسون بود. اطلاعات بدست آمده با استفاده از نرم افزار SPSS ۱۶ و آزمون‌های آماری همبستگی اسپیرمن، آزمون t و ANOVA مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: در این مطالعه. میانگین تاب آوری مراقبین مبتلا به اختلالات روانی ۶۹/۹۳ با انحراف معیار ۱۶/۳۸ بوده است. همچنین مطابق یافته‌ها در مجموع ۸۶/۸ درصد مراقبین بیماران تاب آوری بالای ۵۱ را داشتند. بین تاب آوری مراقبین با مشخصات دموگرافیک (سن، جنس، وضعیت اقتصادی-اجتماعی و تحصیلات) ارتباط آماری معناداری وجود نداشت.

نتیجه گیری: یافته‌های این مطالعه به پرستاران و سایر ارائه دهندگان مراقبت‌های بهداشتی کمک می‌کند که از مدل تاب آوری و یا مدل‌های مشابه برای ارتقاء سطح سلامت، افزایش ظرفیت بازگشتن از دشواری پایدار و ادامه دار و توانایی درترمیم خویشتن، افزایش عملکرد اجتماعی، اقتصادی و رفاهی و ارتقاء سطح تحمل مراقبین و برای مراقبت و آموزش با خانواده‌های بیماران مبتلا به اختلالات روانی استفاده کنند.

واژگان کلیدی: تاب آوری، خانواده، مراقبین، اختلالات روانی

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

مقدمه

بیماران مبتلا به اختلالات روانی معمولاً آیزوله می‌شوند ولی با پیشرفت اقدامات درمانی از جمله تدابیر دارویی این بیماران وارد جامعه می‌شوند (۲). ۶۰ درصد بیماران که از مؤسسات روانی مرخص می‌شوند، به خانواده اصلی خود بر می‌گردند. اعضای خانواده نقش مهمی در زندگی بسیاری از بزرگسالان مبتلا به اختلالات روانی بازی می‌کنند. آن‌ها خانه، حمایت مالی، همراهی، حمایت عاطفی و همین طور خدمات بهداشتی را برای بستگان بیمار خود فراهم می‌کنند (۴، ۵). در بحث بیماری روانی، خانواده که بیمار روانی در آن زندگی می‌کند اغلب به عنوان نظام مراقبت بهداشتی پنهان به موازات نظام سلامت روان قرار دارد. نقش مراقبت از بیماران در خانواده، چالش‌های بزرگی را برای خانواده‌ها به دنبال دارد (۶). در مطالعه Carers و همکاران بیش از

تاب آوری ظرفیت بازگشتن از دشواری پایدار و ادامه دار و توانایی درترمیم خویشتن است. که علیرغم قرار گرفتن در معرض تنش‌های شدید، منجر به موفقیت انسان در برابر حوادث و اتفاقات می‌شود و باعث افزایش عملکرد اجتماعی، اقتصادی و رفاهی در افراد می‌شود. تاب آوری نوعی ویژگی است که از فردی به فردی دیگر متفاوت است و می‌تواند به مرور زمان رشد کند یا کاهش یابد و تجربیات بدست آمده در دوران زندگی منجر به شکل گیری تاب آوری می‌شود (۱) در ایالات متحده آمریکا هر ساله بیش از ۲۵ درصد بزرگسالان به اختلالات روانی تشخیص داده شده‌اند (۲). شیوع اختلالات روانی در ایران ۱۰/۸۱٪ گزارش شده است و تخمین زده می‌شود حداقل حدود ۷ میلیون از جمعیت ایران از یک یا چند اختلال روانی رنج می‌برند (۳) در گذشته

بر توانایی تاب آوری آنان داشته باشد. ضمناً با توجه به افزایش بیماری‌های روانی در جامعه و تهدید سلامت مراقبین اصلی این بیماران و با توجه به اینکه تاکنون در ایران مطالعه‌ای که تاب آوری در مراقبین خانوادگی بیماران مبتلا به اختلالات روانی را بررسی کرده باشد وجود ندارد لذا خلاء بزرگی در خصوص مراقبین خانوادگی این بیماران در مقوله‌هایی از جمله تاب آوری احساس می‌شود. هدف پژوهش، تعیین تاب آوری در مراقبین مبتلایان به اختلالات روانی شهر تهران می‌باشد که امید است پایه‌ای برای مطالعات مداخله‌ای برای تدوین تدابیر مراقبتی خانواده محور در آینده گردد.

روش کار

پژوهش حاضر، مطالعه توصیفی-تحلیلی است که در سال ۱۳۹۲ انجام گردید. جامعه پژوهش شامل مراقبین خانوادگی بیماران مبتلا به اختلالات روانی می‌باشد. در این مطالعه ابتدا، کلیه مراقبینی که به همراه بیمار خود به درمانگاه و بخش‌های مراکز روانپزشکی منتخب شهر تهران مراجعه و واجد شرایط لازم برای شرکت در پژوهش بودند انتخاب. سپس به طور تصادفی ساده نمونه‌ها انتخاب شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل کلیه مراقبت کنندگانی که حداقل ۶ ماه از تشخیص بیماری عضو خانواده وی گذشته باشد و حداقل ۶ ماه از بیمار مراقبت کرده باشد، داشتن سن ۶۵-۱۸ سال، بیماری روانی یا جسمی مزمن شناخته شده نداشته باشند و در طول ۶ ماه گذشته استرس شدید مانند مرگ عزیز یا طلاق را تجربه نکرده و مراقبت از بیش از یک بیمار به عهده وی نباشد. و شرایط خروج از مطالعه عدم همکاری مشارکت کنندگان بود. در این مطالعه با در نظر گرفتن شیوع ۵۰ درصدی برای دستیابی به حداکثر نمونه و سطح اطمینان ۹۵٪ و خطای ۰/۶۶ = حجم نمونه ۲۲۰ نفر محاسبه گردید، در نهایت ۲۳۹ نفر وارد مطالعه ما شدند که ۲۲۰ نفر آن‌ها به پرسشنامه تاب آوری پاسخ کامل دادند. ابزار گرد آوری اطلاعات در این پژوهش شامل فرم مشخصات فردی و پرسشنامه کانر و دیویدسون (CD-RISC: Resilience Connor and Davidson Scale) می‌باشد. در فرم مشخصات دموگرافیک به یازده سؤال در زمینه سن، جنس، نسبت با بیمار، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، وضعیت اشتغال، وضعیت اقتصادی، تعداد افراد خانواده، جنس بیمار، مدت مراقبت و تشخیص بیماری پاسخ می‌دهند. پرسشنامه تاب آوری کانر و دیویدسون یک ابزار ۲۵ سوالی است که جهت اندازه گیری قدرت مقابله با فشار و تهدید، توسط کانر و دیویدسون در سال ۲۰۰۳ ساخته شده است. پرسشنامه در قالب مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای از کاملاً نادرست (۰) تا همیشه درست (۴) است و حداقل نمره تاب آوری شرکت کنندگان در مقیاس (۰) و حداکثر نمره آن‌ها (۱۰۰) می‌باشد و هر چقدر نمره بدست آمده به (۱۰۰) نزدیک‌تر باشد نشان دهنده تاب آوری بیشتر است. درجه تاب آوری به چهار دسته (۰-۲۵)، (۲۶-۵۰)، (۵۱-۷۵) و (۷۶-۱۰۰) تقسیم بندی می‌شود. محمدی ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه را ۰/۸۷ گزارش کرده است. روایی این پرسشنامه در مطالعات مختلف داخل و خارج کشور مورد تأیید قرار گرفته است (۱۶، ۱۷). در مطالعه حاضر پرسشنامه تاب آوری توسط ۲۰ نفر از

یک سوم مراقبین به صورت شدید و خیلی شدید دچار افسردگی، ۸۲ درصد از آن‌ها دچار اختلال در خواب، ۶۹ درصد احساس خستگی یا فقدان انرژی، ۳۹ درصد دچار عصبانیت، ۲۹ درصد تشخیص بیماری مرتبط با استرس نیز دارند و تنها ۲۵ درصد مراقبین احساس رضایت از زندگی را گزارش کرده‌اند (۷). مراقبین زمانی می‌توانند بر استرس مراقبت از بیمار مبتلا به اختلال روانی غلبه کنند و سلامت خود و خانواده را حفظ کنند که تاب آور (Resilient) باشند (۸). تاب آوری به فرایند پویای انطباق مثبت با تجربه‌های تلخ و ناگوار اطلاق می‌شود و همچنین به معنای مهارت‌ها و خصوصیات و توانمندی‌هایی تعریف می‌کنند که فرد را قادر می‌سازد با سختی‌ها، مشکلات و چالش‌ها سازگار سازد (۹). عواملی نظیر فشار ناشی از مراقبت، اختلال در عملکرد خانواده، احساس انگ خوردن و وابستگی بیمار بر تاب آوری مراقبین تأثیر منفی می‌گذارد (۸). تاب آوری به توانایی بهبود پس از استرس، سازگاری با شرایط استرس زا اطلاق می‌شود طوری که بیماری یا ناتوانی در اثر استرس و فشار روانی ناشی از آن بوجود نیاید (۱۰). افراد تاب آور بر سختی‌ها و خطرات زندگی غلبه می‌کنند (۱). به عبارتی افراد تاب آور، سلامتی و استقلال بیشتری را از خود نشان می‌دهند. آن‌ها قادرند که خود فکر کنند و تصمیمات را عملی، به درستی از دیگران انتقاد می‌کنند و احساسات خوبی نسبت به خود و اطرافیان داشته و توانایی‌هایشان را برای تغییر دادن محیطشان باور دارند. با تغییرات محیطی خود را وفق می‌دهند و بعد از برطرف شدن عوامل تنش زا به سرعت به حالت بهبود باز می‌گردند. توانمندی به فرد تاب آور کمک می‌کند تا شرایط استرس زا را مدیریت کند و در مقابله با مصائب و ناملایمات زندگی نه تنها جان سالم به در برد بلکه بتواند به سطح جدیدی از تعادل و رشد مثبت دست یابد و بدون اینکه سلامت روانش کاهش یابد و دچار بیماری روانی شود، رویدادهای فشارزا را پشت سر گذارد (۹). بیماری‌های مزمن سه دوره را طی می‌کند ۱- دوره پیشرفت بیماری ۲- دوره ثابت بیماری ۳- دوره عود بیماری. اعضای خانواده در دوره‌های عود بیماری با افزایش در مراقبت از عضو خانواده، با فشارهای جسمی، روانی و مالی روبرو است که این مشکلات بر کیفیت زندگی بیماران تأثیر می‌گذارد (۱۱-۱۴). وجود فشارها به اعضای خانواده نیاز به الگوهای انعطاف پذیری و تاب آور در خانواده است. میزان، نوع و زمان ناتوانی به طور معمول در درجه استرس خانواده تأثیر گذار است. در هر مرحله از بیماری، خانواده با چالش‌های روانی اجتماعی متفاوتی که ممکن است نیاز به تقویت خانواده باشد مواجهه است. نگرش‌ها و تغییرات برای سازگاری مطلوب می‌تواند یکی از منابع برای روبرو شدن خانواده با استرس‌ها باشد. تأثیر بحران‌ها بر خانواده ممکن است متفاوت باشد و بستگی به زمان و دوره بیماری و سختی‌های گذشته و پاسخ‌های خانواده دارد که می‌تواند باعث تجربه‌های سخت با عنوان یک مدل الهام بخش و غلبه کننده بر مشکلات باشد (۱۵). خانواده با ارزش‌ترین و آسیب پذیرترین منبع برای بیماران ناتوان می‌باشد و اعضای خانواده نیز نقش اساسی را در حمایت بیمار خود بر عهده دارند (۵). تاب آوری خانواده به عنوان پایه‌ای در شناخت بحران‌ها و چالش‌های مداوم خانواده است و تمام خانواده و روابط اعضا را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۱۵). مطالعات محدودی تاب آوری مراقبین خانوادگی بیماران را بررسی کرده است و اکثر تحقیقات بر بیمار و بیماری تأکید می‌کنند. مراقبین خانوادگی این بیماران مشکلات متعددی دارند که می‌تواند تأثیر منفی

بحث

نتایج مطالعه نشان داد میانگین تاب آوری مراقبین مبتلا به اختلالات روانی ۶۹٫۹۳ با انحراف معیار ۱۶٫۳۸ بوده است. تاکنون تاب آوری در مراقبین بیماران اختلالات روانی در کشور ایران صورت نگرفته است. اما مطالعات مشابه تاب آوری را در والدین دارای اولین فرزند استثنایی، والدین کودکان دارای ناتوانی یادگیری، مادران دارای فرزند کم توان ذهنی و مادران دارای فرزندان بیمار مورد بررسی قرار داده است (۱۸-۲۱) مطالعاتی نظیر عوامل تأثیر گذار بر تاب آوری مراقبین زن خانواده بیماران بزرگسال مبتلا به اختلالات روانی شدید در کشور فرانسه انجام شده است و همچنین مطالعه‌ای تاب آوری را در خانواده‌های فرزندان دارای سندرم داون مورد بررسی قرار داده است (۲۲، ۲۳). نتیجه این مطالعه می‌تواند با یافته‌های زیر هم خوان باشد. در این مطالعه اکثریت مراقبین بیماران مبتلا به اختلالات روانی (۸۶/۸ درصد) تاب آوری متوسط به بالا (۱۰۰-۵۱) داشتند که با مطالعات Van (2007) و Riper و Grand & Whittell (2000) و Wilksa (2008) و Meecharoen and Croom (۲۰۱۳) همسو است (۲۲-۲۴). تاب آوری خانواده نتیجه تلاش خانواده برای رسیدن به سطح جدید از تعادل و عملکرد در نتیجه موقعیت‌های پر استرس و بحرانی می‌باشد. مشکلات حل نشده قبلی خانواده، تغییرات در چرخه زندگی خانواده و وجود یک عضو خانواده مبتلا به بیماری مزمن نیازهای خانواده را بالا می‌برد. این خانواده‌ها قابلیت بیشتری برای بازگشت از چالش‌ها و مشکلات دارند که برای سلامت اعضای خانواده ضروری است (۲۳). همچنین نتایج سلامت روان مراقبین منعکس کننده تاب آوری آنان می‌باشد (۲۲) گرانت و ویلتل (۲۰۰۰) به این نتیجه رسیده‌اند که خانواده‌های کودکان معلول به صورت قابل توجه تاب آوری بالاتری در سازگاری روزمره از خود نشان می‌دهند (۲۳). این مطالعه سطح نسبتاً بالایی از تاب آوری را در میان مراقبین گزارش کردند و این تناقض ظاهری از تاب آوری بالا با وجود استرس قابل توجه غیر معمول نیست هر چند این پدیده در میان مطالعات تاب آوری جوانان دیده شده است و با وجود مقدار متوسط استرس درک شده توسط مراقبین بیماران آلزایمر با وجود درک استرس، انعطاف پذیری بالایی را گزارش کرده‌اند که احتمالاً به علت حمایت اجتماعی است که باعث افزایش تاب آوری می‌شود (۲۲). این مطالعات ادعان دارد که خانواده‌ها در شرایط سخت می‌توانند به خوبی سالم بمانند. شواهد حاصل از مطالعات خانواده‌های بیماران مزمن نشان می‌دهند که در میان مراقبین خانوادگی به طور معمول استرس وجود دارد و شرایط خانوادگی آنان به چالش کشیده می‌شود اما این یک واقعیت است که خانواده با پیچیدگی‌ها و مشکلات بسیار مواجه می‌شوند (۲۵). نتایج مطالعه حاضر با مطالعات میکائیلی و همکاران و خاکپور همسو نیستند که بیان می‌کنند مراقبین بیماران مزمن از تاب آوری کمتری برخوردارند همسو نمی‌باشند علت این اختلاف ممکن است به علت این باشد که در این دو مطالعه خانواده‌هایی که خود دچار اختلالات روانی بودند در مطالعه شرکت داشتند (۱۹، ۲۰).

مراقبین تکمیل شده و پایایی پرسشنامه ۰/۸۹ بدست آمد. لازم به ذکر است که این ۲۰ نفر مجزا از نمونه مورد مطالعه بودند. در مطالعات دیگری نیز پایایی این ابزار مورد تأیید قرار گرفته است (۱۷). پژوهشگر با مجوز از دانشگاه علوم پزشکی تهران و موافقت مسئولین مراکز به محیط پژوهش وارد شد. سپس با تکمیل رضایتنامه کتبی و آگاهانه توسط بیماران به آنها اطمینان داده شد که اطلاعات مربوط به آنها به صورت کاملاً محرمانه و بدون نام مورد بررسی قرار خواهد گرفت در این مطالعه پژوهشگر شخصاً اطلاعات را جمع آوری می‌کرد. پرسشنامه توسط مراقبین پر شده و در شرایطی که توانایی خواندن و نوشتن نداشتند سؤالات توسط پژوهشگر قرائت و مراقبین پاسخ می‌دادند در این مطالعه ۲۲۰ نفر از مراقبین خانوادگی بیماران که به همراه خود به بیمارستان‌های روانپزشکی، درمانگاه‌ها و بخش‌های روانپزشکی روزیه، امام حسین، طالقانی، رازی، مراجعه کرده بودند وارد مطالعه شدند. اطلاعات بدست آمده با استفاده از نرم افزار SPSS ۱۶ و آزمون‌های آماری همبستگی اسپیرمن، آزمون t و ANOVA جهت بررسی ارتباط تاب آوری با مشخصات دموگرافیک مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. آزمون کولموگروف اسمیرنوف نشان داد که داده‌ها نرمال هستند. جهت تحلیل داده‌ها نیز سطح معنی داری آماری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در این مطالعه ۷۲/۳ درصد مراقبین بیماران مؤنث، ۷۶ درصد متأهل، ۵۸/۳ درصد خانه دار، ۴۹/۸ درصد تعداد ۵-۴ نفر در یک منزل با یکدیگر زندگی و ۵۳/۲٪ مراقبین بیماران زیر ۵ سال مشغول مراقبت از بیمار مبتلا به اختلالات روانی بودند. میانگین طول مدت مراقبت ۷/۸۴ سال با انحراف معیار ۷/۹۶ سال بود. ۴۱/۲ درصد مراقبین خانوادگی مادر و ۵۸/۸ درصد مابقی خانواده درجه یک بیماران بودند. ۵۰/۵ درصد بیماران مبتلا به اختلالات دوقطبی بودند. میانگین سنی نمونه‌ها ۴۵/۲۳ سال با انحراف معیار ۱۲/۳ سال بودند. ۵۸/۴ درصد زیر دیپلم و مابقی تحصیلات دیپلم یا بالاتر داشتند. ۵۷/۲٪ وضعیت اقتصادی خود را متوسط گزارش کردند. تعداد افراد خانواده بستگان مراقبت کننده حداقل ۲ نفر و حداکثر ۹ نفر بود. ۵۵/۹ درصد بیماران مورد مراقبت این بستگان، مرد بودند. (جدول ۱).

میانگین تاب آوری مراقبین مبتلا به اختلالات روانی ۶۹/۹۳ با انحراف معیار ۱۶/۳۸ بوده است. تاب آوری ۱۳/۲ درصد از واحدهای مورد پژوهش بین ۵۰-۲۶، ۴۶/۸ درصد بین ۷۵-۵۱ و ۴۰ درصد ۱۰۰-۷۶ می‌باشد و هیچ یک از شرکت کنندگان تاب آوری بین ۲۵-۰ نداشتند. همچنین مطابق یافته‌ها در مجموع ۸۶/۸ درصد مراقبین بیماران تاب آوری بالای ۵۱ را داشتند (جدول ۲).

بر اساس نتایج آزمون‌های آماری بین تاب آوری مراقبین با ویژگی‌های دموگرافیک مراقبین (سن، جنس، مدت مراقبت، سطح تحصیلات، تعداد افراد خانواده، نسبت با بیمار، وضعیت تأهل، وضعیت اشتغال، تشخیص بیماری و وضعیت اقتصادی-اجتماعی ارتباط آماری معناداری وجود نداشت.

جدول ۱: توزیع فراوانی مشخصات دموگرافیک و ویژگی‌های زمینه‌ای مراقبین بیماران

متغیر	تعداد	درصد
سن (سال)		
پایین‌تر از ۳۰	۳۳	۱۴
۳۱-۴۰	۴۴	۱۸/۶
۴۱-۵۰	۵۸	۲۴/۶
۵۱-۶۰	۶۳	۲۶/۷
بالتر از ۶۱	۳۸	۱۶/۱
جنس		
زن	۱۷۲	۷۲/۳
مرد	۶۶	۲۷/۷
وضعیت تأهل		
مجرد	۲۸	۱۱/۸
متأهل	۱۸۰	۷۶
مطلقه	۱۱	۴/۶
همسر فوت کرده	۱۸	۷/۶
سطح تحصیلات		
زیر دیپلم	۱۳۹	۵۸/۴
دیپلم و فوق دیپلم	۶۶	۲۷/۷
لیسانس و بالاتر	۳۳	۱۳/۹
نسبت با بیمار		
پدر	۱۸	۷/۶
مادر	۹۸	۴۱/۲
همسر	۷۷	۳۲/۴
فرزند	۲۶	۱۰/۹
خواهر	۱۲	۵
برادر	۷	۲/۹
وضعیت اشتغال		
خانده دار	۱۳۶	۵۸/۳
شاغل	۲۴	۱۰/۳
آزاد	۳۶	۱۵/۵
بیکار	۱۴	۶
بازنشسته	۲۳	۹/۹
وضعیت اقتصادی		
خوب	۱۱	۴/۶
متوسط	۱۳۶	۵۷/۲
ضعیف	۹۱	۳۸/۲
تعداد افراد خانواده		
۲-۳	۹۲	۳۸/۸
۴-۵	۱۱۸	۴۹/۸
۶ نفر به با	۲۷	۱۱/۴
جنس بیمار		
زن	۱۰۵	۴۴/۱
مرد	۱۳۳	۵۵/۹
تشخیص بیماری		
اسکیزوفرنیا	۳۵	۱۶/۸
دوقطبی	۱۰۵	۵۰/۵
افسردگی	۳۵	۱۶/۸
سوء مصرف مواد	۱۲	۵/۸
اسکیزواکتیو	۹	۴/۳
سایر	۱۲	۵/۸
مدت مراقبت از بیمار (سال)		
۰-۴	۱۲۶	۵۳/۲
۵-۹	۵۹	۲۴/۹
۱۰-۱۴	۲۰	۸/۴
۱۵-۱۹	۱۷	۷/۲
بالتر از ۲۰	۱۵	۶/۳

جدول ۲: توزیع فراوانی مطلق و نسبی تاب آوری مراقبین خانوادگی بیماران

سطح تاب آوری	فراوانی	درصد فراوانی
متوسط (۲۶-۵۰)	۲۹	۱۳/۲
خوب (۵۱-۷۵)	۱۰۳	۴۶/۸
عالی (۷۶-۱۰۰)	۸۸	۴۰

یافته‌های این مطالعه نشان داد که میانگین تاب آوری مراقبین مبتلا به اختلالات روانی ۶۹/۹۳ با انحراف معیار ۱۶/۳۸ است که میزان تاب آوری این افراد مشابه گروه‌های عادی جمعیت یا حتی بالاتر از جمعیت عادی می‌باشد. خیلی از خانواده‌هایی که از بیماران مزمن مراقبت می‌کنند تاب آور هستند، بدین معنی که آن‌ها قادر به تحمل، زنده ماندن و حتی رشد در مواجهه با چالش‌های مداوم می‌باشند. ولی در نهایت ممکن است سلامتی اینگونه خانواده‌ها کاهش یابد (۲۳). در این مطالعه بیشتر مراقبان را زنان (۷۲/۳ درصد) تشکیل می‌دهند که مشابه مطالعات Meecharoen و Wilksa and Croom و Golics و Chappell and Schneider و Andrén و Caqueo-Urri'zar و Dujela و Keung Wong و Zendjidian است (۲۲، ۲۴، ۲۶-۳۲). در سراسر جهان، زنان مراقبین اولیه بوده و در کانادا و ایالات متحده آمریکا به ترتیب ۷۷ و ۶۶ درصد از مراقبین خانوادگی را تشکیل می‌دهند (۲۴، ۲۷). با توجه به هنجارهای خانوادگی، فرهنگی و انتظاراتی که نقش زنان را به عنوان مراقب تقویت می‌کند، بیشتر مراقبین را زنان تشکیل می‌دهند که عمده فشارهای ناشی از مراقبت بر دوش این گروه می‌باشد (۵، ۲۴). در مطالعه ما میانگین تاب آوری زنان ۶۹/۰۵ و مردان ۷۲/۳۱ می‌باشد اما اختلاف آماری معناداری در بین میانگین‌های این دو گروه وجود ندارد. همچنین در این مطالعه اکثراً مراقبین متأهل (۷۵/۹ درصد) بودند که شبیه به یافته‌های مطالعات Chappell and Dujela و Keung Wong et al (2012) می‌باشد (۳۰، ۳۲). در این مطالعه بین تاب آوری مراقبین بیماران با تشخیص‌های متفاوت ارتباطی وجود ندارد و ۴۵/۱ درصد بیماران مورد مراقبت مبتلا به اختلالات دوقطبی و ۱۵ درصد اسکیزوفرنی می‌باشند. در صورتی که در مطالعه Keung Wong که کیفیت زندگی مراقبین بیماران مبتلا به اختلالات روانی در هنگ کنگ را مورد بررسی قرار داده است ۳۶/۱ درصد از بستگان بیماران تشخیص اسکیزوفرنی و ۱۲/۲ تشخیص دوقطبی داشتند که بین کیفیت زندگی مراقبین بیماران با تشخیص‌های متفاوت ارتباطی وجود نداشته است (۳۲). لذا با توجه به مطالعه صورت گرفته و سایر مطالعات مرتبط در این زمینه تاب آوری در مراقبین بیماران مبتلا به اختلالات روان نیازمند بررسی‌های بسیار است. علی‌رغم این که در پژوهش حاضر بالا بودن میزان تاب آوری در مراقبین را نشان می‌دهد ولی ارتباط معنی داری از نظر آماری بین تاب آوری و اطلاعات دموگرافیک مورد بررسی وجود نداشت. نتایج این

مطالعه ما با نتایج Van Riper نیز همسو می‌باشد که در مطالعه فوق هم ارتباط معنی داری بین سازگاری خانواده و مشخصات دموگرافیک وجود نداشت (۲۳). اما متفاوت با نتایج مطالعه حاضر نتایج مطالعه خاکپور و همکاران نشان داد بین متغیرهای سن، وضعیت اقتصادی و تحصیلات با تاب آوری مراقبین زوجین دارای اولین فرزند استثنایی ارتباط آماری معنی داری وجود دارد (۱۹). می‌تواند به علت متفاوت بودن نمونه‌های مورد پژوهش باشد. با توجه به مهم بودن تاب آوری در مراقبین خانوادگی بیماران روانی پیشنهاد می‌شود مطالعات دیگری با حجم نمونه بیشتری و با هدف شناسایی سایر عوامل مرتبط با تاب آوری در این مراقبین و همچنین شناسایی سایر مشکلات روانی از جمله استرس و اضطراب صورت گیرد تا بتوان پژوهش‌های مداخله‌ای در جهت افزایش مهارت‌های زندگی برای مقابله با تنش‌زاهای روانی - اجتماعی اجراء نمود.

نتیجه گیری

یافته‌های این مطالعه به پرستاران و سایر ارائه دهندگان مراقبت‌های بهداشتی کمک می‌کند که از مدل تاب آوری و یا مدل‌های مشابه برای ارتقاء سطح سلامت، افزایش ظرفیت بازگشتن از دشواری پایدار و ادامه دار و توانایی در ترمیم خویشتن، افزایش عملکرد اجتماعی، اقتصادی و رفاهی و ارتقاء سطح تحمل مراقبین و برای مراقبت و آموزش با خانواده‌های بیماران مبتلا به اختلالات روانی استفاده کنند.

کاربرد یافته‌های پژوهش در بالین

پرستاران می‌توانند نقش مهمی در غربالگری برای شناسایی مراقبین و ترویج تاب آوری و سازگاری خانواده‌های بیماران مبتلا به اختلالات روانی داشته باشند.

سپاسگزارى

از کلیه مراقبین بیماران که با وجود مشکلات فراوان ناشی از مراقبت در این پژوهش شرکت داشتند و همچنین از دانشگاه علوم پزشکی تهران جهت تصویب این طرح پژوهشی و مسئولین محترم بیمارستان‌ها و درمانگاه‌های اعصاب و روان شهر تهران و معاونین محترم پژوهشی دانشگاه‌های علوم پزشکی تهران، ایران، شهید بهشتی و علوم بهزیستی و توانبخشی صمیمانه تشکر می‌گردد. این طرح بوسیله دانشگاه علوم پزشکی تهران حمایت مالی شده است.

References

- Alriksson-Schmidt AI, Wallander J, Biasini F. Quality of life and resilience in adolescents with a mobility disability. *J Pediatr Psychol*. 2007;32(3):370-9. DOI: 10.1093/jpepsy/jsl002 PMID: 16751636
- Zauszniewski JA, Bekhet AK, Suresky MJ. Effects on resilience of women family caregivers of adults with serious mental illness: the role of positive cognitions. *Arch Psychiatr Nurs*. 2009;23(6):412-22. DOI: 10.1016/j.apnu.2008.12.004 PMID: 19926023
- Mohammadi MR, Davidian H, Noorbala AA, Malekafzali H, Naghavi HR, Pouretamad HR, et al. An epidemiological survey of psychiatric disorders in Iran.

- Clin Pract Epidemiol Ment Health. 2005;1(1):16. DOI: [10.1186/1745-0179-1-16](https://doi.org/10.1186/1745-0179-1-16) PMID: [16185355](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16185355/)
4. Dixon L, Lucksted A, Stewart B, Burland J, Brown CH, Postrado L, et al. Outcomes of the peer-taught 12-week family-to-family education program for severe mental illness. *Acta Psychiatr Scand*. 2004; 109(3):207-15. PMID: [14984393](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14984393/)
 5. Ghahremani Z, Jafarpoure Alavi M, Hosseini F. Correlates of quality of life in the family caregivers of schizophrenic patients with hope. *Iran J Nurs*. 2006;19(45):17-26.
 6. Chimeh N, Malakoti K, Panaghi L, Ahmad Abadi Z, Nojomi M, Ahmadi Tonkaboni A. Care giver burden and mental health in schizophrenia. *J Fam Res*. 2008;4(3):277-92.
 7. Voss C, Tasmania C. Hope, Empowerment, Resilience and Outcomes For Carers. The Carers NSW Biennial Conference: H.E.R.O.; 2011.
 8. Zauszniewski JA, Bekhet AK, Suresky MJ. Resilience in family members of persons with serious mental illness. *Nurs Clin North Am*. 2010;45(4):613-26, vii. DOI: [10.1016/j.cnur.2010.06.007](https://doi.org/10.1016/j.cnur.2010.06.007) PMID: [20971340](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20971340/)
 9. Hagh Ranjbar F, Kakavand A, Borjali A, Barmas H. Resilience and quality of life of mothers of mentally retarded children. *J Health Psychol*. 2011;1(1):177-87.
 10. Smith WD, Cailliet GM, Cortes E. Demography and elasticity of the diamond stingray, *Dasyatis dipterura*: parameter uncertainty and resilience to fishing pressure. *Mar Freshwater Res*. 2008;59(7):575-86. DOI: [10.1071/Mf07020](https://doi.org/10.1071/Mf07020)
 11. Heydarnejad S, Dehkordi AH. The effect of an exercise program on the health-quality of life in older adults. A randomized controlled trial. *Dan Med Bull*. 2010;57(1):A4113. PMID: [20175947](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20175947/)
 12. Heydarnejad MS, Hassanpour DA, Solati DK. Factors affecting quality of life in cancer patients undergoing chemotherapy. *Afr Health Sci*. 2011;11(2):266-70. PMID: [21857860](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21857860/)
 13. Hassanpour-Dehkordi A, Jivad N. Comparison of regular aerobic and yoga on the quality of life in patients with multiple sclerosis. *Med J Islam Repub Iran*. 2014;28:141. PMID: [25694999](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25694999/)
 14. Dehkordi A, Heydarnejad MS, Fatehi D. Quality of Life in Cancer Patients undergoing Chemotherapy. *Oman Med J*. 2009;24(3):204-7. DOI: [10.5001/omj.2009.40](https://doi.org/10.5001/omj.2009.40) PMID: [22224186](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22224186/)
 15. Rolland JS, Walsh F. Facilitating family resilience with childhood illness and disability. *Curr Opin Pediatr*. 2006;18(5):527-38. DOI: [10.1097/01.mop.0000245354.83454.68](https://doi.org/10.1097/01.mop.0000245354.83454.68) PMID: [16969168](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16969168/)
 16. Connor KM, Davidson JR. Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depress Anxiety*. 2003;18(2):76-82. DOI: [10.1002/da.10113](https://doi.org/10.1002/da.10113) PMID: [12964174](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12964174/)
 17. Nasir M. The Relationship Strategies Coping with Stress and Resilience with optimism in Dezfoul city high school students. *New Find Psychol*. 2011;5(16):55-68.
 18. Ganguly K, Chadda R, Singh T. Caregiver burden and coping in schizophrenia and bipolar disorder: A qualitative study. *Am J Psychiatr Rehabil*. 2010;13(2):126-42.
 19. Khakpor M, Mehafarid M. Mental disorders and resiliency compared to the first couple of normal and exceptional children in Faruj. *North Khorasan Med Sci J*. 2013;4(4):571-83.
 20. Meikaeilei N, Ganji M, Talebi joybari M. A comparison of resiliency, marital satisfaction and mental health in parents of children with learning disabilities and normal children. *J Learn Disabi*. 2012;2(1):120-37.
 21. Hoseini T, Salimi H. The relationship between religious orientation and resilience among mothers of children with diseases. *Psychol Relig*. 2011;4(3):69-82.
 22. Wilks SE, Croom B. Perceived stress and resilience in Alzheimer's disease caregivers: testing moderation and mediation models of social support. *Aging Ment Health*. 2008;12(3):357-65. DOI: [10.1080/13607860801933323](https://doi.org/10.1080/13607860801933323) PMID: [18728949](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18728949/)
 23. Van Riper M. Families of children with Down syndrome: responding to "a change in plans" with resilience. *J Pediatr Nurs*. 2007;22(2):116-28. DOI: [10.1016/j.pedn.2006.07.004](https://doi.org/10.1016/j.pedn.2006.07.004) PMID: [17382849](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17382849/)
 24. Meecharoen W, Sirapo-ngam Y, Monkong S, Oratai P, Northouse LL. Factors Influencing Quality of Life among Family Caregivers of Patients with Advanced Cancer: A Causal Model. *Pacific Rim Int J Nurs Res*. 2013;17(4):304-16.
 25. Grant G, Whittell B. Differentiated coping strategies in families with children or adults with intellectual disabilities: The relevance of gender, family composition and the life span. *J Appl Res Intel Disabil*. 2000;13(4):256-75. DOI: [10.1046/j.1468-3148.2000.00035.x](https://doi.org/10.1046/j.1468-3148.2000.00035.x)
 26. Golics CJ, Basra MK, Salek MS, Finlay AY. The impact of patients' chronic disease on family quality of life: an experience from 26 specialties. *Int J Gen Med*. 2013;6:787-98. DOI: [10.2147/IJGM.S45156](https://doi.org/10.2147/IJGM.S45156) PMID: [24092994](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24092994/)
 27. Schneider M, Steele R, Cadell S, Hemsworth D. Differences on psychosocial outcomes between male and female caregivers of children with life-limiting illnesses. *J Pediatr Nurs*. 2011;26(3):186-99. DOI: [10.1016/j.pedn.2010.01.007](https://doi.org/10.1016/j.pedn.2010.01.007) PMID: [21601142](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21601142/)
 28. Andren S, Elmstahl S. Relationships between income, subjective health and caregiver burden in caregivers of people with dementia in group living care: a cross-sectional community-based study. *Int J Nurs Stud*. 2007;44(3):435-46. DOI: [10.1016/j.ijnurstu.2006.08.016](https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2006.08.016) PMID: [17078957](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17078957/)
 29. Caqueo-Urizar A, Gutierrez-Maldonado J, Miranda-Castillo C. Quality of life in caregivers of patients with schizophrenia: a literature review. *Health Qual Life Outcomes*. 2009;7:84. DOI: [10.1186/1477-7525-7-84](https://doi.org/10.1186/1477-7525-7-84) PMID: [19747384](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19747384/)
 30. Chappell NL, Dujela C. Caregiving: predicting at-risk status. *Can J Aging*. 2008;27(2):169-79. DOI: [10.3138/cja.27.2.169](https://doi.org/10.3138/cja.27.2.169) PMID: [18845512](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18845512/)
 31. Zendjidian X, Richieri R, Adida M, Limousin S, Gaubert N, Parola N, et al. Quality of life among caregivers of individuals with affective disorders. *J Affect Disord*. 2012;136(3):660-5. DOI: [10.1016/j.jad.2011.10.011](https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.10.011) PMID: [22100129](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22100129/)
 32. Wong DF, Lam AY, Chan SK, Chan SF. Quality of life of caregivers with relatives suffering from mental illness in Hong Kong: roles of caregiver characteristics, caregiving burdens, and satisfaction with psychiatric services. *Health Qual Life Outcomes*. 2012;10:15. DOI: [10.1186/1477-7525-10-15](https://doi.org/10.1186/1477-7525-10-15) PMID: [22289443](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22289443/)