



فشار روانی مراقبان بیماران مزمن روانی و نیاز آنان به خدمات مراقبتی و درمانی

دکتر سید کاظم ملکوتی^۱، ربابه نوری قاسم آبادی^۲، دکتر محسن نقوی^۳، دکتر سیدعلی احمدی ابهری^۴، دکتر مهدی نصر اصفهانی^۱، دکتر سوسن افقه^۵، دکتر پرویز صالحی^۶، دکتر محمدعلی همتی^۷، دکتر مسعود مقدم نیا^۸

Title: *The burden of caregivers of chronic mental patients and their needs to care and therapeutic services.*

Authors: *Malakouti k, (MD); Noori R, (MSc); Naghavi M, (PhD), Ahmadi Abhari A, (MD); Nasr M, (MD); Afghah S, (MD); Salehi P, (MD); Hemati MA (MD); Moghadamnia M (MD).*

Abstract: *The involvement of families in the care of chronic and serious mental patients is one of the principles of every mental health program. In this regard, assessment of the burden and needs of these families to different care services is of special importance.*

Twelve hundred of main caregivers of the patients (schizophrenia, bipolar mood disorder, major depressive disorder) from 6 psychiatric centers in Tehran were enrolled to the study. The instruments were FBIS (family burden interview schedule), MRSS (morningside rehabilitation status scale), and "the caregivers needs to care and therapeutic services" questionnaire. Chi square, regression and pearson correlation coefficient were used for data analysis.

The results showed that short-term hospitalisation, rehabilitation and follow up services are rated among the primary needs of the caregivers while institutionalisation of the patients was the last. The burden of the caregivers of schizophrenic patients was higher than the two others ($p < 0.05$). Disruption of family leisure and using up another person's holiday, disruptive family interaction and suffering from patient's illness (as a subjective burden) were the most prevalent causes of the burden in the family. The negative and positive symptoms were correlated with the severity of the burden and needs of caregivers ($p < 0.05$).

Family is an important and reliable source to care of chronic and serious mental patients. In programming the national mental health policies, priority must be given to the needs of caregivers and to development of rehabilitation, education and short-term hospitalisation services.

Keywords: *burden, chronic mental patient, need assessment, caregiver.*

۱- بخش روانپزشکی، بیمارستان حضرت رسول، دانشگاه علوم پزشکی ایران

۲- انستیتو روانپزشکی تهران، گروه روانشناسی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران

۳- ستاد گسترش شبکه، معاونت سلامت، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

۴- بیمارستان روزبه، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

۵- بیمارستان رازی، گروه روانپزشکی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

۶- بخش روانپزشکی، بیمارستان شهید لواسانی، سازمان تأمین اجتماعی
 ۷- بخش اعصاب و روان، مرکز بهداشت بنیاد جانبازان
 ۸- بخش روانپزشکی، بیمارستان شهید مصطفی خمینی، دانشگاه علوم پزشکی شاهد

چکیده:

مشارکت خانواده در مراقبت از بیمار مزمن و شدید روانی از اصول برنامه‌های بهداشت روانی است. در این راستا ارزیابی فشار و نیازهای خانواده به انواع خدمات مراقبتی - درمانی می‌تواند حایز اهمیت باشد. ۱۲۰۰ مراقب اصلی بیماران روانی (اسکیزوفرنیا، افسردگی شدید و بیماری دوقطبی) از ۶ مرکز روانپزشکی در سطح تهران انتخاب شدند. ابزارهای تعیین میزان فشار روانی (FBIS) وضعیت روانی بیماران (MRSS) و پرسشنامه «تعیین نیاز مراقبان به خدمات مراقبتی و درمانی» برای گردآوری اطلاعات به کارگرفته شد. آزمونهای آماری کای دو، رگرسیون، همبستگی پیرسون برای تجزیه و تحلیل اطلاعات مورد استفاده قرار گرفتند. نتایج نشان داد که بستری کوتاه مدت یک ماهه، خدمات توانبخشی و پیگیری درمان در منزل جزو نیازهای اولیه، و سپردن بیمار به مؤسسات نگهداری در رتبه آخر نیاز مراقبان قرار دارند. فشار روانی مراقبان بیماران اسکیزوفرنیک شدیدتر از دو گروه دیگر بود. اختلال در استراحت و اوقات فراغت خانواده، اختلال در روابط خانواده و رنج ناشی از داشتن بیمار روانی، شایع‌ترین عوامل فشارزا بودند. هر دو گروه علائم منفی و مثبت بیماری با شدت فشار و نیاز مراقبان به خدمات درمانی همبستگی معنی‌دار و مثبت داشتند. خانواده منبع مهم و قابل اعتمادی در مراقبت از بیمار مزمن روانی است. تأمین نیازهای مراقبان و توسعه خدمات توانبخشی - آموزشی و بستری کوتاه مدت، از نیازهای اولیه مراقبان بوده و تأمین آنها در برنامه‌ریزی سیاستهای ملی بهداشت روانی می‌تواند از اولویت اول برخوردار باشد.

کلواژگان: فشار روانی، بیمار مزمن روانی، سنجش نیاز، مراقب

مقدمه:

خانواده بهترین منبع برای مراقبت از بیمار روانی مزمن معرفی شده و از این رو توجه به فشار روانی^۱ و نیاز مراقبان از اولویت بالایی برخوردار است. نظر به اهمیت رضایت بیماران از خدمات، نقش خانواده در رضایت‌مندی و کیفیت زندگی بیماران مهم قلمداد می‌شود (۱۰-۵). خانواده در مراقبت از بیمار نقش متنوعی داشته و عمدتاً به عنوان «تسهیل کننده» در ارائه خدمات عمل می‌کند (۲) از این رو بر ضرورت هماهنگی و همکاری بین سیاست‌گذاران کلان خدمات مراقبتی - درمانی و خانواده بیماران در تدوین و اجرای برنامه‌های بهداشت روانی تأکید می‌شود (۹).

از نیازهای خانواده دارای بیمار مزمن و شدید روانی می‌توان به کسب دانش و مهارت عملی برای سازگاری با بیمار، نارضایتی از کمبود اطلاعات، نیاز به همدلی و مشورت با سایر خانواده‌های دارای بیمار روانی، غلبه بر انزوای خانواده، ایجاد فرصت استراحت موقت برای خانواده، تأمین محل سکونت برای بیمار، وجود

یکی از مفاهیم اساسی در خدمات بهداشت روانی ارزیابی نیاز بیماران و مراقبان آنها است. تاکنون نظریه واحدی توسط محققین برای «نیاز» ارائه نشده است. ولی بر تعریف: «فقدان یا کمبود امکانات و خدماتی که برای زندگی اهمیت حیاتی دارند» (۱) توافق بیشتری وجود دارد.

برای ارزیابی نیازبیماران ابزارهای مختلفی تهیه شده است (۴-۲). ارزیابی نیاز می‌تواند برحسب مصرف سرویسهای درمانی نیز باشد. علاوه بر رضایت‌مندی بیمار، رضایت مراقبان از خدمات نیز از مؤلفه‌های برنامه‌ها و سیاست‌های بهداشت روانی است (۱). احساس درک شدن از سوی مراقب، در دسترس بودن وی به هنگام نیاز، دریافت کمک و مساعدت از مراقب، از اجزاء رضایت بیمار شناخته شده‌اند (۵).

^۱ - burden

و گروهی بر علایم منفی (۲۷-۲۳) تأکید داشته‌اند. ولتاس و همکاران (۲۰۰۲) نشان دادند که در بیمارانی که اخیراً بیماری آنها شروع شده، علائم آشفته نسبت به علائم منفی و مثبت نقش مهمتری در ایجاد فشار داشته است (۲۸).

در کشور ما برای مراقبت از بیماران مزمن و شدید روانی علی‌الخصوص در شرایطی که با کمبود خدمات درمانی - مراقبتی روانپزشکی مواجه می‌باشیم (۲۹)، خانواده نقش محوری ایفا می‌کند. با توجه به تدوین برنامه "سامان دهی بیماران روانی مزمن" در برنامه توسعه (۳۰) و اهمیت انطباق آن با نیاز خانواده‌ها، ارزیابی مقدماتی نیاز مراقبان به خدمات مراقبتی - درمانی و نیز عوامل فشارزا در خانواده‌های ایرانی می‌تواند در برنامه‌ریزی ملی بهداشت روانی مفید واقع گردد.

روش کار:

سه گروه بیماری: اسکیزوفرنیا، مانیک دپرسیو، افسردگی شدید به عنوان بیماری‌های شدید و مزمن روانی در نظر گرفته شدند. شش مرکز روانپزشکی شهر تهران که از مراکز اصلی مراجعه بیماران مزمن و شدید روانی هستند، برای انتخاب بیمار تعیین گردیدند.

این مراکز عبارتند از بیمارستان‌های: شهید اسماعیلی، روزبه، رازی، شهید لوانسانی، بخش روانپزشکی بقیه ا... اعظم و درمانگاه روانپزشکی بنیاد جانبازان. از هر مرکز یک روانپزشک که تمایل به همکاری با این تحقیق را داشت دعوت و با اهداف و مراحل انجام پژوهش آشنا گردید. با نظر وی یک یا دو نفر روانشناس با سطح تحصیلی لیسانس یا فوق لیسانس روانشناسی بالینی برای همکاری با این طرح دعوت و طی جلسات آموزش نظری و عملی نحوه تکمیل پرسشنامه‌ها را فرا گرفتند.

برای تعیین حجم نمونه، نظر به اینکه اندازه‌ای از فشار روانی در خانواده دارای بیمار در اختیار نداشتیم، با احتساب حجم نمونه مطلوب، در هر گروه ۳۸۶ نفر و جمعاً ۱۲۰۰ بیمار در جمع سه گروه تعیین گردید. نمونه‌ها از بیماران در دسترس انتخاب شدند. شرایط انتخاب عبارت بودند از: دارا بودن ملاکهای تشخیصی DSM-IV (۳۱)، حداقل سن ۱۵ سال، سپری شدن حد اقل سه ماه از مرحله حاد بیماری، فقدان بیماری روانی عضوی، فقدان اعتیاد و وابستگی به مواد روانگردان.

پس از تعیین تشخیص بیماران توسط روانپزشک مرکز، آنها به اتفاق همراهشان جهت تکمیل پرسشنامه‌ها به روانشناس تابستان ۸۲، دوره ششم، شماره دوم

خدمات فوری و مداخله در بحران (۸)، تأمین شغل و محل سکونت برای بیمار و نیز تأمین فعالیت‌های تفریحی (۱۰) اشاره کرد.

در تأمین نیاز مراقبان، ضروری است که به عوامل فشار در آنان توجه شود. منظور از فشار، پیامدهای ناشی از وجود یک بیمار روانی مزمن بر خانواده یا مراقب وی است (۱۱). در آن دسته از مراقبانی که از بیمارشان جدا زندگی می‌کنند نیز به دلیل نگرانی از وضعیت زندگی روزمره بیمار، مراقبت‌های لازم و مصرف دارو و بهداشت عمومی، به شدت مراقبانی که همراه بیمارشان زندگی می‌کنند، استرس وجود دارد (۱۲).

افزایش فشار مراقبان عواقب متعددی از جمله انزوای خانواده، قطع امید از حمایت‌های اجتماعی، اختلال در روابط خانوادگی و مراقبت ناکافی از بیمار و نهایتاً رها کردن بیمار و تشدید پدیده بیماران روانی بی‌خانمان را در پی خواهد داشت (۱۳).

فشار بالا در مراقبان همزمان با سطح بالایی از هیجانات ابراز شده^۱، احتمال عود (۱۴) و بستری مجدد بیمار را افزایش می‌دهد (۱۵ و ۱۶). افزایش فشار مراقبان باعث کاهش سطح سلامت روانی و افزایش احتمال بروز اختلالات روانی در آنها می‌گردد. در برخی مطالعات مشکلات روانی در ۴۱٪ از خانواده این بیماران گزارش شده است (۱۷).

افسردگی، اضطراب، اختلال انطباقی و نورااستتیا از موارد شایع آن است. بالا بودن فشار در مراقبان به نوبه خود باعث شدت یافتن بیماری در مرحله حاد و نیز علائم باقیمانده در مرحله کنترل بیماری می‌گردد (۱۸).

منابع ایجاد کننده فشار در مراقبان بیماران روانی (اجتماعی، هیجانی، مالی و علائم بیماری) و روانی مجرم (علاوه بر چهار مورد قبل، دادگاهی شدن، مواجه با رسانه‌ها، پلیس و پذیرش در بیمارستان مخصوص) طبقه‌بندی شده‌اند (۱۹).

برخی از عوامل ایجاد کننده فشار در مراقب عبارتند از: حفظ آراستگی بیمار، مراقبت دارویی از وی، انجام کارهای شخصی بیمار، مدیریت مالی و مدیریت زمان. برخی رفتارهای بیمار که ایجاد فشار در مراقب می‌کنند عبارتند از: انجام کارهایی که باعث شرمندگی در مراقب شود، تقاضای زیاد، اختلال خواب، پرخاشگری و تهدید به خودکشی، مصرف الکل و سوء مصرف مواد روانگردان (۲۰).

پژوهش‌هایی که اثر علائم مثبت و منفی بیماری اسکیزوفرنیا بر ایجاد فشار در مراقب را مورد بررسی قرار داده‌اند، نتایج متفاوتی را گزارش نموده‌اند. برخی بر علائم مثبت (۱۷، ۲۱ و ۲۲)

¹ - high express emotion

توسط پای و کاپور^۳ (۱۹۸۱) ساخته شد که به صورت مصاحبه نیمه ساخت یافته تکمیل می‌شود. این مقیاس از ضریب پایایی بالایی (۰/۷۲) برخوردار بوده و حداکثر نمره آن ۴۸ است (۳۳).

یافته‌ها:

۱۲۰۰ مراقب بیمار مزمن از مراجعه کنندگان به پنج مرکز روانپزشکی شهر تهران از نمونه در دسترس انتخاب شدند: ۳۹۰

(۳۲/۵٪) نفر از مراکز شهید اسماعیلی، ۳۳۱ (۲۷/۶٪) نفر از بیمارستان رازی، ۱۱۸ (۹/۸٪) نفر از بیمارستان روزبه، ۶۴ (۵/۴٪) نفر از بیمارستان بقیه... الاعظم و مراکز وابسته به بنیاد شهید، ۲۳۲ (۱۹/۳٪) نفر از بیمارستان شهید لوانی و ۶۵ (۵/۴٪) نفر از بخش خصوصی.

آزمودنی‌ها شامل ۴۲۸ (۳۵/۷٪) نفر مراقب بیمار مانیک دپرسیو، ۳۶۷ (۳۰/۶٪) نفر مراقب بیمار افسرده اساسی و ۴۰۵ (۳۳/۷٪) نفر مراقب بیمار اسکیزوفرنیا بودند.

مشخصات جمعیت شناختی بیماران در جدول شماره ۱ دیده می‌شود. ۴۱۰ (۳۴/۲٪) زن با میانگین سنی ۳۵/۷۷ (± ۱۱/۱) و ۷۹۰ (۶۵/۸۳٪) مرد با میانگین سنی ۳۶/۶ (± ۱۱/۲۵) نمونه این پژوهش را تشکیل می‌دهند. در جدول شماره ۲ سن شروع بیماری، طول مدت بیماری و دفعات مراجعه به پزشک معالج طی ۶ ماه گذشته نشان داده شده است. در زنان و مردان الگوی یکنواختی در سه گروه بیماری دیده می‌شود. در گروه اسکیزوفرنیا سن ابتلا پایین‌تر، مدت بیماری طولانی‌تر، دفعات مراجعه به پزشک بیشتر از دو گروه دیگر بود.

جدول ۱- مشخصات جمعیت شناختی بیماران مزمن و شدید روانی (تهران - ۱۳۷۷)

مرد تعداد (%)	زن تعداد (%)	مشخصات جمعیتی	
		پدر/مادریا همسر	سمت در خانواده
۳۴۷ (۴۳/۹)	۱۸۸ (۴۵/۹)	پسر / دختر	۲۱ مراقب (در هر گروه بیماری ۷ مراقب) انجام شد. آزمون t وابسته تفاوت معنی‌داری را میان میانگین نمرات نشان نداد (df=۲۰، P=۰/۰۹، t=۱/۷۸)
۴۰۶ (۵۱/۴)	۱۹۸ (۴۸/۳)	سایر	دو گروه نشان داد (P<۰/۰۰۱، r=۰/۷۷).
۳۷ (۴/۷)	۲۴ (۵/۸)	متاهل	مقیاس فشار روانی خانواده (FBIS) ^۲
۳۶۷ (۴۶/۵)	۱۸۸ (۴۵/۹)	مجرد	
۳۶۰ (۴۵/۶)	۱۵۸ (۳۸/۵)	بیوه	
۶۲ (۷/۹)	۶۴ (۱۵/۶)	بیسواد	وضعیت تحصیلی
۷۲ (۹/۱)	۷۵ (۱۸/۴)	ابتدایی	
۲۲۲ (۲۸/۱)	۱۰۹ (۲۶/۷)		

همان مرکز معرفی میشدند. در صورتی که بیمار به تنهایی و یا بدون مراقب اصلی به پزشک مراجعه کرده بود، طی تماس تلفنی و یا ارسال یادداشت از مراقب اصلی (کسی که در خانواده بیشترین سهم را در مراقبت از بیمار بر عهده دارد) جهت انجام مصاحبه و تکمیل پرسشنامه‌ها دعوت بعمل می‌آمد. پس از تکمیل حجم نمونه و جمع‌آوری اطلاعات، از آزمونهای رگرسیون، همبستگی، کای دو برای تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده شد.

ابزارها

وضعیت توانبخشی مورنینگ ساید (MRSS)^۱

این پرسشنامه که وضعیت عملکرد بیمار را می‌سنجد، در ایران ترجمه و به کار گرفته شده (۳۲) و دارای ۴ خرده مقیاس است: وابستگی، عدم فعالیت، انزوا و تأثیرپذیری عملکرد از علایم روانی. هر خرده مقیاس از صفر تا ۷ نمره‌گذاری می‌شود و نمره بالا شدت اختلال را نشان می‌دهد.

پرسشنامه «تعیین نیازهای مراقبان بیماران روانی به خدمات مراقبتی - درمانی»

این پرسشنامه توسط مجریان طرح ساخته شد و به صورت مصاحبه نیمه ساخت یافته تکمیل می‌شود. دارای بخش جمعیت شناختی (۱۱ سؤال از مراقب و ۱۰ سؤال از بیمار) و بخش نیاز سنجی (۲۶ سؤال مربوط به نیاز مراقبان به خدمات مراقبتی - درمانی) است. علاوه بر این ۲ سؤال باز نیز در آن گنجانده شده که مشکلات مربوط به درمان و سایر انواع خدمات مورد نظر مراقبان جستجو شود. برای نمره‌گذاری و اندازه‌گیری شدت نیاز، به پاسخ خیر نمره صفر، پاسخ کم نمره ۱، پاسخ متوسط نمره ۲ و پاسخ شدید نمره ۳ داده شد. حداکثر نمره هر آزمودنی در این پرسشنامه ۲۴ می‌باشد.

اعتبار محتوی این آزمون با ارائه آن به ۱۰ تن از متخصصان روانپزشک، روانشناس و مددکار مورد تأیید قرار گرفت. پایایی آن با انجام آزمون - بازآزمون به فاصله دو هفته از ۲۱ مراقب (در هر گروه بیماری ۷ مراقب) انجام شد. آزمون t وابسته تفاوت معنی‌داری را میان میانگین نمرات نشان نداد (df=۲۰، P=۰/۰۹، t=۱/۷۸). آزمون پیرسون، همبستگی معنی‌داری را میان نمرات دو گروه نشان داد (P<۰/۰۰۱، r=۰/۷۷).

مقیاس فشار روانی خانواده (FBIS)^۲

³- Pai-Kapur

¹- morningside rehabilitation status scale

²- family burden interview scale

نیاز به خدمات برای مراقبان هر سه گروه بیماری از الگوی تقریباً مشابهی پیروی می‌کند.

مراقبان بیماران اسکیزوفرنیا به توانبخشی حرفه‌ای، توانبخشی روانی، بستری میان مدت و نگهداری دائمی بیمار در آسایشگاهها، بیشتر از دو گروه دیگر نیاز داشتند ($p < 0.05$) (جدول ۴).

مراقبان برحسب شدت نیاز به خدمات مراقبتی به سه طبقه تقسیم شدند: نیاز کم (۰-۹) نیاز متوسط (۱۰-۱۹) و نیاز شدید (۲۰-۳۰). نیاز مراقبان بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا بیشتر از مراقبان دو گروه دیگر بود ($p < 0.01$, $df=4$ و $F=67/5$ کای دو). رتبه‌بندی مجدد نیاز به خدمات، برحسب نیاز شدید به آنها تغییر عمده‌ای در رتبه‌بندی ایجاد نکرد. بستری کوتاه مدت (یک ماه) از رتبه اول به چهارم تنزل یافت و نیاز به پیگیری بیمار در منزل و توانبخشی بیماران، در اولویت اول قرار گرفتند. نیاز به نگهداری دائمی بیمار از رتبه دهم به هفتم ارتقاء یافت.

جدول ۳- مشخصات جمعیت شناختی مراقبان بیماران مزمن روانی (تهران - ۱۳۷۷)

مراقبان بیماران مرد		مراقبان بیماران زن		مشخصات جمعیتی	
تعداد	%	تعداد	%	تعداد	%
۲۳۸	۳۰/۱	۱۰۷	۲۶/۲	بیسواد	
۲۹۶	۳۷/۵	۱۲۶	۳۰/۹	ابتدایی	
۱۱۳	۱۴/۳	۷۶	۱۸/۶	راهنمایی	
۱۰۵	۱۳/۳	۷۵	۱۸/۴	دیپلم	
۳۸	۴/۸	۲۴	۵/۹	بالتر از دیپلم	
۶۴۱	۸۱/۱	۳۱۷	۷۷/۵	متاهل	
۵۱	۶/۵	۴۰	۹/۸	مرد	
۹۸	۱۲/۴	۵۲	۱۲/۷	بیوه	
۲۰۶	۲۶/۱	۱۲۰	۲۹/۳	مادر	نسبت مراقبان با بیماران
۲۹۳	۳۷/۱	-	-	زن (همسر)	
۱۵۴	۱۹/۵	۶۲	۱۵/۲	پدر	
-	-	۱۳۹	۳۴	شوهر	
۶۷	۸/۵	۱۶	۳/۹	برادر	
۲۵	۳/۲	۲۴	۵/۹	خواهر	
۳۱	۳/۹	۱۵	۳/۶	پسر	
۹	۱/۱	۲۳	۵/۶	دختر	
۵	۰/۶	۱۰	۲/۵	سایر	

مقایسه مراقبان سه گروه بیماری در نیاز شدید آنان به خدمات نشان داد که مراقبان بیماران اسکیزوفرنیک نیاز شدیدتری به توانبخشی ($CI=54/8 \pm 4/8$)، بستری میان مدت (حدود ۶ ماه) ($CI=16/8 \pm 3/6$)، و نگهداری دائمی در آسایشگاه ($CI=25/7 \pm 4/2$) دارند ($P < 0.05$).

تابستان ۸۲، دوره ششم، شماره دوم

راهنمایی	۱۲۵ (۳۰/۶)	۲۵۱ (۳۱/۸)
دیپلم	۷۸ (۱۹/۱)	۱۷۹ (۲۲/۸)
بالتر از دیپلم	۲۱ (۵/۲)	۶۵ (۸/۲)

از نظر پوشش بیمه درمانی، نزدیک به ۷۵٪ بیماران حداقل از یکی از بیمه‌های دولتی و ۱۱٪ از سایر بیمه‌ها برخوردار بودند. ۱۴٪ بیماران فاقد هرگونه بیمه درمانی بودند.

۵۸/۹٪ (۷۰۶ نفر) مراقبان را زنان با میانگین سنی ۳۹/۱۲ ($SD=9/2$) و ۴۱/۱٪ (۴۹۴ نفر) را مردان با میانگین سنی ۴۲/۵ ($SD=9$) تشکیل می‌دهند. زنان (۵۸/۹٪) و از میان آنان مادران (۲۷/۲٪) بیشترین تعداد را در گروه مراقبان تشکیل می‌دهند (جدول ۳).

جدول ۲- سن شروع بیماری، طول مدت بیماری، دفعات مراجعه به پزشک به تفکیک نوع بیماری و جنس بیمار (تهران - ۱۳۷۷)

P value	**	نوع بیماری			جنس بیمار*	
		Sch ⁺ SD	MDD ⁺ SD	BMD ⁺ SD		
<0.001	۳۰/۵۸	۲۲/۵	۲۹/۴	۲۵/۸	زن	سن شروع بیماری
		۸	۱۰/۷	۹/۶	مرد	
<0.001	۷۰/۴۳	۲۳/۸	۳۰/۸	۲۵/۹	زن	طول مدت بیماری
		۷	۷	۸/۷	مرد	
<0.001	۷۰/۷۱	۱۳/۵	۶/۲	۱۰	زن	مراجعه به پزشک طی ۶ ماه اخیر
		۷/۴	۵/۵	۷/۷	مرد	
<0.001	۴۴/۶۳	۱۱/۸	۸/۲	۱۰/۳	زن	
		۶/۶	۶	۷/۹	مرد	
<0.001	۱۹/۲۷	۵/۴	۲/۴	۳/۳	زن	
		۴/۸	۱/۳	۴/۴	مرد	
<0.001	۲۹/۳۶	۶/۸	۳/۹	۴/۸	زن	
		۷	۳/۶	۴/۴	مرد	

* تعداد زنان = ۴۱۰ نفر، تعداد مردان = ۷۹۰ نفر

۱- Bipolar Mood Disorder: BMD (بیماری مانیک - دپرسیو)

۲- Major Depressive Disorder: MDD (بیماری افسردگی اساسی)

۳- Schizophrenia: Sch (اسکیزوفرنیا)

** آزمون بارتلل برای سن شروع بیماری ($K^2 = 40/08$: مرد؛ $K^2 = 9/54$: زن)؛ طول مدت بیماری ($K^2 = 18/23$: مرد؛ $K^2 = 16/75$: زن) و دفعات مراجعه به پزشک میان زن و مرد ($K^2 = 1/2E+02$: مرد؛ $K^2 = 1/8E+02$: زن) تفاوت معناداری را نشان داد ($p < 0.01$) لذا از آزمون Kruskal wallis استفاده شد.

خدمات مراقبتی - درمانی برحسب نیاز مراقبان رتبه‌بندی گردید (جدول ۴). بستری کوتاه مدت، پیگیری بیمار در منزل و توانبخشی در اولویت اول تا سوم؛ نگهداری میان مدت (۶ ماه) و دائمی در آسایشگاه در رتبه آخر نیاز مراقبان قرار دارند. رتبه‌بندی

داد که تعداد بیشتری از بیماران اسکیزوفرنیک در گروه وضعیت روانی شدید قرار دارند که در مقایسه با دو گروه دیگر تفاوت معنی‌دار بود ($p < 0/05$) (جدول ۶).

آزمون همبستگی پیرسون رابطه مثبت و معنی‌داری میان وضعیت روانی و نیازمراقبان به خدمات درمانی نشان داد ($p < 0/05$ ، $r = 0/38$).

از آزمون رگرسیون برای تعیین رابطه خرده مقیاس‌های وضعیت روانی، با نیاز مراقبان به خدمات، استفاده شد. نتایج نشان دادند که تمام خرده مقیاس‌های وضعیت روانی و نیز نمره کل آن رابطه معنی‌دار و مثبتی با نیاز مراقبان دارند ($B = 0/4$ ، $CI = 0/34 - 0/45$).

عوامل فشارزا در خانواده بیماران رتبه‌بندی گردید (جدول ۵) شدت فشار مراقبان برحسب نمرات مقیاس FBIS به سه طبقه کم (۰-۱۶)، متوسط (۱۷-۳۲) و شدید (۳۳-۴۸) طبقه‌بندی شد. آزمون کای دو نشان داد که تعداد بیشتری از مراقبان بیماران اسکیزوفرنیک در مقایسه با دو گروه دیگر، فشار شدیدتری را متحمل می‌شوند ($p < 0/01$ ، $df = 4$ ، $\chi^2 = 51/84$ ، کای دو). وضعیت روانی بیماران برحسب نمرات پرسشنامه (MRSS) به سه طبقه خوب (۰-۸)، متوسط (۹-۱۶) و شدید (۱۷-۲۸) طبقه‌بندی شد.

آزمون کای دو تفاوت معنی‌داری میان سه گروه بیماری نشان داد ($p < 0/01$ ، $df = 4$ ، $\chi^2 = 120/95$ ، کای دو). مقایسه نمره کل و نمرات ۴ خرده مقیاس وضعیت روانی بیماران در سه گروه نشان

جدول ۴- نسبت درصدی از مراقبان (با فاصله اطمینان ۹۵ درصد) که نیازمندی خود را به هر یک از خدمات زیر اعلام نمودند (تهران - ۱۳۷۷)

اسکیزوفرنیا %	افسردگی شدید %	اختلال دوقطبی	جمع سه گروه	x نیازهای مراقبان به خدمات
۶۲/۷ ± ۴/۸	۷۹ ± ۴/۲	۸۱/۵ ± ۳/۷	۷۴/۴ ± ۲/۵	بستری کوتاه مدت در صورت عود بیماری
۷۳/۶ ± ۴/۳	۶۶/۸ ± ۴/۸	۶۸/۶ ± ۴/۴	۶۹/۸ ± ۲/۶	پیگیری بیمار در منزل
۶۷/۹ ± ۴/۵	۴۴/۴ ± ۵/۱	۴۹/۱ ± ۴/۷	۵۴ ± ۲/۸	توانبخشی حرفه‌ای
۵۵/۱ ± ۴/۸	۴۵ ± ۵/۱	۶۰ ± ۴/۶	۵۳/۸ ± ۲/۸	رفع مشکل دسترسی به خدمات بستری
۶۲ ± ۴/۷	۴۵/۲ ± ۵/۱	۴۶/۵ ± ۴/۷	۵۱/۳ ± ۲/۸	توانبخشی روانی در مراکز نیمه وقت
۵۰/۶ ± ۴/۹	۴۲ ± ۰/۰۵	۴۵/۸ ± ۴/۷	۴۶/۳ ± ۲/۸	رفع مشکل دسترسی به تیم درمان سرپایی
۳۱/۶ ± ۴/۵	۳۰ ± ۴/۷	۳۵/۷ ± ۴/۵	۳۲/۶ ± ۲/۶	نیاز به آموزش خانواده
۳۶/۸ ± ۴/۷	۱۳/۹ ± ۳/۵	۲۲ ± ۳/۹	۲۴/۴ ± ۲/۴	نگهداری میان مدت برای استراحت خانواده
۳۷/۳ ± ۴/۷	۱۱/۴ ± ۳/۳	۱۹/۲ ± ۳/۷	۲۲/۹ ± ۲/۴	نگهداری میان مدت در هنگام وجود مشکلات خانوادگی
۳۲/۸ ± ۴/۶	۸/۲ ± ۲/۸	۱۱/۹ ± ۳/۱	۱۷/۸ ± ۲/۲	نگهداری دائمی بیمار در آسایشگاه یا بیمارستان

x مرتب شده برحسب فراوانی نسبی مراقبین نیازمند به خدمات

جدول ۵- نسبت درصدی از مراقبان (با فاصله اطمینان ۹۵٪) سه گروه بیماری که به علت داشتن بیمار روانی دچار فشار روانی شده‌اند. (تهران - ۱۳۷۷)

اسکیزوفرنیا (%)	افسردگی شدید (%)	اختلال دوقطبی (%)	جمع (%)	اختلالات روانی F
۶۴/۹ ± ۴/۷	۴۶/۹ ± ۵/۱	۴۵/۳ ± ۴/۷	۵۲/۴ ± ۲/۸	فشار ناشی از رنج درون خانواده
۴۰/۵ ± ۴/۸	۲۶/۴ ± ۴/۵	۲۵/۷ ± ۴/۱	۳۰/۹ ± ۲/۶	فشار ناشی از اختلال در استراحت خانواده
۳۵/۱ ± ۴/۷	۱۸/۳ ± ۴	۲۲/۴ ± ۳/۹	۲۵/۴ ± ۲/۵	فشار ناشی از اختلال در روابط خانواده
۳۰/۴ ± ۴/۵	۱۵ ± ۳/۷	۱۷/۵ ± ۳/۶	۲۱ ± ۲/۳	اختلال در فعالیت روزمره خانواده
۲۲ ± ۴	۱۳/۶ ± ۳/۵	۱۸/۷ ± ۳/۷	۱۸/۳ ± ۲/۲	فشار اقتصادی بر خانواده
۲۰/۵ ± ۳/۹	۱۲/۸ ± ۳/۴	۱۵/۴ ± ۳/۴	۱۶/۳ ± ۱/۲	فشار ناشی از تأثیر بر سلامت روانی دیگران
۱۱/۶ ± ۳/۱	۵/۴ ± ۲/۳	۸/۲ ± ۲/۶	۸/۵ ± ۱/۶	فشار ناشی از تأثیر بر سلامت جسمانی دیگران
۳۴/۸ ± ۴/۶	۱۵/۸ ± ۳/۷	۲۱ ± ۳/۹	۲۴/۱ ± ۲/۴	نمره کلی فشار

x مرتب شده برحسب فراوانی نسبی مراقبان که دچار فشار شدید بودند (در سه گروه بیماری)

F اطلاعات مربوط به گروه شدید فشار روانی است. اطلاعات مربوط به فشار کم و متوسط برای مختصر شدن جدول نشان

اسکیزوفرنیا (%)	افسردگی شدید (%)	اختلال دوقطبی (%)	اختلالات روانی F
۳۷/۸ ± ۴/۷	۱۲ ± ۳/۳	۱۶/۴ ± ۳/۵	تأثیرپذیری عملکرد از علائم
۳۶ ± ۴/۷	۱۰/۶ ± ۳/۲	۱۷/۵ ± ۳/۶	وابستگی
۳۵/۳ ± ۴/۷	۱۱/۲ ± ۳/۲	۱۵/۴ ± ۳/۴	عدم فعالیت
۳۳/۳ ± ۴/۸	۱۱/۴ ± ۳/۳	۱۰/۷ ± ۲/۹	انزوا
۴۳/۷ ± ۴/۸	۱۴/۵ ± ۳/۶	۱۹ ± ۳/۷	نمره کل

F مربوط به وضعیت شدید روانی است. از درج اطلاعات مربوط به وضعیت روانی خوب و متوسط برای مختصر شدن جدول خودداری شده است.

بحث:

یافته‌های این پژوهش نشان داد که مراقبان بیماراران مزمن روانی به خدمات سرپایی، توانبخشی و بستری کوتاه مدت در مقایسه با خدمات بستری میان مدت و نگهداری دایمی بیمار در آسایشگاه، نیاز بیشتری دارند. این یافته هم سو با نتایج پژوهشهای کشورهای دیگر است که موفقیت و کاربرد مؤثر و

تابستان ۸۲، دوره ششم، شماره دوم

بررسی رابطه خرده مقیاسهای وضعیت روانی با فشار مراقبان، تنها "تأثیرپذیری عملکرد از علائم" ($B=۲/۸, CI=۲/۲-۳/۴$)، "عدم فعالیت" ($B=۱/۷, CI=۱/۱-۲/۲$) و "نمره کل وضعیت روانی" با فشار مراقب رابطه معنی دار داشت ($CI=۱/۰۶-۱/۳۴, B=۱/۱۵$).

"دفعات بستری" رابطه معنی دار و مثبت با فشار مراقب ($B=۰/۵۸, CI=۰/۴۳-۰/۷$) و "سن شروع بیماری" رابطه منفی و معنی دار با نیاز مراقب به خدمات داشت.

دیگر یافته‌ها نشان داد که مردان در مقابل زنان نیاز بیشتری به پیگیری ($B=۴/۸, CI=۵۷/۳=۳, Z=۷۶/۲ ± ۳$)، توانبخشی ($B=۴/۶, CI=۳۳/۴ ± ۴/۶$) و نگهداری دائمی ($B=۶۴/۷, CI=۳/۳, Z=۳۳/۴ ± ۴/۶$) دارند ($p < ۰/۰۵$).

جدول ۶- نسبت درصدی (با فاصله اطمینان ۹۵٪) از بیماراران در سه گروه برحسب شدت وضعیت روانی در خرده مقیاس‌های ۴گانه (تهران - ۱۳۷۷)

آن، آموزش نحوه رفتار با بیمار و ارتقاء مهارت‌های سازگاری مراقبان، به خانواده در کاهش فشار روانی کمک خواهد نمود.

یافته‌های این پژوهش مشابه نتایج تحقیق مارکس و همکاران (۱۹۹۴) (۴۷) نشان داد که هرچه وضعیت روانی بیمار بدتر شود، فشارمراقب افزایش می‌یابد، و به نوبه خود باعث بیشتر شدن شدت نیاز آنان به خدمات مراقبتی درمانی می‌شود. تحقیقات نشان داده‌اند علائم مثبت (۱۲ و ۲۱ و ۲۲) و منفی (۲۳-۲۷) اختلالات روانی می‌توانند بر شدت فشار مراقبان مؤثر باشند. بیشتر خرده مقیاسهای مقیاس MRSS (انزوا، وابستگی، عدم فعالیت) شدت علائم منفی بیماریهای مزمن روانی را می‌سنجد و تنها مقیاس «تأثیرپذیری عملکرد از علائم» به علائم مثبت بیماری مربوط می‌شود. نتایج این تحقیق نشان داد که نیاز مراقبان به خدمات با تمام خرده مقیاسهای وضعیت روانی رابطه مثبت و معنی‌دار دارد. در حالی که فشار مراقبان تنها با مقیاسهای «تأثیرپذیری عملکرد از علائم» و «عدم فعالیت» رابطه معنی‌دار نشان داد. بدین ترتیب فشار ناشی از مراقبت از بیمار شدید و مزمن روانی و نیاز مراقبان آنها به خدمات مراقبتی در فرهنگ ما، از هر دو گروه علائم مثبت و منفی بیماری متأثر می‌شود، اما از

میان علائم منفی تنها مقیاس «عدم فعالیت» رابطه معنی‌داری با فشار مراقبان نشان داد. علائم مثبت به علت ایجاد اختلال در خواب و فعالیت روزمره اعضاء خانواده می‌تواند فشارزا باشد و «عدم فعالیت» احتمالاً به این دلیل که مراقبان آن را ناشی از تنبلی و شخصیت سست اراده و تن پرور بیمار می‌دانند، احساس فشار می‌کنند. تشابه این یافته با تحقیق راج و همکاران (۱۹۹۱) (۲۳) می‌تواند به علت نگرش مشترک دو فرهنگ ایرانی و هندی به علائم منفی بیماری باشد. همانطور که نتایج نشان داد «سن شروع بیماری» و «دفعات بستری» با شدت نیاز و فشار مراقب رابطه معنی‌داری داشتند. طولانی بودن مدت بیماری و دفعات عود بیماری، باعث فرسایش منابع مادی و معنوی خانواده شده و این خود ضرورت آموزش به خانواده جهت مقابله و سازگاری طولانی مدت و نحوه مراقبت از بیمار را تأکید می‌کند.

نیاز مراقبان بیماران مرد برای پیگیری، نگهداری در مؤسسات، و توانبخشی روانی بیشتر از مراقبان زن بود. این تفاوت می‌تواند ناشی از پیش آگهی بهتر وضعیت روانی در بیماران زن و یا تفاوت انتظارات خانواده‌های ایرانی از بیماران مذکر می‌باشد. از مردان انتظار می‌رود به کاری درآمدزا اشتغال ورزیده و مسؤولیت بیشتری را در خانواده عهده‌دار گردند. در مجموع بیشترین فشار و نیاز به خدمات نزد مراقبان بیماران مرد، مجرد، سن ابتلای پایین،

رضایت بخشی را از خدمات مبتنی بر جامعه نشان داده‌اند (۵ و ۷ و ۱۰ و ۳۴-۳۸). این یافته با نیاز مراقبان بیماران اسکیزوفرنیک نیز که علائم شدیدتری داشته و مراقبان آنها فشار بیشتری را متحمل می‌شوند، انطباق دارد.

نتایج این پژوهش نشان داد که علیرغم برشمردن نیازهای متعدد از سوی مراقبان برای مراقبت از بیمار، عاطفه و همبستگی خانوادگی بر طرد بیمار، غلبه نموده و مراقبان در اکثر موارد حاضر به سپردن بیمار خود به مؤسسات نگهداری نمی‌باشند. مراقبت از بیمار روانی شدید و از کار افتاده در بطن خود غرور، عشق و محبت و احساس ارضاء و آسایش وجدان را به همراه دارد که با تأمین، حمایت‌های لازم از مراقبان، فشار مراقبت از بیمار را تحمل‌پذیرتر می‌سازد (۳۹).

در کشورهای پیشرفته غربی وجود تسهیلات متعدد و دسترسی نسبتاً آسان به خدمات مبتنی بر جامعه مانند پیگیری در منزل، خدمات توانبخشی و مراکز روزانه، بار بیمارستان‌های روانی و فشار ناشی از مراقبت از بیمار در خانواده را کاسته‌اند. در این راستا سیستم «مدیریت مورد» که از دهه هفتاد تحقق و گسترش یافت، تأمین خدمات درمانی و مراقبتی و حداقل امکانات زندگی را برای این دسته از بیماران تسهیل نموده و به ارتقاء کیفیت زندگی و کاهش هزینه درمان آنان کمک مؤثری نموده است (۳۵ و ۳۸ و ۴۰).

در کشور ما به دلیل فقدان و یا کمبود خدمات مبتنی بر جامعه، اینگونه وظایف بر دوش خانواده بیماران یا مراقبان آنها گذشته شده، لذا تأمین حمایت‌های آموزشی، مشاوره‌ای، هیجانی و اجتماعی و نیز تشکیل شبکه‌های حمایتی از خانواده‌ها به صورت یک ضرورت مسلم مطرح می‌شود. تحقیقات نشان داده‌اند که اینگونه تسهیلات می‌تواند به کاهش دفعات و روزهای بستری، کاهش هزینه درمان، کاهش فشار روانی خانواده، کاهش دفعات عود بیماری، حفظ سلامت روانی سایر اعضاء خانواده و ارتقاء کیفیت زندگی بیمار مبتلا به اسکیزوفرنیا و خانواده آنها منجر گردد (۴۱-۴۵). با تأمین اقدامات حمایتی فوق، خانواده می‌تواند بهترین منبع برای درمان و مراقبت از بیمار مزمن روانی بوده و به ارتقاء کیفیت زندگی و حفظ بیمار در جامعه کمک نماید (۸).

در این تحقیق عوامل فشارزای مراقبان به علت مراقبت از بیماران روانی مزمن عبارت بودند از: فشار ناشی از رنج درون خانواده، اختلال در استراحت خانواده، اختلال در روابط خانواده. این نتایج با پژوهش نوری و همکاران (۱۳۷۴) (۴۶) همسو است. اقداماتی برای محافظت از خانواده در جهت اصلاح روابط داخلی

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به استفاده از شیوه نظرسنجی در بررسی نیاز مراقبان به خدمات درمانی - مراقبتی اشاره نمود. استفاده از ابزارهای تعیین نیاز نتایج معتبرتری به دست خواهد داد. از سوی دیگر بسیاری از مراقبان با برخی از این خدمات مانند آموزش خانواده، پیگیری در منزل، بستری میان مدت چندان آشنا نبودند، و یا اطلاعات اندکی داشتند. چنین خدماتی در شبکه بهداشتی - درمانی کشور وجود نداشته و عدم آشنایی با اینگونه خدمات در اظهار نظر مراقبان می‌تواند مؤثر باشد.

تشکر و قدردانی:

از سرکار خانم دکتر لیلا خواصی و همچنین کلیه روانشناسان محترم: خانم شهربانو بخشی، خانم ایران دخت امیرآصفی، خانم زهرا سیف‌نوبخت، آقای حسین خدمتگزار، آقای ابراهیم بزرگ محمدی و آقای جعفر میرزایی و نیز آقای اقبالی و خانم موسوی که در بخش کامپیوتر و تایپ همکاری نمودند و همچنین معاونت پژوهشی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی که بودجه این طرح را تأمین نمودند تشکر و قدردانی می‌گردد.

References:

- 1- Thornicraft G, Phelan M, Strathee G. Needs assessment. In: Knudsen HC, Thornicraft G, eds. Mental Service Evaluation loading Cambridge University Press; 1996: 317-38.
- 2- Brewin CR, Wing JK, Mangen SP, et al. Principles and practice of measuring needs in the long-term mentally ill: MRS needs for care assessment. Psychol Med 1987; 17: 971-81.
- 3- Kazarian SS, Joseph LW. A Brief scale to help identify outpatients' level of need for community support services. Hospt Community Psychiatr 1994; 45: 935-7.
- 4- Corrigan PW, Buican B, McCracken S. The needs and resources assessment interview for severely mentally ill adults. Psychiatry Serv 1995; 5: 504-5.
- 5- Bene-Kociemba A, Cotton PG, Fortgange RC. Assessing patient satisfaction with state hospital and after care services. Am J Psychiatr 1982; 139: 660-2.
- 6- Brekke JS, Mathiesen SG. Effects of parental involvement on the functioning of institutinoalized adults with schizophrenia. Psychiatr Serv 1995; 46: 1149-55.

سابقه دفعات بستری بالا و وضعیت روانی بدتر بود. این مشخصات بیشتر در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا دیده شد و قابل پیش‌بینی است که مراقبان این گروه از بیماران، فشار روانی بیشتری را متحمل می‌شوند.

نتیجه‌گیری:

در جامعه ما، خانواده دارای بیمار مزمن و شدید روانی به رغم مواجهه طولانی با فشار ناشی از مراقبت از بیمار و نیز کمبود خدمات درمانی - مراقبتی، نگهداری بیمار در خانواده را به

بستری طولانی مدت وی ترجیح می‌دهد. توسعه خدمات مبتنی بر جامعه مانند بستری کوتاه مدت، توانبخشی روانی و حرفه‌ای و پیگیری درمان در منزل از نیازهای اصلی مراقبان می‌باشد که بهتر است در برنامه‌های ملی بهداشت روانی در مدنظر قرار گیرد. سازمانهای غیردولتی (NGO) نیز با بکارگیری منابع مادی و معنوی جامعه، با برقراری حمایت‌های لازم از خانواده‌ها، می‌توانند در کاهش فشار آنان سهمی را ایفا نمایند.

محدویت‌ها و پیشنهادات

- 7- Sullivan G, Spritzer K. Consumer satisfaction with CMHC services. Community Ment Health J 1997; 33: 123-31.
- 8- Hatfield A. The family as a partner in the treatment of mental illness. Hospt community psychiatr 1976; 30: 338-40.
- 9- Grella CE, Grusky O. Families of the seriously mentally ill and their satisfaction with services. Hospt community psychiatr 1989; 40: 831-5.
- 10- Biegel DE, Song L, Milligan SE. A comparative analysis of family caregivers perceived relationships with mental health professionals. Psychiatr Serv 1991; 46: 477-81.
- 11- Schene AH. Objective and subjective dimensions of family burden. Soc Psychiatr Epidemiol 1990; 25: 289-97.
- 12- Laidlaw TM, Coverdale JH, Falloon IRH. Cargivers, stresses when living together or apart from patients with chronic schizophrenia. Community Ment Health J 2002; 38: 303-10.
- 13- Biegel DE, Miligan SE, Putnam PL, et al. Predictors of burden among lower socio-economic status caregivers of persons with chroic mental illness. Community Ment Health J 1994; 30: 473-94.
- 14- Bulzlaff RL, Hooley JM. Express emotion and psychiatric relapse. A meta-analysis. Arc Gen Psych 1998; 55: 547-52
- 15- Scazufca M, Kuipers E. Links between expressed emotion and burden of in relatives of patients with schizophrenia. Br J of Psychiatr 1996; 168: 568-80.
- 16- Scazufca M, Kuipers E. Stability of expressed emotion in relatives of those with schizophrenia and its relationship with

- burden of care and perception of patients' social functioning. *Psychol Med* 1996; 28: 453-61.
- 17- Salleh MR. The burden of care of schizophrenia in Malay families. *Acta psychiatr Scand* 1994; 89: 180-5.
- 18- Perlick DA, Kosenheck RR, Clarkin JF, et al. Impact of family burden and patients symptom status on clinical outcome in bipolar affective disorder. *J Nerv Ment Dis* 2001; 189: 31-7.
- 19- Tsang HWH, Pearson V, Yuen CH. Family needs and burdens of mentally ill offenders. *Int J Rehabil Res* 2002; 25: 25-32.
- 20- Jones SL, Roth D, Jones PK. Effect of demographic and behavioral variables on burden of caregivers of chronic mentally ill persons. *Psychiatry Serv* 1995; 46: 141-5.
- 21- Mueser KT, Drake RE, Ackerson TH, et al. Antisocial personality disorder, conduct disorder and substance abuse in schizophrenia. *J abnorm psychol* 1997; 106: 473-7.
- 22- Schene AH, Van Wijngaarden B, Koeter MJ. Family caregiving in schizophrenia: domains and distress. *Schizophr Bull* 1998; 24: 609-18.
- 23- Raj L, Kulhara P, Avasthi A. Social burden of positive and negative schizophrenia. *Int J Soc Psychiatr* 1991; 37: 242-50.
- 24- Oldridge ML, Hughes ICT. Psychological well-being in families with a member suffering from schizophrenia. *Br J Psychiatr* 1992; 161: 249-51.
- 25- Mueser KT, Glynn SM. *Behavioral Family Therapy for Psychiatric Disorders*. London: Longwood Professional Book; 1995.
- 26- North CS, Poccio DE, Sachar B, et al. The family as a caregiver. A group psychoeducational model for schizophrenia. *Am J Orthopsychiatr* 1998; 68: 39-46.
- 27- Dyck DG, Short R, Vitaliano PP. Predictors of burden and infections illness in schizophrenic caregivers. *Psychosom Med* 1999; 61: 411-19.
- 28- Wolthaus J, Dingemans P, Schene A, et al. Caregivers burden in recent-onset schizophrenia and spectrum disorders: The influence of symptoms and personality traits. *J New Ment Dis* 2002; 140: 241-7.
- ۲۹- بوالهیری، جعفر. ملکوئی، کاظم. بینا، مهدی. قدسی، مرتضی. گزارشی از وضعیت خدمات روانپزشکی کشور. نامه مسؤولین مراکز روانپزشکی به معاونت درمان وزارت بهداشت و درمان. فصلنامه اندیشه و رفتار، ۱۳۷۶، سال ۳، شماره ۳، ص ۹۵-۹۱.
- ۳۰- قانون برنامه سوم توسعه کشور، ماده ۱۹۲، بند ۵، مصوب مجلس شورای اسلامی.
- 31- *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) Fourth ed.* Washington, DC, American Psychiatric Association; 1994.
- ۳۲- پایندهفر، حسن. بیانزاده، سیداکبر. بررسی عملکرد فردی و اجتماعی بیماران مزمن بستری در مرکز روانپزشکی رازی و پیشنهادات در جهت بهبود وضع آن. پایان نامه جهت دریافت کارشناسی ارشد کار درمانی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، دانشکده توانبخشی، ۱۳۷۵.
- 33- Pai SH, Kapur RL. The burden on the family of a psychiatric patient: Development of an interview Schedule. *Br J Psychiatr* 1981; 138: 332-5.
- 34- Sans RG, Cnaan RA. Two models of case management. Assessing their impact. *Community Men Health J* 1994; 30: 441-56.
- 35- Lachance KR, Santos AB, Burns AB, The response of an assertive community treatment program following a natural disaster. *Community Ment Health J* 1994; 30: 505-15.
- 36- Solomon P, Draine J. Family perceptions of consumers as case managers. *Community Ment Health J* 1994; 30: 165-90.
- 37- Burns BJ, Santos AB. Assertive community treatment: An update of randomised trials. *Psychiatr Serv*. 1995; 46.
- 38- Macias C, Kinney R, Farley OW, et al. The role of case management within a community support system. *Community Ment Health J*. 1994; 30: 323-38.
- 39- Veltman A, Cameron J, Stewart D. The experience of providing care to relatives with chronic mental illness. *J Nerv Ment Dis* 2002; 190: 108-14.
- 40- Teague GB, Drake RE, Ackerson TH. Evaluation use of continuous treatment teams for persons with mental illness and substance abuse. *Pxychiatr Serv* 1995; 46: 689-95.
- ۴۱- ملکوئی، کاظم. نوروزی، فاطمه. پیگیری و بهداشت روانی در میان بیماران روانی مزمن. فصلنامه اندیشه و رفتار، ۱۳۷۴، سال ۲، شماره ۱ و ۲، ۴۷-۴۱.
- ۴۲- ملکوئی، کاظم. نوری، ربابه. نصر، مهدی. اثنی عشر، رباب. بررسی اثر فعالیت گروه مراقبت پیوسته (پیگیری) در درمان سرپایی بیماران مزمن روانی. فصلنامه اندیشه و رفتار، ۱۳۷۷، سال ۴، شماره ۱، ۱۳-۵.
- ۴۳- بیانزاده، سیداکبر. نوری، اشرف. عشایری، حسن. آزادگان، فیروز. بررسی کیفیت زندگی بیماران اسکیزوفرنیک مزمن. فصلنامه اندیشه و رفتار، ۱۳۷۷، سال ۴، شماره ۱، ۱۳-۴.
- ۴۴- حاجیان مطلق، ناصر. مقایسه تأثیر روشهای مختلف درمان اسکیزوفرنی در میزان سلامت روانی مراقبان بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا در درمانگاه شهید اسماعیلی. پایان نامه تخصصی روانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، ۱۳۷۷.
- ۴۵- فخارزاده، محمد. مقایسه تأثیر روشهای مختلف درمان اسکیزوفرنیا بر میزان فشار روانی مراقبان آنها. پایان نامه تخصص روانپزشکی. دانشگاه علوم پزشکی ایران، ۱۳۷۷.
- ۴۶- نوری، ربابه. ملکوئی، کاظم. اثنی عشری، رباب. بررسی مقدماتی فشار در خانواده بیماران اسکیزوفرنیک مزمن. ارائه در سومین سمپوزیوم سراسری استرس، ۱۳۷۷.
- 47- Marks IM, Connolly J, Muijen M, et al. Home-based versus hospital-based care for people with serious mental illness. *Br J Psychiatr* 1994; 165: 179-94.