

رضایت‌مندی از زندگی و بهداشت روان در خانواده بیماران افسرده Life satisfaction and mental health in depressed patients' families

تاریخ پذیرش: ۸۸/۱۲/۹

تاریخ دریافت: ۸۸/۸/۲۵

Received: 2009/11/16

Accepted: 2010/10/28

Toubaei Sh. *PhD*[✉], Mani A. *PhD*

شهین طوبایی[✉]، آرش مانی^۱

Abstract

Introduction: Attention to care giving consequences has been restricted to schizophrenia. Evidence suggests that living with depressive patients can also cause psychiatric problems in caregivers. The aim of this study was to evaluate mental health and life satisfaction among caregivers of depressed patients and members of non-depressed families.

Method: This cross sectional study was performed on 70 caregivers of depressed patients and 70 members of non-depressed families in year 2007. Caregivers of depressed patients were selected by simple random sampling from mental health centers of Hafez and Ebn-e-Sina Hospital in Shiraz and the control group were selected among staff and students of mentioned hospitals. Data was collected using temporal life satisfaction scale and general health questionnaire, both of which having acceptable validity and reliability. Data were analyzed using Pearson correlation, dependent T-test and analysis of variance for repeated measure with Bonferoni correction by SPSS 10 software.

Results: There was significant correlation between life satisfaction and mental health among caregivers of depressed patients and members of non-depressed families. The relatives of depressed patients reported higher life satisfaction. There was no significant difference between general health levels of two groups. Caregivers of depressed patients showed higher symptoms of depression. The highest life satisfaction was for future and the lowest was for past.

Conclusion: Providing care for a depressed patient could increase life satisfaction; meanwhile, depressive symptoms may also increase. Care giving to a depressed patient has positive and negative aspects; it can be simultaneously exhausting and satisfying.

Keywords: Life Satisfaction, General Health, Caregiver, Depression

چکیده

مقدمه: مطالعات مربوط به عواقب مراقبت از بیماران روان‌پزشکی بیشتر به اسکیزوفرنی محدود بوده است. بر اساس شواهد، زندگی کردن با بیمار افسرده نیز می‌تواند مشکلات روان‌پزشکی در افراد مراقب ایجاد کند. پژوهش حاضر با هدف بررسی میزان سلامت روان و رضایت‌مندی از زندگی در مراقبان افراد افسرده و اعضای خانواده‌های غیرافسرده انجام شد.

روش: این مطالعه؟؟ مقطعی در سال ۱۳۸۶ روی ۷۰ فرد از مراقبان بیماران افسرده و ۷۰ فرد از خانواده‌های بدون بیمار افسرده انجام شد. مراقبان بیماران افسرده با نمونه‌گیری تصادفی ساده از بین مراجعه‌کنندگان مراکز اعصاب و روان بیمارستان‌های حافظ و ابن‌سینای شهر شیراز و گروه کنترل از بین کارکنان و دانشجویان بیمارستان‌های فوق‌الذکر انتخاب شدند. داده‌ها با مقیاس رضایت‌مندی ادواری از زندگی و پرسش‌نامه سلامت عمومی که روایی و پایایی هر دو مورد تایید بود، جمع‌آوری و با آزمون‌های همبستگی پیرسون، T وابسته و تحلیل واریانس طرح‌های تکراری با تصحیح بنفرونی با استفاده از نرم‌افزار SPSS 10 تحلیل شد.

یافته‌ها: همبستگی معنی‌داری بین میزان رضایت‌مندی از زندگی و سلامت روان خانواده‌های افسرده و غیرافسرده وجود داشت. خانواده‌های افراد افسرده رضایت‌مندی بیشتری از زندگی گزارش کردند. تفاوت معنی‌داری بین سلامت عمومی در دو گروه وجود نداشت. مراقبان افراد افسرده علائم افسردگی بیشتری نشان دادند. بیشترین رضایت‌مندی مربوط به آینده و کمترین مقدار مربوط به گذشته بود.

نتیجه‌گیری: مراقبت از فرد افسرده می‌تواند باعث افزایش رضایت‌مندی از زندگی شود، ضمن آن که علائم افسردگی را در میان مراقبان افزایش می‌دهد. مراقبت از بیمار افسرده دارای جنبه‌های مثبت و منفی است و به‌طور هم‌زمان طاقت‌فرسا و رضایت‌بخش است.

کلیدواژه‌ها: رضایت‌مندی از زندگی، سلامت عمومی، مراقب بیمار، افسردگی

✉ بخش اعصاب و روان، مرکز تحقیقات روان‌پزشکی و علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران
^۱ بخش اعصاب و روان، مرکز تحقیقات روان‌پزشکی و علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران
✉ **Corresponding Author:** Mental Ward, Psychiatry & Behavioral Sciences Research Center, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran
Email: shahin.toubaei@gmail.com

مقدمه

مطالعات مربوط به عواقب مراقبت از بیماران روان‌پزشکی تاکنون بیشتر بر اختلال اسکیزوفرنی معطوف بوده است. شواهد زیادی نشان می‌دهد که مراقبت و زندگی کردن با بیمار افسرده نیز می‌تواند مشکلات روان‌پزشکی در فرد مراقب ایجاد کند.

رضایت از زندگی تنها بیانگر جنبه روان‌شناختی سازه بهزیستی است تا ارزیابی عینی از کیفیت زندگی اشخاص. بهزیستی روانی، خود دارای دو جز شناختی و عاطفی (عواطف مثبت و منفی) است که هر دو حالت‌های ذهنی هستند، اما به گونه‌ای عینی در رفتار و روابط افراد مشاهده می‌شوند. رضایت‌مندی، بعد شناختی بهزیستی (ذهنی) است. بعد دیگر بهزیستی، عاطفی است. برای مثال فردی ممکن است ثروت داشته باشد اما به علت نداشتن اهداف مشخص و روابط صمیمانه، از زندگی نااضی باشد. در حالی که فرد دیگری با وجود نداشتن ثروت، از زندگی رضایت‌مندی و غنی و از زندگی راضی باشد.

پاوت و دنیر [۱]، به نقل از زابریسکی و کولر [۲] رضایت‌مندی از زندگی را به‌عنوان جز شناختی بهزیستی ذهنی مشخص نموده‌اند که نسبت به جز مربوط به خوشی و لذت، در زمان پایدارتر است.

رضایت‌مندی از زندگی خانوادگی، روابط با دوستان و برمه‌ها جمله مواردی هستند که در رضایت‌مندی فرد می‌توانند تأثیر داشته باشند. پژوهشگران ارتباط مثبتی برای شرکت در فعالیت‌های اوقات فراغت مشترک و رضایت‌مندی از زندگی خانوادگی گزارش کرده‌اند. افرادی که روابط صمیمی خوب با دیگران دارند، بیشتر احساس سلامتی روانی و خوشبختی می‌کنند [۳].

کارن‌وار و جانسن [۴] براساس تعدادی از معیارهای خود فرد، رضایت از زندگی را به‌عنوان فرآیند قضاوت در ارزیابی کیفیت زندگی تعریف کرده‌اند و آن را برآورد شناختی از کیفیت زندگی فرد (به‌عنوان یک کل)، طبق استانداردهای شخصی می‌دانند که به‌وسیله وضعیت عینی فرد، سیستم سلسله‌مراتبی نیازهای زندگی و معیارهای مرجع تعیین می‌شود. شاخص این ارزیابی‌ها براساس شخصیت، تجربه‌های زندگی، منابع شخصی در فرهنگ جامعه و بافت‌های محیطی است [۵].

رضایت‌مندی از زندگی به‌عنوان مولفه شناختی سازه بهزیستی، تلقی می‌شود. از آن‌جا که عاطفه و شناخت، دو جز جدا نشدنی روان آدمی به‌شمار می‌آیند، رضایت‌مندی از زندگی متأثر از تجارب پیشین و کنونی فرد، انتظارات و پیش‌بینی‌های او از تجارب آینده و نیز عواطف تنیده در این تجارب است.

در پژوهشی، محققان با استفاده از پرسش‌نامه‌ای که متشکل از ۱۲ ماده؛ مشتمل بر چهار بعد سلامت فیزیکی، سلامت روان‌شناختی، وضعیت عملکرد اجتماعی و شرایط زندگی بود،

روی ۸۵۵۰ شرکت‌کننده چینی به‌منظور بررسی ارتباط بین وضعیت عینی (بیرونی) زندگی و رضایت از زندگی اجرا نمودند. نتایج نشان‌داد شرایط عینی زندگی، عامل موثر بر رضایت‌مندی ذهنی بود. در تعدادی از شرکت‌کنندگان به‌ویژه زمانی که شرایط عینی در دوات‌های توزیع بود، ناهماهنگی یافت شد. شرکت‌کننده‌های جوان شهری و آموزش‌دیده‌تر با وجود نمرات بالاتر در شرایط عینی، نمرات رضایت از زندگی‌شان کمتر بود. افراد سالمند روستایی و افرادی که آموزش کمتری دیده بودند، برخلاف نمرات کمتر در شرایط عینی، در رضایت از زندگی رتبه بالاتری داشتند.

کامیاز [۶]، در مجموعه‌ای از مطالعات، رضایت‌مندی را در گروه‌های مختلف بررسی کرد و دریافت که برخلاف تفاوت‌های زیاد در شرایط زندگی، ۷۵٪ گروه‌ها از زندگی‌شان راضی بودند. فقط گروهی که درآمدها از متوسط بالاتر بود، به‌گونه معنی‌داری نمرات بالاتری داشتند. کامینز این فرض را ارایه کرد که وجود مکانیسم روان‌شناختی تعادل حیاتی، متوسط ۷۵٪ را برای رضایت از زندگی حفظ می‌کند (بیشتر متون از فرضیه کامینز حمایت می‌کنند).

میزان رضایت‌مندی در مراقبین بیماران مزمن درچندین مطالعه بررسی شده است. مراقب، فردی معین است که در هر سنی، بدون دریافت مبلغی، در فرآیندهای روزمره زندگی به بیمار کمک می‌کند. مراقب در روند مراقبت، مجبور به نادیده‌گرفتن بسیاری از نیازهای شخصی خود و محدودکردن کار و آزادی‌های خود در روابط اجتماعی می‌شود. وی با بیمار زندگی می‌کند و حمایت عاطفی را با او می‌فراهم می‌سازد [۷].

افسردگی به‌عنوان بیماری جدی ناتوان‌کننده در نظر گرفته می‌شود و از نظر کاهش توانایی‌های شخصی، می‌تواند در زمره بیماری‌هایی چون سرطان، رید سکنه مغزی و بیماری‌های صعب‌العلاج دیگر قرار گیرد [۸].

مطالعات نشان داده است که عوامل مختلفی از جمله میزان حمایت اجتماعی، میزان سلامت روانی، مراقب و روش‌های مقابله با شرایط موجود می‌تواند بر اعضای خانواده فرد افسرده، تأثیر داشته باشند [۹]. مراقبت از فرد مبتلا به بیماری مزمن، هم از لحاظ جسمی و هم از نظر عاطفی طاقت‌فرساست و معمولاً با احتیاجات، نیازها و تنیدگی‌های مداوم همراه است. بر طبق مطالعات مراقبان مونت، سهم بیشتری از زندگی خود را به فرد بیمار اختصاص می‌دهند [۱۰]. زندگی با فرد افسرده، می‌تواند بر سلامت روان خود مراقب، تأثیر بگذارد؛ مراقبت از یک فرد افسرده، می‌تواند یک عامل خطر برای ایجاد افسردگی در فرد مراقب باشد [۱۱].

در مطالعه کرامر و میتر [۱۲]، رضایت‌مندی از مراقبت به میزان رشد اجتماعی فرد و منافعی که از این کار می‌برد، بستگی دارد و

مراقبان است. سالمون و درین [۱۸]، میزان تطابق خانواده بیمار با شرایط ناشی از وجود فرد افسرده در خانواده را به عوامل شخصیت و خلق‌وخوی فرد مراقب، شدت بیماری، میزان حمایت اجتماعی و روش‌های مقابله در فرد مراقب، نسبت داده‌اند. هدف این مطالعه بررسی میزان سلامت روان و رضایت‌مندی از زندگی که خود از ابعاد کیفیت زندگی است را در میان خانواده بیماران مبتلا به افسردگی مورد توجه قرار داده است.

روش

در دوره زمانی فروردین تا اسفند ۱۳۸۶، ۷۰ نفر از مراقبین افرادی که دچار افسردگی اساسی بودند، از بین مراجعه‌کنندگان به مراکز درمانی اعصاب و روان بیمارستان‌های حافظ و ابن‌سینا واقع در شهرستان شیراز انتخاب شدند. بیماران توسط دو روان‌پزشک با ملاک‌های تشخیصی DSMIV، دارای افسردگی اساسی تشخیص داده شده بودند. مراقبان، اعضای از خانواده بودند که حداقل به مدت یک سال با بیمار زندگی می‌کردند و وظیفه مراقبت از وی را تا حدودی به عهده داشتند و خود در گذشته هیچ اختلال روان‌پزشکی اساسی نداشتند. گروه دوم مشتمل بر ۷۰ فرد سالم بودند که وظیفه مراقبت از هیچ بیماری را بر عهده نداشتند. این گروه از بین کارکنان اداری بیمارستان‌های فوق‌الذکر و دانشجویان انتخاب شدند و براساس متغیرهای سن و تحصیلات هم‌تاسازی شدند.

در این پژوهش، از دو پرسش‌نامه رضایت‌مندی ادواری از زندگی (TSWLS) و پرسش‌نامه سلامت عمومی، برای بررسی میزان رضایت‌مندی از زندگی و سلامت عمومی استفاده شد. مقیاس رضایت‌مندی ادواری از زندگی به وسیله پاپوت دنیروسو ساخته شده است [۱]. این مقیاس خودسنجی، میزان رضایت‌مندی از زندگی گذشته، کنونی و پیش‌بینی رضایت‌مندی از زندگی آینده را مورد سنجش قرار می‌دهد. بررسی ضرایب همبستگی درونی مولفه‌ها و کل مقیاس شواهدی دال بر روایی سازه‌ای آن فراهم ساخت. این ضرایب ۲۹ تا ۸۴٪ متغیر و همگی آنها از لحاظ آماری معنی‌داری بودند ($p < 0.001$). به منظور سنجش ثبات درونی، از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد و ضرایب حاصل برای مولفه‌ها و کل مقیاس بین ۶۵ تا ۸۵٪ متغیر بود. روایی و اعتبار این مقیاس در تحقیقات قبلی در ایران مورد تایید قرار گرفته است [۱۹].

پرسش‌نامه سلامت عمومی (GHQ) که به وسیله گلدبرگ و ویلیامز در سال ۲۰۰۰ تجدید چاپ شد و دارای ۲۸ گویه و چهار زیرعلاصت جسمانی، اضطراب، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی است [۲۰].

پس از مشخص نمودن آزمودنی‌ها، پرسش‌نامه رضایت‌مندی از زندگی و سلامت روان به صورت مصاحبه با افراد نمونه انجام شد. همه بیماران به دلیل اطمینان از محرمانه بودن اطلاعاتشان

علاوه بر عوامل تنیدگی‌زا، باید شخصیت فرد و شرایط زندگی مراقب نیز مورد توجه قرارگیرد. مردان مراقب در صورت سالم‌بودن، داشتن روابط اجتماعی کافی و روش‌های مقابله با مشکلات، نکات مثبت بیشتری را در نگهداری از بیمار دارند. رضایت‌مندی مراقبان ارتباط قابل توجهی با سن مراقب، ارتباط عاطفی قوی با فرد بیمار و تعداد ساعات مراقبت دارد.

چاکربرتی و کال‌هابرا [۱۳]، عنوان کردند که تاثیر بیماری بر فرد مراقب در زمانی که بیماری در فاز حاد باشد و مدت بیماری طولانی شده باشد، بیشتر ظاهر می‌شود. همچنین زنان بیش از مردان در معرض خطر هستند. برطبق گزارش نیمی از مراقبان نگران وضعیت سلامتی و آینده بیمار هستند. ۸۰٪ مراقبان احساس ناراحتی و خستگی فراوان، عصبانیت زود هنگام، بی‌خوابی و افسردگی را دارا هستند و یک‌ششم آنها برای درمان مشکلات فوق، دارو دریافت می‌کنند. تاثیر مراقبت از بیماران به توانایی مقابله با بیماری، حمایت اجتماعی، علایم افسردگی و ارتباط خوب با بیمار وابسته است. هنگامی که فرد مراقب از حمایت دیگران برخوردار نیست، توانایی مقابله وی با شرایط کاهش پیدا می‌کند، در چنین شرایطی بهترین کار، ایجاد یک فرآیند صمیمانه با بیمار است. مطالعات نشان می‌دهد که مراقبان افراد افسرده، تاثیرات بیماری را به روابط خود با بیمار نسبت می‌دهند. افسردگی در کارهای روزانه تاثیر می‌گذارد و باعث افت عملکرد آنها می‌شود و در روابط بین فردی ایجاد تنش می‌کند. سن، جنسیت و درآمد، عوامل موثر در تاثیر مراقبت هستند.

بیگل، میلیگا و پوتراپ [۱۴]، بیان کردند که هرچه میزان حمایت اجتماعی و خانوادگی از فرد مراقب کمتر باشد، وی سنگینی کار خود را بیشتر حس می‌کند. مقابله بهتر با شرایط به وسیله احساس رضایت و علاقه‌مندی در طول مراقبت از فرد بیمار حاصل می‌شود.

در مطالعه دیگر [۱۵] نشان داده شد که افسردگی در مراقبان با رضایت کمتر، بیشتر دیده می‌شود. مراقب و بیمار، هر دو یک واحد مراقبتی هستند و مراقبان مانند بیماران به توجه نیاز دارند.

هرچند در گذشته مراقبان معمولاً از حمایت‌های اجتماعی و روانی در مقابله با بیمار بی‌ بهره بودند و به تجربه عاطفی مراقبت از فرد بیمار، توجهی نمی‌شد، در سال‌های اخیر، توجه فزاینده‌ای به تاثیرات بیماری بر مراقبان بیمار صورت گرفته است و در کشورهای مختلف سازمان‌هایی برای کمک به خانواده‌های بیماران ایجاد شده است [۱۶].

بیشتر مراقبان، همسران بیماران هستند، مطالعات نشان می‌دهد که بسیاری از آنان از مشکلات روحی رنج می‌برند و فرزندان آنان نیز از مشکلات رفتاری، تغذیه و اختلال خواب در رنجند [۱۷].

نتایج پژوهش سانگ، بیگل [۱۴]، نشان داد عدم کفایت حمایت‌های اجتماعی بیشترین علت در ایجاد افسردگی در

جدول ۳ همبستگی ابعاد رضایت‌مندی از زندگی و ابعاد بهداشت روان در خانواده افراد افسرده

ابعاد رضایت‌مندی ابعاد بهداشت روان ضریب همبستگی	
سلامت جسمانی	۰/۳۶*
اضطراب	۰/۲۶**
اختلال در کارکرد اجتماعی	۰/۱۹
افسردگی	۰/۲۶**
نمره کامل سلامت روان	۰/۳۲*
سلامت جسمانی	۰/۶۸*
اضطراب	۰/۵۷*
اختلال در کارکرد اجتماعی	۰/۴۷*
افسردگی	۰/۴۴*
نمره کامل سلامت روان	۰/۶۵*
سلامت جسمانی	۰/۶۲*
اضطراب	۰/۴۷*
اختلال در کارکرد اجتماعی	۰/۴۹*
افسردگی	۰/۳۵*
نمره کامل سلامت روان	۰/۸۴*

* p < ۰/۰۱ ** p < ۰/۰۵

گذشته

حال

آینده

بحث

اطلاعات توصیفی، بیانگر آن است که در خانواده‌های افراد افسرده، بالاترین میزان رضایت‌مندی مربوط به آینده و کمترین مربوط به گذشته است. این مطلب نشان‌دهنده امید به زندگی و آینده در میان افراد نمونه است. در متغیر سلامت روان، بیشترین میانگین مربوط به متغیر افسردگی است که بیانگر همراه‌بودن با افراد افسرده، در سلامت روانی به‌خصوص در بعد افسردگی بر مراقبان و افراد خانواده آنان تاثیر می‌گذارد. در مطالعه‌ای که توسط جنیفر و همکاران انجام شد، ۳۵/۴٪ از مراقبان بیماران افسرده خود در خطر ابتلا به افسردگی بودند [۲۱].

بین سلامت روان و رضایت‌مندی از زندگی رابطه مثبت و معنی‌داری وجود دارد. یعنی هر قدر که سلامت روان افزایش یابد، رضایت‌مندی از زندگی نیز بیشتر می‌شود. در میان افراد غیرافسرده، در متغیر رضایت‌مندی از زندگی، بالاترین میانگین به آینده و کمترین به گذشته مربوط است. این نتیجه در این گروه نیز مبین امید به زندگی در میان این گروه است و همچنین رابطه سلامت روانی و رضایت‌مندی از زندگی نیز مثبت و معنی‌دار بود. افزایش سلامت روان در این گروه با افزایش رضایت‌مندی از زندگی آنان وابسته است. سننز و کارلسکی [۲۲]، نشان دادند که برخی شاخص‌های کیفیت زندگی ممکن است بازدارنده رسیدن به رضایت‌مندی در کیفیت زندگی باشند، در حالی که دیگر شاخص‌ها مانند سلامت روان در جهت افزایش رسیدن به رضایت‌مندی از زندگی و در نتیجه برخورداری

بازریاضت وارد مطالعه شدند و فرم رضایت‌نامه را پر کردند. در این مطالعه، از روش‌های آماری همبستگی پیرسون، آزمون T وابسته و تحلیل واریانس طرح‌های تکراری استفاده شد.

به‌منظور بررسی مقایسه رضایت‌مندی از زندگی و سلامت روانی بین دو گروه انتخاب شده (مراقبان بیماران افسرده و گروه کنترل) از روش آماری T وابسته استفاده شد. واریانس کل، توسط واریانس از بین اندازه‌های ابعاد سه‌گانه تبیین سپس از آزمون T وابسته به تصحیح بنفرونی استفاده شد.

یافته‌ها

رابطه مثبت و معنی‌داری بین میزان رضایت‌مندی از زندگی و بهداشت روان در خانواده‌های افراد افسرده و غیرافسرده وجود داشت (جدول ۱).

جدول ۱ مقایسه نمرات رضایت‌مندی از زندگی بین خانواده‌های بیماران افسرده و غیرافسرده

خانواده ←	افسرده	غیرافسرده	سطح
↓ ابعاد	میانگین	انحراف معیار	میانگین
گذشته	۱۴/۶۶	۴/۶۴	۱۲/۸
حال	۱۵/۰۳	۴/۸۶	۱۳/۲۹
آینده	۱۶/۶۶	۴/۳۴	۱۴/۳۷
کلی	۴۶/۳۷	۱۱/۴۵	۴۰/۴۶

در ابعاد بهداشت روان، بین خانواده افراد افسرده و غیرافسرده در ابعاد شکایات جسمانی، اختلال در عملکرد اجتماعی و اضطراب، تفاوت معنی‌داری وجود نداشت (جدول ۲).

جدول ۲ مقایسه نمرات ابعاد بهداشت روان بین خانواده‌های بیماران افسرده و غیرافسرده

خانواده ←	افسرده	غیرافسرده	سطح
↓ ابعاد	میانگین	انحراف معیار	میانگین
سلامت جسمانی	۲۰/۱۱	۴/۸۴	۱۸/۶۴
اضطراب	۱۹/۸۳	۵/۰۹	۱۹/۲۴
اختلال اجتماعی	۲۰/۴	۳/۴۶	۱۹/۳۴
افسردگی	۲۳/۲۱	۵/۵۱	۲۱/۰۷
سلامت روانی	۸۳/۵۶	۱۵/۸۸	۷۸/۳

بین ابعاد رضایت‌مندی از زندگی و ابعاد بهداشت روان در خانواده افراد افسرده همبستگی مثبت و معنی‌داری وجود داشت. لیکن تنها در مورد متغیر اختلال اجتماعی و رضایت‌مندی از گذشته همبستگی معنی‌داری مشاهده نشد (جدول ۳).

به دست می‌آورند، می‌توانند به‌عنوان یکی از اعضای تیم سلامت او، مراقبت‌های بهتری در اختیار وی قرار دهند.

وان‌ویجگاردن و همکاران [۲۷]، گزارش می‌کنند که پی‌آمدهای مراقبت به‌وسیله چهار فاکتور قابل پیش‌بینی است: ۱- راه‌های کنارآمدن با مشکل ۲- تغییرات در مورد روابط بین فردی ۳- حمایت‌های اجتماعی ۴- شدت افسردگی و حادبودن آن. براساس نتایج آنها، مراقبان افراد افسرده نسبت به بیماران اسکیزوفرن متحمل تنش بیشتری هستند، گرچه مراقبان بیماران اسکیزوفرن بیشتر نگران آینده و هزینه‌های درمانی بیماران هستند. نتایج تحقیق هایت و تامپسون [۲۸] نیز موید افزایش میزان افسردگی در گروه مراقبین بیماران افسردگی بود.

اطلاعات حاصل از ارزیابی رضایت‌مندی و بهداشت روان در گروه خانواده بیماران افسرده، به محققین و متخصصین و نیز به مسئولان و برنامه‌ریزان گوشزد می‌کند تا اطلاعات کامل‌تری در ارتباط با بهزیستی بیماران روانی و خانواده‌های آنان به دست آورند. چنین تحقیقاتی مبنای تجربی برای متخصصین فراهم می‌کند تا خدمات و حمایت‌هایی ارائه دهند که بر ابعاد کیفیت زندگی تمرکز داشته باشد.

نتیجه‌گیری

مراقبانی که از حمایت اجتماعی کمتری برخوردار هستند، رضایت کمتری از زندگی دارند و بیشتر دچار افسردگی می‌شوند.

منابع

- 1- Pavot W, Diener E, Suth F. The temporal satisfaction with life scale. *J Psychol Assoc.* 1998;70(2):340-54.
- 2- Zabriskie RB, Mc Cormick BP. Parent and child perspectives of family leisure and satisfaction with family life. *J Leis Res.* 2003;35(2):163-6.
- 3- Twenge JM, King LA. A good life is a personal relationship fulfillment and work fulfillment in judgments of life quality. *J Res Pers.* 2004;39(3):336-53.
- 4- Carnwarth TC, Johnson DA. Psychiatric morbidity among spouses of patients with stroke. *Br Med J.* 1987;249:409-11.
- 5- Li L, Young D, Wei H, Zhang Y, Xio SH, Wang X. The relationship between objective and subjective life satisfaction with quality of life. *Behav Med.* 1998;23(4):149-60.
- 6- Cummias RA. The gold standard for subjective wellbeing. *Soc Indic Res.* 1995;35(2):179-200.
- 7- Field A. Medical psychology. Jamalfar S, translator. Tehran: Ravan Publication; 2004. [Persian]
- 8- Montgomery RJ, Gonyea JG, Hoyman NR. Caregiving and the experience of subjective and objective burden. *Fam Relat J.* 1985;34:19-26.
- 9- Greenberg JS, Greenberg JR. Contributes of persons with serious mental illness to their families. *Hosp Community Psychiatry.* 1994;45(5):475-80.
- 10- Bebbington P, Fadden G, Kuipers L. The burden of

بهرتر از کیفیت زندگی پیش‌روند. این نتایج بیانگر آن است که فراهم‌نمودن برنامه‌هایی در سطح فردی و اجتماعی می‌تواند به سلامت روان افراد کمک کند و رضایت از زندگی را افزایش دهد. در متغیر رضایت‌مندی از زندگی گذشته، حال و آینده بین خانواده‌های افراد افسرده و غیرافسرده، تفاوت معنی‌داری به نفع گروه افسرده وجود داشت. همچنین رضایت‌مندی از زندگی به‌طور کلی در گروه افسرده بیش از گروه غیرافسرده بود. این نتایج، همسو با نتایج برخی تحقیقات پیشین است. *چاکرابارتی و کال‌هارا* [۱۳]، *وفادن، بیبگتون و کاپرز* [۲۳]، در مطالعات خود به این نتیجه رسیدند که مراقبت از بیمار باعث می‌شود مراقبان نگرش بهتر و رضایت‌مندی بیشتری نسبت به خود و دیگران داشته باشند و این مراقبت‌ها سبب می‌شود که از آنان انسان‌های قوی‌تری ساخته شود.

لموین و دیگران [۲۴] و *کرامر* [۱۲] بیان می‌کنند مراقبت از بیمار تنها تجربیات ناگوار را به همراه ندارد، بلکه می‌تواند احساسات مثبت را نیز دربر داشته باشد. به‌عبارتی، هرچه فرد عواطف مثبت‌تری تجربه کند، بر بهزیستی او تاثیر می‌گذارد. مراقبان افسرده بر این باورند که نقش مفید در زندگی خود و خانواده‌شان دارند، چراکه با توجهات خود در بهبودی فرد دیگر موثرند. به‌نظر می‌رسد که تلاش برای ارتقای سلامت بیمار، خود انگیزه‌ای برای مراقبان به‌شمار می‌رود و آنان را به زندگی امیدوار می‌کند [۲۵]. نتایج مربوط به مقایسه سلامت روان در دو گروه نشان داد که در بعد افسردگی بین دو گروه تفاوت معنی‌داری وجود دارد. بدین معنی که مراقبان افراد افسرده، افسرده‌تر از گروه سالم است. بافت مراقبت، عامل تعیین‌کننده‌ای در ارتباط با جنبه‌های مثبت و منفی تجربه شده است یعنی علاوه بر جنبه‌های مثبت از مراقبت، تاثیرات منفی آن نیز غیرقابل اجتناب است. باوجودی که مراقبت، بار سنگینی بر دوش فرد می‌گذارد که می‌تواند منجر به افسردگی شود، ممکن است باعث افزایش رضایت‌مندی فرد از خویش و زندگی شود. برطبق نتایج *لموین و همکاران*، مراقبت از بیمار جنبه‌های مثبت و منفی برای مراقب دارد.

از آنجا که سلامت روانی مفهومی پویاست و دربرگیرنده هماهنگی درونی و بیرونی است، مراقبان افراد افسرده، از زندگی رضایت بیشتری دارند، لذا در مجموع سلامت روانی خود را در سطح طبیعی حفظ می‌کنند.

براساس پژوهش *چوی‌کوان و همکاران* [۲]، افسردگی عاملی است که در مراقبان افراد افسرده بیشتر مشاهده می‌شود. آنان متذکر می‌شوند که برای کاهش فشاری که مراقبان متحمل می‌شوند، باید راهبردهایی برای کاهش و یا تعدیل فشار توسعه دارد. همچنین *قلمینگ و همکاران* [۲۶]، بیان می‌کنند که مراقبان بیماران به لحاظ تجربه‌ای که از بیماری فرد نزدیک خود

- 2005;7(27-28):145-52.
- 20- Goldberg LJ, Fisher D, Wilson H. An impediment to the optimum treatment of major depression in the community. *Ment Health Lit.* 2001;64:277-84.
- 21- Jennifer K, Bambara CO, Virginia W, Roy M, Chebon P, Laura E. Family caregiver social problem-solving abilities and adjustment to caring for a relative with vision loss. *Invest Ophthalmol Vis Sci.* 2009;50:1585-92.
- 22- Sands DJ, Kozloski EB. Quality of life differences between adults with and without disabilities. *Ment Retard Dev Disabil Res Rev.* 1994;29(2):90-101.
- 23- Fadden G, Bebbington P, Kuipers L. The impact of functional psychiatric illness on patient's family. *Br J Psychiatry.* 1987;50:285-92.
- 24- Lemion O, Lavoie S, Poulin C, Poirever LR, Fournier LR. Being a caregiver of a person with a mental health problem. *Community Ment Health J.* 2005;24(2):127-43.
- 25- Choi S, Kim HS, Kwon SV, Kim JS. Factors affecting the burden on caregivers stroke survivors in South Korea. *Med Rehabil.* 2005;86(5):1043-8.
- 26- Fleming DA, Sheppard WB, Mangan PA, Tylor KL, Adams I, Ingam J. Caregiving at the end of life: Perceptions of health care quality and quality of life among patients and care givers. *J Pain Symptom Manage.* 2006;31(5):407-20.
- 27- Van Wijngarden B, Schen AH, Marten WJ. Family care giving in depression: Impact on caregiver's daily life distress and help seeking. *J Affect Disord.* 2004;81(3):211-22.
- 28- Height N, Thompson M, Mcnair B. Identifying depression in a family member: The caregiver's experience. *J Affect Disord.* 2005;87(1):25-33.
- care: The impact of functional psychiatric illness on the patient's family. *Psychiatry J.* 1987;150:287-92.
- 11- Goldberg LJ, Fisher D, Wilson H. An impediment to the optimum treatment of major depression in the community. *Ment Health Lit.* 2001;64:277-84.
- 12- Kramer BR, Meintyre LL, Blacher J. Quality of life for young adults with mental retardation during transition. *Ment Retard J.* 2003;41(4):250-62.
- 13- Chakrabarti S, Kullhara P. Family burden of caring for people with mental illness. *Br J Psychiatr.* 1999;174:463-5.
- 14- Song LY, Biegel DE, Milliga SE. Predictors of depressive symptomatology among lower social class, caregivers of persons with chronic mental illness. *Community Ment Health J.* 1997;33(4):269-86.
- 15- Suth M, Kia K, Kia I, Cho N, Choi H, Noh S. Care giver's burden, depression, support as predictors of post stroke depression: A cross-sectional survey. *Int J Nurs Stud.* 2005;42(6):611-48.
- 16- Yun-Hee J. Mental health nurses work with family caregivers of older people with depression: Review of literature. *Ment Health Nurs.* 2003;24:813-28.
- 17- Rosenvinge D, Jones E, Martin A. Chronic depressed patients attending a day hospital: Stress experienced by careers. *Int J Geriatr Psychiatry.* 1998;13:8-11.
- 18- Solomon P, Drain J. Adaptive coping among family members of persons with serious mental illness. *Psychiatry Serv J.* 1995;46(11):1156-60.
- 19- Bakhshipour Roudsari A, Peyravi H, Abedian A. Investigating relationship between satisfaction with life and social support with mental health among freshman students of Tehran University. *Quart J Fund Ment Health.*