

The Effect of Roy Adaptation Model-Based Training on Depression, Anxiety and Stress in Home Caregivers of Mental Patients

Fatemeh Soltannezhad ¹, Seyed Amir Hosein Pishgooie ^{1*}, Sahar Nezamoleslami ²

¹ Department of Critical-Care Nursing, School of Nursing, Aja University of Medical Sciences, Tehran, Iran

² Department of Medical-Surgical, School of Nursing, Student Research Committee, Aja University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Received: 1 March 2020 Accepted: 4 July 2020

Abstract

Background and Aim: Attempts to reduce depression, anxiety and stress of home caregivers of mental patients lead to better results of care givers performance and decrease psychological and physical stress in home caregivers. The purpose of this study was to determine the effect of Roy Adaptation Model-Based training on depression, anxiety and stress in caregivers of chronic psychiatric patients.

Methods: In this randomized controlled trial, 46 home caregivers of psychiatric patients referred to military hospitals in 2019 were randomly assigned into two intervention and control groups. In both groups, depression, anxiety and stress were assessed using DASS-21 questionnaire in two stages before and after the intervention. Data were analyzed by SPSS-22 software.

Results: In the baseline, the mean scores of depression, anxiety and stress were not significantly different between the two groups ($P > 0.05$). After the intervention, the mentioned scores increased in the control group and decreased in the intervention group. In this regard there was a significant difference between the two groups ($P < 0.05$).

Conclusion: Implementation of a Roy Adaptation Model-Based training reduces depression, anxiety and stress of home caregivers of chronic psychiatric patients. Therefore, it is recommended using this model in home caregivers of mental patients.

Keywords: Depression, Anxiety, Stress, Adaptation, Caregivers.

*Corresponding author: Seyed Amir Hosein Pishgooie, Email: apishgooie@yahoo.com

بررسی تاثیر آموزش مبتنی بر الگوی سازگاری Roy بر افسردگی، اضطراب و استرس مراقبین خانگی بیماران روان

فاطمه سلطان نژاد^۱، سید امیرحسین پیشگوی^{۱*}، سحر نظام الاسلامی^۲

^۱ گروه آموزشی پرستاری مراقبت‌های ویژه، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی آجا، تهران، ایران
^۲ گروه آموزشی پرستاری داخلی - جراحی، دانشکده پرستاری، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی آجا، تهران، ایران

چکیده

زمینه و هدف: تلاش برای کاهش افسردگی، اضطراب و استرس مراقبین خانگی بیماران روان باعث نتایج بهتر عملکرد مراقبین و کاهش فشارهای روانی و جسمی در مراقبین خانگی می‌شود. پژوهش حاضر با هدف تعیین تاثیر برنامه آموزشی مبتنی بر الگوی سازگاری روی بر افسردگی، اضطراب و استرس مراقبین بیماران روان مزمن انجام یافته است.

روش‌ها: در این کارآزمایی کنترل‌دار تصادفی، ۴۶ مراقب خانگی بیمار روان مراجعه کننده به بیمارستان‌های نظامی در سال ۹۷ به روش هدفمند انتخاب و به طور تصادفی ساده به دو گروه مداخله و کنترل تخصیص یافتند. در هر دو گروه میزان افسردگی، اضطراب و استرس با استفاده از پرسشنامه DASS-21 در دو مرحله قبل و پس از مداخله جمع‌آوری و سپس، با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۲ تحلیل شد. **یافته‌ها:** در مرحله قبل از مداخله میانگین نمرات افسردگی، اضطراب و استرس در دو گروه کنترل و مداخله تفاوت معناداری نداشت ($P < 0.05$). در مرحله بعد از مداخله نمرات یاد شده در گروه کنترل افزایش و در گروه مداخله کاهش یافت و تفاوت معناداری بین دو گروه مشاهده شد ($P < 0.05$).

نتیجه‌گیری: اجرای برنامه آموزشی مبتنی بر الگوی سازگاری روی باعث کاهش افسردگی، اضطراب و استرس مراقبین خانگی بیماران روان مزمن می‌شود. لذا، استفاده از این مدل در مراقبین خانگی بیماران روان توصیه می‌شود.

کلیدواژه‌ها: افسردگی، اضطراب، استرس، سازگاری، مراقبین.

*نویسنده مسئول: سید امیرحسین پیشگوی. پست الکترونیک: apishgooie@yahoo.com

دریافت مقاله: ۱۳۹۸/۱۲/۱۱ پذیرش مقاله: ۱۳۹۹/۰۴/۱۴

مقدمه

بیماری‌های روانی مزمن تأثیرات منفی بر احساسات، افکار، ادراک، رفتار و عملکرد مبتلایان می‌گذارد، بطوری‌که این افراد نمی‌توانند وظایفشان را انجام دهند. بنابراین نیازمند مراقب هستند و از آنجایی‌که اغلب در خانه و با خانواده زندگی می‌کنند به ناچار اعضای خانواده نقش مهمی در مراقبت از آن‌ها ایفا می‌کنند (۱).

مراقبین خانگی افرادی هستند که به بیمار در انجام فعالیت‌های روزمره زندگی از قبیل تغذیه، جابجایی، حمایت روانی و عاطفی و اجتماعی و ارتباط برقرار کردن با تیم مراقبتی در رابطه با تغییر شرایط، دارو درمانی و فراهم آوردن منابع مالی کمک می‌کنند. این افراد بیشترین درگیری را در مراقبت از بیمار، به منظور سازگاری و مدیریت بیماری مزمن دارند (۲). پیش آگهی ضعیف درمان و نیاز به توانبخشی مستمر (۳) نیازمند صرف زمان زیادی جهت مراقبت از بیماران روان دارد که این امر می‌تواند به دلیل آموزش ناکافی در زمینه مراقبت از بیمار و محدودیت در منابع باشد و در نهایت ممکن است مراقبین خود را فراموش کرده (۲) یا دچار محدودیت در زندگی اجتماعی، انزوا و از دست دادن شغل شوند (۴). اغلب این افراد احساس می‌کنند که قدرت‌شان برای کار کردن کم شده و در اکثر اوقات خسته و ناتوان به نظر می‌رسند (۵). حدود ۷۰ درصد از مراقبان خانگی از مشکلات وابسته به شغل رنج می‌برند. ۱۲ درصد ساعات کاری خود را کاهش می‌دهند و در نهایت ۹ درصد از مراقبین به اجبار شغل‌شان را رها می‌کنند (۴). تنوع نقش‌های مراقبتی، مراقبین را با فشارهای روانی شدیدی روبرو می‌کند (۶). پیش بینی نتیجه منفی بیماری، غم و اندوه، پریشانی عاطفی از تماشای عزیزانشان که رنج می‌برند و بدتر می‌شوند، عدم توانایی در تغییر، احساس گناه، نارضایتی و ناامیدی هم تأثیرات عمیقی بر مراقبین می‌گذارد (۴،۶). زندگی مراقبین خانگی بدلیل مراقبت از این بیماران دچار تغییراتی از قبیل کمبود وقت، کاهش حس عاطفی، اختلال در زندگی اجتماعی، ارزش قائل نشدن برای خود و بوجود آمدن بار فیزیکی و عاطفی، اضطراب، استرس و افسردگی می‌شود. ادامه این وضعیت ممکن است مراقب را به انواع بیماری‌های حاد و مزمن دچار سازد (۶).

استرس مداوم و طولانی می‌تواند بر سیستم ایمنی، قلب و عروق، سیستم عصبی هورمونی و سیستم عصبی مرکزی تأثیر بگذارد و باعث ضعف سیستم ایمنی، فشار خون بالا، اضطراب، درد عضلانی، افسردگی و چاقی فرد شود (۷). افزایش مرگ و میر و کمبود وقت برای خودمراقبتی مراقبین و مراجعه به پزشک بعلت بار مسئولیت سنگین مراقبت در مطالعات تایید شده است (۴). استرس مداوم و اضطراب باعث تخریب ساختار مغز و کاهش عملکرد هیپوکمپ و قسمت قشر پیش فرونتال مغز شده که خطر ابتلا به افسردگی و اضطراب را افزایش می‌دهد (۷). مطالعات نشان داده‌اند که تماس نزدیک و طولانی مدت با فردی که از نظر روانی آشفته است، می‌تواند با ایجاد استرس مزمن در سایرین منجر به

آسیب‌های روانی متعدد مانند افسردگی، اضطراب، کاهش تمرکز، خستگی مزمن و اختلالات خواب گردد (۸). همزیستی با بیمار روان آسیب‌های قابل ملاحظه‌ای به سازگاری و عملکرد مراقبین خانگی وارد می‌کند (۳،۹) و بر عود علایم بیماری و افزایش بستری مجدد بیمار می‌تواند موثر باشد (۳).

Goldstein و همکاران در مطالعه‌ای با عنوان ابراز نگرش عاطفی و روانشناختی فردی در بین خانواده بیماران دو قطبی میزان اضطراب مراقبین خانگی بیماران را ۴۴ درصد گزارش نمودند (۱۰). افسردگی یکی از شایع‌ترین عارضه‌ها در مراقبین است و به طور متوسط ۴۰ تا ۷۰ درصد مراقبین خانگی علائم افسردگی را تجربه می‌کنند که می‌تواند بعنوان یک عکس‌العمل عاطفی به استرس در مراقبین بوجود آید (۴).

با توجه به شیوع افسردگی، اضطراب و استرس در میان مراقبین خانگی، فراهم کردن زمینه مناسب جهت سازگاری با آن ضروری به نظر می‌رسد (۱۱،۱۲). نویدیان و همکاران در مطالعه‌ای با عنوان بررسی تأثیر آموزش‌های روانشناختی بر افسردگی، اضطراب و فشار روانی خانواده بیماران مبتلا به اختلالات روان گزارش نمودند که این آموزش‌ها می‌تواند افسردگی، اضطراب و استرس خانواده بیماران را کاهش دهد (۱۳). آمارها حاکی از این است که تنها ۳۱ درصد مراقبان خانگی آموزش‌های لازم را درباره بیمار خود از مراکز درمانی دریافت می‌کنند (۱۴). با توجه به اینکه سازگاری مراقبین خانگی نقشی سرنوشت ساز در امر مراقبت دارد، آموزش روش‌های مختلف مراقبت و سازگاری با استرس می‌تواند فعالیت مراقبین خانگی را بهبود دهد. در نتیجه، الگوی سازگاری روی به عنوان یک روش موثر در سازگاری مراقبین می‌باشد (۱۵،۱۶).

هدف از این الگو تقویت امید و اطمینان در بیماران و مراقبین برای افزایش سازگاری شناختی و جسمی آنان است. برنامه سلامتی که پایه آنها الگوی سازگاری روی است می‌تواند رفتارهای ناسازگار را تعدیل کند و سطح سازگاری را افزایش دهد (۱۵). در این الگو انسان موجودیست پیاپی در حال تغییر و بدن انسان از سازوکارهای ذاتی و اکتسابی برای سازگاری با محیط بیرونی و درونی استفاده می‌کند (۱۵). در چارچوب الگوی سازگاری روی تجربیات بیماران روان کاملاً بررسی شده و انواع پاسخ‌های افراد به وضعیت‌های مختلف و علل رفتار ناسازگار روشن می‌شود و راهکار سازگار ارایه می‌شود (۱۶). بررسی‌ها نشان می‌دهد تأثیر آموزش مبتنی بر الگوی سازگاری روی در اکثر مطالعات بر بیماران سنجیده شده است. مطالعه امینی و همکاران نشان داد که به کارگیری برنامه مراقبتی مبتنی بر الگوی سازگاری روی بر بهبود فعالیت‌های روزمره بیماران تحت همودایلیز موثر می‌باشد (۱۷). مطالعه آقاخانی و همکاران نیز نشان داد که به کارگیری برنامه مراقبتی براساس الگوی سازگاری روی، شدت افسردگی، اضطراب و استرس بیماران مبتلا به سرطان کولورکتال را کاهش می‌دهد (۱۸). این دو مطالعه متضمن این

آن شامل ۷ سوال می‌باشد که در قالب مقیاس لیکرت چهار درجه‌ای اصلاً تا خیلی زیاد نمره‌گذاری می‌شوند. پائین‌ترین نمره ۲۱ و بالاترین نمره در این مقیاس ۸۴ می‌باشد. Lovibond قابلیت اعتماد DASS-21 را برای هر سه مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس با استفاده از آلفای کرونباخ (به ترتیب ۰/۹۱، ۰/۸۴، و ۰/۹۰ (قابل قبول) ارزیابی کرد (۲۲). همچنین همبستگی این پرسشنامه با پرسشنامه افسردگی Bech (r=۰/۷۴) و با پرسشنامه اضطراب Bech (r=۰/۸۱) گزارش شده است (۲۲). در ایران صاحبی و همکاران همبستگی بین زیر مقیاس افسردگی DASS-21 با آزمون افسردگی Bech را ۰/۷۰، زیر مقیاس اضطراب DASS-21 با آزمون اضطراب Zung ۰/۶۷ و زیر مقیاس استرس DASS-21 با آزمون تنیدگی ادراک شده را ۰/۴۹ گزارش نموده است (۲۳).

روش اجرا: نحوه نمونه‌گیری به این صورت بود که یکی از پژوهشگران پس از کسب اجازه از مسئولین، برای انجام نمونه‌گیری به درمانگاه اعصاب و روان سه بیمارستان منتخب نظامی شهر بوشهر مراجعه کرد. با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس تعداد ۵۰ نفر از مراقبین بیماران روانی بر اساس معیارهای ورود انتخاب شدند. معیارهای ورود به پژوهش داشتن وابستگی درجه یک و زندگی در یک منزل با بیمار بود. همچنین عدم نقص جسمانی، بیماری روان یا مصرف داروهای درمان اختلالات روان، اعتیاد و سوء پیشینه بود. شرکت‌کننده دارای تحصیلات سیکل به بالا و سن بین ۲۰-۶۰ سال (۱۹) بود و معیارهای خروج از پژوهش نیز شامل غیبت بیش از یک بار در جلسات مداخله، ایجاد بحرانی دیگر مانند طلاق یا مرگ عزیزان، شرکت در برنامه آموزشی دیگر و عدم تمایل به ادامه شرکت در پژوهش بود. در جلسه‌ای پس از توضیح اهداف مطالعه فرم رضایت آگاهانه و پرسش نامه مشخصات اطلاعات فردی تکمیل شد. سپس افراد نمونه با استفاده از جدول اعداد تصادفی به دو گروه مساوی آزمون و کنترل تقسیم و پرسش‌نامه DASS-21 توسط هر دو گروه تکمیل شد. سپس گروه مداخله به چهار گروه ۵ تا ۶ نفره تقسیم شد. تلفن تماس برای هماهنگی از قبل جلسات آموزشی اخذ شد. آموزش به طور متوسط هفته‌ای دو بار به مدت ۹۰ دقیقه به شکل پنج جلسه پی در پی توسط پژوهشگر مجرب (کارشناسی ارشد روان پرستاری) و یک روان شناس بالینی ارائه شد. جلسات آموزشی از طریق سخنرانی، پرسش و پاسخ، بیان تجربیات، افکار و احساسات مراقبین از زندگی با بیمار روانی و ارائه جزوه آموزشی انجام شد. وسیله کمک آموزشی مورد استفاده برای آموزش اسلاید و مکان آموزش سالن اجتماعات یکی از بیمارستان‌های منتخب نظامی بود. محتوای آموزشی با استفاده از منابع معتبر تهیه و اعتبار محتوایی آن به تأیید همکاران هیئت علمی گروه‌های روان پزشکی و روان پرستاری دانشگاه علوم پزشکی ارتش رسید. آموزش براساس الگوی سازگاری روی و بر اساس فرایند پرستاری انجام شد. مطابق اولین مرحله فرایند پرستاری بررسی و شناخت از طریق مصاحبه و مشاهده انجام و رفتارهای

موضوع است. از طرفی در تعداد کمی از مطالعات به بررسی تاثیر آموزش مبتنی بر الگوی سازگاری روی بر مراقبین خانگی بیماری‌های مزمن پرداخته شده است. به طور مثال، قاسم زاده و همکاران در مطالعه‌ای گزارش نمودند آموزش مهارت‌های سازگاری بر افسردگی، اضطراب و استرس مادران مراقب از نوجوان مبتلا به دیابت نوع ۱ تاثیر گذار است (۱۹). قاندری و همکاران در مطالعه‌ای گزارش نمودند که برنامه آموزش خانواده بر افسردگی، اضطراب و استرس مراقبین خانگی سالمندان مبتلا به دمانس تاثیر مثبت دارد (۲۰). همچنین، شیخ الاسلامی و همکاران در مطالعه‌ای با عنوان اثر بخشی آموزش مهارت‌های مقابله با استرس در مراقبین بیماران اسکیزوفرنی گزارش کردند که استفاده از مهارت‌های مقابله با استرس باعث بهزیستی روانی مراقبین می‌شود (۳). با توجه به ضعف آموزش در مراقبین بیماران، عدم بررسی تاثیر آموزش مبتنی بر الگوی سازگاری روی بر شدت افسردگی، اضطراب و استرس مراقبین بیماران روان بخصوص در جامعه نظامی، همچنین وجود سطح قابل توجهی از افسردگی، اضطراب و استرس در مراقبین بیماران روان، پژوهش حاضر با هدف تعیین تاثیر برنامه آموزش مبتنی بر الگوی سازگاری روی بر افسردگی، اضطراب و استرس مراقبین خانگی بیماران روان انجام شد.

روش‌ها

نوع مطالعه و جامعه آماری: این پژوهش به روش کارآزمایی بالینی کنترل‌دار تصادفی دو گروه قبل و بعد در سال ۱۳۹۷ انجام یافته است. جامعه پژوهش، خانواده بیماران مبتلا به بیماری‌های روان با سابقه بستری در سه بیمارستان منتخب نظامی شهر بوشهر بودند.

حجم نمونه از طریق فرمول پوکاک (Pocock) با توجه به مقاله راهب و همکاران (۲۱) با در نظر گرفتن ۰/۰۱ خطای نوع اول و توان آزمون ۹۵ درصد، ۲۳/۱ نفر در هر گروه برآورد شد. سپس، با احتساب تقریباً ۱۰ درصد احتمال ریزش، در مجموع ۵۰ نفر (۲۵ نفر در گروه مداخله و ۲۵ نفر در گروه کنترل) وارد پژوهش شدند.

$$n = \frac{(Z_{1-\frac{\alpha}{2}} + Z_{1-\beta})^2 (S_1^2 + S_2^2)}{(x_1 - x_2)^2} = \frac{17.8 \times 31.929}{24.6016} =$$

23.1

پرسشنامه‌های مورد استفاده شامل: ۱. پرسشنامه اطلاعات

فردی: شامل سوالاتی از جنسیت، سن، میزان تحصیلات، تاهل، وضعیت مسکن، نوع اشتغال، سازمان‌های حمایتی بود. ۲. پرسشنامه افسردگی، اضطراب و استرس: (Depression Anxiety Stress Scales -21)

این پرسشنامه توسط Lovibond طراحی شده است و دارای مجموعه‌ای از سه زیر مقیاس خودسنجی برای اندازه‌گیری افسردگی، اضطراب و استرس می‌باشد. هر یک از سه زیرمقیاس

در مرحله چهارم پژوهشگر بر اساس منابع علمی اقدام به تدوین اقدامات پرستاری و آموزش رفتارهای سازگاران نمود. آموزش‌ها در مواردی چون شناخت بیماری، نحوه مقابله با مشکلات رفتاری ناشی از علائم بیماری، آموزش برای جلب همکاری درمانی بیمار، پذیرش بیماری از جانب خانواده، نیاز به خدمات مشاوره، نیاز به آموزش اقدامات در مواقع اورژانس، نقش پذیری اجتماعی و آموزش در رابطه با مسائل مالی و ثبات حقوقی انجام گرفت (جدول-۱). یک ماه پس از انجام مداخله، پرسش نامه مجدداً در اختیار هر دو گروه قرار گرفت و دوباره تکمیل شد. برای رعایت اصول اخلاقی، در پایان پژوهش جزوه آموزشی در اختیار گروه کنترل که اقدام آموزشی نداشتند، قرار گرفت.

سازگار و ناسازگار در چهار بعد سازگاری تدوین شد. برای مثال اختلال در خواب و استراحت به عنوان رفتار ناسازگار مشخص شد. سپس محرک‌های هر یک از رفتارهای ناسازگار در بعد زیستی شناسایی و به انواع محرک باقی مانده، زمینه‌ای و اصلی دسته بندی شد. جهت رفتار ناسازگار اختلال در خواب و استراحت، محرک اصلی، فرد بیمار خانواده، محرک زمینه‌ای استرس ناشی از مراقبت و احساس گناه و فشارهای جسمی و روحی به دلیل نبود استراحت کافی به عنوان محرک باقیمانده مشخص شد. در مرحله سوم، تشخیص‌های پرستاری تدوین شد. برای مثال فشارهای جسمی و روحی به علت اختلال در خواب و استراحت ناشی از استرس و احساس گناه نسبت به وضعیت فرد بیمار خانواده در نظر گرفته شد.

جدول-۱. برنامه مداخله درمانی در گروه آزمون

| نام جلسه | محتوی و هدف آموزش در هر جلسه |
|------------|---|
| جلسه اول | آشنایی و معرفی شرکت کنندگان، ارائه طرح درس. |
| جلسه دوم | معرفی و شناخت بیماری‌های روان، جلب همکاری درمانی بیمار، پذیرش بیماری از جانب خانواده، بررسی و شناخت رفتارهای سازگار و ناسازگار. |
| جلسه سوم | نحوه مقابله با مشکلات رفتاری ناشی از علائم بیماری، نیاز به آموزش اقدامات در مواقع اورژانس و تشخیص رفتارهای ناسازگار و مشاوره |
| جلسه چهارم | آموزش اقدامات پرستاری و رفتارهای سازگاران به مراقبین |
| جلسه پنجم | پرسش و پاسخ |

($P > 0.05$)، میانگین سنی بیماران گروه مداخله $41/59 \pm 10/68$ و گروه کنترل $38/21 \pm 9/37$ سال بود. بیشترین فراوانی در گروه کنترل مربوط به جنس مرد ($52/2$ درصد)، سطح تحصیلات دیپلم و پایین‌تر ($47/8$ درصد)، شاغلین ($60/9$ درصد) و عضو بیمار خانواده خواهر یا برادر ($43/5$ درصد) بودند. در گروه آزمون اکثریت دارای جنس زن ($65/2$ درصد)، تحصیلات دیپلم و پایین‌تر ($56/5$ درصد) بودند و فراوانی شاغلین ($47/8$ درصد) و عضو بیمار خانواده مادر ($30/4$ درصد) بود.

بر اساس نتایج جدول-۳ نمرات فراوانی و درصد و نتایج آزمون دقیق فیشر، نمرات سطوح افسردگی اضطراب و استرس قبل از مداخله، بین دو گروه آزمون و کنترل تفاوت معنادار گزارش نشد ($P > 0.05$) که نشان می‌دهد دو گروه قبل از مداخله از نظر سطوح افسردگی، اضطراب و استرس همگن بودند و اکثریت نمرات فراوانی افسردگی، اضطراب و استرس در دو گروه در زیرمقیاس‌های متوسط و شدید و بالاتر گزارش گردید. نتایج آزمون دقیق فیشر بعد از مداخله بین دو گروه آزمون و کنترل تفاوت آماری معنادار گزارش کرد ($P < 0.05$). نتایج نشان می‌دهد که تغییرات کاهشی در فراوانی سطح افسردگی، اضطراب و استرس در زیرمقیاس‌های متوسط شدید و بالاتر گروه آزمون و تغییرات افزایشی در زیرمقیاس‌های متوسط و شدید و بالاتر در گروه کنترل بعد از مداخله ایجاد شده است (جدول-۳).

تجزیه و تحلیل آماری داده‌ها: داده‌ها با استفاده از آزمون‌های کای اسکور، تی زوجی، آزمون دقیق فیشر و تی مستقل در نرم افزار SPSS نسخه ۲۲ و در سطح معناداری $P < 0.05$ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

ملاحظات اخلاقی: این پژوهش در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی آجا با شماره IR.AJAUMS.REC.1397.46 تایید گردید و در سامانه کارآزمایی بالینی ایران با شماره IRCT 20190130042566N به ثبت رسیده است. برای رعایت موازین اخلاقی و پس از بیان اهداف و روش پژوهش به بیماران، رضایت آگاهانه کتبی از آن‌ها کسب شد. لازم به ذکر است که مفاد بیانیه هلسینکی در این پژوهش رعایت گردید. به طور مثال، حق ورود آزادانه به پژوهش، عدم ورود آسیب و ضرر به مراقبین، حفظ حق خروج از پژوهش، محرمانه ماندن اطلاعات از جمله مفاد رعایت شده در این پژوهش بود. همچنین، پژوهشگران خود را ملزم به رعایت اصول مطرح شده در کمیته اخلاق (COPE) جهت انتشار نتایج نمودند.

نتایج

آزمون تی مستقل، کای دو و آزمون دقیق فیشر نشان داد (جدول-۲)، دو گروه از نظر متغیرهای فردی (سن، جنس، شغل، میزان تحصیلات، عضو بیمار خانواده) تفاوت معناداری نداشته اند

جدول-۲. مقایسه مشخصات جمعیت شناختی و نتایج آزمون آماری در دو گروه آزمون و کنترل

| متغیر | آزمون | | کنترل |
|-------------------|------------------|---------------|-----------------------------|
| | تعداد | (درصد) | |
| جنسیت | مرد | ۸(۳۴/۸٪) | ۱۲(۵۲/۲٪) |
| | زن | ۱۵(۶۵/۲٪) | ۱۱(۴۷/۸٪) |
| تحصیلات | دیپلم و پایین تر | ۱۳(۵۶/۵٪) | ۱۱(۴۷/۸٪) |
| | فوق دیپلم | ۳(۱۳٪) | ۳(۱۳٪) |
| | کارشناسی | ۶(۲۶/۱٪) | ۷(۳۰/۴٪) |
| | ارشد و بالاتر | ۱(۴/۳٪) | ۲(۸/۷٪) |
| عضو بیمار خانواده | پدر | ۲(۸/۷٪) | ۴(۱۷/۴٪) |
| | مادر | ۷(۳۰/۴٪) | ۳(۱۳٪) |
| | خواهر یا برادر | ۴(۱۷/۴٪) | ۱۰(۴۳/۵٪) |
| | فرزند | ۴(۱۷/۴٪) | ۳(۱۳٪) |
| | همسر | ۶(۲۶/۱٪) | ۳(۱۳٪) |
| سن | | ۴۱/۵۹(۱۰/۶۸٪) | ۳۸/۲۱(۹/۳۷٪) |
| | | | T= ۱/۲۳ Df= ۴۴ P=۰/۲۵ |

نمرات افسردگی، اضطراب و استرس قبل و بعد از مداخله نشان داد که نمرات در گروه آزمون کاهش یافته است و این کاهش تفاوت آماری معناداری داشت ($P < 0.05$). نتایج آزمون تی زوجی در مقایسه میانگین و انحراف معیار نمرات افسردگی، اضطراب و استرس قبل و بعد از مداخله در گروه کنترل افزایش را نشان می‌دهد که در بعد افسردگی و استرس تفاوت آماری معنادار است ($P < 0.05$). ولی در نمره اضطراب با وجود افزایش میانگین، تفاوت آماری معناداری نشان نداد ($P > 0.05$).

بر اساس جدول-۴ نتایج آزمون تی مستقل نشان داد که میانگین و انحراف معیار در نمره افسردگی، اضطراب و استرس قبل از اجرای تفاوت آماری معناداری را بین دو گروه آزمون و کنترل نداشته است ($P > 0.05$). در مقابل، این آزمون نشان داد که میانگین و انحراف معیار نمرات افسردگی، اضطراب و استرس بعد از اجرای مداخله، بین دو گروه کنترل و آزمون تفاوت آماری معناداری پیدا کرده است ($P < 0.05$) و میانگین نمرات در گروه آزمون نسبت به گروه کنترل، کاهش یافته است. همچنین نتایج آزمون تی زوجی در مقایسه میانگین و انحراف معیار

جدول-۳. مقایسه زیر مقیاس‌های افسردگی، اضطراب و استرس در دو گروه قبل و بعد از مداخله

| متغیر | گروه | زیر مقیاس | | | | |
|---------|------|-----------|-----------|------------|-----------|------------|
| | | عادی | خفیف | متوسط | شدید | بسیار شدید |
| افسردگی | قبل | ۱ (۴/۳٪) | ۱ (۴/۳٪) | ۷ (۳۰/۴٪) | ۶ (۲۶/۱٪) | ۸ (۳۴/۸٪) |
| | بعد | ۰ (۰٪) | ۰ (۰٪) | ۱۰ (۴۳/۵٪) | ۵ (۲۱/۷٪) | ۸ (۳۴/۸٪) |
| اضطراب | قبل | ۱ (۴/۳٪) | ۰ (۰٪) | ۴ (۱۷/۴٪) | ۴ (۱۷/۴٪) | ۱۴ (۶۰/۹٪) |
| | بعد | ۲ (۸/۷٪) | ۰ (۰٪) | ۱۰ (۴۳/۵٪) | ۶ (۲۶/۱٪) | ۵ (۲۱/۷٪) |
| استرس | قبل | ۱ (۸/۷٪) | ۱ (۸/۷٪) | ۱ (۲۱/۷٪) | ۱ (۳۴/۸٪) | ۱ (۲۶/۱٪) |
| | بعد | ۰ (۰٪) | ۱ (۴/۳٪) | ۶ (۲۶/۱٪) | ۳ (۱۳/۰٪) | ۱۳ (۵۶/۵٪) |
| افسردگی | قبل | ۱ (۴/۳٪) | ۱ (۴/۳٪) | ۷ (۳۰/۴٪) | ۳ (۱۳/۴٪) | ۱۲ (۵۲/۲٪) |
| | بعد | ۰ (۰٪) | ۸ (۳۴/۸٪) | ۶ (۲۶/۱٪) | ۵ (۲۱/۷٪) | ۰ (۰٪) |

جدول-۴. مقایسه میانگین نمره افسردگی، اضطراب و استرس در دو گروه مداخله و کنترل

| گروه | قبل از مداخله | | بعد از مداخله | | آزمون تی زوجی و سطح معناداری |
|-------------------------------|---------------|-------------------------------|--------------------------------|---------|------------------------------|
| | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار | میانگین | |
| افسردگی | ۹/۳۵ | ۲۳/۸۲ | ۶/۳۷ | ۱۵/۱۳ | T= ۷/۰۷۳ P=۰/۰۰۰ |
| | ۵/۹۲ | ۲۲/۶۹ | ۴/۶۴ | ۲۴/۶۰ | T= -۳/۷۴ P=۰/۰۰۱ |
| آزمون تی مستقل و سطح معناداری | | T= ۰/۴۸۹ Df= ۴۴ P=۰/۶۳۷ | T= -۵/۷۶۰ Df= ۴۴ P=۰/۰۰۰ | | |
| اضطراب | ۸/۷۹ | ۲۲/۳۴ | ۵/۱۰ | ۱۴/۷۸ | T= ۶/۱۷۴ P=۰/۰۰۰ |
| | ۶/۸۱ | ۱۹/۲۱ | ۶/۳۷ | ۱۹/۸۲ | T= -۱/۲۳۲ P=۰/۲۳۱ |
| آزمون تی مستقل و سطح معناداری | | T= ۱/۳۴ Df= ۴۴ P=۰/۱۸۴ | T= -۲/۹۶ Df= ۴۴ P=۰/۰۰۵ | | |
| استرس | ۷/۸۵ | ۲۸/۶۹ | ۵/۹۹ | ۱۹/۲۱ | T= ۸/۴۱۶ P=۰/۰۰۰ |
| | ۵/۷۳ | ۲۳/۹۱ | ۵/۱۵ | ۲۵/۴۷ | T= -۳/۱۱۶ P=۰/۰۰۵ |
| آزمون تی مستقل و سطح معناداری | | T= ۱/۳۵ Df= ۴۴ P=۰/۱۲۳ | T= -۳/۷۹۷ Df= ۴۴ P=۰/۰۰۰ | | |

بحث

در مطالعه حاضر تاثیر اجرای برنامه آموزشی مبتنی بر الگوی سازگاری روی بر افسردگی، اضطراب و استرس مراقبین خانگی بیماران روان مورد بررسی قرار گرفت. یافته‌های مطالعه نشان داد که آموزش مبتنی بر الگوی سازگاری روی می‌تواند در افسردگی، اضطراب و استرس مراقبین بیماران روان موثر باشد.

نتایج آماری اطلاعات جمعیت شناختی نشان داد که دو گروه شرکت کننده از نظر متغیرهای فردی همگن بودند.

اکثریت مراقبین بیماران روان در مطالعه ما جنسیت زن داشتند این نتیجه قابل پیش بینی است، زیرا زنان شامل مادران، دختران و خواهران عهده‌دار مراقبت از بقیه اعضای خانواده بخصوص عضو بیمار خانواده هستند (۱۲).

نتایج گزارش شده در مطالعه El-Bilsha با عنوان بررسی تاثیر مداخلات خانوادگی شامل معرفی بیماری، آموزش راهکارهای سازگاری و مهارت حل مسئله بر میزان بار مسئولیت، افسردگی، اضطراب و استرس ۹۵ نفر مراقب خانگی بیماران مبتلا به افسردگی (۱۲) و مطالعه قاندری حیدری با عنوان بررسی برنامه آموزش خانواده بر افسردگی، اضطراب و استرس ۵۰ نفر مراقب خانگی سالمند مبتلا به دمانس (۲۰) با نتیجه بدست آمده از مطالعه حاضر، همسو بود. ولی نتایج مطالعه حاضر با مطالعه رحمانی و همکاران با عنوان بررسی تاثیر برنامه روان درمانی گروهی بر نگرش ۷۴ نفر

مراقب خانگی بیمار مبتلا به اسکیزوفرنی (۲۴) و مطالعه Goncalves و همکاران با عنوان بررسی درک پویایی خانواده سالمندان با سن بیش از ۸۰ سال در پورتو پرتغال (۲۵) نا همسو بود. این تفاوت در جنسیت مراقبین می‌تواند بدلیل تفاوت در فرهنگ و مکان انجام پژوهش باشد.

در بررسی نتایج آماری سطوح افسردگی، اضطراب و استرس قبل از انجام مداخله، سطح نمرات مراقبین خانگی در سه مقیاس، متوسط تا شدید گزارش شد. همچنین، در مرحله بعد از مداخله سطوح هر سه مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس در گروه آزمون کاهش یافت. نتایج بدست آمده در هر دو مرحله با نتایج مطالعه El-Bilsha با عنوان بررسی تاثیر مداخلات خانوادگی بر شدت بار مسئولیت، اضطراب و افسردگی بر ۹۵ نفر مراقب خانگی بیماران مبتلا به افسردگی همسو بود (۱۲).

در مطالعه نخعی مقدم و همکاران با عنوان ارزیابی سطح افسردگی، اضطراب و استرس در ۶۰ نفر والد فرزند مبتلا به دیابت نوع ۱ سطوح افسردگی، اضطراب و استرس مراقبین متوسط گزارش شد (۲۶).

به نظر می‌رسد همسویی نتایج مطالعه حاضر و مطالعه El-Bilsha در سطوح گزارش شده در سه مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس مراقبین بیماران روان و نا همسویی نتایج مطالعه حاضر با مطالعه نخعی و همکاران و تفاوت نتایج گزارش شده در سه

برای اندازه‌گیری مقیاس اضطراب و افسردگی بیماران باشد. از طرفی دیگر ناهمسویی نتایج می‌تواند بدلیل تفاوت در نوع مداخله و جامعه مورد پژوهش و مدت زمان انجام مطالعه باشد. در واقع به نظر می‌رسد اجرای آموزش مبتنی بر الگوی سازگاری روی اثرات چشمگیرتری نسبت به آموزش خودمدیریتی خستگی، بدون اجرای الگو داشته است.

از جمله محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به مقطعی بودن اجرای پژوهش و حجم نمونه کم اشاره نمود. از آنجا که نمونه‌های پژوهش فقط از مراقبین بیماران روان در بیمارستان‌های نظامی انتخاب شده بودند در تعمیم نتایج باید جانب احتیاط را رعایت کرد. در پایان به سایر پژوهشگران انجام پژوهش‌های بیش تر در سایر مراقبین بیماران مزمن با حجم نمونه بیش تر و استفاده از روش نمونه‌گیری قوی تر و زمان پیگیری طولانی‌تر برای بررسی توصیه می‌شود.

نتیجه‌گیری

با توجه به ضرورت وجود برنامه آموزشی برای مراقبین بیماران روان در مراکز درمانی و تاثیر مثبت و معنادار برنامه آموزشی مبتنی بر الگوی سازگاری روی بر افسردگی، اضطراب و استرس مراقبین بیماران روان، پیشنهاد می‌شود این برنامه بدلیل ارزان، بدون عارضه و قابل اجرا بودن و پیامدهای مطلوب بر عملکرد، در مراقبین بیماران روان مورد استفاده قرار گیرد.

تشکر و قدردانی: این مقاله منتج از پایان نامه کارشناسی

ارشد روان پرستاری دانشکده پرستاری آجا با شماره مصوب ۵۹۷۴۴۰ در تاریخ ۹۷/۸/۱۰ می‌باشد که با حمایت مالی دانشگاه علوم پزشکی آجا به انجام رسیده است. بدین وسیله نویسندگان مراتب تشکر و قدردانی خود را در این خصوص ابراز می‌دارند. همچنین، از کلیه شرکت کنندگان پژوهش حاضر به دلیل همکاری و ارائه اطلاعات ارزشمند کمال تشکر و قدردانی می‌شود.

نکات بالینی کاربردی برای جوامع نظامی

- میزان استرس در مشاغل نظامی به دلیل شرایط کاری ویژه در سطح بالاتری نسبت به سایرین قرار دارد.
- خانواده بیماران روانی اضطراب و استرس زیادی را تجربه می‌کنند.
- الگوی سازگاری روی روش مناسبی برای ایجاد سازگاری با مشکلات و کاهش اضطراب و استرس می‌باشد.
- استفاده از برنامه‌های آموزشی مبتنی بر الگوی سازگاری روی پیامدهای مطلوبی را بر عملکرد مراقبین خانگی بیماران روانی نشان داد.

نقش نویسندگان: ارائه ایده و طرح اولیه، تجزیه و تحلیل

داده‌ها و نویسنده مسئول: پیشگویی، تهیه محتوای آموزشی، انجام

مقیاس، بدلیل ماهیت بیماری شرکت کنندگان در مطالعات باشد. به طوری که نتایج بدست آمده نشانگر رنج و عذاب بسیار و وضعیت بدتر مراقبین بیماران روان نسبت به مراقبین بیماران دیابت می‌باشد. نتایج آماری بدست آمده و مقایسه با مطالعات دیگر، ضرورت توجه ویژه و انجام مداخلاتی بر مراقبین خانگی بیماران روان را تایید می‌کند.

در بررسی نتایج آماری نمرات افسردگی، اضطراب و استرس قبل از اجرای مداخله بین دو گروه تفاوت معناداری دیده نشد. لذا احتمالاً می‌توان نتیجه گرفت که تغییرات ایجاد شده بعد از مداخله ناشی از اجرای برنامه آموزش مبتنی بر الگوی سازگاری روی باشد. این نتیجه با مطالعه قاسم زاده و همکاران با عنوان تاثیر آموزش مهارت‌های سازگاری بر ۳۴ مادر مراقب، نوجوان مبتلا به دیابت نوع ۱ همسو می‌باشد (۱۹).

یافته‌های بدست آمده بعد از انجام آموزش مبتنی بر الگوی سازگاری روی و کاهش میزان افسردگی، اضطراب و استرس مراقبین در گروه آزمون با مطالعه آقاخانی و همکاران با عنوان آموزش مبتنی بر الگوی سازگاری روی بر ۳۴ بیمار مبتلا به مرحله سه و چهار سرطان کولورکتال و مطالعه قاسم زاده و همکاران با عنوان آموزش مهارت‌های مقابله با تیدگی بر افسردگی، اضطراب و استرس بر ۴۰ نفر مادر دارای نوجوان مبتلا به دیابت نوع یک از نظر تاثیر مثبت مداخله بر کاهش شدت افسردگی، اضطراب و استرس همسو گزارش شد (۱۸، ۱۹).

این همسویی می‌تواند بدلیل شباهت در الگوی پرستاری و پرسشنامه استفاده شده در مطالعات باشد. در بررسی دیگر، نتایج مطالعه حاضر با مطالعه Wallen و همکاران با عنوان بررسی تاثیر هیپنوتیزم بر افسردگی، اضطراب و استرس بیماران سلول داسی شکل ناهمسو بود (۲۷).

احتمالاً عدم تاثیر معنادار مداخله در مطالعه Wallen و همکاران بدلیل استفاده از اثر مداخله هیپنوتیزم به تنهایی بود. در مقابل بکارگیری مداخلات بر اساس الگوی سازگاری روی که بسیار گسترده به نیازها و راهکارهای موجود برای مراقبین بیماران روان پرداخته است. نتایج بدست آمده تایید کننده این مطلب است که آموزش‌های طراحی شده براساس الگوی سازگاری روی بر افسردگی، اضطراب و استرس مراقبین خانگی بیماران روان می‌تواند موثر باشد. در بررسی دیگر، نتایج مطالعه Hewlett و همکاران که با عنوان بررسی تاثیر آموزش خودمدیریتی خستگی در ۴۴ بیمار مبتلا به آرتریت روماتوئید، نشان داد که آموزش خود مدیریتی خستگی شامل روش‌های حل مسئله، کنترل فعالیت و استراحت، مدیریت انرژی بر میزان اضطراب بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید تاثیر معنادار نداشت که با مطالعه حاضر ناهمسو بود. ولی بر افسردگی این بیماران تاثیر معنادار گذاشت، نتیجه گزارش شده در بعد افسردگی با مطالعه حاضر همسو بود (۲۸). ناهمسویی در نتایج می‌تواند بدلیل استفاده Hewlett و همکاران از پرسشنامه

تضاد منافع: نویسندگان تصریح می‌کنند که هیچ گونه تضاد منافی در مطالعه حاضر وجود ندارد.

منابع:

1. Bademli K. Anxiety and depression in caregivers of chronic mental illness. *Journal of Depression and Anxiety*. 2017;6(1):1-2. doi:10.4172/2167-1044.1000254
2. Safaeian Z, Sadat Hejazi S, Delavar E, HoseiniAzizi T, HaresAbadiM. The Relationship between caregiver burden depression, anxiety and stress in family caregivers of cancer patients referred to imam reza hospital in bojnurdcity. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing (IJPn)*. 2017;5(3):7-14. doi:10.21859/ijpn-05032
3. Sheikholeslami F, Khalatbary J, Ghorbanshiroudi Sh. Effectiveness of stress coping skills training with psycho-educational approach among caregivers' of schizophrenic patients on family function and psychological wellbeing. *Journal of Holistic Nursing and Midwifery*. 2015; 26(81): 46-54.
4. SemenovaV, Stadlander L M. Death anxiety, depression, and coping in family caregivers. *Journal of Social, Behavioral, and Health Sciences*. 2016;10(1): 34-48. doi:10.5590/JSBHS.2016.10.1.05
5. Hosseiny RS, Alijanpoor Agha Maleki M, Bastani F, Saleh Abadi S, Ghezalbash S. Relationship between general health and burden in female caregivers of patients with alzheimer disease. *Quarterly Journal of Sabzevar University of Medical Sciences*. 2015;21(6):1134-1143.
6. Goodarzi N, Mohammadi Shahboulaghi F, Rahgoi A, Biglarian A. Prediction of depression, anxiety and stress in familial observers of patients with dementia based on family performance. *Iranian Journal of Rehabilitation Research in Nursing*. 2018;4(2):44-52.
7. Khan S, Khan RA. Chronic stress leads to anxiety and depression. *Ann Psychiatry Ment Health*. 2017; 5(1): 1091
8. Kia S, ZarehHarafte Z. The effectiveness of stress management training on cognitive-behavioral disorders and quality of life for female heads of households. *Sociology of Education Journal*. 2018; (8): 94-110.
9. Mazlom SR, Darban F, Vaghei S, Modarres Gharavi M, Kashani Lotfabadi M, Shad M. The effect of Stress Inoculation Program (SIP) on nurses' Perceived stress in psychiatric wards. *Evidence Based Care Journal (EBCJ)*. 2011;2(2):35-43.
10. Golstein TR, Miklowits DJ, Richards JA. Expressed emotion attitudes and individual psychopathology among the relatives of bipolar patients. *Family Process*. 2002; 41: 645-657. doi:10.1111/j.1545-5300.2002.00645.x

مداخله، تحلیل و تفسیر داده‌ها و نویسنده مقاله: سلطان نژاد، جمع‌آوری داده و تکمیل پرسشنامه و انجام مداخله: نظام الاسلامی. همه نویسندگان با تایید نهایی مقاله حاضر، مسئولیت دقت و صحت مطالب مندرج در آن را می‌پذیرند.

11. Cassidy T, McLaughlin M. Psychological distress of female caregivers of significant others with cancer. *Cogent Psychology*. 2015;2(1):999405. doi:10.1080/23311908.2014.999405
12. El-Bilsha MA. Effect of family intervention on family caregivers' burden, depression, anxiety and stress among relatives of depressed patients. *Middle East Journal of Age and Ageing*. 2019; 16 (1):3-13.
13. Pahlavan zadeh S, Navidian A, Yazdani M. The impact of Psychoeducation on depression, anxiety and stress of family caregivers of the mentally ill. *J Kermanshah Uni Med Sci*. 2011;43:228-36.
14. Mami S, Kaikhavani S, Amirian K, Neyazi E. The effectiveness of family psychoeducation (atkinson and coia model) on mental health family members of patients with psychosis. *Journal of Ilam University of Medical Sciences*. 2015;24(1):8-17. doi:10.18869/acadpub.sjimu.24.1.8
15. Din SH, Jaafar NR, Zakaria H, Saini SM, Ahmad SN, Midin M. Anxiety disorders in family caregivers of breast cancer patients receiving oncologic treatment in Malaysia. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*. 2017;18(2):465. doi:10.22034/APJCP.2017.18.2.
16. Nezameslami S, Pishgoe SAH, Sharififar S, Soltannezhad F. The effect of education on the basis of roy adaptation pattern on the quality of life of home caregivers of psychiatric patients with a history of hospitalization in mental hospitals of military hospitals in Bushehr. *Military Caring Sciences*. 2019; 6 (2):105-114. doi:10.29252/mcs.6.2.105
17. Amini Z, Fazel Asgarpoor A, Zeraati A, Esmaeli H. The effect of care plan based on the Roy adaptation model on activities of daily living of hemodialysis patients. *Journal of North Khorasan University of Medical Sciences*. 2012;4(2):145-153. doi:10.29252/jnkums.4.2.145
18. Aghakhani N, Hazrati Marangaloo A, Vahabzadeh D, Tayyar F. The effect of Roy's adaptation model-based care plan on the severity of depression, anxiety and stress in hospitalized patients with colorectal cancer. *Hayat*. 2018; 25(2): 208-219.
19. Ghasemzadeh S, Bayati B, Nooripoor Liavol R. Effectiveness of coping skills on depression, anxiety and stress in mothers of adolescents with type I diabetes. *Educ Strategy Med Sci*. 2017;10(1): 74-79.
20. Ghaedi Heidari F, Pahlavanzadeh S, Maghsoudi J, Ghazavi Z. Effect of family education program on depression, anxiety and stress of family caregivers of

elderly individuals with dementia. *Journal of Nursing Education*. 2014;3 (1): 12-20.

21. Raheb G, Kazemi SV, Alipour F. Effectiveness of self-care training program based on empowerment model on quality of life among hemodialysis patients in the city of Sari, Iran. *World Family Medicine Journal/Middle East Journal of Family Medicine*. 2018; 16(2):16-23. doi:10.5742/MEWFM.2018.93236

22. Lovibond PF, Lovibond SH. The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour research and therapy*. 1995; 33(3):335-43. doi:10.1016/0005-7967(94)00075-U

23. Sahebi A, Asghari MJ, Salari RS. Validation of depression anxiety and stress scale (DASS-21) for an Iranian population. *Iranian Psychologists*. 2005;4(1): 299-313.

24. Rahmani F, Ranjbar F, Ebrahimi H, Hosseinzadeh M. The effects of group psycho-educational programme on attitude toward mental illness in families of patients with Schizophrenia. *Journal of*

Caring Sciences. 2015; 4(3): 243-251. doi:10.15171/jcs.2015.025

25. Goncalves L.H, Costa M.A, Martins M.M, Nassar S.M, Zunino R. The family dynamics of elder elderly in the context of Porto, Portugal. *Rev Latino Am Enfermagem*. 2011; 19(3): 458-66. doi:10.1590/S0104-11692011000300003

26. Nakhaey Moghaddam M, Teimouri A, Noori N M, Firouzkoobi M, Akbradi rad F. Evaluation of stress, anxiety and depression in parents with a child newly diagnosed with diabetes Type I. *Int J Pediatr*. 2016; 4(11): 3741-3749.

27. Wallen GR, Middleton KR, Ames N, Brooks AT, Handel D. Randomized trial of hypnosis as a Pain and symptom management strategy in adults with Sickle Cell disease. *Integr Med Insights*. 2014;9:25-33. doi:10.4137/IMI.S18355

28. Hewlett S, Ambler N, Almeida C, Cliss A, Hammond A, Kitchen K, et al. Self-management to fatigue in rheumatoid arthritis: a randomized controlled trial of group cognitive-behavioural therapy. *Ann Rheum Dis*. 2011;70(6):1060-7. doi:10.1136/ard.2010.144691