Original Article

Military Caring Sciences

Volume 6, Issue 2, Summer 2019 (Serial Number: 20)

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

Nezameslami. S[1]

*Pishgoee. SAH[2]

Sharififar. S[3]

Soltannezhade. F[4]

1- MSc Student of Psychiatric Nursing, Faculty of Nursing, Aja University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

*2- (*Corresponding Author) Ph.D., in Nursing, Associate Professor, Medical-Surgical Department, Faculty of Nursing, Aja University of Medical Sciences, Tehran, Iran.*

Email: apishgooie@yahoo.com

3- Ph.D., Health in Disasters and Emergency, Instructor, Health in Disasters and Emergency Department, Faculty of Nursing, Aja University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

4- MSc of Nursing, Instructor, Nursing Management Department, Aja University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Abstract

Introduction: The mental disorder in one member of a family cause a considerable tension in whole family. The mental burden imposed by caring mentally- ill patients can have a negative effect on the mental and physical status of care takers, thus cause a hidden illness and poor quality of life.

Objectives: The aim of this study was to investigate the effect of education the Basis of Roy Adaptation Pattern on quality of life of home caregivers of mentally ill patients.

Materials and Methods: This study was a randomized controlled clinical trial cperformed in 2018. The number of 50 home caregivers of psychiatric patients with a history of hospitalization in military hospitals in Bushehr was selected using convenience sampling method and then randomly divided into test and control groups. The home caregivers of the test group received a five -training -session of 90 minutes for adaptive behavior based on the adaptive pattern. Caring quality was assessed by Sf-36 quality of life questionnaire before and one week after intervention. Data were analyzed using Chi-Square, Fisher's exact test, paired t-test and independent t-test in SPSS 22.

Results: Based on independent t-test, the mean of total quality of life before and after intervention was not significant between the two groups ($P>0.05$). In contrast, the results of paired t-test showed a significant difference in the test group before and after the intervention ($P<0.05$. In the control group, the results of paired t-test before and after the intervention were not significant ($P>0.05$).

Discussion and Conclusion: The results of the study showed that education based on Roy adaptation pattern affects the quality of life of home caregivers of mentally ill patients.

Keywords: Adaptation, Caregivers, Quality of Life.

IRCT No.: IRCT20190130042566N

[Downloaded from mcs.ajaums.ac.ir on 2026-11-15]

[DOI: 10.29252/mcs.6.2.105]

Nezameslami S, Pishgoee, SAH Sharififar S, Soltannezhade 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.

Submission: 21/3/2019 Accepted: 28/5/2019 Published: 16/11/2019

بررسی تأثیر آموزش بر اساس الگوی سازگاری روی، بر کیفیت زندگی مراقبین خانگی بیماران روانی با سابقه بستری در بخش‌های روان بیمارستان‌های نظامی شهر بوشهر

سحر نظام الاسلامی[1]، *سید امیرحسین پیشگویی[2]، سیمین شریفی‌فر[3]، فاطمه سلطان‌نژاد[4]

چکیده

مقدمه: ابتلای یکی از اعضای خانواده به بیماری روانی فشار و نگرانی قابل ملاحظه‌ای را به دیگر اعضای خانواده اعمال می‌کند بار روانی تحمیل شده ناشی از مراقبت یک بیمار روانی می‌تواند سطح سلامت جسمانی و روانی مراقبت کنندگان را به عنوان یک بیماری پنهان کاهش دهد و در مجموع باعث کاهش کیفیت زندگی فرد مراقب شود.

هدف: این مطالعه با هدف بررسی تأثیر آموزش بر اساس الگوی سازگاری روی بر کیفیت زندگی مراقبین خانگی بیماران روانی صورت گرفته است.

مواد و روش‌ها: این مطالعه از نوع کار آزمایی بالینی کنترل دار تصادفی شده است که در سال ۱۳۹۷ انجام شده است. تعداد ۵۰ نفر از مراقبین خانگی بیماران روانی با سابقه بستری در بیمارستان‌های نظامی شهر بوشهر، به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و سپس به طور تصادفی به دو دسته آزمون و کنترل تقسیم شدند. به مراقبین خانگی گروه آزمون طی ۵ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای آموزش رفتارهای سازگارانه بر اساس الگوی سازگاری روی داده شد. کیفیت زندگی مراقبین بر اساس پرسش نامه کیفیت زندگی Sf-۳۶ قبل و یک ماه بعد از مداخله ارزیابی شد. داده‌ها با استفاده از کای اسکوئر، آزمون دقیق فیشر، تی زوجی و تی مستقل در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ مورد ارزیابی واقع شد و نتایج در سطح معناداری ($P<۰/۰۵$) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: بر اساس نتایج آزمون آماری تی مستقل نمره میانگین کل کیفیت زندگی قبل از مداخله بین دو گروه آزمون و کنترل معنادار نبود ($P>۰/۰۵$)؛ اما نتایج آزمون تفاوت آماری معناداری را بین نمرات پس از مداخله در بعد سلامت روانی بین گروه آزمون و مداخله نشان داد ($P>۰/۰۵$). در مقایسه نمرات قبل و پس از مداخله فقط در گروه آزمون تفاوت معنادار مشاهده گردید ($P>۰/۰۵$).

بحث و نتیجه‌گیری: نتایج مطالعه نشان داد که آموزش بر اساس الگوی سازگاری روی بر کیفیت زندگی مراقبین خانگی بیماران روانی مؤثر است.

کلمات کلیدی: سازگاری، کیفیت زندگی، مراقبین.

کد کارآزمایی بالینی: IRCT۲۰۱۹۰۱۳۰۰۴۲۵۶۶N

مجله علوم مراقبتی نظامی ■ سال ششم ■ شماره ۲ ■ تابستان ۱۳۹۸ ■ شماره مسلسل ۲۰ ■ صفحات ۱۰۵-۱۱۴

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۱/۱
تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۳/۷
تاریخ انتشار: ۱۳۹۸/۸/۲۵

مقدمه

اختلالات روانی از مشکلات بهداشتی مهمی است که در میان بیماری‌های طبی، شیوع بالایی دارد و بار قابل ملاحظه‌ای را بر خدمات مراقبت بهداشتی در جوامع امروزی اعمال می‌کند. آمارها از وجود ۹۱۹ میلیون نفر با تشخیص بیماری روانی در جهان خبر می‌دهد. سازمان بهداشت جهانی نیز در گزارش خود ابتلای

۱ـ دانشجوی کارشناسی ارشد روان پرستاری، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی آجا، تهران، ایران.
۲ـ دکترای پرستاری، دانشیار، گروه داخلی- جراحی، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی آجا، تهران، ایران (*نویسنده مسئول).
آدرس الکترونیک: apishgooie@yahoo.com
۳ـ دکترای سلامت در بلایا، مربی، گروه سلامت در بلایا، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی آجا، تهران، ایران.
۴ـ کارشناسی ارشد پرستاری، مربی، گروه مدیریت پرستاری، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی آجا، تهران، ایران.

[Downloaded from mcs.ajaums.ac.ir on 2026-11-15]

[DOI: 10.29252/mcs.6.2.105]

بیش از ۲۵ درصد جامعه جهانی به انواعی از اختلالات روانی را عنوان می‌کند به گونه‌ای که از هر چهار نفر یک نفر در طول زندگی به انواعی از آن‌ها مبتلا و در هر دوره زمانی حدود ۱۹ درصد جمعیت بزرگسالان از این اختلالات رنج می‌برند (۱، ۲). بررسی‌های همه‌گیرشناسی اختلال‌های روانی انجام شده در ایران بر متغیر بودن میزان شیوع این اختلال‌ها از ۱۱/۹ درصد تا ۳۰/۲ درصد اشاره دارند (۳). این آمارها همراه با اهداف سازمان بهداشت جهانی در زمینه کاهش طول مدت بستری در بیمارستان‌ها و گسترش خدمات مراقبت بهداشتی در سطح اجتماع، اهمیت نقش مراقبین خانگی آگاه و متخصص در ارائه مراقبت‌های اولیه را برجسته می‌سازد (۴). ابتلای یکی از اعضای خانواده به بیماری روانی فشار و نگرانی قابل ملاحظه‌ای را به دیگر اعضای خانواده اعمال می‌کند زیرا که بار مسئولیت (Burden) مراقبت از عضو مبتلا بیشتر بر عهده خانواده است. بار مسئولیت، همان فشار مراقبتی است که تحت تأثیر عوامل مختلفی همچون نوع اختلال روانی فرد مبتلا، مدت زمان ارائه مراقبت، توان جسمی، اجتماعی، احساسی، تکاملی و رشد اخلاقی فرد مراقبت دهنده می‌باشد که تنش‌های روانی ناشی از آن زمینه‌ساز ایجاد مشکلاتی همچون اضطراب، افسردگی و فرسودگی در مراقبین خانگی است (۵-۷). بار روانی تحمیل شده ناشی از مراقبت یک بیمار روانی می‌تواند سطح سلامت جسمانی و روانی مراقبت کنندگان را به عنوان یک بیماری پنهان کاهش دهد. تحقیقات نشان داده‌اند که مراقبین خانگی متناسب با تنوع نقش‌های مراقبتی، احساساتی همچون غم و اندوه، فقدان، داغ دیدگی، خشم و عصبانیت، یأس و نا امیدی و احساس گناه و شرمساری را ابراز می‌کنند. علاوه بر موارد گفته شده خانواده‌ها فشار ارتباطی زیاد، مشکلات مالی، اقتصادی و اجتماعی را نیز متحمل می‌شوند (۶). در صورت فقدان خدمات مربوط به مراکز جامع بهداشت روانی، مراقبین خود را در میان این مشکلات تنها و رها شده احساس می‌کنند (۷). در مجموع اختلالات روانی که در اثر عوامل زمینه‌ای و آشکار ساز روانی - زیستی و اجتماعی ایجاد می‌شوند، احساس ناخشنودی از زندگی و کاهش کیفیت زندگی را در پی دارد (۸).

سازمان بهداشت جهانی کیفیت زندگی را درک افراد از وضعیت زندگی در غالب فرهنگ و ارزش‌های حاکم بر جامعه و در راستای اهداف، استانداردها، انتظارات و علایق فرد معرفی می‌کند. کیفیت زندگی یک فرایند منطقی و مفهومی بر پایه فرهنگ دارد که خلاصه‌ای از ارزش‌ها، عقاید، سمبل‌ها و تجارب شکل گرفته آن فرهنگ را نشان می‌دهد و راهی برای شناخت و فهم شرایط و تجارب انسان است (۹). سانگ (Song) و همکاران در مطالعه‌ای نشان دادند که کیفیت زندگی ضعیف خانواده بیماران روانی ارتباط معناداری با فشار وارده بر خانواده مانند مشکلات مالی و عدم حمایت اجتماعی داشت (۱۰). کوررینگ (Corring) در مطالعه کیفی که بر کیفیت زندگی افراد خانواده دارای بیماران روانی انجام داد به این نتیجه رسید، بیشتر وقت خانواده‌ها صرف مراقبت از بیمار شده و هیچ وقتی برای لذت بردن از زندگی و تفریح صرف نمی‌شود. عجز شدید، فشار، ترس، عدم درک، نداشتن حمایت و تردید مداوم بعضی از مواردی است که خانواده‌های دارای بیمار روانی در ارزیابی کیفیت زندگی در این مطالعه بیان کردند (۱۱). آموزش به خانواده‌های افراد مبتلا به اختلالات روان به بیماران روانی کمک می‌کند تا با بیماری خود بهتر کنار آمده و زندگی مستقل‌تری داشته باشند؛ و میزان عود بیماری و بستری مجدد بیماران کاهش می‌یابد که به نوبه خود بار مراقبتی مراقبین را کاهش و توان حل مسئله آن‌ها را افزایش می‌دهد (۱۲).

یکی از راه‌های اصلاح کیفیت زندگی استفاده از تئوری‌های پرستاری است؛ زیرا که از طریق ساختار بندی مراقبت‌های پرستاری به طور مداوم و سیتمیک، سبب بهبود کیفیت زندگی فرد می‌شود (۱۳). مراقبین خانگی درگیر مراقبت از بیماران با اختلالات روانی مزمن با مسائل و مشکلات استرس‌ها و ناتوانی‌های زیادی درگیر هستند که باید با آن‌ها سازگار شوند. الگوها و نظریه‌های مختلفی در رابطه با سازگاری با بیماری‌های مزمن ارائه شده است که می‌توان به الگوهای سازگاری شناختی، شخصیتی، خود تنظیمی، تنش و مقابله اشاره کرد. یکی از الگوهای پرستاری که به حیطه سازگاری در ابعاد جسمی و روانشناختی در بیماری‌های مزمن پرداخته الگوی سازگاری روی (Roy) است (۱۴). روی انسان را به عنوان یک سیستم که یا بیمار است یا قابلیت بیمار شدن و یا عدم سازگار با استرس‌های محیط اطراف خود را دارد معرفی می‌کند که فرد توانایی سازگاری با موقعیت جدید خود را ندارد و نیاز به مراقبت پرستاری دارد (۱۵). پرستار با استفاده از این الگو

[Downloaded from mcs.ajaums.ac.ir on 2026-11-15]

[DOI: 10.29252/mcs.6.2.105]

به طور اصولی و دقیق به بررسی بیمار از طریق مصاحبه، مشاهده و اندازه‌گیری می‌پردازد و رفتارهای ناسازگار بیمار را که همان مشکلات بیمار است در چهار بعد فیزیولوژیک، درک از خود، ایفای نقش، استقلال و وابستگی و سه نوع محرک: اصلی، زمینه‌ای و باقیمانده تعیین می‌کند (۱۶). دست کاری این محرک‌ها طی برنامه مراقبتی، افزایش میزان سازگاری و در نتیجه کنترل بهتر بیماری را سبب می‌شود. محرک اصلی، محرکی است که مستقیماً و در حال حاضر فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد. محرک زمینه‌ای تمام محرک‌های موجود در موقعیت که بر محرک اصلی اثر می‌گذارند و محرک باقیمانده، محرک‌های غیرمشخصی هستند که به اعتقادات و نگرش و ویژگی‌های فردی مربوط است (۱۷). چارچوب تئوری روی می‌تواند برای بررسی دقیق تجربیات بیماران روانی استفاده شود و انواع پاسخ‌های بیماران را به وضعیت‌های مختلف بیماری و نیز علل این پاسخ‌ها را روشن کند (۱۶-۱۸).

با توجه به ضرورت شناسایی و اتخاذ تدابیری در زمینه کنترل مشکلات ناتوان‌کننده مراقبین بیماران دارای اختلالات روانی و ارتقای کیفیت زندگی آنان از سوی تیم درمان، سازگاری آنان از اهمیت خاصی برخوردار است. همچنین نیاز به تحقیق در مورد طراحی و انتخاب جدیدترین و مؤثرترین برنامه سازگاری بر اساس نیاز مراقبین و خانواده‌ها جهت کنترل مشکلات و بهبود ابعاد جسمی کیفیت زندگی آن‌ها احساس می‌شود و به منظور ارتقاء سطح کیفیت زندگی اعضای خانواده دارای بیمار روانی، تأثیر آموزش الگوی سازگاری روی بر کیفیت زندگی مراقبین خانگی بیماران روانی قرار گیرد. امید است که نتایج آن به عنوان یک راهنمای علمی و عملی مؤسسات حمایت از بیماران روانی و بیمارستان‌ها و پرستاران واقع شود.

مواد و روش‌ها

این مطالعه از نوع کار آزمایی بالینی کنترل دار تصادفی شده است که بر روی خانواده بیمار مبتلا به مشکلات روانی که سابقه بستری شدن در بیمارستان‌های نظامی را دارند می‌باشد. حجم نمونه از طریق فرمول پوکاک (Pocock) با توجه به مقاله راهب و همکاران ۲۰۱۸ (۱۹). با در نظر گرفتن ۰/۰۱ خطای نوع اول و توان آزمون ۹۹/۹۵ درصد، ۲۳/۱ نفر در هر گروه محاسبه گردید که با احتساب ۱۰ درصد ریزش ۲۵ نفر در هر گروه محاسبه شد.

$$n=\frac{\left(Z_{1-\frac{\alpha}{2}}+Z_{1-\beta}\right)^2\left(s_1^2+s_2^2\right)}{\left(\overline{x}_1-\overline{x}_2\right)^2}$$

$$\frac{17}{8}\left(s_1^2+s_2^2\right)=\left(\frac{4^2}{27}+\frac{3^2}{6}\right)=\frac{31}{929\left(\overline{x}_1-\overline{x}_2\right)^2}=\left(Z_{1-\frac{\alpha}{2}}+Z_{1-\beta}\right)^2$$

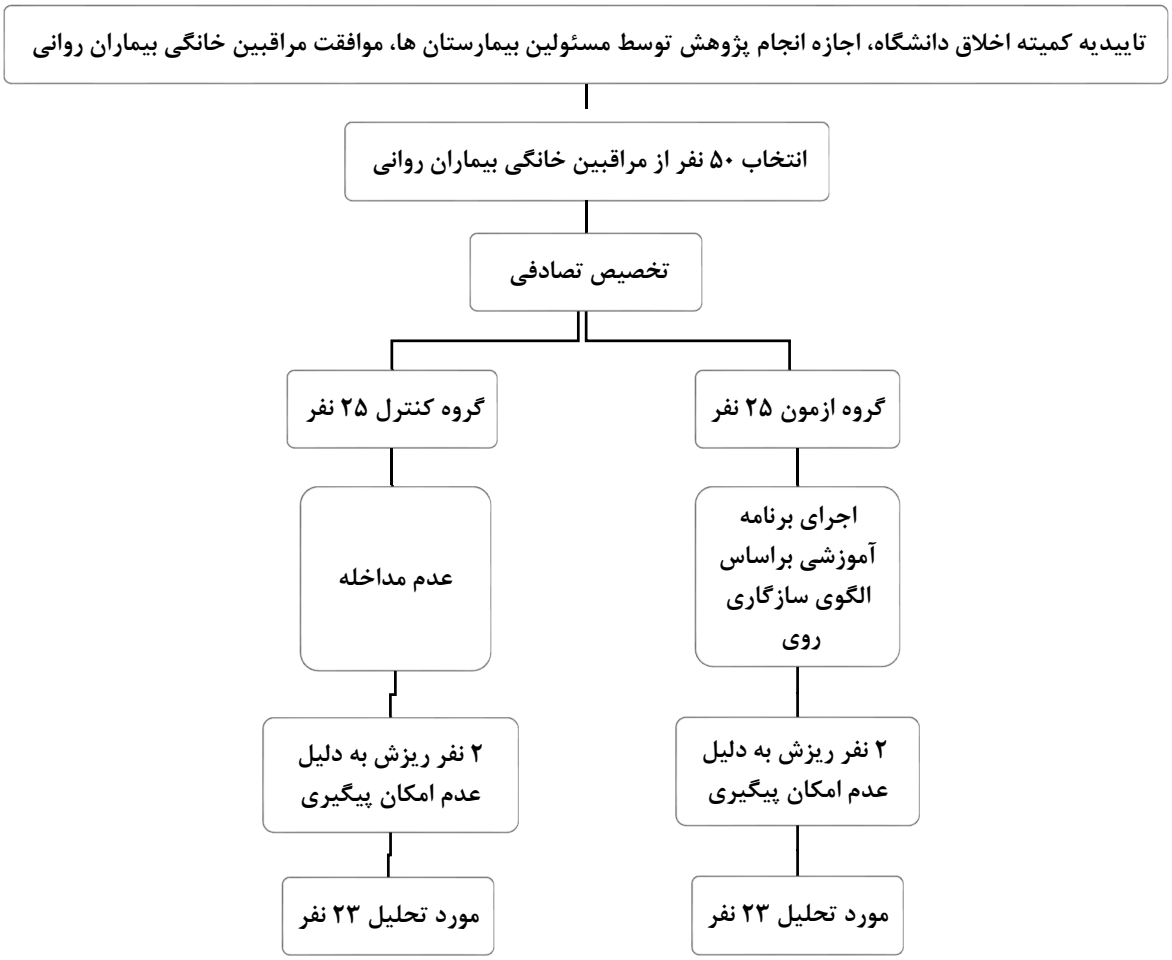
$$=(29/36-24/4)^2=24/6016$$

$$n=\frac{17/8\times31/929}{24/6016}=23/1$$

جهت گردآوری داده‌ها از پرسش نامه کیفیت زندگی ۳۶ سؤالی (SF-۳۶) که یک ابزار شناخته شده برای سنجش کیفیت زندگی است استفاده شد. در ایران منتظری و همکاران اعتبار و پایایی این پرسش نامه را روی ۴۱۶۳ نفر را در رده سنی ۱۵ سال به بالا ارزیابی کردند که روایی همگرایی هم بستگی هر سؤال با کل آزمون بین ۰/۵۸ تا ۰/۹۵ بود. ضریب پایایی همه زیر مقیاس‌های غیر از نشاط ۰/۶۵ در محدوده ۰/۷۷ تا ۰/۹۰ قابل قبول بود. در این پرسش نامه عملکرد جسمی، درد بدن، ایفای نقش، درک کلی از سلامت، سرزندگی و شادابی، عملکرد اجتماعی، عملکرد عاطفی و سلامت روان بررسی می‌شود و نمرات در ۸ حیطه و در دو بعد جسمی و روانی و یک نمره کلی کیفیت زندگی قابل محاسبه می‌باشد. از مقیاس درجه‌ای لیکرت از هیچ تا شدید و مقیاس دو وضعیتی بله و خیر برای پاسخ‌دهی به سؤالات این پرسش نامه استفاده شد. نمره کل کیفیت زندگی نیز از جمع ابعاد مختلف کیفیت زندگی به دست می‌آید. هر کدام از این ۸ بعد، صفر تا ۱۰۰ امتیاز دارد. امتیاز بالاتر نشانه عملکرد بهتر است. نمره صفر نشانه بدترین وضعیت کیفیت زندگی و نمره ۱۰۰ نشانه بهترین وضعیت کیفیت زندگی است (۲۰). در نهایت، نمره کل کیفیت زندگی بر اساس سه مقیاس بد (نمره میانگین بین صفر تا ۳۳/۳۳)، متوسط (نمره میانگین بین ۳۳/۳۳ تا ۶۶/۶۶) و خوب (نمره میانگین بین ۶۶/۶۶ تا ۱۰۰) دسته بندی شد (۲۱). روش انجام کار در نمودار شماره ۱ ترسیم شده است. پس از کسب اجازه از مسئولین، برای انجام نمونه‌گیری ابتدا با مراجعه پژوهشگر به درمانگاه اعصاب و روان سه بیمارستان منتخب نظامی شهر بوشهر شروع شد. با

[Downloaded from mcs.ajaums.ac.ir on 2026-11-15]

[DOI: 10.29252/mcs.6.2.105]



نمودار ۱- روش انجام کار

استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس تعداد ۵۰ نفر از مراقبین بیماران روانی بر اساس معیارهای ورود انتخاب شدند. در جلسه‌ای پس از توضیح اهداف مطالعه فرم رضایت آگاهانه و پرسش نامه مشخصات دموگرافیک تکمیل شد. سپس افراد نمونه با استفاده از جدول اعداد تصادفی به دو گروه مساوی آزمون و کنترل تقسیم و پرسش نامه کیفیت زندگی Sf-۳۶ توسط هر دو گروه تکمیل شد. گروه آزمون به چهار گروه ۵ تا ۶ نفره تقسیم و تلفن تماس برای هماهنگی از قبل جلسات آموزشی اخذ شد. معیارهای ورود شامل وابسته درجه یک که مراقب اصلی بیمار بوده و با بیمار در یک منزل زندگی می‌کند، با تحصیلات سیکل به بالا، داشتن رضایت آگاهانه جهت شرکت در مطالعه، دارا بودن سن بین ۲۰-۶۰ سال و فاقد نقص جسمانی، بیماری روان یا مصرف داروهای روان، اعتیاد و سوء پیشینه، عدم وجود بحران دیگری مثل طلاق و یا مرگ عزیزان در شش ماه اخیر و مراقبت از بیمار با سابقه بستری شدن در بیمارستان‌های نظامی می‌باشد. معیارهای خروج از مطالعه غیبت بیش از یک جلسه، ایجاد بحرانی دیگر مانند طلاق یا مرگ عزیزان، شرکت در برنامه آموزشی دیگر و عدم تمایل به ادامه شرکت در مطالعه بود.

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،

[Downloaded from mcs.ajaums.ac.ir on 2026-11-15]
[DOI: 10.29252/mcs.6.2.105]

افکار و احساسات مراقبین از زندگی با بیمار روانی و دادن جزوه آموزشی ارائه شد. ابزار 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 تائید همکاران هیئت علمی گروه‌های روان پزشکی و روان پرستاری دانشگاه علوم پزشکی ارتش رسید. آموزش بر اساس 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 سازگار و ناسازگار در چهار مد 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. برای مثال جهت رفتار ناسازگار اختلال در خواب و استراحت، محرک اصلی وابسته مبتلا به اختلال روانی، محرک زمینه‌ای استرس ناشی از مراقبت و احساس گناه و استهلاک جسمی و روحی به دلیل عدم استراحت کافی به عنوان محرک باقیمانده مشخص شد. در مرحله سوم، تشخیص‌های پرستاری تدوین شد برای مثال استهلاک جسمی و روحی به علت اختلال در خواب و استراحت ناشی از استرس و احساس گناه نسبت به وابسته مبتلا به بیمار روانی در نظر گرفته شد. در مرحله چهارم پژوهشگر بر اساس منابع علمی اقدام به تدوین مداخلات پرستاری و آموزش رفتارهای سازگارانه 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 مداخلات در مواقع اضطراری، نقش پذیری اجتماعی و آموزش در رابطه با مسائل مالی و ثبات حقوقی انجام گرفت یک ماه پس از انجام مداخله، پرسش نامه مجدداً در اختیار هر دو گروه قرار گرفت تا دوباره تکمیل نمایند. برای رعایت اصول اخلاق در پژوهش، در پایان مداخله جزوه آموزشی در اختیار گروه کنترل قرار گرفت.

در طول مطالعه، دو شرکت کننده از گروه آزمون و دو شرکت کننده از گروه کنترل به علت عدم تمایل از مطالعه خارج شدند. تجزیه و تحلیل با ۴۶ نفر شرکت کننده انجام گرفت این مطالعه در مرکز کارآزمایی بالینی ایران با کد ثبت IRCT ۲۰۱۹۰۱۳۰۰۴۲۵۶۶N و در شورای اخلاق دانشگاه علوم پزشکی ارتش جمهوری اسلامی ایران با کد اخلاق IR.AJAUMS.REC.۱۳۹۷.۴۶ به تصویب رسید. به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی رضایت نامه آگاهانه از کلیه شرکت کنندگان کسب شد. توضیحاتی در مورد نحوه پر کردن پرسش نامه، عدم وجود پیامد برای شرکت کنندگان و اطمینان از اینکه اطلاعات پرسش نامه محرمانه باقی خواهد ماند و نتایج در نهایت به صورت کلی گزارش می‌شود داده شد. در نهایت نتایج پژوهش در اختیار مسئولین محیط پژوهش قرار گرفت. داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی کای اسکوئر (Chi-Square Test)، آزمون دقیق فیشر (Fisher's Exact Test)، تی زوجی (Paired Sample Statistics) و تی مستقل (Independent Sample Test) در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ و در سطح معناداری P<۰/۰۵ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

مطابق با جدول شماره ۱، بازه سنی مراقبین انتخاب شده بین ۲۴ تا ۶۲ سال بوده است. بیشترین فراوانی اطلاعات جمعیت شناختی گروه کنترل مربوط به جنس مرد (۵۲/۲ درصد)، سطح تحصیلات دیپلم و پایین‌تر (۸/۴۷ درصد)، شاغلین (۶۰/۹ درصد) و عضو بیمار خانواده، خواهر یا برادر (۴۳/۵ درصد) می‌باشد. در گروه آزمون، جنس مؤنث (۶۵/۲ درصد)، تحصیلات دیپلم و پایین‌تر (۵۶/۵ درصد)، شاغلین (۴۷/۸ درصد) و عضو بیمار خانواده مادر (۳۰/۴ درصد) می‌باشد. بیشتر واحدهای مورد پژوهش در هر دو گروه آزمون و کنترل تحصیلات مقطع دیپلم و پایین‌تر را داشتند. با استفاده از آزمون دقیق فیشر و کای اسکوئر مقایسه بین مشخصات دموگرافیک واحدهای مورد پژوهش انجام شده است. در تمامی آزمون‌ها تفاوت آماری معنادار بین دو گروه وجود نداشت و در واقع گروه‌ها از نظر مشخصات دموگرافیک بیان شده همگن بودند (P>۰/۰۵).

بر اساس نتایج جدول شماره ۲ نمره میانگین کل کیفیت زندگی قبل از مداخله در گروه کنترل ۱۳۶/۴۵±۳۹۲/۲۶ و در گروه آزمون ۱۲۲/۰۹±۳۴۵/۱۱ می‌باشد که کیفیت زندگی شرکت کنندگان در سطح متوسط می‌باشد و نتایج آزمون تی مستقل تفاوت آماری

[Downloaded from mcs.ajaums.ac.ir on 2026-11-15]

[DOI: 10.29252/mcs.6.2.105]

جدول ۱- مقایسه مشخصات دموگرافیک و نتایج آزمون‌های آماری کای اسکوئر در دو گروه آزمون و کنترل

متغیر		آزمون	کنترل	آزمون دقیق فیشر
جنسیت	مرد	۸ (٪۳۴/۸)	۱۲ (۵۲/۲)	P = ۰/۳۷
	زن	۱۵ (٪۶۵/۲)	۱۱ (٪۴۷/۸)	
تحصیلات	دیپلم و پایین‌تر	۱۳ (٪۵۶/۵)	۱۱ (٪۴۷/۸)	$X_۲$ = ۰/۷۷
	فوق دیپلم	۳ (٪۱۳)	۳ (٪۱۳)	Df = ۳
	کارشناسی	۶ (٪۲۶/۱)	۷ (٪۳۰/۴)	P = ۰/۹۳
	ارشد و بالاتر	۱ (٪۴/۳)	۲ (٪۸/۷)	
اشتغال	شاغل	۱۱ (٪۴۷/۸)	۱۴ (٪۶۰/۹)	$X_۲$ = ۱/۶۸
	خانه‌دار	۹ (٪۳۹/۱)	۷ (٪۳۰/۴)	Df = ۳
	مستمری بگیر	۱ (٪۴/۳)	٪۰	P = ۰/۸۱
	بیکار جویای کار	۲ (٪۸/۷)	۲ (٪۸/۷)	
نوع مسکن	شخصی	۱۶ (٪۶۹/۹)	۱۰ (٪۴۳/۵)	P = ۰/۱۳
	استیجاری	۷ (٪۳۰/۴)	۱۳ (٪۵۶/۵)	
نوع سکونت	با خانواده	۲۱ (٪۹۱/۳)	۱۷ (٪۳۹/۹)	$X_۲$ = ۲/۶۹
	با دوستان	۲ (٪۸/۷)	۴ (٪۱۷/۴)	Df = ۲
	تنها	٪۰	۲ (٪۸/۷)	P = ۰/۲۹
عضو بیمار خانواده	پدر	۲ (٪۸/۷)	۴ (٪۱۷/۴)	$X_۲$ = ۵/۸۴
	مادر	۷ (٪۳۰/۴)	۳ (٪۱۳)	Df = ۴
	خواهر یا برادر	۴ (٪۱۷/۴)	۱۰ (٪۴۳/۵)	P = ۰/۲
	فرزند	۴ (٪۱۷/۴)	۳ (٪۱۳)	
	همسر	۶ (٪۲۶/۱)	۳ (٪۱۳)	
سن		۴۱/۵۹ (۱۰/۶۸)	۳۸/۲۱ (۹/۳۷)	t = ۱/۲۳ P*= ۰/۲۵ df = ۴۴

* نتایج آزمون آماری تی مستقل

معناداری را بین دو گروه قبل از مداخله نشان نمی‌دهد (P>۰/۰۵). همچنین میانگین نمرات کل کیفیت زندگی و بعد سلامت جسمانی پس از مداخله نیز در دو گروه تفاوت معنادار نداشتند (P>۰/۰۵) ولی در بعد سلامت روانی میانگین نمرات گروه مداخله به طور معناداری بیش از گروه کنترل بود (P>۰/۰۵).

در مقایسه نمرات قبل و پس از مداخله، آزمون تی زوجی فقط در گروه آزمون تفاوت معناداری را در تمام موارد کیفیت زندگی و در ابعاد سلامت جسمی و روانی نشان داد (P>۰/۰۵). در حالی که در گروه کنترل بین نمرات قبل و پس از مداخله در هیچ یک از موارد و ابعاد کیفیت زندگی تفاوت معناداری مشاهده نشد (P>۰/۰۵).

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر آموزش بر اساس الگوی سازگاری روی، بر کیفیت زندگی مراقبین خانگی بیماران روانی انجام شد. در این مطالعه میانگین و انحراف معیار نمره کل کیفیت زندگی در مقیاس ۱۰۰، در هر دو گروه آزمون (۱۲/۲±۳۴/۵) و کنترل (۱۳/۶±۳۹/۲) قبل از مداخله در حد متوسط بود که با مطالعه حق گو و همکاران همسو می‌باشد آن‌ها در مطالعه خود با عنوان بررسی فشار مراقبتی مراقبین بیماران روانی نشان دادند که مراقبین خانگی بیماران روانی، با ۹۴ درصد درجات متوسط و ۹۲ درصد درجات شدید، تحت فشار مراقبتی بوده از طرفی هیچ یک از مراقبین دارای شدت فشار مراقبتی خفیف و بسیار شدید نبودند (۵). کیقبادی و همکاران نیز در مطالعه خود با عنوان بررسی کیفیت زندگی مراقبین بیماران روانی بستری در بیمارستان فاطمیه شهر سمنان کیفیت زندگی مراقبین بیماران روانی را در کل مطلوب گزارش نمودند (۷)؛ اما با مطالعه شریف

[Downloaded from mcs.ajaums.ac.ir on 2026-11-15]

[DOI: 10.29252/mcs.6.2.105]

جدول ۲- مقایسه ابعاد و نمره کل کیفیت زندگی قبل و بعد از مداخله در دو گروه آزمون و کنترل

	گروه	قبل از مداخله میانگین ± (انحراف معیار)	بعد از مداخله میانگین ± (انحراف معیار)	آزمون تی زوجی و سطح معناداری
نمره کل کیفیت زندگی	آزمون	۳۴۵/۱۱ ± ۱۲۲/۰۹	۴۵۸/۵۵ ± ۱۰۶/۸۹	T =۷/۲۵ P <۰/۰۰۱
	کنترل	۳۹۲/۲۶ ± ۱۳۶/۴۵	۳۹۲/۶۲ ± ۱۳۵/۷۳	T =۱/۳ P=۰/۲
آزمون تی مستقل و سطح معناداری		T = ۱/۱۸ P =۰/۲۴	T =-۱/۸۳ P =۰/۰۷	
بعد سلامت جسمی	آزمون	۲۰۳/۶۹ ± ۸۱/۷۳	۲۴۹/۲۷ ± ۶۹/۹۱	T = -۴/۶۱ P <۰/۰۰۱
	کنترل	۲۲۰/۷۸ ± ۹۷/۹۰	۲۳۳/۰۶ ± ۹۸/۱۱	T =-۱/۳۲ P=۰/۲
آزمون تی مستقل و سطح معناداری		T =-۰/۶۴ P=۰/۵۲	T = ۱/۰۴ P=۰/۳۰	
بعد سلامت روانی	آزمون	۱۴۱/۴۲ ± ۶۳/۳۶	۲۰۹/۲۷ ± ۵۰/۹۲	T = -۵/۳۸ P<۰/۰۰۱
	کنترل	۱۶۹/۵۸ ± ۴۸/۶۵	۱۶۹/۵۶ ± ۴۴/۸۲	T = ۰/۰۰۶ P=۰/۹۹
آزمون تی مستقل و سطح معناداری		T = -۱/۶۹ P =-۰/۰۹	T = ۲/۸۰ P <۰/۰۰۱	

قاضیانی و همکاران مغایرت دارد آن‌ها در مطالعه خود تحت عنوان کیفیت زندگی و عوامل مرتبط با آن در مراقبین بیماران روانی که از پرسش نامه کیفیت زندگی استاندارد شده اروپایی استفاده نمودند نشان دادند که میانگین نمره کل کیفیت زندگی در مراقبین بیماران روانی پایین می‌باشد. علل این مغایرت را می‌توان بدین گونه تفسیر نمود که نتایج مطالعات مختلف نقش عوامل تعدیل کننده متعددی مانند جنسیت، دانش، منابع اجتماعی و اقتصادی همانند منابع درون فردی و یا آسیب پذیری فرد از عوامل را بر میزان کیفیت زندگی نشان داده‌اند. بدین ترتیب زنان، همسران و گروه‌های اقتصادی و اجتماعی پایین‌تر نسبت به این تأثیرات مستعدتر و عواملی چون ارتباطات اجتماعی بیشتر و توانایی دریافت کمک از دوستان از جمله تعدیل‌کننده‌های مؤثر و حمایت‌کننده برای خانواده می‌باشند (۲). در مطالعه حاضر میانگین و انحراف معیار نمره کل کیفیت زندگی در گروه آزمون بعد از مداخله افزایش یافته است ولی در گروه کنترل قبل و بعد از آزمون تفاوت آماری معناداری وجود ندارد که نشان دهنده اثر بخشی آموزش بر اساس الگوی سازگاری روی می‌باشد. مجرد کاهانی و همکاران نیز در مطالعه خود نشان دادند که مداخلات آموزشی روانی گروهی می‌تواند کیفیت زندگی را بهبود بخشد (۶). در مطالعه ما از الگوی سازگاری روی به عنوان چهارچوب آموزش استفاده شد و رفتارهای ناسازگار مراقبین در امر مراقبت از بیماران روانی شناسایی و رفتارهای سازگارانه آموزش داده شد. مطالعات متعددی وجود دارد که از مداخلات آموزشی برای بررسی کیفیت زندگی استفاده نموده‌اند. بقایی و همکاران در مطالعه خود به بررسی تأثیر مدل مراقبت پیگیر بر کیفیت زندگی بیماران نارسایی قلب نشان دادند که اجرای مدل‌های مراقبتی اثر بخش و آموزش و پیگیری همراه با تغییر سبک زندگی در بیماران مبتلا به نارسایی قلب می‌تواند باعث بهبود و افزایش کیفیت زندگی آن‌ها

[Downloaded from mcs.ajaums.ac.ir on 2026-11-15]

[DOI: 10.29252/mcs.6.2.105]

شود (۹). از آنجایی که مراقبین خانگی درگیر مراقبت از بیماران با اختلالات روانی مزمن هستند و با مسائل و مشکلات، استرس‌ها و ناتوانی‌های زیادی درگیر هستند که باید با آن‌ها سازگار شوند. یکی از الگوهای پرستاری که به طور گسترده و عمیق به مسئله سازگاری در ابعاد جسمی و روانشناختی در بیماری‌های مزمن پرداخته الگوی سازگاری روی است (۱۴). صادق نژاد فروتقه و همکاران در مطالعه خود با عنوان تأثیر برنامه مراقبتی بر اساس مدل پرستاری روی بر سازگاری روان شناختی بیماران دیابتی نوع دو نشان دادند که استفاده از برنامه‌ی طراحی شده بر اساس مدل سازگاری «روی»، با داشتن رویکرد جامع و کل نگر و امکان ارائه مراقبت‌های مبتنی بر همکاری بین بخشی، قادر است سازگاری روانشناختی و فیزیکی بیماران دیابتی نوع دو را افزایش دهد (۱۶). تفاوت مطالعه فوق با مطالعه ما در این است که آن‌ها به بررسی تأثیر الگوی سازگاری روی بر بعد روانی بیماران مبتلا به اختلالات مزمن جسمی پرداخته است در حالی که ما به بررسی تأثیر این الگو بر کیفیت زندگی مراقبین خانگی بیماران روانی که کمتر مورد توجه محققین بوده است پرداخته‌ایم. در بررسی مطالعات خارجی مانند مطالعه بیلال بدر ناگا (Bilal Badr Naga) تحت عنوان کاربرد تئوری مدل سازگاری روی، در کنترل درد زنان مبتلا به سرطان سینه، استفاده از الگوی سازگاری روی را برای مدیریت درد ناشی از بیماری را مؤثر عنوان کرده‌اند (۱۸). روگرز و کولین (Rogres and Colleen) در مطالعه خود با عنوان «مدل سازگاری روی برای ارتقاء فعالیت فیزیکی در بزرگسالان سنین پایین‌تر بین ۷۴ -۶۵ سال «عنوان کردند که استفاده از این مدل در کاهش رفتارهای ناسازگار سالمندان در انجام فعالیت فیزیکی مؤثر است (۲۲). همسو با نتایج مطالعه حاضر می‌باشند. نتایج این مطالعه نشان داد که استفاده از الگوی سازگاری روی بر بهبود کیفیت زندگی مراقبین خانگی بیماران روانی مؤثر است و استفاده از این الگو به کلیه پرستاران مراقب بیمار روان پیشنهاد می‌شود از جمله محدودیت‌های این تحقیق عدم تمایل خانواده‌ها به شرکت در دوره‌های آموزشی به دلیل نا امیدی در درمان بیماری‌هایی مزمن روانی عضو خانواده و بی‌انگیزگی بود.

تشکر و قدردانی

پژوهش حاضر برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد روان پرستاری دانشکده پرستاری آجا با کد ثبت ۵۹۷۴۴۰ در تاریخ ۹۷/۸/۱۰ می‌باشد. از مسئولین محترم درمانگاه، بیمارستان‌های نظامی به دلیل همکاری در انجام نمونه‌گیری و کلیه مراقبین محترم حاضر در مطالعه کمال تشکر را دارم.

تضاد منافع

بدین وسیله نویسندگان تصریح می‌نمایند که هیچگونه تضاد منافعی در خصوص پژوهش حاضر وجود ندارد.

References

1- Noorbala A, Damari B, Riazi-Isfahani S. [Evaluation of mental disorders incidence trend in Iran]. Daneshvar Med. 2014;21(112).
2- Sharif Ghaziani Z, Ebadollahi Chanzanegh H, Fallahi Kheshtmasjedi M, Baghaie M. [Quality of Life and Its Associated Factors among Mental Patients' Familie]. J Health & Care. 2015;17(2):166-77.
3- Mohammadi M, Rahgozar M, Bagheri Yazdi A, Naghavi H, Pour Etemad HR, Amini H, et al. Epidemiological study of psychiatric disorders in Tehran province. Iranian J Psychiatry & Clinical Psychology. 2003;9(2):4-13.
4- Rahmani F, Ebrahimi H, Ranjbar F, Asghari E. [The effect of group psychoeducational program on attitude toward mental illness in family caregivers of patients with bipolar disorder]. Hayat. 2016;21(4):65-79.
5- Haghgoo A, Zoladl M, Afroughi S, Rahimian H, Mirzaee MS. Assessment of the burden on family caregivers of patients with mental disorders hospitalized in Shahid Rajai Hospital in Yasuj, 2016. Assessment. 2017;5(2). DOI: 10.21859/ijpn-05026
6- Mojarrad Kahani A, Ghanbari B, Abadi H, Modares Gharavi M. [The efficacy of group psycho educational interventions in promoting quality of life and quality of relationships on family of patients with bipolar disorders]. J Res Behav Sci. 2012;12(2):114-25.
7- Keighobadi S, Neishabouri M, Haghighi N, Sadeghi T. [Assessment of Quality of life in Caregivers of Patients with Mental Disorder in Fatemie hospitals of Semnan city]. J Nurs Midwifery Shahid Beheshti Univ Med Sci. 2012;22 (79):36-44.
8- Zoladle M, Sharif F, Ghofrani Pour F, Kazemnejad A, Ashkani

[Downloaded from mcs.ajaums.ac.ir on 2026-11-15]

[DOI: 10.29252/mcs.6.2.105]

H. Phenomenological Study of Common Experiences of Families with Mentally ill Patients. Iranian J Psychiatry & Clinical Psychology 2006;12(1):67-70.

9- Bagaei R, Mashalahi A, Khalkhali H. [The Effect Of Applying Continuous Care Model On The Quality Of Life In Heart Failure Patients]. Urmia Med J. 2015;13(8):666-75.

10- Song JI, Shin DW, Choi JY, Kang J, Baik YJ, Mo H, et al. Quality of life and mental health in family caregivers of patients with terminal cancer. Support Care Cancer. 2011;19(10):1519-26. DOI: 10.1007/s00520-010-0977-8 PMID: 21479527

11- Corring DJ. Quality of life: perspectives of people with mental illnesses and family members. Psychiatr Rehabil J. 2002;25(4):350-8. DOI: 10.1037/h0095002 PMID: 12013263

12- 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. J Ilam Univ Medical Sci. 2016;24(1):8-17. DOI: 10.18869/acadpub.sjimu.24.1.8

13- Ganjlo J, Talebi Z, Assarroudi A, Rakhshani M. [Comparative Assessment of Effect of Education in the OREM's Self Care Model Way with Current Method on the Quality of Life of Diabetic Type 2 Patients]. J Sabzevar Univ Med Sci. 2014;22(5):748-57.

14- Naeim Hassani S, Tabiee S, Saadatjoo S, Kazemi T. [The effect of an educational program based on Roy adaptation model on the psychological adaptation of patients with heart failure]. Modern Care J. 2014;10(4):231-40.

15- Azarmi S, Farsi Z, Sajadi A. [Development of Adaptation Questionnaire using Roy's Adaptation Model and its Psychometrics on Veterans with Lower Limb Amputation]. Hayat J. 2013;19(4):26-37.

16- Sadeghnejad Forotaghe M, Vanaki Z, Memarian R. [The effect of nursing care plan based on "Roy Adaptation model" on psychological adaptation in patients with diabetes type II]. Urmia Med J. 2011;10(5).

17- Maleki F, Hemmati Maslak Pak M, Khalkhali H. [Study The Effect Of Performance Roy Adaptation Model On Intencity And Effects Of Fatigue In Multiple Sclerosis Patient]. The J Urmia Nurs Midwifery Fac. 2016;14(6):571 - 9.

18- Naga B. Roy Adaptation Model: Application of Theoretical Framework. Jurdanian Nursing Council. 2014;19(60).

19- 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

20- Montazeri A, Goshtasebi A, Vahdani Nia M. [The short form health survey (SF - 36): Translation and validation study of Iranian version]. Payesh Journal of the Iranian Institute for Health Science Research. 1384;5(1):49-56.

21- Jaarsma T, Halfens R, Tan F, Abu-Saad HH, Dracup K, Diederiks J. Self-care and quality of life in patients with advanced heart failure: the effect of a supportive educational intervention. Heart Lung. 2000;29(5):319-30. DOI: 10.1067/mhl.2000.108323 PMID: 10986526

22- Rogers C, Keller C. Roy's adaptation model to promote physical activity among sedentary older adults. Geriatr Nurs. 2009;30(2 Suppl):21-6. DOI: 10.1016/j.gerinurse.2009.02.002 PMID: 19345860

[Downloaded from mcs.ajaums.ac.ir on 2026-11-15]

[DOI: 10.29252/mcs.6.2.105]