Military Caring Sciences
Volume 6, Issue 1, Spring 2019 (Serial Number: 19)

Original Article

The Effect of Peer-Based Education on the Psychological Burden of Family Caregivers of Patients with Schizophrenia Admitted to the Military Hospital

Lami B [1]
Rajai N [2*]
Pishgooie SAH [3]
Habibi H [4]
Manochehri Z [5]

1- MSc Student Psychiatric Nursing, Student Research Committee, Faculty of Nursing, Aja University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
*2- (*Corresponding Author) MSC in Nursing, Instructor, Maternal Newborn Department, Faculty of Nursing, Aja University of Medical Sciences, Tehran, Iran.*
Email: n.rajai22@yahoo.com
3- Ph.D. in Nursing, Assistsnt Professor, Medical-Surgical Department, Faculty of Nursing, Aja University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
4- MSC in Nursing, Instructor, Pediatric Department, Faculty of Nursing, Aja University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
5- MSC in Clinical Psychologist, Naval Health Department, Tehtan, Iran.

Abstract

Introduction: Psychosocial stresses and stresses caused by schizophrenic patients are a significant but common practice that, if left untreated and intervened, can lead to a reduction in the physical and mental health of family caregivers as hidden patients, and The quality of care they provide is effective.

Objectives: The purpose of this study was to determine the effect of peer-centered education on psychological burden on family caregivers of schizophrenic patients.

Materials and Methods: This study was a clinical trial performed on 64 family caregivers of patients admitted to the military hospital with schizophrenia in 2018. Patients were selected using a purpose-based method and randomly divided into two groups of test and control. For the experimental group, peer educator training was performed for 6 sessions and the control group did not take any action. Finally, the psychological burden of the two groups was compared. P less than 0.05 was considered as a significant level.

Result: There were no significant differences between the two test groups between the two variables. In the pre-intervention stage, the mean psychological burden was not significantly different in the two groups of test and control, while immediately and two weeks after the intervention, this difference was significant ($P<0.001$). Also, the results of the ANOVA test showed significant differences between the two groups ($P<0.001$).

Discussion and Conclusion: Considering the average level of mental burden of the samples in this study and considering that the results of this study indicate the positive effects of peer-to-peer education on the psychological burden of families of schizophrenic patients, it is recommended to use successful experiences of peers as a model with Creating empathy between educator and learner to reduce the psychological burden of families of schizophrenic patients in hospitals and after discharge.

Keywords: Education, Schizophrenia, Psychological burden, Patient, Family.

Cod IRCT: IRCT2018122180420040N1

Lami B, Rajai N, Pishgooie SAH, Habibi H, Manochehri Z. The Effect of Peer-Based Education on the Psychological Burden of Family Caregivers of Patients with Schizophrenia Admitted to the Military Hospital. Military Caring Sciences. 2019; 6 (1). 16-26.
Submission: 4/5/2019 Accepted: 16/6/2019 Published: 16/8/2019

[Downloaded from mcs.ajaums.ac.ir on 2026-11-23]

[DOI: 10.29252/mcs.6.1.16]

بررسی تأثیر آموزش همتا محور بر بار روانی مراقبین خانوادگی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا بستری در بیمارستان منتخب نظامی

بهناز لامی[1]، *ناهید رجایی[2]، سید امیرحسین پیشگویی[3]، هنگامه حبیبی[4]، زهره منوچهری[5]

چکیده

مقدمه: تنش‌ها و فشارهای روانی ناشی از مراقبت از بیمار اسکیزوفرن امری قابل توجه و در عین حال معمول است که اگر بدون درمان و مداخله رها شود، می‌تواند منجر به کاهش سطح سلامت جسمانی و روانی مراقبان خانوادگی به عنوان بیماران پنهان شود و بر کیفیت مراقبتی که ارائه می‌دهند مؤثر باشد.

هدف: هدف از این مطالعه تعیین تأثیر آموزش همتا محور بر بار روانی مراقبان خانوادگی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا می‌باشد.

موارد و روش‌ها: مطالعه حاضر یک کارآزمایی بالینی بود که در سال ۱۳۹۷ بر روی ۶۴ مراقب خانوادگی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا بستری در بیمارستان‌های منتخب نظامی انجام شد. بیماران به روش مبتنی بر هدف انتخاب و به طور تصادفی به دو گروه آزمون و کنترل تقسیم شدند. جهت گروه آزمون آموزش همتا محور به مدت ۶ جلسه و جهت گروه کنترل اقدامی صورت نگرفت. در نهایت بار روانی دو گروه با هم مقایسه شدند. داده‌ها با استفاده از روش آماری به وسیله نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ و با استفاده از آمار توصیفی و استنباطی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و $P<0/05$ سطح معنی‌داری در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: نتایج مطالعه نشان داد که بین دو گروه آزمون و کنترل، متغیرهای زمینه‌ای اختلاف معناداری نداشتند. همچنین در مرحله قبل از مداخله میانگین بار روانی در دو گروه آزمون و کنترل با هم اختلاف معناداری نداشتند، در حالی که بلافاصله و دو هفته بعد از مداخله این اختلاف معنادار بود ($P<0/001$). همچنین نتایج مقایسه بین گروهی آزمون آنووا در دو گروه معنادار بود ($P<0/001$).

بحث و نتیجه‌گیری: با توجه به سطح متوسط بار روانی نمونه‌های این مطالعه و نظر به اینکه نتایج این مطالعه حاکی از اثرات مثبت آموزش همتا محور بر بار روانی خانواده‌های بیماران مبتلا به اسکیزوفرن بود توصیه می‌شود، استفاده از تجارب موفق افراد همتا به عنوان یک الگو با ایجاد همدلی بین آموزش دهنده و آموزش گیرنده، در جهت کاهش بار روانی خانواده‌های بیماران اسکیزوفرن در بیمارستان‌ها و بعد از ترخیص استفاده شود.

کلمات کلیدی: آموزش، اسکیزوفرنیا، بار روانی، بیمار، خانواده.

کار آزمایی بالینی: IRCT۲۰۱۸۱۲۲۱۸۰۴۲۰۰۴۰N۱

مجله علوم مراقبتی نظامی ■ سال ششم ■ شماره ۱ ■ بهار ۱۳۹۸ ■ شماره مسلسل ۱۹ ■ صفحات ۱۶-۲۶

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۲/۱۴
تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۳/۱۶
تاریخ انتشار: ۱۳۹۸/۵/۲۵

مقدمه

بیماری اسکیزوفرنیا (Schizophrenia) از شدیدترین بیماری‌های مزمن روانپزشکی است که همه ابعاد جسمی، روانی و رفتاری بیمار را تحت تأثیر قرار می‌دهد. به طور کلی علائم اسکیزوفرنی به دو دسته مثبت: شامل توهم، هذیان و رفتار آشفته و علائم منفی شامل: از دست رفتن توانایی‌های قبلی فرد مانند سطحی شدن

۱ـ دانشجوی کارشناس ارشد پرستاری، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی آجا، تهران، ایران.
۲ـ کارشناسی ارشد پرستاری مراقبت ویژه نوزادان، گروه مادر و نوزاد، مربی، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی ارتش، آجا، تهران، ایران (*نویسنده مسئول).
آدرس الکترونیکی: n.rajai22@yahoo.com
۳ـ دکترای تخصصی پرستاری، استادیار، گروه داخلی - جراحی، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی ارتش، آجا، تهران، ایران.
۴ـ کارشناس ارشد پرستاری، مربی، گروه کودکان، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی آجا، تهران، ایران.
۵ـ کارشناسی ارشد روانشاس بالینی، اداره بهداشت نیروی دریایی، تهران، ایران.

[Downloaded from mcs.ajaums.ac.ir on 2026-11-23]

[DOI: 10.29252/mcs.6.1.16]

عواطف، کم حرف شدن، بی‌تفاوتی و بی‌ارادگی تقسیم می‌شود (۱). امروزه این بیماری یکی از مهمترین و ناتوان کننده‌ترین بیماری‌های روانی در تمامی جوامع روانپزشکی و روانشناسی دنیاست (۲). شیوع این بیماری در جمعیت جهانی۶-۱/۹ درصد است. همچنین شیوع در ایران ۰/۸۹ درصد (حدود ۴۵۰ هزار نفر) برآورد شده است. عود بیماری اسکیزوفرنی در دوره اول ابتلا و در پنج سال اول، ۸۲ درصد گزارش شده است (۳). این بیماری بیشتر با علائمی از جمله آشفتگی در گفتار، ادراک، تفکر، اراده، عاطفه و فعالیت اجتماعی آشکار می‌شود (۱).

افراد مبتلا به این بیماری بیشترین میزان مراقبت‌های خانوادگی را دریافت کرده و در حدود ۶ درصد تا ۷۰ درصد از آنان با خانواده‌هایشان زندگی می‌کنند (۴). خانواده‌های این بیماران، نه تنها باید مراقبت‌های اولیه را برای بیماران فراهم کنند، بلکه باید بتوانند با علائم بیمار تطابق حاصل کرده و شرایط را مدیریت و کنترل نمایند (۱). پذیرش بیمار مبتلا به اسکیزوفرنی، مراقبت از وی در مصرف دارو، ایجاد فضای آرام، مثبت و سازنده، پرهیز از برخوردهای خصمانه، انتقاد آمیز و مداخله گرانه و اجتناب از وابسته کردن بیمار از عمده وظایفی است که خانواده‌های این بیماران باید به آن توجه داشته باشند (۵). در کنار مراقبت‌ها، بار روانی و استیگمای مرتبط با بیماری روانی، تضادهای خانوادگی، مشکلات مالی، انزوای اجتماعی و کمبود حمایت اجتماعی، از تجربیات متداول این خانواده‌ها بوده و این مشکلات در کنار کمبود آموزش، مهارت‌ها و منابع، علاوه بر تأثیرات نامطلوب بر سلامت روانی و جسمی مراقبان، ممکن است ناخودآگاه منجر به غفلت از فرد بیمار شود. از طرفی باورها و نگرش‌های مراقبان نسبت به بیمار روانی، بر رفتار آن‌ها با بیمار، انتظارات از بیمار اسکیزوفرنیا مؤثر است (۴). تنوع و شدت نقش‌های مراقبتی می‌تواند به فشار روانی در مراقبان خانوادگی بیماران منجر گردد که اگر بدون درمان و مداخله رها شود، باعث کاهش سطح سلامت جسمانی و روانی آنان به عنوان بیماران پنهان منجر شود (۶). مطالعات حاکی از آن است که افراد مراقب اغلب در خطر بیماری‌هایی مانند افسردگی و اختلالات اضطرابی بوده و امید به زندگی این افراد، ۱۰ سال کمتر از افراد عادی است و کیفیت زندگی کاهش یافته‌ای دارند (۲).

از جمله مهمترین مشکلات این خانواده‌ها، بار (Family Burden) یا مجموعه فشارهای حاصل از مراقبت یک بیمار است که به مراقب وارد می‌شود. بار به دو نوع عینی و ذهنی تقسیم شده است. بار عینی به اثرات منفی بیماری بر مراقبان اطلاق می‌شود که شامل اختلال در روابط خانوادگی، محدودیت در فعالیت‌های اجتماعی، کار و تفریح، مشکلات مالی و مشکلات جسمی است. لیکن بار ذهنی به واکنش‌های هیجانی مراقبین نسبت به فرد بیمار مثل فشار روانی، احساس فقدان و افسوس است (۴).

در ارتباط با بار روانی این خانواده‌ها، مطالعات نشان داده‌اند که برخی مداخلات درمانی شامل آموزش، حمایت، مراقبت و روان درمانی، می‌تواند تأثیر چشم‌گیری در کاهش بار روانی مراقبان خانوادگی داشته باشد (۶). در این خصوص، در مطالعه‌ای، بار خانواده در ۱۵۰ خانواده دارای بیمار مبتلا به اسکیزوفرنیا، سنجیده شده و عوامل مؤثر بر آن بررسی گردید که طی آن نتایج نشان داد: ۱- مراقبان، بار را در سطح هیجانی و عملی تجربه می‌کردند. ۲- همبستگی مثبتی بین میزان رفتارهای بیمارگونه بیمار و بار خانواده وجود داشت. ۳-والدینی که وظایف بیشتری را نسبت به بیمار انجام می‌دادند، مشارکت اقتصادی بیشتری داشتند و مدت بیشتری در فضای پر فشار روانی بودند، بار روانی بیشتری را نیز نشان دادند (۷).

همان طور که قبلاً اشاره گردید، مراقبان خانوادگی به عنوان افراد در معرض خطر، فشار زیادی را متحمل می‌شوند و اعضاء تیم روانپزشکی می‌توانند از طریق اتخاذ نقش معلم، با ارائه مراقبت‌های عاطفی و روانی منجر به تغییر نگرش آنان در مورد بیماری شده و از شدت استرس و فشار روحی روانی آنان بکاهند و سلامتی روان آن‌ها را تأمین کنند (۸). در حقیقت مراقبان خانوادگی، لازم است که از یک دوره کوتاه و فشرده آموزش خانواده و خانواده درمانی برخوردار شود (۵).

در ارتباط با آموزش مراقبان، آموزش همتا محور رویکردی است که در آن همتا با بیمار ارتباط طولانی دوستانه و صمیمی برقرار نموده و اطلاعات خود را با وی تقسیم می‌کند (۹). در این نوع آموزش، افراد مطلع و درگیر با بیماری، تجربیات مفید و سازنده خود را به عنوان الگو جهت بهبود فرآیند بیماری ارائه می‌دهند (۱۰). آموزش همتا توسط بل (Bell)، از یونان باستان، در قرن هجدهم میلادی مطرح شد. این نوع یادگیری بر پایه همکاری و مشارکت بوده و

[Downloaded from mcs.ajaums.ac.ir on 2026-11-23]

[DOI: 10.29252/mcs.6.1.16]

در آن یادگیرندگان به اندازه یاد دهندگان فعال هستند (۱۱). دهقان نیز تأثیر مثبت آموزش همتا محور بر افسردگی بیماران ام اس (MS) را نشان داد (۱۲). در مطالعه ورعی و همکاران تحت عنوان تأثیر آموزش همتا بر اضطراب بیماران کاندید عمل جراحی پیوند عروق کرونر نیز میانگین اضطراب بیماران گروه مداخله در مقایسه با گروه کنترل در قبل از عمل، پنج روز و چهار هفته بعد از عمل تفاوت معناداری داشت (P<۰/۰۰۱) (۱۳).

با توجه به محدود بودن مطالعات انجام شده در زمینه بار روانی مراقبان خانوادگی بیماران اسکیزوفرنیا در کشور ایران و همچنین تأثیر مثبت این رویکرد آموزشی (همتا محور) که در بعضی مطالعات تائید شده است، این مطالعه با هدف تعیین تأثیر آموزش همتا محور بر بار روانی مراقبان خانوادگی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا انجام شد.

مواد و روش ها

مطالعه حاضر از نوع کارآزمایی بالینی بود که در سال ۱۳۹۷ بر روی ۶۴ مراقب بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا و بستری در بخش‌های روانی بیمارستان‌های وابسته به نیروهای مسلح انجام شد. در این مطالعه حجم نمونه با در نظر گرفتن خطای نوع اول ۰/۰۱ و توان آزمون ۹۵ درصد، در هر گروه ۲۹/۲۱ نفر محاسبه شد که با احتساب ۱۰ درصد احتمال ریزش، با استفاده از فرمول زیر، تعداد نمونه در هر گروه ۳۲ نفر محاسبه شد.

$$n=\frac{\left(s_1^2+s_2^2\right)^2\left(z_{1-\frac{\alpha}{2}}-z_{1-\beta}\right)^2}{\left(x_1-x_2\right)^2}$$

$$N=\frac{\left(۸/۲۸۲+۷/۴۸^2\right)\left(۱۷/۸۴\right)^2}{\left(۴۴/۵۲-۳۵/۸\right)^2}=۲۹/۲۱$$

نمونه‌گیری به صورت مبتنی بر هدف از میان خانواده مراجعین بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا، به درمانگاه‌های اعصاب و روان بیمارستان‌های مورد نظر انجام گرفت. نمونه‌ها به روش تخصیص تصادفی ساده با استفاده از روش قرعه کشی به دو گروه آزمون و کنترل تقسیم شدند.

جهت اجرای پژوهش ابتدا پس از تائید پروپوزال در شورای پژوهشی دانشکده پرستاری ارتش و دانشگاه علوم پزشکی آجا، پروپوزال در مرکز کارآزمایی بالینی با کد IRCT۲۰۱۸۱۲۲۱۸۰۴۲۰۰۴۰N۱ ثبت شد. سپس پژوهشگر با ارائه مجوز نمونه‌گیری به رؤسای بیمارستان‌های مذکور، فعالیت خود را جهت نمونه‌گیری آغاز کرد. ابتدا پژوهشگر به روش تصادفی ساده با استفاده از قرعه‌کشی یکی از بیمارستان‌ها را گروه آزمون و بیمارستان دیگر را گروه کنترل خود قرار داد. پژوهشگر جهت دسترسی به خانواده‌های بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا، به درمانگاه اعصاب و روان بیمارستان‌های مذکور مراجعه نموده، روزانه در شیفت صبح و با اجازه مسئول درمانگاه از طریق پرونده‌های بایگانی شده بیماران اسکیزوفرنیا به شماره تلفن خانواده‌های بیماران اسکیزوفرنیا دسترسی پیدا نمود. در این مرحله پژوهشگر از مددکار اجتماعی بیمارستان‌ها که غالباً در جریان وضعیت خانوادگی بیماران بوده و همچنین با پرس و جو از پرستاران و پرسنل بخش‌های روان بیمارستان‌های مذکور خانواده‌هایی که همکاری خوبی داشته و معیارهای ورود به مطالعه را داشتند شناسایی نمود. پژوهشگر از طریق شماره تلفن‌هایی که از خانواده‌ها در اختیار داشت با خانواده‌ها تماس گرفته و هدف از مطالعه را شرح داد و رضایت آن‌ها را جلب و از خانواده‌ها دعوت به همکاری در پژوهش کرد.

معیارهای ورود به مطالعه جهت مراقبان خانوادگی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا شامل: داشتن سن ۱۸ تا ۶۰ سال، دارای سطح تحصیلات بالای دیپلم، مراقب خانوادگی اصلی بودن در این پژوهش، مراقب عضوی از خانواده است که کلیه مسئولیت‌های بهداشتی، درمانی، مراقبتی و حمایتی بیمار را به عهده داشت و در یک منزل با فرد بیمار زندگی می‌کرد (۲، ۶، ۱۴)، عدم ابتلا به بیماری روانی شناخته شده، تمایل به شرکت در مطالعه، سابقه بستری بیمار اسکیزوفرنیا، دارای وقت آزاد جهت شرکت در کلاس‌ها، ساکن شهر تهران، عدم نقص شنوایی و بینایی، عدم ابتلا به بیماری روانی شناخته شده، عدم سابقه مصرف مواد و سوء پیشینه، عدم تجربه بحران بزرگی مثل طلاق و مرگ عزیزان در شش ماهه اخیر. همچنین معیارهای خروج از مطالعه شامل: انصراف از ادامه مطالعه، ابتلا فرد به بیماری روانی شناخته شده در طول مطالعه، مراقب بیمار بعد از اتمام فرایند آموزش تا زمان

[Downloaded from mcs.ajaums.ac.ir on 2026-11-23]
[DOI: 10.29252/mcs.6.1.16]

انجام پس آزمون «استرس عمده‌ای» از قبیل طلاق یا مرگ یکی از عزیزان را تجربه کند. در طی تماس تلفنی با مراقبان خانوادگی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا، تعداد جلسات، زمان و مکان کلاس‌ها توضیح داده شد و ذکر گردید که ورود به مطالعه اختیاری است. همچنین ذکر شده بود که در صورت غیبت بیشتر از دو جلسه از مطالعه خارج خواهند شد. محتوای آموزشی مورد نظر در راستای کاهش بار روانی مراقبان خانوادگی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا، زیر نظر روانپزشک و روانشناس بالینی و توسط پژوهشگر که خود دانشجوی روان پرستاری با سابقه کار در بخش‌های مختلف بیمارستان است تهیه شد. محتوای تهیه شده به تائید سه نفر از اعضای هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی آجا رسید. سپس همتایان جهت آموزش از بین خود خانواده‌های بیماران انتخاب و آموزش‌های لازم داده شد. در این راستا تعداد ۴ نفر از مراقبان خانوادگی بیماران مبتلابه اسکیزوفرنیا که علاوه بر داشتن معیارهای ورود به مطالعه دارای قدرت بیان خوب، تجارب موفق و مراقبت طولانی حداقل ۲ سال از یک فرد اسکیزوفرنی و همچنین تمایل به آموزش به دیگران را داشتند به عنوان همتای آموزش دهنده انتخاب شدند. بعد از انتخاب همتایان، پژوهشگر طی ۳ جلسه یک ساعته، همتایان را در راستای محتوای آموزشی که از قبل تهیه کرده بود، تحت آموزش قرار داد. در انتهای جلسه سوم، همتایان توسط چک لیستی که به وسیله پژوهشگر ساخته شده بود مورد ارزیابی قرار گرفتند. افرادی که کل نمره چک لیست را دریافت کردند جهت آموزش استفاده شدند.

با توجه به اینکه گروه آزمون یکی از بیمارستان‌های منتخب نظامی در نظر گرفته شد، محل برگزاری جلسات آموزشی این گروه نیز با هماهنگی سوپروایزر آموزشی، در همان بیمارستان منتخب نظامی در نظر گرفته شد. جلسات آموزشی گروه آزمون در طی ۳ هفته و هفته‌ای ۲ جلسه (کلاً ۶ جلسه یک ساعته) برگزار شد. جهت کنترل بهتر شرایط کلاس، تعداد نمونه‌ها به ۲ گروه ۱۵ نفرِ تقسیم و کلاس‌ها نیز جداگانه برگزار گردید. در هر جلسه، مدت ۳۰ دقیقه پژوهشگر محتوای تهیه شده (جدول شماره ۱) را آموزش می‌داد و ۱۵ دقیقه از فرد همتا خواسته می‌شد که به بیان تجارب خود در زمینه موضوعات آموزش داده بپردازد و ۱۵ دقیقه آخر نیز به پرسش و پاسخ از شرکت کننده‌ها اختصاص می‌یافت.

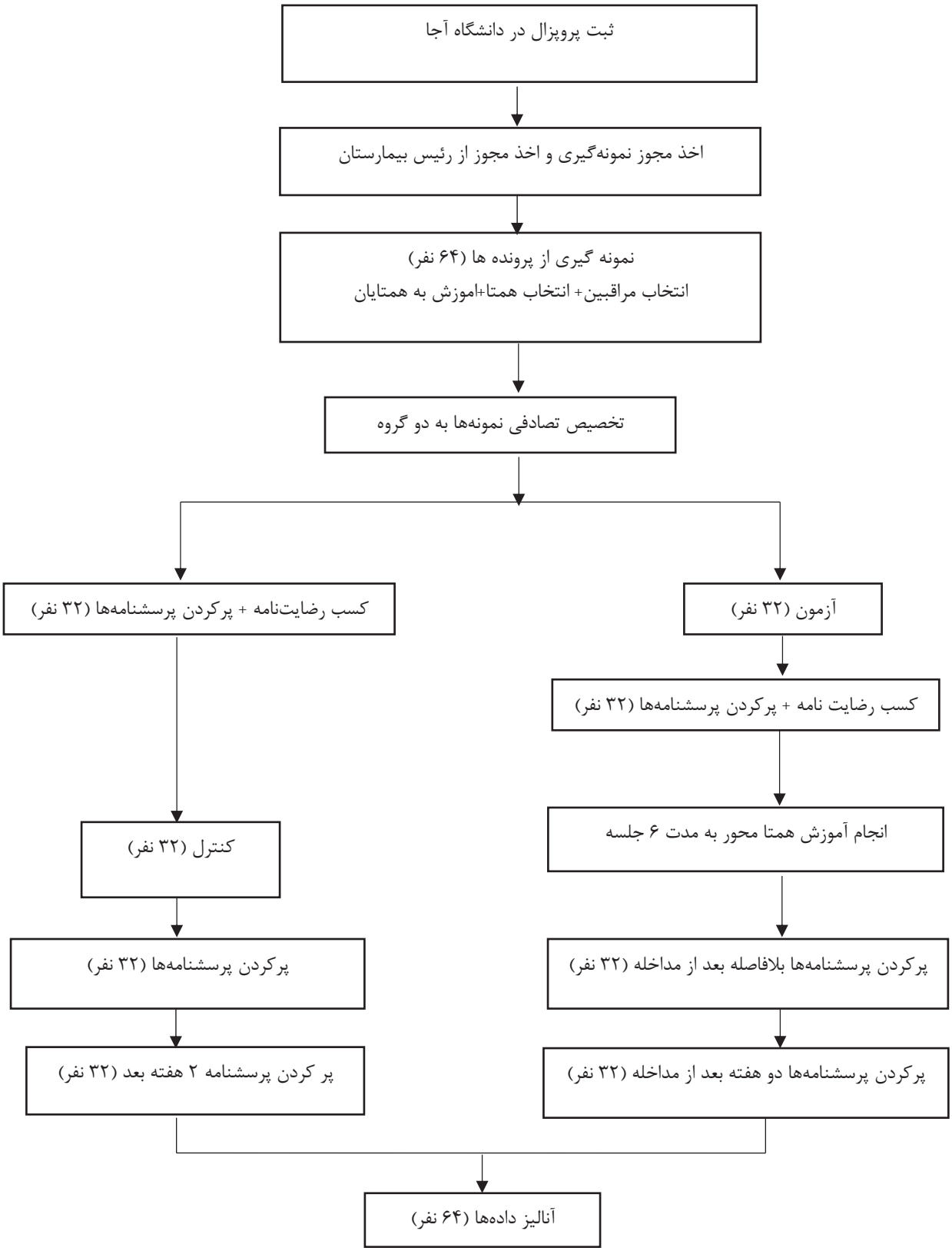
در کلاس‌ها از پاورپوینت استفاده می‌شد. روش آموزش نیز به شیوه سخنرانی، بحث و پرسش و پاسخ بود. جهت جمع‌آوری داده‌ها، در جلسه اول ابتدا رضایت‌نامه کتبی از نمونه‌ها پر شد. سپس پرسشنامه‌های مد نظر توسط شرکت کنندگان تکمیل

جدول ۱- محتوای آموزشی، جلسات در دو گروه مورد مطالعه

جلسه	سرفصل‌های آموزشی
جلسه اول	آشنایی با اهداف جلسات آموزشی، نقش خانواده در توسعه و حفظ سلامت اعضای خانواده، آشنایی بیماران با یکدیگر و افراد همتا و به اشتراک گذاشتن تجربیات در زمینه علائم و مشکلات بیماری
جلسه دوم	آشنایی با بیماری اسکیزوفرنیا، مراقبت‌های مربوط به آن‌ها، اهمیت درمان دارویی و نقش آن در پیشگیری از عود بیماری.
جلسه سوم	شیوه ارتباط با بیمار روانی، نحوه مراقبت و چگونگی برخورد با علائم و نشانه‌های بیماری به ویژه توهم، هذیان، پرخاشگری و حالات تهاجمی در بیماران، ایمن سازی محیط زندگی بیمار و پیشگیری از حالات تهاجمی و خودکشی و در صورت بروز، چگونگی ارجاع به مراکز درمانی مربوطه و سایر سیستم‌های حمایتی.
جلسه چهارم	آشنایی با مفهوم انگ، آموزش روش‌های انگ زدایی، تغییر نگرش‌ها، عقاید و تفکرات منفی مراقبین و راهکارهایی جهت کاهش بار روانی مراقبان.
جلسه پنجم	آشنایی با درمان‌های غیر دارویی نظیر ورزش، روش انجام صحیح آرام سازی، ماهیت و اهمیت آن در جهت چگونگی کاهش اضطراب، موسیقی درمانی و انواع روش‌های درمانی طب سنتی. آموزش ارتقاء سلامت معنوی، چگونگی پر کردن اوقات فراغت بیمار، بیان مشکلات و احساسات مراقبین نسبت به بیمار روانی.
جلسه ششم	آموزش شیوه‌های مؤثر برای مقابله با هیجانات منفی نظیر احساس گناه، خشم، یاس و نا امیدی. آموزش افزایش مهارت‌های تطابقی و ارتباطی و مدیریت بحران. آموزش مهارت‌های حل مسئله و مهارت‌های تصمیم‌گیری. آموزش روش‌هایی جهت کنترل رفتار بیمار و آموزش مهارت‌های زندگی

[Downloaded from mcs.ajaums.ac.ir on 2026-11-23]

[DOI: 10.29252/mcs.6.1.16]



نمودار ۱- فرایند انجام مطالعه

[Downloaded from mcs.ajaums.ac.ir on 2026-11-23]

[DOI: 10.29252/mcs.6.1.16]

گردید. سپس در جلسه آخر و ۲ هفته بعد از برگزاری جلسات نیز پرسشنامه‌ها مجدداً پر می‌شد. جهت گروه کنترل نیز در همان زمان‌هایی که افراد گروه آزمون پرسشنامه‌ها را پر کردند، توسط گروه کنترل پرسشنامه‌ها کامل می‌گردید. در انتها داده‌های مربوط به بار روانی مراقبان خانوادگی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا در ۳ مرحله قبل، بلافاصله و بعد از جلسات (۲ هفته بعد از جلسات) در ۲ گروه مورد مقایسه قرار گرفتند (نمودار ۱). جهت رعایت جوانب اخلاق، جزوه محتوای آموزشی در انتهای کار در اختیار گروه کنترل نیز قرار گرفت.

در این مطالعه جهت جمع‌آوری داده‌ها از دو پرسشنامه زاریت (Zaret) و اطلاعات دموگرافیک (شامل: سن، جنس، سطح تحصیلات و دفعات بستری) استفاده شد. پرسشنامه زاریت و همکاران که در سال ۱۹۸۰ طراحی شد، رایج‌ترین ابزار سنجش برای اندازه‌گیری بار روانی ادراک شده ناشی از ارائه مراقبت توسط مراقب خانوادگی است. این پرسش نامه شامل ۲۲ سؤال در مورد بار روانی و فشارهای فردی، اجتماعی، عاطفی و اقتصادی است که بر روی مراقبان بیماران اجرا می‌گردد. برای پاسخ‌گویی به هر سؤال امتیازاتی به صورت هرگز (۰)، به ندرت (۱)، بعضی اوقات (۲) اغلب (۳) و همیشه (۴) اختصاص داده شده است. مجموع امتیازات کسب شده توسط مراقبان، میزان فشار و بار روانی که متحمل شده‌اند را به صورت تخمینی با دامنه نمراتی بین صفر تا ۸۸ نشان می‌دهد. در این پرسشنامه نمره کمتر از ۳۰ بار روانی ضعیف، نمره ۳۱-۶۰ بار روانی متوسط و نمره ۶۱ تا ۸۸ بار روانی شدید رتبه بندی شده است. کسب نمره بالاتر در این پرسشنامه بدین معناست که فرد بار روانی بالاتری را تجربه می‌کند (۱۵). این پرسشنامه توسط نویدیان و همکاران با توجه به شرایط فرهنگی کشورمان تنظیم و روایی محتوا و پایایی آن با استفاده از شیوه باز آزمایی (۰/۹۴) بررسی و مورد تائید قرار گرفت. ضریب پایایی نسخه اصلی به روش آزمون مجدد ۰/۷۱ و همسانی درونی با آلفای کرونباخ ۰/۹۱ بوده است (۸).

این پژوهش در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی آجا با شماره IR.AJAUMS.RES ۱۰۲۰۰ به تصویب رسید و در سامانه کارآزمایی‌های بالینی ایران (IRCT) با شماره IRCT۲۰۱۸۱۲۲۱۸۰۴۲۰۰۴۰N۱ ثبت گردید. لازم به ذکر است پژوهشگران خود را ملزم به رعایت مفاد هلسینکی (Helsinki) دانستند. به طور مثال، قبل از شروع پژوهش، هدف از انجام پژوهش به طور شفاهی توضیح داده شد و رضایت کتبی آگاهانه کسب شد. واحدهای پژوهش در رد یا قبول شرکت در مطالعه کاملاً آزاد بودند و به واحدهای پژوهش اطمینان داده شد که در صورت تمایل، در هر مرحله از پژوهش می‌توانند از مطالعه خارج شوند و این امر در صورت بستری هیچ تأثیری در مراقبت از بیمارشان نخواهد داشت. رعایت نکات مطرح شده در کمیته اخلاق نشر نیز از دیگر موارد رعایت شده در این پژوهش بود. اطلاعات کسب شده نیز محرمانه ماند و فقط به منظور تجزیه و تحلیل آماری و جهت اهداف پژوهش استفاده شد. در انتها داده‌ها با استفاده از روش‌های آماری به وسیله نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ و با استفاده از آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و استنباطی (آزمون‌های تی مستقل، کای اسکوئر (Chi-Square)، آنالیز آنووا (ANOVA) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. جهت بررسی نرمال بودن داده‌ها از آزمون کولموگروف اسمیرنوف (Kolmogorov Smirnov) استفاده شد. P<۰/۰۵ به عنوان سطح معناداری قابل قبول در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در مطالعه حاضر تعداد ۶۴ نفر از مراقبین خانوادگی بیماران اسکیزوفرنیا در سنین بین ۱۸ تا ۶۰ سال مورد بررسی قرار گرفتند که بیشتر نمونه‌ها را زنان (۵۷/۸ درصد) و اغلب دارای تحصیلات دانشگاهی (۳۷/۵ درصد) بودند. نتایج حاصل از آزمون تی مستقل (Independent t-Test) جهت متغیرهای سن و تعداد دفعات بستری و آزمون کای اسکوئر (Chi-Square Test) جهت متغیرهای جنس و سطح تحصیلات اختلاف معناداری را بین دو گروه آزمون و کنترل نشان نداد (جدول ۲).

میانگین کلی بار روانی در نمونه‌ها (۸/۶۴±۵۴/۸۶) بود که بر اساس تعریف ابزار (نمره ۳۱-۶۰ بار روانی متوسط) سطح بار روانی نمونه‌ها در محدوده متوسط قرار می‌گیرد. به منظور تحلیل داده‌های اصلی مورد مطالعه، ابتدا توزیع نرمال داده‌ها با استفاده از آزمون کولموگروف اسمیرنوف مورد تائید قرار گرفت. نتایج مطالعه نشان داد که در مرحله قبل از مداخله میانگین بار روانی

[Downloaded from mcs.ajaums.ac.ir on 2026-11-23]

[DOI: 10.29252/mcs.6.1.16]

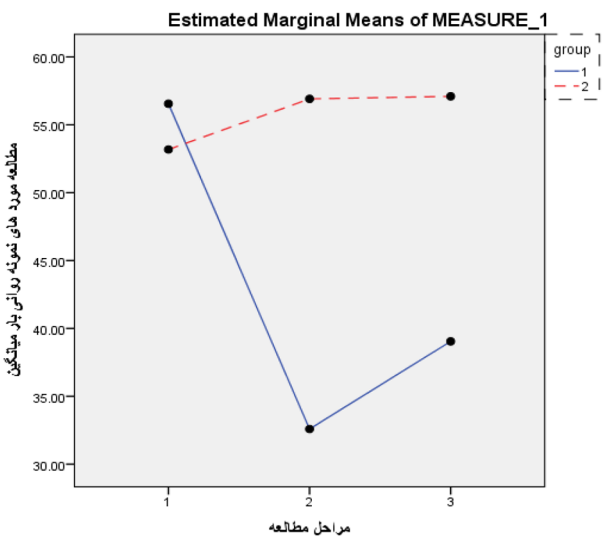
جدول ۲- مقایسه متغیرهای دموگرافیک نمونه‌های مورد مطالعه در دو گروه آزمون و کنترل

متغیر		گروه			
		مقدار آزمون	کنترل	نتایج آزمون	
سن		۴۱/۳۴±۱/۸۰	□۴۲/۳۴±۹/۹۶	P=۰/۷۱*	T= -./۷۸ Df=۶۲
تعداد دفعات بستری		۴/۷۷ (٪۲/۸۲)	■۵/۱۵ (٪۳/۳۸)	P=۰/۶۲*	T=۲/۶۶ Df=۶۱
جنس	زن	۱۸ (٪۵۶/۳)	۱۹ (٪۵۹/۴)	P=۱/۰۰	Df=۱
	مرد	۱۴ (٪۴۳/۸)	۱۳ (٪۴۰/۶)	χ^2=۰/۳۶♦	
تحصیلات	دیپلم	۹ (٪۲۸/۱)	۱۱ (٪۳۴/۴)	P=۰/۹۵	Df=۲
	زیر دیپلم	۱۰ (۳۱/۳)	۱۰ (۳۱/۳)	χ^2=۰/۰۶♦	
	دانشگاهی	۱۳ (٪۴۰/۶)	۱۱ (٪۳۴/۴)		

*آزمون تی مستقل
♦ آزمون کای اسکوئر
□ میانگین (انحراف معیار)
■ فراوانی (درصد)

در دو گروه مورد مطالعه با هم اختلاف معناداری نداشتند. در مرحله بلافاصله بعد از مداخله، همان‌طور که در جدول شماره ۳ درج شده است اختلاف معناداری (P<۰/۰۰۱) بین گروه آزمون و کنترل در سطح بار روانی مشاهده می‌شود. در مرحله دو هفته بعد از مداخله نیز گروه آزمون به طور معناداری (P<۰/۰۰۱) بار روانی کمتری نسبت به گروه کنترل داشت. نتایج آزمون آنووا (Repeated measures ANOVA) نیز به طور معنی‌داری تغییر سطح بار روانی دو گروه آزمون و کنترل را در ۳ مرحله مطالعه نشان می‌دهد (P<۰/۰۰۱) (جدول ۳).

در نمودار شماره ۲ نیز روند نزولی بار روانی در گروه آزمون و روند صعودی بار روانی در گروه کنترل در گذر زمان (در طی سه مرحله مطالعه) نشان داده شده است (نمودار ۲).



نمودار ۲- مقایسه بار روانی نمونه‌های مورد مطالعه در سه مرحله قبل، بلافاصله بعد از مداخله و دو هفته بعد از مداخله در دو گروه آزمون و کنترل
گروه ۱: گروه آزمون
گروه ۲: گروه کنترل

جدول ۳- مقایسه بار روانی دو گروه آزمون و کنترل در قبل، بلافاصله و دو هفته بعد از مداخله در دو گروه آزمون و کنترل

گروه		شاخص					
		قبل از مداخله		بلافاصله بعد از مداخله		دو هفته بعد از مداخله	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
آزمون		۵۶/۵۵	۸/۳۳	۳۲/۵۸	۶/۱۸	۳۹/۰۴	۸/۰۹
کنترل		۵۳/۱۷	۸/۷۵	۵۶/۹۰	۹/۸۹	۵۷/۰۹	۹/۸۳
نتیجه آزمون t مستقل		t=۱/۵۷ df=۶۲ P= ۰/۱۲		t=- ۱۱/۷۹ df= ۶۲ P<۰/۰۰۱		t= - ۸/۰۱ df= ۶۲ P<۰/۰۰۱	
نتیجه آزمون Repeated measures ANOVA		F= ۴۱۱۳/۱۲ P< ۰/۰۰۱					

[Downloaded from mcs.ajaums.ac.ir on 2026-11-23]
[DOI: 10.29252/mcs.6.1.16]

بحث و نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر با هدف تعیین تأثیر آموزش همتا محور بر بار روانی مراقبین خانوادگی بیماران اسکیزوفرنیا در شهر تهران انجام شد. نتایج مطالعه نشان داد که در مرحله قبل از مداخله میانگین بار روانی در دو گروه مورد مطالعه با هم اختلاف معناداری نداشتند. با تکیه بر این یافته، اثرات مداخله قدرت تعمیم پذیری بیشتری پیدا می‌کند.

نتایج این مطالعه نشان داد، سطح بار روانی نمونه‌های مورد مطالعه در حد متوسط بود، هم راستا با این مطالعه، در مطالعه یو یو (Yu Yu) و همکاران که بر روی ۳۲۷ خانواده بیماران مبتلا به اسکیزوفرن انجام دادند، بیش از نیمی از مراقبان مراقبت کننده (۵۲ درصد) گزارش دادند که میزان بار روانی آن‌ها متوسط و شدید است (۱۶). در مطالعه حارث آبادی و همکارانش نیز که در سال ۱۳۹۱ بر روی ۷۵ نفر مراقب خانواده بیماران مراجعه کننده به بخش اعصاب و روان انجام گردید، ۱۲/۲ درصد فشار روانی خفیف، ۳۶/۴ درصد فشار روانی متوسط و ۵۱/۴ درصد از مراقبان فشار روانی شدید داشتند (۲). همچنین در مطالعه نویدیان و همکاران ۷۳/۶ درصد مراقبین خانوادگی فرسودگی و خستگی روانی متوسط تا شدید گزارش کردند (۸).

نتایج دیگر این مطالعه نشان داد که بار روانی گروه دریافت کننده آموزش همتا محور به طور معناداری هم در مرحله بلافاصله پس از مداخله که در واقع در آخرین جلسه آموزشی مورد بررسی قرار گرفتند و هم در دو هفته بعد از مداخله کمتر از گروه کنترل بود. آنچه از این یافته برداشت می‌شود تأثیر مثبت آموزش همتا محور بر کاهش بار روانی خانواده‌های مبتلا به اسکیزوفرن می‌باشد. طی جستجوهای صورت گرفته توسط پژوهشگر مطالعه‌ای که تأثیر این موضوع را بررسی کرده باشند صورت نگرفته است، لذا، در تحلیل این یافته از دیگر مطالعات نزدیک به موضوع بهره گرفته شد. به عنوان مثال در مطالعه دیگری با عنوان، تأثیر آموزش بر بار روانی خانواده‌های بیماران اسکیزوفرن که توسط نویدیان و همکارانش در سال ۱۳۸۸ اثر بخشی آموزش خانواده بر میزان بار روانی مراقبان خانگی بیماران روانی سنجیده بودند، یافته‌های این مطالعه نشان داد که میانگین نمره بار روانی در مراقبان خانوادگی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا و اختلالات خلقی دریافت کننده مداخله آموزش روانی، به طور معناداری (P=۰ /۰۰۱)، نسبت به گروه کنترل کاهش یافته بود (۶). نتایج مطالعه شکرانه و همکارانش، نیز که تأثیر آموزش شناختی به خانواده‌ها در پیشرفت درمان بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی انجام دادند نشان داد که آموزش شناختی به خانواده‌ها، در پیشرفت درمان مبتلایان به اسکیزوفرنیا مؤثر بوده است (P<۰/۰۱). همچنین ابعاد شناختی یعنی افزایش اطلاعات و ارتقاء سطح آگاهی خانواده‌ها، اصلاح افکار، باورها و نگرش نادرست نسبت به این دسته از افراد در پیشرفت درمان آنان مؤثر بوده است (۵). در پژوهش ماگلیانو (Magliano) نیز آموزش روانی به مدت یک سال به خانواده‌های دارای بیماران اسکیزوفرنی اجرا شد و نتایج کاهش قابل توجهی در بار عینی (P=۰/۰۰۰۱) و ذهنی خانواده‌ها (P=۰/۰۰۰۱)، کاهش استفاده از اجبار و کناره‌گیری به عنوان راهکار مقابله‌ای و افزایش در روابط مثبت خانواده با بیمار و علایق (P=۰/۰۰۰۱) و روابط اجتماعی (P=۰/۰۱) نشان داده شد (۱۷). در خصوص اثربخشی آموزش همتا محور در مطالعه دهقانی و همکارانش که تأثیر اجرای برنامه آموزشی طراحی شده توسط گروه همتا بر میزان افسردگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس را انجام دادند، کاهش معناداری در افسردگی بیماران گروه آزمون نسبت به گروه کنترل، پس از مداخله نشان داده شد (P=۰/۰۰۱) (۱۲). همچنین در مطالعه قدیری و همکارانش تأثیر آموزش همتا محور بر میزان اضطراب مراقبین خانوادگی بیماران کاندید عمل جراحی عروق کرونر سنجیده شد و نتایج حاکی از کاهش معنی‌دار اضطراب بعد از اجرای مداخله بود (P<۰/۰۰۱) (۱۰).

بر خلاف نتایج این مطالعه، در پژوهش چیمه و همکارانش، ارتباط معناداری بین سطح آگاهی مراقبان خانواده‌های مبتلا به اسکیزفرن و سلامت روان آنان گزارش نگردید (۴). تفاوت در نوع پرسشنامه‌های استفاده شده، نوع مطالعه و محیط پژوهش می‌تواند علت این اختلاف نتیجه باشد. در مطالعه توصیفی- مقطعی چراغی و همکاران که بر روی ۲۰۰ خانواده بیمار که با تشخیص اسکیزوفرنی، اختلالات خلقی اولیه (Primary Mood Disorders) و اختلال وسواس اجباری (Obsessive Compulsive Disorder) انجام شده بود و به بررسی نیازهای درمانی و مراقبتی خانواده بیماران روانی پس از ترخیص از مرکز روانپزشکی فرشچیان شهر همدان پرداخته بود این نتیجه حاصل شد که اکثریت خانواده‌های

[Downloaded from mcs.ajaums.ac.ir on 2026-11-23]

[DOI: 10.29252/mcs.6.1.16]

بیماران روانی نیازهایی مانند مشاوره منظم توسط متخصص، ارائه مراقبت در جامعه، پیگیری درمان پس از ترخیص، آموزش به بیمار و خانواده، بازتوانی روانی و اجتماعی را مهم می‌دانستند (۱۸).

در یک جمع‌بندی کلی از مطالعات ذکر شده و همچنین با توجه به نتایج این مطالعه، می‌توان اظهار داشت که آموزش می‌تواند یک مداخله مؤثر در کاهش بار روانی مراقبین بیماران روان باشد. این مطالعه با محدودیت‌هایی از جمله محدود بودن فرصت پژوهشگر جهت انجام طرح که متعاقباً منجر به کوتاه در نظر گرفتن دوره آموزشی شده بود می‌باشد. وجود تفاوت‌های فردی، وضعیت روحی و روانی واحدهای پژوهش در هنگام پاسخ‌گویی به سؤالات می‌توانست بر نحوه پاسخ‌گویی آن‌ها اثر بگذارد. همچنین مشکلات خانوادگی، اجتماعی و اقتصادی واحدهای پژوهش که کنترل کامل آن‌ها از عهده پژوهشگر خارج بوده است.

با توجه به اینکه سطح بار روانی نمونه‌های این مطالعه در سطح متوسط بود و نظر به اینکه نتایج این مطالعه حاکی از اثرات مثبت آموزش همتا محور بر بار روانی خانواده‌های بیماران مبتلا به اسکیزوفرن بود و این مداخله منجر به روند نزولی این اختلال در طول زمان شده بود و گروه کنترل روند صعودی در سطح بار روانی در طول زمان داشتند، توصیه می‌شود به این قشر از افراد جامعه توجه بیشتری شود و در پیگیری‌های بعد از ترخیص خانواده‌ها و حتی در حین بستری بودن این دسته از بیماران، از پتانسیل‌های افراد با تجربه در این زمینه استفاده گردد و آموزش داده شود.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل پایان نامه کارشناسی ارشد با شماره ثبت ۱۰۲۰۰ در تاریخ ۱۳۹۸/۲/۵ در دانشکده پرستاری آجا می‌باشد. بدین وسیله از مسئولین محترم پژوهش دانشکده پرستاری آجا، اساتید ارجمند و مراقبین خانوادگی بیماران اسکیزوفرن که بدون همکاری آن‌ها این تحقیق ممکن نبود، نهایت سپاسگزاری و کمال تشکر و قدردانی را دارم.

تضاد منافع

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

References

1- Kushan M, Vaghei S. [Psychiatric Nursing: Mental Health 2]. Tehran: Andisheh Rafi; 2015.
2- Haresabadi M, Bibak B, Hosein zadeh E, Bayati M AM, Akbari H. [Assessing burden of family caregivers of patients with schizophrenia Admitted in Imam REZA hospital- Bojnurd]. JNKUMS. 2012;4(2):165-71.
3- Haji Aghaei N, Sheikhi M R, Zeighami R, Alipour M. [Follow up of the impact of family-centered psychoeducation based on Atkinson and Coia's model on the relapse and severity of symptoms in schizophrenia]. IJPN. 2017;5(4):27-33.
4- Chimeh N, Malakoti SK, Panaghi, Ahmad Abadi Z, Nojomi N, Ahmadi Tonkaboni. [Care Giver Burden and Mental Health in Schizophrenia]. Journal of Family Research 2008;4(3):277-92.
5- Shokraneh E, Ahmadi SA. [The effects of family cognitive training on improving the treatment of schizophrenic patients]. Journal of Family Research. 2009;5(1):17-28.
6- Navidian A, Pahlavanzadeh S, Yazdani M. [The effectiveness of family training on family caregivers of inpatients with mental disorders]. IJPCP. 2010;16(2):99-106.
7- Torabi ZS, Eghlima M, Khanke HR, Reza Sotani P, Yazdani AA. [Family burden and family function Patients with chronic mental disorders. Social Welfare Quarterly]. 2013;13(51):133-49.
8- Navidian A, Salar A, Hashemi Nia A, Keikhaei A. [Study of mental exhaustion experienced by family caregivers of patients with mental disorders. Zahedan Psychiatric Hospital]. JBUMS. 2001;3(4):33-8.
9- Mohammad Poorhodki R, Rahnama M, AbdollahiMohammad A, Shahraki vahed A, Shaamsizadeh M. [A comparison of the effect of training by peers and nurses on anxiety in patient with myocardial infarction: a randomized control trial]. PCNM. 2016;6(3):12-23.
10- Ghadiri E, Shahriari M, Maghsoudi J. [The effects of peer-led education on anxiety of the family caregivers of patients undergoing coronary artery bypass surgery (CABG) in Shahid Chamran center Isfahan University of Medical Sciences]. IJPN. 2016;4(2):50-6.
11- Eslami R, Sajadi S A, Farsi Z. [Comparing the effect of peer education and orientation tour on the stress of patients candidate for coronary angiography in selected hospital of AJA University of Medical Sciences]. J Urmia Nurs Midwifery Fac. 2015;12(12):1119-27.
12- Dehghani A, Kermanshahi S, Memarian R, Hojjati H, Shamsizadeh M. [The effect of peer-led education on depression of multiple sclerosis patients]. Psychiatric Nursing.1(1):63-71.
13- Varaei S, Cheraghi M, Seyedfatemi N, Talebi M, Bahrani N, Dehghani A, et al. [Effect of peer education on anxiety in patients candidated for coronary artery bypass graft surgery: A randomized

[Downloaded from mcs.ajaums.ac.ir on 2026-11-23]

[DOI: 10.29252/mcs.6.1.16]

control trial]. 3 JNE. 2013;2(3):28-37.

14- Vaghee S, Salarhaji A, Asgharipour N, Chamanzari H. [Effects of psychoeducation on stigma in family caregivers of patients with schizophrenia: A Clinical Trial]. Evidence Based Care Journal. 2015;5(16):63-76.

15- Smith AM, Schwirian PM. The relationship between caregiver burden and TBI survivors' cognition and functional ability after discharge. Rehabil Nurs. 1998;23(5):252-7.

16- Yu Y, Liu Z W, Tang B W, Zhao M, G. LX, Xiao S Y. Reported family burden of schizophrenia patients in rural China. PLoS ONE 2017;12(6): e0179425.

17- Magliano L, Fiorillo A, Fadden G, Gair F, Economou M, Kallert T, et al. Effectiveness of a psychoeducational intervention for families of patients with schizophrenia: preliminary results of a study funded by the European Commission. World Psychiatry. 2005;4(1):45-9.

18- Cheraghi F, Shamsai F, Ryazi H. [Study of the treatment and care needs of the family of psychiatric patients after discharge from the center Mashhad Psychoanalysis]. Scientific Journal of Hamadan Nursing & Midwifery Faculty. 2010;18(2):15-25.

[Downloaded from mcs.ajaums.ac.ir on 2026-11-23]

[DOI: 10.29252/mcs.6.1.16]