

کیفیت زندگی و ارتباط آن با امید در بستگان مراقبت کننده از بیماران اسکیزوفرنیک

*زینب قهرمانی^۱، مهشید جعفرپورعلوی^۲، معصومه غلام عراقی^۲، فاطمه حسینی^۳

چکیده

خانواده‌های بیماران اسکیزوفرنیک مشکلات قابل ملاحظه‌ای را برای سازگاری با علایم سایکوتیک تحمل می‌کنند و با تنش‌های جسمی و عاطفی متعددی مواجه هستند. با توجه به نقش خانواده به عنوان مهمترین و بهترین حامی اجتماعی بیماران مزمن روانی در خدمات جامعه‌نگر، پژوهش حاضر به منظور تعیین کیفیت زندگی بستگان مراقبت کننده از بیماران اسکیزوفرنیک و ارتباط آن با امید آن‌ها انجام شد.

در این مطالعه همبستگی تعداد ۲۶۰ نفر از بستگان مراقبت کننده از بیماران اسکیزوفرنیک که به همراه بیماران خود به مراکز آموزشی درمانی شهر تهران مراجعه کرده بودند به طور مستمر در اردیبهشت و خرداد سال ۱۳۸۵ مورد بررسی قرار گرفتند. ابزار گردآوری اطلاعات، پرسشنامه کیفیت زندگی و پرسشنامه امید بود. اطلاعات پس از جمع‌آوری توسط نرم‌افزار SPSS و آمار توصیفی، آزمون‌های کای دو و ضریب همبستگی اسپیرمن تجزیه و تحلیل گردید. یافته‌ها نشان داد کیفیت زندگی ۲۷/۳ درصد نمونه‌های پژوهش نامطلوب، ۶۴/۲ درصد تا حدی مطلوب و ۸/۵ درصد مطلوب بود. ۵۳/۵ درصد نمونه‌ها از امید زیاد، ۴۵ درصد آن‌ها از امید متوسط و ۱/۵ درصد آن‌ها از امید کم برخوردار بودند. میان کیفیت زندگی و امید، نیز با $t=0/679$ و $P=0/000$ ارتباط مستقیم معنی‌داری یافت شد ($P=0/000$ ، $\chi^2=56/80$).

در این پژوهش ارتباط معنی‌داری میان کیفیت زندگی و امید بستگان مراقبت کننده از بیماران اسکیزوفرنیک به دست آمد. به منظور بهبود کیفیت زندگی و افزایش امید آن‌ها، پیشنهاد می‌شود که بر اساس یافته‌های این پژوهش، با استفاده از استراتژی‌های سازگاری مثبت، کیفیت زندگی و امید بستگان مراقبت کننده از بیماران اسکیزوفرنیک را بهبود بخشید.

واژه‌های کلیدی: کیفیت زندگی، امید، مراقبین بیماران اسکیزوفرنیک

تاریخ دریافت: ۸۴/۷/۱۷ تاریخ پذیرش: ۸۵/۲/۲۹

^۱ دانشجوی کارشناسی ارشد، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران (*مؤلف مسئول)

^۲ مربی عضو هیأت علمی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران

^۳ مربی عضو هیأت علمی، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران

مقدمه

حداقل چهارصد میلیون نفر از مردم دنیا از اختلالات روانی رنج می‌برند.^(۱) اسکیزوفرنیا یکی از این اختلالات روانی است. اسکیزوفرنیا یکی از هشت علت ایجاد ناتوانی مزمن در گروه سنی ۴۴-۱۵ سال در سرتاسر جهان می‌باشد.^(۲) شیوع اسکیزوفرنیا در ایالات متحده یک درصد است.^(۳) این نسبت در ایران تقریباً مشابه کشورهای غربی است، به طوری که شیوع اختلالات سایکوتیک در ایران ۰/۸۹ درصد تخمین زده شده است.^(۴) با وجود بروز پایین، به علت مزمن بودن، اختلال از شیوع بالایی برخوردار است.^(۵) بیش از ۶۰ درصد مددجویانی که از مؤسسات روانی مرخص می‌شوند، به خانواده اصلی خود بر می‌گردند.^(۶) خانواده‌ها منبع اولیه مراقبت برای مبتلایان به اختلالات شدید روانی هستند. آن‌ها خانه، حمایت مالی، همراهی، حمایت عاطفی و همین‌طور خدمات بهداشتی را برای بستگان بیمار خود فراهم می‌کنند.^(۷) خانواده‌های بیماران اسکیزوفرنیک مشکلات قابل ملاحظه‌ای را برای سازگاری با علایم سایکوتیک تحمل می‌کنند. اغلب این خانواده‌ها از جوامع و بستگانشان جدا می‌شوند. چیزی که وضع را بدتر می‌کند این است که این خانواده‌ها اغلب به خاطر علت یا دوره‌های شعله‌ور شدن اسکیزوفرنیا در عضو اسکیزوفرنیک خود سرزنش می‌شوند.^(۸) بستگان، مهم‌ترین مراقبت کننده از مبتلایان به اختلالات روانی می‌باشند.^(۸) اسکیزوفرنیا علاوه بر فرسودگی مستقیم که در افراد بیمار ایجاد می‌کند، در بستگان مراقبت دهنده هم فرسودگی ایجاد می‌کند.^(۹) یکی از مفاهیمی که با رفاه و سلامتی یکسان فرض شده است، کیفیت زندگی است.^(۹) Corring در مطالعه کیفی که روی کیفیت زندگی اعضای خانواده بیماران روانی

انجام داد به این نتیجه رسید که میزان بالایی از وقت خانواده‌ها صرف مراقبت از بیمار خود می‌شود. عجز شدید، فشار، ترس، عدم درک، نداشتن حمایت و تردید مداوم بعضی از مواردی بود که خانواده‌ها در این مطالعه بیان کردند.^(۱۰)

یکی دیگر از مفاهیمی که برای زندگی سالم مهم است امید می‌باشد.^(۱۱) امید در تمام ابعاد زندگی عنصری ضروری است. امید توانایی باور به داشتن احساسی بهتر در آینده می‌باشد. امید با نیروی نافذ خود سامانه فعالیت را تحریک می‌کند تا بتواند تجربه‌های نو کسب نموده و نیروهای تازه‌ای را در موجود ایجاد کند. موقعیت‌های تهدید کننده، فقدان و تغییرات پدید آمده در طول زندگی می‌تواند بر سطح امید فرد تأثیر بگذارد.^(۱۲) امید در توانایی بیمار و خانواده جهت اداره و مواجهه با تجربه بیماری نقش مهمی را بازی می‌کند.^(۱۳) Bland و Darlington هم در مطالعه کیفی بر روی امید خانواده‌های بیماران روانی دریافتند که خانواده‌ها روی جنبه مثبت و روانی امید تأکید داشتند و امید برای آن‌ها با نگاهی به آینده، چرخش از مشکل فعلی به آینده‌ای بهتر را ممکن می‌سازد. خانواده‌ها امید را با بیماری کنونی و فقدان توانایی و ارتباطات لازم در حال و امید به آینده مرتبط دانستند.^(۱۴) در ایالات متحده، ۱۹۹۷ در بررسی ملی تخمین زده شد، که بین ۲۴ تا ۲۷/۶ میلیون فرد بالغ به عنوان یک عضو خانواده یا دوست مسؤولیت مراقبت از فردی با بیماری مزمن، ناتوان کننده یا کشنده را بر عهده دارند.^(۱۵) نتایج تحقیقات نشان می‌دهد که خستگی بستگان قابل توجه است و خوب بودن و سلامت روان آن‌ها به شدت به مخاطره افتاده است.^(۸) نگرش منفی اعضای خانواده باعث کاهش توانایی‌های شناختی و حرکتی بیماران شده و اختلالات روانی و ناتوانی بیماران را بیشتر می‌کند.^(۱۶)

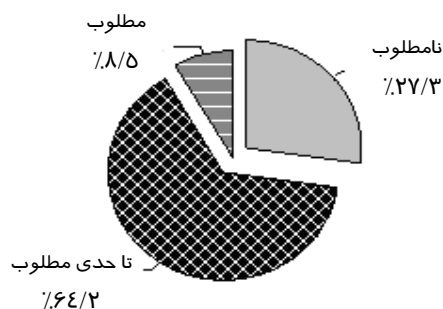
در کشور ایران، حمایت خانوادگی از بیماران مزمن روانی قویتر است. نتایج مطالعات جامعه‌نگر روانپزشکی در ایران نشان داده است که ارائه خدمات گسترده و متنوع باعث می‌شود که بیماری کمتر عود کند، دفعات بستری در بیمارستان کاهش یابد، هزینه درمان بستری تنزل یابد، کیفیت زندگی بیمار افزایش یابد و استرس و فشار مراقبین کمتر شود.^(۱۷) سلامت جسمی مراقب و اطلاعات و دانش وی اثر عمیقی بر روی نحوه مراقبت از بیمار به خصوص در منزل می‌گذارد.^(۱۸) بنابراین با توجه به افزایش نیاز به وجود بستگان مراقبت کننده، کیفیت زندگی باید به عنوان یک متغیر در مطالعات مربوط به بستگان مراقبت کننده از بیماران مزمن در نظر گرفته شود.^(۱۹) با توجه به این‌که سازگاری در تجربه کیفیت زندگی مهم است و امید یکی از استراتژی‌های سازگاری است، حفظ یا بهبود کیفیت زندگی یک وظیفه مهم برای پرستاران است.^(۲۰) علی‌رغم این‌که خانواده با ارزش‌ترین و آسیب‌پذیرترین منبع برای بیماران ناتوان می‌باشند و اعضای خانواده نیز نقش اساسی را در حمایت بیمار خود به عهده دارند، اکثر تحقیقات بر بیمار و بیماری تاکید می‌کنند در حالی که بستگان مراقبت کننده هم نیازمند توجه می‌باشند.^(۱۶) این مطالعه با هدف تعیین کیفیت زندگی و ارتباط آن با امید در بستگان مراقبت کننده از بیماران اسکیزوفرنیک مراجعه کننده به مراکز آموزشی درمانی شهر تهران انجام پذیرفت.

روش بررسی

این مطالعه یک پژوهش همبستگی بود که بر روی بستگان مراقبت کننده بیماران اسکیزوفرنیک انجام شد. بستگان شامل پدر، مادر، خواهر و برادر، همسر، فرزندان، دایی، عمه و... بیمار مبتلا به اسکیزوفرنیا که با او نسبت

خونی داشتند، با او زندگی می‌کردند و در ضمن عهده دار مراقبت مستقیم از بیمار بودند و تشخیص اسکیزوفرنیا برای بیماران توسط پزشک متخصص مسجل شده بود، سن آن‌ها ۱۸ سال و بیشتر بود و از حداقل سواد خواندن و نوشتن برخوردار بودند، به عنوان جامعه پژوهش در نظر گرفته شدند. بستگانی که بیماری روانی یا جسمی مزمن داشتند، آن‌هایی که در شش ماه اخیر بحرانی را پشت سر گذاشته بودند و آن‌هایی که بیش از یک بیمار را مراقبت می‌کردند از مطالعه خارج شدند. ۲۶۰ نفر از بستگان به شیوه نمونه‌گیری مستمر که به همراه بیمار خود به درمانگاه و بخش‌های مرکز آموزشی روانپزشکی ایران، بیمارستان امام حسین (ع)، درمانگاه بیمارستان روزبه و درمانگاه کامرانیه وابسته به دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، مراجعه کرده بودند، وارد مطالعه شدند. هدف پژوهش و امانت‌داری در حفظ اطلاعات به آن‌ها توضیح داده شد و از آن‌ها رضایت کتبی جهت شرکت در مطالعه اخذ شد. ابزار گردآوری اطلاعات شامل پرسشنامه مشخصات فردی، کیفیت زندگی نسخه خانواده (Quality of life family version) و مقیاس امید میلر (MHS: Miller Hope Scale) بود.^(۲۲، ۲۱) پرسشنامه کیفیت زندگی مخصوص مراقبین بیماران مبتلا به سرطان تدوین شده بود، بعضی از سوالات که مناسب مراقبین بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیک نبود تغییر داده شد. پس از معتبرسازی پرسشنامه به روش اعتبار محتوا، برای پایایی آن، ضریب آلفا محاسبه شد که برابر با $r_a = 0.87$ به دست آمد. برای پرسشنامه امید میلر هم اعتبار محتوا انجام شد و برای آزمون پایایی آن ضریب آلفا ($r_a = 0.94$) محاسبه گردید. پرسشنامه کیفیت زندگی شامل ۳۷ سوال در چهار بعد (جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی) در قالب پاسخ ۱۱

دارای دیپلم و ۱۰/۸ درصد آن‌ها مدرک بالاتر از دیپلم داشتند. ۴۰/۸ درصد بستگان مراقبت کننده خانه‌دار، ۴۰/۴ درصد آن‌ها شاغل، ۱۱/۲ درصد بیکار و ۷/۷ درصد بازنشسته بودند. ۵۵/۸ درصد نمونه‌ها وضعیت اقتصادی خود را متوسط، ۳۸/۸ درصد ضعیف و ۵/۴ درصد آن‌ها نیز وضعیت اقتصادی خود را خوب گزارش کردند. تعداد افراد خانواده بستگان مراقبت کننده حداقل ۲ نفر و حداکثر ۱۲ نفر بود. ۲۴/۶ درصد نمونه‌ها ۱۵-۲۹ سال، ۲۳/۸ درصد ۴-۱۰ سال، ۲۰/۴ درصد ۹-۱۵ سال، ۲۰/۹ درصد ۱۴-۱۰ سال، ۹/۲ درصد کمتر از یک سال و ۱/۶ درصد آن‌ها ۳۰-۴۵ سال مشغول مراقبت از بیمار مبتلا به اسکیزوفرنیا بودند. میانگین طول مدت مراقبت ۹/۸۵ سال با انحراف معیار ۸/۰۹ سال بود. ۲۰/۸ درصد بستگان مراقبت کننده پدر، ۲۰/۴ درصد مادر، ۱۹/۲ درصد همسر، ۱۶/۹ درصد برادر، ۱۲/۳ درصد خواهر، ۳/۵ درصد دختر، ۲/۷ درصد پسر و ۴/۲ درصد سایر اقوام بودند. ۳۶/۹ درصد بیماران مورد مراقبت این بستگان، زن و ۶۳/۱ درصد بیماران مرد بودند.



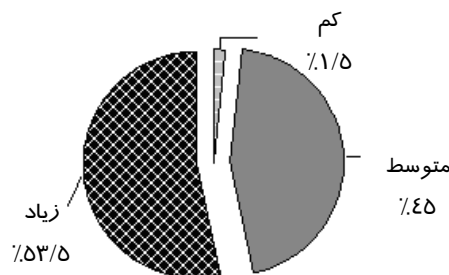
نمودار شماره ۱- توزیع درصدی کیفیت زندگی مراقبت کنندگان از بیماران

حالی لیکرت از نمره (۰) تا (۱۰) بود. برای محاسبه نمره کل کیفیت زندگی، در ۱۶ سوال نمره مستقیم بود و در ۲۱ سوال نمره معکوس گردید و سپس جمع شد و بسته به پاسخ مراقبین بیماران، سطح کیفیت زندگی مطلوب (۳۷۰-۲۴۸)، تا حدودی مطلوب (۲۴۷-۱۲۴) و نامطلوب (۱۲۳-۰) در نظر گرفته شد. از شرکت کنندگان خواسته شد مقیاس امید میلر را که شامل ۴۰ سوال در قالب پاسخ لیکرت ۶ درجه‌ای از کاملاً مخالف (۱) تا کاملاً موافق (۶) بود جواب دهند. برای ۱۲ سوال منفی نمره گذاری معکوس صورت گرفت. دامنه کل نمرات از ۴۰ تا ۲۴۰ بود که نمرات بالا نشانگر امید بیشتر بود. مراقبین همچنین به ده سوال در زمینه سن، جنس، وضعیت تاهل، سطح تحصیلات، وضعیت اشتغال، وضعیت اقتصادی، تعداد افراد خانواده، مدت مراقبت و نسبت با بیمار و جنس بیمار مورد مراقبت پاسخ دادند. اطلاعات با استفاده از نرم افزار SPSS تجزیه و تحلیل شد.

نتایج

نتایج حاصل از پژوهش در ارتباط با کیفیت زندگی و امید نمونه‌های پژوهش در نمودار شماره (۱)، جدول شماره (۱) و نمودار شماره (۲) نشان داده شده است. در این پژوهش ۴۷/۷ درصد از نمونه‌ها مونث و ۵۲/۳ درصد آن‌ها مذکر بودند. محدوده سنی نمونه‌ها از ۱۸ سال تا ۸۵ سال متغیر بود. میانگین سنی نمونه‌ها ۴۵/۵ سال با انحراف معیار ۱۴/۶۹ سال بود. ۷۳/۱ درصد نمونه‌ها متأهل، ۱۶/۵ درصد آن‌ها مجرد، ۸/۵ درصد همسر فوت کرده و ۱/۹ درصد مطلقه بودند. ۳۵/۸ درصد نمونه‌ها سواد خواندن و نوشتن، ۳۰/۸ درصد نمونه‌ها تحصیلات زیر دیپلم، ۲۲/۷ درصد

از بین متغیرهای مورد بررسی سن، جنس و مدت مراقبت با کیفیت زندگی رابطه معنی‌داری نداشت ولی بین کیفیت زندگی و وضعیت اقتصادی ($P=0/000$)، $\chi^2=17/61$ و نیز بین کیفیت زندگی و تحصیلات ($\chi^2=15/09$, $P=0/020$) ارتباط معنی‌داری به دست آمد.



نمودار شماره ۲- توزیع درصدی امید در مراقبت کنندگان از بیمار

جدول شماره ۱- توزیع فراوانی ابعاد کیفیت زندگی مراقبت کنندگان از بیمار و ارتباط هر بعد با امید در آنان

معنوی	اجتماعی	روانی	جسمی	کلی	بعد کیفیت زندگی
تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	سطح
۲۷ (۱۰/۴)	۱۰۵ (۴۰/۴)	۱۰۸ (۴۱/۵)	۶۳ (۲۴/۳)	۷۱ (۲۷/۳)	نامطلوب
۱۱۵ (۴۴/۲)	۱۱۳ (۴۳/۵)	۱۳۵ (۵۱/۹)	۱۱۳ (۴۳/۵)	۱۶۷ (۶۴/۳)	ناحدهی مطلوب
۱۱۸ (۴۵/۴)	۴۲ (۱۶/۳)	۱۷ (۶/۵)	۸۴ (۳۲/۳)	۲۲ (۸/۵)	مطلوب
۲۶۰ (۱۰۰)	۲۶۰ (۱۰۰)	۲۶۰ (۱۰۰)	۲۶۰ (۱۰۰)	۲۶۰ (۱۰۰)	جمع
$P=0/000$	$P=0/000$	$P=0/000$	$P=0/000$	$P=0/000$	ارتباط با امید
$\chi^2=55/50$	$\chi^2=51/17$	$\chi^2=65/47$	$\chi^2=31/73$	$\chi^2=56/80$	(بر اساس آزمون کای دو)

دارد. آنچه برای یک فرد تنش‌زا است، ممکن است برای فرد دیگر تنش‌زا نباشد. کلاً پاسخ هر فردی به تنش متفاوت است که این تفاوت به علت نقش عواملی نظیر ژنتیک، وضعیت بهداشت عمومی، آمادگی، زمینه فرهنگی اجتماعی و تجربه قبلی با تنش است.^(۲۴) بستگان مراقبت کننده در این مطالعه بعد روانی کیفیت زندگی خود را نامطلوب‌تر از دیگر ابعاد ارزیابی کرده‌اند (جدول شماره- ۱). در مطالعه Klupp و Fleischman بستگان بیمار روانی در ابعاد درک کلی از سلامتی، شاداب بودن، فعالیت اجتماعی و سلامت روانی نمره پایین‌تری را نسبت به استاندارد جامعه کسب کرده بودند.^(۲۵)

یافته‌ها حاکی از آن بود که بین کیفیت زندگی و امید رابطه معنی‌داری وجود دارد و افراد با امید زیاد از

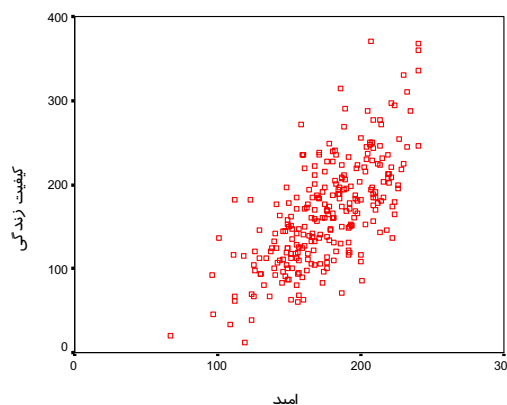
بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌ها نشان داد که کیفیت زندگی ۲۷/۳ درصد از واحدهای مورد پژوهش نامطلوب، ۶۴/۳ درصد تا حدی مطلوب و ۸/۵ درصد مطلوب می‌باشد. نتایج این مطالعه با نظر Chen و همکاران مغایرت دارد، Chen و همکاران بیان کردند که اسکیزوفرنی اختلالی تهدید کننده و تنش‌زا برای بیماران و خانواده‌هایشان است و در بستگان مراقبت کننده فرسودگی شدید ایجاد می‌کند. در حالی‌که در این پژوهش اکثر واحدهای پژوهش کیفیت زندگی خود را نسبتاً مطلوب و مطلوب گزارش کردند.^(۲۳) در این رابطه محتشمی و همکاران می‌نویسند، تأثیر تنیدگی بر فرد بستگی به توانایی او در تطابق با حوادث زندگی دارد. تطابق با حوادث پرتنش به برداشت شخص از ماهیت حادثه نیز بستگی

نتایج نشان می‌دهد، بستگان مراقبت کننده از بیماران اسکیزوفرنیک از امید زیادی برخوردارند به طوری که ۵۳/۵ درصد آن‌ها از امید زیاد، ۴۵ درصد آن‌ها از امید متوسط و ۱/۵ درصد آن‌ها از امید کم برخوردار هستند (نمودار شماره ۲). امید یک جزء مهم در سازگاری افراد با تنش‌های تهدید کننده زندگی است.^(۲۰) با توجه به این که با افزایش احساس کنترل بر زندگی، ایجاد هدف و معنی در زندگی، داشتن نگرش مثبت در زندگی، استفاده از اعمال مذهبی مانند نماز خواندن و برقراری روابط گرم و صمیمانه و... می‌توان امید را افزایش داد، پرستار می‌تواند با آموزش این موارد به خانواده‌ها گامی را در جهت تقویت امید خانواده‌ها برداشته و به حل روابط پر تنش کمک کرده و بر منابع خانوادگی جهت ادامه زندگی فرد تاکید کند و به این نحو امید بیمار و خانواده و در نتیجه کیفیت زندگی آن‌ها را افزایش دهد.^(۲۹)

نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که بین کیفیت زندگی و سن، ارتباط معنی‌داری وجود ندارد که این یافته همسو با یافته Klupp, Fleichman و Parker, Gibson و Mercier با یافته‌های Mercier و همکاران بود.^(۳۰، ۲۸، ۲۵) بین کیفیت زندگی و جنس نیز ارتباط معنی‌داری وجود نداشت که این یافته همسو با یافته Mercier و همکاران و Ford-Gillboe و Bluvol و مغایر با یافته Klupp, Fleichman و Chen و همکاران بود.^(۳۰، ۲۵، ۲۷، ۳۰) با توجه به زمینه اجتماعی و هنجارهای خانوادگی و انتظاراتی که نقش زنان را به عنوان مراقب تقویت می‌کند، زنان مسئولیت مراقبت را بیشتر بر عهده می‌گیرند و در نتیجه با احتمال بیشتری اثرات منفی مراقبت را روی زندگی روزمره خود تجربه می‌کنند.^(۲۷) بین کیفیت زندگی و وضعیت اقتصادی ارتباط معنی‌داری وجود داشت. نقش اولیه خانواده‌ها

کیفیت زندگی مطلوبی برخوردار هستند و بالعکس (نمودار شماره ۳، جدول شماره ۱). با محاسبه ضریب همبستگی اسپیرمن نیز این ارتباط معنی‌دار و مستقیم نشان داده شد ($P = 0/000$, $r = 0/679$).



نمودار شماره ۳ - پراکنش اطلاعات مربوط به امید و کیفیت زندگی نمونه‌های مورد مطالعه

به این ترتیب فرضیه این پژوهش تحت عنوان 'بین سطح کیفیت زندگی و میزان امید مراقبین بیماران اسکیزوفرنی ارتباط مستقیم وجود دارد' تایید گردید. این فرضیه توسط Landeen و همکاران نیز تایید شد. وی نیز در مطالعه خود ارتباط قوی میان امید و کیفیت زندگی ($P < 0/001$, $r = 0/59$) یافت. در مطالعه او مشخص شد که رضایت از زندگی یا همان کیفیت مطلوب زندگی متغیر مفیدی در پیش‌گویی سطح امید می‌باشد و همچنان که رضایت از زندگی افزایش می‌یابد امید نیز زیاد می‌شود.^(۲۶) این فرضیه در مطالعه Ford-Gilboe و Bluvol نیز با $r = 0/32$ و $P = 0/02$ تایید شد.^(۲۷) در مطالعه Parker و Gibson نیز امید به طور معنی‌داری با سلامت روان (جزیی از کیفیت زندگی) ارتباط داشت^(۲۸) ($P < 0/01$, $r_s = 0/484$).

زندگی را بهبود می‌بخشد.^(۲۰) بررسی کیفیت زندگی به عنوان یک مفهوم مهم برای تعیین اثر مراقبت جامعه محور روی مراقبین خانوادگی ضروری است. تمرکز بر کیفیت زندگی، پرستاران را به سمت مدل ارتقای سلامت مراقبت به جای استفاده از مدل طبی سوق می‌دهد. مدل ارتقای سلامت پایه وسیعتری را در برنامه ریزی و فراهم ساختن خدمات مراقبت بهداشتی فراهم می‌کند.^(۱۹) نیاز است پرستاران به امید به عنوان عامل مهم تأثیرگذار در کیفیت زندگی بنگرند زیرا امید زندگی را رنگ می‌دهد و آن را مطلوب می‌کند.^(۲۰)

مطالعات کیفی برای درک بهتر پیچیدگی تجارب بستگان مراقبت کننده از بیماران اسکیزوفرنیک پیشنهاد می‌گردد.

تقدیر و تشکر

از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران در تصویب اعتبار این پژوهش و نیز از همکاری مراکز آموزشی درمانی ایران، روزبه، رازی (درمانگاه کامرانیه) و امام حسین (ع) قدردانی می‌نماییم. از مراقبین محترم بیماران اسکیزوفرن که با صبر و حوصله فراوان پرسشنامه‌ها را تکمیل نمودند، تشکر می‌نماییم، و نیز نویسنده از مدیریت محترم مرکز و مدیریت محترم پرستاری، روانپزشکان و همکاران محترم مرکز آموزشی درمانی شهید دکتر بهشتی شهر زنجان که همواره او را تشویق نموده‌اند تشکر می‌نمایم.

فهرست منابع

۱- شاه‌محمدی داود. تعریف و اهداف بهداشت روان در سال جهانی بهداشت روان. همایش بهداشت روانی در جامعه. ۱۳۸۰: ۱۷-۲۰.

فراهم کردن مادیات برای اعضایشان است بنابراین وضعیت اقتصادی اغلب به عنوان یک قلمرو اصلی در ارزیابی کیفیت زندگی مدنظر است.^(۱۸) Aronson نیز بین کیفیت زندگی پایین و درآمد پایین‌تر خانواده در مطالعه خود ارتباط یافت.^(۳۱) Rees و همکاران بیان کردند افرادی که درآمد پایین‌تری داشتند مشکلات ویژه‌ای در زندگی داشتند.^(۳۲) بین کیفیت زندگی و مدت مراقبت نیز ارتباط معنی‌داری یافت نشد. این یافته مغایر با یافته Aronson^(۳۱) بود. Aronson مدت طولانی‌تر مراقبت را با کیفیت زندگی پایین مرتبط یافت. Chen و همکاران کیفیت زندگی بستگان مراقبت‌کننده را متأثر از دانش آن‌ها نسبت به بیماری اسکیزوفرن و باورهایشان در این زمینه می‌داند.^(۳۳) او بیان می‌کند که دوره طولانی مدت بیماری باعث می‌شود که بستگان، بیماری را با علل ماوراء طبیعی مرتبط ندانند و در نتیجه با زندگی راحت‌تر کنار آیند. Rees و همکاران می‌نویسند با کوتاه شدن روزهای بستری در بیمارستان و طولانی شدن بقاء و در نتیجه طولانی‌تر شدن مدت مراقبت، خستگی مراقبین افزایش یافته است.^(۳۲) بین کیفیت زندگی و سطح تحصیلات ارتباط معنی‌داری وجود داشت که این یافته همسو با یافته Chen و همکاران است. او ارتباطی را بین سطح تحصیلات مراقبین با نمره دانش آن‌ها یافت به طوری که نمره دانش، کیفیت زندگی را متأثر می‌ساخت.^(۳۳) Aronson ارتباطی بین سطح تحصیلات مراقبین و کیفیت زندگی آن‌ها نیافت^(۳۱) که مغایر با نتایج مطالعه حاضر بود.

بنابراین با توجه به یافته تحقیق و وجود ارتباط میان کیفیت زندگی و امید، امید می‌تواند به عنوان یک راهکار سازگاری جهت کاهش تنش ایجاد شده توسط بیماری مزمن به کار رود. کاهش تنش هم کیفیت

13- Broneman T, Stahl C, Ferrell BR, Smith D. The concept of hope in family caregivers of cancer patients at home. *J Hosp Palliat Nurs*; 2002. 4 (1): 21-33.

14- Bland R, Darlington Y. The nature and sources of hope: Perspectives of family caregivers of people with serious mental illness. *Perspect Psychiatr Care*; 2002. 38 (2): 61-68.

15- Veltman A, Caron JI, Stewart DE. The experience of providing care to relatives with chronic mental illness. *J Nerv Ment Dis*; 2002. 190(2): 108-114.

16- Glozman JM. Quality of life of caregivers. *Neuropsychol Rev*; 2004. 14 (4): 183- 196.

۱۷- گلین م شرلی، لیبرمن پی رابرت، بکر ای توماس. مشارکت خانواده‌ها در خدمات بهداشت روانی. ترجمه آراسته مدیر، ملکوتی سید کاظم. تهران: انتشارات دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، ۱۳۸۱. ۴-۳. ۲۵-۲۲.

18- King RC, Hinds PB. Quality of life from Nursing and Patient Perspectives, Theory, Research, Practice. Toronto: Jones and Bartlett Publishers; 1998. p. 61.

19- Cannam C, Acorn S. Quality of life for family Caregivers of people with chronic health problems. *Rehabil Nurs*; 1999. 24 (5): 192- 200.

20- Rusteon T. Hope and Quality of life, two central issues for cancer patients: a theoretical analysis. *Cancer Nurs*; 1995. 18 (5): 355-361.

21- Ferrell BR, Grant M. Quality of life family version. 1998; Available from <http://www.google.com>. Accessed November 20, 2005.

22- Miller J. Miller Hope Scale [monograph on the internet]. Milwaukee: Marquette faculty; 1996. Available from: <http://www.marquette.edu/nursing/faculty/miller/shtml/>. Accessed November 15, 2005.

23- Chen PS, Yang YKA, Liao YC, Lee YD, Yeh TL, Chen CC. The psychological well-being and associated factors of caregivers of outpatients with schizophrenia in Taiwan. *Psychiatr Clin Neurosci*; 2004. 58: 600-605.

۲۴- محتشمی جمیله، نوغانی فاطمه، شاهسوند اسمعیل. بهداشت روان (۱). ویرایش دوم. تهران: نشر سالمی، ۱۳۸۲: ۱۲۹.

2- Rossler W, Salize HJ, Vanson J, Riecher-Rossler A. Size of burden of schizophrenia and psychotic disorders. *Eur Neuropsychopharmacol*; 2005. 15(4):399-409.

۳- سادوک جیمز، سادوک آلکوت. خلاصه روانپزشکی کاپلان. ترجمه حسن رفیعی، خسرو سبحانیان. تهران: انتشارات ارجمند: ۱۳۸۲: ۱۵.

4- Mohammadi M, Davidian H, Noorbala AA, Malekafzali H, Naghavi H, Pouretamad H, et al, editors. An epidemiological survey of psychiatric disorder in Iran. *Clin Pract Epidemiol Ment Health*; 2005. 26(1): 16-20.

5- Schizophrenia [editorial]. [cited2005]; Available from: <http://www.who.int/mental-health/management/schizophrenia/en>. Accessed 14 Jun 2005.

6- Varcarolis E. Foundation of psychiatric Mental Health. 4thed. Philadelphia: Saunders; 2002. p. 544- 546.

7- Pickett-Schenk SA, Cook J, Laris A. Brief report Journey of Hope program out comes. *Community Ment Health J*; 2005.36 (4): 413- 424.

8- Stam H, Cuijpers P. Brief report effects of family interventions on burden of relatives of psychiatric patients in the Netherlands: A pilot study. *Community Ment Health J*; 2001. 37 (2): 179- 187.

9- Zhan L. Quality of life: Conceptual and measurement issues. *J Adv Nurs*; 1992. 17: 795- 800.

10- Corring OJ. Quality of life: Perspectives of people with mental illness and family members. *Psychiatr Rehabil J*; 2002. 25(4): 350- 358.

11- Dufault K, Martocchio BC. Hope: Its spheres and dimensions. *Nurs Clin North Am*; 1985. 20 (2): 379- 391.

۱۲- پورغزنین طیبه، هوشمند پوری، طلاسازفیروزی الهه، اسماعیلی حبیب ا... منابع امید بخش و سطح امید در مبتلایان به سرطان، فصلنامه اندیشه و رفتار. ۱۳۸۲؛ ۸(۴): ۸۲-۸۷.

29- Mauk KL, Schmidt NA. Spiritual care in nursing practice. Philadelphia; Lippincott Williams & Wilkins; 2004. p. 2-3, 7.

30- Mercier C, Peladeau N, Tempier R. Age, gender and quality of life. *Community Ment Health J*; 1998. 34 (5): 487- 500.

31- Aronson KJ. Quality of life among persons with multiple sclerosis and their caregivers. *Neurol*; 1997. 48: 74-80.

32- Rees J, O'Boyle C, McDonough R. Quality of life: impact of chronic illness on the partner. *J R Soc Med*; 2001. 94: 563-566.

25- Fleichman H, Klupp A. Quality of life in relatives of mentally ill people. *Psychiatr Prax* [serial on the internet]. 2004 Nov [cited 2004]; 31, supplement 1: [about 6 p.]. Available from: <http://www.pubme.com>. Accessed June 2, 2005.

26- Landeen J, Pawlick H, Kirkpatric H, Byrne C. Hope, Quality of life and Symptom Severity in individuals with schizophrenia. *Psychiatr Rehabil J*; 2000. 23 (4): 364-370.

27- Bluvol A, Ford-Gillboe M. Hope, Health work and quality of life in families of stroke survivors. *J Adv Nurs*; 2004. 48 (4): 322- 332.

28- Gibson MRL, Parker V. Inner resources as predictors of psychological well-being in middle-income African American breast cancer survivors. *Cancer Control*; 2000. 10 (5): 52-59.

Correlates of Quality of Life in the Family Caregivers of Schizophrenic Patients with Hope

*Z. Ghahremani, MSc¹ M. Jafarpoure Alavi, MSc² M. Gholam araghi, MSc²
F. Hosseini, MSc³

Abstract

Families of patients with Schizophrenia endure remarkable hardship for coping with their patient's psychotic symptoms and they confront several physical and emotional stresses. Regarding the importance of family's role in supporting patients in community-based services, the present study was conducted to determine correlates of quality of life in the family caregivers of schizophrenic patients with hope in Medical Education Centers, Tehran, 2006.

This correlational study, was carried out on 260 family caregivers of patients with schizophrenia who had been referred to Medical Educational Centres in Tehran. A convenience sampling method was used and the study conducted in April- June in 2006. The data collection tool consisted of demographic questionnaire, Quality of Life Family Version and Miller Hope Scale (MHS). Data were analyzed using SPSS Soft Ware, descriptive statistics, χ^2 and Spearman correlation coefficient.

The result, showed that 27.3% of family caregivers had inappropriate quality of life, 64.2% of them had good quality of life and 8.5% of them had very good quality of life. 53.5% of family caregivers had high level of hope, 45% of them had moderate hope and 1.5% had low level of hope. There was a significant direct relationship between quality of life and hope ($\chi^2= 56.80$, $P=0.000$ & $r=0.679$, $P=0.000$) in the subjects. Quality of life was correlated with economic status ($\chi^2= 17.61$, $P=0.0001$), and education status ($\chi^2=15.09$, $P= 0.020$).

In this study regarding the correlation between quality of life and hope, the researchers recommended that using coping strategies may improve quality of life and the level of hope among family care givers of patients with schizophrenia.

Key Words: Quality of life, Hope, Family Caregiver of patient with schizophrenia

¹ Ms in Nursing, School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences and Health Services, Tehran, Iran. (*Corresponding Author)

² Senior Lecturer, School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences and Health Services, Tehran, Iran.

³ Senior Lecturer, School of Management and Medical Information Sciences, Iran University of Medical Sciences and Health Services, Tehran, Iran.