

## Effect of Psychoeducation on the Resilience of the Family Caregivers of Patients with Bipolar Disorder

Raheleh Bahrami<sup>1</sup>, Talieh Khalifi<sup>2</sup>

### Abstract

**Background & Aims:** Bipolar disorder is one of the most common psychiatric disorders in the 21st century. It is a chronic, recurrent disorder causing mood swings, and patients alternate between episodes of mania and depression. Diagnosis of bipolar disorder is a stressful issue for the individual and his family. The disease not only causes anxiety and stress for the client, but also causes severe disturbances to his family. The family caregivers of clients with a psychiatric disorder and the resulting stress do not react in the same way and choose different ways to deal with the illness. Denial, anger, feelings of shame, as well as indifference and change in the relationships between family members are among the negative feelings in caregivers. Caregivers can only overcome the stress of caring for a client with a psychiatric disorder and maintain their health and that of their family when they are resilient. The concept of resilience in caregivers of clients with psychiatric disorders refers to the flexible and well-developed behavioral pattern of caregivers in response to the difficulties and challenges encountered while caring for the client. Resilience in caregivers of clients with psychiatric disorders is a dual concept. On the one hand, caregivers overcome the difficulties and challenges of caring for the client and take steps to maintain and improve his physical and mental health. On the other hand, by promoting their mental health, they are able to act stronger than before in the face of advanced troubles and problems. Therefore, this study aimed to determine the effect of a psychoeducation program on the resilience of caregivers of patients with bipolar disorder hospitalized in Sanandaj Psychiatric Center.

**Materials & Methods:** This is a quasi-experimental study conducted during autumn and winter, 2019. The samples included 64 caregivers of a client with bipolar disorder hospitalized in Sanandaj Psychiatric Center. Convenience sampling was employed, and the samples were randomly divided into experimental (32) and control (32) groups. For sampling, the researcher first visited the psychiatric center and identified caregivers of clients with bipolar disorder. Then, the researcher introduced the study and obtained written informed consent. In the next stage, the caregivers who met the inclusion criteria were selected. First, the caregivers of the control group and then the caregivers of the experimental group entered the study (to prevent the transfer of information in the groups). Caregivers were asked prior to the study to complete a demographic questionnaire and the Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). The caregivers of the experimental group underwent psychoeducation in groups of 4 to 5. The training lasted four weeks and was performed one a week for about 45 to 60 minutes. Psychoeducation followed a systematic and structured approach in order to raise awareness and change the attitude of families about the nature of the disease, how to treat it, increasing communication skills, and problem-solving skills during the training sessions. Some components of psychoeducation, which were appropriate to the community under study, were discussed by providing examples and past experiences. After 4 weeks of intervention, the questionnaire was completed again. During this period, the control group did not receive any program other than the usual hospital training program and, like the experimental group, took the post-test. Data were analyzed using descriptive statistics (frequency, percentage, mean, and standard deviation) and inferential statistics (independent t-test and paired samples t-test) in SPSS 16.

**Results:** The results showed no difference between the experimental and control groups in terms of the distribution of background variables. The mean pre-test scores of resilience in the control and experimental groups were  $22.65 \pm 5.80$  and  $23.44 \pm 5.61$ , respectively, which shows that the two groups were not statistically different

---

<sup>1</sup>. Master of Psychiatry, School of Nursing and Midwifery, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran

<sup>2</sup>. Department of Psychiatric Nursing, School of Nursing and Midwifery, Qom University of Medical Sciences, Qom, Iran (Corresponding Author) Tel: 09125531359 Email: talieh.khalifi@yahoo.com

( $P=0.59$ ). The mean scores of resilience post-test in the control group and the experimental group were  $23.19 \pm 6.12$  and  $33.97 \pm 3.36$  respectively, which shows a statistically significant difference ( $P<0.001$ ). Comparison of resilience scores in the pre-test and post-test scores of both groups shows that resilience scores were not statistically different in the pre-test and post-test scores of the control group ( $P=0.11$ ), while a statistically significant increase was observed in the post-test of the experimental group compared to the pre-test ( $P<0.001$ ).

**Conclusion:** The results of the present study showed that psychoeducation is effective on the resilience of caregivers of clients with bipolar disorder. Accepting the fact that a family member is diagnosed with a psychiatric disorder scares the family. Caregivers find it difficult to talk about the client they are caring for, and caring for a client with a psychiatric disorder causes despair, helplessness, and ultimately depression in the caregiver. Considering that in our country the only sources of support for patients are families and short-term hospitalization centers and family plays the main role of caring and treatment, in case of recurrence of the disease, the client is hospitalized which will exert more pressure and stress on the family. In this regard, resilient caregivers show more independence, are able to think well, and believe in their abilities to change their environment. When family members feel that they too are part of the treatment team, they can provide adequate support to the client. Thus, psychoeducation, as an effective method with the intervention of caregivers to help the client needing care is an important step towards the challenges and tragedies in the family. On the one hand, psychoeducation will change the family's attitude towards the client and the disease, and on the other hand, it also significantly affects the client's view of his current situation. Therefore, this educational program can be implemented alongside family-based programs in psychiatric centers, and it is necessary to consider programs such as psychoeducation as one of the ways to promote resilience in clients and their caregivers.

**Keywords:** Psychoeducation, Resilience, Family Caregiver, Client, Bipolar Disorder

**Conflict of Interest:** No

**How to Cite:** Bahrami R, Khalifi T. Effect of Psychoeducation on the Resilience of the Family Caregivers of Patients with Bipolar Disorder. *Iran Journal of Nursing*. 2021; 34(130):25-37.

Received: 8 March 2021

Accepted: 8 Jun 2021

## تأثیر آموزش روان شناختی بر تاب‌آوری مراقبان خانوادگی مددجویان مبتلا به اختلال دو

### قطبی

راحله بهرامی<sup>۱</sup>، طلیعه خلیفی<sup>۲</sup>

#### چکیده

**زمینه و هدف:** اختلال دوقطبی، از اختلالات شایع روانپزشکی در قرن ۲۱ است. این بیماری، مزمن، تکرار شونده و همراه با نوسانات خلق، بین شیدایی و افسردگی می‌باشد. تشخیص اختلال دوقطبی برای فرد و خانواده یک موضوع استرس‌زا است، مراقبان زمانی می‌توانند بر استرس مراقبت از مددجوی مبتلا به اختلال روانپزشکی غلبه کنند که تاب آور باشند. تاب‌آوری در خانواده، به الگوی رفتاری انعطاف‌پذیر و رشد یافته‌ی رفتاری مراقبان مددجویان، در مواجهه با مصائب و چالش‌های پیش‌آمده با مددجوی تحت مراقبت، اطلاق می‌گردد. لذا این مطالعه با هدف تعیین تأثیر برنامه آموزش روان شناختی بر تاب‌آوری مراقبان مددجویان مبتلا به اختلال دوقطبی بستری در مرکز روانپزشکی شهر سنندج انجام گرفته است.

**روش بررسی:** مطالعه حاضر یک مطالعه نیمه تجربی است که در پاییز و زمستان سال ۱۳۹۸ در مورد ۶۴ مراقب خانوادگی مددجویان مبتلا به اختلال دوقطبی بستری در مرکز روان پزشکی شهر سنندج، انجام شد. نمونه‌گیری، به شیوه در دسترس انجام گرفت. و نمونه‌ها در دو گروه آزمون (۳۲ نفر) و کنترل (۳۲ نفر) قرار گرفتند. قبل از مطالعه از مراقبان خواسته شد که فرم اطلاعات فردی و پرسشنامه تاب‌آوری (CD-RISC Connor-Davidson) را تکمیل نمایند. مراقبان گروه مداخله در هفت گروه ۴ تا ۵ نفره، آموزش روان شناختی را طی چهار جلسه، به صورت هفته‌ای یک بار، در مدت زمان ۴۵ تا ۶۰ دقیقه دریافت نمودند. پس از گذشت چهار هفته از مداخله مجدداً پرسشنامه تکمیل شد. گروه کنترل، برنامه‌ای جز برنامه آموزش معمول بیمارستان دریافت نکرد و همانند گروه مداخله پس از آزمون در مورد آنان نیز اجرا شد. داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ و با استفاده از آمار توصیفی (فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی (تی مستقل و تی زوجی) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

**یافته‌ها:** نتایج نشان داد که بین دو گروه مداخله و کنترل از نظر توزیع متغیرهای زمینه‌ای تفاوتی وجود نداشت. میانگین نمره پیش آزمون تاب‌آوری در دو گروه کنترل و مداخله به ترتیب  $5/80 \pm 22/65$  و  $5/61 \pm 23/44$  بود، دو گروه از نظر آماری اختلاف معنی‌داری با هم نداشتند ( $p = 0/59$ )، در حالی که میانگین نمره‌ی پس آزمون تاب‌آوری در گروه کنترل  $6/12 \pm 23/19$  و در گروه مداخله  $3/36 \pm 33/97$  بود، که اختلاف آماری معنی‌داری را نشان می‌دهد ( $p < 0/001$ ). مقایسه نمره‌ی تاب‌آوری در مراحل پیش آزمون و پس آزمون در هر گروه به صورت جداگانه نشان می‌دهد که نمره تاب‌آوری در مراحل پیش آزمون و پس آزمون در گروه کنترل اختلاف آماری معنی‌داری با هم نداشتند ( $p = 0/11$ )، در حالی که افزایش آماری معنی‌داری در مرحله‌ی پس آزمون نسبت به پیش آزمون در گروه مداخله مشاهده شد ( $p < 0/001$ ).

**نتیجه‌گیری کلی:** نتایج مطالعه حاضر نشان داد آموزش روان شناختی بر تاب‌آوری مراقبان مددجویان مبتلا به اختلال دوقطبی تأثیرگذار است. ضروری است برنامه‌هایی همچون آموزش روان شناختی به عنوان یکی از راهکارهای ارتقای تاب‌آوری در مددجویان و مراقبان آنان مد نظر قرار گیرد.

#### کلید واژه‌ها: آموزش روانشناختی، تاب‌آوری، مراقبان خانوادگی، مددجو، اختلال دوقطبی

تعارض منافع: وجود ندارد.

تاریخ دریافت: ۹۹/۱۲/۱۸

تاریخ پذیرش: ۰۰/۳/۱۸

۱. کارشناسی ارشد روانپرستاری، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران  
 ۲. گروه روانپرستاری، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران (نویسنده مسئول) شماره تماس: ۰۹۱۲۵۵۳۱۳۵۹  
 Email: talieh.khalifi@yahoo.com

## مقدمه

اختلال دوقطبی، از اختلالات روان پزشکی شایع در قرن ۲۱ است<sup>(۱،۲)</sup> و در سراسر دنیا حدود ۴۵ میلیون نفر مبتلا به آن هستند<sup>(۳)</sup>. این اختلال تأثیر قابل توجهی بر کیفیت زندگی و جنبه‌های مختلف اجتماعی، حرفه‌ای و عملکرد شناختی فرد می‌گذارد<sup>(۱،۲)</sup> و نه تنها برای فرد موجب ایجاد نگرانی و استرس می‌شود، بلکه مراقبان وی را نیز دچار آشفتگی‌های شدید می‌کند<sup>(۴)</sup>. مطالعات نشان داده است که ابتلای یکی از اعضای خانواده به اختلال دوقطبی، با فرسودگی و سطح استرس مراقبان ارتباط معنی‌داری دارد<sup>(۵،۶)</sup>. از طرفی، حمایت قابل توجه خانواده‌ها از فرد بیمار، باعث تغییر نقش‌های اعضای خانواده و افزایش تنش و استرس در بین آن‌ها می‌شود<sup>(۷)</sup>. مطالعه‌ای که توسط Voss و همکاران انجام یافت بیانگر آن مطلب بود که بیش از یک سوم مراقبان خانوادگی مددجویان مبتلا به اختلالات روان پزشکی دچار افسردگی، (۸۲٪) اختلالات خواب، (۶۹٪) احساس خستگی و فقدان انرژی، (۲۹٪) تنش و استرس بودند و در نهایت، تنها (۲۵٪) مراقبان رضایت از زندگی داشتند<sup>(۸)</sup>. بر این اساس مراقبان زمانی می‌توانند بر استرس مراقبت از مددجوی مبتلا به اختلال اعصاب و روان غلبه کنند و سلامت خود و خانواده را حفظ کنند که تاب آور باشند<sup>(۹)</sup>.

تاب‌آوری به فرآیند پویای انطباق مثبت با تجربه‌های تلخ و ناگوار اطلاق می‌شود و به معنای مهارت‌ها و توانمندی‌هایی است که فرد را قادر می‌سازد تا با مصائب، مشکلات و چالش‌های زندگی سازگار شود<sup>(۱۰)</sup>. تحقیقات نشان می‌دهد که تاب‌آوری به خانواده، جهت مقابله با بحران کمک می‌کند<sup>(۹،۱۱)</sup>. تاب‌آوری در مراقبان مددجویان مبتلا به اختلالات روان پزشکی یک مفهوم دوسویه است؛ از یک سو مراقب بر سختی‌ها و چالش‌های مراقبت از مددجو غلبه می‌کند و از سوی دیگر با ارتقای سلامت روان خود قادر خواهد بود قوی‌تر از گذشته در مواجهه با مشکلات پیش رو گام بردارد<sup>(۹)</sup>.

پژوهش‌ها نشان داده است که، برنامه‌های آموزش ارتقای تاب‌آوری و مهارت‌های مقابله‌ای، همراه با دارو درمانی نتایج اثربخشی برای مددجویان و مراقبان آنان ایفا می‌کند<sup>(۱۲،۱۳)</sup>. همچنین نتایج سایر تحقیقات بیانگر این است که عوامل حفاظتی که منجر به کاهش عوامل خطر ساز در مراقبان می‌گردند، موجب ارتقای تاب‌آوری و خلق فرصت‌های جدید در آنان می‌شوند<sup>(۹،۱۴)</sup>، که از جمله عوامل حفاظتی، می‌توان به حمایت اجتماعی و آموزش روان شناختی اشاره نمود<sup>(۹)</sup>.

آموزش روان شناختی با رویکردی نظام‌مند و ساختاریافته در راستای ارتقای آگاهی و تغییر نگرش خانواده‌ها از ماهیت بیماری و نحوه درمان آن، افزایش مهارت‌های ارتباطی و مهارت حل‌مسأله به کار می‌رود و درمانگر می‌تواند بر حسب سلیقه و شرایط موجود، یک خانواده را به تنهایی و یا چند خانواده را به صورت گروهی آموزش دهد<sup>(۱۵)</sup>. با توجه به این که پرستاران، در بهترین جایگاه کمک‌رسانی به مددجویان مبتلا به اختلالات روان پزشکی و خانواده‌های آنان قرار دارند<sup>(۷)</sup>، بنابراین قادر خواهند بود، آموزش روان‌شناختی را در جهت ارتقای سلامت روان مبتلایان به اختلالات روانی و مراقبان آنان، به مرحله اجرا در بیاورند<sup>(۷،۱۶،۱۷)</sup>.

بر همین اساس مطالعه‌ای که توسط رحمانی و همکاران در شهر تبریز انجام یافت، نشان داد، آموزش روان شناختی موجب تغییر در نگرش مراقبان خانوادگی مددجویان مبتلا به اختلالات روان پزشکی می‌شود، حمایت آنان را از مددجویان افزایش داده و تأثیر به‌سزایی در روند درمان مددجویان دارد<sup>(۱۸)</sup>. صادقی و همکاران با انجام مطالعه‌ای در مورد مادران دارای کودک مبتلا به اوتیسم، به این نتیجه رسیدند که آموزش به خانواده یک روش مداخله‌ای مناسب جهت ارتقای تاب‌آوری آنان می‌باشد<sup>(۱۹)</sup>. همچنین تقوی لاریجانی و همکاران نیز در مطالعه‌ای که تأثیر آموزش گروهی روان شناختی را بر تاب‌آوری خانواده‌های مددجویان مبتلا به اسکیزوفرنی مورد بررسی قرار دادند، اثربخش بودن آموزش روان شناختی را در ارتقای سطح

معیار ورود به مطالعه، شامل سن ۱۸ سال به بالا، صرف بیش‌ترین زمان مراقبت از مددجو، فقدان عقب ماندگی ذهنی، عدم مصرف مواد مخدر و الکل، فقدان نقص بینایی و شنوایی و داشتن رضایت کامل برای شرکت در پژوهش برای مراقبان خانوادگی بود. معیارهای خروج نیز شامل انصراف از همکاری در ادامه پژوهش، شرکت نکردن در حداقل دو جلسه از برنامه آموزشی و یا وقوع رخداد استرس آور قابل پیش بینی برای فرد بود.

حجم نمونه با در نظر گرفتن ضریب خطای ۰/۵۰ و توان آزمون (۹۵٪) با توجه به مطالعه سیدفاطمی و همکاران<sup>(۲۴)</sup>، با پیش بینی احتمال ریزش ۱۰ درصدی در هر گروه ۳۲ نفر و در مجموع ۶۴ نفر در نظر گرفته شد.

ابزار گردآوری داده‌ها شامل دو پرسشنامه بود. پرسشنامه نخست، مشخصات جمعیت شناختی نمونه‌های مورد پژوهش، از جمله سن، جنس، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، شغل، وضعیت اقتصادی، تعداد افراد خانوار، نسبت مراقب با مددجو، سابقه ابتلا به بیماری مددجو، سابقه خانوادگی ابتلا به بیماری و تعداد دفعات بستری مددجو را می‌سنجید و پرسشنامه دوم، پرسشنامه تاب‌آوری کانر- دیویدسون (CD-RISC) بود.

پرسشنامه تاب‌آوری Connor-Davidson، متشکل از ۲۵ گویه است که جهت اندازه‌گیری قدرت مقابله با تهدید و فشار توسط کانر و دیویدسون در سال ۲۰۰۳ طراحی شده است<sup>(۲۵)</sup>. نسخه‌ای از پرسشنامه کانر- دیویدسون دارای ۱۰ گویه است که از پرسشنامه ۲۵ گویه‌ای استخراج شده است و در پژوهش حاضر نیز از نسخه ۱۰ گویه‌ای جهت سنجش تاب‌آوری استفاده شده است. طیف پاسخ گویی پرسشنامه در قالب لیکرت ۵ درجه‌ای (اصلاً صحیح نیست (صفر)، به ندرت صحیح است (۱)، گاهی صحیح است (۲)، اغلب صحیح است (۳) و کاملاً صحیح است (۴) بوده و دامنه امتیازات آن بین (۰ تا ۴۰) می‌باشد. در نهایت مجموع امتیاز کسب شده توسط هر فرد، میزان تاب‌آوری وی را تعیین می‌کند؛ به طوری که نمرات بالاتر، نشان دهنده تاب‌آوری بیشتر است<sup>(۲۴)</sup>.

تاب‌آوری خانواده‌ها بیان نمودند<sup>(۲۰)</sup>. پژوهش‌های انجام گرفته توسط Ozkan و همکاران در ترکیه و Martin-Carrasco و همکاران در اسپانیا و پرتغال، نیز بیانگر این مطلب است که، آموزش روان شناختی در کاهش بارمراقبتی مراقبان تأثیرگذار است<sup>(۲۱،۲۲)</sup>. بنابراین آموزش روان شناختی به مراقبین خانوادگی جهت کسب اطلاعات مؤثر در مورد بیماری مددجو، حفظ آرامش در مقابله با استرس و تنش در زندگی، انعطاف‌پذیری در مواجهه با مصائب پیش آمده، اجتناب از راهبردهای فرسایشی، حفظ خوش بینی و احساسات مثبت در هنگام دشواری‌ها و همچنین تاب‌آوری آنان تأثیر به‌سزایی ایفا می‌کند<sup>(۲۳)</sup>.

در دهه‌های اخیر پرستاری جامعه‌نگر به نقش کلیدی و مهم خانواده در درمان، پیشگیری از عود بیماری و توان بخشی مددجویان مبتلا به اختلال دوقطبی تأکید بسیار نموده است. پرستاران بهداشت روان در تمامی مراحل درمان، آموزش و حمایت از مددجویان و خانواده‌های آنان، جایگاه بسیار مهم و ارزشمندی دارند. لذا پژوهشگر به عنوان روانپرستار بر آن شد تا با توجه به محدودیت مطالعاتی در این زمینه، پژوهشی با هدف تعیین تأثیر آموزش روان شناختی بر تاب‌آوری مراقبین خانوادگی مددجویان مبتلا به اختلال دوقطبی، انجام دهد.

### روش بررسی

پژوهش حاضر، یک مطالعه نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون در دو گروه کنترل و مداخله است که در پاییز و زمستان سال ۱۳۹۸ انجام گرفت. محیط پژوهش مرکز آموزشی و درمانی قدس شهر سنندج بود. تمامی مراقبان خانوادگی مددجویان مبتلا به اختلال دوقطبی بستری در این بیمارستان، جامعه پژوهش را تشکیل می‌دادند. نمونه‌گیری به شیوه مستمر انجام یافت. در این پژوهش ابتدا مراقبان خانوادگی گروه کنترل و سپس مراقبان خانوادگی گروه مداخله وارد مطالعه شدند (این شیوه به دلیل جلوگیری از انتقال اطلاعات در بین گروه‌ها بود).

که معیارهای ورود به مطالعه را دارا بودند، شناسایی شدند و ضمن توضیح اهداف مطالعه، اطمینان از محرمانه بودن اطلاعات و جلب مشارکت مراقبان رضایت‌نامه کتبی در اختیار شرکت‌کنندگان قرار داده شد؛ همچنین، به آن‌ها یادآوری شد که هیچ‌گونه اجباری برای شرکت در پژوهش و ادامه آن نیست.

پرسشنامه‌های جمعیت‌شناختی و تاب‌آوری توسط هر دو گروه کنترل و مداخله در دو بازه زمانی، پیش آزمون (ابتدای پژوهش) و پس آزمون (چهار هفته پس از پیش آزمون)، تکمیل شدند.

سپس آموزش روان‌شناختی برای مراقبان خانوادگی گروه مداخله در هفت گروه ۵-۴ نفره طی چهار جلسه در مدت زمان ۶۰-۴۵ دقیقه ارائه شد. جلسات هفته‌ای یک بار بود و در یکی از کلاس‌های آموزشی بیمارستان انجام گرفت. پس از گذشت یک ماه از مداخله مجدداً پرسشنامه تکمیل شدند. برنامه آموزش روان‌شناختی براساس محتوای تعیین شده در (جدول شماره ۱)، توسط روان‌پرستار در کلاسی آموزشی به صورت سخن‌رانی ذکر مثال و پرسش و پاسخ با مراقبان ارائه شد.

روایی و پایایی این پرسشنامه در داخل و خارج ایران توسط محققان بسیاری تأیید شده است<sup>(۲۴،۲۶،۲۷)</sup>، با وجود این پژوهشگر جهت تعیین پایایی پرسش‌نامه، آن را در اختیار پانزده نفر از مراقبان خانوادگی مددجویان که خارج از جامعه پژوهش بودند، اما مشخصات مشابه با این جامعه را داشتند، قرار داد و سپس، به روش همسانی درونی، مقدار ضریب آلفای کرونباخ را برای این پرسشنامه ۰/۸۶ محاسبه نمود، که نشان دهنده پایایی مطلوب برای این ابزار است. محتوای برنامه مداخله آموزشی شامل آشنایی با اختلال دوقطبی، میزان شیوع، علایم شایع و علل ایجادکننده بیماری، درمان‌ها، نحوه مراقبت از مددجو، معرفی افراد مشهور و موفق با اختلال دوقطبی، آشنایی با مفهوم تاب‌آوری و راهکارهای ارتقای تاب‌آوری بود، که از منابع معتبر پرستاری و پزشکی جمع‌آوری و توسط پنج تن از متخصصان پرستاری و روان‌پزشکی به تأیید رسید.

پس از دریافت مجوز از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی سنندج (IR.MUK.REC.1398.15)، ارائه معرفی‌نامه به محیط پژوهش و هماهنگی با مسئولین بیمارستان، برای همکاری در اجرای مطالعه هماهنگی لازم به عمل آمد. سپس مراقبان خانوادگی مددجویان مبتلا به اختلال دوقطبی

جدول شماره ۱: آموزش روان‌شناختی در مدت ۴ هفته

جلسه	عنوان آموزشی
اول	<ul style="list-style-type: none"> <li>• معارفه پژوهشگر با اعضا و اعضا با یکدیگر</li> <li>• آشنایی با اختلال دوقطبی، شیوع، علایم شایع و علل ایجادکننده، درمان‌ها</li> <li>• نحوه مراقبت از مددجو</li> <li>• معرفی افراد مشهور و موفق با اختلال دوقطبی</li> </ul>
دوم	<ul style="list-style-type: none"> <li>• مروری بر جلسه گذشته</li> <li>• آشنایی با مفهوم تاب‌آوری و راهکارهای ارتقای آن</li> </ul>
سوم	<ul style="list-style-type: none"> <li>• مروری بر مفهوم و راهکارهای ارتقای تاب‌آوری و آشنایی با مهارت‌های زندگی</li> </ul>
چهارم	<ul style="list-style-type: none"> <li>• مرور و جمع‌بندی کلی مطالب ارائه شده</li> </ul>

برای اجرای پس آزمون با آن‌ها هماهنگی شود و در هر محلی که مراقب راحت است (خانه یا بیمارستان) پرسشنامه‌های مرحله دوم تکمیل شوند. همچنین گروه کنترل در حین مطالعه برنامه‌ای جز برنامه آموزش معمول

گروه کنترل، پرسشنامه را به فاصله یک ماه از هم تکمیل نمودند. لازم به ذکر است که قبل از مطالعه شماره تماس و آدرس مراقبان گرفته شده بود و همچنین جهت محرمانه ماندن اطلاعات برای هر فرم یک کد در نظر گرفته شد، تا

در این پژوهش، ۶۴ مراقب مددجوی مبتلا به اختلال دوقطبی در دو گروه کنترل و مداخله، مورد مطالعه قرار گرفتند. یافته‌های حاصل از این پژوهش نشان می‌دهد که متوسط سن افراد شرکت کننده در پژوهش  $10/16 \pm$   $41/48$  سال بوده است. بیشتر مراقبان زن ( $54/7\%$ )، متأهل ( $73/4\%$ )، دارای مدرک تحصیلی دیپلم ( $31/3\%$ )، با شغل آزاد ( $28/1\%$ ) و سطح اقتصادی متوسط ( $64/1\%$ ) بودند. بیشترین تعداد مراقبان همسران مددجویان ( $29/7\%$ ) بودند و بیشتر نمونه‌ها ( $62/5\%$ ) سابقه ابتلا به بیماری در خانواده را نداشتند. متوسط تعداد افراد خانوار  $0/85 \pm$   $2/91$  نفر، متوسط سابقه ابتلا مددجو به بیماری  $2/97 \pm$   $4/61$  سال و متوسط تعداد دفعات بستری  $3/23 \pm$   $4/67$  نوبت بود (جدول شماره ۲).

بیمارستان دریافت نکرد. اما پس از اجرای پس‌آزمون گروه مداخله، به جهت رعایت موازین اخلاقی محتوای با هماهنگی لازم، با توجه به اینکه قبل از مطالعه شماره تماس و آدرس مراقبان گرفته شده بود محتوای آموزشی ارائه شده به گروه مداخله در اختیار گروه کنترل نیز قرار گرفت. تحلیل داده‌ها با بهره‌گیری از نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ و با استفاده از آمار توصیفی (فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی (تی مستقل، تی زوجی) انجام یافت. سطح معنی‌داری برای آزمون‌ها نیز کم‌تر از  $0/05$  لحاظ شد.

## یافته‌ها

جدول شماره ۲: مشخصات جمعیت‌شناختی مراقبان خانوادگی مددجویان مبتلا به اختلال دوقطبی بستری در مرکز آموزشی درمانی شهردار سنندج در سال ۱۳۹۸

مشخصات جمعیت‌شناختی مراقبان	گروه کنترل	گروه آزمون	کل مراقبان	نتایج
سن بر حسب سال (میانگین $\pm$ انحراف معیار)	$40/91 \pm 10/88$	$42/06 \pm 9/53$	$41/48 \pm 10/16$	* $t=0/45$ $df=62$ $P=0/65$
جنس	مرد ۱۴ ( $43/8\%$ )	۱۵ ( $46/9\%$ )	۲۹ ( $45/3\%$ )	** $X^2=0/63$ $df=1$ $P=0/80$
زن	۱۸ ( $56/3\%$ )	۱۷ ( $53/1\%$ )	۳۵ ( $54/7\%$ )	
وضعیت تأهل	متأهل ۲۲ ( $68/8\%$ )	۲۵ ( $78/1\%$ )	۴۷ ( $73/4\%$ )	*** $F=1/03$ $P=0/97$
جدا شده‌ها	۱ ( $3/1\%$ )	۱ ( $3/1\%$ )	۲ ( $3/2\%$ )	
بی‌سواد	۳ ( $9/4\%$ )	۲ ( $6/3\%$ )	۵ ( $8/7\%$ )	*** $F=3/94$ $P=0/58$
ابتدایی	۷ ( $21/9\%$ )	۴ ( $12/5\%$ )	۱۱ ( $17/2\%$ )	
تحصیلات	راهنمایی ۵ ( $15/6\%$ )	۱۰ ( $31/3\%$ )	۱۵ ( $23/4\%$ )	
دیپلم	۹ ( $28/1\%$ )	۱۱ ( $34/4\%$ )	۲۰ ( $31/3\%$ )	
لیسانس و بالاتر	۸ ( $25\%$ )	۵ ( $15/6\%$ )	۱۳ ( $20/3\%$ )	
خانه‌دار	۸ ( $25\%$ )	۸ ( $25\%$ )	۱۶ ( $25\%$ )	*** $F=4/14$ $P=0/56$
آزاد	۱۰ ( $31/3\%$ )	۸ ( $25\%$ )	۱۸ ( $28/1\%$ )	
شغل	کارمند ۲ ( $6/3\%$ )	۶ ( $18/86\%$ )	۸ ( $12/5\%$ )	
کارگر	۵ ( $15/6\%$ )	۷ ( $21/9\%$ )	۱۲ ( $18/8\%$ )	
بیکار	۵ ( $15/6\%$ )	۲ ( $6/3\%$ )	۷ ( $10/9\%$ )	
بازنشسته	۲ ( $6/3\%$ )	۱ ( $3/1\%$ )	۳ ( $4/7\%$ )	
ضعیف	۸ ( $25\%$ )	۷ ( $21/9\%$ )	۱۵ ( $23/4\%$ )	*** $F=0/19$ $P>0/99$
وضعیت اقتصادی	متوسط ۲۰ ( $62/5\%$ )	۲۱ ( $65/6\%$ )	۴۱ ( $64/1\%$ )	
خوب	۴ ( $12/5\%$ )	۴ ( $12/5\%$ )	۸ ( $12/5\%$ )	

*t=۱/۸۰	۲/۰ ± ۹۱/۸۵	۳/۰ ± ۹/۶۹	۲/۰ ± ۷۲/۹۶	تعداد افراد خانوار (میانگین ± انحراف معیار)
df = ۵۶	P=۰/۰۸			
*** F=۷/۷۸	۷ (/۱۰/۹)	۴ (/۱۲/۵)	۳ (/۹/۴)	پدر
P=۰/۲۴	۹ (/۱۴/۱)	۲ (/۶/۳)	۷ (/۲۱/۹)	مادر
	۹ (/۱۴/۱)	۷ (/۲۱/۹)	۲ (/۶/۳)	خواهر
	۶ (/۹/۴)	۴ (/۱۲/۵)	۲ (/۶/۳)	برادر
	۱۹ (۲۹%/۷)	۱۰ (/۳۱/۳)	۹ (/۲۸/۱)	همسر
	۱۲ (/۱۸/۸)	۴ (/۱۲/۵)	۸ (/۲۵)	فرزند
	۲ (۳%/۱)	۱ (/۳/۱)	۱ (/۳/۱)	سایر
**** W =۰/۸۹	۴/۶۱ ± ۲/۹۷	۴/۲۸ ± ۲/۸۴	۴/۹۴ ± ۳/۱۱	سابقه ابتلا مجدد مددجو به بیماری (به سال) (میانگین ± انحراف معیار)
P=0/39				
**** W =۰/۵۷	۴/۶۷ ± ۳/۲۳	۴/۴۷ ± ۳/۲۱	۴/۸۶ ± ۳/۲۹	تعداد دفعات بستری (میانگین ± انحراف معیار)
P=۰/۵۷				
** X2=۱/۰۷	۲۴ (/۳۷/۵)	۱۰ (/۳۱/۳)	۱۴ (/۴۳/۸)	سابقه خانوادگی ابتلا به بیماری
df=۱	P=۰/۳۰			

\*آزمون تی مستقل t \*\*آزمون کای دو x<sup>۲</sup> \*\*\*آزمون دقیق فیشر F \*\*\*\*آزمون من ویتنی w

تاب‌آوری در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون در هر گروه به صورت جداگانه، نشان می‌دهد که نمره تاب‌آوری در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه کنترل اختلاف آماری معنی‌داری نداشته است (p=۰/۱۱)، در حالی که افزایش آماری معنی‌داری در مرحله‌ی پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون در گروه مداخله مشاهده شد (p<۰/۰۰۱). (جدول شماره ۳)

میانگین نمره پیش‌آزمون تاب‌آوری در دو گروه کنترل و مداخله به ترتیب ۵/۸۰ ± ۲۲/۶۵ و ۵/۶۱ ± ۲۳/۴۴ بود که نشان می‌دهد دو گروه از این نظر اختلاف آماری معنی‌داری با هم نداشتند (p=۰/۵۹)، در حالی که میانگین نمره‌ی پس‌آزمون تاب‌آوری در گروه کنترل ۶/۱۲ ± ۲۳/۱۹ و در گروه مداخله ۳/۳۶ ± ۳۳/۹۷ بود که اختلاف آماری معنی‌داری را نشان می‌دهد (p<۰/۰۰۱). همچنین مقایسه نمره

جدول شماره ۳: مقایسه میانگین نمره‌های تاب‌آوری مراقبان خانوادگی مددجویان مبتلا به اختلال دوقطبی قبل و بعد از مداخله در دو گروه کنترل و آزمون ۱۳۹۸

نتیجه آزمون تی مستقل	آزمون		کنترل		گروه
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
t = ۰/۵۵ df=۶۲ P= ۰/۵۹	۵/۶۱	۲۳/۴۴	۵/۸۰	۲۲/۶۵	پیش‌آزمون
t = ۸/۷۳ df=۴۸ P<۰/۰۰۱	۳/۳۶	۳۳/۹۷	۶/۱۲	۲۳/۱۹	پس‌آزمون
	t = ۱۵/۸۵ P<۰/۰۰۱	df = ۳۱	t = ۱/۶۳ P= ۰/۱۱	df = ۳۱	نتیجه آزمون تی زوجی
	۳/۷۶	۱۰/۵۳	۱/۸۵	۰/۵۳	تغییرات



### بحث و نتیجه‌گیری

در مطالعه‌ی حاضر، یافته‌ها نشان داد که مقایسه‌ی میانگین نمره‌ی تاب‌آوری قبل از انجام مداخله در دو گروه مداخله و کنترل تفاوت آماری معنی‌داری نداشته است، اما پس از انجام مداخله افزایش آماری معنی‌داری در نمرات تاب‌آوری گروه مداخله نسبت به گروه کنترل مشاهده شد که بیانگر اثربخش بودن آموزش روان شناختی در افزایش سطح تاب‌آوری مراقبان خانوادگی مددجویان مبتلا به اختلال دوقطبی بوده است.

در پژوهشی مشابه در تهران، سیدفاطمی و همکاران، با انجام مطالعه‌ای نیمه‌تجربی، تأثیر آموزش روان شناختی بر تاب‌آوری مراقبان خانوادگی مددجویان مبتلا به اختلالات روانی شدید را مورد بررسی قرار دادند. بلافاصله و چهار هفته پس از اتمام مداخله در مرحله پس‌آزمون، مشخص شد که تاب‌آوری مراقبان در گروه مداخله ارتقا یافته است و افزایش سطح تاب‌آوری در مرحله پس‌آزمون دوم تأکیدی بر اثربخش بودن آموزش روان‌شناختی بر ارتقای سطح تاب‌آوری مراقبین بود<sup>(۲۴)</sup>. همچنین تقوی لاریجانی و همکاران نیز در شهر تهران مطالعه خود با عنوان بررسی تأثیر آموزش گروهی روان شناختی بر تاب‌آوری خانواده‌های مددجویان مبتلا به اسکیزوفرنی، اثربخش بودن آموزش روان شناختی را در ارتقای سطح تاب‌آوری خانواده‌ها نشان دادند<sup>(۲۰)</sup>.

مطالعات دیگری در زمینه بررسی تأثیر مداخلات آموزشی بر سطح تاب‌آوری مراقبان سایر بیماران نیز انجام گرفته است؛ الماسی و همکاران در شهر کرمانشاه، در پژوهشی اثربخشی آموزش مقابله با استرس، بر تاب‌آوری مادران دارای فرزند معلول را مورد بررسی قرار داد، که نتیجه مطالعه، افزایش سطح تاب‌آوری مادران در گروه مداخله، پس از انجام هشت جلسه آموزش بوده است<sup>(۲۸)</sup>. در پژوهشی دیگر صادقی و همکاران در شهر قم تأثیر آموزش الگوی خانواده سالم بر تاب‌آوری مادران دارای کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم را مورد بررسی قرار دادند که نتایج مطالعه نشان داد سطح تاب‌آوری مادران در گروه

مداخله، پس از انجام مداخله نسبت به قبل از انجام آن، افزایش یافته است<sup>(۱۹)</sup>. پژوهش ناعمی نیز در شهر سبزوار با هدف تعیین تأثیر اثربخشی آموزش خانواده محور بر سلامت روان و تاب‌آوری زنان دارای همسر معتاد انجام گرفت، و نتایج بیانگر این مطلب بود که انجام مداخله‌ی آموزشی به مدت هشت هفته برای افراد مورد پژوهش تأثیرگذار بوده و سلامت روان و تاب‌آوری آن‌ها افزایش یافته است<sup>(۲۹)</sup>.

پژوهش‌های انجام گرفته توسط Ozkan و همکاران در ترکیه، فلاحی خشک‌ناب و همکاران در تهران و -Martin Carrasco و همکاران در پرتغال و اسپانیا، که تأثیر آموزش روان شناختی را بر بار مراقبتی مراقبان مددجویان مبتلا به اسکیزوفرنیا مورد بررسی قرار دادند، نیز نشان داده که آموزش روان شناختی در کاهش بارمراقبتی مراقبان تأثیرگذار است<sup>(۲۱،۲۲،۳۰)</sup>. در پژوهش کنونی نیز، آموزش روان شناختی سطح تاب‌آوری نمونه‌های مورد پژوهش (در گروه مداخله) را افزایش داده است؛ بدین ترتیب نتایج به دست آمده از این پژوهش با نتایج مطالعات یاد شده، همسو است. نتایج مطالعات انجام شده و همچنین مطالعه حاضر نشان می‌دهد که در کشور ما که تنها منابع حمایتی مددجویان، خانواده‌ها و مراکز بستری کوتاه مدت هستند. نقش اصلی مراقبت و درمان مددجویان را مراقبان به عهده دارند، بدین ترتیب بیماری، نه تنها برای مددجو ایجاد نگرانی و استرس می‌نماید، بلکه مراقبان وی را نیز دچار آشفتگی‌های شدید می‌کند و منجر به فرسودگی، استرس و افزایش بار مراقبتی در مراقبان می‌گردد. مراقبان زمانی می‌توانند بر استرس مراقبت از مددجویی تحت مراقبت خود غلبه کنند و سلامت خود و خانواده را حفظ نمایند که تاب آور باشند. لذا همانطور که نتایج مطالعه حاضر نیز نشان می‌دهد، توجه به امر آموزش نقش به‌سزایی در ارتقای تاب‌آوری، کاهش استرس و بار مراقبتی مراقبان ایفا می‌کند.

نتیجه به دست آمده از پژوهش عمرانی‌فرد و همکاران در شهر اصفهان، تأثیر آموزش روان شناختی مبتنی بر نیاز را، در خانواده‌ها و همچنین مددجویان مبتلا به اختلال

اضطراب و بی‌خوابی و در نهایت مداخلاتی جهت پیشگیری از خودکشی در این بیماران را توصیه نمودند<sup>(۴۵)</sup>.<sup>(۴۲)</sup> بدین ترتیب این تحقیقات، بر این مطلب صحت گذاشته‌اند که محتوای آموزشی موجود در آموزش روان شناختی، در ارتقای سطح تاب‌آوری مراقبان تأثیرگذار است و برای دستیابی به این مهم، ارایه آموزش‌های لازم در این زمینه مورد نیاز است.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر، می‌توان به کوتاه مدت بودن دوره‌ی آموزش روان شناختی اشاره کرد، زیرا به نظر می‌رسد آموزش طولانی‌مدت و پیگیری‌های مداوم در اثربخشی بهتر این مداخله تأثیرگذار باشد. با وجود محدودیت‌های بالا، یافته‌های این پژوهش، شواهد تجربی مهمی در تأثیر آموزش روان شناختی بر تاب‌آوری مراقبین خانوادگی مددجویان مبتلا به اختلالات دوقطبی در ایران، ارائه نمود. بنابراین پیشنهاد می‌گردد، به آموزش روان‌شناختی به عنوان یکی از راهکارهای ارتقای تاب‌آوری در مراقبان خانوادگی مددجویان مبتلا به اختلالات روانپزشکی، توجه بیش‌تری نشان داده شود.

بسیاری از مراقبان خانوادگی مددجویان مبتلا به اختلالات روانپزشکی اطلاعات کمی درباره بیماری مددجو و عوارض روان شناختی بیماری بر روی اعضای خانواده (خستگی، اضطراب، ناامیدی، افسردگی و کاهش تاب‌آوری) دارند. روش‌های غیر دارویی همانند مداخلات پرستاری در مددجویان و مراقبان آنها مدت‌هاست که مورد غفلت قرار گرفته است و عموماً به مددجویان و مراقبان آنها درمان دارویی پیشنهاد می‌شود. پرستاران به دلیل ارتباط نزدیک و آشنایی با مشکلات روان شناختی مددجویان و مراقبان، می‌توانند با اجرای مداخلات پرستاری و آموزش، گام مؤثری در راستای اجرای پرستاری جامعه‌نگر و آگاهی مراقبان مددجویان بردارند. با توجه به این که، تاب‌آوری نقش مهمی در هنگام مواجهه مراقبان با شرایط بحرانی و استرس‌زا (هم به هنگام مراقبت از مددجو و هم در زندگی روزمره) ایفا می‌کند، بنابراین بر اساس یافته‌های مطالعه حاضر، می‌توان این گونه پیشنهاد نمود که،

اسکیزوفرنیا مورد بررسی قرار دادند، نشان داد که، آموزش روان شناختی منجر به افزایش عملکرد کلی و کیفیت زندگی مددجویان می‌شود، اما تأثیر قابل توجهی بر کیفیت زندگی خانواده‌های آنها ندارد<sup>(۳۱)</sup>، بدین ترتیب نتایج این مطالعه با پژوهش حاضر، همسو نمی‌باشد. یکی از دلایل مغایرت نتایج این پژوهش، تمرکز محتوای آموزشی ارائه شده در زمینه بیماری مددجو، علائم و نشانه‌های آن و عدم ادغام آموزش کیفیت زندگی و مهارت‌های آن در برنامه آموزشی مراقبان بود. در مقایسه با پژوهش حاضر، محتوای آموزشی ارائه شده ابعاد مختلفی، همچون آشنایی با بیماری و علائم و نشانه‌های آن، درمان، نحوه مراقبت از مددجو، آشنایی با مفهوم تاب‌آوری، راهکار ارتقا تاب‌آوری و آموزش مهارت‌های زندگی را در بر می‌گرفت. بدین ترتیب در پژوهش حاضر آموزش روان شناختی منجر به ارتقا سطح تاب‌آوری مراقبان گردید.

مطالعات نشان داده است که فقدان آشنایی مددجویان و مراقبان آنان از اختلال دوقطبی و همچنین سیر و درمان این بیماری، منجر به تصورات نادرست از این اختلال و عدم تبعیت مددجویان از درمان بیماری می‌شود<sup>(۳۲،۳۳)</sup>. یافته‌های سایر پژوهش‌ها، مبین این مطلب است که مداخلات خانوادگی<sup>(۳۷-۳۴)</sup> و راهبردهای آموزش روان‌شناختی<sup>(۴۱-۳۸)</sup> تأثیر به‌سزایی در ارتقای دانش و آگاهی مراقبان و مددجویان مبتلا به اختلال دوقطبی دارد. بر همین اساس مطالعاتی که توسط Miklowitz و همکاران، **Reinares** و همکاران و **Reinares** و همکاران، در مورد مددجویان مبتلا به اختلال دوقطبی انجام گرفته، نشان داده است که سطح دانش و آگاهی مراقبان مددجویان مبتلا به اختلال دوقطبی پس از اجرای برنامه آموزش روان شناختی در مقایسه با قبل از انجام مداخله، افزایش معنی‌داری داشته است<sup>(۳۷-۳۵)</sup>.

سایر مطالعات در زمینه آموزش روان شناختی به مددجویان و مراقبان آنان، ارایه اطلاعاتی در مورد بیماری، حمایت عاطفی از خانواده و مددجویان، روش‌های جلوگیری از مصرف مواد مخدر و الکل، آموزش روش‌های کاهش

**تقدیر و تشکر**

بدین وسیله از مسئولین دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی کردستان، کارکنان پرستاری، کادر درمان بیمارستان قدس شهر سنندج و همچنین مراقبین خانوادگی مددجویان مبتلا به اختلال دوقطبی که در راستای اهداف این پژوهش با ما همکاری نمودند، سپاسگزاری می‌کنیم.

به تأثیر سایر روش‌های آموزشی در مراکز درمانی و آموزشی، به عنوان یکی از راهکارهای ارتقای تاب‌آوری در مراقبان خانوادگی مددجویان سایر اختلالات روانپزشکی نیز، توجه بیش‌تری نشان داده شود.

**تعارض منافع:** هیچ گونه تعارض منافع توسط نویسندگان بیان نشده است.

**References**

1. Michalak E, Livingston JD, Hole R, Suto M, Hale S, Haddock C. 'It's something that I manage but it is not who I am': reflections on internalized stigma in individuals with bipolar disorder. *Chronic Illness*. 2011;7(3):209-24.
2. Miklowitz DJ, Chung B. Family-focused therapy for bipolar disorder: Reflections on 30 years of research. *Family process*. 2016;55(3):483-99.
3. James SL, Abate D, Abate KH, Abay SM, Abbafati C, Abbasi N, Abbastabar H, Abd-Allah F, Abdela J, Abdelalim A, Abdollahpour I. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet*. 2018;392(10159):1789-858.
4. Shamsaei F, Cheraghi F, Esmaeilli R. The family challenge of caring for the chronically mentally ill: A phenomenological study. *Iranian journal of psychiatry and behavioral sciences*. 2015;9(3):e1898. [Persian]
5. Livingston J. Self-stigma and quality of life among people with mental illness who receive compulsory community treatment services. *J Commun Psychol*. 2012;40(6):699-714.
6. Chan KK, Mak WW. The mediating role of self-stigma and unmet needs on the recovery of people with schizophrenia living in the community. *Quality of Life Research*. 2014;23(9):2559-68.
7. Kaakinen JR, Coehlo DP, Steele R, Robinson M. Family health care nursing: Theory, practice, and research. FA Davis. 2010: 449-69.
8. Voss C, Tasmania C. Hope, Empowerment, Resilience and Outcomes for Carers. Carers NSW Biennial Conference; 2011. New South Wales, Australia.
9. Zauszniewski JA, Bekhet AK, Suresky MJ. Indicators of resilience in family members of adults with serious mental illness. *Psychiatric Clinics*. 2015;38(1):131-46.
10. Haghranjbar F, Kakavand A, Borjali A, Bermas H. Resilience and quality of life of mothers with mentally retarded children. *Quarterly journal of health and psychology*. 2011;1:179-89. [Persian]
11. Saunders JC. Families living with severe mental illness: A literature review. *Issu Ment Health Nurs*. 2003;24(2):175-98.
12. Chang CC, Yen CF, Jang FL, Su JA, Lin CY. Comparing affiliate stigma between family caregivers of people with different severe mental illness in Taiwan. *J Nerv Ment Dis*. 2017;205(7):542-9.
13. Chang CC, Su JA, Chang KC, Lin CY, Koschorke M, Thornicroft G. Perceived stigma of caregivers: Psychometric evaluation for Devaluation of Consumer Families Scale. *Int J Clin Health Psychol*. 2018;18(2):170-8.
14. Smith-Osborne A. Life span and resiliency theory: A critical review. *Advances in social work*. 2007;8(1):152-68.
15. Girma E, Möller-Leimkühler AM, Dehning S, Mueller N, Tesfaye M, Froeschl G. Self-stigma among caregivers of people with mental illness: toward caregivers' empowerment. *J Multidiscipl Health Care*. 2014;7:37.

16. Macleod SH, Elliott L, Brown R. What support can community mental health nurses deliver to carers of people diagnosed with schizophrenia? Findings from a review of the literature. *Int J Nurs Stud.* 2011;48(1):100-20.
17. Glynn SM, Cohen AN, Niv N. New challenges in family interventions for schizophrenia. *Expert review of neurotherapeutics.* 2007;7(1):33-43.
18. 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. [Persian]
19. Sadeqi M, Ghadampour E, Esmaeili A. The effect of healthy family model training on resiliency mothers of children with autism spectrum disorder. *Journal of Counseling Research.* 2015;15(60):84-99. [Persian]
20. Taghavilarijani T, Noughani F, Danandehfard S. The Effect of Family Psychological Group Training on Resilience of the Families of Schizophrenic Patients. *Iran J Psychiatr Nurs.* 2019;7(2):83-9. [Persian]
21. Ozkan B, Erdem E, Ozsoy SD, Zararsiz G. Effect of psychoeducation and telepsychiatric follow up given to the caregiver of the schizophrenic patient on family burden, depression and expression of emotion. *Pak J Med Sci.* 2013;29(5):1122-7.
22. Martin-Carrasco M, Fernandez-Catalina P, Dominguez-Panchon AI, Gonçalves-Pereira M, Gonzalez-Fraile E, Munoz-Hermoso P, Ballesteros J. A randomized trial to assess the efficacy of a psychoeducational intervention on caregiver burden in schizophrenia. *European Psychiatry.* 2016;33(1):9-17.
23. Dalvand H, Rassafiani M, Bagheri H. Family Centered Approach: A literature review. *Modern Rehabilitation.* 2014;8(1):1-9.
24. Seyedfatemi N, Ahmadzad Asl M, Bahrami R, Haghani H. The Effect of Virtual Social Network Based Psycho-education on Resilience of Family Caregivers of Clients with Severe Mental Disorders. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing.* 2019;6(6):1-8. [Persian]
25. Connor KM, Davidson JR. Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression and anxiety.* 2003;18(2):76-82.
26. Campbell-Sills L, Stein MB. Psychometric analysis and refinement of the connor-davidson resilience scale (CD-RISC): Validation of a 10-item measure of resilience. *J Traum Stress: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies.* 2007;20(6):1019-28.
27. Keyhani M, Taghvaei D, Rajabi A, Amirpour B. Internal consistency and confirmatory factor analysis of the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) among nursing female. *Iranian journal of medical education.* 2015;14(10):857-65. [Persian]
28. Almasi A, Hatami F, Sharifi A, Ahmadijouybari T, Kaviannezhad R, Ebrahimzadeh F. Effectiveness of stress coping skills training on the resiliency of mothers of handicapped children. *Scientific journal of Kurdistan university of medical sciences.* 2016;21(2):34-42. [Persian]
29. Naimi A. The Effectiveness of Family-Based Education on Mental Health and Resilience of Women with Addicted Wife. *Woman in Development and Politics.* 2015;1(13):40-52. [Persian]
30. Fallahi Khoshknab M, Sheikhona M, Rahgouy A, Rahgozar M, Sodagari F. The effects of group psychoeducational programme on family burden in caregivers of Iranian patients with schizophrenia. *Journal of psychiatric and mental health nursing.* 2014;21(5):438-46.
31. Omranifard V, Yari A, Kheirabadi GR, Rafizadeh M, Maracy MR, Sadri S. Effect of needs-assessment-based psychoeducation for families of patients with schizophrenia on quality of life of patients and their families: A controlled study. *Journal of education and health promotion.* 2014;3.
32. Colom F, Vieta E, Martinez-Aran A, Reinares M, Benabarre A, Gasto C. Clinical factors associated with treatment noncompliance in euthymic bipolar patients. *J Clin Psych.* 2000 31;61(8):549-55.
33. Vieta E, Colom F. Psychological interventions in bipolar disorder: From wishful thinking to an evidence-based approach. *Acta Psychiatr Scand.* 2004;110:34-8.
34. Clarkin JF, Carpenter D, Hull J, Wilner P, Glick I. Effects of psychoeducational intervention for married patients with bipolar disorder and their spouses. *Psychiatric Services.* 1998;49(4):531-3.
35. Miklowitz DJ, Simoneau TL, George EL, Richards JA, Kalbag A, Sachs-Ericsson N, Suddath R. Family-focused treatment of bipolar disorder: 1-year effects of a psychoeducational program in conjunction with pharmacotherapy. *Biological psychiatry.* 2000;48(6):582-92.

36. Reinares M, Colom F, Martínez-Aran A, Benabarre A, Vieta E. Therapeutic interventions focused on the family of bipolar patients. *Psychoth Psychosom.* 2002;71(1):2-10.
37. Reinares M, Vieta E, Colom F, Martínez-Aran A, Torrent C, Comes M, Goikolea JM, Benabarre A, Sanchez-Moreno J. Impact of a psychoeducational family intervention on caregivers of stabilized bipolar patients. *Psychoth Psychosom.* 2004;73(5):312-9.
38. Colom F, Vieta E, Martínez-Aran A, Reinares M, Goikolea JM, Benabarre A, Torrent C, Comes M, Corbella B, Parramon G, Corominas J. A randomized trial on the efficacy of group psychoeducation in the prophylaxis of recurrences in bipolar patients whose disease is in remission. *Arch General Psych.* 2003;60(4):402-7.
39. Colom F, Vieta E, Sánchez-Moreno J, Martínez-Arán A, Torrent C, Reinares M, Goikolea JM, Benabarre A, Comes M. Psychoeducation in bipolar patients with comorbid personality disorders. *Bipolar Disorders.* 2004;6(4):294-8.
40. Miklowitz DJ, George EL, Richards JA, Simoneau TL, Suddath RL. A randomized study of family-focused psychoeducation and pharmacotherapy in the outpatient management of bipolar disorder. *Arch General Psych.* 2003;60(9):904-12.
41. Gonzalez-Pinto A, Gonzalez C, Enjuto S, Fernandez de Corres B, Lopez P, Palomo J, Gutierrez M, Mosquera F, Perez de Heredia JL. Psychoeducation and cognitive-behavioral therapy in bipolar disorder: an update. *Acta Psychiatr Scand.* 2004;109(2):83-90.
42. Frank E, Swartz HA, Mallinger AG, Thase ME, Weaver EV, Kupfer DJ. Adjunctive psychotherapy for bipolar disorder: effects of changing treatment modality. *J Abnormal Psychol.* 1999;108(4):579.
43. Lam DH, Bright J, Jones S, Hayward P, Schuck N, Chisholm D, Sham P. Cognitive therapy for bipolar illness—a pilot study of relapse prevention. *Cognit Therapy Res.* 2000;24(5):503-20.
44. Lam DH, Watkins ER, Hayward P, Bright J, Wright K, Kerr N, Parr-Davis G, Sham P. A randomized controlled study of cognitive therapy for relapse prevention for bipolar affective disorder: outcome of the first year. *Arch General Psych.* 2003;60(2):145-52.
45. Patelis-Siotis I, Young LT, Robb JC, Marriott M, Bieling PJ, Cox LC, Joffe RT. Group cognitive behavioral therapy for bipolar disorder: a feasibility and effectiveness study. *J Affec Disord.* 2001;65(2):145-53.