

نگرش مراقبین بیمار مبتلا به اختلال اسکیزوفرنی در مورد نحوه مراقبت از بیمار خود در منزل

پژوهشگران: مهین نادم بوئینی^۱، طاهره رضانی^۲، نعیم خدادادی^{۳*}، سیدمحبوبه موسوی لطفی^۴،
دکتر علی اکبر حق دوست^۵، محمد رضا یگانه^۶

(۱) کارشناس ارشد روان پرستاری، مرکز آموزشی-درمانی شفا، رشت، ایران
(۲) گروه پرستاری(روان پرستاری)، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، رشت، ایران
(۳) گروه پرستاری(روان پرستاری)، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران
(۴) گروه پرستاری(روان پرستاری)، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه آزاد اسلامی، رشت، ایران
(۵) اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران
(۶) گروه پرستاری(داخلی - جراحی)، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران

تاریخ دریافت مقاله: ۹۰/۷/۱۷

تاریخ پذیرش مقاله: ۹۱/۹/۳۰

چکیده

مقدمه: اسکیزوفرنی نوعی روان پریشی است که با تأثیرات مخرب بر افکار، رفتار و روابط، موجب مختل شدن عملکرد فرد می گردد. عدم مراقبت اصولی مراقبین، موجب عودهای پی در پی و افت توانمندیهای جسمی - روانی در بیمار می شود. بیش از ۷۰٪ از بیماران اسکیزوفرنی نزد خانواده هایشان زندگی می کنند بررسی نقاط ضعف نگرشی مراقبین و اصلاح آن می تواند آسایش جسمی و روحی بیماران را فراهم نماید.
هدف: این مطالعه با هدف تعیین نگرش مراقبین بیماران اسکیزوفرنی مراجعه کننده به بیمارستان روانپزشکی شهید بهشتی کرمان در مورد نحوه مراقبت از بیمار در منزل انجام گرفته است.

روش کار: طی این مطالعه توصیفی - تحلیلی، ۱۹۶ نفر از مراقبین بیماران اسکیزوفرنی با روش نمونه گیری آسان در محدوده زمانی اردیبهشت لغایت شهریور ۱۳۸۴ انتخاب شدند. جهت گرد آوری داده ها از پرسشنامه ای محقق ساخت که مشتمل بر دو بخش مشخصات دموگرافیک(بیمار و مراقبین) و نگرش بود، استفاده گردید. داده ها به صورت مصاحبه ساختار یافته جمع آوری و با آزمونهای آماری توصیفی و استنباطی نظیر تی و آنالیز واریانس یکطرفه مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

نتایج: یافته ها نشان داد، میانگین نمرات نگرش مراقبین $14/39 \pm 1/8$ بود، که نگرش متوسط و مثبت محسوب می شود. بین میانگین نمرات نگرش مراقبین با شاغل بودن بیمار ($P < 0/04$) و سطح تحصیلات بیمار ($P < 0/001$)، و نیز بین میانگین نمرات نگرش مراقبین با وضعیت شغلی مراقب ($P < 0/03$)، سابقه آموزشی مراقب ($P < 0/01$) و وضعیت اقتصادی مراقب ($P < 0/001$) ارتباط معنی دار مشاهده شد.
نتیجه گیری: براساس نگرش متوسط مراقبین به نحوه مراقبت استنباط می شود که مراقبین در جهت مراقبت صحیح از بیمار خود تا حدی انگیزه دارند. برای بالا بردن نگرش می توان با استفاده از رسانه های عمومی و وسائل ارتباط جمعی به آموزش خانواده ها در زمینه مراقبت در منزل پرداخت.

کلید واژه ها: نگرش / اسکیزوفرنی / مراقبین / مراقبت از بیمار

مقدمه

مکرر، نیاز به حمایت طولانی مدت روانی - اجتماعی و کاهش مادام العمر بهره وری از ویژگی های آن است. هم اکنون به علت سیر عموماً پیشرونده، نشانه های شدید و درمان طولانی بیماران مبتلا، ۵۰ درصد از تخت های بیمارستان روانی را اشغال نموده و ۱۶ درصد از کل بیماران روانپزشکی را که به اشکال مختلف تحت درمان قرار دارند، تشکیل می دهد(۳). اسکیزوفرنیا نزدیک به ۱/۵ تا ۰/۶

اسکیزوفرنیا از شایعترین اختلالات روانپزشکی همراه با اختلال در سیستم افکار، درک، هیجان، حرکات و رفتار می باشد(۱) و فرایند آن به گونه ای است که بیماران را دچار آسیب های متعدد در زندگی شخصی، خانوادگی و اجتماعی می نماید(۲). این بیماری مزمن ناتوان کننده همراه با چالش های متعدد در مدیریت و پیامدهاست. هزینه های مستقیم و غیر مستقیم زیاد متعاقب بستری های

افزایش بار مراقبتی و در نهایت ترک مراقبت از بیمار می گردد (۱۲). بعلاوه مطالعات در مورد عوامل مرتبط با علایم بیماری اسکیزوفرنی نشان داده اند که برخی ویژگیهای دموگرافیک بر بروز علایم اسکیزوفرنی تاثیر گذارند. در مطالعه کاکئواریزار (Caqueo-Urizar) و همکاران از بین عوامل مربوط به مراقبین، سن، جنس و سطح تحصیلات مراقبین بر نوع نگرش آنان نسبت به اسکیزوفرنی تاثیر گذار بوده است (۱۳). بروکر (Brooker) نیز معتقد است که سابقه کسب آموزش روانی در مراقبین، پیامدهای نامطلوب نگرش منفی را کاهش می دهد (۱۴). از آنجا که مطالعات در زمینه نگرش خانواده نسبت به اسکیزوفرنی نشان می دهد که تغییر نگرش آنان می تواند نقش تاثیر گذاری بر بهبود محیط زندگی، کاهش عود و کاهش بار و فشار مراقبت داشته باشد و مراقبین با دریافت اطلاعات کافی می توانند بطور همه جانبه از بیمار مراقبت و حمایت نمایند (۳). بنابراین، مطالعه بر روی چگونگی نگرش مراقبین، می تواند فرصت بیشتری برای روان پرستاران جهت راهنمایی، آموزش و الگو دادن به آنها در امر مراقبت از بیمار خود فراهم نماید و در نهایت به بهبود عملکردهای خانوادگی، شغلی، درمانی و اجتماعی منجر گردد. با توجه به کارکرد عمده خانواده این بیماران در کشور ما به عنوان مهم ترین سیستم حمایتی این افراد، نوع نگرش خانواده عامل بسیار مهمی در پیشگیری از عود بیماری است و با توجه به تدوین برنامه سامان دهی بیماران روانی در برنامه توسعه و اهمیت انطباق آن با نیاز مراقبین، ارزیابی مقدماتی مراقبین می تواند در برنامه ریزی بهداشت روانی مفید واقع گردد (۶). این پژوهش با هدف تعیین نگرش مراقبین بیماران مبتلا به اختلال اسکیزوفرنی مراجعه کننده به بیمارستان روان پزشکی شهید بهشتی کرمان در مورد نحوه مراقبت از بیمار خود در منزل انجام گرفت.

روش کار

این پژوهش، مطالعه ای توصیفی- تحلیلی است که در آن نگرش مراقبین بیماران مبتلا به اختلال اسکیزوفرنی (منظور از مراقب بیمار، فردی است اعم از والدین، همسر، فرزند و خواهر و برادر و یا دیگر بستگان که بیمار با آنها

درصد افراد بالای ۱۵ سال را طول عمر مبتلا می کند و در بیش از ۶۰ درصد موارد کاهش بارز فعالیت روانی- اجتماعی را در بر دارد (۴). شیوع این بیماری در آمریکا و جهان حدود ۱ درصد می باشد (۵). میزان شیوع اختلالات سایکوتیک در ایران بطور متوسط ۲۳/۶ درصد گزارش شده است (۶). در این بیماری هزینه های زیادی صرف درمان، توانبخشی و گاهی فقط، نگهداری بیماران مبتلا می شود (۷). مراقبت غیر اصولی افراد خانواده از بیمار مبتلا به اختلال اسکیزوفرنی، موجب عودهای پی در پی می شود. عملکرد نامناسب مراقبین مانند انتقاد کردن زیاد، دخالت بیش از حد در زندگی بیمار، گفته های مثبت اندک و بی توجهی به درمان و نگرش منفی مراقبین به بیمار، افت توانمندیهای ذهنی و روانی بیمار را به دنبال دارد و دوره بیماری و میزان عود آن را در بیمار تحت تاثیر قرار می دهد (۸). بیماران مبتلا به اختلال اسکیزوفرنی که مراقبین آنها به علت وجود بیماری روانی، هیجانات بالایی نشان داده اند و نگرش مناسب نسبت به بیمارشان نداشته اند در معرض خطر بیشتری برای عود بیماری هستند (۹). لذا درک ماهیت اختلال اسکیزوفرنی برای کاهش سوء تفاهمات موجود در جامعه لازم می باشد. درک ماهیت بیماری از طریق آموزش و افزایش دانش، می تواند نگرش مردم را تغییر و پیامدهای نامطلوب نگرش منفی را کاهش دهد. شواهد نشان می دهد در مواردی که مراقبین درک روشنی نسبت به بیمار ی، علایم و حالتهای بیمار داشته باشند، فشار و پریشانی مراقبت شوندگان کاهش یافته و توانایی مقابله با مشکلات آنان افزایش می یابد (۱۰). در این زمینه بایرامی معتقد است که نگرش منفی مراقبین بیماران مبتلا به اختلال اسکیزوفرنی، منجر به ایجاد این باور در مراقبین می گردد که آنان قادر به مراقبت از بیمار خود نیستند و در ارتباط با بیمار احساس شکست خود می کنند (۹). لابر (Lauber) در این مورد می نویسد کمبود دانش در مورد علایم بیماری از عوامل تنیدگی در خانواده بیماران روانی است که باعث ایجاد بحران در خانواده می شود (۱۱). شبیر (Shibre) و همکاران نیز معتقدند کمبود اطلاعات مراقبین منجر به عود های مکرر بیماری،

شامل ۲۰ سوال در زمینه سنجش نگرش بر اساس مقیاس ۵ درجه ای لیکرت (کاملاً موافقم، موافقم، بی نظرم، مخالفم، کاملاً مخالفم) در مورد نحوه مراقبت از بیمار در منزل بود. امتیاز گذاری پرسشنامه نگرش نیز با در نظر گرفتن جهت عبارات در عبارات دارای بار مثبت به صورت کاملاً موافق (۵)، موافق (۴)، بی نظرم (۳)، مخالف (۲)، کاملاً مخالف (۱) تنظیم شد و در سوالاتی که بار منفی، نحوه امتیاز دهی برعکس صورت گرفت. در کل ۱۰۰ نمره به سئوالات داده شد و به نسبت ۲۰ کوچک شد.

جهت تهیه روایی پرسشنامه از شاخص روایی محتوا قبل از جمع آوری داده ها استفاده شد. بدین ترتیب که پرسشنامه در اختیار ۱۰ نفر از افراد صاحب نظر که همگی اعضای هیئت علمی بودند. اعم از اساتید دانشکده پرستاری مامایی رازی، روان پزشکان و روانپرستار (کارشناسی ارشد) بیمارستان شهید بهشتی قرار گرفت، تا مناسبت هر یک از سوالها با اهداف پژوهش سنجیده شود. جهت محاسبه روایی به سوالات کاملاً مناسب امتیاز ۱ (یک) و مناسب امتیاز ۰/۶۶ و به سوالات نامناسب امتیاز ۰/۳۳ و کاملاً نامناسب امتیاز ۰ (صفر) داده شد. در اولین ویرایش پرسشنامه میانگین روایی سوالات نگرش از بین ۳۰ سوال ۰/۸۵ بود که ۲۰ سوال با روایی بیشتر انتخاب شد و روایی کل سوالات نگرش به ۰/۸۹ رسید. پایایی پرسشنامه با استفاده از روش پایایی آزمون مجدد تعیین شد. بدین ترتیب که با پرسشنامه مذکور از ۲۵ نفر از مراقبین به فاصله دو هفته در دو نوبت مصاحبه شد. پایایی سوالات نگرش در برنامه SPSS با استفاده از ضریب همبستگی اسپیرمن ۰/۹۰ محاسبه شد. جهت تجزیه و تحلیل داده ها از نرم افزار آماری SPSS 11.5 استفاده شد. به منظور تجزیه و تحلیل اطلاعات از آمار توصیفی (شاخص های مرکزی و پراکندگی و توزیع فراوانی) و آزمونهای پارامتریک (آزمون تی و آنالیز واریانس یکطرفه) استفاده شد.

نتایج

یافته ها نشان داد که اکثر بیماران مذکر (۷۱/۴٪)، متأهل (۴۹/۵٪)، بیکار (۷۱/۹٪) و اکثریت دارای مدرک تحصیلی زیر دیپلم (۵۳/۶٪)، بودند. بیشترین فراوانی

زندگی می کند و مراقب اصلی بیمار هستند و بیشترین ارتباط و سهم را در مراقبت از بیمار خود در منزل به عهده دارند). در مورد نحوه مراقبت از بیمارشان و مقایسه آنها بر حسب برخی ویژگیهای فردی (سن، جنس، وضعیت تاهل، تحصیلات و...) مورد بررسی قرار گرفته است. در این پژوهش اطلاعات در یک مرحله از واحدهای مورد پژوهش به صورت مصاحبه جمع آوری گردید. جامعه پژوهش، مراقبین بیماران مبتلا به اختلال اسکیزوفرنی مراجعه کننده به مرکز روان پزشکی شهید بهشتی کرمان که جهت ملاقات و ترخیص بیماران خود در بخشهای بیمارستان و یا ویزیت بیمار خود به کلینیک بیمارستان مراجعه می کردند، بود. معیار های ورود به مطالعه حداقل ۱۵ سال سن، هوشیاری کامل و عدم بیماری روانی تأیید شده می باشد. حجم نمونه با در نظر گرفتن دامنه اطمینان ۹۵٪ و $d=0/07$ برابر با ۱۹۶ نفر محاسبه گردید، که شامل ۱۹۶ نفر مراقبین بیماران مبتلا به اختلال اسکیزوفرنی مراجعه کننده به بیمارستان شهید بهشتی کرمان و محیط پژوهش دو بخش اورژانس زنان و مردان و دو بخش مردان و زنان، بخش اطفال و تشخیص دوگانه و درمانگاه روان پزشکی بود. جهت جمع آوری داده ها در ۵ ماه متوالی (از خرداد تا اواخر مهر ۸۴) در شیفت های صبح و عصر به بیمارستان مذکور مراجعه شد. بعد از بیان اهداف پژوهش به مراقبین، در صورت تمایل با استفاده از پرسشنامه ساختار یافته با آنها، مصاحبه شد. نمونه گیری به صورت آسان و غیر تصادفی بود. نمونه گیری تا رسیدن به حجم مورد نظر ادامه یافت. ابزار گردآوری داده ها در این پژوهش، پرسشنامه پژوهشگر ساخته ای بود که با استفاده از منابع موجود شامل کتاب و مقالات و با در نظر گرفتن فرهنگ جامعه تهیه و در دو بخش تنظیم گردید (۱۱، ۱۳، ۲۰، ۱۷).

بخش اول شامل دو قسمت الف) مشخصات فردی بیمار: شامل سن، جنس، میزان تحصیلات، مدت بیماری، وضعیت تاهل، وضعیت شغلی (۶ سوال) و ب) مشخصات فردی مراقب: شامل سن، جنس، میزان تحصیلات، نسبت با بیمار، مدت مراقبت، سابقه آموزشی، وضعیت شغلی، وضعیت اقتصادی (۸ سوال) بود. بخش دوم

که نگرش مثبت و متوسطی تلقی می شود. البته پژوهش لابر (Lauber) و همکاران که در سوئیس انجام شد، نشان داد که مراقبین بیماران سایکوز نگرش دو پهلو و مبهم و اکثراً منفی نسبت به مراقبت از بیمار خود دارند (۱۱). در تحقیق هوکینگ (Hocking) در استرالیا مشخص گردید که نگرش منفی نه تنها در جامعه و مراقب بلکه در بین پرسنل درمان هم وجود دارد (۲۱). در مطالعه کاکتواریزار (Caqueo-Urizar) و همکاران همچنین نگرش مراقب متمایل به منفی بوده است (۱۳).

با توجه به نگرش مثبت تر مراقبان پژوهش فوق، تاثیر عواملی چون نگرش های مذهبی، فرهنگ، میزان حمایت های اجتماعی از خانواده و بیمار، تاکید و پیگیری مراقبین در مصرف دارو و همچنین سفارشات پرسنل حرفه ای اعم از روان پرستار و روان شناس و پزشک معالج در مورد توجه به بیمار و بیماری را نباید از نظر دور داشت. در مورد ارتباط بین نگرش مراقبین با ویژگیهای فردی مراقبین، بین نگرش مراقبین با سابقه آموزشی، وضعیت شغلی مراقب و وضعیت اقتصادی مراقب ارتباط معنی داری وجود داشت. بیشترین میانگین نمرات نگرش مربوط به افراد با سابقه آموزشی (۱۵/۶۶) بود. بروکر (Brooker) نشان دادند که سابقه آموزش روانی در مراقبین موجب ارتقاء نگرش آنها می شود (۱۴). مطالعه کاکتواریزار و همکاران همسو با این مطالعه بود یعنی نگرش متمایل به منفی در مراقبین با سطح تحصیلات پایین تر مشاهده شد (۱۳). بیشترین میانگین نمرات نگرش مراقبین مربوط به شغل آزاد احتمالاً بود. مراقبین با شغل آزاد به دلیل استقلال زمانی، برنامه مراقبتی خود را به دلخواه با بیمار طرح ریزی می نمایند و از طرفی به دلیل داشتن شغل، نسبت به مراقبین خانه دار مدتی را به دور از ارتباط با بیمار می گذرانند که موجب می شود، فشار کمتری به آنها وارد شده و بر نگرش آنها تاثیر مثبت گذارد. در مطالعه کاکتواریزار و همکاران نیز ذکر شده کسانی که همه مسئولیت مراقبت چنین بیمارانی را بدوش می کشند نگرش منفی تری نسبت به این بیماری نشان می دهند (۱۳). بیشترین میانگین نمرات نگرش مربوط به مراقبین با وضعیت اقتصادی خوب

سنی بیماران مربوط به فاصله سنی ۲۷-۳۷ سال (۳۵/۲٪) بود. میانگین سنی بیماران ۳۴/۶۷ سال با انحراف معیار ۱۱/۸۹ بود و حداقل و حداکثر سن به ترتیب ۱۶ و ۷۳ سال بود. بیشترین فراوانی مدت بیماری ۱۱ سال و بیشتر (۳۶/۱٪) بود. میانگین مدت بیماری ۸/۸۲ سال با انحراف معیار ۷/۸۱ کمترین و بیشترین مدت بیماری به ترتیب ۰/۵ و ۴۰ سال بود. اکثر مراقبین مورد پژوهش، مونث (۷۵٪)، بیسواد (۴۶/۹٪) و دارای وضعیت اقتصادی به (۶۲/۲٪) بودند. از نظر شغل، اکثر آنها کارگر، کارمند و بازنشسته (۴۲/۹٪) بودند. اکثر مراقبین را والدین بیماران تشکیل می دادند (۸۸٪) و اکثریت آنها (۹۳/۹٪) سابقه شرکت در دوره های آموزشی را نداشتند. بیشترین فراوانی (۳۹/۳٪) مربوط به فاصله سنی ۴۹ سال و بیشتر و میانگین سنی مراقبین ۴۴/۸۲ سال با انحراف معیار ۱۳/۶۲ بود. مدت مراقبت با بیشترین فراوانی (۲۹/۱٪) ۲ سال و کمتر بود، میانگین مدت مراقبت ۷/۹۴ سال و انحراف معیار ۷/۲۷، حداقل و حداکثر سن مراقب به ترتیب ۱۶ و ۸۲ سال بوده است. کمترین و بیشترین مدت مراقبت به ترتیب ۰/۵ و ۴۰ سال بود. میانگین نگرش مراقبین ۱۴/۳۹ با انحراف معیار ۱/۸ بود. در مورد ارتباط بین ویژگیهای فردی مراقبین با نگرش آنان نتایج آزمون تی نشان داد که بین نگرش مراقبین با سابقه آموزشی مراقب ($P < 0/01$) ارتباط معنی داری وجود دارد. بعلاوه آزمون آنالیز واریانس یکطرفه نشان داد که بین نگرش مراقبین با وضعیت شغلی مراقب ($P < 0/03$) و وضعیت اقتصادی آنها ($P < 0/01$) ارتباط معنی داری وجود دارد. بیشترین میانگین نمرات نگرش مربوط به افراد با سابقه آموزشی (۱۵/۶۶) بود (جدول شماره ۲).

در ارتباط با وضعیت اقتصادی، از نظر شغل، بیشترین میانگین نمرات نگرش مراقبین مربوط به شغل آزاد (۱۴/۷۵) و کمترین میانگین مربوط به شغل بیکار (۱۳/۵) بود. بیشترین میانگین نمرات نگرش مربوط به مراقبین با وضعیت اقتصادی خوب (۱۵/۲۹) و کمترین میانگین نمرات نگرش مربوط به مراقبین با وضعیت اقتصادی بد (۱۴/۰۳) می باشد.

بحث و نتیجه گیری

میانگین نگرش واحدهای مورد پژوهش ۱۴/۳۹ بود

پاسخگویی صادقانه مراقبین موثر باشد. لذا برای غلبه بر این محدودیت، قبل از توزیع پرسشنامه توضیح کافی در رابطه با پژوهش مورد نظر داده شد. عواملی مثل شلوغی محیط، خستگی پاسخگو، اضطراب و نگرانی مراقبین می تواند بر پاسخگویی آنان تاثیر گذارد، سعی شد در محیطی مناسب و خلوت (یک اتاق ثابت در طی ساعت خاص و از قبل تعیین شده) پاسخ ها از طریق مصاحبه بین پژوهشگر با واحدهای مورد پژوهش جمع آوری شود.

تشکر و قدردانی

این پژوهش بخشی از پایان نامه است که با حمایت مالی دانشگاه علوم پزشکی کرمان انجام شده است. بدینوسیله از کلیه دست اندرکاران که در اجرای این تحقیق صمیمانه همراهی کردند تقدیر و تشکر می نمایم.

می باشد. بدین معنی که مراقبین با وضعیت اقتصادی خوب، نگرش بهتری نسبت به مراقبین با وضعیت اقتصادی بد در مورد نحوه مراقبت از بیمار داشتند. به نظر می رسد که در مراقبین با وضعیت اقتصادی بد، به دلیل احساس، دسترسی نداشتن به امکانات آموزشی مناسب، نداشتن رفاه و پاداش لازم فردی و اجتماعی و شیوع بیشتر بیماریهای عفونی و جسمی، قضاوت منفی تر نسبت به بیمار خود و شاید نسبت به همه امور زندگی داشته باشد. محسنی در این مورد می نویسد، فشارها و محدودیت های اقتصادی سبب می شود که میزان مصارف خدمات پزشکی در میان آنان کاهش یابد و از طرفی افراد دارای وضعیت اقتصادی بهتر، کمتر بیمار می شوند. چرا که از سطح زندگی بالاتری بهره می برند (۲۲). در مطالعه کاکثاوریزار و همکاران ارتباط معنی داری بین وضعیت اقتصادی و نگرش نسبت به بیماری وجود نداشت (۱۳). طبق یافته ها، مراقبین پژوهش جاری، نگرش نسبتاً مطلوب (۱۴/۳۹) داشته اند که این نشان می دهد که مراقبین مایل به کمک به بیمار خود و مراقبت از او هستند. در پژوهش جاری، وضعیت اقتصادی با نگرش رابطه معنی دار داشته است. بهتر است در جامعه شرایطی فراهم شود که مراقبین بتوانند خدمات بهداشتی درمانی را با توجه به مشکل تورم و مشکلات اقتصادی خانواده از طریق بیمه های مربوط برطرف کرده و مشکلات کمتری از نظر هزینه از قبیل ایاب و ذهاب، خوراک، درمان، مسکن و... داشته باشند. از آنجا که اکثر مراقبین بیسواد بودند و در واقع هیچ دوره آموزشی راجع به مراقبت از بیمار نگذرانده بودند. لازم است با توجه به سطح سواد آنها، تیم روانپزشکی خصوصاً پرستاران با استفاده از انواع روشهای آموزشی به آموزش آنها بپردازند. آموزش صحیح از طریق وسایل ارتباط جمعی و حذف نگاه منفی رسانه ها به بیماری روانی، نه تنها در افزایش آگاهی موثر است. بلکه در نگرش جامعه و نهایتاً نگرش خانواده و نزدیکان و مراقبین بیمار تاثیر مثبت خواهد گذاشت. احساس شرم و یا پنهان کردن بیماری روانی و یا احساس رنجش از نظر اصول و رفتارهای اخلاقی ممکن است به عنوان یک محدودیت بر پذیرش و نحوه

جدول شماره (۱): ارتباط متغیرهای فردی بیمار با نگرش مراقبین بیماران اسکیزوفرن مراجعه کننده به بیمارستان روانپزشکی شهید بهشتی کرمان، در مورد نحوه مراقبت از بیمار اسکیزوفرن در منزل

نتیجه آزمون	نگرش	حیطه مراقبت درمانی	حیطه مراقبت اجتماعی	حیطه مراقبت روانی	حیطه مراقبت جسمی	ویژگی های فردی	
p<۰/۱۱ T-test	۱۴/۷۱	۹/۸۱	۹/۸۶	۸/۹۸	۱۳/۰۷	زن	جنس
	۱۴/۲۶	۹/۶	۱۰/۷۵	۱۴/۳۴	۱۴/۳۴	مرد	
p<۰/۰۴ T-test	۱۴/۸۱	۹/۶	۱۱/۰۴	۹/۲۱	۱۳/۴	شاغل	شغل
	۱۴/۲۲	۹/۷	۱۰/۲۸	۹/۰۷	۱۴/۸	بیکار	
p<۰/۰۰۱ ANOVA	۱۳/۸۹	۹/۰۶	۹/۵	۹/۱۳	۱۲/۵۶	بیسواد	سطح تحصیلات
	۱۴/۲۴	۹/۹۳	۱۰/۷۸	۹/۰۴	۱۴/۳	زیر دیپلم	
	۱۵/۲	۹/۸۸	۱۰/۵۳	۹/۰۴	۱۴/۹۶	دیپلم	
	۱۵/۷۵	۹/۷۴	۱۱/۹۲	۹/۷۴	۱۳/۹۷	بالتر از دیپلم	
p<۰/۳۴ ANOVA	۱۴/۳۱	۹/۸۶	۱۰/۷۲	۹/۲	۱۴/۰۸	متاهل	وضعیت تاهل
	۱۴/۴۴	۹/۶۸	۱۰/۴	۹/۱۴	۱۳/۷۵	مجرد	
	۱۴/۰۷	۹/۶	۱۰	۹/۲۱	۱۵/۲۹	متارکه ومطلقه	
	۱۵/۴۵	۷/۹۱	۹/۶۸	۷/۵	۱۲	همسر مرده	
p<۰/۴۵ ANOVA	۱۴/۴۲	۱۰	۱۰/۱۷	۹/۱	۱۴/۵	۱۶-۲۶	سن بیمار
	۱۴/۳۹	۹/۴۶	۱۰/۹	۹/۱۳	۱۳/۷۹	۲۷-۳۷	
	۱۴/۰۱	۹/۸۳	۱۰	۸/۹۱	۱۴/۷	۳۸-۴۸	
	۱۴/۷۲	۹/۶۵	۱۰/۶	۹/۳۱	۱۲/۴۱	≥۴۹	
p<۰/۸۲ ANOVA	۱۴/۵۹	۹/۵۸	۱۰/۶۷	۹/۴۴	۱۴/۰۸	≤۲	مدت بیماری
	۱۴/۲۹	۹/۷۸	۱۰/۰۵	۸/۷۲	۱۳/۷۸	۳-۶	
	۱۴/۳۲	۱۰/۰۹	۱۰/۶	۸/۷۳	۱۴/۰۵	۷-۱۰	
	۱۴/۲۹	۹/۵۶	۱۰/۵۲	۹/۳۵	۱۴	≥۱۱	

جدول شماره (۲): ارتباط متغیرهای فردی با نگرش مراقبین بیماران اسکیزوفرن مراجعه کننده به بیمارستان روانپزشکی شهید بهشتی کرمان، در مورد نحوه مراقبت از بیمار اسکیزوفرن در منزل

نتیجه آزمون	نگرش	حیطه مراقبت درمانی	حیطه مراقبت اجتماعی	حیطه مراقبت روانی	حیطه مراقبت جسمی	ویژگی های فردی	
p<۰/۰۵ T-test	۱۴/۳۴	۹/۵۶	۱۰/۵۴	۹/۱۸	۱۴/۲۸	زن	جنس
	۱۴/۵۴	۱۰/۰۶	۱۰/۰۲	۸/۹۱	۱۳/۰۶	مرد	
p<۰/۰۱ T-test	۱۵/۶۶	۹/۷۲	۱۱/۲۵	۸/۶۱	۱۴/۹	بلی	سابقه آموزشی
	۱۴/۳	۹/۶۹	۱۰/۴۴	۹/۱۴	۱۳/۹۲	خیر	
p<۰/۰۷ ANOVA	۱۴/۲۲	۹/۶۷	۱۰/۲۴	۹/۲	۱۳/۶۵	بیسواد	سطح تحصیلات
	۱۴/۲۲	۱۰/۱۵	۱۰/۶۸	۹/۱۹	۱۳/۸۷	زیر دیپلم	
	۱۴/۹۹	۹/۲۳	۱۱/۴۴	۸/۸۴	۱۵/۶۹	دیپلم	
	۱۵/۲۸	۹/۶۹	۹/۳۷	۸/۶۱	۱۳/۳۳	بالتر از دیپلم	
p<۰/۰۷۴ ANOVA	۱۴/۳۲	۹/۹۶	۱۰/۶۵	۹/۲	۱۴/۰۶	والدین	نسبت با بیمار
	۱۴/۳۷	۹/۶۹	۱۰/۵۹	۹/۰۷	۱۴/۱۸	همسر	
	۱۴/۳۱	۸/۶۱	۹/۳۷	۸/۸۸	۱۰/۳۳	فرزند	
	۱۴/۹۵	۹/۴۱	۱۰/۲۹	۹/۰۱	۱۴/۸۲	خواهر و برادر	
	۱۳/۸۶	۷/۷۷	۹/۱۶	۸/۸۸	۱۶	دیگر بستگان	
p<۰/۰۳ ANOVA	۱۴/۵۹	۹/۸	۱۰/۴۷	۹/۰۸	۱۳/۸۳	(کارمند، کارگر، بازنشسته)	شغل مراقب
	۱۴/۷۵	۹/۹	۱۱/۲۸	۹/۲۳	۱۴/۰۵	شغل آزاد	
	۱۴/۲۴	۹/۴۸	۹/۸	۹/۰۳	۱۳/۹۶	خانه دار	
	۱۳/۵	۹/۴۶	۱۰/۸	۹/۲	۱۴/۴	بیکار	
p<۰/۰۰۱ ANOVA	۱۵/۲۹	۱۰	۱۰/۸۳	۸/۴۴	۱۳	خوب	وضعیت اقتصادی مراقب
	۱۴/۹	۹/۸۸	۱۱/۳۱	۹/۱۵	۱۴	متوسط	
	۱۴/۰۳	۹/۵۶	۱۰/۰۶	۹/۱۸	۱۳/۷۸	بد	
p<۰/۰۱۹ ANOVA	۱۴/۰۹	۸/۸۲	۹/۵۵	۸/۰۳	۱۳/۱۷	۱۶-۲۶	سن مراقب
	۱۴/۳۴	۹/۸۲	۱۰/۷۶	۹/۱۴	۱۴/۰۵	۲۷-۳۷	
	۱۴/۷۸	۹/۵۶	۱۰/۲۴	۹/۴۵	۱۴/۸۱	۳۸-۴۸	
p<۰/۰۶۲ ANOVA	۱۴/۱۳	۱۰	۱۰/۶۸	۹/۰۴	۱۳/۴۵	≥۴۹	مدت مراقبت
	۱۴/۶۵	۹/۵۷	۱۰/۵	۹/۳۳	۱۴/۱۸	≤۲	
	۱۴/۲۳	۹/۶۵	۱۰/۱۵	۸/۷۷	۱۳/۶۳	۳-۶	
	۱۴/۲۸	۱۰/۳۶	۱۰/۵۴	۸/۷۳	۱۴/۰۵	۷-۱۰	
	۱۴/۲۸	۹/۴۹	۱۰/۶۶	۹/۴۳	۱۴/۰۳	≥۱۱	

References:

1. Nadem B M, Ramezani T, Haghdoost AA. Caregivers of schizophrenic patients referring to Shahid Beheshti Hospital in Kerman in home care. *Journal of Holistic nursing midwifery*. 2008. 59. pp:34-50. [Text in Persian].
2. Khodadadi N, Baghaei M, Mahmoodi H, Sheikholeslami F. Quality of life schizophrenic patient. *journal of medical sciences research of Zahedan*. 1391.53. pp:61. [Text in Persian].
3. Awad AG, Voruganti LN. The burden of schizophrenia on caregivers: a review. *Pharmacoeconomics*. 2008.26(2) pp:149-62.
4. Malakooti K, Noroozi M. Follow up and mental health in patients with chronic mental. *Journal of Thought and behavior*. 1995. 2 (1, 2). pp:47-41. [Text in Persian].
5. Videbeck S L. *psychiatric mental health nursing*. USA: lippincott Williams and wilkins. 2003. pp :290-325.
6. Khabaronline.ir [Internet]. Statistiscs of mental disisee in iran. Tehran: khabar Online news agency. 2013. Available from: <http://khabaronline.ir/detail/257565/>
7. Fadaei F, Jamnegad M, Mazinani R. Painting used to reduce anxiety. *Journal of Rehabilitation*. 2002.10. pp:11-6. [Text in Persian].
8. Irani Negad KH. Schizophrenia information for families Cooperation center of the World Health Organization's in Mental Health. Tehran: Psychiatric Institute. 2003. pp :90-95. [Text in Persian].
9. Birami M. Family and its pathology. Tabriz : Idin. 2008. pp: 76-80. [Text in Persian].
10. Chien WT, Norman I, Thompson DR. A randomized controlled trial of a mutual support group for family caregivers of patients with schizophrenia. *Int J Nurs Stud*. 2004 Aug.41(6).pp:637-49.
11. Lauber ch, Rössler W. Relatives and their attitude to early detection of schizophrenic psychosis. *The Psychiatrist*. 2003. 27. pp: 134-136.
12. Shibre T, Medhin G, Teferra S, Wakwoya A, Berhanu E, Abdulahi A, et al. Predictors of carer-burden in schizophrenia: a five-year follow-up study in Butajira, Ethiopia. *Ethiop Med J*. 2012. 50(2).pp:125-33.
13. Caqueo-Urizar A, Gutiérrez-Maldonado J, Ferrer-García M, Peñaloza-Salazar C, Richards-Araya D, Cuadra-Peralta A. Attitudes and burden in relatives of patients with schizophrenia in a middle income country. *BMC Fam Pract*. 2011 Sep 26.12(1).pp:101.
14. Brooker C . The health education needs of families caring for a schizophrenic relative and the potential role for community psychiatric nurses. *J Adv Nurs*. 1990 Sep.15(9). pp:1092-8.
15. Malakooti K. Chronic caregiver stress and mental requirements. *Hakim research Journal*. 2003. 6(2). pp: 9-2. [Text in Persian].
16. Lintner B. *Living with Schizophrenia*. Translated By :Mahshid Frooghan . Tehran: Andishe avar.2001. [Text in Persian].
17. Fookian Z, Alikhani M, S almanyazdi N, Jamshidi R. Assessment Quality of life in first-degree relatives who take care of cancer patients . *Journal of Iran Nursing*. 2004.17(38). pp:56-48. [Text in Persian].
18. Bayanzade A, Noori Ghasemabadi R, Karbalaei N A. Assessment of chronic schizophrenic patients and their caregivers after hospital discharge. *Journal of Medical Sciences of Iran*. 2002. 9(31). pp:491-499. [Text in Persian].
19. Asadolahi Gh, Abasali A. Guide for families of patients with schizophrenia. Isfahan: Isfahan University of Medical Sciences.2009. [Text in Persian].
20. Kadri N, Manoudi F, Berrada S, Moussoui D. Stigma impact on Moroccan Families of patients with schizophrenia. *Can J psychiatry*. 2004. 49(9).pp: 625-629.
21. Hocking B. Reducing mental illness stigma and discrimination - everybody's business. *MJA*. 2003. 178(5).pp: 47-48.
22. Mohseni M. *Principles of Health Education*. 3th ed. Tehran: Tahoori. 2003. [Text in Persian].

Attitude of schizophrenic patients' care givers about their method of patient caring at home

BY: Nadem B M¹, Ramezani T², Khodadadi N*³, Moosavi L SM⁴,
Haghdoost AA⁵, Yeganeh MR⁶

1) MSc in Psychiatric Nursing, Educational and Therapeutic Center of Shafa, Rasht, Iran

2) Department of Nursing (Psychiatric Nursing), School of Nursing and Midwifery, Kerman University of Medical Science, Kerman, Iran

3) Department of Nursing (Psychiatric Nursing), School of Nursing and Midwifery, Guilin University of Medical Science, Rasht, Iran

4) Department of Nursing (Psychiatric Nursing), School of Nursing and Midwifery, Islamic Azad University, Rasht, Iran

5) Epidemiology, School of Health, Kerman University of Medical Science, Kerman, Iran

6) Department of Nursing (Medical –Surgical), School of Nursing and Midwifery, Guilin University of Medical Science, Rasht, Iran

Received: 2011/10/08

Accept: 2012/12/20

Abstract

Introduction: Schizophrenia is a type of psychosis which disturbs one's function through its destructive effects on mind, behavior and personal interaction. More than 70% of schizophrenic patients are living with their families. Lack of correct cares of caregivers causes repeated and decreases patient's physical and mental abilities. Studying the weak points of caregivers' attitudes can provide the physical and spiritual comfort to patients.

Objective: This study aimed to determine the attitudes of care givers of schizophrenic patients referring to Kerman Shahid Beheshti hospital regarding their method of caring for patient at home in 2005.

Methods: In this analytical and descriptive study, 196 care givers of schizophrenic patients were selected by convenience sampling during a period of five months. For data gathering, a two-part researcher- made demographic (patient and caregiver) questionnaire was used. Data were gathered by structured interview and analyzed using descriptive and analytical statistic tests such as T-test and One-way ANOVA.

Results: Findings showed mean score of caregivers' attitude was 14.39(SD=1/8) which is a moderate and positive attitude. There was a statistically significant relationship between mean score of caregivers' attitude and patient employment ($p<0.04$) and level of education ($p<0.001$) and also between mean score of caregivers' attitude with his job status ($p<0.03$), instruction history of caregiver ($p<0.01$) and caregiver's economic status ($p<0.001$).

Conclusion: Based on moderate attitude of caregivers about method of caring, it can be said that they have the motivation for proper care giving. Caregivers' attitude can be elevated through public and family education regarding home care using public media and mass communication tools.

Key words: Attitude/ schizophrenia /Caregivers / Patient care

*Corresponding Author: Naeima Kodadadi, Rasht, School of Nursing and Midwifery

Email: n_khodadady@yahoo.com