

# بررسی آگاهی و نگرش خانواده های بیماران مبتلا به افسردگی اساسی مراجعه کننده به مرکز آموزشی درمانی شفای رشت در مورد پیگیری درمان

سید علی طبائی<sup>۱</sup>، هایده محمودی<sup>۲</sup>، مژگان بقایی<sup>۳</sup>، احسان کاظم نژاد<sup>۴</sup>

(۱) کارشناس ارشد آموزش پرستاری (روانپرستاری)

(۲) آموزش پرستاری (روانپرستاری)، مربی و عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی گیلان

(۳) آموزش پرستاری (داخلی - جراحی)، مربی و عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی گیلان

(۴) آمار حیاتی، استادیار و عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی گیلان

تاریخ دریافت مقاله: ۸۹/۵/۴

تاریخ پذیرش: ۸۹/۸/۸

## چکیده

**مقدمه:** پیگیری ناکافی درمان افسردگی عامل اصلی عود بیماری و کاهش عملکرد مبتلایان و از چالش های اخیر مدیریت بهداشتی است که نقش آگاهی و نگرش اعضای خانواده را مورد توجه قرار داده است.

**هدف:** مطالعه حاضر با هدف تعیین ارتباط آگاهی و نگرش خانواده های بیماران مبتلا به افسردگی اساسی مراجعه کننده به مرکز آموزشی درمانی شفای رشت در مورد پیگیری درمان انجام شده است.

**روش کار:** این مطالعه توصیفی - مقطعی بر روی ۱۵۰ نفر از اعضای خانواده بیماران مبتلا به افسردگی اساسی، دارای معیارهای ورود به مطالعه، انجام شده است که به روش نمونه گیری در دسترس از درمانگاه بیمارستان شفای رشت انتخاب شدند. داده ها به روش خود ایفا و توسط پرسشنامه سه بخشی شامل اطلاعات فردی اجتماعی، ابزارهای آگاهی سنجی و نگرش سنجی نسبت به پیگیری درمان گردآوری و تحت نرم افزار SPSS ویرایش ۱۶/۵ تحت تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفتند.

**نتایج:** یافته ها نشان داد که ۵۶ درصد واحدهای مورد پژوهش از آگاهی خوبی برخوردار بودند و میزان آگاهی با متغیرهای سن ( $p < 0/004$ ) و تحصیلات ( $p < 0/002$ ) ارتباط معنادار آماری داشت. همچنین اکثر واحدهای مورد پژوهش (۸۴/۷٪) از نگرش مثبت برخوردار و نوع نگرش تنها با متغیر میزان تحصیلات ( $p < 0/004$ ) ارتباط آماری معنادار نشان داد. در نهایت با وجود آنکه اکثریت افراد دارای آگاهی خوب (۸۶/۹٪) دارای نگرش مثبت نسبت به پیگیری درمان بودند، اما ارتباط معناداری بین آگاهی و نگرش خانواده ها مشاهده نشد.

**نتیجه گیری:** این مطالعه نشانگر وجود ارتباط معنادار بین دو متغیر اصلی تحقیق نبود. بنابراین تحقیقات بیشتری با تعداد نمونه بزرگتر و یا حتی ابزارهای استاندارد شده بررسی آگاهی و نگرش در مورد پیگیری درمان مورد نیاز است.

**کلید واژه ها:** آگاهی، نگرش، افسردگی، خانواده

## مقدمه

این عارضه، که افسردگی اساسی تک قطبی نیز نامیده می شود، سندرمی با خلق افسرده مداوم است که دو هفته یا بیشتر طول می کشد. احساس افسردگی با علائم خلق افسرده، کاهش قابل توجه علاقه یا احساس لذت، کاهش قابل توجه وزن، اختلال در خواب به شکل کم خوابی یا پر خوابی، کندی روانی-حرکتی، خستگی، احساس بی ارزش بودن، احساس گناه، کاهش قدرت تفکر و تمرکز و افکار تکرار شونده مرگ همراه است. افسردگی اساسی اغلب تحت درمان مناسب قرار نمی گیرد. این

بیماریهای روانی از بدو پیدایش بشر وجود داشته و افراد از هر طبقه اقتصادی-اجتماعی خاص در مقابل این بیماریها مصونیت ندارند، بنابراین خطری است که بشر را مرتباً تهدید می کند (۱) همچنین ابتلا به بیماریهای روانی از دسته اختلالات شایعی است که بیش از ۲۵ درصد افراد را در طول دوره زندگی شان درگیر می سازد (۲). افسردگی در میان این اختلالات با فراوانی ۵۰/۸ میلیون نفر (۱۰/۷٪) در صدر قرار دارد (۱) و شایعترین نوع این اختلال نیز افسردگی اساسی است (۳).

مهم خود می تواند به کاهش شدید عملکرد شغلی، خانوادگی و اجتماعی فرد منجر گردد و در نهایت به خودکشی (شایعترین مشکل) همراه با احساس بی ارزشی، غصه و ناامیدی ختم گردد (۴).

از طرف دیگر اختلال افسردگی اساسی عمدتاً ماهیتی مزمن و عود کننده دارد (۵). از این رو سازمان بهداشت جهانی افسردگی اساسی را به عنوان دلیل اصلی ناتوانی در بالغین ملل پیشرفته جهان شناسائی کرده است (۶). علاوه بر آن میزان عدم رعایت توصیه های درمانی در بیماران روانی درمقایسه با بیماران جسمی بیشتر بوده (۵) و قطع درمان یکی از مشکلات اساسی در این بیماران است که باعث عود مکرر، بستری مجدد و افت عملکرد آنها می شود (۷).

رعایت منظم دستورات جهت کاستن از دفعات عود علائم و نشانه های این اختلال تحت تاثیر متغیرهای متعددی قرار دارد که می توان از خانواده به عنوان یکی از متغیرهای بسیار مهم اشاره نمود (۸). زیرا افراد فعالیتهای مراقبت از سلامتی، باورهای سلامتی و ارزشهای آن و واکنشهای رفتاری را از خانواده یاد می گیرند. بدین ترتیب یک ارتباط قوی بین خانواده و وضعیت سلامت اعضای آن وجود دارد (۹) به عبارت دیگر سیستم حمایتی خانواده می تواند در سراسر روند درمان مفید و در شناخت علائم عود و جلوگیری از بروز افسردگی کمک کننده باشد (۱۰). در این راستا آگاهی خانواده در زمینه روند درمان مهم خواهد بود (۱۱). خانواده آگاه می تواند فعالانه درگیر برنامه ترخیص و تنظیم اهداف پیگیری درمان شود (۱۲). از طرفی دیگر نگرش خانواده های بیماران روانی در ارتباط با درمان، نقش محوری در تصمیم گیری و پیگیری درمان دارد (۱۳). چرا که نگرش شالوده دانش افراد را در تعامل با دیگران فراهم می سازد (۱۴). به بیان دیگر آگاهی و نگرش مناسب خانواده نسبت به درمان می تواند به مداخله های مثبت خانواده کمک نموده و از طریق آن از شمار پذیرش، طول مدت بستری و شدت علائم بیماری کاسته و سازگاری اجتماعی و شغلی بیمار را

افزایش دهد (۱۵).

با توجه به درصد پائین رعایت و پیگیری درمان توسط بیماران و نیز مزمن بودن این بیماری و همچنین نقش اساسی خانواده در پیگیری درمان این بیماران و از آنجائی که تاکنون مطالعات اندکی در خصوص تعیین آگاهی و نگرش خانواده های بیماران مبتلا به افسردگی اساسی در کشور انجام شده است، این پژوهش می کوشد وضعیت آگاهی و نگرش خانواده ها، در مورد پیگیری درمان بیماران مبتلا به افسردگی اساسی در گیلان را مشخص نموده تا پایه ای به منظور ارتقاء دانش و آگاهی و احیاناً تغییر نگرش این خانواده ها فراهم سازد.

### روش کار

این پژوهش یک مطالعه توصیفی- مقطعی است که به منظور بررسی آگاهی و نگرش خانواده های بیماران مبتلا به افسردگی اساسی مراجعه کننده به مرکز آموزشی درمانی شفای رشت در مورد پیگیری درمان انجام شده است. جامعه پژوهش در این مطالعه خانواده های بیماران مبتلا به افسردگی اساسی مراجعه کننده به مرکز آموزشی درمانی شفای رشت بودند. خانواده های واجد شرایط از میان افرادی انتخاب شدند که مسئولیت مراقبت مستقیم از بیمار و پیگیری درمان وی را به عهده داشته، جزء بستگان درجه اول نظیر پدر، مادر، همسر، فرزند، خواهر، برادر بوده، دارای حداقل سواد خواندن و نوشتن، سابقه حداقل یک بار بستری بیمار وابسته در مراکز روانی درمانی و توانائی برقراری ارتباط کلامی را داشته باشند. همچنین این افراد باید فاقد سابقه ابتلا به بیماری روانی خاص طبق اظهار خود بوده و رضایت خود جهت شرکت در تحقیق را نیز اعلام نموده باشند.

روش نمونه گیری به صورت در دسترس بوده و پژوهشگر در فاصله زمانی ۵ ماه در شیفت صبح به درمانگاه بیماران سرپایی در محیط پژوهش مراجعه و اقدام به جمع آوری اطلاعات نموده است. ابزار گرد آوری داده ها در این پژوهش، پرسشنامه ای

مشمول بر سه بخش می باشد. بخش اول شامل ۱۹ سؤال در خصوص ویژگی های فردی و اجتماعی پرسش شوندگان نظیر سن، جنس، شغل، میزان تحصیلات، نسبت با بیمار، محل سکونت، تعداد اعضای خانواده که با بیمار زندگی می کنند، نوع مسکن، میزان کل درآمد خانواده، وجود بیماری روانی دیگر در خانواده (نسبت وی با بیمار و نگهداری از آن در همین خانواده)، سابقه دریافت آموزش در مورد پیگیری درمان و منبع کسب اطلاعات و نیز برخی مشخصات بیمار مبتلا نظیر سن، جنس، وضعیت تاهل، سن شروع بیماری، وضعیت اشتغال بیمار، وضعیت پوشش بیمه ای، تعداد دفعات بستری و میزان تحصیلات وی بود. بخش دوم با هدف سنجش میزان آگاهی واحدهای مورد پژوهش در خصوص موضوعات مختلف پیگیری درمان طراحی گردیده که مشتمل بر ۲۳ سؤال با پاسخ های چند گزینه ای دارای یک پاسخ صحیح بود. بخش سوم پرسشنامه نیز که با هدف تعیین نگرش واحدهای مورد پژوهش در خصوص موضوعات مختلف پیگیری درمان (شامل ۱۴ عبارت) تدوین شده بود که پاسخ هایی بر اساس معیار لیکرت در پنج سطح موافقم (امتیاز ۵)، نسبتاً موافقم (امتیاز ۴)، نظری ندارم (امتیاز ۳)، نسبتاً مخالفم (امتیاز ۲) و مخالفم (امتیاز ۱) بود. ۷ عبارت منفی در این ابزار موجود بود که امتیاز دهی آن به صورت معکوس انجام می گرفت. جهت تعیین روائی ابزار از روش تعیین اعتبار محتوا استفاده گردید. به منظور سنجش میزان اعتماد ابزار گردآوری داده ها، از روش آزمون مجدد استفاده شد و ضریب پایایی برای بخش آگاهی (۰/۹۸) و بخش نگرش (۰/۹۵) بود. جهت تجزیه و تحلیل داده ها ابتدا متغیرهای اصلی یعنی آگاهی و نگرش (متغیرهای کیفی، مقیاس رتبه ای) تحت آزمون کولموگروف اسمیرنوف قرار گرفته و نتیجه آزمون مشخص نمود که توزیع داده های جمع آوری شده در مورد آگاهی فاقد توزیع نرمال بودند ( $P < 0/019$ ). بنابراین به منظور تجزیه و تحلیل داده های مرتبط با آگاهی از آزمون های غیر پارامتری و جهت تجزیه و

تحلیل داده های مرتبط با نگرش از آزمونهای تی و آنالیز واریانس یک طرفه استفاده گردید. بررسی همبستگی بین میزان آگاهی و نوع نگرش واحدهای مورد پژوهش نیز با استفاده از آزمون ضریب همبستگی اسپیرمن انجام شد. اطلاعات تحت نسخه ۱۶/۵ نرم افزار آماری SPSS تحت تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

### نتایج

نتایج نشان داد که اکثریت واحدهای مورد پژوهش یعنی خانواده های بیماران مبتلا به افسردگی اساسی را مردان (۵۲/۷٪)، در گروه سنی ۴۰-۳۱ سال (۲۶/۷٪) با میانگین و انحراف معیار  $12/39 \pm 41/62$  سال، با سطح تحصیلات زیر دیپلم (۴۵/۳٪)، شاغل (۴۲٪)، دارای وابستگی همسر با بیماران (۵۶/۷٪)، ساکن شهر (۵۰/۷٪)، دارای مسکن شخصی (۸۵/۳٪)، در گروه خانواده های ۶-۴ نفره (۵۷/۴٪)، دارای درآمد ماهیانه ۳۰۰-۱۵۰ هزار تومان در خانواده (۵۹/۳٪) با میانگین و انحراف معیار  $203 \pm 86/4$  هزار تومان، فاقد بیمار روانی دیگر در خانواده (۶۹/۳٪) و بدون سابقه دریافت آموزش در زمینه پیگیری درمان (۶۴٪) تشکیل میدادند. در میان افراد دارای بیمار روانی دیگر در خانواده، بیشترین درصد آنان دارای نسبت برادر (۳۴/۸٪) با بیمار اول بوده و اکثریت آنان (۶۷/۴٪) نیز تحت مراقبت واحدهای مورد پژوهش قرار نداشتند. همچنین در میان افراد دارای سابقه دریافت آموزش اکثریت (۹۴/۳٪) منبع کسب اطلاعات خود را روانپزشکان عنوان نموده بودند.

اکثریت بیماران را زنان (۵۷/۳٪)، در گروه سنی ۴۱-۵۰ سال (۲۷/۳٪) با میانگین و انحراف معیار  $12/32 \pm 44/23$  سال، با سن شروع بیماری در سنین ۲۱ تا ۴۰ سال (۵۵/۳٪) با میانگین و انحراف معیار  $35/94 \pm 11/11$  سال، دارای تحصیلات زیر دیپلم (۴۶/۷٪)، متاهل (۷۰/۷٪)، خانه دار (۵۴/۷٪)، تحت پوشش بیمه (۹۸٪) و سابقه یکبار بستری (۶۰/۷٪) تشکیل می دادند.

اکثریت واحدهای مورد پژوهش به سؤالات مرتبط با "نوع داروی مصرفی بیمار" (۹۹/۳٪) و "تعیین میزان مصرف

دارو" (۹۸۷/۰) پاسخ صحیح داده بودند. از طرف دیگر اکثریت پاسخ غلط (۷۷/۳) به سؤال "اولین زمان ممکن مصرف دارو در صورت فراموشی"، داده شده است. ۵۶ درصد (۸۴ نفر) واحدهای مورد پژوهش از آگاهی خوبی برخوردار بودند، علاوه بر این اکثر افراد (۶۸/۸) در رده سنی ۲۰-۳۰ سال دارای آگاهی خوب بوده اند و نتیجه آزمون ضریب همبستگی اسپیرمن نشان داد که میزان آگاهی واحدهای مورد پژوهش با متغیر سن آنان دارای ارتباط معنادار معکوسی بوده است ( $P < 0.004$ )، به گونه ای که افزایش سن با میزان آگاهی ضعیف تری همراه بوده است. همچنین اکثر واحدهای مورد پژوهش با تعداد اعضای خانواده ۷ تا ۹ نفر (۸۷/۵) و میزان درآمد ۱۵۰ تا ۳۰۰ هزار تومان (۵۸/۴) دارای آگاهی خوب بوده اند. اما ارتباط معنا داری بین میزان آگاهی واحدهای مورد پژوهش با این دو متغیر بدست نیامد.

میانگین رتبه آگاهی در مردان (۷۶/۵۴)، شاغلین (۷۶/۵۶)، ساکنین روستا (۷۵/۸۲)، دارای مسکن استیجاری (۷۶/۹۳)، فاقد بیمار روانی دیگر در خانواده (۷۶/۷۷)، بدون سابقه آموزش (۷۸/۳۸)، با منبع کسب اطلاعات از طریق مطالعه شخصی (۵۴) و دارای نسبت فرزند با بیمار (۸۸/۷۴) از سایرین بیشتر بود. اما در این مورد نیز ارتباط معناداری بین میزان آگاهی واحدهای مورد پژوهش با این متغیرها بدست نیامد.

میانگین رتبه آگاهی در افراد دارای تحصیلات لیسانس و بالاتر (۱۴۵/۸) بسیار بیشتر از سایر افراد بوده است. نتیجه آزمون کروسکال والیس ارتباط معنی دار مستقیمی را بین میزان آگاهی واحدهای مورد پژوهش با متغیر سطح تحصیلات ( $P < 0.002$ ) نشان داد. میانگین رتبه آگاهی در کسانی که از بیمار دوم در خانواده نگهداری نمی کردند (۲۴/۷۱)، و بیمار دوم دارای نسبت همسر (۳۷/۵) یا سایر وابستگان (۳۷/۵) با فرد بیمار بود، از سایر موارد بیشتر بود. میزان آگاهی اکثر واحدهای مورد پژوهش (۶۶/۷) دارای بیمار در سنین ۲۰-۳۰ سال و نیز سن شروع

بیماری ۲۰ سال و کمتر (۷۲/۸)، خوب بوده است. میانگین رتبه آگاهی در آن دسته از واحدهای مورد پژوهش که جنسیت بیمار آنان مرد (۸۰/۹۴)، فاقد پوشش بیمه ای (۸۴)، بیوه (۹۵/۴۷)، در حال تحصیل (۹۹/۵)، دارای دو بار سابقه بستری (۷۶/۴۴) و با تحصیلات فوق دیپلم و بالاتر (۱۳۱/۷) بود، بیشتر گزارش گردید. البته طبق نتیجه آزمون آماری ارتباط معنا داری بین این متغیرها با میزان آگاهی وجود نداشت.

در نگرش سنجی، اکثریت نمونه های پژوهش پاسخ کاملاً موافقم را به عبارت مثبت "مراجعه ماهیانه پس از ترخیص ضروری است" (۸۱/۳)، داده اند. از طرف دیگر اکثریت نمونه ها به عبارت مثبت "مصرف داروی اعصاب مانعی برای ازدواج نیست" (۵۴/۷) پاسخ کاملاً مخالف داده بودند. همچنین اکثر واحدهای مورد پژوهش (۸۴/۷) از نگرش مثبت برخوردار و در مقابل تنها ۱۵/۳ درصد نگرش منفی داشتند. اکثریت افراد در رده سنی بیش از ۶۰ سال (۹۱)، با تعداد اعضای خانواده ۴ تا ۶ نفر (۸۷/۲) و با میزان درآمد بالای ۳۰۰ هزار تومان (۸۸/۹) دارای نگرش مثبت بوده اند. اما ارتباط معناداری بین نوع نگرش واحدهای مورد پژوهش با متغیرهای مذکور بدست نیامد.

میانگین رتبه نگرش در واحدهای مورد پژوهش با جنسیت مرد (۷/۶۹)، سواد خواندن و نوشتن (۸/۸۹)، خانه دار بودن (۹/۱۹)، ساکن شهر (۸/۴۷)، دارای مسکن استیجاری (۱۰/۷۱)، دارای بیمار روانی دیگر در خانواده (۷/۶۹)، دارای سابقه آموزش (۸/۰۳)، با منبع کسب اطلاعات از طریق مطالعه شخصی (۸/۰۳) از سایرین بیشتر بود. البته تنها ارتباط معنادار بین نوع نگرش واحدهای مورد پژوهش با متغیر سطح تحصیلات وجود داشت ( $P < 0.004$ ).

بیشترین نگرش مثبت در گروه دارای بیمار سنین بالای ۶۰ سال (۱۰۰) و با سن شروع بیماری در سنین ۴۱ سال و بالاتر (۸۹/۳) دیده شد، هر چند نتیجه آزمون همبستگی پیرسون ارتباط معناداری را بین نوع نگرش واحدهای مورد پژوهش با این دو متغیر نشان نداد.

با عنوان میزان آگاهی زنان در مورد عوامل محیطی موثر بر سلامتی در هند نشان دادند که سن نمونه ها دارای ارتباط مستقیم معنی دار با آگاهی نمونه ها ( $F=3.33$  و  $P < 0.001$ ) بوده است (۱۸).

یافته های پژوهش نشان داد که اکثر واحدهای مورد پژوهش (۸۴/۷٪) از نگرش مثبت برخوردار بودند و در مقابل تنها ۱۵/۳ درصد نگرش منفی داشتند. این یافته هم راستا با نتایج به دست آمده از تحقیق بورتی و همکاران در زمینه ارتباط بین نگرش و باور بیماران و خانواده آنان نسبت به درمان و پیگیری درمانی است. محققین فوق نشان دادند که اکثر خانواده های مورد پژوهش (۹۶٪) دارای نگرش مثبت نسبت به پیگیری درمان بودند (۱۹). نتایج آزمون ضریب همبستگی پیرسون نشان داد که ارتباط آماری معناداری بین نوع نگرش واحدهای مورد پژوهش و متغیرهای فردی اجتماعی خانواده و بیمار وابسته به آنان دیده نشد. تنها متغیر دارای ارتباط مستقیم آماری معنادار با نوع نگرش خانواده، میزان تحصیلات آنان ( $p < 0.04$ ) بود. این یافته بر خلاف باور عمومی است که تحصیلات بالاتر را با نگرش مثبت تری همراه می دانند (۲۰).

یافته های پژوهش نشان داد که اکثریت افراد دارای آگاهی خوب (۸۶/۹٪)، دارای نگرش مثبت نسبت به پیگیری درمان بودند. ضمن اینکه بیش از ۵۰/۸ درصد افراد دارای آگاهی متوسط و ضعیف دارای نگرش منفی بودند. در کل آزمون ضریب همبستگی اسپیرمن ارتباط معناداری را بین این دو متغیر نشان نداد. نتیجه مشابه با این یافته در تحقیق بکائیان (۱۳۸۴) با عنوان بررسی میزان آگاهی و نگرش خانواده های بیماران مبتلا به اختلالات روانی مراجعه کننده به مرکز ابن سینای مشهد در زمینه درمان با الکتروشوک بدست آمد که در آن افراد دارای آگاهی ضعیف دارای نگرش منفی بودند (۱۶). بنابراین پژوهشگران ضمن تاکید بر اهمیت نقش خانواده در پیگیری درمان بیماران مبتلا به افسردگی اساسی، با ارائه یافته های این تحقیق، ضرورت توجه ویژه به

میانگین رتبه نگرش در آن دسته از واحدهای مورد پژوهش که جنسیت بیمار آنان زن (۷/۸)، فاقد پوشش بیمه ای (۷/۶۹)، متاهل (۷/۸۳)، خانه دار (۷/۹۷)، دیپلم (۸/۱) و با سابقه دو بار بستری (۷/۸۷) بود، از سایرین بیشتر گزارش شده است، با این وجود ارتباط معنی داری بین این متغیرها با نوع نگرش بدست نیامد. اکثریت افراد دارای آگاهی خوب (۸۶/۹٪)، دارای نگرش مثبت نسبت به پیگیری درمان بودند. البته آزمون ضریب همبستگی اسپیرمن ارتباط آماری معنی داری را بین این دو متغیر نشان نداد (جدول شماره ۱).  
جدول شماره (۱): ارتباط بین آگاهی و نگرش واحدهای مورد پژوهش در مورد پیگیری درمان افسردگی

نوع آزمون و نتیجه	جمع		منفی		مثبت		نگرش آگاهی
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
SPearman Correlation	۱۰۰	۳	۳۳/۳	۱	۶۶/۷	۲	ضعیف
	۱۰۰	۶۳	۱۷/۵	۱۱	۸۲/۵	۵۲	متوسط
NS	۱۰۰	۸۴	۱۳/۱	۱۱	۸۶/۹	۷۳	خوب
	۱۰۰	۱۵۰	۱۵/۳	۲۳	۸۴/۷	۱۲۷	جمع

### بحث و نتیجه گیری

یافته های پژوهش نشان داد که ۵۶ درصد (۸۴ نفر) واحدهای مورد پژوهش از آگاهی خوبی برخوردار بودند. ضمن اینکه ۴۲ درصد (۶۳ نفر) آگاهی متوسط و ۲ درصد (۳ نفر) آگاهی ضعیف داشتند. این یافته بر خلاف نتیجه تحقیق گیورج با هدف بررسی آگاهی و نگرش جامعه نیجریه نسبت به بیماریهای روانی است که نشانگر آگاهی ضعیف در اکثر واحدهای مورد پژوهش بود (۱۷). این عدم توافق می تواند به دلیل تفاوت در جامعه مورد پژوهش و عوامل فرهنگی، اقتصادی و اجتماعی مرتبط با آن و موضوع وسیعتر مورد بررسی در آن تحقیق باشد. نتایج نشان داد، میزان آگاهی واحدهای مورد پژوهش با متغیر سن ( $p < 0.004$ ) ارتباط متقابل و با تحصیلات ( $p < 0.002$ ) آنان ارتباط مستقیم معناداری داشته اند. اما هیچگونه ارتباط معنی داری بین میزان آگاهی با دیگر متغیرهای فردی- اجتماعی نمونه ها و بیماران وابسته به آنان دیده نشد. در حالی که پندی و پندی در تحقیق خود

الکتروشوک. پایان نامه چاپ شده کارشناسی ارشد پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی گیلان. ۱۳۸۴.

17- Gureje O., Lasebikan V O., Ephraim O. Community study of knowledge and attitude of mental illness in Nigeria. 2005. Available from: URL: <http://www.BjP.Rcsych.Org/cgi/content>

18- Pandey, R, Pandey S. Knowledge Status of Slum Women regarding environmental factors affecting their health. Indian j Prev. Soc. Med, 2008. available from : URL: <http://medind.Nic/ibl/to/8/html>.

19- Chakvatory. K., Avasthi A., kumar S., Grover S.

20-Preston, J. Feinstein, L. Adult education and attitude change. Wider benefits of learning research report. May 2004. No 11.

آگاهی و نگرش خانواده این بیماران در زمینه پیگیری را در سیاست گذاری های بخش بهداشت و درمان روانی مطرح می نمایند.

### تشکر و قدردانی

بدین وسیله از معاونت محترم پژوهشی به علت حمایت های همه جانبه و کلیه پرسنل مرکز آموزشی درمانی شفا که در انجام این پژوهش، محقق را یاری نموده اند، تشکر می گردد.

### منابع:

- ۱- حاتمی، حسین... [و دیگران]. کتاب جامع بهداشت عمومی. ویرایش ۳. تهران: ارجمند، ۱۳۸۳.
- 2- Burden of Mental and Behavioural Disorders. 2006. Available From: URL: <http://www.WHO.int/entity/whr/chapter2/html>.
- ۳- محمدی م، رهگذر م، باقر یزدی ع، مسگریور ب، زندی آ، وثوق ف. همه گیری شناسی اختلالات روانپزشکی در ایران. مجله حکیم بهار ۸۲. دوره ۶. شماره ۱. صص: ۶۴-۵۵.
- 4- Judith A, [et al]. Psychiatric Nursing Made incredibly easy. Philadelphia :Lippincott Williams & Wilkins, 2004.
- 5- Sadock BJ , Sadock VA. Synopsis Of Psychiatry Behavioral Sciences/Clinical psychiatry. 9<sup>th</sup> ed. vol: 1. Philadelphia: Lippincott, 2003.
- ۶- داودی ر، آزما ر. گزارش مردم سالم تا سال ۲۰۱۰. کتاب دوم. مشهد: دانشگاه علوم پزشکی، ۱۳۸۴.
- ۷- شمسایی فرشید، چراغی فاطمه، قلعه ایها علی. بررسی تاثیر مراقبتهای پرستاری در منزل بر درمان بیماران اسکیزوفرنیا. مجله دانشگاه علوم پزشکی ایلام تابستان ۱۳۸۶. دوره ۱۵. شماره ۲. صص: ۳۸-۳۲.
- ۸- دیوید بی، هرشن سن. مشاوره بهداشت روانی نظریه و عمل. ترجمه: محمد تقی منشی طوسی... [و دیگران]. چاپ اول. مشهد: آستان قدس رضوی، ۱۳۷۴.
- 9- Roberta H. Introduction to community-based nursing. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2005.
- 10- Brain P, Kennedy W, Bollard K. Psychiatric Mental Health Nursing. An Introduction To Theory And Practice. Boston: Jonet And Bartle, 2008.
- 11- Carson V. Mental Health Nursing. The Nurse -Patient Journey. Philadelphia: W.B. Saunders Co, 2000.
- ۱۲- تیلور ک، لایلیس. ک. لموله پ. اصول پرستاری تیلور علم و هنر مراقبت پرستاری. ترجمه: داود عزیزی... [و دیگران]. تهران: حیان، ۱۳۸۷.
- 13- Dixen L. Providing Services to Families of Persons Schizophrenia. Present An Future. Journal Mental Health Policy Econ 1999;19(9): 3-8.
- ۱۴- درخشان نیا ف. بررسی نگرش مردم منطقه هیجده تهران نسبت به نگهداری دختران فراری در مراکز بهزیستی. فصلنامه علمی- پژوهشی مددکاری اجتماعی ۱۳۸۲. سال سوم. شماره ۱۲ و ۱۳. صص: ۲۲-۱۰.
- ۱۵- نامدار ح، ابراهیمی ح، یزدانی م، صفائیان ع. عدم پذیرش رژیم دارویی در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا. فصلنامه روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران زمستان ۱۳۸۴. سال یازدهم. شماره ۴۳. صص: ۴۶۶-۴۶۳.
- ۱۶- بکائیان مهدی. بررسی میزان آگاهی و نگرش خانواده های بیماران مبتلا به اختلالات روانی مراجعه کننده به مرکز ابن سینا مشهد در زمینه درمان با

## Knowledge and Attitude of Families with Major Depression Patient referring to Shafa Hospital in Rasht regarding Treatment Follow up

By: Ali Tabaei<sup>1</sup>, Hayedeh Mahmoudi<sup>2</sup>, Mozghan Baghaei<sup>3</sup>, Ehsan Kazemnejad<sup>4</sup>

### Abstract

**Introduction:** Insufficient depression treatment follow-up is the major cause of disease recurrence and decreased function of patients and is a recent challenge of health management.

**Objective:** This study aims to determine the relationship between knowledge and attitude of families with major depression regarding treatment follow up.

**Methods:** This descriptive-cross sectional study was conducted on 150 families who had the inclusion criteria were chosen through convenience sampling method from outpatient clinic of Shafa Psychiatric Hospital. Data were collected by self reported method through a three part questionnaire which included demographic, knowledge and attitude of families regarding depression treatment follow up. Data were analyzed by statistics tests using SPSS software version 16.5.

**Results:** Findings revealed that majority of samples (56%) had good knowledge with significant relationship with age ( $p < 0.004$ ) and educational level ( $p < 0.002$ ). Attitude of majority of samples (84.7%) also was positive that showed significant relation only with educational level ( $p < 0.004$ ). Finally despite the fact that the majority (86.9) had good knowledge and attitude regarding treatment follow up, but there was no significant relation between knowledge and attitude of families and treatment follow up.

**Conclusion:** This research indicated no significant relationship between the two major variables. Thus more studies are needed with larger sample size or even standard scales of surveying knowledge and attitude regarding treatment follow up.

**Keyword:** Attitude, Knowledge, Depression, Family

1. MSc in Nursing Education (Psychiatrics)

2. MSc in Nursing Education (Psychiatrics), Faculty member of Guilan University of Medical Sciences

3. MSc in Nursing (Medical-Surgical), Faculty member of Guilan University of Medical Sciences

4. PhD in Biostatistics, Assistant professor, Faculty member of Guilan University of Medical Sciences