

# The Effectiveness of Psycho-educational Intervention on the Burden of Family Caregivers of Patients with Bipolar Disorder

Mirshah E<sup>1</sup> , Bahreini M<sup>2</sup>, Zarei Sh<sup>3\*</sup> 

<sup>1</sup>Instructor, Faculty of Nursing and Midwifery, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran

<sup>2</sup>Associate Professor, Faculty of Nursing and Midwifery, Bushehr University of Medical Sciences, Bushehr, Iran

<sup>3</sup>Instructor, Department of Nursing, Bandar Abbas Islamic Azad University, Bandar Abbas, Iran

## Abstract

**Background:** Caring for a patient with a mental disorder is a responsibility that has a lot of psychological burden for family members. In recent years, psychotherapy, especially psychosocial interventions, along with drug therapy has been given greater attention. One of these family-based interventions is the psycho-educational intervention of the family. The purpose of this study was to investigate the effectiveness of psycho-educational intervention on the burden of family caregivers of patients with bipolar disorder.

**Methods:** This is a quasi-experimental study conducted in the psychiatric hospital affiliated to Bushehr University of Medical Sciences in 2018. The research sample consisted of 31 main caregivers of patients with bipolar disorder who participated in 6 group training sessions. Before and after the intervention, Zarit psychological burden questionnaire was completed by caregivers. Data were analyzed by SPSS 19 software, Chi-square, Pearson correlation, and T-test.

**Results:** The mean age of caregivers was  $45.77 \pm 12.62$ . The mean psychosocial burden of caregivers in the pretest was  $66.45 \pm 14.73$ . The results of the study showed that after participating in educational sessions, the average of psychological burden in caregivers with mean of  $38.3 \pm 10.53$  was significantly decreased ( $P = 0.000$ ).

**Conclusion:** Considering the effectiveness of psycho-educational interventions on the burden of family caregivers in patients with bipolar disorder, it is suggested to use psycho-educational interventions in psychiatric wards for caregivers in bipolar patients.

**Keywords:** Education, Burden, Family Caregivers, Bipolar Disorder

Sadra Med Sci J 2019; 7(4): 423-432.

Received: Aug. 7th, 2019

Accepted: Oct. 12th, 2019

---

\*Corresponding Author: **Zarei Sh.** Instructor, Department of Nursing, Bandar Abbas Islamic Azad University, Bandar Abbas, Iran, shekufezaree@yahoo.com

مجله علوم پزشکی صدرا

دوره ۷، شماره ۴، پاییز ۱۳۹۸، صفحات ۴۲۳ تا ۴۳۲

تاریخ پذیرش: ۹۸/۰۷/۲۰ تاریخ دریافت: ۹۸/۰۵/۱۶

مقاله پژوهشی

(Original Article)

## بررسی اثربخشی مداخله روانی آموزشی بر بار روانی مراقبان خانگی بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی

الهام میرشاه<sup>۱</sup>، مسعود بحرینی<sup>۲</sup>، شکوفه زارعی<sup>۳\*</sup><sup>۱</sup> مربی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران<sup>۲</sup> دانشیار، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر، بوشهر، ایران<sup>۳</sup> مربی، گروه پرستاری، دانشگاه آزاد اسلامی واحد بندرعباس، بندرعباس، ایران

### چکیده

**مقدمه:** مراقبت از بیمار مبتلا به اختلال روانی مسؤولیتی است که بار روانی زیادی برای اعضای خانواده به همراه دارد. در سال های اخیر به روان درمانی ها به ویژه مداخله های روانی- اجتماعی در کنار دارو درمانی بیشتر توجه شده است. از جمله این مداخلات آموزش های روانی خانواده محور است. هدف مطالعه حاضر تعیین اثربخشی مداخله روانی آموزشی بر بار روانی مراقبان خانگی بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی بود.

**مواد و روش ها:** پژوهش حاضر یک مطالعه نیمه تجربی است که در بیمارستان اعصاب و روان وابسته به دانشگاه علوم پزشکی بوشهر در سال ۱۳۹۷ انجام گردید. نمونه های پژوهش شامل ۳۱ نفر از مراقبان اصلی بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی بودند که در ۶ جلسه آموزش گروهی شرکت کردند. قبل و بعد از مداخله پرسشنامه بار روانی زاریت توسط مراقبان به صورت خودایفا تکمیل گردید. داده های به دست آمده توسط نرم افزار آماری SPSS-19 و آزمون های آماری کای اسکور، همبستگی پیرسون و تی زوجی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

**یافته ها:** میانگین سن مراقبان ۴۵/۷۷ ± ۱۲/۶۲ بود. میانگین بار روانی مراقبان بیماران در پیش آزمون ۶۶/۴۵ ± ۱۴/۷۳ بود. نتایج مطالعه نشان داد که پس از شرکت در جلسات آموزشی میانگین بار روانی در مراقبان با میانگین ۴۹/۳۸ ± ۱۰/۵۳ به طور معنی داری کاهش یافته بود ( $P < 0.001$ ).

**نتیجه گیری:** با توجه به اثربخشی مداخله روانی آموزشی بر بار روانی مراقبان خانگی بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی پیشنهاد می شود که از الگوی مداخلات روانی آموزشی در بخش های روانپزشکی جهت مراقبان خانگی بیماران دو قطبی استفاده نمایند.

**واژگان کلیدی:** آموزش، بار روانی، مراقبان خانگی، بیماران دو قطبی

\* نویسنده مسئول: شکوفه زارعی، مربی، گروه پرستاری، دانشگاه آزاد اسلامی واحد بندرعباس، بندرعباس، ایران، shekufezaree@yahoo.com

## مقدمه

برخی شواهد نیز نشان می دهد که مراقبین خانوادگی، اطلاعات، منابع و حمایت های محدودی در دسترس دارند. آنها در پاسخ به علایم و نشانه های اختلال روانی و مراقبت پیگیر و مستمر از بیمار روانی در خانه، علاوه بر گرفتار شدن در دام غم و اندوه، فقدان، داغ دیدگی، خشم و عصبانیت، یأس و ناامیدی، احساس شرم ساری و گناه، تنش ها و فشارهای ارتباطی زیادی را نیز تجربه و ابراز می کنند (۶).

بنابراین تنش ها و فشارهای روانی مراقبان خانگی امری قابل توجه، رایج و معمول است که اگر بدون مداخله رها شود، می تواند به کاهش سطح سلامت جسمانی و روانی، مراقبان خانگی به عنوان بیماران پنهان منجر شود. از این رو، برخی مداخلات و تدابیر از جمله آموزش، حمایت، روان درمانی و مراقبت موجه می تواند تأثیر چشمگیری بر کاهش بار روانی مراقبان خانگی داشته باشد تا از این طریق سطح سلامت جسمانی و روانی مراقبان خانگی را ارتقاء بخشد (۷).

آموزش روانی خانواده یک روش موثر برای کمک به خانواده بیماران در زمینه اداره مشکلات ناشی از اختلال در خانواده و نیز ایجاد مهارت های لازم برای حمایت از بهبود فرد مبتلا می باشد. هنگامی که اعضای خانواده احساس می کنند آنها نیز عضوی از تیم درمانی می باشند، بیشتر می توانند از بیمار حمایت کنند. این همکاری باعث می شود خانواده اطلاعات لازم در مورد ماهیت بیماری را بدست آورد و از عود بیماری پیشگیری کند (۸). آموزش روانی موجب پذیرش بیش تر بیمار مبتلا به اختلال روانی، در خانواده شده و با طبیعی جلوه دادن علایم، نشانه ها و رفتارهای غیرطبیعی بیمار که نیاز به درمان دارد موجب احساس درونی بهتر خانواده نسبت به بیمار و خود می شود. از طرفی مراقبان خانگی، با آگاهی از علل بیماری اختلال دوقطبی از طریق تصحیح تصورات قبلی، دست از سرزنش خود برداشته و با یادگیری نحوه صحیح برخورد با بیمار و توقعات به جا از وی، شرم درونی ناشی از این رفتارهای غیرطبیعی را کم تر احساس کرده و هیجانات

اختلال دوقطبی یک اختلال خلقی مزمن، شدید و بدون بهبودی تلقی می شود که مهمترین هدف درمانی در این اختلال مهار حملات حاد بیماری و جلوگیری از بازگشت آنها می باشد. با این وجود و علی رغم استفاده از تثبیت کننده های خلق مانند لیتیوم و کاربامازپین در فرونشاندن مراحل حاد و تثبیت خلق موثرند اما بسیاری از این بیماران به صورت غیرمنتظره بازگشت حملات بیماری را تجربه می کنند (۱). تجربه مراقبت از بیماران دوقطبی می تواند از سایر بیماریهای روانی متفاوت باشد. دلیل این امر به ماهیت بیماری مربوط است. این اختلال حالت دوره ای داشته و ماهیت نوسانی دارد. علاوه بر این، احتمال عود و تغییر ماهیت بیماری و همچنین افکار خودکشی در بیمارانی که دوره های بهبودی را تجربه می کنند، همواره موجب نگرانی خانواده و مراقبان بیمار می شود (۲).

با توجه به این مشکلات، بار روانی که به خانواده این گروه از بیماران تحمیل می شود بسیار شدید بوده و مشکلاتی مانند افسردگی، اضطراب، احساس غم و اندوه و مشکلات جسمی برای خانواده ها به وجود می آورد (۳). عمده مشکلات و بار روانی تحمیل شده به خانواده این گروه از بیماران، متاثر از مشکلات اقتصادی، واکنش عاطفی پراسترس ناشی از نیاز به تطابق با اختلال، تغییر فعالیت های روزمره خانواده، محدودیت های مربوط به فعالیت های اجتماعی و هزینه درمان است (۴). در همین ارتباط نتایج برخی مطالعات، بیشترین بار روانی ایجاد شده توسط بیماران را به عوامل مرتبط با رفتار آنان و اختلال در نقش های کاری، تحصیلی و شغلی بیماران معرفی کرده اند (۵). در این بین، بیشترین بار تحمیل شده بیماری به وسیله فردی از خانواده تحمل می شود که مسئولیت اصلی مراقبت از بیمار را بر عهده دارد. افرادی که در خانه به مراقبت از بیماری مشغول هستند در خطر بیماری هایی مثل افسردگی و اختلالات اضطرابی قرار دارند. امید به زندگی این افراد ۱۰ سال کمتر از افراد دیگر است و کاهش کیفیت زندگی در این افراد کاملاً مشهود است (۳).

خانگی بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی بستری در بیمارستان وابسته به دانشگاه علوم پزشکی بوشهر (۱۳۹۷) بود.

### مواد و روش ها

این پژوهش با روش نیمه تجربی همراه با پیش آزمون و پس آزمون انجام گرفت. جامعه پژوهش شامل تمام بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی مراجعه کننده به بیمارستان اعصاب و روان شهر بوشهر بود. این بیمارستان دارای دو بخش مردان و زنان و ۲۰ تخت فعال است. نمونه پژوهش، شامل ۳۱ بیمار مبتلا به اختلال دو قطبی بستری در بخش روانپزشکی بود. حجم نمونه، با توجه به ضریب اطمینان ۰/۹۵ و توان آزمون ۰/۸۰ و بر اساس فرمول  $n = \frac{z^2 * SD^2}{d^2}$  تعیین گردید. معیارهای ورود عبارت بودند از: محدوده سنی مراقبان ۱۸ تا ۶۰ سال، عدم وجود بیماری روانی شناخته شده در مراقبان، عدم شرکت در مداخلات آموزشی مشابه و دارا بودن حداقل تحصیلات پنجم ابتدایی. از خانواده بیمار فردی بعنوان مراقب انتخاب می شد که بیشترین تماس را با بیمار داشت، حمایت های روانی و اجتماعی یا مالی و برنامه درمانی بیمار را به عهده داشت، حداقل ۱۸ سال سن داشت و قادر به برقراری ارتباط بود.

ابزار جمع آوری داده ها در این پژوهش شامل فرم اطلاعات فردی بیمار و مراقب و پرسشنامه بار روانی زاریت بود. این پرسشنامه شامل ۲۲ سوال در مورد فشارهای روانی است که در اثر مراقبت از یک بیمار بر روی فرد مراقبت دهنده تحمیل می شود. این پرسشنامه در سال ۱۹۸۰ توسط زاریت و همکارانش برای تعیین سطح فشار روانی بیماری طراحی شد. برای پاسخگویی به هر سوال امتیازاتی به صورت هرگز (۰)، بندرت (۱)، بعضی اوقات (۲)، اغلب (۳) و همیشه (۴) اختصاص داده شد. مجموع امتیازات کسب شده توسط مراقبان، میزان فشار و بار روانی که متحمل شده اند را به صورت تخمینی با دامنه

منفی ابراز شده کم تری را نسبت به بیمار نشان می دهند (۹).

مطالعاتی که تاکنون در این زمینه انجام شده اند اهمیت مفهوم بار روانی خانواده بیماران روانی بخصوص بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی را نشان می دهند. پرلیک و همکاران (۲۰۱۰)، از طریق اجرای یک مطالعه دو گروهی (گروه آزمایش و کنترل)، با مطالعه تعداد ۱۲۰ نفر از بیماران دوقطبی نوع اول و دوم که سرپرستان اصلی آنها در گروه آزمایش، در یک برنامه نه ماهه، تحت آموزش روانی قرار گرفته بودند، به این نتیجه رسیدند که در زمینه اطاعت و پیروی از دستورات دارویی، افزایش مهارتهای اجتماعی به ویژه مدیریت بر خود و افزایش اثربخشی داروی لیتیوم، تفاوت آماری معنی داری بین گروه آزمایش و گروه کنترل وجود دارد (۱۰). در مطالعه ای دیگر، قوشجیان و همکاران (۲۰۱۷)، شصت و شش بیمار مبتلا به اختلال دو قطبی را مورد بررسی قرار دادند. در این مطالعه بیماران به سه گروه آموزش روانی- فردی، آموزش روانی- خانواده و گروه کنترل تقسیم شدند. نتایج این پژوهش نشان داد که آموزش روانی- خانواده در کنترل علائم شیدایی نسبت به دو گروه دیگر تفاوت آماری معنادار دارد (۱۱).

با وجود این که مطالعات تحقیقی طی سه دهه اخیر گسترش یافته است، نیاز فوری و جدی برای تقویت و افزایش چنین پژوهش هایی به ویژه در مورد توسعه، طراحی و ارزیابی راهبردهای مداخلاتی خانوادگی اثربخش وجود دارد (۱۲). در حال حاضر مطالعات بومی بر روی خانواده بیماران روانی بخصوص بیماران دوقطبی چندان چشمگیر نیست و به نظر می رسد بدلیل برخی چالش ها مطالعات بر روی خانواده بیماران روانی مغفول مانده است. بنابراین با توجه به اهمیت و نقش غیر قابل انکار خانواده بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی به نظر می رسد با آموزش به خانواده ی این بیماران بتوان گامی مثبت در کاهش بار روانی مراقبان بیماران داشت. هدف این مطالعه، تعیین اثربخشی مداخله روانی آموزشی بر بار روانی مراقبان

مجوز شورای پژوهشی و کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی بوشهر و رضایت آگاهانه از شرکت کنندگان اخذ گردید. در جهت رعایت جنبه های اخلاقی، هدف از انجام پژوهش برای هریک از شرکت کنندگان پژوهش توضیح داده شد؛ شرکت در پژوهش اختیاری بود و به افراد مورد پژوهش اطمینان داده شد که اطلاعات محرمانه خواهد ماند. این پژوهش در دانشگاه علوم پزشکی بوشهر با کد اخلاق Ir.Bums.Rec.1395.65 ثبت می باشد.

اطلاعات بدست آمده از این پژوهش توسط نرم افزار spss-19 تجزیه تحلیل شد. در محاسبات آماری از روش های آماری توصیفی و تحلیلی استفاده شد. در تحلیل داده ها از آزمون آماری کای اسکوئر، ضریب همبستگی پیرسون و برای مقایسه نمرات بار روانی قبل و بعد از مداخله از روش تی زوجی استفاده گردید.

#### یافته ها

مشخصات دموگرافیک مراقبان خانگی با میانگین سنی  $45/77 \pm 12/62$  سال نشان داد  $32/3$  درصد از مراقبان والدین بیماران،  $29$  درصد همسر،  $22/6$  درصد خواهر یا برادر و  $16/1$  درصد فرزند آنان بودند. میانگین سنی بیماران  $41/06 \pm 12/99$  بود و  $48/4$  درصد از بیماران مجرد بودند. نتایج دموگرافیک بیماران و مراقبان خانگی در جدول ۱ آمده است.

در ارتباط با هدف اصلی پژوهش، نتایج در مورد مراقبان خانگی بیماران نشان داد که میانگین بار روانی قبل از مداخله  $66/45 \pm 14/73$  بود در حالی که پس از مداخله میانگین بار روانی  $49/38 \pm 10/53$  می باشد. آزمون آماری تی تست نشان داد که تفاوت دو گروه از نظر میانگین بار روانی معنی دار است ( $p < 0/001$ )، به طوری که میانگین بار روانی بعد از مداخله نسبت به قبل از مداخله پایین تر می باشد. به عبارتی مداخله آموزش روانی به خانواده توانسته است باعث کاهش بار روانی مراقبان گردد؛ به نحوی که میانگین آن از  $66/45$  قبل از مداخله به  $49/38$  بعد از مداخله رسیده و کاهش معنی

نمراتی بین صفر تا ۸۸ نشان می دهد (۱۳). این پرسش نامه توسط نویدیان و همکاران با توجه به شرایط فرهنگی کشورمان تنظیم و پایایی آن با استفاده از شیوه باز آزمایی (۰/۹۴) و روایی آن علاوه بر روایی محتوا با توجه به همبستگی مثبت و بالای آن با پرسش نامه اضطراب همیلتون ( $r=+0/89$ ) و نیز پرسشنامه افسردگی بک ( $r=+0/67$ ) تایید شده است (۷). ضریب پایایی نسخه اصلی به روش آزمون مجدد  $0/71$  و همسانی درونی با آلفای کرونباخ  $0/91$  بود. پژوهشگر پس از مراجعه به بخش روانپزشکی، ابتدا بر اساس تشخیص ثبت شده در پرونده و هماهنگی با روانپزشک بیماران، خصوصیات فردی بیماران مبتلا اختلال دوقطبی را بررسی و ثبت کرد. سپس از کلیه مراقبان اصلی خانوادگی آنان از طریق تلفن، در صورت رضایت دعوت به عمل آورد. پس از ارائه توضیحاتی در مورد کار و روش اجرا، مراقبان خانگی که دارای معیارهای ورود به مطالعه باشند را انتخاب نمود. مراقبان خانگی فرم رضایت آگاهانه را تکمیل نمودند. پرسشنامه های اطلاعات فردی بیمار و فرد مراقبت کننده از وی و بار روانی توسط مراقبان تکمیل شد. سپس مراقبان در ۶ جلسه آموزشی با عناوین جلسه اول آشنایی اعضا با یکدیگر و بیان اهداف جلسات آموزشی، جلسه دوم آشنایی با اختلال دو قطبی (تعریف، سبب شناسی، علائم و نشانه ها، انواع، سیر و پیش آگهی). جلسه سوم آشنایی با درمان های دارویی، عوارض داروها و مراقبت های مربوط به آنها، اهمیت درمان دارویی و نقش آن در پیش گیری از عود بیماری جلسه چهارم مهارت های ارتباطی در خانواده و نحوه ارتباط با بیمار روانی جلسه پنجم مدیریت استرس در خانواده جلسه ششم آموزش آرامسازی شرکت کردند. پس از پایان جلسه ششم مجدد پرسشنامه ها توسط مراقبان تکمیل گردید. مدت زمان هر جلسه آموزی  $1/5$  ساعت بود. مکان برگزاری جلسات در بیمارستان اعصاب و روان کلاس آموزشی پرستاری بود. فرد آموزش دهنده مربی عضو هیئت علمی گروه روانپرستاری به همراه دانشجوی مقطع کارشناسی ارشد گرایش روانپرستاری بود.

داری داشته است. نتایج در جدول ۲ نشان داده شده است.

وجود دارد مبنی بر این که مراقبان خانگی اطلاعات، منابع و حمایت های محدودی در دست دارند تا به وسیله آن بتوانند خود را برای ایفای چنین نقشی آماده کنند (۶).

اعضای خانواده و افرادی که از بیمار مراقبت اصلی به عمل می آورند، باید اطلاعات بیشتری درباره بیماری داشته باشند و حمایت فزایندهای برای کاهش استرسی که بر آن ها تحمیل می شود، دریافت کنند (۱۵). مداخلات حمایتی از خانواده ها یک عامل حیاتی برای بهبود بیمار روانی است و باید چنین برنامه های آموزشی به صورت منظم و رایج در دسترس خانواده ها قرار داشته باشد. ایجاد و گسترش یک شبکه حمایتی برای بیماران و خانواده های آن ها میتواند موجب کاهش انزوا و فشار روانی بر خانواده ها گردد. فضای خانوادگی مثبت موجب بهبودی هرچه سریع تر بیماری و عدم عود آن می شود (۱۶).

یافته های ما همسو با تحقیقات مختلف در این زمینه بود. مطالعه ای با هدف مداخلات روانشناختی کوتاه مدت جهت مراقبان بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی توسط هوبارد و همکاران در سال ۲۰۱۶ انجام شد. نتایج نشان داد گروه آموزش در مقایسه با گروه کنترل، کاهش معنادار در بار روانی مراقبان و افزایش دانش آنان در ارتباط با اختلال دوقطبی و افزایش خودکارآمدی مراقبان را نشان داد. این تغییرات در زمان پیگیری و بعد از یک ماه باقی مانده یا افزایش یافته بود (۱۷).

نتایج مطالعه سیلوا دی سوزا که در سال ۲۰۱۶ با هدف ارزیابی تاثیر مداخلات روانی آموزشی بر بار روانی، عزت نفس و کیفیت زندگی مراقبان بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی انجام گرفت، نشان داد این مداخلات بار روانی مراقبان را به طور معناداری کاهش داد اما بر عزت نفس و کیفیت زندگی آنان تاثیر نداشت (۱۸).

جدول ۱. مشخصات دموگرافیک بیماران و مراقبان آنان

مشخصات بیماران		فراوانی(٪)
تحصیلات	زیر دیپلم	۱۳(۴۱/۹)
	دیپلم	۱۶(۵۱/۶)
	بالای دیپلم	۲(۶/۵)
وضعیت تاهل	مجرد	۱۵(۴۸/۴)
	متاهل	۱۴(۴۵/۲)
	مطلقه	۲(۶/۵)
شغل	آزاد	۱۳(۴۱/۹)
	کارمند	۲(۶/۵)
	بیکار	۱۵(۴۸/۴)
مشخصات مراقبان		
تحصیلات	زیر دیپلم	۱۵(۴۸/۴)
	دیپلم	۱۵(۴۸/۴)
	بالای دیپلم	۱(۳/۲)
نسبت با بیمار	پدر	۸(۲۵/۸)
	مادر	۲(۶/۵)
	همسر	۹(۲۹)
	خواهر	۳(۹/۷)
	برادر	۴(۱۲/۹)
	فرزند	۵(۱۶/۱)

### بحث

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که آموزش روانی خانواده بر بار روانی وارد شده به مراقبان خانگی تاثیرگذار است و موجب کاهش بار روانی مراقبان می شود. طی دهه های اخیر، نهضت موسسه زدایی کانون اولیه مراقبت را از بیمارستان های روانپزشکی به خانواده بیماران مبتلا به بیماریهای روانی شدید تغییر داد (۱۴). ولی شواهدی

جدول ۲. میانگین بار روانی مراقبان خانگی بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی قبل و بعد از مداخله

p-value	میانگین ± انحراف معیار	زمان ارزیابی
.۰۰۰	۶۶/۴۵ ± ۱۴/۷۳	قبل از مداخله
	۴۹/۳۸ ± ۱۰/۵۳	بعد از مداخله

موجب بهبود نگرش مراقبان خانوادگی نسبت به بیماری روانی می شود (۱۶).

از جمله محدودیت های پژوهش این است که تحقیق در فاصله زمانی کوتاه مدت اجرا شده، مرحله پیگیری نداشته است و در مورد ماندگاری اثر درمان، اطلاعاتی در دست نیست. از دیگر محدودیت های مطالعه حاضر، بررسی مراقبان خانوادگی بیماران مبتلا به یک نوع بیماری روانی بود.

### نتیجه گیری

از آنجا که در تحقیق حاضر خانواده ها و نیز افراد دریافت کننده آموزش روانی-خانواده در هیچ یک از مراحل فرایند درمان را ترک نکردند، می توان سودمندی این آموزش ها، بالا رفتن دانش خانواده و بهبود اتحاد درمانی را، استنباط کرد. از طرفی این که خانواده ها تمایل به تغییر داشته باشند و درصدد کمک برای خود و بیمارشان برآیند دلیلی بر این است که نیاز به انجام این مداخلات آموزشی روانی برای خانواده های بیماران شدید روانپزشکی یک نیاز اساسی می باشد، زیرا امروزه بیشتر بیماران با اختلال دوقطبی در منزل و در کنار اعضای خانواده خود زندگی می کنند. بنابراین شناسایی نیازهای اعضای خانواده مراقبت کننده از بیمار با اختلال دوقطبی به تیم بهداشت روان کمک می کند تا مداخلات مراقبتی مناسبی را برای کمک به اعضای خانواده به کار گیرند و در نتیجه آنان قادر خواهند بود تا بیمار را بهتر اداره کنند و از سویی سلامت اعضای خانواده کمتر دچار مخاطره شده، در ارتقای سلامت آنان نیز موثر خواهد بود.

### تقدیر و تشکر

این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی مصوب معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی بوشهر با کد اخلاق Ir.Bums.Rec.1395.65 می باشد. لذا بدینوسیله از همکاری و حمایت های معاونت محترم پژوهشی دانشگاه

همچنین نتایج مطالعه فلاحی خشکناز و همکاران و واقعی و همکاران مبنی بر این که آموزش روانی موجب کاهش بار روانی و لکه ننگ در خانواده بیماران مبتلا به اختلال روانی و کاهش شدت علائم بیماران می شود، نیز تایید کننده نتایج مطالعه حاضر است (۱۹-۲۰). در واقع حضور در جمعیتی که دارای انگ مشابه هستند، موجب می شود تا فرد احساس کند توسط سایر اعضای گروه درک شده و مثل افراد عادی مورد پذیرش واقع شده است. اجرای آموزش روانی به صورت گروهی این شرایط را فراهم آورده و با ایجاد تعامل و ارتباط بین اعضای شرکت کننده، محیطی امن و همراه با پذیرش ایجاد می کند تا فرد احساس حقارت کمتری کند. همچنین آموزش روانی می تواند با ارائه اطلاعات واقعی در زمینه علل، علائم و درمان بیماری روانی، تصورات قالبی را با تصحیح باورهای اشتباه خانواده ها در مورد بیماری روانی و عقاید مبنی بر ماهیت خطرناک و غیرقابل درمان بودن این بیماران، تغییر دهد (۲۱).

در حقیقت امروزه آموزش روانی فردی یا خانوادگی برای بیماران دو قطبی به عنوان یک بخش حمایتی موثر در روند درمان و جلوگیری از عود بیماری آنان محرز به نظر می رسد (۲۲). آموزش روانی خانواده می تواند مدیریت بیماران را نیز بهبود ببخشد و با هدایت های متناسب منتهی به خودمدیریتی بسیار مفیدی برای بیمار گردد (۲۳). نتایج پژوهش دور ویلی نشان داد که آموزش روانی-خانواده می تواند خودکشی و آسیب به خود را در بیماران دوقطبی نوع یک بهبود بخشد (۲۴). در یکی از تحقیقات اخیر محققان اثر بخشی کوتاه مدت و طولانی مدت آموزش روانی-خانواده را بر بیماران دو قطبی نوع یک و نیز اثربخشی طولانی مدت آموزش روانی-فردی را بر خود این بیماران تایید کرده اند (۲۵).

در پژوهش رحمانی و همکاران در سال ۲۰۱۴ که بر روی ۷۴ نفر از مراقبان خانوادگی بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی انجام گرفت نتایج نشان داد که آموزش روانشناختی

- al. Evaluation of a psycho-educational group programme for family caregivers in home-based palliative care. *Palliat Med.* 2008; 22(3): 270-80.
7. Navidian A, Bahari F. Burden Experienced by Family Caregivers of Patients with Mental Disorders. *Pakistan Journal of Psychological Research.* 2008; 23 (1-2):19-28.
  8. Corsentino E, Molinari V, Gum A, Roscoe L. Family caregivers' future planning for younger and older adults with serious mental illness (SMI). *Journal of Applied Gerontology.* 2008; 27: 466-485.
  9. Bhattacharjee D, Rai AK, Singh NK, Kumar P, Munda SK, Das B. Psychoeducation: a measure to strengthen psychiatric treatment. *Delhi Psychiatry Journal.* 2011; 14(1): 33-39.
  10. Perlick D, Miklowitz D, Lopez N, Chou J, Kalvin C, Adzhishvili V. Family-focused treatment for caregivers of patients with bipolar disorder. *Bipolar Disord.* 2010; 12: 627-37.
  11. Ghoshchian chobmasjedi S, Makvand hoseini Sh, Najafi M, Bigdeli E. Comparison of the effectiveness of Psycho-individual training and psycho-family education on the symptoms of depression and mania of type I bipolar patients undergoing drug therapy. *Quarterly of Clinical Psychology Studies Allameh Tabataba'i University.* 2017; 7(27): 181-203.
  12. Awad A G, Voruqanti L N. The Burden of Schizophrenia of Caregivers: علوم پزشکی بوشهر تقدیر و تشکر می شود. به علاوه از همکاری پرسنل بیمارستان اعصاب و روان بوشهر و تمامی خانواده هایی که در این مطالعه همکاری کردند، تقدیر و تشکر به عمل می آید.
- تضاد منافع**
- در این مطالعه تضاد منافع وجود ندارد.
- منابع**
1. Kim H, Rapoport, S, Rao J. Altered expressions of apoptotic factors and synaptic markers in postmortem brain from bipolar disorder patients. *Neurobiology of disease.* 2013; 37: 596-603.
  2. Ogilvie AD, Morant N, Goodwin GM. The burden on informal caregivers of people with bipolar disorder. *Bipolar Disord.* 2005; 7: 25–32.
  3. Haresabadi M, Bibak B, Hosein zadeh, Bayati M, Arki M, Akbari H. Assessing burden of family caregivers of patients with schizophrenia Admitted in IMAM REZA hospital Bojnurd 2010. *Journal of North Khorasan University of Medical Sciences.* 2012; 4(2): 165-171.
  4. World Health Organization. Investing in mental health. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2003.
  5. Pompili M, Harnic D, Gonda X, Forte A, Dominici G, Innamorati M, et al. Impact of living with bipolar patients: Making sense of caregivers' burden. *World J Psychiatry.* 2014; 4(1): 1–12.
  6. Hudson P, Quinn K, Kristjanson L, Thomas T, Braithwaite M, Fisher J, et



- psychoeducation on bipolar disorder: Does it bring benefits to caregivers? *Int J Soc Psychiatry*. 2016; 62(4): 377-85.
19. 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. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2014; 21(5): 438-46.
  20. Vaghee S, Salarhaji A, Asgharipour N, Chamanzari H. [Effects of psychoeducation on stigma in family caregivers of patients with schizophrenia: a clinical trial]. *Evidence Based Care Journal*. 2015; 5(16): 63-76.
  21. Candini V, Buizza C, Ferrari C, Caldera MT, Ermentini R, Ghilardi A, et al. Is structured group psychoeducation for bipolar patients effective in ordinary mental health services? a controlled trial in Italy. *J Affect Disord*. 2013; 151(1): 149-55.
  22. Colom F. Keeping therapies simple: psychoeducation in the prevention of relapse in affective disorders, *The British Journal of Psychiatry*. 2011; 198: 338-40.
  23. Miklowitz D. *Bipolar disorder: A family-focused treatment approach*. Guilford Press; 2010.
  24. Dour H, Wiley J, Roy-Byrne P, Stein MB, Sullivan G, Sherbourne C. Perceived social support mediates anxiety and depressive symptom changes following primary care intervention. *Depression and anxiety*. 2014; 31: 436-42.
  - A Review. *Pharmacoeconomics*. 2008; 26 (2): 149-162.
  13. Zarit SH, Todd PA, Zarit JM. Subjective burden of husbands and wives as caregivers: A longitudinal study. *Gerontologist*. 1986; 26: 260-266.
  14. Gutierrez-maldonado J, Caqueo-urizar A. Effectiveness of a Psychoeducational Intervention for Reducing Burden in Latin American Families of Patients with Schizophrenia. *Quality Life Research*. 2007; 16(5): 739-747.
  15. Girma E, Moller-Leimkuhler AM, Dehning S, Mueller N, Tesfaye M, Froeschl G. Self-stigma among caregivers of people with mental illness: toward caregivers' empowerment. *J Multidiscip Healthc*. 2014; 7: 37-43.
  16. 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, Journal of School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences*. 2015; 21(4): 65-79.
  17. Hubbard AA, McEvoy PM, Smith L, Kane RT. Brief group psychoeducation for caregivers of individuals with bipolar disorder: A randomized controlled trial. *J Affect Disord*. 2016; 200: 31-36.
  18. de Souza MS, da Silva RA, Molina MA, Jansen K, de Lima Ferreira L, Kelbert EF, Soares JM, de Mattos Souza LD. Six-session caregiver

bipolar disorder; a controlled study. Archives of psychiatric nursing. 2015; 29: 174-9.

25. Gumus F, Buzlu S, Cakir S. Effectiveness of individual psychoeducation on recurrence in

Cite this article as:

Mirshah E, Zarei Sh, Bahreini M. The Effectiveness of Psycho-educational Intervention on the Burden of Family Caregivers of Patients with Bipolar Disorder. Sadra Med Sci J 2019; 7(4): 423-432.