پژوهشی

مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران
دوره هفدهم شماره ۶۲ بهمن و اسفند سال ۱۳۸۶ (۳۹-۳۱)

مقایسهٔ تحمل عذاب در مراقبین بیماران اسکیزوفرنیک با مراقبین بیماران نارسایی انتهائی کلیه

سوسن افقه(M.D.) *+ منصور اردشیر زاده (M.D.)** فیروزه جعفری(M.D.)***
مریم محمودی راد(M.D.)**** غلامعلی صادقی نژاد(M.D.)*****

چکیده

سابقه و هدف: مطالعات و بررسی‌های محدودِ انجام شده نشان داده است که مراقبین بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن اعم از جسمانی و روانی عذاب قابل ملاحظه‌ای را تحمل می‌کنند، از آنجا که در این زمینه در ایران مطالعات اندکی انجام شده، برآن شدیم تا با این مطالعه میزان عذاب وارد براین دو دسته مراقب را ارزیابی کنیم.

مواد و روش‌ها : در یک مطالعه تجربیِ مقایسه‌ای و مقطعی، با طرح کارآزمایی کوهورت دو گروهی، ۶۰ مراقب بیماران اسکیزوفرنیک و نارسائی انتهائی کلیه (از هرگروه ۳۰ نفر)، به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. برای نمونه‌ها پرسشنامه جمعیت شناختی و FBIS پر شد، نتایج براساس آزمون t مورد بررسی قرار گرفت.

یافته‌ها : مراقبین بیماران اسکیزوفرنیک از مراقبین بیماران نارسائی انتهائی کلیه میزان عذاب بیشتری را تحمل می‌کنند که این تفاوت در سطح خطای ۰/۰۵ درصد معنی‌دار است. همچنین نتایج در زیرگروه‌ها نشان می‌دهد که مراقبین هر دوگروه، فشار اقتصادی تقریباً یکسانی را تحمل می‌کنند. در زیر گروه‌های اختلال در فعالیت‌های روزمره، اختلال در استراحت، اختلال در روابط خانواده (عذاب عینی) مراقبین بیماران اسکیزوفرنیک در مقایسه با مراقبین بیماران مبتلا به نارسائی انتهائی کلیه میزان عذاب بیشتر بود که تفاوت معنی‌دار بود. همچنین در زیر گروه‌های تاثیر بر سلامت جسمی و روانی و میزان رنج (عذاب ذهنی) میزان عذاب در مراقبین بیماران اسکیزوفرنیک در مقایسه با مراقبین بیماران نارسائی انتهائی کلیه بیشتر بود، ولی تفاوت معنی‌دار نبود.

استنتاج : این پژوهش نشان داد که مراقبین بیماران اسکیزوفرنیک به طور معنی‌داری از مراقبین بیماران مبتلا به نارسائی انتهائی کلیه، عذاب بیشتری را تحمل می‌کنند که این عذاب هم عینی (objective burden) و هم‌ذهنی(subjective burden) است.

واژه های کلیدی : عذاب، عذاب عینی، عذاب ذهنی، اسکیزوفرنیا، نارسائی انتهائی کلیه

* روانپزشک، استادیار دانشگاه علوم بهزیستی و توان بخشی
** روانپزشک دانشگاه علوم بهزیستی و توان بخشی، بیمارستان رازی
*** روانپزشک دانشگاه علوم بهزیستی و توان بخشی، بیمارستان رازی
**** فوق تخصص روانپزشکی کودکان و نوجوانان، استادیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
***** متخصص بیماری های عفونی بیمارستان امام سجاد شهریار
+ ✉ **مولف مسئول :** تهران- شهر ری، امین آباد، بیمارستان رازی

تاریخ دریافت : ۱۳۸۶/۷/۱۰ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات : ۱۳۸۶/۸/۲۰ تاریخ تصویب: ۱۳۸۶/۱۲/۸

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-21]

www.SID.ir

مقدمه

از سال ۱۹۶۰، مراقبت‌های روانپزشکی مبتنی بر جامعه، هستهٔ سیاست‌های سلامت عمومی را تشکیل می‌دهند و خانواده‌ها هم نقش نگهداری از بیمار مزمن روانی را به عهده گرفته‌اند(۱). با افزایش مسئولیت مراقبین، آگاهی رو به افزایشی از مشکلاتی که مراقبین چنین بیمارانی برای اداره و نگهداری آنها تجربه می‌کنند، وجود دارد. عذاب[1] مراقبین (خانواده‌ها) معمولاً به صورت تاثیر منفیِ حاصل از زندگی با چنین بیمارانی تعریف می‌شود(۲). وجود بیمار اسکیزوفرنیک می‌تواند منجربه عذاب قابل توجهی بر فرد و مراقبش گردد، فشار اقتصادی و انسانی ناشی از مراقبت بطور فزاینده‌ای در کشورهای مختلف در حال بررسی است اما علل خاص عذاب هنوز کاملاً معلوم نگردیده است. مختل شدن فعالیت‌ها، تفریح، ارتباطات مراقب و یا از کارافتادگی و بیماری وی می‌تواند ناشی از این عذاب باشد. از این رو توجه به مفهوم عذابِ روانی در خانواده از اولویت خاصی برخورداراست.

در ایران مطالعات مشابه با هدفِ مقایسهٔ Burden در مراقبین این دو گروه از بیماران انجام نگرفته است. از آنجایی‌که بیماری اسکیزوفرنیا یک بیماری مخاطره آمیز در حیطهٔ روانپزشکی، و نارسائی انتهائی کلیه یک اختلال پر مخاطره در حیطهٔ نفرولوژی است، ملاحظه شد که بررسی تحمل عذاب در مراقبین این دو گروه، که از نظر وضعیت بیماری متفاوتند، جالب توجه خواهد بود.

نارسائی انتهائی کلیه[2]، یک بیماری مزمن است که خانواده باید عملکردهای حمایتی را برای بیمار دیالیزی‌اش چه در منزل و چه در مراکز سرپایی مثل بخش‌های دیالیز بیمارستان‌ها، انجام دهد(۳). مراقبین بیماران کلیوی اغلب زمان زیادی را برای مداخلات پزشکی بیماران صرف می‌کنند و خستگی و عذاب قابل ملاحظه‌ای را تحمل می‌کنند(۳). این بیماری مرگ‌آور است و این افراد باید یا دیالیز شوند یا پیوند کلیه دریافت کنند و حتی با درمان هم سلامتی آن‌ها کاهش می‌یابد. متوسط زمانی‌که بیماران برای همودیالیز در بیمارستان هستند ۱۴ روز در ماه است و حداقل ۸ نوع دارو دریافت می‌کنند. این عوامل می‌تواند منجربه عذاب زیادی برای خانواده‌های آنان گردد ومراقبین این بیماران همانند سایر مراقبین بیماران مزمن، درگیری‌های عاطفی بیش ازحد دارند(۴). باتوجه به توصیف فوق برآن شدیم تا با مطالعه حاضر میزان عذاب بر مراقبین (خانواده‌ها) این دوگروه بیماری وعوامل موثر بر آن شناسایی کنیم تا بتوانیم در مطالعات بعدی به راهکارهای کاهش عذاب دست یابیم.

مواد و روش ها

دریک مطالعه تجربی با طرح کارآزمایی کوهورت (cohort) دو گروهی،۶۰ نفر مراقب که۳۰ نفر آنها مراقبین بیماران اسکیزوفرنیک و ۳۰ نفر دیگر مراقبین بیماران نارسائی انتهائی کلیه بودند، به روش نمونه‌گیری در دسترس[3] انتخاب شدند.این مطالعه مقطعی ومقایسه‌ای بوده است.

تشخیص‌گذاری بیماران اسکیزوفرنیک موردمطالعه براساس معیارهای تشخیصی DSM-IV-IR[4] توسط روانپزشکان مرکز درمانگاهی روانپزشکی رازی تهران بود بر روی بیمارانی که در نیمه دوم سال ۱۳۸۵ به این مرکز مراجعه کرده بودند. تشخیص بیماری مبتلایان به نارسائی انتهائی کلیه، بر اساس نظر تشخیص پزشک

1. Burden
2. End stage renal disease
3. Convenient group
4. Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorder

Archive of SID
www.SID.ir
[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-21]

متخصص داخلی مسئول بخش دیالیز بیمارستان امام سجاد شهریار و برمبنای ملاک‌های تشخیص در مراجعه کنندگان نیمه دوم سال۱۳۸۵ به این مرکز بود که تحت دیالیز قرار گرفته بودند.

مراقبین این دوگروه بیماران سن۷۵-۲۰سال داشتند، بیماری جسمی، روانی و وابستگی به مواد روانگردان نداشته و فقط ازیک بیمارمراقبت می‌کردند که از شروع بیماری وی حداقل دو سال گذشته بود. جهت شرکت در طرح پژوهشی از تمام مراقبین رضایت نامه آگاهانه اخذ شد. ابزار مورداستفاده دراین‌مطالعه، مقیاس نجش مراقب یاخانواده (FBIS)[1] بود. این ابزار در سال ۱۹۸۱ توسط پاپی و کاپور ساخته شده است که در طی یک مصاحبه نیمه ساختار یافته تکمیل می‌شود. این تست از ضریب پایائی بالایی(۷۲/.) برخوردار است و توسط دکتر ملکوتی و همکاران در سال ۱۳۸۲ با روش test -retest هنجاریابی شده است. این پرسشنامهٔ عذاب عینی[2]، شامل فشار اقتصادی، اختلال در فعالیت‌های روزمره خانواده و اختلال در استراحت و تفریح خانواده، اختلال در روابط خانواده و تاثیر بر سلامت جسمانی خانواده، و همچنین عذاب ذهنی[3] شامل سلامت روانی خانواده و میزان رنج خانواده را می‌سنجد. این پرسشنامه دارای ۲۴ ماده در ۶ گروه ذکر شده در بالا است که دارای سه مقیاس۲-۱-۰ می‌باشد. حداکثر نمره ۴۸ و حداقل صفر است. همچنین برای بیماران و مراقبین آن‌ها پرسشنامه جمعیت شناختی تکمیل شد.

نتایج حاصله از طریق نرم‌افزار SPSS با آزمون t تحلیل شده است و مقادیر P کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

یافته ها

در این پژوهش میانگین سن مراقبین بیماران اسکیزوفرنیک ۵۶سال، ومراقبین بیماران مبتلا به نارسائی انتهائی کلیه ۳۸ سال بوده است. مراقبین بیماران اسکیزوفرنیک در ۶۰ درصد موارد، ومراقبین بیماران نارسائی انتهائی‌کلیه در ۸۰ درصد موارد زن بودند.

۶۰ درصد مراقبین بیماران اسکیزوفرنیک و ۷۶/۷ درصد مراقبین بیماران نارسائی انتهائی کلیه بیکار بودند.

مراقبین بیماران اسکیزوفرنیک در ۴۳/۳ درصد مادر و در ۲۳/۳ درصد پدر ایشان بودند. مراقبین بیماران نارسائی انتهائی‌کلیه در۳۳/۳ درصد همسرو در۴۰ درصد موارد فرزند ایشان بودند.

۶۶/۷ درصد مراقبین بیماران اسکیزوفرنیک و ۸۰ درصد مراقبین بیماران نارسائی انتهائی‌کلیه تحت پوشش بیمه قرار داشتند.

نتایج حاصله از آزمون t مقایسه میانگین عذاب حاکی از آن است که مراقبین بیماران اسکیزوفرنیک از مراقبین بیماران نارسائی انتهائی‌کلیه میزان عذاب بیشتری را تحمل می‌کنند که این تفاوت درسطح خطای ۰/۰۵ معنی‌دار است (جدول شماره ۱).

جدول شماره ۱ : مقایسهٔ عذاب کلی و فشاراقتصادی در مراقبین بیماران اسکیزوفرنیک مزمن و نارسایی انتهائی کلیه

نوع عذاب/فشار	گونهٔ بیماری	میانگین	انحراف استاندارد	معنی‌داری
عذابِ کلی	نارسائی انتهائی کلیه	۲۸،۵	۳،۸۲۲۷۲	۰،۰۰۷
	اسکیزوفرنیک مزمن	۳۱،۶	۳،۹۳۰۸۳	
فشارِ اقتصادی	نارسائی انتهائی کلیه	۷،۵۴	۳،۲۲۶	۰،۳۱۱
	اسکیزوفرنیک مزمن	۸،۳۳	۲،۴۹۶	

مراقبین بیماران اسکیزوفرنیک مزمن از مراقبین بیماران نارسایی انتهائی کلیه عذابِ بیشتری را تحمل می‌نمایند. این تفاوت در سطح خطای ۰/۰۵ معنی‌دار بوده است.

1. Family Burden Interview Scale
2. Objective Burden
3. Subjective Burden

Archive of SID
www.SID.ir
[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-21]

مراقبین بیماران اسکیزوفرنیک مزمن و مراقبین بیماران نارسایی انتهائی کلیه فشار اقتصادی تقریبا یکسانی را تحمل می‌نمایند. به عبارت دیگر تفاوت یاد شده در سطح خطای ۰/۰۵ معنی‌دار نیست.

همچنین این نتایج در مقایسه میانگین زیر گروه‌های تشکیل دهنده عذاب نشان می‌دهد که مراقبین هر دو گروه فشار اقتصادی تقریباً یکسانی را تحمل می‌کنند (جدول شماره ۱).

در زیر گروه‌های اختلال در فعالیت‌های روزمره و اختلال در روابط خانوادهٔ مراقبینِ بیماران اسکیزوفرنیک در مقایسه با مراقبین بیماران نارسائی انتهائی کلیه، میزان تحمل عذاب بیشتر و در سطح خطای ۰/۰۰۰۱ معنی دار بوده است (جدول شماره ۲).

جدول شماره۲: مقایسهٔ اختلال فعالیت‌های روزمره و اختلال در روابط خانوادهٔ مراقبین بیماران اسکیزوفرنیک مزمن و نارسایی انتهائی کلیه

نوع عذاب/اختلال	گروهٔ بیماری	میانگین	انحراف استاندارد	معنی‌داری
اختلال در فعالیتهای روزمره	نارسائی انتهائی کلیه	۵،۱۳	۲،۷۶۳	۰،۰۰۰
	اسکیزوفرنیک مزمن	۷،۷۹	۱،۹۷۱	
اختلال در روابط خانواده	نارسائی کلیه	۴،۶۴	۲،۸۱۸	۰،۰۰۰
	اسکیزوفرنیک مزمن	۷،۹۷	۲،۴۸۵	

مراقبین بیماران اسکیزوفرنیک مزمن در مقایسه با مراقبین بیماران نارسایی انتهائی کلیه، اختلال بیشتری را در فعالیت‌های روزمره تجربه می‌نمایند. این تفاوت در سطح خطای۰/۰۰۰۱معنی‌دار بوده است. به همین ترتیب، مراقبین بیماران اسکیزوفرنیک مزمن در مقایسه با مراقبین بیماران نارسایی کلیه، اختلال بیشتری را در روابط خانواده نیز تجربه می‌نمایند. این تفاوت در سطح خطای ۰/۰۰۰۱ معنی‌دار بوده است.

در سه مؤلفهٔ اختلال در استراحت خانواده، تأثیر بر سلامت جسمی و میزان رنج ناشی از بیماری، مراقبین بیماران اسکیزوفرنیک بارِ بیشتری را تحمل می‌کنند ولی تفاوت‌ها معنی‌دار نبوده است. (جدول شماره ۳).

جدول شماره۳: مقایسه اختلال دراستراحت، تأثیر برسلامت جسمی، رنج ناشی از بیماری ، و تأثیر بر سلامت روانی در مراقبین بیماران اسکیزوفرنیک مزمن و نارسایی انتهائی کلیه

نوع عذاب/اختلال	گروهٔ بیماری	میانگین	انحراف استاندارد	معنی‌داری
اختلال در استراحت	نارسائی انتهائی کلیه	۵،۵۹	۲،۱۹۶	۰،۲۶۴
	اسکیزوفرنیک مزمن	۶،۲۱	۱،۹۸۹	
تأثیر بر سلامت جسمی	نارسائی انتهائی کلیه	۱،۵۷	۱،۳۳۱	۰،۰۸۷
	اسکیزوفرنیک مزمن	۲،۱۷	۱،۳۳۸	
رنج ناشی از بیماری	نارسائی انتهائی کلیه	۱،۷۷	۰،۴۳۰	۰،۰۸۲
	اسکیزوفرنیک مزمن	۱،۹۳	۰،۲۵۸	
تأثیر بر سلامت روانی	نارسائی انتهائی کلیه	۱،۷۰	۱،۳۹۳	۰،۰۰۱
	اسکیزوفرنیک مزمن	۲،۸۷	۱،۰۴۲	

مراقبین بیماران اسکیزوفرنیک مزمن و بیماران نارسایی کلیه، اختلال در استراحت خانواده را تقریبا به یک اندازه تحمل می نمایند. به عبارت دیگر تفاوت یاد شده در سطح خطای ۰/۰۵ معنی‌دار نیست.

مراقبین بیماران اسکیزوفرنیک مزمن در مقایسه با مراقبین بیماران نارسایی کلیه، تاثیر بیشتری بر سلامت جسمی خود تجربه می‌کنند. ولی این تفاوت در سطح خطای ۰/۰۵ معنی‌دار نیست.

رنج مراقبین بیماران اسکیزوفرنیک مزمن در مقایسه با مراقبین بیماران نارسایی انتهائی کلیه بیشتر، ولی این تفاوت در سطح خطای ۰/۰۵ معنی‌دار نبوده است.

در مؤلفهٔ تأثیر بر سلامت روانی، مشخص شد که مراقبینِ بیماران اسکیزوفرنیای مزمن در مقایسه با مراقبین بیماران نارسائی انتهائی کلیه عذاب بیشتری تحمل می‌کنند که در سطح خطای ۰/۰۰۱ معنی‌دار بوده است (جدول شماره ۳) .

مراقبین بیماران اسکیزوفرنیک مزمن در مقایسه با مراقبین بیماران نارسایی کلیه تاثیر بیشتری را برسلامت

Archive of SID

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-21]

www.SID.ir

روانی خود تجربه می‌نمایند. این تفاوت در سطح خطای ۰/۰۰۱ معنی‌دار بوده است.

بحث

نتایج این پژوهش نشان داد که مراقبین بیماران اسکیزوفرنیک به طور معنی‌داری از مراقبین بیماران مبتلا به نارسائی انتهائی کلیه عذاب بیشتری را تحمل می‌کنند که این عذاب هم ذهنی و هم عینی است. مراقبین هر دو گروه، فشار اقتصادی تقریباً یکسانی را تحمل می‌کنند (عذاب عینی). در زیر گروه‌های اختلال در فعالیت روزمره، اختلال در روابط خانواده که از اجزاء عذاب عینی هستند مراقبین بیماران اسکیزوفرنیک از مراقبین بیماران نارسائی انتهائی کلیه عذاب بیشتری را تحمل می‌کنند که تفاوت معنی‌دار است. در زیرگروه‌های تاثیر بر سلامت جسمی، اختلال در استراحت خانواده و میزان رنج که اجزاء عذاب ذهنی هستند، مراقبین بیماران اسکیزوفرنیک در مقایسه با مراقبین بیماران مبتلا به نارسائی انتهائی کلیه عذاب بیشتری را تحمل می‌کنند که البته تفاوت معنی‌دار نبوده است. در مؤلفهٔ تأثیر بر سلامت روانیِ دیگران، مراقبین بیماران اسکیزوفرنیک از مراقبین بیماران نارسائی انتهائی کلیه عذاب بیشتری را تحمل می‌کنند که تفاوت معنی‌دار بوده است.

در بررسی متون و مطالعات انجام شده در خارج و داخل کشور، مطالعه‌ای که تا حدودی با مطالعه حاضر شباهت دارد مطالعه ماگلیانو و همکاران (۲۰۰۵) است که در آن عذاب ناشی از مراقبت یک بیمار مزمن در دو گروه اسکیزوفرنیا و بیماری‌های جسمانی مزمن مانند بیماری‌های ریوی، قلبی، مغزی و کلیوی مقایسه شده است که نتایج آن نشان داده که عذاب عینی در مراقبین بیماری‌های مغزی بالاتر است، اما عذاب ذهنی در هر دو گروه مراقب بیمار اسکیزوفرنیک و بیماری مغزی بالا بوده است، همچنین در این مقاله اشاره شده است مراقبین بیماران اسکیزوفرنیک که حمایت‌های اجتماعی کمتری داشتند عذاب بیشتری را گزارش کرده‌اند(۵). همچنین کاکیوئو- یوریزار و همکاران (۲۰۰۶) در شیلی نشان دادند که به دلیل برنامه‌های بهزیستی و توانبخشی عمومی ناکارآمد برای بستگان بیماران روانی میزان بالایی از عذاب توسط مراقبین بیماران روانی تجربه می‌شود(۶). این یافته‌ها با مطالعه ما همسو است زیرا با توجه به این که در کشور ما این حمایت‌های اجتماعی همچون پوشش بیمه درمانی در مورد مراقبین بیماران اسکیزوفرنیک کمتر از مراقبین بیماران مبتلا به نارسائی انتهائی کلیه است(۶۰ درصد برای مراقبین بیماران اسکیزوفرنیک در مقابل ۸۰ درصد برای مراقبین بیماران نارسائی انتهائی کلیه) می‌تواند توجیه کننده نتیجه مطالعه حاضر مبنی بر بیشتر بودن عذاب در مراقبین بیماران اسکیزوفرنیک در مقایسه با مراقبین بیماران نارسائی انتهائی کلیه باشد. همچنین در ایران بیمه تکمیلی تحت عنوان «بیماری‌های خاص» وجود داردکه بیماران نارسائی انتهائی کلیه را تحت پوشش قرار می‌دهد ولی شامل حال بیماران روانپزشکی از جمله اسکیزوفرنیا نمی‌شود، و لذا علی رغم هزینه‌های بالاتر درمانی بیماران مبتلا به نارسائی انتهائی کلیه، عذاب درمراقبین بیماران اسکیزوفرنیک بالاتر گزارش شده است.

مطالعه ویکس و همکاران (۱۹۹۸) نشان داده که کیفیت زندگی مراقبین بیماران مبتلا به نارسائی انتهائی کلیه بستگی به عوامل بیماری، مراقبت و خانوادگی دارد و همچنین عذاب بر مراقبین این بیماران تا شش ماه بعد از پیوند کلیه همچنان بالا است(۷). مطالعه ۱۹۹۷ ویکس و همکاران که کیفیت زندگی مراقبین بیماران نارسائی انتهائی کلیه را بررسی کرده نشان داده که در مراقبین زن کیفیت زندگی خوب بوده و آن‌ها حداقل عذاب را گزارش کرده بودند و کیفیت زندگی مراقب به میزان زیادی به عذاب وارد بر مراقب بستگی داشت و

Archive of SID
www.SID.ir
[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-21]

هیچ‌کدام از مؤلفه‌های نژاد، جنس، نسبت مراقب، جنس بیمار بر کیفیت زندگی تاثیری نداشت و همچنین میزان عذاب وارد برمراقب به‌نوع دیالیز هم ارتباطی نداشت(۸).

این نتایج می تواند با نتایج ما از این نظر همسو باشد زیرا مراقبین بیماران مبتلا به نارسائی انتهائی کلیه که عموماً زن بودند (در ۸۰ درصد موارد) عذاب کمتری را گزارش کرده‌اند.

مطالعه هاوکینس و همکاران (۲۰۰۰) نشان داد که مراقبین بیماران مبتلا به نارسائی انتهائی کلیه چه پیر و چه جوان عذاب ذهنی را خیلی کم تجربه می‌کنند یا اصلاً تجربه نمی‌کنند که البته با توجه به نمونه‌های مورد استفاده در این مطالعه که بیماران منتظر پیوند کلیه بودند تعجب آور نبود(۹). در مطالعه کاین ویکرس (۲۰۰۰) نشان داده شد که مراقبین سیاه پوست بیماران نارسائی انتهائی کلیه، در مقایسه با مراقبین سفید پوست عذاب کمتری را تجربه می‌کنند، همچنین مراقبین جوانتر (کم‌تر از ۵۵ سال) عذاب ذهنی بیشتری را نسبت به مراقبین مسن‌تر تجربه می‌کنند(۱۰). در مطالعه حاضر توجه به میانگین سن مراقبین هر دوگروه نشان می‌دهد که مراقبین بیماران اسکیزوفرنیک مسن‌تر از مراقبین بیماران مبتلا به نارسایی انتهائی کلیه‌اند (۵۶ در مقابل ۳۸ سال) پس با توجه به بالاتر بودن میزان عذاب در مراقبین اسکیزوفرنیک این یافته ما با مطالعه فوق همسو نیست. مطالعات غیرمقایسه‌ای درمورد عذاب بر مراقبین بیماران مبتلا به نارسائی انتهائی کلیه در مقایسه با مطالعات عذاب بر مراقبین بیماران اسکیزوفرنیک محدودتر بود. مثلا در مطالعه اشنایدر و همکاران (۲۰۰۴) نشان داده شده است مراقبت از بیماری که محدودیت رژیم غذایی دارد و به طور معمول سه بار در هفته دیالیز می‌شود، تغییرات خلقی و رفتاری دارد بر کیفیت زندگی مراقب وی تاثیر بسزایی دارد(۳). همچنین کمپبل و همکاران (۱۹۹۸) نشان دادند که عذاب وارد بر والدین پیر بیماران مبتلا به نارسائی انتهائی کلیه که از آن‌ها مراقبت می‌کنند منجربه احساس گناه، ناامیدی، تنهایی و از دست دادن آزادی برای انجام فعالیت‌های فردی می‌شود(۱۱). هاریس و همکاران (۲۰۰۰) یافته‌های مشابهی در مورد شاخص خستگی در مراقب بیماران مبتلا به نارسائی انتهائی کلیه داشتند(۱۲). در مطالعه ما نیز میانگین عذاب در مورد مراقبین بیماران مبتلا به نارسائی انتهائی کلیه ۲۸ بود که در محدوده فشار متوسط قرار دارد.

مطالعات غیر مقایسه‌ای انجام شده در مورد میزان عذاب درمراقبین بیماران اسکیزوفرنیک رشد فزاینده‌ای داشته است. مانند مطالعات جان بائر و همکاران(۲۰۰۵) نشان دادند که مراقبین بیماران اسکیزوفرنیک ریسک بیشتری برای بیمار شدن دارند و نیاز به خدمات درمانی بیشتری هم دارند(۱۳). در مطالعه لوئیک و همکاران (۲۰۰۴)، بستگان بیماران اسکیزوفرنیک فشار را در سطح عملی، اقتصادی و هیجانی به مقدار زیادی احساس می‌کردند و این میزان عذاب با رفتارهای ناهنجار بیمار ارتباط داشته است(۱۴). مطالعه پرلیک و همکاران (۲۰۰۶) نشان داد که خصوصیات جمعیت شناختی و علایم بیمار بیشترین ارتباط را با عذاب داشته است در صورتی که خدمات مورد استفاده و کیفیت زندگی بیمار کمترین ارتباط را داشته است و وضعیت عصبی شناختی و عوارض دارویی هیچ ارتباطی با عذاب نداشته است(۱۵). شاید در مطالعه ما تاثیر عوامل احساسی ناشی از داشتن بیمار روانی که منجربه بزرگ نمایی[1] در مراقبین این بیماران می‌شود و یا استیگمای[2] بیمار روانی عامل مهمی در بالاتر بودن میزان عذاب در مراقبین بیماران اسکیزوفرنیک باشد.

مطالعات داخلی با مطالعه حاضر همسویی بیشتری دارد؛ مثلا دکتر ملکوتی و همکاران (۱۳۸۲) نشان دادند

1. Exaggeration
2. Stigma

Archive of SID
www.SID.ir
[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-21]

که عذاب مراقبین بیماران اسکیزوفرنیک در مقایسه با سایر بیماری‌های روانی بیشتر بود و بیشترین میزان در حوزه عذاب عینی بود(۱۶). در مطالعه حاضر نیز میزان عذاب عینی به طور قابل توجهی در مراقبین بیماران اسکیزوفرنیک در مقایسه با مراقبین بیماران نارسائی انتهائی کلیه بالاتر است. همچنین در پایان‌نامه اردشیرزاده (۱۳۸۳) عذاب مراقبین بیماران اسکیزوفرنیک بیشتر از عذاب مراقبین بیماران دو قطبی است، که با مطالعه حاضر همسو می‌باشد(۱۷). شاید این تفاوت در نتایج داخلی و خارجی را بتوان براساس تفاوت های فرهنگی، همچون استیگمای بیماری روانی، نداشتن آگاهی‌های لازم در خانواده ی بیماران روانی و کم بودن حمایت‌های اجتماعی از بیماران روانی و خانواده‌های آنان توجیه کرد.

بررسی نزدیک دیگری نیز تحت عنوان "فرسودگی شغلی و علل آن در پرستاران بالینی شاغل در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی بابل (۱۳۸۳)" (۱۸)، انجام گرفته و یافته‌های آن حاکی است: " ۳۰/۷ درصد از افراد مورد مطالعه فرسودگی شغلی کم، ۸۶/۶ درصد فرسودگی شغلی زیاد و ۰/۷ درصد فرسودگی شغلی خیلی زیاد داشتند. بین میزان فرسودگی شغلی با سابقهٔ کار (p=۰/۰۳) و سن نمونه‌های پژوهشی (p=۰/۰۱) ارتباط معنی دار وجود داشته است." و نتیجه‌گیری شده است: "سوخته شدن توان شغلی کمک رسان‌های حرفه‌ای یک مشکل معمول است. در چنین وضعیتی مدیران پرستاری و مسئولین امور می‌بایست شرایطی را فراهم کنند که فشار و خستگی (استرس) روانی کارکنان کاهش یافته و با تمهیداتی چون افزایش حقوق، کاهش ساعات کار، سازمان‌دهی برنامه‌های تفریحی- بازتوانی، تشکیل کارگروه‌ها، شرکت در جلسات حل مشکل، کلاسهای ورزشی و کارگاههای آموزش روش‌های مقابله با تنش‌های روانی، از فشارهای روانی پرسنل پرستاری کاسته شده و به ایشان کمک شود با استرس شغلی کنار بیایند."

بررسی مطالعات داخلی و خارجی و مقایسه آن‌ها با مطالعه حاضر نشان می‌دهد که حمایت‌های اجتماعی، نقش اصلی ومحوری درکاهش عذاب مراقبین دارد زیرا موارد عذاب عینی در این مطالعه برجسته‌تر بوده است و این‌مطالعه به‌عنوان نقطه شروعی برای بررسی‌های بیشتر و مطالعات مداخله‌ای می‌تواند راه گشای مناسبی باشد.

محدودیت‌های پژوهش:

۱- عدم توانایی در انتخاب نمونه‌ها به صورت تصادفی و استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس به علت محدودیت مراجعین که می‌تواند باعث سوگیری در انتخاب شود.

۲- محدود بودن محل انجام پژوهش به دو مرکز، درمانگاه روانپزشکی رازی و بخش دیالیز بیمارستان امام سجاد شهریار.

۳- مکان‌های انجام پژوهش که یکی در جنوب شهر تهران و دیگری در حومه شهر تهران است.

۴- تعداد کم نمونه‌ها (۶۰ نمونه)، که برای افزایش پایایی مطالعه نیاز به انجام این پژوهش به صورت جامع و ملی هست.

۵- استفاده از پرسشنامه نیمه ساختار یافته که سهم سو گیری ناشی از خود سنجی در آن کنترل نشده است.

۶- تعداد کم مطالعات خارجی مشابه و نبودن هیچ مطالعه داخلی‌که نتیجه‌گیری را با مشکل مواجه می‌سازد.

۷- عدم اشاره به وضعیت تأهل مراقبین.

۸- همسان ساخت نشدن دو گروه مراقبین بیماران از نظر عواملی چون سن، جنس، سطح تحصیلات و وضعیت اجتماعی- اقتصادی.

۹- تطبیق ندادن دو گروه مراقبین از نظر سابقهٔ بیماری‌های روانپزشکی.

Archive of SID

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-21]

www.SID.ir

فهرست منابع

1. Hoeing J, Hamilton M. "The schizophrenic patient and his effect on the household". ***Int J Social Psychiatry*** 1996; 12: 165-176.
2. Fisher G.A,Benson P, Tessler R. "Family response to mental illness; developments since de-institutionalization". ***Res Community Mental Health*** 1990; 6: 203-236.
3. Schneider R.A,Cedear IA, "Chronic renal failures assessing the fatigue severirity scale for use among caregivers". ***J Clin Nurs*** 2004; 13: 219-225.
4. Bressi C. "Family and chronic illness; from research to intervention". ***New trend in experimental and clinical psychiatry*** 1996; 11: 135-145.
5. Magliano L, Fiorillo A, De Rosa C, Malangone C, Mag M, the national mental health project working group "Family burden in long term disease; a comparative study in schizophrenia vs. physical disorders" ***Sac Science Med*** 2005; 21: 313-322.
6. Caqueo-Urizar A. Gutirrez-Maldonado J. "Burden of care in families of patients with schizophrenia". ***Qual Life Res*** 2006; 15(4): 719-724.
7. Wicks MN, Milstead EJ, Hathaway DK, Cetingok M. "Family caregivers burden, quality of life, and health following patients' renal transplantation". ***J Transpl Coord*** 1998; 8(3): 170-176.
8. Wicks MN, Milstead EJ, Hathaway DK, Cetingok M. "Subjective burden and quality of life in family caregivers of patients with end stage renal disease". ANNA J, 1997; 24(5): 527-8, 531-538.
9. Hawkins C.T, Harris T.T. "Subjective burden in young and older African American caregivers of patients with ESRD awaiting transplant". ***Nephrol Nurs J*** 2000.
10. Carin and Wickers, "Examining caregivers burden among family caregivers of COPD patients", Pub Med 2000.
11. Cambell A. "Caring for aging end-stage renal disease parents". ***Advances in renal replacement therapy*** 1998; 5: 98-108.
12. Harris T, Thomas C.M, Wicks M, Faulkener M.S, Hathaway D.K. "Subjective burden in young or older African American caregivers of patients with end stage renal disease transplant. ***Nephrol Nurs J*** 2000; 27: 383-399.
13. Jungbauer J, Mory C. "Caring for a schizophrenic family member increases the risk of becoming ill", ***Neuropsychiatre*** 2005; 70(10): 548-554.
14. Lowyck, et al. "A study of the family burden of 150 family members of schizophrenic patients", ***Eur Psychiat*** 2004; 19(7): 395-401.
15. Perlick D.A, Rosenheck R.A, Kasynnski R, Swartz M.S, Canive J.M, Lieberman

Archive of SID
[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-21]

www.SID.ir

J.A. "Correlates of family burden in schizophrenics". ***American Psychiatric Association*** 2006; 57, 1117-1125.

16. Malakouti S.K, Nouri Ghasemabadi R, Naghavi M, Ahmadi Abhari S.A, Nasr Esfehani M, Afghah S, Salehi P, and associates, "Phsychological burden with caregivers of chronic psychiatric patients; their own need for care and treatment" ***Hakim Journal*** 2003; (6) 2,1-8.
17. Ardeshirzadeh M. "Comparative study of psychological burden in caregivers of chronic schizophrenic and bipolar patients; coping approaches", research based final theses, University of Welfare and Rehabilitation Sciences, 2004.
18. Aziznejhad P, Hosseini S.J, (2005), "Occupational Burnout and its Causes among Practicing Nurses Affiliated to Babol University of Medical Sciences", ***J Bab Univ Med,*** 2006; 8(2): 63-69.

Archive of SID

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-21]

www.SID.ir