● مجلهٔ دانشگاه علوم پزشکی بابل، سال سوم، شمارهٔ ٤ (پی‌درپی۱۲)، صفحه ۳۳ الی ۳۸، پاییز ۱۳۸۰

فرسودگی و خستگی روانی مراقبین خانوادگی بیماران روانی
(بیمارستان و مرکز جامع روانپزشکی زاهدان ، ۱۳۷۹)

علی نویدیان[۱]*، علیرضا سالار[۱]، علی هاشمی نیا[۲]، اسدا.. کیخایی[۱]

۱- عضو هیأت علمی گروه پرستاری دانشگاه علوم پزشکی زاهدان ۲- عضو هیأت علمی گروه پرستاری دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد

سابقه و هدف: مراقبین خانوادگی بیماران روانی در واقع ستون فقرات سیستم مراقبتهای بهداشتی، درمانی بوده و اغلب خود بعنوان بیمار محسوب می‌شوند زیرا تعهد و الزام آنان برای مراقبت از فرد بیمار و ناتوان در خانواده ممکن است به تخریب روحی، روانی منجر شود. این مطالعه به منظور تعیین میزان فرسودگی و خستگی روانی مراقبین خانوادگی بیماران روانی انجام گردید.

مواد و روشها: این مطالعه توصیفی ـ تحلیلی بر روی ۱۲۵ نفر مراقب خانوادگی بیماران روانی مراجعه کننده به مرکز روانپزشکی زاهدان طی سال ۱۳۷۹ انجام گردید. ابتدا با استفاده از پرونده، خصوصیات فردی و تشخیص روانپزشکی بیمار بررسی و ثبت، سپس اطلاعات مربوط به خصوصیات فردی مراقبین و میزان فرسودگی و خستگی روانی آنان توسط پرسشنامه و بصورت مصاحبه جمع‌آوری شد. داده‌ها با استفاده از شاخص‌های توصیفی تحلیلی ارائه گردید.

یافته‌ها: نتایج نشان داد، از مجموع مراقبین، ۲٦/٤٪ فرسودگی و خستگی روانی خفیف، ٦۰/۸٪ متوسط و ۱۲/۸٪ فرسودگی و خستگی شدید داشتند. میانگین فرسودگی و خستگی روانی حاصل از نگهداری و مراقبت بیماران اسکیزوفرن و سایر اختلالات سایکوتیک بیشتر از بیماران با تشخیص اختلال خلق گزارش گردید. ۷۳/٦٪ مراقبین خانوادگی در این مطالعه فرسودگی و خستگی روانی متوسط تا شدید داشتند.

نتیجه‌گیری: پرستاری و مراقبت طولانی مدت از بیماران روانی در منزل، فشار زیادی را به مراقب تحمیل می‌کند. این فشارها می تواند سلامت روانی مراقبین را به مخاطره انداخته و کیفیت مراقبت و نوع ارتباط با فرد بیمار را مختل نماید و ضرورت انجام مداخلات برای کاهش این فشارها توصیه می شود.

واژه‌های کلیدی: *فرسودگی روانی، مراقبین، بیماران روانی.*

مقدمه

عملکرد اصلی خانواده باید برآوردن نیازهای فردی اعضا باشد. در هنگام وارد شدن صدمه شدید به یکی از اعضای خانواده، این نیازها ممکن است بشکل تقاضای فزاینده‌ای برای منابع و وقت در خانواده در آید (۱). بروز اشکالاتی نظیر وجود بیماری روانی در یکی از اعضای خانواده می‌تواند اثرات مخرب متعددی را بهمراه داشته باشد (۲). وجود بیمار روانی از لحاظ روابط انسانی، سایر اعضای خانواده را در وضع ناراحت کننده و تأسف‌باری قرار داده و صرف‌نظر از مخارج هنگفت و صرف وقت، فشار روانی شدیدی را به اعضای خانواده جهت نگهداری بیمار وارد می‌کند. مراقبت از بیمار روانی زندگی خانواده را مختل و نشاط فردی را از اعضاء خانواده سلب می‌کند (۳). طبیعی است وقتی یکی از اعضای خانواده به بیماری روانی شدید یا بیماری جسمانی مهلک و ناتوان کننده‌ای مبتلا

[DOR: 20.1001.1.15614107.1380.3.4.7.2]

می‌شود، سایر اعضا واکنش‌هایی نشان می‌دهند که در هر مرحله علائم آن متفاوت و اغلب شامل آشفتگی هیجانی و عاطفی، گیجی و بهت، عصبانیت و خشم، احساس درماندگی، کم حوصلگی، گریه کردن، مشغولیت ذهنی و اختلال در خواب و اشتهاست (۴). فشار روحی، روانی مراقبین یک مفهوم سه بعدی است که حاصل تداخل مراقبت نمودن در کیفیت روابط بین فردی، تأثیرات منفی در ایفای نقش و مسئولیتها و بروز اضطراب و نگرانی می‌باشد(۵). اغلب فشار روحی روانی را در سه محدوده زیر ارزیابی می‌کنند:

۱ـ مشکلات و علائم رفتاری بیمار مانند تحریک پذیری، عصبانیت و سایر رفتارهای غیرانطباقی.

۲ـ کاهش سطح عملکرد و کارآیی بیمار در زمینه‌های مختلف.

۳ـ اثرات منفی بیماری بر دیگران مانند تداخل در شغل و اوقات فراغت (۶).

مطالعه‌ای توسط Ostwald در سال ۱۹۹۷ با عنوان، فرسودگی و خستگی روحی روانی مراقبین، بیماری پنهان انجام شد. در این مطالعه ۲۴۵ مراقب مورد بررسی قرار گرفتند و میزان فشار روحی روانی در آنها به کمک سه فاکتور عدم وجود وقت کافی برای انجام امور شخصی، مشکلات شغلی و اختلالات رفتاری رایج در بیماران ، تعیین گردید. نتایج نشان داد که ۵۶/۴٪ دچار فشار روحی روانی بودند (۷).

مراقبین خانوادگی بعنوان افراد در معرض خطر و بیماری، فشار زیادی را متحمل می‌شوند (۸) و اعضای تیم روانپزشکی می‌توانند از طریق اتخاذ نقش معلم، عامل ارجاع و نیز ارائه مراقبتهای عاطفی و روانی، به این جمعیت آسیب‌پذیر کمک نمایند (۹). مداخلات خانواده درمانی به وابستگان بیمار کمک خواهد کرد تا نگرش آنان در مورد بیماری، علائم و نشانه‌های رفتاری، تغییر یافته و از شدت استرس و فشار روحی روانی مراقبین بکاهد (۱۰) و سلامتی روان آنها را تأمین نماید.

با عنایت به اینکه تأکید بهداشت روانی بر تمرکز فعالیتها روی جمعیت‌های آسیب‌پذیر، به جهت پیشگیری از بیماریهای روانی است، از این رو به منظور تعیین فشارهای روحی روانی، مطالعه حاضر بر روی مراقبین بیماران روانی انجام پذیرفته است.

مواد و روشها

این مطالعه توصیفی ـ تحلیلی بر روی مراقبین خانوادگی ۱۲۵ بیمار روانی مراجعه کننده به تنها مرکز جامع روانپزشکی استان سیستان و بلوچستان در سال ۱۳۷۹ به روش نمونه‌گیری آسان انجام شده است. این اندازه نمونه با فرض شیوع روانی ۹۰٪ با اطمینان ۹۵٪ دارای حداکثر اشتباه ۵٪ می‌باشد. شرایط ورود به مطالعه عبارت بود از اینکه بیمار مشکل ارگانیک و اعتیاد نداشته و حداقل ۶ ماه از آغاز بیماری او گذشته باشد و عضوی از خانواده بعنوان مراقب انتخاب گردید که بیشترین و نزدیکترین تماس را با بیمار در خانواده داشته و حمایتهای روانی و اجتماعی یا مالی و برنامه درمانی بیمار را عهده دارد بوده و حداقل ۱۵ سال سن داشته و قادر به برقراری ارتباط نیز باشد.

ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه بود که بصورت مصاحبه توسط پژوهشگر انجام شد. این ابزار با استفاده از پرسشنامه Zarit و همکاران و با توجه به شرایط فرهنگی کشورمان تنظیم شده است (۱۱). برای محاسبه اعتبار علمی آن از روش اعتبار محتوی با استفاده از کتب و منابع و الگو گرفتن از پرسشنامه Zarit و نظرخواهی از اساتید دانشگاه (روانپزشکان، روانشناسان بالینی و تربیتی) و برای اعتماد علمی آن از روش آزمون مجدد (r=۹۴٪) استفاده شده است.

پرسشنامه شامل دو بخش، بخش اول اطلاعات مربوط به خصوصیات فردی و خانوادگی، درمانی بیمار و مراقب (۲۰ سوال) و بخش دوم شامل ۲۲ سوال در مورد فشارهای شخصی، اجتماعی، عاطفی و اقتصادی بصورت مصاحبه از زبان مراقبین خانوادگی جمع‌آوری شد. برای پاسخگویی به هر سوال امتیازاتی بصورت هرگز (۰) بندرت (۱)، بعضی اوقات (۲)، اغلب (۳)، و همیشه (۴) اختصاص داده شد. مجموع امتیازات کسب شده توسط هر مراقب، فشار روحی روانی آن مراقب را بصورت تخمین نشان داد. پس از بررسی و تعیین خط برش، امتیاز ۶۱ تا ۸۸ فشار روحی روانی شدید، ۳۱ تا ۶۰ متوسط و کمتر از ۳۰ خفیف رتبه‌بندی شدند.

داده‌های فرم اطلاعاتی پس از طبقه‌بندی، با استفاده از آمار توصیفی تحلیلی و آزمونهای آماری t-test ANOVA و x^2 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1380.3.4.7.2]

یافته‌ها

نتایج نشان داد که میانگین سنی مراقبین ۱۲/۸±۳۸/٤ سال و ۵۲/۸٪ زن و بقیه مرد بودند. ۲۸/۸٪ مراقبین، والدین بیمار، ۲۰/۸٪ همسران، ۱۶٪ فرزندان و ۳۴/۴٪ خواهر یا برادر بیمار بودند. ۸۰٪ متأهل، ۱۲٪ مجرد و ۸٪ قبلاً ازدواج کرده بودند. ۵۰/۴٪ مراقبین خانه‌دار، ۴/۱٪ کار آزاد، ۸/۸٪ کارمند، ۶/۴٪ بیکار و ۹/۶٪ کشاورز و دامدار و سایر مشاغل داشتند. از نظر تحصیلات ۵۳/۶٪ بی‌سواد، ۲۱/۶٪ ابتدایی و نهضت، ۱۱/۲٪ سیکل و فقط ۱۳/۶٪ تحصیلات دیپلم و بالاتر دارا بودند. نتایج در مورد ویژگیهای فردی بیماران بیانگر این مطلب است که میانگین سن آنان ۱۲/۲±۳۵/۵ سال، ۶۶/۴٪ بیماران مرد و ۴۶/۴٪ متأهل بودند. همچنین یافته‌ها نشان داد که ۶۲/۴٪ بیماران بستری، ۳۷/۶٪ بصورت سرپایی تحت درمان بوده‌اند. از نظر طول مدت بیماری ۱۸/۴٪ دو سال و کمتر، ۳۰/۴٪ بین دو تا شش سال و ۵۱/۲٪ شش سال و بیشتر بیمار بودند. تشخیص روانپزشکی ۵۲٪ اسکیزوفرنیا و سایر اختلالات سایکوتیک، ۴۳/۲٪ اختلالات خلق و ۴/۸٪ دیگر بیماریهای روانی بود. از نظر انجام فعالیتهای زندگی روزمره ۴۷/۲٪ کاملاً مستقل، ۴۳/۲٪ نیاز به کمک و مساعدت داشته و ۹/۶٪ کاملاً به مراقبین خود وابسته بودند.

در رابطه با هدف اصلی تحقیق یعنی فرسودگی، نتایج نشان داد که ۲۶/۴٪ مراقبین فرسودگی خفیف، ۶۰/۸٪ فرسودگی متوسط و ۱۲/۸٪ فرسودگی شدید داشتند. در مورد سن بیمار و فرسودگی روانی مراقب نتایج نشان داد که در مراقبین بیماران با گروه سنی ۲۰ سال و کمتر، فرسودگی شدید اصلاً مشاهده نگردید. در مراقبین گروه سنی ۳۵-۲۱ سال ۴۹/۲٪ آنها فرسودگی متوسط و ۱۲/۳٪ فرسودگی شدید و در مراقبین بیماران با گروه سنی ۳۶ سال و بالاتر ۶۸/۲٪ آنها فرسودگی متوسط و ۱۸/۲٪ آنها فرسودگی شدید را تجربه کرده بودند. گروه فرسودگی روانی شدید (۷۵٪) را اغلب مراقبین زن تشکیل می‌دادند. میانگین فرسودگی مراقبین مجرد کمترین مقدار (۳۸٪)، پس از آن مراقبین متأهل (۴۳/۷٪) و گروه قبلاً ازدواج کرده‌ها (۴۵/۳٪) بیشترین میزان فرسودگی را دارا بودند. میانگین فرسودگی و خستگی مراقبین بیماران اسکیزوفرن و سایکوتیک‌ها بیشتر از مراقبین اختلالات خلقی بود(جدول۱). میانگین فرسودگی و خستگی مراقبین خانوادگی بیمارانی که تاکنون بستری نشده بودند (۴۳/۸)، بیمارانی که یک تا دو نوبت بستری شده بودند (۳۶/۴) و بیمارانی که سه نوبت و بیشتر بستری بودند (۵۰/۲) گزارش گردید. از نظر طول مدت بیماری، گروهی که طول مدت بیماری آنان دو سال و کمتر بود، متوسط فرسودگی و خستگی مراقبین (۱۵/۴±۴۱/۹)، طول مدت دو تا شش سال (۱۵/۲±۳۹) و طول مدت شش سال و بیشتر (۱۷/۴±۴۲/۷) بود. از نظر انجام فعالیتهای زندگی روزمره، مراقبین بیماران کاملاً وابسته، بیشترین مقدار فرسودگی و خستگی را (۱۳/۷±۴۰/۳) تجربه کرده بودند و از نظر جنس بیمار نیز نتایج نشان داد، ۷۵٪ افرادی که فرسودگی و خستگی شدید داشتند، مراقبین از بیماران مرد بودند.

جدول ۱. میانگین فرسودگی و خستگی روانی مراقبین برحسب نوع تشخیص روانپزشکی (بیمارستان و مرکز جامع روانپزشکی زاهدان ۱۳۷۹)

فرسودگی و خستگی تشخیص روانپزشکی	تعداد	انحراف معیار ± میانگین	فاصله اطمینان۹۵٪ برای میانگین
اسکیزوفرنی و انواع سایکوز	٦٥	١٦/٥±٤٢/٣	(٤٦/٤و٣٨/٢)
اختلالات خلقی	٥٤	١٦/٨±٤٠/٦	(٤٥/٢و٣٦/١)
سایر اختلالات روانی	٦	١٠/٢±٣٨/٣	(٤٩/١و٢٧/٦)

* میانگین فرسودگی و خستگی روانی برحسب نمره ۰ تا حداکثر ۸۸ محاسبه گردیده است.

بحث

نتایج نشان داد که قسمت اعظم مراقبین خانوادگی را گروه زنان و با شغل خانه‌داری تشکیل می‌دادند. در جامعه و فرهنگ ایرانی معمولاً امر مراقبت از کودکان، بیماران و افراد سالمند و معلول بعهده زنان و دختران خانواده است که بیکار بوده و یا ترک تحصیل کرده‌اند و بعنوان بخشی از امور خانه‌داری و منزل محسوب می‌شود. مطالعات غربی نیز نشان می‌دهد که زنان و دختران عموماً بعنوان مراقبت کننده‌های اولیه بیماران در منزل عمل می‌کنند و اغلب زنان میانسال با سن کمتر از ۶۰ سال هستند و در بیماران سالمند بیشتر مراقبین،

[DOR: 20.1001.1.15614107.1380.3.4.7.2]

دختران یا همسرانشان هستند (۱۱). اکثریت مراقبین متأهل بودند که بدلیل امنیت اقتصادی و حس مسئولیت پذیری بیشتر از افراد مجرد، مراقبت از بیماران را بعهده دارند، اکثریت مراقبین خانوادگی بیماران روانی (۷۳/۶٪) از فرسودگی روانی متوسط تا شدید رنج می‌برند و فقط ۲۶/۴٪ فرسودگی و خستگی قابل ملاحظه‌ای را نداشتند. Jenkins معتقد است فشار روحی، روانی در وابستگان بیماران روانی بسیار اساسی و قابل توجه است (۶). نتایج مطالعه Perlic و همکاران نشان داد که فرسودگی و خستگی روانی متوسط تا شدید ناشی از علائم و نشانه‌های بیماری در ۹۱٪ ، ناشی از کاهش سطح عملکرد در ۷۵٪ و فرسودگی و خستگی روانی ناشی از اثرات بیماری بر زندگی سایرین در ۸۲٪ مراقبین خانوادگی وجود دارد.

همچنین Fadden و همکاران در سال ۱۹۸۷ میزان فرسودگی مراقبین بیماران اسکیزوفرن را بررسی و دریافتند که بین ۵۵ تا ۷۶٪ مراقبین این بیماران از فرسودگی و خستگی روانی رنج می‌برند(۱۲). این نشان میدهد که متوسط فرسودگی مراقبین خانوادگی بیماران در کشور ما با سایر کشورها تفاوت چندانی ندارد. گذشته از اینکه مطالعه در کدام جامعه انجام شده باشد نتایج همه آنها بطور کامل نشان می‌دهد که بیماری روانی می‌تواند فشار و نگرانی قابل ملاحظه‌ای را به اعضای خانواده تحمیل کند (۸). اغلب کسانی که فرسودگی و خستگی شدید را تجربه کرده بودند، گروه زنان بودند. همچنین نتایج نشان داد که میانگین فرسودگی مراقبین زن (۱۷/۴±۴۳/۵) نسبت به مردان (۱۴/۸±۳۹/۱) بیشتر است، ولی این اختلاف معنی‌دار نیست. مطالعات، تفاوتهای جنسی را در میزان فرسودگی و فشارهای ناشی از مراقبت کردن تأیید می‌کند به این صورت که زنان بیشتر از مردان دچار استرس و فشار روانی هنگام مراقبت می شوند زیرا از طرفی عموماً بعنوان مراقبین اولیه بوده و همچنین وجود فرزندان، موقعیت اجتماعی زنان و نوع فشارها و استرس‌های زنان باعث می‌شود که میزان فرسودگی و خستگی آنها نسبت به مردان بیشتر باشد (۸). مراقبین متأهل نسبت به مجردها بیشتر دچار فرسودگی و خستگی شده بودند. Baker معتقد است انجام امور مربوط به زندگی، شغل و نیز داشتن نقش‌های متعدد (همسری، والدینی و ...) باعث افزایش میزان فرسودگی و خستگی در مراقب می‌گردد(۱۳). از نظر طول مدت بیماری و دفعات بستری بودن، یافته‌ها نشان داد بیمارانی که طول مدت بیماری آنان طولانی‌تر و به دفعات متعدد در بیمارستان بستری شده بودند، مراقبین آنها بیشتر از سایرین فرسودگی و خستگی روانی داشتند ولی این تفاوت از نظر آماری معنی‌دار نبود. مدت زمانی را که فرد در نقش مراقب انجام وظیفه می‌کند نیز می‌تواند در میزان فرسودگی و خستگی وارده مؤثر باشد (۱۳). اگر فرد بصورت طولانی مدت در معرض تنش‌زاها قرار گیرد برای سازگار شدن با این وضع، انرژی زیادی مصرف می‌کند و ممکن است انرژی ذخیره‌ای او برای پاسخگویی به نیازهایش کافی نباشد و فرد در معرض بیماری یا برهم خوردن تعادل روانی قرار گیرد (۱۴). از همین روست که بیماریهای مزمن، عودهای مکرر و بستری شدن‌های پی‌درپی می‌تواند مراقبین و خانواده ها را بستوه آورد.

بیمارانی که از نظر انجام فعالیتهای زندگی روزمره به مراقبین کاملاً وابسته بودند، بیشتر از دو گروه دیگر متحمل فرسودگی و خستگی شده بودند و نتیجه آزمون آماری آنالیز واریانس تفاوت بین آنها را معنی‌دار نشان داد (p=۰/۰۰۸). یافته‌های سایر تحقیقات نیز بیانگر این موضوع است که ارتباطی معکوس بین فشار مراقبین و میزان توانایی بیمار در امر مراقبت از خود و انجام فعالیتهای زندگی روزمره وجود دارد به این صورت که هرچه سطح توانایی و مراقبت از خود، بیمار پائین‌تر باشد، میزان فرسودگی و خستگی روانی مراقبین خانوادگی افزایش می‌یابد (۱۳) و مقدار زیادی از مشکلات و درگیری‌های بین بیمار و خانواده ناشی از ناتوانی در انجام امور جاری و روزمره بیمار می‌باشد (۴).

از نظر نوع تشخیص روانپزشکی ارتباط معنی‌داری بین نوع اختلال روانی و میزان فرسودگی مراقب وجود نداشت، ولی با این وجود متوسط میزان فرسودگی و خستگی مراقبین بیماران اسکیزوفرن و سایر سایکوتیک‌ها بیشتر از مراقبین بیماران اختلال خلق و سایر اختلالات روانپزشکی بود، شاید به این دلیل باشد که بیماران اسکیزوفرن عموماً عملکرد اجتماعی پایین‌تری داشته و پسرفت ساختمان شخصیتی و تخریب عادات اجتماعی در آنها بیشتر به چشم می‌خورد مطالعات غربی در این خصوص نتایج متفاوتی را نشان می‌دهد. Perlic و همکاران نشان دادند که اگر فاکتورهای مربوط به مشخصات فردی و طبقه اجتماعی ـ اقتصادی کنترل شوند، بین دو گروه اصلی بیماران روانی از نظر میزان

[DOR: 20.1001.1.15614107.1380.3.4.7.2]

فرسودگی و خستگی روانی تفاوت معنی‌داری وجود ندارد و میزان اضطراب و نگرانی مراقبین با علائم بیماری و نوع اختلالات رفتاری بیمار، بیشتر از نوع اختلال روانپزشکی مرتبط است (۱۲).

در مورد ارتباط سن بیماران و میزان فرسودگی مراقبین خانوادگی نتایج نشان داد که هرچه سن بیماران بالاتر می‌رود، میزان فرسودگی و خستگی روانی متوسط و شدید در مراقبین نیز افزایش می‌یابد و نتیجه آزمون آماری کای اسکوئر نشان داد که این ارتباط معنی‌دار است (p=۰/۰۰۶). این ارتباط را می‌توان اینگونه توضیح داد که بدلیل دوام بیماری، مزمن شدن بیماری و در نتیجه آن افزایش سن بیمار، فشار روحی و روانی مراقبین افزایش می‌یابد. همچنین نتایج بررسی نشان داد که مراقبت از بیماران روانی مرد بیشتر باعث ایجاد فرسودگی و خستگی در مراقبین خانوادگی می‌گردد. Kaplan در این مورد می نویسد مردان بیشتر از زنان دچار سیر روبه نابودی و پسرفت بیماریهای روانی می‌شوند(۱۵). به همین دلیل است که مراقبت از بیماران مرد بخاطر تخریبهای اخلاقی، روانی و اجتماعی شدیدتر، بیشتر از مراقبین استرس‌زا می‌باشد.

بطور کلی می‌توان نتیجه گرفت وجود اضطراب و نگرانی و انواع فشارهای عاطفی، روانی، اجتماعی و اقتصادی بر روی اعضای خانواده و بخصوص فرد مراقب اصلی امر مسلم و قطعی است واین فشارها می‌تواند سطح مراقبت از بیمار را کاهش داده و همچنین سلامت جسمی و روانی مراقب را به خطر اندازد. بنابراین ضرورت دارد مداخلاتی از قبیل ویزیت در منزل، آموزش، خانواده درمانی و گروه درمانی و ... برای کاهش میزان این فشارها بکار گرفته شود تا هم کیفیت مراقبت از بیمار بهتر شود و هم سلامت جسمی و روانی مراقب بعنوان بیماران پنهان تضمین گردد.

این مطالعه فقط بر روی مراقب اصلی انجام شده است. از آنجایی که درک تک‌تک افراد خانواده در مورد میزان فشار روحی روانی با همدیگر متفاوت است، لذا پیشنهاد می‌گردد بررسی مشابهی بر روی کلیه اعضای خانواده بیمار انجام گردد.

تقدیر و تشکر

بدینوسیله از همکاران محترم مرکز جامع روانپزشکی زاهدان آقایان دکتر کیانپور، دکتر سجادی، سراوانی و مجاهد بخاطر زحمات بی‌شائبه‌شان تشکر و همچنین از کلیه اعضای خانواده‌های بیماران روانی که بعنوان مراقب در این طرح نهایت همکاری و صبر و بردباری را مبذول داشته‌اند، تشکر و قدردانی می‌نمایم.

****

References

۱. هرشن سن، دیوید بی. پاور، پال دبلیو. مشاوره بهداشت روانی. ترجمه محمد تقی منشی طوسی. مشهد، مؤسسه چاپ و انتشارات آستان قدس رضوی، ۱۳۷٤، ص: ۲۸٤-۹٤.

2. Owens K. The world of the child , NewYork, Holt rinehart and winston 1987; 3:67.

۳. میلانی فر ب. بهداشت روانی. تهران ، نشر قومس، ۱۳۷۲؛ ص: ۲٦.

٤. اسدالهی ق، عباسعلی زاده ع. راهنمای خانواده های اسکیزوفرنیا. انتشارات معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان. ۱۳۷۲.

5. Browing JS, Schwirian PM. Spousal caregivers buren: Impact of care recipient health problems and mental state. J Gerontology Nursing 1994; 20(3): 17-22.

6. Jenkins J anis H, Schumacher John G. Family burden of schizophrenia and depressive illness, Br J Psych 1999; 174: 31-8.

7. Ostwald SK. Caregiver exhaustion caring for the hidden patients . Advanced Practice Nursing 1997; 3(2): 29-35.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1380.3.4.7.2]

8. Maurin Judith T, Barmann Boyd C. Burden of mental illness on the family, A critical review. Archives of Psychiatric Nursing 1990; pp: 99-107.

9. Doornbos MM. The problems and coping methods of caregivers of young adults with mental illness. Psych Nur Mental Health Serv 1997; 35(9): 22-6.

10. Watson R. Modeste N, Catolico O, et al. The relationship between caregiver burden and self-care deficits in former rehabilitation patients. Rehabilitation Nursing 1998; pp: 258-61.

11. Smith A, Schwirian Patrician M. The relationship between caregiver burden and TBI survivors cognition and functional ability after discharge. Rehabilitation nursing 1998; pp: 252-7.

12. Perlic D, Clarkin john F, Sirey J. et al. Burden experienced by caregivers of persons with bipolar affective disorder. Bri J of Psychiatry 1999; 175: 56-62.

13. Baker S. The relationship of self- care agency and self care actions to caregiver strain as perceived by female family caregivers of elderly parents J n Y state Nurses Association 1997; 28(1): 7-11.

۱٤. شاهسوند ا، نوغانی ا، محتشمی ف. بهداشت روان جلد یک، تهران ، نشر چامه، تابستان ۱۳۷۷.

15. Kaplan HI. Synopsis of psychiatry 16 th ed, Baltimore William and Wilkins 1991; 8:431-4.

* آدرس نویسنده مسئول: زاهدان، خیابان آزادی، دانشکده پرستاری و مامایی، تلفن: ۳۲۳۲۰۸۱-۰۵٤۱

[DOR: 20.1001.1.15614107.1380.3.4.7.2]