

سازگاری فرهنگی و بررسی روایی و پایایی نسخه فارسی پرسش‌نامه تجربه مراقبت از بیمار در خانواده بیماران مبتلا به اختلال‌های شدید روانپزشکی

دکتر یاسمن متقی‌پور¹، دکتر جمال شمس²، دکتر نیلوفر ثالثیان³، دکتر ونداد شریفی⁴، دکتر جواد علاقبندراد⁴

Cultural Adaptation, Validity and Reliability of Persian Version of Experience of Caregiving Inventory in Families of Patients with Severe Mental Disorders

Yasaman Motaghipour*, Jamal Shams^a, Niloofar Salesian^b, Vanda Sharifi^c, Javad Alaghsband Rad^c

Abstract

Objectives: This study aims to evaluate the cultural adaptation, validity and reliability of the Persian version of Experience of Caregiving Inventory (ECI) in families of patients with severe mental disorders. **Method:** After the translation and cultural adaptation of ECI, 225 family members of patients with severe mental disorders completed the ECI, the General Health Questionnaire (GHQ-28) and a demographic questionnaire. The Split half test was used to assess reliability. To determine internal consistency, Cronbach's alpha test and the concurrent validity was calculated by Pearson's correlation between the GHQ-28 and the ECI total negative score. **Results:** Reliability of the Inventory as assessed by the Spearman-Brown correlation coefficient was 0.80. The range of the Cronbach's alpha for each subscale, total negative score and total positive score was 0.51 to 0.90. Pearson's correlation between the GHQ-28 score and the total negative score was 0.37 ($p < 0.01$). **Conclusion:** The Persian version of the ECI has good reliability and validity for family members of patients with severe mental disorders.

Key words: Experience of Caregiving Inventory; cultural adaptation; validity; reliability

[Received: 2 May 2010; Accepted: 21 July 2010]

چکیده

هدف: پژوهش حاضر با هدف سازگاری فرهنگی و بررسی روایی و پایایی نسخه فارسی پرسش‌نامه تجربه مراقبت از بیمار (ECI) در خانواده بیماران مبتلا به اختلال‌های شدید روانپزشکی انجام شد. **روش:** پس از برگردان ECI و پشت‌سر گذاشتن مراحل برای سازگاری فرهنگی، 225 نفر از اعضای خانواده بیماران مبتلا به اختلال‌های شدید روانپزشکی به ECI، پرسش‌نامه سلامت عمومی (GHQ-28) و پرسش‌نامه جمعیت‌شناختی پاسخ دادند. پایایی به دو روش دونیمه‌سازی و آلفای کرونباخ و روایی به دو صورت هم‌زمان (همبستگی با GHQ-28) و همگرا (همبستگی خرده‌مقیاس‌ها با هم و با نمره کل) ارزیابی شد. **یافته‌ها:** پایایی با کاربرد ضریب همبستگی اسپیرمن-براون 0/80 و میزان ثبات درونی (آلفای کرونباخ) برای خرده‌مقیاس‌ها، نمره کل منفی و نمره کل مثبت 0/51-0/90 به دست آمد. ضریب همبستگی پیرسون میان نمره کل منفی ECI و GHQ-28 نیز 0/37 ($p < 0/01$) بود. **نتیجه‌گیری:** ECI برای اعضای خانواده بیماران مبتلا به اختلال‌های شدید روانپزشکی روایی و پایایی قابل‌قبولی دارد.

کلیدواژه: پرسش‌نامه تجربه مراقبت از بیمار؛ سازگاری فرهنگی؛ روایی؛ پایایی

[دریافت مقاله: 1389/2/12؛ پذیرش مقاله: 1389/4/30]

226

226

¹ دکترای روانشناسی مشاوره، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، گروه روانپزشکی، تهران، ولنجک، بیمارستان آیت‌الله... طالقانی، بخش روانپزشکی، دورنگار: 021-22432581 (نویسنده مسئول) E-mail: ymotaghipour@gmail.com؛ ² روانپزشک، استادیار دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، مرکز تحقیقات علوم رفتاری و

گروه روانپزشکی؛ ³ پزشک عمومی، بیمارستان روزبه؛ ⁴ روانپزشک، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تهران.

* Corresponding author: PhD. in Counseling Psychology, Associate Prof. of Shahid Beheshti University of Medical Sciences. Department of Psychiatry, Ayatollah Taleghani Hospital, Velenjak, Tehran, Iran. Fax: +9821-22432581, E-mail: ymotaghipour@gmail.com;
^a Psychiatrist, Assistant Prof. of Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Center for Behavioral Science Studies and Psychiatry Department; ^b General Practitioner, Roozbeh Hospital; ^c Psychiatrist, Associate Prof. of Tehran University of Medical Sciences.

مقدمه

پژوهش‌ها نشان داده‌اند روش‌های مداخله در خانواده¹ با هدف ایجاد ارتباط با خانواده بیماران مبتلا به اختلال‌های شدید روانپزشکی و آموزش و حمایت از آنان در کاهش میزان بازگشت²، شمار بستری و میزان فشار بر خانواده³ مؤثر است (دیکسون⁴، آدامز⁵ و لاکستد⁶، 2000؛ پاروا⁷، ماری⁸، راتبون⁹ و ونگ¹⁰، 2006). در سال‌های اخیر همکاری با خانواده بیماران، بر پایه توانایی‌ها و نیازهای خانواده، مورد تأکید قرار گرفته است که با باورهای پیشین که خانواده را آسیب‌زاد¹¹ می‌دانست، متفاوت است (هاتفیلد¹² و لفلای¹³، 1987؛ مارش¹⁴، 1992).

با توجه به اهمیت نقش خانواده در مراقبت از بیماران مبتلا به اختلال‌های شدید روانپزشکی، ارزیابی مشکلات و فشارهای وارد بر خانواده‌ها ضرورت دارد. نبود یا کمبود چنین برنامه‌هایی، به‌ویژه در ایران - که بیشتر بیماران با خانواده خود زندگی می‌کنند و با محدودیت تخت‌های بیمارستانی و امکانات پس از ترخیص مواجه هستیم - فشار و استرس بیشتری بر خانواده تحمیل می‌کند (متقی پور، پورمند، ملکی و داویدیان، 2001؛ ملکوتی و همکاران، 2003). برای ارزیابی میزان این فشار، هم‌چنین ارزیابی میزان اثربخشی مداخله در خانواده با هدف بهبود تجربه مراقبت از بیمار، مقیاس‌های گوناگونی تنظیم شده و به کار رفته است (شین¹⁵، تسلر¹⁶ و گامچه¹⁷، 1994)، برخی از این مقیاس‌ها نیز در فرهنگ‌های گوناگون اعتباریابی شده است (چیسن¹⁸ و نورمن¹⁹، 2004؛ تاریکون²⁰، لیس²¹، اشموکلر²²، باسی²³ و براردی²⁴، 2006). یکی از پرسش‌نامه‌های تدوین شده در سال‌های اخیر، پرسش‌نامه تجربه مراقبت از بیمار²⁵ (ECI) است که برای ارزیابی تجربه مراقبت خانواده بیماران مبتلا به اختلال‌های شدید روانپزشکی، هم‌چنین برای ارزیابی میزان اثربخشی آموزش روان‌شناختی مراقبان بیمار به کار می‌رود (اشموکلر و همکاران، 1996؛ هاروی²⁶، برنز²⁷، فاهی²⁸، مانلی²⁹ و تاتان³⁰، 2001). ECI بر پایه مفهوم «ارزیابی مراقبت³¹» و در چارچوب نظریه «استرس - ارزیابی - مقابله³²» تعریف شده است. بر مبنای این الگو، تجربه مراقبت از بیمار از ارتباط و تداخل میان بیماری عضو خانواده و عوامل مؤثر در دنیای داخل و خارج از زندگی مراقب بیمار شکل می‌گیرد (تاریکون و همکاران، 2006). ECI تمامی تجربه‌های مثبت و منفی مراقب بیمار را دربرمی‌گیرد و تقابل بیماری را با

روش‌های سازگاری و رویارویی با استرس، از دیدگاه مراقب بیمار، ارزیابی می‌کند. اشموکلر و همکاران (1996) برای تدوین ECI مراحل گوناگون مصاحبه با خانواده بیماران و مرور پرسش‌نامه‌های موجود برای تنظیم فهرست گویه‌ها تا تنظیم فهرست نهایی و اعتباریابی آن با پرسش‌نامه سلامت عمومی³³ (GHQ) (گلدبرگ³⁴ و ویلیامز³⁵، 1998) را پشت‌سر گذاشته‌اند. ثبات درونی³⁶ نسخه ایتالیایی ECI به‌روش آلفای کرونباخ³⁷ و روایی³⁸ آن به‌روش همبستگی (منفی) با نسخه 12 گویه‌ای GHQ خوب گزارش شده است (تاریکون و همکاران، 2006). بررسی‌ها نشان داده‌اند نمره منفی ECI قابلیت پیش‌بینی زیادی در مورد نمره GHQ دارد (هاروی و همکاران، 2001؛ جویس³⁹، لیس و اشموکلر، 2000؛ اشموکلر و همکاران، 1996). ECI در شرایط بالینی گوناگون (مانند روان‌پریشی بار اول⁴⁰ و بی‌اشتهایی عصبی⁴¹) نیز روایی و پایایی⁴² خوبی داشته است (ادینگتون⁴³، مک‌کلیری⁴⁴ و ادینگتون، 2005؛ ترژر⁴⁵ و همکاران، 2001). بررسی حاضر با هدف سازگاری فرهنگی و بررسی روایی و پایایی نسخه فارسی ECI در خانواده بیماران مبتلا به اختلال‌های شدید روانپزشکی انجام شد.

روش

225 عضو خانواده بیماران مبتلا به اختلال‌های شدید روانپزشکی (دربرگیرنده اختلال‌های دوقطبی⁴⁶ و اسکیزوفرنیا⁴⁷)

- | | |
|--|---------------------------------|
| 1- family intervention | 2- relapse |
| 3- family burden | 4- Dixon |
| 5- Adams | 6- Lucksted |
| 7- haroah | 8- Mari |
| 9- Rathbone | 10- Wong |
| 11- pathologize | 12- Hatfield |
| 13- Lefley | 14- Marsh |
| 15- Schene | 16- Tessler |
| 17- Gamache | 18- Chien |
| 19- Norman | 20- Tarricone |
| 21- Leese | 22- Szmukler |
| 23- Bassi | 24- Berardi |
| 25- Experience of Caregiving Inventory | |
| 26- Harvey | 27- Burns |
| 28- Fahey | 29- Manley |
| 30- Tattan | 31- appraisal of caregiving |
| 32- stress- appraisal-coping | 33-General Health Questionnaire |
| 34- Goldberg | 35- Williams |
| 36- internal consistency | 37- Cronbach α |
| 38- validity | 39- Joyce |
| 40- first episode psychosis | 41- anorexia nervosa |
| 42- reliability | 43- Addington |
| 44- McCleery | 45- Treasure |
| 46- bipolar | 47- schizophrenia |

یافته‌ها

62/3% آزمودنی‌ها (خانواده بیماران) مرد و 37/7% زن بودند. نسبت خانوادگی 34/7%، 14/4%، 22/2%، 15/7% و 13% آزمودنی‌ها با بیمار به ترتیب عبارت بود از: مادر، پدر، برادر و خواهر، همسر و فرزند و سایر موارد. 54/1%، 13/0%، 10/3% و 22/6% بیماران به ترتیب تشخیص اختلال دوقطبی، اسکیزوفرنیا، اسکیزوافکتیو¹⁰ و تشخیص‌های دیگر یا یکی از سه تشخیص بالا با تشخیص همراه داشتند. 55/7% و 44/3% بیماران به ترتیب برای بار نخست و بیش از یک بار بستری شده بودند. مدت بیماری 19/9%، 12/8%، 13/5% و 53/8% بیماران به ترتیب کمتر از یک سال، یک تا سه سال، سه تا پنج سال و بیش از پنج سال بود.

خرده‌مقیاس‌های نسخه فارسی ECI (و گویه‌های هر خرده‌مقیاس) عبارت بود از: رفتار مشکل¹¹ (دمدمی مزاج؛ غیرقابل پیش‌بینی؛ تحریک‌پذیر؛ بی‌ملاحظه؛ انجام رفتارهای بسیار بی‌احتیاط؛ شکاک؛ دارای سر و وضعی که مایه شرمساری است و رفتارهای عجیب)، نشانه‌های منفی¹² (گوشه‌گیر؛ بی‌میل به برقراری ارتباط؛ بی‌علاقه؛ کند در انجام کارها؛ غیرقابل اطمینان در انجام کارها و ناتوان در تصمیم‌گیری)، برچسب¹³ (تلاش برای این که بیماری او را مخفی کنید؛ احساس کنید نمی‌شود بیماری او را به هیچ‌کس گفت؛ احساس کنید نمی‌شود در منزل از مهمان پذیرایی کرد؛ برچسب وجود بیمار روانی نسبت به خانواده؛ چه‌طور بیماری وی را برای دیگران توضیح بدهم)، مشکل با خدمات درمانی¹⁴ (کادر پزشکی شما را جدی نمی‌گیرد؛ روبه‌رو شدن با روانپزشکان؛ ارتباط با کادر روانپزشکی چه‌طور باشد؛ کادر پزشکی موقعیت شما را درک نمی‌کند؛ چه‌طور در مورد مراقبت‌های انجام‌شده شکایت کنم؛ به‌دست آوردن اطلاعات در مورد این که بیمارستان‌ها و مراکز روانپزشکی چه‌طور عمل می‌کنند؛ پزشکان چه‌قدر نسبت به خدماتی که در دسترس خانواده‌ها است، اطلاع دارند؛ مشکل در به‌دست آوردن اطلاعات درباره بیماری او)، اثر روی خانواده¹⁵

بستری در بخش روانپزشکی بیمارستان‌های طالقانی و امام حسین (ع)- که در برنامه آموزش خانواده شرکت کرده بودند- پیش از شروع جلسه به دو پرسش‌نامه ECI و GHQ-28 و پرسش‌های مربوط به بیماری و جمعیت‌شناختی پاسخ دادند. به افراد خانواده بیماران بی‌سواد یا کم‌سواد، یا دارای زبان اولیه غیرفارسی، در پرکردن پرسش‌نامه‌ها کمک شد. گفتنی است در مواردی بیش از یک عضو خانواده بیمار در جلسه آموزش خانواده (و بنابراین در پژوهش حاضر) شرکت کرده بود.

روایی هم‌زمان¹ GHQ با مصاحبه بالینی و نسخه تجدیدنظرشده سیاهه نشانگان 90 گویه‌ای² (SCL-90-R) برای سرند کردن اختلال‌های روانی، خوب و پایایی آن نیز به روش بازآزمایی³ 0/85 گزارش شده است (نوربالا، محمد، باقری‌یزدی و یاسمی، 2001).

ECI به‌صورت خودگزارشی⁴ و دربرگیرنده 66 گویه است. هشت خرده‌مقیاس (52 گویه) تجربه‌های منفی و دو خرده‌مقیاس (14 گویه) تجربه‌های مثبت را می‌سنجد. گویه‌ها در مقیاس لیکرت⁵ پنج‌درجه‌ای، از هرگز تا تقریباً همیشه پاسخ داده شده، نمره بالاتر در هر قسمت نشان‌گر تجربه مثبت یا منفی در مراقبت از بیمار است.

پس از دریافت اجازه از پروفیسور اشموکلر، یک مترجم دوزبانه متن انگلیسی ECI را به فارسی برگرداند. سپس یک گروه دربرگیرنده روانشناس و روانپزشک ویرایش علمی و میان‌فرهنگی و یکسان‌سازی واژه‌ها را انجام دادند. این متن به 15 نفر از خانواده بیماران داده شد تا گویه‌های مبهم و مشکل‌دار مشخص شود. موارد مشخص شده به این شکل، دوباره به وسیله گروه متخصص مرور و رفع اشکال شد. سپس متن فارسی به‌دست‌آمده به وسیله یک مترجم دوزبانه به زبان انگلیسی برگردانده شد. این ترجمه دوباره در گروه متخصصان با متن اصلی مقایسه و بر این پایه متن نهایی پرسش‌نامه تنظیم شد. گفتنی است متن انگلیسی به‌دست‌آمده مورد تأیید پروفیسور اشموکلر قرار گرفت.

تجزیه و تحلیل داده‌ها با کمک نرم‌افزار SPSS-17⁶ و به روش همبستگی پیرسون⁷ انجام شد. پایایی به دو روش دو نیمه‌سازی⁸ و آلفای کرونباخ و روایی به دو صورت هم‌زمان (همبستگی با GHQ-28) و همگرا⁹ (همبستگی خرده‌مقیاس‌ها با هم و با نمره کل) ارزیابی شد.

1- concurrent validity
2- Symptom Checklist 90-Revised
3- test-retest reliability
4- self-report
5- Likert scale
6- Statistical Package for the Social Science-version 17
7- Pearson's correlation
8- split half method
9- convergent validity
10- schizoaffective
11- difficult behavior
12- negative symptoms
13- stigma
14- problems with services
15- effects on the family

دو خرده‌مقیاس مثبت نیز به ترتیب عبارت بود از: 0/76، 0/90، 0/81 و 0/51.

کاربرد روش دو نیمه‌سازی برای 52 گویه خرده‌مقیاس‌های منفی با شاخص ضریب همبستگی اسپیرمن - براون⁶ 0/80 را به دست داد.

ضریب همبستگی پیرسون میان GHQ-28 و نمره کل منفی 0/37 (p≤0/01) و میان GHQ-28 و نمره کل مثبت 0/13- ولی غیرمعنادار بود.

ضریب همبستگی میان خرده‌مقیاس‌های منفی با یکدیگر 0/70-0/28 (p<0/01)، میان هریک از خرده‌مقیاس‌های منفی با نمره کل منفی 0/78-0/55 (p<0/01)، میان دو خرده‌مقیاس مثبت 0/34 (p<0/01) و میان هریک از خرده‌مقیاس‌های مثبت با نمره کل مثبت 0/87-0/75 (p<0/01) بود.

بحث

میزان پایایی ECI به روش دو نیمه کردن و با کاربرد ضریب همبستگی اسپیرمن - براون، نیز میزان ثبات درونی به دست آمده برای خرده‌مقیاس‌ها، هم‌سانی درونی قابل قبولی را نشان می‌دهد که در مقایسه با پژوهش‌های انجام شده (اشموکلر و همکاران، 1996؛ تاریکون و همکاران، 2006) در حد خوبی است.

میزان همبستگی به دست آمده در پژوهش حاضر میان نمره کل منفی و GHQ-28 (r=0/37، p≤0/01) معنادار بود. در نسخه ایتالیایی ECI، همبستگی میان نمره کل منفی و GHQ-12 0/47 (p<0/01) بود (تاریکون و همکاران، 2006). همبستگی مثبت میان تجربه منفی مراقبان و میزان استرس سنجیده شده با GHQ، نشان می‌دهد ساختار تجربه مراقبان بر پایه ارزیابی منفی از تجربه‌شان در رابطه با بیماری و بیمار، در فرهنگ‌های گوناگون، یکسان است (همان‌جا). همبستگی میان GHQ-12 و نمره کل مثبت نسخه ایتالیایی ECI نیز معنادار نبوده است (همان‌جا). به نظر می‌رسد شمار کمتر خرده‌مقیاس‌های مثبت در مقایسه با خرده‌مقیاس‌های منفی در این امر مؤثر باشد. در کل نمره منفی ECI قابلیت پیش‌بینی بهتری را نشان داده است (ادینگتون و همکاران 2005؛ تاریکون و همکاران، 2006).

(اعضا خانواده وضعیت من را درک نمی‌کنند؛ آیا او با بقیه افراد خانواده کنار می‌آید؛ بقیه اعضای خانواده این بیماری را درک نمی‌کنند؛ بقیه به دلیل بیماری او خانه را ترک می‌کنند؛ تأثیر این بیماری بر کودکان خانواده؛ فروپاشیدن خانواده در اثر این بیماری؛ بیماری او بر مراسم خاص خانوادگی تأثیر می‌گذارد)، نیاز به پشتیبانی¹ (او در مواظبت از پول‌هایش مشکل دارد؛ مجبورید حمایتش کنید؛ اگر بیماری او جدی‌تر شود، چه اثری بر وضعیت مالی شما خواهد داشت؛ وقتی پولش تمام شود، از او حمایت مالی کنم؛ او را در آسایشگاه بستری کنم؛ او با افراد ناجور رفت و آمد می‌کند)، وابستگی² (نمی‌توانید کارهایی را که می‌خواهید انجام دهید؛ وابستگی او به شما؛ کمک کردن به او تا روزش را پُر کند؛ او همیشه دغدغه خاطر شماست؛ احساس کنید که نمی‌شود او را در خانه تنها گذاشت)، ازدست‌دادن³ (ممکن بود که زندگی‌اش جور دیگری باشد؛ خطر خودکشی او؛ شما کاری کرده باشید که باعث بیماری او شده باشد؛ او زیاد به مرگ فکر می‌کند؛ فرصت‌هایی که او از دست داده است؛ او از روی عمد سعی می‌کند به خودش آسیب برساند؛ آیا او هیچ‌وقت خوب می‌شود)، تجربه شخصی مثبت⁴ (چیزهای بیشتری درباره خودم فهمیده‌ام؛ در این که بقیه بیماری او را درک کنند، نقش داشته‌ام؛ در ارتباط با دیگران اعتماد به نفس بیشتری پیدا کرده‌ام؛ افراد دیگر را که دچار مشکلاتی هستند، بهتر درک می‌کنم؛ با بعضی از اعضای خانواده‌ام صمیمی‌تر شده‌ام؛ با دوستانم صمیمی‌تر شده‌ام؛ افراد به درد بخوری را ملاقات کرده‌ام؛ به نقاط قوت خودم پی برده‌ام) و نکات مثبت رابطه⁵ (در خوب بودن حالش نقش داشته‌ام؛ وجود او در خانواده با ارزش است؛ او در کنار آمدن با بیماریش قوی بوده است؛ او همدم خوبی است؛ بعضی از علاقه‌های من و او مشترک است؛ در ارتباط با او احساس می‌کنم که مفید هستم).

میزان ثبات درونی به روش آلفای کرونباخ (و تعداد گویه‌ها) برای خرده‌مقیاس‌های رفتار مشکل، نشانه‌های منفی، برچسب، مشکل با خدمات درمانی، اثر روی خانواده، نیاز به پشتیبانی، وابستگی، ازدست‌دادن، تجربه شخصی مثبت و نکات مثبت رابطه به ترتیب عبارت بود از: 0/86 (8)، 0/84 (6)، 0/65 (5)، 0/59 (8)، 0/70 (7)، 0/46 (6)، 0/52 (5)، 0/67 (7)، 0/69 (8) و 0/68 (6). میزان ثبات درونی به روش آلفای کرونباخ برای 52 گویه منفی (نمره کل منفی)، 14 گویه مثبت (نمره کل مثبت)، هشت خرده‌مقیاس منفی و

1- need to backup
2- dependency
3- loss
4- positive personal experience
5- good aspects of relationship
6- Spearman-Brown

منابع

- Addington, J., McCleery, A., & Addington, D. (2005). Three-year outcome of family work in an early psychosis program. *Schizophrenia Research*, 79, 107-116.
- Chien, W. T., & Norman, I. (2004). The validity and reliability of a Chinese version of the family burden interview schedule. *Nursing Research*, 53, 314-322.
- Dixon, L., Adams, C., & Lucksted, A. (2000). Update on family psycho-education for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 26, 5-20.
- Goldberg, P., & Williams, P. (1988) *User's Guide to the General Health Questionnaire*. Windsor: NFER-Nelson.
- Harvey, K., Burns, T., Fahey, T., Manley, C., & Tattan, T. (2001). Relatives of patients with severe psychotic illness: Factors that influence appraisal of caregiving and psychological distress. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 36, 456-461.
- Hatfield, B., & Lefley, P. (1987). *Families of the mentally ill: Coping and adaptation*. New York: Guilford.
- Joyce, J., Leese, M., & Szmukler, G. I. (2000). The experience of caregiving inventory: Further evidence. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 35, 185-189.
- Malakouti, K., Norri, R., Naghavi, M., Ahmadi-Abhari, A., Nasr, M., Afgha, S., Salehi, P., Hemati, M., & Moghadamnia, M. (2003). The burden of chronic mental patients and their need to care and therapeutic services. *Hakim Research Journal*, 6, 1-10. (Persian)
- Marsh, D. (1992). *Families and Mental Illness: New directions in Professional Practice*. New York: Praeger.
- Mosavinia, S. (2008). *Verona service satisfaction scale-32: Persian translation and cultural adaptation*. MD Thesis, Tehran University of Medical Sciences, Psychiatry and psychology research center, Tehran, Iran. (Persian)
- Mottaghipour, Y., Pourmand, D., Maleki, H., & Davidian, L. (2001) Expressed emotion and the course of schizophrenia in Iran. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 36, 195 – 199.
- Noorbala, A., Mohammad, K., Bagheri-Yazdi, S., & Yasamy, M., (2001). *A View of Mental Health in Iran*. Tehran, Iran. (Persian)
- Pharoah, F., Mari, J., Rathbone, J., & Wong, W. (2010). *Family interventions for schizophrenia (review)*. New York: John Wiley and Sons.

دو نکته در مورد کاربرد نسخه فارسی ECI دارای اهمیت است: 1- میزان تحصیل اعضای خانواده بیماران، مانند هر پژوهشی که در آن افراد به پرسش‌نامه‌ای پاسخ می‌دهند، اهمیت دارد. تعدادی از افراد خانواده بیماران بی‌سواد و یا کم‌سواد بودند، یا زبان مادری آنان فارسی نبود. این موارد می‌تواند در یافته‌ها تأثیرگذار باشد. موسوی‌نیا (2008) در مقایسه پُر کردن پرسش‌نامه به‌وسیله خود فرد و پُر کردن پرسش‌نامه به‌وسیله دیگری با مصاحبه، نشان داد دقت پُر کردن پرسش‌نامه به‌صورت مصاحبه بیشتر است. البته باید توجه داشت که کاربرد این پرسش‌نامه در ساختار بالینی، در مورد افراد با میزان تحصیل گوناگون امکان‌پذیر است و ارزیابی‌کننده با توجه به میزان تحصیل مراقب، می‌تواند در مورد چگونگی اجرای آن تصمیم بگیرد. در نهایت ارزیابی تجربه مراقبت هر عضو خانواده برای ارزیابی روان‌شناختی در کار بالینی با اهمیت است. 2- میزان تمایل به گزارش نکات مثبت در فرهنگ ما نکته‌ای است که باید مورد توجه قرار گیرد. به بیان دیگر ما چه‌قدر به بیان احساس و نکات مثبت در شرایط دشوار توجه می‌کنیم؟ خانواده بیماران مبتلا به اختلال‌های شدید روانپزشکی، که شرایط دشوار و پُرفشاری را پشت سر می‌گذارند، چه‌قدر به بیان نکات مثبت مانند «در ارتباط با دیگران اعتماد به نفس بیشتری پیدا کرده‌ام» می‌پردازند؟ برای پاسخ به این پرسش به بررسی‌های میان‌فرهنگی نیاز است.

در پایان می‌توان اشاره کرد که ECI برای شناخت و تعیین اهداف مناسب مداخله برای خانواده بیماران، بر پایه ارزیابی آنها از تجربه مراقبتشان از بیمار، هم‌چنین ارزیابی میزان اثربخشی برنامه‌های آموزش روان‌شناختی خانواده مفید است.

سپاسگزاری

بدین وسیله از خانم‌ها دکتر نرگس بیرقی، دکتر فاطمه خدایی‌فر، پوران رفیعی، لیلا چوبینه، صدیقه تسلیمی همدانی و سحر طاهبازحسین‌زاده و آقایان دکتر مهدی صمیمی و دکتر ارشیا صدیق، هم‌چنین رزیدنت‌های گروه روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهیدبهشتی و گروه همکاران پروژه سایکوز بار اول بیمارستان روزبه صمیمانه قدردانی می‌گردد. در ضمن قسمتی از بودجه این بررسی به‌وسیله معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تهران تأمین شده، که بدین وسیله تشکر می‌شود. [بنا به اظهار نویسنده مسئول مقاله، تعارض منافع وجود نداشته است].

- Schene, A. H., Tessler, R. C., & Gamache, G. M. (1994). Instruments measuring family or caregiver burden in severe mental illness. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 25, 228-297.
- Szmukler, G. I., Burgess, P., Herman, A., Benson, S., Clousa, S., & Bloch, S. (1996). Caring for relatives with serious mental illness: The development of the experience of caregiving inventory. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 31, 137-148.
- Tarricone, I., Leese, M., Szmukler, G. I., Bassi, M., & Berardi, D. (2006). The experience of caregivers of patients with severe mental illness: A comparison between London and Bologna. *European Psychiatry*, 21, 93-101.
- Treasure, J., Murphy, T., Szmukler, G. I., Todd, G., Gavan, K., & Joyce, J. (2001). The experience of caregiving for severe mental illness: A comparison between anorexia nervosa and psychosis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 36, 343-347.