



میزان استرس و شیوه‌های مقابله در مراقبین بیماران اسکیزوفرنیک مزمن و بیماران دیالیزی مزمن

اسحق شاه محمدی^{۱*}، دکتر سید اکبر بیان زاده^{۲*}، دکتر جمشید احمدی^{۳*}

چکیده

این پژوهش از نوع پس رویدادی است که به منظور بررسی میزان استرس و سبک مقابله با آن در مراقبین دو گروه از بیماران اسکیزوفرنیک مزمن و دیالیزی مزمن انجام گرفت. آزمودنیهای پژوهش را ۲۰ نفر (۹ مرد و ۱۱ زن) از مراقبین بیماران اسکیزوفرنیک و ۲۰ نفر (۱۳ زن و ۷ مرد) از مراقبین بیماران دیالیزی تشکیل داده‌اند. هر گروه شامل: مادران، زنان، شوهران و فرزندان بودند که به روش چند مرحله‌ای از میان پرونده‌های بیماران موجود در مراکز درمانی شهر شیراز انتخاب و از نظر میزان درآمد خانواده، تعداد اعضاء، میزان تحصیلات و سن همتاسازی شدند. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه QRS-SF، چک لیست CS-R و MMPI گردآوری و با استفاده از آزمون ۴ و تحلیل واریانس یک و دو عاملی تجزیه و تحلیل گردید. نتایج نشان داد: بین میانگین استرس، شیوه‌های مقابله و اختلالات روانی در دو گروه مورد بررسی تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. جنسیت بیماران در میزان استرس آزمودنیها تأثیر معنی‌داری نداشت. گروههای مراقب در میزان استرس و سبک مقابله تفاوت معنی‌داری نداشتند. اما زنان مراقب در مقیاسهای Pt, Hy, D از مقیاسهای MMPI بطور معنی‌داری نسبت به مراقبین مرد نمره بیشتری را بدست آوردند. همچنین مراقبین بیماران اسکیزوفرنیک با علایم منفی بطور معنی‌داری نسبت به مراقبین بیماران با علایم مثبت استرس بیشتری را گزارش نموده‌اند.

کلید واژه: استرس، مقابله، مراقبین، اسکیزوفرنیای مزمن، بیماران دیالیزی

نقش خانواده، در پیشگیری^(۱)، درمان^(۲) و توانبخشی^(۳) بیماریهای روانی و جسمی از اهمیت بسیاری برخوردار است و از دیر باز خانواده و اجتماع با شیوه‌هایی که از پدران و نیاکان خود آموخته‌اند، از سایر فرهنگها فراگرفته‌اند و یا خود ابداع نموده‌اند، در این زمینه کوشیده‌اند (اسداللهی و عباسعلی زاده، ۱۳۷۲).

بیماری اسکیزوفرنیا^(۴) از پیچیده‌ترین و ناتوان کننده‌ترین روان‌پریشی‌ها به شمار می‌آید که هنوز ماهیت

* کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، شیراز، خیابان خلیلی، کلینیک اعصاب و روان شهید دکتر رهنمون.

** دکترای توانبخشی روانی، عضو هیئت علمی انستیتو روانپزشکی تهران، تهران، خیابان طالقانی، بین بهار و شریعتی، کوچه جهان، پلاک ۱.

** روانپزشک، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شیراز، شیراز بیمارستان حافظ.

1-prevention

2-treatment

3-rehabilitation

4-schizophrenia

آن بطور کامل مشخص نشده است. یک درصد از جمعیت دنیا گرفتار آن هستند و نتیجه درمانی آن از دیدگاه متخصصان رضایت بخش نیست (کاستلو و کاستلو^(۱)، ۱۳۷۳).

بررسیهای همه گیرشناسی در اروپا و ایالات متحده نشان می دهند که بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا بویژه مردان تمایل به ازدواج ندارند، $\frac{2}{3}$ آنها پس از نخستین حمله در کنار خانواده می مانند و بار عظیم مشکلات خود را بر خانواده تحمیل می کنند (بریچوود^(۲)، ۱۹۸۸).

از سوی دیگر در سالهای اخیر رویکرد مؤسسه زدایی^(۳) در روانپزشکی و تأکید بر بازگشت بیماران از مؤسسات و مراکز نگهداری به محیط خانواده سبب افزایش این فشار بر روی اعضاء خانواده گردیده است (همان جا). از آنجا که بیماری اسکیزوفرنیا و بیماری کلیه منجر به دیالیز هر دو از بیماریهای مزمن شونده بوده و عضو مبتلا را برای سالهای بسیار طولانی (شاید بتوان گفت تا پایان عمر) به درجات مختلف از نظر کارکردهای فردی، خانوادگی و اجتماعی دچار محدودیت می کند، می تواند تأثیر استرس زای شدیدی بر مراقبین به ویژه سایر اعضای خانواده بگذارد.

امروزه در حالیکه راهبردهای مؤثر بر کاهش عوارض روانی ناشی از نگهداری عضو بیمار در خانواده گسترش می یابد، امور مربوط به دوران نقاهت و درمان بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا در جهت تأکید بیشتر بر فراهم آوردن حمایت و امکان درمان در خانواده های دارای عضو مبتلا به اسکیزوفرنیا تغییر یافته اند (استراکن^(۴)، ۱۹۸۶).

آمار روشنی از شمار خانواده هایی که درگیر مراقبت از افراد مبتلا به این بیماری هستند در دست نمی باشد. اما مراقبت خانواده ها هنوز امری اساسی است. گیبون^(۵) و همکاران (۱۹۸۴) گزارش نمودند که ۵۰ درصد از بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا به جمع خانواده ها بر می گردند.

بررسیها نشان داده اند که فشار سنگینی بر روی این خانواده ها وجود دارد. صالح^(۶) (۱۹۹۴) نشان داد که ۲۳ درصد از مراقبین در ارتباط با مراقبت از بیماران مبتلا به

اسکیزوفرنیا دچار بیماریهای خفیف روانی شده اند. همچنین گوپینات^(۷) و چاتوروودی^(۸) (۱۹۹۲) رفتارهای مربوط به فعالیت مانند کندی و ناتوانی در انجام امور مربوط به بهداشت شخصی و انزوای اجتماعی را مشکل ساز ترین رفتارها از دید خانواده ها گزارش نمودند. صالح (۱۹۹۴) در گزارش خود علت پریشانی خانواده ها را علایم فعال اسکیزوفرنیا دانست.

شخص بیمار که نیاز به پرستاری دارد، بخشی از نظام خانواده است و بنابراین هر گونه تغییری در وظایف شخص بیمار در الگوهای خانواده هم تأثیر می گذارد و این تغییرات در الگوها بر تحمل و طاقت بیمار اثر می گذارند (برنشتاین^(۹) و همکاران، ۱۹۸۷).

وجود فرضیه هایی درباره ارتباط بین استرس و بیماریهای جسمی سابقه ای طولانی دارد. این فرضیه ها معمولاً روی واقعیت شروع یک سیکل معیوب که در آن استرس و علایم جسمی بطور دو جانبه تشدید می شود و همچنین بر جستجوی ماهیت آن تأکید دارند. بررسیها نشان داده اند که استرس هم علت بیماری و هم برآمد و پیامد آن است. روشهای سازگاری به کار گرفته شده می تواند چگونگی بهبود بیماری را پیش بینی کند. همچنین عوامل مؤثر در بروز بیماریها را به شرح زیر معرفی نموده اند: تجربه خانواده در مورد استرس، رفتار آنها، واقعیت حوادثی که سبب استرس می شوند، برداشت خانواده از آنچه رخ داده است و منابع موجود برای خانواده جهت سازگاری با آن (همان جا).

هدف کلی این پژوهش بررسی میزان استرس، شیوه های مقابله و تعیین میزان اختلالات روانی در مراقبین دارای بیماران اسکیزوفرنیک مزمن و دیالیز مزمن می باشد.

1-Castello	2-Brichwood
3-deinstitutionalization	4-Strachan
5-Gibbon	6-Salleh
7-Gopinath	8-Chaturvedi
9-Bernstein	

روش پژوهش

پژوهش حاضر از نوع پژوهش‌های پس رویدادی است. آزمودنی‌های پژوهش را ۲۰ نفر از مراقبین بیماران اسکیزوفرنیک مزمن (۲۰-۵۴ ساله) شامل گروه‌های: مادران (۸ نفر)، زنان (۵ نفر)، شوهران (۵ نفر) فرزندان (۲ نفر) و ۲۰ نفر از مراقبین بیماران دیالیز مزمن (۲۲-۵۵ ساله) شامل گروه‌های: مادران (۶ نفر)، زنان (۶ نفر)، شوهران (۶ نفر)، فرزندان (۲ نفر) تشکیل داده‌اند که از میان پرونده‌های موجود در مراکز درمانی شهر شیراز به روش چند مرحله‌ای انتخاب و در زمینه متغیرهای اصلی همچون میزان درآمد خانواده، تعداد اعضاء، سطح تحصیلات و سن هم‌تاسازی شدند (جدول ۱).

ابزار مورد استفاده در این پژوهش به شرح زیر بوده است:
 ۱- پرسشنامه منابع و استرس (QRS-SF)^(۱): فرم ۵۲ سؤالی آن توسط فردریک^(۲) و همکاران (۱۹۸۳) به منظور بررسی استرس خانواده‌های دارای فرزند عقب مانده ذهنی یا سایر معلولیتها و بیمار مزمن تهیه و به چهار مقیاس کوچک تقسیم گردید. نخستین مقیاس شامل مشکلات خانواده و مراقبین، مقیاس دوم، نگرانی و بدبینی مراقبین نسبت به آینده بیمار، مقیاس سوم، ارزیابی ویژگی‌های رفتاری بیمار به عنوان یک منبع استرس و مقیاس چهارم ناتوانایی‌های جسمی بیمار را به عنوان یکی دیگر از منابع استرس مورد ارزیابی قرار می‌دهد. این پرسشنامه پس از ترجمه توسط بیان زاده و همکاران با

جدول ۱- مقایسه خانواده‌ها و مراقبین دو گروه مورد بررسی بر حسب میزان درآمد

گروه‌های مورد بررسی	خانواده‌های دارای بیمار		خانواده‌های دارای بیمار دیالیزی	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
سطح تحصیلات	۲/۹۵	۱/۲۸	۲/۹	۱/۳۴
سن	۳۸/۸۵	۱۰/۶۴	۳۹/۱۵	۹/۲۶
تعداد اعضای خانواده	۵/۲۵	۱/۶۴	۵/۱۵	۱/۷۷
درآمد به ریال	۳۲۴۵۰۰	۷۶۹۹۷/۹	۳۱۱۷۵۰	۱۰۲۶۲۷

Andeeshah
Va
Raftar
اندیشه و رفتار
۶۹

اصلاحات لازم، پایایی و اعتبار آن با ارزیابی‌های مختلف به اثبات رسیده است. (ریحانی، ۱۳۷۴). به دلیل پایین بودن سطح تحصیلات آزمودنی‌ها پرسشنامه توسط پژوهشگر تکمیل گردیده است.

۲- چک لیست مهارت‌های مقابله‌ای (CS-R)^(۳): این پرسشنامه دارای ۷۲ پرسش و ۱۸ مقیاس فرعی مقابله می‌باشد که شامل: ۵ مقیاس مفهومی دارای جنبه‌های مقابله متمرکز بر حل مسئله، ۵ مقیاس جنبه‌های مقابله متمرکز بر عاطفه، ۳ مقیاس مقابله‌های کمتر مفید و ۵ مقیاس نیز، مقابله‌های غیر مؤثر است. این فهرست علائم توسط کارور^(۴)، شیر^(۵) و وینتروب^(۶) (۱۹۸۹) بر اساس الگوی لازاروس^(۷) از استرس و الگوی خود نظم بخشی

رفتاری تهیه و اعتبار و پایایی آن در سه پژوهش جداگانه بررسی شد. این آزمون پس از ترجمه و تجدید نظر توسط ابراهیمی (۱۳۷۱) از نظر اعتبار و پایایی مورد بررسی قرار گرفت و نتایج بدست آمده نشان‌دهنده اعتبار و پایایی مقیاسها بود.

۳- پرسشنامه شخصیتی چند وجهی مینه سوتا^(۸): این پرسشنامه برای ارزیابی عینی برخی از ویژگی‌های

- 1-Questionnaire on Resources and Stress - Short Form
- 2-Friedrich
- 3-Coping Strategies-Revised
- 4-Carver
- 5-Scheier
- 6-Weintraub
- 7-Lazarus
- 8-Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI)

آمار روشنی از شمار خانواده‌هایی که درگیر مراقبت از افراد مبتلا به این بیماری هستند در دست نمی‌باشد. اما مراقبت خانواده‌ها هنوز امری اساسی است.

آزمون در مورد تمامی آزمودنیها تکمیل شد و نتایج به دست آمده با استفاده از آزمون t و تحلیل واریانس یک و دو عاملی بررسی و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌های پژوهش

نتایج بررسی روشنگر سطح فشار و مشکلات خانواده‌ها در ارتباط با مراقبت از اعضاء بیمار خانواده می‌باشد. اما همانطور که در جدول ۲ می‌توان ملاحظه نمود آزمون t تفاوت معنی‌داری بین دو گروه مورد بررسی از نظر میزان استرس نشان نداد.

توضیح اینکه تنها در خرده مقیاس ویژگیهای رفتاری بیمار، مراقبین اسکیزوفرنیک مزمن نسبت به مراقبین بیماران دیالیز مزمن بطور معنی‌داری در سطح $P < 0/05$ میزان استرس بیشتری داشتند.

این بررسی همچنین آشکار نمود که مراقبین بیماران با نقشهای مختلف نظیر مادران، زنان، شوهران و فرزندان در میزان استرس تفاوت معنی‌داری را تجربه نکرده‌اند این یافته در میان هر دو گروههای مراقب بیماران یعنی اسکیزوفرنیک و دیالیز مزمن یکسان بود.

اصلی شخصیت که در سازگاری فردی و اجتماعی مؤثر می‌باشد، ساخته شده است. فرم کوتاه شامل ۷۱ سؤال است که دارای ۳ میزان روایی و ۸ مقیاس بالینی است که توسط اخوت (۱۳۵۲) در دو مطالعه مورد بررسی قرار گرفته و نتایج نشاندهنده ارزش تشخیصی قابل ملاحظه این پرسشنامه بوده است.

برای اجرای پژوهش نخست با مراجعه به سه مرکز روانپزشکی مستقر در شهر شیراز و بررسی پرونده‌های این بیماران در چند سال اخیر تعداد ۱۰۰ پرونده از پرونده‌های بیماران اسکیزوفرنیک مزمن انتخاب و از میان این تعداد ۲۰ پرونده که دارای معیارهای مورد نظر در پژوهش بودند انتخاب و با مشخص نمودن افراد مراقب آنها، با مراجعه یا تماس تلفنی از آنها خواسته شد که در محل کار پژوهشگر یا محل بستری بیمارشان حضور یابند و به پرسشنامه‌ها پاسخ دهند. در مورد بیماران دیالیزی نیز با مراجعه به دو مرکز درمانی این بیماران در شهر شیراز تعداد ۲۰ نفر از مراقبین بیماران انتخاب و با متغیرهای اصلی گروه آزمایشی مانند: سطح درآمد خانواده، تعداد اعضاء، سن و تحصیلات مراقبین هم‌تا سازی شدند. سپس هر سه

Andeeshbeh
Va
Raftar
اندیشه و رفتار
۷۰

جدول ۲- نتایج آزمون t در مورد میزان استرس در دو گروه مورد بررسی

منابع استرس	مراقبین بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا (n=20)		مراقبین بیماران دیالیزی (n=20)		گروهها
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
مشکلات خانواده و مراقبین بیمار	۱۱/۵	۲/۵۲	۱۱/۲	۲/۷۷	۰/۳۴۸
نگرانی و بدبینی نسبت به آینده بیمار	۱۲/۲	۲/۷	۱۱/۱	۲/۲۸	۱/۳۵۸
ویژگیهای رفتاری بیمار	۱۱/۷	۲/۴۳	۹/۵۵	۲/۸۹	۲/۴۷۱
ناتوانیهای جسمی بیمار	۵/۳۵	۱/۷۱	۵/۳	۲/۴۱	۰/۰۷۳
کل	۱۰/۱۹	۳/۶۸	۹/۲۹	۳/۵۵	۱/۵۶۵

به منظور تعیین اثر جنسیت بیماران بر استرس مراقبین در دو گروه مورد بررسی نتایج تحلیل واریانس دو عاملی تفاوت معنی داری در بین گروههای مورد بررسی از نظر تأثیر جنسیت بیماران بر استرس مراقبین نشان نداد. نکته حائز اهمیت در یافته‌های این بررسی این است که مراقبین بیماران اسکیزوفرنیک مزمن با علائم منفی بطور معنی داری استرس بیشتری را نسبت به مراقبین بیماران با علائم مثبت تجربه نموده‌اند (جدول ۳).

همچنین با انجام آزمون t بین شیوه‌های مقابله دو گروه مورد بررسی در هیچ یک از ۴ مقیاس مهارت‌های مقابله‌ای (مقابله متمرکز بر حل مسأله، مقابله متمرکز بر عاطفه، مقابله کمتر مفید و مقابله غیر مؤثر) تفاوت معنی داری

مشاهده نشد (جدول ۴). همینطور با انجام آزمون t بین مقیاس‌های روایی و بالینی MMPI در دو گروه مورد بررسی بجز در مقیاس Hy (گرایش‌های هیستریک) تفاوت معنی داری وجود نداشت. در این مقیاس مراقبین بیماران دیالیزی تفاوت معنی داری در سطح $P < 0/05$ نسبت به مراقبین بیماران اسکیزوفرنیک داشته‌اند (جدول ۵). همچنین نتایج این بررسی نشان داد که بین زنان مراقب بیماران اسکیزوفرنیک و شوهران مراقب بیماران اسکیزوفرنیک مزمن در مقیاس‌های بالینی Hy (گرایش‌های هیستریک)، Pt (خستگی روانی) و D (افسردگی)، نمرات زنان بیش از نمرات مردان بوده است.

جدول ۳- نتایج آزمون t در دو گروه مراقبین بیماران اسکیزوفرنیک با علائم منفی و مراقبین بیماران اسکیزوفرنیک با علائم مثبت در میزان استرس

منابع استرس	مراقبین بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا با علائم مثبت (N=11)		مراقبین بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا با علائم منفی (N=9)		گروهها
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
مشکلات خانواده و مراقبین بیمار	۱۲/۴۴	۱/۷۷	۱۰/۷۳	۲/۷۷	نمره t
نگرانی و بدبینی نسبت به آینده بیمار	۱۳/۲۲	۱/۶۲	۱۱/۳۶	۳/۱۷	۱/۵۱۷
ویژگیهای رفتاری بیمار	۱۲/۸۹	۲/۳۳	۱۰/۷۳	۲/۰۵	۲/۰۸۳
ناتوانانیهای جسمی بیمار	۶/۵۵	۱/۶۴	۴/۳۶	۰/۹۶	۳/۵۰۷
کل	۱۱/۲۸	۳/۳۱	۹/۳۰	۳/۷۳	۲/۴۵۳

جدول ۴- نتایج آزمون t در زمینه تفاوت بین سبک مقابله دو گروه مورد بررسی

شیوه‌های مقابله	مراقبین بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا (N=20)		مراقبین بیماران دیالیزی (N=20)		گروهها
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
مقابله متمرکز بر حل مسئله	۱۱/۵	۳/۹۷	۱۱/۵	۲/۹۱	نمره t
مقابله متمرکز بر عاطفه	۱۳/۹۵	۲/۵۶	۱۳/۶۵	۱/۹۶	۰/۴۰۵
مقابله کمتر مفید	۵/۸۵	۱/۵۳	۵/۴	۱/۳۶	۰/۹۵۷
مقابله غیر مؤثر	۱۱/۱	۴/۲۸	۱۰/۴	۳/۷۲	۰/۵۳۸

جدول ۵- میانگین و انحراف معیار نمرات دو گروه مورد بررسی بر حسب میزان مشکلات روانی و شخصیتی مراقبین

مقیاسهای MMPI	مراقبین بیماران اسکیزوفرنیک (n=20)		مراقبین بیماران دیالیزی (n=20)		گروهها
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
L	۱/۴	۰/۸	۱/۱۵	۰/۵۱	۱/۱۳۶
F	۴/۶	۲/۶۸	۳/۹۵	۱/۷۵	۰/۸۹۰
K	۰/۱۱۳	۸/۹	۸/۸	۲/۵۹	۲/۸
Hs	۰/۷۱۴	۶/۳	۶/۸	۲/۱۷	۲/۱۶
D	۱/۱۶۶	۱۰/۶۵	۱۲/۴۵	۳/۸۸	۲/۶۹
Hy	۲/۱۸۷	۱۲/۴	۱۴/۱۵	۲/۵۶	۲/۳۷
Pd	۱/۱۶۴	۹/۶۵	۱۰/۵	۲/۴۶	۲/۰۴
Pa	۰/۲۲۰	۴/۹۵	۵/۱	۱/۹۱	۲/۲۸
Pt	۱/۴۹۰	۸/۲۵	۹/۸	۳/۷۷	۲/۵۲
Sc	۱/۵۵۶	۸/۴۵	۱۰/۱	۳/۴۴	۳/۰۶
Ma	۰/۳۶۳	۵/۱	۵/۳	۱/۸۷	۱/۴۹

بحث در نتایج

این پژوهش با هدف بررسی میزان استرس، شیوه‌های مقابله و اختلالات روانی در مراقبین بیماران اسکیزوفرنیک مزمن و مقایسه آن با مراقبین بیماران دیالیزی مزمن صورت گرفت. نتایج بدست آمده نشان می‌دهد که به طور کلی دو گروه از نظر میزان استرس با هم تفاوت معنی داری ندارند، اما تنها در خرده مقیاس ویژگیهای رفتاری بیمار، مراقبین بیماران اسکیزوفرنیک مزمن نسبت به مراقبین بیماران دیالیزی مزمن، استرس بیشتری نشان دادند ($P < 0/05$). این یافته بر لزوم آموزشهای ویژه در جهت بهداشت روانی این مراقبین تأکید دارد. همانطور که بیان شد بررسیهای انجام شده در سایر کشورها نشان داده‌اند که مراقبت از بیماران مزمن از جمله بیماران اسکیزوفرنیک و بیماران دیالیزی فشار روانی زیادی را بر خانواده تحمیل می‌کنند (نوری قاسم آبادی، ملکوتی و اثنی عشری، ۱۳۷۴؛ یارو و همکاران، ۱۹۵۵؛ فریمن و سیمون، ۱۹۵۸؛ مندلیروت و فولکارد،

۱۹۶۲؛ فادن و همکاران ۱۹۸۷ به نقل از ولترو^(۱) و همکاران، ۱۹۹۴؛ گیون و همکاران، ۱۹۸۴) تفاوت در یافته‌های پژوهش حاضر و پژوهشهای یاد شده را شاید بتوان به دلیل تفاوت‌های فرهنگی در کشور ما و دیگر کشورها دانست. بعبارت دیگر در کشور ما، خانواده‌ها نگهداری و مراقبت از یک عضو بیمار را وظیفه خود تلقی می‌کنند و کمتر آنرا یک بار اضافی و تحمیل شده می‌دانند از این رو کمتر دچار آسیبهای روانشناختی می‌شوند.

اما در سایر کشورها به ویژه کشورهای پیشرفته صنعتی، به دلیل محدودیت سطح روابط عاطفی بین اعضای خانواده از یک سو و وجود مؤسساتی که وظیفه نگهداری اینگونه بیماران را به عهده دارند، اعضای خانواده کمتر خود را مسئول نگهداری عضو بیمار خانواده می‌دانند و اگر در شرایطی قرار گیرند که مجبور به نگهداری

عضو بیمار خانواده شوند دچار آسیب روانشناختی بیشتری خواهند شد. تحلیل واریانس نمرات گروههای مختلف مراقب (مادران، زنان، شوهران و فرزندان) در زمینه میزان استرس موجود تفاوت معنی داری را نشان نداد.

یافته دیگر پژوهش نشان داد که جنسیت بیماران در دو گروه مورد بررسی تأثیر معنی داری بر میزان استرس مراقبین ندارد. اما این بررسی نشان داد که بیماران اسکیزوفرنیک با علائم منفی بطور معنی داری استرس بیشتری را بر مراقبین وارد می‌سازند تا بیماران با علائم مثبت. گویینات^(۱) و چاتورودی^(۲) (۱۹۹۲) در یک پژوهش گزارش کردند که رفتارهای همراه با خشونت و عصبانیت برای مراقبین، خیلی آزار دهنده تلقی نمی‌گردند، اما شرکت نکردن بیماران در کارهای منزل و ضعف بهداشت فردی آنان بیشتر آزار دهنده بوده است. ولترو و همکاران (۱۹۹۴) در بررسی خانواده‌های بیماران اسکیزوفرنیک و نورو تیک نتیجه گیری می‌کنند که علائم منفی اسکیزوفرنیا از مهمترین ویژگیهای این بیماری است که خانواده‌ها را تحت فشار قرار می‌دهد. پژوهش حاضر در ارتباط با شیوه‌های مقابله در دو گروه مورد بررسی تفاوت معنی داری را نشان نداد، همچنین در زمینه اختلالات روانی بین دو گروه مورد بررسی بجز در مقیاس Hy در سایر مقیاسهای MMPI تفاوت معنی داری مشاهده نگردید. در مقیاس Hy مراقبین بیماران دیالیز مزمن نسبت به مراقبین بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا بطور معنی داری اختلال بیشتری را نشان دادند.

محدودیتها و پیشنهادها

از محدودیت‌های مهم این پژوهش حجم کم نمونه در دو گروه مورد بررسی و همچنین در گروههای مراقب و نیز نبود گروه عادی جهت مقایسه بود. از این رو پیشنهاد می‌گردد در پژوهشهای آینده این پژوهش با نمونه‌های بزرگتر اجرا شده و در کنار مقایسه بیماری روانی و

جسمانی، گروه عادی نیز جهت مقایسه انتخاب گردد.

منابع

ابراهیمی، امرالله (۱۳۷۱). مطالعه جنبه‌های روانشناختی سازگاری پس از ضایعه مغزی، پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی انستیتو روانپزشکی تهران.

اخوت، ولی الله (۱۳۵۲). پژوهشی در ارزش تشخیصی پرسشنامه شخصیت چند جنبه‌ای مینه سوتا. مجله تازه‌های روانپزشکی، سال سوم.

اسداللهی، قربانعلی و عباسعلی زاده، علی (۱۳۷۲). کتاب راهنما برای خانواده‌های بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا، اصفهان. معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان.

ریحانی، رضا (۱۳۷۴). بررسی استرس و شیوه‌های مقابله خانواده‌های دارای کودک عقب مانده ذهنی. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی: انستیتو روانپزشکی تهران.

کاستلو، تیمونی و کاستلو، جوزف (۱۳۷۳). روانشناسی نابهنجاری، ترجمه پورافکاری، نصرت ا... تهران: انتشارات آزاده.

نوری قاسم آبادی، ربابه؛ ملکوتی، کاظم؛ اثنی عشری، ربابه (۱۳۷۴). بررسی فشار در خانواده مراقبان اسکیزوفرنیک مزمن ایرانی، ارائه شده در سومین سمپوزیوم سراسری استرس. تهران: دانشگاه علوم پزشکی ایران.

Bernstein, H., Grico, J., & Dete, K. (1987). The family as the context for patient care. In Patricia Minuchin, Salvador Minuchin. (Eds.) *Primary care in the home*.

Brichwood, M. J., Hallett, S. E., & Prestom, M. C. (1988). *Schizophrenia an integrated approach to research and treatment*. London: Longman.

Carver, S., Scheier, F., & Weintraub, K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach.

- Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 267-83.
- Friedrich, W. N., Greenberg, M. T., & Crnic, K. (1983). A Short-Form of the Questionnaire on Resources and Stress. *American Journal on Mental Deficiency*, 88, 41-8.
- Gibbon, S. J., Horn, S. H., Powel, J. M., & Gibbon, J. L. (1984). Schizophrenic patients and thier families. A survey in psychiatric service based on a DGH unit. *British Journal of Psychiatry*. 144. 70-7.
- Gopinath, P. S., Chaturvedi, S. K. (1992). Distressing behaviour of schizophrenic patient at home. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 86, 185-8.
- Salleh, M. R. (1994). The burden of care of schizophrenia in Malay families. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 84, 180-5.
- Strachan, M. (1986). Family intervention for the rehabilitation of schizophrenia: Toward Protection and coping. *Schizophrenia Bulletin*, 12, 678-98.
- Veltro, F., Magliano, L., Lobracc, S. L., Morosini, P. L., & Maj, M. (1994). Burden on key relatives of patients with schizophrenia vs neurotic disorders: A pilot study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 29, 66-70.



نکاتی در مورد مصرف فلوکستین (SSRIs)

مهار آنزیمهای اکسید کننده کبدی (انواع P450) توسط SSRIs و اثر آن بر تداخل دارویی رعایت نکات زیر را ضروری می سازد:

۱- فلوکستین سطح TGA را تا ۴ برابر افزایش می دهد. بنابراین در صورت امکان با یکدیگر مصرف نشوند و یا با دوز ۲۵-۱۰ میلی گرم از TGA شروع گردد و در صورت امکان سطح پلاسمایی TGA اندازه گیری شود.

۲- فلوکستین می تواند سطح کلوزاپین را تا ۸۰٪ افزایش دهد که در این صورت خطر تشنج افزایش می یابد.

۳- فلوکستین سطح پلاسمایی نورولپتیک ها را افزایش می دهد.

۴- فلوکستین با بلوک P450-3A3/4 سطح آلپرازولام را تا ۳۰٪ افزایش می دهد و ممکن است باعث خواب آلودگی و کندی روانی - حرکتی شود.

Robert E. Litman & et al.

British Journal of Psychiatry/1996/may/Vol: 168