

عوامل مؤثر بر فرسودگی و سلامت روانی مراقبین بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی

Care Giver Burden and Mental Health in Schizophrenia

N. Chimeh, Ph.D. ✉

S. K. Malakoti, Ph.D.

L. Panaghi, Ph.D.

Z. Ahmad Abadi, M. A.

M. Nojomi, Ph.D.

A. Ahmadi Tonkaboni, M. D.

دکتر نرگس چیمه ✉

استادیار پژوهشکده خانواده دانشگاه شهید بهشتی

دکتر سید کاظم ملکوتی

دانشیار دانشگاه علوم پزشکی ایران

دکتر لیلی پناغی

استادیار پژوهشکده خانواده دانشگاه شهید بهشتی

زهره احمدآبادی

کارشناس ارشد پژوهش اجتماعی دانشگاه شهید بهشتی

دکتر مرضیه نجومی

دانشیار دانشگاه علوم پزشکی ایران

دکتر علی احمدی تنکابنی

پزشک، کارشناس ارشد اقتصاد بهداشت

Abstract

Deinstitutionalization of psychiatric patients is a problem for their families and lead to burden and psychiatric disorders in caregivers. This study conducted in 117 schizophrenic patients and their families to assess

چکیده:

مؤسسه‌زدایی از درمان بیماران روانی آن را به موضوعی خانوادگی تبدیل کرده است. نقش مراقبت از بیماران در خانواده، فرسودگی و اختلالات روان-پزشکی را برای مراقبان به دنبال دارد. در تحقیق حاضر فرسودگی و سلامت روانی مراقبان در رابطه با

✉Corresponding author: Family Research Institute, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran.
Tel: +9821-22431814
Fax: +9821-29902368
Email: nchimeh@yahoo.com

✉نویسنده مسئول: تهران - اوین - دانشگاه شهید بهشتی - پژوهشکده خانواده
تلفن: ۰۲۱-۲۲۴۳۱۸۱۴ - دورنما: ۰۲۱-۲۹۹۰۲۳۶۸
پست الکترونیکی: email: nchimeh@yahoo.com

relationship between caregivers burden and patients' psychopathology (positive and negative symptoms), patients' living skills, family knowledge and demographic factors. The instruments were General Health Questionnaire-28 (GHQ-28), Family Experience Interview Schedule (FEIS), Allen's cognitive level test and Positive and Negative Symptoms Scale (PANSS).

There was a significant relation between patients' psychopathology and living skills with caregivers' burden but no significant effect for family knowledge and duration of disorder. Results suggest that living skills and having rehabilitation resources are useful for families and patients.

Key Words: Schizophrenia, Burden, mental health, Caregiver, Family

شدت سایکوپاتولوژی - نشانه‌های مثبت و منفی بیماری - مهارت‌های زندگی بیماران، دانش خانواده‌ها و خصوصیات جمعیت‌شناختی بیماران بررسی می‌شود. ۱۱۷ بیمار اسکیزوفرنی و اعضاء خانواده آنان پرسشنامه‌های سلامت روانی GHQ-28، پرسشنامه آگاهی‌سنجی خانواده‌های مبتلایان به اسکیزوفرنیا، فرم کوتاه آزمون برنامه مصاحبه تجارب خانواده‌های بیماران روانی، آزمون سطح شناختی آلن و مقیاس علائم مثبت و منفی (PANSS) را تکمیل کردند. یافته‌ها نشان داد که نشانه‌های کلی سایکوپاتولوژی و مهارت‌های زندگی بیماران با فرسودگی مراقبان همبسته است، اما بین طول بیماری و آگاهی مراقبان با فرسودگی یا سلامت روانی آنان همبستگی معناداری بدست نیامد. ارائه آموزش، مهارت‌ها و یا منابع به خانواده این بیماران، می‌تواند علاوه بر ارتقاء سلامت روانی و جسمی آن‌ها به بهبود عضو بیمار خانواده نیز کمک کند.

کلیدواژه‌ها: اسکیزوفرنی، فرسودگی، سلامت روانی، مراقب

مقدمه

به دنبال مؤسسه‌زدایی^۱ از درمان بیماران اسکیزوفرنی، نقش خویشاوندان در فراهم کردن مراقبت و حمایت از افراد دارای اختلالات روانی مورد توجه قرار گرفته است (گوتیرز- مالدونادو، کاکوی- اوریزار و کاواناگ، ۲۰۰۵). فشارهای اقتصادی و احساسی بر خانواده‌ها، نتیجه گرایش به کاهش طول مدت بستری در بیمارستان و مراقبت جامعه از بیماران روانی است که در طی آن، افراد دارای اختلالات روانی مانند اسکیزوفرنی از سیستم مبتنی بر بیمارستان به سیستم جامعه‌محور^۲ منتقل شدند (ساندرز، ۱۹۹۹) و مسئولیت مراقبت از بسیاری از مبتلایان به اسکیزوفرنی به خانواده‌ها واگذار شد (میلیکن، ۲۰۰۱؛ سولومون، ۲۰۰۰). به همین دلیل بیماری روانی، موضوعی تجربه‌ای - خانوادگی (کینسلا، اندرسون و اندرسون، ۱۹۹۶) قلمداد شده که خانواده اغلب به‌عنوان سیستم مراقبت بهداشتی پنهان (رویگ، هیدر، تومی و انگرمر، ۲۰۰۶) در امتداد نظام سلامت روان قرار

گرفته (مارش، ۱۹۹۲) و به مؤسسه‌ای بدل شده است که بیمار روانی در آن زندگی می‌کند (ایساک و آرمات، ۱۹۹۰).

از آنجا که اطلاعات بیشتری در مورد خانواده‌های بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی نسبت به سایر بیماری‌های روانی در اختیار است (مارش، ۱۹۹۲) و این بیماری در میان بیماران بستری شده بالاترین نرخ را دارد (لفلی، ۱۹۹۶) و به دلیل این‌که افراد مبتلا به این بیماری، بیشتر مراقبت‌های خانوادگی را دریافت کرده و در حدود ۶۰٪ تا ۷۰٪ از آن‌ها با خانواده‌های‌شان زندگی می‌کنند (ساندرز، ۱۹۹۹)، محققان علوم اجتماعی بر خانواده‌های دارای بیمار اسکیزوفرنی بیش از سایر بیماران روانی تأکید می‌کنند.

دشواری زندگی با این بیماران، استیگمای^۳ مرتبط با بیماری روانی، تضادهای خانوادگی، مشکلات مالی، انزوای اجتماعی، کمبود حمایت اجتماعی از تجربیات متداول در بین خانواده‌های دارای بیمار اسکیزوفرنی (تسچینسکی، ۲۰۰۰) است که در کنار کمبود آموزش، مهارت‌ها و یا منابع، علاوه بر تأثیرات نامطلوب بر سلامت روانی و جسمی اعضای خانواده ممکن است ناخودآگاه به غفلت از عضو بیمار خانواده نیز منجر شود (بارتول، مون و لینتن، ۱۹۹۴).

باورها و نگرش‌های اعضای خانواده به سمت بیمار روانی، بر رفتار آن‌ها با بیمار مؤثر است. انتظارات خانواده از بیمار اسکیزوفرنی و انتخاب درمان او با عقاید خانواده در مورد بیماری مرتبط است (سرینیواسان و تارا، ۲۰۰۱؛ جرم، کورتن، جاکومب، کریستنسن، راجرز و پولیت، ۱۹۹۷). خانواده‌هایی با سطح هیجان‌های ابراز شده^۴ (EE) بالا که با ویژگی‌های انتقاد زیاد از بیمار، دخالت بیش از حد، صمیمت و گفته‌های مثبت اندک شناخته می‌شوند، تشدید بیماری را موجب می‌شوند (لف، ۱۹۸۷). نتایج یک مطالعه روی ۵۰ بیمار مبتلا به اسکیزوفرنیا و خانواده آن‌ها نشان داد، در خانواده‌هایی که میزان EE کم شده، فرسودگی^۵ خانواده کاهش یافته و عملکرد اجتماعی بیمار نیز بهبود داده شده است (اسکازوفکا، ۱۹۹۸).

نقش مراقبت از بیماران در خانواده، چالش‌های بزرگی را برای خانواده‌ها به دنبال دارد. آن‌ها از منابع موجود، مدیریت رفتارهای دشوار و پیچیده بیمار و چگونگی روبه‌رو شدن با احساس گناه، سردرگمی، اندوه و برانگیختگی احساسی آگاهی کافی ندارند (سولومون، ۲۰۰۰)، در نتیجه با فرسودگی و اختلالات روان‌پزشکی مواجه می‌شوند. مطالعات نشان دادند که بسیاری از بستگان افراد مبتلا به بیماری‌های روانی، نشانه‌هایی از بیماری روان‌شناختی و جسمی (وینبرگ و هاکسلی، ۲۰۰۰) و فرسودگی (کاکوی-اوریزار و گوتیرز-مالدونادو، ۲۰۰۶) را دارا هستند.

فرسودگی مراقب به حالتی روان‌شناختی گفته می‌شود که ترکیبی از کار فیزیکی، فشار اجتماعی و احساسی مثل محدودیت‌های اقتصادی ناشی از مراقبت از بیماران را در برمی‌گیرد (دیلهای و ساندیز، ۱۹۹۰). براساس تحقیقات هونیک و هامیلتون (۱۹۶۶) فرسودگی در مراقبین به دو دسته

تقسیم می‌شود: فرسودگی ذهنی^۶ و فرسودگی عینی^۷. فرسودگی عینی به اثرات منفی بیماری بر مراقبین به‌خصوص مراقبین اصلی اطلاق می‌شود که شامل مواردی عینی مانند اختلال در روابط خانوادگی، محدودیت در فعالیت‌های اجتماعی، کار و تفریح، مشکلات مالی و مشکلات جسمی است (فادن، بینگتون و کوپرز، ۱۹۸۷؛ پلات، ۱۹۸۵). فرسودگی ذهنی به واکنش‌های هیجانی مراقبین نسبت به فرد بیمار و مراقبت از وی گفته می‌شود که شامل مواردی مثل فشار روانی، احساس از دست دادن، فقدان و افسوس است (فادن و همکاران، ۱۹۸۷؛ لفلی، ۱۹۹۳؛ راینهارد، ۱۹۹۴). شن (۱۹۹۰) تعاریف دانشمندان در این حوزه را در شش موضوع عینی (زندگی روزمره، روابط خانوادگی، زمان تفریح و کار، مالی و بچه‌ها) و دو موضوع ذهنی (سلامت و فشار روانی) خلاصه کرده است.

۸۳٪ از دوستان و اعضای خانواده‌های مبتلایان به اسکیزوفرنی، فرسودگی‌های احساسی، مالی و عملی قابل ملاحظه‌ای را تجربه می‌کنند (ماگلیانو، ماراسکو و فیوریلو، مالانگون، گوارنری و ماج، ۲۰۰۲) که مواردی چون غیبت از کار، هزینه‌های درمانی، محدودیت‌های زمانی برای تفریح، نشانه‌های پریشانی روان‌شناختی و احساس داغ‌دیدگی را شامل می‌شود (مک‌دونل، شورت، بری و دایک، ۲۰۰۳؛ انگرمر، لیلت و ماتشینگر، ۲۰۰۱؛ لویک، هرت، پیترز، وامپرز، جیلیز و پسکنز، ۲۰۰۴).

فرسودگی مراقبت با کیفیت زندگی پایین (فولدمو، گالبرگ، اک و بوگرن، ۲۰۰۵)، سلامت ضعیف و شرایط پزشکی مزمن (گالاگر و مکانیک، ۱۹۹۶؛ اسپارک، فاران، دونر و کین-هاگرتی، ۱۹۹۸؛ لیبرمن و فیشر، ۱۹۹۵)، استفاده بیشتر از داروهای سایکوتروپیک مثل آرام‌بخش‌ها و داروهای ضدافسردگی (دایک، شورت و ویتالیانو، ۱۹۹۹) و خطر فزاینده بستری‌شدن در بیمارستان (گالاگر و مکانیک، ۱۹۹۶) در مراقبان بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی همبسته است. علاوه بر این انزوای اجتماعی (ولتمن، کامرون و استوارت، ۲۰۰۲) و اختلالات روانی (لیدلاو، کوردیل، فالون و کید، ۲۰۰۲) از پیامدهای فرسودگی ناشی از زندگی با بیماران روانی است.

رفتارهای مخرب بیمار مثل عقاید غریب^۸، انزوای اجتماعی^۹، رفتارهای خشونت‌آمیز^{۱۰}، سوءمصرف الکل و مواد^{۱۱}، تهدید به خودکشی^{۱۲} و اختلال خواب از مهم‌ترین عوامل مؤثر بر فرسودگی مراقبین است (مک‌دونل و همکاران، ۲۰۰۳؛ جونز، روث و جونز، ۱۹۹۵؛ ساندرز، ۲۰۰۳). نبود حمایت و آموزش مناسب برای رویارویی با رفتارهای زینبار بیمار، مشکلات مالی، مواجهه با مسائل قانونی رفتار بیمار در جامعه و ننگ دانستن بیماری در خانواده از دیگر فاکتورهای مرتبط با فرسودگی مراقبان است (ولتمن و همکاران، ۲۰۰۲؛ دایک و همکاران، ۱۹۹۹).

سطح بالای فرسودگی روانی مراقبان به سطوح بالاتر نشانه‌های منفی بیماری (دایک و همکاران، ۱۹۹۹؛ شن، ۱۹۹۰)، نشانه‌های مثبت (ولتاوس، دینگرمانس، شن، لینسرن، ویرسما و همکاران، ۲۰۰۲) و یا هر دو (ونگ، ۱۹۹۷؛ ماگلیانو و همکاران، ۲۰۰۲؛ پروونچر و موزر، ۱۹۹۷) بستگی دارد. در یک بررسی بر روی ۷۰ مراقب بیمار مبتلا به اسکیزوفرنیا مشخص شد که فرسودگی ذهنی هم به

به شدت علائم مثبت و هم منفی بستگی دارد ولی فرسودگی عینی تنها با شدت علائم منفی همبسته است (پروونچر و موزر، ۱۹۹۷).

ملکوتی، نوری قاسم‌آبادی، نقوی و همکاران (۱۳۸۲) دریافتند که بستری کوتاه‌مدت یک‌ماهه، خدمات توان‌بخشی و پیگیری درمان در منزل جزء نیازهای اولیه مراقبان است. هم‌چنین اختلال در استراحت و اوقات فراغت خانواده، اختلال در روابط خانواده و رنج ناشی از داشتن بیمار روانی شایع‌ترین عوامل فرسودگی مراقبان است. هم علائم مثبت و هم علائم منفی بیماری با شدت فرسودگی و نیاز مراقبان به خدمات درمانی همبستگی مثبت دارد. نویدیان، سالار، هاشمی‌نیا و کیخانی (۱۳۸۰) نشان دادند که ۲۶/۴٪ مراقبان مورد مطالعه در زاهدان، فرسودگی روانی خفیف، ۶۰/۸٪ فرسودگی روانی متوسط و ۱۲/۸٪ فرسودگی روانی شدید داشتند که میانگین فرسودگی روانی حاصل از مراقبت بیماران اسکیزوفرنی و سایر اختلالات سایکوتیک بیشتر از بیماران با تشخیص اختلال خلق بوده است.

هدف از تحقیق حاضر، بررسی تأثیر شرایط بالینی و خصوصیات بیمار و مراقبان بر سلامت روانی و فرسودگی ناشی از زندگی با بیماران اسکیزوفرنی در طول زمان است.

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

این مطالعه بخشی از یک تحقیق بزرگتر است که طی آن وضعیت و شرایط بیماران اسکیزوفرنی و خانواده‌های آنان قبل و بعد از مداخله مدیریت مورد بررسی قرار گرفتند. جامعه آماری این پژوهش، بیماران عضو و مددجوی انجمن احباء، بیمارستان‌های روان‌پزشکی و مراکز خصوصی بودند که از آن میان ۱۷۶ بیمار مبتلا به بیماری اسکیزوفرنیا در تحقیق شرکت نمودند. اجراء پروژه از اول مهرماه سال ۸۴ تا پایان آذر ۸۵ ادامه یافت. در نهایت ۱۱۷ نفر در تحقیق حاضر مورد مطالعه قرار گرفتند.

ابزارهای پژوهش

پرسشنامه آگاهی‌سنجی خانواده‌های مبتلایان به اسکیزوفرنیا: پرسشنامه ۲۵ سؤالی خزائیلی (۱۳۷۲) که علائم، درمان و طرز رفتار خانواده با بیمار و آگاهی‌های خانواده در مسائل مذکور را ارزیابی می‌کند، با نظر متخصصین امر توسعه داده شد. پرسشنامه حاضر ۳۱ سؤال دارد که پاسخ‌هایی به صورت انتخاب گزینه درست یا غلط را شامل می‌شود. پایایی پرسشنامه با روش بازآزمایی بررسی شد. همبستگی آزمون و بازآزمون به فاصله یک هفته ۰/۷۲ تا ۰/۸۴ بدست آمد.

فرم کوتاه آزمون برنامه مصاحبه تجارب خانواده‌های بیماران روانی^{۱۳} (FEIS): این پرسشنامه برای مراقبین بیماران اسکیزوفرنیک و خلقی است که در جامعه زندگی می‌کنند و ۶۴ - ۱۸ سال دارند. همچنین جهت مطالعات اکتشافی، توصیفی، ارزشیابی برنامه‌های مداخله‌ای و کارآزمایی‌های تصادفی بالینی کاربرد دارد. تعداد سؤالات در نسخه اصلی پرسشنامه ۱۸۰ سؤال است و محدود به ۳۰ روز گذشته می‌شود. در مطالعه حاضر به دلیل طولانی بودن FEIS تغییراتی در پرسشنامه داده شد و ۴۲ سؤال در قالب ۷ خرده مقیاس (بازخورد خانوادگی ۴ سؤال، امور مالی ۲ سؤال، کمک در فعالیت‌های روزانه ۷ سؤال، نظارت ۳ سؤال، تأثیر بر نظم زندگی روزانه ۴ سؤال، نگرانی خانواده نسبت به بیمار ۷ سؤال، هیجانات مراقب نسبت به بیمار ۸ گویه و برچسب‌های اجتماعی ۷ سؤال) گنجانده شد. ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۸۹ و برای خرده‌مقیاس‌ها به ترتیب ۰/۹۰، ۰/۸۲، ۰/۸۲، ۰/۷۸، ۰/۹۰، ۰/۶۰، ۰/۸۲ و ۰/۹۰ بدست آمد. برای تعیین اعتبار محتوایی و ظاهری پرسشنامه با نظر سه روان‌پزشک و روان‌شناس، سؤالات از نظر دربرگرفتن تمام جنبه‌های فشار روانی مراقبین مورد بررسی قرار گرفت. پایایی آن به روش آزمون-بازآزمون انجام شد که ضرایب همبستگی بدست آمده از ۰/۷۲ تا ۰/۹۸ پایایی پرسشنامه را تأیید می‌کند.

در تحقیق حاضر از مجموع سه خرده مقیاس امور مالی، کمک در فعالیت‌های روزانه و تأثیر بر نظم زندگی روزانه مراقب، فرسودگی عینی و از جمع خرده‌مقیاس‌های بازخورد خانوادگی، نظارت، نگرانی خانواده نسبت به بیمار، هیجانات مراقب نسبت به بیمار و برچسب‌های اجتماعی، فرسودگی عینی ساخته و در تحلیل وارد شد.

پرسشنامه سلامت عمومی - ۲۸ (GHQ-28): این پرسشنامه توسط گلدبرگ و هیلیر (۱۹۷۹) ساخته شده و پرسش‌های آن بر پایه روش تحلیل عاملی از فرم ۶۰ سؤالی اولیه استخراج شده است که شامل چهار مقیاس علائم جسمانی، اضطراب، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی می‌شود. بررسی‌های انجام شده در زمینه اعتباریابی پرسشنامه، اعتبار و پایایی بالای آن را برای سرند اختلال‌های روانی در جامعه تأیید می‌کنند. ضریب پایایی پرسشنامه با روش آلفای کرونباخ در تحقیق یعقوبی، نصرافهانی و شاه محمدی (۱۳۷۴) برابر ۰/۸۸ و ضریب پایایی خرده‌آزمون‌ها بین ۰/۵ تا ۰/۸۱ گزارش شده است.

آزمون سطح شناختی آلن^{۱۴} (ACLS): این آزمون از متداول‌ترین ابزارها برای تعیین سطح شناختی در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی است که با ارزیابی سریع سطح شناختی به تغییرات جزئی که در کارکرد روزمره ایجاد می‌شود بسیار حساس است و می‌تواند به‌عنوان پایه‌ای برای اتخاذ سلسله تدابیر درمانی مورد استفاده واقع شود. در مطالعه ملکوتی (۱۳۸۶)، ۳۰ بیمار مبتلا به اسکیزوفرنیا مراجعه‌کننده به کلینیک توان‌بخشی روان‌آسای و کلینیک سینا به فاصله یک هفته توسط دو ارزیاب

مورد بررسی قرار گرفتند. از ضریب همبستگی پیرسون جهت بررسی پایایی به‌روش بازآزمایی استفاده شد، ضریب همبستگی $r = 0/92$ با $p < 0/001$ بدست آمد.

آزمون ارزشیابی مهارت‌های زندگی کلمن^{۱۵} (KELS): این آزمون هفده مهارت زندگی را در پنج حیطه اصلی مورد بررسی قرار می‌دهد. این حیطه‌ها عبارتند از: مراقبت از خود، بهداشت و ایمنی، تنظیم امور مالی، حمل و نقل و تلفن، کار و اوقات فراغت. پایایی این ابزار در مطالعه منتشر نشده‌ای توسط ایلیکا و هافمن (۱۹۸۱) مورد بررسی قرار گرفت و ضریب توافق بین دو ارزیاب بین ۰/۷۴ تا ۰/۹۴ بدست آمد. کسب نمرات بالا در KELS بیانگر عملکرد بد یا ضعیف است.

مقیاس علائم مثبت و منفی^{۱۶} (PANSS): این مقیاس که توسط پرالتا، کوزگا و لئون (۱۹۹۵) توسعه داده شده، برای ارزیابی دامنه و نوع‌شناسی اسکیزوفرنیا ساخته شده، دارای ۳۰ عنوان و ۷ شاخص نمره‌گذاری است که طیف علائم مثبت و منفی و دیگر علائم اسکیزوفرنیا را با دقت بر پایه مصاحبه‌ای نیمه ساختار یافته و منابع اطلاعاتی ارزیابی می‌کند (همان). توضیح تحقیق به آزمودنی‌ها، عدم اصرار برای شرکت در این طرح، محرمانه ماندن اطلاعات مربوط به آزمودنی‌ها با در نظر گرفتن کد به جای اسم و سایر مشخصات برای هر یک از آن‌ها و تکمیل رضایت‌نامه و نیز اخذ مجوز کمیته اخلاق انستیتو روان‌پزشکی از نکات اخلاقی رعایت شده در این طرح است.

یافته‌ها

در تحقیق حاضر ۳۶ زن (۳۰/۸٪) و ۸۱ مرد (۶۹/۲٪) شرکت کردند که ۸۸ نفر از آن‌ها مجرد (۷۵/۲٪) و ۲۹ نفر (۲۴/۸٪) متأهل بودند. ۷ نفر دارای سطح تحصیلات ابتدایی و کمتر (۶٪)، ۸۸ نفر (۷۵/۲٪) راهنمایی و دبیرستان و ۲۲ نفر (۱۸/۸٪) دانشگاهی بودند. از نظر وضعیت اشتغال نیز ۹۴ نفر (۸۹/۳٪) بیکار و ۲۳ نفر (۱۹/۷٪) شاغل بودند. میانگین سنی بیماران ۳۲/۹۹ (۸/۶۳) بود. در جدول ۱، میانگین ویژگی‌های بالینی بیماران اسکیزوفرنی و مراقبان آن‌ها آورده شده است.

جدول ۱: خصوصیات بیماران اسکیزوفرنی و مراقبان آن‌ها

ویژگی‌ها	میانگین (انحراف معیار)
مدت بیماری	۱۱/۸۳ (۹/۲۲)
تعداد بستری شدن	۳/۰۶ (۲/۸۱)
بستری شدن در هر سال	۰/۴۴۸ (۰/۵۵۲)
مدت بستری شدن	۲/۰۰ (۳/۴۹)
سن شروع بیماری	۲۱/۵۶ (۷/۵۰)
مهارت‌های زندگی (بدعملکردی)	۸/۹۲ (۳/۴۹)
سطح شناختی	۴/۶۱ (۰/۷۳)

ادامه جدول ۱

نشانه‌های مثبت بیماری	۲۱/۳۳ (۴/۱۵)
نشانه‌های منفی بیماری	۱۸/۷۴ (۳/۹۳)
نشانه‌های مثبت و منفی بیماری (PANSS)	۴۲/۶۳ (۷/۴۶)
مراقب	
آگاهی	۲۲/۹۷ (۳/۵۵)
سلامت روانی	۲۲/۷۶ (۱۱/۶۶)
فرسودگی	۸۶/۹۷ (۲۸/۷۷)

نتایج تحلیل واریانس چندگانه در مورد فرسودگی عینی، فرسودگی ذهنی، فرسودگی کل و سلامت روانی (نمره GHQ) بر حسب هر یک از خصوصیات بیمار در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: نتایج تحلیل واریانس چندگانه فرسودگی و خصوصیات بیمار

جنسیت	فرسودگی عینی		فرسودگی ذهنی		فرسودگی		سلامت روان	
	F	میانگین	F	میانگین	F	میانگین	F	میانگین
زن	۱۹/۹۴	۴/۲۸۲*	۶۰/۳۴	۱/۲۶۹	۸۰/۶۵	۲۰/۹۷	۲/۱۳۶	۱/۱۵۲
مرد	۲۴/۳۶	۶۵/۰۰	۴/۳۴۲*	۴/۳۴۲*	۸۹/۳۶	۲۳/۴۸	۴/۳۲۰*	۰/۰۱۳
سن	۳/۴۳۲*	۲۱/۶۹	۶۳/۳۴	۲۲/۹۲	۸۵/۵۳	۲۲/۹۲	۲۲/۹۲	۲۲/۹۲
زیر ۲۵ سال	۲۵/۴۱	۶۷/۸۱	۲۲/۷۰	۲۲/۷۰	۹۳/۲۳	۲۲/۷۰	۲۲/۷۰	۲۲/۷۰
۲۵ تا ۴۰ سال	۱۸/۶۰	۵۲/۸۰	۲۲/۳۵	۲۲/۳۵	۷۱/۴۰	۲۲/۳۵	۲۲/۳۵	۲۲/۳۵
بالای ۴۰ سال	۲/۱۰۲	۰/۴۱۹	۰/۴۲۲	۰/۴۲۲	۰/۹۳۲	۰/۴۲۲	۰/۴۲۲	۰/۴۲۲
تحصیلات	۱۶/۸۵	۵۶/۸۵	۱۸/۴۰	۱۸/۴۰	۷۳/۷۱	۱۸/۴۰	۷۳/۷۱	۱۸/۴۰
بی‌سواد و ابتدایی	۲۴/۱۱	۶۴/۳۹	۲۲/۶۹	۲۲/۶۹	۸۸/۶۵	۲۲/۶۹	۸۸/۶۵	۲۲/۶۹
راهنمایی و دبیرستان	۲۰/۷۰	۶۳/۶۰	۲۳/۹۴	۲۳/۹۴	۸۴/۳۰	۲۳/۹۴	۸۴/۳۰	۲۳/۹۴
دانشگاه	۰/۴۴۵	۰/۶۸۵	۵/۳۷۷*	۵/۳۷۷*	۰/۶۹۳	۵/۳۷۷*	۰/۶۹۳	۵/۳۷۷*
وضعیت تأهل	۲۳/۴۰	۶۴/۳۹	۲۱/۵۸	۲۱/۵۸	۸۷/۹۵	۲۱/۵۸	۸۷/۹۵	۲۱/۵۸
مجرد	۲۱/۴۰	۵۹/۶۶	۲۹/۰۶	۲۹/۰۶	۸۱/۰۶	۲۹/۰۶	۸۱/۰۶	۲۹/۰۶
متأهل	۴/۱۱۲*	۰/۳۰۲	۶/۶۱۳*	۶/۶۱۳*	۱/۱۳۱	۶/۶۱۳*	۱/۱۳۱	۶/۶۱۳*
وضعیت اشتغال	۲۴/۰۶	۶۴/۲۱	۲۱/۲۸	۲۱/۲۸	۸۸/۴۲	۲۱/۲۸	۸۸/۴۲	۲۱/۲۸
بیکار	۱۸/۹۰	۶۲/۰۰	۲۸/۶۹	۲۸/۶۹	۸۰/۹۰	۲۸/۶۹	۸۰/۹۰	۲۸/۶۹
شاغل	۳/۴۱۲*	۰/۳۰۹	۰/۱۲۸	۰/۱۲۸	۰/۹۶۷	۰/۱۲۸	۰/۹۶۷	۰/۱۲۸
منبع درآمد	۲۰/۲۵	۶۲/۰۳	۲۳/۳۱	۲۳/۳۱	۸۲/۶۸	۲۳/۳۱	۸۲/۶۸	۲۳/۳۱
از خانواده	۲۴/۴۳	۶۴/۴	۲۲/۴۰	۲۲/۴۰	۸۸/۸۹	۲۲/۴۰	۸۸/۸۹	۲۲/۴۰
از سایر منابع								

* P<۰/۱ * P<۰/۰۵ ** P<۰/۰۱

میانگین فرسودگی عینی مراقبان بیماران مرد به طرز معناداری بیش از مراقبان بیماران زن است (۲۴/۳۱ در مقابل ۲۰/۲۵). میانگین فرسودگی عینی، ذهنی و کل بین سه گروه سنی بیماران تفاوت معناداری را نشان می‌دهد به طوری که این میانگین در مراقبان بیماران ۲۵ تا ۴۰ ساله، بالاتر از سایر

گروه‌های سنی است. نمره سلامت روانی مراقبان بر حسب سن بیمار، تفاوت معناداری را نشان نمی‌دهد. در گروه‌های مختلف تحصیلی نیز مراقبان با یکدیگر تفاوت معناداری در فرسودگی و سلامت روان نداشتند. مراقبان بیماران مجرد نیز از میانگین بالاتری نسبت به مراقبان بیماران متأهل برخوردارند که این تفاوت از نظر آماری معنادار نشده است. در مقابل مراقبان بیماران متأهل نسبت به بیماران مجرد از نمره بیشتری در GHQ برخوردارند (۲۹/۰۶ در مقابل ۲۱/۵۸).

مراقبان بیماران بیکار به‌طور معناداری بیش از مراقبان بیماران شاغل از فرسودگی عینی رنج می‌برند (۲۴/۰۶ در مقابل ۱۸/۹۰). این تفاوت در فرسودگی ذهنی و فرسودگی کل نیز مشاهده می‌شود، اما معنادار نیست. هم‌چنین مراقبان بیماران شاغل از سلامت روانی بالاتری برخوردارند (۲۸/۶۹ در مقابل ۲۱/۲۸). نمره فرسودگی مراقب در مورد بیمارانی که منبع درآمدی جز خانواده دارند بالاتر از کسانی است که مخارج خود را از طریق خانواده تأمین می‌کنند (۲۴/۴۳ در مقابل ۲۰/۲۵) که این تفاوت میانگین نیز در سطح معناداری کمتر از ۰/۱ قرار دارد.

همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، نتایج همبستگی پیرسون بین ویژگی‌های بالینی بیمار و متغیرهای مربوط به مراقبان، مشخص می‌کند که مدت بستری شدن رابطه‌ای مثبت و معنادار با فرسودگی ذهنی ($r= ۰/۲۷۳$) و فرسودگی کل ($r= ۰/۲۵۱$) دارد. این همبستگی با فرسودگی عینی وجود دارد ($r= ۰/۱۷۵$) که در سطح معناداری کمتر از ۰/۱ برقرار است.

جدول ۳: همبستگی پیرسون بین فرسودگی و متغیرهای تحقیق

سلامت روانی	فرسودگی کل	فرسودگی ذهنی	فرسودگی عینی	
-۰/۰۷۶	۰/۰۳۲	۰/۰۰۹	۰/۰۸۸	طول بیماری
-۰/۱۲۲	۰/۱۰۶	۰/۰۹۸	۰/۱۳۱	فروانی بستری شدن
-۰/۱۴۹	۰/۰۲۰	۰/۰۵۲	-۰/۰۳۶	میزان بستری شدن در هر سال
۰/۰۹۱	۰/۳۵۱**	۰/۲۷۳**	۰/۱۷۵ ⁺	مدت بستری شدن
۰/۰۶۷	-۰/۰۷۲	-۰/۰۰۶	-۰/۱۰۷	سن شروع بیماری
-۰/۰۶۴	۰/۱۷۹*	۰/۱۳۷	۰/۲۵۷**	مهارت‌های زندگی (بدعملکردی)
۰/۰۰۱	-۰/۰۷۶	-۰/۰۸۱	-۰/۰۶۸	سطح شناختی
۰/۰۹۱	-۰/۰۰۵	-۰/۰۳۴	۰/۰۶۴	نشانه‌های مثبت
-۰/۰۵۹	۰/۱۰۶	۰/۰۷۸	۰/۱۷۶ ⁺	نشانه‌های منفی
۰/۰۲۸	۰/۱۹۳*	۰/۱۷۰ ⁺	۰/۲۳۰*	نشانه‌های مثبت و منفی (PANSS)
۰/۰۲۴	۰/۰۰۹	۰/۰۲۱	-۰/۰۰۵	آگاهی مراقبان
۰/۲۵۵**				فرسودگی عینی
۰/۲۰۴**				فرسودگی ذهنی
۰/۲۴۷**				فرسودگی کل

* $P < ۰/۱$ ** $P < ۰/۰۵$ *** $P < ۰/۰۱$

هم‌چنین یافته‌ها نشان می‌دهند که سن شروع بیماری با فرسودگی عینی رابطه‌ای منفی را نشان می‌دهد ($r = -0/107$)، به عبارت دیگر هرچه بیماری در سنین بالاتر آغاز شود، فرسودگی عینی مراقبان کمتر می‌شود، اما این همبستگی نتوانسته است از نظر آماری معنادار شود. نشانه‌های منفی بیماری همبستگی مثبت و معناداری را با فرسودگی عینی نشان می‌دهد ($r = 0/176$) که در سطح معناداری کمتر از ۰/۱ برقرار است. نشانه‌های سایکوپاتولوژی بیماری با فرسودگی عینی ($r = 0/230$) و فرسودگی کل ($r = 0/192$) رابطه‌ای مثبت و معنادار را نشان می‌دهد. همبستگی این نشانه‌ها با فرسودگی ذهنی در سطح معناداری کمتر از ۰/۱ برقرار است ($r = 0/170$). بین آگاهی مراقبان و فرسودگی هیچ رابطه معناداری یافت نشد. هر سه متغیر فرسودگی عینی ($r = 0/255$)، فرسودگی ذهنی ($r = 0/204$) و فرسودگی کل ($r = 0/247$) رابطه‌ای معنادار را با سلامت روان نشان می‌دهند، به این صورت که هرچه فرسودگی بالاتر رود، سلامت روان کاهش می‌یابد. فراوانی بستری شدن بیماران و میزان بستری شدن آنان در هر سال با سلامت روانی مراقبان همبستگی منفی دارد که این رابطه از نظر آماری معنادار نیست.

بحث

در تحقیق حاضر مشخص شد که فرسودگی تأثیر منفی و معناداری بر سلامت روانی مراقبان می‌گذارد. در این راستا گوتیرز- مالدونادو و همکاران (۲۰۰۵) نیز نشان دادند که بین فرسودگی و سلامت روانی، جسمی و احساسی مراقبان رابطه وجود دارد. هم‌چنین گراندون، جنارو و لمون (۲۰۰۸) دریافتند که مشکلات روان‌شناختی (نمرات بالاتر GHQ) با سطوح بالاتر فرسودگی رابطه دارد. نویدیان، سالار و کرمانساروی (۱۳۸۳) در مطالعه ۱۲۵ مراقب خانوادگی بیماران روانی مرکز روان‌پزشکی زاهدان نشان دادند که پرستاری و مراقبت طولانی مدت از بیماران روانی در منزل فشار زیادی را به مراقب تحمیل می‌کند. ۷۳/۶٪ مراقبین خانوادگی در آن مطالعه فشار روحی روانی متوسط تا شدید داشتند که این فشارها می‌تواند سلامت روانی مراقبین را به مخاطره انداخته و کیفیت مراقبت و نوع ارتباط با فرد بیمار را مختل نماید.

ضرایب همبستگی بین فرسودگی و سلامت روان مشخص کرد که میزان همبستگی فرسودگی عینی با سلامت روانی مراقبان ($r = 0/255$) بیش از میزان همبستگی فرسودگی ذهنی و سلامت روانی ($r = 0/204$) آن‌هاست. این یافته با نتایج تحقیق خواجهی مرتضوی، اردشیرزاده، دولت‌شاهی و افقه (۱۳۸۷) مبنی بر این‌که مراقبان از فشار اقتصادی و مختل شدن تفریح و کار بیشتر شکایت داشته‌اند تا فشارهای ذهنی، که به معنی تأثیر بیماری بر فضای روانی خانواده و مراقب، میزان رنج روانی مراقب و کشمکش‌های اعضای خانواده و نیز فشار ناشی از داغ ننگ بیماری روانی بر مراقب است، قابل توضیح است.

یافته فوق بدین ترتیب توجیه می‌شود که علی‌رغم وجود فرسودگی ذهنی، خانواده ایرانی توانسته با فشار روانی - ذهنی ناشی از بیماری شامل واکنش هیجانی نسبت به فرد بیمار، احساس از دست دادن وی، فقدان و افسوس و مراقبت از وی کنار بیاید. ولی فرسودگی عینی که شامل محدودیت‌های فعالیت‌های اجتماعی، کار، تفریح مشکلات مالی و جسمی و اختلال در روابط خانوادگی می‌باشد را نمی‌تواند نادیده بگیرد و این عوامل روی سلامت روانی تأثیر بیشتری داشته است.

بنابراین مداخلات حمایت اجتماعی شامل کارآفرینی و ایجاد اشتغال، حمایت‌های مالی و ارائه تسهیلات مستقیم و غیرمستقیم از طریق بیمه‌ها و سایر نهادها، ایجاد برنامه‌های تفریحی، هنری و فعالیت‌های اجتماعی، ارائه خدمات مشاوره‌ای و تسهیلات درمانی برای خانواده‌های دارای بیمار مبتلا به اسکیزوفرنی به کاهش فرسودگی روانی و بهبود سلامت روانی مراقبین این بیماران کمک قابل توجهی می‌کند.

وینفیلد (۲۰۰۰) به شناسایی بخش‌های استرس‌زای مراقبت از بیماران پرداخته و کمبود پیوند بین مراقبت و زندگی خانوادگی، ماهیت تنش‌زای مراقبت، کمبود توصیه‌ها و تشخیص‌های متخصصان در جهت کسب موفقیت در امر مراقبت و کمبود حمایت را در تهدید سلامت روانی مراقبان مؤثر دانسته است.

در این تحقیق بین طول بیماری و فرسودگی یا سلامت روانی مراقبان همبستگی معناداری بدست نیامد. این یافته با تحقیق آکپونگ (۲۰۰۶) قابل مقایسه است که در آن بین طول بیماری و فشار روانی مراقبان رابطه معناداری مشاهده نشد، اما طول بیماری با فرسودگی همبسته بود.

یکی دیگر از یافته‌های تحقیق، همبستگی مثبت بین نشانه‌های کلی سایکوپاتولوژی و فرسودگی مراقبان بود. تحقیقات قبلی نیز تأیید کردند که بین نشانه‌های مثبت و منفی اسکیزوفرنی با فشار روانی و فرسودگی مراقبان رابطه معنادار وجود دارد. سطح بالای فرسودگی روانی مراقبان به سطوح بالاتر نشانه‌های منفی بیماری (دایک و همکاران، ۱۹۹۹؛ شن، ۱۹۹۰)، نشانه‌های مثبت (ولتوس و همکاران، ۲۰۰۲) و یا هر دو (ونگ، ۱۹۹۷؛ ماگلیانو و همکاران، ۲۰۰۲؛ پروونچر و موزر، ۱۹۹۷؛ آکپونگ، ۲۰۰۶؛ رویک و همکاران، ۲۰۰۶) بستگی دارد. در ایران ملکوتی و همکاران (۱۳۸۲) در نمونه‌ای ۱۲۰۰ نفری از مراقبان اصلی بیماران روانی نشان دادند که علائم مثبت و منفی بیماری با فرسودگی و نیاز مراقبان همبسته است.

بین مهارت‌های زندگی بیماران با فرسودگی رابطه مثبتی بدست آمد بدین معنا که بدعملکردی در مهارت‌های زندگی بیماران، فرسودگی مراقبان را افزایش می‌دهد. این یافته با تحقیقات دیگر همسوست به طوری که وای-تونگ، چان و مورسی (۲۰۰۷) دریافتند که خانواده‌هایی که فرسودگی بالاتری را تجربه کرده یا با بیمارانی زندگی می‌کنند که از عملکرد ضعیف‌تر و وضعیت سلامتی بدتری برخوردارند. گراندون و همکاران (۲۰۰۸) با مطالعه ۱۰۱ بیمار شیلیایی نشان دادند که

خصوصیات بالینی بیمار مثل فراوانی عود، نشانه‌های مثبت بیماری، عملکرد مستقل پایین‌تر و خودکنترلی کمتر بیمار، فرسودگی مراقبان را تعیین می‌کند.

وای-تونگ، چان و مورسی (۲۰۰۷) هیچ ارتباطی را بین فرسودگی و خصوصیات جمعیت‌شناختی بیمار مثل سن، جنس، تحصیلات، وضعیت تأهل و اشتغال بدست نیاوردند. اما وینفیلد و هاروی (۱۹۹۳) و کاستیلا (۱۹۹۸)، به‌نقل از گراندون و همکاران، (۲۰۰۸) متغیرهای جمعیت‌شناختی بیمار را با فرسودگی خانواده‌ها مرتبط دانستند.

عدم وجود رابطه معنادار بین آگاهی مراقبان و فرسودگی و سلامت روان با تحقیق (بیرچوود، اسمیت و کوکران، ۱۹۹۲) که در آن تأکید شده بود آموزش به مراقبان می‌تواند از استرس و فشار آن‌ها بکاهد، بدین صورت که ترس مراقبت را با برطرف کردن افسانه‌ها و کج‌فهمی‌ها از بیماری کاهش می‌دهد، رفتارهای دردآور بیمار را با قابل فهم کردن نشانه‌های بیماری پیش‌بینی‌پذیر می‌کند، تحمل بیشتر و گرایش پذیرنده‌تر را نسبت به بیمار تشویق می‌کند و به مراقب کمک می‌کند تا احساس کنترل بیشتری بر موقعیت داشته باشد و از این طریق بر احساس ناامیدی و بدبینی غلبه کند، همسو نیست.

یادداشت‌ها

1. De-institutionalization
2. Community-Based System
3. Stigma
4. Expressed Emotion
5. Burden
6. Subjective
7. Objective
8. Bizarre idea
9. Social withdrawal
10. Violent behavior
11. Substance abuse
12. Suicide
13. Family Experience Interview Schedule Narrative
14. Allen Cognitive Level Screen
15. Kohlman Evaluation of Living skill
16. Positive and Negative Syndrome Scale for Schizophrenia

منابع

خزائیلی، م. (۱۳۷۲). بررسی تأثیر آموزش گروهی از خانواده‌های بیماران اسکیزوفرنیک پارانوئید مزمن بر سازگاری بیمار در عملکرد روزمره. پایان نامه کارشناسی ارشد، انستیتو روانپزشکی تهران، تهران.

ملکوتی، ک. (۱۳۸۶). مقایسه پیامدهای استفاده از کارشناسان بهداشت روان و عضو خانواده مصرف کنندگان خدمات (بیماران) در پیگیری درمان و توانبخشی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا. مرکز تحقیقات بهداشت روان، انستیتو روانپزشکی تهران، تهران. (گزارش منتشر نشده)

ملکوتی، ک.، نوری قاسم آبادی، ر.، نقوی، م.، احمدی ابهری، ع.، نصرافهانی، م.، افقه، س.، صالحی، پ.، همتی، م.، ع.، و مقدم نیا، م. (۱۳۸۲). فشار روانی مراقبان بیماران مزمن روانی و نیاز آنان به خدمات مراقبتی و درمانی. حکیم، ۶ (۲)، ۱۰-۱.

نوری خواجوی، م.، اردشیرزاده، م.، دولت شاهی، ب.، و افقه، س. (۱۳۸۷). مقایسه فشار روانی در مراقبان بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیای مزمن و مراقبان بیماران دوقطبی مزمن. *مجله روانپزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران (اندیشه و رفتار)*، ۵۲، ۸۴-۸۰.

نویدیان، ع.، سالار، ع.، و کرمانساروی، ف. (۱۳۸۳). بررسی میزان فشار روحی مراقبین خانوادگی بیماران روانی مراجعه کننده به بیمارستان و مرکز جامع روانپزشکی زاهدان. *فصلنامه طب و تزکیه*، ۵۲، ۲۷-۱۹.

نویدیان، ع.، سالار، ع.، هاشمی نیا، ع.، و کیخانی، ا. (۱۳۸۰). فرسودگی و خستگی روانی مراقبین خانوادگی بیماران روانی (بیمارستان و مرکز جامع روانپزشکی زاهدان، ۱۳۷۹). *مجله دانشگاه علوم پزشکی بابل*، ۱۲، ۳۸-۳۳. یعقوبی، ن.، نصر اصفهانی، م.، و شاه محمدی، د. (۱۳۷۴). بررسی همه‌گیر شناسی اختلال‌های روانی در مناطق شهری و روستایی صومعه سرا-گیلان. *فصلنامه اندیشه و رفتار*، ۱(۴)، ۶۶-۵۵.

Angermeyer, M. C., Liebelt, P., Matschinger, H. (2001). Distress in parents of patients suffering from schizophrenia or affective disorders. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 51, 255-260.

Bartol, G. M., Moon, E., & Linton, M. (1994). Nursing assistance for families of patients. *Journal of Psychosocial Nursing*, 32(12), 27-29.

Birchwood, M., Smith, J., & Cochrane, R. (1992). Specific and non-specific effects of educational intervention for families living with schizophrenia: A comparison of three methods. *British Journal of Psychiatry*, 160, 806-814.

Caqueo-Urizar, A., & Gutierrez-Maldonado, J. (2006). Burden of care in families of patients with schizophrenia. *Quality of Life Research*, 15, 719-724.

Dillehay, R., & Sandys, M. (1990). Caregivers for Alzheimer's patients: What are learning from research. *International Journal of Aging & Human Development*, 30, 263-285.

Dyck, D. G., Short, R., & Vitaliano, P. P. (1999). Predictors of burden and infectious illness in schizophrenia caregivers. *Psychosomatic Medicine*, 61, 411-419.

Fadden, G., Bebbington, P., & Kuipers, L. (1987b) The burden of care: The impact of functional psychiatric illness on the patients' family. *British Journal of Psychiatry* 150, 285-297.

Foldemo, A., Gullberg, M., Ek, A., Bogren, L. (2005). Quality of life and burden in parents of outpatients with schizophrenia. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 40, 133-13

Gallagher, S. K., & Mechanic, D. (1996). Living with the mentally ill: Effects on the health and functioning of other household members. *Social Science and Medicine* 42, 1691-1701.

Grandón, P., Jenaro, C., & Lemos, S. (2008). Primary caregivers of schizophrenia outpatients: Burden and predictor variables. *Psychiatry Research*, 158 (3), 335-343.

- Gutierrez-Maldonado, J., & Caqueo-Urizar, A. (2007). Effectiveness of a psycho-educational intervention for reducing burden in Latin American families of patients with schizophrenia. *Quality of Life Research*, 16, 739-747.
- Gutierrez-Maldonado, J., Caqueo-Urizar, A., & Kavanagh, D. J. (2005). Burden of care and general health in families of patients with schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40, 899-904.
- Hoenig, J., & Hamilton, M. (1966). The schizophrenic patient in the community and its effect on the household. *International Journal of Social Psychiatry*, 12, 165-176.
- Isaac, R., & Armat, V. (1990). *Madness in the streets: How psychiatry and the law abandoned the mentally ill*. New York: Free Press.
- Jones, S. L., Roth, D., & Jones, P. K. (1995). Effect of demographic and behavioral variables on burden of caregivers of chronic mentally ill persons. *Psychiatry Service*, 46, 141-145.
- Jorm, A. F., Korten, A. E., Jacomb, P. A., Christensen, H., Rodgers, B., & Pollitt, P. (1997). Public beliefs about causes and risk factors for depression and schizophrenia. *Social Psychiatry Epidemiology*, 32, 143-148.
- Kinsella, K. B., Anderson, R. A., & Anderson, W. T. (1996). Coping skills, strengths, and needs as perceived by adult offspring and siblings of people with mental illness: A retrospective study. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 20(2), 24-32.
- Laidlaw, T. M., Coverdale, J. H., & Fallon, I. R. H. (2002). Caregivers stresses when living together or apart from patient with chronic schizophrenia. *Community Mental Health Journal*, 38, 303-310.
- Lefley, H. (1996). *Family care giving in mental illness*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Lieberman, M. A., Fisher, L. (1995). The impact of chronic illness on the health and well-being of family members. *Gerontologist* 35, 94-102.
- Lowyck, B., DeHert, M., Peeters, E., Wampers, M., Gilis, P. & Peuskens, J. (2004). A study of the family burden of 150 family members of schizophrenic patients. *European Psychiatry*, 19, 395-401.
- Magliano, L., Marasco, C., Fiorillo, A., Malangone, C., Guarneri, M., & Maj, M. (2002). The impact of professional and social network support on the burden of families of patients with schizophrenia in Italy. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 106, 291-298.
- Marsh, D. (1992). *Families and mental illness: New directions in professional practice*. New York: Praeger.
- McDonell, M. G., Short, R. A., Berry, C. M., & Dyck, D. G. (2003). Burden in schizophrenia caregivers: Impact of family psychoeducation and awareness of patient suicidality. *Family Practice* 42, 91-103.
- Milliken, P. J. (2001). Disenfranchised mothers: Caring an adult child with schizophrenia. *Health Care for Women International*, 22, 149-166.
- Peralta, V., Cuesga, M. J., & Leon, J. (1995). Positive and negative symptoms/syndromes scale in schizophrenia reliability and validity of difference diagnostic symptoms. *Psychological Medicine*, 75, 43-50.
- Platt, S. A. (1985). Measuring the burden of psychiatric illness on the family: An evaluation of some rating scales. *Psychological Medicine*, 15, 383-393.

- Provencher, H.L., & Mueser, K.T. (1997). Positive and negative symptom behaviors and caregiver burden in the relatives of persons with schizophrenia. *Schizophrenia Research* 26, 71–80.
- Reinhard, S. C., Gubman, G., Horwitz, A. V., & Minsky, S. (1994). Burden assessment scale for families of the seriously mentally ill. *Evaluation and Program Planning*, 17, 261–269.
- Roick, C., Heider, D., Toumi, M., & Angermeyer, M. C. (2006). The impact of caregivers- characteristics, patients-conditions and regional differences on family burden in schizophrenia: A longitudinal analysis. *Acta Psychiatry Scand*, 114, 363–374.
- Saunders, J. C. (1999). Family functioning families providing care for a family member with schizophrenia. *Issues in Mental Health Nursing*, 20, 95–113.
- Scazufca, M., & Kuipers, E. (1998) Stability of expressed emotion in relatives of those with schizophrenia and its relationship with burden of care and perception of patients' social functioning. *Psychological Medicine*, 28, 453–461.
- Schene, A. H. (1990). Objective and subjective dimensions of family burden: Towards an integrative framework for research. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 25, 289–297.
- Solomon, P. (2000). Interventions for families of individuals with schizophrenia maximising outcomes for their relatives. *Disease Management & Health Outcomes*, 8 (4), 211–221.
- Sparks, M. B., Farran, C. J., Donner, E., & Keane-Hagerty, E. (1998). Wives, husbands, and daughters of dementia patients: Predictors of caregivers' mental and physical health. *Scholarly Inquiry for Nurse Practice*, 12, 221–235.
- Srinivasan, T. N., & Thara, R. (2001). Beliefs about causation of schizophrenia: Do Indian families believe in supernatural causes? *Social Psychiatry Epidemiology*, 36, 134–140.
- Teschinsky, U. (2000). Living with schizophrenia: The family illness experience. *Issues in Mental Health Nursing*, 21, 387–396.
- Ukpong, D. I. (2006). Demographic factors and clinical correlates of burden and distress in relatives of service users experiencing schizophrenia: A study from south-western Nigeria. *International Journal of Mental Health Nursing*, 15, 54–59.
- Veltman, A., Cameron, J., & Stewart, D. (2002). The experience of providing care to relatives with chronic mental illness. *Journal of Nerves Mental Distress*, 190, 108–114.
- Wai-Tong, C., Chan, S., & Morrissey, J. (2007). The perceived burden among Chinese family caregivers of people with schizophrenia. *Journal of Clinical Nursing*, 16(6), 1151–1161.
- Weinberg, A., & Huxley, P. (2000). An evaluation of the impact of voluntary sector family support workers on the quality of life of carers of schizophrenia sufferers. *Journal of Mental Health*, 9 (5), 495–503.
- Winefield, H.R. (2000). Stress reduction for family caregivers in chronic mental illness: Implications of a work stress management perspective. *International Journal of Stress Management*, 7(3), 193–207.

- Winefield, H. R., & Harvey, E. (1993). Determinants of psychological distress in relatives of people with chronic schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 19 (3), 619–625.
- Wolthaus, J. E., Dingemans, P. M., Schene, A. H., Linszen, D. H., Wiersma, D., Van Den Bosch, R. J., Cahn, W., & Hijman, R. (2002). Caregiver burden in recent-onset schizophrenia and spectrum disorders: The influence of symptoms and personality traits. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 190, 241–247.
- Wong, D. F. K. (2000). Stress factors and mental health of carers with relatives suffering from schizophrenia in Hong Kong: Implications for culturally sensitive practices. *British Journal of Social Work*, 30, 365–382.

Archive of SID