The Effect of Resilience Training on Reducing the Care Burden of Families with Schizophrenic Patients

Maryam Sirjani: M.Sc. of social work, University Of Social Welfare And Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.
Seyyed Mohammad Hosssein Javadi: Assistant professor, social work department, University Of Social Welfare And Rehabilitation, Tehran, Iran.
Asma Baniasad: Ph.D. student of social work, department of social work, University Of Social Welfare And Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.
Maryam Latifian*: Ph.D. student of social work, department of social work, University Of Social Welfare And Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.

Abstract

Introduction: Schizophrenia is the most severe chronic psychiatric disorder that associated with impaired social and occupational abilities. In addition to the patient this disorder also affects the entire family system. The care burden is the psychological, physical and social stress that comes to caregivers as a result of long-term care. Therefore it causes many problems such as burnout, anxiety, and depression for caregivers. The aim of this study was to investigate the effect of resilience training on reducing the care burden of families with schizophrenia.

Methods: This study was semi-experimental with a pre-test-post-test and a randomized controlled group. The statistical population includes all caregivers of schizophrenia patients referred to Roozbeh psychiatric hospital in Tehran in 2019. After obtaining written consent, thirty-six people who like to participate in the study were divided into experimental and control groups by random sampling method. After deducting the drops, fifteen people were in the experimental group and eighteen people in the control group. The research instrument was the Zarit burden interview and intervention protocol, then Henderson and Milleston resilience components training program was applied to the experimental group. The control group received no intervention. Data were analyzed by SPSS software using ANCOVA.

Results: The results showed that the social group intervention in the experimental group with the approach of resilience training was statistically significantly different from the control group and it was able to significantly increase the total resilience score compared to the control group.(P<0/05)

Conclusions: Group social work interventions aimed at increasing resilience in caregivers of psychiatric disorders can be effective in increasing resilience and provide a basis for improving the quality of life of these people. The results of this study help social workers to use the resilience model to promote health, increase social, economic, and welfare performance and improve the level of tolerance of caregivers; leading to educating and working with families of schizophrenia patients.

Keywords

Schizophrenia, Resilience, Care Burden, Family, Family Of Schizophrenia Patient

*Corresponding Author
Study Type: Original
Received: 22 Oct 2020
Accepted: 11 May 2021

Please cite this article as follows: Sirjani M, Hosssein Javadi S, Baniasad A, and Latifian M. The effect of resilience training on reducing the care burden of families with schizophrenic patients. Quarterly journal of social work. 2022; 11 (2); 13-20

[Downloaded from socialworkmag.ir on 2026-10-31]

[DOR: 20.1001.1.1735451.1401.11.2.2.1]

بررسی تاثیر آموزش تاب‌آوری بر کاهش بار مراقبتی خانواده‌های دارای بیمار مبتلا به اسکیزوفرنی

مریم سیرجانی: کارشناسی ارشد مددکاری اجتماعی، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، گروه آموزشی مددکاری اجتماعی، تهران، ایران.
سید محمدحسین جوادی: استادیار، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، گروه آموزشی مددکاری اجتماعی، تهران، ایران.
اسما بنی اسد: دانشجوی دکتری مددکاری اجتماعی، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، گروه آموزشی مددکاری اجتماعی، تهران، ایران.
مریم لطیفیان*: دانشجوی دکتری مددکاری اجتماعی، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، گروه آموزشی مددکاری اجتماعی، تهران، ایران.
maryamlatifian1993@gmail.com

واژگان کلیدی

اسکیزوفرنی، تاب‌آوری، بار مراقبتی، خانواده، خانواده بیمار اسکیزوفرنی

* نویسنده مسوول
نوع مطالعه: پژوهشی
تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۰۸/۰۱
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۲/۲۱

چکیده

مقدمه: بیماری اسکیزوفرنی شدیدترین بیماری مزمن روانپزشکی است که با اختلال در توانایی‌های اجتماعی و شغلی همراه است. این اختلال علاوه بر فرد مبتلا، کل سیستم خانواده را نیز درگیر می‌کند. بار مراقبتی، استرس‌های روانی اجتماعی و جسمانی است که در اثر مراقبت طولانی مدت از بیمار به مراقبین وارد می‌شود و موجب مشکلات چون فرسودگی، اضطراب، افسردگی برای مراقبین می‌گردد. پژوهش حاضر با هدف بررسی تاثیر آموزش تاب‌آوری بر کاهش بار مراقبتی خانواده‌های دارای بیمار اسکیزوفرنی انجام شده است.

روش: در این مطالعه نیمه‌تجربی از طرح پیش‌آزمون پس‌آزمون با گروه کنترل استفاده شد. جامعه‌آماری شامل تمام مراقبین بیماران اسکیزوفرنیا مراجعه کننده به بیمارستان روانپزشکی روزبه در شهر تهران در سال ۱۳۹۸ بود. سی و شش نفر از افراد مایل به شرکت در مطالعه، پس از گرفتن رضایت کتبی از آنان با روش تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند. پس از کسر ریزش‌ها، پانزده نفر در گروه آزمایش و هجده نفر درگروه کنترل تا پایان مداخله حضور داشتند. در این پژوهش از پرسشنامه بار مراقبتی زاریت و پروتکل مداخله، برنامه آموزش مولفه‌های تاب‌آوری هندرسون و میلستسن استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از تحلیل کوواریانس و نرم‌افزار SPSS انجام گرفت.

نتایج: یافته‌ها نشان داد مداخله مددکاری اجتماعی‌گروهی در گروه آزمایش با رویکرد آموزش تاب‌آوری، از نظر آماری تفاوت معناداری با گروه کنترل داشت و مداخله مددکاری اجتماعی‌گروهی توانسته بود نمره کل تاب‌آوری را نسبت به گروه کنترل به‌صورت معناداری افزایش دهد. ($P<۰/۰۵$)

بحث و نتیجه‌گیری: مداخلات گروهی مددکاری اجتماعی که با هدف افزایش تاب‌آوری در مراقبین بیماران دارای اختلال روانپزشکی انجام می‌شود، می‌تواند بر افزایش تاب‌آوری موثر باشد و زمینه را برای ارتقای کیفیت زندگی این افراد فراهم کند. نتایج این مطالعه به مددکاران اجتماعی کمک می‌کند که از مدل تاب‌آوری برای بالا بردن سطح سلامت، افزایش عملکرد اجتماعی، اقتصادی و رفاهی و بهبود سطح تحمل مراقبین و برای مراقبت و آموزش و کار با خانواده‌های بیماران مبتلا به اختلال اسکیزوفرنی استفاده کنند.

نحوه استناد به مقاله: مریم سیرجانی، سید محمدحسین جوادی، اسما بنی اسد و مریم لطیفیان. بررسی تاثیر آموزش تاب‌آوری بر کاهش بار مراقبتی خانواده‌های دارای بیمار مبتلا به اسکیزوفرنی. فصلنامه مددکاری اجتماعی، ۱۴۰۱؛ ۱۱ (۲): ۲۲-۱۳

[Downloaded from socialworkmag.ir on 2026-10-31]
[DOR: 20.1001.1.1735451.1401.11.2.2.1]

مقدمه

اختلالات روانپزشکی یکی از پنج علت اصلی منجر به ناتوانی محسوب می‌شوند که همچنان در حال افزایش هستند. این اختلالات بر سطوح مختلف زندگی افراد اعم از فردی و اجتماعی تاثیرات منفی می‌گذارند و بار مالی و خسارت‌های زیادی را به نظام‌های سلامت در هر جامعه‌ای وارد می‌کنند. بیماری اسکیزوفرنی یکی از شایعترین اختلال‌های روانپزشکی است که حدود یک درصد از مردم جهان به آن مبتلا هستند و حدود یک و نیم تا سه درصد کل هزینه‌های بهداشتی در کشورهای توسعه یافته به این بیماری اختصاص دارد. بر اساس گزارش سازمان بهداشت جهانی حدود نه صد و نوزده میلیون نفر از مردم دنیا از اختلال‌های روانپزشکی رنج می‌برند اما فقط یک سوم آن‌ها برای درمان اقدام می‌کنند. به‌عبارت دیگر از هر سه الی چهار نفر، یک نفر در طول عمر خود به اختلالات روانی دچار می‌شود و نیاز به درمان پیدا می‌کند، اما تعداد کمی برای درمان به روانپزشک مراجعه می‌کنند، یا در صورت مراجعه، درمان خود را به جد و درست ادامه نمی‌دهند.[۱و۲]

اسکیزوفرنی یکی از اختلالات شدید، پیچیده، و با علل چندگانه در زمینه روان محسوب می‌شود. مشخصه این بیماری از کارافتادن فرآیندهای فکری، پاسخگویی عاطفی ضعیف، رفتار اجتماعی غیرعادی و ناتوانی در درک واقعیت است که معمولا به‌صورت توهمات، هذیان‌ها یا تکلم و تفکر آشفته خود را نشان می‌دهد و با اختلال در عملکرد اجتماعی یا شغلی همراه است. این اختلال فکر به‌صورت دشواری حفظ و تمرکز توجه، شکل گرفتن و شکل دادن مفاهیم در ذهن آشکار می‌گردد.[۳و٤] امروزه به دنبال جنبش موسسه زدایی، مسوولیت عمده مراقبت از بیماران مبتلا به اختلال اسکیزوفرنی بر بعهده خانواده‌ها قرار دارد.[۵] یکی از اهداف سازمان بهداشت جهانی نیز توجه به نقش اعضای خانواده در مراقبت از این بیماران است.[٦] چون خانواده، مهمترین و بهترین حامی اجتماعی این بیماران محسوب می‌شوند. مراقبت بیماران اسکیزوفرنی فشار روانی زیادی را بر خانواده‌ها تحمیل می‌کند، به‌طوری که منجر به کاهش سلامت جسمانی و روانی آنان و کاهش کیفیت مراقبت از این بیماران می‌شود.[۷و۸] نیاز به حمایت طولانی مدت روانی-اجتماعی و کاهش مادام العمر بهره‌وری می‌تواند باعث آسیب‌ها روانی اجتماعی جسمی و اقتصادی بر خانواده‌ها و مراقبان اصلی این بیماران شود.[۹] خانواده‌ها نه تنها باید مراقبت‌های اولیه را برای بیماران فراهم کنند، بلکه باید بتوانند این اختلالات را مدیریت و کنترل کنند. به علاوه مساله‌های و مشکلاتی که مراقبین و خانوادها با آن مواجه‌اند به‌جای حمایت، مورد غفلت و بی‌توجهی قرار گرفته‌اند و با مشکلات متعددی دست به گریبان می‌باشند.[۱۰]

عمده مشکلات و بار روانی تحمیل شده به خانواده این گروه از بیماران، متاثر از مشکلات اقتصادی، واکنش عاطفی پراسترس ناشی از نیاز به تطابق با اختلال، تغییر فعالیت‌های روزمره خانواده و محدودیت‌های مربوط به فعالیت‌های اجتماعی است.[۱۱] به‌طور کلی تجربه بیماری عمیقا سلامت روانی و جسمانی اعضای خانواده را تحت تاثیر قرار می‌دهد به نحوی که به آن‌ها بیماران پنهان می‌گویند.[۱۲] یکی از مهمترین موضوعاتی که در خصوص این خانواده‌ها باید به آن توجه شود میزان تاب‌آوری است. تاب‌آوری به‌عنوان اطمینان فرد به توانایی‌هایش برای غلبه بر تنش یا توانمندی فرد در برقراری تعادل زیستی روانی، در شرایط ناگوار تعریف شده است.[۱۳] با توجه به تحقیقات صورت گرفته تاب‌آوری یکی از مفاهیم و سازه‌های بهنجار مورد توجه و مطالعه روانشناسی مثبت‌گراست و به فرایند پویای انطباق مثبت با تجربه‌های تلخ و ناگوار اطلاق می‌شود.[۱٤] تاب‌آوری نقش میانجی بسیار مهمی در جلوگیری یا بروز خیلی از اختلال‌های روانپزشکی از خود نشان می‌دهد و به واسطه کاهش هیجان‌های منفی و افزایش سلامت روان، رضایت بیشتر از زندگی را در پی دارد و به‌عنوان منجی برای تسهیل غلبه بر مشکلات، مقاومت در برابر استرس و از بین بردن اثرات روانی آن‌ها عمل می‌نماید.[۱۵]

در این پژوهش از نظریه روانشناسی مثبت‌گرای سلیگمن به‌عنوان مبنای نظری پژوهش استفاده شده است. دیگاه این نظریه بر این است که ویژگی‌های کارآمد و توانایی‌هایی در انسان وجود دارند که مانند سپری از او در برابر مساله‌ها و مشکلات زندگی محافظت می‌کنند. روانشناسی مثبت‌گرا به دنبال آن است که تصویری زیبا و ارزشمند از زندگی به نمایش گذاشته و افراد را توانمندتر و استعدادشان را شکوفا سازد.[۱٦]

در مطالعه ووس و همکاران بیش از یک سوم مراقبین شدید و خیلی شدید دچار افسردگیشده‌اند. هشتاد و دو درصد از آن‌ها دچار اختلال در خواب، شصت و نه درصد احساس خستگی یا فقدان انرژی، سی و نه درصد دچار عصبانیت، بیست و نه درصد تشخیص بیماری مرتبط با استرس نیز دارند و تنها بیست و پنج درصد مراقبین احساس رضایت از زندگی

[Downloaded from socialworkmag.ir on 2026-10-31]

DOR: 20.1001.1.1735451.1401.11.2.2.1]

را گـزارش کرده‌اند.[۱۷] نتایج برخـی مطالعات، بیشـترین بار روانی ایجاد شـده توسـط بیماران را به عوامل مرتبط با رفتار آنان و اختلال در نقش‌های کاری، تحصیلی و شغلی بیماران معرفی کرده‌اند.[۱۸]

نتایج پژوهش مقبل اصفهانی۱۳۹۸ نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند تاب‌آوری خانواده‌های دارای اختلال روانپزشکی را بالا ببرد.[۱۸] بر اساس پژوهش سولومون۲۰۰۰ برخی مداخلات درمانی نظیر آمـوزش، حمایت و روان درمانی می‌تواند تاثیر چشـمگیری در کاهش افسـردگی، اضطراب و استرس مراقبین خانوادگی داشته باشد و زمینه را برای افزایش کیفیت مراقبت خانـواده بیماران فراهم کند.[۱۹] پژوهش تقوی لاریجانی۱۳۹۸ نشـان داد که آموزش روان‌شناختی بر تاب‌آوری خانواده‌های بیماران اسکیزوفرنی موثر است.[۲۰] رحمانی بعد از انجام یـک مطالعه اعلام کرد که آموزش روان‌شـناختی موجب بهبود نگرش مراقبان خانوادگی نسـبت به بیماری روانی می‌شود.[۲۱] شاهری۱۳۹۶ بـه بررسـی تاثیر آموزش فراشـناخت درمانـی بر مراقبین این دسـته از بیماران پرداخته و نتایج پژوهش وی نشـان داد که این نوع درمان باعث کاهـش اضطراب مراقبین بیماران مبتلا به اسـکیزوفرنی می‌شـود.[۱۰] همچنین بر اساس پژوهش سـعادتی۱۳۹۸ تاب‌آوری در مقابل تاثیرات منفی موقعیت‌هـای زندگی از افراد محافظت می‌کند.[۲۲]

مطالعاتی که تاکنون صورت گرفته در جهت کاهش اسـترس، اضطراب و افسـردگی این گروه از خانواده‌ها به‌منظور افزایش تاب‌آوری آن‌هـا بوده اسـت. حـال آنکه بـار مراقبتی خانواده خود به‌عنوان یک موضوع مهم و قابل سنجش مطرح است زیرا مسوولیت مراقبت از بیماران روان بیشـتر بر عهده اعضای خانواده می‌باشـد و فشـار مراقبتی ارتباط مستقیمی با نیازهـای بیماران دارد. اکثـر مراقبین بیماران روانی، فشار مراقبتی شدیدی را تجربه می‌کنند حال آنکه به این موضوع در تحقیقات داخلی کمتر پرداخته شـده اسـت. لـذا هدف این پژوهش پاسـخ این سوال اسـت: آیا آموزش تاب‌آوری بر کاهش بار مراقبتی خانواده‌های دارای بیمار مبتلا به اسکیزوفرنی موثر است؟

روش

پژوهش حاضر از نوع مطالعات کار آزمایی بالینی است که با استفاده از طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل انجام گرفته اسـت. آزمودنی‌ها به روش گمارش تصادفی در دو گروه مداخله و کنترل قرار گرفتند. جامعه‌آماری، شامل خانواده و مراقبین بیماران مبتلا به اختلال اسـکیزوفرنیا اسـت که طی نیمه دوم سـال ۱۳۹۸ بیمار خود را در بیمارسـتان روانپزشکی بسـتری کرده‌اند. برای این منظور، بیمارسـتان روزبه به‌عنوان محیط آزمایش انتخاب شد. بیمارستان روزبه یکی از مهمترین بیمارسـتان‌های تخصصی حوزه روانپزشکی می‌باشد که دویست و بیسـت و چهار تخت فعال دارد و زیرمجموعه دانشگاه علوم پزشـکی تهران محسـوب می‌شـود. در مرحله اول بر اساس مرور منابع و نظر اسـتادان و متخصصان حوزه مددکاری اجتماعی و روانپزشکی، تعداد سی وشش نفر از مراقبین خانوادگی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا که معیارهای ورود به مطالعه را داشتند به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. بعد از بیان توضیحات و جلب رضایت کامل از آن‌ها رضایت‌نامه کتبی گرفته شـد. خانواده‌ای که حاضر به همکاری شـدند و شرایط ورود به مطالعه را داشتند برای ورود به پژوهش دعوت شـدند. در مرحله دوم شـرکت‌کنندگان به‌طور تصادفی در دو گروه آزمون و کنترل در هر گروه هجده نفر تقسـیم شدند. مداخله افزایش تاب‌آوری بر روی گروه آزمون انجام شد و گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکردند.

ملاک‌های ورود و خروج

این مداخله توسط یکی از مددکاران اجتماعی بیمارستان با چهار سال سابقه فعالیت در حوزه روانپزشکی و همچنین یکی از روانشناسان با سابقه و به‌صورت گروهی بر روی حداقل یکی از اعضای خانواده بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا که بیمارشان در بیمارسـتان روانپزشکی روزبه بستری شده بود، صورت گرفت. به‌منظور جلوگیری از ریزش شرکت‌کنندگان شماره تماس از تمامی افراد گروه آزمون گرفته شد تا طی هفته‌هایی که مداخلات انجام می‌گیرد پیگیری و مشاوره تلفنی نیز انجام شود. با این وجود از این تعداد تا پایان جلسات سه نفر از گروه آزمون ریزش داشتند.

ورود: مراقب باید عضو خانواده بیمار و مراقب اصلی وی باشـد. حداقل شـش ماه از بیمار مراقبت کرده باشـد. داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن. رضایت آگاهانه وعلاقمند بودن به همکاری. **خروج:** بی‌تمایلی به ادامه همکاری. شرکت نکردن در بیش از دو جلسه.

[Downloaded from socialworkmag.ir on 2026-10-31]

DOR: 20.1001.1.1735451.1401.11.2.2.1]

جدول(۱) دیاگرام پژوهش

گروه‌ها	انتخاب تصادفی	پیش آزمون	متغیر مستقل	پس آزمون	پیگیری
گروه آزمایش	RE	T۱	X	T۲	T۳
گروه کنترل	RC	T۱	-	T۲	T۳

جدول(۲) مختصری از پروتکل مداخله افزایش تاب‌آوری

جلسات/// روش/// اهداف/// موضوع

اول/// سخنرانی، پرسش و پاسخ، بحث گروهی/// معرفی همدیگر، برقراری ارتباط، تعیین قوانین و اهداف، بیان تعریف ساده از تاب‌آوری، بیان ارتباط تاب‌آوری با پیشگیری از انجام رفتارهای پرخطر، بیان ارتباط تاب آوری با کیفیت زندگی/// برنامه ارتباط با مخاطبان و آشنا کردن آن‌ها با بیماری اسکیزوفرن، تاب‌آوری و قوانین شرکت در کارگاه-نقش مددکاراجتماعی آموزش دهنده-تسهیلگر.

دوم/// سخنرانی، پرسش و پاسخ، بحث گروهی، بارش فکری، داستان گویی/// تعریف خودآگاهی، مولفه‌های اصلی خودآگاهی، شناسایی نقاط قوت و ضعف خود، خودآگاهی نسبت به اهداف/// آگاهی نسبت به توانمندی‌های خود و حذف یا کاهش باورهای غیرمنطقی و جایگزین کردن افکار مثبت به‌جای افکار منفی-نقش مددکار اجتماعی آموزش دهنده-تسهیلگر.

سوم/// سخنرانی، بحث گروهی، پرسش و پاسخ، بارش فکری، بازی/// به‌دست آورن درک روشنی از عزت نفس، شناسایی علل و عوامل موثر در تقویت عزت نفس، اهمیت و تاثیر عزت نفس، شناسایی نقاط ضعف خود، کمک به دیگران در تقویت عزت نفس/// تقویت عزت نفس، شناسایی نقاط قوت و خودگویی‌های مثبت و اهمیت نقش مراقبتی مراقبین و تطبیق خود با این نقش بحث خواهد شد-نقش مددکاراجتماعی آموزش دهنده-تسهیلگر.

چهارم/// سخنرانی، پرسش و پاسخ، بحث گروهی، بارش فکری، تمرین و بازی، ایفای نقش./// تعریف ساده و روشنی از ارتباط، برقراری ارتباط صحیح با اطرافیان، پی‌بردن به اهمیت ارتباط در زندگی، آموختن راه برقراری ارتباط را به دیگران/// بهبود توانایی مراقبین در مهارت‌های برقراری ارتباط مثبت با دیگران و نحوه همکاری و همفکری بین اعضای خانواده-نقش مددکار اجتماعی آموزش دهنده-تسهیلگر.

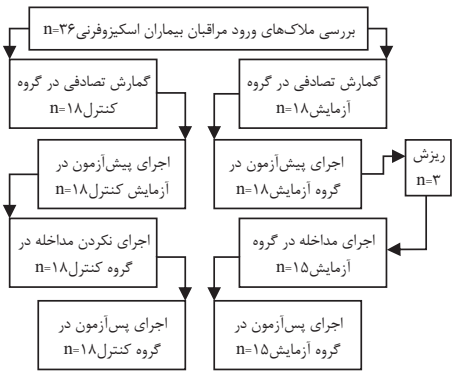
پنجم/// پرسش و پاسخ، بحث گروهی، بارش فکری/// مراحل حل یک مساله، تفکر درباره یک مساله، حل مشکلات و نمودار کردن راه حل، برای حل مشکلات خود به نوعی خودکارآمدی دست یابند./// مساله گشایی و نحوه مدیریت بحران‌ها-نقش مددکار اجتماعی آموزش دهنده-تسهیلگر.

ششم/// سخنرانی، پرسش و پاسخ، بحث گروهی/// بیان معیارهای صحیح یک تصمیم خوب، اهمیت و ارزش یک تصمیم درست در زندگی، پیش‌بینی عواقب و نتایج تصمیمات/// تصمیمگیری و مسوولیت‌پذیری و بیان مناسب هیجانات و احساسات-نقش مددکار اجتماعی:آموزش دهنده-تسهیلگر.

هفتم/// سخنرانی، پرسش و پاسخ، بحث گروهی، بارش فکری، داستان گویی، بازی نقش/// بیان مفهوم خشم، اضطراب و استرس، نشانه‌های خشم، اضطراب و استرس، علل و پیامدهای خشم، اضطراب و استرس، روش‌های مدیریت استرس را یاد بگیرند و بتوانند به دیگران یاد بدهند./// مدیریت خشم ، اضطراب و استرس-نقش مددکار اجتماعی آموزش دهنده-تسهیلگر.

هشتم/// سخنرانی، پرسش و پاسخ، بحث گروهی، بارش فکری، بازی نقش/// بتوانند معنویت را از مذهب جدا کنند، از حس معنویت خود به‌عنوان یک عامل انگیزشی استفاده کنند، به آینده خوشبین و امیدوار شوند، به بی‌همتایی خود اعتقاد پیدا کنند.///همدلی و جستجوی معنا، پرورش حس معنویت و ایمان و اختتامیه-نقش مددکار اجتماعی آموزش دهنده.

نمودار(۱) نمودار CONSORT



به‌منظور جمع‌آوری داده‌ها از چک لیست اطلاعات فردی شامل اطلاعات دموگرافیک مراقبین و اطلاعاتی مربوط به بیمار آن‌ها و پرسشنامه بار مراقبتی زاریت استفاده شد.

پرسشنامه بار مراقبتی زاریت و همکاران: این ابزار در سال ۱۹۹۸ توسط زاریت و همکاران جهت اندازه‌گیری بار مراقبتی ساخته شد که شامل بیست و دو سوال در مورد فشارهای شخصی، اجتماعی، عاطفی و اقتصادی است در این ابزار، فشار مراقبتی در مراقبین بر اساس سوالات به دو گروه عینی و ذهنی نیز تقسیم می‌شود. بر اساس این تقسیم‌بندی، در پرسشنامه فشار مراقبتی زاریت سه سوال دو، سه و پانزده فشار مراقبتی عینی و سه سوال هفت،هشت و چهاده فشار مراقبتی ذهنی و مابقی سوالات بار مراقبتی عمومی را می‌سنجند. این پرسشنامه، بر درجه‌بندی پنج گانه لیکرت صورت‌بندی شده است. برای محاسبه امتیاز کلی پرسشنامه، نمره همه گویه‌های پرسشنامه با هم جمع می‌شود. بر این اساس، مجموع نمرات حاصل از صفر تا هشتاد و هشت متغیر است. نمره پایینتر، نشان دهنده بار مراقبتی کمتر می‌باشد. مجموع امتیازات کسب شده توسط هر مراقب، بار مراقبتی مراقب را نشان می‌دهد. کمترین و بیشترین شدت بار مراقبتی برای هر سوال به تفکیک گزارش می‌شود. نمره‌های صفر تا بیست کم بودن یا نبود فشار مراقبتی، نمره بیست و یک تا چهل فشار مراقبتی متوسط و نمره چهل و یک تا هشتاد و هشت فشار مراقبتی شدید را نشان می‌دهد.[۲۳] سلمانی۱۳۹۲ و بیگ تبریزی۱۳۹۴ در مطالعاتی جداگانه این ابزار را مورد استفاده قرار دادند و ضریب آلفای کرونباخ را به‌ترتیب نود و دو صدم و هفتاد و هفت صدم به‌دست آوردند که نشان می‌دهد این ابزار از پایایی مناسبی برخوردار است.[۲۴و۲۵] همچنین طالبی و همکارانش۱۳۹۵ نیز روایی این پرسشنامه را با استفاده از شیوه تعیین روایی محتوایی کمی و با تعیین CVI و CVR انجام دادند. نظر یازده عضو هیات علمی دانشکده پرستاری نشان داد که ابزار فشار مراقبتی در بعد CVR دارای روایی محتوایی قابل قبول در تمامی عبارات می‌باشد. در بعد CVI امتیازات کسب شده بین هفت دهم تا یک بود که مناسب بودن عبارات را در ابعاد سادگی، مربوط بودن و وضوح نشان می‌دهد.[۲۶] در این پژوهش از برنامه آموزش مولفه‌های تاب‌آوری هندرسون و میلستسن که در سال۱۹۹۷ در ایالات متحده آمریکا به اجرا درآمد، برای افزایش تاب‌آوری در گروه آزمون استفاده شد.

روش اجرای: هر دو گروه پرسشنامه مشخصات جمعیت‌شناختی و بارمراقبتی را تکمیل کردند؛ سپس گروه آزمون در جلسات تاب‌آوری شرکت داده شدند اما گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکردند. این برنامه در هشت جلسه نود دقیقه‌ای اجرا شد و بر اساس پروتکل مذکور، تکنیک‌های متعددی در زمان اجرای مداخله مورد استفاده قرار گرفت. دو هفته بعد از دریافت مداخله مجددا بار مراقبتی برای هر دو گروه اندازه‌گیری شد؛ در این پژوهش بعد از یک ماه پیگیری انجام و مجددا متغیر وابسته اندازه‌گیری شد و نهایتا داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی و استنباطی در نرم افزار SPSS تجزیه و تحلیل شدند. با توجه به این‌که برای گروه کنترل مداخله‌ای صورت نگرفته بود، جهت رعایت اصول

[Downloaded from socialworkmag.ir on 2026-10-31]

DOR: 20.1001.1.1735451.1401.11.2.2.1]

اخلاقی در پایان پژوهش بنا به تمایل ایشـان مداخله آموزشی برای آنان نیز برگزار شد وهمچنین سعی شد ملاحظات اخلاقی از قبیل رازداری، رعایت کرامت و حقوق شـرکت‌کنندگان، کسـب رضایـت آگاهانه و رعایت موازین اخلاقی و فرهنگی متناسب با گروه هدف رعایت شود.

یافته ها

شـرکت‌کنندگان این پژوهش به دو گروه آزمایش و کنترل تقسـیم شـدند. در جدول شـماره سـه اطلاعات جمعیت‌شـناختی نمونه مورد مطالعه آورده شـده است. نتایج جدول شماره چهار نشـان می‌دهد که میانگین و انحراف معیار نمره پیش‌آزمون گروه آزمایش به‌ترتیب شـصت و شش و پنج صدم و هشت و هشـتاد و پنج صدم و میانگین و انحراف معیار پس‌آزمون این گروه به‌ترتیب هجده و دو دهم و سه و سی و دو صدم است و میانگین و انحراف معیـار نمره پیش‌آزمون گروه کنترل به‌ترتیب پنجاه و سـه و دوازده و نه دهم و میانگین و انحـراف معیار نمره پس‌آزمون این گروه به‌ترتیب پنجاه و چهار و پنج دهم و سـیزده و هفده صدم اسـت. قبل از اسـتفاده از آزمون تحلیل کوواریانس جهت رعایت پیش فرض‌های آن، از آزمون لون اسـتفاده شـد. مطابق جدول شـماره پنج بر اسـاس آزمون لون، شـرط همسانی واریانس‌ها رعایت شده است. بنابراین آزمون تحلیل کوواریانس قابل اجرا است.

نتایج جدول شـماره پنج نشـان می‌دهد که با کنتـرل پیش‌آزمون، تفاوت معنـی‌داری sig برابـر یک هزارم و F برابر پنجاه و سـه شـش دهم بین بار مراقبتـی گروه آزمایش و کنترل وجـود دارد. یعنی آموزش تاب‌آوری باعث کاهش بار مراقبتی مراقبان بیماران مبتلا به اختلال اسکیزوفرنی شده است.

جدول(۳) اطلاعات جمعیت شناختی نمونه مورد بررسی

شاخص‌های جمعیت شناختی	گروه					
	آزمایش			کنترل		
میانگین سنی مراقبان	۵۰/۶			۴۹/۵		
میانگین سنی بیماران	۴۱/۲			۳۷/۴		
مدت بیماری	۹/۷			۸/۲		
جنس مراقبان	ز ۶۶/۷٪	م ۳۳/۳٪		ز ۵۵/۶٪	م ۴۴/۸٪	
جنس بیماران	ز ۳۳۵/۳٪	م ۶۶/۷٪		ز ۶۶/۷٪	م ۳۳/۳٪	

ز= زن، م= مرد

جدول(٤) میانگین و انحراف استاندارد بار مراقبتی

متغیر	گروه آزمایش				گروه کنترل			
	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
بار مراقبتی	۶۶/۵	۸/۸۵	۱۸/۲	۳/۳۲	۵۳	۱۲/۹	۵۴/۵	۱۳/۱۷

جدول(۵) آزمون لون و برابری واریانس‌ها، آزمون تی مستقل و آزمون آنالیز کوواریانس در نمرات پیش‌آزمون در دو گروه مداخله و کنترل

نوع آزمون	واریانس	آزمون لون برابری واریانس‌ها		آزمون تی مستقل برابری میانگین‌ها			آزمون آنالیز کوواریانس	
		آماره F	سطح معنی‌داری	آزمون تی	درجه آزادی	سطح معنی‌داری	آماره F	اندازه اثر
پیش آزمون	با فرض برابری	۲/۰۶۱	۰/۱۶۱	۳/۴۲	۳۱	۰/۰۰۲	۵۳/۶	۰/۹۱۳
	با فرض نابرابری			۳/۵۳	۳۰	۰/۰۰۱		

بحث و نتیجه گیری

نتایـج پژوهش حاضر نشـان داد که آموزش تاب‌آوری بر کاهش بـار مراقبتی مراقبین خانوادگی بیماران اسـکیزوفرنی اثر معنـادار دارد. کـه بیانگر موثر بودن مداخله و کاهش بار مراقبتی گروه هدف بوده اسـت. لذا نتایج حاصل از این پژوهش با نظریه مثبت‌گرای سـلیگمن همراسـتا است چرا که هدف اصلی این نظریه ایجاد تسهیل در تغییر از اشتغال صرف با ترمیم بدتریـن چیزهـا در زندگی، به سـمت به‌وجود آوردن کیفیت‌های مثبت اسـت. این نظریه به دنبال توانایی‌های سـالم، جاه طلبی‌هـا، تجربیات زندگی مثبت و توانایی‌های افراد اسـت.[۱۶] برنامه‌های آموزش تاب‌آوری خوش‌بینی و کنترل درونی را در این افراد افزایش می‌دهد. افراد خوش بین در هنگام رویارویی با شـرایط چالش برانگیز، حالت اطمینان و پایدار دارند و باور دارند که می‌توانند در برابر ناملایمات به شـیوه موفقیت آمیزی رفتار کنند. این رفتار در نگرش نسـبت به ناملایمات در شیوه‌های مقابله با فشار روانی افراد تاثیر می‌گذارد.

نتایج حاصل از این پژوهش با مطالعات مقبل اصفهانی،[۱۸] سولومون،[۱۹] تقوی لاریجانی،[۲۰] شاهری[۱۰] و سعادتی[۲۲] همسو است. چرا که در نتایج همگی این پژوهش‌ها آمده است که مداخلات آموزشی روانی اجتماعی می‌تواند تاثیر بسزایی در بالا بردن تاب‌آوری و کاهش بار مراقبتی مراقبان بیماران به‌ویژه مراقبان بیماران روان داشته باشد.

با بالا بردن تاب‌آوری مراقبان می‌توان به آن‌ها کمک کرد تا به ویژگی‌هایی از قبیل استقلال فکری و خلاقانه، خوش‌بینی، پشتکار و استقامت، مهارت حل مشکلات و تعارضات پی‌ببرند. با داشتن این ویژگی‌ها و آموزش و تقویت آن‌ها، می‌توان به افراد خصوصا مراقبین خانوادگی افراد مبتلا به اسکیزوفرنیا، کمک کرد تا با این مهارت‌های مقابله‌ای موثر و کار آمد بتوانند به وضعیت مطلوب و پیشرفت حاصل گردند.

با توجه به این‌که مراقبان بیماران اسـکیزوفرنیا با اسـترس‌های زیادی که ناشـی از مراقبت از این بیماران می‌باشـد، روبرو

[Downloaded from socialworkmag.ir on 2026-10-31]

DOR: 20.1001.1.1735451.1401.11.2.2.1]

هســتند، نیاز به استفاده از راهکارهای ارتقای سلامت جســم و روان این افراد مطرح است و از آن‌جایــی که مراقبین خانوادگی، قربانیان خامــوش و از اعضــای کلیــدی مراقبت از بیماران اسکیزوفرنیا محسوب می‌شوند، برنامه آموزش تاب‌آوری کــه رویکردی چندبعدی است و در افکار، عواطف و رفتارهای مرتبط با افــراد و مراقبان مداخله می‌کنــد، می‌تواند تاثیــر بســزایی در کاهش اســترس و افزایش مهارت‌های ارتباطی در آن‌ها داشــته باشــد. یافته‌های این مطالعه به مــددکاران اجتماعی و سایر عرضه دهندگان مراقبت‌های بهداشتی کمــک می‌کند کــه از مدل تــاب‌آوری و یا مدل‌های مشــابه برای بهبود ســطح سلامت، افزایــش ظرفیت بازگشــتن از دشــواری‌ها و توانایــی درترمیم خویشــتن، افزایش عملکرد اجتماعی، اقتصادی و رفاهی و پیش برد سطح تحمل مراقبین و بــرای مراقبت و آموزش در کار با خانواده‌های بیماران مبتلا به اختلالات روانپزشکی استفاده کنند.

محدودیت‌هــا: از جملــه محدودیت‌های پژوهــش حاضر، تعداد محــدود آزمودنی‌ها بود؛ بنابراین پیشــنهاد می‌شــود در مطالعات بعدی تعداد نمونه بیشــتری انتخاب شــوند. همچنین مطالعه حاضر در شــهر تهران بیمارســتان روزبه انجام گرفت و قابل‌تعمیم به دیگر نقاط کشــور نیســت، بنابراین پیشنهاد می‌شــود مطالعات مشابه در سایر مناطق کشور انجام شــود و نتایج آن با شــهر تهران مقایسه شــود. همچنین با توجه به اهمیت تاب‌آوری در مراقبین خانوادگی بیماران روانپزشــکی، پیشــنهاد می‌شــود مطالعات دیگری با حجم نمونه بیشتر و با هدف شناسایی سایر عوامل مرتبط با تاب‌آوری در مراقبین و همچنین شناسایی سایر مشکالت روانی از جمله اســترس و اضطراب صورت گیــرد تا بتوان پژوهش‌های مداخله‌ای دیگری نیز در جهت افزایش مهارت‌های زندگی برای مقابله با عوامل تنش آفرین روانی اجتماعی اجرا نمود.

پیشنهادها: پیشنهاد می‌شود این مداخله برای مراقبین سایر بیماران روانی نیز انجام شــود. به‌دلیل مشکلات زیاد بیماران اسکیزوفرنی و فقر مالی اکثریت خانواده‌های دارای این بیماران پیشنهاد می‌شود کارگاه‌های رایگان تاب‌آوری در ســرای محله شهرداری‌ها برگزار شود. همچنین به ارگان‌هایی از قبیل بیمارســتان‌ها، ســازمان بهزیســتی، مراکز مشاوره و زندان‌ها پیشنهاد می‌شــود که آموزش این راهبرد مقابله‌ای موثر در برابر حوادث فشار افزا را در برنامه‌های خود بگنجانند و از آموزش تاب‌آوری در گروه‌های دیگر از قبیل نوجوانان، سربازان و سالمندان بهره گیرند.

منابع

References:

1. Stein DJ, Phillips KA, Bolton D, Fulford KW, Sadler JZ, Kendler KS. What is a mental/psychiatric disorder? From DSM-IV to DSM-V. Psychol Med. 2010 Nov;40(11):1759-65. doi: 10.1017/S0033291709992261. Epub 2010 Jan 20. PMID: 20624327; PMCID: PMC3101504. 2010. 40(11): p. 1759-1765.
2. Bockting WO, Miner MH, Swinburne Romine RE, Hamilton A, Coleman E. Stigma, mental health, and resilience in an online sample of the US transgender population. May;103(5):943-51. doi: 10.2105/AJPH.2013.301241. Epub 2013 Mar 14. PMID: 23488522; PMCID: PMC3698807. American Journal of Public Health, 2013. 103(5): p. 943-951.
3. Uno Y, Coyle JT. Glutamate hypothesis in schizophrenia. Psychiatry and Clinical Neurosciences. 2019;73(5):204-15.
4. Karlsson H, Dalman C. Epidemiological studies of prenatal and childhood infection and schizophrenia. Neuroinflammation and Schizophrenia: Springer; 2019. p. 35-47.
5. Chan SW-c. Global perspective of burden of family caregivers for persons with schizophrenia. Archives of Psychiatric Nursing. 2011;25(5):339-49.
6. Shamsai F, Mohammadkhan Kermanshahi S, Vanaki Z. Meaning of health from the viewpoint of family members who take care of patients with bipolar disorder: A qualitative study. Journal of Mazandaran University of Medical Sciences. 2012;22(90):52-65. [Persian]
7. Haresabadi M, Bibak B, Bayati M, Arki M, Akbari H. Assessing burden of family caregivers of patients with schizophrenia admitted in Imam Reza Hospital-Bojnurd 2010. Journal of North Khorasan University of Medical Sciences. 2012;4(2):165-71.[Persian]
8. Girma E, Möller-Leimkühler AM, Dehning S, Mueller N, Tesfaye M, Froeschl G. Self-stigma among caregivers of people with mental illness: Toward caregivers' empowerment. Journal of Multidisciplinary Healthcare. 2014;7:37.
9. Chime N, Malakoti S, Pennaghi L, Ahmadabadi Z, Nojomi M, Ahmadi Tonekaboni A. Factors affecting

[Downloaded from socialworkmag.ir on 2026-10-31]

DOR: 20.1001.1.1735451.1401.11.2.2.1]

burnout and mental health among caregivers of patients with schizophrenia. Journal of Family Research. 2008;4(15):277-92.
10. Shaheri K, Moradi Baglooei M, Sarichloo M E, Alipour M. Examining the effect of metacognitive group therapy on anxiety among caregivers of hospitalized patients with Schizophrenia. Journal of Psychiatry. 2017;5(5):34-42. [Persian]
11. Shirazi E, Shabani A, Hakim Shooshtari M, Ghadiri Vasfi M. Definition of cycle and episode in rapid cycling bipolar disorder: An area of debate in diagnosis and research. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2017;23(3):254-9. [Persian]
12. Kristjanson LJ, Aoun S. Palliative care for families: Remembering the hidden patients. The Canadian Journal of Psychiatry. 2004;49(6):359-65.
13. Connor KM, Davidson JR. Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). Depression and Anxiety. 2003;18(2):76-82.
14. Luthar, Cicchetti, Becker, editors. The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. Child Development; 2000.
15. Lök N, Bademli K. The relationship between the perceived social support and psychological resilience in caregivers of patients with schizophrenia. Community Mental Health Journal. 2020:1-5.
16. Sardary B, Khalili S. The effectiveness of positive psychology-based intervention on reducing emotional regulation problems in adolescents with symptoms of eating disorders. Journal of Psychological Sciences. 2019;18(76):478-.[Persian]
17. Voss C, Tasmania C, editors. Hope, empowerment, resilience and outcomes for carers. Carers NSW Biennial Conference, Brighton-le-Sands, New South Wales, Australia; 2011.
18. Moghbel Esfahani S, Haghayegh SA. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on resilience, meaning in life, and family function in family caregivers of patients with Schizophrenia. The Horizon of Medical Sciences. 2019;25(4):298-311. [Persian]
19. Solomon P. Interventions for families of individuals with schizophrenia. Disease Management and Health Outcomes. 2000;8(4):211-21.
20. Taghavilarijani T, Noughani F, Danandehfard S. The effect of family psychological group training on resilience of the families of schizophrenic patients. Iranian Journal of Psychiatric Nursing. 2019;7(2):83-9. [Persian]
21. Rahmani F, Ebrahimi H, Ranjbar F, Asghari E. The effect of group psychoeducational program on attitude toward mental illness in family caregivers of patients with bipolar disorder. Journal of Hayat. 2016;21(4):65-79.[Persian]
22. Ghezelsefloo M, Saadati N, Yousefi Z, Zamanpour M. Study the Effect of Resilience Training on Reducing Stress and Communication Problems in the Primary Caregivers of the Elderly With Alzheimer Disease. Salmand: Iranian Journal of Ageing 2019; 14 (3) :284-297
23. Kühnel MB, Ramsenthaler C, Bausewein C, Fegg M, Hodiamont F. Validation of two short versions of the Zarit Burden Interview in the palliative care setting: A questionnaire to assess the burden of informal caregivers. Supportive Care in Cancer. 2020:1-9.
24. Salmani N, Ashktorab T, Hasanvand S. Care burden and related factors in patient care of the oncology department of Vali Shah Hospital in Yazd. Scientific-Research Journal of the School of Nursing and Midwifery. 2013;23(84):11-77. [Persian]
25. Beigtabrizi L, Navab E, Farokhzade Afshar P, Asadi Noghabi A, Haghani H. The effect of behavioral-cognitive interventions on the care burden of family caregivers for the elderly with Alzheimer's. Journal of Hayat. 2015;21(1):94-102. [Persian]
26.Talebi M, Mokhtari Lake N, Rezasoltani P, Kazemnejad E, Shamsizadeh M. Care burden in caregivers of patients with dialysis kidney failure. Comprehensive Nursing and Midwifery Quarterly. 2015;26 (80): 59-68. [Persian]

[Downloaded from socialworkmag.ir on 2026-10-31]

DOR: 20.1001.1.1735451.1401.11.2.2.1]