

تأثیر برنامه توانمندسازی روانی و اجتماعی مبتنی بر تلفن همراه بر کیفیت زندگی مراقبان خانوادگی بیماران مبتلا به اختلال مزمن روان: یک مطالعه نیمه تجربی

نویسندگان:

فاطمه لهراسبی^۱، موسی علوی^۲، محمد اکبری^{۳*}، جهانگیر مقصودی^۴

۱- دکتری روانپرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

۲- دکتری روانپرستاری، استاد تمام، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

۳- دکتری روانپرستاری، استادیار، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

۴- دکتری روانپرستاری، دانشیار، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

Journal of Education and Ethics in Nursing, Vol.13, No.1&2, Spring & Summer 2024

چکیده:

مقدمه: مراقبت از بیمار مبتلا به اختلال روانی مزمن، کاری سخت و طاقت فرسا است که مراقبان خانواده را با انواع مشکلات روانی و اجتماعی، مواجهه می‌کند و در نهایت کیفیت زندگی این افراد را کاهش می‌دهد. این پژوهش با هدف تعیین تأثیر اجرای برنامه توانمندسازی روانی و اجتماعی مجازی، بر کیفیت زندگی مراقبان خانواده، با اختلالات روانی مزمن، انجام شد.

روش کار: این پژوهش از نوع نیمه تجربی است که با گروه کنترل، طرح پیش آزمون و پس آزمون، انجام شده است؛ چنانچه بر روی ۷۰ مراقب خانواده بیماران مبتلا به اختلالات روانی مزمن، در مراکز آموزشی- درمانی فارابی و نور اصفهان، صورت گرفت. شرکت‌کنندگان در این پژوهش، به روش نمونه‌گیری در دسترس، انتخاب نمونه‌گیری در مدت زمان ۳ ماه (اسفند ماه ۱۴۰۰ تا اردیبهشت ماه ۱۴۰۱)، انجام شد. داده‌ها با استفاده از فرم اطلاعات دموگرافیک و پرسشنامه خلاصه شده کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی، قبل، بلافاصله و یک ماه پس از مداخله، جمع‌آوری گردید. گروه آزمایش، برنامه توانمندسازی روانی و اجتماعی را در ۸ جلسه و ۴ هفته، به صورت مجازی در پیام‌رسان وات‌ساپ، دریافت کردند. داده‌ها در نرم افزار اس پی اس اس نسخه ۲۰، با استفاده از آزمون تی مستقل و آنووا، مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: بین میانگین نمرات ابعاد مختلف کیفیت زندگی در سه مرحله قبل، بلافاصله بعد و یک ماه پس از مداخله در گروه آزمون، تفاوت آماری معناداری وجود داشت؛ ($p < 0.05$) اما بین موارد فوق در سه مرحله قبل، بلافاصله و یک ماه پس از مداخله در گروه کنترل، تفاوت آماری معناداری وجود نداشت. ($p > 0.05$) اختلاف میانگین، در تمام ابعاد کیفیت زندگی قبل و بلافاصله بعد از مداخله در گروه آزمون 10.66 ± 3.05 و اختلاف میانگین تمام ابعاد کیفیت زندگی قبل و یک‌ماه بعد از مداخله در گروه آزمون 20.83 ± 7.21 ، بود.

نتیجه‌گیری: برنامه‌های مجازی توانمندسازی مبتنی بر تلفن همراه و در بستر پیام‌رسان‌ها می‌تواند، در ارتقای کیفیت زندگی مراقبان خانوادگی بیماران مبتلا به اختلال مزمن روان، مؤثر باشد.

J Educ Ethics Nurs 2024;13(1&2):95-106

واژگان کلیدی: توانمندسازی، روانی، اجتماعی، مراقبان خانوادگی، بیماران مزمن روان، کیفیت زندگی

مقدمه

فزاینده‌ای در حال افزایش است (۱) و امروزه، با افزایش هشداردهنده‌ای در مورد بروز اختلالات روانی در سراسر جهان، روبه‌رو هستیم؛ به‌طوری‌که تخمین زده می‌شود که حدود ۱۹٪ از

سلامت روانی، به‌عنوان یکی از مؤلفه‌های اصلی سلامت عمومی در جوامع، مورد توجه قرار گرفته می‌شود؛ این در حالی است که مشکلات بهداشت روان، در بسیاری از کشورهای جهان، به‌طور

* نویسنده مسئول، نشانی: دکتری روانپرستاری، استادیار، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، ایران.

پست الکترونیک: mohammadakbari@nm.mui.ac.ir

تلفن تماس: ۰۹۱۳۲۶۹۰۲۲۹

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۴/۱۶

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۱۲/۰۹

زمینه ماهیت و نحوه مراقبت از بیماران، برنامه‌های آموزش روانی، آموزش مهارت‌های حل مسئله، روش‌های مقابله با استرس و خودمراقبتی، از جمله مواردی هستند که به‌عنوان برنامه‌های حمایتی، می‌توانند تأثیر مثبتی را بر سلامت مراقبت، داشته باشند که از جمله آن‌ها می‌توان، به کاهش بار مراقبتی، کاهش میزان استرس و خودکارآمدی مراقبان، اشاره کرد (۱۶، ۱۷).

در سال‌های اخیر، تعداد مداخلات مبتنی بر فناوری‌های جدید (کامپیوتر، گوشی‌های هوشمند یا تبلت) افزایش یافته است. استفاده از فناوری‌های جدید و اینترنت، برای ارائه آموزش روانی، حمایت روانشناختی و حتی دسترسی به گروه‌های پشتیبانی آنلاین، به طور فزاینده‌ای رایج، در حال پیشرفت می‌باشد. این فناوری‌ها، مزایای خاصی را نسبت به روش‌های حضوری ارائه می‌دهند و جایگزین خوبی برای مراقبانی هستند که برای شرکت در کلاس‌های حضوری، مسافت‌های طولانی را باید طی کنند یا نمی‌توانند محل کار خود را ترک کنند؛ علاوه بر این، مداخلات آنلاین یا مبتنی بر اینترنت، به مراقبان این امکان را می‌دهد که در هر زمان و در هر جایی خود، به اطلاعات ارائه شده، دسترسی داشته باشند؛ چنانچه نیازی به تنها گذاشتن بیمارشان در منزل، نباشد (۱۸) و می‌تواند فرصت‌های زیادی را برای اجرای برنامه‌های آموزشی - مراقبتی، برای بیماران و مراقبان خانوادگی آنان ارائه دهد (۱۹)؛ همچنین کاهش میزان هزینه‌های درمانی نیز از موارد مثبتی است که در زمینه استفاده از این تکنولوژی‌ها، به آن اشاره می‌شود (۲۰).

توجه به سلامت روانی و اجتماعی مراقبان، از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است (۲۱) و از طرفی، کاربرد مداخلات مجازی که می‌توانند به پر کردن شکاف درمانی موجود، برای بیماران و خانواده آن‌ها کمک کنند (۲۲) و همچنین موضوع کیفیت زندگی، از مهم‌ترین متغیرها برای درک تأثیر مراقبت، شناخته می‌شود (۲۳). از آنجایی که تاکنون، مطالعه‌ای که تأثیر مداخلات، در بستر فضای مجازی را بر کیفیت زندگی مراقبان خانوادگی بیماران مبتلا به اختلال مزمن روان، بررسی کند، انجام نشده است؛ بنابراین سعی بر آن شد که پژوهشی، با هدف بررسی اثربخشی برنامه مجازی توانمندسازی روانی و اجتماعی مراقبان خانوادگی بیماران مبتلا به اختلال مزمن روانی، بر کیفیت زندگی آن‌ها انجام گردد.

روش کار

این پژوهش، از نوع نیمه تجربی بود که با طرح پیش آزمون، پس آزمون، گروه کنترل و پیگیری، در طول یک ماه، انجام شد که خود، بخشی از یک مطالعه ترکیبی بزرگ‌تر بود. هدف از این بررسی، تدوین، اجرا و ارزشیابی برنامه ارتقای سلامت روانی و

کل جمعیت جهان و ۳/۳۱٪ از جمعیت عمومی ایران، به‌نوعی دچار اختلالات روانی، هستند (۲). در این میان، بیماران مزمن روان، حدود ۲٪ از جمعیت را تشکیل دادند (۳). شیوع اسکیزوفرنی، در تمام عمر، حدود ۱٪، بیماری دوقطبی، حدود ۲٪ که در اشکال خفیف بیماری ۵٪ هم می‌رسد (۴). این میزان به‌عنوان یکی از اصلی‌ترین علل ناتوانی بهداشتی، محسوب می‌شود. اختلال خلقی دوقطبی، طیف اسکیزوفرنی و افسردگی، به‌عنوان اختلال روانی مزمن شناخته می‌شود که در بیشتر موارد، خانواده این بیماران، مسئولیت نگهداری و مراقبت از بیمار را بر عهده دارند (۵).

وجود ارزش‌های تعهد، یکی از عناصر مهم در بسیاری از فرهنگ‌ها است که مراقبت از فرد بیمار را وظیفه خانواده می‌داند و نقش مراقب خانواده بیماران روانی مزمن را بر عهده می‌گیرند (۶). مراقب خانواده، به اعضای خانواده افراد مبتلا به اختلال روانی مزمن، مانند: همسر، پدر، مادر، خواهر، برادر و فرزند گفته می‌شود که مسئولیت مراقبت و حمایت جسمی، عاطفی و مالی را از بیمار، بر عهده دارند (۷)؛ به دلیل همبستگی و دلسوزی که در بین اعضای خانواده وجود دارد، مراقبان خانوادگی این بیماران، بیشتر به علت عدم مراقبت از بیمار، احساس گناه می‌کنند که باعث می‌شود آن‌ها از سلامت و رفاه خود غافل شوند (۸). این افراد، سطح بالایی از اضطراب، افسردگی، بی‌خوابی، تعامل اجتماعی ضعیف، انگ و وجود بسیاری از بیماری‌های جسمی را تجربه می‌کنند که باعث کاهش کیفیت زندگی آن‌ها می‌شود (۹). کیفیت زندگی، به عنوان ادراک فرد، از موقعیت خود در زندگی می‌باشد که در چارچوب فرهنگ و نظام ارزشی، در آن زندگی می‌کند و در مورد اهداف، انتظارات، استانداردها و نگرانی‌هایش تعریف می‌شود (۱۱). مطالعات مختلف، کیفیت زندگی پایینی را برای مراقبان خانوادگی بیماران مبتلا به اختلال مزمن روانی، گزارش کرده‌اند (۸، ۱۲). ارتی کومار (Aarti Kumar) و همکاران (۲۰۱۹)، در پژوهش خود دریافتند که کیفیت زندگی در مراقبان بیماران مبتلا به اختلالات روانی، در همه زمینه‌ها پایین بود (۹) و این افراد، کیفیت پایین‌تری را در حوزه‌های رفاه عاطفی، اجتماعی و عملکردی، تجربه کردند (۱۳). بر این اساس و با توجه به اهمیت اعضای خانواده، به‌عنوان مراقبان اصلی بیماران مبتلا به اختلال مزمن روان و به عنوان کسانی که در کنار تیم سلامت روان، بار مراقبت و درمان بیمار را به دوش می‌کشند، بی‌توجهی به سلامت روانی و اجتماعی مراقبان خانواده این بیماران، کیفیت زندگی آن‌ها را به شدت کاهش می‌دهد (۱۴). ریلی ام‌هاگ (Riley-McHugh) و همکاران، اعتقاد دارند، خانواده‌هایی که در برنامه‌های حمایتی شرکت می‌کنند، سطوح پایین‌تری از بار مراقبت، بهبود رضایت از زندگی، دانش، امید و توانمندی بیشتری را تجربه می‌کنند (۱۵). ارتقای سطح آگاهی مراقبان خانوادگی در

در مطالعه را داشت، نام وی به عنوان نمونه، ثبت می شد و رضایت- نامه کتبی آگاهانه از شرکت کنندگان در مطالعه، به صورت شفاهی و آنلاین گرفته و به نمونه ها اطلاع داده شد که هر زمان، تمایل داشته باشند، می توانند از مطالعه خارج شوند. حجم نمونه، با توجه به مطالعات مشابه، ضریب اطمینان ۹۵٪ و توان آزمون ۸۰٪ یعنی، ۳۲ نفر در نظر گرفته شده بود؛ زیرا به دلیل احتمال ریزش نمونه ها، ۱۰٪ به حجم نمونه فوق اضافه شد؛ بنابراین حجم نمونه، در هر گروه، ۳۵ نفر تعیین گردید. (۲۴) فرمول حجم نمونه عبارت بود از:

$$n = \frac{(z1+z2)^2 (2s)^2}{d^2}$$

نمونه ها با استفاده از جدول اعداد تصادفی، در دو گروه آزمون و کنترل، واقع شد؛ چنان که محقق، نمونه ها را از قبل مشخص کرده بود؛ یعنی نمونه های مرتبط با عدد زوج، در گروه آزمون و نمونه های متعلق به عدد فرد، در گروه کنترل، قرار گرفت.

ابزار مورد استفاده در این پژوهش، شامل: فرم اطلاعات دموگرافیک (سن مراقب و بیمار، جنسیت مراقب و بیمار، وضعیت تأهل مراقب و بیمار، نسبت مراقب و بیمار، نوع بیماری و سال های ابتلا به بیماری) و فرم کوتاه شده پرسشنامه کیفیت زندگی تهیه شده، توسط سازمان بهداشت جهانی (WHO-QOL-BREF) بود که شامل: ۲۶ سؤال، در چهار حیطه سلامت، از جمله: جسمانی، روانی، اجتماعی و محیطی را با ۲۴ سؤال، در بر می گرفت. دو سؤال اول، وضعیت سلامت و کیفیت زندگی را به شکل کلی، مورد ارزیابی قرار داد (۲۵) و این پرسشنامه، تحت اعتبار بین فرهنگی، توسط گروه WHOQOL، بود (۲۶).

محدوده بهداشت و سلامت جسمانی، فعالیت های فیزیکی، وابستگی به مواد و دارو، تحرک، درد، احساس ناراحتی، خواب، استراحت و توانایی انجام کارها را با هفت سؤال (۱۷، ۱۵، ۱۰، ۴، ۳ و ۱۸)، مورد ارزیابی قرار داد. حیطه سلامت روانی که احساس را نسبت به وضعیت ظاهری بدن، احساسات مثبت و منفی، یادگیری، تفکر، حافظه و تمرکز، اعتماد به نفس، روحیه و رفتارهای شخصیتی را با پنج سؤال (۱۹، ۱۱، ۷، ۵ و ۲۶)، سنجید. چارچوب روابط اجتماعی که ارتباط شخصی، حمایت اجتماعی و فعالیت های جنسی را با سه سؤال (۲۱، ۲ و ۲۲)، مورد بررسی قرار داد و محدوده سلامت محیط که منابع مالی، آزادی و امنیت فیزیکی، دسترسی به مراقبت های بهداشتی و اجتماعی، محیط خانه، فرصت های اجتماعی را با هشت سؤال (۲۴، ۲۳، ۱۴، ۱۳، ۱۲ و ۹ و ۲۵)، ارزیابی کرد (۲۷).

نحوه نمره گذاری این پرسشنامه، بدین گونه بود که در ابتدا، باید به هر یک از ۲۶ سؤال، نمره ۱ تا ۵ داده شود. برای سهولت در نمره گذاری، این نمره ها در داخل خود پرسشنامه، به صورت عدد وارد شده اند (سوالات ۳، ۴ و ۲۶ به صورت وارونه نمره گذاری

اجتماعی، برای مراقبان خانوادگی بیماران مزمن روان، در دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، انجام شد. بخشی از این مطالعه، با هدف بررسی برنامه تدوین شده، بر بار مراقبتی مراقبان خانوادگی بیماران مزمن روان، در مجله دیگری به چاپ رسیده است (۱۷).

جامعه پژوهش، اعضای خانواده افراد مبتلا به اختلال روانی مزمن، شامل: همسر، پدر، مادر، خواهر، برادر و فرزند که مسئولیت های مراقبتی، حمایتی، عاطفی و اقتصادی بیمار مبتلا به اختلال مزمن روان (طیف اسکیزوفرنی، دوقطبی و افسردگی اساسی) که مراجعه کننده به مراکز درمانی نور و فارابی اصفهان را بر عهده داشتند، تشکیل دادند.

معیارهای ورود نمونه ها، شامل: در زمان نمونه گیری، بیمار در مراکز درمانی نور یا فارابی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، بستری باشد. نمونه بایستی مراقب اصلی بیمار بوده که حداقل، به مدت ۲ سال از بیمار مبتلا به اختلال روانی مزمن، مراقبت کرده باشد. از هر خانواده، تنها یک نفر می توانست به عنوان علاقه مند، وارد مطالعه شود؛ چنانکه به صورت هم زمان، در بررسی مشابهی شرکت نکرده و قادر به برقراری ارتباط، سواد خواندن، نوشتن و داشتن سن مراقبت ۱۸ سال و بالاتر باشد. مراقب باید تنها از یک بیمار مزمن در خانواده مراقبت کند و قابلیت دسترسی به اینترنت و پیام رسان واتساپ را داشته باشد؛ همچنین فاقد اختلال روانی شناخته شده و سایر اختلالات جسمی، به گونه ای که اختلال عملکرد ایجاد کند، باشد. معیارهای خروج از پژوهش نیز شامل: عدم تمایل شرکت کننده به ادامه شرکت در مطالعه، عدم توانایی شرکت منظم در برنامه تعیین شده برای دو جلسه، انجام ندادن تکالیف تعیین شده و ارسال آن برای پژوهشگر در دو جلسه، بروز حوادث استرس زای شدید در هنگام مداخله یا مشکل جسمی و روانی، به نحوی که قادر به ادامه شرکت در مطالعه نباشد، بود.

نمونه گیری به روش در دسترس، از بین خانواده های بیماران مراجعه کننده، به مراکز درمانی فوق که جهت دریافت مراقبت، درمان و پیگیری به این مرکز مراجعه کرده و شرایط ورود به پژوهش را داشتند، انجام شد. نمونه گیری در مدت زمان ۳ ماه (اسفند ماه ۱۴۰۰ تا اردیبهشت ماه ۱۴۰۱)، صورت گرفت.

مشخصات افراد واجد شرکت در مطالعه، با پژوهش پرونده بیماران، به دست آمد. در تماس های تلفنی، محقق، پس از معرفی خود و بیان اهداف پژوهش، با مراقب اصلی بیمار، ارتباط برقرار می کرد و در همان زمان مجدد، معیارهای ورود به پژوهش را با مراقب اصلی تطبیق می داد؛ پس از اطمینان تأیید شده با معیارهای ورود به پژوهش، در صورتی که مراقب، تمایل به شرکت

بازگشت مجدد، نحوه جلب همکاری بیمار در درمان، روش‌های پیشگیری از پرخاشگری و خودکشی بیمار و همچنین نحوه برقراری ارتباط درمانی مراقبان با این بیماران»، گردید (جدول ۱). برای گروه آزمون، گروهی با نام «گروه آموزش روانی خانواده»، در پیام رسان وات‌ساپ، تشکیل و اعضای گروه آزمون، در این گروه اضافه شدند و برنامه ارتقای سلامت روانی و اجتماعی را در ۴ هفته (از تاریخ ۱۴۰۱/۲/۲۴ تا ۱۴۰۱/۳/۲۰)، به صورت زیر دریافت کردند.

ابتدای هر هفته (شنبه‌ها)، فهرست مطالب ارسالی هفته، برای مراقبان، قرار داده شد. دو روز در هفته (یکشنبه و سه‌شنبه) اختصاص به ارسال مطالب توانمندسازی به صورت پیام‌های صوتی و متنی، در رابطه با موضوع مورد نظر و عکس نوشته در طول روز، قرار دادند. دو روز در هفته (چهارشنبه و پنجشنبه) به پرسش‌ها و پاسخ سؤالات مراقبان اختصاص داده شد. روز آخر هر هفته (جمعه‌ها) به جمع‌بندی مطالب ارسالی، تعلق گرفت. تمریناتی مبتنی بر مهارت ارائه شده، برای نمونه‌های شرکت‌کننده در گروه آزمون، در نظر گرفتند و تمرین انجام شده توسط نمونه‌ها، در فاصله بین جلسات به صورت مجازی برای پژوهشگر، فرستاده و بازخورد لازم از سمت پژوهشگر، به نمونه‌ها داده شد.

در پایان مداخله و یک ماه بعد، پرسشنامه کوتاه شده کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی، توسط گروه آزمایش و کنترل، تکمیل گردید و به دلیل رعایت اصول اخلاقی محتوای توانمندسازی، در اختیار گروه کنترل قرار گرفت.

در پایان برنامه توانمندسازی، سه نفر از اعضای گروه آزمون، به دلیل عدم ارسال تکالیف تعیین شده از گروه، حذف و در نهایت، داده‌های ۳۲ نفر از اعضای گروه آزمون و ۳۵ نفر از اعضای گروه کنترل، جمع‌آوری و مورد تحلیل قرار گرفت. (تصویر ۱).

جهت تحلیل آماری در این پژوهش، از نرم افزار اس پی اس نسخه ۲، استفاده شد که داده‌ها با استفاده از آمارهای توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و استنباطی، شامل: آزمون تی مستقل، کای اسکور، آزمون دقیق فیشر، برای مقایسه اطلاعات دموگرافیک بین اعضای گروه آزمون و کنترل، صورت گرفت؛ همچنین برای تعیین اثربخشی مداخله و مقایسه دو گروه، از آزمون t مستقل و آر ام آنووا، استفاده کردند که سطح معناداری ۰/۰۵، استعمال گردید.

می‌شوند). در مرحله بعد، باید نمره خام هر زیر مقیاس را به دست آورد که به ترتیب زیر بود:

زیرمقیاس سلامت جسمی، جمع نمرات سؤالات ۳، ۴، ۱۰، ۱۵، ۱۶، ۱۷ و ۱۸، در پرسشنامه را در برمی‌گرفت. دامنه نمرات این زیر مقیاس، بین ۷ تا ۳۵ و تفاضل این دو ۲۸، بود. زیرمقیاس سلامت روان، جمع نمرات سؤالات ۵، ۶، ۷، ۱۱، ۱۹ و ۲۶، در پرسشنامه تشکیل داد. دامنه نمرات این زیر مقیاس، بین ۶ تا ۳۰ و تفاضل این دو، ۲۴ بود؛ همچنین زیرمقیاس روابط اجتماعی، جمع نمرات سؤالات ۲۰، ۲۱ و ۲۲ را در پرسشنامه تشکیل داد. دامنه نمرات این زیر مقیاس، بین ۳ تا ۱۵ و تفاضل این دو، ۱۲ بود. زیرمقیاس سلامت محیط، جمع نمرات سؤالات ۸، ۹، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۲۳، ۲۴ و ۲۵ را در پرسشنامه تشکیل داد که دامنه نمرات این زیر مقیاس، بین ۸ تا ۴۰، بود (۲۷).

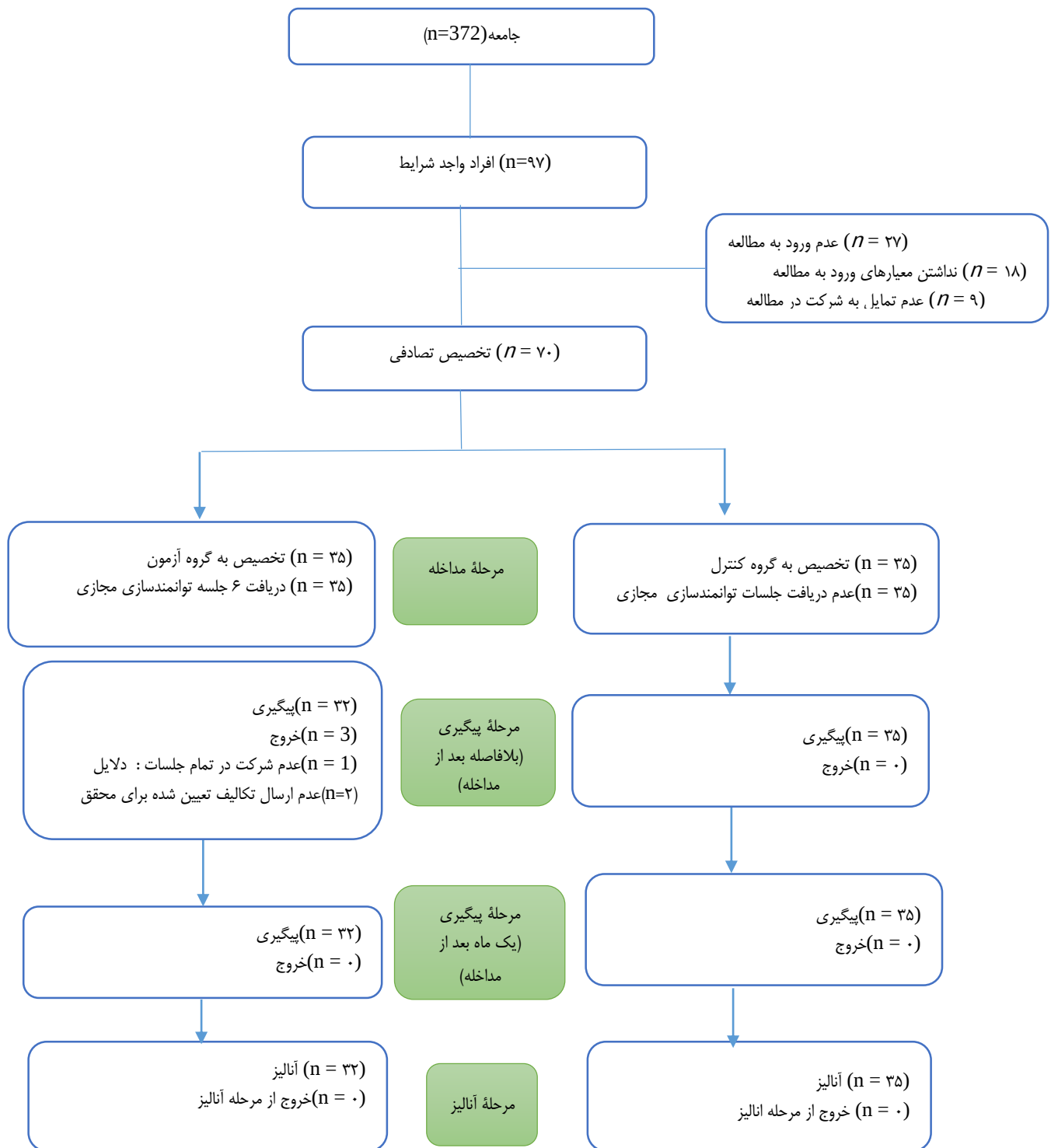
پس از به دست آوردن نمرات خام هر خرده مقیاس، آن را به یک نمره استاندارد از ۰ تا ۱۰۰، تبدیل کردند تا امکان مقایسه، بین بخش‌های مختلف متشکل از تعداد نامساوی آیتم‌ها، وجود داشته باشد (۲۸) که این نمره را با توجه به فرمول زیر، مورد محاسبه واقع شد:

$$X = \frac{\text{نمره به دست آمده در زیرمقیاس}}{\text{تفاضل بین بیشترین و کمترین نمره ممکن زیر مقیاس}}$$

نمره زیر مقیاس‌ها، با توجه به فرمول بالا، به این ترتیب سنجیده شد:

$$\begin{aligned} X &= \frac{\text{نمره به دست آمده در زیرمقیاس سلامت جسمی}}{28} \times 100 \\ X &= \frac{\text{نمره به دست آمده در زیرمقیاس سلامت روان}}{22} \times 100 \\ X &= \frac{\text{نمره به دست آمده در زیرمقیاس روابط اجتماعی}}{12} \times 100 \\ X &= \frac{\text{نمره به دست آمده در زیرمقیاس سلامت محیط}}{32} \times 100 \\ X &= \frac{\text{نمره به دست آمده در زیرمقیاس کلی}}{40} \times 100 \end{aligned}$$

در زمینه نحوه تدوین برنامه ارتقای سلامت روانی و اجتماعی مراقبان، به منظور شناسایی و نیازسنجی مشکلات و راهکارهای ارتقای سلامت روان مراقبان خانوادگی بیماران مبتلا به اختلال مزمن روان، در ابتدا مطالعه‌ای کیفی انجام شد که پس از آن با نظر اعضای تیم پژوهش، تصمیم بر اجرای برنامه توانمندسازی با هدف ارتقای آگاهی مراقبان خانوادگی بیماران مزمن روان، در حیطه «ماهیت بیماری، علایم و نشانه‌های بیماری، روش‌های درمانی، نحوه مدیریت علایم بیماری، روش‌های پیشگیری از



تصویر ۱: نمودار کانسورت

یافته‌ها

مدت زمان مراقبت از بیمار، ارتباط بین مراقب و بیمار و نوع بیماری روانی مزمن، وجود نداشت ($p > 0.05$) (جدول ۲). نتایج آزمون t مستقل، نشان داد که میانگین ابعاد مختلف نمره کیفیت زندگی قبل از مداخله، بین گروه آزمون و کنترل، از نظر

تجزیه و تحلیل داده‌ها، بر روی ۶۷ مراقب خانواده بیماران مزمن روان، انجام شد (۳ نفر از اعضای گروه آزمون از مطالعه خارج شدند) که تفاوت آماری معناداری، بین گروه مداخله و کنترل، از نظر متغیرهای دموگرافیک، شامل: سن و جنسیت مراقب و بیمار،

(جدول ۴ و ۵) با استفاده از تحلیل واریانس، با اندازه‌گیری‌های مکرر، تفاوت آماری معناداری بین میانگین ابعاد کیفیت زندگی، در سه مرحله قبل، بلافاصله و یک ماه پس از مداخله، در گروه آزمون وجود داشت ($p < 0.05$)؛ اما بین موارد فوق در این سه مرحله، در گروه کنترل، تفاوت آماری معناداری وجود نداشت ($p > 0.05$) (جدول ۶).

آماري معنادار نبود ($p > 0.05$) (جدول ۳)؛ اما بلافاصله پس از مداخله و پس از گذشت یک ماه از اجرای مداخله، اختلاف آماری معناداری در ابعاد مختلف کیفیت زندگی در گروه آزمون، مشاهده شد ($p < 0.05$)؛ به طوری که اختلاف میانگین، در تمام ابعاد کیفیت زندگی قبل و بلافاصله بعد از مداخله در گروه آزمون 30.05 ± 10.66 و اختلاف میانگین تمام ابعاد کیفیت زندگی قبل و یک‌ماه بعد از مداخله در گروه آزمون 20.83 ± 7.21 ، بود.

جدول ۱: جلسات برنامه توانمندسازی روانی و اجتماعی مراقبان خانوادگی بیماران مزمن روان

جلسات	اهداف جلسه	منابع مورد نیاز	مدت زمان
اول	آشنایی نمونه‌ها با برنامه ارتقای سلامت روانی و اجتماعی مراقبان خانوادگی بیماران مزمن روان، نحوه برگزاری جلسات مجازی، قوانین گروه و بیان فهرست کلی عناوین مورد آموزش	گوشی موبایل هوشمند یا کامپیوتر یا لپ‌تاپ و اینترنت پرسرعت	۴۵ دقیقه
دوم	آشنایی مراقبان با ماهیت بیماری‌های مزمن روان، علل، علائم و نشانه‌های بیماری‌های روانپزشکی و تمرین خانگی در مورد شناسایی علائم در بیمار خود	گوشی موبایل هوشمند یا کامپیوتر یا لپ‌تاپ و اینترنت پرسرعت	۶۰ دقیقه
سوم	آشنایی مراقبان با علل و علائم بازگشت بیماری، آشنایی با روش‌های پیشگیری از بازگشت بیماری و شناسایی زودرس و نحوه مداخله در بروز علائم بازگشت، اهمیت مصرف داروها و پیگیری درمان، تمرین خانگی در مورد شناخت عوارض و مشکلات قطع دارو و عدم پیگیری درمان در خصوص بیمار خود	گوشی موبایل هوشمند یا کامپیوتر یا لپ‌تاپ و اینترنت پرسرعت	۶۰ دقیقه
چهارم	آشنایی مراقبان با اهمیت و مفاهیم برقراری ارتباط درمانی با بیماران مزمن روان در خانواده، آشنایی با مهارت پذیرش بیمار در خانواده و تمرین خانگی در مورد تأثیر به کار بردن مهارت همدلی با بیمار	گوشی موبایل هوشمند یا کامپیوتر یا لپ‌تاپ و اینترنت پرسرعت	۶۰ دقیقه
پنجم	آشنایی با اهمیت مهارت گوش دادن فعال و روش‌های استفاده از این مهارت و تمرین خانگی در مورد تأثیر استفاده از مهارت گوش دادن به بیمار	گوشی موبایل هوشمند یا کامپیوتر یا لپ‌تاپ و اینترنت پرسرعت	۶۰ دقیقه
ششم	آشنایی مراقبان با توهم و هذیان و نحوه برقراری ارتباط درمانی با بیماران در هنگام تغییر در درک و تفکر، تمرین خانگی در زمینه شناسایی علائم توهم یا هذیان در بیمار خود و به کار بردن مهارت ارتباطی توصیه‌شده با بیمار	گوشی موبایل هوشمند یا کامپیوتر یا لپ‌تاپ و اینترنت پرسرعت	۶۰ دقیقه
هفتم	آشنایی مراقبان با نحوه برقراری ارتباط درمانی با بیماران در مرحله افسردگی و مانیا و تمرین خانگی در مورد تأثیر به کار بردن یکی از مهارت‌های ارتباطی آموزش داده‌شده با بیمار	گوشی موبایل هوشمند یا کامپیوتر یا لپ‌تاپ و اینترنت پرسرعت	۶۰ دقیقه
هشتم	آشنایی مراقبان با نحوه برقراری ارتباط با بیمار پرخاشگر، شناسایی علائم خودکشی در بیمار و چگونگی اقدام در بیمار با خطر خودکشی، تمرین خانگی در مورد تأثیر به کار بردن یکی از مهارت‌های ارتباطی با بیمار و جمع‌بندی از جلسات توانمندسازی	گوشی موبایل هوشمند یا کامپیوتر یا لپ‌تاپ و اینترنت پرسرعت	۶۰ دقیقه

جدول ۲: اطلاعات دموگرافیک نمونه‌های شرکت کننده در مطالعه

متغیر	گروه آزمون	گروه کنترل	آماره آزمون	سطح معناداری
سن مراقبان (سال)	۴۱±۱۲/۸۱	۴۲±۱۲/۱۵	*۰/۵۳۲	۰/۶۰۱
میانگین (انحراف معیار)				
سن بیمار (سال)	۲۸/۳۱±۱۲/۰۸	۴۰/۳۴±۱۳/۳۶	*۲/۹۱۶	۰/۱۰۱
میانگین (انحراف معیار)				
تعداد سال‌های بیماری	۸/۸۱±۵/۶۸	۹/۳۴±۵/۳۶	*۰/۳۹۱	۰/۷۰۳
میانگین (انحراف معیار)				
جنسیت مراقب	مرد	۱۶±۵۰	**۰/۰۱۱	۰/۹۱۲
تعداد (درصد)	زن	۱۶±۵۰		
نسبت مراقب و بیمار	پدر	۴±۱۲/۴	***۳/۶۱۴	۰/۴۸۳
تعداد (درصد)	مادر	۷±۲۱/۸۸		
خواهر/برادر	۱۵±۴۶/۸۷	۱۳±۳۷/۱۴		
فرزند	۲±۶/۲۵	۲±۵/۷۲		
همسر	۴±۱۲/۵	۱۱±۳۱/۴۲		
وضعیت تأهل مراقب	مجرد	۷±۲۱/۸۸	***۱/۴۱۶	۰/۶۷۰
تعداد (درصد)	متاهل	۲۴±۶۸/۵۸		
جدا شده	۰	۱±۲/۵۸		
همسر فوت شده	۰	۰		
وضعیت تأهل بیمار	مجرد	۱۹±۵۹/۳۷	***۵/۸۶۲	۰/۰۹۶
تعداد (درصد)	متاهل	۸±۲۵		
جدا شده	۴±۵/۱۲	۲±۷۲/۵		
همسر فوت شده	۱±۳/۱۳	۰		
جنسیت بیمار	مرد	۱۱±۳۴/۳۷	**۰/۰۶۱	۰/۸۱۳
تعداد (درصد)	زن	۲۱±۶۵/۶۳		
نوع بیماری	اسکیزوفرنی	۱۳±۴۰/۶۲	**۴/۶۹۳	۰/۰۹۵
تعداد (درصد)	دوقطبی	۱۰±۳۱/۲۵		
افسردگی	۹±۲۸/۱۳	۱۲±۳۴/۲۹		

*Independent t- test **chi-square ***Fishers exact

جدول ۳: مقایسه میانگین نمره ابعاد کیفیت زندگی قبل از مداخله بین دو گروه آزمون و کنترل

گروه	آزمون	کنترل	آزمون تی مستقل
ابعاد کیفیت زندگی	میانگین	انحراف معیار	میانگین
سلامت جسمی	۶۰/۰۴	۱۲/۲۸	۵۵/۱۰
سلامت روان	۴۸/۶۷	۱۴/۷۵	۵۰/۷۱
روابط اجتماعی	۵۱/۸۲	۲۱/۹۷	۴۹/۲۸
سلامت محیط	۵۶/۳۴	۱۰/۵۱	۴۹/۷۳

جدول ۴: مقایسه میانگین نمره ابعاد کیفیت زندگی بلافاصله بعد از مداخله بین دو گروه آزمون و کنترل

گروه	آزمون	کنترل	آزمون تی مستقل
ابعاد کیفیت زندگی	میانگین	انحراف معیار	میانگین
سلامت جسمی	۶۴/۲۸	۱۱/۰۳	۵۴/۳۸
سلامت روان	۵۸/۹۸	۱۰/۳۲	۴۷/۸۵
روابط اجتماعی	۵۸/۳۳	۱۹/۷۴	۴۵/۹۵
سلامت محیط	۶۵/۳۳	۸/۰۳	۵۳/۸۳

جدول ۵: مقایسه میانگین نمره ابعاد کیفیت زندگی یک‌ماه بعد از مداخله بین دو گروه آزمون و کنترل

گروه	آزمون		کنترل		آزمون تی مستقل	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	t	P
سلامت جسمی	۶۲/۱۶	۱۲/۳۳	۵۴/۰۸	۱۱/۹۴	۲/۷۲	۰/۰۰۸
سلامت روان	۵۷/۲۹	۱۰/۹۹	۴۹/۷۶	۱۱/۸۶	۲/۶۸	۰/۰۰۹
روابط اجتماعی	۵۴/۶۸	۲۱/۴۷	۴۵/۷۱	۲۱/۳۲	۱/۷۱	۰/۰۹۱
سلامت محیط	۶۳/۵۷	۷/۵۱	۵۲/۹۴	۱۴/۴۵	۳/۸۲	۰/۰۰۱<

جدول ۶: مقایسه میانگین نمره ابعاد کیفیت زندگی در هر یک از دو گروه آزمون و کنترل در سه مرحله

گروه	ابعاد کیفیت زندگی	قبل از مداخله		بلافاصله بعد از مداخله		یک‌ماه بعد از مداخله		آنالیز واریانس با تکرار مشاهدات	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	F	df
آزمون	سلامت جسمی	۶۰/۰۴	۱۲/۲۸	۶۴/۲۸	۱۱/۰۳	۶۲/۱۶	۱۲/۳۳	۵/۸۲۳	۲
	سلامت روان	۴۸/۶۷	۱۴/۷۵	۵۸/۹۸	۱۰/۳۲	۵۷/۲۹	۱۰/۹۹	۲۴/۵۰۴	۲
	روابط اجتماعی	۵۱/۸۲	۲۱/۹۷	۵۸/۳۳	۱۹/۷۴	۵۴/۶۸	۲۱/۴۷	۴/۰۶۷	۱/۴۹
	سلامت محیط	۵۶/۳۴	۱۰/۵۱	۶۵/۳۳	۸/۰۳	۶۳/۵۷	۷/۵۱	۳۹/۴۴۳	۲
کنترل	سلامت جسمی	۵۵/۱۰	۱۵/۹۰	۵۴/۳۸	۱۲/۱۹	۵۴/۰۸	۱۱/۹۴	۰/۱۴۵	۲
	سلامت روان	۵۰/۷۱	۱۶/۹۸	۴۷/۸۵	۱۵/۰۳	۴۹/۷۶	۱۱/۸۶	۰/۷۳۴	۲
	روابط اجتماعی	۴۹/۲۸	۱۶/۶۴	۴۵/۹۵	۱۸/۸۹	۴۵/۷۱	۲۱/۳۲	۰/۵۳۹	۲
	سلامت محیط	۴۹/۷۳	۱۶/۲۴	۵۳/۸۳	۱۴/۰۵	۵۲/۹۴	۱۴/۴۵	۳/۰۵۲	۲

بحث

یافته‌های حاصل از این مطالعه، بیانگر این بود که استفاده از برنامه توانمندسازی روانی و اجتماعی حاضر که با هدف ارتقای آگاهی و دانش مراقبان، در زمینه ماهیت بیماری، نحوه مراقبت از بیمار، نحوه برقراری ارتباط درمانی و راه‌های پیشگیری از بازگشت مجدد بیماری، به اعضای گروه آزمون ارائه شد که توانست، در افزایش کیفیت زندگی مراقبان خانوادگی بیماران مبتلا به اختلال روانی مزمن، مؤثر باشد.

هم‌راستا با پژوهش حاضر، لنگ (Leng) و همکاران (۲۰۱۹)، در مطالعه خود که با هدف بررسی کیفیت زندگی مراقبین بیماران مزمن روانی، بر روی ۱۸۱ مراقب خانوادگی بیماران مبتلا به اختلال مزمن روانی در چین، انجام دادند، بیان کردند که آگاهی در مورد بیماری روانی، با کیفیت زندگی در حوزه سلامت روان، ارتباط معناداری دارد. کمبود دانش در مورد بیماری روانی، باعث کیفیت پایین زندگی در مراقبان می‌شود. درک ویژگی‌های این بیماری می‌تواند، به مراقبان کمک کند تا مشکلات سلامت روانی اعضای خانواده را بشناسند و شرایط را ارزیابی کرده و بپذیرند و در نتیجه با انگ موجود در جامعه، در مورد این بیماری‌ها بتوانند سازگار شوند. بر این اساس، ارائه برنامه‌های آموزشی، در مورد اختلالات روانی و درمان آن یک مداخله مهم سیاست عمومی بهداشت روان، برای خانواده‌های مراقبان و عموم مردم است (۱۴). اویکونومو (Oikonomou) و همکاران (۲۰۲۴) نیز در نتیجه بررسی

خود بیان کردند که مراقبان بیماران مبتلا به اختلال روانی، نیازمند مداخلات فوری حمایتی می‌باشند و معتقدند که این‌گونه مداخلات حمایتی، نه تنها برای بهبود سلامت روان مراقبان، بلکه برای اطمینان از مراقبت پایدار و مؤثر از افراد مبتلا به اختلالات روانی، حیاتی است و این مسئولیت، بر عهده نظام‌های مراقبت‌های بهداشتی و سیاست‌گذاران، می‌باشد (۲۹). هادیان و همکاران که مطالعه‌ای نیمه تجربی را با هدف بررسی تأثیر آموزش مهارت‌های مثبت‌نگری بر رضایت از زندگی خانواده‌های دارای بیمار مبتلا به اختلالات روانی، انجام دادند، ابراز کردند که آموزش مهارت‌های مثبت‌نگری، به‌عنوان یک روش ساده، در افزایش رضایت از زندگی خانواده‌های این بیماران، نقش مؤثری دارد (۳۰).

مداخله انجام شده در پژوهش حاضر، به صورت مجازی و بدون تماس چهره به چهره با مراقبان، انجام شد و نتایج این مداخله، در افزایش کیفیت زندگی، امیدوارکننده بود. مشابه پژوهش حاضر، نتایج مطالعه سید فاطمی و همکاران (۱۳۹۷) که تحقیقی را با هدف بررسی تأثیر آموزش روان‌شناختی مبتنی بر شبکه اجتماعی مجازی بر تاب‌آوری مراقبان خانوادگی مددجویان، با اختلال‌های روانی شدید، از طریق تلگرام و به مدت چهار هفته برای مراقبان خانوادگی، انجام دادند، بیانگر این بود که آموزش روان‌شناختی مبتنی بر شبکه اجتماعی مجازی، موجب ارتقای تاب‌آوری مراقبان خانوادگی مددجویان، با اختلال‌های روانی شدید شد و با توجه به

تجربه شده توسط خانواده‌های مراقبت‌کننده از بیمار مزمن روانی، کمک کند (۳۳)؛ بنابراین برای افرادی که محدودیت دسترسی به خدمات روانپزشکی دارند، انتقال آموزش‌ها از یک برنامه حضوری به برنامه مجازی و در دسترس، به پر کردن شکاف‌های مراقبت‌های تخصصی بهداشت روانی، کمک خواهد کرد (۳۷)؛ با توجه به مزایای استفاده از برنامه ارتقای سلامت مجازی، توصیه می‌شود که این برنامه‌ها، به طور گسترده توسط مراکز بهداشت روان و متخصصان، استفاده شود (۳۴).

از نتایج مطالعه کنونی می‌توان این‌گونه استدلال کرد که یکی از مهم‌ترین مزایای اجرای برنامه توانمندسازی روانی و اجتماعی، در بستر فضای مجازی، دسترسی تمام وقت مراقبان به مطالب قرار داده شده در گروه، بود و حضور در زمان و مکان خاص برای دریافت آموزش، ضرورت نداشت؛ اما از طرفی دیگر مراقبان، توانستند به سادگی و در هر زمانی، از طریق پیام‌رسان وات‌ساپ، ابهامات و سؤالات خود را با پژوهشگران این مطالعه در میان گذاشته و پاسخ خود را دریافت کنند.

از آنجایی که نتایج پژوهش حاضر، مؤید تأثیر مثبت برنامه توانمندسازی وابسته به شبکه مجازی بر کیفیت زندگی مراقبان خانوادگی بیماران مبتلا به اختلال مزمن روان، بود، می‌توان بیان کرد که استفاده از چنین برنامه‌هایی، با ارائه دانش لازم برای مراقبت از بیمار مبتلا به اختلال مزمن روان، در کنار دریافت حس حمایت، توانست آرامش بیشتری را به این خانواده‌ها اهدا کند و موجب توانمندسازی روانی و اجتماعی این دسته از مراقبان، گردد. مراکز آموزش به بیمار، در بیمارستان‌ها و همچنین سوپروایزرهای آموزشی مراکز درمانی، با حمایت مدیران می‌توانند با راه‌اندازی چنین برنامه‌هایی امید، خوش بینی و انگیزه مراقبت از بیماران را برای این خانواده‌ها، به ارمغان بیاورند.

از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر، می‌توان به این موضوع اشاره کرد که این مطالعه، در مراکز آموزشی - درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و در بخش‌های بستری مربوط به بیماران مبتلا به اختلال مزمن روان، انجام شده است؛ بنابراین نتایج آن قابل تعمیم به مراکز غیردانشگاهی مانند مراکز درمانی خصوصی و یا مراکز درمانی مربوط به بیماران جسمی، نمی‌باشد.

نتیجه‌گیری

یافته‌های این پژوهش، نشان داد که برنامه مجازی توانمندسازی مبتنی بر تلفن همراه و در بستر پیام‌رسان‌ها می‌تواند، برای مراقبان خانوادگی بیماران مبتلا به اختلال روانی مزمن، سودمند واقع شوند و این افراد را در ارتقای کیفیت زندگیشان، کمک کنند و به عنوان راه‌حلی عملی، برای افرادی که به درمان چهره به چهره و آموزش‌های حضوری دسترسی ندارند، مورد استفاده قرار گیرند.

کم‌هزینه بودن و دسترسی سریع افراد به شبکه‌های مجازی، توانستند از محتوای این برنامه آموزشی، به صورت گسترده، برای مراقبان خانوادگی استفاده کنند (۳۱). شمس‌الدین و همکاران (۱۴۰۰) نیز مطالعه‌ای را با هدف تعیین اثر آموزش مجازی مهارت‌های زندگی بر عملکرد خانواده مبتلایان به اختلالات روانی مزمن، انجام دادند. آموزش مهارت‌های زندگی به صورت یک دوره مجازی آنلاین، به مدت سه هفته (شش جلسه ۶۰ دقیقه‌ای) از طریق پیام‌رسان وات‌ساپ، برای اعضای گروه آزمون، انجام شد. نتایج پژوهش نشان داد که آموزش مهارت‌های زندگی، حیطه‌های عملکرد کلی، حل مسأله، ارتباط، نقش‌ها، پاسخ‌دهی عاطفی، کنترل رفتار و آمیختگی عاطفی از عملکرد خانواده مبتلایان به اختلالات روانی مزمن را بهبود بخشیده بود (۳۲)؛ همچنین نتایج تحقیق عربی بم و همکاران (۱۳۹۹)، نشان داد که ارائه آموزش روانی با استفاده از تلفن همراه، توانست در کاهش استرس مراقبان خانوادگی بیماران ترخیص شده مبتلا به اختلال دو قطبی، کمک کند (۳۳).

نتایج مطالعه نوئل (Noel) و همکاران (۲۰۲۲) که بر روی مراقبان خانوادگی بیماران مبتلا به دمانس، انجام شد نیز بیانگر این بود که آموزش مجازی مراقبان، در بهبود اعتماد به نفس و خودکارآمدی آنان مؤثر و میزان این اثربخشی، در مقایسه با کسانی که دوره‌های قبلی را به صورت حضوری گذراندند، یکسان بود (۳۴)؛ همچنین یافته‌های رومرو-ماس (Romero-Mas) و همکاران (۲۰۲۱)، تحقیقی را با هدف بررسی تأثیر شرکت مراقبان خانوادگی مبتلا به آلزایمر، در یک برنامه مجازی بر کیفیت زندگی آنان انجام دادند، نشان داد که کیفیت زندگی مراقبان بعد از مداخله، به طور معناداری، مورد بهبود واقع شدند (۳۵).

امروزه استفاده از تلفن‌های هوشمند، ضمن صرفه جویی در زمان و مقرون به صرفه بودن، می‌تواند جایگزین مناسبی برای برنامه‌های ارتقای سلامت چهره به چهره باشد (۳۶). استفاده از برنامه‌های مجازی توانمندسازی مبتنی بر تلفن همراه، نه تنها در کاهش هزینه‌ها و تسهیل دسترسی به مراقب، مؤثر است؛ بلکه باعث حذف موانع مربوط به مکان و زمان می‌شود و محدودیت‌های مربوط به دوری از مراکز درمانی و عدم دسترسی مراقبان، به تیم سلامت را برطرف می‌کند؛ بنابراین جهت ارائه حمایت از مراقبان خانوادگی بیماران مزمن روانی، با توجه به محدودیت زمانی و مکانی، بروز بیماری تازه به وجود آمده‌ای که ضرورت رعایت فاصله‌گذاری را تأکید می‌کند و همچنین استفاده از فناوری جدید مبتنی بر تلفن‌های هوشمند، می‌تواند در جامعه‌ای مانند ایران، کارآمد و مفید باشد که موجب بهبود سطح درک خانواده‌ها، در مورد بیماری شود و به مشارکت آن‌ها در خدمات مراقبتی، درمانی، پذیرش این بیماران و حتی کاهش انگ

تعارض منافع

در این پژوهش، هیچ‌گونه تعارض منافع، توسط نویسندگان بیان نشده است.

مشارکت نویسندگان

نویسندگان پژوهش، در تمام مراحل مطالعه و تهیه مقاله، به‌طور یکسان فعالیت کردند.

تشکر و قدردانی

این پژوهش، بخشی از پایان نامه دکتری روانپرستاری فاطمه لهراسی بود که توسط معاونت پژوهشی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، مورد حمایت مالی قرار گرفت. پژوهشگران این مطالعه، از تمامی مراقبان خانوادگی بیماران مزمن روان که به‌عنوان نمونه‌های شرکت کننده، در این تحقیق شرکت کردند و همچنین از معاونت پژوهشی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، مدیریت و پرسنل بیمارستان‌های فارابی و نور اصفهان، تشکر و سپاسگزاری می‌کنند.

براین اساس پیشنهاد می‌شود که در تدوین برنامه‌های جامع مراقبت از بیماران مبتلا به اختلال مزمن روان، اهمیت توجه به سلامت مراقبان خانوادگی بیماران مزمن، روان آن‌ها مورد اهمیت واقع شود. در این زمینه سیاست‌گذاران حوزه بهداشت روان، می‌توانند از برنامه‌های توانمندسازی مجازی، برای بهبود سلامت روانی و اجتماعی مراقبان و ارتقای کیفیت زندگی این افراد، استفاده کنند و با بسترسازی مناسب، به کارگیری افراد متخصص و برقراری خطوط ارتباطی مجازی، زمینه را برای ارتقای دانش و رفع ابهامات مراقبتی برای مراقبان خانوادگی بیماران مبتلا به اختلال مزمن روان، فراهم و اثربخشی آن را بر بار مراقبتی و سایر ابعاد حمایتی و بازگشت مجدد بیماری، ارزیابی کنند.

ملاحظات اخلاقی

این پژوهش، بخشی از یک مطالعه ترکیبی بزرگ‌تر است که به‌عنوان رساله دکتری پرستاری و در کمیته اخلاق معاونت پژوهشی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، با کد اخلاق "IR.MUI.NUREMA.REC.1400.107"، ثبت گردیده است و تمام نمونه‌ها، فرم کتبی رضایت‌نامه آگاهانه را تکمیل کردند. محرمانه بودن اطلاعات و داوطلبانه بودن شرکت در مطالعه، مورد تأکید محققان بود. محتوای برنامه توانمندسازی بعد از پایان مداخله، در اختیار گروه کنترل قرار گرفت.

References

1. Alizadeh Z, Feizi A, Rejali M, Afshar H, Keshteli AH, Abdollahi M, et al. The Prevalence of Depression and Anxiety and Their Lifestyle Determinants in a Large Sample of Iranian Adults: Results from a Population Based Cross-Sectional Study. *Serbian Journal of Experimental and Clinical Research*. 2020;21(2):163-70.
2. Taheri Mirghaed M, Abolghasem Gorji H, Panahi S. Prevalence of Psychiatric Disorders in Iran: A Systematic Review and Meta-analysis. *Int J Prev Med*. 2020;11:21.
3. Rassum P, Lipert A, Pekala K, Timler M. The influence of Psychosocial rehabilitation program in community health setting for patients with chronic mental disorders. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2021;18(8):4319.
4. Balabam D, Yildizhan E, Atbasoglu E. Two faces of chronic mental disorder in changing world: Schizophrenia and bipolar disorder. *Archives of Neuropsychiatry* 2021;58(s1-s2).
5. Ntsayagae EI, Poggenpoel M, Myburgh C. Experiences of family caregivers of persons living with mental illness: A meta-synthesis. *Curationis*. 2019;42(1):e1-e9.
6. Fekih-Romdhane F, Ben Ali S, Ghazouani N, Tira S, Cheour M. Burden in Tunisian Family Caregivers of Older Patients with Schizophrenia Spectrum and Bipolar Disorders; Associations with Depression, Anxiety, Stress, and Quality of Life. *Clin Gerontol*. 2020;43(5):545-57.
7. Sotoudeh R, Pahlavanzadeh S, Alavi M. The Effect of a Family-Based Training Program on the Care Burden of Family Caregivers of Patients Undergoing Hemodialysis. *Iranian journal of nursing and midwifery research*. 2019;24(2):144-50.
8. Hlabangana V, Hearn J. Depression in partner caregivers of people with neurological conditions; associations with self-compassion and quality of life. *Journal of Mental Health*. 2020;29(2):176-81.
9. Aarti R, Kumar R, Varghese A. Depression and quality of life in family caregivers of individuals with psychiatric illness. *International Journal Of Community Medicine And Public Health*. 2019;6(2):715-20.
10. Lee HJ, Jin MJ, Han SY, Han KH, Oh SW, Jang HY, et al. Survey Regarding Attitude of Family About Organ Donation After Brain Death in Korea. *Annals of transplantation*. 2017;22:646-55.
11. Lima-Rodríguez JS, de Medina-Moragas AJ, Fernández-Fernández MJ, Lima-Serrano M. Factors Associated with Quality of Life in Relatives of Adults with Serious Mental Illness: A Systematic Review. *Community Mental Health Journal*. 2022;58(7):1361-80.
12. Hsiao CY, Lu HL, Tsai YF. Caregiver burden and health-related quality of life among primary family caregivers of individuals with schizophrenia: a cross-sectional study. *Quality of life research* : an

- international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation. 2020;29(10):2745-57.
۱۲. Reed M, Bedard C, Perlman CM, Browne DT, Ferro MA. Family Functioning and Health-Related Quality of Life in Parents of Children with Mental Illness. *Journal of child and family studies*. 2023;1-12.
 ۱۳. Leng A, Xu C, Nicholas S, Nicholas J, Wang J. Quality of life in caregivers of a family member with serious mental illness: Evidence from China. *Arch Psychiatr Nurs*. 2019;33(1):23-9.
 ۱۴. Riley-McHugh D, Hepburn Brown C, Lindo J. Schizophrenia: its psychological effects on family caregivers. *International Journal of Advanced Nursing Studies*. 2016;5(1):96.
 ۱۵. Lohrasbi F, Alavi M, Akbari M, Maghsoudi J. Promoting Psychosocial Health of Family Caregivers of Patients with Chronic Mental Disorders: A Review of Challenges and Strategies. *Chonnam medical journal*. 2023;59(1):31-47.
 ۱۶. Lohrasebi F, Maghsoudi J, Alavi M, Akbari M. The Effect of the Web-Based Psychosocial Health Promotion Program on the Burden of Care in Family Caregivers of Patients with Chronic Mental Disorders. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2023;28(5):569-74.
 ۱۷. Etxeberria I, Salaberria K, Gorostiaga A. Online support for family caregivers of people with dementia: a systematic review and meta-analysis of RCTs and quasi-experimental studies. *Aging & Mental Health*. 2021;25(7):1165-80.
 ۱۸. Faraji S, Valizadeh S, Sharifi A, Shahbazi S, Ghajazadeh M. The effectiveness of telegram-based virtual education versus in-person education on the quality of life in adolescents with moderate-to-severe asthma: A pilot randomized controlled trial. *Nursing open*. 2020; 7(6):1691-7.
 ۱۹. Akgar A. Training through virtual clinic: an opportunity to learn effective remote patient management. *Royesh in Medical Education*. 2022;15(26):34-7.
 ۲۰. Karimirad MR, Seyedfatemi N, Mirsepassi Z, Noughani F, Cheraghi MA. Barriers to Self-Care Planning for Family Caregivers of Patients with Severe Mental Illness. *Journal of Patient Experience*. 2022;9:23743735221092630.
 ۲۱. Eimontas J, Pakalniškienė V, Biliunaite I, Andersson G. A tailored Internet-delivered modular intervention based on cognitive behavioral therapy for depressed older adults: a study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*. 2021;22(1):925.
 ۲۲. Hayes L, Hawthorne G, Farhall J, O'Hanlon B, Harvey C. Quality of Life and Social Isolation Among Caregivers of Adults with Schizophrenia: Policy and Outcomes. *Community Ment Health J*. 2015;51(5):591-7.
 ۲۳. Hajisadeghian R, Ghezlbash S, Mehrabi T. The effects of a psychosocial support program on perceived stress of family caregivers of patients with mental disorders. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2021;26(1):47-53.
 ۲۴. Vahedi S. "World Health Organization Quality-of-Life Scale (WHOQOL-BREF): Analyses of Their Item Response Theory Properties Based on the Graded Responses Model." *Iranian Journal of Psychiatry* 2022;5(4):140-53.
 ۲۵. Noerholm V, Groenwold M, Watt T, Bjorner JB, Rasmussen NA, Bech P. Quality of life in the Danish general population--normative data and validity of WHOQOL-BREF using Rasch and item response theory models. *Quality of life research : an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*. 2004;13(2):531-40.
 ۲۶. World Health Organization. WHOQOL-BREF: introduction, administration, scoring and generic version of the assessment: field trial version. World Health Organization. 2012;available in: <https://ahpsr.who.int/publications/i/item/WHOQOL-BREF>.
 ۲۷. Veeri RB, Gupta AK, Pal B, Siddiqui NA, Priya D, Das P, et al. Assessment of quality of life using WHOQOL-BREF in patients with visceral leishmaniasis. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2019;17(1):53.
 ۲۸. Oikonomou V, Gkintoni E, Halkiopoulou C, Karademas EC. Quality of Life and Incidence of Clinical Signs and Symptoms among Caregivers of Persons with Mental Disorders: A Cross-Sectional Study. *Healthcare (Basel)*. 2024;12.(۲)
 ۲۹. Hadian M, Fereidooni-Moghadam M, Maghsoudi J. The effect of teaching positivity skills on life satisfaction of families with patients with mental disorders. *Education and Ethics In Nursing*. 2023;12(3-4):31-9.
 ۳۰. Seyedfatemi N, AhmadzadAsl M, Bahrami R, Haghani H. The Effect of Virtual Social Network Based Psycho-Education on Resilience of the Family Caregivers of Clients with Severe Mental Disorders. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing*. 2019;6(6):1-10(Persian).
 ۳۱. Shamseddin M, Mardani-Hamoooleh M, Seyedfatemi N, Ranjbar M, Haghani SH. Effects of Virtual Life Skills Training on the Performance of the Families of Patients with Chronic Mental Disorders: A Quasi-experimental Study. *Iran Journal of Nursing*. 2021;34(131):44-54(Persian).
 ۳۲. Arabi Bam M, Nanidian A, Keyhani R. The Effect of Psych Education with Using Mobile Phone on the Stress in Family Caregivers of Discharged Bipolar Patients. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing* ۸۳-۷۲:(۶)۸;۲۰۲۱
 ۳۳. Noel MA, Lackey E, Labi V, Bouldin ED. Efficacy of a Virtual Education Program for Family Caregivers of Persons Living with Dementia. *Journal of Alzheimer's disease : JAD*. 2022;86(4):1667-78.
 ۳۴. Romero-Mas M, Ramon-Aribau A, Souza DLBd, Cox AM, Gómez-Zúñiga B. Improving the Quality of Life of Family Caregivers of People with Alzheimer's Disease through Virtual Communities of Practice: A Quasiexperimental Study. *International Journal of Alzheimer's Disease*. 2021;2021:8817491.
 ۳۵. Goulding EH, Dopke CA, Rossom RC, Michaels T, Martin CR, Ryan C, et al. A Smartphone-Based Self-management Intervention for Individuals With Bipolar Disorder (LiveWell): Empirical and Theoretical Framework, Intervention Design, and Study Protocol for a Randomized Controlled Trial. *JMIR Res Protoc*. 2022;11(2):e30710.
 ۳۶. Mayer G, Hummel S, Oetjen N, Gronewold N, Bubolz S, Blankenhagel K, et al. User experience and acceptance of patients and healthy adults testing a personalized self-management app for depression: A non-randomized mixed-methods feasibility study. *Digital health*. 2022;8:20552076221091353.

The effect of a mobile phone-based psychosocial empowerment program on the quality of life of family caregivers of patients with chronic mental disorders: a quasi-experimental study

Fatemeh Lohrasebi¹, Mousa Alavi², Mohammad Akbari*³, Jahangir Maghsoudi⁴

Received: 2024.02.28

Accepted: 2024.07.06

1. PhD, Assistant Professor, Department of psychiatric nurse. Faculty of Nursing and Midwifery, Isfahan University of Medical sciences, Isfahan, Iran
2. PhD, Professor. Department of psychiatric nurse. Faculty of Nursing and Midwifery, Isfahan University of Medical sciences, Isfahan, Iran
3. PhD, Assistant Professor, Department Psychiatric Nursing, School of Nursing and Midwifery. Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran
4. PhD, Associate Professor, Department Psychiatric Nursing, School of Nursing and Midwifery. Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

Journal of Education and Ethics in Nursing, Vol.13, No.1&2, Spring & Summer 2024

Abstract:

J Educ Ethics Nurs 2024;13(1&2):95-106

Introduction:

Caring for a patient with a chronic mental disorder is a difficult and exhausting task that makes family caregivers face all kinds of psychosocial problems and ultimately reduces the quality of life of these people. This study aimed to investigate the effect of the virtual psychosocial empowerment program on the quality of life of family caregivers with chronic mental disorders.

Materials& Methods:

This is a quasi-experimental study with a control group and a pre-test-post-test design that was performed on 70 family caregivers of patients with chronic mental disorders in Farabi and Noor educational- medical centers in Isfahan, Iran. The participants in this study were selected by convenience sampling method. Data were collected using a demographic information form and the WHO-QOL-BREF questionnaire, before, immediately, and one month after the intervention. The experimental group received the psychosocial empowerment program in 8 sessions and 4 weeks. At the end of the intervention, and one month later the WHO-QOL-BREF questionnaire was completed by the experimental and control groups and the data were analyzed using independent t-test and RM-ANOVA. Data were analyzed in SPSS20 software.

Results:

In this study, were 35 participants in the intervention group and 35 participants in the control group. Three intervention group members were excluded from the study, and finally data analysis was performed on 67 samples. There was a statistically significant difference between the average scores of different dimensions of quality of life three times before, immediately, and one month after the intervention in the test group ($p < 0.05$). However, there was no statistically significant difference between the above cases three times before, immediately, and one month after the intervention in the control group ($p > 0.05$).

Conclusion: Using the empowerment program for family caregivers of chronically mentally ill patients in virtual form can be effective on their quality of life and can be used as one of the supported methods for these families.

Keywords: Empowerment, Psychosocial, Family Caregivers, Chronic Mental Patients, Quality of Life

* Corresponding author Email: mohammadakbari@nm.mui.ac.ir