

کیفیت زندگی و عوامل مرتبط با آن در خانواده‌های دارای بیمار روانی

زهرا شریف قاضیانی^{۱*}، حمید عبداللہی چندانق^۲، مہناز فلاحی خشت مسجیدی^۳، مژگان بقایی^۴

۱. گروه روانشناسی، مرکز آموزشی درمانی شفا، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران

۲. گروه جامعه‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران

۳. گروه سلامت روان، معاونت بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران

۴. گروه پرستاری، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران

* نویسنده مسئول. تلفن: ۰۱۳ ۳۳۶۶۶۲۶۷ ایمیل: mastanehsharif33@yahoo.com

چکیده

زمینه و هدف: خانواده بیماران روانی با قبول مسئولیت مراقبت از بیماران خود معمولاً تنیدگی روانی، افسردگی، اضطراب و مشکلات ارتباطات اجتماعی را تجربه می‌کنند که ممکن است با تاثیراتی بر کیفیت زندگی آنان همراه شود و کنترل این اثرات نیازمند شناسایی عوامل مرتبط با آن می‌باشد. از این رو مطالعه حاضر با هدف تعیین کیفیت زندگی و عوامل مرتبط با آن در خانواده‌های دارای بیماران مبتلا به اختلالات روانی در شهر رشت انجام شد.

روش کار: این پژوهش توصیفی-مقطعی بر روی ۲۴۲ خانواده دارای بیمار روانی (منسوبین درجه یک بیمار) دارای پرونده در مرکز روانپزشکی شفا رشت انجام شد. نمونه‌های مطالعه به روش تدریجی (آغاز نمونه گیری از زمان خاصی یعنی ۱۳۹۲/۶/۱ تا زمان تکمیل حجم نمونه ۱۳۹۲/۱۰/۱) انتخاب شدند. داده‌ها به روش مصاحبه و با استفاده از ابزاری ۲ بخشی شامل پرسشنامه کیفیت زندگی استاندارد شده اروپایی مشتمل بر اطلاعات فردی و پرسشنامه کیفیت زندگی و پرسشنامه ترکیبی انزوای اجتماعی جمع آوری گردید. نمره بالاتر در این ابزارها نشانگر کیفیت زندگی ضعیف تر است. داده‌های گردآوری شده با استفاده از آزمون‌های آماری توصیفی و استنباطی (ضریب همبستگی پیرسون، آزمون تی، آنوا و رگرسیون خطی چندگانه رو به عقب) در SPSS نسخه ۱۹ تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: نمونه‌های پژوهش را ۱۵۲ زن (۶۲/۸٪) و ۹۰ مرد (۳۷/۲٪) تشکیل می‌داد که ۹۲ نفر (۳۸٪) آنان در گروه سنی ۴۰-۵۵ بودند. میانگین و انحراف معیار نمره کل کیفیت زندگی $52/4 \pm 4/4$ (با محدوده نمرات ۰ تا ۶۳) بود. ارتباط معناداری بین کیفیت زندگی ضعیفتر و جنسیت زن ($p=0/001$)، شغل خانه داری ($p=0/003$) و انزوای اجتماعی ($p=0/002$) دیده شد. در نهایت آزمون رگرسیون نشانگر توان پیش بینی کنندگی جنسیت زن با $34/5$ درصد واریانس در کیفیت زندگی نمونه‌ها بود. **نتیجه گیری:** کیفیت زندگی ضعیفتر در زنان نشانگر نیاز به توجه بیشتر بر مداخلات مراقبتی-درمانی و حمایت‌های اجتماعی ارتقادهنده رفاه و کیفیت زندگی در این گروه از مراقبین است.

واژه‌های کلیدی: کیفیت زندگی، خانواده، بیماران روانی، عوامل فردی

دریافت: ۹۳/۱۲/۳ پذیرش: ۹۴/۵/۴

مقدمه

اختلالات روانی از مشکلات بهداشتی مهمی است که فشار بالایی را بر خدمات مراقبت بهداشتی در جوامع امروزی اعمال می‌کند (۱). آمارهای موجود نشانگر وجود ۴۵۰ میلیون فرد با تشخیص بیماری روانی در جهان است. سازمان بهداشت جهانی نیز در گزارش

خود ابتلای بیش از ۲۵ درصد جامعه جهانی به انواعی از اختلالات روانی را عنوان می‌کند (۲). با وجود محدودیت دسترسی به آمار مبتلایان به بیماری‌های روانی در ایران، می‌توان به آمار ارائه‌شده توسط سازمان بهداشت جهانی در ارتباط با کشورهای در حال توسعه اشاره کرد که نشان می‌دهد یک درصد

جامعه به بیماری روانی شدید و ۱۰ درصد به اختلالات خفیف روانی مبتلا هستند (۳). این آمارها همراه با سیاست‌گذاری‌های اخیر در زمینه سوق‌دادن درمان بیماران به خارج از بیمارستان‌ها، اهمیت وجود متخصصین مراقبت‌های اولیه و مراقبین آگاه را برجسته می‌سازد (۱). امروزه از هر ۴ خانواده، یکی بر اساس گزارش سازمان بهداشت جهانی، درگیر مراقبت از بیماران روانی می‌باشد. این در حالی است که عموماً خانواده‌های بیماران روانی هیچگونه آمادگی و با آموزش خاصی برای مراقبت از بیمارانشان ندارند. بدین ترتیب سلامت جسمی خانواده ممکن است تحت تاثیر مراقبت از بیمار قرار گیرد. علاوه بر آن امکان تغییر فعالیت‌های اجتماعی و تفریحی خانواده و همچنین تجربه افسردگی، اضطراب و نشانه‌های سایکوتیک در نتیجه مسئولیت‌های مراقبتی وجود دارد. در این زمینه حتی گزارشاتی از مشکلات در روابط زوجین، والدین و ارتباطات بین فردی در خانواده‌های مراقب در دسترس می‌باشد. بنابراین مراقبت از یک بیمار مبتلا به بیماری مزمن روانی می‌تواند با عواقب خاصی همچون بار^۱ و اثرات سوء بر سلامت جسمی و روانی بر فرد مراقب همراه گردد (۲). امروزه عواقب اقتصادی مرتبط با اختلالات روانی و رفتاری بر خانواده نیز مطرح می‌باشند (۴) که در مجموع با تهدید سلامت روانی و کاهش رضایتمندی خانواده از زندگی همراه می‌گردد. این شرایط می‌توانند موجب تغییر استانداردهای درونی، ارزش‌ها و مفهوم بخشی خانواده از کیفیت زندگی گردند (۵). بر این اساس برخی مطالعات نشان داده‌اند که کیفیت زندگی خانواده هم سطح با کیفیت زندگی بیماران و ضعیفتر از نمونه جامعه عمومی است (۶).

کیفیت زندگی به مثابه رضایت فرد از زندگی و محیط پیرامون خود تعریف می‌شود و نیازها،

^۱ Burden

خواسته‌ها و سایر عوامل ملموس و غیرملموس تاثیرگذار بر بهزیستی همه جانبه را در بر می‌گیرد (۷). تئوری آلارد^۲ کیفیت زندگی را با تامین نیازها در محدوده‌های داشتن^۳ (متاثر از میزان برخورداری افراد از امکانات و برآورده شدن رضایتمندانه نیازهای اصلی)، ارتباط و دوست داشتن^۴ (معطوف به روابط اجتماعی و رابطه میان افراد) و بودن^۵ (پنداشت فرد نسبت به خویشتن، معناداری و کنترل بر زندگی خود در مقابل از خود بیگانگی و رفع نیازهای رشد شخصیتی و هماهنگی با طبیعت) تعریف می‌کند (۸). اثرات جانبی مراقبت از بیمار روانی نه تنها بر فرایند مراقبت، بلکه بر کیفیت زندگی مراقبین نیز قابل مشاهده خواهد بود (۲). بر این اساس، اخیراً گرایش خاصی در زمینه بررسی و ارتقای کیفیت زندگی، به عنوان بخشی مهم از مراقبت سلامتی در کل و مراقبت سلامت روانی به طور خاص دیده می‌شود (۹). چرا که اهمیت کیفیت زندگی خانواده و تاثیر آن بر میزان مشارکت آنان، در برنامه درمانی مبتلایان به اختلالات روانی مشخص شده است (۱۰). در این راستا، نتایج مطالعات اخیر و متاآنالیزهای انجام شده به اهمیت نقش عوامل تعدیل‌کننده متعددی اشاره می‌کنند که در میان آنها جنسیت، دانش، منابع اجتماعی و اقتصادی همانند منابع درون فردی و یا آسیب پذیری فرد از عوامل مطرح شده می‌باشد. بدین ترتیب زنان، همسران و گروه‌های اقتصادی پایین‌تر نسبت به این تاثیرات مستعدتر هستند (۱۱). علاوه بر موارد فوق، مباحث مفهومی بخش قابل توجهی از کیفیت زندگی را با کیفیت روابط بین افراد و گروه‌ها مرتبط می‌دانند (۷) و اعتقاد بر آن است که عواملی چون ارتباطات اجتماعی بیشتر و توانایی دریافت کمک از

^۲ Allardt^۳ Having^۴ Loving^۵ Being

دوستان از جمله تعدیل‌کننده‌های موثر و حمایت‌کننده برای خانواده می‌باشند (۱۱). سانگ^۱ و همکاران در مطالعه‌ای نشان دادند که کیفیت زندگی ضعیف خانواده بیماران روانی ارتباط معناداری با فشار وارده بر خانواده مانند مشکلات مالی و عدم حمایت اجتماعی داشت (۱۲). ناراسیپورام^۲ و همکاران نیز در مطالعه خود بر کیفیت زندگی و فشار درک شده در مراقبین مبتلایان به بیماری‌های روانی نشان دادند که ضعیف‌ترین سطح کیفیت زندگی در ابعاد تعاملات اجتماعی نمونه‌های مورد مطالعه موجود بود و نکته مهم آن است که این یافته در انواع مختلف بیماری‌های روانی بدون تفاوت وجود داشت (۲). احساس بدنامی یا انگ اجتماعی^۳ به علت داشتن وابسته مبتلا به بیماری روانی می‌تواند از عوامل تاثیرگذار بر کاهش تعاملات اجتماعی باشد. چنانچه برخی مطالعات نشانگر تجربه احساس انگ اجتماعی در ۲۹ درصد مراقبین بود. این ویژگی با احساس خجالت، بی‌آبرویی و یا عدم تایید و طردشدگی از طرف دیگران و یا حتی کل جامعه همراه است (۳). در این شرایط احساس قطع روابط و پیوندهای اجتماعی می‌تواند به انزوای اجتماعی منجر گردد (۷). که با اثراتی همچون افزایش سیستم سمپاتیک، کاهش ایمنی و یا خواب نامناسب، می‌تواند موجب افزایش حساسیت به تهدیدهای اجتماعی و مقادیر بالاتر بیماری‌زایی و مرگ و میر در بالغین مسن‌تر گردد (۱۳). بنابراین حمایت اجتماعی و عاطفی خانواده به اندازه توانمندسازی آنان در حمایت از بیمار اهمیت دارد. مطالعات کیفی انجام شده نیز پیشنهاد می‌کنند که ارتباط مناسب از جنبه‌های مهم تجربیات خانواده است و باید به عنوان بخش اصلی در کیفیت مراقبت روانی مدنظر باشد (۱۴). مفهوم کیفیت زندگی تا به حال در مورد بیماران مبتلا به بیماری‌های خاص به

دفعات مورد مطالعه قرار گرفته، اما در زمان انجام مطالعه حاضر مطالعاتی در زمینه کیفیت زندگی خانواده‌های بیماران روانی در ایران صورت نگرفته است. ناراسیپورام و همکاران نیز اشاره کردند که با وجود مطالعات بسیار در زمینه وجود تنیدگی و فشار بر روی خانواده، مطالعات محدودی در زمینه کیفیت زندگی آنان انجام شده است. بدین لحاظ هنوز تاثیر قبول مسئولیت مراقبت از یک بیمار روانی مورد سوال است (۲). در حالی که تعیین وضعیت کیفیت زندگی این خانواده‌ها و عوامل موثر بر آنها می‌تواند به برنامه‌ریزی و انتخاب راهکارهای مناسب توسط مدیران بهداشت و درمان با هدف کاهش استرس، ارتقاء سطح سلامت و کیفیت زندگی این قشر آسیب پذیر منجر گردد. اهمیت اینگونه مطالعات با توجه به اثرات تفاوت‌های جغرافیایی و سیستم‌های ارائه خدمات بر میزان آشفتگی روانی مراقبین مشخص می‌گردد. چرا که دو مطالعه انجام شده در آلمان با هدف بررسی خدمات مراقبتی از مبتلایان به دمانس با تمرکز بر خانواده مراقبت‌کننده از آنان، نشانگر تفاوت قابل ملاحظه‌ای در خدمات ارائه شده حتی در استان‌های مختلف آن کشور بود (۱۵، ۱۱). بدین ترتیب پژوهشگران مطالعه حاضر را با هدف تعیین کیفیت زندگی خانواده دارای بیماران مبتلا به اختلالات روانی و عوامل مرتبط با آن در شهر رشت انجام دادند.

روش کار

این مطالعه مقطعی از نوع توصیفی تحلیلی بر روی خانواده‌های دارای بیمار روانی انجام شد. حجم نمونه پژوهش پس از کسب آمار بیماران بستری در مرکز آموزشی درمانی شفا در شهر رشت در سال ۱۳۹۲ (برابر ۶۷۳ نفر) از واحد مدارک پزشکی آن مرکز و با استفاده از فرمول کرجسی و مورگان و جدول نسبت‌ها به تعداد ۲۴۲ نمونه تعیین شد. نمونه‌گیری با بررسی پرونده‌های پزشکی بیماران با حداقل سابقه

¹ Song

² Narasipuram

³ Stigma

یک بار بستری در مرکز شفا در سال ۱۳۹۲ و شناسایی بیماران ساکن شهر رشت و دارای اطلاعات تماس آغاز شد. پژوهشگر با برقراری تماس تلفنی با جامعه پژوهش، یک نفر از افراد خانواده را بر اساس معیارهای ورود، شامل دارابودن نسبت درجه یک با بیمار (پدر، مادر، خواهر و یا برادر)، سن حداقل ۱۸ سال، عدم ابتلا به بیماری روانی، زندگی با بیمار روانی و سکونت در شهرستان رشت در محدوده زمانی ۵ سال قبل از انجام تحقیق و اعلام رضایت شفاهی، به روش تدریجی^۱ به عنوان نمونه مورد پژوهش انتخاب نمود. نمونه‌گیری تدریجی روشی است که طی آن تمامی افراد دارای معیارهای ورود از جامعه پژوهش در مدت زمان خاص و یا برای انتخاب نمونه با حجم تعیین شده انتخاب می‌شوند (۱۶). بر این اساس پژوهشگر از تاریخ ۹۲/۶/۱ به مدت ۴ ماه تا تکمیل حجم نمونه (۱۳۹۲/۱۰/۱) اقدام به نمونه‌گیری نمود. ابزار گردآوری داده‌ها آخرین نسخه پرسشنامه استاندارد کیفیت زندگی استاندارد شده اروپایی (EQLS)^۲، مشتمل بر اطلاعات فردی، و پرسشنامه انزوای اجتماعی (ترکیبی از ۳ ابزار استاندارد) بود. پرسشنامه EQLS ابزاری ۶۵ سوالی (مشتمل بر ۶ بخش) است که اطلاعات دموگرافیک (۴۵ سوال در زمینه سن، جنسیت، منطقه محل سکونت، تحصیلات و شغل بیمار و هر یک از افراد وابسته به بیمار)، و ۵ بعد کیفیت زندگی (۲۰ سوال) را مورد بررسی قرار می‌دهد. با توجه به تمرکز مطالعه حاضر بر روی یک نفر از افراد خانواده و امکان خستگی نمونه‌های انتخابی به دلیل تعداد زیاد سوالات، اطلاعات دموگرافیک فقط از یکی از افراد به انتخاب خانواده گرفته شد و سوالات مرتبط با دیگر اعضای خانواده از ابزار مورد استفاده حذف گردید. لازم به ذکر است که نتایج مرتبط با سوالات حذف شده بدون تاثیر بر نتایج کیفیت زندگی نمونه بوده

و تنها به عنوان نمایش کلی وضعیت خانوادگی بیماران مورد استفاده قرار می‌گرفت. در کل ابزار EQLS هر سه بعد تئوری آلارت شامل ابعاد «داشتن» (۵ سوال)، «دوست داشتن» (۵ سوال) و «بودن» (۴ سوال) را همراه با ابعاد کار و زندگی یا «فشار زمان» (۳ سوال) و همچنین «سلامت و محیط» (۳ سوال) مورد ارزیابی قرار می‌دهد. بعد داشتن شرایط مادی یا سرمایه مادی در زمینه شرایط مالی زندگی شامل درآمد، وضعیت مسکن، میزان توانایی تامین کالاهای اساسی و گذران امور زندگی تنظیم شده است. بعد «دوست داشتن» یا سرمایه اجتماعی و همبستگی روابط اجتماعی نزدیک با خانواده، خویشاوندان، دوستان و همسایه‌ها، دریافت حمایت مالی در مواقع بیماری، داشتن فرزند، وضعیت تاهل و... را ارزیابی می‌کند. بعد «بودن» نیز در زمینه حقوق شهروندی، خدمات عمومی و خصوصی و شبکه‌های اجتماعی است. در این میان یک سوال در بخش «بودن» جهت مطابقت با موارد موجود در ایران با تغییر نام سازمان‌های حمایتی به بهزیستی، کمیته امداد، بنیاد شهید و... اصلاح گردید. هر عبارت در این ابزار دارای پاسخ‌های بلی (با امتیاز ۱)، خیر و نمی‌دانم (با امتیاز صفر) بود. بدین ترتیب محدوده نمرات در ابعاد داشتن (۰ تا ۱۷)، دوست داشتن (۰ تا ۱۳)، بودن (۰ تا ۱۵)، فشار زمان (۰ تا ۱۰)، سلامت و محیط (۰ تا ۸) و کل کیفیت زندگی (۰ تا ۶۳) تعیین شد. نمره بالاتر به معنای مشکلات بیشتر در هر یک از ابعاد و کیفیت پایین‌تر زندگی می‌باشد (۱۷). میانگین کسب شده از این ابزار در تجزیه و تحلیل داده‌ها وارد شد. ابزار مورد استفاده برای ارزیابی انزوای اجتماعی با ترکیب سه مقیاس آنومی اجتماعی اسرول^۳ (۵ سوال)، بی‌هنجاری و بیگانگی^۴ (۱۲ سوال) و انزوای اجتماعی تراویس (۱۲ سوال) تنظیم گردید (۱۸). هر یک از عبارات این ابزار دارای پاسخ‌هایی با طیف لیکرت ۴

³ Srols' Anomia Scale

⁴ Travis

¹ Consecutive Sampling

² European Quality of Life Survey

نقطه‌ای از کاملاً موافقم (امتیاز ۱) تا کاملاً مخالفم (امتیاز ۴) تنظیم شده است (۱۸). ده سوال (۹-۱۱-۱۵-۱۷-۱۹-۲۱-۲۳-۲۵-۲۷-۲۹) در این ابزار دارای پاسخ‌های معکوس بودند که نمره‌دهی معکوس برای آنان انجام شد. میانگین نمرات کسب شده در کل ابزار در تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده شد، بدین ترتیب که کسب میانگین بالاتر به عنوان انزوای اجتماعی کمتر تحلیل شد.

به دلیل عدم دسترسی به نسخه فارسی دو ابزار فوق، ابتدا هر دو ابزار تحت روش ترجمه-بازترجمه توسط دو مترجم با تسلط کامل بر زمینه‌های جامعه‌شناسی، زبان فارسی و زبان انگلیسی قرار گرفت. سپس روایی صوری و محتوایی آنها توسط اساتید جامعه‌شناسی دانشگاه گیلان تایید گردید و اصلاحات نهایی (طبق توضیحات فوق‌الذکر) پس از انجام یک مطالعه مقدماتی بر روی ۲۰ خانواده بیماران انجام گرفت. در این بررسی از روش آماری تحلیل عاملی تاییدی با استفاده از تحلیل مولفه‌های اصلی استفاده شد. میزان کفایت نمونه‌برداری در آزمون کیسر-مایر (KMO)^۱ برابر با ۰/۷۵۳ بدست آمد که نشان‌دهنده این بود که نمونه‌های انتخابی دارای کفایت و برازش بوده و میزان آزمون بارتلت (chi-square=۲۹۵۳/۲۴۱ و df=۴۰۶ با sig<۰/۰۰۰۱) نشان داد که روابط معناداری بین متغیرها وجود دارد. برای تفسیر عامل‌ها و نگهداری یا حذف سوال‌ها از چرخش واریماکس استفاده شد. هر چه میزان بار عاملی بیشتر باشد، سطح معنی‌داری آنها در تفسیر ماتریس عاملی افزایش می‌یابد. بعد از چرخش واریماکس مشخص گردید که کدام سوال متعلق به کدام عامل بوده و سوال‌هایی که میزان همبستگی آنها کمتر از ۰/۳ بود، از پرسشنامه حذف گردید. با توجه به نتایج داده‌ها، سوال‌های ۲۷-۲۹-۱۲-۱۹ و ۱۳ از پرسشنامه حذف گردیدند. با حذف این عبارات ۲۴ سؤال باقیمانده با ضریب آلفا کرونباخ ۰/۶۹

مورد تایید قرار گرفتند. بدین ترتیب مجموع نمرات این ابزار به صورت یک نمره کل محاسبه و میانگین آن با محدوده ۲۴ تا ۹۶ در تجزیه و تحلیل داده‌ها وارد شد. کسب نمرات بالاتر از این ابزار نشانگر انزوای بیشتر نمونه‌ها بود. ضریب آلفای کرونباخ در کل مقیاس EQLS (۰/۹۵) و در تمام زیر مقیاس‌های آن (۰/۹۴-۰/۷۴) محاسبه و همبستگی درونی این ابزار نیز تایید شد. سپس ابزارها به فاصله یک هفته بعد از مرحله اول دوباره در بین ۲۰ نمونه انتخابی و تکمیل‌کننده نوبت اول توزیع شد. آزمون آماری پیرسون با کسب ضریب همبستگی ۰/۷۲ پایایی این ابزار را تایید نمود. داده‌ها پس از گردآوری به روش مصاحبه چهره به چهره، تحت SPSS نسخه ۲۰ تجزیه و تحلیل شدند. در این مسیر، ابتدا توزیع نرمال داده‌ها با استفاده از آزمون کولموگرو-اسمیرنوف^۲ تایید گردید. بررسی ارتباط عوامل فردی و انزوای اجتماعی با کیفیت زندگی با توجه به توزیع نرمال داده‌ها، ارتباطات تک‌متغیره^۳ از طریق آزمون‌های تی، آنالیز واریانس یکطرفه و ضریب همبستگی پیرسون^۴ انجام گرفت. سطح معنی‌داری (p) در همه آزمون‌ها کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد. سپس هر کدام از عوامل فردی و انزوای اجتماعی دارای سطح معنی‌داری ۰/۲ < p در آزمون‌های تک‌متغیره، جهت تعیین عوامل مرتبط با کیفیت زندگی کل وارد مدل رگرسیون خطی چندگانه به روش رو به عقب^۵ شدند. لازم به ذکر است که این پژوهش با رعایت کلیه نکات اخلاقی شامل اخذ مجوز انجام پژوهش از کمیته پژوهش دانشکده و معاونت محترم پژوهش و فناوری دانشگاه، ارائه معرفی‌نامه کتبی و ارائه توضیحات پیرامون اهداف پژوهش به مسئولین محیط‌های پژوهش، بیان اختیاری بودن شرکت در مطالعه به واحدهای مورد پژوهش و اقدام به تکمیل

^۲ Kolmogorov-Smirnov Test

^۳ Univariate

^۴ Pearson Correlation Coefficient

^۵ Backward

^۱ Kaiser-Mayer-Olkin Measure of Sampling Adequacy

زندگی واحدهای پژوهش نشان می‌دهد که میانگین نمره کل کیفیت زندگی واحدهای مورد پژوهش برابر $52/4 \pm 4/4$ بود. این متغیر با جنسیت ($p=0/0001$)، شغل ($p=0/003$) و نمره انزوای اجتماعی ($p=0/02$) دارای ارتباط معناداری بود. بدین گونه که نمونه‌های زن، خانه‌دار و دارای نمره انزوای اجتماعی بیشتر، از نمره بالاتر کیفیت زندگی و به عبارت دیگر از سطح ضعیفتر این متغیر برخوردار بودند.

جدول ۲. میانگین کیفیت زندگی و ابعاد آن در واحدهای پژوهش

محدوده نمرات	میانگین	کیفیت زندگی و ابعاد آن
۰-۱۷	$11/91 \pm 1/37$	داشتن
۰-۱۳	$11/87 \pm 3/06$	دوست داشتن
۰-۱۵	$10/85 \pm 2/83$	بودن
۰-۱۰	$4/72 \pm 1/7$	فشارزمان
۰-۸	$5/67 \pm 2/85$	سلامت و محیط
۰-۶۳	$53/26 \pm 2/1$	کل کیفیت زندگی

در بررسی کیفیت زندگی به تفکیک ابعاد مشاهده شد که پایین‌ترین سطح کیفیت زندگی در بعد «دوست داشتن» و «سلامت و محیط» (با میانگین $11/8 \pm 3$ و $5/67 \pm 2/85$) و بالاترین سطح آن در بعد «داشتن» و «فشار زمان» (با میانگین $11/9 \pm 1/3$ و $4/72 \pm 1/7$) بود. آزمون آنوا نشان داد که گروه سنی واحدهای پژوهش دارای ارتباط معنادار معکوس با نمره کیفیت زندگی در حیطه «بودن» ($p=0/001$) و «سلامت و محیط» ($p=0/002$) بود. به گونه‌ای که افراد گروه سنی بیش از ۶۵ سال دارای کمترین میانگین نمره حیطه «بودن» و «سلامت و محیط» در کیفیت زندگی بودند، که نشانگر بهبود کیفیت زندگی در سنین بالاتر بود. همچنین زنان بطور معناداری میانگین نمرات بالاتری در بعد «دوست داشتن» ($p=0/003$) و میانگین کمتری در بعد «فشار زمان» ($p=0/004$) داشتند. سطح تحصیلات نمونه‌ها دارای ارتباط معنادار مستقیم با میانگین بالاتر در ابعاد «داشتن» ($p=0/0001$)، «فشار زمان» ($p=0/039$).

ابزارهای پژوهش پس از کسب رضایت از آنان بدون قید نام و نام خانوادگی و حفظ اصول محرمانه‌ماندن اطلاعات و رعایت کلیه اصول اخلاقی در استفاده از منابع انجام شد.

یافته‌ها

نمونه‌های پژوهش را ۱۵۲ زن ($62/8\%$) و ۹۰ مرد ($37/2\%$)، ۱۴۸ نفر ساکن شهر ($61/16\%$) و ۹۹ نفر در گروه سنی ۵۵-۴۰ (38%) با میانگین سنی $47/9 \pm 14/1$ سال تشکیل می‌دادند (جدول ۱).

جدول ۱. فراوانی نمونه‌های پژوهش از نظر متغیرهای فردی

متغیرهای فردی	فراوانی نمونه‌ها	
	تعداد	درصد
جنسیت	مرد	۹۰
	زن	۱۵۲
سن (سال)	> ۴۰ سال	۶۵
	۴۰-۵۵	۹۲
	۵۵-۶۵	۶۱
تحصیلات	< ۶۵	۲۴
	بیسواد	۴۳
	ابتدایی	۵۴
	متوسط	۵۶
وضعیت تاهل	دیپلم و بالاتر	۸۹
	متاهل	۱۶۲
	جداشده از همسر	۲۸
	همسر فوت شده	۳۱
وضعیت اشتغال	مجرد	۲۰
	شاغل	۹۹
	بیکار	۱۵
	بازنشسته	۴۶
درآمد ماهیانه خانواده (تومان)	خانه دار	۷۵
	سایر موارد	۷
	> ۷۰۰۰۰۰	۱۴۳
محل سکونت	۷۰۰۰۰۰-۱۵۰۰۰۰	۱۸۹
	< ۱۵۰۰۰۰	۱۵۲
	شهر	۱۴۸
	حومه شهر	۹۴

همچنین میانگین انزوای اجتماعی نمونه‌ها برابر با $9/1 \pm 65/61$ بدست آمد. جدول ۲ در زمینه کیفیت

«سلامت و محیط» ($p=0/033$) و ارتباط معنادار معکوس با ابعاد «دوست داشتن» ($p=0/0001$) و «بودن» ($p=0/003$) بود. آزمون آنوا در زمینه شغل نیز نشان داد که خانه‌دارها بطور معناداری میانگین نمره بالاتری را در بعد «داشتن» ($p=0/0001$) کسب کردند. درمقابل شاغلین بطور معناداری ($p=0/0001$) میانگین نمره بالاتری در بعد فشار زمان کسب کرده بودند. سطح درآمد بالاتر نمونه‌های پژوهش نیز بطور معناداری با میانگین انحراف معیار کمتر نمره ابعاد «داشتن»

«سلامت و محیط» و مقادیر بالاتر نمرات ابعاد «فشار زمان» ($p=0/022$) و «سلامت و محیط» ($p=0/002$) ارتباط داشت. یافته‌ها در زمینه همبستگی میانگین نمره انزوای اجتماعی با ابعاد کیفیت زندگی نمونه‌ها نشان داد که انزوای اجتماعی، بر اساس نتیجه آزمون پیرسون، دارای همبستگی منفی با ابعاد داشتن ($p=0/0001$) و دوست داشتن ($p=0/0001$) و همبستگی مثبت با ابعاد بودن ($p=0/001$)، سلامت و محیط ($p=0/0001$) بود (جدول ۳).

جدول ۳: ارتباط کیفیت زندگی و ابعاد آن با متغیرهای فردی-اجتماعی

متغیرهای مرتبط	کیفیت زندگی	داشتن	دوست داشتن	بودن	فشار زمان	سلامت و محیط	کل کیفیت زندگی
جنسیت	$t=1/49$ $p^*=0/137$	$t=-3/02$ $p^*=0/003$	$t=0/97$ $p^*=0/33$	$t=2/96$ $p^*=0/004$	$t=1/78$ $p^*=0/076$	$t=-3/4$ $p^*=0/001$	
سن	$t=1/75$ $p^{**}=0/158$	$t=2/39$ $p^{**}=0/07$	$t=5/66$ $p^{**}=0/001$	$t=0/135$ $p^{**}=0/93$	$t=5/14$ $p^{**}=0/002$	$t=2/68$ $p^{**}=0/059$	
تحصیلات	$F=11/3$ $p^{**}=0/0001$	$F=6/5$ $p^{**}=0/0001$	$F=4/9$ $p^{**}=0/003$	$F=2/86$ $p^{**}=0/039$	$F=2/95$ $p^{**}=0/033$	$F=3/4$ $p^{**}=0/113$	
شغل	$F=7$ $p^{**}=0/0001$	$F=2/38$ $p^{**}=0/053$	$F=2/24$ $p^{**}=0/089$	$F=7/2$ $p^{**}=0/0001$	$F=2/18$ $p^{**}=0/071$	$F=5/34$ $p^{**}=0/003$	
درآمد	$F=2/3$ $p^{**}=0/106$	$F=11/5$ $p^{**}=0/0001$	$F=1/2$ $p^{**}=0/27$	$F=1/9$ $p^{**}=0/15$	$F=3/9$ $p^{**}=0/022$	$F=6/24$ $p^{**}=0/002$	
انزوای اجتماعی	$r=-0/38$ $p^{***}=0/0001$	$r=-0/26$ $p^{***}=0/001$	$r=0/73$ $p^{***}=0/001$	$r=0/16$ $p^{***}=0/068$	$r=-0/26$ $p^{***}=0/0001$	$r=-0/37$ $p^{***}=0/002$	

* آزمون تی مستقل ** آزمون آنالیز واریانس یک طرفه *** همبستگی پیرسون سطح معنی‌داری قابل قبول $p<0/05$

عوامل وارد شده به مدل دارای ارتباط معناداری ($p=0/035$) با کیفیت زندگی نمونه‌های پژوهش بود. بر این اساس جنسیت زن در نمونه‌های پژوهش توانست ۳۴/۵ درصد واریانس متغیر کیفیت زندگی را تعیین نماید (جدول ۴).

برآورد ضریب رگرسیونی عوامل مرتبط با کیفیت زندگی واحدهای مورد پژوهش بر اساس مدل تعمیم یافته خطی نشان داد که بعد از وارد کردن عوامل فردی با $p<0/05$ (شامل جنسیت، گروه سنی، تحصیلات، درآمد و انزوای اجتماعی) در مدل رگرسیون با روش رو به عقب، تنها متغیر جنسیت از

جدول ۴. برآورد ضریب رگرسیونی عوامل مرتبط با کیفیت زندگی واحدهای مورد پژوهش

Sig	فاصله اطمینان ۹۵٪		T	ضرایب استاندارد نشده			مدل
	بالاترین	کمترین		Beta	SE	B	
0/0001	۵۳/۳	۴۰/۳	۱۵/۸		۲/۹	۴۶/۸	مقدار ثابت
0/035	۸	۰/۳۵	۲/۴	۰/۵۸	۱/۷	۴/۲	جنسیت

بحث

در یافته‌های مطالعه حاضر میانگین و انحراف معیار نمره کل کیفیت زندگی واحدهای مورد پژوهش بیش از مقادیر گزارش شده در مطالعه شریف بر روی جامعه سالم شهر رشت ($35/2 \pm 3/9$) بود (۱۹). بنابراین خانواده‌های دارای بیمار روانی از کیفیت زندگی پایین‌تری برخوردار بودند. این یافته همسو با دیگر مطالعات در زمینه اثرات قابل توجه مراقبت از بیمار، به ویژه افراد با اختلالات روانی است. چنانچه نتایج مطالعه بائر^۱ و همکاران نیز نشان داد که نمونه‌های انتخابی از دو کشور شیلی و فرانسه از کیفیت زندگی پایینی برخوردار بودند (۲۰). وانگ^۲ و همکاران نیز در این زمینه به این نتیجه رسیدند که فشار وارده ناشی از مراقبت از یک وابسته مبتلا به بیماری روانی می‌تواند موجب کیفیت زندگی پایین در آنان شود (۲۱). بائر و همکاران کیفیت پایین زندگی خانواده را بدان دلیل می‌دانند که خانواده‌های بیماران روانی، امروزه اعمالی را برای بیماران خود انجام می‌دهند که در گذشته بر عهده مراکز روانپزشکی بود. حال آنکه خدمات اجتماعی موجود به میزان کافی تامین‌کننده این تغییرات نیست (۲۰) و این امر موجب بروز مشکلاتی برای افراد مراقبت‌کننده از بیمار در زمینه استرس و چالش‌های عاطفی، سازگاری با مسئولیت‌های جدید، مسائل مربوط به درمان و همچنین افت سطح کیفیت زندگی می‌شود (۲۲). وجود چنین یافته‌ای در خانواده از آن جهت اهمیت دارد که رابطه مستقیمی بین کیفیت زندگی و رفتارهای ناهنجار اجتماعی نظیر خودکشی، انحرافات اجتماعی، الکلیسم و میزان طلاق مشاهده شده است (۲۳).

بررسی ارتباط بین کل کیفیت زندگی نمونه‌ها و متغیرهای فردی نشان داد که نمونه‌های زن، خانه‌دار و دارای نمره انزوای اجتماعی بیشتر از سطح ضعیفتر

کیفیت زندگی برخوردار بودند. این یافته با نتایج مطالعه انجام شده توسط میر و همکاران بر روی خانواده بیماران مبتلا به اسکروز متعدد و همچنین وانگ و همکاران متفاوت بود که نشانگر وجود ارتباط معنادار بین سن و سطح تحصیلات و عدم وجود ارتباط با جنسیت و اشتغال نمونه‌ها بود (۲۱، ۲۲). تفاوت موجود در یافته‌های دو مطالعه می‌تواند به دلیل تفاوت بسیار در ماهیت بیماری وابستگان مبتلا در مطالعه میر و همکاران و همچنین تفاوت در ابزار مورد استفاده در بررسی کیفیت زندگی باشد. ارتباط معکوس بین انزوای اجتماعی و سطح کیفیت زندگی در این مطالعه نیاز به بررسی دقیقتر و با حجم نمونه بیشتر دارد. چرا که سلامت جسمی و روانی و همچنین تعلقات اجتماعی و اوقات فراغت و تفریح از نشانگرهای استاندارد کیفیت زندگی است (۸) و توافق عمومی بر آن است که انزوای اجتماعی می‌تواند بر درک از خود، ارزش به خود و همچنین درک از ارتباط با دیگران موثر باشد (۱۲). علاوه بر آن این مطالعه نشانگر میانگین بالاتر نمرات بعد «داشتن»، «دوست داشتن» و «بودن» در مقایسه با مقادیر گزارش شده در مطالعه شریف بر روی جامعه سالم بود (۱۹). کنکاش بیشتر در داده‌های برگرفته از ابزار کیفیت زندگی حاکی از آن است که بیش از نیمی از خانواده‌های بیماران روانی با مشکل خرابی در و پنجره، فرسودگی و رطوبت محل سکونتشان و مخارج زندگی بالاتر از توان مواجه بودند. مشکلات روابط اجتماعی و یا «دوست داشتن» در خانواده‌های بیماران روانی نیز باید مورد توجه باشد. چرا که بسیاری از نمونه‌های پژوهش با مشکلاتی نظیر عدم رابطه با خویشاوندان و همسایگان، نداشتن حامی در هنگام نیاز به پول و بیماری مواجه بودند. این یافته‌ها در کل مشابه پژوهش انجام شده توسط قاسمی‌زاد است (۲۴). ساپونا نیز می‌نویسد که فشار بالای مالی مراقبت معمولاً اعضای خانواده را تحت فشار زیادی قرار

¹ Boyer² Wong

می‌دهد (۱). در مقابل میانگین و انحراف معیار نمرات «فشار زمان» در نمونه‌های این پژوهش کمتر از میزان گزارش شده در جامعه سالم تحت مطالعه توسط شریف (۱۹) بود. بدین ترتیب نمونه‌های پژوهش حاضر دارای کیفیت زندگی بهتر در این ابعاد بودند. این یافته‌ها را می‌توان با تفاوت موجود در جنسیت و وضعیت شغلی نمونه‌های این دو پژوهش مرتبط دانست. زیرا اکثر نمونه‌های مطالعه حاضر، برخلاف مطالعه شریف، را زنان تشکیل می‌دادند و بسیاری از آنان خانه‌دار بودند که با توجه به انتخاب خانواده مراقبت کننده از بیمار روانی به عنوان نمونه پژوهش و همچنین زمینه‌های فرهنگی و مذهبی منطقه قابل انتظار می‌باشد.

یافته‌های مطالعه در زمینه رابطه بین ابعاد کیفیت زندگی و متغیرهای مداخله‌گر نشان داد که نمونه‌های گروه سنی بالاتر از ۶۵ سال دارای کیفیت زندگی بهتر در ابعاد «بودن» و «سلامت و محیط» بودند. این یافته را می‌توان با تغییرات جسمی و نیازهای افراد در مراحل مختلف تکاملی مرتبط دانست. واضح است که افراد جوان‌تر با توجه به لزوم اشتغال و فعالیت‌های خارج از منزل به احراز حقوق شهروندی و خدمات عمومی و خصوصی حساس‌تر بوده و در نتیجه سطوح ضعیف‌تری از این ابعاد را تجربه می‌کنند. یافته مطالعه وانگ و همکاران با عنوان بررسی کیفیت زندگی مراقبین با وابسته مبتلا به بیماری روانی نیز نشان داد که نمونه‌های جوان‌تر دارای کیفیت زندگی ضعیف‌تری بودند (۲۱).

در این مطالعه زنان بطور معناداری سطوح بهتر کیفیت را در بعد «فشار زمان» و کیفیت زندگی ضعیف‌تری در بعد «دوست داشتن» در مقایسه با مردان تجربه کردند. زمزم نیز در مطالعه خود کیفیت زندگی ضعیف‌تر را در زنان نشان داد (۶). هرچند که هینز^۱ و همکاران تفاوت معناداری بین کیفیت زندگی مردان و زنان در مطالعه خود

مشاهده نکردند (۲۵). علاوه بر آن، خانه‌دارها در این پژوهش بطور معناداری کیفیت زندگی پایین‌تری را در بعد «داشتن» کسب کردند. درمقابل شاغلین بطور معناداری کیفیت زندگی پایین‌تری در بعد فشار زمان کسب کردند. مشخص است که انجام وظایف مراقبتی همراه با الزام به انجام تعهدات شغلی می‌تواند با افزایش فشار بر خانواده همراه باشد. هرچند که داشتن شغل، امکان دسترسی به درآمد، منابع و امکانات بیشتر را خواهد داشت. چنانکه سطح درآمد بالاتر نمونه‌های پژوهش ارتباط معنادار مستقیمی با کیفیت زندگی بهتر در ابعاد «داشتن» و ارتباط معکوسی با کیفیت زندگی در ابعاد «فشار زمان» و «سلامت و محیط» داشت.

از طرف دیگر سطح تحصیلات بالاتر نمونه‌ها دارای ارتباط معناداری با کیفیت پایین‌تر در ابعاد «داشتن»، «فشار زمان» و «سلامت و محیط» بود. این یافته برخلاف نتایج مطالعه زمزم و همکاران، و وانگ و همکاران است که نشانگر ارتباط مستقیم تحصیلات بالاتر با کیفیت زندگی بهتر نمونه‌ها در تمامی ابعاد بود (۲۱، ۶). در این رابطه پژوهشگر احتمال می‌دهد که افراد با سطح تحصیلات بالاتر انتظار بیشتری برای اشتغال و همچنین داشتن امکانات خواهند داشت. البته تحصیلات بالاتر در این تحقیق، بطور معناداری با کیفیت بهتر ابعاد «دوست داشتن» و «بودن» ارتباط داشت. این امر می‌تواند با امکان دریافت حمایت مالی بیشتر، ارتباطات وسیع‌تر با دوستان و احتمالاً توان تطابق بیشتر با مشکلات مرتبط باشد. چنانچه زمزم و همکاران معتقدند که دانش بیشتر با توان بهتر مراقبین در تطابق با وظایف مراقبتی همراه می‌باشد (۶). همبستگی بین انزوای اجتماعی بیشتر با کیفیت زندگی مطلوب‌تر در ابعاد «داشتن» و «دوست داشتن» و سطوح ضعیف‌تر کیفیت زندگی در ابعاد «بودن» و همچنین «سلامت و محیط» یافته دیگر این پژوهش بود که با باور معمول در زمینه ارتباط انزوای اجتماعی با عدم تامین ارتباطات و کاهش سطح

¹ Hinz

نتیجه گیری

خانواده بیماران روانی بخش مهمی از درمان این بیماران می‌باشند. خانواده می‌تواند پیگیری دارویی و درمانی بیماران را پایش کرده و حمایت عاطفی، اجتماعی و روانی مناسبی را برای بیمار فراهم کند. از طرف دیگر برنامه‌ریزی جدید سیستم خدمت‌رسانی به بیماران روانی به ایفای نقش وسیع‌تر خانواده در مراقبت از بیمار منجر گشته است. بنابراین استفاده از نتایج این مطالعه که نشانگر قدرت پیش‌بینی‌کنندگی جنسیت زن در کیفیت زندگی خانواده می‌باشد، می‌تواند لزوم توجه به کیفیت زندگی خانواده به‌ویژه زنان سرپرست خانواده را در کنار توجهات درمانی از بیماران، بیش از پیش برجسته سازد.

تشکر و قدردانی

پژوهشگران بر خود لازم می‌دانند که از همکاری همه جانبه واحد مدارک پزشکی، مددکاری و مسئولین مرکز آموزشی درمانی شفا در شهر رشت و همچنین کلیه خانواده‌هایی که انجام این تحقیق را میسر نمودند، تشکر و قدردانی نمایند.

مشارکت در زندگی اجتماعی (۳) مغایرت داشت. این یافته نیاز به تحقیقات وسیع‌تر در زمینه انزوای اجتماعی خانواده بیماران روانی را برجسته می‌سازد. برآورد ضریب رگرسیونی عوامل مرتبط با کیفیت زندگی واحدهای مورد پژوهش بر اساس مدل تعمیم‌یافته خطی نشان داد که بعد از وارد کردن عوامل فردی با $p < 0/25$ در مدل رگرسیون با روش رو به عقب تنها متغیر جنسیت از عوامل وارد شده به مدل دارای ارتباط معناداری ($p = 0/035$) با کیفیت زندگی نمونه‌های پژوهش بود. بر این اساس جنسیت زن به عنوان مراقبت‌کننده از بیمار توانست $34/5$ درصد واریانس متغیر کیفیت زندگی را تعیین نماید. این یافته مشابه نتیجه مطالعه کومار و همکاران بود که نشانگر ارتباط قوی جنسیت زن با کیفیت زندگی ضعیف‌تر بود (۲۶).

محدودیت اصلی این مطالعه عدم بررسی وضعیت و روش‌های تطابقی مورد استفاده نمونه‌ها بود که به دلیل تعداد زیاد سوالات موجود در ابزارهای پژوهش و پیش‌بینی خستگی نمونه‌ها، در این مطالعه وارد نشدند. عدم دسترسی به تشخیص دقیق بیماران تحت مراقبت خانواده نیز می‌تواند بر نتیجه تحقیق موثر باشد که توسط پژوهشگران قابل کنترل نبود.

References

1. Sapounal V, Dafermos V, Chatziarsenis M, Vivilaki V, Bitsios P, Schene AH, et al. Assessing the burden of caregivers of patients with mental disorders: translating and validating the involvement evaluation questionnaire into Greek. *Annals of General Psychiatry* 2013; 12:1-10
2. Narasipuram S, Kasimahanti S. Quality of life and perception of burden among caregivers of persons with mental illness. *Andhra Pradesh Journal of Psychological Medicine* 2012; 13 (2): 99-103.
3. Farzand M, Abidi M. Effects of mental illness stigma on social identity and social isolation among family caregivers of psychiatric patients. *International Journal of Medical and Pharmaceutical Sciences* 2013; 4 (1): 31-40
4. Jafari F, Moien L, Soroush M, Mosavi B. Quality of life in chemical warfare victims with ophthalmic damage's spouses. *Iranian Journal of War and Public Health* 2011; 3 (3): 8-12. [Persian]
5. Safavi M, Mahmoudi M, Akbar-Natajbishe K. Assessment of quality of life and its relationship with some of individuals' characteristics in pulmonary complications of Sulfur Mustard. *Journal of Bimonthly Official Publication of Shahed Medical Sciences University* 2009; 16 (80): 43-52. [Persian]
6. Zamzam R, Midin M, Hooi LS, Yi EJ, Ahmad SN, Azman SF, et al. Schizophrenia in Malaysian families: A study on factors associated with quality of life of primary family caregivers. *International*

Journal of Mental Health Systems 2011;8 (5):1-16.

7. Ghaffari GR, Omid R. Quality of Life as Indicator of Social Development. Tehran; Shirazeh Pub 2009. [Persian]
8. Abdul-Mohit M, Quality of life in natural and built environment: an introductory analysis. Social and Behavioral Sciences 2013; 101: 33-43.
9. Ishak WW, Greenberg JM, Balayan K, Kapitanski N, Jeffrey J, Fathy H, et al. Quality of life: The ultimate outcome measure of interventions in major depressive disorder. Harvard Review of Psychiatry 2011; 19 (5):229-239.
10. Townsend MC. Essentials of Psychiatric Mental Health Nursing, Concepts of Care in Evidence-Based Practice. 6th edition. Philadelphia; F.A. Davis Company. 2011.
11. Sorensen S, Conwell Y. Issues in dementia caregiving: effects on mental and physical health, intervention strategies, and research needs. The American Journal of Geriatric Psychiatry 2011; 19 (6): 491-496.
12. Song JL, Shin DW, Choi JY, Kang J, Baik YJ, Mo H, et al. Quality of life and mental health in family caregivers of patients with terminal cancer. Support Care Cancer 2011; 19 (10): 1519-1526.
13. Cacioppo JT, Hawkley LC, Norman GJ, Berntson GG. Social isolation. Annals of the New York Academy of Sciences 2011; 1231: 17-22
14. Ewertson M, Lutzen K, Svensson E, Andershed B. Family's involvement in psychiatric care: experiences of healthcare professionals' approach and feeling of alienation. Journal of psychiatric and mental health nursing 2010;17: 422-432.
15. Innes A, Morgan D, Kostineuk J. Dementia care in rural and remote settings: a systematic review of informal/family caregiving. Maturitas 2011;68 (1):34-46
16. Polit DF, Beck CT. Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice. 9th edition. Philadelphia; Wolter Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins. 2012.
17. Bohnke P. "First european quality of life survey: quality of work and life satisfaction. 1th pub: europa.eu2005.
18. Travis, R. "The Mos Alienation scale: An alternative to role's Anomia Scale". Social Indicators Research 1993; (28)1:71- 91
19. Sharif- Ghaziani Z. Comparison of quality of life and social isolation in healthy families and mental patients' families in Rasht. (M.A) Thesis on Social Sciences, Azad Islamic University, Khalkhal brach 2014.
20. Boyer L, Caqueo-Urizar A, Richieri R, Lancon C, Gutiérrez-Maldonado J, Auquier P. Quality of life among caregivers of patients with schizophrenia: a cross-cultural comparison of Chilean and French families. BMC Family Practice 2012; 13:42.
21. Wong D, Lam AKL, Chan SK, Chan SF. Quality of life of caregivers with relatives suffering from mental illness in Hong Kong: roles of caregiver characteristics, care giving burdens, and satisfaction with psychiatric services. Health and Quality of Life Outcomes 2012, 10:15.
22. Mir M, Safavi M, Fesharaki M, Farhadi SS. Study of association between quality of life and stress coping methods among the families of patient with Multiple Sclerosis referring to MS Society, Ahvaz 2008. Jundishapur Scientific Medical Journal 2011; 10 (5):563-572. [Persian]
23. Niazi M, Dalal-Khorasani M. Effective socio-cultural factors on citizen quality of life. Iranian Journal of Cultural and communications studies 2013; 8 (27):200-232. [Persian]
24. Ghasemizad A, Berenjian Tabrizi H, Abedi MR, Barzideh O. A Study of the relationship among Fars shahed and eesargar high school students' quality of life, self steem, locus of control, stress and social capital. Journal of New Approach in Educational Management 2010; 1 (4): 107-124. [Persian]
25. Hinz A, Singer S, Brahler E. European reference values for the quality of life questionnaire EORTC QLQ-C30: results of a German investigation and a summarizing analysis of six European general population normative studies. Acta Oncol 2014;53 (7):958-965.
26. Kumar S, Mohanty S. Spousal burden of care in Schizophrenia. J Indian Acad Appl Psych 2007;33 (2):189-94.

Quality of Life and Its Associated Factors among Mental Patients' Families

Sharif Ghaziani Z *¹, Ebadollahi Chanzanegh H², Fallahi Kheshtmasjedi M³, Baghaie M⁴

1. Psychology Department, Shafa therapeutic-educational center, Guilan University of Medical Science, Rasht, Iran

2. Sociology Department, School of Literature and Humanity, Guilan University, Rasht, Iran

3. Mental Health Department, Health Deputy, Guilan University of Medical Science, Rasht, Iran.

4. Nursing Department, Social Determinants of Health research center, Guilan University of Medical Science, Rasht, Iran

* *Corresponding author.* Tel: +981333666267 E-mail: mastanehsharif33@yahoo.com

Received: Feb 22, 2015 Accepted: Jul 26, 2015

ABSTRACT

Background & objectives: Mental patient's family usually experience emotional stress, depression, anxiety and social relationship problems by accepting the caring responsibility for their patient that could effect on their quality of life. So present study was conducted with the aim of determining the quality of life and its associated factors in families of mental patients' in Rasht.

Methods: This cross-sectional and descriptive study was conducted on 242 families (first degree relatives) of mental patients referring to Shafa psychiatric center of Rasht by convenience sampling method during 2013. Data were gathered by interview and using 2-part tool consisting European Quality of Life Scale (EQLS) including quality of life questionnaire and combined questionnaire for social isolation. Higher score in these questionnaires were indicated poor quality of life. Collected data were analyzed using descriptive and analytic statistics (Pearson correlation coefficient, ANOVA, t test and logistic regression model, back ward) in SPSS (v.19).

Results: The sample contained 152 female (62.8%) and 90 male (37.2%) and 92 persons (38%) were in the age group of 40-55 years. Mean and standard deviation of total quality of life score was 52.4 ± 4.4 (with the range of 0-63). There was a significant relationship between poor quality of life and female sex ($p=0.001$), also between housekeeper job ($p=0.003$) and higher social isolation ($p=0.02$). Finally, regression test showed that female gender with 34.5 percent variance can predict the sample's quality of life.

Conclusion: Poor quality of life in females indicates the need for more attention on therapeutic-caring interventions and social supports to improve the well-being of this care giving group.

Keywords: Quality of Life, Family, Mental Patients, Personal Factors.