رویش روان شناسی، سال۱۰ ، شماره۷، شماره پیاپی ۶۴، مهر ۱۴۰۰
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),10(7), 2021

پیگیری یک ساله فرسودگی مراقبین افراد مبتلا به اختلال دو قطبی پس از روان درمانی

Follow-up of one-year burden of caregivers of people with bipolar disorder after psychotherapy

علیرضا برنامنش
دانشجوی دکتری روانشناسی، گروه روانشناسی، واحد مرودشت، دانشگاه آزاد اسلامی، مرودشت، ایران.
دکتر حجت الله جاویدی(نویسنده مسئول)
استاد، گروه روانشناسی، واحد مرودشت، دانشگاه آزاد اسلامی، مرودشت، ایران.
دکتر امیرهوشنگ مهریار
استاد، گروه روانشناسی، واحد مرودشت، دانشگاه آزاد اسلامی، مرودشت، ایران.
دکتر نوشاد قاسمی
استادیار، گروه روانشناسی، واحد مرودشت، دانشگاه آزاد اسلامی، مرودشت، ایران.

Alireza Bornamanesh
PhD student in Psychology - Department of Psychology, Marvdasht Branch , Islamic Azad University, Marvdasht ,Iran.
Dr. Hojatollah Javidi*
Professor, Department of Psychology, Marvdasht Branch ,Islamic Azad University, Marvdasht ,Iran.
javidih97@gmail.com
Dr. Amirhoshang Mehryar
Professor, Department of Psychology, Marvdasht Branch ,Islamic Azad University, Marvdasht ,Iran.
Dr. Nowshad Ghasemi
Assistant professor, Department of Psychology, Marvdasht Branch ,Islamic Azad University, Marvdasht ,Iran.

چکیده

افراد مبتلا به اختلال دوقطبی فشار روانشناختی زیادی به مراقبین خود تحمیل می‌کنند که می‌تواند پیامدهای ناخوشایندی برای مراقبین به دنبال داشته باشد. پژوهش حاضر با هدف پیگیری یک ساله فرسودگی مراقبین افراد مبتلا به اختلال دوقطبی پس از رواندرمانی این بیماران انجام شد. این پژوهش تحلیلی-مقطعی در ادامه یک کارآزمایی بالینی در مراقبین افراد مبتلا به اختلال دوقطبی انجام شد. در پژوهش کارآزمایی ۳۰ مرد مبتلا به اختلال دو قطبی در دو گروه مداخله (۱۵ نفر) و گواه (۱۵ نفر) به‌روش تصادفی از بیمارستان روانپزشکی اصفهان مشارکت داشتند. گروه مداخله تحت روان درمانی پویایی حمایتی- بیانگر و پیگیری سه ماه و شش ماه بود. در شروع کارآزمایی، پس از اتمام آن و یکسال پس از آن فشار روانی مراقبین دو گروه مداخله و گواه مقایسه شد (مراقبین هیچ مداخله‌ای دریافت نکرده بودند). جمع‌آوری داده‌ها با استفاده از مصاحبه فرسودگی مراقبین زاریت (۱۹۸۰) انجام شد. تحلیل داده‌ها در نرم‌افزار آماری SPSS-24 و با استفاده از آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر انجام شد. نتایج تفاوت‌های بین گروهی نشان داد بین مراقبین گروه‌های مداخله و گواه در زیرمقیاس‌های فرسودگی فردی (P=۰/۰۰۸، F=۶/۳۶۸)، عاطفی (P=۰/۰۱۴، F=۷/۱۱۵) و نمره کل (P=۰/۰۱۲، F=۷/۴۲۰) تفاوت معنادار وجود دارد و به ترتیب ۲۷، ۲۴ و ۲۵ درصد از تغییرات ناشی از عضویت گروهی است؛ اما در زیرمقیاس‌های فرسودگی اجتماعی و اقتصادی تفاوت معناداری مشاهده نشد (p>۰/۰۵). در مجموع می‌توان نتیجه گرفت که روان درمانی در افراد مبتلا به اختلال دوقطبی می‌تواند در بلندمدت نقش موثری در کاهش فرسودگی مراقبین آن‌ها داشته باشد، اما نیازمند مداخلات همه‌جانبه و مداوم است.

Abstract

People with bipolar disorder (PWBD) impose a lot of burden on their caregivers, which can have unpleasant consequences for caregivers. The aim of this study was to follow up the one-year burden of caregivers of PWBD after psychotherapy of these patients. This cross-sectional study was performed as a continuation of a clinical trial in caregivers of PWBD. In the trial study, 30 male PWBD participated in two groups of intervention (n = 15) and control (n = 15) randomly from Isfahan Psychiatric Hospital. The intervention group underwent Supportive-Expressive Dynamic Psychotherapy and followed by three and six months. At the beginning of the trial, after its completion and one year later, the burden of bipolar caregivers was compared between the intervention and control groups (caregivers did not receive any intervention). Data collection was performed using Zarit Caregiver Burden Interview (1980). Data analysis was performed in SPSS-24 statistical software using repeated measures ANOVA test. The results of intergroup differences showed that between the caregivers of the intervention and control groups in the subscales of individual burnout (F=6.368; P=0.008), emotional (F=7.115; P=0.014), and score Total (F=7.420; P=0.012) there is a significant difference and 27%, 24% and 25% of the changes are due to group membership, respectively; But no significant difference was observed in the subscales of social and economic burnout (p <0.05). Overall, it can be concluded that psychotherapy of PWBD can play an effective role in reducing the burden of their caregivers in the long term, but requires comprehensive and ongoing interventions.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-08]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.7.20.2]

واژه‌های کلیدی: *اختلال دوقطبی، فرسودگی، مراقبین، پیگیری.*

Keywords: *Bipolar disorder, Burden, Caregivers, Follow up*

نوع مقاله : پژوهشی | **دریافت : شهریور ۱۴۰۰** | **پذیرش: شهریور ۱۴۰۰** | **ویرایش نهایی : مهر ۱۴۰۰**

مقدمه

اختلال افسردگی شیدایی[۱] که امروزه به عنوان اختلال دوقطبی[۲]شناخته می‌شود، یک اختلال مزمن و پیچیده خلقی است که با ترکیبی از دوره‌های شیدایی، نیمه شیدایی و افسردگی مشخص می‌شود (کاروالو، فریس و ویتا[۳]، ۲۰۲۰). اختلال دوقطبی را می‌توان به اختلال دوقطبی نوع ۱و اختلال دوقطبی نوع ۲ تقسیم کرد. ویژگی اصلی نوع ۱ وجود حداقل یک دوه شیدایی است؛ اگرچه دوره‌های افسردگی شایع است، اما فقط تجربه یک دوره شیدایی در طول زندگی برای تشخیص‌گذاری کفایت می‌کند. برای تشخیص دوقطبی نوع ۲، فرد می‌بایست حداقل یک دوره نیمه‌شیدایی و حداقل یک دوره افسردگی اساسی را تجربه کرده باشد؛ تشخیص اختلال دو قطبی نوع ۲ مستلزم این است که فرد هرگز یک دوره شیدایی کامل را تجربه نکرده باشد؛ چرا که یک دوره شیدایی، معیارهای تشخیصی اختلال دو قطبی نوع ۱ است (گودوین[۴]، ۲۰۱۶). این اختلال یکی از علل اصلی ناتوانی و بیماری در سراسر جهان است و اغلب با همبودی‌های جدی پزشکی و روانپزشکی، مرگ و میر زودرس، سطوح بالای ناتوانی و کاهش کیفیت زندگی همره است (وایت‌فورد، فراری، دیگنهاردت[۵] و همکاران، ۲۰۱۵). همچنین این بیماری پیامدهای اجتماعی و شغلی ناخوشایندی برای افراد مبتلا و مراقبین آن‌ها دارد (وان‌در والت و کاربونات[۶]، ۲۰۱۹). تظاهرات مکرر اختلال دو قطبی فشار مراقبین افراد مبتلا را افزایش می‌دهد، حتی با مصرف داروهای تثبیت کننده خلق،، علائم یک سوم افراد مبتلا به اختلال دوقطبی ظرف سه سال آینده مجددا عود می‌کنند (اوگیلوی، مورانت و گودوین[۷]، ۲۰۰۵).

مراقبت از افراد مبتلا به اختلال دوقطبی با فشارهای عینی همچون افزایش هزینه و زمان و با فشارهای هیجانی همچون نگرانی، تنش و اندوه همراه است (باروچ، پیسترانگ و بارکر[۸]، ۲۰۱۸). علاوه بر تأثیری که این بیماری بر کیفیت زندگی کلی مراقبین دارد، فشار مراقبتی با کاهش سلامت جسمانی و روانی مراقبین در ارتباط است. به عنوان مثال، مراقبین که سطوح بالایی از فشار را گزارش می‌دهند، از سلامت عمومی ضعیف‌تری برخوردارند و به تعداد بیشتری از بیماری‌های مزمن جسمانی نسبت به جمعیت عمومی مبتلا شده‌اند (فکادو، میهیرتو، کرایگ[۹] و همکاران، ۲۰۱۹). همچنین مشکلات بیشتر خواب (پرلیک، هوهنستین، کلارکین[۱۰] و همکاران، ۲۰۰۵)، استفاده بیشتر از داروهای آرامبخش و ضدافسردگی (مولی، جانستون و ویتام[۱۱]، ۲۰۰۵) و افزایش خطر بستری شدن در بیمارستان (ساهیتیا و ریدی[۱۲]، ۲۰۱۸) در مراقبین بیشتر از جمعیت عمومی است. همچنین مطالعات نشان داده است که سطوح بالای فشار مراقبتی با سطوح بالینی قابل توجهی از علائم افسردگی همراه است و می‌تواند منجر به عود اختلال و افزایش شدت بیشتر پیامدهای اختلال شود (پرلیک، میک‌لویتز، لینک[۱۳] و همکاران، ۲۰۰۷؛ پومپلی، هارنیک، گوندا[۱۴] و همکاران، ۲۰۱۴).

در ابرخی از مطالعات به اهمیت استرس در فرسودگی مراقبین اشاره شده است (کانالز، گواردا-ناردینی، ریزلتی-باربوسا[۱۵] و همکاران، ۲۰۱۹؛ کاتارویدی، دسیا و شالیگرام[۱۶]، ۲۰۰۶)، همچنین مطالعات نشان می‌دهد کسانی که فشارهای روانی بیشتری تجربه می‌کنند، از

1 . Manic-depressive disorder
2 . Bipolar disorder
3 . Carvalho, Firth & Vieta
4 . Goodwin
5 . Whiteford, Ferrari, Degenhardt
6 . Van der Walt & Carbonatto
7 . Ogilvie, Morant & Goodwin
8 . Baruch, Pistrang, Barker
9 . Fekadu, Mihiretu, Craig
10 . Perlick, Hohenstein, Clarkin
11 . Molloy, Johnston, Witham
12 . Sahithya & Reddy
13 . Perlick, Miklowitz, Link
14 . Pompili, Harnic, Gonda
15 . Canales, Guarda-Nardini, Rizzatti-Barbosa
16 . Chaturvedi, Desai & Shaligram

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-08]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.7.20.2]

راهبرهای مقابله‌ای ناکارآمد در مواجهه با استرس‌ها بیشتر استفاده می‌کنند (راو، گرور و چاکرابارتی[1]، ۲۰۲۰). همچنین سطوح بالای فشار مراقبتی با ادراک کنترل کمتر بر رفتارهای مشکل دار بیمار رابطه دارد (آگارول، نافاده و شتی[2]، ۲۰۱۷). همچنین برخی از مطالعات از بهبود نسبی بیمار و کاهش فشار مراقبین حمایت می‌کنند؛ به‌طوری که در پژوهشی نشان داده شد که افراد مبتلا به اختلال دوقطبی که تحت مداخلات روانشناختی قرار می‌گیرند، فشار روانی کمتری به مراقبین خود تحمیل می‌کنند (وان‌در ورت، گوسنز و واندربیجی[3]، ۲۰۰۷). به‌طور نمونه، در پژوهشی نشان داده شد که ۹۳ درصد از مراقبین افراد مبتلا به اختلال دوقطبی در هنگام بستری شدن بستگان خود در مراکز روانپزشکی درجه متوسط یا بالایی از فشار مراقبت را گزارش کردند که پانزده ماه پس از شروع درمان افراد مبتلا به اختلال دوقطبی، فشار مراقبین به ۷۰ درصد کاهش یافت (البیلشا[4]، ۲۰۱۹). بنابراین به‌نظر می‌رسد که درمان افراد مبتلا به اختلال دوقطبی نقش موثری بر کاهش فشار روانی مراقبین آن‌ها داشته باشد. اما در بررسی پیشینه مطالعات خیلی محدودی وجود دارد که در پیگیری طولانی مدت فشار روانی مراقبین افراد مبتلا به اختلالات روانشناختی از جمله افراد مبتلا به اختلال دوقطبی را مورد بررسی قرار دهد. با توجه به مباحث مطرح شده، فشار و فرسودگی مراقبین افراد مبتلا به اختلال دو قطبی یک عامل موثر بر کاهش کیفیت زندگی مراقبین و حتی عود علائم در افراد مبتلا است، بر این اساس شناخت عوامل اثرگذار بر میزان فرسودگی مراقبین و در نهایت تدون برنامه‌های توانمندسازی جهت کاهش فشار مراقبین از اهمیت بالایی برخوردار است. با توجه به اهمیت این موضوع مطالعه حاضر در ادامه کارآزمایی بالینی انجام شد، در کارآزمایی بالینی به بررسی اثربخشی روان درمانی پویایی حمایتی- بیانگر[5] در بیماران دو قطبی پرداخته شد، نتایج نشان داد که این درمان نقش موثری بر کاهش نشانگان خلقی افراد مبتلا به اختلال دوقطبی در پیگیری سه ماهه و شش ماهه داشته است (برنامنش و همکاران، در نوبت انتشار). پس از اتمام کارآزمایی در یک پیگیری یکساله در این پژوهش فرسودگی مراقبین مورد سنجش قرار گرفت، از این رو هدف از انجام پژوهش حاضر بررسی فرسودگی مراقبین افراد مبتلا به اختلال دو قطبی پس از اجرای روان درمانی در بیماران در یک پیگیری یک ساله بود.

روش

این پژوهش تحلیلی-مقطعی در ادامه یک کارآزمایی بالینی با شناسه (IRCT20180716040485N1) در مراقبین افراد مبتلا به اختلال دوقطبی انجام شد. در پژوهش کارآزمایی ۳۰ بیمار مرد دو قطبی در دو گروه مداخله (۱۵ نفر) و گواه (۱۵ نفر) به‌روش تصادفی از بیمارستان روانپزشکی اصفهان انتخاب شدند. گروه مداخله از اسفند ۱۳۹۸ الی تیر دماه ۱۳۹۹ تحت مداخله روان درمانی پویایی حمایتی- بیانگر و پیگیری سه ماهه و شش ماهه بودند. گروه مداخله در ۱۲ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای تحت مداخله قرار گرفت، خلاصه جلسات به این شرح بود؛ جلسه اول: در این جلسه به بیان قواعد اجرای و مصاحبه اولیه پرداخته شد. جلسه دوم: در این جلسه با توجه به نوع دفاع‌های بیماران، مداخلات مناسب و موثر مربوط به هر کدام به اجرا درآمد. جلسه سوم: کار با دفاع‌های تاکتیکی واژهای سربسته (در لفافه سخن گفتن)، شک کردن، چالش کردن و چالش با دفاع انجام شد. جلسه چهارم: در این جلسه بررسی واژهای تخصصی مورد استفاده بیماران، دفاع‌های تاکتیکی گفتار غیرمستقیم و افکار مرضی و احتمالی، چالش با دفاع‌های بیماران، مشخص کردن گفتار، چالش با دفاع و تردید در دفاع انجام شد. جلسه پنجم: در این جلسه بررسی دفاع نشخوار ذهنی، دلیل تراشی با استفاده از مداخله‌های روشن کردن، درخواست پاسخ قطعی، تردید در دفاع، چالش با دفاع و مسدود کردن دفاع انجام شد. جلسه ششم: در این جلسه دفاع‌های عقلی سازی و کلی گویی و تعمیم دادن با مداخله‌های روشن سازی، سد کردن، چالش و مشخص کردن، چالش با دفاع انجام شد. جلسه هفتم: در این جلسه تاکتیک‌های منحرف‌سازی و فراموش کردن با مداخلت مسدود کردن دفاع و تردید در دفاع، چالش با دفاع انجام شد. جلسه هشتم: در این جلسه انکار و تکذیب کردن با مداخلات روشن کردن، تردید در دفاع و چالش با دفاع انجام شد. جلسه نهم: در این جلسه بیرونی‌سازی و ابهام با مداخلات روشن کردن و چالش با دفاع انجام شد. جلسه دهم: در این جلسه طفره رفتن و تردید وسواسی با مداخلات روشن کردن و چالش با دفاع انجام شد. جلسه یازدهم: در این جلسه سرکشی، نافرمانی، مقدمه چینی و گریه دفاعی و طیف دفاع‌های واپس رونده

1 . Rao, Grover & Chakrabarti
2 . Agarwal, Naphade, Sheety
3 . Van der Voort, Goossens & Van Der Bijl
4 . El-Bilsha
5 . Supportive-Expressive Dynamic Psychotherapy

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-08]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.7.20.2]

با استفاده از مداخلات رویارویی، چالش و درگیری مستقیم و روشن سازی انجام شد. جلسه دوازدهم: در این جلسه صحبت کردن به جای لمس کردن احساسات، علائم غیر کلامی، تبعیت انفعال با مداخلات روشن کردن، تردید در دفاع، چالش با دفاع انجام شد (لوبورسکی[1]، ۱۹۸۴).

در شروع کارآزمایی، پس از اتمام آن و یکسال پس از آن فشار روانی مراقبان افراد مبتلا به اختلال دوقطبی دو گروه مداخله و گواه مقایسه شد (مراقبین هیچ مداخله‌ای دریافت نکرده بودند). رضایت آگاهانه جهت شرکت در پژوهش، مراقبت از فرد مبتلا به اختلال دوقطبی در طول یکسال گذشته و عدم شرکت در جلسات مشاوره و روان درمانی فردی و گروهی (فرد مبتلا به اختلال دو قطبی و مراقب) از معیارهای ورود به پژوهش در نظر گرفته شد، عدم در دسترس بودن مراقب و فوت بیمار یا مراقب به‌عنوان معیار خروج در نظر گرفته شده بود.

ابزار سنجش

پرسشنامه اطلاعات جمعیت‌شناختی: این پرسشنامه شامل اطلاعاتی همچون سن فرد مبتلا به اختلال دو قطبی و مراقبین، وضعیت تاهل، جنسیت، نسبت فرد با فرد مبتلا، سطح تحصیلات، وضعیت اشتغال و میزان درآمد بود.

مصاحبه فرسودگی مراقبین زاریت (ZBI)[2]: این ابزار که یک مصاحبه بسته پاسخ است توسط زاریت، ریور و یاچ-پترسون[3] (۱۹۸۰) با ۲۲ سوال طراحی شده است (۱۹). این ابزار در نمونه ایرانی یک ساختار چهار عاملی دارد که شامل فرسودگی فردی (سوالات: ۱، ۲، ۷، ۱۰، ۱۱، ۱۷، ۱۹، ۲۰ و ۲۱)، فرسودگی اجتماعی (سوالات: ۳، ۶، ۱۲ و ۱۳)، فرسودگی عاطفی (سوالات: ۴، ۵، ۸، ۹، ۱۴، ۱۸ و ۲۲) و فرسودگی اقتصادی (۱۵ و ۱۶) است و برای هر سوال پنج گزینه پاسخ از هرگز (نمره صفر) تا تقریبا همیشه (نمره ۴) اختصاص داده می‌شود که دامنه نمرات در مجموع ۴ عامل بین صفر الی ۸۸ است. نمره کمتر از ۳۰ بیانگر فشار روانی ضعیف، نمرات بین ۳۱ الی ۶۰ فشار روانی متوسط و نمرات بین ۶۱ الی ۸۸ نشان دهنده فشار روانی شدید است. یو، لیو، ژیو و همکاران (۲۰۱۸) در پژوهشی در ۳۲۷ نفر از مراقبین افراد مبتلا به اسکیزوفرنی در چین، روایی همگرای این ابزار را با فهرست مصاحبه فشار خانواده (FBIS)[4] ۰/۶۷ گزارش کردند؛ پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب مک دونالد اُمگا[5] ۰/۸۹ محاسبه شد که در سطح عالی قرار دارد. در ۱۲۵ نفر از مراقبین افراد مبتلا به اختلالات روانی در ایران روایی این ابزار به روش همگرا با پرسشنامه اضطراب هامیلتون ۰/۸۹ محاسبه شد و پایایی آن به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۸ محاسبه شد (نویدیان، سالار، هاشمی‌نیا و همکاران، ۱۳۸۰). در پژوهش حاضر قبل از اجرا، این ابزار در اختیار ۸ متخصص روانشناسی و روانپزشکی قرار داده شد و شاخص روایی محتوایی (CVI) بر اساس متخصصان ۰/۸۹ محاسبه شد که نشان دهنده روایی قابل قبول است، همچنین در اجرای اول ضریب آلفای کرونباخ برای گروه مداخله ۰/۷۸ و برای گروه گواه ۰/۷۹ محاسبه شد که نشان دهنده همسانی درونی (پایایی) مطلوب این ابزار در نمونه مورد مطالعه بوده است.

جهت جمع‌آوری داده‌ها با مراقبین افراد مبتلا به اختلال دوقطبی تماس تلفنی برقرار شد، پس از شرح اهداف پژوهش از آن‌ها خواسته شد که در صورت رضایت آگاهانه و سایر معیارهای ورود در این پژوهش مشارکت داشته باشند. سپس لینک مصاحبه فرسودگی مراقبین زاریت (ZBI) به صورت آنلاین برای مراقبین پیام (SMS) شد. از افراد خواسته شد به محض دریافت به سوالات پاسخ دهند. جمع‌آوری داده‌ها در مدت کوتاهی (یک هفته) انجام شد و همه مراقبین پرسشنامه‌ها را تکمیل کردند. در این پژوهش اصول اخلاقی در پژوهش همچمون رازداری، رضایت آگاهانه و دادن اختیار و حق انتخاب به افراد جهت شرکت در پژوهش رعایت شد. همچنین این پژوهش با شناسه IR.IAU.SHIRAZ.REC.1398.002 در کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد شیراز به ثبت رسیده است. تحلیل داده‌ها در نرم‌افزار SPSS-24 و با استفاده از آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری‌های مکرر و آزمون تعبی بون‌فرونی انجام شد.

یافته‌ها

1 . Luborsky
2 . Zarit Caregiver Burden Interview; ZBI
3 . Zarit, Reever & Bach-Peterson
4 . Family Burden Interview Schedule (FBIS)
5 . McDonald's ω

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-08]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.7.20.2]

در این پژوهش ۳۰ نفر از مراقبین افراد مبتلا به اختلال دوقطبی مشارکت داشتند، در مرحله دوم سنجش نیز ۳۰ نفر مشارکت داشتند اما در مرحله پیگیری یکساله به ۲۴ نفر (۱۳ نفر مراقبین گروه مداخله) و (۱۱ نفر مراقبین گروه گواه) کاهش یافت.

جدول ۱. اطلاعات جمعیت‌شناختی مراقبین و افراد مبتلا به اختلال دوقطبی در شروع بررسی

متغیرها	مراقبین گروه مداخله (۱۵ نفر)	مراقبین گروه گواه (۱۵ نفر)	t/χ2 (p)
سن مراقبین M (SD)	۳۶/۷۶ ± ۸/۸۱	۳۷/۰۱ ± ۹/۱۹	-۰/۰۷۶ (۰/۵۳)
سن فرد مبتلا M (SD)	۴۳/۲۲ ± ۶/۱۲	۴۵/۳۲ ± ۸/۵۵	-۰/۷۷۳ (۰/۴۴)
نوع اختلال دو قطبی	-	-	
نوع ۱	۷ (۴۶/۶۶)	۵ (۳۳/۳۳)	۰/۵۵۵ (۰/۴۵)
نوع ۲	۸ (۵۳/۳۳)	۱۰ (۶۶/۶۶)	
جنسیت مراقبین N (%)	-	-	
زن	۸ (۵۳/۳۳)	۶ (۴۰/۰۰)	۰/۵۳۵ (۰/۴۶)
مرد	۷ (۴۶/۶۶)	۹ (۶۰/۰۰)	
وضعیت تاهل مراقبین N (%)	-	-	
مجرد	۵ (۳۳/۳۳)	۷ (۴۶/۶۶)	۰/۵۵۵ (۰/۴۵)
متاهل	۱۰ (۶۶/۶۶)	۸ (۵۳/۳۳)	
نسبت مراقب با فرد مبتلا N (%)	-	-	
همسر	۵ (۳۳/۳۳)	۷ (۴۶/۶۶)	۰/۵۵۵ (۰/۴۵)
والد	۱۰ (۶۶/۶۶)	۸ (۵۳/۳۳)	
سطح تحصیلات N (%)	-	-	
متوسطه	۶ (۴۰/۰۰)	۸ (۵۳/۳۳)	۰/۵۳۵ (۰/۴۶)
کاردانی و کارشناسی	۹ (۶۰/۰۰)	۷ (۴۶/۶۶)	
وضعیت اشتغال N (%)	-	-	
شغل آزاد	۶ (۴۰/۰۰)	۵ (۳۳/۳۳)	۰/۲۰۲ (۰/۹۰)
شغل دولتی	۴ (۲۶/۶۶)	۵ (۳۳/۳۳)	
بازنشسته	۵ (۳۳/۳۳)	۵ (۳۳/۳۳)	
میزان درآمد N (%)	-	-	
کمتر از سی میلیون ریال	۵ (۳۳/۳۳)	۵ (۳۳/۳۳)	۰/۰۰۱ (۱/۰۰)
بین سی الی پنجاه میلیون ریال	۶ (۴۰/۰۰)	۶ (۴۰/۰۰)	
بیش از پنجاه میلیون ریال	۴ (۲۶/۶۶)	۴ (۲۶/۶۶)	

نتایج جدول ۱ نشان می‌دهد که بین میانگین سنی افراد مبتلا به اختلال دوقطبی، مراقبین و سایر اطلاعات جمعیت‌شناختی همچون نوع اختلال دو قطبی، جنسیت مراقبین، وضعیت تاهل مراقبین، نسبت مراقب با فرد مبتلا به اختلال دوقطبی، سطح تحصیلات، وضعیت اشتغال و میزان درآمد مراقبین تفاوت معناداری در دو گروه وجود ندارد و گروه‌ها همتا می‌باشند؛ بر این اساس این متغیرها نقش مخدوش‌کننده‌ای ایفا نمی‌کنند. در جدول ۲ میانگین و انحراف معیار فرسودگی مراقبین در مراحل سنجش اراده شده است.

جدول ۲: میانیگن و انحراف معیار فرسودگی مراقبین به تفکیک مراحل سنجش

متغیرها	گروه‌ها	سنجش اول	سنجش دوم	سنجش سوم
		میانگین±انحراف معیار	میانگین±انحراف معیار	میانگین±انحراف معیار
	مراقبین گروه مداخله	۲۰/۷۳±۶/۵۵	۱۳/۸۶±۴/۴۵	۱۶/۰۰±۵/۳۶

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-08]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.7.20.2]

فرسودگی فردی	مراقبین گروه گواه	۱۹/۶۴±۵/۱۹	۲۱/۵۷±۴/۷۳	۲۱/۶۳±۴/۷۵
فرسودگی اجتماعی	مراقبین گروه مداخله	۹/۲۶±۳/۹۱	۸/۳۳±۲/۷۶	۸/۳۸±۳/۰۶
	مراقبین گروه گواه	۱۰/۰۰±۲/۹۳	۹/۷۸±۳/۴۹	۱۰/۰۹±۳/۶۴
فرسودگی عاطفی	مراقبین گروه مداخله	۱۷/۴۰±۴/۷۶	۱۱/۶۶±۴/۰۲	۱۳/۱۵±۴/۱۷
	مراقبین گروه گواه	۱۶/۱۴±۴/۳۸	۱۷/۳۵±۳/۷۳	۱۷/۷۲±۴/۲۱
فرسودگی اقتصادی	مراقبین گروه مداخله	۵/۰۰±۲/۱۷	۴/۲۶±۲/۱۵	۵/۰۷±۱/۸۰
	مراقبین گروه گواه	۵/۴۲±۱/۵۰	۴/۸۵±۱/۷۴	۵/۵۴±۱/۵۰
نمره کل	مراقبین گروه مداخله	۵۲/۴۰±۱۶/۲۶	۳۸/۱۳±۱۲/۹۹	۴۲/۶۱±۱۱/۹۱
	مراقبین گروه گواه	۵۱/۲۱±۱۴/۳۴	۵۳/۵۷±۱۳/۰۹	۵۵/۰۰±۱۲/۴۷

در جدول ۲ میانگین و انحراف معیار فرسودگی مراقبین و زیرمقیاس‌های آن نشان می‌دهد که نمرات مراقبین گروه مداخله نسبت به مراقبین گروه گواه در مراحل سنجش دو و سه کاهش داشته است، برای بررسی معناداری تغییرات با توجه به اینکه مراحل سنجش در این مطالعه سه مرتبه انجام شده است، آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری‌های مکرر چندمتغیره مناسب‌ترین آزمون است که در ابتدا به بررسی پیش‌فرض‌های آن پرداخته شده است. نتایج آزمون باکس در تحلیل واریانس اندازه‌گیری چندمتغیره جهت بررسی پیش‌فرض همسانی ماتریس‌های کوواریانس نشان داد که (Box's M=۵/۷۶۸ ،P=۰/۵۵۷) معنادار نیست، بر این اساس این پیش‌فرض برقرار می‌باشد (P>۰/۰۵). نتایج آزمون لون نشان داد که همگونی واریانس‌ها در زیرمقیاس‌های فرسودگی فردی، فرسودگی اجتماعی، فرسودگی عاطفی و فرسودگی اقتصادی و نمره کل برقرار می‌باشد (P<۰/۰۵). نتایج آزمون کرویت موچلی نشان داد که مقدار P آزمون در زیرمقیاس‌های فرسودگی فردی (Mauchly's W=۰/۷۳۹، ۶/۳۵۰=تخمین خی‌دو، ۲=درجه آزادی، P=۰/۰۴۲)، فرسودگی اجتماعی (Mauchly's W=۰/۴۵۷، ۱۶/۴۶۴=تخمین خی‌دو،۲=درجه آزادی، P=۰/۰۰۱)، فرسودگی عاطفی (Mauchly's W=۰/۴۹۹، ۱۴/۶۰۲=تخمین خی‌دو، ۲=درجه آزادی، P=۰/۰۰۱)، فرسودگی اقتصادی (Mauchly's W=۰/۴۵۷، ۱۶/۴۴۱=تخمین خی‌دو، ۲=درجه آزادی، P=۰/۰۰۱) و نمره کل (Mauchly's W=۰/۶۳۶، ۹/۵۰۵=تخمین خی‌دو، ۲=درجه آزادی، P=۰/۰۰۹) معنادار است، به دلیل عدم برقراری این پیش‌فرض، مقادیر F و معناداری بر اساس تصحیح اپسیلون Greenhouse-Geisser گزارش خواهد شد. در جدول ۳ نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر ارائه شده است.

جدول ۳. نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری‌های مکرر در زیرمقیاس‌ها و نمره کل فرسودگی مراقبین

متغیرها	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	P	اندازه اثر
فرسودگی فردی	زمان	۴۴/۴۷۳	۱/۵۸۶	۲۸/۰۳۹	۰/۸۹۴	۰/۳۹۷	۰/۰۳۹
	زمان*گروه	۳۱۶/۵۸۴	۱/۵۸۶	۱۹۹/۵۹۵	۶/۳۶۴	۰/۰۰۷	۰/۲۲۴
	خطا	۱۰۹۴/۴۹۹	۳۴/۸۹۵	۳۱/۳۶۶			
	بین‌گروهی	۳۱۸/۸۹۵	۱	۳۱۸/۸۹۵	۸/۳۶۸	۰/۰۰۸	۰/۲۷۶
فرسودگی اجتماعی	زمان	۲/۴۰۳	۱/۲۹۶	۱/۸۵۴	۰/۱۳۶	۰/۷۸۰	۰/۰۰۶
	زمان*گروه	۴/۹۵۸	۱/۲۹۶	۳/۸۲۶	۰/۲۸۰	۰/۶۶۱	۰/۰۱۳
	خطا	۳۸۹/۳۴۷	۲۸/۵۰۸	۱۳/۶۵۷			
	بین‌گروهی	۴۲/۵۶۴	۱	۴۲/۶۶۴	۲/۴۱۷	۰/۱۳۴	۰/۰۹۹
فرسودگی عاطفی	زمان	۴۰/۳۹۴	۱/۳۳۲	۳۰/۳۱۸	۱/۲۳۲	۰/۲۹۱	۰/۰۵۳
	زمان*گروه	۲۰۳/۹۴۹	۱/۳۳۲	۱۵۳/۰۷۳	۶/۲۲۱	۰/۰۱۲	۰/۲۲۰
	خطا	۷۲۱/۲۷۳	۲۹/۳۱۲	۲۴/۶۰۷			
	بین‌گروهی	۱۶۹/۷۴۴	۱	۱۶۹/۷۴۴	۷/۱۱۵	۰/۰۱۴	۰/۲۴۴
فرسودگی اقتصادی	زمان	۳/۳۲۴	۱/۲۹۶	۲/۵۶۴	۰/۴۴۲	۰/۵۶۲	۰/۰۲۰
	زمان*گروه	۰/۹۴۹	۱/۲۹۶	۰/۳۷۹	۰/۰۶۵	۰/۸۶۰	۰/۰۰۳
	خطا	۱۶۵/۳۱۵	۲۸/۵۱۷	۵/۷۹۷			
	بین‌گروهی	۸/۸۰۰	۱	۸/۸۰۰	۲/۹۸۵	۰/۰۹۸	۰/۱۱۹

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-08]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.7.20.2]

نمره کل	زمان	۲۴۰/۶۰۳	۱/۴۶۶	۱۶۴/۰۹۶	۰/۷۸۶	۰/۴۲۸	۰/۰۳۴
	زمان*گروه	۱۱۵۷/۶۰۳	۱/۴۶۶	۷۸۹/۵۱۱	۳/۷۸۰	۰/۰۴۶	۰/۱۴۷
	خطا	۶۷۳۶/۵۳۶	۳۲/۲۵۷	۲۰۸/۸۳۹			
	بین‌گروهی	۱۶۳۰/۲۸۴	۱	۱۶۳۰/۲۸۴	۷/۴۲۰	۰/۰۱۲	۰/۲۵۲

نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری‌های مکرر در جدول ۳ ارائه شده است. نتایج نشان داد که بین نمرات سنجش اول، دوم و سوم بدون توجه به عامل گروه در زیرمقیاس‌ها و نمره کلی تفاوت معنادار وجود ندارد (P>۰/۰۵). اما روند تغییرات در زیرمقیاس‌های فرسودگی فردی (P=۰/۰۰۷، F=۶/۳۶۴)، عاطفی (P=۰/۰۱۲، F=۶/۲۲۱) و نمره کل (P=۰/۰۴۶، F=۳/۷۸۰) از مرحله سنجش اول به دوم و سپس پیگیری (اثر متقابل زمان و گروه) در گروه‌ها متفاوت بوده است (P<۰/۰۵). معناداری اثر متقابل زمان و گروه نشان می‌دهد، تغیرات متغیرها در دو گروه مراقبین مداخله و گواه روند متفاوتی را دنبال می‌کنند. به عبارتی، یافته‌های فوق حاکی از آن است که روند تغییر معناداری در میانگین متغیرهای مورد بررسی در مراحل ارزیابی مشاهده شده و میزان تغییرات مربوط به متغیرها طی مراحل ارزیابی در دو گروه مورد مطالعه یکسان نبوده است. در ادامه جهت بررسی روند تغییرات در هر یک از گروه‌های پژوهش، نتایج تفاوت‌های بین گروهی نشان داد بین مراقبین گروه‌های مداخله و گواه در زیرمقیاس‌های فرسودگی فردی (P=۰/۰۰۸، F=۶/۳۶۸)، عاطفی (P=۰/۰۱۴، F=۷/۱۱۵) و نمره کل (P=۰/۰۱۲، F=۷/۴۲۰) تفاوت معنادار وجود دارد و به ترتیب ۲۷ ، ۲۴ و ۲۵ درصد از تغییرات ناشی از عضویت گروهی است؛ اما در زیرمقیاس‌های فرسودگی اجتماعی و اقتصادی تفاوت معناداری مشاهده نشد (p>۰/۰۵). جهت بررسی اینکه در بین کدام یک از مراحل سنجش در متغیرهایی که تفاوت معنادار مشاهده شده است، از آزمون تعبی بون‌فرونی استفاده شد که در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴. میانگین و انحراف معیار نمرات فرسودگی مراقبین در مراقبین گروه‌های مداخله و گواه طی مراحل سنجش و مقایسه آن‌ها

مولفه‌ها	گروه‌ها		مراحل آزمون			آزمون تعبی بون‌فرونی		
			سنجش اول	سنجش دوم	سنجش سوم	سنجش اول تا دوم	سنجش اول تا سوم	سنجش دوم تا سوم
			میانگین±انحراف معیار	میانگین±انحراف معیار	میانگین±انحراف معیار	MD (P)	MD (P)	MD (P)
فرسودگی فردی	مراقبین مداخله	گروه	۲۰/۷۳±۶/۵۵	۱۳/۸۶±۴/۴۵	۱۶/۰۰±۵/۳۶	۶/۹۲۳ (۰/۰۳۲)	۴/۳۰۸ (۰/۰۴۵)	۲/۶۱۵ (۰/۵۲۵)
	مراقبین گواه	گروه	۱۹/۶۴±۵/۱۹	۲۱/۵۷±۴/۷۳	۲۱/۶۳±۴/۷۵	۳/۰۹۱ (۰/۱۱۰)	۲/۸۱۸ (۰/۱۱۸)	۰/۲۷۳ (۰/۴۶۹)
فرسودگی عاطفی	مراقبین مداخله	گروه	۱۷/۴۰±۴/۷۶	۱۱/۶۶±۴/۰۲	۱۳/۱۵±۴/۱۷	۵/۷۶۹ (۰/۰۳۳)	۴/۰۷۷ (۰/۰۴۷)	۱/۶۹۶ (۰/۵۱۳)
	مراقبین گواه	گروه	۱۶/۱۴±۴/۳۸	۱۷/۳۵±۳/۷۳	۱۷/۷۲±۴/۲۱	۲/۰۹۱ (۰/۴۳۱)	۲/۰۹۱ (۰/۴۳۱)	۰/۰۰۳ (۱/۰۰۰)
فرسودگی کلی	مراقبین مداخله	گروه	۵۲/۴۰±۱۶/۲۶	۳۸/۱۳±۱۲/۹۹	۴۲/۶۱±۱۱/۹۱	۱۴/۰۰۰ (۰/۰۰۲)	۸/۶۱۵ (۰/۰۰۷)	۵/۳۸۵ (۰/۰۴۵)
	مراقبین گواه	گروه	۵۱/۲۱±۱۴/۳۴	۵۳/۵۷±۱۳/۰۹	۵۵/۰۰±۱۲/۴۷	۳/۰۹۱ (۰/۶۲۳)	۴/۱۱۲ (۰/۰۲۵)	۰/۰۹۱ (۱/۰۰۰)

نتایج آزمون تعبی بن‌فرونی با محاسبه اختلاف میانگین‌ها (MD) نشان داد که نمرات مراقبین گروه مداخله در فرسودگی فردی و عاطفی و نمره کلی از سنجش اولیه تا پیگیری یکساله روند کاهش داشته است؛ اما نمره کلی از سنجش دوم تا پیگیری یکساله افزایشی بوده است، که نشان دهنده افزایش فرسودگی مراقبین بوده است (P<۰/۰۵). اما در گروه گواه فقط روند نمره فرسودگی کلی از سنجش اول تا دوم افزایشی بوده است که نشان دهنده افزایش فرسودگی مراقبین گروه گواه در طول زمان بوده است (P<۰/۰۵).

بحث و نتیجه‌گیری

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-08]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.7.20.2]

مطالعه حاضر با هدف پیگیری یک ساله فرسودگی مراقبین افراد مبتلا به اختلال دوقطبی دوقطبی پس از روان درمانی این بیماران انجام شد. نتایج این بررسی نشان داد که پس از گذشت یک سال از روان درمانی آن‌ها، میزان فرسودگی مراقبین گروه مداخله به‌طور معنادار کمتر از گروه مراقبین گروه گواه بوده است. اما در بررسی زیرمقیاس‌ها مشخص شد بین دو گروه در فرسودگی اجتماعی و اقتصادی تفاوت معناداری وجود ندارد. در زمینه اثربخشی روان درمانی بیماران دو قطبی در جهت کاهش فشار روانی مراقبین، نتایج حاضر با مطالعات البیلشا (۲۰۱۹) و وان‌در ورت و همکاران (۲۰۰۷) همسو است. همچنین نتایج یک بررسی مروری نشان داد که ارائه مداخلات روانشناختی در افراد مبتلا به اختلال دو قطبی با کاهش عود بیماری، کاهش موارد و مدت بستری، کاهش عود بیماری، پایبندی به درمان بهتر و کاهش انگ همراه بوده است. همچنین برنامه‌های درمانی در افراد مبتلا به اختلال دوقطبی با افزایش حمایت اجتماعی و احساس بهزیستی و کاهش فشار روانشناختی در مراقبین همراه بوده است (سو، ژانگ، جای[1] و همکاران، ۲۰۱۸).

حضور افراد مبتلا به اختلال دوقطبی در مداخلات روانشناختی و روان درمانی آن‌ها نقش موثری در کاهش علائم و تاثیرات بیشتر دارو درمانی دارد (فیدوروویچ، سیرانوفسکی، لیو[2] و همکاران، ۲۰۱۹). بررسی مطالعات نشان داده است که دارودرمانی به تنهایی نمی‌تواند در مدیریت بیماری‌های روانشناختی شدید همچون اسکیزوفرنی و دوقطبی موثر باشد، بلکه ارائه روان درمانی به آن‌ها (میکلوویتز، افهمیو، فروکاوا[3] و همکاران، ۲۰۲۱) و آموزش‌های روانشناختی به مراقبین (برانچ، پیسترانگ و بارکر[4]، ۲۰۱۸) می‌تواند اثرات دارو درمانی را افزایش دهد و در نتیجه وضعیت روانشناختی فرد مبتلا در وضعیت بهتری قرار گیرد که در نتیجه می‌تواند فشار مراقبین را تعدیل سازد.

مطالعات نشان می دهند که بسیاری از افراد مبتلا به اختلالات روانشناختی به علت بیماری و از دست دادن شغل و در کنار آن افزایش هزینه‌های درمانی با مشکلات اقتصادی دست به گریبان هستند (زارگو، هالماریام، الم[5] و همکاران، ۲۰۰۸)؛ یک مطالعه مروری نشان داد که حتی با بهتر شدن وضعیت روانشناختی بیماران، همچنان به دلیل انگ اجتماعی، بسیاری از کارفرماها حاضر به استخدام افرادی نیستند که سابقه روانپزشکی دارند (شاراس، مکرون، کلمنت[6] و همکاران، ۲۰۱۰). بر این اساس به نظر می‌رسد که مداخلات روانشناختی در بیماران دو قطبی تا اندازه‌ای بتواند میزان فرسودگی فردی و روانشناختی مراقبین را تعدیل کند، اما نمی‌تواند در بعد اقتصادی نقش موثری در کاهش فشار اقتصادی مراقبین داشته باشد.

مسئله دردناکی که در مورد همه بیماری‌های روانشناختی وجود دارد، بحث انگ اجتماعی است (حیدری، مشکین یزد و سودمند، ۱۳۹۴)؛ این مسئله باعث می‌شود که مراقبین و خانواده افراد مبتلا به اختلالات روانشناختی از جامعه کناره‌گیری کنند که به نوبه خود می‌تواند منابع حمایت اجتماعی را برای آن‌ها محدود سازد و فشار بار مراقبتی آن‌ها را بیشتر سازد (توماس، دارگیل، میگلیواکا[7] و همکاران، ۲۰۱۲). در این زمینه نیاز است تا خود مراقبین تحت مداخلات روانشناختی و حمایتی باشند تا بتوانند با اتکا به این مداخلات، مراقبت‌های بهتری از بیماران داشته باشند (استیل، ماریوما و گلینکر[8]، ۲۰۱۰). همچنین پیشنهاد شده است که جامعه با فرهنگ‌سازی بیشتر، پذیرش افراد مبتلا به اختلالات روانشناختی را در مردم افزایش داده و فشار اجتماعی مراقبین و ترس از انگ را کاهش دهد (حیدری و همکاران، ۱۳۹۴)؛ بر این اساس دور از انتظار نیست که مداخلات روانشناختی در بیماران نتوانسته است نقش موثری بر کاهش فشار اجتماعی مراقبین داشته باشد.

نتایج بررسی حاضر نشان داد که فرسودگی مراقبین افراد مبتلا به اختلال دوقطبی پس از روان درمانی آن‌ها به طور کلی کمتر از مراقبین گروه گواه بوده است، اما در بررسی زیرمقیاس‌ها نقاوت معناداری در ابعاد اجتماعی و اقتصادی فرسودگی مشاهده نشده است. بنابراین به نظر می‌رسد که جهت توانمندسازی مراقبین افراد مبتلا به اختلال دوقطبی نیازمند یک برنامه جامع توانمندسازی با در نظر گرفتن مداخلات روانشناختی، اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی است تا بتوان فرسودگی مراقبین را به حداقل ممکن کاهش داد.

این پژوهش در نمونه کمی از مراقبین افراد مبتلا به اختلال دوقطبی انجام شد که مهم‌ترین محدودیت این پژوهش به شمار می‌رود، اما از این جهت که این افراد پس از یکسال از دریافت مداخله در بیماران مورد بررسی قرار گرفتند از اهمیت مداخلات روان درمانی حمایت

1 . Soo, Zhang, Jia
2 . Fiedorowicz, Cyranowski, Liu
3 . Miklowitz, Efthimiou, Furukawa
4 . Baruch, Pistrang, & Barker
5 . Zergaw, Hailemariam, Alem
6 . Sharac, Mccrone, Clement
7 . Thomé, Dargél, Migliavacca
8 . Steele, Maruyama & Galynker

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-08]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.7.20.2]

می‌کند و از ارزش برخوردار است. ریزش افراد در مرحله پیگیری یکی دیگر از محدودیت‌های مطالعه بود. این پژوهش روی مراقبین افراد مبتلا به اختلال دو قطبی شهر اصفهان انجام شد، بنابراین می‌بایست در تعمیم نتایج به مراقبین افراد مبتلا به اختلال دو قطبی در سایر شهرها احتیاط کرد. همچنین در مطالعه حاضر مدت اختلال، نوع آن، میزان عود آن، نقش بیمار در خانواده (پدر، مادر، پسر و ...) کنترل نشده است که می‌تواند تعمیم نتایج را با محدودیت مواجه کند. بنابراین پیشنهاد می‌شود که جهت بالابردن اعتبار نتایج و کاهش اثر ریزش، در مطالعات آینده نمونه بیشتری تحت پیگیری قرار گیرد. همچنین اجرای این پژوهش در سایر شهرهای دیگر ایران و کنترل برخی از متغیرهای زمینه‌ای همچون مدت اختلال، نوع آن، میزان عود آن، نقش بیمار در خانواده (پدر، مادر، پسر و ...) در مطالعات آینده انجام شود. در زمینه کاربردی پیشنهاد می‌شود که سازمان‌های متولی بهداشت روانی با همکاری سازمان‌های حمایتی در جهت تدوین برنامه توانمندسازی مراقبین افراد مبتلا به اختلالات روانشناختی اقدامات لازم زا انجام داده تا بتوان به بهره‌گیری از آن فشار روانی مراقبین افراد مبتلا به اختلال دو قطبی را کاهش داد.

منابع

حیدری، ع.، مشکین یزد، ع.، سودمند، پ. (۱۳۹۴). انگ در نظام سلامت: مقاله مروری. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی ایلام*، ۲۳ (۴)، ۲۲۸-۲۱۷.

نویدیان، ع.، سالار، ع.، هاشمی‌نیا، ع.، کیخایی، الف. (۱۳۸۰). فرسودگی و خستگی روانی مراقبین خانوادگی بیماران روانی، بیمارستان و مرکز جامع روانپزشکی زاهدان، ۱۳۷۹. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی بابل*، ۳ (۴)، ۳۸-۳۳.

Agarwal, S., Naphade, N., & Sheety, J. (2017). Assessment of caregiver burden in psychiatric patients. *International journal of science and research*, *6*(6), 340-343.

Baruch, E., Pistrang, N., & Barker, C. (2018). Psychological interventions for caregivers of people with bipolar disorder: a systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*, *236*, 187-198.

Baruch, E., Pistrang, N., & Barker, C. (2018). Psychological interventions for caregivers of people with bipolar disorder: a systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*, *236*, 187-198.

Bornamanesh, A., Ghasemi, N., Javidi, H., & Mehryar, A. (In Press). Effectiveness of supportive-expressive dynamic psychotherapy on the outcomes of bipolar disorder in men. *Journal of Clinical Nursing and Midwifery*, *0* (0), 00-00.

Canales, G. D. L. T., Guarda-Nardini, L., Rizzatti-Barbosa, C. M., Conti, P. C. R., & Manfredini, D. (2019). Distribution of depression, somatization and pain-related impairment in patients with chronic temporomandibular disorders. *Journal of Applied Oral Science*, *27*.

Carvalho, A. F., Firth, J., & Vieta, E. (2020). Bipolar disorder. *New England Journal of Medicine*, *383*(1), 58-66.

Chaturvedi, S. K., Desai, G., & Shaligram, D. (2006). Somatoform disorders, somatization and abnormal illness behaviour. *International Review of Psychiatry*, *18*(1), 75-80.

El-Bilsha, M. A. (2019). Effect of family intervention on family caregivers' burden, depression, anxiety and stress among relatives of depressed patients. *Middle East Journal of Age and Ageing*, *16*(1), 3-13.

Fekadu, W., Mihiretu, A., Craig, T. K., & Fekadu, A. (2019). Multidimensional impact of severe mental illness on family members: systematic review. *BMJ open*, *9*(12), e032391.

Fiedorowicz, J. G., Cyranowski, J. M., Liu, Z., & Swartz, H. A. (2019). Changes in inflammation with treatment for bipolar II depression: Pilot trial data on differential effects of psychotherapy and medication. *Neurology, Psychiatry and Brain Research*, *33*, 112-118.

Goodwin, G. M. (2016). Bipolar disorder. *Medicine*, *44*(11), 661-663.

Luborsky, L. (1984). *Principles of psychoanalytic psychotherapya manual for supportive-expressive treatment* (No. 616.8917 L8).

Miklowitz, D. J., Efthimiou, O., Furukawa, T. A., Scott, J., McLaren, R., Geddes, J. R., & Cipriani, A. (2021). Adjunctive psychotherapy for bipolar disorder: a systematic review and component network meta-analysis. *JAMA psychiatry*, *78*(2), 141-150.

Molloy, G. J., Johnston, D. W., & Witham, M. D. (2005). Family caregiving and congestive heart failure. Review and analysis. *European journal of heart failure*, *7*(4), 592-603.

Ogilvie, A. D., Morant, N., & Goodwin, G. M. (2005). The burden on informal caregivers of people with bipolar disorder. *Bipolar disorders*, *7*, 25-32.

Perlick, D. A., Hohenstein, J. M., Clarkin, J. F., Kaczynski, R., & Rosenheck, R. A. (2005). Use of mental health and primary care services by caregivers of patients with bipolar disorder: a preliminary study. *Bipolar disorders*, *7*(2), 126-135.

Perlick, D. A., Miklowitz, D. J., Link, B. G., Struening, E., Kaczynski, R., Gonzalez, J., ... & Rosenheck, R. A. (2007). Perceived stigma and depression among caregivers of patients with bipolar disorder. *The British Journal of Psychiatry*, *190*(6), 535-536.

Pompili, M., Harnic, D., Gonda, X., Forte, A., Dominici, G., Innamorati, M., ... & Girardi, P. (2014). Impact of living with bipolar patients: Making sense of caregivers' burden. *World Journal of Psychiatry*, *4*(1), 1.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-08]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.7.20.2]

Rao, P., Grover, S., & Chakrabarti, S. (2020). Coping with caregiving stress among caregivers of patients with schizophrenia. *Asian Journal of Psychiatry*, *54*, 102219.

Sahithya, B. R., & Reddy, R. P. (2018). Burden of mental illness: A review in an Indian context. *International Journal of Culture and Mental Health*, *11*(4), 553-563.

Sharac, J., Mccrone, P., Clement, S., & Thornicroft, G. (2010). The economic impact of mental health stigma and discrimination: a systematic review. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, *19*(3), 223-232.

Soo, S. A., Zhang, Z. W., Jia, S., Khong, E., Low, J. E. W., Vamadevan, S., & Vieta, E. (2018). Randomized controlled trials of psychoeducation modalities in the management of bipolar disorder: a systematic review. *The Journal of clinical psychiatry*, *79*(3), 18-32.

Steele, A., Maruyama, N., & Galynker, I. (2010). Psychiatric symptoms in caregivers of patients with bipolar disorder: a review. *Journal of affective disorders*, *121*(1-2), 10-21.

Thomé, E. S., Dargél, A. A., Migliavacca, F. M., Potter, W. A., Jappur, D. M. C., Kapczinski, F., & Ceresér, K. M. (2012). Stigma experiences in bipolar patients: the impact upon functioning. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, *19*(8), 665-671.

Van der Voort, T. Y. G., Goossens, P. J. J., & Van Der Bijl, J. J. (2007). Burden, coping and needs for support of caregivers for patients with a bipolar disorder: a systematic review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, *14*(7), 679-687.

Van der Walt, I. A., & Carbonatto, C. L. (2019). The needs of caregivers of bipolar patients. *Social Work*, *55*(1), 56-68.

Whiteford, H. A., Ferrari, A. J., Degenhardt, L., Feigin, V., & Vos, T. (2015). The global burden of mental, neurological and substance use disorders: an analysis from the Global Burden of Disease Study 2010. *PloS one*, *10*(2), e0116820.

Yu, Y., Liu, Z. W., Zhou, W., Chen, X. C., Zhang, X. Y., Hu, M., & Xiao, S. Y. (2018). Assessment of burden among family caregivers of schizophrenia: psychometric testing for short-form Zarit burden interviews. *Frontiers in psychology*, *9*, 2539.

Zarit, S. H., Reever, K. E., & Bach-Peterson, J. (1980). Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. *The gerontologist*, *20*(6), 649-655.

Zergaw, A., Hailemariam, D., Alem, A., & Kebede, D. (2008). A longitudinal comparative analysis of economic and family caregiver burden due to bipolar disorder. *African journal of psychiatry*, *11*(3), 191-198.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-08]

[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.7.20.2]