

# مقایسه شاخص‌های کیفیت زندگی در مراقبان بیمار اسکیزوفرنیک با و بدون وابستگی به مواد

\*مهديه احمدی<sup>۱</sup>، مهدی شیخنا<sup>۲</sup>، فیروزه جعفری<sup>۳</sup>، حمیدرضا خانکه<sup>۴</sup>، پوریا رضاسلطانی<sup>۵</sup>، رباب تیموری<sup>۶</sup>، محمدحسن فرهادی<sup>۷</sup>، سوسن صالحی<sup>۸</sup>

- ۱- کارشناس ارشد رفاه اجتماعی، مرکز تحقیقات سوءمصرف و وابستگی به مواد، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران
- ۲- کارشناس ارشد روان‌پرستاری، عضو هیئت علمی دانشگاه آزاد اسلامی، دانشکده پزشکی، واحد قم، ایران
- ۳- روانپزشک، مرکز تحقیقات سوءمصرف و وابستگی به مواد، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران
- ۴- دکترای پرستاری، دانشیار مرکز تحقیقات حوادث و بلايا، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران
- ۵- کارشناس ارشد آمار، دپارتمان فناوری اطلاعات، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران
- ۶- دکترای زبان‌شناسی، مرکز تحقیقات توانبخشی اعصاب اطفال، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران
- ۷- دانشجوی دکترای علوم اعصاب شناختی، مرکز تحقیقات سوءمصرف و وابستگی به مواد، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران
- ۸- کارشناس روان‌شناسی، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، تهران، ایران

## چکیده

**هدف:** این مطالعه با هدف بررسی و مقایسه شاخص‌های کیفیت زندگی در مراقبان بیمار اسکیزوفرنیک (با وابستگی به مواد و بدون وابستگی بدون مواد) در مرکز روانپزشکی رازی انجام شده است.

**روش بررسی:** در این مطالعه تحلیلی حجم نمونه‌ای ۳۰ نفره از دو گروه مراقبان بیماران اسکیزوفرنیک مبتلا و غیرمبتلا به سوءمصرف مواد به‌طور ساده و در دسترس از بیماران مرکز روانپزشکی رازی انتخاب شدند. کیفیت زندگی آنها با پرسشنامه کیفیت زندگی WHO سنجیده و نتایج با آزمون تی مستقل تحلیل شد.

**یافته‌ها:** نتایج کلی پژوهش حاضر نشان داد که کیفیت زندگی در تمامی ابعاد آن در مراقب بیمار اسکیزوفرنیک غیروابسته به مواد و مراقب بیمار اسکیزوفرنیک وابسته به مواد مشابه می‌باشد. در دو گروه مراقبان، به دلیل درگیری‌های مکرر جسمی و روانی با بیمار شاخص سلامت جسمی پایین بوده، استیگمای ناشی از بیماری روانی باعث افت شاخص وضعیت اجتماعی و نیز شاخص مذهبی شده و در عوض میانگین سایر شاخص‌های کیفیت زندگی (وضعیت محیطی، وضعیت استقلال) به دلیل تلاش‌های مکرر اجتماعی و محیطی خانواده‌ها در زمینه کمک‌خواهی برای حل مسائلشان بالا رفته است.

**نتیجه‌گیری:** بنظر می‌رسد اعتیاد به مواد در بیماران اسکیزوفرنیک تأثیری بر کیفیت زندگی مراقبان آنها نداشته باشد.

**کلیدواژه‌ها:** مراقب، بیمار اسکیزوفرنیک وابسته به مواد، وابستگی به مواد، کیفیت زندگی

دریافت مقاله: ۹۲/۱۰/۰۱  
پذیرش مقاله: ۹۲/۱۲/۰۴

## \* آدرس نویسنده مسئول:

تهران، اوین، بلوار دانشجو، بن‌بست کودکیار، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، مرکز تحقیقات سوءمصرف و وابستگی به مواد  
\*تلفن: ۲۲۱۸۰۰۹۵ (۲۱) ۹۸+

## \* رایانامه:

m\_ahmadi\_405@yahoo.com



## مقدمه

مطالعه در باب کیفیت زندگی از اهداف مشخص سازمان‌های اجتماعی و بهداشتی درمانی است. موضوع کیفیت زندگی از دو جنبه نظری و کاربردی دارای اهمیت است. بعد نظری: سنجش کیفیت زندگی در درجه اول تحقیقی است که موجب گسترش شناخت و دانش موجود می‌شود و بعد کاربردی: در جوامعی که مهمترین هدف دولت تامین رفاه و آسایش مردم و ارتقای کیفیت زندگی آنان است، این نوع پژوهش‌ها لازمه ارزیابی دولت از عملکرد خویش و آگاهی از عوامل نارضایتی در زندگی مردم است (۱).

بیمار روانی جزئی از جامعه بوده که متأسفانه کمتر مورد توجه قرار گرفته و اغلب از سوی جامعه طرد می‌شود. گرچه هم اکنون بعد از گذشت مدت زمانی طرح ساماندهی بیماران روانی مورد بررسی و توجه قرار گرفته، ولی هنوز بیمار روانی در موقعیت بسیار نامناسب بوده و حمایت کافی دریافت نمی‌کند، خانواده این بیماران مورد غفلت بوده و مراقبان بیمار با مشکلات متعدد مثل نگرش منفی جامعه و به تبع آن روابط اجتماعی ضعیف و مختل دست به گریبان می‌باشند (۲).

اغلب تحقیقات صورت گرفته بر تأثیر خانواده بر بروز اختلال روانپزشکی توجه شده و کمتر به تأثیر بیمار روانی بر کیفیت زندگی خانواده و کیفیت زندگی مراقب بیمار روانی توجه شده است. یکی از این بیماری‌ها اسکیزوفرنیا می‌باشد.

اسکیزوفرنیا از بدخیم‌ترین اختلالات روانپزشکی محسوب می‌شود و علی‌رغم آنکه این اختلال به عنوان یک بیماری واحد تحت بررسی قرار می‌گیرد ولی شامل اختلالاتی می‌باشد که در یک گروه نامتجانس قرار گرفته و تظاهرات بالینی، پاسخ به درمان و سیر بیماری متفاوتی دارند. این اختلال یکی از شدیدترین بیماری‌های روانی می‌باشد و حدود ۱/۳ درصد از کل جمعیت ایالت متحده آمریکا یا به عبارتی بیش از ۳ میلیون نفر به آن مبتلا هستند. اسکیزوفرنیا بیماری مغزی ناتوان‌کننده است که بر روی افکار، زبان، هیجانات، رفتارهای اجتماعی و توانایی درک صحیح از واقعیت تأثیر می‌گذارد و متأسفانه مبتلایان به این بیماری نه تنها توسط مردم عادی بلکه توسط جامعه پزشکی نیز درک نمی‌شوند. اسکیزوفرنیا دارای علت ناشناخته با تظاهرات متفاوت است که با علایم مثبت و منفی مشخص می‌گردد. اگرچه این بیماری یک اختلال شناختی نمی‌باشد ولی اغلب باعث بروز نواقص شناختی در بیمار می‌گردد. علائم اسکیزوفرنیا بر تفکر، احساس، رفتار و عملکرد اجتماعی و شغلی بیمار تأثیر منفی می‌گذارد. همانطور که از معنای کلمه اسکیزوفرنیا استنباط می‌شود این اختلال، نوعی گسستگی در حوزه‌های مختلف ذهنی اعم از تفکر، درک، عواطف و ... ایجاد می‌نماید که به شکل علائم روانپزشکی مانند هذیان،

توهم و ... بروز می‌نماید. این بیماری اختلال مزمن با سیر پیش‌رونده می‌باشد که بیمار بارها و بارها با علائم حاد در بیمارستان بستری شده و سرانجام باعث افول تمام شخصیت وی می‌گردد (۳). میزان شیوع این بیماری ۰/۵ تا ۱/۵ درصد تخمین زده شده است و میزان بروز آن ۰/۵ تا ۵ مورد در هر ۱۰ هزار نفر جمعیت کلی می‌باشد. این اختلال در تمامی نژادها بروز نموده است و هیچ گروه فرهنگی از آن در امان نمی‌باشد. با توجه به شیوع آن، حدود ۱ میلیون نفر از جمعیت کشورمان به این بیماری مبتلا هستند. این بیماری عملکرد اجتماعی، تحصیلی و شغلی مبتلایان را دچار اختلالات عمده‌ای می‌نماید. این بیماران تقریباً ۵۰ درصد تخت‌های بیمارستان‌های روانپزشکی را به خود اختصاص داده و تقریباً ۱۶ درصد بیماران روانپزشکی که به نوعی تحت درمان قرار می‌گیرند، مبتلا به اسکیزوفرنیا می‌باشند. از دهه ۱۹۷۰ (با خودداری از بستری نمودن طولانی مدت در مراکز نگهداری) تعداد بیماران اسکیزوفرنیک که در بیمارستانها بستری بودند ۴۰ تا ۵۰ درصد کاهش یافت. بر طبق گزارش‌های موجود، میزان بهبودی در طیفی از ۱۰ تا ۶۰ درصد متغیر است و تخمین منطقی آن است که بگوئیم ۲۰ تا ۳۰ درصد از همه بیماران اسکیزوفرنیک می‌توانند زندگی در مجموع بهنجاری را سپری کنند (۳).

خانواده‌ها نقش اصلی مراقب اولیه از فرد مبتلا به اختلال روانپزشکی را بر عهده دارند، بنابراین شناسایی عوامل فشارزا و درک نیازهای آنها جهت تداوم مراقبت از اولویت بالایی برخوردار است (۱). بیماری‌های مزمن بر روی کیفیت زندگی و سلامتی اثرات منفی برجای می‌گذارد و این در حالی است که بین کیفیت زندگی و سلامتی ارتباط تنگاتنگی وجود دارد (۴).

موجب‌بسیک (۲۰۰۳) اذعان دارد که اسکیزوفرنیا زندگی افراد و خانواده مبتلا را دچار اختلال نموده و این افراد از نگرانی‌ها، ناتوانی‌ها، کاهش عملکرد و کیفیت زندگی پائین رنج می‌برند. بر طبق اکثر استانداردها، زندگی بیماران اسکیزوفرنیک و خانواده شان فاقد رضایت در محدوده تجارب روزانه، ارتباطات بین فردی، عملکرد اجتماعی و احساس خوب بودن و لذت بردن می‌باشد و این عوامل، تجارب عینی و احساسات ذهنی ایجاد می‌کند که پائین‌تر از حد رضایت‌بخش کیفیت زندگی است (۳). اسکیزوفرنیا کل زندگی مراقب را تحت تأثیر قرار داده و وی را دچار استرس پریشانی، افسردگی می‌نماید که در واقع بر کیفیت زندگی تأثیر می‌گذارد (۵، ۶).

یکی از مهم‌ترین آسیب‌های اجتماعی رو به افزایش در ایران سوء‌مصرف مواد می‌باشد که تهدیدی برای فرد و خانواده وی می‌باشد. اختلالات وابسته به مواد یک مساله گسترده بهداشت عمومی است که در زمینه‌های گوناگون کارکرد اجتماعی، ایجاد



ناتوانی می‌کند. یک تعریف از اعتیاد توسط مول و کوب (۲۰۰۶) به این ترتیب ارائه شده است که "اعتیاد به مواد، که به عنوان وابستگی به مواد نیز شناخته می‌شود، اختلالی مزمن و عود کننده است که این خصوصیات را دارا می‌باشد: (۱) اجبار به جستجو و تقاضای مواد (۲) نداشتن کنترل بر محدود کردن تقاضا و (۳) پیدایش حالت عاطفی و هیجانی منفی (مانند ملال، اضطراب و حساسیت) در هنگام محرومیت از مواد". در ایالات متحده، ۳۷٪ جمعیت حداقل یکبار ماده‌ای ممنوع را تجربه کرده‌اند و بیش از ۱۵٪ جمعیت بالای ۱۸ سال مساله سوء مصرف مواد جدی دارند (۷).

مطالعات نشان می‌دهد که در خانواده‌های معتادان روابط زوجین، روابط پدر معتاد با فرزندان، روابط اجتماعی خانواده و کارکردهای خانواده (کارکرد جنسی، اقتصادی، آموزشی و...) که از شاخص‌های کیفیت زندگی اند مختل می‌شود (۷). پس شناسایی عوامل موثر بر عملکرد خانواده و مراقب فرد معتاد مهم می‌باشد. ۷۰ تا ۸۰ درصد بیماران اسکیزوفرنیک سیگاری‌اند و در حدود ۵۰٪ آنها معیارهای اختلال سوء مصرف مواد در خلال دوره‌هایی از زندگی‌شان یافت می‌شود (۸). ابتدا همزمان به اسکیزوفرنیا و سوء مصرف مواد به طور شاخصی باعث افزایش طول دوره و شدت علائم این بیماری می‌شود (۸، ۹). همراهی اختلالات مصرف مواد در حداقل ۲۵٪ بیماران اسکیزوفرنیک و در مطالعات اخیر ۵۹٪ گزارش شده است. بین ۲۰ تا ۲۵ درصد بیماران روانپزشکی که با تشخیص اسکیزوفرنیا بستری می‌شوند مصرف اخیر مواد را گزارش کرده‌اند (۱۰). هزینه‌های مربوط به بیمار اسکیزوفرنیک معتاد ۶۰٪ بیشتر از بیمار غیرمعتاد می‌باشد که این امر ناشی از دفعات بستری بیشتر این بیماران می‌باشد (۱۱). یکی از شاخص‌های کیفیت زندگی وضعیت اقتصادی و اجتماعی است که این تأثیر بر منابع مالی باعث تغییر میزان کیفیت زندگی خانواده این نوع بیماران می‌شود. سوء مصرف مواد باعث کاهش کیفیت و کمیت روابط اعضای خانواده با عضو مبتلا به اختلال روانپزشکی شده، رضایت‌مندی از روابط فی‌مابین کاهش پیدا می‌کند. این موضوع منجر به درمان‌جویی بیشتر اعضای این خانواده‌ها و مشارکت بیشتر آنها در امر درمان بیمارانشان می‌شود (۱۲).

تحقیق حاضر با هدف مقایسه شاخص‌های کیفیت زندگی در مراقب بیمار اسکیزوفرنیک (با وابستگی به مواد و بدون وابستگی به مواد) در مرکز روانپزشکی رازی انجام شد.

### روش بررسی

این پژوهش یک مطالعه تحلیلی می‌باشد که هدف کلی آن "مقایسه شاخص‌های کیفیت زندگی در مراقبان بیماران اسکیزوفرنیک با

وابستگی به مواد و بدون وابستگی به مواد در مرکز روانپزشکی رازی در سال ۱۳۹۰" بود. جامعه مورد بررسی در این تحقیق مراقبان بیماران مبتلا به بیماری اسکیزوفرنیک (با وابستگی به مواد و بدون وابستگی به مواد) بستری در بخش‌های مرکز روانپزشکی رازی که قیومیت و نگهداری بیمار بر عهده آنها می‌باشد، بود.

این خانواده‌ها برای ورود به مطالعه می‌بایستی قادر به تکلم زبان فارسی بوده و در محدوده سنی ۲۰ تا ۶۰ سال قرار می‌گرفتند. مراقب اصلی بیمار بوده، مبتلا به بیماری حاد و مزمن جسمی نباشند. مراقب وابستگی به مواد نداشته باشد. مراقبان بیماران ابتدا با نمونه‌گیری مبتنی بر هدف با توجه به معیارهای ورودی از بخش‌های فعال بیمارستان روانپزشکی رازی انتخاب شدند. سپس متناسب با تعریف مورد نظر در مطالعه، جامعه آماری در گروه مراقب بیمار اسکیزوفرنیک معتاد و غیرمعتاد تفکیک شده و اندازه نمونه با در نظر گرفتن خطای نوع اول ۰/۱۰ و توان آزمون ۰/۸۰ از هر گروه حداقل ۴۶ نفر تعیین شد. با توجه به محدودیت در دسترسی به مراقب بیمار اسکیزوفرنیک (به خصوص مراقب بیمار اسکیزوفرنیک با وابستگی به مواد)، در این مطالعه از حجم نمونه ۳۰ تا ۳۰ تایی از هر گروه برای مقایسه دو گروه استفاده شد. لازم به ذکر است که دو گروه نمونه از نظر سن، جنس، وضعیت تاهل، میانگین تعداد افراد خانواده، وضعیت تحصیلات، وضعیت شغل، وضعیت بیمه، میانگین دفعات بستری در کل، میانگین دفعات بستری در سال قبل، نسبت مراقب، وضعیت اقتصادی، وضعیت اسکان، وجود عضو بیمار دیگر، وضعیت دوره‌های آموزشی، مصرف دارو، ارجاع به مشاور یا پزشک همسان بودند (P>0/05). گروه نخست مراقبان بیماران اسکیزوفرنیک بدون سوء مصرف مواد (بیش از ۲ سال از آغاز بیماری اسکیزوفرنیا گذشته باشد) و گروه دوم مراقبان بیماران اسکیزوفرنیک با سوء مصرف مواد (بیش از ۲ سال از آغاز بیماری اسکیزوفرنیا گذشته باشد) و اعتیاد تشخیص داده شده و ثبت شده در پرونده مدنظر پژوهشگر قرار گرفت.

ابزار گردآوری داده‌ها شامل دو پرسشنامه بود. یک پرسشنامه اطلاعات جمعیت‌شناختی که شامل چک لیست متغیرهای دموگرافیک مثل سن، جنس، درآمد، نوع بیمه، وضعیت شغل، وضعیت تاهل، وضعیت اسکان، وضعیت اسکان، وضعیت سرپرستی، نسبت مراقب، تعداد افراد خانواده، وضعیت تحصیلات، دفعات بستری در کل، دفعات بستری در سال قبل، وضعیت اقتصادی، وجود بیمار دیگر در خانواده مراقب، مصرف دارو، ارجاع به مشاور یا پزشک در ۶ ماه گذشته بود که ابتدا برای همه تکمیل شد و دیگری پرسشنامه WHOQOL-100 که توسط



مراقبان در هر دو گروه تکمیل گردید.

پرسشنامه کیفیت زندگی WHO ابزاری ساختاریافته می‌باشد که توسط نمونه‌های تحقیق تکمیل می‌شود. این ابزار بر درک افراد از وضعیت خود تاکید داشته و نظر افراد را نسبت به سلامتی خود جویا می‌شود. خصوصیات مورد سنجش آن سلامت جسمی، سلامت روان، وضعیت استقلال، روابط اجتماعی، وضعیت محیط و مذهب بودند. پرسشنامه WHO شامل ۶ قلمرو عمده کیفیت زندگی و ۲۴ بخش جزئی‌تر که هر بخش ۴ سوال دارد می‌باشد. این پرسشنامه مجموعاً ۹۶ سوال را در بر می‌گیرد. ۴ سوال نیز برای اندازه‌گیری سلامت و کیفیت زندگی کلی زندگی طرح شده که یک پرسشنامه ۱۰۰ سوالی به دست می‌دهد. همه سوال‌ها در یک مقیاس ۵ درجه‌ای (از ۱ تا ۵) (از هیچ تا خیلی زیاد) نمره‌گذاری می‌شوند. این پرسشنامه به طور گسترده‌ای مورد استفاده قرار گرفته است به طوری که در پژوهش میرزا حسینی و همکاران در قم ضرایب پایایی هیچ یک از شاخص‌های کل از ۸۲٪ کمتر نبوده است (۱۳).

ورود به محیط پژوهش پس از دریافت اجازه‌نامه رسمی از دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی و انجام هماهنگی با مدیریت مرکز روانپزشکی رازی، انجام پذیرفت. پس از هماهنگی با مدیریت با هماهنگی واحد مددکاری و دفتر پرستاری پرسشنامه با در نظر گرفتن معیارهای ورود به مطالعه بین خانواده‌های بیماران اسکیزوفرنیک توزیع شده و مصاحبه با مراقبان انجام شد. در مورد محرمانه بودن اطلاعات مربوط به نمونه‌ها در پژوهش به مراقبان اطمینان داده شد.

داده‌ها پس از جمع‌آوری با استفاده از نرم افزار spss (نسخه ۱۹) و آزمون‌های کولموگروف اسمیرنوف، لون، تی مستقل، یا من ویتنی و خی دو در سطح معنی‌داری  $\alpha = 0/05$  تجزیه و تحلیل شدند.

### یافته‌ها

یافته‌ها در مقایسه ارزیابی همسانی و توصیف وضعیت دموگرافیک در دو گروه مراقب بیمار اسکیزوفرنیک وابسته به مواد و غیروابسته به مواد نشان داد که دو گروه مزبور از نظر میانگین سن، جنس، وضعیت تاهل، میانگین تعداد افراد خانواده، وضعیت تحصیلات، وضعیت شغل، وضعیت بیمه، میانگین دفعات بستری در کل، میانگین دفعات بستری در سال قبل، نسبت مراقب، وضعیت اقتصادی، وضعیت اسکان، وجود عضو بیمار دیگر، وضعیت دوره‌های آموزشی، مصرف دارو، ارجاع به مشاور یا پزشک همسان بودند ( $P > 0/05$ ). فقط دو گروه مزبور از نظر وضعیت سرپرستی با هم همسان نبودند ( $P > 0/05$ ). در گروه

مراقب بیمار اسکیزوفرنیک غیروابسته به مواد بیشترین (۳۰٪) بار سرپرستی بر عهده فرزند و کمترین (۳/۳٪) بار سرپرستی به عهده مادر بود. در گروه مراقب بیمار اسکیزوفرنیک وابسته به مواد بیشترین (۷۶/۷٪) بار سرپرستی بر عهده فرزند و کمترین (۰) بار سرپرستی بر عهده پدر و خود بیمار بود.

آزمون‌های تی مستقل و من ویتنی برای مقایسه نمرات کیفیت زندگی در هر ۶ گویه و نیز در نمره کلی در دو گروه استفاده شد. نتایج تحلیل‌های آماری نشان داد که میانگین سلامت جسمی در دو گروه مراقب بیمار اسکیزوفرنیک غیروابسته به مواد و مراقب بیمار اسکیزوفرنیک وابسته به مواد اختلاف معنی‌داری نداشت ( $P = 0/221$ ). میانگین سلامت روان در دو گروه مراقب بیمار اسکیزوفرنیک غیروابسته به مواد و مراقب بیمار اسکیزوفرنیک وابسته به مواد اختلاف معنی‌داری نداشت ( $P = 0/912$ ). میانگین وضعیت استقلال در دو گروه مراقب بیمار اسکیزوفرنیک غیروابسته به مواد و مراقب بیمار اسکیزوفرنیک وابسته به مواد اختلاف معنی‌داری نداشت ( $P = 0/758$ ). میانگین وضعیت روابط اجتماعی در دو گروه مراقب بیمار اسکیزوفرنیک غیروابسته به مواد و مراقب بیمار اسکیزوفرنیک وابسته به مواد اختلاف معنی‌داری نداشت ( $P = 0/916$ ). میانگین وضعیت محیط زندگی در دو گروه مراقب بیمار اسکیزوفرنیک وابسته به مواد و مراقب بیمار اسکیزوفرنیک وابسته به مواد اختلاف معنی‌داری نداشت ( $P = 0/386$ ). میانگین کیفیت زندگی کلی نیز در دو گروه مراقب بیمار اسکیزوفرنیک غیروابسته به مواد و مراقب بیمار اسکیزوفرنیک وابسته به مواد اختلاف قابل ملاحظه‌ای را نشان نداد ( $P = 0/365$ ) (جدول شماره ۱). برای مقایسه میانگین نمره وضعیت مذهب در دو گروه مراقب بیمار اسکیزوفرنیک غیروابسته به مواد و مراقب بیمار اسکیزوفرنیک وابسته به مواد به دلیل نرمال نبودن نمرات نرمالته در دو گروه ( $P = 0/035$ ) از آزمون من ویتنی استفاده شد. نتیجه تحلیل آماری نشان داد که اختلاف معنی‌داری در میانگین نمره مذهب در دو گروه مراقب بیمار اسکیزوفرنیک غیر وابسته به مواد و مراقب بیمار اسکیزوفرنیک وابسته به مواد وجود نداشت ( $P = 0/994$ ) (جدول شماره ۲).

در بین ابعاد کیفیت زندگی مراقب بیمار اسکیزوفرنیک بدون وابستگی به مواد، میانگین نمره محیط از بالاترین مقدار (۹۶/۶۰۰۰) و میانگین نمره وضعیت مذهب (۱۵/۳۰۰۰) از پایین‌ترین مقدار برخوردار بود (جدول‌های ۱ و ۲).

در بین ابعاد کیفیت زندگی مراقب بیمار اسکیزوفرنیک با وابستگی به مواد نیز، میانگین نمره محیط از بالاترین مقدار (۹۱/۷۶۶) و میانگین نمره وضعیت مذهب (۱۵/۵۰۰۱) از پایین‌ترین مقدار برخوردار بود.



جدول ۱. مقایسه میانگین کیفیت زندگی و ابعاد آن در گروه مراقب بیمار اسکیزوفرنیک غیروابسته به مواد و وابسته به مواد در مرکز روانپزشکی رازی سال ۱۳۹۰

شاخص آماری متغیر	نوع مراقب	میانگین	انحراف معیار	آماره t	درجه آزادی	مقدار احتمال
سلامت جسمی	مراقب بیمار اسکیزوفرنیک غیروابسته به مواد	۳۸/۸۳۳	۷/۳۲۰	۰/۲۳۶	۵۰/۲۳۴	۰/۲۲۱
	مراقب بیمار اسکیزوفرنیک وابسته به مواد	۴۱/۸۳۳	۱۱/۰۹۲			
سلامت روان	مراقب بیمار اسکیزوفرنیک غیروابسته به مواد	۶۴/۹۳۳	۱۱/۸۸۱	۰/۱۱۲	۵۸	۰/۹۱۲
	مراقب بیمار اسکیزوفرنیک وابسته به مواد	۶۵/۳۰۰	۱۳/۵۰۳			
وضعیت استقلال	مراقب بیمار اسکیزوفرنیک غیروابسته به مواد	۵۹/۷۰۰	۱۰/۹۲۳	۲۷۰/۵	۵۸	۰/۷۵۸
	بیمار اسکیزوفرنیک وابسته به مواد	۶۰/۵۰۰	۱۱/۶۲۵			
وضعیت روابط اجتماعی	مراقب بیمار اسکیزوفرنیک غیروابسته به مواد	۳۶/۳۰۰	۱۰/۳۹۶	۰/۱۰۶	۵۸	۰/۹۱۶
	مراقب بیمار اسکیزوفرنیک وابسته به مواد	۳۶/۰۳۳۳	۹/۰۱۹			
محیط	مراقب بیمار اسکیزوفرنیک غیروابسته به مواد	۹۶/۶۰۰	۱۷/۷۱۹	۰/۹۰۸	۵۸	۰/۳۶۸
	مراقب بیمار اسکیزوفرنیک وابسته به مواد	۹۱/۷۶۶	۲۳/۱۶۳			
کیفیت کلی زندگی	مراقب بیمار اسکیزوفرنیک غیروابسته به مواد	۳۱۱/۶۶۶	۴۶/۴۹۵	۰/۹۱۳	۵۸	۰/۳۶۵
	مراقب بیمار اسکیزوفرنیک وابسته به مواد	۳۱۰/۹۳۳	۵۹/۱۱۷			

جدول ۲. مقایسه میانگین نمره کلی وضعیت مذهب در مراقب بیمار اسکیزوفرنیک غیروابسته به مواد و وابسته به مواد در مرکز روانپزشکی سال ۱۳۹۰

شاخص متغیر	گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار	میانگین نمرات	آماره من ویتنی	مقدار احتمال
مذهب	مراقب بیمار اسکیزوفرنیک غیروابسته به مواد	۳۰	۱۵/۳۰۰	۳/۹۱۴	۳۰/۴۸	۴۴۹/۵۰۰	۰/۹۴۴
	مراقب بیمار اسکیزوفرنیک وابسته به مواد	۳۰	۱۵/۵۰۰	۳/۳۰۸	۳۰/۵۲		

نمره در بین ابعاد کیفیت زندگی مراقب بیمار اسکیزوفرنیک با وابستگی به مواد برخوردار است. به نظر می‌رسد به‌طور مشابه با گروه قبل مواد و اعتیاد در اوقات فراغت، آزادی، فرصت کسب اطلاعات جدید، محیط خانه، حمل و نقل (شاخص‌های وضعیت محیط) در خانواده تأثیری محسوس نداشته باشد.

پژوهش حاضر نشان داد که نمره میانگین کیفیت کلی زندگی در مراقب بیمار اسکیزوفرنیک با وابستگی به مواد پایین می‌باشد (۳۱۰/۹۹۳). در مورد تأثیر بیماری اسکیزوفرنیک با وابستگی به مواد بر کیفیت زندگی خانواده مطالعه مشخصی صورت نگرفته است. در تحقیقی با عنوان شناسایی عوارض اعتیاد در زنان دارای همسر معتاد که توسط نوری و همکاران در سال ۱۳۸۷ انجام شد، این نتیجه حاصل شد که زنانی با شوهر معتاد به مواد از موارد زیر که شاخص‌های جسمی و روانی کیفیت زندگی می‌باشند رنج می‌برند:

- سوء رفتار لفظی، فیزیکی و جنسی
- استرس عاطفی
- عزت نفس پایین
- فقر
- عدم امنیت اقتصادی اجتماعی

## بحث

یافته‌ها نشان داد که میانگین نمره گویه محیط از بالاترین نمره (۹۶/۶۰) و میانگین نمره وضعیت مذهب (۱۵/۳۰) از پایین‌ترین نمره در بین ابعاد کیفیت زندگی مراقب بیمار اسکیزوفرنیک بدون وابستگی به مواد برخوردار است. به نظر می‌رسد مراقب بیمار اسکیزوفرنیک بدون وابستگی به مواد با وجود بیماری روان در خانواده از نظر اوقات فراغت، آزادی، فرصت کسب اطلاعات جدید، محیط خانه، حمل و نقل (شاخص‌های وضعیت محیط) در وضعیت خوبی بوده و از مذهب و عقاید شخصی فقط در مواقع لزوم استفاده می‌نماید.

در تحقیقی که Anger Meyer و همکاران با عنوان کیفیت زندگی همسران بیماران روانی انجام دادند، بیان کردند که کیفیت زندگی همسران بیماران روانی در مقایسه با خانواده بدون بیمار روان، در حوزه‌های روانشناختی-بهنیستی-ارتباط اجتماعی پایین‌تر می‌باشد (۴). این تحقیق با تحقیق حاضر که نمرات میانگین کیفیت کلی زندگی در مراقب بیمار اسکیزوفرنیک بدون وابستگی به مواد پایین می‌باشد (۳۱۱/۶۶) تطابق داشت.

از دیگر یافته‌های تحقیق، میانگین نمره محیط از بالاترین نمره (۹۱/۷۶۶) و میانگین نمره وضعیت مذهب با (۱۵/۵۰) از پایین‌ترین



### نتیجه‌گیری

نتایج کلی پژوهش حاضر نشان داد که کیفیت زندگی در تمامی ابعاد آن در مراقب بیمار اسکیزوفرنیک غیروابسته به مواد و مراقب بیمار اسکیزوفرنیک وابسته به مواد مشابه می‌باشد. در دو گروه مراقبان، به دلیل درگیری‌های مکرر جسمی و روانی با بیمار شاخص سلامت جسمی پایین بوده، استیگمای ناشی از بیماری روانی باعث افت شاخص وضعیت اجتماعی و نیز شاخص مذهبی شده و در عوض میانگین سایر شاخص‌ها (وضعیت استقلال، وضعیت محیطی) به دلیل تلاش‌های مکرر اجتماعی و محیطی خانواده‌ها در زمینه کمک‌خواهی برای حل مسائل‌شان بالا رفته‌است. در نهایت می‌توان عنوان کرد که با توجه با رشد سیستم‌های حمایتی در خانواده‌ها برای حل معضل اعتیاد فرد بیمار، بنظر می‌رسد اعتیاد به مواد در بیماران اسکیزوفرنیک تأثیری بر کیفیت زندگی مراقبان آنها نداشته باشد.

### محدودیت‌ها

- ۱- عدم دسترسی بیشتر به خانواده‌های بیماران اسکیزوفرنیک با وابستگی به مواد در زمان موجود.
- ۲- این احتمال وجود دارد که زیادی حجم سوالات سبب کاهش دقت و تمایل به پاسخگویی شده باشد.
- ۳- وضعیت اجتماعی اقتصادی پایین و عدم برخورداری از دانش مورد نیاز خانواده‌های بیماران اسکیزوفرنیک ممکن است سبب ضعف در تجزیه تحلیل سوالات شده باشد.

### تشکر و قدردانی

بدینوسیله از زحمات و مراحم معاونت محترم تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، ریاست محترم مرکز تحقیقات سوءمصرف و وابستگی به مواد و سرکارخانم پارسا به‌خاطر همکاری بی‌شائبه کمال تشکر را دارم. درنهایت از تمامی عزیزانی که در این پروژه به‌عنوان نمونه‌ها همکاری داشتند نیز بسیار سپاسگزارم.

### منابع

1. Afzalan M. [Quality of Life of Schizophrenia Patients and their Families - Referring to Clinics Affiliated to Universities in Tehran City (Persian)]. Tesis in Social Work. University of Social Welfare & Rehabilitation Sciences; 2001.
2. Sadock BJ, Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry (2 Volume Set): Ippincott Williams & Wilkins; 2000.
3. Ghorbanali A. [A Guideline for Families of Patients with Schizophrenia (Persian)]. Final Report of Research Project. Medical Sciences University of Isfahan; 2000.
4. Angermeyer MC, Kilian R, Wilms HU, Wittmund B. Quality of Life of Spouses of Mentally Ill People. International Journal of Social

Psychiatry. 2006; 52 (3): 278-85.

5. Saunders JC. Families Living with Severe Mental Illness: A Literature Review. Issues in Mental Health Nursing. 2003; 24 (2): 175-98.

6. Walton-Moss B, Gerson L, Rose L. Effects of Mental Illness on Family Quality of Life. Issues in Mental Health Nursing. 2005; 26 (6): 627-42.

7. Noori R. [Identifying Adverse Drug Addiction in Women Addicted Wife (Persian)]. Final Report of Research Project. Substance Abuse and Dependency Research Center, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences. 2008.

8. Lybrand J, Caroff S. Management of Schizophrenia with Substance Use Disorders. The Psychiatric Clinics of North America. 2009; 32 (4): 821.

همچنین دختران با پدر معتاد، از نظر اقتصادی وابسته به خانواده هستند و نمی‌توانند بطور مستقل تصمیم بگیرند. به دنبال پایین بودن شاخص‌ها کیفیت زندگی این خانواده نیز پایین می‌باشد (۷). نظر به نتایج تحقیقات پیشین در مورد پایین بودن کیفیت زندگی مراقب بیماران اسکیزوفرنیک بدون وابستگی به مواد و یافته‌های نوری و همکاران می‌توان نتیجه گرفت که کیفیت زندگی مراقب بیمار اسکیزوفرنیک با وابستگی به مواد نیز پایین می‌باشد که با نتایج حاصل از مطالعه ما قابل انطباق می‌باشد.

مطالعه حاضر نشان می‌دهد که میانگین نمرات کیفیت کلی، سلامت جسمی، وضعیت محیطی، وضعیت روانشناختی، وضعیت استقلال، وضعیت روابط اجتماعی، وضعیت مذهب در دو گروه مراقب بیمار اسکیزوفرنیک (با وابستگی به مواد و بدون وابستگی به مواد) اختلاف معنی‌داری ندارند ( $P > 0/05$ ). در تحقیقی که رویین کلارک در سال ۲۰۰۹ با عنوان حمایت خانوادگی و برایندهای مصرف مواد در افراد مبتلا به بیماری روانی و اختلالات مصرف مواد انجام داد، به بررسی ارتباط بین حمایت‌های مستقیم از سوی اعضای خانواده و دوستان و برایندهای مصرف مواد در افرادی که وقوع همزمان بیماری روانی و اختلالات ناشی از مصرف مواد را تجربه می‌کنند، پرداخت. یافته‌ها پیشنهاد می‌کنند که حمایت‌های خانوادگی مستقیم ممکن است به افراد مبتلا به هر دو اختلال کمک کنند تا سوءمصرف موادشان را کاهش داده یا حذف کنند. این خانواده‌ها حمایت‌های بیشتری از فرد بیمار به عمل آورده و با تقویت سیستم حمایتی مؤلفه‌های کیفیت زندگی بهبود می‌یابد. این حمایت بیشتر، عوارض ناشی از تشدید علائم روانپزشکی در نتیجه مصرف مواد بر کیفیت زندگی را تحت تأثیر قرار داده و می‌کاهد (۱۴). به این ترتیب یافته‌های تحقیق مذکور با نتایج تحقیق حاضر که در آن کیفیت کلی زندگی در دو گروه مراقب بیمار اسکیزوفرنیک با بدون وابستگی به مواد تفاوت معنی‌داری با هم ندارند، مطابقت داشت.



9. Rodriguez-Jimenez R, Bagney A, Martinez-Gras I, Ponce G, Sanchez-Morla EM, Aragües M, et al. Executive Function in Schizophrenia: Influence of Substance Use Disorder History. *Schizophrenia Research*. 2010; 118 (1): 34-40.
10. Cantor-Graae E, Nordström L, McNeil T. Substance Abuse in Schizophrenia: A Review of the Literature and A Study of Correlates in Sweden. *Schizophrenia Research*. 2001.
11. Dickey B, Azeni H. Persons with Dual Diagnoses of Substance Abuse and Major Mental Illness: Their Excess Costs of Psychiatric Care. *American Journal of Public Health*. 1996; 86 (7): 973-7.
12. Dixon L, McNary S, Lehman A. Substance Abuse and Family Relationships of Persons with Severe Mental Illness. *The American Journal of Psychiatry*. 1995.
13. Mirzahassemi H. [Quality of Life of Citizens Over 16 Years of Qom City and their Satisfaction of Life (Persian)]. Final Report of Research. Organization of Management and Planning of Qom City. 2004.
14. Clark RE, Drake RE. Expenditures of Time and Money by Families of People with Severe Mental Illness and Substance Use Disorders. *Community Mental Health Journal*. 1994; 30 (2): 145-63.

# Comparing Quality of Life Indicators between Caregivers of Schizophrenic Patients with Substance Dependency and Those without Substance Dependency

\*Ahmadi M. (M.Sc.)<sup>1</sup>, Sheikhona M. (M.Sc.)<sup>2</sup>, Jafari F. (M.D.)<sup>3</sup>, Khankeh H.R. (Ph.D.)<sup>4</sup>, Rezasoltani P. (M.Sc.)<sup>5</sup>, Teymouri R. (Ph.D.)<sup>6</sup>, Farhadi M.H. (Ph.D. St.)<sup>7</sup>, Salehi S. (B.Sc.)<sup>8</sup>

Receive date: 22/12/2013

Accept date: 23/02/2014

1-M.Sc. of Social Welfare, Substance Abuse and Dependency Research Center, University of Social Welfare & Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran

2-M.Sc. of Psychiatric Nursing, Faculty Member of Islamic Azad University, School of Medicine, Qom Branch, Iran

3-Psychiatrist, Substance Abuse and Dependency Research Center, University of Social Welfare & Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran

4-Ph.D. of Nursing, Disaster Research Center, University of Social Welfare & Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran

5-M.Sc. of Statistics, IT Department, University of Social Welfare & Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran

6-Ph.D. of Linguistics, Pediatric Neurorehabilitation Research Center, University of Social Welfare & Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran

7-Ph.D. Student of Cognitive Neurosciences, Substance Abuse and Dependency Research Center, University of Social Welfare & Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran

8-B.Sc. of Psychology, Ministry of Health and Medical Education, Tehran, Iran

\***Correspondent Author Address:**  
Substance Abuse and Dependency Research Center, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Koodakyar Alley, Daneshjoo Blv., Evin, Tehran, Iran.

\***Tel:** +98 (21) 22180095

\***E-mail:** m\_ahmadi\_405@yahoo.com

## Abstract

**Objectives:** The objective of this study was to assess and compare quality of life indicators in caregivers of schizophrenic patients with and without substance dependency in Razi Psychiatric Hospital.

**Materials & Methods:** In this analytical study, 30 persons per group (caregivers of substance-dependent and substance non-dependent schizophrenic patients) were selected from Razi Psychiatric Hospital through convenient sampling. Indicators of quality of life were measured by WHO Quality of Life Questionnaire and analyzed by independent t-test.

**Results:** The overall results of this study showed that all the dimensions of quality of life in caregivers of schizophrenic patients (with and without drug dependency) were similar. However, due to frequent physical and psychological disputes with the patient, Physical health indicators were low. Moreover, the Stigma associated with mental illness caused a decrease in social and religious indicators. On the other hand, other indicators of Quality of life (Environmental and Independence) had improved due to repeated efforts to seek help in solving their problems.

**Conclusion:** It seems that schizophrenic patients' addiction does not affect caregivers' quality of life indicators.

**Keywords:** Caregiver, Addicted schizophrenic patient, Drug dependency, Quality of life