

## تأثیر مداخله «کیفیت زندگی درمانی» بر بار روانی مراقبان خانوادگی معتادان

زهرا کریمی\* نسرین رضایی\* منصور شکبیا\*\* علی نویدیان\*\*\*

نوع مقاله:

چکیده

مقاله اصیل

زمینه و هدف: اعتیاد به عنوان یک بحران و یک اختلال مزمن طولانی مدت می‌تواند منجر به تحمیل بار روانی و کاهش کیفیت زندگی در مراقبان خانوادگی شود. مطالعه حاضر با هدف تعیین اثربخشی مداخله کیفیت زندگی درمانی بر بار روانی مراقبان خانوادگی معتادان انجام یافته است. روش بررسی: این پژوهش یک کارآزمایی بالینی است. جامعه پژوهش شامل کلیه مراقبان خانوادگی معتادان در حال ترک در بیمارستان روان‌پزشکی بهاران شهر زاهدان در سال ۱۳۹۷ بودند. حجم نمونه ۸۰ نفر بود که به طور تصادفی به دو گروه مداخله و کنترل تقسیم شدند. مراقبان گروه مداخله هشت جلسه مشاوره گروهی مبتنی بر کیفیت زندگی درمانی را به صورت یک روز درمیان و براساس محتوای تعیین شده دریافت کردند. قبل از مداخله و ۸ هفته پس از پایان مداخله، داده‌ها به وسیله پرسشنامه بار روانی Zarit جمع‌آوری و در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۱ به کمک آزمون‌های آماری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: قبل از مداخله بین دو گروه از نظر میانگین نمره بار روانی تفاوت معناداری وجود نداشت ( $p=0/25$ ). اما پس از مداخله، میانگین نمره بار روانی در مراقبان خانوادگی گروه مداخله ( $12/92 \pm 10/10$ ) به طور معناداری پایین‌تر از گروه کنترل ( $13/58 \pm 16/80$ ) بود ( $p < 0/01$ ).

نتیجه‌گیری: مداخله کیفیت زندگی درمانی در این مطالعه تأثیر مثبت و معناداری بر کاهش بار روانی مراقبان خانوادگی معتادان داشت. بنابراین استفاده از این رویکرد مشاوره‌ای به موازات برنامه‌های ترک اعتیاد به منظور افزایش رفاه و سلامت روان‌شناختی مراقبان خانوادگی به ارایه‌دهندگان خدمات درمانی و مراقبتی توصیه می‌شود.

ثبت کارآزمایی بالینی: IRCT20160924029954N11

واژه‌های کلیدی: بار روانی، کیفیت زندگی، درمانی، مراقب خانوادگی، وابستگی به مواد

نویسنده مسؤول: علی نویدیان؛ دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران  
e-mail: alinavidian@gmail.com

دریافت مقاله: اردیبهشت ماه ۱۳۹۸ - پذیرش مقاله: مرداد ماه ۱۳۹۸ - انتشار الکترونیک مقاله: ۹۸/۸/۶

### مقدمه

(۱). جدا از آمارهای موجود پدیده اعتیاد نه تنها بر روند زندگی فرد مصرف‌کننده بلکه بر زندگی اطرافیان و بستگان وی نیز اثرات سوء داشته و آن‌ها را در معرض خطر و آسیب‌های متعدد قرار می‌دهد (۲).

زندگی با فردی که نیاز به مراقبت مستقیم و نظارت مداوم داشته باشد، سلامت خانواده و به ویژه مراقبان را به مخاطره می‌اندازد (۳). فردی که سوء مصرف مواد و اعتیاد دارد،

اعتیاد به مواد مخدر، حداقل در سال‌های اخیر، مشکل اصلی سیستم‌های بهداشتی در بسیاری از کشورها بوده است. در ایران با توجه به جمعیت جوان و فراهم بودن زمینه‌ها و بستر مساعد اعتیاد در میان جمعیت جوان، حدود ۴۶ میلیون نفر در معرض خطر هستند

\* گروه آموزشی روان‌پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران  
\*\* گروه آموزشی روان‌پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران  
\*\*\* گروه آموزشی روان‌پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران؛ مرکز تحقیقات پرستاری جامعه، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران

خود، ۶ برابر بیش‌تر به اضطراب و افسردگی مبتلا می‌شوند (۸). بنابراین مراقبت از فرد معتاد، استرس، اضطراب و بار روانی قابل توجهی به مراقبان خانوادگی افراد معتاد تحمیل می‌کند.

بار روانی به تأثیر منفی اختلال روانی فرد بیمار در خانواده بر سایر اعضای خانواده اشاره دارد (۹). به بیان دیگر مشکلاتی که اعضای خانواده بیمار در نتیجه نقش مراقبتی تجربه می‌کنند بار مراقبتی خانواده نامیده می‌شود که ناشی از عدم تعادل بین نیازهای مراقبتی و نیازهای مراقب است (۱۰). بار مراقبتی دارای دو بعد عینی و ذهنی است. بار عینی به مشکلاتی همچون اختلال در روابط خانوادگی، محدودیت‌های اجتماعی، اوقات فراغت، کار و مشکلات مالی اشاره دارد. بار ذهنی، واکنش روانی است که اعضای خانواده تجربه می‌کنند و به مواردی همچون افزایش تنش، اضطراب، افسردگی و احساس خجالت در موقعیت‌های اجتماعی دلالت دارد (۱۱). یافته‌های تحقیقی نشان می‌دهد که بار روانی تحمیلی ناشی از مراقبت یک معتاد می‌تواند در ماندگاری در درمان و از سوی دیگر سلامت جسمانی و روانی فرد معتاد تأثیر به‌سزایی داشته باشد (۱۲).

مداخلات مختلف مانند گروه درمانی شناختی رفتاری (۱۳)، آموزش امید درمانی (۱۴)، روان درمانی معنوی-مذهبی (۱۵)، آموزش دلگرم‌سازی (۱۶)، آموزش گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد (۱۷) و درمان بین فردی گروهی (۱۸) با هدف تأثیر بر استرس، کیفیت زندگی، سازگاری اجتماعی، تاب‌آوری و

دست به کارهایی می‌زند که می‌تواند تأثیر نامطلوبی بر زندگی خانوادگی و بهزیستی سایر اعضای خانواده داشته باشد. اعضای خانواده از همه گروه‌های سنی، فرزندان، همسر، برادر یا خواهر، والدین و خویشاوندان نزدیک تحت تأثیر قرار می‌گیرند و از علایم جسمی و روانی رنج می‌برند (۴). همچنین بار مراقبتی بهداشتی در این خانواده‌ها افزایش می‌یابد به طوری که میزان استفاده از خدمات مراقبتی و بهداشتی برای این خانواده‌ها، چهار برابر بیش‌تر از سایر خانواده‌ها است (۵).

اضطراب، افسردگی، استرس، آشفتگی های روانی، سلامت جسمانی پایین، نابه سامانی‌های خانوادگی، خشونت، انزوای طلبی، اختلال روانی، خودکم بینی، مشکلات تحصیلی و اجتماعی در فرزندان از جمله آسیب‌های اعتیاد در خانواده است. از آن‌جا که بین اعضای خانواده وابستگی متقابل وجود دارد، سلامتی یا بیماری هر عضو بر سایر اعضا و کل خانواده تأثیرگذار است، بنابراین بار مراقبتی بالایی به مراقبان خانوادگی افراد معتاد تحمیل می‌شود (۶).

مراقبان خانوادگی بیماران از سطح سلامت جسمی و روان‌شناختی پایین‌تری نسبت به افراد غیر مراقب برخوردارند. محدودیت در فعالیت‌های اجتماعی، اوقات فراغت، غفلت از دیگر اعضای خانواده، احساس غم و اندوه و عدم رضایت از زندگی از جمله مشکلات شایعی است که از سوی مراقبان خانوادگی بیماران گزارش شده است. این مشکلات اغلب منجر به کاهش کیفیت زندگی آنان می‌شود (۷). مراقبان خانوادگی زن در مقایسه با سایر زنان هم نوع

و Vostanis)، افسردگی مبتلایان به سوگ (یوسف‌پور و همکاران) و بهزیستی روان‌شناختی (Mitchel و همکاران)، بهبود کیفیت زندگی معنادان (پررور و همکاران) و سلامت روان دختران نابینا (خادمی و عابدی) مورد بررسی و تأیید قرار گرفته است (۲۵-۲۱).

اعتیاد و رفتارهای اعتیادی امروزه شیوع زیادی یافته و به عنوان یک اختلال مزمن و بحران خانوادگی منجر به کاهش کیفیت زندگی افراد و مراقبان آن‌ها در ابعاد روان‌شناختی و جسمانی می‌شود. در برنامه‌های درمانی رایج اعتیاد، بیش‌تر فرد معتاد و ترک اعتیاد وی به عنوان هدف درمانی تعیین می‌شود و سلامت خانواده، همسران و مراقبان آن‌ها کم‌تر مورد توجه قرار می‌گیرد. مطالعات معدود انجام یافته در مورد مراقبان خانوادگی و همسران معنادان نیز بیش‌تر رویکردهای شناختی رفتاری را مورد استفاده قرار داده است و کم‌تر مداخله‌های مستقیم ارتقادهنده کیفیت زندگی مورد توجه بوده است. از سویی اثربخشی مشاوره مبتنی بر کیفیت زندگی درمانی بر مشکلات گوناگون و حتی در مورد افراد غیر بیمار در مطالعات مختلف مورد بررسی قرار گرفته است. با توجه به سهولت، سادگی و ملموس بودن آموزش و به‌کارگیری اصول کیفیت زندگی درمانی نسبت به درمان‌های تخصصی شناختی رفتاری و از آن‌جا که تاکنون این رویکرد مشاوره‌ای در حیطه اعتیاد و به ویژه در مورد مراقبان خانوادگی آنان و با سنجش متغیر وابسته بار روانی، مورد آزمون قرار نگرفته، بنابراین پژوهش حاضر با هدف

سلامت روان همسران، مراقبان و اعضای خانواده معنادان را مورد توجه قرار داده است. یکی از روش‌های نوین، مشاوره مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی است. Frisch معتقد است درمان‌های امروزی باید متمرکز بر اصلاح و تغییر کیفیت زندگی و گسترش توانمندی‌ها و ایجاد رضایت از زندگی باشد (۱۹). در روان‌شناسی سلامت و روان‌شناسی مثبت‌نگر اعتقاد بر این است که شکل‌گیری و گسترش اختلال‌های روانی را باید به حساب کیفیت زندگی پایین افراد گذاشت و در نتیجه در درمان باید به دنبال اصلاح و تغییر در کیفیت زندگی، گسترش توانمندی‌ها، ایجاد رضایت از زندگی و بهزیستی در افراد و جوامع بود. گروه درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی به صورت ساختارمند و همراه با تکالیف و تمرین‌های شناختی رفتاری به دنبال ایجاد تحول و افزایش کیفیت در ۱۶ حوزه اصلی زندگی است. این رویکرد با معرفی مدل Circumstance Attitude Standards of fulfillment Importance Overall satisfaction: CASIO و آرایه اصول درمانی در هر یک از حوزه‌های ۱۶ گانه بهداشت و سلامت جسمانی، عزت نفس، اهداف و ارزش‌ها، پول و مادیات، کار، بازی، یادگیری، خلاقیت، کمک به دیگران، عشق، دوستان، فرزندان، خویشاوندان، خانه، همسایه و جامعه به مراجعان کمک می‌کند، نه تنها رضایتشان را در هر یک از حوزه‌ها بلکه رضایت کلی‌شان از زندگی را افزایش دهند (۲۰).

اثربخشی کیفیت زندگی درمانی در مطالعات مختلف از جمله در رضایت و کیفیت زندگی والدین کودکان مبتلا به سواس (عابدی

اساس فرمول زیر در هر گروه تعداد ۳۶ نفر برآورد شد. با در نظر گرفتن ۱۰٪ ریزش احتمالی، در هر گروه ۴۰ نفر و در مجموع ۸۰ نفر تعیین شد.

$$n = \frac{(Z_{1-\alpha} + Z_{1-\beta})^2 (S_1^2 + S_2^2)}{(d)^2} = 35/40$$

$$Z_{1-\alpha} = 1/96 \quad S_1 = 7/29$$

$$Z_{1-\beta} = 1/28 \quad S_2 = 14/84 \quad d = 9$$

ابزار جمع‌آوری اطلاعات در این مطالعه پرسشنامه اطلاعات فردی فرد مراقب و معتاد شامل: سن، جنس، وضعیت تأهل، تحصیلات، شغل، محل سکونت و پرسشنامه بار روانی Zarit و همکاران بود. این ابزار برای اندازه‌گیری بار روانی ادراک شده ناشی از ارایه مراقبت توسط مراقب خانوادگی در سال ۱۹۸۶ ساخته شده است. پرسشنامه شامل ۲۲ سؤال است که فشارهای فردی، اجتماعی، عاطفی و اقتصادی ناشی از نگهداری و مراقبت از فرد معتاد را مورد سنجش قرار می‌دهد. پاسخ‌گویی به هر سؤال براساس مقیاس لیکرت ۵ سطحی، با امتیازاتی به صورت هرگز (۰)، به ندرت (۱)، بعضی اوقات (۲)، اغلب (۳) و همیشه (۴) مورد سنجش قرار می‌گیرد. بنابراین نمرات این پرسشنامه بین حداقل ۰ تا حداکثر ۸۸ متغیر است. این پرسشنامه توسط نویدیان و همکاران با توجه به شرایط فرهنگی کشورمان بازنگری شده است (۲۷). همچنین در پژوهش کشاورز و همکاران، روایی محتوایی این پرسشنامه مورد تأیید اعضای هیأت علمی و صاحب‌نظران قرار گرفته است (۲۸).

تعیین اثربخشی «کیفیت زندگی درمانی گروهی» بر بار روانی مراقبان خانوادگی معتادان انجام یافته است.

### روش بررسی

این مطالعه از نوع کارآزمایی بالینی است که در مورد مراقبان خانوادگی معتادان در حال ترک در بیمارستان روان‌پزشکی بهاران شهر زاهدان در سال ۱۳۹۷ انجام یافته است. کسانی که کلیه مسؤولیت‌های بهداشتی، درمانی، مراقبتی و حمایتی فرد معتاد را به عهده داشتند، به عنوان مراقب تعریف و وارد مطالعه شدند. سن بالاتر از ۲۰ سال، توانایی برقراری ارتباط، دارا بودن حداقل سواد خواندن و نوشتن، نداشتن مشکلات حاد روانی، دسترسی به منظور انجام پیگیری و پس آزمون، معیارهای ورود به مطالعه، وجود حادثه ناگوار طی ۶ ماه قبل از مطالعه و ابتلای به بیماری مراقب و یا عضوی از خانواده از معیارهای عدم ورود و غیبت یا عدم شرکت در بیش از یک جلسه آموزشی به هر دلیلی از معیارهای خروج از مطالعه بود. در مورد معتادان تشخیص اصلی و اولیه وابستگی به مواد، دارا بودن سن حداقل ۲۰ سال و زندگی با خانواده در طی مطالعه، معیارهای در نظر گرفته شده برای ورود فرد معتاد و ابتلا به اختلالات روان‌پزشکی نظیر اختلالات سایکوتیک، هذیانی و کنترل تکانه طبق پرونده روان‌پزشکی از معیارهای عدم ورود بوده است.

حجم نمونه براساس میانگین و انحراف معیار نمره بار روانی مراقبان خانوادگی در مطالعه نویدیان و همکاران (۲۶) و با حدود اطمینان ۹۵٪، توان آزمون آماری ۹۰٪ و بر

یافت. گروه مداخله برنامه کیفیت زندگی درمانی را در هشت جلسه، هر جلسه به مدت ۹۰-۱۲ دقیقه، طی دو هفته به صورت یک روز در میان براساس محتوای تعیین شده در جدول شماره ۱ توسط کارشناس ارشد روان‌پرستاری با سابقه کار بالینی (محقق اصلی) و زیر نظر دکترای تخصصی مشاوره (استاد راهنما و ناظر علمی) در کلاس آموزشی بیمارستان دریافت کردند. تعداد اعضای هر گروه بین ۷ تا ۱۰ نفر متغیر بود. ۸ هفته پس از پایان مداخله با هماهنگی‌های قبلی که با مراقبان به عمل آمد، تکمیل پرسشنامه‌های تحقیق به عنوان پس آزمون اجرا شد. محتوای این روش مشاوره‌ای به دفعات در مطالعات متعددی در ایران در مورد گروه‌های مختلف مورد استفاده و تأیید قرار گرفته است. مراقبان در گروه کنترل هیچ گونه آموزشی دریافت نکردند و در همان فاصله زمانی گروه مداخله، پس آزمون در مورد آنان نیز انجام یافت. در مجموع سنجش‌ها در دو نوبت قبل و ۸ هفته پس از اتمام مداخله انجام گرفت. به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی، پس از پایان تحقیق محتوای آموزشی به صورت جزوه آموزشی در اختیار مراقبان خانوادگی گروه کنترل نیز قرار گرفت.

بعد از دریافت معرفی‌نامه رسمی از معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی زاهدان به بیمارستان روان‌پزشکی بهاران مراجعه شد و با مسؤولان مربوط برای همکاری در اجرای مطالعه هماهنگی لازم به عمل آمد. ابتدا به شیوه نمونه‌گیری در دسترس، معتادان بستری در بیمارستان روان‌پزشکی بهاران شناسایی شدند، سپس برای انتخاب مراقبان اصلی، با خانواده‌های آنان تماس گرفته شد و در صورت دارا بودن معیارهای ورود و اخذ رضایت فرد به عنوان مراقب اصلی، نمونه‌ها شناسایی شدند. از مراقبان واجد شرایط برای مصاحبه حضوری در بیمارستان دعوت به عمل آمد. پس از معارفه و ارتباط با مراقب اصلی، مختصری درباره پژوهش توضیح داده شد و رضایت آگاهانه کتبی برای شرکت در مطالعه اخذ گردید. تخصیص نمونه‌ها به روش تصادفی‌سازی از نوع محدود بوده به اسم «قانون تخصیص تصادفی (Random allocation rule)» در دو گروه مداخله و کنترل قرار گرفتند.

از هر ۲ گروه پیش آزمون از طریق تکمیل پرسشنامه بار روانی Zarit به عمل آمد. برای مراقبان گروه مداخله هماهنگی لازم برای شروع جلسات مداخله در بیمارستان انجام

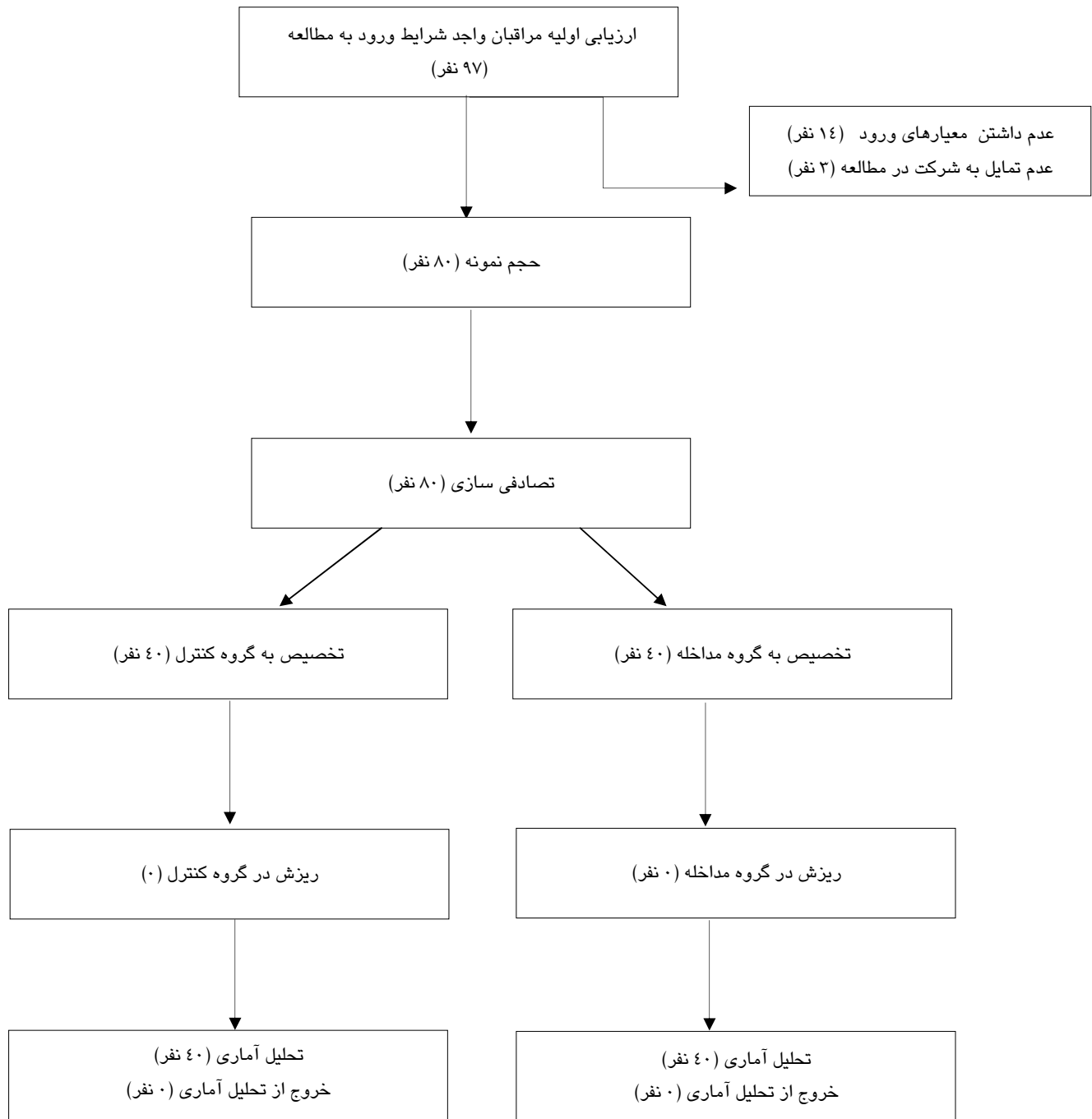
## جدول ۱- ساختار و محتوای جلسات آموزشی

جلسه	محتوا
جلسه اول	معارفه و آشنایی اعضای گروه با یکدیگر، تعریف نقش کیفیت زندگی در زندگی شخص، معرفی درمان مبتنی بر کیفیت زندگی و رویکردهای جدید درمانی در روان‌شناسی، تعیین رئوس و ساختار کلی جلسات، توافق بر حوزه‌های مهم از بین ۱۶ حوزه مشخص شده در درمان مبتنی بر کیفیت زندگی، بررسی نقش متغیرهای مربوطه در سلامت روانی افراد، دریافت بازخورد.
جلسه دوم	مرور مطالب قبلی، معرفی CASIO، شروع از بعد C به عنوان راهبرد اول، و کاربرد آن در کیفیت زندگی افراد.
جلسه سوم	مرور مطالب قبلی، بحث درباره CASIO، معرفی A به عنوان استراتژی دوم، و کاربرد آن در ابعاد کیفیت زندگی.
جلسه چهارم	مرور مطالب جلسه قبلی، ادامه بحث درباره CASIO، معرفی SIO به عنوان استراتژی‌های سوم، چهارم و پنجم برای افزایش رضایت در زندگی، آموزش اصول کیفیت زندگی.
جلسه پنجم	مرور جلسه قبل، بحث درباره اصول مربوط به کیفیت زندگی، ارائه اصول و توضیح کار برای این اصول برای افزایش رضایت از زندگی.
جلسه ششم	مرور مطالب قبل، ادامه بحث درباره اصول کیفیت زندگی، بحث درباره حیطه روابط و کاربرد اصول مهم در آن حیطه.
جلسه هفتم	تعمیم CASIO در شرایط مختلف زندگی، کاربرد اصول کیفیت زندگی در ابعاد گوناگون زندگی.
جلسه هشتم	مرور مدل و تکالیف، مرور همه جلسات درمان، رسیدن به کیفیت زندگی درمانی خود انجام تمرین و تکالیف بیشتر.

آزمون‌ها  $p < 0/05$  از نظر آماری معنادار تلقی شد.

پژوهش حاضر در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی زاهدان به ثبت رسیده است. ارائه اطلاعاتی در خصوص فرآیند و زمان پژوهش، نوع مداخله و ضرورت رضایت آگاهانه کتبی، اطمینان از محرمانه بودن آنچه در جلسات می‌گذرد، آزاد بودن ترک مطالعه در هر مرحله از پژوهش، از جمله ملاحظات اخلاقی مورد توجه بوده است.

داده‌ها پس از جمع‌آوری و کدگذاری در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۱ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. ابتدا فراوانی، درصد، میانگین، انحراف معیار، حداقل و حداکثر به کمک آمار توصیفی تعیین شد. در ادامه برای مقایسه میانگین‌های قبل و بعد در هر گروه از آزمون تی زوجی، مقایسه میانگین‌های دو گروه مداخله و کنترل از آزمون تی مستقل، مقایسه فراوانی متغیرهای کیفی دو گروه از آزمون کای دو استفاده شد. در تمامی



فلوچارت شرکت‌کنندگان در مراحل مختلف تحقیق

## یافته‌ها

نتایج آزمون کولموگوروف اسمیرنوف (Kolmogorov-Smirnov) در مورد نمرات بار روانی حاکی از توزیع نرمال داده‌ها بود. بنابراین از آزمون‌های پارامتریک در این مطالعه استفاده شد. نتایج در خصوص ویژگی‌های فردی معتادان نشان داد میانگین سنی معتادان در گروه مداخله  $34/32(7/66)$  سال و در گروه کنترل  $37/00(11/07)$  سال و طول مدت مصرف مواد در گروه مداخله و کنترل به ترتیب  $12/82(8/71)$  و  $11/47(8/07)$  است. نوع ماده مصرفی اکثر گروه مداخله ( $70\%$ ) و گروه کنترل ( $85\%$ ) تریاک و شیره بوده است. همچنان که جدول شماره ۲ نشان می‌دهد از نظر مشخصات فردی معتادان بین دو گروه تفاوت معنادار آماری وجود نداشت ( $p > 0/05$ ).

در مورد مشخصات مراقبان خانوادگی معتادان (جدول شماره ۳) میانگین سنی معتادان در گروه مداخله  $35/65 \pm 9/39$  سال و در گروه کنترل  $34/80 \pm 9/05$  سال بوده است.  $60\%$  مراقبان خانوادگی در گروه مداخله و  $67/5\%$  در

گروه کنترل را زنان تشکیل داده‌اند. وضعیت شغلی  $70\%$  مراقبان خانوادگی در گروه مداخله و  $62/5\%$  در گروه کنترل خانه‌دار بودند. از نظر مشخصات فردی بین مراقبان خانوادگی دو گروه تفاوت معنادار آماری مشاهده نشد ( $p > 0/05$ ).

همان‌گونه که در جدول شماره ۴ در خصوص علایم بار روانی مشاهده می‌شود. میانگین نمره بار روانی مراقبان خانوادگی در گروه مداخله از  $48/80 \pm 14/75$  (قبل از مداخله) به  $40/10 \pm 12/92$  (۸ هفته پس از مداخله) کاهش معناداری یافت ( $p < 0/001$ ) و در گروه کنترل از  $45/20 \pm 13/23$  قبل از کیفیت زندگی درمانی به  $46/80 \pm 13/58$  پس از آن تغییر یافت ( $p < 0/01$ ). آزمون آماری تی مستقل نشان داد که گرچه میانگین نمره بار روانی مراقبان خانوادگی معتادان قبل از مداخله بین دو گروه تفاوت معناداری نداشته است ( $p = 0/25$ ) ولی بعد از مداخله در میانگین نمره بار روانی مراقبان در دو گروه مداخله و کنترل تفاوت معناداری مشاهده شده است ( $p < 0/01$ ).



**جدول ۲- خصوصیات فردی و اعتیاد افراد معتاد در دو گروه مداخله و کنترل از مراجعان به بیمارستان روان پزشکی بهاران زاهدان در سال ۱۳۹۷**

ویژگی‌های معتادان			
متغیر	مداخله	کنترل	نتیجه آزمون
نوع ماده مصرفی			
تریاک	۲۸(۷۰)	۳۴(۸۵)	$p=۰/۰۱$
سایر	۱۲(۳۰)	۶(۱۵)	
وضعیت شغلی			
شاغل	۱۵(۳۷/۵)	۲۰(۵۰)	$p=۰/۲۶$
خانه دار	۲۵(۶۲/۵)	۲۰(۵۰)	
وضعیت تاهل			
مجرد	۱۴(۳۵)	۱۰(۲۵)	$p=۰/۳۲$
متاهل	۲۶(۶۵)	۳۰(۷۵)	
تحصیلات			
زیر دیپلم	۲۳(۵۷/۵)	۲۲(۵۵)	$p=۰/۸۲$
دیپلم و بالاتر	۱۷(۴۲/۵)	۱۸(۴۵)	
	میانگین $\pm$ انحراف معیار	میانگین $\pm$ انحراف معیار	
سن	۳۴/۳۲ $\pm$ ۷/۶۶	۳۷/۰۰ $\pm$ ۱۱/۰۷	$p=۰/۲۱$
مدت اعتیاد	۱۲/۸۲ $\pm$ ۸/۷۱	۱۱/۴۷ $\pm$ ۸/۰۷	$p=۰/۴۷$

**جدول ۳- خصوصیات فردی مراقبان خانوادگی معتادان در گروه مداخله و کنترل از مراجعان به بیمارستان روان پزشکی بهاران زاهدان در سال ۱۳۹۷**

ویژگی‌های مراقبین خانوادگی			
متغیر	مداخله	کنترل	نتیجه آزمون
جنسیت			
زن	۱۳(۳۲/۵)	۱۶(۴۰)	$p=۰/۴۵$
مرد	۲۷(۶۷/۵)	۲۴(۶۰)	
اشتغال			
شاغل	۱۲(۳۰)	۱۵(۳۷/۵)	$p=۰/۴۷$
خانه دار	۲۸(۷۰)	۲۵(۶۲/۵)	
وضعیت تاهل			
مجرد	۱(۲/۵)	۴(۱۰)	$p=۰/۱۶$
متاهل	۳۹(۹۷/۵)	۳۶(۹۰)	
رابطه خویشاوندی			
همسر	۱۹(۴۷/۵)	۱۶(۴۰)	$p=۰/۸۳$
والدین	۱۸(۴۰)	۷(۱۷/۵)	
برادر یا خواهر	۶(۱۵)	۱۰(۲۵)	
سایر	۷(۱۷/۵)	۷(۱۷/۵)	
تحصیلات			
نوشتن و خواندن	۲۳(۵۷/۵)	۱۸(۴۵)	$p=۰/۳۲$
دیپلم	۱۲(۳۰)	۱۲(۳۰)	
بالاتر از دیپلم	۵(۱۲/۵)	۱۰(۲۵)	
	میانگین $\pm$ انحراف معیار	میانگین $\pm$ انحراف معیار	
سن	۳۵/۶۵ $\pm$ ۹/۳۹	۳۴/۸۰ $\pm$ ۹/۰۵	$p=۰/۶۸$

**جدول ۴-** مقایسه میانگین و انحراف معیار نمره بار روانی مراقبان خانوادگی معتادان مراجعه کننده به بیمارستان روان پزشکی بهاران شهر زاهدان (سال ۱۳۹۷) در دو گروه مداخله و کنترل قبل و بعد از مداخله

گروه	زمان	قبل از مداخله	پس از مداخله	تغییرات	آزمون تی زوج
		میانگین±انحراف معیار	میانگین±انحراف معیار	میانگین±انحراف معیار	
مداخله		۴۸/۸۰±۱۴/۷۵	۴۰/۱۰±۱۲/۹۲	-۸/۷۰±۴/۵۹	$p<۰/۰۰۱$
کنترل		۴۵/۲۰±۱۳/۲۳	۴۶/۸۰±۱۳/۵۸	۱/۶۰±۳/۰۸	$p<۰/۰۱$
آزمون تی مستقل		$p=۰/۲۵$	$p<۰/۰۱$	$p<۰/۰۰۱$	

## بحث و نتیجه گیری

این مطالعه با هدف تعیین تأثیر مداخله کیفیت زندگی درمانی بر بار روانی مراقبان معتادان انجام گرفت و نتیجه آن نشان داد که شدت بار روانی پس از اجرای مداخله در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل به طور معناداری کاهش یافته است. این یافته با نتایج مطالعات گذشته مانند مطالعه نویدیان و همکاران همسو است که نشان داد مداخله گروهی به منظور کاهش بار روانی، در نمونه‌ای از مراقبان خانگی بیماران مؤثر بوده و این امر می‌تواند کیفیت زندگی بیماران و مراقبان را به طور ضمنی بهبود و ارتقا بخشد (۲۶). همچنین Magliano و همکاران اظهار داشتند که اگر مداخله آموزش روانی خانوادگی با مراقبت‌های بهداشت روانی معمول ترکیب و همراه شود، بر کاهش بار روانی مراقبان خانگی تأثیر قابل توجهی دارد (۲۹).

Belasco و همکاران در پژوهشی نشان دادند که ۷۰٪ مراقبان با دو مشکل بزرگ یعنی مشکلات مرتبط با مراقبت و درمان بیمار و مشکلات مربوط به تطابق با مسئولیت‌های مراقبتی خود روبه‌رو هستند. بنابراین مراقبان علاوه بر مهارت‌های مراقبتی، برای مقابله با شرایط و موقعیت‌های استرس‌زا نیاز به به‌کارگیری مهارت‌هایی دارند که آن‌ها را در مراقبت از بیمار، ارتباط صحیح با بیمار، کاهش

تنش‌ها و فشار مراقبتی و سازگاری با نقش مراقبتی یاری کند (۳۰) که مدل درمانی Frisch این موارد را پوشش داده است. چون در روش کیفیت زندگی درمانی به بررسی ابعاد مختلف زندگی فرد، خواسته‌ها، مشکلات پیش‌رو و نحوه غلبه بر مشکلات پرداخته می‌شود، افراد می‌توانند از طریق کیفیت زندگی درمانی آگاهی خود از مشکلات را افزایش داده و با شناخت بهتر موقعیت‌ها، راه‌حل‌های غلبه بر مسایل و مشکلات را نیز پیدا کنند. در این رویکرد، اصول و مهارت‌های معطوف به کمک به مراجعان در شناسایی، دنبال کردن و برآوردن نیازها، اهداف و آرزوها در حوزه‌های با ارزش زندگی آموزش داده می‌شود. هدف کیفیت زندگی درمانی افزایش خودمراقبتی یا غنای درونی و پیشگیری از فرسودگی است. برنامه‌های مداخله‌ای مشابه این پژوهش در مورد سایر بیماری‌های مزمن نظیر اختلالات روانی و سرطان و دیابت نمایانگر سازگاری روانی بلندمدت، کاهش فشار مراقبتی و ارتقای کیفیت زندگی مراقبان بوده است. در این مورد اعتمادی‌فر و همکاران بیان کرده‌اند که حمایت گروهی مراقبان بیماران قلبی، نه تنها فشار مراقبتی را کاهش می‌دهد بلکه توانایی و اعتماد به نفس اعضای خانواده را در جهت ارایه مراقبت در منزل افزایش می‌دهد (۳۱). همچنین

است، اما در بعد شناختی (رضایت از زندگی) آزمودنی‌ها تغییری ایجاد نکرده است. نتیجه نشان داد که گروه درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی، شاخص‌های سلامت روان و بهزیستی ذهنی افراد را ارتقا می‌دهد (۳۴).

در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت به نظر می‌رسد که آموزش مبتنی بر کیفیت زندگی با ترغیب افراد به تمرین مکرر می‌تواند میزان بار روانی آنان را بهبود بخشد. هدف در درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی این است که مهارت‌ها و آگاهی‌ها افزایش یابد و مراجعان اراده خود را در مورد جنبه‌هایی از رضایتمندی که قابل تغییر است، تقویت کنند؛ به طوری که به شادکامی و موفقیت بیشتر دست یابند. در این رویکرد اصول و مهارت‌های معطوف با کمک به مراجعان در شناسایی، دنبال کردن و برآوردن نیازها، اهداف و آرزوها در حوزه‌های با ارزش زندگی آموزش داده می‌شود. افرادی که خود را به مجموعه‌ای از مهارت‌ها و توانمندی‌های تجهیز کرده‌اند، در رویارویی با مشکلات موفق‌تر هستند، چرا که استفاده از پاسخ‌های مقابله‌ای مؤثر، به آن‌ها در غلبه بر مشکلات جسمانی و روانی، روابط بین فردی، اجتماعی و تعارضات فردی کمک می‌کند، در نتیجه این افراد از کیفیت زندگی و سلامت روان بهتری برخوردارند.

یکسان نبودن مراقبان از نظر رابطه خویشاوندی با فرد معتاد، تنوع در نوع ماده مصرفی، عدم سنجش ماندگاری طولانی مدت تأثیر مداخله از جمله محدودیت‌های این مطالعه است که باید در تعمیم نتایج این مطالعه مدنظر قرار گیرد.

نویدیان و همکاران معتقدند که توانمندسازی خانواده به صورت گروهی می‌تواند علاوه بر کاهش میزان فشار مراقبتی مراقبان، کیفیت مراقبت از بیمار و سلامت جسمی و روانی آنان را ارتقا دهد (۳۲). در همین راستا Soares و همکاران در پژوهشی با عنوان «افسردگی، اضطراب، بار روانی و حمایت اجتماعی در مراقبان معتادان فعال و مضطرب» نشان دادند که مراقبان معتادان از مداخلاتی که موجب افزایش حمایت اجتماعی و کاهش بار روانی، افسردگی و اضطراب می‌شوند، به ویژه کسانی که به مراقبت از اعضای خانواده‌شان احتیاج دارند، سود می‌برند (۳۳). همچنین نتیجه مطالعه عابدی و Vostanis نشان داد که کیفیت زندگی درمانی در مورد مادران کودکان مبتلا به وسواس با کاهش شدت علائم وسواس و اجبار و کاهش اضطراب و نیز افزایش رضایت بچه‌ها رابطه دارد و از طرفی این مداخله باعث افزایش معنادار کیفیت زندگی مادران کودکان گروه مداخله نسبت به گروه کنترل شده است. آنان به طور کلی نتیجه‌گیری کردند که کیفیت زندگی درمانی همانند درمان‌های شناختی رفتاری می‌تواند در درمان مشکلات مرتبط با خانواده بیماران هم مؤثر باشد (۲۱). علاوه بر آن نتایج پژوهش قاسمی و همکاران نشان داد که گروه درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی افسردگی، نشانه‌های جسمانی‌سازی و بد کارکردی اجتماعی را در پس آزمون و پیگیری کاهش داده ولی بر اضطراب آزمودنی‌ها تأثیری نداشته است. همچنین این درمان، بر بهزیستی ذهنی در بعد هیجانی (افزایش عاطفه مثبت و کاهش عاطفه منفی) در پس آزمون اثر داشته

اعضای خانواده معتادان به ویژه همسران و مراقبان خانوادگی آنان در کنار درمان‌های دارویی و غیردارویی معتادان در راهنماها و دستورالعمل‌های درمان اعتیاد، پس از انجام تحقیقات تکمیلی توصیه می‌شود.

### تشکر و قدردانی

مطالعه حاضر بخشی از پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته روان‌پرستاری با کد 8947 در دانشکده پرستاری و مامایی است که با حمایت مالی معاونت پژوهشی دانشگاه انجام یافته است (به شماره IR.ZAUMS REC.1397.194). از معاونت تحقیقات و فناوری، مدیریت و پرستاران بیمارستان روان‌پزشکی بهاران و همکاری تمامی افراد وابسته به مواد مخدر و خانواده آنان که با شرکت در مطالعه امکان انجام مطالعه را میسر کردند، تقدیر و تشکر به عمل می‌آید.

مداخله مبتنی بر کیفیت زندگی درمانی در این مطالعه نشان داد که می‌تواند بر بار روانی تأثیری مثبت و معنادار در مراقبان خانوادگی معتادان در پی داشته باشد. به نظر می‌رسد که به‌کارگیری تکنیک‌های آموزش روانی، حمایتی، رفتاری از جمله برون‌ریزی احساسات و تأثیرات ناشی از شرکت در گروه باعث افزایش سلامت روان مراقبان خانوادگی معتادان شده است. کیفیت زندگی درمانی، درمانی مؤثر برای بسیاری از مشکلات بیماران، همسران و افراد غیر بیمار است. براساس نتیجه مطالعه حاضر کاربرد مداخله مبتنی بر کیفیت زندگی درمانی بر روی مراقبان خانوادگی معتادان، به عنوان بیماران پنهان که در سیستم‌های بهداشتی درمانی کمتر به آن‌ها توجه می‌کنند، به ارایه‌دهندگان خدمات بهداشتی درمانی توصیه می‌شود. ارایه مراقبت‌های مبتنی بر کیفیت زندگی درمانی به

### منابع

- 1 - Salehyan M, Allah Bigdeli I, Hashemian K. Evaluation of general health in women with husbands affected by substance dependency disorder. *Social and Behavioral Sciences*. 2011; 30(1): 1693-1697. doi: 10.1016/j.sbspro.2011.10.327.
- 2 - Hadad Rahmani M, Jomhuri F. [Comparison of social adjustment, hope and life satisfaction among the members of anonymous groups and clients in addiction treatment clinics in Mashhad]. MSc. Thesis, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Allameh Tabatabaei University, 2012. (Persian)
- 3 - Zauszniewski JA, Bekhet AK, Suresky MJ. Indicators of resilience in family members of adults with serious mental illness. *Psychiatr Clin North Am*. 2015 Mar; 38(1): 131-46. doi: 10.1016/j.psc.2014.11.009.
- 4 - Sotodeh Navroi SO, Zeinali Sh, Khasteganan N. [Relationship between spouse abuse, social support and perceived stress in women with addicted and non-addicted husbands in Rasht city]. *Journal of Holistic Nursing and Midwifery*. 2012; 22(2): 25-32. (Persian)
- 5 - Mancheri H, Sharifi Neyestanak N, Seyedfatemi N, Heydari M, Ghodoosi M. [Psychosocial problems of families living with an addicted family member]. *Iran Journal of Nursing (IJN)*. 2013; 26(83): 48-56. (Persian)

- 6 - Moriarty H, Stubbe M, Bradford S, Tapper S, Lim BT. Exploring resilience in families living with addiction. *J Prim Health Care*. 2011 Sep 1; 3(3): 210-7. doi: 10.1071/HC11210.
- 7 - Athay MM. Caregiver life satisfaction: relationship to youth symptom severity through treatment. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2012; 41(4): 433-44. doi: 10.1080/15374416.2012.684273.
- 8 - Chan SW. Global perspective of burden of family caregivers for persons with schizophrenia. *Arch Psychiatr Nurs*. 2011 Oct; 25(5): 339-49. doi: 10.1016/j.apnu.2011.03.008.
- 9 - Grandon P, Jenaro C, Lemos S. Primary caregivers of schizophrenia outpatients: burden and predictor variables. *Psychiatry Res*. 2008 Apr 15; 158(3): 335-43. doi: 10.1016/j.psychres.2006.12.013.
- 10 - Hoenig J, Hamilton MW. The schizophrenic patient in the community and his effect on the household. *Int J Soc Psychiatry*. 1966 Summer; 12(3): 165-76. doi: 10.1177/002076406601200301.
- 11 - Magliano L, Fiorillo A, De Rosa C, Malangone C, Maj M. Family burden in long-term diseases: a comparative study in schizophrenia vs. physical disorders. *Soc Sci Med*. 2005 Jul; 61(2): 313-22. doi: 10.1016/j.socscimed.2004.11.064.
- 12 - Keshavarz M, Ghamarani A, Bagherian M, Musarezaie A. [Examination of the religious orientation and burden of family as predictors of treatment permanence of addiction]. *Journal of Research in Behavioural Sciences*. 2014; 12(1): 144-153. (Persian)
- 13 - Mahioldini H, Sadeghi Z, Cheraghi S, Zare R. [The efficacy of cognitive behavioral-therapy groups on the process of household in the families of addicts]. *Journal of Psychological Models and Methods*. 2014; 3(12): 1-9. (Persian)
- 14 - Manouchehri M, Gholzari M, Kordmirza Nikouzadeh E. [The effectiveness of hope therapy on employing positive coping with stress strategies in wives of addicted men]. *Clinical Psychology Studies*. 2016; 6(21): 78-90. doi: 10.22054/JCPS.2016.2385. (Persian)
- 15 - Bagheri M, Esmail Chegeni M, Mah Negar F. [Reviews of the effectiveness of religious, spiritual and mental therapy on stress reduction, anxiety and depression in women with addicted spouse in Ilam city]. *Journal of Reaserch on Religion & Health*. 2015; 1(3): 19-24. (Persian)
- 16 - Abolghasemi Sh, Fallahi S, Babayi T, Hojjat SK. [Comparing the effectiveness of encouraging training and life skills training on self- efficacy of addicts wive]. *Journal of North Khorasan University of Medical Sciences*. 2012; 4(3): 293-300. (Persian)
- 17 - Mir Mohammad Sadeghi A, Abedi MR. [Studing the effect of group-based consultant based on acceptance and commitment (ACT), on quality of life of addicts spouses from drug addiction treatment centers of Isfahan city]. *Journal of Counseling Research*. 2016; 14(56): 87-108. (Persian)
- 18 - Tarkhan M. [The effectiveness of short-term group interpersonal therapy on the psychological well-being and the life quality of addicted individuals' wives]. *Journal of Educational Psychology*. 2011; 2(1): 23-36. (Persian)
- 19 - Frisch MB. *Quality of life therapy: applying a life satisfaction approach to positive psychology and cognitive therapy*. New Jersey: John Wiley & Sons; 2006.
- 20 - Frisch MB. Evidence-based well-being/positive psychology assessment and intervention with quality of life therapy and coaching and the quality of life inventory (QOLI). *Soc Indic Res*. 2013 Nov; 114(2): 193-227. doi: 10.1007/s11205-012-0140-7.
- 21 - Abedi MR, Vostanis P. Evaluation of quality of life therapy for parents of children with obsessive-compulsive disorders in Iran. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2010 Jul; 19(7): 605-13. doi: 10.1007/s00787-010-0098-4.

- 22 - Ysefpoor N, Akbari A, Ahangari E, Samari AA. [An investigation of the effectiveness of psychotherapy based on the life quality improvement on the reduction of depression of those suffering from complicated grief]. *Research in Clinical Psychology and Counseling*. 2017; 7(1): 21-37. doi: 10.22067/ijap.v7i1.54663. (Persian)
- 23 - Mitchell J, Stanimirovic R, Klein B, Vella-Brodrick D. A randomised controlled trial of a self-guided internet intervention promoting well-being. *Computers in Human Behavior*. 2009 May; 25(3): 749-760. doi: 10.1016/j.chb.2009.02.003.
- 24 - Porzoor P, Alizadeh Ghoradel J, Yaghtui Zargar H, Basharpour S. [Effectiveness of positive psychotherapy in improving opiate addicts' quality of life]. *Quarterly Journal of Research on Addiction*. 2015; 9(35): 137-148. (Persian)
- 25 - Khademi MJ, Abedi MR. [The effectiveness of quality of life psychotherapy on blind girls' mental health in Isfahan]. *Knowledge & Research in Applied Psychology*. 2015; 16(4): 32-44. (Persian)
- 26 - Navidian A, Pahlavanzadeh S, Yazdani M. [The effectiveness of family training on family caregivers of inpatients with mental disorders]. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2010; 16(2): 99-106. (Persian)
- 27 - Navidian A, Bahari Zaheden F. Burden experienced by family caregivers of patients with mental disorders. *Pakistan Journal of Psychological Research*. 2008; 23(1): 19-28.
- 28 - Keshavarz M, Ghamarani A, Bagherian M, Musarezaie A. [Examination of the religious orientation and burden of family as predictors of treatment permanence of addiction]. *J Res Behave Sci*. 2014; 12(1): 144-153. (Persian)
- 29 - Magliano L, Fiorillo A, Malangone C, De Rosa C, Favata G, Sasso A, et al. Family psychoeducational interventions for schizophrenia in routine settings: impact on patients' clinical status and social functioning and on relatives' burden and resources. *Epidemiol Psichiatr Soc*. 2006 Jul-Sep; 15(3): 219-27. doi: 10.1017/S1121189X00004474.
- 30 - Belasco A, Barbosa D, Bettencourt AR, Diccini S, Sesso R. Quality of life of family caregivers of elderly patients on hemodialysis and peritoneal dialysis. *Am J Kidney Dis*. 2006 Dec; 48(6): 955-63. doi: 10.1053/j.ajkd.2006.08.017.
- 31 - Etemadifar S, Bahrami M, Shahriari M, Farsani AK. The effectiveness of a supportive educative group intervention on family caregiver burden of patients with heart failure. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2014 May; 19(3): 217-23.
- 32 - Navidian A, Kermansaravi F, Rigi SN. The effectiveness of a group psycho-educational program on family caregiver burden of patients with mental disorders. *BMC Res Notes*. 2012 Aug 1; 5: 399. doi: 10.1186/1756-0500-5-399.
- 33 - Soares AJ, Ferreira G, Pereira MG. Depression, distress, burden and social support in caregivers of active versus abstinent addicts. *Addiction Research & Theory*. 2016; 24(6): 483-489. doi: 10.3109/16066359.2016.1173681.
- 34 - Ghasemi N, Kajbaf MB, Rabiei M. [The effectiveness of quality of life therapy (QOLT) on subjective well-being (SWB) and mental health]. *Journal of Clinical Psychology*. 2011; 3(2): 23-34. doi: 10.22075/JCP.2017.2051. (Persian)

# Effect of the quality of life therapy intervention on the burden of the family caregivers of addicts

Zahra Karimi\* Nasrin Rezaee\* Mansour Shakiba\*\* Ali Navidian\*\*\*

## Abstract

Article type:  
Original Article

Received: May 2019  
Accepted: Aug. 2019  
e-Published: 28 Oct. 2019

**Background & Aim:** Substance use as a crisis and a long-term chronic disorder can lead to psychological burden and reduce the quality of life of family caregivers. The aim of this study was to determine the effect of the quality of life therapy intervention on the burden of the family caregivers of addicts.

**Methods & Materials:** This is a clinical trial. The research population included all the family caregivers of the recovering addicts, admitted to Baharan psychiatric hospital in Zahedan in 2018. The samples were 80 people who were randomly divided into either intervention or control group. Caregivers in the intervention group received eight sessions of group counseling based on the quality of life therapy and on the basis of the determined content, every other day. Before the intervention and eight weeks after the intervention, the data were collected using the Zarit burden questionnaire and were analyzed by statistical tests through the SPSS software version 21.

**Results:** Before the intervention, there was no significant difference in the mean score of burden between the two groups ( $P=0.25$ ). After the intervention, the mean score of family caregiver burden in the intervention group ( $40.10\pm 12.92$ ) was significantly lower than in the control group ( $46.80\pm 13.58$ ) ( $P<0.01$ ).

**Conclusion:** The quality of life therapy intervention in this study had a positive and significant effect on reducing the burden of family caregivers of addicts. Therefore, it is recommended that healthcare providers use this counseling approach along with addiction treatment programs to improve the psychological well-being of family caregivers.

**Clinical trial registry:** IRCT20160924029954N11

Corresponding author:  
Ali Navidian  
e-mail:  
alinavidian@gmail.com

**Key words:** burden, quality of life, therapy, family caregiver, dependency

### Please cite this article as:

- Karimi Z, Rezaee N, Shakiba M, Navidian A. [Effect of the quality of life therapy intervention on the burden of the family caregivers of addicts]. *Hayat, Journal of School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences*. 2019; 25(3): 237-251. (Persian)

\* Dept. of Psychiatric Nursing, School of Nursing and Midwifery, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran

\*\* Dept. of Psychiatry, School of Medicine, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran

\*\*\* Dept. of Psychiatric Nursing, School of Nursing and Midwifery, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran; Community Nursing Research Center, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran