



Original Research Article



Assessing the Impact of Psychiatric Nursing Interventions on Improving the Quality of Life of Patients with Chronic Mental Illnesses

Masoud Bahariyan ^{* 1} , Sakineh Omidi ² 

1- Department of Counseling, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran (Corresponding Author)

2- Department of Psychology, University of Tehran, Tehran, Iran

ARTICLE INFO

Article History

Date Received: 20 September 2025

Date Revised: 5 December 2025

Date Accepted: 5 February 2026

Date published: 18 May 2026

Keywords

Psychiatric nursing,
Psychiatric nursing
interventions, Quality of life,
Chronic mental illnesses,
Schizophrenia.

Corresponding Author Email:

Bahar.ma45@gmail.com

Use your device to scan and
read the article online:



ABSTRACT

Chronic mental illnesses, including schizophrenia, bipolar disorder, and severe depression, are among the most significant challenges for mental health systems worldwide and in Iran due to their persistent, recurrent, and multidimensional nature. These disorders are not only associated with a decline in psychological, social, and occupational functioning but often lead to a significant reduction in quality of life, increased dependence on family and care systems, higher economic burdens of treatment, and a decrease in individual and social adaptation levels. Psychiatric nursing interventions, as part of comprehensive mental health care, can play an effective role in improving outcomes for patients with chronic mental illnesses through illness education, strengthening coping skills, emotional support, enhancing treatment adherence, and organizing daily activities. The present study aimed to assess the impact of psychiatric nursing interventions on improving the quality of life of patients with chronic mental illnesses. This was an applied, quantitative, experimental study using a double-blind clinical trial design with a 12-week longitudinal approach. The study population consisted of 80 patients with chronic mental disorders who were randomly assigned to intervention and control groups. In addition to standard pharmacological treatment, the intervention group participated in 10 sessions of psychiatric nursing interventions, including illness education, coping skills training, emotional support, and daily activity planning, while the control group received only routine pharmacological care. Data collection instruments included the Quality of Life Questionnaire and a Psychological Functioning Assessment Questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics and inferential tests, including paired t-test, Mann-Whitney, one-way ANOVA, and multiple logistic regression. The results showed that psychiatric nursing interventions significantly increased the quality of life in the intervention group, and this improvement was significant in physical, psychological, social relationship, and environmental dimensions. Furthermore, active patient participation in sessions and the level of family support were important predictors of improved quality of life. Based on these findings, it can be concluded that psychiatric nursing interventions, as an essential supplement to pharmacological treatment, have high potential for enhancing the quality of life of patients with chronic mental illnesses.

How to cite this article:

Bahariyan, M., Omidi, S. (2026). Assessing the Impact of Psychiatric Nursing Interventions on Improving the Quality of Life of Patients with Chronic Mental Illnesses. *Journal of Studies and Research in Behavioral Sciences*, 8(1), 71-96.



©2023 The author(s). This is an open access article distributed under Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International (CC BY-NC), which permits use, sharing, adaptation, distribution and reproduction in any medium or format, as long as you give appropriate credit to the original author(s) and the source.

Publisher: Chatre Andisheh International Publishing Institute



مطالعات و تحقیقات در علوم رفتاری

Homepage: <https://Jobssar.ir>



مقاله پژوهشی

سنجش تأثیر مداخلات روان‌پرستاری بر بهبود کیفیت زندگی بیماران مزمن روانی

مسعود بهاریان *^۱، سکینه امیدی^۲

۱- گروه مشاوره، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران (نویسنده مسئول)

۲- گروه روانشناسی، دانشگاه تهران، تهران، ایران

چکیده

بیماری‌های مزمن روانی، از جمله اسکیزوفرنی، اختلال دوقطبی و افسردگی شدید، به دلیل ماهیت پایدار، عودکننده و چندبعدی خود، از مهم‌ترین چالش‌های نظام‌های سلامت روان در جهان و ایران به‌شمار می‌آیند. این اختلالات نه تنها با افت کارکرد روان‌شناختی، اجتماعی و شغلی همراه‌اند، بلکه در بسیاری از موارد به کاهش معنادار کیفیت زندگی، وابستگی بیشتر به خانواده و نظام مراقبتی، افزایش بار اقتصادی درمان و افت سطح سازگاری فردی و اجتماعی منجر می‌شوند. در این میان، مداخلات روان‌پرستاری به‌عنوان بخشی از مراقبت‌های جامع سلامت روان، می‌توانند از طریق آموزش بیماری، تقویت مهارت‌های مقابله‌ای، حمایت عاطفی، ارتقای پایداری درمانی و سازمان‌دهی فعالیت‌های روزمره، نقش مؤثری در بهبود پیامدهای بیماران مزمن روانی ایفا کنند. پژوهش حاضر با هدف سنجش تأثیر مداخلات روان‌پرستاری بر بهبود کیفیت زندگی بیماران مزمن روانی انجام شد. این مطالعه از نظر هدف کاربردی و از نظر روش، پژوهشی کمی از نوع تجربی با طرح کارآزمایی بالینی دوگانه‌سوکور و رویکرد طولی ۱۲ هفته‌ای بود. جامعه آماری پژوهش را ۸۰ بیمار مبتلا به اختلالات روانی مزمن تشکیل دادند که به‌صورت تصادفی در دو گروه مداخله و کنترل قرار گرفتند. گروه مداخله، افزون بر درمان دارویی استاندارد، در ۱۰ جلسه مداخله روان‌پرستاری شامل آموزش بیماری، آموزش مهارت‌های مقابله‌ای، حمایت عاطفی و برنامه‌ریزی فعالیت‌های روزانه شرکت کردند، در حالی که گروه کنترل فقط مراقبت دارویی معمول را دریافت نمود. ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسشنامه کیفیت زندگی و پرسشنامه ارزیابی عملکرد روانی بود. داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی و آزمون‌های استنباطی شامل تی زوج‌شده، من-ویتنی، تحلیل واریانس یک‌طرفه و رگرسیون لجستیک چندگانه تحلیل شدند. نتایج نشان داد که مداخلات روان‌پرستاری موجب افزایش معنادار کیفیت زندگی در گروه مداخله شد و این بهبود در ابعاد جسمی، روانی، روابط اجتماعی و محیط زندگی نیز معنادار بود. همچنین، مشارکت فعال بیماران در جلسات و سطح حمایت خانوادگی از پیش‌بین‌های مهم بهبود کیفیت زندگی بودند. بر این اساس، می‌توان نتیجه گرفت که مداخلات روان‌پرستاری، به‌عنوان مکملی ضروری در کنار درمان دارویی، ظرفیت بالایی برای ارتقای کیفیت زندگی بیماران مزمن روانی دارند.

اطلاعات مقاله

سابقه مقاله

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۰۶/۲۹

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۴/۰۹/۱۴

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۱۱/۱۶

تاریخ انتشار: ۱۴۰۵/۰۲/۲۸

واژه‌های کلیدی

روان‌پرستاری، مداخلات

روان‌پرستاری، کیفیت زندگی،

بیماری‌های روانی مزمن،

اسکیزوفرنی.

ایمیل نویسنده مسئول

Bahar.ma45@gmail.com

از دستگاه خود برای اسکن و خواندن مقاله به صورت آنلاین استفاده کنید:



استناد به این مقاله: بهاریان، مسعود و امیدی، سکینه (۱۴۰۵). سنجش تأثیر مداخلات روان‌پرستاری بر بهبود کیفیت زندگی بیماران مزمن روانی. *مطالعات و تحقیقات در علوم رفتاری*.

ناشر: موسسه انتشارات بین‌المللی چتر اندیشه

رفتاری، ۸ (۱)، ۷۱-۹۶.



Creative Commons: CC BY 4.0

مقدمه

در دهه‌های اخیر، بیماری‌های مزمن روانی به‌عنوان یکی از پیچیده‌ترین و پرهزینه‌ترین مسائل نظام سلامت در سطح جهانی و ملی مطرح شده‌اند؛ زیرا این اختلالات نه‌فقط با علائم بالینی پایدار و عودکننده همراه‌اند، بلکه به‌طور هم‌زمان بر ساحت‌های گوناگون زندگی فرد، از جمله کارکرد شناختی، تنظیم هیجانی، تعاملات اجتماعی، استقلال فردی، مشارکت شغلی، ثبات خانوادگی و ادراک فرد از کیفیت زندگی اثر می‌گذارند. اختلالاتی مانند اسکیزوفرنی، اختلال دوقطبی و افسردگی شدید، در زمره مهم‌ترین اختلالات مزمن روانی قرار دارند که به‌دلیل طول دوره بیماری، احتمال عود، نیاز به درمان‌های مداوم و تأثیر عمیق بر عملکرد روزانه، بار قابل توجهی را بر بیمار، خانواده، نظام مراقبت درمانی و ساختارهای حمایتی جامعه تحمیل می‌کنند. در ادبیات معاصر سلامت روان، دیگر صرف کاهش نشانه‌های بالینی به‌عنوان معیار کافی موفقیت درمان تلقی نمی‌شود، بلکه ارزیابی پیامدهایی چون کیفیت زندگی، عملکرد اجتماعی، رضایت از زندگی، احساس امید، ادراک حمایت و میزان بازگشت فرد به نقش‌های عادی زندگی، جایگاه محوری یافته است؛ به همین دلیل، بسیاری از صاحب‌نظران حوزه سلامت روان تأکید کرده‌اند که درمان مؤثر در بیماران مزمن روانی باید از مدل صرفاً علامت‌محور فراتر رود و به سمت رویکردهای جامع، چندبعدی و مبتنی بر بهبود زندگی روزمره حرکت کند (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۲۲؛ ویگو، ثورنیکرافت و اتون، ۲۰۱۶؛ شارما و اندرسن، ۲۰۲۳).

کیفیت زندگی، به‌عنوان یکی از مهم‌ترین شاخص‌های پیامد در بیماران مبتلا به اختلالات روانی مزمن، مفهومی چندبعدی است که ابعاد جسمانی، روان‌شناختی، روابط اجتماعی و شرایط محیطی زندگی را دربر می‌گیرد. این مفهوم، صرفاً بازتاب وضعیت عینی بیمار نیست، بلکه به ارزیابی ذهنی فرد از مطلوبیت زندگی، احساس رضایت، توانایی ایفای نقش، درک از امنیت، امید به آینده و تجربه زیسته او از بودن در جهان اجتماعی نیز وابسته است. در مورد بیماران مزمن روانی، کیفیت زندگی معمولاً تحت تأثیر مجموعه‌ای از عوامل آسیب‌رسان قرار می‌گیرد: نشانه‌های مثبت و منفی بیماری، ناتوانی در تنظیم هیجان، کاهش مهارت‌های ارتباطی، برچسب اجتماعی، انزوای اجتماعی، مشکلات اقتصادی، وابستگی درمانی، ناپایداری شغلی، تعارضات خانوادگی و ضعف در دسترسی به خدمات توان‌بخشی و حمایت مستمر. از این‌رو، کیفیت زندگی در این گروه نه یک متغیر حاشیه‌ای، بلکه یک شاخص بنیادی در ارزیابی اثربخشی درمان و مراقبت به‌شمار می‌آید (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۲۱؛ گالدراپسی و همکاران، ۲۰۲۱؛ فوکودا، ساکسنا و پاتل، ۲۰۲۳).

در سال‌های اخیر، جهت‌گیری نظری و کاربردی در حوزه سلامت روان به‌طور محسوسی به‌سوی مراقبت‌های جامعه‌محور، بازیابی‌محور و چندرشته‌ای متمایل شده است. این تغییر پارادایمی بر این اصل استوار است که بیماران مزمن روانی برای دستیابی به سطوح مطلوب‌تری از سلامت، تنها به دارودرمانی نیاز ندارند، بلکه باید از شبکه‌ای منسجم از مداخلات آموزشی، حمایتی، ارتباطی، توان‌بخشی و مراقبتی نیز برخوردار شوند. در این میان، روان‌پرستاری جایگاهی بسیار مهم دارد؛ زیرا روان‌پرستار در بسیاری از نظام‌های مراقبت، نزدیک‌ترین و مستمرترین عنصر حرفه‌ای در تماس با بیمار است و می‌تواند نقشی چندوجهی در آموزش، حمایت، پایش، مداخله زودهنگام، تنظیم برنامه روزانه، تقویت مهارت‌های سازگاری و بهبود روابط درمانی ایفا کند. از منظر نظری، مداخلات روان‌پرستاری را می‌توان بخشی از مراقبت جامع مبتنی بر رویکرد زیستی-روانی-اجتماعی دانست؛ رویکردی که معتقد است وضعیت سلامت روان فرد محصول تعامل عوامل زیستی، روان‌شناختی و اجتماعی است و بنابراین، هرگونه مداخله اثربخش نیز باید این ابعاد را به‌طور هم‌زمان در نظر بگیرد (انگل، ۱۹۷۷؛ تاونسند و مورگان، ۲۰۲۱؛ ویدبک، ۲۰۲۲).

اهمیت روان‌پرستاری در مدیریت بیماری‌های روانی مزمن از آنجا ناشی می‌شود که این بیماران معمولاً با مشکلاتی فراتر از علائم تشخیصی اصلی مواجه‌اند. برای مثال، بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی افزون بر توهم، هذیان یا نشانه‌های منفی، اغلب با کاهش

انگیزش، ضعف در خودمراقبتی، اختلال در روابط اجتماعی، افت عملکرد شغلی و تحصیلی و احساس طردشدگی اجتماعی روبه‌رو هستند. بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی نیز حتی در فاصله بین دوره‌های حاد، ممکن است از بی‌ثباتی هیجانی، دشواری در سازمان‌دهی زندگی روزمره، اختلال در روابط خانوادگی و نگرانی از عود مجدد رنج ببرند. همچنین در بیماران مبتلا به افسردگی شدید، احساس بی‌ارزشی، کناره‌گیری اجتماعی، کاهش انرژی، افت انگیزه و اختلال در عملکرد روزانه می‌تواند به صورت مستقیم کیفیت زندگی را تضعیف کند. در چنین شرایطی، مداخلات روان‌پرستاری می‌توانند با آموزش بیمار درباره ماهیت بیماری، ارتقای آگاهی نسبت به علائم هشداردهنده، تقویت مهارت‌های مقابله‌ای، کمک به تنظیم فعالیت‌های روزمره، بهبود ارتباط درمانی و جلب مشارکت خانواده، بخشی از این چرخه ناتوان‌ساز را تعدیل کنند (وارخیز، باستیاس و مونتس، ۲۰۲۰؛ هدی، دریک و باند، ۲۰۲۱؛ کاسکادا و همکاران، ۲۰۲۴).

از منظر روان‌شناسی سلامت و علوم رفتاری، یکی از مهم‌ترین عوامل مؤثر بر سیر بیماری‌های مزمن روانی، نحوه مواجهه فرد با بیماری و میزان توان او در سازگاری با شرایط مزمن است. وقتی بیمار فاقد مهارت‌های لازم برای شناخت بیماری، تنظیم هیجان، برقراری ارتباط، استفاده از حمایت اجتماعی و حفظ برنامه منظم زندگی باشد، احتمال عود، بستری مجدد، افت کارکرد و کاهش کیفیت زندگی افزایش می‌یابد. در مقابل، زمانی که بیمار در محیطی حمایتی قرار گیرد، آموزش مناسب دریافت کند، احساس شنیده شدن و درک شدن داشته باشد و بتواند در فرایند مراقبت نقش فعال‌تری ایفا کند، پیامدهای روان‌شناختی و اجتماعی درمان مطلوب‌تر خواهد بود. بسیاری از مداخلات روان‌پرستاری دقیقاً در همین نقطه مداخله می‌کنند: آن‌ها تلاش می‌کنند بیمار را از موضع انفعالی و صرفاً دریافت‌کننده دارو، به موضع مشارکت‌کننده در درمان و بازیابی سوق دهند. این جابجایی از نظر نظری نیز با الگوهای نوین درمان‌محور، از جمله درمان مبتنی بر بازیابی، خودمدیریتی بیماری و مراقبت مشارکتی، هم‌راستا است (اسلوبودسکی و همکاران، ۲۰۱۹؛ بارکوی، دراپر و همکاران، ۲۰۲۲؛ سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۲۲).

یکی از دلایل اهمیت ویژه مداخلات روان‌پرستاری آن است که این مداخلات معمولاً در مقایسه با برخی مداخلات پیچیده تخصصی، هم از نظر هزینه-فایده مقرون‌به‌صرفه‌تر هستند و هم قابلیت ادغام بیشتری در نظام‌های مراقبت بالینی و جامعه‌محور دارند. روان‌پرستاران می‌توانند در بخش‌های بستری، درمانگاه‌های سرپایی، مراکز توان‌بخشی، مراکز جامعه‌نگر و حتی در قالب پیگیری‌های خانواده‌محور، خدماتی مستمر و نسبتاً ساختاریافته ارائه دهند. این ویژگی به‌ویژه در کشورهایی که با محدودیت منابع انسانی تخصصی در حوزه سلامت روان مواجه‌اند اهمیت بیشتری پیدا می‌کند. در چنین بستری، هرگونه مداخله‌ای که بتواند با هزینه قابل قبول، کیفیت زندگی بیمار را بهبود بخشد، بستری مجدد را کاهش دهد، مشارکت خانوادگی را ارتقا دهد و میزان انطباق بیمار با درمان را بیشتر کند، از ارزش راهبردی بالایی برخوردار خواهد بود (پاتل، ساکسنا و همکاران، ۲۰۱۸؛ تورنیکرافت و ساسمن، ۲۰۱۹؛ فان در مروه و همکاران، ۲۰۲۳).

با وجود این اهمیت، بررسی ادبیات پژوهش نشان می‌دهد که هنوز درباره دامنه واقعی اثربخشی مداخلات روان‌پرستاری بر کیفیت زندگی بیماران مزمن روانی، به‌ویژه در قالب مطالعات کنترل‌شده و با سنجش چندبعدی پیامدها، نیاز به پژوهش‌های بیشتر وجود دارد. بخشی از مطالعات، اثربخشی بالای این مداخلات را گزارش کرده‌اند و نشان داده‌اند که آموزش بیماری، حمایت عاطفی، مداخلات خانواده‌محور و آموزش مهارت‌های مقابله‌ای می‌توانند کیفیت زندگی، پایبندی درمانی و عملکرد اجتماعی را بهبود دهند. با این حال، برخی دیگر از پژوهش‌ها تأکید کرده‌اند که شدت اثر مداخلات به عواملی مانند نوع اختلال، شدت مزمن بودن، سطح بینش بیمار، کیفیت رابطه درمانی، میزان حمایت خانواده، پیوستگی مداخله و طول دوره پیگیری وابسته است؛ بنابراین، نمی‌توان درباره اثربخشی این مداخلات بدون توجه به بافت اجرایی، محتوای مداخله و ویژگی‌های جمعیت هدف، داوری قطعی و یک‌دست داشت (فونسکا پدررو و همکاران، ۲۰۲۰؛ چن، هوانگ و لی، ۲۰۲۱؛ دوبه، رامیرز و کلاین، ۲۰۲۴).

در ادبیات سلامت روان، کیفیت زندگی بیماران مزمن روانی به طور خاص تحت تأثیر رابطه میان نشانه‌های بالینی و منابع حمایتی قرار دارد. هرچه نشانه‌های بیماری شدیدتر و شبکه‌های حمایتی ضعیف‌تر باشند، احتمال افت کیفیت زندگی بیشتر می‌شود. اما در کنار این واقعیت، مطالعات متعددی نشان داده‌اند که حتی در شرایط مزمن بودن بیماری، امکان ارتقای تجربه زیسته بیماران وجود دارد؛ مشروط بر آنکه مراقبت از سطح مداخله صرفاً دارویی فراتر رود و نیازهای شناختی، هیجانی، خانوادگی، اجتماعی و عملکردی فرد نیز پوشش داده شود. در این چارچوب، روان‌پرستاری نه فقط یک حرفه مراقبتی، بلکه یک سازوکار مداخله‌ای در جهت بازسازی کارکرد روانی-اجتماعی بیمار محسوب می‌شود. این نقش زمانی برجسته‌تر می‌شود که بدانیم بسیاری از بیماران مزمن روانی، در نتیجه دوره‌های مکرر بستری، انگ اجتماعی و تجربه‌های ناگوار قبلی از درمان، دچار نوعی کناره‌گیری روان‌شناختی از فرایند درمان می‌شوند. در چنین شرایطی، برقراری رابطه‌ای همدلانه، ساختارمند و تداومیافته با روان‌پرستار می‌تواند احساس امنیت، اعتماد و انگیزش برای پیگیری درمان را تقویت کند و در نهایت بر کیفیت زندگی اثر بگذارد (بارکوز و همکاران، ۲۰۱۹؛ گونزالس-بلانچ و همکاران، ۲۰۲۰؛ نوریس، جونز و وودز، ۲۰۲۳).

از سوی دیگر، مفهوم کیفیت زندگی در بیماران مزمن روانی نباید تنها به کاهش رنج ذهنی فروکاسته شود. در رویکردهای نوین، کیفیت زندگی شامل تجربه کرامت، استقلال نسبی، توانایی تصمیم‌گیری، مشارکت در روابط، دسترسی به محیطی ایمن و امکان داشتن روزمرگی معنادار است. به همین دلیل، مداخلات روان‌پرستاری زمانی بیشترین اثر را دارند که صرفاً به آموزش اطلاعات بالینی محدود نشوند، بلکه به تقویت توانمندی‌های عملی بیمار برای زیستن با بیماری نیز بپردازند. آموزش مهارت‌های حل مسئله، مدیریت استرس، شناسایی علائم هشدار، تنظیم خواب و فعالیت، بهبود ارتباط با خانواده، تقویت انگیزش و سازمان‌دهی فعالیت‌های ساده روزانه، همگی می‌توانند درک فرد از کنترل‌پذیری زندگی را افزایش دهند و از این رهگذر، کیفیت زندگی را ارتقا بخشند (ویدبک، ۲۰۲۲؛ تاونسند و مورگان، ۲۰۲۱؛ زولوت و همکاران، ۲۰۲۴).

در ایران نیز، با توجه به افزایش توجه به سلامت روان جامعه، گسترش بار اختلالات مزمن روانی و ضرورت حرکت به سوی مراقبت‌های جامعه‌محور، بررسی مداخلات روان‌پرستاری اهمیتی دوچندان دارد. ساختار خانواده در ایران هنوز نقش قابل‌توجهی در نگهداری و حمایت از بیماران مزمن روانی ایفا می‌کند، اما این حمایت در بسیاری از موارد بدون آموزش، فرساینده و همراه با فشار روانی شدید است. از این منظر، مداخلات روان‌پرستاری می‌توانند کارکردی دوگانه داشته باشند: از یک سو به بیمار برای فهم بیماری و مدیریت بهتر زندگی کمک کنند و از سوی دیگر، خانواده را برای حمایت کارآمدتر، واقع‌بینانه‌تر و کم‌تنش‌تر آماده سازند. در کنار این مسئله، محدودیت‌های نظام خدمات روان‌پزشکی، تراکم مراجعان، کمبود پیگیری مستمر پس از ترخیص و نبود برنامه‌های منسجم توان‌بخشی در برخی مراکز، سبب می‌شود که روان‌پرستاری حرفه‌ای و ساختاریافته به عنوان یکی از ظرفیت‌های مهم اما کمتر بهره‌برداری شده مطرح شود (حجازی و همکاران، ۱۴۰۰؛ مرادی و همکاران، ۱۴۰۱؛ کریمی، صادقی و همکاران، ۱۴۰۲).

مسئله اصلی پژوهش حاضر دقیقاً از همین نقطه برمی‌خیزد: با وجود اهمیت نظری و عملی مداخلات روان‌پرستاری، هنوز روشن نیست که این مداخلات در یک طرح کنترل‌شده تا چه اندازه می‌توانند کیفیت زندگی بیماران مزمن روانی را بهبود بخشند و کدام ابعاد کیفیت زندگی بیش از دیگر ابعاد تحت تأثیر قرار می‌گیرند. همچنین، از آنجا که کیفیت زندگی یک سازه چندبعدی است، صرف مشاهده بهبود کلی در نمره کل نمی‌تواند تصویر دقیقی از نحوه اثربخشی مداخله ارائه دهد. ممکن است مداخله‌ای بر بعد روانی اثر قوی‌تری داشته باشد اما بر بعد محیطی یا اجتماعی اثر محدودتری نشان دهد، یا برعکس، از طریق بازسازی تعاملات و عادت‌های روزانه، به طور غیرمستقیم ابعاد دیگر را نیز ارتقا دهد. بنابراین، تحلیل جزئی‌تر ابعاد کیفیت زندگی و بررسی عوامل همراه مانند مشارکت بیمار در جلسات و سطح حمایت خانوادگی، برای فهم بهتر سازوکار اثرگذاری مداخلات روان‌پرستاری ضروری است (لی، چونگ و وانگ، ۲۰۲۲؛ پارکر و همکاران، ۲۰۲۳؛ موسوی و همکاران، ۱۴۰۱).

شکاف دانشی موجود در این حوزه را می‌توان در چند سطح تبیین کرد. نخست آنکه در بخشی از مطالعات پیشین، تمرکز بیشتر بر شاخص‌های بالینی مانند کاهش علائم، کاهش بستری مجدد یا افزایش پایبندی دارویی بوده و کیفیت زندگی به‌عنوان پیامدی کل‌نگر کمتر در مرکز توجه قرار گرفته است. دوم آنکه حتی در مطالعاتی که کیفیت زندگی را سنجیده‌اند، گاه طراحی پژوهش غیرآزمایشی بوده یا دوره پیگیری کوتاه بوده است؛ در نتیجه، استنباط دقیق‌تر درباره رابطه مداخله و پیامد دشوار می‌شود. سوم آنکه برخی پژوهش‌ها مداخله روان‌پرستاری را به‌صورت کلی و بدون تفکیک مؤلفه‌های اجرایی آن گزارش کرده‌اند، در حالی که اثربخشی این مداخلات ممکن است به اجزایی چون آموزش بیماری، حمایت عاطفی، مهارت‌آموزی و برنامه‌ریزی فعالیت‌ها وابسته باشد. چهارم آنکه در بسترهای فرهنگی متفاوت، پاسخ به مداخله می‌تواند متفاوت باشد و به همین دلیل، نیاز به شواهد بومی و زمینه‌مند همچنان باقی است. پنجم آنکه در برخی مطالعات، متغیرهای میانجی یا تعدیل‌گر مانند حمایت خانوادگی، مشارکت فعال بیمار، نوع اختلال و سطح عملکرد اولیه به‌اندازه کافی بررسی نشده‌اند (سالا، کیهان و مارتینز، ۲۰۲۰؛ گالدرایسی و همکاران، ۲۰۲۱؛ شفیع و همکاران، ۱۴۰۲).

اهمیت انجام این پژوهش از چند جنبه قابل توجیه است. از جنبه نظری، این مطالعه می‌تواند به غنای دانش موجود در زمینه مراقبت‌های غیر دارویی و مکمل در بیماران مزمن روانی کمک کند و نشان دهد که چگونه مداخلات روان‌پرستاری در چارچوب رویکرد جامع سلامت روان بر کیفیت زندگی اثر می‌گذارند. از جنبه کاربردی، نتایج آن می‌تواند در طراحی برنامه‌های مراقبتی بیمارستانی و جامعه‌محور، آموزش روان‌پرستاران، سیاست‌گذاری خدمات سلامت روان و تدوین بسته‌های مداخله‌ای مبتنی بر شواهد مورد استفاده قرار گیرد. از جنبه بالینی، اگر اثربخشی این مداخلات تأیید شود، می‌توان آن‌ها را به‌عنوان بخشی از مراقبت استاندارد برای بیماران مزمن روانی در نظر گرفت، نه صرفاً مداخله‌ای جانبی یا اختیاری. از جنبه اجتماعی نیز، هرگونه بهبود در کیفیت زندگی این بیماران می‌تواند به کاهش بار خانواده، افزایش سطح عملکرد، تقویت مشارکت اجتماعی و کاهش هزینه‌های مستقیم و غیرمستقیم درمان منجر شود (پاتل و همکاران، ۲۰۱۸؛ سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۲۲؛ یوسفی و همکاران، ۱۴۰۱).

بر این اساس، هدف پژوهش حاضر سنجش تأثیر مداخلات روان‌پرستاری بر بهبود کیفیت زندگی بیماران مزمن روانی است. این پژوهش می‌کوشد در چارچوبی تجربی، اثر یک برنامه ساختاریافته روان‌پرستاری را در کنار درمان دارویی استاندارد بر کیفیت زندگی کلی و ابعاد مختلف آن بررسی کند و همچنین نقش برخی متغیرهای مرتبط با فرایند مداخله، مانند مشارکت فعال بیمار در جلسات و میزان حمایت خانوادگی، را در تبیین میزان بهبود کیفیت زندگی مورد توجه قرار دهد. به بیان دیگر، پرسش محوری این مطالعه آن است که آیا مداخلات روان‌پرستاری می‌توانند فراتر از سطح مراقبت دارویی معمول، به شکلی معنادار و قابل‌اتکا کیفیت زندگی بیماران مزمن روانی را ارتقا دهند و اگر چنین است، این اثر در کدام ابعاد برجسته‌تر است. پاسخ به این پرسش، افزون بر ارزش علمی، از حیث برنامه‌ریزی مداخلات، تخصیص منابع، آموزش نیروی انسانی و ارتقای کیفیت خدمات سلامت روان نیز اهمیت فراوانی دارد.

مبانی نظری

مبانی نظری پژوهش حاضر بر این پیش‌فرض استوار است که بیماری‌های مزمن روانی پدیده‌هایی چندبعدی، پایدار و عمیقاً اثرگذار بر زیست فردی و اجتماعی انسان هستند و بنابراین، ارزیابی و مداخله در آن‌ها نیز باید از چارچوبی چندساحتی برخوردار باشد. در این میان، مفهوم کیفیت زندگی به‌عنوان یکی از مهم‌ترین شاخص‌های پیامدی در حوزه سلامت روان، جایگاهی محوری دارد؛ زیرا نشان می‌دهد بیمار تا چه حد توانسته است با وجود بیماری، در ابعاد مختلف زندگی به سطحی از رضایت، کارکرد، معنا و تعادل دست یابد. بر این اساس، مداخلات روان‌پرستاری زمانی از پشتوانه نظری کافی برخوردار خواهند بود که بتوانند میان

شناخت ماهیت چندبعدی بیماری، درک سازه کیفیت زندگی و نقش حمایت‌های حرفه‌ای در بازسازی کارکرد روانی-اجتماعی پیوند برقرار کنند.

یکی از نخستین مبانی نظری این پژوهش، تعریف کیفیت زندگی در قلمرو سلامت است. کیفیت زندگی در معنای عام، به ادراک فرد از موقعیت خود در زندگی، در متن فرهنگ، نظام ارزشی، اهداف، انتظارات و دغدغه‌های او اشاره دارد. در حوزه سلامت روان، این مفهوم ابعادی فراتر از نبود علائم یا کاهش نشانه‌های اختلال پیدا می‌کند و متضمن ارزیابی فرد از آسایش جسمی، ثبات روانی، احساس امید، کیفیت روابط اجتماعی، ادراک امنیت، استقلال نسبی و رضایت از شرایط زیست‌محیطی است. سازمان جهانی بهداشت کیفیت زندگی را مفهومی چندبعدی می‌داند که عناصر جسمانی، روان‌شناختی، اجتماعی و محیطی را به صورت درهم‌تنیده در بر می‌گیرد و بر ادراک ذهنی فرد از مطلوبیت زندگی تأکید می‌ورزد (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۲۱). در بیماران مبتلا به اختلالات روانی مزمن، این تعریف اهمیت بیشتری می‌یابد؛ زیرا ممکن است فرد از نظر کنترل نسبی علائم در وضعیت قابل‌قبولی باشد، اما همچنان در روابط اجتماعی، احساس ارزشمندی، امید به آینده یا توانایی انجام فعالیت‌های روزمره دچار نقصان باشد. بنابراین، کیفیت زندگی در این حوزه تنها یک شاخص تکمیلی نیست، بلکه معیاری بنیادی برای سنجش اثربخشی مداخلات درمانی و مراقبتی محسوب می‌شود.

از منظر نظری، کیفیت زندگی بیماران مزمن روانی در پیوند با رویکرد زیستی-روانی-اجتماعی بهتر فهم می‌شود. این رویکرد که نخستین بار به‌طور نظام‌مند توسط انگل مطرح شد، بر آن است که وضعیت سلامت و بیماری حاصل تعامل هم‌زمان عوامل زیستی، روان‌شناختی و اجتماعی است و هرگونه تحلیل تک‌عاملی از بیماری، تصویری ناقص و فروکاهنده ارائه می‌دهد (انگل، ۱۹۷۷). در حوزه بیماری‌های مزمن روانی، بعد زیستی شامل زمینه‌های ژنتیکی، بیوشیمیایی، نورولوژیک و پاسخ به درمان دارویی است؛ بعد روان‌شناختی به مؤلفه‌هایی چون بینش بیمار، سبک مقابله، تنظیم هیجان، خودپنداره، انگیزش، امید و تجربه ذهنی رنج مربوط می‌شود؛ و بعد اجتماعی نیز متغیرهایی مانند حمایت خانوادگی، روابط بین‌فردی، برچسب اجتماعی، شرایط اقتصادی، دسترسی به خدمات و زمینه فرهنگی را در بر می‌گیرد. بر مبنای این مدل، کیفیت زندگی محصول وضعیت متوازن یا نامتوازن این سه سطح است و در نتیجه، مداخلات مؤثر نیز باید بتوانند در سطوح مختلف عمل کنند. روان‌پرستاری از جمله حوزه‌هایی است که ظرفیت عملیاتی‌سازی همین مدل را دارد؛ زیرا هم به نشانه‌های بالینی و تبعیت درمانی توجه می‌کند، هم بر هیجان، آموزش و ارتباط تمرکز دارد و هم بیمار را در بافت خانواده و جامعه مورد ملاحظه قرار می‌دهد (تاوانسند و مورگان، ۲۰۲۱؛ ویدبک، ۲۰۲۲).

بنیان نظری دیگر این پژوهش، دیدگاه بازیابی‌محور در سلامت روان است. در رویکردهای سنتی، موفقیت درمان غالباً با کاهش علائم، کنترل بحران و پیشگیری از بستری مجدد سنجیده می‌شد، اما در الگوی بازیابی، محور توجه از «درمان کامل بیماری» به «توانمندسازی فرد برای داشتن زندگی معنادار علی‌رغم محدودیت‌های بیماری» تغییر می‌یابد. بازیابی به این معناست که فرد بتواند احساس هویت، امید، کنترل، پیوند اجتماعی و مشارکت فعال در زندگی را بازسازی کند. این رویکرد با کیفیت زندگی پیوندی وثیق دارد؛ زیرا هر دو بر ادراک فرد از معنا، رضایت، شایستگی و مشارکت تأکید می‌کنند. در بیماری‌های مزمن روانی، بسیاری از افراد ممکن است سال‌ها با درجاتی از علائم باقی بمانند، اما اگر از حمایت حرفه‌ای مناسب، مهارت‌های خودمدیریتی و فرصت‌های مشارکت برخوردار شوند، می‌توانند کیفیت زندگی مطلوب‌تری تجربه کنند. مداخلات روان‌پرستاری در این چارچوب، نه فقط ابزار کنترل بیماری، بلکه وسایلی برای تقویت عاملیت بیمار، افزایش امید، ترمیم احساس کارآمدی و بازگرداندن ساختار به زندگی روزمره هستند (اسلوبودسکی و همکاران، ۲۰۱۹؛ لیبرمن و کُپلوچ، ۲۰۲۲؛ سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۲۲).

در ادامه این چارچوب، نظریه خودمدیریتی بیماری نیز پشتوانه مهمی برای پژوهش حاضر فراهم می‌کند. خودمدیریتی به توانایی فرد در شناخت وضعیت خود، پایش علائم، تصمیم‌گیری در مورد رفتارهای سلامت، به‌کارگیری مهارت‌های مقابله‌ای و استفاده مؤثر از منابع حمایتی اشاره دارد. در بیماری‌های مزمن روانی، خودمدیریتی اغلب با دشواری همراه است؛ زیرا اختلال در قضاوت، انگیزش، توجه، حافظه، انرژی یا بینش می‌تواند توان بیمار را برای مدیریت فعال بیماری تضعیف کند. از این‌رو، آموزش و حمایت ساختاریافته برای ارتقای خودمدیریتی ضروری است. روان‌پرستاری در این زمینه نقش مهمی ایفا می‌کند؛ از طریق آموزش درباره ماهیت بیماری، علائم هشداردهنده، مصرف منظم دارو، راهبردهای مقابله با استرس، تنظیم خواب و فعالیت، مهارت‌های ارتباطی و برنامه‌ریزی روزانه. بر پایه این نظریه، هرچه بیمار احساس کند در شناخت و مدیریت وضعیت خود توانمندتر شده است، احتمال بیشتری دارد که احساس کنترل، ثبات و رضایت از زندگی را تجربه کند؛ احساسی که مستقیماً با بهبود کیفیت زندگی ارتباط دارد (بارکوی و همکاران، ۲۰۲۲؛ چان، وونگ و لام، ۲۰۲۳).

یکی دیگر از مفاهیم محوری در مبانی نظری این پژوهش، حمایت اجتماعی و خانوادگی است. در ادبیات سلامت روان، حمایت اجتماعی نه تنها یک عامل محافظتی در برابر فشارهای روانی، بلکه یکی از تعیین‌کننده‌های اصلی سیر بیماری، انطباق با درمان و کیفیت زندگی شناخته می‌شود. بیماران مزمن روانی اغلب به‌دلیل عودهای مکرر، انگ اجتماعی، کاهش نقش‌های شغلی یا تحصیلی و دشواری در برقراری ارتباط، در معرض انزوای اجتماعی قرار دارند. در این شرایط، وجود شبکه‌ای از روابط حمایتگر می‌تواند به‌طور مستقیم احساس امنیت، تعلق و امید را تقویت کند و به‌طور غیرمستقیم نیز با افزایش پایداری درمانی، کاهش تنیدگی و تسهیل عملکرد روزمره، کیفیت زندگی را بهبود بخشد. در بسیاری از بافت‌های فرهنگی از جمله ایران، خانواده کانون اصلی این حمایت است. اما حمایت خانوادگی زمانی اثربخش خواهد بود که با شناخت، مهارت ارتباطی و درک صحیح از بیماری همراه باشد؛ در غیر این صورت، ممکن است به کنترل‌گری، فرسودگی مراقبتی، تعارض و فشار هیجانی بیشتر بینجامد. از این منظر، مداخلات روان‌پرستاری که خانواده را نیز درگیر آموزش و حمایت می‌کنند، از پشتوانه نظری قوی‌تری برخوردارند؛ زیرا بر یکی از مهم‌ترین منابع تعدیل‌کننده کیفیت زندگی تکیه می‌کنند (گالدرایسی و همکاران، ۲۰۲۱؛ کریمی و همکاران، ۱۴۰۲؛ نوریس و همکاران، ۲۰۲۳).

در سطح مؤلفه‌های مداخله، آموزش بیماری یکی از اساسی‌ترین عناصر نظری روان‌پرستاری محسوب می‌شود. آموزش بیماری به بیمار و خانواده کمک می‌کند تا ماهیت اختلال، علائم، روند بیماری، اهداف درمان، نشانه‌های هشداردهنده عود و اهمیت تداوم مراقبت را بهتر درک کنند. این آگاهی، چند کارکرد نظری مهم دارد: نخست، ابهام و ترس را کاهش می‌دهد؛ دوم، احساس کنترل‌پذیری و پیش‌بینی‌پذیری را افزایش می‌دهد؛ سوم، همکاری درمانی را تسهیل می‌کند؛ و چهارم، زمینه را برای مشارکت فعال‌تر بیمار در تصمیم‌گیری و مدیریت بیماری فراهم می‌سازد. بر پایه نظریه‌های شناختی، هرچه ادراک فرد از مسئله منسجم‌تر و قابل‌فهم‌تر باشد، واکنش او سازگارانه‌تر خواهد بود. در نتیجه، آموزش بیماری می‌تواند از طریق بازسازی شناختی و تعدیل برداشت‌های نادرست از بیماری، به بهبود تجربه روانی و در نهایت کیفیت زندگی منجر شود (ویدبک، ۲۰۲۲؛ تاونسند و مورگان، ۲۰۲۱).

مهارت‌های مقابله‌ای نیز از ارکان نظری مهم در اثربخشی مداخلات روان‌پرستاری هستند. مقابله به مجموعه تلاش‌های شناختی و رفتاری فرد برای مدیریت فشارهای درونی و بیرونی اشاره دارد. بیماران مزمن روانی به‌طور مکرر با استرس‌هایی مانند انگ اجتماعی، ترس از عود، مشکلات مالی، وابستگی درمانی، تعارضات خانوادگی و کاهش احساس کفایت شخصی مواجه می‌شوند. اگر این افراد از راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد مانند اجتناب، انکار، کناره‌گیری یا درماندگی آموخته‌شده استفاده کنند، کیفیت زندگی آنان بیشتر آسیب می‌بیند. در مقابل، آموزش راهبردهایی مانند حل مسئله، بازسازی شناختی، مهارت ابراز احساسات، تنظیم هیجان، درخواست کمک، خودآرام‌سازی و برنامه‌ریزی رفتاری می‌تواند تاب‌آوری آنان را افزایش دهد. مبنای نظری این

بخش از مداخلات را می‌توان در نظریه‌های مقابله لازاروس و فولکمن و نیز در الگوهای شناختی-رفتاری جست‌وجو کرد که بر نقش ارزیابی شناختی، احساس کنترل و پاسخ‌های رفتاری در سازگاری با فشار روانی تأکید دارند. از این حیث، روان‌پرستاری با آموزش مهارت‌های مقابله‌ای، نه تنها به کاهش فشار ذهنی کمک می‌کند، بلکه ظرفیت بیمار برای مدیریت فعال زندگی روزمره را نیز افزایش می‌دهد (لازاروس و فولکمن، ۱۹۸۴؛ چن، هوانگ و لی، ۲۰۲۱؛ پارکر و همکاران، ۲۰۲۳).

حمایت عاطفی، به‌عنوان مؤلفه‌ای دیگر از مداخلات روان‌پرستاری، از منظر نظری با مفاهیمی چون اتحاد درمانی، دلبستگی ایمن، اعتباربخشی هیجانی و کاهش احساس تنهایی پیوند دارد. بسیاری از بیماران مزمن روانی تجربه‌هایی از طرد، سوءبرداشت، قضاوت یا بی‌اعتمادی را در ارتباط با اطرافیان و حتی نظام درمان تجربه کرده‌اند. در چنین بستری، رابطه‌ای حرفه‌ای، باثبات، همدلانه و غیرقضاوتی با روان‌پرستار می‌تواند نقش ترمیمی داشته باشد. حمایت عاطفی به بیمار این پیام را منتقل می‌کند که در رنج خود تنها نیست، تجربه او به رسمیت شناخته می‌شود و امکان دریافت کمک وجود دارد. این تجربه در سطح روان‌شناختی، اضطراب را کاهش می‌دهد، احساس امنیت را افزایش می‌دهد و زمینه را برای مشارکت بیشتر در درمان فراهم می‌سازد. از منظر کیفیت زندگی نیز، احساس موردحمایت بودن یکی از عناصر بنیادین رضایت از زندگی و سلامت روانی است؛ بنابراین، مداخلات روان‌پرستاری که واجد بعد عاطفی مؤثر باشند، می‌توانند از این مسیر بر کیفیت زندگی اثر بگذارند (هدی، دریک و باند، ۲۰۲۱؛ بارکوز و همکاران، ۲۰۱۹).

برنامه‌ریزی فعالیت‌های روزانه نیز در چارچوب نظری این پژوهش جایگاه ویژه‌ای دارد. یکی از مشکلات شایع در بیماران مزمن روانی، ازهم‌گسیختگی ساختار زندگی روزمره است؛ مسئله‌ای که ممکن است در قالب بی‌نظمی خواب و بیداری، کاهش بهداشت فردی، انفعال، فقدان برنامه، افت مشارکت اجتماعی و کناره‌گیری از فعالیت‌های معنادار بروز کند. نظریه‌های رفتاری و توان‌بخشی روانی نشان می‌دهند که ساختاردهی به فعالیت‌های روزمره می‌تواند احساس نظم، پیش‌بینی‌پذیری، کنترل و کارآمدی را افزایش دهد. حتی فعالیت‌های ساده اما منظم، در صورت تداوم، می‌توانند بر خلق، انگیزش، عملکرد اجتماعی و احساس مفید بودن اثر مثبت بگذارند. در نتیجه، وقتی روان‌پرستار به بیمار در تنظیم برنامه روزانه، تعیین اهداف واقع‌بینانه، شکستن فعالیت‌ها به گام‌های کوچک و پایش پیشرفت کمک می‌کند، در واقع یکی از سازوکارهای عملی بهبود کیفیت زندگی را فعال می‌سازد. این مؤلفه به‌ویژه برای بیمارانی که با علائم منفی، بی‌انگیزگی یا افسردگی مزمن دست‌وپنجه نرم می‌کنند اهمیت مضاعف دارد (فونسکا پدررو و همکاران، ۲۰۲۰؛ زولوت و همکاران، ۲۰۲۴).

از منظر نظریه‌های پرستاری نیز می‌توان برای پژوهش حاضر پشتوانه مفهومی فراهم کرد. برای نمونه، نظریه روابط بین‌فردی هیلدگارد پیلاو تأکید می‌کند که رابطه درمانی میان پرستار و بیمار، خود یک ابزار مداخله‌ای است و از طریق مراحل جهت‌یابی، شناسایی، بهره‌گیری و حل‌وفصل می‌تواند به کاهش اضطراب، رشد بینش و ارتقای سازگاری بیمار منجر شود. در حوزه روان‌پرستاری، این نظریه هنوز یکی از بنیان‌های مهم درک نقش ارتباط درمانی است. بر اساس این دیدگاه، روان‌پرستار صرفاً ارائه‌دهنده دستور یا مراقبت فیزیکی نیست، بلکه در مقام تسهیل‌گر رشد، آموزش‌دهنده، منبع حمایت و تنظیم‌کننده تجربه درمانی بیمار عمل می‌کند. این برداشت با هدف پژوهش حاضر هم‌سو است؛ زیرا کیفیت زندگی در بیماران مزمن روانی تا حد زیادی تحت تأثیر کیفیت روابط، احساس فهمیده شدن و سطح مشارکت در فرایند درمان قرار دارد (پیلاو، ۱۹۹۷؛ تاونسند و مورگان، ۲۰۲۱).

همچنین می‌توان از نظریه خودمراقبتی اورم نیز در تبیین این پژوهش بهره برد. هرچند این نظریه بیشتر در بیماری‌های جسمانی مزمن به کار رفته است، اما اصول آن در سلامت روان نیز قابل استفاده است. بر اساس این نظریه، زمانی که فرد در تأمین نیازهای خودمراقبتی دچار نقص شود، نظام پرستاری باید به‌گونه‌ای طراحی شود که این کمبود جبران یا تقویت شود. در بیماران مزمن

روانی، نارسایی در خودمراقبتی ممکن است در قالب مصرف نامنظم دارو، ضعف در بهداشت شخصی، ناتوانی در مدیریت تنش، بی‌نظمی فعالیت‌ها و بی‌توجهی به علائم هشداردهنده نمود یابد. مداخلات روان‌پرستاری با آموزش، حمایت و هدایت رفتاری، می‌توانند این ظرفیت خودمراقبتی را تقویت کنند. از آنجا که احساس توانایی در مراقبت از خود با عزت‌نفس، استقلال نسبی و رضایت از زندگی مرتبط است، این نظریه نیز به‌طور غیرمستقیم تبیین‌گر رابطه بین مداخلات روان‌پرستاری و کیفیت زندگی است (اورم، ۲۰۰۱؛ ویدبک، ۲۰۲۲).

در تحلیل نظری کیفیت زندگی بیماران مزمن روانی، باید به تمایز میان ابعاد مختلف آن نیز توجه داشت. بعد جسمی معمولاً به سطح انرژی، خواب، درد، توانایی انجام فعالیت‌های روزانه و وضعیت کلی سلامت ادراک‌شده مربوط است. در بیماران روانی مزمن، این بعد ممکن است تحت تأثیر عوارض دارویی، کم‌حرکی، بی‌نظمی خواب و مراقبت ناکافی از خود قرار گیرد. بعد روانی شامل خلق، اضطراب، احساس امید، رضایت ذهنی، عزت‌نفس و ادراک معنا در زندگی است. بعد روابط اجتماعی، کیفیت ارتباط با خانواده، دوستان، همسالان و میزان احساس تعلق و حمایت را در بر می‌گیرد. بعد محیطی نیز به احساس امنیت، دسترسی به خدمات، ثبات اقتصادی، شرایط مسکن و امکانات زندگی مربوط می‌شود. اهمیت این تفکیک در آن است که مداخلات روان‌پرستاری ممکن است از مسیرهای مختلف بر هر یک از این ابعاد اثر بگذارند. برای مثال، آموزش مهارت‌های مقابله‌ای احتمالاً بیش از همه بر بعد روانی اثر می‌گذارد؛ در حالی که حمایت خانوادگی می‌تواند بعد اجتماعی را بیشتر تقویت کند و برنامه‌ریزی فعالیت روزانه شاید بر بعد جسمی و احساس کارآمدی اثرگذارتر باشد. بنابراین، مبنای نظری این پژوهش اقتضا می‌کند که کیفیت زندگی نه به‌صورت یک نمره کلی صرف، بلکه به‌مثابه سازه‌ای چندبعدی تحلیل شود (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۲۱؛ گالدرایسی و همکاران، ۲۰۲۱).

در کنار عوامل اصلی، برخی متغیرهای مداخله‌گر و تعدیل‌گر نیز در مبنای نظری پژوهش حاضر اهمیت دارند. مشارکت فعال بیمار یکی از این متغیرهاست. از منظر نظریه‌های مشارکت در درمان و توانمندسازی، هرچه بیمار حضور فعال‌تری در جلسات، تمرین‌ها و تصمیم‌گیری‌های مرتبط با مراقبت داشته باشد، احتمال درونی‌سازی مهارت‌ها و انتقال آن‌ها به زندگی روزمره بیشتر می‌شود. در مقابل، مشارکت منفعلانه ممکن است اثر مداخله را محدود سازد. نوع اختلال، شدت بیماری، مدت ابتلا، سطح بینش، سواد سلامت، وضعیت اقتصادی و کیفیت حمایت خانواده نیز می‌توانند شدت اثر مداخله را تغییر دهند. به همین دلیل، مدل نظری این پژوهش رابطه‌ای خطی و ساده میان مداخله و پیامد فرض نمی‌کند، بلکه این رابطه را در بستری از عوامل فردی، خانوادگی و اجتماعی تحلیل می‌نماید. چنین نگاهی با دیدگاه‌های معاصر در پژوهش‌های سلامت روان هم‌ساز است که بر اهمیت تحلیل زمینه‌ای و چندمتغیره تأکید دارند (لی، چونگ و وانگ، ۲۰۲۲؛ دوبه و همکاران، ۲۰۲۴).

در مجموع، مبنای نظری پژوهش حاضر بر تلفیق چند چارچوب استوار است: رویکرد زیستی-روانی-اجتماعی برای فهم ماهیت چندبعدی بیماری؛ الگوی بازیابی محور برای تأکید بر زندگی معنادار فراتر از کنترل علائم؛ نظریه خودمدیریتی بیماری برای تبیین نقش آموزش و توانمندسازی؛ نظریه‌های حمایت اجتماعی و خانوادگی برای برجسته‌سازی بستر بین‌فردی و فرهنگی؛ نظریه روابط بین‌فردی پپلاو برای توضیح نقش ارتباط درمانی؛ و منطق توان‌بخشی رفتاری برای تبیین اثر ساختاردهی به فعالیت‌های روزمره. این چارچوب تلفیقی نشان می‌دهد که مداخلات روان‌پرستاری از طریق آموزش، حمایت، مهارت‌آموزی، رابطه درمانی و سازمان‌دهی زندگی روزمره می‌توانند بر ادراک بیمار از کنترل، امنیت، تعلق، کارآمدی و رضایت اثر بگذارند و از این طریق کیفیت زندگی او را بهبود بخشند. بنابراین، فرض اساسی پژوهش حاضر آن است که روان‌پرستاری، به‌عنوان یک مداخله مکمل اما بنیادین در نظام سلامت روان، ظرفیت معناداری برای ارتقای کیفیت زندگی بیماران مزمن روانی دارد و این اثر، نه‌فقط در سطح کلی، بلکه در ابعاد گوناگون زیست فردی و اجتماعی آنان قابل مشاهده است.

پیشینه پژوهش

مرور پیشینه پژوهش در حوزه مداخلات روان‌پرستاری و کیفیت زندگی بیماران مزمن روانی نشان می‌دهد که این موضوع در دهه‌های اخیر به تدریج از یک محور فرعی در مطالعات روان‌پزشکی و پرستاری، به یکی از حوزه‌های مهم و میان‌رشته‌ای در سلامت روان تبدیل شده است. این تحول ناشی از تغییر نگاه از درمان صرفاً علامت‌محور به سمت ارزیابی پیامدهای عملکردی، اجتماعی و ذهنی بیماران است. در این چارچوب، کیفیت زندگی به عنوان معیاری کل‌نگر، به پژوهشگران امکان داده است تا فراتر از کنترل نشانه‌ها، میزان موفقیت واقعی مداخلات درمانی و مراقبتی را در بازگرداندن فرد به یک زندگی رضایت‌بخش‌تر و معنادارتر بسنجند. مداخلات روان‌پرستاری نیز به سبب ماهیت چندبعدی، انعطاف‌پذیر و مبتنی بر رابطه، در شمار مداخلاتی قرار گرفته‌اند که انتظار می‌رود بتوانند بر کیفیت زندگی بیماران مزمن روانی اثرگذار باشند. با این حال، یافته‌های پژوهشی در این حوزه اگرچه عمدتاً امیدوارکننده‌اند، اما از نظر طراحی، محتوا، جامعه هدف، نوع ابزارها و طول پیگیری دارای ناهمگونی چشمگیری هستند؛ از این رو، مرور تحلیلی و انتقادی آن‌ها برای تبیین جایگاه پژوهش حاضر ضروری است.

بخش قابل توجهی از مطالعات بین‌المللی بر اثربخشی مداخلات روان‌پرستاری در بهبود پیامدهای کلیدی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی تمرکز داشته‌اند. اسکیزوفرنی به دلیل ماهیت مزمن، اثرات عمیق بر کارکرد اجتماعی و شیوع علائم منفی، یکی از اصلی‌ترین حوزه‌های آزمون مداخلات روان‌پرستاری بوده است. بسیاری از پژوهش‌ها نشان داده‌اند که برنامه‌های روان‌پرستاری ساختاریافته، به‌ویژه آن‌هایی که شامل آموزش بیماری، پیگیری مستمر، حمایت هیجانی و آموزش مهارت‌های روزمره بوده‌اند، توانسته‌اند در کنار درمان دارویی، به بهبود کیفیت زندگی، کاهش عود و افزایش پایبندی درمانی منجر شوند. برای مثال، فونسکا پدررو و همکاران (۲۰۲۰) در مطالعه‌ای چندمرکزی نشان دادند که مداخلات تلفیقی مبتنی بر آموزش و پیگیری پرستاری، در بیماران مبتلا به اختلالات روان‌پریشی مزمن، نمرات کیفیت زندگی روانی و اجتماعی را به‌طور معناداری ارتقا داده است. آنان تأکید کردند که این بهبود تنها ناشی از کاهش علائم نبوده، بلکه با احساس کنترل بیشتر بر زندگی و کاهش درماندگی روانی نیز همراه بوده است. این یافته از آن جهت مهم است که نشان می‌دهد اثر مداخلات روان‌پرستاری می‌تواند فراتر از سطح بالینی، به سطح تجربه زیسته بیمار نیز نفوذ کند.

در ادامه این خط پژوهشی، چن، هوانگ و لی (۲۰۲۱) در مطالعه‌ای آزمایشی بر بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی مزمن، اثر برنامه‌ای مشتمل بر جلسات آموزشی، حمایت خانواده‌محور و مشاوره‌های پرستاری را بررسی کردند. نتایج آنان نشان داد که گروه دریافت‌کننده مداخله، در مقایسه با گروه کنترل، بهبود معناداری در کیفیت زندگی کلی، پایبندی به درمان و عملکرد اجتماعی نشان داد. نکته قابل توجه در این پژوهش آن بود که مؤلفه حمایت خانواده نقش میانجی مهمی در توضیح تغییرات کیفیت زندگی داشت. به بیان دیگر، هرچه خانواده درک و مشارکت بیشتری در فرایند مراقبت نشان می‌داد، اثربخشی مداخله نیز بیشتر می‌شد. این نتیجه با مبانی نظری پژوهش حاضر هم‌راستا است و نشان می‌دهد که در بیماران مزمن روانی، مداخله حرفه‌ای زمانی مؤثرتر است که بر شبکه حمایتی اطراف بیمار نیز اثر بگذارد.

مطالعات دیگری نیز بر کارکرد مداخلات روان‌پرستاری در بهبود کیفیت زندگی از مسیر کاهش بستری مجدد و افزایش مهارت‌های خودمدیریتی تمرکز کرده‌اند. برای نمونه، گونزالس-بلانچ و همکاران (۲۰۲۰) گزارش کردند که برنامه‌های پرستاری جامعه‌محور که با پیگیری تلفنی، جلسات آموزشی منظم و پایش علائم همراه بوده‌اند، در بیماران دارای اختلالات روانی شدید و پایدار، به کاهش میزان بستری مجدد و بهبود ادراک بیماران از ثبات زندگی منجر شده‌اند. اگرچه در این مطالعه، کیفیت زندگی به عنوان متغیر اصلی مطرح نبود، اما در زیرمقیاس‌های رضایت از زندگی و احساس امنیت فردی، تغییرات مثبت مشاهده شد. همین نکته یکی از خلأهای مهم پیشینه را آشکار می‌کند: در بسیاری از مطالعات، پیامدهای نزدیک به کیفیت زندگی سنجیده شده‌اند، اما خود این سازه به صورت مستقیم و چندبعدی کمتر مورد ارزیابی قرار گرفته است.

در حوزه اختلال دوقطبی نیز شماری از پژوهش‌ها نقش مداخلات روان‌پرستاری را در بهبود کیفیت زندگی بررسی کرده‌اند. بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی حتی در دوره‌های بهبود نسبی، ممکن است از ناپایداری هیجانی، اختلال در ریتم روزانه، مشکلات ارتباطی و نگرانی از عود رنج ببرند. در چنین شرایطی، مداخلات روان‌پرستاری می‌توانند از طریق آموزش خودپایشی، تنظیم سبک زندگی، شناخت علائم اولیه عود و ایجاد ارتباط حمایتی، به ارتقای کیفیت زندگی کمک کنند. برای مثال، پارکر و همکاران (۲۰۲۳) در پژوهشی نیمه‌آزمایشی نشان دادند که مداخلات پرستاری مبتنی بر آموزش تنظیم خلق و برنامه‌ریزی روزانه، باعث افزایش معنادار کیفیت زندگی روانی و اجتماعی بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی شد. با این حال، آنان گزارش کردند که تغییرات در بعد محیطی کیفیت زندگی محدودتر بوده است؛ مسئله‌ای که نشان می‌دهد برخی ابعاد کیفیت زندگی کمتر تحت تأثیر مداخلات بالینی کوتاه‌مدت قرار می‌گیرند و ممکن است به متغیرهای ساختاری‌تری مانند وضعیت اقتصادی، امنیت شغلی یا دسترسی به منابع اجتماعی وابسته باشند.

در مورد بیماران مبتلا به افسردگی شدید مزمن نیز شواهدی وجود دارد که مداخلات روان‌پرستاری می‌توانند کیفیت زندگی را بهبود بخشند، به‌ویژه زمانی که بر حمایت عاطفی، فعال‌سازی رفتاری و بازسازی روابط بین‌فردی تمرکز دارند. دوبه، رامیرز و کلاین (۲۰۲۴) در مطالعه‌ای بر بیماران افسرده مزمن که سابقه عود مکرر داشتند، دریافتند برنامه‌ای متشکل از مشاوره پرستاری، پیگیری مستمر و آموزش مهارت‌های مقابله با افکار منفی، به کاهش معنادار درماندگی و افزایش رضایت از زندگی منجر شده است. با این حال، اثرات مشاهده‌شده در پیگیری بلندمدت تا حدی کاهش یافت، که این موضوع نشان می‌دهد پایداری اثر مداخلات روان‌پرستاری ممکن است نیازمند تداوم یا تقویت دوره‌ای مداخله باشد. این یافته از منظر روش‌شناختی نیز حائز اهمیت است؛ زیرا نشان می‌دهد مطالعاتی با دوره پیگیری کوتاه ممکن است تصویری بیش از حد خوش‌بینانه از اثر مداخلات ارائه دهند.

در حوزه مروری و فراتحلیلی نیز مطالعاتی منتشر شده‌اند که به‌طور مستقیم یا غیرمستقیم از اثربخشی مداخلات روان‌پرستاری حمایت می‌کنند. گالدرایسی و همکاران (۲۰۲۱) در یک مرور نظام‌مند درباره عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی بیماران دارای اختلالات روانی شدید، نتیجه گرفتند که کیفیت زندگی تابعی از ترکیب پیچیده‌ای از شدت علائم، عملکرد اجتماعی، حمایت اجتماعی، امید، خودکارآمدی و ساختار خدمات درمانی است. آنان خاطرنشان کردند که مداخلات مبتنی بر مراقبت مستمر، آموزش و توان‌بخشی روانی-اجتماعی، بیش از مداخلات صرفاً علامت‌محور، قابلیت بهبود کیفیت زندگی را دارند. هرچند این مرور، به‌طور اختصاصی بر روان‌پرستاری تمرکز نداشت، اما یافته‌های آن از نظر نظری و کاربردی پشتوانه‌ای مهم برای مداخلات پرستاری محسوب می‌شود، زیرا بسیاری از عوامل ذکرشده در حیطه عمل روان‌پرستار قرار می‌گیرند.

از سوی دیگر، برخی مطالعات نسبت به تعمیم‌پذیری گسترده نتایج مثبت در این حوزه هشدار داده‌اند. برای مثال، سالا، کیهان و مارتینز (۲۰۲۰) در بررسی انتقادی پژوهش‌های مربوط به مراقبت‌های روان‌پرستاری در بیماران مزمن روانی گزارش کردند که اگرچه بیشتر مطالعات اثرات مثبت را نشان می‌دهند، اما کیفیت روش‌شناختی آن‌ها همواره رضایت‌بخش نیست. به‌زعم آنان، بسیاری از پژوهش‌ها با حجم نمونه محدود، روش نمونه‌گیری غیراحتمالی، نبود کورسازی کافی، تفاوت در شدت بیماری در دو گروه و استفاده از ابزارهای خودگزارشی تنها انجام شده‌اند. این نارسایی‌ها سبب می‌شود که در برخی موارد، تفکیک اثر واقعی مداخله از اثر انتظارات، توجه بیشتر درمانی یا تفاوت‌های اولیه دشوار شود. این نقد برای پژوهش حاضر اهمیت دارد، زیرا بر ضرورت طراحی دقیق، گروه کنترل مناسب و استفاده از روش‌های تحلیلی معتبر تأکید می‌کند.

در ایران نیز مطالعات متعددی، هرچند با دامنه‌ای محدودتر، به بررسی نقش مداخلات روان‌پرستاری یا مداخلات نزدیک به آن در بیماران روانی مزمن پرداخته‌اند. برای مثال، حجازی و همکاران (۱۴۰۰) در مطالعه‌ای نیمه‌آزمایشی بر بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی مزمن نشان دادند که آموزش روانی-پرستاری همراه با جلسات پیگیری، موجب بهبود معنادار در پایبندی دارویی و

کاهش احساس درماندگی شده است. هرچند در این پژوهش، کیفیت زندگی به صورت کلی سنجیده نشد، اما زیرشاخص‌هایی مانند رضایت از روابط خانوادگی و توانایی انجام فعالیت‌های روزمره بهبود یافت. این یافته نشان می‌دهد که حتی در مطالعات داخلی، برخی اجزای کیفیت زندگی به طور غیرمستقیم در حال سنجش بوده‌اند، بدون آن که مفهوم کیفیت زندگی به صورت کامل و چندبعدی در مرکز طراحی پژوهش قرار گیرد.

مرادی و همکاران (۱۴۰۱) نیز در پژوهشی بر بیماران دارای اختلال دوقطبی بستری و ترخیص‌شده، گزارش کردند که برنامه آموزشی-حمایتی مبتنی بر مراقبت پرستاری باعث افزایش آگاهی نسبت به بیماری، بهبود ارتباط با خانواده و کاهش اضطراب مرتبط با عود شده است. آنان همچنین اشاره کردند که بیماران گروه مداخله در پیگیری دوماهه، رضایت بیشتری از زندگی روزمره خود گزارش کرده‌اند. با این حال، طراحی نیمه‌آزمایشی، نبود تصادفی‌سازی کامل و کوتاه بودن دوره پیگیری از محدودیت‌های اصلی این مطالعه بود. این گونه محدودیت‌ها در بخش زیادی از مطالعات داخلی دیده می‌شود و یکی از دلایل اصلی نیاز به پژوهش‌های کنترل‌شده‌تر و ساختاریافته‌تر به شمار می‌رود.

در مطالعه دیگری، موسوی و همکاران (۱۴۰۱) اثر مداخلات آموزشی و حمایتی پرستاری را بر بیماران مبتلا به افسردگی شدید بررسی کردند و دریافتند که این مداخلات علاوه بر کاهش شدت نشانه‌های افسردگی، باعث بهبود معنادار در ادراک حمایت اجتماعی و رضایت از زندگی شده‌اند. آنان نتیجه گرفتند که حضور فعال روان‌پرستار در فرایند درمان، از طریق تقویت ارتباط درمانی و پیگیری مستمر، می‌تواند تجربه درمان را برای بیمار انسانی‌تر و اثربخش‌تر سازد. این یافته با مبانی نظری مبتنی بر رابطه درمانی همخوانی دارد، اما همچنان این پرسش باقی می‌ماند که این بهبود تا چه اندازه در سایر ابعاد کیفیت زندگی، مانند وضعیت محیطی یا عملکرد اجتماعی پایدار، منعکس می‌شود.

از نظر محتوای مداخلات، پیشینه پژوهش نشان می‌دهد که مؤلفه‌های مختلف روان‌پرستاری لزوماً به یک اندازه اثرگذار نیستند. برخی مطالعات آموزش بیماری را مؤثرترین جزء دانسته‌اند، زیرا آگاهی بیمار و خانواده را افزایش می‌دهد و رفتار درمانی را سامان می‌بخشد. برخی دیگر بر نقش حمایت عاطفی و رابطه مستمر با روان‌پرستار تأکید کرده‌اند و نشان داده‌اند که احساس شنیده شدن، مورد احترام بودن و داشتن مرجع حمایتی، خود به تنهایی می‌تواند بخش مهمی از رنج روانی بیماران را کاهش دهد. گروهی نیز ساختاردهی به فعالیت‌های روزمره و آموزش مهارت‌های مقابله‌ای را عامل اصلی بهبود دانسته‌اند، زیرا این عناصر مستقیماً با احساس کنترل، کارآمدی و بازگشت به عملکرد روزمره مرتبط هستند (چان، وونگ و لام، ۲۰۲۳؛ زولوت و همکاران، ۲۰۲۴). این ناهمگونی در نتایج نشان می‌دهد که مداخلات روان‌پرستاری باید نه به عنوان یک بسته یکنواخت، بلکه به عنوان مجموعه‌ای از اجزای بالقوه مکمل فهم شوند که اثربخشی آن‌ها ممکن است بسته به نوع اختلال، بافت درمانی و ویژگی‌های بیماران متفاوت باشد.

یکی از محورهای قابل توجه در پیشینه، نقش خانواده به عنوان متغیر همراه یا میانجی در اثربخشی مداخلات است. پژوهش‌های متعددی در داخل و خارج از کشور نشان داده‌اند که هرگاه مداخلات روان‌پرستاری به گونه‌ای طراحی شده‌اند که خانواده را در آموزش، پایش و حمایت دخالت دهند، اثرات مطلوب‌تری بر کیفیت زندگی، پایبندی درمانی و کاهش تنش بیمار مشاهده شده است. کریمی، صادقی و همکاران (۱۴۰۲) در پژوهشی بر بیماران مزمن روان‌پزشکی در مراکز جامعه‌نگر ایران گزارش کردند که سطح بالاتر آموزش خانواده و کاهش هیجان ابرازشده در محیط خانه، با کیفیت زندگی بهتر بیماران رابطه معنادار دارد. آنان نتیجه گرفتند که برنامه‌های پرستاری بدون در نظر گرفتن خانواده، در فرهنگ ایرانی از ظرفیت کامل خود بهره‌مند نمی‌شوند. این نتیجه از منظر بومی‌سازی مداخلات اهمیت زیادی دارد و ضرورت توجه به ویژگی‌های فرهنگی و خانوادگی را برجسته می‌سازد.

با وجود شواهد رو به رشد، پیشینه پژوهش همچنان با چند خلأ اساسی مواجه است. نخست آن که بسیاری از مطالعات بر کاهش علائم، بستری مجدد یا پایبندی دارویی تمرکز کرده‌اند و کیفیت زندگی را یا نادیده گرفته‌اند یا به صورت محدود و تک‌بعدی سنجیده‌اند. دوم آن که در مطالعاتی که کیفیت زندگی را سنجیده‌اند، اغلب اطلاعات کافی درباره ابعاد مختلف آن ارائه نشده و بیشتر به نمره کل بسنده شده است. سوم آن که طراحی‌های پژوهشی در بسیاری از موارد نیمه‌آزمایشی، با پیگیری کوتاه‌مدت و حجم نمونه محدود بوده‌اند. چهارم آن که نقش متغیرهای مداخله‌گر مانند حمایت خانوادگی، مشارکت فعال بیمار، نوع اختلال، شدت بیماری و وضعیت اجتماعی-اقتصادی به طور نظام‌مند بررسی نشده است. پنجم آن که در برخی پژوهش‌ها، محتوای مداخلات روان‌پرستاری به طور دقیق توصیف نشده و همین امر بازتولیدپذیری و مقایسه نتایج را دشوار ساخته است. ششم آن که پژوهش‌های بومی در ایران، اگرچه ارزشمندند، اما هنوز از نظر تعداد، گستره نمونه و دقت طراحی، برای دستیابی به نتیجه‌گیری‌های قطعی کافی نیستند (سالا و همکاران، ۲۰۲۰؛ شفیعی و همکاران، ۱۴۰۲؛ دوه و همکاران، ۲۰۲۴).

برخی مطالعات جدیدتر نیز کوشیده‌اند میان کیفیت زندگی و سازه‌های مکمل مانند امید، خودکارآمدی، احساس بهبودی و مشارکت اجتماعی پیوند برقرار کنند. برای مثال، لی، چونگ و وانگ (۲۰۲۲) نشان دادند که در بیماران مبتلا به اختلالات روانی شدید، اثر مداخلات پرستاری بر کیفیت زندگی تا حدی از طریق افزایش امید و خودکارآمدی میانجی‌گری می‌شود. به بیان دیگر، بیماران نه فقط به دلیل دریافت آموزش یا حمایت، بلکه به این سبب که احساس می‌کنند دوباره قادر به مدیریت زندگی خود هستند، کیفیت زندگی بهتری تجربه می‌کنند. این یافته از نظر نظری مهم است؛ زیرا نشان می‌دهد سازوکارهای روان‌شناختی درونی، میان مداخله و پیامد نهایی نقش واسطه‌ای دارند. با این حال، هنوز پژوهش‌های اندکی این میانجی‌ها را در قالب مدل‌های تحلیلی دقیق بررسی کرده‌اند.

جمع‌بندی پیشینه پژوهش نشان می‌دهد که شواهد موجود، به طور کلی از اثربخشی مداخلات روان‌پرستاری بر بهبود برخی پیامدهای مهم بیماران مزمن روانی، از جمله کیفیت زندگی، حمایت می‌کنند؛ اما این شواهد از نظر روش‌شناسی و دامنه کاربرد، هنوز نیازمند تقویت‌اند. یافته‌ها غالباً حاکی از آن‌اند که آموزش بیماری، حمایت عاطفی، مهارت‌آموزی مقابله‌ای، برنامه‌ریزی فعالیت روزمره و مشارکت خانواده می‌توانند به بهبود ادراک بیمار از زندگی، افزایش رضایت، کاهش فشار روانی و ارتقای عملکرد منجر شوند. در عین حال، شدت و پایداری این اثرات یکنواخت نیست و به عوامل متعددی وابسته است. همین وضعیت، ضرورت انجام پژوهش حاضر را توجیه می‌کند؛ پژوهشی که می‌کوشد با طراحی تجربی، سنجش چندبعدی کیفیت زندگی، مقایسه گروه مداخله و کنترل، و بررسی برخی عوامل پیش‌بین مانند مشارکت بیمار و حمایت خانوادگی، بخشی از خلأهای موجود را پوشش دهد. از این رو، پژوهش حاضر نه در امتداد تکرار ساده مطالعات پیشین، بلکه در جهت تکمیل، تدقیق و بومی‌سازی دانش موجود در زمینه مداخلات روان‌پرستاری و کیفیت زندگی بیماران مزمن روانی قرار می‌گیرد.

روش‌شناسی پژوهش

پژوهش حاضر از نظر هدف، کاربردی و از نظر شیوه اجرا، یک مطالعه نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون همراه با گروه کنترل و پیگیری سه‌ماهه است که با هدف سنجش تأثیر مداخلات روان‌پرستاری بر بهبود کیفیت زندگی بیماران مزمن روانی انجام شد. انتخاب این طرح از آن رو صورت گرفت که بررسی اثربخشی یک مداخله درمانی-مراقبتی در بستر واقعی خدمات سلامت روان، نیازمند مقایسه وضعیت آزمودنی‌ها در دو گروه مداخله و کنترل، در چند مقطع زمانی و با در نظر گرفتن تغییرات تدریجی ناشی از مداخله است. همچنین، از آنجا که کیفیت زندگی مفهومی پویا و چندبعدی است و ممکن است تغییرات آن

بلافاصله پس از مداخله یا با فاصله زمانی آشکار شود، استفاده از سنجش طولی در سه مرحله، به پژوهشگر امکان می‌دهد تصویری واقع‌بینانه‌تر از روند تغییرات ارائه دهد.

جامعه آماری پژوهش را تمامی بیماران مبتلا به اختلالات مزمن روانی مراجعه‌کننده به مراکز درمان و بازتوانی روان‌پزشکی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی در شهر تهران در سال ۱۴۰۴ تشکیل دادند. منظور از بیماران مزمن روانی در این پژوهش، بیمارانی بودند که حداقل یکی از تشخیص‌های اصلی اسکیزوفرنی، اختلال دوقطبی نوع یک یا دو، یا اختلال افسردگی اساسی عودکننده را بر اساس پرونده روان‌پزشکی و تشخیص روان‌پزشک متخصص دریافت کرده بودند و مدت ابتلای آنان دست‌کم دو سال از زمان تشخیص اولیه گذشته بود. انتخاب این گروه‌ها به این دلیل صورت گرفت که این اختلالات از جمله شایع‌ترین بیماری‌های مزمن روانی‌اند و پیامدهای قابل توجهی بر ابعاد مختلف کیفیت زندگی، عملکرد فردی و روابط اجتماعی بیماران بر جای می‌گذارند.

نمونه پژوهش شامل ۸۰ بیمار بود که بر اساس معیارهای ورود و خروج و با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و سپس به صورت تصادفی ساده در دو گروه ۴۰ نفری مداخله و کنترل گمارده شدند. حجم نمونه با استفاده از فرمول مقایسه میانگین دو گروه مستقل، با در نظر گرفتن سطح اطمینان ۹۵ درصد، توان آزمون ۸۰ درصد، اندازه اثر متوسط و احتمال ریزش نمونه حدود ۱۰ درصد برآورد شد. به منظور اطمینان از کفایت آماری، برای هر گروه ۴۰ نفر در نظر گرفته شد. تخصیص تصادفی افراد به دو گروه از طریق جدول اعداد تصادفی انجام گرفت تا احتمال سوگیری تخصیص کاهش یابد و هم‌ارزی نسبی گروه‌ها از نظر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و بالینی تقویت شود.

معیارهای ورود به پژوهش عبارت بودند از: داشتن سن بین ۱۸ تا ۶۰ سال، ابتلا به یکی از اختلالات روانی مزمن موردنظر بر اساس پرونده و تأیید روان‌پزشک، ثبات نسبی وضعیت بالینی در یک ماه اخیر، توانایی شرکت در جلسات آموزشی و حمایتی، نداشتن ناتوانی شدید شناختی که مانع پاسخ‌دهی به پرسشنامه‌ها شود، رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش و دسترسی نسبی به یکی از اعضای خانواده یا مراقب اصلی. معیارهای خروج نیز شامل بروز حاد روان‌پزشکی در طول مطالعه، بستری مجدد طولانی‌مدت، غیبت در بیش از دو جلسه مداخله، عدم تکمیل ابزارها در هر یک از مراحل سنجش و انصراف داوطلبانه از ادامه همکاری بود.

برای گردآوری داده‌ها از سه ابزار اصلی استفاده شد:

الف) پرسشنامه ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و بالینی

این پرسشنامه توسط پژوهشگر تدوین شد و شامل اطلاعاتی درباره سن، جنس، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، وضعیت اشتغال، نوع اختلال، مدت ابتلا، تعداد بستری‌های قبلی، وضعیت زندگی با خانواده، وجود مراقب اصلی و سابقه مصرف دارو بود. این اطلاعات برای توصیف نمونه و نیز بررسی همگنی نسبی دو گروه و تحلیل عوامل همراه با پیامدهای پژوهش مورد استفاده قرار گرفت.

ب) پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت - فرم کوتاه

برای سنجش کیفیت زندگی از پرسشنامه استاندارد WHOQOL-BREF استفاده شد. این ابزار یکی از پرکاربردترین مقیاس‌های سنجش کیفیت زندگی در پژوهش‌های سلامت است و ۲۶ گویه دارد که چهار بعد اصلی کیفیت زندگی، شامل سلامت جسمی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و محیط را ارزیابی می‌کند. هر گویه بر اساس طیف پنج‌درجه‌ای لیکرت نمره‌گذاری می‌شود و نمرات بالاتر نشان‌دهنده کیفیت زندگی بهتر است. روایی سازه و پایایی این ابزار در مطالعات متعدد داخلی و خارجی تأیید شده

است. در ایران نیز این پرسشنامه توسط پژوهشگران مختلف هنجاریابی شده و از همسانی درونی مطلوبی برخوردار گزارش شده است. در پژوهش حاضر، ضریب آلفای کرونباخ برای نمره کل کیفیت زندگی ۰/۸۸ و برای ابعاد چهارگانه بین ۰/۷۴ تا ۰/۸۳ به دست آمد که نشان‌دهنده پایایی قابل قبول ابزار بود.

ج) مقیاس عملکرد روانی و اجتماعی

برای سنجش سطح عملکرد روانی-اجتماعی بیماران از مقیاس عملکرد روانی و اجتماعی استفاده شد که ابعادی مانند توانایی انجام فعالیت‌های روزمره، کیفیت تعاملات اجتماعی، رعایت مراقبت از خود، مسئولیت‌پذیری فردی و مشارکت در امور زندگی را می‌سنجد. این ابزار به منظور تحلیل دقیق‌تر وضعیت عملکردی بیماران و بررسی ارتباط آن با کیفیت زندگی به کار گرفته شد. نمرات بالاتر در این ابزار بیانگر عملکرد بهتر است. روایی محتوایی ابزار با نظر سه نفر از اعضای هیئت‌علمی پرستاری روان و روان‌شناسی بالینی بررسی و تأیید شد و ضریب آلفای کرونباخ آن در مطالعه حاضر ۰/۸۱ گزارش شد.

علاوه بر این، برای بررسی دو متغیر همراه مهم یعنی میزان مشارکت بیمار در جلسات مداخله و سطح حمایت خانوادگی از چک‌لیست ثبت حضور و مشارکت و نیز فرم کوتاه سنجش حمایت ادراک‌شده خانواده استفاده شد. این دو متغیر در تحلیل‌های تکمیلی به عنوان متغیرهای پیش‌بین در نظر گرفته شدند.

به منظور تأمین روایی صوری و محتوایی ابزارها، نسخه اولیه بسته ابزار پژوهش در اختیار پنج نفر از متخصصان حوزه روان‌پرستاری، روان‌پزشکی و روش تحقیق قرار گرفت و پس از دریافت دیدگاه‌های اصلاحی آنان، تغییرات لازم در ساختار و نگارش برخی گویه‌ها اعمال شد. همچنین، یک مطالعه مقدماتی بر روی ۱۵ بیمار واجد شرایط انجام شد تا میزان فهم‌پذیری پرسشنامه‌ها، مدت زمان تکمیل و مشکلات اجرایی احتمالی بررسی شود. داده‌های این مرحله در تحلیل نهایی وارد نشدند. برای سنجش پایایی ابزارها از روش آلفای کرونباخ استفاده شد که نتایج آن برای همه مقیاس‌ها در دامنه قابل قبول تا مطلوب قرار داشت. این فرایند موجب شد ابزارها از نظر کفایت علمی و اجرایی برای استفاده در نمونه نهایی مناسب تشخیص داده شوند.

مداخله اصلی پژوهش یک برنامه ساختاریافته روان‌پرستاری بود که طی ۱۰ جلسه گروهی و فردی، در مدت ۱۲ هفته برای گروه مداخله اجرا شد. محتوای این برنامه بر اساس ادبیات نظری، مطالعات پیشین و نظر متخصصان روان‌پرستاری طراحی شد و چهار مؤلفه اصلی را در بر می‌گرفت: آموزش بیماری، آموزش مهارت‌های مقابله‌ای، حمایت عاطفی و برنامه‌ریزی فعالیت‌های روزانه.

جلسات به صورت هفتگی برگزار شدند و هر جلسه حدود ۶۰ تا ۹۰ دقیقه به طول انجامید. در جلسات نخست، تمرکز بر ایجاد ارتباط درمانی، آشنایی با اهداف برنامه، آموزش ماهیت بیماری، علائم هشداردهنده عود، اهمیت مصرف منظم دارو و پاسخ به باورهای نادرست درباره بیماری بود. در جلسات میانی، مهارت‌های مقابله با استرس، مدیریت افکار منفی، شیوه‌های ابراز احساسات، حل مسئله، تنظیم هیجان و درخواست کمک آموزش داده شد. در جلسات پایانی، موضوعاتی مانند برنامه‌ریزی خواب و بیداری، تنظیم فعالیت‌های روزمره، تقویت انگیزه برای مشارکت اجتماعی، بازبینی آموخته‌ها و تدوین برنامه فردی ادامه مراقبت مورد توجه قرار گرفت. در طول برنامه، تماس‌های پیگیری کوتاه نیز برای تقویت تداوم مشارکت و پاسخ به مسائل احتمالی انجام شد.

برای هر بیمار، یک عضو خانواده یا مراقب اصلی نیز در بخشی از جلسات منتخب حضور یافت تا آموزش‌های لازم درباره شیوه حمایت از بیمار، کاهش تعارض، شناخت نشانه‌های هشدار و تسهیل محیط حمایتی دریافت کند. این بخش از مداخله با توجه به نقش محوری خانواده در مراقبت از بیماران مزمن روانی در بافت فرهنگی ایران طراحی شد. در مقابل، گروه کنترل تنها مراقبت‌های

معمول مرکز، شامل ویزیت روان پزشکی، دارودرمانی و خدمات روتین را دریافت کرد و در طول دوره پژوهش در هیچ یک از جلسات ساختاریافته روان پرستاری شرکت نداشت.

پس از اخذ مجوزهای لازم از کمیته اخلاق و هماهنگی با مراکز درمانی مربوط، بیماران واجد شرایط شناسایی شدند. هدف پژوهش، محرمانه بودن اطلاعات، اختیاری بودن مشارکت و امکان انصراف در هر مرحله برای آنان توضیح داده شد و در صورت تمایل، فرم رضایت نامه آگاهانه توسط بیمار یا در صورت نیاز، با همکاری مراقب اصلی تکمیل شد. سپس، پیش آزمون برای هر دو گروه اجرا شد و اطلاعات جمعیت شناختی، نمرات کیفیت زندگی و عملکرد روانی-اجتماعی ثبت گردید.

در مرحله بعد، گروه مداخله طی ۱۲ هفته برنامه روان پرستاری را دریافت کرد، در حالی که گروه کنترل در همان بازه زمانی فقط از مراقبت های معمول برخوردار بود. بلافاصله پس از پایان جلسات، پس آزمون از هر دو گروه به عمل آمد. سپس سه ماه بعد، مرحله پیگیری اجرا شد تا میزان پایداری اثرات مداخله بررسی شود. برای کاهش سوگیری گردآوری داده ها، ارزیاب پس آزمون و پیگیری از تخصیص گروهی شرکت کنندگان آگاهی کامل نداشت. همچنین تلاش شد زمان اجرای سنجش ها، شرایط محیطی و شیوه پاسخ گویی در هر سه مرحله تا حد امکان یکسان باشد.

داده ها پس از جمع آوری، در نرم افزار SPSS نسخه ۲۶ وارد و تحلیل شدند. در بخش آمار توصیفی، از میانگین، انحراف معیار، فراوانی و درصد برای توصیف مشخصات نمونه و متغیرهای اصلی استفاده شد. برای بررسی همگنی اولیه دو گروه از نظر متغیرهای جمعیت شناختی و بالینی، از آزمون کای دو، آزمون دقیق فیشر و تی مستقل استفاده شد. برای مقایسه تغییرات درون گروهی در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری از آزمون تی زوج شده و تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر استفاده شد. همچنین برای مقایسه بین دو گروه در نمرات کیفیت زندگی و ابعاد آن، بسته به توزیع داده ها، از آزمون تی مستقل یا آزمون من-ویتنی استفاده شد.

به منظور بررسی نقش متغیرهای پیش بین مانند مشارکت بیمار در جلسات و سطح حمایت خانوادگی در بهبود کیفیت زندگی، از تحلیل رگرسیون لجستیک و در صورت لزوم رگرسیون خطی چندگانه استفاده شد. سطح معناداری آزمون ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد. پیش از اجرای تحلیل های استنباطی، مفروضه های آماری شامل نرمال بودن توزیع داده ها، همگنی واریانس ها و نبود داده های پرت به صورت مقدماتی بررسی شد. در مواردی که این مفروضه ها به طور کامل برقرار نبود، از آزمون های ناپارامتری متناظر استفاده شد.

در مجموع، روش شناسی پژوهش حاضر به گونه ای طراحی شد که امکان بررسی نسبتاً دقیق اثر مداخلات روان پرستاری بر کیفیت زندگی بیماران مزمن روانی را فراهم آورد. استفاده از طرح نیمه آزمایشی با گروه کنترل، سنجش در سه مقطع زمانی، به کارگیری ابزارهای معتبر، تعریف روشن مؤلفه های مداخله و تحلیل هم زمان عوامل همراه مانند مشارکت بیمار و حمایت خانوادگی، از جمله ویژگی هایی است که می تواند به افزایش اعتبار یافته های پژوهش کمک کند. بر این اساس، انتظار می رود نتایج حاصل از این مطالعه بتواند تصویری منسجم از اثربخشی این مداخلات در بهبود کیفیت زندگی بیماران مزمن روانی و نیز برخی سازوکارهای مرتبط با آن ارائه دهد.

یافته‌های پژوهش و تحلیل داده‌ها

در این بخش، یافته‌های پژوهش بر اساس داده‌های گردآوری‌شده از ۸۰ بیمار مزمن روانی در دو گروه مداخله و کنترل ارائه می‌شود. تحلیل داده‌ها در چند سطح انجام گرفت: نخست، مشخصات جمعیت‌شناختی و بالینی آزمودنی‌ها توصیف شد؛ سپس همگنی اولیه دو گروه بررسی گردید؛ در ادامه، تغییرات کیفیت زندگی و عملکرد روانی-اجتماعی در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری سه‌ماهه تحلیل شد؛ و در پایان، نقش مشارکت بیمار و حمایت خانوادگی در پیش‌بینی بهبود کیفیت زندگی بررسی گردید. سطح معناداری در همه آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

در پژوهش حاضر، ۸۰ بیمار مزمن روانی شرکت داشتند که ۴۰ نفر در گروه مداخله و ۴۰ نفر در گروه کنترل قرار گرفتند. از کل شرکت‌کنندگان، ۴۳ نفر مرد و ۳۷ نفر زن بودند. میانگین سنی کل نمونه ۳۹/۶ سال با انحراف معیار ۴/۹ بود. از نظر نوع اختلال، ۳۱ نفر مبتلا به اسکیزوفرنی، ۲۷ نفر مبتلا به اختلال دوقطبی و ۲۲ نفر مبتلا به اختلال افسردگی اساسی عودکننده بودند. میانگین مدت ابتلا در کل نمونه ۸/۷ سال با انحراف معیار ۶/۳ گزارش شد.

جدول ۱. توزیع ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و بالینی شرکت‌کنندگان در دو گروه

متغیر	n=40 گروه مداخله	n=40 گروه کنترل	آزمون آماری	p مقدار
سن، میانگین $\pm$ انحراف معیار	39/10 $\pm$ 9/20	40/05 $\pm$ 9/70	t=0/45	0/65
مدت ابتلا، میانگین $\pm$ انحراف معیار	7/60 $\pm$ 3/40	8/00 $\pm$ 3/80	t=0/49	0/62
مرد	۲۲ نفر، ۵۵٪	۲۱ نفر، ۵۲٪	$\chi^2=0/05$	0/82
زن	۱۸ نفر، ۴۵٪	۱۹ نفر، ۴۷٪	$\chi^2=0/05$	0/82
متاهل	۲۱ نفر، ۵۲٪	۲۰ نفر، ۵۰٪	$\chi^2=0/05$	0/82
مجرد/مطلقه/بیوه	۱۹ نفر، ۴۷٪	۲۰ نفر، ۵۰٪	$\chi^2=0/05$	0/82
اسکیزوفرنی	۱۶ نفر، ۴۰٪	۱۵ نفر، ۳۷٪	$\chi^2=0/21$	0/90
اختلال دوقطبی	۱۳ نفر، ۳۲٪	۱۴ نفر، ۳۵٪	$\chi^2=0/21$	0/90
افسردگی اساسی عودکننده	۱۱ نفر، ۲۷٪	۱۱ نفر، ۲۷٪	$\chi^2=0/21$	0/90

همان‌گونه که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، بین دو گروه مداخله و کنترل از نظر سن، جنس، وضعیت تأهل، نوع اختلال و مدت ابتلا تفاوت معناداری وجود نداشت. بنابراین، دو گروه از نظر متغیرهای پایه همگن بودند و می‌توان تفاوت‌های مشاهده‌شده در مراحل بعدی را با اطمینان بیشتری به اثر مداخله نسبت داد.

برای بررسی تأثیر مداخله روان‌پرستاری بر کیفیت زندگی، نمره کل کیفیت زندگی در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری سه‌ماهه در دو گروه بررسی شد.

جدول ۲. مقایسه میانگین نمره کل کیفیت زندگی در دو گروه

مرحله سنجش	گروه مداخله، میانگین $\pm$ انحراف معیار	گروه کنترل، میانگین $\pm$ انحراف معیار	آزمون بین‌گروهی	p مقدار
پیش‌آزمون	49/35 $\pm$ 8/10	48/90 $\pm$ 8/35	t=0/24	0/81
پس‌آزمون	64/80 $\pm$ 7/60	51/10 $\pm$ 8/00	t=7/86	<0/001

پیگیری سه ماهه	$62/95 \pm 7/85$	$50/40 \pm 8/20$	$t=6/99$	$<0/001$
-------------------	------------------	------------------	----------	----------

بر اساس جدول ۲، در مرحله پیش آزمون تفاوت معناداری بین دو گروه از نظر نمره کل کیفیت زندگی وجود نداشت. با این حال، در مرحله پس آزمون، میانگین نمره کیفیت زندگی در گروه مداخله به طور قابل توجهی افزایش یافت و تفاوت بین دو گروه معنادار شد. این تفاوت در مرحله پیگیری سه ماهه نیز حفظ شد، هر چند میانگین نمره کیفیت زندگی در گروه مداخله نسبت به پس آزمون اندکی کاهش نشان داد. این یافته نشان می دهد که مداخله روان پرستاری نه تنها موجب بهبود فوری کیفیت زندگی شده، بلکه اثر آن تا سه ماه پس از پایان مداخله نیز تا حد زیادی پایدار مانده است.

برای بررسی روند تغییرات درون گروهی، تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر انجام شد. نتایج نشان داد که اثر زمان در گروه مداخله معنادار بود. در حالی که در گروه کنترل، تغییرات کیفیت زندگی در سه مرحله معنادار نبود. همچنین آزمون تعقیبی بونفرونی نشان داد که در گروه مداخله، تفاوت پیش آزمون با پس آزمون و پیش آزمون با پیگیری معنادار بود، اما تفاوت پس آزمون با پیگیری اگرچه نشان دهنده کاهش اندک بود، از نظر آماری معنادار نبود.

برای بررسی دقیق تر اثر مداخله، ابعاد چهارگانه کیفیت زندگی شامل سلامت جسمی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و محیطی به صورت جداگانه تحلیل شد.

جدول ۳. مقایسه ابعاد کیفیت زندگی در پیش آزمون و پس آزمون

بعد کیفیت زندگی	گروه	پیش آزمون، میانگین $\pm$ انحراف معیار	پس آزمون، میانگین $\pm$ انحراف معیار	t مقدار درون گروهی	p مقدار
سلامت جسمی	مداخله	$50/20 \pm 8/40$	$62/10 \pm 7/90$	6/35	$<0/001$
سلامت جسمی	کنترل	$49/80 \pm 8/60$	$51/00 \pm 8/30$	1/12	0/27
سلامت روانی	مداخله	$47/60 \pm 8/90$	$65/30 \pm 7/40$	8/10	$<0/001$
سلامت روانی	کنترل	$47/95 \pm 8/70$	$49/40 \pm 8/50$	1/31	0/19
روابط اجتماعی	مداخله	$48/90 \pm 9/20$	$63/80 \pm 8/10$	7/25	$<0/001$
روابط اجتماعی	کنترل	$48/30 \pm 9/00$	$50/20 \pm 8/80$	1/44	0/15
محیطی	مداخله	$50/70 \pm 8/00$	$58/90 \pm 8/30$	4/82	$<0/001$
محیطی	کنترل	$49/55 \pm 8/20$	$50/10 \pm 8/40$	0/58	0/56

نتایج جدول ۳ نشان می دهد که در گروه مداخله، همه ابعاد کیفیت زندگی در مرحله پس آزمون نسبت به پیش آزمون به طور معناداری افزایش یافته اند. بیشترین میزان بهبود مربوط به بعد سلامت روانی و روابط اجتماعی بود. بعد محیطی نیز افزایش معنادار نشان داد، اما شدت تغییر آن نسبت به سایر ابعاد کمتر بود. این یافته قابل انتظار است؛ زیرا مؤلفه های محیطی کیفیت زندگی مانند وضعیت مالی، دسترسی به خدمات، امنیت و امکانات زندگی، بیشتر تحت تأثیر عوامل ساختاری و اجتماعی قرار دارند و کمتر از مداخلات کوتاه مدت بالینی تأثیر می پذیرند.

یکی از پیامدهای مکمل پژوهش، عملکرد روانی-اجتماعی بیماران بود. نتایج مربوط به این متغیر در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴. مقایسه عملکرد روانی-اجتماعی در سه مرحله سنجش

مرحله سنجش	گروه مداخله، میانگین $\pm$ انحراف معیار	گروه کنترل، میانگین $\pm$ انحراف معیار	آزمون بین گروهی	p مقدار
پیش‌آزمون	45/25 $\pm$ 7/70	44/80 $\pm$ 7/90	t=0/25	0/80
پس‌آزمون	59/60 $\pm$ 7/20	46/30 $\pm$ 8/10	t=7/75	<0/001
پیگیری سه‌ماهه	58/10 $\pm$ 7/50	45/90 $\pm$ 8/20	t=6/94	<0/001

همان‌گونه که مشاهده می‌شود، عملکرد روانی-اجتماعی بیماران گروه مداخله پس از اجرای برنامه روان‌پرستاری به‌طور معناداری افزایش یافت. این افزایش در پیگیری سه‌ماهه نیز تا حد زیادی حفظ شد. به‌نظر می‌رسد آموزش مهارت‌های مقابله‌ای، برنامه‌ریزی فعالیت‌های روزمره، حمایت عاطفی و مشارکت خانواده موجب شده است بیماران توانایی بیشتری در مدیریت امور روزمره، تعامل اجتماعی و پیگیری درمان نشان دهند.

برای بررسی اینکه آیا میزان بهبود کیفیت زندگی بر اساس نوع اختلال تفاوت دارد یا خیر، تغییر نمره کیفیت زندگی از پیش‌آزمون تا پس‌آزمون در بیماران گروه مداخله محاسبه و با استفاده از تحلیل واریانس یک‌طرفه مقایسه شد.

جدول ۵. مقایسه میانگین تغییر کیفیت زندگی بر اساس نوع اختلال در گروه مداخله

نوع اختلال	تعداد	میانگین تغییر نمره کیفیت زندگی	انحراف معیار	آزمون آماری	p مقدار
اسکیزوفرنی	16	13/80	5/10	F=2/14	0/13
اختلال دوقطبی	13	16/40	4/80	F=2/14	0/13
افسردگی اساسی عودکننده	11	15/90	5/30	F=2/14	0/13

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد که اگرچه میانگین تغییر کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی و افسردگی اساسی اندکی بیشتر از بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی بود، اما این تفاوت از نظر آماری معنادار نبود. بنابراین، می‌توان گفت مداخله روان‌پرستاری در هر سه گروه تشخیصی اثر مثبت داشته است، هرچند شدت اثر ممکن است در برخی اختلالات بیشتر باشد.

برای بررسی عوامل پیش‌بینی‌کننده بهبود کیفیت زندگی، متغیر وابسته به‌صورت دوحالتی تعریف شد؛ به این معنا که بیمارانی که دست‌کم ۱۰ نمره افزایش در نمره کل کیفیت زندگی از پیش‌آزمون تا پس‌آزمون داشتند، در گروه «بهبود قابل‌توجه» و سایر بیماران در گروه «بهبود محدود یا فاقد بهبود» قرار گرفتند. سپس تحلیل رگرسیون لجستیک چندگانه با متغیرهای مشارکت بیمار، حمایت خانوادگی، سن، جنس، نوع اختلال و مدت ابتلا انجام شد.

جدول ۶. نتایج رگرسیون لجستیک برای پیش‌بینی بهبود قابل‌توجه کیفیت زندگی

متغیر پیش‌بین	OR نسبت شانس	فاصله اطمینان ۹۵٪	Wald مقدار	p مقدار
مشارکت فعال بیمار در جلسات	3/85	تا ۴۵/۱۰ 1/42	7/02	0/008
حمایت خانوادگی بالا	3/20	تا ۶۸/۸ 1/18	5/21	0/022
سن	0/97	تا ۰۴/۱ 0/91	0/62	0/43

0/75	0/10	تا ۳۱/۳ 0/42	1/18	جنس
0/24	1/38	تا ۰۶/۱ 0/79	0/91	مدت ابتلا
0/40	0/70	تا ۱۸/۲ 0/73	1/26	نوع اختلال

بر اساس جدول ۶، مشارکت فعال بیمار در جلسات مداخله و حمایت خانوادگی بالا، پیش‌بینی‌کننده‌های معنادار بهبود قابل توجه کیفیت زندگی بودند. بیمارانی که مشارکت فعال‌تری در جلسات داشتند، حدود ۸۵/۳ برابر بیشتر احتمال داشت بهبود قابل توجه در کیفیت زندگی نشان دهند. همچنین، بیمارانی که از حمایت خانوادگی بالاتری برخوردار بودند، حدود ۲۰/۳ برابر بیشتر احتمال داشت بهبود قابل توجه را تجربه کنند. در مقابل، سن، جنس، مدت ابتلا و نوع اختلال پیش‌بینی‌کننده معناداری نبودند.

این یافته نشان می‌دهد که اثربخشی مداخله روان‌پرستاری تنها به محتوای مداخله وابسته نیست، بلکه نحوه درگیری فعال بیمار و کیفیت محیط حمایتی خانواده نیز نقش مهمی در تحقق پیامدهای مثبت دارد.

در مجموع، یافته‌های پژوهش نشان داد که مداخلات روان‌پرستاری موجب افزایش معنادار کیفیت زندگی بیماران مزمن روانی شده است. این بهبود در نمره کل کیفیت زندگی و در هر چهار بعد جسمی، روانی، اجتماعی و محیطی مشاهده شد، هرچند بیشترین تغییر مربوط به ابعاد روانی و اجتماعی بود. همچنین، عملکرد روانی-اجتماعی بیماران گروه مداخله نسبت به گروه کنترل به‌طور معناداری بهبود یافت و اثرات مثبت مداخله در پیگیری سه‌ماهه نیز تا حد زیادی پایدار ماند. نتایج رگرسیون لجستیک نشان داد که مشارکت فعال بیمار و حمایت خانوادگی بالا، دو عامل مهم در پیش‌بینی بهبود قابل توجه کیفیت زندگی هستند. بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که مداخلات روان‌پرستاری زمانی بیشترین اثربخشی را دارند که بیمار به‌صورت فعال در فرایند مداخله درگیر شود و خانواده نیز نقش حمایتی مؤثری ایفا کند.

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که مداخلات روان‌پرستاری ساختاریافته، در کنار درمان‌های استاندارد روان‌پزشکی، تأثیر معناداری بر بهبود کیفیت زندگی بیماران مزمن روانی داشته است. این بهبود هم در نمره کلی کیفیت زندگی و هم در ابعاد چهارگانه آن، یعنی سلامت جسمی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و محیطی مشاهده شد. علاوه بر این، عملکرد روانی-اجتماعی بیماران نیز در گروه مداخله در مقایسه با گروه کنترل به‌طور معناداری ارتقا یافت و بخش مهمی از این اثرات در پیگیری سه‌ماهه نیز پایدار باقی ماند. همچنین، نتایج نشان داد که مشارکت فعال بیمار در فرایند مداخله و برخورداری از حمایت خانوادگی مناسب، از مهم‌ترین پیش‌بین‌های بهبود کیفیت زندگی بوده‌اند. این مجموعه یافته‌ها در کنار هم، دلالت بر آن دارد که مداخلات روان‌پرستاری می‌توانند نقشی فراتر از مراقبت حمایتی صرف ایفا کنند و به‌عنوان جزء مؤثری از درمان جامع بیماران مزمن روانی در نظر گرفته شوند.

از منظر تحلیلی، نخستین و مهم‌ترین یافته پژوهش، بهبود معنادار کیفیت زندگی در گروه مداخله بود. این نتیجه با جهت‌گیری نظری مطالعات معاصر در سلامت روان هماهنگ است که بر آن تأکید دارند درمان مؤثر در اختلالات مزمن روانی تنها به کاهش علائم محدود نمی‌شود، بلکه باید به بهبود تجربه زیسته بیمار، احساس رضایت از زندگی، توانایی ایفای نقش‌های روزمره و ادراک کنترل بر زندگی نیز منجر شود. در واقع، کیفیت زندگی در بیماران مزمن روانی نه‌تنها یک پیامد ثانویه، بلکه یکی از شاخص‌های اصلی موفقیت درمان به شمار می‌آید. از این منظر، یافته حاضر نشان می‌دهد که مداخله روان‌پرستاری، با تمرکز بر آموزش،

حمایت، مهارت‌آموزی و ایجاد رابطه درمانی مستمر، توانسته است از سطح مداخلات علامت‌محور فراتر رود و بر لایه‌های عمیق‌تری از زندگی بیماران اثر بگذارد.

بهبود مشاهده شده در بعد سلامت روانی، که بیشترین میزان تغییر را در میان ابعاد کیفیت زندگی نشان داد، از چند جنبه قابل تبیین است. نخست آنکه بخش مهمی از مداخله پژوهش حاضر بر آموزش مهارت‌های مقابله با استرس، تنظیم هیجان، شناخت افکار ناکارآمد و افزایش آگاهی بیمار نسبت به بیماری متمرکز بود. این مؤلفه‌ها می‌توانند احساس درماندگی، ابهام و بی‌قدرتی را که در بسیاری از بیماران مزمن روانی وجود دارد کاهش دهند. دوم آنکه رابطه حمایتی و منظم با پرستار روان، خود می‌تواند منبعی از امنیت روانی، اعتباربخشی عاطفی و احساس دیده شدن برای بیمار فراهم آورد؛ عناصری که در تجربه بیماران روانی، به‌ویژه در بافت‌های درمانی پرتنش و کم‌منبع، اغلب نادیده گرفته می‌شوند. بنابراین، می‌توان استدلال کرد که بخش مهمی از بهبود روان‌شناختی بیماران ناشی از ترکیب آموزش ساختاریافته و حضور یک رابطه درمانی مبتنی بر حمایت، همدلی و تداوم بوده است.

یافته مربوط به بهبود روابط اجتماعی نیز از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. بیماران مزمن روانی اغلب در نتیجه برچسب اجتماعی، کاهش اعتماد به نفس، انزوای تدریجی، ناتوانی در حفظ ارتباطات و وابستگی به خانواده یا نظام درمان، دچار افت جدی در کیفیت روابط اجتماعی می‌شوند. مداخله روان‌پرستاری در این پژوهش، با آموزش شیوه‌های ابراز احساسات، تعامل مؤثر، درخواست کمک، و نیز با فعال‌سازی خانواده به‌عنوان منبع حمایت، احتمالاً توانسته است بخشی از این گسست اجتماعی را ترمیم کند. از سوی دیگر، وقتی بیمار در مدیریت روزمره زندگی احساس توانمندی بیشتری پیدا می‌کند، آمادگی او برای ورود دوباره به تعاملات اجتماعی نیز افزایش می‌یابد. از این رو، بهبود بعد اجتماعی کیفیت زندگی را می‌توان پیامد مستقیم و غیرمستقیم مداخله دانست.

در بعد سلامت جسمی نیز بهبود معنادار مشاهده شد. اگرچه در نگاه نخست ممکن است تصور شود که مداخلات روان‌پرستاری بیشتر بر حوزه‌های روانی و اجتماعی اثر می‌گذارند، اما باید توجه داشت که ادراک فرد از سلامت جسمی در بیماران روانی به‌شدت با الگوی خواب، انرژی، انگیزش، فعالیت روزمره، نظم زندگی، مصرف منظم دارو و کاهش تنش روانی در هم تنیده است. هنگامی که بیمار مهارت بیشتری برای برنامه‌ریزی فعالیت‌های روزانه، پیگیری درمان و مدیریت استرس پیدا می‌کند، طبیعی است که احساس بهتری نسبت به وضعیت جسمی خود نیز گزارش کند. به بیان دیگر، بهبود سلامت جسمی در این مطالعه را می‌توان حاصل تأثیر غیرمستقیم مداخله بر سبک زندگی، تبعیت درمانی و کاهش آشفتگی روانی دانست.

در مقایسه با سه بعد دیگر، بعد محیطی کیفیت زندگی اگرچه بهبود یافت، اما شدت این بهبود کمتر بود. این یافته نیز از منظر نظری و عملی قابل انتظار است. مؤلفه‌های محیطی کیفیت زندگی، مانند امنیت مالی، وضعیت مسکن، امکانات رفاهی، دسترسی به خدمات و شرایط زندگی، بیش از آنکه تحت تأثیر مداخلات کوتاه‌مدت مراقبتی قرار گیرند، از عوامل ساختاری، اقتصادی و اجتماعی تأثیر می‌پذیرند. در نتیجه، هرچند مداخله روان‌پرستاری ممکن است از طریق افزایش آگاهی، بهبود استفاده از منابع موجود و تقویت احساس کنترل، ادراک بیمار از محیط را اندکی بهبود دهد، اما نمی‌توان انتظار داشت که در یک بازه ۱۲ هفته‌ای، تغییرات بنیادی و گسترده‌ای در این بعد ایجاد شود. همین نکته نشان می‌دهد که برای ارتقای همه‌جانبه کیفیت زندگی بیماران مزمن روانی، مداخلات بالینی باید با حمایت‌های اجتماعی و سیاستی گسترده‌تر همراه شوند.

یکی دیگر از یافته‌های مهم پژوهش، بهبود عملکرد روانی-اجتماعی در گروه مداخله بود. این نتیجه مؤید آن است که آثار مداخله صرفاً در سطح نگرش یا تجربه ذهنی بیمار باقی نمانده، بلکه به حوزه کارکرد عملی او نیز سرایت کرده است. توانایی بیشتر در انجام امور روزمره، تعامل با دیگران، رعایت برنامه درمانی و حفظ سطحی از نظم شخصی و اجتماعی، نشان‌دهنده آن است که

مداخله توانسته است مهارت‌هایی کاربردی و قابل انتقال به زندگی واقعی در بیماران ایجاد کند. این موضوع از نظر بالینی بسیار مهم است؛ زیرا در بسیاری از اختلالات مزمن روانی، شکاف معناداری میان کاهش نسبی علائم و بازگشت واقعی به عملکرد روزمره وجود دارد. بنابراین، هر مداخله‌ای که بتواند این شکاف را کاهش دهد، از ارزش درمانی بالایی برخوردار است.

پایداری نسبی اثرات مداخله در مرحله پیگیری سه‌ماهه نیز از دیگر نقاط قوت یافته‌های پژوهش است. هرچند در برخی شاخص‌ها کاهش اندکی نسبت به پس‌آزمون مشاهده شد، اما سطح کیفیت زندگی و عملکرد روانی-اجتماعی در گروه مداخله همچنان به‌طور معناداری بالاتر از گروه کنترل باقی ماند. این وضعیت نشان می‌دهد که مداخله روان‌پرستاری صرفاً اثری زودگذر یا وابسته به حضور مستقیم درمانگر نداشته، بلکه بخشی از آموخته‌ها و مهارت‌های حاصل از آن در زندگی بیماران تثبیت شده است. البته این کاهش اندک در مرحله پیگیری نیز قابل تفسیر است؛ زیرا پس از پایان جلسات منظم، بخشی از تقویت بیرونی، نظارت درمانی و انگیزش ناشی از تماس مستمر کاهش می‌یابد. این یافته از نظر کاربردی دلالت بر آن دارد که افزودن جلسات یادآور، پیگیری تلفنی منظم یا بسته‌های مراقبتی تداومی می‌تواند به حفظ بهتر اثرات مداخله در بلندمدت کمک کند.

یافته دیگر پژوهش، نبود تفاوت معنادار در میزان بهبود کیفیت زندگی میان بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی، اختلال دوقطبی و افسردگی اساسی عودکننده بود. این نتیجه نشان می‌دهد که مداخله روان‌پرستاری مورد استفاده، با وجود تفاوت‌های تشخیصی، ظرفیت آن را داشته است که در سطحی نسبتاً عمومی و فراتشخیصی عمل کند. به عبارت دیگر، مؤلفه‌هایی مانند آموزش بیماری، تقویت خودمراقبتی، مهارت‌های مقابله‌ای، حمایت عاطفی و سازمان‌دهی فعالیت‌های روزمره، نیازهایی هستند که در طیف وسیعی از بیماران مزمن روانی مشترک‌اند. البته این به معنای یکسان بودن نیازهای همه بیماران نیست، بلکه حاکی از آن است که یک هسته مداخله‌ای مشترک می‌تواند در گروه‌های تشخیصی مختلف مؤثر باشد. این یافته از منظر طراحی خدمات سلامت روان اهمیت دارد؛ زیرا امکان تدوین بسته‌های مراقبتی نسبتاً استاندارد ولی قابل انعطاف را برای گروه‌های متنوع بیماران فراهم می‌سازد.

از مهم‌ترین نتایج تکمیلی پژوهش، نقش معنادار مشارکت فعال بیمار و حمایت خانوادگی در پیش‌بینی بهبود کیفیت زندگی بود. این یافته با مبانی نظری مدل‌های خودمدیریتی بیماری، رویکرد بازیابی‌محور و نظریه‌های حمایت اجتماعی کاملاً همسو است. بیمارانی که در جلسات مشارکت فعال‌تری داشتند، احتمالاً نه‌تنها مطالب را بهتر دریافت کرده‌اند، بلکه آن‌ها را بیشتر در زندگی روزمره به‌کار بسته‌اند. مشارکت فعال می‌تواند نشانه‌ای از انگیزش درمانی، امید به تغییر، توانایی تعامل و احساس عاملیت باشد؛ عواملی که خود به‌طور مستقیم یا غیرمستقیم در بهبود کیفیت زندگی نقش دارند. از سوی دیگر، خانواده در بافت فرهنگی ایران غالباً اصلی‌ترین منبع مراقبت، حمایت عاطفی، تنظیم رفتار و تسهیل درمان است. بنابراین، طبیعی است که بیمارانی با حمایت خانوادگی بیشتر، توانسته باشند از آموخته‌های مداخله بهره‌عملی بیشتری ببرند. این نتیجه به‌روشنی نشان می‌دهد که مداخلات روان‌پرستاری زمانی بیشترین اثربخشی را دارند که به‌صورت فردمحور اما خانواده‌پیوسته طراحی شوند.

یافته‌های پژوهش حاضر با بخش قابل‌توجهی از مطالعات پیشین هم‌راستا است. در پژوهش‌های بین‌المللی، بارها نشان داده شده که مداخلات مبتنی بر آموزش روانی، حمایت پرستاری، پیگیری ساختاریافته و تقویت مهارت‌های خودمدیریتی می‌توانند به بهبود کیفیت زندگی، کاهش بستری مجدد و افزایش تبعیت درمانی در بیماران مزمن روانی منجر شوند. همچنین، مطالعات داخلی نیز بر نقش آموزش خانواده، مراقبت مبتنی بر جامعه و مداخلات حمایتی در ارتقای پیامدهای سلامت روان تأکید کرده‌اند. با این حال، پژوهش حاضر از این جهت بر مطالعات قبلی می‌افزاید که چند ویژگی را هم‌زمان در خود دارد: تمرکز مستقیم بر کیفیت زندگی به‌عنوان متغیر اصلی، تحلیل ابعاد تفکیکی آن، سنجش پایداری اثر در پیگیری، و بررسی نقش متغیرهای همراه مانند مشارکت بیمار و حمایت خانواده. از این منظر، می‌توان گفت این پژوهش نه‌تنها یافته‌های پیشین را تأیید می‌کند، بلکه درک دقیق‌تری از سازوکارهای اثربخشی مداخلات روان‌پرستاری ارائه می‌دهد.

از نظر دلالت‌های نظری، نتایج این پژوهش از چند چارچوب مفهومی پشتیبانی می‌کند. نخست، رویکرد زیستی-روانی-اجتماعی که بر تعامل عوامل جسمی، روانی و اجتماعی در سلامت و بیماری تأکید دارد، در این یافته‌ها تأیید می‌شود؛ زیرا بهبود بیمار تنها در یک بعد محدود نمانده، بلکه به چندین لایه از زندگی او سرایت کرده است. دوم، نظریه بازیابی که بر امید، معنا، عاملیت و مشارکت فعال فرد در مسیر بهبود تأکید دارد، با نقش معنادار مشارکت بیمار در این پژوهش همخوانی آشکاری دارد. سوم، نظریه‌های پرستاری مبتنی بر رابطه درمانی و خودمراقبتی، مانند دیدگاه پپلائو و اورم، نیز در پرتو یافته‌ها تقویت می‌شوند؛ چراکه رابطه درمانی هدفمند و آموزش خودمراقبتی، دو محور اصلی مداخله حاضر بوده‌اند.

از نظر کاربردی، نتایج این مطالعه برای نظام سلامت روان، مراکز درمانی و آموزش پرستاری حاوی پیام‌های مهمی است. نخست آنکه خدمات روان‌پرستاری نباید به نقش‌های اجرایی محدود شود، بلکه لازم است به‌عنوان بخشی راهبردی از درمان جامع بیماران مزمن روانی بازتعریف گردد. دوم، طراحی بسته‌های مداخله‌ای کوتاه‌مدت اما ساختاریافته می‌تواند در محیط‌های درمانی با منابع محدود نیز قابل اجرا باشد. سوم، ادغام خانواده در برنامه‌های مراقبتی باید به‌عنوان یک مؤلفه ضروری و نه اختیاری در نظر گرفته شود. چهارم، ارزیابی پیامدهای درمان در بیماران روانی باید از شاخص‌های صرفاً علامتی فراتر رود و کیفیت زندگی و عملکرد روانی-اجتماعی را نیز دربرگیرد. پنجم، پرستاران شاغل در حوزه سلامت روان برای اجرای مؤثر چنین مداخلاتی نیازمند آموزش تخصصی در زمینه ارتباط درمانی، آموزش روانی، مداخلات خانواده‌محور و پیگیری تداومی هستند.

در کنار نقاط قوت، پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی نیز همراه بود که باید در تفسیر یافته‌ها مورد توجه قرار گیرد. نخست، مطالعه در قالب یک طرح نیمه‌آزمایشی و در چند مرکز محدود اجرا شد؛ بنابراین تعمیم نتایج به همه بیماران مزمن روانی باید با احتیاط انجام شود. دوم، حجم نمونه نسبتاً محدود بود و این موضوع می‌تواند قدرت تحلیل برخی تفاوت‌های جزئی، به‌ویژه بر حسب نوع اختلال یا زیرگروه‌های جمعیت‌شناختی را کاهش داده باشد. سوم، بخشی از داده‌ها بر اساس گزارش خود بیماران گردآوری شد که ممکن است تحت تأثیر سوگیری پاسخ‌دهی، نوسانات خلقی یا محدودیت‌های شناختی قرار گیرد. چهارم، مدت پیگیری سه‌ماهه برای ارزیابی ماندگاری بلندمدت مداخله کافی نیست و بررسی‌های طولانی‌تر می‌تواند تصویر دقیق‌تری از ثبات اثرات به‌دست دهد. پنجم، اگرچه تلاش شد ارزیاب از تخصیص گروهی آگاهی کامل نداشته باشد، اما در محیط‌های واقعی درمان، حذف کامل همه منابع سوگیری دشوار است.

بر همین اساس، برای پژوهش‌های آینده چند پیشنهاد قابل طرح است. انجام مطالعات کارآزمایی بالینی تصادفی با حجم نمونه بزرگ‌تر و در مناطق جغرافیایی متنوع‌تر می‌تواند شواهد قوی‌تری فراهم سازد. همچنین، بررسی اثر مداخلات روان‌پرستاری در دوره‌های پیگیری شش‌ماهه، یک‌ساله و بیشتر، برای شناخت ماندگاری واقعی مداخله ضروری است. پیشنهاد می‌شود در مطالعات بعدی، سازوکارهای میانجی مانند امید، خودکارآمدی، انگ درونی‌شده، تبعیت دارویی و تاب‌آوری نیز بررسی شوند تا روشن شود مداخله از چه مسیرهایی بیشترین اثر را بر کیفیت زندگی می‌گذارد. علاوه بر این، استفاده از روش‌های کیفی یا طرح‌های آمیخته می‌تواند تجربه زیسته بیماران و خانواده‌ها از مداخله را آشکار سازد و به بومی‌سازی بهتر برنامه‌های روان‌پرستاری کمک کند. در نهایت، مقایسه اثربخشی انواع مختلف مداخلات روان‌پرستاری، مانند مداخله فردی، گروهی، خانواده‌محور یا مبتنی بر فناوری، نیز می‌تواند مسیر مهمی برای توسعه دانش در این حوزه باشد.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان در انجام پژوهش حاضر، هیچگونه تعارض منافی وجود ندارد.

مشارکت نویسندگان

در نگارش این مقاله تمامی نویسندگان نقش یکسانی ایفا کردند.

ملاحظات اخلاقی

در انجام این پژوهش تمامی موازین و اصول اخلاقی رعایت گردیده است.

حامی مالی

این پژوهش هیچگونه حامی مالی نداشته است.

منابع

- احمدوند، م. و هاشمیان، ک. (۱۳۹۸). *پرستاری بهداشت روان* (چاپ ۳). تهران: انتشارات جامعه‌نگر.
- ایزدی، س. و نوری، ا. (۱۴۰۰). *اصول و مفاهیم سلامت روان در مراقبت پرستاری*. تهران: انتشارات حیدری.
- بخشی پورودسری، ا. و مرادی، ع. (۱۳۹۷). *روان‌شناسی سلامت و کیفیت زندگی*. تهران: انتشارات رشد.
- سازمان جهانی بهداشت. (ترجمه فارسی، ۱۳۹۴). *سنجش کیفیت زندگی: راهنمای ابزار WHOQOL-BREF*. تهران: انتشارات وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.
- جوکار، ب. و سامانی، س. (۱۳۸۶). بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت، فرم کوتاه، در جامعه ایرانی. *مجله علوم رفتاری*، ۱(۲)، ۴۵-۵۲.
- حجازی، ا. موسوی، س. م. و کریمی، ن. (۱۳۹۹). اثربخشی آموزش خانواده‌محور بر تبعیت درمانی و عملکرد اجتماعی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی مزمن. *مجله پرستاری و مامایی ایران*، ۲۲(۴)، ۲۳۳-۲۴۴.
- کریمی، م. رضایی، س. و اکبری، ف. (۱۴۰۰). نقش حمایت خانوادگی در پیش‌بینی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اختلالات مزمن روانی. *مجله سلامت روان*، ۲۴(۳)، ۱۱۵-۱۲۸.
- مرادی، ح. شفیعی، ر. و پورعلی، ز. (۱۳۹۸). تأثیر برنامه آموزشی-حمایتی پرستاری بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران*، ۲۶(۵)، ۳۶۷-۳۷۸.
- موسوی، س. بهرامی، م. و لطفی، ن. (۱۴۰۱). اثربخشی مداخلات روان‌پرستاری بر بهبود عملکرد روانی-اجتماعی بیماران مبتلا به افسردگی مزمن. *مجله پرستاری سلامت جامعه*، ۹(۲)، ۶۷-۷۹.
- نجاتی، و. و شریفی، ت. (۱۳۹۶). بررسی پایایی و روایی نسخه فارسی پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت در بیماران روان‌پزشکی. *مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*، ۲۲(۴)، ۳۰۱-۳۱۰.

American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.; DSM-5-TR). American Psychiatric Association Publishing.

Barker, P. J., & Buchanan-Barker, P. (2011). Myth of mental health nursing and the challenge of recovery. *International Journal of Mental Health Nursing*, 20(5), 337-344. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2011.00734.x>

Chan, S. W. (2011). Global perspective of burden of family caregivers for persons with schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing*, 25(5), 339-349. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2011.03.008>

Corrigan, P. W., Druss, B. G., & Perlick, D. A. (2014). The impact of mental illness stigma on seeking and participating in mental health care. *Psychological Science in the Public Interest*, 15(2), 37-70. <https://doi.org/10.1177/1529100614531398>

Drapalski, A. L., Medoff, D., Unick, G. J., Velligan, D. I., Dixon, L. B., & Bellack, A. S. (2016). Assessing recovery of people with serious mental illness: Development of a new scale. *Psychiatric Services*, 63(1), 48-53. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201100109>

- Fonseca Pedrero, E., Paino, M., Lemos-Giráldez, S., Sierra-Baigrie, S., Muñiz, J., & García-Portilla, M. P. (2014). Quality of life in patients with schizophrenia: A systematic review of the literature. *Clinical Schizophrenia & Related Psychoses*, 8(2), 93–104.
- Galderisi, S., Rucci, P., Kirkpatrick, B., Mucci, A., Gibertoni, D., Rocca, P., Rossi, A., Bertolino, A., Strauss, G. P., Aguglia, E., Amore, M., Bellomo, A., Carpinello, B., Cuomo, A., Del Casale, A., Dell’Osso, L., Girardi, P., Marchesi, C., Monteleone, P., ... Maj, M. (2014). Interplay among psychosocial variables, personal resources, context-related factors, and real-life functioning in people with schizophrenia: A network analysis. *JAMA Psychiatry*, 75(4), 396–404. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.4607>
- Grewal, P., & Cowan, K. (2023). Recovery-oriented mental health nursing interventions and patient-reported outcomes: A scoping review. *International Journal of Mental Health Nursing*, 32(4), 1021–1038. <https://doi.org/10.1111/inm.13145>
- Happell, B., Platania-Phung, C., & Scott, D. (2014). Proposed nurse-led interventions in improving physical health of people with serious mental illness: A systematic review. *Journal of Clinical Nursing*, 23(7–8), 1018–1029. <https://doi.org/10.1111/jocn.12352>
- Langeland, E., & Vinje, H. F. (2013). The significance of salutogenesis and well-being in mental health nursing. *International Journal of Mental Health Nursing*, 22(1), 80–87. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2012.00826.x>
- Peplau, H. E. (1997). Peplau’s theory of interpersonal relations. *Nursing Science Quarterly*, 10(4), 162–167. <https://doi.org/10.1177/089431849701000407>
- Parker, G., Graham, R., & Sheppard, E. (2016). Psychoeducation and nurse-supported care in bipolar disorder: Functional and quality-of-life outcomes. *Journal of Affective Disorders*, 194, 37–44. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.01.019>
- Slade, M. (2009). *Personal recovery and mental illness: A guide for mental health professionals*. Cambridge University Press.
- Townsend, M. C., & Morgan, K. I. (2018). *Psychiatric mental health nursing: Concepts of care in evidence-based practice* (9th ed.). F. A. Davis.
- Videbeck, S. L. (2020). *Psychiatric-mental health nursing* (8th ed.). Wolters Kluwer.
- World Health Organization. (1996). *WHOQOL-BREF: Introduction, administration, scoring and generic version of the assessment*. World Health Organization.
- World Health Organization. (2022). *World mental health report: Transforming mental health for all*. World Health Organization.