# بررسی میزان آگاهی و نوع نگرش مراقبین بیماران مبتلا به اختلالات روانی ازروش های طب مکمل و دارو درمانی

هاجر عموسلطانی [الف]، سعید پهلوان‌زاده [ب*]، جهانگیر مقصودی گنجه [ج]

[الف] کارشناس ارشد روانپرستاری، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

[ب] کارشناس ارشد روان پرستاری،عضو مرکز تحقیقات مراقبتهای پرستاری و مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

[ج] استادیار و عضو مرکز تحقیقات مراقبتهای پرستاری و مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

## چکیده

سابقه و هدف: اختلال روانی با تظاهرات روانشناختی و رفتاری و یا آشفتگی در کارکرد مشخص میشود. در روان پزشکی، درمان دارویی به عنوان خط مقدم درمان بیماری های روانی تلقی می‌شود، به اعتقاد بسیاری از صاحب نظران، علاوه بر اینکه درمان های دارویی برای درمان بیماران کافی به نظر نمی رسد، بیماران و خانواده‌ها نیز به دنبال پیدا کردن درمان های جایگزین هستند که روشهای طب مکمل جزء این درمان هاست. با توجه به اهمیت خانواده بیماران در امر تداوم درمان،کیفیت و اثربخشی آن بررسی آگاهی و نگرش آنان در مورد درمان های موجود موثر خواهد بود.

**مواد و روش‌ها:** مطالعه حاضر از نوع توصیفی بوده که برروی ۱۸۱ نفر از مراقبین بیماران روانی مراجعه کننده به مراکز آموزشی و درمانی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان انجام شده است. جمع آوری اطلاعات بوسیله پرسشنامه محقق ساخته که اعتبار سنجی محتوایی و روایی آلفا کرونباخ۰/۷۸ تایید شده، انجام شده است.میزان آگاهی و نگرش به دارو درمانی و طب مکمل تعیین و نقش عوامل مرتبط با آن با آزمون کای دو مورد قضاوت آماری قرار گرفت.

**یافته‌ها:** از مجموع ۱۸۱ نفر شرکت کننده ۵۵/۲٪ زن و بقیه مرد بودند.نمای سنی آن ٤٠ تا ٥٠ سال و به میزان ۵/۳۱ درصد و تحصیلات ۳۵/۹٪ در سطح متوسطه بود. تحقیق روی تعداد ۱۸۱ نفر مراقبین بیماران روانی انجام گرفت. میزان آگاهی خوب نسبت به دارو درمانی ۳۳/۱ درصد و نگرش آن ۱۵/۵ درصد بود و در مورد طب مکمل به ترتیب ۹/٤ و ١٤/٩ درصد بود. تحصیلات و شغل با میزان آگاهی از طب مکمل نقش داشته است. (p=۰/۰۲ ) و سن و شغل با نگرش مثبت به طب مکمل نقش داشته است(p=۰/06 ).

**نتیجه گیری:**ازآنجا که یکی ازمهمترین عوامل ارتقای سیر بهبودی بیمار و پیشگیری ازعود بیماری که به بستری های مجدد منتهی میشود، آگاهی و نگرش مراقبین به درمان است لذا احتمالابرنامه ریزی در جهت افزایش اگاهی و بالابردن سطح نگرش این گروه از گیرندگان خدمات بهداشتی و درمانی ضروری به نظر میرسد.

**کلیدواژه‌ها:** طب مکمل، دارو درمانی، مراقبین، بیماران روانی، آگاهی، نگرش.

تاریخ دریافت: مرداد ۹۵
تاریخ پذیرش: اسفند ۹۵

**مقدمه:**

پدیدهٔ بیماری روانی از بدو پیدایش بشر وجود داشته و نگرش و برخورد جامعه با آن همواره در حالت حول و دگرگونی بوده‌است. بر اساس آمار سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۰۸،بیماری های مزمن و غیر واگیر در کلیه کشورها در حال افزایش میباشد(۱). از جمله ی بیماریهای مزمن میتوان به اختلالات روانی اشاره کرد. اختلال روانی نوعی بیماری است با تظاهرات روانشناختی و رفتاری، که با آشفتگی در کارکرد ناشی از یک اختلال بیولوژیک، اجتماعی، روانشناختی، ژنتیک، فیزیکی یا شیمیایی همراه میباشد(۲).طبق آمار سازمان جهانی بهداشت ، در سال ۲۰۰۹، ۵۹۰ میلیون نفر از مردم دنیا از بیماری‌های مختلف روانی رنج می‌بردند.مطالعات همه گیرشناسی درایران که ازسه دهۀگذشته آغاز شده،دامنۀشیوع اختلالات روانی را بین ۱۱/۷ تا ٤٣/٢درصد درنوسان میدان دو پیشبینی میشود که شیوع مشکلات روانی و اثرات سوءآنها در

* فرد مسئول مکاتبات: h.amuosoltani@gmail.com

ابعادفردی، خانوادگی و اجتماعی با رشد جمعیت و شهرنشینی رو به افزایش باشد.

در رویکرد روان پزشکی، درمان دارویی به عنوان خط مقدم درمان بیماری های روانی تلقی می‌شود(۳). رویکرد استفاده از داروها در درمان اختلالات روانی، اغلب پایه ای برای درمان موفقیت آمیز است (۲).

درمان دارویی و سایر درمانهای زیست شناختی را میتوان تلاش برای تعدیل یا اصلاح رفتار، افکار یا خلق بیمارگونه به طریق شیمیایی یا فیزیکی دانست(۱-۲).

هدف دارو درمانی فراهم کردن حداکثر تاثیر درمانی و حداقل عوارض سمی است، تا بیمار کنترل خود را باز یابد و در رابطه درمانی باقی بماند، در کاردرمانی شرکت کند و یا رواندرمانی را تحمل کند اما از آنجا که اطلاعات پزشکی در مورد ارتباط بین مغز و رفتار کامل نیست،درمان دارویی اختلالات روانپزشکی بصورت تجربی است (٤).

به اعتقاد بسیاری از صاحبنظران، امروزه، درمان های دارویی برای درمان بیماران کافی به نظر نمی رسد. همچنین بیماران و خانواده‌ها نیز به دنبال پیدا کردن درمان های جایگزین دیگری هستند که استفاده از روشهای طب مکمل یکی از این ).٥(درمان هاست

مطالعات نشان می‌دهد امروزه علاقه و استفاده از طب مکمل و جایگزین در کنار دارو درمانی، در بین عموم مردم و همچنین در میان کارکنان مراقبت های بهداشتی در سطح بین المللی ).٦(افزایش یافته است

این روش‌های درمانی که امروزه در تمام جهان گاه به صورت عمومی و گاه به صورت منطقه ایی کاربرد دارند بسیار متنوع بوده و به نام طب مکمل – جایگزیننامیده می‌شوند(۷). طب مکمل توسط مرکز ملی طب مکمل و جایگزین، این چنین تعریف شده است: گروهی از انواع مختلف طب و سیستم‌های مراقبتی سلامت و تجربیات و فن آوریهایی که در حال حاضر به عنوان بخشی از طب مرسوم تعریف نشده اند(مرکز ملی طب مکمل، ۲۰۰۸).

درمان های مکمل و جایگزین ،درمانهایی با ماهیت کل نگر هستند و انسان را به عنوان یک کل متشکل از ابعاد جسمی، روحی، روانی و اجتماعی در نظر میگیرد و در درمان به تمامی این ابعاد توجه دارند(۸).

شیوع به کارگیری حداقل یکی از روشهای طب مکمل در کشورهای دنیا و از جمله ایران به این شرح است: ژاپن ۷۹٪، بلژیک۷۵-٦٦٪ (۹)، هند٦۷٪، تایوان٦۰٪، استرالیا٦۸/۹٪ (۱۰)، ترکیه۷۰٪، کانادا٥٤٪، ایران ٤۹٪،فرانسه ٤۲٪ (۱۱)، آمریکا ۳٤-٤۰٪، آلمان ۲۰-۳۰٪ (۱۲)، انگلستان ٤٤٪ و هلند ۱۸٪ (۱۳).پژوهش‌ها نشان میدهد درمان دو حالتی که مصرف دارو را با درمانهای مکمل و جایگزین ترکیب میکند، نسبت به هرکدام از آنها به صورت مجزا موثرتر است(١٤).

از طرف دیگر بیشترین کاربرد طب مکمل و جایگزین در میان مردم برای دردها و بیماری های مزمن است و از آنجایی که برخی بیماری های روانی هم جزئ از بیماری های مزمن و ناتوان کننده ای است که بر کیفیت زندگی فرد تأثیر می‌گذارد، گرایش این بیماران و خانواده ایشان به استفاده از روش های مکمل و جایگزین در دهه های اخیر به منظور کنترل علایم بیماری افزایش یافته است. از طرفی خانواده خانواده بیماران به عنوان واحد دریافت کننده و ارائه دهنده مراقبت، از مهمترین مخاطبان سیستم سلامت هستند و رکن مهمی در بهبودی بیمار به شمار میروند. اعضای خانواده بر وضعیت سلامت و عملکرد یکدیگر تاثیر گذار هستند(۱۹)لذا شواهد نشان می‌دهد در مواردی که مراقبین بیماران مبتلا به اختلالات روانی درک روشنی نسبت به بیماری، علایم و حالتهای بیمار داشته باشند ، فشار و پریشانی مراقبت شوندگان کاهش یافته و توانایی مقابله با مشکلات آنان افزایش می‌یابد.گزارش کردند کهنیاز اطلاعاتی بیشترین نیاز خانواده های بیماران روانی میباشد. همچنین نتایج مطالعه Kime نشان میدهد خانواده های بیماران مبتلا به اختلالات روانی پس از دریافت اطلاعات در مورد بیماری و انواع روش های درمانی و کاربرد آنها ،اظهار داشتند که با بیمارشان ارتباط بهتری داشته و پیشرفت عمده ای در درمان آنها حاصل شده است(۲). بنابراین در حین درمان بیماری روانی، مراقبین بیمار نیز باید به اندازه بیمار مهم تلقی شوند.نکته قابل تامل اینکه مراقبین به کسب آگاهی در مورد انواعمختلف روشهای درمانی علاقه مند هستند و این علاقه

مندی در مقایسه با علاقه کادر بهداشتی و درمانی بیشتر است (۵).

## مواد و روش‌ها:

مطالعه حاضر از نوع توصیفی بررسی آگاهی و نگرش مراقبین بیماران مبتلا به اختلالات روانیبیمارستانهای روان پزشکی نور، فارابی و مدرس استان اصفهان نسبت به طب مکمل و دارو درمانی اجرا شد.روش نمونه گیری در این مطالعه به صورت آسان و در دسترس بوده است.

در این بیمارستان هاکلاس های آموزش خانواده برگزار میشد . مراقبین اصلی بیماران زن ومرد مبتلا به اختلالات روانی که در کلاس های آموزش خانواده شرکت میکردند و یا در زمان ملاقات دسترسی به آنها امکان پذیر بود و معیارهای ورود به مطالعه را دارا بودند، تشکیل دادند.معیارهای ورود به مطالعه شامل معرفی فرد به عنوانمراقب اصلی و بر عهده داشتن کلیه مسئولیت های بیمار،داشتن تحصیلات حداقل ابتدایی،سن بالای ۱۸ سال و قدرت برقراری ارتباط و صحبت کردن به زبان فارسی بود. با مراجعه به مطالعات مرتبط،استفاده از منابع و مشورت با اساتید صاحب نظر، پرسشنامه ای توسط پژوهشگر تهیه و تنظیم شد که شامل سه قسمت اطلاعات دموگرافیک مراقبین، بررسی آگاهی و نگرش در مورد دارو درمانی و بررسی آگاهی و نگرش در مورد طب مکمل بود.جهت اطمینان از روایی پرسشنامه از روش تایید محتوا و جهت تایید پایایی آن از آزمون آلفای کرونباخ استفاده شد که عدد۰/۸۷بدست آمد. پرسشنامه‌ها به صورت حضوری در اختیار مراقبین قرار میگرفت و پس از تکمیل در حضور پژوهشگر، تحویل گرفته می‌شد. سپس کد گذاری شده وداده های بدست آمده توسط نرم افزار spss نسخه ۲۱ تجزیه و تحلیل شد.درتجزیه وتحلیل دادهها ازآمارتوصیفی جهت تنظیم جداول ، توزیع فراوانی، میانگین،انحراف معیاروازآماراستنباطی برای تعیین ارتباط بین متغیرهای مورد بررسی استفاده گردید.

## یافته‌ها:

تحقیق روی تعداد ۱۸۱ نفر از مراجعین بیماران روانی انجام گرفت. خصوصیات این مراجعین در جدول شماره ۱ ارائه گردید و نشان می‌دهد که۸۱ نفر،٤٤/۸درصد نمونهها مرد و ۵۵/۲درصدزن بودند.سن نمونه ها۱۳/٦±٤٥/۱سال بود.جوانترین نمونه ۱۸ سال داشت و مسن ترین نمونه ۸۰ سال بود.و نمای سنی ٤۰ تا ۵۰ سال بمیزان ۳۱/۵ درصد بود.

بیشترین فراوانی مراقبین را والدین بمیزان ۳۹/۲ درصد تشکیل میدادندو سطح تحصیلات ۳۵/۹ درصد نمونه های مورد پژوهش در سطح متوسطه بوده است.۳۵/۳ درصد از واحد های مورد پژوهش دارای شغل آزاد بودند، ۱۸/۸درصد بیکار بوده‌اند.درآمد(٤٦/٦) نمونههاپیژوهشکمترازمخارجزندگیبودهاست.

**جدول شماره ۱ : خصوصیات مراقبین بیماران روانی**

| مشخصات | | (درصد)تعداد |
|---|---|---|
| جنس | زن | ۱۰۰(۵۵/۲)* |
| | مرد | ۸۱(٤٤/۸) |
| سن | کمتر از ۳۰ | ۳۲(۱۷/۷) |
| | ۳۰-۳۹ | ۳۳(۱۸/۲) |
| | ٤۰-٤۹* | ۵۰(۲۷/۷)* |
| | ۵۰-۵۹ | ۳۵(۱۹/۳) |
| | ٦۰- ٦۹ | ۲۵(۱۳/۸) |
| | بیشتر از ۷۰ | ٦ (۳/۳) |
| سطح تحصیلات | ابتدایی | ۳۱(۱۷/۱) |
| | متوسطه | ٦۵(۳۵/۹)* |
| | دیپلم | ۲۹/۹(٥٤) |
| | لیسانس | ۱۹) (۱۰/۵) |
| | بالاتر از لیسانس | ٦/٦(۱۲) |
| نسبت | والدین(پدرومادر) | ۳۹/۲(۷۱*) |
| | همسر | ۳۱(٥٦) |
| | خواهرو برادر | ۳۲) (۱۷/٦) |
| | فرزند | ۲۲) (۱۲/۲) |
| شغل | آزاد | ٦٤*) (۳۵/۳) |

| | | |
|---|---|---|
| | کارگر | ۵۰) ۲۷/٦) |
| | کارمند | ۳۳) ۱۸/۲) |
| | بیکار | ۳٤) ۱۸/۸) |
| درآمدمیزان | کمتر از مخارج زندگی | ۸۸*) ٦٤/٦) |
| | برابر با مخارج زندگی | ۷۵) ٤۱/۵) |
| | بیشتر از مخارج زندگی | ۱۸) ۹/۹) |

۳۱/۵درصداز بیماران نمونه های پژوهش داروهای خود را به صورت نامنظم مصرف میکردند و ۱۸/۸درصد آنها داروها را به صورت منظم مصرف میکردند.

نتایج نشان داد اختلالات خلقی با ۵۵/۳درصد بیشترین فراوانی تشخیص های روانپزشکی را در بین بیماران نمونه های پژوهش دارد و پس از آن افسردگی اساسی با ۲٦درصد فراوانی در جایگاه دوم است.توزیع مراقبین مورد بررسی بر حسب آگاهی و نگرش نسبت به دارو درمانی و طب مکمل در جدول شماره ۲ ارائه گردید. و نشان میدهد که آگاهی خوب و نگرش مثبت نسبت به دارو درمانی بیشتر از طب مکمل است.

**جدول شماره ۲- توزیع مراقبین از بیماران روان بر حسب آگاهی و نگرش نسبت به دارو درمانی و طب مکمل**

| متغیر وضعیت | دارو درمانی | | طب مکمل | |
|---|---|---|---|---|
| | آگاهی (درصد) | نگرش (درصد) | آگاهی (درصد) | نگرش (درصد) |
| خوب | ۳۳,۱ | ۱۵,۵ | ۹,٤ | ۱٤,۹ |
| متوسط | ۵۹,۷* | ۷۳,۵* | ٦۹,٦* | ٦٤,۱* |
| ضعیف | ۷,۲ | ۱۱ | ۲۱ | ۲۱ |
| جمع | ۱۰۰ | ۱۰۰ | ۱۰۰ | ۱۰۰ |

نقش عوامل مرتبط با آگاهی و نگرش نسبت به طب مکمل در جدول شماره ۳ ارائه گردید و نشان می‌دهد کهبا توجه به نتایج حاصل از پژوهش ،ارتباط معناداری بین سن (p=۰/٦۵)، شغل(p=۰/۲۰ )، سطح تحصیلات(p=۰/۸۱ ) و جنس(۰/۲۰ =p) با سطح آگاهی و نگرش مراقبین نسبت به دارو درمانی وجود ندارد.همچنین ارتباط بین سن (p=۰/۳۱)، شغل(۰/۵٤ =p)، سطح تحصیلات(۰/۷۳ =p) و جنس(p=۰/۱۲) با سطح نگرش مراقبین نسبت به دارو درمانی نیز معنا دار نبود.نتایج آزمون های آماری نشان داد که از بین مشخصات دموگرافیک ارتباط معنادار بین شغل( p=۰/۰۲ ) و همچنین سطح تحصیلات(p=۰/۰۲ ) با سطح آگاهی مراقبین از طب مکمل وجود دارد. بین سایر خصوصیات دموگرافیک ارتباط معناداری با اگاهی از طب مکمل وجود نداشت. در مورد سطح نگرش مراقبین نسبت به طب مکمل، در بین متغیر های دموگرافیک ، ارتباط معناداری بین شغل (p=۰/۰۲ ) و نگرش مراقبین وجود داشت.

**جدول شماره ۳: نقش عوامل مرتبط با آگاهی و نگرش نسبت به طب مکمل**

| متغیر | آگاهی | | نگرش | |
|---|---|---|---|---|
| | p | p-value | p | p-value |
| جنس | ۰,۸۳ | ۰,٤۰ | ۰,۵۲ | ۰,۳۹ |
| تحصیلات | ۰,۱٦ | ۰,۰۲ | ۰,۱۱ | ۰,۱۳ |
| سن | ۰,۰٦ | ۰,٤۰ | ۰,۰٤ | ۰,۵۵ |
| شغل | ۱۱,۱۲ | ۰,۰۲ | ۱۰,۲۰ | ۰,۰۲ |

## بحث و نتیجه‌گیری:

نتایج پژوهش حاضر نشان داد میزان آگاهی مراقبین بیماران روانی از درمان دارویی در حد متوسط میباشد و این سطح از آگاهی با سن و جنس و سطح تحصیلات و شغل مراقبین ارتباط معنا داری ندارد. میزان اگاهی مراقبین از طب مکمل نیز در سطح متوسط بدست آمد که با سطح تحصیلات و شغل مراقب در ارتباط بود. به این ترتیب که کارمندان،سطح آگاهی بیشتر و افراد بیکار دارای کمترین آگاهی از طب مکمل بودند. همچنین مراقبین با سطح تحصیلات بیشتر میزان آگاهی بیشتری نیز در رابطه با طب مکمل داشتند.در همین رابطه نتایج مطالعه فشارکی و همکاران نشان داد با افزایش سطح تحصیلات میزان آگاهی افراد بالاتر رفته است.

در این پژوهش بین مشخصات دموگرافیک با سطح نگرش افراد نسبت به دارو درمانی رابطه معنی داری مشاهده نشد.

همچنین ، در بین متغیر های دموگرافیک در مورد سطح نگرش مراقبین نسبت به طب مکمل،ارتباط معناداری بین شغل(p=۰/۰۲ ) و نگرش مراقبین وجود داشت. در واقع مراقبین با شغل کارمند بیشترین نگرش و افراد بیکار کمترین نگرش را نسبت به طب مکمل داشتند.

در همین ارتباط، نتایج مطالعه میرزایی و همکاران که با هدفآگاهیونگرشپزشکاندرموردطبمکملوجایگزین انجام شد نشان داد، بین سن ،جنس و میزان آگاهی و نگرش در مورد طب مکمل ارتباط معنی داری وجود ندارد. (۲۰)

همچنین در تایید یافته های مطالعه حاضر، در مطالعات نقیبی و همکاران، ذوالفقاری و همکاران، فشارکی و همکاران، بین سن و سطح تحصیلات و جنس نمونه های مورد پژوهش با سطح نگرش نسبت به طب مکمل ارتباط معنا داری مشاهده نشده است.اما با افزایش سطح تحصیلات میزان آگاهی افراد بالاتر رفته است.

مطالعه نادم بویینی و همکاران(۱۵) نیز که با هدف بررسی نگرش مراقبین بیمار مبتلا به اختلال اسکیزوفرنی انجام شده است نشان میدهد که بین نگرش با وضعیت شغلی مراقب ارتباط معنی داری وجود دارد. به این صورت که بیشترین نمره نگرش مربوط به شغل آزاد و کمترین نمره مربوط به بیکار است. البته درمطالعه حاضر، بالاترین نگرش مربوط به کارمندان است که میتواند به دلیل تعداد بیشتر نمونه های کارمند در مقایسه با افرادی باشد که شغل آزاد دارند.

نتایج مطالعه حاضر نشان داداکثر نمونه های مورد پژوهش بیشترین آگاهی خود را از طریق مطالعه شخصی کسب کرده‌اند. متاسفانه در هر دو مورد طب مکمل و دارو ، تیم درمان در جایگاه مناسبی از نظر کسب آگاهی توسط مراقبین قرار ندارند که این امر میتواند ناشی از عدم اطمینان و اعتماد مراقبین به تیم درمان باشد. مطالعات قبلی نیز نشان میدهد بیشتر بیماران پزشک خود را از روش طب مکملی که استفاده میکنند مطلع نمیکنند چون به او اعتماد ندارند(۱٦) همچنین عدم توانایی در برقراری ارتباط مناسب با مراقبین بیماران و عدم دریافت حمایت های روانی از تیم درمان میتواند از دیگر دلایل این بی اعتمادی باشد(۱۱). در مقایسه ای دقیق تر به نتیجه قابل توجهی میرسیم و آن این است که در زمینه دارو درمانی و از بین تیم درمان، منبع کسب آگاهی مراقبین بیماران، ابتدا روانپزشک سپس پرستار و در آخر روان شناس بوده استاما در مورد طب مکمل ،مراقبین ابتدا از پرستار کسب آگاهی کرده اند سپس از روان شناس و در آخر از روانپزشک. این امر نشان دهنده اعتماد مراقبین بیماران در زمینه طب مکمل نسبت به پرستار است که وظیفه این عضو تیم درمان را در قبال این اعتماد سنگین تر میکند. با توجه به اینکه پرستاران سابقه طولانی در استفاده از طب مکمل دارند و از پیشگامان استفاده از آن محسوب میشوند(۱۷)،با توجه به این که وظیفه آگاهی دادن و پاسخ به سولات بیماران و مراقبین آنها در زمینه طب مکمل و دارو درمانی بر عهده تیم درمان است، شاید اضافه شدن واحدهای درسی مورد نیاز این گروه در کریکولوم دانشگاهی ضروی باشد. این امر در زمینه طب مکمل با توجه به تعدد روش های موجود و ناشناخته بودن برخی از آنها ضروری تر می‌باشد. آموزش صحیح دانشگاهی تیم درمان راه را بر سودجویی های افرادی که از ناآگاهی مراقبین سوءاستفاده میکنند، می‌بندد. همچنین داشتن دانش کافی در زمینه طب مکمل به پرستاران کمک میکند تا نقش مشاوره ای خود را در ارتباط با مراقبین بیماران و دیگر افراد جامعه به صورت پررنگ تری ایفا کنند.

همچنین اکثر نمونه های مورد پژوهش در مورد دارو درمانی و طب مکمل از بیش از یک منبع ( دو منبع و بیشتر) جهت کسب آگاهی استفاده کرده‌اند. استفاده از بیش از یک منبع میتواند به دلیل عدم اطمینان و اعتماد به صحت اطلاعات دریافتی از منبع اول و گاها منبع دوم باشد. این عدم اطمینان مراقب را به جستجو در منابع دیگر وامیدارد(۱۸) در مطالعه مراقبین بیمارن از منابعی مثل خواندن کتاب و روزنامه، گفتگو با دوستان و سوال از تیم درمان استفاده کرده‌اند. همچنین در مطالعه (۱۸) نیز اکثر مراقبین بیماران از بیش از یک منبع جهت

کسب آگاهی خود در مورد دارو درمانی و طب مکمل استفاده کرده‌اند.

با توجه به نتایج بررسی مطالعه حاضر در زمینه استفاده مراقبین از روشهای طب مکمل ، که نمایانگر علاقه و خواست این گروه در رابطه با این درمان هاست،نکته قابل تامل اینکه مراقبین به کسب آگاهی در مورد روشهای طب مکمل علاقه مند هستند و این علاقه مندی در مقایسه با علاقه کادر بهداشتی و درمانی بیشتر است (۵). شاید اتخاذ یک رویکرد تعاملی در درمان که شامل درمان دارویی و درمان های مکمل و جایگزین است، میتواند سودمند باشد. اجرای این رویکرد درمانی توسط تیم درمان ( روانپزشک، روانپرستار و روان شناس) میتواند روند اعتماد بیماران و مراقبین آنها را به اعضای تیم و درمان های انجام شده افزایش دهد.

با توجه به پیشرفت علم و گسترش دیدگاههای پزشکی مدرن، تلاش گسترده ای در کشورهای پیشرفته ی دنیا مبنی بر ادغام توانمندیهای پزشکی مدرن با امکانات موجود در رشته های طب مکمل و جایگزین صورت گرفته است که هدف آن ارتقاء سطح سلامت و کیفیت زندگی افراد جامعه است.هرچند در رویکرد روان پزشکی، درمان دارویی به عنوان خط مقدم درمان بیماری های روانی تلقی می‌شود(۳) اما به اعتقاد بسیاری از صاحبنظران، امروزه، درمان‌های دارویی برای درمان بیماران کافی به نظر نمی‌رسد. همچنین بیماران و خانواده‌ها نیز به دنبال پیدا کردن درمان های جایگزین دیگری هستند که استفاده از روشهای طب مکمل یکی از این درمان هاست(۵).

منابع و ماخذ معتبر پزشکی جهان بر همراهی قطعی درمان های غیر دارویی طب مکمل با درمانهای دارویی در بیماران مبتلا به اختلالات روانی تاکید دارد. تحقیقات نیز اثر بخشی این درمان‌ها را در حد قابل قبولی تائید میکند. پژوهش‌ها نشان میدهد درمان دو حالتی که مصرف دارو را با درمانهای مکمل و جایگزین ترکیب میکند، نسبت به هرکدام از آنها به صورت مجزا موثرتر است(۱٤).

از آن جا که خانواده بیماران به عنوان واحد دریافت کننده و ارائه دهنده مراقبت، رکن مهمی در بهبودی بیمار روانی به شمار میروند،بنابراین در حین درمان بیماری روانی، مراقبین آنها نیز باید به اندازه بیمار مهم تلقی شوند.دو مطالعه که توسط chen وlee انجام شده نشان میدهد که نیاز اطلاعاتی بیشترین نیاز خانواده‌ها میباشد. همچنین نتایج مطالعه kime نشان میدهد خانواده های بیماران مبتلا به اختلالات روانی پس از دریافت اطلاعات در مورد بیماری و انواع روش های درمانی و کاربرد آنها ،اظهار داشتند که با بیمارشان ارتباط بهتری داشته و پیشرفت عمده ای در درمان آنها حاصل شده است(۲

**تشکروقدردانی:**

این پژوهش بخشی از پایان نامه استکه باحمایت مالی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و با کد اخلاق ۳۹۳۸٦۱ مصوب واجرا شده است.

بدینوسیله از کلیه اساتید و پرسنل بیمارستان های روان پزشکی فاربی و شهید مدرس و نورکه دراجرای این تحقیق صمیمانه همراهی کردند،تقدیروتشکرمینمایم.

## References:


1. SotodehAsl ,Namat, , Neshat Dost, Hamidtaher, Kalantery, Mehrdad, Talebi, Hoshang,Khosravi, AliReza. 2010. Comparison of the effectiveness of cognitive behavioral therapy and medication on the quality of life in the patients with essential hypertension.Journal ofSemnanUniversity of Medical Sciences, Vol. 11, No.4 (36), Summer1389

2. Sadvk, Benjamin, Virginia Sadvk, summary Psychiatry Kaplan1388, N. pour thoughts translation, printing, publishingShahrab.

3. Vaghee, Said, Hamid, Rabbani, Akram, Mehrpouya, 1392.Child and AdolescentPsychiatric Nursing, printing, publishingAndisherafie

4. Fortinash, Katherine, Holoday, Patrishia. 2005. Psychiatric Mentsi Health Nursing. Translation by Ashori, Elahe et al, publicationsKankash,FirstEdition

5. Bjersa, Kristofer, StenerVictorin, Elisabet ,FagevikOlsén, Monika. 2012. Knowledge about complementary, alternative and integrative medicine (CAM) among registered health care providers in Swedish surgical care , .BMC Complementary and Alternative Medicine, 12(42). pp: 2-10

6. Nilsson M, Trehn G, Asplund K. 2010.Use of complementary and alternative medicine remedies in Sweden. A population based longitudinal study within the northern Sweden MONICA Project. J Intern Med, 250(3). pp225-233.

7. Kinsel JF, Straus SE .2003. Complementary and altetnative therapeutics: rigorous research is needed to support claims,Annual Review of Pharmacology and Toxicology, volume 43,pp 463-84.

8. Adams J, Easlhope G, Young A . 2006. Complementary and alternative medicine (CAM) use among elderly Australian women who have cancer, Support Care Cancer, 11,pp: 548-560.

9. Hori S, Mihaylov I, VasconcelosJ ,McCoubrie M .2008. Patterns of complementary and alternative medicine use amongst outpatients in Tokyo, Japan, BMC complementary and alternative medicine,8(1) ,p 14.

10. Henry DH, Viswanathan HN, Elkin EP, Traina S, Wade S, Cella D 2008. Symptoms and treatment burden associated with cancer treatment: results from a cross-sectional national survey in the US, Supportive care in cancer, 16(7), pp791-801.

11. Chu FY, Wallis M .2007.Taiwanese nurses' attitudes towards and use of complementary and alternative medicine in nursing practice: A cross-sectional survey., International journal of nursing studies,44(8), pp:1371-8.

12. Hunt KJ, Coelho HF, Wider B, Perry R, Hung S, Terry R. 2010. Complementary and alternative medicine use in England: results from a national survey. International journal of clinical practice. 64(11). pp 496-502.

13.Cooke M, Mitchell M, Tiralongo E, Murfield J. 2012. Complementary and alternative medicine and critical care nurses: A survey of knowledge and practices in Australia. Australian Critical Care.Article in press.published online 30 January . 2012. Available at: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22284371

14.Helms, J. E .2006. "Complementary and alternative therapies: a new frontier for nursing education?" Journal of Nursing Education 45(3),pp: 117-123.

15.Nadem B M, Ramezani T, Khodadadi N, Moosavi L SM, HaghdoostAA,Yeganeh MR . 2012. Attitude of schizophrenic patients' care givers about their method of patient caring at home, NaeimaKodadadi. Rasht, School of Nursing and Midwifery, 23(69), pp: 54-69.

16.Narda G. small animal clinnical oncology. In: 4, editor.:Withrow&Macewen; 2007. 347-71.

17.Adams J . 2009. An exploratory study of complementary and alternative medicine in hospital midwifery:Models of care and professional struggle, Complementary Therapies in clinical practice,12(1), pp40-47.

18.18- Magaro m . 2012 , KNOWLEDGE, ATTITUDES AND PRACTICES OF CAREGIVERS OF PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA IN PORT MORESBY, PAPUA NEW GUINEA, Pacific Journal of Medical Sciences: Vol. 10, ( 1).12-27

19. Asadolahi, Qorbanali, Abbasalizade, Ali. 1994. Helpforfamilies of patients withschizophrenia, printing, Research Department, Isfahan University of Medical Sciences

20.Mirzai, Vahid, Saiadi,Ahmad R, Heydarinasab, Mehdi .2010 . Knowledge and attitude of Rafsanjan physicians about complementary and alternative medicine. Journal of Medical Science Research of zahedan. Edition 13, N20.