

اثر بخشی آموزش روانشناختی گروهی در کاهش اضطراب خانواده بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی

مهر آسا زردشتیان مقدم*

روانشناس بالینی مرکز فوق تخصصی روانپزشکی ابن سینا و دانشجوی دکتری روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی بیرجند

محمد رضا خدا بخش

گروه روان شناسی، واحد نیشابور، دانشگاه آزاد اسلامی، نیشابور، ایران.

چکیده

هدف این مطالعه تعیین تأثیر مداخلات آموزشی گروهی بر میزان اضطراب مراقبین اصلی بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی در اولین بار بستری می باشد. روش پژوهش کار آزمایی بالینی از نوع نیمه تجربی است. جامعه مورد پژوهش مراقبین بیماران مبتلا به اختلال خلقی دو قطبی است که با گروه شاهد و به روش نمونه گیری آسان انتخاب و به شکل تصادفی در دو گروه برابر آزمایشی ۳۰ (نفر) و شاهد (۳۰ نفر) گرفت گروه ها تا حد امکان از نظر متغیرهای جمعیت شناختی بایکدیگر همتا شدند. از پرسشنامه ی اضطراب بک در ۲ مرحله که شامل پیش از انجام مداخله و پس از انجام مداخله استفاده شد و از هر دو گروه، تقاضا شد، در جلسه ای حضور یابند و به صورت گروهی پس از آزمون (پرسشنامه اضطراب بک) را تکمیل کنند. جلسه آموزشی، حمایتی برای گروه های آزمون هفته ای دو جلسه به مدت ۶۰ دقیقه برگزار گردید. در طی پنج جلسه مداخلات روانی آموزشی گروهی را دریافت کردند و گروه کنترل پس از پیش آزمون در این مدت هیچ گونه مداخله ای دریافت نکردند. برای آنالیز داده ها از نرم افزار SPSS نسخه ۲۶ استفاده شد. میانگین میزان اضطراب در گروه آزمایش در پیش آزمون ۲۵/۳۲۱ با انحراف معیار ۰/۳۳ و در گروه گواه ۱/۴۹۲ با انحراف معیار ۰/۴۶ بود. میانگین میزان اضطراب در گروه آزمایش در پس آزمون ۳۰/۱۲۴ با انحراف معیار ۲/۶۶ و در گروه گواه ۲/۱۷۸ با انحراف معیار ۰/۲۶ بود. مداخله آموزش روانشناختی گروهی خانواده های بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی با طراحی درمان مورد استفاده در این پژوهش توانسته تغییرات مطلوبی در آگاهی مراقبین در رابطه با مراقبت از بیماران و کاهش اضطراب ایجاد نماید.

واژگان کلیدی: اضطراب، اختلال دوقطبی، آموزش روانشناختی خانواده

مقدمه

اختلال دوقطبی با دوره‌های افسردگی، شیدایی و مختلط مشخص می‌شود. نرخ شیوع جهانی اختلال دوقطبی حدود ۲ درصد و سالهای زندگی تعدیل شده با ناتوانی به ۹.۲۹ میلیون در سال ۲۰۱۷ می‌رسد (He, H.; Hu2020 Merikangas,2011). این اختلال یک اختلال روانی ناتوان کننده مادام العمر است که با عوارض و مرگ و میر همراه است (McIntyr,2020). بدیهی است که اختلال دوقطبی تأثیر بسزایی بر شناخت، عملکرد و کیفیت زندگی فرد دارد علاوه بر این، اختلال دوقطبی بر کیفیت زندگی مراقبین و خانواده تأثیر می‌گذارد تأثیر اختلال دوقطبی بر اعضا خانواده، سیستم‌های مراقبت‌های بهداشتی، منابع و هزینه‌ها در سراسر جهان بسیار گسترده است (Simon,2005 . Hirschfeld,2021). اختلال دوقطبی عمدتاً با داروهای روانگردان از جمله تثبیت کننده‌های خلق و خو و داروهای ضد روان پریشی درمان می‌شود (Anderson,2012). درمان نگهدارنده دارویی سنگ بنای مدیریت اختلال دوقطبی است. اما متأسفانه، علیرغم درمان تثبیت کننده خلق و خو، میزان عود همچنان بالاست (پالاس کرپی و همکاران، ۲۰۱۵) و هنوز نرخ عود بالایی پس از بهبودی در طی دو سال وجود دارد از این رو یافتن روشی موثر در به تعویق انداختن عود در اختلال دوقطبی و پیشگیری بسیار مهم است. برنامه‌های آموزشی روانی مداخلات کمکی هستند که مکمل درمان دارویی با هدف کاهش بیشتر بار بیماری و عود (perlis,2006) هستند اعتقاد بر این است که این برنامه‌ها نه تنها با افزایش دانش بیماران در مورد اختلال خود به این مهم دست می‌یابند، بلکه با تغییر نگرش‌ها و رفتارهای کلیدی در جهت بهبود پایبندی به دارو و سبک زندگی سالم تراست برنامه‌های روانی آموزشی متعددی برای اختلال دوقطبی وجود دارد این برنامه‌ها شامل آموزش در مورد خطر عود، داشتن یک بیماری مزمن، گزینه‌های درمانی، خطرات مواد مخدر و الکل، اهمیت خواب و عادات سالم و همچنین آموزش شناسایی علائم هشدار دهنده اولیه شخصی هستند (Joas,2020) و در عین حال آرایه این روش درمانی در کنار دارو درمانی با توجه به نظر سازمان بهداشت جهانی در جهت ارتقا سلامت موثر و مقرون به صرفه می‌باشد (Gama,2013) که در این راستا به نقش خانواده در مراقبت از اختلالات روانی توجه زیادی شده و برای این منظور آموزشهای مدون برای خانواده‌ها در امر مراقبت از بیماران روانی شدید مورد تأکید قرار گرفته است (Paul,2007). آگاه شدن خانواده این بیماران به اختلال آنها نیز موجب فراهم شدن سیستم حمایتی خوب برای این بیماران می‌شود و به میزان قابل توجهی به سمت پیش‌گیری خوب سوق می‌دهد (Lotfi Kashani,2010). با توجه به اینکه بیش از ۶۰ درصد مددجویانی که از مؤسسات روانی مرخص می‌شوند به خانواده اصلی خود برمی‌گردند (Shamsaei,2012). مطالعات زیادی نشان می‌دهند که اعضای خانواده بیماران روانی اغلب احساس ناتوانی و تجربه دیسترس، اضطراب، افسردگی و مشکلات اقتصادی دارند. (shamsaei,2014). بنابراین خانواده‌ها نیاز به اطلاعات، حمایت، آموزش و مهارتهایی برای کنار آمدن و کاهش دادن فشار وارده به خودشان دارند، که نتیجه آن میتواند به بهبود سیر بیماری و کاهش عود اختلال فرد مبتلا نیز بیانجامد (Reinares,2015).

با توجه به تأثیرات شناخته شده ی آموزش روا نشناختی خانواده مبتنی بر توانمندی سازی خانواده ، کمک به شناخت بیشتر بیماری، بهبود اثر بخشی درمان دارویی، پیشگیری از عود و بستری مجدد، کاهش فشار تحمیل شده بر خانواده، بهبودی کیفیت زندگی خانواده ها و کاهش آثار روانی منفی ناشی از مواجهه خانواده با بستری شدن بیمار و انگ بیماری روانی مطالعه حاضر با هدف تاثیر آموزش روانی گروهی بر میزان اضطراب مراقبین اصلی بیماران دو قطبی در اولین بار بستری در مرکز فوق تخصصی روانپزشکی ابن سینا مشهد انجام گرفت.

روش تحقیق

این پژوهش یک کار آزمایی بالینی است که با دو گروه آزمایشی و شاهد باروش نمونه گیری در دسترس و به شکل تصادفی در دو گروه ۳۰ نفری انتخاب و تا حد ممکن همگن شد برای جمع آوری داده ها از پرسشنامه ی داده های دموگرافیک و پرسشنامه ی اضطراب بک در ۲ مرحله که شامل پیش از انجام مداخله و پس از انجام مداخله بود استفاده گردید. معیارهای ورود برای بیماران شامل: تشخیص نهایی درج شده در پرونده بیماران توسط روانپزشک معالج یا نتیجه نهایی ارزیابی بالینی و اجرای آزمون مینه سوتا فرم کوتاه توسط روانشناس بالینی با توجه به راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی -DSM-5 و راهنمای سنجش روانی گری گراث مارنات می باشد. معیارهای ورود مراقبان خانوادگی بیماران نیز شامل: عضو اصلی خانواده که کلیه مسئولیتهای بهداشتی، درمانی، مراقبتی و حمایتی بیمار را بر عهده دارد می باشد که دارای حداقل ۱۸ سال و حداکثر ۶۵ سال سن داشته و سابقه ابتلا به بیمار یهای جسمی جدی یا اختلال روانی شناخته شده و بستری شدن را نداشته باشند. با هدف رعایت اصول اخلاقی در پژوهش در مورد اصل رازداری و حفظ اطلاعات توضیحات لازم ارایه و اطمینان داده شد که از این اطلاعات صرفاً جهت کار تحقیقاتی استفاده خواهد شد برای گروه های آزمون با حضور مراقب اصلی، پنج جلسه ۶۰ دقیقه ای در طی سه هفته برگزار گردید و شرکت کنندگان در طی جلسات مداخلات روانی آموزشی گروهی رادریافت کردند و گروه کنترل پس از پیش آزمون در این مدت هیچگونه مداخله ای دریافت نکردند. محدوده زمانی پژوهش از بهمن ماه تا اسفند ماه ۱۴۰۲ و محیط پژوهش بخش بستری مرکز فوق تخصصی روانپزشکی ابن سینا شهر مشهد بود. جمعیت مورد مطالعه شامل خانواده بیماران بستری مبتلا به بیماری اختلال دوقطبی بود که شرایط شرکت در پژوهش را داشتند، برای گردآوری داده ها دو پرسشنامه ی داده های دموگرافیک و پرسشنامه ی اضطراب بک در ۲ مرحله که شامل پیش از انجام مداخله و پس از انجام مداخله بود استفاده شد و هر دو گروه به پرسشنامه اطلاعات شخصی و اضطراب بک پاسخ دادند.

پرسشنامه اضطراب بک: در ارزیابی علائم اضطراب ، تشخیص و درمان حایز اهمیت است. آیرون بک و همکارانش (1990) پرسشنامه اضطراب بک را معرفی کردند که به طور اختصاصی علائم شدت اضطراب بالینی را در افراد می سنجد. این پرسشنامه از اعتبار روایی بالایی برخوردار است. ضریب همسانی درونی آ (ضریب آلفا ۰/۹۲)، اعتبار آن با روش باز آزمایی به فاصله یک هفته ۰/۷۵ و همبستگی ماده های آن از ۰/۳۰ تا ۰/۷۶ متغیر است (Beck, 2013). در ایران نیز کاویانی و همکاران (2008) در مورد ویژگی های روانسنجی این پرسشنامه در طبقات سنی و جنسی جمعیت ایرانی به ترتیب روایی برابر با (۰/۷۲) و پایایی برابر (۰/۸۳) و ثبات درونی

(۰ / ۹۲-α) را گزارش کرده اند (Yamaguchi, 2019). پنج نوع روایی محتوا، همزمان، سازه، تشخیصی و عاملی برای این آزمون سنجیده شده است که همگی نشان دهنده کارایی بالای این ابزار در اندازه گیری شدت اضطراب می باشد. برای تجزیه و تحلیل اطلاعات و توصیف متغیرهای کمی برحسب شرایط از میانگین (انحراف معیار) و یا میان و برای متغیرهای کیفی از گزارش فراوانی و درصد استفاده شد. برای مقایسه میانگین پیامدهای کمی از آزمون تی تست، آنالیز واریانس و ضریب همبستگی پیرسون و برای مقایسه فاکتورهای کیفی بین گروه های مورد مطالعه نیز آزمون کای دو و یا آزمون دقیق فیشر بکار رفت. برای مقایسه ارتباط بین اضطراب در زمان های مورد بررسی از روش تحلیل واریانس با اندازه های تکرار شوند (Repeated measure Anova) استفاده شد. برای آنالیز داده ها از نرم افزار SPSS نسخه ی ۲۱ و نیز مقدار $p < 0.05$ value-I از نظر آماری معنی دار تلقی شد.

جدول ۱: خلاصه ای از موضوعات آموزش روا شناختی ارایه شده به مراقبان خانوادگی بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی

جلسه ها	محتوای جلسه ها
جلسه اول	آشنایی با اهداف جلسات آموزشی، آشنایی با اصول و معیارهای بهداشت روان و نقش خانواده در توسعه و حفظ سلامت اعضای خانواده
جلسه دوم	آشنایی با اختلالات خلقی: تعریف، علائم و نشانه های دوره های خلقی، سبب شناسی بیولوژیک، عوامل خطر و زمینه ساز
جلسه سوم	خلاصه جلسه قبل، سیر درمان و پیش آگهی، تاثیر دارو در رفع علت بیولوژیک و اهمیت درمان دارویی، و نقش آن در پیشگیری از عود، مقایسه اختلال دوقطبی با بیماری جسمی دیابت
جلسه چهارم	علایم هشدار دهنده عود و جلوگیری از بازگشت بیماری، الگوی ارتباط با بیمار روانی، نحوه مراقبت و چگونگی برخورد با بیماری به ویژه توهم، هذیان، پر خاشگری، افکار خودکشی و ایمن سازی محیط زندگی، رژیم غذایی و سبک زندگی
جلسه پنجم	چگونگی انگ زدایی از بیمار روان، پذیرش اختلال و راهکارهایی برای سازگاری بیشتر با آن، کمک گرفتن از سرویس های اجتماعی و اتمام جلسات

یافته ها

بر اساس یافته های پرسشنامه دموگرافیک بیشترین افراد مراقبت کننده از بیماران در گروه شاهد ۸۴ درصد زنان و ۱۶ درصد مردان و در گروه آزمایش ۸۵ درصد زنان و ۱۵ درصد مردان بودند. بیشترین گروه تحصیلی در گروه آزمایش سیکل ۵/۶۱ درصد و در گروه

شاهد نیز ۷۵ / ۶۴ درصد بود. بیشترین گروه شغلی در گروه آزمایش خانه دار ۸۸ / ۶۲ درصد و در گروه شاهد نیز خانه دار ۴۱ / ۶۱ درصد بود. بر اساس (جدول ۲) میانگین میزان اضطراب در گروه آزمایش در پیش آزمون ۲۵/۳۲۱ با انحراف معیار ۲/۳۳ و در گروه شاهد ۱/۴۹۲ با انحراف معیار ۰/۴۶ و میانگین میزان اضطراب در گروه آزمایش در پس آزمون ۳۰/۱۲۴ با انحراف معیار ۲/۶۶ و در گروه شاهد ۲/۱۷۸ با انحراف معیار ۰/۲۶ بود.

جدول ۲. یافته‌های توصیفی (میانگین و انحراف معیار) مربوط به میزان اضطراب

متغیر	مرحله اندازه‌گیری	گروه	میانگین تفاوت	انحراف معیار	سطح معنی داری
میزان اضطراب	پیش آزمون	آزمایش	۲۵/۳۲۱	۲/۳۳	۰/۰۰۰
		کنترل	۱/۴۹۲	۰/۴۶	۰/۲۲۰
	پس آزمون	آزمایش	۳۰/۱۲۴	۲/۶۶	۰/۰۰۰
		کنترل	۲/۱۷۸	۰/۲۶	۰/۱۰۱

بحث و نتیجه‌گیری

میتوان نتیجه گرفت که خانواده فرد مبتلا به اختلال روانی تحت تاثیر استرس ناشی از بیماری فرد مبتلا و انگ بیمار روان در جامعه دچار اضطراب، افسردگی و احساس گناه می شوند اغلب مجبورند که قسمت عمده ای از وقت خود را صرف مراقبت از عضو مبتلا کنند علاوه در این خانواده ها واهمه همیشگی در مورد احتمال عود بیماری و ایجاد تغییرات ناگهانی و غیرقابل انتظار در زندگی اعضای خانواده وجود دارد. تغییراتی روی می دهد که باعث می شود سایر اعضای خانواده نیز نتوانند به حداکثر توانایی خود در زمینه شغلی، اجتماعی یا فعالیت تفریحی دست یابند. مراقبین خانوادگی در پاسخ به ابتلا یکی از اعضا به بیماری روانی تنش ها و فشارهای ارتباطی زیادی را تجربه می کنند لذا آموزش روانشناختی خانواده در مورد بیماری، علت و علائم آن، روش های پیشگیری از عود، باورهای درست و نارس در مورد بیماری و مدیریت بحران تأثیر چشمگیری در کاهش اضطراب، استرس و بار روانی مراقبین خانوادگی خواهد داشت و باعث افزایش کیفیت مراقبت و افزایش سطح سلامت جسمانی و روانی مراقبین می گردد. بنابراین خانواده ها نیاز به آگاهی، حمایت، آموزش و مهارتهایی برای کنار آمدن و کاهش دادن فشار وارده به خودشان دارند، که نتیجه آن می تواند به بهبود سیر بیماری و کاهش عود اختلال فرد مبتلا نیز بیانجامد.

منابع

- Anderson, I.M.; Haddad, P.M.; Scott, J. Bipolar disorder. *BMJ Br. Med. J.* 2012, 345, e8508. [CrossRef]
- Beck A T, Epstein N, Brown G, Steer R A. 2013; 35(1): 70-4. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of consulting and clinical psychology.* 1988; 56(6): p. 893 .
- Bernhard, B, et al. Impact of cognitivepsychoeducational interventions in bipolar
Clinical Psychology 2010; 5(17): 65-78. [In Persian.]
- depression, anxiety and stress in caregivers of patients received electroconvulsive therapy.
- Gama CS, Kunz M, Magalhaes PV, Kapczinski F. Staging and neuroprogression in bipolar disorder: A systematic review of the literature. *Rev Bras Psiquiatr*2013; 35(1): 70-4.
- He, H.; Hu, C.; Ren, Z.; Bai, L.; Gao, F.; Lyu, J. Trends in the incidence and DALYs of bipolar disorder at global, regional, and national levels: Results from the global burden of Disease Study 2017. *J. Psychiatr. Res*2020, 125, 96–105. [CrossRef]
- Hirschfeld, R.M.; Vornik, L.A. Bipolar disorder—Costs and comorbidity. *Am. J. Manag. Care* 2005, 11, S85–S90.
- Joas, E., Bäckman, K., Karanti, A., Sparding, T., Colom, F., Pålsson, E., & Landén, M. (2020). Psychoeducation for bipolar disorder and risk of recurrence and hospitalization—a within-individual analysis using registry data. *Psychological medicine*, 50(6), 1043-1049.
- Lotfi Kashani F, Sharifi HP, Seifi M. Effectiveness of family psychoeducation (Atkinson and Coia Model) in general health of families coping with schizophrenia. *Thought and Behavior in patients with schizophrenia in Japan. Psychiatry*
- McIntyre, R.S.; Berk, M.; Brietzke, E.; Goldstein, B.I.; López-Jaramillo, C.; Kessing, L.V.; Malhi, G.S.; Nierenberg, A.A.; Rosenblat, J.D.; Majeed, A.; et al. Bipolar disorders. *Lancet* 2020, 396, 1841–1856. [CrossRe]
- Merikangas, K.R.; Jin, R.; He, J.P.; Kessler, R.C.; Lee, S.; Sampson, N.A.; Viana, M.C.; Andrade, L.H.; Hu, C.; Karam, E.G.; et al. Prevalence and correlates of bipolar spectrum disorder in the world mental health survey initiative. *Arch. Gen. Psychiatry* 2011, 68, 241–251. [CrossRef] [PubMed]
- Mojarad Kahani A H, Ghanbari Hashem Abadi B A, and S. Gh. The efficacy of group psycho educational interventions on level of depression, anxiety and burden experienced (stress) in families of patients with bipolar disorders. *J Res Behave Sci.* 2015;13(3): p. 420-43
- Navidian A, Rezaei J, Payan H. Efficacy Psychological Reactions of Family Members
of Intensive Care Unit Patients. *Journal of Nursing Education.* 2016; 5(4): p. 51-58.
- patients and their relatives. *European psychiatry.* 2006; 21(2): p. 81-86.
- Paul S, Cathy F, Marianne U Y, Karen W, StevenB. Impact of bipolar disorder: results from
- Perlis, R.H.; Ostacher, M.J.; Patel, J.K.; Marangell, L.B.; Zhang, H.; Wisniewski, S.R.; Ketter, T.A.; Miklowitz, D.J.; Otto, M.W.; Gyulai, L.; et al. Predictors of recurrence in bipolar disorder: Primary outcomes from the Systematic Treatment Enhancemen Program for Bipolar Disorder (STEP-BD). *Am. J. Psychiatry* 2006, 163, 217–224. [CrossRef]
- Reinares M, Bonnín CM, Hidalgo-Mazzei D, Sánchez-Moreno J, Colom F, Vieta E. The role of family interventions in bipolar disorder: A systematic review. *Clinical psychology review*, 2016. 43: p. 47-57.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.11.010>
- screening study. *Primary care companion to the Journal of clinical psychiatry.* 2007; 9(1): p. 42.



Shamsaei F, Mohamad khan Kermanshahi S, Vanaki Z. Meaning of health from the perspective of family member caregiving to patients with bipolar disorder. Journal of Mazandaran (90): p. University of Medical Sciences. 2012; 22 52-65.

Shamsaei F, Ozhan H, Jahangard L, dehghani M, Soltanian. Attention Deficit Hyperactivity, Oppositional Defiant and Conduct disorders in children of parents with Bipolar Disorder. Scientific Journal of Hamadan Nursing & Midwifery Faculty, 2014; 22(3): p. 33-44.

Shamsaei F, Kazemian H, Cheraghi F, Farhadian M. The effect of family teaching on

Simon, J.; Pari, A.A.A.; Wolstenholme, J.; Berger, M.; Goodwin, G.M.; Geddes, J.R. The costs of bipolar disorder in the United Kingdom. Brain Behav. 2021, 11, e2351. [CrossRef] [PubMed]

The Journal of Mental Health Training, Education and Practice. 2019. 4(14):P.289-296

Yamaguchi H, et al. Direct effects of short-term psychoeducational intervention for relatives of and clinical neurosciences. 2006;60(5): p. 590-597.

Yamaguchi H, et al. Direct effects of short-term psychoeducational intervention for relatives of patients with schizophrenia in Japan. Psychiatry and clinical neurosciences. 2006;60(5): p. 590-597.

The effectiveness of group psychological training in reducing the anxiety of the family of patients with bipolar disorder

MehrasaZardoshtianmoghaddam*

Clinical psychologist of Ibn Sina Psychiatry Center and Ph.D. student of Islamic Azad University of Birjand

Dr.Mohammadreza Khodabakhsh

Department of Psychology, Neyshabur Branch, Islamic Azad University, Neyshabur, Iran.

Abstract

Bipolar disorder as a manic-depressive illness causes abnormal changes in a person's mood, energy and functional ability. These changes can cause disruption in interpersonal relationships, social adaptation, positive and negative feelings and emotions, low academic and job performance and even suicide. Family members of mental patients often feel helpless and experience distress, anxiety, depression and economic problems. The purpose of this study is to determine the effect of group educational interventions on the level of anxiety of the main caregivers of patients with bipolar disorder at the first hospitalization. The research method is a semi-experimental clinical trial. The research population is the caregivers of patients with bipolar mood disorder, which was selected with the control group by easy sampling method and randomly divided into two experimental groups of 30 (people) and control (30 people). The groups were as similar as possible in terms of variables. Demographics were matched with each other. Beck's anxiety questionnaire was used in 2 stages, including before the intervention and after the intervention, and both groups were asked to attend a meeting and complete the post-test (Beck's anxiety questionnaire) as a group. Training session Support for the test groups with the presence of the main caregiver, two sessions a week and each session was held for 60 minutes. During five sessions, they received group psychoeducational interventions, and the control group did not receive any intervention after the pre-test. For data analysis, we used SPSS version 21 and $p\text{-value} < 0.05$. The average level of anxiety in the experimental group in the pre-test was 25.321 with a standard deviation of 0.33 and in the control group was 1.492 with a standard deviation of 0.46. The average level of anxiety in the experimental group in the post-test was 124.30 with a standard deviation of 2.66 and in the control group it was 2.178 with a standard deviation of 0.26. The intervention of group psychological training of families of patients with bipolar disorder with the treatment design used in this research has been able to create favorable changes in the awareness of caregivers regarding patient care and anxiety reduction.

Keywords: anxiety, bipolar disorder, family psychological education