



## بررسی تأثیر آموزش گروهی خانواده‌های بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا بر سازگاری بیماران در عملکرد روزمره

مهناز خزانلی<sup>\*</sup>، دکتر جعفر بوالهری<sup>\*\*</sup>

### چکیده

نظر به اهمیت آموزش خانواده بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا در کاهش چشمگیر شدت بیماری و عوارض آن، در پژوهش حاضر میزان کارایی این شیوه مداخله‌ای در ۳۰ خانواده دارای عضو بیمار مبتلا به اسکیزوفرنیای مزمن که به تصادف در سه گروه (گروه آزمایش، دارونما و گواه) جای داده شده بودند مورد بررسی قرار گرفت. آزمودنیهای هر سه گروه از نظر متغیرهایی چون جنس، سن، سطح تحصیلات، تشخیص بیماری و طبقه اجتماعی همساز شده بودند. این افراد از بین مراجعان به درمانگاه روانپزشکی شهید اسماعیلی تهران انتخاب شده و با استفاده از مصاحبه تشخیصی و پرسشنامه‌ای که به این منظور تهیه شده بود مورد بررسی قرار گرفتند. این پژوهش از نوع پژوهشهای آزمایشی و برپایه فرضیه‌های زیر شکل گرفته است: آموزش گروهی خانواده بیماران اسکیزوفرنیک پاراتونید مزمن بر میزان سازگاری بیماران در عملکرد روزمره، بر میزان آگاهی خانواده و نیز بر احساس و نگرش خانواده نسبت به بیمار و بیماری تأثیر می‌گذارد. در اجرای پژوهش گروه آزمایش طی شش جلسه دو ساعته آموزشهایی همراه با بحث گروهی پیرامون بیماری اسکیزوفرنیا دریافت نمودند. گروه دارونما تنها در جلساتی مشابه و بدون محتوای آموزش و بحث گروهی شرکت جستند و اعضای گروه گواه تنها در پیش‌آزمون و پس‌آزمون مورد ارزیابی قرار گرفتند. پس‌آزمون، ۳ ماه پس از پایان جلسات آموزشی، در هر سه گروه اجرا گردید. نمرات به دست آمده از اجرای آزمونها در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون در سه گروه با استفاده از تحلیل واریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج نشان‌دهنده تأثیر معنی‌دار آموزش خانواده در سازگاری عملکرد بیمار، آگاهی و نگرش خانواده نسبت به بیماری بود.

**کلید واژه: آموزش خانواده، اسکیزوفرنیا، عملکرد روزمره**

\* کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، تهران، مرکز مشاوره دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، خیابان ولیعصر، بالاتر از خیابان شهید بهشتی، کوچه کوزه‌گرانی.

\*\* روانپزشک، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، انستیتو روانپزشکی تهران، خیابان طالقانی، نرسیده به خیابان دکتر شریعتی، کوچه جهان، پلاک ۱.

در ۳۰ سال اخیر مراقبت از بیماران روانی با تحولات عمیقی همراه بوده است. راهبردهای درمانی گسترش یافته و بر حمایت‌های اجتماعی تأکید بیشتری شده است. تلاش می‌شود از شمار بیماران بستری بیمارستان‌های روانی کاسته و به شرایط نامساعد بسیاری از مرخص‌شدگان از بیمارستانها که در اجتماع زندگی کرده‌اند توجه فزاینده‌ای شود.

در ایتالیا مراقبت‌های بهداشت روانی به تدریج از بیمارستان به اجتماع واگذار شده است. امروزه بیشتر بیماران در مؤسسات دورافتاده بستری نمی‌شوند، بلکه در مراکز سرپایی تحت درمان قرار می‌گیرند. هرچا که مدل تکمیلی مراقبت اجتماعی برقرار شده، خدمات جدید سرپایی و اجتماعی به شبکه بیمارستانی و سنتی مراقبت افزوده گردیده است. یکی از ویژگیهای مهم الگوی روانپزشکی اجتماعی ایتالیا این است که خدمات اجتماعی به عنوان جایگزین نظام مراقبتی گذشته برنامه‌ریزی شود. کوشش بر این است که شمار بیماران در این گونه بیمارستانها افزایش نیابد و تأکید بر آن است که در این خدمات تشخیص اولیه، پیشبرد درمان، استمرار مراقبت و حمایت دراز مدت از بیماران و خانواده‌هایشان در اجتماع صورت گیرد. روانپزشکی بالینی در واقع مکمل مراقبت اجتماعی به شمار می‌آید و نه برعکس. در واقع باید از "اولویت اجتماع" سخن گفت. این تجربه در ایتالیا موفق بوده است (تانسلا<sup>(۱)</sup>، ۱۹۹۰).

در هلند، از دهه ۱۹۲۰ مراقبت روانپزشکی در خانه‌های حمایتی به عنوان یک روش مهم درمانی در کنار بستری شدن مورد توجه قرار گرفت. نزدیک به یک درصد از بیماران بیمارستانهای روانی در حال حاضر با خانواده‌های طرف قرارداد زندگی می‌کنند. این بیماران غذای خود را با خانواده حمایتی صرف می‌کنند و شبها و تعطیلات خود را با آنها می‌گذرانند. خانه‌های حمایتی می‌توانند از پشتیبانی مسئولان بیمارستانی برخوردار شوند. با وجود این، برنامه‌های روزانه درمانی و کاردرمانی

معمولاً در محدوده بیمارستان روانی صورت می‌گیرد. (هاومن<sup>(۲)</sup> و ماسکانت<sup>(۳)</sup>، ۱۹۹۰).

در گذشته فکر درگیر کردن یا گنجاندن خانواده در مراقبت و برنامه‌ریزی برای عضو بیمار، چندان روشن نبود. در بهترین حالت بی‌اعتنایی به چشم می‌خورد و در حالت‌های حاد، خشونت حاکم بود. چند نسل پیش، وقتی خانواده‌ای بیماری را به آسایشگاه روانی یا بیمارستان می‌برد، معمولاً معنایش تحویل دادن بیمار برای سالها حبس و اسارت بود. امکان یا علاقه‌ای برای کمک کردن به خانواده وجود نداشت تا با درد و رنج به اصطلاح "از دست دادن" یک عضو عزیز خانواده کنار بیایند. مدتی بعد که این بیمارستانها روند مؤسسه‌زدایی را طی کردند، در واقع خانواده‌ها دوباره کشف شدند؛ اما عموماً علت بیماری قلمداد می‌شدند و در معرض تجارب دردناکی با افراد حرفه‌ای تیم درمان قرار می‌گرفتند که سعی داشتند الگوهای خانوادگی معیوب را بشناسند و تغییر دهند.

با آنکه رابطه سبب شناختی بین خانواده آشفته در کودکی و بروز اسکیزوفرنیا در بزرگسالی مشخص نشده است، به نظر می‌رسد که بین پیش آگهی بیماری و محیط خانوادگی به ویژه عود بیماری و نیاز به بستری شدن مجدد، رابطه‌ای وجود دارد. استرس در محیط زندگی بیمار، خیر از پیش آگهی ضعیف بیماری می‌دهد و بخصوص دو نوع استرس جنبه پاتوژنیک (آسیب‌زا) دارند: رویدادهای زندگی، تنشها و نگرشهای خانواده، که تأثیر قابل توجهی در سیر بالینی اسکیزوفرنیا می‌گذارند. بررسیهای جورج براون<sup>(۴)</sup> و همکاران به روشنی نشان داد که بیماران اسکیزوفرنیک مرخص شده از بیمارستانهای روانی که به خانه والدین یا خانه خود برمی‌گردند و در این خانه‌ها سطح بالایی از تنش عاطفی وجود دارد، در مقایسه با بیمارانی که به اقامتگاههای عمومی یا نزد بستگان کم

1-Tansella  
3-Maskant

2-Haveman  
4-Brown

هیجان تر می‌روند، آهنگ عود سریعتری دارند.

بطور مشخص در خانواده‌های دارای سطوح بالایی از حساسیت و انتقاد، یا در خانواده‌هایی که درون‌گرا و بیش از حد درگیر بوده‌اند، آهنگ عود سریعتر بوده است.

پس از خروج بیمار از بیمارستان و نیاز به حمایت اجتماعی از وی، بستگان نقش فزاینده‌ای در اداره کردن بیمار دارند. خانواده‌ها معمولاً از اینکه نسبت به بیماری آگاهی ندارند و نمی‌توانند به بیمار کمک نمایند، شکایت دارند. برنامه‌های آموزشی حمایتی به این خانواده‌ها کمک زیادی می‌نماید. این برنامه‌ها در زمینه درمان، درماندگی، مشاجره خانوادگی و شناخت و درک خانواده از اسکیزوفرنیا تأثیر می‌گذارند. (پکن هام<sup>(۱)</sup> و دادز<sup>(۲)</sup>، ۱۹۸۷).

اکنون با اطلاعاتی که در اختیار داریم در موقعیتی هستیم که می‌توانیم خانواده‌ها را یاری داده تا سازگاری لازم را برای مراقبت از یک فرد اسکیزوفرنیک به دست آورند. باید خانواده‌های بیماران را یاری داد تا با وضعی که دارند راحت زندگی کنند؛ به آنها یاری داد تا از شر احساس گناه پنهان یا آشکار خلاص شوند. مراقب بیمار واقعاً می‌خواهد به فردی که از بیماری اسکیزوفرنیا در رنج است کمک کند، اما برای انجام آن به کمک احتیاج دارد و نیازمند آموزش، تربیت و حمایت است.

پژوهش حاضر نیز در این راستا و با هدفهای زیر انجام شده است:

۱- بررسی کارآیی آموزش خانواده در بهبود بهداشت روانی بیمار و نزدیکان وی (خانواده).

۲- ارائه الگویی عملی برای آموزش خانواده در ایران با توجه به فرهنگ و امکانات موجود.

۳- کمک به روند رو به گسترش مراقبت از افراد مبتلا به اسکیزوفرنیا در خارج از محیط بیمارستان از طریق اثبات کارآیی آموزش خانواده و ارائه الگوی مناسب.

از آنجا که بیماری اسکیزوفرنیا در تمامی جوامع، پرهزینه‌ترین بیماری روانی است، آموزش خانواده را با

توجه به تأثیر قابل ملاحظه آن در کاهش میزان عود بیماری می‌توان در جهت کاستن عمق بیماری و بنابر این هزینه‌های مربوطه به شمار آورد.

پژوهش حاضر و پروژه‌های مانند آن با توجه به اثرات مثبت بر بیمار (کاهش میزان عود و ...) و خانواده وی، در ارتقاء سطح بهداشت روانی جامعه دارای اهمیت تلقی می‌شود.

این بررسی در صورت موفقیت در ارائه الگویی مناسب، راهگشای اجرای وسیعتر روشهای درمان اجتماعی در سطح جامعه خواهد بود.

فرضیه‌های پژوهش عبارت بوده است از:

۱- آموزش خانواده بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیای پارانوئید مزمن، بر میزان سازگاری بیمار در عملکرد روزمره آنان مؤثر است.

۲- آموزش خانواده بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیای پارانوئید مزمن میزان آگاهیهای خانواده را پیرامون این بیماری افزایش می‌دهد.

۳- آموزش خانواده بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیای پارانوئید مزمن از اثرات نامطلوب بیمار بر خانواده خواهد کاست.

## روش

در این پژوهش برای آزمون فرضیه‌های مربوطه، طرح آزمایشی گروهی اجرا گردید و تأثیر متغییر مستقل بر متغییرهای وابسته، مورد بررسی قرار گرفت. این طرح دارای پیش‌آزمون و پس‌آزمون، گروه آزمایش، گواه و دارونما (پلاسبو) است. متغییر مستقل در این پژوهش آموزش خانواده است. متغییرهای وابسته عبارتند از: میزان سازگاری بیمار در عملکرد روزمره، میزان آگاهیهای خانواده، تأثیر نامطلوب بیمار بر خانواده.

در این پژوهش برای از بین بردن سوگیری آزمایشگر،

## پژوهش حاضر نشان داده است که جلسات آموزشی و بحث گروهی در بهبود سازگاری بیمار، در عملکرد روزمره و افزایش میزان آگاهیهای خانواده و کاهش تأثیر نامطلوب بیمار بر خانواده مؤثر است.

یک پرسشنامه استفاده شد:

الف) مصاحبه تشخیصی: برای تشخیص بیماری از یک مصاحبه نیمه سازمان یافته که براساس ملاکهای تشخیصی DSM III- R تنظیم شده بود استفاده گردید.

ب) پرسشنامه: برای گردآوری اطلاعات و ارزیابی آنها از یک پرسشنامه شامل بخشهای زیر استفاده شد:

۱- پرسشنامه ارزیابی بیمار توسط روانشناس بالینی: این پرسشنامه دارای ۱۲ پرسش در مورد وضعیت روانی و شیوه سازگاری پاسخگو در کارکرد روزمره است که توسط روانشناس بالینی طی مصاحبه‌ای انفرادی با بیمار تکمیل می‌گردید. برای نمره‌گذاری این پرسشنامه از صفر تا ۳ امتیاز داده می‌شد. امتیاز صفر برای ضعیفترین حالت، ۳ برای بهترین حالت و ۱ و ۲ به ترتیب به پاسخهایی که بین این دو حالت واقع می‌شوند، تعلق می‌گرفت. پایایی این پرسشنامه از طریق آزمون - آزمون مجدد به فاصله یک هفته ۰/۹۷ محاسبه گردید.

۲- پرسشنامه ارزیابی بیمار توسط خانواده: این پرسشنامه دارای ۱۵ پرسش در باره عملکرد روزمره بیمار در خانه و تا اندازه‌ای وضعیت روانی پاسخگو است. برای نمره‌گذاری این پرسشنامه از صفر تا ۳ امتیاز در نظر گرفته شد. برای پاسخهای ضعیف صفر، برای پاسخهای کاملاً خوب ۳ امتیاز و امتیازهای ۱ و ۲ به حالت‌های بین این دو تعلق می‌گرفت. نتایج به دست آمده از آزمون - آزمون مجدد این پرسشنامه، پایایی آن را در سطح ۰/۹۷ نشان داد.

۳- پرسشنامه ارزیابی میزان آگاهیهای خانواده بیمار در باره بیماری اسکیزوفرنیا و مسائل مربوط به آن:

ارزیابان در پیش آزمون و پس آزمون متفاوت بودند؛ همچنین آزمایشگر و آزمودنیها در جریان دقیق آزمون قرار نگرفتند.

آزمودنیهای پژوهش شامل ۳۰ خانواده دارای عضو بیمار مبتلا به اسکیزوفرنیا بودند که از میان مراجعین به مرکز روانپزشکی شهید اسماعیلی تهران، براساس معیارهای زیر انتخاب شدند و به تصادف در سه گروه آزمایشی، دارو نما و گواه جای داده شدند. هر گروه شامل ۱۰ آزمودنی بود. معیارهای انتخاب بیماران به شرح زیر در نظر گرفته شده بود:

۱- سن بین ۱۸ تا ۳۵ سال،

۲- جنس مذکر،

۳- مراجعه به درمانگاه به علت عود علائم و ایجاد مشکلاتی در منزل،

۴- داشتن درمان دارویی و سکونت در منزل،

۵- تشخیص بیماری اسکیزوفرنیای پارانوئید مزمن، توسط روانپزشک معالج و براساس معیارهای DSM III- R

۶- داشتن میزان تحصیلات ۹-۶ کلاس،

۷- داشتن وضعیت اجتماعی - اقتصادی - فرهنگی خانواده درحد متوسط و پائین.

معیارهای انتخاب خانواده‌ها:

۱- وجود عضو و یا اعضای از خانواده که معمولاً مراقب اولیه و اصلی بیمار محسوب می‌شوند،

۲- حداکثر سن عضو یاد شده ۵۵ سال،

۳- حداقل سواد عضو یاد شده ۶ کلاس.

برای گردآوری اطلاعات از دو ابزار مصاحبه بالینی و

پرسشنامه‌ها براساس پرسشنامه شریدان<sup>(۱)</sup> و مور<sup>(۲)</sup> (۱۹۹۱) و مطالب کتابهای درسی روانپزشکی تهیه و توسط استادان مربوطه اصلاح شده است. برای نمره گذاری دو بخش این پرسشنامه به شیوه زیر عمل شده است: در بخش نخست برای گزینه‌های کم، متوسط و زیاد به ترتیب امتیازهای ۳، ۲، ۱ در نظر گرفته شد. در بخش دوم که پاسخها به صورت "بلی" و "خیر" است، به پاسخهای صحیح نمره ۱ و به پاسخهای نادرست نمره صفر تعلق گرفته است. در پایان مجموع نمره‌های به دست آمده نمره خام پاسخگو تلقی شده است. نتایج به دست آمده از آزمون - آزمون مجدد، پایایی آزمون را در سطح ۰/۹۹ نشان داد.

برای اجرای پژوهش، نخست عضو خانواده‌های گروه آزمایشی پس از ارزیابی مقدماتی، تحت آموزش مستقیم روانشناس قرار گرفتند؛ همچنین در جلسات گروهی که با بحث و استفاده از تجارب یکدیگر همراه بود شرکت نمودند. برنامه آموزشی تدوین شده طی شش جلسه در گروه اجرا شد. عضو خانواده‌های گروه دارونما جهت ارزیابی اثر اختصاصی آموزش در جلسات گروهی که عیناً شرایط

جلسات گروه آزمایشی را داشت شرکت کردند. لیکن از آموزش و بحث گروهی در مورد مشکلات بیمار و بیماری بی‌بهره بودند. با خانواده‌های گروه گواه هیچ‌گونه تماس درمانی - آموزشی برقرار نشد و اعضای آن تنها در پیش آزمون و پس آزمون شرکت کردند.

برای تجزیه و تحلیل یافته‌های پژوهش از تحلیل واریانس یک عاملی و روش شفه برای مقایسه گروهها استفاده شده است.

### یافته‌های پژوهش

فرضیه اول: آموزش گروهی خانواده بیماران اسکیزوفرنیک پارانوئید مزمن، بر میزان سازگاری بیمار و عملکرد روزمره وی مؤثر است.

میزان سازگاری بیمار در عملکرد روزمره بر مبنای دو پرسشنامه، یکی پرسشنامه ارزیابی بیمار توسط روانشناس بالینی و دیگری پرسشنامه ارزیابی بیمار توسط خانواده، سنجیده شده است. خلاصه نتایج تحلیل واریانس سه گروه آزمایشی، پلاسبو و گواه از نظر میانگین نمره‌ها بر مبنای پرسشنامه ارزیابی بیمار توسط روانشناس بالینی در جدول ۱ نشان داده شده است. براساس داده‌های این

جدول ۱- خلاصه نتایج تحلیل واریانس نمره‌های ارزیابی بیماران توسط روانشناس بالینی

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	P
بین گروهی	۵۶۲۰/۹	۲	۲۸۱۰/۴	۲۰	<۰/۰۱
درون گروهی	۳۸۰۳/۲	۲۷	۱۴۰/۹	-	-
جمع	۹۴۲۴/۱	-	-	-	-

دیگر بوده است.

خلاصه نتایج تحلیل واریانس سه گروه بر پایه پرسشنامه ارزیابی بیمار توسط خانواده در جدول ۲ نشان داده شده است.

جدول فرضیه اصلی پژوهش مبنی بر تفاوت معنی‌دار بین نمرات گروههای سه گانه تأیید می‌شود. مقایسه میانگین میزان تغییرها در سه گروه با استفاده از آزمون شفه اختلاف معنی‌داری را میان گروه آزمایشی و دو گروه دیگر (دارونما و گواه) در سطح ۰/۰۵ اطمینان نشان داد؛ به این معنی که تغییر در جهت مثبت در گروه آزمایشی بیشتر از دو گروه

جدول ۲- خلاصه نتایج تحلیل واریانس نمره‌های ارزیابی بیماران توسط خانواده

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	P
بین گروهی	۷۶۲۶	۲	۳۸۱۳	۲۵	<۰/۰۱
درون گروهی	۲۲۸۶/۹	۲۷	۸۴/۷	-	-
جمع	۹۹۰۲/۹	-	-	-	-

دیگر بوده است.

برای سنجش میزان آگاهی خانواده، (فرضیه دوم پژوهش) از پرسشنامه ارزیابی میزان آگاهیهای خانواده در مورد بیماری اسکیزوفرنیا و مسائل مربوط به آن استفاده شده است. خلاصه نتایج تحلیل واریانس سه گروه آزمایشی، دارونما و گواه در جدول ۳ نشان داده شده است.

براساس داده‌های این جدول فرضیه اصلی پژوهش مبنی بر تفاوت معنی‌دار بین نمرات سه گروه آزمایشی، دارونما و گواه در پس آزمون تأیید می‌شود. مقایسه میانگین نمره تغییر سه گروه با استفاده از آزمون شفه، تفاوت معنی‌داری را میان گروه آزمایشی و دو گروه دارونما و گواه در سطح ۹۵٪ اطمینان نشان داد. به این معنی که تغییر در جهت مثبت در گروه آزمایشی بیشتر از دو گروه

جدول ۳- خلاصه نتایج تحلیل واریانس نمره‌های ارزیابی میزان آگاهیهای خانواده‌ها درباره بیماری اسکیزوفرنیا

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	P
بین گروهی	۴۸۳۹/۵	۲	۲۴۱۹/۷	۱۱۷	<۰/۰۱
درون گروهی	۵۵۸/۴	۲۷	۲۰/۷	-	-
جمع	۵۳۹۷/۹	-	-	-	-

دیگر بوده است.

برای سنجش اثرات نامطلوب بیمار بر خانواده (فرضیه سوم پژوهش) از پرسشنامه ارزیابی میزان تأثیر بیمار اسکیزوفرنیک بر احساس و نگرش خانواده استفاده شده است. خلاصه نتایج تحلیل واریانس سه گروه از نظر میانگین نمرات در جدول ۴ نشان داده شده است.

نتایج این جدول حاکی از تفاوت معنی‌دار میان سه گروه از نظر میزان آگاهیهای خانواده است. مقایسه میانگین نمرات سه گروه با استفاده از آزمون شفه، تفاوت معنی‌داری را میان گروه آزمایشی و دو گروه دارونما و گواه در سطح ۹۵٪ اطمینان نشان داد؛ به این معنی که تغییر در جهت مثبت در گروه آموزش خانواده بیشتر از دو گروه

جدول ۴- خلاصه نتایج تحلیل واریانس نمره‌های ارزیابی میزان تأثیر بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا بر نگرش خانواده

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	P
بین گروهی	۶۲۷۶/۸	۲	۳۱۳۸/۴	۳۰/۲	<۰/۰۱
درون گروهی	۲۸۰۳/۷	۲۷	۱۰۳/۸	-	-
جمع	۹۰۸۰/۵	-	-	-	-

نتایج این جدول نشان‌دهنده تفاوت معنی‌دار میان سه گروه در پس‌آزمون از نظر میزان تأثیر نامطلوب بیمار بر خانواده است. مقایسه میانگین نمرات سه گروه با استفاده از آزمون شفه، اختلاف معنی‌داری را میان گروه آزمایش و دو گروه دارونما و گواه در سطح ۹۵٪ اطمینان نشان داد. به این معنی که تغییر در جهت کاهش اثرات نامطلوب بیمار بر خانواده در گروه آموزش خانواده بیشتر از دو گروه دیگر بوده است.

### بحث در فتایج

همانطور که بیان شد آموزش خانواده در گروه آزمایشی در مقایسه با گروه دارونما ( $P < 0/01$ ) و گواه ( $P < 0/001$ ) باعث افزایش سازگاری در عملکرد روزمره بیماران گردید. این نتیجه با مطالعاتی که نشان داده‌اند استفاده از مداخله آموزش خانواده بیماران اسکیزوفرنیک با پیشگیری از عود بیماری آنان رابطه دارد (لف<sup>(۱)</sup> و همکاران، ۱۹۸۲؛ فالون<sup>(۲)</sup> و همکاران، ۱۹۸۵؛ اسمیت<sup>(۳)</sup> و بیرچوود<sup>(۴)</sup>، ۱۹۹۰؛ تاریر<sup>(۵)</sup> و باراوکلوگ<sup>(۶)</sup>، ۱۹۸۶؛ باراوکلوگ و همکاران، ۱۹۹۰) هماهنگی نشان می‌دهد. برتری گروه آزمایشی را می‌توان بدلیل اثرات اختصاصی آموزش (جلسات آموزشی به همراه بحث گروهی و مبادله تجارب) تفسیر نمود.

از آزمون فرضیه دوم این نتیجه گرفته شد که آموزش خانواده در گروه آزمایشی در مقایسه با گروه دارونما و گواه ( $P < 0/001$  و  $P < 0/01$ ) باعث افزایش میزان آگاهی‌های خانواده نسبت به دو گروه دیگر شده است که آموزش دریافت نکرده‌اند. این نتیجه با بررسی‌هایی که در آنها طی جلسات به مراقبان خانواده بیماران اسکیزوفرنیک اطلاعاتی چون نشانه‌های بیماری، درمان، سیر و پیش‌آگهی بیماری مورد بحث ارائه گردید و در نتیجه از میزان آشفتگی بیمار و عود بیماری کاسته شده است (ابراموویتز<sup>(۷)</sup> و همکاران، ۱۹۸۹؛ پکن‌هام و دادز، ۱۹۸۷؛ میلر<sup>(۸)</sup>، ۱۹۸۹؛ بامی<sup>(۹)</sup> و همکاران، ۱۹۹۱؛

پتریل<sup>(۱۰)</sup> و سادف<sup>(۱۱)</sup>، ۱۹۹۲؛ بیرچوود، اسمیت و کاسچرین<sup>(۱۲)</sup>، ۱۹۹۲؛ ماوزر<sup>(۱۳)</sup> و همکاران، ۱۹۹۲؛ شرمان<sup>(۱۴)</sup> و همکاران، ۱۹۹۲؛ گانت<sup>(۱۵)</sup> و همکاران، ۱۹۸۹) هماهنگی نشان می‌دهد.

این یافته پژوهش حاضر با یافته پژوهش مشابهی که توسط شریدن و مور (۱۹۹۱) انجام شده مطابقت ندارد. یکی از کاستی‌های بررسی یاد شده نداشتن گروه گواه است.

از آزمون فرضیه سوم چنین نتیجه گرفته شد که آموزش در گروه آزمایشی باعث کاهش تأثیر نامطلوب بیمار بر خانواده نسبت به دو گروه دیگر (دارونما و گواه) می‌شود. این نتیجه با مطالعات (برکوویتس<sup>(۱۶)</sup> و همکاران، ۱۹۸۱ و ۱۹۹۰؛ شریدن و مور، ۱۹۹۱؛ پکن‌هام و همکاران، ۱۹۸۷؛ ریس<sup>(۱۷)</sup> و همکاران، ۱۹۹۱) که در آنها تغییر در نگرش عاطفی بستگان (مانند برجسب خوردن، احساس گناه و نگران خود، بیمار و آینده بودن) را یکی از دستاوردهای مهم تأثیر برنامه‌های آموزشی خانواده بر سیر بیماری می‌دانند، هماهنگی نشان می‌دهد.

اساساً یافته‌های پژوهشی نشان داده است، خانواده‌هایی که هیجان ابراز شده در آنها پایین است، و نگرش بهتری نسبت به بیماری دارند معتقداند که بیمارشان مریض است. از طرف دیگر خانواده‌هایی که هیجان ابراز شده بالا و نگرش منفی آنها نسبت به بیمار باعث عود بیماری می‌شود، معتقداند که بیمار به عمد مشکل ایجاد می‌کند. از این رو، تغییر نگرش خانواده‌های این بیماران

1-Leff	2-Faloon
3-Smith	4-Birchwood
5-Tarrier	6-Barrowclough
7-Abramowitz	8- Miller
9- Baumi	10- Patrila
11- Sadeff	12- Cichran
13- Muesser	14- Sharman
15- Gantt	16- Berkowitz
17- Reas	

## منابع

- Abramowitz, I.A., & coursey, R.D. (1989). Impact of an educational support group on family participant who take care of their schizophrenic relatives. *Journal of Conseling and Clinical Psychology*, 57, 232-6.
- Barrowclough, C. Tarrier, N. (1990). Social functioning in schizophrenic patients. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 25 (3).
- Birchwood, M., Smith, J., & Cochrance, R. (1992). Specific and nonspecific effects of educational intervention for families living with schizophrenic patients, *British Journal of Psychiatry*, 160.
- Baumi, J., Kissling, W., & Meurer, C. (1991). Information-centered family groups for improving compliance in schizophrenic patients, *Psychiatry*, 18 (2).
- Falloon, I.R., & Shanahan, W. (1985). Community management of schizophrenia. *British Journal of Hospital Medicine*, 43, 60-2.
- Gantu, A.B., Goldstein, G., Pinsky, S. (1989). Family understanding of psychiatric illness. *Community Mental Health Journal*, 25, 101-8.
- Haveman, M., & Maskant, M. (1990). Psychiatric foster care for adult patients. *International Journal of Social Psychiatry*, 36 (1).
- Leff, J., Kuipers, L., Berkowitz, R., & Sturgeon, D. (1982). A controlled trial of social intervention in the families of schizophrenic patients, *British Journal of Psychiatry*, 141.
- Miller, T. (1989). Group sociotherapy. *Present Psychiatry Care*, 25 (1).
- Muesser, K., Bellack, A., & Wade, J. H. (1992). An assessment of the educational needs of chronic psychiatric patients and their relatives, *British Journal*

درباره رفتار بیمار دارای اهمیت بوده، به شکلی که رفتار بیمار را برحسب بیماری اش و نه برحسب بد بودن او توضیح دهند (برکوویتس و همکاران، ۱۹۹۰).

بنابر آنچه که گفته شد پژوهش حاضر نشان داده است که جلسات آموزشی و بحث گروهی در بهبود سازگاری بیمار، در عملکرد روزمره و افزایش میزان آگاهیهای خانواده و کاهش تأثیر نامطلوب بیمار بر خانواده مؤثر است.

بنابر آنچه گذشت، نیروهای نظیر روانپرستاران و مددکاران اجتماعی، همچنین دستیاران روانپزشکی، روانشناسان بالینی و دیگر کارکنان بهداشتی می توانند پس از دریسافت آموزشهای لازم، سهم عمده ای را در این فعالیتها بر دوش گیرند.

از محدودیتهای این پژوهش، اختصاص آزمودنیها به یک جنس (مذکر) است. با توجه به متفاوت بودن مشکلات و وظایف بیماران مرد و زن، نگارنده ناگزیر بود در این پژوهش، آزمودنیها را تنها از یک جنس انتخاب کند. بنابر این پیشنهاد می شود، این بررسی در مورد زنان نیز انجام شود.

## قدردانی

لازم می دانیم از راهنمایی های ارزشمند استاد راهنما جناب آقای دکتر محمد تقی براهنی و نیز اساتید گرامی سرکار خانم دکتر سیما فردوسی، جناب آقای دکتر احمد محیط، جناب آقای دکتر سیداحمد واعظی، جناب آقای دکتر بهروز بیرشک و جناب آقای دکتر سیداکبر بیانزاده که در انجام این پژوهش از کمکهای آنان بهره مند شده ایم تشکر نماییم.



## استفاده از والپروات سدیم در درمان سریع مانیا

تاکنون برای کنترل فاز حاد مانیا و  
علایم پسیکوتیک آن، همراه با لیتیوم  
یا کاربامازپین از نورولپتیکهایی مانند  
هالوپریدول استفاده می شده است. در  
یک بررسی بر روی ۳۰ بیمار مانیک  
با تظاهرات پسیکوتیک تجویز دوز  
بالای \* دیوالپراکس \* \* به مقدار  
۲۰ mg/kg/d توانست همانند هالوپریدول  
با دوز ۲۰ mg/kg/d / ۲ علایم حاد مانیا و  
پسیکوز را در مدت ۳ روز کنترل  
نماید. در یک پژوهش عوارض مهمی  
با مصرف والپروات سدیم دیده نشد  
و در حالیکه عوارض خارج هرمی در  
گروهی که هالوپریدول دریافت  
نمودند مشاهده گردید. این پژوهش  
نشان داد که احتمالاً والپروات سدیم  
جایگزین مناسبی برای نورولپتیکها  
در درمان فاز حاد مانیا می باشد.

Journal of clinical psychiatry/  
1996/April/57:4/ Susan L. & et al.

\* Loading \*\* Divaloprax

of Psychiatry, 160.

Pakenham, I., & Dadds. M.R. (1987). Family care and  
schizophrenia, the effects of a supportive educational  
program on relatives personal and social adjustment.  
*Australia and New Zealand Journal of Psychiatry*, 21,  
580-90.

Petrila, J. & Sodeff, R. (1992). Confidentiality and the  
family as care giver. *Hospital and Community  
Psychiatry*, 43 (2).

Reas, A., Strachan, A., Golds, F., & Mc Fallon, I.(1991).  
Changes in patient coping style following individual  
family treatment. *British Journal of Psychiatry*, 158.

Sheriden, A., & Moore, L.M. (1991). Running groups for  
parents with schizophrenic adolescents: initial  
experiences and plans for the future. *Journal of  
Adolescence*, 26.

Sherman, H., Seizer, H., & Rutow, R. (1992).  
Psychoeducational family group for reducing stress  
and preventing recurrence for families of  
schizophrenic patients. *Psychiatry Praxis*, 19 (3).

Smith, J., Brichwood, M., (1990). Relatives and patients as  
partners in the management of schizophrenic, the  
development of a service model. *British Journal of  
Psychiatry*, 158, 654-60.

Tansella, M. (1990). Psychiatric reform in Italy:  
implications for the treatment of long -term  
schizophrenic patients. In A. Kalles, C.N. Stefanis  
(Eds.). *Recent advances in schizophrenia*, New York:  
Springer-Verlag.

Tarrier, N., & Barrowclough, C. (1990). Family  
interventions for schizophrenia, *Behavior  
Modification*, 14 (4).

Andeesheh  
Va  
Raftar  
اندیشه و رفتار  
۶۴

سالنامه / شماره ۴ / بهار ۱۳۷۵  
Vol.2 / NO.4 / Spring 1996

