

اثربخشی برنامه آموزش روان‌شناختی خانواده

بر بهبود جو خانوادگی بیماران مبتلا به اختلالات شدید روان‌پزشکی

Effectiveness of family psycho-education program on family environment improvement of severe mental disorder patients

تاریخ پذیرش: ۸۹/۱/۲۴

تاریخ دریافت: ۸۷/۱۲/۲۶

Karamlou S. MSc[✉], Mazaheri A. PhD,
Mottaghipour Y. PhD

سمیرا کرملو[✉]، علی مظاهری^۱،
یاسمن متقی‌پور^۲

Abstract

Introduction: The purpose of the study was to investigate the effectiveness of family psycho-educational program on family environment in families of patients with severe mental disorders.

Method: Research sample consisted of 30 patients suffering from severe psychiatric disorders that were hospitalized in Taleqani and Imam Hossein hospitals of Tehran in 2007, and were selected via available sampling. Patients who were willing to participate in the program placed in experimental group and those who were not willing to participate placed in control group. Both groups answered to the family environment questionnaire (pretest), then, curriculum was implemented for experimental group for six 2 hours sessions weekly. Data were analyzed using independent T-test and covariance.

Results: Psycho-education improved cohesion and expressiveness of experimental group ($p < 0.01$) but no change was seen in conflict and total family environment components in two groups.

Conclusion: Family psycho-education of patients who suffer from severe mental disorders has no positive effect on their family environment. Family psycho-education causes to increase in expressiveness and family cohesion, but do not change conflict component.

Keywords: Family Psycho-education Program, Family Environment, Severe Mental Disorders

چکیده

مقدمه: هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی برنامه آموزش روان‌شناختی خانواده بر جو خانوادگی در خانواده‌های بیماران مبتلا به اختلالات شدید روان‌پزشکی بود.

روش: نمونه پژوهش شامل خانواده‌های ۳۰ نفر از بیماران مبتلا به اختلالات شدید روان‌پزشکی بود که در سال ۱۳۸۶ در بیمارستان طالقانی و امام حسین^(ع) شهر تهران بستری بودند و از طریق نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. افرادی که مایل به شرکت در برنامه بودند در گروه آزمایش و افرادی که در برنامه شرکت نکردند در گروه کنترل قرار گرفتند. هر دو گروه به پرسش‌نامه جو خانواده پاسخ دادند (پیش‌آزمون) و سپس برنامه آموزشی ۶ جلسه به صورت جلسات هفتگی ۲ ساعته برای گروه آزمایش به اجرا درآمد. داده‌ها با استفاده از آزمون T مستقل و کوواریانس تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: آموزش روان‌شناختی باعث افزایش انسجام و بیانگری ($p < 0.001$) در گروه آزمایش شد، اما تغییری در مولفه‌های جو کلی خانواده و تعارض در دو گروه دیده نشد.

نتیجه‌گیری: آموزش روان‌شناختی خانواده افراد مبتلا به اختلالات شدید روان‌پزشکی تاثیر مثبتی بر جو خانوادگی آنها ندارد. آموزش روان‌شناختی خانواده باعث افزایش بیانگری و انسجام خانواده می‌شود، اما تغییری در مولفه تعارض ایجاد نمی‌کند.

کلیدواژه‌ها: برنامه آموزش روان‌شناختی خانواده، جو خانوادگی، اختلالات شدید روان‌پزشکی

[✉] Corresponding Author: Family Institute, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran
Email: s.karamlo@mail.sbu.ac.ir

[✉] پژوهشکده خانواده، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران

^۱ دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران

^۲ گروه روان‌پزشکی، بیمارستان طالقانی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

مقدمه

در هر بیماری دو جنبه خانوادگی وجود دارد. یکی به‌عنوان عامل مراقبت از عضو بیمار و دیگری نقش یا سهم خانواده در ایجاد بیماری است (غفلت، انتقال اختلال یا قراردادن بیمار در شرایط نامطلوب). بیماری‌های روان‌شناختی در خلا رخ نمی‌دهند؛ صرف نظر از نقش محیط، بیماران در معرض تاثیر متقابل (پاتولوژیک یا غیرپاتولوژیک) با اعضای خانواده نیز قرار دارند. بیماری مزمن، مقوله‌ای بین فردی، اجتماعی و فرهنگی است و نباید تنها داستان تجربیات بیمار تلقی شود. زمانی که بیماری شدیدی وارد خانواده می‌شود، مانند مهمان ناخوانده، تعادل حیاتی موجود در سیستم خانواده را در مرزها، نقش‌ها، انتظارات، آرزوها و امیدها بر هم می‌زند. بنابراین، سیستم خانواده را در بیماری‌ها نمی‌توان نادیده گرفت؛ چرا که در آن صورت، خانواده بر علیه درمان و تیم درمانی، با انکارها، پیش‌داوری‌ها، شرم و دوسوگرایی‌اش مقابله خواهد کرد [۱]. بر این اساس، درمان بایستی بر فرد و زمینه‌ای که در آن جای گرفته یعنی خانواده، تمرکز یابد. واکنش خانواده در مقابل بیماری یک عضو نیز از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. چنانچه اختلال، نوعی اختلال روان‌شناختی باشد که محتاج بستری شدن است، خانواده بنا به دلایلی باید مورد توجه قرار گیرد. از این دلایل، به سهم احتمالی خانواده در عود بیماری، بروز بحران به‌هنگام بستری شدن عضوی در خانواده و تاثیر نامطلوب بیمار بر خانواده در زمان بازگشت، می‌توان اشاره کرد [۲].

اختلال‌های شدید روان‌پزشکی، تاثیرات اساسی و مهمی در زندگی فرد، خانواده و سیستم اجتماعی می‌گذارند. اختلال‌های اسکیزوفرنیا، بیشترین میزان بستری شدن نسبت به سایر اختلال‌های روان‌پزشکی را به خود اختصاص داده است. اختلال دو قطبی، ششمین علت ناتوانی را میان تمام بیماری‌های روان‌پزشکی و غیرروان‌پزشکی از آن خود کرده است [۳]. پیامدهای هیجانی، اجتماعی و اقتصادی که توسط بیماران مبتلا به اختلال‌های روان‌پزشکی تجربه می‌شود، تاثیر معنی‌داری را بر خانواده‌های آنها می‌گذارد. پاسخ‌های خانواده، در مواجهه شدن با بیماری روان‌پزشکی یکی از اعضای خود، شامل مسئولیت مراقبت، ترس، شرم و خجالت از بیماری است [۴].

ویزمن و همکاران نیز در مطالعات خود پی‌بردند که انسجام و پیوستگی در خانواده و درک اعضا از خودشان به‌عنوان یک واحد، با سلامت هیجانی کلی برای اعضای خانواده و بیمار، همبستگی و رابطه دارد؛ به‌طوری که آنها تنیدگی، اضطراب و افسردگی پایین‌تری را گزارش می‌کنند [۵]. برای بیمار نیز ادراک انسجام و پیوستگی در خانواده، با نشانه‌های روان‌پزشکی کمتری همراه است. به‌عبارتی دیگر، بیمارانی که محیط خانواده خود را حمایت‌کننده دریافت می‌کنند، نشانه‌های شدید (از قبیل هذیان، توهم و آشفتگی کلام) کمتری تجربه می‌کنند. پژوهش‌های بسیاری

نشان داده‌اند که عملکرد ضعیف خانواده، تعارضات شدید والدین، درگیری عاطفی ضعیف و سوگ حل‌نشده در خانواده‌ها، رشد خودمختاری در بیمار مبتلا به اسکیزوفرنیا را با مشکل مواجه کرده و روند رو به بهبود در بیمار را با مشکل مواجه می‌کند [۶]؛ در مقابل، عملکرد خوب خانواده، بهبودی بیمار را تسهیل کرده و باعث کاهش خطر خودکشی می‌شود [۷]. نتایج پژوهش سالومون و همکاران روی خانواده‌هایی که بیماران مبتلا به PTSD داشتند، سطح پایینی از پاسخ‌دهی عاطفی و انسجام و سطوح بالای تعارض را نسبت به خانواده‌های سالم نشان داد [۸].

اوپنهمر، به مطالعه خانواده‌های با بیماران مبتلا به اختلال‌های اضطرابی پرداخت که نتایج بیانگر سطح بالایی از درگیری عاطفی و ظرفیت پایین سازگاری با تنیدگی، در این خانواده‌ها است [۹]. در همین راستا، طی دهه‌های اخیر، توجه به محیط خانوادگی به‌عنوان فاکتور مهم در سیر اختلال‌های اسکیزوفرنیا، منجر به رشد و توسعه مداخله‌های روانی- اجتماعی، با تمرکز بر واحد خانواده شده است [۱۰]؛ در نتیجه پژوهش‌های تجربی کلاسیک شکل گرفتند که نشان می‌دهند، برخی افراد به‌طور ژنتیکی نسبت به مشکلات روان‌شناختی از قبیل اسکیزوفرنیا یا اختلال‌های خلقی مستعدترند. این اختلال‌ها نیز تحت تاثیر سطوح تنیدگی و حمایت موجود در محیط روانی- اجتماعی قرار می‌گیرند. این مداخله‌ها، به اعضای خانواده کمک می‌کنند تا فاکتورهای موثر در سبب‌شناسی و مشکلات روان‌شناختی ویژه‌ای را که با آن مواجه می‌شوند، شناخته و مهارت‌های لازم برای رویارویی با آنها را بیاموزند [۱۱].

این رویکرد، بر پایه مدل آسیب‌پذیری- تنیدگی قرار دارد و کارآمدی اصلی آن در کاهش میزان عود بیماری است. طبق این مدل، نقص در پردازش اطلاعات ویژه، ناهنجاری در واکنش‌های خودکار و شایستگی اجتماعی و نیز محدودیت در مقابله‌کردن، به‌عنوان فاکتورهای آسیب‌پذیری بالقوه در نظر گرفته می‌شوند. این مشکلات باعث می‌شوند تا بیمار نسبت به تنیدگی‌زاهایی از قبیل رخدادهای خاص زندگی و نیز تنیدگی‌های محیطی- اجتماعی که منجر به راه‌اندازی عود می‌شوند، آسیب‌پذیرتر شود [۱۲]. فراتحلیل *کاوانا* که نتایج شش نوع مداخله خانوادگی در بیماران اسکیزوفرنیا را مورد بررسی قرار داده بود، نشان داد که طی ۲ سال پیگیری، ۳۳٪ بیماران گروه آزمایش که تحت مداخله‌های خانواده قرار داشتند، دچار عود شدند، در صورتی که در گروه کنترل، ۷۷٪ بیماران عود پیدا کردند [۱۳]. میکلویتز و همکاران نیز در مطالعه‌ای، به اثربخشی آموزش خانوادگی روی بیماران دوقطبی و خانواده‌های آنها پرداختند [۱۴]. آنها پی‌بردند که بیماران گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل به‌طور معنی‌داری، بهبود نشانه‌های بیماری و ارتباط و کاهش عود را نشان دادند. شواهدی که از مطالعات اخیر به‌دست آمده است

۱۱۲۵ خانواده عادی و ۵۰۰ خانواده آشفته نشان داد که خانواده‌های آشفته، محیط اجتماعی خود را در انسجام، بیانگری، استقلال و جهت‌گیری عقلانی/فرهنگی مدار و پرتکاپو/تفریحی‌مدار پایین‌تر و در تعارض بالاتر ارزیابی کردند. این تفاوت‌ها با فاکتورهای فرهنگی و اجتماعی اقتصادی مورد بررسی قرار نگرفتند، با این حال موقعیت تحصیلی و شغلی درون هر گروه نمونه با تمام خرده‌مقیاس‌های مقیاس جو خانواده به جز تعارض همبستگی مثبت داشتند [۱۹].

ابتدا تمام افراد گروه آزمایش و کنترل در یک جلسه عمومی شرکت کرده و پرسش‌نامه جو خانوادگی (پیش‌آزمون) و فرم دموگرافیک و فرم رضایت‌نامه شرکت در جلسات به آنها داده شد. سپس برنامه آموزش روان‌شناختی خانواده [۱۶] طی ۶ جلسه گروهی به مدت ۲ ساعت، توسط محقق برای گروه آزمایش به اجرا در آمد (جدول ۱)، ولی گروه کنترل آموزش خاصی دریافت نکردند. پس از اتمام جلسات آموزش خانواده، از افراد گروه آزمایش و کنترل دعوت به عمل آمد تا مورد ارزیابی مجدد قرار گیرند (پس‌آزمون). در این پژوهش با توجه به هدف مداخله خانوادگی در جهت بهبود رابطه میان اعضای خانواده و بیمار، از میان خرده‌مقیاس‌های جو خانواده تنها بعد رابطه این مقیاس (شامل سه خرده‌مقیاس انسجام، بیانگری و تعارض) مورد بررسی و تحلیل قرار گرفت.

جدول ۱) آموزش روان‌شناختی خانواده

جلسه	عنوان	محتوای هر جلسه
۱	داستان خانواده	آشنایی، تجربه روبه‌رو شدن با بیماری فرد/خانواده، مراجعات قبلی (درمان)، نگرانی‌ها و چالش‌های روبه‌رو شدن با بیماری
۲	بیماری و علائم	سایکوز چیست؟ تعریف/علائم/انواع سایکوز (تاکید بر سه تشخیص اسکیزوفرنیا، اختلال دوقطبی و اسکیزوافکتیو) مدل آسیب‌پذیری-استرس/سه فاز (دوره) بیماری، علائم زودرس/هشداردهنده
۳	درمان و پیشگیری	درمان دارویی: داروها و عوارض/عدم استفاده از مواد مخدر و الکل/دلایل عدم استفاده بیماران از دارو/موارد استفاده الکتروشوک/پیگیری
۴	خانواده چه کمکی می‌تواند انجام دهد؟	واکنش‌های افراد خانواده چگونه پاسخ خانواده به علائم بیماری نحوه ارتباط
۵	روش حل مسأله	آموزش روش حل مسأله
۶	تمرین حل مسأله، پیشگیری از بحران و مباحث خاص	تمرین حل مسأله/ بحث در مورد ازدواج، اشتغال، تحصیل، مسافرت/بیشگیری از بحران

با استفاده از آزمون مجذور کای (با ترکیب طبقات در برخی متغیرها به منظور برقراری شرط استفاده از آزمون مجذور کای) به بررسی معنی‌داری متغیرهای جنسیت، تحصیلات، وضعیت تاهل،

نشان می‌دهد که این مداخله‌ها برای تمام خانواده‌ها می‌توانند مفید واقع شوند [۱۵].

هدف از انجام این پژوهش، بررسی اثربخشی برنامه آموزش روان‌شناختی خانواده بر مولفه‌های ارتباطی جو خانوادگی بود.

روش

این پژوهش به دلیل بررسی تاثیر مداخله آموزش روان‌شناختی خانواده بر جو خانوادگی که می‌تواند مورد استفاده درمانگران قرار گیرد کاربردی محسوب می‌شود و از لحاظ روش، شبه‌تجربی با پیش‌آزمون، پس‌آزمون و گروه کنترل است. جامعه آماری، تمامی خانواده‌های بیماران مبتلا به اختلالات شدید روان‌پزشکی بستری در بخش روان‌پزشکی بیمارستان طالقانی و امام حسین (ع) شهر تهران بودند. منظور از خانواده بیمار، پدر، مادر، همسر یا خواهر و برادری بود که با بیمار رابطه نزدیکی داشتند و داوطلب شرکت در جلسات گروهی بودند. نمونه مورد مطالعه، خانواده‌های ۳۰ نفر از بیماران مبتلا به اختلالات شدید روان‌پزشکی (در این پژوهش شامل تشخیص اسکیزوفرنیا، اسکیزوافکتیو و اختلال دوقطبی) بودند که از این میان ۱۵ نفر از بیماران با روش غیرتصادفی بر حسب موافقت خانواده‌ها برای شرکت در برنامه آموزشی، در گروه آزمایش قرار گرفتند و ۱۵ بیمار دیگر که خانواده‌هایشان در برنامه شرکت نکردند به‌عنوان گروه کنترل در نظر گرفته شدند.

مقیاس جو خانواده: یکی از مجموعه ۱۰ مقیاس مربوط به جو اجتماعی است که در سال ۱۹۷۶ توسط رادولف موس و پیریس موس طراحی شده است. مقیاس جو خانواده ابزاری برای سنجش ادراک اعضای خانواده از زندگی خانوادگی است که به‌طور گسترده‌ای در نمونه‌های بالینی متفاوت مورد استفاده قرار گرفته است. هر عبارت با کلمات "درست" و "نادرست" (صفر و یک) مشخص می‌شود. نمره خام هر خرده‌مقیاس از مجموع پاسخ‌های ۹ عبارت مربوطه حاصل می‌شود؛ با توجه به اینکه برای هر پاسخ مثبت نمره یک و برای هر پاسخ منفی نمره صفر در نظر گرفته می‌شود، حداقل نمره به‌دست‌آمده در هر خرده‌آزمون صفر و حداکثر آن ۹ است. در این مقیاس، برخی آیتم‌ها به‌صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. در تحقیق انجام‌شده روی گروه آمریکایی، اعتبار بازآزمایی خرده‌مقیاس‌های آن با فاصله‌های زمانی ۲، ۴ و ۱۲ ماه، دامنه‌ای از ۰/۵۲ تا ۰/۹۱ بود [۱۷]. در پژوهشی که روی گروه خانواده‌های ایرانی ساکن تهران انجام شد، اعتبار برای هر ۱۰ خرده‌مقیاس با روش آلفای کرونباخ ۰/۵۶ تا ۰/۷۹ و با روش بازآزمایی به فاصله ۱/۵ ماه، دامنه ۰/۶۳ تا ۰/۸۳ را در بر گرفت [۱۸]. اعتبار کل مقیاس در این پژوهش با آلفای کرونباخ ۰/۶۷ به‌دست آمد. روایی این ابزار از توصیفات مقایسه‌ای نمونه‌های خانواده‌های مشکل‌دار و خانواده‌های عادی ارایه می‌شود؛ نتایج حاصل از پژوهش موس و موس [۱۷] روی

سن افراد گروه آزمایش از ۲۲ تا ۶۰ سال و میانگین آن ۳۵ سال بود؛ سن افراد گروه کنترل از ۲۰ تا ۶۹ سال و میانگین آن ۳۷ سال بود. با توجه به سطح معنی‌داری تفاوتی از نظر سن میان آزمودنی‌های دو گروه وجود نداشت (جدول ۳).

جدول ۴) تحلیل کوواریانس مربوط به نمره کلی مقیاس جو خانواده

منبع	مجموع درجه میانگین	مجدورها آزادی مجذورها	f	سطح معنی‌داری
متغیر همپراش	۱۱۷/۳۰	۱	۱۱۷/۳۰	۰/۱۲
نمره پیش‌آزمون	۱۱۶۷/۶۶	۱	۱۱۶۷/۶۶	۰/۰۰۱
گروه	۱۴۴/۳۵	۱	۱۴۴/۳۵	۰/۰۸
خطا	۱۲۸۴	۲۸	۴۵/۸۵	
کل اصلاح‌شده	۲۵۲۰	۳۰		

دو گروه از نظر متغیر نمرات کلی پیش‌آزمون مقیاس جو خانواده تفاوت معنی‌داری نداشتند ($p > 0.05$). با گذاشتن نمرات پیش‌آزمون به‌عنوان کوواریانس، پس‌آزمون دو گروه با یکدیگر مقایسه شدند (جدول ۴). اثر پیش‌آزمون از لحاظ آماری معنی‌دار بود ($p < 0.05$)؛ یعنی نمره‌های پیش‌آزمون نمره‌های پس‌آزمون را تحت تاثیر قرار داد. برای آزمون اثر گروه یا مداخله (آموزش روان‌شناختی خانواده) بر متغیر وابسته (جو کلی خانواده) اثر پیش‌آزمون به‌عنوان عامل همپراش زوده شده. اثر متغیر مستقل با حذف یا زدودن متغیر همپراش از لحاظ آماری معنی‌دار نبود ($p > 0.05$).

جدول ۵) محاسبات تحلیل کوواریانس چندمتغیری

منبع	مجموع درجه میانگین	مجدورها آزادی مجذورها	F	سطح معنی‌داری
متغیر وابسته همپراش	۱۹/۹۴	۱	۱۹/۹۴	۰/۰۰۸
بیانگری	۰/۰۵	۱	۰/۱۲	۰/۷۲
تعارض	۳۰/۹۷	۱	۶/۸۸	۰/۰۱
پیش‌آزمون	۳۳/۹۵	۱	۱۴/۳۴	۰/۰۰۱
تعارض	۲۲/۸۳	۱	۵/۰۷	۰/۰۳
انسجام	۲۲/۷۲	۱	۹/۵۵	۰/۰۰۵
گروه	۵/۳۱	۱	۱۱/۹۴	۰/۰۰۲
تعارض	۱۰/۱۳	۱	۲/۲۵	۰/۱۴
خطا	۱۱۷/۵۷	۲۶	۰/۴۴	
تعارض	۱۱۷/۰۶	۲۶	۴/۵۰	
کل اصلاح‌شده	۱۹۶/۱۹	۳۰		
بیانگری	۶۲	۳۰		
تعارض	۱۹۶/۹۶	۳۰		

بین متغیرهای بیانگری، انسجام و تعارض در دو گروه قبل از

نسبت با بیمار در آزمودنی‌های دو گروه پرداخته شد. برای بررسی تاثیر برنامه آموزش روان‌شناختی خانواده بر بهبود جو خانوادگی خانواده‌های بیماران مبتلا به اختلالات شدید روان‌پزشکی، ابتدا نمرات کلی پیش‌آزمون مقیاس جو خانواده در دو گروه آزمایش و کنترل با آزمون T برای دو گروه مستقل و آزمون همگونی واریانس‌های لوین مورد مقایسه قرار گرفتند. برای بررسی تاثیر برنامه آموزش روان‌شناختی خانواده بر میزان انسجام، بیانگری و تعارض اعضای خانواده از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری (MANCOVA) استفاده شد. به‌منظور بررسی فرض نامساوی بودن میانگین‌ها و واریانس‌های دو گروه آزمایش و کنترل در نمره‌های خرده‌مقیاس‌های بیانگری، انسجام و تعارض در پیش‌آزمون از روش تحلیل واریانس یک‌راهه (ANOVA) استفاده شد.

جدول ۲) ویژگی‌های آزمودنی‌های گروه آزمایش و کنترل براساس جنس، تحصیلات، وضعیت تاهل و نسبت با بیمار

گروه ←	آزمایش		کنترل		سطح معنی‌داری
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
جنسیت	زن	۱۱	۶۸/۸	۱۲	۸۰
	مرد	۵	۳۱/۲	۳	۲۰
وضعیت تاهل	مجرد	۷	۴۳/۸	۷	۴۶/۷
	متاهل	۱۵	۵۶/۲	۸	۵۳/۳
وضعیت تحصیلی	ابتدایی	۶	۳۷/۵	۱	۶/۷
	متوسطه	۳	۱۸/۸	۳	۲۰
وضعیت تحصیلی	دیپلم	۴	۲۵	۶	۴۰
	لیسانس	۲	۱۲/۵	۴	۲۶/۶
فوق لیسانس و بالاتر	۱	۶/۲	۱	۶/۷	
	۲	۱۲/۵	۲	۱۳/۳	
نسبت با بیمار	مادر	۳	۱۸/۷	۲	۱۳/۳
	خواهر/برادر	۵	۳۱/۳	۸	۵۳/۴
نسبت با بیمار	فرزند	۵	۳۱/۳	۲	۱۳/۳
	همسر	۱	۶/۲	۱	۶/۷

جدول ۳) شاخص‌های توصیفی متغیر سن آزمودنی‌ها در گروه آزمایش و کنترل

متغیر	تعداد	حداقل سن	حداکثر سن	انحراف استاندارد	سطح معنی‌داری
آزمایش	۱۶	۲۲	۶۰	۳۵/۷۵	۱۳/۱۹
کنترل	۱۵	۲۰	۶۹	۳۷/۵۳	۱۵/۵۳

یافته‌ها

در هر دو گروه، اکثر آزمودنی‌ها زن و بیشتر افراد متاهل و از تحصیلات ابتدایی برخوردار بودند (جدول ۲). میان دو گروه از نظر متغیرهای جمعیت‌شناختی تفاوت معنی‌داری وجود نداشت.

دوره ۴، شماره ۲، تابستان ۱۳۸۹

می‌شود؛ اما تغییری در مولفه تعارض ایجاد نمی‌کند. با توجه به هدف مداخله‌های خانواده که برای بهبود ارتباط میان خانواده و بیمار هستند، می‌توان نتیجه گرفت، این مداخله می‌تواند مولفه‌های بعد رابطه جو خانواده را تغییر دهد. در این پژوهش، با توجه به عدم آگاهی کافی خانواده‌ها در برخورد با بیمار و اهمیت برقراری رابطه گرم و مثبت، سعی شد تا بر موضوع ارتباط، تمرکز بیشتری صورت گیرد. بنابراین، در نحوه رویارویی با بیمار و خواسته‌های او، چگونگی بیان احساسات اعضای خانواده به بیمار، کمک و حمایت اعضای خانواده در نگهداری از بیمار و تقسیم مسئولیت‌ها میان خود و بیمار، با خانواده‌ها کار شد. مطالبی که در طول جلسات از طرف خانواده‌ها مطرح می‌شد، بیانگر این موضوع بود که بحث ارتباط و رویارویی با بیمار و آگاهی از آنها برای خانواده‌ها بسیار کمک‌کننده بوده است. این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های دیگر که بیان می‌کنند مداخلات روانی-اجتماعی مبتنی بر خانواده، منجر به بهبود نحوه ارتباطات (که معرف بیانگری است) و افزایش حمایت‌های بین فردی در خانواده (که بیانگر انسجام است) می‌شود، همخوانی دارد [۱۱، ۲۲]. همچنین این یافته‌ها با نتایج پژوهش لطفی مبنی بر ارتقای بهداشت روان، بهبود کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی، در خانواده‌های بیماران روان‌پزشکی به دنبال مداخله شناختی-رفتاری همسو است [۲۰].

یافته دیگر پژوهش، مبنی بر عدم تغییر مولفه تعارض را می‌توان با در نظر گرفتن پیچیدگی مقوله کنترل خشم و نحوه ابراز آن، به‌عنوان مهارت ارتباطی، به‌خصوص در خانواده‌ای با یک عضو مبتلا به اختلال روان‌پزشکی مورد تبیین قرار داد. بیماری روان‌پزشکی برای بیمار و مراقبان او فشارهای زیادی را ایجاد می‌کند. معمولاً خانواده‌ها، شناخت خیلی کمی از کیفیت مراقبت در بیماران مبتلا به اختلال‌های روان‌پزشکی دارند. خانواده‌های این بیماران، مسئولیت زیادی برای مهیا کردن مراقبت و حمایت از بستگان خود، در طول دوره طولانی مدت بیماری دارند؛ چرا که تعداد زیادی از این بیماران، سال‌ها و دهه‌ها نیازمند حمایت‌اند [۲۳]. سوء رفتار بیمار با مراقبان، ضرب و شتم و حملات خشم، در برخی خانواده‌ها دیده می‌شود. در مطالعه‌ای ۵۰٪ مراقبان، سوء رفتار کلامی، تهدید و حملات خشم از سوی بیمار گزارش کردند؛ البته در برخی از خانواده‌ها نیز، رفتار خصمانه از سوی مراقبان دیده می‌شود [۲۴]. با توجه به آنچه گفته شد، مسأله خشنونت و ابراز آن در این خانواده‌ها بسیار عمیق است و به فاکتورهای متعددی بستگی دارد. از طرفی، در برنامه آموزش پژوهش حاضر، به موضوع کنترل خشم و نحوه ابراز آن پرداخته نشده است. بنابراین، چنین نتایجی قابل انتظارند و اصولاً تعارض در مفهومی که در این پژوهش به کار گرفته شد (یعنی بیان آزادانه خشم میان اعضای خانواده)، مستلزم مرحله‌ای فراتر از آموزش، یعنی

اعمال مداخله نمایش درمانگری تفاوت معنی‌داری وجود نداشت ($p > 0.05$). با گذاشتن نمرات پیش‌آزمون به‌عنوان کوواریانس، پس‌آزمون دو گروه در متغیرهای مورد نظر با یکدیگر مقایسه شدند (جدول ۵). اثر پیش‌آزمون از لحاظ آماری بر هر سه خرده‌مقیاس معنی‌دار بود. یعنی نمره‌های پیش‌آزمون، نمره‌های پس‌آزمون را تحت تاثیر قرار داد. برای آزمون اثر گروه یا مداخله (آموزش روان‌شناختی خانواده) بر متغیرهای وابسته (انسجام، بیانگری و تعارض) اثر پیش‌آزمون به‌عنوان عامل همپراش زدوده شد. اثر متغیر مستقل با حذف یا زدودن متغیر همپراش در خرده‌مقیاس‌های انسجام و بیانگری از لحاظ آماری معنی‌دار اما در متغیر تعارض غیرمعنی‌دار بود.

بحث

مداخله آموزش روان‌شناختی خانواده بر نمره کلی جو خانوادگی موثر نبوده است و اثربخشی آن به لحاظ آماری معنی‌دار نیست. تاثیر جو منفی خانواده، روی سیر بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا که نزد والدین و همسران‌شان زندگی می‌کنند، نسبت به بیمارانی که تحت حمایت اجتماعی هستند و از وضعیت برتری برخوردارند، به‌خوبی روشن شده است [۱۵]. اما در پیشینه پژوهشی، مطالعه‌ای که به‌طور مستقیم، تاثیر آموزش روان‌شناختی خانواده روی جو خانواده، با استفاده از مقیاس جو خانواده مورد بررسی قرار دهد، مشاهده نشد. بنابراین، با احتیاط بیشتری باید این یافته را مورد بررسی و تبیین قرار داد. شاید بتوان یافته این پژوهش را با توجه به حجم وسیع خرده‌مقیاس‌ها در ابعاد گوناگون خانوادگی تبیین کرد. چرا که، برنامه آموزشی که در این پژوهش مورد استفاده قرار گرفت، طی ۶ جلسه آموزشی محدود، سعی داشت تا فاکتورهای اصلی مربوط به عود را در برنامه آموزش قرار دهد؛ بنابراین نمی‌توانست تمام فاکتورهای موثر در جو خانوادگی که در این مقیاس آمده است (۱۰ فاکتور مرتبط با جو خانواده) را در مداخله خود بگنجانند؛ در نتیجه، عدم تغییر در جو کلی خانواده که نمایانگر نمره ۱۰ خرده‌مقیاس مختلف است، قابل انتظار است. از طرفی، پژوهش‌ها نشان داده‌اند که ارتباط بیمار و اعضای خانواده، سیر دوطرفه است که هر طرف آن بر دیگری اثر می‌گذارد؛ و این اعتقاد وجود دارد که بهبود ارتباط می‌تواند، به بهبود کیفیت زندگی و کاهش میزان عود کمک کند [۲۰]. با توجه به این نکته، به‌نظر می‌رسد برای بهبود روابط و به‌طورکلی جو خانواده، برگزاری جلسات بیشتری که تمام اعضای خانواده همراه با بیمار در آن شرکت داشته باشند مفیدتر خواهد بود، زیرا در همان جلسه و در حضور درمانگر نقش‌هایی را تمرین می‌کنند و فیدبک می‌گیرند [۲۱].

یافته دیگر این پژوهش نشان داد که آموزش روان‌شناختی خانواده به‌طور معنی‌داری، باعث افزایش بیانگری و انسجام خانواده

2005;42:178-97.

6- Trangkasombat U. Family functioning in the families of psychiatric patients: A comparison with nonclinical families. *Thailand J Med*. 2006;89(11):1946-53.

7- Koyama S, Akiyama T, Miyake Y, Kurita H. Family functioning perceived by patients and their family members in three diagnostic and statistical manual-IV diagnostic groups. *Psychiatr Clin Neurosci*. 2004;58:495-500.

8- Solomon P. Moving from psycho-education to family education for families of adults with serious mental illness. *Psychiat Serv*. 1996;47:1364-70.

9- Oppenheimer K, Frey J. Family transitions and developmental processes in panic-disordered patients. *Family process*. 1993;32:341-52.

10- Barbato A, Avanzo B. Family interventions in schizophrenia and related disorders: A critical review of clinical trials. *Acta Psychiatr Scand*. 2000;102:81-97.

11- Carr A. Family therapy: Concepts, process and practice. 2nd ed. New York: John Wiley and Sons; 2006.

12- Motlova L, Dragomirecka E. Relapse prevention in schizophrenia: Does group family psychoeducation matter? One year prospective, follow up field study. *Int J Psychiatr Clin Pract*. 2006;10(1):38-44.

13- Kavanagh DJ. Recent developments in Expressed emotion and schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*. 1992;160:601-20.

14- Miklowitz DJ, George EL, Richards JA, Simoneau TL, Suddath RL. A randomized study of family-focused psychoeducation and pharmacotherapy in the outpatient management of bipolar disorder. *Arch Gen Psychiatr*.

15- Dixon L, Adams C, Lucksted A. Update on family psychoeducation for schizophrenia. *Schizophrenia Bull*. 2000;26(1):5-20.

16- Mottaghypour Y. Psychological family education programs [dissertation]. Tehran: Taleghani Hospital; 2007. [Persian]

17- Moos RH, Moos BS. Family environment scale manual. 2nd ed. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press; 1986.

18- Mollasharifi S. Rated suitability scale family atmosphere based on the theory questions-response and standardize for Iranian family in Tehran [dissertation]. Tehran: Tabatabaei University; 2004. [Persian]

19- Vostanis P, Nicholls J. The family environment scale: Comparison with the construct of expressed emotion. *J Fam Ther*. 1992;17:299-315.

20- Lotfi M. Efficacy of cognitive-behavioral group on mental health amplitude families of schizophrenia [dissertation]. Tehran: Tehran Psychiatric Institute; 2007. [Persian]

21- Atkinson JM, Coia DA. Families coping with schizophrenia: A practitioner's guide to family groups. New York: John Wiley and Sons; 1995.

22- Magliano L, Fiorillo A, Fadden G, Gair F, Economo M. Effectiveness of psycho-educational intervention for families of patient with schizophrenia: Preliminary results of a study founded by the European commission. *World Psychiatr*. 2005;4(1):45-9.

23- Dixon L, Adams C, Lucksted A. Update on family psychoeducation for schizophrenia. *Schizophrenia Bull*. 2000;26(1):5-20.

24- Vaddadi KS, Soosai E, Gilleard CJ. Mental illness, physical abuse and burden of care on relatives. A study of acute psychiatric admission patients. *Acta Psychiatr Scand*. 1997;95:313-7.

عمل کردن و به اجرا در آوردن آنچه که در این جلسات مطرح شده، است. از سوی دیگر، با توجه به ماهیت تعارض و اینکه اکثر تعارضها در خانوادههای با عضو بیمار، ناخودآگاه حول بیمار و مشکلات او ایجاد می‌شود، به نظر می‌رسد حضور بیماران در جلساتی برای حل تعارضات ضروری است. چرا که بیمار نیز، در حضور سایر اعضای خانواده و درمانگر، برای حل تعارضها و به‌طورکلی، نحوه برقراری ارتباط فیدبکها، آموزشهای لازم را دریافت می‌کند. این درحالی است که تنها در مداخله‌های طولانی مدت، می‌توان جلساتی با حضور بیمار در برنامه گنجاند.

در پایان ذکر این نکته اهمیت دارد که اصولاً خانواده‌ها به‌دلیل آگاهی ناکافی در مورد بیماری، گرایش زیادی در مقصر شمردن خود دارند. در جلسات، بسیار سعی شد تا این موضوع به خانواده‌ها آگاهی داده شود که آنها و روش‌های تربیتی آنان نقشی در بیماری فرد ندارند. در طول جلسات، خانواده‌ها گزارش می‌کردند که از این بابت بسیار احساس آرامش می‌کنند و از کار گروه در مورد آشنایی با دیگر خانواده‌هایی که آنها نیز احساسات مشترکی را گزارش می‌کردند، بسیار راضی بودند. اما مداخله در این سطح، به تغییرات اصلی منجر نمی‌شود. به این ترتیب در این پژوهش با درنظر گرفتن اثرات شرکت در گروه برای پیش‌برد اهداف درمانی، شیوه گروهی بکار گرفته شد و برای تغییرات عمیق و مبتنی بر کاهش عود جلسات ساختار یافته و درمانی (فراتر از صرفاً آگاهی‌دادن به خانواده و به اشتراک گذاشتن احساسات با اعضای دیگر) طراحی شد.

نتیجه‌گیری

آموزش روان‌شناختی خانواده افراد مبتلا به اختلالات شدید روان‌پزشکی تاثیر مثبتی بر جو خانوادگی آنها ندارد. آموزش روان‌شناختی خانواده باعث افزایش بیانگری و انسجام خانواده می‌شود، اما تغییری در مولفه تعارض ایجاد نمی‌کند.

منابع

- 1- Maj M, Sartorius N. Schizophrenia. 2nd ed. New York: John Wiley and Sons; 2002.
- 2- Khazaeili M, Bolhori J. Effect of group training families of schizophrenia patients on the compatibility of everyday functioning. *Andishe J*. 1996;2(4):56-64. [Persian]
- 3- Miklowitz DJ. The role of family systems in severe and recurrent psychiatric disorders: A developmental psychopathology view. *Dev Psychopathol*. 2004;16:667-88.
- 4- Brady N, McCain GC. Living with schizophrenia: A family perspective. *Online J Issues Nurs*. 2005;2(3):265-71.
- 5- Weisman AG. Integrating culturally based approaches with existing interventions for Hispanic/Latino families coping with schizophrenia. *Psychother Res Prac*.