

## تأثیر آموزش روانی خانواده (مدل اتکینسون و کویا) بر سلامت عمومی خانواده های دارای فرزند مبتلا به اسکیزوفرنیا

دکتر فرح لطفی کاشانی<sup>۱</sup>، دکتر حسن پاشا شریفی<sup>۲</sup>

و مختار سیفی<sup>۳</sup>

هدف پژوهش حاضر، بررسی تأثیر آموزش روانی خانواده (مدل اتکینسون و کویا) بر سلامت عمومی خانواده های دارای فرزند مبتلا به اسکیزوفرنیا بود. بدین منظور، در یک طرح نیمه آزمایشی ۲۲ نفر از والدینی که فرزندان آنها با تشخیص اسکیزوفرنیا تحت درمان و توانبخشی قرار داشتند، به صورت در دسترس انتخاب و با پرسشنامه GHQ-28 مورد آزمون قرار گرفتند سپس به صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی و کنترل کاربردی شدند. گروه آزمایشی به مدت ۱۰ جلسه تحت آموزش قرار گرفتند؛ نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که آموزش روانی خانواده موجب افزایش سطح سلامت عمومی می شود اما در کاهش علائم جسمانی، افسردگی و افزایش سطح عملکرد اجتماعی تأثیر معناداری ندارد.

**واژه های کلیدی:** اسکیزوفرنیا، سلامت عمومی، آموزش روانی خانواده

### مقدمه

اسکیزوفرنیا، اختلال پیچیده ای است که به طور اجتناب ناپذیری اثر ویران کننده ای بر زندگی فرد مبتلا و اعضای خانواده اش می گذارد (بارلو و دوراند،<sup>۴</sup> ۲۰۰۷). این اختلال، یکی از ناتوان کننده ترین اختلال های روانی است (دایک، هندریکس<sup>۵</sup>، ۲۰۰۲) که با علل ناهمگون پدید می آید (اتکینسون و کویا<sup>۶</sup>، ۱۹۹۵). مراقبت از بیمار مبتلا به اسکیزوفرنیا، مسوولیتی چندجانبه است. علیرغم متهم پنداری خانواده در اختلالات روانی و وجود پژوهش های گسترده که نشان می دهد مشکل بهداشت روانی در یک عضو خانواده، می تواند تهدیدی برای کل نظام خانواده به شمار آید

۱. دانشیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن lotfikashani@riau.ac.ir

۲. دانشیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن

۳. کارشناس ارشد روان شناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن

(فردریک<sup>۱</sup> و همکاران، ۱۹۹۹؛ یانگ و هسیه<sup>۲</sup>، ۱۹۹۹؛ رید<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۰۵) و اینکه سطوح بالای هیجان ابراز شده در خانواده با مشکلات ارتباطی مرتبط است و میزان عود بیماری را پیش بینی می کند (هانسل و دامور<sup>۴</sup>، ۲۰۰۵؛ فالون<sup>۵</sup>، ۲۰۰۳) خانواده می تواند نقش مهمی در نگهداری و درمان فرزندان اسکیزوفرنیک خود داشته باشد.

پس از دهه ی ۱۹۵۰ میلادی و به دنبال کشف داروهای ضد روان پریشی و همگام با جنبش موسسه زدایی، بار مراقبت بیماران روانی مزمن به طور فزاینده ای بر دوش خانواده ها قرار گرفت و والدین بیماران اسکیزوفرنیک، به یکی از مهمترین منابع مراقبتی تبدیل شدند (کوب<sup>۶</sup>، ۱۹۸۹؛ پارکر<sup>۷</sup>، ۱۹۹۳؛ سولومون، دراین<sup>۸</sup> و همکاران، ۱۹۹۶) و معلوم شد که افراد مبتلا به اسکیزوفرنیا می توانند با خانواده ی اصلی خود زندگی کنند (نصرو کوثر<sup>۹</sup>، ۲۰۰۹؛ لفلی<sup>۱۰</sup>، ۲۰۰۹؛ لی و آرتور<sup>۱۱</sup>، ۲۰۰۵) تعاملی که نیازمند مداخله در سطوح دانش خانواده است.

خانواده ها به واسطه ی درک دانش، توانایی و مهارت های مراقبت از فرد مبتلا، می توانند اثری مثبت یا منفی در روند بیماری داشته باشند؛ به همین دلیل یک راهبرد عمده، کمک به خانواده ها در درک بیماری، تشویق آنان به همکاری و استفاده از داروها، شناسایی زودهنگام علایم عود و حصول اطمینان از حل سریع بحران ها است. توانمند سازی اعضای خانواده در آگاهی افزایی از نشانه های هشدار دهنده ی بازگشت علایم و اطلاع از اعضای تیم درمان، حتی اگر علایم بیماری نیز باز گردد، می تواند به گونه ای موثر از عودهای بعدی در اختلال های روانی دوره ای، پیشگیری نماید (موزر<sup>۱۲</sup>، ۲۰۰۴).

یکی از الگوهای آموزش روانی خانواده توسط کارول اندرسون<sup>۱۳</sup> ابداع شده و هدف آن آگاهی افزایی درباره ی ماهیت بیماری و درمان اختلال اسکیزوفرنیاست (گلدشتاین<sup>۱۴</sup>، ۱۹۹۵). در جلسات آموزش روانی خانواده، مطالبی را درباره ی اسکیزوفرنیا، شامل شیوع، سبب شناسی، پیش آگهی اختلال، شیوه های درمان، داروهای رایج، آگاهی از هیجان ابراز شده در خانواده، اداره و کنترل رفتار آشفته ی بیمار، بررسی تنش های عاطفی و تاثیر هیجانات منفی در عود علایم بیمار، آموزش داده می شود (اتکینسون و کویا، ۱۹۹۵). این آموزش ها می تواند گروهی (چن و ونگ<sup>۱۵</sup>، ۲۰۰۷؛

1. Friedrich

2. Yang &amp; Hsieh

3. Reid

4. Hansell &amp; Damour

5. Falloon

6. Cobb

7. Parker

8. Solomon &amp; Draine

9. Nasr &amp; Kausar

10. Lefley

11. Li &amp; Arthur

12. Mueser

13. Carol Anderson

14. Goldstein

15. Chien &amp; Wong

بریتبورد<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۹) یا انفرادی انجام گیرد و شامل روش های مختلفی است که به منظور افزایش قابلیت های اجتماعی، خود اتکایی، مهارت های عملی و روابط بین فردی در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا به کار می روند. هدف از این درمان ها، توانمند ساختن بیمار در کسب مهارت های اجتماعی و شغلی جهت ایجاد یک زندگی مستقل است. این قبیل درمان ها در مراکز مختلف از جمله بیمارستان ها، درمانگاه های سرپایی، مراکز بهداشت روانی و باشگاه های خانگی یا اجتماعی انجام می شود (گلین<sup>۲</sup>، ۲۰۰۳). پژوهش ها، نشان می دهد که ترکیبی از دارو درمانی و مداخله های خانواده، باعث کاهش ۵۰ درصدی میزان عود علایم بیماری می شود (فالون و بوکر<sup>۳</sup>، ۱۹۹۲). برگلوند<sup>۴</sup> و همکاران (۲۰۰۳) نشان دادند که این مداخله ها می تواند به طور معناداری بار مراقب را کاهش دهد. از طرفی، پژوهش ها نشان می دهد که با افزایش بار مراقب، کیفیت زندگی مراقبان نیز کاهش می یابد و سلامتی و عملکرد آنها دچار افت می شود که این امر می تواند گویای نیاز مبرم این خانواده ها به حمایت اجتماعی و آموزشی باشد (کاکيو- یوریزر<sup>۵</sup> و گوتیرز - مالدونادو<sup>۶</sup>، ۲۰۰۶). چن، چان و تامپسون<sup>۷</sup> (۲۰۰۶) اثربخشی آموزش روانی خانواده را در دو گروه از خانواده های بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیک بررسی کردند و نتیجه گرفتند که ارایه ی درمان های خانواده، فشار روانی بر مراقبان را کاهش و از عود علایم می کاهد و به نظر می رسد ارایه ی مداخله های خانواده، بار تجربه شده توسط مراقبان را کاهش می دهد (گراو<sup>۸</sup> و همکاران، ۲۰۰۶). یاماگوچی<sup>۹</sup> و همکاران (۲۰۰۶) نشان دادند که هم اضطراب مربوط به صفت و هم اضطراب مربوط به حالت و همچنین بار و آشفتگی های مراقب، در مقایسه با قبل از دریافت مداخله های به طور معناداری کاهش می یابد. نتایج، نشان داده است که آموزش روانی خانواده، در بهبود سلامت روانی - اجتماعی و کارکرد بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا و خانواده هایشان موثر است (چن و ونگ، ۲۰۰۷؛ جول<sup>۱۰</sup> و همکاران، ۲۰۰۹). پژوهشهایی نیز وجود دارند که نشان می دهد آموزش روانی، تاثیر متوسطی در کاهش عود و بستری مجدد بیمار دارد (رومل کلوج<sup>۱۱</sup> و کیسلنگ<sup>۱۲</sup>، ۲۰۰۸).

علیرغم اینکه پژوهش ها از نقش خانواده در بیماران اسکیزوفرنیک دفاع می کند، به نظر نمی رسد که این همکاری ها بتواند در علایم جسمانی، افسردگی و کارکرد اجتماعی خانواده ها تاثیر داشته

1. Breitbord  
2. Glynn  
3. Booker  
4. Berglund

5. Caqueo- Urizar  
6. Gutierrez - Maldonado  
7. Thompson  
8. Grawe

9. Yamaguchi  
10. Jewell  
11. Rummel-kluge  
12. Kissling

باشد؛ بنابراین این اقدامها صرفا به خاطر آگاهی افزایی، کاهش سطوح اضطرابی و یا افزایش سلامت عمومی خانواده ها صورت می گیرد.

## روش

### جامعه ی آماری، نمونه و روش نمونه گیری

برای انجام این پژوهش که از نوع نیمه آزمایشی است، از میان والدین دارای فرزند مبتلا به اسکیزوفرنیا که تا چهار ماه اول سال ۱۳۸۹ در مرکز توانبخشی سینا و انجمن حمایت از بیماران روان پریش واقع در شهر تهران، تحت درمان و توانبخشی قرار داشته و همچنین تحت مراقبت والدین و همراه آن ها زندگی می کردند، تعداد ۲۲ نفر (۳ نفر مرد و ۱۹ نفر زن) به صورت غیر تصادفی انتخاب و با گمارش تصادفی در دو گروه آزمایشی (۱۱ نفر) و کنترل (۱۱ نفر) کاربندی شدند. معیارهای انتخاب والدین جهت شرکت در پژوهش، دارا بودن معیارهای تشخیصی اسکیزوفرنیا در یکی از فرزندان توسط روانپزشک، داشتن حداقل ۴۰ و حداکثر ۶۵ سال سن، نداشتن سابقه ی شرکت در گروه های آموزش گروهی خانواده، عدم بستری بیماران در زمان شروع پژوهش و زندگی در کنار بیمار بود.

## ابزار

پرسشنامه ی سلامت عمومی (GHQ-28): پرسشنامه ی سلامت عمومی که توسط گلدبرگ و هیلر<sup>۱</sup> در سال ۱۹۷۹ طراحی و تدوین شده است، ۲۸ سوال چهار گزینه ای دارد و چهار مولفه ی علایم جسمانی علایم اضطراب و اختلال خواب، اختلال در کارکرد اجتماعی و علایم افسردگی را می سنجد. گلدبرگ و بلک ول<sup>۲</sup>، ضریب همبستگی نمرات این پرسشنامه را با نتیجه ی ارزیابی بالینی اختلال ها ۰/۸۰ و حساسیت و ویژگی این پرسشنامه را در بهترین نقطه ی برش به ترتیب ۰/۸۶ و ۰/۸۲ گزارش کرده اند (هومن، ۱۹۹۸). هومن (۱۹۹۸) مقادیر ضریب همبستگی دو متغیری بین نمرات ۷۰ آزمودنی متعلق به گروه نمونه را در مقیاس های علایم جسمانی GHQ و شکایات جسمانی SCL90-R برابر با ۰/۶۵؛ در مقیاس های اضطراب و اختلال خواب GHQ و اضطراب SCL90-R ۰/۶۹؛ در مقیاس های افسردگی GHQ و افسردگی SCL90-R ۰/۷۱ و در کل مقیاس

1. Goldberg & Hiller

2. Black Well

مذکور برابر ۰/۸۲ گزارش کرده است. او، همسانی درونی سوالها را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای مقیاس های علایم جسمانی ۰/۸۵، علایم اضطراب و اختلال خواب ۰/۸۷، علایم کارکرد اجتماعی ۰/۷۹، علایم افسردگی ۰/۹۱ و برای کل مقیاس که نشان دهنده ی سلامت عمومی است، ۰/۸۵ گزارش کرده است.

### شیوه ی اجرا

در این پژوهش، الگوی آموزش روانی خانواده، بر اساس چارچوب اتکینسون و کویا (۱۹۹۵) قرار گرفته و طی ۱۰ جلسه ی یک ساعت و نیمی و هر دو هفته یک بار تشکیل شده است. در زیر مراحل اجرای آموزش به تفکیک جلسه های آموزشی ارائه شده است.

عنوان	اهداف
۱ از اسکیزوفرنیا چه می دانید؟	آشنایی اعضای جلسه با یکدیگر، ایجاد راپورت، آشنایی با قوانین گروه، بیان اهداف مداخله های آموزشی و تعداد جلسات آموزش، طرز تلقی و برداشت خانواده از اسکیزوفرنیا.
۲ اسکیزوفرنیا چیست؟	افزایش آگاهی والدین درباره ی اختلال اسکیزوفرنیا، آشنایی با علایم مثبت و منفی اختلال اسکیزوفرنیا، مقابله با افسانه های رایج و نادرست در مورد اختلال اسکیزوفرنیا.
۳ چرا ما؟	افزایش آگاهی والدین از سبب شناسی اسکیزوفرنیا، کاستن احساس گناه والدین، پذیرش منطق درمان های دارویی
۴ درمان اسکیزوفرنیا چیست؟	آشنایی با درمان های دارویی و غیر دارویی اسکیزوفرنیا، جلب مشارکت والدین در برنامه ی درمان و بازتوانی.
۵ مشکلات خانواده ی بیمار کدام است؟	آموزش مهارت حل مساله، کاهش فشار روانی والدین
۶ خانواده و اسکیزوفرنیا	آشنایی با اهمیت موضوع مقابله با فشار روانی، آشنایی با مفهوم هیجان ابراز شده در خانواده ها
۷ ایجاد محیطی با حداقل فشار روانی	آموزش مهارت های ارتباطی، کاستن فشار روانی در محیط کار.
۸ اداره و کنترل رفتار آشفته ی بیمار	ارایه ی راهنمایی های مثبت و عملی برای کمک به والدین جهت سازگاری با رفتار آشفته ی بیمار، یادگیری نحوه ی صحیح برخورد با توهم، هذیان و رفتار آشفته ی بیمار.
۹ استفاده از خدمات و مقابله با بحران ها	اطلاع از مراکز کمک رسانی، آگاهی از مراکز و موسسات غیر دولتی حمایت از بیماران.
۱۰ کجا هستیم و به کجا می رویم؟	مرور اهداف آموزشی جلسات گذشته، بحث و نتیجه گیری، آماده سازی جهت اختتام، اجرای پس آزمون.

## یافته ها

در جدول ۱ اطلاعات توصیفی آزمودنی ها ارایه شده است.

جدول ۱: فراوانی و درصد فراوانی مولفه های دموگرافیک بیماران

مولفه ها	(درصد) فراوانی	مولفه ها	(درصد) فراوانی
جنسیت		سن شروع	
زن	۷(۳۱/۸)	۱۱-۱۴	۱(۴/۵)
مرد	۱۵(۶۸/۲)	۱۵-۱۸	۷(۳۱/۸)
سن بیماران		۱۹-۲۲	۶(۲۷/۳)
۲۰-۲۳	۳(۱۳/۶)	۲۳-۲۶	۳(۱۳/۶)
۲۴-۲۷	۴(۱۸/۲)	۲۷-۳۰	۳(۱۳/۶)
۲۸-۳۱	۶(۲۷/۳)	۳۱-۳۴	۲(۹/۱)
۳۲-۳۵	۷(۳۱/۸)	میزان تحصیلات بیماران	
۳۶-۳۹	۲(۹/۱)	راهنمایی	۷(۳۱/۸)
وضعیت تاهل		دیپلم	۱۲(۵۴/۶)
متاهل	۰	دیپلم به بالا	۳(۱۳/۶)
متارکه کرده	۱(۴/۵)	وضعیت اشتغال بیماران	
دفعات بستری		شاغل	۱(۴/۵)
۱-۲	۱۳(۹۵/۱)	بی کار	۱۸(۸۱/۹)
۳-۴	۶(۲۷/۳)	محصل	۳(۱۳/۶)
۵-۶	۳(۱۳/۶)		

همان طور که در جدول ۱ ملاحظه می شود، بیشترین فراوانی ها متعلق به گروه سنی ۳۲ تا ۳۵ سال و بیشترین فراوانی مربوط به شروع بیماری در سنین ۱۵ تا ۱۸ سال و کمترین آن مربوط به شروع بیماری در سنین بین ۱۱ تا ۱۴ سال است. اکثر بیماران، مجرد (۹۵/۵٪) و تحصیلات اکثر آنها دیپلم (۵۴/۵٪) است؛ بیشتر آنها بی کار (۸۱/۹) و بین یک تا دو بار (۵۹/۱٪) در بیمارستان بستری شده اند.

### جدول ۲: فراوانی و درصد فراوانی مولفه های دموگرافیک والدین بیماران اسکیزوفرنیک

مولفه ها	فراوانی (درصد)	مولفه ها	فراوانی (درصد)
سن والدین		وضعیت اشتغال	
۴۲-۴۵	۲(۹/۱)	شاغل	۵(۲۲/۷)
۴۶-۴۹	۴(۱۸/۲)	بی کار	۱(۴/۵)
۵۰-۵۳	۵(۲۲/۷)	بازنشسته	۵(۲۲/۷)
۵۴-۵۷	۶(۲۷/۳)	خانه دار	۱۱(۵۰)
۵۸-۶۱	۳(۱۳/۶)	جنسیت والدین	
۶۲-۶۵	۲(۹/۱)	زن	۱۹(۸۶/۴)
میزان تحصیلات والدین بیماران		مرد	۳(۱۳/۶)
راهنمایی	۷(۳۱/۸)	ابتلا به اختلال های روانپزشکی	
دیپلم	۱۰(۴۵/۵)	بله	۷(۳۱/۸)
دیپلم به بالا	۵(۲۲/۷)	خیر	۱۵(۶۸/۲)

همان طور که در جدول ۲ مشاهده می شود، در بین والدین، بیشترین فراوانی ها متعلق به گروه سنی ۵۴ تا ۵۷ سال است (۲۷/۳٪)؛ بیشتر والدین شرکت کننده، زن (۸۶/۴٪) و خانه دار (۵۰٪) بودند؛ بیشتر والدین، تحصیلات دیپلم داشتند (۴۵/۵٪) و در ۶۸/۲ درصد موارد، سابقه ی ابتلا به اختلالهای روان پزشکی موجود نبود. نرمالیتی کولموگراف- اسمیرنف نشان می دهد که توزیع نمرات گروه نمونه، به توزیع نرمال نزدیک است، بنابر این به منظور آزمون فرضیه های پژوهش، می توان از آزمون های پارامتری استفاده کرد. نتایج آزمون لوین نیز فرض تساوی واریانس ها را در تمامی متغیرهای مورد مطالعه نشان می دهد. بر اساس اطلاعات جدول ۳، نتایج در مورد فرض تساوی واریانس ها در متغیرهای مورد بررسی نشان می دهد که سطح معناداری محاسبه شده از ۰/۰۵ بزرگتر است؛ یعنی فرض تساوی واریانس ها برقرار است و همان طور که در جدول ۴ دیده می شود، احتمال پذیرش فرض صفر برای مقایسه ی عملکرد گروه های آزمایشی و کنترل در پیش آزمون سلامت عمومی (P=۰/۷۰۱) علایم جسمانی (P=-/۹۳۸) اضطراب (P=۰/۳۸۱) کارکرد اجتماعی (P=۰/۸۷۲) و افسردگی (P=۰/۶۹۲) از ۰/۰۵ بزرگتر است.

جدول ۳: خلاصه ی شاخص های توصیفی نمره های شرکت کنندگان گروه های آزمایشی و کنترل

در متغیرهای پژوهشی

گروه	مرحله	میانگین	انحراف معیار	*K-S	P	آماره ی لوین	P
سلامت عمومی	آزمایشی	پیش آزمون	۲۰/۱۸۱	۱۰/۳۷۱	۰/۵۷۹	۳/۰۹۴	۰/۰۹۴
	کنترل	پس آزمون	۱۵/۷۲۷	۸/۶۱۵	۰/۸۶۵	۰/۲۲۱	
		پیش آزمون	۲۰/۰۹۱	۹/۷۹۲	۰/۶۸۸	۰/۳۶۵	
		پس آزمون	۱۸/۵۴۵	۷/۸۷۹	۰/۷۲۷	۰/۳۳۳	
علائم جسمانی	آزمایشی	پیش آزمون	۳/۶۳۶	۲/۳۷۸	۰/۸۵۴	۰/۲۳	۰/۴۸۵
	کنترل	پس آزمون	۴/۴۵۴	۲/۶۵۹	۰/۵۸۳	۰/۴۴۳	۰/۵۰۶
		پس آزمون	۴/۳۶۴	۲/۲۹۲	۰/۴۹	۰/۴۸۵	۰/۱۷۴
		پیش آزمون	۴/۴۵۴	۲/۵۰۴	۰/۴۶۸	۰/۴۹	۰/۹۳۳
اضطراب	آزمایشی	پیش آزمون	۷/۹۰۹	۳/۵۳۴	۰/۶۵۳	۶/۸۵۳	۰/۱۶
	کنترل	پس آزمون	۶/۴۵۴	۲/۵۰۴	۰/۴۶۸	۰/۴۹	۰/۳۹۳
		پیش آزمون	۶/۵۴۵	۳/۱۷۴	۰/۵۲۷	۰/۴۷۲	۰/۲۹۶
		پس آزمون	۵/۴۵۴	۳/۱۷۴	۰/۷۷	۰/۲۹۶	۰/۷۱۵
کارکرد اجتماعی	آزمایشی	پیش آزمون	۵/۵۴۵	۳/۵۸۸	۰/۷۱۵	۱/۲۲۰	۰/۲۸۲
	کنترل	پس آزمون	۵	۲/۵۶۹	۰/۶۵۳	۰/۳۹۳	۰/۳۴۳
		پیش آزمون	۶/۶۳۶	۴/۴۳۳	۰/۸۹۴	۰/۲۰۱	۰/۱۶۷
		پس آزمون	۶/۴۵۴	۳/۱۴۲	۰/۹۴۵	۰/۱۶۷	۰/۷۰۹
افسردگی	آزمایشی	پیش آزمون	۳/۱۸۲	۱/۶۰۱	۰/۷۰۹	۰/۰۶۳	۰/۸۰۴
	کنترل	پس آزمون	۲	۱/۴۱۴	۱/۰۱۴	۰/۱۲۷	۰/۳۴۸
		پیش آزمون	۲/۴۵۴	۱/۰۳۶	۰/۷۱۳	۰/۳۴۴	۰/۳۴۴
		پس آزمون	۲/۲۷۷	۱/۲۷۲	۱/۰۳۵	۰/۱۱۷	۰/۱۱۷

\*Kolmogorov-Smirnov

با توجه به آنچه گفته شد، می توان نتیجه گرفت که فرضیه ی همگنی شیب های رگرسیون، رد نشده و می توان از تحلیل کواریانس جهت آزمون فرضیه های پژوهش استفاده کرد.



## جدول ۴: نتایج آزمون اثرهای بین آزمودنی‌ها

P	F	میانگین مجذورات	درجه ی آزادی	مجموع مجذورات	منابع تغییر	
۰/۵۶۹	۰/۲۹۱	۳/۱۱۲	۱	۳/۱۱۲	گروه ها	سلامت عمومی
۰/۰۰۰	۱۰۹/۳۳۷	۱۱۶۹/۸۴۴	۱	۱۱۶۹/۸۴۴	پیش آزمون	
۰/۷۰۱	۰/۱۵۲	۱/۶۲۳	۱	۱/۶۲۳	گروه ها * پیش آزمون	
		۱۰/۶۹۹	۱۸	۱۹۲/۵۹۰	خطا	
۰/۵۳۲	۰/۴۰۵	۰/۳۷۹	۱	۰/۳۷۹	گروه ها	سلامت جسمانی
۰/۰۰۰	۸۰/۲۵۵	۷۵/۰۸۶	۱	۷۵/۰۸۶	پیش آزمون	
۰/۹۳۸	۰/۰۰۶	۰/۰۰۶	۱	۰/۰۰۶	گروه ها * پیش آزمون	
		۰/۹۳۶	۱۸	۱۶/۸۴۱	خطا	
۰/۵۴۸	۰/۳۷۵	۰/۶۸۳	۱	۰/۶۸۳	گروه ها	اضطراب
۰/۰۰۰	۷۱/۶۹۳	۱۳۰/۶۵۲	۱	۱۳۰/۶۵۲	پیش آزمون	
۰/۳۸۱	۰/۸۰۷	۱/۴۷۱	۱	۱/۴۷۱	گروه ها * پیش آزمون	
		۱/۸۲۲	۱۸	۳۲/۸۰۳	خطا	
۰/۴۳۹	۰/۶۲۷	۱/۳۷۴	۱	۱/۳۷۴	گروه ها	کارکرد اجتماعی
۰/۰۰۰	۵۵/۱۵۶	۱۲۰/۸۸۱	۱	۱۲۰/۸۸۱	پیش آزمون	
۰/۸۷۲	۰/۰۲۷	۰/۰۵۸	۱	۰/۰۵۸	گروه ها * پیش آزمون	
		۲/۱۹۲	۱۸	۳۹/۴۴۹	خطا	
۰/۸۳۰	۰/۰۴۷	۰/۰۶۱	۱	۰/۰۶۱	گروه ها	افسردگی
۰/۰۰۷	۹/۳۲۵	۱۱/۹۶۸	۱	۱۱/۹۶۸	پیش آزمون	
۰/۶۹۲	۰/۱۶۲	۰/۲۰۸	۱	۰/۲۰۸	گروه ها * پیش آزمون	
		۱/۲۸۳	۱۸	۲۳/۱۰۰	خطا	

همان طور که در جدول ۵ مشاهده می شود، پس از تعدیل نمرات پیش آزمون، عامل بین آزمودنی های دو گروه در متغیرهای سلامت ( $F=۰/۴۸۵$  و  $P=۰/۰۴۸$ ) و اضطراب ( $F=۰/۰۰۳$  و  $P=۱۲/۰۴۱$ ) اثر معنادار دارد، بنابراین می توان نتیجه گرفت که آموزش روانی خانواده می تواند سلامت روانی خانواده را افزایش داده و اضطراب آنها را کاهش می دهد، اما تاثیری در علایم جسمانی، افسردگی و کارکرد اجتماعی آنها ندارد. مجذور اتا نیز نشان می دهد که ۱۹ درصد واریانس سلامت عمومی و ۳۸ درصد واریانس اضطراب بوسیله ی آموزش روانی خانواده تبیین می شود.

## جدول ۵: نتایج آزمون اثرهای بین آزمودنی‌ها در متغیرهای پژوهشی

مجدور اتا	P	F	میانگین مجدورات	مجموع مجدورات	منابع تغییر	
۰/۸۵۸	۰/۰۰۰	۱۱۴/۳۳۴	۱۱۶۸/۶۹۵	۱۱۶۸/۶۹۵	پیش آزمون	سلامت
۰/۱۹۱	۰/۰۴۸	۴/۴۸۵	۴۵/۸۴۳	۴۵/۸۴۳	گروه‌ها	
			۱۰/۲۲۲	۱۹۴/۲۱۴	خطا	
۰/۸۱۸	۰/۰۰۰	۸۵/۵۷۹	۷۵/۸۸۱	۷۵/۸۸۱	پیش آزمون	علائم جسمانی
۰/۰۶۳	۰/۲۷۴	۱/۲۷۱	۱/۱۲۷	۱/۱۲۷	گروه‌ها	
			۰/۸۸۷	۱۶/۸۴۷	خطا	
۰/۷۹	۰/۰۰۰	۷۱/۶۱۲	۱۲۹/۱۸۰	۱۲۹/۱۸۰	پیش آزمون	اضطراب
۰/۳۸۸	۰/۰۰۳	۱۲/۰۴۱	۲۱/۷۲	۲۱/۷۲	گروه‌ها	
			۱/۸۰۴	۳۴/۲۷۴	خطا	
۰/۳۵۶	۰/۰۰۴	۱۰/۴۹۴	۱۲/۸۷۴	۱۲/۸۷۴	پیش آزمون	افسردگی
۰/۰۹۸	۰/۱۶۷	۲/۰۶۶	۲/۵۳۴	۲/۵۳۴	گروه‌ها	
			۱/۲۲۷	۲۳/۳۰۸	خطا	
۰/۷۶	۰/۰۰۰	۶۰/۲۲۱	۱۲۵/۲۲۰	۱۲۵/۲۲۰	پیش آزمون	کارکرد اجتماعی
۰/۰۷۶	۰/۲۲۶	۱/۵۶۸	۳/۲۶۱	۳/۲۶۱	گروه‌ها	
			۲/۰۷۹	۳۹/۵۰۷	خطا	

## نتیجه گیری

نتایج پژوهش حاضر، نشان داد که آموزش خانواده با روش اتکینسون و کویا می تواند در سلامت و اضطراب خانواده هایی که فرزند اسکیزوفرنیک دارند، اثری معنادار ایجاد کند اما تاثیری در علائم جسمانی، افسردگی و کارکرد اجتماعی آنها ندارد. مجدور اتا نیز نشان داد که ۱۹ درصد واریانس سلامت عمومی و ۳۸ درصد واریانس اضطراب، بوسیله ی آموزش روانی خانواده تبیین می شود. در تبیین این یافته ها می توان گفت هنگامی که اعضای خانواده، اطلاعات جزئی یا هیچ اطلاعی از بیماری روانی ندارند یا بر این باورند که ممکن است آن ها نیز دچار بیماری روانی شوند فشارهای وارد بر خانواده دو چندان می شود (ویل<sup>۱</sup>، ۲۰۰۲). والدینی که در این جلسات شرکت

می کنند نسبت به والدین گروه کنترل که هیچ گونه مداخله ای دریافت نمی کنند، علاوه بر کسب اطلاعات در مورد اسکیزوفرنیا، راهکارهای سودمندی از قبیل جلب مشارکت والدین در برنامه ی درمان و بازتوانی (جلسه ی چهارم) آموزش مهارت حل مساله (جلسه ی پنجم) آشنایی با اهمیت موضوع مقابله با فشار روانی (جلسه ی ششم) آموزش مهارت های ارتباطی (جلسه ی هفتم) اداره و کنترل رفتار آشفته ی بیمار (جلسه ی هشتم) و اطلاع از مراکز کمک رسانی و مقابله با بحران ها در ارتباط با نحوه کنار آمدن با بیماری فرزند خویش را می آموزند و همین امر می تواند منجر به کاهش احساس داغ یا ننگ بیماری و بهبود روابط خانواده و در نتیجه کاهش میزان بار یا فشار روانی ناشی از مراقبت از بیمار گردد.

در دهه های ۱۹۴۰ و ۱۹۵۰ میلادی، خانواده درمانی با «مورد های بالینی نومیدکننده» آغاز شد؛ یعنی همان زمانی که این اختلال را ناشی از روابط دو سویه و بن بست مضاعف مادر- کودک تلقی می کردند و اصطلاح «مادران اسکیزوفرنی زا» را در ارتباط با مادرانی به کار می بردند که از «رشد خود» کودک خویش ممانعت می کنند. پژوهش ها نشان می دهد که خانواده، در بازگشت علایم بیماری موثر است و محیط های تنش زای خانواده که هیجان بالایی نسبت به بیمار خویش بروز می دهند، موجب عود علایم بیمار می شوند (فالون، ۲۰۰۳) و مشکلات روانی در یک عضو از خانواده تهدیدی برای کل نظام خانواده محسوب شده و خانواده را با غم و رنج زیادی همراه می سازد (برادی<sup>۱</sup>، ۲۰۰۴)؛ با این حال، افزایش توانایی خانواده در مدیریت فشار روانی ناشی از بیماری فرزند می تواند، کمک شایانی به کاهش فشارهای روانی ناشی از بیماری نماید.

مطالعات گوناگون، نشان داده است که مداخله های درمانی خانواده، میزان عود و بستری شدن های مکرر بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا را کاهش می دهد. اهمیت این مداخله ها زمانی بیشتر آشکار می شود که بدانیم ۳۰ تا ۶۰ درصد این بیماران با خانواده های خود زندگی می کنند و درصد قابل توجهی از آنان، رابطه ی خود را با اعضای خانواده، خود، ادامه می دهند (موزر، ۲۰۰۴). بنابراین هرچند خانواده های دارای عضو مبتلا به اسکیزوفرنیا، شیوع مشکلات سلامتی را دو برابر جمعیت عادی گزارش می کنند (اولدریج و هیوز<sup>۲</sup>، ۱۹۹۲) و آموزش روانی خانواده، می تواند سلامت عمومی خانواده ها را بهبود بخشد (اتکینسون و کویا، ۱۹۹۵؛ کاکو- یوریزر و گوتیز- مالدونادو، ۲۰۰۶؛ چن و ونگ، ۲۰۰۷؛ کوپرز<sup>۳</sup>، ۱۹۹۹؛ واینبرگ و هاکسلی<sup>۴</sup>، ۲۰۰۰؛ برگلوند و همکاران،

۲۰۰۳؛ چنگ و جان، ۲۰۰۵؛ چن و همکاران، ۲۰۰۶؛ گراو و همکاران، ۲۰۰۶؛ یاماگوچی و همکاران، ۲۰۰۶؛ چن و ونگ، ۲۰۰۷؛ نصر و کوثر، ۲۰۰۹ و آنها را با شرایط فرزندان خود سازگارتر سازد.

## References

- Atkinson, J. M., & Coia, D. A. (1995). Families coping with schizophrenia: A practitioner's guide to family groups. New York: John Wiley & Sons.
- Barlow, D. H., & Durand, V. M. (2007). Abnormal Psychology an integrative approach (5<sup>th</sup> Ed.), USA: Wadsworth.
- Berglund, N., Olof Vahlne, J., & Edman, A. (2003). Family intervention for schizophrenia : Impact on family burden and attitude. *Social Psychiatry & Psychiatry Epidemiology*, 38, 116-121.
- Brady, N. (2004). A portrait of families with a member Labeled schizophrenia. (Unpublished doctoral dissertation, Case Western Reserve University , Cleveland, Ohio).
- Breitborde, N. J. K., Woods, S. W., & Srihary, V. H. (2009). Multi family Psychoeducation for First-Episode psychosis: A cost-effectiveness analysis. *Psychiatric Services*, 60, 1477-1483.
- Caqueo-Urizar, A., & Gutierrez-Maldonado, J. (2006). Burden of care in families of patients with schizophrenia. *Quality of Life Research*, 15, 719-724.
- Cheng, L. Y., & Chan, S. (2005). Psychoeducation program for Chinese family carers of members with schizophrenia. *Western Journal of Nursing Research. Beverly Hills*, 27, 583.
- Chien, W. T., & Wong, K. F. (2007). A family psychoeducation group program for Chinese people with schizophrenia in Hong Kong. *Psychiatric Services*, 58, 1003-1006.
- Chien, W. T., Chan, S. W. C., & Thompson, D. R. (2006). Effects of a mutual support group for families of Chinese people with schizophrenia: 18-month follow-up. *British Journal of Psychiatry*, 189, 41-49.
- Cuipers, P. (1999). The effect of family intervention on relatives burden: A meta-analysis. *Journal of Mental Health*, 8, 275-285.
- Dyck, D. G., Hendryx, M. S., Short, R. A., Voss, W. D., & McFarlane, W. R. (2002). Service use among patients with schizophrenia in psychoeducational multiple-family group treatment. *Psychiatric Services*, 53, 749-754.
- Fallon, I. R. H. (2003). Family interventions for mental disorders: Efficacy and effectiveness. *World Psychiatry*, 2, 20-28.
- Faloon, I. R. H., & Booker, E. (1992). A critical reevaluation of social and family interventions in schizophrenia. *Schizophrenia monitor*, 2, 1-4.

- Friedrich, R. M., Lively, S., & Buck Walter, K. C. (1999). Well siblings living with schizophrenia. Implication associated behaviors. *Journal of Psychological Nursing and Mental health*, 37, 11-19.
- Goldstein, M. (1995). Psychoeducation and relapse prevention. *International Clinical Psychopharmacology*, 9, 59-69.
- Grawe, R. W., Falloon, I. R., Widen, J. H., & Skogvoll, E. (2006). Two years of continued early treatment for recent onset schizophrenia: A randomized controlled study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 114, 328-336.
- Hansell, J., & Damour, L. (2005). *Abnormal Psychology*. New York: John Wiley & Sons.
- Houman, H. A. (1998). Standardization of General Health Questionnaire. (Unpublished Research report, Tarbiyat Moallem University). (Persian).
- Jewell, T. C., Downing, D., & McFarlane, W. R. (2009). Partnering with families: Multiple family group psychoeducation. *Journal of Clinical psychology*, 65, 868.
- Lefley, H. P. (2009). *Family psychoeducation for serious mental illness*. USA: Oxford University press.
- Liz., & Arthur, D. (2005). Family education for people with schizophrenia. *British Journal of Psychiatry* 187, 339-345.
- Mueser, K. T. (2004). *Family services for mental health illness*. Dartmouth Psychiatric Research Center.
- Nasr, T., & Kausar, R. (2009). Psychoeducation and the family burden in schizophrenia: A randomized controlled trial. *Annual of General Psychiatry*, 8, 17.
- Oldridge, M. L., & Hughes, L. C. (1992). Psychological wellbeing in families with a member suffering from schizophrenia. An Investigation into long-standing problems. *The British Journal of Psychiatry*, 33, 249-251.
- Parker, B. (1993). Living with mental illness: The family as caregiver. *Journal of Psychosocial Nursing*, 15, 69-77.
- Reid, J., Lloyd, C., & De Groot, L. (2005). The psychoeducation need of parents who have an adult son or daughter with a mental illness. *Australian e-Journal for The Advancement of Mental Health*, 4, 15-21.
- Rummel-Kluge, C., & Kissling, W. (2008). Psychoeducation in schizophrenia: New developments and approaches in the field. *Current Option in Psychiatry*, 21, 168.
- Solomon, P., & Drain, J., Mannion, E., & Meisel, M. (1996). Impact of brief family psychoeducation on self-efficacy. *Schizophrenia Bulletin*, 22, 41-50.

- Weinberg, A., & Huxley, P. (2000). An evaluation of the impact of voluntary sector family support workers on the quality of life of carers of schizophrenia sufferers. *Journal of Mental Health, 9*, 495-503.
- Will, M. (2002). *Family education: A guide for developing a program. in: schizophrenia, a new guide for clinicians*. Edited by: John G. Csernasky. Marcel Decker, INC.
- Yamaguchi, H., Takahashi, A., Takano, A., & Kojima, T. (2006). Direct effects of short-term psychoeducational intervention for relatives of patients with schizophrenia in Japan. *Psychiatry and Clinical Neurosciences, 60*, 590-597.
- Yang, Y. K., Hsieh, H. H., Wu, A. C., Yeh, T. L., & Chen, C. C. (1999). Help-seeking behaviors in relatives of schizophrenics in Taiwan. *General Hospital Psychiatry, 21*, 303-309.