

## اثربخشی مداخلات آموزشی روانی گروهی بر ارتقای کیفیت زندگی و کیفیت روابط در خانواده بیماران مبتلا به اختلالات دوقطبی

امیرحسین مجرد کاهانی<sup>۱</sup>، بهرامعلی قنبری هاشم آبادی<sup>۲</sup>، مرتضی مدرس غروی<sup>۳</sup>

### چکیده

**زمینه و هدف:** هدف این مطالعه بررسی اثربخشی مداخلات آموزشی روانی گروهی بر ارتقای کیفیت زندگی و کیفیت روابط در خانواده بیماران مبتلا به اختلالات دوقطبی بود.

**مواد و روش‌ها:** این پژوهش یک طرح نیمه‌آزمایشی با گروه شاهد و گمارش تصادفی بود. در این پژوهش، گروه آزمایشی را ۶ نفر و گروه شاهد را ۹ آزمودنی تشکیل دادند. کلیه شرکت کنندگان که اعضای خانواده بیماران مبتلا به اختلالات دوقطبی را تشکیل می‌دادند، پرسش‌نامه‌های کیفیت زندگی و کیفیت روابط Pires را تکمیل کردند. گروه آزمایش به مدت دوازده جلسه در جلسات مداخلات آموزشی روانی گروهی شرکت داشتند، ولی گروه شاهد در این مدت هیچ گونه مداخله‌ای دریافت نکردند. همچنین به منظور تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده شد.

**یافته‌ها:** افزایش معنی‌داری در میانگین نمره‌های کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی گروه آزمایش به وجود آمده، ولی در مورد میانگین نمره‌های تعارض و عمق روابط در دو گروه تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد.

**نتیجه‌گیری:** نتایج حاصل از پژوهش نشان می‌دهد که مداخلات آموزشی روانی گروهی می‌تواند کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی را بهبود بخشد، اما در مورد تعارض و عمق روابط چندان تأثیری ندارد.

**واژه‌های کلیدی:** مداخلات آموزشی روانی گروهی، کیفیت زندگی، کیفیت روابط، اختلالات دوقطبی.

### نوع مقاله: پژوهشی

پذیرش مقاله: ۹۱/۳/۲

دریافت مقاله: ۹۰/۱۰/۱۸

### مقدمه

آشفته‌گی‌های شدید می‌نماید (۲). خانواده بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی طی دوره درمانی حاد و دوران بهبودی، فشارهای زیادی را متحمل شده، کیفیت زندگی آنان افت می‌نماید و در مواردی افسردگی و اضطراب در آنان ایجاد می‌شود (۳). شواهد نشان می‌دهد که مراقبین خانوادگی، اطلاعات، منابع و حمایت‌های محدودی در دسترس دارند تا

اختلال دوقطبی از اختلالات شایع روان‌پزشکی می‌باشد. هر چند در مواردی ممکن است که بیمار فقط یک دوره بیماری را تجربه کند، اما در موارد زیادی عودهای مکرر دیده می‌شود (۱). این بیماری نه تنها برای بیمار ایجاد نگرانی و استرس می‌نماید، بلکه خانواده فرد را نیز دچار نگرانی و گاه

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران. (نویسنده مسؤول)  
Email: amirkahani@yahoo.com

۲- دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران.

۳- استادیار، گروه روان‌شناسی بالینی، مرکز تحقیقات روان‌پزشکی و علوم رفتاری، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

بیماری‌های روانی و جسمی را بر روی توانایی انجام فعالیت‌های روزانه انسانی سنجید (۱۱). بر اساس نظر سازمان بهداشت جهانی، کیفیت زندگی، درک افراد از موقعیت زندگی خود با توجه به فرهنگ، نظام ارزشی، اهداف، انتظارات، استانداردها و نگرانی‌های فرد است. این مفهوم گسترده سلامت، حالت روان شناختی، سطح استقلال، روابط اجتماعی، عقاید فردی و ارتباط فرد را با محیط در بر می‌گیرد. بر اساس این تعریف کیفیت زندگی، چند بعدی، ذهنی و شامل دو سطح مثبت و منفی است (۱۲). Lehman کیفیت زندگی را به منزله دیدگاه‌های بیماران در مورد این که "چه دارند، چگونه عمل می‌کنند و یا درباره شرایط زندگی چه احساسی دارند" (داشته‌ها، طرز عمل و احساسات مربوط به زندگی) تعریف کرده است. به طور خلاصه، کیفیت زندگی، احساس فرد از رفاه را در بر می‌گیرد و اغلب شامل وضعیت عملکردی و دسترسی به منابع و فرصت‌ها می‌شود (۱۳).

پژوهش‌های مختلفی تصدیق می‌کنند که مشارکت آگاهانه خانواده‌ها از خدمات بهداشت روانی پیش‌آگهی بیماری را بهبود بخشیده، توانایی سازگاری و نیز کیفیت زندگی فرد بیمار، خانواده و مراقبان را ارتقاء می‌دهد و با احتساب این که به طور متوسط در هر خانواده چندین نفر با این بیماران درگیر هستند، اهمیت مداخلات آموزش روانی خانواده معلوم می‌شود (۱۴، ۱۵). با توجه به آن چه گفته شد، به نظر می‌رسد که مراقبت از بیمار مبتلا به اختلال روانی مسؤولیتی است که فشار و استرس زیادی برای اعضای خانواده به همراه دارد که کیفیت زندگی را در این افراد کاهش می‌دهد. این احتمال وجود دارد که فشارها و استرس‌های خانوادگی می‌تواند خطر عود را نیز در بیمار افزایش دهد و از آن جا که مطالعاتی که تاکنون در زمینه تأثیر آموزش خانواده بر بیماران روانی شدید بیشتر مربوط به خانواده بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی بوده است و با توجه به تأثیر شناخته شده، آموزش روان شناختی خانواده بر سیر درمان اختلال دو قطبی از یک سو، اثربخشی مثبت این آموزش و کاهش فشار تحمیل شده بر خانواده و بهبود کیفیت زندگی خانواده‌های از سوی دیگر، بر خود لازم

به وسیله آن بتوانند خود را برای ایفای چنین نقشی آماده کنند (۴). مراقبین خانوادگی در پاسخ به علائم و نشانه‌های اختلال روانی و مراقبت پیگیر و مستمر از بیمار روانی در خانه، علاوه بر گرفتار شدن در دام غم و اندوه، فقدان، داغ دیدگی، خشم و عصبانیت، یأس و ناامیدی، احساس شرم‌ساری و گناه، تنش‌ها و فشارهای ارتباطی زیادی را نیز تجربه و ابراز می‌کنند (۵).

تحقیقات موجود نشان می‌دهد که تنوع و شدت نقش‌های مراقبتی ممکن است منجر به مشکلات روانی در مراقبین خانوادگی بیمار شود (۶). اگر این افراد بدون درمان و مداخله رها شوند، سطح سلامت جسمانی و روانی‌شان به عنوان بیماران پنهان کاهش می‌یابد (۷). بار روانی تحمیلی ناشی از مراقبت یک بیمار روانی می‌تواند از کیفیت مراقبت ارایه شده کاسته، از سوی دیگر سلامت جسمانی و روانی مراقبان را نیز به مخاطره اندازد. از این رو، برخی مداخلات درمانی نظیر آموزش، حمایت و روان‌درمانی می‌تواند تأثیر چشمگیری در کاهش افسردگی، اضطراب، استرس و کاهش بار روانی مراقبین خانوادگی داشته باشد و تا از همین طریق زمینه را برای افزایش کیفیت مراقبت فراهم نموده، هم بتواند سطح سلامت جسمانی و روانی مراقبین را ارتقاء بخشد (۸). بنابراین خانواده‌ها 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 (۹). از جمله مهم‌ترین علل عود بیماری روانی قطع یا نامرتب مصرف دارو و آشفتگی و اختلال در روابط بین بیمار و خانواده می‌باشد که در آموزش روانی برای خانواده‌ها سعی بر این است که روابط بین خانواده و بیمار بهبود یافته، از آشفتگی‌ها کاسته شود (۱۰).

امروزه، توجه به کیفیت زندگی از مقوله‌های مورد توجه در مجامع بین‌المللی و پژوهشگران می‌باشد و سازمان جهانی بهداشت نیز به عنوان سازمان پیشگام در سال‌های اخیر توجه خاصی به توسعه ارزیابی و سنجش سلامتی فراسوی معیارهای سنتی سنجش سلامتی، همچون مورتابلیتی و موربیدیته داشته است تا بدین وسیله، بتوان قدرت اثرگذاری

بیمارستان، رضایت‌نامه کتبی اخذ گردید. به طور کلی با پنجاه و شش خانواده تماس تلفنی حاصل شد که از این تعداد هجده نفر حاضر به همکاری شدند. این هجده نفر به طور تصادفی به دو گروه آزمایش و شاهد تقسیم شدند و هنگامی که از گروه آزمایش دعوت شد که در جلسات حاضر شوند، شش نفر از آن‌ها حاضر به همکاری شدند.

شش نفری که برای گروه آزمایش دعوت شدند، پس از پیش‌آزمون، به مدت دوازده جلسه مداخلات روانی آموزشی گروهی را دریافت کردند و ۹ نفر گروه شاهد پس از پیش‌آزمون در این مدت هیچ گونه مداخله‌ای دریافت نمی‌کردند. گروه آزمایشی و شاهد در پیش‌آزمون در طی یک جلسه پرسش‌نامه مقیاس کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت و پرسش‌نامه کیفیت روابط Pires را تکمیل نمودند. پنج نفر از گروه آزمایش در تمام جلسات شرکت داشتند و یک نفر، در جلسات چهارم و هشتم حضور نداشت. پس از پایان مدت جلسات آموزشی، از هر دو گروه دوباره آزمون گرفته شد و سپس، بعد از تحلیل نتایج و معلوم شدن اثر بخش بودن این مداخلات در برخی زمینه‌ها برای گروه آموزشی، به لحاظ اخلاقی، از گروه شاهد دعوت شد تا در این جلسات شرکت نمایند. تمام شرکت‌کنندگان در این پژوهش جزء مراقبان بیماران مبتلا به اختلالات دوقطبی و تمام آن‌ها بین سنین بیست و پنج تا شصت سال سن داشتند و سابقه بیماری روان‌پزشکی و بستری شدن نیز نداشتند. جلسات این پژوهش شامل بحث گروهی در مورد نگرانی‌ها و دغدغه‌های مراقبان بیماران، بحث در مورد بیماری روانی و علل آن، بحث گروهی در مورد علائم و نشانه‌های بیماری اختلال دوقطبی و مرتبط ساختن آن با ملاک‌های تشخیصی این بیماری، بحث گروهی در مورد مهارت‌های گفتگو با بیمار، چگونگی برخورد با بیمار، اثر برچسب بر تجربه خانواده بیمار روانی، مهارت‌های ارتباطی، حل مسأله، مدیریت خشم و مدیریت استرس بود.

ابزارهای گردآوری داده‌ها شامل: (۱) پرسش‌نامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (WHOQOL-BREF) دارای ۲۶ پرسش است و ۴ بعد سلامت بدنی، سلامت روانی،

دیدیم تا مداخله آموزشی جهت خانواده بیماران دوقطبی بستری در بخش روان‌پزشکی را تدوین نماییم (۱۶). امید است که یافته‌های این مطالعه به روشن شدن اثر مداخلات آموزشی روانی در وضعیت کیفیت زندگی و کیفیت روابط خانواده‌های این بیماران کمک نماید.

### مواد و روش‌ها

طرح کلی پژوهش با توجه به اهداف آن از نوع نیمه‌آزمایشی بوده است که با گروه شاهد و گمارش تصادفی همراه با پیش‌آزمون و پس‌آزمون اجرا شد. جامعه آماری این پژوهش، شامل یکی از افراد خانواده بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی بود که بیمارشان، آخرین بار در بیمارستان روان‌پزشکی ابن‌سینای مشهد بستری شده بود. منظور از خانواده بیمار، پدر، مادر، همسر و یا خواهر و برادری است که با بیمار رابطه نزدیکی داشتند و مراقب اصلی او بوده است و نیز داوطلب شرکت در جلسات آموزشی روانی گروهی بودند. روش نمونه‌گیری در این پژوهش از نوع در دسترس می‌باشد و حجم نمونه در این پژوهش برای گروه آزمایشی ۶ نفر و برای گروه شاهد نیز ۹ نفر بود. ابتدا به روان‌شناسان هر بخش بیمارستان روان‌پزشکی ابن‌سینا در مورد طرح پژوهش شامل تعداد جلسات، محل برگزاری، طول مدت هر جلسه و مسایلی که در جلسات مطرح می‌شود، توضیحات کامل داده شد و سپس برگه‌های تبلیغاتی در بخش‌های مختلف بیمارستان به خصوص بخش‌های بستری بیماران نصب شد و نیز تعدادی به روان‌شناسان هر بخش داده شد تا در زمان‌های ملاقات در اختیار خانواده‌ها قرار دهند. سپس لیست ثبت‌نامی خانواده‌ها که شامل مشخصات بیمار، نسبت با بیمار، سن، جنس، میزان تحصیلات و آدرس و شماره تلفن بود از روان‌شناسان بخش‌ها اخذ شد و نیز کسانی که با شماره تلفن درج شده در برگه‌های تبلیغاتی تماس گرفته بودند، تماس حاصل شد و درباره طرح پژوهش (شامل تعداد جلسات، محل برگزاری، طول مدت هر جلسه و مسایلی که در جلسات مطرح می‌شود) توضیحاتی ارائه شد و پس از جلب رضایت کامل آن‌ها و حضور در

پرسش‌نامه اولین بار در ایران توسط ابراهیمی در سال ۱۳۷۱ ترجمه و ضریب پایایی Cronbach's alpha ۰/۷۳ برای آن گزارش شده است (۱۹).

برای تجزیه و تحلیل داده‌های به دست آمده از نرم‌افزار آماری SPSS۱۶ استفاده شد. در محاسبات آماری از روش‌های آماری توصیفی و تحلیلی استفاده شد. برای مقایسه نتایج نمرات در پیش‌آزمون و پس‌آزمون از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده شد.

### یافته‌ها

در ضمن جداول ۱ تا ۳ به مرور ویژگی‌های جمعیت‌شناختی گروه آزمایش و شاهد پرداخته می‌شود. همان‌طور که از این جداول استنباط می‌شود، تعداد شرکت‌کنندگان زن ۴۶ درصد و تعداد شرکت‌کنندگان مرد ۵۴ درصد کل شرکت‌کنندگان را تشکیل می‌دهند. یافته‌ها نشان می‌دهد که ۲۰ درصد از مراقبین همسران، ۶۶ درصد والدین، ۱۴ درصد خواهر یا برادر آنان بودند و در زمینه تحصیلات مراقبین، ۲۰ درصد ابتدایی، ۴۰ درصد راهنمایی، ۲۶ درصد دیپلم و ۱۴ درصد لیسانس بودند.

سلامت اجتماعی و سلامت محیط را می‌سنجد (۱۷). هر یک از این ابعاد به ترتیب دارای، ۷، ۶، ۳ و ۸ پرسش می‌باشند. برای هر بعد نمره‌ای بین ۴ تا ۲۰ به دست می‌آید. نمره چهار نشانه بدترین و ۲۰ نشانه بهترین وضعیت بعد مورد نظر است. پایایی این پرسش‌نامه با شاخص همبستگی درون خوشه‌ای در زمینه سلامت روانی، سلامت بدنی، روابط اجتماعی و سلامت محیط به ترتیب برابر با ۰/۷۷، ۰/۷۷، ۰/۷۵ و ۰/۸۴ به دست آمده است. شاخص همسانی سازگاری درونی بین چهار زمینه یاد شده در بالا در گروه بیماران ۰/۷۷ گزارش شده است (۱۷).

۲ پرسش‌نامه کیفیت روابط (Quality of relation inventory یا QRI): این پرسش‌نامه یک ابزار خودسنجی است که توسط Pires و همکاران در سال ۱۹۹۱ ساخته شد تا حمایت‌های دریافتی از روابط با افراد مهم زندگی را ارزیابی کند. پرسش‌نامه کیفیت روابط دارای ۲۹ سؤال است که شامل سه خرده‌مقیاس حمایت اجتماعی، اهمیت و عمق روابط و تعارض‌های بین فردی است. ضریب Cronbach's alpha برای زیرمقیاس حمایت اجتماعی، عمق روابط و روابط تعارضی به ترتیب ۰/۸۳، ۰/۸۸ و ۰/۸۶ گزارش شد (۱۸). این

جدول ۱. فراوانی سن گروه آزمایشی و شاهد به تفکیک جنسیت

سن گروه	۲۰-۳۰		۳۰-۴۰		۴۰-۵۰		۵۰-۶۰		کل
	گروه ۱	گروه ۲	گروه ۱	گروه ۲	گروه ۱	گروه ۲	گروه ۱	گروه ۲	
زن	۰	۰	۲	۲	۱	۲	-	-	۷
مرد	۱	۱	-	۲	۱	۲	۱	-	۸
کل	۱	۱	۲	۴	۲	۴	۱	۰	۱۵

جدول ۲. فراوانی نسبت مراقبان با بیمار در گروه آزمایش و شاهد

گروه	نسبت	همسر	پدر	مادر	خواهر/ برادر	کل
گروه آزمایشی	۲	۲	۲	۱	۱	۶
گروه شاهد	۱	۱	۴	۳	۱	۹
کل	۳	۳	۶	۴	۲	۱۵

جدول ۳. میزان تحصیلات گروه آزمایشی و شاهد

گروه	تحصیلات	ابتدایی	راهنمایی	دیپلم	لیسانس	کل
گروه آزمایشی		۱	۳	۲	-	۶
گروه شاهد		۲	۳	۲	۲	۹
کل		۳	۶	۴	۲	۱۵

جدول ۴. مقایسه میانگین‌های کیفیت زندگی دو گروه آزمایشی و شاهد

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری
کوواریانس (پیش‌آزمون)	۳/۸۴۳	۱	۳/۸۴۳	۷۱/۹۵	۰/۰۰۱
بین گروهی	۱/۵۹۷	۱	۱/۵۹۷	۲۹/۸۹	۰/۰۰۱
درون گروهی	۰/۶۴۱	۱۲	۰/۵۳		
کل	۳۲/۴۹۹	۱۵			

جدول ۵. مقایسه میانگین‌های حمایت اجتماعی دو گروه آزمایشی و شاهد

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری
کوواریانس (پیش‌آزمون)	۱۳۰/۹۰۸	۱	۱۳۰/۹۰۸	۹۸/۶۴۰۰	۰/۰۰۱
بین گروهی	۸/۵۶۴	۱	۸/۵۶۴	۶/۴۵	۰/۰۲۶
درون گروهی	۱۵/۹۲۵	۱۲	۱/۳۲		
کل	۹۹۹/۰۰۰	۱۵			

دو گروه آزمایش و شاهد با هم مقایسه شدند که با توجه به نتایج به دست آمده از جدول ۶ ( $P < ۰/۸۲۱$ )، تفاوت بین گروه آزمایشی و شاهد معنی‌دار نمی‌باشد و می‌توان گفت که مداخلات آموزشی روانی گروهی چندان تأثیری بر عمق روابط در مراقبین بیماران بستری مبتلا به اختلالات دوقطبی ندارد. در نهایت با قرار دادن نمرات پیش‌آزمون تعارض در روابط به عنوان کوواریانس، پس‌آزمون دو گروه آزمایش و شاهد با هم مقایسه شدند که با توجه به نتایج به دست آمده از جدول ۷ ( $P < ۰/۶۹۴$ )، تفاوت بین گروه آزمایشی و شاهد معنی‌دار نمی‌باشد و می‌توان گفت که مداخلات آموزشی روانی گروهی چندان تأثیری بر تعارض در روابط در مراقبین بیماران بستری مبتلا به اختلالات دوقطبی ندارد. به طور کلی نتایج حاصل از آزمون تحلیل کوواریانس نشان داد که مداخلات آموزشی روانی گروهی می‌تواند به افزایش معنی‌دار کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی بیانجامد، ولی تفاوت معنی‌داری در عمق روابط و تعارض در روابط به وجود نیامد.

نمرات در پیش‌آزمون و پس از آزمون که با آزمون تحلیل کوواریانس انجام شد و در ضمن جداول ۴ تا ۷ گزارش شده است. با قرار دادن نمرات پیش‌آزمون کیفیت زندگی به عنوان کوواریانس، پس‌آزمون دو گروه با هم مقایسه شدند و با توجه به نتایج به دست آمده از جدول ۴ ( $P < ۰/۰۰۱$ )، تفاوت بین گروه آزمایشی و شاهد معنی‌دار می‌باشد و می‌توان گفت که مداخلات آموزشی روانی گروهی می‌تواند کیفیت زندگی مراقبان بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی را بهبود بخشد. بعد با قرار دادن نمرات پیش‌آزمون حمایت اجتماعی به عنوان کوواریانس، پس‌آزمون دو گروه آزمایش و شاهد با هم مقایسه شدند که با توجه به نتایج به دست آمده از جدول ۵ ( $P < ۰/۰۲۶$ ) تفاوت بین گروه آزمایشی و شاهد معنی‌دار می‌باشد و می‌توان گفت که مداخلات آموزشی روانی گروهی می‌تواند از به بهبود حمایت اجتماعی مراقبان بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی بیانجامد. با قرار دادن نمرات پیش‌آزمون عمق روابط به عنوان کوواریانس و استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس، پس‌آزمون

جدول ۶. مقایسه میانگین‌های عمق روابط دو گروه آزمایشی و شاهد

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری
کوارینانس (پیش‌آزمون)	۱۷۴/۳۲۶	۱	۱۷۴/۳۲۶	۹۰/۰۵۴	۰/۰۰۱
بین گروهی	۰/۱۰۴	۱	۰/۱۰۴	۰/۰۵۴	*۰/۸۲۱
درون گروهی	۲۳/۲۳۰	۱۲	۱/۹۳۶		
کل	۱۷۴۰/۰۰۰	۱۵			

\*Non Significant

جدول ۷. مقایسه میانگین‌های تعارض در روابط دو گروه آزمایشی و شاهد

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری
کوارینانس (پیش‌آزمون)	۲۳۰/۴۳۶	۱	۲۳۰/۴۳۶	۱۱۵/۴۴۲	۰/۰۰۱
بین گروهی	۰/۳۲۳	۱	۰/۳۲۳	۰/۱۶۲	*۰/۶۹۴
درون گروهی	۲۳/۹۵۳	۱۲	۱/۹۹۶		
کل	۶۹۹۶/۰۰۰	۱۵			

### بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف ارزیابی اثربخشی مداخلات آموزشی روانی گروهی بر ارتقای کیفیت زندگی و کیفیت روابط در خانواده بیماران مبتلا به اختلالات دوقطبی انجام شد. دیدگاه نظری غالب در این مورد، این است که مداخلات آموزشی روانی گروهی می‌تواند به بهبود کیفیت زندگی بیماران و خانواده‌های آن‌ها کمک کند (۲۰). در تحقیقات متعددی کارآمدی مداخلات مبتنی بر جامعه و پیگیری در منزل و نقش خدمات حمایتی، توان‌بخشی و مداخلات بالینی در ارتقای کیفیت زندگی بیماران تأیید شده است (۲۶-۲۱). یافته‌های پژوهش‌های انجام شده در ایران نیز به این نتایج نزدیک است (۲۹-۲۷، ۲۳).

پژوهش Cuipers نشان داد که، مداخلات خانوادگی می‌تواند آسایش و رفاه روانی، ارتباط بیمار با بستگان و علایم را بهبود بخشد (۳۰)، که این امر خود می‌تواند باعث بهبود کیفیت زندگی گردد، زیرا آسایش و رفاه روانی، ارتباط بیمار و بستگان و علایم جزء خرده مقیاس‌های کیفیت زندگی هستند (۳۱). پژوهش Dixon نیز که در آن ترکیبی از آموزش در مورد بیماری، حمایت خانواده، مداخله در بحران و مهارت‌های حل مسأله استفاده شده بود، نشان داد که این مداخلات می‌تواند اطلاعات، خودکارآمدی و رضایت از درمان را در این

افراد افزایش دهد. این پژوهش همچنین نشان داد که مداخلات خانوادگی می‌تواند رفاه روانی افراد خانواده را نیز بهبود بخشد و با توجه به این که رضایت از زندگی و رفاه روانی، مقیاس‌های کیفیت زندگی هستند، این گونه مداخلات می‌تواند به بهبود کیفیت زندگی بیانجامد. آموزش مهارت‌های ارتباطی می‌تواند در قسمت ارتباط/ حمایت اجتماعی، کنترل خشم در آسایش و رفاه روانی و سلامت جسمانی، حل مسأله در قسمت‌هایی مانند فعالیت‌های روزمره زندگی و وضعیت اقتصادی و مدیریت استرس در سطح رضایت، آسایش و رفاه روانی و در نهایت سلامت جسمانی تأثیرگذار باشد. با توجه به موارد بالا اگر این گونه مداخلات تداوم داشته باشند، می‌توانند کیفیت زندگی افراد مراقب را بهبود بخشند (۳۲).

نتایج تحلیل آزمون کوارینانس مربوط به ارتباط بین مراقب و بیمار با برخی پژوهش‌ها مغایر است که به آن‌ها اشاره می‌شود. پژوهش Cassidy و O Callagan مغایر با این یافته‌های پژوهش حاضر است. این پژوهش‌ها نشان دادند که افزایش اطلاعات مراقبان می‌تواند به بهبود ارتباط مراقب و بیمار بیانجامد (۳۳). پژوهش Magliano و همکاران نیز نشان داد که مداخلات آموزش روانی می‌تواند به بهبود ارتباط مراقب و بیمار کمک نماید (۳۴)، که با نتیجه پژوهش فوق مغایر می‌باشد. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که ارتباط بیمار و

از جمله محدودیت‌های اصلی این پژوهش می‌توان به کم بودن نمونه اشاره کرد که از دلایل آن شهرستانی بودن خانواده بیماران بستری و مرخص شدن برخی بیماران شهرستانی بستری در بیمارستان می‌باشد که مشکلات رفت و آمد را برای آنان ایجاد می‌کرد و به همین دلیل نمونه مورد مطالعه اندک می‌باشد.

با توجه به شیوع فراوان اختلالات خلقی و حجم بالای بیماران بستری، خانواده‌هایی که در این پژوهش شرکت نمودند، داوطلبانه بوده‌اند، یعنی با توجه به تبلیغاتی که در بیمارستان ابن‌سینای مشهد صورت گرفت، خانواده‌هایی که خود داوطلب شرکت در این تحقیق بودند، در این طرح شرکت نمودند. بنابراین این که خانواده‌ها تمایل به تغییر داشته باشند و درصد کمک برای خود و بیمارشان برآیند دلیلی بر این است که نیاز به انجام این مداخلات آموزشی روانی برای خانواده‌های بیماران شدید روان‌پزشکی یک نیاز اساسی می‌باشد، زیرا امروزه بیشتر بیماران با اختلال دوقطبی در منزل و در کنار اعضای خانواده خود زندگی می‌کنند. بنابراین شناسایی نیازهای اعضای خانواده مراقبت کننده از بیمار با اختلال دوقطبی به تیم بهداشت روان کمک می‌کند تا مداخلات مراقبتی مناسبی را برای کمک به اعضای خانواده به کار گیرند و در نتیجه آنان قادر خواهند بود تا بیمار را بهتر اداره کنند و از سویی سلامت اعضای خانواده کمتر دچار مخاطره شده، در ارتقای سلامت آنان نیز مؤثر خواهد بود.

#### سپاسگزاری

بدین وسیله از ریاست بیمارستان روان‌پزشکی ابن‌سینا و مرکز تحقیقات روان‌پزشکی و علوم رفتاری بیمارستان روان‌پزشکی ابن‌سینا مشهد که در انجام این پژوهش همکاری صمیمانه‌ای داشتند، تشکر می‌شود. در ضمن بیان می‌داریم که این پژوهش با منافع مالی نویسندگان، ارتباطی نداشته است.

خانواده یک مسیر دو طرفه است که هر طرف آن بر دیگری اثر می‌گذارد و این اعتقاد وجود دارد که بهبود ارتباط می‌تواند به بهبود کیفیت زندگی، کاهش میزان عود و مرگ افراد خانواده کمک کند (۳۵).

در بررسی کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی، بیشتر مسایل مثبت خانواده مانند امید به زندگی، لذت بخش بودن فعالیت‌ها، پاک و تمیز بودن محیط زندگی و حمایت شدن از طرف افراد خاص مورد بررسی قرار گرفته، بنابراین مسایل مثبت خانواده در ذهن فرد تداعی می‌شود، ولی در خرده مقیاس‌های تعارض و عمق روابط، مسایل و مشکلات حضور بیمار روانی برای فرد تداعی می‌شود. از این رو شاید بتوان گفت که مداخلات آموزشی روانی در بهبود کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی (بر خلاف تعارض و عمق روابط در خانواده) به طور معنی‌داری مؤثر می‌باشد. همچنین شاید یکی دیگر از دلایل عدم معنی‌داری نتایج آزمون تعارض و عمق روابط، این می‌تواند باشد که در جلسات آموزشی روانی گروهی همه مهارت‌ها می‌تواند در گروه‌های چند خانوادگی بدون وجود بیماران انجام شود، ولی در مورد مهارت‌های ارتباطی به نظر می‌رسد که بهتر است بیماران نیز در جلسات حضور داشته باشند، تا در حضور درمان‌گر تمرین نمایند و رفتارهایشان اصلاح شود.

کارآزمایی‌های بالینی کنترل شده تصادفی دیگر که بر روی مراقبان خانگی بیماران روانی در سایر کشورها از جمله هند، چین و ترکیه انجام شده تأیید می‌کنند که مداخله‌های آموزشی روانی ساختار یافته و مدون بسیار بهتر از مراقبت‌های سرپایی معمول هستند و این گونه نتیجه‌گیری کردند که برای اثبات اثرات مثبت این مداخله‌ها، اول این که مداخله‌های آموزش روانی بایستی مداخله‌های مستمر و مداوم باشند و دوم این که نتایج و پیامدهای آن‌ها بایستی به صورت مستمر مورد ارزیابی قرار گیرد (۳۶-۴۰).

## References

1. Rea MM, Tompson MC, Miklowitz DJ, Goldstein MJ, Hwang S, Mintz J. Family-focused treatment versus individual treatment for bipolar disorder: results of a randomized clinical trial. *J Consult Clin Psychol* 2003; 71(3): 482-92.
2. Rouget BW, Aubry JM. Efficacy of psychoeducational approaches on bipolar disorders: a review of the literature. *J Affect Disord* 2007; 98(1-2): 11-27.
3. Xiang M, Ran M, Li S. A controlled evaluation of psychoeducational family intervention in a rural Chinese community. *Br J Psychiatry* 1994; 165(4): 544-8.
4. Hudson P, Quinn K, Kristjanson L, Thomas T, Braithwaite M, Fisher J, et al. Evaluation of a psycho-educational group programme for family caregivers in home-based palliative care. *Palliat Med* 2008; 22(3): 270-80.
5. Kristjanson LJ, Aoun S. Palliative care for families: remembering the hidden patients. *Can J Psychiatry* 2004; 49(6): 359-65.
6. Navidian A, Bahari F. Burden experienced by family caregivers of patients with mental disorders. *PJPR* 2008; 23(1-2): 19-28.
7. Goode KT, Haley WE, Roth DL, Ford GR. Predicting longitudinal changes in caregiver physical and mental health: a stress process model. *Health Psychol* 1998; 17(2): 190-8.
8. Riebschleger J, Scheid J, Luz C, Mickus M, Liszewski C, Eaton M. How are the experiences and needs of families of individuals with mental illness reflected in medical education guidelines? *Acad Psychiatry* 2008; 32(2): 119-26.
9. Veltman A, Cameron J, Stewart DE. The experience of providing care to relatives with chronic mental illness. *J Nerv Ment Dis* 2002; 190(2): 108-14.
10. Atkinson JM, Coia DA. Families coping with schizophrenia: a practitioner's guide to family groups. 1<sup>st</sup> ed. New York: John Wiley & Sons; 1995.
11. Kuehner C. Subjective quality of life: validity issues with depressed patients. *Acta Psychiatr Scand* 2002; 106(1): 62-70.
12. The Whoqol Group. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. *Soc Sci Med* 1998; 46(12): 1569-85.
13. Lehman AF. Measures of quality of life among persons with severe and persistent mental disorders. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1996; 31(2): 78-88.
14. McFarlane WR, Dixon L, Lukens E, Lucksted A. Family psychoeducation and schizophrenia: a review of the literature. *J Marital Fam Ther* 2003; 29(2): 223-45.
15. Landsverk SS, Kane CF. Antonovsky's sense of coherence: theoretical basis of psychoeducation in schizophrenia. *Issues Ment Health Nurs* 1998; 19(5): 419-31.
16. Lam DH. Psychosocial family intervention in schizophrenia: a review of empirical studies. *Psychol Med* 1991; 21(2): 423-41.
17. Nedjat S, Montazeri A, Holakouie K, Mohammad K, Majdzadeh R. Psychometric properties of the Iranian interview-administered version of the World Health Organization's Quality of Life Questionnaire (WHOQOL-BREF): a population-based study. *BMC Health Serv Res* 2008; 8: 61.
18. Pierce GR, Sarason IG, Sarason BR. General and relationship-based perceptions of social support: are two constructs better than one? *J Pers Soc Psychol* 1991; 61(6): 1028-39.
19. Ebrahimi A. The study of psychological aspects of adjustment with spinal cord trauma. [Thesis]. Tehran: Tehran Psychiatric Institute, Tehran University of Medical Sciences; 1990. [In Persian].
20. Barrowclough C, Tarrrier N. Families of schizophrenic patients: cognitive behavioural intervention. 2<sup>nd</sup> ed. London: Nelson Thornes; 1992.
21. O'Donnell M, Parker G, Proberts M, Matthews R, Fisher D, Johnson B, et al. A study of client-focused case management and consumer advocacy: the Community and Consumer Service Project. *Aust N Z J Psychiatry* 1999; 33(5): 684-93.
22. Marks IM, Connolly J, Muijen M, Audini B, McNamee G, Lawrence RE. Home-based versus hospital-based care for people with serious mental illness. *Br J Psychiatry* 1994; 165(2): 179-94.
23. Bayanzadeh A, Karbalai noori A, Ashaieri H, Azordegan F. Quality of life of chronic schizophrenic patients. *Journal of Andeesheh Va Raftar* 1994; 4(13): 4-13. [In Persian].
24. Baker F, Jodrey D, Intagliata J. Social support and quality of life of community support clients. *Community Ment Health J* 1992; 28(5): 397-411.



25. Jinnett K, Alexander JA, Ullman E. Case management and quality of life: assessing treatment and outcomes for clients with chronic and persistent mental illness. *Health Serv Res* 2001; 36(1 Pt 1): 61-90.
26. Goldman HH, Skodol AE, Lave TR. Revising axis V for DSM-IV: a review of measures of social functioning. *Am J Psychiatry* 1992; 149(9): 1148-56.
27. Kazaeli M. The efficacy of group education of families of Patients with chronic paranoid schizophrenia on Patient adjustment and performance of everyday [Thesis]. Tehran: Tehran Psychiatric Institute, Iran University of Medical Sciences; 1993. [In Persian].
28. Deh Bozorgi Gh. The efficacy of teaching social skills in coping with chronic schizophrenia in Iranian [Thesis]. Tehran: Tehran Psychiatric Institute, Iran University of Medical Sciences; 1993. [In Persian].
29. Malakouti SK, Noorozi M. The efficacy of follow-up treatment team in the clinical course of chronic psychiatric patients. *Journal of Andeesheh Va Raftar* 1994; 2(1-2). [In Persian].
30. Cuijpers P. The effects of family interventions on relatives' burden: A meta-analysis. *Journal of Mental Health* 1999; 8(3): 275-85.
31. Gutierrez-Maldonado J, Caqueo-Urizar A, Kavanagh DJ. Burden of care and general health in families of patients with schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2005; 40(11): 899-904.
32. Dixon L. Providing services to families of persons with schizophrenia: present and future. *J Ment Health Policy Econ* 1999; 2(1): 3-8.
33. Cassidy E, Hill S, O'Callaghan E. Efficacy of a psychoeducational intervention in improving relatives' knowledge about schizophrenia and reducing rehospitalisation. *Eur Psychiatry* 2001; 16(8): 446-50.
34. Magliano L, Fiorillo A, Fadden G, Gair F, Economou M, Kallert T, et al. Effectiveness of a psychoeducational intervention for families of patients with schizophrenia: preliminary results of a study funded by the European Commission. *World Psychiatry* 2005; 4(1): 45-9.
35. Kadis LB, McClendon R. Concise guide to marital and family therapy. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1998.
36. Awad AG, Voruganti LN. The burden of schizophrenia on caregivers: a review. *Pharmacoeconomics* 2008; 26(2): 149-62.
37. Sorensen S, Pinquart M, Duberstein P. How effective are interventions with caregivers? An updated meta-analysis. *Gerontologist* 2002; 42(3): 356-72.
38. Chien WT, Thompson DR, Norman I. Evaluation of a peer-led mutual support group for Chinese families of people with schizophrenia. *Am J Community Psychol* 2008; 42(1-2): 122-34.
39. Kulhara P, Chakrabarti S, Avasthi A, Sharma A, Sharma S. Psychoeducational intervention for caregivers of Indian patients with schizophrenia: a randomised-controlled trial. *Acta Psychiatr Scand* 2009; 119(6): 472-83.
40. Karanci AN. Caregivers of Turkish schizophrenic patients: causal attributions, burdens and attitudes to help from the health professionals. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1995; 30(6): 261-8.

## The efficacy of group psycho educational interventions in promoting quality of life and quality of relationships on family of patients with bipolar disorders

Amir Hossein Mojarrad Kahani<sup>1</sup>, Bahram Ali Ghanbari Hashem Abadi<sup>2</sup>,  
Morteza Modares Gharavi<sup>3</sup>

### Abstract

**Aim and Background:** This study aimed to assess the efficacy of psychoeducational group interventions in promoting quality of life and quality of relations in families of patients with bipolar disorder.

**Methods and Materials:** This was a semi-experimental study with control group and random assignment. In this study, the experimental and control groups composed of 6 and 9 subjects, respectively. All participants were family members of patients with bipolar disorders who completed the World Health Organization's quality of life questionnaire and quality of relationship inventory. While the experimental group attended 12 sessions of psychoeducational group interventions, the control group received no intervention. Analysis of covariance was used for statistical analyses.

**Findings:** The results of data analyses demonstrated significant increases in mean scores of quality of life and social support in the experimental group. However, the mean scores of conflict and depth of the relationship did not differ significantly between the two groups.

**Conclusions:** These findings indicated that psychoeducational group interventions can promote quality of life and social support, but have little impact on conflict and depth of relationships.

**Keywords:** Group psycho educational interventions, Quality of life, Quality of relationship, Bipolar disorders.

**Type of article:** Original

Received: 08.01.2012

Accepted: 22.05.2012

1. MSc Student, Department of Clinical Psychology, School of Educational Sciences and Psychology, Ferdowsi University, Mashhad, Iran. (Corresponding Author) Email: amirkahani@yahoo.com

2. Associated Professor, School of Educational Sciences and Psychology, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran.

3. Assistant Professor, Department of Clinical Psychology, Psychiatry and Behavioral Sciences Research Center, School of Medicine, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.