

فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی

سال سیزدهم شماره ۵۲ زمستان ۱۳۹۷

طراحی بسته آموزشی خانواده محور و تعیین اثربخشی آن بر بهزیستی روان شناختی خانواده های دارای بیمار روانی مزمن

زهرا رستم اوغلی^۱

محمد نریمانی^۲

چکیده

هدف مطالعه طراحی بسته آموزشی خانواده محور و بررسی اثر بخشی آن بر بهزیستی روان شناختی خانواده‌های بیماران روانی مزمن بوده است. برای دسترسی به این هدف از روش‌های اسنادی و آزمایشی و از طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون چند گروهی استفاده شد. جامعه آماری این پژوهش شامل ۴۵ نفر از مراقبان (همسر یا شوهر) بیمار روانی مزمن بودند که مبتلا به اسکیزوفرنیا بودند و تحت پوشش اداره کل بهزیستی اردبیل در سال ۱۳۹۶ قرار داشتند. روش نمونه‌گیری بدین صورت بود که هر ۴۵ نفر از گروه جامعه آماری به سه گروه ۱۵ نفره به صورت کاملاً تصادفی گمارده شدند و در مرحله بعد اقدام به اجرای پیش‌آزمون شد ۱۵ نفر از مراقبان بیماران روانی مزمن به مدت ۱۰ جلسه در طول دو ماه و نیم هر هفته یک جلسه و هر جلسه ۹۰ دقیقه با بسته آموزشی خانواده محور آموزش دیدند و ۱۵ نفر دیگر از خانواده‌های دارای بیماران روانی مزمن در جلسات حضور پیدا کرده اما آموزشی دریافت نکردند و ۱۵ نفر دیگر به عنوان گروه کنترل در نظر گرفته شدند. در مرحله بعد از اعمال متغیر مستقل پس از آزمون اجرا شد. به منظور جمع‌آوری اطلاعات از پرسش‌نامه بهزیستی روان شناختی ریف و بسته آموزشی خانواده محور استفاده شد. از آزمون‌های آماری آنکوا و از آزمون تعقیبی توکی به کمک نرم‌افزار spss 22 استفاده شد. نتایج نشان داد میانگین نمرات گروه آزمایش از دو گروه دیگر در آزمون بهزیستی روانشناختی به صورت معنی‌داری بالاتر می‌باشد پس

۱- دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی-دانشگاه آزاد اسلامی واحد اردبیل

۲- استاد ممتاز گروه روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی (نویسنده مسئول)

می‌توان نتیجه گرفت برای پیشگیری از ابتلا مراقبان بیماران روانی به ناراحتی‌های روانی و تأمین سلامت روانشناختی‌شان از آموزش‌های روانشناختی استفاده کرد.

واژگان کلیدی: آموزش خانواده محور؛ بیماران روانی مزمن؛ بهزیستی روانشناختی

مقدمه

در حال حاضر چهل میلیون نفر در سراسر جهان از اختلالات شدید روانی رنج می‌برند و بیش از ۹۰ درصد جمعیت کشورهای در حال رشد عملاً از هیچ گونه مراقبت بهداشت روانی بهره نمی‌برند. بیماری روانی به دلیل سیر از زمان بیماری غالباً با پدیده بستری شدن در بیمارستان، درمان ناکافی، ترخیص، عود بیماری و بستری مجدد همراه است و در پی آن مهارت‌ها، توانایی‌ها و فرصت‌های بیماران محدود شده و مشکلات بین فردی در آنان به وجود می‌آید. هزینه‌های مستقیم و غیرمستقیم این بیماران نه تنها خانواده بلکه جامعه را نیز با فشار مالی چشمگیری روبه‌رو می‌نماید. بیماری‌های روانی، زیان‌های زیادی از جمله زیان‌های فرهنگی، عاطفی، سیاسی، اقتصادی، فردی، اجتماعی و خانوادگی بر جامعه وارد می‌کنند (شیخ‌الاسلامی، خلعتبری و قربان شیروودی، ۱۳۹۵). بنابراین توجه به این افراد و خانواده‌هایشان از اهمیت بسزایی برخوردار است.

وضعیت سلامت روانی و نیازهای مراقبان و سایر اعضای خانواده ممکن است به علت تمرکز بیش از حد بر نیازهای فرد بیمار، تحت‌الشعاع قرار گرفته و به حاشیه رانده شود (مگیانو و همکاران، ۲۰۰۶). نتایج پژوهش‌ها نشان دادند که بین اختلال در یک عضو خانواده و تشخیص بروز اختلال در عضو دیگر ارتباط معنی‌داری وجود دارد. تاثیر اختلالات روانی نه تنها در افراد مبتلا، بلکه در اطرافیان آنها از جمله اعضای اصلی خانواده و دیگر بستگان ممکن است علت و یا نتیجه مشکلات ارتباطی خانواده باشد. بنابراین کیفیت پشتیبانی و ارائه خدمات و آموزش به اعضای خانواده آسیب دیده در بهزیستی روان‌شناختی آنها اثرات مهمی دارد. سلامت روانی اعضای خانواده‌های دارای بیمار روانی مزمن، به‌عنوان مهم‌ترین پشتیبان فرد بیمار در طول دوره‌های بروز اختلال و به‌عنوان مراقب، لزوم ارائه

خدماتی مثل مهارت‌های مقابله با بیماری روانی را تأیید می‌کند. مراقبت از بیمار مبتلا به روان‌پریشی، مسئولیتی چندجانبه است. علی‌رغم متهم‌پنداری خانواده در اختلالات روانی و وجود پژوهش‌های گسترده که نشان می‌دهد مشکل بهداشت روانی در یک عضو خانواده، می‌تواند تهدیدی بر کل نظام خانواده به‌شمار آید و این که سطوح بالای هیجان ابراز شده در خانواده با مشکلات ارتباطی مرتبط است و میزان عود بیماری را پیش‌بینی می‌کند، خانواده می‌تواند نقش مهمی در نگهداری و درمان افراد مبتلا به روان‌پریشی داشته باشد (پریور، آبراهام، نیکولاس، چان، وان و لایمن و لاوستون^۱، ۲۰۱۶).

ویزمن، دوارت، کنرو و واسرمن^۲ (۲۰۰۶) در مطالعه خود پی بردند 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 و اضطراب و افسردگی پایین‌تری را گزارش می‌کنند. شواهد نشان می‌دهد که مراقبان خانوادگی، اطلاعات، منابع و حمایت‌های محدودی در دسترس دارند تا به‌وسیله آن بتوانند خود را برای ایفای چنین نقشی آماده کنند. مراقبان خانوادگی در پاسخ به علائم و نشانه‌های اختلال روانی و مراقبت‌پیگیر و مستمر از بیمار روانی در خانه، علاوه بر گرفتار شدن در دام غم و اندوه، فقدان، داغ‌دیدگی، خشم، عصبانیت، یاس و ناامیدی، احساس شرمساری و گناه، تنش‌ها و فشارهای ارتباطی زیادی را نیز تجربه و ابراز می‌کنند (کریست جانسون، اون^۳، ۲۰۰۴). کوریگان^۴ (۲۰۰۴) طی مطالعاتی نشان دادند که شرم از بیماری روانی از برجسته‌ترین موضوعات مربوط به درخواست کمک برای خانواده‌هایی است که یکی از اعضا با مشکلات روانی روبرو است و هم چنین مراقبان بیماران روانی مثل اسکیزوفرنی، نسبت به مراقبان بیماران جسمی، از حمایت و روابط اجتماعی کمتری برخوردارند (مگیانو و همکاران^۵، ۲۰۰۶).

برای ارتقای بهزیستی روان‌شناختی خانواده بیماران روانی و جسمانی مزمن روش‌های مختلفی وجود دارد به‌طوری که تمرکز بیشتر بر آموزش خانواده هاست به‌طوری که مطالعه

1- Prior, Abraham, Nicholas, Chan, Vanlymen, Lovestone
3- Kristjanson & Aoun

2- Weisman, Duarte, Koneru, Wasserman
4- Corrigan
5- Mghiano et al.

پهلوان‌زاده، نویدیان و یزدانی (۱۳۸۹) نشان می‌دهد آموزش روانی خانواده بر میزان افسردگی، اضطراب و استرس مراقبان خانوادگی بیماران روانی تأثیر دارد. مطالعه برنارد و همکاران^۱ (۲۰۱۲) نشان می‌دهد که آموزش روانی در بیماران دو قطبی و بستگان آنها دانش و اطلاعات بیماران و بستگان را در مورد بیماری ارتقا می‌دهد. در پیگیری یک ساله‌ای که انجام شد مشکلات روانی ناشی از مراقبت و ابراز هیجانی بالا در بستگان بیمار نیز کاهش یافته بود. نتیجه مطالعه مگیانو و همکاران (۲۰۰۶) نیز حاکی از آن است که ۴۰ درصد بیماران و ۴۵ درصد بستگان آنان بهبود قابل ملاحظه و چشمگیری را در روابط اجتماعی شان در طی انجام مداخله نشان داده‌اند. توزنده جانی (۱۳۸۹) در پژوهش خود نشان داد آموزش مهارت‌های زندگی در خانواده بیماران روانی موجب بالا رفتن سطح سازگاری، عزت نفس، سلامت عمومی و کاهش اختلالات روانی این افراد شد.

مطالعات مختلف نشان داده اند آموزش مهارت‌های زندگی موجب بهبود سلامت روانی، کاهش نشانه‌های بدنی، اضطراب، بی‌خوابی، اختلال عملکرد اجتماعی و افسردگی در خانواده بیماران روانی شده است. هم چنین آموزش مهارت‌های زندگی موجب کاهش نشانه‌های اضطراب، افزایش ابراز وجود، مشکلات اجتماعی، درونی، اضطراب، ارتقاء اعتماد بنفس و روابط با دیگران (مامی، کیخانی، امیریان و نیازی، ۱۳۹۵) می‌شود. ویچروسکی^۲ (۲۰۰۰) به نقل از پهلوان‌زاده، نویدیان و یزدانی، (۱۳۸۸) نشان داده است که آموزش مهارت‌های زندگی، موجب افزایش عزت‌نفس و انعطاف‌پذیری در مقابل تغییرات شده و نگرش‌های مثبت در جهت احساس خود کفایتی را ارتقا می‌بخشد. نتیجه پژوهش که توسط شیخ‌الاسلامی، خلعتبری و قربان شیروودی (۱۳۹۵) انجام شده است نشان می‌دهد که آموزش مهارت‌های مقابله با استرس با رویکرد روانی - آموزشی بر عملکرد خانواده و بهزیستی روانی مراقبت‌کنندگان بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی مؤثر است.

پژوهش کرملو، مظاهری و متقی‌پور (۱۳۸۹) که به‌منظور بررسی اثر بخشی مداخله آموزش روان‌شناختی خانواده بر کاهش ابراز هیجان در خانواده‌های بیماران مبتلا به اختلالات شدید روانپزشکی انجام شد گروه نمونه شامل خانواده‌های ۳۰ نفر از بیماران مبتلا به اختلالات

1- Bernhard et al.

2- Vychrosky

شدید روانپزشکی بودند که به صورت نمونه‌گیری در دسترس از دو بیمارستان در شهر تهران انتخاب، و با روش غیرتصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. نتایج به دست آمده نشان داد که آموزش روان‌شناختی خانواده کاهش معناداری را در مؤلفه نظرات انتقادی ایجاد کرده است، اما مؤلفه درگیری عاطفی شدید تغییر معناداری را نشان نداده است. شکرانه و احمدی (۱۳۸۸) در پژوهش خود با عنوان «تأثیر آموزش شناختی به خانواده‌ها در پیشرفت درمان بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی» نشان دادند که آموزش شناختی به خانواده‌ها در پیشرفت درمان بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی مؤثر بوده است.

جنیا مک کلمان^۱ و همکاران (۲۰۱۷) در یک تحقیق با عنوان «مداخلات خانواده محور از طریق خدمات مراقبت‌های بهداشتی اولیه برای سلامتی و بهزیستی روانشناختی کودکان بومیان استرالیا، کانادا، نیوزیلند و ایالات متحده: یک مرور دقیق منظم» نشان دادند که هر چقدر خانواده‌ها زودتر به مراقبت‌های بهداشتی کودکان اقدام کنند در سلامتی و بهزیستی روانی طولانی مدت تأثیر دارد.

مطالعه برنارد و همکاران (۲۰۱۶) نشان می‌دهد که آموزش روانی در خانواده بیماران دو قطبی و بستگان آنها دانش و اطلاعات بیماران و بستگان را در مورد بیماری ارتقا می‌دهد. در پیگیری یک ساله‌ای که انجام شد مشکلات روانی ناشی از مراقبت و ابراز هیجانی بالا در بستگان بیمار نیز کاهش یافته بود. چن، چان و تامپسون^۲ (۲۰۱۱) اثر بخشی آموزش روانی خانواده را در دو گروه از خانواده‌های بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیک بررسی کردند و نتیجه گرفتند که ارائه درمان‌های خانواده، فشار روانی بر مراقبان را کاهش و از عود علائم می‌کاهد و به نظر می‌رسد ارائه مداخله‌های خانواده، بار تجربه شده توسط مراقبان را کاهش می‌دهد. در پژوهشی که از سوی موری و فرانکو (۲۰۰۰) انجام شد آموزش به خانواده‌های بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی با تأکید بر رویکرد شناختی و اصلاح نگرش و باورهای آنها در خصوص این دسته از بیماران به میزان چشم‌گیری منجر به کاهش علائم بیماری و کاهش احتمال عود بیماری شد.

با توجه به سوابق پژوهشی فوق طراحی بسته آموزشی خانواده محور اولین هدف این

1- Janya McCalman

2- Chien, Chan, Thompson

مطالعه بوده است هم‌چنین سوال اصلی مطالعه حاضر این است که آیا اعمال بسته آموزشی خانواده محور بر بهزیستی روان شناختی خانواده های بیماران روانی مزمن تأثیر دارد؟

روش

با توجه به آنکه هدف پژوهش حاضر تهیه بسته آموزشی خانواده محور و تعیین اثربخشی آن بر بهزیستی روان شناختی خانواده‌های (همسر یا شوهر) دارای بیماران روانی مزمن (اسکیزوفرنیا) است از روش‌های اسنادی و آزمایشی و از طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون چند گروهی استفاده شد.

جامعه آماری

جامعه آماری این پژوهش شامل ۴۵ نفر از مراقبان (همسر یا شوهر) بیمار روانی مزمن که مبتلا به اسکیزوفرنیا هستند و تحت پوشش اداره کل بهزیستی اردبیل در سال ۱۳۹۶ هستند، می‌باشد.

نمونه و روش نمونه‌گیری

روش نمونه‌گیری بدین صورت بود که هر ۴۵ نفر از گروه جامعه آماری به سه گروه ۱۵ نفره به‌صورت کاملاً تصادفی گمارده شدند و در مرحله بعد اقدام به اجرای پیش‌آزمون شد ۱۵ نفر از مراقبان بیماران روانی مزمن به مدت ۱۰ جلسه در طول دو ماه و نیم هر هفته یک جلسه و هر جلسه ۹۰ دقیقه با بسته آموزشی خانواده محور آموزش دیدند و ۱۵ نفر دیگر از خانواده‌های دارای بیماران روانی مزمن در جلسات حضور پیدا کرده اما آموزشی ندیدند و ۱۵ نفر دیگر به‌عنوان گروه کنترل در نظر گرفته شدند. در مرحله بعد از اعمال متغیر مستقل پس‌آزمون اجرا شد.

به‌منظور جمع‌آوری اطلاعات از پرسش‌نامه بهزیستی روان‌شناختی و بسته آموزشی خانواده محور استفاده شد.

پرسشنامه بهزیستی روان شناختی: این پرسشنامه در سال ۱۹۸۹ توسط کارول ریف ساخته شده است. فرم کوتاه این پرسشنامه ۱۸ سؤال دارد و دارای ۶ خرده‌آزمون پذیرش خود،

رابطه مثبت با دیگران، خودمختاری، زندگی هدفمند، رشد شخصی و تسلط بر محیط است. آزمودنی‌ها در مقیاسی ۶ درجه‌ای (کاملاً مخالف تا کاملاً موافق) به سؤال‌ها پاسخ دادند. ده سوال مستقیم و ده سؤال به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. برای بررسی روایی ابزار و سنجش رابطه آن با سنججهایی که صفات شخصیتی را می‌سنجیدند و در ضمن شاخص بهزیستی روان‌شناختی نیز به‌شمار می‌رفتند، مانند مقیاس تعادل عاطفی برادبورن^۱، رضایت زندگی نیوگارتن^۲ و حرمت خود روزنبرگ^۳ استفاده شد. نتایج همبستگی آزمون ریف با هر یک از مقیاس‌های فوق قابل قبول بود. بنابراین ابزار فوق از نظر سازه‌ای روا محسوب شد. آلفای کرونباخ به‌دست آمده در مطالعه ریف برای پذیرش خود ۰/۹۳، ارتباط مثبت با دیگران ۰/۹۱، خودمختاری ۰/۸۶، تسلط بر محیط ۰/۹۰، هدفمندی در زندگی ۰/۹۰ و رشد شخصی ۰/۸۷ گزارش شده است. در ایران طی پژوهشی که با نمونه‌ای دانشجویی انجام شده است، همسانی درونی با بهره‌گیری از آلفای کرونباخ سنجیده شد. نتایج حاصل برای تسلط بر محیط ۰/۶۹، رشد شخصی ۰/۷۴، ارتباط مثبت با دیگران ۰/۶۵، هدفمندی در زندگی ۰/۷۳، پذیرش خود ۰/۶۵، خودمختاری ۰/۶۰ و نمره کلی ۰/۹۰ بود (ریف و همکاران، ۲۰۰۲). در این پژوهش ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۸۱ به‌دست آمد.

بسته آموزشی خانواده محور: این بسته آموزشی با توجه به سوابق پژوهشی داخلی و خارجی و با توجه به نیازهای روان‌شناختی و اجتماعی و روانپزشکی خانواده‌های دارای بیماران روانی مزمن تهیه شد. این بسته به صورت گروهی در ده جلسه توسط نگارنده طرح و در محل مرکز ویزیت در منزل بیماران روانی مزمن اعمال شد. نمونه‌ای از مهارت‌هایی که در این بسته به خانواده‌ها آموزش داده شد اشاره می‌شود: آموزش هوش هیجانی و هوش معنوی، هشت مهارت کنار آمدن با چالش‌های زندگی، و مدیریت تنظیم هیجان در طراحی بسته آموزشی استفاده شد.

روش اجرا: در این پژوهش پس از تصویب طرح تحقیقاتی در شورای پژوهشی دانشگاه و پس از اخذ مجوز از طرف اداره بهزیستی اردبیل بر روی نمونه مورد نظر پرسش‌نامه بهزیستی

1- Bradburn
3- Rosenberg

2- Neugarten

روان‌شناختی با رعایت اصول اخلاقی اجرا شد، بعد از اجرا روی ۴۵ نفر، ۱۵ نفر از مراقبان بیماران روانی مزمن به مدت ۱۰ جلسه در طول دو ماه و نیم هر هفته یک جلسه و هر جلسه ۹۰ دقیقه با بسته آموزشی خانواده محور آموزش دیدند و ۱۵ نفر دیگر از خانواده‌های دارای بیماران روانی مزمن در جلسات حضور پیدا کرده اما آموزشی ندیدند و ۱۵ نفر دیگر به عنوان گروه کنترل در نظر گرفته شدند. در مرحله بعد از اعمال متغیر مستقل پس‌آزمون اجرا شد.

به منظور توصیف و تفسیر داده‌های پژوهش از روش‌های آمار توصیفی برای تعیین شاخص‌های گرایش مرکزی و پراکندگی چون رسم جداول و آمار استنباطی برای آزمودن فرضیه‌ها و تحلیل داده‌ها استفاده شد. با توجه به اینکه محقق قصد داشت در این پژوهش متغیر مستقل را در سه سطح اعمال کند و در این بین اثرات ناشی از متغیر تصادفی پیش‌آزمون را محدود نموده یا از بین ببرد از آزمون‌های آماری آنکوا و به منظور مقایسه گروه‌های مورد نظر با یکدیگر از آزمون تعقیبی توکی به کمک نرم‌افزار spss 22 استفاده شد.

نتایج

نتایج مطالعه نشان داد که ۲۵ مورد از آزمودنی‌ها مبتلا به بیماری اسکیزوفرنی بوده و ۱۴ نفر نیز از اسکیزوافکتیو رنج می‌بردند در ضمن ۶ نفر نیز مبتلا به اختلال دو قطبی بودند. ۹ مورد از مراقبان مرد و ۳۶ مورد از مراقبان که در مطالعه شرکت کردند زن بودند. ۱۲ نفر از شرکت‌گندگان مجرد و ۳۳ مورد از آنها متأهل بودند. ۱۸ مورد از آزمودنی‌ها وضعیت اقتصادی متوسط و ۲۷ مورد نیز از وضعیت اقتصادی پایین برخوردار بودند.

همان طوری که در جدول (۱) ملاحظه می‌شود میانگین سه گروه مورد مطالعه در پیش‌آزمون تفاوت زیادی با هم ندارند اما میانگین گروه آزمایش در پس‌آزمون از ۷۰/۶ به نمره ۸۰ افزایش یافته است.

جدول (۱) میانگین و انحراف معیار بهزیستی روانشناختی سه گروه از آزمودنی‌ها در سه مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیر	وضعیت	گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار
بهزیستی روان‌شناختی	پیش‌آزمون	آزمایش	۱۵	۷۰/۶۰۰	۱۴/۳۵۶۶۸
		کنترل	۱۵	۶۹/۴۶۶۷	۱۲/۲۴۰۸۴
	پس‌آزمون	پلاسیبو	۱۵	۶۸/۹۳۳۳	۱۰/۴۶۴۰۰
		نمره کل	۴۵	۶۹/۶۶۶۷	۱۲/۱۸۹۷۹
بهزیستی روان‌شناختی	پیش‌آزمون	آزمایش	۱۵	۸۱/۰۶۶۷	۷/۹۰۵۳۹
		کنترل	۱۵	۶۶/۷۳۳۳	۱۰/۹۶۴۰۱
	پس‌آزمون	پلاسیبو	۱۵	۶۶/۶۶۶۷	۱۰/۸۸۰۳۰
		نمره کل	۴۵	۷۱/۴۸۸۹	۱۱/۹۴۶۱۳

جدول (۲) نتیجه آزمون لوین جهت بررسی همگنی خطای واریانس گروه‌ها

F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معنی‌داری
۰/۳۵۷	۴۲	۲	۰/۷۰۲

نتایج موجود در جدول (۲) نشان می‌دهد که خطای واریانس متغیر وابسته در میان سه گروه مورد مطالعه همگن بوده و تفاوت معنی‌دار با هم ندارند.

جدول (۳) نتایج مقایسه میانگین سه گروه مستقل با کنترل تأثیر اجرای پیش‌آزمون با استفاده از آزمون آماری آنکوا

منبع	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	معنی‌داری
پیش‌آزمون	۱۲۱۳/۴۲۰	۱	۱۲۱۳/۴۲۰	۳/۵۷۴	۰/۰۸۹
پس‌آزمون	۹۴۴/۳۱۷	۲	۹۴۴/۳۱۷	۱۲/۸۹۸	۰/۰۰۰
خطا	۷۳/۲۱۴	۴۱	۷۳/۲۱۴		
کل	۲۳۶۲۵۹/۰۰۰	۴۵			
کل اصلاح شده	۶۲۷۹/۲۴۴	۴۴			

(R Squared = ۰/۵۲۲ (Adjusted R Squared = ۰/۴۸۷)

همان‌طوری که جدول (۳) نشان می‌دهد با توجه به F به دست آمده تفاوت معنی‌داری بین‌پیش آزمون سه گروه مشاهده نمی‌شود اما F به دست آمده در پس‌آزمون یعنی $۱۲/۸۹۸$ معنی‌دار می‌باشد.

جدول (۴) مقایسه میانگین گروه‌ها به صورت دو به دو با استفاده از آزمون تعقیبی توکی

گروه	گروه	تفاوت میانگین	SE	سطح معنی‌داری
آزمایش	کنترل	۱۳/۸۴۴	۳,۱۲۷	۰/۰۰۰۱
	پلاسیبو	۱۳/۶۸۱	۳,۱۲۹	۰/۰۰۰۱
کنترل	آزمایش	-۱۳/۸۴۴	۳,۱۲۷	۰/۰۰۰۱
	پلاسیبو	-۰/۱۶۳	۳,۱۲۵	۰/۹۵۹
پلاسیبو	آزمایش	-۱۳/۶۸۱	۳,۱۲۹	۰/۰۰۰۱
	کنترل	-۰/۱۶۳	۳,۱۲۵	۰/۹۵۹

نتایج موجود در جدول (۴) نشان می‌دهد که گروه کنترل با گروه پلاسیبو تفاوت معنی‌داری ندارد اما میانگین نمره بهزیستی روانشناختی گروه آزمایش که در معرض متغیر مستقل قرار گرفته است در مقایسه با هر دو گروه کنترل و پلاسیبو بالاتر بوده و در سطح $۰/۰۵$ معنی‌دار است.

بحث و نتیجه‌گیری

اولین هدف مطالعه طراحی بسته آموزشی خانواده محور بود که با مرور سوابق پژوهشی در داخل و خارج از کشور بسته آموزشی طراحی شد. در طراحی این بسته از فنون مدیریت تنظیم هیجان و روش‌های آموزش هوش هیجانی و هوش معنوی و فنون کنار آمدن با چالش‌های زندگی استفاده شد. دومین هدف مطالعه بررسی اثر بخشی بسته آموزشی مذکور بر بهزیستی روان‌شناختی خانواده‌های بیماران روانی مزمن بوده است. نتایج مطالعه نشان داد میانگین نمرات بهزیستی روانشناختی در میان سه گروه معنی‌دار است و میانگین نمرات بهزیستی روانشناختی گروه کنترل با گروه پلاسیبو تفاوت معنی‌داری ندارد اما میانگین نمره بهزیستی روانشناختی گروه آزمایش که در معرض متغیر مستقل قرار گرفته است در مقایسه با هر دو گروه کنترل و پلاسیبو بالاتر بوده و در سطح $۰/۰۵$ معنی‌دار است. این یافته با نتایج

پژوهش‌های مختلف همخوانی دارد. به طوری که مطالعه پهلوان‌زاده، نویدیان و یزدانی (۱۳۸۹) نشان می‌دهد آموزش روانی خانواده بر میزان افسردگی، اضطراب و استرس مراقبان خانوادگی بیماران روانی تأثیر دارد. همچنین مطالعه برنارد و همکاران^۱ (۲۰۱۲) نشان داده بود که آموزش روانی در بیماران دو قطبی و بستگان آنها مشکلات روانی ناشی از مراقبت و ابراز هیجانی بالا در بستگان بیمار را کاهش می‌دهد. و نتیجه مطالعه مگیانو و همکاران (۲۰۰۶) نیز حاکی از آن است که ۴۵ درصد بستگان آنان بهبود قابل ملاحظه و چشمگیری را در روابط اجتماعی‌شان در طی انجام مداخله نشان داده‌اند. توزنده جانی (۱۳۸۹) نیز در پژوهش خود نشان داده بود که آموزش مهارت‌های زندگی در خانواده بیماران روانی موجب بالا رفتن عزت‌نفس، سلامت عمومی و کاهش اختلالات روانی این افراد شد.

مطالعات مختلف نشان داده‌اند آموزش مهارت‌های زندگی موجب بهبود سلامت روانی، کاهش نشانه‌های بدنی، اضطراب، بی‌خوابی، اختلال عملکرد اجتماعی و افسردگی در خانواده بیماران روانی شده است. به طوری که نتیجه پژوهشی که توسط شیخ الاسلامی، خلعتبری و قربان شیروودی (۱۳۹۵) انجام شده است نشان می‌دهد که آموزش مهارت‌های مقابله با استرس با رویکرد روانی-آموزشی بر بهزیستی روانی مراقبت‌کنندگان بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی مؤثر است.

نتیجه مطالعه چن، چان و تامپسون^۲ (۲۰۱۱) نیز نشان داد که آموزش روانی خانواده‌های بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیک فشار روانی بر مراقبان را کاهش و از عود علائم می‌کاهد و به نظر می‌رسد ارائه مداخله‌های خانواده، بار تجربه شده توسط مراقبان را کاهش می‌دهد. در تبیین اثربخشی این بسته آموزشی خانواده محور می‌توان از محتوای این بسته و فنونی که در آموزش مورد استفاده قرار گرفته است کمک گرفت از جمله فنونی که در این بسته استفاده شده است تن‌آرامی پیشرونده است که اثربخشی آن در کاهش استرس و اضطراب ثابت شده است. لازم به ذکر است که بهزیستی روانشناختی دارای مؤلفه‌های پذیرش خود و روابط مثبت با دیگران و زیرمقیاس خود مختاری و تسلط بر محیط و زندگی هدفمند و رشد فردی

1- Bernhard et al.

2- Chien, Chan, Thompson

است. بخشش از فنون آموزش هوش معنوی است که زندگی هدفمند را برای مراقبان بیماران روانی مزمن به ارمغان می‌آورد. وقتی در این بسته آموزشی فنون تنظیم هیجان به مراقبان آموزش داده شد بدیهی است نتیجه آن به ایجاد ارتباط مثبت با دیگران و تسلط بر محیط و نهایت به رشد فردی انسان منجر می‌شود. در این مطالعه سعی شد نوع بیماری کنترل شود اما شدت بیماری و مدت مراقبت از بیماران و تحصیلات مراقبان کنترل نشد. با توجه به نتایج مطالعه پیشنهاد می‌شود مسئولان سازمان بهزیستی از بسته آموزشی مورد استفاده در این مطالعه برای آموزش خانواده‌های تمام بیماران روانی که به نگهداری بیماران روانی مزمن در خانواده می‌پردازند اقدام نماید تا نتیجه آن تأمین بهزیستی روانشناختی خانواده‌های دارای بیماران روانی مزمن باشد.

تاریخ دریافت نسخه اولیه مقاله: ۱۳۹۷/۰۳/۱۵

تاریخ دریافت نسخه نهایی مقاله: ۱۳۹۷/۰۶/۲۰

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۷/۰۸/۲۵

منابع

- پهلوانزاده، سعید؛ نویدیان، علی و محمد یزدانی (۱۳۸۹). تأثیر آموزش روانی خانواده بر میزان افسردگی، اضطراب و استرس مراقبان خانوادگی بیماران روانی، فصلنامه علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، ۱۴(۳)، ۲۲۸-۲۳۶.
- توزنده جانی، حسن (۱۳۸۹). بررسی کارآمدی نسبی آموزش‌های خانواده و مهارت‌های زندگی بر نگهداری بیماران دچار عارضه روانی مزمن در خانواده، مجله دانشکده علوم پزشکی اصفهان، ۲۸، (۱۲۱)، ۱۵۹۷-۱۵۸۷.
- شیخ‌الاسلامی، فرزانه؛ خلعتبری، جواد و شهره قربان شیروودی (۱۳۹۵). اثر بخشی آموزش مهارت‌های مقابله با استرس با رویکرد روانی آموزشی بر عملکرد خانواده و بهزیستی روانی مراقبت‌کنندگان بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی، مجله پرستاری و مامایی جامع‌نگر، ۲۵(۸۱)، ۴۶-۵۴.
- مامی، شهرام؛ کیخانی، ستاره؛ امیریان، کامران و الیاس نیازی (۱۳۹۵). اثر بخشی آموزش روانی خانواده (مدل اتکینسون و کویا) بر سلامت روانی اعضای خانواده‌های بیماران روان‌پریشی، مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ۲۴(۱)۱۷-۸.
- کرم‌لو سمیرا؛ مظاهری، علی و یاسمن متقی‌پور (۱۳۸۹). اثربخشی برنامه آموزش روان‌شناختی خانواده بر ابراز هیجان در خانواده‌های بیماران مبتلا به اختلالات شدید روان‌پریشی، فصلنامه خانواده‌پژوهی، ۵(۱۷)، ۱۶-۵.
- شکرانه، الهام و سیداحمد احمدی (۱۳۸۸). تأثیر آموزش شناختی به خانواده‌ها در پیشرفت درمان بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی، فصلنامه خانواده‌پژوهی، ۵(۱۷)، ۱۷-۲۸.
- Bernhard, B, Schaub, A, Kummler, P, Dittman, S, Severus, E, Seemuller, F. (2016). Impact of cognitive psychoeducational interventions in bipolar patients and their relatives, *Europ psychiatry*, 21, 81-6.
- Butterworth, P. & Rodgers, B. (2006). *Concordance in the mental health of spouses: analysis of a large national household panel*, *Psychological Medicine*, 36, 685-697.
- Cagueo, U., Gutierrez, J. (2010). Burden of care in families of patients with schizophrenia, *Quality life research*, 15, 719-24.
- Corrigan, P. (2004). *How stigma interferes with mental health care*, *American Psychologist*, 59, 614-625.

-
- Cameron, JI, Shin JL, Williams, D, Stewart, DE. (2004). A brief problem-solving intervention for family caregivers to individuals with advanced cancer, *Journal psychosomatic research*, 57(2)137-43.
- Carr, A. (2006). *Family therapy: Concepts, process and practice*, New York: Jon Wiley & Sons Ltd.
- Chien, WT, Chan SW, Thompson DR. (2007). Effects of a mutual support group for families of Chinese people with schizophrenia: 18-month follow-up, *British Journal of Psychiatry*; 189: 41-9.
- Dashtbozorgi, B, Ghadirian, F, Khajealdin, N, Cream, K. (2011). The impact of psychoeducation on the improvement of patients with mood disorders, *Journal of Psychiatry & Clinical Psychology*, 34: 193-200.
- Dixon, L., Adams, C., & Lucksted, A. (2000). Update family psychoeducation for schizophrenia, *Schizophrenia Bulletin*, 26(1), 11 -20.
- Jewell, TC, Dowining, D, Mcfarlane, WR (2012). Partnering with families: Multiple family groups Psychoeducation, *Journal of clinical psychology*, 26:865-8.
- Kristjanson, L, Aoun, S. (2004). Palliative care for families: remembering the hidden patients. *Canadian Journal Psychiatry*, 49(3)359-65.
- Maghiano, L, Fioillo, A, Magliano, C, Derosa, C, Favata, G, Sasso, A. et al. (2006). Family psycho-educational interventions for schizophrenia in routine seeing: impact of patients clinical status and social functioning and on relatives burden and resources, *Epid psychiatry*, 15(3):2 19-27.
- Maj, M. & Sartorius, N. (2002). *Schizophrenia..CANADA*: John Wiely.
- Mcfarlane, W.R., Link, B., Dushay, R., Marchal, J., & Grilly, J. (1995). Psychoeducational multiple family groups: Four year relapse outcome in schizophrenia: family process, 34(2), 127-144.
- Miklowitz, D.J., George, E.L., Richards, J.A., Simooneau, T.L., & Suddath, R. L. (2003) A randomized study of family-focused psycho-education and pharmacotherapy in the outpatient management of bipolar disorder, *Archives of General psychiatry*, 60, 904-912.
- Navidian A, Bahari F. (2009). Burden experienced by family caregivers of patients with mental disorders, *Pakistan Journal of Psychology*, 23: 19-28.
-

-
- Pharoah, F.M., Mari, J.J., Streiner, D.L. (1999). Family interventions for people with schizophrenia (Cochrane review), The Cochrane Library, Issue 4. Update software, Oxford, UK.
- Pitshel-Walz, G., Leucht, S., Bauml, J., Kissling, W., & Engel, R.R. (2001). *The effect of family intervention on relapse and rehospitalization in schizophrenia bulletin*, 27, 73-92.
- Prior, J, Abraham, R, Nicholas, H, Chan, T, Vanvlymen, J, Lovestone, S. (2016). Are premorbid abnormal personality traits associated with behavioural and psychological symptoms in dementia? *Int J Geriatr Psychiatry*, 10: 22-9.
- Ryff, C., Keyes, C & Shomtkin, D. (2002). *Optimal well-being :Empirical Encounter of two traditional*, *Journal of Personality and social psychology*, 62 (6), 1007-1022.
- Weisman, A.G., Duarte, E., Koneru, V., Wasswrman, S. (2006). The development of culturally informed, family- focused treatment for schizophrenia, *Journal of family process*, 45, 171-186.
- Yamaguchi, H., Takahashi, A., Takano, A., & Kojima, T. (2006). Direct effects of short term psycho-educational intervention for relatives of patients with schizophrenia in Japan, *Psychiatry & Clinical Neuroscience*, 60, 590-597.