اثربخشی آموزش روانی خانواده(مدل اتکینسون و کویا) بر سلامت روانی اعضای خانواده های بیماران روان پریشی

شهرام مامی[۱]، ستار کیخاونی[۲]، کامران امیریان[۱*]، الیاس نیازی[۱]

۱) گروه روان شناسی، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ایلام، ایلام، ایران

۲) گروه روان شناسی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۹٤/۲/۱٦ **تاریخ پذیرش: ۹٤/٦/۲۳**

چکیده

مقدمه: مداخله های خانوادگی کوتاه مدت ممکن است بر اعضای خانواده های بیماران روانی تاثیر مثبتی داشته باشند. هدف پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی آموزش روانی خانواده(مدل اتکینسون و کویا) بر سلامت روانی اعضای خانواده های دارای فرزند مبتلا به بیماری روان پریشی بود.

مواد و روش ها: مطالعه حاضر از نوع پژوهش های نیمه آزمایشی و بر اساس طرح پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل است که تاثیر یک برنامه آموزش روانی چهار هفته ای را برای یک دوره زمانی دو ماهه بر روی ۴۴ نفر از مراقبین خانوادگی بیماران روان پریشی بستری در بیمارستان بهزیستی شهر تهران که به صورت دسترس انتخاب شدند بررسی نمود؛ سلامت روانی مراقبین با استفاده از پرسش نامه GHQ-28 تعیین شد؛ سپس داده ها با استفاده از تحلیل کواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته های پژوهش: نتایج پژوهش نشان داد که آموزش روانی خانواده موجب افزایش سطح سلامت روانی، عملکرد اجتماعی، کاهش علائم اضطراب و افسردگی می شود اما در کاهش علائم جسمانی تاثیر معناداری ندارد.

بحث و نتیجه گیری: برنامه آموزش خانواده به منظور بهبود سلامت عمومی در مراقبین خانوادگی بیماران روان پریشی موثر بوده و این امر می تواند کیفیت زندگی بیماران و مراقبین را به طور بالقوه ای بهبود و ارتقاء بخشد.

واژه های کلیدی: سلامت روانی، آموزش روانی خانواده، بیماران روان پریشی

***نویسنده مسؤل: گروه روان شناسی، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ایلام، ایلام، ایران**

Email: cpka2012@yahoo.com

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-12]

[DOI: 10.18869/acadpub.sjimu.24.1.8]

مقدمه

روان پریشی، اختلال پیچیده ای است که به طور اجتناب ناپذیری اثر ویران کننده ای بر زندگی فرد مبتلا و اعضای خانواده اش می گذارد(۱). این اختلال، یکی از ناتوان کننده ترین اختلال های روانی است که با علل ناهمگون پدید می آید(۲). سازمان جهانی بهداشت، اختلال های روان پریشی را یکی از مشکلات بهداشتی جهان در سده ۲۱ دانسته است(۳). پیامدهای اجتناب ناپذیر و هزینه های سنگین آن سبب شده که متخصصان به مراقبت و درمان این اختلال توجه ویژه ای داشته باشند و به مداخله های روانی اجتماعی از جمله آموزش خانواده در کنار دارو درمانی توجه ویژه داشته باشند(۴). مراقبت از بیمار مبتلا به روان پریشی، مسئولیتی چند جانبه است. علی رغم 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 و این که سطوح بالای هیجان ابراز شده در خانواده با مشکلات ارتباطی مرتبط است و میزان عود بیماری را پیش بینی می کند، خانواده می تواند نقش مهمی در نگهداری و درمان فرزندان مبتلا به روان پریشی داشته باشد(۵).

پس از دهه 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 روان پریش، به یکی از مهم ترین منابع مراقبتی تبدیل شدند(۶) و معلوم شد که افراد مبتلا به روان پریشی می توانند با خانواده اصلی خود زندگی کنند، تعاملی که نیازمند مداخله در سطوح دانش خانواده است(۷،۸).

پژوهش های موجود نشان می دهد که تنوع و شدت نقش های مراقبتی ممکن است منجر به مشکلات روانی در اعضای خانواده بیماران گردد، اگر این افراد بدون مداخله رها شوند، سطح سلامت روانی شان به عنوان بیماران پنهان کاهش می یابد(۹).

خانواده ها به واسطه 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 علائم عود و حصول اطمینان از حل سریع بحران‌ها است. توانمندسازی اعضای خانواده در آگاهی افزایی از نشانه های هشداردهنده بازگشت علائم و اطلاع از اعضای تیم درمان، حتی اگر علائم بیماری نیز بازگردد، می تواند به گونه ای موثر از عودهای بعدی در اختلال های روانی دوره ای، پیشگیری نماید(۱۰).

یکی از الگوهای آموزش روانی خانواده توسط اتکینسون و کویا(۱۹۹۵) ابداع شده و هدف آن آگاهی افزایی درباره ماهیت بیماری و درمان اختلالات روانی است. آموزش روانی خانواده، مطالبی را درباره روان پریشی، شامل شیوع، سبب شناسی، پیش آگهی اختلال، شیوه های درمان، داروهای رایج، آگاهی از هیجان ابراز شده در خانواده، اداره و کنترل رفتار آشفته بیمار، بررسی تنش های عاطفی و تاثیر هیجانات منفی در عود علائم بیمار، آموزش داده می شود(۱۱). این آموزش ها می تواند گروهی یا انفرادی انجام گیرد و شامل روش های مختلفی است که به منظور افزایش قابلیت های اجتماعی، خوداتکایی، مهارت های عملی و روابط بین فردی در بیماران مبتلا به روان پریشی به کار می روند(۱۲). 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(۱۳). پژوهش ها، نشان می دهد که ترکیبی از دارو درمانی و مداخله های خانواده، باعث کاهش ۵۰ درصدی میزان عود علائم بیماری می شود(۱۴). برگلوند و همکاران(۲۰۰۳) نشان دادند که این مداخله ها می تواند به طور معناداری بار مراقبت را کاهش دهد. از طرفی، پژوهش ها نشان می دهد که با افزایش بار مراقبت، کیفیت زندگی مراقبان نیز کاهش می یابد و سلامتی روانی، جسمی و عملکرد آن ها دچار افت می شود که این امر می تواند گویای نیاز مبرم این خانواده ها به حمایت اجتماعی و آموزشی باشد(۱۵). چن، چان و تامپسون(۲۰۰۷) اثربخشی آموزش روانی خانواده را در دو گروه از خانواده های

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-12]

[DOI: 10.18869/acadpub.sjimu.24.1.8]

بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیک بررسی کردند و نتیجه گرفتند که ارائه درمان های خانواده، فشار روانی بر مراقبان را کاهش و از عود علائم می کاهد و به نظر می رسد ارائه مداخله های خانواده، بار تجربه شده توسط مراقبان را کاهش می دهد(۱۶). یاماگوچی و همکاران(۲۰۰۶) نشان دادند که هم اضطراب مربوط به صفت و هم اضطراب مربوط به حالت و هم چنین بار و آشفتگی های مراقبت، در مقایسه با قبل از دریافت مداخله ها به طور معناداری کاهش می یابد(۱۷). نتایج، نشان داده است که آموزش روانی خانواده، در بهبود سلامت روانی، اجتماعی و کارکرد بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا و خانواده‌های آن ها موثر است(۱۸). دشت بزرگی، قدیریان، خواجه‌الدین و کرمی(۱۳۸۸) در پژوهشی به تاثیر آموزش روانی خانواده بر سیر بهبودی بیماران مبتلا به اختلال های خلقی را بررسی کردند و نتیجه گرفتند که آموزش روانی خانواده می تواند بر میزان سازگاری خانواده تاثیر بگذارد. پژوهش هایی نیز وجود دارند که نشان می دهد که آموزش روانی، تاثیر متوسطی در کاهش عود و بستری مجدد بیمار دارد(۱۹).

فریستاد(۲۰۰۳) بر این باور بود که آموزش روانی خانواده می تواند میزان بقای بیماران را افزایش دهد. هم چنین نبود توافق، هماهنگی و همکاری در خانواده ها یا مراقبین فرد مبتلا، میزان مشکلات رفتاری را بیشتر می کند، کیفیت عملکرد خانوادگی را پایین می آورد و با سطوح پایین تر حل مسئله در خانواده و نبود کارآیی والد، فرزندی همراه است. پیش بینی می شود با افزایش هماهنگی و همکاری در خانواده بتوان استرس در محیط خانه را کاهش داد و از این رو به کمتر شدن علائم در فرد کمک نمود(۲۰).

با وجود این، به کارگیری آموزش روانی خانواده در موسسات بالینی و بیمارستان های روانی کمتر مورد توجه بوده است. برای نمونه یک بررسی نشان داد که تنها ۳۱ درصد بیماران گزارش کرده اند که خانواده های آنان پیرامون بیماری آن ها آموزش های از موسسات دریافت کرده اند(۲۱). بنا بر این مطالعه حاضر در این راستا و با هدف بررسی میزان اثربخشی آموزش روانی خانواده(مدل اتکینسون و کویا) بر سلامت روانی اعضای خانواده های بیماران روان پریشی انجام شده است.

مواد و روش ها

این پژوهش با توجه به هدف در زمره پژوهش های کاربردی، با توجه به نوع داده ها کمی و با توجه به ماهیت و نوع مطالعه در ردیف پژوهش های نیمه آزمایشی و بر اساس طرح پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل است.

برای انجام این پژوهش، از میان اعضای خانواده های دارای فرزند مبتلا به بیماری روان پریشی که تا چهار ماه سوم سال ۱۳۹۳ در مرکز توانبخشی بیمارستان بهزیستی واقع در شهر تهران، تحت درمان و توانبخشی قرار داشته و هم چنین تحت مراقبت والدین و همراه آن ها زندگی می کردند تعداد ۴۴ نفر(۶ نفر مرد و ۳۸ نفر زن) به صورت غیر تصادفی در دسترس انتخاب و با گمارش تصادفی تعداد ۲۲ نفر در هر گروه (کنترل و آزمایش) تعین شده است. معیارهای انتخاب والدین جهت شرکت در پژوهش، دارا بودن معیارهای تشخیصی مبتلا به بیماری روان پریشی در یکی از فرزندان توسط روان پزشک، اعضای درجه یک؛ پدر، مادر، خواهر و یا برادر آن ها که نقش مراقب را داشتند، نداشتن سابقه شرکت در گروه های آموزش گروهی خانواده، عدم بستری بیماران در زمان شروع پژوهش و زندگی در کنار بیمار بود. به دلایل اخلاقی بعد از اتمام پژوهش، اعضای گروه کنترل نیز به تعداد چهار جلسه به محل مذکور مراجعه کردند و پژوهشگران در ملاقات با آن ها در خصوص ماهیت مشکل آموزش های و اطلاعات لازم را در اختیار آنان قرار دادند.

پرسش نامه سلامت عمومی(GHQ-28): پرسش نامه سلامت عمومی که توسط گلدبرگ و هیلر(۱۹۷۹) طراحی و تدوین شده است، ۲۸ سوال چهار گزینه ای دارد و چهار مولفه علائم جسمانی، علائم اضطراب و اختلال خواب، اختلال در کارکرد اجتماعی و علائم افسردگی را می سنجد. گلدبرگ و بلک ول، ضریب همبستگی نمرات این پرسش نامه را با نتیجه ارزیابی بالینی اختلال ها ۰/۸۰ و حساسیت و ویژگی این پرسش نامه را در بهترین نقطه برش به ترتیب ۰/۸۶ و

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-12]

[DOI: 10.18869/acadpub.sjimu.24.1.8]

۰/۸۲ گزارش کرده اند(۲۲). هومن(۱۹۹۸) مقادیر ضریب همبستگی دو متغیری بین نمرات ۷۰ آزمودنی متعلق به گروه نمونه را در مقیاس های علائم جسمانی GHQ و شکایت های جسمانی SCL-90 برابر با ۰/۶۵؛ در مقیاس های اضطراب و اختلال خواب GHQ و اضطراب SCL-90 برابر با ۰/۶۹؛ در مقیاس های افسردگی SCL-90 برابر با ۰/۷۱ و در کل مقیاس مذکور برابر با ۰/۸۲ گزارش کرده است. او، همسانی درونی سوال ها را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای مقیاس های علائم جسمانی ۰/۸۵؛ علائم اضطراب و اختلال خواب ۰/۸۷؛ علائم کارکرد اجتماعی ۰/۷۹؛ علائم افسردگی ۰/۹۱ و برای کل مقیاس که نشان دهنده سلامت عمومی است، ۰/۸۵ گزارش کرده است(۲۳).

در این پژوهش، الگوی آموزش روانی خانواده، بر اساس چارچوب اتکینسون و کویا قرار گرفته و طی ۴ جلسه دو ساعته و هر دو هفته یک بار تشکیل شده است. در زیر مراحل اجرای آموزش به تفکیک جلسه های آموزشی ارائه شده است.

جلسه	محتوای جلسه آموزشی
جلسه اول	آشنایی با اهداف جلسات آموزشی، آشنایی با اصول و معیارهای بهداشت روان و نقش خانواده در توسعه و حفظ سلامت اعضای خانواده، آشنایی با علل و عوامل موثر در ایجاد اختلالات روانی.
جلسه دوم	آشنایی با اختلالات اسکیزوفرنیا و خلقی، تعریف بیماری، سبب شناسی، علائم و نشانه ها، انواع، سیر و پیش آگهی بیماری.
جلسه سوم	شیوه ارتباط با بیمار روانی، نحوه مراقبت و چگونگی برخورد با علائم و نشانه های بیماری به ویژه توهم، هذیان، پرخاشگری و حالات تهاجمی در بیماران، ایمن - سازی محیط زندگی بیمار و پیشگیری از حالات تهاجمی و خودکشی و در صورت بروز، چگونکی ارجاع به مراکز درمانی مربوطه و سایر سیستم های حمایتی.
جلسه چهارم	آشنایی با درمان‌های دارویی، عوارض داروها و مراقبت های مربوط به آن ها، اهمیت درمان دارویی و نقش آن در پیشگیری از عود بیماری، آشنایی با درمان های غیرداروی نظیر ورزش، آرام سازی و سایر روش های کاهش اضطراب و چگونگی پر کردن اوقات فراغت بیمار، آموزش روش های حل مسئله و مقابله صحیح.

برای تجزیه و تحلیل داده های این پژوهش از آمار توصیفی و آمار استنباطی استفاده شده است. در بخش آمار توصیفی با استفاده از تعداد فراوانی، درصد فراوانی، میانگین، واریانس و انحراف معیار توصیف شده اند. در بخش آمار استنباطی از آزمون، تحلیل کوواریانس به منظور تعدیل پیش آزمون و کنترل اثرات آن بر نتایــج پس آزمون مورد استفاده قرار گرفت و برای تجزیه تحلیل داده ها از نرم افزار SPSS vol.18 استفاده شده است.

یافته های پژوهش

در جدول اطلاعات توصیفی آزمودنی ها ارائه شده است.

جدول شماره ۱. فراوانی و درصد مولفه های دموگرافیک بیماران

مولفه ها	(درصد) فراوانی	مولفه ها	(درصد) فراوانی
جنسیت		سن شروع	
زن	۱۴ (۳۱/۸)	۱۱-۱۴	۲ (۴/۵)
مرد	۳۰ (۶۸/۲)	۱۵-۱۸	۱۴ (۳۱/۸)
سن بیماران		۱۹-۲۲	۱۲ (۲۷/۳)
۳۰ -۲۰	۶ (۱۳/۶)	۲۳-۲۶	۶ (۱۳/۶)
۲۴-۲۷	۸ (۱۸/۲)	۲۷-۳۰	۶ (۱۳/۶)
۲۸-۳۱	۱۲ (۲۷/۳)	۳۱-۳۴	۴ (۹/۱)
۳۲-۳۵	۱۴ (۳۱/۸)	میزان تحصیلات بیماران	
۳۶-۳۹	۴ (۹/۱)	راهنمایی	۷ (۳۱/۸)
وضعیت تاهل		دیپلم	۲۴ (۵۴/۶)
مجرد	۴۲ (۹۵/۵)	دیپلم به بالا	۶ (۱۳/۶)
متاهل	۰	وضعیت اشتغال بیماران	
متارکه کرده	۲ (۱۴/۵)	شاغل	۲ (۴/۵)
دفعات بستری		بیکار	۳۶ (۸۱/۹)
۲-۱	۲۶ (۵۹/۱)	محصل	۶ (۱۳/۶)
۴-۳	۱۲ (۲۷/۳)		
۶-۵	۶ (۱۳/۶)		

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-12]

[DOI: 10.18869/acadpub.sjimu.24.1.8]

همان طور که در جدول شماره 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 درصد و تحصیلات اکثر آن ها دیپلم ۵۴/۵ درصد است؛ و بین یک تا دو بار ۵۹/۱ درصد در بیمارستان بستری شده اند.

جدول شماره ۲. فراوانی و درصد فراوانی مولفه های دموگرافیک والدین بیماران روان‌پریش

مولفه‌ها	(درصد) فراوانی	مولفه‌ها	(درصد) راوانی
سن والدین		وضعیت اشتغال	
۴۲-۴۵	۴ (۹/۱)	شاغل	۱۰ (۲۲/۷)
۴۶-۴۹	۸ (۱۸/۲)	بی‌کار	۲ (۴/۵)
۵۰-۵۳	۱۰ (۲۲/۷)	بازنشسته	۱۰ (۲۲/۷)
۵۴-۵۷	۱۲ (۲۷/۳)	خانه دار	۲۲ (۵۰)
۵۸-۶۱	۶ (۱۳/۶)	جنسیت والدین	
۶۲-۶۵	۴ (۹/۱)	زن	۳۶ (۸۶/۴)
میزان تحصیلات والدین بیماران		مرد	۶ (۱۳/۶)
راهنمایی	۱۴ (۳۱/۸)	ابتلا به اختلال های روان پزشکی	
دیپلم	۲۰ (۴۵/۵)	بله	۱۴ (۳۱/۸)
دیپلم به بالا	۱۰ (۲۲/۷)	خیر	۳۰ (۶۸/۲)

همان طور که در جدول شماره ۲ مشاهده می شود، در بین والدین، بیشترین فراوانی ها متعلق به گروه سنی ۵۴ تا ۵۷، ۲۷/۳ درصد؛ بیشتر والدین شرکت کننده زن، ۸۶/۴ درصد، و خانه دار ۵۰ درصد بودند؛ بیشتر والدین، تحصیلات دیپلم داشتند ۴۵/۵ درصد، و در ۶۸/۲ درصد موارد، سابقه ابتلاء به اختلال های روان پزشکی موجود نبود. نرمالیتی کولموگرف-اسمیرنف نشان می دهد که توزیع نمرات گروه نمونه، به توزیع نرمال نزدیک است، بنا بر این به منظور آزمون فرضیه های پژوهش، می توان از آزمون های پارامتری استفاده کرد. بر اساس اطلاعات جدول شماره ۳، نتایج در مورد فرض تساوی واریانس ها در متغیرهای مورد بررسی نشان می دهد که سطح معناداری محاسبه شده از ۰/۰۵ بزرگ تر است؛ یعنی فرض تساوی واریانس ها برقرار است و همان طور که در جدول شماره ۴ دیده می شود، احتمال پذیرش فرض صفر برای مقایسه عملکرد گروه های آزمایشی و کنترل در پیش آزمون سلامت عمومی(P=0.604)، علائم جسمانی (P=0.876)، اضطراب(P=0.347)، کارکرد اجتماعی (P=0.769) و افسردگی(P=0.721) از ۰/۰۵ بزرگ تر است.

جدول شماره ۳. خلاصه شاخص های توصیفی نمره های شرکت کنندگان گروه های آزمایشی و کنترل در متغیرهای پژوهشی

گروه		مرحله	میانگین	انحراف معیار	k-s	P	آماره لوین	P
سلامت عمومی	آزمایشی	پیش آزمون	۲۴/۱۹۶	۹/۴۲۵	۰/۴۸۹	۰/۳۳۵	۳/۳۹۹	۰/۶۹۸
		پس آزمون	۱۴/۷۲۴	۷/۵۱۴	۰/۷۵۴	۰/۱۹۸		
	کنترل	پیش آزمون	۲۳/۵۴۳	۱۰/۳۲۴	۰/۵۵۲	۰/۴۵۲		
		پس آزمون	۲۲/۵۲۳	۸/۸۲۵	۰/۶۵۸	۰/۳۵۸		
علائم جسمانی	آزمایشی	پیش آزمون	۳/۵۶۸	۲/۸۹۵	۰/۸۵۶	۰/۱۸۶	۰/۴۰۷	۰/۷۸۵
		پس آزمون	۳/۳۶۵	۲/۵۸۴	۰/۹۶۵	۰/۱۸۵		
	کنترل	پیش آزمون	۴/۵۴۶	۲/۸۵۶	۰/۸۵۲	۰/۳۳۵		
		پس آزمون	۴/۳۵۲	۲/۵۴۳	۰/۵۴۳	۰/۴۵۸		
اضطراب	آزمایشی	پیش آزمون	۷/۶۵۴	۳/۵۴۲	۰/۸۷۲	۰/۳۵۶	۸/۷۴۳	۰/۶۱۶
		پس آزمون	۳/۲۵۶	۲/۶۵۲	۰/۴۵۳	۰/۵۶۲		
	کنترل	پیش آزمون	۶/۷۵۲	۳/۳۵۴	۰/۵۶۲	۰/۳۲۵		
		پس آزمون	۶/۲۵۳	۳/۱۵۸	۰/۳۲۵	۰/۳۵۲		
کارکرد اجتماعی	آزمایشی	پیش آزمون	۶/۵۴۳	۳/۵۸۴	۰/۳۵۶	۰/۸۵۲	۱/۲۳۶	۰/۱۲۴
		پس آزمون	۴/۱۲۴	۲/۶۵۸	۰/۳۲۵	۰/۶۵۴		
	کنترل	پیش آزمون	۶/۵۸۶	۴/۳۶۵	۰/۲۵۶	۰/۳۵۸		
		پس آزمون	۵/۶۵۲	۳/۵۶۸	۰/۶۵۸	۰/۳۵۴		
افسردگی	آزمایشی	پیش آزمون	۶/۶۵۴	۲/۵۶۴	۰/۴۵۸	۰/۳۵۴	۰/۰۷۳	۰/۱۳۸
		پس آزمون	۴/۹۸۹	۲/۱۲۴	۰/۹۸۷	۰/۳۵۷		
	کنترل	پیش آزمون	۶/۹۸۴	۱/۶۵۴	۰/۶۵۲	۰/۵۶۴		
		پس آزمون	۵/۳۲۵	۱/۲۴۳	۰/۳۲۵	۰/۸۷۲		

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-12]

[DOI: 10.18869/acadpub.sjimu.24.1.8]

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

جدول شماره ۴. نتایج آزمون اثرهای بین آزمودنی ها

منابع تغییر		مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	P
سلامت عمومی	گروه ها	۳/۲۴۵	۱	۳/۲۴۵	۰/۳۵۴	۰/۳۵۴
	پیش آزمون	۱۲۳۸/۵۴۳	۱	۱۲۳/۵۴۳	۱۱۰/۲۲۷	۰/۰۰۱
	گروه ها* پیش آزمون	۱/۴۳۲	۱	۱/۴۳۲	۰/۱۴۴	۰/۶۰۴
	خطا	۱۷۹/۳۲۱	۴۰	۱۰/۴۳۵		
علائم جسمانی	گروه ها	۰/۴۳۲	۱	۰/۴۳۲	۰/۵۰۴	۰/۴۳۵
	پیش آزمون	۷۶/۰۶۵	۱	۷۶/۰۶۵	۷۹/۵۴۶	۰/۲۱۲
	گروه ها* پیش آزمون	۰/۰۱۲	۱	۰/۰۱۲	۰/۰۱۳	۰/۸۷۶
	خطا	۱۵/۷۶۴	۴۰	۰/۸۷۴		
اضطراب	گروه ها	۰/۶۵۴	۱	۰/۶۵۴	۰/۴۳۵	۰/۴۵۳
	پیش آزمون	۱۲۷/۶۵۲	۱	۱۲۷/۶۵۲	۶۹/۷۴۳	۰/۲۱۱
	گروه ها* پیش آزمون	۱/۵۴۳	۱	۱/۵۴۳	۰/۷۰۵	۰/۳۴۷
	خطا	۳۴/۷۰۵	۴۰	۱/۸۷۲		
کارکرد اجتماعی	گروه ها	۱/۴۳۲	۱	۱/۴۳۲	۰/۵۶۹	۰/۷۶۵
	پیش آزمون	۱۱۹/۷۶۵	۱	۱۱۹/۷۶۵	۴۴/۵۴۹	۰/۲۱۹
	گروه ها* پیش آزمون	۰/۰۴۳	۱	۰/۰۴۳	۰/۰۳۲	۰/۷۶۹
	خطا	۳۸/۷۶۹	۴۰	۲/۸۷۴		
افسردگی	گروه ها	۰/۰۴۸	۱	۰/۰۸۴	۰/۰۸۶	۰/۶۲۷
	پیش آزمون	۱۰/۷۵۹	۱	۱۰/۷۵۹	۸/۴۳۷	۰/۰۴۳
	گروه ها* پیش آزمون	۰/۲۶۵	۱	۰/۲۶۵	۰/۱۵۴	۰/۷۲۱
	خطا	۲۰/۱۴۹	۴۰	۱/۵۹		

همان طور که در جدول شماره ۵ مشاهده می شود، پس از تعدیل نمرات پیش آزمون، عامل بین و اضطراب و آزمودنی های دو گروه در متغیرهای سلامت عمومی(F=3.256, P=0.032)، کارکرد اجتماعی(F=0.001, P=0.001)، اضطراب(F=11.098, P=0.004)، افسردگی (F=9.53, P=0.003) اثر معنادار دارد، بنا بر این می توان نتیجه گرفت که آموزش روانی خانواده می تواند سلامت روانی، کارکرد اجتماعی خانواده را افزایش داده و اضطراب، افسردگی آن ها را کاهش می دهد، اما تاثیری در علائم جسمانی آن ها ندارد. مجذور اتا نیز نشان می دهد که ۱۸ درصد واریانس سلامت عمومی ۱۵ درصد واریانس کارکرد اجتماعی ۳۷ درصد واریانس اضطراب ۱۷ درصد واریانس افسردگی به وسیله آموزش روانی خانواده تبیین می شود.

جدول شماره ۵. نتایج آزمون اثرهای بین آزمودنی ها در متغیرهای پژوهشی

منابع تغییر		مجموع مجذورات	میانگین مجذورات	F	P	مجذور اتا
سلامت عمومی	پیش آزمون	۱۱۷۰/۶۹۸	۱۱۷۰/۶۹۸	۱۱۵/۶۵	۰/۰۰۲	۰/۸۶۴
	گروه ها	۴۴/۵۷۳	۴۴/۵۷۳	۳/۲۵۶	۰/۰۳۲	۰/۱۸۶
	خطا	۱۵۸/۲۵۳	۱۱/۳۲۵			
علائم جسمانی	پیش آزمون	۷۸/۳۲۵	۷۵/۳۲۵	۷۶/۰۹۸	۰/۰۰۱	۰/۸۴۵
	گروه ها	۱/۳۲۸	۱/۳۲۸	۱/۹۸۲	۰/۲۸۷	۰/۰۳۲
	خطا	۱۴/۹۸۲	۰/۹۸۴			
اضطراب	پیش آزمون	۱۲۷/۰۹۶	۱۲۷/۰۹۶	۷۰/۳۴۸	۰/۰۰۶	۰/۵۴۲
	گروه ها	۲۰/۳۷۶	۲۰/۳۷۶	۱۱/۰۹۸	۰/۰۰۴	۰/۳۷۶
	خطا	۳۰/۰۹۵	۱/۰۸۳			
افسردگی	پیش آزمون	۱۱/۰۵۳	۱۱/۰۵۳	۷/۷۴۲	۰/۰۰۲	۰/۴۵۲
	گروه ها	۲/۹۷۱	۲/۹۷۱	۹/۰۵۳	۰/۰۰۳	۰/۱۷۱
	خطا	۲۱/۹۵۱	۱/۰۴۲			
کارکرد اجتماعی	پیش آزمون	۱۲۷/۰۴۲	۱۲۷/۰۴۲	۷/۰۴۳	۰/۱۲۷	۰/۷۲۳
	گروهها	۳/۰۲۸	۳/۰۲۸	۱۰/۰۲۳	۰/۰۰۱	۰/۱۵۲
	خطا	۳۹/۰۳۲	۱/۰۴۳			

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-12]

[DOI: 10.18869/acadpub.sjimu.24.1.8]

بحث و نتیجه گیری

نتایج پژوهش حاضر، نشان داد که آموزش خانواده با روش اتکینسون و کویا می تواند در سلامت روانی، اضطراب، افسردگی و کارکرد اجتماعی خانواده هایی که فرزند مبتلا به روان پریشی دارند، اثری معنادار ایجاد کند اما تاثیری در علائم جسمانی، آن ها ندارد مجذور اتا نیز نشان می دهد که ۱۸ درصد واریانس سلامت عمومی ۱۵ درصد واریانس کارکرد اجتماعی ۳۷ درصد واریانس اضطراب ۱۷ درصد واریانس افسردگی به وسیله آموزش روانی خانواده تبیین می شود. در تبیین این یافته ها می توان گفت هنگامی که اعضای خانواده، اطلاعات جزیی 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(۲۴). 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 روان پریشی، راهکارهای سودمندی از قبیل جلب مشارکت والدین در برنامه درمان و بازتوانی، آموزش مهارت حل مسئله، آشنایی با اهمیت موضوع مقابله با فشار روانی، آموزش مهارت های ارتباطی، اداره و کنترل رفتار آشفته بیمار، 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 درنتیجه کاهش میزان بار یا فشار روانی ناشی از مراقبت از بیمار گردد.

در دهه های ۱۹۴۰ و ۱۹۵۰ میلادی، خانواده درمانی با موردهای بالینی ناامیدکننده 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 روان پریش زا را در ارتباط با مادرانی به کار می بردند که از رشد کودک خویش ممانعت می کنند. پژوهش ها نشان می دهد که خانواده، در بازگشت علائم خود بیماری موثر است و محیط های تنش زای خانواده که هیجان بالایی نسبت به بیمار خویش بروز می دهند، موجب عود علائم بیمار می شوند(۲۵). 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، 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(۲۶).

مطالعات گوناگون، نشان داده است که مداخله های درمانی خانواده، میزان عود و بستری شدن های مکرر بیماران مبتلا به روان پریشی 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 خود را با اعضای خانواده، ادامه می دهند(۲۷). بنا بر این هر چند خانواده های دارای عضو مبتلا به روان پریشی، شیوع مشکلات سلامتی را دو برابر جمعیت عادی گزارش می کنند و آموزش روانی خانواده، می تواند سلامت روانی خانواده ها را بهبود بخشد و آن ها را با شرایط فرزندان خود سازگارتر سازد(۲۸).

نتیجه مطالعه برنهارد و همکاران نشان داد که مداخله آموزش روانی در بیماران دوقطبی و بستگان آن ها، دانش و اطلاعات بیماران و بستگان را در مورد بیماری ارتقاء می بخشد. در پیگیری یک ساله ای که انجام شد مشکلات روانی ناشی از مراقبت و ابراز هیجانی بالا در بستگان بیمار نیز کاهش یافته بود(۲۹). نتیجه مطالعه مگلیانو و همکاران نیز حاکی از آن است که ۴۰ درصد بیماران و ۴۵ درصد بستگان آنان، بهبود قابل ملاحظه و چشم گیری را در روابط اجتماعی شان در طی انجام مداخله نشان داده اند. سایر کارآزمایی های بالینی کنترل شده تصادفی که بر روی مراقبین خانوادگی بیماران روانی در سایر کشورها از جمله هند، چین و ترکیه انجام شده، تاییدکننده آن است که مداخله های آموزش روانی ساختاریافته و مدون، بسیار موثرتر از مراقبت های سرپایی معمول هستند. بر اساس این گزارش ها مداخله های آموزش روانی باید مداوم باشند و پیامدهای آن به طور مداوم مورد ارزیابی قرار گیرد(۳۰). پهلوان زاده، نویدیان و یزدانی(۱۳۸۸) در پژوهشی به این نتیجه دست یافتند که برنامه آموزش خانواده به منظور کاهش افسردگی، اضطراب و استرس در مراقبین خانوادگی بیماران روانی موثر بوده و این امر

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-12]

[DOI: 10.18869/acadpub.sjimu.24.1.8]

می تواند کیفیت زندگی بیماران و مراقبین را به طور بالقوه ای بهبود و ارتقاء بخشد(۳۱). لطفی کاشانی، شریفی و سیفی(۱۳۸۹) در پژوهشی به این نتیجه دست یافتند که آموزش روانی خانواده موجب افزایش سطح سلامت عمومی و کاهش اضطراب خانواده های دارای فرزند مبتلا به اسکیزوفرنیا می شود اما در کاهش علائم جسمانی، افسردگی و افزایش سطح عملکرد اجتماعی تاثیر معناداری ندارد(۳۲).

بر اساس یافته های پژوهش حاضر، مداخله آموزش روانی گروهی می تواند برای مراقبین خانوادگی بیماران روانی در نمونه های از جامعه ایرانی اثربخش باشد. هم چنین این یافته ها همسو با نتایج سایر تحقیقات، دلالت بر این امر دارد که پیش بینی و فراهم نمودن این چنین خدمات آموزش روانی در سیستم ارائه خدمات بهداشت روانی برای بیماران و مراقبین آن ها کاملاً ضروری و موثر است. با توجه به اثربخشی این مداخله در کاهش اضطراب و افزایش سلامت روانی مراقبین خانوادگی، به نظر می رسد که این برنامه با اعمال پاره ای تغییرات با در نظر داشتن نوع اختلال روانی، بتواند در کاهش علائم افسردگی، اضطراب، افزایش سلامت روانی و کارکرد اجتماعی مراقبین خانوادگی مبتلایان به سایر اختلالات روان پزشکی قابل استفاده باشد.

از جمله محدویت های پژوهش، حجم کم نمونه، عدم پیگیری و نبود گروه پلاسیبو، نبود فضای مناسب جلسات، مسائل اختصاصی بیمارستان که باعث نامنظم بودن می شد، مسائل اختصاصی نمونه ها که حضور را با مشکل مواجه می کرد. پیشنهاد می شود انجام کار آموزش روانی خانواده در شرایطی که مساعدت بیشتری وجود داشته باشد، با مدت زمان طولانی تر، حجم نمونه بیشتر و نیز با آموزش روانی بیمار به همراه خانواده، گسترش این رویکرد در رسانه های گروهی و آموزش گروهی انجام شود.

سپاسگزاری

از تمامی کارکنان بیمارستان بهزیستی شهر تهران که در تهیه و تدوین این مقاله با پژوهشگران همکاری نموده‌اند، تشکر و قدردانی می نمایم.

References

1.Barlow DH, Durand VM. Abnormal Psychology an integrative approach. 5th Ed 2007; USA: Wadsworth.

2.Dyck DG, Hendryx MS, Short RA, Voss WD, Mcfarlane WR. Service use among patients with schizophrenia in psych educational multiple-family group treatment. Psychiatr Serv2008; 53:749-54.

3. Choi H, Hwang B, Kim S, Ko H, Kim S, Kim C. Clinical Education In psychiatric mental health nursing: Overcoming current challenges. Nurse Educ Today 2016;39:109-15.

4.Miklovitz DJ. Family-focused treatment for adolescence with bipolar disorder. J Aff Disorder2009; 82:113-28.

5. Prior J, Abraham R, Nicholas H, Chan T, Vanvlymen J, Lovestone S, et al. Are premorbid abnormal personality traits associated with behavioural and psychological symptoms in dementia? Int J Geriatr Psychiatry 2016;10:22-9.

6.Solomon P, Drain J, Mannion E, Meisel M. Impact of brief family Psych education on self-efficacy. Schizophr Bull 2000; 22:41-50.

7.Nasr T, Kausar R. Psych education and the family burden in schizophrenia: A randomized controlled trial. Ann Gen Psychiatry 2012; 8: 17-9.

8.Lefley HP. Family Psychoeducation for serious mental illness. British J Psychiatry 2013;187:339-45.

9.Navidian A, Bahari F. Burden experienced by family caregivers of patients with mental disorders. Pak J Psychol 2009; 23: 19-28.

10.Mueser KT. Family services for mental health illness. Dart Psychiatr Res Cent 2009;22:142-6.

11. Doval N, Sharma E, Agarwal M, Tripathi A, Nischal A. Experience of Caregiving and Coping in Caregivers of Schizophrenia. Clin Schizophr Relat Psychoses2016;18:132-8.

12.Breitborde NJ, Woods SW, Srihary V. Multifamily psychoeducation for first-episode psychosis: A cost-effectiveness analysis. Psychiatr Serv2013;60: 1477-83.

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-12]

[DOI: 10.18869/acadpub.sjimu.24.1.8]

13.Corsentino EA, Molinari V, Gum AM, Roscoe LA, Mills WL. Family caregivers future planning for younger and older adults with serious mental illness. J App Gerontol 2008; 27: 466- 71.
14.Kulhara P, Chakrabarti S, Avasthi A, Sharma A, Sharma S. Psych educational intervention for caregivers of Indian patients with schizophrenia: a randomized controlled trial. Acta Psychiatr Scandinavica2008; 24: 1-12.
15.Caqueo U, Gutierrez J. Burden of care in families of patients with schizophrenia. Quality Life Res 2010; 15: 719-24.
16.Chien WT, Chan SW, Thompson DR. Effects of a mutual support group for families of Chinese people with schizophrenia: 18- month follow-up. British J Psychiatry 2011;189:41-9.
17.Yamaguchi H, Takahashi A, Takano A, Kojima T. Direct effects of short-term psych educational intervention for relatives of patients with schizophrenia in Japan. Psychiatry Clin Neurosci2008;60:590-7.
18.Jewell TC, Downing D, McFarlane WR. Partnering with families: Multiple family groups Psychoeducation. J Clin Psychology 2012; 26:865-8.
19.Dashtbozorgi B, Ghadirian F, Khajealdin N, cream K. The impact of Psychoeducation on the improvement of patients with mood disorders. J Psychiatry Clini Psychol 2011; 34: 193- 200.
20.Fristad MA. Family psychoeducation: An adjunctive intervention for children with bipolar disorder. J Soc Biol Psychiatry 2007; 53: 1000-8.
21.Honea NJ, Brintnall RA, Given B, Sherwood P, Colao DB, Somers SC, et al. Putting evidence into practice: nursing assessment and interventions to reduce family caregiver strain and burden. Clin J Oncol Nur 2008; 12: 507-16.
22.Goldberg RJ, Greenwood JC, Tain tor Z. Alpha conditioning as an adjust treatment for drug dependence. Int J Add 1976;11:1085-9.
23.Hooman A. Standardization of the questionnaire on undergraduate students. Tehran Teach Train Uni Edu Res Ins 1998;16:214-9.
24. Redwoodcampbell L, Pakes B, Rouleau K, MacDonald CJ, Arya N, Purkey E, et al. Developing a curriculum framework for global health in family medicine: emerging principles, competencies, and educational approaches. BMC Med Educ2011;11:42-6.
25.Fallon IR. Family interventions for mental disorders: Efficacy and effectiveness. World Psychiatry 2007; 2: 20-8.
26. Kallmann FJ. The genetic theory of schizophrenia. An analysis of 691 schizophrenic twin index families1946. Am J Psychiatry1994; 151:188-98.
27.Grawe RW, Falloon IR, Widen JH, Skogvoll E. Two years of continued early treatment for recent onset schizophrenia: A randomized controlled study. Acta psychiatric Scandinavica 2010;114: 328-36.
28.Rummelkluge C, Kissling W. Psychoeducation in schizophrenia: New developments and approaches in the field. Curr Opt Psychiatry 2011; 21: 168-9.
29.Bernhard B, Schaub A, Kummler P, Dittmann S, Severus E, Seemuller F, et al. Impact of cognitive psychoeducational interventions in bipolar patients and their relatives. Europ Psychiatry 2012; 21: 81- 6.
30.Kulhara P, Chakrabarti S, Avasthi A, Sharma A, Sharma S. Psycheducational intervention for caregivers of Indian patients with schizophrenia: a randomized controlled trial. Acta Psychiatric Scandinavica 2012; 24: 1-12.
31.Pahlavan zadeh S, Navidian A, Yazdani M. [The impact of Psychoeducation on depression, anxiety and stress of family caregivers of the mentally ill]. J Kermanshah Uni Med Sci 2011;43:228-36.(Persian)
32.Lotfikashani F, Sharifi HP, Saifi M. Family psychological effect on public health education families with children with schizophrenia. Thought Behav2012; 21: 65-78.

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-12]

[DOI: 10.18869/acadpub.sjimu.24.1.8]

The Effectiveness of Family Psychoeducation (Atkinson and Coia Model) on Mental Health Family Members of Patients with Psychosis

*Mami S[1], Kaikhavani S[2], Amirian K[*1], Neyazi E[1]*

(Received: May 6, 2015 Accepted: September 14, 2015)

Abstract

Introduction: Short-term interventions may affect on family members of psychosis ' families. The aim of this research is studying the effectiveness of family Psychoeducation (Atkinson and Coia model) on mental health families will produce a child with a psychotic illness.

Materials & methods: This study uses a quasi-experimental and pre-posttest design with the control group and investigates the effect of a four-week psycho-educational program for a two-month period on 44 caregiver families of patients with psychotic hospitalized in Welfare Hospital in Tehran in 93-94. Mental health workers were determined by questionnaires GHQ-28 .The data were analyzed using analysis of covariance.

Findings: study results showed that family Psychoeducation enhances mental health, social functioning and reduces symptoms of anxiety, depression, but doesn't have significant effect in reducing physical symptoms.

Discussion & Conclusions: Family education programs are effective to improve public health in caregivers of patients with psychotic issues and it would improve the quality of life for patients and caregivers.

Keywords: Mental health, Family Psychoeducation, Psychotic patients

1.Dept of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences , Islamic Azad university, Ilam Branch , Ilam, Iran
2. Dept of Psychology, Faculty of Medicine, Ilam University of Medical Sciences, Ilam, Iran
**Correspondin author Email: cpka2012@yahoo.com*

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-12]

[DOI: 10.18869/acadpub.sjimu.24.1.8]