

The Effectiveness of Family Psychoeducation on the Quality of Life of Primary Caregivers of Patients with Psychotic Disorders

Authors

Arsalan Ahmadi¹, Kiiumars Farahbakhsh^{2*}, Abdollah Moatamedy³,
Mohammadreza Khodaei⁴, Ali Keyhani⁵

1-Ph.D. in Counseling, Department of Psychology, Razi Psychiatric Hospital, University of Rehabilitation Sciences and Social Health, Tehran, Iran.

2-Associate Professor, Department of Counseling, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Allameh Tabatabaie University, Tehran, Iran. (Corresponding Author)

3-Associate Professor, Department of Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Allameh Tabatabaie University, Tehran, Iran.

4-Professor, Department of Psychiatry, University of Rehabilitation Sciences and Social Health, Tehran, Iran.

5-Master of Clinical Psychology, Razi Psychiatric Hospital, University of Rehabilitation Sciences and Social Health, Tehran, Iran.

Abstract

Receive Date:
03/09/2021

Accept Date:
22/02/2022

Introductoin: Families of psychiatric patients often experience physical and psychological stress, depression, anxiety, and social communication problems that affect their quality of life, and controlling these effects requires identifying related factors. Therefore, the present study was conducted to determine the effectiveness of family psychoeducation on the quality of life of families of patients with psychiatric disorders in Tehran.

Method: This semi-experimental research was conducted with the participation of 30 main caregivers of patients suffering from psychotic disorders admitted to Razi Psychiatry Training and Treatment Center in Tehran in the spring of 2018. This sample was selected by the available method and randomly divided into two groups of 15 people, test and control. This research was done in four steps. In the first step, a pre-test was conducted, and in the second step, family psychological education sessions were held only for the main caregivers of the experimental group patients during 8 two-hour sessions (one 120-minute session each week). In the third step, two groups of experimental and control patients completed the quality of life questionnaire at the time of discharge, and in the fourth step, six months after the end of the family psychological education sessions, the two groups of experimental and control patients completed the questionnaire related to the research. Data were analyzed using SPSS software version 24 and repeated measures analysis of variance.

Results: According to the data obtained in the pre-test stage, there was no significant difference between the experimental and control groups in terms of demographic characteristics ($P > 0.05$). Also, there was no significant difference between the groups in terms of quality of life ($F = 0.92$, $P > 0.05$). But in the post-test and follow-up stages, a significant difference was obtained between them ($F = 7.63$, $P < 0.001$). In other words, family psychological education and care sessions increased the quality of life in the families of patients with psychotic disorders.

Discussion and Conclusion: Based on the research results, it can be said that family psychoeducation has increased the quality of life of families of patients with psychiatric disorders. This increase is significant in quality of life and subscales of physical health, mental health, social relationships, and environmental health.

Keywords

Premarital Family Psychoeducation, Quality of Life, Psychotic Disorders.

Corresponding Author's E-mail

kiiumars@yahoo.com

اثربخشی آموزش روانی خانواده بر کیفیت زندگی مراقبین اصلی بیماران مبتلا به اختلالات روان پریشی

نویسندگان

ارسلان احمدی^۱، کیومرث فرحبخش^{۲*}، عبدالله معتمدی^۳، محمدرضا خدایی^۴، علی کیهانی^۵
۱. دکتری مشاوره، گروه روان شناسی بیمارستان روان پزشکی رازی، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران.
۲. دانشیار، گروه مشاوره، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران. (نویسنده مسئول).
۳. دانشیار، روان شناسی بالینی، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.
۴. استاد، گروه روان پزشکی، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران.
۵. کارشناس ارشد روان شناسی بالینی، بیمارستان روان پزشکی رازی، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران.

چکیده

مقدمه: خانواده بیماران روان پریش معمولاً تنیدگی جسمی و روانی، افسردگی، اضطراب و مشکلات ارتباطات اجتماعی را تجربه می کنند که بر کیفیت زندگی آنان اثر می گذارد و کنترل این اثرات نیازمند شناسایی عوامل مرتبط با آن می باشد. از این رو مطالعه حاضر با هدف تعیین اثربخشی آموزش روانی خانواده بر کیفیت زندگی خانواده های بیماران مبتلا به اختلالات روان پریش در شهر تهران انجام شد.

روش: این پژوهش به صورت نیمه آزمایشی با مشارکت ۳۰ مراقب اصلی بیمار مبتلا به اختلالات روان پریش بستری در مرکز آموزشی، درمانی روان پزشکی رازی تهران در بهار سال ۱۳۹۸ انجام شد. این نمونه به روش در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفره آزمایش و کنترل قرار گرفتند. این پژوهش در چهار گام انجام شد. در گام اول پیش آزمون انجام گردید، در گام دوم جلسات آموزش روانی خانواده فقط برای مراقبان اصلی بیماران گروه آزمایش طی ۸ جلسه دو ساعته (هر هفته یک جلسه ۱۲۰ دقیقه ای) برگزار شد. در گام سوم دو گروه بیماران آزمایش و کنترل هنگام ترخیص، پرسشنامه کیفیت زندگی را در مرحله پس آزمون تکمیل نمودند و در گام چهارم، شش ماه پس از پایان جلسات آموزش روانی خانواده، دو گروه بیماران آزمایش و کنترل پرسشنامه مرتبط با پژوهش را تکمیل کردند. تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۴ و با استفاده از روش تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر انجام گردید.

نتایج: با توجه به داده های به دست آمده در مرحله پیش آزمون بین گروه های آزمایش و کنترل از نظر ویژگی های دموگرافیک تفاوت معنی داری وجود نداشت ($P > 0.05$). همچنین از نظر کیفیت زندگی تفاوت معنی داری بین گروه ها مشاهده نگردید ($F = 0.92$, $P > 0.05$). اما در مرحله پس آزمون و پیگیری بین آنها تفاوت معنی داری به دست آمد ($F = 7.63$, $P < 0.001$). به عبارت دیگر، جلسات آموزش روانی خانواده و مراقبت، باعث افزایش کیفیت زندگی در خانواده بیماران مبتلا به اختلال روان پریشی گردید.

بحث و نتیجه گیری: بر اساس نتایج پژوهش می توان گفت آموزش روانی خانواده کیفیت زندگی خانواده های بیماران مبتلا به اختلالات روان پریش را افزایش داده است. این افزایش در کیفیت زندگی و خرده مقیاس های سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیطی معنی دار می باشد.

کلیدواژه ها

آموزش روانی خانواده، کیفیت زندگی، اختلالات روان پریشی

نشانی پست الکترونیکی
نویسنده مسئول

kiiumars@yahoo.com

این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول است.

مقدمه

اختلالات روانپریشی^۱ از ناتوان کننده ترین اختلالات روانی است که با علل ناهمگون پدید می آید و به معنای وضعیت روانی غیرطبیعی و اصطلاحی است که در روانپزشکی برای حالتی روانی به کار می رود که اغلب به صورت «از دست دادن تماس با واقعیت» توصیف می شود و به انواع جدی اختلالات روانی اطلاق می شود که در طول آن ها بیمار ممکن است دچار توهم و هذیان شود [۱]. سازمان جهانی بهداشت^۲ اختلالات روانپریشی را یکی از مشکلات بهداشتی جهان در قرن ۲۱ دانسته است که به طور اجتناب ناپذیری اثر ویران کننده ای بر زندگی فرد مبتلا و اعضای خانواده اش می گذارد [۳، ۲]. بر اساس گزارش سازمان بهداشت جهانی از هر ۴ خانواده، یکی از اعضاء درگیر مراقبت از بیماران روانی می باشد. این در حالی است که عموماً خانواده های بیماران روانی هیچگونه آمادگی و یا آموزش خاصی برای مراقبت از بیمارانشان ندارند. بدین ترتیب سلامت جسمی خانواده ممکن است تحت تاثیر مراقبت از بیمار قرار گیرد. این شرایط می تواند موجب تغییر استانداردهای درونی، ارزش ها و مفهوم بخشی خانواده از کیفیت زندگی گردد که در مجموع با تهدید سلامت روانی و کاهش رضایتمندی خانواده از زندگی همراه می گردد [۴]. و کیفیت زندگی خانواده همانند کیفیت زندگی بیماران تحت تاثیر بار مراقبتی قرار گرفته و کاهش می یابد [۵]. کیفیت زندگی چکیده ای از کل اهداف مراقبت های بهداشتی^۳ است که میزان تاثیر سلامتی بر زندگی فرد را ارزیابی می کند [۶]. کیفیت زندگی مفهومی چند بعدی است که همه ابعاد آن به هم وابسته اند. سه حیطه مهم کیفیت زندگی بعد جسمی، روانی و اجتماعی است. بعد جسمی به درک بیمار از توانایی انجام فعالیت های روزانه بستگی دارد. بعد اجتماعی به روابط با خانواده، فامیل، انزوا و وابستگی وابسته است و بعد روانی در ارتباط با مفاهیم روانی هیجانی مثل ترس، خشم، سعادت و خوشی است [۷]. کیفیت زندگی به مثابه رضایت فرد از زندگی و محیط پیرامون خود تعریف می شود و نیازها، خواسته ها و سایر عوامل ملموس و غیرملموس تاثیرگذار بر بهزیستی همه جانبه را در بر می گیرد [۸]. اثرات جانبی مراقبت از بیمار روانی نه تنها بر فرایند مراقبت، بلکه بر کیفیت زندگی مراقبین نیز قابل مشاهده خواهد بود [۹]. بر این اساس ضرورت ارتقای کیفیت زندگی، به عنوان بخشی مهم از مراقبت سلامتی در کل و مراقبت سلامت روانی به طور خاص دیده می شود [۱۰]. چرا که اهمیت

کیفیت زندگی خانواده و تاثیر آن بر میزان مشارکت آنان، در برنامه درمانی مبتلایان به اختلالات روانی مشخص شده است [۱۱]. نتایج تحقیقات نشان دادند نارضایتی جسمانی، هیجانی و اقتصادی به دلیل برآورده نشدن نیازهایی از قبیل بازسازی عملکرد بیمار در خانواده و نقش های اجتماعی، بار اقتصادی، نداشتن وقت کافی باعث کاهش کیفیت زندگی مراقبین بیماران می شود [۱۲]. کاهش کیفیت زندگی با بار مراقبتی^۴ عدم حمایت اجتماعی، روند بیماری و مشکلات ارتباطی در خانواده همراه می باشد که بار مراقبت می تواند اختلال عملکرد خانواده را افزایش دهد [۸]. علاوه بر آن اختلال در عملکرد حافظه و عملکرد جنسی [۱۳، ۱۴] و همچنین احساس بدنامی یا انگ اجتماعی وابسته مبتلا به بیماری روانی می تواند از عوامل تاثیرگذار بر کاهش تعاملات اجتماعی باشد که در این شرایط احساس قطع روابط و پیوندهای اجتماعی می تواند به انزوای اجتماعی منجر گردد [۸]. ریب و همکاران (۲۰۱۶) در یک مطالعه با عنوان بررسی کیفیت زندگی مراقبت خانگی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی در اسپانیا به این نتیجه رسیدند که مراقبان این بیماران فشارهای روانی و جسمانی را تجربه می کنند که به کاهش کیفیت زندگی شان می انجامد [۱۵]. در سالهای اخیر رشد روزافزون بیماری ها روانی مزمن منجر به تحولات شگرفی در عرصه ارائه خدمات بهداشتی شده است و مفاهیم والگوهای مختلفی همچون انتقال مراقبت های درمانی و بهداشتی از بیمارستان ها و کلینیک ها به جامعه و منازل مورد توجه سیاست گذاران حوزه سلامت روان قرار گرفته است. یکی از اهداف سازمان جهانی بهداشت در ارتقاء سلامت روان و درمان بیماری های روانی تا سال ۲۰۱۶، کاهش طول مدت بستری در بیمارستان و گسترش خدمات اجتماعی است که در این راستا به نقش خانواده در مراقبت از اختلالات روانی توجه زیادی شده است و برای این منظور آموزش های منظم خانواده ها در امر مراقبت از بیماران مبتلا به اختلالات روانپریشی، مورد تاکید قرار گرفته است [۱۶]. آموزش روانی خانواده مدل نیاز محوری است که می تواند برای پاسخ گویی به نیازهای بیماران و خانواده های آن ها در خصوص افزایش آگاهی آن ها به منظور مدیریت بیماری و علائم آن ها ارائه گردد [۱۷]. آموزش روانی خانواده، خانواده ها را در سازگار شدن و کنار آمدن با عضو بیمار در خانواده ارتقاء داده و منبع حمایتی مناسبی برای بیمار به حساب می آیند [۱۸]. نتایج برخی

۴. Health Cares

۵. Care burden

۶. Family psychological education

۱. Psychotic disorders

۲. world Health Organization

۳. Quality of Life

متحمل می شوند [۲۹]. بنابراین با توجه به اهمیت نقش و مشارکت خانواده و مراقبین افراد مبتلا به اختلالات روانپزشکی در مراقبت موثر و توانبخشی این بیماران، این پژوهش به تاثیر آموزش روانی خانواده بر مراقبین بیماران مبتلا به اختلالات روانپزشکی می پردازد.

روش

پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی بود. جامعه آماری پژوهش شامل خانواده بیماران با تشخیص اختلالات روانپزشکی بستری در بخش های حاد مرکز آموزشی درمانی روانپزشکی رازی تهران در خرداد ماه سال ۱۳۹۸ بودند. حجم نمونه در این پژوهش با استفاده از فرمول کوهن^۴، ۲۵ نفر محاسبه شد [۳۰]. با توجه به احتمال ریزش نمونه، و تعمیم پذیری نتایج تحقیقات تجربی با حداقل ۳۰ نفر با زیر گروه های ۱۵ نفری [۳۱]، این پژوهش با مشارکت ۳۰ نفر که به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل گمارده شدند. در این پژوهش ملاک های ورود برای مراقبان اصلی بیماران شامل رضایت آگاهانه، داشتن حداقل مدرک راهنمایی، و تمایل به همکاری در اجرای پژوهش بود. ملاک های خروج نیز شامل غیبت دو جلسه یا بیشتر در جلسات آموزش گروهی، ابتلا به اختلال روانپزشکی و بستری در بیمارستان روانپزشکی و عدم تمایل به ادامه مشارکت در پژوهش توسط مراقبان بود. این پژوهش در چهار گام انجام شد. در گام اول و در ابتدای پژوهش، در دو گروه بیماران آزمایش و کنترل، هنگامی که در بخش بستری شده اند و امکان ارزیابی آنان توسط پژوهشگر فراهم شده است، پیش آزمون انجام شد. در گام دوم، جلسات آموزش روانی خانواده فقط برای مراقبان اصلی بیماران گروه آزمایش طی ۸ جلسه دو ساعته (هر هفته یک جلسه ۱۲۰ دقیقه ای) در مرکز آموزشی درمانی روانپزشکی رازی برگزار گردید (جدول شماره ۱). در گام سوم دو گروه بیماران آزمایش و کنترل هنگام ترخیص پرستار به نام مرتبط با پژوهش را در مرحله پس آزمون تکمیل نمودند و در گام چهارم، شش ماه پس از پایان جلسات آموزش روانی خانواده، دو گروه بیماران آزمایش و کنترل برای پاسخگویی مجدد به پرسشنامه پژوهش در مرحله پیگیری فراخوان شدند و پرسشنامه مرتبط با پژوهش را تکمیل نمودند. در خاتمه، تحلیل داده های به دست آمده با استفاده از نرم افزار آماری SPSS-24 و با استفاده از روش آماری تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر^۵ انجام گردید.

تحقیقات تحلیل محتوایی نشان می دهد که مشارکت خانواده در کنار مداخلات درمانی، در مقایسه با صرفاً مداخلات درمانی بدون مشارکت خانواده، میزان عود علائم بیماران را تا ۴ برابر در سال کاهش داده و در سال بعد تا ۲ برابر می کاهش دهد. در مجموع مداخلات خانوادگی، میزان پایبندی بیماران به درمان با داروهای ضد روان پریشی^۱ را بهبود بخشیده و هزینه های کلی مراقبت را کاهش می دهد [۱۹]. و خانواده های بیماران مبتلا به اختلالات روانی شدید را قادر می سازد تا به طور موثر با این بیماری کنار بیاید [۲۰]. در آموزش روانی خانواده، خانواده بیماران روانپزشکی می بایست اطاعات لازم را در خصوص تشخیص های بیمارشان و انواع درمان ها و داروهای جدیدتر بدست آورند [۲۱] و بیمار خود را ترغیب نمایند تا جلسات درمان و یا توانبخشی^۲ خود را به طور گسترده و طولانی مدت دنبال کند [۲۲]. آموزش روانی خانواده یکی از موثرترین مداخلات درمانی برای بیماران شدید روانپزشکی می باشد. مطالعات مختلف نشان داده است که آموزش روانی خانواده های بیماران مبتلا به اختلالات روانپزشکی، عملکرد اجتماعی^۳ و کیفیت زندگی بیماران و خانواده های آن ها را افزایش و بهبود می بخشد [۲۳، ۲۴، ۲۵]. برگزاری جلسات آموزش روانی خانواده به طور گروهی، باعث می شود خانواده ها احساس کنند که در تجربیاتی که توصیف می کنند، تنها نیستند و چنین عمومی سازی می تواند آرامش بخش باشد [۲۶]. ضعف و کمبود خدمات پس از ترخیص بیماران از مراکز درمانی، از جمله مهمترین نیازهای خانواده بیماران مبتلا به اختلال روانپزشکی است؛ و کمبود اطلاعات خانواده درباره بیماری، فشار زیاد را در امر مراقبت و مدیریت بیماری به خانواده ها تحمیل می کند [۲۷]. تاکید بر حمایت خانواده از بیماران روانی شدید با توجه به محدودیت تخت های روانپزشکی، فقدان امکانات پس از ترخیص بیمار و فشاری که خانواده های از مراقبت از بیمارشان بر عهده دارند محسوس تر و از اهمیت خاصی برخوردار است. مراقبت از افراد مبتلا به اختلالات روانی شدید و مزمن، کیفیت زندگی اعضای خانواده بیماران را تحت تاثیر تاثیر قرار می دهد و مراقبین این بیماران مشکلات بیشتری را در حوزه های جسمی، روانی، شناختی، اجتماعی و شغلی گزارش می کنند [۲۸]. خانواده های این بیماران در ایران با کمبود مراکز دولتی جهت بازتوانی و مراقبت های پس از ترخیص بیماران مبتلا به اختلالات روانپزشکی مواجه هستند و به دلیل هزینه های سنگین مراقبتی در مراکز خصوصی، عود های مکرر بیماری، بار روانی مراقبتی بالایی را

^۴ . Cohen

^۵ . Analysis of variance with repeated measures

^۱ . Anti-psychosis

^۲ . Rehabilitation

^۳ . Social Performance

جدول شماره ۱: محتوای جلسات آموزش روانی به خانواده

جلسات	عنوان جلسه آموزشی	اهداف
اول	پیش آزمون و آشنایی اعضا و بیان اهداف و قوانین جلسات	آشنایی اعضا با یکدیگر ایجاد حس اعتماد در اعضا بیان اهداف و قوانین جلسات روان آموزشی خانواده شرح داستان هر خانواده از بیمار اشتراک گذاری تجارب مراقبت از بیمار توسط اعضا انجام پیش آزمون (کیفیت زندگی)
دوم	اختلال روانپریشی و ماهیت آن	آگاهی افزایشی در خصوص معرفی و توصیف اختلال طیف روانپریشی آگاهی افزایشی درباره علایم اختلال روانپریشی آگاهی افزایشی درباره پیامدهای روانی و اجتماعی و بهداشتی اختلال روانپریشی بر بیمار و خانواده آگاهی افزایشی درباره سبب شناسی اختلالات طیف روانپریشی و پیش آگهی بهبود آگاهی افزایشی درباره محدودیت های بیمار و خانواده در مواجهه با اختلال روانپریشی آگاهی افزایشی درباره جداسازی شخصیت بیمار از رفتارهای مرتبط با اختلال روانپریشی و علایم آن
سوم	عود در اختلال روانپریشی و مدیریت آن	آگاهی افزایشی درباره تشدید علایم اختلال روانپریشی و مدیریت علایم آگاهی افزایشی درباره مساله عود اختلال روانپریشی و نشانه های عود آگاهی افزایشی درباره عوامل موثر در عود اختلال روانپریشی آگاهی افزایشی درباره راه های کاهش عود اختلال روانپریشی
چهارم	درمان و توانبخشی اختلال روانپریشی	آگاهی افزایشی درباره درمان های روانشناختی و توانبخشی اختلال روانپریشی آگاهی افزایشی درباره پیگیری توام درمان و توانبخشی آگاهی افزایشی درباره عوارض داروهای روانپریشی و راه های کاهش آن
پنجم	خانواده و مدیریت اختلال روانپریشی	آگاهی افزایشی درباره مراقبت ها و حمایت های روانی، بهداشتی و اجتماعی از بیماران مبتلا به اختلال روانپریشی آگاهی افزایشی درباره پذیرش بیمار مبتلا به اختلال روانپریشی و نحوه سازگاری با وی آگاهی افزایشی درباره شیوه های مشارکت خانواده در درمان و توانبخشی آگاهی افزایشی درباره انتظارات واقع بینانه در درمان و توانبخشی بیمار مبتلا به اختلال روانپریشی آگاهی بخشی در خصوص مراکز و مؤسسات دولتی و غیردولتی ارایه دهنده خدمات به بیماران مبتلا به اختلالات روانی
ششم	خود مراقبتی در مراقبت از بیمار مبتلا به اختلال روانپریشی	آگاهی افزایشی درباره پیامدهای مراقبت از بیماران مبتلا به اختلال روانپریشی آموزش شیوه های خود مراقبتی (جسمی، روانی و اجتماعی) در مراقبان بیماران مبتلا به اختلال روانپریشی آموزش مهارت های ارتباط اثربخش، حل مسئله آموزش مهارت های مدیریت استرس و تعارضات بین فردی
هفتم	انگ و هیجانات ابراز شده	آگاهی افزایشی درباره مفهوم انگ و تبعیض و پیامدهای آن در بیمار مبتلا به اختلال روانپریشی و خانواده آگاهی افزایشی درباره مفهوم هیجان های مثبت و منفی و هیجان های ابراز شده و اجتناب شده آگاهی افزایشی درباره تاثیر هیجان های ابراز شده و اجتناب شده منفی بر تشدید علایم و عود اختلال روانپریشی
هشتم	بحث و نتیجه گیری و خاتمه جلسات	مرور مطالب مطرح شده در جلسات جمع بندی مطالب، آماده سازی خانواده جهت ترخیص بیمار پاسخگویی به پرسش های اعضا انجام پس آزمون (کیفیت زندگی) خاتمه جلسات

درون خوشه ای و آلفای کرونباخ در تمام حیطه ها بالای ۰/۷ بدست آمد ولی در حیطه روابط اجتماعی مقدار آلفای کرونباخ ۰/۵۵ بود، که می تواند به علت تعداد سوال کم در این حیطه یا سوالات حساس آن باشد. از طرفی در ۸۳ درصد موارد، همبستگی هر سوال با حیطه اصلی خود از سایر حیطه ها بالاتر بود و امتیازهای گروه های سالم و بیمار در حیطه های مختلف اختلاف معنی دار داشتند [۳۳].

نتایج

اطلاعات جمعیت شناختی شامل دامنه سنی، جنسیت، سطح تحصیلات و وضعیت تاهل (جدول شماره ۲) قابل مشاهده می باشد. بر اساس داده های به دست آمده مشخص گردید تفاوت معناداری بین متغیرهای جمعیت شناختی گروه آزمایش و گروه کنترل وجود ندارد.

جدول شماره ۲: اطلاعات جمعیت شناختی گروه آزمایش و گروه کنترل

بیماران				خانواده بیماران				متغیرها
P Value		گروه آزمایش		P Value		گروه کنترل		
		N = 15 (%100)				N = 15 (%100)		
		تعداد	درصد			تعداد	درصد	
***۰/۶۳				***۰/۴۶				سن
		۶	۴۰٪			۱	۷٪	۲۰-۳۰
		۴	۲۷٪			۵	۳۳٪	۳۱-۴۰
		۲	۱۳٪			۵	۳۳٪	۴۱-۵۰
		۳	۲۰٪			۴	۲۷٪	۵۱-۶۰
***۰/۷۴				***۰/۵۸				جنسیت
		۴	۲۷٪			۸	۵۳٪	زن
		۱۱	۷۳٪			۷	۴۷٪	مرد
***۰/۱۷				***۰/۲۸				سطح تحصیلات
		۴	۲۷٪			۳	۲۰٪	راهنمایی
		۸	۵۳٪			۷	۴۷٪	دبیرستانی
		۲	۱۳٪			۵	۳۳٪	دانشگاهی
***۰/۱۸				***۰/۳۱				وضعیت تاهل
		۵	۳۳٪			۴	۲۷٪	مجرد
		۴	۲۷٪			۹	۶۰٪	متاهل
		۶	۴۰٪			۲	۱۳٪	غیره

* آزمون کای دو، ** آزمون فیشر

شد. در جدول شماره ۳ با توجه به میانگین و سطح معناداری نمرات متغیرهای وابسته (کیفیت زندگی) در مرحله پیش

پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت^۱ این پرسشنامه دارای ۲۶ سوال است که چهار حیطه سلامت جسمانی، سلامت روانشناختی، اجتماعی و محیطی را می سنجد. پرسشنامه به صورت لیکرت ۱ (خیلی بد) تا ۵ (خیلی خوب) می باشد. برای هر حیطه سلامت نمره های بین ۴ تا ۲۰ به دست می آید. نمره چهار نشانه بدترین و نمره ۲۰ نشانه بهترین وضعیت حیطه مورد نظر است و مجموع نمرات در دامنه بین ۲۶ تا ۱۳۰ می باشد [۳۲]. پایایی آزمون بازآزمون برای زیرمقیاس ها این پرسشنامه در ایران به این صورت به دست آمد: سلامت جسمانی ۰/۷۷، سلامت روانشناختی ۰/۷۷، سلامت اجتماعی ۰/۷۵، سلامت محیط ۰/۸۴ و آلفای کرونباخ به دست آمده ۰/۸۵ گزارش گردیده است. روایی پرسشنامه با قابلیت تمایز این ابزار در گروه های سالم و بیمار با استفاده از رگرسیون خطی مورد ارزیابی واقع شد. مقادیر همبستگی

از تحلیل واریانس اندازه گیری های مکرر (ANOVA) برای بیان اثر زمان و گذر زمان در بین گروه آزمایش و گروه کنترل در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و مرحله پیگیری استفاده

^۱ -The World Health Organization Quality of Life

آزمون می‌توان نتیجه گرفت که گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری با یکدیگر ندارند ($P>0.05$).

جدول شماره ۳: نتایج آزمون t برای گروه آزمایش و کنترل

متغیرها	پیش آزمون $M \pm SD$	t	معناداری
نمره کل کیفیت زندگی	$56/93 \pm 4/16$	$0/297$	$0/76$
گروه آزمایش			
گروه کنترل	$56/53 \pm 3/13$		
بعد جسمانی		$1/31$	$0/201$
گروه آزمایش	$12/93 \pm 3/23$		
گروه کنترل	$12/66 \pm 1/87$		
سلامت روانی		$-0/523$	$0/605$
گروه آزمایش	$14/53 \pm 2/69$		
گروه کنترل	$15/06 \pm 2/97$		
روابط اجتماعی		$1/04$	$0/17$
گروه آزمایش	$4/4 \pm 1/84$		
گروه کنترل	$4/46 \pm 1/5$		
سلامت محیطی		$0/108$	$0/91$
گروه آزمایش	$16/73 \pm 2/21$		
گروه کنترل	$16/53 \pm 2/41$		

سلامت جسمانی، روانی، و محیطی در مرحله پس آزمون و پیگیری معنی دار است ($P<0.05$). اثر تعاملی گروه و زمان نشان می‌دهد در نمرات کیفیت زندگی و خرده مقیاس‌های سلامت جسمانی و محیطی در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل در مراحل پس آزمون و پیگیری معنی دار است ($P<0.05$)

مطابق نتایج جدول شماره ۴ اثر گروه، زمان و تعاملی برای متغیر کیفیت زندگی و خرده مقیاس‌های آن نشان داده شده است. اثر گروه نشان می‌دهد که برای تغییرات نمرات کیفیت زندگی و خرده مقیاس‌های آن، عضویت گروهی معنی دار است ($P<0.05$). همچنین برای خرده مقیاس‌های کیفیت زندگی، اثر زمان نشان می‌دهد تغییرات نمرات خرده مقیاس‌های

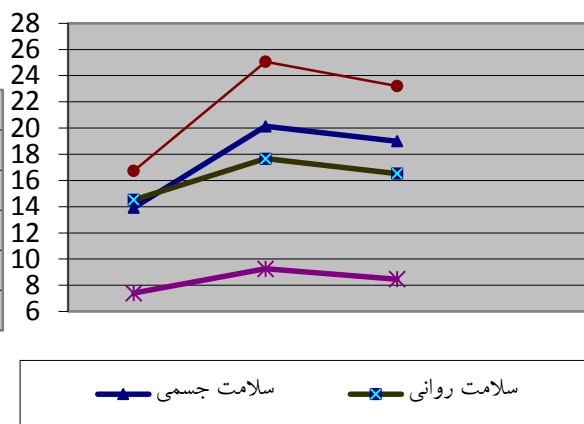
جدول شماره ۴: نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر نمرات کیفیت زندگی و خرده مقیاس‌های کیفیت زندگی

نمره کل کیفیت زندگی	گروه	$3434/84$	۱	$3434/84$	$137/72$	$0/0001$	$0/83$
	زمان	$2194/75$	۲	$1218/98$	$41/73$	$0/0001$	$0/59$
گروه * زمان		$1672/75$	۲	$928/69$	$31/79$	$0/0001$	$0/53$
سلامت جسمانی	گروه	$523/21$	۱	$523/21$	$112/53$	$0/0001$	$0/80$
	زمان	$187/28$	۲	$95/39$	$13/24$	$0/0001$	$0/32$
گروه * زمان		$143/28$	۲	$72/98$	$10/12$	$0/0001$	$0/26$

سلامت روانی	گروه	۷/۵۱	۱	۷/۵۱	۲/۳۸	۰/۰۰۰۱	۰/۰۷
	زمان	۶۱/۷۵	۲	۳۱/۹۰	۴/۷۹	۰/۰۱	۰/۱۴
	گروه * زمان	۲۳/۴۸	۲	۱۲/۱۳	۱/۸۲	۰/۰۵	۰/۰۶
سلامت اجتماعی	گروه	۱۶/۰۴	۱	۱۶/۰۴	۸/۳۵	۰/۰۰۰۷	۰/۲۳
	زمان	۱۵/۰۸	۲	۷/۶۵	۲/۷۱	۰/۰۷	۰/۰۸
	گروه * زمان	۱۱/۳۵	۲	۵/۷۵	۲/۰۴	۰/۱۴	۰/۰۷
سلامت محیطی	گروه	۵۸۷/۷۷	۱	۵۸۷/۷۷	۶۷/۵۱	۰/۰۰۰۱	۰/۷۰
	زمان	۳۰۷/۰۸	۲	۱۵۳/۵۴	۲۱/۳۷	۰/۰۰۰۱	۰/۴۳
	گروه * زمان	۳۷۴/۱۵	۲	۱۳۸/۰۶	۱۸/۹۹	۰/۰۰۰۱	۰/۴۰

در نمودار کیفیت زندگی، میانگین و انحراف استاندارد گروه آزمایش در مرحله پیش آزمون از $4/16 \pm 56/93$ به $8/57 \pm 78/6$ در مرحله پس آزمون تغییر یافت. میانگین و انحراف استاندارد خرده مقیاس سلامت جسمانی گروه آزمایش از $3/2 \pm 13/93$ به $20/13 \pm 2/19$ در مرحله پس آزمون تغییر یافت. همچنین میانگین و انحراف استاندارد خرده مقیاس سلامت روانی گروه آزمایش از $2/69 \pm 14/53$ به $1/91 \pm 17/66$ در مرحله پس آزمون تغییر کرد. میانگین و انحراف استاندارد خرده مقیاس روابط اجتماعی گروه آزمایش از $1/84 \pm 7/4$ به $1/57 \pm 9/26$ در مرحله پس آزمون تغییر یافت. میانگین و انحراف استاندارد خرده مقیاس سلامت محیطی گروه آزمایش از $2/2 \pm 16/73$ به $25/06 \pm 3/82$ در مرحله پس آزمون تغییر یافت (نمودار شماره ۱). این در حالی است که در نمرات کیفیت زندگی و خرده مقیاس های آن در گروه کنترل و در مراحل پیش آزمون و پس آزمون تغییر معنی داری حاصل نگردید (نمودار شماره ۲).

نمرات خرده مقیاس های کیفیت زندگی در گروه آزمایش

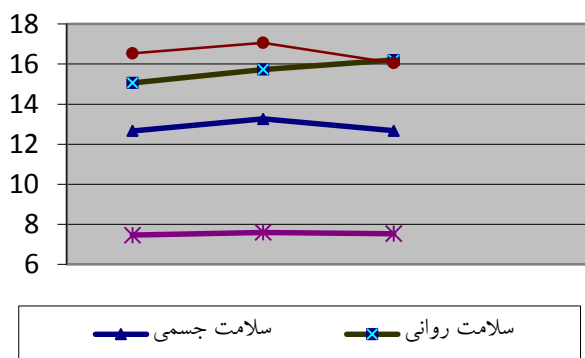


نمودار شماره ۱. تغییر میانگین نمرات خرده مقیاس های کیفیت زندگی گروه آزمایش در مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

بحث و نتیجه گیری

آموزش روانی خانواده از مداخلات بسیار مهم در مدیریت بیماران مبتلا به اختلالات روانپریش و مراقبین آنها می باشد [۲۵]. با توجه به بار روانی که اختلالات روانپریشی بر فرد مبتلا و مراقبین می گذارد، می تواند به کاهش سطح سلامت جسمانی و روانی مراقبین و اعضای خانواده منجر شود [۲۴]. بار روانی مراقبت از این بیماران می تواند از کیفیت مراقبت کاسته و عملکرد مراقبین در موقعیت های واقعی زندگی را کاهش دهد [۳۴]. در این پژوهش و در راستای پژوهش های صورت گرفته در خارج از کشور، اثر بخشی آموزش روانی بر مقیاس سلامت جسمانی به عنوان یکی از ابعاد کیفیت زندگی بررسی گردید که با نتایج پژوهش صورت گرفته در این زمینه همسو می باشد [۲۴]. از آنجایی که تنوع و شدت نقش های مراقبتی می تواند بر فشار روانی خانواده و مراقبین خانگی بیماران بیفزاید [۳۵]، جلسات آموزش روانی خانواده می تواند مهارت های حل مساله و سازگاری را برای برخورد با مسائل و مشکلات مراقبین و اعضای خانواده آموزش دهد که این عامل بر کاهش بار روانی خانواده و مراقبین اثر بخش می باشد [۲۵]. در این پژوهش همخوان با پژوهش های صورت گرفته مشخص گردید آموزش روانی خانواده بر بعد سلامت روانی به عنوان یکی از ابعاد کیفیت زندگی اثر بخشی معنی دار دارد [۳۶، ۳۷، ۳۸]. همچنین آموزش روانی خانواده در کاهش بار روانی خانواده می تواند از طریق آگاهی خانواده ها از راهبردهای پرداختن به موقعیت های مساله ساز اثر بخش باشد و روابط اجتماعی مراقبین را بهبود بخشد [۳۶]. از سویی احساس بدنامی و انگ اجتماعی در بیماران و خانواده بیماران مبتلا به اختلالات

نمرات خرده مقیاس های کیفیت زندگی در گروه کنترل



نمودار شماره ۲. تغییر میانگین نمرات خرده مقیاس های کیفیت زندگی گروه کنترل در مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

روانی می تواند از عوامل تاثیرگذار بر کاهش تعاملات اجتماعی باشد [۳۹]. از سوی دیگر نیز قطع روابط و پیوند های اجتماعی می تواند به انزوای اجتماعی منجر گردد [۸]. در این پژوهش نیز اثر بخشی آموزش روانی خانواده بر مقیاس های روابط اجتماعی و سلامت محیطی معنی دار به دست آمد که با پژوهش های صورت گرفته همخوان می باشد [۲۴، ۴۰]. در ارتباط با مداخله در خانواده های بیماران روانپریش بهبود علائم بیماری ممکن است با پذیرش درمانی ارتباط داشته باشد. زیرا خانواده ها قادر خواهند بود مصرف داروهای ضد روانپریشی بیمارانشان را نظارت کنند و به همین دلیل بار روانی خانواده در جهت مراقبت از بیماران را کاهش داده و سازگاری اجتماعی آنان را تسهیل می کند [۴۱]. مطابق با نتایج این پژوهش و همسو با پژوهش صورت گرفته می توان نتیجه گرفت آموزش روانی خانواده کیفیت زندگی مراقبین و خانواده بیماران مبتلا را افزایش می دهد [۲۳، ۲۴، ۳۴، ۴۲، ۴۳]. که به تبع در کاهش هزینه های درمانی، کاهش عود بیماری و پیشگیری از ابتلا به اختلالات روانپزشکی در مراقبین اثر بخش می باشد [۴۴].

یافته های این پژوهش نشان داد که آموزش روانی خانواده در افزایش کیفیت زندگی خانواده های بیماران مبتلا به اختلالات روانپریشی موثر بوده است. لذا پیشنهاد می شود که نتایج این پژوهش جهت اطلاع و بهره برداری به مراکز درمانی و روانپزشکی، مراکز مشاوره و توانبخشی اعلام گردد و نیز امکان برگزاری این جلسات ساختارمند آموزش روانی برای خانواده های بیماران در راستای حمایت از خانواده بیماران به منظور مدیریت مناسب بیماری از طریق ارتقاء سطح آگاهی آنان و نیز پیشگیری و

hermeneutic phenomenological study. Perspectives in Psychiatric Care.

- 6- Awad AG, Voruganti LN. The burden of schizophrenia on caregivers. *Pharmacoeconomics*. 2008 Feb 1;26(2):149-62.
- 7- Fleury MJ, Grenier G, Bamvita JM, Tremblay J, Schmitz N, Caron J. Predictors of quality of life in a longitudinal study of users with severe mental disorders. Health and quality of life outcomes. 2013 Dec 1;11(1):92.
- 8- Ghaffari GR, Omid R. Quality of Life as Indicator of Social Development. Tehran; Shirazeh Pub 2009 [Persian]
- 9- Lima-Rodríguez, J. S., de Medina-Moragas, A. J., Fernández-Fernández, M. J., & Lima-Serrano, M. (2022). Factors associated with quality of life in relatives of adults with serious mental illness: a systematic review. *Community mental health journal*, 1-20.
- 10- IsHak WW, Greenberg JM, Balayan K, Kapitanski N, Jeffrey J, Fathy H, Fakhry H, Rapaport MH. Quality of life: the ultimate outcome measure of interventions in major depressive disorder. *Harvard review of psychiatry*. 2011 Sep 20;19(5):229-39.
- 11- Townsend MC. Essentials of psychiatric mental health nursing: Concepts of care in evidence-based practice. FA Davis; 2013 Aug 16.
- 12- Caqueo-Urizar A, Gutiérrez-Maldonado J, Miranda-Castillo C. Quality of life in caregivers of patients with schizophrenia: a literature review. *Health and quality of life outcomes*. 2009 Dec 1;7(1):84.
- 13- Mehrabizadeh Honarmand, M., Najarian, B., Ansarian, N. Comparison of Memory Deficit in Paranoid & Residual Schizophrenic patients with Normal Subjects. *Clinical Psychology and Personality*, 2003; 1(1): 61-72.

کاهش میزان عود علایم در بیماران، فراهم گردد. نتایج پژوهش حاضر بر روی بیماران مبتلا به اختلال روانپریشی بستری در بیمارستان روانپزشکی رازی بدست آمده و به دلیل خاص بودن و محدود بودن جامعه از نظر منطقه ای، در تعمیم پذیری نتایج این پژوهش به سایر بیماران مبتلا به سایر اختلالات روانی می بایست جانب احتیاط را در نظر گرفت.

تقدیر و تشکر

این مقاله بخشی از رساله دکتری مشاوره در دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی دانشگاه علامه طباطبایی با کد IR.ATU.REC.1397.128 استخراج گردیده است که در مرکز آموزشی درمانی روان پزشکی رازی تهران انجام گردید. بدین وسیله نویسندگان از بیماران و خانواده های آنها و نیز کارکنان مرکز آموزشی درمانی روان پزشکی رازی تهران که با همکاری خود، ما را در انجام این پژوهش یاری نمودند، کمال تشکر و قدردانی را دارند.

منابع

- 1- Zachar P, First MB, Kendler KS. The DSM-5 proposal for attenuated psychosis syndrome: a history. *Psychological medicine*. 2020 Apr 1;50(6):920-6.
- 2- Choi H, Hwang B, Kim S, Ko H, Kim S, Kim C. Clinical education in psychiatric mental health nursing: Overcoming current challenges. *Nurse education today*. 2016 Apr 1; 39:109-15.
- 3- Fogle, P. T. (2022). *Essentials of communication sciences & disorders*. Jones & Bartlett Learning.
- 4- Safavi M, Mahmoudi M, Akbar-Natajbishe K. Assessment of quality of life and its relationship with some of individuals' characteristics in pulmonary complications of Sulfur Mustard. *Journal of Bimonthly Official Publication of Shahed Medical Sciences University* 2009; 16 (80):43-52 [Persian]
- 5- Özgönül, M. L., & Bademli, K. (2022). Ethical problems experienced by family caregivers of patient with schizophrenia: A

- 23- Asik E, Ünsal G. An evaluation of a psychoeducation programme for emotion identification and expression in individuals diagnosed with schizophrenia. *International Journal of Mental Health Nursing*. 2020 Feb 14.
- 24- Kızıllırmak Tatu M, Demir S. Effect of Group Psychoeducation on Treatment Adherence, Quality of Life and Well-Being of Patients Diagnosed with Schizophrenia. *Issues in Mental Health Nursing*. 2020 Aug 11:1-1.
- 25- Omranifard V, Yari A, Kheirabadi GR, Rafizadeh M, Maracy MR, Sadri S. Effect of needs-assessment-based psychoeducation for families of patients with schizophrenia on quality of life of patients and their families: A controlled study. *Journal of education and health promotion*. 2014;3.
- 26- Verma PK, Walia TS, Chaudhury S, Srivastava S. Family psychoeducation with caregivers of schizophrenia patients: Impact on perceived quality of life. *Industrial Psychiatry Journal*. 2019 Jan;28(1):19.
- 27- Oluwoye, O., Davis, B., Kuhney, F. S., & Anglin, D. M. (2021). Systematic review of pathways to care in the US for Black individuals with early psychosis. *NPJ schizophrenia*, 7(1), 1-10.
- 28- Dixon, L. Adam, C. Lucksted.A(2000). Update on Family Psychoeducation for Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 26(1):5-20
- 29- Ralevski E, Gianoli MO, McCarthy E, Petrakis I. Quality of life in veterans with alcohol dependence and co-occurring mental illness. *Addictive Behaviors*. 2014 Feb 1;39(2):386-91.
- 30- Sin J, Gillard S, Spain D, Cornelius V, Chen T, Henderson C. Effectiveness of psychoeducational interventions for family carers of people with psychosis: A systematic review and meta-analysis. *Clinical psychology review*. 2017 Aug 1; 56:13-24.
- 14- Ghaedi, G. Psychiatric disorders and sexual dysfunctions. *Clinical Psycholog and Personality*, 2020; 14(1): 157-178. doi: 10.22070/14.1.157.
- 15- and Personality, 2020; 14(1): 157-178. doi: 10.22070/14.1.157.
- 16- Ribé JM, Salamero M, Pérez-Testor C, Mercadal J, Aguilera C, Cleris M. Quality of life in family caregivers of schizophrenia patients in Spain: caregiver characteristics, caregiving burden, family functioning, and social and professional support. *International journal of psychiatry in clinical practice*. 2018 Jan 2;22(1):25-33.
- 17- Stang P, Frank C, Yood MU, Wells K, Burch S. Impact of bipolar disorder: results from a screening study. *Primary care companion to the Journal of clinical psychiatry*. 2007;9(1):42.
- 18- Hayman F. Helping carers care: an education programme for rural carers of people with a mental illness. *Australasian Psychiatry*. 2005 Jun;13(2):148-53.
- 19- Eskandari, H., Rezai, R., Vahedi, H., Esmali, A. The Study of Self-Metaphors in the Families of Schizophrenia Patients Compared to the Healthy Families. *Clinical Psychology and Personality*, 2010; 8(1): 53-58.
- 20- Magliano L, Fiorillo A, Fadden G, Gair F, Economou M, Kallert T, SCHELLONG J, XAVIER M, PEREIRA MG, GONZALES FT, PALMA-CRESPO 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 Feb;4(1):45.
- 21- Mansouri, A., Mansouri, M., & Mansouri, N. (2015). The Relation between Schizotypy and Depression Symptom According to Mediator Role of Rumination. *Clinical Psychology and Personality*, 12(2), 99-108.
- 22- Mueser KT, Gingerich S. The complete family guide to schizophrenia. New York: Guilford. 2006.

- psychoeducational intervention for relatives of patients with schizophrenia in Japan. *Psychiatry and clinical neurosciences*. 2006 Oct;60(5):590-7.
- 41- Farzand M, Abidi M. Effects of mental illness stigma on social identity and social isolation among family caregivers of psychiatric patients. *International Journal of Medical and Pharmaceutical Sciences*. 2013;4(1):31-40.
 - 42- Reza GG, Shikha M, Habibollah T, Ali AG. Efficacy of a psychoeducational programme for the social adjustment of psychiatric patients. *Hong Kong Journal of Psychiatry*. 2004 Sep 1;14(3):7-15.
 - 43- Lefley HP. *Family psychoeducation for serious mental illness*. Oxford University Press; 2009 Jul 17.
 - 44- McDonagh MS, Dana T, Selph S, Devine EB, Cantor A, Bougatsos C, Blazina I, Grusing S, Fu R, Kopelovich SL, Monroe-DeVita M. Treatments for schizophrenia in adults: a systematic review. 2017.
 - 45- Sauvanaud F, Kebir O, Vlasie M, Doste V, Amado I, Krebs MO. Therapeutic benefit of a registered psychoeducation program on treatment adherence, objective and subjective quality of life: French pilot study for schizophrenia. *L'encephale*. 2016 Sep 19;43(3):235-40.
 - 46- Motlova L, Dragomirecka E, Spaniel F, Goppoldova E, Zalesky R, Seleпова P, Figlova Z, Höschl C. Relapse prevention in schizophrenia: Does group family psychoeducation matter? One-year prospective follow-up field study. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*. 2006 Jan 1;10(1):38-44.
 - 31- Cohen J. Statistical power analysis. *Current directions in psychological science*. 1992 Jun;1(3):98-101.
 - 32- Delavar. Ali. *Research Methodology in Psychology and Educational Sciences*. Tehran: Arasbaran Publishers; 2019.
 - 33- Skevington SM, Lotfy M, O'Connell KA. The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHOQOL group. *Quality of life Research*
 - 34- .. 2004 Mar 1;13(2):299-310.
 - 35- Nejat SA, Montazeri A, Holakouie Naieni K, Mohammad KA, Majdzadeh SR. The World Health Organization quality of Life (WHOQOL-BREF) questionnaire: Translation and validation study of the Iranian version. *Journal of school of public health and institute of public health research*. 2006 Jul 10;4(4):1-2.
 - 36- Omranifard V, Yari A, Kheirabadi GR, Rafizadeh M, Maracy MR, Sadri S. Effect of needs-assessment-based psychoeducation for families of patients with schizophrenia on quality of life of patients and their families: A controlled study. *Journal of education and health promotion*. 2014;3.
 - 37- Navidian A, Pahlavanzadeh S, Yazdani M. The effectiveness of family training on family caregivers of inpatients with mental disorders. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2010 Aug 10;16(2):99-106.
 - 38- Sharif F, Shavgan M, Mani A. Effect of a psycho-educational intervention for family members on caregiver burdens and psychiatric symptoms in patients with schizophrenia in Shiraz, Iran. *BMC psychiatry*. 2012 Dec 1;12(1):48.
 - 39- Chan SW, Yip B, Tso S, Cheng BS, Tam W. Evaluation of a psychoeducation program for Chinese clients with schizophrenia and their family caregivers. *Patient education and counseling*. 2009 Apr 1;75(1):67-76
 - 40- Yamaguchi H, Takahashi A, Takano A, Kojima T. Direct effects of short- term