

ارزیابی اثربخشی مداخلات آموزشی روانی گروهی بر عملکرد خانواده بیماران مبتلا به اختلالات خلقی

امیرحسین مجردکاهانی^۱

دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه فردوسی مشهد

بهرامعلی قنبری هاشم آبادی

دانشیار گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه فردوسی مشهد

پذیرش مقاله: ۹۰/۱۲/۱

دریافت مقاله: ۹۰/۸/۴

چکیده

هدف: پژوهش حاضر به منظور بررسی اثربخشی مداخلات آموزشی روانی گروهی بر عملکرد خانواده بیماران مبتلا به اختلالات خلقی انجام شد.

روش: این پژوهش یک طرح نیمه آزمایشی با گروه کنترل و گمارش تصادفی بود. در این پژوهش، شش نفر بعنوان گروه آزمایشی و نه نفر بعنوان گروه کنترل شرکت داشتند. کلیه شرکت کنندگان که اعضای خانواده بیماران مبتلا به اختلالات خلقی را تشکیل می دادند ابزار سنجش عملکرد خانواده (FAD) را تکمیل نمودند. گروه آزمایش به مدت دوازده جلسه در جلسات مداخلات آموزشی روانی گروهی شرکت داشتند، ولی گروه کنترل در این مدت هیچگونه مداخله ای دریافت نکردند. همچنین به منظور تحلیل داده ها از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده شد.

یافته ها: نتایج تحلیل داده های پژوهش حاضر نشان دهنده بهبود معناداری در میانگین نمره عملکرد خانواده گروه آزمایشی بود.

نتیجه گیری: نتایج حاصل از پژوهش نشان می دهد که مداخلات آموزشی روانی گروهی می تواند کارایی خانواده را بهبود بخشد.

کلیدواژه ها: مداخلات آموزشی روانی گروهی، عملکرد خانواده، اختلالات خلقی

^۱- آدرس نویسنده مسؤول: دانشگاه فردوسی مشهد، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، گروه آموزشی روان شناسی. تلفکس: ۶۰۴۵۳۵۷ (۰۵۱۱)

مقدمه

یکی از اهداف سازمان بهداشت جهانی در ارتقاء سلامت روان و درمان بیماری‌های 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 آموزش‌های سیستماتیک خانواده‌ها در امر مراقبت از بیماران روانی شدید، مورد تاکید قرار گرفته است (استانگ^۱ و همکاران، ۲۰۰۷). در هر بیماری دو جنبه خانوادگی وجود دارد. یکی بعنوان عامل مراقبت از عضو بیمار و دیگری نقش یا سهم خانواده در ایجاد بیماری (غفلت، انتقال اختلال یا قرار دادن بیمار در شرایط نامطلوب). بیماری‌های روان شناختی در خلا رخ نمی دهند؛ صرف نظر از نقش محیط، بیماران در معرض تأثیر متقابل (پاتولوژیک یا غیرپاتولوژیک) با اعضای خانواده نیز قرار دارند. بیماری مزمن، مقوله‌ای بین فردی، اجتماعی و فرهنگی است و نباید تنها داستان تجربیات بیمار تلقی شود. زمانی که بیماری شدیدی وارد خانواده می شود، مانند مهمان ناخوانده، تعادل حیاتی موجود در سیستم خانواده‌ها را در مرزها، نقش‌ها، انتظارات، آرزوها و امیدها بر هم می‌زند. بنابراین، سیستم خانواده را در بیماری‌ها نمی‌توان نادیده گرفت؛ چرا که در آن صورت خانواده، علیه درمان و تیم درمانی، با انکارها، پیش داوری‌ها، شرم و دوسوگرایی‌اش مقابله خواهد کرد (ماج و سار توریوس، ۱۹۹۶). بر این اساس، درمان بایستی بر فرد و زمینه‌ای که در آن جای گرفته، یعنی خانواده تمرکز یابد. واکنش خانواده در مقابل بیماری یک عضو نیز از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. چنانچه اختلال، نوعی اختلال روان شناختی باشد که محتاج بستری شدن است، خانواده بنا به دلایلی باید مورد توجه قرار گیرد. از این دلایل، به سهم احتمالی خانواده در عود بیماری، بروز بحران به هنگام بستری شدن عضوی از خانواده و تاثیر نامطلوب بیمار بر خانواده در زمان بازگشت، می توان اشاره کرد (خزائیلی و بوالهیری، ۱۹۹۶).

ویزمن^۲ (۲۰۰۵) نیز در مطالعات خود پی برد که انسجام و پیوستگی در خانواده و درک اعضا از خودشان به عنوان یک واحد، با سلامت هیجانی کلی اعضای خانواده و بیمارشان، همبستگی و رابطه دارد؛ به طوری که آنها تنیدگی، اضطراب و افسردگی پایین تری را گزارش می کنند. برای بیمار نیز ادراک انسجام و پیوستگی در خانواده، با نشانه‌های روان پزشکی کمتری همراه است. به عبارتی دیگر، بیمارانی که محیط خانواده خود را حمایت کننده دریافت می کنند، نشانه‌های شدید روان پزشکی مانند توهم، هذیان، آشفتگی کلامی و ... را کمتر تجربه می کنند. پژوهش ترانگکاسومبات^۳ (۲۰۰۶) نشان داده است که عملکرد ضعیف خانواده، تعارضات شدید والدین، رشد خودمختاری در بیماران مبتلا به اختلالات شدید روان

1 . Stang

2 . Weisman

3 . Trangkasombat

پزشکی را با مشکل مواجه کرده و روند رو به بهبود در بیمار را با مشکل مواجه می کند. در مقابل عملکرد خوب خانواده، بهبودی بیمار را تسهیل کرده و باعث کاهش خطر خودکشی می شود (کویاما^۱ و همکاران، ۲۰۰۴). نتایج پژوهش سولومون^۲ (۱۹۹۶) روی خانواده هایی که بیماران مبتلا به PTSD داشتند، سطح پایینی از پاسخ دهی عاطفی و انسجام و سطوح بالای تعارض را نسبت به خانواده های سالم نشان داد. اوپنهمر^۳ (۱۹۹۳)، به مطالعه‌ی خانواده‌های با بیماران مبتلا به اختلال‌های اضطرابی پرداخت که نتایج بیانگر سطح بالایی از تعارض عاطفی^۴ و ظرفیت پایین سازگاری با تنیدگی، در این خانواده‌ها است.

استلی^۵ و همکاران (۲۰۱۰) میزان علائم افسردگی و اضطراب را در اعضای خانواده‌هایی که از بیماری مزمن روانی مراقبت می کنند بین ۴۰ تا ۵۵٪ گزارش کرده‌اند. و این در حالی است که تعدادی از مطالعات مانند اوگلیوی^۶، مورنات^۷ و گودوین^۸ (۲۰۰۵) نشان می‌دهند که تجربه مراقبت از بیماران دوقطبی که از شایع ترین اختلالات خلقی می باشند، می تواند از سایر بیماری‌های روانی متفاوت باشد. زیرا ماهیت این اختلالات متفاوت است، بیماری‌ها حالت دوره‌ای داشته، نوسانی می-باشند و از سویی بیماران دوره های بهبودی را تجربه می کنند و همواره احتمال عود بیماری و تغییر ماهیت بیماری و همچنین افکار خودکشی (۵۹٪) در بیماران موجب نگرانی خانواده و مراقبین بیمار می شود.

خانواده‌ها در هنگام رویارویی با این گونه موقعیت‌های فشارزا و دشواری استرس زیادی را تجربه می کنند و این استرس موجب ناراحتی، تنش یا نومیدی اعضای خانواده می‌شود. موقعیت فشارزا سامانه^۹ خانواده را مختل می کند مگر اینکه خانواده بتواند با وضعیت تازه خود را سازگار کند. برای اینکه خانواده به عملکرد عادی خود بازگردد، به کوشش زیادی برای از میان برداشتن یا حل مشکل نیاز دارد (بالارد^{۱۰}، ۱۹۷۹). عملکرد (کارایی) خانواده در اصل اشاره به ویژگی‌های سیستمی خانواده دارد. به بیان دیگر عملکرد خانواده یعنی توانایی خانواده در هماهنگی یا انطباق با تغییرات ایجاد شده در طول حیات، حل کردن تعارض‌ها، همبستگی میان اعضا و موفقیت در الگوهای انضباطی، رعایت حد و مرز میان افراد و

1 . Koyama

2 .Solomon

3 . Oppenheimer

4 .Emotional conflict

5 . Steele

6 . Ogilvie

7 . Morant

8 . Goodwin

9 .System

10 . Ballard

اجرای مقررات و اصول حاکم بر این نهاد با هدف حفاظت از کل نظام خانواده (پورتل و هاوِل، ۱۹۹۲؛ نقل شده در کرامتی، مرادی و کاوه، ۱۳۸۴). اصولاً کارایی یک خانواده به توانایی آن در مقابله با فشارهای روانی، تعارضات و مشکلات اشاره دارد، به طوری که خانواده قادر است، نقش‌ها، وظایف و کارکردهایش را تحقق بخشد (مینوچین، ترجمه ثنایی، ۱۳۷۳). شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد آموزش خانواده‌ها و مراقبان بیماران روانی می‌تواند از استرس و فشار آنها بکاهد، بدین صورت که ترس مراقبت را با برطرف کردن افسانه‌ها و کج فهمی‌ها از بیماری کاهش می‌دهد، رفتارهای دردآور بیمار را با قابل فهم کردن نشانه‌های بیماری پیش بینی پذیر می‌کند، تحمل بیشتر و گرایش پذیرنده‌تری را نسبت به بیمار تشویق می‌کند و به مراقب کمک می‌نماید تا احساس کنترل بیشتری بر موقعیت داشته باشد و از این طریق بر احساس ناامیدی و بدبینی غلبه کند (بیرچوود^۱ و همکاران، ۱۹۹۲).

اطلاعات، مهارت‌های مقابله با استرس بیماری، حمایت اجتماعی، رویارویی با برچسب اجتماعی بیماری، منابع مالی برای پرداخت هزینه درمان‌های روان پزشکی، مهمترین نیازها و تقاضای خانواده‌های دارای بیماران مزمن روان پزشکی است (سولومون^۲، ۲۰۰۰؛ برلانگ^۳ و همکاران، ۲۰۰۳) که برنامه‌های مداخله‌ای و آموزشی برای خانواده‌ها با شناسایی عوامل ایجاد کننده فرسودگی نزدیکان بیمار مثل اطلاعات درست درباره بیماری، بهبود راهبردهای مقابله‌ای، حمایت اجتماعی و رفع اضطراب، می‌توانند به رفع فرسودگی مراقبان کمک کنند (گوتیرز-مالدونادو^۴ و کاکيو-یوریزار^۵، ۲۰۰۷).

بنابراین با توجه به مطالب ذکر شده، پژوهش حاضر به منظور اثربخشی مداخلات آموزشی روانی گروهی بر عملکرد خانواده در بیماران مبتلا به اختلالات خلقی انجام شد.

روش

طرح کلی پژوهش با توجه به اهداف آن از نوع نیمه تجربی بوده است که با گروه کنترل و گمارش تصادفی همراه با پیش آزمون و پس آزمون اجرا شد. جامعه‌ی آماری این پژوهش، شامل یکی از افراد خانواده‌ی بیماران مبتلا به اختلال خلقی بود که بیمارشان، آخرین بار در بیمارستان روانپزشکی ابن سینای مشهد بستری شده بود. منظور از خانواده بیمار، پدر، مادر، همسر و یا خواهر و برادری است که با بیمار رابطه‌ی نزدیکی داشته، مراقب اصلی وی و نیز داوطلب شرکت در جلسات

1. Birchwood

2. Solomon

3. Berlung

4. Gutierrez-Maldonado

5. Caqueo-Urizar

آموزشی روانی گروهی بودند. روش نمونه‌گیری در این پژوهش از نوع در دسترس می‌باشد و حجم نمونه در این پژوهش برای گروه آزمایشی شش نفر و برای گروه کنترل نیز نه نفر بود.

لازم به ذکر است، آماردانان برای طرح‌های تجربی حجم نمونه ۴ تا ۱۲ نفر را پیشنهاد داده و آن را کافی می‌دانند، منتها طبیعی به نظر می‌رسد که نمونه بیشتر قدرت تعمیم‌پذیری آن بیشتر می‌شود (گال، بورگک، و گال، ۱۹۹۶، ترجمه نصر و همکاران، ۱۳۸۳، عریضی و فراهانی، ۱۳۸۷). بنابراین در این پژوهش ۶ نفر را برای گروه آزمایش انتخاب نمودند که با رایزنی با مشاور آماری بر اساس مفاهیم تئوری روش تحقیق و آماری این تعداد نمونه تأیید شد. کفایت حجم نمونه، به انجام تحلیل آماری بعد از اجراء مداخله موکل شد. بدین صورت که پس از انجام تحلیل مقدماتی شاخص توان آماری بررسی شد که در این پژوهش توان آماری برابر با ۱ است، یعنی امکان خطای نوع دوم وجود نداشته است، بدین ترتیب به حجم نمونه گرفته شده اکتفا شد.

شیوه مداخله: ابتدا به روانشناسان هر بخش بیمارستان روانپزشکی ابن سینا در مورد طرح پژوهش شامل تعداد جلسات، محل برگزاری، طول مدت هر جلسه و مسایلی که در جلسات مطرح می‌شود، توضیحات کامل داده شد، سپس برگه‌های تبلیغاتی در بخش‌های مختلف بیمارستان بخصوص بخش‌های بستری بیماران نصب و نیز تعدادی به روانشناسان هر بخش داده شد تا در زمانهای ملاقات در اختیار خانواده‌ها قرار دهند. پس از آن لیست ثبت نامی خانواده‌ها که شامل مشخصات بیمار، نسبت با بیمار، سن، جنس، میزان تحصیلات و آدرس و شماره تلفن بود از روانشناسان بخش‌ها اخذ و نیز به کسانی که با شماره تلفن درج شده در برگه‌های تبلیغاتی تماس گرفته بودند، درباره طرح پژوهش (شامل تعداد جلسات، محل برگزاری، طول مدت هر جلسه و مسایل مطرح شده در جلسات) توضیحاتی ارائه شد و پس از جلب رضایت کامل آنها و حضور در بیمارستان، رضایت نامه کتبی اخذ گردید. به طور کلی با پنجاه و شش خانواده تماس تلفنی حاصل شد که از آن تعداد هجده نفر حاضر به همکاری شدند. این هجده نفر به طور تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل 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 نه نفر گروه کنترل پس از پیش‌آزمون در این مدت هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نمی‌کردند. (گروه‌های آزمایش و کنترل در پیش‌آزمون طی یک جلسه پرسشنامه سنجش عملکرد خانواده (FAD) را تکمیل نمودند، ابتدا خانواده‌هایی که اعلام حضور کرده بودند پس از مصاحبه اولیه و مشخص شدن همکاری، پرسشنامه را تکمیل کردند.

پس از اتمام جلسات آموزش روانی خانواده که ۱۲ جلسه بود و بعد از یک وقفه‌ی یک هفته‌ای، مجدداً خانواده‌های گروه-های آزمایش و کنترل، همزمان پرسشنامه را پر نمودند. پس از پایان مدت جلسات آموزشی، از هر دو گروه مجدداً آزمون گرفته شد سپس بعد از تحلیل نتایج و معلوم شدن اثر بخش بودن این مداخلات در برخی زمینه‌ها برای گروه آموزشی، به لحاظ اخلاقی، از گروه کنترل دعوت شد تا در این جلسات شرکت نمایند. تمام شرکت کنندگان در این پژوهش جزو مراقبان بیماران مبتلا به اختلالات خلقی و تمام آنها بین سنین بیست و پنج تا شصت سال بودند و سابقه‌ی 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 علایم و نشانه‌های بیماری اختلال خلقی 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 مسئله، مدیریت خشم و مدیریت استرس بود.

ابزار

در این پژوهش ابزار گردآوری داده‌ها، پرسشنامه سنجش عملکرد خانواده^۱ (FAD) بود. ابزار سنجش عملکرد خانواده یک مقیاس ۶۰ سؤالی است که توسط اپشتاین^۲، بالدوین^۳ و بیشاپ^۴ (۱۹۸۳) به منظور سنجش عملکرد خانواده براساس الگوی مک مستر^۵ ارائه شده است. این الگو خصوصیات ساختاری، شغلی و تعاملی خانواده را معین می‌سازد (ثنایی، ۱۳۷۹). ابزار فوق برای تمیز خانواده‌های سالم و بیمار، الگوهای تبادلی میان اعضای خانواده را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. مدل مک مستر از شش بعد اختصاصی و یک بعد عمومی برای سنجش کارایی خانواده تشکیل شده است. ابعاد فوق عبارتند از: حل مشکل، ارتباط، نقش‌ها، همراهی عاطفی، آمیزش عاطفی و کنترل رفتار. طراحان FAD، بعد کارایی خانواده را نیز به ابعاد فوق اضافه کرده‌اند که در برگیرنده‌ی مجموعه شش بعد دیگر بوده، میزان سلامت یا آسیب خانواده را به طور کلی اندازه‌گیری می‌نماید. FAD در مجموع از ۶۰ ماده تشکیل شده است. این ابزار متشکل از عباراتی است که خانواده آزمودنی را توصیف می‌کند. برای نمره گذاری FAD، با استفاده از یک طیف چهار درجه‌ای که از نمره یک (کاملاً موافقم) تا چهار (کاملاً مخالفم) تشکیل شده است، به هر سؤال ۱ تا ۴ نمره داده می‌شود. عباراتی که توصیف کننده عملکرد ناسالم

۱. Family Assessment Device

۲. Epstein

۳. Baldwin

۴. Bishop

۵. McMaster

هستند، نمره معکوس می‌گیرند. این پرسشنامه میزان ناسلامتی خانواده را می‌سنجد و در نتیجه نمرات بالاتر نشان دهنده عملکرد ضعیف تر خانواده و نمرات کمتر نشانه عملکرد سالم تر است. فرم اولیه این آزمون دارای ۵۳ سؤال بود. اما در تجدید نظرهای بعدی و براساس مطالعات صورت گرفته، تعداد سؤالات آن به ۶۰ افزایش یافت. این سؤالات در قالب ۷ خرده مقیاس شامل حل مسئله، ارتباط، نقش‌ها، همراهی عاطفی، آمیزش عاطفی، کنترل رفتار و عملکرد کلی نمره گذاری می‌شوند که در این پژوهش در تحلیل نتایج از نمرات خرده مقیاس عملکرد کلی خانواده استفاده شده است. چن و همکاران ضرایب آلفای کرونباخ بین ۰/۲۹ تا ۰/۷۴ را برای آن در اجرا بر یک نمونه ۳۱۳ نفره از کودکان بستری در بیمارستان های چین به دست آوردند. بیهم، وامبولت، گاوین و امبولت با اجرای FAD بر یک نمونه ۱۹۴ نفر از نوجوانان دارای آسم، ضرایب پایایی آن را با استفاده از روش آلفای کرونباخ بین ۰/۴۸ تا ۰/۷۹ به دست آوردند. تعداد ۲۰ پژوهش انجام شده در ایران نیز، تأیید کننده اعتبار و پایایی این آزمون است. برای مثال: (سعادت‌مند، ۱۳۷۶؛ ملانقی، ۱۳۷۷ و زاده محمدی، ۱۳۸۵). با این حال به منظور کسب نتایج دقیق تر حاضر ضریب پایایی این آزمون محاسبه گردید و ضرایب آلفای خرده مقیاس های ۰/۶۱، ارتباط ۰/۳۸، نقش ها ۰/۷۲، همراهی عاطفی ۰/۶۴، آمیزش عاطفی ۰/۶۵، کنترل رفتار ۰/۶۱، کارایی خانواده ۰/۸۱ و همچنین برای کل مقیاس ۰/۹۲ بدست آمد. این ابزار با قدرت متمایز سازی اعضای خانواده های بالینی و خانواده های غیر بالینی، در هر هفت خرده مقیاس خود دارای اعتبار خوبی برای گروه های شناخته شده است (ثنایی، ۱۳۷۹).

برای تجزیه و تحلیل داده های بدست آمده از نرم افزار آماری SPSS-18 استفاده شد. در محاسبات آماری از روش های آماری توصیفی و تحلیلی استفاده گردید. برای مقایسه نتایج نمرات در پیش آزمون و پس آزمون از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده شد.

یافته ها

در ضمن جداول ۱ تا ۳ به مرور ویژگی های جمعیت شناختی گروه آزمایش و کنترل پرداخته می‌شود. همانطور که از این جداول استنباط می‌شود تعداد شرکت کنندگان زن ۴۶ درصد و تعداد شرکت کنندگان مرد ۵۴ درصد کل شرکت کنندگان را تشکیل می دهند. یافته ها نشان می دهد 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.

جدول شماره ۱: فراوانی سن گروه آزمایشی و کنترل به تفکیک جنسیت

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

جدول شماره ۲: فراوانی نسبت مراقبان با بیمار در گروه آزمایشی و کنترل

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

جدول شماره ۳: میزان تحصیلات گروه آزمایشی و کنترل

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

به منظور بررسی برابری شیب های رگرسیون میان پیش آزمون و پس آزمون برای گروه کنترل و آزمایش تحلیل واریانس

تعاملی بر روی داده ها اجرا گردید، نتایج این تحلیل در جدول شماره ۴ ارائه شده است:

جدول شماره ۴: جدول تحلیل کوواریانس نمرات عملکرد کلی پرسشنامه عملکرد خانواده

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	مجذورات	توان آماری	سطح معناداری
گروه	۳۷/۸۷۵	۱	۳۷/۸۷۵	۳/۱۵۶	۰/۹۱	۱/۰۰	۰/۰۷۱
پیش آزمون	۱۸۲۴/۳۹۳	۱	۱۸۲۴/۳۹۳	۱۵۲/۰۳۲	۰/۱۲	۰/۸۷۳	۰/۰۰۰
گروه و پیش آزمون	۱/۰۷۴	۱	۱/۰۷۴	۰/۰۸۹	-	-	۰/۷۴۳
کل	۲۴۶۶۵۷/۰۰۰	۱۵					

همانطور که در جدول فوق ملاحظه می شود تعامل میان گروه در پیش آزمون از لحاظ نمره پس آزمون معنی دار نیست. لذا، می توان نتیجه گرفت که هم ارزی شیب ها میان پیش آزمون و پس آزمون برقرار است. با توجه به اینکه هم ارزی شیب رگرسیون اصلی ترین پیش شرط تحلیل کوواریانس می باشد. با توجه به جدول شماره ۴ انجام تحلیل کوواریانس امکان پذیر می باشد.

نمرات در پیش آزمون و پس آزمون با آزمون تحلیل کوواریانس انجام شد و در ضمن جدول شماره ۴ گزارش شده است. با قرار دادن نمرات پیش آزمون عملکرد کلی خانواده به عنوان کوواریانس، پس آزمون دو گروه با هم مقایسه شدند و با توجه به نتایج بدست آمده از جدول شماره ۴ ($P < 0/001$)، تفاوت بین گروه آزمایشی و کنترل معنادار می باشد و می توان گفت که مداخلات آموزشی روانی گروهی می تواند عملکرد کلی خانواده بیماران مبتلا به اختلال خلقی را بهبود بخشد. به طور کلی نتایج حاصل از آزمون تحلیل کوواریانس نشان داد که مداخلات آموزشی روانی گروهی می تواند به بهبود معنادار کارکرد خانواده در بیماران مبتلا به اختلال خلقی بیانجامد.

بحث و نتیجه گیری

اختلالات خلقی نیز مانند بسیاری از اختلالات روانی، از نظام خانواده تأثیر می‌پذیرد. شناخت عوامل آسیب‌زا و تداوم دهنده این اختلالات، متخصصان بهداشت روان و خانواده‌ها را برای پیشگیری از این اختلالات و درمان مؤثر و همه‌جانبه‌یاری می‌رساند. بحران در خانواده، یک اختلال حاد و قوی در تعادل کل است که خانواده را دست‌کم به طور موقت بی‌حرکت و ساکن کرده و در نتیجه خانواده فاقد عملکرد می‌گردد (ویلیامز^۱، ۱۹۸۸). بررسی حاضر نشان داد که آموزش روانی گروهی برای خانواده‌های بیماران مبتلا به اختلال خلقی بر عملکرد کلی خانواده مؤثر می‌باشد. یافته‌های پژوهش حاضر با پژوهش‌های سعادت‌مند (۱۹۹۷)، کامسیل^۲ (۲۰۰۲) و تامپلین^۳ (۱۹۹۷) همخوانی دارد به طوری که این تحقیقات نشان داده‌اند که عملکرد کلی خانواده در گروه افراد افسرده ضعیف‌تر از افراد بدون اختلالات روان پزشکی می‌باشد. برنهارد^۴، شواب^۵ و کوملر^۶ (۲۰۰۶) نیز در بررسی خود نشان دادند که آموزش روانی خانواده به کاهش معنی‌داری در احساس فشار و یا بار خانواده پس از مداخله و یک سال پس از آن می‌انجامد. قاسمی، نجمی و اسداللهی (۱۳۷۹) نیز تغییر در نگرش و سطح عملکرد در خانواده‌های دارای عضو مبتلا به اختلال خلقی را شش ماه پس از مداخله گزارش نمودند. همچنین تغییر مهارت خانواده در برخورد با بیمار شش ماه پس از مداخله تفاوت معنی‌دار آماری نشان داد (همان‌جا). پژوهش‌ها نشان می‌دهد که خانواده، در بازگشت علایم بیماری مؤثر است و محیط‌های تنش‌زای خانواده که هیجان‌بالایی نسبت به بیمار خویش بروز می‌دهند، موجب عود علایم بیمار می‌شوند (فالون^۷، ۲۰۰۳) و مشکلات روانی در یک عضو از خانواده تهدیدی برای کل نظام خانواده محسوب شده، خانواده را با غم و رنج زیادی همراه می‌سازد (برادی^۸، ۲۰۰۴).

امروزه بیشتر بیماران مبتلا به اختلال خلقی در منزل و کنار اعضای خانواده زندگی می‌کنند و برنامه‌های درمان مراقبت در محیط خانواده ادامه پیدا می‌کند. بنابراین شناسایی نیازهای اعضای خانواده مراقبت‌کننده از بیمار اختلال خلقی به تیم بهداشت روان کمک می‌کند تا مداخلات مراقبتی مناسبی را برای کمک به اعضای خانواده به کار گیرند و آنان را در انجام مراقبت مناسب کمک نمایند در نتیجه آنان قادر خواهند بود بیمار را بهتر اداره کنند و از سویی سلامت اعضای خانواده

1. Williams

2. Cumsille

3. Tamplin

4. Bernhard

5. Schaub

6. Kummeler

7. Fallon

8. Brady

کمتر دچار مخاطره شده و در ارتقاء سلامت آنان نیز مؤثر خواهد بود به طوری که با افزایش توانایی خانواده در مدیریت فشار روانی ناشی از بیماری عضو خانواده، می‌توان به کاهش فشارهای روانی ناشی از بیماری کمک نمود و نظام خانواده را به حالت تعادل رساند و در نتیجه عملکرد این نظام به سمت سلامت روان پیش خواهد رفت. با توجه به اینکه یکی از جنبه‌های اساسی تعاملات انسانی چگونگی برقراری ارتباط مؤثر فرد با دیگران است، بارکر^۱ (۱۹۸۶) و اپشتین^۲ و همکاران (۱۹۷۸) بر این باورند که ارتباط عامل معتبری برای ارزیابی عملکرد خانواده است و با توجه به اینکه خانواده‌های دارای بیمار روانی در زمینه ارتباط مؤثر با بیمارشان دارای عملکرد بد می‌باشند، یادگیری مهارت‌های ارتباطی در مداخلات آموزشی روانی می‌تواند یک توانایی ارزشمند برای خانواده‌ها به شمار آید. بنابراین، اعضای خانواده نیز به کمک‌های تخصصی مانند مشاوره و راهنمایی نیاز دارند تا بتوانند وظایف خود را به خوبی ایفا نمایند. توسعه خدمات مبتنی بر جامعه مانند بستری کوتاه مدت، توانبخشی روانی و حرفه‌ای و پیگیری درمان در منزل از نیازهای اصلی خانواده‌ها می‌باشد که بهتر است در برنامه‌های ملی بهداشت روانی مدنظر قرار گیرد (ملکوتی و همکاران، ۱۳۸۲). با توجه به اصل ۴۴ قانون اساسی کشور که تأکید بر خصوصی سازی دارد، سازمان‌های غیردولتی نیز با بکارگیری منابع مادی و معنوی جامعه، با برقراری حمایت‌های لازم از خانواده‌ها، می‌توانند در کاهش فشار آن‌ها سهمی را ایفا نمایند.

منابع

ثناپی، باقر. (۱۳۷۹). **مقیاس‌های سنجش خانواده و ازدواج**. تهران: انتشارات بعثت.

محمدی‌زاده، علی، ملک خسروی، غفار. (۱۳۸۵). **بررسی مقدماتی ویژگی‌های روان‌سنجی و اعتباریابی مقیاس سنجش کارکرد خانواده (FAD)**. خانواده پژوهی، ۵، ۸۹-۶۹.

سعادت‌مند، نیره‌السادات. (۱۳۷۶). **بررسی رابطه بین کارایی خانواده و سلامت عمومی فرزندان**، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، (چاپ نشده)، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن.

عریضی، حمید. رضا. فراهانی، حجت‌الله (۱۳۸۷). **روشهای کاربردی پژوهش در روانشناسی بالینی و مشاوره**. تهران، نشر دانژه.

^۱. Barker

^۲. Epstein

قاسمی، غلامرضا؛ نجمی، بدرالدین؛ اسداللهی، قربانعلی. (۱۳۷۹). مقایسه اثربخشی آموزش های تربیتی - روانی خانواده بر عملکرد اجتماعی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا و اختلال های خلقی. پژوهش در علوم پزشکی، مجله دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، ۱، ۵۹-۵۲.

کرامتی، هادی، مرادی، علی رضا. و کاوه، منیژه. (۱۳۸۴). بررسی و مقایسه کارکرد خانواده و سیمای روان شناختی فرزندان شاهد. فصل نامه نوآوری های آموزشی، ۴ (۱۱)، ۷۵-۵۶.

ملانقی، فاطمه. (۱۳۷۷). وضعیت عملکرد خانواده و سلامت روانی زنان در خانواده های چند همسری. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی.

ملکوتی، کاظم؛ نوری قاسم آبادی، ربابه؛ نقوی، محسن. (۱۳۸۲). تعیین میزان فشار مراقبین بیماران مزمن روانی و تعیین نیاز آنان به خدمات مراقبتی و درمانی. مجله حکیم، ۱۰-۱.

مینوچین، سالوادور. (۱۳۷۳). خانواده و خانواده درمانی. ترجمه باقر ثنایی ذاکر. تهران: انتشارات امیرکبیر.

Ballard, C. (1979). Conflict, continuity and change: Second-generation of South Asians. In V.S Khan (Ed.) *Minority families in Britain: Support and stress*. London: MacMillan Press.

Barker, P. (1986). *Basic family therapy*, London: Williams Collins Sons & Co. Ltd.

Berlung, N., Olof, J., & Edman, A. (2003). Family intervention in schizophrenia: Impact on family burden and attitude. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38, 116-121.

Bernhard, B., Schaub, A., & Kummler, P. (2006). Impact of cognitive-psycho educational interventions in bipolar patients and their relatives. *Journal European Psychiatry*, 21, 81-86.

Birchwood, M., Smith, J., & Cochrane, R. (1992). Specific and non-specific effects of educational intervention for families living with schizophrenia: A comparison of three methods. *British Journal of Psychiatry*, 160, 806-814.

Brady, N. (2004). A portrait of families with a member Labeled schizophrenia. (*Unpublished doctoral dissertation, Case Western Reserve University, Cleveland, Ohio*).

Cumsille PE, Epstein N. (2002). Family cohesion, family adaptability, social support and adolescent depressive symptoms in outpatient clinic families. *Family Psychology*; 8, 202-14

- Epstein ,N.B. Bishop, D. S. & Levin, S. (1978). The McMaster model of family functioning. *Journal of Marriage and Family Counseling*, 4, 19-31.
- Fallon, I. R. H. (2003). Family interventions for mental disorders: Efficacy and effectiveness. *World Psychiatry*, 2, 20-28.
- Gutierrez-Maldonado, J., & Caqueo-Urizar, A. (2007). Effectiveness of a psycho educational intervention for reducing burden in Latin American families of patients with schizophrenia. *Quality of Life Research*, 16, 739-747.
- Khazaeili M., Bolhori J. (1996). Effect of group training families of schizophrenia patients on the compatibility of everyday functioning. *Journal Andishe*;2(4):56-64.[Persian].
- Koyama S., Akiyama T., Miyake Y., Kurita H. (2004) Family functioning perceived by patients and their family members in three diagnostic and statistical manual-IV diagnostic groups. *Psychiatry Clinical Neurosci*; 58, 495-500.
- Maj M., Sartorius N. (2002). Schizophrenia. 2nd ed. New York:John Wiley and Sons.
- Ogilvie AD., Morant N., Goodwin GM. (2005). The burden on informal caregivers of people with bipolar disorder. *Bipolar Disord* ,7, 25-32.
- Oppenheimer K, Frey J. (1993). Family transitions and developmental processes in panic-disordered patients. *Family process*; 32, 341-52.
- Rahmatollahi F. (2007). A comparison of Family performance in Khorshid Hospital in Isfahan. *Psychiatric doctoral dissertation in Isfahan Medical Sciences University*.
- Saadatmand A.(1997). [The association of family effectiveness and the children's mental health]. A dissertation for the master of sciences' degree in psychology. *Roodehen Azad University*. [in Farsi]
- Solomon P. (1996). Moving from psycho-education to family education for families of adults with serious mental illness. *Psychiatry Serv*;47:1364-70.
- Solomon, P. (2000). Interventions for families of individuals with schizophrenia: Maximizing outcomes for their relatives. *Disease Management & Health Outcomes*,8 (4), 211-221.
- Stang P., Frank C, Yood MU, Wells K, Burch S. (2007). Impact of bipolar disorder: Result from a screening study. *J Clin Psychiatry*; 9 (1): 42-47.
- Steele A., Maruyama N., Galyner I. (2010). Psychiatric symptoms in caregivers of patients with bipolar disorder. *J Affect Disorder*; 121(1):10-21.
- Tamplin A., Goodyer LM., Herbert J. (1997). Family functioning and parent general health in families of adolescents with major depressive disorder. *Affective Disorders*; 48, 1-13.

Trangkasombat U. (2006). Family functioning in the families of psychiatric patients: A comparison with nonclinical families. *Thailand J Med*;89(11), 1946-53.

Weisman AG. (2005). Integrating culturally based approaches with existing interventions for Hispanic/Latino families coping with schizophrenia. *Psychotherapy Res Prac*;42, 178-97.

Williams, J. B. (1988). A structured interview guide for the Hamilton Depression Scale. *Archives of General Psychiatry*, 45, 742-747.