

تأثیر آموزش روانی خانواده بر سیر بهبودی بیماران مبتلا به اختلال‌های خلقی

بهمن دشت بزرگی^۱، فتنه قدیریان^۲، نیلوفر خواجه‌الدین^۳، کبری کریمی^۴

Effect of Family Psychoeducation on the Level of Adaptation and Improvement of Patients with Mood Disorders

Bahman Dashtbozorgi^a, Fataneh Ghadirian^{*}, Niloofar Khajeddin^b, Kobra Karami^c

Abstract

Objectives: The present study was carried out to determine the effect of the family's knowledge and skills on the improvement of patients with mood disorder.

Method: In a clinical experiment, 31 patients with mood disorders presenting to Golestan Hospital in the city of Ahwaz, Iran, were randomly assigned to two experimental and control groups. The control group took part in six weekly psychoeducation sessions. Data were collected using Mc Master Family Questionnaire, Hamilton Rating Scale for Depression, Beach-Rafaelsen Mania Scale, and Global Assessment of Functioning. **Results:** After intervention, the two groups showed significant statistical difference with regard to family adaptation ($P < 0.01$). There was no significant difference in the two groups regarding the severity of symptoms and general functioning of the patients before discharge, at discharge, and three months after intervention. Also, results showed a significant difference regarding medication compliance between the two groups. **Conclusion:** Psychological training of the family can affect family adaptation. These findings imply the necessity for the provision of educational, social, and consulting services and the formation of social networks for the patients and their families.

Keywords: mood disorder; family; recovery

چکیده

هدف: بررسی حاضر با هدف تعیین میزان اثرات دانش و مهارت‌های خانواده بر سیر بهبودی مبتلایان به اختلال‌های خلقی انجام شد. **روش:** در یک کارآزمایی بالینی، ۳۱ بیمار مبتلا به اختلال‌های خلقی مراجعه‌کننده به بیمارستان گلستان شهر اهواز و خانواده‌هایشان به تصادف در دو گروه آزمایش و گواه جای داده شدند. در گروه آزمایش، جلسات آموزش روانی خانواده، در شش جلسه هفتگی برگزار گردید. برای گردآوری داده‌ها از پرسش‌نامه عملکرد خانواده مک‌مستر و مقیاس‌های افسردگی همپتون-۱۷، ارزیابی مانیای بیچ-رافالسن و ارزیابی میزان عملکرد کلی، بهره گرفته شد. **یافته‌ها:** پس از مداخله، دو گروه از نظر سطح سازگاری خانواده تفاوت آماری معنی‌دار داشتند ($P < 0.01$). تفاوت معنی‌داری در دو گروه از نظر شدت علائم و عملکرد کلی بیمار پیش از ترخیص، در هنگام ترخیص و سه ماه پس از مداخله دیده نشد. هم‌چنین نتایج تفاوت معنی‌داری را از نظر ارتقاء پیروی از دستورات دارویی میان دو گروه آزمایش و گواه نشان نداد. **نتیجه‌گیری:** آموزش روانی خانواده می‌تواند بر میزان سازگاری خانواده تأثیر بگذارد. لزوم تأمین حمایت‌های آموزشی، اجتماعی و مشاوره‌ای و تشکیل شبکه‌های اجتماعی برای خانواده‌ها و بیماران ضروری به نظر می‌رسد.

کلیدواژه‌ها: اختلال خلقی؛ آموزش روانی خانواده؛ بهبودی

[Received: 13 November 2008; Accepted: 10 March 2009]

[دریافت مقاله: ۱۳۸۷/۱۲/۲۰؛ پذیرش مقاله: ۱۳۸۷/۳/۲۳]

^۱ کارشناس ارشد پرستاری بیماری‌های روانی، مربی دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز؛ ^۲ کارشناس ارشد پرستاری بیماری‌های روانی، مربی دانشگاه علوم پزشکی لرستان، لرستان، الیگودرز، ولیعصر شمالی، دانشکده پرستاری، دورنگار: ۰۶۶۴-۲۲۲۶۴۱۸ (نویسنده مسئول). E-mail: ghadirian_61_fataneh@yahoo.com

^۳ متخصص اعصاب و روان، استادیار دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز؛ ^۴ کارشناس ارشد پرستاری بیماری‌های کودکان، مربی دانشگاه علوم پزشکی لرستان.

* Corresponding author: MS. in Psychiatric Nursing, Lecturer of Lorestan University of Medical Sciences. Faculty of Nursing, North Vali-e-asr Ave., Aligoodarz, Iran, IR. Fax: +98664-2226418. E-mail: ghadirian_61_fataneh@yahoo.com; ^a MS. in Psychiatric Nursing, Lecturer of Jondishapour Ahwaz University of Medical Sciences; ^b Psychiatrist, Assistant Prof. of Jondishapour Ahwaz University of Medical Sciences; ^c MS. in Pediatric Nursing, Lecturer of Lorestan University of Medical Sciences.

مقدمه

اختلال‌های خلقی با اختلال در تنظیم خلق، رفتار و عاطفه مشخص می‌شوند؛ از این رو فرد طیفی نابهنجار از افسردگی تا نشئه و شادی را تجربه می‌کند (کاپلان و سادوک، ۱۳۸۴). سازمان جهانی بهداشت، اختلال‌های خلقی را یکی از مشکلات بهداشتی جهان در سده ۲۱ دانسته است (بوید^۱، ۲۰۰۵). در ایالات متحده آمریکا، اختلال‌های خلقی نزدیک به ۲۵ درصد کل بیماری‌ها را تشکیل می‌دهند. این میزان، از میزان انواع سرطان‌ها که جامعه بشری را درگیر کرده است، بیشتر است (کارسون^۲، ۲۰۰۰). در ایران نیز، شیوع مادام‌العمر اختلال‌های خلقی دو تا ۲۵ درصد گزارش شده است (نصیری، ۱۳۸۲).

پیامدهای اجتناب‌ناپذیر و سنگین اختلال‌های خلقی و ماهیت عودکننده و هزینه‌های سنگین آن سبب شده است که این اختلال در ردیف اختلال‌های ناتوان‌کننده به‌شمار رود و متخصصان به مراقبت و درمان این اختلال توجه ویژه‌ای داشته باشند. هم‌چنین در سال‌های اخیر به روان‌درمانی‌ها به‌ویژه مداخله‌های روانی-اجتماعی در کنار دارودرمانی بیشتر توجه شده است. از جمله این مداخله‌ها که بر پایه خانواده نیز می‌باشد «آموزش روانی خانواده» است (میکلوویتز^۳، ۲۰۰۴).

بررسی‌ها نشان داده‌اند که ابتلاء یک عضو خانواده به اختلال خلقی، کل خانواده را تحت تأثیر قرار می‌دهد و سبب از دست رفتن توانایی‌ها و نیروی سازگاری خانواده می‌شود (باری^۴، ۲۰۰۲). نارسایی‌های خانواده نه‌تنها در هنگام حمله حاد بیماری سبب استرس در خانواده می‌شود، بلکه بر جریان بیماری نیز تأثیر می‌گذارد. آموزش روانی خانواده یک روش مؤثر برای کمک به خانواده بیماران در زمینه اداره مشکلات ناشی از اختلال در خانواده و نیز ایجاد مهارت‌های لازم برای حمایت از بهبود فرد مبتلا می‌باشد. هنگامی که اعضای خانواده احساس کنند آنها نیز عضوی از تیم بهداشتی هستند، بهتر و بیشتر می‌توانند از بیمار حمایت کنند. این همکاری باعث می‌شود خانواده اطلاعات لازم را در زمینه ماهیت بیماری به‌دست آورد و با ایجاد شرایط مطلوب خانوادگی از عود بیماری پیش‌گیری کند (پیمان، بهرامی، ستایش و احدیان، ۱۳۸۴).

فریستاد^۵ (۲۰۰۳) بر این باور بود که آموزش روانی خانواده می‌تواند میزان بقای بیماران را افزایش دهد. هم‌چنین

نبود توافق، هماهنگی و همکاری در خانواده‌ها یا مراقبین فرد مبتلا، میزان مشکلات رفتاری را بیشتر می‌کند، کیفیت عملکرد خانوادگی را پایین می‌آورد و با سطوح پایین‌تر حل مسأله در خانواده و نبود کارایی والد-فرزند همراه است. پیش‌بینی می‌شود که 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. بررسی‌های دیگری نیز نشان داده‌اند که هر چه افراد از بیماری و اثرات آن بر روی زندگی شخصی و زندگی سایرین آگاهی بیشتری داشته باشند، کنترل بیشتری بر بیماری پیدا می‌کنند. به بیان دیگر با به‌کارگیری دانش و شیوه‌های مناسب، حملات اختلال‌های روانی کمتر شده، شدت و طول مدت بیماری نیز کاهش می‌یابد (فریستاد، ۲۰۰۳).

با وجود این، به‌کارگیری آموزش روانی خانواده در مؤسسات بالینی و بیمارستان‌های روانی کمتر مورد توجه بوده است. برای نمونه یک بررسی نشان داد که تنها ۳۱٪ بیماران گزارش کرده‌اند که خانواده‌هایشان پیرامون بیماری آنها آموزش‌هایی از مؤسسات دریافت کرده‌اند (خدمات بهداشت روانی بریسیین شمالی^۶، ۲۰۰۱). مطالعه حاضر در این راستا و با هدف بررسی میزان تأثیر مداخلات آموزش روانی در خانواده افراد مبتلا به اختلال‌های خلقی بر سازگاری و سیر بهبودی این بیماران انجام شده است.

روش

در این کار آزمایی بالینی، آزمودنی‌های پژوهش با روش نمونه‌گیری در دسترس و مبتنی بر هدف از میان بیماران مبتلا به اختلال‌های دوقطبی یا افسردگی اساسی بر پایه معیارهای تشخیصی DSM-IV-TR^۷ (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۰۰) بستری در بیمارستان گلستان شهر اهواز و خانواده‌های آنها انتخاب شدند. حجم نمونه با توجه به عدم امکان انجام بررسی راهنما و بر پایه سایر بررسی‌های مشابه و با حدود اطمینان ۹۵٪ و واریانس ۱/۴، ۳۰ نفر برآورد شد. در این بررسی نخست ۵۰ نفر از جامعه مورد پژوهش به روش در دسترس انتخاب و با توجه به شرایط ورود و خروج ۳۴ نفر

1- Boyd

2- Carson

3- Miklovitz

4- Barry

5- Fristad

6- North Brisbane Mental Health Services

7- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th. ed., Text Revision

علائم بیماری و عملکرد روانی- اجتماعی ارزیابی گردیدند. افزون بر این نیز بیماران از نظر میزان پیروی از دستورات دارویی (سه ماه پس از مداخله) بررسی شدند. مقیاس ارزیابی میزان عملکرد کلی توسط روانپزشک به کار رفت.

برای بررسی سازگاری آزمودنی‌های پژوهش، «پرسش‌نامه سنجش عملکرد خانواده» به کار برده شد. این پرسش‌نامه بر پایه الگوی عملکرد خانواده مک مستر^{۱۱} ساخته شده است و خانواده‌ها را از نظر بالینی مورد بررسی قرار می‌دهد. از آن‌جا که سازگاری خانواده برآیندی از عملکرد خانواده است، در بررسی سازگاری خانواده می‌توان از آن بهره گرفت (پیترسون^{۱۲} و پریلان^{۱۳}، ۲۰۰۰؛ اپستین، بالدوین و بیشاپ، ۲۰۰۷). این پرسش‌نامه دارای ۶۰ پرسش چهارگزینه‌ای (نمره یک تا چهار) می‌باشد که خرده‌مقیاس‌های آن، نقش‌ها، حل مشکلات، ابراز عواطف و عملکرد خانواده را بررسی می‌کنند. با توجه به کلید پاسخ‌نامه، نمره‌گذاری برخی از پرسش‌ها معکوس انجام می‌شود. روایی این پرسش‌نامه در بررسی‌های چندی در ایران ۰/۹۱ تا ۰/۹۳ و ضرایب آلفای خرده‌مقیاس این ابزار از ۰/۷۲ تا ۰/۹۲ گزارش شده است (سالاری، ۱۳۸۰). «مقیاس افسردگی همیلتون-۱۷» (همیلتون، ۱۹۶۷)، یک ابزار ارزیابی شدت افسردگی است که توسط پزشکان یا ارزیاب‌های بالینی تکمیل می‌شود. این پرسش‌نامه دارای روایی ۰/۷۰ و پایایی ۰/۸۴ گزارش شده، معیار اندازه‌گیری طلایی افسردگی نیز نامیده می‌شود (ویلیامز^{۱۴}، ۱۹۸۸؛ خانی و همکاران، ۱۳۸۱؛ محسنی‌فر، قاسم‌زاده و صادقی، ۱۳۸۱). معیار اندازه‌گیری بچ-رافائلسن، نیز یک معیار اندازه‌گیری شدت علائم مانیا و هیپومانیا و اثربخشی مداخله‌های درمانی برای اختلال‌های دوقطبی است که علائم را دست کم در سه روز گذشته بررسی می‌کند و دارای ۱۱ ماده می‌باشد (بچ^{۱۵}، باولینگ^{۱۶}، کرامپ^{۱۷} و رافائلسن^{۱۸}، ۱۹۷۹). این ابزار دارای ثبات درونی ۰/۷ است (لیجت، ۱۹۹۷). هم‌چنین پایایی این ابزار ۰/۷۳ گزارش شده است (بهرامی و اعتمادی، ۱۳۸۲).

برای بررسی عملکرد آزمودنی‌ها، مقیاس «ارزیابی میزان عملکرد کلی» به کار برده شد که یک پیوستار فرضی از

انتخاب شدند و به تصادف در دو گروه گواه (n=۱۷) و آزمایش (n=۱۷) جای داده شدند. در طی زمان پی‌گیری، دو نفر از آزمودنی‌های گروه گواه از ادامه همکاری خودداری نمودند و تشخیص نوع اختلال در یک آزمودنی دیگر از همین گروه تغییر یافت و بنابراین شمار آزمودنی‌های این گروه به ۱۴ نفر کاهش یافت. ملاک‌های ورود به بررسی عبارت بودند از: سن بیمار ۶۵-۱۸ سال باشد؛ بیمار در حال زندگی با همسر، خانواده و یا خویشاوندان نزدیک و یا یک کودک بالغ یا سایر افراد مهم بوده و در ارتباط نزدیک با آنها باشد. معیارهای حذف عبارت بودند از: بیمار دارای اختلال‌های عصب‌شناختی یا عقب‌ماندگی ذهنی باشد؛ بیمار سوء‌مصرف الکل و مواد داشته باشد؛ تشخیص نوع اختلال آنها در هنگام انجام بررسی تغییر یابد؛ اعضای خانواده در بیش از دو جلسه از کل جلسات آموزشی حضور نداشته باشند؛ در طول انجام پژوهش رویداد استرس‌زا و پیش‌بینی‌نشده‌ای در خانواده رخ دهد.

پس از تدوین محتوای آموزشی با توجه به سرفصل‌های آموزش روانی خانواده و تهیه جزوه آموزشی، آموزش پژوهشگر و مطالعه کتاب‌ها و سی‌دی‌های آموزشی برای به‌دست‌آوردن مهارت انجام کار؛ مداخله به صورت زیر انجام شد:

پس از کسب رضایت آگاهانه از آزمودنی‌ها و اعضای خانواده‌هایشان و تعیین گروه آزمایش و گواه، ضمن این‌که بیماران مورد بررسی مراقبت‌ها و درمان‌های روتین بخش را دریافت می‌کردند، دست کم یکی از اعضای مؤثر هر خانواده در گروه‌های آزمایش و گواه تعیین شد. آن‌گاه اعضای خانواده در گروه آزمایش در شش جلسه آموزش روانی خانواده که به صورت هفتگی برگزار شد شرکت نمودند. آموزش‌ها مربوط به اختلال‌های خلقی، علل و علائم، راهکارهای درمانی برای جلوگیری از عود، چگونگی ارتباط با بیمار و حل بحران‌های مربوط به بیمار و گسترش بهداشت روان در خانواده بود و توسط پژوهشگر و همکار وی انجام شد. جلسات با بحث گروهی، پرسش و پاسخ و ارایه پمفلت و CD آموزشی همراه بود.

پرسش‌نامه‌های «سنجش عملکرد خانواده»^۱ (اپستین^۲، بالدوین^۳ و بیشاپ^۴، ۲۰۰۷) و «ویژگی‌های جمعیت‌شناختی»^۵ پیش از جلسات آموزشی و پس از پایان ششمین جلسه در اختیار هر دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفت. هم‌چنین بیماران نیز هنگام ورود، ترخیص و سه ماه پس از مداخله، با «مقیاس افسردگی همیلتون»^۶ (همیلتون^۶، ۱۹۶۷)، «مقیاس ارزیابی مانیا بچ-رافائلسن»^۷ (لیجت^۸، ۱۹۹۷) و مقیاس «ارزیابی میزان عملکرد کلی»^۹ (لین^{۱۰}، ۲۰۰۱) از نظر شدت

- | | |
|---|---------------|
| 1- Family Assessment Device | 2- Epstein |
| 3- Baldwin | 4- Bishop |
| 5- Hamilton Depression Scale | 6- Hamilton |
| 7- Bech-Rafaelsen Mania Scale | 8- Lichet |
| 9- Global Assessment of Functioning | 10- Lynn |
| 11- Mc Master model of family functioning | |
| 12- Peterson | 13- Prillaman |
| 14- Williams | 15- Bech |
| 16- Bowlig | 17- Kramp |
| 18- Rafaelsen | |

جدول ۱- توزیع فراوانی آزمودنی‌های پژوهش بر پایه سنجش عملکرد خانواده پیش از مداخله و پس از آن در گروه آزمایش (n=17) و گروه گواه (n=14)

سطح سازگاری	پیش از مداخله		پس از مداخله	
	گواه	آزمایش	گواه	آزمایش
ضعیف	۱۱ (۶۴/۷)	۸ (۵۷/۰)	۳ (۱۷/۶)	۹ (۶۴/۲)
خوب	۶ (۳۵/۳)	۶ (۵۷/۰)	۱۴ (۸۲/۴)	۵ (۳۵/۸)
کل	۱۷ (۱۰۰/۰)	۱۴ (۱۰۰/۰)	۱۷ (۱۰۰/۰)	۱۴ (۱۰۰/۰)
سطح معنی داری	N.S.*		۰/۰۱	

* non-significant

نتایج نشان دادند که بیشترین فراوانی سطح سازگاری در گروه‌های آزمایش و گواه، پیش از مداخله در سطح ضعیف قرار دارد. آزمون خی دو، تفاوت معنی دار بین دو گروه پیش از مداخله نشان نداد، در حالی که پس از مداخله بیشترین فراوانی در گروه آزمایشی در سطح سازگاری خوب (۸۲/۴٪)؛ و در گروه گواه باز هم در سطح سازگاری ضعیف قرار داشت (۶۴/۲٪). آزمون خی دو تفاوت معنی دار آماری بین دو گروه پس از مداخله نشان داد (p<۰/۰۱) (جدول ۱).

آزمون t مستقل، تفاوت معنی دار بین میانگین شدت علائم در دو گروه پیش از مداخله و هنگام ترخیص نشان نداد (جدول ۲)؛ هم‌چنین آزمون من-وینتی تفاوت آماری معنی دار بین دو گروه، سه ماه پس از مداخله نشان نداد. آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای مقایسه درون گروهی در سه مقطع زمانی در دو گروه آزمایش و گواه، نشان‌دهنده تفاوت معنی دار نتایج در بین زمان ترخیص و سه ماه پس از مداخله در هر دو گروه نبود (جدول ۲). هم‌چنین آزمون t مستقل تفاوت معنی داری بین میانگین نمرات عملکرد در گروه آزمایش پیش از مداخله، هنگام ترخیص و سه ماه پس از آن، هم‌چنین بین دو گروه پیش از مداخله و هنگام ترخیص نشان نداد. هم‌چنین آزمون آماری من-وینتی تفاوت آماری معنی دار بین دو گروه سه ماه پس از

عملکرد شغلی، اجتماعی و روانی در بیماری‌های روانپزشکی است. این پرسش‌نامه اختلال در عملکرد ناشی از اختلال روانی را نشان داده و اختلال در عملکرد مربوط به محدودیت‌های جسمی و یا محیطی را نشان نمی‌دهد (لین، ۲۰۰۱). دامنه نمرات آن از صفر تا ۱۰۰ می‌تواند نوسان داشته باشد و دارای ده طبقه است. در بررسی حاضر بیمار در هر طبقه که قرار می‌گرفت، نمره میانگین آن طبقه برای وی منظور می‌شد. همه ارزیابگران و محققان این ابزار را یک بخش کلیدی ارزیابی همه برآیندهای برنامه‌های مداخلاتی می‌دانند. بنابراین بر پایه معیارهای تشخیصی DSM-IV-TR (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۰۰) اطلاعات به‌دست آمده از این ابزار در برنامه‌ریزی درمان و اندازه‌گیری اثربخشی و پیش‌گویی برآیندها مفید هستند (رادولف^۱، آران^۲، برنیس^۳ و موس^۴، ۲۰۰۲) و در ایران در مطالعات متعددی از آن استفاده شده است. روایی این ابزار ۰/۶۴ و پایایی آن ۰/۷۴ گزارش شده است (هیلشنروث^۵ و همکاران، ۲۰۰۰). برای بررسی میزان پیروی از دستورات دارویی، مقیاس نمره‌دهی پیروی از دستورات دارویی^۶ به کار برده شد. این پرسش‌نامه دارای سه گزینه (یک، دو و سه نمره‌ای) است که در آن یک، نشانگر پیروی کامل (۱۰۰-۷۵ درصد رعایت رژیم دارویی تجویز شده)، دو، نشان‌دهنده پیروی نسبی (۵۰-۲۵ درصد رعایت) و سه، گویای پیروی نکردن کامل (۲۵-۰ درصد) است (کک^۷، ۱۹۹۸).

داده‌های گردآوری شده به کمک روش‌های آمار توصیفی، آزمون آماری خی دو، آزمون t و تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر تحلیل شدند.

یافته‌ها

آزمودنی‌های دو گروه آزمایش و گواه از نظر متغیرهای جمعیت‌شناختی مهم (سن، جنس، وضعیت تأهل، میزان تحصیلات، نوع تشخیص بیماری، طول مدت ابتلا، وجود بیماری بدنی، رویدادهای تنش‌زای تسریع‌کننده بیماری) بر پایه آزمون‌های خی دو و t مستقل تفاوت معنی دار آماری نداشتند. خانواده آزمودنی‌های پژوهش نیز از نظر سطح اقتصادی-اجتماعی و نوع ساختار خانواده، شمار اعضای خانوار، سطح فرهنگی، میزان تحصیلات و دانش پایه در مورد اختلال، بر پایه آزمون t و آزمون خی دو تفاوت معنی دار نداشتند.

1- Radolf
2- Aran
3- Bernice
4- Moos
5- Hilsenroth
6- Compliance Rating Scale
7- Keck

جدول ۲- توزیع میانگین واحدهای مورد پژوهش بر پایه شدت علائم عضو بیمار خانواده در گروه آزمایش (n=17) و گروه گواه (n=14)

گروه	پیش از مداخله	هنگام ترخیص	سه ماه بعد
	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)
آزمایش	۲۸/۱۸ (۶/۳۳)	۱۶/۷۶ (۷/۱۶)	۱۷/۱۲ (۹/۳۰)
گواه	۲۸/۶۴ (۷/۲۳)	۱۵/۰۷ (۳/۲۶)	۱۷/۰۰ (۹/۲۷)
سطح معنی داری	N.S.*	N.S.	N.S.

* non-significant

جدول ۴- توزیع فراوانی مطلق و نسبی آزمودنی‌های پژوهش بر حسب پیروی از دستورات دارویی پیش از مداخله و سه ماه پس از آن

نوع پیروی	پیش از مداخله		سه ماه بعد	
	آزمایش (%)	گواه (%)	آزمایش (%)	گواه (%)
کامل	۱ (۶/۰)	۰ (۰/۰)	۱۳ (۷۶/۴)	۶ (۴۳/۰)
نسبی	۱۲ (۷۰/۵)	۹ (۶۴/۲)	۳ (۱۷/۶)	۶ (۴۳/۰)
پیروی نکردن	۴ (۲۳/۵)	۵ (۳۵/۸)	۱ (۶/۰)	۲ (۱۴/۰)
کل	۱۷ (۱۰۰)	۱۴ (۱۰۰)	۱۷ (۱۰۰)	۱۴ (۱۰۰)
سطح معنی داری	N.S.*	N.S.	N.S.	N.S.

* non-significant

جدول ۵- مقایسه بین گروهی شدت علائم و میزان عملکرد کلی واحدهای مورد پژوهش بر پایه مقاطع مختلف زمانی

مقطع زمانی	گواه		
	پیش از مداخله	هنگام ترخیص	سه ماه بعد
پیش از مداخله	-	+	+
هنگام ترخیص	+	-	-
سه ماه بعد	+	-	-

+ نشان دهنده معنی دار شدن در سطح $p < 0.05$

مداخله نشان نداد. بر پایه آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری‌های مکرر برای مقایسه درون گروهی در سه مقطع زمانی در دو گروه آزمایش و گواه، تفاوت آماری معنی دار بین زمان ترخیص و سه ماه پس از مداخله در هر دو گروه دیده نشد (جدول ۳).

بیشترین فراوانی میزان پیروی از دستورات دارویی در هر دو گروه پیش از بستری شدن در «پیروی نسبی»، در مرحله سه ماه پس از مداخله، در گروه آزمایش در «پیروی کامل» و در گروه گواه در پیروی کامل و نسبی دیده شد (جدول ۴). آزمون خی دو تفاوت معنی دار آماری بین دو گروه پیش از اجرای مداخله و سه ماه پس از آن نشان نداد. آزمون یاد شده تفاوت آماری معنی داری در گروه‌های آزمایش و گواه، پیش از مداخله ($p < 0.01$) و سه ماه پس از آن ($p < 0.01$) نشان داد.

جدول ۳- توزیع میانگین آزمودنی‌های پژوهش بر پایه ارزیابی میزان عملکرد کلی عضو بیمار خانواده در گروه آزمایش (n=17) و گروه گواه (n=14)

گروه	پیش از مداخله	در هنگام ترخیص	سه ماه بعد
	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)
آزمایش	۱۹/۷۱ (۱۰/۶۷)	۶۸/۵۳ (۶/۰۶)	۶۵/۵۹ (۱۳/۴۴)
گواه	۱۴/۲۹ (۸/۲۸)	۶۷/۸۶ (۷/۲۶)	۶۲/۸۶ (۱۷/۶۱)
سطح معنی داری	N.S.*	N.S.	N.S.

* non-significant

جدول ۵ نتایج آزمون اندازه گیری‌های مکرر بین گروهی را در سه مقطع زمانی در آزمودنی‌های پژوهش بر حسب میانگین شدت علائم و میزان عملکرد کلی نشان می‌دهد.

بحث

ابتلای یک عضو خانواده به بیماری شدید روانی یکی از رویدادهای مهم خانوادگی است. بحران در خانواده یک اختلال حاد و قوی در تعادل کل است که خانواده را دست کم به طور موقت بی حرکت و ساکن کرده و در نتیجه خانواده فاقد عملکرد می‌گردد (ویلیامز، ۱۹۸۸). بررسی‌های انجام شده پیرامون این موضوع همگی اختلال در عملکرد خانواده را گزارش نموده و نیاز خانواده به سازگاری دوباره و یا توانایی کنار آمدن^۱ را گزارش کرده‌اند.

بررسی حاضر نیز نشان داد که آموزش روانی خانواده بر عملکرد کلی و سازگاری خانواده مؤثر می‌باشد. برنهارد^۱، شواب^۲ و کوملر^۳ (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 یک‌سال پس از آن می‌انجامد. در مطالعه یادشده، اگرچه ابراز هیجان در خانواده‌ها به‌طور معنی‌داری پس از مداخله کاهش نیافت، اما یک‌سال بعد کاهش معنی‌داری نشان داد. هم‌چنین نمرات افسردگی بک در خانواده‌ها و بستگان بیماران به‌طور معنی‌داری یک‌سال پس از انجام مداخله کاهش یافت (همان‌جا). 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).

بررسی‌ها نشان داده‌اند که آموزش روانی خانواده با ایجاد جو مساعد در خانواده می‌تواند به کاهش شدت علائم در بیماران کمک کند. فریستاد (۲۰۰۲) کاهش شدت علائم و بهبودی را در گروه مداخله تحت آموزش روانی خانواده در مقایسه با گروه گواه نشان داد؛ که با یافته‌های بررسی حاضر هم‌خوانی ندارد. شاید بتوان گفت که یکی از دلایل تفاوت این یافته با یافته‌های بررسی حاضر، محدودیت‌های پژوهش حاضر از نظر ریزش نمونه و نیز حجم کم نمونه باشد.

میکلوویتز (۲۰۰۴) نیز نشان داد که در گروه آموزش روانی خانواده، شدت علائم در یک، سه، شش و نه ماه و یک‌سال پس از مداخله تفاوت آماری معنی‌داری با گروه شاهد نشان نداده‌اند، اما بهبود علائم در گروه آموزش روانی بیشتر از سایر گروه‌ها بوده است؛ که این یافته با یافته بررسی حاضر هم‌خوانی دارد. در مطالعه حاضر نیز در سیر بهبودی گروه آزمایش تا سه ماه پس از زمان ترخیص کاهش بیشتری در شدت علائم دیده شد، اما تفاوت موجود از نظر آماری معنی‌دار نبود. میلر^۴، سولومون^۵ و ریان^۶ (۲۰۰۴) نیز تفاوت آماری معنی‌داری در گروه آموزش روانی از نظر میزان و زمان بهبودی گزارش نکردند؛ اما بر این باور بودند که در میان مداخلات روانی-اجتماعی، آموزش روانی خانواده اثر بیشتری در میزان و زمان بهبودی داشته است (میلر و همکاران، ۲۰۰۴). شاید بتوان در یک پی‌گیری بلندمدت نمونه مطالعه حاضر، تفاوت آماری معنی‌دار میان دو گروه یافت.

اختلال در عملکرد اجتماعی، شغلی و روانی یکی از مهم‌ترین ویژگی‌های اختلال‌های خلقی است. لم^۷ و کولوم^۸ (۲۰۰۵) دریافتند که آموزش روانی می‌تواند به ارتقاء عملکرد اجتماعی کمک کند. این یافته با یافته بررسی حاضر هم‌خوانی ندارد. قاسمی و همکاران (۱۳۷۹) نیز نشان دادند که آموزش روانی-تربیتی خانواده اگر چه بر عملکرد بیماران مبتلا به اختلال‌های خلقی بی‌درنگ پس از مداخله اثر نداشته، اما پس از ۱۸ ماه از زمان آموزش تفاوت آماری معنی‌دار دیده شده است. احتمال دیگر آن که وجود هماهنگی و کار تیمی در خدمات بهداشت روانی و نیز وجود منابع حمایتگر اجتماعی به‌منظور حمایت از خانواده و بازتوانی شغلی و روانی بیمار از عناصر لازم و ضروری آموزش روانی خانواده است، که در کشور ما وجود ندارد. دخالت‌دادن بیمار افزون بر خانواده در فرآیند آموزش نیز می‌تواند یکی از عناصر کمک‌کننده در بازتوانی روانی-اجتماعی و شغلی بیمار باشد. نکته دیگر آن که معمولاً ارتقاء عملکرد اجتماعی با کاهش شدت نشانه‌ها ارتباط داشته و به‌مدت زمان طولانی‌تری نیازمند است.

میکلوویتز (۲۰۰۴) آموزش روانی خانواده را نیز دارای تأثیر بارزی بر میزان پیروی از دستورات دارویی گزارش نکرد که با یافته بررسی حاضر هم‌خوانی دارد. میکلوویتز (۲۰۰۰) میزان پیروی از دستورات دارویی را عامل مهمی در پیش‌گویی تأثیر مداخله آموزش روانی خانواده دانست که می‌تواند سبب تثبیت بیشتر علائم در بیماران در دوره پیگیری گردد. ممکن است شمار جلسات بیشتر و یا مدت طولانی‌تر کار با خانواده تأثیر بیشتری در زمینه بهبود علائم بیماری داشته باشد. هم‌چنین آموزش روانی خانواده به همراه آموزش بیمار نیز می‌تواند راهکار مؤثری باشد.

از جمله محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به حجم کم نمونه، ریزش نمونه‌ها و نیز کوتاه‌بودن طول مدت پی‌گیری اشاره کرد. پیشنهاد می‌شود، بررسی‌های دیگری در این زمینه با مدت زمان طولانی‌تر، حجم نمونه بیشتر و نیز با آموزش روانی بیمار به همراه خانواده انجام شود.

این بررسی از فرضیه اصلی خود مبنی بر تأثیر آموزش روانی خانواده بر سیر بهبود بیماران مبتلا به اختلال‌های خلقی، شاید به دلیل عدم وجود کار گروهی و نیز فقدان منابع حمایت

1- Bernhard
3- Kummier
5- Solomon
7- Lam

2- Schaub
4- Miller
6- Ryan
8- Colom

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th. ed.) text revision. Washington, DC: APA.
- Barry, P. D. (2002). *Mental health and mental illness* (7th. Ed.). New York: Lippincott.
- Bech, P., Bowlig, T. G., Kramp, P., & Rafaelsen, O. J. (1979). The Bech-Rafaelsen Mania Scale and the Hamilton Depression Scale. *Journal of Acta Psychiatrica Scandinavica*, 59, 420-430.
- Bernhard, B., Schaub, A., & Kummner, P. (2006). Impact of cognitive-psychoeducational interventions in bipolar patients and their relatives. *Journal European Psychiatry*, 21, 81-86.
- Boyd, M. A. (2005). *Psychiatric nursing* (3rd. ed.). China: Lippincott, Williams & Wilkins.
- Carson, V. B. (2000). *Mental health nursing* (2nd. ed.). Philadelphia: W. B. Saunders.
- Epstein, N. B., Baldwin, L. M., & Bishop, D.S. (2007). The McMaster family assessment device. *EJournal of Marital and Family Therapy*, 9, 171-180.
- Fristad, M. A. (2002). Multifamily Psychoeducation Groups (MFPG) for families of children with bipolar disorder. *Journal of Bipolar Disorder*, 4, 254-262.
- Fristad, M. A. (2003). Family psychoeducation: An adjunctive intervention for children with bipolar disorder. *Journal of Society of Biological Psychiatry*, 53, 1000-1008.
- Hamilton, M. (1967). Development of a rating scale for primary depression illness. *British Journal of Social and Clinical Psychology*, 6, 278-296.
- Hilsenroth, M. J., Ackerman, S. J., Matthew, M. A., Blagys, D., Becky, M. A., Baumann, D., Matthew, M. A., Baity, R., Steven, M. A., & Smith, R. (2000). Reliability and Validity of DSM-IV Axis V. *American Journal of Psychiatry*, 157, 1858-1863.
- North Brisbane Mental Health Services (2001). *What is psychoeducation?* Getmentalhelp Inc. Available on: <http://www.getmentalhelp.com>.
- Keck, P. E. (1998). 12-Months outcome of patients with bipolar disorder: Following hospitalization for a manic or mixed episode. *American Journal of Psychiatry*, 155, 646-652.
- Lam, D., & Colom, F. (2005). Psychoeducation: Improving outcomes in bipolar disorder. *Journal of European Psychiatry*, 20, 359-364.

اجتماعی در خدمات بهداشت روان، حمایت نکرد. در کشور ما به دلیل نبودن حمایت‌های بهداشتی مبتنی بر جامعه، وظیفه مهم حمایت و نگهداری از بیمار روانی بر دوش خانواده‌ها نهاده شده است؛ بنابراین رایج‌ترین حمایت‌های آموزشی، هیجانی، اجتماعی و مشاوره‌ای برای خانواده‌ها و بیماران ضروری به نظر می‌رسد. بررسی علل همکاری نکردن خانواده‌ها در زمینه درمان و منابع حمایت اجتماعی در نظام بهداشت روان کشورمان نیز پیشنهاد می‌شود.

سپاسگزاری

از همکاری صمیمانه استاد گرانمایه آقای محمود نصیری و آقای دکتر عبدالرحمن راسخ مشاور آمار و نیز کارکنان بخش روانپزشکی زنان و مردان بیمارستان گلستان شهرستان اهواز و همه خانواده‌هایی که ما را در انجام این پژوهش یاری رساندند، تشکر می‌شود.

منابع

- بهرامی، فاطمه؛ اعتمادی، احمد (۱۳۸۲). اثربخشی روش‌های مشاوره به شیوه رفتاری-فراشناختی، روانی-آموزشی خانواده و دارودرمانی در کاهش عود حالات مانیا و افسردگی بیماران دو قطبی. *دانش و پژوهش در روانشناسی*، سال پنجم، شماره ۱۵، ۷۹-۸۸.
- پیمان، نوشین؛ بهرامی، منیژه؛ ستایش، یوسف؛ احدیان، محمد (۱۳۸۴). بررسی مشکلات و میزان تمایل خانواده جهت پذیرش و نگهداری بیماران روانی. *فصلنامه اصول بهداشت روانی*، سال هفتم، شماره ۲۵ و ۲۶، ۶۹-۶۳.
- خانی، موسی؛ وزیریان، محسن؛ جمشیدی، امیرحسین؛ کمالی پور، عباس؛ کاشانی، لادن؛ آخوندزاده، شاهین (۱۳۸۱). مقایسه تئور اسطوخودوس و ایمن پرامین در درمان افسردگی خفیف تا متوسط. *فصلنامه گیاهان دارویی*، سال اول، شماره ۲، ۱-۸.
- سالاری، مرضیه‌السادات (۱۳۸۰). *مقایسه کارکرد خانواده در نوجوانان افسرده و بهنجار*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد پرستاری، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران.
- قاسمی، غلامرضا؛ نجمی، بدرالدین؛ اسداللهی، قربان‌علی (۱۳۷۹). مقایسه اثربخشی آموزش‌های تربیتی-روانی خانواده بر عملکرد اجتماعی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا و اختلال‌های خلقی. پژوهش در علوم پزشکی، *مجله دانشگاه علوم پزشکی اصفهان*، سال پنجم، شماره ۱، ۵۹-۵۲.
- کاپلان، هارولد؛ سادوک، بنجامین (۱۳۸۴). *خلاصه روانپزشکی*. ترجمه: حسن رفیعی، فرزین رضاعی. ویراست نهم، تهران: انتشارات ارجمند.
- محسنی‌فر، ستاره؛ قاسم‌زاده، حبیب‌ا...؛ صادقی، مجید (۱۳۸۱). بررسی رویداد های زندگی و ارتباط آن با افسردگی در دستیاران پزشکی. *پایش، فصلنامه پژوهش‌ده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی*، سال دوم، شماره ۱، ۴۵-۳۱.
- نصیری، محمود (۱۳۸۲). *روانپرستاری بالینی*، چاپ اول. اصفهان: انتشارات دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی اصفهان.

- Licht, R. W., & Jensen, J. (1997). Validation of the Bech-Rafaelsen Mania Scale using latent structure analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 96, 367-372.
- Lynn, G. R. (2001). *Global Assessment of Functioning (GAF) pathways*. Available on: <http://ww.dpa.state.ky.us/library/manuals/mental/ch22.html>.
- Miklovitz, D. J. (2000). Family-focused treatment of bipolar disorder. *Journal of Society of Biological Psychiatry*, 48, 582-592.
- Miklovitz, D. J. (2004). Family-focused treatment for adolescence with bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 82, 113-128.
- Miller, I. W., Solomon, D. A., & Ryan, E. (2004). Dose adjunctive family therapy enhance recovery from bipolar I mood episodes? *Journal of Affective Disorders*, 82, 431-436.
- Peterson, R., & Prillaman, J. (2000). Implementation of a web-based, self-scoring version of the Family Assessment Device (FAD) for parent Education. Available on: <http://Joe.org/joe/2000December/rb1.html>.
- Rudolf, H. M., Aran, C., Bernice, S., & Moos, B. S. (2002). Global assessment functioning ratings and the allocation and outcomes of mental health services. *Journal of Psychiatric Services*, 53, 730-737.
- Williams, J. B. (1988). A structured interview guide for the Hamilton Depression Scale. *Archives of General Psychiatry*, 45, 742-747.