

اثربخشی آموزش مهارت‌های مقابله با استرس با رویکرد روانی آموزشی بر عملکرد خانواده و بهزیستی روانی مراقبت‌کنندگان بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی

پژوهشگران: فرزانه شیخ‌الاسلامی^{۱*}، جواد خلعتبری^۲، شهره قربان شیرودی^۳

(۱) کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات گیلان، گروه روانشناسی گیلان، ایران. گروه روانپرستاری، مری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران.

(۲) گروه روانشناسی، دانشیار، دکترای روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن، مازندران، تنکابن، ایران.

(۳) گروه روانشناسی، دانشیار، دکترای روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن، مازندران، تنکابن، ایران.

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۳/۱/۲۵

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۳/۳/۵

چکیده

مقدمه: زندگی با مبتلایان به اختلال اسکیزوفرنی پر استرس است. مراقبینی که دانش کافی ندارند، قادر نخواهند بود بخوبی مسئولیت‌های خود را ایفا نمایند، که این شرایط به عود و بستری شدن‌های مجدد منجر می‌گردد. خانواده‌ها در هنگام رویارویی با اینگونه موقعیت‌های پرفشار و دشوار استرس زیادی را تجربه می‌کنند و استرس موجب ناراحتی، تنش یا نومییدی اعضای خانواده می‌شود.

هدف: پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی آموزش مهارت‌های مقابله با استرس با رویکرد روانی آموزشی بر عملکرد خانواده و بهزیستی روانی مراقبین مبتلایان به اسکیزوفرنی که سابقه بستری در مرکز آموزشی درمانی شفا شهر رشت را داشتند، در سال ۱۳۹۲ انجام شد.

روش کار: پژوهش حاضر، یک مطالعه نیمه تجربی، پیش‌آزمون پس‌آزمون با گروه کنترل می‌باشد که آموزش مهارت‌های مقابله با استرس با رویکرد روانی آموزشی، متغیر مستقل و عملکرد خانواده و بهزیستی روانی دو متغیر وابسته آن را تشکیل می‌دهند. جامعه پژوهش این مطالعه را ۲۲۰ نفر از مراقبت‌کنندگان بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی مراجعه‌کننده به سابقه بستری در مرکز روانپزشکی به درمانگاه روانپزشکی تشکیل می‌دادند. حجم نمونه ۳۰ نفر با شیوه نمونه‌گیری در دسترس انجام شد. ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسشنامه بهزیستی روانشناختی Ryff و پرسشنامه عملکرد خانواده بود. هر دو پرسشنامه فوق در ایران روان‌سنجی شده‌اند. پرسشنامه Ryff شش مؤلفه اصلی الگوی بهزیستی روانشناختی و دارای ۶ زیر مقیاس (پذیرش خود، روابط مثبت با دیگران، خود مختاری، تسلط بر محیط، زندگی هدفمند و رشد فردی) و ۸۴ عبارت است. آزمودنی باید در یک طیف لیکرت ۶ درجه‌ای میزان موافقت یا مخالفت خود با هر عبارت را مشخص نماید. برای بدست آوردن نمره مربوط به هر زیر مقیاس کافی است نمره هر عبارت مربوط به زیر مقیاس مورد نظر با هم جمع شود. از جمع امتیاز ۸۴ عبارت نمره بهزیستی روانشناختی کلی بدست می‌آید. پرسشنامه عملکرد خانواده با ۶۰ عبارت (با طیف لیکرت ۴ گزینده‌ای)، در هفت حیطة (حل مسئله، روابط، نقش‌ها، پاسخ‌گویی اثر بخش، درگیری اثربخش، کنترل رفتاری، و کارکرد کلی) طراحی شده است. برای بدست آوردن امتیاز مربوط به هر زیر مقیاس باید نمرات همه عبارات زیر مقیاس مورد نظر را با هم جمع کرده بر تعداد عبارات زیر مقیاس تقسیم نمود. نمره بالاتر نشانه کارکرد ناسالم‌تر است. در این مطالعه جهت مقایسه گروه‌های مورد مطالعه از نمره میانگین استفاده شده است.

پژوهشگر با مراجعه به درمانگاه، پرونده بیماران با تشخیص اسکیزوفرنی و با دارا بودن شرایط ورود به مطالعه شامل مراقب اصلی بیمار، باسواد و ساکن شهر رشت را مشخص نموده و با خانواده‌ها ارتباط برقرار می‌نمود. سپس بطور تصادفی ۳۰ نفر را که نمره بهزیستی روانی و عملکرد خانواده آنان، یک انحراف معیار کمتر از میانگین نمره پرسشنامه‌ها بود را در دو گروه آزمون و کنترل قرار می‌داد (هر گروه ۱۵ نفر). در طی مداخله شش نفر از واحدهای پژوهش (هر گروه ۳ نفر) ریزش داشتند و بدلیل مشکلات خانوادگی و همچنین عود بیماری فرد مبتلا، از ادامه شرکت در مداخله انصراف دادند. سپس در جلسه اختتامیه پرسشنامه‌ها مجدداً توسط واحدهای پژوهش تکمیل گردید. مداخله هفته‌ای دو بار به مدت ۹۰ دقیقه و به تعداد دوازده جلسه متوالی انجام گرفت. همگن بودن دو گروه از نظر متغیرهای مورد بررسی با استفاده از آزمون ANOVA مورد تأیید قرار گرفت. پس از آن از آزمون تحلیل واریانس و کوواریانس برای تعیین اثربخشی آموزش مهارت‌های مقابله با استرس با رویکرد روانی آموزشی بر متغیرهای عملکرد خانواده و بهزیستی روانی شناختی استفاده گردید.

نتایج: اکثریت واحدهای پژوهش (۵۸/۳٪) زن بودند. میانگین سنی آنان 51.87 ± 5.39 و اکثریت (۷۹/۲٪) دارای سطح تحصیلات متوسطه (۲۹/۲ درصد) بودند. نتایج نشان داد که در پیش‌آزمون میانگین نمره عملکرد خانواده گروه آزمون $13.96 \pm 1.83/4.2$ و در گروه کنترل $17.7/0.8 \pm 8.2/2.3$ بود. همچنین میانگین نمره بهزیستی روانشناختی گروه آزمون $27/0.3 \pm 22.4/5.8$ و در گروه کنترل $12/0.1 \pm 22.8/3.3$ بود. در پس‌آزمون میانگین نمره عملکرد خانواده گروه آزمون $15/5.9 \pm 12.1/8.3$ و گروه کنترل میانگین $4/2.5 \pm 17.2/5.8$ بوده است. از طرفی در پس‌آزمون میانگین نمره بهزیستی روانشناختی گروه آزمون $22/9.6 \pm 37.3/3.3$ و گروه کنترل $7/2.7 \pm 24.2/6.7$ بوده است.

استفاده از تحلیل واریانس با آزمون لامبداویلکز جهت تعیین اثربخشی آموزش مهارت‌های مقابله با استرس بر متغیرهای عملکرد خانواده و بهزیستی روانشناختی به صورت ترکیبی نشانگر معنی‌دار بودن تأثیر برنامه آموزشی بوده است ($P < 0.001$) و همچنین استفاده از آزمون آنالیز واریانس مؤید اثربخشی معنی‌دار آموزش مهارت‌های مقابله با استرس بر متغیر عملکرد خانواده ($P < 0.001$) و بهزیستی روانشناختی ($P < 0.001$) می‌باشد.

نتیجه‌گیری: آموزش مهارت‌های مقابله با استرس با رویکرد روانی - آموزشی بر عملکرد خانواده و بهزیستی روانی مراقبان مبتلایان به اسکیزوفرنی مؤثر است.

کلیدواژه: فشار روانی، سازگاری روانی، اسکیزوفرنی، خانواده، مراقبان

مقدمه

اختلال اسکیزوفرنی، اختلال روانی شدیدی است که نه تنها بیماران مبتلا بلکه خانواده‌های آنان را بشدت تحت تأثیر قرار می‌دهد (۱). این رویه نه تنها هزینه اقتصادی، اجتماعی و عاطفی زیادی دارد بلکه موجب اضطراب در بیماران و همچنین در خانواده‌هایشان می‌گردند (۲). مراقبین افراد مبتلا به اختلالات روانی شدید استرس قابل ملاحظه‌ای را تجربه می‌کنند و مسئولیت‌های سخت و مشقت باری دارند. خانواده‌ها اغلب خدمات قابل توجهی را به بستگان‌شان در منزل ارائه می‌دهند اما فقدان اطلاعات و منابع کافی می‌تواند همچون مانعی در جهت ایفای نقش مؤثر آنها عمل نماید (۳).

روی هم رفته فقدان منابع عاطفی، مالی و فردی موجب می‌شود که بسیاری از مراقبین در سال بعد از مراقبت از بیمار خود استرس، افسردگی و اضطراب فاحشی را تجربه کرده و با موارد استرس‌زای عجیب و غیر قابل پیش بینی مواجه می‌شوند که منجر به ناکامی عاطفی، احساس گناه و تنهایی و نیز تعارضات خانواده در فرآیند مراقبت می‌شود. همچنین برخی از مراقبین اثرات نامطلوبی چون افسردگی، اندوه، اضطراب و عوارض جسمی را گزارش نموده‌اند. باید توجه داشت خانواده با ارزش‌ترین منبع حمایتی فرد شناخته می‌شود و این موضوع برای یک بیمار روانی مبتلا به ناتوانی هم صدق می‌کند، در مورد این بیماران اعضای خانواده مجبورند مشکل را شناخته و با فرد ناتوان یا دچار اختلال روانی سازگار شوند (۴).

خانواده‌ها پس از سپری کردن مرحله انکار در مواجهه با بیماری عضو مبتلا دچار وحشت شده و شاید احساس گناه و شرمساری کنند و بعد از آنکه خانواده می‌فهمد که احتمالاً یک ناتوانی پایدار برای فرد بوجود آمده و دیگر به وضع سابق بر نمی‌گردد، کنار آمدن با این مسئله برایش بسیار دشوار خواهد بود. استرس‌های ناشی از حوادث منفی زندگی می‌تواند بر بیمار و خانواده تأثیرگذار باشد و باید توجه کرد در صورتیکه پیش‌آگهی توانبخشی و

درمان بیماری پایین باشد، نگرانی و استرس خانواده بیشتر می‌شود (۵).

نتایج یک مطالعه که در پنج مرکز اروپایی بر ۲۳۶ نفر از بستگان بیماران اسکیزوفرنی انجام شد، بیانگر آن بود که خانواده‌هایی که حمایت‌های روانی اجتماعی ضعیف داشته و منابع مقابله با استرس آنان هیجان محور مثل اجتناب از بیمار و تسلیم است، سطح زیادی از تنش و فشار روانی را تجربه می‌کنند. اتخاذ منابع مقابله‌ای مسئله محور (مانند جستجوی اطلاعات و حفظ علائق اجتماعی) در مراقبین جوان و خانواده‌های دارای بیمار جوان که حمایت اجتماعی و کمک‌های حرفه‌ای بیشتری را دریافت می‌کنند، بیشتر است (۶). حال با توجه به موارد اشاره شده فشار روانی و استرس زیادی که مراقبین مبتلایان به اسکیزوفرنی تجربه کرده‌اند و نیز شرایط خانواده‌های ایرانی که از حمایت‌های رسمی کمتری نسبت به هم‌تایان خود در جوامع غربی برخوردارند (۷). آموزش مهارت‌های مقابله با استرس به مراقبین از اهمیت قابل ملاحظه‌ای می‌یابد. با توجه به اینکه مطالعات اندکی در جامعه ایرانی با تمرکز بر نیازهای بیماران و خانواده مبتلایان اسکیزوفرنی انجام شده پژوهشگران بر آن شدند تا تأثیر آموزش مهارت‌های مقابله با استرس با رویکرد آموزشی روانی را بر عملکرد خانواده و بهزیستی روانی مراقبین تعیین نمایند.

روش کار

پژوهش حاضر، یک مطالعه آزمایشی، پیش‌آزمون پس‌آزمون با گروه کنترل می‌باشد که در آن به تعیین اثربخشی آموزش مهارت‌های مقابله با استرس با رویکرد روانی آموزشی (متغیر مستقل) بر عملکرد خانواده (متغیر وابسته) و بهزیستی روانی (متغیر وابسته) مراقبین مبتلایان به اسکیزوفرنی مراجعه‌کننده به مرکز آموزشی درمانی روانپزشکی رشت در سال ۹۲ پرداخته شده و توسط معاونت پژوهشی واحد علوم تحقیقات دانشگاه آزاد اسلامی گیلان مورد تصویب قرار گرفته است.

جامعه پژوهش این مطالعه را ۲۲۰ نفر از مراقبت-کنندگان بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی مراجعه‌کننده به درمانگاه روانپزشکی تشکیل داده است که بیماران آنان سابقه بستری در مرکز روانپزشکی را داشته‌اند. از آنجا که در گروه‌های روان‌درمانی تعداد اعضا باید بسیار محدود باشد (۸) و از آنجا که خانواده‌های مبتلایان با مشکلات زیادی در مراقبت از بیمار خود مواجه هستند و حضور آنان برای شرکت ممکن بود با ریزش همراه باشد، حجم نمونه ۳۰ نفر در نظر گرفته شد. نمونه‌گیری به شیوه در دسترس انجام شد. ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسشنامه بهزیستی روانشناختی Ryff و پرسشنامه عملکرد خانواده بود. هر دو پرسشنامه فوق در ایران روان‌سنجی شده‌اند (۱۰۹). پرسشنامه Ryff در سال ۱۹۸۹ تنظیم شده است و شش مؤلفه اصلی الگوی بهزیستی روانشناختی را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. بنابراین دارای ۶ زیرمقیاس (هر زیرمقیاس شامل ۱۴ عبارت) است. این پرسشنامه برای بزرگسالان تهیه شده و دارای ۸۴ عبارت است. آزمودنی باید در یک طیف لیکرت ۶ درجه ای (۱= کاملاً مخالفم تا ۶= کاملاً موافقم) مشخص سازد تا چه حد با هر یک از عبارات موافق یا مخالف است. برای بدست آوردن نمره مربوط به هر زیرمقیاس کافی است نمره هر عبارت مربوط به زیرمقیاس مورد نظر با هم جمع شود. از جمع امتیاز ۸۴ عبارت نیز نمره بهزیستی روانشناختی کلی بدست می‌آید. زیرمقیاس‌ها شامل: پذیرش خود، روابط مثبت با دیگران، خود مختاری، تسلط بر محیط، زندگی هدفمند و رشد فردی است (۹).

ابزار سنجش خانواده یک پرسشنامه ۶۰ عبارتی است که برای سنجش کارکرد خانواده توسط Epstein, Baldwin و Bishop در سال ۱۹۸۳ بنابر الگوی Mac Master تدوین شده است. آزمودنی برای هر ماده یکی از گزینه‌های: کاملاً موافقم، موافقم، مخالفم و کاملاً مخالفم را که از ۱ تا ۴ کدگذاری می‌شوند، انتخاب می‌کند.

عبارت مربوط به هر زیرمقیاس شامل: حل مسئله (۶عبارت)، روابط (۷عبارت)، نقش‌ها (۹عبارت)، پاسخ‌گویی اثر بخش (۷عبارت)، درگیری اثربخش (۸عبارت)، کنترل

رفتاری (۱۰عبارت) و کارکرد کلی (۱۳ عبارت) می‌باشد. برای بدست آوردن امتیاز مربوط به هر زیرمقیاس باید نمرات همه عبارات زیرمقیاس مورد نظر را با هم جمع کرده بر تعداد عبارات زیرمقیاس تقسیم نمود. نمره بالاتر نشانه کارکرد ناسالم‌تر است (۱۱). در این مطالعه جهت مقایسه گروه‌های مورد مطالعه از نمره میانگین استفاده شده است.

روش جمع‌آوری اطلاعات به این ترتیب بود که پژوهشگر با مراجعه به درمانگاه تخصصی روانپزشکی به مدت ۲۵ روز، پرونده بیماران که جهت ویزیت مراجعه می‌کردند و برای آنها تشخیص اسکیزوفرنی ثبت می‌شد را مورد بررسی قرار می‌دادند. پس از تشخیص اسکیزوفرنی و دارا بودن شرایط ورود به مطالعه شامل مراقب اصلی بیمار، باسواد و ساکن شهر رشت، اطمینان حاصل می‌کرد، طی تماس تلفنی و یا ملاقات حضوری با خانواده‌ها ارتباط برقرار نموده و در مورد مطالعه و اهداف آن برای خانواده‌ها توضیحات لازم ارائه می‌داد. با اظهار تمایل آنان به شرکت در مطالعه و پس از کسب رضایت شفاهی، پرسشنامه‌های عملکرد خانواده و بهزیستی روانشناختی Ryff را ارائه کرده و پس از تکمیل جمع‌آوری می‌نمود و سپس بطور تصادفی ۳۰ نفر را که نمره بهزیستی روانی و عملکرد خانواده آنان، یک انحراف معیار کمتر از میانگین نمره پرسشنامه‌ها بود در دو گروه آزمون و کنترل قرار داد (هر گروه ۱۵ نفر). در طی مداخله شش نفر از واحدهای پژوهش (هر گروه ۳ نفر) ریزش داشته و بدلیل مشکلات خانوادگی و همچنین عود بیماری فرد مبتلا از ادامه شرکت در مداخله انصراف دادند. سپس در جلسه اختتامیه پرسشنامه‌ها مجدداً ارائه و توسط واحدهای پژوهش تکمیل گردید.

مداخله هفته‌ای دو بار به مدت ۹۰ دقیقه و به تعداد دوازده جلسه پی در پی مداخله آموزشی روانی توسط پژوهشگر انجام شد. جلسات با ایراد سخنرانی و همراه با بحث و تبادل نظر، بیان تجربیات، افکار و احساسات مراقبین از زندگی با بیمار اسکیزوفرنی و مراقبت از آنان و سهیم شدن تجربیاتشان با سایر افراد شرکت

صورت ترکیبی نشانگر معنی‌دار بودن تأثیر برنامه آموزشی بوده است ($P < 0/0001$) و همچنین استفاده از آزمون آنالیز واریانس مؤید اثربخشی معنی‌دار آموزش مهارت‌های مقابله با استرس بر متغیر عملکرد خانواده ($P < 0/0001$) و بهزیستی روانشناختی ($P < 0/0001$) می‌باشد (جدول شماره ۲).

بحث و نتیجه‌گیری

بر اساس نتایج بدست آمده اثربخشی روش آموزش مهارت‌های مقابله با استرس با رویکرد روانی آموزشی بر متغیر ترکیبی عملکرد خانواده و بهزیستی روانی معنی‌دار است. بنابراین فرضیه اصلی پژوهش مورد تأیید است که مشخص کننده اثر روش آموزش مهارت‌های مقابله با استرس با رویکرد روانی آموزشی بر عملکرد خانواده و بهزیستی روانی مراقبان مبتلایان به اسکیزوفرنی مؤثر بوده است. نتایج مطالعات Chein و همکاران نشان داد که برنامه‌های مدیریت مراقبت از مبتلایان به اسکیزوفرنیا موجب افزایش عملکرد خانواده و مبتلایان و حمایت اجتماعی آنان می‌گردد (۱۳). فروزنده به نقل از & Sawant و Jethwani گزارش نمود که بستگان مبتلایان به اسکیزوفرنی در عملکرد خانواده همچون نقش، عملکرد کلی و کنترل رفتار مشکلات زیادی داشته‌اند (۱۴). نتایج مطالعه نویدیان و همکاران که نمونه‌های مورد مطالعه آنان، مراقبان خانوادگی مبتلایان روانی بود، نشان داد که برنامه آموزش خانواده به منظور کاهش افسردگی، اضطراب و استرس در مراقبان خانوادگی مبتلایان روانی مؤثر بوده است (۱۵).

در تبیین یافته‌های فرض اصلی می‌توان گفت که اساساً عملکرد خانوادگی می‌تواند از عوامل مهم در درمان روانی باشد (۱۶). یافته‌های این پژوهش نیز مبین این مطلب است که آموزش مهارت‌های مقابله با استرس بر سلامت روانی خانوادگی خانواده‌های مبتلایان به اختلال مؤثر می‌باشد. علیرغم آنکه تحقیقات کمی در زمینه عملکرد خانواده مبتلایان به اختلالات روانی و خصوصاً اسکیزوفرنی، در دسترس می‌باشد. نتیجه این پژوهش با پژوهش مجرد کاهانی و قنبری، نصر اصفهانی و همکاران و محتشمی و همکاران همسو است (۱۷-۱۹). در تبیین این

کننده به بحث و گفتگو در قالب برنامه‌ای که در طرح مداخله بر اساس الگوی Meichenbaum آمده است انجام گرفت (جدول شماره ۱).

بر اساس الگوی ایمن‌سازی در برابر استرس Meichenbaum که شامل مراحل مفهوم‌سازی، آموزش فن تصویربرداری ذهنی، مرحله اکتساب و تمرین مهارت‌ها و کاربرد پیگیری مستمر می‌باشد. مراقبین با علل، علائم و نشانه‌های بیماری، سیر، انواع درمان و نحوه ارتباط با بیمار و نیز آموزش روش‌های حل مسئله آشنا شدند (۱۲).

جهت دستیابی به نتایج آماری داده‌ها، اطلاعات پرسشنامه با استفاده از نرم افزار نسخه ۱۶ مورد تجزیه تحلیل آماری قرار گرفت. همگن بودن دو گروه از نظر متغیرهای مورد بررسی با استفاده از آزمون آنالیز واریانس مورد تأیید قرار گرفت. پس از آن از آزمون تحلیل واریانس و کوواریانس برای تعیین اثربخشی آموزش مهارت‌های مقابله با استرس با رویکرد روانی آموزشی بر متغیرهای عملکرد خانواده و بهزیستی روان شناختی استفاده گردید.

نتایج:

اکثریت واحدهای پژوهش (۵۸/۳٪) زن بودند. میانگین سنی آنان $5/87 \pm 53/9$ و اکثریت (۷۹/۲٪) دارای سطح تحصیلات متوسطه بوده، ۲۹/۲ درصد شغل آزاد داشتند. نتایج تجزیه تحلیل داده‌ها نشان داد که در پیش آزمون میانگین نمره عملکرد خانواده گروه آزمون $13/96 \pm 183/42$ و گروه کنترل $8/23 \pm 177/08$ بود. همچنین میانگین نمره بهزیستی روانشناختی گروه آزمون $27/03 \pm 224/58$ و گروه کنترل $12/01 \pm 228/33$ بود. در پس آزمون میانگین نمره عملکرد خانواده گروه آزمون $15/59 \pm 121/83$ و گروه کنترل میانگین $4/25 \pm 172/58$ بوده است. از طرفی در متغیر بهزیستی روانشناختی در پس آزمون میانگین نمره بهزیستی روانشناختی گروه آزمون $23/96 \pm 373/33$ و در گروه کنترل میانگین $7/27 \pm 242/67$ بدست آمد.

استفاده از تحلیل واریانس با آزمون لامبداویلکز جهت تعیین اثربخشی آموزش مهارت‌های مقابله با استرس بر متغیرهای عملکرد خانواده و بهزیستی روانشناختی به

واقع تلاش برای کمال در جهت تحقق توانایی‌های بالقوه واقعی است (۲۷).

یکی از روش‌های افزایش بهزیستی روانی مراقبان، ارائه آموزشهای لازم در خصوص اختلال اسکیزوفرنیا (علل، علائم، سیر، درمان و دارو و عوارض دارویی) و مهارت‌های ارتباطی با بیمار می‌باشد که پیشنهاد می‌گردد از زمان تشخیص اختلال در بیمار مبتلا، برنامه ریزی منسجم و پیگیری برای خانواده آغاز گردد که پس از ترخیص ادامه یابد.

همچنین تیم درمان شامل روانپزشک، روانشناس، روانپرستار، کاردرمان و مددکار جلسات مشاوره منظم را برای خانواده مبتلایان برنامه ریزی کنند تا ضمن ارائه آموزشهای لازم برای مبتلایان و خانواده‌هایشان، مهارت‌های مقابله با استرس، مهارت‌های ارتباطی و مهارت‌های حل مسئله نیز آموزش داده شود و با انجام مشاوره‌های مستمر بتوان از رنج و فشار روانی زندگی با مبتلایان به اختلال اسکیزوفرنی کاسته و سازگاری مراقبان را با شرایط پراسترسی که روبرو هستند، افزایش داد که در نهایت بتوان از اتلاف هزینه‌های درمانی، عود مجدد علائم و بروز اختلالات روانی در سایر افراد خانواده پیشگیری نمود. با توجه محدودیت این مطالعه که روش نمونه‌گیری غیرتصادفی بوده و قابل تعمیم به جامعه پژوهش نمی‌باشد، پیشنهاد می‌گردد مطالعاتی در نمونه‌هایی با حجم وسیع‌تر انجام گردد.

تشکر و قدردانی:

در این بخش از مسئولین محترم دانشگاه آزاد (علوم تحقیقات) واحد رشت برای تصویب این طرح پژوهشی، مسئولین و کارکنان محترم مرکز آموزشی درمانی شفا که نهایت همکاری را جهت انجام هر چه بهتر این مطالعه داشتند و تمامی خانواده‌های مبتلایان به اسکیزوفرنی که حضور فعال و صمیمانه خود ما را در انجام این مطالعه یاری نمودند، سپاسگزاری و قدردانی می‌گردد.

یافته می‌توان گفت که آسیب روانی یک مشکل درون فردی در یک عضو خانواده نیست بلکه فرایند تعاملی بین اعضای خانواده است در این راستا می‌توان گفت که استرس‌های زندگی و علائم مخرب و غیر قابل پیش‌بینی اسکیزوفرنی می‌تواند تعاملات خانواده را آشفته کند (۲۰) و همچنین داشتن بیمار مبتلا به اختلال روانی همچون اسکیزوفرنی، نگرش خانواده به مبتلایان، آسیب‌های قابل ملاحظه‌ای به سازگاری و عملکرد آنان وارد می‌کند و می‌تواند بر عود علائم بیمار و افزایش تعداد بستری شدن وی مؤثر باشد (۲۱). برخی دیگر در این رابطه معتقدند وجود بیمار مبتلا به اسکیزوفرنیا در خانواده، اعضا را در به کارگیری مهارت‌های حل مسئله و مهارت‌های مربوط به تصمیم‌گیری ناتوان می‌کند و در نتیجه آنان قادر نخواهند بود با مشکلات روزمره کنار بیایند. همچنین آموزش به خانواده‌های مبتلایان به اسکیزوفرنی می‌تواند منجر به کاهش فاصله گرفتن از بیمار، کاهش تسلیم آنان به بیماری، افزایش نگرش مثبت به بیمار و دریافت حمایت‌های عملی بیشتری گردد، بویژه زمانی که این آموزش‌ها مبتنی بر درک واقعی از تجارب افراد بوده و بتواند به معنای واقعی پاسخگوی نیاز آنها باشد (۲۲).

با توجه به اینکه بهزیستی روانی در سال‌های اخیر در کشور ما مورد مطالعه و علاقه پژوهشگران قرار گرفته است و به رغم تحقیقات و مطالعات کمی که در زمینه مداخلات روانشناختی در اختلالات روانی و خصوصاً اسکیزوفرنی در جامعه ایرانی وجود دارد، نتایج این پژوهش با مطالعه شریف و همکاران، نویدیان و همکاران، لطفی کاشانی و همکاران همسو می‌باشد (۷، ۱۵، ۲۳). همچنین یافته‌های این پژوهش با یافته‌های نصر و کوثر (۲۴)، Maldonado و Caqueo-Uri`zar (۲۵) نیز مطابقت دارد (۲۴، ۲۵). در زمینه اثربخشی آموزش ایمن‌سازی روانی بر کاهش استرس براساس الگوی مهارت‌های مقابله با استرس Meichenbaum، مطالعه مظلوم و همکاران بیانگر تأثیر این مداخله در کاهش مشکلات روانشناختی است (۲۶). نتایج این مطالعه با نتایج فوق نسبتاً هم‌سو می‌باشد. در این مورد می‌توان گفت که بهزیستی روانی در

جدول شماره (۱): برنامه جلسات مداخله مهارت‌های مقابله با استرس با رویکرد روانی آموزشی

نوبت جلسه	موضوع جلسه
بخش اول	مرحله مفهوم سازی
جلسه اول	معارفه، بیان اهداف، تنظیم قوانین گروه، ابراز نگرانی و ترس‌ها
جلسه دوم	بیان تجربیات اعضا از مراقبت بیمار، ارائه توضیح در مورد استرس، علل، علائم و عوامل کاهنده استرس، بیان تجربیات
جلسات سوم الی پنجم	آموزش در مورد اسکیزوفرنی، بیان تجربیات
جلسه ششم	آموزش فن تصویرسازی ذهنی ایفای نقش و بحث و تعامل نظر در مورد تجربیات
بخش دوم	مرحله اکتساب و تمرین مهارت‌ها
جلسه هفتم و هشتم	آموزش ارتباط مؤثر و تن آرامی
جلسه نهم و دهم	آموزش مسئله‌گشایی
بخش سوم	کاربرد و پیگیری مستمر
جلسه یازدهم	بکارگیری مهارت‌های آموخته شده، بررسی تکالیف خانگی، انجام تن آرامی، تصویرسازی ذهنی موقعیت پراسترس و بکارگیری راهکار مقابله، بیان تجربیات
جلسه دوازدهم	اختتامیه، جمع بندی، پاسخگویی به سؤالات، ارائه پرسشنامه برای تکمیل، سپاس و قدردانی

جدول شماره (۲): توزیع میانگین و انحراف معیار نمرات عملکرد خانواده و بهزیستی روان شناختی

متغیر	SS (مجموع مجذورات انحراف نمره از میانگین)	خطای معیار	MS (میانگین مجموع مجذور انحراف نمره از میانگین)	آماره F	سطح معنی داری	²
عملکرد خانواده	۱۹۵۵۱/۰۴	۱	۱۹۵۵۱/۰۴	۷۴/۵۵	۰/۰۰۰۱	۰/۷۷۲
بهزیستی روان شناختی	۱۰۸۴۰۷/۰۴	۱	۱۰۸۴۰۷/۰۴	۱۳۵/۰۶	۰/۰۰۰۱	۰/۸۶

References

- 1- Caqueo-Urizar A, Rus-Calafell M, Urzúa A, Escudero J, Gutiérrez-Maldonado J. The role of family therapy in the management of schizophrenia: challenges and solutions. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. 2015;11: 145–151.
- 2-Gümü A B. Health Education Needs of Patients With Schizophrenia and Their Relatives. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2008; 22(3): 156–165.
- 3-Hudson P, Quinn K, Kristjanson L, Thomas T, Braithwaite M, Fisher J, Cockayne M. Evaluation of a psycho-educational group program for family caregivers in home-based palliative care. *Palliative Med*. 2008; 22(2):70-80.
- 4-Chan S W. Global Perspective of Burden of Family Caregivers for Persons with Schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2011; 25(5):339–349.
- 5- Ahmadiye A, Al davoud SA. Family participation in treatment and rehabilitation of chronic mental patients. *Iran: Pardis*; 2008. persian.
- 6- Magliano L , Fadden G, Economou M ,Held T , Xavier M, Guarneri M, et al. Family burden and coping strategies in schizophrenia: 1-year follow-up data from the BIOMED I study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemio*. 2000; 1(35): 109-115.
- 7-Sharif F, Shaygan 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*; 2012,12:48.
- 8-Sanaei Zaker B. *Group Psychotherapy & Counseling*, chehr publishers. 3th Ed .2015:120-122.
- 9-Mikaeilimoni F. Structural Validity of Ryff's Psychological Well-Being Scales among students of Urmia University. *Journal of Psychology of Tabriz University*. 2010; 18(5):145-167. Persian.
- 10-Saatchi M, Kamkari K, Asgarian M. *Psychological tests*. Tehran: virayesh; 2010. p.203-204 . persian.
- 11-Families Ryan K, Epstein N, Keitner G, Miller A, Bishop D . *Evaluating & Treating*. Translated by: Bahrami F, Ghafari M, Dayarian M. Tehran: Arjmand; 2012. Persian.
- 12-Meichenbaum D. *Stress Inoculation Training: A Preventative and Treatment Approach* . Canada :University of Waterloo; 2007. Available from: http://www.in.gov/iodoc/files/Meichenbaum_2007_Stress_Inoculation_Training1.pdf
- 13-Chein WT, Lee IYM, Phil M. The Schizophrenia Care Management Program for Family Caregivers of Chinese Patient With Schizophrenia. *Psychiatr Serv*. 2010; 61(3),317-320.
- 14-Foruzandeh N, Parvin N, Deris F. Family functioning in families of patients with schizophrenia and mood, Disorders. *Chron Dis J*. 2015; 3(1):21-26.
- 15-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 ; 16(2):99-106. Persian.
- 16-Sawant NS, Jethwani KS. Understanding family functioning and social support in unremitting schizophrenia: A study in India. *Indian J Psychiatry*. 2010;52(2): 145-149.
- 17-Mojarrad Kahani A H, Ghanbari Hashem Abadi B A, Modares Gharavi M. The efficacy of group psycho educational interventions in promoting quality of life and quality of relationships on family of patients with bipolar disorders. *Journal OF Research in Behavioural Sciences*. 2012; 10 , 2 (23): 114 - 123.
- 18- Nasrisfahani N, etemadi A, shafiabadi A. Meaning-centered family therapy in women. *consult and psychotherapy J*. 2012; 2(2): 209-221.
- 19- Mohtashami T, Aliakbari Dehkordi M, Chimeh N, Alipor A, Ofoghi H. The Effect of Training of Pivotal Response Treatment to Mothers of Autistic Children on Family Functioning. *Journal of Family Research*. 2012; 8(3):273-289.
- 20- Glyn SM. Family intervention in schizophrenia: Promise and pitfalls over 30 years. *Curr Psychiatry Rep*. 2012; 14: 237-243.
- 21- Hanzawa S B J, Tanaka H , Tanaka G , Bae Y, Goto M , Inadomi HI , et al. Personal stigma and coping strategies in families of patients with schizophrenia: Comparison between Japan and Korea . *Asia-Pacific Psychiatry* .2010;2: 105–113.
- 22- Omranifard V, Kheirabadi G, Mehrabi T. Educational Needs of Schizophrenic Patients' Families. *Journal of Isfahan Medical School*. 2011; 29(128):128,131. Persian.
- 23-Lotfi Kashani F, Pasha Sharifi H, Seifi M. A family psychoeducation group Program (Atkinson and ciao model) for family with patient schizophrenia on general health . *Andisheh va Raftar*. 2010;5 (17): 65-76. Persian.
- 24- Nasr T, Kausar R. Psychoeducation and the family burden in schizophrenia: a randomized controlled trial. *Annals of General Psychiatry*. 2009; 8(17):1-6.
- 25- Maldonado G, Caqueo-Urizar A. Effectiveness of a psycho-educational intervention for reducing burden in Latin American families of patients with schizophrenia. *Qual Life Res*. 2007;16:739-747.
- 26- Mazlom SR, Darban F, Vaghei S, Modarres Gharavi M, Kashani Lotfabadi M, Shad M. The effect of Stress Inoculation Program (SIP) on nurses' Perceived stress in psychiatric wards. *Journal of Evidence Based Care*. 2011;2(2),35-44. Persian.
- 27- Au A, Li S, Lee K, Leung P, Pan PC, Thompson L, Gallagher-Thompson D. Dolores, The Coping with Caregiving Group Program for Chinese caregivers of patients with , Alzheimer's disease in Hong Kong. *Patient Education and Counseling*. 2010; (78):256–260.

Effectiveness of Stress Coping Skills Training With Psycho-Educational Approach among Caregivers` of Schizophrenic Patients on Family Function And Psychological Wellbeing

BY: Sheikholeslami F¹, Khalatbary J^{2*}, Ghorbanshiroudi Sh³

1- MSN in Psychology, Islamic Azad University Guilan Sciences and Researches Branch, Guilan Psychology Group, Department of Nursing, Instructor, Islamic Azad University, School of Nursing and Midwifery, Guilan University of Medical Science, Iran, Rasht

2- Department of Psychology, Associate Professor, PhD in Psychology, Tonekabon Islamic Azad University, Mazandaran, Tonekabon, Iran

3- Department of Psychology, Associate Professor, PhD in Psychology, Tonekabon Islamic Azad University, Mazandaran, Tonekabon, Iran

Received: 2014/04/14

Accepted: 2014/05/26

Abstract

Introduction: Living with schizophrenic patients is stressful. Caregivers without sufficient knowledge cannot perform their responsibilities very well. This situation leads to relapse and re-hospitalization. Families experience a lot of stress facing such difficult situations which results in discomfort, tensions or despair in family members. High tensions impair family function unless the family adapt to the new situation.

Objective: This study aimed to determine effectiveness of stress coping skills training with psycho-educational approach among caregivers` of schizophrenic patients on family function and psychological well-being.

Methods: This is an experimental study with pretest-post test design and a control group comprising of main following variables; coping skills training with a psycho-educational approach (the independent variable) and family function and psychological well-being (two dependent variables).

The study population included 220 caregivers of patients with schizophrenia who had referred to psychiatric clinic and had a history of hospitalization. Since the number of members in a psychotherapy group should be very limited, the sample size was considered 30. Sampling was performed with convenience method. Data collection tools included Ryff Psychological Well-Being and Family Assessment Device questionnaires. The psychometrics of both questionnaires had been confirmed in Iran. Ryff assesses six main components of psychological well-being. Therefore, it has 6 subscales (each subscale contains 14 items) and 84 items. The subjects specified their level of agreement, "agree "to" disagree", in a 6-point Likert scale. To obtain a score for each subscale, the score of each item on the related subscale should be summed. The total score of all 84 items equals the total psychological well-being. The subscales include self-acceptance, positive relations with others, autonomy, environmental mastery, purposeful life and personal growth.

Family Assessment Device is a questionnaire with 60 items in domains of problem-solving, relationships, roles, effective response, effective involvement, behavior control, and general functioning. They were answered in a 4-Likert scale. In order to obtain the score of each subscale, all subscale scores have to be added then divided by number of items of each subscale. Higher scores show poor functioning. In this study, the mean score was used to compare the groups.

The researcher referred to the psychiatry clinic and specified the records of patients diagnosed with schizophrenia and had the inclusion criteria; being main caregiver, educated and living in Rasht. The families were then contacted. 30 patients were randomly selected whose psychological well-being and family function score had one SD below the mean of questionnaires scores. They were placed in two experimental and control groups (15 per group). During the intervention, six subjects (3 per group) withdrew due to family problems and the disease recurrence. Again in the last session,

the questionnaires were completed by the subjects. The interventions were performed twice a week for 90 minutes in twelve consecutive sessions. Homogeneity of the two groups in terms of evaluated variables was approved using ANOVA. Then, the variance-covariance analysis was used to determine the effectiveness of stress coping skill straining with psyche-educational approach on variables of family function and psychological well-being.

Results: Most of the subjects (58.3%) were women with mean age of 53.9 ± 5.87 . Majority of them (79.2%) had secondary education. Analysis of data showed that the mean score of family function in the experimental group in pretest was 183.42 ± 13.96 and 177.08 ± 8.23 in the control group. The mean score of the psychological well-being was 224.58 ± 27.03 in the experimental and 228.33 ± 12.01 in the control group. In the posttest, the mean score of family function equaled 121.83 ± 15.59 and the control group 172.58 ± 4.25 . Moreover, in the post test the mean of psychological well-being of the experimental group and the control group were 373.33 ± 23.96 and 242.67 ± 7.27 , respectively. Analysis of variance test with Wilks' lambda to determine the effectiveness of stress coping skills training on family function and psychological well-being in combination, indicated the significant impact of education ($p < 0.0001$). Using ANOVA confirmed the significant effect of these training on family function ($p < 0.0001$) and psychological well-being ($p < 0.0001$) as well.

Stress coping skills training with the psycho-educational approach is effective on family function and psycho-educational well-being in caregivers of schizophrenic patients.

Keywords: Physiological Stress, Psychological Adaptation, Schizophrenia, Family, Caregivers

*Corresponding Author: Farzaneh Sheikholeslami, Rasht, Islamic Azad University
Email: Farzaneh.sheikh@yahoo.com