Journal of Research in Behavioral Sciences

Year 2024, Volume 22, Issue 1

The Effectiveness of Family-Centered Therapy on the Psychological Capital of Caregivers of Schizophrenic Patients

Rahele Hosseini[1], Narges Babakhani[2], Davod Taghvaei[3]

1. Affiliation+ ORCID No. times new roman. Size 9

1. PhD Student, Department of psychology, Arak Branch, Islamic Azad University, Arak, Iran.

2. (Corresponding author) * Assistant Professor, Department of psychology, Roudehen Branch, Islamic Azad University, Roudehen, Iran

3. Associate Professor, Department of psychology, Arak Branch, Islamic Azad University, Arak, Iran.

Abstract

Aim and Background: Caregivers of individuals with schizophrenia play a crucial role in providing support and assistance to their loved ones who are grappling with the challenges of schizophrenia. These caregivers often shoulder important responsibilities such as medication management, providing emotional support, and assisting with daily tasks. However, caregiving for individuals with schizophrenia can also be challenging and stressful, leading to emotional distress. Therefore, the aim of this study was to investigate the effectiveness of family-centered therapy (FCT) on the psychological capital of caregivers of schizophrenic patients.

Methods and Materials: This study employed a semi-experimental design with pretest-posttest control group and three-month follow-up. The study population consisted of caregivers of schizophrenic patients attending Imam Hossein Hospital. Thirty caregivers were selected using convenience sampling and were then systematically assigned to either the experimental or control group. Two participants in the experimental group withdrew during the intervention sessions, resulting in a reduction in the experimental group to 13 participants. The experimental group underwent twelve 60-minute sessions of FCT intervention once a week. Data were collected using the Luthans Psychological Capital Questionnaire (2007) and analyzed using mixed analysis of variance.

Findings: The mean psychological capital of caregivers who received family-centered therapy intervention showed improvement compared to the control group at posttest and follow-up stages ($p<0.001$).

Conclusions: Consequently, this study demonstrates the significant positive impact of family-centered therapy on the psychological capital of caregivers of schizophrenic patients. The findings highlight the effectiveness of this therapeutic approach in enhancing the well-being and resilience of caregivers in coping with the challenges of schizophrenia caregiving. These results underscore the importance of incorporating family-centered interventions in comprehensive caregiving and support provided to caregivers, ultimately enhancing their psychological well-being and capacity to cope with caregiving demands.

Keywords: Caregivers, Schizopherenia, Psychological Capital, Family-Centered Therapy.

Citation: Hosseini R, Babakhani N, Taghvaei D. **The Effectiveness of Family-Centered Therapy on the Psychological Capital of Caregivers of Schizophrenic Patients**. Res Behav Sci 2024; 22(1): 172-181.

* **Narges Babakhani,**
Email: babakhani@riau.ac.ir

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-07]

[DOI: 10.48305/22.1.172]

اثربخشی درمان متمرکز بر خانواده بر سرمایه روانشناختی مراقبین بیماران اسکیزوفرنی

راحله حسینی[۱]، نرگس باباخانی[۲]، داود تقوایی[۳]

۱- دانشجوی دکتری تخصصی روان‌شناسی گروه روانشناسی، واحد اراک، دانشگاه آزاد اسلامی، اراک، ایران

۲- (نویسنده مسئول)* استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران.

۳- دانشیار، گروه روان‌شناسی، واحد اراک، دانشگاه آزاد اسلامی، اراک، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: مراقبین بیماران اسکیزوفرنی نقش مهمی در ارائه حمایت و کمک به عزیزان خود که با چالش‌های اسکیزوفرنی دست و پنجه نرم می‌کنند، ایفا می‌کنند. این مراقبین اغلب مسئولیت‌های مهمی از جمله مدیریت دارو، ارائه حمایت عاطفی و کمک به کارهای روزانه بر عهده دارند. با این حال، مراقبت از فرد مبتلا به اسکیزوفرنی نیز می‌تواند سخت و استرس‌زا باشد، که منجر ناراحتی عاطفی می‌شود. لذا هدف از این مطالعه اثربخشی درمان متمرکز بر خانواده بر سرمایه روان‌شناختی مراقبین بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی بود.

مواد و روش‌ها: مطالعه حاضر از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل و پیگیری سه ماهه بود. جامعه آماری شامل مراقبین بیماران اسکیزوفرن مراجعه کننده در بیمارستان امام حسین بودند. بدین منظور به روش نمونه گیری در دسترس ۳۰ نفر از آنها انتخاب شدند و به طور مساوری در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. در گروه آزمایش ۲ نفر در حین اجرای جلسات از ادامه همکاری انصراف دادند و گروه آزمایش به ۱۳ نفر تقلیل یافت. گروه آزمایش به مدت دوازده جلسه ۶۰ دقیقه‌ای به صورت یک روز در هفته تحت مداخله درمان متمرکز بر خانواده قرار گرفتند. ابزار گردآوری داده‌ها عبارت بود از پرسشنامه سرمایه روانشناختی لوتانز (۲۰۰۷) بود. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس مختلط انجام شد

یافته‌ها: میانگین سرمایه روانشناختی مراقبینی که مداخله درمانی متمرکز بر خانواده را دریافت کرده بودند نسبت به گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون و پیگیری بهبود نشان دادند ($p<۰/۰۰۱$).

نتیجه‌گیری: در نتیجه، این پژوهش تأثیر مثبت معنادار درمان متمرکز بر خانواده را بر سرمایه روانشناختی مراقبین بیماران اسکیزوفرنی نشان می‌دهد. یافته‌ها بر اثربخشی این رویکرد درمانی در افزایش رفاه و تاب‌آوری مراقبین در مواجهه با چالش‌های مراقبت از اسکیزوفرنی تأکید می‌کند. این نتایج اهمیت گنجاندن مداخلات متمرکز بر خانواده را در مراقبت و حمایت جامع ارائه شده به مراقبین، در نهایت ارتقای رفاه روانی و ظرفیت آنها برای مقابله با نیازهای مراقبت، برجسته می‌کند.

واژه‌های کلیدی: درمان متمرکز بر خانواده، سرمایه روان شناختی، مراقبین بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی.

ارجاع: حسینی راحله، باباخانی نرگس، تقوایی داود. **اثربخشی درمان متمرکز بر خانواده بر سرمایه روانشناختی مراقبین بیماران اسکیزوفرنی**. مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۴۰۳؛ ۲۲(۱): ۱۸۱-۱۷۲.

*- **نرگس باباخانی،**

رایانامه: babakhani@riau.ac.ir

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-07]

[DOI: 10.48305/22.1.172]

مقدمه

اسکیزوفرنی یک اختلال روانی مزمن و شدید است که بر نحوه تفکر، احساس و رفتار فرد تأثیر می‌گذارد (۱) که حدود ۱ درصد از افراد جامعه را در طول عمر مبتلا می‌سازد (۲). در مطالعه‌ی همه‌گیرشناسی اختلالات روان‌پزشکی در ایران شیوع اختلالات سایکوتیک ۰/۸۹ درصد گزارش شده است و میزان شیوع اختلالات طیف اسکیزوفرنی ۰/۶ درصد گزارش شده است (۳). اگرچه اسکیزوفرنی به اندازه سایر اختلالات روانی رایج نیست، علائم آن می‌تواند بسیار ناتوان کننده باشد (۱). علاوه بر این عملکرد سرزنش‌کننده و انتقادآمیز خانواده با شدت بیماری مرتبط است. یافته‌ها نشان می‌دهد که افراد در معرض روان‌پریشی و مراقبان آنها تحت تأثیر پویایی‌های خانواده از جمله سبک‌های ارتباطی و نگرش نسبت به یکدیگرهستند. اگرچه شواهد نشان می‌دهد که عملکرد خانواده نقش مهمی در پیامدهای بیماری‌های افراد در معرض روان‌پریشی و مبتلا ایفا می‌کند، اما به‌عنوان مثال مشخص نیست که آیا عملکرد مثبت خانواده به‌طور خطی با کاهش علائم و یا عملکرد بهتر مرتبط است یا نه. یعنی عملکرد مثبت خانواده یک عامل محافظتی است که تاب‌آوری را ارتقا می‌دهد یا شاید به موازات آن عملکرد خانواده ممکن است علائم مثبت را تعدیل کند (۴). در مطالعه‌ای که توسط ایچاری و همکاران (۵) انجام شد، شواهدی وجود دارد که عملکرد خانواده در خانواده‌های افراد مبتلا به اسکیزوفرنی، روانپریشی، اختلالات دو قطبی و افسردگی مزمن در مقایسه با افراد سالم مختل شده است.

سرمایه روان‌شناختی در مراقبین بیماران اسکیزوفرنی به مجموعه‌ای از ویژگی‌ها و ویژگی‌های فردی اشاره دارد که منابع روان‌شناختی مثبتی مانند خودکارآمدی، امید، خوش‌بینی و تاب‌آوری را در بر می‌گیرد. این ویژگی‌ها مراقبین را قادر می‌سازد تا به طور موثر با چالش‌های مربوط به مراقبت از افراد مبتلا به اسکیزوفرنی کنار بیایند. سرمایه روانشناختی نقش مهمی در افزایش رفاه، تاب‌آوری و توانایی مراقبین در جهت‌یابی به خواسته‌های مراقبت دارد (۶, ۷). مطالعات نشان داده‌اند که سرمایه روان‌شناختی بر کیفیت زندگی، بهزیستی و توانایی مراقبت انسان‌گرایانه در میان مراقبان تأثیر مثبت می‌گذارد و اهمیت آن را در ارتقای پیامدهای مثبت و کاهش علائم افسردگی برجسته می‌کند (۶-۸). مراقبان با سطوح بالاتر سرمایه روانشناختی تمایل دارند سازگاری، مشارکت شغلی و سلامت کلی روانی بیشتری از خود نشان دهند که به بهبود تجربیات و نتایج مراقبت کمک می‌کند (۹).

درمان متمرکز بر خانواده به عنوان یک رویکرد امیدوارکننده در زمینه مراقبت از سلامت روان، به ویژه در زمینه حمایت از مراقبان افراد مبتلا به اسکیزوفرنی، پدیدار شده است. بهزیستی روانشناختی مراقبین جنبه مهمی است که اغلب نادیده گرفته می‌شود، علی رغم تأثیر قابل توجهی که مراقبت از عزیزان مبتلا به اسکیزوفرنی می‌تواند بر سلامت روان آنها داشته باشد. در سال‌های اخیر، تحقیقات فزاینده‌ای با تمرکز بر اثربخشی درمان متمرکز بر خانواده در افزایش سرمایه روان‌شناختی مراقبان در این جمعیت انجام شده است (۱۰). یافته‌های مطالعات پیشین بینش‌هایی را در مورد اثربخشی رویکرد درمانی متمرکز بر خانواده در ارتقای رفاه و کیفیت زندگی بیماران مزمن و مراقبین آنها ارائه می‌کند و اهمیت مراقبت متمرکز بر خانواده در مدیریت بیماریهای مزمن را برجسته می‌کند (۱۱-۱۳).

هدف این تحقیق کمک به ادبیات موجود با بررسی بیشتر تأثیر درمان متمرکز بر خانواده بر سرمایه روانشناختی مراقبان بیماران اسکیزوفرنی است. این مطالعه با بررسی عواملی مانند استرس مراقب، خودکارآمدی و حمایت اجتماعی در چارچوب درمان متمرکز بر خانواده، به دنبال ارائه بینش‌های ارزشمندی در مورد راهبردهای مؤثر برای توانمندسازی و حمایت از مراقبین در نقش حیاتی آنهاست. در نهایت، افزایش سرمایه روان‌شناختی مراقبان از طریق مداخلات هدفمند می‌تواند به بهبود رفاه هم برای مراقبین و هم برای افراد مبتلا به اسکیزوفرنی منجر شود و محیط مراقبتی تاب‌آورتر و حمایت‌کننده‌تری را ایجاد کند. پژوهش حاضر در پی پاسخ‌گویی به این سؤال است که آیا درمان متمرکز بر خانواده بر سرمایه‌های روان‌شناختی مراقبین بیماران مبتلا به اختلالات طیف اسکیزوفرنی مؤثر است؟.

مواد و روش‌ها

روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری سه ماهه با گروه کنترل بود. جامعه آماری در تحقیق فعلی تمام مراقبین اصلی بیماران اختلال طیف اسکیزوفرنی مراجعه‌کننده به بیمارستان امام حسین شهر کرج و خانواده بود. بدین منظور از میان آنها ۳۰ نفر به شیوه دردسترس انتخاب شدند و به طور مساوی در دو گروه آزمایش وگروه کنترل به شیوه تصادفی جایگزین شدند. معیارهای ورود به

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-07]
[DOI: 10.48305/22.1.172]

پژوهش عبارت بودند از مراقب کننده اصلی باشند، حداقل سطح تحصیلات سیکل، و رضایت برای شرکت در تحقیق. معیارهای خروج از پژوهش عبارت بودند از عدم تمایل به حضور در پژوهش، بیسوادی، وجود تشخیص اختلال روانپزشکی برای مراقبت کننده اصلی و غیبت بیش از دو جلسه در جلسات درمانی. در حین اجرای پژوهش دو شرکت کننده در گروه آزمایش از ادامه همکاری امتناع کردند و در جلسات شرکت نکردند و تعداد گروه آزمایش به ۱۳ نفر کاهش یافت.

ابزار پژوهش

پرسشنامه سرمایه‌های روان شناختی: سرمایه روان‌شناختی در این پژوهش نمره‌ای است که توسط پرسشنامه سرمایه روان‌شناختی لوتانز (۱۴) به‌دست آمده است. این پرسشنامه دارای ۲۴سوال و چهار زیر مقیاس خودکارآمدی، امیدواری، تاب‌آوری و خوش‌بینی است. هر زیر مقیاس شش گویه دارد که آزمودنی به هر ماده در مقیاس شش درجه‌ای لیکرت (کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم) پاسخ می‌دهد. برای به‌دست آوردن نمره سرمایه روان‌شناختی ابتدا نمره هر زیر مقیاس به‌صورت جداگانه محاسبه و سپس مجموع آن‌ها به‌عنوان نمره کل سرمایه روان‌شناختی لحاظ می‌شود. نتایج تحلیل عاملی تأییدی روایی سازه این پرسشنامه را تأیید کردند. مشخصه‌های روانسنجی این پرسشنامه در ایران توسط محسن‌آبادی و همکاران (۱۵) انجام شد. نتایج حاصل از تحلیل عامل تأییدی، مدل سلسله مراتبی تأیید کرد که این مقیاس توسط چهار عامل مرتبه یک توسط عامل مرتبه بالاتر (سرمایه روانشناختی) تبیین می‌شوند. همبستگی نمره کل پرسشنامه سرمایه روانشناختی با پرسشنامه‌های افسردگی (۰/۵۴-)، اضطراب (۰/۴۰-)، استرس (۰/۴۰-) و رضایت شغلی (۰/۴۹) معنی‌دار بود ($p<۰/۰۰۱$). همچنین، همسانی درونی عوامل استخراج شده به روش آلفای کرونباخ از ۰/۸۵ تا ۰/۸۹ متغیر بود و اعتبار بازآزمایی این پرسشنامه پس از فاصله ۴ هفته‌ای تأیید شد ($r=۰/۸۰$، $p<۰/۰۰۱$). در تحقیق حاضر پایایی این مقیاس به شیوه همسانی درونی سوالات و با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۷۷ به دست آمد.

محتوای جلسات درمان متمرکز بر خانواده

جلسه اول: اهداف درمان و آموزش اجمالی درمان. انجام پیش آزمون، آشنایی اعضای خانواده با اهداف و قالب و انتظارات درمان، برنامه‌ریزی جلسات، آشنایی با انتظارات خانواده از درمان.

جلسه دوم: آشنایی با علائم و مدل آسیب‌پذیری استرس. آموزش نمودار خلق و مدل آسیب‌پذیری – استرس، ارائه جزوات مورد نیاز.

جلسه سوم: استرس و مهارت‌های مقابله‌ای. شناسایی عوامل استرس‌زا آگاهی نسبت به زمان افزایش و کاهش علائم استرس‌زا آموزش دماسنج استرس، آموزش مهارت‌های مقابله‌ای.

جلسه چهارم: بهینه‌سازی حمایت خانواده و پیش نویس طرح پیشگیری. چطور خانواده می‌تواند کمک کند؟ تهیه برنامه پیشگیری از عود.

جلسه پنجم: بیان احساسات مثبت. آگاهی در مورد سبک‌های ارتباطی اعضای خانواده، شروع آموزش مهارت تقویت ارتباط(۵ مهارت پایه)، آموزش بیان احساسات مثبت، شناسایی فردی که بیمار را خوشحال می‌کند.

جلسه ششم: گوش دادن فعال. آموزش مهارت گوش دادن فعال.

جلسه هفتم و هشتم: آموزش درخواست مثبت داشتن از دیگران، شفافیت ارتباطات، بیان احساسات منفی. آموزش هرسه مهارت.

جلسه نهم: آموزش بیان احساسات منفی و شروع آموزش حل مسئله. بیان احساسات منفی درمورد رفتارهای خاص، شروع آموزش حل مسئله.

جلسه دهم: مهارت حل مسئله – خاتمه جلسات. شناسایی مشکل خاص برای جل مسئله، بررسی تکالیف جلسات قبل، انجام پس آزمون.

شیوه اجرا: پس از کسب معرفی نامه از دانشگاه و کسب مجوز از بیمارستان، از میان مراقبین اصلی بیماران مرد مبتلا به اسکیزوفرنی اپیزود اول یا دوم که بنابر تشخیص روان‌پزشک در مرحله فروکش نسبی بودند و حداقل دوهفته از زمان ترخیص آنها گذشته بود و معیارهای ورود به پژوهش را داشتند، به روش نمونه‌گیری در دسترس ۱۵ نفر برای گروه آزمایش و ۱۵ نفر جهت گروه کنترل جایگزین شدند. قبل از شروع مداخله شرکت کننده‌های هر دو گروه به پرسشنامه سرمایه روان‌شناختی پاسخ دادند و سپس گروه آزمایش توسط محقق تحت درمان متمرکز بر خانواده با استفاده از پروتکل درمان متمرکز بر خانواده دیوید

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-07]

[DOI: 10.48305/22.1.172]

مک لوییتز (۲۰۲۰) قرار گرفتند. جلسات درمانی شامل ۱۲ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای در طی ۴ ماه انجام شد که روند جلسات به صورت ۸ جلسه هفتگی (در هفته یک بار) و ۴ جلسه هر دو هفته یک‌بار با مشارکت بیمار و اعضای خانواده بود، جلسات درمانی به صورت خانوادگی باحضور بیمار و مراقبت کننده اصلی در سه‌بخش ۱. آموزش روان شناختی، ۲. افزایش ارتباطات و ۳. حل مسئله انجام شد. گروه کنترل فقط تحت درمان دارویی مرسوم قرار گرفتند و مداخله دیگری دریافت نکردند. البته پس از اتمام آزمایش بنابر اصول اخلاقی پژوهش، مداخله صورت گرفته برای گروه آزمایش، برای گروه کنترل نیز انجام شد. پس از اتمام جلسات دوباره هر دو گروه به پرسشنامه سرمایه روان‌شناختی پاسخ دادند و بعد از گذشت سه ماه از پس آزمون هر دو گروه کنترل و آزمایش برای پاسخدهی دوباره به پرسشنامه‌ها و بررسی جهت ماندگاری تاثیر گذاری آزمایش برای پیگیری کمی فراخوانده شدند. در گروه آزمایش دو نفر از ادامه همکاری امتناع کردند و گروه آزمایش به ۱۳ نفر تقلیل یافت.

روش آماری.

ابتدا با استفاده از روش آمار توصیفی شامل شاخص‌های میانگین و انحراف معیار و نمودار داده‌ها طبقه‌بندی و توصیف شده است و سپس با استفاده از روش آمار استنباطی از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر فرضیه‌های تحقیق آزمون شدند. برای تجزیه و تحلیل‌های آماری از نرم افزار SPSS نسخه ۲۷ استفاده شد.

یافته‌ها

در این‌بخش به تجزیه و تحلیل داده‌ها پرداخته می‌شود و نتایج تحقیق ارائه می‌شوند. در این پژوهش داده‌های حاصل از سه نوبت اندازه گیری (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) از متغیرسرمایه روانشناختی با استفاده از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر تحلیل شدند. میانگین سن گروه درمان متمرکز بر خانواده و گروه کنترل به ترتیب برابر ۲۱/۷۷ و ۲۰/۴۷ سال بود. نتایج آزمون t مستقل حاکی از آن بود که بین میانگین سنی سه گروه تفاوت معناداری وجود ندارد (t=۰/۴۸, p=۰/۶۲۱).

جدول ۱ میانگین و انحراف استاندارد متغیر سرمایه روانشناختی را برای دو گروه پژوهش در سه نوبت ارزیابی نشان می‌دهد

جدول ۱. اطلاعات توصیفی متغیرهای پژوهش در سه نوبت اندازه گیری به تفکیک سه گروه

متغیرها	گروه‌ها	میانگین			انحراف استاندارد		
		نوبت اندازه گیری			نوبت اندازه گیری		
		پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری
سرمایه روانشناختی	آزمایش	۵۷/۷۹	۴۷/۳۸	۶۷/۱۵	۹	۸/۹۸	۸/۹۱
	کنترل	۵۷/۳۳	۵۷/۳۳	۵۷/۰۷	۸/۴۸	۸/۵۷	۸/۵۹

جدول ۱ اطلاعات توصیفی شامل میانگین و انحراف استاندارد را برای متغیر سرمایه روانشناختی در دو گروه آزمایش و کنترل و سه مرحله ارزیابی پیش‌آزمون، پس‌آزمون، و پیگیری نشان می‌دهد. همانطور که در جدول ۱ مندرج است، هر چه نوبت اندازه‌گیری بیشتر می‌شود میزان سرمایه روانشناختی افزایش می‌یابد. همچنین مراقبین بیمارانی که تحت درمان متمرکز بر خانواده قرار گرفته‌اند در اغلب نوبت‌های اندازه‌گیری میانگین بیشتری در متغیر سرمایه روانشناختی داشته‌اند؛ اما نمرات تغییر زیادی در سه مرحله ارزیابی در گروه کنترل ندارند. برای بررسی تفاوت‌ها باید از روش آماری مناسب براساس شرایط داده‌ها استفاده کرد.

از آنجایی‌که داده‌ها فاصله‌ای بوده و تعداد آزمودنی‌ها در هر گروه تقریباً برابر هستند، برای آزمون معنادار بودن تفاوت‌های میانگین‌های دو گروه در سه مرحله ارزیابی، از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. قبل از اجرای آزمون، پیش‌فرض‌های تحلیل واریانس مختلط به قرار زیر بررسی شدند: براساس آزمون شاپیرو ویلک این پیش‌فرض مورد بررسی قرار گرفته است. مقدار آماره آزمون شاپیرو ویلک نباید معنادر باشد. مقدار آماره آزمون شاپیرو ویلک در تمام گروه‌ها و در تمام مراحل ارزیابی برای توزیع تمام سطوح متغیر سرمایه روانشناختی معنادار نیست (p>۰/۰۵). نتایج آزمون همگنی واریانس‌های لِوِن را برای متغیر سرمایه روانشناختی نشان داد که شاخص آماره

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-07]

[DOI: 10.48305/22.1.172]

آزمون لون برای متغیر سرمایه روانشناختی در هر سه مرحله ارزیابی به لحاظ آماری معنادار نیست (p>۰/۰۵). از این‌رو، می‌توان نتیجه گرفت، پیش‌فرض همسانی واریانس‌های خطا رعایت شده است. یک مفروضه بسیار مهم برای آنکه هر نسبت F در طرح‌هایی با اندازه‌گیری مکرر دارای توزیع مرکزی F باشد، مفروضه تقارن مرکب ماتریس کواریانس است. همگنی واریانس مفروضه‌ای بود که در قسمت قبل بررسی شد و دلالت بر برابری عناصر قطری ماتریس واریانس کواریانس داشت. مفروضه تساوی کواریانس نمرات در مراحل مختلف آماری شامل مفهوم گسترده‌تری است. مفروضه تساوی کواریانس نمرات در مراحل مختلف آماری نرمال بودن چندمتغیره را بررسی می‌کند. برای بررسی این مفروضه در داده‌های این پژوهش از آزمون کرویت ماچلی استفاده شد که نتایج نشان داد این مفروضه رعایت نشده است. از این‌رو، نتایج نیاز به اصلاح داشت و این اصلاح با استفاده از اپسیلن سه نوع تخمین آماری را جهت اصلاح آماره F و مقدار df محاسبه می‌کند. گرین هاوس-گایزر احتمالاً مناسب‌ترین مقدار برای استفاده است. اما اگر تعداد شرکت کنندگان کم باشد استفاده از این اپسیلن محافظه کارانه است (یعنی استفاده از آن شانس پیدا کردن یک نتیجه معنی‌دار را کم می‌کند). در این صورت اپسیلن هین- فلت مناسب‌تر است. در این پژوهش برای دقت بیشتر از اصلاح درجات آزادی از اصلاح اپسیلن هین- فلت استفاده شد. نتایج در جدول ۲ نشان داده شده است.

جدول ۲. نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای اثرات اصلی و تعاملی عملکرد خانوادگی

منابع تغییرات	میانگین مجذورات	F	df	p	اندازه اثر	توان آزمون
اثر گروه	۹۷۵/۳۴	۴/۳۱	۱	۰/۰۴۸	۰/۱۴	۰/۵۱
اثر زمان	۳۱۶/۶۸	۱۴۵/۶۷	۱/۳۱	<۰/۰۰۱	۰/۸۵	۱/۰۰
تعامل زمان*گروه	۳۳۴/۱۲	۱۵۳/۶۹	۱/۲۳	<۰/۰۰۱	۰/۸۵	۱/۰۰

جدول ۲ نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر را برای متغیر سرمایه روانشناختی نشان می‌دهد. همانطور که در جدول ۲ نشان داده شده است، اثر اصلی زمان و اثر اصلی گروه و اثر تعاملی زمان و گروه معنادار است (p<۰/۰۵). اثر زمان نشان می‌دهد که تفاوت معناداری بین پیش آزمون، پس آزمون، و پیگیری وجود دارد. ضریب تأثیر اثر اصلی گروه نشان می‌دهد که ۱۴ درصد تغییرات متغیر سرمایه روانشناختی شرکت کنندگان ناشی از عضویت گروهی است. همچنین اندازه اثر در متغیر زمان نشان می‌دهد که ۸۵ درصد تغییرات متغیر سرمایه روانشناختی ناشی از تغییرات زمانی است. همچنین اندازه اثر تعامل زمان و گروه نشان می‌دهد ۸۵ درصد تغییرات واریانس سرمایه روانشناختی ناشی از تغییرات زمانی در حداقل یکی از دو گروه است.

برای بررسی دو به دوی تفاوت میانگین سرمایه روانشناختی در سه مرحله ارزیابی از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد که در جدول ۳ نشان داده شده است.

جدول ۳. نتایج آزمون بونفرونی برای متغیر سرمایه روانشناختی

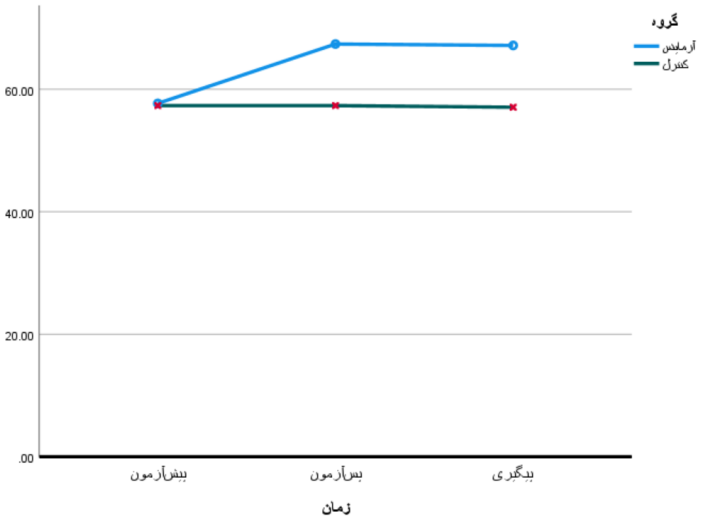
مرحل مبنا (میانگین)	مرحله مورد مقایسه (میانگین)	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	سطح معناداری
پیش آزمون	پس آزمون	-۴/۸۵	۰/۴	<۰/۰۰۱
	پیگیری	-۴/۶	۰/۳۵	<۰/۰۰۱
پس آزمون	پیگیری	۰/۲۵	۰/۱۵	۰/۳۵۷

همانطور که در جدول ۳ نشان داده شده است، اختلاف بین پیش آزمون و پس آزمون، پیش‌آزمون با پیگیری و پس‌آزمون با پیگیری معنادار است (p<۰/۰۰۱). باتوجه به اختلاف میانگین‌ها، نمرات از پیش آزمون تا پس آزمون افزایش یافته است. همچنین بین میانگین پس آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد (p<۰/۰۰۱). با توجه به اختلاف میانگین‌ها،

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-07]

[DOI: 10.48305/22.1.172]

نمرات میانگین از مرحله پس‌آزمون تا پیگیری افزایش یافته است. با این‌حال، برای دقت بیشتر در نتایج و اطمینان بیشتر، باتوجه به اینکه آزمون بونفرونی جمع میانگین دو گروه را مورد محاسبه قرار می‌دهد، باید به نمودار اثرات اصلی گروه و زمان توجه کرد. نمودار ۱ تغییرات میانگین در دو گروه و سه زمان را به نشان می‌دهد.



نمودار ۱. نمودار تغییرات سرمایه روانشناختی در طول زمان به تفکیک گروه‌ها

همانطور که نمودار ۱ نشان داده شده است، به نظر می‌رسد تفاوت معناداری بین نمرات سرمایه روانشناختی در سه گروه وجود داشته باشد، اما بین دو گروه آزمایش نمودار خیلی نزدیک به هم است. باتوجه به نتایج به دست آمده می‌توان گفت که درمان متمرکز بر خانواده بر سرمایه روانشناختی مراقبین اصلی بیماران اسکیزوفرن اثربخش است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف اصلی در این پژوهش اثربخشی درمان متمرکز بر خانواده بر سرمایه روان شناختی مراقبین بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی بود. نتایج تجزیه و تحلیل یافته‌ها نشان داد که پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان متمرکز بر خانواده بر سرمایه روانشناختی مراقبین بیماران اسکیزوفرنی انجام شد. مطابق با تحقیقات قبلی، نتایج مطالعه ما نشان داد که درمان متمرکز بر خانواده تأثیر مثبت معناداری بر بهبود سرمایه روانشناختی مراقبین دارد. مشابه یافته‌های فرر-گرائو و همکاران (۱۶)، ربیعی و همکاران (۱۷)، ژانگ و همکاران (۱۸)، پارک و همکاران (۱۹)، دیهول و همکاران (۲۰)، و دیویس و همکاران (۲۱) این مطالعه نشان داد که مداخلات درمانی متمرکز بر خانواده منجر به بهبود تاب‌آوری مراقب، مکانیسم‌های مقابله، خودکارآمدی و بهزیستی روانشناختی کلی می‌شود.

مدل توانمندسازی متمرکز بر خانواده به طور گسترده در زمینه‌های مختلف مراقبت‌های بهداشتی مورد مطالعه قرار گرفته است و اثربخشی آن را در بهبود نتایج هم برای بیماران و هم برای مراقبین نشان می‌دهد. مطالعات جعفری دیزیچه و همکاران (۱۰) و الملگی و همکاران (۱۱) اثرات مثبت این مدل را به ترتیب بر کاهش بار مراقبتی در بین مراقبین سالمندان مبتلا به نارسایی قلبی و بیماران همودیالیزی نشان می‌دهد. به طور مشابه، تحقیقات الگامی و همکاران (۱۲) و رستمی نسب و همکاران (۱۳) بهبود کیفیت زندگی و بار مراقبتی برای بیماران همودیالیزی و مراقبین و همچنین والدین کودکان مبتلا به دیابت نوع یک را برجسته می‌کند. فرر-گرو و همکاران (۱۶) و ربیعی و همکاران (۱۷) بیشتر از اثربخشی مداخلات متمرکز بر خانواده در کاهش بار مراقبت و افزایش خودکارآمدی در میان مراقبان در محیطهای مختلف مراقبت‌های بهداشتی حمایت می‌کنند. علاوه بر این، مطالعات ژانگ و همکاران (۱۸) و پارک و همکاران (۱۹) بر مزایای گسترده‌تر مداخلات مراقبتی بیمار و متمرکز بر خانواده برای بهبود سلامت روان‌شناختی، کیفیت

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-07]

[DOI: 10.48305/22.1.172]

زندگی و کیفیت کلی مراقبت‌های بهداشتی تاکید می‌کند. در نهایت دیهول و همکاران (۲۰) و دیویس و همکاران (۲۱) بر تأثیر مثبت برنامه‌های توانمندسازی متمرکز بر خانواده بر کاهش بار مراقبین و بهبود فعالیت‌های زندگی روزمره برای بیماران سکته مغزی و مراقبین آنها و همچنین رابطه‌ی بین علائم افسردگی مراقب و مراقبت متمرکز بر خانواده تأکید می‌کنند. این یافته‌ها در مجموع پتانسیل مدل‌های توانمندسازی متمرکز بر خانواده را برای افزایش نتایج بیمار و مراقب در زمینه‌های مختلف مراقبت‌های بهداشتی برجسته می‌کنند.

تأثیر قابل توجه درمان متمرکز بر خانواده بر بهبود سرمایه روانشناختی مراقبین بیماران اسکیزوفرنی را می‌توان به عوامل متعددی نسبت داد. اولاً، درمان متمرکز بر خانواده بر مشارکت اعضای خانواده در فرآیند مراقبت تأکید می‌کند و محیطی حمایتی برای آنها فراهم می‌کند (۱۶) تا نگرانی‌ها و چالش‌های مربوط به مراقبت از اسکیزوفرنی را برطرف کنند. از طریق آموزش، مشاوره و فعالیت‌های مهارت‌سازی، مراقبان دانش و ابزار لازم برای مقابله مؤثر با عوامل استرس‌زا مرتبط با مراقبت از عزیزان مبتلا به اسکیزوفرنی را به دست می‌آورند.

ثانیاً، درمان متمرکز بر خانواده با هدف افزایش مهارت‌های ارتباطی و حل مسئله در درون واحد خانواده، پرورش تعاملات مثبت و کاهش تعارضات بین اعضای خانواده است. با تقویت پویایی خانواده، مراقبان ممکن است حمایت اجتماعی و اعتبار بیشتری را تجربه کنند، که می‌تواند اعتماد به نفس و انعطاف‌پذیری آنها را در مدیریت خواسته‌های مراقبت تقویت کند (۲۲). علاوه بر این، مداخلات درمان متمرکز بر خانواده اغلب عناصر آموزش روانی و تکنیک‌های شناختی-رفتاری را برای ترویج راهبردهای مقابله سازگارانه و الگوهای تفکر مثبت در میان مراقبان در بر می‌گیرد. با به چالش کشیدن باورهای منفی و پرورش حس خوش‌بینی و خودکارآمدی، مراقبان برای گذر از چالش‌های عاطفی و عملی مراقبت از اسکیزوفرنی مجهزتر می‌شوند. همچنین، اتحاد درمانی که بین مراقبان و متخصصان سلامت روان در طول جلسات درمان متمرکز بر خانواده شکل می‌گیرد، نقش مهمی در ارتقای بهزیستی روان‌شناختی مراقبان دارد. از طریق گوش دادن همدلانه، اعتبارسنجی تجربیات مراقبین، و هدف گذاری مشارکتی، مراقبان احساس می‌کنند که درک شده، حمایت می‌شوند و برای مشارکت فعال در فرآیند مراقبت توانمند هستند (۲۳).

به طور کلی، اثربخشی درمان متمرکز بر خانواده در بهبود سرمایه روانشناختی مراقبین بیماران اسکیزوفرنی بر اهمیت اتخاذ رویکرد متمرکز بر خانواده در مراقبت از اسکیزوفرنی تاکید می‌کند. مداخلات درمان متمرکز بر خانواده با پرداختن به نیازهای بیماران و مراقبان در چارچوب خانواده، این پتانسیل را دارد که بهزیستی مراقب را افزایش دهد و در نهایت کیفیت کلی مراقبت ارائه شده به افراد مبتلا به اسکیزوفرنی را بهبود بخشد.

مطالعه ما با ارائه شواهد اضافی از تأثیر مثبت درمان متمرکز بر خانواده بر سرمایه روانشناختی مراقبان، به حجم رو به رشد ادبیات کمک می‌کند. نتایج این مطالعه بر اهمیت رویکردهای درمانی مناسب برای رسیدگی به نیازها و چالش‌های منحصربه‌فردی که مراقبان افراد مبتلا به اسکیزوفرنی با آن‌ها مواجه هستند، تاکید می‌کند. نتایج این مطالعه پیامدهای مهمی برای ارائه دهندگان مراقبت‌های بهداشت روان و سیاست گذاران دارد. یافته‌ها نشان می‌دهد که درمان متمرکز بر خانواده باید به عنوان یک جزء کلیدی مداخلات مراقبت از سلامت روان برای مراقبین افراد مبتلا به اسکیزوفرنی در نظر گرفته شود. با پرداختن به نیازهای منحصر به فرد و عوامل استرس‌زا تجربه شده توسط مراقبان، درمان متمرکز بر خانواده می‌تواند به ارتقای نتایج بهتر هم برای مراقبان و هم برای افراد مبتلا به اسکیزوفرنی کمک کند.

در نتیجه، مطالعه حاضر شواهدی از اثربخشی درمان متمرکز بر خانواده در بهبود سرمایه روانشناختی مراقبین بیماران اسکیزوفرنی ارائه می‌دهد. این مطالعه نشان داد که مداخلات درمانی متمرکز بر خانواده منجر به بهبود تاب‌آوری مراقب، مکانیسم‌های مقابله، خودکارآمدی و بهزیستی روانشناختی کلی می‌شود. این یافته‌ها اهمیت رویکردهای درمانی مناسب برای رسیدگی به نیازهای منحصربه‌فرد و عوامل استرس‌زا را که مراقبان افراد مبتلا به اسکیزوفرنی تجربه می‌کنند، برجسته می‌کند. نتایج این مطالعه پیامدهای مهمی برای ارائه دهندگان مراقبت‌های بهداشت روان و سیاست گذاران دارد. درمان متمرکز بر خانواده باید به عنوان یک جزء کلیدی مداخلات مراقبت از سلامت روان برای مراقبین افراد مبتلا به اسکیزوفرنی در نظر گرفته شود. با افزایش سرمایه روان‌شناختی مراقبان از طریق مداخلات هدفمند، می‌توانیم نتایج بهتری را هم برای مراقبان و هم برای افراد مبتلا به اسکیزوفرنی ارتقا دهیم و محیط مراقبتی تاب‌آورتر و حمایت‌کننده‌تری را ایجاد کنیم.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-07]

[DOI: 10.48305/22.1.172]

محـدودیت‌های پـژوهش حاضـر عبـارت بودنـد از انتخـاب دردسترس، حجم نمونه کم، استفاده از پرسشنامه خودگزارشی، و تعمیم‌پذیری کم تحقیق به گروههای دیگر.

تعارض منافع

نویسندگان اعلام می‌دارند که هیچ‌گونه تعارض منافعی ندارند.

حمایت مالی

تحقیق حاضر با هزینه شخصی نویسـنده اول بـه انجـام رسـیده است.

ملاحظات اخلاقی

رعایت اصـول رازداری و محرمـانگی اطلاعـات شخصـی، جـزء ملاحظات اخلاقی پژوهش حاضر بود.

مشارکت نویسندگان

این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول بـود و نویسـنده دوم نقش راهنما و نویسنده سوم نقش مشاور را برعهده داشتند.

تقدیر و تشکر

مایلیم از تمامی افرادی که در انجام این تحقیـق کمـک کردنـد صمیمانه تشکر کنیم. از مراقبانی که سخاوتمندانه تجربیات خود را بـه اشـتراک گذاشـتند و در مطالعـه شـرکت کردنـد، تشـکر صمیمانه داریم، بدون آنها ایـن تحقیـق امکـان پـذیر نبـود. مـا همچنین قدردانی خود را از متخصصان و موسسات مراقبت‌هـای بهداشتی بیمارستان امام حسین کـه از جـذب شـرکت کننـدگان حمایت و تسهیل کردند، ابراز می‌داریم.

References

1. Solanki MN. Social Adjustment and Coping Strategies among Caregivers of Patients with Schizophrenia and Obsessive-Compulsive Disorder. International Journal of Indian Psychology. 2019;7 .(۲)
2. Hashemian P, EDRIS SM. Comparison of family functioning between patients with schizophrenia and patients with Bipolar I disorder. 2015 .
3. Taghavilarijani T, Noughani F, Danandehfard S. The effect of family psychological group training on resilience of the families of schizophrenic patients. Iran J Psychiatr Nurs .۹-۸۳ :(۲)۷;۲۰۱۹ .
4. Thompson E, Rakhshan P, Pitts SC, Demro C, Millman ZB, Bussell K, et al. Family functioning moderates the impact of psychosis-risk symptoms on social and role functioning. Schizophrenia research. 2019;204: 337-42 .
5. Santesteban-Echarri O, MacQueen G, Goldstein BI, Wang J, Kennedy SH, Bray S, et al. Family functioning in youth at-risk for serious mental illness. Comprehensive Psychiatry. 2018;87: 17-24 .
6. Liu X, Li C, Yan X, Shi B. Psychological capital has a positive correlation with humanistic care ability among nurses. Frontiers in psychology. 2022;13: 955627 .
7. Chiracu A, Cosma G-A, Stepan AR, Cosma MA, Corlaci I, Călugăru EDC, et al. Psychological capital, quality of life, and well-being in mother caregivers of individuals with down syndrome. Frontiers in psychology. 2023;14: 1145104 .
8. Liu L, Chang Y, Fu J, Wang J, Wang L. The mediating role of psychological capital on the association between occupational stress and depressive symptoms among Chinese physicians: a cross-sectional study. BMC public health. 2012;12: 1-8 .
9. Hsiao CY, Lu HL, Tsai YF. Factors associated with primary family caregivers' perceptions on quality of family-centered care in mental health practice. Journal of Nursing Scholarship. 2019;51(6): 680-8 .
10. Jafari-Diziche S, Izadi-Avanji F-S, Atoof F, Derakhshandeh S-M, Azizi-Fini I. Effect of family-centered empowerment model on the care burden of the caregivers of older adults with heart failure. Journal of Client-Centered Nursing Care. 2021;7(4): 275-84 .
11. El-Melegy OA, Al-Zeftawy AM, Khaton SE. Effect of family centered empowerment model on hemodialysis patients and their caregivers. J Nurs Educ Pract. 2016;6(11): 119 .

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-07]

[DOI: 10.48305/22.1.172]

12. Al-agamy HM, Fouda LM, El Zeftway A, Mohammed NM. Effect of an educational intervention based on Family-Centered Empowerment Model on quality of life of hemodialysis patients and their caregivers. Tanta Scientific Nursing Journal. 2022;26(3): 98-118 .
13. Rostaminasab S, Nematollahi M, Jahani Y, Mehdipour-Rabori R. The effect of family-centered empowerment model on burden of care in parents and blood glucose level of children with type I diabetes family empowerment on burden of care and HbA1C. BMC nursing. 2023;22(1): 214 .
14. Luthans FL, Avolio BJ, Avey JA. Psychological capital questionnaire. 2 .۰۰۷
15. Mohsenabadi H, Fathi-Ashtiani A, Ahmadizadeh MJ. Psychometric properties of the Persian Version of the Psychological Capital Questionnaire-24 (PCQ-24) in a military unit. Journal of Military Medicine. 2021;23(9): 738-49 .
16. Ferré-Grau C, Casado MS, Cid-Buera D, LLeixà-Fortuño M, Monteso-Curto P, Berenguer-Poblet M. Caring for family caregivers: an analysis of a family-centered intervention. Revista da Escola de Enfermagem da USP. 2014;48(spe): 87-94 .
17. Rabiei L, Eslami AA, Abbasi M, Afzali SM, Hosseini SM, Masoudi R. Evaluating the effect of family-centered intervention program on care burden and self-efficacy of hemodialysis patient caregivers based on social cognitive theory: A randomized clinical trial study. Korean Journal of Family Medicine .۸٤ :(۲)٤۱;۲۰۲۰ .
18. Zhang Y, Tang R, Bi L, Wang D, Li X, Gu F, et al. Effects of family-centered positive psychological intervention on psychological health and quality of life in patients with breast cancer and their caregivers. Supportive Care in Cancer. 2023;31(10): 592 .
19. Park M, Lee M, Jeong H, Jeong M, Go Y. Patient-and family-centered care interventions for improving the quality of health care: A review of systematic reviews. International journal of nursing studies. 2018;87: 69-83 .
20. Deyhoul N ,Vasli P, Rohani C, Shakeri N, Hosseini M. The effect of family-centered empowerment program on the family caregiver burden and the activities of daily living of Iranian patients with stroke: a randomized controlled trial study. Aging clinical and experimental research. 2020;32(7): 1343-52 .
21. Davis DW, Myers J, Logsdon MC, Bauer NS. The relationship among caregiver depressive symptoms, parenting behavior, and family-centered care. Journal of Pediatric Health Care. 2016;30(2): 121-32 .
22. Kokorelias KM, Gignac MA, Naglie G, Cameron JI. Towards a universal model of family centered care: a scoping review. BMC health services research. 2019;19: 1-11 .
23. Etemadifar S, Heidari M, Jivad N, Masoudi R. Effects of family-centered empowerment intervention on stress ,anxiety, and depression among family caregivers of patients with epilepsy. Epilepsy & Behavior. 2018;88: 106-12.

© 2022 The Author(s). Published by Isfahan University of Medical Sciences. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (http://creativecommons.org/licenses/by/4.0), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-07]

[DOI: 10.48305/22.1.172]