

اثربخشی مداخله آموزشی - روانی گروهی بر سطح افسردگی، اضطراب و استرس تجربه شده خانواده‌های بیماران مبتلا به اختلالات دوقطبی

امیرحسین مجرد کاهانی^۱، بهرامعلی قنبری هاشم آبادی^۲، غزاله سلطانیان^۳

مقاله پژوهشی

چکیده

زمینه و هدف: مراقبین خانوادگی بیماران روانی در واقع ستون فقرات سیستم مراقبت‌های بهداشتی - درمانی بوده و مراقبت از بیمار مبتلا به اختلال روانی مسؤولیتی است که فشار و استرس زیادی برای اعضای خانواده به همراه دارد. هدف مطالعه حاضر بررسی اثربخشی مداخلات آموزشی روانی گروهی بر میزان افسردگی، اضطراب و فشار تجربه شده (استرس) در خانواده‌های بیماران مبتلا به اختلالات دوقطبی بود.

مواد و روش‌ها: این پژوهش یک طرح نیمه‌آزمایشی با گروه کنترل و گمارش تصادفی بود. در این پژوهش، شش نفر به عنوان گروه آزمایشی و نه نفر به عنوان گروه کنترل شرکت داشتند. کلیه شرکت‌کنندگان که اعضای خانواده بیماران مبتلا به اختلالات دوقطبی را تشکیل می‌دادند که در سال ۱۳۹۰ در بیمارستان روان‌پزشکی ابن‌سینای بستری بودند. آزمودنی‌ها پرسش‌نامه‌های فشار روانی مراقب، افسردگی بک و اضطراب بک را تکمیل نمودند. گروه آزمایش به مدت دوازده جلسه در جلسات مداخلات آموزشی روانی گروهی شرکت داشتند، ولی گروه کنترل در این مدت هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکردند. هم‌چنین به منظور تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده شد.

یافته‌ها: یافته‌های این پژوهش نشان داد که دو گروه به طور معنی‌داری از نظر افسردگی، اضطراب و فشار روانی متفاوت هستند. **نتیجه‌گیری:** نتایج حاصل از پژوهش نشان می‌دهد که مداخلات آموزشی روانی گروهی می‌تواند شدت فشار مراقب، اضطراب و افسردگی را کاهش دهد.

واژه‌های کلیدی: مداخلات آموزشی روانی گروهی، افسردگی، اضطراب، فشار تجربه شده، اختلالات دوقطبی

ارجاع: کاهانی امیرحسین مجرد، قنبری هاشم آبادی بهرامعلی، سلطانیان غزاله. اثربخشی مداخله آموزشی - روانی گروهی بر سطح افسردگی، اضطراب و استرس تجربه شده خانواده‌های بیماران مبتلا به اختلالات دوقطبی. مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۳۹۴؛ ۱۳(۳): ۴۳۰-۴۲۰
دریافت مقاله: ۱۳۹۲/۰۴/۱۵ پذیرش مقاله: ۱۳۹۴/۰۷/۱۳

۱. دانشجوی دکترای روان‌شناسی، مرکز تحصیلات تکمیلی دانشگاه پیام نور تهران، تهران، ایران

۲. دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران (نویسنده مسؤول)

۳. کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران

Email: ghanbarih@um.ac.ir

مقدمه

ماهیت عودکننده و هزینه‌های سنگین آن سبب شده است که این اختلال در ردیف اختلال‌های ناتوان‌کننده به شمار رود و متخصصان به مراقبت و درمان این اختلال توجه ویژه‌ای داشته باشند. یکی از اهداف سازمان بهداشت جهانی در ارتقاء سلامت روان و درمان بیماری‌های روانی تا سال ۲۰۱۶،

اختلال‌های خلقی و به ویژه اختلالات دوقطبی 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 (۱). پیامدهای اجتناب‌ناپذیر و سنگین اختلال‌های دوقطبی و

می‌کند و همواره احتمال عود بیماری و تغییر ماهیت بیماری و همچنین افکار خودکشی در بیماران نگرانی خانواده و مراقبین بیمار می‌شود (۱۱).

آموزش خانواده‌ها در مورد ماهیت بیماری، راه‌های تطابق با مشکلات بیمار و دقت در مورد مصرف منظم داروها که خود باعث می‌گردد، بیمار فعالتر و با آمادگی بیشتر در برنامه‌های توانبخشی شرکت کند و همچنین محیط اجتماعی که بهتر بیماران مبتلا به بیماری روانی را بپذیرند که در واقع همان فراهم آوردن سیستم حمایتی خوب برای این بیماران می‌باشد، به میزان قابل توجهی پیش‌آگهی را به سمت پیش‌آگهی خوب سوق می‌دهد (۱۲). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که آموزش خانواده می‌تواند تأثیر مهمی در دوره‌ی بیماری و عود بیماری داشته باشد و شرایط و جو نامساعد در خانواده و عدم آگاهی فرد مراقب می‌تواند نقش مهمی در عود اختلالات روانی بازی کند (۱۳). پژوهش‌های مختلفی تصدیق می‌کنند که مشارکت آگاهانه خانواده‌ها از خدمات بهداشت روانی پیش‌آگهی بیماری را بهبود بخشیده و توانایی سازگاری و نیز کیفیت زندگی فرد بیمار، خانواده و مراقبان را ارتقا می‌دهد (۱۸-۱۴) و با احتساب این که به طور متوسط در هر خانواده چندین نفر با این بیماران درگیر هستند، اهمیت مداخلات آموزش روانی خانواده معلوم می‌گردد.

با توجه با آنچه گفته شد، به نظر می‌رسد مراقبت از بیمار مبتلا به اختلال روانی مسئولیتی است که فشار و استرس زیادی برای اعضای خانواده به همراه دارد که کیفیت زندگی را در این افراد کاهش می‌دهد. این احتمال وجود دارد که فشارها و استرس‌های خانوادگی می‌تواند خطر عود را نیز در بیمار افزایش دهد (۵). با وجود این که مطالعات تحقیقی طی سه دهه اخیر گسترش یافته است، نیاز فوری و جدی برای تقویت و افزایش چنین پژوهش‌هایی به ویژه در مورد توسعه، طراحی و ارزیابی راهبردهای مداخلاتی خانوادگی اثربخش وجود دارد. همچنین نیاز مداوم به بهبود و ارتقای سطح آرایه خدمات روان‌پزشکی به بیماران روانی شدید و خانواده‌هایشان نیز به قوت خود باقی است (۲۰-۱۹). بنابراین با توجه به مطالب ذکر شده، فرضیه‌های این پژوهش شامل موارد زیر

کاهش طول مدت بستری در بیمارستان و گسترش سرویس‌های اجتماعی است که در این راستا به نقش خانواده در مراقبت از اختلالات روانی توجه زیادی شده است و برای این منظور آموزش‌های سیستماتیک برای خانواده‌ها در امر مراقبت از بیماران روانی شدید، مورد تأکید قرار گرفته است (۲) هم چنین در سال‌های اخیر به روان‌درمانی‌ها به ویژه مداخله‌های روانی-اجتماعی در کنار دارو درمانی بیشتر توجه شده است. از جمله این مداخله‌ها که بر پایه خانواده نیز می‌باشد، آموزش روانی خانواده است (۳). بنابراین خانواده‌ها به اطلاعات، حمایت، آموزش و مهارت‌هایی برای کنار آمدن و کاهش دادن فشار وارده به خودشان نیاز دارند که نتیجه آن می‌تواند به بهبود سیر بیماری و کاهش عود اختلال فرد مبتلا نیز بیانجامد (۴).

از جمله مهم‌ترین علل عود بیماری روانی قطع یا نامرتب مصرف کردن دارو و آشفتگی و اختلال در روابط بین بیمار و خانواده می‌باشد که در آموزش روانی برای خانواده‌ها سعی بر این است که روابط بین خانواده و بیمار بهبود یافته و از آشفتگی‌ها کاسته شود (۵). بررسی‌ها نشان داده‌اند که ابتلاء عضو یک خانواده به اختلال خلقی، کل خانواده را تحت تأثیر قرار می‌دهد و سبب از دست رفتن توانایی‌ها و نیروی سازگاری خانواده می‌شود (۶). نارسایی خانواده نه تنها در هنگام حمله حاد بیماری سبب استرس در خانواده می‌شود، بلکه بر جریان بیماری نیز تأثیر می‌گذارد. مطالعات زیادی نشان می‌دهند که اعضای خانواده بیماران روانی اغلب احساس ناتوانی و تجربه پریشانی، اضطراب، افسردگی و مشکلات اقتصادی دارند (۹-۷). Steele) و همکاران (۲۰۱۰) میزان علائم افسردگی و اضطراب را در اعضای خانواده‌هایی که از بیمار مزمن روانی مراقبت می‌کنند بین ۴۰ تا ۵۵٪ گزارش کرده‌اند (۱۰) و این در حالی است که تعدادی از مطالعات نشان می‌دهند که تجربه مراقبت از بیماران خلقی می‌تواند از سایر بیماری‌های روانی متفاوت باشد، زیرا ماهیت بیماری متفاوت است، بعضی از بیماران خلقی با علائم مانیک و گروهی علائم افسردگی را تجربه می‌کنند و بیماری حالت دوره‌ای نیز دارد و از سویی بیماران فازهای بهبودی را تجربه

و بستری شدن مراقبان اصلی، جزو مراقبان اصلی بیمار نبودن. عدم علاقه به همکاری و شرکت در جلسات.

روند اجرای پژوهش: ابتدا به روان‌شناسان هر بخش بیمارستان روان‌پزشکی ابن‌سینا در مورد طرح پژوهش شامل تعداد جلسات، محل برگزاری، طول مدت هر جلسه و مسایلی که در جلسات مطرح می‌شود، توضیحات کامل داده شد و سپس برگه‌های تبلیغاتی در بخش‌های مختلف بیمارستان به خصوص بخش‌های بستری بیماران نصب شد و نیز تعدادی به روان‌شناسان هر بخش داده شد تا در زمان‌های ملاقات در اختیار خانواده‌ها قرار دهند. سپس 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 شد و نیز کسانی که با شماره تلفن درج شده در برگه‌های تبلیغاتی تماس گرفته بودند، تماس حاصل شد و درباره طرح پژوهش (شامل تعداد جلسات، محل برگزاری، طول مدت هر جلسه و مسایلی که در جلسات مطرح می‌شود) توضیحاتی ارائه شد و پس از جلب رضایت کامل آن‌ها و حضور در بیمارستان، رضایت‌نامه کتبی اخذ گردید. به طور کلی با پنجاه و شش خانواده تماس تلفنی حاصل شد که از این 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 ۱۲۰ دقیقه‌ای در طی سه ماه مداخلات روانی آموزشی گروهی را دریافت کردند و نه نفر گروه کنترل پس از پیش‌آزمون در این مدت هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نمی‌کردند. (گروه آزمایشی و کنترل در پیش‌آزمون در طی یک جلسه پرسش‌نامه مصاحبه فشار خانواده، پرسش‌نامه اضطراب بک و پرسش‌نامه افسردگی بک را تکمیل نمودند). پنج نفر از گروه آزمایش در تمام جلسات شرکت داشتند و یک نفر، در جلسات چهارم و هشتم حضور نداشت. پس از پایان مدت جلسات آموزشی، از هر دو گروه مجدداً آزمون گرفته شد و سپس، بعد از تحلیل نتایج و معلوم شدن اثر بخش بودن این

می‌باشد: ۱) مداخلات آموزشی روانی گروهی به طور معنی‌داری باعث کاهش شدت استرس تجربه شده توسط مراقبین بیماران بستری مبتلا به اختلالات خلقی در بیمارستان روان‌پزشکی ابن‌سینا می‌گردد ۲). مداخلات آموزشی روانی گروهی به طور معنی‌داری باعث کاهش شدت افسردگی تجربه شده توسط مراقبین بیماران بستری مبتلا به اختلالات خلقی در بیمارستان روان‌پزشکی ابن‌سینا می‌گردد ۳). مداخلات آموزشی روانی گروهی به طور معنی‌داری باعث کاهش شدت اضطراب تجربه شده توسط مراقبین بیماران بستری مبتلا به اختلالات خلقی در بیمارستان روان‌پزشکی ابن‌سینا می‌گردد.

مواد و روش‌ها

طرح پژوهش: با توجه به اهداف آن از نوع نیمه آزمایشی بوده است که با گروه کنترل و گمارش تصادفی همراه با پیش‌آزمون و پس‌آزمون اجرا شد.

آزمودنی‌ها: آماردانان برای طرح‌های آزمایشی 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 (۲۱-۲۲). روش نمونه‌گیری در این پژوهش از نوع در دسترس می‌باشد و حجم نمونه در این پژوهش برای گروه آزمایشی ۹ نفر و برای گروه کنترل نیز ۹ نفر بود. لازم به ذکر است، ملاک‌های ورود عبارت هستند از: ۱-جامعه‌ی آماری این پژوهش، شامل خانواده‌ی بیماران مبتلا به اختلال خلقی بود که بیمارشان، آخرین بار در بیمارستان روان‌پزشکی ابن‌سینای مشهد بستری شده باشد. ۲- منظور از خانواده بیمار، پدر، مادر، همسر و یا خواهر و برادری است که با بیمار رابطه‌ی نزدیکی داشته و مراقب اصلی او بوده باشد. ۳- تمام شرکت‌کنندگان بین سنین بیست و پنج تا شصت سال سن داشتند. ۴- سابقه‌ی بیماری روان‌پزشکی و بستری شدن نیز نداشته باشند. ۵- هم‌چنین داوطلب شرکت در جلسات آموزشی روانی گروهی باشند. ملاک‌های حذف عبارت هستند از: سابقه بیماری روان‌پزشکی

افسردگی بک در مقایسه با ویرایش اول بیشتر با DSM همخوان است. این پرسش‌نامه نیز همانند ویرایش اول از ۲۱ ماده تشکیل شده است که آزمودنی برای هر ماده یکی از چهار گزینه‌ای را که نشان دهنده‌ی شدت افسردگی او است، بر می‌گزیند. هر ماده نمره‌ای بین ۰-۳ می‌گیرد و به این ترتیب کل پرسش‌نامه دامنه‌ای از ۰-۶۳ دارد. در راهنمای BDI-II نقطه برشی برای عدم وجود افسردگی تعیین نشده است. ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۶ و ضریب ثبات درونی ۰/۹۲ در جمعیت آمریکایی (۲۹) و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۱ و ضریب پایایی ۰/۹۴ در نمونه ایرانی محاسبه شده است (۳۰). در پژوهش حاضر این پرسش‌نامه به منظور تعیین شدت افسردگی مورد استفاده قرار می‌گیرد. (۳) پرسش‌نامه اضطراب بک (Beck anxiety inventory) (۲۸-۲۹)، یک مقیاس ۲۱ سؤالی است که به منظور ارزیابی شدت اضطراب و بررسی علایم اضطراب تهیه شده است. سؤال‌ها در یک طیف چهار گزینه‌ای از ۰-۳ نمره‌گذاری می‌شوند، بنابراین نمره‌ی کل پرسش‌نامه به این ترتیب می‌باشد: ۰-۷ اضطراب جزئی، ۸-۱۵ اضطراب خفیف، ۱۶-۲۵ اضطراب متوسط، ۲۶-۶۳ اضطراب شدید. در راهنمای BAI (۲۵) نقطه برشی برای عدم وجود اضطراب تعیین نشده است. ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۲ و ضریب پایایی از طریق دو نیم سازی برابر با ۰/۹۱ در مطالعه ایرانی محاسبه شده است (۳۰). در پژوهش حاضر این پرسش‌نامه به منظور تعیین شدت اضطراب مورد استفاده قرار می‌گیرد.

یافته‌ها

در ابتدا به مرور ویژگی‌های جمعیت‌شناختی گروه آزمایش و کنترل پرداخته می‌شود. تعداد شرکت‌کنندگان زن ۴۶٪ و تعداد شرکت‌کنندگان مرد ۵۴٪ کل شرکت‌کنندگان را تشکیل می‌دادند. ۲۰٪ از مراقبین همسران، ۶۶٪ والدین، ۱۴٪ خواهر یا برادر آنان بودند و در زمینه تحصیلات مراقبین، ۲۰٪ ابتدایی، ۴۰٪ راهنمایی، ۲۶٪ دیپلم و ۱۴٪ لیسانس بودند. نمرات میانگین متغیرهای فشار مراقب، افسردگی و اضطراب در دو گروه کنترل و آزمایش قبل و بعد از مداخله در جدول ۱ گزارش شده است و همچنین نمرات در پیش آزمون و پس از

مداخلات در برخی زمینه‌ها برای گروه آموزشی، به لحاظ اخلاقی، از گروه کنترل دعوت شد تا در این جلسات شرکت نمایند. 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 برجسته بر تجربه خانواده بیمار روانی، مهارت‌های ارتباطی، حل مسأله، مدیریت خشم و مدیریت استرس بود (۲۵-۲۳). برای تجزیه و تحلیل داده‌های به دست آمده از نرم‌افزار آماری Spss۱۶ استفاده شد. در پژوهش حاضر از تحلیل کوواریانس یک راهه با یک متغیر مستقل عضویت گروهی (گروه آزمایشی و کنترل) و متغیر کمکی پیش‌آزمون و متغیرهای وابسته پس‌آزمون مقیاس‌های استرس تجربه شده، اضطراب و افسردگی استفاده شده است.

ابزار:

ابزارهای گردآوری داده‌ها شامل: (۱) مصاحبه فشار خانواده که یک مصاحبه نیمه‌ساختار یافته است که توسط (Pai) و (Kapur) در سال ۱۹۸۱ به وجود آمد (۲۶). این مقیاس، فشار خانواده را در هشت زمینه ارزیابی می‌کند که شامل ارتباط با فرد بیمار، امور مالی، فعالیت‌های زندگی روزانه، نظارت، تأثیر بر نظم زندگی روزانه، نگرانی‌های خانواده نسبت به بیمار، احساسات و هیجانات فرد مراقب نسبت به بیمار و برجسته‌های اجتماعی می‌باشد. هر یک از پرسش‌ها به صورت شدید (۲)، متوسط (۱) یا بدون فشار (صفر) نمره گذاری می‌شوند. بالاترین نمره ۴۸ می‌باشد. ترجمه این مقیاس توسط ربابه نوری قاسم آبادی انجام شده است و پایایی درونی فرم ایرانی آن ۰/۷۲ گزارش شده است (۲۷). انجام این مصاحبه نیاز به ۱۵ الی ۳۰ دقیقه زمان بر حسب توان و وضعیت افراد دارد. (۲) پرسش‌نامه افسردگی بک ویرایش دوم (Beck depression inventory) (۲۸) شکل بازنگری شده‌ی پرسش‌نامه افسردگی بک است که جهت سنجش شدت افسردگی تدوین شده است. ویرایش دوم پرسش‌نامه‌ی

کوواریانس، پس آزمون دو گروه آزمایش و کنترل با هم مقایسه شدند.

که با توجه به نتایج به دست آمده از جدول ۲ ($p < 0.001$) تفاوت بین گروه آزمایشی و کنترل معنی‌دار می‌باشد و می‌توان گفت که مداخلات آموزشی روانی گروهی می‌تواند از شدت افسردگی مراقبان بیماران مبتلا به اختلال خلقی بکاهد.

میانگین نمره اضطراب قبل و بعد از مداخله در گروه آزمایش به ترتیب ۲۶/۴۳ و ۱۷/۲۴ بود، در حالی که این مقادیر برای گروه کنترل به ترتیب ۲۷/۲۰ و ۲۶/۳۳ به دست آمد. در نهایت با قرار دادن نمرات پیش‌آزمون اضطراب بک به عنوان کوواریانس، پس آزمون دو گروه آزمایش و کنترل با هم مقایسه شدند.

که با توجه به نتایج بدست آمده از جدول ۳ ($p < 0.001$)، تفاوت بین گروه آزمایشی و کنترل معنی‌دار می‌باشد و می‌توان گفت که مداخلات آموزشی روانی گروهی می‌تواند از شدت اضطراب مراقبان بیماران مبتلا به اختلال خلقی بکاهد.

آزمون که با تحلیل کوواریانس انجام گردید در ضمن جداول ۲ تا ۴ گزارش شده است. در مورد مراقبین خانوادگی گروه آزمایش، میانگین نمره آزمون فشار مراقب قبل و بعد از مداخله به ترتیب ۳۰/۱۰ و ۲۰/۰۴ بود در حالی که این مقادیر برای گروه کنترل به ترتیب ۲۵/۰۴ و ۲۴/۶۸ به دست آمد. با قرار دادن نمرات پیش‌آزمون فشار مراقب به عنوان کوواریانس، پس آزمون دو گروه با هم مقایسه شدند.

با توجه به نتایج بدست آمده از جدول ($p < 0.001$)، تفاوت بین گروه آزمایشی و کنترل معنی‌دار می‌باشد و می‌توان گفت که مداخلات آموزشی روانی گروهی می‌تواند فشار مراقبان بیماران مبتلا به اختلال خلقی را کاهش دهد.

میانگین نمره افسردگی قبل و بعد از مداخله در گروه آزمایش به ترتیب ۱۵/۸۸ و ۸/۳۲ بود، در حالی که این مقادیر برای گروه کنترل به ترتیب ۱۵/۶۴ و ۱۵/۸۴ به دست آمد. بعد با قرار دادن نمرات پیش آزمون افسردگی بک به عنوان

جدول ۱. مقایسه میانگین متغیرهای فشار مراقب و افسردگی و اضطراب در دو گروه کنترل و آزمایش قبل و بعد از مداخله

متغیر	فشار مراقب	افسردگی	اضطراب
گروه	میانگین	میانگین	میانگین
گروه قبل	۳۰/۱۰	۱۵/۸۸	۲۶/۴۳
آزمایشی بعد	۲۰/۰۴	۸/۳۲	۱۷/۲۴
گروه کنترل قبل	۲۵/۰۴	۱۵/۶۴	۲۷/۲۰
کنترل بعد	۲۴/۶۸	۱۵/۸۴	۲۶/۳۳

جدول ۲. مقایسه میانگین‌های فشار مراقب دو گروه آزمایشی و کنترل

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری
کوواریانس (پیش آزمون)	۳۷۴/۴۴	۱	۳۷۴/۴۴۲	۲۸/۰۸۸	۰/۰۰۱
بین گروهی	۴۶۲/۶۲	۱	۴۶۲/۶۲۸	۲۸/۵۲۶	۰/۰۰۱
درون گروهی	۱۹۴/۶۱۴	۱۲	۱۶/۲۱۸		
کل	۱۱۲۷۱	۱۵			

جدول ۳. مقایسه میانگین‌های افسردگی دو گروه آزمایشی و کنترل

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری
کوواریانس (پیش آزمون)	۲۴۷/۸۲	۱	۲۴۷/۰۸۲	۳۱/۱۶۴	۰/۰۰۱
بین گروهی	۵۳۲/۴۰۶	۱	۵۳۲/۴۰۶	۶۷/۱۵۲	۰/۰۰۱
درون گروهی	۹۵/۱۴۰	۱۲	۷/۹۲۸		
کل	۲۹۲۶/۰۰۰	۱۵			

جدول ۴. مقایسه میانگین‌های اضطراب دو گروه آزمایشی و کنترل

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری
کوواریانس (پیش آزمون)	۲۳۸/۰۸۲	۱	۲۳۸/۰۸۲	۳۳/۵۵۶	۰/۰۰۱
بین گروهی	۵۱۲/۴۰۶	۱	۵۱۲/۴۰۶	۷۲/۲۲۰	۰/۰۰۱
درون گروهی	۸۵/۱۴۰	۱۲	۷/۰۹۵		
کل	۲۸۹۴/۰۰۰	۱۵			

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که مداخلات آموزشی روانی گروهی توانست در کاهش مشکلات روانی (افسردگی، اضطراب و فشار تجربه شده) بر خانواده بیماران مبتلا به اختلال خلقی مؤثر باشد. وجود یک بیمار روانی در خانواده تبعات زیادی را هم از نظر درون خانواده و هم در خارج از خانواده به همراه خواهد داشت. بنابراین آماده‌سازی خانواده برای مقابله و چگونگی رویارویی با این عوامل بسیار مهم و ضروری می‌باشد. مطالعات گذشته نشان داده است که مراقبین خانوادگی بیماران شدید روانی (اسکیزوفرنیا و اختلال خلقی) با میزان مشکلات روانی تقریباً مشابه و یکسانی مواجه هستند و معمولاً شیوه‌های مقابله و سازگاری مشابهی را برای رویارویی با آن‌ها استفاده می‌کنند (۳۱). نتیجه مطالعه (Bernhard) و همکاران نشان داد که مداخله آموزش روانی در بیماران دوقطبی و بستگان آن‌ها، دانش و اطلاعات بیماران و بستگان را در مورد بیماری ارتقاء می‌بخشد. در پیگیری یک ساله‌ای که انجام شد مشکلات روانی ناشی از مراقبت و ابراز هیجانی بالا در بستگان بیمار نیز کاهش یافته بود (۳۲). نتیجه مطالعه پهلوان زاده و همکاران نشان داد که برنامه آموزش خانواده به منظور کاهش افسردگی، اضطراب و استرس در مراقبین خانوادگی بیماران روانی مؤثر بوده و این امر می‌تواند کیفیت زندگی بیماران و مراقبین را به طور بالقوه‌ای بهبود و ارتقاء بخشد (۳۳). همچنین پژوهش

(Yamaguchi) نیز نشان داد که مداخلات آموزش روانی می‌تواند فشار تجربه شده و پریشانی افراد مراقب را در خرده مقیاس‌های آشفتگی خانواده که از فقدان اطلاعات درباره بیماری و اضطراب در مورد آینده، فشار ذهنی و افسردگی حاصل از بیماری فرد سرچشمه می‌گیرد، را به طور معنی داری کاهش دهد (۳۴). پژوهش (Magliano) و همکاران که از مداخلاتی مانند بهبود مهارت‌های حل مسئله در خانواده، بهبود مهارت‌های ارتباطی در خانواده، فراهم آوردن اطلاعاتی در مورد بیماری فرد و درمان آن و تشویق اعضا به درگیر شدن در فعالیت‌های اجتماعی استفاده کرد، نشان داد که این مداخلات می‌تواند فشار تجربه شده توسط فرد مراقب را کاهش دهد (۳۵). در مطالعه‌ی ملکوتی، نوری قاسم آبادی و نقوی نشان داد که مراقبان بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا نسبت به مراقبان بیماران مبتلا به افسردگی اساسی و اختلال دوقطبی، فشار شدیدتری احساس می‌کنند. این فشار بیش از همه، به دلیل رنج درون خانواده، اختلال در استراحت خانواده، اختلال در روابط خانواده و اختلال در فعالیت روزمره خانواده بود. از لحاظ وضعیت روانی تعداد بیشتری از بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا در وضعیت بد روانی قرار داشتند. رابطه‌ی مثبت و معنی داری بین وخامت وضعیت روانی و فشار مراقب مشاهده شد. سن شروع بیماری رابطه‌ی معکوس، و دفعات بستری رابطه‌ی مستقیم با فشار مراقب داشت. بیشترین فشار مراقبان در مورد بیماران مرد مجرد، با سن ابتدای پایین و وضعیت

روانی بدتر گزارش شد (۲۷). پژوهش (Yamaguchi) و همکاران و (Kuipers) که از مداخلات خانوادگی و توانبخشی و مدیریت رفتار بیمار استفاده کرده بودند، نشان دادند که این مداخلات می‌تواند افسردگی، اضطراب و فشار و پریشانی (Confusion) مراقبان بیماران را کاهش دهند (۳۶، ۳۷). به نظر می‌رسد یکی از عللی که باعث افسردگی مراقبان می‌گردد، مقصر دانستن خود در بیماری فرد می‌باشد و هنگامی که آن‌ها در می‌یابند روش‌های تربیتی آنان نقشی در بیمار کردن فرد نداشته و آن‌ها مقصر نیستند، از افسردگی آن‌ها کاسته می‌شود. یکی دیگر از علل افسردگی مراقبان این است که آن‌ها تمام فکر خود را به بیمار اختصاص می‌دهند، هنگامی که یاد می‌گیرند زمان‌هایی را نیز به خودشان اختصاص داده و مراقبت از بیمار را به شخص دیگری بسپارند از افسردگی آن‌ها کاسته می‌شود. دیگر منبع افسردگی مراقبان، دور نگه داشتن فرد و متعاقباً خانواده از اجتماع به علت برخی رفتارهای بیمار می‌باشد. همان‌طور که پژوهش‌ها نشان داده‌اند بی‌فعالیتی بیمار، عدم شرکت وی در فعالیت‌های خانوادگی، کندی و بهداشت شخصی ضعیف در بیماران بیشترین اضطراب را برای اعضای خانواده بیمار به همراه دارد (۳۸-۳۷). به نظر می‌رسد که یکی از علل اضطراب مراقبان، نگرانی از آینده بیمار بعد از آن‌ها می‌باشد. معرفی کردن مؤسسات حمایتی به آن‌ها و یاد دادن مهارت‌های حل مسئله برای حل مشکلات اقتصادی در این مورد بسیار تأثیرگذار می‌باشد. یکی دیگر از منابع اضطراب مراقبان، برخی اعمال و رفتارهای بیمار در جمع می‌باشد، به همین علت، خانواده و مراقبان همان‌طور که در قسمت افسردگی نیز توضیح داده شد، سعی در منزوی شدن و دور نگه داشتن فرد بیمار از اجتماع دارند که همین امر نیز باعث از دست دادن بیشتر حمایت‌های اجتماعی و اضطراب و افسردگی و فشار بالاتر می‌شود. براساس یافته‌های پژوهش حاضر، مداخلات آموزشی روانی گروهی می‌تواند برای خانواده‌های بیماران مبتلا به اختلالات دوقطبی در نمونه‌ای از جامعه ایرانی اثربخش باشد. سایر کارآزمایی‌های بالینی کنترل

شده تصادفی که بروی مراقبین خانوادگی بیماران روانی در سایر کشورها از جمله هند، چین و ترکیه انجام شده، تأییدکننده آن است که مداخله‌های آموزش روانی ساختاریافته و مدون، بسیار مؤثرتر از مراقبت‌های سرپایی معمول هستند. براساس این گزارش‌ها مداخله‌های آموزش روانی باید مداوم باشند و پیامدهای آن به طور مداوم مورد ارزیابی قرار گیرد (۲۰-۱۹)، (۴۱-۳۹). این یافته‌ها همسو با نتایج سایر تحقیقات، دلالت بر این امر دارد که پیش‌بینی و فراهم نمودن این چنین خدمات آموزشی روانی در سیستم ارایه خدمات بهداشت روانی برای خانواده‌های بیماران شدید روانی کاملاً ضروری و مؤثر است (۴۳-۴۲، ۴۰).

به نظر می‌رسد تغییر نگرش‌های مراقبان نسبت به بیماری و دادن اطلاعات صحیح به آن‌ها و گفتگو و بحث گروهی با افرادی که آن‌ها نیز مشکلاتی مانند خودشان دارند، می‌تواند پریشانی آن‌ها را کمتر کند. هنگامی که به مراقبان مهارت حل مسئله آموزش داده می‌شود یاد می‌گیرند با مشکلاتی که مواجه می‌شوند، چگونه برخورد نمایند و به طور مؤثری آن‌ها را حل نمایند، مدیریت استرس نیز به آن‌ها یاد می‌دهد که چگونه نشانگان استرس خود را بشناسند و چگونه با استرس‌های احتمالی خود به خوبی برخورد نمایند. همه این مهارت‌ها می‌تواند در گروه‌های چند خانوادگی بدون وجود بیماران انجام شود ولی در مورد مهارت‌های ارتباطی به نظر می‌رسد بهتر است بیماران نیز در جلسات حضور داشته باشند، تا در حضور درمانگر تمرین نمایند و رفتارهایشان اصلاح شود. ارائه خدمات گسترده و متنوع فوق باعث می‌شود که: رابطه بیمار با اعضای خانواده بهبود یابد و بیماری کمتر عود کند در نتیجه دفعات بستری در بیمارستان کاهش می‌یابد، هزینه درمان بستری تنزل خواهد یافت، کیفیت زندگی بیمار افزایش می‌یابد و نهایتاً استرس و فشار مراقبین کاهش می‌یابد. 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 ارایه حمایت‌های آموزشی، هیجانی، اجتماعی و مشاوره‌ای برای خانواده‌ها و بیماران ضروری به نظر می‌رسد. با توجه به شیوع فراوان اختلالات

جمله محدودیت‌های اصلی این پژوهش می‌توان کم بودن نمونه اشاره کرد که از دلایل آن شهرستانی بودن خانواده بیماران بستری و مرخص شدن برخی بیماران شهرستانی بستری در بیمارستان می‌باشد که مشکلات رفت و آمد را برای آنان ایجاد می‌کرد و به همین دلیل نمونه مورد مطالعه اندک می‌باشد لذا پیشنهاد می‌گردد که در پژوهش‌های آتی از نمونه‌برداری با حجم بزرگتر و پیگیری گروه آزمایش در طول زمان استفاده گردد.

تشکر و قدردانی

از ریاست بیمارستان روان‌پزشکی ابن سینا و مرکز تحقیقات روان‌پزشکی و علوم رفتاری بیمارستان روان‌پزشکی ابن سینا مشهد که در انجام این پژوهش همکاری صمیمانه‌ای داشتند، تشکر می‌شود. در ضمن بیان می‌داریم که این پژوهش با منافع مالی نویسندگان، ارتباطی نداشته است.

دوقطبی و حجم بالای بیماران بستری، خانواده‌هایی که در این پژوهش شرکت نمودند داوطلبانه بوده‌اند یعنی با توجه به تبلیغاتی که در بیمارستان ابن‌سینای مشهد صورت گرفت خانواده‌هایی که خود داوطلب شرکت در این تحقیق بودند در این طرح شرکت نمودند، بنابراین این‌که خانواده‌ها تمایل به تغییر داشته باشند و درصدد کمک برای خود و بیمارشان برآیند دلیلی بر این است که نیاز به انجام این مداخلات آموزشی روانی برای خانواده‌های بیماران شدید روان‌پزشکی یک نیاز اساسی می‌باشد زیرا امروزه بیشتر بیماران با اختلال دوقطبی در منزل و در کنار اعضای خانواده خود زندگی می‌کنند بنابراین شناسایی نیازهای اعضای خانواده مراقبت کننده از بیمار با اختلال دوقطبی به تیم بهداشت روان کمک می‌کند تا مداخلات مراقبتی مناسبی را برای کمک به اعضای خانواده به کار گیرند و در نتیجه آنان قادر خواهند بود بیمار را بهتر اداره کنند و از سویی سلامت اعضای خانواده کمتر دچار مخاطره شده و در ارتقاء سلامت آنان نیز مؤثر خواهد بود. از

References

1. Kaplan H I, Sadock Benjamin J. Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences, Clinical Psychiatry. Tran. Rafi H, Rezai F. 10th ed. Tehran: Arjmand Pub; 2010.
2. Stang P, Frank C, Yood MU, Wells K, Burch S. Impact of bipolar disorder: Result from a screening study. J Clin Psychiatry 2007; 9 (1): 42-7.
3. Miklovitz D J. Family-focused treatment for adolescence with bipolar disorder. J of Affective Disord 2004;82: 113-28.
4. Veltman A B, Cameron J I, Stewart D E. The experience of providing care to relatives with chronic mental illness. J of Nervous & Mental Disord 2002; 180: 108-14.
5. Atkinson J M, Coia D A. Families coping with schizophrenia: A practitioners Guide to family groups. New York: John Wiley; 1995.
6. Barry P D. Mental health and mental illness. 7th Ed. New York: Lippincott; 2002.
7. Asadollahi GhA, Abbasalizadeh A. Aguide book for families with schizophrenic patients. Isfahan: Isfahan University of Medical Sciences; 1994. [In Persian].
8. Barrowclough C Tarrier N, Johnston M. Distress, expressed emotion and attributions in relatives of schizophrenia patients. Schizophr Bull 1996; 22:691-702.
9. Schene AH, Wijngaarden B, Korter MW. Familyb caregiving in schizophrenia: domains and distress. Schizophr Bull 1998; 24:609-18.
10. Steele A, Maruyama N, Galynker I. Psychiatric symptoms in caregivers of patients with bipolar disorder. J Affect Disord 2010; 121(1-2):10-21
11. Ogilvie AD, Morant N, Goodwin GM. The burden on informal caregivers of people with bipolar disorder. Bipolar Disord 2005; 7(1): 25-32.
12. Cassidy E., O'Callaghan H. E. Efficacy of a psychoeducational intervention in improving relatives knowledge about schizophrenia and reducing rehospitalization. Eur Psychi 2001; 16: 446-50.

13. Birchwood M, Tarrier N. Psychological Management of Schizophrenia. Hoboken, New Jersey: John Wiley & sons; 1996.
14. McFarlane W R, Dixon L, Lukens E, Lucksted A. Family psychoeducation and schizophrenia: A review of the literature. *J Marital Fam Ther* 2003;29(2):223-45.
15. Landsverk S. S., Kane C. F. Antonovskys sense of coherence: theoretical basis of psychoeducation in schizophrenia. *Issues in Mental Health Nursing* 1998;19: 419-31.
16. Lotfi-Kashani F, Pasha-Sharifi H, Seyfi M. The effect of Family psycho education (model of Atkinson & Coia) on public health Families with children of schizophrenics. *J Andishe Raftar* 2010; 5(17): 65-78.
17. Pahlevan-Zadeh S, Navidian A, Yazdani M. The effect of family psycho education on depression, anxiety and stress in family caregivers Mental patients. *J Behbod* 2010; 14(3): 228-36.
18. Karamlou S, Mazaheri A, Mottaghipour Y. Effectiveness of family psycho-education program on family environment improvement of severe mental disorder patients. *Journal of Behavioral Sciences* 2010;4(2):123-8.
19. Awad A G, Voruqanti L N. The Burden of Schizophrenia of Caregivers: A Review. *Pharmacoeconomics* 2008; 26 (2): 149-162.
20. Sorensen S, Pinquart M, Duberstein P. How Effective are Interventions with Caregivers? An Update Meta Analysis. *Gerontologist* 2002 ;42 (3): 356- 72.
21. Meredith D. Gall, Walter R. Borg, Joyce P. Gall. Educational research: an introduction. Trans. Nasr A, Delavar A, Kiamanesh A, Abolghasemi M, Khosravi Z, Bagheri KH , et al. Tehran: Samt Pub ; 2002.
22. Farahani H, Oreizi H. Modern methods of research in the humanities. Isfahan: Jahad University Publication; 2007.
23. Glynn, Sh. Involving families in mental health services. Trans. Malakouti K, Modaber A. Tehran: Iran University of Medical Sciences and Health Services; 2002.
24. Ghafori S, Bioki B, Mojarad Kahani A. The step towards improving family, education, mental illness. [MSc thesis]. Mashhad, Iran: Ferdowsi University of Mashhad; 2007.
25. Gamble C. Family Intervention. *Psychi* 2007; 6(9): 367-72.
26. Pai S, Kapur R. L. The burden of family of a psychiatric patient: Development of an interview scale. *British J of Psychi* 1981; 138: 332-5.
27. Malakouti SK. Noor-Ghasem Abadi R , Naghavi M. Determine the amount of pressure in caregivers of Chronic mental patients and their need to the care and treatment. *J of Hakim* 2002; 6(2): 1-10
28. Beck A. T., Steer R. A., Brown G. Manual for the BDI-IL San Antonio: The psychological corporation 1996.
29. Beck A. T., Epstein N., Brown G., Steer R. A. An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *J of Counsul and Clinc Psychol* 1988; 56: 893-897.
30. Fathi Ashtiani A, Dastani M. Psychological tests: personality and mental health evaluation. Tehran: Besat pub; 2010.
31. Magliano L, Fiorillo A, Magliano C, Derosa C, Favata G, Sasso A, et al. Family psycho-educational interventions for schizophrenia in routine setting: impact of patients' clinical status and social functioning and on relatives' burden and resources. *Epid Psychi* 2006 ; 15(3): 219-27.
32. Bernhard B, Schaub A, Kummeler P, Dittmann S, Severus E, Seemuller F, et al. Impact of cognitivepsychoeducational interventions in bipolar patients and their relatives. *Europ Psychi* 2006; 21(7): 81-6.
33. Pahlevan-Zadeh S., Navidian A, Yazdani M. The efficacy of family psycho education on depression, anxiety and stress of family caregivers of mental patients. *J of Behbood* 2010; 14(3): 228-36.
34. Yamaguchi H, Takahashi A., Takano A., Kojima T. Direct effects of short - term psychoeducational intervention for relatives of patients with schizophrenia in Japan. *Psychi & Clinic Neurosciences* 2006; 60: 590-97.
35. Magliano L., Fiorillo A., Fadden G., Gair, F., Economou M. Effectiveness of Psychoeducational intervention for families of patients with schizophrenia: Preliminary results of a study founded by the European commission. *World Psychiatry* 2005; 4(1): 45-9.
36. Kuipers E. Family interventions in schizophrenia: evidence for efficacy and proposed mechanisms of change. *J of Family Therapy* 2006; 28: 73-80.
37. Gopinath P S., Chaturvedi S. K. Distressing behavior of schizophrenics at home. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1992; 86: 185-188.
38. Saleh M. R. The burden of care of schizophrenia in malay families. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1994; 89: 180-185.
39. Chien WT, Thompson DR, Norman I. Evaluation of a peer- led mutual support group for chienesese families of people with schizophrenia. *Ameri J Comm Psychol* 2008; 42(1-2):122- 35.

40. Kulhara P, Chakrabarti S, Avasthi A, Sharma A, Sharma S. Psychoeducational intervention for caregivers of indian patients with schizophrenia: a randomized cotrolled trial. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, Published Online: Nov 24, 2008; 1-12.
41. Karanci AN. Caregivers of turkish schizophrenic patients: causal attributions, burdens and attitudes to help from the health professional. *Social Psychi Psychi Epidem* 2004; 30(6): 261 -8.
42. Caqueo-urizar A, Gutierrez- maldonado J. Burden of care in families of patients with schizophrenia. *Qual Life Res* 2006; 15(4): 719- 24.
43. Corsentino EA, Molinari V, Gum AM, Roscoe LA, Mills WL. Family caregivers' future planning for younger and older adults with serious mental illness. *J App Gerontol* 2008; 27(4): 466- 71

The efficacy of group psycho educational interventions on level of depression, anxiety and burden experienced (stress) in families of patients with bipolar disorders

Amir Hossein Mojarad Kahani ¹, Bahram Ali Ghanbari Hashem Abadi ²,
Ghazaleh Soltanian ³

Original Article

Abstract

Aim and Background: Indeed, Family caregivers of mental patients are the backbone of the Health - therapeutic care systems. To care patients with mental disorders is responsible for family members to have a lot of stress. The purpose of the present study was to evaluate the efficacy of group psycho educational interventions on depression, anxiety and burden experienced (stress) in families of patients with mood disorders.

Methods and Materials: This research was a semi-experimental study with control group and random assignment. In this study, the experimental group composed 6 subjects and control group 9 subjects. All participants were family members of patients with mood disorders who were hospitalized in 1390 at the Psychiatric Hospital Ibn Sina. Subjects completed family burden interview scale, Beck depression inventory, Beck anxiety inventory. Experimental group attend in 12 sessions of group psycho educational interventions, but the control group received no intervention at this time. Analysis of covariance was used for statistical analyses.

Findings: The findings showed that both groups are different significantly in terms of depression, anxiety and burden.

Conclusions: These findings indicated that group psycho educational interventions can decrease levels of burden, anxiety and depression.

Keywords: Group Psycho Educational Interventions, Depression, Anxiety , Burden Experienced, Bipolar Disorder

Citation: Mojarad Kahani A H, Ghanbari Hashem Abadi B A, Soltanian Gh. **The efficacy of group psycho educational interventions on level of depression, anxiety and burden experienced (stress) in families of patients with bipolar disorders.** J Res Behave Sci 2015; 13(3): 420-430

Received: 06.07.2013

Accepted: 05.10.2015

1. PhD Student of Psychology, Department of Psychology ,Payame Noor University, Tehran, Iran
2. Associated Professor, School of Educational Sciences and Psychology, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran (Corresponding Author) Email: ghanbarih@um.ac.ir
3. MSc of Clinical Psychology, Department of Clinical Psychology, Semnan University, Semnan, Iran