



The Effect of Family Psychological Group Training on Resilience of the Families of Schizophrenic Patients

Taraneh Taghaviarjani ¹, Fatemeh Noughani ¹, Sara Danandehfard ^{2,*}, 

¹ PhD Student of Statistics, Department of Nursing, Faculty of Nursing, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

² MSc of Psychiatric Nursing, Department of Nursing, Faculty of Nursing, Tehran University of Medical Sciences Tehran, Iran

* **Corresponding author:** Sara Danandehfard, MSc of Psychiatric Nursing, Department of Nursing, Faculty of Nursing, Tehran University of Medical Sciences Tehran, Iran. E-mail: sara.danandehfard@gmail.com

Received: 30 May 2018

Accepted: 30 Apr 2019

Abstract

Introduction: Resilience is one of the most important factors that can lead to human success when it comes to severe tensions. It is very important to pay attention and to improve it in caregivers of mental patients. This study aimed to determine of Family psychological group training on Resilience of the families of schizophrenic patients referred to the Roozbeh hospital of Tehran in 2018.

Methods: This study is Semi-experimental study that Pretest-posttest plan with control group was used. All of the families of schizophrenic patients, who referred to the Roozbeh hospital were our statistical research community. 100 patients were selected Based on inclusion criteria and purposive sampling method and randomly divided into two groups of experimental and control by using a table of random numbers. Experimental groups were performed intervention include Family psychological group training during six 90-120 minutes sessions, Weekly one day. Patient filled Conner and Davidson questionnaire (CD-RISC) before and 8 week after intervention. SPSS statistical software SPSS19 data using chi-square, Fisher's exact test, and independent t-test and paired T was performed.


Results: Results showed that no different between two groups of intervention and control about demographic characteristics. The mean resiliency Score was 38.8 ± 9.92 in intervention group, and 38.06 ± 6.47 in the control group before intervention, which respectively reached to 44.76 ± 7.41 and 38.52 ± 7.10 after implementation of the intervention and this difference was Significant in intervention group ($P \leq 0.001$).

Conclusions: According to the results we can say that Family psychological group training is effective in improving resiliency in families of schizophrenic patients. So it can be applied method of this study as a simple, non-invasive, low-cost and effective in improving resiliency in families of schizophrenic patients in nurses suggests.

Keywords: Family psychological, training, Resiliency, Schizophrenia



تأثیر آموزش گروهی روانشناختی بر تاب آوری خانواده های بیماران اسکیزوفرنی

ترانه تقوی لاریجانی^۱، فاطمه نوغانی^۱، سارا داننده فرد^{۲*} 

^۱ دانشجوی کارشناسی ارشد روان پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، ایران

^۲ دانشجوی کارشناسی ارشد روان پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، ایران

* نویسنده مسئول: سارا داننده فرد، دانشجوی کارشناسی ارشد روان پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران،

ایران. ایمیل: Sara.danandehfard@gmail.com

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۸/۰۲/۱۰

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۷/۰۳/۰۹

چکیده

مقدمه: تاب آوری یکی از مهمترین عواملی است که هنگام رویارویی با تنشهای شدید، منجر به موفقیت انسان در برابر حوادث و اتفاقات می شود و توجه و ارتقای آن در مراقبان بیماران روان بسیار حائز اهمیت است. هدف این مطالعه تعیین تاثیر آموزش گروهی روانشناختی خانواده بر تاب آوری خانواده های بیماران اسکیزوفرنی مراجعه کننده به بیمارستان روزبه تهران در سال ۱۳۹۶ می باشد.

روش کار: مطالعه حاضر از نوع نیمه تجربی بوده و در آن از طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل استفاده شد. جامعه آماری کلیه افراد خانواده های بیماران اسکیزوفرنی مراجعه کننده به بیمارستان روزبه تهران در نیمه ی دوم سال ۱۳۹۶ بود. از طریق روش نمونه گیری مبتنی بر هدف و بر اساس معیارهای ورود ۱۰۰ نفر انتخاب و به صورت تصادفی با استفاده از جدول اعداد تصادفی در دو گروه مداخله و کنترل قرار گرفتند. گروه مداخله به مدت شش جلسه ۹۰ الی ۱۲۰ دقیقه ای به صورت هفته ای یک روز تحت مداخله ی آموزش روانشناختی خانواده قرار گرفتند. نمونه ها قبل و ۸ هفته بعد از مداخله، پرسشنامه تاب آوری کانر و دیویدسون را تکمیل کردند. داده ها با نرم افزار آماری SPSS 19 و با استفاده از آزمون های آماری کای اسکوتر، دقیق فیشر، تی مستقل و زوجی و تجزیه و تحلیل شدند.

یافته ها: نتایج نشان داد که بین دو گروه مداخله و کنترل از نظر توزیع متغیرهای زمینه ای تفاوتی وجود نداشت. میانگین میزان تاب آوری قبل از مداخله در گروه مداخله (۹/۹۲ ± ۳۸/۸) و در گروه شاهد (۶/۴۷ ± ۳۸/۰۶) بود که بعد از مداخله در گروه مداخله به (۷/۴۱ ± ۴۴/۷۶) و در گروه شاهد به (۷/۱۰ ± ۳۸/۵۲) رسید و این اختلاف در گروه مداخله معنی دار بود ($P < 0/001$).

نتیجه گیری: با توجه به نتایج به دست آمده می توان گفت که آموزش روانشناختی خانواده به روش گروهی بر تاب آوری خانواده های بیماران اسکیزوفرنی موثر است. بنابراین می توان روش به کار گرفته شده در پژوهش حاضر را به عنوان یک روش ساده، غیر تهاجمی، کم هزینه و موثر در ارتقای تاب آوری خانواده بیماران را به پرستاران پیشنهاد نمود.

واژگان کلیدی: روانشناختی خانواده، آموزش، تاب آوری، اسکیزوفرنی

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

مقدمه

به طوری که طبق گزارش سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۰، اسکیزوفرنیا در بین ۱۰ بیماری برتر از نظر بار جهانی قرار گرفت [۱]. این بیماری یک اختلال روانی عمده ای است که موجب بروز اختلال در حوزه های عاطفی، شناختی و اجتماعی می شود [۴]. در میان مبتلایان به اسکیزوفرنی، مشکلات در کار و حافظه ی بلندمدت، توجه، عملکرد اجرایی و سرعت پردازش رخ می دهد. در یک زیرگروه غیرمعمول، فرد ممکن است تا حد زیادی ساکت باشد، در وضعیت های حرکتی عجیب و غریب، یا در جلوه های بی موردی از اضطراب قرار بگیرد، که همه ی اینها نشانه هایی از جنون جوانی می باشند [۵]. اختلالات روانی دارای اثرات منفی بخصوص اثرات اقتصادی بالا از نظر

اسکیزوفرنی نوعی بیماری ناتوان کننده و یکی از مهم ترین بیماریهای روانپزشکی است و حدود یک درصد افراد را در طول عمر مبتلا می کند [۱]. این بیماری به عنوان یک اختلال روانپزشکی مهم، اثرات منفی زیادی بر عملکرد اجتماعی مبتلایان می گذارد و احتمال اینکه سیر بیماری طولانی شود بسیار بالاست [۲]. بروز سالیانه اسکیزوفرنی ۰/۵ تا ۵ در هر ده هزار نفر و شیوع مادام العمری آن ۰/۶ تا ۱/۹ درصد است [۳]. در مطالعه ی همه گیرشناسی اختلالات روانپزشکی در ایران، شیوع اختلالات سایکوتیک ۰/۸۹ گزارش شده است و میزان شیوع اختلال اسکیزوفرنی ۰/۶ درصد گزارش شده است [۲]. اسکیزوفرنیا هزینه های زیادی را بر پیکره سیستم بهداشتی و کشورها وارد می کند

ارتقای تاب آوری آنان است [۱۶]. لذا ترتیب دادن جلسات آموزشی جهت کسب اطلاعات موثر پیرامون بیمار و ایجاد سازگاری با شرایط و تاب آوری و حفظ آرامش در برخورد با فشارها، انعطاف پذیری در مواجهه با موانع، اجتناب از راهبردهای فرسایشی، حفظ خوش بینی و احساسات مثبت به هنگام دشواری ها و خلاص شدن از موانع درونی می تواند مفید و کمک کننده باشد [۲۰]. با توجه به محدود بودن تعداد مطالعات در این زمینه به ویژه در حرفه ی پرستاری داخل کشور و تاکید پرستاری جامع نگر به توجه به خانواده های بیماران و همچنین تجارب پژوهشگر در پرستاری از بیماران اسکیزوفرنی و خانواده های آنان، لذا محقق بر آن شد تا با انجام یک مطالعه با هدف تعیین تاثیر آموزش گروهی روانشناختی خانواده بر تاب آوری خانواده های بیماران اسکیزوفرنی گامی را در راستای کمک به خانواده این بیماران بر دارد.

روش کار

این پژوهش یک مطالعه نیمه تجربی بر اساس طرح پیش آزمون- پس آزمون همراه با گروه کنترل می باشد. در این مطالعه جامعه آماری کلیه مراقبان خانوادگی بیماران مبتلا به اختلال اسکیزوفرنی بستری یا مراجعه کننده به بیمارستان روانپزشکی روزه تهران در نیمه ی دوم سال ۱۳۹۶ بود. حجم نمونه با استفاده از مطالعه ی بخشی و همکاران [۲۱] و براساس فرمول تعیین حجم نمونه ی $n = \frac{(z1 - \frac{\alpha}{2} + z1 - \beta)2 (s1^2 + s2^2)}{(\mu1 - \mu2)2}$ ، احتمال خطای نوع اول ۰/۰۵، توان آزمون ۰/۹۰ و با در نظر گرفتن احتمال ریزش ۵۰ نفر در هر گروه تعیین گردید. معیارهای ورود به مطالعه شامل داشتن نسبت فامیلی با بیمار و علاقمندی به شرکت در مطالعه، داشتن توانایی خواندن و نوشتن، عدم شرکت در کلاس های آموزشی مشابه در سه ماه اخیر، انجام مراقبت غیررسمی از بیمار به مدت حداقل شش ماه، عدم سوء مصرف مواد یا وابستگی به مواد، عدم ابتلا به عقب ماندگی ذهنی و یا بیماری های صعب العلاج جسمی مانند صرع، عدم ابتلا به اختلالات روانپزشکی بر اساس ملاکهای DSM-V-TR بود و معیارهای خروج شامل انصراف از ادامه همکاری و غیبت بیش از دو جلسه از جلسات آموزشی بود.

پژوهشگر پس از مراجعه به بخش های بیمارستان مذکور، ابتدا با استفاده از پرونده ها و تشخیص نهایی، اسامی تمام بیماران مبتلا به اختلال اسکیزوفرنی را بررسی و استخراج نمود، سپس مراقبان غیر رسمی بیماران علاقمند به شرکت در مطالعه را از میان اعضای خانواده آنان انتخاب نمود همچنین برای تکمیل تعداد نمونه ها از طریق تلفن مراقبان غیر رسمی دیگر را جهت شرکت در پژوهش دعوت نمود و پس از ارائه توضیحاتی در مورد کار و روش اجرا، آنان را وارد مطالعه کرد. نمونه گیری اولیه به صورت مبتنی برهدف بوده و بعد از انتخاب ۱۰۰ نفر به صورت تصادفی و براساس تخصیص کدهای زوج و فرد در دو گروه ۵۰ نفری مداخله و کنترل قرار گرفتند. ابزار گردآوری داده ها شامل دو پرسشنامه بود. پرسشنامه اول مشخصات دموگرافیک واحدهای مورد پژوهش شامل سن، جنسیت، وضعیت تأهل، میزان تحصیلات، شغل و نسبت با بیمار را می سنجد. و پرسشنامه دوم، پرسشنامه استاندارد تاب آوری کانر و دیویدسون بود.

هزینه در کشورها قلمداد می شود. علاوه بر اثرات زیانباری که اختلالات روانی در پی دارند و از آنجا که بیمار روانی جزئی از خانواده محسوب می شود [۶]، این وضعیت می تواند موجب از هم پاشیدگی یکپارچگی نظام خانواده گردد. ابتلای یکی از افراد خانواده به بیماری روانی، می تواند فشار و نگرانی قابل ملاحظه ای را به دیگر اعضای خانواده تحمیل نماید [۷]، میزان فشار و تجربیات و احساسات منفی در هر یک از این خانواده ها متفاوت می باشد، اما با این وجود، خانواده های دارای بیماران مبتلا به اختلالات روانی، تجربیات مشابهی را بصورت مشترک ارائه می نمایند [۸]. خانواده ای که بیمار روانی در آن زندگی می کند اغلب به عنوان نظام مراقبت بهداشتی پنهان به موازات نظام سلامت روان قرار دارد. نقش مراقبت از بیماران در خانواده، چالشهای بزرگی را برای خانواده ها به دنبال دارد [۹]. در مطالعه ی Voss و همکاران بیش از یک سوم مراقبین بیماران به صورت شدید و خیلی شدید دچار افسردگی، ۸۲ درصد از آنها دچار اختلال در خواب، ۶۹ درصد احساس خستگی یا فقدان انرژی، ۳۹ درصد دچار عصبانیت، ۲۹ درصد تشخیص بیماری مرتبط با استرس نیز دارند و تنها ۲۵ درصد مراقبین احساس رضایت از زندگی را گزارش کرده اند [۱۰].

مراقبین زمانی می توانند بر استرس مراقبت از بیمار مبتلا به اختلال روانی غلبه کنند و سلامت خود و خانواده را حفظ کنند که تاب آور باشند [۱۱]. تاب آوری نقطه مقابل آسیب پذیری است و بر گروه هایی از افراد تمرکز دارد که علی رغم اینکه در معرض شرایط ناگوار و خطر آفرینی قرار دارند با پیامدهای منفی کمی مواجه شده و حتی ممکن است پیامدهای مثبتی را نیز کسب نمایند [۱۲]. تاب آوری نقش میانجی بسیار مهمی در جلوگیری یا بروز خیلی از اختلال های روانپزشکی از خود نشان می دهد و به واسطه کاهش هیجان های منفی و افزایش سلامت روان، رضایت بیشتر از زندگی را در پی دارد و به عنوان منجی برای تسهیل غلبه بر مصائب، مشکلات، مقاومت در برابر استرس و از بین بردن اثرات روانی آنها عمل می نماید [۱۳]. از آنجا که بر اساس الگوی پرستاری جامع نگر، توجه به خانواده های بیماران به اندازه ی خود بیمار مهم است، پرستارانی که وظیفه ی مراقبت از بیماران اسکیزوفرنی را بر عهده دارند باید به مشکلات روانشناختی خانواده های آنان هم توجه نمایند [۱۴]. یکی از مداخلاتی که بر اساس پیشنهادات مطالعات انجام گرفته برای ارتقای تاب آوری خانواده می تواند مورد بررسی قرار گیرد آموزش روانشناختی خانواده ها می باشد [۱۵، ۱۶]. آموزش روان شناختی را برای اولین بار، Anderson (۱۹۸۶) معرفی کردند که بر اساس یک روش درمانی- رفتاری است و هدف آن آگاهی افزایی درباره ماهیت بیماری و درمان اختلال است [۱۷]. طی دهه های اخیر، توجه به محیط خانوادگی به عنوان عامل مهم در سیر اختلالات روانی، منجر به رشد و توسعه مداخله های روانی- اجتماعی، با تمرکز بر واحد خانواده شده است. این مداخلات، به اعضای خانواده کمک می کنند تا عوامل مؤثر در سبب شناسی و مشکلات روان شناختی ویژه ای را که با آن مواجه می شوند، شناخته و مهارت های لازم برای رویارویی با آن ها را بیاموزند [۱۸]. رحمانی بعد از انجام یک مطالعه اعلام کرد که آموزش روانشناختی موجب بهبود نگرش مراقبان خانوادگی نسبت به بیماری روانی می شود [۱۹]. صادقی و همکاران با انجام یک مطالعه بر روی مادران کودکان اوتیسم به این نتیجه رسیدند که آموزش خانواده یک روش مداخله ای مناسب برای

پرسشنامه تاب آوری کانر و دیویدسون یک ابزار ۲۵ سوالی است که جهت اندازه گیری قدرت مقابله با فشار و تهدید، توسط کانر و دیویدسون در سال ۲۰۰۳ ساخته شده است. پرسشنامه در قالب مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای از کاملاً نادرست (۰) تا همیشه درست (۴) است و حداقل نمره تاب آوری شرکت کنندگان در مقیاس (۰) و حداکثر نمره آن‌ها (۱۰۰) می‌باشد [۹]. هر چقدر نمره بدست آمده به (۱۰۰) نزدیک‌تر باشد نشان دهنده تاب آوری بیشتر است. درجه تاب آوری به چهار دسته (۲۵-۰)، (۵۰-۲۶)، (۷۵-۵۱) و (۱۰۰-۷۶) تقسیم می‌شود. روایی این پرسشنامه در داخل و خارج ایران تایید شده است [۱۳، ۲۲، ۲۳]. کربمی راد و همکاران پایایی این پرسشنامه را در ۲۰ نفر از اعضای خانواده ی بیماران اسکیزوفرنی ۰/۸۹ گزارش می‌کند [۹]. در مطالعه حاضر هم با انجام مطالعه ی پایلوت بر روی ۲۰ نفر از اعضای جامعه پژوهش میزان آلفای کرونباخ ۰/۸۶ برای پرسشنامه بدست آمد. محققان زیادی برای سنجش میزان تاب آوری در پرستاران، بیماران روانی و خانواده های آنان از آن استفاده کرده اند [۹، ۲۴]. پرسشنامه ها به صورت خودگزارشی توسط مراقبان غیر رسمی تکمیل گردید و در مواردی که لازم بود توضیحاتی توسط پژوهشگر به آنان داده شد و به سوالات آنان پاسخ داده شد. بعد از گرفتن پیش آزمون از نمونه‌ها، مداخله آموزش روانشناختی خانواده در ۶ جلسه به مدت ۹۰ تا ۱۲۰ دقیقه به صورت هفته ای یک جلسه برای گروه مداخله برگزار شد (جدول ۱). در هر جلسه پانزده نفر شرکت داشته و اداره جلسات توسط پژوهشگر انجام گرفت. گروه مداخله فقط مراقبت های معمولی را دریافت نمودند. ۸ هفته بعد از اتمام مداخله، مجدداً از خانواده بیماران پس آزمون گرفته شده شده و سپس داده‌ها تحلیل شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با روش تحلیل داده‌های کمی و با استفاده از آمار توصیفی مانند میانگین و ... و آمار استنباطی و آزمون های کای اسکویر، دقیق فیشر، تی مستقل و تی زوجی انجام گردید. جهت رعایت اخلاق در پژوهش، ضمن تایید از طرف کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی تهران با کد اخلاق IR.TUMS.FNM.REC.1396.2103 و کسب مجوز اجرا، محقق خود و اهداف پژوهش را برای نمونه ها معرفی کرده و یادآور شد که شرکت در مطالعه کاملاً اختیاری بوده و تأثیری بر روند درمان بیمار آنها ندارد، اطلاعات شرکت کنندگان محرمانه خواهد ماند. پس از کسب رضایت آگاهانه از خانواده ها، اعضای خانواده در گروه آزمون در شش جلسه آموزش که بصورت هفتگی برگزار شد شرکت نمودند. آموزش ها مربوط به اختلال اسکیزوفرنیا، علل و علائم، درمان و پیگیری، پیگیری از عود بود که از منابع معتبر پرستاری در این زمینه انتخاب و توسط ۵ تن از متخصصین پرستاری و روانپزشکی به تایید رسید. توسط پژوهشگر انجام شد. جلسات با بحث گروهی، پرسش و پاسخ و ارائه پمفلت و جزوه همراه بود. بعد از اتمام مطالعه، جزوه آموزشی در اختیار گروه شاهد نیز قرار گرفت. جدول ۱ خلاصه ای از موضوعات آموزش روان شناختی به خانواده ها را نشان می دهد.

یافته‌ها

در این پژوهش ۱۰۰ نفر از مراقبان غیررسمی و اعضای خانواده ی بیماران اسکیزوفرنی شرکت داشتند. که هیچ ریزش نمونه صورت نگرفته و تمام نمونه ها تا پایان مطالعه باقی ماندند. نتایج مطالعه نشان داد که با استفاده از آزمون کای اسکوئر بازه سنی (P=۰/۷۷)، سطح تحصیلات

جدول ۱: محتوای جلسات آموزش روانشناختی خانواده

جلسات	محتوای آموزشی
اول	معارفه اعضاء گروه، معرفی قوانین گروه، هدف از تشکیل جلسات آموزش خانواده، مقدمه درباره اختلال اسکیزوفرنیا و داستان خانواده
دوم	شناخت بیماری و علائم
سوم	درمان و پیگیری (درمان دارویی اختلال اسکیزوفرنیا در مان غیر دارویی اختلال اسکیزوفرنیا و پیگیری)
چهارم	خانواده چگونه می تواند به بیمار کمک کند؟
پنجم	علائم هشدار دهنده ، پیگیری از عود بیماری و روش حل مسئله و تمرین حل مسئله
ششم	بهبود و مباحث خاص، تنظیم اهداف

جدول ۲: ویژگیهای فردی و بیماری مشارکت کنندگان

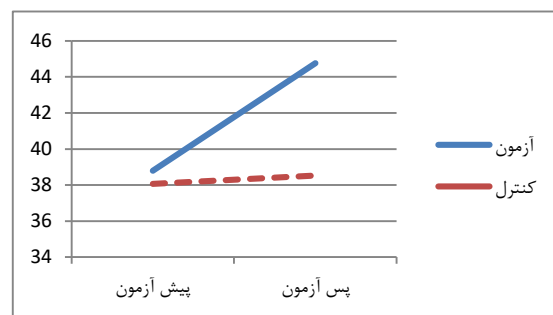
متغیر	مداخله		P
	تعداد (درصد)	کنترل تعداد (درصد)	
تاهل**			۰/۷۷
مجرد	۳۰ (۱۵)	۱۶ (۳۲)	
متاهل	۲۷ (۵۴)	۲۴ (۴۸)	
مطلقه	۵ (۲۵)	۸ (۱۶)	
بیوه	۳ (۶)	۲ (۴)	
بازه سنی**			۰/۷۷
۱۵ تا ۲۴ سال	۵ (۱۰)	۳ (۹)	
۲۵ تا ۳۴ سال	۸ (۱۶)	۱۰ (۲۰)	
۳۵ تا ۴۴ سال	۴ (۸)	۴ (۸)	
۴۵ تا ۵۴ سال	۱۲ (۲۴)	۱۴ (۲۸)	
۵۵ تا ۶۴ سال	۱۴ (۲۸)	۹ (۱۸)	
۶۵ به بالا	۷ (۱۴)	۱۰ (۲۰)	
شغل**			۰/۲۲
خانه دار	۱۳ (۲۶)	۱۰ (۲۰)	
کارمند	۲۳ (۴۶)	۲۲ (۴۴)	
بیکار	۹ (۱۸)	۱۱ (۲۲)	
بازنشسته	۵ (۱۰)	۷ (۱۴)	
تحصیلات**			۰/۵۶
ابتدایی / راهنمایی	۷ (۱۴)	۶ (۱۲)	
دبیرستان و دیپلم	۲۹ (۵۸)	۲۵ (۵۰)	
دانشگاهی	۱۴ (۲۸)	۹ (۱۸)	
جنسیت**			۰/۲۷
مرد	۱۸ (۳۶)	۲۲ (۴۴)	
زن	۲۲ (۴۴)	۲۸ (۵۶)	

* * آزمون کای اسکوئر

جدول ۳. مقایسه میانگین میزان تاب آوری قبل و بعد از مداخله در دو گروه

میزان آوری	تاب	مداخله	کنترل	* p
		انحراف معیار ±	انحراف معیار ±	
		میانگین	میانگین	
قبل از مداخله		۳۸/۸ ± ۹/۹۲	۳۸/۰۶ ± ۶/۴۷	۰/۶۶
بعد از مداخله		۴۴/۷۶ ± ۷/۴۱	۳۸/۵۲ ± ۷/۱۰	≤ ۰/۰۰۱
	**p	≤ ۰/۰۰۱	۰/۴۲	

*آزمون آماری تی مستقل **آزمون آماری تی زوجی



تصویر ۱: XXX

بحث

براساس نتایج حاصل از مطالعه، میانگین میزان تاب آوری در خانواده ی بیماران گروه مداخله بعد از اجرای مداخله نسبت به قبل افزایش پیدا کرد ولی در گروه کنترل تفاوت معنی داری نداشت. بر این اساس می توان گفت که آموزش گروهی روانشناختی خانواده می تواند در ارتقای تاب آوری خانواده بیماران اسکیزوفرنی موثر باشد. از میان مطالعات خارجی انجام شده مطالعه ای که به طور مستقیم، تاثیر آموزش گروهی روانشناختی بر تاب آوری خانواده های بیماران اسکیزوفرنی مورد بررسی قرار دهد، مشاهده نشد بنابراین، با احتیاط بیشتری باید این یافته را مورد بررسی و تبیین قرار داد. شایگان به نقل از Magliano در راستای اثرات مثبت آموزش خانواده ی بیماران اسکیزوفرنی می نویسد: بهبود علایم روانی بیماران اسکیزوفرنی مزمین با اجرای مداخلات آموزشی روانشناختی به خانواده اتفاق می افتد. از طرفی خانواده ها می توانند تجارب خود درمورد برخورد با علایم بیماری را به اشتراک بگذارند و مهارت خانواده ها بالا می رود [۲۵]. Petriwsky و همکاران (۲۰۱۶) فقط استفاده از مداخله ی روانشناختی شعر درمانی را در ارتقای فاکتورهای مراقبین بیماران موثر می دانند [۲۶]. در مطالعه ی Bishop & Greeff (۲۰۱۵)، یکی از عوامل مهمی که در ارتقای تاب آوری مراقبین خانوادگی بیماران روان موثر بود حمایت ای گروهی و آموزش آنان بود [۲۷]. Abdolhadi Hasan et al (۲۰۱۲) در کلینیک های روانپزشکی در اردن مطالعه کار آزمایی بالینی تصادفی شاهد دار با هدف تعیین اثر بخشی آموزش گروهی بر سطح دانش و پیامد های روانشناختی در مبتلایان به اسکیزوفرنیا و مراقبان آنان انجام دادند. در پایان مشاهده شد که گروهی که تحت آموزش قرار گرفته بودند نسبت به گروه مقایسه در میزان عود های بستری در دو نوبت کاهش داشتند [۲۸]. Bernhard و همکاران (۲۰۰۶) نشان داد که مداخله آموزش روانی در بیماران دوقطبی و بستگان آن ها، دانش و اطلاعات بیماران و بستگان

را در مورد بیماری ارتقاء می بخشد. در پیگیری یک ساله ای که انجام شد مشکلات روانی ناشی از مراقبت و ابراز هیجانی بال در بستگان بیمار نیز کاهش یافته بود [۲۹]. Chung و همکاران (۲۰۰۴) با انجام یک مطالعه بر روی خانواده بیماران اسکیزوفرنی به این نتیجه رسیدند که برنامه ی مشاوره گروهی متمرکز می تواند در کاهش علایم روانی خانواده ای بیماران موثر باشد و این مداخله ی پرستاری پیشنهاد می شود [۳۰]. پژوهش Cuipers (۱۹۹۹) نشان داد که، مداخلات خانوادگی می تواند آسایش و رفاه روانی، ارتباط بیمار با بستگان و علایم را بهبود بخشد [۳۱]. Dixon (۱۹۹۹) متقد است مداخلات خانوادگی میتواند رفاه روانی افراد خانواده را نیز بهبود بخشد و با توجه به این که رضایت از زندگی و رفاه روانی، مقیاسهای کیفیت زندگی هستند، این گونه مداخلات می تواند به بهبود کیفیت زندگی بیانجامد [۳۲]. شباهت این پژوهش با مطالعه فعلی در یکی از متغیرهای پژوهش و جامعه پژوهش و تفاوت آن در روش کار و نتایج و اهداف پژوهش می باشد. پژوهشگر از این مطالعه در تنظیم بیان مسئله استفاده نمود. این مطالعه بر ارزیابی اثر بخشی آموزش گروهی بر سطح دانش و پیامد های روانشناختی در مبتلایان به اسکیزوفرنیا انجام شده است اما اثر بخشی آموزش را بر تاب آوری و سازگاری مد نظر قرار نداده است.

همچنین نتایج برخی از مطالعات داخلی قبلی هم راستا با نتایج پژوهش حاضر می باشد. به طور مثال الماسی و همکاران (۱۳۹۵) با انجام مطالعه ای با هدف تعیین تاثیر آموزش مهارت های مقابله با استرس بر تاب آوری مادران دارای فرزند معلول نشان دادند که ۸ جلسه آموزش مهارت های مقابله با استرس برافزایش سطح تاب آوری مادران دارای فرزند معلول تاثیر مثبت و معنی داری دارد [۳۳]. تفاوت های عمده ی دو مطالعه در محتوای آموزشی، مبحث مورد آموزش، جامعه و محیط پژوهش می باشد که در مطالعه حاضر یک مداخله پرستاری بر روی افراد متفاوتی از اعضای خانواده بیماران اسکیزوفرنی و در ۶ جلسه انجام شد. اما از نظر محقق استفاده از روش آموزشی گروهی و همچنین ابزار مشترک می تواند توجیه کننده نتایج یکسان و اثربخش بودن مداخلات هر دو مطالعه بر ارتقاء تاب آوری باشد. صادقی و همکاران (۱۳۹۵) با انجام مطالعه ای تحت عنوان بررسی تاثیر آموزش الگوی خانواده سالم بر تاب آوری مادران دارای کودکان اختلال طیف اوتیسم به این نتیجه رسیدند که آموزش خانواده یک روش مداخله ای مناسب برای ارتقای تاب آوری آنان است [۱۶]. مهر آفرید و همکاران (۱۳۹۴) یک مطالعه تحت عنوان تاثیر آموزش مثبت اندیشی بر سخت رویی، تاب آوری و فرسودگی شغلی زنان پرستار انجام دادند که نتایج آن حاکی از این بود که مداخله های آموزشی روانشناختی می توانند در افزایش تاب آوری و نهایتاً کاهش فرسودگی موثر باشند [۳۴]. در این دو مطالعه مادران و پرستاران مورد نظر بوده اند و نوع مداخله هم متفاوت است. در مطالعه ی حاضر تاکید بر همه افراد خانواده بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی می باشد. ناعمی در سال ۱۳۹۴ پژوهشی را با عنوان اثربخشی آموزش خانواده محور بر سلامت روان و تاب آوری زنان دارای همسر معتاد انجام داد. برنامه آموزش خانواده محور به مدت ۸ هفته، هر هفته یک جلسه به مدت ۹۰ دقیقه برای گروه آزمایش انجام شد. یافته های پژوهش نشان داد که آموزش خانواده محور بر افزایش سلامت روان و تاب آوری زنان دارای همسر معتاد تاثیر مثبت و معناداری داشته است. بنابراین، شرکت زنان دارای همسر معتاد در دوره های آموزشی خانواده

روانشناختی ناشی از آن بر روی اعضای خانواده (افسردگی، خستگی، اضطراب و ناامیدی و کاهش تاب آوری) دارند و از آنجا به بعد خانواده و نیازهای اعضای خانواده بیشتر مورد غفلت قرار می‌گیرد. همچنین روشهای غیردارویی به عنوان مداخلات پرستاری کمتر برای آنان مورد استفاده واقع می‌شود و عموماً درمانی که پیشنهاد می‌گردد درمان دارویی می‌باشد. اقدامات معمول و حاضر مانند استفاده از داروها بسیار پر عارضه و هزینه بر هستند، بدیهی است پرستاران آشنا با مشکلات روانشناختی بیماران و خانواده‌های آنها می‌توانند با اجرای این مداخلات و همچنین آموزش آنها به خانواده بیماران گامی را در راستای اجرای پرستاری جامع‌نگر و کمک به این مقوله‌ی مهم بردارند.

سپاسگزاری

این مطالعه بخشی از پایان نامه کارشناسی ارشد مصوب در تاریخ ۱۳۹۶/۱/۳۱ در دانشکده‌ی پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران و مصوب در مرکز کارآزمایی بالینی ایران با کد IR.tums.fnm.REC.1396.2103 می‌باشد که در بیمارستان روزبه تهران انجام گردید. لذا از تحصیلات تکمیلی دانشگاه و همکاری صمیمانه‌ی ریاست و مدیریت محترم پرستاری بیمارستان روزبه و بیماران محترم و خانواده‌های آنان که بدون همکاری آنها این تحقیق ممکن نبود نهایت سپاسگزاری به عمل می‌آید.

تضاد منافع

در این مطالعه هیچگونه تضاد منافع وجود نداشت

محور می‌تواند موجب افزایش سلامت روان و تاب آوری آن‌ها شود [۲۵]. شباهت این پژوهش با مطالعه فعلی در نوع پرسشنامه، نوع متغیر مورد بررسی و تفاوت آن در جامعه پژوهش بود. پژوهشگر در مطالعه حاضر از پرسشنامه این تحقیق (پرسشنامه تاب آوری کانر و دیویدسون) استفاده کرد. شباهت این پژوهش با مطالعه فعلی در نوع آموزش، جامعه پژوهش، نوع متغیر مورد بررسی، تفاوت آن در نتایج و اهداف پژوهش می‌باشد. پژوهشگر از این مطالعه در انتخاب روش کاری و نحوه انتخاب نمونه‌ها استفاده کرد. این مطالعه تاثیر آموزش روانشناختی را بر میزان افسردگی، اضطراب و استرس مراقبین خانوادگی بیماران روانی می‌باشد اما تاثیر آموزش روانشناختی بر سازگاری و تاب آوری خانواده را مد نظر قرار نداده است.

نتیجه‌گیری

انجام مداخله‌ی ۶ جلسه‌ای آموزش گروهی روانشناختی خانواده می‌تواند در ارتقای تاب آوری خانواده بیماران اسکیزوفرنی موثر باشد. این بدین معنی است که این طرح درمانی به عنوان یک مداخله پرستاری و یک روش غیردارویی می‌تواند در افزایش و بهبود تاب آوری کمک کننده باشد. بسیاری از اعضای خانواده بیماران روان به ویژه در بیماری اسکیزوفرنی بدنیاال ابتلای یکی از اعضای خانواده‌ی خود به شدت تحت تاثیر قرار گرفته و در بسیاری از جنبه‌های زندگی دچار مشکل می‌شوند و حتی عملکرد اجتماعی‌شان پایین آمده و در مراقبت از بیمار خود ناتوانند. این افراد اطلاعات کمی درباره بیماری و عوارض

References

- Fadaei F. Comparative Study of Educational-Therapeutic and Psychiatric Treatment Units on the Type of Diagnosis and Treatment Therapy in Schizophrenic Patients in Razi Psychiatric Hospital. *J Islamic Azad Univ.* 2013;23(4):250-6.
- Fallahikhoshknab M, Qorbani M, Fadaei F, Rahmani Anaraki H, Sayesh H. the effect of poetry therapy group on communication skills of schizophrenia patients. *J Urmia Nurs Midwifery Fac.* 2016;13(11):919-27.
- Sadock B. Kaplan Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences. [M. Ganji, Persian Trans]. Tehran: Savalan; 2015.
- Halder S, Mahato AK. Cognitive Impairment in Schizophrenia: An Overview of Assessment and Management. 2015.
- Akbari M, Saeidi S. The Effectiveness of Psychosocial Rehabilitation in Reducing Negative Symptoms and Improving Social Skills of Chronic Schizophrenia Patients. *Shenakht J Psychol Psychiatry.* 2017;4(3):21-35.
- Haghighoo A, Zoladl M, Afroughi S, Rahimian H, Saeid Mirzaee M. Assessment of the Burden on Family Caregivers of Patients with Mental Disorders Hospitalized in Shahid Rajai Hospital in Yasuj. *Iran J Psychiatr Nurs.* 2017;5(2):39-44.
- Fredman SJ, Baucom DH, Boeding SE, Miklowitz DJ. Relatives' emotional involvement moderates the effects of family therapy for bipolar disorder. *J Consult Clin Psychol.* 2015;83(1):81-91. doi: 10.1037/a0037713 pmid: 25198285
- Hunt TK, Caldwell CH, Assari S. Family Economic Stress, Quality of Paternal Relationship, and Depressive Symptoms among African American Adolescent Fathers. *J Child Fam Stud.* 2015;24(10):3067-78. doi: 10.1007/s10826-015-0112-z pmid: 26617454
- Karimirad M, Seyedfatemi N, Noghani F, Amini E, Kamali R. Resilience of Family Caregivers of People with Mental Disorders in Tehran, Iran. *Iranian Journal of Nursing Research (IJNR).* 2018;13(1):56-62.
- Voss C, Tasmania C, editors. Hope, Empowerment, Resilience and Outcomes for Carers. Carers NSW Biennial Conference; 2011; New South Wales, Australia.
- Zauszniewski JA, Bekhet AK, Suresky MJ. Resilience in family members of persons with serious mental illness. *Nurs Clin North Am.* 2010;45(4):613-26. vii. doi: 10.1016/j.cnur.2010.06.007 pmid: 20971340
- Hasanzadehpashang S, Zare H, Pourahmad A. to evaluate the effectiveness of training of coping with stress on resilience, anxiety, depression and stress in patients with SCI. *J Jahrom Univ Med Sci.* 2012;10(20):22.
- Khoshnazari S, Hosseini M, Fallahikhoshknab M, Bakhshi E. The effect of emotional intelligence training on nurses resistance in department of psychiatry. *Iran J Psychiatr Nurs.* 2015;3(4):28-37.
- Niadekan M, Hassan S, Yegane Rastekenari MR, Paryad E, Roshan A-e. Needs of Caregivers of Patients with Head Trauma after Discharge And Level of its Fulfillment. *J Holist Nurs Midwifery.* 2016;26(2):79-89.
- Ghaffari F, Fotokian Z, Rostami M, Meskini L. Analytical on effect of Resilience interventions on Mental Health in Family Caregivers of Elderlies with Alzheimer's disease: A review literature. *Clin Excel J.* 2017;7(1):13-21.
- Sadeghi M, Ghadampour E, Esmaeili A. The effect of healthy family model training on resiliency mothers of

- children with autism spectrum disorder. *J Counsel Research*. 2015;15(60):84-99.
17. Tababaeimotlagh M, Mottaghipour Y. *Schizophrenia training guide*. Tehran: Gisapublication; 2015.
 18. Carr A. *Family therapy: Concepts, process and practice*: John Wiley & Sons; 2012.
 19. Rahmani F, Ebrahimi H, Ranjbar F, Asghari E. The effect of group psychoeducational program on attitude toward mental illness in family caregivers of patients with bipolar disorder. *J Hayat*. 2016;21(4):65-79.
 20. Dalvand H, Rassafiani M, Bagheri H. Family Centered Approach: A literature the review. *J Mod Rehabil*. 2014;8(1):1-9.
 21. Bakhshi A. The effect of the family-centered supported interventions on Resilience and Quality of life among family caregivers of patients with advanced heart failure at Rajaei Cardiovascular, Medical and Research center. Tehran: Iran University of Medical Sciences; 2017.
 22. Connor KM, Davidson JR. Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depress Anxiety*. 2003;18(2):76-82. doi: 10.1002/da.10113 pmid: 12964174
 23. Nasiir M. The Relationship strategies coping with stress and resilience with optimism in female high school students in Dezful city. *J Soc Psychol*. 2010;5(16):55-68.
 24. Salimi S, Pakpour V, Feizollahzadeh H, Rahmani A. Resilience and its association with the intensive care unit nurses' intention to leave their profession. *J Hayat*. 2017;23(3):254-65.
 25. Shaygan M, Sharif F. The Impact of Psycho-Educational Groups on Caregivers of Schizophrenic Patients on Their Symptoms. *J Urmia Fac Nurs Midwifery* 2012;11(2):147-53.
 26. Petriwskyj A, Parker D, O'Dwyer S, Moyle W, Nucifora N. Interventions to build resilience in family caregivers of people living with dementia: a comprehensive systematic review. *JBIC Database System Rev Implement Rep*. 2016;14(6):238-73. doi: 10.11124/JBISRIR-2016-002555 pmid: 27532659
 27. Bishop M, Greeff AP. Resilience in families in which a member has been diagnosed with schizophrenia. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2015;22(7):463-71. doi: 10.1111/jpm.12230 pmid: 26112032
 28. Hasan AA, Callaghan P, Lymn JS. Evaluation of the impact of a psycho-educational intervention for people diagnosed with schizophrenia and their primary caregivers in Jordan: a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*. 2015;15(1):72. doi: 10.1186/s12888-015-0444-7 pmid: 25885432
 29. Bernhard B, Schaub A, Kummeler P, Dittmann S, Severus E, Seemuller F, et al. Impact of cognitive-psychoeducational interventions in bipolar patients and their relatives. *Eur Psychiatry*. 2006;21(2):81-6. doi: 10.1016/j.eurpsy.2005.09.007 pmid: 16380236
 30. Chung SA, Yang S. [The effects of solution-focused group counseling program for the families with schizophrenic patients]. *Taehan Kanho Hakhoe Chi*. 2004;34(7):1155-63. pmid: 15687756
 31. Pim C. The effects of family interventions on relatives' burden: A meta-analysis. *J Ment Health*. 1999;8(3):275-85.
 32. Dixon L. Providing services to families of persons with schizophrenia: present and future. *J Ment Health Policy Econ*. 1999;2(1):3-8. pmid: 11967401
 33. Almasi A. The Effectiveness of Stress Coping Training on Resilience of Mothers with Disabled Children. *Sci J Kurdistan Univ Med Sci*. 2016;21:34-42.
 34. Mehafarid M, Khakpour M, Jajarmi M. Effectiveness of positive thinking training on hardiness & resilience and Job burnout in women nurses. *J Nurs Educ*. 2015;4(1):72-83.
 35. Naemi A. The Effectiveness of Family-Based Education on Mental Health and Resilience Women with addicted spouse. *J Women Dev Pol*. 2016;13(1):41-52.