

ارزیابی اثربخشی گروه درمانی آموزشی - روانی بر ارتقای سلامت عمومی خانواده‌های بیماران مبتلا به اختلالات دو قطبی: یک مطالعه پایلوت

امیرحسین مجرد کاهانی^۱، غزاله سلطانیان*

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: مراقبین خانوادگی بیماران روان در واقع اساس سیستم مراقبت‌های بهداشتی - درمانی می‌باشند و مراقبت از بیمار مبتلا به اختلال روان پزشکی مسؤولیتی است که فشار و استرس زیادی برای اعضای خانواده به همراه دارد. پژوهش حاضر با هدف، بررسی اثربخشی گروه درمانی آموزشی - روانی بر ارتقای سلامت عمومی خانواده بیماران مبتلا به اختلالات دو قطبی انجام شد.

مواد و روش‌ها: این پژوهش یک طرح شبه آزمایشی با گروه شاهد و انتخاب تصادفی بود. در این پژوهش، ۶ نفر به عنوان گروه آزمایش و ۹ نفر به عنوان گروه شاهد شرکت داشتند. کلیه شرکت کنندگان که اعضای خانواده بیماران مبتلا به اختلالات دو قطبی را تشکیل می‌دادند، پرسش‌نامه سلامت عمومی (General health questionnaire یا GHQ - ۲۸) را تکمیل نمودند. گروه آزمایش به مدت ۱۲ جلسه در جلسات گروه درمانی آموزشی - روانی شرکت داشتند، ولی گروه شاهد در این مدت هیچ گونه مداخله‌ای دریافت نکردند. همچنین به منظور تحلیل داده‌ها از آزمون ANCOVA استفاده شد.

یافته‌ها: افزایش معنی داری در میانگین نمره سلامت عمومی گروه آزمایش مشاهده گردید ($P < ۰/۰۰۱$).

نتیجه‌گیری: گروه درمانی آموزشی - روانی می‌تواند سطح سلامت عمومی خانواده‌های بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی را بهبود بخشد.

کلید واژه‌ها: گروه درمانی آموزشی - روانی، سلامت عمومی، خانواده، اختلالات دو قطبی

ارجاع: مجرد کاهانی امیرحسین، سلطانیان غزاله. ارزیابی اثربخشی گروه درمانی آموزشی - روانی بر ارتقای سلامت عمومی خانواده‌های بیماران مبتلا به اختلالات دو قطبی: یک مطالعه پایلوت. پژوهش در علوم توانبخشی ۱۳۹۱؛ ۸ (۸): ۱۳۰۴-۱۲۹۶.

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۱/۱۲/۱

تاریخ دریافت: ۱۳۹۱/۷/۱۷

بیماری دو قطبی، ششمین عامل ناتوانی در سراسر دنیا در گروه سنی بزرگسالان جوان محسوب می‌شود (۳). همچنین مطالعات مختلف بیانگر هزینه اجتماعی بالایی است که بر اثر این بیماری بر مراقبان بیمار و نیز خود بیمار (به صورت کاهش قدرت کارایی و مولد بودن) تحمیل می‌شود (۷-۴). یکی از اهداف سازمان بهداشت جهانی (WHO) یا

مقدمه

اختلال دو قطبی بیماری مزمن پیچیده‌ای است که مشخصه آن، دوره‌های تکرار شونده افسردگی و مانیا (Mania) یا هیپومانیا (Hypomania) می‌باشد (۱). این اختلال در جامعه شایع است؛ به گونه‌ای که شیوع طیف اختلالات دو قطبی در کل دوره زندگی بین ۲/۸ تا ۶/۵ درصد مطرح می‌شود (۲).

* دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه روانشناسی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران (نویسنده مسؤول)

Email: ghazalesoltanian@gmail.com

۱- کارشناسی ارشد، روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران

می‌تواند از کیفیت مراقبت آرایه شده کاسته و از سوی دیگر سلامت جسمانی و روانی مراقبان را نیز به مخاطره اندازد. از این رو، برخی مداخلات درمانی مانند آموزش، حمایت و روان‌درمانی می‌تواند تأثیر چشمگیری در کاهش افسردگی، اضطراب، استرس و کاهش بار روانی مراقبین خانوادگی داشته باشد تا از همین طریق زمینه را برای افزایش کیفیت مراقبت فراهم نموده و هم بتواند سطح سلامت جسمانی و روانی مراقبین را ارتقا بخشد (۱۴). عوامل زیادی در شکل‌گیری و گسترش پدیده آموزش روانی خانواده نقش دارند. یکی از عوامل مهم دخیل در این قضیه، ایجاد مراکز بهداشت روانی مبتنی بر جامعه در سال ۱۹۶۳ به دنبال جنبش مؤسسه‌زدایی بوده است. مهم‌ترین علت شکست جنبش مؤسسه‌زدایی آن بود که مسؤلیت عمده مراقبت از بیماران روانی از بیمارستان‌ها به خانواده منتقل گردید. در این راستا، Goldman (به نقل از Honea و همکاران و Gutierrez-Maldonado) خاطر نشان کرد که اکثر بیماران مرخص شده‌ای که به کانون خانواده بازگشتند، بیماران مزمن روانی بودند و به همین دلیل مراقبت از عضو بیمار خانواده، بدون اطلاعات کافی یا مهارت‌های لازم کار دشواری بود (۱۶، ۱۵). پژوهش‌های مختلفی تصدیق می‌کنند که مشارکت آگاهانه خانواده‌ها از خدمات بهداشت روانی پیش‌آگهی بیماری را بهبود بخشیده، توانایی سازگاری بیمار و نیز کیفیت زندگی فرد بیمار، خانواده و مراقبان را ارتقا می‌دهد و با احتساب این که به طور متوسط در هر خانواده چندین نفر با این بیماران درگیر هستند، اهمیت مداخلات آموزش روانی خانواده معلوم می‌شود (۱۸، ۱۷). بنابراین آموزش بیمار و خانواده در اولویت برنامه‌های بهداشتی مبتنی بر جامعه در جهان قرار داده شد. با توجه به مطالب ذکر شده، پژوهش حاضر به منظور ارزیابی اثربخشی گروه درمانی آموزشی-روانی بر سلامت عمومی خانواده‌های بیماران مبتلا به اختلالات دو قطبی انجام شد.

مواد و روش‌ها

طرح پژوهش

طرح کلی پژوهش با توجه به اهداف آن از نوع شبه تجربی بود

World Health Organization) در ارتقای سلامت روان و درمان بیماری‌های روانی تا سال ۲۰۱۶، 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 (۸). بیش از ۶۰ درصد مددجویانی که از مؤسسات روانی مرخص می‌شوند، به خانواده اصلی خود بر می‌گردند (۹). خانواده افراد مبتلا به بیماری‌های شدید روانی مسؤلیت زیادی در مهیا کردن مراقبت و حمایت از بستگان خود در طول دوره طولانی درمان دارند، به طوری که تعداد زیادی از این بیماران دهه‌ها و سال‌ها نیازمند حمایت هستند. تعداد زیادی از این خانواده‌ها تجربه زیادی از استرس و دلزدگی دارند که بر روی سلامت این افراد اثر می‌گذارد (۱۰).

در خانواده فرد مبتلا به اختلال روانی تغییراتی روی می‌دهد که سبب می‌شود سایر افراد خانواده نیز نتوانند به حداکثر توانایی خود در زمینه شغلی، اجتماعی یا فعالیت تفریحی دست یابند. این خانواده‌ها اغلب مجبور هستند که قسمت عمده‌ای از وقت خود را صرف مراقبت از عضو مبتلا کنند، به علاوه در این خانواده‌ها واهمه همیشگی در مورد احتمال عود بیماری و ایجاد تغییرات ناگهانی و غیر قابل انتظار در زندگی اعضای خانواده وجود دارد (۱۱). علاوه بر این، در کشور ما که تنها منابع حمایتی بیماران، خانواده‌ها و مراکز بستری کوتاه مدت هستند و نقش اصلی مراقبت و درمان را خانواده به عهده دارد و در صورت عود بیماری در مراکز بیمارستانی بستری می‌گردند و دوباره به خانواده بازگردانده می‌شوند، این فشار و استرس پررنگ‌تر و شدیدتر است. تحقیقات موجود نشان می‌دهد که تنوع و شدت نقش‌های مراقبتی ممکن است منجر به مشکلات روانی در مراقبین خانوادگی بیمار گردد (۱۲). اگر این افراد بدون درمان و مداخله رها شوند، سطح سلامت جسمانی و روانی‌شان به عنوان بیماران پنهان کاهش می‌یابد (۱۳).

بار روانی تحمیل شده ناشی از مراقبت یک بیمار روانی

۹ نفر بود. لازم به ذکر است، معیارهای ورود به مطالعه عبارت از: ۱- جامعه آماری این پژوهش شامل خانواده بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی بود که بیمارشان، آخرین بار در بیمارستان روان پزشکی ابن سینای مشهد بستری شده باشد. ۲- منظور از خانواده بیمار، پدر، مادر، همسر و یا خواهر و برادری است که با بیمار رابطه نزدیکی داشته و مراقب اصلی او بوده باشد. ۳- تمام شرکت کنندگان بین سنین ۲۵ تا ۶۰ سال سن داشتند. ۴- سابقه بیماری روان پزشکی و بستری شدن نیز نداشته باشند. ۵- همچنین داوطلب شرکت در جلسات آموزشی روانی گروهی باشند.

روند اجرای پژوهش

پس از انتخاب نمونه و انتخاب تصادفی آزمودنی‌ها در گروه آزمایش و شاهد، ۶ 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 ۹ نفر گروه شاهد پس از پیش‌آزمون در این مدت هیچ گونه مداخله‌ای دریافت نکردند [گروه آزمایش و شاهد در پیش‌آزمون در طی یک جلسه پرسش‌نامه سلامت عمومی (General health questionnaire) یا GHQ) را تکمیل نمودند]. ۵ 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 دوباره آزمون گرفته شد و بعد از تحلیل نتایج و معلوم شدن اثربخش بودن این مداخلات در برخی زمینه‌ها برای گروه آزمایش، به لحاظ اخلاقی، از گروه شاهد 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 علائم و نشانه‌های بیماری اختلال دو قطبی و مرتبط ساختن آن با ملاک‌های تشخیصی این بیماری، بحث گروهی در مورد مهارت‌های گفتگو با بیمار، چگونگی برخورد با بیمار، اثر برچسب بر تجربه خانواده بیمار روانی، مهارت‌های ارتباطی، حل مسأله، مدیریت خشم و مدیریت استرس بود (۲۳-۲۱).

که با گروه شاهد و انتخاب تصادفی همراه با پیش‌آزمون و پس‌آزمون اجرا شد. متغیر مستقل، آموزش روانی بود که فقط در گروه آزمایش اعمال گردید و تأثیر آن بر نمرات پس‌آزمون افراد گروه آزمایش نسبت به گروه شاهد، مورد مقایسه قرار گرفت.

آزمودنی‌ها

جامعه آماری پژوهش شامل خانواده‌های بیماران دو قطبی بستری در بیمارستان روان پزشکی ابن سینا مشهد در سال ۱۳۹۰ بودند. کارشناسان آمار برای طرح‌های آزمایشی حجم نمونه ۴ تا ۱۲ نفر را پیشنهاد داده و آن را کافی می‌دانند، ولی طبیعی به نظر می‌رسد که با نمونه بیشتر قدرت تعمیم‌پذیری آن بیشتر می‌شود (۲۰، ۱۹).

نمونه

روش نمونه‌گیری در این پژوهش از نوع در دسترس بود. ابتدا به روان‌شناسان هر بخش بیمارستان روان پزشکی ابن سینا 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 ثبت‌نامی خانواده‌ها که شامل مشخصات بیمار، نسبت با بیمار، سن، جنس، میزان تحصیلات، 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 ۵۶ خانواده تماس تلفنی حاصل شد که از این تعداد ۱۸ خانواده حاضر به همکاری شدند و به طور تصادفی به دو گروه آزمایش و شاهد تقسیم گردیدند و هنگامی که از گروه آزمایش دعوت شد که در جلسات حاضر شوند، ۶ نفر از آنها حاضر به همکاری شدند. حجم نمونه در این پژوهش برای گروه آزمایش ۶ نفر و برای گروه شاهد نیز

ابزار

ابزار جمع‌آوری داده‌ها در این پژوهش، پرسش‌نامه سلامت عمومی (GHQ-28) بود. پرسش‌نامه سلامت عمومی، توسط Hiller و Goldberg در سال ۱۹۷۹ طراحی و تدوین شده است (۲۴) و یکی از شناخته شده‌ترین ابزارهای غربالگری در روان‌پزشکی می‌باشد (۲۵). این پرسش‌نامه دارای ۲۸ سؤال چهار گزینه‌ای است و چهار مؤلفه علایم جسمانی، علایم اضطراب و اختلال خواب، اختلال در کارکرد اجتماعی و علایم افسردگی را می‌سنجد که هر مؤلفه ۷ پرسش دارد. روش نمره‌گذاری پرسش‌نامه سلامت عمومی بدین ترتیب است که بر اساس مقیاس لیکرت از گزینه الف تا د به ترتیب نمره صفر، یک، دو و سه تعلق می‌گیرد. در نتیجه نمره فرد در هر یک از خرده مقیاس‌ها از صفر تا ۲۱ و در کل پرسش‌نامه از صفر تا ۸۴ خواهد بود. در این پرسش‌نامه نمره کمتر بیانگر سلامت عمومی بهتر است (۲۶). تقوی پایایی این پرسش‌نامه را به روش بازآزمایی، دو نیمه کردن و Cronbach's alpha

به ترتیب ۰/۷۰، ۰/۹۳ و ۰/۹۰ گزارش نموده است. همچنین ضریب همبستگی خرده مقیاس‌های این پرسش‌نامه با نمره کل، بین ۰/۷۲ تا ۰/۸۷ بوده است (۲۷). تجزیه و تحلیل داده‌ها توسط نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۱۶ (version 16, SPSS Inc., Chicago, IL) صورت گرفت. در محاسبات آماری از روش‌های آمار توصیفی و تحلیلی و برای مقایسه نتایج نمرات در پیش‌آزمون و پس‌آزمون از آزمون ANCOVA استفاده شد.

یافته‌ها

در ابتدا به مرور ویژگی‌های جمعیت‌شناختی گروه آزمایش و شاهد پرداخته می‌شود (جدول ۱ تا ۳). همان‌طور که از این جداول استنباط می‌شود، تعداد شرکت کنندگان زن، ۴۶ درصد و تعداد شرکت کنندگان مرد، ۵۴ درصد کل شرکت کنندگان را تشکیل می‌دهند. یافته‌ها نشان می‌دهد که ۲۰ درصد از مراقبین همسران، ۶۶ درصد والدین، ۱۴ درصد خواهر یا برادر آنان

جدول ۱. فراوانی سن گروه آزمایش و شاهد به تفکیک جنسیت (گروه ۱=آزمایش، گروه ۲=شاهد)

سن (سال)	۲۰-۳۰		۳۰-۴۰		۴۰-۵۰		۵۰-۶۰		کل
	گروه ۱	گروه ۲	گروه ۱	گروه ۲	گروه ۱	گروه ۲	گروه ۱	گروه ۲	
زن	۰	۰	۲	۲	۱	۲	-	-	۷
مرد	۱	۱	-	۲	۱	۲	۱	-	۸
کل	۱	۱	۲	۴	۲	۴	۱	۰	۱۵

جدول ۲. فراوانی نسبت مراقبان با بیمار در گروه آزمایش و شاهد

نسبت	همسر	پدر	مادر	خواهر/ برادر	کل
گروه آزمایش	۲	۲	۱	۱	۶
گروه شاهد	۱	۴	۳	۱	۹
کل	۳	۶	۴	۲	۱۵

جدول ۳. میزان تحصیلات گروه آزمایش و شاهد

گروه	تحصیلات	ابتدایی	راهنمایی	دیپلم	لیسانس	کل
گروه آزمایش	۱	۳	۲	-	۰	۶
گروه شاهد	۲	۳	۲	۲	۲	۹
کل	۳	۶	۴	۲	۲	۱۵

فشار روانی، آموزش مهارت‌های ارتباطی، اداره و کنترل رفتار آشفته بیمار و اطلاع از مراکز کمک‌رسانی و مقابله با بحران‌ها در ارتباط با بیماری بیمار خویش را می‌آموزند و همین امر می‌تواند منجر به کاهش احساس داغ یا ننگ بیماری و بهبود روابط خانواده و در نتیجه کاهش میزان بار یا فشار روانی ناشی از مراقبت از بیمار گردد. پژوهش‌ها نشان می‌دهد که خانواده، در بازگشت علایم بیماری مؤثر است و محیط‌های تنش‌زای خانواده که هیجان بالایی نسبت به بیمار خویش بروز می‌دهند، موجب عود علایم بیمار می‌شود (۲۹) و مشکلات روانی در یک عضو از خانواده تهدیدی برای کل نظام خانواده محسوب شده و خانواده را با غم و رنج زیادی همراه می‌سازد (۳۰)، با این حال افزایش توانایی خانواده در مدیریت فشار روانی ناشی از بیماری می‌تواند کمک شایانی به کاهش فشارهای روانی ناشی از بیماری نماید.

آموزش روانی در تأمین هر چه بیشتر سلامت روانی مراقبین خانوادگی و نقش آنان در ارایه مراقبت‌های با کیفیت بهتر به بیماران روانی در خانواده مؤثر است. خانواده‌ها به واسطه درک دانش، توانایی و مهارت‌های مراقبت از فرد مبتلا، می‌توانند اثری مثبت یا منفی در روند بیماری داشته باشند، به همین دلیل یک راهبرد عمده، کمک به خانواده‌ها در درک بیماری، تشویق آنان به همکاری و استفاده از داروها، شناسایی زود هنگام علایم عود و حصول اطمینان از حل سریع بحران‌ها است. توانمندسازی اعضای خانواده در آگاهی‌افزایی از نشانه‌های هشدار دهنده بازگشت علایم و اطلاع از اعضای تیم درمان، حتی اگر علایم بیماری نیز بازگردد، می‌تواند به گونه‌ای مؤثر از عودهای بعدی در اختلال روانی دوره‌ای پیشگیری نماید (۳۱). استدلال بر این است که کاهش استرس، اضطراب و افسردگی مراقبین خانوادگی از

بودند و در زمینه تحصیلات مراقبین، ۲۰ درصد ابتدایی، ۴۰ درصد راهنمایی، ۲۶ درصد دیپلم و ۱۴ درصد لیسانس بودند. نمرات در پیش‌آزمون و پس از آزمون با آزمون ANCOVA انجام شد که در جدول ۴ گزارش شده است. با قرار دادن نمرات پیش‌آزمون سلامت عمومی به عنوان کوواریانس، پس‌آزمون دو گروه با هم مقایسه شدند و با توجه به نتایج به دست آمده از جدول ۴ ($P < 0.001$)، تفاوت بین گروه آزمایش و شاهد معنی‌دار می‌باشد و می‌توان گفت که گروه درمانی - آموزشی روانی می‌تواند سلامت عمومی مراقبان بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی را بهبود بخشد. به طور کلی نتایج حاصل از آزمون ANCOVA نشان داد که گروه درمانی - آموزشی روانی می‌تواند به افزایش معنی‌دار سطح سلامت عمومی در خانواده بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی بیانجامد.

بحث

این پژوهش با هدف ارزیابی اثربخشی گروه درمانی - آموزشی روانی بر ارتقای سلامت عمومی در خانواده بیماران مبتلا به اختلالات دو قطبی انجام شد. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت، هنگامی که اعضای خانواده، اطلاعات جزئی یا هیچ اطلاعاتی از بیماری روانی ندارند یا بر این باور هستند که ممکن است آن‌ها نیز دچار بیماری روانی شوند، فشارهای وارد شده بر خانواده دو چندان می‌شود (۲۸). خانواده‌هایی که در این جلسات شرکت می‌کنند، نسبت به خانواده‌های گروه شاهد که هیچ گونه مداخله‌ای دریافت نمی‌کنند، علاوه بر کسب اطلاعات در مورد اختلال دو قطبی، راهکارهای سودمندی از قبیل جلب مشارکت خانواده در برنامه درمان و بازتوانی، آموزش مهارت حل مسأله، آشنایی با اهمیت موضوع مقابله با

جدول ۴. مقایسه میانگین‌های سلامت عمومی دو گروه آزمایش و شاهد

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری
کوواریانس (پیش‌آزمون)	۵۶۸/۲۰۸	۱	۵۶۸/۲۰۸	۵۸/۱۳۳	۰/۰۰۱
بین گروهی	۷۳۰/۰۸۲	۱	۷۳۰/۰۸۲	۷۴/۶۹۴	۰/۰۰۱
درون گروهی	۱۱۷/۲۹۲	۱۲	۹/۷۷۴		
کل	۱۳۱۶۸/۰۰۰	۱۵			

ماهیت بیماری به دست آورده و با ایجاد شرایط مطلوب خانوادگی از عود بیماری پیشگیری نماید (۳۶). اهداف مشترک مداخلات آموزش روانی خانواده‌ها عبارت از: ارائه اطلاعات در مورد بیماری، حمایت عاطفی بیماران و خانواده‌ها، تقویت آن‌ها به منظور پیروی از درمان، پیشگیری از عود، اجتناب از استفاده مواد مخدر و الکل، درمان اضطراب و بی‌خوابی، مقابله با اختلالات کارکردی و پیشگیری از خودکشی می‌باشد (۳۷).

Fristad و همکاران بر این باور بودند که آموزش روانی خانواده می‌تواند میزان بقای بیماران را افزایش دهد. همچنین نبود توافق، هماهنگی و همکاری در خانواده‌ها یا مراقبین فرد مبتلا، میزان مشکلات رفتاری را بیشتر می‌کند، کیفیت عملکرد خانوادگی را پایین می‌آورد و با سطوح پایین‌تر حل مسأله در خانواده و نبود کارایی والد-فرزندی همراه است. پیش‌بینی می‌شود که با افزایش هماهنگی و همکاری در خانواده بتوان استرس در محیط خانه را کاهش داد و از این رو به کمتر شدن علائم در فرد کمک نمود. بررسی‌های دیگری نیز نشان داده‌اند که هر چه افراد از بیماری و اثرات آن بر روی زندگی شخصی و زندگی سایرین آگاهی بیشتری داشته باشند، کنترل بیشتری بر بیماری پیدا می‌کنند. به بیان دیگر، با به کارگیری دانش و شیوه‌های مناسب، حملات اختلال‌های روانی کمتر شده و شدت و طول مدت بیماری نیز کاهش می‌یابد (۳۸). بر خلاف تشریح و اثبات اثربخشی مداخلات خانوادگی کوتاه مدت در جهان، در ایران تحقیقات بسیار اندکی در این مورد انجام شده است. با توجه به نقش خانواده و مراقبین خانوادگی در ارائه حمایت و مراقبت از بیماران با مشکلات جسمانی و روان‌شناختی در فرهنگ اسلامی ایرانی ما و عدم وجود سیستم‌های حمایتی و آموزشی مناسب برای مراقبین خانوادگی در نظام سلامت کشور، ضرورت انجام پژوهش‌های مداخله‌ای و تجربی با هدف گنجاندن برنامه‌های آموزش روانی، به شدت احساس می‌شود.

محدودیت‌ها

هر طرح پژوهشی دارای محدودیت‌های ویژه‌ای است و میزان درستی در تفسیر نتایج باید در پرتو این محدودیت‌ها مورد

یک سو و افزایش دانش مراقبتی آنان از بیماران روانی در خانواده از سوی دیگر، باعث بهبود کیفیت خدمات درمانی و مراقبتی شده که خود منجر به افزایش کیفیت زندگی مراقبین می‌گردد و باعث بهبود روابط آنان با بیمار روانی می‌شود و بیماران می‌توانند در کنار خانواده‌های خود به سر برده و از زندگی طبیعی بهره‌مند گردند. با توجه به آنچه گفته شد، به نظر می‌رسد مراقبت از بیماران روانی شدید مانند اسکیزوفرنیا (Schizophrenia) و اختلالات خلقی مسؤولیتی است که فشار و استرس زیادی برای اعضای خانواده به همراه دارد و کیفیت زندگی را در این افراد کاهش می‌دهد. تردیدی وجود ندارد که فشارها و استرس‌های خانوادگی می‌تواند خطر عود را نیز در بیمار افزایش دهد. بنابراین کمک به خانواده برای سازگاری بهتر با مشکلات و مسایل مربوط به بیمار، می‌تواند هم برای خود افراد و هم برای بیماران مفید و مثمر ثمر باشد (۳۲).

نتیجه‌گیری

با وجود توسعه و گسترش مطالعات تحقیقی طی سه دهه اخیر، نیاز فوری و جدی برای تقویت و افزایش چنین پژوهش‌هایی به ویژه در زمینه توسعه، طراحی و ارزیابی راهبردهای مداخله‌ای خانوادگی اثربخش وجود دارد. همچنین نیاز مستمر به بهبود و ارتقای سطح خدمات روان‌پزشکی ارائه شده به بیماران روانی شدید و خانواده‌های آنان وجود دارد (۳۳، ۳۴). بررسی‌ها نشان داده‌اند که ابتلای یک عضو خانواده به اختلال خلقی، کل خانواده را تحت تأثیر قرار می‌دهد و سبب از دست رفتن توانایی‌ها و نیروی سازگاری خانواده می‌شود (۳۵). نارسایی‌های خانواده نه تنها در هنگام حمله حاد بیماری سبب استرس در خانواده می‌شود، بلکه بر جریان بیماری نیز تأثیر می‌گذارد. آموزش روانی خانواده یک روش مؤثر برای کمک به خانواده بیماران در زمینه اداره مشکلات ناشی از اختلال در خانواده و نیز ایجاد مهارت‌های لازم برای حمایت از بهبود فرد مبتلا می‌باشد. هنگامی که اعضای خانواده احساس کنند آن‌ها نیز عضوی از تیم بهداشتی هستند، بهتر و بیشتر می‌توانند از بیمار حمایت کنند. این همکاری باعث می‌شود خانواده اطلاعات لازم را در زمینه

محدویت زمانی بود.

پیشنهادها

پیشنهاد می‌گردد که در پژوهش‌های آینده از نمونه‌برداری با حجم بزرگ‌تر و دوره پیگیری گروه آزمایش برای ارزیابی تداوم نتایج درمان در طول زمان استفاده گردد.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از ریاست بیمارستان روان پزشکی ابن‌سینا و مرکز تحقیقات روان پزشکی و علوم رفتاری بیمارستان روان پزشکی ابن‌سینا مشهد که در انجام این پژوهش همکاری صمیمانه‌ای داشتند، تقدیر و تشکر می‌گردد. در ضمن بیان می‌داریم که این پژوهش با منافع مالی نویسندگان ارتباطی نداشته است.

توجه قرار بگیرد. از جمله محدودیت‌های اصلی این پژوهش می‌توان به 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. همچنین از دیگر محدودیت‌های پژوهش حاضر این بود که برای اعضای گروه شاهد هیچ گونه جلسه گروهی یا درمان جایگزین تشکیل نشد، بنابراین ممکن است مکانیسم‌های فعال مرتبط با تجربه گروه مانند پذیرش توسط گروه و نیز مربوط به درمانگر مانند همدلی یا سایر عناصر تأثیرگذار در طرح درمان مانند تأثیرات ناشی از انتظار مثبت از درمان در نتایج لحاظ نشده باشد. از دیگر محدودیت‌های پژوهش، نداشتن دوره پیگیری به دلیل

References

- Hagop S, Akiskal Md. Mood disorders. In: Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P, editors. Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2009. p. 1629-45.
- Bauer M, Pfennig A. Epidemiology of bipolar disorders. *Epilepsia* 2005; 46 Suppl 4: 8-13.
- Lopez AD, Murray CJL. The global burden of disease. *Nature Medicine* 1998; 4: 1241-3.
- Havermans R, Nicolson NA, Devries MW. Daily hassles, uplifts, and time use in individuals with bipolar disorder in remission. *J Nerv Ment Dis* 2007; 195(9): 745-51.
- Hakkaart-van RL, Hoeijenbos MB, Regeer EJ, ten HM, Nolen WA, Veraart CP, et al. The societal costs and quality of life of patients suffering from bipolar disorder in the Netherlands. *Acta Psychiatr Scand* 2004; 110(5): 383-92.
- McMorris BJ, Downs KE, Panish JM, Dirani R. Workplace productivity, employment issues, and resource utilization in patients with bipolar I disorder. *J Med Econ* 2010; 13(1): 23-32.
- Morselli PL, Elgie R, Cesana BM. GAMIAN-Europe/BEAM survey II: cross-national analysis of unemployment, family history, treatment satisfaction and impact of the bipolar disorder on life style. *Bipolar Disord* 2004; 6(6): 487-97.
- Stang P, Frank C, Ulcickas YM, Wells K, Burch S. Impact of bipolar disorder: results from a screening study. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry* 2007; 9(1): 42-7.
- World Health Organization. Mental Health in the Eastern Mediterranean Region: Reaching the Unreached (WHO Regional Publications Eastern Mediterranean Series). Geneva, Switzerland: WHO; 2006.
- Dyck DG, Hendryx MS, Short RA, Voss WD, McFarlane WR. Service use among patients with schizophrenia in psychoeducational multiple-family group treatment. *Psychiatr Serv* 2002; 53(6): 749-54.
- World Health Organization. Investing In mental health. Geneva, Switzerland: WHO; 2003.
- Navidian A, Bahari Zaheden F. Burden Experienced by Family Caregivers of Patients with Mental Disorders. *Pakistan Journal of Psychological Research* 2008; 23(1-2): 19-28.
- Goode KT, Haley WE, Roth DL, Ford GR. Predicting longitudinal changes in caregiver physical and mental health: a stress process model. *Health Psychol* 1998; 17(2): 190-8.
- Riebschleger J, Scheid J, Luz C, Mickus M, Liszewski C, Eaton M. How are the experiences and needs of families of individuals with mental illness reflected in medical education guidelines? *Acad Psychiatry* 2008; 32(2): 119-26.
- Honea NJ, Brintnall R, Given B, Sherwood P, Colao DB, Somers SC, et al. Putting Evidence into Practice: nursing assessment and interventions to reduce family caregiver strain and burden. *Clin J Oncol Nurs* 2008; 12(3): 507-16.

16. Gutierrez-Maldonado J, Caqueo-Urizar A, Kavanagh DJ. Burden of care and general health in families of patients with schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2005; 40(11): 899-904.
17. McFarlane WR, Dixon L, Lukens E, Lucksted A. Family psychoeducation and schizophrenia: a review of the literature. *J Marital Fam Ther* 2003; 29(2): 223-45.
18. Landsverk SS, Kane CF. Antonovsky's sense of coherence: theoretical basis of psychoeducation in schizophrenia. *Issues Ment Health Nurs* 1998; 19(5): 419-31.
19. Gall MD, Gall JP, Borg WR. Qualitative and quantitative research methods in psychology and educational science. trans. Nasr AR, Arizi HR, Abolghasemi M, Pakseresht MJ, Kiamanesh AR, Bagheri Kh, Kheir MH. Tehran, Iran: Samt; 2013.
20. Farahani H, Oreizi H. Modern methods of research in the humanities. Esfahan, Iran: Jihad University; 2010. [In Persian]
21. Glynn SH. Involving families in mental health services. Trans. Malakoti K, Araste M. Tehran, Iran: Iran University of Medical Sciences and Health Services; 2004.
22. Ghafari S, Bioki B, Mojarad Kahani A. The step towards improving (family, education, mental illness). [Thesis]. Mashhad, Iran: Ferdowsi University of Mashhad; 2007. [In Persian].
23. Gamble C. Family Intervention. *Psychiatry* 2007; 6(9): 367-72.
24. Goldberg DP, Hillier VF. A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychol Med* 1979; 9(1): 139-45.
25. Willmott SA, Boardman JA, Henshaw CA, Jones PW. Understanding General Health Questionnaire (GHQ-28) score and its threshold. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004; 39(8): 613-7.
26. Fathi Ashtiani A. Psychological tests (personality and mental health evaluations). Tehran, Iran: Besat; 2012. [In Persian].
27. Taghavi SMR. Validity and Reliability of the General Health Questionnaire (GHQ). *Journal of Psychology* 2002; 20: 382-9. [In Persian].
28. Will M. Family Education: A Guide for Developing a Program. In: Csernansky JG, editor. Schizophrenia. A New Guide for Clinicians. Medical Psychiatry Series. Boca Raton, FL: CRC Press; 2002.
29. Falloon IR. Family interventions for mental disorders: efficacy and effectiveness. *World Psychiatry* 2003; 2(1): 20-8.
30. Brady NR. A portrait of families with a member labeled schizophrenic. Proceedings of the 15th International Nursing Research Congress-Chronic Mental Illness; 2004 July 22-24; Cleveland, OH, USA: Case Western Reserve University; 2004.
31. Mueser KT. Family Services for Severe Mental Illness. Available from: URL:<http://www.bhrm.org/guidelines/Family%20Services.pdf>. Lebanon, NH: Dartmouth Psychiatric Research Center; 2004.
32. Atkinson JM, Coia DA. Families coping with schizophrenia: a practitioner's guide to family groups. New York, NY: J. Wiley & Sons; 1995.
33. Awad AG, Voruganti LN. The burden of schizophrenia on caregivers: a review. *Pharmacoeconomics* 2008; 26(2): 149-62.
34. Sorensen S, Pinquart M, Duberstein P. How effective are interventions with caregivers? An updated meta-analysis. *Gerontologist* 2002; 42(3): 356-72.
35. Barry PD, Farmer S. Mental Health and Mental Illness. New York, NY: Lippincott Williams & Wilkins; 2002.
36. Peyman N, Bahrami M, Setayesh Y, Vahedian M. Assessing the family problems and the rate of their tendency to admitting and keeping mentally – Ill patients at home after discharging from Mashhad Hospitals (1380-1382). [In Persian]. *Fundamentals of Mental Health* 2005; 7(25-26): 63-9.
37. Lukens EP, McFarlane WR. Psychoeducation as Evidence-Based Practice: Considerations for Practice, Research, and Policy. *Brief Treatment and Crisis Intervention* 2004; 4(3): 205-25.
38. Fristad MA, Gavazzi SM, Mackinaw-Koons B. Family psychoeducation: an adjunctive intervention for children with bipolar disorder. *Biol Psychiatry* 2003; 53(11): 1000-8.

Evaluation of the efficacy of psycho-educational group therapy in general health promotion on family of patients with bipolar disorders: A pilot study

Amir Hossein Mojarrad Kahani¹, Ghazaleh Soltanian*

Original Article

Abstract

Introduction: Family caregivers of patient with psychiatric disorder are actually the base of health care systems. Caring patients with psychiatric disorder is a stressful responsibility for family members. The purpose of present study was to evaluate the efficacy of group psycho-educational interventions in general health promotion on family of patients with bipolar disorders.

Materials and Methods: This research was a semi-experimental study with control group and random allocation. In this study, 6 subjects in experimental group and 9 individuals in control group were recruited. All participants were family members of patients with mood disorders. They completed general health questionnaire. Experimental group attended twelve sessions of group psycho-educational interventions, but control group received no intervention. Analysis of covariance was used for statistical analyses.

Results: Our findings showed that patients significantly improved in general health ($P < 0.001$).

Conclusion: These results indicated that group psycho-educational interventions can promote general health in family of patients with bipolar disorders.

Keywords: Psycho-educational group therapy, General health, Family, Bipolar disorders

Citation: Mojarrad Kahani AH, Soltanian Gh. **Evaluation of the efficacy of psycho-educational group therapy in general health promotion on family of patients with bipolar disorders: A pilot study.** J Res Rehabil Sci 2013; 8(8): 1296-304.

Received date: 08/10/2012

Accept date: 19/02/2013

* MSc Student, Department of Psychology, University of Semnan, Semnan, Iran (Corresponding Author)

Email: ghazalehsoltanian@gmail.com

1- Clinical Psychology, Department of Psychology, School of Education and Psychology, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran