

کلید واژه‌ها: اسکیزوفرنیا، آموزش روانشناختی خانواده، هیجان ابراز شده.

مقدمه

اسکیزوفرنیا شدیدترین شکل اختلالات روانی است، که از هر هزار نفر بزرگسال حدود هفت نفر را مبتلا می‌سازد و سن اکثر آنها میان ۱۵ تا ۳۵ سال می‌باشد (WHO, 2010). با آنکه همه اختلالات شدید روانپزشکی تاثیرات زیادی بر کیفیت زندگی بیماران و خانواده‌های آنان دارد، اما در مقایسه با سایر اختلالات روانپزشکی، اسکیزوفرنیا نرخ بستری شدن بیشتری دارد (Rahmani & et al, 2015). بیشتر مطالعات حاکی از آن است که حدود ۲۰٪ مبتلایان به اسکیزوفرنیا نشانگان مزمن و ناتوانی پیشرونده از خود نشان می‌دهند، و حدود ۳۵٪ آنها الگوی درآمیخته‌ای با مقادیر متنوعی از بهبود و تشدید بیماری در طول زمانهای مختلف از خود نشان می‌دهند (Chien & et al, 2007). اکثر مبتلایان به اسکیزوفرنیا با ترخیص از بیمارستان تحت مراقبت خانواده‌هایشان قرار می‌گیرند (Chan, 2011)، به نحوی که در کشورهای غربی، حدود ۲۵٪ تا ۵۰٪ این افراد پس از ترخیص از بیمارستان با خانواده‌هایشان زندگی می‌کنند و به کمک و مراقبت مداوم آنها متکی هستند. در کشورهای آسیایی نیز به واسطه مسایل فرهنگی و اجتماعی بستری کردن در موسسات با محدودیت همراه است، که این امر به دلیل پذیرش افراد مبتلا به بیماری روانی به عنوان عضوی از جامعه است (Yip, 2000). مطالعات انجام گرفته در آسیا نشان می‌دهد که حدود ۷۰٪ بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا با خانواده‌هایشان زندگی می‌کنند، و برای دریافت مراقبت به خانواده‌هایشان وابسته‌اند (WFMH¹, 2010). از آنجا که خانواده اولین نظامی است که فرد در آن چشم باز می‌کند، در آن آموزش می‌بیند و از آن تاثیر می‌پذیرد و بیشترین اثر را بر تواناییها و رفتارهای فرد می‌گذارد (Fitzpatrick, Koerner, 2004, quoted by Seyedi Saroei & et al, 2013)، نقشی بیش از اندازه مهم در تسهیل و تامین خدمات بهداشت روان این گروه نیز بازی می‌کند (Boland & Sims, 1996). همانگونه که یافته‌های Skelton (1994) نشان می‌دهد، سیاست فعلی در درمان افراد مبتلا به اختلالات روانی در جامعه نمی‌تواند بدون افرادی که بار اصلی مراقبت از آنها را به دوش دارند انجام شود. چرا که این مراقبین همانند چسبی هستند که این سیستم را در کنار هم نگه داشته‌اند. با این وجود اهمیت خانواده‌ها هیچگاه مهم انگاشته نشده و طی قرن گذشته متخصصان سلامت آنها را پس زده و به خاطر داشتن یک عضو بیمار سرزنش کرده‌اند. این طرد منجر به احساسات شدید گناه

¹ World Federation of Mental Health (WFMH)

در بسیاری از خانواده‌ها می‌شد (Doornbos, 1996). علی‌رغم متهم پنداری خانواده در اختلالات روانی و وجود پژوهشهای گسترده‌ای که نشان می‌دهد مشکل بهداشت روانی در یک عضو خانواده، می‌تواند تهدیدی برای کل نظام خانواده به شمار آید (Yang & Hsieh, Friedrich & et all, 1999؛ Reid & et all, 2005؛ 1999). باید گفت سطح بالای هیجان ابراز شده در خانواده می‌تواند به مشکلات ارتباطی بیانجامد و میزان عود بیماری را پیش بینی می‌کند (Hansell & Damour, 2003؛ Fallon, 2003؛ 2005). این درحالی است که سیستم مراقبت در منزل، خانواده را مسول کارهای فیزیکی، هیجانی، مالی و اجتماعی مرتبط با مراقبت از عضو خانواده در منزل می‌داند (Reinhard, 1994).

طی پنجاه سال گذشته علاقه محققان به عوامل اجتماعی- محیطی در میزان بروز و عود بیماریهای روانپزشکی افزایش یافته است، به نحوی که عمده تمرکز آنان بر روی هیجان ابراز شده خانواده بیماران بوده است (Kavanagh, 1999). طی سی سال اخیر نیز پژوهشهای مرتبط با هیجانات ابراز شده (Wearden & et all, 2000) و مسولیت خانواده (Ohaeri, 2003) و اتخاذ الگوی استرس- آسیب‌پذیری اسکیزوفرنیا (Zubin & Spring, 1977)، منجر به ایجاد درمانهای تلفیقی برای این اختلال، با ترکیب کردن درمانهای دارویی و مداخلات رفتاری شناختی خانواده شده است. مفهوم هیجان ابراز شده که از حدود چهار دهه قبل توسط براون و همکارانش (1958, quoted by Jenkins & Marvin, 1992) در انگلستان مطرح گردیده، به هیجانها، نگرشها، و رفتارهای خاصی اطلاق می‌شود که توسط خویشاوندان، درباره عضوی از خانواده که مبتلا به اسکیزوفرنی است ابراز می‌شود. هیجان ابراز شده شامل نگرشهای انتقادی خصومت آمیز و درگیری هیجانی مفرط است که بستگان و خویشان نسبت به یک عضو خانواده مبتلا به بیماری روان پزشکی نشان می‌دهند (Leff & vane, 1976, quoted by Pratibha & Bhatia, 2012). اصولاً هرگاه اعضای خانواده با بیماری مهلك و یا علیل کننده‌ای مواجه شوند، واکنشهایی از خود نشان می‌دهند که آگاهی از آنها در کمک به بیمارشان موثر است. این واکنشها در مواردی مثل بیماریهای روانی شدید، مشخص تر می‌باشد (Asadollah & Abbas Alizadeh, 1993). نتایج بررسی نگرش خانواده‌های نوجوانان مبتلا به اختلالات روانپزشکی نیز نشان داد که در خانواده‌های این نوجوانان میزان بالایی از هیجان ابراز شده وجود دارد. به علاوه آنها به دلیل ترس از برچسب خوردن سعی داشتند که وجود بیماری را انکار نمایند (Gmitrowicz & Kaszynska, 1996). بستگانی که هیجان ابراز شده‌ی بالا دارند بسیار انتقادی و خصومت آمیز رفتار می‌کنند. آنها راه دیگری برای کمک و حمایت از عضو بیمار خانواده نمی‌دانند و احساس می‌کنند که با این روش به بیمار کمک می‌کنند. آنها فکر می‌کنند بیماری درونی بوده و شخص بیمار قادر به کنترل آن خواهد بود. آنها تنها راهی که شخص می‌تواند رفتارش

را تغییر دهد انتقاد یا عیب جویی می‌دانند. در حالی که در واقع با واکنشهای خود باعث عود بیماری می‌شوند. نگرش انتقادی این افراد به سمت بیمار، باعث طولانی شدن زمان بیماری شده و هیجان ابراز شده‌ی بالا به خاطر انتقادگری کلامی پرخاشگرانه بیشتر از هیجان ابراز شده‌ی پایین احتمال عود را افزایش می‌دهد (McDonagh, 2004). می‌توان گفت خانواده به واسطه دامنه تعاملات و کنشهای گسترده خود به شدت عملکردهای روانشناختی فرد را از خود متأثر می‌سازد (Essau, 2013 & Hossein Chari & Samani, 2006, quoted by Sasagawa & Frike). با این وجود طبق مدل فرایند و محتوای خانواده، فرایند خانواده قابل آموزش است. نتایج تحقیقات نشان داده‌اند که حل مساله، مهارتهای ارتباطی، ابراز وجود، راهبردهای مقابله‌ای و ... قابل تجویز و آموزش هستند. بنابراین با آموزش می‌توان سطوح کیفی فرایندهای خانواده را افزایش داده و در نهایت سطوح کیفی بالای فرایند، باعث سازگاری و انطباق بهتر خانواده می‌شود (Burgoon & Hale, 1987, quoted by Eizedi, Shegefti Sohrabi & Khayer, 2014).

شواهد قابل توجهی در اثر بخشی مداخلات خانوادگی در کاهش سطوح بالای هیجان ابراز شده توسط خویشاوندان در طیفی از اختلالات روانپزشکی نظیر اسکیزوفرنیا (Dixon & et all, 2000)، افسردگی (Leff & et all, 2000)، اختلال دوقطبی (Simoneau & et all, 1999)، اختلالات خوردن (Eisler & et all, 1997)، الکلیسم (Edwards & Steinglass, 1995) و اختلالات کودکان (Markus & et all, 1990; Hazelrigg & et all, 1987) یافت شده است. بنابراین این احتمال می‌رود که اثربخشی مداخلات خانوادگی ممکن است بتواند تا حدودی منجر به تغییر در هیجان ابراز شده توسط خانواده شود (Asen & et all, 1991, Vostanis, 1992).

نقش اثربخشی مداخلات خانواده در هیجان ابراز شده خویشاوندان بیماران اسکیزوفرن در کارآزماییهای بالینی کنترل شده نیز مورد بررسی قرار گرفته است. تحلیل دو کارآزمایی بالینی توسط Leff (Leff & et all, 2003, 1989, quoted by) نشان داد که کاهش هیجان ابراز شده خانواده و کاهش مشاجرات میان بیمار و اعضای خانواده منجر به اثربخشی مداخلات در اسکیزوفرنیا می‌شود.

با توجه به اهمیت و نقشی که خانواده‌ها به عنوان مراقبین اصلی بیماران اسکیزوفرن در جامعه امروزی به عهده دارند، پژوهش حاضر به هدف بررسی اثربخشی مداخله مبتنی بر آموزش روانی خانواده در کاهش سطح هیجان ابراز شده خانواده، طراحی شده است.

روش پژوهش

پژوهش حاضر مبتنی بر طرح آزمایشی با گروه کنترل، پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری ۲ ماهه با انتساب تصادفی افراد به گروه آموزش روانی خانواده و گروه کنترل اجرا گردید.

جامعه آماری، نمونه و روش نمونه‌گیری

جامعه آماری پژوهش، شامل خانواده‌های بیماران بستری در بیمارستان روانپزشکی استاد محرری شیراز با تشخیص اختلالات طیف اسکیزوفرنیا در سال ۲۰۱۷ بود. نمونه مورد مطالعه شامل خانواده ۴۹ نفر از بیماران در دسترس که در بیمارستان بستری بودند، بود (۲۴ نفر گروه آزمایشی و ۲۵ نفر گروه کنترل). که به روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف و بر اساس نمونه در دسترس انتخاب شدند. که در این میان تعداد ۳۱ زن (۶۳/۳٪) و ۱۸ مرد (۳۶/۷٪) شرکت داشته‌اند. در جدول یک ویژگی‌های دموگرافیک مراقبین اصلی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا آورده شده است.

جدول ۱. فراوانی و درصد فراوانی مولفه‌های دموگرافیک خانواده بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا

مولفه	فراوانی	درصد	مولفه	فراوانی	درصد
مرد	۱۸	۳۶/۷	پدر	۶	۱۲/۲۴
جنسیت	زن	۳۱	مادر	۲۰	۴۰/۸۱
زیر ۳۰	۳	۶/۱۲	همسر	۸	۱۶/۳۲
۳۱ تا ۴۰	۴	۸/۱۶	خواهر	۴	۸/۱۶
۴۱ تا ۵۰	۱۳	۲۶/۵۳	برادر	۸	۱۶/۳۲
۵۱ تا ۶۰	۲۱	۴۲/۸۵	فرزند	۲	۴/۰۸
۶۱ به بالا	۸	۱۶/۳۲	سایر	۱	۲/۰۴
مجرد	۵	۱۰/۲	بیکار	۲	۴/۰۸
متاهل	۳۱	۶۳/۲۶	بخش دولتی	۸	۱۶/۳۲
مطلقه	۵	۱۰/۲	بخش خصوصی	۱۳	۲۶/۴۸
تاهل	۸	۱۶/۳۲	خانۀ دار	۲۷	۵۵/۱۰
راهنمایی	۱۳	۲۶/۵۳			
دبیرستان	۲۴	۴۸/۹۷			
دانشگاهی	۱۲	۲۴/۴۸			

شیوه اجرا

پس از اخذ کد اخلاقی از دانشگاه علوم پزشکی شیراز و ثبت کارآزماییهای بالینی، ملاکهای ورود و خروج بیماران به پژوهش به صورت مکتوب در اختیار روانپزشکان بخشهای بستری قرار گرفت و از آنها خواسته شد تا در صورتی که بیمار با شکایت از اختلال اسکیزوفرنیا مراجعه نموده، برای شرکت در طرح به روانشناس بالینی ارجاع داده شود. روانشناس بالینی مراقبین بیماران را در جریان پژوهش قرار داده و فرم رضایت آگاهانه را در اختیارشان قرار داده و در صورت اعلام موافقت و امضای فرم مذکور، بیمار به عنوان نمونه پژوهش وارد فرایند ارزیابی می- شد. بعد از اخذ رضایت نامه و انجام آزمونهای SCID-I/CV و SCID-II و محرز گردیدن ملاکهای شمول، مراقب اصلی بیمار ابزار پژوهش (پرسشنامه خانواده (FQ)) را تکمیل نموده و به طور تصادفی در دو گروه درمان آموزش روانی خانواده و گروه کنترل قرار می گرفتند. در طول زمان پژوهش تمامی بیماران هر دو گروه درمانهای دارویی معمول خود را دریافت می کردند. بیماران در هر دو گروه از نظر دفعات بستری و نوع داروی مصرفی با هم همتا شدند. در گروه آموزش روانی خانواده، برنامه آموزشی توسط پژوهشگر طی ۶ جلسه (دو بار در هفته) بر اساس ویرایش سوم راهنمای اجرای جلسات آموزش روان شناختی خانواده (Mottaghipoor, 2005) با خانواده بیماران گروه آزمایش شروع شد.

جدول ۲. برنامه آموزش روانشناختی خانواده

جلسه	عنوان	بروشور	تمرین
۱	مقدمه و داستان خانواده	-----	-----
۲	شناخت بیماری و علائم	سایکوز چیست؟	تمرین علائم هشدار دهنده
۳	درمان و پیگیری	بهبودی بیماری سایکوز چگونه می توان به بیمار مبتلا به سایکوز کمک کرد؟، پاسخ به هذیان، کنترل توهم، کنترل خشم	تمرین علائم هشدار دهنده
۴	خانواده چه کمکی می تواند انجام دهد؟	کمک کرد؟، پاسخ به هذیان، کنترل توهم، کنترل خشم	شناسایی علائم و زنگ خطر برای کمک
۵	روش حل مساله	حل مساله	حل یک مشکل نمونه
۶	مباحث خاص و پیشگیری از بحران	به حداقل رساندن عود بیماری و جلوگیری از بحران	-----

ملاکهای ورود بیماران به پژوهش نیز شامل: دارا بودن ملاکهای تشخیصی اختلالات طیف اسکیزوفرنیا، دارا بودن حداقل تحصیلات راهنمایی برای خانواده، عدم دریافت الکتروشوک درمانی به مدت حداقل دو ماه قبل از بستری و حین بستری، عدم دریافت درمانهای روانشناختی همزمان با ورود به پژوهش و یا ۳ ماه قبل از ورود به پژوهش هم برای بیمار و هم برای خانواده، زندگی با یکی از اعضای خانواده حداقل طی سه ماه قبل از بستری بود. ملاک خروج از پژوهش نیز داشتن بیش از یک جلسه غیبت از گروه بود.

ابزار پژوهش

پرسشنامه خانواده (FQ): این پرسشنامه یک فرم خودسنجی کوتاه برای ارزیابی ابراز هیجان در خانواده‌های بیماران مبتلا به اختلالات سایکوتیک می‌باشد که توسط Wiedemann, Rayki, (2002) Feinsein & Hahlweg ساخته شده است. این پرسشنامه دارای ۲۰ آیتم است و پاسخها در یک مقیاس ۴ درجه‌ای لیکرتی از ۱ (هرگز) تا ۴ (همیشه) درجه‌بندی می‌شود. حداقل نمره به-دست آمده در هر خرده مقیاس ۱۰ و حداکثر آن ۴۰ می‌باشد. این پرسشنامه دارای دو خرده مقیاس نظرات انتقادی و درگیری عاطفی شدید می‌باشد و نمره خام هر خرده مقیاس از مجموع پاسخهای ۱۰ عبارت مربوط حاصل می‌شود. با محاسبه مجموع نمرات هر دو خرده مقیاس یک نمره کلی برای مقیاس پدید می‌آید. نمره برش برای این دو خرده مقیاس نمره ۲۳ و بالاتر است. این مقیاس از روایی همزمان مناسبی برخوردار است و با مصاحبه جامع کمبرول همبستگی معناداری را نشان داده است. در پژوهش Wiedemann & et all (2002) پایایی کل مقیاس با آلفای کرونباخ ۰/۷۷ و پایایی خرده مقیاس نظرات انتقادی ۰/۷۶ و درگیری عاطفی شدید ۰/۷۷ گزارش شده است. در ایران پایایی کل مقیاس ۰/۸۵ و خرده مقیاس نظرات انتقادی ۰/۸۸ و درگیری عاطفی شدید ۰/۸۳ بدست آمده است (Karamlo, Mazaheri & Mottaghipoor, 2010). در پژوهش حاضر نیز آلفای کرونباخ محاسبه شده بر روی ۵۰ آزمودنی برای کل آزمون برابر ۰/۷۴ بود.

یافته‌ها

جدول ۳. میانگین و انحراف استاندارد هیجان ابراز شده مراقبین بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا

مرحله	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	کولموگراف-اسمیرنف	آماره لون
	مداخله	۳۸/۷۱	۷/۱۱۷	۰/۱۷۱	۱/۳۷۶

	۰/۱۷۶	۷/۹۴۸	۴۰/۵۶	کنترل	پیش آزمون
۴/۲۵۸	۰/۲۰۰	۶/۲۵۵	۲۵/۵۰	مداخله	
	۰/۲۰۰	۹/۲۴۲	۳۹/۶۰	کنترل	پس آزمون
۲/۵۳۴	۰/۰۳۷	۶/۸۷۱	۲۲	مداخله	
	۰/۲۰۰	۸/۴۵۶	۳۹/۵۶	کنترل	پیگیری دو ماهه

نرمالیتی کولموگراف- اسمیرنف نشان می‌دهد که توزیع نمرات گروه نمونه، به توزیع نرمال نزدیک است. بنابراین برای آزمون فرضهای پژوهش می‌توان از آزمونهای پارامتری استفاده کرد.

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس یک راهه با اندازه‌گیریهای مکرر

Effect	Value	F	Hypothesis df	Sig.	Partial Eta Squared	گروه
Wilks' Lambda	۰/۰۳۱	۳۳۹/۸۹۵	۲/۰۰۰	۰/۰۰۱	۰/۹۶۹	مداخله
	۰/۸۵۰	۲/۰۲۶	۲/۰۰۰	۰/۱۵۵	۰/۱۵۰	کنترل

تحلیل واریانس یک راهه با اندازه‌گیریهای مکرر برای مقایسه نمره‌های هیجان ابراز شده در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری دو ماهه اجرا شد. میانگین و انحراف استاندارد در جدول ۳ ارائه شده‌اند. در گروه مداخله تفاوت معناداری در هر سه مرحله زمانی پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری دو ماهه (جدول ۴)، وجود داشت (۰/۰۳۱=لامبدای ویلکز، $F=۳۳۹/۸۹۵$ ، $P=۰/۰۰۱$ ، $۰/۹۶۹$ =مجدور اتای تفکیکی چند متغیره). آزمون تعقیبی نیز نشان دهنده تفاوت معنادار دو به دو در همه مراحل بود ($P=۰/۰۰۱$). اما در گروه کنترل تفاوت معناداری (جدول ۴) در سه مرحله دیده نشد (۰/۸۵۰=لامبدای ویلکز، $F=۲/۰۲۶$ ، $P=۰/۱۵۵$ ، $۰/۱۵۰$ =مجدور اتای تفکیکی چند متغیره).

جدول ۵. نتایج تحلیل واریانس یک راهه هیجان ابراز شده

Sig.	F	Mean Square	Df	Sum of Squares	مرحله
		۴۱/۹۸۴	۱	۴۱/۹۸۴	درون گروهی
۰/۳۹۵	۰/۷۳۶	۵۷/۰۴۵	۴۷	۲۶۸۱/۱۱۸	پیش آزمون
			۴۸	۲۷۲۳/۱۰۲	کل
۰/۰۰۱	۳۸/۷۸۵	۲۴۳۴/۴۰۸	۱	۲۴۳۴/۴۰۸	پس آزمون

اثربخشی برنامه آموزش روانشناختی خانواده در کاهش هیجان ابراز شده مراقبین بیماران اسکیزوفرن

		۶۲/۷۶۶	۴۷	۲۹۵۰	بین گروهی	
			۴۸	۵۳۸۴/۴۰۸	کل	
		۳۷۷۵/۷۵۸	۱	۳۷۷۵/۷۵۸	درون گروهی	پیگیری ۲
./۰۰۰۱	۶۳/۳۳۰	۵۹/۶۲۰	۴۷	۲۸۰۲/۱۶۰	بین گروهی	ماهه
			۴۸	۶۵۷۷/۹۱۸	کل	

تحلیل واریانس یک راهه بین گروهها نیز برای بررسی تاثیر آموزش روانشناختی خانواده بر میزان هیجان ابراز شده خانواده اجرا شد. از لحاظ آماری تفاوت معناداری در سطح $P < .0001$ در پیش آزمون بین دو گروه مشاهده نشد ($F = 736$, $P = .01$, $d =$ اندازه اثر). اما در مرحله پس آزمون تفاوت معنادار آماری در نمره‌های هیجان ابراز شده دو گروه وجود داشت ($F = 38/785$, $P = .0001$, $d = .45$). علیرغم به دست آوردن معناداری آماری، تفاوت واقعی در میانگین نمره‌های گروه مداخله ($M = 25/50$ و $SD = 6/255$) و کنترل ($M = 39/60$ و $SD = 9/242$) چندان بزرگ نبود. اما در مرحله پیگیری دو ماهه تفاوت معنادار آماری در نمرات دو گروه وجود داشت ($F = 63/33$, $P = .0001$, $d = .57$), که میانگین نمره‌های گروه مداخله ($M = 22$ و $SD = 6/871$) از گروه کنترل ($M = 39/56$ و $SD = 8/456$) نسبتاً بزرگ‌تر بود. اندازه اثر محاسبه شده با استفاده از مجذور اتا در دو مرحله پس آزمون و پیگیری دو ماهه بر اساس نظر Cohen (1988) اندازه اثر بزرگ در نظر گرفته می‌شود.

بحث و نتیجه‌گیری

خانواده‌ها به واسطه 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 زودهنگام علایم عود و حصول اطمینان از حل سریع بحران است. توانمندسازی اعضای خانواده در شناسایی نشانه‌های هشدار دهنده بازگشت علایم و اطلاع از اعضای تیم درمان، حتی اگر علایم بیماری نیز بازگردد، می‌تواند به شکلی موثر از عودهای بعدی پیشگیری نماید (Mueser, 2004). پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی آموزش روانشناختی خانواده در کاهش سطح هیجان ابراز شده خانواده بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا انجام شد. طبق نتایج به دست آمده از این پژوهش، پس از اتمام مداخله و دو ماه پس از پایان مداخله میانگین نمره هیجان ابراز شده خانواده بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا در گروه مداخله کمتر شده، اما در گروه شاهد تغییری مشاهده نشد. یافته‌های پژوهش حاکی از آن است که آموزش روانشناختی خانواده در کاهش هیجان ابراز شده خانواده موثر است. این نتایج با یافته‌های Bertrando & et all

(2006) که به بررسی خانواده درمانی با رویکرد میلان در خانواده‌های بیماران اسکیزوفرن پرداختند همسو است. در پژوهش آنها گروه آزمایشی کاهش معناداری در نظرات انتقادی نشان دادند. در حالی که تغییری در سطح هیجان ابراز شده گروه کنترل مشاهده نگردید. همچنین یافته‌های این پژوهش با یافته‌های Yamaguchi & et all (2006) که به بررسی تاثیر الگوی چهار جلسه‌ای آموزش مراقبین بیماران اسکیزوفرن در کاهش هیجان ابراز شده پرداخته بود، همخوانی دارد. در مطالعات دیگر نیز نتایج مشابهی به دست آمد، از جمله Dixon & et all (2000)، Leff & et all (2000)، Simoneau & et all (1999)، Eisler & et all (1997)، Edwards & Steinglass (1995)، Karamlo, Mazaheri & Mottaghipoor (1990)، Markus & et all (1987)، Hazelrigg & et all (2010). به نحوی که همگی این تحقیقات نشان دهنده اثربخشی آموزش خانواده در کاهش هیجان ابراز شده خانواده می‌باشد. بررسیهای Leff & et all (2003) نیز در تحلیل کارآزماییهای بالینی حاکی از این است که کاهش هیجان ابراز شده خانواده و کاهش مشاجرات میان بیمار و اعضای خانواده می‌تواند منجر به اثربخشی مداخلات در اسکیزوفرنیا گردد.

کمبود دانش در مورد علایمی که توسط بیمار نشان داده می‌شود از عوامل تنیدگی در خانواده بیماران روانی است که باعث ایجاد بحران در خانواده می‌گردد (Meisel, 1999). این عدم اطلاع مراقبین در مورد چگونگی مراقبت از بیمار، سبب افزایش فشار مراقبان، کاهش سطح سلامت روانی آنها و افزایش احتمال بروز اختلالات روانی در آنها می‌گردد. در برخی مطالعات، مشکلات روانی در ۴۱ درصد از مراقبین این بیماران گزارش شده است (Malekoti & et all, 2003). بنابراین در حین درمان بیمار اسکیزوفرن، مراقبین بیمار نیز باید به اندازه بیمار مهم تلقی شوند. 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 می‌شوند (Falloon, 2003). به علاوه مشکلات روانی در یک عضو از خانواده، تهدیدی برای کل نظام خانواده محسوب شده و خانواده را با غم و رنج زیادی همراه می‌سازد (Brady, 2004).

بررسیهای انجام شده در ایران بیشتر به بررسی بیماران اسکیزوفرن پرداخته و به درستی مشخص نشده که مراقبین بیماران اسکیزوفرن تا چه اندازه با علایم و نشانه‌های این بیماری آشنایی دارند و چه عواملی باعث می‌شود که بیمار بعد از تشخیص، عودهای پی‌درپی داشته باشد؟ تا آنجا که هر بار عود علایم و نشانه‌های بیماری، افت توانمندیهای ذهنی و روانی را به همراه داشته و از کارآیی بیمار می‌کاهد. با توجه به اینکه خانواده این بیماران به عنوان مهم‌ترین چتر حمایتی این افراد محسوب می‌شود، آموزش خانواده عامل بسیار مهمی در پیشگیری از درگیریهای بیمار و خانواده است که می‌تواند شامل شناساندن مفهوم بیماری، علایم آن، شیوه‌های درمان و چگونگی بهبود و

پیشگیری از عود بیماری باشد. بالا بودن میزان آگاهی و شناخت خانواده‌ها از این بیماری می‌تواند فشارهایی را که خانواده‌ی این گونه بیماران تحمل می‌کنند، کمتر کند. بنابراین ترتیب دادن جلسات درمانی با حضور مراقب بیمار و تیم معالج درکسب اطلاعات موثر پیرامون بیمار و ایجاد حس همدردی، مفید است. این احتمال می‌رود که اثربخشی مداخلات خانوادگی ممکن است بتواند تاحدودی منجر به تغییر در هیجان ابراز شده توسط خانواده شود.

سیاسگزاری

در این جا لازم است از خانواده‌های شرکت کننده در پژوهش، ریاست، مدیریت و پرسنل محترم بیمارستان اعصاب و روان استاد محرری شیراز که با همکاری خود امکان انجام این پژوهش را تسهیل نمودند، تشکر و قدردانی نماییم.

References

- Asadollah, GH., Abbas Alizadeh, A. (1993). Guide for the families of schizophrenic patients. Isfahan: IUMS.
- Asen, K., Berkowitz, R., Cooklin, A., Leff, J., Loader, P., Piper, R., Rein, L. (1991). Family therapy outcome research: a trial for families, therapists, and researchers. *Family Process*; 30: 3–20.
- Bertrando, P., Cecchin, G., Clerici, M., Beltz, J., Milesi, A., Cazzullo, C. (2006). Expressed emotion and Millan systemic intervention: A pilot study on families of people with a diagnosis of schizophrenia. *Journal of Family Therapy*; 28, 81-102.
- Boland, D.L., Sims, S. L. (1996). Family care giving at home as a solitary journey. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*; 28(1):55-58.
- Brady, N. (2004). A portrait of families with a member Labeled schizophrenia. (Unpublished doctoral dissertation, Case Western Reserve University , Cleveland, Ohio).
- Chan, S, Wai, Ch. (2011). Global Perspective of Burden of Family Caregivers for Persons With Schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing*; 25, 5, 339–349.
- Chien, W. T., Chan, S., Morrissey, J. (2007). The perceived burden among Chinese family caregivers of people with schizophrenia. *Journal of Clinical Nursing*; 16: 1151–1161.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Hillsdale, NJ: Lawrence Earlbaum Associates, 2.
- Dixon, L., Adams, C. Lucksted, A. (2000). Update on family psycho-education for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*; 26: 5–20.
- Doornbos, M. (1996). The strengths of families coping with serious mental illness. *Archives of Psychiatric Nursing*; 10(4):214-220.
- Edwards, ME., Steinglass, P. (1995). Family therapy outcomes for alcoholism. *Journal of Marital and Family Therapy*; 21: 475–509.

- Eisler, I., Dare, C., Russell, GF., Szmukler, G., Le Grange, D., Dodge, E. (1997). Family and individual therapy in anorexia nervosa. *Archives of General Psychiatry*; 54: 1025-1030.
- Eizedi, V.A., Shegefti Sohrabi, N., Khayer, M. (2014). Family Psychological Characteristics of the Popular and Unpopular Children. *Journal of Psychological models and methods*; Volume 4, Issue 16, Page 101-114. [In Persian]
- Falloon, I. R. H. (2003). Family interventions for mental disorders: Efficacy and effectiveness. *World Psychiatry*; 2, 20-28.
- Friedrich, R. M., Lively, S., Buck Walter, K. C. (1999). Well siblings living with schizophrenia. Implication associated behaviors. *Journal of Psychological Nursing and Mental health*; 37: 11-19.
- Gmitrowicz, A., Kaszynska, B. (1996). Psychoeducation of families adolescent patients. *Psychiatry, Pol*; 30(6): 919-79.
- Hansell, J., Damour, L. (2005). *Abnormal Psychology*. New York: John Wiley & Sons.
- Hazelrigg, M. D., Cooper, H. M. Borduin, C. M. (1987). Evaluating the effectiveness of family therapies: an integrative review and analysis. *Psychological Bulletin*; 101: 428-442.
- Jenkins, H., Marvin, K. (1992). The meaning of Expressed Emotion: Theoretical Issues Raised by Cross – Cultural Research. *Am. J. Psychiatry*; 149: (1), 9-21.
- Karamlo, S., Mazaheri, E., Mottaghipoor, Y. (2010). Effectiveness of family psycho-education program on family environment improvement of severe mental disorder patients. *Journal of Behavioral Sciences*; 4 (2), 123-128. [In Persian]
- Kavanagh, D. J. (1992). Recent developments in expressed emotion and schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry*; 160(5), 601-620.
- Leff, J., Alexander, B., Asen, E., Brewin Chris R., Dayson, D., Vearnals, S., Wolff, G. (2003). Modes of action of family interventions in depression and schizophrenia: the same or different?. *Journal of Family Therapy*; 25: 357-370.
- Leff, J., Vearnals, S., Brewin, C. R., Wolff, G., Alexander, B., Asen, K., Dayson, D., Jones, E., Chisholm, D. Everitt, B. (2000). The London Depression Intervention Trial. Randomised controlled trial of antidepressants v. couple therapy in the treatment and maintenance of people with depression living with a critical partner: clinical outcome and costs. *British Journal of Psychiatry*; 177: 95-100.
- Malekoti, K., Nori Ghasemabadi, R., Naghavi, M., Ahmadi Abhari, M., Nasr Esfahani, M., Afghah, S., Salehi, P., Hemmati, M., Moghadamnia, M. (2003). The burden caregivers of chronic mental patients and their needs to care and therapeutic services. *Hakim Research Journal*; 6 (2), 1-10. [In Persian]
- Markus, E., Lange, A., Pettigrew, T. F. (1990). Effectiveness of family therapy: a meta-analysis. *Journal of Family Therapy*; 12: 205-221.
- McDonagh, LA. (2004). Expressed emotion as a precipitant of relapse in psychological disorders. www.personalityresearch.org/papers/mcdonagh.html.
- Meisel, M. (1999). Psychosocial implication in care of the critically ill patient and family Philadelphia: Daris company; 20-24.
- Mottaghipoor, Y. (2005). Family Psychological Education Program. Tehran: SBUMS [Not printed]

- Mueser, K. T. (2004). Family services for mental health illness. Dartmouth Psychiatric Research Center.
- Ohaeri, J. (2003). The burden of caregiving in families with a mental illness: a review of 2002. *Current Opinions in Psychiatry*; 16: 457-465.
- Pratibha, J SPK., Bhatia, MS. (2012). Expressed Emotion Research in Severe Mental Illness. *Delhi Psychiatry Journal*; 15, 1: 32-40.
- Rahmani, F., Ranjbar, F., Ebrahimi, H., Hosseinzadeh, M. (2015). The Effects of Group Psychoeducational Programme on Attitude toward Mental Illness in Families of Patients with Schizophrenia, 2014. *Journal of Caring Sciences*; 4 (3): 245-253.
- Reid, J., Lloyd, C., De Groot, L. (2005). The psychoeducation need of parents who have an adult son or daughter with a mental illness. *Australian e-Journal for The Advancement of Mental Health*; 4: 15-21.
- Reinhard, S. (1994). Perspectives on the family's caregiving experience in mental illness. *Image*; 26 (1): 70-74.
- Samani, F., Hossein Chari, M. (2013). Investigating the Mediating Role of Cognitive Emotion Regulation in Relationship Between Parenting and Academic Adjustment in Students. *Journal Of Psychological models and methods*; 3, 11: 83-98. [In Persian]
- Seyedi Saroei, M., Farhand, S., Amini, M., Hosseini, M. (2013). Relationship between Family Communication Patterns and Personality Characteristics with Psychological Well-Being with Mediating Relativism in MS Patients. *Journal Of Psychological models and methods*; 3, 11, 17-38. [In Persian]
- Simoneau, T. L., Miklowitz, D. J., Richards, J. A., Saleem, S. George, E. L. (1999). Bipolar disorder and family communication: effects of a psychoeducational treatment program. *Journal of Abnormal Psychology*; 108: 588-597.
- Skelton, J. (1994). Association of Relatives and Friends of the Mentally Ill. *ARAFMI Newsletter (NSW)*; 53:2.
- Vostanis, P., Burnham, J., Harris, Q. (1992). Changes of expressed emotion in systemic family therapy. *Journal of Family Therapy*; 14: 15-27.
- Wearden, A.J., Tarrier, N., Barrowclough, C., Zastowny, T.R., Rahill, A.A. (2000). A review of expressed emotion research in health care. *Clin Psychol Rev*; 20(5): 633-666.
- Wiedemann, G., Rayki, O., Feinstein, E., Hahlweg, K. (2002). The family questionnaire: Development and validation of a new self-report scale for assessing expressed emotion. *Psychiatry Research*; 109: 265-279.
- World Federation of Mental Health (WFMH). (2010). Caring for the caregiver: Why your mental health matters when you are caring for others. Woodbridge VA: WFMH.
- World Health Organization. (2010). Schizophrenia. Retrieved on 10 January 2010. http://www.who.int/mental_health/management/schizophrenia/en/.
- Yamaguchi, H., Takahashi, A., Takano, A., & Kojima, T. (2006). Direct effects of short term psycho-educational intervention for relatives of patients with schizophrenia in Japan. *Psychiatry & Clinical Neuroscience*; 60, 590-597.
- Yang, Y. K., Hsieh, H. H., Wu, A. C., Yeh, T. L., Chen, C. C. (1999). Help-seeking behaviors in relatives of schizophrenics in Taiwan. *General Hospital Psychiatry*; 21: 303-309.

- Yip, K. S. (2000). Have psychiatric services in Hong Kong been impacted by the deinstitutionalization and community care movements?. *Administration and Policy of Mental Health*; 27: 443-449.
- Zubin, J., Spring, B. (1977). Vulnerability--a new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*; 86: 103-126.