

Follow up of the Impact of Family-Centered Psychoeducation Based on Atkinson and Coia's Model on the Relapse and Severity of Symptoms in Schizophrenia

Nasser Haji Aghaei ¹, Mohammad Reza Sheikhi ^{2,*}, Reza Zeighami ²,
Mahmoud Alipour ³

¹ MSc, Department of Psychiatric Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran

² Assistant Professor, Department of Psychiatric Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran

³ Assistant Professor, Department of Biostatistics, Faculty of Medicine, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran

* **Corresponding author:** Mohammad Reza Sheikhi, Assistant Professor, Department of Psychiatric Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran. E-mail: mmsheikhi1@yahoo.com

Received: 31 Jul 2017

Accepted: 27 Aug 2017

Abstract

Introduction: Frequent relapse and hospitalization of schizophrenic patients could impose large financial burdens on families and healthcare systems. This study aimed at tracking the nine-month effect of psychoeducation based on the Atkinson-Coia model on the recurrence and severity of the symptoms of schizophrenia.

Methods: This quasi-experimental study was performed on 100 hospitalized patients with schizophrenia, during year 2016 in the city of Qazvin. The patients were randomly allocated to 2 groups (50 patients per group). In the experimental group, family training, attended by the primary caregiver, was held in 8 sessions. In order to evaluate the relapse and severity of the symptoms, the Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) was used. For data analysis, Analysis of Variance (ANOVA), Chi-square, paired t test, and independent t test were performed, using SPSS version 23.

Results: The greatest impact in reducing the severity of symptoms in the test group occurred during the fifth month, so on average, the symptoms were reduced by 8.16 points and this relationship was significant ($P = 0.001$). In the sixth month, the severity of symptoms in the test (experimental) group, compared to a month earlier was increased by one point, on average, while, up to the eighth month, the severity of symptoms was almost constant and increased by 36 points in the ninth month. The results showed that there was a significant relationship between psycho-education and relapse of schizophrenia, except for the first month.

Conclusions: According to the nine-month follow-up trend, psychoeducation could effectively reducing the severity of symptoms and recurrence of schizophrenia. According to the findings of this study, it is better to repeat the training every six months.

Keywords: Schizophrenia, Recurrence, Family

پیگیری روند تأثیر آموزش روانی خانواده محور بر مبنای الگوی آتکینسون و کویا بر عود و شدت علائم اسکیزوفرنی

ناصر حاجی آقایی^۱، محمدرضا شیخی^{۲*}، رضا ضیغمی^۲، محمود علی پور^۳

^۱ دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه روان پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران
^۲ استادیار، گروه روان پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران
^۳ استادیار، گروه آمار حیاتی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران
* نویسنده مسئول: محمدرضا شیخی، استادیار، گروه روان پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی، قزوین، ایران.
ایمیل: mmsheikhi1@yahoo.com

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۶/۰۶/۰۵

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۶/۰۵/۰۹

چکیده

مقدمه: عودهای مکرر علائم و بستری شدن متعدد بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی تأثیرات زیادی بر هزینه‌های درمانی خانواده‌های این بیماران و نظام سلامت می‌گذارد. این مطالعه باهدف پیگیری روند نه‌ماهه تأثیر آموزش روانی بر مبنای الگوی آتکینسون و کویا بر عود و شدت علائم اسکیزوفرنی انجام شد.

روش کار: این مطالعه از نوع نیمه تجربی روی ۱۰۰ بیمار مبتلا به اسکیزوفرنی بستری، در سال ۱۳۹۶ در شهر قزوین انجام شد. بیماران به شکل تصادفی در دو گروه آزمون و کنترل از قرار هر گروه ۵۰ بیمار تقسیم شدند. در گروه آزمون جلسات آموزش روانی خانواده، با حضور مراقب اصلی، در ۸ جلسه برگزار شد. جهت پیگیری میزان عود و شدت علائم بیماران از پرسشنامه PANSS که یکی از ابزارهای سنجش شدت علائم و عود بیماری می‌باشد، استفاده شد. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS ویرایش ۲۳ و آمار توصیفی و آمار استنباطی نظیر آزمون‌های آنالیز واریانس، Chi-Square، آزمون t زوجی و مستقل تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: بیشترین تأثیر در کاهش شدت علائم گروه آزمون در ماه پنجم بود که شدت علائم به‌طور میانگین ۸/۱۶ امتیاز کاهش پیدا کرد که این رابطه معنی‌دار بود ($P = 0/001$). در ماه ششم شدت علائم گروه آزمون نسبت به ماه قبل به‌طور میانگین یک امتیاز افزایش پیدا کرد، تا ماه هشتم امتیاز شدت علائم تقریباً ثابت شد و در ماه نهم ۰/۳۶ امتیاز افزایش پیدا کرد. نتایج نشان داد بین آموزش روانی و عود بیماری اسکیزوفرنی به‌جز ماه اول در تمامی ماه‌ها رابطه معنی‌داری وجود داشت.
نتیجه‌گیری: باتوجه به پیگیری روند نه‌ماهه، آموزش روانی بر کاهش شدت علائم و عود اسکیزوفرنی می‌تواند مؤثر باشد. با توجه به یافته‌های این پژوهش بهتر است هر شش ماه آموزش‌ها تکرار شوند.

واژگان کلیدی: اسکیزوفرنی، عود، خانواده

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

مقدمه

از هر ۱۰۰۰۰ نفر دارد (۴). شیوع اسکیزوفرنی در جمعیت جهانی ۱/۹-۰/۶ درصد است و اسکیزوفرنی پنجمین عامل ناتوانی در سراسر دنیا به حساب می‌آید (۵). شیوع اسکیزوفرنی در ایران ۰/۸۹ درصد، در استان تهران ۰/۱۹ درصد و در استان سمنان ۰/۳۶ درصد (۶)، که این آمارها به آمار جهانی مبتلا به اسکیزوفرنی نزدیک است. در کشور ایران حدود ۴۵۰ هزار بیمار مبتلا به اسکیزوفرنی وجود دارد (۷). مردان و زنان به یک اندازه به این بیماری مبتلا می‌شوند (۸). عود بیماری اسکیزوفرنی در دوره اول ابتلا و در پنج سال اول ۸۲ درصد گزارش شده است (۹) و مهم‌ترین دلیل عود، درمان غیر پیوسته است که میزان عود را تا پنج برابر افزایش داده است (۱۰). طبق آمار منتشر شده توسط سازمان

به دلیل ماهیت عودکننده اختلال اسکیزوفرنی، بررسی علائم بیماری بعد از ترخیص اهمیت بسیار بالایی دارد. اسکیزوفرنی یکی از ناتوان‌کننده‌ترین اختلالات روانی (۱) و یک بیماری شدید روانی و استرس‌زا برای بیمار و خانواده‌اش است (۲). پیامدهای اجتناب‌ناپذیر و سنگین اسکیزوفرنی و ماهیت عودکننده و هزینه‌های سنگین آن سبب شده است که این اختلال در ردیف اختلالات ناتوان‌کننده قرار بگیرد (۳). برای سنجش تأثیر واقعی آموزش روانی نیاز است که شدت علائم بیماری در مدت زمان طولانی پایش گردد تا بتوان درباره تأثیرات آموزش روانی نتایج دقیق‌تری گرفت. اختلال اسکیزوفرنی شایع است، به‌گونه‌ای که شیوع آن در کشور آمریکا یک درصد است و بروز سالانه ۵-۰/۵ مورد

شیوه‌های درمان، داروهای رایج، آگاهی از هیجانات ابراز شده در خانواده، اداره و کنترل رفتار آشفته بیمار، بررسی تنش‌های عاطفی و تأثیر هیجانات منفی در عود علائم بیمار، آموزش داده می‌شود. این آموزش‌ها می‌تواند گروهی و یا انفرادی انجام گیرد و شامل روش‌های مختلفی است که به منظور افزایش قابلیت‌های اجتماعی، خوداتکایی، مهارت‌های عملی و روابط بین فردی در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی به کار می‌رود (۲۰). اختلال اسکیزوفرنی یکی از مهم‌ترین علل بستری بیماران است (۲۱). ضمناً با توجه به آمار بیماران بستری و تجربیات شخصی محققین، اسکیزوفرنی یکی از عودکننده‌ترین بیماری‌ها است به طوری که گاهی بیماران سالی چند بار بستری می‌شوند و یا به دلیل شدت علائم به درمانگاه‌های روان پزشکی مراجعه کرده و به دلایلی نظیر ضعیف بودن توان مالی خانواده و یا نبود تخت خالی در بیمارستان بستری نمی‌شوند. گاهی پس از ترخیص بیمار و خانواده‌اش گمان می‌کنند بیمار بهبودی کامل پیدا کرده و درمان را نیمه‌کاره رها می‌کنند. بیشتر بیماران اسکیزوفرنی از خانواده‌های طبقات پایین اجتماعی بوده و اطلاعات کمی درباره بیماری بیماران خود داشته و در برقراری ارتباط و مراقبت‌های موثر از بیمار خود ناتوان هستند (۲۲). به این دلایل و اینکه دانش در زمینه مداخله آموزش روانی و طول مدت اثربخشی اندک است و همچنین باهدف بررسی اینکه آیا روند پیگیری تأثیر آموزش روانی که در سایر نقاط دنیا مورد پژوهش قرار گرفته آیا در ایران هم نتایج مشابهی می‌دهد، این مطالعه باهدف پیگیری نه‌ماهه آموزش روانی بر مبنای الگوی اتکینسون و کویا بر عود و شدت علائم اسکیزوفرنی انجام شد.

روش کار

این پژوهش از نوع نیمه تجربی بود و در بیمارستان ۲۲ بهمن شهر قزوین، بین سال‌های ۱۳۹۵ تا ۱۳۹۶ انجام شد. جامعه پژوهش بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی بودند. حجم نمونه از طریق آزمون یک دامنه و بدون تصحیح پیوستگی از قرار ۵۰ بیمار برای هر یک از گروه‌های آزمون و کنترل تخمین زده شد. نمونه‌های مورد مطالعه به روش نمونه‌گیری آسان (در دسترس) انتخاب شدند و به شکل تصادفی در دو گروه آزمون و کنترل تقسیم و تحت پیگیری قرار گرفتند. معیارهای ورود شامل تشخیص قطعی اسکیزوفرنی بر اساس تشخیص روان‌پزشک، داشتن حداقل یک مراقب اصلی که به اختلال ارتباطی مبتلا نباشد و قبلاً آموزش روانی ندیده باشد. نمونه‌ها در هر دو گروه، بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی بودند که از مرکز آموزشی درمانی ۲۲ بهمن (تنها مرکز تخصصی روان‌پزشکی استان قزوین) انتخاب شدند. در گروه آزمون، جلسات آموزش گروهی خانواده، با حضور مراقب اصلی بیمار، در سه جلسه هفتگی و هر جلسه به مدت ۹۰ دقیقه برگزار شد. معیارهای خروج از مطالعه عدم رضایت مراقب اصلی بیمار به ادامه شرکت در جلسات آموزشی و یا عدم حضور وی در بیش از یک جلسه از جلسات آموزشی بود. موضوعات آموزشی مورد بحث در جلسات طبق الگوی اتکینسون و کویا در ۱۰ جلسه و توسط یک روان‌پرستار به روش سخنرانی و بحث گروهی ارائه شد (۲۳). اطلاعات مربوط به وضعیت عود بیماری و شدت علائم، در دو گروه آزمون و کنترل قبل و بعد از مداخله (به مدت نه ماه به صورت ماهانه) جمع‌آوری شدند.

ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسشنامه (PANSS: Positive and Negative Syndrome Scale) بود که یکی از ابزارهای سنجش

بهداشت جهانی میزان عود اسکیزوفرنی با دارودرمانی ۶۳ درصد است (۱۱). مطالعه‌ای که توسط رهگذر و همکاران (۱۳۹۱) در بیمارستان رازی تهران انجام شد نشان داد که میزان عود بیماری اسکیزوفرنی در کشور ایران با دارودرمانی ۱۰۰ درصد است (۷). محققین توصیه نموده‌اند که به‌خصوص ۳ ماه پس از درمان، بیماران از نظر علائم عود پایش شوند و در صورت بازگشت علائم تغییرات دارویی و سایر اقدامات انجام گیرد (۱۲). پس از ترخیص فرد بیمار به منزل و نزد خانواده خود برمی‌گردد و عوامل متعددی وجود دارد که توجه به آن‌ها می‌تواند به بهبودی بیمار و کاهش عود کمک نماید (۱۳). بین ۸۰-۵۰ درصد بیماران اسکیزوفرنی با خانواده خود زندگی می‌کنند و یا تماس‌های منظم با اعضای خانواده خود دارند. کیفیت روابط بین بیمار و خانواده‌اش تأثیر بسیار زیادی بر نتیجه درمان می‌گذارد (۱۴). عملکردهای اشتباه مراقبان بیمار از جمله انتقادهای مکرر از رفتارهای بیمار، دخالت در زندگی او، عدم ادامه درمان و نگرش منفی از جمله عواملی هستند که به عود بیماری و شدت یافتن علائم کمک می‌کنند (۱۵). از طرف دیگر خانواده بیماران هم هنگام مراقبت از بیمار، دچار مشکلات بسیار زیادی می‌شوند (۱۴). همه اعضای خانواده باید به صورت یک تیم در مراقبت از بیمار شرکت فعال داشته باشند. آن‌ها باید برای ادامه درمان بیمار را تشویق کنند. باید روابط اعضای خانواده باهم صریح، روشن و مستقیم باشد یعنی دوپهلوی صحبت نکنند با طعنه حرف نزنند، کلمات ساده و واضح بکار ببرند. اگر به بیمار آموزش می‌دهید، یا سؤالی می‌پرسید هر باریک سؤال پرسید (۲). میراندا و همکاران در مطالعه خود نشان داده‌اند بسیاری مواقع تضادها و ارتباطات ناسالم بین بیمار و خانواده باعث عود بیماری و تشدید علائم می‌شود (۱۶). اطلاعات کمی درباره تأثیر آموزش روانی بر شدت علائم و عود بیماری بیماران اسکیزوفرنی در دست است (۱۷). شاید بتوان از طریق آموزش روانی این تضادها را کمتر کرد. در مطالعه‌ای دیگر، نویدیان و همکارانش (۱۳۹۰) در پژوهش خود با عنوان "اثربخشی آموزش خانواده بر میزان بار روانی مراقبان خانگی بیماران روانی بستری" که از نوع کار آزمایشی بالینی بود، اثربخشی یک برنامه آموزش گروهی روانی را بر روی ۱۰۰ نفر مراقب خانوادگی بیماران بستری در بیمارستان نور اصفهان، در یک دوره ۳ ماهه مورد ارزیابی قرار دادند. یافته‌ها نشان دادند که میانگین بار روانی مراقبان اصلی بیماران اسکیزوفرنی که مداخله آموزش گروهی دریافت کرده‌اند، به‌طور معنی‌داری نسبت به گروه کنترل کاهش پیدا کرده است. در نتیجه کیفیت زندگی مراقبان بیماران روانی به میزان قابل‌توجهی افزایش پیدا کرده است (۱۸).

آموزش روانی یک روش آموزشی پویا است و به‌عنوان یک روش درمانی کمکی و مؤثر، به میزان قابل‌توجهی در بهبود سطح درک مردم در مورد اختلالات روانی مؤثر است. هدف اصلی آموزش روانی ارائه اطلاعات در مورد جنبه‌های مختلف بیماری است. مهم‌ترین اجزاء آموزش، آموزش علائم، پیش‌آگهی، رفع تصورات غلط و عدم آگاهی، درمان‌های اصلی و کمکی، چگونگی ارتباط و تعامل با بیماران، عوارض جانبی داروها و آموزش نشانه‌های اولیه عود بیماری می‌باشند (۱۹). یکی از الگوهای آموزش گروهی خانواده توسط کارول اندرسون ابداع شده و هدف آن آگاهی‌افزایی درباره ماهیت بیماری و درمان اختلال اسکیزوفرنی است. بر اساس مدل اتکینسون و کویا در جلسات آموزش گروهی خانواده، مطالبی درباره اسکیزوفرنی، شامل سبب‌شناسی، پیش‌آگهی اختلال،

در یازده نوبت برای ارزیابی بیماران گروه کنترل و گروه آزمون استفاده شد. نوبت اول در هنگام بستری و مسجل شدن تشخیص اسکیزوفرنیا بر اساس تشخیص روان پزشک، نوبت دوم در زمان ترخیص، سپس هر ۱ ماه پس از اتمام جلسات آموزش روانی شدت علائم ارزیابی و نوبت آخر ۹ ماه پس از اتمام جلسات آموزش روانی این ارزیابی انجام شد. تمامی فرآیندهای مطالعه در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی قزوین به تصویب رسید. تمام نمونه‌ها با رضایت آگاهانه کتبی بیمار و خانواده وارد مطالعه شدند. خروج واحدهای مورد پژوهش در هر زمانی از انجام طرح اختیاری بوده و شرکت کنندگان برای ادامه مشارکت، مورد اجبار و تحت فشار قرار نداشتند. تمامی آنالیزهای آماری با ورژن ۲۳ نرم افزار آماری SPSS صورت گرفت. داده‌های به دست آمده از مطالعه ابتدا به وسیله روش‌های آمار توصیفی (میانگین، انحراف معیار- فراوانی درصد) گزارش گردید و از تحلیل‌های آنالیز واریانس، آزمون t زوجی، آزمون t مستقل و مربع کا (chi – square) استفاده شد. سطح P- Value کمتر از ۰.۰۵ معنی دار تلقی شد.

یافته‌ها

از ۱۰۰ بیمار مبتلابه اسکیزوفرنی مورد مطالعه، ۷۰ بیمار معادل ۷۰٪ مرد و ۳۰ بیمار معادل ۳۰٪ زن بودند. بین دو گروه مورد مطالعه از نظر مشخصات فردی اختلاف معنی داری مشاهده نشد ($P > ۰/۰۵$). گزیده‌ای از مشخصات فردی بیماران و مراقب اصلی آن‌ها در [جدول ۱](#) آمده است.

شدت علائم اسکیزوفرنی و عود بیماری هست. مقیاس علائم مثبت و منفی اسکیزوفرنی PANSS در سال ۱۹۸۶ توسط کی، فیزین و اوپلر جهت اندازه‌گیری شدت نشانه‌های مثبت و منفی بیماران اسکیزوفرنی ساخته شد (۲۴). روایی و پایایی پرسشنامه در پژوهشی که کی فیزین و اوپلر در سال ۱۹۸۶ انجام شد، آلفای کرونباخ پرسشنامه ۰/۸۳ گزارش شده است و همبستگی این مقیاس با مقیاس نشانه‌های مثبت و منفی آندریانس ۰/۵۸ به دست آمده است. اما در دو مطالعه دیگر در ایران آلفای کرونباخ پرسشنامه ترجمه شده ۰/۸۰ (۱۶) و ۰/۷۷ (۱۷) به دست آمده است و روایی آن نیز با استفاده از تحلیل عاملی قابل قبول گزارش شده است. این پرسشنامه دارای ۳۰ سؤال است و آزمودنی طی یک مقیاس هفت گزینه‌ای به صورت اصلاً، خیلی کم، کم، متوسط، کمی شدید، شدید و خیلی شدید به آن پاسخ می‌دهد. که آزمودنی بابت هر سؤال به ترتیب از اصلاً تا خیلی شدید می‌تواند ۱ تا ۷ امتیاز بگیرد، که در مجموع بین ۳۰ تا ۲۱۰ امتیاز به بیمار تعلق می‌گیرد. با توجه به امتیاز به دست آمده ۲۵ تا ۳۰ کاهش در نمره شدت علائم نشان دهنده پاسخ درمانی و ۲۵ تا ۳۰ درصد افزایش در شدت علائم نشان دهنده عود بیماری می‌باشد، که در این مطالعه ۲۵ درصد در نظر گرفته شد. در صورتی که نمره شدت علائم بیماری بین ۶۰ تا ۸۰ باشد، شدت علائم متوسط است و باید به صورت سرپایی درمان شود و نیاز به بستری ندارد، اگر نمره PANSS بین ۸۰ تا ۱۵۰ باشد، شدت علائم شدید است و نیاز به بستری دارد و در صورتی که نمره پرسشنامه بیش از ۱۵۰ باشد، شدت علائم بسیار شدید است. اگر نمره آزمودنی زیر ۶۰ باشد در واقع می‌توان گفت این فرد مبتلابه اسکیزوفرنی نمی‌باشد (۱۶). از پرسشنامه

جدول ۱: ویژگی‌های فردی بیماران مبتلابه اسکیزوفرنی برحسب تفکیک گروه

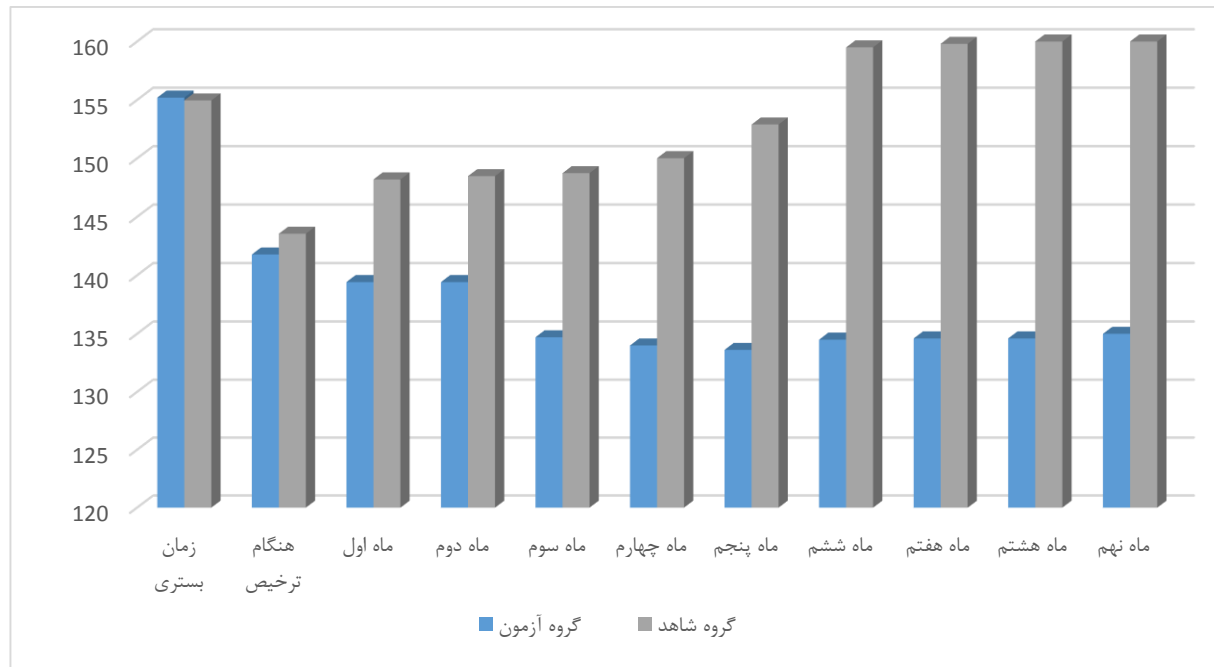
گروه آزمون	گروه کنترل
جنس مراقب اصلی	
۲۳ درصد مرد	۲۳ درصد مرد
۲۷ درصد زن	۲۷ درصد زن
سن بیمار	
۳ درصد زیر ۲۰ سال	۳ درصد زیر ۲۰ سال
۲۷ درصد بین ۲۱ تا ۳۵ سال	۲۷ درصد بین ۲۱ تا ۳۵ سال
۲۰ درصد بالای ۳۶ سال	۲۰ درصد بالای ۳۶ سال
سن مراقب اصلی	
۶ درصد ۲۱ تا ۳۵ سال	۶ درصد ۲۱ تا ۳۵ سال
۴۴ درصد بالای ۳۶ سال	۴۴ درصد بالای ۳۶ سال
وضعیت سکونت بیمار	
۱۵ درصد ساکن روستا	۱۴ درصد ساکن روستا
۳۵ درصد ساکن شهر	۳۶ درصد ساکن شهر
وضعیت سکونت مراقب اصلی	
۱۴ درصد ساکن روستا	۱۵ درصد ساکن روستا
۳۶ درصد ساکن شهر	۳۵ درصد ساکن شهر

دیگر شدت علائم خیلی شدید داشتند (امتیاز بیش از ۱۵۰) که معنی دار نبود. در هنگام ترخیص بیماران از بیمارستان، یک بیمار از گروه آزمون

در هنگام ورود آزمودنی‌های مطالعه به بیمارستان و هنگام بستری، ۴۴ تن از کل نمونه‌ها شدت علائم شدید (امتیاز بین ۸۰ تا ۱۵۰) و ۵۶ تن

روانی بر مبنای الگوی آتکینسون و کویا و عود بیماری اسکیزوفرنی به جز ماه اول در تمامی ماه‌ها رابطه معنی‌داری مشاهده شد. بین شدت علائم گروه آزمون و کنترل قبل از انجام مطالعه رابطه معنی‌داری مشاهده نشد ($P = ۰/۹۷۴$). بین شدت علائم گروه آزمون و کنترل در تمامی ماه‌ها رابط معنی‌داری مشاهده شد (تصویر ۱).

پاسخ درمانی (امتیاز زیر ۶۰)، ۷ بیمار (۳ تن کنترل، ۴ تن آزمون) شدت علائم متوسط (امتیاز بین ۶۰ تا ۸۰)، ۵۰ تن شدت علائم شدید (۵۰ تن کنترل، ۵۰ تن آزمون) و ۴۲ تن (۲۲ تن کنترل، ۲۰ تن آزمون) شدت علائم خیلی شدید داشتند، که هیچ‌یک این روابط معنی‌دار نبود ($P = ۰/۹۱۳$). بر اساس آزمون آماری Chi-Square، بین آموزش



تصویر ۱: مقایسه میانگین شدت علائم در دو گروه کنترل و آزمون

جدول ۲: مقایسه میزان شدت علائم در دو گروه کنترل و آزمون

گروه	هنگام بستری	هنگام ترخیص	ماه اول	ماه دوم	ماه سوم	ماه چهارم
کنترل	۱۵۴/۹	۱۴۳/۵	۱۴۸/۲	۱۴۸/۴	۱۴۸/۷	۱۵۰/۲
آزمون	۱۵۵/۲	۱۴۱/۷	۱۳۹/۴	۱۳۶/۶	۱۳۴/۷	۱۳۴
زمان بررسی گروه	ماه پنجم	ماه ششم	ماه هفتم	ماه هشتم	ماه نهم	
کنترل	۱۵۲/۹	۱۵۹/۵	۱۵۹/۸	۱۶۰	۱۶۰/۳	
آزمون	۱۳۳/۶	۱۳۴/۵	۱۳۴/۶	۱۳۴/۶	۱۳۵	

۱۳۴/۶ بود که نسبت به ماه قبل تغییری نداشت و میانگین شدت علائم گروه آزمون در ماه نهم ۱۳۵ بود.

بحث

مطالعه حاضر در زمینه پیگیری روند تأثیر مداخله آموزش روانی در خانواده‌های ایرانی که در آن‌ها حداقل یک عضو مبتلابه اسکیزوفرنی وجود داشت، انجام شد. در این پژوهش بررسی آزمودنی‌ها به مدت ۹ ماه انجام شد و یافته‌ها مشخص کرد بیشترین میزان تأثیر آموزش گروهی بر عود و کاهش شدت علائم در ماه‌های پنجم و ششم پس از مداخله مشاهده شد. پژوهشگر معتقد است این یافته می‌تواند نشان‌دهنده این باشد که تأثیر آموزش روانی بر کاهش شدت علائم یک فرآیند زمان‌بر است و نمی‌توان انتظار داشت که بتوان با آموزش گروهی خانواده در مدت‌زمان بسیار کم به نتیجه رسید. دلیل زمان‌بر بودن تأثیر

بیشترین میزان افزایش شدت علائم گروه کنترل مربوط به ماه نهم پس از اجرای مداخله گروه آزمون بود که شدت علائم به‌طور میانگین ۱۶/۷۴ امتیاز افزایش پیدا کرد. بیشترین تأثیر آموزش روانی در کاهش شدت علائم گروه آزمون هم در ماه پنجم بود که شدت علائم به‌طور میانگین ۸/۱۶ امتیاز کاهش پیدا کرد و همان‌طور که گفته شد این رابطه معنی‌دار بود ($P = ۰/۰۰$). اطلاعات تکمیلی در جدول ۲ آمده است.

در ماه دوم پس از اجرای مداخله گروه آزمون بین جنس مراقب با عود بیماری رابطه معنی‌دار مشاهده شد ($P = ۰/۰۴۳$). به‌طوری‌که ۱۳ درصد بیماران که عود را نشان داده بودند مراقب مرد و تنها ۱/۹ درصد بیماران که عود داشته‌اند مراقب زن داشتند. در ماه هشتم پس از اجرای مداخله، میانگین شدت علائم در گروه کنترل نمره ۱۶۰ را نشان داد که بیشترین مقدار در تمام ماه‌ها بود. شدت علائم گروه آزمون در این ماه

متغیرهای زمینه‌ای به با عود و شدت علائم بیماری در هیچ‌یک از ماه‌ها رابطه معنی‌داری مشاهده نشد، ولی مباحث مطرح‌شده در جلسات آموزشی توانست موجب کاهش شدت علائم و عود بیماری شود. نظر محققین بر این است که مباحث مهم مطرح‌شده‌ای چون لزوم مصرف منظم داروها، شناخت از ماهیت بیماری و علائم عود می‌تواند چنین نتیجه‌ای داشته باشد. نتایج این مطالعه از این نظر مشابه مطالعه کریستین و همکاران (۲۰۱۴) با عنوان بررسی تأثیر آموزش روانی با استفاده از فیلم برای بیماران اسکیزوفرنی بود. در این مطالعه که در کشور آلمان انجام گرفت داده‌ها نشان داد درزمینه همکاری بیمار در مصرف دارو به‌طور متوسط ۸۴٪ پیشرفت مشاهده شد و در مجموع به‌طور متوسط در تمامی موارد در نظر گرفت شده ۸۲/۳٪ پیشرفت قابل توجه مشاهده شد. آن‌ها به این نتیجه رسیدند که آنچه بیشترین تأثیر را در کاهش شدت علائم بیماران دارد محتوای آموزشی فیلم‌هاست و ویژگی‌های زمینه‌ای خانواده‌ها تأثیر چندانی در نتیجه این مطالعه ندارد (۴).

نتیجه‌گیری

با توجه با یافته‌های این مطالعه درزمینه پیگیری نهم‌ماهه تأثیر آموزش روانی می‌توان نتیجه گرفت که آموزش روانی در پنج ماه اول بیشترین تأثیر را دارد. با اینکه شدت علائم در ماه ششم به میزان ناچیز افزایش پیدا می‌کند و تا ماه هشتم تقریباً ثابت مانده و مجدد در ماه نهم بالا می‌رود، ولی همچنان در روند پیگیری نهم‌ماهه آموزش روانی در کاهش عود و شدت علائم اسکیزوفرنی مؤثر واقع شده است. در نهایت پیشنهاد می‌شود که این روش آموزشی در کنار سایر روش‌های درمانی جزء برنامه درمانی بیماران اسکیزوفرنی قرار گیرد. با توجه به نتایج بهتر است مباحث مطرح‌شده در کلاس‌های آموزش روانی حداقل هر شش ماه و حداکثر هر هشت ماه یک‌بار تکرار شوند. یافته‌ها نشان دادند بین جنس بیمار و کاهش شدت علائم بیمار در ماه دوم رابطه معنی‌داری مشاهده شد، با توجه به این موضوع، پیشنهاد می‌شود در صورتی که بیماری هردو مراقب زن و مرد را به‌صورت هم‌زمان داشت، مراقب خانم به‌عنوان مراقب اصلی بیمار که آموزش‌ها را دریافت می‌کند، انتخاب شود. پیشنهاد می‌شود که این پژوهش در مدت‌زمان بیشتری پیگیری شود و همچنین این روش در مورد سایر اختلالات روان‌پزشکی هم آزمون شود تا بتواند درباره تعمیم‌پذیری و تأثیر آن در اختلال اسکیزوفرنی و یا سایر اختلالات روان‌پزشکی ارزیابی بهتری داشت. همچنین پیشنهاد می‌شود جهت آزمایش تأثیر اثربخشی مدل‌های آموزشی مختلف بر شدت علائم و عود اسکیزوفرنی مطالعات بیشتری انجام گیرد.

سیاس‌گذاری

این مقاله از پایان‌نامه دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌پرستاری با همین عنوان که در دانشگاه علوم پزشکی قزوین با شناسه IR.QUMS.REC.1395.34 ثبت شده، استخراج شده است. از بیماران و همراهان محترم آنان که با صبوری با ما همکاری نمودند سپاس‌گذاریم.

تضاد منافع

هیچ‌گونه تضاد منافی برای نویسندگان این مقاله وجود ندارد.

آموزش روانی این است که تأثیر آموزش بر رفتار و بینش بیمار و خانواده است، تغییر رفتار امری زمان‌بر است که در ابتدا نیازمند تغییر بینش است، تغییر بینش، آشنایی به رفتار صحیح و تصمیم جدی به اجرای رفتار صحیح جدید فرآیندی است که به زمان نیاز دارد. در ماه هشتم پس از اجرای مداخله گروه آزمون بیشترین میزان افزایش میانگین شدت علائم در گروه کنترل دیده شد و نمودار شدت علائم گروه آزمون در این ماه تغییراتی نشان نداد و در ماه نهم افزایش نشان داد. پژوهشگران معتقدند با توجه به نتایج این مطالعه، الگوی آموزشی مورد استفاده در شش ماه اول بیشترین تأثیر را در کاهش شدت علائم و عود بیماری دارد، این تأثیرات مثبت در کاهش شدت علائم تا ماه هشتم ادامه داشته و بعد از آن متوقف می‌شود. با توجه به یافته‌های این پژوهش می‌توان گفت که آموزش روانی نیازمند این است که پس از هر شش یا هشت ماه مجدداً تکرار شوند. در یکی از مطالعات مشابه نتایج پژوهش خیرآبادی و همکاران در سال ۲۰۱۴ تا حدود زیادی تأیید کننده این نتایج است. در پژوهش خیرآبادی نمونه‌های گروه آزمون و مداخله همگن نبودند و با توجه به تعداد نمونه‌ها (هر گروه ۳۰ بیمار) ممکن است قابل تعمیم نباشد. همچنین در پژوهش خیرآبادی کاهش قابل توجهی در نمره شدت علائم بیماران گروه کنترل دیده شده است در حالی که مداخله‌ای روی این گروه انجام نشده است (۱۸). شریف و همکاران (۲۰۱۲) مطالعه‌ای باهدف تعیین تأثیر مداخله آموزش روانی برای اعضای خانواده بیماران روی بار روانی و علائم روانی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی انجام دادند. در این مطالعه ۷۰ بیمار مبتلا به اختلال اسکیزوفرنی و مراقبین آن‌ها که از میان بیماران سه مرکز روان‌پزشکی در شیراز از طریق نمونه‌گیری تصادفی انتخاب شدند و در دو گروه کنترل (۳۵ نفر) و آزمون (۳۵ نفر) تقسیم‌بندی شدند. برنامه آموزش روانی با توجه به نیازهای مراقبتی که مراقبین در ارتباط با مشکلات و مسائل بیمارانشان داشتند، طراحی شده و در هر جلسه توسط یک روان‌پرستار یا روانشناس هدایت می‌شد. نتایج این مطالعه نشان داد که گروه مداخله در مقایسه با گروه کنترل یا کنترل به‌طور چشمگیری کاهش علائم، شدت و بار روانی را دقیقاً پس از مداخله و ۱ ماه پس از مداخله نشان دادند (۲). که از این نظر با پژوهش حاضر متفاوت است. در این پژوهش در ماه اول پس از اجرای مداخله، کاهش چشمگیری در شدت علائم مشاهده نشد. مطالعه شریف از جهت بررسی تأثیر آموزش روانی خانواده روی شدت علائم بیماران در انجام پژوهش حاضر به‌عنوان راهنمای خوبی بوده و از جهاتی مشابه با این مطالعه می‌باشد اما فقط به بررسی شدت علائم و بار روانی مراقبین پرداخته است و میزان عود بیماری را بررسی نکرده است، همچنین بررسی ۱ ماهه برای اثبات و تعمیم نتایج مدت‌زمان کوتاهی بوده و کافی نیست. بنابراین پژوهشگران مطالعه حاضر تصمیم گرفتند علاوه بر شدت علائم به بررسی عود بیماری در مدت‌زمان پس از مداخله، یک ماه پس از مداخله و ۹ ماه پس از مداخله بپردازند. زیونک و همکارانش در مطالعه خود درزمینه آموزش روانی بر روی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی در کشور چین به نتیجه مشابه با این پژوهش رسید. آن‌ها در پژوهش خود دلیل بهبود در علائم بیماران را پیروی بهتر بیمار و خانواده از درمان‌های دارویی و نظارت بهتر خانواده‌ها بر مصرف داروهای آنتی‌سایکوتیک توسط بیمار دانسته‌اند (۱۹). به‌جز جنس بیمار، بین هیچ‌کدام یک از

References

1. Omranifard V, Yari A, Kheirabadi GR, Rafizadeh M, Maracy MR, Sadri S. Effect of needs-assessment-based psychoeducation for families of patients with schizophrenia on quality of life of patients and their families: A controlled study. *J Educ Health Promot.* 2014;3(1):125. DOI: 10.4103/2277-9531.145937 PMID: 25540798
2. von Maffei C, Gorges F, Kissling W, Schreiber W, Rummel-Kluge C. Using films as a psychoeducation tool for patients with schizophrenia: a pilot study using a quasi-experimental pre-post design. *BMC Psychiatry.* 2015;15(93):93. DOI: 10.1186/s12888-015-0481-2 PMID: 25924784
3. Dashtbozorgi B, Ghadirian F, Khajeddin N, Karami K. Effect of Family Psychoeducation on the Level of Adaptation and Improvement of Patients with Mood Disorders. *Iranian J Psychiatry Clin Psychol.* 2009;15(2):193-200.
4. Sadock BJ. *Synopsis of Psychiatry.* 2nd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2015.
5. Dorud N, Akbarfahimi M, Ashayeri H. Comparison of work activities of daily living in patients with schizophrenia and normal individuals matched. *J Mod Rehabil.* 2011;5(3):51-5.
6. Mohammadi MR, Rahgozar M. The epidemiology of psychiatric disorders in Semnan Semnan *J Med Sci.* 2006;5(1):1-16.
7. Rahgozar M, Cheraghi L, Karimlu M. Application of recurrent events in determining the risk factors of schizophrenia. *Razi J Med Sci.* 2013;19(99):7-11.
8. Sadock B, Sadock V, Ruiz P. *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry.* 9th ed: Wolters Kluwer Health; 2007.
9. Robinson DG, Woerner MG, Alvir JM, Geisler S, Koren A, Sheitman B, et al. Predictors of treatment response from a first episode of schizophrenia or schizoaffective disorder. *Am J Psychiatry.* 1999;156(4):544-9. DOI: 10.1176/ajp.156.4.544 PMID: 10200732
10. Sabooni P, Eftekhari s, Karimlou I. The effect of risk factors on the severity of psychotic symptoms during the first transitional model. *Razi J Med Sci.* 2013;20(116):1-8.
11. LM HUI C. Relapse in Schizophrenia. *Med Bullet.* 2011;16(5):8-9.
12. Spencer E, Birchwood M, McGovern D. Management of first-episode psychosis. *Adv Psychiatr Treat.* 2001;7(2):133-40.
13. Dominguez-Martinez T, Rascon-Gasca ML, Alcantara-Chabelas H, Garcia-Silberman S, Casanova-Rodas L, Lopez-Jimenez JL. Effects of Family-to-Family Psychoeducation Among Relatives of Patients With Severe Mental Disorders in Mexico City. *Psychiatr Serv.* 2017;68(4):415-8. DOI: 10.1176/appi.ps.201500457 PMID: 27842466
14. Sharif F, Shaygan M, Mani A. Effect of a psycho-educational intervention for family members on caregiver burdens and psychiatric symptoms in patients with schizophrenia in Shiraz, Iran. *BMC Psychiatry.* 2012;12(1):48. DOI: 10.1186/1471-244X-12-48 PMID: 22632135
15. Claxton M, Onwumere J, Fornells-Ambrojo M. Do Family Interventions Improve Outcomes in Early Psychosis? A Systematic Review and Meta-Analysis. *Front Psychol.* 2017;8(371):371. DOI: 10.3389/fpsyg.2017.00371 PMID: 28396643
16. Caqueo-Urizar A, Miranda-Castillo C, Lemos Giraldez S, Lee Maturana SL, Ramirez Perez M, Mascayano Tapia F. An updated review on burden on caregivers of schizophrenia patients. *Psicothema.* 2014;26(2):235-43. DOI: 10.7334/psicothema2013.86 PMID: 24755026
17. Sabooni P, Eftekhari S, Karimlou M. The effect of risk factors on the severity of psychotic symptoms during the first transitional model. *Razi J Med Sci.* 2013;20(116):1-8.
18. Navidian A, Pahlavanzadeh S, Yazdani M. The Effectiveness of Family Training on Family Caregivers of Inpatients with Mental Disorders. *Iranian J Psychiatry Clin Psychol.* 2010;16(2):99-106.
19. Bhattacharjee D, Kumar Ra A, Kumar Singh N. Psychoeducation: A Measure to Strengthen Psychiatric Treatment. *Delhi Psychiatry J.* 2011;14(1):33-9.
20. Kashani F, Pashasharif H. The impact of family psychoeducation (Atkinson and rational coia) on the general health of families with children with schizophrenia. *Thoughts Behav.* 2010;5(17):65-76.
21. Doval N, Sharma E, Agarwal M, Tripathi A, Nischal A. Experience of Caregiving and Coping in Caregivers of Schizophrenia. *Clin Schizophr Relat Psychoses.* 2016;2(18):132-8. DOI: 10.3371/csrp.DOSH.123015 PMID: 26780599
22. Videbeck SL. *Psychiatric Mental Health Nursing:* Lippincott Williams & Wilkins; 2017.
23. Atkinson J, Coia D. Families coping with schizophrenia : A practitioners guide to family groups. *Br J Gen Pract.* 1995;45(401):695-979.
24. Leucht S, Kane JM, Kissling W, Hamann J, Etschel E, Engel RR. What does the PANSS mean? *Schizophr Res.* 2005;79(2-3):231-8. DOI: 10.1016/j.schres.2005.04.008 PMID: 15982856