

## تأثیر آموزش شناختی به خانواده‌ها در پیشرفت درمان بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی

### The Effects of Family Cognitive Training on Improving the Treatment of Schizophrenic Patients

*E. Shokraneh, M. A.* ✉

*S. A. Ahmadi, Ph.D.*

الهام شکرانه ✉

کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی

دکتر سیداحمد احمدی

دانشیار گروه مشاوره دانشگاه اصفهان

#### Abstract

The purpose of this study was to improve the investigate to what extent may treatment of schizophrenic patients through training families to modify their incorrect thoughts, believes, and attitudes toward schizophrenics and increase their information to behave appropriateley and adjust their expectation.

With a semi- experimental design, and

#### چکیده:

هدف از این پژوهش مشخص نمودن میزان پیشرفت درمان افراد مبتلا به اسکیزوفرنی از طریق آموزش به خانواده‌ها در راستای اصلاح افکار، باورها و نگرش‌های نادرست نسبت به این دسته از بیماران و افزایش اطلاعات آنان در برخورد صحیح و توقع درست از آنان است. روش تحقیق نیمه‌تجربی و متغیر مستقل ۶ جلسه آموزش شناختی به خانواده افراد اسکیزوفرنیک و متغیر وابسته میزان پیشرفت درمان این بیماران بوده است.

✉Correspornding author: Dept. of Consulting, Faculty of Educational Sciences, Isfahan University, Isfahan, Iran.  
Tel: +98311-7932509  
Fax: +98311-7932500  
Email: s\_ahmad@edu.ui.ac.ir

✉ نویسنده مسئول: اصفهان - خیابان هزار جریب - دانشگاه اصفهان  
- دانشکده علوم تربیتی - گروه مشاوره  
تلفن: ۰۳۱۱-۷۹۳۲۵۰۹ دورنما: ۰۳۱۱-۷۹۳۲۵۰۰  
پست الکترونیک: email: s\_ahmad@edu.ui.ac.ir

Through 6 sessions of cognitive training for families with schizophrenic patients, examined treatment enhancement of schizophrenics. In this research statistical population was all schizophrenics in Najaf Abad City registered by 2005. The samples of this research were 30 schizophrenic patients (who were selected by psychiatrists) and their families were randomly replaced into the experimental and control groups. The instrument was a questionnaire consisted of the positive and negative syndrome scale (PANSS TEST) with alpha croubach 0.8 validity. The results of this research showed that family cognitive training was effective in the treatment of schizophrenic patients. ( $P < 0/01$ ) Dimensions of cognition which means increasing family information about schizophrenic patients, modify their incorrect thoughts, believes and attitudes toward Schizophrenic patients which was also effective in improving the treatment of these patients ( $P < 0/01$ ).

**Keyword:** cognitive training, family of schizophrenic patients, schizophrenic patients.

جامعه آماری این پژوهش افراد مبتلا به اسکیزوفرنی و خانواده آنان در شهرستان نجف‌آباد در سال ۱۳۸۴ بودند.

نمونه تحقیق ۳۰ فرد اسکیزوفرنیک (به تشخیص پزشک متخصص) و خانواده‌های آنان بودند که به شیوه تصادفی ساده انتخاب و در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. ابزار تحقیق، مقیاس سنجش علائم مثبت و منفی اسکیزوفرنیا (تست پنس) بود. آلفای کرونباخ این تست ۰/۸ برآورد شد. نتایج این تحقیق نشان داد که آموزش شناختی به خانواده‌ها در پیشرفت درمان مبتلایان به اسکیزوفرنی مؤثر بوده است ( $P < ۰/۰۱$ ). هم‌چنین ابعاد شناختی یعنی افزایش اطلاعات و ارتقاء سطح آگاهی خانواده‌ها، اصلاح افکار، باورها و نگرش نادرست نسبت به این دسته از افراد در پیشرفت درمان آنان مؤثر بوده است ( $P < ۰/۰۱$ ).

**کلیدواژه‌ها:** بیمار مبتلا به اسکیزوفرنی، خانواده بیمار مبتلا به اسکیزوفرنی، آموزش شناختی

## مقدمه

پذیرش بیمار مبتلا به اسکیزوفرنی<sup>۱</sup> به‌عنوان فردی که از یک بیماری روانی رنج می‌برد، مراقبت از بیمار اسکیزوفرنیک در مصرف دارو، ایجاد فضای آرام، مثبت و سازنده، پرهیز از برخوردهای خصمانه، انتقادآمیز و مداخله‌گرانه و اجتناب از وابسته کردن بیمار از عمده وظایفی است که باید خانواده‌های این بیماران به آن توجه داشته باشند (اسدالهی، ۱۳۷۲). بیمار مبتلا به اسکیزوفرنی

وقتی مرخص می‌شود بیماری او به‌طور کامل فروکش نکرده است، و نیاز به حمایت دارد (ساراسون<sup>۲</sup> و ساراسون، ۱۳۷۸). خانواده‌ای که بیمار به آن برمی‌گردد لازم است از یک دوره کوتاه و فشرده آموزش خانواده و خانواده‌درمانی برخوردار شود (کاپلان و سادوک، ۱۳۷۸).

اختلال در روابط بین بیمار و خانواده پس از قطع دارو مهم‌ترین نقش را در عود بیماری اسکیزوفرنیا دارد. گاهی اعضای خانواده به دلیل نداشتن اطلاعات کافی راجع به علت بیماری اسکیزوفرنیا یکدیگر را به اشکال مختلف مخفی و آشکار، کلامی و غیرکلامی و کنایه، مسبب بیماری نشان می‌دهند. این‌گونه برخوردها نه تنها موجب بروز احساس گناه و شرم در اعضای خانواده می‌گردد بلکه زمینه لازم برای فراهم آوردن شرایط سالم جهت کمک به بیمار را از بین می‌برند (اسدالهی، ۱۳۷۲).

انواع درمان‌های معطوف به خانواده می‌توانند در بهبود بیمار مبتلا به اسکیزوفرنی مفید باشند. براساس مطالعات انجام شده، خانواده‌درمانی در کاهش عود این بیماری مؤثر بوده است (هادوک<sup>۳</sup> و اسلید<sup>۴</sup>، ۱۳۷۸). یکی از انواع خانواده‌درمانی، شناخت‌درمانی است. در شناخت‌درمانی فرض بر آن است که هیجانات و رفتارهای افراد، تحت تأثیر ادراک آن‌ها از حوادث قرار دارد. موقعیت، احساس افراد را مشخص نمی‌کند بلکه شیوه تعبیر آن‌ها از موقعیت، احساس آن‌ها را مشخص می‌کند (بک<sup>۵</sup>، ۱۳۷۱). در آموزش به خانواده‌های این بیماران، درمان‌گر شناختی با توجه به وضعیت خاص بیمار و خانواده او از شیوه رهنمودی، پذیرش غیرشرطی، شیوه مبتنی بر همدلی استفاده می‌کند (قاسمی، ۱۹۹۵).

در این شیوه به خانواده بیمار اسکیزوفرنیک کمک می‌شود تا باورهای نادرست را نسبت به این بیماری اصلاح نمایند و بیماری اسکیزوفرنیا را چنان که هست بشناسند تا بتوانند با خلق و خوی بیمار مدارا نمایند. آموزش به خانواده‌ها می‌تواند نگرش آن‌ها را نسبت به بیماری اسکیزوفرنیا خوش‌بینانه سازد و کمک کند تا اعضای خانواده در برقراری یک ارتباط صحیح و منطقی با بیمار تلاش نمایند (هادوک و اسلید، ۱۳۷۸). برخی از محققین علت اختلال اسکیزوفرنیا را به روابط بیمارگونه درون خانواده نسبت می‌دهند. تحقیقات نشان داده است که شرایط و جو نامساعد خانواده نقش مهمی در عود اختلال اسکیزوفرنیا دارد (آزاد، ۱۳۷۸).

موری و فرانکو<sup>۶</sup> (۲۰۰۰) در پاسخ به مشکلات خانوادگی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی چندین الگوی مداخله خانوادگی را معرفی نمودند. موری بر این عقیده بود که علی‌رغم وجود تفاوت در کاربرد این الگوها برنامه مداخلات خانوادگی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی دارای اهداف و اجزا، مطابق جدول ۱ می‌باشد.

جدول ۱: اهداف و اجزاء آموزش خانواده‌های بیماران اسکیزوفرنیک

اهداف	اجزاء
- افزایش آگاهی در مورد اختلال - تجزیه شخصیت بر اساس علائم و سمپتوها	آموزش در مورد اسکیزوفرنیا
- افزایش آگاهی در مورد نقش دارو در کنترل سمپتوم‌ها و پیشگیری از عود بیماری	آموزش در مورد درمان
- بهبود ارتباط با خانواده و کاهش اختلالات و انتقادات از سوی سایر افراد خانواده به همراه خشونت‌ی که متوجه این بیماران می‌شود. - افزایش توجه مثبت نسبت به بیمار - احترام نسبت به حریم افراد در خانواده	آموزش در امر تسهیل ارتباط بین فردی
- بهبود در کنترل مشکلات روزمره زندگی و رعایت برخی مصلحت‌ها در خصوص وقایع زندگی	آموزش حل مسئله

نظریه‌پردازان اولیه علت شروع و عود اختلال اسکیزوفرنیا را روابط بیمارگونه درون خانواده می‌دانستند. آنان رفتار اسکیزوفرنیک را پاسخی به پیام‌های ضد و نقیض والدین می‌دانستند که به‌صورت کلامی یا غیرکلامی به بیمار ارائه شده است (کاپلان و سادوک، ۱۳۶۲). لیدز<sup>۷</sup> (۱۹۶۵) رفتار خشونت‌آمیز بیماران را به اختلال در روابط بین والدین آن‌ها مربوط می‌دانست. مطالعات براون<sup>۸</sup> و همکاران (به‌نقل از هادوک و اسلید، ترجمه پورشرفی و علی‌لو، ۱۳۷۸) و مطالعه واوان<sup>۹</sup> و لف<sup>۱۰</sup> (۱۹۷۶) همبندی بین ابراز هیجان<sup>۱۱</sup> در خانواده و عود بیماری را نشان دادند.

در پژوهش انجام گرفته در خصوص بررسی تأثیر مداخله خانوادگی، لف و همکاران (۱۹۷۷) تلاش کردند تا مداخله خانوادگی را بر پایه آموزش، بنا کنند. این مداخله حدود ۹ ماه به طول انجامید. در مجموع بیمارانی که آموزش آن‌ها مبتنی بر مداخلات خانوادگی بود در طی این مدت، ۸٪ میزان عود و بیمارانی که آموزش آن‌ها مبتنی بر درمان عادی، روزمره و انفرادی بود ۵۰٪ میزان عود، در طی مدت مذکور از خود نشان دادند.

براساس پژوهش هوگارتی<sup>۱۲</sup> و همکاران (به‌نقل از هادوک و اسلید، ترجمه پورشرفی و علی‌لو، ۱۳۷۸) در طی یک سال آموزش مبتنی بر مداخله خانوادگی ۲۳٪ احتمال عود بیماری اسکیزوفرن، در آموزش مبتنی بر مهارت‌های اجتماعی ۳۰٪ و در آموزش تلفیقی ۹٪ و در گروه کنترل ۴۱٪ بود. در پژوهشی که از سوی موری و فرانکو (۲۰۰۰) انجام شد آموزش به خانواده‌های بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی با تأکید بر رویکرد شناختی و اصلاح نگرش و باورهای آن‌ها در خصوص این دسته از بیماران به میزان چشم‌گیری منجر به کاهش علائم بیماری و کاهش احتمال عود بیماری شد. قاسمی (۱۳۷۷) پژوهشی به منظور تعیین اثر آموزش خانواده بر عملکرد اجتماعی بیماران اسکیزوفرنیک و اختلالات خلقی در شهر اصفهان بر ۱۷۵ بیمار مبتلا به اسکیزوفرنی و ۱۷۴ بیمار مبتلا به اختلال خلقی انجام داد.

نتایج حاکی از افزایش سطح عملکرد خانواده در برخورد کلامی و غیرکلامی با بیمار و بالا رفتن سطح نگرش مطلوب اعضای خانواده نسبت به بیماری و بالاخره بهبود عملکرد اجتماعی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا و اختلالات خلقی بود. مسئله اصلی این تحقیق بررسی میزان تأثیر آموزش شناختی<sup>۱۳</sup> به خانواده‌ها و افزایش آگاهی و اطلاعات آن‌ها نسبت به برخورد صحیح با بیمار، داشتن بینش صحیح نسبت به بیمار و انتظار به‌جا از بیمار بود.

## روش

روش این پژوهش، نیمه تجربی بوده، از گروه آزمایش و کنترل و اجرای پیش‌آزمون و پس‌آزمون استفاده شده است.

## جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

جامعه آماری این تحقیق کلیه بیماران اسکیزوفرنیک شهرستان نجف‌آباد و خانواده‌های آنان در سال ۱۳۸۴ بودند. نمونه تحقیق ۱۵ بیمار مبتلا به اسکیزوفرنی برای گروه آزمایش و ۱۵ بیمار برای گروه کنترل با تشخیص پزشک و خانواده‌های آنان بود. نمونه‌گیری در این تحقیق به روش تصادفی ساده صورت گرفته است. جهت نمونه‌گیری فهرست اسامی ۱۳۴ بیمار اسکیزوفرنیک که به تشخیص روان‌پزشک در سازمان بهزیستی موجود بودند و با اختصاص یک شماره به هر فرد و استفاده از جدول اعداد تصادفی نمونه تحقیق انتخاب گردید.

## ابزارهای پژوهش

ابزار این تحقیق، آزمون پنس<sup>۱۵</sup> (مقیاس سنجش علائم مثبت و منفی ۱۶) ویژه بیماران اسکیزوفرنیک بود. این آزمون علائم مثبت و منفی بیماری را می‌سنجد و از ۴ خرده‌آزمون تشکیل شده خرده‌آزمون علائم مثبت: شامل مجموعه‌ای از سؤال‌هاست که در ۷ بخش تنظیم شده و نشانه‌های مربوط به هذیان، درهم‌ریختگی ادراکی، رفتار توهمزاه، هیجان‌پذیری، بزرگ‌منشی، بدگمانی و خصومت بیمار را می‌سنجد. خرده‌آزمون علائم منفی: شامل مجموعه‌ای از سؤال‌هاست که در ۷ بخش تنظیم شده و نشانه‌های مربوط به کندی عاطفی، اجتناب هیجانی، فقدان همدلی، انزوای اجتماعی، نقصان در تفکر انتزاعی، نقصان در روانی و سیالی کلام و تفکر کلیشه‌ای بیمار را می‌سنجد. خرده‌آزمون علائم عمومی شامل: مجموعه‌ای از سؤال‌هاست که در ۱۶ بخش تنظیم شده و نشانه‌های مربوط به نگرانی‌های جسمی، اضطراب، احساس گناه، تنش، ادا و اطوار قالبی، افسردگی، کندی حرکت، عدم تشریح مساعی محتوای افکار غیرمعمول، جهت‌یابی نامناسب، فقدان توجه، فقدان قضاوت و بینش، اختلال و اراده و خواست، فقدان کنترل تکانش، اشتغال به خود و اجتناب از

فعالیت‌های اجتماعی بیمار را می‌سنجند. خرده آزمون پرخاشگری (مکمل): شامل مجموعه‌ای از سؤال‌هاست که در ۳ بخش تنظیم شده و نشانه‌های مربوط به خشم، نقصان در تأخیر انداختن کسب لذت و بی‌ثباتی عاطفی را می‌سنجد.

این آزمون به وسیله عده‌ای روان‌پزشک (کی، آپلر و فیزبین) ساخته و تنظیم شده است و بنا به نظر کی و همکاران (۱۹۹۲) از روایی بالایی برخوردار می‌باشد. از این آزمون در خارج از ایران در تحقیقات فراوانی در خصوص بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی استفاده شده است.

سؤالات این آزمون، تمام ملاک‌های فرد مبتلا به اسکیزوفرنی را در دهمین طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها (ICD-10) و چهارمین نسخه راهنمای تشخیصی و آماری بیماری‌های روانی (DSM-IV) در برمی‌گیرد (کی، آپلروفیزبین، ۱۹۹۲). آزمون پنس توسط کی و فیزبین (۱۹۸۵) روی ۲۴۰ بیمار مبتلا به اسکیزوفرنی در محدوده سنی ۲۰ الی ۶۸ ساله اجرا شد و پایایی آن  $0/83$  بدست آمد ( $P < 0/01$ ). لیندن مایر و همکاران (۱۹۸۹) همسانی درونی تست پنس را  $0/87$  گزارش نمودند و جهت بررسی روایی این پرسشنامه براساس روایی همزمان با آزمون اندرسون (آزمون تشخیص علائم اسکیزوفرنیا) همبستگی  $0/77$  بدست آوردند ( $P < 0/01$ ).

این آزمون توسط محقق روی ۳۰ بیمار مبتلا به اسکیزوفرنی مجدداً اجرا و آلفای کربناخ آن  $0/91$  بدست آمد، دامنه آلفای خرده‌آزمون‌ها نیز از  $0/77$  تا  $0/84$  متغیر بود ( $P < 0/01$ ). به منظور تعیین روایی آزمون از اجرای همزمان این آزمون با آزمون اندرسون نیز همبستگی  $0/69$  بدست آمد ( $P < 0/01$ ).

متغیر مستقل در این پژوهش آموزش شناختی به خانواده‌های گروه آزمایش بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی بود. آموزش توسط یک روان‌شناس بالینی آشنا به تکنیک‌های شناخت‌درمانی در ۶ جلسه و هر جلسه به مدت  $1/5$  ساعت اجرا شد. پروتکل آموزش شناختی به خانواده بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی با توجه به یافته‌های موری و فرانکو (۲۰۰۰) تهیه و به وسیله اساتید متخصص دانشگاه اصفهان تأیید شد.

لازم به ذکر است که در هر جلسه علاوه بر ارائه تکلیف به خانواده‌ها مفاهیم فراگرفته شده در جلسه قبل نیز توسط فرد آموزش‌دهنده ارزیابی می‌گردید. در صورت عدم حضور برخی از خانواده‌ها در هر یک از جلسات آموزشی، به‌طور جداگانه پیگیری شده و جلسه آموزشی جدا برای آن‌ها برگزار می‌شد. نمونه انتخاب شده ریزش نداشت. خلاصه و فشرده‌ای از موضوع و محتوای جلسات آموزشی به شرح زیر بوده است:

جلسه اول: آموزش به خانواده‌ها در خصوص شناخت‌درمانی و آگاهی آنان در زمینه نقش باورها و افکار در رفتار و احساسات و شناسایی نگرش‌ها و باورهای مثبت و منفی. جلسه دوم: بررسی نگرش و باور افراد خانواده در خصوص علائم مثبت و منفی بیمار اسکیزوفرنیک و آموزش به خانواده‌ها در

راستای اصلاح این باور و نگرش همراه با شناخت صحیح علائم. جلسه سوم: آموزش به خانواده‌ها در زمینه شناخت و تشخیص باورهای نادرست نسبت به مشکلات فردی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی و آموزش به آن‌ها در راستای اصلاح این باورها. جلسه چهارم: تشخیص باورهای نادرست و افکار خودکار در زمینه ارتباط بین فردی بیمار و اعضای خانواده (از جمله به‌کارگیری الفاظ نامناسب در برخوردهای کلامی، انتقاد از بیمار، توقع بیش از حد و...) و جایگزین نمودن افکار کارآمد و صحیح، به‌جای افکار و باورهای نادرست در زمینه‌های ذکر شده. جلسه پنجم: آموزش به خانواده‌ها در زمینه شناسایی باورهای نادرست نسبت به بیمار در خصوص نقص در انجام وظایف و تکالیف شخصی بیمار و مشکلات حاصل از آن و اصلاح باورها و افکار ناکارآمد در این زمینه به همراه آموزش حل مسئله. جلسه ششم: آموزش به خانواده‌ها در زمینه شناسایی باورهای نادرست نسبت به ویژگی‌های شخصیتی بیمار (از جمله پرخاشگری، انزوا، پارانوئید بودن و افسردگی) و تبعات حاصله و اصلاح افکار ناکارآمد در این زمینه.

### یافته‌ها

نتایج این پژوهش در دو سطح توصیفی و استنباطی ارائه شده است. ابتدا در جدول ۲ میانگین و انحراف استاندارد گروه آزمایش و کنترل در پیش‌آزمون و پس‌آزمون آمده است.

جدول ۲: میانگین و انحراف استاندارد نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون بیماران اسکیزوفرنیک در علائم مثبت، منفی، عمومی پرخاشگری

مکمل‌ها		علائم عمومی (G)		علائم منفی (N)		علائم مثبت (P)		N	گروه
S	$\bar{X}$	S	$\bar{X}$	S	$\bar{X}$	S	$\bar{X}$		
۳/۶۸۵	۱۲/۹۳۳	۱۲/۰۴۷	۶۶/۰۰	۷/۲۸۲	۲۸/۸۰۰	۷/۸۱۷	۲۸/۶۰۰	۱۵	پیش‌آزمون
۲/۴۳۳	۱۱/۷۳۳	۱۰/۰۸۶	۵۹/۸۰۰	۶/۰۸۱	۲۶/۸۶۶	۶/۴۰۱۶	۲۵/۴۶۶	۱۵	پس‌آزمون
۳/۷۵۰	۱۴/۵۳۳	۱۰/۵۳۴	۷۰/۴۶۶	۸/۵۱۷	۳۱/۵۳۳	۷/۸۰۹۳	۲۹/۱۳۳۳	۱۵	پیش‌آزمون
۳/۲۰۲۶	۱۴/۴۰۰	۱۰/۵۶۷	۷۱/۶۶۶	۸/۰۸۷۶	۳۱/۸۶۶	۶/۹۱۴۴	۲۹/۶۶۶	۱۵	پس‌آزمون

برای تعیین میزان تأثیر آموزش خانواده بر نشانه‌های بیماری اسکیزوفرنیا و کنترل پیش‌آزمون از تحلیل کواریانس استفاده شد. نتایج تحلیل کواریانس در جدول شماره ۳ آمده است.

جدول ۳: تحلیل کواریانس متغیرهای مربوط به تأثیر آموزش شناختی خانواده‌ها بر پیشرفت درمان بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی

متغیرها	مجدور میانگین	F	سطح اطمینان	ضریب بتا	توان آماری
سن	۲۰۸/۹۸	۰/۷۶۹	۰/۳۸۹	۰/۰۳۱	۰/۱۳۴
جنس	۱۱۸/۳۷	۰/۴۳۵	۰/۵۱۶	۰/۰۱۸	۰/۰۹۷
تحصیلات	۳۵۷/۱۳	۱/۳۱۳	۰/۲۶۳	۰/۰۵۲	۰/۱۹۶
متغیر مستقل کل	۲۴۸۴/۸۷	۹/۱۳۸	۰/۰۰۶	۰/۲۷۶	۰/۸۲۶
متغیر مستقل در علائم مثبت	۱۰۶/۷۵	۴/۵۹۲	۰/۰۴۲	۰/۱۶۱	۰/۵۳۹
متغیر مستقل در علائم منفی	۸۳/۱۸۷	۶/۷۰۶	۰/۰۱۶	۰/۲۱۸	۰/۷۰۰
متغیر مستقل در علائم عمومی	۶۲۴/۱۴۹	۱۰/۸۵۶	۰/۰۰۳	۰/۳۱۱	۰/۸۸۵
متغیر مستقل در علائم مکمل	۲۳/۸۶۳	۵/۶۴۹	۰/۰۲۶	۰/۱۹۱	۰/۶۲۶

براساس جدول ۳، F بدست آمده در متغیرهای سن، جنس و تحصیلات در سطح اطمینان ۰/۰۵ و ۰/۰۱ معنادار نبوده است. بنابراین متغیرهای سن جنس و تحصیلات تأثیرگذار بر متغیر وابسته نبوده‌اند. F بدست آمده در متغیر مستقل یعنی آموزش شناختی به خانواده ۹/۱۳ و در سطح ۰/۰۱ معنادار بوده و بیانگر آن است که آموزش شناختی به خانواده‌ها، بر متغیر وابسته یعنی پیشرفت درمان بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی اثربخش بوده است، لذا فرض اول پژوهش تأیید می‌شود. توان آماری در تأثیر متغیر مستقل بالاتر از ۰/۸ بوده و حاکی از کفایت حجم نمونه است.

F بدست آمده در خرده‌آزمون علائم مثبت ۴/۵۹ و در سطح ۰/۰۵ معنادار بوده، هم‌چنین F بدست آمده در خرده‌آزمون علائم منفی ۶/۷۰ و در سطح ۰/۰۵ معنادار بوده است. نتایج فوق حاکی از آن است که متغیر مستقل علاوه بر تخفیف علائم مثبت در تخفیف علائم منفی نیز اثربخش بوده است. بر این اساس فرض دوم پژوهش رد شده و مورد تأیید قرار نمی‌گیرد.

F بدست آمده در خرده‌آزمون مکمل که میزان شدت پرخاشگری را می‌سنجد ۵/۶۴ که در سطح ۰/۰۵ معنادار بوده است. لذا فرض سوم پژوهش مبنی بر اثربخش بودن آموزش شناختی به خانواده‌ها بر تخفیف پرخاشگری بیمار اسکیزوفرنیک تأیید می‌شود.

### بحث

نتایج پژوهش حاکی از آن است که آموزش شناختی به خانواده‌های بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی در پیشرفت درمان این بیماران، اثربخش بوده است (جدول ۲ و ۳). بنابراین با ایجاد تغییر در



نگرش و باور خانواده این دسته از بیماران، شرایط مساعدتر و مطلوب‌تری برای آن‌ها ایجاد شده است به‌گونه‌ای که بیمار در یک محیط عاری از استرس و برخوردهای خصمانه و انتقادآمیز، عدم احساس طرد شدن همراه با افزایش اعتماد به نفس، مورد پذیرش و احترام واقع شدن از سوی خانواده و به تبع آن کاهش اضطراب و عود مجدد بیماری قرار داشته است. این شرایط شانس بیمار را برای بهبود از یک دوره اسکیزوفرنی، افزایش داده و با ایجاد فاصله زمانی طولانی‌تر، عود و بستری شدن مجدد را کاهش داده است. این نتیجه با یافته اسدالهی و عباسعلی‌زاده (۱۳۷۲) مبنی بر این که «جلسات آموزشی خانواده‌های افراد مبتلا به اسکیزوفرنی به نحوی است که آنان از دانش و مهارت کافی و صحیحی در برخورد با بیمار برخوردار می‌گردند و آموزش به خانواده‌ها می‌تواند نگرش آن‌ها را نسبت به بیماری خوش‌بینانه‌تر سازد تا روش صحیح‌تری در شرایط بحرانی اتخاذ نمایند»، انطباق دارد. هم‌چنین با نتیجه پژوهش موری و فرانکو (۲۰۰۰) در خصوص این‌که آموزش به خانواده‌های بیماران اسکیزوفرنیک با تأکید بر رویکرد شناختی منجر به کاهش احتمال عود بیماری می‌شود، همسو است. نتایج این تحقیق با پژوهش لف و همکاران (۱۹۷۷)، هوگارتی و همکاران (به‌نقل از هادوک و اسلید، ترجمه پورشریفی و علی‌لو، ۱۳۷۸) و قاسمی (۱۳۷۷) نیز همسو است و به این نکته تأکید دارد که آموزش به خانواده‌ها تنها برای جلوگیری از عود بیماری و کاهش علامت‌ها در بیمار محدود نمی‌شود بلکه جو حاکم بر خانواده تغییر می‌یابد و اعضای خانواده از چگونگی برقراری یک ارتباط صحیح و منطقی آگاهی پیدا می‌کنند و با نگرش مناسب‌تری در شرایط بحرانی در خانواده نسبت به حل مشکل ایجاد شده، اقدام خواهند نمود. ضمن آن‌که شرایط و وضعیت بیمار مبتلا به اسکیزوفرنی برای تک‌تک افراد قابل پذیرش خواهد شد و در مجموع این نوع نگرش خانواده در راستای پیشرفت درمان بیمار اسکیزوفرنیک خواهد بود.

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که آموزش شناختی به خانواده‌ها در تخفیف علائم مثبت و علائم منفی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی مؤثر بوده و ارتقاء اطلاعات و تصحیح باورها و شناخت خانواده‌ها در هر دو دسته از علائم مثبت و منفی تأثیر داشته است. از آن‌جا که عود مجدد اختلال اسکیزوفرنی با ظهور علائم مثبت (توهم، هذیان) و یا علائم منفی (فقر کلام و رفتار، فقر ارتباطی و...) و یا هر دو همراه است. ارتقاء آگاهی و معلومات خانواده‌ها از ایجاد یک محیط خانوادگی ناسالم، پر آشوب و ناامن می‌کاهد، احساس ناکارآمدی، ناتوانی و درماندگی در بیمار را تا حد امکان تخفیف می‌دهد و زمان بازگشت مجدد بیماری را که با علائم مثبت و منفی مشخص می‌گردد طولانی‌تر می‌کند. این نتیجه با نتایج پژوهش موری و فرانکو (۲۰۰۰) مبنی بر این‌که آموزش شناختی به خانواده بیماران اسکیزوفرنیک منجر به کاهش علائم بیماری می‌شود، همسو می‌باشد.

آموزش به خانواده‌ها در تخفیف میزان پرخاشگری بیماران اسکیزوفرنیک نیز اثربخش بوده است (جدول ۳). افزایش سطح اطلاعات خانواده‌ها، اصلاح باورهای آن‌ها و تغییر در نحوه برخورد با

بیماران، میزان پرخاشگری بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی را کاهش داده است. این نتیجه با نتیجه بررسی لیدز (۱۹۶۵) مبنی بر این که «اختلال در روابط بین والدین با رفتار خشونت‌آمیز بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی مرتبط است، انطباق دارد». این یافته با حاصل تحقیق براون (به نقل از هادوک و اسلید، ترجمه شریفی و علی‌لو، ۱۳۷۸) مبنی بر این که ماهیت خشم و هیجان ابراز شده بین بیمار و اطرافیانش مهم‌ترین عامل اثرگذار در پیشرفت فرایند اسکیزوفرنیا محسوب می‌شود، همسو می‌باشد. با ارتقاء معلومات و اطلاعات افراد خانواده در خصوص برخورد صحیح با بیماران می‌توان انتظار داشت از شدت برخی اختلالات همراه شونده با بیماری اسکیزوفرنی از جمله پرخاشگری، خشم، افسردگی و... کاسته شود و بیمار رضایت خاطر بیشتری هم از زندگی فردی، هم از زندگی خانوادگی خود داشته باشد. با توجه به برخی از محدودیت‌ها از جمله کمبود منابع علمی و تحقیقات در خصوص آموزش شناختی به خانواده‌های بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی به خصوص در ایران، از مجموع تحقیقات و نتایج این تحقیق می‌توان چنین استنباط کرد، آموزش به خانواده یکی از عوامل مؤثر و کارآمد در پیشرفت درمان بیماری اسکیزوفرنی تلقی می‌شود. ارتقاء اطلاعات، اصلاح باورها، افزایش آگاهی و شناخت خانواده‌ها نسبت به علل و علائم بیماری، رفتار و ویژگی‌های شخصی بیمار، پذیرش شرایط بیمار را از سوی افراد خانواده آسان‌تر کرده و نحوه برخورد با بیمار را در راستای منافع بیمار و بهبود وی تغییر می‌دهد. با توجه به این که هنوز درمانی قطعی برای بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی ارائه نشده است، با فراهم نمودن محیط خانوادگی مساعد می‌توان از شدت علائم بیماری کاست. بهبود روابط بین فردی بیمار و اطرافیانش فاصله عود بیماری را به حداقل می‌رساند و زمینه را برای بازتوانی بیمار فراهم می‌نماید. باید خاطر نشان کرد که تکرار این تحقیق با یک نمونه دیگر می‌تواند تعمیم‌پذیری آن را مطمئن‌تر سازد. بنابر نتایج این پژوهش، پیشنهاد می‌گردد متولیان در سازمان‌ها و ارگان‌های دولتی از جمله سازمان بهزیستی و مراکز بهداشتی درمانی که همه ساله هزینه‌های گزافی را صرف دارو، درمان و بستری این دسته از بیماران متحمل می‌شوند از طریق سرمایه‌گذاری در زمینه آموزش به خانواده‌ها با تغییر باورها و ایجاد نگرش صحیح نسبت به افراد اسکیزوفرنیک در تسریع پیشرفت درمان، طولانی ساختن زمان عود مجدد، کاهش بستری شدن در بیمارستان، افزایش بازتوانی بیمار و صرفه‌جویی در هزینه‌های درمانی قدم‌های مثبت و مؤثری بردارند.

## یادداشت‌ها

1. Schizophrenic Patient
2. Sarason
3. Haddock
4. Slade
5. Beck
6. Frankow

7. Lidz
8. Brown
9. Vaughn
10. Leff
11. EE (Emotional Expression)
12. Hogarty
13. Cognitive training
14. Family of schizophrenic patients
15. PANSS Test
16. Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS)

## منابع

- آزاد، ح. (۱۳۷۸). *آسیب‌شناسی روانی* (جلد دوم). تهران: انتشارات بعثت.
- اسداللهی، ق. ع.، و عباسعلی‌زاده، ع. (۱۳۷۲). *کتاب راهنما برای خانواده‌های بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا*. اصفهان: انتشارات دانشگاه علوم پزشکی اصفهان.
- بک، آ. (۱۳۷۱). *شناخت‌درمانی و مشکلات روانی* (ترجمه م. قراچه‌داغی). تهران: انتشارات ویس. (تاریخ انتشار به زبان اصلی: ۱۹۷۶)
- ساراسون، ای.، و ساراسون، ب. (۱۳۷۸). *روان‌شناسی مرضی* (ترجمه ب. نجاریان و م. ع. اصغری مقدم) جلد دوم. تهران: انتشارات رشد.
- قاسمی، غ. ر. (۱۳۷۷). *مقایسه اثربخشی آموزش‌های تربیتی روانی خانواده بر عملکرد اجتماعی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا و اختلالات خلقی*. گزارش طرح پژوهشی، معاونت پژوهشی مرکز تحقیقات علوم رفتاری و روان‌پزشکی بیمارستان خورشید، اصفهان.
- کاپلان، ه.، و سادوک، ب. (۱۳۶۲). *اسکیزوفرنی* (ترجمه ن. ا. پورافکاری). تبریز: انتشارات ذوقی. (تاریخ انتشار به زبان اصلی: ۱۹۸۳)
- کاپلان، ه.، و سادوک، ب. (۱۳۷۸). *خلاصه روان‌پزشکی* (ترجمه ح. رفیعی و ف. رضاعی). تهران: انتشارات ارجمند. (تاریخ انتشار به زبان اصلی: ۱۹۹۸)
- هادوک، گ.، و سلید، پ. (۱۳۷۸). *رفتاردرمانی شناختی اختلالات اسکیزوفرنیک* (ترجمه ح. پورشریفی و م. علی‌لو). تهران: انتشارات دانشگران فردا. (تاریخ انتشار به زبان اصلی: ۱۹۶۳)

- Ghassemi, G. R. (1995). *Better management of schizophrenia family*. Isfahan: University of Isfahan.
- Kay, S., & Fiszbein, A. (1985). Genetics of schizophrenia and the positive-negative dimension. *American Journal of Psychiatry, 142*, 994-997.
- Kay, S., Opler, L., & Fiszbein, A. (1992). *Positive and negative syndrome scale*. Toronto: Health system Inc.
- Leff, J. (1977). International variations in the diagnosis of schizophrenic. *British Journal of Psychiatry, 131*, 329-338.
- Lidz, T., Fleck, S., & Cornelison, A. (1965). *Schizophrenia and the family*. New York: International universities press.

- Lindenmayer, J. P., & Kay, S. R. (1989). Depression, affective impairment, and negative symptoms in schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 155, 59-65.
- Murry, R., & Frankow, S. (2000). *Schizophrenia* (1<sup>st</sup> ed.). New York: Brunner
- Vaughn, C., & Leff, J. (1976). The influence of family and social factors on the course of psychiatric illness. *British Journal of Psychiatry*, 129, 125-137.