

۱۱۲۳۷۱



دانشگاه شهید بهشتی

پژوهشکده خانواده

پایان نامه

جهت اخذ درجه کارشناسی ارشد

در رشته روانشناسی خانواده درمانی

عنوان:

اثر بخشی برنامه آموزش روانشناختی خانواده در کاهش ابراز هیجان و بهبود جو

خانوادگی در خانواده های بیماران مبتلا به اختلالات شدید روانپزشکی

استاد راهنما:

جناب آقای دکتر محمد علی مظاهری

استاد مشاور:

سرکار خانم دکتر یاسمن متقی پور

پژوهشگر:

سمیرا کرملو

پاییز ۱۳۸۷

۱۳۸۸ / ۱۱ / ۳۱

۱۱۲۳۷۱

تقدیم به همه پدران و مادران

به مادر که نگاهش همه مهربانی هاست:
قاصدی که زندگی را فبر می دهد.
به پدر که در سکوتش همه صداهاست:
فریادی که بودن را تجربه می کند.

و قواهران و برادرانم که فرداهای روشنشان را امید داریم.

و همه خانواده های بیماران روانپزشکی

با سپاس از اساتید گرانقدر:

جناب آقای دکتر علی مظاهری؛

که رهنمودهایش آسانی را هم شد

و کلامش

یاری رسانم

به دیاری که هرگز تجربه نکرده بودم

سرکار خانم دکتر یاسمن متقی پور؛

که مضمون در کنارشان

از غنیمت های بزرگ زندگی بود

کمال تشکر از اساتید فوبم دکتر فرشته موتابی، دکتر ممسن دهقانی، دکتر
محمود گلزاری، دکتر لیلی پناغی، دکتر نرگس چیمه که با دید ژرفشان مرا در
انجام هر چه بهتر این اثر یاری کردند.

و با سپاس از دوستانی که در لحظه لحظه این تمقیق همراهی ام کردند :

سارا وکیلان

آسیه اناری

منصوره صادقی

الناز بهاورنیا

سمیرا فرخ آبادی

چکیده پژوهش:

مقدمه: بیش از نیم قرن است که توجه به محیط خانوادگی به عنوان عاملی مهم در سیر اختلالات طیف اسکیزوفرنیا و دو قطبی مدنظر قرار گرفته و منجر به تدوین و توسعه مداخلات گسترده روانی-اجتماعی بر روی واحد خانواده شده است (بارباتو و آوانزو، ۲۰۰۰). تاثیر فضای عاطفی و هیجانی و به طور کلی ابراز هیجان بر سیر اختلالات شدید روانپزشکی به طور تجربی و مکرر در طی دهه های اخیر نشان داده شده است. هدف از پژوهش حاضر بررسی اثر بخشی برنامه آموزش روانشناختی خانواده در خانواده های بیماران مبتلا به اختلالات شدید روانپزشکی است.

روش: نمونه پژوهش شامل خانواده های ۳۰ نفر از بیماران مبتلا به اختلالات شدید روانپزشکی (شامل سه اختلال اسکیزوفرنیا، اسکیزو افکتیو و اختلال دوقطبی) است که در سال ۱۳۸۶ در بیمارستان طالقانی و بیمارستان امام حسین بستری شده بودند و از طریق نمونه گیری در دسترس انتخاب شده و افرادی که مایل به شرکت در برنامه بودند در گروه آزمایش و افرادی که در برنامه شرکت نکردند در گروه کنترل قرار گرفتند. هر دو گروه به پرسشنامه های خانواده و جو خانواده پاسخ دادند (پیش آزمون) و سپس برنامه آموزش در طی ۶ جلسه به صورت جلسات هفتگی ۲ ساعته برای گروه آزمایش به اجرا در آمد و در انتهای جلسات از هر دو گروه پس آزمون گرفته شد.

یافته ها: نتایج پژوهش نشان دادند که آموزش روانشناختی خانواده نظرات انتقادی ($P < 0/01$) را کاهش داده و باعث افزایش انسجام و بیانگری ($P < 0/001$) در گروه آزمایش شده است، اما تغییری در مولفه های درگیری عاطفی شدید، جو کلی خانواده و تعارض در دو گروه دیده نشد.

بحث: یافته های این پژوهش در مورد متغیرهای نظرات انتقادی، انسجام و بیانگری با سایر پژوهش های انجام شده در این حوزه همخوانی دارد. اما در مورد مولفه درگیری عاطفی شدید با توجه به اینکه این یافته با پژوهش های دیگر مغایرت داشت، شاید بتوان با در نظر گرفتن فاکتورهای فرهنگی این عدم

تغییر را مورد تبیین قرار داد. اما در تبیین متغیرهای جو کلی خانواده و تعارض، با توجه به پیچیدگی این متغیرها در خانواده های دارای بیمار روانپزشکی، بهبود این مولفه ها نیازمند زمان بیشتری است، بنابراین با توجه به برنامه که مدت در این پژوهش این نتایج قابل انتظار می باشند. به طور کلی یافته های پژوهش حاکی از این است که مداخله روانشناختی خانواده در بهبود ابراز هیجان و نیز فاکتورهای مهم در جو خانوادگی موثر می باشد.

فصل اول: معرفی پژوهش

۱-۱ مقدمه.....	۱
۲-۱ بیان مسئله.....	۳
۳-۱ اهمیت تحقیق.....	۷
۴-۱ اهداف تحقیق.....	۸
۵-۱ فرضیه و سوالهای تحقیق.....	۸
۶-۱ تعاریف مفهومی متغیرها.....	۹
۷-۱ تعاریف عملیاتی متغیرها.....	۱۱

فصل دوم: ادبیات پژوهش

۱-۲ اختلالات روانپریشی.....	۱۴
۱-۱-۲ اسکیزوفرنیا.....	۱۵
۲-۱-۲ اختلال اسکیزوافکتیو.....	۱۹
۳-۱-۲ اختلال دو قطبی.....	۲۰
۲-۲ خانواده و اختلالات روانپزشکی.....	۲۱
۳-۲ ابراز هیجان: عامل پیش بینی کننده عود در اختلالات روانپزشکی.....	۲۴
۱-۳-۲ ابراز هیجان و فرهنگ.....	۲۸
۲-۳-۲ ابراز هیجان و داغ اجتماعی.....	۳۱
۳-۳-۲ ابراز هیجان در دیدگاههای مختلف.....	۳۲

۳۶	۴-۲ تاریخچه مطالعات خانواده در اختلالات روانپزشکی
۳۸	۱-۴-۲ مداخلات خانواده
۴۳	۲-۴-۲ مطالعات اولیه در مداخلات خانواده
۴۵	۳-۴-۲ مطالعات اخیر در مداخلات خانواده
۵۱	۵-۲ پژوهش‌ها در ایران
۵۳	۶-۲ نتیجه‌گیری

فصل سوم: روش پژوهش

۵۵	۱-۳ طرح پژوهش
۵۶	۲-۳ جامعه آماری، گروه نمونه و روش نمونه‌گیری
۵۶	۳-۳ ابزارهای سنجش و مداخله‌گری
۵۶	۱-۳-۳ پرسشنامه خانواده
۵۷	۲-۳-۳ پرسشنامه جو خانواده
۶۰	۳-۳-۳ برنامه آموزش روانشناختی خانواده
۶۱	۴-۳ روش اجرای پژوهش
۶۳	۵-۳ نحوه رعایت نکات اخلاقی
۶۳	۵-۳ روش پردازش داده‌ها

فصل چهارم: یافته های پژوهش

- ۱-۴ شاخص های توصیفی داده ها ۶۵
- ۱-۴-۱ ویژگی های جمعیت شناختی ۶۵
- ۱-۴-۲ شاخص های توصیفی مربوط به نمرات آزمودنیها ۶۹
- ۲-۴ یافته های استنباطی ۷۵
- ۱-۲-۴ فرضیه اصلی پژوهش ۷۵
- ۲-۲-۴ سوال اصلی پژوهش ۸۰
- ۳-۲-۴ سوالات فرعی پژوهش ۸۲

فصل پنجم: بحث و نتیجه گیری

- ۱-۵ گذاری کوتاه به پرسش و هدف اصلی پژوهش ۸۸
- ۲-۵ تبیین یافته های پژوهش ۸۹
- ۳-۵ محدودیت های پژوهش ۹۷
- ۴-۵ پیشنهادات ۹۷

فهرست منابع:

- منابع فارسی ۹۸
- منابع لاتین ۱۰۰

پیوستها:

- پرسشنامه خانواده ۱۱۵
- پرسشنامه جو خانواده ۱۱۶
- دستورالعمل اجرای درمان ۱۲۰

فهرست جداول و نمودارها :

- جدول (۱-۴): ویژگیهای آزمودنیهای گروه آزمایش و کنترل ۶۶
- جدول (۲-۴): شاخص های توصیفی متغیر سن آزمودنی های گروه آزمایش و کنترل ۶۷
- جدول (۳-۴): ویژگی های بیماران در هر دو گروه ۶۷
- جدول (۴-۴): شاخص های توصیفی متغیر سن بیماران گروه آزمایش و کنترل ۶۸
- جدول (۵-۴): شاخص های توصیفی مربوط به نمرات نظرات انتقادی در پیش و پس آزمون ۶۹
- جدول (۶-۴): شاخص های توصیفی مربوط به نمرات درگیری عاطفی شدید در پیش و پس آزمون ۷۰
- جدول (۷-۴): شاخص های توصیفی مربوط به بعد رابطه در پیش و پس آزمون ۷۱
- جدول (۸-۴): شاخص های توصیفی مربوط به بعد بقاء خانواده در پیش و پس آزمون ۷۲
- جدول (۹-۴): شاخص های توصیفی مربوط به بعد رشد شخصی در پیش و پس آزمون ۷۳
- جدول (۱۰-۴): شاخص های توصیفی مربوط به نمرات کلی جو خانواده در پیش و پس آزمون ۷۴
- جدول (۱۱-۴): مقایسه نمره پیش و پس آزمون دو گروه در نظرات انتقادی ۷۵
- جدول (۱۲-۴): خلاصه محاسبات تحلیل کوواریانس مربوط به نظرات انتقادی ۷۶
- جدول (۱۳-۴): مقایسه نمره پیش و پس آزمون دو گروه در درگیری عاطفی شدید ۷۷
- جدول (۱۴-۴): خلاصه محاسبات تحلیل کوواریانس مربوط به درگیری عاطفی شدید ۷۸
- جدول (۱۵-۴): مقایسه نمره پیش و پس آزمون دو گروه در نمره کلی جو خانواده ۸۰
- جدول (۱۶-۴): خلاصه محاسبات تحلیل کوواریانس مربوط به نمره کلی جو خانواده ۸۰
- جدول (۱۷-۴): همبسته بودن متغیرهای وابسته به منظور انجام مدل کوواریانس چند متغیری ۸۲
- جدول (۱۸-۴): مقایسه نمره پیش و پس آزمون دو گروه در خرده مقیاس های بعد رابطه ۸۳

- جدول (۴-۱۹): خلاصه محاسبات تحلیل کوواریانس چند متغیری..... ۸۴
- نمودار (۴-۱): نمودار خطی مقایسه پیش و پس آزمون نظرات انتقادی در دو گروه..... ۷۷
- نمودار (۴-۲): نمودار خطی مقایسه پیش و پس آزمون درگیری عاطفی شدید در دو گروه..... ۷۹
- نمودار (۴-۳): نمودار خطی مقایسه پیش و پس آزمون در نمره جو کلی خانواده در دو گروه..... ۸۱
- نمودار (۴-۴): نمودار خطی مقایسه پیش و پس آزمون خرده مقیاس انسجام در دو گروه..... ۸۵
- نمودار (۴-۵): نمودار خطی مقایسه پیش و پس آزمون بیانگری در دو گروه..... ۸۶
- نمودار (۴-۶): نمودار خطی مقایسه پیش و پس آزمون تعارض در دو گروه..... ۸۶
- شکل (۲-۱): خانواده و ویژگی های فرهنگی تاثیر گذار بر نتایج درمان..... ۳۰
- شکل (۵-۱): ارتباط میان مؤلفه های ابراز هیجان و جو خانواده..... ۹۴

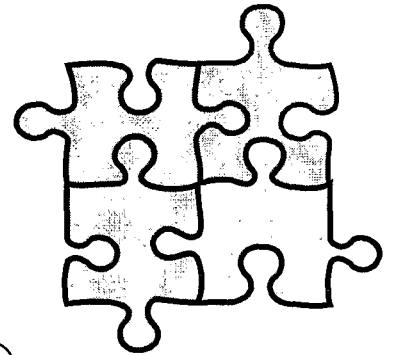
" مطالعه بیماری تنها بررسی تجربه شخصی یک فرد نیست

بیماری عمیقاً در دنیای اجتماعی ریشه دارد، بنابراین از ساختارها و

فرایندهایی که این دنیا را می سازند، جدا نیست. جستجوی معنای

بیماری سفری است به دنیای روابط "

کلینمن، ۱۹۸۸



فصل اول:

معرفی پژوهش

مقدمه

بیان مسئله

اهمیت تحقیق

اهداف تحقیق

فرضیه و سؤالیهای تحقیق

تعاریف مفهومی و عملیاتی متغیرها

فصل اول: معرفی پژوهش

۱-۱- مقدمه:

خانواده این واحد اجتماعی به ظاهر کوچک، از ارکان عمده و نهاد اصلی هر جامعه ای به شمار می‌رود و سنگ بنای آن جامعه را تشکیل می‌دهد. خانواده کانون اصلی ظهور عواطف انسانی و روابط صمیمانه میان افراد می‌باشد و یکی از مهم‌ترین بافت‌هایی است که هر فردی در آن قرار می‌گیرد. کارکرد اولیه واحد خانواده ایجاد فضایی برای رشد و بقای اعضای خانواده در سطح اجتماعی، روانشناختی و زیستی می‌باشد. به طوری که پژوهش‌ها و شواهد بالینی نشان داده‌اند که الگوهای ناپهنجار در کارکرد خانواده با اختلالات روانپزشکی همبستگی دارند (ترانگ کاسومبت^۱، ۲۰۰۶).

^۱. Trangkasombat

در ابتدا مشکلات بوجود آمده در خانواده، مشکلات فردی در نظر گرفته می شد و نقش و اهمیت خانواده نادیده انگاشته می شد. مشکلات روانی، عمدتاً نتیجه فرایندهای درونی- روانی یا آسیب شناسی روانی فرد تصور می شدند، در نتیجه راهبردهای درمانی جهت رفع مشکل بوجود آمده، بر روی فرد متمرکز می شدند تا اینکه توجه درمانگران به روابط بین فردی جلب شد. به طور کلی می توان گفت که در چهل سال گذشته آنهم بیشتر تحت تاثیر نهضت " انسانگرایانه- وجودی" ^۱ تغییر محسوسی از درمان فردی به سمت عوامل اجتماعی، محیطی و بین فردی بوجود آمده است؛ تحولی که از جمله ثمرات آن پیدایش روشهای گروهی در آموزش، مدیریت و درمان است، آنچه که مورینو^۲ (به نقل از هیلی^۳، ۱۳۷۹) آن را سومین انقلاب روانپزشکی^۴ می نامد. بدین ترتیب جهت درمان از فرد به گروه و سپس به خانواده تغییر کرد و نهضت خانواده درمانی شکل گرفت. در این نهضت ارتباط و روابط خانوادگی به عنوان یکی از نیروهای اساسی و موثر در مسائل خانواده مطرح می شود.

ناتان آکرمن^۵ (به نقل از هیلی، ۱۳۷۹) معتقد است ماهیت " شفا دهندگی خانواده" ^۶ همگام با قوانین اساسی کردار انسان بوده و احتمالاً قدمت آن به اندازه خود خانواده می باشد. خصلت شفا دهندگی خانواده دلالت بر تجدید حیات از طریق انس و صمیمیت دارد، شاهد این مدعا تحقیقات متعددی است که انجام پذیرفته، از جمله تحقیقات گروه بیتسون که اهمیت روابط خانواده را در بروز بیماری های روانی نشان می دهند.

¹. Humanistic- Existential

². Moreno

³. Haley

⁴. Third psychiatric revolution

⁵. Acherman

⁶. Family healing

۲-۱ بیان مسئله:

دامنه مداخلات خانواده در اختلالات شدید روانپزشکی از برنامه های آموزش روانشناختی^۱ (دیکسن^۲ و لمن^۳، ۱۹۹۵) تا رفتار درمانی (موزر^۴ و گلین^۵، ۱۹۹۵) و گروه های مداخله ای چند خانواده ای (مک فارلن^۶، لینک^۷، دوشی^۸، مارشال^۹ و گرلی^{۱۰}، ۱۹۹۵)، گسترش یافته است. شواهد تجربی مربوط به تعداد بیشماری از استراتژی های مداخله خانواده، تاثیر معناداری را بر روی بیماری اسکیزوفرنیا و دیگر اختلالات شدید روانپزشکی نشان داده اند (ماری^{۱۱} و استرینر^{۱۲}، ۱۹۹۴). کاونان^{۱۳} (۱۹۹۲) نتایج شش نوع مداخله خانوادگی را مورد بررسی قرار داده و نشان داد که در طی ۲ سال پیگیری، ۳۳٪ از بیماران گروه آزمایش که تحت مداخلات خانواده قرار داشتند، دچار عود^{۱۴} شدند، در صورتیکه در گروه کنترل ۷۷٪ از بیماران عود پیدا کردند.

در حال حاضر یک سابقه پژوهشی قوی که شامل شواهد علمی و تجربی در دهه های اخیر می باشد، تاثیر و کارآمدی مداخلات خانواده در بیماران مبتلا به اختلالات شدید روانپزشکی و خانواده های آنها را نشان می دهد (آسن^{۱۵} و اسکاف^{۱۶}، ۲۰۰۶). بیش از نیم قرن است که توجه به محیط خانوادگی به عنوان عاملی مهم در سیر اختلالات طیف اسکیزوفرنیا و دوقطبی مدنظر قرار گرفته و منجر به تدوین و توسعه مداخلات گسترده روانی-اجتماعی بر روی واحد خانواده شده است (بارباتو^{۱۷} و آوانزو^{۱۸}، ۲۰۰۰). اکثر این مطالعات گرایش^۱ به استفاده ترکیبی از گروههای

-
1. Psychoeducation
 2. Dixon
 3. Lehman
 4. Mueser
 5. Glyun
 6. Mcfarlan
 7. Link
 8. Dushay
 9. Marchal
 10. Girilly
 11. Mari
 12. Streiner
 13. Kavanagh
 14. Relapse
 15. Asen
 16. Schuff
 17. Barbato
 18. Avanzo

آموزش روانشناختی برای خویشاوندان به همراه یک نوع رویکرد خانواده درمانی داشته اند (آسن و اسکاف، ۲۰۰۶).

تاریخچه تدوین این مداخلات به ترتیب زیر می باشد:

۱. در دهه ۱۹۵۰ نظریه های سیستمی، روابط خانوادگی نا کارآمد را با سیر بیماری

اسکیزوفرنیا مرتبط دانستند.

۲. در راستای همین موضوعات، درمانگران پرورش یافته در این مکاتب تکنیکهای خانواده

درمانی را به منظور ایجاد تغییر در رفتارهای خانواده و الگوهای ارتباطی آنها را به عنوان

جانشین درمانهای زیستی، بکار گرفتند.

۳. از دهه ۱۹۷۰، نظریه های سیستمی و درمانگران این رویکردها، به دلیل شواهد تجربی

ناکافی برای حمایت از مدل های سیستمی (علیرغم رویکردهای سیستمی که به طور

گسترده به کار گرفته می شوند و پذیرش زیادی را کسب کرده اند) مورد انتقادات بسیاری

قرار گرفتند.

۴. در همان سالها، مطالعه بر روی ابراز هیجان با داده های قابل قبول نقش نگرشها و تعاملات

خانواده در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا را در سیر بیماری، بر اساس مدل آسیب پذیری

استرس^۱ نشان داد.

۵. طی ۲۰ سال اخیر، شاهد گسترش انواع تکنیکهای مداخلات خانوادگی که از تحقیقات

مربوط به ابراز هیجان خانواده و عود بیماریهای شدید روانپزشکی بدست آمده اند، هستیم،

که عمده این مداخلات با عنوان آموزش روانشناختی توصیف می شوند (بارباتو و آوانزو

، ۲۰۰۰).

یکی از اهداف گروههای آموزش روانشناختی، کاهش میزان ابراز هیجان (EE)^۲ است. مفهوم ابراز

هیجان برای اندازه گیری پاسخ هیجانی خویشاوندان نسبت به فردی که تشخیص بیماری

^۱. Stress-diathesis model

^۲. Expressed Emotion

روانپزشکی گرفته است، به کار گرفته می شود. مفهوم ابراز هیجان در اواسط دهه ۵۰ توسط براون^۱ مطرح گردید. براون و همکاران (۱۹۵۸)، به نقل از برگلایند^۲، والن^۳ و ادمن^۴، (۲۰۰۳) پی بردند که میزان بستری مجدد در میان بیمارانی که با همسر خود و یا با والدین خود زندگی می کنند به مراتب بیش از بیمارانی است که در خانه خود و یا با سایر خویشاوندان زندگی می کنند. ابراز هیجان بر اساس ۵ متغیر که نگرش مراقبین بیمار را منعکس می کنند، مورد سنجش قرار می گیرد، که شامل "خصومت"^۵، "نظرات انتقادی"^۶، "درگیری عاطفی شدید"^۷، "نظرات مثبت"^۸ و "مهربانی"^۹ می باشد. خویشاوندانی به عنوان ابراز هیجان بالا در نظر گرفته می شوند که نمرات بالایی را در هر یک از مولفه های ابراز هیجان دریافت می کنند:

۱. انتقادی برخورد می کنند یعنی در مورد رفتار یا خصوصیات بیمار نظرات منفی می دهند.
 ۲. خصومت نشان می دهند به این معنی که، شدیداً انتقاد می کنند یا بیمار را مورد طرد قرار می دهند.

۳. درگیری عاطفی شدید با بیمار دارند یعنی پاسخ های هیجانی اغراق آمیز یا رفتارهای فداکارانه بیش از حد نشان می دهند و با بیمار هویت سازی می کنند (لوبان^{۱۰}، باروکلاگ^{۱۱} و جونز^{۱۲}، ۲۰۰۶).

مفهوم ابراز هیجان برای درک تعاملات افراد خانواده با بیمار مبتلا به اختلالات شدید روانپزشکی، بسیار سودمند می باشد (برگلایند و همکاران، ۲۰۰۳). وان^{۱۳} و لف^{۱۴} در ۱۹۷۶ دریافتند که میزان عود بیماران تحت تاثیر پروفایل ابراز هیجان خانواده آنان می باشد. بیمارانی که در خانواده آنان

1. Brown
 2. Berglund
 3. Vahlne
 4. Edman
 5. Hostility
 6. Critical comments
 7. Emotional over-involvement
 8. Positive comments
 9. Warmth
 10. Lobban
 11. Barrowclough
 12. Jones
 13. Vaughn
 14. Leff