



دانشگاه فردوسی مشهد

دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی

پایان نامه کارشناسی ارشد

اثر بخشی مداخلات آموزشی روانی گروهی بر ارتقاء سطح
سلامت روانی خانواده بیماران مبتلا به اختلالات خلقی بستری
در بیمارستان روانپزشکی ابن سینا

امیر حسین مجرد کاهانی

استاد راهنما

دکتر بهرامعلی قنبری هاشم آبادی

استاد مشاور

دکتر مرتضی مدرس غروی

شهریور ۱۳۹۰

تعهد نامه

عنوان پایان نامه: اثربخشی مداخلات آموزشی روانی گروهی بر ارتقاء سطح سلامت روانی خانواده بیماران مبتلا به اختلالات خلقی بستری در بیمارستان روانپزشکی ابن سینا

اینجانب امیرحسین مجرد کاهانی دانشجوی دوره کارشناسی ارشد رشته روانشناسی بالینی دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه فردوسی مشهد تحت راهنمایی دکتر بهرامعلی قنبری هاشم آبادی متعهد می شوم:

- نتایج ارائه شده در این پایان نامه حاصل مطالعات علمی و عملی اینجانب بوده، مسئولیت صحت و اصالت مطالب مندرج را به طور کامل بر عهده می گیرم.
- در خصوص استفاده از نتایج پژوهشهای محققان دیگر به مرجع مورد نظر استناد شده است.
- مطالب مندرج در این پایان نامه را اینجانب یا فرد دیگری به منظور اخذ هیچ نوع مدرک یا امتیازی تاکنون به هیچ مرجعی تسلیم نکرده است.
- کلیه حقوق معنوی این اثر به دانشگاه فردوسی مشهد تعلق دارد. مقالات مستخرج از پایان نامه، ذیل نام دانشگاه فردوسی مشهد (Ferdowsi University of Mashhad) به چاپ خواهد رسید.
- حقوق معنوی تمام افرادی که در به دست آمدن نتایج اصلی پایان نامه تاثیر گذار بوده اند در مقالات مستخرج از رساله رعایت خواهد شد.
- در خصوص استفاده از موجودات زنده یا بافتهای آنها برای انجام پایان نامه، کلیه ضوابط و اصول اخلاقی مربوطه رعایت شده است.

تاریخ

نام و امضاء دانشجو

مالکیت نتایج و حق نشر

- کلیه حقوق معنوی این اثر و محصولات آن (مقالات مستخرج، برنامه های رایانه ای، نرم افزارها و تجهیزات ساخته شده) به دانشگاه فردوسی مشهد تعلق دارد و بدون اخذ اجازه کتبی از دانشگاه قابل واگذاری به شخص ثالث نیست.
- استفاده از اطلاعات و نتایج این پایان نامه بدون ذکر مرجع مجاز نیست.

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

چکیده:

هدف: پژوهش حاضر به منظور بررسی اثربخشی مداخلات آموزشی روانی گروهی بر ارتقا سطح سلامت روانی خانواده بیماران مبتلا به اختلالات خلقی بستری در بیمارستان روانپزشکی ابن سینا انجام شد.

روش: این پژوهش یک طرح شبه آزمایشی با گروه کنترل و گمارش تصادفی بود. در این پژوهش، شش نفر بعنوان گروه آزمایشی و نه نفر بعنوان گروه کنترل شرکت داشتند. کلیه شرکت کنندگان که اعضای خانواده بیماران مبتلا به اختلالات خلقی را تشکیل می دادند پرسشنامه های فشار روانی مراقب، افسردگی بک، اضطراب بک، کیفیت زندگی و چگونگی روابط پیرس را تکمیل نمودند. گروه آزمایش به مدت دوازده جلسه در جلسات مداخلات آموزشی روانی گروهی شرکت داشتند، ولی گروه کنترل در این مدت هیچگونه مداخله ای دریافت نکردند. همچنین به منظور تحلیل داده ها از آزمون مقایسه میانگین های مستقل و تحلیل کوواریانس استفاده شد.

یافته ها: نتایج تحلیل داده های پژوهش حاضر نشان دهنده کاهش معناداری در میانگین نمره های افسردگی، اضطراب و فشار مراقب در گروه آزمایشی بود. نتایج همچنین نشان داد که افزایش معناداری در میانگین نمره های کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی گروه آزمایش بوجود آمده، ولی در مورد میانگین نمره های تعارض و عمق روابط در دو گروه تفاوت معناداری مشاهده نشد.

نتایج: نتایج حاصل از پژوهش نشان می دهد که مداخلات آموزشی روانی گروهی می تواند شدت فشار مراقب، اضطراب و افسردگی را کاهش داده و کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی را بهبود بخشد اما در مورد عمق روابط و تعارض چندان تأثیری ندارد.

کلید واژه ها: مداخلات آموزشی روانی گروهی، سلامت روان، اختلالات خلقی

فهرست مطالب صفحه

فصل اول: موضوع پژوهش ۱

۱-۱. پیشگفتار ۲

۲-۱. بیان مسأله ۳

۳-۱. اهمیت نظری و عملی پژوهش ۵

۴-۱. اهداف پژوهش ۷

۱-۴-۱. اهداف کلی ۷

۲-۴-۱. اهداف اختصاصی ۷

۵-۱. فرضیه‌های پژوهش ۸

۶-۱. تعریف نظری و عملی متغیرها ۹

۱-۶-۱. مداخلات آموزشی روانی ۹

۲-۶-۱. فشار تجربه شده توسط مراقب ۱۰

۳-۶-۱. کیفیت زندگی ۱۰

۴-۶-۱. حمایت اجتماعی ۱۰

۵-۶-۱. عمق روابط ۱۱

۶-۶-۱. تعارض ۱۱

۱۱.....اضطراب ۷-۶-۱

۱۲.....افسردگی ۸-۶-۱

فصل دوم: پیشینه پژوهش ۱۳

۱۴.....۱-۲. خانواده و بیماری روانی

۱۶.....۲-۲. روند تکامل مداخلات خانوادگی برای خانواده بیماران مبتلا به اختلالات روانی

۲۰.....۳-۲. اختلالات خلقی

۲۰.....۱-۳-۲. ملاک‌های تشخیصی اختلالات خلقی

۲۲.....۲-۳-۲. بروز و شیوع اختلالات خلقی

۲۳.....۳-۳-۲. سیر و پیش آگهی اختلالات خلقی

۲۳.....۴-۳-۲. درمان اختلالات خلقی

۲۴.....۵-۳-۲. درمان‌های غیر دارویی (روانی-اجتماعی)

۲۵.....۴-۲. مشکلات و نیازهای خانواده‌های بیماران مبتلا به اختلالات خلقی

۲۶.....۵-۲. فشار روانی

۲۸.....۶-۲. کیفیت زندگی

۳۱.....۷-۲. بهداشت روانی

۳۲.....۸-۲. مداخلات آموزشی- روانی گروهی

۳۲..... ۱-۸-۲. تعریف گروه.....

۳۳..... ۲-۸-۲. مراحل رشد فرآیند گروه.....

۳۴..... ۳-۸-۲. آموزش خانواده.....

۳۵..... ۴-۸-۲. مداخلات آموزشی- روانی.....

۴۰..... ۵-۸-۲. آموزش گروهی.....

۴۰..... ۶-۸-۲. آموزش‌های رفتاری.....

۴۱..... ۷-۸-۲. روش‌های یادگیری اجتماعی.....

۴۲..... ۸-۸-۲. آموزش‌های گروهی یا فردی.....

۴۵..... ۹-۸-۲. تفاوت میان خانواده درمانی و مدیریت خانواده.....

۴۷..... ۱۰-۸-۲. بخشی از تفاوت‌های میان رویکرد خانواده درمانی و آموزش خانواده.....

۴۸..... ۹-۲. سابقه‌ی موضوع مورد پژوهش.....

۴۹..... ۱-۹-۲. سابقه‌ی پژوهش در خارج از ایران.....

۵۷..... ۲-۹-۲. سابقه‌ی پژوهش در ایران.....

۶۱..... ۱۰-۲. جمع‌بندی.....

۶۴..... فصل سوم: روش پژوهش.....

۶۵..... ۱-۳. طرح کلی پژوهش.....

۲-۳. جامعه‌ی آماری..... ۶۵

۳-۳. حجم نمونه ۶۵

۴-۳. نمونه‌گیری و روش اجرا ۶۵

۵-۳. ابزارهای اندازه‌گیری ۶۷

۶-۳. روش تجزیه و تحلیل داده‌ها..... ۷۱

۷-۳. نحوه‌ی رعایت نکات اخلاقی..... ۷۱

فصل چهارم: یافته‌های پژوهش ۷۲

۱-۴. ویژگی‌های توصیفی گروه نمونه..... ۷۳

۲-۴. نتایج آزمون فرضیه‌ها..... ۷۴

فصل پنجم: بحث در نتایج..... ۸۴

۱-۵. بحث و نتیجه‌گیری ۸۵

۲-۵. تبیین نهایی..... ۹۲

۳-۵. پیشنهادها ۹۴

۴-۵. محدودیت‌ها..... ۹۴

فهرست منابع و مآخذ..... ۹۵

فهرست منابع فارسی ۹۶

پیوست‌ها

پیوست یک: بسته‌ی درمانی

پیوست دو: کتابچه‌ی آموزشی اختلال دو قطبی

پیوست سه: کتابچه‌ی آموزشی افسردگی

چکیده انگلیسی

فهرست جداول صفحه

جدول ۴-۱: فراوانی سن گروه آزمایشی و کنترل به تفکیک جنسیت..... ۷۳

جدول ۴-۲: فراوانی نسبت مراقبان با بیمار در گروه آزمایشی و کنترل..... ۷۴

جدول ۴-۳: میزان تحصیلات گروه آزمایشی و کنترل..... ۷۴

جدول ۴-۴: مقایسه میانگین‌های کیفیت زندگی دو گروه آزمایشی و کنترل..... ۷۵

جدول ۴-۵: مقایسه میانگین‌های فشار مراقب دو گروه آزمایشی و کنترل..... ۷۶

جدول ۴-۶: مقایسه میانگین‌های افسردگی دو گروه آزمایشی و کنترل..... ۷۷

جدول ۴-۷: مقایسه میانگین‌های اضطراب دو گروه آزمایشی و کنترل..... ۷۸

جدول ۴-۸: مقایسه میانگین‌های حمایت اجتماعی دو گروه آزمایشی و کنترل..... ۸۰

جدول ۴-۹: مقایسه میانگین‌های عمق روابط دو گروه آزمایشی و کنترل..... ۸۱

جدول ۴-۱۰: مقایسه میانگین‌های تعارض در روابط دو گروه آزمایشی و کنترل..... ۸۲

فهرست نمودارها صفحه

نمودار ۴-۱: مقایسه میانگین‌های کیفیت زندگی دو گروه آزمایشی و کنترل..... ۷۵

نمودار ۴-۲: مقایسه میانگین‌های فشار مراقب دو گروه آزمایشی و کنترل..... ۷۶

نمودار ۴-۳: مقایسه میانگین‌های افسردگی دو گروه آزمایشی و کنترل..... ۷۷

نمودار ۴-۴: مقایسه میانگین‌های اضطراب دو گروه آزمایشی و کنترل..... ۷۹

نمودار ۴-۵: مقایسه میانگین‌های حمایت اجتماعی دو گروه آزمایشی و کنترل..... ۸۰

نمودار ۴-۶: مقایسه میانگین‌های عمق روابط دو گروه آزمایشی و کنترل..... ۸۱

نمودار ۴-۷: مقایسه میانگین‌های تعارض در روابط دو گروه آزمایشی و کنترل..... ۸۲

فصل اول:

موضوع پژوهش

۱-۱. پیشگفتار

خانواده و نقش آن در توسعه و پویایی جامعه، امروزه از باورهای پذیرفته شده اجتماعی است. صاحب نظران روانشناسی و علوم تربیتی یکی از نهادهای موثر در تربیت و رفتار آدمی را نهاد خانواده می‌دانند چرا که این نهاد اولین و با دوام‌ترین عامل در تکوین شخصیت کودکان و نوجوانان و زمینه‌ساز رشد جسمانی، اخلاقی، عقلانی و عاطفی آنان و نیز اولین پایگاه انتقال عناصر فرهنگی «عقاید، آداب و سنن، دانش‌ها، مهارت‌ها و ...» به نسل جدید است و در نتیجه از عوامل موثر در ایجاد تمدن و فرهنگ بشری و رشد و شکوفایی استعدادهای آدمی محسوب می‌شود (آریانپور، ۱۳۴۹).

بی‌شک محیطی که کودک در آن متولد می‌شود و رشد می‌یابد مهمترین نقش را در چگونگی رفتار دوران کودکی و نوجوانی او دارد و سنگ بنای شخصیت فرد را در بزرگسالی می‌گذارد. لذا باید گفت که بسیاری از مشکلات روانی و عاطفی افراد ریشه در خانواده دارد با توجه به این موارد اهمیت خانواده از لحاظ بهداشت روانی یک حقیقت انکارناپذیر است (یوسفی، ۱۳۸۱).

طی ۵۰ سال گذشته همزمان با بسته شدن بیمارستانهای بزرگ روانپزشکی و انتقال بیماران مزمن روانی، به جامعه و خانواده (موسسه زدایی^۱) خدمات جامعه‌نگر روانپزشکی و روانشناسی در ابعاد گسترده‌تری مطرح گردید.

1- deinstitution

در این راستا خدمات گسترده‌ای برای درمان، پیشگیری و توان‌بخشی این گروه از بیماران در متن جامعه به کار گرفته شد. مطالعات بسیاری اثربخشی اینگونه از خدمات درمانی - مراقبتی را نسبت به درمان سنتی نگهداری طولانی، به اثبات رسانیده است (آراسته و ملکوتی، ۱۳۸۲).

۱-۲. بیان مسئله

با آغاز ممانعت از بستری طولانی‌مدت بیماران مبتلا به بیماری روانی در بیمارستان‌ها و آسایشگاه‌های روانی، خانواده‌های این بیماران نقش مهم‌تری در مراقبت از بیماران پیدا کرده و اغلب مسئول تامین نیازهای اقتصادی، حمایت‌های عاطفی و مدیریت رفتار و اعمال بیماران شده‌اند (رید^۱، لوید^۲ و گروت^۳، ۲۰۰۵؛ سولومون^۴ و همکاران، ۱۹۹۶). با توجه به پژوهش‌ها، اختلالات سایکوتیک و اختلالات خلقی، فشار و اضطراب زیادی هم برای بیمار و هم خانواده و مراقبان بیمار ایجاد می‌کند (اتکینسون^۵ و کوپا^۶، ۱۹۹۵) و این فشار هم به صورت فشار عینی^۷ و هم به صورت فشار ذهنی^۸ تجربه می‌شود (مونتگومری^۹، گونیا^{۱۰} و هویمان^{۱۱}، ۱۹۸۵). وابستگان بیماران مبتلا به اختلالات روانی احساس فقدان و ننگ می‌کنند (ودادی^{۱۲} و همکاران، ۱۹۹۷) و با احساساتی از قبیل شرم، خشم و تقصیر دست و پنجه نرم می‌کنند (تسانگ^{۱۳}، پیرسون و یوئن^{۱۴}، ۲۰۰۲) و همچنین فاقد آگاهی لازم در مورد ماهیت بیماری و درمان آن و مدیریت بیماران می‌باشند (استنگارد^{۱۵} و همکاران، ۲۰۰۰). بنابراین خانواده‌ها به اطلاعات،

-
- 1 - Reid
 - 2 - Lloyd
 - 3 - Groot
 - 4 - Solomon
 - 5 - Atkinson
 - 6 - Coia
 - 7 - objective burden
 - 8 - subjective burden
 - 9 - Montgomery
 - 10 - Goneya
 - 11 - Hooyman
 - 12 - Vaddadi
 - 13 - Tsang
 - 14 - Yoen
 - 15 - Stengard

حمایت، آموزش و مهارت‌هایی برای کنار آمدن و کاهش دادن فشار وارده به خودشان دارند که نتیجه آن می‌تواند به بهبود سیر بیماری و کاهش عود اختلال فرد مبتلا نیز بیانجامد (ولتمن^۱، کامرون^۲ و استوارت^۳، ۲۰۰۲) از جمله مهمترین علل عود بیماری روانی قطع یا نامرتب مصرف کردن دارو و آشفتگی و اختلال در روابط بین بیمار و خانواده می‌باشد که در آموزش روانی برای خانواده‌ها سعی بر این است که روابط بین خانواده و بیمار بهبود یافته و از آشفتگی‌ها کاسته شود (اتکینسون و کویا، ۱۹۹۵).

پژوهش‌های زیادی مثل پژوهش کیم^۴ و مکلویتز^۵ در ۲۰۰۴ این مطلب را تصدیق می‌کنند که یکی از مهمترین علل عود اختلالات روانی هیجان ابراز شده^۶ در خانواده می‌باشد (کیم و مکلویتز، ۲۰۰۴). آموزش خانواده‌ها در مورد ماهیت بیماری، راه‌های تطابق با مشکلات بیمار و دقت در مورد مصرف منظم داروها که خود باعث می‌گردد، بیمار فعالتر و با آمادگی بیشتر در برنامه‌های توانبخشی شرکت کند و همچنین محیط اجتماعی که بهتر بیماران مبتلا به بیماری روانی را بپذیرند که در واقع همان فراهم آوردن سیستم حمایتی خوب برای این بیماران می‌باشد، به میزان قابل توجهی پیش‌آگهی را به سمت پیش‌آگهی خوب سوق می‌دهد (کاسیدی^۷ و اوکالاگان^۸، ۲۰۰۱). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که آموزش خانواده می‌تواند تاثیر مهمی در دوره‌ی بیماری و عود بیماری داشته باشد و شرایط و جو نامساعد در خانواده و عدم آگاهی فرد مراقب می‌تواند نقش مهمی در عود اختلالات روانی بازی کند (بریچوود^۹ و تاریر^{۱۰}، ۱۹۹۶).

-
- 1 - Veltman
 - 2 - Cameron
 - 3 - Stewart
 - 4- Kim
 - 5 -Miklowitz
 - 6 -expressed emotion
 - 7 - Cassidy
 - 8 _ O'Callaghan
 - 9 - Birchwood
 - 10 - Tarrier

پژوهش‌های مختلفی تصدیق می‌کنند که مشارکت آگاهانه خانواده‌ها از خدمات بهداشت روانی پیش‌آگهی بیماری را بهبود بخشیده و توانایی سازگاری و نیز کیفیت زندگی فرد بیمار، خانواده و مراقبان را ارتقا می‌دهد (مک فارلن^۱ و همکاران، ۲۰۰۳؛ لندزورک^۲ و کین^۳، ۱۹۹۸) و با احتساب اینکه به طور متوسط در هر خانواده چندین نفر با این بیماران درگیرند، اهمیت مداخلات آموزش روانی خانواده معلوم می‌گردد.

با توجه با آنچه گفته شد، به نظر می‌رسد مراقبت از بیمار مبتلا به اختلال روانی مسئولیتی است که فشار و استرس زیادی برای اعضای خانواده به همراه دارد که کیفیت زندگی را در این افراد کاهش می‌دهد. این احتمال وجود دارد که فشارها و استرس‌های خانوادگی می‌تواند خطر عود را نیز در بیمار افزایش دهد. بنابراین با توجه به مطالب ذکر شده، پژوهش حاضر درصدد بررسی این موضوع هست که آیا کمک به خانواده برای سازگاری بهتر با مشکلات و مسایل مربوط به بیمار، می‌تواند هم برای خود افراد خانواده و هم برای رابطه بیماران با اعضای خانواده و در نهایت کمک به بهبودی بیماران مفید و ثمربخش باشد یا خیر (تکینسون و کویا، ۱۹۹۵).

۱-۳. اهمیت نظری و عملی پژوهش

مطالعات وسیعی ثابت کرده اند که انواع درمانهای آموزشی روانی کاملاً همساز با درمانهای دارویی است و می‌تواند اثربخشی تمام انواع درمانها، کاهش میزان داروهای لازم، افزایش مشارکت بیماران در طول درمان و بهینه سازی کارکردهای اجتماعی و شغلی را افزایش دهد. مؤثرترین اسناد، مطالعاتی هستند که مزایای شایان توجهی را از افزودن برنامه های خانواده درمانی و برنامه های آموزشی به درمانهای دارویی

1 - McFarlane
2 - Landsverk
3 - Kane

نگهدارنده نشان می دهند. این مطالعات به روشنی نشان داده اند که مداخلات آموزشی روانی و بازپروری جزء ضروری درمانهای جامع بخصوص بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا می باشد (آراسته و ملکوتی، ۱۳۸۲).

مداخلات آموزشی روانی و بازپروری شامل درمانهای شناختی رفتاری برای معالجه علایم اختلالات روانپزشکی، حمایتی، حل مساله، رواندرمانی های آموزش مدار، خانواده درمانی با هدف کمک به بیماران و خانواده هایشان در درک بیماری روانی، کاهش استرس و افزایش توان مقابله، آموزش مهارتهای اجتماعی و مهارتهای زندگی، برنامه های اشتغال حمایتی و تدارک طرح محل زندگی تحت نظارت است (آراسته و ملکوتی، ۱۳۸۲).

در کشورهای پیشرفته غربی وجود تسهیلات متعدد و دسترسی نسبتاً آسان به خدمات مبتنی بر جامعه مانند پیگیری در منزل، خدمات توانبخشی و مراکز روزانه، بار بیمارستان های روانی و فشار ناشی از مراقبت از بیمار در خانواده را کاسته اند. در این راستا سیستم مدیریت مورد که از دهه هفتاد تحقق و گسترش یافت، تأمین خدمات درمانی و مراقبتی و حداقل امکانات زندگی را برای این دسته از بیماران تسهیل نموده و به ارتقاء کیفیت زندگی و کاهش هزینه درمان آنان کمک مؤثری نموده است (لاچانس^۱، سانتوس^۲ و برنز^۳، ۱۹۹۴).

در کشور ما به دلیل فقدان و یا کمبود خدمات مبتنی بر جامعه، اینگونه وظایف بر دوش خانواده بیماران یا مراقبان آنها گذاشته شده، لذا تأمین حمایت های آموزشی، مشاوره ای، هیجانی و اجتماعی و نیز تشکیل شبکه های حمایتی از خانواده ها به صورت یک ضرورت مسلم مطرح می شود. تحقیقات نشان داده اند که اینگونه تسهیلات می تواند به کاهش دفعات و روزهای بستری، کاهش هزینه درمان، کاهش فشار

1 - Lachance

2 - Santos

3 - Burns

روانی خانواده، کاهش دفعات عود بیماری، حفظ سلامت روانی سایر اعضای خانواده و ارتقاء کیفیت زندگی بیمار مبتلا به اختلالات شدید روانی و خانواده آنها منجر شود (ملکوتی و نوروزی، ۱۳۷۴).

در جامعه ما، خانواده‌ی دارای بیمار مزمن و شدید روانی به رغم مواجهه طولانی با فشار ناشی از مراقبت از بیمار و نیز کمبود خدمات درمانی - مراقبتی، نگهداری بیمار در خانواده را به بستری طولانی مدت وی ترجیح می‌دهد. توسعه خدمات مبتنی بر جامعه مانند بستری کوتاه مدت، توانبخشی روانی و حرفه‌ای و پیگیری درمان در منزل از نیازهای اصلی مراقبان می‌باشد که بهتر است در برنامه‌های ملی بهداشت روانی مدنظر قرار گیرد (ملکوتی و همکاران، ۱۳۸۲). با توجه به اصل ۴۴ قانون اساسی کشور که تأکید بر خصوصی سازی دارد، سازمان‌های غیردولتی^۱ نیز با بکارگیری منابع مادی و معنوی جامعه، با برقراری حمایت‌های لازم از خانواده‌ها، می‌توانند در کاهش فشار آنها سهمی را ایفا نمایند.

۱-۴-۱ اهداف پژوهش

پژوهش حاضر به بررسی اهداف ذیل به صورت کلی و اختصاصی می‌پردازد:

۱-۴-۱-۱ اهداف کلی:

- تعیین اثر بخشی مداخلات آموزشی روانی گروهی بر ارتقا سطح سلامت روانی مراقبین بیماران بستری مبتلا به اختلالات خلقی در بیمارستان روانپزشکی ابن سینا

۱-۴-۱-۲ اهداف اختصاصی:

- تعیین اثر بخشی مداخلات آموزشی روانی گروهی بر کیفیت زندگی مراقبین بیماران بستری مبتلا به اختلالات خلقی در بیمارستان روانپزشکی ابن سینا
- تعیین اثر بخشی مداخلات آموزشی روانی گروهی بر فشار تجربه شده توسط مراقبین بیماران بستری مبتلا به اختلالات خلقی در بیمارستان روانپزشکی ابن سینا

1 - NGO

- تعیین اثر بخشی مداخلات آموزشی روانی گروهی بر افسردگی تجربه شده توسط مراقبین بیماران بستری مبتلا به اختلالات خلقی در بیمارستان روانپزشکی ابن سینا
- تعیین اثر بخشی مداخلات آموزشی روانی گروهی بر اضطراب تجربه شده توسط مراقبین بیماران بستری مبتلا به اختلالات خلقی در بیمارستان روانپزشکی ابن سینا
- تعیین اثربخشی مداخلات آموزشی روانی گروهی بر بهبود حمایت اجتماعی مراقبین بیماران بستری مبتلا به اختلالات خلقی در بیمارستان روانپزشکی ابن سینا
- تعیین اثربخشی مداخلات آموزشی روانی گروهی بر عمق روابط در مراقبین بیماران بستری مبتلا به اختلالات خلقی در بیمارستان روانپزشکی ابن سینا
- تعیین اثربخشی مداخلات آموزشی روانی گروهی بر تعارض در روابط در مراقبین بیماران بستری مبتلا به اختلالات خلقی در بیمارستان روانپزشکی ابن سینا

۱-۵. فرضیه های پژوهش

پژوهش حاضر به بررسی فرضیه های ذیل می انجامد:

- مداخلات آموزشی روانی گروهی به طور معناداری باعث افزایش کیفیت زندگی (سلامت روان) در مراقبین بیماران بستری مبتلا به اختلالات خلقی در بیمارستان روانپزشکی ابن سینا می گردد.
- مداخلات آموزشی روانی گروهی استرس (فشار) تجربه شده در مراقبین بیماران بستری مبتلا به اختلالات خلقی در بیمارستان روانپزشکی ابن سینا را به طور معناداری کاهش میدهد.
- مداخلات آموزشی روانی گروهی به طور معناداری باعث کاهش شدت افسردگی تجربه شده توسط مراقبین بیماران بستری مبتلا به اختلالات خلقی در بیمارستان روانپزشکی ابن سینا می گردد.
- مداخلات آموزشی روانی گروهی به طور معناداری باعث کاهش شدت اضطراب تجربه شده توسط مراقبین بیماران بستری مبتلا به اختلالات خلقی در بیمارستان روانپزشکی ابن سینا می گردد.