

نیازهای آموزشی خانواده بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا

دکتر ویکتوریا عمرانی فرد^۱، دکتر غلامرضا خیرآبادی^۲، طیبه مهربانی^۳

خلاصه

مقدمه: هدف از انجام این مطالعه تعیین نیازهای آموزشی خانواده‌های بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا بر اساس تجارب آنان از مراقبت از بیمارانشان بود.

روش‌ها: این پژوهش به طور کیفی و به روش پدیده‌شناسی انجام شد. جمعیت مورد مطالعه در این پژوهش یکی از مراقبین اصلی (والدین، همسر و یا فرزندان) مبتلایان به اسکیزوفرنیا بود. جمع‌آوری اطلاعات به صورت مصاحبه رو در رو و عمیق صورت گرفت و تا زمان اشباع اطلاعات ادامه یافت. در این مطالعه اطلاعات با ۳۶ مصاحبه به اشباع رسید. سپس تجزیه و تحلیل اطلاعات به روش ۷ مرحله‌ای کلایزی صورت گرفت. در مورد تعیین صحت و درستی نتایج، مفاهیم به دست آمده دوباره به شرکت کنندگان ارجاع داده شد و محقق تلاش نمود که با دقت در فرآیند گردآوری داده‌ها از هر نوع سوگیری اجتناب نماید.

یافته‌ها: یافته‌های حاصل از پژوهش سه مفهوم اصلی در رابطه با مشکلات خانواده‌ی این بیماران تحت عناوین: نقش‌پذیری اجتماعی، واکنش به تنش و دستیابی به ناشناخته‌های بیماری بود.

نتیجه‌گیری: به طور کلی نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که برنامه‌ریزی برای آموزش و آگاه نمودن خانواده‌های بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا برای مواجهه‌ی آنان با مسایل ناشی از این بیماری در سه زمینه‌ی اساسی نقش‌پذیری اجتماعی، واکنش به تنش، دستیابی به ناشناخته‌های بیماری لازم هستند.

واژگان کلیدی: تجارب، آموزش، خانواده، اسکیزوفرنیا.

مقدمه

بتوانند یک زندگی همچون سایر افراد جامعه را تجربه کنند، بحث‌های فراوانی وجود دارد و به طور روزافزونی مشخص می‌شود که داروهای ضد جنون، آنچنان هم که متصور است اثر معجزه‌آسایی ندارند و با آنکه می‌توانند بسیاری از علایم حاد بیماری را تحت کنترل درآورند، لیکن در مقایسه با تجربه‌ی زندگی اجتماعی، بر بسیاری از نقایص شناختی و اجتماعی بیماران تأثیر قابل ملاحظه‌ای ندارند (۳). McDonell معتقد است که بستگان بیماران نمی‌توانند اعضای مؤثر تیم درمانی باشند، مگر آن که بتوانند درک و برداشت درستی از مسایل مربوط به بیماری به دست آورند. بدون در دست داشتن چنین اطلاعاتی

اسکیزوفرنیا یک اختلال روانی وخیم به شمار می‌رود و علایمی که توسط فرد مبتلا تجربه می‌شوند بسیار ناتوان کننده هستند (۱). این اختلال بیماری مخربی است که فرد و خانواده‌ی او را متأثر می‌سازد. مراقبین این بیماران از ناهمگونی بالینی و تعدد علایم این بیماری و چگونگی مدارا با این علایم دچار چالش‌های جدی می‌شوند و اعضای خانواده که نقش مهمی در حفظ و ارتقای زندگی این بیماران دارند، در این راه مشکلاتی را متحمل می‌گردند (۲).

در مورد این که آیا می‌توان بیماران اسکیزوفرنیا را از مؤسسات مراقبتی خارج و به جامعه وارد کرد تا

^۱ استادیار، گروه روان‌پزشکی، مرکز تحقیقات علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

^۲ استادیار، مرکز تحقیقات علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

^۳ مربی، دانشکده‌ی پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

روش‌ها

امروزه محققان به منظور کشف رفتار، احساسات و تجارب اشخاص و آنچه در جوهره‌ی زندگی آنان قرار دارد، از روش‌های کیفی استفاده می‌نمایند (۹). از میان روش‌های کیفی، روش پدیده‌شناسی توصیفی با تکیه بر عمق تجربیات، درک ما را از تجربیات آنان افزایش می‌دهد؛ از آن جایی که پدیده‌ی مورد مطالعه در این پژوهش شناسایی نیازها با توجه به تجارب افراد است، از روش پدیده‌شناسی، که هدف آن درک ساختار اصلی پدیده‌های تجربه‌شده‌ی افراد است، استفاده شد. جمعیت مورد مطالعه شامل: والدین، همسر و فرزندان بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا بود که تجربه‌ی مراقبت از بیمار را داشتند. معیار ورود به پژوهش شامل مراقبت و در ارتباط نزدیک بودن با بیمار و نیز توانایی شرکت در مصاحبه و بیان تجارب بود. محیط پژوهش، مرکز روان‌پزشکی اجتماعی واقع در درمانگاه شهید نواب صفوی اصفهان بود. جهت جمع‌آوری داده‌ها طی دعوت‌نامه‌های کتبی از خانواده‌ها دعوت به عمل آمد و سپس در روز مقرر با حضور فرد دعوت شده جلسه بر گزار شد. ابتدا اهداف پژوهش برای فرد مصاحبه شونده توضیح داده شد و سپس طی فرآیند مصاحبه اطلاعات به دست آمد.

از آن جایی که در تحقیقات کیفی، تمرکز بیشتر بر روی اطلاعات به دست آمده از موقعیت یا واقعه است تا اندازه‌ی نمونه (۱۰)، پژوهش‌گران نمونه‌گیری را تا زمان اشباع اطلاعات ادامه دادند و در نهایت از ۳۶ شرکت‌کننده مصاحبه به عمل آمد. پژوهشگران هر مصاحبه را با مطرح نمودن این سؤال که "نیازهای آموزشی شما در مراقبت از فرد مبتلا به اسکیزوفرنیا چیست؟" آغاز نمودند و سایر سؤالات را بسته به

اعضای خانواده برای همیشه به درمان‌گران وابسته باقی می‌ماند و قادر به نظارت و کنترل رفتار بیمار خود به نحو صحیح نیستند و بدون آموزش، آن‌ها نمی‌توانند بیمار را به سمت خودکفایی بیشتر سوق دهند (۴). تا کنون مطالعات زیادی در مورد اهمیت حمایت و آموزش خانواده در ارتقای مراقبت از بیماران اسکیزوفرنیا انجام شده است. مطالعه‌ای با هدف بررسی نیازهای آموزشی خانواده‌های بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی در چین انجام شد. این مطالعه از نوع مقطعی بود و با شرکت ۲۰۴ نفر از اعضای خانواده‌ی مراقبت‌کنندگان از این بیماران انجام شد. نتایج این مطالعه بر اهمیت بررسی نیازهای ویژه‌ی خانواده این بیماران تأکید داشت (۳). برخی دیگر از مطالعات به بررسی مشکلات خانواده‌ها با فرد مبتلا به اسکیزوفرنیا پرداخته‌اند (۵).

مروری بر مطالعات نشان می‌دهند که در طول ۱۵ سال گذشته اهمیت خانواده به عنوان منبع اولیه‌ی مراقبت دراز مدت از بیماران اسکیزوفرنیا مورد تأکید قرار گرفته است (۶). مطالعات در مورد نیازهای آموزشی خانواده‌های بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا متنوع ولی اغلب از نوع کمی‌بوده (۷، ۳) و از نظر منطبق بودن با شرایط بومی سایر جوامع مورد چالش بوده‌اند (۸).

پژوهش‌گران در این مطالعه تصمیم گرفتند تا از طریق یک مطالعه‌ی کیفی پدیده‌شناسی، نیازهای آموزشی مبتنی بر تجارب واقعی مراقبت‌کنندگان از بیمار مبتلا به اسکیزوفرنیا را در یک گروه از خانواده‌های ایرانی مورد بررسی قرار دهند تا با بررسی نتایج، زمینه برای آموزش‌های مبتنی بر نیازهای واقعی فراهم گردد.

هستند که در چنین وضعیتی داشتن آگاهی بیشتر می‌تواند آنان را در تصمیم‌گیری برای تعدیل روابط اجتماعی یاری رساند.

شرکت‌کننده‌ی شماره‌ی ۱۸ در این مورد گفت: «بعضی وقت‌ها تو خانواده مراسم عقد و عروسی یا مراسم‌های دیگه پیش میاد واقعاً می‌مونم که بخاطر پسر بیمارم، برویم یا نه؟ می‌ترسم تو اون مراسم حالش بد بشه و براش خوب نباشه.» و شرکت‌کننده‌ی شماره‌ی ۳۶ گفت: «ما ارتباطمان را با فامیل و همسایه‌ها قطع کردیم خیلی از خونه هم حتی بیرون نمی‌ریم. به خاطر مریضی پسریم. شوهرم می‌گه، با این نگاه‌های دیگران حال پسریم بدتر می‌شه، راست می‌گه؟».

واکنش به تنش: یافته‌ها نشان می‌دهند که اعضای خانواده‌ی بیماران در حیطه‌های مختلف از جمله روابط، نقش خود در بیماری عضو مبتلا، آینده‌ی نامعلوم خانواده و ... همچنان در چالش به سر می‌برند؛ آنان معتقدند که دو راهی‌های زیادی در زندگی‌شان وجود دارد و قادر به انتخاب گزینه‌ی مناسب و پاسخ‌متناسب با وضعیت موجود نیستند. در حمایت از این مفهوم برخی از گفته‌های اعضای شرکت‌کننده آورده شده است:

شرکت‌کننده‌ی شماره‌ی ۱۲: «نگران‌ام فقط برای دختر مریض‌ام نیست. از بچه‌های دیگه هم نگرانم. می‌گویند این مریضی ارثیه. یعنی آن‌ها هم می‌گیرند؟ بعضی وقت‌ها احساس می‌کنم اون دخترم هم تو خودشه. مدام فکر می‌کنم حتماً اون یکی هم مریض می‌شه، آیا همین طوره؟».

شرکت‌کننده‌ی شماره‌ی ۲۹: «فامیل‌مون می‌گن پسریم سرکار مریض شده، کارش بدجوریه؛ شاید هم

پاسخ‌های شرکت‌کننده از بیان نیازهایش در این زمینه دنبال کردند. مدت زمان مصاحبه بسته به شرایط و تمایل افراد به ادامه‌ی گفتگو و نیز روند مصاحبه بین ۳۰-۶۰ دقیقه طول کشید. با عنایت به این که دقت و استحکام تحقیق کیفی مبتنی بر دقت و جامعیت اطلاعات جمع‌آوری شده است، محققین تلاش نمودند که با دقت در فرآیند گردآوری داده‌ها، از هر نوع سوگیری اجتناب نمایند. جهت تجزیه تحلیل اطلاعات نیز روش هفت مرحله‌ای کلازی به کار برده شد. لازم به ذکر است که رضایت شرکت‌کنندگان جهت شرکت در مطالعه جلب شد و اطلاعات لازم در مورد اهداف مطالعه در اختیار آنان قرار گرفت.

یافته‌ها

در این مطالعه ۳۶ نفر از مراقبین اصلی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی شرکت داشتند. ۱۹ نفر از این افراد مادر، ۹ نفر پدر و ۸ نفر همسر بیماران بودند. محدوده‌ی سنی آن‌ها ۲۸ تا ۶۵ سال بود. شرکت‌کنندگان مدت زمان مراقبت از بیماران را ۱۷-۳ سال ذکر کردند.

مفاهیم اصلی حاصل از کدبندی و تحلیل اطلاعات مطالعه حاضر شامل سه مفهوم اصلی نقش‌پذیری اجتماعی، واکنش به تنش و ناشناخته‌های بیماری بود.

نقش‌پذیری اجتماعی: شرکت‌کنندگان معتقد بودند که حضور فرد بیمار در خانواده، بسیاری از روابط اجتماعی آن‌ها را تحت تأثیر قرار داده است. آنان معتقدند که به خاطر عضو بیمار خانواده فرصت شرکت در بسیاری از مراسمات اجتماعی را ندارند و در واقع از رفتارهای غیر قابل پیش‌بینی عضو بیمار بیم دارند و از طرف دیگر از تأثیر منفی حضور در این مکان‌ها بر وضعیت عضو بیمار نگرانند و متصور

تغییر نقش‌های اجتماعی می‌شوند؛ آنان محدودیت‌هایی را در اغلب ابعاد روابط اجتماعی خود تجربه می‌کنند، ابتلای یکی از اعضای خانواده به بیماری با ایجاد نقش‌های جدید، آنان را دچار سردرگمی می‌کند و آنان در تعریف و واکنش به این نقش‌ها نیازمند یاری می‌گردند. در حمایت از این مفهوم، Rudge و Morse در مطالعه‌ی خود پی بردند که تجربه‌ی علایم مختلف، پذیرش نقش‌های مختلف اجتماعی را در این بیماران با دشواری مواجه ساخته و روابط اجتماعی را در این افراد متأثر می‌سازد (۱). برخی دیگر در این رابطه معتقدند وجود بیمار مبتلا به اسکیزوفرنیا در خانواده، اعضا را در به کارگیری مهارت‌های حل مسأله و مهارت‌های مربوط به تصمیم‌گیری ناتوان می‌کند و در نتیجه آن‌ها قادر نخواهند بود با مشکلات روزمره کنار بیایند (۱۱). Potasznik می‌گوید: «بروز هیجانات منفی نظیر احساس گناه، خشم، یاس و ناامیدی به دنبال ابتلای عضو خانواده به بیماری اسکیزوفرنیا، فرآیند ایفای نقش را در ساختار و عملکرد خانواده با مشکل مواجه می‌کند» (۱۲)؛ بنابراین فراهم آوردن آموزش و اطلاعات لازم در مورد چگونگی شکل بخشیدن مجدد به روابط اجتماعی می‌تواند آنان را در پذیرش نقش‌های جدید وابسته به حضور بیمار در خانواده یاری نماید. Mueser و همکاران در مطالعه‌ی خود پی بردند که سیستم‌های مراقبتی - درمانی همواره تمایل دارند که نیازهای اطلاعاتی و آموزشی خانواده‌های بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی را در ابعاد مختلف کمتر از حد واقعی تخمین بزنند (۸). بنابراین مفهوم حاصل از مطالعه‌ی حاضر با معرفی چالش مربوطه، بر اهمیت آموزش تیم مراقبت و درمان در زمینه‌ی بررسی و پاسخ به این حیطه از نیازهای آموزشی خانواده‌ها تأکید دارد.

راست می‌گویند، آخه همیشه ناراحت بود و می‌خواست کارش را ول کنه؛ چه می‌دونم آگه زودتر این کار را کرده بود شاید مریض نمی‌شد».

شرکت‌کننده‌ی شماره‌ی ۳۳: «این رفتارهای تکراری پسر منو خسته کرده، فکر می‌کنم دست خودشه عمدتاً این کار را می‌کنه تا ما را عصبانی کنه؛ من از کجا بفهمم دست خودش نیست؟».

ناشناخته‌های بیماری: یافته‌های مطالعه نشان داد که اعضای خانواده‌ی بیماران سؤالات بیشماری در مورد وضعیت بیماری عضو مبتلا دارند. آنان در مورد این که بیماری در چه شرایطی ایجاد شده و پیشرفت می‌کند و این که عضو مبتلا با داشتن بیماری چه محدودیت‌هایی را در زندگی فردی و اجتماعی و کاری خود تجربه می‌کند، جویای اطلاعات بودند. در حمایت از این مفهوم نیز برخی از بیانات اعضای شرکت‌کننده آورده شده است:

شرکت‌کننده‌ی شماره‌ی ۷: «شوهرم به خاطر مریضی پسر من دیگه نمی‌گذاره رانندگی کنه و این تو روحیه‌اش اثر بدی داشته؛ ما نمی‌دونیم این‌ها چه کارهایی می‌تونند بکنند، مثلاً اجازه‌ی رانندگی دارند یا نه؟»

شرکت‌کننده‌ی شماره‌ی ۲۵: «نمی‌دانم دخترم را که از بیمارستان بیرم خونه تا چند وقت حالش خوبه؟ چرا اصلاً دوباره باید حالش بد بشه؟ فقط می‌گویند تا حالش بد شد دوباره بیارش؛ ولی ما باهاش مدارا می‌کنیم تا وقتی ذله‌مون کرد دوباره می‌یاریم‌اش».

بحث

یکی از مفاهیم اصلی پژوهش حاضر «نقش‌پذیری اجتماعی» بود بدان معنا که اعضای خانواده‌ی مراقبت‌کننده از بیماران اسکیزوفرنی در طول زمان دست‌خوش

یکی دیگر از مفاهیم مطالعه « واکنش به تنش » است. نتایج مطالعه نشان دادند که اعضای خانواده‌ی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی به دلیل تجربه‌ی انواع چالش‌هایی همچون تغییر نقش‌ها و مشکلات مربوط به بیماری و درمان، تنش زیادی را متحمل می‌گردند و در مورد این که چگونه می‌توانند به طور مناسبی به این تنش‌ها پاسخ گویند، نیاز به دریافت کمک دارند. Dixon می‌نویسد: «رویارویی با رفتارهای غریب یا شاهد گفتار نامربوط یک عضو مبتلا به اسکیزوفرنیا بودن، برای اعضای خانواده استرس بزرگی است و درد، ناراحتی و رنج زیادی را برای خانواده به دنبال دارد. آن‌ها حتی ممکن است تحت تأثیر رفتارهای بیمار قرار گیرند و از نظر اجتماعی منزوی شوند» (۱۳).

Martens نیز معتقد است که «افرادی که از بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا مراقبت می‌کنند نیازهایی دارند، آن‌ها جهت کاهش استرس ناشی از مراقبت از بیمار به آموزش نیاز دارند و اطلاعات لازم باید در اختیار آن‌ها قرار داده شود» (۱۴). نتایج نشان می‌دهند که اعضای تیم مراقبت و درمان می‌بایست نیازهای اعضای خانواده را در این مورد جویا شده تا بتوانند رویکردهای مناسبی را در مقابل آن اتخاذ نمایند. در این راستا برخی از پژوهشگران سعی در مطالعه‌ی واکنش‌های روانی اعضای خانواده به بیماری اسکیزوفرنیا نموده‌اند (Dixon، ۱۵). Dixon می‌نویسد: «بررسی نیازهای اعضای خانواده سنگ بنای رابطه و تشریک مساعی بین درمانگر و خانواده است، چرا که اعضای خانواده به خاطر بیمار شدن یکی از افراد خود را مقصر می‌دانند. آن‌ها همچنین به دلیل این که بیمار سطح عملکرد قبلی خود را از دست داده، به طور مزمز سوگ و فقدان را در حد خفیف تا شدید تجربه

می‌کنند؛ در چنین وضعیتی است که احساس درماندگی دارند و نیاز به دانستن می‌کنند. مداخله‌ی درمانگران جهت بررسی و پاسخ مناسب به این نیازها، پریشانی، انزوا و فشار روانی آن‌ها را کاهش می‌دهد» (۱۳). در بسیاری از موارد تعیین نیازها، افشای احساسات و در میان گذاشتن نگرانی با درمانگر از بار فشار روانی خانواده می‌کاهد و سبب می‌شود که آن‌ها احساس مبنی بر دریافت کمک و حمایت را تجربه نمایند (۱۶). فراهم آوردن‌گان سرویس‌های مراقبت سلامتی می‌توانند با در اختیار گذاشتن اطلاعات مورد نیاز و آموزش در مورد چگونگی مقابله و سازگاری با تنش‌های موجود، آنان را به سطوح بالاتری از سلامت روان راهنمایی نمایند. آموزش روان‌شناختی راهی برای کمک به اعضای خانواده جهت سازگاری با مشکلاتی است که اعضای خانواده متعاقب ابتلای یکی از اعضا به این بیماری در مورد بیماری، درمان‌ها و بازتوانی تجربه می‌کنند، به ویژه زمانی که این آموزش‌ها مبتنی بر درک واقعی از تجارب افراد بوده و بتواند به معنای واقعی پاسخگوی نیاز آن‌ها باشد (۱۷). مفهوم دیگر حاصل از این مطالعه، «ناشناخته‌های بیماری» است، این مفهوم نشان می‌دهد که خانواده‌های بیماران در بسیاری از حیطه‌های ماهیت بیماری، مراقبت، درمان، علایم بیماری و تأثیر آن‌ها بر فعالیت‌های روزمره‌ی عضو بیمار نیاز به دریافت اطلاعات و آموزش دارند و این ناشناخته‌ها آنان را در تصمیم‌گیری در مورد نحوه‌ی مراقبت و انتظاراتی که می‌توان از میزان بهبودی و پیش‌آگهی کلی بیماری داشت، دچار سرگردانی می‌کند. در این خصوص Dixon می‌گوید: «همه‌ی خانواده‌ها در رویارویی با بیماری روانی به خصوص اسکیزوفرنیا مراحل یکسانی

خانواده یاری کند. اصلاح اطلاعات و آرایه مطالب جدید در مورد علت بیماری باعث می شود که خانواده در امر ارتقای سلامت اعضا و به ویژه بیمار مشارکت بهتری نموده، با پزشک و سیستم درمانی همکاری بیشتری داشته باشد (۱۸، ۳).

تشکر و قدردانی

این پژوهش با حمایت مالی معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و همکاری مرکز تحقیقات علوم رفتاری انجام گرفته است که بدین وسیله از این عزیزان تشکر می نمایم.

References

- Rudge T, Morse K. Re-awakenings? A discourse analysis of the recovery from schizophrenia after medication change. *Aust N Z J Ment Health Nurs* 2001; 10(2): 66-76.
- Provencher HL, Fournier JP, Dupuis N. Schizophrenia: revisited. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 1997; 4(4): 275-85.
- Chien WT, Norman I. Educational needs of families caring for Chinese patients with schizophrenia. *J Adv Nurs* 2003; 44(5): 490-8.
- McDonnell MG, Short RA, Berry CM, Dyck DG. Burden in schizophrenia caregivers: impact of family psychoeducation and awareness of patient suicidality. *Fam Process* 2003; 42(1): 91-103.
- LAM DH, CHAN N, LEFF J. Family work for schizophrenia: some issues for Chinese immigrant families. *Journal of Family Therapy* 1995; 17(3): 281-97.
- Chou KR, LaMontagne LL, Hepworth JT. Burden experienced by caregivers of relatives with dementia in Taiwan. *Nurs Res* 1999; 48(4): 206-14.
- Oldridge ML, Hughes IC. Psychological well-being in families with a member suffering from schizophrenia. An investigation into long-standing problems. *Br J Psychiatry* 1992; 161: 249-51.
- Mueser KT, Bellack AS, Wade JH, Sayers SL, Rosenthal CK. An assessment of the educational needs of chronic psychiatric patients and their relatives. *Br J Psychiatry* 1992; 160: 674-80.
- Mehrabi T, Fanian N, Ghazavi Z, Zargham A. Nurses' experiences regarding working in the psychiatric wards and its physical outcomes. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research* 2006; 11(1): 72-8.
- Salehi Sh, Gheibizadeh M, Tavakol Kh. Social health needs in high school female students. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research* 2006; 11(3):63-71.
- Watkins TR, Callicutt JW. *Mental health policy and practice today*. New York: Sage Publications; 1997.
- Potasznik H, Nelson G. Stress and social support: the burden experienced by the family of a mentally ill person. *Am J Community Psychol* 1984; 12(5): 589-607.
- Dixon L, McFarlane WR, Lefley H, Lucksted A, Cohen M, Falloon I, et al. Evidence-based practices for services to families of people with psychiatric disabilities. *Psychiatr Serv* 2001; 52(7): 903-10.
- Martens L, Addington J. The psychological well-being of family members of individuals with schizophrenia. *Soc Psychiatry Epidemiol* 2001; 36(3): 128-33.
- Weisman AG, Lopez SR. Family values, religiosity, and emotional reactions to schizophrenia in Mexican and Anglo-American cultures. *Fam Process* 1996 Jun; 35(2): 227-37.
- Gahhari Sh. *Family Mental education*. Tehran: Boshra 2005; 15-7.
- Bertrando P. The evolution of family interventions for schizophrenia. A tribute to Gianfranco Cecchin. *Journal of family therapy* 2006; 28(1): 4-22.
- Magliano L, Fadden G, Economou M, Held T, Xavier M, Guarneri M, et al. Family burden and coping strategies in schizophrenia: 1-year follow-up data from the BIOMED I study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2000; 35(3): 109-15.

Educational Needs of Schizophrenic Patients' Families

Victoria Omranifard MD¹, Gholamreza Kheirabadi MD², Tayebeh Mehrabi³

Abstract

Background: The aim of this research was to determine the needs of Schizophrenic patients' families, based on their caring experience.

Methods: This was a phenomenological qualitative research whose participants were the main caregivers of schizophrenic patients (parents, spouses or children). Data were collected by the face to face and in depth interviews up to the data saturation stage. To confirm the yielded concepts, the researcher referred the findings to the participants again to avoid any kind of biases. The data were saturated by 36 interviews. Collected data were analyzed by Collaizzi's seven stage method.

Findings: Our findings demonstrated three main concepts as caregivers' educational needs: social role acceptance, reaction to tension and getting access to unknown aspects of the disorder.

Conclusion: It is concluded that major dietary patterns in this population are not associated with the risk of colon cancer.

Keywords: Experiences, Education, Schizophrenia, Family.

¹ Assistant Professor, Department of Psychiatry, Behavioral Sciences Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

² Assistant Professor, Behavioral Sciences Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

³ Instructor, School of Nursing and Midwifery, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

Corresponding Author: Gholamreza Kheirabadi MD, Email: kheirabadi@bsrc.mui.ac.ir