

بررسی کارآمدی نسبی آموزش‌های خانواده و مهارت‌های زندگی بر نگهداری بیماران دچار عارضه‌ی روانی مزمن در خانواده

دکتر حسن توزنده‌جانی^۱

خلاصه

مقدمه: پژوهش حاضر به بررسی کارآمدی نسبی آموزش‌های خانواده و مهارت‌های زندگی بر نگهداری بیماران دچار عارضه‌ی روانی مزمن در خانواده در شهر مشهد پرداخته است.

روش‌ها: در این پژوهش نیمه تجربی، نمونه‌ای به حجم ۳۰۰ نفر به صورت تصادفی طبقه‌ای از بین خانواده‌های بیماران مبتلا به عوارض روانی مزمن بستری در مراکز شبانه‌روزی شهر مشهد و خانواده‌های لیست انتظار (پشت نوبت) انتخاب و به صورت تصادفی به دو گروه آزمایش و شاهد تقسیم شدند. آموزش‌های خانواده و مهارت‌های زندگی به یک گروه ارایه شد و گروه شاهد هیچ گونه آموزشی دریافت نکرد. این دو گروه، قبل از شروع آموزش‌ها و در پایان دوره‌ی آموزش به وسیله‌ی ابزارهایی مانند پرسش‌نامه‌ی نگرش به نگهداری و بیماری روانی، پرسش‌نامه‌ی نگرش به مهارت‌های زندگی، پرسش‌نامه‌ی سازگاری اجتماعی کالیفرنیا، پرسش‌نامه‌ی عزت نفس Rosenberg، پرسش‌نامه‌ی سلامت عمومی و پرسش‌نامه‌ی همه‌گیرشناسی اختلالات روانی مورد آزمون قرار گرفتند.

یافته‌ها: آموزش‌ها بر نگرش اعضای خانواده به نگهداری بیماران روانی در خانواده تأثیری نداشت، اما نگرش اعضای خانواده به بیماری روانی در نتیجه‌ی آموزش‌ها تغییر یافته بود. همچنین، این آموزش‌ها بر تغییر نگرش اعضای خانواده نسبت به مهارت‌های زندگی، بالا رفتن سطح سازگاری اجتماعی، عزت نفس، سلامت عمومی و کاهش اختلال‌های روانی مؤثر بود.

نتیجه‌گیری: دلیل کارآمدی شیوه‌های گروهی آموزش مهارت‌های زندگی به صورت شناختی- رفتاری زیربنای آموزشی آن‌ها است؛ چرا که در این شیوه هم بر جنبه‌های شناختی و هم رفتاری تأکید می‌شود. از سوی دیگر، برای اثربخشی بیشتر آموزش‌ها به زمان بیشتری نیاز است. همچنین، کنترل عوامل اثرگذار می‌تواند در اثربخشی بیشتر این آموزش‌ها مؤثر باشد.

واژگان کلیدی: آموزش‌های خانواده، مهارت‌های زندگی، بیماران روانی مزمن.

مقدمه

از اعضای خود است. صاحب‌نظران روان‌شناسی و علوم تربیتی یکی از مهم‌ترین نهادهای مؤثر در تربیت و رفتار آدمی را سازمان خانواده می‌دانند و محیط خانواده را اولین و با دوام‌ترین عامل در تکوین شخصیت افراد و زمینه‌ساز رشد جسمانی، اخلاقی، اجتماعی، عقلانی و عاطفی آنان در نظر می‌گیرند (۱).

این اعتقاد که افراد خانواده بسیاری از ویژگی‌های خود را از تجارب یادگیری در خانواده کسب می‌کنند، از یافته‌های بدیهی تفکر امروزی است. بنابراین، اعتقاد

خانواده به عنوان یک نظام نیمه سازمان یافته، نقش ارتباط داخلی را ایفا می‌کند و دارای اعضایی است که وضعیت‌ها و مقام‌های مختلفی در خانواده و اجتماع احراز می‌کنند؛ خانواده با توجه به محتوای نقش، وضعیت‌ها، افکار و ارتباطات خویشاوندی و ... ایفای نقش می‌کند. یکی از وظایف اساسی خانواده، فراهم آوردن محیط مساعد برای پرورش اعضای خانواده و تأمین امنیت و بهداشت روانی و جسمی برای هر یک

^۱ استادیار روان‌شناسی، گروه علوم تربیتی، دانشکده‌ی علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد نیشابور، نیشابور، ایران.

به این که خانواده‌های مشکل‌دار، افراد مشکل‌دار می‌آفرینند نیز همین وضعیت را دارا می‌باشد. فرض اساسی این است که مشکلات رفتاری و هیجانی ناشی از ویژگی‌های ساختاری خانواده‌ها است و تغییر در ساختارهای نامطلوب خانوادگی که موجب تداوم این مشکلات می‌شوند، می‌تواند در تغییر علایم افراد متمرثر باشد (۲).

اعتقاد به این که مسایل اجتماعی به کارکرد خانواده‌ها مرتبط است و بدین ترتیب می‌توان (با توجه به این کارکرد در جامعه) آن‌ها را اصلاح نمود، حداقل به قرن هجدهم میلادی باز می‌گردد. با این حال، این نکته بسیار جالب است که به تازگی، نظریات و تحقیقات رسمی در زمینه‌ی نقش احتمالی خانواده در رشد بیماری و نابسامانی در ادبیات روان‌شناسی و روان‌پزشکی مطرح شده است. در حقیقت، رشد الگوی نظام‌دار کارکرد خانواده و تأثیرات آن بر اعضای خود تا نیمه‌های قرن بیستم نمایان نشده بود (۳).

پس از افول نظریه‌های روان‌پریشی، رویکرد دیگری که بر نظام خانواده (به عنوان یک نظام واحد کلی) تأکید نمود، در اواخر سال‌های ۱۹۵۰ و ۱۹۶۰ آشکار شد. در این سال‌ها، کانون توجه متخصصان بالینی و نظریه‌پردازان به پویایی‌های ارتباطات انسانی با توجه خاص به اسکیزوفرنی معطوف بود. پس از آن، الگوی سیستمیک و خانواده به عنوان یک نظام متحول توسط Minuchin مطرح شد (۴). نتایج تحقیقات Minuchin (۵)، Grahum و Cockriel (۶)، Greene (۷)، Jackson و Smith (۸) بیانگر این بود که مشکلات رفتاری و هیجانی، ناشی از ویژگی‌های ساختاری خانواده‌ها است و تغییر در ساختارهای نامطلوب خانوادگی که موجب تداوم این مشکلات می‌شوند، می‌تواند در تغییر علایم

بیماران متمرثر باشد.

تحقیقات Campbell و همکاران نشان داد که خانواده یک نظام سایبرنتیک (Cybernetic) است که در آن رفتار هر عضو خانواده، از لحاظ کارکردی با سیستم‌های مساوی هر شخص در نظام خانواده وابسته است و گسستگی آن‌ها چندان مهم نیست (۹). در سال‌های اخیر، این اعتقاد مطرح شده است که فرایندهای خانواده با ایجاد و ابقای مشکلات رفتاری و روانی اعضای خانواده مرتبط می‌باشد.

موضوع اصلی این است که رفتار اعضای خانواده از لحاظ کارکردی با محیطی که خانواده برای رشد آن‌ها مهیا ساخته است، ارتباط دارد. به طور تقریبی، همه‌ی مکاتب در این عقیده اتفاق نظر دارند که رفتار افراد از لحاظ کارکردی، با محیط خانوادگی آن‌ها پیوند خورده است (۱۰).

McGrath و Braunstein تحقیقی با عنوان «بررسی عملکرد خانواده‌ی بیماران اسکیزوفرنی و همتایان غیر اسکیزوفرن» انجام دادند و به این نتیجه رسیدند که تفاوت معنی‌داری بین عملکرد کلی خانواده و مؤلفه‌های آن (حل مشکل، ارتباط، نقش‌ها، همراهی عاطفی، آمیزش عاطفی و کنترل رفتار) در بیماران اسکیزوفرن و همتایان غیر اسکیزوفرنیک آن‌ها وجود دارد (۱۱). Elias در مورد آموزش خانواده معتقد است که آموزش در بهداشت، به معنای ایجاد ارتباط با افراد و گروه‌های جامعه با هدف پیشبرد مثبت سلامتی و از میان بردن بیماری از طریق تحت تأثیر قرار دادن و تغییر دادن طرز تفکر، اعتقادات و رفتار مردم می‌باشد (۱۲).

بالا بردن سطح آگاهی اعضای خانواده، تغییر نگرش آن‌ها در مورد بیماران روانی، افزایش سطح سازگاری اجتماعی و عزت نفس اعضای خانواده و به ویژه

آوردن محیط خانوادگی و اجتماعی منطبق با موازین بهداشت جسمی و روانی لازمه‌ی زندگی سالم و سازنده برای والدین و فرزندان آنها است. این مسأله در خانواده‌هایی که دارای بیمار مزمن هستند، از اهمیت بیشتری برخوردار می‌باشد (۲۱). همان گونه که بهداشت به عنوان وظیفه‌ی علم طب و در حیطه‌ی علم پزشکی از اهمیت شایانی برخوردار است و حفظ سلامتی جسمانی افراد به آن وابسته است، بهداشت و سلامت روان افراد جامعه نیز مورد توجه خاص متخصصین و دست اندرکاران قرار گرفته است؛ اولین و مهم‌ترین راه ارتقا و بهبود سلامت روان را آموزش می‌دانند.

در این تحقیق، محققان به دنبال بررسی این مسأله بودند که آیا آموزش‌های خانواده (نظیر آموزش مهارت‌هایی مانند خلق منفی، کنترل و کاهش خطاهای شناختی، نقش‌های جنسیتی، حل تعارض، مدیریت مالی و ...) و آموزش مهارت‌های زندگی (آموزش مهارت‌هایی مانند تفکر خلاق، تفکر انتقادی، مهارت‌های تصمیم‌گیری، حل مسأله، کنترل استرس، کنترل خشم و مهارت‌های ارتباطی) می‌تواند در نگرش و آگاهی اعضای مؤثر خانواده برای نگهداری بیماران مبتلا به عارضه‌ی روانی مزمن در خانواده مؤثر باشد یا خیر؟ و از سوی دیگر، آیا این آموزش‌ها بر افزایش سطح سازگاری اجتماعی، عزت نفس و سلامت عمومی و نیز کاهش اختلال‌های روانی اعضای مؤثر خانواده‌های دارای این بیماران مؤثر واقع می‌شود؟

روش‌ها

این پژوهش نیمه تجربی به منظور بررسی کارآمدی آموزش‌های خانواده و مهارت‌های زندگی به

والدین، بالا بردن مهارت‌های زندگی، افزایش سطح خلق اعضای خانواده و ... همگی می‌تواند در کنترل و نگهداری بیماران روانی مزمن در خانواده مؤثر باشد (۱۳). پژوهش‌های پیشین حاکی از نقش فرایندهای یک‌پارچه‌ی تعاملات خانواده بر آسیب‌شناسی اعضای خانواده است. تحقیقات نشان داده است که در خانواده، به عنوان یک نظام سیستماتیک ساختاری و پویا، رفتار هر عضو از لحاظ کارکردی با سیستم‌های مساوی هر یک از اعضا در نظام خانوادگی وابسته است و گسستگی این روابط اهمیت چندان زیادی ندارد (۱۴). برخی محققین، ارتقای سلامت و پیش‌گیری از بیماری را بخش‌هایی از مفهوم کلی سلامت می‌داند (۱۵).

موسوی شوشتری تحقیقی طی بررسی ارتباط بین عملکرد خانواده با وضعیت روانی در بیماران خاص به این نتیجه رسید که عملکرد خانواده بر وضعیت روانی در این بیماران مؤثر است (۱۶). سازمان جهانی بهداشت اعتقاد دارد که در سه مقطع مشاوره قبل از ازدواج، ساماندهی ارتباطات موفق و رضایت بخش زوجی و تربیت فرزندان، آموزش خانواده اساسی است (۱۷).

خیاطی در تحقیقی با عنوان بررسی تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر عزت نفس به این نتیجه رسید که آموزش مهارت‌های زندگی می‌تواند منجر به افزایش عزت نفس گردد (۱۸). فلسفی نژاد (۱۹)، پهلوان‌زاده و همکاران (۲۰) معتقدند که آموزش مهارت‌های زندگی باعث بهبود سلامت روان، کاهش اضطراب، کاهش افسردگی و بهبود کارکرد اجتماعی دانشجویان می‌شود.

بهداشت خانواده و محیط یکی از موضوعاتی است که در دوره‌های آموزش خانواده برای والدین تدریس و آموزش داده می‌شود و اهمیت این موضوع در برنامه‌های آموزش خانواده از آن جهت است که فراهم

خانواده‌های دارای بیمار دچار عارضه‌ی روانی مزمن بر نگهداری بیماران در خانواده در سطح شهر مشهد انجام شد. جامعه‌ی آماری این پژوهش را کلیه‌ی خانواده‌های بیماران مرد و زن بستری در مراکز شبانه‌روزی و روزانه‌ی نگهداری بیماران روانی مزمن و همچنین خانواده‌های دارای بیمار روانی مزمن لیست انتظار یا پشت نوبت (حدود ۲۸۰۰ خانواده) تشکیل می‌دادند. نمونه‌ی پژوهش شامل ۳۰۰ خانواده (اعضای مؤثر خانواده) بود. در گروه آزمایش، ۷۵ خانواده به صورت تصادفی طبقه‌ای از بین مراکز ثامن (ع)، عاطف، قائم (عج)، هستی و توس انتخاب شدند و تعداد ۷۵ خانواده نیز به صورت تصادفی سیستماتیک از بین خانواده‌های ثبت نام شده در لیست انتظار (پشت نوبتی‌ها) انتخاب گردیدند. این گروه، آموزش‌های خانواده و مهارت‌های زندگی را طی ۱۲ تا ۱۵ جلسه‌ی یک و نیم ساعته دریافت کردند. ۱۵۰ خانواده‌ی دیگر به عنوان گروه شاهد از بین خانواده‌های ثبت نام شده در لیست انتظار (پشت نوبتی‌ها) به صورت تصادفی سیستماتیک انتخاب شدند. این گروه، هیچ‌گونه آموزشی دریافت نکرد. لازم به ذکر است که افراد انتخاب شده از هر خانواده، اعضای مؤثر و اغلب سرپرست خانواده بودند، اما به دلایل مختلف و محدودیت‌های تحقیق، گروه آزمایش به ۸۰ خانواده و گروه شاهد به ۱۱۰ خانواده تقلیل یافت.

به طور کلی، ابعاد مختلف مورد بررسی در این پژوهش با پنج آزمون و پرسش‌نامه سنجیده شد.

(۱) پرسش‌نامه‌ی سازگاری اجتماعی کالیفرنیا: این آزمون به منظور سنجش جنبه‌های مختلف سازگاری افراد در زندگی به کار برده می‌شود. دارای دو قطب

سازگاری شخصی و سازگاری اجتماعی با شامل ۱۸۰ سؤال دو گزینه‌ای از نوع بله-خیر است. اعتبار و پایایی برای مقیاس سازگاری شخصی در حدود ۰/۸۹ تا ۰/۹۱ و برای مقیاس سازگاری اجتماعی، در حدود ۰/۸۷ تا ۰/۹۱ گزارش شده است. این ضرایب برای مقیاس‌های فرعی آزمون در دامنه‌ی ۰/۶۰ تا ۰/۸۷ و برای کل آزمون در دامنه‌ی ۰/۹۲ تا ۰/۹۳ قرار دارد (۵). ضریب اعتبار آزمون از طریق بازآزمایی روی ۸۶ نفر از دانش آموزان عادی تهران، ۰/۵۴ و با استفاده از فرمول شماره‌ی ۲۰ Kuder - Richardson، ۰/۸۱ بر آورد شده است (۵).

(۲) پرسش‌نامه‌ی عزت نفس Rosenberg: این مقیاس شامل ۱۰ سؤال با پاسخ‌های چهار گزینه‌ای است. در این مقیاس، جمع کل نمره‌ها بیانگر عزت نفس فرد می‌باشد. پاسخ موافق به هر یک از عبارت‌ها نمره‌ی ۱ تا ۴ دریافت می‌کند. بنابراین، نمره‌ی فرد بین ۱۰ تا ۴۰ خواهد بود. نتایج پژوهش‌های انجام شده در ارتباط با اعتبار این مقیاس با روش آلفای کرونباخ، ۰/۸۸ و با روش اجرای مجدد، ۰/۸۲ بوده است. همچنین، اعتبار این آزمون در داخل کشور بر پایه‌ی آلفای کرونباخ ۰/۸۱ محاسبه شده است (۲۲).

(۳) پرسش‌نامه‌ی سلامت عمومی (GHQ): آزمون سلامت عمومی روان دارای ۲۸ سؤال می‌باشد. این پرسش‌نامه دارای چهار خرده مقیاس نشانه‌های بدنی، اضطراب و بی‌خوابی، نارسا کنش‌وری اجتماعی و افسردگی است. علاوه بر تأیید متخصصان مبنی بر روا بودن این پرسش‌نامه در تشخیص میزان سلامت روان، همبستگی خرده مقیاس‌ها با کل آزمون در حدود ۰/۶۲ تا ۰/۹۰ گزارش شده است. در

نمره‌گذاری آزمون به هر پاسخ از راست به چپ، صفر، یک، دو یا سه نمره تعلق می‌گیرد. از مجموع نمرات نیز یک نمره‌ی کلی به دست می‌آید. ضریب آلفای کرونباخ آن معادل ۰/۸۶ می‌باشد که حاکی از پایایی مناسب آزمون است (۲۳).

(۴) پرسش‌نامه‌ی SCL-90-R: این آزمون برای سنجش و سرنده‌سازی سریع نوع و شدت نشانه‌های بیمار از طریق خودسنجی بسیار مناسب است. این آزمون متشکل از ۹۰ عبارت توصیفی در مورد علائم بیماری است که مراجع ب‌رحسب شدت، آن‌ها را در دامنه‌ای از هیچ تا شدید (هیچ = ۰ و شدید = ۴) درجه‌بندی می‌کند. داشتن مهارت خواندن برای پاسخ دادن به پرسش‌های این آزمون کافی است؛ زمان لازم برای اجرای آن بین ۱۲ تا ۱۵ دقیقه می‌باشد. این آزمون از نه قسمت اصلی و یک قسمت اضافی تشکیل شده است و هر قسمت یک اختلال عاطفی- رفتاری را اندازه‌گیری می‌کند. گزارش‌ها حاکی از آن است که ضرایب همسانی درونی برای نه بعد از نشانه‌های بیماری در مورد بیماران روانی سرپایی در دامنه‌ی حداقل ۰/۷۹ برای افکار پارانوئیدی، و تا بالای ۰/۹۰ برای افسردگی قرار دارد. ضرایب اعتبار بازآزمایی در فاصله‌ی زمانی یک هفته، با دامنه‌ی حداقل ۰/۷۸ برای خصومت و تا بالای ۰/۹۰ برای اضطراب ترس (Phobia) به دست آمده است. بیشترین همبستگی مربوط به بعد افسردگی با ۰/۹ و کمترین آن‌ها مربوط به روان‌پریشی با ۰/۷۷ بوده است (۲۴).

(۵) پرسش‌نامه‌ی نگرش‌سنج‌سنج محقق ساخته: این پرسش‌نامه جهت اندازه‌گیری نگرش و آگاهی خانواده‌ها نسبت به مهارت‌های زندگی و آموزش‌های

خانواده (مبتنی بر آزمون نگرش‌سنج Likhert) به کار برده شد و دارای ۳۰ سؤال بود. شیوه‌ی نمره‌گذاری این مقیاس به صورت کاملاً موافق، موافق، بدون نظر، مخالف و کاملاً مخالف بود. داده‌های هنجاری این پرسش‌نامه از یک نمونه‌ی ۱۵ نفری (با میانگین سنی ۴۱ سال) از اعضای مؤثر خانواده‌های دارای بیمار دچار عارضه‌ی روانی مزمن استخراج شد. ضریب آلفای نهایی این نگرش‌سنج محقق ساخته ۰/۸۸ بود.

در این پژوهش برای بررسی و توصیف ویژگی‌های دموگرافیک آزمودنی‌ها (در دو گروه آزمایش و شاهد) از شاخص‌های آمار توصیفی و برای تجزیه و تحلیل استنباطی داده‌ها از شاخص‌های آمار استنباطی نظیر آزمون t در گروه‌های مستقل، آزمون χ^2 ، آزمون تحلیل واریانس (F) و آزمون‌های تعقیبی توکی و شفه استفاده شد. تحلیل‌های فوق در نرم‌افزار SPSS (SPSS Inc., Chicago IL) انجام گردید.

یافته‌ها

به منظور بررسی فرضیه‌ی اول پژوهش مبنی بر «آموزش‌های خانواده و مهارت‌های زندگی بر نگرش اعضای خانواده نسبت به نگهداری بیماران روانی در خانواده مؤثر است»، در دو گروه آزمایش و شاهد آزمون t در گروه‌های مستقل و سپس در گروه‌های وابسته در آزمون محقق ساخته را مورد استفاده قرار دادیم.

با توجه به این که قدر مطلق t محاسبه شده با درجات آزادی ۱۸۸ (۰/۹۴۹-) از t معیار (۱/۹۸۰) کوچک‌تر بود، بنابراین فرض صفر تأیید شد. از این رو، با ۹۵ درصد اطمینان نتیجه گرفتیم که میانگین‌های دو

گروه آزمایش ($8/23 \pm 0/45$) و شاهد ($0/545 \pm$) در آزمون نگرش به نگهداری بیماران در خانواده تفاوت معنی‌دار نداشته است ($P = 0/344$). به عبارت دیگر، آموزش‌های خانواده و مهارت‌های زندگی باعث تفاوت دو گروه آزمایش و شاهد از لحاظ نگرش به نگهداری بیماران در خانواده نشده است.

به منظور بررسی فرضیه دوم پژوهش مبنی بر «تأثیر آموزش‌های خانواده و مهارت‌های زندگی بر نگرش، آگاهی و دانش اعضای خانواده نسبت به مهارت‌های زندگی» در دو گروه آزمایش و شاهد آزمون t در گروه‌های مستقل و سپس در گروه‌های وابسته در آزمون محقق ساخته را مورد استفاده قرار دادیم.

با توجه به این که قدر مطلق t محاسبه شده با درجات آزادی ۱۸۸ ($-5/193$) از t معیار ($1/980$) بزرگ‌تر بود، بنابراین فرض صفر رد شد. از این رو، با ۹۵ درصد اطمینان نتیجه گرفتیم که میانگین‌های دو گروه آزمایش ($28/55 \pm 12/19$) و شاهد ($25/28 \pm 1/37$) در آزمون نگرش خانواده به مهارت‌های زندگی تفاوت معنی‌دار داشته است ($P < 0/001$). به عبارت دیگر، آموزش‌های خانواده و مهارت‌های زندگی در تغییر نگرش دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت ایجاد کرده است. تفاوت میانگین‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه آزمایش معنی‌دار بود اما در گروه شاهد معنی‌دار نبود.

بر اساس بررسی‌های مربوط به فرضیه‌ی سوم پژوهش مبنی بر «تأثیر آموزش‌های خانواده و مهارت‌های زندگی بر نگرش اعضای خانواده نسبت به بیماری‌های روانی مزمن در محیط خانواده»، با توجه به این که قدر مطلق t محاسبه شده با درجات آزادی ۱۸۸

($-2/47$) از t معیار ($1/980$) بزرگ‌تر بود، بنابراین فرض صفر رد شد. از این رو، با ۹۵ درصد اطمینان نتیجه گرفتیم که میانگین‌های دو گروه آزمایش ($11/72 \pm 3/959$) و شاهد ($4/81 \pm 0/202$) در آزمون نگرش به بیماری روانی مزمن در خانواده تفاوت معنی‌دار داشته است ($P = 0/015$). آموزش‌های خانواده و مهارت‌های زندگی در نگرش اعضای خانواده نسبت به بیماری روانی مزمن تفاوت ایجاد کرده است. این تفاوت در پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه آزمایش معنی‌دار بود، اما در گروه شاهد معنی‌دار نشد.

بررسی فرضیه‌ی چهارم پژوهش مبنی بر «تأثیر آموزش‌های خانواده و مهارت‌های زندگی بر سازگاری اجتماعی اعضای مؤثر خانواده» در دو گروه با آزمون سازگاری اجتماعی کالیفرنیا انجام شد.

با توجه به این که t محاسبه شده با درجات آزادی ۱۸۸ ($16/54$) از t معیار ($1/980$) بزرگ‌تر بود، بنابراین فرض صفر رد شد. از این رو، با ۹۵ درصد اطمینان نتیجه گرفتیم که میانگین‌های دو گروه آزمایش ($11/19 \pm 28/81$) و شاهد ($11/84 \pm 0/68$) در آزمون سازگاری اجتماعی کالیفرنیا (نمره کل مقیاس) تفاوت معنی‌دار داشته است ($P < 0/001$). به طور کلی، آموزش‌های خانواده و مهارت‌های زندگی در سازگاری اجتماعی آزمودنی‌ها (نمره‌ی کل مقیاس و کلیه‌ی خرده‌آزمون‌های این مقیاس) اعضای مؤثر خانواده تفاوت ایجاد کرده است. این تفاوت در پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه آزمایش معنی‌دار بود، اما در گروه شاهد معنی‌دار نبود.

بر اساس بررسی فرضیه‌ی پنجم پژوهش مبنی بر این که «آموزش‌های خانواده و مهارت‌های زندگی بر عزت نفس اعضای مؤثر خانواده تأثیر دارد»، با توجه به

این که t محاسبه شده با درجات آزادی ۱۸۸ (۱۲/۹۲) از t معیار (۱/۹۸۰) بزرگ‌تر بود، بنابراین فرض صفر رد می‌شود. از این رو، با ۹۵ درصد اطمینان نتیجه گرفتیم که میانگین‌های دو گروه آزمایش ($۴/۵۰ \pm ۶/۶۱$) و شاهد ($۳/۳۹ \pm ۰/۷۸$) در آزمون عزت نفس Rosenberg تفاوت معنی‌دار داشته است ($P < ۰/۰۰۱$). این تفاوت در پیش‌آزمون و پس‌آزمون مقیاس عزت نفس Rosenberg در گروه آزمایش معنی‌دار می‌باشد، اما در گروه شاهد معنی‌دار نیست.

بررسی فرضیه‌ی ششم پژوهش مبنی بر «تأثیر آموزش‌های خانواده و مهارت‌های زندگی بر سلامت روانی اعضای مؤثر خانواده» در دو گروه با آزمون سلامت عمومی انجام شد.

با توجه به این که t محاسبه شده با درجات آزادی ۱۰۸ (۱۱/۰۹) از t معیار (۱/۹۸۰) بزرگ‌تر بود، بنابراین فرض صفر رد شد. از این رو، با ۹۵ درصد اطمینان نتیجه گرفتیم که میانگین‌های دو گروه آزمایش ($۵/۲۹ \pm ۲۹/۸۱$) و شاهد ($۳/۳۵ \pm ۰/۰۶$) در آزمون سلامت عمومی (نمره‌ی کل مقیاس) تفاوت معنی‌دار داشته است ($P < ۰/۰۰۱$). به عبارت دیگر، آموزش‌های خانواده و مهارت‌های زندگی در سلامت عمومی اعضای مؤثر خانواده تفاوت ایجاد کرده است. این تفاوت در نمره‌ی کل مقیاس در پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه آزمایش معنی‌دار بود، اما در گروه شاهد معنی‌دار نشد.

فرضیه‌ی هفتم پژوهش مبنی بر این که «آموزش‌های خانواده و مهارت‌های زندگی بر کاهش اختلال‌های روانی اعضای مؤثر خانواده تأثیر دارد»، SCL-90-R مورد بررسی قرار گرفت.

با توجه به این که t محاسبه شده با درجات آزادی ۱۸۸ (۱۱/۰۱۵) از t معیار (۱/۹۸۰) بزرگ‌تر بود، بنابراین فرضیه‌ی صفر رد شد. از این رو، با ۹۵ درصد اطمینان نتیجه گرفتیم که میانگین‌های دو گروه آزمایش ($۱۳/۸۹ \pm ۵۹/۵۷$) و شاهد ($۱۳/۱۱ \pm ۵/۹۳$) در آزمون همه‌گیرشناسی اختلال‌های روانی (نمره کل مقیاس) تفاوت معنی‌دار داشته است ($P < ۰/۰۰۱$). این تفاوت در گروه آزمایش از لحاظ نمره‌ی کل مقیاس همه‌گیرشناسی اختلالات روانی و خرده‌آزمون‌های آن (به استثنای خرده‌آزمون روان‌پریشی) معنی‌دار بود، اما در گروه شاهد معنی‌دار نشد.

بحث

پیشتر گفته شد که فرض اساسی آن است که خانواده یک نظام اجتماعی است که از مکانیسم‌های تأثیرگذاری متفاوتی برخوردار می‌باشد. بالا بردن سطح آگاهی اعضای خانواده، تغییر نگرش آن‌ها در مورد بیماران روانی، افزایش سطح سازگاری اجتماعی و عزت نفس اعضای خانواده و به ویژه والدین، بالا بردن مهارت‌های زندگی، افزایش سطح خلق اعضای خانواده و... همگی می‌تواند در کنترل و نگهداری بیماران دچار عارضه‌ی روانی مزمن مؤثر باشند (۲۰). نتایج پژوهش حاضر مبنی بر تأثیر آموزش‌های خانواده و مهارت‌های زندگی بر نگرش اعضای خانواده نسبت به بیماری روانی در خانواده، با پژوهش‌های Campbell و همکاران (۹)، Carver و همکاران (۲۵)، Florsheim (۱۴)، Blake و Rust (۱۵)، McGrath و Braunstein (۱۱)، Katz و همکاران (۲۱)، Elias (۱۲)، نوری (۱۰) و موسوی شوشتری (۱۶) هماهنگ و همسو می‌باشد. یکی دیگر از نتایج این پژوهش این بود که

عزت نفس با نتایج بسیاری از پژوهش‌های گزارش شده نظیر توزنده جانی و صدیقی (۵)، سازمان جهانی بهداشت (۱۷)، Smith و Mackie (۱۲)، Lassiter (۳)، Kahn (۴)، Campbell و همکاران (۹)، موسوی شوشتری (۱۶) و فلسفی نژاد (۱۹) هماهنگ و همسو می‌باشد.

نتایج این پژوهش در حوزه‌ی سلامت روانی و اختلال‌های روانی با پژوهش‌های متعددی مانند Smith و Mackie (۱۲)، Jackson و Smith (۸) و فلسفی نژاد (۱۹) هماهنگ و همسو می‌باشد. نتایج پژوهش حاضر مبنی بر نقش حمایت اجتماعی (آموزش‌های خانواده و مهارت‌های زندگی) در کاهش اختلال‌های روانی و افزایش سلامت روانی خانواده در حیطه‌های متفاوتی به اثبات رسیده است. میزان اضطراب، نگرانی، شکایت‌های جسمانی، حساسیت‌های بین فردی و ... در خانواده‌های دارای بیمار روانی بیشتر گزارش شده است. از این رو، نتایج پژوهش حاضر با نتایج فوق هماهنگ و همسو به نظر می‌رسد.

همان طور که پیشتر گفته شد، نگرش اعضای خانواده‌های دارای بیمار روانی مزمن نسبت به بیماری روانی تحت تأثیر آموزش‌های خانواده و مهارت‌های زندگی تغییر یافته، اما نگرش این خانواده‌ها نسبت به نگهداری بیماران روانی مزمن در خانواده تحت تأثیر این آموزش‌ها قرار نگرفته است. از سوی دیگر، این آموزش‌ها سطح سازگاری اجتماعی، عزت نفس و سلامت روانی اعضای خانواده را افزایش داده و از میزان اختلال‌های روانی آن‌ها کاسته است.

شاید بتوان گفت که یکی از دلایل مؤثر بودن شیوه‌های گروهی آموزش‌های خانواده و مهارت‌های زندگی زیربنای آموزشی آن‌ها است؛ چرا که در آن هم به ابعاد شناختی و هم به ابعاد رفتاری توجه می‌شود. همچنین،

آموزش‌های خانواده و مهارت‌های زندگی بر نگرش اعضای خانواده نسبت به بیماری روانی در خانواده تأثیر معنی‌داری داشته است. این نتایج در دو گروه آزمایش و شاهد متفاوت و حاکی از تفاوت معنی‌دار نگرش خانواده‌های گروه آزمایش نسبت به بیماری روانی در خانواده بود. به نظر می‌رسد که آموزش‌های خانواده و مهارت‌های زندگی بر نگرش اعضای خانواده نسبت به بیمار روانی تأثیر گذاشته است. این نتایج با یافته‌های پژوهش‌های سازمان جهانی بهداشت (۲۶)، توزنده جانی و صدیقی (۵)، خیاطی (۱۸)، فلسفی نژاد (۱۹)، پهلوان‌زاده و همکاران (۲۰)، Goodstain و Lanyin (۱)، Smith و Mackie (۲)، Lassiter (۳)، Graham و Cockriel (۶) و Jackson و Smith (۸) هماهنگ و همسو می‌باشد.

سازگاری دارای طیف گسترده‌ای است و جنبه‌هایی نظیر خانواده، هم‌سالان و اجتماع را در بر می‌گیرد که در رأس همه، سازگاری اجتماعی قرار دارد. از دیر باز، پژوهشگران به دنبال شناخت و کنترل عواملی هستند که بتواند این متغیر را دستکاری نماید و در این میان، عواملی مانند شیوه‌های تربیتی، باورها و نگرش‌های هم‌سالان و خانواده و آموزش و پرورش بیشتر نمود داشته است. به تازگی، تعدادی از پژوهشگران عامل دیگری به نام عزت نفس را بیشتر مورد توجه قرار داده‌اند؛ آن را یک عامل بسیار مؤثر در کنترل و ایجاد رفتارهای سازگارانه به حساب آورده، معتقدند افرادی که قضاوت و برداشت مثبتی در مورد خویشان دارند، کمتر دست به رفتارهای ضد اجتماعی می‌زنند و بیشتر رفتارهای مثبت از خود نشان می‌دهند که تحقیقات متعدد پژوهشگران مؤید این مسأله می‌باشد. به طور کلی، نتایج این پژوهش در حوزه‌ی سازگاری اجتماعی و

خانواده و مهارت‌های زندگی بر آزمودنی‌ها مؤثر باشد.

تشکر و قدردانی

لازم می‌دانم از زحمات بی‌دریغ همکاران خوبم در این طرح پژوهشی آقایان دکتر احمد زنده‌دل، دکتر حمید نجات، ابوالفضل تفضلی و سرکار خانم نسرين کمال پور تشکر و قدردانی نمایم.

کنترل عوامل اثرگذار مهم دیگری مانند عزت نفس و شرایط اجتماعی قبلی آزمودنی‌ها، کنترل شرایط اقتصادی و اجتماعی خانواده‌ها، رویکردهای تربیتی خانواده‌ها، سبک زناشویی والدین، روابط اجتماعی متقابل آزمودنی‌ها با همسالان، الگوهای آموزشی معلمان و نظام اجتماعی مدرسه، کنترل وضعیت هوشی آزمودنی‌ها و... می‌تواند در اثربخشی بیشتر آموزش‌های

References

1. Goodstain LD, Lanyin RI. Adjustment, behavior and personality. Boston: Addison Wesley Publishing Company; 1979.
2. Smith RE, Mackie MD. Social Psychology. 2nd ed. Singapore: Psychology Press Ltd; 2000.
3. Lassiter E. An assessment of the relationship between student perception of school effectiveness and student achievement and social adjustment in zoned comprehensive public high schools. [Dissertation]. Baltimore, MD: Morgan State University; 1995. p. 1767.
4. Kahn RHC. The effect of a Group support intervention program on depression, social adjustment and self-esteem of adolescents in an overseas American international school. Washington, DC: Nursing Science, Catholic University of America; 1989. p. 1859.
5. Toozandehjani H, Sedighi K. The study of the self-esteem cognitive-behavioral trainings effectiveness on social adjustment of Neyshabur high school grade students. [Research Project]. Mashhad: Neyshabur Branch, Islamic Azad University; 2006.
6. Graham S, Cockriel I. Indexes to assess social and personal development and the impact of college. College Student Journal 1996; 4(30): 502-15.
7. Greene GJ. The effect of the Relationship Enhancement program on marital communication and self-esteem. Journal of Applied Sciences 1985-86; 10(1): 78-94.
8. Jackson JW, Smith ER. Conceptualizing Social Identity: A New Framework and Evidence for the Impact of Different Dimensions. Pers Soc Psychol Bull 1999; 25(1): 120-35.
9. Campbell JD, Trapnell PD, Heine SJ, Katz IM, Lavalley LF, Lehman DR. Self-concept clarity: measurement, personality correlates and cultural 6 boundaries. Journal of Personality and Social Psychology 1996; 70(1): 146-51.
10. Noori R. Life Skills (critical and creative thinking, self awareness and empathy, confront with stress). Tehran: Tolou Danesh Publications; 2004.
11. McGrath MM, Braunstein A. The prediction of freshmen attrition of the importance of certain demographic: Academic financial and social factors. College student journal 1997; 31(3): 398-408.
12. Elias MJ. An action research approach to evaluating the impact of a social decision-making and problem-solving curriculum for preventing behavior and academic dysfunction in children. Evaluation and Program Planning 1991; 14(4): 397-401.
13. Carver PR, Yunger JL, Perry DG. Gender identity and adjustment in middle childhood. Sex roles 2003; 49(3-4): 95-109.
14. Florsheim P. Chinese adolescent immigrants. Journal of Youth and Adolescence 1997; 26(2): 143-63.
15. Blake TR, Rust JO. Self-esteem and self-efficacy of college students with disabilities College Student Journal 2002; 36(2): 214-22.
16. Mousavi Shoostari M. The study of the relationship between family affect situation and social-individual adjustment and educational performance of third grade students of Ahvaz guidance schools. [Thesis]. Ahvaz: Ahvaz University; 2006.
17. World Health Organization. Life skills training program. State Social Welfare Organization, the prevention and affairs assistance. Geneva: WHO/HQ; 1996.
18. Khayyati F. The study of the self-esteem methods training effect to the mothers of boy and girl students for increasing the self-esteem' children. [Thesis]. Tehran: Tarbiat Moallem University; 1994.
19. Falsafinejad MR. The study of the self-esteem effect on behavioral adjustment of students from 12 to 18 ages with the class in Qom. [Thesis]. Tehran: Tarbiat Moallem University; 1993.
20. Pahlavanzadeh S, Mehrabi M, Ashoori E. The study of the relationship between self-esteem and the family-individual characteristic in girl students of Esfahan high schools. Iranian Journal of Nurs-

- ing and Midwifery Research 1998; 4(9): 4-8.
21. Katz J, Joiner TE, Jr, Kwon P. Membership in a Devalued Social Group and Emotional Well-Being: Developing a Model of Personal Self-Esteem, Collective Self-Esteem, and Group Socialization. *Sex roles: A Journal of Research* 2002; 47(9-10): 419-31.
 22. Khojastemehr M. The study of the effect of parents relationships on social adjustment of third grade students of Hamedan girl' guidance schools. [Thesis]. Tehran: Tarbiat Moallem University; 1993.
 23. Nejat H. The study of the life skills training effect on the couple sincerity. Proceeding of the Second Congress of Family Psychopathology in Iran; 2006 May 15-18; Tehran, Iran.
 24. Groth-Marnat G. Handbook of Psychological Assessment. Trans. Pashasharifi H, Nikkhoo MR. Tehran: Roshd Publications; 2008.
 25. Carver R, Vunger L, Derry D. Gender Identity and Adjustment in Middle Childhood. *Sex roles: A Journal of Research* 2005; 49(3-4): 95-109.
 26. World Health Organization. Information series on school health. Violence prevention: an important element of a health-promoting school. Geneva: WHO/HQ; 1999.

The Investigation of Relative Efficacy of Family Trainings and Life Skills on the Protection of Chronic Mental Disorders in Family

Hasan Toozandehjani PhD¹

Abstract

Introduction: This research was done to investigate the relative efficacy of family trainings and life skills to the families of patients with chronic mental disorders in Mashhad.

Methods: In this semi-empirical research, a sample of 300 subjects was chosen in stratified random and systematic approach from the families of patients with chronic mental disorders admitted in round the clock centers in Mashhad and who were in waiting list; these subjects were randomly divided to two groups of experiment and control and we introduced family trainings and life skills to experiment group. There was no training to control group. These two group were tested at the beginning of trainings and post training with instruments such as taking care of and mental disorders attitude questionnaire, life skills attitude questionnaire, California social adjustment questionnaire, Rosenberg self esteem, general health questionnaire and epidemiological mental disorders questionnaire.

Finding: The result indicated that training had no effect on the attitude of families toward taking care of mental disorder, but family members' attitude toward mental disorder was changed. These trainings had influence on changing family member's attitude toward life skills, social adjustment, self esteem, mental health increase and reducing mental disorders.

Conclusion: The reason for efficacy of group method of life skills training as cognitive behavior is their educational foundation, because in this method it is emphasized on both cognitive and behavioral aspects. On the other hand, more efficacy of training needed more time. Also controlling influential factors can affect in more efficacy of these trainings.

Keywords: Family trainings, Life skills, Chronic mental disorders.

¹ Assistant Professor, Department of Educational Sciences, School of Humanities, Neyshabur Branch, Islamic Azad University, Mashhad, Iran.

Corresponding Author: Hasan Toozandehjani PhD, Email: h.toozandehjani@ymail.com