

اثربخشی درمان متمرکز بر خانواده بر عملکرد خانوادگی و سازگاری اجتماعی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۰۲/۰۵ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۴/۱۴

خلاصه

مقدمه: هدف از این مطالعه تعیین تاثیر درمان متمرکز بر خانواده بر عملکرد خانوادگی و سازگاری اجتماعی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی می باشد

روش کار: مطالعه حاضر از نوع نیمه آزمایشی و طرح تحقیق پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل و پیگیری استفاده شده است. جامعه آماری شامل کلیه بیماران با تشخیص اسکیزوفرنی مراجعه کننده به بیمارستان امام حسین و مراقبان اصلی آنها بودند. از طریق روش نمونه گیری در دسترس ۳۰ نفر انتخاب و در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. که دو نفر در طی فرایند تحقیق از ادامه روند تحقیق از گروه کنترل انصراف دادند. نمونه ها قبل و بعد و سه ماه بعد از پروتکل پرسشنامه های عملکرد خانوادگی (FAD-I) و سازگاری اجتماعی بل تکمیل نمودند. داده های آماری با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۵ و آزمون های آماری تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر و t وابسته مورد بررسی قرار گرفتند

نتایج: نتایج نشان داد که در متغیر عملکرد خانوادگی بین پیش آزمون و پس آزمون و پیش آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد ($p < 0/001$)، اما بین پس آزمون پیگیری تفاوت معناداری وجود نداشت ($p = 0/293$). همچنین در متغیر سازگاری اجتماعی بین پیش آزمون و پس آزمون و پیش آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد ($p < 0/001$)، اما بین پس آزمون پیگیری تفاوت معناداری وجود نداشت ($p = 0/219$).

نتیجه گیری: باتوجه به نتایج بدست آمده می توان گفت که درمان خانواده محور بر عملکرد خانوادگی و سازگاری اجتماعی بیماران اسکیزوفرنی موثر است.

کلمات کلیدی: درمان خانواده محور، عملکرد خانوادگی، سازگاری اجتماعی، اسکیزوفرنی

راحله حسینی^۱
نرگس باباخانی^{۲*}
داود تقوایی^۳

^۱ دانشجوی دکتری تخصصی روان شناسی، گروه روانشناسی، واحد اراک، دانشگاه آزاد اسلامی، اراک، ایران
^۲ استادیار، گروه روان شناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران. (نویسنده مسئول)
^۳ دانشیار، گروه روان شناسی، واحد اراک، دانشگاه آزاد اسلامی، اراک، ایران.

Email: babakhani@riau.ac.ir

مقدمه

اسکیزوفرنی یک اختلال روانی مزمن و شدید است که بر نحوه تفکر، احساس و رفتار فرد تأثیر می‌گذارد (۱) که حدود ۱ درصد از افراد جامعه را در طول عمر مبتلا می‌سازد (۲). این بیماری یک اختلال روانی عمده است که موجب بروز اختلال در حوزه‌های عاطفی، شناختی و اجتماعی می‌شود (۳). در مطالعه‌ی همه‌گیر شناسی اختلالات روان‌پزشکی در ایران شیوع اختلالات سایکوتیک ۰/۸۹ درصد گزارش شده است و میزان شیوع اختلالات طیف اسکیزوفرنی ۰/۶ درصد گزارش شده است (۴). مشخصه مشترک اختلالات روان‌پریشی قطع ارتباط بیماران با واقعیت، آشفتگی عمیق در تفکر، ابراز هیجانات، ادراک و احساسات می‌باشد (۵) که با اختلالات وسیع در حوزه‌های عملکردی (خانوادگی، اجتماعی، شغلی و تحصیلی) همراه می‌باشد (۶). اگرچه اسکیزوفرنی به اندازه سایر اختلالات روانی رایج نیست، علائم آن می‌تواند بسیار ناتوان کننده باشد (۷). در مطالعه‌ای که توسط ایچاری و همکاران (۸) انجام شد، شواهدی وجود دارد که عملکرد خانواده در خانواده‌های افراد مبتلا به اسکیزوفرنی، روان‌پریشی، اختلالات دو قطبی و افسردگی مزمن در مقایسه با افراد سالم مختل شده است. اختلال اسکیزوفرنی از اختلالات شایع بیماران تحت بستری در بیمارستان می‌باشد و شناسایی عملکرد خانواده در آن نقش مهمی در طرح درمانی خانواده دارد (۲). در اتیولوژی اسکیزوفرنی اختلال در عملکرد خانواده ذکر شده است، بعضی بیماران اسکیزوفرنیک از خانواده‌های دارای رفتارهای اخلاک‌گر برآمده‌اند، بنابراین شناخت رفتار خانوادگی بیمارگونه مناسب بالینی دارد (۶).

شناسایی عوامل تعیین کننده عملکرد خانواده در روان‌پریشی ابزاری است برای درک بهتر عواملی که می‌توانند باعث توانبخشی یا عود بیماری شوند و حمایت‌های لازم جهت تقویت تعاملات خانوادگی مثبت مورد نیاز است (۹). در مطالعه‌ای دیگر که توسط کوترا و همکارانش (۱۰) انجام شد دریافتند که سطوح نامتعادل انسجام و انعطاف‌پذیری، سرزنش‌گری بالا و مسئولیت خانواده به‌عنوان پیامدهای سایکوز ظاهر می‌شوند و نه

به عنوان ریسک فاکتورهای شروع کننده بیماری. واضح است که تعامل‌های خانواده، نوع و شیوه‌ی تفکر آنها بر توانایی، باورها و رفتارهای افراد تأثیر دارد.

این تجربه پریشان‌کننده (اختلال اسکیزوفرنی) به‌صورت-هایی همچون تنهایی هیجانی و عدم مشارکت در شبکه ارتباطات اجتماعی شناخته شده و زمینه‌ساز ناسازگاری‌های شناختی، هیجانی، رفتاری و نارضایتی ادراکی در روابط اجتماعی می‌باشد. به طوری که فرد قادر نیست خود را با محیط وفق داده و سازگار شود (۱۱). سازگاری اجتماعی به‌عنوان یکی از مهمترین ابعاد مختلف سازگاری به توانایی تغییر رفتار در پاسخ به دگرگونی‌های محیط اجتماعی گفته می‌شود. بدین معنی که فرد قادر باشد بین آنچه می‌خواهد و آنچه شرایط جدید اجتماع ایجاد می‌کند توازن برقرار سازد (۱۲). تعامل مؤثر فرد با محیط و برخورداری از مهارت‌ها و پذیرش اجتماعی در سطح مطلوب به معنای داشتن سازگاری اجتماعی است، به طوری که فرد بتواند بین خواسته‌ها و نیازهای خود با منافع و خواسته‌های اجتماع هماهنگی ایجاد کند و با تجربه احساسات مثبت درباره‌ی خود و دیگران و تأثیر بر آنان و شرکت در فعالیت‌های اجتماعی از تعامل با دیگران لذت برده و در موقعیت‌های ناآشنا احساس آرامش کند (۱۳). سازگاری اجتماعی ضعیف در دوران کودکی و نوجوانی به‌عنوان یک مشخصه اصلی و معنی‌دار بالینی مرحله پرودرمال بیماری است که در اسکیزوفرنی به‌خوبی ثبت شده است. علاوه بر این ناسازگاری اجتماعی پیش‌بین قدرتمندی برای شدت علائم مثبت و منفی و انتقال از مرحله پرودرمال به روان‌پریشی می‌باشد (۱۴). سازگاری و عملکرد اجتماعی مناسب به‌عنوان یک شاخص مهم در موفقیت درمان شناخته می‌شود (۱۵). با این حال تنها درصد کمی (۱۴٪) از بیماران اسکیزوفرنی تشخیص داده شده به بهبود در زمینه بالینی، عملکردی و اجتماعی دست می‌یابند و آن را حفظ می‌کنند (۱۶)

درمان‌های دارویی به‌ویژه داروهای ضدروان‌پریشی به دلیل عوارض جانبی احتمالی معمولاً به‌عنوان تنها درمان انتخابی برای

درمان‌های روان-اجتماعی هم‌چون درمان مبتنی بر خانواده پرداخته شده است. پژوهش حاضر در پی پاسخ‌گویی به این سؤال می‌باشد که آیا درمان متمرکز بر خانواده بر عملکرد خانوادگی و سازگاری اجتماعی بیماران مبتلا به اختلالات طیف اسکیزوفرنی مؤثر است یا خیر؟

روش کار

پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون — پس‌آزمون با گروه کنترل و پیگیری می‌باشد. جامعه آماری شامل همه بیماران با تشخیص اسکیزوفرنی و همراهان یا اعضای خانواده مراجعه کننده به بیمارستان امام حسین می‌باشند که تشخیص بیماری توسط روانپزشک تایید شده است. حجم نمونه با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس و البته با توجه به محدودیت مالی، وقت و نیروی انسانی با استفاده از فرمول کوکران ۳۰ نفر در نظر گرفته شده است که به طور تصادفی ۱۵ نفر در گروه آزمایش و ۱۵ نفر در گروه کنترل جایگیری شده اند که دو نفر در طی فرایند تحقیق از ادامه روند تحقیق انصراف دادند و در نهایت گروه کنترل ۱۳ نفر باقی ماندند. البته شرکت کننده‌ها به همراه مراقبت کننده اصلی در فرآیند تحقیق شرکت کرده‌اند. معیارهای ورود به پژوهش شامل: روش نمونه‌گیری در دسترس، سنین ۱۸-۲۵ سال، جنسیت مرد، مبتلا به اسکیزوفرنی اپیزود اول یا دوم که حداقل دوهفته از زمان ترخیص از بیمارستان گذشته باشد و با توجه به تشخیص روان-پزشک در مرحله فروکش نسبی قرار داشته باشند، حضور و همکاری مراقبت کننده اصلی آنها، کسب رضایت از مراقبت کننده اصلی، حداقل سطح تحصیلات دبیرستان شرکت کننده‌ها و همسانی پایگاه اجتماعی

معیارهای خروج از پژوهش شامل: سابقه سوء مصرف مواد الکلی، سابقه آسیب مغزی، ابتلا به اختلال روان دیگر غیر از تشخیص اصلی همگام با پژوهش، وجود اختلال شخصیت، بودن در مرحله فعال بیماری، عدم تمایل به حضور در پژوهش، عدم حضور مراقبت کننده اصلی، بی‌سوادی، وجود

افراد در معرض خطر روان‌پریشی در نظر گرفته نمی‌شود، در حالی که درمان‌های شناختی رفتاری و خانواده محور به عنوان جایگزین اصلی برای اختلالات روان‌پریشی هستند که عوارض جانبی ندارند یا ممکن است درمان‌های روان‌پریشی را بهبود بخشند (۱۷). مداخلات روانی اجتماعی نقش مهمی در ارتقاء کلی بیمار، سطح عملکرد و کیفیت زندگی دارد و پیروی از درمان‌های تجویز شده می‌تواند به کاهش خطر عود کمک کند (۱۸). با توجه به تحقیقات انجام شده خانواده‌ها به رویکرد روانی اجتماعی علاقه‌مند هستند و درمان متمرکز بر خانواده (FFT) برای بیماران سایکوز بار اول و در معرض سایکوز مفید واقع شده است (۱۹). درمان متمرکز بر خانواده یک درمان روانی اجتماعی (آموزشی) است که مکمل مؤثری برای دارو درمانی جهت تثبیت دوره اختلال دو قطبی و روان‌پریشی در بزرگسالان و نوجوانان است (۲۰). درمان متمرکز بر خانواده یک پروتکل سرپایی برای بیماران بزرگسال یا نوجوان مبتلا به دو قطبی و روان‌پریشی یا سندرم‌های مخاطره آمیز روان‌پریشی است که به دلیل تعادل ساختار منعطف، به خوبی قادر به کمک به اقشار جامعه است (۲۱). این مداخله همزمان با درمان دارویی و با هدف تثبیت علائم پس از یک دوره حاد خلقی یا بیماری روانی منجر به کاهش تعارض و انتقاد خانوادگی، افزایش مشارکت مثبت خانواده شده است. همچنین با کاهش عوامل استرس‌زا که ممکن است علائم فرد را تشدید کند و ارائه آموزش روانی، تقویت مقابله و آموزش مهارت ارتباطی و حل مسئله بر سیستم خانواده تمرکز می‌کند (۲۲). حضور اعضای خانواده در مداخلات روانی-اجتماعی بسیار حائز اهمیت است، زیرا افراد مبتلا به دوره اول روان‌پریشی یا در معرض خطر ابتلا، بیشتر نوجوانان و جوانانی هستند که با خانواده خود زندگی می‌کنند. درمان خانواده محور می‌تواند راهبردهای مقابله با استرس را به خانواده آموزش دهد، علائم منفی را کاهش دهد و مهارت حل مسأله و ارتباط بین فردی را افزایش دهد (۱۷).

با توجه به تحقیقات انجام شده این طور برداشت می‌شود که پژوهش‌های انجام شده در درمان اختلال اسکیزوفرنی بیشتر مبتنی بر دارو درمانی بوده است و کمتر به بررسی اهمیت

(۱۳۷۴) اعتبار این آزمون را ۹۳٪ گزارش نمود که در سطح $p < 0/001$ معنی دار است. پایایی آزمون عملکرد خانواده از روش آلفای کرونباخ استفاده شده است که نتیجه به دست آمده ۸۷٪ می باشد (هاشمیان و همکاران، ۲۰۱۵).

سازگاری اجتماعی

سازگاری اجتماعی در این پژوهش بر اساس نمرات به دست آمده از پرسشنامه سازگاری اجتماعی بل سنجیده شده است. این مقیاس در سال (۱۹۶۱) برای بزرگسالان توسط بل ساخته شده است. این مقیاس یکی از انواع سازگاری ها در میان ۵ نوع سازگاری اجتماعی، عاطفی، بهداشتی، خانوادگی و شغلی بوده است و شامل ۱۶۰ گویه می باشد و در مورد هر دو جنس مردان و زنان قابل کاربرد است. در این ابزار سوالات براساس مقیاس سه درجه ای (بله، خیر، نمی دانم) نمره گذاری شده است. نمره سازگاری هر فرد در برگیرنده مجموع امتیازهایی است که وی از پاسخگویی به تمام سوالات گرفته و افرادی که نمرات پایین تری را دریافت کرده اند سازگاری مناسب تری داشته و نمرات بالا در این مقیاس به معنای سازگاری نامناسب می باشد. بل (۱۹۶۲) طی مطالعه ای ضریب اعتبار این مقیاس را برای خرده مقیاس های سازگاری اجتماعی، عاطفی، بهداشتی، خانوادگی و شغلی به ترتیب ۰/۸۸، ۰/۹۱، ۰/۸۱، ۰/۹۱، ۰/۸۵ و برای کل آزمون ۰/۹۴ به دست آورده است. در ایران نیز نقشبندی (۱۳۷۸) به هنجاریابی و استاندارد نمودن این ابزار اقدام نموده است و پایایی این مقیاس به وسیله آلفای کرونباخ معادل ۰/۸۹ گزارش شده است. ضرایب پایایی این پرسشنامه به شیوه بازآزمایی بایک فاصله زمانی دو هفته ای از ۷۰٪ تا ۹۳٪ و به روش همسانی درونی از ۷۴٪ تا ۹۳٪ متغیر بوده است (بل، ۱۹۶۲). شده است.

محتوای جلسات درمان خانواده محور.

جلسه اول: اهداف درمان و آموزش اجمالی درمان. انجام پیش آزمون، آشنایی اعضای خانواده با اهداف و قالب و انتظارات درمان، برنامه ریزی جلسات، آشنایی با انتظارات خانواده از درمان.

تشخیص اختلال روان پزشکی برای مراقبت کننده اصلی که در پژوهش شرکت می کنند.

قبل از شروع مداخله شرکت کننده های هر دو گروه به دو پرسشنامه عملکرد خانوادگی و سرمایه روان شناختی پاسخ دادند و سپس گروه آزمایش توسط محقق تحت درمان خانواده محور با استفاده از پروتکل درمان خانواده محور دیوید مک لویترز (۲۰۲۰) قرار گرفتند. جلسات درمانی شامل ۱۲ جلسه ۶۰ دقیقه ای در طی ۴ ماه انجام شد که روند جلسات به صورت ۸ جلسه هفتگی (در هفته یک بار) و ۴ جلسه هر دو هفته یک بار با مشارکت بیمار و مراقبت کننده اصلی می باشد، جلسات درمانی به صورت خانوادگی با حضور بیمار و مراقبت کننده اصلی انجام می شود (انفرادی)، که در سه بخش: ۱. آموزش روان شناختی، ۲. افزایش ارتباطات و ۳. حل مسئله انجام شد. گروه کنترل فقط تحت درمان دارویی مرسوم قرار گرفتند و مداخله دیگری دریافت نکردند. البته پس از اتمام آزمایش بنا بر اصول اخلاقی پژوهش، مداخله صورت گرفته برای گروه آزمایش، برای گروه کنترل نیز انجام شد. پس از اتمام جلسات دوباره هر دو گروه به پرسشنامه های عملکرد خانواده و سازگاری اجتماعی پاسخ دادند و بعد از گذشت سه ماه از پس آزمون هر دو گروه کنترل و آزمایش برای پاسخدهی دوباره به پرسشنامه ها و بررسی جهت ماندگاری تاثیر گذاری آزمایش برای پیگیری کمی فراخوانده شدند.

عملکرد خانوادگی

عملکرد خانوادگی در این پژوهش نمره ای است که توسط مقیاس ۶۰ سوالی عملکرد خانواده FAD-I (فرم کوتاه) سنجیده شده است. مقیاس سنجش خانواده براساس مدل مک مستر و به منظور توصیف ویژگی های سازمانی و ساختاری خانواده ساخته شده است. مقیاس FAD-I به منظور تمییز میان خانواده های سالم و بیمار، الگوهای تبدلی میان اعضای خانواده را اندازه گیری می کند. طبق مطالعه نجاریان در سال ۱۳۷۴ خانواده هایی که بالاتر از ۱۴۵/۸۱ امتیاز را کسب کنند (از ۱۸۰ نمره) واجد کارآیی سالم هستند و خانواده هایی که پایین تر از ۱۰۹/۸۱ امتیاز را کسب کنند واجد کارآیی مختل هستند. نجاریان

جلسه دهم: مهارت حل مسئله - خاتمه جلسات. شناسایی مشکل خاص برای حل مسئله، بررسی تکالیف جلسات قبل، انجام پس آزمون

روش های آماری

به منظور تجزیه و تحلیل داده ها در دو سطح توصیفی و استنباطی با استفاده از نرم افزار آماری SPSS نسخه ۲۳ بدین ترتیب عمل شد: در سطح توصیفی ابتدا میانگین، آمار توصیفی شامل شاخص های تمایل مرکزی (میانگین) و شاخص های پراکندگی (انحراف استاندارد، کجی و کشیدگی)، سن و تحصیلات و وضعیت تأهل و مدت زمان بیماری ارائه شد. سپس در بخش استنباطی ابتدا از آزمون های مفروضه مانند شاپیروویلک جهت بررسی نرمال بودن و بررسی همگنی واریانس ها با آزمون ام باکس بهره گرفته شد و بعد از آن برای آزمون فرضیه های پژوهش از روش تحلیل واریانس آمیخته به همراه آزمون تعقیبی بن فرونی و t وابسته استفاده شد.

نتایج

نتایج جدول ۱ نشان می دهد که میانگین سن گروه درمان متمرکز بر خانواده و گروه کنترل به ترتیب برابر ۲۱/۷۷ و ۲۰/۴۷ سال است. به علاوه، نتایج آزمون t مستقل حاکی از آن است که بین میانگین سنی سه گروه تفاوت معناداری وجود ندارد ($t=0/48, p=0/621$).

جدول ۱. میانگین سنی و مدت ازدواج شرکت کنندگان گروه های آزمایش و کنترل			
متغیرهای جمعیت	دامنه تغییرات	آزمایش	کنترل
سن	میانگین	۲۱/۷۷	۲۰/۴۷
	انحراف معیار	۲/۱۳	۲/۳۶

در متغیر عملکرد خانوادگی را با اصلاح درجات آزادی با استفاده از آزمون گرین هاوس - گایزر نشان می دهد.

جلسه دوم: آشنایی با علائم و مدل آسیب پذیری استرس. آموزش نمودار خلق و مدل آسیب پذیری - استرس، ارائه جزوات مورد نیاز

جلسه سوم: استرس و مهارت های مقابله ای. شناسایی عوامل استرس زا، آگاهی نسبت به زمان افزایش و کاهش علائم استرس زا، آموزش دماسنج استرس، آموزش مهارت های مقابله ای

جلسه چهارم: بهینه سازی حمایت خانواده و پیش نویس طرح پیشگیری. چطور خانواده می تواند کمک کند؟ تهیه برنامه پیشگیری از عود.

جلسه پنجم: بیان احساسات مثبت. آگاهی در مورد سبک های ارتباطی اعضای خانواده، شروع آموزش مهارت تقویت ارتباط (۵ مهارت پایه)، آموزش بیان احساسات مثبت، شناسایی فردی که بیمار را خوشحال می کند

جلسه ششم: گوش دادن فعال. آموزش مهارت گوش دادن فعال

جلسه هفتم و هشتم: آموزش درخواست مثبت داشتن از دیگران، شفافیت ارتباطات، بیان احساسات منفی. آموزش هر سه مهارت

جلسه نهم: آموزش بیان احساسات منفی و شروع آموزش حل مسئله. بیان احساسات منفی در مورد رفتارهای خاص، شروع آموزش حل مسئله

جدول ۲ نتایج تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر را برای بررسی اثرات اصلی گروه، زمان و اثر تعاملی زمان و گروه

جدول ۲. نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر برای اثرات اصلی و تعاملی عملکرد خانوادگی						
منابع تغییرات	میانگین مجزورات	F	df	p	اندازه اثر	توان آزمون
اثر گروه	۲۶۱۴/۴	۴/۴۲	۱	۰/۰۴۵	۰/۱۴	۰/۵۳

اثر زمان	۷۳۱/۹۶	۱۴۶/۹۴	۱/۳۳	<۰/۰۰۱	۰/۸۵	۱/۰۰
تعامل زمان*گروه	۷۱۸/۰۳	۱۴۴/۱۵	۱/۳۳	<۰/۰۰۱	۰/۸۴	۱/۰۰

جدول ۲ نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر را برای متغیر عملکرد خانوادگی نشان می‌دهد. از محتوای جدول مشخص است که اثرات اصلی زمان معنادار است ($p < 0/001$). از طرفی اثر اصلی گروه نیز معنادار است ($p = 0/045$). همچنین تعامل زمان و گروه هم معنادار است ($p < 0/001$). اثر زمان نشان می‌دهد که تفاوت معناداری بین پیش آزمون، پس آزمون، و پیگیری وجود دارد. اندازه اثر در اثر اصلی گروه نشان می‌دهد که ۱۴ درصد تغییرات متغیر عملکرد خانوادگی شرکت کنندگان ناشی از عضویت گروهی

است. همچنین اندازه اثر در متغیر زمان نشان می‌دهد که ۸۵ درصد تغییرات متغیر عملکرد خانوادگی ناشی از تغییرات زمانی است. همچنین اندازه اثر تعامل زمان و گروه نشان می‌دهد ۸۴ درصد تغییرات واریانس عملکرد خانوادگی ناشی از تغییرات زمانی در حداقل یکی از سطوح گروهی است. برای بررسی دو به دو تفاوت میانگین عملکرد خانوادگی در سه مرحله ارزیابی از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد که در جدول ۳ نشان داده شده است.

جدول ۳. نتایج آزمون بونفرونی برای متغیر عملکرد خانوادگی

مرحل مبنا (میانگین)	مرحله مورد مقایسه (میانگین)	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	سطح معناداری
پیش آزمون	پس آزمون	-۷/۱۱	۰/۵۶	<۰/۰۰۱
پیش آزمون	پیگیری	-۷/۳۷	۰/۵۸	<۰/۰۰۱
پس آزمون	پیگیری	-۰/۲۶	۰/۲۶	۱/۰۰

همانطور که در جدول ۳ نشان داده شده است، اختلاف بین پیش آزمون و پس آزمون معنادار است ($p < 0/001$). با توجه به اختلاف میانگین‌ها، نمرات از پیش آزمون تا پس آزمون افزایش یافته است. همچنین بین میانگین پس آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد ($p = 1/00$) و نمرات کمی

افزایش یافته است. با این حال، برای دقت بیشتر در نتایج و اطمینان بیشتر، با توجه به اینکه آزمون بونفرونی جمع میانگین (total mean) دو گروه را مورد محاسبه قرار می‌دهد، باید به نمودار اثرات اصلی گروه و زمان توجه کرد. نمودار ۱ اثرات اصلی گروه و زمان را به شکل هندسی نشان می‌دهد.



نمودار ۱. نمودار تغییرات عملکرد خانوادگی در طول زمان به تفکیک گروه‌ها

باتوجه به اینکه اثر اصلی زمان و گروه و تعامل آن‌ها معنادار است، برای بررسی دقیق‌تر تفاوت‌های دو گروه میانگین‌های سه مرحله را به تفکیک با استفاده از آزمون t وابسته مورد بررسی قرار گرفت. جدول ۴ تفاوت نمرات سه مرحله ارزیابی عملکرد خانوادگی را در دو گروه نشان می‌دهد.

همانطور که نمودار ۱ نشان داده شده است، به نظر نمی‌رسد تفاوت معناداری بین نمرات عملکرد خانوادگی در دو گروه آزمایش در مراحل پس آزمون و پیگیری وجود داشته باشد. از آنجایی که اثر گروه باتوجه به جمع نمرات سه مرحله ارزیابی یا میانگین کلی (General Mean) محاسبه شده است، و

جدول ۴. تفاوت نمرات میانگین عملکرد خانوادگی بین دو گروه در سه مرحله ارزیابی

گروه‌ها	مرحله مبنا (میانگین)	مرحله مورد مقایسه (میانگین)	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	سطح معناداری
آزمایش	پیش آزمون	پس آزمون	-۱۴/۲۳	۴/۱۹	<۰/۰۰۱
		پیگیری	-۱۴/۶۱	۴/۰۹	<۰/۰۰۱
	پس آزمون	پیگیری	-۰/۳۸	۱/۲۶	۰/۲۹۳
کنترل	پیش آزمون	پس آزمون	۰/۰۱	۱/۰۷	۱/۰۰
		پیگیری	-۰/۱۳	۱/۶۸	۰/۷۶۴
	پس آزمون	پیگیری	-۰/۱۵	۱/۵	۰/۷۳۷

باتوجه به نتایج به دست آمده می‌توان گفت که فرضیه اول تأیید می‌شود. بدین معنی که درمان متمرکز بر خانواده بر عملکرد خانوادگی بیماران اسکیزوفرن اثربخش است. جدول ۵ نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر را برای بررسی اثرات اصلی گروه، زمان و اثر تعاملی زمان و گروه در متغیر سازگاری اجتماعی با اصلاح درجات آزادی با استفاده از آزمون گرین هاوس- گایزر را نشان می‌دهد.

همانطور که جدول ۴ نشان می‌دهد، نتایج آزمون t وابسته نشان داد که در گروه درمان متمرکز بر خانواده بین پیش آزمون و پس آزمون و پیش آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد ($p < 0/001$)، اما بین پس آزمون پیگیری تفاوت معناداری وجود نداشت ($p = 0/293$). اما بین پیش آزمون و پس آزمون و پیش آزمون و پیگیری، و بین پس آزمون و پیگیری در گروه کنترل تفاوت معناداری وجود نداشت ($p > 0/05$).

جدول ۵. نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای اثرات اصلی و تعاملی سازگاری اجتماعی

منابع تغییرات	میانگین مجذورات	F	درجات آزادی	سطح معناداری	اندازه اثر	توان آزمون
اثر گروه	۱۰۵۲/۴۵	۴۱/۰۴	۱	<۰/۰۰۱	۰/۶۱	۱/۰۰
اثر زمان	۴۶۶/۰۶	۴۰/۰۶	۱/۲۱	<۰/۰۰۱	۰/۶۱	۱/۰۰
تعامل زمان*گروه	۵۰۱/۸۹	۴۳/۱۴	۱/۲۱	<۰/۰۰۱	۰/۶۲	۱/۰۰

است. همچنین اندازه اثر در متغیر زمان نشان می‌دهد که ۶۱ درصد تغییرات متغیر سازگاری اجتماعی ناشی از تغییرات زمانی است. همچنین اندازه اثر تعامل زمان و گروه نشان می‌دهد ۶۲ درصد تغییرات واریانس سازگاری اجتماعی ناشی از تغییرات زمانی در حداقل یکی از سطوح گروهی است. برای بررسی دو به دو تفاوت میانگین سازگاری اجتماعی در سه مرحله ارزیابی از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد که در جدول ۶ نشان داده شده است.

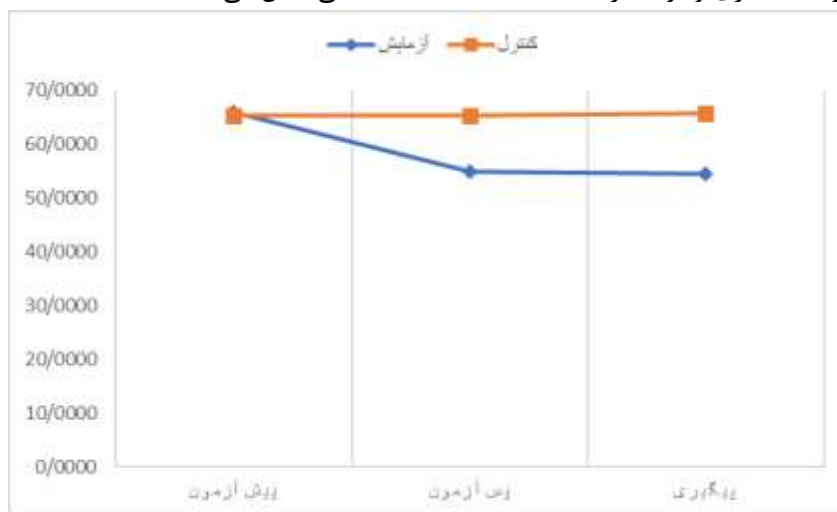
جدول ۵ نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر را برای متغیر سازگاری اجتماعی نشان می‌دهد. از محتوای جدول مشخص است که اثرات اصلی زمان معنادار است ($p < 0/001$). از طرفی اثر اصلی گروه نیز معنادار است ($p < 0/001$). همچنین تعامل زمان و گروه هم معنادار است ($p < 0/001$). اثر زمان نشان می‌دهد که تفاوت معناداری بین پیش آزمون، پس آزمون، و پیگیری وجود دارد. اندازه اثر در اثر اصلی گروه نشان می‌دهد که ۶۱ درصد تغییرات متغیر سازگاری اجتماعی شرکت کنندگان ناشی از عضویت گروهی

جدول ۶. نتایج آزمون بونفرونی برای متغیر سازگاری اجتماعی

مرحل مینا	مرحله مورد مقایسه	تفاوت میانگین ها	خطای استاندارد	سطح معناداری
پیش آزمون	پس آزمون	۵/۵۴	۰/۸۷	<۰/۰۰۱
	پیگیری	۵/۴۹	۰/۸۱	<۰/۰۰۱
پس آزمون	پیگیری	-۰/۰۵	۰/۳۲	۱/۰۰

همانطور که در جدول ۶ نشان داده شده است، اختلاف بین پیش آزمون با پس آزمون و پیگیری معنادار است ($p < 0.001$). با توجه به اختلاف میانگین ها، نمرات از پیش آزمون تا پس آزمون کاهش یافته است. همچنین بین میانگین پس آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود ندارد ($p = 1.00$).

با این حال، برای دقت بیشتر در نتایج و اطمینان بیشتر، با توجه به اینکه آزمون بونفرونی جمع میانگین دو گروه را مورد محاسبه قرار می دهد، باید به نمودار اثرات اصلی گروه و زمان توجه کرد. نمودار ۲ اثرات اصلی گروه و زمان به شکل هندسی نشان می دهد.



نمودار ۲-۴. نمودار تغییرات سازگاری اجتماعی در طول زمان به تفکیک گروه ها

همانطور که نمودار ۲ نشان داده شده است، به نظر می رسد تفاوت معناداری بین نمرات سازگاری اجتماعی در دو گروه وجود داشته باشد. از آنجاییکه اثر گروه با توجه به جمع نمرات سه مرحله ارزیابی یا میانگین کلی محاسبه شده است، و با توجه به اینکه اثر اصلی زمان و گروه و همچنین اثر تعاملی

زمان و گروه معنادار است. برای بررسی دقیق تر تفاوت های دو گروه میانگین های سه مرحله را به تفکیک با استفاده از آزمون t وابسته مورد بررسی قرار گرفت. جدول ۷ تفاوت نمرات سه مرحله ارزیابی سازگاری اجتماعی را در دو گروه نشان می دهد.

جدول ۷. تفاوت نمرات میانگین سازگاری اجتماعی بین دو گروه در سه مرحله ارزیابی

گروه ها	مرحله مینا (میانگین)	مرحله مورد مقایسه (میانگین)	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	سطح معناداری
آزمایش	پیش آزمون	پس آزمون	۱۱/۰۸	۶/۳۶	<۰/۰۰۱
		پیگیری	۱۱/۳۸	۶/۲۶	<۰/۰۰۱
کنترل	پیش آزمون	پس آزمون	۰/۳۱	۰/۸۵	۰/۲۱۹
		پیگیری	۰/۰۱	۲/۱۷	۱/۰۰
			-۰/۴	۰/۵۱	۰/۰۰۹

۰/۴۸۶	۲/۱۶	-۰/۴	پیگیری	پس آزمون
قبل از شروع بیماری در حالت های پیش دورمال وجود داشته باشد (۱۰).	نتایج دیگر تحقیق درارتباط با سازگاری اجتماعی با نتایج پژوهش های مک لوییتز و همکاران (۲۱)، ابوصبرا و حمدان منصور (۱۹)، ورتینگسون و مک لوییز و همکاران (۲۲)، ولین و همکاران (۲۷) کاملاً همسو و همجهت می باشد. چرا که این پژوهش ها به سازگاری اجتماعی و بهبود آن از طریق درمان های مختلف از جمله درمان متمرکز بر خانواده بر سازگاری اجتماعی اشاره داشته اند. سازگاری اجتماعی ضعیف در دوران کودکی و نوجوانی به عنوان یک مشخصه اصلی و معنی دار بالینی مرحله پرودرمال بیماری است که در اسکیزوفرنی به خوبی بر روی آن تاکید شده است. به علاوه ناسازگار یا اجتماعی پیش بین خوبی برای علائم مثبت و منفی است و انتقال از مرحله پرودرمال به روان پریشی را پیش بینی می کند.	همانطور که جدول ۷ نشان می دهد، نتایج آزمون t وابسته نشان داد که در گروه درمان متمرکز بر خانواده بین پیش آزمون و پس آزمون و پیش آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد ($p < 0/001$)، اما بین پس آزمون پیگیری تفاوت معناداری وجود نداشت ($p = 0/219$). در گروه کنترل نیز بین پیش آزمون و پس آزمون تفاوت معناداری وجود نداشت ($p = 1/00$). اما بین پیش آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد که ناشی از اثرات زمانی و مداخلات دیگری است که به صورت روزمره دریافت کرده اند، در نهایت نیز بین پس آزمون و پیگیری در گروه کنترل تفاوت معناداری وجود نداشت ($p > 0/05$).	باتوجه به نتایج به دست آمده می توان گفت که این فرضیه تأیید می شود. بدین معنی که درمان متمرکز بر خانواده بر سازگاری اجتماعی بیماران اسکیزوفرن اثربخش است.	

بحث و نتیجه گیری

در تبیین فرضیه ها باید اذعان داشت که تعامل های خانواده، نوع و شیوه تفکر آنها بر توانایی، باورها و رفتارهای فرد تاثیر گذار است. خانواده ها از طریق کانالی به نام ارتباط، افکار و احساسات، عواطف و خواسته های خود را به یکدیگر منتقل می کنند. بنابراین می توان گفت اگر خانواده آگاهی لازم در مورد مهارت ارتباطی، موقعیت های تنش زا، علائم بیماری، علائم و دلایل عود و سبب شناسی اختلال داشته باشند عملکرد بهتری داشتند و هم راستای تحقیقات پیشین می توان اذعان داشت که بهبود عملکرد خانوادگی بر بهزیستی روان شناختی، رضایت از زندگی و نهایتاً بهبود عملکرد فرد در خانواده منجر می شود. گفت و گوی سالم بین والدین و فرزندان منجر به شکل گیری خودپنداره مثبت در فرزندان می شود و بر سازگاری اجتماعی فرزندان موثر بود. بدین معنا که این طرح درمانی (درمان متمرکز بر خانواده) به عنوان یک مداخله روان شناختی می تواند بر بهبود عملکرد خانوادگی و افزایش سازگاری اجتماعی موثر باشد. زیرا به دنبال ابتلا به اسکیزوفرنی عملکرد فرد به شدت تحت تاثیر قرار می گیرد به طوریکه در دوره فروکش کامل نیز گاهی قادر به مراقبت از خود و ارتباط مناسب با خانواده و جامعه

نتایج تحقیق در ارتباط با عملکرد خانوادگی با پژوهش های پیشین مشخص ساخت که این نتایج با پژوهش مک فارلین (۲۳)، ولتورست (۲۴)، مک لوییتز و همکاران (۲۱)، پوفر و همکاران (۲۵) و بیکر و همکاران (۲۶) کاملاً همسو و همجهت است چرا که این پژوهش ها بر تاثیر گذاری درمان ها به ویژه با محوریت خانواده بر عملکرد خانوادگی تاکید داشتند. سطوح متوسط انسجام و انعطاف پذیری به طور بالقوه ممکن است تاثیر مثبتی بر پیامدهای سلامت روان جوانان داشته باشد. به عنوان مثال، محیط خانوادگی مثبت (همراه با انسجام، صمیمیت و درگیری عاطفی) ممکن است با کاهش علائم و بهبود عملکرد اجتماعی در جوانان در معرض یا مبتلا به روان پریشی مرتبط باشد. عملکرد بهتر خانواده و مهارت های ارتباطی با نرخ عود کمتر در روان پریشی بار اول همراه بوده است. تغییرات در تعامل خانواده و پویایی خانواده معمولاً در مراحل اولیه بیماری روانپزشکی مشاهده می شود که مطالعه عملکرد خانواده در این مقطع زمانی بویژه مرتبط می سازد. بااین حال، برای تعداد کمی از خانواده ها، سطوح پایین عملکرد خانواده ممکن است حتی

تشکر و قدردانی

مقاله حاضر برگرفته از رساله‌ی نویسنده اول است. بدین- وسیله از تمامی شرکت‌کنندگان و افرادی که در اجرای این پژوهش ما را یاری نمودند، تقدیر و تشکر به عمل می‌آوریم.

تعارض منافع

این مطالعه فاقد تضاد منافع می‌باشد.

نمی‌باشند. افراد در معرض خطر ابتلا به روان پریشی و مبتلا به آن اغلب پریشانی عاطفی و کاستی‌های مشخصی را در زمینه‌های مختلف عملکرد از جمله سازگاری اجتماعی و نقش اجتماعی تجربه می‌کنند. با تاکید بر آموزش مهارت‌های ارتباطی پایه در طرح درمان خانواده محور و تمرین مهارت‌ها در خانواده، فرد بیش از پیش قادر به پذیرش نقش اجتماعی خود و همچنین سازگاری اجتماعی می‌باشد.

References

1. Solanki MN. Social Adjustment and Coping Strategies among Caregivers of Patients with Schizophrenia and Obsessive-Compulsive Disorder. *International Journal of Indian Psychology*. 2019;7(2).
2. Hashemian P, Edris Sedaghati M. Comparison of family functioning between patients with schizophrenia and patients with Bipolar I disorder. *North Khorasan University of Medical Sciences*. 2016;7(4):929-37.
3. Farokhi E, Sabzi N. happiness and perception of family communication pattern:the mediating role of psychological capital. 2015;11(43):313-24.
4. Taghavilarijani T, Noughani F, Danandehfard S. The Effect of Family Psychological Group Training on Resilience of the Families of Schizophrenic Patients. *Iranian Journal of psychiatric Nursing*. 2019;7(2).
5. Ahmadi A, Farahbakhsh K, Moatamedy A, Khodaei M, Safi MH. The Effectiveness of Family Psychological Training on Prevention of Recurrence of Symptoms in Patients with Schizophrenia Spectrum Disorders. *Journal of Nursing Education*. 2020;8(3):93-103.
6. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Sadock's pocket handbook of clinical psychiatry: Lippincott Williams & Wilkins; 2010.
7. Solanki MN. Life Satisfaction among Primary Caregivers of Patients with Schizophrenia and Obsessive Compulsive Disorders. *International Journal of Indian Psychology*. 2019;7(3).
8. Santesteban-Echarri O, Piskulic D, Nyman RK, Addington J. Telehealth interventions for schizophrenia-spectrum disorders and clinical high-risk for psychosis individuals: A scoping review. *Journal of telemedicine and telecare*. 2020;26(1-2):14-20.
9. Koutra K, Triliva S, Roumeliotaki T, Lionis C, Vgontzas AN. Identifying the socio-demographic and clinical determinants of family functioning in Greek patients with psychosis. *International Journal of Social Psychiatry*. 2015;61(3):251-64.
10. Koutra K, Simos P, Triliva S, Lionis C, Vgontzas AN. Linking family cohesion and flexibility with expressed emotion, family burden and psychological distress in caregivers of patients with psychosis: A path analytic model. *Psychiatry research*. 2016;240:66-75.
11. Tanhadoust K, Bezi M, Ghafarijam M, Amoojavadi F. The effect of group psychotherapy based on acceptance and commitment on loneliness and social adjustment in girls with social anxiety disorder. *Journal of Nursing Education*. 2021;9(1):32-42.
12. Berk M, Berk L, Dodd S, Cotton S, Macneil C, Daglas R, et al. Stage managing bipolar disorder. *Bipolar disorders*. 2014;16(5):471-7.

13. Eisler RM, Frederiksen LW. Perfecting social skills: A guide to interpersonal behavior development: Springer Science & Business Media; 2012.
14. Tarbox-Berry S, Perkins D, Woods S, Addington J. Premorbid social adjustment and association with attenuated psychotic symptoms in clinical high-risk and help-seeking youth. *Psychological medicine*. 2018;48(6):983-97.
15. Fowler D, Hodgekins J, French P. Social recovery therapy in improving activity and social outcomes in early psychosis: current evidence and longer term outcomes. *Schizophrenia Research*. 2019;203:99-104.
16. Metzack PD, Farris MS, Placsko T, Braun A, Bonneville D, Brummitt K, et al. Social functioning and brain imaging in individuals at clinical high-risk for psychosis: a systematic review. *Schizophrenia research*. 2021;233:3-12.
17. Erzin G, Gülöksüz S. Early interventions for clinical high-risk state for psychosis. *Archives of Neuropsychiatry*. 2021;58(Suppl 1):S7.
18. Camacho-Gomez M, Castellvi P. Effectiveness of family intervention for preventing relapse in first-episode psychosis until 24 months of follow-up: a systematic review with meta-analysis of randomized controlled trials. *Schizophrenia Bulletin*. 2020;46(1):98-109.
19. Abu Sabra MA, Hamdan-Mansour AM. The Effectiveness of Relapse Prevention Intervention on the Ability of Patients and Their Families to Prevent Psychotic symptoms of Relapse among Patients with Schizophrenia: Systematic Literature Review. *Medico-legal Update*. 2021;21(3).
20. Marvin SE, Miklowitz DJ, O'Brien MP, Cannon TD. Family- focused therapy for individuals at clinical high risk for psychosis: treatment fidelity within a multisite randomized trial. *Early intervention in psychiatry*. 2016;10(2):137-43.
21. Miklowitz DJ, Weintraub MJ, Posta F, Denenny DM, Chung B. Effects of High- versus Low- Intensity Clinician Training on Implementation of Family- Focused Therapy for Youth with Mood and Psychotic Disorders. *Family process*. 2021;60(3):727-40.
22. Worthington MA, Miklowitz DJ, O'Brien M, Addington J, Bearden CE, Cadenhead KS, et al. Selection for psychosocial treatment for youth at clinical high risk for psychosis based on the North American Prodrome Longitudinal Study individualized risk calculator. *Early intervention in psychiatry*. 2021;15(1):96-103.
23. McFarlane WR. Family interventions for schizophrenia and the psychoses: A review. *Family process*. 2016;55(3):460-82.
24. Velthorst E, Fett A-KJ, Reichenberg A, Perlman G, van Os J, Bromet EJ, et al. The 20-year longitudinal trajectories of social functioning in individuals with psychotic disorders. *American Journal of Psychiatry*. 2017;174(11):1075-85.
25. Puffer ES, Friis Healy E, Green EP, M Giusto A, N Kaiser B, Patel P, et al. Family functioning and mental health changes following a family therapy intervention in Kenya: A pilot trial. *Journal of child and family studies*. 2020;29:3493-508.
26. Baker T, Haines S, Yost J, DiClaudio S, Braun C, Holt S. The role of family-centered therapy when used with physical or occupational therapy in children with congenital or acquired disorders. *Physical Therapy Reviews*. 2012;17(1):29-36.
27. Lin CJ, Cheng YI, Garvie PA, D'Angelo LJ, Wang J, Lyon ME. The effect of family-centered (FACE®) pediatric advanced care planning intervention on family anxiety: a randomized controlled clinical trial for adolescents with HIV and their families. *Journal of family nursing*. 2020;26(4):315-26.