

## تأثیر آموزش گروهی روان‌شناختی بر نگرش مراقبان خانوادگی بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی نسبت به بیماری روانی

فرناز رحمانی\* حسین ابراهیمی\*\* فاطمه رنجبر\* ال‌ناز اصغری\*\*\*

### چکیده

**زمینه و هدف:** مطالعات نشان داده‌اند نگرش اعضای خانواده نسبت به بیماری روانی، رفتار آن‌ها را متأثر می‌کند و این امر ممکن است باعث کاهش کیفیت مراقبت از بیمار شود. این تحقیق با هدف تعیین تأثیر آموزش گروهی روان‌شناختی بر نگرش مراقبان خانوادگی بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی نسبت به بیماری روانی انجام گرفته است.

**روش بررسی:** در این مطالعه کارآزمایی بالینی کنترل شده تصادفی که در ۱۳۹۴ انجام یافته است، تعداد ۷۴ نفر از مراقبان خانوادگی بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی که بیماران‌شان سابقه بستری در بخش‌های روان‌پزشکی بیمارستان روان‌پزشکی رازی تبریز را داشتند، به روش نمونه‌گیری تصادفی انتخاب و سپس به طور تصادفی به دو گروه مداخله و شاهد تقسیم شدند. به مراقبان خانوادگی گروه مداخله طی ۸ جلسه آموزش روان‌شناختی داده شد. نگرش مراقبان خانوادگی نسبت به بیماری روانی با استفاده از پرسشنامه نگرش نسبت به بیماری‌های روانی قبل و بعد از مداخله ارزیابی شد. داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی، آزمون کای‌دو، تی‌مستقل، تی‌زوج و تحلیل کوواریانس در نرم‌افزار SPSS v.13 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

**یافته‌ها:** نتایج نشان داد که در پیش‌آزمون اختلاف آماری معناداری از نظر میانگین نمره نگرش نسبت به بیماری روانی بین گروه مداخله و شاهد وجود نداشت (به ترتیب  $92/04 \pm 8/01$  و  $90/02 \pm 9/43$ ؛  $p > 0/05$ ). اما میانگین نمره پس‌آزمون گروه مداخله ( $105/43 \pm 14/72$ ) در مقایسه با گروه شاهد ( $90/02 \pm 7/00$ ) به طور معناداری افزایش یافته بود ( $p < 0/05$ ).

**نتیجه‌گیری:** نتایج مطالعه نشانگر این است که آموزش روان‌شناختی موجب بهبود نگرش مراقبان خانوادگی نسبت به بیماری روانی می‌شود. روش‌های آموزشی مناسب مانند آموزش روان‌شناختی گروهی برای ارتقای نگرش مثبت خانواده‌های بیماران مبتلا به اختلال روان‌پزشکی می‌تواند مؤثر باشد.

نویسنده مسؤول: ال‌ناز اصغری؛ دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تبریز

e-mail: asghari.elnaz@gmail.com

واژه‌های کلیدی: نگرش، اختلال دوقطبی، مراقبان خانوادگی، آموزش

- دریافت مقاله: شهریور ماه ۱۳۹۴ - پذیرش مقاله: دی ماه ۱۳۹۴

### مقدمه

اختلال دوقطبی، بیماری دوره‌ای با حملات حاد است که شیوع آن در طول زندگی، در حدود ۲ تا ۴٪ برآورد می‌شود

(۲ و ۱). برآورد دقیق میزان بروز سالیانه بیماری دوقطبی دشوار است و میزان شیوع طول عمر اختلال دوقطبی I در حدود ۲/۴٪ گزارش می‌شود (۳). اختلال دوقطبی در همه مردم جهان، از هر نژاد و طبقه اجتماعی ممکن است دیده شود و با ناتوانی‌های متعددی همراه بوده و ششمین علت اصلی ناتوانی در

\* عضو مرکز تحقیقات روان‌پزشکی و علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران  
\*\* دانشیار گروه آموزشی روان‌پرستاری دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران  
\*\*\* عضو کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشجوی دکتری تخصصی پرستاری دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

جهان است (۴). یکی از اهداف سازمان بهداشت جهانی در ارتقای سلامت روان و درمان بیماری‌های روانی تا سال ۲۰۱۶، کاهش طول مدت بستری در بیمارستان و گسترش خدمات اجتماعی است که در این راستا به نقش خانواده در مراقبت از اختلالات روانی توجه زیادی شده و برای این منظور آموزش‌های مدون برای خانواده‌ها در امر مراقبت از بیماران روانی شدید، مورد تأکید قرار گرفته است (۵). بیش از ۶۰٪ مددجویانی که از مؤسسات روانی مرخص می‌شوند به خانواده اصلی خود برمی‌گردند (۶). خانواده‌ها منبع اولیه مراقبت برای مبتلایان به اختلال روانی شدید هستند و حمایت مالی، همراهی، حمایت عاطفی و همین‌طور خدمات بهداشتی را برای بستگان بیمار خود فراهم می‌کنند (۶).

نگرش مثبت در مورد بیماری‌های روان به عنوان عامل مهم ارتباط با بیماران روانی در نظر گرفته می‌شود و این امر موفقیت در بازتوانی و بازگشت آنان به اجتماع را پیش‌بینی می‌کند (۷). از سوی دیگر نگرش منفی نسبت به بیماری‌های روانی نقش مهمی در انگ زدن به افراد مبتلا به این اختلالات دارد که ممکن است پیش‌آگهی اختلال روانی را صرف‌نظر از درمان پزشکی تعیین نماید (۸). یکی دیگر از پیامدهای جانبی نگرش منفی، عدم پیگیری کامل برنامه درمانی و دارویی توسط بیماران است که منجر به افزایش عود و بستری‌های مجدد می‌شود (۹).

طی دهه‌های اخیر، توجه به محیط خانوادگی به عنوان عامل مهم در سیر اختلالات روانی، منجر به رشد و توسعه مداخله‌های

روانی-اجتماعی، با تمرکز بر واحد خانواده شده است. این مداخلات، به اعضای خانواده کمک می‌کنند تا عوامل مؤثر در سبب‌شناسی و مشکلات روان‌شناختی ویژه‌ای را که با آن مواجه می‌شوند، شناخته و مهارت‌های لازم برای رویارویی با آن‌ها را بیاموزند (۱۰).

در مطالعه‌ای که توسط Moses انجام یافت ۶۱٪ از نوجوانان مبتلا به اختلالات روانی گزارش کردند که خانواده‌هایشان با آن‌ها رفتارهای نامناسبی نظیر عدم اعتماد، اجتناب، محرومیت در تصمیم‌گیری‌های خانوادگی، سرزنش ناعادلانه، تحقیر و تمسخر دارند (۱۱). Perlick و همکاران نیز در مطالعه‌ای، به اثربخشی آموزش مراقبان خانوادگی بیماران دوقطبی بر پیامدهای بیماری آن‌ها پرداختند. آن‌ها پی بردند که بیماران گروه آزمون در مقایسه با گروه گواه به طور معناداری، بهبود نشانه‌های بیماری، ارتباط و کاهش عود را نشان دادند (۱۲).

لذا درمان بایستی بر فرد و زمینه‌ای که در آن جای گرفته یعنی خانواده، تمرکز یابد. از دلایل دیگر توجه به محیط خانواده می‌توان به سهم احتمالی خانواده در عود بیماری، بروز بحران به هنگام بستری شدن عضوی در خانواده و تأثیر نامطلوب بیمار بر خانواده در زمان بازگشت اشاره کرد (۱۳).

یکی از روش‌های مهم تغییر در نگرش افراد نسبت به یک پدیده دادن اطلاعات (آموزش) و تماس مستقیم با آن پدیده می‌باشد (۸). آموزش روانی از جمله مداخلاتی است که در راستای ارتقای آگاهی و تغییر نگرش خانواده‌ها از ماهیت بیماری، نحوه درمان آن،

روانی در تمام سطوح روان‌پزشکی (مراجعه، تشخیص و درمان) (۲۰-۱۸)، نقش خانواده‌های بیماران روانی در روند درمان بیماران (۱۱ و ۱۲)، آثار منفی انگ زدن بر بیماران (۸، ۲۰ و ۲۱) و نبود مطالعه مشابه در ایران، این مطالعه با هدف تعیین تأثیر آموزش گروهی روان‌شناختی بر نگرش مراقبان خانوادگی بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی نسبت به بیماری روانی انجام یافت، تا براساس یافته‌های این مطالعه اقدامات لازم در جهت ارتقای نگرش نسبت به بیماران روانی در سطح کشور انجام گیرد.

### روش بررسی

این مطالعه یک کارآزمایی بالینی کنترل شده و تصادفی‌سازی شده است که در مرداد و شهریور ماه سال ۱۳۹۳ در بیمارستان روان‌پزشکی رازی تبریز در مورد مراقبان خانوادگی بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی که سابقه بستری در این مرکز را داشتند، انجام یافته است.

حجم نمونه براساس مطالعه نامدار و همکاران (۲۲) و با استفاده از فرمول مقایسه میانگین و انحراف معیارهای دو جامعه از طریق محاسبه میانگین و انحراف معیار نمره کل نگرش نسبت به بیماری روانی در گروه مداخله ( $113/18 \pm 117/44$ ) و در گروه شاهد ( $111/17 \pm 114/37$ ) با ضریب اطمینان ۹۵٪ (سطح معناداری  $\alpha=0/05$ ) و توان آزمون ۸۵٪ برای هر گروه ۳۳ نفر برآورد شد که با احتساب ۱۵٪ ریزش حجم نمونه، ۳۷ نفر در هر گروه (در مجموع ۷۴ نفر) در نظر گرفته شد.

افزایش مهارت‌های ارتباطی و مهارت حل مسأله به کار گرفته می‌شود و درمانگر می‌تواند برحسب سلیقه و شرایط موجود، یک خانواده را به تنهایی و یا چند خانواده را به صورت گروهی آموزش دهد (۱۴ و ۱۵). در واقع آموزش روان‌شناختی، روشی آموزشی است که با ارایه اطلاعاتی در زمینه ماهیت اختلالات روانی شامل اتیولوژی، روش‌های درمان، پیامدها، پیش‌آگهی، پیشرفت، عود بیماری و غیره می‌تواند موجب بهبود سطح درک خانواده‌ها در مورد اختلالات روانی شود و به مشارکت آن‌ها در خدمات مراقبتی، درمانی و پذیرش درمان این بیماران کمک کند (۱۶).

آموزش روانی دارای مدل‌های مختلفی شامل مدل آگاهی، مدل حمایتی گروه درمانی خانواده، مدیریت رفتاری خانواده و موارد دیگر است. رایج‌ترین مدل مورد استفاده، مدل آگاهی می‌باشد که هدف آن افزایش آگاهی خانواده‌ها در زمینه بیماری روانی و مشارکت در مدیریت آن است (۱۶). از آن جا که افزایش آگاهی و دانش در مورد ویژگی‌ها و قابلیت‌های درمان بیماران روانی، می‌تواند عقاید را در سطح فردی تغییر دهد (۱۷)، بنابراین آموزش روانی طبق این مدل نیز می‌تواند بر بهبود نگرش نسبت به بیماری روانی مؤثر باشد.

از مروری بر متون می‌توان چنین نتیجه‌گیری کرد که در اغلب موارد نگرش منفی نسبت به بیماران روانی در بین اعضای خانواده و مردم عادی جامعه وجود دارد و این امر بر کیفیت زندگی، دسترسی به درمان و ادامه درمان پیامدهای منفی بر جای می‌گذارد. با توجه به نقش نگرش منفی نسبت به بیماری‌های

معیارهای ورود بیماران عبارت بودند از: تشخیص قطعی اختلال دوقطبی توسط روان‌پزشک، نداشتن اختلال شخصیت، نداشتن عقب‌ماندگی ذهنی، سپری شدن حداقل ۶ ماه از زمان تشخیص بیماری و داشتن سابقه حداقل یک نوبت بستری قبلی در مرکز روان‌پزشکی. معیارهای ورود مراقبان خانوادگی بیماران بدین شرح بود: مراقب خانوادگی عضوی از خانواده باشد که کلیه مسئولیت‌های بهداشتی، درمانی، مراقبتی و حمایتی بیمار را به عهده داشته باشد، حداقل ۱۸ سال و حداکثر ۶۰ سال داشته باشد، قادر به برقراری ارتباط باشد، قبلاً در جلسات آموزشی شرکت نکرده و سابقه ابتلا به بیماری‌های جسمی جدی یا اختلال روانی شناخته شده و بستری شدن را نداشته باشد. مراقبانی که تمایل به مشارکت نداشتند، افرادی که به هر دلیلی بیش از دو جلسه متناوب یا متوالی در برنامه نمی‌توانستند شرکت کنند و یا در طول پژوهش در برنامه آموزشی دیگری در این زمینه شرکت کردند، از مطالعه خارج شدند.

جهت جمع‌آوری داده‌ها، از مقیاس نگرش نسبت به بیماری روانی (Opinions about (mental illness) Struening و Cohen استفاده گردید (۲۳). عبارات مقیاس OMI منعکس‌کننده عقاید و نگرش افراد نسبت به علت‌شناسی، درمان و پیش‌آگهی بیماری روانی است. این پرسشنامه شامل ۳۴ عبارت درباره نگرش نسبت به بیماری‌های روانی می‌باشد که دارای شش بعد: جدایی‌طلبی (Separation) (منحصر به فرد بودن بیماران روانی و لزوم نگره‌داری از آن‌ها در مراکز خاص) با ۱۰ عبارت، اندیشه

قالبی (Stereotyping) (داشتن الگوهای رفتاری خاص) با ۴ عبارت، محدودیت قایل شدن (Restrictiveness) (لزوم محدود کردن حقوق بیماران روانی) با ۴ عبارت، نوع‌دوستی (Benevolence) (مهربانی و محبت نسبت به بیماران روانی) با ۸ عبارت، پیش‌بینی بدبینانه (Pessimistic prediction) (عدم خوش‌بینی نسبت به درمان ایده‌آل آنان) با ۴ سؤال و انگ بودن بیماری (Stigmatization) (شرم‌آور بودن ابتلا به بیماری روانی و لزوم پنهان کردن آن) با ۴ عبارت بود. گزینه‌ها روی یک طیف پنج درجه‌ای لیکرت (کاملاً موافقم=۱ تا کاملاً مخالفم=۵) تنظیم شده بودند و برای برخی عبارات پرسشنامه، نحوه نمره‌گذاری به صورت معکوس (کاملاً موافقم=۵ تا کاملاً مخالفم=۱) بود. حداقل نمره پرسشنامه ۳۴ و حداکثر نمره آن ۱۷۰ بود. کسب نمره بالاتر از میانگین (بالاتر از ۱۰۲) به منزله نگرش مثبت تلقی می‌شود.

با توجه به سابقه طولانی استفاده از مقیاس OMI در جوامع مختلف و نیز این که این مقیاس ویژگی‌های روان‌سنجی رضایت‌بخشی دارد (۲۸-۲۴)، برای این مطالعه انتخاب شد. در تحقیقی که توسط Kingdon و همکاران انجام یافت پایایی ابزار  $\alpha=0/72$  تعیین شده است (۲۹). نامدار و همکاران نیز در تحقیق خود پایایی ابزار را  $\alpha=0/82$  گزارش کردند (۲۲). در این پژوهش جهت بررسی پایایی، پرسشنامه در اختیار ۱۰ نفر از آزمودنی‌ها قرار گرفت و ضریب آلفای کرونباخ  $0/71$  به دست آمد. همچنین از یک پرسشنامه دیگر برای جمع‌آوری اطلاعات فردی-اجتماعی مشارکت‌کنندگان استفاده گردید.

مشارکت‌کنندگان گروه مداخله در یک کلاس تحت آموزش قرار گرفتند. مکان آموزش سالن کنفرانس بیمارستان روان‌پزشکی رازی بود. محتوای اولیه برنامه آموزش روانی با استفاده از مطالعات معتبر تهیه (۳۲-۳۰) و اعتبار صوری و محتوایی آن با نظرخواهی بیش از ۱۰ نفر از همکاران هیأت علمی گروه‌های آموزشی روان‌پزشکی، روان‌شناسی بالینی و روان‌پرستاری دانشگاه علوم پزشکی تبریز مورد تأیید قرار گرفت و در مطالعه مقدماتی، اثربخشی آن اثبات شد.

هر جلسه با معرفی اهداف و بررسی تکالیف مشارکت‌کنندگان آغاز می‌شد. سپس، با استفاده از روش‌های آموزشی تعاملی (ایفای نقش، پرسش و پاسخ، مباحثه و بحث گروهی)، موضوع جلسه با مشارکت تمامی افراد بحث می‌شد. در خاتمه مطالب جمع‌بندی و پس از معرفی تکالیف جلسه بعد، جلسه تمام می‌شد. جدول شماره ۱ خلاصه‌ای از موضوعات آموزش روان‌شناختی به مشارکت‌کنندگان را نشان می‌دهد.

برای انجام نمونه‌گیری ابتدا فهرستی از تمامی مراقبان خانوادگی بیماران واجد شرایط مطالعه که در طول یک سال گذشته به درمانگاه مراجعه کرده بودند، تهیه و اعدادی به آن‌ها اختصاص داده شد. سپس با استفاده از جدول اعداد تصادفی یک شماره به صورت تصادفی انتخاب و دو رقم سمت راست آن در صورت مطابقت با شماره لیست افراد تا تکمیل ۷۴ نفر در نظر گرفته شد. در نهایت، تخصیص تصادفی نمونه‌ها به دو گروه مداخله (۳۷ نفر) و شاهد (۳۷ نفر) با استفاده از برنامه Randomizer به صورت تصادفی ساده انجام گرفت. یکی از پژوهشگران در حالی که از گروه‌های مداخله و شاهد اطلاعی نداشت، میزان نگرش نسبت به بیماری روانی هر دو گروه را قبل و بعد از آموزش ارزیابی نمود. آموزش به طور متوسط هفته‌ای دو بار به مدت یک و نیم ساعت به شکل هشت جلسه پیرپی توسط پژوهشگر مجرب (کارشناس ارشد روان‌پرستاری) ارائه شد. تمامی

#### جدول ۱- خلاصه‌ای از موضوعات آموزش روان‌شناختی ارائه شده به مراقبان خانوادگی بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی

شماره جلسه	موضوع جلسه
۱	آشنایی با اهداف جلسات آموزشی، آشنایی با اصول و معیارهای بهداشت روان و نقش خانواده در توسعه و حفظ سلامت اعضای خانواده، آشنایی با علل و عوامل مؤثر در ایجاد اختلالات روانی
۲	آشنایی با اختلالات خلقی: تعریف، سبب‌شناسی، علایم و نشانه‌ها، انواع، سیر و پیش‌آگهی
۳	شیوه ارتباط با بیمار روانی، نحوه مراقبت و چگونگی برخورد با علایم و نشانه‌های بیماری به ویژه توهم، هذیان، پرخاشگری و حالات تهاجمی در بیماران، ایمن‌سازی محیط زندگی بیمار و پیشگیری از حالات تهاجمی و خودکشی و در صورت بروز، چگونگی ارجاع به مراکز درمانی مربوط و سایر نظام‌های حمایتی
۴	آشنایی با درمان‌های دارویی، عوارض داروها و مراقبت‌های مربوط به آن‌ها، اهمیت درمان دارویی و نقش آن در پیشگیری از عود بیماری
۵	آشنایی با درمان‌های دارویی، عوارض داروها و مراقبت‌های مربوط به آن‌ها، اهمیت درمان دارویی و نقش آن در پیشگیری از عود بیماری
۶	آموزش روش‌های حل مسأله و مقابله صحیح
۷	چگونگی انگ‌زدایی از بیماران مبتلا به اختلالات روانی
۸	مروری بر مطالب ارائه شده در جلسات گذشته، نتیجه‌گیری، اختتام

لذا تحلیل نهایی با ۷۰ مشارکت‌کننده انجام گرفت (تصویر ۱).

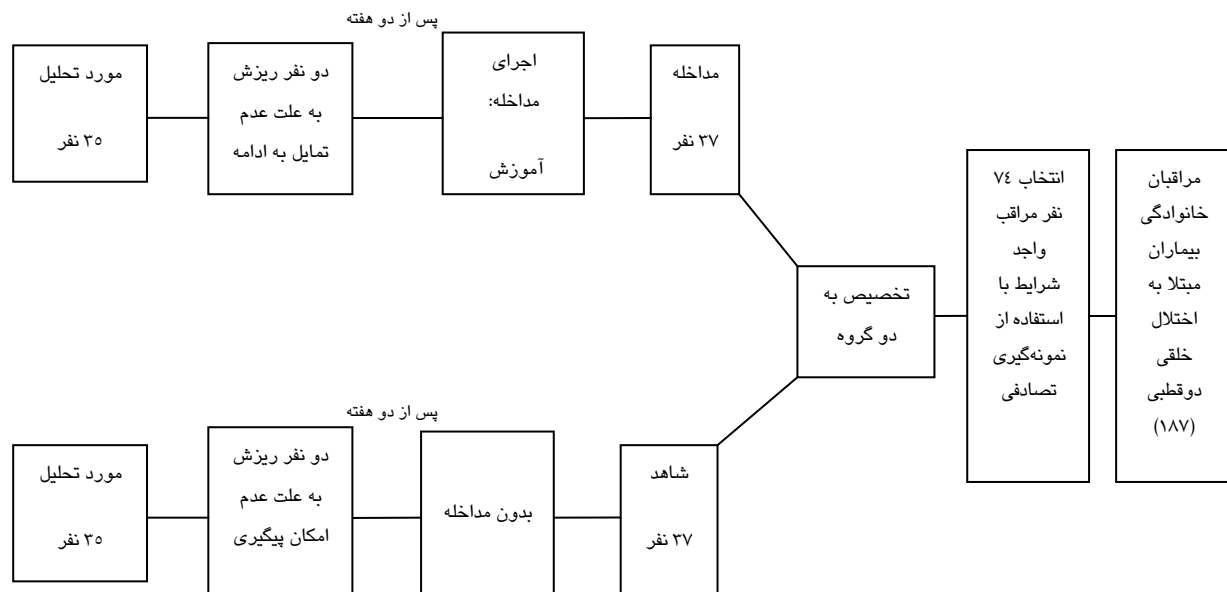
این مطالعه در مرکز کارآزمایی بالینی ایران با کد ثبت IRCT201509238359N2 و در شورای اخلاق دانشگاه علوم پزشکی تبریز با کد اخلاق ۹۶۱۶۲ به تصویب رسید.

داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی و آزمون آماری کای‌دو، تی‌مستقل و تی‌زوج در نرم‌افزار آماری SPSS v.13 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

دو هفته بعد از اتمام مداخله، پرسشنامه مجدداً در اختیار هر دو گروه قرار گرفت تا دوباره تکمیل نمایند. برای رعایت اصول اخلاق پژوهش، در پایان تحقیق از مراقبان خانوادگی گروه شاهد نیز طی تماس تلفنی برای شرکت در جلسات آموزشی دعوت به عمل آمد و اکثر مراقبان در این جلسات شرکت کردند.

در طول مطالعه، دو مشارکت‌کننده از گروه آزمون و دو مشارکت‌کننده از گروه شاهد به علت عدم تمایل از مطالعه خارج شدند.

### تصویر ۱- فلوچارت نمونه پژوهش



است ( $p > 0/05$ ) و دو گروه از این نظر همگن بوده‌اند. بیش‌ترین فراوانی اطلاعات جمعیت‌شناختی مراقب خانوادگی در گروه مداخله مربوط به جنس مؤنث (۵۷/۱۴٪)، تحصیلات دانشگاهی (۴۸/۵۷٪) و نسبت پدر با

### یافته‌ها

طبق جداول شماره ۲ و ۳، در مقایسه بین دو گروه مداخله و شاهد از نظر اطلاعات جمعیت‌شناختی مراقب خانوادگی و همچنین بیماران تفاوت آماری معناداری مشاهده نشده

بیمار (۲۸/۵۷٪) بوده است. میانگین سنی آن‌ها  $34/73 \pm 7/34$  بود. بیش‌ترین فراوانی اطلاعات جمعیت‌شناختی مراقب خانوادگی در گروه شاهد مربوط به جنس مؤنث (۶۲/۸۶٪)، تحصیلات دانشگاهی (۵۱/۴۲٪) و نسبت پدر با بیمار (۳۱/۴۲٪) بوده است. میانگین سنی آن‌ها  $33/47 \pm 8/53$  بود. بیش‌ترین فراوانی اطلاعات جمعیت‌شناختی بیمار در گروه مداخله، مربوط به مجرد بودن (۶۰/۰۰٪)، سطح تحصیلات زیردیپلم (۵۱/۴۲٪) می‌باشد که میانگین سنی آن‌ها  $31/73 \pm 9/37$ ، طول مدت ابتلا سال  $5/24 \pm 9/83$  و دفعات بستری قبلی  $7/47 \pm 3/53$  نوبت بوده است.

همچنان که در جدول شماره ۴ مشاهده می‌شود، اکثر مراقبان خانوادگی در گروه مداخله (۷۷/۱۴٪) و گروه شاهد (۷۴/۳۰٪)، قبل از مداخله نسبت به بیماری روانی نگرش منفی داشتند. اما پس از مداخله، میزان نگرش مثبت در مراقبان خانوادگی گروه مداخله در مقایسه با گروه شاهد به طور معناداری افزایش یافته بود ( $p < 0/05$ ).

همچنین میانگین و انحراف معیار نمره کلی و ابعاد نگرش نسبت به بیماری روانی، قبل از مداخله در دو گروه تفاوت آماری معناداری

نداشت ( $p > 0/05$ )، اما پس از مداخله از این لحاظ تفاوت آماری معناداری ( $p < 0/001$ ) بین دو گروه مشاهده شد (جدول شماره ۵). علاوه بر این در مقایسه درون گروهی، نتایج آزمون آماری تی‌زوج نشان داد که در گروه مداخله از نظر میانگین نمره ابعاد نگرش نسبت به بیماری روانی و نیز نمره کلی نگرش قبل و بعد از مداخله، تفاوت معناداری وجود داشته است ( $p < 0/05$ ). اما در گروه شاهد از این لحاظ قبل و بعد از مداخله، تفاوت آماری معناداری مشاهده نشد ( $p > 0/05$ ).

تساوی واریانس متغیر وابسته توسط آزمون لوین به عنوان پیش‌فرض لازم برای اجرای آزمون ANCOVA، تعیین شد. با کنترل متغیر پیش‌آزمون، نتایج تحلیل ANCOVA نشان داد که تفاوت معنادار آماری در میانگین نمره پس‌آزمون هر دو گروه وجود داشته است. میانگین نمره نگرش نسبت به بیماری روانی در پس‌آزمون گروه آزمایش افزایش یافته بود در حالی که تفاوتی در پس‌آزمون گروه شاهد وجود نداشت. همان‌طور که در جدول شماره ۶ دیده می‌شود، مقدار تأثیر مداخله  $0/84$  است. توان نیز  $0/96$  می‌باشد.

**جدول ۲- مقایسه متغیرهای جمعیت‌شناختی دو گروه مداخله و شاهد از مراقبان خانوادگی و بیماران مبتلا به اختلال**

دوقطبی در تبریز، سال ۱۳۹۳

p-value	گروه		مشخصات مراقبان	
	شاهد	مداخله		
$p=0/32^{\dagger}$	۱۳(۳۷/۱۴)	۱۵(۴۲/۸۵)	مرد	جنس
	۲۲(۶۲/۸۶)	۲۰(۵۷/۱۴)	زن	
$p=0/19^{\ddagger}$	۱۱(۳۱/۴۲)	۱۰(۲۸/۵۷)	خانه‌دار	وضعیت شغلی
	۱۴(۴۰/۱۰۰)	۱۶(۴۵/۷۱)	کارمند	
	۲(۵/۷۱)	۱(۲/۸۵)	بیکار	
	۸(۲۲/۸۵)	۸(۲۲/۸۵)	شغل آزاد	
$p=0/27^{\ddagger}$	۷(۲۰/۰۰)	۶(۱۷/۱۴)	زیردیپلم	سطح تحصیلات
	۱۰(۲۸/۵۷)	۱۲(۳۴/۲۸)	دیپلم	
	۱۸(۵۱/۴۲)	۱۷(۴۸/۵۷)	دانشگاهی	
$p=0/31^{\ddagger}$	۱۱(۳۱/۴۲)	۱۰(۲۸/۵۷)	پدر	نسبت با بیمار
	۶(۱۷/۱۴)	۸(۲۲/۸۵)	مادر	
	۳(۸/۵۷)	۳(۸/۵۷)	خواهر	
	۴(۱۱/۴۲)	۴(۱۱/۴۲)	برادر	
	۷(۲۰/۰۰)	۷(۲۰/۰۰)	همسر	
	۴(۱۱/۴۲)	۳(۸/۵۷)	فرزند	
مشخصات بیمار				
$p=0/17^{\ddagger}$	۱۹(۵۴/۲۹)	۱۷(۴۸/۵۷)	مرد	جنس
	۱۶(۴۵/۷۱)	۱۸(۵۱/۴۲)	زن	
$p=0/19^{\ddagger}$	۲۱(۶۰/۰۰)	۲۳(۶۵/۷۱)	مجرد	وضعیت تأهل
	۱۴(۴۰/۰۰)	۱۲(۳۴/۲۸)	متاهل	
$p=0/29^{\ddagger}$	۱۸(۵۱/۴۲)	۱۷(۴۸/۵۷)	زیردیپلم	سطح تحصیلات
	۱۱(۳۱/۴۲)	۱۰(۲۸/۵۷)	دیپلم	
	۶(۱۷/۱۴)	۸(۲۲/۸۵)	تحصیلات دانشگاهی	

† آزمون مجذور کای، ‡ آزمون دقیق فیشر

**جدول ۳- میانگین سن و اطلاعات مرتبط با بیماری دو گروه مداخله و شاهد از مراقبان خانوادگی و بیماران مبتلا به اختلال**

دوقطبی در تبریز، سال ۱۳۹۳

p-value	گروه		متغیرها
	شاهد	مداخله	
$p=0/16^{\S}$	میانگین $\pm$ انحراف معیار ۳۳/۴۷ $\pm$ ۸/۵۳	میانگین $\pm$ انحراف معیار ۳۴/۷۳ $\pm$ ۷/۳۴	سن مراقب اصلی
$p=0/14^{\S}$	میانگین $\pm$ انحراف معیار ۳۱/۷۳ $\pm$ ۹/۳۷	میانگین $\pm$ انحراف معیار ۳۲/۶۱ $\pm$ ۷/۴۳	سن بیمار
$p=0/13^{\S}$	میانگین $\pm$ انحراف معیار ۷/۴۷ $\pm$ ۳/۵۳	میانگین $\pm$ انحراف معیار ۸/۱۱ $\pm$ ۳/۳۴	طول مدت ابتلای بیمار (سال)
$p=0/21^{\S}$	میانگین $\pm$ انحراف معیار ۴/۷۳ $\pm$ ۸/۳۱	میانگین $\pm$ انحراف معیار	دفعات بستری قبلی بیمار (نوبت)

§ آزمون تی مستقل



**جدول ۴- مقایسه نوع نگرش مراقبان خانوادگی نسبت به بیماری روانی در گروه مداخله و شاهد در پیش‌آزمون و پس‌آزمون**

<i>p</i> -value *	گروه شاهد تعداد (درصد)	گروه مداخله تعداد (درصد)		
$p=0/24$	۲۶ (۷۴/۳۰)	۲۷ (۷۷/۱۴)	نگرش منفی	پیش‌آزمون
	۹ (۲۵/۷۲)	۸ (۲۲/۸۵)	نگرش مثبت	
$p<0/001$	۲۵ (۷۱/۴۲)	۶ (۱۷/۱۴)	نگرش منفی	پس‌آزمون
	۱۰ (۲۸/۵۷)	۲۹ (۸۲/۸۵)	نگرش مثبت	

\*مجذور کای

**جدول ۵- توزیع فراوانی ابعاد نگرش نسبت به بیماری روانی در مراقبان خانوادگی بیماران مبتلا به اختلال خلقی در دو گروه مداخله و شاهد در تبریز، سال ۱۳۹۳**

<i>p</i> -value (paired <i>t</i> -test)	تفاضل میانگین (انحراف معیار)	بعد از مداخله میانگین (انحراف معیار)	قبل از مداخله میانگین (انحراف معیار)	ابعاد نگرش نسبت به بیماری روانی (حداقل و حداکثر نمره)	
$t=4/12, p<0/001$ $t=2/17, p=0/11$	۱/۱۱ (۱/۰۶) ۸/۵۵ (۲/۸) $t=3/51, p<0/001$	۲۹/۵۷ (۵/۴۵) ۲۱/۴۲ (۳/۲۷) $t=4/19, p<0/001$	۲۲/۴۲ (۴/۳۲) ۲۱/۳۲ (۳/۷۴) $t=0/38, p=0/70$	گروه مداخله (n=۳۵) گروه شاهد (n=۳۵) <i>p</i> -value (Independent <i>t</i> -test)	جدایی طلبی (۱۰-۵۰)
$t=4/25, p<0/001$ $t=0/27, p=0/43$	۴/۲۷ (۲/۷۳) ۰/۱۶ (۲/۳۱) $t=1/41, p<0/05$	۱۳/۷۲ (۳/۲۱) ۹/۷۹ (۲/۶۴) $t=0/19, p<0/001$	۹/۴۵ (۲/۷۳) ۹/۶۲ (۲/۰۹) $t=0/19, p=0/70$	گروه مداخله (n=۳۵) گروه شاهد (n=۳۵) <i>p</i> -value (Independent <i>t</i> -test)	اندیشه قالبی (۴-۱۶)
$t=3/30, p<0/001$ $t=0/89, p=0/37$	۱/۹۵ (۳/۴۹) ۰/۱۱ (۲/۰۸) $t=3/27, p<0/05$	۱۰/۷۹ (۲/۴۱) ۹/۵۹ (۲/۱۶) $t=4/21, p<0/001$	۹/۲۳ (۲/۷۴) ۹/۵۲ (۲/۶۴) $t=0/73, p=0/46$	گروه مداخله (n=۳۵) گروه شاهد (n=۳۵) <i>p</i> -value (Independent <i>t</i> -test)	محدودیت قابل شدن (۴-۱۶)
$t=0/34, p<0/001$ $t=0/79, p=0/43$	۷/۴۰ (۵/۱۲) ۰/۶۷ (۳/۲۷) $t=2/69, p=0/001$	۲۶/۷۲ (۵/۲۳) ۱۹/۰۱ (۳/۰۵) $t=-4/54, p<0/001$	۱۹/۳۲ (۴/۶۷) ۱۸/۳۴ (۴/۲۳) $t=0/34, p=0/47$	گروه مداخله (n=۳۵) گروه شاهد (n=۳۵) <i>p</i> -value (Independent <i>t</i> -test)	نوع دوستی (۸-۳۲)
$t=3/54, p<0/001$ $t=0/79, p=0/43$	۲/۴۶ (۳/۵۹) ۰/۱۳ (۲/۴۱) $t=2/73, p<0/001$	۱۰/۷۸ (۳/۲۳) ۸/۶۵ (۲/۲۳) $t=4/25, p<0/001$	۸/۳۲ (۲/۵۳) ۸/۵۲ (۲/۴۱) $t=0/54, p=0/46$	گروه مداخله (n=۳۵) گروه شاهد (n=۳۵) <i>p</i> -value (Independent <i>t</i> -test)	پیش‌بینی بدبینانه (۴-۱۶)
$t=4/12, p<0/001$ $t=0/77, p=0/37$	۳/۶۲ (۳/۲۵) ۰/۷۱ (۳/۴۵) $t=1/46, p<0/001$	۱۲/۷۳ (۴/۱۱) ۹/۵۱ (۲/۳۷) $t=4/47, p<0/001$	۹/۱۱ (۳/۲۱) ۹/۴۳ (۳/۱۸) $t=0/48, p=0/31$	گروه مداخله (n=۳۵) گروه شاهد (n=۳۵) <i>p</i> -value (Independent <i>t</i> -test)	لکه ننگ بودن (۴-۱۶)
$t=4/23, p<0/001$ $t=0/94, p=0/35$	۱۲/۸۹ (۱۸/۱۸) ۱/۱۶ (۹/۳۲) $t=2/49, p<0/001$	۱۰/۵۴ (۱۴/۷۲) ۹/۱۶ (۷/۵۰) $t=4/22, p<0/001$	۹۲/۵۴ (۸/۵۱) ۹۰/۵۲ (۹/۴۳) $t=-0/43, p=0/54$	گروه مداخله (n=۳۵) گروه شاهد (n=۳۵) <i>p</i> -value (Independent <i>t</i> -test)	نمره کلی (۳۴-۱۷۰)

جدول ۶- تحلیل کوواریانس مربوط به نمره کلی نگرش نسبت به بیماری روانی

منبع	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورها	F	سطح معناداری	اندازه تأثیر	توان آزمون
پیش‌آزمون	۷۶/۶۷۸	۱	۷۶/۶۷۸	۲۲/۱۳	۰/۰۰۱	۰/۸۲	۰/۹۳
گروه	۵۴۳۱/۲۱۶	۱	۵۴۳۱/۲۱۶	۷۲/۴۳	۰/۰۰۱	۰/۸۴	۰/۹۶
میزان خطا	۶۴۲۲/۸۶۳	۶۳	۶۴۲۲/۸۶۳				
جمع	۵۷۴۶۵۸/۶۴۴	۷۰	۵۷۴۶۵۸/۶۴۴				

### بحث و نتیجه‌گیری

نتایج نشان داد که اکثر مراقبان خانوادگی در هر دو گروه مداخله و شاهد قبل از مداخله دارای نگرش منفی نسبت به بیماری روانی بوده‌اند. این یافته با مطالعه عاطف‌وحید و همکاران (۳۳)، توزنده‌جانی (۳۴)، قضاوی و همکاران (۳۵) و Sun و همکاران (۳۶) همسو است. مراقبت از بیماران مبتلا به اختلال روانی در خانه، فشار روانی زیادی بر خانواده تحمیل می‌کند. آن‌ها اغلب دانش کمی درباره ماهیت بیماری روانی دارند و آموزش اندکی از کادر مراقبتی برای مدیریت رفتار بیمارشان و سازگاری با آن دریافت می‌کنند. مسایل و مشکلات بیمار به طور شایعی منجر به بروز عوارض منفی در سلامت جسمی و روانی خانواده می‌شود. لذا، اعضای خانواده و افرادی که از بیمار مراقبت اصلی به عمل می‌آورند، باید اطلاعات بیشتری درباره بیماری داشته باشند و حمایت فزاینده‌ای برای کاهش استرسی که بر آن‌ها تحمیل می‌شود، دریافت کنند (۳۷).

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که پس از اجرای آموزش روانی، میانگین نمره کلی نگرش نسبت به بیماری روانی در گروه مداخله به صورت معناداری در مقایسه با گروه شاهد افزایش یافته است. به عبارت دیگر، آموزش

روانی می‌تواند از طریق آرایه اطلاعات واقعی در زمینه بیماری روانی و قابلیت درمان آن، موجب کاهش نگرش منفی در مراقبان خانوادگی شود که از این جهت با نتایج مطالعه Cam و Cuhadar همسو می‌باشد (۳۸). در واقع، آموزش روانی موجب پذیرش بیشتر بیمار مبتلا به اختلال روانی، در خانواده شده و با طبیعی جلوه دادن علایم، نشانه‌ها و رفتارهای غیرطبیعی بیمار (که نیاز به درمان دارد) موجب احساس درونی بهتر خانواده نسبت به بیمار و خود می‌شود. از طرفی مراقبان خانگی، با آگاهی از علل بیماری اختلال دوقطبی از طریق تصحیح تصورات قالبی، دست از سرزنش خود برداشته و با یادگیری نحوه صحیح برخورد با بیمار و توقعات به جا از وی، شرم درونی ناشی از این رفتارهای غیرطبیعی را کمتر احساس کرده و هیجانات منفی ابراز شده کمتری را نسبت به بیمار نشان می‌دهند (۱۶).

برون‌ریزی هیجانات ممکن است یک واکنش روانی از سوی مراقب و سایر اعضای خانواده نسبت به رفتارهای ناهنجار بیمار باشد. نتایج نشان داده است که ابراز زیاد هیجانات و احساسات، فضای آرام خانواده را متشنج می‌کند و نه تنها برای بیمار بلکه برای سایر اعضای خانواده نیز مضر است. این

هیجان‌ها باعث بیش‌تر شدن فشار روانی در تک تک اعضای خانواده شده و خطر ابتلای آنان را به مشکلات جسمانی و روانی به ۲ تا ۳ برابر افزایش می‌دهد (۳۹). از این رو شناخت هیجان‌ها شدید و کنترل آن‌ها نقش بسیار زیادی در سلامت روانی بیمار و کل خانواده دارد. از عوارض مهم بیرون‌ریزی شدید احساسات و هیجان‌ها، عود بیماری روانی است که خود معضلات فراوانی را برای بیمار و خانواده به همراه دارد (۴۰).

طبق نتایج مطالعه حاضر، آموزش روانی بر ابعاد جدایی‌طلبی، اندیشه قالبی، محدودیت قایل شدن، نوع دوستی، پیش‌بینی بدبینانه و لکه ننگ بودن مؤثر بوده است. این موضوع با نتایج مطالعه George و همکاران مبنی بر این که آموزش روانی موجب بهبود آگاهی و نگرش و کاهش بار روانی مراقبان بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی شده است، همسو می‌باشد (۴۱). همچنین Martinez-Zambrano و همکاران نیز در مطالعه خود نشان دادند، دانش در زمینه بیماری روانی، منجر به درک بهتر بیماران در دانش‌آموزان شده است (۴۲). همچنین نتایج مطالعه شریف و همکاران، فلاحی خشک‌ناب و همکاران و واقعی و همکاران مبنی بر این که آموزش روانی موجب کاهش بار روانی و لکه ننگ در خانواده بیماران مبتلا به اختلال روانی و کاهش شدت علایم بیماران می‌شود، نیز تأییدکننده نتایج مطالعه حاضر است (۴۳، ۴۴). در واقع حضور در جمعیتی که دارای انگ مشابه هستند، موجب می‌شود تا فرد احساس کند توسط سایر اعضای گروه درک شده و مثل افراد عادی مورد پذیرش واقع

شده است. اجرای آموزش روانی به صورت بحث گروهی و پرسش و پاسخ بین مراقبان خانگی بیماران مبتلا به اختلال روانی این شرایط را فراهم آورده و با ایجاد تعامل و ارتباط بین اعضای شرکت‌کننده، محیطی امن و همراه با پذیرش ایجاد می‌کند تا فرد احساس حقارت کم‌تری کند. همچنین آموزش روانی می‌تواند با آرایه اطلاعات واقعی در زمینه علل، علایم و درمان بیماری روانی، تصورات قالبی را - که جزو شناختی نگرش‌های منفی نسبت به گروه اجتماعی می‌باشد- (۴۵) با تصحیح باورهای اشتباه خانواده‌ها در مورد بیماری روانی و عقاید مبنی بر ماهیت خطرناک و غیرقابل درمان بودن این بیماران، تغییر دهد.

نتایج این مطالعه نشانگر آن است که آموزش روانی می‌تواند بر دیدگاه مراقبان خانوادگی بیماران مبتلا به اختلالات روانی در مورد بیماری روانی تأثیر بگذارد و آن‌ها را در شناخت بهتر بیمارشان کمک نماید. علی‌رغم یافته‌های معتبر (۲۳، ۲۲، ۳۷، ۳۹، ۴۳ و ۴۴) در زمینه تأثیر آموزش روانی بر تغییر نگرش مراقبان نسبت به بیماری روانی، چنین مداخلات حمایتی در بالین بسیار کم‌رنگ است. مداخلات حمایتی از خانواده‌ها یک عامل حیاتی برای بهبود بیمار روانی است و باید چنین برنامه‌های آموزشی به صورت منظم و رایج در دسترس خانواده‌ها قرار داشته باشد. ایجاد و گسترش یک شبکه حمایتی برای بیماران و خانواده‌های آن‌ها می‌تواند موجب کاهش انزوا و فشار روانی بر خانواده‌ها گردد. فضای خانوادگی مثبت موجب بهبودی هرچه سریع‌تر بیماری و عدم عود آن می‌شود. لذا چنین برنامه‌های

انجام گیرد. همچنین پیشنهاد می‌شود تا تحقیقی در زمینه اثربخشی آموزش روان‌شناختی بر نگرش خانواده نسبت به اختلالات روانی با پیگیری طولانی‌تر انجام گیرد.

### تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی مصوب مرکز تحقیقات روان‌پزشکی و علوم رفتاری معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تبریز می‌باشد. لذا بدین‌وسیله از همکاری و حمایت‌های ارزنده آن مرکز و معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تبریز تقدیر و تشکر می‌شود. به علاوه از همکاری ریاست محترم بیمارستان رازی، سوپروایزر محترم آموزشی و تمامی خانواده‌هایی که در این مطالعه همکاری کردند، تقدیر و تشکر به عمل می‌آید.

آموزشی می‌تواند با تغییر در نگرش خانواده‌ها و مراقبان بیمار، حمایت آن‌ها را از بیماران افزایش داده و تأثیر به‌سزایی در روند درمانی بیماران داشته باشد. استفاده از روش‌های آموزشی مناسب برای مراقبان خانوادگی بیماران بستری در مراکز روان‌پزشکی می‌تواند در بالا بردن سطح آگاهی آنان مؤثر باشد.

محدودیت‌های پژوهش این است که تحقیق در فاصله زمانی کوتاه‌مدت اجرا شده، مرحله پیگیری نداشته است و در مورد ماندگاری اثر درمان، اطلاعاتی در دست نیست. از دیگر محدودیت‌های مطالعه حاضر، بررسی مراقبان خانوادگی بیماران مبتلا به یک نوع بیماری روانی بود. پیشنهاد می‌شود مطالعه‌ای با عنوان اثربخشی آموزش روانی مراقبان خانگی در نمونه‌ای با انواع اختلالات روانی

### منابع

- 1 - Bauer M, Pfennig A. Epidemiology of bipolar disorders. *Epilepsia*. 2005; 46 Suppl 4: 8-13.
- 2 - Merikangas KR, Akiskal HS, Angst J, Greenberg PE, Hirschfeld RM, Petukhova M, et al. Lifetime and 12-month prevalence of bipolar spectrum disorder in the National Comorbidity Survey replication. *Arch Gen Psychiatry*. 2007 May; 64(5): 543-52.
- 3 - Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2011.
- 4 - Bull A. Screening for bipolar disorder in primary care. *JNP*. 2010 Jan; 6(1): 65-66.
- 5 - Stang P, Frank C, Yood MU, Wells K, Burch S. Impact of bipolar disorder: results from a screening study. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*. 2007; 9(1): 42-47.
- 6 - Stuart GW. Principles and practice of psychiatric nursing. 10th ed. St. Louis: Elsevier; 2012.
- 7 - Evagelou H, Adali E, Koukia E, Katostaras F, Priami M, Toulia G. The influence of education of nursing students on the formation of attitudes toward psychiatric illness. *ICUS Nursing Web Journal*. 2005; 23: 1-8.
- 8 - Schomerus G, Schwahn C, Holzinger A, Corrigan PW, Grabe HJ, Carta MG, et al. Evolution of public attitudes about mental illness: a systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2012; 125(6): 440-52.
- 9 - Watson AC, Corrigan P, Larson JE, Sells M. Self-stigma in people with mental illness. *Schizophr Bull*. 2007 Nov; 33(6): 1312-1318.
- 10 - Carr A. Family therapy: concepts, process and practice. 3rd ed. Chichester: John Wiley & Sons; 2012.

- 11 - Moses T. Being treated differently: stigma experiences with family, peers, and school staff among adolescents with mental health disorders. *Soc Sci Med*. 2010 Apr; 70(7): 985-93.
- 12 - Perlick DA, Miklowitz DJ, Lopez N, Chou J, Kalvin C, Adzhiashvili V, et al. Family-focused treatment for caregivers of patients with bipolar disorder. *Bipolar Disord*. 2010 Sep; 12(6): 627-37.
- 13 - Melissa Ch, Marvaki Ch, Gourni M, Tsalkanis A, Pilatis N, Argyriou G, et al. People's attitudes towards patients with mental illness in Greece. *ICUS Nursing Web Journal*. 2006; 27: 1-12.
- 14 - Fontaine KL. *Mental health nursing*. 6th ed. New Jersey: Prentice Hall; 2009.
- 15 - Hofmann SG, Tompson MC. *Treating chronic and severe mental disorders: a handbook of empirically supported interventions*. New York: Guilford Press; 2002.
- 16 - Bhattacharjee D, Rai AK, Singh NK, Kumar P, Munda SK, Das B. Psychoeducation: a measure to strengthen psychiatric treatment. *Delhi Psychiatry Journal*. 2011; 14(1): 33-39.
- 17 - Chan SW. Global perspective of burden of family caregivers for persons with schizophrenia. *Arch Psychiatr Nurs*. 2011 Oct; 25(5): 339-49.
- 18 - Wahl O, Aroesty-Cohen E. Attitudes of mental health professionals about mental illness: a review of the recent literature. *Journal of Community Psychology*. 2010 Jan; 38(1): 49-62.
- 19 - Chambers M, Guise V, Valimaki M, Botelho MA, Scott A, Staniuliene V, et al. Nurses' attitudes to mental illness: a comparison of a sample of nurses from five European countries. *Int J Nurs Stud*. 2010 Mar; 47(3): 350-62.
- 20 - Ten Have M, de Graaf R, Ormel J, Vilagut G, Kovess V, Alonso J. Are attitudes towards mental health help-seeking associated with service use? Results from the European Study of Epidemiology of Mental Disorders. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2010 Feb; 45(2): 153-63.
- 21 - Link BG, Struening EL, Neese-Todd S, Asmussen S, Phelan JC. Stigma as a barrier to recovery: The consequences of stigma for the self-esteem of people with mental illnesses. *Psychiatr Serv*. 2001 Dec; 52(12): 1621-6.
- 22 - Namdar H, Arshadi M, Ebrahimi H, Sahebihagh MH. [Nursing students' attitude toward mental illnesses]. *Iranian Journal of Nursing Research*. 2008; 3(10,11): 15-21. (Persian)
- 23 - Cohen J, Struening EL. Opinions about mental illness in the personnel of two large mental hospitals. *J Abnorm Soc Psychol*. 1962 May; 64: 349-60.
- 24 - Corrigan PW, Edwards AB, Green A, Diwan SL, Penn DL. Prejudice, social distance, and familiarity with mental illness. *Schizophrenia Bulletin*. 2001; 27(2): 219-25.
- 25 - Chung KF, Chen EY, Liu CS. University students' attitudes towards mental patients and psychiatric treatment. *Int J Soc Psychiatry*. 2001 Jun; 47(2): 63-72.
- 26 - Mahto RK, Verma PK, Verma AN, Singh AR, Chaudhury S, Shantna K. Students' perception about mental illness. *Ind Psychiatry J*. 2009 Jul-Dec; 18(2): 92-96.
- 27 - Mehta N, Kassam A, Leese M, Butler G, Thornicroft G. Public attitudes towards people with mental illness in England and Scotland, 1994-2003. *Br J Psychiatry*. 2009 Mar; 194(3): 278-84.
- 28 - Kazantzis N, Wakefield A, Deane FP, Ronan K, Johnson M. Public attitudes toward people with mental illness in New Zealand, 1995-1996. *The Australian Journal of Rehabilitation Counselling*. 2009; 15(2): 74-91.
- 29 - Kingdon D, Sharma T, Hart D. What attitudes do psychiatrists hold towards people with mental illness?. *Psychiatric Bulletin*. 2004; 28(11): 401-6.
- 30 - Shimazu K, Shimodera S, Mino Y, Nishida A, Kamimura N, Sawada K, et al. Family psychoeducation for major depression: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*. 2011 May; 198(5): 385-90.

- 31 - Sharif F, Shaygan M, Mani A. Effect of a psycho-educational intervention for family members on caregiver burdens and psychiatric symptoms in patients with schizophrenia in Shiraz, Iran. *BMC Psychiatry*. 2012; 12: 48.
- 32 - Lucksted A, McFarlane W, Downing D, Dixon L. Recent developments in family psychoeducation as an evidence-based practice. *J Marital Fam Ther*. 2012 Jan; 38(1): 101-21.
- 33 - Atef-Vahid MK, Bolhari J, Ehsanmanesh M, Karimi I. [Psychiatric problems and attitude toward them in the 6th district of Tehran: a cross-sectional study]. *Social Welfare Quarterly*. 2011; 11(43): 239-56. (Persian)
- 34 - Toozandehjani H. [The investigation of relative efficacy of family training and life skills on the protection of chronic mental disorders in family]. *Journal of Isfahan Medical School*. 2011; 28(121): 1587-1597. (Persian)
- 35 - Ghazavi Z, Dehkhoda F, Yazdani M. The effect of group psycho-educational program on quality of life in families of patients with mood disorders. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2014 Jan-Feb; 19(1): 50-55.
- 36 - Sun B, Fan N, Nie S, Zhang M, Huang X, He H, et al. Attitudes towards people with mental illness among psychiatrists, psychiatric nurses, involved family members and the general population in a large city in Guangzhou, China. *Int J Ment Health Syst*. 2014 Jul 3; 8: 26.
- 37 - Girma E, Moller-Leimkuhler AM, Dehning S, Mueller N, Tesfaye M, Froeschl G. Self-stigma among caregivers of people with mental illness: toward caregivers' empowerment. *J Multidiscip Healthc*. 2014; 7: 37-43.
- 38 - Cuhadar D, Cam MO. Effectiveness of psychoeducation in reducing internalized stigmatization in patients with bipolar disorder. *Arch Psychiatr Nurs*. 2014 Feb; 28(1): 62-6.
- 39 - Carra G, Cazzullo CL, Clerici M. The association between expressed emotion, illness severity and subjective burden of care in relatives of patients with schizophrenia. Findings from an Italian population. *BMC Psychiatry*. 2012; 12: 140.
- 40 - McCann TV, Songprakun W, Stephenson J. Effectiveness of guided self-help in decreasing expressed emotion in family caregivers of people diagnosed with depression in Thailand: a randomised controlled trial. *BMC Psychiatry*. 2015 Oct 21; 15: 258.
- 41 - George LS, Sharma P, Nair S. Effect of psycho-education on knowledge, attitude and burden among caregivers of persons with bipolar disorder-randomized controlled trial. *International Journal of Advanced Research*. 2015; 3(7): 199-208.
- 42 - Martinez-Zambrano F, Garcia-Morales E, Garcia-Franco M, Miguel J, Villellas R, Pascual G, et al. Intervention for reducing stigma: assessing the influence of gender and knowledge. *World J Psychiatry*. 2013 Jun 22; 3(2): 18-24.
- 43 - Fallahi Khoshknab M, Sheikhona M, Rahgouy A, Rahgozar M, Sodagari F. The effects of group psychoeducational programme on family burden in caregivers of Iranian patients with schizophrenia. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2014 Jun; 21(5): 438-46.
- 44 - Vaghee S, Salarhaji A, Asgharipour N, Chamanzari H. [Effects of psychoeducation on stigma in family caregivers of patients with schizophrenia: a clinical trial]. *Evidence Based Care Journal*. 2015; 5(16): 63-76. (Persian)
- 45 - Candini V, Buizza C, Ferrari C, Caldera MT, Ermentini R, Ghilardi A, et al. Is structured group psychoeducation for bipolar patients effective in ordinary mental health services? a controlled trial in Italy. *J Affect Disord*. 2013 Oct; 151(1): 149-55.

# The effect of group psychoeducational program on attitude toward mental illness in family caregivers of patients with bipolar disorder

Farnaz Rahmani\* (MSc.) - Hossein Ebrahimi\*\* (Ph.D) - Fatemeh Ranjbar\* (MD) - Elnaz Asghari\*\*\* (MSc.).

## Abstract

Article type:  
Original Article

Received: Aug. 2015  
Accepted: Dec. 2015

**Background & Aim:** Studies have shown that family caregivers' attitude toward mental illness affects their caring to mental patients and may reduce the quality of caring to them. This study aimed to determine the effect of group psychoeducation on attitude toward mental illness in the family caregivers of patients with bipolar disorder.

**Methods & Materials:** In this randomized clinical trial study conducted in 2015, 74 family caregivers of the patients with bipolar disorder who had been hospitalized in the psychiatric wards of Razi hospital in Tabriz were selected by random sampling method. Then, they were randomly assigned into the experimental and control groups. The families of experimental group participated in 8 continuous 90-minute 2 times a week psychoeducational sessions. Family caregivers' attitude toward mental illness was measured using the questionnaire of Opinion about Mental Illnesses (OMI) before and after intervention. Data analysis was conducted using descriptive statistics, Chi-square test, independent t-test, paired t-test and ANCOVA on SPSS software version 13.

**Results:** The results revealed that there was no significant difference in mean score of attitude toward mental illness between the experimental group and the control group before intervention ( $92.54 \pm 8.51$  vs.  $90.52 \pm 9.43$ ,  $P > 0.05$ ). But the mean score of family caregivers' posttest in the experimental group significantly increased compared to the control group ( $105.43 \pm 14.72$  vs.  $90.52 \pm 7.50$ ,  $P < 0.05$ ).

**Conclusion:** The study results demonstrate that psychoeducational program improves family caregivers' attitude toward mental illness. Training methods such as group psychoeducation can be effective in promoting positive attitude in the families of patients with psychiatric disorder.

Corresponding author:  
Elnaz Asghari  
e-mail:  
asghari.elnaz@gmail.  
com

**Key words:** attitude, bipolar disorder, family caregiver, education

### Please cite this article as:

- Rahmani F, Ebrahimi H, Ranjbar F, Asghari E. [The effect of group psychoeducational program on attitude toward mental illness in family caregivers of patients with bipolar disorder]. Hayat, Journal of School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences. 2015; 21(4): 65-79. (Persian)

\* Research Center of Psychiatry and Behavioral Sciences, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

\*\* Dep. of Psychiatric Nursing, School of Nursing and Midwifery, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

\*\*\* Student Research Committee, Ph.D Student in Nursing, School of Nursing and Midwifery, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran