

تأثیر اجرای الگوی توانمندسازی خانواده محور بر افسردگی بیماران دارای اختلال افسردگی اساسی

رضا ضیغمی^۱، حسین جاودانی^۲، محمود علیپور حیدری^۳، احسان قدمی^۴

تاریخ دریافت ۱۳۹۸/۰۲/۱۸ تاریخ پذیرش ۱۳۹۸/۰۵/۲۸

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: افسردگی چهارمین بیماری شایع و تا سال ۲۰۲۰ به دومین بیماری شایع جهان تبدیل شود. این بیماری با اختلال در شغل، تحصیل، روابط بین فردی، خانوادگی و حتی خودکشی تا حد قابل توجهی بر کیفیت زندگی تأثیر می‌گذارد. این مطالعه با هدف تعیین تأثیر اجرای الگوی توانمندسازی خانواده محور بر شدت افسردگی بیماران دارای اختلال افسردگی اساسی انجام شد.

مواد و روش‌ها: این کارآزمایی بالینی تصادفی بر روی ۷۰ بیمار مبتلا به اختلال افسردگی اساسی بستری در مراکز آموزشی درمانی دانشگاهی شهر قزوین در سال ۱۳۹۶ که به صورت تصادفی در دو گروه تخصیص داده شدند، انجام گردید. در گروه مداخله علاوه بر دریافت درمان دارویی، تحت آموزش الگوی توانمندسازی خانواده محور قرار گرفتند. قبل از شروع کارآزمایی شدت افسردگی بیماران با استفاده از پرسشنامه افسردگی بک ارزیابی و پس از ۶ ماه پیگیری، شدت بیماری در هر دو گروه ارزیابی و با استفاده از آزمون‌های تی مستقل و آنالیز واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر با استفاده از نرم‌افزار spss 24 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: میانگین شدت افسردگی قبل از مداخله در گروه کنترل ۶۰/۰۶ + ۵۴/۵۴ و در گروه آزمون ۷۱/۱۳ + ۶۲/۳۴ بود که بین دو گروه تفاوت معنی‌داری وجود نداشت. میانگین شدت افسردگی بیماران در ماه ششم در گروه کنترل ۱۲/۱۷ + ۴۰/۷۴ و در گروه آزمون ۱/۵۴ + ۲۲/۹۳ بود که تفاوت آماری معنی‌داری بین دو گروه وجود داشت. همچنین آزمون آنالیز واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر تفاوت آماری معناداری را از نظر میانگین شدت افسردگی بعد از مداخله بین دو گروه کنترل و آزمون نشان می‌دهد.

بحث و نتیجه‌گیری: توانمندسازی خانواده‌محور علاوه بر درمان‌های دارویی می‌تواند در درمان شدت افسردگی بیماران مؤثر باشد. بنابراین توصیه می‌شود در بخش‌های روان‌پزشکی علاوه بر درمان‌های دارویی، توانمندسازی روی خانواده بیماران صورت گیرد.

کلید واژه‌ها: افسردگی اساسی، توانمندسازی خانواده محور، عود

مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره هفدهم، شماره هفتم، پی‌درپی ۱۲۰، مهر ۱۳۹۸، ص ۵۴۵-۵۳۵

آدرس مکاتبه: قزوین دانشکده پرستاری و مامایی، تلفن: ۳۳۳۳۸۰۳۴

Email: e.ghadami211@gmail.com

مقدمه

افسردگی چهارمین بیماری شایع جهان بوده تا سال ۲۰۲۰ به دومین عامل ناتوانی در جهان تبدیل خواهد شد. در حال حاضر ۴۵۰ میلیون نفر در جهان به اختلالات روانی-عصبی مبتلا هستند که ۱۲۱ میلیون نفر آن‌ها دچار افسردگی می‌باشند (۲). در مطالعه قاسمی و همکاران شیوع کلی اختلالات روانی در ایران را ۱۹/۹۴ درصد و افسردگی را شایع‌ترین اختلال روان‌پزشکی در کشور اعلام شده است (۳). بر اساس آمار سال ۱۳۹۴ در ایران تنها ۱۰ هزار

اختلالات روانی از عوامل مهم مختل‌کننده سلامتی شناخته شده‌اند. در بین اختلالات روانی، اختلالات خلقی و بویژه افسردگی، به جهت پیامدهای نامطلوب فردی، خانوادگی و اجتماعی از قبیل خودکشی، طلاق، افت شدید عملکرد فردی و اجتماعی و بار بیماری بیشتر مورد توجه قرار گرفته‌اند (۱).

^۱ استادیار روان‌پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران

^۲ استادیار روان‌پزشکی، پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران

^۳ استادیار پزشکی اجتماعی، پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران

^۴ کارشناس ارشد روان‌پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران (نویسنده مسئول)

بهداشتی و سلامتی فائق آیند؛ چراکه بدون ارتقای توانمندی‌ها، آن‌ها قادر به غلبه بر موانع نخواهند بود (۱۶).

مفهوم توانمندسازی از سال ۱۳۸۳ در مراقبت از بیماران مزمن بکار رفته (۱۴) و الگوی توانمندسازی خانواده محور یک الگوی ایرانی است که الحانی (۱۵) برای پیشگیری از کم خونی فقر آهن در دختران نوجوان ارائه داده است (۱۶) و تاکنون برای ارتقای کیفیت زندگی بیماران مزمن از قبیل تالاسمی (۱۷)، دیابت (۱۸)، آسم (۱۹)، بیماران تحت عمل بای‌پس (۲۰) اجرا شده است ولی تا کنون در بیماری‌های روانی به درستی بررسی نشده است. بسیاری از صاحب‌نظران معتقدند که، توانمندی فرآیندی پویا، مثبت تعاملی و اجتماعی و فرآیندی است که در ارتباط با دیگران شکل گرفته و به بهبود کیفیت زندگی افراد مبتلا به بیماری مزمن، مسئولیت پذیری، تعامل بهتر با مسئولان بهداشتی، رضایت، پاسخ بهتر به درمان، پیشگیری از عوارض، کاهش هزینه‌های درمانی و نگاه مثبت به بیماری منجر می‌شود. حرفه پرستاری در سال‌های اخیر بر آن بوده تا اساس ارائه مراقبت‌های پرستاری را بر یافته‌های پژوهش‌های شواهد مدار بنا کند و استفاده از الگوهای پرستاری یکی از گام‌های مهم و اساسی برای رسیدن به این هدف است (۲۰)

بنا به موارد بیان شده و اهمیت موضوع از جنبه‌های مختلف و با توجه به اینکه مطالعه‌ای در زمینه تأثیر توانمندسازی خانواده محور بر شدت علائم بیماری بیماران افسرده انجام نشده است پژوهشگر بر آن شد تا تأثیر توانمندسازی خانواده محور بر شدت علائم بیماران افسرده اساسی را تعیین نماید.

مواد و روش کار

این پژوهش یک کارآزمایی بالینی با کد IR.QUMS.REC.1395.168 از نوع پیش آزمون، پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری را کلیه بیماران افسرده در بخش‌های روانپزشکی تنها مرکز آموزشی و درمانی شهر قزوین در سال ۱۳۹۶ تشکیل می‌دادند. با استفاده از فرمول $n = \frac{2(z_{1-\alpha} + z_{1-\beta})^2 \sigma^2}{(\mu_1 - \mu_2)^2}$ و در نظر گرفتن ۱۰ درصد ریزش نمونه ۷۰ نفر بعنوان نمونه پژوهش به صورت تصادفی در ۲ گروه ۳۵ نفره کنترل و آزمون از بین بیماران افسرده اساسی به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند.

معیارهای ورود عبارت بودند از: داشتن ملاک‌های تشخیصی افسردگی اساسی بر اساس تشخیص بر اساس معیارهای DSM V و مصاحبه بالینی توسط روانپزشک و روانشناس بالینی پرونده بیمار، داوطلب بودن جهت شرکت در مطالعه، داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن و داشتن حداقل سن ۱۶ سال به بالا، نداشتن

تحت بستری جهت این بیماران وجود داشته است (Error! Reference source not found). این بیماران به علت عود مجدد همواره ۵۰ درصد تخت‌های بیمارستان‌های روانی را اشغال می‌کنند و هزینه هنگفت و فرآیند ای را بر سامانه بهداشت روانی وارد می‌کنند (۵).

اگر چه، دارودرمانی از درمان‌های تثبیت شده در درمان افسردگی اساسی به شمار می‌رود، اما نتایج درمان، به عوامل جنبی دیگری نیز وابسته است (۶). در یک مطالعه فراتحلیل مبنی بر مقایسه درمان شناختی-رفتاری با درمان‌های دیگر، نتایج نشان داد، مزیت دارودرمانی به هزینه کمتر و سرعت پاسخ به درمان و اثربخشی سریعتر آن روی علائم جسمانی و خلقی می‌باشد (۷).

با وجود اینکه دارو درمانی یکی از شیوه‌های رایج در درمان اختلال‌های عاطفی به خصوص افسردگی است اما عوارض جانبی نامطلوب این دارو‌ها کاربرد آنها را در بسیاری از موقعیت‌ها محدود می‌کند. هم چنین نرخ بالای عود نشانه‌های افسردگی در بیماران پس از قطع دارو وجود دارد (۸). بر این اساس توانمندسازی فردی در درمان افسردگی متمرکز بر اصلاح رفتار و پردازشگری اطلاعات افسردگی را می‌باشد (۹). شناخت و نگرش فرد، از عوامل و ریشه‌های اصلی آشفتگی‌های روانی است و درمان آن هم با تغییر این نگرش‌ها و بکارگیری شیوه‌های اصلاح رفتار میسر می‌گردد (۱۰).

اخیراً به دلیل کمبود بودجه، منابع اندک، از خانواده بیماران روانی خواسته شد تا مسئولیت کمک‌های عملی و حمایت‌های عاطفی این بیماران را بر عهده گیرند. شواهد نشان می‌دهد که مراقبان خانوادگی، اطلاعات و منابع محدودی در دسترس دارند. مراقبان خانوادگی در پاسخ به علائم و نشانه‌های اختلال روانی و مراقبت پیگیر و مستمر از بیمار روانی در خانه، علاوه بر گرفتار شدن در دام غم و اندوه، خشم و عصبانیت، یأس و ناامیدی، تنش‌ها و فشارهای ارتباطی زیادی را نیز تجربه و ابراز می‌کنند (۱۱). مراقبت خانواده محور روشی است که از طریق مشارکت‌های مفید دو طرفه بین مراقبت‌کنندگان، بیماران و خانواده‌ها کنترل می‌شود (۱۲). در این نوع بیماری‌ها اعضای خانواده بیماران نیز تحت تأثیر قرار می‌گیرند (۱۴) (۱۳).

اجرای یک برنامه توانمندسازی باهدف افزایش دانش، انگیزه، عزت‌نفس و خودکار آمدی که به خودکنترلی رفتاری و اتخاذ رفتارهای پیشگیرانه منجر می‌شود، به منظور ارتقای بهداشت و بهبود کیفیت زندگی لازم به نظر می‌رسد (۱۵). هدف مداخلات در مراقبت خانواده محور، ارتقای توانایی‌های بیمار و اعضای خانواده در حیطه‌های معینی می‌باشد که به موانع موجود در زمینه‌های

سایر اختلالات روانی همراه با بیماری افسردگی، نبود وابستگی به مواد مخدر، نداشتن ضایعات عضوی و نارسایی‌های شناختی همچون دمانس و عقب ماندگی ذهنی و معیارهای خروج شامل عدم همکاری بیماران در مراحل اجرای طرح بود. پس از انتخاب نمونه پژوهش، گروه آزمون، در قالب گروه‌های ۸-۶ نفره ۸ جلسه ۱/۵ ساعته دو بار در هفته توسط پژوهشگر نخست و زیر نظر اساتید راهنما و مشاور تحت مداخله قرار گرفتند.

ابزار مورد استفاده در این پژوهش سه پرسشنامه اطلاعات شخصی بیمار و فرد مراقب در خانواده و پرسشنامه بک (ویرایش دوم) بود. پرسشنامه اطلاعات شخصی، شامل سن، جنس، تحصیلات، شغل، وضعیت تأهل، داشتن سابقه افسردگی، طول مدت افسردگی قبلی و فاصله آن با افسردگی فعلی و پرسشنامه اطلاعات شخصی فرد مراقب در خانواده، شامل سن، جنس، تحصیلات، شغل، وضعیت تأهل، نسبت با بیمار بود.

پرسشنامه بک^۱ برای سنجش شدت بیماری افسردگی، شامل ۲۱ سؤال می‌باشد و برای هر سؤال از صفر تا ۳ نمره در نظر گرفته می‌شود. میزان افسردگی در این تست بر اساس کل نمره آزمون بیمار (۰-۱۰۰ نمرال، ۱۱-۱۶ افسردگی خفیف، ۱۷-۲۰ نیاز به مشورت با روانپزشک، ۲۱-۳۰ به نسبت افسرده و ۳۱-۴۰ افسردگی شدید و بالاتر از آن افسردگی بسیار شدید) تخمین زده می‌شود (۲۳). قاسم زاده و همکاران به نقل از قهاری (۱۳۸۵) ضریب آلفای کرونباخ آزمون بک را روی ۱۲۵ دانشجو برابر با ۰/۷۸ و ضریب باز آزمایی را با فاصله دو هفته ۰/۷۳ گزارش کرده‌اند (۲۴).

الگوی توانمندسازی خانواده محور در طی ۸ جلسه به صورت بحث گروهی و فردی اجرا شد. مراحل چهار گانه الگو به ترتیب طراحی و اجرا شد گام اول -تهدید درک شده- شامل دو مفهوم شدت درک شده و حساسیت درک شده می‌باشد. شدت درک شده یعنی فرد خطرات و عوارض بیماری را بشناسد و نسبت به آن احساس خطر کند. حساسیت درک شده یعنی فرد موقعیت خود را درک کرده و تعریف صحیحی از سلامت داشته باشد. در قالب چهار جلسه در زمینه مشکلات بیماران و افزایش آگاهی آنان در زمینه‌های بیماری، عوارض و عواقب، درمان، مصرف داروها، علائم بیماری (ارتباط صحیح، احساس غمگینی، امیدواری، افکار خود کشی، انرژی، خواب و فعالیت، میل جنسی) و شناخت آن‌ها و اینکه هر کدام از این علائم در روند درمان مهم هستند بحث و گفتگو شد و پمفلت‌ها و کتابچه‌های آموزشی را در اختیار شرکت‌کنندگان قرار گرفت اجرای مرحله دوم (ارتقای خود کارآمدی) مشکلات و مسائل شرکت‌کنندگان که در مراحل قبلی آشکار شده بودند و یا ابهامات

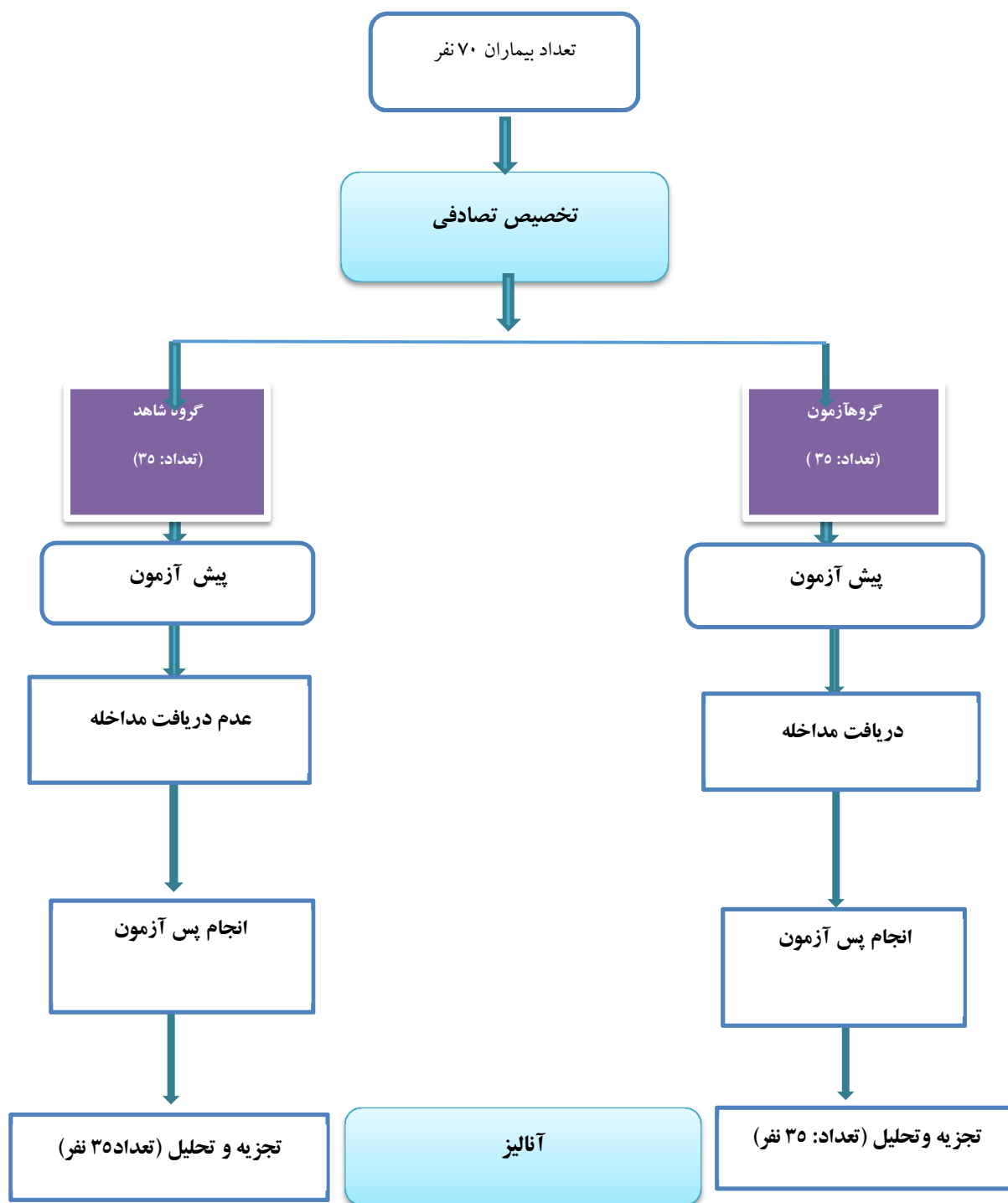
آموزشی در این مرحله مشکل‌گشایی طبق الگو انجام شد و مهارت‌های عملی به بیماران آموخته شد. مددجویان با احساس اینکه من می‌توانم در بهبود وضعیتم نقش داشته باشم در برنامه مراقبتی مشارکت فعال داشته و راجع به مشکلاتشان بحث می‌کردند. در ضمن مددجویان آموزش‌ها و مهارت‌های عملی آموخته‌شده را به صورت عملی در هنگام مواجهه با آن وضعیت برای پژوهشگر بازگو می‌کردند تا در آموزش‌های عملی دریافت شده و حل مسئله مهارت پیدا کنند. از بیماران خواسته شد وضعیت خود را از نظر سلامت و علائم برای خانواده‌ها دائماً بازگو کنند. در آخر این مرحله سؤالات آنان پاسخ داده شد. و برای گام سوم (مشارکت آموزشی) از بیماران خواسته شد که طی جلسه‌هایی اطلاعات فراگرفته شده را به منظور مشارکت خانواده در مراقبت به عضو فعال خانواده در زمینه مراقبت از بیمار آموزش دهد. در این مرحله همچنین کتابچه‌ها و پمفلت‌های آموزشی از قبیل آموزش‌های ارائه‌شده توسط شرکت‌کنندگان در اختیار سایر اعضای خانواده قرار می‌گرفت. افزایش عزت‌نفس و خودکنترلی از طریق مشارکت آموزشی به صورت انتقال مطالب آموزشی در جلسات بحث گروهی از بیمار به عضو فعال خانواده تقویت می‌شد. گام چهارم، ارزشیابی شامل ارزشیابی فرآیند (در هر جلسه از جلسه قبل با مطرح کردن سؤالی صورت می‌گرفت) و ارزشیابی نهایی تأثیر الگو بر شدت افسردگی ۶ ماه بعد از اجرای الگو بود.

قابل ذکر است بر روی گروه کنترل هیچ مداخله‌ای انجام نگرفت و بعد از انجام پژوهش و تأثیر مثبت روش توانمندسازی خانواده آموزش‌های لازم در اختیار این گروه نیز قرار گرفت. در طی مدت مطالعه از طریق تماس تلفنی به صورت دوره‌ای یا ملاقات حضوری با خانواده بیمار پیگیری‌های لازم جهت رفع ابهامات موجود صورت گرفت. ملاحظات اخلاقی مورد نظر قرار گرفته: کسب معرفی‌نامه از دانشگاه و ارائه آن به مراکز محل تحقیق. معرفی خود به مددجو و توضیح مراحل و هدف از تحقیق. توضیح به مددجو مبنی بر اینکه در ادامه همکاری در هر مرحله از تحقیق مخیر است. محرمانه بودن کلیه اطلاعات کسب‌شده از مددجو و اطمینان خاطر وی. توقف کار، بر روی هر نمونه در صورت انصراف مددجو. ارائه نتیجه تحقیق به مراکز محل تحقیق در صورت درخواست آنان. کسب اطمینان از عدم تأثیر سوء مداخله بر وضعیت درمانی بیماران بود.

روش آماری مورد استفاده در مقایسه نتایج بین دو گروه مورد مطالعه جهت کنترل روی متغیرهای پایه (baseline) بر حسب نوع متغیر، از مدل‌های رگرسیونی استفاده شد. برای آنالیز داده‌ها

¹ Beck

از نرم افزار SPSS 20 استفاده شده و نیز مقدار $p\text{-value} < 0.05$ از نظر آماری معنی دار تلقی شد.



نمودار کونسورت روند اجرای مطالعه

این پژوهش بر روی ۷۰ بیمار افسرده اساسی انجام شد میانگین سنی گروه کنترل ۳۹/۰۶ و میانگین سنی گروه آزمون

یافته‌ها

۳۸/۹ و دو گروه از نظر اطلاعات زمینه‌ای یکسان‌سازی شده بودند و تفاوت آماری معنی‌داری بین دو گروه وجود نداشت. میانگین سنی مراقبان بیماران گروه آزمون ۴۰/۹۷ با انحراف معیار ۱۱/۹ با دامنه (۲۱-۶۶) سال و میانگین سنی گروه کنترل ۴۱/۴۶ با انحراف معیار ۸/۷۶ با دامنه (۲۶-۶۴) سال بود که با استفاده از آزمون تی مستقل تفاوت آماری معنی‌داری بین دو گروه وجود نداشت ($p=0/847$).

جدول (۱): مقایسه متغیرهای زمینه‌ای در دو گروه مراقبان و بیماران بستری در بخش‌های روان‌پزشکی مراکز آموزشی و درمانی شهر قزوین

متغیر	بیمار		آزمون آماری	مراقب بیمار	
	مداخله	کنترل		مداخله	کنترل
	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)		تعداد (درصد)	تعداد (درصد)
جنس	مرد	۱۶ (۴۵.۷)	$\chi^2=2/2$	۱۴ (۴۰)	۲۰ (۵۷.۱)
	زن	۱۹ (۵۴.۳)	$p=0/138$	۲۱ (۶۰)	۱۵ (۴۲.۹)
تحصیلات	بی‌سواد	۵ (۱۴.۳)	$\chi^2=6/05$	۳ (۸.۶)	۴ (۱۱.۴)
	زیر دیپلم	۸ (۲۲.۹)	$p=0/195$	۹ (۲۵.۷)	۶ (۱۷.۱)
	دیپلم	۱۵ (۴۲.۹)		۱۲ (۳۴.۳)	۱۵ (۴۲.۹)
	کارشناسی	۵ (۱۴.۳)		۵ (۱۴.۳)	۵ (۱۴.۳)
تاهل	کارشناسی ارشد	۲ (۵.۷)		۶ (۱۷.۲)	۵ (۱۴.۳)
	مجرد	۴ (۱۱.۴)	$\chi^2=3/51$	۷ (۲۰)	۶ (۱۷.۱)
تاهل همسر مرده	متاهل	۲۶ (۷۴.۲۸)	$p=0/319$	۲۸ (۸۰)	۲۹ (۸۲.۹)
	مطلقه	۴ (۱۱.۴۳)		.	.
	همسر مرده	۱ (۲.۸)		.	.

همچنین از لحاظ سابقه افسردگی، طول مدت افسردگی، دفعات افسردگی قبلی و شدت افسردگی قبلی بین دو گروه تفاوت معنی‌داری وجود نداشت. در بررسی نسبت مراقب با بیمار بیشترین مراقب همسر (۲۴/۳ درصد) و کمترین مراقب فرزند (۷/۱ درصد) بود که تفاوت دو گروه از نظر نسبت مراقب با بیمار معنی‌دار نبود ($P>0/05$).

جدول (۲): توزیع فراوانی برحسب سابقه افسردگی در دو گروه بیماران بستری در بخش‌های روان‌پزشکی مراکز آموزشی و درمانی شهر قزوین

گروه	آزمون		آزمون آماری
	تعداد (درصد)	کنترل	
	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	
سابقه افسردگی	ندارد	۱۹ (۵۴.۳)	$\chi^2=2/84$
	دارد	۱۶ (۴۵.۷)	$p=0/092$
طول مدت افسردگی	۱-۶ ماه	۵ (۱۴.۳)	$t = -0/398$
	۷-۱۲ ماه	۳ (۸.۶)	$p=0/692 =$
	بیش از ۱۲ ماه	۷ (۲۰)	
دفعات افسردگی قبلی	یک‌بار	۱۲ (۷۵)	$\chi^2=2/84$
	دو بار	۳ (۱۸.۸)	$p=0/092$
	سه بار و بیشتر	۱ (۶.۳)	
شدت افسردگی قبلی	شدید	۱۲ (۳۴.۳)	$\chi^2=0/27$
	متوسط	۱۳ (۳۷.۱)	$p=0/875$

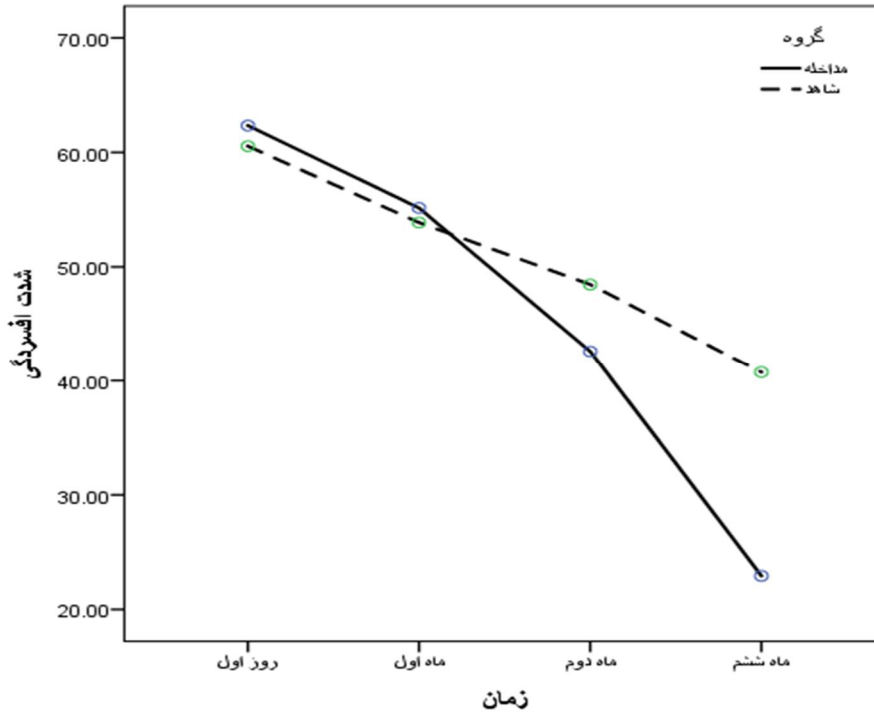
آزمون تی مستقل	کم	
	(۲۸،۶)۱۰	(۳۴،۴)۱۱
	مداخله	کنترل
قبل از مداخله	انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار ± میانگین
t = ۰/۱۳۳ p = ۰/۲۵۹	۶۰/۵۴ ± ۶/۰۶	۶۲/۳۴ ± ۷/۱۳
ماه اول	۵۳/۸۷ ± ۷/۰۴	۵۵/۱۴ ± ۵/۵۷
t = ۰/۳۸۳ p = ۰/۴۰۵	۴۸/۴۶ ± ۸/۰۵	۴۲/۶۳ ± ۳/۹۹
ماه دوم	۴۰/۷۴ ± ۱۲/۱۷	۲۲/۹۳ ± ۱/۵۴
t = ۰/۰۰۰۱ p = ۰/۰۰۰۱		
ماه ششم		

جدول (۴): نتایج آزمون آنالیز رگرسیون برای متغیرهای وابسته شدت افسردگی ۶ ماه بعد از مداخله

متغیر وابسته	B	SE	Beta	t	p
جنس	-۰/۹۵۳	۲/۴۷	-۰/۰۳۷	-۰/۳۸۶	۰/۷۰۱
سن	-۲/۳۲	۱/۸۸	-۰/۱۶	-۱/۲۳	۰/۲۲۵
تحصیلات	۱/۲۷	۱/۳۳	۰/۱۲۶	۰/۹۵۲	۰/۳۴۶
وضعیت تأهل	-۲/۲۱	۱/۸۱	-۰/۱۲۸	-۱/۲۲	۰/۲۲۹
شغل	-۱/۱	۰/۶۷	-۰/۱۷۶	-۱/۶۵	۰/۱۰۵
طول مدت افسردگی	-۰/۰۹۸	۰/۱۳۰	-۰/۱۷۷	-۰/۷۶	۰/۴۵۳
سابقه افسردگی	-۲/۱۲	۳/۷۶	-۰/۰۸۵	-۰/۵۶۳	۰/۵۷۶
تعداد دفعات افسردگی	-۰/۲۷	۰/۹۸	-۰/۰۳۱	-۰/۲۷۶	۰/۷۸۴
چه مدت قبل	۰/۱۲۶	۰/۱۳۱	۰/۲۵۶	۰/۹۶۲	۰/۳۴۱
شدت افسردگی قبلی	-۱/۰۴	۱/۵۷	-۰/۰۶۶	-۰/۶۶۱	۰/۵۱۲
جنس مراقب	۳/۱۸	۳/۱۵	۰/۱۲۸	۱/۰۱	۰/۳۲
سن مراقب	۲/۴۷	۱/۹۳	۰/۱۹۵	۱/۲۸	۰/۲۰۷
تحصیلات مراقب	-۱/۶۹	۱/۳۳	-۰/۱۶۶	-۱/۲۷	۰/۲۰۸
تأهل مراقب	-۶/۷۵	۳/۵۹	-۰/۲۱۴	-۱/۸۷	۰/۰۶۷
شغل مراقب	۰/۳۹۲	۰/۶۲۷	۰/۰۷۷	۰/۶۲۵	۰/۵۳۵
نسبت با بیمار	-۰/۲۹۶	۰/۷۷۸	-۰/۰۴۲	-۰/۳۸	۰/۷۰۶
گروه	۱۸/۰۷	۰/۲۳۹	۰/۷۳	۷/۵۶	۰/۰۰۰

که متغیرهای پیش‌بین که در مدل وجود دارد نشان می‌دهد. گروه به‌عنوان متغیر پیش‌بین با توجه به مقدار $p < ۰/۰۵$ جدول مشخص می‌شود. (جدول ۴).

با استفاده از آزمون رگرسیون خطی برای متغیر وابسته شدت افسردگی بعد از ۶ ماه مقدار مجذور آر تنظیم‌شده $= ۰/۶۶۲$ ، $P < ۰/۰۰۵$ و $F_{17,50} = ۵/۷۶$ (با استفاده از روش اینتر) اطلاعاتی



نمودار (۱): مقایسه روند میانگین نمره افسردگی در هر دو گروه آزمون و کنترل در زمان‌های موردبررسی را نشان می‌دهد.

بحث و نتیجه گیری

مطالعه حاضر بیانگر تأثیر روش الگوی توانمندسازی خانواده محور بر کاهش شدت علائم بیماران مبتلابه اختلال افسردگی می‌باشد. در فرآیند درمان نشانه‌های اختلال و در نتیجه کارکردهای اجتماعی افراد بهبود یافته با مقایسه نتایج، بهبود در گروه مداخله قابل ملاحظه بود. یافته‌های پژوهش نیز مؤید نقش توانمندسازی خانواده محور در شکل‌گیری و درمان اختلال افسردگی بود.

نتایج حاصل از پژوهش حاضر نشان داد توانمندسازی خانواده توأم با دارودرمانی روی بیماران مبتلابه اختلال افسردگی اثر مثبت داشته و پس از مداخله منجر به کاهش علائم شده است به طوری که در مقایسه با گروه کنترل اختلاف، معنی‌دار به دست آمد. نتایج حاصل از پژوهش صولتی دهکردی نشان داد آموزش روانی خانواده توأم با دارودرمانی روی بیماران زن مبتلابه اختلال افسردگی اساسی اثر مثبت داشته و پس از مداخله منجر به کاهش علائم شده است (۲۱). نتایج این قسمت از پژوهش با پژوهش شیمودرا و همکاران^۱ (۲۵) (۲۶) مطابقت دارد. در پژوهش محققان فوق آموزش روانی خانواده توأم با دارودرمانی روی بیماران دارای افسردگی اساسی موردبررسی قرار گرفت که نتایج نشان داد شدت علائم بیماری در گروه دارودرمانی نسبت به گروه آموزش روانی

خانواده توأم با دارودرمانی بیشتر بوده به طوری که این اختلاف از نظر آماری معنی‌دار به دست آمد که با نتایج این قسمت از پژوهش حاضر همخوانی دارد.

در پژوهش دیگری بهرامی و اعتمادی (۲۷) اثربخشی شیوه رفتاری فراشناختی و آموزش روانی خانواده توأم با درمان استاندارد پزشکی در کاهش و عود علائم افسردگی و مانیای بیماران مبتلابه اختلال خلقی موردبررسی قرار گرفت (۲۸). که نتایج به دست آمده نشان داد آموزش روانی خانواده و درمان رفتاری -فراشناختی نسبت به درمان استاندارد پزشکی در کاهش علائم افسردگی و مانیا مؤثر بوده به طوری که اختلاف گروه اول و دوم با گروه سوم معنی‌دار به دست آمد که با نتایج مطالعه حاضر مطابقت دارد (۲۹) در مطالعه صولتی دهکردی نیز نتایج به دست آمده نشان داد درمان استاندارد پزشکی توأم با آموزش روانی خانواده در بیماران با اختلال افسردگی اساسی در مقایسه با درمان استاندارد پزشکی می‌تواند اثربخشی بیشتری در بهبود و پیشگیری از عود علائم افسردگی داشته باشد (۲۱). البته پژوهش حاضر روی بیماران افسرده اساسی صورت گرفت در حالی که پژوهش بهرامی روی بیماران با اختلال دوقطبی اجرا گردید که در خصوص کاهش علائم افسردگی با همدیگر همسو هستند.

^۱ Shimodera

داشته بلکه منجر به افزایش عود علائم خواهد شد اما متأسفانه همان طور که نورث و همکاران اظهار می‌دارند به‌کارگیری آموزش روانی خانواده در مؤسسات بالینی و بیمارستان‌های روان‌پزشکی کمتر مورد توجه قرار گرفته است به همین دلیل بر اساس نتایج این پژوهش و پژوهش‌های مشابه و بر اساس نظر فریستاد (۳۷) افزایش همکاری و هماهنگی اعضاء خانواده با بیمار می‌تواند استرس‌های محیط خانه را کاهش داد و از عود مجدد علائم عضو بیمار خانواده، جلوگیری به عمل آورد.

نتیجه این پژوهش نشان می‌دهد به‌کارگیری روش آموزشی الگوی توانمندسازی خانواده محور در کنار درمان‌های استاندارد پزشکی نسبت به دارودرمانی تنها می‌تواند در کاهش علائم و پیشگیری از عود علائم بیماران مبتلابه اختلال افسردگی مؤثرتر باشد بنابراین توصیه می‌شود در بخش‌های روان‌پزشکی علاوه بر درمان‌های دارویی، توانمندسازی روی خانواده بیماران صورت گیرد. از محدودیت‌های مطالعه حاضر می‌توان به مدت‌زمان پیگیری ۶ ماهه بیماران اشاره کرد که به همین دلیل تأثیر آموزش خانواده در مدت‌زمان طولانی‌تر قابل ارزیابی نبوده است. ضمن اینکه انتخاب بیماران، از میان بیماران بستری در بیمارستان صورت گرفته که بیانگر شدیدتر بودن اختلال بیماران است که این مسئله می‌تواند بر پیش‌آگهی بیماران و میزان تأثیر آموزش خانواده، مؤثر باشد.

با توجه به محدودیت‌ها پیشنهاد می‌شود توانمندسازی با دوره‌های پیگیری طولانی‌تر انجام شود. همچنین انجام مطالعات با تعداد نمونه‌های بیشتر موجب خواهد شد تا نتایج از قابلیت تعمیم‌پذیری بیشتری برخوردار باشند. انجام مطالعه بر روی بیماران نیز سرپایی می‌تواند میزان اثربخشی آموزش خانواده را بر روی مبتلایان به این اختلال بهتر ارزیابی کند.

تشکر و قدردانی

از معاونت محترم تحقیقات و فناوری اطلاعات دانشگاه علوم پزشکی قزوین به دلیل حمایت از پژوهش حاضر تشکر و قدردانی می‌شود. همچنین از پرسنل محترم بخش روان‌پزشکی بیمارستان ۲۲ بهمن قزوین، مسئول بخش و کلیه خانواده‌ها و بیماران شرکت‌کننده در طرح که ما را در اجرای پژوهش یاری نمودند، صمیمانه قدردانی می‌شود.

وست و همکاران (۳۰) در پژوهشی درمان شناختی-رفتاری متمرکز بر خانواده را روی خانواده‌های کودکان مبتلابه اختلال دوقطبی مورد بررسی قرار دادند که نتایج پژوهش نشان از کاهش علائم مانیا داشته بدون آنکه تأثیر چندانی در کاهش علائم افسردگی و عملکرد روانی - اجتماعی کودکان داشته باشد که با نتایج پژوهش حاضر همخوان نیست چنین اختلاف نتایج را می‌توان به نوع اختلال نمونه‌های پژوهش و محدوده سنی بیماران نسبت داد از طرف دیگر نوع مداخله روان‌شناختی در دو پژوهش هم می‌تواند به تفاوت در نتایج منجر شود.

کاتسوکی^۲ و همکاران (۳۴) طی پژوهشی، آموزش روانی کوتاه چندگانه خانواده را روی بیماران با اختلال افسردگی اساسی مورد بررسی قرار دادند که نتایج نشان داد این مداخله بار روانی و فشارهای هیجانی بیماران را کاهش داده است که با نتایج پژوهش حاضر همخوانی دارد.

نتایج دیگر پژوهش حاضر نشان داد اختلاف معنی‌داری بین گروه آموزش توانمندسازی خانواده توأم با درمان استاندارد پزشکی و گروه دارودرمانی در کاهش علائم افسردگی، ۶ ماه پس از آخرین مداخلات (مرحله پیگیری) به دست آمد این قسمت از نتایج نشان می‌دهد که توانمندسازی خانواده می‌تواند در پیشگیری از عود علائم افسردگی بیماران مؤثر باشد و همان طور که فریستاد معتقد بود با افزایش هماهنگی و همکاری در خانواده می‌توان استرس در محیط خانه را کاهش داد و از این رو به کمتر شدن علائم در فرد کمک نمود. این نتایج نشان می‌دهد که آموزش روانی خانواده در استمرار کاهش و جلوگیری از عود علائم نقش مهمی داشته و می‌تواند استرس‌های خانوادگی را پایین آورده و رابطه بین بیمار و اعضاء خانواده‌اش را بهبود بخشد.

در پژوهش دیگری میکلوویتز^۳ (۳۵) نشان داد درمان متمرکز بر خانواده می‌تواند در کاهش علائم و طولانی‌تر شدن دوره‌های بهبودی بیماران دوقطبی مؤثرتر از دارودرمانی صرف باشد که با نتایج پژوهش حاضر همخوانی دارد گرچه مطالعه میکلوویتز روی بیماران دوقطبی صورت گرفته بود اما نشان می‌دهد که آموزش خانواده نقش مهمی در کاهش و پیشگیری از عود علائم بیماران می‌تواند ایفاء کند. پژوهش‌های دیگر به‌نوعی تأثیر آموزش روانی خانواده همراه با دارودرمانی را در کاهش و پیشگیری از عود علائم بیماران افسرده نشان می‌دهد (۳۶).

نتیجه‌گیری از پژوهش حاضر نشان می‌دهد که تک‌بعدی نگاه کردن به درمان بیماران افسرده، نه‌تنها در کاهش علائم اثر کمتری

^۲ Miklowitz

^۳ Katsuki

References:

1. Tamizi Z, Ranjbar F, Yaghmaei F, Alavi-Majd H, Fallahi-Khoshknab M. Assessment of Relationship between Quality of Life and Coping Strategies in Schizophrenic Patients in Refer To Psychiatric Clinics of Educational Hospitals of Tehran. *jrehab* 2013; 13 (4): 124-131.
2. Varcarolis EM, Carson VB, Shoemaker NC, Foundations of psychiatric mental health nursing: A clinical approach. Saunders; 2006.
3. Zeighami R, Oskouie F, Joolae S. The Positive Effects of Parents Mental Illness on Their Children: A Qualitative Study. *Bangladesh J Med Sci* 2014;13(4):449-53.
4. Ranjbar F, Rahbari F, Mohtashami S. Correlation between family processes and self-esteem in depressed patients. *IJPN* 2014; 1(4): 66-73.
5. Beck AT. Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects. Pennsylvania: University of Pennsylvania Press; 1967.
6. Bowers WA. Treatment of depressed in-patients. Cognitive therapy plus medication, relaxation plus medication, and medication alone. *Br J Psychiatry* 1990;156:73-8.
7. Wampold B E, Minami T, Baskin TW, Tierney SC. A meta-(re) analysis of the effects of cognitive therapy versus 'other therapies' for depression. *J Affect Disord* 2002; 68(2): 159-65.
8. Dobson KS. A meta-analysis of the efficacy of cognitive therapy for depression. *J Consult Clin Psychol* 1989;57(3):414.
9. Lewinsohn P, Munoz R, Youngren M, Zeiss C. Control your depression. New York: Fireside. 1986.
10. Khodayari fard M. Positive Negative Application in Psychotherapy with Emphasis on Islamic Viewpoint. *Psychol Educ* 2001; 1: 140-64.
11. Kristjanson LJ, Aoun s. Palliative care for Families: remember the hidden Patients. *Can J Psychiatry* 2004; 49(6): 359-65.
12. Bowden VR, Greenberg CS. Pediatric nursing procedures. Lippincott Williams & Wilkins; 2011.
13. Oskouie F, Zeighami R, Joolae S. Outcomes of parental mental illness on children: a qualitative study from Iran. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 2011;49(9):32-40.
14. Zeighami, R. Oskouie F, Joolae S. Explanation of parent gender difference on needs of children of parent with mental illness: a qualitative research. *J Qazvin Univ Med Sci* 2017; 21(3): 48-56.
15. Fazekas C, Semlitsch B, Pieringer W. Empowerment in the Case of Diabetes mellitus: Theory and Practice. *Wien Med Wochenschr* 2003;153(21-22):459-63.
16. Bomar PJ. Promoting health in families: applying family research and theory to nursing practice. Elsevier Health Sciences; 2004.
17. Meyer C. Clinical research for patient empowerment--a qualitative approach on the improvement of heart health promotion in chronic illness. *Med Sci Monit* 2008; 14(7): 358-65.
18. Shiu AT, Wong RY, Thompson DR. Development of a reliable and valid Chinese version of the diabetes empowerment scale. *Diabetes Care* 2003; 26(10): 2817-21.
19. Alhani F. Design and evaluation of family-centered empowerment model to prevent iron deficiency anemia. (Dissertation). Tehran: Tarbiat Modarest University; 2003.
20. Alla yari E. Effect of family empowermentmodel - based on the quality of life of school- age children with thalassemia. *IJP* 2007; 16(4): 455-61.

21. Heidari M, Alhani F, Kazemnejad A, Moezzi F. The effect of empowerment model on quality of life of Diabetic adolescents. *Iran J Pediatrics* 2007;17(Suppl 1):87-94.
22. Teymouri F, Alhani F, Kazemnejad A. The effect of family-centered empowerment model on the Quality of life of school-age asthma children. *IJNR* 2011; 6 (20): 52-63.
23. Changizi A, Zeighami R, Mirzaei E, Alipour M. Family-oriented empowerment model influencing quality of life CABG patients. *J Nurs Midwifery Sci* 2014;1(2):14-23.
24. Solati Dehkordi, K, Nikfarjam M, Sanaei S. Effectiveness of mindfulness-based stress reduction training and drug therapy on quality of life in patients with irritable bowel syndrome in Shahrekord. *Life Sci* 2014; 11(9): 37-46.
25. Dasht bozorgi, B. The effect of family planning empowerment model on re-admission of patients with schizophrenia. *J Psychiatry Clini Psychol* 2011; 34: 193-200.
26. Beck AT, Beamesderfer A. Assessment of depression: the depression inventory. Karger Publishers; 1974.
27. Asarnow JR, Goldstein MJ, Tompson M, Guthrie D. One-year outcomes of depressive disorders in child psychiatric in-patients: evaluation of the prognostic power of a brief measure of expressed emotion. *J Child Psychol Psychiatry* 1993;34(2):129-37.
28. Vassel YM. Evaluate the effectiveness of Schema Therapy in Patients recurrent major depressive disorder. *Culture Counselling and Psychotherapy* 2012; 3(12): 21-48.
29. Shimodera S. Cost-effectiveness of family psychoeducation to prevent relapse in major depression: results from a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry* 2012; 12(1): 40-8.
30. Fava M. Diagnosis and definition of treatment-resistant depression. *Bio Psych* 2003; 53(8): 649-59.
31. Bahrami F, Etemadi A. The effectiveness of meta-cognitive behavior family psychoeducation and drug therapy on prevent relapse depressive and mania bipolar patients. *JSR-P* 2006; 15(1): 79-88.
32. Köhler S, Hoffmann S, Unger T, Steinacher B, Dierstein N, Fydrich T. Effectiveness of cognitive-behavioural therapy plus pharmacotherapy in inpatient treatment of depressive disorders. *Clin psychol psychotherapy* 2013;20(2):97-106.
33. West AE. Child and family-focused cognitive-behavioral therapy for pediatric bipolar disorder: pilot study of group treatment format. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry* 2009; 18(3): 239-46.
34. Katsuki F. Pre-post changes in psychosocial functioning among relatives of patients with depressive disorders after Brief Multifamily Psychoeducation: a pilot study. *BMC Psychiatry* 2011; 11(1): 56-63.
35. Miklowitz DJ. Family-focused treatment for adolescents with bipolar disorder. *J Affect Disord* 2004; 82: 113-28.
36. Piacentini J, Bergman RL, Chang S, Langley A, Peris T, Wood JJ, et al. Controlled comparison of family cognitive behavioral therapy and psychoeducation/relaxation training for child obsessive-compulsive disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2011;50(11):1149-61.
37. Fristad MA, Goldberg-Arnold JS, Gavazzi SM. Multifamily psychoeducation groups (MFPG) for families of children with bipolar disorder. *Bipolar Disord* 2002;4(4):254-62.

THE EFFECT OF FAMILY-CENTERED EMPOWERMENT MODEL ON THE SEVERITY OF SYMPTOMS IN PATIENTS WITH MAJOR DEPRESSIVE DISORDER

Reza Zeighami¹, Hossein Javdani², Mahmood Alipoor Heydar³, Ehsan Ghadami⁴

Received: 08 May, 2019; Accepted: 19 Aug, 2019

Abstract

Background& Aims: Depression is the fourth most common disease in the world. It also remarkably affects the quality of life. The purpose of this study was to determine the effect of group psychological training of family on the severity and relapse of the disease in patients with major depressive disorder.

Materials & methods: This randomized controlled clinical trial was conducted on 70 patients with major depressive disorder, randomly divided into two groups of 35 subjects. The treatment group received family group psychological training in addition to receiving drug therapy. The control group did not receive any psychological treatment. Depression severity of the patients was evaluated using Beck Depression Questionnaire and the relapse rate and severity of the disease in both groups were evaluated and compared after 2 and 6 months follow-up. The collected data were analyzed SPSS 24 software. The significance level of $P < 0.05$ was considered.

Results: The mean of depression severity in the experimental group was 62.34 ± 7.13 at the beginning of the study and in control group was 60.54 ± 6.06 , and using independent t-test, there was not statistically significant difference between the two groups. The mean of depression severity of patients' in the experimental group was 22.93 ± 1.45 in the sixth month while the mean of depression severity in the control group was 40.74 ± 12.16 , and therefore, there was a statistically significant difference between the two groups using independent t-test.

Conclusion: empowering the patients' family should be conducted in addition to medication.

Keywords: Major Depressive Disorder, family-centered empowerment, Relapse,

Address: Qazvin University of medical sciences

Tel: (+98) 33338034

Email: e.ghadami211@gmail.com

¹ Assistant Professor of Psychiatric Nursing, School of Nursing and Midwifery, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran

² Assistant Professor of Psychiatry, Medicine, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran

³ Assistant Professor of Social Medicine, Medicine, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran

⁴ MSc of Psychiatric Nursing, School of Nursing and Midwifery, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran (Corresponding Author)