مجله علوم پزشکی رازی دوره ۳۲، شماره پیوسته ۱۴۱، ۱۶ آذر ۱۴۰۴ https://doi.org/10.47176/rjms.32.141

مقاله پژوهشی

مقایسه تاثیر تربیت روانی خانواده مبتنی بر مدل اتکینسون – کویا و تربیت روانی خانواده مبتنی بر توجه آگاهی بر هیجان ابراز شده مراقبان بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا

مختار سیفی: گروه روان شناسی سلامت و بالینی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران

بیوک تاجری: گروه روان شناسی سلامت و بالینی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران (* نویسنده مسئول) Biuk.tajeri@iau.ac.ir

شیدا سوداگر: گروه روان شناسی سلامت و بالینی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران

مالک میرهاشمی: گروه روان شناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران

چکیده

زمینه و هدف: اسکیزوفرنی یکی از ناتوان کننده‌ترین اختلالات روانی و از شدیدترین بیماری‌های روانی و استرس‌زا برای بیمار و خانواده‌اش است هدف از انجام تحقیق حاضر مقایسه تاثیر تربیت روانی خانواده مبتنی بر مدل اتکینسون - کویا و تربیت روانی خانواده مبتنی بر توجه آگاهی بر هیجان ابراز شده مراقبان بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا بود.

روش کار: برای انجام تحقیق نیمه آزمایشی حاضر از بین مراقبان اصلی بیماران مبتلا به اختلال اسکیزوفرنیا به صورت در دسترس ۴۵ نفر انتخاب و به صورت تصادفی به سه گروه تربیت روانی خانواده مبتنی بر مدل اتکینسون - کویا، تربیت روانی خانواده مبتنی بر توجه آگاهی و کنترل تقسیم شدند. در ادامه و در سه مرحله قبل، بلافاصله بعد و پیگیری سه ماهه، تمام شرکت کنندگان مقیاس سطح هیجان ابراز شده (LEE) را تکمیل کردند. همچنین گروه آزمایش اول طی ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای هفته‌ای یک جلسه به مدت ده هفته به صورت گروهی تحت پروتکل تربیت روانی خانواده (مدل اتکینسون - کویا) قرار گرفت. گروه آزمایش دوم نیز طی هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای هفته‌ای یک جلسه، به مدت دو ماه به صورت گروهی تحت درمان پروتکل تربیت روانی خانواده مبتنی بر توجه آگاهی بر اساس شناخت درمانی مبتنی بر توجه آگاهی کرین (۲۰۱۷) قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج نشان داد بین اثربخشی دو نوع مداخله در کاهش میزان هیجان ابراز شده مراقبان خانوادگی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین تربیت روانی خانواده مبتنی بر مدل اتکینسون–کویا در مقایسه با تربیت روانی خانواده مبتنی بر توجه‌آگاهی، تأثیر بیشتری در کاهش هیجان ابراز شده مراقبان خانوادگی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا دارد.

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج پژوهش، استفاده از هر دو مداخله برای کاهش هیجان ابرازشده مراقبان خانوادگی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا توصیه می‌شود. با این حال، تربیت روانی خانواده مبتنی بر مدل اتکینسون–کویا نسبت به تربیت روانی خانواده مبتنی بر توجه‌آگاهی اثربخشی بیشتری نشان داد و می‌تواند به عنوان مداخله‌ای مؤثرتر در کاهش هیجان ابرازشده مراقبان مورد استفاده قرار گیرد.

تعارض منافع: گزارش نشده است.

منبع حمایت‌کننده: حامی مالی ندارد.

کلیدواژه‌ها

تربیت روانی خانواده،
مدل اتکینسون – کویا،
توجه آگاهی،
هیجان ابراز شده،
مراقبان خانوادگی،
اسکیزوفرنیا

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۲/۱۷

تاریخ چاپ: ۱۴۰۴/۰۹/۱۶

شیوه استناد به این مقاله:

Seifi M, Tajeri B, Sodagar S, Mirhashemi M. Comparison of the effect of Family Psychoeducation Based on Atkinson - Coia's Model and Mindfulness-Based Family Psychoeducation on Expressed Emotion of Caregivers of Patients with Schizophrenia. Razi J Med Sci. 2025(7 Dec),32.141.

Copyright: ©2024 The Author(s), Published by Iran University of Medical Sciences. This is an open-access article distributed under the terms of the CC BY-NC-SA 4.0 (https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.en).

*انتشار این مقاله به‌صورت دسترسی آزاد مطابق با CC BY-NC-SA 4.0 صورت گرفته است.

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-11]

[DOI: 10.47176/rjms.32.141]

Razi Journal of Medical Sciences. 2025(7 Dec);32.141. https://doi.org/10.47176/rjms.32.141

Original Article

Comparison of the effect of Family Psychoeducation Based on Atkinson - Coia's Model and Mindfulness-Based Family Psychoeducation on Expressed Emotion of Caregivers of Patients with Schizophrenia

Mokhtar Seifi: Department of Health & Clinical Psychology, Ka.C., Islamic Azad University, Karaj, Iran
Biuok Tajeri: Department of Health & Clinical Psychology, Ka.C., Islamic Azad University, Karaj, Iran (* Corresponding Author) biuk.tajeri@iau.ac.ir
Sheida Sodagar: Department of Health & Clinical Psychology, Ka.C., Islamic Azad University, Karaj, Iran
Malek Mirhashemi: Department of Psychology, Ro.C., Islamic Azad University, Roudehen, Iran

Abstract

Background & Aims: Schizophrenia, in fact, is one of the most debilitating mental disorders and one of the most severe and stressful mental illnesses for the patient and his family, during which the inevitable and heavy consequences of schizophrenia and its recurring nature and heavy costs have caused this disorder to be among the debilitating disorders. be placed (2). So that the consequences of emotional, social and financial life experienced by people with schizophrenia have significant effects on their families (6). Therefore, the higher the family pressure, the lower the mental health of other members**.** In this regard, researchers are looking to use different treatment methods to reduce the effects of mental burden on the caregivers of these patients, and in the meantime, different treatment methods have also been used. In the meantime, one of the models of family group education was invented by Anderson and its purpose is to raise awareness about the nature of the disease and the treatment of schizophrenia. These training can be done in groups or individually and include various methods that are used to increase social capabilities, self-reliance, practical skills and interpersonal relationships in patients with schizophrenia (9). Despite the documented effectiveness of both psychoeducational and mindfulness-based interventions, limited evidence is available regarding their comparative effectiveness in reducing expressed emotion among family caregivers of patients with schizophrenia. Therefore, the present study aimed to compare the effectiveness of family psychoeducation based on the Atkinson–Coia model and mindfulness-based family psychoeducation in reducing expressed emotion among family caregivers of patients with schizophrenia.

Methods: This quasi-experimental study employed a pretest-posttest design with two experimental groups and one control group, including a three-month follow-up. The sample consisted of 45 primary caregivers of patients with schizophrenia who were undergoing treatment in Razi Medical Education Center (University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences) in Tehran, Iran, in 2023. Participants were selected using a convenience sampling method based on inclusion criteria and were then randomly assigned into three groups of 15: family psychoeducation based on the Atkinson-Coia model, mindfulness-based family psychoeducation, and a control group. The caregivers' composition was as follows: 71% (n=32) were female and 29% (n=13) were male. Among the female caregivers, 56% were mothers, 38% were wives, and 6% were sisters. Among the male caregivers, 77% were fathers and 23% were brothers. The mean duration of caregiving was 12.8 years (range: 2 to 25 years), and all caregivers lived with the patient. It is noteworthy that all patients in this study were male**.** In the following and in the three stages before, immediately after and the three-month follow-up, all the subjects used the level of expressed emotion (LEE) scale, which is used to evaluate the level of expressed emotion of first-degree relatives (people who are considered important in the patient's life, such as father, mother, wife, sister, brother and others) completed the patient's questionnaire. Also, the first experimental group underwent the family psychological training protocol (Atkinson-Coia model) in 10 sessions of 90 minutes per week for two and a half months. The second experimental group also underwent eight 90-minute sessions once a week for two months as a group under the mindfulness-based family psychoeducation protocol based on Crane's mindfulness-based cognitive therapy (18). . The

Keywords
Family Psychoeducation, Atkinson - Coia's Model, Mindfulness, Expressed Emotion, Family Caregivers, Schizophrenia

Received: 06/05/2024
Published: 07/12/2025

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-11]

[DOI: 10.47176/rjms.32.141]

control group did not receive any intervention. Finally, descriptive statistics, Shapiro-Wilk test and analysis of variance mixed with Bonferroni's repeated measures and post hoc using spss software version 24 were used to test the research hypotheses.

Results: The results of analysis of variance with repeated measures showed that the main effects of time ($p<0.001$), group are significant ($p<0.001$) and the interaction of time and group on expressed emotion is significant (<0.001). p). The effect of time shows that there is a significant difference between pre-test, post-test, and follow-up. The effect size in the main effect of the group shows that 29% of the changes in the expressed emotion variable of the participants are due to the group membership. Also, the effect size in the time variable shows that 97% of the changes in the expressed emotion variable are caused by time changes. Also, the size of the interaction effect of time and group is 0.96, which shows that 96% of the changes in the variance of expressed emotion are caused by time changes in at least one of the two groups. The results of the LSD post hoc test showed that the difference between the family psychoeducation group based on the Atkinson- Coia model and the control group is significant ($p<0.05$). Also, the difference between the mindfulness-based family psychoeducation and the control group is significant ($p<0.05$). Also, there is a significant difference between the average of the family psychoeducation group based on the Atkinson–Coia model and the mindfulness-based family psychoeducation group ($p=0.046$). The results of the analysis of variance test with repeated measurements showed that there is a significant difference between the pre-test and post-test and pre-test and follow-up in the family psychoeducation group based on the Atkinson–Coia model ($p<0.001$), but between the post-test and the follow-up There was no significant difference ($p=0.685$). There was a significant difference between pre-test and post-test and pre-test and follow-up in the group of mindfulness-based family psychoeducation group ($p<0.001$). Also, there was no significant difference between post-test and follow-up ($p>0.05$).

Conclusion: The results showed that there is a significant difference between the effectiveness of two groups of family psychoeducation based on the Atkinson–Coia model and mindfulness-based family psychoeducation in reducing the level of expressed emotion by family caregivers of patients with schizophrenia, and family psychoeducation based on the Atkinson–Coia model had a greater effect on reducing expressed emotion among family caregivers than mindfulness-based family psychoeducation. In explaining this finding, it can be said that family caregivers feel less pressure after participating in training sessions due to increased awareness and information about schizophrenia disorder and also learning communication skills techniques with the patient, and as before without any reason. They do not blame the family member for causing the illness, which can lead to a decrease in the level of expressed emotion by the family caregivers of patients with schizophrenia. Many people with acute mental illnesses, including schizophrenia, live with their family members or are in direct contact with them (21). However, increasing the family's ability to manage the mental pressure caused by the child's illness can help to reduce the mental pressure caused by the disease. Various studies have shown that family therapeutic interventions reduce the rate of relapse and repeated hospitalizations of patients with schizophrenia. The importance of these interventions becomes more obvious when we know that 30 to 60% of these patients live with their families and a significant percentage of them continue their relationship with their family members (9). Therefore, although families with a member suffering from schizophrenia report the prevalence of health problems twice as much as the normal population, family psychoeducation can improve the general health of families and make them more compatible with their children's conditions.

Conflicts of interest: None
Funding: None

Cite this article as:
Seifi M, Tajeri B, Sodagar S, Mirhashemi M. Comparison of the effect of Family Psychoeducation Based on Atkinson - Coia's Model and Mindfulness-Based Family Psychoeducation on Expressed Emotion of Caregivers of Patients with Schizophrenia. Razi J Med Sci. 2025(7 Dec),32.141.

Copyright: ©2024 The Author(s), Published by Iran University of Medical Sciences. This is an open-access article distributed under the terms of the CC BY-NC-SA 4.0 (https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.en).

*This work is published under CC BY-NC-SA 4.0 licence.

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-11]

[DOI: 10.47176/rjms.32.141]

مقدمه

اسکیزوفرنی، سندرومی بالینی شامل آسیب شناسی روانی متغیر، اما عمیقاً ویرانگری است که شناخت، هیجان، ادراک و سایر جنبه‌های رفتار را درگیر می‌کند، بروز این تظاهرات در افراد مختلف و در طول زمان متغیر است، اما تاثیر بیماری همواره شدید و معمولاً دیرپا است (۱). این اختلال در واقع، یکی از ناتوان کننده‌ترین اختلالات روانی و از شدیدترین بیماری‌های روانی و استرس‌زا برای بیمار و خانواده‌اش است که طی آن پیامدهای اجتناب‌ناپذیر و سنگین اسکیزوفرنی و ماهیت عود کننده و هزینه‌های سنگین آن سبب شده است که این اختلال در ردیف اختلالات ناتوان کننده قرار گیرد (۲).

اسکیزوفرنیا به دلیل ماهیت ناتوان کنندهٔ پیش‌رونده و لاعلاج، بار بیماری درخور توجهی به سیستم مراقبت سلامت در سطح ملی و منطقه‌ای و جهانی تحمیل می‌کند (۳). علی رغم اینکه برخی معتقدند داشتن نقش مراقبت، با پاداش ها و تقویت های مثبتی هم همراه است (۴)، ولی تحقیقات موجود نشان می‌دهد تنوع و شدت نقش های مراقبتی ممکن است به مشکلات روانی در مراقبان خانوادگی بیماران منجر شود. اگر این افراد بدون درمان و مداخله رها شوند، سطح سلامت جسمانی و روانی آنها به عنوان بیماران پنهان کاهش می‌یابد (۵). بطوریکه پیامدهای زندگی عاطفی، اجتماعی و مالی که افراد مبتلا به اسکیزوفرنیا تجربه می‌کنند اثرات معناداری بر خانواده های آن ها می‌گذارد (۶). بنابراین، هرچه فشار خانواده بالاتر باشد، سلامت روانی سایر اعضاء کاهش می‌یابد. در همین رابطه پینگ و همکاران (۲۰۲۲) نشان دادند که از میان علائم وابستگی، انزوا، عدم فعالیت و علائم مثبت، دو مورد اخیر با ایجاد فشار در خانواده همبستگی مثبت دارد. هرچه فشار و علائم منفی و مثبت بیمار شدیدتر می‌شود، نیاز مراقبت به خدمات درمانی و مراقبتی نیز افزایش می‌یابد (۷).

بنابراین به نظر می‌رسد مراقبت از بیمار مبتلا به اسکیزوفرنیا مسئولیتی است که بار و فشار روانی زیادی برای اعضای خانواده به همراه دارد که سلامت عمومی و کیفیت زندگی را در این افراد کاهش می‌دهد. تردیدی وجود ندارد که فشارهای روانی خانوادگی می‌تواند خطر عود را نیز در بیمار افزایش دهد. بنابراین کمک به خانواده برای سازگاری بهتر با مشکلات و مسائل مربوط به بیمار، می‌تواند هم برای خود افراد و هم برای بیماران مفید و مثمر ثمر باشد. در همین راستا محققین دنبال استفاده از روش‌های درمانی مختلف جهت کاهش آثار بار روانی بر مراقبان این بیماران هستند و در این بین از روش های درمانی مختلفی نیز استفاده شده است. یکی از این روش‌ها تربیت روانی است. بطوریکه تربیت روانی به‌عنوان یک روش آموزشی پویا و نیز یک روش درمانی کمکی و مؤثر، به میزان قابل توجهی در بهبود سطح درک مردم در مورد اختلال‌های روانی مؤثر می‌باشد؛ هدف اصلی تربیت روانی ارائه اطلاعات در مورد جنبه‌های مختلف بیماری است که مهم‌ترین اجزاء آموزش، آموزش نشانه‌ها، پیش‌آگهی، رفع تصورات غلط و عدم آگاهی، درمان‌های اصلی و کمکی، چگونگی ارتباط و تعامل با بیماران، عوارض جانبی داروها و آموزش نشانه‌های اولیه عود بیماری می‌باشند (۸).

در این بین یکی از الگوهای تربیت گروهی خانواده توسط اندرسون ابداع گردیده و هدف آن آگاهی افزایی درباره ماهیت بیماری و درمان اختلال اسکیزوفرنیا است. براساس مدل اتکینسون - کویا در جلسات آموزش گروهی خانواده، مطالبی درباره اسکیزوفرنی، شامل سبب شناسی، پیش‌آگهی اختلال، شیوه‌های درمان، داروهای رایج، آگاهی از هیجانات ابرازشده در خانواده، اداره و کنترل رفتار آشفته بیمار، بررسی تنش های عاطفی و تأثیر هیجانات منفی در عود نشانه‌های بیمار، آموزش داده می‌شود. این آموزش‌ها می‌تواند گروهی و یا انفرادی انجام گیرد و شامل روش‌های مختلفی است که به‌منظور افزایش قابلیت‌های اجتماعی، خوداتکایی، مهارت‌های عملی و روابط بین فردی در بیماران مبتلابه اسکیزوفرنیا به کار می‌رود (۹).

پژوهش‌های متعدد نیاز به ارائه مداخله‌های درمانی در خانواده جهت ارتقای سطح دانش دربارهٔ ماهیت بیماری، کاهش فشار روانی خانواده، هیجان ابراز شده در خانواده، مهارت‌های ارتباطی و سازگاری را به‌روشنی نشان می‌دهد (۱۰، ۱۱، ۱۲). همچنین در چهار دهه‌ی گذشته، برنامه‌های مبتنی بر توجه آگاهی

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-11]

[DOI: 10.47176/rjms.32.141]

(Mindfulness-Based Programs)(MBPs) به‌طور فزاینده‌ای برای بهبود رفاه افراد مبتلا به بیماری های مزمن پزشکی به کار گرفته شده است. برنامه مبتنی بر توجه آگاهی به‌عنوان رویکردی برای توجه به لحظه حال با نگرش غیر قضاوتی شناخته شده است و در برنامه مبتنی بر توجه آگاهی، شرکت‌کنندگان یاد می‌گیرند که توانایی خود را برای مقابله با استرس با انجام تمرینات مختلف توجه آگاهی ازجمله پایش بدن (body scan)، خوردن توأم با توجه آگاهانه (mindful eating) و نشستن توأم با توجه آگاهانه بهبود بخشند (۱۳).

برنامه های مبتنی بر توجه آگاهی برای حمایت از والدین و مراقبان در تقویت عملکرد سیستم های خانواده به کار گرفته شده‌اند. در یک مطالعه، والدین و فرزندان‌شان با تشخیص‌های روان‌پزشکی مختلط، فوایدی را در پیامدهای سلامت روانی کودکان و والدین‌شان گزارش کردند و تغییرات مثبتی نیز در استرس والدین و رفتارهای والدین مشاهده شد (۱۳). برخی از مطالعات برنامه‌های مبتنی بر توجه آگاهی بر اساس والدین یا مراقبان افرادی با بیماری‌های پزشکی مختلط انجام شده است. به‌عنوان‌مثال، ۱۴۱ مراقب از افراد مبتلا به بیماری مزمن به‌طور تصادفی در یک گروه کنترل MBPs یا خودیاری قرار گرفتند. شرکت‌کنندگانی که MBPs را تکمیل کردند، کاهش بیشتری در نشانه‌های افسردگی و اضطراب و بهبود در خودکارآمدی و توجه آگاهی نسبت به گروه کنترل گزارش کردند (۱۵).

با توجه به مطالب فوق و تاثیر بیماری اسکیزوفرنیا بر سلامت فرد و خانواده و بر هم زدن نظام خانواده از یک طرف، وارد آوردن فشار و هزینه های درمانی بالا بر خانواده و جامعه از طرف دیگر، اهمیت استفاده از روش یا روش هایی جهت کاهش آثار منفی این بیماری بر مراقبان بیماران آشکار می شود. از این رو از آنجا که با مرور تحقیقات انجام شده در داخل و خارج از کشور تحقیقی در زمینه موضوع مورد نظر یافت نشد لذا محققان درصدد پاسخگویی به این سوال هستند که آیا بین تاثیر تربیت روانی خانواده مبتنی بر مدل اتکینسون - کویا و تربیت روانی خانواده مبتنی بر توجه آگاهی بر هیجان ابراز شده مراقبان بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا تفاوت وجود دارد؟

روش کار

برای انجام تحقیق نیمه آزمایشی حاضر که با طرح پیش آزمون- پس آزمون با دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل همراه با پیگیری سه ماهه انجام شد، از میان مراقبان اصلی بیماران مبتلا به اختلال اسکیزوفرنیا که عضو بیمار آن‌ها در سال ۱۴۰۲ در مرکز آموزشی درمانی رازی (دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی) شهر تهران تحت درمان قرار داشتند به شرط داشتن معیارهای ورود به تحقیق (شامل: دار بودن معیار های تشخیصی اسکیزوفرنیا در عضو بیمار بر اساس تشخیص روانپزشک، داشتن حداقل ۴۵ و حداکثر ۶۵ سال سن برای مراقب شرکت کننده، مدرک تحصیلی دیپلم و بالاتر در عضو مراقب، نداشتن اختلال شدید روانی، عدم دریافت آموزش های روان‌درمانی در ماه های اخیر، جنسیت مذکر بیماران، داشتن وضعیت اقتصادی- اجتماعی تقریباً هم سان، زندگی همراه با بیمار بیمار) به صورت در دسترس ۴۵ نفر انتخاب و به صورت تصادفی به سه گروه تربیت روانی خانواده مبتنی بر مدل اتکینسون - کویا، تربیت روانی خانواده مبتنی بر توجه آگاهی و کنترل تقسیم شدند.

ترکیب مراقبان به این صورت بود: ۷۱ درصد (۳۲ نفر) زن و ۲۹ در صد (۱۳ نفر) مرد؛ مراقبان زن شامل ۵۶ درصد مادر (۱۸ نفر)، ۳۸ درصد همسر (۱۲ نفر) و ۶ درصد خواهر (۲ نفر) و مراقبان مرد شامل ۷۷ درصد پدر (۱۰ نفر) و ۲۳ درصد برادر (۳ نفر) بودند. میانگین مدت مراقبت ۱۲/۸ سال (دامنه‌ی ۲ تا ۲۵ سال) بود و همه ی مراقبان با بیمار زندگی می‌کردند.

همچنین ملاک‌های خروج از تحقیق شامل غیبت دو جلسه یا بیشتر درجلسات آموزشی، دریافت رویکردهای روان‌درمانی همزمان در حین اجرای جلسات، و عدم تمایل فرد به ادامه جلسات آموزشی بود. در ادامه و در سه مرحله قبل، بلافاصله بعد و

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-11]

[DOI: 10.47176/rjms.32.141]

پیگیری سه ماهه، تمام شرکت کنندگان مقیاس سطح هیجان ابراز شده (LEE) که برای ارزیابی میزان هیجان ابراز شده خویشاوندان درجه اول (افرادی که در زندگی بیمار مهم قلمداد شـده اند، مانند، پدر، مادر، همسـر، خواهر، برادر و سـایرین) بیمار اسـتفاده می‌شـود را تکمیل کردند. این مقیاس در سال ۱۹۸۶ تو سط کول و کازاریان تدیون شده ا ست. شامل ۶۰ سؤال و چهار گزینه ای ا ست (از به ندرت تا همی شه) و برای ارزیابی سـطح هیجان ابراز شـده‌ی خویشـاوندان بیمار چهار عامل نگرش منفی نسـبت به بیماری، تحمل/انتظار، مزاحمت یا مداخله گری و پاسـخ هیجانی به کار می‌روند. هر مقیاس شامل ۱۵ سؤال می‌با شد. با توجه به محاسـبه‌های انجام شـده افرادی که در این آزمون نمره‌ی کمتر از ۱۱۶ بگیرند دارای هیجان ابراز شـده‌ی پایین و افرادی که نمره‌ی بالاتر از ۱۵۰ بگیرند دارای هیجان ابراز شده‌ی بالا هستند. کازاریان در یک گزارش تحلیلی به اعتبار این مقیاس در مقایسـه با سـایر ابزارهای سنجش هیجان ابراز شده تأکید نموده ا ست (۱۶). در ایران توسـط دهقانی بر روی بیماران مبتلا به روان پری شی هنجاریابی شده ا ست که ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس در پژوهش دهقانی ۰/۹۳ بود که نشـان دهنده‌ی اعتبار (Reliability) بالایی می‌باشـد (۱۷). پایایی این پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۷۹ گزارش شده است.

همچنین گروه آز مایش اول طی ۱۰ جلسـه ۹۰ دقیقه‌ای هفته‌ای یک جلسـه به مدت دو ماه و نیم به صـورت گروهی تحت پروتکل تربیت روانی خانواده (مدل اتکینسون - کویا) قرار گرفت. گروه آزمایش دوم نیز طی هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای هفته‌ای یک جلسه، به مدت دو ماه به صـورت گروهی تحت درمان پروتکل تربیت روانی خانواده مبتنی بر توجه آگاهی براسـاس شناخت درمانی مبتنی بر توجه آگاهی کرین (Crane) (۲۰۱۷) قرار گرفت (۱۸). گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد.

پروتکل تربیت روانی خانواده (مدل اتکینسـون - کویا) بدین صورت بود که در این جلسات الگوی تربیت روانی خانواده مطابق چارچوب اتکینسـون - کویا در سـال ۱۹۹۵ و براسـاس مبانی نظری رویکرد التقاطی تجربی که شـامل نظریه‌های نظام های خانواده، درمان شناختی رفتاری، روان شنا سی تربیتی و جنبه‌هایی از درمان ساختاری ا ست مورد بحث قرار گرفت. جل سات به صـورت آموزش گروهی به مراقبان (خانواده های) بیماران مبتلا به اسـکیزوفرنیا با توجه به عنوان، اهداف و محتوا تو سط روان شناس متخ صص ارائه گردید. در آ غاز هر جلسـه آموزشـی از شـر کت کن ند گان بازخوردهایی درباره روند جلسـه قبل و در پایان هر جلسه پاسخگویی به پرسش‌های مراقبان صورت گرفت. در طی برگزاری جلسـات و به منظور آگاهی دادن به مراقبان بروشـور و پمفل ت های مفید در باره اختلال اسکیزوفرنیا در اختیار آنها قرار گرفت.

پروتکل تربیت روانی خانواده مبتنی بر توجه آگاهی (MBFPE) mindfulness-based family) psychoeducation) نیز بـدین صـورت بود کـه در جل سات MBFPE ش صت دقیقه از ه شت جل سه‌ی ابتدایی صرف آموزش توجه آگاهی شد و مابقی جلسات مانند جلسـات تربیت روانی خانواده مبتنی بر مدل اتکینسون - کویا بود.

جلسـات آموزش تو جه آ گاهی بر گرفته از کتاب شـنا خت در مانی مبتنی بر تو جه آ گاهی اثر کرین (۲۰۱۷) اسـت که براسـاس مبانی نظری در مان شناختی- رفتاری و اصول آموزش توجه آگاهی کابات-زین و همکاران (۱۹۹۲) و به صـورت گروهی بود و در واقع، آموزش انواع تمرینـات مراقبـه بـا زمینـه ای از فراشناخت که در برنامه شناخت درمانی مبتنی بر توجه آگاهی برای افزایش آگاهی فرد از رویدادهای درونی و بیرونی خود در زمان حال حا ضر ذکر شده ا ست که شـامل ایجاد رابطه درمانی، آشـنایی با حالت خلبان خودکار، اسـتفاده از متافورها برای تغییر زاویه دید، آ شنایی با تأثیرات توجه آگاهی ، آ شنایی با نشانه های افسردگی و پیشگیری از بازگشت آن، آموزش پذیرش مشـکلات به جای تلاش برای مواجهه و یا اجتناب از آنها، م شخص کردن جایگاه احسا سات، افکار، باورها و تأثیرات آنها، هدف گذاری، آموزش مهر بان بودن با خود، خود ارزشـمندی، بخشـش، صـبر اسـت که با

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-11]

[DOI: 10.47176/rjms.32.141]

ا ستفاده از تمرینات توجه آگاهی چون توجه آگاهانه به دم و بازدم، خوردن توام با توجه آگاهانه، راه رفتن توام با توجه آگاهانه و ... صورت می‌گیرد (۱۹).

نهایتا از آمار توصیفی میانگین و انحراف معیار در قالب جدول و نمودار برای توصیف ویژگی‌های فردی آزمودنی‌ها، آزمون شاپیروویلک برای بررسی طبیعی بودن توزیع داده‌ها و تحلیل واریانس آمیخته با ا ندازه‌گیری مکرر و تعقیبی بونفرونی با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ جهت آزمون فرضیه‌های تحقیق استفاده شد.

یافته‌ها

نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر نشان داد که اثرات اصلی زمان ($p<۰/۰۰۱$)، گروه معنادار است ($p<۰/۰۰۱$) و تعامل زمان و گروه معنادار بر هیجان ابراز شده معنادار است ($p<۰/۰۰۱$). 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 ۲۹ درصد تغییرات متغیر هیجان ابراز شده شرکت کنندگان ناشی از عضویت گروهی ا ست. همچنین اندازه اثر در متغیر زمان نشان می‌دهد که ۹۷ درصد تغییرات متغیر هیجان ابراز شده ناشی از تغییرات زمانی است. همچنین اندازه اثر تعامل زمان و گروه ۰/۹۶ ا ست که نشان می‌دهد ۹۶ در صد تغییرات واریانس هیجان ابراز شده ناشی از تغییرات زمانی در حداقل یکی از دو گروه است.

برای بررسی دو به دوی تفاوت میانگین هیجان ابراز شده در سه گروه ارزیابی از آزمون تعقیبی LSD استفاده شد که در جدول ۱ نشان داده شده است اختلاف بین گروه تربیت روانی خانواده مبتنی بر مدل اتکینسون - کو یا و گروه کنترل معنادار است ($p<۰/۰۵$). همچنین اختلاف بین گروه تربیت روانی خانواده مبتنی بر توجه آگاهی و گروه کنترل معنادار است ($p<۰/۰۵$). همچنین، بین میانگین گروه تربیت روانی خانواده مبتنی بر مدل اتکینسون - کویا و گروه تربیت روانی خانواده مبتنی بر توجه آگاهی تفاوت معناداری وجود دارد (p=۰,۰۴۶).

همانطور که جدول ۲ نشان می‌دهد، نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر نشان داد که در گروه تربیت روانی خانواده مبتنی بر مدل اتکینسون - کو یا بین پیش آزمون و پس آزمون و پیش آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد ($p<۰/۰۰۱$)، اما بین پس آزمون پیگیری تفاوت معناداری وجود نداشت ($p>۰/۰۵$) در گروه تربیت روانی خانواده مبتنی بر توجه آگاهی نیز بین پیش آزمون و پس آزمون و پیش آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود داشت

جدول ۱- نتایج آزمون LSD برای متغیر هیجان ابراز شده

گروه	گروه	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	سطح معناداری
تربیت روانی خانواده مبتنی بر مدل اتکینسون – کویا	تربیت روانی خانواده مبتنی بر توجه آگاهی	-۸/۸۴	۴/۲۹	۰/۰۴۶
	کنترل	-۱۷/۹۵	۴/۲۹	۰/۰۰۱
تربیت روانی خانواده مبتنی بر توجه آگاهی	کنترل	-۹/۱۱	۴/۲۹	۰/۰۴۰

جدول ۲- تفاوت نمران میانگین هیجان ابراز شده بین دو گروه در سه مرحله ارزیابی

گروه‌ها	مرحله مبنا (میانگین)	مرحله مورد مقایسه (میانگین)	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	سطح معناداری
تربیت روانی خانواده مبتنی بر مدل اتکینسون – کویا	پیش آزمون (۱۵۳/۲۰)	پس آزمون (۱۲۷/۰۰)	-۲۶/۲۰	۳/۰۶	<۰/۰۰۱
		پیگیری (۱۲۷/۲۶)	-۲۵/۹۴	۳/۰۴	<۰/۰۰۱
	پس آزمون (۱۲۷/۰۰)	پیگیری (۱۲۷/۲۶)	۰/۲۶	۳/۰۳	۱/۰۰
تربیت روانی خانواده مبتنی بر توجه آگاهی	پیش آزمون (۱۵۲/۸۰)	پس آزمون (۱۴۰/۸۰)	-۱۲/۰۰	۳/۰۴	<۰/۰۰۱
		پیگیری (۱۴۰/۴۰)	-۱۲/۴۰	۳/۰۳	<۰/۰۰۱
	پس آزمون (۱۴۰/۸۰)	پیگیری (۱۴۰/۴۰)	-۰/۴۰	۳/۰۴	۱/۰۰

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-11]

[DOI: 10.47176/rjms.32.141]

($p<۰/۰۰۱$). همچنین بین پس آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود نداشت ($p>۰/۰۵$).

بحث

با توجه به نتایج به دست آمده ملاحظه می شود که فرضیه اصلی تأیید می‌شود. بدین معنی که بین اثربخشی دو گروه تربیت روانی خانواده مبتنی بر مدل اتکینسون - کویا و تربیت روانی خانواده مبتنی بر توجه آگاهی در کاهش میزان هیجان ابراز شده مراقبان خانوادگی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا تفاوت معناداری وجود دارد و تربیت روانی خانواده مبتنی بر مدل اتکینسون – کویا نسبت به تربیت روانی خانواده مبتنی بر توجه آگاهی بر هیجان ابراز شده مراقبان خانوادگی تاثیر بیشتری داشت. نتایج این پژوهش با پژوهش اسکندری و همکاران (۱۴۰۰)؛ احمدی و همکاران (۱۳۹۹)؛ حاجی آقایی و همکاران (۱۳۹۶)؛ رودولیکو و همکاران (۲۰۲۲)؛ کاماچو گومز و کاستلوی (۲۰۲۰) همسو است (۲۰، ۱۲، ۹، ۲۲، ۲۱) .

در تبیین این یافته می‌توان گفت که مراقبان خانوادگی پس از شرکت در جلسات آموزشی به دلیل افزایش آگاهی و اطلاعات در مورد اختلال اسکیزوفرنیا و همچنین یادگیری فنون مهارت‌های ارتباطی با بیمار فشار کمتری را احساس می‌کنند و همچون سابق بدون دلیل خود را در ایجاد بیماری عضو خانواده مقصر نمی دانند که این امر خود می تواند به کاهش میزان هیجان ابراز شده مراقبان خانوادگی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا منجر شود. بسیاری از افراد مبتلا به بیماری های حاد و روانی از جمله اسکیزوفرنیا با اعضای خانواده خود زندگی می کنند یا با آن ها به طور مستقیم در ارتباطند (۲۱). بنابراین، روابط نزدیک با فردی که بیماری روانی حاد دارد می تواند بار یا فشار روانی سنگینی را بر اعضای خانواده بیمار وارد سازد. همچنین مطالعات پژوهشی فراوانی نیز نشان داده اند که مراقبان و خانواده های افراد مبتلا به اسکیزوفرنیا بار یا فشار روانی شدیدی را تجربه می کنند. هنگامی که اعضای خانواده اطلاعات جزیی یا هیچ اطلاعی از بیماری روانی ندارند یا بر این باورند که ممکن است آن‌ها نیز دچار بیماری روانی شوند فشارهای وارد بر خانواده دو چندان می شود و مراقبان خانوادگی که در این جلسات شرکت می کنند نسبت به مراقبان خانوادگی گروه کنترل که هیچ گونه مداخله ای را دریافت نمی کنند علاوه بر کسب اطلاعات در مورد اسکیزوفرنیا راهکارهای سودمندی از قبیل جلب مشارکت مراقبان خانوادگی در برنامه درمان و بازتوانی، آموزش مهارت حل مسئله، آشنایی با اهمیت موضوع مقابله با فشار روانی، آموزش مهارت‌های ارتباطی، اداره و کنترل رفتار آشفته بیمار و اطلاع از مراکز کمک رسانی و مقابله با بحران ها در ارتباط با نحوه کنار آمدن با بیماری عضو خانواده خویش می آموزند و همین امر می‌تواند منجر به کاهش احساس داغ یا ننگ بیماری و بهبود روابط خانواده و درنتیجه کاهش میزان بار یا فشار روانی ناشی از مراقبت از عضو بیمار گردد. پژوهش ها نشان می دهد که خانواده، در بازگشت علایم بیماری موثر است و محیط های تنش زای خانواده که هیجان بالایی نسبت به بیمار خویش بروز می دهند، موجب عود علایم بیمار می شوند و مشکلات روانی در یک عضو از خانواده تهدیدی برای کل نظام خانواده محسوب شده و خانواده را با غم و رنج زیادی همراه می سازد (۲۳)؛ با این حال، افزایش توانایی خانواده در مدیریت فشار روانی ناشی از بیماری فرزند می تواند، کمک شایانی به کاهش فشارهای روانی ناشی از بیماری نماید. مطالعات گوناگون، نشان داده است که مداخله های درمانی خانواده، میزان عود و بستری شدن های مکرر بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا را کاهش می دهد. اهمیت این مداخله ها زمانی بیشتر آشکار می شودکه بدانیم ۳۰ تا ۶۰ درصد این بیماران با خانواده های خود زندگی می کنند و درصد قابل توجهی از آنان، رابطه ی خود را با اعضای خانواده، خود، ادامه می دهند (۹). بنابراین هرچند خانواده های دارای عضو مبتلا به اسکیزوفرنیا، شیوع مشکلات سلامتی را دو برابر جمعیت عادی گزارش می کنند و آموزش روانی خانواده، می تواند سلامت عمومی خانواده ها را بهبود بخشد و آنها را با شرایط فرزندان خود سازگارتر سازد.

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-11]

[DOI: 10.47176/rjms.32.141]

نتیجه‌گیری

امید است با استفاده از نتایج این تحقیق بتوان دیدگاه روشنی در زمینه تاثیر دو نوع مداخله بر هیجان ابراز شده مراقبان در اختیار متخصصان و خانواده‌ها قرار داد تا با استفاده از آن بتوانند جهت کاهش آثار منفی اسکیزوفرنی در مراقبان بیماران به درستی برنامه‌ریزی کنند. با این حال عدم دسترسی به تمام جامعه آماری، عدم کنترل شرایط روحی و روانی شرکت کنندگان حین مداخله‌ها و تکمیل پرسشنامه، عدم کنترل وضعیت اقتصادی و جایگاه اجتماعی شرکت کنندگان و انتخاب صرفاً مراقبان بیماران مرد از محدودیت‌های تحقیق حاضر می‌باشد که ممکن است بر نتایج تحقیق تاثیر داشته باشد.

ملاحظات اخلاقی

مقاله حاضر برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول است که در کمیته اخلاق پزشکی و پژوهش‌های زیست پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج بررسی و با کد اخلاق IR.IAU.K.REC.1402.156 مورد تأیید قرار گرفت. پیش از اجرای پژوهش، اهداف و مراحل مطالعه برای شرکت‌کنندگان به‌طور کامل تشریح شد و از تمامی مراقبان رضایت‌نامه آگاهانه کتبی اخذ گردید. مشارکت در پژوهش کاملاً داوطلبانه بود و شرکت‌کنندگان در هر مرحله از مطالعه حق انصراف از ادامه همکاری را داشتند. همچنین محرمانگی اطلاعات و ناشناس ماندن مشخصات بیماران و مراقبان در تمامی مراحل پژوهش حفظ شد. به منظور رعایت عدالت پژوهشی، پس از پایان مطالعه امکان بهره‌مندی از محتوای آموزشی برای اعضای گروه کنترل نیز فراهم گردید.

مشارکت نویسندگان

مفهوم‌پردازی و طراحی پژوهش توسط نویسنده اول و دوم انجام شد. نویسنده اول مسئول اجرای پژوهش، جمع‌آوری داده‌ها و نگارش پیش‌نویس اولیه مقاله بود. نویسنده دوم در طراحی روش‌شناسی پژوهش، نظارت علمی بر اجرای مطالعه و بازنگری محتوایی مقاله مشارکت داشت. نویسنده سوم ویراستاری علمی و بازنگری انتقادی مقاله را بر عهده داشت. نویسنده اول و چهارم تجزیه و تحلیل آماری داده‌ها و تفسیر نتایج را انجام دادند. تمامی نویسندگان نسخه نهایی مقاله را مطالعه و تأیید کرده و مسئولیت پاسخگویی در قبال صحت و یکپارچگی محتوای پژوهش را پذیرفته‌اند.

References

1. Guo J, Lv X, Liu Y, Kong L, Qu H, Yue W. Influencing factors of medication adherence in schizophrenic patients: a meta-analysis. Schizophrenia. 2023;9(1):31.
2. Habibi Kleiber R, Mohammadzadeh Gan R, Afi A. Comparison of aphasia and impulsive behaviors in schizophrenic patients and normal people. Sci-Res Q Afoq Danesh. 2015;(23):201-206. (Persian)
3. Orrico-Sánchez A, López-Lacort M, Muñoz-Quiles C, Sanfélix-Gimeno G, Díez-Domingo J. Epidemiology of schizophrenia and its management over 8-years period using real-world data in Spain. BMC Psychiatry. 2020;20:1-9.
4. Singh K, Singh S, Malhotra J. Spectral features based convolutional neural network for accurate and prompt identification of schizophrenic patients. Proc Inst Mech Eng H J Eng Med. 2021;235(2):167-184.
5. Seo DH, Kim SJ. The effect and development of a simulation learning module based on schizophrenic patients care of nursing students. J Korean Acad Psychiatr Ment Health Nurs. 2020;29(2):106-118.
6. Clari R, Headley J, Egger J, Swai P, Lawala P, Minja A, et al. Perceived burden and family functioning among informal caregivers of individuals living with schizophrenia in Tanzania: a cross-sectional study. BMC Psychiatry. 2022;22(1):10.
7. Peng MM, Ma Z, Ran MS. Family caregiving and chronic illness management in schizophrenia: positive and negative aspects of caregiving. BMC Psychol. 2022;10(1):83.
8. Bhattacharjee D, Rai AK, Singh NK, Kumar P, Munda SK, Das B. Psychoeducation: a measure to strengthen psychiatric treatment. Delhi Psychiatry J. 2011;14(1):33-39.
9. Haji Aghaei N, Sheikhi M, Dighmi R, Alipour M. Follow-up of the effect of family-oriented psychological training based on the Atkinson and Koya model on the recurrence and severity of schizophrenia symptoms. J Psychiatr Nurs. 2016;5(4):27-33.
10. Huong PTT, Wu CY, Lee MB, Son NT, Trung TQ. A review of multifamily psychoeducation

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-11]

[DOI: 10.47176/rjms.32.141]

intervention program on reducing the caregiver burden of patients with major depressive disorder. J Suicidol. 2023;18(1):420-428.

11. Napa W, Tungpunkom P, Pothimas N. Effectiveness of family interventions on psychological distress and expressed emotion in family members of individuals diagnosed with first-episode psychosis: a systematic review. JBI Evid Synth. 2017;15(4):1057-1079.

12. Ahmadi A, Farahbakhsh K, Motamedi A, Khodayi M, Safi M. Effectiveness of family psychological education on prevention of recurrence of symptoms of patients with schizophrenia spectrum disorders. J Psychiatr Nurs. 2019;8(3):93-103.

13. Williams JM, Kabat-Zinn J. Mindfulness: Diverse perspectives on its meaning, origins and applications. London: Routledge; 2013.

14. Bögels SM, Hellemans J, van Dongen S, Rozendaal M, van der Meulen R. Mindful parenting in mental health care: effects on parental and child psychopathology, parental stress, parenting, coparenting, and marital functioning. Mindfulness. 2014;5(5):536-551.

15. Hou RJ, Wong SYS, Yip BHK, Hung AT, Lo HHM, Chan PH, et al. The effects of mindfulness-based stress reduction program on the mental health of family caregivers: a randomized controlled trial. Psychother Psychosom. 2013;83(1):45-53.

16. Ng RMK, Mui J, Cheung HK, Leung SP. Expressed emotion and relapse of schizophrenia in Hong Kong. East Asian Arch Psychiatry. 2001;11(1):4.

17. Dehghani S. The relationship between expressed emotion and personality traits in relatives of psychotic patients [thesis]. Karaj: Islamic Azad University, Karaj Branch; 2002. (Persian)

18. Crane R. Mindfulness-Based Cognitive Therapy: Distinctive Features. London: Routledge; 2017.

19. Kabat-Zinn J, Massion AO, Kristeller J, Peterson LG, Fletcher KE, Pbert L, et al. Effectiveness of a meditation-based stress reduction program in the treatment of anxiety disorders. Am J Psychiatry. 1992;149(7):936-943.

20. Eskandari Z, Gharapti B, Fakhri A, Latifi SM. The effect of education based on the family-oriented model with telephone follow-up on medication adherence and readmission of patients with mental disorders. J Psychiatr Nurs. 2021;9(1):19-31. (Persian)

21. Rodolico A, Bighelli I, Avanzato C, Concerto C, Cutrufelli P, Mineo L, et al. Family interventions for relapse prevention in schizophrenia: a systematic review and network meta-analysis. Lancet Psychiatry. 2022.

22. 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. Schizophr Bull. 2020;46(1):98-109.

23. Cheng WL, Chang CC, Griffiths MD, Yen CF, Liu JH, Su JA, et al. Quality of life and care burden among family caregivers of people with severe mental illness: mediating effects of self-esteem and psychological distress. BMC Psychiatry. 2022;22:672.

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-11]

[DOI: 10.47176/rjms.32.141]