

## Effects of Virtual Life Skills Training on the Performance of the Families of Patients with Chronic Mental Disorders: A Quasi-experimental Study

Mahtab Shamseddin<sup>1</sup>, Marjan Mardani-Hamooleh<sup>2</sup>, Naima Seyedfatemi<sup>3</sup>, Maliheh Ranjbar<sup>4</sup>,  
Shima Haghani<sup>5</sup>

### Abstract

**Background & Aims:** An efficient family cannot be defined as one that is free of mental stress, conflicts, and problems, but rather, it is defined based on the extent to which the family is capable of fulfilling its duties and functions. Poorly functioning families have difficulty dealing with emotional issues. In these families, communication is neglected or unqualified, the range of emotional reactions is limited, and the quantity and quality of these reactions is abnormal depending on the context and environment. These issues highlight the need to provide psychological training to the families of patients with chronic mental disorders. The variety and intensity of caring roles may lead to mental disorders in family members. If these individuals receive no intervention, their mental health will decline, thereby rendering them as 'hidden patients'. Family interventions could reduce the recurrence and frequent hospitalization of patients with mental disorders. Therefore, the involvement of the families of patients with chronic mental disorders is paramount. The families who live with these patients are exposed to the challenges associated with their illness and are often responsible for their care and wellbeing. Life skills training is an effective psychological intervention that helps families promote adaptive and positive behaviors to manage the challenges of daily life. Life skills training for the families of patients with chronic mental disorders could also reduce the stigma associated with the disease, improve familial relations, and decrease the burden or stress of the caregivers. The present study aimed to evaluate the effect of life skills training on the performance of the families of patients with chronic mental disorders.

**Materials & Methods:** This single-group quasi-experimental study was conducted with a pretest-posttest design on 37 family members of patients with chronic mental disorders admitted to Iran Psychiatric Center in 2020. The sample size was calculated to be 32 considering the error rate of 0.05 and test power of 0.80, which was almost equal to 37 participants with 10% attrition. The participants were selected via convenience sampling from the family members of the patients. After obtaining the required permit to conduct the research, the researcher began the sampling process. Due to the simultaneity of the intervention with the Covid-19 pandemic, it was not possible to hold meetings in person, and the intervention was performed virtually. For this purpose, the researcher referred to the research environment, and after coordination with the educational supervisor, obtained the contact number recorded in the patients' files, and the families were contacted. While explaining the objectives of the research, the researcher convinced the families to participate in the study. To have access to all the subjects, the researcher formed a group in WhatsApp, which was called Life Skills, where all the subjects had direct access to the researcher. After completing the informed consent form and to perform the pretest, demographic forms were distributed among the families to measure the variables of age, gender, marital status, education level, relationship with the client, economic status, type of mental disorder, and family performance tools. One month after the pretest and at the end of the training course, the posttest was conducted electronically via WhatsApp by the

---

<sup>1</sup>. Department of Psychiatric Nursing, Nursing Care Research Center, School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

<sup>2</sup>. Department of Psychiatric Nursing, Nursing Care Research Center, School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran (Corresponding author) Tel: 02143651804  
Email: mardanihamoole.m@iums.ac.ir

<sup>3</sup>. Department of Psychiatric Nursing, Nursing Care Research Center, School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

<sup>4</sup>. Iran Psychiatric Center, School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

<sup>5</sup>. Nursing Care Research Center, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

researcher. The research samples were taught online in six 60-minute sessions for three weeks using recorded audio, PowerPoint, PDF files, and clips, which could be uploaded to WhatsApp. Initially, the demographic form and McMaster family assessment questionnaire were completed, and the life skills training was provided afterwards. The posttest was performed one month after the intervention. Data analysis was performed in SPSS version 16 using descriptive and analytical statistics. The study protocol was approved by the Ethics Committee of Iran University of Medical Sciences, and written informed consent was obtained from the participants electronically. Participation was voluntary, and the subjects were assured of the confidentiality and anonymity of the data.

**Results:** The majority of the participants were aged less than 30 years (51.4%), female (75.7%), and married (56.8%). In addition, most of the subjects had academic education (73%) and a moderate economic status (75.7%), and the client-parent relationship was most frequent (40.5%). According to the posttest results, the mean scores of overall family performance ( $P<0.001$ ) and its dimensions, including problem-solving ( $P<0.001$ ), communication ( $P<0.001$ ), roles ( $P<0.001$ ), emotional response ( $P<0.001$ ), emotional mixing ( $P=0.045$ ), and behavior control ( $P=0.006$ ) significantly decreased compared to the pretest, indicating the positive effect of the training intervention on family performance and its dimensions. Based on the calculated effect size, the maximum effect of the intervention was on the problem-solving dimension (0.93), and the minimum effect size was observed in the emotional response dimension (0.34).

**Conclusion:** According to the results, life skills training for the families of patients with chronic mental disorders had a significant impact on all the aspects of family performance and could be used as an effective method in psychiatric centers to improve the performance of these families. Furthermore, it is suggested that psychiatric ward nurses become familiar with the educational content of life skills and family performance to implement these interventions for patients' families if necessary. Our findings could also help nursing managers and head nurses of psychiatric wards for the better management of care provision to patients with chronic mental disorders and supporting the families of these patients after discharge. The life skills educational content provided to our participants could also be provided to clinical professors, so that students would become familiar with these outlines and incorporate the content into their care plans. Since the implementation of an intervention based on life skills training improved family performance of clients with chronic mental disorders, it is suggested that a similar intervention be evaluated to improve variables affecting life skills areas such as communication skills, problem solving skills, and Behavior control.

**Keywords:** Life skills, Family Performance, Chronic Mental Disorders

**Conflict of Interest:** No

**How to Cite:** Shamseddin M, Mardani-Hamooleh M, Seyedfatemi N, Ranjbar M, Haghani SH. Effects of Virtual Life Skills Training on the Performance of the Families of Patients with Chronic Mental Disorders: A Quasi-experimental Study. *Iran Journal of Nursing*. 2021; 34(131):44-54.

Received: 10 May 2021

Accepted: 11 Aug 2021

## تأثیر آموزش مجازی مهارت‌های زندگی بر عملکرد خانواده مبتلایان به اختلالات روانی: یک مطالعه نیمه تجربی

مهتاب شمس الدین<sup>۱</sup>، مرجان مردانی حموله<sup>۲</sup>، نعیمه سیدفاطمی<sup>۳</sup>، ملیحه رنجبر<sup>۴</sup>، شیما حقانی<sup>۵</sup>

### چکیده

**زمینه و هدف:** اختلال روانی مزمن در یک عضو خانواده، می‌تواند تهدیدی برای کل نظام خانواده به شمار آید و اگر خانواده‌ها مورد توجه قرار نگیرند، سلامت روانی آنان مختل می‌گردد. لذا مداخلات آموزشی می‌تواند برای اعضای خانواده مبتلایان به اختلالات روانی مزمن مفید باشد. مطالعه حاضر در این راستا و با هدف تعیین اثر آموزش مهارت‌های زندگی بر عملکرد خانواده مبتلایان به اختلالات روانی مزمن انجام گردید.

**روش بررسی:** پژوهش حاضر یک مطالعه ارزشیابی اثر تک گروهی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون بود که با مشارکت ۳۷ نفر از اعضای خانواده بیماران مبتلا به اختلالات روانی مزمن بستری در مرکز روان‌پزشکی ایران انجام گرفت. از روش نمونه‌گیری مستمر جهت انتخاب اعضای خانواده‌های دارای عضو مبتلا به اختلال روانی مزمن بستری در این مرکز استفاده شد. ابتدا فرم مشخصات جمعیت شناختی ابزار عملکرد خانواده (McMaster Family assessment questionnaire) توسط نمونه‌ها تکمیل شد. پس از انجام پیش‌آزمون، آموزش مهارت‌های زندگی به صورت یک دوره مجازی آنلاین به مدت سه هفته (شش جلسه ۶۰ دقیقه‌ای) از طریق پیام‌رسان Whatsapp ارائه شد. یک ماه پس از انجام مداخله، پس‌آزمون گرفته شد. کل مدت نمونه‌گیری دو ماه بود. داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و استنباطی (تی زوجی) و به کمک نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

**یافته‌ها:** نتایج نشان داد که آموزش مهارت‌های زندگی، حیطه‌های عملکرد کلی، حل مسئله، ارتباط، نقش‌ها، پاسخ‌دهی عاطفی ( $p < 0/001$ ) و کنترل رفتار ( $p = 0/006$ ) و آمیختگی عاطفی ( $p = 0/045$ ). از عملکرد خانواده مبتلایان به اختلالات روانی مزمن را بهبود بخشیده است. همچنین با توجه به اندازه اثر محاسبه شده بیشترین اثر مداخله در بعد حل مسئله با اندازه ۰/۹۳ و کمترین اندازه اثر مربوط به پاسخ‌دهی عاطفی با ۰/۳۴ بود.

**نتیجه‌گیری کلی:** نتایج این مطالعه نشان داد یکی از راه‌های بهبود عملکرد در خانواده بیماران مبتلا به اختلال روانی مزمن اجرای برنامه آموزش مهارت‌های زندگی است و این مداخله می‌تواند به‌عنوان یکی از روش‌های مؤثر در مراکز روان‌پزشکی برای بهبود عملکرد خانواده این بیماران مورد استفاده قرار گیرد.

### کلیدواژه‌ها: مهارت‌های زندگی، عملکرد خانواده، اختلالات روانی مزمن

تعارض منافع: ندارد

تاریخ دریافت: ۰۰/۲/۲۰

تاریخ پذیرش: ۰۰/۵/۲۰

۱. گروه روانپرستاری، مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، تهران، ایران

۲. گروه روانپرستاری، مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، تهران، ایران (نویسنده مسئول) شماره تماس: ۰۲۱۴۳۶۵۱۸۰۴ Email: mardanihamoole.m@iums.ac.ir

۳. گروه روانپرستاری، مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، تهران، ایران

۴. مرکز روانپزشکی ایران، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، تهران، ایران

۵. مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، تهران، ایران

## مقدمه

اختلال روانی، یک مشکل درون فردی و در یک عضو خانواده نیست بلکه یک فرآیند تعاملی بین اعضای خانواده است<sup>(۱)</sup>. اعضای خانواده با ایفای نقش‌های سالم و سازنده می‌توانند به رشد و سلامت خانواده کمک نمایند و متقابلاً سازمان خانواده با توجه به این که شبکه‌ای از ارتباطات است، می‌تواند نقش مؤثر در سلامت روانی اعضای خویش داشته باشد، چرا که خانواده اولین و مهمترین پایگاه برای پرورش ابعاد مختلف وجود انسان به ویژه بعد روان شناختی او می‌باشد. در واقع خانواده نه تنها رفتارهای سازشی و بهنجار، بلکه رفتارهای نابهنجار افراد را نیز شکل می‌دهد<sup>(۲)</sup>. از سوی دیگر، خانواده در بازگشت علائم خود بیماری مؤثر است و محیط‌های تنش‌زای خانواده که هیجان بالایی نسبت به بیمار خویش بروز می‌دهند، موجب عود علائم بیمار می‌شوند. در این خصوص، افزایش توانایی خانواده در مدیریت فشار روانی ناشی از بیماری عضو مبتلا می‌تواند، کمک شایانی به کاهش فشارهای روانی ناشی از بیماری نماید<sup>(۳)</sup>. در واقع، خانواده می‌تواند نقش مهمی در مراقبت از اعضای مبتلا به اختلالات روانی داشته باشد<sup>(۴)</sup>. ملاک کارایی خانواده این نیست که در آن فشار روانی، تعارض و مشکل وجود نداشته باشد، بلکه این است که خانواده تا چه اندازه در تحقق وظایف و عملکردهایش توانایی دارد<sup>(۵)</sup>.

خانواده‌های دارای عملکرد ضعیف، در زمینه موضوعات عاطفی مشکل دارند. در این خانواده‌ها، ارتباطات نادیده گرفته شده و یا فاقد صلاحیت است، گستره واکنش‌های هیجانی محدود بوده و کمیت و کیفیت این واکنش‌ها، متناسب با بافت و محیط، غیر عادی است. به علاوه، اعضای خانواده به یکدیگر علاقه‌ای نداشته و در مورد یکدیگر اقدام به سرمایه‌گذاری عاطفی نمی‌کنند<sup>(۶)</sup>. مطالعه‌ای در آلمان حاکی از آن بود که عملکرد خانواده در زمانی که والدین، مبتلا به اختلالات روانی باشند، در ۳۸ درصد از موارد مختل می‌باشد و سلامت روانی ۴۳ درصد از افراد خانواده به دلیل وجود اختلال روانی در والدین، تهدید

می‌گردد<sup>(۷)</sup>. نتایج پژوهشی که در ایران انجام شد، بیان داشت که سرمایه‌گذاری عاطفی اعضای خانواده بر روی همدیگر در بیماران مبتلا به اختلالات روانی و به صورت کلی در بیماران مبتلا به اختلالات خلقی دچار نارسایی در عملکرد است<sup>(۸)</sup>. در همین رابطه، مطالعه‌ای در ایران انجام شد و یافته‌ها نشان داد که میانگین نمره عملکرد خانواده در کل بیماران  $۲/۲۵ \pm ۲/۳۴$  بود و بین میانگین نمره عملکرد خانواده بیماران افسرده، دو قطبی و اختلالات اضطرابی تفاوت معنی‌داری وجود دارد که این تفاوت نمره در بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی و اختلالات اضطرابی بیشتر مشهود است، بدین صورت که در بیماران واجد اختلالات اضطرابی عملکرد خانواده نسبت به بیماران دو قطبی نا سالم‌تر است و عملکرد خانواده بیماران افسرده نسبت به بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی نا سالم‌تر است. هم‌چنین بیش‌ترین مشکل عملکرد خانواده در حیطه نقش‌ها، آمیزش عاطفی و کارکرد کلی بود. نتیجه به دست آمده در مطالعه، عملکرد ضعیف اعضای خانواده مبتلایان به اختلالات روانی، اهمیت آموزش خانواده‌ها در جهت بروز عملکرد مطلوب در مدیریت بیماران واجد اختلالات روانی را مورد تأکید قرار داد<sup>(۲)</sup>. موارد فوق حاکی از ضرورت ارائه آموزش‌های روانی برای خانواده افراد مبتلا به اختلالات روانی مزمن می‌باشد. در واقع، تنوع و شدت نقش‌های مراقبتی ممکن است منجر به اختلالات روانی در اعضای خانواده بیماران گردد و اگر این افراد بدون مداخله رها شوند، سلامت روانی‌شان به عنوان بیماران پنهان، کاهش می‌یابد. مداخلات برای خانواده، عود و بستری شدن‌های مکرر بیماران مبتلا به اختلالات روانی را کاهش می‌دهد<sup>(۴)</sup>. در همین راستا، یک مطالعه کیفی در تانزانیا نشان داد که عملکرد افراد خانواده دارای اختلالات روانی مختل می‌باشد و این افراد از حمایت اجتماعی پایینی برخوردارند<sup>(۹)</sup>. هم‌چنین این خانواده‌ها انگ ناشی از بیماری عضو خانواده را تجربه می‌کنند که منجر به بروز رفتارهای تخریبی در آنان می‌گردد. بر این اساس، محققان پیشنهاد

دادند که مداخلاتی به منظور بهبود عملکرد خانواده مددجویان دارای اختلالات روانی صورت گیرد<sup>(۱۰)</sup>.

در این میان، آموزش مهارت‌های زندگی نیز یکی از مداخلات روان شناختی است که به افراد کمک می‌کند تا رفتارهای سازگارانه و مثبتی برای مقابله با مقتضیات و چالش‌های زندگی روزانه از خود نشان دهند. این مهارت‌ها توانایی‌های روانی-اجتماعی لازم را برای رفتار تطابقی مؤثر در رویارویی با چالش‌ها در اختیار انسان می‌گذارند؛ این مهارت‌ها وظایفی است که در عملکرد مستقل موفقیت آمیز افراد در بزرگسالی نقش دارند. مهارت‌های زندگی قابل آموزش هستند<sup>(۱۱)</sup>. کسب مهارت‌های زندگی سبب بروز رفتارهای مثبت و سازگارانه شده توانایی رویارویی مؤثر با چالش‌های زندگی روزمره را پرورش داده و برای احساس موفقیت، توانمندی و شادکامی در زندگی روزمره مورد نیاز می‌باشند. این توانایی‌ها فرد را برای برخورد مؤثر با کشمکش‌ها و موقعیت‌های زندگی یاری می‌بخشد. آموزش مهارت‌های زندگی دارای هدف‌های پیشگیرانه، مهار و مدیریت مشکلات است<sup>(۱۲)</sup>. مطالب پیش گفت در خصوص خانواده مبتلایان به اختلالات روانی بر اهمیت این موضوع می‌افزاید که عملکرد خانواده افراد مبتلا به اختلالات روانی نیازمند توجه است و باید برای بهبود ابعاد گوناگون آن برنامه ریزی نمود<sup>(۴)</sup>. بر این اساس، مشارکت خانواده بیماران مبتلا به اختلالات روانی مزمن که با آنها زندگی کرده و درگیر چالش‌های توأم با بیماری آن‌ها می‌شود و در اغلب موارد مسئولیت مراقبت از این بیماران را دارند، مهم است. پژوهشگر به عنوان یک روانپرستار که دارای نقش آموزشی می‌باشد، مطالعه حاضر را با هدف تعیین تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر عملکرد اعضای خانواده مددجویان مبتلا به اختلالات روانی مزمن انجام داد.

مطالعه حاضر، نیمه تجربی و تک گروهی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون بود که در سال ۱۳۹۹ انجام شد. جامعه پژوهش تمامی اعضای خانواده‌های دارای عضو مبتلا به اختلال روانی مزمن بستری در مرکز آموزشی درمانی ایران وابسته به دانشگاه علوم پزشکی ایران بودند که تحت درمان قرار داشتند. حجم نمونه با توجه به مطالعه زینالی و رستمی<sup>(۱۲)</sup> و با در نظر گرفتن خطا در سطح ۰/۰۵، توان آزمون در سطح ۰/۸۰، ۳۲ نفر محاسبه گردید که با احتساب ۱۰ درصد احتمال ریزش به صورت تقریبی معادل ۳۷ نفر تعیین گردید. در این پژوهش معیارهای انتخاب عضو خانواده جهت شرکت در پژوهش، تشخیص ابتلا به اختلال روانی در یک عضو خانواده توسط روانپزشک شامل پدر، مادر، همسر، خواهر و یا برادر آن‌ها که با عضو بیمار زندگی می‌کنند و نداشتن سابقه شرکت در دوره‌های آموزش روانی برای خانواده بود. ملاک‌های عدم ورود به مطالعه نیز شامل ابتلا به هر کدام از اختلالات ناشی از یک اختلال طبی عمومی یا ناشی از مصرف مواد، تمایل نداشتن به شرکت در ادامه پژوهش، تمایل نداشتن به همکاری در تکمیل کردن ابزار منظور شد. نمونه‌گیری به شیوه در دسترس انجام شد. به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی، پس از کسب اجازه از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی ایران (IR.IUMS.REC.1399.935)، به همراه دریافت رضایت نامه کتبی از نمونه‌ها که به شیوه الکترونیکی اخذ شد، به آنان گفته شد که اطلاعات مندرج در ابزارها بدون درج نام و به صورت محرمانه خواهد ماند و هیچ گونه اجباری جهت شرکت در پژوهش وجود نخواهد داشت.

برای گردآوری داده‌ها از فرم مشخصات فردی، برای سنجش متغیرهای سن، جنس، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، نسبت با مددجو، وضعیت اقتصادی و نوع اختلال روانی مددجو و ابزار عملکرد خانواده (The McMaster Family Assessment Device)<sup>(۱۳)</sup> استفاده شد. این ابزار که ۵۳ گویه‌ای بوده و توسط Epstein و همکاران (۱۹۸۳) تهیه شده که عملکرد

توضیح اهداف پژوهش، مشارکت خانواده‌ها را برای پژوهش جلب نمود. در ادامه، برای دسترسی به تمام افراد مورد مطالعه یک گروه تحت عنوان مهارت‌های زندگی در شبکه اجتماعی **Whatsapp** تشکیل داد که تمام افراد در آن جا به پژوهشگر دسترسی مستقیم داشته باشند. پس از تکمیل فرم رضایت آگاهانه، به منظور اجرای پیش‌آزمون، ابزار عملکرد خانواده در اختیار خانواده‌ها قرار گرفت. یک ماه پس از اجرای پیش‌آزمون و در انتهای دوره آموزشی، پس از آزمون به شیوه الکترونیکی در شبکه اجتماعی **Whatsapp** توسط پژوهشگر گرفته شد. نمونه‌های پژوهش به مدت شش جلسه ۶۰ دقیقه‌ای به مدت سه هفته به صورت کلاس‌های آنلاین به وسیله صدای ضبط شده، پاورپوینت، فایل پی‌دی‌اف و کلیپ که در شبکه واتساپ بارگذاری می‌شد، مورد آموزش قرار گرفتند. به علاوه، پژوهشگر در تمام این مدت در دسترس خانواده‌ها بود تا اگر ابهامی دارند برای آنان برطرف نماید. بازخورد از فراگیران در حین ارائه محتوا گرفته می‌شد و تمریناتی مبتنی بر مهارت‌های ارائه شده برای نمونه‌ها در نظر گرفته می‌شد که این تمرینات در پایان جلسات ارائه می‌گردید و نمونه‌ها به شیوه الکترونیکی در فاصله برقراری جلسه بعدی به صورت شخصی به پژوهشگر پاسخ می‌دادند و بازخورد لازم را از سوی وی دریافت می‌نمودند. محتوای آموزشی با استفاده از مطالعات مربوط به مهارت‌های زندگی (۷، ۱۲، ۱۴، ۱۵) و با تأکید بر آموزش این مهارت‌ها به خانواده تهیه شد. خلاصه جلسات آموزشی در جدول شماره ۱ مشهود است.

اطلاعات گردآوری شده با استفاده از آمار توصیفی (فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار) و استنباطی (آزمون تی زوجی) تحت نرم افزار **SPSS** نسخه ۱۶، تحلیل شدند (سطح معنی‌داری برای آزمون آماری کمتر از ۰/۰۵ لحاظ شد).

خانواده را در هفت بعد می‌سنجد. این ابعاد عبارتند از ۱- حل مسئله (گویه‌های ۱ تا ۵)، ۲- ارتباط (گویه‌های ۶ تا ۱۱)، ۳- نقش‌ها (گویه‌های ۱۲ تا ۱۹)، ۴- پاسخ‌دهی عاطفی (گویه‌های ۲۰ تا ۲۵)، ۵- آمیختگی عاطفی (گویه‌های ۲۶ تا ۳۲)، ۶- کنترل رفتار (گویه‌های ۳۳ تا ۴۱) و ۷- عملکرد کلی خانواده (گویه‌های ۴۲ تا ۵۳). برای نمره گذاری، گویه‌های ۴-۷-۱۲-۱۴-۱۵-۱۶-۱۷-۱۸-۲۰-۲۱-۲۳-۲۶-۲۷-۲۸-۲۹-۳۰-۳۱-۳۳-۳۴-۳۶-۳۸-۳۹-۴۰-۴۴-۴۶-۴۸-۵۰-۵۲-۵۳ از ۱-۴ نمره دهی می‌شوند یعنی به کاملاً مخالفم نمره ۱ و کاملاً موافقم نمره ۴ تعلق می‌گیرد و بقیه گویه‌ها برعکس نمره دهی می‌شوند. جهت به دست آوردن نمره هر بعد، میانگین نمرات گویه‌های مربوط به آن بعد محاسبه می‌شود. نمره بالاتر در هر بعد نشان دهنده کارکرد ناسالم‌تر در آن بعد است. این ابزار در مطالعات داخل و خارج از ایران مورد استفاده قرار گرفته و از روایی و پایایی مطلوب برخوردار است (۳۸-۱). در این پژوهش نیز روایی محتوای ابزار توسط پنج نفر از اساتید پرستاری دانشکده پرستاری دانشگاه علوم پزشکی ایران مورد سنجش قرار گرفت که بدین منظور نسخه‌های فارسی و انگلیسی آن در اختیار اساتید قرار گرفت و نظرات اصلاحی‌شان در ابزار اعمال شد. پایایی ابزار نیز با مشارکت ۱۵ نفر از افراد همسان با نمونه‌های پژوهش که در پژوهش شرکت نداشتند، با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ، ۰/۸۴ محاسبه گردید.

پژوهشگر پس دریافت مجوزهای لازم جهت انجام پژوهش، فرآیند نمونه‌گیری را آغاز نمود. به دلیل همزمانی انجام مداخله با همه‌گیری کووید-۱۹ امکان برگزاری جلسات به صورت حضوری نبود و مداخله به صورت مجازی اجرا شد. به این منظور، به محیط پژوهش مراجعه شد و با هماهنگی به عمل آمده با سوپروایزر آموزشی، شماره تلفن مندرج در پرونده مددجویان بستری گرفته شد و با خانواده آنان تماس حاصل شد. پژوهشگر ضمن

جدول شماره ۱: جلسات آموزش مهارت های زندگی

جلسات	عنوان	محتوا
اول	عملکرد کلی خانواده	معارفه به صورت فایل صوتی، برقراری ارتباط اولیه با افراد، آشنایی با اصول و مقررات و اهداف جلسات، مقدمه، توضیح نقش خانواده در مراقبت بیماران دارای اختلالات روانی، عملکرد کلی خانواده، مهارت های ۱۰ گانه زندگی سازمان بهداشت جهانی
دوم	روابط	مفهوم ارتباط، برقراری ارتباط مؤثر، گوش دادن مؤثر، صریح و صادق بودن، همدردی، حفظ آرامش و احترام به فرد بیمار، مخالفت نمودن به شیوه مناسب، خودشناسی و افزایش آگاهی، شناسایی افکار تحریف شده، روابط بین فردی، عوامل مؤثر بر روابط بین فردی، خودآگاهی، فواید خودآگاهی، راه دست یابی به خودآگاهی
سوم	آمیختگی عاطفی	مفهوم آمیختگی عاطفی، مفهوم همدلی، راه های تقویت همدلی، عکس العمل های به جا، تسلط بر هیجانات و احساسات
چهارم	پاسخ دهی عاطفی	مفهوم پاسخ دهی عاطفی، مفهوم استرس، مدیریت استرس، راه های کنترل استرس، تکنیک های آرام سازی، ویژگی های افراد مقاوم به استرس، راه های کاهش استرس، مفهوم هیجان، مدیریت هیجان، روش های افزایش مدیریت هیجان
پنجم	حل مساله	تعریف و فرمول بندی مسئله، مهارت حل مساله، مراحل حل مساله، تولید و خلق راه حل های متعدد، به کارگیری راه حل و ارزیابی و بازنگری آن
ششم	نقش ها و کنترل رفتار	مفهوم خانواده، ارزیابی خانواده از لحاظ ابعاد نقشی، ارزیابی چگونگی عملکرد اعضاء، نقش ها، تعریف کنترل رفتار در خانواده، انواع رفتار در خانواده، تصمیم گیری در خانواده، مراحل تصمیم گیری، عوامل مؤثر در تصمیم گیری، تفکر خلاق، تفکر نقادانه، جمع بندی مباحث، معرفی منابع و گروه های حمایتی، پاسخ به سؤالات عمومی و خصوصی، تقدیر و تشکر

### یافته ها

بیشتر شرکت کنندگان در این مطالعه در محدوده سنی کمتر از ۳۰ سال (۵۱/۴ درصد)، زن (۷۵/۷ درصد) و متأهل (۵۶/۸ درصد) بودند. بیشتر افراد سطح تحصیلات بالاتر از دیپلم (۷۳ درصد)، وضعیت اقتصادی در سطح متوسط (۷۵/۷ درصد) و مبتلا به افسردگی (۳۵/۱ درصد) بودند. بیشترین فراوانی نسبت با مددجو، پدر یا مادر (۴۰/۵ درصد) گزارش شد (جدول شماره ۲). میانگین نمره ابعاد عملکرد خانواده مبتلایان به اختلالات روانی مزمن قبل و بعد از آموزش در جدول شماره ۳ دیده می شود. همان طور

که مشاهده می شود در مرحله پس آزمون، میانگین نمرات عملکرد کلی خانواده ( $P < 0/001$ ) و همه ابعاد آن شامل حل مسئله ( $P < 0/001$ )، ارتباط ( $P < 0/001$ )، نقش ها ( $P < 0/001$ )، پاسخ دهی عاطفی ( $P < 0/001$ )، آمیختگی عاطفی ( $P = 0/045$ ) و کنترل رفتار ( $P = 0/006$ ) در مقایسه با مرحله پیش آزمون به صورت معنی داری کاهش یافته که بیانگر تأثیر مثبت مداخله بر عملکرد خانواده و ابعاد آن بوده است. هم چنین، با توجه به اندازه اثر محاسبه شده بیشترین اثر مداخله در بعد حل مسئله با  $0/93$  و کمترین اندازه اثر مربوط به بعد پاسخ دهی عاطفی با  $0/34$  بود.

جدول شماره ۲: توزیع فراوانی مشخصات فردی خانواده مبتلایان به اختلالات روانی مزمن

درصد	فراوانی	مشخصات فردی	
۵۱/۴	۱۹	کمتر از ۳۰	سن (سال)
۱۸/۹	۷	۳۰-۳۵	
۲۹/۷	۱۱	بالای ۳۵	
۱۰۰	۳۷	جمع کل	
۷۵/۷	۲۸	زن	جنس
۲۴/۳	۹	مرد	
۱۰۰	۳۷	جمع کل	
۴۳/۲	۱۶	مجرد	وضعیت تأهل
۵۶/۸	۲۱	متأهل	
۱۰۰	۳۷	جمع کل	
۸/۱	۳	زیر دیپلم	سطح تحصیلات
۱۸/۹	۷	دیپلم	
۷۳	۲۷	بالای دیپلم	
۱۰۰	۳۷	جمع کل	
۴۰/۵	۱۵	مادر/ پدر	نسبت با مددجو
۲۱/۷	۸	خواهر/ برادر	
۳۷/۸	۱۴	همسر	
۱۰۰	۳۷	جمع کل	
۱۳/۵	۵	ضعیف	وضعیت اقتصادی
۷۵/۷	۲۸	متوسط	
۱۰/۸	۴	خوب	
۱۰۰	۳۷	جمع کل	
۳۵/۱	۱۳	افسردگی	نوع اختلال روانی مددجو
۲۹/۷	۱۱	دو قطبی	
۲۱/۶	۸	اسکیزوفرنی	
۱۳/۵	۵	پارانویید	
۱۰۰	۳۷	جمع کل	

جدول شماره ۳: تعیین و مقایسه میانگین عملکرد خانواده و ابعاد آن در خانواده مبتلایان به اختلالات روانی مزمن قبل و بعد از آموزش

اندازه اثر	نتیجه آزمون تی زوجی	بعد از آموزش		عملکرد خانواده و ابعاد آن
		انحراف معیار $\pm$ میانگین	قبل از آموزش	
مداخله				
۰/۹۳	$t=4/854 \quad p<0/001 \quad df=36$	$2/0 \pm 0/48$	$2/53 \pm 0/52$	حل مسئله (۱-۴)
۰/۷۶	$t=5/777 \quad p<0/001 \quad df=36$	$2/12 \pm 0/27$	$2/54 \pm 0/38$	ارتباط (۱-۴)
۰/۷۹	$t=4/734 \quad p<0/001 \quad df=36$	$2/32 \pm 0/32$	$2/69 \pm 0/31$	نقش‌ها (۱-۴)
۰/۳۴	$t=4/755 \quad p<0/001 \quad df=36$	$2/08 \pm 0/44$	$2/69 \pm 0/53$	پاسخ دهی عاطفی (۱-۴)
۰/۴۷	$t=2/078 \quad p=0/045 \quad df=36$	$2/22 \pm 0/54$	$2/5 \pm 0/58$	آمیختگی عاطفی (۱-۴)
۰/۷۳	$t=2/92 \quad p=0/006 \quad df=36$	$2/21 \pm 0/41$	$2/54 \pm 0/46$	کنترل رفتار (۱-۴)
۰/۸	$t=4/533 \quad p<0/001 \quad df=36$	$2/09 \pm 0/36$	$2/62 \pm 0/51$	عملکرد کلی (۱-۴)



**بحث و نتیجه‌گیری**

نتایج مطالعه حاضر، مبین این مهم است که آموزش مهارت‌های زندگی برای خانواده مبتلایان به اختلالات روانی مزمن، تأثیر معنی‌داری در بهبود ابعاد چند گانه عملکرد خانواده در مرحله پس از آزمون داشته است. بدین ترتیب یافته‌های مطالعه حاضر مؤید فرضیه بهبود عملکرد خانواده در مرحله پس از آزمون، می‌باشد. در مطالعه دیگری که توسط Koutra و همکاران در یونان انجام شد مشخص شد که انسجام و انعطاف‌پذیری در خانواده بیماران مبتلا به اختلالات اسکیزوفرنی مختل شده است و مداخلات و آموزش‌های روانشناختی می‌تواند موجب این شود که تعاملات خانوادگی ناکارآمد بهبود یابد<sup>(۹)</sup>. در مطالعه Sullivan و همکاران نیز که با مشارکت خانواده مبتلایان به اختلال دوقطبی در ایالات متحده آمریکا انجام شد، نتیجه مشابه با این پژوهش حاصل شده است، به طوری که آموزش مهارت‌های زندگی به همه شرکت‌کنندگان با بهبود انسجام، سازگاری و تعارض در خانواده همراه بوده است<sup>(۱۶)</sup>. با این حال، پژوهش پیشگفت، منحصر به افراد مبتلا به بیماری دو قطبی بود اما پژوهش حاضر با مشارکت خانواده مبتلایان به تمامی اختلالات روانی مزمن انجام شده است. نتایج پژوهش Coker نیز نشان داد که آموزش مهارت‌های زندگی موجب بهبود عملکرد خانواده‌های بیماران اختلالات روانی مزمن استرالیایی شده است<sup>(۱۷)</sup>. به نظر می‌رسد که ماهیت آموزش مهارت‌های زندگی به گونه‌ای است که مخاطبان شرکت‌کننده در گروه آزمون را تحت الشعاع خود قرار می‌دهد و این منجر به اثر بخشی این گونه مداخلات بر متغیر وابسته مورد بررسی می‌گردد.

در مطالعه حاضر، بعد حل مسأله از عملکرد خانواده به دنبال آموزش مهارت‌های زندگی بهبود یافت. در ایران در زمینه آموزش مهارت‌ها به خانواده بیماران اختلالات روانی در جهت بهبود عملکرد حل مسأله تحقیقی صورت نگرفته است. اگر چه در مطالعه‌ای عملکرد خانواده افراد بالغ را بررسی کردند که در این مطالعه، عملکرد خانواده بیماران در تمامی حیطه‌ها به غیر از حل مسأله دچار اختلال شده

بودند. این بدان معناست که این خانواده‌ها در رسیدگی به مسائل عملی و روزمره دچار مشکل خاصی نبودند و احتمالاً از راهبردهای مناسب برای حل مسائل خود استفاده می‌کردند. نتایج مطالعه قضاوی و همکاران در اصفهان نیز نشان داد که مراقبان بیماران در حیطه حل مسأله نیاز به آموزش ندارند و خود قادر به حل مسائل و مشکلات خود هستند<sup>(۱۸)</sup>. مطالعه مذکور با پژوهش حاضر همراستا نمی‌باشد که دلیل آن را می‌توان با افراد مورد بررسی مرتبط دانست زیرا خانواده بیماران دارای اختلال روانی مزمن می‌توانند با مسائل حادث‌تری رو به رو شوند.

به علاوه در مطالعه حاضر، بعد ارتباط از عملکرد خانواده به دنبال آموزش مهارت‌های زندگی بهبود یافت. در مطالعه Coker و همکاران در استرالیا زمینه بررسی نیازهای مراجعان مبتلا به اختلالات روانی و خانواده‌هایشان از طریق آموزش روانشناختی نیز نتیجه‌ای مشابه با این مطالعه گزارش شده است<sup>(۱۷)</sup>. افزون بر آن در مطالعه حاضر بعد پاسخ‌دهی عاطفی خانواده بیماران نیز قبل از انجام مداخله به صورت معنی‌داری بهتر از مرحله پس از انجام آن بود. در مطالعه MacPherson که در ایالات متحده آمریکا انجام شد، نیز همسو با مطالعه کنونی، خانواده‌هایی که سالم بودند و در تماس با فرد بیمار نبودند عملکرد بهتری در رفتارهای هیجانی با نوجوانان خود داشتند. بیماران پس از اینکه تحت آموزش مهارت‌های زندگی قرار گرفتند، در بیان صحیح احساسات مثبت مثل عشق و محبت و احساسات منفی مانند ناراحتی و عصبانیت عملکرد سالم‌تری از خود نشان دادند<sup>(۱۹)</sup>. اگر چه که مطالعه آنان تنها برای بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی و نوجوانان انجام شده است.

در مطالعه حاضر ابعاد آمیختگی عاطفی و کنترل رفتار از عملکرد خانواده بیماران نیز قبل از انجام مداخله به صورت معنی‌داری بهتر از مرحله پس از انجام مداخله بود که این امر نشان‌دهنده مؤثر واقع شدن آموزش مهارت‌های زندگی در بهبود آمیختگی عاطفی و کنترل رفتار در خانواده بیماران بوده است. در واقع، وجود فرد بیمار در خانواده موجب

اختلال در آمیختگی عاطفی و بعد کنترل رفتار حتی بیشتر از سایر ابعاد در این گروه از خانواده‌ها می‌شود<sup>(۲۰)</sup>. بنابراین بهبود آمیختگی عاطفی و کنترل رفتار در خانواده‌هایی که یکی از اعضاء آن مبتلا به اختلال روانی است، بسیار با اهمیت است.

این مطالعه محدودیت‌هایی نیز داشت. از جمله این که روش نمونه‌گیری در این پژوهش غیر احتمالی بود بنابراین در تعمیم نتایج آن به سایر افراد باید جانب احتیاط رعایت شود. همچنین، حالات روانی نمونه‌ها در پاسخگویی به گویه‌های ابزار می‌توانست مؤثر باشد که این محدودیت، خارج از اختیار پژوهشگر بود. به علاوه، به دلیل شیوع کووید-۱۹ محقق نتوانست مداخله خود را به صورت حضوری برگزار نماید. با این حال، در این مطالعه، آموزش مهارت‌های زندگی به صورت مجازی اجرا شد که با توجه به انعطاف‌پذیری این روش، در نوع خود می‌تواند یکی از ابعاد نوآوری پژوهش حاضر به شمار آید.

نتایج حاصل شده از این مطالعه، بیان می‌دارد که آموزش مهارت‌های زندگی می‌تواند به یکی از شیوه‌های آموزشی مفید و مؤثر در بهبود عملکرد خانواده مبتلایان به اختلالات روانی مزمن تبدیل شود. نتایج این تحقیق می‌تواند گامی در جهت پیاده‌سازی و اجرای آموزش مهارت‌های زندگی به صورت مجازی برای همراهان و خانواده مددجویان بستری در مراکز روانپزشکی به منظور بهبود عملکرد خانواده آنان باشد. همچنین، پیشنهاد می‌شود که پرستاران شاغل در بخش‌های روانپزشکی با محتوای آموزشی مهارت‌های زندگی و عملکرد خانواده برای مددجویان آشنا گردند تا بتوانند در موقعیت‌های مقتضی در بالین آن را برای خانواده بیماران اجرا نمایند. به علاوه، نتایج این مطالعه،

برای مدیران خدمات پرستاری و سرپرستاران بخش‌های روانپزشکی جهت مدیریت بهتر مراقبت‌های به عمل آمده از مددجویان مبتلا به اختلالات روانی مزمن، مفید می‌باشد و زمینه‌ای را به وجود آورد که خانواده این بیماران پس از مرخص شدن از بیمارستان نیز تحت حمایت و پیگیری قرار بگیرند. در حیطه آموزش بالینی نیز محتوای مهارت‌های زندگی ارائه شده برای خانواده این بیماران در این پژوهش، می‌تواند در اختیار اساتید بالینی قرار گیرد تا دانشجویان خود را با این محتوا آشنا نمایند و این دانشجویان بتوانند تا حد امکان از این محتوا در طرح‌های مراقبتی خود برای مددجویان و خانواده‌شان، در آینده استفاده نمایند. از آن جا که اجرای مداخله مبتنی بر آموزش مهارت‌های زندگی منجر به بهبود عملکرد خانواده مددجویان مبتلا به اختلال روانی مزمن گردید، پیشنهاد می‌شود مداخله مشابهی به منظور بهبود متغیرهای مؤثر بر حیطه‌های مهارت زندگی همانند مهارت‌های ارتباطی، مهارت حل مسأله و کنترل رفتار مورد بررسی و ارزیابی قرار بگیرد.

**تعارض منافع:** نویسندگان هیچ گونه تعارض منافی گزارش نکردند.

### تقدیر و تشکر

این مطالعه برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانپرستاری مربوط به نویسنده اول در دانشگاه علوم پزشکی ایران می‌باشد. از تمام شرکت‌کنندگان در پژوهش قدردانی می‌گردد.

## References

1. Choi H, Hwang B, Kim S, Ko H, Kim S, Kim C. Clinical education in psychiatric mental health nursing: Overcoming current challenges. *Nurse Educ Today*. 2016;39:109-15.
2. Darban F, Mehdipour-Rabori R, Farokhzadian J, Nouhi E, Sabzevari S. Family achievements in struggling with schizophrenia: life experiences in a qualitative content analysis study in Iran. *BMC psychiatry*. 2021;21(1):1-10.
3. Koutra K, Triliva S, Roumeliotaki T, Lionis C, Vgontzas AN. Identifying the socio-demographic and clinical determinants of family functioning in Greek patients with psychosis. *Int J Social Psych*. 2015;61(3):251-64.
4. Prior J, Abraham R, Nicholas H, Chan T, Vanvlymen J, Lovestone S, Boothby H. Are premorbid abnormal personality traits associated with behavioural and psychological symptoms in dementia?. *Int J Geriatr Psych*. 2016;31(9):1050-5.
5. Aldersey HM, Whitley R. Family influence in recovery from severe mental illness. *Commun Mental Health J*. 2015;51(4):467-76.
6. Lebuda I, Jankowska DM, Karwowski M. Parents' Creative Self-Concept and Creative Activity as Predictors of Family Lifestyle. *Int J Environm Res Public Health*. 2020 Jan;17(24):9558.
7. Moammeri Z, Ashoori J, Saeedi H. Effect of Life Skills Training on Self-Efficacy and Family Function in Women Headed Households. *Quarterly journal of social work*. 2015;4(3):28-36. [Persian]
8. Yaghoobi A, Mohagheghi H, Mohammadzadeh S, Rabiei M, Mohammadzadeh S. Family functioning of patients with affective disorders, psychosis and somatoform. *Research in Clinical Psychology and Counseling*. 2014 20;3(2):143-56. [Persian]
9. Koutra K, Triliva S, Roumeliotaki T, Stefanakis Z, Basta M, Lionis C, Vgontzas AN. Family functioning in families of first-episode psychosis patients as compared to chronic mentally ill patients and healthy controls. *Psychiatry research*. 2014;219(3):486-96.
10. Iseselo MK, Kajula L, Yahya-Malima KI. The psychosocial problems of families caring for relatives with mental illnesses and their coping strategies: a qualitative urban based study in Dar es Salaam, Tanzania. *BMC psychiatry*. 2016;16(1):1-12.
11. Wiegand-Grefe S, Sell M, Filter B, Plass-Christl A. Family functioning and psychological health of children with mentally ill parents. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16(7):1278.
12. Zeinali S, Rostami H. The efficacy of life skill training on mother, s coping skill and children, s oppositional defiant disorder symptoms in military family. *Iranian Journal of Health Education and Health Promotion*. 2020;8(2):118-28. [Persian]
13. Epstein NB, Baldwin LM, Bishop DS. The McMaster family assessment device. *J Marit Fam Therapy*. 1983;9(2):171-80.
14. Pradeep BS, Arvind BA, Ramaiah S, Shahane S, Garady L, Arelingaiah M, Gururaj G, Yekkaru GS. Quality of a life skills training program in Karnataka, India-a quasi experimental study. *BMC public health*. 2019;19(1):1-9.
15. Park M, Lee M, Jeong H, Jeong M, Go Y. Patient-and family-centered care interventions for improving the quality of health care: a review of systematic reviews. *Int J Nurs Stud*. 2018;87:69-83.
16. Sullivan AE, Judd CM, Axelson DA, Miklowitz DJ. Family functioning and the course of adolescent bipolar disorder. *Behavior therapy*. 2012;43(4):837-47.
17. Coker F, Williams A, Hayes L, Hamann J, Harvey C. Exploring the needs of diverse consumers experiencing mental illness and their families through family psychoeducation. *Journal of Mental Health*. 2016;25(3):197-203.
18. Ghazavi Z, Feshangchi S, Alavi M, Keshvari M. Effect of a family-oriented communication skills training program on depression, anxiety, and stress in older adults: a randomized clinical trial. *Nursing and midwifery studies*. 2016;5(1). e28550.
19. MacPherson HA, Ruggieri AL, Christensen RE, Schettini E, Kim KL, Thomas SA, Dickstein DP. Developmental evaluation of family functioning deficits in youths and young adults with childhood-onset bipolar disorder. *J Affec Disor*. 2018;235:574-82.
20. Wiegand-Grefe S, Sell M, Filter B, Plass-Christl A. Family functioning and psychological health of children with mentally ill parents. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16(7):1278.