

بررسی اثربخشی آموزش روانی در سلامت روان

همسران جانبازان مبتلا به روان‌پریشی مزمن

Investigation of the Effectiveness of Psychoeducation on the Mental Health of Spouses of War Veterans with Chronic Psychosis

تاریخ پذیرش: ۹۵/۰۳/۰۱

تاریخ دریافت: ۹۵/۰۲/۱۲

Mirzaee, F.[✉], Aghaeepour Gavasaraee, M., Manavipour, D.

فریده میرزایی[✉]، مانده آقایی‌پور گواسرانی^۱، داوود معنوی‌پور^۲

Abstract

Introduction: In view of the fact that war veterans' wives are the most vulnerable people among their caretakers and relatives, it is a necessity to train and cure the psychological problems with these women, who are the major bases of the family. The purpose of the present research is to investigate the effect of psychological training on improvement of the mental health of spouses of war veterans with chronic psychosis in Tehran Province.

Method: The research was performed with semi-pilot method and with a pretest-posttest design on families visiting Sadr Psychiatry Hospital in Tehran. 22 spouses of war veterans were selected with availability sampling method, and included in the two experimental and control groups. General health assessment scale (28-QHG) and demographic characteristics were used for data collection. SPSS software and covariance analysis statistical test were used for data analysis.

Results: Based on the data obtained from the research, psychological training has been effective on improvement of the research participants' mental health and the variables depending on it in ($P < 0.05$).

Discussion: In general, psychological training sessions have been effective on enhancement and improvement of the mental health of spouses of psychotic war veterans.

Keywords: Effectiveness of Psychoeducation, spouses of veterans, chronic psychosis, Mental health.

چکیده

مقدمه: باتوجه‌به اینکه زنان جانبازان، آسیب‌پذیرترین افراد بین مراقبین و نزدیکان آنان می‌باشند، آموزش و درمان مشکلات روان‌شناختی در این زنان که از پایه‌های اصلی خانواده به‌شمار می‌روند، یک ضرورت است. هدف از پژوهش حاضر بررسی تأثیر آموزش روانی در بهبود سلامت روان همسران جانبازان مبتلا به روان‌پریشی مزمن استان تهران بود.

روش: این پژوهش به روش نیمه‌آزمایشی و با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون بین خانواده‌های مراجعه‌کننده به بیمارستان روان‌پزشکی صدر تهران انجام شد. ۲۲ نفر از همسران جانبازان به‌روش نمونه‌گیری دردسترس انتخاب و در دو گروه آزمایشی و شاهد وارد شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از مقیاس سنجش سلامت عمومی (GHQ - ۲۸) و مشخصات دموگرافیک و برای تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS و آزمون آماری تحلیل کوواریانس استفاده شد.

نتایج: باتوجه‌به داده‌های حاصل از پژوهش، آموزش روانی در ارتقای سلامت روان و متغیرهای وابسته به آن در شرکت‌کنندگان در پژوهش اثربخش بوده است ($P < .05$).

بحث: جلسات آموزش روانی، به‌طورکلی در افزایش و بهبود سلامت روانی همسران جانبازان روان‌پریش، کارآمد بوده است.

کلیدواژه‌ها: همسر جانباز؛ روان‌پریشی مزمن؛ سلامت عمومی

✉ **Corresponding Author:** Islamic Azad University-Roudehen Branch, Faculty of Psychology, Tehran, Iran.
E-mail: f.mirzaei88@gmail.com

✉ گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی ۲. گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی ۳. استادیار گروه روان‌شناسی واحد گرمسار، دانشگاه آزاد اسلامی

مقدمه

بدیهی است پدیده جنگ و حضور در صحنه‌های پرخطر، مانند هر حادثه استرس‌زای دیگر، فرد را زیر فشارهای شدید روانی قرار می‌دهد و متناسب با میزان مقاومت افراد، سن، ویژگی‌های فردی، اعتقادی و غیره می‌تواند در درازمدت باعث بروز عوارض روحی و روانی شود (احمدی و رشادت‌جو، ۱۳۸۷). جنگ، یکی از عوامل تأثیرگذار بر میزان شیوع، زمان شروع و سیر اختلالات روانی و رفتاری به حساب می‌آید (پرنده، حاجی‌امینی و مالکی، ۱۳۸۸). اختلالات طیف اسکیزوفرنی از جمله این اختلالات روان‌شناختی در جانبازان جنگ می‌باشند (میرزایی، ۱۳۹۰). آثار باقیمانده از جنگ تحمیلی ایران نیز تأثیرات مخربی بر بعضی از رزمندگان برجای گذاشت که بیش از سطح تحمل آنان بود و منجر به بروز مجموعه‌ای از اختلال‌های جسمانی و روانی در آنان شد (دژکام و امین‌الرعا، ۱۳۸۲). درحالی‌که، سربازان به‌طور مستقیم از جنگ ضربه می‌بینند، همسران و خانواده‌های آنان، قربانیان غیرمستقیم ضربه هستند. ضربه روان‌شناختی ممکن است موجی را تولید کند که نه تنها خود قربانیان را تحت تأثیر قرار دهد، بلکه همچنین افراد نزدیک آنان را نیز متأثر خواهد ساخت (رنشاو، آلن، بلیز، مارکمن، استنلی^۱، ۲۰۱۱).

از میان بیماران اعصاب‌وروان ناشی از جنگ، مبتلایان به اختلالات روان‌پریشی، وخیم‌ترین وضعیت را دارند. زوال ایجادشده در شخصیت فرد او را به موجودی بیهوده تبدیل می‌کند که سربار خانواده است (حدیدی، ۱۳۷۵). این طیف از اختلالات روان‌پزشکی از ناتوان‌کننده‌ترین اختلالات هستند و اثرات نامطلوبی بر زندگی مبتلایان و اعضای خانواده دارند (بارلو و دوراند^۲، ۲۰۰۷). در مطالعه پیگیری بیماران

اسکیزوفرنیک مشخص شد که خانواده‌ها به‌واسطه وجود بیمار در منزل محدود شده یا دچار آشفتگی می‌شوند. در مطالعه آنها ۵۵٪ از خانواده‌ها به نحوی آشفتگی شده بودند. اگرچه فقط ۲٪ از بستگان استرس را شدید گزارش کرده بودند، از دید این محققین وجود استرس در خانواده به‌واسطه مراقبت از بیمار، موقعیت و شرایطی بود که رفتارهای بیمار خانواده را آشفتگی می‌کرد و یا مانع انجام بعضی از کارها توسط آنان می‌شد. وینگ^۳ و همکاران (۱۹۶۴)، ۱۱۳ بیمار مبتلا به اسکیزوفرنی را پس از ترخیص به مدت یک سال مورد پیگیری قرار دادند. در ۵۹٪ از موارد، ارتباطات اجتماعی بیمار، محدود و مختل شده بود به‌طوری‌که از دید خانواده‌ها غیرقابل تحمل تلقی می‌شد (به نقل از فادن، بینگتون و کایپرز^۴، ۱۹۸۷). در مطالعه‌ای دیگر یافته‌ها حاکی از این بود که بیماران سایکوتیک بیش‌تر از بیماران نوروتیک استرس‌زا بیان می‌شدند. نتایج مطالعات روی خانواده‌های بیماران اسکیزوفرنیک نشان داد، علائم منفی، مشکل‌سازترین علائم گزارش می‌شوند و سازگاری با علائم منفی برای خانواده مشکل است (به نقل از رضایی، ۱۳۷۴).

پژوهش‌ها نشان می‌دهد، تأمین مراقبت بیماری روانی مزمن توسط اعضای خانواده به‌ویژه همسر منجر به احساس فشار یا سختی مراقبین شده که خود باعث کاهش کیفیت زندگی و سلامت روان آنان می‌شود (سالز، ای^۵، ۲۰۰۸). رابطه با همسر، عنصر اصلی زندگی عاطفی و احساسی فرد تلقی می‌شود، بنابراین نخستین کسی که مستقیماً در معرض آسیب ثانویه و مشکلات روان‌شناختی وابسته به آن قرار می‌گیرد همسر فرد مبتلا به اختلال است (تفت سی تی^۶ و نیلز بی ال^۷، ۲۰۰۴).

استرس مزمن ناشی از تماس نزدیک و طولانی‌مدت با

به علائم بیماری، آگاهی پیدا کرده و سپس در جستجوی کمک برآیند (کارلسون و روزک^{۱۲}، ۲۰۰۵ ترجمه هاشمی و ایمانی، ۱۳۸۶). خانواده بیماران حق دارند راجع به نوع بیماری، سیر آن، پیش‌آگهی و درمان بیماری بدانند و همچنین حق برخورداری از اطلاعات علمی و پژوهشی مربوطه را در این زمینه دارند. آنان اغلب منتظر شنیدن توصیه‌های لازم در این رابطه هستند (سادوک^{۱۳} و سادوک، ۱۳۸۸).

در سال‌های اخیر علاوه بر دارودرمانی، بر مداخله‌های روانی - اجتماعی، شناختی و مبتنی بر خانواده و توانمندسازی همسران جانبازان اعصاب‌وروان تأکید شده است (ابوالمعالی و کمال، ۱۳۹۳؛ کاظمی، ۱۳۹۱؛ کاظمی، بنی‌جمالی و احدی، ۱۳۹۱؛ ابوالمعالی و آقائی‌پور و کمال، ۲۰۱۷ و بایرز^{۱۴}، ۲۰۱۳). از جمله این مداخلات که بر پایه مداخلات خانواده به‌ویژه همسران است، آموزش روانی است (میکلوویتس^{۱۵}، ۲۰۰۴). آموزش روانی یک رویکرد به کار گروهی سازگار با مدل مشاوره‌ای سلامت، با تمرکز بر پیشگیری، توانمندسازی و مسئولیت شخصی است (برگ، لندرث و فال، ۱۳۸۸؛ شفیع‌آبادی، ۱۳۸۸). به اعتقاد فوا، کین و فریدمن (۲۰۰۴) مداخله‌هایی که برای کاهش تنش‌های خانوادگی و افزایش حمایت‌های درون خانواده به کار می‌رود، می‌تواند در کاهش مشکلات ناشی از آسیب، مفید و مؤثر واقع شود. نتایج بررسی‌ها نشان داده است خانواده‌هایی که تحت آموزش قرار می‌گیرند کاهش چشمگیری در میزان پریشانی، انزوا و استرس‌های ناشی از بیماری‌های روانی را نشان می‌دهند (کاظمی، ۱۳۹۱). طبق نتایج پژوهش‌ها با افزایش فشار مراقبت، سلامت روانی کاهش می‌یابد و مداخلات مرتبط با آموزش روانی خانواده به‌طور معناداری این فشار را کاهش می‌دهد و در بهبود سلامت روانی - اجتماعی مبتلایان به اسکیزوفرنیا و

عملکرد سوء شریک زندگی طیف وسیعی از مشکلات را در سلامت روانی و جسمی همسران ایجاد کند (کلاریک، فرانسیسکاویک، آبدلج، بتویک، پریدویک، و زاوکو^{۱۶}، ۲۰۱۲؛ و کلاریک، کسبیک^{۱۷}، مندیک^{۱۸}، پترو^{۱۹} و فرانسیسکاویک، ۲۰۱۳). همسران جانبازان مسئول ایجاد و حفظ تعادل در خانواده هستند، معمولاً با فرض نقش مدیریت ارتباطات، جبران کمبود شوهر خود را در درگیری عاطفی با سایر اعضای خانواده، به‌ویژه کودکان انجام می‌دهند. غالب این همسران بخش بزرگی از مسئولیت‌های عاطفی، عملی، مالی و ارتباطی را در خانواده خود به‌عهده می‌گیرند. کارکرد بیش‌ازحد و مراقبت در تمام روز از خانواده ممکن است سبب ایجاد احساس رنجش و فرسودگی برای همسر شود که استرس و آسیب‌پذیری برای افسردگی، اضطراب و مشکلات جسمی را افزایش می‌دهد (فرانسیسکاویک و همکاران، ۲۰۰۷). مطالعات نشان می‌دهد، نیمی از جانبازان به‌سبب معلولیت خویش باعث ایجاد تنش در محیط خانواده خود می‌شوند و مشکلات روان‌شناختی بسیاری در همسران جانبازان اعصاب و روان و جانبازان شیمیایی جنگ تحمیلی وجود دارد (مجاهد، کلاتتری، مولوی، طاهرنشاد دوست و بخشایی، ۱۳۸۹). به‌طورکلی تحقیقات و پژوهش‌ها در زمینه سلامت روانی و رضایت زناشویی جانبازان و همسرانشان نشان می‌دهد، که آنها از سلامت روانی کمتری برخوردارند و از مشکلات روان‌شناختی فراوانی رنج می‌برند. به‌عبارتی، مشکلات روان‌شناختی جانبازان روی همسران آنها نیز تأثیر گذاشته و زمینه پریشانی روانی را در همسران آنان فراهم کرده است (مجاهد و همکاران، ۱۳۸۹).

افراد حادثه‌دیده و خانواده‌هایشان غالباً نمی‌دانند که برای مراقبت از خود چه باید بکنند. در ابتدا آنچه مهم است، این است که اعضای خانواده تاحدممکن نسبت

خانواده‌هایشان اثربخش است (برگلوند، اولوف وادهن و المان^{۱۶}، ۲۰۰۳: جوول، داوینینگ و مک فارلند^{۱۷}، ۲۰۰۹). افزایش سطح آگاهی خانواده می‌تواند افزایش پذیرش بیمار، کاهش عود اختلال و نیز بهبود کیفیت زندگی اعضای خانواده را در پی داشته باشد (آل - ترکیت و اوهاری^{۱۸}، ۲۰۰۸).

باتوجه به نقش زن در جامعه و فرهنگ ایرانی و انتظاراتی که از جهت همدلی و حمایت از همسر جانباز در مورد وی وجود دارد. همسران جانبازان مبتلا به روان‌پریشی مزمن در طی زندگی مشترک و مراقبت‌های مکرر از همسران خود پس از مدتی دچار مشکلات و اختلال‌های مزمن روان‌شناختی می‌شوند که ضرورت دارد با استفاده از روش‌های مختلف روان‌درمانی به این گروه از همسران جانبازان، آموزش‌های لازم داده شود تا سطح سلامت روان، بهبود یافته و به دنبال آن از ایجاد اختلال‌های روان‌پزشکی جدی جلوگیری به عمل آید و همچنین موجب افزایش توانمندی آنان برای انطباق و سازگاری با شرایط شود. از این رو، پژوهش حاضر باهدف بررسی اثربخشی آموزش روانی در بهبود سلامت روان همسران جانبازان مبتلا به روان‌پریشی مزمن انجام شد.

روش

روش این پژوهش نیمه‌آزمایشی، از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون انتخاب شد. جامعه آماری شامل کلیه همسران جانبازان مبتلا به روان‌پریشی مزمن ساکن استان تهران در فاصله سال‌های ۹۳ - ۹۰ بود. حجم نمونه پژوهش حاضر منطبق با فرمول تعیین حجم نمونه کوهن (۱۹۸۶)، در سطح خطای ۰/۰۵، حجم اثر ۰/۵۰ و توان آزمون ۰/۶۲، برای گروه‌های آزمایشی و گواه محاسبه شد (سرمد، حجازی و بازرگان، ۱۳۸۶).

نمونه آماری متشکل از ۲۲ نفر از همسران جانبازان برخوردار از ملاک‌های ورود به پژوهش (نداشتن سابقه درمان روان‌پزشکی، دارای سواد پنجم ابتدایی، مدت ازدواج ۵ سال) بودند که به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. گروه آزمایشی ۱۰ جلسه به‌صورت هفتگی و طبق پروتکل آموزش روانی اتکینسون و کویا^{۱۹} (۱۹۹۵)، تحت آموزش گروهی قرار گرفتند.

آزمودنی‌های پژوهش حاضر با استفاده از ابزار زیر قبل و بعد از اجرا، مورد ارزیابی قرار گرفتند:

مقیاس سلامت عمومی ۲۰ GHQ - 28: این پرسشنامه توسط گلدبرگ^{۲۱} (۱۹۷۹)، برای تفکیک افراد مبتلا به اختلالات روانی از جمعیت مراجعه‌کننده به مراکز پزشکی عمومی ساخته شده است. فرم کوتاه میزان‌شده یا ۲۸ سؤالی در اقدامی برای افزایش میزان واریانس ساخته شده و براساس تحلیل عاملی فرم کاملی GHQ یعنی نسخه اصلی و اولیه ۶۰ سؤالی آن است (یعقوبی، ۱۳۷۴). رابینز^{۲۲} و ویراکس (۱۹۸۱)، بر این باورند که آزمون سلامت عمومی از توانایی لازم برای ارزیابی شدت اختلالات روان‌شناختی برخوردار است و پیشنهاد می‌کنند که برای صرفه‌جویی در وقت و هزینه، فرم کوتاه ۲۸ ماده‌ای آن استفاده شود. پرسشنامه شامل چهار زیرمقیاس نشان‌های جسمانی، علائم اضطراب، اختلال در کنش اجتماعی و علائم افسردگی است که هر یک ۷ گویه دارند. نمره برش در این پرسشنامه نیز نمره ۲۳ در نظر گرفته می‌شود. نحوه نمره‌گذاری که براساس مدل لیکرت است (الف- ۰، ب- ۱، ج- ۲ و د- ۳). باتوجه به اینکه تعداد پرسشنامه این آزمون ۲۸ است و به هر یک بین صفر تا ۳ نمره تعلق می‌گیرد، پرسشنامه GHQ هر

آزمودنی حداقل ۰ و حداکثر ۸۲ است (به نقل از یعقوبی، ۱۳۷۴).

گلدبرگ و همکاران (۱۹۸۶)، همبستگی بین داده‌های حاصل از اجرای دو پرسشنامه سلامت عمومی و چکلیست علائم روانی SCL-90 را روی ۲۴۴ نفر آزمودنی به میزان ۰/۷۸ گزارش داده است. دولکن، جوئز، هندرسون (۱۹۸۷)، همبستگی بین دو پرسشنامه PSE و GHQ در استرالیا را به میزان ۰/۷۶ گزارش نموده‌اند (ترجمه یعقوبی، ۱۳۷۴). در مطالعه دیگری که توسط گلدبرگ و هیلر (۱۹۷۹) انجام گرفت، مقدار ضریب همبستگی دو متغیری بین چهار مقیاس فرعی پرسشنامه ۲۸ ماده‌ای بین ۰/۳۳ تا ۰/۶۱ به دست آمد. آریا و همکاران (۱۹۹۲)، حساسیت فرم ۱۲ سؤالی پرسشنامه سلامت عمومی را ۰/۷۶ نشان دادند. در برزیل ماری ویلیامز (۱۹۸۵)، حساسیت ۰/۸۵ ویژگی ۰/۷۹ را نشان دادند (ترجمه یعقوبی، ۱۳۷۴).

در مطالعه‌ای چیونگ و اسپیز^{۲۳}؛ ضریب پایایی را بین ۰/۴۲ تا ۰/۴۷ به دست آوردند. علاوه بر این ضریب آلفا برای کل مقیاس برابر ۰/۸۸ و برای خرده مقیاس‌ها بین ۰/۶۶ تا ۰/۸۵ به دست آمد (یعقوبی، ۱۳۷۴). دستجردی (۱۳۷۷)، ضریب پایایی آزمون سلامت عمومی را برابر ۰/۸۲ گزارش می‌دهد. میرخشتی (۱۳۷۵)، طی پژوهشی با عنوان بررسی رابطه میان رضایت از زندگی

زناشویی و سلامت روان بر گروه نمونه پژوهش به تعداد مساوی (از زنان و مردان) ضریب آلفای کرونباخ برابر ۰/۹۲ را گزارش کرد که نشان‌دهنده هماهنگی درونی بسیار قوی این پرسشنامه است. مجاهد (۱۳۷۴)، طی پژوهشی از ضریب همبستگی نمرات در دو نوبت استفاده کرد و ضریب همبستگی به دست آمده ۰/۶۲ بود که از لحاظ آماری معنادار است. در نتیجه پایایی پرسشنامه مورد تأیید قرار گرفت.

مراحل اجرای پژوهش به شرح زیر بود:

- ابتدا از بین پرونده جانبازان مراجعه‌کننده به بیمارستان روان‌پزشکی صدر تهران بین سال‌های ۹۰ تا ۹۲، آنهایی که تشخیص روان‌پریشی مزمن توسط روان‌پزشک دریافت کرده بودند، انتخاب شدند.

- سپس از بین آنان همسران جانبازی که از ملاک‌های ورود به پژوهش برخوردار بودند، برای شرکت در پژوهش دعوت به عمل آمد که بعد از مصاحبه و انجام آزمون، تنها ۲۲ نفر از حاضرین، شرایط حضور در پژوهش را کسب کردند و موافقت داشتند. جلسات در ده جلسه هفتگی و به مدت ۹۰ دقیقه برگزار شد. پیش‌آزمون و پس‌آزمون از شرکت‌کنندگان در پژوهش گرفته شد. محتوای پروتکل آموزش روانی خانواده‌های جانبازان مورد استفاده در پژوهش حاضر طبق مدل اتکینسون و کویا (۱۹۹۵)، در جدول ۱ قابل مشاهده است.

جدول ۱. عنوان موضوعات و محتوای مرتبط با جلسات آموزش گروهی همسران جانبازان مبتلا به اختلال

اسکیزوفرنی مزمن

| جلسات | موضوع | محتوای جلسات آموزش روانی |
|-------|---|---|
| اول | آیا در مورد روان پریشی مزمن شنیده‌اید؟ چقدر می‌دانید؟ | آشنایی و معرفی، بیان اصول و قوانین گروه، بیان انتظارات اعضا در مورد اختلال اسکیزوفرنی، تعریف کلی اختلال اسکیزوفرنی، انجام پیش‌آزمون |
| دوم | روان پریشی چیست؟ | تشریح نشانه‌های مثبت و منفی اسکیزوفرنیا با ارائه مثال و روش‌های تشخیصی، بیان باورهای نادرست رایج مربوط به اختلالات روانی |
| سوم | چرا؟ | توضیح سبب‌شناسی و میزان شیوع اختلال، منطق درمان دارویی |
| چهارم | درمان روان پریشی مزمن | بیان اصول کلی درمان‌های دارویی، ECT ^{۲۶} و غیر دارویی (رواندرمانی) |
| پنجم | مشکلات خانواده فرد مبتلا به اختلال | نحوه تأثیر اختلال فرد مبتلا بر خانواده و پریشانی‌ها، آموزش حل مسئله و شیوه‌های هدف‌گزینی |
| ششم | روان پریشی مزمن و خانواده | آموزش شیوه‌های مناسب مقابله با استرس، مهارت‌های سازشی و نیز بررسی عوامل تعدیل‌کننده استرس در خانواده |
| هفتم | مداخلات محیطی باهدف کاهش استرس | آگاه‌سازی در مورد رفتارهای مرتبط با استرس و مدیریت استرس در افراد مبتلا به اختلال، توسط مراقبین نزدیک |
| هشتم | مدیریت رفتار آشفته در فرد مبتلا به اختلال | ارائه راهنمایی‌های مثبت و عملی جهت مقابله مناسب و سازگاری با رفتار آشفته فرد مبتلا به اختلال اسکیزوفرنی در منزل |
| نهم | استفاده از خدمات و مقابله با بحران | مرور کلی خدمات در دسترس بیماران و خانواده‌ها، توضیحاتی در ارتباط با نقش‌های افراد حرفه‌ای مختلفی که خانواده‌ها با آنها سروکار دارند |
| دهم | کجا هستیم و به کجا می‌رویم؟ | طرز تلقی مثبت نسبت به آینده فرد مبتلا، بیان تجربیات کسب‌شده در طی جلسات، مرور مطالب ارائه‌شده طی دوره، گرفتن بازخورد در مورد کلاس‌ها، انجام پس‌آزمون. |

یافته‌ها

تحصیلی راهنمایی یعنی چهار نفر، و کمترین فراوانی مربوط به تحصیلات دانشگاهی یعنی یک نفر بود. در گروه کنترل، بیشترین فراوانی مربوط به همسرانی است که در سطح ابتدایی هستند. همچنین بررسی مدت ازدواج نشان داد، در گروه آزمایش به‌جز یک نفر، سایرین (ده نفر) بین ۱۰ تا ۲۰ سال از مدت ازدواجشان می‌گذشت. مدت ازدواج در گروه کنترل، ۲ نفر زیر ۱۰ سال و ۹ نفر بین ۱۰ تا ۲۰ سال بود.

اطلاعات مندرج در جدول ۲ مربوط به میانگین خرده‌آزمون‌ها و نمره کل پرسشنامه سلامت عمومی

نتایج حاصل از آمار توصیفی با شاخص‌های میانگین و انحراف استاندارد بیان شده است. در بخش آمار استنباطی جهت تعیین میزان اثربخشی آموزش روانی از روش آماری آزمون تحلیل کوواریانس استفاده شد. یافته‌های مرتبط با ویژگی‌های جمعیت‌شناختی شامل: گروه آزمایش دو نفر بین ۳۰ تا ۳۵ سال، ۳ نفر بین ۳۶ تا ۴۰ سال و ۶ نفر بیش از ۴۰ سال سن، در گروه کنترل نیز یک نفر بین ۳۰ تا ۳۵ سال و ۱۰ نفر بیش از ۴۰ سال بودند. میزان تحصیلات شرکت‌کنندگان در گروه آزمایش بیشترین فراوانی مربوط به مقطع

خرده‌مقیاس کارکرد اجتماعی در گروه آزمایش به‌ترتیب برابر با ۱۸/۹ و ۱۴/۴ و در گروه کنترل به‌ترتیب برابر با ۲۱/۳ و ۲۱/۹ است. در مقیاس افسردگی به‌ترتیب برابر با ۱۵/۸ و ۱۶ و در گروه کنترل به‌ترتیب برابر با ۱۵/۲ و ۱۶/۹ است. در خرده‌مقیاس اضطراب به‌ترتیب برابر با ۱۵/۱ و ۱۳/۵ و در گروه کنترل برابر با ۱۵/۷ و ۱۵/۳ است.

است. همان‌طور که مشاهده می‌شود میانگین نمره کل پیش‌آزمون - پس‌آزمون در گروه آزمایش به‌ترتیب برابر با ۷۰/۷ و ۵۸/۸ است و در گروه کنترل به‌ترتیب برابر با ۷۳/۲ و ۷۶/۹ به‌دست آمده است. در خرده‌مقیاس سلامت جسمانی در پیش‌آزمون - پس‌آزمون در گروه آزمایش به‌ترتیب برابر با ۱۹/۹ و ۱۴/۷ و در گروه کنترل ۲۱ و ۲۲/۸ است. در

جدول ۲. میانگین نمرات پرسشنامه سلامت عمومی در دو گروه کنترل و آزمایش

در دو مرحله پیش‌آزمون - پس‌آزمون

| متغیر | گروه آزمایش | | گروه کنترل | |
|----------------|-------------|----------|------------|----------|
| | پیش‌آزمون | پس‌آزمون | پیش‌آزمون | پس‌آزمون |
| سلامت عمومی | ۷۰/۷ | ۵۸/۸ | ۷۳/۲ | ۷۶/۹ |
| سلامت جسمانی | ۱۹/۹ | ۱۴/۷ | ۲۱ | ۲۲/۸ |
| کارکرد اجتماعی | ۱۸/۹ | ۱۴/۴ | ۲۱/۳ | ۲۱/۹ |
| افسردگی | ۱۵/۸ | ۱۶ | ۱۵/۲ | ۱۶/۹ |
| اضطراب | ۱۵/۱ | ۱۳/۵ | ۱۵/۷ | ۱۵/۳ |

توزیع است. همان‌طور که مشاهده می‌شود مقدار این آماره در هیچ سطحی معنادار نیست. لذا مفروضه بهنجاربودن توزیع رعایت شده است. عدم معناداری مقدار آماره F در جدول نشان می‌دهد که مفروضه همگونی واریانس‌ها برقرار است. یکی از پیش‌فرض‌های مهم در تحلیل کوواریانس، همگنی ضرایب رگرسیون است. به‌عبارت‌دیگر، مدل تحلیل کوواریانس موقعی قابل استفاده است که ضریب رگرسیون Y روی X در گروه‌ها یکسان باشد (سرمد، حجازی و بازرگان، ۱۳۸۶).

جدول زیر نتایج بررسی آزمون F لوین، جهت بررسی مفروضه همگنی واریانس‌ها و کالموگروف اسمیرنف را نشان می‌دهد.

جدول ۳. نتایج بررسی آزمون کالموگروف

اسمیرنف و همگونی واریانس‌ها

| متغیر | F | Df1 | Df2 | P | K | P |
|-------------|-----|-----|-----|-------|-------|-------|
| سلامت عمومی | ۲/۳ | ۱ | ۱۸ | ۰/۱۹۶ | ۰/۴۶۲ | ۰/۹۸۳ |

اطلاعات مندرج در جدول ۳ مربوط به نتایج آزمون کالموگروف اسمیرنف برای بررسی بهنجار (نرمال) بودن

جدول ۴. بررسی همگنی ضرایب رگرسیون متغیرهای پژوهش

| تعامل گروه و متغیرهای کمکی | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | F | P |
|----------------------------|---------------|------------|-----------------|-------|-------|
| سلامت عمومی | ۷/۱۳ | ۱ | ۷/۱۳ | ۰/۵۲۸ | ۰/۴۷۷ |

*معناداری در سطح ۰/۰۵ ***معناداری در سطح ۰/۰۱

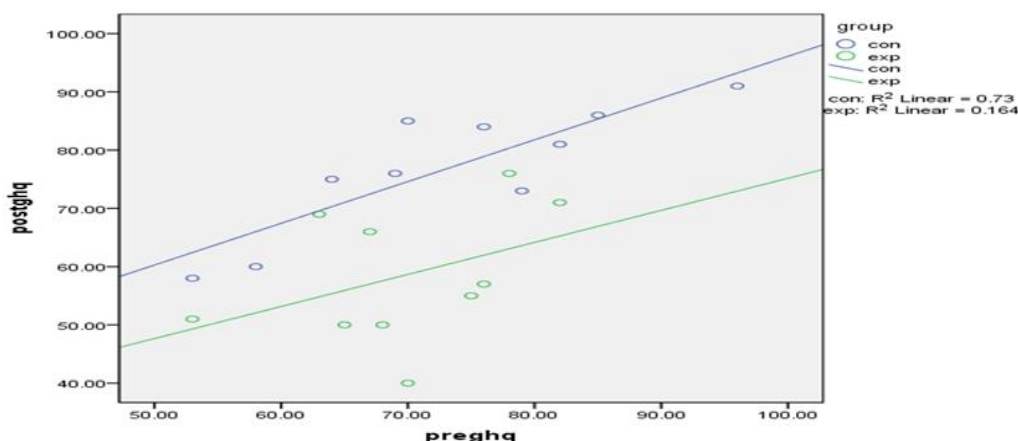
متغیرهای پژوهش در هیچ سطحی معنادار نیست. لازم به توضیح است، چنانچه این تعامل از نظر آماری

اطلاعات مندرج در جدول ۴ نشان می‌دهد که مقادیر آماره F به‌دست‌آمده از تعامل گروه با پیش‌آزمون در

یکی از مفروضه‌ها یا پیش فرض‌های تحلیل کوواریانس این است که رابطه متغیر وابسته با متغیر کمکی خطی فرض شود (سرمد، ۱۳۸۴). رابطه خطی بین متغیرها با استفاده از نمودار در زیر نمایش داده شده است.

معنادار باشد، داده‌ها مفروضه همگنی ضرایب رگرسیون را پشتیبانی نمی‌کنند. باتوجه به اینکه مقدار آماره F در هیچ سطحی معنادار نیست، لذا مفروضه همگنی ضرایب رگرسیون رعایت شده است.

خطی بودن رابطه بین متغیر وابسته با متغیر کمکی:



نمودار ۱. بررسی همگنی خطوط رگرسیون در سلامت عمومی

جدول ۵. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس

| منبع | مجموع مجزورات | درجه آزادی | میانگین مجزورات | F | P | اندازه اثر | توان آزمون |
|-------------|---------------|------------|-----------------|------|-------|------------|------------|
| دوره آموزشی | ۱۲۵۴/۹۲ | ۱ | ۱۲۵۴/۹۲ | ۱۶/۴ | ۰/۰۰۱ | ۰/۴۹۲ | ۰/۹۶۹ |
| خطا | ۱۲۹۵/۲۲ | ۱۷ | ۷۶/۱۸ | | | | |
| جمع | ۹۵۶۲۲ | ۲۰ | | | | | |

بحث و نتیجه گیری

هدف از پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی آموزش روانی بر بهبود سلامت عمومی همسران جانبازان مبتلا به روان پریشی مزمن استان تهران بود. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که مداخله مبتنی بر آموزش روانی همسران موجب بهبود و ارتقای سلامت روانی گروه آزمایشی نسبت به گروه گواه می‌شود. یافته‌های حاصل، از مفید بودن آموزش روانی در بهبود سلامت روانی در خانواده مراقبین اختلالات روانی حمایت می‌کند (وات کینز و کالیکات^{۲۷}، ۱۹۹۷). نگارندگان باتوجه به جستجوهای انجام شده، پژوهشی مشابه با

اطلاعات مندرج در جدول ۵ مربوط به نتایج آزمون تحلیل کوواریانس است. همان‌طور که مشاهده می‌شود مقدار F محاسبه شده برابر با ۱۶/۴ است که از F بحرانی با درجات آزادی ۱ و ۱۷ بزرگ‌تر است. لذا آموزش روانی توانسته است میزان سلامت عمومی همسران را افزایش دهد. لذا فرض صفر مبنی بر عدم تفاوت معنادار میانگین‌ها در گروه کنترل - آزمایش رد و فرض خلاف تأیید می‌شود. تفاوت میانگین‌ها در پیش‌آزمون - پس‌آزمون گروه آزمایش ۷۰/۷ و ۵۸/۸ نشان می‌دهد که آموزش روانی توانسته است به گونه معناداری سلامت عمومی همسران جانبازان را ارتقا دهد.

موجب کاهش فشار روانی و به تبع آن افزایش سطح سلامت روانی می‌شود.

براساس یافته‌های پژوهش حاضر، مداخله مبتنی بر آموزش روانی گروهی می‌تواند بر ارتقای سلامت عمومی همسران جانبازان مبتلا به روان‌پریشی مزمن در نمونه‌ای از جامعه ایرانی مؤثر باشد. باتوجه به نقش خانواده و مراقبین خانوادگی در ارائه حمایت و مراقبت از بیماران با مشکلات جسمانی و روان‌شناختی در فرهنگ اسلامی - ایرانی ما و عدم وجود دستگاه‌های حمایتی و آموزشی مناسب برای همسران جانبازان در نظام سلامت کشور، ضرورت انجام پژوهش‌های مداخله‌ای و تجربی باهدف گنجاندن برنامه‌های آموزش روانی، شدیداً احساس می‌شود. بنابراین به نظر می‌رسد رویکرد آموزش روانی این پژوهش می‌تواند به‌عنوان بخشی از برنامه درمانی و خدمات آموزشی در نظام خدمات بهداشت روانی برای بیماران مبتلا به روان‌پریشی مزمن، مراقبین و خانواده‌های آنان به‌ویژه همسران، مفید باشد.

محدودیت قابل‌ذکر پژوهش حاضر، میسرنبودن امکان مطالعات پیگیری اثر آموزش روانی بر سلامت روانی همسران بود. باتوجه به یافته‌های پژوهش و مبانی نظری، پیشنهاد می‌شود ضمن مطالعه اثر تداوم آموزش روانی، در مورد اثربخشی آموزش روانی بر سایر مشکلات روان‌شناختی همسران جانبازان با کنترل اثر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و اجتماعی - فرهنگی، مطالعاتی صورت گیرد.

تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله از همه جانبازان اعصاب و روان و همسران محترمشان، کارکنان بیمارستان روان‌پزشکی صدر و مدیر محترم موزه صلح که در انجام این پژوهش ما را یاری کردند، کمال تشکر را داریم.

پژوهش حاضر برای مقایسه نتایج حاصله را نیافتند، اما پژوهش‌هایی که به‌طور غیرمستقیم با موضوع پژوهش حاضر مرتبط است، موردتوجه است. بنابراین، نتایج پژوهش حاضر با مطالعه لطفی کاشانی، شریفی و سیفی (۱۳۸۹)، نویدیان، پهلوان‌زاده و یزدانی (۱۳۸۹)، پهلوان‌زاده، نویدیان و یزدانی (۱۳۸۸)، مینی بر اینکه آموزش روانی در بهبود سلامت عمومی، کاهش میزان بار روانی و مشکلات روانی (اضطراب، افسردگی و استرس) در مراقبان بیماران روانی و اسکیزوفرنیا مؤثر است، همخوانی دارد.

در تبیین یافته پژوهش می‌توان گفت آگاهی از نشانه‌های بیماری، درمان‌ها و مراکز حمایتی و نحوه کنارآمدن با بیماری می‌تواند با کاهش میزان فشار روانی (لطفی کاشانی، شریفی و سیفی، ۱۳۸۹) به بهبود سطح سلامت روانی خانواده‌ها منجر شود. آموزش روانی مبتنی بر روان‌درمانی است که برای بیماران دارای اختلال روانی و خانواده‌هایشان طراحی شده است و آنان را در مورد ماهیت بیماری، درمان، مقابله و مدیریت استرس ناشی از آن آگاهی داده و مهارت‌هایی را که برای جلوگیری از عود بیماری لازم است، آموزش داده و مدیریت می‌کند (به نقل از میرزایی، ۱۳۹۳).

همچنین، با آموزش روانی، خانواده‌ها درمی‌یابند که اختلالات روان‌پزشکی می‌توانند پایه و اساس بیولوژیکی داشته باشند و معمولاً اختلال محدودیت‌هایی را به بیمار تحمیل می‌کند که موجب می‌شود تا پذیرش و انتظارات واقع‌بینانه‌ای از بیمار داشته باشند، از سرزنش بیمار دست بردارند و بیمار را به مسئولیت‌پذیری بیشتری در زمینه‌هایی که توانایی آن را دارد، تشویق نمایند. چنین چیزی سبب می‌شود تا از تقویت «نقش بیمار» خودداری شود که خود

ملاحظات اخلاقی

گفتنی است که حضور شرکت کنندگان در پژوهش حاضر، داوطلبانه و با اخذ رضایت کتبی انجام شد. در هر پژوهشی به ویژه در پژوهش‌های آزمایشی در نظر گرفتن اصول اخلاقی، رازداری و اخذ رضایت آگاهانه، بسیار مهم است.

پی‌نوشت

1. Renshaw, Allen, Rhoades, Blais, Markman & Stanley
2. Barlow & Durand
3. Wing
4. Fadden, Bebbington, Kuipers
5. Sales, E
6. Taft, C.T
7. Niles, B.L
8. Klarić, Franciskovic, Obrdalj, Petric, Britvic & Zovko
9. Kvesic
10. Mandic
11. Petrov
12. Karlson & Rozek
13. Sadock
14. Byers
15. Miklovitz
16. Berglund, Olof Vahlne & Edman
17. Jewell, Downing & McFarlane
18. Al-Turkait & Ohaeri
19. Atkinson & Coia
20. General Health Questionnaire
21. Goldberg
22. Robins
23. Chiong & speuse

منابع

- عادی، پژوهشکده مهندسی و علوم پزشکی جانبازان و مرکز تحقیقات علوم رفتاری دانشگاه بقیه‌الله.
۳. برگ، رابرت، لندرت، گری، و فال، کوین. (۱۳۸۸). مشاوره گروهی: مفاهیم و روش‌ها، (ترجمه کیانوش زهراکار، فرشته پریان‌خوی و زهرا کهلوئی)، تهران: ارسباران، (تاریخ انتشار به زبان اصلی ۲۰۰۶).
 ۴. پرنده، اکرم؛ حاجی‌امینی، زهرا و مالکی، اکرم (۱۳۸۸)، تأثیر آموزش آرام‌سازی پیش‌رونده عضلانی بر کیفیت زندگی همسران جانبازان مبتلا به PTSD، مجله علوم رفتاری، دوره ۳، ش ۴: ۳۱۶-۳۱۱.
 ۵. پهلوان‌زاده سعید؛ نویدیان، علی و یزدانی محسن (۱۳۸۸)، تأثیر آموزش روانی خانواده بر میزان افسردگی، اضطراب و استرس مراقبین خانوادگی بیماران روانی، فصلنامه علمی- پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، سال چهاردهم، شماره سوم: ۲۳۵-۲۲۸.
 ۶. حدیدی، مجتبی (۱۳۷۵)، بررسی شیوه‌های مقابله و فشار در همسران بیماران اسکیزوفرنی در مقایسه با همسران خانواده‌های سالم شهر تهران.
 ۷. دژکام، محمود و امین‌الرعیایا، آریتا (۱۳۸۲)، مقایسه نسبت سلامت روانی همسران اعصاب‌وروان تهران مراجعه‌کننده به بیمارستان امام حسین (ع)، مجموعه مقالات اولین همایش علمی جانبازان و خانواده.
 ۸. رضایی، لیلیا (۱۳۷۴)، بررسی مشکلات خانواده‌های بیماران اسکیزوفرنیک شهرستان باختران، دانشگاه علوم پزشکی ایران، دانشگاه علوم توان‌بخشی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد کاردرمانی.
 ۹. سادوک، بنیامین، سادوک، جیمز و ویرجینیا، آلکوت (۱۳۸۸)، خلاصه روان‌پزشکی، علوم رفتاری- روان‌پزشکی بالینی، (جلد اول). (ویرایش دهم). (ترجمه نصرت‌اله پورافکاری)، تهران: انتشارات شهر آب، (سال انتشار به زبان اصلی ۲۰۰۷).
 ۱۰. سرمد، زهره (۱۳۸۴)، آمار استنباطی، تهران: انتشارات سمت.
 ۱۱. سرمد، زهره؛ بازرگان، عباس و حجازی الهه (۱۳۸۶)، روش‌های تحقیق در علوم رفتاری، تهران: آگاه.
 ۱۲. شفیق‌آبادی، عبدا... (۱۳۸۸)، پویایی گروه و مشاوره گروهی، تهران: رشد.
 ۱۳. صولتی دهکردی، کمال و نیک‌فرجام، مسعود (۱۳۹۲)، تأثیر آموزش روانی خانواده و درمان

۱. ابوالمعالی، خدیجه و کمال، اکرم‌السادات (۱۳۹۳)، اثر آموزش مبتنی بر طرح‌واره بر کاهش علائم استرس ترومای ثانویه در همسران جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از آسیب، فصلنامه علمی- پژوهشی طب جانباز، دوره ۷، شماره ۱، ۲۸-۲۱.
۲. احمدی، خدابخش و رشادت‌جو، محمود (۱۳۸۷)، بررسی فراوانی افسردگی، اضطراب، استرس و PTSD و STSD (نیابتی) بین خانواده‌های جانبازان شیمیایی شهرستان سردشت و مقایسه آن با جمعیت

روان‌پریشی مزمن در استان تهران، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد گرمسار.

۲۱. نویدیان، علی؛ پهلوان‌زاده، سعید و یزدانی، محسن (۱۳۸۹)، اثربخشی آموزش خانواده بر میزان بار روانی مراقبان خانگی بیماران روانی بستری، مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران، دوره ۱۶، شماره ۲: ۹۹-۱۰۶.

۲۲. یعقوبی، حمید (۱۳۷۴)، بررسی همه‌گیرشناسی اختلالات روانی در مناطق شهری و روستایی صومعه‌سرای گیلان، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی ایران.

۲۳. یعقوبی، حمید؛ فائدی، غلامحسین؛ امیدی، عبدالله، کهانی، شمس‌الدین و ظفر، مسعود (۱۳۸۷)، مطالعه مقدماتی اعتباریابی و نمره برش پرسشنامه‌های GHQ-28 و GHQ-12 بر روی دانشجویان جدیدالورود دانشگاه شاهد، شیراز، چهارمین سمینار بهداشت روانی دانشجویان.

1. Abolmaali KH, Aghaeepour Gavasarae M (2017). Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy on Reducing the Maladaptive Schemas of Posttraumatic stress disorder in Veterans' Wives. *Interdisciplinary Journal of Education*, Volume 1, Number 2, 7-16.
2. Al-Turkait, F.A., and Ohaeri, J.U. (2008). Post-traumatic stress disorder among wives of Kuwaiti veterans of the first Gulf War. *J Anxiety Disord*, 22(1), 18-31.
3. Atkinson, J.M., and Coia, D.a. (1995). *Families coping with schizophrenia; a practitioner's guide to family groups*. England: John Wiley & Sons.
4. Barlow, D.H., and Durand, V.M. (2007). *Abnormal psychology an integrative approach* (5th Ed), USA: Wadworth.
5. Berglund, N., Olof Vahlne, J., and Edman, A. (2003). Family intervention for schizophrenia: Impact on family burden and attitude. *Social Psychiatry & Psychiatry Epidemiology*, 38, 116-121.
6. Brewin, C.R., Dalgleish, T., and Joseph, S., (1996). A Dual representation theory of post traumatic stress disorder. *Psychological Review*, 103, 670-686.
7. Byers, K., (2013). Enhancing resilience and decreasing the risk of secondary trauma in psychology trainees: A training manual. *Professional Psychology Doctoral Projects*. Graduate School of Professional Psychology.

استاندارد پزشکی در سیر بهبودی و پیشگیری از عود علائم بیماران افسرده اساسی، مجله علمی-پژوهشی یافته، ۱۵(۳): ۵۴-۶۱.

۱۴. کارلسون، ای، و روزک، جی (۱۳۸۶)، استرس پس از سانحه چگونه بر خانواده اثر می‌گذارد؟ (ترجمه مهديه هاشمی و سعید ایمانی)، فصلنامه تخصصی روان‌شناسی و اطلاع‌رسانی، شماره دوم، تابستان، (تاریخ انتشار به زبان اصلی ۲۰۰۵).

۱۵. کاظمی، آمنه‌سادات (۱۳۹۱)، اثربخشی راهبردهای شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش علائم اختلال استرس پس از ضربه ثانویه و مشکلات روان‌شناختی همسران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه مزمن ناشی از جنگ، فصلنامه اندیشه و رفتار، دوره ۶، شماره ۲۳: ۳۱-۴۳.

۱۶. کاظمی، آمنه‌سادات؛ بنی‌جمالی، شکوه‌سادات و احدی، حسن (۱۳۹۱)، بررسی اثربخشی آموزش راهبردهای شناختی- رفتاری در کاهش علائم اختلال استرس پس از ضربه ثانویه (STSD) و مشکلات روان‌شناختی همسران جانبازان مبتلا به PTSD مزمن ناشی از جنگ، مجله علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی، دوره ۲۲، شماره ۲، تابستان ۱۳۹۱: ۱۲۹-۱۲۲.

۱۷. لطفی کاشانی، فرح؛ شریفی، حسن‌پاشا و سیفی، مختار (۱۳۸۹)، تأثیر آموزش روانی خانواده (مدل اتکینسون و کوپا) بر سلامت عمومی خانواده‌های دارای فرزند مبتلا به اسکیزوفرنیا، فصلنامه علمی- پژوهشی اندیشه و رفتار، دوره ۵، شماره ۱۷: ۶۵-۷۸.

۱۸. مجاهد، عزیزالله؛ کلاتری، مهرداد؛ مولوی، حسین؛ طاهرنشادوست، حمید و بخشایی، نورمحمد (۱۳۸۹)، مقایسه وضعیت سلامت روانی همسران جانبازان براساس نوع جانبازی شوهران. مجله تحقیقات علوم پزشکی زاهدان، دوره ۱۲، شماره ۴: ۳۸-۴۱.

۱۹. میرخشتی، حسن (۱۳۷۵)، بررسی رابطه میان رضایت از زندگی زناشویی و سلامت روان، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد رودهن.

۲۰. میرزایی، فریده (۱۳۹۳)، تأثیر آموزش روانی در کاهش استرس ثانویه همسران جانبازان مبتلا به

19. Salleh, M.R. (1994). The burden of care of schizophrenia in Malay families. *Acta psychiatrica Scandinavia*, 89; 180-185.
20. Taft, C.T., & Niles, B.L.(2004). Assessment and treatment of anger in combat related PTSD. In: Taft, CT, Niles BL, Ed. S, *Iraq war clinician's guide*. Boston: Department of veterans Affairs, National Center for PTSD.
21. Watkins, T., and Callicutt., J. (1997). Self-help and advocacy groups in mental health. In T. Watkins, & J. Callicutt (Eds.), *Mental health policy and practice today*. (pp. 146-163). Thousand Oaks, CA: SAGE Publications, Inc. doi: <http://dx.doi.org/10.4135/9781452243146.n9>.
- University of St.Thomas, Minnesota, kabyers@stthomas.edu
8. Fadden, G., Bebbington, P., and Kuipers, L. (1987). The burden of care. The impact of functional psychiatric illness on the patient's family. *British Journal of psychiatry*, 150, 285-292.
9. Flanagan, A.Y. (2003). Working with patients and families diagnosed and coping with schizophrenia cited from: <http://www.mamma.com>.
10. Flanagan, A.Y. (2002). Child abuse & neglect. What healthcare providers need to know. Wild Iris Education, nursing continuing education, Compton, CA. previously available from: www.nursingceu.com.
11. Foa, E.B., Kean, T.M., Friedman, M.J., Eds. *Effective treatments for PTSD*. New York, NY: Guilford press; 2004. Franciskovic, T., Stevanovic, A., Jelusic, I., Roganovic, B., Klaric, M., and Grkovic, J. (2007). Secondary traumatization of wives of war veterans with post-traumatic stress disorder. *Croat Med J*;48(2):177-84.
12. Jewell, T. C., Downing, D., & McFarlane, W. R. (2009). Partnering with families: Multiple family group psychoeducation. *Journal of Clinical psychology*, 65, 868.
13. Klaric, M., Franciskovic, T., Obrdalj, E.C., Petric, D., Britvic, D., and Zovko, N. (2012). Psychiatric & health impact of primary & secondary traumatization in wives of veterans with post-traumatic stress disorder. *Psychiatria Danubina*. 24, No. 3, 280-286.
14. Klaric, M., Kvesic, A., Mandic, V., Petrov, B., & Franciskovic, T., (2013). Secondary traumatization and systemic traumatic stress. *Medicina Academica Mostariensia*, 2013; Vol. 1, No. 1, pp 29-36.
15. Martens, L., and Addington, J. (2001). The psychological well-being of family members of individual with schizophrenia. *Soc Psychiatry Epidemiol*. Mar 36(3): 129.
16. Miklovitz, D.J. (2004). Family-focused treatment of adolescence with bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 82, 113-128.
17. Renshaw, K.D., Allen, E.S., Rhoades, G.K., Blais, R.K., Markman, H.J., and Stanley, S.M. (2011). Distress in spouses of service members with symptoms of combat-related PTSD: Secondary traumatic stress or general psychological distress?. Published in final edited form as: *Journal of Family Psychology*, 25(4), 461-469. doi:10.1037/a 0023994.
18. Sales, E. (2008). Family burden and quality of life, *Research*, 12 d Suppl; 128-133.