

طراحی و اجرای دوره ترکیبی خانواده درمانی در برنامه دستیاری رشته روانپزشکی

دکتر جواد علاقبندراد^۱، دکتر فائزه غلامیان^۱، دکتر مهتاب معتمد^۱

^۱ گروه روانپزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

نویسنده مسئول: دکتر جواد علاقبندراد

چکیده:

ارزیابی خانواده و مداخلات خانواده درمانی جز مهارت هایی است که روانپزشک باید بیاموزد. با این حال از دیرباز، همیشه نقص های بسیاری در آموزش این مهارت در دوره های دستیاری وجود داشته است. در طراحی یک دوره در برنامه دستیاری، تناسب برنامه با نیازها و توانمندی های آنها و هم چنین توجه به خواسته های آن ها اهمیت زیادی دارد. بر این اساس، طراحی دوره خانواده درمانی برای دستیاران روانپزشکی انجام گرفت. طراحی آموزشی بر اساس مدل ADDIE انجام گرفت. بعد از طراحی، دوره در کمیته آموزش گروه مطرح و تصویب شد. نمره نهایی دوره به عنوان بخشی از نمره دوره روان درمانی محسوب شد. پس از تصویب، هماهنگی با دانشکده مجازی جهت تعریف دوره در سامانه نوید صورت گرفت. در انتهای دوره نگرش و رضایت فراگیران در رابطه با دوره از طریق پرسشنامه آنلاین، سنجیده شد. تمام دستیاران موافق بودند که آموزش مفاهیم خانواده درمانی در دوره روانپزشکی مورد نیاز است. بر طبق گزارش دستیاران دوره خانواده درمانی باعث افزایش دانش و تغییر در نحوه رویکرد آن ها به بیماران می شود. با این حال اکثریت دستیاران معتقد بودند این دوره باعث بهبود مهارت در آن ها نشده است. بیشتر از نیمی از دستیاران معتقد بودند محتوای ارائه شده، کاربردی، متناسب با نیاز ایشان و با کیفیت بوده است. اما تنها چهار نفر از دستیاران موافق بودند که محتواها متناسب با توانمندی آن ها بوده است. در این مطالعه، مراحل طراحی و اجرای دوره خانواده درمانی برای دستیاران روانپزشکی تشریح شد. آموزش خانواده درمانی مانند هر مهارت دیگری لازم است با تمرین های عملی بیشتر همراه با نظارت و مشاهده بیشتر همراه باشد. مطالعات بیشتر همراه با ارزیابی تاثیر برنامه در رضایت مندی، دانش و مهارت دستیاران در نمونه ای بزرگ تر مورد نیاز است.

واژه های کلیدی: خانواده درمانی، دستیاری روانپزشکی، آموزش روانپزشکی

مقدمه:

شواهد زیادی از تاثیر مداخلات خانواده در بهبود بیماران روانپزشکی وجود دارد. توجه به خانواده باعث افزایش کیفیت خدمت رسانی به بیماران می شود. ارزیابی خانواده و مداخلات خانواده درمانی جز مهارت‌هایی است که روانپزشک باید بیاموزد. با این حال از دیرباز، همیشه نقص‌های بسیاری در آموزش این مهارت در دوره‌های دستیارانی وجود داشته است (۱، ۲). فشرده‌گی برنامه دستیارانی، تاکید بیشتر روی درمان‌های دارویی و نبود مهارت کافی در مدرسین دانشگاه در خانواده درمانی از علل به حاشیه رفتن خانواده درمانی در آموزش دستیارانی است. بخشی از این مشکل به داشتن یک رویکرد بیماری محور و نبود تفکر سیستمیک در رویکرد به بیماران بر می‌گردد. در رویکرد فردگرایانه بیماری محور، تنها به بیماری و رفع علائم تکیه می‌شود. در حالی که در تفکر سیستمیک، بیمار به صورت فردی و جدای از محیط خود دیده نمی‌شود، بلکه به عنوان عضوی از سیستمی دیده می‌شود که از آن تاثیر گرفته و بر آن تاثیر می‌گذارد. آموزش خانواده درمانی صرفاً آموزش مهارت‌های بالینی نیست. برخلاف سایر رویکردهای روان‌درمانی که بر فرد بصورت خط^۱ و خردگرایانه^۲ تمرکز دارد، رویکرد سیستمیک خانواده درمانی درکی پویا از سیستم‌های پیچیده به دست می‌دهد.

طبق کوریکولوم مصوب وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، دستیاران روانپزشکی باید در طول دوره آموزشی خود دو مورد خانواده درمانی و زوج درمانی را مشاهده و دو مورد را مستقلاً انجام دهند. عیسی زاده و همکاران، مطالعه‌ای در رابطه با وضعیت روان‌درمانی در ایران انجام دادند. طبق یافته‌های انجام شده، تنها ۲۰/۵ درصد از دستیاران ذکر کردند که دوره خانواده درمانی بخشی از آموزش آن‌ها بوده است. با این حال ۷۱/۴ درصد افراد

معتقد بودند خانواده درمانی باید بخشی از آموزش اجباری دوره دستیارانی روانپزشکی باشد (۳). این موضوع در سایر کشورهای غربی هم تا حدی مشابه است. اکثر دستیاران به زوج و خانواده درمانی علاقه نشان می‌دهند با این حال میزان آموزش خود را کافی نمی‌دانند.

بیشترین مطالعات خانواده درمانی در کشورهای پردرآمد صورت گرفته است، با این حال خانواده درمانگران در اکثر کشورهای دنیا از کمبود منابع و آموزش حرفه‌ای شکایت دارند. اخیراً تلاش‌هایی برای ادغام خانواده درمانی در سیستم‌های آموزش سلامت روان عمومی در کشورهای کم درآمد انجام شده است (۴). این تلاش‌ها در کشور ما در مراحل خیلی ابتدایی آن قرار دارد که احتمالاً بدلیل محدود بودن تعداد متخصصین خبره در این زمینه می‌باشد. رایت و گلیک در مقاله‌ای به موضوع آموزش خانواده درمانی در آموزش روانپزشکی پرداخته‌اند. در این مقاله دلایلی برای ادغام مجدد خانواده درمانی در آموزش بر شمرده شده است که مهمترین آن، تاکیدات اخیر بر داشتن رویکرد زیستی روانی اجتماعی است که اهمیت مداخلات خانواده را مشخص می‌کند. مطالعات جدید، تاثیر مداخلات بر خانواده را در بهبود بیماری‌های روانپزشکی نشان داده‌اند. کمیته بازبینی دستیارانی در آمریکا به بهبود مهارت‌های روان‌درمانی از جمله خانواده درمانی تاکید کرده است (۵). رایت و گلیک در مقاله‌ای دیگر مدلی برای آموزش خانواده درمانی را در دوره دستیارانی در دانشگاه استنفورد کالیفرنیا ارائه می‌دهند که پنج هدف اصلی دارد: پیوستن با خانواده، دیدن الگوی خانواده، شناسایی مرحله تکاملی خانواده و فرهنگ خانواده، شناسایی ساختار خانواده و کار با یک مدل تغییر سیستمیک. در مدل آن‌ها دستیاران در سال یک و دو در رابطه با تئوری سیستم‌ها از طریق سخنرانی آموزش دریافت می‌کنند. در سال سه از طریق کلاس‌های تئوری

² Reductionistic

¹ Linear

دستیاری گروه روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران (بیمارستان روزبه) اجرا شد.

روش کار:

طراحی آموزشی بر اساس مدل ADDIE^۱ انجام گرفت (۸). جزئیات هر یک از مراحل در ادامه ارائه شده است.

بررسی و تحلیل کلی سیستم

تحلیل موقعیت، نیازسنجی و شناسایی مخاطبان در قدم اول بررسی متون و مطالعه طرح دوره‌های مختلف خانواده درمانی در دانشگاه‌ها و بیمارستان‌های مطرح خارج از ایران صورت گرفت. با توجه به کوریکولوم مصوب روانپزشکی در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، لازم است دستیاران دوره خانواده درمانی را در دوره دستیاری بگذرانند. بر اساس کوریکولوم مصوب در کشور و همچنین مطابق با کوریکولوم‌های بیمارستان‌های مطرح دنیا بهتر است دوره خانواده درمانی به عنوان بخشی از دوره روان درمانی و در سال‌های بالاتر که دستیاران مهارت‌های اولیه مصاحبه و مدیریت بیماران را دریافت کرده‌اند ارائه شود. به این ترتیب دستیاران سال سوم روانپزشکی به عنوان مخاطبان این دوره در نظر گرفته شدند. برنامه زمانی و محتوایی دوره‌های آموزشی فعلی آن‌ها با همکاری مسئول آموزش دستیاری مشخص شد.

تعیین وظایف و شاخص‌های عملکرد وظایف

با استفاده از بررسی متون و جلسات بحث بین اساتید دوره لیستی از وظایف دوره تعیین شد (۲). با توجه به اهمیت، نیاز و پیش نیازهای مربوطه، از طریق تحلیل نیاز و تحلیل وظیفه مورد نظر، وظایف متناسب با دوره آموزشی انتخاب و شاخص‌های انجام هر کدام تعیین شد.

با مفاهیم خانواده درمانی و مکاتب و نظریه‌ها آشنا می‌شوند. در سال چهارم در درمانگاه‌های سرپایی خانواده درمانی شرکت کرده و در جلسات هفتگی بحث پیرامون موارد بالینی شرکت می‌کنند. به علاوه در طول سال چهارم موظف هستند دو مورد خانواده درمانی را شروع و به انتها برسانند که در این مدت نیز تحت نظارت اساتید هستند (۶). در کوریکولوم روانپزشکی بیمارستان جان هاپکینز، دستیاران در سال دو با مفاهیم نظری خانواده درمانی آشنا شده و در سال سه در درمانگاه‌های خانواده درمانی شرکت می‌کنند. در دانشگاه پنسیلوانیا، دستیاران در طول ۴ سال، ۴۰ ساعت کلاس آموزشی در رابطه با زوج و خانواده درمانی دارند و دوره‌هایی از مشاهده خانواده درمانی در کلینیک‌های سرپایی می‌گذرانند (۷). در طراحی یک دوره در برنامه دستیاری، تناسب برنامه با نیازها و توانمندی‌های دستیاران و همچنین توجه به خواسته‌های آن‌ها اهمیت زیادی دارد. با توجه به محدود بودن زمان در دوره دستیاری، لازم است تا حد امکان از روش‌های غیرهمزمان نیز استفاده شود تا هر فرد بسته به برنامه کاری و زمانی خود بتواند مطالعه و یادگیری را با سرعت خود پیش ببرد. به علاوه با توجه به روش‌های یادگیری متفاوت در افراد مختلف، لازم است محتوای درسی از روش‌های مختلف (شنیداری، دیداری، متنی) در اختیار دستیاران قرار بگیرد. نکته مهم دیگر این است که لازم است محتوای درسی علاوه بر این که دانش دستیاران را در مورد مفاهیم و نظریه‌های پایه افزایش می‌دهد، بتواند به راحتی قابل کاربری در بالین باشد. از این رو در چنین برنامه‌هایی روش‌های تدریس مبتنی بر مورد، بحث پیرامون مورد بالینی و ایفای نقش اهمیت زیادی دارد. بر اساس آن چه گفته شد، طراحی دوره خانواده درمانی برای دستیاران روانپزشکی انجام گرفت. این برنامه در دوره

¹ Analysis, Design, Development, Implementation, Evaluation

طراحی

با توجه به وظایف تعیین شده، اهداف شناختی، اهداف عاطفی و اهداف روانی حرکتی برای دوره تعیین شدند (جدول ۱). پیش نیازهای یادگیری در این مرحله تعیین شدند که شامل داشتن آشنایی و توانمندی در مفاهیم کلی مصاحبه با بیمار و خانواده، آموزش روانی به خانواده بیماران و مفاهیم روانپزشکی کودک و نوجوان بود (۹). ساختار و توالی آموزش بر اساس شروع از مفاهیم کلی تر و زیربنایی تر و ادامه با جزئیات بیشتر عملی تنظیم شد.

این دوره به صورت ترکیبی اجرا شد. کلاس‌های هفتگی به مدت ۹ ماه به صورت حضوری و رو در رو و به صورت میزگرد برگزار می‌شد. تعدادی از کلاس‌ها به صورت غیرحضوری و همزمان بود که از فضای اسکای روم گروه برای برگزاری کلاس استفاده شد. بخش دیگر غیرحضوری و غیر همزمان در سامانه نوید (نرم افزار ویژه یادگیری دانشگاهی) دانشگاه علوم پزشکی تهران بود که امکان آپلود فایل متنی، صوتی و چندرسانه‌ای و امکان ارسال تکلیف و بازخورد در آن فراهم بود.

جدول ۱. اهداف یادگیری در دوره خانواده درمانی

<ul style="list-style-type: none"> - مفهوم تفکر سیستمیک را شرح دهد. - کاربرد تفکر سیستمیک در خانواده درمانی را شرح دهد. - در مورد نقاط عطف تاریخی در خانواده درمانی قضاوت کند. - ژنوگرام خانواده را تفسیر کند. - در هر خانواده در مورد مرحله چرخه زندگی قضاوت کند. - ارزیابی خانواده را انجام دهد. - مکاتب مختلف خانواده درمانی را نام ببرد. - مفاهیم اصلی، کاربرد و تکنیک‌های اصلی در خانواده درمانی با رویکرد بوون را شرح دهد. - مفاهیم اصلی، کاربرد و تکنیک‌های اصلی در خانواده درمانی با رویکرد ساختاری را شرح دهد. - مفاهیم اصلی، کاربرد و تکنیک‌های اصلی در خانواده درمانی با رویکرد استراتژیک را شرح دهد. - مفاهیم اصلی، کاربرد و تکنیک‌های اصلی در خانواده درمانی با رویکرد مبتنی بر راه حل را شرح دهد. - مفاهیم اصلی، کاربرد و تکنیک‌های اصلی در خانواده درمانی با رویکرد روایتی را شرح دهد. - سیر مکاتب خانواده درمانی را تحلیل کند. - نقاط قوت و نقاط ضعف رویکردها مختلف را ارزیابی کند - رویکردهای مختلف خانواده درمانی را با یکدیگر مقایسه کند. - موارد اندیکاسیون خانواده درمانی را ذکر کند. - موارد منع استفاده از خانواده درمانی را نام ببرد. - رویکردهای مختلف خانواده درمانی را نقد کند. 	اهداف شناختی
<ul style="list-style-type: none"> - مشارکت فعال در کلاس‌ها داشته باشد. - به استفاده از تئوری سیستم‌ها در کار بالینی خود اهمیت دهد. - بتواند به دستیاران سال پایین تر نگرش استفاده از خانواده درمانی را منتقل کند. 	اهداف عاطفی
<ul style="list-style-type: none"> - مستندسازی درست و بدون غلط از جلسه خانواده درمانی با بیمار را در پرونده انجام دهد. - ارتباط کلامی و غیر کلامی مناسب با بیمار برقرار کند. - یک جلسه ارزیابی خانواده درمانی را در محیط واقعی انجام دهد. - یک ژنوگرام برای خانواده ترسیم کند. - گزارش انجام ارزیابی یک خانواده درمانی را ثبت کند. 	اهداف روانی - حرکتی

توسعه و اجرا

گرفت. معرفی ابتدایی در مورد دوره مطابق با آنچه در سامانه نوید بارگذاری شد، برای اطلاع رسانی در اختیار دستیاران قرار گرفت. مسئول دوره و نحوه ارتباط با ایشان به دستیاران توضیح داده شد.

ارزشیابی

در چند سطح و چند مقطع ارزشیابی صورت گرفت. ارزشیابی هم به صورت تکوینی و هم به صورت تجمعی صورت گرفت. نحوه ارزشیابی از طریق ارزیابی شرکت فعال در جلسات، تمرین‌ها و تکلیف‌های بین جلسات، آزمون‌های کلاسی انجام گرفت. در انتهای دوره نگرش و رضایت فراگیران در رابطه با دوره از طریق پرسشنامه آنلاین، سنجیده شد.

یافته‌ها:

پایلوت این برنامه در سال ۱۴۰۰-۱۳۹۹ انجام شد. انجام پذیری و میزان مشارکت دستیاران در حد قابل قبول بود. اجرای برنامه اصلی از پاییز ۱۴۰۰ شروع شد. دوره خانواده درمانی از آذر ۱۴۰۰ تا خرداد ۱۴۰۱ با تشکیل ۲۲ جلسه حضوری و بارگذاری محتوای جلسات در نوید انجام شد. در طی دوره هشت تکلیف توسط دستیاران انجام شد. به علاوه در طول جلسات دو نوبت آزمون کلاسی نیز برگزار شد. در مجموع همگی ۱۴ دستیار سال سه روانپزشکی در جلسات شرکت داشتند. سوالات نظرسنجی توسط ده نفر از دستیاران پاسخ داده شد (جدول ۴).

بررسی نیاز

تمام دستیاران موافق بودند که آموزش مفاهیم خانواده درمانی در دوره روانپزشکی مورد نیاز است. بعد از برگزاری ۲۲ جلسه کلاس، چهار دستیار ذکر کردند که سهم اختصاص داده شده به خانواده درمانی در دوره فعلی در آموزش‌های روان درمانی دوره دستیاری کم و شش نفر این سهم را متناسب ارزیابی کردند.

لیست جلسات، نحوه ارائه، محتوا، زمان، فعالیت مدرس و فعالیت یادگیرنده در این قسمت بر اساس اهداف و لیست وظایف تعیین شد (جدول ۲ و ۳). تمام مراحل مجدد بازبینی و یکپارچه سازی شد و برای اجرا آماده شد.

برای اجرای کلاس وارونه، از سامانه نوید استفاده شد. این سامانه یک سامانه تعاملی است که برای گروه‌های مختلف آموزشی در دانشگاه علوم پزشکی تهران به کار گرفته می‌شود. محتوای تعدادی از کلاس‌ها از قبل به صورت فایل متنی، اسلایدها و فایل صوتی در سامانه قرار می‌گرفت تا دستیاران قبل از جلسه آن را مطالعه کنند و در کلاس به بحث و تبادل نظر در مورد آن‌ها پرداخته می‌شد. در حین کلاس حضوری از روش‌های سخنرانی تعاملی از جمله پرسش و پاسخ، بحث در گروه‌های کوچک، کوئیز در حین جلسات، مشاهده فیلم‌های آموزشی و بحث پیرامون آن استفاده شد. آموزش مبتنی بر مورد با مطالعه موارد بالینی به صورت قدم به قدم انجام گرفت. در بخش‌هایی از جلسات با ایفای نقش تلاش می‌شد مهارت‌های خانواده درمانی تمرین شود. به علاوه در بین جلسات تکالیف در سامانه نوید بارگذاری می‌شد و دستیاران موظف به انجام آن‌ها در موعد مقرر بودند. در طراحی تکالیف تا حد امکان تلاش شده بود تا سطوح بالاتر معیارهای بلوم مدنظر قرار گیرد و دستیاران بتوانند مطالب آموزشی را در موارد بالینی واقعی به کار ببندند. برخی از جلسات نیز توسط دستیاران ارائه شد. جهت ارزیابی روایی برنامه یک دوره برنامه به صورت دوره انتخابی برای دستیاران سال سه و چهار اجرا شد و پس از اتمام دوره نظرات دستیاران و مدرسین در مورد دوره دریافت شد.

بعد از طراحی، دوره در کمیته آموزش گروه مطرح و تصویب شد. نمره نهایی دوره به عنوان بخشی از نمره دوره روان درمانی محسوب شد. پس از تصویب، هماهنگی با دانشکده مجازی جهت تعریف دوره در سامانه نوید صورت

جدول ۲. فعالیت های یادگیرنده در دوره خانواده درمانی

فعالیت های یادگیرنده
- حضور در کلاس های مجازی و شرکت در پرسش و پاسخ ها
- مطالعه فایل های بارگذاری شده در سامانه نوید
- نوشتن دیدگاه خود در مورد سوالات مطرح شده در بخش گفت و گوی سامانه نوید
- بحث و تبادل نظر در گروه های کوچک در کلاس حضوری و در بخش گفت و گوی سامانه نوید
- انجام تمرین های بارگذاری شده در سامانه نوید
- شرکت در آزمون های کلاسی
- مشاهده فایل های چندرسانه ای بارگذاری شده در سامانه نوید
- ارائه بخشی از مطالب درسی در کلاس برای همتایان
- شرکت در کلاس حضوری
- ایفای نقش برای انجام تکنیک های خانواده درمانی
- انجام ارزیابی خانواده و ارائه آن در کلاس حضوری
- رسم ژنوگرام برای یک خانواده و ارائه آن در کلاس

جدول ۳. جلسات دوره خانواده درمانی و رویکردهای آموزشی به کاررفته در هر جلسه

ردیف	عنوان	رویکردهای آموزشی
	مفاهیم تئوری سیستم ها	سخنرانی تعاملی، کلاس وارونه
	ژنوگرام	سخنرانی تعاملی، کلاس وارونه، یادگیری مبتنی بر مسئله
	چرخه زندگی	سخنرانی تعاملی، کلاس وارونه، یادگیری مبتنی بر مسئله
	ارزیابی خانواده	سخنرانی تعاملی، کلاس وارونه، یادگیری مبتنی بر مسئله
	خانواده درمانی با رویکرد بوون	سخنرانی تعاملی، کلاس وارونه، یادگیری مبتنی بر مسئله، بحث در گروه های کوچک، ارائه محتوای چند رسانه ای
	خانواده درمانی با رویکرد ساختاری	سخنرانی تعاملی، کلاس وارونه، یادگیری مبتنی بر مسئله، بحث در گروه های کوچک، ارائه محتوای چند رسانه ای
	خانواده درمانی با رویکرد استراتژیک	سخنرانی تعاملی، کلاس وارونه، یادگیری مبتنی بر مسئله، بحث در گروه های کوچک، ارائه محتوای چند رسانه ای
	خانواده درمانی مبتنی بر راه حل	سخنرانی تعاملی، کلاس وارونه، یادگیری مبتنی بر مسئله، بحث در گروه های کوچک، ارائه محتوای چند رسانه ای
	خانواده درمانی روایتی	سخنرانی تعاملی، کلاس وارونه، یادگیری مبتنی بر مسئله، بحث در گروه های کوچک، ارائه محتوای چند رسانه ای
	خانواده درمانی های نسل سوم	سخنرانی تعاملی، کلاس وارونه، یادگیری مبتنی بر مسئله، بحث در گروه های کوچک، ارائه محتوای چند رسانه ای
	خانواده درمانی استراتژیک مختصر	سخنرانی تعاملی، کلاس وارونه، یادگیری مبتنی بر مسئله، بحث در گروه های کوچک، ارائه محتوای چند رسانه ای
	خانواده درمانی برای اختلالات خوردن	سخنرانی تعاملی، کلاس وارونه، یادگیری مبتنی بر مسئله، بحث در گروه های کوچک، ارائه محتوای چند رسانه ای

جدول ۴. توزیع فراوانی پاسخ دستیاران روانپزشکی به سوالات نظرسنجی در مورد دوره خانواده درمانی (تعداد)

موضوع	بسیار موافقم	بسیار مخالفم	موافقم	مخالفم	نظری ندارم
آموزش مفاهیم خانواده درمانی در دوره روانپزشکی لازم است	۷	۰	۳	۰	۰
مفاهیم ارائه شده در کلاس ها باعث افزایش دانش من در مورد خانواده درمانی شد	۲	۰	۵	۱	۲
محتوای ارائه شده در کلاس ها مهارت من در برخورد با خانواده را افزایش داد	۱	۲	۳	۱	۳
بعد از این دوره، در کار بالینی بیشتر به خانواده و ارزیابی آن توجه می کنم	۲	۱	۵	۱	۱
محتوای ارائه شده کاربردی بود	۱	۳	۵	۱	۰
محتوای ارائه شده جدید و متناسب با نیازهای فعلی بود	۲	۳	۴	۰	۱
محتوای ارائه شده متناسب با توانمندی های من بود	۱	۱	۳	۱	۴
محتوای بارگذاری شده در سامانه کیفیت خوبی داشتند	۲	۰	۵	۰	۳
تکالیف ارائه شده باعث افزایش یادگیری در من شد	۲	۱	۲	۲	۳
تکالیف ارائه شده متناسب با محتواهای ارائه شده بودند	۲	۱	۶	۰	۱
قدرت بیان و تفهیم مطالب اساتید مناسب بود	۲	۱	۵	۰	۲
روش تدریس تعاملی و با جلب مشارکت دستیاران بود	۲	۱	۶	۰	۱

محتوا و تکالیف ارائه شده

بیشتر از نیمی از دستیاران معتقد بودند محتوای ارائه شده، کاربردی، متناسب با نیاز ایشان و با کیفیت بوده است. اما تنها چهار نفر از دستیاران موافق بودند که محتواها متناسب با توانمندی آن ها بوده است. در مورد تکالیف هم ۸ نفر معتقد بودند تکالیف متناسب با محتوای تدریس شده بود اما تنها ۴ نفر معتقد بودند این تکالیف باعث بهبودی در یادگیری آن ها شده است.

نحوه تدریس

هشت نفر از دستیاران موافق و خیلی موافق بودند نحوه تدریس تعاملی است و هفت نفر نیز موافق و خیلی موافق بودند که نحوه بیان و تفهیم مطالب توسط اساتید مناسب است.

بحث:

در این مطالعه، مراحل طراحی و اجرای دوره خانواده درمانی برای دستیاران روانپزشکی تشریح شد. با این که تا

قبل از این دستیاران آموزشی برای خانواده درمانی دریافت نمی کردند، اما همه آن ها موافق بودند که آموزش مفاهیم خانواده درمانی در دوره دستیارانی مورد نیاز است.

بر طبق گزارش دستیاران دوره خانواده درمانی باعث افزایش دانش و تغییر در نحوه رویکرد آن ها به بیماران می شود. لیبن و همکاران در سال ۲۰۱۹ جعبه ابزاری برای مهارت در مداخلات خانواده معرفی کردند. این جعبه ابزار شامل سه ابزار بود: ژنوگرام، اکومپ و دادن تکلیف به خانواده (۱۰). در دوره خانواده درمانی طراحی شده در مطالعه حاضر نیز این سه ابزار به دستیاران آموزش داده شد. دستیاران در دو جلسه ابتدایی با ترسیم ژنوگرام یا شجره نامه خانواده آشنا شدند و با انجام تکالیف، ترسیم ژنوگرام برای بیماران خود را به طور عملی تمرین می کردند. برای ترسیم اکومپ، لازم است سیستم حمایتی افراد در خانواده و نوع روابط آن ها مشخص شود. در رویکردهای خانواده درمانی بوون، ساختاری و استراتژیک این مفاهیم آموزش داده شد و دستیاران با انجام تکالیف یک نقشه از خانواده ترسیم می کردند. در تمام رویکردهایی

که آموزش داده می‌شد، تاکید بر دادن تکالیف واضح به خانواده در بین جلسات درمانی می‌شد و دستیاران دادن این تکالیف را با آموزش‌های مبتنی به مورد و بحث در مورد سناریوهای بالینی تمرین می‌کردند.

با این حال اکثریت دستیاران معتقد بودند این دوره باعث بهبود مهارت در آن‌ها نشده است. مطالعات قدیمی‌تر بر این موضوع تاکید کرده‌اند که فرآیند تبدیل شدن به یک خانواده درمانگر برای کسی که یک روانپزشک یا روان درمانگر حرفه‌ای است، ادغامی پیچیده است؛ چرا که فرد باید ساختاری جدید که در واقع دیدگاه سیستمیک است را به ساختارهایی که قبلاً به خوبی برای آن‌ها آموزش دیده اضافه کند. طبیعی است که در این فرآیند سردرگمی غیرقابل اجتناب است (۱۱). ویلم نل در مطالعه‌ای کیفی بر روی شش دانشجوی یک دوره پاره وقت خانواده درمانی نشان داد که اکثر دانشجویان آموزش خانواده درمانی را طاقت فرسا می‌دانند و ممکن است در ابتدا احساس عدم کفایت داشته باشند (۱۲).

رویکردهای بیماری محور رویکرد غالب در آموزش پزشکی چه در دوره عمومی و چه در دوره دستکاری است. توجه به بیمار در سیستم خانواده و مدنظر قرار دادن عواملی که در خانواده بر نحوه عملکرد بیمار و ایجاد نشانه‌ها تاثیرگذار هستند، می‌تواند برای دستیاران در ابتدا چالش‌زا باشد. هم راستا با این موضوع، تنها ۴ نفر از دستیاران ذکر کردند که محتوای ارائه شده متناسب با توانمندی آن‌ها بوده است. در طراحی‌های بعدی این دوره لازم است به در نظر گرفتن پیش نیازهایی برای آموزش بیشتر تئوری سیستم‌ها توجه کرد. هرو و همکاران نیز به این موضوع اشاره کرده‌اند که مهارت در مداخلات خانواده نیاز به نظارت زیاد و درک مفاهیم سیستماتیک دارد (۹).

طراحی این دوره برای اولین بار به صورت مدون برای دوره دستکاری انجام می‌شد (هر چند در گذشته آموزش خانواده درمانی توسط اساتید روانپزشکی در بیمارستان

روزیه انجام می‌گرفت). به همین دلیل محدودیت‌های مختلفی ممکن است در طراحی این دوره مطرح باشد. این دوره به صورت ترکیبی (برخط و حضوری) برگزار می‌شد. قسمت برخط می‌توانست تعاملی‌تر و با استفاده از تکالیف بیشتر و بحث و گفت و گوی بیشتر باشد. از آن جا که دستیاران تا به حال دوره‌ای را در سامانه نوید دانشگاه نگذرانده بودند، در ابتدا مشکلات زیادی برای استفاده از این سیستم داشتند که این موضوع با گذشت چند جلسه تا حدی مرتفع شد.

این دوره در سال سوم دستکاری ارائه شد. حجم زیاد مطالب آموزشی دیگر در این دوره و فشردگی کلاس‌ها مانع مهمی برای حداکثر استفاده از مطالب کلاس بود. همانطور که در قسمت بحث گفته شد، آموزش تئوری سیستم‌ها لازم است قبل از شروع این دوره و به صورت طولی انجام شود.

آموزش خانواده درمانی مانند هر مهارت دیگری لازم است با تمرین‌های عملی بیشتر همراه با نظارت و مشاهده بیشتر همراه باشد. با توجه به محدودیت‌های زمانی، به جز ایفای نقش و مشاهده فیلم‌های آموزشی فرصت انجام جلسات خانواده درمانی توسط دستیاران و دریافت نظارت فراهم نشد که این موضوع لازم است در طراحی دوره برای سال‌های آینده مدنظر قرار گیرد. در طراحی‌های بعدی ممکن است تعداد رویکردهای خانواده درمانی آموزش داده شده کاهش یابد تا فرصت بیشتری برای تمرین عملی رویکردهای اصلی تر فراهم شود.

در این مطالعه، مراحل طراحی و اجرای دوره خانواده درمانی برای دستیاران روانپزشکی تشریح شد. آموزش خانواده درمانی مانند هر مهارت دیگری لازم است با تمرین‌های عملی بیشتر همراه با نظارت و مشاهده بیشتر همراه باشد. مطالعات بیشتر همراه با ارزیابی تاثیر برنامه در رضایتمندی، دانش و مهارت دستیاران در نمونه‌های بزرگ تر مورد نیاز است.

1. Heru AM, Keitner GI, Glick ID. Family therapy: The neglected core competence. *Academic Psychiatry*. 2012;36(6):433-5.
2. Raes N, Jaspers I, Lemmens G. Family therapy: a necessary core competence for psychiatric trainees. *Education about mental health and illness worldwide*: Springer; 2018.
3. Eissazade N, Shalbfan M, Eftekhar Ardebili M, Pinto da Costa M. Psychotherapy training in Iran: A survey of Iranian early career psychiatrists and psychiatric trainees. *Asia-Pacific Psychiatry*. 2021;13(1):e12434.
4. Patterson JE, Edwards TM, Vakili S. Global mental health: a call for increased awareness and action for family therapists. *Family process*. 2018;57(1):70-82.
5. Rait D, Glick I. Reintegrating family therapy training in psychiatric residency programs: making the case. *Academic Psychiatry*. 2008;32(2):76-80.
6. Rait D, Glick I. A model for reintegrating couples and family therapy training in psychiatric residency programs. *Academic Psychiatry*. 2008;32(2):81-6.
7. Berman E, Heru AM. Family systems training in psychiatric residencies. *Family Process*. 2005;44(3):321-35.
8. Davis AL. Using instructional design principles to develop effective information literacy instruction: The ADDIE model. *College & Research Libraries News*. 2013;74(4):205-7.
9. Heru AM. Family-centered care in the outpatient general psychiatry clinic. *Journal of Psychiatric Practice*. 2015;21(5):381-8.
10. Libbon R, Triana J, Heru A, Berman E. Family skills for the resident toolbox: the 10-min genogram, eomap, and prescribing homework. *Academic Psychiatry*. 2019;43(4):435-9.
11. Green D, Kirby-Turner N. First steps in family therapy: A personal construct analysis. *Journal of Family Therapy*. 1990;12(2):139-54.
12. Nel PW. Trainee perspectives on their family therapy training. *Journal of Family Therapy*. 2006;28(3):307-28.