

کارکرد خانواده بیماران مبتلا به اختلالات اضطرابی و افسردگی در مقایسه با خانواده‌های جمعیت عمومی

Family Functioning in the Families of Patients with Anxiety and Depressive Disorders: a Comparison with General Population Families

M. Abbasi, M. A. ✉

M. Dehghani, Ph.D.

H. Yazdkhasti, M. A.

N. Mansouri, M. A.

✉ مریم عباسی

دانشجوی کارشناسی ارشد خانواده‌درمانی

دکتر محسن دهقانی

استادیار پژوهشکده خانواده دانشگاه شهید بهشتی

حامد یزدخواستی

دانشجوی کارشناسی ارشد خانواده‌درمانی

نادر منصوری

دانشجوی کارشناسی ارشد خانواده‌درمانی

Abstract

The goal of the current study was to compare family functioning of patients with depression, and anxiety disorders, with a non-clinical group. This research also addresses the level of overlap in family functioning of two clinical groups.

چکیده:

هدف از این مطالعه، مقایسه کارکرد خانواده در بیماران مبتلا به اختلالات اضطرابی و افسردگی با گروه غیربالینی و نیز بررسی میزان هم‌پوشی در کارکرد خانواده بیماران مبتلا به اختلالات اضطرابی و افسردگی است. شرکت‌کنندگان در این پژوهش شامل ۹۰ نفر (۶۷ نفر زن) بوده، که از این تعداد ۴۶

✉Corresponding author: Dept. Dept. of
Psy-chology Shahid Beheshti University, Tehran,
Iran
Tel: +9821-29902366
Fax: +9821-29902368
Email: abbasi.maryam@yahoo.com

✉ نویسنده مسئول: تهران، اوین، دانشگاه شهید بهشتی، پژوهشکده
خانواده
تلفن: ۰۲۱-۲۹۹۰۲۳۶۶ - دورنما: ۰۲۱-۲۹۹۰۲۳۶۸
پست الکترونیکی: abbasi.maryam@yahoo.com

The sample consisted of 18 patients with anxiety disorders, 44 patients with depressive disorders, and 44 participants as the control group. Family Assessment Device (FAD) was completed by all groups. Multivariate Analysis Of Variance (MANOVA) was applied to examine differences. Based on the results of MANOVA, significant differences were found between three groups in FAD subscales. Family dysfunction in two clinical groups was revealed in general functioning, problem solving, roles, affective responsiveness, and behavior control sub-scales. Specific family dysfunctions in anxiety and depressive disorder groups were respectively in affective involvement and communication subscales. clinical and research implications are discussed.

KeyWords: Family Functioning, Anxiety, Depression

بیمار در قالب دو گروه مبتلا به اختلالات اضطرابی (n=18) و افسردگی (n=28) و ۴۴ نفر در گروه غیربالینی قرار گرفتند.

مقیاس سنجش خانواده (FAD) توسط افراد هر سه گروه تکمیل شد. آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره (MANOVA) برای بررسی معنادار بودن تفاوت میانگین‌های سه گروه انجام شد.

بر اساس نتایج تحلیل واریانس چندمتغیره بین گروه بیماران مبتلا به افسردگی، اختلالات اضطرابی و گروه غیربالینی، تفاوت معناداری در نمرات میانگین زیرمقیاس‌های FAD وجود داشت. بدکارکردی حوزه‌های کارکرد کلی، حل مسئله، نقش‌ها، پاسخگویی عاطفی، و کنترل رفتار در دو گروه بیماران، هم‌پوشی نشان داد. گروه بیماران افسرده به‌طور خاص در بعد ارتباطات و بیماران مبتلا به اختلالات اضطرابی در بعد آمیختگی عاطفی بدکارکردی نشان دادند. تلویحات بالینی و پژوهشی این مطالعه مورد بحث قرار گرفته است.

کلیدواژه‌ها: کارکرد خانواده، اضطراب، افسردگی



مقدمه

نقش خانواده در شکل‌گیری یا تداوم اختلالات روانی بسیار شناخته شده است و حجم عظیمی از یافته‌های پژوهشی نیز از این موضوع حمایت می‌کنند (ترانگ کاسومبات، ۲۰۰۶؛ کیتنر و میلر،

۱۹۹۰). اختلالات اضطرابی^۱ و افسردگی^۲ (شامل افسردگی عمده^۳ و دیس تایمیا^۴) از جمله مهم‌ترین و رایج‌ترین این اختلالات هستند که تأثیر مهمی بر کارکرد خانواده دارند (کاشانی و اورواشل، ۱۹۹۰؛ ریان و همکاران، ۲۰۰۵). نویسندگان مختلف به بررسی چالش‌های پیش‌روی خانواده‌های افراد مبتلا به اختلالات اضطرابی و افسردگی پرداخته‌اند. کیت‌نر و میلر (۱۹۹۰) در مطالعه‌ای مروری اظهار داشتند که مطالعات مختلف با روش‌شناسی‌ها و گروه‌های آزمودنی مختلف نشان می‌دهند که خانواده‌های بزرگسالان مبتلا به افسردگی عمده^۳ در دوره^۵ خاد بیماری مشکلات مختلفی را^۶ تجربه می‌کنند. کارکرد خانواده‌های بزرگسالان مبتلا به اختلالات اضطرابی و افسردگی^۲ را^۷ کارکرد خانواده به‌ویژه در ابعاد ارتباطات و حل مسئله گزارش می‌کنند. مطالعات دیگر نیز نشان می‌دهند که حوزه‌های مختلفی از کارکرد خانواده از جمله ارتباطات، حل مسئله، و کارکرد نقش (کیت‌نر و همکاران، ۱۹۸۷، ۱۹۹۵)، آمیختگی عاطفی (گودیر و همکاران، ۱۹۹۷)، پاسخگویی عاطفی و کنترل رفتار (تامپلین و گودیر، ۲۰۰۱) در این خانواده‌ها آسیب دیده‌اند. بدکارکردی خانواده با میزان بالای عود، فاصله کوتاه بین عود مجدد و رفتار خودکشی مرتبط است. خانواده این بیماران حتی پس از بهبودی بیمار نیز مشکلات بیشتری را نسبت به گروه گواه نشان دادند (کیت‌نر و همکاران، ۱۹۸۷).

به علاوه جریان تحقیقاتی موازی دیگری در این حوزه با تأکید بر تأثیر اختلالات اضطرابی بر کارکرد خانواده پدید آمده‌است. پژوهش‌ها در سبب‌شناسی اختلالات اضطرابی به نقش عوامل زمینه‌ساز و آشکارساز زیستی و شناختی در بروز این اختلالات می‌پردازند (وودساید و همکاران، ۱۹۹۶). بررسی کارکرد خانواده در بیماران مبتلا به اختلالات اضطرابی حوزه‌ای است که کمتر مورد توجه قرار گرفته است. برخی از شواهد نشان‌دهنده وجود بدکارکردی خانواده در خانواده‌های بیماران مبتلا به اختلالات اضطرابی است (برای مثال سولومون و همکاران، ۱۹۸۷؛ امیل کمپ، ۱۹۹۰، ۱۹۹۲؛ بویر و همکاران، ۲۰۰۳؛ بالاش و همکاران، ۲۰۰۶).

در مجموع آنچه تحقیقات با اجماع کامل از آن حمایت می‌کنند، ارتباط الگوهای نابهنجار کارکرد خانواده با اختلالات اضطرابی و افسردگی است. تحقیقات بسیاری درباره همبودی این دو دسته اختلال و نشانه‌های همپوش آن‌ها انجام شده است (برای مثال کاشانی و همکاران، ۱۹۸۷؛ کاشانی و اورواشل، ۱۹۹۰) و حتی طبق گفته برخی محققان (برادی و کندال، ۱۹۹۲) این دو اختلال نمودی از شرایط یکسان هستند.

با وجود آن‌که پژوهش‌های بسیاری در بررسی کارکرد خانواده مبتلایان به اختلالات اضطرابی و افسردگی به صورت جداگانه صورت گرفته است، هنوز هم داده‌های اندکی وجود دارند که کارکرد خانواده در بزرگسالان مبتلا به این دو دسته اختلال را با گروه کنترل مقایسه کرده باشند. به علاوه از آن‌جا که کارکرد خانواده عاملی مهم در درمان این بیماران می‌باشد، مشخص کردن حوزه‌هایی از کارکرد خانواده که در خانواده‌های این بیماران تحت تأثیر بیماری قرار گرفته‌اند، می‌تواند در طرح درمان مؤثر باشد و به خانواده‌درمانگران در پرداختن به این حوزه‌ها کمک کند.

بر این اساس، نخستین هدف این مطالعه بررسی حوزه‌هایی از کارکرد خانواده است که در دو گروه مبتلایان به اختلالات اضطرابی و افسردگی در مقایسه با گروه گواه دچار بدکارکردی شده است، و هدف دوم، بررسی میزان همپوشی موجود در ابعاد مختلف کارکرد خانواده در خانواده بیماران مبتلا به اختلالات اضطرابی و افسردگی است.

۱۳۶۴

ابزارهای پژوهش

پرسشنامه ویژگی‌های جمعیت‌شناختی: این پرسشنامه جهت بررسی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی آزمودنی‌ها (شامل: سن، جنس، تحصیلات، میزان درآمد ماهانه و وضعیت تأهل) توسط محقق آماده شده است.

ابزار سنجش خانواده (FAD): این پرسشنامه ۶۰ سؤال دارد که برای سنجش هفت بعد کارکرد خانواده طبق مدل مک‌مستر از کارکرد خانواده ساخته شده است (ریان و همکاران، ۲۰۰۵) و با استفاده از آن می‌توان خانواده‌های سالم و ناسالم را در هفت بعد متفاوت متمایز کرد؛ این ابعاد عبارتند از: کارکرد کلی (سطح کلی بهنجاری یا آسیب در خانواده)، حل مسئله (روش خانواده در حل مسائل)، ارتباطات (وضوح و صراحت تبادل اطلاعات کلامی در خانواده)، نقش‌ها (وضوح و تناسب توزیع نقش‌ها در خانواده)، آمیختگی عاطفی (میزان توجه اعضای خانواده به فعالیت‌ها و علایق یکدیگر)، پاسخگویی عاطفی (پاسخگویی خانواده با دامنه کاملی از هیجان‌های متناسب با موقعیت) و کنترل رفتار (میزان وضوح قوانین خانواده). هر سؤال روی مقیاس لیکرتی ۴ نقطه‌ای (۱=کاملاً موافق، ۴=کاملاً مخالف) درجه‌بندی می‌شود. FAD در نمونه‌های روان‌پزشکی از ویژگی‌های روان‌سنجی مناسبی برخوردار بوده است (ریان و همکاران، ۲۰۰۵). بیشترین مقدار ثبات درونی برای این پرسشنامه در زیرمقیاس پاسخگویی عاطفی ($\alpha=0/83$) و کمترین مقدار آن برای زیرمقیاس نقش‌ها ($\alpha=0/72$) گزارش شده است. روایی این پرسشنامه نیز رضایت‌بخش بوده است (ریان و همکاران، ۲۰۰۵).

پایایی کلی این ابزار در پژوهش داخلی توسط نجاریان (۱۳۷۴، به نقل از ثنایی، ۱۳۷۹) ۰/۹۳ و پایایی خرده‌مقیاس‌های آن در پژوهش زاده‌محمدی و ملک‌خسروی (۱۳۸۵) بین ۰/۵۱ تا ۰/۹۴ گزارش شده است. پایایی درونی پرسشنامه در نمونه این مطالعه در همه مقیاس‌ها به جز آمیختگی عاطفی و نقش‌ها (به ترتیب ۰/۶۴ و ۰/۶۶) رضایت‌بخش بوده و بین ۰/۷۴ تا ۰/۹۵ قرار دارد.

روش

این پژوهش از نوع توصیفی - مقایسه‌ای و مقطعی است.

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

بیماران واجد شرایط شرکت در این مطالعه باید ملاک‌های تشخیصی راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، نسخه چهارم (DSM-IV) را برای افسردگی عمده، دیس‌تایمیا، و طیف اختلالات اضطرابی (اضطراب منتشر، استرس پس از سانحه، پانیک، وسواسی-اجباری و...) را دریافت می‌کردند و فاقد تشخیص همزمان اختلالات افسردگی و اختلالات اضطرابی باشند. هم‌چنین توان پاسخگویی به یک مقیاس خودسنجی را داشته باشند، و در حال حاضر با یک یا چند عضو خانواده خود زندگی کنند. به افراد واجد شرایطی که در فاصله زمانی تیر تا شهریورماه سال ۱۳۸۶ به کلینیک‌های سرپایی خدمات روان‌شناسی مراجعه می‌کردند، توضیحاتی پیرامون مطالعه ارائه می‌شد و به کسانی که با تکمیل پرسشنامه در حین انتظار برای درمان موافقت می‌کردند، پرسشنامه‌ای ارائه می‌شد. چنانچه شرکت‌کنندگان تشخیص اختلال سایکوتیک، آسیب مغزی، سوءمصرف مواد یا الکل، دمانس و یا اختلال دوقطبی می‌داشتند، از مطالعه کنار گذاشته می‌شدند. این تشخیص‌ها توسط روان‌شناسان و روان‌پزشکان شاغل در کلینیک‌های مذکور و تشخیص‌های موجود در پرونده بیماران بر مبنای DSM-IV داده می‌شد. گروه کنترل شامل افرادی در دسترس از جامعه بودند که در زمان اجرای پژوهش هیچ تشخیص روان‌پزشکی دریافت نکرده بودند.

بر این مبنای، از ۹۰ نفر شرکت‌کننده، ۲۸ نفر ملاک‌های اختلالات افسردگی^۶ (دیس‌تایمیا و افسردگی عمده) بدون اختلال اضطرابی همراه و ۱۸ نفر تشخیص اختلالات اضطرابی (مثل اضطراب منتشر، هراس) را بدون اختلال همبود افسردگی دریافت کردند. به علاوه، گروه کنترل شامل ۴۴ نفر بود که به لحاظ سن، جنس، تحصیلات و میزان درآمد با گروه بالینی هم‌تاسازی شدند. اطلاعات توصیفی و بالینی این افراد در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱: اطلاعات توصیفی و بالینی شرکت‌کنندگان

گروه ویژگی	افسردگی n = ۲۸	اضطرابی n = ۱۸	کنترل n = ۴۴	جمعیت شناختی
زن (%)	۷۱/۴	۷۲/۲	۷۷/۳	
(n)	۲۰	۱۳	۳۴	

وضعیت تأهل (/)	(n)		
متاهل	۳۹/۳	۳۸/۹	۵۳/۶
مجرد	۱۱	۱۱	۱۵
سال‌های تحصیل (/)	(n)		
سن	۳۰/۳۹	۳۳/۲۹	۲۹/۹۰
(SD)	۹/۳۷	۱۲/۵۷	۷/۳۳

یافته‌ها

نتایج تحلیل اطلاعات جمعیت‌شناختی با استفاده از آزمون مجذور خی و تحلیل واریانس، تفاوت معناداری را بین سه گروه در هیچ یک از متغیرها نشان نداد. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره برای بررسی میزان تأثیر متغیرهای جمعیت‌شناختی بر رابطه متغیرهای مستقل و وابسته سهم معناداری را در مورد این متغیرها نشان نداد. به علاوه بررسی همگنی واریانس‌ها (آزمون لون) تفاوت معناداری را بین گروه‌ها نشان نداد. بر این اساس آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره برای بررسی تفاوت‌های سه گروه در کارکرد خانواده انجام گرفت. هفت متغیر وابسته عبارت بودند از: نمرات زیرمقیاس‌های حل مسئله، ارتباطات، نقش‌ها، پاسخگویی عاطفی، آمیختگی عاطفی، کنترل رفتار و زیرمقیاس کارکرد کلی. متغیر مستقل تشخیص بیماری در نظر گرفته شد.

جدول ۲: نتایج آزمون تحلیل واریانس چند متغیره

آزمون تعقیبی (توکی)	P	F ۸۷, (۲)	گروه ۳ ۱۸n= میانگین (انحراف استاندارد)	گروه ۲ ۲۸n= میانگین (انحراف استاندارد)	گروه ۱ ۴۴n= میانگین (انحراف استاندارد)	زیرمقیاس
۳<۱	۰/۰۰۰۱	۱۳/۲۸	۱/۹۸	۲/۵۸	*۲/۵۲	کارکرد کلی
۳<۲			۰/۰۷۹	۰/۰۹۹	۰/۱۲۴	
۳<۱	۰/۰۰۱	۷/۷۳	۱/۹۴	۲/۴۴	۲/۳۴	حل مسئله
۳<۲			۰/۰۸۴	۰/۱۰۵	۰/۱۳۱	
۳<۲	۰/۰۰۲	۶/۹۴	۲/۰۸	۲/۵۳	۲/۳۶	ارتباطات
			۰/۰۷۶	۰/۰۹۵	۰/۱۱۹	
۳<۱	۰/۰۰۰۱	۸/۶۷	۲/۱۱	۲/۳۸	۲/۵۰	نقش‌ها

۳<۲			۰/۰۵۶	۰/۰۷۱	۰/۰۸۸	
۳<۱	۰/۰۲۱	۴/۰۴	۲/۰۴	۲/۲۸	۲/۳۸	آمیختگی عاطفی
۳<۱	۰/۰۰۲	۶/۹۹	۲/۰۱	۲/۴۸	۲/۳۸	پاسخگویی عاطفی
۳<۲			۰/۰۸۴	۰/۱۰۶	۰/۱۳۲	
۳<۲	۰/۰۲۰	۴/۱۰	۲/۱۳	۲/۴۴	۲/۴۰	کنترل رفتار
۳<۱			۰/۰۷۴	۰/۰۹۲	۰/۱۱۵	

*نمرات بالاتر در FAD نشان دهنده کارکرد خانواده ضعیفتر است.

گروه ۱: مبتلایان به اختلالات اضطرابی

گروه ۲: مبتلایان به اختلالات افسردگی

گروه ۳: گروه کنترل

کارکرد خانواده بیماران مبتلا به اختلالات اضطرابی و افسردگی.../۳۶۷/

ارزش لامبدای ویلکز $0/023$ و $P < 0/0001$ ؛ $F(7,81) = 4/97$ بود.

همان گونه که در جدول ۲ آمده است، دو گروه مبتلایان به اختلالات اضطرابی و افسردگی مقیاس‌های کارکرد کلی، حل مسئله، نقش‌ها، پاسخگویی عاطفی و کنترل رفتار، میانگین بالاتری را نسبت به گروه گواه نشان می‌دهند که دال بر عملکرد نامطلوب‌تر نسبت به گروه گواه است. در حالی که در زیرمقیاس ارتباطات، گروه مبتلایان به اختلالات افسردگی به‌طور معناداری نسبت به گروه گواه دچار بدکارکردی هستند، گروه مبتلایان به اختلالات اضطرابی بدکارکردی معناداری را نسبت به گروه گواه در زیرمقیاس آمیختگی عاطفی نشان دادند. اما همان‌طور که پیش‌بینی می‌شد بیماران در دو گروه بالینی تفاوت معناداری را در هیچ یک از زیرمقیاس‌ها نشان ندادند.

بحث

هدف از این مطالعه مقایسه ابعاد کارکرد خانواده بین گروه‌های بالینی مبتلا به اختلالات افسردگی و اضطرابی و گروه غیربالینی بود. با استفاده از پرسشنامه خودسنجی FAD نشان داده شد که گروه بالینی درجات بدکارکردی بیشتری نسبت به گروه غیربالینی دارند. ابعادی که در هر دو گروه بالینی بدکارکردی قابل توجهی به لحاظ آماری داشتند، عبارت بودند از: حل مسئله، کنترل رفتار، پاسخگویی عاطفی، نقش‌ها، و کارکرد کلی. به بیان دیگر، در بعد حل مسئله توانایی خانواده بیماران مبتلا به اختلالات اضطرابی و افسردگی در حل مسائل به‌گونه‌ای که بتوانند کارایی خود را حفظ کنند، دچار اختلال شده و خانواده در رویارویی و مقابله با بحران بیماری عضوی از خانواده دچار مشکل شده بود. بعد نقش‌ها، همه وظایفی را که لازم است در خانواده انجام شود، در برمی‌گیرد. به نظر می‌رسد در خانواده این بیماران تقسیم وظایف اعضا و پی‌گیری انجام آن‌ها مختل شده بود. به‌علاوه، وجود عضو بیمار مبتلا به اختلال اضطرابی و افسردگی کارایی خانواده را به لحاظ ابراز احساسات متناسب با موقعیت‌های مختلف دچار نقصان کرده است. در بعد کنترل رفتار داده‌ها نشان

می‌دهند که قدرت خانواده این بیماران در سازگاری با پیشامد بیماری کاهش یافته است. از سوی دیگر، گروه بیماران افسرده به‌طور خاص در بعد ارتباطات دچار بدکارکردی شده‌اند، به این معنا که ارتباطات کلامی خانواده به لحاظ عاطفی و ابزاری تحت تأثیر قرار گرفته است. همچنین خانواده بیماران مبتلا به اختلالات اضطرابی در بعد آمیختگی عاطفی تحت تأثیر بیماری عضو خانواده قرار گرفته‌اند؛ یعنی درجه و کیفیت علاقه، توجه و سرمایه‌گذاری آن‌ها برای یکدیگر در مواجهه با بحران بیماری کاهش یافته است.

نتایج این مطالعه مشابه مطالعات انجام شده در سایر کشورهاست، بدان معنا که کارکرد این خانواده‌های دچار اختلالات روانی در مقایسه با گروه بهنجار ضعیف‌تر است. اما در بررسی ابعاد کارکرد خانواده، فرهنگ‌های مختلف الگوهای متفاوتی در بدکارکردی دارند. برای نمونه، مطالعه‌ای در ایالات متحده نشان داد که خانواده‌های بیماران مبتلا به افسردگی در تمام ابعاد، کارکرد بدتری را نسبت به گروه گواه دارند (کیت‌نر و همکاران، ۱۹۸۶ و ۱۹۸۷). یافته‌های مطالعه‌ای در خانواده‌های بیماران افسرده، الکلی و مبتلا به اختلالات انطباقی نیز بدکارکردی این خانواده‌ها در ابعاد ارتباطات و آمیختگی عاطفی را نشان داد (میلر و همکاران، ۱۹۸۶). اگرچه مطالعاتی که مطرح شد الگوهای متفاوتی از بدکارکردی را نشان می‌دهند، مطالعه‌ای توسط فریدمن و همکاران (۱۹۹۷) روی خانواده‌های بیماران مبتلا به انواع اختلالات روان‌پزشکی، ادعا کرد که نوع بیماری روانی تفاوت‌های معناداری را در کارکرد خانواده پیش‌بینی نمی‌کند. الگوهای متفاوت بدکارکردی خانواده در بسیاری از مطالعات ممکن است به دیگر عوامل، از جمله تفاوت‌های فرهنگی، نوع و شدت فشارهای روانی اجتماعی و راهبردهای مقابله‌ای خانواده‌ها بستگی داشته باشد.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که خانواده‌های مبتلایان به اختلالات افسردگی و اضطرابی از بدکارکردی‌های مشابهی در ابعاد مختلف کارکرد خانواده رنج می‌برند. در نتیجه، علاوه بر هم‌پوشی‌های تأیید شده در مطالعات قبل در مورد این دو اختلال در ابعاد زیستی و شناختی، مطالعه کنونی نشان داد که در ابعاد خاصی از کارکرد خانواده (کارکرد کلی، حل مسئله، نقش‌ها، پاسخگویی عاطفی و کنترل رفتار) نیز این دو اختلال عملکرد مشابهی در مقایسه با گروه کنترل نشان می‌دهند.

دو نکته جالب در مطالعه حاضر وجود داشت: نخست آن که سطحی از بدکارکردی خانواده حتی در خانواده‌های غیربالینی نیز وجود داشت. تفاوت در این بود که در گروه کنترل، میزان بدکارکردی پایین‌تر بود در حالی که در گروه بالینی این میزان بیشتر بود. نکته جالب دیگر این که بدکارکردی خانواده در دو بعد باعث افتراق الگوی کارکرد خانواده بیماران افسرده و بیماران مبتلا به اختلالات اضطرابی شد که به ترتیب عبارت بودند از ارتباطات و آمیختگی عاطفی.

بر اساس یافته‌های موجود به نظر می‌رسد در درمان بیماران روان‌پزشکی، لازم است به تفاوت‌ها و ویژگی‌های خانوادگی و بافت اجتماعی خاص آن‌ها توجه شود. مطالعه کنونی رابطه بین کارکرد

خانواده و بیماری روانی را در یک بافت ایرانی مورد بررسی قرار داد. ابعاد ناسالم مشترکی که در این مطالعه یافت شد عبارت بودند از: پاسخگویی عاطفی، کنترل رفتار، حل مسئله، نقش‌ها، و کارکرد کلی. بنابراین در درمان بیماران روان‌پزشکی از جمله اختلالات اضطرابی و افسردگی کمک به آنها به‌ویژه در حوزه‌های خاص کارکرد خانواده اهمیت دارد. لازم است مراقبت‌های همه‌جانبه‌ای شامل ارزیابی خانواده و دیگر ابعاد زندگی خانوادگی، صورت پذیرد. می‌توان ادعا کرد که موفقیت در خانواده‌درمانی تا حد بسیار زیادی به ارتقای کارکرد خانواده در ابعاد مختلف آن بستگی دارد.

در مجموع، در این مطالعه مقطعی با گروه کنترل، بدکارکردی خانواده در بیماران روان‌پزشکی با خانواده‌های غیربالینی مقایسه و ارزیابی شد. اما یکی از اساسی‌ترین سؤالات باقی‌مانده سؤال علیت است، چون از نتایج این مطالعه نمی‌توان استنباط علی کرد و یا جهت علی بین کارکرد خانواده، دوره و نوع بیماری را مشخص نمود. پژوهش‌های آتی می‌توانند با استفاده از روش طولی و شناسایی عوامل میانجی در سازوکارهای دخیل در کارکرد خانواده یافته‌های ارزشمندی را به این حوزه علمی اضافه کنند. به‌علاوه از آن‌جا که ادراک بیماران مبتلا به اختلالات اضطرابی و افسردگی تحت تأثیر بیماری تغییر می‌یابد، بهتر است پژوهش‌های آتی در بررسی فرضیات پژوهش به مقایسه ادراک بیمار و خانواده‌اش نیز پردازند.

یادداشت‌ها

1. Anxiety disorders
2. Depressive Disorders
3. Major depression
4. Dysthymia
5. Family Assessment Devise
6. Depressive disorders

منابع

ثنایی، ب. (۱۳۷۹). مقیاس‌های سنجش خانواده و ازدواج. تهران: انتشارات بعثت.
 زاده‌محمدی، ع.، و ملک‌خسروی، غ. (۱۳۸۵). بررسی مقدماتی ویژگی‌های روان‌سنجی و اعتباریابی مقیاس سنجش کارکرد خانواده (FAD). *خانواده‌پژوهی*، ۵، ۸۹-۶۹.

Ballash, N. G., Michelle, K. P., Usui, W. M., Buckley, A. F., & Borden, J. W. (2006). Family functioning, perceived control, and anxiety: A mediational model. *Anxiety Disorder*, 20, 486-496.

- Boyer, B. A., Hitelman, J. S., Knolls, M. L., & Kafkalas, C. M. (2003). Posttraumatic stress and family functioning in pediatric spinal cord injuries: Moderation or mediation? *The American Journal of Family Therapy*, 31, 23-37.
- Brady, E. U., & Kendall, P. C. (1992). Co morbidity of anxiety and depression in children and adolescents. *Psychological Bulletin*, 111, 244-255.
- Erol, A., Yazici, F., & Toprak, G. (2007). Family functioning of patients with an eating disorder compared with that of patients with obsessive compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 48, 47-50.
- Emelkamp, P. M., Dehaan, E., & Noogdium, C. A. (1990). Marital adjustment and obsessive compulsive disorder. *British Journal of Psychiatry*, 156, 55-60.
- Friedman, S. (1990). Assessing the marital environment of agoraphobics. *Journal of Anxiety Disorders*, 4, 335-340.
- Goodyer, I. M., Herbert, I., Tamplin, A., Sechar, S. M., & Pearson, J. (1997). Short-term outcome of major depression: II. life events, family dysfunction, and friendship difficulties as predictors of persistent disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(4), 474-480.
- Kashani, J. H., & Orvaschel, H. (1990). A community study of anxiety in children and adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 147, 313-318.
- Kashani, J. H., Suarez, L., Jones, M. R., & Reid, J. C. (1999). Perceived family characteristic differences between depressed and anxious children and adolescents. *Journal of Affective Disorders*, 52, 269-274.
- Keitner, G. I., & Miller, I. W. (1990). Family functioning and major depression: An overview. *American Journal of Psychiatry*, 147, 1128-1137.
- Keitner, G. I., Miller, I. W., Epstein, N. B., Bishop, D. S., & Fruzzetti, A. E. (1987). Family functioning and course of major depression. *Comprehensive Psychiatry*, 28(1), 54-64.
- Keitner, G. I., Miller, I. W., Ryan, C. E., Epstein, N. B., & Bishop, D. S. (1989). Compounded depression and family functioning during the acute episode and at 6-month follow-up. *Comprehensive Psychiatry*, 30(6), 512-521.
- Koyama, A., Akiyama, T., Miyake, T., & Kurita, H. (2004). Family functioning perceived by patients and their family members in three diagnostic and statistical manual-IV diagnostic group. *Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 58, 496-500.
- Miller, I. V., Kabacoff, R. I., Keitner, G. I., Epstein, N. B., & Bishop, D. S. (1986). Family functioning in the families of psychiatric patients. *Comprehensive Psychiatry*, 27(4), 302-312.
- Ryan, C. E., Epstein, N. B., Keitner, G. I., Miller, I. V., & Bishop, D. S. (2005). *Evaluating and treating families: The McMaster approach*. New York: Routledge Taylor & Francis Group.
- Tamplin, A., & Goodyer, I. M. (2001). Family functioning in adolescents at high and low risk for major depressive disorder. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 10, 170-179.
- Trangkasombat, U. (2006). Family functioning in the families of psychiatric patients: A comparison with nonclinical families. *Journal of Medical Association*, 89(11), 1946-1952.