

مقایسه کارکرد خانواده و هیجان ابراز شده در خانواده‌های بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید و اسکیزوفرنی

A Comparison of Family Function and Expressed Emotion in Families with Rheumatoid Arthritis Patients and Families with Schizophrenia Patients

M. Mohseni, M.A. ✉

✉ مصطفی محسنی

کارشناسی ارشد روان‌شناسی خانواده‌درمانی پژوهشکده خانواده دانشگاه شهید بهشتی

N. Chimeh, Ph.D.

دکتر نرگس چیمه

استادیار پژوهشکده خانواده دانشگاه شهید بهشتی

L. Panaghi, Ph.D.

دکتر لیلی پناغی

استادیار پژوهشکده خانواده دانشگاه شهید بهشتی

N. Mansoori, M.A.

نادر منصوری

کارشناسی ارشد روان‌شناسی خانواده‌درمانی پژوهشکده خانواده دانشگاه شهید بهشتی

دریافت مقاله: ۸۹/۷/۲

دریافت نسخه اصلاح شده: ۹۰/۲/۵

پذیرش مقاله: ۹۰/۲/۳۱

Abstract

The aim of this study is to compare family function and expressed emotion in families with rheumatoid arthritis (RA) and schizophrenic patients. Statistical population is families of patients with RA and schizophrenia in Loghman and Taleghani hospitals in Tehran from June to November 2010.

چکیده:

هدف پژوهش حاضر مقایسه کارکرد خانواده و هیجان ابراز شده در خانواده‌های دارای بیمار آرتریت روماتوئید با خانواده‌های دارای بیمار اسکیزوفرنی است. جامعه آماری این پژوهش کلیه خانواده‌های دارای بیمار آرتریت روماتوئید و اسکیزوفرنی مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های لقمان و طالقانی شهر تهران در فاصله زمانی خرداد تا آبان ماه سال ۱۳۸۹ می‌باشد.

✉Corresponding author: Shahid Beheshti University, Evin, Tehran, Iran
Tel: +9809363940040
Email: mohsenisafa@yahoo.com

✉ نویسنده مسئول: تهران، اوین، دانشگاه شهید بهشتی
تلفن: ۰۹۳۶۳۹۴۰۰۴۰
پست الکترونیک: mohsenisafa@yahoo.com

Samples were selected through accessible sampling and consist of 82 families with RA patients and 80 families with schizophrenic patients. In order to assess family function and expressed emotion, caregivers were asked to complete the Family Assessment Device (FAD) and the Family Questionnaire (FQ). One sample t-test, independent-sample t-test and MANOVA were applied to analyze the collected data. Results show that family function and expressed emotion were significantly different in families of RA and schizophrenic patients. General family function, problem solving, emotional responsiveness and emotional over-involvement had higher means in schizophrenic patients' families than RA patients' families. But differences in communication, roles and behavior control were not significant. Also means of expressed emotion in criticism and emotional over-involvement dimensions are higher in families with schizophrenic patients than families with RA patients. Family functions in both groups of families were inefficient. Families with schizophrenic patients indicate more dysfunctions and problems in domains of problem solving, emotional responsiveness and emotional involvement in comparison with families with RA patients. Furthermore, criticism and emotional over-involvement patterns are used more in families with schizophrenic patients compared with families with RA patients.

Keywords: family function, expressed emotion, Rheumatoid Arthritis, Schizophrenia.

نمونه پژوهش شامل ۸۲ خانواده دارای بیمار آرتروز روماتوئید و ۸۰ خانواده دارای بیمار اسکیزوفرنی بودند که به صورت در دسترس انتخاب شدند. ابزارهای مورد استفاده شامل ابزار سنجش خانواده و پرسشنامه خانواده است که مراقبین بیمار آن‌ها را تکمیل کردند.

داده‌ها با استفاده از روش آزمون t یک گروهی، آزمون t مستقل و تحلیل واریانس چند متغیری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. نتایج نشان دادند کارکرد خانواده و هیجان ابراز شده در خانواده‌های بیماران آرتروز روماتوئید و اسکیزوفرنی تفاوت معناداری دارد. کارکرد کلی خانواده، حل مسئله، پاسخگویی عاطفی و آمیختگی عاطفی در خانواده‌های بیماران اسکیزوفرنی ناکارآمدتر از خانواده‌های بیماران آرتروز روماتوئید می‌باشد. ولی بین ابعاد کارکردی ارتباطات، نقش‌ها و کنترل رفتار تفاوت معناداری مشاهده نشد. هم‌چنین هیجان ابراز شده در دو بعد انتقادگری و درگیری بیش از حد عاطفی در خانواده‌های بیماران اسکیزوفرنی بیشتر از خانواده‌های بیماران آرتروز روماتوئید می‌باشد. بنابراین کارکرد خانواده در خانواده‌های هر دو گروه ناکارآمد می‌باشد. خانواده‌های بیماران اسکیزوفرنی در حوزه حل مسئله، پاسخگویی عاطفی و آمیختگی عاطفی نسبت به خانواده‌های بیماران آرتروز روماتوئید مشکلات بیشتری دارند. علاوه بر این انتقادگری و آمیختگی عاطفی بیش از حد بیشتری در ارتباط با بیمار به کار می‌برند.

کلیدواژه‌ها: کارکرد خانواده، هیجان ابراز شده، آرتروز روماتوئید، اسکیزوفرنی

مقدمه

زمانی که بیماری فرد مزمن^۱ می‌شود، حوزه‌های فردی و بین فردی به دلیل بیماری تحت تأثیر قرار می‌گیرند (برلانگ، ۲۰۰۳). بیماری‌هایی که مزمن شده و دوره‌های عود و فروکش زیادی دارند، ابعاد مختلف زندگی افراد از جمله شغلی، اقتصادی، اجتماعی و خانوادگی را با مشکل مواجه می‌کنند (واکر، سوفار و هالووی، ۲۰۰۶). یکی از مهم‌ترین حوزه‌هایی که در یک رابطه دوسویه هم بر بیمار تأثیر می‌گذارد و هم از آن تأثیر می‌پذیرد، حوزه‌ی خانوادگی می‌باشد (والش، ۱۹۹۸؛ کلانیک، ۱۳۸۴). تعارضات شدید بین اعضاء، شرایط نامناسب عاطفی، مشکلات در حل مسئله و تغییر نقش‌ها ممکن است در نتیجه بیماری در خانواده به وجود آیند (ترانگ کاسومبت، ۲۰۰۶).

بر اساس دیدگاه سیستمیک^۲ (الگوها و کارکردهای اعضای خانواده به عنوان یک سیستم)، خانواده در برابر بیماری نقش اساسی ایفا می‌کند (آلیسون، ۲۰۰۰). یکی از متغیرهایی که عملکرد خانواده را در حوزه‌های مختلف ارزیابی می‌کند، کارکرد خانواده می‌باشد. مدل مک‌مستر^۳ یک رویکرد تجربی برای ارزیابی کارکرد خانواده است که خصوصیات ساختاری و رفتاری خانواده را نشان می‌دهد (کیت نر و همکاران، ۱۹۹۶؛ به نقل از زاده‌محمدی و ملک‌خسروی، ۱۳۸۵). این رویکرد عملکرد خانواده و الگوهای تبادلی مهم بین اعضای خانواده را در شش حوزه شامل حل مسئله^۴، ارتباط^۵، نقش‌ها^۶، پاسخگویی عاطفی^۷، آمیختگی عاطفی^۸ و کنترل رفتار^۹ مورد ارزیابی قرار می‌دهد (زاده‌محمدی و ملک‌خسروی، ۱۳۸۵).

محیط هیجانی خانواده در برابر بیماری نیز از اهمیت بالایی برخوردار می‌باشد. به طوری که جو هیجانی خانواده‌ها در شرایط بیماری بر وضعیت بهبود و یا عود بیماری تأثیر می‌گذارد (بوتزلاف و هولی، ۱۹۹۸). هیجان ابراز شده^{۱۰} نشان‌دهنده شرایط هیجانی خانواده می‌باشد که کیفیت رابطه‌ی اعضای خانواده با بیمار را منعکس می‌کند و شامل ابعاد نظرات انتقادی و خصومت، و آمیختگی عاطفی شدید است (لوبان، باروکلاک و جونز، ۲۰۰۶).

خانواده‌های بیماران جسمی و روانی مزمن ممکن است مشکلات و تغییرات متفاوتی در حوزه‌های مختلف تجربه کنند (دهقانی، ۱۳۸۱؛ لمپ و همکاران، ۲۰۰۹). با توجه به این که بیماری آرتريت روماتوئید^{۱۱} عمدتاً علائم و ناتوانی‌های جسمی ایجاد می‌کند، در حالی که ناتوانی‌ها و علائم بیماری اسکیزوفرنی^{۱۲} بیشتر در حوزه روانی قرار می‌گیرد، هم‌چنین هر دو بیماری مزمن بوده و نرخ شیوع نسبتاً برابری دارند (فاسی و همکاران، ۱۳۸۷؛ کاپلان و سادوک، ۲۰۰۳)، گروه خانواده‌های دارای بیمار مبتلا به آرتريت روماتوئید به عنوان نماینده بیماری‌های جسمی مزمن، و گروه خانواده‌های بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی، به عنوان نماینده بیماری‌های روانی مزمن جهت بررسی و مقایسه انتخاب شدند.

بیماری آرتریت روماتوئید به عنوان یک بیماری جسمی مزمن و جزء بیماری‌های روماتیسمی در نظر گرفته می‌شود. این بیماری یک بیماری سیستمیک است که مهم‌ترین علامت آن التهاب^{۱۳} و تخریب مفاصل، تورم^{۱۴} و درد شدید است (فاسی و همکاران، ۱۳۸۷). در اغلب بیماران علائم برای مدت طولانی تداوم یافته و باعث ایجاد اختلال در ابعاد مهم زندگی فرد می‌شود. زنان تقریباً سه برابر بیشتر از مردان به این بیماری مبتلا می‌شوند (اکبریان، ۱۳۷۴؛ فاسی و همکاران، ۱۳۸۷).

بیماری آرتریت روماتوئید در پی ناتوانی‌های جسمانی متعدد و دوره‌های عود و فروکش مکرر، منجر به مشکلات متعددی مانند مشکلات جسمانی، اضطراب و افسردگی و کاهش کیفیت زندگی برای بیمار و خانواده می‌شود (گلبرگ و کاتز، ۲۰۰۷). مطالعات نشان داده‌اند همسران این بیماران سطوح بالایی از مشکلات خانوادگی و فشار را در مقایسه با جمعیت عادی تجربه می‌کنند (ترهارن، هال و لیونز، ۲۰۰۵؛ بونی و همکاران، ۲۰۰۰). خانواده‌های بیماران آرتریت روماتوئید به خاطر وجود این بیماری مجبور به تغییر سبک زندگی می‌باشند. تغییر نقش‌ها و تکالیف تقسیم شده به شکلی انجام می‌شود که معمولاً مراقب بیمار مجبور می‌شود نقش‌های زیادتری را به عهده گیرد (بونی و همکاران، ۲۰۰۰). همچنین جاکوبی و همکاران (۲۰۰۳) نشان دادند زمانی که بیماری آرتریت روماتوئید شدیدتر باشد، حمایت بیش از حد و تعاملات منفی و خصمانه بیشتر باعث بدتر شدن بیماری می‌شوند، زیرا به نوعی تقویت‌کننده احساس ناتوانی در بیمار و القای هیجانات منفی به وی می‌شود.

از سوی دیگر، بیماری اسکیزوفرنی یکی از بیماری‌های روانی مزمن می‌باشد که مهم‌ترین علائم آن توهم^{۱۵}، هذیان^{۱۶} و عاطفه منفی^{۱۷} می‌باشد. این بیماری تقریباً یک درصد جمعیت کلی را درگیر می‌کند و نسبت ابتلا در زن و مرد مساوی می‌باشد (کاپلان و سادوک، ۲۰۰۳). این بیماری در حوزه‌های مختلف فردی، خانوادگی و اجتماعی اختلال ایجاد می‌کند (کرسینی، ۱۹۹۹).

کینگ و دیکسون (۱۹۹۶)، ویزمن، گومس و لویز (۲۰۰۳)، دهقانی (۱۳۸۱) و کرم‌لو (۱۳۸۷) عنوان کردند که در خانواده‌هایی که بیماری اسکیزوفرنی عضو مبتلا، مزمن شده است، عملکرد خانواده دچار مشکل می‌شود. انسجام^{۱۸} و پیوستگی خانواده‌های این بیماران و درک اعضا از خودشان دچار مشکل می‌گردد. خانواده‌های این بیماران در نشان دادن عواطف به یکدیگر، حل مسئله، انجام وظایف و نقش‌ها برای برآوردن نیازهای عاطفی و اقتصادی، ارتباطات کلامی و غیرکلامی و پاسخ‌دهی عاطفی از توانایی کمتری برخوردار هستند (سان و چی یونگ، ۱۹۹۷؛ به نقل از منصوری، ۱۳۸۸).

در حال حاضر شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد در خانواده‌های بیماران مبتلا به اختلالات شدید روانی مانند اسکیزوفرنی، دو قطبی، اسکیزوافکتیو و افسردگی ابراز هیجان بالا می‌باشد که این مفهوم به عنوان یک عامل خطر^{۱۹} برای عود در طول دوره درمان بیماری مطرح است (بوتزلاف و هولی، ۱۹۹۸؛ بوگرا و مکنزی، ۲۰۰۳؛ لوبان و همکاران، ۲۰۰۶؛ هولی و پارکر، ۲۰۰۶).

توکر و همکاران (۱۹۹۹)، مان و زاترا (۱۹۸۹) نشان دادند همسران مبتلا به آرتریت روماتوئید صمیمیت و وابستگی بالایی را نشان می‌دهند. این آمیختگی خود باعث به وجود آمدن یک محیط بیش حمایت‌گرانه در خانواده می‌شود که به بیمار احساس ناتوانی را القا می‌کند. هم‌چنین بونی و همکاران (۲۰۰۰) نشان دادند سبک ارتباط انتقادگرانه مراقبین بیماران آرتریت روماتوئید ممکن است با سلامت ضعیف‌تر بیمار و دیگر اعضا مرتبط باشد.

با توجه به اهمیت نقش خانواده در بهبود و یا بدتر شدن بیماری‌ها، توجه دقیق‌تر به الگوهای کارکردی و شرایط هیجانی خانواده‌های بیماران مزمن و ناتوان‌کننده آرتریت روماتوئید و اسکیزوفرنی، که شیوع نسبتاً بالایی نیز دارند، ضرورت دارد. در مطالعات پیشین خانواده‌های این بیماران از لحاظ وضعیت هیجانی و کارکردی با هم مقایسه نشده‌اند. شناخت تفاوت‌ها، نقاط ضعف و قوت کارکردها و الگوهای هیجانی در خانواده‌های این بیماران می‌تواند به کاهش و پیشگیری از ناکارآمدی این الگوها کمک کند. بر این اساس هدف پژوهش حاضر مقایسه کارکرد خانواده و میزان هیجان ابراز شده در خانواده‌های بیماران آرتریت روماتوئید و اسکیزوفرنی می‌باشد.

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

پژوهش حاضر توصیفی و از نوع علی - مقایسه‌ای است. جامعه آماری این پژوهش را کلیه خانواده‌های بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید و اسکیزوفرنی مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های لقمان و طالقانی شهر تهران در فاصله زمانی خرداد تا آبان‌ماه سال ۱۳۸۹ تشکیل می‌دهند. نمونه مورد مطالعه در این پژوهش شامل ۸۵ خانواده دارای بیمار مبتلا به آرتریت روماتوئید و ۸۵ خانواده دارای بیمار مبتلا به اسکیزوفرنی می‌باشد که به صورت در دسترس از این مراکز انتخاب شدند.

روش اجرا

پس از معرفی پژوهشگر توسط دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی به بیمارستان‌های لقمان و طالقانی، برای نمونه‌گیری با مدیریت و اعضای پرسنل این دو بیمارستان هماهنگی‌های لازم به عمل آمد و نمونه مورد نظر از درمانگاه‌ها و بخش‌های مربوط به بیماران روماتیسمی و روان‌پزشکی انتخاب شدند. سپس با کسب رضایت از خانواده‌ها و شرط محرمانه بودن اطلاعات و هم‌چنین با در نظر گرفتن ملاک‌های ورود، مراقبین این بیماران به عنوان نماینده خانواده، پرسشنامه‌های جمعیت‌شناختی، ابزار سنجش خانواده (FAD) و آزمون خانواده (FQ) را تکمیل کردند.

ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از این‌که بیماری فرد حداقل به مدت ۲ سال تداوم یافته

باشد. این ملاک بر اساس تعریف مزمن بودن بیماری در نظر گرفته شده بود، هم‌چنین سن بیماران بین ۱۶ تا ۶۵ سال باشد زیرا در سن پایین‌تر بیماری اسکیزوفرنی به ندرت ایجاد می‌شود و از سویی بیماران آرتریت روماتوئید پایین‌تر از ۱۶ سال به عنوان مبتلایان به آرتریت نوجوانی و کودکی شناخته شده‌اند و در نهایت این‌که مراقب بیمار می‌بایست فردی باشد که بیشترین ارتباط را با بیمار دارد.

ابزارهای پژوهش

پرسشنامه جمعیت‌شناختی: این پرسشنامه یک پرسشنامه محقق ساخته بود که سؤالاتی درباره فرد بیمار (سن، جنس، سن شروع بیماری و غیره) و درباره خانواده و مراقب بیمار (سن مراقب، تحصیلات، وضعیت تأهل و غیره) را شامل می‌شد.

ابزار سنجش خانواده^{۲۰} (FAD): این پرسشنامه برای سنجش کارکرد خانواده، توسط اپشتاین، بالدوین و بیشاپ (۱۹۸۳) بر اساس الگوی مک‌مستر، تدوین شده که ۶۰ گویه دارد (ثنایی، ۱۳۷۹). حل مسئله، ارتباط، نقش‌ها، پاسخ‌دهی عاطفی، آمیختگی عاطفی و کنترل رفتار، خرده‌مقیاس‌های آزمون را تشکیل و یک ارزیابی از کارکرد کلی نیز بدست می‌دهند (کیت نر و همکاران، ۱۹۹۶؛ به نقل از زاده‌محمدی و ملک‌خسروی، ۱۳۸۵). پاسخ گویه‌ها به صورت کاملاً موافقم، موافقم، مخالفم و کاملاً مخالفم در نظر گرفته شده‌اند. در مطالعه سالاری (۱۳۸۰) همسانی درونی این نسخه با استفاده از آلفای کرونباخ و اعتبار بازآزمایی بین ۰/۵۸ تا ۰/۸۵ و اعتبار بازآزمایی آن بین ۰/۴۲ تا ۰/۷۸ است و همبستگی مقیاس‌ها با یکدیگر بین ۰/۴۰ تا ۰/۷۱ می‌باشد که تقریباً با نتایج مربوط به فرم اصلی آن همسان بوده است. بین خرده‌مقیاس‌های آزمون، آلفای ۰/۵۱ تا ۰/۹۴ و بین تمام خرده‌مقیاس‌ها و کارکرد کلی، همبستگی ۰/۴۷ تا ۰/۹۷ بدست آمد (زاده‌محمدی و ملک‌خسروی، ۱۳۸۵).

آزمون خانواده^{۲۱} (FQ): این پرسشنامه یک فرم خودسنجی برای ارزیابی ابزار هیجان می‌باشد که توسط ودمن، ریگی، فنستن و هالوگ (۲۰۰۲) ساخته شده‌اند. این پرسشنامه دارای ۲۰ آیت می‌باشد. پاسخ‌ها در یک مقیاس ۴ درجه‌ای لیکرتی از ۱ (هرگز) تا ۴ (همیشه) درجه‌بندی شده‌اند و شامل دو خرده‌مقیاس نظرات انتقادی و درگیری عاطفی شدید می‌باشد. این مقیاس از روایی همزمان مناسبی برخوردار است و با مصاحبه جامع کمبرول همبستگی معناداری را نشان داده است. در پژوهش ودمن و همکاران (۲۰۰۲) پایایی کل مقیاس با آلفای کرونباخ ۰/۷۷ گزارش شده است. پایایی خرده مقیاس نظرات انتقادی ۰/۷۶ و درگیری عاطفی شدید ۰/۷۷ بدست آمده است. در ایران پایایی کل مقیاس ۰/۸۵ و پایایی خرده‌مقیاس درگیری عاطفی شدید ۰/۸۳ و نظرات انتقادی ۰/۸۸ گزارش شده است (کرملو، ۱۳۸۷).

هر چه نمره بالاتر باشد نشان‌دهنده هیجان ابراز شده بالاتر در آن خرده‌مقیاس است. خط برش برای خرده‌مقیاس‌های نظرات انتقادی و درگیری عاطفی شدید نمره ۲۳ و بالاتر می‌باشد که هیجان ابراز شده شدید را نشان می‌دهد. آیتم‌های آزمون، نمره‌گذاری معکوس ندارند (ودمن و همکاران، ۲۰۰۲).

روش تحلیل داده‌ها

داده‌های پژوهش با استفاده از شاخص‌های آمار توصیفی (میانگین، انحراف معیار و غیره)، آزمون t یک گروهی، آزمون t مستقل و تحلیل واریانس چند متغیره تحلیل شدند.

یافته‌ها

در بخش یافته‌های توصیفی، فراوانی، درصد فراوانی نسبی، میانگین و انحراف معیار متغیرهای جمعیت‌شناختی محاسبه شده است که نتایج به تفکیک بیماران و مراقبین آن‌ها در جداول شماره ۱ و ۲ ارائه شده است:

جدول ۱: یافته‌های جمعیت‌شناختی بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید و اسکیزوفرنی

بیماران اسکیزوفرنی (N=80) فراوانی (درصد)	بیماران آرتریت روماتوئید (N=82) فراوانی (درصد)	
جنسیت		
۵۵ (۶۸/۸)	۱۲ (۱۴/۶)	مرد
۲۵ (۳۱/۲)	۷۰ (۸۵/۴)	زن
وضعیت تاهل		
۴۷ (۵۸/۸)	۷ (۸/۵)	مجرد
۱۱ (۱۳/۸)	۷۵ (۹۱/۵)	متاهل
۲۲ (۲۷/۵)	-	مطلقه
تحصیلات		
۶۳ (۷۸/۹)	۴۲ (۵۱/۲)	دیپلم و زیر دیپلم
۱۶ (۲۰/۱)	۳۸ (۴۶/۴)	لیسانس
۱ (۱)	۲ (۲/۴)	فوق لیسانس و بالاتر
یافته‌های سن بیماران		
۳۸/۳۳ (۱۰/۵۰۰)	۴۱/۵۹ (۸/۳۱۲)	میانگین سن بیماران (انحراف معیار)
۲۲/۷۵ (۴/۸۶۷)	۳۴/۰۶ (۵/۸۲۱)	میانگین سن شروع بیماری (انحراف معیار)

همان‌طور که در جدول شماره ۱ نشان داده شده، نمونه مورد بررسی در این پژوهش شامل ۸۲

خانواده دارای بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید و ۸۰ خانواده دارای بیمار اسکیزوفرنی می‌باشند. بیشتر بیماران آرتریت روماتوئید نمونه حاضر زن و اغلب متأهل می‌باشند. بیماران اسکیزوفرنی بیشتر مرد و مجرد یا مطلقه هستند. از نظر تحصیلات بیماران اسکیزوفرنی پایین‌تر از بیماران آرتریت روماتوئید می‌باشند. میانگین سنی و سن شروع بیماری در بیماران اسکیزوفرنی پایین‌تر از بیماران آرتریت روماتوئید می‌باشد.

جدول ۲: یافته‌های جمعیت‌شناختی مراقبین بیماران آرتریت روماتوئید و اسکیزوفرنی

مراقبین بیماران اسکیزوفرنی (N=80) فراوانی (درصد)	مراقبین بیماران آرتریت روماتوئید (N=82) فراوانی (درصد)	
جنسیت		
۴۰ (۵۰)	۵۲ (۶۳/۴)	مرد
۴۰ (۵۰)	۳۰ (۳۶/۶)	زن
وضعیت تاهل		
۴ (۵)	۱۵ (۱۸/۳)	مجرد
۷۳ (۹۱/۳)	۶۶ (۸۰/۵)	متأهل
۳ (۳/۸)	۱ (۱/۲)	مطلقه
تحصیلات		
۵۹ (۷۳/۴)	۳۷ (۴۵/۱)	دیپلم و زیر دیپلم
۱۶ (۲۰/۱)	۴۲ (۵۱/۳)	لیسانس
-	۳ (۳/۷)	فوق لیسانس و بالاتر
نسبت بیمار		
۹ (۱۱/۳)	۵۹ (۷۲)	همسر
۱۵ (۱۸/۸)	-	پدر
۲۴ (۳۰)	۵ (۶/۱)	مادر
۲ (۲/۵)	۱۱ (۱۳/۴)	دختر
۱ (۱/۳)	۵ (۶/۱)	پسر
۱۲ (۱۵)	۲ (۲/۴)	خواهر
۱۵ (۱۸/۸)	-	برادر
۲ (۲/۵)	-	دیگران

با توجه به یافته‌های جدول شماره ۲ مراقبین بیماران آرتریت روماتوئید بیشتر همسر بیماران می‌باشند در حالی‌که بیشتر مراقبین بیماران اسکیزوفرنی مادر بیمار می‌باشد. سطح تحصیلات مراقبین بیماران اسکیزوفرنی پایین‌تر از بیماران آرتریت روماتوئید می‌باشد.

جدول ۳: میانگین و انحراف معیار نمرات کارکرد خانواده و هیجان ابراز شده در خانواده‌های بیماران آرتریت روماتوئید و اسکیزوفرنی به تفکیک جنس مراقب

متغیر	گروه	بیماران آرتریت روماتوئید		بیماران اسکیزوفرنی	
		مراقبین مرد (نفر ۵۲)	مراقبین زن (نفر ۳۰)	مراقبین مرد (نفر ۴۰)	مراقبین زن (نفر ۴۰)
		میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)
کارکرد خانواده					
حل مسئله		۲/۱۹ (۰/۲۳۸)	۲/۲۵ (۰/۲۵۱)	۲/۳۲ (۰/۳۰۴)	۲/۴۱ (۰/۳۵۲)
ارتباط		۲/۲۶ (۰/۲۱۵)	۲/۲۷ (۰/۲۱۹)	۲/۲۹ (۰/۲۶۳)	۲/۳۱ (۰/۲۸۶)
نقش‌ها		۲/۲۲ (۰/۲۷۰)	۲/۲۷ (۰/۲۱۶)	۲/۲۲ (۰/۲۵۱)	۲/۳۶ (۰/۲۷۰)
آمیختگی عاطفی		۲/۲۱ (۰/۲۲۴)	۲/۲۹ (۰/۲۳۱)	۲/۳۲ (۰/۳۷۳)	۲/۴۴ (۰/۱۰۴)
پاسخ‌گویی عاطفی		۲/۲۰ (۰/۲۲۴)	۲/۲۷ (۰/۲۳۱)	۲/۳۶ (۰/۲۶۸)	۲/۴۹ (۰/۲۱۸)
کنترل رفتار		۲/۲۳ (۰/۲۰۹)	۲/۲۸ (۰/۱۴۷)	۲/۲۷ (۰/۱۹۸)	۲/۳۵ (۰/۲۲۱)
کارکرد کلی		۲/۲۱ (۰/۲۵۱)	۲/۲۴۲ (۰/۱۸۷)	۲/۳۴۵ (۰/۲۵۴)	۲/۴۵ (۰/۲۲۲)
هیجان ابراز شده					
انتقادگری		۱۷/۰۸ (۲/۳۲۳)	۱۹/۳۳ (۲/۹۵۱)	۲۱/۹۵ (۳/۰۶۹)	۲۳/۱۷۵ (۳/۷۲۱)
درگیری هیجانی مفرط		۱۹/۰۴ (۲/۵۶۰)	۲۰/۱۶ (۴/۱۶۳)	۲۱/۰۷ (۳/۲۹۷)	۲۲/۲۰ (۳/۳۷۵)

جدول ۴: نتیجه آزمون t مستقل بر اساس جنس مراقب در خانواده‌های بیماران آرتریت روماتوئید و اسکیزوفرنی برای متغیرهای کارکرد خانواده و هیجان ابراز شده

متغیر	گروه	مراقبین بیماران آرتریت روماتوئید			مراقبین بیماران اسکیزوفرنی		
		درجه آزادی	آماره t	سطح معناداری	درجه آزادی	آماره t	سطح معناداری
کارکرد خانواده							
حل مسئله		۸۰	۲/۵۸۳	۰/۰۵	۷۸	۲/۴۵۲	۰/۰۳
ارتباط		۸۰	۱/۷۸۵	۰/۰۷	۷۸	۲/۲۷۴	۰/۰۴
نقش‌ها		۸۰	۱/۸۱۹	۰/۰۷	۷۸	۱/۲۲۳	۰/۰۹
آمیختگی عاطفی		۸۰	۲/۸۸۹	۰/۰۱	۷۸	۱/۱۸۹	۰/۱۲
پاسخ‌گویی عاطفی		۸۰	۲/۸۹۷	۰/۰۱	۷۸	۲/۰۴۰	۰/۰۴
کنترل رفتار		۸۰	۲/۱۰۹	۰/۰۳	۷۸	۲/۸۵۰	۰/۰۵
کارکرد کلی		۸۰	۲/۷۹۰	۰/۰۱	۷۸	۲/۵۲۱	۰/۰۵
هیجان ابراز شده							
انتقادگری		۸۰	۴/۳۲۲	۰/۰۱	۷۸	-۰/۸۵۲	۰/۱۵
درگیری هیجانی مفرط		۸۰	۲/۸۷۵	۰/۰۱	۷۸	۱/۰۱۲۵	۰/۰۴

همان‌طور که در جدول ۳ و ۴ نشان داده شده میانگین نمرات کارکرد خانواده در ابعاد حل مسئله، آمیختگی عاطفی، پاسخ‌گویی عاطفی، کنترل رفتار، کارکرد کلی به طور معناداری در مراقبین زن بالاتر از مراقبین مرد می‌باشد. همچنین میانگین نمرات انتقادگری و درگیری هیجانی مفرط به‌طور معناداری در زنان مراقب بیمار آرتریت روماتوئید بالاتر از مردان می‌باشد.

در گروه بیماران اسکیزوفرنی میانگین نمرات حل مسئله، ارتباطات، پاسخ‌گویی عاطفی، کنترل رفتار و کارکرد کلی در زنان مراقب به طور معناداری بالاتر از مراقبین مرد می‌باشد. همچنین بعد درگیری هیجانی مفرط در زنان به طور معناداری بالاتر از مردان مراقب بیمار اسکیزوفرنی می‌باشد. برای تعیین این‌که آیا کارکرد خانواده در خانواده‌های این بیماران به طور معناداری ناکارآمد می‌باشد از آزمون تی یک گروهی استفاده شد. میانگین نمره بهنجار جامعه در این آزمون تا نمره ۲ می‌باشد. به طوری‌که نمره بالاتر از ۲ نشان‌دهنده کارکرد ناکارآمد در آن حوزه از کارکرد خانواده می‌باشد. همچنین برای تعیین شدید بودن هیجان ابراز شده نیز از این آزمون استفاده شد. نمره ۲۳ و بالاتر نشان‌دهنده سطح شدید هیجان ابراز شده می‌باشد.

جدول ۵: نتایج آزمون t یک گروهی متغیر کارکرد خانواده و هیجان ابراز شده در خانواده‌های بیماران آرتریت روماتوئید و اسکیزوفرنی

مراقبین بیماران اسکیزوفرنی		مراقبین بیماران آرتریت روماتوئید		گروه		متغیر
سطح معناداری	آماره t	درجه آزادی	سطح معناداری	آماره t	درجه آزادی	
کارکرد خانواده						
۰/۰۰۱	۷۹	۱۰/۳۸۶	۰/۰۰۱	۸۱	۹/۵۰۶	حل مسئله
۰/۰۰۱	۷۹	۱۰/۰۰۲	۰/۰۰۱	۸۱	۱۰/۹۷۳	ارتباط
۰/۰۰۱	۷۹	۱۰/۳۸۳	۰/۰۰۱	۸۱	۸/۴۰۰	نقش‌ها
۰/۰۰۱	۷۹	۱۲/۱۲۲	۰/۰۰۱	۸۱	۱۰/۵۰۹	آمیختگی عاطفی
۰/۰۰۱	۷۹	۱۴/۷۳۷	۰/۰۰۱	۸۱	۱۰/۴۹۰	پاسخ‌گویی عاطفی
۰/۰۰۱	۷۹	۱۱/۴۰۹	۰/۰۰۱	۸۱	۱۲/۴۹۷	کنترل رفتار
۰/۰۰۱	۷۹	۱۵/۷۵۲	۰/۰۰۱	۸۱	۹/۹۵۸	کارکرد کلی
هیجان ابراز شده						
۰/۰۰۱	۷۹	-۵/۳۹۰	۰/۰۰۱	۸۱	-۱۶/۱۱۷	انتقادگری
۰/۰۰۱	۷۹	-۴/۴۸۱	۰/۰۰۱	۸۱	-۸/۳۴۴	آمیختگی عاطفی بیش از حد

با توجه به نتایج ارائه شده در جدول شماره ۵ می‌توان گفت کارکرد خانواده در تمامی ابعاد در خانواده‌های هر دو گروه از بیماران ناکارآمد می‌باشد. همچنین نمرات هیجان ابراز شده در دو بعد انتقادگری و آمیختگی عاطفی بیش از حد در دو گروه پایین‌تر از سطح شدید می‌باشد.

با استفاده از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری تفاوت کارکرد خانواده و هیجان ابراز شده در خانواده‌های بیماران آرتریت روماتوئید و اسکیزوفرنی بررسی شد که نتایج به صورت زیر بدست آمد:

بین خرده‌مقیاس‌های کارکرد خانواده و هیجان ابراز شده در خانواده‌های دارای بیمار آرتریت روماتوئید و اسکیزوفرنی به‌طور کلی تفاوت معنادار مشاهده شد.

$$F(9,52) = 7/118, p < /0.01, \text{Wilk's lambda} = 0/7 \text{ Partial eta squared} = 0/398$$

جدول ۶: نتیجه تحلیل واریانس چندمتغیری کارکرد خانواده در خانواده‌های بیماران آرتریت روماتوئید و اسکیزوفرنی

P	F	df(1,2)	میانگین (انحراف معیار)	گروه‌ها	شاخص‌ها
					خرده‌مقیاس‌ها
0/003	9/274	(1و160)	(0/234)2/246	آرتریت روماتوئید	حل مسئله
			(0/330)2/383	اسکیزوفرنی	
0/271	1/222	(1و160)	(0/217)2/263	آرتریت روماتوئید	ارتباطات
			(0/273)2/306	اسکیزوفرنی	
0/112	2/558	(1و160)	(0/258)2/239	آرتریت روماتوئید	نقش‌ها
			(0/265)2/305	اسکیزوفرنی	
0/001	14/226	(1و160)	(0/231)2/268	آرتریت روماتوئید	پاسخ‌گویی عاطفی
			(0/249)2/411	اسکیزوفرنی	
0/001	23/556	(1و160)	(0/212)2/246	آرتریت روماتوئید	آمیختگی عاطفی
			(0/341)2/462	اسکیزوفرنی	
0/080	3/105	(1و160)	(0/193)2/266	آرتریت روماتوئید	کنترل رفتار
			(0/258)2/239	اسکیزوفرنی	
0/001	23/593	(1و160)	(0/208)2/229	آرتریت روماتوئید	کارکرد کلی
			(0/224)2/394	اسکیزوفرنی	

همان‌طور که در جدول شماره ۶ نشان داده شده کارکرد خانواده در ابعاد حل مسئله، پاسخ‌گویی عاطفی، آمیختگی عاطفی و کارکرد کلی در خانواده‌های بیماران اسکیزوفرنی و خانواده‌های بیماران آرتریت روماتوئید به‌طور معناداری متفاوت می‌باشد. بدین صورت که کارکرد خانواده در این ابعاد در خانواده‌های بیماران اسکیزوفرنی ناکارآمدتر از خانواده‌های بیماران آرتریت روماتوئید می‌باشد. بین ابعاد نقش‌ها، ارتباطات و کنترل رفتار در این خانواده‌ها تفاوت معناداری مشاهده نشد.

با توجه به نتایج ارائه شده در جدول شماره ۷، میزان هیجان ابراز شده در ابعاد انتقادگری و درگیری هیجانی مفرط در خانواده‌های بیماران اسکیزوفرنی به‌طور معناداری متفاوت از خانواده‌های بیماران آرتریت روماتوئید می‌باشد.

جدول ۷: نتیجه تحلیل واریانس چندمتغیری هیجان ابراز شده در خانواده‌های بیماران آرتریت

روماتوئید و اسکیزوفرنی

P	F	df(1,2)	میانگین (انحراف معیار)	گروه‌ها	شاخص‌ها
					خرده‌مقیاس‌ها
۰/۰۰۱	۴۲/۷۰۹	(۱و۱۶۰)	(۲/۸۳۶)۱۷/۹۵۱	آرتریت روماتوئید	انتقادگری
				(۳/۲۱۵)۲۳/۰۶۲	
۰/۰۰۲	۱۰/۲۳۴	(۱و۱۶۰)	(۳/۷۳۲)۱۹/۵۶۰	آرتریت روماتوئید	درگیری هیجانی مفرط
				(۳/۳۱۸)۲۱/۳۳۷	

بدین ترتیب که انتقادگری و درگیری هیجانی مفرط در خانواده‌های بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی بیشتر از خانواده‌های بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید می‌باشد.

بحث

یافته‌های جمعیت‌شناختی نشان‌گر آن بود که بیشتر مراقبین بیماران آرتریت روماتوئید را همسر بیمار و بیشتر مراقبین بیماران اسکیزوفرنی را مادر این بیماران تشکیل می‌دادند که این یافته‌ها با منابع موجود (کاپلان و سادوک، ۲۰۰۳؛ فاسی و همکاران، ۱۳۸۷) منطبق می‌باشد. بیماران آرتریت روماتوئید در نمونه حاضر اغلب متأهل می‌باشند ولی بیماران اسکیزوفرنی اغلب مجرد هستند. با توجه به شرایط بیماران اسکیزوفرنی، این بیماران اغلب به دلیل وضعیت ناتوان‌کننده و مشکلات متعددی که در حوزه‌های روانی دارند و همچنین سن پایین‌تر ابتلا به بیماری (کاپلان و سادوک، ۲۰۰۳)، از نظر وضعیت تحصیلی و وضعیت تأهل مشکلات گسترده‌ای را تجربه می‌کنند. بر این اساس بیشتر بیماران مبتلا به این بیماری مجرد یا مطلقه هستند. ولی از آن‌جا که بیشتر بیماران آرتریت روماتوئید در سنین ۳۵ تا ۵۰ سالگی به بیماری مبتلا می‌شوند (عموزاده خلیلی، ۱۳۸۴)، معمولاً در حوزه‌های تحصیلی، شغلی و وضعیت تأهل شرایط باثبات‌تری دارند. بنابراین این بیماران اغلب در دوران زندگی مشترک به بیماری مبتلا شده‌اند.

همچنین با توجه به این‌که بیشتر بیماران آرتریت روماتوئید در سنین ۳۵ سال به بالا مبتلا می‌شوند، معمولاً با همسر زندگی می‌کنند و تعداد کمی از آن‌ها دارای فرزندان بزرگسال هستند که وظیفه مراقبت از بیمار را به عهده گیرند، به همین دلیل بیشتر مراقبین را همسران این بیماران تشکیل می‌دهند. در حالی‌که در خانواده‌های بیماران اسکیزوفرنی به دلیل این‌که معمولاً در خانواده اصلی زندگی می‌کنند، مراقبین بیماران معمولاً از اعضای خانواده اصلی بیمار می‌باشند. به طوری‌که بیشترین وظیفه مراقبت را مادر بیمار بر عهده دارد. در مقایسه با مراقبین بیماران آرتریت روماتوئید که بیشتر همسر بیمار و مردان هستند، مادر بیماران اسکیزوفرنی ممکن است از لحاظ درگیری

عاطفی متفاوت باشند (مگلیانو و همکاران، ۲۰۰۵). این تفاوت می‌تواند بر الگوهای کارکردی و سبک‌های تعاملی بین آن‌ها تأثیرگذار باشد.

با توجه به این که درصد بالایی از مراقبین بیماران را زنان تشکیل می‌دهند (اسنلینگ، ۱۹۸۹؛ آلیسون، ۲۰۰۰؛ افقه و همکاران، ۱۳۸۶) به نظر می‌رسد که جنسیت به عنوان متغیری است که بر نحوه کارکرد و تعامل اعضا خانواده با بیمار تأثیرگذار می‌باشد. بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر مراقبین زن بیماران آرتزیت روماتوئید کارکرد خانواده در ابعاد حل مسئله، آمیختگی عاطفی، پاسخ‌گویی عاطفی، کنترل رفتار و کارکرد کلی را به‌طور ناکارآمدتری نسبت به مردان گزارش دادند. هم‌چنین هیجان ابراز شده بالاتری را در هر دو بعد انتقادگری و درگیری هیجانی مفرط نشان دادند. در خانواده‌های بیماران اسکیزوفرنی مراقبین زن در ابعاد حل مسئله، ارتباطات، پاسخ‌گویی عاطفی، کنترل رفتار و کارکرد کلی را ناکارآمدتر ارزیابی کرده بودند. هم‌چنین درگیری هیجانی بالاتری نسبت به مراقبین زن نشان دادند. تبیین احتمالی این یافته‌ها می‌تواند به این صورت باشد که از آن جایی که زنان معمولاً مراقبت از بیمار را در کنار دیگر وظایف خانوادگی بر عهده دارند، بنابراین به طور دائمی‌تر و طولانی‌تری با بیمار در ارتباط هستند، در حالی که مراقبین مرد کمتر درگیر مراقبت می‌شوند. هم‌چنین از نظر مدت زمان مراقبت زنان مراقب بیشتری را صرف می‌کنند که در طولانی مدت شرایط هیجانی و الگوهای کارکردی آن‌ها در خانواده دچار مشکلات بیشتری می‌شود.

بر اساس یافته‌های این پژوهش کارکرد کلی خانواده، حل مسئله، پاسخ‌گویی عاطفی و آمیختگی عاطفی در خانواده‌های بیماران اسکیزوفرنی ناکارآمدتر از خانواده‌های بیماران آرتزیت روماتوئید می‌باشد. این یافته‌ها با نتیجه مطالعات مگلیانو و همکاران (۲۰۰۵)، جانگ بائر و موری (۲۰۰۵)، لوئیک و همکاران (۲۰۰۴) که نشان دادند فشار روانی و مشکلات خانواده‌های بیماران اسکیزوفرنی بیشتر از خانواده‌های دارای بیماران مزمن جسمی مانند بیماران کلیوی، ریوی، قلبی-عروقی است، همسو است. بر این اساس خانواده‌های دارای بیمار اسکیزوفرنی نسبت به خانواده‌های دارای بیماران قلبی، مغزی، دیابت و کلیوی در حوزه حمایت عاطفی و نحوه ابراز عواطف دچار مشکلات بیشتری هستند. هم‌چنین با مطالعه افقه و همکاران (۱۳۸۶) که به مقایسه تحمل فشار و فرسودگی خانواده و مراقبان خانواده‌های دارای بیمار اسکیزوفرنی و بیماری نارسایی انتهایی کلیه از گروه بیماران جسمی مزمن پرداختند، منطبق می‌باشد. بنابراین با توجه به شدت افت عملکرد بیماری اسکیزوفرنی، این بیماری به دلیل این که حوزه‌های گسترده‌تری از زندگی افراد را نسبت به دیگر بیماری‌ها تحت تأثیر قرار می‌دهد (آشوکا و همکاران، ۲۰۰۴؛ ویزمن و گومس، ۲۰۰۳؛ اسکت و سیمونز، ۲۰۰۸)، اعضای خانواده و بیمار را با مشکلات بیشتری مواجه می‌کند. بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی مشکلات ذهنی و روانی بیشتری دارند. هم‌چنین خانواده‌های این بیماران مشکلات گسترده‌ای در حل مسئله، وضعیت

عاطفی و تعاملات بین اعضا با بیمار دارند که این یافته با نتایج مطالعات کروکر و همکاران (۲۰۰۶) همسو می‌باشد. این پژوهشگران نشان دادند آسیب‌های شناختی و ذهنی بیمار با مشکلات بیشتر در این خانواده‌ها مرتبط است.

از آن‌جا که وجود بیماری و تداوم آن در این خانواده‌ها باعث می‌شود اعضای خانواده مجبور به تغییر حوزه‌های کارکردی شوند، در این خانواده‌ها راهکارهایی که برای مقابله و کنترل بیماری در پیش گرفته می‌شوند اغلب راهکارهای ناکارآمدی هستند و یا این‌که به روش مناسبی انجام نمی‌شوند (اسنلینگ، ۱۹۹۴). همچنین بیماری اسکیزوفرنی نسبت به بیماری آرتریت روماتوئید، مشکلات عاطفی و روانی شدیدتری در خانواده ایجاد می‌کند و اعضای خانواده این بیماران از لحاظ عملکرد اجتماعی دچار مشکل می‌شوند. علاوه بر این خانواده‌های این بیماران از لحاظ وجهه اجتماعی در شرایط نامطلوبی قرار می‌گیرند (هینشا و سیچتی، ۲۰۰۰). در بسیاری از موارد ممکن است دیگر اعضای خانواده نیز به مشکلات روانی و جسمانی مبتلا شوند. بنابراین مجموع این شرایط خانواده‌های بیماران اسکیزوفرنی را با مشکلات گسترده‌ای مواجه می‌کند (کینگ و دیکسون، ۱۹۹۶؛ ویزمن، گومس و لوپز، ۲۰۰۳)، در حالی‌که در خانواده‌های بیماران آرتریت روماتوئید هر چند بیماری ناتوانی‌های جسمی شدیدی ایجاد می‌کند (عموزاده خلیلی، ۱۳۸۴)، ولی عملکردهای روانی و ارزیابی‌های شناختی این بیماران بهتر از بیماران اسکیزوفرنی می‌باشد و مشکلات روانی کمتری را تجربه می‌کنند. بر این اساس خانواده‌های بیماران اسکیزوفرنی نسبت به خانواده‌های بیماران آرتریت روماتوئید با بحران و تجارب ناتوان‌کننده شدیدتری روبه‌رو می‌شوند که حوزه‌های مختلف زندگی اعضای خانواده‌ها را تحت تأثیر قرار می‌دهد، به همین دلیل عملکرد خانواده‌ها شدیدتر تحت تأثیر قرار می‌گیرد.

یافته دیگر این پژوهش این بود که بین ابعاد ارتباطات، نقش‌ها و کنترل رفتار در این دو گروه تفاوت معناداری دیده نشد. این یافته می‌تواند با نتیجه مطالعه‌ی لمپ و همکاران (۲۰۰۹) همسو باشد که نشان دادند بیماری اسکیزوفرنی و آرتریت روماتوئید هر دو در حوزه‌های فیزیکی و روانی آسیب ایجاد می‌کنند که در طولانی مدت علائم فیزیکی و روانی ایجاد شده مشکلات مشابهی از نظر شدت برای مبتلایان و خانواده‌های آن‌ها ایجاد می‌کند. تبیین احتمالی این یافته می‌تواند به این صورت باشد که با توجه به ناتوانی‌های جسمانی شدید بیماران آرتریت روماتوئید و این‌که درصد بالایی از مبتلایان به این بیماری، همسرانی هستند که بخش اعظمی از وظایف خانوادگی را انجام می‌دهند، این خانواده‌ها در حوزه‌هایی که بیشتر رفتاری و ارتباطی هستند مانند نقش‌ها، کنترل رفتار و ارتباطات، کارکرد ناکارآمدی دارند. در پی ناتوانی‌های بیماران آرتریت روماتوئید، وظایف و نقش‌های خانواده دچار تغییرات اساسی می‌شود. تغییر در حوزه نقش‌ها ممکن است منجر به کنترل رفتارهای بیمار، حداقل در حوزه فعالیت‌های جسمانی و رفتاری شود که این تبیین با نتیجه مطالعه

بیگل، سیلز و شولز، (۱۹۹۱) منطبق می‌باشد. در خانواده‌های بیماران اسکیزوفرنی نیز وابستگی بیمار، خانواده را مجبور به مراقبت در حوزه‌های رفتاری و ارتباطی می‌کند. بنابراین این خانواده‌ها نیز کارکرد ناسالمی در این حوزه‌ها از خود نشان می‌دهند. بر این اساس در خانواده‌های بیماران آرتریت روماتوئید اغلب وظایف و تکالیف بیمار مانند بیماران اسکیزوفرنی به دیگر اعضای خانواده به‌ویژه مراقب بیمار محول می‌شود. به همین دلیل اختلال ایجاد شده در حوزه نقش‌ها و کنترل رفتار در این دو گروه معنادار نیست.

یافته دیگر این پژوهش این بود که میزان هیجان ابراز شده در خانواده‌های بیماران اسکیزوفرنی در دو بعد انتقادگری و درگیری و درگیری هیجانی بیش از حد، بالاتر از خانواده‌های بیماران آرتریت روماتوئید می‌باشد، که این یافته با نتیجه مطالعه وان، لف و سارنر (۱۹۹۹) در زمینه بیماران مزمن التهاب شکمی، همسو می‌باشد. این پژوهشگران نشان دادند میزان هیجان ابراز شده در خانواده‌های بیماران مزمن التهاب شکمی کمتر از بیماران روان‌پزشکی است. هم‌چنین با مطالعه کروکر و همکاران (۲۰۰۶)، بک، دالی و هستینگ (۲۰۰۴) که نشان دادند هیجان ابراز شده با ناتوانی‌های ذهنی مرتبط است، هماهنگ است. بدین صورت که خانواده‌های بیمارانی که آسیب‌های ذهنی و شناختی بیشتری دارند، هیجان ابراز شده اعضای خانواده در ارتباط با بیمار بیشتر است. بنابراین با توجه به این که بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی در حوزه‌های شناختی دچار مشکل هستند، یافته‌ی فوق از این جنبه نیز قابل تبیین است که بیماران اسکیزوفرنی نسبت به بیماران آرتریت روماتوئید مشکلات شناختی بیشتری دارند و خانواده‌ها در ارتباط با بیمار دچار مشکلات بیشتری می‌شوند. به همین دلیل هیجان ابراز شده در خانواده‌های بیماران اسکیزوفرنی بالاتر از خانواده‌های آرتریت روماتوئید است. هم‌چنین به دلیل رفتارهای خارج از عرف اجتماعی، قضاوت و ارزیابی نامتناسب بیماران اسکیزوفرنی (کاپلان و سادوک، ۲۰۰۳)، ممکن است زمینه برای انتقادگری بیشتر از بیماران اسکیزوفرنی در حوزه‌های گسترده‌تر فراهم گردد. در حالی که بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید اغلب در حوزه فعالیت‌های جسمانی دچار مشکل هستند و از لحاظ کارکردهای شناختی مشکلات کمتری دارند. بیماران آرتریت روماتوئید در پی ناتوانی‌های جسمانی ممکن است به افسردگی و اضطراب مبتلا شوند (گلبرگ و کاتز، ۲۰۰۷؛ مان و زاترا، ۱۹۸۹)، بنابراین انتقادگری از رفتارهای این بیماران در حوزه‌های رفتاری محدودتری می‌باشد.

با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر خانواده‌های بیماران آرتریت روماتوئید به عنوان بیماری جسمی مزمن و بیماری اسکیزوفرنی به عنوان بیماری روانی مزمن در ابعاد کارکردی و شرایط هیجانی در ارتباط با بیمار دچار مشکل می‌باشند، بنابراین جهت بهبود وضعیت بیماران و جلوگیری از ناکارآمدی الگوهای کارکردی خانواده‌ها و هم‌چنین فرسودگی مراقبین، آموزش خانواده در مورد

بیماری و سیر آن، ارائه خدمات روان‌شناختی به بیمار، اعضای خانواده و مراقبین ضرورت دارد. همچنین توجه به حوزه‌های رفتاری و ارتباطی بیماران آرتريت روماتوئيد و شرايط هييجانی نامناسب و کارکرد ناکارآمد حوزه‌های مختلف خانواده‌های بیماران اسکیزوفرنی کمک کند.

پی‌نوشت‌ها

- | | |
|--------------------------|------------------------------|
| 1. Chronic | 13. Inflammatory |
| 2. Systemic | 14. Swelling |
| 3. McMaster model | 15. Hallucination |
| 4. Problem solving | 16. Delusion |
| 5. Communication | 17. Negative affection |
| 6. Roles | 18. Coherence |
| 7. Affective Response | 19. Risk factor |
| 8. Affective Involvement | 20. Family Assessment Device |
| 9. Behavioral control | 21. Family Questionnaire |
| 10. Expressed emotion | |
| 11. Rheumatoid arthritis | |
| 12. Schizophrenia | |

منابع

- افقه، س.، اردشیرزاده، م.، جعفری، ف.، محمودی‌راد، م.، و صادقی‌نژاد، غ. (۱۳۸۶). مقایسه تحمل عذاب در مراقبین بیماران اسکیزوفرنیک با مراقبین بیماران نارسایی انتهایی کلیه. *مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران*. ۱۷ (۶۲)، ۳۱-۳۹.
- اکبریان، م. (۱۳۷۴). بیماری روماتوئید. *مرکز تحقیقات روماتولوژی دانشگاه تهران*. ۱(۱)، ۱۶۴.
- ثنایی، ب. (۱۳۷۹). *مقیاس‌های سنجش خانواده و ازدواج*. تهران: انتشارات بعثت.
- دهقانی، ش. (۱۳۸۱). *رابطه بین هیجان ابراز شده و صفات شخصیت در خویشاوندان بیماران روان‌پریش*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج.
- زاده‌محمدی، ع.، و ملک‌خسروی، غ. (۱۳۸۵). بررسی مقدماتی ویژگی‌های روان‌سنجی و اعتباریابی مقیاس سنجش کارکرد خانواده (FAD). *مجله خانواده‌پژوهی*. ۵، ۶۹-۸۹.
- عموزاده خلیلی، م. (۱۳۸۴). *ورزش و توانبخشی در بیماران روماتیسمی*. تهران: نشر دانژه.
- فاسی، آ.، براون‌والد، ی.، کاسپر، دی. ال.، هوسر، اس. ال.، لونگو، د.، لری، ج. (۱۳۸۷). *بیماری‌های روماتولوژی و سیستم ایمنی، اصول طب داخلی هاریسون (ترجمه ا. زارع و ف. خطاوی)*. تهران: سماط.
- کرملو، س. (۱۳۸۷). *اثربخشی برنامه آموزش روان‌شناختی خانواده در کاهش ابراز هیجان و بهبود جو خانوادگی در خانواده‌های بیماران مبتلا به اختلالات شدید روان‌پریشی*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه شهید بهشتی، تهران.
- کلاینک، ک. (۱۳۸۰). *مهارت‌های زندگی (ترجمه ش. محمدخانی)*. تهران: اسپند هنر.

منصوری، ن. (۱۳۸۷). بررسی علل واگذاری بیماران روان‌پزشکی مزمن (اسکیزوفرنیا) به مراکز نگهداری و مقایسه آن‌ها با بیماران نگهداری شده در خانه. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه شهید بهشتی، تهران.

- Alison, M. H. (2000). Family functioning, burden, and reward in the care giving for mental illness. *Families, systems & Health, 18(1)*, 91-103.
- Asuka, K., Tsuyoshi, A., Yuko, M., & Hiroshi, K. (2004). Family functioning perceived by patients and their family members in three diagnostic and statistical manual-IV diagnostic groups. *Psychiatry and Clinical Neurosciences, 58*, 495-500.
- Beck, A., Daley, D., & Hastings, R. P. (2004). Mothers' expressed emotion towards children with and without intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research, 48*, 628-638.
- Berlung, N., Olof, J., & Edman, A. (2003). Family intervention in schizophrenia: Impact on family burden and attitude. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 38*, 116-121.
- Biegel, D. E., Sales, E., & Schulz, R. (1991). *Family care giving in chronic illness*. Sage Publication, California.
- Bonnie, L., Bermas, J. S., Tucker, D. K., Winkelman., & Jeffrey, N.K. (2000). Marital satisfaction in couples with rheumatoid arthritis. *American College of Rheumatology, 35*, 106-117.
- Bhugra, D., & Mckenzie, K. (2003). Expressed emotion cross cultures. *Advances in Psychiatric Treatment, 9*, 342- 348.
- Butzlaff, R. L., Hooley, J. M. (1998). Expressed emotion and psychiatric relapse. A meta-analysis. *Archives of General Psychiatry, 55*, 547-552.
- Corsini, R J. (1999). *The dictionary of psychology*. Philadelphia Burner/ MazeL.
- Crocker, A.G., Mercier, C., Lachapelle, Y., Brunet, A., Morin, D., & Roy, M. E. (2006). Prevalence and types of aggressive behavior among adults with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research, 50(9)*, 652-661.
- Goldberg, R. J., & Katz, J. (2007). A meta-analysis of the analgesic effects of omega-3 polyunsaturated fatty acid supplementation for inflammatory joint pain. *Pai, 129*, 210-23.
- Hinshaw, S. R., & Cicchetti, D. (2000). Stigma and mental disorder: Conceptions of illness, public attitudes, personal disclosure and social policy. *Development and Psychopathology, 12*, 555-598.
- Hooley, J. M., & Parker, H. A. (2006). Measuring expressed emotion: An evaluation of the shortcuts. *Journal of Family Psychology, 20*, 386-396.
- Jacobi, C. E., Van den berg, B., Boshuizen, H. C., Rupp, I., Dinant, H. J., & Van den Bos, G. A. (2003). Dimension specific burden of care giving among partners of rheumatoid arthritis patients. *Rheumatology(Oxford), 42(10)*, 1226- 1233.
- Jungbauer, J., Mory, C. (2005). Caring for a schizophrenia family member increases the risk of becoming ill. *Neuropsychiatric, 70(10)*, 548- 554.
- Kaplan, H. I., & sadock, B. J.(2003). *Synapses of psychiatry, Baltimore: Williams and Wilkins*.
- King, S., & Dixon, M. J. (1996). The Influence of expressed emotion, family dynamics and symptom type on the social adjustment of schizophrenic young adults. *Archives*

- of *General Psychiatry*, 53, 1098-1104.
- Lempp, H., Thornicroft, G., Leese, M., Fearn, N., Graves, H., Khoshaba, B., Antonio, A., Scott, & Tansella, M. (2009). Implication of long-term conditions for both mental and physical health: Comparison of rheumatoid arthritis and schizophrenia. *Quality of Life Research*, 18, 699-707.
- Lobban, F., Barrowclough, C., & Jones, S. (2006). Does expressed emotion need to be understood within a more systemic framework? *Society of Psychiatry and Psychiatry Epidemiology*, 41, 50-55.
- Lowyck, Karno, M., Mintz, J., Paz, G., Arias, M., Tucker, D., López, S. (2004). A study of the family burden of 150 family members of schizophrenic patients. *Euro Psychiatric Research*, 19(7), 395-401.
- Manne, S. L., & Zautra, A. J. (1989). Spouse criticism and support: Their association with coping and psychological adjustment among women with rheumatoid arthritis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(4), 608- 617.
- Maqliano, L., Fiorillo, A., De Rosa, C., Malangone, C., & Mai, M. (2005). Family burden in long-term diseases: A comparative study in schizophrenia vs. physical disorder. *Social Science Medicine*, 61, 313-322.
- Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2003). *Synopsis of psychiatry* (9th. Ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Scott, D. L., & Symmons, D. P. (2008). The role of specialists in managing established rheumatoid arthritis. *Rheumatology(Oxford)*, 47, 237-238.
- Snelling, J. (1994). The effect of chronic pain on the family unit. *Journal of Advanced Nursing*, 19, 543- 551.
- Trangkasombat, U. (2006). Family functioning in the families of psychiatric patients: A comparison with nonclinical families. *Thailand Journal of Medicine*, 89(11), 1946-1953.
- Treharne, G. J., Hale, E. D., & Lyons, A. C. (2005). Cardiovascular disease and psychological morbidity among rheumatoid arthritis patients. *Rheumatology*, 44, 241-6.
- Tucker, J. S., Winkelman, D. K., Katz, J. N., & Bermas, B. L. (1999). Ambivalence over emotional expression and psychological well-being among rheumatoid arthritis patients and their spouses. *Journal of Apply Social Psychology*, 29, 271-90.
- Vaughn, C., Leff, J., & Sarnar, M. (1999). Relatives' expressed emotion and the course of inflammatory bowel disease. *Journal of Psychosomatic Research*, 47(5), 461-469.
- Walker, J., Sofaer, B., & Holloway, I. (2006). The experience of chronic back: Accounts of loss in those seeking help from pain clinics. *European Journal of Pain*, 10, 199-207.
- Walsh, F. (1998). *Strengthening family resilience*. New York: Guilford press.
- Weisman, A. G., Gomes, L., & Lopez, S. R. (2003). Shifting blame away from ill relatives: Latino families' reactions to schizophrenia. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 191, 574-581.
- Wiedemann, G., Rayki, O., Feinstein, E., & Hahlweg, K. (2002). The family questionnaire: Development and validation of a new self-report scale for assessing expressed emotion. *Psychiatry Research*, 109, 265-279.