



استناد به این مقاله: یعقوبی، ابوالقاسم؛ محققی، حسین؛ محمدزاده، سروه؛ ربیعی، مهدی؛ محمدزاده، سمکو (۱۳۹۲). عملکرد خانواده در بیماران مبتلا به اختلالات خلقی، روانپریشی و شبه جسمی. پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۳(۲)، ۱۵۶-۱۴۳.

## عملکرد خانواده در بیماران مبتلا به اختلالات خلقی، روانپریشی و شبه جسمی

ابوالقاسم یعقوبی<sup>۱</sup>، حسین محققی<sup>۲</sup>، سروه محمدزاده<sup>۳</sup>، مهدی ربیعی<sup>۴</sup>، سمکو محمدزاده<sup>۵</sup>  
دریافت: ۱۳۹۲/۲/۲۰ پذیرش: ۱۳۹۳/۴/۲۹

### چکیده

هدف اصلی پژوهش حاضر بررسی و مقایسه عملکرد خانواده در بیماران مبتلا به اختلالات خلقی، روانپریشی و شبه جسمی بستری در بیمارستان قدس بوده است. بدین منظور از روش پژوهش تحلیلی-توصیفی استفاده شد. شرکت کنندگان در پژوهش را ۱۵۰ نفر (سه گروه ۵۰ نفره) که از طریق نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و توسط روانپزشک تشخیص اختلال خلقی، روانپریشی یا شبه جسمی دریافت کرده بودند تشکیل می‌دادند. خانواده‌ها پرسشنامه عملکرد خانواده مک مستر را تکمیل نمودند. داده‌ها با روش مقایسه زوجی، تحلیل مانوا، پیش فرض‌های نرمال بودن توزیع‌ها و تساوی واریانس تحلیل شد. یافته‌ها حکایت از آن داشت سه گروه در همه ابعاد عملکرد خانواده، جز بعد نقش تفاوت معنا دار دارند و بیشترین تفاوت گروه‌ها مربوط به بعد کنترل رفتاری بود. نتایج مقایسه زوجی نشان داد بعد آمیختگی عاطفی بین گروه خلقی با گروه روانپریشی و گروه روانپریشی با گروه شبه جسمی تفاوت دارد اما بین گروه خلقی و شبه جسمی تفاوت معنادار نبود. افت کارکرد در بعد آمیختگی عاطفی در بیماران خلقی بیشتر از دیگر گروه‌ها بود. کنترل رفتار در بین گروه خلقی و روانپریشی تفاوت معناداری نداشت اما تفاوت در گروه خلقی و شبه جسمی و گروه روانپریشی و گروه شبه جسمی معنادار بود ( $p < 0/01$ ). نتایج آزمون عملکرد خانواده نشان داد که عملکرد کلی خانواده در بیماران روانپریشی ناکارآمد می‌باشد.

**کلید واژه‌ها:** عملکرد خانواده، اختلال خلقی، روانپریشی، شبه جسمی

۱. دانشیار دانشگاه بوعلی سینا همدان

۲. استادیار دانشگاه بوعلی سینا همدان

۳. دانشجوی دکتری دانشگاه بوعلی سینا

۴. استادیار دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله الاعظم

۵. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی

**مقدمه:**

خانواده اولین بستری است که یک فرد از لحاظ اجتماعی، زیستی و روانشناختی در آن رشد کرده و مجهز به سازوکارهای مورد نیاز زندگی سالم می‌شود. خانواده نهادیست که قوانین و مقررات خود را دارد، از اعضای تشکیل شده که به گونه‌ای پویا و مرتبط، به یکدیگر وابسته‌اند؛ به همین علت نیز رفتارشان به صورت کاملاً مجزا از کل سیستم خانواده قابل بررسی نیست. مطالعه نظام‌های خانواده به تشخیص‌های متعددی در رابطه با نقش‌های ویژه‌ای که اعضای خانواده بخصوص فرزندان دارند منتهی شده است (وحیدزاده، ۱۳۷۶).

با گسترش الگوی زیستی-روانی-اجتماعی دخالت‌کنندگی‌های خانوادگی در بیماری‌های روانپزشکی بیشتر مشخص شده است. آکرمن (۱۹۹۰) خانواده را به عنوان واحدی عاطفی-اجتماعی، کانون رشد و تکامل، التیام و شفا دهنده و نیز مرکز پاتولوژی معرفی نموده است. در خانواده فرد خود را متعلق به مجموعه‌ای می‌داند که مختص اوست. به گفته مینوچین (۱۹۹۵) افراد هویت خود را از طریق خانواده احراز می‌کنند (پورتز و هاول، ۱۹۹۲). ارتباط پویا و پیوسته اعضای خانواده درون نظام خانواده، توانایی خانواده در تطابق با تغییرات ایجاد شده در طول دوره‌های مختلف، حل تضادها و تعارض‌ها، همبستگی بین اعضا و موفقیت در الگوهای انضباطی، رعایت حد و مرز بین افراد و اجرای قوانین و مقررات حاکم بر این نهاد با هدف حمایت از کل سیستم رانشان می‌دهد (پورتز و هاول، ۱۹۹۲). پژوهش‌ها نشان داده‌اند در خانواده‌هایی که ارتباط میان اعضا و تعامل خانواده بر اساس نزدیکی و صمیمیت و تفاهم بین افراد استوار است همه اعضا نسبتاً علیه فشارهای زندگی مقاوم و مصون هستند (اسلامی، ۱۳۸۰؛ جنانی، ۱۳۸۰؛ پروچاسکا و نورکراس، ۲۰۰۱). خانواده‌هایی که دارای عملکرد مطلوب هستند، مشکلات خود را در زمان بندی‌های خاص حل می‌کنند و از فلج و خشک نمودن فرآیندهای تعاملی در خانواده اجتناب می‌کنند و وقتی مسئله‌ای در خانواده رخ می‌دهد از میچ‌گیری و جستجوی فرد گناهکار خودداری می‌کنند، در حالی که در خانواده‌های با عملکرد نامطلوب هنگامی که مسئله‌ای رخ می‌دهد عضوی که ضعیف‌تر است و نمی‌تواند از خود دفاع کند، باید بار همه مشکلات را به دوش بکشد. معمولاً فرد ضعیف‌نشانه‌های بیماری را بروز می‌دهد و برچسب بیمار دریافت می‌کند و بلاگردان (سپر بلای) خانواده می‌شود. خانواده‌های سالم شیوه‌های رفتاری ناموفق در حل مشکلات را رها ساخته و به جستجوی استراتژی‌های نو و خلاق می‌پردازند، در حالی که خانواده‌های با عملکرد

نامطلوب یا به انکار مشکل می‌پردازند یا سعی بر حل مسئله براساس منطق روزمره و شیوه‌های ناکارآمد و هیجانی حل مسئله دارند (پورترز و هاول، ۱۹۹۲).

پژوهش‌ها بین عملکرد ضعیف خانواده و ابتلای فرزندان به علایم جسمی، اضطراب، اختلال خواب، افسردگی و اختلال در کارکرد اجتماعی رابطه معناداری نشان داده‌اند (سعادت‌مند، ۱۳۷۶). نظام خانواده در بیماران افسرده در ابعاد گوناگون دچار کژکاری است. خانواده در بیماران افسرده، پیوستگی، نزدیکی عاطفی و انعطاف‌پذیری کمتری از خود نشان می‌دهد و نظام ارتباطی ضعیفتری داشته و رضایت زناشویی در میان والدین پایین‌تر است (موسوی، ۱۳۸۰؛ کامسلیل و اپشتاین، ۲۰۰۲؛ کاشانی، آلان، داهلمیر، رضوانی و رید، ۱۳۷۴). همچنین عملکرد خانواده در زنان نسبت به مردان رابطه قوی‌تری با افسردگی دارد. مهمترین پیش‌بین‌کننده بین علایم افسردگی در نوجوانان، سطح رضایت آنان از پیوستگی و انطباق‌پذیری خانوادگی می‌باشد، در کودکان نیز افسردگی با کاهش پیوستگی اعضای خانواده و در عرض گسستگی و جدایی و فقدان صمیمیت و انعطاف‌پذیری اعضای خانواده و سطح رضایت پایین و خشونتی خانواده رابطه معنی‌داری دارد (موسوی، ۱۳۸۰؛ کامسلیل و اپشتاین، ۲۰۰۲؛ کاشانی، آلان، داهلمیر، رضوانی و رید، ۱۳۷۴).

در مدل کارکرد خانواده مک‌مستر یک واحد خانواده باید شش کارکرد اولیه را که شامل حل مسئله، ارتباط، پاسخدهی عاطفی، آمیختگی هیجانی، نقش‌ها و کنترل رفتار را می‌شود، برای فرد داشته باشد. پژوهش‌ها و شواهد کلینیکی حاکی از آنند که الگوهای نابهنجار کارکرد خانواده با بیماری‌های روانپزشکی در ارتباط هستند (سولومون، میکولینسر، فرید و واسنر، ۱۹۸۷). مطالعه‌ای در خانواده بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه نشان داد که در خانواده این بیماران، پاسخدهی عاطفی و پیوستگی دچار نقص می‌باشد (فری، ۱۹۹۰).

مطالعه‌ای دیگر در خانواده‌های بیماران اضطرابی حاکی از آن بود که در بعد آمیختگی، خانواده این بیماران مختل است و توانایی مقابله‌ی مناسب با رویدادهای اضطراب‌زا در این خانواده‌ها نسبت به خانواده افراد سالم، پایین‌تر است (شان، کایسر چرنی، آلکون و بویس، ۱۹۹۶). آنها همچنین نشان دادند که در خانواده‌های کودکان پیش‌دبستانی با خلق و خوی دشوار سطوح بالای تعارض، و ابراز هیجانات ناخوشایند وجود دارد و کودکان نیز رفتارهای پرخاشگرانه بیشتری نشان می‌دهند (شان، کایسر چرنی، آلکون و بویس، ۱۹۹۶). پژوهش دیگری نشان داد که کودکان مبتلا به اختلالات خوردن، نشانه‌های شناختی افسرده‌وار و کارکردهای ضعیف خانواده بایکدیگر مرتبط هستند (فومانی، ولداریزک، بیساگا،

متیوز و سندبرگ، ماندل و کاتز، ۱۹۹۹). نتایج پژوهش مک کی، مورفی، ریویتوس و مایستو (۱۹۹۱) در خانواده‌های سوء مصرف کنندگان نشان داد که ابعاد نقش‌ها و پاسخدهی عاطفی دچار مشکل هستند و نقص در این دو بعد، سوء مصرف الکل را پیش‌بینی می‌کند. پژوهش‌های زیادی نشان داده‌اند که کارکرد خانواده، شدت علائم و تعداد دوره‌های عود را تحت تأثیر قرار می‌دهد. مثلاً مقدار هیجان ابراز شده که به وسیله انتقادگری، خشونت، و در آمیختگی زیاد مشخص می‌شود باعث افزایش نرخ عود بیماران اسکیزوفرن می‌شود (براون، بیرلی و بینگ، ۱۹۷۱؛ دوان، وست، گولدشتاین، رودنیک و جونز، ۱۹۸۱). تعارضات والدینی متعدد، آمیختگی عاطفی نامناسب و سوگواری‌های حل‌نشده در خانواده با عودهای مکرر بیماران اسکیزوفرن مرتبط است (والش و مک گولدریک، ۱۹۸۷، والش، ۱۹۸۸). گودیر و دیگران نشان داده‌اند که در بزرگسالان مبتلا به افسردگی مزمن، کارکرد خانواده با عود نشانه‌های افسردگی بعد از ۳۶ هفته پیگیری مرتبط است (گودیر، هربرت، تامپلین و سشر، ۱۹۹۷).

مطالعه‌ای در بزرگسالان مبتلا به افسردگی نشان داد که زمانی که کارکردهای خانواده بهبود می‌یابند، نشانه‌های افسردگی نیز کاهش می‌یابد (وکرلی، ۲۰۰۲؛ امانوئلی، اوستوزی، کوزورالو، واتکینز، لاسک و والر، ۲۰۰۳). مقایسه کودکان مبتلا به افسردگی اساسی، کودکان مرزی (در مرز ابتلا) و کودکان غیر افسرده نشان داد که در کودکان مبتلا کنترل رفتاری و کارکرد کلی خانواده‌ها نارسایی بیشتری برخوردارند. خانواده‌های کودکان مرزی در تعریف نقش و آمیختگی هیجانی مشکلات بیشتری دارند (هیل، هاوکینز، ابوت، جی گو، ۲۰۰۵). تفاوت‌های فردی نیز در ادراک کارکرد خانواده تأثیر دارند (همان منبع). در مقایسه‌ای که بین مادران انگلیسی و ایتالیایی انجام شد، یچ نشان داد مادران انگلیسی، بر استقلال فردی تأکید بیشتری دارند در باره ابعاد ارتباط خانوادگی و نقش‌ها نگران بودند و مادران ایتالیایی، بیشتر بر زندگی خانوادگی تأکید دارند نگران الگوهای کنترل رفتار در خانواده خود بودند (همان منبع).

نتایج پژوهشی نشان داد که کارکرد خانواده و میزان مصرف روزانه سیگار در نوجوانان رابطه معکوسی دارند (لزین، رولل، بین و تیلور، ۲۰۰۴). در خانواده‌هایی که کارکرد خانواده سالم می‌باشد مصرف سیگار به صورت معناداری کمتر از نوجوانان دارای خانواده‌های نارسا کارکرد است (هیل، هاوکینز، ابوت، جی گو، ۲۰۰۵).

پژوهش‌های دیگر حاکی از آنند که در کودکان و نوجوانان در خانواده‌های با کارکرد سالم از تاب‌آوری روانشناختی بالاتری برخوردارند (ایساکو، ۲۰۰۲؛ اینزلیخت، آرونسون، گود و مک کی، ۲۰۰۶؛ کالیل، ۲۰۰۳). به طور کلی یافته‌های پژوهشی حاکی از نقش محافظت‌کننده کارکرد سالم خانواده

در برابر سوء مصرف الکل و مواد مخدر در نوجوانان است (توگاد و فردریکسون، ۲۰۰۴؛ هیدمن، ۲۰۰۳؛ هیل و همکاران، ۲۰۰۵).

هدف اصلی پژوهش حاضر مقایسه عملکرد خانواده در بیماران مبتلا به اختلالات خلقی، روانپریشی و بیماران شبه جسمی بستری در بیمارستان روانپزشکی قدس سنندج می باشد. به عبارت دیگر سوال اساسی پژوهش حاضر این است که آیا عملکرد خانواده در بیماران مبتلا به اختلالات خلقی، روانپریشی و بیماران شبه جسمی متفاوت است؟

### جامعه نمونه و روش نمونه گیری

جامعه آماری این پژوهش را کلیه بیماران مبتلا به اختلالات خلقی، روانپریشی و شبه جسمی بستری در بیمارستان روانپزشکی قدس سنندج، درفاصله فروردین ۸۹ تا فروردین ۹۰ تشکیل می دادند. در پژوهش حاضر از روش نمونه گیری ساده تصادفی استفاده شد. حجم نمونه شامل ۱۵۰ نفر (۳۷ زن، ۱۱۳ مرد با میانگین ۲۲/۳ سال) درسه گروه ۵۰ نفره درطیف اختلالات خلقی، شبه جسمی و روانپریش بود. در پژوهش حاضر منظور از اختلالات خلقی دریافت یکی از تشخیص های اختلال افسردگی اساسی، اختلال دوقطبی نوع ۱ یا ۲، افسرده خویی، خلق ادواری، افسردگی پس از زایمان، اختلالات افسردگی نامعین و دوقطبی نامعین از جانب روانپزشکان مقیم بیمارستان بود. اختلالات روانپریشی نیز شامل انواع اسکیزوفرنی (پارانویید، نابسامان، کاتاتونیک، نامتمایز و باقیه) اسکیزوفرنی فرم، اسکیزوافکتیو، اختلالات هذیانی، روانپریشی گذرا و اختلالات روانپریشی نامعین بود. طیف اختلالات شبه جسمی مورد پژوهش شامل اختلال جسمانی سازی، اختلال تبدیلی، خود بیمار انگاری، بدریختی بدن، اختلال شبه جسمی نامتمایز، اختلال درد و اختلال شبه جسمی نامعین بود.

سه گروه که توسط روانپزشکان مقیم بیمارستان تشخیص نهایی یکی از اختلالات خلقی (طیف اختلال)، اختلال روانپریشی (طیف کامل اختلال) و اختلال شبه جسمی دریافت کرده بودند، در تحقیق شرکت داده شدند. معیار خروج هم، ابتلای به هر کدام از اختلالات ناشی از یک اختلال طبی عمومی یا ناشی از مصرف مواد منظور شد. خانواده ها پرسشنامه عملکرد خانواده را تکمیل می کردند. بر طبق فرم اصلی هر کدام از اعضای خانواده که بالاتر از ۱۲ سال سن داشته باشد می تواند پرسشنامه را تکمیل کند. در نهایت نمرات سه گروه با روش مقایسه زوجی و تحلیل مانوا و پیش فرض های نرمال بودن توزیع ها و تساوی واریانس تحلیل شد.

## ابزار پژوهش

ابزار سنجش عملکرد خانواده توسط اپشتاین، بالدوین و بیشاپ برای سنجش کارکرد خانواده در سال ۱۹۸۳ بنابر الگوی مک مستر تدوین شده است. این مقیاس دارای ۶۰ گویه است. مدل مک مستر از کارکرد خانواده یک مدل سیستمی با جهت گیری بالینی از کارکرد خانواده است که خصوصیات رفتاری و ساختاری گروه خانواده والگویی تبادل‌ی مهم موجود میان اعضای خانواده رامعین می‌کند. هر بعد روی پیوستاری از کارایی تا ناکارآمدی قرار دارد. این پرسشنامه شامل شش بعد "حل مسئله"، "ارتباط"، نقش ها"، "پاسخدهی عاطفی"، "آمیختگی عاطفی"، "کنترل رفتار" می‌باشد بعلاوه یک ارزیابی کلی از کارکرد کلی به دست می‌دهد که به عنوان یک بعد جداگانه تحت عنوان خرده مقیاس کلی کارکرد خانواده عنوان می‌شود. به طور خلاصه حل مسئله نشان دهنده توانایی خانواده برای حل مشکلات خانواده و نیز مراحل‌ی که برای اینکار طی می‌کنند می‌باشد.

ارتباط به تبادل موثر گسترده، روشن و مستقیم ارتباطات در خانواده اشاره می‌کند. نقش‌ها کارایی خانواده را در انجام وظایف محوله را اشاره می‌کند و شامل مواردی می‌شود که بر فراهم کردن منابع (خوراک، پوشاک، سرپناه) پوشاک و حمایت، رشد مهارت‌های زندگی و حفظ و اداره سیستم خانواده مثلا اداره خانه کارهای مربوط به حساب کتاب، حیات، مسائل بعداشتی و قدرت تصمیم‌گیری مربوط می‌شود. "پاسخدهی عاطفی" آمادگی خانواده برای دادن پاسخ هیجانی مناسب و به موقع را می‌سنجد. "آمیختگی عاطفی" به کیفیت توجه، علاقه و سرمایه‌گذاری اعضای خانواده در برابر یکدیگر اشاره دارد و کنترل رفتار استانداردها و آزادی‌های رفتاری را توصیف می‌کند که شامل چهار شیوه اقتدار منطقی، خشک، آشفته و سهل‌انگارانه می‌باشد. پرسشنامه اعتباریابی شده است ضریب آلفای کرونباخ بین ۰/۵۸ تا ۰/۸۵ و اعتبار باز آزمایی آن بین ۰/۴۲ تا ۰/۷۸ می‌باشد و ضریب آلفای کرونباخ بین خرده مقیاس‌های این پرسشنامه بین ۰/۵۴ تا ۰/۹۱ و بین تمام خرده مقیاس‌ها و کارکرد کلی خانواده آلفای کرونباخ ۰/۴۷ تا ۰/۹۷ می‌باشد (بامی و مکس، ۲۰۰۵). برای نمره‌گذاری تمام پاسخ‌ها از ۱ تا ۴ کدگذاری می‌شوند. نمره بالاتر در هر مقیاس نشانه کارایی پایین‌تر است. برای به دست آوردن نمره هر مقیاس متوسط نمرات آن مقیاس محاسبه می‌شود، سپس نمرات هر مقیاس باهم جمع شده و بر تعداد مواد آن مقیاس تقسیم می‌شود؛ بنابراین نمره هر مقیاس بین ۱ (سالم) تا ۴ (ناسالم) خواهد بود اگر ۴۰٪ از مواد یک مقیاس پر نشده باشد نمره مقیاس محاسبه نخواهد شد (بامی و مکس، ۲۰۰۵). در پژوهش حاضر کارکرد خانواده در ابعاد شش‌گانه و یک

خرده مقیاس تحت عنوان کارکرد کلی بین سه گروه اختلالات خلقی، اختلالات روانپریشی و اختلالات شبه جسمی مقایسه شده است. آزمودنی برای هر ماده یکی از گزینه های زیر را انتخاب می کند: کاملاً موافقم، موافقم، مخالفم، کاملاً مخالفم

### یافته ها

برای تحلیل داده های پژوهش از تحلیل مانوا یا تحلیل واریانس چند متغیره استفاده گردید. دلیل استفاده از این روش تعداد گروه ها و تعدد متغیر های وابسته بود. قابل ذکر است جنسیت، سن و تحصیلات با متغیر های وابسته رابطه نداشتند و به همین دلیل اثر آنها بر روی متغیر های وابسته کنترل نشده است. به منظور استفاده از آزمون های پارامتریک، نیاز است دو پیش فرض نرمال بودن توزیع متغیرها و تساوی واریانس ها بررسی شود که نتایج آزمون شاپیرو ویلک و آزمون لوین نشان داد که این پیش فرض ها برای استفاده از تحلیل مانوا رعایت شده است. نتایج تحلیل مانوا برای مقایسه گروه ها از لحاظ متغیر های وابسته در جدول ۱ ارائه شده است:

جدول ۱: تحلیل واریانس چند متغیره برای تحلیل متغیر های وابسته در بین گروه های مورد بررسی

sig	اندازه اثر	eta	F	شبه جسمی		روانپریش		خلقی		گروه ها متغیرها
				انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
۰/۰۰۱	۰/۰۹	۰/۹۳	۷/۴۵	۳/۸۰	۱۶/۸۲	۲/۸۷	۱۴/۹۷	۳/۵۹	۱۷/۵۹	آمیختگی عاطفی
۰/۰۰۰۱	۰/۳۰	۰/۹۹	۳۱/۵۷	۳/۰۸	۲۶/۵۰	۶/۲۵	۲۰/۱۶	۵/۶۶	۱۸/۳۴	کنترل رفتاری
۰/۰۱	۰/۰۶	۰/۷۷	۴/۵۱	۶/۷	۲۳/۳۹	۵/۴	۲۱/۳۰	۵/۶۰	۲۵/۰۲	عملکرد کلی
۰/۰۰۰۱	۰/۱۲	۰/۹۸	۱۰/۳۰	۳/۹۳	۱۵/۳۶	۳/۵	۱۲/۳۴	۶/۰۷	۱۶/۴۸	حل مسله
۰/۰۰۰۶	۰/۰۷	۰/۸۳	۵/۲۷	۶/۱	۲۲/۰۸	۵/۷	۱۸/۱۰	۶/۰۷	۱۹/۸۱	ارتباط
۰/۰۰۰۱	۰/۱۵	۰/۹۹	۱۲/۸۱	۳/۸۵	۱۷/۵۲	۳/۰۵	۱۳/۹۷	۴/۱	۱۴/۳۴	پاسخ دهی
۰/۵۸	۰/۰۰۸	۰/۱۳	۰/۵۴	۷/۸	۲۲/۸۹	۶/۱	۲۲/۳۸	۵/۸۷	۲۱/۴۸	نقش ها

همانطور که در جدول (۱) قابل مشاهده می‌باشد، نتایج تحلیل واریانس چند متغیره در این جدول ارائه شده است. نتایج نشان می‌دهند که سه گروه از لحاظ همه متغیرها به جز متغیر نقش‌ها تفاوت معناداری با یکدیگر ندارند ( $p < 0/01$ ). همچنین با توجه به اندازه اثر، نتایج تحلیل مانوا نشان می‌دهد که بعد آمیختگی (درگیری) عاطفی بیشتر در بیماران مبتلا به اختلالات خلقی دچار نارسایی کارکرد است ( $p < 0/001$ ). بیشترین تفاوت گروه‌ها مربوط به بعد کنترل رفتاری می‌باشد و میانگین بالاتر (که نشانه نارسا کارکردی بیشتر است) مربوط به گروه بیماران شبه جسمی است. عملکرد کلی نیز در هر سه گروه دچار افت کارکرد است، اما اندکی در گروه بیماران خلقی بیشتر است ( $p < 0/01$ ).

میانگین نمرات بعد حل مسئله در بیماران مبتلا به اختلالات خلقی بالاتر از میانگین نمرات دو گروه دیگر است که نشانه کژکارکردی بیشتر این بعد در بیماران مبتلا به اختلالات خلقی است. میانگین نمره بعد ارتباط در بیماران شبه جسمی بیشتر از دو گروه دیگر است. در بعد پاسخدهی عاطفی نیز نمرات گروه شبه جسمی بیشتر است. بعد نقش هم‌اندکی نمره گروه شبه جسمی بالاتر است (هرچند این تفاوت معنادار نیست - جدول ۲). به طور کلی در ابعاد کنترل رفتاری ارتباط، پاسخدهی عاطفی و نقش‌ها بیشتر در بیماران مبتلا به طیف اختلالات شبه جسمی افت کارکرد از دو گروه دیگر بیشتر است. میانگین نمرات ابعاد آمیختگی عاطفی، عملکرد کلی و توانایی حل مسئله در خانواده بیماران خلقی نسبت به دو گروه دیگر بیشتر است.

#### جدول (۲): مقایسه زوجی نمرات متغیرهای وابسته در سه گروه با استفاده از روش مقایسه زوجی LSD

معناداری	اختلاف میانگین‌ها	مقایسه زوجی		شاخص‌ها متغیر وابسته
		گروه	گروه	
۰/۰۰۰۱	۲/۶۱	روانپریش	خلقی	آمیختگی عاطفی
۰/۲۸	۰/۷۶	شبه جسمی	خلقی	
۰/۰۱	-۱/۸۴	شبه جسمی	روانپریش	
۰/۰۸۸	-۱/۸۱	روانپریش	خلقی	کنترل رفتاری
۰/۰۰۰۱	-۸/۱۵	شبه جسمی	خلقی	
۰/۰۰۰۱	-۶/۳۳	شبه جسمی	روانپریش	
۰/۰۰۳	۳/۷۱	روانپریش	خلقی	عملکرد کلی
۰/۱۹	۱/۶۲	شبه جسمی	خلقی	
۰/۱۰	-۲/۰۸	شبه جسمی	روانپریش	
۰/۰۰۰۱	۴/۱۴	روانپریش	خلقی	حل مسئله
۰/۲۴	۱/۱۲	شبه جسمی	خلقی	



۰/۰۰۲	-۳/۰۲	روانپریش	شبه جسمی	ارتباط
۰/۱۵	۱/۷۱	روانپریش	خلقی	
۰/۰۶	-۲/۲۷	شبه جسمی	خلقی	
۰/۰۰۱	-۳/۹۸	روانپریش	شبه جسمی	پاسخ دهی عاطفی
۰/۶۲	۰/۳۶	روانپریش	خلقی	
۰/۰۰۰۱	-۳/۱۷	شبه جسمی	خلقی	
۰/۰۰۰۱	-۳/۵۴	روانپریش	شبه جسمی	نقش ها
۰/۵	-۰/۸۹	روانپریش	خلقی	
۰/۳	-۱/۴	شبه جسمی	خلقی	
۰/۷۱	۰/۵۰	روانپریش	شبه جسمی	

همانطور که در جدول ۲ قابل مشاهده می باشد نتایج مقایسه زوجی نشان داد که از لحاظ بعد آمیختگی (درگیری) عاطفی بین گروه خلقی با گروه روانپریشی و گروه روانپریش با گروه شبه جسمی تفاوت معنادار وجود دارد، ولی بین گروه خلقی و شبه جسمی تفاوت معناداری وجود نداشت. همچنین نتایج نشان می دهد که آمیختگی (درگیری) عاطفی در بین گروه خلقی ها بیشتر از سایر گروه هاست. از لحاظ کنترل رفتاری بین گروه خلقی و روانپریشی تفاوت معنادار وجود نداشت، ولی بین گروه خلقی و شبه جسمی و گروه روانپریشی و گروه شبه جسمی تفاوت معناداری وجود دارد ( $p < 0/01$ ). همچنین نتایج نشان داد که نقص بعد کنترل رفتاری در بین گروه شبه جسمی ها بیشتر از سایر گروه هاست. از لحاظ بعد حل مسله بین گروه خلقی و شبه جسمی تفاوت معنادار وجود نداشت ولی بین گروه خلقی با روانپریشی و گروه روان پریشی با گروه شبه جسمی تفاوت معناداری وجود داشت ( $p < 0/01$ ). از لحاظ عملکرد کلی فقط بین گروه خلقی و روانپریشی تفاوت معنادار وجود داشت. و میانگین عملکرد کلی در گروه خلقی بیشتر از سایر گروه ها بود. همچنین نتایج نشان داد که از لحاظ حل مسله گروه خلقی بیشترین مشکلات را داشتند. در بعد ارتباط فقط بین گروه روانپریشی و شبه جسمی تفاوت معنادار وجود داشت. و میانگین گروه شبه جسمی بیشتر از سایر گروه ها بود. در بعد پاسخ دهی نیز میانگین گروه شبه جسمی بیشتر از سایر گروه ها می باشد ( $p < 0/01$ ). و در نهایت نیز از لحاظ نقش ها بین چهار گروه تفاوت معناداری وجود نداشت.

## بحث و نتیجه گیری

از یافته‌های پژوهش حاضر چنین بر می‌آید که عملکرد خانواده در سه گروه بیمار مبتلا به اختلالات خلقی، روان‌پریشی و بیماران شبه جسمی متفاوت بود. یافته‌های جدول شماره ۱ نشان می‌دهد که بیماران مبتلا به طیف اختلالات خلقی در بعد آمیختگی (درگیری) عاطفی، نمرات بالاتری از دو گروه دیگر دارند. به علاوه عملکرد کلی در بیماران مبتلا به اختلالات خلقی پایین‌تر از بیماران دیگر روان‌پریشی است و در اکثر موارد به همین خاطر در بیمارستان بستری می‌شوند. این یافته با نتایج پژوهش‌های کاپلان (۲۰۰۷)، تامپلین، گودیر و هربرت (۱۹۹۷) و کامسیل و اپشتاین (۲۰۰۲) همخوانی دارد. آمیختگی (درگیری) عاطفی و سرمایه‌گذاری عاطفی اعضای خانواده بر روی همدیگر در بیماران روان‌پریشی به صورت کلی و در بیماران مبتلا به اختلالات خلقی دچار نارسا کارکردی است.

در پژوهشی که محسنی، چیمه، پناغی و منصور (۱۳۹۰) با مقایسه کارکرد خانواده بیماران آرتروید و اسکیزوفرن انجام دادند، نتایج پژوهش‌ها نشان داد کارکرد کلی خانواده، حل مسئله، پاسخگویی عاطفی و آمیختگی عاطفی ناکارآمدتر از بیماران روماتیت آرتروید است ولی در نقش‌ها و کنترل رفتار تفاوت معناداری وجود نداشت. محیط هیجانی خانواده در برابر بیماری اهمیت بسزایی دارد جو هیجانی خانواده بر شرایط بهبود یا عود بیماری تاثیر گذار است (لوبون، بارولوخ و جونز، ۲۰۰۶). یافته‌های پژوهش حاضر نارسایی بعد توانایی حل مسئله را بیشتر در گروه مبتلایان خلقی نشان دادند. در تبیین این یافته می‌توان گفت مبتلایان به اختلالات خلقی شیوه‌های حل مسئله ناپخته و هیجانی (هیجان مدار) دارند در حالی که افراد سالم شیوه‌های حل مسئله مدار دارند و به جای تصمیم‌گیری‌های هیجانی و تکانشی بر ابعاد مختلف مسئله توجه می‌کنند (وکرلی، ۲۰۰۲) در یافته‌ها اگرچه بیماران روان‌پریش نیز افت کارکرد در تمام ابعاد را نشان می‌دهند، اما تفاوت معناداری با دو گروه دیگر ندارند.

اختلالات روان‌پریشی جزء اختلالات مزمن روان‌پریشی محسوب می‌شوند که از بی‌نظمی‌های زیستی اولیه بیشتر تاثیر می‌پذیرند تا صرفاً اشکال در روابط بین فردی؛ اما در حوزه‌های مختلف فردی خانوادگی و اجتماعی اختلال ایجاد می‌کند. عملکرد خانواده دچار مشکل می‌شود، انسجام و پیوستگی و درک اعضای خانواده هایشان دچار مشکل می‌شود و خانواده‌های این دسته از بیماران در نشان دادن عواطف به یکدیگر، حل مسئله، انجام وظایف و نقش‌ها برای برآورده کردن نیازهای عاطفی و اقتصادی، ارتباطات کلامی و غیر کلامی و پاسخدهی عاطفی از توانایی کمتری برخوردارند (محسنی و همکاران، ۱۳۹۰). یافته‌ها همچنین نشان داد که در بیماران مبتلا به اختلالات شبه جسمی کنترل رفتاری،

ارتباط و پاسخدهی هیجانی بیشتر از دو گروه دیگر نارسایی دارد. در تبیین این یافته می توان گفت که در بیماران مبتلا به اختلالات شبه جسمی معمولاً مشکلات در روابط بخصوص روابط بین فردی با زبان بدن ابراز می شود و مشکلات جسمانی می شوند، و پاسخدهی هیجانی مناسب نسبت به مشکلات در خانواده وجود ندارد و روابط واضح و روشن نیستند. پژوهشی نشان داده بین عملکرد ضعیف خانواده و ابتلای فرزندان و سایر اعضای به علائم جسمی واضطراب رابطه معناداری وجود دارد (سعادت‌مند، ۱۳۷۶) در تبیین این یافته می توان گفت کارکردهای سالم خانواده می تواند به عنوان یک عامل محافظت کننده در برابر ابتلا به اختلالات روانپزشکی باشد. زمانی که کارکردهای اساسی خانواده دچار اشکال شود میزان تاب آوری فرد در برابر رخداد های ناگوار و ابتلا به بیماری های روانپزشکی کاهش یافته و احتمال بیمار شدن فرد افزایش می یابد. در نهایت سه گروه در تغییر نقش ها تفاوت معناداری نداشتند که با یافته های رضایی، صابری، شاهمرادی و خسروی (۱۳۸۳) همخوانی داشت. در تبیین این یافته می توان گفت در خانواده بیماران مبتلا به همه اختلالات روانپزشکی کارکرد ایفای نقش به خوبی اعمال نمی شود و بعد از ابتلا به بیماران پیامی مبنی بر اینکه فرد ارزشمند است و قادر است به عنوان فردی ارزشمند در خانواده ایفای نقش کند داده نمی شود.

این که کدامیک از دو متغیر نقص کارکرد خانواده و ابتلا به اختلالات روانپزشکی، علت و دیگری معلول می باشند و کدامیک مقدم و موخرند (بیماری بر نقص عملکرد یا نقص عملکرد بر بیماری) به درستی مشخص نیست زیرا نقص عملکرد خانواده و اختلالات روانپزشکی به صورت کاملاً همبسته بوده و یکدیگر را تشدید می کنند. همه این پژوهش ها دارای یک محدودیت اساسی هستند و آن اینکه پژوهش های انجام شده پس رویدادی هستند و پژوهش های طولی که نشان دهند کدام الگو ها منجر به ایجاد کدام بیماری ها می شوند، انجام نشده است. هر چند به طور کلی پژوهش های پیشین نشان داده اند خانواده های بیماران روانپزشکی از اختلال کارکرد در ابعاد مختلف زندگی خانوادگی خود رنج می برند، بیشتر پژوهش های انجام شده حول محور اعتبار سنجی مقیاس بوده و به علت وجود مقیاس های مختلف در هر پژوهش از مقیاس خاصی استفاده شده است و یا به رابطه سنجی بین مولفه های روانشناختی (نه آسیب شناسانه) و کارکرد خانواده پرداخته شده است. در پایان پیشنهاد می شود که پژوهش های طولی و بلند مدت جهت بررسی تاثیر کارکرد خانواده بر بهبود یا شدت ابتلای به اختلال در گروه های مختلف بیماران روانپزشکی و به صورت متقابل تاثیر ابتلا به اختلالات روانپزشکی بر کارکرد خانواده انجام گیرد.

**تشکر و قدردانی:** در پایان نویسندگان نهایت قدردانی را از پرسنل دلسوز بیمارستان روانپزشکی قدس سندج دارند.

## منابع

- اسلامی، رسول (۱۳۸۰). تاثیر عملکرد خانواده بر کودکان. پایان نامه کارشناسی دانشگاه تربیت معلم. پروچاسکا، جیمز و نورکراس، جان سی (۲۰۰۱). نظریه های مشاوره و روان‌درمانی. تهران: انتشارات رشد. جانانی، کاظم (۱۳۸۰). تعاملات خانوادگی و سلامت روان دانش آموزان: مطالعه ای بر دانش آموزان راهنمایی شهر بروجرد. پایان نامه کارشناسی، دانشگاه تربیت معلم.
- رضایی، امید. صابری، مهدی. شاهمرادی، حسین. ملک خسروی، غفار (۱۳۸۵). کارکرد خانواده در بیماران مبتلا به اختلال هویت جنسی، مجله توانبخشی.
- سعادت‌مند، علی (۱۳۷۶). بررسی رابطه بین کارآیی خانواده و سلامت عمومی فرزندان خانواده ها. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی. دانشگاه آزاد رودهن. ۱۱۳-۱۱۷
- محسنی، منصور. چیمه، نرگس. پناغی، لیلا. منصوری، نادر (۱۳۹۰). مقایسه کارکرد خانواده و هیجان ابراز شده در خانواده های بیماران مبتلا به آرتریت روماتیسم و بیماران اسکیزوفرن. فصلنامه خانواده پژوهی.
- موسوی، احمد (۱۳۸۰). کارکرد خانواده و سلامت روان در اعضای خانواده. مجله روانپزشکی و علوم رفتاری. سال بیستم، شماره ۲
- وحیدزاده، جمشید (۱۳۶۷). ملاحظات اساسی در روانپزشکی. تهران: انتشارات اسلامی.
- Barney, M. C. Max, J. E., (2005). The McMaster family assessment device and clinical rating scale: Questionnaire vs interview in childhood traumatic brain injury. *Journal of Brain Injury*. 19 (10), 801-809
- Brown, G. W. Birley J. L. Wing, J. K. (1972). Influence of family life on the course of schizophrenic disorders: a replication. *British Journal of Psychiatry*, 121:241-58..
- Cumsille, P. E. Epstein, N. (2002). Family cohesion, family adaptability, social support and adolescent depressive symptoms in outpatient clinic families. *Journal of Family Psychology*, 8: 202-14.
- Doane, J. A. West, K. L. Goldstein, M. J. Rudnick, E. H Jones, J. E. (1981). Parental communication deviance and affective style. Predictors of subsequent schizophrenia spectrum disorders in vulnerable adolescents. *Journal of Arch Gen Psychiatry*, 38: 679-85.
- Emanuelli, F. Ostuzzi, R. Cuzzolaro, M. Watkins, B. Lask, B. Waller, G. (2003). Family functioning in anorexia nervosa: British and Italian mothers perceptions. *Journal of Eat Behav*, 4: 27-39.
- Fornari, V. Wlodarczyk-Bisaga, K. Matthews, M. Sandberg, D. Mandel, F. S. Katz, J. L. (1999). Perception of family functioning and depressive symptomatology in individuals with anorexia nervosa or bulimia nervosa. *Journal of Compr Psychiatry*, 40: 434-41.

- Frey, J. Oppenheimer, K. (1990). Family dynamics and anxiety disorders: a clinical investigation. *Journal of Family System Med*, 1990; 8: 28-37.
- Goodyer, I. M. Herbert, J. Tamplin, A. Secher, 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 American Academic Child & Adolesc Psychiatry*, 36: 474-80.
- Hill, C. G. , Hawkins. D. , Catalano. R. F. , Abbott. R. D. , Jie Guo . (2005). Family influences on the daily smoking initiation, *Journal of adolescent health*, 37. 213-224.
- Headman. N. C. (2003), The role of family function in treatment engagement and posttreatment delinquency involvement, requirement for Degree of Doctor of philosophy, The Florida State University.
- Inzlicht, M. , Aronson, J. , Good, C. , & McKay, L. (2006). A particular resiliency to threatening environments. *Journal of Experimental Social Psychology*, 42, 323-336
- Issacson, B. (2002). Characteristics and enhancement of resiliency in young people, A Research paper for master of Science Degree with major in guidance and counseling, university of Wisconsin-stout:133-37.
- Kalil, A. (2003). Family resilience and good child outcomes. A review of the literature, *Center for research and social evaluation*, 33-5
- Kaplan s. (2007). synopsis of psychiatry: behavioral science, clinical psychiatry 9<sup>th</sup> ed. 1:25- 31
- Kashani, J. H. , Allan, W. D. , Dahlmeier J. M. , Rezvani, M. , Reid, J. C. (1995). An examination of family functioning utilizing circumplex model in psychiatrically hospitalized children with depression. *Journal of Affective Disorders*, 35: 65-73.
- Lobban, F. , Barrowclough, C. , & Jones, S(2006). Does expressed emotion need to be understood within a more systemic framework? *Journal of Society of Psychiatry and Psychiatry Epidemiology*, 41, 50-55.
- McKay, J. R. , Murphy, R. T. , Rivinus, T. R. , Maisto, S. A. (1991). Family dysfunction and alcohol and drug use in adolescent psychiatric inpatients. *Journal of American Academic Child Adolesc Psychiatry*, 30: 967-72.
- Ports, P. R. , Howl, S. C. (1992). Family functions and children post-divorce adjustment. *American Journal of Orthopsychiatry*, 62: 613-17.
- Solomon, Z. , Mikulincer, M. , Freid, B. , Wosner, Y. (1987). Family characteristics and posttraumatic stress disorder: a follow-up of Israeli combat stress reaction casualties. *Journal of Fam Process*, 26: 383-94
- Tamplin, A. , Goodyer, L. M. , Herbert, J. (1997). Family functioning and parent general health in families of adolescents with major depressive disorder. *Journal of Affective Disorders*, 48: 1-13.
- Tschann, J. M. , Kaiser, P. , Chesney, M. A. , Alkon, A. , Boyce, W. T. ( 1996). Resilience and vulnerability among preschool children: family functioning, temperament, and behavior problems. *Journal of American Academic Child Adoles Psychiatry*; 35: 184-92.

- Tugade, M. M., & Fredrickson, B. L. Resilient. (2004). Individuals use Positive Emotions to Bounce back from negative emotional experiences. *Journal of Personality and Social Psychology*, 86, 320-333
- Walsh, F., McGoldrick, M. (1987). Loss and the family life cycle. In: Falicov C, editor. Family transitions: continuity and change. New York: Guilford Press; 13-17.
- Walsh, F. (1988). New perspectives on schizophrenia and families. In: Walsh F, Anderson C, editors. Chronic disorders and the family. New York: Haworth Press; 45.
- Weckerly, j. (2002). Pediatric bipolar mood disorder, *Journal of Developmental behavior in pediatrics*, 23(1):42-56.

