

# مقایسه‌ی عملکرد خانواده در بیماران روانی با تشخیص‌های متفاوت بستری

نسرين فروزنده<sup>۱</sup>، معصومه دل آرام<sup>۲</sup>، کبری نوریان<sup>۳</sup>، فاطمه دريس<sup>۴</sup>

## مقاله پژوهشی

### چکیده

**زمینه و هدف:** عملکرد خانواده معیار پیش‌بینی-کننده مناسبی برای سلامت روانی است، لذا با توجه به اهمیت نقش خانواده این پژوهش با هدف تعیین و مقایسه عملکرد خانواده در بیماران روانی بستری در بیمارستان هاجر شهرکرد، سال ۱۳۸۸ انجام شد.

**مواد و روش‌ها:** پژوهش یک مطالعه توصیفی-تحلیلی از نوع مقطعی است، تعداد نمونه ۱۵۰ نفر از بیماران مبتلا به اختلالات اضطرابی، دوقطبی و افسردگی اساسی بستری در بخش‌های روان‌پزشکی بیمارستان هاجر بود که با روش نمونه‌گیری آسان و در دسترس و به صورت مقطعی انتخاب گردیدند، اطلاعات به وسیله پرسش‌نامه (Family Function Questionnaire یا FDA) (پرسش‌نامه عملکرد خانواده) یا از طریق مصاحبه با همراه بیمار جمع‌آوری شد. آنالیز اطلاعات از طریق نرم‌افزار spss و آمار توصیفی و استنباطی (آنالیز واریانس و کروسکال والیس) انجام گرفت.

**یافته‌ها:** یافته‌ها نشان داده است بین میانگین نمره عملکرد خانواده بیماران افسرده، دوقطبی و اختلالات اضطرابی تفاوت معنی‌داری وجود دارد که این تفاوت نمره در بیماران دوقطبی و اختلالات اضطرابی بیشتر مشهود است هم‌چنین بیشترین مشکل عملکرد خانواده در حیطه نقش‌ها، آمیزش عاطفی و کارکرد کلی بود ( $p \leq / 05$ ).

**نتیجه‌گیری:** در مجموع مطالعه حاضر بر نقش نظام خانواده در بروز بیماری‌های روانی صحنه می‌گذارد. بنابراین شناخت عوامل آسیب‌زا و تداوم‌دهنده این اختلالات، متخصصان بهداشت روان و خانواده‌ها را برای پیشگیری و درمان مؤثر و همه‌جانبه‌یاری می‌رساند. لذا آموزش خانواده‌ها در جهت بروز عملکرد مطلوب توصیه می‌شود.

**واژه‌های کلیدی:** اختلالات روان‌پزشکی، اضطراب، افسردگی، اختلالات خلقی دوقطبی، عملکرد خانواده

**ارجاع:** فروزنده نسرين، دل آرام معصومه، نوریان کبری، دريس فاطمه. سبک‌های مقایسه‌ی عملکرد خانواده در بیماران روانی با تشخیص‌های

متفاوت بستری. مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۳۹۲؛ ۱۱(۵): ۴۸۳-۴۷۴

دریافت مقاله: ۱۳۹۰/۱۱/۲۲

پذیرش مقاله: ۱۳۹۲/۰۴/۱۸

Email: nas\_for@yahoo.com

۱- مری، کارشناس ارشد روان‌پرستاری، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، شهرکرد، ایران. (نویسنده مسؤول)

۲- استادیار، کارشناس ارشد مامایی، گروه مامایی، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، شهرکرد، ایران.

۳- مری، کارشناس ارشد پرستاری، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، شهرکرد، ایران

۴- مری، کارشناس ارشد آمار حیاتی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، شهرکرد، ایران

## مقدمه

خانواده به عنوان اولین نهادی که انسان در آن متولد می‌شود و بیشترین ساعات زندگی خود را در آن می‌گذراند، تأثیرات بسیاری در روند شکل‌گیری شخصیت و رفتار انسان دارد (۱). آسیب روانی اصولاً یک مشکل درون فردی در یک عضو خانواده نیست، بلکه یک فرایند تعاملی بین اعضای خانواده است. وقتی خانواده‌ای تهدید می‌شود، می‌تواند از طریق رفتارهای روان‌پریش یا بیمارگون دیگر به سوی تعادل پیش رود (۲). ارتباط بین محیط و زمینه خانوادگی با بیماری‌های روانی مدتهاست که مورد توجه محققان و پژوهشگران است. عملکرد خانواده، توانایی خانواده در هماهنگی یا تطابق با تغییرات ایجاد شده در طول حیات، حل تضادها و تعارض‌ها، همبستگی بین اعضا و موفقیت در الگوهای انضباطی، رعایت حد و مرز بین افراد و اجرای قوانین و مقررات و اصول حاکم بر این نهاد با هدف حفاظت از کل سیستم می‌باشد (۳). تحقیقات نشان داده است عملکرد خانواده با سلامت روانی اعضا ارتباط دارد و در خانواده‌هایی که ارتباط میان اعضا و تعاملات داخل خانواده بر اساس نزدیکی و صمیمیت و تفاهم بین افراد استوار است، همه اعضا نسبتاً علیه فشارهای زندگی مقاوم و مصون هستند (۴) به علاوه عملکرد خانواده معیار پیش‌بینی‌کننده مناسبی برای سلامت روانی است (۵).

تحقیقاتی که در رابطه با عملکرد خانواده به‌خصوص در بیماران روانی صورت گرفته محدود می‌باشد، نتایج مطالعات جدید نشان داده ۸۳/۳ درصد از خانواده‌های بیماران روانی و ۴۵ درصد خانواده‌های سالم در حداقل یک حیطة عملکردی خانواده اختلال داشته‌اند و متوسط تعداد حیطة‌های مختل در خانواده‌های بیماران روانی شدیدتر از گروه کنترل بوده است (۶). زرگر در تحقیق خویش میانگین نمرات کل عملکرد خانواده افراد افسرده را بالاتر از افراد عادی گزارش نموده است یعنی، عملکرد خانواده بیماران افسرده ضعیف‌تر از گروه شاهد بوده است (۷). هم‌چنین پژوهش‌های مختلف نشان داده‌اند که عملکرد خانواده بیماران افسرده، از جنبه‌های مختلف ناپهنجاری‌هایی دارد که فرد را مستعد شروع و بروز اختلال می‌کند، سرعت بهبودی را کاهش می‌دهد و در عود

اختلال تأثیر به‌سزایی دارد (۸-۱۱). در این رابطه تحقیق سلطانی فر رابطه معنی‌دار بین نمرات افسردگی و عملکرد خانواده از نظر تعداد دعوها، جو هیجانی و عدم رضایت از زناشویی، نشان می‌دهد (۱۲). Tamplin نشان داده است سلامت روانی و عملکرد خانواده در نوجوانان افسرده ضعیف‌تر از افراد سالم است (۱۳). Ballashnv رابطه معنی‌داری بین عملکرد خانواده (به‌خصوص حیطة ارتباط و عملکرد کلی) و اختلالات اضطرابی نشان می‌دهد (۱۴). Boyer نیز نشان‌دهنده وجود بدکارکردی در خانواده‌های بیماران مبتلا به اختلالات اضطرابی است (۱۵). قلی زاده نیز نشان داده است افراد وسواسی در اغلب ابعاد مقیاس کارکرد خانواده، ضعیف‌تر از افراد سالم عمل کردند (۱۶). مطالعه‌ی Hollander نشان داده است ۷۰ درصد بیماران وسواسی در روابط خانوادگی مشکل داشته‌اند (۱۷) و Erol نیز نشان داده است کارکرد خانواده بیماران وسواسی به‌خصوص در حیطة پاسخ‌دهی عاطفی مختل می‌باشد (۱۸). تحقیقات Cecilia Sullivan , Aimee Romero, Chang , Belardinellia نشان داده است بیماران دوقطبی نیز در بسیاری از ابعاد مقیاس کارکرد خانواده ضعیف بوده‌اند (۱۹-۲۲) با وجود این‌که پژوهش‌هایی در بررسی عملکرد خانواده در بیماران روانی به صورت جداگانه صورت گرفته است، هنوز داده‌های اندکی در رابطه با مقایسه عملکرد خانواده در بیماری‌های مختلف روانی انجام شده است، از آن‌جایی که اغلب تحقیقات در جوامع غربی صورت گرفته است و ساختار خانواده در جوامع غربی متفاوت از جوامع شرقی و ایران است و با توجه به این‌که نتایج عملکرد خانواده خصوصیات سایکوپاتولوژی هر اختلال را منعکس می‌کند و عملکرد خانواده یک عامل مهم در درمان روان‌پزشکی است و مطالعات مختلف تأکید کرده‌اند مداخلاتی چون آموزش‌های روان‌شناختی و خانواده درمانی می‌توانند عملکرد خانواده را پیشرفت دهند و در نتیجه بهبود بیمار را تسهیل نموده و خطر خودکشی را کاهش دهند (۶) و از طرفی در درمان بیماران روان‌پزشکی لازم است به تفاوت‌ها و ویژگی‌های خانوادگی و بافت فرهنگی خاص آن‌ها توجه شود، این پژوهش با هدف تعیین و مقایسه عملکرد خانواده در

بیماران روانی بستری در بیمارستان هاجر شهرکرد ، سال ۱۳۸۸ انجام شد تا قدمی در جهت پیشگیری ، مراقبت و درمان بیماران روانی باشد.

#### مواد و روش‌ها

این مطالعه توصیفی- تحلیلی از نوع مقطعی است که جامعه آماری آن کلیه بیماران مبتلا به اختلالات اضطرابی ، دوقطبی و افسردگی اساسی بستری در بخش‌های روان‌پزشکی بیمارستان هاجر بود ، که در مجموع ۱۵۰ نفر از اعضای خانواده بیمارانی که شرایط ورود به مطالعه را داشتند با روش نمونه‌گیری آسان و در دسترس و به صورت مقطعی (از اردیبهشت ماه ۱۳۸۸ تا اسفند ۱۳۸۸) بررسی شدند . بیماران از نظر سن و جنس هماهنگ شدند.

جمع‌آوری داده‌ها به وسیله پرسش‌نامه متغیرها و پرسش‌نامه عملکرد خانواده (FDA) بود. این پرسش‌نامه بر اساس مدل Mac Master بوده و اولین بار در ایران توسط نجاریان در سال ۱۳۷۴ استفاده گردیده است و دارای ۶۰ سؤال می‌باشد که خرده مقیاس‌های نقش‌ها، حل مشکل، ابراز عواطف ، ارتباط ، همراهی عاطفی ، آمیزش عاطفی و کنترل رفتار را مورد بررسی قرار می‌دهد. برای به دست آوردن نمرات هفت مقیاس محاسبه می‌شود بنابراین نمرات کمتر نشانه عملکرد سالم‌تر است و بالعکس (۲۰). این تست با ضریب آلفای خرده مقیاس‌های خود از ۰/۷۲ تا ۰/۹۲ از همسانی درونی نسبتاً خوبی برخوردار است و حساسیت و ویژگی آن به ترتیب ۰/۹۱ و ۰/۹۳ گزارش شده است (۲۳-۲۵).

روش انجام کار بدین صورت بود که پس از کسب مجوز از مراکز ذی‌صلاح، پژوهشگر و همکاران به بیمارستان هاجر مراجعه نموده و بعد از توضیح کامل اهداف طرح و کسب

رضایت از پزشک معالج و خانواده بیماران بستری در بخش‌های روان‌پزشکی مردان و زنان هاجر پرسش‌نامه‌ها توسط اعضا درجه اول خانواده بیمار (پدر یا مادر و خواهر یا برادر بالغ، همسر و یا فرزندان بالغ) تکمیل گردید. معیارهای ورود به مطالعه، بالغ بودن اعضا درجه اول خانواده بیمار (پدر یا مادر، خواهر یا برادر بالغ، همسر و یا فرزندان)، داشتن حداقل سواد پنجم ابتدایی و رضایت کامل جهت شرکت در طرح و معیارهای خروج از مطالعه عدم برخورداری از سطح هوشیاری مناسب، داشتن بیماری روانی بود آنالیز اطلاعات از طریق نرم افزار SPSS و آمار توصیفی و استنباطی (آنالیز واریانس و کروسکال والیس) انجام گرفت.

#### یافته‌ها

خصوصیات دموگرافیک بیماران در جدول ۱ گنجانده شده است و تعیین و مقایسه عملکرد خانواده در بیماران جدول ۲ طراحی شده است . فوق نشان می‌دهد بین میانگین نمره عملکرد خانواده بیماران افسرده، دو قطبی و اختلالات اضطرابی تفاوت معنی‌داری وجود دارد که این تفاوت نمره در بیماران دو قطبی و اختلالات اضطرابی بیشتر مشهود است بدین صورت که در جدول بیماران واجد اختلالات اضطرابی عملکرد خانواده نسبت به بیماران دوقطبی ناسالم‌تر است و عملکرد خانواده بیماران افسرده نسبت به بیماران دوقطبی ناسالم‌تر است. همچنین بیشترین مشکل عملکرد خانواده به ترتیب در خرده مقیاس‌های همراهی عاطفی، آمیزش عاطفی، نقش‌ها، کنترل رفتار، کارکرد کلی، ارتباط و حل مشکل بوده است و در حیطه نقش‌ها ، آمیزش عاطفی و کارکرد کلی تفاوت معنی‌دار است ( $p \leq 0.05$ ).

جدول ۱. اطلاعات دموگرافیک و بالینی نمونه‌های پژوهش

P	اختلال دو قطبی	اختلال اضطرابی	اختلال افسردگی	بیماران اطلاعات دموگرافیک
N	۳۰/۱۹±۱۱/۵	۳۴/۶±۱۲/۴۹	۳۹/۷۴±۱۷/۳۶	میانگین سنی
N	۴/۲۸±۲/۴۷	۳/۰±۲/۲۱	۳/۲۳±۲/۳۴	میانگین رتبه تولد
N	۶/۱۹±۲/۴۸	۵/۰±۲/۰۵	۵/۲۴±۲/۰۳	میانگین اعضای خانواده
N	۵/۰۶±۴/۷۲	۵/۷۵±۲/۱۸	۶/۱۲±۵/۳۸	میانگین روزهای پذیرش (بر حسب روز)
N	۲۰ (۱۳/۳۳)	۲۹ (۱۹/۳۳)	۳۵ (۲۳/۳۳)	جنس مرد
N	۲۵ (۱۶/۶۶)	۲۱ (۱۴/۰۰)	۳۰ (۲۰/۰۰)	زن
N	۳۲ (۲۱/۳۳)	۳۳ (۲۲/۰۰)	۴۷ (۳۱/۳۳)	وضعیت تاهل متاهل
N	۱۳ (۸/۶۶)	۱۷ (۱۱/۳۴)	۲۸ (۱۸/۶۶)	مجرد، بیوه یا مطلقه
N	۳۰ (۲۰/۰۰)	۳۸ (۲۵/۳۳)	۵۵ (۳۶/۶۶)	میزان تحصیلات زیر دیپلم
N	۱۵ (۱۰/۰۰)	۱۲ (۸/۰۰)	۲۰ (۱۳/۳۳)	دیپلم و بالاتر

N معنی‌دار نیست .

جدول ۲. نتایج آزمون واریانس جهت مقایسه تفاوت نمرات عملکرد خانواده و حیطة‌های آن در بیماران:

P value	df	F	اختلالات دو قطبی X±SD	اختلالات اضطرابی X±SD	اختلال افسردگی X±SD	گروه‌ها حیطه‌های عملکرد خانواده
N	۲	۱/۴۷	۱/۸۹±/۴۵	۱/۹۳±/۴۳	۲/۰۵±/۳۶	حل مشکل
N	۲	۱/۱۵	۲/۲۳±/۴۰	۲/۰۸±/۴۲	۲/۲۶±/۲۸	ارتباط
*	۲	۳/۵۸	۲/۳۱±/۳۴	۲/۵۷±/۲۶	۲/۵۰±/۲۹	نقش‌ها
N	۲	۲/۲۷	۲/۳۵±/۴۸	۲/۵۵±/۳۰	۲/۵۵±/۳۱	همراهی عاطفی
*	۲	۶/۷۱	۲/۱۷±/۴۵	۲/۷۷±/۵۰	۲/۵۴±/۴۶	آمیزش عاطفی
N	۲	۲/۶۹	۲/۲۷±/۳۸	۲/۵۱±/۳۳	۲/۴۶±/۳۲	کنترل رفتار
*	۲	۴/۴۶	۲/۱۴±/۳۳	۲/۲۶±/۳۲	۲/۳۸±/۲۹	کارکرد کلی خانواده
*	۲	۴/۷۸	۲/۱۹±/۲۹	۲/۴۱±/۲۳	۲/۳۹±/۲۲	نمره کل

N معنی‌دار نیست .

\*  $p \leq / 0.05$  بالعکس است و بالعکس.

## بحث و نتیجه‌گیری

این مطالعه تفاوت معنی‌داری بین عملکرد کلی خانواده و خرده مقیاس‌های نقش‌ها، آمیزش عاطفی، و کارکرد کلی، در بیماران نشان داده است، بدین‌صورت که در بیماران افسرده و بیماران مبتلا به اختلالات اضطرابی نسبت به بیماران دو قطبی عملکرد خانواده ناسالم‌تر است، به‌طور کلی پژوهش‌های قبلی بر این امر صحت گذاشته‌اند که اختلالات اضطرابی و افسردگی با برخی از ناکارآمدی‌های خانوادگی همراه هستند (۳۱-۲۶، ۲۴) بی‌ثباتی والدین و نیز مقررات و نظم سخت و خشک از طرف آن‌ها می‌تواند بر اضطراب فرزندان تأثیر به‌سزایی داشته باشد (۳۲). به نظر می‌رسد که تأثیر خانواده بر اعضا را می‌توان بر اساس مدل استرس- آسیب‌پذیری تبیین نمود به این‌صورت که احتمالاً فرد دارای آسیب‌پذیری ارثی یا ژنتیکی است که وی را مستعد بیماری می‌نماید و در صورتی که با رخداد‌های تنش‌زایی مثل رفتارهای نامناسب والدینی، بدکارکردی‌های بین‌فردی و خانوادگی مواجه شود، مبتلا به اختلال می‌گردد (۳۳). همین‌طور در ابعاد کارکردی خانواده مشاهده شد که بیشترین مشکل عملکرد خانواده به ترتیب در خرده مقیاس‌های پاسخ‌دهی عاطفی، آمیزش عاطفی، نقش‌ها، کنترل رفتار، کارکرد کلی، ارتباط و حل مشکل بوده است، که در خرده مقیاس‌های نقش‌ها، آمیزش عاطفی، و کارکرد کلی تفاوت معنی‌دار بوده است، پاسخ‌دهی عاطفی آمادگی اعضای خانواده برای دادن پاسخ هیجانی مناسب را توصیف می‌کند و آمیختگی عاطفی به کیفیت علاقه، توجه و سرمایه‌گذاری اعضای خانواده در برابر یکدیگر اشاره می‌کند، در این بعد می‌توان به این نتیجه رسید که به‌طور مثال بیماران افسرده خود به دلیل پایین بودن خلق، گوشه‌گیری و انزوا قادر نیستند به شکل صحیحی با دیگر اعضا خانواده رابطه عاطفی و کلامی داشته باشند (۳۴) همچنین بین اعضای خانواده افراد افسرده توانایی ابراز هیجانات چه از نوع مثبت و چه منفی مختل می‌باشد، در این خانواده‌ها پاسخ‌دهی عاطفی خانواده از نظر کمی و کیفی متناسب با موقعیت نیست. مشکل در زمینه صمیمیت و نزدیکی بین اعضای خانواده ممکن است از دلایل مختل شدن کارکرد در بعد پاسخ‌دهی عاطفی باشد (۳۰). در کل خانواده

بیماران افسرده، همبستگی، نزدیکی عاطفی و انعطاف‌پذیری کمتری از خود نشان می‌دهند و نظام ارتباطی آن‌ها ضعیف‌تر و رضایت زناشویی در میان والدین پایین‌تر است (۷). یا در بیماران مبتلا به اختلالات اضطرابی خانواده از نزدیکی و حمایت عاطفی کمتری برخوردار است و تعارض یک پدیده رایج بین اعضا خانواده است. نتایج پژوهشی بر روی خانواده‌هایی که بیماران مبتلا به PTSD داشتند، سطح پایینی از پاسخ‌دهی عاطفی و انسجام و سطوح بالای تعارض را نسبت به خانواده‌های سالم نشان داد (۳۵-۳۶). همچنین خانواده بیماران وسواسی معمولاً با انتقاد کلامی با آن‌ها رفتار می‌کنند (۱۶).

مسائلی که در بعد حل مشکل می‌توان به آن اشاره کرد شامل قدرت خانواده در حل مشکلات، حمایت از یکدیگر و تدبیر راه‌هایی برای حل مشکلات می‌باشد که همه به نوعی در شکل‌گیری شخصیت و رفتارهای فرد تأثیر دارد (۳۷)، خانواده بیماران در این بعد نمی‌توانند کارایی خود را حفظ کنند و قدرت رویارویی و مقابله با بحران را ندارند (۳۸) همچنین بر اساس نظریات Lazarus افرادی که توانایی حل مشکل بهتری دارند، تطابق بهتری با مشکلات داشته و از سلامت روان بالاتری برخوردارند (۳۹). نقش‌ها به کارایی شیوه خانواده در توزیع و انجام وظایف اشاره دارد (۳۷)، در خانواده بیماران تقسیم وظایف اعضا و پی‌گیری انجام آن‌ها مختل شده است (۳۸) Richman نابسامانی‌های ساختار خانواده از جمله تضاد نقش‌ها، در هم ریختگی مرزها، اتحادها و پنهان‌کاری‌ها را به عنوان عوامل تقویت‌کننده افسردگی در معرفی می‌کند (۴۰) در اختلالات اضطرابی خانواده‌های این بیماران اغلب مجبورند با تغییر دادن کارهای شخصی و روزمره، خود را با نشانه‌های بیماری انطباق دهند گسترش این تغییرات در بین اعضای خانواده خود سبب ناکارآمدی خانواده، نگرش طرد نسبت به بیمار و افزایش بار مسؤلیت اعضای خانواده می‌شود (۴۱-۴۲).

ارتباط به تبادل مؤثر، گسترده، روشن و مستقیم اطلاعات در خانواده اشاره می‌کند (۲۳). تحقیقات نشان داده است در خانواده‌هایی که ارتباط میان اعضا خانواده بر اساس نزدیکی و صمیمیت و تفاهم بین افراد استوار است، همه اعضا نسبتاً علیه

خانواده و ابتلای فرزندان به علایم جسمی، اضطراب، اختلال خواب، افسردگی و اختلال در کارکرد اجتماعی رابطه معنی‌داری وجود دارد (۲۵).

در مجموع مطالعه حاضر بر نقش نظام خانواده در بروز بیماری‌های روانی صحنه می‌گذارد. بنابراین شناخت عوامل آسیب‌زا و تداوم دهنده این اختلالات، متخصصان بهداشت روان و خانواده‌ها را برای پیشگیری و درمان مؤثر و همه‌جانبه یاری می‌رساند.

از محدودیت‌های این پژوهش عدم مقایسه عملکرد خانواده از دیدگاه بیماران با اعضای خانواده آنان می‌باشد، لذا پیشنهاد می‌شود در مطالعات بعدی عملکرد خانواده از دیدگاه بیماران با اعضای خانواده مقایسه گردد.

#### تقدیر و تشکر

بدین‌وسیله پژوهشگران مراتب تقدیر و تشکر خویش را از معاونت پژوهشی دانشگاه، پرسنل محترم بیمارستان هاجر و خانواده‌های محترم بیماران و همه کسانی که در تکمیل این پژوهش زحمت کشیدند، اعلام می‌دارند.

فشارهای زندگی مقاوم و مصون هستند (۴). نحوی ارتباط والدین با فرزندان قوی‌ترین عامل مؤثر بر الگوی تعاملی خانواده به‌شمار می‌رود، والدینی که در ارتباطات خود متزلزل و بی‌ثباتی عاطفی دارند، رفتارهای نوروتیک و نابهنجار را در فرزندان تثبیت می‌کنند (۴۳-۴۴) همچنین فرزندان خانواده‌هایی که مهارت‌های ارتباطی رشد یافته‌تری دارند، کمتر دستخوش عواطف منفی و مشکلات رفتاری شوند (۴۲). نتایج پژوهش Amerikaner نشان داده است خانواده‌هایی که از انسجام و همبستگی بیشتر، ارتباط بهتر بین اعضای خانواده با پدر و مادر و رضایت بیشتر از وضعیت خانواده برخوردارند، اعضایشان از سلامت روان بالاتری برخوردارند (۴۵).

کنترل رفتار، استانداردها و آزادی‌های رفتار را توصیف می‌کند (۲۰). Goodyer نیز تأیید کرده است که کنترل رفتار در خانواده‌های بیماران روانی مختل است (۴۶). در تبیین نتایج می‌توان گفت با نگرش به ارتباط متقابل بین فرد و خانواده که مهم‌ترین سیستم ارتباطی اوست، کارکرد پایین خانواده با بروز و یا تشدید اختلالات روانی رابطه دارد، این مسأله همسو با بسیاری از نظریات روان‌شناختی است و جایگاه بسیار محکمی در میان پژوهش‌های انجام شده دارد. همچنین بین عملکرد ضعیف

#### References

1. Ahmadi E, Alizadeh Sheikh S. Family functioning in patients with schizophrenia. Proceeding of the 2<sup>nd</sup> National Congress on Family Pathology in Iran; 2006 April 32; Iran, Tehran; Shahid Beheshti University of Medical Sciences; 2006.
2. Norcross JC, Sayette MA, Mayne TJ. Insider's guide to graduate programs in clinical and counseling psychology. New York: Guilford; 2010 .
3. Portes PR, Howl SC, Brown JH, Eichenberger S, Mas CA. Family functions and children post divorce adjustment. Am J Orthopsychiatry. 1992; 62(4): 613-7.
4. Sharf RS. Theories of psychotherapy counseling concepts and cases. 4<sup>th</sup> ed. New York: The Guilford Press; 2008.
5. Janani K. Family interactions and students' mental health: A study on students of intermediary schools of Boroojerd city. [Thesis]. Tehran, Iran: Tarbiyat-E-Moallem University; 2000.
6. Trangkasombat U. Family functioning in the families of psychiatric patients: A comparison with nonclinical families. J Med Assoc Thai. 2006 ;89(11):1946-53 .

7. Zargar F, Ashouri A, Asgharipoor N, Aghebati A. The Comparison of family functioning in patients with major depressive disorder and Physically Ill Patients with no-Psychiatric disorder in Isfahan. *J Research Behav Sci* 2007; 5(2): 99- 106.
8. Saadatmand A. The association of family effectiveness and the children's mental health [Thesis]. Tehran, Iran: Roodehen Azad University; 1997.
9. Moosavi A. Family system functioning and mental health of the family members. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences* 2000; 6(22-23):87-96.
10. Cumsille PE, Epstein N. Family cohesion, family adaptability, social support and adolescent depressive symptoms in outpatient clinic families. *J Fam Psychol* 1994; 8(2): 202-14.
11. Tamplin A, Goodyer LM, Herbert J. Family functioning and parent general health in families of adolescents with major depressive disorder. *J Affect Disord* 1997; 48(1): 1-13.
12. Soltanifar A, Bina M. Depressive symptomatology in school children of Tehran-Iran (9-11 years old) and its relation to function of their families. *The Quarterly Journal of Fundamentals of Mental Health* 2007; 9(33-34):7-14.
13. Tamplin A. Family functioning and parent general health in families of adolescents with major depressive disorder. *J Affect Disord* 1998; 48(1): 1-13.
14. Ballash NG, Pemble MK, Usui WM, Buckley AF, Woodruff-Borden J. Family functioning, perceived control, and anxiety: A mediational model. *J Anxiety Disord.* 2006;20(4):486-97.
15. Boyer BA, Hitelman JS, Knolls ML, Kafkalas CM. Posttraumatic stress and family functioning in pediatric spinal cord injuries: Moderation or mediation? *Am J Fam Therap* 2003; 31: 23-37.
16. Gholizadeh H, Bayrami M, Farnam A, Imani M, Pirzade J. A Comparison of family functioning in obsessive-compulsive disorder patients with healthy subjects. *Urmia Medical Journal* 2010; 21(4): 354-60.
17. Hollander E, Stein DJ, Kwon JH, Rowland C, Wong CM, Broatch J, Himelein C. Psychosocial function and economic costs of obsessive-compulsive disorder. *CNS*. 1998; 3(suppl): 48-58.
18. Erol A, Yazici F, Toprak G. Family functioning of patients with an eating disorder compared with that of patients with obsessive compulsive disorder. *Compre psychiatry* 2007;48(1):47-50.
19. Chang KD, Blasey C, Ketter TA, Steiner H. Family environment of children and adolescents with bipolar parents. *Bipolar Disord* 2001; 3(2): 73-8.
20. Romero S, Delbello MP, Soutullo CA, Stanford K, Strakowski SM. Family environment in families with versus families without parental bipolar disorder: A preliminary comparison study. *Bipolar Disord* 2005; 7(6):617-22
21. Belardinelli C, Hatch JP, Olvera RL, Fonseca M, Caetano SC, Nicoletti M, et al. Family environment patterns in families with bipolar children. *J Affect Disord* 2008;107(1-3):299-305.
22. Sullivan AE, Miklowitz DJ. Family functioning among adolescents with bipolar disorder. *J Fam Psychol* 2010;24(1):60-7.

23. Zadeh Mohammadi A, Malekkhosravi G. Preliminary study of psychometric properties of family assessment device (FAD). *J Fam Study* 2006; 5: 69-89.
24. Beyrami M, Farnam A, Gholizadeh H, Imani M. Depressed Patient's Family Functioning, a Study Based on McMaster's Model . *Medical Journal of Tabriz University of Medical Sciences & Health Services* 2010;32(2): 25-9.
25. Dibaj Nia P. The study of relationship between self-concept and family assessment . *Pejouhandeh Quarterly Research Journal* 2004;9(40): 237-240
26. Black DW, Gaffney G, Schlosser S, Gabe J. The impact of obsessive compulsive disorder on the family: Preliminary findings. *J Nerv Ment Dis* 1998; 186(7): 440-2.
27. Grabe HJ, Ruhrmann S, Ettelt S, Buhtz F, Hochrein A, Schulze-Rauschenbach S, et al . Familiarity of obsessive-compulsive disorder in nonclinical and clinical subjects. *Am J Psychiatry* 2006;163(11):1986-92.
28. Hollander E, Kwon JH, Stein DJ, Broatch J, Rowland CT, Himelein CA. Obsessive-compulsive and spectrum disorders: Overview and quality of life issues. *J Clin Psychiatry* 1996; 57 (suppl 8):3-6.
29. Last CG, Hersen M, Kazdin A, Orvaschel H, Perrin S. Anxiety disorders in children and their families. *Arch Gen Psychiatry* 1991; 48(10): 928-34.
30. Heru A, Ryan C. Depressive symptoms and family functioning in the caregivers of recently hospitalized patients with chronic recurrent mood disorders. *Intal J Psy Reh.* 2002; 7: 53-60.
31. Herr NR, Hammen C, Brennan PA. Current and Past Depression as predictors of Family Functioning: A comparison of men and women in a community sample. *J Fam Psychol* 2007; 21(4): 694-702.
32. Cartwright-Hatton S, McNally D, White C. A new cognitive behavioral parenting intervention for families of young anxious children: A pilot study. *Behav Cogn Psychoth* 2005; 33(2): 243-7.
33. Gallagher B, Cartwright-Hatton S. The relationship between parenting factors and trait anxiety: Mediating role of cognitive errors and metacognition. *J Anxiety Disord* 2008; 22(4): 722-33.
34. Unger DG, Brown MB, Tressell PA, McLeod LE. Interpretable conflict and adolescent depressed mood: The role of family functioning. *Ch Psy Hum Dev* 2000; 31(1): 23-41.
35. Valleni-Basile LA, Garrison CZ, Jackson KL, Waller JL, McKeown RE, Addy CL, et al. Family and psychosocial predictors of obsessive compulsive disorder in a community sample of young adolescents. *J Child Fam Stud* 1995; 4(2): 193-206.
36. Livingston-Van Noppen B, Rasmussen S, Eisen J, McCartney L. Family function and treatment in obsessive-compulsive disorder. In: Henike M, Baer L, Minchiello W, Editors. *Obsessive compulsive disorders: theory and management.* 2<sup>nd</sup> ed. Chicago: Year Book Medical Publishers; 1990:325-40.
37. Miller IW, Ryan CE, Kietner GI, Bishop DS, Epstein NB. The McMaster approach to families: Theory, assessment, treatment and research. *J Fam Ther* 2000; 22(2): 168-89.



38. Abbasi M , Dehghani M, Yazdkhasti H, Mansouri N. Family Functioning in the Families of Patients with anxiety and depressive disorders: A Comparison with General Population Families. *Journal of Family Research* 2009 ;5(3);361-70.
39. Lazarus Richard S. Vexing Research Problems Inherent in Cognitive-Meditational Theories of Emotion- And Some Solutions .*Psychological Inquiry* 1995;6(3):186-93.
40. Richman J. The family therapy of attempted suicide. *Fam process* 1979; 18(2): 131-42.
41. - Calvocoressi L, Lewis B, Harris M, Trufan SJ. Family accommodation in obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 1995; 152(3): 441-3.
42. Magliano L, Tosini P, Guarneri M, Marasco C, Catapano F. Burden on the families of patients with obsessive compulsive disorder:A pilot study. *Eur Psychiatry* 1996; 11(4): 192-7.
43. Alizadeh HM , Andreis C .Interaction of parenting styles and attention deficit hyperactivity disorder in Iranian parents . *J Child Fam Behav Ther* 2002 ;24(3):37-52.
44. Mccarty CA, Lau AS , Valeri SM . Parent – child interaction of relation to critical and emotionally over involved expressed emotion : Is EE a proxy for behavior ? *J Abnorm Child Psychol* 2004 ; 32:83-93.
45. Amerikaner M, Monks CG, Wolfe P, Thomas S. Family interaction and individual psychological health. *Journal of Counseling & Development* 1994;72 (6):614-20.
46. Goodyer IM, Herbert J, Tamplin A, Secher SM, Pearson J. Short-term outcome of major depression: II. Life events, family dysfunction, and friendship difficulties as predictors of persistent disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997;36(4):474-80.

## Comparison of family function in the families of psychiatric patients with difference diagnosis

Nasrin Foruzandeh<sup>1</sup>, Aliakbar Soleimani<sup>2</sup>, Cobra Noorian<sup>3</sup>, Fatemeh Deris<sup>4</sup>

### Original Article

#### Abstract

**Aim and Background:** The family functioning is a suitable anticipant scale for mental health therefore; the goal of the current study was to compare family functioning of psychiatric disorders.

**Methods and Materials:** This study was an analytical descriptive and cross-sectional study that performed on 150 patients with anxiety disorders, depressive disorders and bipolar disorders schizophrenia. The data was collected through interview by researcher, using the FDA (Family Function Questionnaire). The data assessed using by SPSS software using descriptive statistics and ANOVA analysis and Kruskal-Wallis.

**Findings:** There was significant difference between the mean score of family functioning of patients with anxiety disorders, depressive disorders and bipolar disorders. Also the most difficult area of family functioning was on roles, involvement emotional and overall function ( $p \leq 0.05$ ).

**Conclusions:** In the present study, the incidence of the family system confirms on mental illness so evaluation of family functioning can help psychiatrists, mental health authorities and families in achieving a more comprehensive approach toward the management of the disorder.

**Keywords:** Anxiety, Bipolar Mood Disorder, Depression, Family Functioning, Psychiatric Disorders.

**Citation:** Foruzandeh N, Soleimani A, Noorian C, Deris F. **Comparison of family function in the families of psychiatric patients with difference diagnosis** J Res Behave Sci 2014; 11(5):474-483

Received: 11.02.2012

Accepted: 09.07.2013

1-MSc, Lecturer, Department of Psychiatric Nursing, School of Nursing and Midwifery, Shahrekord University of Medical Sciences, Shahrekord Iran (Corresponding Author) Email: nas\_for@yahoo.com

2-MSc, Assistant Professor, Department of Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Shahrekord University of Medical Sciences Shahrekord, Iran

3-MSc, Department of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Shahrekord University of Medical Sciences, Shahrekord Iran.

4-MSc, Department of Statistics and Epidemiology, School of Medicine, Shahrekord University of Medical Sciences, Shahrekord, Iran.