مقایسه عملکرد خانواده بیماران مبتلا به اختلال افسردگی عمده با بیماران بدون اختلالات روانپزشکی در شهر اصفهان

فاطمه زرگر*، احمد عاشوری، نگار اصغری‌پور، اسما عاقبتی

چکیده

مقدمه: آسیب روانی یک عضو خانواده، یک مشکل درون فردی نیست بلکه یک فرایند تعاملی بین اعضای خانواده است. این تحقیق با هدف بررسی و مقایسه عملکرد خانواده در بیماران افسرده عمده با بیماران دارای مشکلات جسمانی و بدون اختلالات روانپزشکی شهر اصفهان اجرا شد.

روش‌ها: در این پژوهش توصیفی- تحلیلی، از کلینیکهای روان‌درمانی سطح شهر اصفهان، سه کلینیک بطور تصادفی انتخاب گردید و ازکلیه بیماران مبتلا به اختلال افسردگی عمده که طی سالهای ۱۳۸۴ تا ۸۵ به این کلینیکها مراجعه نموده بودند، بطور تصادفی، ۳۰ بیمار، و همچنین ۳۰ نفر به عنوان افراد گروه شاهد از میان مراجعه‌کنندگان بخش‌های غیر روانپزشکی مرکز پزشکی الزهراء (س) شهر اصفهان انتخاب شدند و پرسشنامه عملکرد خانواده بلوم در مورد آنها اجرا گردید و نمرات دو گروه با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس و تحلیل واریانس چند راهه مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: میانگین نمرات مقیاسهای جامعه‌پذیری، پیوستگی و آرمان خانواده در گروه افسرده از میانگین نمرات گروه کنترل بیشتر بود. با توجه به اینکه مقیاس عملکرد خانواده بطور معکوس نمره‌گذاری می‌گردد، این نتایج نشان می‌دهد میزان جامعه‌پذیری، پیوستگی و میزان مباهات افراد افسرده به خانواده خود، پایین‌تر از گروه گواه است. میانگین نمرات کل عملکرد خانواده افراد افسرده بالاتر از افراد عادی بود، یعنی، عملکرد خانواده بیماران افسرده ضعیف‌تر از گروه شاهد است. میانگین نمرات دو گروه در سایر ابعاد تفاوت معنی‌داری نداشت.

نتیجه‌گیری: بر مبنای نمرات آزمون عملکرد خانواده از جمله عوامل پیش‌بینی‌کننده‌های افسردگی می‌تواند میزان جامعه‌پذیری، پیوستگی و آرمان خانواده می‌باشد. با بررسی عملکرد خانواده، به عنوان یکی از عوامل مهم تأثیرگذار بر شروع و تداوم اختلال افسردگی می‌توان متخصصین بهداشت روان، درمانگران و خانواده‌ها را برای درمان همه جانبه این اختلال یاری رساند.

کلیدواژه‌ها: عملکرد خانواده، اختلال افسردگی عمده، پرسشنامه عملکرد خانواده، بیمار جسمی.

مقدمه

افراد بطور معمول طیف وسیعی از حالات خلقی را تجربه کرده و می‌توانند بر این حالات کمابیش مسلط باشند. در اختلالات خلقی، آن احساس تسلط از بین رفته و فرد رنج و عذابی عظیم را تجربه می‌کند. یکی از اختلالات خلقی در DSM-IV-TR، اختلال افسردگی عمده است. این اختلال، اختلال شایعی است که شیوع مادام‌العمرش حدود ۱۵ درصد و در زنان حدود ۲۵ درصد است(۱). از شاخصهای روانی- اجتماعی، سیر مطلوب اختلال افسردگی، سابقه روابط دوستانه محکم در دوران نوجوانی، باثبات بودن کارکرد خانوادگی و اجتماعی فرد در عرض ۵ سال پیش از بیماری است(۱).

بسیاری از نظریه‌پردازان از جمله فروید، آدلر و سالیوان، رشد شخصیت فرد را در دوران کودکی می‌دانند که عمیق‌ترین پیوندهای خانوادگی در این سنین شکل می‌گیرد(۲). عملکرد خانواده، توانایی خانواده در هماهنگی یا تطابق با تغییرات ایجاد شده در طول حیات، حل تضادها و

آدرس مکاتبه: فاطمه زرگر (دانشجوی دکترا روانشناسی بالینی)، انستیتو روانپزشکی تهران، خیابان نیایش، پل ستارخان، تهران.
fatemehzargar@gmail.com
احمد عاشوری، نگار اصغری‌پور و اسما عاقبتی، کارشناس ارشد روانشناسی بالینی
اعلام وصول: ۸۶/۹/۲، اصلاح نهایی: ۸۶/۱۰/۲ و پذیرش: ۸۶/۱۰/۱۵

www.mui.ac.ir
[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-25]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1386.5.2.5.6]

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 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).

عملکرد خانواده با سلامت روانی اعضا ارتباط دارد و ابعاد همبستگی، آرمان خانواده و ابراز وجود پیش‌بینی‌کننده مناسبی برای سلامت روانی است(۵). 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(۶).

در چندین مقاله نظری و تعداد زیادی گزارش موردی، به ارتباط کارکرد خانواده با شروع و سیر اختلالات خلقی پرداخته شده است. شدت آسیب روانی خانواده ممکن است بر سرعت بهبود، بازگشت علایم و سازگاری بیمار پس از بهبودی اثر بگذارد(۱). بین عملکرد ضعیف خانواده و ابتلای فرزندان به علایم جسمی، اضطراب، اختلال خواب، افسردگی و اختلال در کارکرد اجتماعی رابطه معناداری وجود دارد(۷). نظام خانواده در بیماران افسرده، در ابعاد گوناگون دچار کژکاری است. 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(۹،۸).

تعارضات زناشویی، تعارضات و عدم پیوستگی فرزندان با پدر رابطه معنی‌داری با افسردگی نوجوانان دارد ولی توانایی ابراز وجود در چارچوب خانواده رابطه معناداری با افسردگی ندارد(۱۰). همچنین عملکرد خانواده در زنان نسبت به مردان، رابطه قوی‌تری با افسردگی دارد. قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده علایم افسردگی در نوجوانان، سطح رضایت آنان از پیوستگی و انطباق‌پذیری خانوادگی می‌باشد(۹). در کودکان نیز افسردگی با پیوستگی کم، گسستگی و جدایی عاطفی اعضای خانواده و فقدان صمیمیت، انطباق‌پذیری اعضای خانواده و سطح پایین رضایت و خشنودی خانوادگی رابطه معنی‌داری دارد(۱۱).

افراد افسرده، از نظام خانوادگی خود تا حد زیادی ناراضی‌اند. مقایسه بیماران افسرده و مضطرب نشان می‌دهد که بیماران افسرده نسبت به بیماران مضطرب، احساس افتخار و غرور کمتری از بودن در خانواده‌هایشان دارند(۱۲). سبک تربیتی خانواده نیز می‌تواند در بروز افسردگی مؤثر باشد. برنامه‌های تربیتی تنبیهی و خصمانه-دوری‌گزین میانجی روابط خشن زناشویی، اضطراب و افسردگی در فرزندان و سیر و پیش‌آگهی نامناسب این اختلالات است(۱۴،۱۳).

راتر نیز نقش سختگیری تربیتی بیش از حد را در بروز افسردگی و کاهش عزت نفس فرزندان متذکر شده است. از دیگر عوامل مؤثر در بروز افسردگی، سبک اسناددهی افراد است(۱). افراد دارای منبع کنترل درونی، با احتمال کمتری مشکلات هیجانی دارند. آنها با ناراحتی روانی بهتر کنار می‌آیند، کمتر دچار اضطراب و افسردگی می‌شوند و با احتمال کمتری دست به خودکشی می‌زنند(۱۵).

نه تنها نظام درونی خانواده بیماران افسرده، بلکه شبکه روابط اجتماعی آنان، ضعیف است. بیماران افسرده سطوح پایین‌تر رضایت از شبکه اجتماعی‌شان را گزارش کرده‌اند(۱۲). در مطالعه‌ای ۱۰ ساله روی ۳۱۳ بیمار افسرده، فقدان منابع مشارکت اجتماعی خانواده به عنوان یکی از علل پیدایش افسردگی ذکر شده است(۱۶). فرانکس نشان داده که حمایت اجتماعی ضعیف، ابراز هیجان، انتقاد، درگیری‌های عاطفی شدید و حوادث منفی زندگی با بروز افسردگی، رابطه معناداری دارند(۱۷). یکی از ابعاد مشارکت اجتماعی، فعالیتهای مذهبی گروهی، مانند رفتن به کلیسا، است که خانواده بیماران افسرده، در این بعد، عملکرد ضعیف‌تری نسبت به افراد عادی از خود نشان می‌دهند(۱۸). مادران مذهبی‌تر، عزت نفس، علایق ذهنی و آموزشی بالاتری نسبت به دیگر مادران داشته و افسردگی و بدرفتاری کمتری با فرزندانشان نشان می‌دهند(۱۹). در نهایت، خانواده بیماران افسرده نسبت به افراد عادی، عملکرد ضعیف‌تر دارند(۲۰،۹). بطور کلی،

www.mui.ac.ir

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-25]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1386.5.2.5.6]

پژوهش‌های مختلف نشان داده‌اند که عملکرد خانواده بیماران افسرده، از جنبه‌های مختلف نابهنجاریهایی دارد که فرد را مستعد شروع و بروز اختلال می‌کند، سرعت بهبودی وی را کاهش می‌دهد و در عود اختلال تأثیر بسزایی دارد.

هدف اصلی این پژوهش، بررسی عملکرد خانواده در بیماران افسرده و مقایسه آن با عملکرد افراد بدون اختلال روانپزشکی بود.

روش‌ها

در این پژوهش توصیفی- تحلیلی که به صورت مورد- شاهد اجرا شد، جامعه آماری را کلیه بیماران مبتلا به اختلال افسردگی عمده که طی سالهای ۱۳۸۴ تا ۸۵ به کلینیکهای روان‌درمانی بنیاد شهید شهر اصفهان مراجعه نموده بودند و کلیه افراد دارای بیماری جسمی (پزشکی) بدون اختلال افسردگی شهر اصفهان بودند.

در این تحقیق از روش نمونه‌گیری تصادفی ساده استفاده شد. از کلینیکهای روان‌درمانی وابسته به بنیاد شهید شهر اصفهان، سه کلینیک بطور تصادفی انتخاب شدند و از بین بیماران مراجعه‌کننده به این کلینیکها ۳۰ بیمار مبتلا به اختلال افسردگی عمده تیپیک (بدون علایم سایکوتیک و یا علایم آتیپیک) که مرحله حاد بیماری را طی کرده و در مرحله پیگیری دارویی و روان‌درمانی بودند، بطور تصادفی انتخاب شدند و پرسشنامه عملکرد خانواده در مورد آنها اجرا گردید. همچنین گروه شاهد شامل ۳۰ نفر از مراجعه‌کنندگان بخش‌های غیر روانپزشکی مرکز پزشکی الزهراء (س) شهر اصفهان بودند که دارای تشخیص اختلال افسردگی نبودند. عدم ابتلای گروه شاهد به اختلال افسردگی با استفاده از تست افسردگی بک (BDI-II) سنجیده شد.

ابزار اندازه‌گیری

مقیاس عملکرد خانواده: این مقیاس توسط برنارد بلوم برای ارزیابی عملکرد نظام درونی خانواده تهیه و تدوین شد(۲۱). این آزمون دارای ۷۵ سؤال و عبارت توصیفی درباره ویژگیهای خانواده است که بلوم آنها را ضمن انجام تحلیل عاملی در پانزده حیطه که بطور معنی‌داری مستقل از هم بودند، طبقه‌بندی نمود. این ابعاد شامل: همبستگی (انسجام)، ابراز و بیان خود در نظام خانواده، تعارض، گرایش‌های فکری- فرهنگی، گرایش‌های تفریحی- فعال، تقید مذهبی، سازمان‌دهی و میزان انضباط شخصی و خانوادگی، جامعه‌پذیری خانواده، منبع کنترل بیرونی، آرمان خانواده، گسستگی، سبک خانواده آزادمنش، سبک خانواده بی‌قید و بند، سبک خانواده مستبد و بهم‌تنیدگی و فقدان استقلال اعضا است. این آزمون یک ابزار خود توصیفی به شمار می‌رود که باید توسط آزمودنی با انتخاب یکی از چهار گزینه: همیشه، معمولاً، گاهی اوقات یا هرگز پاسخ داده شود که به ترتیب نمره چهار، سه، دو و یک دریافت می‌نماید و بدین ترتیب، دارای یک نمره کل از ۷۵ تا ۳۰۰ بوده و هر یک از پانزده بعد آن نیز نمره‌ای با دامنه ۵ تا ۲۰ دریافت می‌کند. در این آزمون ۳۴ ماده آن به صورت معکوس و مابقی به صورت مستقیم نمره‌گذاری می‌شود. ماده‌های مربوط به هر زیرمقیاس، پشت سر هم آورده شده، یعنی پنج ماده اول مربوط به همبستگی، پنج ماده دوم مربوط به خودبیانگری و... می‌باشد. بطور کلی، نمره بالا در هر یک از ابعاد پانزده‌گانه این آزمون، نشان‌دهنده عملکرد نامناسب خانواده در آن بعد است.

در بررسی پایایی آزمون نجمی با روش دو نیمه کردن، آلفای کرونباخ را برای نیمه اول ۰/۸۰، نیمه دوم ۰/۷۶ و کل مقیاس ۰/۸۶ گزارش کرده است. اسلامی برای کل مقیاس، ضریب آلفای ۰/۸۷ را به دست آورده است(۴،۲۲). همچنین شریفی(۲۳) ضریب آلفای کرونباخ کل مقیاس را در گروه‌های پسران، دختران و کل نمونه به ترتیب ۰/۸۷، ۰/۸۹ و ۰/۸۷ گزارش کرده است. روایی محتوای (صوری) آزمون با نظر گروهی از صاحب‌نظران و مشاوران خانواده بویژه دکتر ثنایی مورد تأیید قرار گرفته است(۲۲).

پرسشنامه افسردگی بک: برای سنجش وجود افسردگی آزمودنی‌های گروه کنترل (مبتلا به بیماری جسمی) از پرسشنامه بک استفاده شد. پرسشنامه افسردگی بک برای نخستین بار در سال۱۹۶۱ معرفی شد و بعدها در سال ۱۹۷۱ مورد تجدید نظر قرار گرفت و در ۱۹۷۸ انتشار یافت. ماده‌های موجود روی هم رفته ۲۱ نشانه را می‌سنجند که از پاسخ‌دهندگان خواسته می‌شود که شدت این نشانه‌ها را روی یک مقیاس از صفر تا سه درجه‌بندی کنند. یک تحلیل سطح بالا از کوشش‌های مختلف برای تعیین همسانی درونی نشان داده که ضرایب به دست ۰/۷۳ تا ۰/۹۲ با میانگین ۰/۸۶ است(۲۴).

در ایران نیز اخیراً گودرزی، در گروهی از دانشجویان دانشگاه شیراز ضریب همسانی درونی بالایی (۰/۹۱) را برای این پرسشنامه گزارش کرده و روایی آن را از طریق محاسبه ضریب همبستگی آن با فرم ۱۳ سؤالی آزمون مورد بررسی و تأیید قرار داده است(۲۵).

www.mui.ac.ir

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-25]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1386.5.2.5.6]

پس از انتخاب تصادفی دو گروه مبتلا به اختلال افسردگی عمده و فاقد اختلال روانپزشکی، پرسشنامه عملکرد خانواده بر روی آنان اجرا گردید. و در نهایت، نمرات دو گروه با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس و تحلیل واریانس چند راهه مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

در این پژوهش، متغیرهای جنس، تحصیلات و سن آزمودنی به عنوان متغیرهای کنترل در نظر گرفته شدند و اثر آنها بر متغیرهای وابسته (ابعاد پانزده‌گانه آزمون عملکرد خانواده) مهار گردید.

جدول یک، میانگین و انحراف معیار نمرات آزمودنی های دو گروه افسرده و گواه را در ابعاد پانزده‌گانه آزمون عملکرد خانواده و نمره کل آنان را نشان می دهد.

جدول۱: میانگین و انحراف معیار نمرات آزمودنی‌ها در ابعاد پانزده‌گانه آزمون عملکرد خانواده, به تفکیک گروه

متغیر	اختلال افسردگی	گروه شاهد
پیوستگی	۱۲/۶۳±۲/۹۹	۹/۲۳±۲/۴۷
بیانگری	۱۰/۴۰±۳/۲۱	۹/۶۰±۲/۵۴
تعارض	۹/۹۰±۲/۰۵	۱۰/۲۳±۲/۲۳
گرایش فکری-فرهنگی	۱۲/۶۶±۲/۳۲	۱۱/۶۰±۲/۱۴
گرایش تفریحی- فعال	۱۲/۵۳±۲/۴۴	۱۲/۰۰±۲/۰۸
تقید مذهبی	۸/۰۳±۲/۶۳	۷/۹۳±۲/۲۷
سازمان‌دهی	۹/۴۰±۲/۷۶	۸/۶۶±۲/۴۹
جامعه پذیری	۱۱/۲۶±۲/۹۴	۹/۰۰±۲/۶۱
منبع کنترل بیرونی	۱۲/۲۶۶±۳/۷۲	۱۰/۱۳۳±۲/۵۲
آرمان خانواده	۱۱/۱۰±۳/۷۷	۱۰/۱۳±۲/۵۲
گسستگی	۱۰/۸۶±۲/۹۹	۱۰/۴۶±۲/۲۷
سبک آزادمنش	۱۰/۳۰±۲/۷۱	۱۰/۲۶±۲/۶۱
سبک بی‌قیدو بند	۱۱/۱۶±۲/۷۳	۱۰/۲۰±۲/۸۲
سبک مستبد	۱۰/۴۶±۲/۴۵	۹/۹۰±۲/۰۷
بهم تنیدگی	۲۱/۱۶±۲/۸۰	۱۱/۸۳±۲/۹۸
نمره کل	۱۶۵/۲۰±۳۳/۷۸	۱۵۲/۵۶±۱۷/۰۷

همان گونه که جدول یک نشان می‌دهد میانگین نمرات گروه افسرده نسبت به گروه گواه در ابعاد پیوستگی، آرمان خانواده و جامعه‌پذیری بالاتر است که این نشان‌دهنده عملکرد ضعیف‌تر خانواده‌های افسرده در این ابعاد است. علاوه برآن، عملکرد کلی خانواده‌های افسرده ضعیف‌تر از گروه شاهد است.

به منظور مقایسه دو گروه از تحلیل واریانس چند متغیری (مانوا) استفاده شد. متغیرهای مستقل، شامل عضویت گروهی در دو سطح اختلال افسردگی عمده و گروه شاهد بود. متغیرهای وابسته شامل نمرات آزمودنی‌ها در ابعاد پانزده‌گانه آزمون عملکرد خانواده بود.

انجام آزمون واریانس چندمتغیری (مانوا) مستلزم رعایت پیش‌فرض تساوی کوواریانس‌ها و واریانس‌های متغیرهای وابسته می‌باشد. با توجه به مساوی بودن نمونه‌ها در دو گروه، رعایت این پیش‌فرض ضرورتی ندارند(۲۴).

جدول دو، نتایج میزان رابطه متغیرهای جنس، تحصیلات، سن و عضویت گروهی آزمودنی‌ها را با میانگین نمرات آنان در ۱۵ بعد آزمون عملکرد خانواده نشان می‌دهد.

جدول۲: نتایج تحلیل کواریانس نمرات عملکرد خانواده در مقیاسهای پانزده‌گانه دو گروه افسرده و شاهد.

متغیر	F	P	مجذور اتا	توان آماری
جنسیت	۱/۰۵۳	۰/۴۲۷	۰/۲۹۶	۰/۵۶۶
تحصیلات	۱/۴۵۷	۰/۱۶۵	۰/۳۶۸	۰/۷۴۶
سن	۱/۰۷۵	۰/۴۰۸	۰/۳۰۱	۰/۵۷۷
عضویت گروهی	۲/۵۳۲	۰/۰۰۹	۰/۵۰۳	۰/۹۶۲

همان طور که در جدول دو مشاهده می‌شود، تأثیر متغیرهای جنس، تحصیلات و سن آزمودنی‌ها بر میانگین نمرات آنان در ۱۵ بعد آزمون عملکرد خانواده معنی‌دار نمی‌باشد، اما تأثیر متغیر عضویت گروهی معنادار است ($P<۰/۰۵$). بطور کلی، ۵۰ درصد تفاوتهای دو گروه در ابعاد پانزده‌گانه آزمون عملکرد خانواده، مربوط به عضویت گروهی است. توان آماری تأثیر عضویت گروهی و تعامل عضویت گروهی، برابر ۰/۹۶۲ می‌باشد. یعنی، امکان وقوع خطای نوع دوم وجود نداشته است.

نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری، پس از مهار متغیرهای همگام جنس، تحصیلات و سن آزمودنی‌ها، در جدول

www.mui.ac.ir

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-25]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1386.5.2.5.6]

جدول ۳: نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری تأثیر عضویت گروهی بر نمرات عملکرد خانواده در مقیاسهای پانزده‌گانه دو گروه افسرده و شاهد

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	F	P	مجذور اتا	توان آماری
پیوستگی	۳۷/۴۷۸	۱	۷/۹۹۰	۰/۰۰۰	۰/۲۹۷	۰/۹۷
بیانگری	۴/۶۱۹	۱	۰/۵۷۶	۰/۴۵۱	۰/۰۱	۰/۱۴
تعارض	۲/۳۵۸	۱	۰/۴۹۰	۰/۴۸۷	۰/۰۰۹	۰/۱۰۵
گرایش فکری- فرهنگی	۱۹/۹۶۴	۱	۳/۵۲۰	۰/۰۶۶	۰/۰۶	۰/۳۹۷
گرایش تفریحی- فعال	۵/۸۸۲	۱	۱/۰۹۵	۰/۳۰۰	۰/۰۲	۰/۱۳۳
تقید مذهبی	۱/۰۳۸	۱	۰/۰۰۰	۰/۹۹	۰/۰۰۰	۰/۱۳۴
سازمان‌دهی	۳/۲۹۹	۱	۰/۴۹۹	۰/۴۱۳	۰/۰۰۹	۰/۵۰۵
جامعه‌پذیری	۳۸/۲۶۶	۱	۵/۱۸۳	۰/۰۲۷	۰/۱۴۲	۰/۸۹۲
منبع کنترل بیرونی	۱۳/۹۹۶	۱	۲/۲۳۷	۰/۱۴	۰/۰۳۹	۰/۶۵
آرمان خانواده	۳۴/۲۳۴	۱	۷/۵۴۱	۰/۰۰۸	۰/۱۵۱	۰/۸۷
گسستگی	۱/۵۲۵	۱	۰/۲۰۶	۰/۶۵۱	۰/۰۰۴	۰/۵۸
سبک آزادمنش	۵/۸۲۰	۱	۰/۰۰۸	۰/۹۲۸	۰/۰۰۰	۰/۲۶۲
سبک بی‌قیدو بند	۵/۸۳۳	۱	۰/۷۸۴	۰/۳۰	۰/۰۱۲	۰/۴۹۶
سبک مستبد	۲/۰۱۰	۱	۰/۳۸۵	۰/۵۳	۰/۰۰۷	۰/۲۵۵
بهم تنیدگی	۰/۳۶۶	۱	۰/۴۴۰	۰/۳۵	۰/۰۰۱	۰/۲۹۲
نمره کل	۸۴۰/۹۶۴	۱	۳/۲۶۸	۰/۰۴	۰/۱۱۲	۰/۸۲

سه ارائه شده است و به بررسی میزان تأثیر متغیر عضویت گروهی بر ابعادآزمون عملکرد خانواده پرداخته است.

همان طور که در جدول سه مشاهده می‌گردد، تفاوت میانگینهای دو گروه در ابعاد پیوستگی، آرمان خانواده و جامعه‌پذیری و نمره کل معنادار می‌باشد($P<۰/۰۵$).

کمترین میزان تأثیر عضویت گروهی بر ابعاد پانزده-گانه آزمون عملکرد خانواده، در ابعاد تقید مذهبی و سبک آزاد منش (۰/۰۰۰) و سبک بی‌قید و بند و بهم تنیدگی (به ترتیب با میزان ۰/۰۰۱ و ۰/۰۰۷) و بیشترین میزان تأثیر این متغیر، در ابعاد پیوستگی، آرمان خانواده و جامعه-پذیری (به ترتیب با میزان ۰/۲۹۷، ۰/۱۵۱ و ۰/۱۴۲) بود. در واقع ۲۹ درصد تفاوتهای فردی در بعد پیوستگی، ۱۵ درصد تفاوتهای فردی در بعد آرمان خانواده و ۱۴ درصد تفاوتهای فردی در بعد جامعه‌پذیری مربوط به عضویت گروهی است. توان آماری ۸۲ تا ۹۷ درصد است و نشان دهنده آن است که احتمال کمی وجود داشته که تأثیر به دست آمده ناشی از خطای نمونه‌گیری باشد.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف این پژوهش، بررسی و مقایسه ابعاد مختلف عملکرد خانواده در بیماران افسرده با بیماران بدون اختلالات روانپزشکی بود. نگاهی به میانگین نمرات دو گروه و مقایسه آنها در ابعاد پیوستگی، آرمان خانواه و جامعه-پذیری نشان می‌دهد که این ابعاد تفاوت معنی‌داری دارند بطوری که نمرات پیوستگی، آرمان خانواده و جامعه-پذیری در گروه افسرده بالاتر ازکنترل بود. به عبارتی، عملکرد خانواده بیماران افسرده در این ابعاد ضعیف‌تر از افراد فاقد اختلال روانپزشکی بوده است. می‌توان نتیجه گرفت که این ابعاد به نوعی با سلامت روان و یا حداقل دوری از اختلالاتی چون افسردگی ارتباط دارد. این نتیجه-گیری با پژوهش جنانی که ابعاد پیوستگی، آرمان خانواده

www.mui.ac.ir
[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-25]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1386.5.2.5.6]

و بیانگری را پیش‌بینی‌کننده سلامت روان دانسته(۵)، تا حدی زیادی همخوانی دارد.

از جمع‌بندی نتایج تحقیق حاضر و تحقیقات پیشین صورت گرفته(۸-۱۱) استنباط می‌گردد که مؤثرترین بعد عملکرد خانواده در پیدایش افسردگی، میزان پیوستگی اعضای خانواده است. از دیگر نتایج تحقیق این بود که جامعه‌پذیری افراد افسرده کمتر از گروه گواه است که با پژوهش‌های دیگر که رضایت پایین بیماران افسرده را از روابط اجتماعی متذکر شده بودند(۱۹،۱۷،۱۶،۱۲) هماهنگی دارد.

بُعد آرمان خانواده که میزان فخر و مباهات فرد به خانواده و تصور وی از خانواده‌اش را ارزیابی می‌کند، در گروه افسرده پایین‌تر از گروه شاهد بود. این نتیجه با یافته‌های دیگر(۱۲) هماهنگی دارد. تحقیق حاضر نشان داد که عملکرد کلی خانواده در گروه افسرده ضعیف‌تر از گروه شاهد است. این یافته با نتایج تحقیقات دیگر(۷-۲۰،۹) مطابقت دارد.

در این تحقیق، دیگر ابعاد عملکرد خانواده با میزان افسردگی در دو گروه افسرده وشاهد رابطه معنی‌داری نداشت. از جمله بعد ابراز وجود، یعنی، توانایی فرد در ابراز آزادانه و باز احساسات، افکار و علایق خود در چارچوب خانواده. این یافته با یافته دیگران(۱۰) همخوانی دارد.

در این پژوهش، سبک تربیتی خانواده، رابطه معناداری با بروز افسردگی نداشت. تحقیقات نشان داده‌اند که سبک تربیتی که بیشترین رابطه را با بروز افسردگی دارد، تربیت خشونت‌آمیز و خصمانه است(۱۴،۱۳،۱). اما در پرسشنامه عملکرد خانواده بلوم، سبک تربیتی خشونت-آمیز را مورد سنجش قرار نمی‌دهد و سه سبک تربیتی آن (آزادمنش، بی‌قید و بند و مستبد) به بررسی رعایت و سلسله مراتب اجرای مقررات خانواده می‌پردازد.

تقید مذهبی نیز رابطه معناداری با بروز افسردگی نداشت. این یافته با نتایج تحقیقاتی که تأثیر فعالیتهای مذهبی را بر بروز افسردگی متذکر شده‌اند(۱۹،۱۸)، همخوانی ندارد. فعالیتهای مذهبی دارای دو بعد درونی و بیرونی هستند. بعد درونی مذهب به عقاید قلبی فرد اشاره دارد و بعد بیرونی آن فعالیتهای اجتماعی و ظاهری مذهبی مانند مسجد یا کلیسا رفتن را شامل می‌شود. اکثر تحقیقاتی که نقش مذهب را مورد بررسی قرار داده‌اند، بعد بیرونی مذهب را بررسی کرده‌اند. علاوه بر آن، مذهب در جوامع مختلف نفوذی متفاوت دارد. در جامعه‌ای مانند جامعه ما که مذهب نفوذ عمیقی دارد و فعالیتهای مذهبی محدود به زمان و مکان خاصی نمی‌گردد، یافتن تفاوتهای فاحش و معنادار بین گروه‌های مختلف نسبتاً مشکل است.

تقریباً هیچ یک از تحقیقات، سازمان‌دهی متفاوتی را در خانواده بیماران افسرده نسبت به گروه گواه متذکر نشده‌اند و در پژوهش حاضر نیز چنین رابطه‌ای حاصل نشد.

از دیگر ابعاد عملکرد خانواده که در دو گروه تفاوت معنی‌داری نداشت، منبع کنترل بیرونی بود. به نظر می‌رسد منبع کنترل بیرونی شخصی و نه خانوادگی رابطه معنی‌داری با افسردگی دارد. افراد افسرده، خود، سبک اسناد بدبینانه و خارج از کنترل دارند و ممکن است کل نظام خانواده چنین سبک اسنادی نداشته باشد.

اختلال افسردگی مانند بسیاری از اختلالات روانی، از نظام خانواده تأثیر می‌پذیرد. شناخت عوامل آسیب‌زا و تداوم‌دهنده این اختلال، متخصصان بهداشت روان و خانواده‌ها را برای پیشگیری از این اختلال و درمان مؤثر و همه‌جانبه یاری می‌رساند.

منابع

1. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry, 10th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. 2007.
2. Vahhabzadeh J. [A Farsi Translation of] Major issues in psychiatry (by Klarence J). Tehran: Islamy Press. 1988. [in Farsi]
3-.Ports PR, Howl SC. Family functions and children post divorce adjustment. American Journal of Orthopsychiatry 1992; 62: 613-17.
4- Islami R. [Effects of family functioning on the children: a dissertation for bachelor's degree in psychology] (unpublished). Tarbiyat-E-Moallem University. 2000. [in Farsi]

www.mui.ac.ir

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-25]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1386.5.2.5.6]

5- Janani K. [Family interactions and students' mental health: a study on students of intermediary schools of Boroojerd city]. A dissertation for the bachelor's degree in psychology (unpublished). Tarbiyat-E-Moallem University. 2000. [in Farsi]
6- Sayyed mohammadi Y. [A Farsi Translation of] Theories of counseling and psychotherapy (by Prochaska J O, Norcross J C). Tehran: Roshd press. 2001. [in Farsi]
7- Saadatmand A. [The association of family effectiveness and the children's mental health]. A dissertation for the master of sciences' degree in psychology. Roodehen Azad University. 1997. [in Farsi]
8- Moosavi A. [Family system functioning and mental health of the family members]. Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences 2000; 2:
9- Cumsille PE, Epstein N. Family cohesion, family adaptability, social support and adolescent depressive symptoms in outpatient clinic families. Family Psychology 2002; 8: 202-14.
10- Cole DA, McPherson AE. Relation of family subsystems to adolescent depression: Implementing a new family assessmant strategy. Family Psycholog 2002; 7: 119-33.
11- Kashani JH, Allan WD, Dahlmeier JM, Rezvani M, Reid JC. An examination offamily functioning utilizing the circomplex model in psychiatrically hospitalized children with depression. Affective Disorders 1995; 35: 65-73.
12- Kashani JH, Suarez L, Jones MR, Reid JC. Perceived family characteristics differences between depressed and anxious children and adolescents. Affective Disorders 1999; 52: 269-74.
13- Reis J, Bennett S, Orme J, Hertz E. Family support programs. Children and Youth Services Review 2002; 11: 239-63.
14- Katz LF, Low S. Marital violence, co-parenting, and family level processes in relation to children adjustment. Family Psychology 2004; 18: 327-82.
15- Sayyedmohammadi Y. [A Farsi Translation of] Theories of personality (by Schultz D, Schultz S A). Tehran: Virayesh press. 2004. [in Farsi]
16- Moos RH, Cronkite RC, Moos BS. The long- term interplay between family and extra family resources and depression. Family Psychology 1998; 12: 326-43.
17- Franks P, Shields C, Campbell T, McDaniel S, Harp J, Botelho R. Association of social relationships with depressive symptoms. Family Psychology 1992; 6: 46-59.
18. Salary F. [A comparative study of family functioning in patients with depression and normal population in Tehran]. A dissertation for the master of sciences' degree in psychology (unpublished). Tehran University of Rehabilitation Sciences. 2001.
19- Carothers SS, Borkowski JG, Burke J, Whitman TL. Religiosity and the socioemotional adjustment of adolescent mothers and their children. Family Psychology 2005; 19: 263-75.
20- Tamplin A, Goodyer LM, Herbert J. Family functioning and parent general health in families of adolescents with major depressive disorder. Affective Disorders 1997; 48: 1-13.
21- Bloom BL. A factor analysis of self report measures of family functioning. Journal of Family Process 1985; 24: 225-39.
22. Najmi SB. [Family functioning and the adolescents' social agreeability in the peer group]. A dissertation for the master of sciences' degree in clinical psychology. Roodehen Azad University. 1996.
23. Eslami A. [The relationship between family functioning and coping styles, a focus on the sex differences in the last grade highschool students in Kashan]. A dissertation for the master of sciences' degree in psychology (unpublished). Tarbiyat-E-Moallem University. 2001. [in Farsi]
24. Pasha Sharifi H, Nikkhoo MR. [A Farsi Translation of] the manual of the psychometry (by Marnatt GG). Tehran: Roshd press. 2001. [in Farsi]
25. Goodarzi M A. [Validity and reliability of the Beck Hopelessness Scale in a sample of Shiraz university students]. Shiraz University Journal of Humanistic and Social Sciences 2001; 1:
26. Molavi H. [An applied manual of SPSS-10 in behavioral sciences]. Isfahan: Mehr-E-Ghaem press. 2000. [in Farsi]

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-25]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1386.5.2.5.6]

www.mui.ac.ir

The Comparison of Family Functioning in Patients with Major Depressive Disorder and Physically Ill Patients with no-Psychiatric Disorder in Isfahan

Zargar F, Ashouri A, Asgharipoor N, Aghebati A

Abstract

Introduction: The purpose of this study was to compare the family functioning between patients with Major Depressive Disorder (MDD) and physically ill patients with no psychiatric disorder in Isfahan.
Method and Materials: In this descriptive-analytic study, three clinics were randomly selected from clinics of psychotherapy in Isfahan, and 30 patients with Major Depressive Disorder (MDD) were randomly selected from the all referees in 2006-2007. The control group consisted of 30 non-psychiatric physically ill patients referred to Al-Zahra hospital in Isfahan. The Bloom's Family Functioning Scale (FFS) was administered to both groups. Data were analyzed using Analysis of Co-Variance (ANCOVA) and multi-way Analysis Of Variance (multi-way ANOVA) methods.
Findings: The mean scores of family cohesion, family sociability and family idealization were higher in the depressed group compared with the control group ($P<0.05$). Since the FFS is scored in an adverse direction, the results indicate that the family cohesion, family sociability and the level of family pride were significantly lower in depressed patients than in the control group. Mean of the total scores of family functioning in depressed group was higher than control group ($P<0.05$). Again it shows that the depressed group had a globally worse family functioning than the control group. In the mean scores of the other sub-scales of the FFS, the two groups did not show significant differences.
Discussion: According to the FFS scores, the best predictors of depression were the rates of family cohesion, family sociability and family idealization. Evaluation of family functioning can help psychiatrists, mental health authorities and families in achieving a more comprehensive approach toward the management of the disorder.

Key words: Family functioning, Major Depressive Disorder, Family Functioning Scale.

Source: Journal of Research in Behavioral Sciences 2007; 5(2): 99-105.

Addresses:
Corresponding author: Fatemeh Zargar (Doctorate student in clinical psychology), Tehran Institute of Psychiatry, Niayesh St., Sattarkhan Bridge, Tehran, IRAN. E-mail: fatemehzargar@gmail.com
Ahmad Ashoori, Master of Science in clinical psychology; Negar asgharipoor, Master of Science in clinical psychology; Asma Aghebati, Master of Science in clinical psychology.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-25]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1386.5.2.5.6]