

بررسی فرآیندهای خانواده بیماران افسرده مراجعه کننده به درمانگاههای روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی

فرحدخت رنجبر^۱، شهرروز رهبری^{۲*}، جمیله محتشمی^۳، نویده نصیری اسکویی^۴

۱. مربی، گروه روانپرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی شهید بهشتی، تهران، ایران
۲. دانش آموخته کارشناسی ارشد روانپرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی شهید بهشتی، تهران، ایران
۳. مربی گروه روانپرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی شهید بهشتی، تهران، ایران
۴. استادیار گروه آمار زیستی، دانشکده توانبخشی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی شهید بهشتی، تهران، ایران

چکیده

زمینه و هدف: افسردگی یکی از اختلالات خلقی است که واکنش شایعی در برابر مشکلات می باشد. یکی از عوامل خطر در بروز افسردگی، محرومیت و آشفتگی در محیط و فرآیندهای خانوادگی است. پژوهش حاضر با هدف بررسی فرآیندهای خانواده بیماران افسرده مراجعه کننده به درمانگاههای روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی در سال ۱۳۸۸ انجام شد.

مواد و روش ها: این پژوهش به صورت توصیفی انجام شد. ۱۸۰ بیمار افسرده که مشخصات واحدهای مورد پژوهش را دارا بودند از طریق نمونه گیری مبتنی بر هدف وارد مطالعه شدند. از یک پرسشنامه دو قسمتی شامل اطلاعات جمعیت شناسی و مقیاس "فرآیندهای خانواده مخصوص خانواده های ایرانی" جهت جمع آوری اطلاعات استفاده شد. اعتبار ابزار به روش اعتبار محتوا و پایایی به روش همسانی درونی تعیین شد. داده ها از طریق خود گزارش دهی نمونه ها جمع آوری شده و توسط نرم افزار اس پی اس اس نسخه ۱۷ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: نتایج پژوهش نشان داد که نمره فرآیند خانواده اکثریت نمونه ها (۷۳/۳ درصد) متوسط بود. بیشترین نمره واحدهای مورد پژوهش در بعد اعتقادات مذهبی و کمترین نمره آنها در بعد تصمیم گیری خانواده بود. همچنین نتایج نشان داد که بین اعتقادات مذهبی با جنس، ابعاد تصمیم گیری و انسجام خانواده با وضعیت تاهل، و بعد مهارت ارتباطی خانواده و تعداد خواهر برادر رابطه معنادار آماری وجود دارد.

نتیجه گیری: اکثریت واحدهای مورد پژوهش فرآیند خانوادگی متوسط داشتند و اقلیت آنها از فرآیند خانوادگی خوب برخوردار بودند.

کلید واژه ها: افسردگی، فرآیندهای خانواده، درمانگاه روانپزشکی.

^۱مقدمه

و اجتماعی محسوب می شوند. اختلالات روانی نیز مانند بیماریهای جسمی از عوامل مهم مختل کننده سلامتی شناخته شده اند که باعث بروز صدمات روانی، اجتماعی و اقتصادی قابل توجهی می شوند و از شایعترین بیماریهای عصر حاضر می باشند که درمان بسیار مشکلی نیز دارند. اختلالات روانی نه تنها فرد بیمار را دچار مشکلات اقتصادی، اجتماعی و زیستی می کنند، بلکه اطرافیان و خانواده های آنها را نیز دچار مشکلات متعددی می نمایند. در بین اختلالات روانی مزمن،

بیماری های گوناگون از ابتدای زندگی بشر بر روی کره زمین به عنوان یکی از عوامل مهم تهدید کننده سلامت زندگی فردی

*نویسنده مسئول مکاتبات: شهرروز رهبری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی شهید بهشتی، تهران، ایران آدرس پست الکترونیک: shahroozrahbari@gmail.com

عملکرد خانواده در گروه افسرده نسبت به گروه شاهد در ابعاد انسجام، آرمان خانواده و جامعه‌پذیری ضعیف‌تر بود. و بطور کلی عملکرد خانواده‌های افسرده ضعیف‌تر از گروه شاهد بود. از آنجا که تا کنون در ایران پژوهشی در رابطه با فرآیندهای خانواده بیماران افسرده با استفاده از ابزار بومی و مخصوص فرهنگ خانواده‌های ایرانی صورت نگرفته است لذا این پژوهش با هدف بررسی فرآیندهای خانواده بیماران افسرده مراجعه کننده به درمانگاههای روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی در سال ۱۳۸۸ و با استفاده از ابزار "مقیاس فرآیندهای خانواده" مخصوص خانواده‌های ایرانی انجام شد.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر از نوع توصیفی است که در آن فرآیندهای خانواده بیماران افسرده مراجعه کننده به درمانگاههای روانپزشکی بیمارستان‌های امام حسین (ع) و طالقانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی در سال ۱۳۸۸ مورد بررسی قرار گرفت. روش نمونه‌گیری بصورت مبتنی بر هدف بود. معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از: داشتن تشخیص بیماری افسردگی براساس چهارمین راهنمای آماری و تشخیصی انجمن روانپزشکان آمریکا، محدوده سنی ۱۵ تا ۷۰ سال، نداشتن بیماری یا معلولیت جسمی، توانایی تکلم به زبان فارسی، برقراری ارتباط و پاسخ به سوالات پرسشنامه، داشتن حداقل تحصیلات در سطح ابتدایی. به این ترتیب تعداد نمونه‌ها بر اساس فرمول
$$n = \frac{Z_{1-\alpha/2}^2 \sigma^2}{d^2}$$
 و نظر مشاور آمار ۱۸۰ نفر تعیین شد.

جمع‌آوری اطلاعات از طریق خود گزارشی و تکمیل پرسشنامه توسط واحدهای مورد پژوهش انجام شد. پرسشنامه شامل دو بخش اطلاعات جمعیت‌شناسی و "مقیاس فرآیندهای خانواده برای خانواده‌های ایرانی" (سامانی، ۱۳۸۷) بود که حاوی ۳۴ سؤال مدرج پنج قسمتی از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم می‌باشد. این مقیاس حاوی پنج خرده مقیاس تصمیم‌گیری و حل مساله، مهارت‌های مقابله، انسجام خانواده، مهارت‌های ارتباطی و اعتقادات مذهبی می‌باشد که به منظور ارزیابی میزان توانمندی خانواده در کنش‌های خانوادگی بکار می‌رود. در پایان هر شرکت کننده در هر یک از ابعاد فرآیند خانواده نمره‌ای کسب نمود که جهت یکپارچه کردن نحوه نمره‌گذاری در همه ابعاد، نمره کسب شده در هر بعد را بر تعداد سوالات آن بعد تقسیم نمودیم تا هر فرد در ابعاد مختلف نمره‌ای بین ۰-۴ و در کل آزمون نمره‌ای بین ۰-۱۳۶

اختلالات خلقی عاطفی نظیر افسردگی، به جهت پیامدهای نامطلوب از قبیل خودکشی، طلاق و نزول شدید عملکرد فردی و اجتماعی بیشتر مورد تأکید قرار گرفته‌اند (تمیزی، ۱۳۸۶). علایم اختصاصی افسردگی با از دست دادن علاقه و لذت، کاهش انرژی، خستگی، احساس گناه و بی‌ارزشی، کاهش توجه و تمرکز، افکار تکرار شونده مرگ و کاهش عزت نفس مشخص می‌شود. طبق گزارش سازمان جهانی بهداشت، افسردگی چهارمین بیماری و مشکل شایع بهداشتی جهان است و بنابرپیش‌بینی این سازمان تا سال ۲۰۲۰ دومین عامل ناتوانی در جهان خواهد شد. در حال حاضر ۴۵۰ میلیون نفر در جهان به اختلالات روانی-عصبی یا مشکلات روانی-اجتماعی مبتلا هستند که ۱۲۱ میلیون نفر آنها دچار افسردگی می‌باشند (Varcariolis و همکاران، ۲۰۰۶).

افسردگی در بین مراجعه کنندگان به مطب‌های روانپزشکی بسیار شایع است، به طوریکه یک سوم تا یک دوم کل بیماران را شامل می‌شود (Sadok & Sadok، ۲۰۰۳). قاسمی و همکاران (۱۳۸۶) شیوع کلی اختلالات روانی در ایران را ۱۹/۹۴ درصد و افسردگی را شایع‌ترین اختلال روانپزشکی در کشور ما گزارش کردند.

یکی از عوامل خطر در بروز افسردگی، محرومیت و آشفتگی در محیط و فرآیندهای خانوادگی است. کارشناسان اعتقاد دارند که بررسی سیستم‌های حمایتی، افراد مهم زندگی و فرآیندهای خانواده جزء دستورالعمل‌های لازم برای بررسی بیماران افسرده می‌باشد. فرآیندهای خانواده، عملکردهایی هستند که خانواده را در سازگاری با شرایط گوناگون یاری می‌دهند. به بیان دیگر فرآیندهای خانواده به کنش‌هایی گفته می‌شود که سازماندهی خانواده را به عهده دارند (سامانی، ۱۳۸۷).

نتایج پژوهش کوروش نیا و لطیفیان (۱۳۸۶) در زمینه رابطه ابعاد الگوهای ارتباطات خانواده با اضطراب و افسردگی فرزندان نشان داد که جهت‌گیری گفت و شنود در ارتباطات خانوادگی پیش‌بینی کننده معنادار و منفی برای افسردگی فرزندان است. سلطانی فر و بی‌نا (۱۳۸۶) نیز رابطه معناداری بین عملکرد خانواده‌ها با نمرات افسردگی کودکان گزارش کردند. خانواده‌هایی با عملکرد بد، نمرات افسردگی بالاتری نسبت به گروه خوب داشتند.

زرگر و همکاران (۱۳۸۶) با مقایسه عملکرد خانواده بیماران مبتلا به اختلال افسردگی عمده با بیماران بدون اختلالات روانپزشکی در شهر اصفهان نشان دادند که میانگین نمرات

تجزیه و تحلیل داده‌ها توسط نرم افزار اس پی اس اس نسخه ۱۷ انجام شد. برای تعیین میانگین درصد و انحراف معیار سوالات فرآیندهای خانواده از آماره های توصیفی و برای بررسی رابطه بین ابعاد فرآیندهای خانواده و مشخصات فردی از آزمونهای تست T، ضریب همبستگی پیرسون و آنالیز واریانس استفاده شد.

یافته ها

نتایج نشان داد که بیشترین تعداد واحدهای مورد پژوهش دارای خصوصیات زیر بودند: ۳۷/۸ درصد در گروه سنی ۲۷-۱۷ سال با میانگین و انحراف معیار ۳۳/۶ و ۱۰/۸۰ سال، ۴۳/۹ درصد مرد، ۸۸/۳ درصد مسلمان، ۴۰/۶ درصد متأهل، ۹۶/۷ درصد ساکن شهر، ۶۱/۷ درصد دارای ۳-۰ خواهر و برادر، ۵۸/۹ درصد بدون فرزند، ۴۸/۳ درصد کمتر از یک سال سابقه ابتلا به افسردگی و ۷۸/۳ درصد بدون سابقه بستری بودند.

نتایج پژوهش همچنین نشان داد که خانواده اکثریت بیماران افسرده مورد پژوهش (۵۶/۱ درصد) در بعد تصمیم گیری خانواده نمره ضعیف کسب کردند. در ابعاد مهارت مقابله (۶۶/۱ درصد)، انسجام خانواده (۵۷/۸ درصد)، مهارت ارتباطی خانواده (۶۲/۸ درصد)، و اعتقادات مذهبی (۵۰/۶ درصد) نمره خانواده اکثریت واحدهای مورد پژوهش متوسط بود. همچنین مشخص شد که نمره کلی فرآیندهای خانواده اکثریت بیماران افسرده (۷۳/۳ درصد) در این پژوهش متوسط بود.

نتایج پژوهش همچنین نشان داد که بین جنس و اعتقادات مذهبی خانواده همبستگی معنادار آماری وجود دارد و مردان از اعتقادات مذهبی بیشتری برخوردار بودند. همچنین بین ابعاد تصمیم گیری و انسجام خانواده با وضعیت تاهل همبستگی معنادار آماری یافت شد بدین ترتیب که افراد متأهل نمره بیشتری در این ابعاد کسب نمودند. نتایج همچنین نشان داد که بین تعداد خواهر و برادر و بعد مهارت ارتباطی خانواده همبستگی منفی و معنادار آماری وجود دارد. اما بین سایر مشخصات فردی و ابعاد فرآیندهای خانواده رابطه معنادار آماری یافت نشد.

بحث و نتیجه گیری

نتایج نشان می دهد که نمره اکثریت نمونه‌ها در بعد تصمیم‌گیری در خانواده، ضعیف و نمره حداقل آنها خوب بود. در این رابطه Varcarolis و همکاران (۲۰۰۶) می نویسند که هر روز و در همه خانواده‌ها تصمیماتی با توجه به مساله قدرت، قوانین و مقررات خانواده، میزان درآمد و حمایت‌های

کسب نماید. سپس با نظر مشاور آمار جهت کمی کردن و رتبه دادن به شرکت‌کنندگان بر اساس نمره کسب شده، نمرات در ابعاد مختلف فرآیند خانواده از طریق فرمولهای زیر بین ۱۲-۰ و در کل فرآیند خانواده بین ۱۲۰-۰ تعیین شد.

۱۲/۴×نمره کسب شده=نمره ابعاد فرآیند خانواده

۱۲۰/۱۳۶×نمره کسب شده=نمره کلی فرآیند خانواده

افراد بر اساس نمره کسب شده در هر یک از ابعاد فرآیندهای خانواده در گروه های ضعیف (۰-۳/۹۹)، متوسط (۴-۸/۹۹) و خوب (۹-۱۲) و در کل فرآیند خانواده نیز بر اساس نمره کلی در سه گروه ضعیف (۰-۴۰/۹۹)، متوسط (۴۱-۸۰/۹۹) و خوب (۸۱-۱۲۰) قرار گرفتند.

برای تعیین اعتبار ابزار از روش اعتبار محتوی و اعتبار صوری استفاده شد. برای تعیین اعتبار محتوی و اعتبار صوری، پرسشنامه به ۱۱ نفر از اعضای هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی (۴ نفر روانپزشک عضو هیات علمی دانشکده پزشکی و ۷ نفر از اعضای هیات علمی دانشکده پرستاری و مامایی) ارایه و از روش شاخص اعتبار محتوی والتس و باسل (Yaghmaie, ۲۰۰۳) استفاده شد و مربوط بودن، واضح بودن و ساده بودن سوالات پرسشنامه مورد بررسی قرار گرفت. همچنین پرسشنامه‌های فوق الذکر در اختیار ۵ نفر از بیماران افسرده که مشخصات واحدهای مورد پژوهش را دارا بودند قرار گرفت و از نظر واضح بودن سوالات بررسی شد.

به منظور تعیین اعتبار صوری شیوه نگارش، جمله بندی و ظاهر منطقی و جالب برای ابزار رعایت شد. در نهایت نتایج حاصل از سنجش اعتبار محتوی نشان داد که در کل حداکثر اعتبار محتوی ۱۰۰ درصد و حداقل آن ۷۵/۵ درصد می‌باشد.

برای تعیین پایایی ابزار از روش همسانی درونی (آلفای کرونباخ) استفاده شد. جهت انجام این روش ۱۵ بیمار افسرده که مشخصات واحدهای مورد پژوهش را دارا بودند انتخاب شدند، و پرسشنامه را تکمیل کردند. همسانی درونی با محاسبه آلفای کرونباخ نشان داد که ضریب همبستگی درونی ابزار ۰/۸۰ می باشد.

پس از کسب اجازه از بیمارستان‌های ذی‌ربط، پژوهشگر به درمانگاه‌های روانپزشکی بیمارستان‌های امام حسین(ع) و طالقانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی مراجعه و پس از انتخاب واحدهای پژوهش به معرفی خود و ارائه توضیحات در مورد اهداف پژوهش پرداخته و پس از کسب رضایت از آنها، پرسشنامه را در اختیار آنها قرار داده تا به روش خود گزارش‌دهی تکمیل نمایند.

که جو گرم و صمیمی نداشتند و تعداد دعوها زیاد بوده و والدین ارتباط مناسبی با هم برقرار نمی کردند میزان ابتلای فرزندان به افسردگی بیشتر بوده است. همچنین کوروش نیا و لطیفیان (۱۳۸۶) در تحقیق خود به این نتیجه رسیدند که اصول برقراری ارتباط در خانواده با بروز افسردگی در فرزندان رابطه دارد به این ترتیب که افراد افسرده متعلق به خانواده هایی هستند که در آنها ارتباط مناسبی برقرار نمی شود.

در بعد اعتقادات مذهبی خانواده نمره اکثریت نمونه ها، متوسط و نمره حداقل آنها ضعیف بود. در این رابطه میری و همکاران (۱۳۸۶) نشان دادند که بین اعتقادات مذهبی دانشجویان و بروز افسردگی رابطه منفی وجود دارد. همچنین James و همکاران (۲۰۰۳) نشان دادند که بین حمایت های خانوادگی و مذهب در دانش آموزان همبستگی مثبت وجود دارد.

در نهایت نتایج نشان داد که فرآیندهای خانواده بیماران افسرده در حد متوسط بوده و در برخی ابعاد مثل تصمیم گیری ضعیف است که لازم است درمانگران و مراقبت دهندگان این بیماران به این مساله توجه و در آموزشهای خود به بیمار و خانواده وی بر این مسایل تاکید نمایند زیرا نقش خانواده و محیط خانوادگی مطلوب در بهبود اختلالات بیماران روانی بسیار مهم می باشد.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل پایان نامه آقای شهروز رهبری به راهنمایی خانم فرحدخت رنجبر و همچنین طرح پژوهشی به شماره ۱۰۰۲۰ مورخ ۸۸/۱۲/۱۶ می باشد پژوهشگران از کلیه بیماران شرکت کننده در این پژوهش، معاونت محترم دانشکده پرستاری و مامایی و پرسنل درمانگاههای روانپزشکی امام حسین (ع) و طالقانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی که در انجام این پژوهش نهایت همکاری را داشته اند تقدیر و تشکر می نمایند.

مالی گرفته می شود. در این ارتباط پژوهش مرتبط با بیماران افسرده که از لحاظ فرایندهای خانواده، بعد تصمیم گیری را سنجیده باشد یافت نشد و ابزارهایی که در اکثر پژوهش ها جهت بررسی عملکرد یا فرایندهای خانواده بکار رفته اند این بعد را سنجیده اند.

در بعد مهارت مقابله در خانواده نمره اکثریت نمونه ها، متوسط و نمره حداقل آنها خوب بود. Varcarolis و همکاران (۲۰۰۶) اعتقاد دارند که رخدادهای تنش زا قویترین عوامل پیش بینی کننده شروع افسردگی هستند در این ارتباط Compos و همکاران (۱۹۹۰) گزارش کردند در خانواده هایی که از مکانیزمهای دفاعی غیر تطابقی جهت مقابله با تنش استفاده می شود، بروز افسردگی و اختلالات روانپریشی بیشتر مشاهده می شود. همچنین کدیور (۱۳۸۳) نشان داد که بین تطابق موثر و سلامت روانی افراد در خانواده ارتباط معناداری وجود دارد.

در بعد انسجام خانوادگی نمره اکثریت نمونه ها، متوسط و نمره حداقل آنها خوب بود. زرگر و همکاران (۱۳۸۶) در بررسی مقایسه ای عملکرد خانواده های بیماران افسرده نسبت به بیماران بدون اختلالات روانپزشکی نشان دادند که عملکرد خانواده بیماران افسرده در بعد انسجام خانوادگی ضعیف تر از گروه شاهد بود و بطور کلی این بعد، بعد از جامعه پذیری کمترین نمره را در بین عملکردهای خانواده به خود اختصاص داده بود.

در بعد مهارت ارتباطی خانواده نمره اکثریت نمونه ها، متوسط و نمره حداقل آنها خوب بود. در این رابطه Varcarolis و همکاران (۲۰۰۶) می نویسند که الگوهای ارتباطی در فرآیندهای خانوادگی بی نهایت مهم هستند. وجود الگوهای ارتباطی سالم در خانواده اعضا را برای سوال کردن، بیان احساسات و عواطف، بازگو کردن صحبت ها و بیان تفکرات خود تشویق می کند و اعضا به راحتی می توانند احساسات عاطفی و تضادهای درونی خود را ابراز کنند. در این رابطه سلطانی فر و بیبا (۱۳۸۶) گزارش نمودند که در خانواده هایی

REFERENCES

- Compos B et al (1990). Stress coping and adjustment in mothers and young adolescents in single and two parent families. American Journal of Community Psychology. 18 (4) 525-545.
- Ghasemi Gh et al (2007). Psychology Disorders Prevalence in Isfahan City. Research in Medical Sciences. 4 (4) 190-194. (Persian).
- James R et al (2003). [Relationship among adolescent self-esteem, religiosity, and perceived family support]. The National Honor Society in Psychology. 8 (4) 157-162.
- Kadivar K et al (2004). [Relationship between families intractions with methods of defense mechanisms and sex difference in students]. Psychology and Cultural Sciences Journal. 34 (2) 97-123. (Persian).

- Koroush nia M Latifian M (2007). [Relationship between families communications patterns with depression and anxiety scale of children]. Family Research Journal. 3 (10) 588-600. (Persian).
- Miri M et al (2007). Relationship between depression and god trust in collegian birjand city. Scientific Journal of Birjand Medical Science University. 14 (4) 52-58. (Persian).
- Sadock B J Sadock V A (2003). Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry Behavioral Sciences/ Clinical Psychiatry. 9th ed. New York. Lippincott Williams & Wilkins Co.
- Samani S (2008). [Provision and design scale of family process for Iranian families.] Psychology and Clinical Psychiatry Journal. 14 (2) 162-168. (Persian).
- Soltani far A Bina M (2007.) [Depression prevalence in 9-11 old age children in Tehran city and relationship with family function]. Doctrine Mental Health Quarterly. 9 (33) 7-14. (Persian).
- Tamizi Zahra (2007). [Assessment of relationship between quality of life and coping strategies in schizophrenia patients attended to psychiatry clinics of hospital of medical science and health service universities of Tehran in 1385]. master Nursing Thesis, Nursing and Midwifery Faculty , Shahid Beheshti University of Medical Sciences. (Persian).
- Varcarolis E et al (2006). Foundation of Psychiatric Mental Health Nursing. 5th edition. Saunders Elsevier
- Yaghmaie F (2003). Content validation and its estimation. Journal of Medical Education. 3 (1) 25-27
- Zargar F et al (2007). [The comparison of family functioning in patient with depression disorder and physically ill patient with no-psychiatric disorder in Isfahan]. Behavioral Sciences Researches. 5 (2) 99-106. (Persian).