آسیب‌شناسی، مشاوره و غنی‌سازی خانواده
۱۳۹۸، ۵، ۱ (پیاپی ۹): ۱۶۸-۱۵۵

Family Pathology, Counseling & Enrichment
2019. Vol. 5, N. 1 (9), 155-168

مقایسه مؤلفه‌های عملکرد خانواده میان زنان مصروع افسرده و غیر افسرده

Comparing of family functioning among depressed and non- depressed epileptic women's

زهرا مرادی *
سید عباس حقایق**

Zahra Moradi
Seyed Abbas Haghayegh

چکیده

افسردگی یک اختلال روان‌شناختی شایع در بیماران مبتلابه صرع است که می‌تواند منجر به اختلال در روند شغلی، اجتماعی و خانوادگی افراد شود. بر این اساس هدف از انجام این پژوهش مقایسه عملکرد خانواده میان زنان مصروع افسرده و غیر افسرده شهر اصفهان بود. این پژوهش از نوع طرح‌های علی- مقایسه‌ای بوده و جامعه آماری آن را همه زنان بالای ۱۵ سال ممبتلابه بیماری صرع شهر اصفهان تشکیل دادند. حجم نمونه در این پژوهش شامل ۵۰ زن مصروع افسرده و ۵۰ زن مصروع غیر افسرده بود که به شیوه نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. گردآوری داده‌ها به‌وسیله پرسشنامه افسردگی (بک، ۱۹۹۶) و پرسشنامه سنجش عملکرد خانواده (اپشتاین، بالدوین و بیشاب، ۱۹۸۳) انجام گرفت. جهت تجزیه‌وتحلیل داده‌های جمع‌آوری‌شده از آزمون t مستقل و آزمون یو- من-ویتنی استفاده شد. یافته‌های پژوهش حاکی از آن بود که میان نمره های عملکرد کلی خانواده و مؤلفه‌های نقش‌ها، واکنش عاطفی، درگیری عاطفی و کنترل رفتار زنان مصروع افسرده و غیر افسرده تفاوت معنی‌داری وجود دارد (P<۰/۰۵). میان نمره‌های مؤلفه حل مشکل و ارتباطات افراد دو گروه تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد. بر اساس نتایج فوق می‌توان گفت ضعف در برخی از مؤلفه-های عملکرد خانوادگی خانواده افراد مصروع، می‌تواند یکی از عوامل افسردگی این بیماران باشد.

واژه‌های کلیدی: *افسردگی، صرع، عملکرد خانواده*

abstract

Depression is a common psychological disorder in the patients with epilepsy which can lead to the disturbance in their vocational, social and familial process. Therefore the present study was conducted aiming to compare the family function between depressed and non-depressed women with epilepsy in the city of Isfahan. It was a causal-comparative study and its statistical population included all women above 50 years suffering from epilepsy in the city of Isfahan. The sample size in the present study included 50 depressed women with epilepsy and 50 non-depressed ones who were selected through purposive sampling method. The data collection was conducted through depression questionnaire (Beck, 1996), and the questionnaire of family function assessment (Epstein, Boldwin and Bishop, 1983). Independent sample t-test and Mann-Whitney U test were used to analyze the collected data. The findings of the study revealed that there is a significant difference between the scores of the general performance of the family and the components of roles, affective reaction, affective engagement and the behavior control of the depressed and non-depressed women with epilepsy (P<0.05). No significant difference was observed between the scores of the components of problem-solving and communications in two groups. According to the above results it can be stated that the weakness in some of the components of familial performance of the family of the people with epilepsy can be one of the factors in these patients' depression.

Key words: *epilepsy, depression, family function*

*. دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، واحد نجف‌آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف‌آباد، ایران.
**. نویسنده مسئول: استادیار گروه روان‌شناسی، واحد نجف‌آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف‌آباد، ایران.
Abbas_haghayegh@yahoo.com

[Downloaded from fpcej.ir on 2026-11-25]

[DOR: 20.1001.1.24234869.1398.5.1.11.8]

مقدمه

صرع[1] یکی از شایع‌ترین بیماری‌های سیستم عصبی است. در این اختلال، تشنج[2] به‌صورت فرایند تحریک ناگهانی ناشی از تخلیه الکتریکی غیرطبیعی و هم‌زمان دسته‌ای از نورون‌ها در قسمتی از مغز اتفاق می‌افتد و باعث بروز یک سری علائم بالینی می‌شود (ون بلیترسویک و رادمیکر[3]، ۲۰۱۸؛ ماستافا و آکانده[4]، ۲۰۱۳). افراد مبتلابه صرع در مقایسه با سایر افراد به میزان بیشتری دچار مشکلات اجتماعی و رفتاری می‌شوند، کمتر تمایل به شرکت در فعالیت‌های اجتماعی دارند و در مورد توانایی والد شدن، استخدام موفقیت‌آمیز یا مرگ ناشی از بروز حملات نگرانی‌های زیادی دارند (راماراتنام، بکر و گلدشتاین[5]، ۲۰۰۷). صرع، وضعیت بالینی ناخوشایندی را در بیمار پدید می‌آورد که اغلب زمینه‌ساز برداشت‌های عامیانه و تفکرات بسیار غلط در زمینه علل زمینه‌ساز این بیماری بوده و بیمار را در معرض ناراحت‌کننده‌ترین برچسب‌های اجتماعی قرار می‌دهد. بیماران مبتلابه صرع به دلیل داشتن ادراک منفی از خود، تمایل زیادی به نسبت دادن شکست‌ها به ناکارآمدی خود دارند و عملاً بسیاری از فرصت‌های عملکرد مؤثر را از دست می‌دهند که نهایتاً باعث افت کیفیت زندگی و رضایت از زندگی می‌شود (تدمن، ترنتون و باکرت[6]، ۲۰۱۴). صرع و علائم همراه با آن می‌تواند بر زندگی روزانه فرد تأثیر بگذارد و اثر بسزایی بر حضور فرد در دانشگاه، محل کار، جامعه، شرکت در فعالیت‌های اجتماعی و روابط خانوادگی داشته باشد (هیرفانقلو[7] و همکاران، ۲۰۱۰). صرع با بسیاری از اختلالات روانی همراه خصوصاً افسردگی همراهی زیادی دارد (ایم، چو و کیم[8]، ۲۰۱۹؛ چو، کارپنتر و هاس[9]، ۲۰۱۸).

افسردگی[10] یکی از شایع‌ترین اختلالات روانی در همه اقشار جامعه است و بر اساس برخی از پیش-بینی‌ها در سال ۲۰۲۰ شایع‌ترین و پرهزینه‌ترین بیماری در همه جوامع خواهد بود (گینزبرگ، این دور و سولومون[11]، ۲۰۱۰). دیدگاه منفی نسبت به خود یکی از ویژگی‌های بارز اختلال افسردگی است و افراد مبتلابه افسردگی دارای دیدگاه منفی و بسیار بدبینانه نسبت به خود، محیط اطراف و آینده هستند (بک[12]،

1. Epilepcy
2. Seizure
3. Van Blitterswijk, Rademakers
4. Mustapha,, Akande
5. Ramaratnam, Baker, Goldstein
6. Tedman, Thernton, Bakert
7. Hirfanoglu
8. Im, Cho & Kim
9. Chew, Carpenter, Haase
10. Depression
11. Ginzburg, Ein- Dor & Solomon
12. Beck

[Downloaded from fpcej.ir on 2026-11-25]

[DOR: 20.1001.1.24234869.1398.5.1.11.8]

۲۰۱۳؛ برانج، هیل، فریجنس و میوس[1]، ۲۰۱۲). افراد افسرده در مقایسه با افراد غیر افسرده، دیدگاه منفی‌تری نسبت به خود در مقیاس‌های خودگزارش‌دهی نشان می‌دهند. آن‌ها پیش‌بینی‌های منفی‌تری دربارهٔ آینده خود دارند و با تفکر و خلق منفی‌تری به انعکاس خود می‌پردازند (ویسکو[2]، ۲۰۱۱). ادامه حملات صرعی، احتمال بروز افسردگی را در این بیماران افزایش می‌دهد (مولا[3]، ۲۰۱۹؛ نان هاگوپال[4]، ۲۰۰۸). صرع، باورها و نگرش‌های زیربنایی منفی و ناکارآمدی ایجاد می‌کند که مهارت‌های سازگاری و توانایی مقابله پیامدهای ناشی از این بیماری را تحت تأثیر قرار می‌دهد و در نهایت منجر به سطوح بالای افسردگی می‌شود (کایرابیرا، ناکاووکی، فالن و روکاندو[5]، ۲۰۱۸؛ تدمن، ترنتون و باکرت، ۲۰۱۴). یک مسئله مهم در مورد مبتلایان به صرع، طرد شدن آن‌ها از اجتماع است به‌نحوی‌که سلامت روان آن‌ها را تحت تأثیر قرار می‌دهد و منجر به گوشه‌گیری و انزوای اجتماعی-خانوادگی آن‌ها می‌شود. همین عوامل می‌تواند باعث افزایش احتمال بروز افسردگی در این بیماری باشد (والکر و اسلیس[6]، ۲۰۱۳).

یکی از علل محیطی مهم و اساسی در بروز و تداوم افسردگی عملکرد خانوادگی ضعیف خانواده آن‌ها است (زائو و ایو[7]، ۲۰۱۸). ارتباط میان محیط و زمینه خانوادگی با بیماری‌های روانی مدت‌هاست که موردتوجه محققان و پژوهشگران است (شونکاف و فیلیپس[8]، ۲۰۱۴). یکی از شاخص‌های مهم در حیطه خانواده سالم، عملکرد خانوادگی[9] است. عملکرد خانوادگی به توانایی خانواده در هماهنگی درونی در سازگاری با تغییرات ایجادشده، حل تضادها و تعارض‌های خانوادگی، همبستگی بین اعضا و موفقیت در الگوهای انضباطی و رعایت اصول و مرزهای بین افراد به‌منظور حفظ تعادل و انسجام خانواده تعریف‌شده است (پورتز و همکاران، ۲۰۰۵؛ اپستین، رایان، بیشاپ، میلر و کیتنر[10]، ۲۰۰۶). عملکرد خانوادگی 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 اعضاء نسبتاً علیه فشارهای زندگی مقاوم و مصون هستند (شونکاف و فیلیپس، ۲۰۱۴، شارف[11]، ۲۰۱۲). عکس‌العمل خانواده‌ها در ارتباط با ابتلای یکی از

1. Branje, Hale, Frijns & Meeus
2. Wisco
3. Mula
4. Nandhagopal
5. Kirabira, Nakawuki, Fallen & Rukundo
6. Walker., Sills
7. Zhao, Yiyue
8. Shonkoff & Phillips
9. Family functioning
10. Epstein, Ryan, Bishop, Miller, Keitner
11. Sharf

[Downloaded from fpcej.ir on 2026-11-25]

[DOR: 20.1001.1.24234869.1398.5.1.11.8]

اعضا به صرع متفاوت بوده است. در برخی از موارد واکنش‌های طرد کننده‌ای اتفاق افتاده است که باعث مشکلات خانوادگی، رفتاری و اجتماعی زیادی شده است (ژو[1] و همکاران، ۲۰۱۹، اسماعیلی، اسماعیلی، جمال‌الدینی‌وکاوه، ۱۳۹۴). توانایی سازگاری فرد مصروع با بیماری به عوامل خانوادگی وابسته است که ممکن است به علت عدم ارتباط مناسب و درک متقابل و شناخت خانواده‌ها از شرایط روحی خاص این بیماران باعث شود که خانواده‌ها یا در انجام کوچک‌ترین فعالیت‌های این بیماران نظارت داشته باشند و این عامل سبب وابستگی کامل یا نسبی آن‌ها می‌شود یا به‌طورکلی آن‌ها را طرد کرده که منجر به انزوا و افسردگی این بیماران می‌گردد (هلمرز[2] و همکاران، ۲۰۱۶). بین عملکرد ضعیف خانواده و ابتلای افراد مصروع در خانواده به مشکلاتی مانند افسردگی و اختلال در کارکرد اجتماعی رابطه معناداری وجود دارد. نظام خانواده در بیماران مصروع افسرده، در ابعاد گوناگون دچار کژکاری است. خانواده بیماران افسرده، نزدیکی عاطفی و انعطاف‌پذیری کمتری از خود نشان می‌دهند و نظام ارتباطی آن‌ها ضعیف‌تر و رضایت زناشویی در میان والدین پایین‌تر است (کامسیل واپستاین[3]، ۲۰۱۰).

خانواده به‌عنوان یک واحد روان‌شناختی مهم (روپر[4]، ۲۰۱۰) نقش مهمی در زندگی بیماران دچار صرع (آیدین و یلدیز[5]، ۲۰۱۰) و افسردگی احتمالی آن‌ها دارد (هلمرز و همکاران، ۲۰۱۶). در پژوهش‌های داخلی انجام‌شده در زمینه مسائل روان‌شناختی در زمینه صرع، می‌توان به پژوهش آقاجانی و صمصام شریعت (۱۳۹۲) و مسرور رودسری و همکاران (۱۳۹۰) اشاره کرد؛ ولی پژوهشی در زمینه نقش عملکرد خانواده در افسردگی بیماران مبتلابه صرع گزارش نشده است؛ بنابراین هدف پژوهش حاضر مقایسه مؤلفه های عملکرد خانواده بیماران مصروع افسرده و غیر افسرده شهر اصفهان بوده است. فرضیه پژوهش عبارت است از:

میان مؤلفه‌های عملکرد خانواده بیماران مصروع افسرده و غیر افسرده تفاوت وجود دارد.

روش

این پژوهش از نوع طرح‌های توصیفی، از نوع علی-مقایسه‌ای بوده و جامعه‌ی آماری آن را همه زنان مصروع بالای ۱۵ سال شهر اصفهان در سال ۱۳۹۵ تشکیل می‌دادند. به شیوه نمونه‌گیری در دسترس، ۷ مرکز تخصصی مغز و اعصاب (مرکز تخصصی صرع مسیح و شش مطب خصوصی) شهرستان اصفهان انتخاب و پس از

1. Xu
2. Helmers
3. Cumsille & Epstein
4. Roper
5. Aydin & Yildiz

[Downloaded from fpcej.ir on 2026-11-25]

[DOR: 20.1001.1.24234869.1398.5.1.11.8]

هماهنگی با پزشکان متخصص این مراکز، پرسشنامه افسردگی در میان ۱۷۴ زن مصروع مراجعه‌کننده به این مراکز توزیع شد. پس از نمره‌گذاری پرسشنامه افسردگی، زنانی که نمره بالاتر از ۳۲ کسب کرده بودند شناسایی شدند. در گام بعد تعداد ۵۰ نفر از این زنان که نمرات بالاتر از میانگین پرسشنامه افسردگی بک (نمره بالاتر از ۳۲) کسب کرده بودند به شکل ترتیب بندی انتخاب شدند (این افراد در گروه زنان مصروع دارای افسردگی قرار گرفتند). ۵۰ نفر از زنان مصروعی که نمرات پایین‌تر از میانگین پرسشنامه افسردگی بک (نمره پایین‌تر از ۳۲) کسب کرده بودند به همین شکل انتخاب و در گروه زنان مصروع بدون علائم افسردگی قرار گرفتند. سپس پرسشنامه عملکرد خانواده به این دو گروه ارائه شد. ملاک‌های ورود انتخاب نمونه عبارت بودند از: تشخیص بیماری صرع بر اساس نظر متخصص مغز و اعصاب؛ تشخیص اختلال افسردگی برای گروه بیماران افسرده بر اساس پرسشنامه افسردگی بک (نمرات بالاتر از ۳۲)؛ سن بالای ۱۵ سال؛ داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن و رضایتمندی از شرکت در پژوهش. ملاک خروج نیز عبارت بود از پاسخ ندادن به پرسشنامه‌های پژوهش.

ابزارها

پرسشنامه افسردگی. پرسش‌نامه افسردگی بک برای اولین بار در سال ۱۹۶۱ توسط بک و همکاران تهیه شد. این آزمون یکی از معتبرترین آزمون‌های تشخیصی افسردگی بوده و شامل ۲۱ ماده است که علائم مختلف جسمانی، شناختی و هیجانی افسردگی را مورد ارزیابی قرار می‌دهند. هر ماده ۴ گزینه دارد که به‌صورت ۰ تا ۳ نمره‌گذاری می‌شوند و حداکثر نمره در این آزمون ۶۳ است. تعداد مواد نشانه‌های جسمانی، شناختی و هیجانی به ترتیب ۸، ۵ و ۸ ماده است. در این پژوهش از ویرایش دوم این آزمون که فرم تجدیدنظر شده پرسشنامه افسردگی بک است استفاده می‌شود. مطالعاتی که به‌منظور ارزیابی اعتبار و پایایی این آزمون انجام‌گرفته است حاکی از معتبر بودن این ابزار است. در نسخه خارجی ثبات درونی این پرسشنامه را به‌طور میانگین ۰/۸۶ و ضریب آلفای کرانباخ را برای گروه بیمار ۰/۸۶ و گروه غیربیمار ۰/۷۱ و در نسخه ایرانی ضریب آلفای ۰/۹۲ برای بیماران سرپایی و ۰/۹۳ گزارش‌شده است (پور شریفی و همکاران،۱۳۹۱). پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر به شیوه آلفای کرانباخ برابر با ۰/۸۸ به دست آمد.

پرسشنامه سنجش عملکرد خانواده. این ابزار یک پرسشنامه ۶۰ عبارتی است که برای ارزیابی کارکرد خانواده توسط اپشتاین، بالدوین و بیشاب[1] در سال ۱۹۸۲ بنا بر الگوی مک‌مستر تدوین‌شده است. این پرسشنامه توانایی خانواده را در سازش با حوزه وظایف خانوادگی بر روی یک مقیاس

1. Epstein, Baldwin and Bishab

[Downloaded from fpcej.ir on 2026-11-25]

[DOR: 20.1001.1.24234869.1398.5.1.11.8]

چهاردرجه‌ای لیکرت به‌صورت: کاملاً موافقم (۱)، موافقم (۲)، مخالفم (۳) و کاملاً مخالفم (۴) مشخص می‌نماید. برای به دست آوردن امتیاز مربوط به هر زیر مقیاس، باید نمرات همه عبارات زیرمقیاس موردنظر را با هم جمع و بر تعداد عبارات زیرمقیاس تقسیم نمود. در این ابزار، نمرات بالاتر نشانگر کارکرد ناسالم‌تر است. این مقیاس شش بعد از عملکرد خانواده (حل مسئله، ارتباطات، نقش‌ها، درگیری عاطفی، واکنش‌های عاطفی، کنترل رفتاری) و یک نمره عملکرد کلی را می‌سنجد. این پرسشنامه در ایران هنجاریابی شده و ضریب آلفای کرونباخ زیرمقیاس‌های برای خرده مقیاس‌های حل مسئله: ۰/۷۲، ارتباطات: ۰/۷۰، نقش‌ها: ۰/۷۱، درگیری عاطفی: ۰/۷۳، واکنش‌های عاطفی: ۰/۷۱، کنترل رفتاری: ۰/۶۰ و عملکرد کلی: ۰/۸۲ بوده است (مروتی، ۱۳۹۳). پایایی نمره کل این پرسشنامه در پژوهش حاضر به شیوه آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۱ به دست آمد.

شیوهٔ اجرا

بعد از هماهنگی با پزشک متخصص، فرآیند نمونه‌گیری ۷ مرکز تخصصی مغز و اعصاب (مرکز تخصصی صرع مسیح و شش مطب خصوصی) شهرستان اصفهان انجام شد و از شرکت‌کنندگان خواسته شد به دفترچه آزمون‌ها که شامل راهنمای پاسخ‌گویی به سؤالات، مشخصات جمعیت شناختی و بالینی و پرسشنامه‌ها بود، پاسخ دهند. جهت رعایت اخلاق در پژوهش رضایت افراد برای شرکت در پژوهش کسب و از کلیه مراحل پژوهش آگاه شدند. همچنین به افراد حاضر در پژوهش اطمینان داده شد که اطلاعات آن‌ها محرمانه باقی می‌ماند و نیازی به درج نام نیست. در این پژوهش برای تجزیه‌وتحلیل داده‌ها از دو سطح آمار توصیفی و استنباطی استفاده‌شده است. در سطح آمار توصیفی از میانگین و انحراف استاندارد و در سطح آمار استنباطی از آزمون شاپیرو- ویلک جهت بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها، آزمون لوین برای بررسی برابری واریانس‌ها، همچنین از تحلیل آزمون t مستقل و آزمون U من-ویتنی برای بررسی فرضیه پژوهش استفاده گردید. نتایج آماری با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS-۲۳ مورد تجزیه‌وتحلیل قرارگرفته است.

یافته‌ها

یافته‌های حاصل از داده‌های جمعیت شناختی بیانگر آن بود که میانگین و انحراف معیار سنی در افراد مبتلابه صرع افسرده برابر با ۲۹/۷ و ۷/۷ و در افراد مبتلابه صرع غیر افسرده ۳۱/۵ و ۹/۴ به‌دست‌آمده است. همچنین تعداد بیماران مجرد ۴۲ نفر (۵۲٪) و متأهل ۳۸ نفر (۴۸٪) گزارش شد. حال ابتدا به بررسی یافته‌های توصیفی پژوهش پرداخته می‌شود.

[Downloaded from fpcej.ir on 2026-11-25]

[DOR: 20.1001.1.24234869.1398.5.1.11.8]

جدول ۱: میانگین و انحراف استاندارد عملکرد خانواده و مؤلفه‌های آن در گروه افسرده و غیر افسرده

متغیر	گروه	میانگین	انحراف معیار
حل مشکل	افراد مبتلابه صرع غیر افسرده	۱۱/۵	۲/۰۱
	افراد مبتلابه صرع افسرده	۱۲/۴	۲/۸
ارتباط	افراد مبتلابه صرع غیر افسرده	۱۵/۴	۲/۲
	افراد مبتلابه صرع افسرده	۱۵/۸	۲/۱
نقش‌ها	افراد مبتلابه صرع غیر افسرده	۲۱/۷	۲/۹
	افراد مبتلابه صرع افسرده	۲۳/۶	۳/۱
واکنش عاطفی	افراد مبتلابه صرع غیر افسرده	۱۵/۷	۲/۸
	افراد مبتلابه صرع افسرده	۱۸/۱	۲/۷
درگیری عاطفی	افراد مبتلابه صرع غیر افسرده	۲۰/۹	۳/۴
	افراد مبتلابه صرع افسرده	۲۴/۶	۳/۶
کنترل رفتار	افراد مبتلابه صرع غیر افسرده	۲۰/۷	۳/۱
	افراد مبتلابه صرع افسرده	۲۳/۸	۳/۲
عملکرد کلی	افراد مبتلابه صرع غیر افسرده	۲۷/۵	۳/۹
	افراد مبتلابه صرع افسرده	۳۲/۰۲	۴/۸

به‌منظور مقایسه نمرات در دو گروه، از آزمون t مستقل (به‌عنوان یک آزمون پارامتریک) استفاده‌شده است. قبل از استفاده، پیش‌فرض نرمال بودن با آزمون کولموگروف– اسمیرنوف و پیش‌فرض برابری واریانس‌ها با آزمون لوین موردبررسی قرار گرفت که به‌استثنای خرده مقیاس حل مشکل، در بقیه موارد تائید شدند ($p>$ ۰/۰۵). لذا برای خرده مقیاس حل مشکل از آزمون غیر پارامتریک یو–من–ویتنی و برای سایر موارد از آزمون t مستقل استفاده شد که نتایج آن در جداول ذیل ارائه‌شده‌اند.

جدول ۲: آزمون t مستقل برای بررسی تفاوت مؤلفه‌های عملکرد خانواده میان بیماران مصروع افسرده و غیر افسرده

مؤلفه	t	درجه آزادی	معنی‌داری	تفاوت میانگین	خطای استاندارد میانگین
عملکرد کلی خانواده	-۴/۳۱	۹۸	۰/۰۰۰	-۴/۴۵	۱/۰۳
ارتباطات	-۰/۹۴	۹۸	۰/۳۴	-۰/۴۶	۰/۴۹
نقش‌ها	-۲/۶۸	۹۸	۰/۰۰۹	-۱/۸	۰/۶۹
واکنش عاطفی	-۳/۶۸	۹۸	۰/۰۰۰	-۲/۳	۰/۶۴
درگیری عاطفی	-۴/۵۸	۹۸	۰/۰۰۰	-۳/۷	۰/۸۰
کنترل رفتار	-۴/۱۱	۹۸	۰/۰۰۰	-۳/۰۳	۰/۷۳

[Downloaded from fpcej.ir on 2026-11-25]

[DOR: 20.1001.1.24234869.1398.5.1.11.8]

جدول ۳: آزمون یو-من-ویتنی برای مقایسه نمرات حل مشکل میان بیماران مصروع افسرده و غیر افسرده

شاخص	مقدار
U من-ویتنی	۵۸۶/۵
ویلکاکسون	۱۱۱۴/۵
Z	-۱/۸
معنی‌داری	۰/۰۷

بر اساس نتایج جدول ۲ و ۳ میان نمرات عملکرد کلی خانواده، نقش‌ها، واکنش عاطفی، درگیری عاطفی و کنترل رفتار افراد مصروع افسرده و غیر افسرده تفاوت معنی‌داری وجود دارد (P<۰/۰۵)، به شکلی که نمرات این آیتم‌ها همگی در گروه افسرده بیشتر از گروه غیر افسرده بود (نمرات بالاتر در این پرسشنامه معنای مشکل بیشتر در آن خرده مقیاس است) ولی میان نمره‌های مؤلفه حل مشکل و ارتباطات افراد مصروع افسرده و غیر افسرده تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از انجام این پژوهش مقایسه عملکرد خانواده میان بیماران مصروع افسرده و غیر افسرده شهر اصفهان بود. نتایج نشان داد میان نمره‌های عملکرد کلی خانواده و مؤلفه‌های نقش‌ها، واکنش عاطفی، درگیری عاطفی و کنترل رفتار افراد مصروع افسرده و غیر افسرده تفاوت معنی‌داری وجود دارد و میان نمره‌های مؤلفه حل مشکل و ارتباطات افراد مصروع افسرده و غیر افسرده تفاوت معنی‌داری مشاهده نمی‌شود.

پژوهش کاملاً مشابهی در مورد نتایج به‌دست‌آمده مشاهده نشد. در تبیین یافته‌های فوق می‌توان گفت به اعتقاد تدمن و همکاران (۲۰۱۱) صرع، باورها و نگرش‌های زیربنایی ناکارآمدی ایجاد می‌کند که مهارت‌های سازگاری و توانایی مقابله با مشکلات خاص یک بیماری مزمن را تحت تأثیر قرار می‌دهد. بیمار صرعی، باورها و نگرش‌هایی در مورد خود شکل می‌دهد که از عقاید یک فرد عادی متفاوت است و این نگرش‌ها به‌وسیله تجارب منفی مربوط به ابتلا به صرع تقویت‌شده و منجر به سطوح بالای افسردگی مزمن می‌شود. این افراد قادر نخواهند بود با استرس و بحران خود را تطبیق دهند و در دوران بلوغ و بزرگ‌سالی بیشتر دچار اشتباه و انحراف و افسردگی می‌شوند. پس می‌توان گفت درست است که افراد مصروع با مشکلات بسیاری روبه‌رو هستند و این مشکلات ممکن است باعث افسردگی آن‌ها شود ولی عملکرد خانواده نیز از موارد مهمی است که می‌تواند باعث استمرار این افسردگی یا کاهش آن در این افراد گردد (اپستین و همکاران، ۲۰۰۶). بعد حل مشکل مربوط

[Downloaded from fpcej.ir on 2026-11-25]

[DOR: 20.1001.1.24234869.1398.5.1.11.8]

می‌شود به توانایی خانواده در حل مشکلات در حدی که بتواند کارایی مؤثری داشته باشد. حل مشکل شامل هفت مرحله شناسایی مشکل، مشکل را به اطلاع افراد یا منابع ذی‌ربط رساندن، چاره اندیشی برای راه‌حل‌های متعدد، تصمیم در مورد یک راه‌حل عملی، اجرا و عمل نمودن تصمیم، کنترل اجرایی و ارزشیابی میزان موفقیت راه‌حل بکار گرفته‌شده است (زائو و ایو، ۲۰۱۸). هرگاه مراحل به‌خوبی اجرا شوند، مشکل به مؤثرترین وجه حل می‌شود و هرگاه خانواده در شناسایی و تشخیص مشکل خود در بماند، در حل مشکلات ناتوان خواهد بود. در بسیاری از اوقات، اگر افراد مصروع و خانواده آن‌ها، درک درستی از مسئله مربوطه که همان بیماری صرع است نداشته باشند، تمام تمرکز و توجه خود را بر خود مشکل قرار می‌دهند و این نتیجه عکس می‌دهد.

مؤلفه ارتباطات خانوادگی مربوط به توانایی خانواده در تبادل اطلاعات است. مؤثرترین شکل ارتباط، نوع آشکار و صریح آن است و کم اثرترین آن، نقاب‌دار و غیر صحیح است زیرا پیام‌های نا آشکار و غیر صحیح به دلیل ابهام، دوگانگی، متعارض یا پوشیده بودنشان، مخاطبان را سردرگم و مضطرب می‌سازند. در چنین شرایطی احتمال سوءتفاهم و یا حتی سوءاستفاده شخص واسطه وجود دارد. در یک خانواده با عملکرد بالا، اعضای خانواده افکار و احساسات خود را با یکدیگر به شیوه‌های ظریفی در میان می‌گذارند. آن‌ها علایق و نگرانی‌های خویش را عنوان می‌کنند و دربارهٔ مسائل مهم با یکدیگر به گفتگو می‌پردازند. محققان دریافتند بیماران مبتلابه بیماری صرع، در روابطی که احساس می‌کنند تغذیه‌ی عاطفی شده و درک درستی نسبت به بیماری‌شان وجود دارد، عموماً حال بهتری دارند؛ بنابراین می‌توان گفت خانواده افراد مصروع سعی در رفتار محبت‌آمیز با فرد مصروع دارند و خانواده افراد مصروع افسرده و غیر افسرده ازنظر نوع ارتباط در خانواده با یکدیگر تفاوتی ندارند و این موضوع می‌تواند به این دلیل باشد که افسردگی بیشتر افراد شرکت‌کننده در پژوهش در حدی نبوده که بتوان گفت اختلال در روابط ایجاد می‌کند و فرد نمی‌تواند از عهده روابط درست با اعضای خانواده خود برآید.

مؤلفه نقش‌ها، کارآمدی خانواده را بر اساس تخصیص وظایف و تکالیف به اعضای خانواده و کامل نمودن تکالیف از سوی آن‌ها توصیف می‌کند. این الگو نقش‌هایی را که برای عملکرد سالم خانواده انجام می‌گیرد از کارکردهای غیرضروری متمایز می‌سازد. دو نوع قاعده و مقررات در خانواده قابل‌شناسایی‌اند: قواعد آشکار و قواعد پنهان. قواعد آشکار مانند مداخله کودکان در صحبت والدین، آویختن لباس بچه‌ها در جای مربوطه و امثال آن مشاهده و درک آن آسان است.

[Downloaded from fpcej.ir on 2026-11-25]

[DOR: 20.1001.1.24234869.1398.5.1.11.8]

قواعد پنهان، قواعدی مانند در میان گذاشتن به‌موقع مسئله حاد شغلی که برای شوهر پیش‌آمده با همسرش، صحبت کردن به‌موقع و مناسب پدر با فرزند بزرگش که دچار مشکل روحی شده است را شامل می شود (شونکاف و فیلیپس، ۲۰۱۴). وقتی یک بیماری یا اتفاق، یکی از اعضای خانواده را گرفتار می‌کند، تمام خانواده تحت تأثیر مشکل پیش‌آمده قرار می‌گیرند. بیماری صرع نه‌تنها فرد بیمار را تحت تأثیر خود قرار می‌دهد بلکه می‌تواند تأثیر بزرگی روی اعضای خانواده داشته باشد.

واکنش عاطفی به توان اعضای خانواده در پاسخ‌دهی مناسب به موقعیت‌های هیجانی مثبت و منفی گفته می‌شود. در مدل مک مستر دو نوع واکنش عاطفی عمده شناخته‌شده است:۱) احساسات آسایش که شامل واکنش‌های هیجانی مثبتی مانند عشق، مهربانی و شادی است. ۲) احساسات اضطراری که شامل عواطفی مانند ترس، اضطراب، خشم و مانند آن می‌شود (شارف، ۲۰۱۲). به‌طورمعمول قواعد انطباقی شدید، توجه بیش‌ازحد و بکن و نکن‌ها در برخی از خانواده‌های افراد مصروع موجب ایجاد احساس ناامنی در افراد خانواده به‌خصوص فرد مبتلابه صرع می‌شود. به همین دلیل اعضا برای دستیابی مجدد به تعامل حیاتی می‌توانند به انواع رفتارهای نامطلوب روانی- اجتماعی مانند افسردگی متوسل شوند؛ بنابراین افراد مصروع در این خانواده‌ها احساسات آسایش کمتری را تجربه می‌کنند و احساسات آن‌ها بیشتر شامل احساسات اضطرابی خواهد بود که همین امر باعث تفاوت واکنش عاطفی در افراد مصروع افسرده و غیر افسرده شده است.

درگیری عاطفی واکنشی است که هر یک از اعضاء در برابر علاقه و توجه دیگری نشان می‌دهد. برخی از خانواده‌های افراد مصروع به‌جای آمیختگی همزیستی، آمیختگی بیش‌ازحد و درنتیجه دخالت عاطفی بیش‌ازحدی را نسبت به فرد مصروع نشان می‌دهند به‌طوری‌که از دخالت دلسوزانه نیز فراتر می‌روند و برخی از خانواده‌های افراد مصروع نیز ممکن است فقدان دخالت عاطفی داشته باشند یا فقط بر اساس وظیفه نیاز فرد مصروع را برطرف کنند. درنتیجه همین امر ممکن است باعث تفاوت در مؤلفه درگیری عاطفی در دو گروه افراد مصروع افسرده و غیر افسرده شده باشد.

مؤلفه کنترل رفتار مربوط به قواعدی است که خانواده بر آن اساس امورش را می‌گذراند. بعد کنترل رفتار همچنین دربرگیرنده میزان تأثیر و نفوذی است که اعضای خانواده بر یکدیگر دارند. خانواده برای بقاء و سازگاری نیاز به شیوه‌هایی جهت کنترل رفتار اعضای خود دارد. برخی از خانواده‌های افراد مصروع، فرد را از انجام هرگونه کاری منع می‌کنند و حتی اجازه قبول مسئولیت‌های بی‌خطر را به فرد نمی‌دهند. درصورتی‌که برخی از خانواده‌های افراد مصروع از آن‌ها می‌خواهند که با توجه به

[Downloaded from fpcej.ir on 2026-11-25]

[DOR: 20.1001.1.24234869.1398.5.1.11.8]

سن و توانایی و وضعیت جسمی‌شان در منزل کار کنند و مسئولیت‌هایی را به آن‌ها می‌سپارند؛ بنابراین این مسئله باعث تفاوت نوع کنترل رفتار در خانواده‌های افراد مصروع افسرده و غیر افسرده شده است.

محدودیت‌ها و پیشنهادها. ازجمله محدودیت‌های این پژوهش، عدم کنترل متغیرهای مداخله‌گر مانند سن، مدت بیماری و جنسیت در این پژوهش بود که پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی یا از طرح همسان‌سازی دو گروه و یا از روش تحلیل کوواریانس استفاده شود. همچنین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی، بررسی بین گروهی مؤلفه‌های عملکرد خانوادگی به تفکیک انواع صرع انجام شود.

منابع

اسمعیلی، رقیه؛ اسماعیلی، مهرداد؛ جمال الدینی، سید جمال؛ کاوه؛ جلیل. (۱۳۹۴). بررسی مشکلات اجتماعی و خانوادگی افراد مصروع مراجعه‌کننده به انجمن صرع از دیدگاه بیماران و خانواده آن‌ها. مجله *روان پرستاری*، ۳(۳): ۱۱-۱۹.

پور شریفی، حمید؛ حبیبی؛ مجتبی، زرانی، فریبا؛ عاشوری؛ احمد؛ حفاظی، میترا؛ حاجبی، احمد؛ بوالهری، جعفر. (۱۳۹۱). نقش افسردگی، استرس، شادکامی و حمایت اجتماعی در شناسایی افکار خودکشی دانشجویان. *مجله روان‌پزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۱۸(۲): ۹۹-۱۰۷.

مروتی، الهام. (۱۳۹۳). تأثیر عملکرد خانواده و اعتیاد به اینترنت بر پیشرفت تحصیلی دانش آموزان شهر ایلام. *فصلنامه اطلاع‌رسانی آموزشی و پژوهشی نواندیش سبز*، ۳۱: ۴۳-۳۶.

مسرور رودسری، دریا دخت؛ چهره‌گشا، مریم؛ سیدالشهدایی، مهناز؛ حسینی، آغافاطمه. (۱۳۹۰). کیفیت زندگی نوجوانان مبتلابه صرع و عوامل مرتبط با آن. نشریه مرکز تحقیقات مراقبتهای پرستاری دانشگاه علوم پزشکی تهران، ۷۳: ۵۴-۴۷.

Reference

Aydin, K., Yildiz, H. (2010). Teachers' perceptions in central Turkey concerning epilepsy and asthma and the short-term effect of a brief education on the perception of epilepsy. Epilepsy Behav, 10(2):286-90.

Bandstra, N. F., Camfield, C. S., Comfield, P.R. (2012).stigma of epilepsy Canadian Journal of Neurology Sciences, 35 (4), 436 -44.

Beck, J.S. (2013). Cognitive therapy: basics and beyond (2nd ed). Guilford press.

Branje, S. J. T., Hale, W. W., Frijns, T., & Meeus, W. H. J. (2012). Longitudinal associations between perceived parent–child relationship

[Downloaded from fpcej.ir on 2026-11-25]

[DOR: 20.1001.1.24234869.1398.5.1.11.8]

quality and depressive symptoms in adolescence. Journal of Abnormal Child Psychology, 38, 751–763.

Chew, J., Carpenter, J., & Haase, A. M. (2018). Young people's experiences of living with epilepsy: The significance of family resilience. *Social work in health care*, *57*(5), 332-354.

Cramer, J.A., Blum, D., Reed, M. (2009). The influence of comorbid depression on quality of life for people with epilepsy. Epilepsy Behav 2009; 14(5): 515- 21.

Cumsille, P.E., Epstein, N. (2010). Family cohesion, family adaptability, social support and adolescent depressive symptoms in outpatient clinic families. Family Psychology, 8: 202-14.

Epstein, N.B., Ryan, C.E., Bishop, D.S., Miller, I.W., Keitner, G.I. (2006).The McMaster model: A view of healthy family functioning, Guilford Press.

Ginzburg, K., Ein- Dor, T., & Solomon, Z. (2010).Comorbidity of Posttraumatic stress disorder, anxiety and depression: A 20- year longitudinal study of war veterans. Journal of Affective Disorders, 123, 249-257.

Helmers, SL., Kobau, R., Sajatovic, M., Jobst, B.C., Privitera, M., Devinsky, O., Keith J. Horvath. (2017). Self-management in epilepsy: Why and how you should incorporate self-management in your practice. Epilepsy Behav. 68: 220–224.

Hirfanoglu, T., Serdaroglu, A., Cansu, A., Soysal, AS., Derle, E., Gucuyener, K. (2010).Do knowledge of, perception of, and attitudes toward epilepsy affect the quality of life of Turkish children with epilepsy and their parents? Epilepsy Behav, 14(1):71-7.

Im, Y., Cho, Y., & Kim, D. (2019). Family Management Style as a Mediator between Parenting Stress and Quality of Life of Children with Epilepsy. *Journal of pediatric nursing*, *45*, e73-e78.

Kirabira, J., Nakawuki, M., Fallen, R., & Rukundo, G. Z. (2018). Perceived stigma and associated factors among children and adolescents with epilepsy in south western Uganda: A cross sectional study. *Seizure*, *57*, 50-55.

Mula, M. (2019). Epilepsy and mood disorders. In *The Comorbidities of Epilepsy* (pp. 299-314). Academic Press.

Mustapha A.F.,O,, Akande, O. (2013). Knowledge, attitudes and perceptions of epilepsy among secondary school teachers in Osogbo South-West Nigeria: a community based study. *Niger J Clin Prac.*, 16(1):12-8.

[Downloaded from fpcej.ir on 2026-11-25]

[DOR: 20.1001.1.24234869.1398.5.1.11.8]

Nandhagopal, R. (2008). Generalised convulsive status epilepticus: an overview. Postgrad Med J; 82:723-32.

Portes, PR., How,l SC., Brown, JH., Eichenberger, S., Mas, CA. (2005). Family functions and children post-divorce adjustment. Am J Orthopsychiatry. 62(4): 613-7.

Ramaratnam, S., Baker, GA., Goldstein, LH. (2007). Psychological treatments for epilepsy. Cochrane Database Syst Rev, (4):CD002029.

Roper, P. (2010). Quality of life in Epileptic patient. New York: Lippincott Co; 2010. P. 120-125.

Sharf, RS. (2012). Theories of psychotherapy counseling concepts and cases.4th ed. New York: The Guilford Press.

Shek, D. L., (2004). A longitudinal study of Hong Kong adolescent's and parent's perceptions of family functioning and well-being. SREL. Social Service Review, 64, 121-142.

Shonkoff, J., & Phillips, D. (2014). From neurons to neighborhoods: The science of early childhood development. Washington, DC: National Academic Press.

Tedman, S., Thernton, E., Bakert, G. (2011). Development of a scale to measure core beliefs and perceived self- efficacy in adults with epilepsy. Seizure 2011; 34(3): 221-31.

Trangkasombat, U. (2008). Family functioning in the families of psychiatric patients: A comparison with nonclinical families. J Med Assoc Thai, 89(11):1946-53.

Van Blitterswijk, M., & Rademakers, R. (2018). Repeat expansions in myoclonic epilepsy. *Nature genetics*, *50*(4), 477-478.

Walker, L., Sills, GJ. (2012). Inflammation and epilepsy: the foundations for a new therapeutic approach in epilepsy? Epilepsy Curr. 2012; 12(1):8-12.

Wisco, B.E. (2011). Depressive cognition: Self- refrence and depth of processing. Clinical Psychology Review, 29, 382-392.

Xu, Y., Neuen, D. R., Glozier, N., Nikpour, A., Somerville, E., Bleasel, A., & Hackett, M. L. (2019). Disability patterns over the first year after a diagnosis of epilepsy. *Clinical neurology and neurosurgery*.

Zhao,S., Yiyue, G. (2018). The effects of mother's education on college student's depression level: The role of family function.Psychiatry Research, 269, 108-114.

[Downloaded from fpcej.ir on 2026-11-25]

[DOR: 20.1001.1.24234869.1398.5.1.11.8]

Reference in Persian

Esmaieli, R., Esmaeli, M., Jamalodiny, S.H, Kaveh. J. (2015). Survey of Social and Familial Problems Between Patients and their Families Refer to Iranian Epilepsy Association. IJPN, 3 (3):11-19. (In Persian).

Masrour Roodsari, D., Chehreh Gosha, M., Seyed al-Shohada, M., Hosseini, A. (2011). Quality of life of adolescents with epilepsy and related factors. Theory of Centers for Disease Control, Tehran: 73: 54-47. (In Persian).

Morovvati, E. (2014). The Effect of Family Functioning and Internet Addiction on Academic Achievement of Ilam City Students. Modern and Educational Information Science Quarterly, 31: 36-43. (In Persian).

Poursharifi, H., Habibi., M., Zarani, F., Ashouri., A. Hafezi, M., Hajibi, A., Bouhalari, J. (2012). The Role of Depression, Stress, Happiness, and Social Support in Identifying Students' Suicidal Thoughts. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology, 18 (2): 99-107. (In Persian).

[Downloaded from fpcej.ir on 2026-11-25]

[DOR: 20.1001.1.24234869.1398.5.1.11.8]