

مقایسه عملکرد خانوادگی بین بیماران مصروع افسرده و غیر افسرده شهر اصفهان

زهرا مرادی^۱

دکتر عباس حقایق^۲

چکیده:

هدف از انجام این پژوهش مقایسه عملکرد خانوادگی بین بیماران مصروع افسرده و غیر افسرده شهر اصفهان بود. این پژوهش از نوع طرح های مقایسه ای می باشد. جامعه آماری این پژوهش را کلیه افراد بالای ۱۵ سال مبتلا به بیماری صرع در شهر اصفهان در سال ۱۳۹۵ تشکیل دادند. به منظور انتخاب نمونه، ابتدا سه مرکز تخصصی مغز و اعصاب (مرکز تخصصی صرع مسیح و دو مطب خصوصی) در اصفهان به صورت تصادفی انتخاب و پس از هماهنگی با مسئولین و پزشک متخصص مغز و اعصاب در این مراکز، پرسشنامه های پژوهش در بین ۱۰۰ نفر از بیماران مصروع که رضایت و آمادگی برای همکاری با پژوهشگر را داشتند و ملاک های ورود پژوهشگر را برآورده می کردند، توزیع گردید که در نهایت ۲۰ نفر از این افراد به خاطر داشتن ملاک های خروج از پژوهش حذف شدند و تعداد ۸۰ نفر به عنوان نمونه پژوهش باقی ماند. گردآوری داده ها به وسیله پرسشنامه افسردگی (بک، ۱۹۹۶) و پرسشنامه سنجش عملکرد خانواده (اپشتاین، بالدوین و بیشاب، ۱۹۸۳) انجام گرفت. جهت تجزیه و تحلیل داده های جمع آوری شده از آزمون t مستقل و آزمون U من-ویتنی استفاده شد. یافته های پژوهش حاکی از آن بود که بین نمره های عملکرد کلی خانواده و مولفه های نقش ها، واکنش عاطفی، درگیری عاطفی و کنترل رفتار افراد مصروع افسرده و غیرافسرده تفاوت معنی داری وجود دارد ($P < 0/05$). ولی بین نمره های مولفه حل مشکل و ارتباطات افراد مصروع افسرده و غیرافسرده تفاوت معنی داری وجود ندارد. پس می توان گفت درست است که افراد مصروع با مشکلات بسیاری روبه رو هستند و این مشکلات ممکن است باعث افسردگی آنها شود ولی عملکرد خانواده نیز از موارد مهمی است که می تواند باعث استمرار این افسردگی یا کاهش آن در این افراد گردد.

کلید واژه ها: افسردگی، صرع، عملکرد خانوادگی

صرع یکی از شایع ترین بیماری های سیستم عصبی است که قدمت آن با خلقت انسان است. در این اختلال، تشنج^۱ به صورت فرایند تحریک ناگهانی ناشی از تخلیه الکتریکی غیرطبیعی و همزمان دسته ای از نورون ها در قسمتی از مغز اتفاق می افتد و باعث بروز یک سری علائم بالینی می گردد. در صورت تکرار تشنج و حملات درمان های غیر قابل پیش بینی ایجاد می شود و حاصل این وضعیت تکرار شونده و مزمن، بیماری صرع است (آقاجانی و صمصام شریعت، ۱۳۹۲). قرن ها در مورد بیماری صرع عقاید اشتباه و خرافی بسیاری وجود داشت، تا اینکه حدود صد سال قبل جکسون^۲ بهترین تعریف را برای بیماری صرع پیشنهاد نمود: صرع تخلیه نوروئی نابجا، گاه گاهی، ناگهانی، شدید و سریع در ماده خاکستری است. این تخلیه نوروئی ممکن است از دو محل شروع شود: ۱- قشر مغز: ضایعات مختلف، در نواحی مختلف مغز می توانند به ایجاد کانون صرعی منجر شوند. از این کانون، امواج صرعی شروع و به اطراف پخش می شوند. ۲- دیانسفال (ناحیه تالاموس): در این نوع صرع، بدون آنکه ضایعه ای در این ناحیه وجود داشته باشد، امواج صرعی از دیانسفال شروع شده و به تمام قشر مغز در هر دو نیمکره منتقل می شوند (معظمی، ۱۳۹۳). افراد مبتلا به صرع در مقایسه با سایر افراد به میزان بیشتری دچار مشکلات اجتماعی و رفتاری می شوند. آنها نگرانی های متفاوتی را مطرح می کنند و کمتر تمایل به شرکت در فعالیت های اجتماعی دارند. همچنین سایر نگرانی های آنها در مورد توانایی والد شدن، استخدام موفقیت آمیز یا مرگ ناشی از بروز حملات می باشد (راماراتنام، بکر و گلدشتاین^۳، ۲۰۰۷). در واقع صرع در بسیاری از موارد، جلوه بالینی ناخوشایندی را در بیمار پدید می آورد که اغلب زمینه ساز برداشت های عامیانه و تفکرات بسیار غلط در زمینه علل زمینه ساز این بیماری بوده و بیمار را در معرض ناراحت کننده ترین برچسب های اجتماعی قرار می دهد. بیماران مبتلا به صرع به دلیل داشتن ادراک منفی از خود، تمایل زیادی به نسبت دادن شکست ها به ناکارآمدی خود دارند و این حس ناکارآمدی و درماندگی را به سایر تجارب خود نیز منتقل نموده و عملاً بسیاری از فرصت های عملکرد موثر را از خود می گیرند که در نهایت کیفیت زندگی و رضایت از زندگی پایینی را تجربه می کنند (تدمن، ترنتون و باکرت^۴، ۲۰۱۴). معمولاً اولین واکنش مبتلایان به صرع به اولین حمله تشنجی، ترس، وحشت، نگرانی، درماندگی، نومییدی، شرمندگی، پنهان کاری، افسردگی و واکنش های بسیار دیگر روانی است. وقتی بخش بسیار کوچکی از مغز به دلایلی به بی نظمی شارژ و دشارژهای الکتریکی و یا بیوشیمیایی مبتلا شد، دیگر بخشهای مغز و روان، جسم و محیط زندگی متاثر شده و این واکنشهای آزار دهنده بروز می کند. در تکرار حمله ها و طول کشیدن بیماری گرچه از شدت واکنش فرد کاسته می شود اما اثری دراز مدت همچون افسردگی و کاهش اعتماد به

1- Seizure

2- Jackson

3- Ramaratnam, Baker, Goldstein

4- Tedman, Thernton, Bakert

نفس پایدارتر شده و واکنش فرد تندتر و عصبی تر می شود. این حالتها نه تنها در فرد مبتلا بلکه در خانواده، دوستان و دیگر نزدیکان وی به وجود می آید. هر چه فرد مبتلا به دیگر بیماریهای روانی مثل افسردگی و یا بیماری جسمی مثل مشکلات عصبی عضلانی مبتلا باشد واکنشهای فرد شدیدتر و دراز مدت تر است (نان هاگوپال^۱، ۲۰۰۸). بنابراین صرع و اختلالات روانپزشکی همراهی شایعی دارند. حدود ۴۰ درصد بیماران مبتلا به صرع یک اختلال روانپزشکی همراه دارند که شایع ترین آنها افسردگی می باشد (آقاجانی و صمصام شریعت، ۱۳۹۲). افسردگی یکی از رایجترین اختلالات روانی در همه افراد جامعه می باشد که رو به افزایش گذاشته است. پیش بینی شده است که در سال ۲۰۲۰ افسردگی شایعترین و پرهزینه ترین بیماری خواهد بود (گینزبرگ، این دور و سولومون^۲، ۲۰۱۰). دیدگاه منفی نسبت به خود یکی از ویژگی های بارز اختلال افسردگی است و افراد مبتلا به افسردگی دارای دیدگاه منفی و بسیار بدبینانه نسبت به خود، محیط اطراف و آینده هستند (بک^۳، ۲۰۱۳). بنابراین افراد افسرده در مقایسه با افراد غیر افسرده، دیدگاه منفی تری نسبت به خود در مقیاس های خود گزارش دهی نشان می دهند. آنها پیش بینی های منفی تری درباره آینده خود دارند و با تفکر و خلق منفی تری به انعکاس خود می پردازند (ویسکو^۴، ۲۰۱۱). صرع نیز باورها و نگرش های زیربنایی منفی و ناکارآمدی ایجاد می کند که مهارت های سازگاری و توانایی مقابله با مشکلات خاص یک بیماری مزمن را تحت تاثیر قرار می دهد و در نهایت منجر به سطوح بالای افسردگی می شود (تدمن و همکاران، ۲۰۱۴). بنابراین مساله عمده در مورد مبتلایان به صرع، طرد شدن آنها از اجتماع می باشد به نحوی که تکامل فردی و سلامت روان آنها را تحت تاثیر قرار می دهد و منجر به گوشه گیری و انزوای اجتماعی-خانوادگی آنها می شود. همین عوامل باعث کاهش اعتماد به نفس در این افراد شده و در نهایت افسردگی را در آنها افزایش می دهد (واگنر^۵، ۲۰۱۳). یکی دیگر از رایج ترین علل افسردگی در افراد مبتلا به صرع، آسیب مغزی است. منطقه ی مشخصی از مغز که مسئول خلق و خوی فرد است، ممکن است در افرادی که صرع دارند آسیب ببیند. این امر ممکن است به انواع تغییرات خلق و خوی، از جمله افسردگی منجر شود. همچنین ابتلا به یک بیماری مزمن، مانند صرع، برای برخی افراد می تواند همراه با غم و اندوه باشد. امکان تشنج در هر زمان و هر موقعیت، نیز می تواند اضطراب و استرسی شدید در فرد مبتلا ایجاد کند و تمام این احساسات منفی، افسردگی را برای فرد به ارمغان می آورد. سطح هورمون ها همچنین می تواند نقشی مهم در تحریک افسردگی در افراد مبتلا به صرع را ایفا کند. محققان دریافتند که سطح استروژن در افراد مبتلا به افسردگی پایین است و تغییرات هورمونی همچنین می تواند بر فرکانس تشنج تاثیر بگذارد. عوارض جانبی داروهای صرع همچنین می تواند خطر ابتلا به افسردگی را افزایش دهد. داروهای ضد تشنج ممکن است بر خلق و خوی

-
- 1- Nandhagopal
 - 2- Ginzburg, Ein- Dor & Solomon
 - 3- Beck
 - 4- Wisco
 - 5- Wagner

فرد تاثیر بگذارند (کرامر، بلوم و رید^۱، ۲۰۰۹). لذا بیماری صرع و علائم همراه با آن می تواند بر زندگی روزانه فرد تاثیر بگذارد و اثر بسزایی بر حضور فرد در دانشگاه، محل کار، جامعه، شرکت در فعالیت های اجتماعی و روابط خانوادگی داشته باشد (هیرفانقلو، سرداروقلو، کانسو، سویسال، دیرله و گوسونیر^۲، ۲۰۱۰). خانواده، دوستان و افراد مختلف جامعه، خود نیز می توانند تاثیر بسزایی در تجارب زندگی و تفکر افراد مبتلا به صرع در مورد خود داشته باشند (آیدین و یلدیز^۳، ۲۰۱۰). ارتباط بین محیط و زمینه خانوادگی با بیماری های روانی مدت هاست 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 تعارض ها، 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 نظام خانواده می باشد (پورتر و همکاران، ۲۰۰۵). عکس العمل خانواده ها در مورد بیماران متفاوت است یعنی ممکن است فرد مبتلا به صرع را کاملا تحت حمایت قرار داده و یا وی را به طور مطلق طرد نمایند، در نتیجه بسیاری از افراد مبتلا به صرع ممکن است دچار مشکلات خانوادگی و در نتیجه مشکلات رفتاری و اجتماعی شوند (اسماعیلی، اسماعیلی، جمال الدینی و کاوه، ۱۳۹۴). پس توانایی سازگاری فرد مصروع با بیماری به عوامل خانوادگی و محیطی وابسته است که به علت عدم ارتباط مناسب و درک متقابل و شناخت خانواده ها از بیماران سبب شده که خانواده ها یا در انجام کوچکترین فعالیتهای این بیماران نظارت داشته باشند و این عامل سبب وابستگی کامل یا نسبی آنها می شود یا به طور کلی آنها را طرد کرده که منجر به انزوا و افسردگی این بیماران می گردد (کوبائو^۴، ۲۰۱۶). بنابراین تغییرات کمی و کیفی در عملکرد خانواده افراد مصروع باعث شکل گیری شخصیت متفاوت در خانواده می شود و در برخی موارد به جای اینکه پشتوانه ای بر سلامت روان این افراد باشد، مشکلات رفتاری خاصی را ایجاد می کند که به عوامل متعددی بستگی دارد (بخشی پور، اسدی، کیانی، شیرعلی پور و احمد دوست، ۱۳۹۱). تحقیقات نیز نشان داده است عملکرد خانواده با سلامت روانی اعضا ارتباط دارد و در خانواده هایی که ارتباط میان اعضا و تعاملات داخل خانواده بر اساس نزدیکی و صمیمیت و تفاهم بین افراد استوار است، همه اعضا نسبتا علیه فشارهای زندگی مقاوم و مصون هستند (شارف^۵، ۲۰۱۲). عملکرد خانواده سالم مانند یک پدیده تعاملی رشدیابنده است و یک خانواده بهنجار خانواده ای است که با ساختار منسجم در جهت رشد و رفاه اعضای خود عمل می کند و می تواند به طور پویا با عوامل نو به نو شونده محیطی، تعامل برقرار کند و با آن ها سازگار شود بی آنکه در این میان دچار اغتشاش گردد و یا افراد خانواده دچار علائم مرضی شوند (شونکاف و فیلیپس^۶، ۲۰۱۴). بنابراین بین عملکرد ضعیف خانواده و

1- Cramer, Blum, Reed

2- Hirfanoglu, Serdaroglu, Cansu, Soysal, Derle, Gucuyener

3- Aydin & Yildiz

4- Kobau

5- Sharf

6- Shonkoff & Phillips

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 پایین است (کامسیل واپستاین^۱، ۲۰۱۰). بنابراین با توجه به این مسایل خانواده می‌تواند در تعیین شیوه‌های تربیتی فرزند خود مسئولیت بزرگی را به عهده بگیرد. خانواده به عنوان نهادی اجتماعی در خلاء واقع نشده و با سایر نهادها و بخش‌های جامعه در ارتباط است و متأثر از تأثیرات آنهاست. بنابراین در هر بخشی از اجتماع و نهادهای آن، تصمیمات و تعاریف صورت گرفته در آن خواه ناخواه خانواده را متأثر می‌نماید و باعث می‌شود که به محیط خانواده کشیده شود و در صورت منفی بودن، جو و محیط خانواده را به تشنج بکشاند و به مخاطرات و تنش‌های روانی اعضای آن منتهی شود (روپر^۲، ۲۰۱۰). در واقع خانواده به عنوان کوچک‌ترین نهاد اجتماعی، آسیب‌پذیرترین گروه در برابر آسیب‌های روانی و اجتماعی است به طوری که اکثر مشکلات و آسیب‌ها ابتدا در خانواده‌ها بروز پیدا می‌کند و در صورت عدم پیشگیری و برخورد نا صحیح با آنها، به درون جامعه نیز رسوخ می‌کند و در این شرایط دشوار دیگر نمی‌توان به راحتی مشکلات و آسیب‌ها را کنترل کرد. نتایج تحقیقات مختلف رابطه اختلال در عملکرد خانواده و مشکلات متعدد اعضای آن را نشان داده‌اند از جمله پژوهش‌های سلطانی فر و بینا (۱۳۸۶)، زرگر و همکاران (۱۳۸۶)، تقوی لاریجانی و همکاران (۱۳۸۵)، برنجی، هال، فریجنس و میوس^۳ (۲۰۱۲)، ترانکاسومبات^۴ (۲۰۰۸) و شک^۵ (۲۰۰۴). همچنین در مورد مشکلات بیماران مبتلا به صرع پژوهش‌هایی انجام شده است از جمله مطالعات آقاجانی و صمصام شریعت (۱۳۹۲)، مسرور رودسری و همکاران (۱۳۹۰) و باندستورا^۶ و همکاران (۲۰۱۲). ولی پژوهشی در زمینه مشکلات و عملکرد خانوادگی بیماران مبتلا به صرع یافت نشد و مطالعات در این زمینه در مراحل ابتدایی قرار دارد. علی‌رغم توجه روز افزون علم پزشکی به جنبه‌های عصب‌شناختی این بیماری، نیمرخ روانی بیماری صرع اغلب نادیده گرفته می‌شود و همان‌طور که گفته شد این نیمرخ روانی از عملکرد خانواده نیز می‌تواند تأثیر پذیری بالایی داشته باشد. لذا با عنایت به این موارد، هدف پژوهش حاضر مقایسه عملکرد خانوادگی بیماران مصروع افسرده و غیر افسرده شهر اصفهان می‌باشد. در نهایت با بررسی عملکرد خانواده بیماران مصروع افسرده و غیر افسرده در این پژوهش و در صورت تأثیر گذار بودن عملکرد خانواده بر مشکلات روانی به خصوص افسردگی افراد مصروع می‌توان از نتایج حاصل از این پژوهش در

1- Cumsille & Epstein

2- Roper

3- Branje, Hale, Frijns & Meeus

4- Trangkasombat

5- Shek

6- Bandstra

مراکز بهداشت روانی، مراکز مغز و اعصاب، مراکز روانپزشکی، روانشناختی و مشاوره و خدمات خانواده برای کمک به بهبود عملکرد خانواده این افراد استفاده کرد.

روش بررسی

این پژوهش از نوع طرح های مقایسه ای می باشد. جامعه‌ی آماری این پژوهش را کلیه افراد مصروع بالای ۱۵ سال در شهر اصفهان در سال ۱۳۹۵ تشکیل دادند. بنابراین برای اجرای پژوهش در ابتدا متون علمی مربوط به بیماری صرع، افسردگی و عملکرد خانوادگی مورد مطالعه و بررسی قرار گرفت. سپس سه مرکز تخصصی مغز و اعصاب (مرکز تخصصی صرع مسیح و دو مطب خصوصی) در اصفهان به صورت تصادفی انتخاب و پس از هماهنگی با مسئولین و پزشک متخصص مغز و اعصاب در این مراکز، پرسشنامه هایی که به صورت دفترچه تهیه شده و شامل راهنمای پژوهش و راهنمای پاسخ دهی بود، با رعایت ملاحظات اخلاقی و بیان اهداف پژوهش، در بین ۱۰۰ نفر از بیماران مصروع که رضایت و آمادگی برای همکاری با پژوهشگر را داشتند توزیع گردید که در نهایت ۲۰ پرسشنامه از پژوهش حذف گردید و ۸۰ نفر به عنوان نمونه پژوهش باقی ماند. سپس ۴۸ نفر از این بیماران که بر اساس پرسشنامه افسردگی بک، افسرده تشخیص داده شدند، در گروه افراد مصروع افسرده با ۳۲ نفر از آنها که مبتلا به افسردگی نبودند، مورد مقایسه قرار گرفتند. ملاک های ورود نمونه به تحقیق 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، سن بالای ۱۵ سال، داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن، رضایتمندی از شرکت در پژوهش. در نهایت اطلاعات حاصل و گردآوری شده، توسط نرم افزار SPSS تجزیه و تحلیل شد که ابتدا با استفاده از روشهای آمار توصیفی، اطلاعات جمعیت شناختی نمونه مانند میانگین، فراوانی و درصد توصیف شد. سپس با استفاده از روشهای آمار استنباطی (آزمون t مستقل و آزمون U من-ویتی) تفاوت های موجود بین دو گروه بررسی گردید. در این پژوهش از پرسشنامه افسردگی بک (۱۹۹۶) و سنجش عملکرد خانواده اپشتاین، بالدوین و بیشاب (۱۹۸۲) استفاده شد:

پرسشنامه افسردگی بک (۱۹۹۶): پرسشنامه افسردگی بک برای اولین بار در سال ۱۹۶۱ توسط بک و همکاران تدوین شد. این آزمون یکی از معتبرترین آزمون های تشخیصی افسردگی بوده و شامل ۲۱ ماده است که علایم مختلف جسمانی، شناختی و هیجانی افسردگی را مورد ارزیابی قرار می دهند. هر ماده ۴ گزینه دارد که به صورت ۰ تا ۳ نمره گذاری می شوند و حداکثر نمره در این آزمون ۶۳ است. تعداد مواد نشانه های 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 (۱۹۹۶) است استفاده می شود. مطالعاتی که به منظور ارزیابی اعتبار و پایایی این آزمون انجام گرفته است حاکی از معتبر بودن این ابزار است. بک، استر و براون (۲۰۰۰) ثبات درونی این پرسشنامه را به طور میانگین ۰/۸۶ و ضریب آلفای کراباخ را برای گروه بیمار ۰/۸۶ و گروه غیربیمار ۰/۷۱ گزارش کرده اند. در ایران محمدخانی

(۱۳۸۶) ضریب آلفای ۰/۹۲ برای بیماران سرپایی و ۰/۹۳ برای دانشجویان را گزارش کرده است. در مطالعه دیگری که روی دانشجویان دانشگاه تهران و دانشگاه علامه طباطبایی برای بررسی اعتبار و پایایی ویرایش دوم آزمون بک انجام گرفت ضریب آلفای کرانباخ ۰/۷۸ و پایایی بازآزمایی ۰/۷۳ به دست آمد (به نقل از جهانیان، احدی، مهریار، نفیسی و نیکوفر، ۱۳۸۹). پاسخ‌دهندگان به این آزمون، برای درک ماده‌های آن باید حداقل در سطح کلاس پنجم یا ششم توانایی خواندن داشته باشند. با جمع کردن نمرات فرد در هر یک از ماده‌ها، نمره فرد به طور مستقیم به دست می‌آید.

پرسشنامه سنجش عملکرد خانواده: این ابزار یک پرسشنامه ۶۰ عبارتی است که برای ارزیابی کارکرد خانواده توسط اپشتاین، بالدوین و بیشاب در سال ۱۹۸۲ بنا بر الگوی مک مستر تدوین شده است. این پرسشنامه توانایی خانواده را در سازش با حوزه وظایف خانوادگی بر روی یک مقیاس چهار درجه ای لیکرت به صورت: کاملاً موافقم (۱)، موافقم (۲)، مخالفم (۳) و کاملاً مخالفم (۴) مشخص می نماید. برای به دست آوردن امتیاز مربوط به هر زیر مقیاس، باید نمرات همه عبارات زیرمقیاس مورد نظر را با هم جمع و بر تعداد عبارات زیرمقیاس تقسیم نمود. در این ابزار، نمرات بالاتر نشانگر کارکرد ناسالم تر است (مروتی، ۱۳۹۳). به سوالها (یا عباراتی) که توصیف عملکرد ناسالم اند، یعنی سوال های شماره ۱، ۴، ۵، ۷، ۸، ۹، ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۷، ۱۹، ۲۱، ۲۲، ۲۳، ۲۵، ۲۸، ۳۱، ۳۳، ۳۴، ۳۵، ۳۷، ۳۹، ۴۱، ۴۲، ۴۴، ۴۵، ۴۷، ۴۸، ۵۱، ۵۲، ۵۳، ۵۴، ۵۸، نمره معکوس داده می شود. این مقیاس شش بعد از عملکرد خانواده (حل مسئله، ارتباطات، نقش ها، درگیری عاطفی، واکنش های عاطفی، کنترل رفتاری) و یک نمره عملکرد کلی را می سنجد. این پرسشنامه در ایران توسط زاده محمدی و ملک خسروی (۱۳۸۴) هنجاریابی شده و ضریب آلفای کرونباخ زیرمقیاس های آن بدین شرح است: حل مسئله: ۰/۷۲، ارتباطات: ۰/۷۰، نقش ها: ۰/۷۱، درگیری عاطفی: ۰/۷۳، واکنش های عاطفی: ۰/۷۱، کنترل رفتاری: ۰/۶۰ و عملکرد کلی: ۰/۸۲ (مروتی، ۱۳۹۳).

یافته ها

ابتدا اطلاعات جمعیت شناختی افراد نمونه مورد بررسی قرار گرفت که نتایج آن در ذیل ارائه می شود:

یافته های توصیفی نشان داد که میانگین سن در افراد مبتلا به صرع افسرده ۲۹/۷، در افراد مبتلا به صرع غیرافسرده ۳۱/۵ و در کل نمونه ۳۰/۸ می باشد. همچنین بیشترین فراوانی در بین افراد مبتلا به صرع افسرده را مردان (۵۴/۲ درصد) تشکیل داده اند. بیشترین فراوانی در بین افراد مبتلا به صرع افسرده را افراد متأهل (۶۲/۵ درصد) تشکیل می دهند. بیشترین فراوانی افراد مبتلا به صرع افسرده در پژوهش حاضر را افرادی تشکیل داده اند که تحصیلات آنها زیر دیپلم (۵۲/۱ درصد) و کمترین فراوانی مربوط به افرادی است که تحصیلات آنها لیسانس (۸/۳ درصد) می باشد. همچنین بیشترین فراوانی در بین افراد مبتلا به صرع غیرافسرده را زنان (۷۵ درصد) تشکیل داده اند. بیشترین فراوانی در بین افراد مبتلا به صرع غیرافسرده را افراد متأهل (۵۶/۳ درصد) تشکیل می دهند. بیشترین فراوانی افراد مبتلا به صرع غیرافسرده در پژوهش حاضر را افرادی تشکیل داده اند که تحصیلات آنها دیپلم (۴۰/۶ درصد) و کمترین فراوانی مربوط به افرادی است که تحصیلات آنها فوق دیپلم (۱۵/۶ درصد) می باشد.

در جدول ۱ شاخص های میانگین و انحراف استاندارد نمره کل عملکرد خانوادگی و مولفه های آن در گروه افراد مبتلا به صرع افسرده و غیرافسرده به صورت جداگانه آورده شده است.

جدول ۱: میانگین و انحراف استاندارد نمره کل عملکرد خانوادگی و مولفه های آن در گروه افسرده و غیرافسرده

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

در جدول ۱ تعداد در همه متغیر ها در گروه افسرده ۴۸ و گروه غیرافسرده ۳۲ نفر می باشد. در این جدول میانگین و انحراف استاندارد نمره کل عملکرد خانوادگی و مولفه های آن در دو گروه و کل نمونه به صورت جداگانه آورده شده است. یافته ها نشان می دهد که بالاترین میانگین نمره همه مولفه های عملکرد خانوادگی و عملکرد کلی در گروه افراد مبتلا به صرع افسرده بالاتر از گروه غیرافسرده می باشد. سپس برای بررسی تفاوت عملکرد خانوادگی بین بیماران مصروع افسرده و غیر افسرده از تحلیل t مستقل استفاده شد که نتایج آن در ذیل ارائه می شود:

جدول ۲: آزمون t مستقل برای بررسی تفاوت عملکرد خانوادگی بین بیماران مصروع افسرده و غیرافسرده

| محدوده میانگین با احتمال ۹۵٪ | خطای استاندارد میانگین | میانگین | معنی داری | درجه آزادی | t | عملکرد کلی خانواده |
|------------------------------|------------------------|---------|-----------|------------|----|--------------------|
| | | | | | | |
| -۲/۴ | -۶/۵ | ۱/۰۳ | -۴/۴۵ | ۰/۰۰۰ | ۷۸ | -۴/۳۱ |

در جدول ۲ با توجه به اینکه معنی داری $0/000$ و کوچکتر از $0/05$ می باشد فرضیه اصلی پژوهش تایید می شود و بین نمره های عملکرد کلی خانواده افراد مصروع افسرده و غیرافسرده تفاوت معنی داری وجود دارد ($P < 0/05$). در این جدول ۹۵ درصد احتمال دارد که میانگین عملکرد کلی خانواده در محدوده ($6/5-$ و $2/4-$) باشد.

همچنین برای بررسی تفاوت در مولفه های عملکرد خانوادگی بین بیماران مصروع افسرده و غیر افسرده از تحلیل t مستقل استفاده شد که نتایج آن در جدول ۳ ارائه می گردد.

جدول ۳: آزمون t مستقل برای بررسی تفاوت مولفه های عملکرد خانواده بین بیماران مصروع افسرده و غیرافسرده

| محدوده میانگین با احتمال ۹۵٪ | خطای استاندارد میانگین | میانگین | معنی داری | درجه آزادی | t | مولفه | |
|------------------------------|------------------------|---------|-----------|------------|------|-------|--------------|
| | | | | | | | پایین |
| ۰/۲۲ | -۱/۹ | ۰/۵۳ | -۰/۸۴ | ۰/۱۲ | ۷۷/۵ | -۱/۵۶ | حل مشکل |
| ۰/۵۲ | -۱/۴ | ۰/۴۹ | -۰/۴۶ | ۰/۳۴ | ۷۸ | -۰/۹۴ | ارتباطات |
| -۰/۴۲ | -۳/۲ | ۰/۶۹ | -۱/۸ | ۰/۰۰۹ | ۷۸ | -۲/۶۸ | نقش ها |
| -۱/۰۸ | -۳/۶ | ۰/۶۴ | -۲/۳ | ۰/۰۰۰ | ۷۸ | -۳/۶۸ | واکنش عاطفی |
| -۲/۰۹ | -۵/۳ | ۰/۸۰ | -۳/۷ | ۰/۰۰۰ | ۷۸ | -۴/۵۸ | درگیری عاطفی |
| -۱/۵۶ | -۴/۴ | ۰/۷۳ | -۳/۰۳ | ۰/۰۰۰ | ۷۸ | -۴/۱۱ | کنترل رفتار |

در جدول ۳ با توجه به اینکه معنی داری در مولفه حل مشکل $0/12$ و بزرگتر از $0/05$ می باشد، بین نمره های مولفه حل مشکل افراد مصروع افسرده و غیرافسرده تفاوت معنی داری وجود ندارد. در این جدول ۹۵ درصد احتمال دارد که میانگین حل مشکل در محدوده ($0/22$ و $-1/9$) باشد. معنی داری مولفه ارتباطات نیز نشان می دهد که بین نمره های مولفه ارتباطات افراد مصروع افسرده و غیرافسرده تفاوت معنی داری وجود ندارد. در این جدول ۹۵ درصد احتمال دارد که میانگین حل مشکل در محدوده ($0/52$ و $-1/4$) باشد. همچنین با توجه به اینکه معنی داری مولفه نقش ها $0/009$ و کوچکتر از $0/05$ می باشد، بین نمره های مولفه نقش ها افراد مصروع افسرده و غیرافسرده تفاوت معنی داری وجود دارد. در این جدول ۹۵ درصد احتمال دارد که میانگین حل مشکل در محدوده ($-3/2$ و $-0/42$) باشد. معنی داری $0/000$ در مولفه واکنش عاطفی نیز نشان دهنده این است که بین نمره های مولفه واکنش عاطفی افراد مصروع افسرده و غیرافسرده تفاوت معنی داری وجود دارد. در این جدول ۹۵ درصد احتمال دارد که میانگین حل مشکل در محدوده ($-1/08$ و $-3/6$) باشد.

در این جدول معنی داری ۰/۰۰۰ در مولفه درگیری عاطفی حاکی از این است که بین نمره های مولفه درگیری عاطفی افراد مصروع افسرده و غیرافسرده تفاوت معنی داری وجود دارد. در این جدول ۹۵ درصد احتمال دارد که میانگین حل مشکل در محدوده (۳/۵- و ۹/۲-) باشد. در نهایت معنی داری ۰/۰۰۰ و کوچکتر از ۰/۰۵ مولفه کنترل رفتار نشان می دهد که بین نمره های مولفه کنترل رفتار افراد مصروع افسرده و غیرافسرده تفاوت معنی داری وجود دارد. در این جدول ۹۵ درصد احتمال دارد که میانگین حل مشکل در محدوده (۴/۴- و ۱/۵۶-) باشد.

بحث و نتیجه گیری

با توجه به این نکته که مقایسه عملکرد خانوادگی افراد مبتلا به صرع افسرده و غیرافسرده تاکنون مورد پژوهش قرار نگرفته است نتایج پژوهش‌هایی که در ذیل می‌آیند، ممکن است به گونه‌ی مستقیم با موضوع پژوهش ارتباط نداشته باشند. پس می‌توان گفت بر اساس یافته‌های به دست آمده، نتایج پژوهش حاضر تا حدودی با نتایج پژوهش‌های برنجی و همکاران (۲۰۱۲)، گیاتاکسیس و همکاران (۲۰۱۱)، ترانکاسومبات (۲۰۰۸)، تامپلین و همکاران (۲۰۰۵)، شک (۲۰۰۴)، مصطفایی و خدابخشی (۱۳۹۱)، سلطانی فر و بیبا (۱۳۸۶)، زرگر و همکاران (۱۳۸۶) و تقوی لاریجانی و همکاران (۱۳۸۵) همخوان می‌باشد.

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 تاثیر قرار می‌دهد. بیمار صرعی، باورها و نگرش‌هایی در مورد خود شکل می‌دهد که از عقاید یک فرد عادی متفاوت است و این نگرش‌ها به وسیله تجارب منفی مربوط به ابتلا به صرع تقویت شده و منجر به سطوح بالای افسردگی مزمن می‌شود. در نهایت تداوم این نگرش‌ها و برچسب‌ها منجر به اختلالات و نابهنجاری‌های رفتاری و عاطفی و اختلال در عملکرد خانوادگی می‌گردد که عملکرد خانوادگی نادرست نیز خود منجر به تشدید اختلالات روانی مانند افسردگی در این افراد می‌شود. چرا که خانواده به عنوان نهادی که زمینه و بستر آموزش و رشد روانی - اجتماعی فرزندان را فراهم می‌سازد، نقش به‌سزایی در وضعیت روانی اعضای خانواده به خصوص فرزندان دارد. در نتیجه ممکن است افراد خانواده عملکردی داشته باشند که باعث ایجاد احساس حقارت در افراد مصروع شود و افسردگی از احساسات تحقیرآمیز فرد در زندگی ناشی می‌شود. در نهایت 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.

همچنین می‌توان گفت مشکلات خانواده به دو دسته تقسیم می‌شوند: مشکلات ابزاری شامل مسائل مربوط به پول، غذا، پوشاک و غیره. مشکلات عاطفی شامل مسائل مربوط به روح و روان افراد خانواده مانند افسردگی، عصبانیت، اضطراب و غیره. خانواده با مشکلات ابزاری بهتر از مشکلات عاطفی برخورد می‌کند و ممکن است مشکلات عاطفی ریشه در مشکلات ابزاری داشته باشد. مشکلات خانواده می‌تواند عملکرد و ثبات خانواده را تهدید

کند و در این حالت ممکن است خانواده در حل مشکل ناتوان شود (اپستین و همکاران، ۲۰۰۶). بعد حل مشکل مربوط می شود به توانایی خانواده در حل مشکلات در حدی که بتواند کارآیی مؤثری داشته باشد. حل مشکل شامل هفت مرحله است: ۱) شناسایی مشکل، ۲) مشکل را به اطلاع افراد یا منابع ذیربط رساندن، ۳) چاره اندیشی برای راه حل های متعدد، ۴) تصمیم در مورد یک راه حل عملی، ۵) اجرا و عمل نمودن تصمیم، ۶) کنترل اجرایی و ۷) ارزشیابی میزان موفقیت راه حل بکار گرفته شده. هرگاه مراحل به خوبی اجرا شوند، مشکل به مؤثرترین وجه حل می شود و هرگاه خانواده در شناسایی و تشخیص مشکل خود در بماند، در حل مشکلات ناتوان خواهد بود (آخرتی، ۱۳۸۶). 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 می دهند. هنگامی که مشکل کانون توجه فرد و خانواده قرار می گیرد، افراد خانواده احساس بدی خواهند داشت و هر چه قدر تلاش کنید نمی توانید برای آن راه حل مناسبی پیدا کنند. پس با توجه به اینکه در پژوهش حاضر نمونه مورد نظر از بین افراد مصروع مراجعه کننده به مراکز تخصصی مغز و اعصاب انتخاب گردید، نشان دهنده این موضوع است که این افراد و خانواده آنها مشکل خود را شناخته و درک کرده اند، به متخصص مربوطه مراجعه کرده اند و به دنبال راه حل های عملی برای کاهش مشکلات مربوط به بیماری خود می باشند. بنابراین این افراد چه مبتلا به افسردگی باشند یا نه، در تلاش برای حل مشکلات خود برآمده اند و تفاوتی از نظر حل مشکل در این دو گروه دیده نمی شود.

مولفه ارتباطات خانوادگی مربوط به توانایی خانواده در تبادل اطلاعات است. مدل مک مستری بر ارتباط کلامی توجه بیشتری دارد. چهار نوع ارتباط در این مدل شناسایی شده است: ۱. آشکار و صحیح، ۲. آشکار و غیر صحیح ۳. نقاب دار و صحیح ۴. نقابدار و غیر صحیح. مؤثرترین شکل ارتباط، نوع آشکار و صریح آن است و کم اثرترین آن، نقاب دار و غیر صحیح است زیرا پیام های نا آشکار و غیر صحیح به دلیل ابهام، دوگانگی، متعارض یا پوشیده بودنشان، مخاطبان را سردرگم و مضطرب می سازند. به همین دلیل بهتر است که پیام ها به طور مستقیم توسط شخص فرستنده، و نه از طریق واسطه یا شخص سوم، ابلاغ گردد. در چنین شرایطی احتمال سوء تفاهم و یا حتی سوء استفاده شخص واسطه وجود دارد. در یک خانواده با عملکرد بالا، اعضای خانواده افکار و احساسات خود را با یکدیگر به شیوه های ظریفی در میان می گذارند. آنها علایق و نگرانی های خویش را عنوان می کنند و درباره مسائل مهم با یکدیگر به گفتگو می پردازند. هر یک از آنها می تواند درباره خود و زندگی اش با سایرین صحبت کند و می داند که هم به او گوش می سپارند و هم او را درک می کنند. ارتباط مؤثر یکی از مهمترین ملزومات یک رابطه صمیمانه است. الگوهای ارتباطی موجود در خانواده، بر الگوهای ارتباطی که فرزندان بعدها در خانواده خود بکار خواهند برد، مؤثر است. ارتباط محدود به کلمات نمی شود بلکه گوش دادن، سکوت، برخورد نگاه ها، حالت چهره، ژست ها، لمس کردن، حالت بدن و تمام نمادهای غیر کلامی دیگر و رمزهایی که برای ارسال و دریافت معنا به کار می روند را شامل می شود (آخرتی، ۱۳۸۶). محققان دریافتند بیماران مبتلا به بیماری صرع، در روابطی که احساس می کنند تغذیه ی عاطفی شده و درک درستی نسبت به بیماری شان وجود دارد، عموماً حال بهتری دارند. کیفیت زندگی این افراد توسط فاکتورهایی چون عملکرد اجتماعی و وضعیت هیجانی بررسی و سنجش شد، فرقی نمی کرد نوع صرع بیمار چه بوده است، نتیجه اینکه وضعیت سلامت بیمار تا حدود بسیار زیادی با وضعیت روحی و هیجانی فرد مقابلش در ارتباط بوده است. بنابراین می توان گفت خانواده افراد مصروع سعی در رفتار محبت آمیز

با فرد مصروع دارند و خانواده افراد مصروع افسرده و غیرافسرده از نظر نوع ارتباط در خانواده با یکدیگر تفاوتی ندارند و این موضوع می تواند به این دلیل باشد که افسردگی بیشتر افراد شرکت کننده در پژوهش در حدی نبوده که بتوان گفت اختلال در روابط ایجاد می کند و فرد نمی تواند از عهده روابط درست با اعضای خانواده خود برآید. همچنین اطلاعات کافی و درست در مورد این بیماری می تواند به خانواده و خود بیمار کمک کند تا در روابط خود به مشکل بر نخورند و افرادی که به متخصص مغز و اعصاب مراجعه کرده اند، به احتمال زیاد بیماری خود را به درستی درک کرده اند.

مولفه نقش ها، کارآمدی خانواده را بر اساس تخصیص وظایف و تکالیف به اعضای خانواده و کامل نمودن تکالیف از سوی آنها توصیف می کند. نقش ها گاه به صورت رسمی و گاه به صورت غیر رسمی تخصیص می یابند، در بسیاری از خانواده ها بیشتر به صورت الگوهای عادی برای اعضای خانواده در می آیند. این الگو نقش هایی را که برای عملکرد سالم خانواده انجام می گیرد از کارکردهای غیر ضروری متمایز می سازد. دو نوع قاعده و مقررات در خانواده قابل شناسایی اند: قواعد آشکار و قواعد پنهان. قواعد آشکار مانند مداخله کودکان در صحبت والدین، آویختن لباس بچه ها در جای مربوطه، و امثال آن مشاهده و درک آن آسان است. قواعد پنهان، قواعدی مانند در میان گذاشتن به موقع مسأله حاد شغلی که برای شوهر پیش آمده با همسرش، صحبت کردن به موقع و مناسب پدر با فرزند بزرگش که دچار مشکل روحی شده است را شامل می شود. اعضای خانواده با مشاهده الگوی رفتار دیگران در خانه، موجودیت و چگونگی آنها را استنباط می کنند. در خانواده کارا، قوانین به حفظ نظم و انضباط کمک می کند و در شرایط خاص نیز اجازه تغییرات لازم را می دهند (آخرتی، ۱۳۸۶). وقتی یک بیماری یا اتفاق، یکی از اعضای خانواده را گرفتار می کند، تمام خانواده تحت تاثیر مشکل پیش آمده قرار می گیرند. بیماری صرع نه تنها فرد بیمار را تحت تاثیر خود قرار می دهد بلکه می تواند تاثیر بزرگی روی اعضای خانواده داشته باشد. در کل این درست است که فرد مصروع به قوت قلب و حمایت خانواده احتیاج دارد ولی خانواده نیز در این رابطه باید سعی کنند یک حد متوسط و اعتدال را به کار گیرند. آن ها باید مشکلات ناشی از صرع را بشناسند و این گونه مشکلات را به نحوی با خود فرد مصروع نیز در میان بگذارند. برخی از خانواده های افراد مصروع، فرد را از انجام هر گونه کاری منع می کنند و حتی اجازه قبول مسئولیت های بی خطر را به فرد نمی دهند که این مسئله باعث احساس ناامنی و غیر مفید بودن در فرد شده او را مبتلا به اختلالاتی مانند افسردگی می کند. در صورتی که برخی از خانواده های افراد مصروع از آنها می خواهند که با توجه به سن و توانایی و وضعیت جسمی شان در منزل کار کنند و مسئولیت هایی را به آنها می سپارند و در نتیجه اعتماد به نفس آنها را تقویت می کنند. بنابراین زندگی فرد مصروع تنها شامل انطباق و سازگاری با پیامدهای روانی اجتماعی ناشی از حملات و مراقبت و درمان طولانی پزشکی نیست. بلکه علاوه بر آن افراد مصروع بایستی با نقش های مختلف خانوادگی و اجتماعی روبرو شوند. حال اگر افراد مصروع نتوانند از عهده برخی از نقش های خود برآیند، این موضوع باعث مشکلات روانی اجتماعی در آنها می شود و از زوایای مختلفی زندگی این افراد را تحت تاثیر قرار می دهد و در نهایت منجر به مسائلی چون فقدان احترام به خود، اضطراب و افسردگی می گردد.

واکنش عاطفی به توان اعضای خانواده در پاسخ دهی مناسب به موقعیت های هیجانی مثبت و منفی گفته می شود. در مدل مک مستر دو نوع واکنش عاطفی عمده شناخته شده است:

۱) احساسات آسایش که شامل واکنش های هیجانی مثبتی مانند عشق، مهربانی و شادی است. ۲) احساسات اضطرابی که شامل عواطفی مانند ترس، اضطراب، خشم و مانند آن می شود. کارآیی عاطفی در این بعد شامل توانایی خانواده در برابر دامنه وسیعی از احساسات متناسب با موقعیت است (آخرتی، ۱۳۸۶). به طور معمول قواعد انطباقی شدید، توجه بیش از حد و بکن و نکن ها در برخی از خانواده های افراد مصروع موجب ایجاد احساس ناامنی در افراد خانواده به خصوص فرد مبتلا به صرع می شود. به همین دلیل اعضا برای دستیابی مجدد به تعامل حیاتی می توانند به انواع رفتارهای نامطلوب روانی- اجتماعی مانند افسردگی متوسل شوند. بنابراین افراد مصروع در این خانواده ها احساسات آسایش کمتری را تجربه می کنند و احساسات آنها بیشتر شامل احساسات اضطرابی خواهد بود که همین امر باعث تفاوت واکنش عاطفی در افراد مصروع افسرده و غیرافسرده شده است.

درگیری عاطفی واکنشی است که هر یک از اعضاء در برابر علاقه و توجه دیگری نشان می دهد. در واقع میزان علاقه و نگرش اعضای خانواده را نسبت به هم توصیف می نماید. به طور ایده آل، خانواده نیازهای هیجانی همه اعضایش را برآورده می کند تا به مرحله ای از رشد برسند. بعضی از این نیازها توسط افراد بیرون از خانواده برآورده می شوند؛ این امر به طور فزاینده ای در دوره طبیعی رشد و در مقطع نوجوانی روی می دهد. انواع دخالت عاطفی در الگوی مک مستر متمایز شده اند: الف) فقدان دخالت؛ اشاره به این دارد که اعضای خانواده بیشتر مانند غریبه ها در خانه ای بزرگ زندگی می کنند. آنها اغلب تنها هستند و کام روا نیستند. ب) علاقه از احساسات جداست؛ در چنین خانواده هایی به نظر می رسد آمیختگی اعضای خانواده با یکدیگر از احساس وظیفه، نیازی در یک عضو برای کنترل عضوی دیگر، و حس کنجکاوی نشأت می گیرد. ج) آمیختگی خود خواهانه؛ در این جا عضوی از خانواده به منظور حفظ احساسات ارزشمند خویش به عضو دیگر همراه می شود؛ نه به خاطر مراقبت یا نگرانی واقعی نسبت به وی. د) دخالت دلسوزانه؛ این امر بر درک واقعی نیازهایی که فرد با آنها دست به گریبان است مبتنی است و به پاسخ هایی می انجامد که این نیازها را برآورده می سازد (آخرتی، ۱۳۸۶). بنابراین به نظر می رسد برخی از خانواده های افراد مصروع به جای آمیختگی همزیستی، آمیختگی بیش از حد و در نتیجه دخالت عاطفی بیش از حدی را نسبت به فرد مصروع نشان می دهند به طوری که از دخالت دلسوزانه نیز فراتر می روند و برخی از خانواده های افراد مصروع نیز ممکن است فقدان دخالت عاطفی داشته باشند یا فقط بر اساس وظیفه نیاز فرد مصروع را برطرف کنند. در نتیجه همین امر ممکن است باعث تفاوت در مولفه درگیری عاطفی در دو گروه افراد مصروع افسرده و غیرافسرده شده باشد.

مولفه کنترل رفتار مربوط به قواعدی است که خانواده بر آن اساس آموزش را می گذرانند. بعد کنترل رفتار همچنین دربرگیرنده میزان تأثیر و نفوذی است که اعضای خانواده بر یکدیگر دارند. خانواده برای بقاء و سازگاری نیاز به شیوه هایی جهت کنترل رفتار اعضای خود دارد. مدل مک مستر چهار شیوه کنترل رفتار را در خانواده ها شناسایی می کند.

۱) خشک: در چنین خانواده هایی، نقش ها و وظایف روزمره اعضای خانواده قابل پیش بینی و مشخص است. این قبیل خانواده ها به دلیل خشک و نامنعطف بودن، قدرت سازگاری با تغییرات را ندارند و چه بسا حتی قدرت برون سازی تغییراتی که خانواده در هر مرحله از رشد خود با آن مواجه است نیز نداشته باشد. فضای کیفری چنین خانواده هایی احتمالاً اعضایش را به طرف رفتار های مخرب و پرخاشگرانه پنهان سوق می دهد و مبارزه برای کسب

قدرت در خانه شدت می گیرد و احتمال دارد که اعضای خانواده، خشم خود را در محیط های بیرون از خانه بروز دهند، همان طور گفته شد؛ قابلیت پیش بینی در چنین خانواده هایی بالاست اما قابلیت سازندگی در آنها پایین است. (۲) انعطاف پذیر: رفتار خانواده هایی که از این شیوه ها بهره می برند، هم قابل پیش بینی و هم سازنده است. آنها می توانند به شکل مناسبی خود را با شرایط جدید انطباق دهند. شیوه آموزشی و حمایت گرانه خانواده، مشوق آنها در فعالیت و انطباق با مقررات خانواده است. (۳) بی قید: این شیوه تا حدودی قابل پیش بینی است اما قدرت سازندگی کمی دارد. بی حالی در این خانواده ها جایگزین سازماندهی و عمل شده است. اعضا به وظایف خویش به خوبی عمل نمی کنند و اغلب در ارتباط با یکدیگر و تشخیص نقش ها دچار مشکل هستند. ضعف سازماندهی در این خانواده ها باعث احساس عدم امنیت در فرزندان می شود و آنها رفتار های مهر طلبانه ای نشان می دهند. این فرزندان تا حدودی تکانشی و بی انضباط هستند و هنگام ورود به مدرسه دچار مشکل می شوند، زیرا در آنجا مقررات حکم فرماست و رفتار های استاندارد شده از آنها انتظار می رود. (۴) هرج و مرج گرایانه: در این شیوه، هم قابلیت پیش بینی و هم قدرت سازندگی شان ضعیف است. این شیوه گاه بی قید و گاهی نیز انعطاف پذیر است و همین شرایط، آن را غیر قابل پیش بینی می کند، به گونه ای که هیچ عضوی نمی داند باید انتظار چه چیزی را بکشد. مؤثر ترین شیوه کنترل رفتار، نوع انعطاف پذیر و کم اثر ترین آن، هرج و مرج گرایانه است (آخرتی، ۱۳۸۶). همان طور که گفته شد برخی از خانواده های افراد مصروع، فرد را از انجام هر گونه کاری منع می کنند و حتی اجازه قبول مسئولیت های بی خطر را به فرد نمی دهند. در صورتی که برخی از خانواده های افراد مصروع از آنها می خواهند که با توجه به سن و توانایی و وضعیت جسمی شان در منزل کار کنند و مسئولیت هایی را به آنها می سپارند. بنابراین این مسئله باعث تفاوت نوع کنترل رفتار در خانواده های افراد مصروع افسرده و غیرافسرده شده است.

منابع و مأخذ

- آقاجانی، آ.، صمصام شریعت، م. (۱۳۹۲). مقایسه شاخص های روانی SCL90 و امید به زندگی در افراد سالم و مصروع در شهر اصفهان در سال ۹۱-۹۰. مجله چشم انداز امین در روانشناسی کاربردی، سال اول، شماره ۱: ۶۳-۴۵.
- بخشی پور، ب.، اسدی، م.، کیانی، ا.، شیرعلی پور، ا.، احمد دوست، ح. (۱۳۹۱). رابطه عملکرد خانواده با تعارضات زناشویی طوج های در آستانه طلاق. مجله روان دانش و پژوهش در کاربردی، سال سیزدهم، شماره ۲: ۱۹-۱۰.
- تقوی لاریجانی، ت.، شریفی، ن.، ف. مهران، ع.، نظری، ش. (۱۳۸۵). سازگاری والدین کودکان مصروع نسبت به عوامل تنش‌زا. مجله دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران، دوره دوازدهم، شماره ۲: ۷۱-۶۳.
- جهانیان، س.، احدی، ح.، مهریار، ا.، نفیسی، غ.، نیکوفر، ع. (۱۳۸۹). مقایسه صفات شخصیتی در بیماران سرطانی افسرده و غیر افسرده. فصلنامه علوم رفتاری، دوره پنجم، شماره ۷: ۱۵-۱.
- زرگر، ف.، عاشوری، ا.، اصغری پور، ن.، عاقبتی، ا. (۱۳۸۶). مقایسه عملکرد خانواده بیماران مبتلا به اختلال افسردگی عمده با بیماران بدون اختلالات روانپزشکی در شهر اصفهان. مجله تحقیقات علوم رفتاری، دوره پنجم، شماره ۲: ۱۰۶-۹۲.
- سلطانی فر، ع.، بینا، م. (۱۳۸۶). بررسی شیوع افسردگی کودکان دبستانی ۱۱-۹ ساله در تهران و رابطه آن با عملکرد خانواده. فصلنامه اصول بهداشت روانی، شماره ۳۴.
- مروتی، ا. (۱۳۹۳). تأثیر عملکرد خانواده و اعتیاد به اینترنت بر پیشرفت تحصیلی دانش آموزان شهر ایلام. فصلنامه اطلاع رسانی آموزشی و پژوهشی نو اندیش سبز، سال هشتم، شماره ۳۱: ۴۳-۳۶.
- مسرور رودسری، د.، چهره گشا، م.، سیدالشهدایی، م.، حسینی، آ. (۱۳۹۰). کیفیت زندگی نوجوانان مبتلا به صرع و عوامل مرتبط با آن. نشریه مرکز تحقیقات مراقبتهای پرستاری دانشگاه علوم پزشکی تهران، دوره بیست و چهارم، شماره ۷۳: ۵۴-۴۷.
- معظمی، د. (۱۳۹۳). مقدمات نوروسایکولوژی. تهران: انتشارات پورروشن.
- 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 quality and depressive symptoms in adolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 38, 751-763.
- Cramer, JA., 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, PE., Epstein, N. (2010). Family cohesion, family adaptability, social support and adolescent depressive symptoms in outpatient clinic families. *Family Psychology*, 8: 202-14.

- 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.
- 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.
- Nandhagopal, R. (2008). Generalised convulsive status epilepticus: an overview. *Postgrad Med J* 2008;82:723-32.
- Portes, PR., How, I 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.
- Wisco, B.E. (2011). Depressive cognition: Self- refrence and depth of processing. *Clinical Psychology Review*, 29, 382-392.