مقاله
پژوهشی

مقایسه عملکرد خانواده در بیماران اسکیزوفرنی با بیماران اختلال دو قطبی I

پیمان هاشمیان[1]، محمدادریس صداقتی[2*]

[1]استادیار، مرکز تحقیقات ژنتیک پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
[2]دکترای پزشکی، پزشک خانواده، شبکه بهداشت و درمان شیروان، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، ایران
[*]**نویسنده مسئول:** شبکه بهداشت و درمان شیروان، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، ایران
پست الکترونیک: edriss_6385@yahoo.com

چکیده

زمینه و هدف: *ارتباط عملکرد خانواده با ویژگی های روانی فرد یکی از مهم ترین بحث های خانواده درمانی می باشد. اختلال اسکیزوفرنی و اختلال دوقطبی I نیز از اختلالات شایع بیماران بستری در بیمارستان می باشند لذا در این طرح بر آن شدیم اختلالات عملکرد خانواده را در این دو گروه مقایسه و بررسی کنیم.*

مواد و روش کار: *در این پژوهش موردی شاهدی ۵۰ بیمار مبتلا به اسکیزوفرنی و ۵۰ بیمار مبتلا به اختلال دوقطبی I و همچنین گروه شاهد شامل ۵۰ نفر از مشاغل مختلف توسط مقیاس سنجش عملکرد خانواده (FAD-I) مورد ارزیابی قرار گرفتند. و در آخر نتایج سه گروه توسط نرم افزار SPSS V21 مقایسه شد.*

یافته ها: *نتایج بدست آمده حاکی از اختلاف معنی دار دو گروه بیماران با گروه شاهد بود. در مقایسه بیماران اسکیزوفرنی با اختلال دوقطبی I نیز اختلال عملکرد خانواده در گروه بیماران اسکیزوفرنی در هر دو جنس شدیدتر بود اما از لحاظ سنی اختلاف معنی دار عملکرد خانواده بین دو گروه بیماران تنها در بیماران ۲۰ تا ۴۰ سال معنی دار بود.*

نتیجه گیری: *با توجه به نتیجه بدست آمده مبنی بر اختلال شدیدتر عملکرد خانواده در بیماران اسکیزوفرنی، به نظر می رسد خانواده درمانی می تواند به عنوان درمان کمکی توام با دارو در درمان بهتر و موفق تر این بیماران موثر باشد.*

واژه های کلیدی: *عملکرد خانواده، اسکیزوفرنی، اختلال دوقطبی*

مجله دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی سال ۹۴؛ دوره ۷ (۴): ۹۳۷-۹۲۹
Journal of North Khorasan University of Medical sciences 2015;7(4):929-937

وصول: ۹۳/۷/۱
اصلاح: ۹۳/۸/۱۹
پذیرش: ۹۳/۱۱/۱۸

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-14]

مقدمه

خانواده جایگاه مهمی در رشد شخصیت افراد دارد و اغلب افراد دچار مشکلات مختلف شخصیتی و روانی که فاقد بهداشت و سلامت روانی هستند از خانواده‌های ناسالم برخاسته‌اند [۱].

اختلال اسکیزوفرنی و اختلال دو قطبی I نیز از اختلالات شایع بیماران بستری در بیمارستان می باشند و شناسایی عملکرد خانواده در آنها نقش مهمی در خانواده درمانی در طرح درمانی آنها دارد [۲].

اسکیزوفرنی نوعی اختلال سایکوتیک با اتیولوژی نامعلوم است که با اختلالاتی در توانایی های شناختی، احساسات، تفکر و رفتار مشخص می گردد. اختلالی است که حداقل ۶ ماه طول می کشد و شامل یک ماه علائم مرحله فعال مثل دو یا چند علامت از علائم هذیان، توهم، تکلم آشفته، رفتار آشفته یا کاتاتونیک و علائم منفی نیز می باشد [۲].

اختلال دوقطبی I نوعی اختلال دوقطبی است که مشخصه آن بروز دوره های مانیک به معنی خلق بالا، منبسط، یا تحریک پذیر، با یا بدون دوره افسردگی اساسی است [۲].

در اتیولوژی اسکیزوفرنی اختلال خانواده ذکر شده است. بعضی از بیماران اسکیزوفرنیک از خانواده های مختل برآمده اند، بنابراین شناخت رفتار خانوادگی بیمارگونه مناسبت بالینی دارد [۲].

در اختلال دوقطبی I نیز مطالعات خانوادگی به این سوال که آیا اختلال خانوادگی هست یا خیر می پردازند. قرائن فزاینده حاکی است که روان درمانی خانواده در بیمار مبتلا به اختلال خلقی با کاهش استرس و مقابله با استرس می تواند احتمال عود را کم کند [۲].

هیچ مدرک کاملاً نظارت شده ای در دست نیست که نشان دهد الگوی خانوادگی خاصی، نقش علیتی در پیدایش اسکیزوفرنی دارد [۲].

در مطالعه ای که توسط کوترا[1] و همکارانش صورت گرفت نشان داده شد که تعدادی از عوامل اجتماعی و بالینی به محیط خانواده بیماران مبتلا به سایکوز کمک کرده است. شناسایی عوامل تعیین کننده عملکرد خانواده در روان پریشی ابزاری است برای درک بهتر عواملی که می توانند باعث توانبخشی یا عود بیماری شوند و حمایت های لازم جهت تقویت تعاملات خانوادگی مثبت مورد نیاز است [۳].

در مطالعه دیگری که توسط کوترا و همکارانش انجام شد دریافتند که سطح نامتعادل انسجام و انعطاف پذیری، سرزنشگری بالا و مسئولیت خانواده به عنوان پیامدهای سایکوز ظاهر می شوند و نه به عنوان ریسک فاکتورهای شروع کننده بیماری. علاوه بر این درگیری بیش از حد عاطفی از لحاظ رفتارهای مثبت (به عنوان مثال نگرانی) و از لحاظ رفتارهای منفی (به عنوان مثال محافظت بیش از حد) در خانواده های یونانی شایع هستند. مداخلات آموزشی روانی در مراحل اولیه بیماری برای ترویج آگاهی مراقبان بیماران باید در نظر گرفته شود که به نوبه خود، ممکن است تعامل خانواده های ناکارآمد را بهبود بخشد [۴].

در مطالعه ای که توسط سولیوان[2] و همکارانش با عنوان عملکرد خانواده و ابتلا به دوره های دوقطبی در بالغین مورد انجام گرفت، در پدر و مادر کاهش گزارشات درگیری با کاهش علائم مانیای نوجوانان در طول دو سال مطالعه همراه بود و یافته ها نشان داد که انسجام خانواده، سازگاری و تعارض ممکن است نشانه هایی از مفید بودن این دوره در خلق و خوی نوجوانان باشد [۵].

در مطالعه ای که توسط وینستاک[3] و همکارانش انجام پذیرفت نشان داده شد که تطابق بین عملکرد خانواده بیمار و گزارش خانواده در اختلال دوقطبی I به طور قابل توجهی ضعیف تر بود. تجزیه و تحلیل های بعدی نشان داد که این عدم تطابق با گزارش های اعضای خردسال و بالغ خانواده ها رانده شده است. نتایج، اهمیت گزارش های جانبی در ارزیابی عملکرد خانواده بویژه خانواده های بیماران اختلال دو قطبی I را در تحقیق و درمان نشان داد [۶].

در مطالعه ای که توسط حسن الف حسین و همکارانش صورت گرفت ارتباطی معنی دار بین ویژگی های بالینی بیماران و ویژگی های اجتماعی و جمعیتی مراقبان

1 -Koutra

2- Sullivan
3- Weinstock

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-14]

بیماران اسکیزوفرنی با عملکرد خانواده وجود داشت. محققان این مقاله انجام مطالعات طولی در خانواده مراقبان و ارزیابی روانی و ارزیابی خانواده همراه با مطالعه بر روی مراقبان با اختلال عملکرد خانواده را پیشنهاد داده اند [۷]. در مطالعه ای که توسط دیبورد[1] و همکارانش بر روی بیماران نوجوان اختلال دو قطبی I صورت پذیرفت نشان داده شد که والدین حمایت کننده و مسئول می توانند با کاهش سرزنش کودکان تاثیرات تعارضات بین خود را روی کودکان کاهش دهند. [۸]

لذا با توجه به اینکه یکی از عوامل مهم در پیدایش و تداوم اختلال اسکیزوفرنی و اختلال دوقطبی I مشکلات خانواده هاست، در این پژوهش بر آن شدیم اختلالات عملکرد خانواده را در این دو گروه و در مقایسه با گروه شاهد بررسی کنیم و در صورتی که در یکی از گروهها اختلال بیشتری باشد، با انجام پژوهش های بیشتر میتوان از خانواده درمانی در درمان این گروه از بیماران استفاده نمود.

روش کار

روش اجرای طرح ما مورد- شاهدی (Case-Control) بود و نمونه پژوهش ۵۰ بیمار اسکیزوفرنی و ۵۰ بیمار اختلال دو قطبی I بستری در بیمارستان ابن سینای مشهد در سال ۱۳۹۳ که ۲۰ تا ۶۰ سال سن داشتند و بیماری آنها توسط دو روانپزشک و با استفاده از مصاحبه های تشخیصی SCID-I و SCID- II تشخیص داده شد و ضریب هوشی آنها بالاتر از ۷۰ توسط تست وکسلر تعیین شد و فاقد اختلال شخصیت و سایر اختلالات روانپزشکی بودند.

روش نمونه گیری در دسترس بود و روش و ابزار جمع آوری اطلاعات از طریق مصاحبه با خانواده های بیماران اسکیزوفرنی و اختلال دوقطبی I با استفاده از پرسشنامه ۴۵ سوالی عملکرد خانواده (FAD-I) و انتخاب در دسترس گروه شاهد که شامل ۵۰ نفر از مشاغل مختلف مانند معلم، کارگر، خانه دار و غیره بودند که در پرسشنامه علائم-۹۰ (SCL-90) اختلال روانپزشکی بارزی نداشته باشند و و از نظر جنس، سن، تحصیلات و درآمد ماهیانه با دو گروه بیماران همسان سازی شدند. سپس مصاحبه با آنان بوسیله پرسشنامه عملکرد خانواده (FAD-I) انجام گرفت و در آخر نتایج سه گروه توسط نرم افزار SPSS v21 مقایسه شد.

مقیاس سنجش خانواده براساس مدل مک مستر و به منظور توصیف ویژگی های سازمانی و ساختاری خانواده ساخته شده است (اپشتاین، بیشاپ و بالدوین، ۱۹۸۳). مقیاس (FAD-I) به منظور تمیز میان خانواده های سالم و بیمار، الگوهای تبادلی میان اعضاء خانواده را اندازه گیری می کند. طبق مطالعه نجاریان در سال ۱۳۷۴ خانواده هایی که بالاتر از ۱۴۵/۸۱ امتیاز کسب کنند (از ۱۸۰ نمره) واجد کارایی سالم هستند و خانواده هایی که پایین تر از ۱۰۹/۸۱ امتیاز کسب کنند واجد کارایی مختل هستند [۹]

نجاریان (۱۳۷۴) اعتبار این آزمون را ۹۳٪ گزارش نمود که در سطح P<۰/۰۰۱ معنی دار است. پایایی آزمون عملکرد خانواده (FAD-I) از روش آلفای کرانباخ استفاده شد که نتیجه بدست آمده ۸۷٪ می باشد [۹].

یکی از ابزارهای تشخیص روان پزشکی پرسشنامه چک لیست علائم۹۰ (SCL-) Symptom Check List-90 questionnaire (90) است که بر اساس گزارشی که سوژه از وضعیت سلامت خود ارائه می دهد، نمره دهی و گزارش می گردد. اگر نمره میانگین فرد در هر اختلال بیش از ۲/۵ (دو و نیم) باشد بیانگر وجود اختلال در فرد است. اگر میانگین اختلال ۳ یا بیشتر شود مشکل فرد در آن اختلال جدی است. در زمینه پایایی بیشترین همبستگی مربوط به بعد افسردگی با ۹٪ و کمترین آنها روانپریشی با ۷۷٪ بوده است. در زمینه اعتبار بیشترین همبستگی مربوط به ملاک افسردگی با ۷۳٪ و کمترین همبستگی ، ترس مرضی با ۳۶٪ بوده است. (دراگوتیس، ریکلز و راک ۱۹۷۶) [۱۰]

در تجزیه و تحلیل داده ها از آزمونهای مناسب مانند آزمون کای-دو (pearson chi-square) و آنالیز استیودنت و غیره استفاده شده است. نرمال بودن داده ها با استفاده از آزمون یک نمونه ای کلوموگروف – اسمیرنف (Kolmogorov-Smirnov) مورد بررسی قرار گرفته است و در صورت نرمال نبودن داده ها از آزمون Mann-

1- DeBoard

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-14]

Whitney U و kruskal walis استفاده شده است. نرم افزار مورد استفاده در این پژوهش SPSS 21 بوده و سطح معنی داری آزمون ها کمتر از ۵٪ در نظر گرفته شده است.

ملاحظات اخلاقی: اطلاعات بیماران به صورت محرمانه حفظ گردید.

یافته ها

نرمال بودن داده های سن دربیماران توسط تست کلوموگروف – اسمیرنف (Kolmogorov-Smirnov) بررسی شد و با توجه به مقدار p-value=۰/۰۰۱, p-۰/۰۵< value فرضیه نرمال بودن داده ها رد می شود.

در مقایسه میانگین سن (برحسب سال) بین سه گروه مورد مطالعه با p-value=۰/۴۷۳، (p> ۰/۰۵) می توان گفت اختلاف میانگین بین سه گروه مورد مطالعه از لحاظ آماری معنی دار نمی باشد. در زمینه توزیع فراوانی بیماران درسه گروه مورد مطالعه براساس جنس با توجه به (p>۰/۰۵)، (p-value=۰/۶۷۳) می توان چنین گفت که بین گروه های مورد مطالعه و جنسیت بیماران ارتباط معنی داری وجود ندارد. نرمال بودن داده های عملکرد خانواده درسه گروه توسط تست کلوموگروف – اسمیرنف (Kolmogorov-Smirnov) بررسی شد و با توجه به مقدار (p-value=۰/۰۴۹)، (p-value<۰/۰۵) فرضیه نرمال بودن داده ها رد می شود.

با توجه به جدول فوق و میزان (p<۰/۰۵) p-۰/۰۰۰۱ value= می توان گفت اختلاف میانگین عملکرد خانواده بین سه گروه مورد مطالعه از لحاظ آماری معنی دار می باشد.

در مقایسه میانگین عملکرد خانواده بین دو گروه شاهد و اسکیزوفرنی با توجه به میزان (p<۰/۰۵) p-۰/۰۰۰۱ value= می توان گفت اختلاف میانگین عملکرد خانواده بین دو گروه شاهد و اسکیزوفرنی از لحاظ آماری معنی دار می باشد.

نرمال بودن داده های عملکرد خانواده در دو گروه شاهد و اسکیزوفرنی توسط تست کلوموگروف – اسمیرنف (Kolmogorov-Smirnov) بررسی شد و با توجه به مقدار (p-value>۰/۰۵) p-value= ۰/۲۰۰ فرضیه نرمال بودن داده ها تایید می شود.

در مقایسه میانگین عملکرد خانواده بین دو گروه شاهد و اسکیزوفرنی براساس سن بیماران با توجه به میزان (p<۰/۰۵) p-value=۰/۰۰۰۱ می توان گفت اختلاف میانگین عملکرد خانواده بین دو گروه شاهد و اسکیزوفرنی در گروه های سنی مختلف از لحاظ آماری معنی دار می باشد.

در مقایسه میانگین عملکرد خانواده بین دو گروه شاهد و اسکیزوفرنی براساس جنسیت بیماران با توجه به میزان (p<۰/۰۵) p-value=۰/۰۰۰۱ می توان گفت اختلاف

جدول ۱: مقایسه میانگین عملکرد خانواده بین سه گروه مورد مطالعه

گروه	تعداد	کمترین	بیشترین	میانگین	انحراف معیار	آماره آزمون (مقدار احتمال)
شاهد	۵۰	۱۱۱	۱۷۲	۱۳۵/۸	۱۱/۰	Kruskal walis=۷۴/۳۶۱ P-value=۰/۰۰۰۱
اسکیزوفرنی	۵۰	۱۰۱	۱۴۲	۱۱۶/۱	۷/۷	
اختلال دوقطبی I	۵۰	۱۰۹	۱۳۶	۱۲۳/۰	۶/۷	
جمع	۱۵۰	۱۰۱	۱۷۲	۱۲۵/۰	۱۱/۹	

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-14]

جدول ۲: مقایسه میانگین عملکرد خانواده بین دو گروه اسکیزوفرنی و اختلال دوقطبی I

گروه	تعداد	کمترین	بیشترین	میانگین	انحراف معیار	آماره آزمون (مقدار احتمال)
اسکیزوفرنی	۵۰	۱۰۱	۱۴۲	۱۱۶/۱	۷/۷	T-Test=۴/۷۲۰
اختلال دوقطبیI	۵۰	۱۰۹	۱۳۶	۱۲۳/۰	۶/۷	P-value=۰/۰۰۰۱
جمع	۱۰۰	۱۰۱	۱۴۲	۱۱۹/۵	۸/۰	

جدول ۳: مقایسه میانگین عملکرد خانواده بین دو گروه اسکیزوفرنی و اختلال دوقطبی I براساس سن بیماران

گروه سنی	گروه	تعداد	مینیمم	ماکزیمم	میانگین	انحراف معیار	آماره ازمون (میزان احتمال)
کمتراز۴۰سال	اسکیزوفرنی	۳۴	۱۰۱	۱۴۲	۱۱۶/۱	۸/۳	T-Test=-۴/۳۴۵
	اختلال دوقطبیI	۳۴	۱۱۲	۱۳۶	۱۲۴/۰	۶/۵	P-value=۰/۰۰۰۱
بیشتراز۴۰سال	اسکیزوفرنی	۱۶	۱۰۵	۱۳۰	۱۱۶/۱	۶/۴	T-Test=-۱/۹۵۹
	اختلال دوقطبیI	۱۶	۱۰۹	۱۳۳	۱۲۰/۷	۶/۸	P-value=۰/۰۵۹

جدول ۴: مقایسه میانگین عملکرد خانواده بین دو گروه اسکیزوفرنی و اختلال دوقطبی I براساس جنسیت بیماران

جنس	گروه	تعداد	مینیمم	ماکزیمم	میانگین	انحراف معیار	آماره ازمون (میزان احتمال)
مردان	اسکیزوفرنی	۳۷	۱۰۱	۱۴۲	۱۱۷/۰	۸/۰	T-Test=-۳/۹۷۷
	اختلال دوقطبیI	۳۵	۱۰۹	۱۳۹	۱۲۴/۰	۷/۱	P-value=۰/۰۰۰۱
زنان	اسکیزوفرنی	۱۳	۱۰۳	۱۲۵	۱۱۳/۶	۷/۱	T-Test=-۲/۹۶۲
	اختلال دوقطبیI	۱۵	۱۱۲	۱۳۱	۱۲۰/۵	۵/۱	P-value=۰/۰۰۰۱

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-14]

میانگین عملکرد خانواده بین دو گروه شاهد و گروه اسکیزوفرنی (در مردان مورد مطالعه، همچنین درزنان مورد مطالعه) از لحاظ آماری معنی دار می باشد.

در مقایسه میانگین عملکرد خانواده بین دو گروه شاهد و اختلال دوقطبی I با توجه به میزان (p<۰/۰۵) ۰/۰۰۰۱ =p-value می توان گفت اختلاف میانگین عملکرد خانواده بین دو گروه شاهد و اختلال دوقطبی I از لحاظ آماری معنی دار می باشد.

در مقایسه میانگین عملکرد خانواده بین دو گروه شاهد واختلال دوقطبی I براساس سن بیماران با توجه به میزان (p<۰/۰۵) می توان گفت اختلاف میانگین عملکرد خانواده بین دو گروه شاهد واختلال دوقطبی I در گروه های سنی مختلف از لحاظ آماری معنی دار می باشد.

در مقایسه میانگین عملکرد خانواده بین دو گروه شاهد و اختلال دوقطبی I براساس جنسیت بیماران با توجه به میزان(p<۰/۰۵) p-value=۰/۰۰۰۱ می توان گفت اختلاف میانگین عملکرد خانواده بین دو گروه شاهد و گروه اختلال دوقطبی I (در مردان مورد مطالعه، همچنین درزنان مورد مطالعه) از لحاظ آماری معنی دار می باشد.

نرمال بودن داده های عملکرد خانواده در دو گروه اسکیزوفرنی و اختلال دوقطبی I توسط تست کلوموگروف– اسمیرنف (Kolmogorov-Smirnov) بررسی شد و با توجه به مقدار (p-value>۰/۰۵) ۰/۲۰۰ =p-valueفرضیه نرمال بودن داده ها تایید می شود.

با توجه به جدول فوق و میزان (p<۰/۰۵) p-۰/۰۰۰۱ =valueمی توان گفت اختلاف میانگین عملکرد خانواده بین دو گروه اسکیزوفرنی واختلال دوقطبی I از لحاظ آماری معنی دار می باشد.

با توجه به جدول فوق و میزان (p<۰/۰۵) p-۰/۰۰۰۱ =valueدرگروه سنی کمتر از ۴۰ سال (۲۰ تا ۴۰سال) می توان گفت اختلاف میانگین عملکرد خانواده بین دو گروه اسکیزوفرنی واختلال دوقطبی I از لحاظ آماری معنی دار می باشد.

و با توجه به میزان (p>۰/۰۵) p-value=۰/۰۵۹ درگروه سنی بیشتر از ۴۰ سال (۴۱ تا۶۰ سال) می توان گفت اختلاف میانگین عملکرد خانواده بین دو گروه اسکیزوفرنی و اختلال دوقطبی I از لحاظ آماری معنی دار نمی باشد.

نرمال بودن داده های عملکرد خانواده در دو گروه اسکیزوفرنی و اختلال دوقطبی I توسط تست کلوموگروف – اسمیرنف (Kolmogorov-Smirnov) بررسی شد و با توجه به مقدار (p-value>۰/۰۵) p-۰/۲۰۰ =valueفرضیه نرمال بودن دادهها تایید می شود.

با توجه به جدول فوق و میزان (p<۰/۰۵) p-۰/۰۰۰۱ =value می توان گفت اختلاف میانگین عملکرد خانواده بین دو گروه اسکیزوفرنی واختلال دوقطبی I (در مردان مورد مطالعه، همچنین در زنان مورد مطالعه) از لحاظ آماری معنی دار می باشد.

بحث

در مطالعه ما اختلاف معنی دار نمره میانگین عملکرد خانواده بین دو گروه بیماران اسکیزوفرنی و گروه شاهد که برای کلیه سنین و هر دو جنس نیز معنی دار می باشد نشان دهنده اختلال عملکرد خانواده در گروه بیماران اسکیزوفرن می باشد.

بر اساس مطالعه ما اختلاف معنی داری بین میانگین عملکرد خانواده در گروه اختلال دوقطبی I با گروه شاهد دیده می شود که برای کلیه سنین و در هر دو جنس نیز معنی دار می باشد لذا نشان دهنده اختلال عملکرد خانواده در گروه بیماران اختلال دوقطبی I می باشد.

.در مطالعه ای که توسط کوترا و همکارانش در یونان با عنوان عملکرد خانواده در خانواده های بیماران اپیزود اول سایکوز در مقایسه با بیماران روانی مزمن و گروه سالم انجام گرفت، انسجام خانواده و انعطاف پذیری و پریشانی روانی در ۵۰ خانواده اپیزود اول سایکوز و ۵۰ خانواده بیمار روانی مزمن و ۵۰ نفر گروه شاهد مورد بررسی قرار گرفتند نتایج حاکی از اختلال انسجام خانواده و انعطاف پذیری در خانواده های بیماران اپیزود اول سایکوز در مقایسه با گروه کنترل و نمرات پایین تر بیماران مزمن نسبت به بیماران اپیزود اول سایکوز داشت [۴].

در مطالعه ما نیز سه گروه مورد مطالعه عبارت اند از بیماران اسکیزوفرنی، اختلال دوقطبی I و گروه شاهد در طیف سنی ۲۰ تا ۶۰ سال انتخاب شدند و نتایج حاکی از نمرات پایین تر میانگین عملکرد خانواده در گروه بیماران اسکیزوفرن نسبت به بیماران اختلال دوقطبیI و گروه شاهد می باشد.

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-14]

در مطالعه سولیوان و همکارانش در آمریکا داده های عملکرد خانواده از ۵۸ خانواده که نوجوانان مبتلا به اختلال دوقطبی داشتند جمع آوری شد در این مطالعه نشان داده شد که اختلال عملکرد خانواده با افزایش دوره های مانیا در نوجوانان در طول دو سال مطالعه همراه بوده است [۵].

در مطالعه ای که توسط وینستاک و همکارانش در آمریکا با عنوان تطابق بین بیماران و عملکرد خانواده در اختلال دوقطبی I و اختلال افسردگی اساسی انجام گرفت ، تطابق بین بیماران و گزارش های خانواده از عملکرد خانواده بررسی شد در این مطالعه ۹۲ بیمار اختلال دوقطبی I و ۱۲۱ بیمار اختلال افسردگی اساسی و خانوادهایشان مورد ارزیابی قرار گرفتند، تطابق بین عملکرد خانواده بیمار و گزارش خانواده در اختلال دوقطبی I به طور قابل توجهی ضعیف تر بود [۶].

در مطالعه ما نیز نتایج حاکی از اختلال عملکرد خانواده در بیماران اختلال دوقطبی I نسبت به گروه شاهد مورد بررسی است.

در مطالعه ای که حسن الف حسین و همکارانش در بغداد انجام دادند عملکرد خانواده در بین ۶۰ نفر از مراقبان بیماران اسکیزوفرنی بررسی شد در نتایج بدست آمده ارتباطی معنی دار بین ویژگی های بالینی بیماران و ویژگی های اجتماعی و جمعیتی مراقبان با عملکرد خانواده وجود داشت [۷].

مطالعه ما نیز نشان دهنده اختلال عملکرد شدیدتر در خانواده بیماران اسکیزوفرنی نسبت به خانواده بیماران اختلال دوقطبی I و گروه شاهد است و حاکی از ارتباط معنی دار بین وجود بیماری و عملکرد خانواده در سه گروه مورد بررسی می باشد.

این یک تحقیق اولیه بود در جهت شناخت اینکه آیا ارتباطی بین اختلال عملکرد خانواده با بیماری اسکیزوفرنی و اختلال دوقطبی I وجود دارد یا خیر و برای اینکه بدانیم آیا اختلال عملکرد به عنوان یک عامل اتیولوژیک در این بیماری ها دخالت دارد یا نه.

باتوجه به نتیجه بدست آمده مبنی بر اختلال شدیدتر عملکرد خانواده در بیماران اسکیزوفرنی لذا به نظر می رسد خانواده درمانی به عنوان درمان کمکی توام با دارو در بیماران اسکیزوفرنی کمک کننده در درمان بهتر و موفق تر این بیماران است و با توجه به آن که اختلال عملکرد خانواده از عوامل عود بیماری در اسکیزوفرنی نیز می باشد خانواده درمانی می تواند از عود بیماری در این بیماران بکاهد. همچنین در پایان پیشنهاد می شود به صورت مطالعات کوهورت و آینده نگر بررسی گردد که آیا اختلالات خلقی در خانواده ها می تواند در ایجاد بیماری اسکیزوفرنی دخیل باشد یا خیر.

نتیجه گیری

مقایسه عملکرد خانواده در بین سه گروه مورد مطالعه مقایسه ای معنی دار بوده و حاکی از اختلال بیشتر عملکرد خانواده در دو گروه بیماران اسکیزوفرنی و اختلال دوقطبی I نسبت به گروه شاهد است. این اختلاف میانگین در همه سنین و در هر دو جنس در بیماران اسکیزوفرن و اختلال دوقطبی I نسبت به گروه شاهد معنی دار است.

مقایسه عملکرد خانواده دو گروه بیماران اسکیزوفرنی و اختلال دوقطبی I نیز اختلاف معنی داری وجود داشت که این بدان معنی است که عملکرد خانواده در گروه اسکیزوفرنی بدتر از گروه اختلال دوقطبی I بوده که این اختلاف میانگین عملکرد خانواده در سطح ۰/۰۰۰۱ معنی دار بوده که این نشان می دهد که اختلال عملکرد خانواده در گروه اسکیزوفرنی شدیدتر از گروه اختلال دوقطبی I می باشد که این مسئله برای دو جنس معنی دار بود. ولی براساس سن تا ۴۰ سال معنی دار بود این بدان معنی ست که اختلالات عملکرد خانواده بعد از ۴۰ سال در دو گروه بیماران اسکیزوفرنی و اختلال دوقطبی I معنی دار نبود.

تشکر و قدردانی

با سپاس فراوان از رهنمود های ارزنده جناب آقای دکتر هاشمیان که تدوین این مقاله جز با راهنماییهای ایشان میسر نبود.

این مقاله برگرفته از پایان نامه با همین عنوان تصویب شده در دانشکده پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی مشهد در تاریخ ۹۳/۶/۱۲ به شماره ۱۱۱۱۰۱۰۱۹۲۲۰۱۲ می باشد.

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-14]

References

1.Herbert Goldenberg, Irene Goldenberg, Family Therapy: An Overview, 8 ed. United states of America: Cengage Learning; 2012;2-4
2.Benjamin J,Sadock, Virgina A,Sadock, Pedro Ruiz. Kaplan & Sodock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, ninth ed New York: Wolters Kluwer | Lippincott Williams & Wilkins; 2009; 1,1432-1839
3.Koutra K, Triliva S, Roumeliotaki T, Lionis C, Vgontzas AN, Identifying the socio-demographic and clinical determinants of family functioning in Greek patients with psychosis, Int J Soc Psychiatry, 2014 Jun 27. pii: 0020764014540151
4.Koutra K, Triliva S, Roumeliotaki T, Stefanakis Z, Basta M, Lionis C, Vgontzas AN, Family functioning in families of first-episode psychosis patients as compared to chronic mentally ill patients and healthy control, Psychiatry Res. 2014 Jun 30, pii: S0165-1781(14)00548-4
5.Sullivan AE, Judd CM, Axelson DA, Miklowitz DJ, Family functioning and the course of adolescent bipolar disorder, Behav Ther. 2012 Dec;43(4):837-47
6.Weinstock LM, Wenze S, Munroe MK, Miller IW, Concordance between patient and family reports of family functioning in bipolar I disorder and major depressive disorder, J Nerv Ment Dis. 2013 May;201(5):377-83
7.Hassan A, Hussein, Ali K,Khudhiar, Family Functioning among Caregivers of Patients with Schizophrenia in Baghdad city, Dec,2012; 5(1): 1204-1209
8.DeBoard,Lucas RL , Clin J, Interparental conflict in context: exploring relations between parenting processes and children's conflict appraisals, Child Adolesc Psychol - 01-MAR-2010; 39(2): 163-75
9.Fatemeh Najarian, Effective Factors on Family Function, Evaluate the psychometric properties of FAD, Master's Thesis, Islamic Azad University of Roodehen; 1374: 35-50
10.Derogatis, L.R. & Savitz, K.L. 2000, The SCL-90-R and the Brief Symptom Inventory (BSI) in Primary Care In: M.E.Maruish, ed. Handbook of psychological assessment in primary care settings, Volume 236 Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, pp 297-334

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-14]

Original Article

Comparison of family functioning between patients with schizophrenia and patients with Bipolar I disorder

Hashemian P [1], *Edris Sedaghati M*[2] *

[1]Child and Adolescent Psychiatrist, Assistant Professor of Psychiatry , Psychiatry and Behavioral Sciences Research Center, Ibn-e-Sina Hospital, Faculty of Medicine, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.
[2] Medical Genetics Research Center, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

***Corresponding Author:** Shirvan Health Center, North Khorasan University of Medical Sciences,Iran.
Email: edriss_6385@yahoo.com

Abstract

Background & Objectives: *Relationship between family functioning and psychological characteristics of the individual is one of the most important discussions of family therapy. Schizophrenia and bipolar I disorder are very common in hospitalized patients. So we decided to investigate and campare the family functioning between these two groups of patients.*

Material & Methods: *In this case control study 50 patients with schizophrenia , 50 patients with bipolar I disorder and control group consists of 50 different professions were evaluated by family assessment device scale (FAD-I). Final results of the three groups were compared by SPSS V21 software.*

Results: *Findings indicate a significant difference between the two groups with the control group. Family dysfunction in patients with schizophrenia in both sexes was more severe than patients with bipolar I disorder. But in terms of age, significant differences between the two groups was found only in patients 20 to 40 years.*

Conclusion: *Based on the results of this study due to more severe impairment of family functioning in patients with schizophrenia, it seems that family therapy as an adjunctive treatment could be helpful.*

Key words: *Family functioninig , Schizophrenia, Bipolar I disorder*

Journal of North Khorasan University of Medical sciences 2015;7(4):929-937

Recivied:23 Sep 2014
Revised: 10 Nov 2014
Accepted: 7 Feb 2015

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-14]