

Correlation between family processes and self-esteem in depressed patients

Ranjbar¹ F (MSc) - Rahbari² SH (MSc) - Mohtashami³ J (MSc) - Nasiri Oskuee⁴ N (PhD)

Abstract

Introduction: Depression is a common mood disorder that causes distortion of the patient's self-esteem. The first and most important factor in the formation of self-esteem is an interaction with family members. As one of the main risk factors of depression is distress in family processes, that means family functions in various conditions, therefore the present study was aimed to investigate the correlation between family processes and self-esteem in depressed patients.

Methods: 180 depressed patients were selected by propose sampling. A questionnaire completed by self-report was used for data collection. It included 3 parts: demographic, family process scale and Rosenberg self-esteem scale. Data was analyzed by version 17 SPSS software.

Results: Family processes score in majority of samples was mediocre (53/86). The samples maximum and minimum score was in religious belief (7/55) and decision making (4/18) dimensions respectively. The self-esteem score in majority of samples was mediocre. Also results show that a positive and significant correlation between all the family processes dimensions, expect religious belief dimension, and self-esteem ($p<0/00$).

Conclusion: In general, majority of samples had a mediocre family processes and self-esteem, indicating a significant and positive correlation between family processes and self-esteem.

Key words: depression, family process, self-esteem.

Received: 2 December 2013

Accepted: 6 March 2014

1- MSc in Nursing, Department of Psychiatric Nursing, Shaheed Beheshti University of Medical Science and Health Services, Tehran, Iran.

2- MSc in Nursing, Department of Nursing, Neyshabur Branch, Islamic Azad University, Neyshabur, Iran. **(Corresponding author)**

E-mail: shahroozrahbari@gmail.com

3- MSc in Nursing, Department of Psychiatric Nursing, Shaheed Beheshti University of Medical Science and Health Services, Tehran, Iran.

4- Assistant Professor, Department of Biostatistics, Department of Biostatistics, Shaheed Beheshti University of Medical Science and Health Services, Tehran, Iran

بررسی همبستگی بین فرآیندهای خانواده و عزت نفس بیماران افسرده

فرحذخت رنجبر^۱، شهرروز رهبری^۲، جمیله محتشمی^۳، نویده نصیری اسکویی^۴

چکیده

مقدمه: افسردگی شایع ترین اختلال خلقی است که موجب مخدوش شدن عزت نفس بیماران می شود. اولین و مهم ترین عامل در شکل گیری عزت نفس، تعامل با افراد خانواده است. یکی از مهم ترین عوامل خطر در بروز افسردگی، آشفتگی در فرآیندهای خانواده یعنی کارکردهای خانواده در شرایط گوناگون می باشد. پژوهش حاضر با هدف بررسی همبستگی بین فرآیندهای خانواده با عزت نفس بیماران افسرده انجام شد.

روش: در این پژوهش توصیفی همبستگی، ۱۸۰ بیمار افسرده از طریق نمونه گیری مبتنی بر هدف، انتخاب شدند. یک پرسشنامه سه قسمتی شامل اطلاعات جمعیت شناختی، "مقیاس فرآیندهای خانواده" و "مقیاس عزت نفس روزنبرگ" جهت جمع آوری اطلاعات استفاده شد. داده ها از طریق خود گزارش دهی جمع آوری و توسط نرم افزار SPSS v.17 تجزیه و تحلیل شد.

یافته ها: نمره کلی فرآیندهای خانواده اکثریت واحدهای مورد پژوهش متوسط (۵۳/۸۶) بود. بیشترین و کمترین نمره واحدهای مورد پژوهش به ترتیب در ابعاد اعتقادات مذهبی (۷/۵۵) و تصمیم گیری خانواده (۴/۱۸) بود. عزت نفس اکثریت آن ها متوسط بود. بین عزت نفس و بعد تصمیم گیری، مهارت مقابله با استرس، انسجام خانواده و مهارت ارتباطی خانواده همبستگی مثبت معنادار آماری وجود داشت ($P < 0.00$).

نتیجه گیری: اکثریت بیماران افسرده نمره فرآیند خانواده و عزت نفس متوسط داشتند. بین فرآیند کلی خانواده و عزت نفس همبستگی معناداری وجود داشت.

کلید واژه ها: افسردگی، فرآیندهای خانواده، عزت نفس.

تاریخ دریافت: ۹۲/۰۹/۱۱

تاریخ پذیرش: ۹۲/۱۲/۱۵

۱- کارشناس ارشد پرستاری، گروه روان پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی، تهران، ایران.

۲- کارشناس ارشد پرستاری، گروه پرستاری، دانشگاه آزاد اسلامی واحد نیشابور، نیشابور، ایران. (نویسنده مسؤول)

پست الکترونیکی: shahroozrahbari@gmail.com

۳- کارشناس ارشد پرستاری، گروه روان پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی، تهران، ایران.

۴- دانشیار، گروه آمار زیستی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی، تهران، ایران.

مقدمه

اختلالات روانی از عوامل مهم مختل‌کننده سلامتی شناخته شده‌اند. در بین اختلالات روانی، اختلالات خلقی مانند افسردگی، به جهت پیامدهای نامطلوب فردی، خانوادگی و اجتماعی از قبیل خودکشی، طلاق، افت شدید عملکرد فردی و اجتماعی و بار بیماری بیشتر مورد توجه قرار گرفته‌اند (۱). بر اساس معیارهای چهارمین نسخه راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی Diagnostic & Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV) اختلال افسردگی، یک دوره دو هفته‌ای است که در طی آن یا خلق فرد افسرده است و یا علاقه و احساس لذت را تقریباً در همه فعالیت‌ها از دست می‌دهد. از دیگر علائم این بیماری می‌توان به تغییر در اشتها یا وزن، تغییر در الگوی خواب، کاهش انرژی، احساس بی‌ارزشی یا گناه، طرح و اقدام برای خودکشی اشاره کرد. طبق گزارش سازمان جهانی بهداشت، افسردگی چهارمین بیماری شایع جهان است و بنابر پیش‌بینی این سازمان تا سال ۲۰۲۰ دومین عامل ناتوانی در جهان خواهد شد. در حال حاضر ۴۵۰ میلیون نفر در جهان به اختلالات روانی-عصبی مبتلا هستند که ۱۲۱ میلیون نفر آن‌ها دچار افسردگی می‌باشند (۲). افسردگی شایع‌ترین دلیل مراجعه به مطب‌های روان پزشکی است بطوری که یک سوم تا یک دوم مراجعات به روان پزشکان به دلیل این اختلال است (۳). در مطالعه قاسمی و همکاران شیوع کلی اختلالات روانی در ایران ۱۹/۹۴٪ بود و افسردگی شایع‌ترین اختلال روان پزشکی در کشور ما گزارش شد (۴).

یکی از مفاهیمی که در بیماران افسرده به شدت مخدوش می‌شود، عزت نفس است. بیماری، ناتوانی و نگرش منفی دیگران به فرد، بر عزت نفس تاثیر منفی می‌گذارند. اختلال افسردگی با توجه به طبیعت ناتوان‌کننده، و همچنین تغییر نگرش دیگران، خصوصاً خانواده نسبت به فرد، از مهم‌ترین این بیماری‌ها به شمار می‌آید. عزت نفس افراد در تعامل با خانواده، اجتماع و محیط اطراف شکل می‌گیرد (۲).

محیط خانوادگی مطلوب یکی از عوامل مؤثر در حفظ سلامت روانی افراد محسوب می‌شود و بر عکس محیط خانوادگی نامطلوب و پر تنش از عوامل ایجادکننده بیماری‌های روانی می‌باشد. یکی از عوامل خطر در بروز افسردگی نیز، محرومیت و آشفتگی در محیط و فرایندهای خانواده است. منظور از فرایندهای خانواده کارکردها و عملکردهایی هستند که خانواده را در سازگاری با شرایط گوناگون یاری می‌دهند. به بیان دیگر فرایندهای خانواده به کنش‌هایی گفته می‌شود که سازماندهی خانواده را به عهده دارند. این فرایندها در واقع اعمالی هستند که خانواده در طی زندگی روزمره با آن‌ها سر و کار دارد و آنها را انجام می‌دهد. مانند پابندی به اعتقادات مذهبی، نحوه تصمیم‌گیری در مورد مسائل خانوادگی، نحوه ارتباط برقرار کردن اعضای خانواده با یکدیگر، انسجام و حمایت افراد خانواده از هم و نحوه برخورد و مقابله با استرس و مشکلات (۵). سلطانی فر و بینا (۱۳۸۵) در پژوهشی نشان دادند که رابطه معناداری بین عملکرد خانواده‌ها با افسردگی کودکان وجود دارد. به طوری که خانواده‌هایی با عملکرد بد، نمرات افسردگی بالاتری نسبت به گروه خوب داشتند (۶). زرگر و همکاران (۱۳۸۵) طی مقایسه عملکرد خانواده بیماران مبتلا به اختلال افسردگی عمده با بیماران بدون اختلالات روان پزشکی در شهر اصفهان به این نتیجه رسیدند که میانگین نمرات عملکرد خانواده در گروه افسرده نسبت به گروه شاهد در ابعاد انسجام، آرمان خانواده و جامعه‌پذیری ضعیف‌تر بود، و به طور کلی عملکرد خانواده‌های افسرده ضعیف‌تر از گروه شاهد بود (۷). ماندارا و ماری (۲۰۰۰) تاثیر وضعیت تاهل، درآمد و عملکرد خانواده را بر عزت نفس نوجوانان آفریقایی آمریکایی بررسی کردند. نتایج نشان داد که عملکرد خانواده می‌تواند عزت نفس نوجوانان را تعیین کند (۸). جیمز و همکاران (۲۰۰۳) در پژوهشی نشان دادند که بین حمایت‌های خانوادگی درک شده و عزت نفس رابطه مثبت و معنادار آماری وجود دارد (۹).

به نظر وارکارولیس و همکاران (۲۰۰۶) یکی از اهداف درمان و مراقبت‌های پرستاری در بیماران افسرده، افزایش عزت نفس است، و خانواده می‌تواند نقش بسیار مهم و تاثیر گذاری در این

امر داشته باشد. بنابراین انجام پژوهشی که همبستگی ابعاد مختلف فرآیندها و عملکردهای خانواده با عزت نفس بیماران افسرده را بررسی نماید، ضروری بود تا بر اساس نتایج آن بتوان درمان و مراقبت موثرتری به بیماران افسرده ارائه نمود. همچنین از آنجا که تاکنون پژوهشی برای بررسی فرآیندهای خانواده بیماران افسرده با ابزار بومی و مخصوص خانواده های ایرانی انجام نشده است، ضروری بود تا عملکرد خانواده این بیماران با چنین ابزاری بررسی شود. نتایج این پژوهش می تواند به روان پرستاران و مراقبت‌دهندگان بیماران روانی در اجرای روش های درمانی و مراقبتی کمک کند تا مراقبت بهتر و صحیح تری از این بیماران و خانواده آن ها به عمل آورند. هدف از این مطالعه بررسی همبستگی بین فرآیندهای خانواده با عزت نفس بیماران افسرده بود.

روش مطالعه

پژوهش حاضر از نوع توصیفی همبستگی است که در آن همبستگی فرآیندهای خانواده با عزت نفس بیماران افسرده مراجعه کننده به درمانگاه های روان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی مورد بررسی قرار گرفت. روش نمونه گیری به صورت مبتنی بر هدف بود. پژوهشگر با مراجعه به درمانگاه های روان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، بیمارانی که شرایط ورود به مطالعه را داشتند، انتخاب و پس از توضیح کامل در رابطه با اهداف پژوهش و اطمینان دادن به آن ها در رابطه با محرمانه ماندن اطلاعات و پس از کسب رضایت، از آن ها خواست پرسشنامه را از طریق خودگزارشی تکمیل نمایند. معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از: داشتن تشخیص بیماری افسردگی براساس چهارمین راهنمای آماری و تشخیصی انجمن روان پزشکان آمریکا، محدوده سنی ۱۵ تا ۷۰ سال، نداشتن بیماری یا معلولیت جسمی بر اساس اطلاعات مندرج در پرونده پزشکی بیمار که توسط پزشک معالج بررسی شده بود، زبان فارسی و توانایی برقراری ارتباط و پاسخ به سوالات پرسشنامه، داشتن حداقل تحصیلات در سطح ابتدایی. به این ترتیب تعداد نمونه ها بر اساس روش نمونه گیری، فرمول

اندازه نمونه در مطالعات همبستگی ($n = \frac{Z_{1-\alpha/2}^2 S^2}{d^2}$)، و مشخصات واحدهای مورد پژوهش ۱۸۰ نفر تعیین شد. جمع آوری اطلاعات از طریق خود گزارشی و تکمیل پرسشنامه توسط واحدهای مورد پژوهش انجام شد. پرسشنامه شامل سه بخش اطلاعات جمعیت شناختی، "مقیاس فرآیندهای خانواده" برای خانواده های ایرانی (۵) و "مقیاس عزت نفس روزنبرگ" بود. مقیاس فرآیندهای خانواده حاوی ۳۴ سؤال مدرج پنج قسمتی از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم می باشد. این مقیاس حاوی پنج خرده مقیاس تصمیم گیری و حل مساله، مهارت های مقابله، انسجام خانواده، مهارت های ارتباطی و اعتقادات مذهبی می باشد که به منظور ارزیابی میزان توانمندی خانواده در کنش های خانوادگی بکار می رود. در پایان هر شرکت کننده در هر یک از ابعاد فرآیند خانواده نمره ای بین ۱۲-۰ و در کل فرآیند خانواده نمره ای بین ۱۲۰-۰ کسب نمود. در ابعاد فرآیندهای خانواده نمره ۳/۹۹-۰ ضعیف، ۸/۹۹-۴ متوسط و ۱۲-۹ خوب و در فرآیند کلی خانواده نمره های ۴۰/۹۹-۰ ضعیف، ۸۰/۹۹-۴۱ متوسط و ۱۲۰-۸۱ خوب در نظر گرفته شد.

"مقیاس عزت نفس روزنبرگ" در سال ۱۹۶۵ توسط وی طراحی شده است. این مقیاس شامل ۱۰ سوال است که بر اساس درجه بندی لیکرت از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم طراحی شده است. در پایان هر شرکت کننده، نمره ای بین ۳۰-۰ کسب نمود. براین اساس نمره های ۱۰-۰ ضعیف، ۲۰-۱۱ متوسط و ۳۰-۲۱ خوب در نظر گرفته شد. این ابزار بارها در نقاط مختلف جهان استفاده شده و اعتبار و پایایی آن تایید گردیده است. در ایران نیز این ابزار به فارسی ترجمه شده است و اعتبار و پایایی آن بر روی گروه های مختلفی سنجیده شده است.

برای تعیین اعتبار ابزار در این پژوهش از روش اعتبار محتوی و اعتبار صوری استفاده شد. جهت تعیین اعتبار محتوی و اعتبار صوری، پرسشنامه به ۱۱ نفر از اعضای هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی (۴ نفر روان پزشک عضو هیات علمی دانشکده پزشکی و ۷ نفر از اعضای هیات علمی دانشکده پرستاری و مامایی) ارایه و از روش شاخص اعتبار

تست تی و در مورد داده‌های کیفی چند حالتی از آزمون تحلیل واریانس استفاده شد.

از آنجا که رعایت اخلاق در پژوهش از اهمیت بسزایی برخوردار است در انجام تحقیق حاضر نیز پژوهشگران خود را ملزم به رعایت نکات اخلاقی دانستند. واحدهای پژوهش در رد یا قبول شرکت در پژوهش مختار بودند. ملاحظات اخلاقی در بررسی متون و پرهیز از سوگیری در تمام طول انجام پژوهش رعایت گردید.

یافته ها

نتایج نشان داد که ۳۷/۸٪ افراد حاضر در پژوهش در گروه سنی ۲۷-۱۷ سال با میانگین $10/80 \pm 33/6$ سال قرار داشتند. ۴۳/۹٪ واحدهای مورد پژوهش مرد بودند. همچنین مشخص شد که ۸۸/۳٪ واحدهای مورد پژوهش مسلمان، ۴۰/۶٪ آن ها متاهل و سطح تحصیلات ۳۷/۸٪ آنان در حد سیکل بود.

نتایج پژوهش همچنین نشان داد که خانواده اکثریت بیماران افسرده مورد پژوهش (۵۶/۱٪) در بعد تصمیم گیری خانواده نمره ضعیف (۳-۹۹) کسب کردند. در ابعاد مهارت مقابله (۶۶/۱٪)، انسجام خانواده (۵۷/۸٪)، مهارت ارتباطی خانواده (۶۲/۸٪)، و اعتقادات مذهبی (۵۰/۶٪) نمره خانواده اکثریت واحدهای مورد پژوهش متوسط (۴-۸۹۹) بود. همچنین مشخص شد که نمره کلی فرایندهای خانواده اکثریت بیماران افسرده (۷۳/۳٪) در این پژوهش متوسط (۴۱-۸۰/۹۹) بود.

همچنین نتایج پژوهش نشان داد که اکثریت واحدهای مورد پژوهش (۷۲/۸٪) عزت نفس متوسط، ۲۵٪ عزت نفس ضعیف و تنها ۲/۲٪ آن ها عزت نفس خوب داشتند. میانگین نمره عزت نفس در واحدهای مورد پژوهش $12/83 \pm 3/66$ بود.

بین بعد انسجام خانواده با وضعیت تاهل رابطه آماری معنادار یافت شد ($p < 0/007$). بدین ترتیب که پس از آزمون آنالیز واریانس یک طرفه مشخص شد که افراد متاهل نمره بیشتری (۳/۱۲) نسبت به افراد مطلقه و جدا شده (۲/۵۴) در این بعد کسب نموده‌اند.

محتوی والتس و باسل استفاده شد (۱۰) 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٪ و حداقل آن ۷۵/۵٪ بود.

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 محاسبه شد.

پس از تصویب طرح و تمهیدات لازم برای اجرای پژوهش از قبیل کسب مجوز و معرفی نامه از دانشکده پرستاری و مامایی و نیز دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و کسب اجازه از بیمارستان‌های ذی ربط، پژوهشگر به درمانگاه‌های روان پزشکی بیمارستان‌های 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 آن ها، پرسشنامه را در اختیار آن ها قرار داده تا به روش خود گزارش دهی تکمیل نمایند.

تجزیه و تحلیل داده‌ها توسط نرم افزار SPSS V.17 (Statistical Package for the Social Science) انجام شد. برای تعیین میانگین درصد و انحراف معیار سوالات فرایندهای خانواده و عزت نفس از آماره‌های توصیفی و برای بررسی همبستگی بین ابعاد فرایندهای خانواده و عزت نفس از آزمون ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد. همچنین جهت تعیین معنادار بودن رابطه‌ها در مورد داده‌های کمی از ضریب همبستگی پیرسون، در مورد داده‌های کیفی دو حالتی از آزمون

در بررسی رابطه مشخصات فردی واحدهای مورد پژوهش با عزت نفس مشخص شد که بین عزت نفس و وضعیت تاهل رابطه معنادار آماری وجود دارد ($p < 0/032$). بدین ترتیب که پس از آزمون آماری آنالیز واریانس یک طرفه مشخص شد که افراد متاهل نمره بیشتری ($13/37$) نسبت به افراد مطلقه و جدا شده ($11/31$) در این بعد کسب نموده‌اند. همچنین بر اساس آزمون همبستگی پیرسون مشخص شد که بین عزت نفس و ابعاد تصمیم‌گیری خانواده ($r = 0/388$)، مهارت مقابله خانواده ($r = 0/325$)، انسجام خانواده ($r = 0/325$)، مهارت ارتباطی خانواده ($r = 0/347$)، و فرآیند کلی خانواده ($r = 0/389$) همبستگی مثبت و معنادار آماری وجود داشت ($p < 0/00$).

بحث

نتایج نشان داد که در بعد مهارت مقابله در خانواده نمره اکثریت نمونه‌ها، متوسط و نمره حداقل آن‌ها خوب بود. در این ارتباط کمپوس و همکاران گزارش کردند در خانواده‌هایی که از مکانیزم‌های دفاعی غیر تطابقی جهت مقابله با تنش استفاده می‌شود، بروز افسردگی و اختلالات روان‌پریشی بیشتر مشاهده می‌شود (۱۱). همچنین کدیور نشان داد که بین تطابق موثر و سلامت روانی افراد در خانواده ارتباط معناداری وجود دارد (۱۲). در بعد انسجام خانوادگی نمره اکثریت نمونه‌ها، متوسط و نمره حداقل آن‌ها خوب بود. زرگر و همکاران در بررسی مقایسه‌ای عملکرد خانواده‌های بیماران افسرده نسبت به بیماران بدون اختلالات روان‌پزشکی نشان دادند که عملکرد خانواده بیماران افسرده در بعد انسجام خانوادگی ضعیف‌تر از گروه شاهد بود و بطور کلی این بعد، بعد از جامعه‌پذیری کم‌ترین نمره را در بین عملکردهای خانواده به خود اختصاص داده بود (۷).

در بعد مهارت ارتباطی خانواده نمره اکثریت نمونه‌ها، متوسط و نمره حداقل آن‌ها خوب بود. در این رابطه سلطانی فر و بی‌نا گزارش نمودند که در خانواده‌هایی که جو گرم و صمیمی نداشتند و تعداد دعوای زیاد بوده و والدین ارتباط مناسبی با هم برقرار نمی‌کردند میزان ابتلای فرزندان به افسردگی بیشتر بوده است (۶).

در بعد اعتقادات مذهبی خانواده نمره اکثریت نمونه‌ها، متوسط و نمره حداقل آن‌ها ضعیف بود. در این رابطه میری و همکاران نشان دادند که بین اعتقادات مذهبی دانشجویان و بروز افسردگی رابطه منفی وجود دارد (۱۳). همچنین جیمز و همکاران نشان دادند که بین حمایت‌های خانوادگی و مذهب در دانش‌آموزان همبستگی مثبت وجود دارد (۹).

نتایج بیانگر آن است که نمره عزت نفس اکثریت نمونه‌ها متوسط بود. در این رابطه وارکارولیس و همکاران کاهش عزت نفس را یکی از علایم افسردگی دانسته و اعلام می‌کنند که افراد افسرده عزت نفس ضعیفی دارند. به اعتقاد پژوهشگر شاید با توجه به این که نمونه‌ها در مرحله حاد بیماری نبوده و جهت پیگیری درمان مراجعه نمودند اکثر آنها عزت نفس متوسطی داشتند ولی در عین حال درصد بسیار کمی از آن‌ها از عزت نفس خوبی برخوردار بودند.

علاوه بر این در پایان مشخص شد که بین تمام ابعاد فرایندهای خانواده، به جز بعد اعتقادات مذهبی، با عزت نفس همبستگی مثبت و معنادار آماری وجود دارد. در این رابطه نتایج پژوهش جیمز و همکاران نیز نشان داد که بین عزت نفس نوجوانان و اعتقادات مذهبی خانواده آن‌ها همبستگی معنادار آماری وجود ندارد ولی بین سایر بخش‌های حمایت‌های خانوادگی با عزت نفس همبستگی مثبت معناداری مشاهده شد (۹). همچنین ماندرا و ماری نشان دادند که عملکرد خانوادگی یک عامل پیش‌بینی‌کننده قوی برای عزت نفس در نوجوانان بوده و می‌تواند تا حد زیادی عزت نفس نوجوانان را تعیین کند (۸).

از آنجا که در پژوهش حاضر فرآیندهای خانواده و عزت نفس بیماران افسرده از طریق پاسخ واحدهای پژوهش بصورت خودگزارشی مشخص می‌شود، امکان دارد بیمار دقیقاً به آنچه هست به روشنی اشاره نکرده و یا این که بر مبنای پاسخ‌های موجود اظهار نظر کرده باشند. همچنین از آنجا که دسترسی و نظارت دائمی واحدهای مورد پژوهش امکان‌پذیر نبوده، لذا اطلاعات با توجه به نظرات بیماران جمع‌آوری گردیده است. که این موارد می‌تواند از محدودیت‌های مطالعه فعلی باشد.

نتیجه گیری نهایی

اکثریت بیماران افسرده، از نظر نمره فرآیند خانواده و عزت نفس در سطح متوسط قرار داشتند. تمام ابعاد فرایندهای خانواده، بجز بعد اعتقادات مذهبی، با عزت نفس همبستگی مثبت و معنادار آماری داشتند و بین فرآیند کلی خانواده و عزت نفس همبستگی معناداری وجود داشت. لذا مشخص شد که عملکردهای خانواده می تواند یک عامل موثر در شکل گیری عزت نفس بیماران افسرده باشد.

تشکر و قدردانی

این مقاله منتج از پایان نامه دوره کارشناسی ارشد مدیریت روانپرستاری دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی شهید بهشتی می باشد. بدینوسیله مراتب سپاس و قدردانی خود را از کلیه اساتید، کارشناسان و کمیته اخلاق و کلیه بیماران عزیز و پرسنل محترم بیمارستان های امام حسین(ع) و طالقانی، که ما را در انجام پژوهش یاری نمودند اعلام نموده و صمیمانه تشکر می نمایم.

منابع

- 1- Tamizi, Z. Assessment of relationship between quality of life and coping strategies in schizophrenia patients in refer to psychiatry clinics of hospital relative to medical science and health service of Tehran. MSc thesis nursing. Tehran: Faculty of Nursing and Midwifery, Shaheed Beheshti University of Medical Science and Health Services, 2007:10-15. [Persian].
- 2- Varcarolis E, Carson E. Foundation of Psychiatric Mental Health Nursing. 5th Ed. New York: Sunders Elsevier; 2006.p:806-1126.
- 3- Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry Behavioral Sciences/ Clinical Psychiatry. 9th Ed. New York; 2003.p:1285-1300.
- 4- Ghasemi GR, Asadallahy GA, Ahmadzadeh GH. Psychology Disorders Prevalence in Isfahan City. Research in Medical Sciences. 2007; 4(4):190-194. [Persian].
- 5- Samani S. Provision and design scale of family process for Iranian families. Psychology and Clinical Psychiatry Journal. 2008; 14(2): 162-168. [Persian].
- 6- Soltani far A, Bina M. Depression prevalence in 9-11 old age children in Tehran city and relationship with family function. Doctrine Mental Health Quarterly. 2007; 9(33): 7-14.
- 7- Zargar F, Ashouri A, Asgharpour N, Aghebati A. The comparison of family functioning in patient with depression disorder and physically ill patient with no-psychiatric disorder in isfahan. Behavioral Sciences Researches. 2007; 5(2):99-106. [Persian].
- 8- Mandara J, Murray c. Effects of parental marital status income and family functioning on African American adolescent self-esteem. Journal of Family Psychology. 2000; 14(3):475-90.
- 9- James R, Thames J, Bahalla M, Crnwell J. Relationship among adolescent self-esteem religiosity and perceived family support. The National Honor Society in Psychology. 2003; 8(4):157-62.
- 10- Yaghmaie F. Content validation and its estimation. Journal of Medical Education. 2003; 3(1): 25-27.
- 11- Compos & et al. Stress coping and adjustment in mothers and young adolescents in single and two parent families. American Journal of Community Psychology. 1990; 18(4): 525-45.

12- Kadivar P, Eslami A, Frahani MN. Relationship between families' interactions with methods of defense mechanisms and sex difference in students. Psychology and Cultural Sciences Journal.2004; 34(2): 97-123.

13-Miri MR, Abdolrazaghnejad M, Hajebabadi MR, Sozagi Z, Ghasemi KH. Relationship between depression and god trust in collegian Birjand city. Scientific Journal of Birjand Medical Science University.2007; 14(4): 52-58. [Persian].