ORIGINAL ARTICLE

Family functioning and depression in family caregivers of people with Dementia

Nasrin Goodarzi[1],
Farahnaz Mohammadi Shahboulaghi[2],
Abolfazl Rahgoi[3],
Akbar Biglarian [4]

[1] MSc Student in Geriatric Nursing, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran
[2] Associate Professor, Iranian Research Center on Aging, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran
[3] Lecturer,Nursing Department,University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran
[4] Associate Professor, Department of Biostatistics, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran

(Received October 26, 2016 Accepted May 9, 2017)

Abstract

Background and purpose: Increasing spread of dementia is one the consequences of aging. Due to the nature of the disease and dependence of involved patients, their caregivers might face mental health problems. Hence, evaluating family functioning can be a suitable tool for predicting family's mental health. This research aimed at investigating the level of depression in caregivers and their relationship with family function.

Materials and methods: In this correlational study, 150 family caregivers of the elderly suffering from dementia were recruited. They were selected from those attending the Iran Alzheimer's Association who met the study inclusion criteria, by sampling in 2015-2016. Depression in caregivers and their family function was measured through the Beck Depression Inventory II and family functioning McMaster. Data was analyzed using Pearson Correlation Coefficient, Analysis of Variance and Stepwise Multiple Linear Regression.

Results: In current study about 22%, 21.3%, and 14.7% of the family caregivers had mild, moderate, and severe depression, respectively. Family function was poor in all aspects except for problem solving. Also, there was a significant negative relationship between all subscales of family functioning and depression ($P< 0.001$). Results showed that Rools, behavior control, emotional support, and economic and health situation can predict depression variance of these family caregivers.

Conclusion: According to the prevalence of depression syndrome in caregivers of patients with dementia and their relation to family functioning with depression, evaluating the dimensions of family functioning as one of the important indicators of Family Therapy and Education can improve such caregivers' health.

Keywords: family functioning, depression, family caregiver, dementia

J Mazandaran Univ Med Sci 2017; 27 (151): 105- 116 (Persian).

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-09-15]

پژوهشی

مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران
دوره بیست و هفتم شماره 151 مرداد سال 1396 (116 -105)

عملکرد خانواده و افسردگی در مراقبین خانوادگی سالمندان مبتلا به دمانس

نسرین گودرزی[1]
فرحناز محمدی شاهبلاغی[2]
ابوالفضل رهگوی[3]
اکبر بیگلریان[4]

چکیده

سابقه و هدف: افزایش شیوع بیماری دمانس از جمله پیامدهای دوران سالمندی است، مراقبت از این بیماران با توجه به ماهیت بیماری و وابستگی بالا منجر به مشکلات روانی مراقبان می گردد، وجود بیماری منجر به اختلال در عملکرد خانواده می گردد، از اینروسنجش عملکرد خانواده ابزار پیش‌بینی کننده مناسبی برای سلامت روان خانواده می‌باشد. ارزیابی میزان افسردگی مراقبین سالمندان مبتلا به دمانس و ارتباط آن با عملکرد خانواده هدف پژوهش حاضر بود.

مواد و روش‌ها: دراین مطالعه همبستگی، 150 نفر از مراقبین خانوادگی سالمندان دمانس مراجعه‌کننده به انجمن آلزایمرایران از طریق نمونه‌گیری در دسترس در سال 95-1394 انتخاب و پرسشنامه افسردگی بکII و عملکرد خانواده مک مستر را تکمیل کردند.داده‌ها از طریق ضریب همبستگی پیرسون، تحلیل واریانس و رگرسیون خطی چند متغیره گام به گام مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: حدود22%، 21,3%و14,7% از مراقبین خانوادگی بیماران مبتلا به دمانس به ترتیب دارای افسردگی خفیف، متوسط و شدید بودند. عملکرد خانواده در همه ابعاد بجز حل مسئله دارای اختلال بوده و بین همه خرده مقیاس‌های عملکرد خانواده با افسردگی مراقبین رابطه منفی و معنی‌دار ($P<0,001$) وجود داشت، نتایج نشان داد ابعاد نقش‌ها، کنترل رفتار، همراهی عاطفی، وضعیت اقتصادی و وضعیت سلامت قادر به پیش‌بینی واریانس افسردگی مراقبین بودند.

استنتاج: با توجه به شیوع علائم افسردگی در مراقبین خانوادگی بیماران دمانس وارتباط عملکرد خانواده با افسردگی آنان، بررسی ابعاد عملکرد خانواده می تواند بعنوان یکی از شاخص‌های مهم خانواده‌درمانی و آموزش خانواده‌ها باشد.

واژه های کلیدی: عملکرد خانواده، افسردگی، مراقب خانوادگی، دمانس

مقدمه

با توجه به افزایش تعداد سالمندان در جهان و ایران، این افراد با چالش‌های جسمی و روانی متعددی مواجه هستند، به‌طوری که بیش از 20 درصد از افراد بالای 60 سال از یک اختلال روانی یا عصبی رنج می‌برند. در این میان، شایع‌ترین اختلال، دمانس و افسردگی می‌باشد(1). طبق گزارش سازمان بهداشت جهانی در سال 2016 تعداد چهل و هفت میلیون و پانصد هزار نفر مبتلا به دمانس وجود داشت که

مولف مسئول: فرحناز محمدی شاهبلاغی -تهران: دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی،تهران Email: fmohammadi@uswr.ac.ir
1. دانشجوی ارشد پرستاری سالمندی کرج میدان شهدا بیمارستان کمالی
2. دانشیار، مرکز تحقیقات سالمندی، گروه آموزش پرستاری، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران،ایران
3. مربی، گروه پرستاری،دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران،ایران
4. دانشیار، تهران،اوین، کودکیار، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی،تهران، گروه آمار زیستی
تاریخ دریافت : 1395/8/5 تاریخ ارجاع جهت اصلاحات : 1395/8/12 تاریخ تصویب : 1396/2/19

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-09-15]

پیش‌بینی می‌شود تا سال 2030 به 75/6 میلیون نفر بالغ گردد و تا سال 2050 بیش از سه برابر براورد شده است. بخش عمده‌ای از این شمار رو به افزایش افراد مبتلا به دمانس به کشورهای با درآمد کم و متوسط مربوط است(2). امروزه دمانس به دلیل هزینه‌های بالای درمانی، شیوع بالا در سالمندان، پیامدهای شدید و تحمیل فشارهای جسمی و روانی به خانواده‌های بیماران، در ردیف مشکلات مهم بهداشتی قرار گرفته است(3). طبق گزارش انجمن جهانی آلزایمر در سال 2016، مراقبت و حمایت از افراد مبتلا به دمانس یک الویت مهم برای دولت‌ها در سراسر جهان محسوب می‌گردد(4). اختلال در شناخت، عملکرد و رفتار افراد مبتلا به دمانس را به طور فزاینده‌ای وابسته به دیگران برای فعالیت‌های عادی زندگی روزمره می‌کند. نیازهای پیچیده این افراد می‌تواند منجر به استرس و ناراحتی مراقبین در مدیریت این نیازها شود(5). وظیفه مراقبت معمولاً بر عهده مراقبین غیر رسمی از جمله اعضای خانواده، همسر، دوستان و همسایگان قرار گرفته است(6). مراقبت از افراد مبتلا به دمانس با توجه به ماهیت 24 ساعته، مشکلات کنترل علائم رفتاری و روانی دمانس و وابستگی بالا موجب چالش‌های فراوان در امر مراقبت می‌شود(7). این اعتقاد وجود دارد که مراقبت از بیماران مبتلا به دمانس از سخت‌ترین، صدمه‌زننده‌ترین و چالش برانگیزترین نوع مراقبت‌هاست و فرسودگی ناشی از نگهداری این بیماران از نگهداری سایر بیماران مبتلا به اختلالات مزمن بیش‌تر است(8). تنوع و شدت نقش‌های مراقبتی منجر به مشکلات روانی در مراقبین خانوادگی بیماران می‌گردد(9). زندگی مراقبین به واسطه مراقبت از این بیماران دچار تغییراتی از قبیل کمبود وقت، کاهش حس عاطفی، اختلال در زندگی اجتماعی، احساس از دست دادن کنترل بر زندگی شخصی و به وجود آمدن بار فیزیکی و عاطفی (اضطراب، استرس و افسردگی) می‌شود و نیز ممکن است دچار انواع بیماری‌های حاد و مزمن گردند(10). مطالعات نشان داده است که میزان افسردگی در مراقبین در کشورهای توسعه یافته بین 85-23 درصد متفاوت است(11). بنابراین مراقبین خانوادگی بیماران دمانس سطوح قابل توجهی از عوارض روانی مانند استرس، اضطراب و افسردگی را تجربه می‌کنند(12).

علی‌رغم این که در اغلب موارد تنها یک نفر از اعضای خانواده مسئول تامین نیازهای این سالمندان است، ولی به‌دلیل تغییر نقش‌هایی که متعاقب نگهداری از سالمند اتفاق می‌افتد، کل ساختار خانواده تحت تاثیر قرار می‌گیرد(13). حضور یک بیماری جدی در خانواده معمولاً اثر عمیقی روی سیستم خانواده به ویژه روی ساختار نقشی و عملکردهای خانواده دارد(14). مطالعات نشان داده‌اند به خصوص زنان ایرانی برای حفظ سلامت‌روانی خود به شدت به خانواده و سلامت اعضائ آن وابسته می‌باشند(15) و همواره جستجو برای اخذ حمایت خانوادگی منبع مهمی برای حفظ و ارتقائ سلامت روانشناختی آنان به شمار می‌آید(16). هر چه خانواده عمکرد و انسجام بهتری داشته باشد، اثرات زیان بار بیماری بر هر یک از اعضای خانواده کم‌تر است و نیروی این سیستم برای حمایت از بیمار بیش‌تر خواهد بود. کارکرد یا عملکرد خانواده شامل روش‌ها و رویکردهایی است که خانواده جهت حفظ و انسجام خود به کار می‌برد. عملکرد خانواده ابعاد مختلفی دارد که شامل حل مسئله، ارتباط، نقش‌ها، پاسخ‌دهی عاطفی، آمیختگی عاطفی و کنترل رفتار است(17). در نتیجه طی تحقیقات انجام شده، خانواده‌هایی که ارتباط میان اعضاء و تعاملات داخل خانواده بر اساس نزدیکی و صمیمیت و تفاهم بین افراد استوار است، همه اعضاء تقریباً علیه فشارهای زندگی مصون هستند. بنابراین عملکرد خانواده با سلامت روانی اعضاء ارتباط دارد؛ به همین سبب سنجش عملکرد خانواده می‌تواند ابزار پیش‌بینی‌کننده مناسبی برای سلامت روان خانواده‌ها باشد(18). لذا با توجه به مطالعات انجام شده در خصوص اهمیت برنامه‌ریزی جهت افزایش سلامت روان مراقبین

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-09-15]

خانوادگی افراد مبتلا به دمانس(19) و با توجه به این که سازمان بهداشت جهانی یکی از الویت‌های تحقیقات در عرصه رفاه و سلامت را مطالعه فرایندهای مراقبتی سالمندان توسط مراقبین خانوادگی معرفی کرده است(20)، با بررسی عملکرد خانواده‌های آنان و تعیین کیفیت عملکرد خانواده‌ها می‌توان به مشکلات موجود در عملکرد این خانواده‌ها و قدرت‌ها و ضعف‌های آنان پی برده و با انجام برنامه‌ریزی در جهت تقویت این نقش‌ها به توانمندسازی خانواده و افزایش سلامت روانی مراقبین کمک نمود. هم چنین به علت وجود خلاء در زمینه پژوهش‌های انجام گرفته در حیطه عملکرد خانواده و ارتباط سلامت روانی مراقبین با آن، محقق بر آن شد که پژوهشی را جهت بررسی عملکرد خانواده و افسردگی در مراقبین خانوادگی سالمندان مبتلا به دمانس انجام دهد.

مواد و روش ها

این مطالعه از نوع همبستگی می‌باشد. جامعه پژوهش این مطالعه مراقبین اصلی عضو خانواده سالمندان دارای بیمار مبتلا به دمانس مراجعه‌کننده به انجمن آلزایمر ایران واقع در تهران در سال 1394-1395 بودند. طبق اطلاعات انجمن آلزایمر در زمان مطالعه، تعداد 1800 نفر مراجعه‌کننده فعال و تعداد2500 نفر عضو انجمن بودند که تعداد اندکی از آنان مراجعه فعال نداشتند. این مراقبین جهت ویزیت بیمارشان و یا جهت شرکت در برنامه‌های انجمن به انجمن آلزایمر مراجعه می‌کردند. محیط پژوهش در این مطالعه انجمن آلزایمر ایران بود. در این پژوهش نمونه‌ها به روش نمونه‌گیری در دسترس و بر اساس معیار ورود به پژوهش از بین مراقبینی که تمایل به شرکت در مطالعه داشتند، قادر به تکلم به زبان فارسی بودند، بنا به اظهار کلامی نیاز به مراقبت شخص ثالث نداشتند و تشخیص بیماری دمانس برای سالمند تحت مراقبت طبق پرونده موجود مسجل بود و حداقل در 6 ماه گذشته مسئولیت مراقبت از سالمند مبتلا به دمانس را عهده‌دار بودند، انتخاب و در فاصله زمانی آذر 1394 تا اردیبهشت 1395 وارد مطالعه شدند. داده‌ها با استفاده از 3 پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک، پرسشنامه سنجش عملکرد خانواده (FAD) و پرسشنامه افسردگی بک ویرایش دوم (IDBII جمع‌آوری گردید. پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک شامل دو قسمت، مشخصات فردی سالمند و مشخصات فردی مراقب بود. پرسشنامه سنجش عملکرد خانواده، یک پرسشنامه 60 سوالی است که بر اساس مدل Mack Master، توسط Epstien، Levin، Bishop در سال 1983 تهیه شده است. این الگو خصوصیات ساختاری، شغلی و تعاملی خانواده را معین می‌سازد و شش بعد از عملکرد خانواده را مشخص می‌کند. هم‌چنین توانایی خانواده در سازش با حوزه ی وظایف خانوادگی را بر روی یک مقیاس چهار درجه‌ای لیکرت به صورت کاملاً موافقم(1)، موافقم(2)، مخالفم(3) و کاملاً مخالفم(4) مشخص می‌نماید. نمره هر مقیاس بین 1 (سالم) تا 4 (ناسالم) خواهد بود. اعتبار و روایی ابزار سنجش عملکرد خانواده پس از تهیه توسط Epstienو همکارانش، در سال 1983 بر روی یک نمونه 503 نفری اجرا شد. دامنه ضریب آلفای مجموعه‌ها بین 0/72 تا 0/92، نشان‌دهنده همسانی درونی بالای آن است(21). این پرسشنامه در ایران توسط زاده محمدی و ملک خسروی (1385) بر روی 494 نفر هنجاریابی شده است. پایایی کل آزمون به روش آلفای کرونباخ 0/82 و آلفای خرده مقیاس ها بین 0/66 تا 0/73 گزارش شده است. اعتبار باز آزمایی آن بین 0/57 تا 0/80 گزارش شده است(22).

پرسشنامه بک دو، شکل بازنگری شده افسردگی بک است که جهت سنجش شدت افسردگی تدوین شده است(23). پرسشنامه افسردگی بک از جمله مناسب‌ترین ابزارها برای ارزیابی حالات افسردگی است و در مقایسه با پرسشنامه همیلتون این امتیاز را دارد که به مهارت یا تعصب آزمایش کننده بستگی ندارد. این

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-09-15]

پرسشنامه همانند ویرایش نخست از 21 ماده تشکیل شده است که آزمودنی برای هر ماده یکی از چهارگزینه‌هایی که نشان‌دهنده شدت افسردگی در مورد خویش است را بر می‌گزینند. هر ماده نمره‌ای بین صفر تا 3 می‌گیرد و بدین ترتیب نمره کل پرسشنامه دامنه‌ای از صفر تا 63 دارد. 21 ماده پرسشنامه افسردگی بک در سه گروه نشانه‌های عاطفی، شناختی و نشانه‌های جسمانی طبقه‌بندی می‌شوند(23). طباطبایی اعتبار این آزمون را با استفاده آلفای کرونباخ 0/77 گزارش نمود (24). رجبی (1391) نیز ضریب آلفای کرونباخ را برای این ابزار 0/86 به دست آورد(25). به شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد که نتایج پژوهش محرمانه باقی خواهد ماند و اهداف پژوهش برای آنان تشریح شد. این مطالعه با کد IR.USWR.REC. 7394,249 در کمیته اخلاق دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی ثبت گردید. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از شاخص‌های آماری میانگین، انحراف استاندارد، ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون خطی چند متغیره گام به گام استفاده شد. سپس با کمک نرم افزار SPSS19 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. سطح معنی‌داری $p > 0/05$ در نظر گرفته شد.

یافته ها

در این پژوهش 150 نفر از مراقبین خانوادگی سالمندان مبتلا به دمانس مراجعه‌کننده به انجمن آلزایمر ایران شرکت داشتند. بر اساس آمار توصیفی، 74 درصد مراقبین خانوادگی سالمندان مبتلا به دمانس را زنان با میانگین سنی 13/3± 55/4 سال، 52 درصد خانه‌دار و 39/3 درصد دارای تحصیلات دیپلم تشکیل می‌دادند. 78/6 درصد از مراقبین خانوادگی سالمندان مبتلا به دمانس در این پژوهش دختران و همسران بیماران با نسبت مساوی بودند. 78/8 درصد بر اساس خود اظهاری در وضعیت اقتصادی متوسط قرار داشتند. 72/7 درصد سابقه دریافت آموزش در مورد بیماری دمانس نداشتند. عدم دسترسی به مراقب جایگزین در 38/7 درصد گزارش شد. 70/7 درصد طبق خود اظهاری دارای بیماری بودند. 61/3 درصد وضعیت سلامتی خود را متوسط گزارش کردند و 88 درصد از مراقبت سالمند خود رضایت داشتند. 7/54 درصد سالمندان تحت مراقبت، زن بودند که میانگین سنی 8/4± 77/53 سال، 40 درصد تحصیلات زیر دیپلم، 64/7 درصد در مرحله دوم بیماری و 26 درصد دارای وابستگی اقتصادی بودند. یافته‌های پژوهش نشان داد عملکرد خانواده‌های بیماران شرکت‌کننده در مطالعه طبق مدل مک مستر در همه ابعاد بجز حل مسئله، ناکارآمد بود که بیش‌ترین اختلال عملکرد خانواده به ترتیب در بعد کنترل رفتار، عملکرد کلی، آمیزش عاطفی و نقش‌ها گزارش شد. کم‌ترین اختلال در بعد حل مسئله بود. هم‌چنین بالاترین انحراف معیار مربوط به آمیزش عاطفی (0/561) بوده است (طبق پرسشنامه سنجش عملکرد خانواده مک مستر، نمره بالاتر از 4 به معنی بدکارکردی و نمره کم تر از 4 به معنی کارامدی خانواده است) (جدول شماره 1).

جدول شماره 1: میانگین و انحراف معیار عملکرد خانواده مراقبین خانوادگی سالمندان مبتلا به دمانس مراجعه‌کننده به انجمن آلزایمر ایران شرکت‌کننده در مطالعه

ابعاد عملکرد خانواده	تعداد	کم ترین	بیش‌ترین	میانگین	انحراف معیار	حدنصاب تشخیص اختلال
حل مسئله	150	1	3/5	2/07	0/513	2/2
نقش‌ها	150	1/56	3/56	2/44	0/409	2/3
همراهی عاطفی	150	1/25	3/75	2/26	0/525	2/2
ارتباط	150	1/14	3/71	2/22	0/443	2/2
آمیزش عاطفی	150	1/13	3/75	2/26	0/561	2/1
کنترل رفتار	150	1	3/7	2/22	0/519	1/9
عملکرد کلی	150	0/08	4	2/22	0/546	2

یافته‌های پژوهش نشان داد 58 درصد از این مراقبین دارای درجاتی از افسردگی هستند (جدول شماره 2) و بین افسردگی و عملکرد خانواده و همه ابعاد آن رابطه معنی‌دار ($p > 0/001$) وجود دارد(جدول شماره 3).

جدول شماره 2: فراوانی و درصد شیوع افسردگی مراقبین سالمندان مبتلا به دمانس مراجعه‌کننده به انجمن آلزایمر ایران شرکت‌کننده در مطالعه

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-09-15]

وضعیت افسردگی	تعداد	درصد
افسردگی جزئی (فاقد افسردگی)	63	42
افسردگی خفیف	33	22
افسردگی متوسط	32	21/3
افسردگی شدید	22	14/7
کل	150	100

*براساس دستورالعمل پرسشنامه افسردگی بک(IDBII): نمره 10 و کم تر طبیعی، 16-11کمی افسرده، 20-17نیازمند مشاوره، 30-21 افسرده، 40-31 افسردگی شدید، <40 افسردگی بیش از حد

جدول شماره 3:همبستگی بین عملکرد خانواده با افسردگی در مراقبین سالمندان مبتلا به دمانس مراجعه‌کننده به انجمن آلزایمر ایران

ابعاد کارکرد خانواده	تعداد	افسردگی ضریب همبستگی	افسردگی مقدار احتمال
حل مسئله	150	0/569	<0/001
نقش‌ها	150	0/617	<0/001
همراهی عاطفی	150	0/482	<0/001
ارتباط	150	0/476	<0/001
آمیزش عاطفی	150	0/569	<0/001
کنترل رفتار	150	0/621	<0/001
عملکرد کلی	150	0/627	<0/001

برطبق نتایج حاصل از رگرسیون، از بین ابعاد کارکرد خانواده که در مدل وارد شدند، ابعاد کنترل رفتار، نقش‌ها و همراهی عاطفی توانسته‌اند به صورت معنی‌داری تغییرات افسردگی مراقبین سالمندان مبتلا به دمانس را پیش‌بینی کنند. ضریب همبستگی چندگانه بین کنترل رفتار، نقش‌ها و همراهی عاطفی با افسردگی برابر با 0/673 است که این مقدار به لحاظ آماری معنادار است (p <0/001). کنترل رفتار، نقش‌ها و همراهی عاطفی قادرند 45/3 درصد از واریانس افسردگی مراقبین سالمندان مبتلا به دمانس را تبیین کنند. با توجه به ضرایب بتای استاندارد شده، قدرت تبیینی کنترل رفتار (Beta=0/558) بیش‌تر از نقش‌ها (Beta=0/343) و همراهی عاطفی (Beta =0/265) است (جدول شماره 4).

جدول شماره 4: پیش‌بینی تغییرات افسردگی از روی ابعاد کارکرد خانواده در مراقبین سالمندان مبتلا به دمانس مراجعه‌کننده به انجمن آلزایمر ایران

گام	متغیرهای پیش‌بین	r	2R	آماره f	سطح معنی داری	ß	Beta	آماره t	سطح معنی داری
1	کنترل رفار	0/621	0/386	92/88	<0/001	12/04	0/621	963	<0/001
2	کنترل رفار	0/659	0/435	56/51	<0/001	6/96	0/359	3/73	<0/001
	نقش‌ها					8/44	0/343	3/57	<0/001
	کنترل رفار					10/82	0/558	4/26	<0/001
3	نقش‌ها همراهی عاطفی	0/673	0/453	40/28	<0/001	9/34	0/88	3/94	<0/001
						5/08	0/265	2/21	0/029

r: ضریب همبستگی چندگانه؛ R2: ضریب تعیین؛ B: بتای غیراستاندارد؛ Beta: بتای استاندارد؛ p-value: مقدار احتمال

با توجه به نتایج تحقیق، ضریب همبستگی چندگانه بین طول مدت مراقبت، مراقبت جایگزین، وضعیت اقتصادی، بیماری، وضعیت سلامت و رضایت از مراقبت با افسردگی مراقبین به لحاظ آماری معنی‌دار بود (p =0/001) این متغیرها قادرند 14/6 درصد از تغییرات افسردگی را تبیین کنند. از بین همه متغیرهای پیش بین که وارد معادله رگرسیون شده‌اند، تنها دو متغیر وضعیت اقتصادی و وضعیت سلامت قادرند به صورت معناداری تغییرات افسردگی را پیش‌بینی کنند (p <0/05)، به این معنا که وضعیت اقتصادی و وضعیت سلامتی بد، رابطه مثبتی با افسردگی داشتند (جدول شماره 5).

جدول شماره 5: پیش بینی میزان افسردگی مراقبین از روی طول مدت مراقبت، مراقبت جایگزین، وضعیت اقتصادی، بیماری، وضعیت سلامت و رضایت از مراقبت

متغیر	ضریب همبستگی چندگانه	ضریب تعیین	F	هدف احتمال	بتای غیراستاندارد	بتای استاندارد	t	هدف احتمال
طول مدت مراقبت					-0/091	-0/059	-0/735	0/465
مراقبت جایگزین					0/51	0/140	1/73	0/085
رضایت از مراقبت	0/383	0/146	4/03	0/001	3/64	0/125	1/55	0/122
وضعیت اقتصادی					3/59	0/165	2/08	0/039
بیماری					0/227	0/076	0/960	0/339
وضعیت سلامت					3/71	0/209	2/61	0/010

بحث

این پژوهش با هدف تعیین میزان افسردگی و ارتباط آن با عملکرد خانواده و ابعاد آن در مراقبین خانوادگی بیماران مبتلا به دمانس مراجعه‌کننده به انجمن آلزایمر ایران انجام گرفت. نتایج پژوهش نشان

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-09-15]

داد مراقبین سالمندان مبتلا به دمانس دارای درجاتی از افسردگی بودند، به طوری که 22 درصد افسردگی خفیف، 21/3 درصد افسردگی متوسط و 14/7 درصد افسردگی شدید داشتند. مطالعات نشان می‌دهد که افسردگی در یک سوم مراقبین به ویژه سالمندان مبتلا به دمانس رخ می‌دهد و شیوع این اختلال روانی در این مراقبین بیش‌تر از سایر بیماری‌های مزمن است(26). مطالعه‌ی رضایی زاده (1392) در رفسنجان که بر روی افسردگی مراقبین مبتلا به دمانس انجام شد، نتایج مطالعه حاضر را از این جهت تایید می‌کند(27).

مطالعات Givens و همکاران(2014)، Garc´ıa-Alberca (2012)، (2011)، Medrano (2014)، De Oliveira (2014)، اگرچه در درصد افسردگی گزارش شده، اندکی با مطالعه حاضر اختلاف دارند، اما همگی حاکی از این موضوع می‌باشند که مراقبین مبتلا به دمانس دچار افسردگی می‌باشند(32-28). بروز افسردگی در مراقبین بیماران مبتلا به دمانس بر نحوه تفکر، چگونگی احساس، سطح انرژی، تمرکز حواس و خواب این مراقبین تاثیر گذاشته و منجر به افزایش مصرف دارو و افزایش هزینه‌های خانواده(33) و سبب بروز انواع بیماری‌های جسمی و روانی می‌گردد(34). با توجه به این که این مراقبین بیش‌ترین وقت خود را صرف مراقبت از سالمند خود می‌نمایند و دچار انزوای اجتماعی می‌شوند، افسردگی نیز به کناره‌گیری اجتماعی آنان دامن زده و در نهایت کیفیت زندگی این افراد دچار مخاطره می شود. حمایت‌های اجتماعی ضعیف نیز سبب تشدید این افسردگی می‌شود(35). نتایج مطالعه نشان داد که کارکرد خانواده با توجه به میانگین نمره خرده مقیاس‌های مورد بررسی در هر شش مقیاس بجز خرده مقیاس حل مسئله دچار اختلال شده است. عملکرد خانواده در بعد عملکرد کلی، آمیزش عاطفی و کنترل رفتار بیش‌تر از خرده مقیاس‌های دیگر آسیب دیده‌اند، به خصوص خرده مقیاس کنترل رفتار نسبت به سایر خرده مقیاس‌ها از آسیب بیش‌تری برخوردار است، یعنی در این بعد، اختلال شدیدتر می‌باشد. نمره ی عملکرد این خانواده‌ها نشان داد که در عملکرد کلی این خانواده‌ها ناکارامد هستند. یعنی خانواده‌هایی که دارای بیمار مبتلا به دمانس می باشند، دچار اختلال در عملکرد خانواده می‌باشند. این بدین معناست که این خانواده‌ها نسبت به یکدیگر علاقه یا سرمایه گذاری عاطفی کم‌تری دارند و مشارکت اعضاء، عاری از احساسات می‌باشد. در مورد اختلال در بعد کنترل رفتار در خانواده‌های دارای بیمار دمانس که بیش‌ترین اختلال را دارد می‌توان گفت به دلیل وابستگی شدید این بیماران و بروز رفتارهای پرخاشگرانه بیماران، خانواده در برخورد با این بیماران نمی‌توانند رفتارهای مناسب و مدیریت شده نشان دهند. این بعد از عملکرد خانواده حتی از سایر ابعاد نیز در این خانواده‌ها مهم‌تر می‌باشد، زیرا مدیریت رفتار در خانواده‌هایی که یکی از اعضاء آن توانایی شناختی خود را از دست داده است، بسیار با اهمیت تر از سایر بیماری‌ها است.

Rodríguez-Sánchez و همکارانش (2011) در مطالعه خود نشان دادند بیماری مزمن می‌تواند باعث ناکارامد شدن عملکرد خانواده گردد(33).

Tremont در مطالعه‌ای در ایسلند به این نتیجه رسید که عملکرد خانواده در مراقبین مبتلا به دمانس دارای اختلال بوده و در خرده ابعاد ارتباط، نقش‌ها، پاسخ عاطفی و عملکرد کلی دارای نمره بالاتر یعنی ناکارامدی هستند که با مطالعه حاضر همراستا است(36). مطالعات یعقوبی (1392)، بیرامی (1389) و قلی زاده (1389) که در مورد سایر بیماری‌های مزمن انجام شده است، با این مطالعه همراستا هستند(39-37) و می‌توان نتیجه گرفت که بیماری دمانس نیز مانند سایر بیماری‌های مزمن موجب اختلال در عملکرد خانواده می‌شود. نتایج نشان دادند در بعد حل مسئله، این خانواده‌ها کم‌ترین آسیب را دیده‌اند و این بدان معناست که این خانواده‌ها در رسیدگی به مسائل عملی و روزمره دچار مشکل خاصی نبودند و احتمالا از راهبردهای

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-09-15]

مناسب برای حل مسائل استفاده می کردند. بنا بر این می‌توان از ارزیابی این یافته‌ها به این نتیجه رسید که می بایست برای بهبود این خانواده‌ها در برنامه ریزی‌های خانواده محور، توجه بیش تری به سه بعد کنترل رفتار، ایفای نقش و همراهی عاطفی از میان سایر ابعاد نمود و با مداخلات موثر در ابعاد یاد شده به اصلاح آن‌ها پرداخت.

نتایج ضریب همبستگی پیرسون نشان داد رابطه آماری معنی‌داری بین افسردگی با کارکرد خانواده و همه ابعاد آن وجود دارد ($p>0/001$) در واقع چنانچه خانواده‌ها عملکرد ضعیفی داشته باشند، سلامت روانی اعضاء به مخاطره افتاده و ابتلاء مراقبین به افسردگی بیش‌تر می‌شود. به طور کلی هرچه خانواده در هر کدام از این ابعاد کارامد تر باشد، سلامت روانی مراقب اصلی کم‌تر به خطر افتاده و نقش مراقبتی خود را بهتر ایفا خواهد کرد. مومنی و علیخانی (1392) نشان دادند بین عملکرد خانواده و خرده مقیاس‌های ارتباط، آمیزش عاطفی و ایفای نقش با افسردگی، اضطراب و استرس زنان متاهل رابطه منفی و معنی‌دار برقرار است ($p>0/05$) (40) مطالعه Givens (2014) با مطالعه حاضر از لحاظ این که نشان داد مراقبینی که از عملکرد خانواده راضی بودند، در معرض خطر پایین‌تری از افسردگی قرار داشتند، همسو بود(28).

برای پیش‌بینی متغیر افسردگی بر اساس متغیرهای عملکرد خانواده و ابعاد آن از رگرسیون خطی چند متغیره گام به گام استفاده شد و نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد ابعاد کنترل رفتار، نقش‌ها و همراهی عاطفی توانسته اند تغییرات افسردگی مراقبین سالمندان مبتلا به دمانس را به صورت معنی‌داری پیش‌بینی کنند ($p<0/001$) بعد کنترل رفتار بیش‌تر از بعد نقش‌ها و همراهی عاطفی در تبیین افسردگی مراقبین تاثیر دارد. مدیریت رفتار در خانواده و استفاده از سبک‌های رفتاری انعطاف پذیر خانواده را قادر می‌سازد که به نحو مقتضی با موقعیت‌های تغییریافته نظیر وجود بیمار مبتلا به دمانس انطباق‌یافته و همین امر فرصت لازم برای گفتگو و سازندگی و انجام وظیفه در خانواده را به وجود می‌آورد و در نتیجه افسردگی مراقب کم‌تر خواهد شد. علاوه بر کنترل رفتار، دو بعد نقش ها و همراهی عاطفی نیز تاثیرگذار هستند؛ این یافته می‌تواند بسیار با ارزش باشد چرا که در خانواده‌هایی که تخصیص نقش ها و وظایف به درستی انجام نپذیرد و وظایف شفاف نباشند، عضوی از خانواده که بیش‌تر درگیر مسئولیت‌هاست، بیش‌تر دچار فرسودگی می‌شود. هم‌چنین پاسخ نامناسب به هیجانات موجب احساساتی نظیر ترس، ناامیدی و افسردگی می‌شود. مطالعه مومنی و علیخانی (1392) نشان داد بعد ایفای نقش قادر به پیش‌بینی افسردگی زنان متاهل در کرمانشاه بود(40).

کرمی (1391) در مطالعه ارتباط عملکرد خانواده با اختلالات شخصیت، نشان داد که 25 درصد از واریانس افسردگی اساسی توسط خرده مقیاس‌های عملکرد خانواده (عملکردکلی، ایفای نقش، کنترل رفتار و همراهی عاطفی) قابل تبیین است(41).

بین طول مدت مراقبت با افسردگی مراقبین رابطه مثبت معنی‌داری وجود دارد ($p=0/033$) یعنی با افزایش طول مدت مراقبت، افسردگی مراقبین افزایش می‌یابد. مطالعه Medrano (2014) این یافته را تایید می کند(31). این یافته منطقی به نظر می‌رسد چرا که هرچه مراقب، سال‌های بیش‌تری را صرف مراقبت نماید، دچار فرسودگی بیش‌تری خواهد شد و سلامت روانی‌اش بیش‌تر به مخاطره خواهد افتاد. البته در این زمینه نیاز به مطالعات بیش‌تری وجود دارد. افسردگی مراقبینی که از مراقبت رضایت نداشتند، به صورت معنی‌داری بیش‌تر از مراقبینی است که از مراقبت رضایت داشتند. مطالعه Givens و همکاران که بر روی مراقبین دمانس انجام شد، نشان داد مراقبینی که از مراقبت رضایت داشتند، افسردگی کم‌تری نشان دادند(28). میزان افسردگی مراقبین با توجه به وضعیت اشتغال آن‌ها متفاوت است ($p=0/022$) در مطالعه رضایی زاده این رابطه معنی‌دار

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-09-15]

نبود(27). طبق گزارش انجمن جهانی آلزایمر (2011)، 9 درصد از مراقبین سالمندان دمانس، مزایای شغلی خود را از دست می‌دهند و 14 درصد بازنشستگی پیش از موعد می‌گیرند(42). این عوامل می‌تواند بر روی افسردگی مراقبین تاثیر گذار باشد. آزمون تعقیبی شفه نشان داد مراقبینی که وضعیت اقتصادی خوبی دارند، از افسردگی کم‌تری نسبت به مراقبینی که وضعیت اقتصادی متوسط یا ضعیفی دارند، برخوردار هستند Martin Medrano (2014) در مطالعه‌اش نشان داد که عامل اقتصادی نقش مهمی در فشار مراقبتی دارد(31). آنچه مسلم است، خانواده‌ها با درامد کم، اغلب منابع محدودی داشته و میزان دسترسی کم‌تری به منابع حمایتی، خدمات پزشکی و مشاوره‌ای دارند که این می‌تواند بر افسردگی مراقبین تاثیر بگذارد. نتایج تحلیل معادله رگرسیون با توجه به ضرایب همبستگی چندگانه بین طول مدت مراقبت، مراقب جایگزین، وضعیت اقتصادی، بیماری، وضعیت سلامت و رضایت از مراقبت با افسردگی مراقبین که به لحاظ آماری معنی‌دارشدند، از بین همه متغیرهای پیش‌بین که وارد معادله رگرسیون شده‌اند تنها دو متغیر وضعیت اقتصادی و وضعیت سلامت قادر بودند به صورت معنی‌داری تغییرات افسردگی را پیش‌بینی کنند ($p <0/05$) به این معنا که وضعیت اقتصادی و وضعیت سلامتی بد مراقبین، رابطه مثبتی با افسردگی آن‌ها داشت. در این‌جا مشاهده می‌شود که قدرت ابعاد عملکرد خانواده در تبیین افسردگی مراقبین بیش‌تر از عوامل ذکر شده می‌باشد. این بدین معناست که افسردگی مراقبین بیش‌تر از هر عامل دیگری نظیر وضعیت اقتصادی و وضعیت سلامتی مراقب از عملکرد خانواده تاثیر می‌گیرد؛ بنابراین اختلال در عملکرد خانواده نقش بسزایی در افسردگی مراقبین دارد. به‌طورکلی عملکرد خانواده یکی از شاخص‌های مهم تضمین کننده زندگی و سلامت روانی خانواده و اعضای آن است، هر گونه نارسایی در عملکرد خانواده تاثیر نامطلوبی بر سلامت روانی اعضای خانواده دارد، به خصوص اگر این عضو فردی باشد که بیش‌ترین فشار و مسئولیت را در خانواده به واسطه نقش مراقبتی تحمل می‌کند. بنابراین هر میزان یک خانواده توان حل تعارضات به وجود آمده را به خوبی داشته باشد، میان اعضای آن هماهنگی و تقسیم مسئولیت وجود داشته باشد، مدل‌های انضباطی موفقی داشته باشد و حد و مرز بین افراد رعایت شود، اعضای آن از سلامت روانی بالاتری برخوردار هستند؛ در مقابل هر چه در خانواده گسستگی و جدایی عاطفی اعضای خانواده بیش‌تر باشد، فقدان صمیمیت و عدم انطباق‌پذیری اعضای خانواده وجود داشته باشد، مشکلات روانی در افراد بیش تر می شود و به طبع بیش‌ترین آسیب متوجه مراقب بیمار می‌شود که خود در معرض فشارهای روانی ناشی از مراقبت نیز می باشد. بنابراین با توجه به نتایج پژوهش برای کاهش اختلالات روانی در مراقبین خانوادگی می‌بایست به نقش خانواده‌ها و تاثیر گذاری آن از طریق دخالت در خانواده مانند تکنیک‌های خانواده درمانی و آموزش‌های لازم در این زمینه توجه بیش‌تر شود، چرا که اگر به سلامت مراقبین توجه نشود، این منبع مهم مراقبتی کارایی خود را از دست می‌دهند و امر نگهداری از بیماران مبتلا به دمانس به مخاطره خواهد افتاد.

از محدودیت‌های پژوهش می‌توان به تعداد کم نمونه، تصادفی نبودن نمونه‌گیری و عدم سنجش وضعیت اقتصادی- اجتماعی نمونه‌ها و هم‌چنین تاثیر حالات روحی و روانی مراقبین در پرکردن پرسشنامه‌ها که عمدتاً به دلیل اضطراب و نگرانی ناشی از دور بودن از سالمند در حین پر کردن پرسشنامه‌ها داشتند، اشاره نمود. پیشنهاد می‌شود با توجه به اهمیت خانواده ها به عنوان عامل تاثیرگذار بر سلامت روانی مراقبین جهت کارامدترکردن خانواده‌ها برنامه‌های خانواده‌درمانی جهت مراقبین بیماران دمانس انجام گیرد. هم‌چنین زمینه حمایت و آموزش مراقبین خانوادگی فراهم گردد و با در نظر گرفتن تمهیداتی نظیر مراقبت‌های فرجه‌ای و ایجاد سیستم‌های مراقبت در منزل و آموزش مراقبین به

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-09-15]

ارتقاء و بهبود کیفیت زندگی مراقبین و در نهایت بیمارانشان کمک نمود.

سپاسگزاری

نویسندگان بر خود لازم می‌دانند از همکاری صمیمانه مدیران و کارکنان انجمن آلزایمر ایران و همه مراقبینی که در این پژوهش شرکت داشتند، تشکر و قدردانی نمایند. این مقاله قسمتی از پایان‌نامه دانشجویی می‌باشد که در دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی به اجرا درآمد.

References

1. Yasamy MT.Saxena SH. Mental Health of Older Adults Addressing. A growing Concern. Available at: http:// www. who.int/ mediacentre/factsheets/fs381/en/ Fact sheet N°381 Accessed 14.09. 2013.
2. World Health Organization. 10 facts on dementia Available at: http://www.who.int / features/factfiles/dementia/en .Accessed 10.03.2016.
3. Alzheimer's Association. Alzheimer's disease facts and figures. Alzheimer's & Dementia. 2013; 6:158–194.
4. Alzheimer's Disease international.World Alzheimer Report 2016. ADI .Available at: https://www.alz.co.uk/research/world-report-2016.
5. Chenoweth L, King M T, Jeon YH ,Brodaty H, Stein-Parbury J, Norman R,et al. Caring for Aged Dementia Care Resident Study (CADRES) of person-centred care, dementia-care mapping, and usual care in dementia:acluster-randomised trial. Lancet Neurol 2009;8(4): 317- 325.
6. Joanna Briggs Institute.Best Practice: evidence-based information sheets for health professionals.3thed . New Jersey: Wiley-Blackwel .2011
7. Triantafillou J, Naiditch M, Repkova K, Stiehr K, Carretero S, Emilsson T ,et al. Informal Care In the long-term care system. European Overview Paper. Athens/Vienna, May 2010.
8. Fallahi Khoshknab M, Mazaheri M,Nazari Sh. Dementia care and rehabilitation. 3thed.Tehran: Takhasosy Resaleh; 2009. (Persian).
9. Navidian A, Bahari F. Burden experienced by family caregivers of patients with mental disorders. Pak J Psycholo Res 2008;23(1):19-28(Persian).
10. Medrano M, Rosario R L, PayanoA N, Capellán R. Burden, anxiety and depression in caregivers of Alzheimer patients in the Dominican Republic. Dement Neuropsychol 2014;8(4):384-388.
11. Brodaty H, Donkin M. Family caregivers of people with dementia. Dialogues Clin Neurosci. 2009;11(2):217-228.
12. Chan SW . Family caregiving in dementia: the Asian Perspective of global problem. Dement Geriatr Cogn Disord.2010;30(6):469–478.
13. Mohammady-Shahbalagy F, Dabbaghi F, Yadavar Nikravesh M. Facilitator and Barrier Factors in Family Caregiving Process of Iranian Frail Elderly: A Qualitative Study. Iran Journal of Nursing (IJN). 2008, 21(55):55-65.
14. Sawan NS, Jethwani KS. Understanding family faunctioning and

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-09-15]

social support in unremitting schizophrenia. Indian J Psychiatry. 2010;52(2):145-149.

15. Mirabzadeh A, Forouzan A S, Mohammadi F, Dejman M, Baradaran eftekhar M. How Iranian Women Conceptualize Mental Health: An Explanatory Model. Iran J Public Health. 2014; 43(3): 342–348.
16. Mohammadi F, Baradaran Eftekhari M, Dejman M, Forouzan AS, Mirabzadeh A. Seeking Comfort: Women Mental Health Process in I. R. Iran: A Grounded Theory Study. Int J Prev Med. 2014; 5(2): 217–223.
17. Barker PH, Chang J. Family therapy Basic. 6thed. New Jersey. John Wiley & Sons .2013
18. Panganiban-Corales A T, Medina M F. family resources,family function and caregiver strain in childhood cancer. Asia Pac Fam Med. 2011, 10(1):14.
19. Schoenmakers B, Buntinx F, Delepeleire J. Factors determining the impact of care-giving on caregivers of elderly patients with dementia. A systematic literature review. Maturitas 2010;66(2):191-200.
20. Pritchett R, Kemp J, Wilson P, Minnis H, Bryce G, Gillberg C. Quick simple measures of family relationships for use in clinical practice and research: A systematic review. Fam Pract.2010; 28(2):172–187.
21. Epstein NB, Baldwin LM, Bishop DS. The Macmaster model of family assessment device. J Marital and Family therapy. 1983,9(2):171-180.
22. Zadeh Mohammadi A, Malekkhosravi G.Preliminary study of psychometric properties of family assessment device (FAD). Journal of Family Research.2006; 5: 69-89. (Persian).
23. Beck AT. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. Clin Psychol Rev.1988; 8(1): 77-100.
24. JafarTabatabaee T, Ahadi H, Khamesian A. The effect of optimism training on the anxiety and depression of students of psychology at the Azad University of Birjand (2012). Mod Care J. 2013; 10(1): 34-42 (Persian).
25. Rajabi R,Karjo kasmai S. Psychometric properties of a Persian language version of the beck depression inventory second edition. Educational Measurement .2012; 3(10): 139-158. (Persian).
26. Schoenmakers B, Buntinx F, Delepeleire J. Factors determining the impact of care-giving on caregivers of elderly patients with dementia. A systematic literature review. Maturitas 2010; 66(2): 191-200.
27. Rezai-Zadeh H. Frequency of major depressive disorder in patients with Alzheimer's dementia and their carers. PhD thesis:Azad University of Yazd 2013. (Persian).
28. Givens J L, Mezzacappa C y, Heeren T, Yaffe K , Fredman L. Depressive Symptoms among Dementia Caregivers: The Role of Mediating Factors. Am J Geriatr Psychiatry. 2014 ; 22(5): 481–488.
29. Garcia-alberca J M, Lar J P, Berthier M L. Anxiety and depression in caregivers are associated with patient and caregiver.Characteristics in Alzheimer's disease. Int J Psychiatry Med. 2011; 41 (1): 57-69.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-09-15]

30. Garc´ıa-alberca J M, Cruz B, Pablo Lara J, Garrido V, Lara A, Gris E.Anxiety and depression are associated with coping strategies in caregivers of Alzheimer's disease patients: results from the MÁLAGA-AD study. International Psychogeriatric Association .2012;24 (8) : 1325-1334

31. Medrano M, Rosario R L, PayanoA N, Capellán R. Burden, anxiety and depression in caregivers of Alzheimer patients in the Dominican Republic. Dement Neuropsychol. 2014;8(4):384-388.

32. De Oliveira S C, Dos Santos A A, Iost Pavarini S C. The relationship between depressive symptoms and family functioning in institutionalized elderly. Rev Esc Enferm USP. 2014; 48(1):65-71.

33. Rodríguez-Sánchez E, Pérez-Peñaranda A, Losada-Baltar A, et al. Relationships between quality of life and family function in caregiver. BMC Family Practice 2011;12:19 .

34. Mohamadi J, Mir Drikvand F, Azizi1A. Efficacy of Mindfulness on Anxiety and Depression in Patients with Irritable Bowel Syndrome . J Mazandaran Univ Med Sci .2015; 25(130): 52-61 (Persian).

35. Alboukordi S, Noury R, Nikoosiyar Jahromi M, Zahedian S F. The Relationship Between Self-Esteem and Social Support with Depression in Male Prisoners. J Mazand Univ Med Sci. 2010; 20(77): 62-68 (Persian).

36. Tremont G, Davis D J, Bishop D S. Unique Contribution of Family functioning in caregivers of patients with mild to moderate dementia. Dement Geriatric Cognitive Disorder 2006 ; 21(3): 170–174.

37. yagooby A, Mohagegi H, Zadeh Mohammad S, Rabii M. Family function in patients with affective disorders, psychosis, and somatoform. Research in clinical psychology and counseling .2013;2(2):143-156. (Persian).

38. Bayrami M, Farnam A, Gholizdeh H, Imani M. Depressed Patient's Family Functioning, a Study Based on McMaster's Model.. J Tabriz Univ Med Sci 2010 ;22(2):25-29. (Persian).

39. GHolizadeh H, Bayrami M, Farnam A, Imani M, Pirzadeh G. ó A Comparison of family function of obsessive - compulsive disorder pationt with health subject. J Urmia univ Med Sci 2010; 21(4):354-360. (Persian).

40. Momeni KH, Alikhani M. The Relationship between Family Functioning, Differentiation of Self and Resiliency with Stress, Anxiety and Depression in the Married Women Kermanshah city. Journal of Family Counseling & Psychotherapy. 2013;3(2):298-320. (Persian).

41. Karamy J, ZakiYi A, Alikhani M. The Relationship between McMaster Model of Family Functioning and Personality Disorders based on McMaster Model. J Consulting and family psychotherapy2013;2(4):537-553. (Persian).

42. Alzheimer's Association .2011 Alzheimer's Disease Fact and Figures. Alzheimers Dement. 2011;7(2): 208-244.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-09-15]