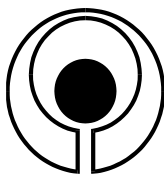


بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



دانشگاه علوم بهزیستی و توان بخشی
گروه مددکاری اجتماعی

پایان نامه جهت دریافت مدرک کارشناسی ارشد مددکاری اجتماعی

عنوان:

**بررسی رابطه بار خانواده و کارکرد خانواده های دارای بیماران مبتلا به اختلال
روانی مزمن مراجعه کننده به مرکز آموزشی درمانی روانپزشکی رازی**

نگارنده:

زهرا السادات ترابی

استاد راهنما:

دکتر مصطفی اقلیما

استاد مشاور:

دکتر حمید رضا خانکه

استاد مشاور آمار:

پوریا رضا سلطانی

دی ماه ۱۳۹۱

ش.ت: ۲۱۸-۷۰۰

چکیده

مراقبان خانگی مهمترین افرادی هستند که از بیماران حمایت می کنند. تحقیقات موجود نشان می دهد که تنوع و شدت نقش های مراقبتی می تواند به فشار روانی در مراقبان خانگی بیماران بینجامد. بار روانی تحمیلی ناشی از مراقبت یک بیمار روانی می تواند از کیفیت مراقبت ارابه شده کاسته و از سوی دیگر سلامت جسمانی و روانی مراقبان را نیز به مخاطره اندازد. این پژوهش با هدف بررسی رابطه بارخانواده با کارکرد خانواده در مراقبان بیماران روانی مزمن بستری در مرکز آموزشی درمانی رازی انجام شد. پژوهش حاضر، مقطعی-تحلیلی و از نوع مطالعات همبستگی است. نمونه این پژوهش را ۱۱۸ نفر از مراقبان بیماران بستری در بخشهای حاد مرکز مذکور تشکیل می دادند که به روش نمونه گیری منظم انتخاب شده اند. ابزار مورد استفاده در این پژوهش، عبارت بودند از پرسشنامه کارکرد خانواده (FAD) و مقیاس بار خانواده (FBIS) و یک چکلیست مشخصات جمعیت شناختی. برای تجزیه و تحلیل داده های به دست آمده از آزمون های آماری کولموگروف - اسمیرنف، همبستگی اسپیرمن، کروسکال والیس و یو-مان-ویتنی استفاده شد.

یافته ها نشان داد که بین بار خانواده و کارکرد عمومی و نیز بین بارخانواد و خرده مقیاس های حل مسئله و پاسخدهی عاطفی رابطه معناداری وجود دارد ($P < 0/05$). در بین ویژگی های جمعیت شناختی، رابطه بار خانواده با ساعات حضور مراقب در کنار بیمار، نوع سازمان حمایتگر و درآمد خانواده مشخص شد ($P < 0/05$). با سایر متغیرهای جمعیت شناختی رابطه ای یافت نشد ($P > 0/05$).

این پژوهش نشان داد که بار خانواده می تواند بر کارکرد خانواده بیمار روانی مزمن اثر منفی بگذارد. بنابراین، با تمسک به روشهایی که طی آنها احتمالاً بار خانواده می تواند کاهش پیدا کند می توان کارکرد خانواده ها را بهبود بخشیده و به تبع آن سلامت مراقبان و کل خانواده بیمار را ارتقا بخشید.

کلید واژه ها: بار خانواده/ کارکرد خانواده/ مراقبان بیماران روانی مزمن

فهرست مطالب

فصل اول – کلیات پژوهش

۱۱	.....	مقدمه
۱۲	.....	بیان مسئله
۱۵	.....	اهمیت و ضرورت پژوهش
۱۶	.....	اهداف پژوهش
۱۷	.....	سوالات پژوهش
۱۸	.....	تعاریف نظری و عملیاتی مفاهیم

فصل دوم – پیشینه و ادبیات پژوهش

۲۲	.....	بار خانواده و مفاهیم آن
۲۲	.....	تعریف بار
۲۳	.....	اصطلاح شناسی

۲۴	مداخلات مربوط به کاهش بار خانواده.....
۲۴	اثرات بار خانواده بر روی خانواده و بیمار.....
۲۵	پیش بینی کننده های بار خانواده.....
۲۶	منابع بار خانواده.....
۲۷	خانواده و مفاهیم آن.....
۲۸	تعریف خانواده.....
۲۹	انواع خانواده.....
۳۱	خانواده سالم.....
۳۵	رویکرها و دیدگاه های تبیین خانواده.....
۳۵	- نظریه چند نسلی.....
۳۶	- نظریه سیستمی.....
۳۷	- نظریه ساختاری.....
۳۹	مدل های ارزیابی و سنجش خانواده.....
۴۰	- مدل ساختی.....
۴۱	- مدل چند مختصاتی.....
۴۲	- مدل بیورز.....
۴۴	- مدل مک مستر.....

- ۴۹ مدل فرایند کنش خانواده.
- ۵۰ کارکرد نامطلوب خانواده در مدل مک مستر و فرایند کنش خانواده.
- ۵۴ دلایل انتخاب مدل مک مستر.
- ۵۵ بررسی متون.
- ۵۵ تحقیقات خارجی.
- ۵۷ تحقیقات داخلی.
- ۵۸ نتیجه گیری.

فصل سوم – روش شناسی پژوهش

- ۶۰ مقدمه.
- ۶۰ نوع مطالعه.
- ۶۱ جامعه مورد بررسی.
- ۶۱ ملاک ورود و خروج افراد مورد مطالعه.
- ۶۲ روش نمونه گیری.
- ۶۳ حجم نمونه.
- ۶۴ متغیرها و نحوه سنجش آنها.

۶۴	ابزار جمع آوری داده ها
۶۴	- مقیاس بار خانواده (FBIS)
۶۶	- مقیاس سنجش کارکرد خانواده (FAD)
۶۸	- پرسشنامه جمعیت شناختی
۶۸	شیوه تجزیه و تحلیل داده ها
۶۹	روش اجرای پژوهش
۶۹	ملاحظات اخلاقی

فصل چهارم – تجزیه و تحلیل داده ها

۷۲	مقدمه
۷۲	توصیف داده ها
۷۹	تحلیل داده ها
۸۰	تحلیل سوالات فرعی پژوهش

فصل پنجم – یافته های پژوهش

۸۶	مقدمه
----	-------

۸۶	توصیف و تحلیل ویژگی های جمعیت شناختی.....
۹۳	توصیف و تحلیل متغیر های بار خانواده و کارکرد خانواده.....
۹۴	نتیجه گیری.....
۹۵	محدودیت های پژوهش.....
۹۶	پیشنهادات منتج از یافته ها.....
۹۶	پیشنهادات برای پژوهش های آتی.....
۹۸	فهرست منابع.....

فهرست جداول

- جدول ۴-۱. توزیع جنسیت مراقب و بیمار..... ۷۲
- جدول ۴-۲: شاخص های سنی مراقب ۷۳
- جدول ۴-۳: شاخص های سنی بیمار ۷۳
- جدول ۴-۴: توزیع فراوانی نسبت مراقب با بیمار..... ۷۴
- جدول ۴-۵: توزیع مراقبان شرکت کننده در پژوهش بر حسب میزان تحصیلات..... ۷۵
- جدول ۴-۶: توزیع مراقبان بر اساس وضعیت سلامت..... ۷۵
- جدول ۴-۷: ساعات حضور مراقب در کنار بیمار..... ۷۶
- جدول ۴-۸: توزیع میزان تغییر ارتباطات اجتماعی خانواده ۷۶
- جدول ۴-۹: میزان درآمد ماهیانه خانواده های بیماران به ریال..... ۷۷
- جدول ۴-۱۰: بررسی نرمال بودن متغیرهای پیوسته پژوهش ۷۸
- جدول ۴-۱۱. همبستگی بار خانواده با متغیرهای اصلی در خانواده بیماران ۷۹
- جدول ۴-۱۲. همبستگی بار خانواده با متغیرهای نسبی جمعیت شناختی در خانواده بیماران ۸۰
- جدول ۴-۱۳: تفاوت بار خانواده با توجه به میزان تحصیلات مراقب..... ۸۱
- جدول ۴-۱۴: تفاوت بار خانواده با توجه به نوع سازمان حمایتگر..... ۸۲
- جدول ۴-۱۵: تعیین تفاوت بار خانواده در انواع سازمان حمایتگر..... ۸۳

فصل اول

کلیات پژوهش

مقدمه

بیماری هایی که مزمن شده و دوره های عود و فروکش زیادی دارند ابعاد مختلف فردی و بین فردی زندگی افراد بیمار را با مشکل مواجه می کند. بیماری های روانی، از جمله این بیماری ها هستند که شیوع نسبتا بالایی نیز دارند. خانواده به عنوان مراقب در واکنش به علایم و نشانه های اختلال روانی و مراقبت پیگیر و مستمر از بیمار روانی در خانه، علاوه بر گرفتار شدن در دام غم و اندوه، فقدان، داغدیدگی، خشم و عصبانیت، یأس و ناامیدی، احساس شرمساری و گناه؛ تنش ها و فشارهای ارتباطی زیادی را نیز تجربه و ابراز می کنند. به طور کلی ارگانیزم خانواده بیمار تحت تاثیر بیماری و اثرات آن قرار دارد.

در مقابل خانواده نیز به عنوان مهمترین مراقب بیمار نقشی اساسی در فرایند درمان و بهبودی وی دارد. مراقبت های روانپزشکی مبتنی بر جامعه اثباتی بر این ادعاست که از سال ۱۹۶۰ به بعد شروع شده و مراقبین، و از این جمله اعضای خانواده های بیماران، نقش فعالی در این زمینه بازی می کنند. همچنین یکی از اهداف سازمان بهداشت جهانی در ارتقاء سلامت روان و درمان بیماریهای روانی تا سال ۲۰۱۶، کاهش طول مدت بستری در بیمارستان و گسترش خدمات اجتماعی است که در این راستا به نقش خانواده در مراقبت از اختلالات روانی توجه زیادی شده است و برای این منظور آموزشهای سیستماتیک خانواده ها در امر مراقبت از بیماران روانی، مورد تاکید قرار گرفته است.

به عبارت دیگر متخصصین بهداشت روان چنین دریافته اند که حوزه ی خانوادگی از مهمترین حوزه هایی است که در یک رابطه دوسویه هم بر بیمار تاثیر می گذارد و هم از آن تاثیر می پذیرد. به همین علت این پژوهش به دنبال شناخت و بررسی رابطه ی فشارهای مراقبت از بیمار روانی مزمن و کارکرد ارگانیزم خانواده می باشد.

بیان مسئله

مراقبان خانگی^۱ مهمترین افرادی هستند که از بیماران حمایت می کنند. تقریباً ۶۰ تا ۸۵ درصد افراد دارای نقص یا ناتوانی توسط خانواده مراقبت می شوند (رافیه^۲ و دیگران، ۲۰۱۱).

تحقیقات موجود نشان می دهد که تنوع و شدت نقش های مراقبتی می تواند به فشار روانی در مراقبان خانگی بیماران بینجامد. تنش ها و فشارهای روانی مراقبان خانگی امری قابل توجه و در عین حال رایج و معمول است که اگر بدون درمان و مداخله رها شود، می تواند به کاهش سطح سلامت جسمانی و روانی، مراقبان خانگی به عنوان بیماران پنهان منجر شود (نویدیان، ۱۳۸۹).

مجموعه ی فشارهای حاصل از مراقبت یک بیمار، اصطلاحاً "بار خانواده"^۳ نامیده می شود. موضوع علاقه مندی به بار روانی مراقبان خانگی به سال ۱۹۵۰ بر می گردد (هونا^۴ و همکاران ۲۰۰۸)، اما طی دهه های اخیر است که نهضت مؤسسه زدایی، کانون اولیه مراقبت را از بیمارستان های روانپزشکی به مراکز بهداشت روانی جامعه نگر تغییر داده و چون بودجه، منابع و امکانات این مراکز حرفه ای محدود و اندک است، از خانواده بیماران مبتلا به بیماری های روانی شدید درخواست شد مسئولیت کمک های عملی و حمایت عاطفی بیمارانی که در جامعه زندگی می کنند، را به عهده گیرند (نویدیان، ۱۳۸۹).

¹- Family Caregivers

²- Rafiyah

³- Family Burden

⁴- Honea

بار از سال ۱۹۶۶ تعریف شده است. گراد^۵ و سنس بوری^۶ (۱۹۶۶) گفته اند که بار هر نوع اثر منفی منتج از مراقبت افراد بیمار است (رافیه و دیگران، ۲۰۱۱). بار مراقبت به میزان مشخصی از فشار و مشکلات ابراز شده به وسیله مراقب یا خانواده بیمار روان گفته می شود که شامل دامنه ای از مشکلات روانشناختی، عاطفی، اجتماعی، روانی و اقتصادی است (ایدستاد^۷، ۲۰۱۰).

بار به دو نوع عینی^۸ و ذهنی^۹ تقسیم شده است. بار عینی به عنوان یک رویداد یا فعالیت همراه با تجارب مراقبتی منفی در مراقب تعریف می شود که به علت انجام عملکردهای مراقبتی است. بار عینی شامل از هم گسیختگی زندگی خانوادگی است که بالقوه قابل مشاهده و تایید است. به همین ترتیب بار ذهنی احساسی است که در مراقب به دنبال مراقبت از بیمار ایجاد می شود (رافیه و دیگران، ۲۰۱۱).

بار روانی تحمیلی ناشی از مراقبت یک بیمار روانی می تواند از کیفیت مراقبت آرایه شده کاسته و از سوی دیگر سلامت جسمانی و روانی مراقبان را نیز به مخاطره اندازد (نویدیان، ۱۳۸۹). به عبارتی بار منجر به کیفیت زندگی ضعیف مراقب شده و این مسئله منجر به مراقبت ضعیف، ترک درمان، یا رفتار خشونت آمیز با بیماران می شود (رافیه و دیگران، ۲۰۱۱).

بر اساس دیدگاه سیستمیک (الگوها و کارکردهای اعضای یک خانواده به عنوان یک سیستم) خانواده در برابر بیماری نقش اساسی ایفا می کند و خود نیز به عنوان یک کل تحت تاثیر بیماری قرار می گیرد. کینگ و دیکسون (۱۹۹۶)، ویزمن، گومس و لویز (۲۰۰۳)، دهقانی (۱۳۸۱)، و کرملو (۱۳۸۷) عنوان کردند در خانواده هایی که بیمار اسکیزوفرنی مزمن شده است کارکرد خانواده دچار مشکل می شود. انسجام و پیوستگی خانواده های این بیماران و درک اعضاء از خودشان دچار مشکل می گردد. خانواده های این بیماران در نشان دادن

⁵ - Grad

⁶ - Sainsbury

⁷ - Idstad

⁸ - Objective

⁹ - Subjective

عواطف به یکدیگر، حل مسئله، انجام وظایف و نقش‌ها برای برآوردن نیازهای عاطفی و اقتصادی، ارتباطات کلامی و غیرکلامی و پاسخدهی عاطفی از توانایی کمتری برخوردار هستند (منصوری، ۱۳۸۸).

بنابراین، سیستم خانواده را در بیماریها نمی‌توان نادیده گرفت و لذا ارزیابی آن از اهمیت ویژه‌ای برای متخصصین برخوردار است. بر این اساس این پژوهش به دنبال پاسخ به این سوال است که بار توانفرسای مراقبت از بیمار روانی مزمن، خانواده را چگونه و تحت چه تاثیری قرار می‌دهد.

یکی از متغیرهایی که خانواده را در حوزه‌های مختلف ارزیابی می‌کند "کارکرد خانواده"^{۱۰} می‌باشد. مدل مک‌مستر یک مدل سیستمی با جهت‌گیری بالینی از کارکرد خانواده است که خصوصیات ساختاری و رفتاری خانواده و الگوهای تبدلی مهم بین اعضای خانواده را در شش بعد اندازه‌گیری می‌کند. هر بعد شامل پیوستاری از کارایی تا ناکارایی بوده و شامل حل مسئله^{۱۱}، ارتباط^{۱۲}، نقش‌ها^{۱۳}، پاسخگویی عاطفی^{۱۴}، همراهی عاطفی^{۱۵}، و کنترل رفتار^{۱۶} می‌باشد (زاده محمدی و ملک خسروی، ۱۳۸۵).

به طور خلاصه، حل مسئله نشان‌دهنده توانایی خانواده برای حل مشکلات و نیز مراحلی که برای این کار طی می‌کنند می‌باشد، ارتباط به تبادل موثر گسترده، روشن و مستقیم اطلاعات در خانواده اشاره می‌کند، نقش‌ها به کارایی و شیوه خانواده در توزیع و انجام وظایف اشاره می‌کند، وظایف شامل اموری می‌شود که بر فراهم کردن منابع (خوراک، پوشاک، سرپناه)، پرورش و حمایت، رشد مهارت‌های زندگی و حفظ و اداره سیستم خانواده مربوط می‌گردد. پاسخدهی عاطفی راه‌کارهای اعضای خانواده برای دادن پاسخ هیجانی متناسب چه احساسات مثبت و چه منفی را می‌سنجد، همراهی عاطفی به کیفیت علاقه‌توجه و سرمایه‌گذاری اعضای

¹⁰ - Family function

¹¹ - Problem Solving

¹² - communication

¹³ - Roles

¹⁴ - Affective Response

¹⁵ - Affective Involvement

¹⁶ - Behavioral Control

خانواده در برابر یکدیگر اشاره می کند. کنترل رفتار، استاندارد و آزادی های رفتاری را توصیف می کند (جلالی، ۱۳۸۹).

در پژوهش حاضر از مدل مک مستر برای ارزیابی خانواده و پاسخ به سوال چگونگی ارتباط بین بار و کارکرد خانواده استفاده می شود.

اهمیت و ضرورت پژوهش

با توجه به اهمیت نقش خانواده در بهبود و یا عدم بهبود بیماری های روانی توجه دقیق به الگوهای کارکردی خانواده اهمیت دارد. به همین دلیل و به دلایلی که در زیر برشمرده می شود پژوهشگر معتقد است که شناخت نقاط ضعف و قوت این الگوهای کارکردی می تواند به کاهش و از همه مهمتر پیشگیری از ناکارآمدی این الگوها کمک کند.

- آنچه مسلم است آن است که خانواده و سایر مراقبین می توانند منبع اصلی حمایت برای افرادی که دچار بیماری روانی مزمن هستند باشند اما تمام خانواده ها به یک میزان در این امر درگیر نمی شوند. نتایج پژوهش عجمی زاده در مرکز روانپزشکی رازی نشان داد که ۵۴ درصد خانواده ها تمایل به نگهداری مددجو ندارند، ۲۴ درصد آنها فقط در بعضی اوقات حاضر به نگهداری مددجو هستند و فقط ۲۲ درصد تمایل به نگهداری مددجو در کنار خود را دارند (عجمی زاده، ۱۳۸۵).

در صورتی که تحقیقات نشان می دهد که درگیر کردن خانواده ها در امر درمان و ارتقاء نقش مراقبتی آنها، با حمایت و آموزش کافی در بهبود نتایج درمانی کاملاً موثر است (وند^{۱۷}، ۲۰۰۳).

- از سوی دیگر تخمین زده می شود که ۵۰ تا ۸۰ درصد بیماران اسکیزوفرنیک و سایر اختلالات روانپزشکی همراه با، ویا در تماس منظم با مراقبان خانوادگی شان زندگی می کنند (مکدانل^{۱۸}، ۲۰۰۳).
- افزایش فشار مراقبان عواقب متعددی از جمله انزوای اجتماعی خانواده، قطع امید از حمایت های اجتماعی، و مراقبت ناکافی از بیمار و در نهایت تشدید پدیده بیماران روانی بی خانمان را در پی خواهد داشت (اردشیرزاده، ۱۳۸۳).

- همانطور که گفته شد تمایلات در جهت کاهش موسسه ای شدن بیماران روانی و پی بردن به شدت آسیبهای عینی و ذهنی ناشی از بار مراقبت بر روی عملکرد خانواده افزایش یافته و به دنبال آن پژوهش بر روی بار خانواده افزایش یافته است. درکی بهتر از بار خانواده می تواند به پایه گذاری یک سیستم مراقبتی، که نیازها و تقاضاهای اعضای خانواده را تامین می کند، کمک نماید.

- تاکنون تحقیقات بسیاری در زمینه اثرات خانواده بر بروز و شکل گیری بیماری های روانپزشکی صورت گرفته ولی در مورد اثرات این بیماری ها بر خانواده کمتر پرداخته شده است.

- درصد بالایی از بیماران مزمن روانی از کارافتاده و بیکارند و درصد بالایی از آنها نیز عملکرد اجتماعی خود را از دست داده اند و دیگر قادر به زندگی در جامعه بدون نظارت و مراقبت مستقیم نخواهند بود. لذا با توجه به کاهش تمایلات موسسه ای شدن، نقش خانواده ها در امر مراقبت بیماران روانی پررنگ تر خواهد شد.

اهداف پژوهش

¹⁷ - Wanda

¹⁸ - McDonell

الف) هدف کلی:

شناخت رابطه بین بار خانواده و کارکرد خانواده بیماران روانی مزمن

ب) اهداف اختصاصی:

شناخت رابطه بین بار خانواده و کارکرد حل مسئله در خانواده بیماران روانی مزمن

شناخت رابطه بین بار خانواده و کارکرد ارتباط در خانواده بیماران روانی مزمن

شناخت رابطه بین بار خانواده و کارکرد نقشی در خانواده بیماران روانی مزمن

شناخت رابطه بین بار خانواده و کارکرد پاسخدهی عاطفی در خانواده بیماران روانی مزمن

شناخت رابطه بین بار خانواده و کارکرد همراهی عاطفی در خانواده بیماران روانی مزمن

شناخت رابطه بین بار خانواده و کارکرد کنترل رفتار در خانواده بیماران روانی مزمن

ج) هدف کاربردی:

بکارگیری نتایج و دست آوردهای تحقیق در مطالعه، برنامه ریزی و مداخلات مددکاری اجتماعی در راستای

ارتقاء بهداشت روان و کارکرد خانواده بیماران روان

سوالات پژوهش

رابطه بین بار خانواده و کارکرد خانواده بیماران روانی مزمن چگونه است؟

رابطه بین بار خانواده و کارکرد حل مسئله در خانواده بیماران روانی مزمن چگونه است؟

رابطه بین بار خانواده و کارکرد ارتباط در خانواده بیماران روانی مزمن چگونه است؟

رابطه بین بار خانواده و کارکرد نقشی در خانواده بیماران روانی مزمن چگونه است؟

رابطه بین بار خانواده و کارکرد پاسخدهی عاطفی در خانواده بیماران روانی مزمن چگونه است؟

رابطه بین بار خانواده و کارکرد همراهی عاطفی در خانواده بیماران روانی مزمن چگونه است؟

رابطه بین بار خانواده و کارکرد کنترل رفتار در خانواده بیماران روانی مزمن چگونه است؟

سوالات فرعی پژوهش:

رابطه بار خانواده و سن مراقب چگونه است؟

رابطه بار خانواده و میزان تحصیلات مراقب چگونه است؟

رابطه بار خانواده و ساعت های حضور مراقب در کنار بیمار چگونه است؟

رابطه بار خانواده و میزان درآمد خانواده چگونه است؟

رابطه بار خانواده و نوع سازمان حمایتگر خانواده چگونه است؟

تعاریف نظری و عملیاتی مفاهیم

تعریف نظری بار خانواده: بار مراقبت به میزان مشخصی از فشار و مشکلات ابراز شده به وسیله مراقب یا خانواده بیمار روان گفته می شود که شامل دامنه ای از مشکلات روانشناختی، عاطفی، اجتماعی، روانی و اقتصادی است (ایدستاد، ۲۰۱۰).

تعریف عملیاتی بار خانواده: منظور از بار خانواده در پژوهش حاضر نمره ایست که آزمودنی از پرسشنامه ^{۱۹}FBIS بدست می آورد.

تعریف نظری کارکرد خانواده: به توانایی خانواده در انجام وظایفی که برعهده دارد اطلاق می شود. در این پژوهش از مدل مک مستر برای سنجش کارکرد خانواده استفاده شده است. این مدل برای کارکرد خانواده ۷

¹⁹ - Family Burden Interview Schedule

بعد در نظر می‌گیرد: حل مسئله، ارتباط، نقش‌ها، پاسخدهی عاطفی، همراهی عاطفی، کنترل رفتار و یک بعد عمومی به نام کارکرد کلی. هر بعد پیوستاری از کارایی تا ناکارایی را اندازه‌گیری می‌کند. (میلر و همکاران، به نقل از سالاری، ۱۳۸۰). در زیر شرح مختصری بر این ابعاد داده می‌شود. شرح کامل آن در فصل دوم گزارش پژوهش قید شده است.

حل مسئله : نشان دهنده توانایی خانواده برای حل مشکلات و نیز مراحلی که برای این کار طی می‌کنند می‌باشد. هرگاه تمامی مراحل به خوبی طی شود حل مساله به کارآترین وجه ممکن انجام گرفته است و ناکارآمدترین شکل حل مساله آن است که خانواده حتی نتواند مساله را تشخیص دهد.

ارتباط : این بعد به توانایی خانواده برای تبادل اطلاعات مربوط می‌شود.

نقش : نقشها چنین توصیفی می‌شوند، الگوهای تکراری رفتاری که افراد از طریق آن کارکردهای خانواده را انجام می‌دهند.

پاسخ دهی عاطفی : در این بعد چگونگی پاسخ دهی عاطفی خانواده در روابطش مورد مطالعه قرار می‌گیرد. آیا خانواده می‌تواند انواع هیجانهای مختلف را ابراز کند؟ آیا پاسخ‌های عاطفی خانواده هم از نظر کیفی و هم از نظر کمی با موقعیت تناسب دارد؟

همراهی عاطفی : نوع آمیختگی اعضای خانواده با یکدیگر یعنی درجه و کیفیت علاقه، توجه و سرمایه‌گذاری آنها در برابر یکدیگر در این بعد شرح داده شود.

کنترل رفتار: کانون توجه این بعد بررسی شیوه‌ارائه و اعمال استاندارد‌های رفتاری است و اینکه خانواده تا چه حد به اجراء و حفظ این استاندارد‌ها مقید و متعهد است. به طور کلی این بعد به وجود قوانین و مقررات خانه و پایبندی به این قوانین اشاره می‌کند.

کارکرد کلی: این بعد به میزان سلامت یا آسیب کلی خانواده مربوط می‌شود و در برگیرنده مجموعه شش بعد دیگر است. بدین معنی که نشان می‌دهد خانواده تا چه اندازه در ابعاد فوق موفق یا ناموفق است.

تعریف عملیاتی کارکرد خانواده: منظور از کارکرد خانواده نمره ای است که آزمودنی از پاسخ به گویه های مربوط به کارکرد کلی در مقیاس FAD²⁰ کسب می کند.

تعریف عملیاتی متغیرهای سن مراقب، میزان تحصیلات مراقب، ساعت های حضور مراقب در کنار بیمار،

میزان درآمد خانواده، نوع سازمان حمایتگر خانواده: مقدار این متغیرها از پاسخ مراقب به پرسشهای مستقیم

طراحی شده در پرسشنامه دموگرافیک، بدست می آید.

²⁰-Family assessment device