

بِسْمِ اللّٰهِ الرَّحْمٰنِ الرَّحِیْمِ ﴿﴾

۸۷/۱۰/۱۱
۸۷/۱۰/۱۱



دانشگاه شهید بهشتی
دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی

پایان نامه
جهت اخذ درجه کارشناسی ارشد
روان شناسی عمومی

موضوع:

هوش هیجانی فرزندان والدین مبتلا به اسکیزوفرنیا و فرزندان والدین مبتلا به افسردگی و تدوین و کاربرد برنامه آموزشی هوش هیجانی در فرزندان والدین مبتلا به اسکیزوفرنیا

استاد راهنما:

آقای دکتر علیرضا عابدین

استاد مشاور:

خانم دکتر نرگس چیمه

استادان داور:

دکتر سید کاظم ملکوتی - دکتر حمید رضا پور اعتماد

دانشجو:

ریحانه بختیاری

شهریور ۱۳۸۷

۱۰۶۹۲۳

تشکر و قدر دانی

از راهنمایی های استاد فرزانه ام، آقای دکتر علیرضا عابدین، حمایت های بی دریغ استاد بزرگوارم خانم دکتر نرگس چیمه، و پیشنهادات شایسته استادان داور، آقای دکتر کاظم ملکوتی و آقای دکتر حمیدرضا پور اعتماد سپاس گزارم.

از همکاری کلیه مسئولان و کارکنان بیمارستان روان پزشکی ایران به ویژه آقای دکتر قدیری و آقای سلیمانی که موجبات اجرای این پژوهش را فراهم کردند سپاس گزارم.

از وظیفه شناسی و همراهی خانم منیره امینی، منشی گروه روان شناسی دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی دانشگاه شهید بهشتی سپاس گزارم.

از همسرم به خاطر زحماتش در انجام این پایان نامه سپاس گزارم.

تقدیم به:

آقای دکتر علیرضا عابدین

پدر و مادرم

همسرم

مبتلایان به بیماری های روانی و خانواده های ایشان

چکیده

هدف: پژوهش حاضر به منظور ارزیابی هوش هیجانی فرزندان بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا و بیماران مبتلا به افسردگی اساسی و مقایسه آن با گروه هنجار و نیز تدوین و کاربرد یک برنامه مداخله ای جهت افزایش هوش هیجانی فرزندان والدین مبتلا به اسکیزوفرنیا می باشد. روش: این مطالعه دارای دو مرحله مجزاست. در مرحله اول ۲۳۸ آزمودنی شامل یک گروه ۶۷ نفری از فرزندان والدین مبتلا به اسکیزوفرنیا و یک گروه ۵۹ نفری از فرزندان والدین مبتلا به افسردگی و ۱۱۲ نفر از فرزندان والدین به هنجار به وسیله آزمون هوش هیجانی شوت (۱۹۹۸) مورد مقایسه قرار گرفتند. در مرحله دوم ۱۲ نفر از فرزندان دارای والدین مبتلا به اسکیزوفرنیا که داوطلب دریافت مداخله بودند در هشت جلسه دو ساعته آموزش گروهی هوش هیجانی شرکت کردند. اثر بخشی این مداخله به وسیله مقایسه پیش آزمون و پس آزمون هوش هیجانی شوت مورد ارزیابی قرار گرفت. نتایج: فرزندان والدین به هنجار از فرزندان والدین مبتلا به افسردگی و فرزندان والدین مبتلا به اسکیزوفرنیا در زیر مقیاس ارزیابی هیجانی شوت بهتر بودند. دختران والدین مبتلا به افسردگی از دختران والدین مبتلا به اسکیزوفرنیا در زیر مقیاس ارزیابی هیجانات بهتر بودند، اما پسران والدین مبتلا به افسردگی نسبت به پسران والدین مبتلا به اسکیزوفرنیا نتایج ضعیف تری در این زیر مقیاس داشتند. در نمره کل هوش هیجانی، مقیاس خوش بینی / نظم دهی خلق و کاربرد هیجان فرزندان والدین به هنجار نسبت به فرزندان والدین بیمار اعم از پدر یا مادر مبتلا به اسکیزوفرنیا یا افسردگی نمره بهتری کسب کردند و فرزندان مادران بیمار نسبت به فرزندان پدران بیمار نمرات بهتری داشتند. در زیرمقیاس خوش بینی / نظم دهی خلق دختران مادران بیمار از پسران مادران بیمار نتایج ضعیف تری داشتند و پسران پدران بیمار نسبت به دختران پدران بیمار نمرات کمتری کسب کردند. نمره دختران به طور کلی در زیرمقیاس ارزیابی هیجانی، مهارت های اجتماعی و نمره کل هوش هیجانی به طور معناداری از پسران بهتر است. نتایج مرحله دوم پژوهش نشان دهنده افزایش معنادار نمرات هوش هیجانی پس آزمون نسبت به نمرات پیش آزمون بود. بحث و نتیجه گیری: یافته های این پژوهش نشان دادند که ابتلای والدین به بیماری افسردگی و اسکیزوفرنیا بر هوش هیجانی فرزندان و به ویژه بر ارزیابی هیجانات اثرات منفی دارد. همچنین این پژوهش به رابطه بیشتر ابتلاء والد همجنس به بیماری اسکیزوفرنیا و افسردگی با توانایی خوش بینی و نظم دهی خلق در فرزندان دست یافت. این پژوهش نشان داد که انجام مداخله آموزشی می تواند منجر به بهبود هوش هیجانی در فرزندان والدین مبتلا به اسکیزوفرنیا بشود.

کلید واژه ها: اسکیزوفرنیا، افسردگی، والدین، فرزندان، هوش هیجانی

فهرست مطالب

صفحه	عنوان
	فصل اول : موضوع پژوهش
۱	مقدمه و بیان مساله
۶	اهمیت نظری و عملی پژوهش
۱۱	اهداف پژوهش
۱۲	فرضیه های پژوهش
۱۲	متغیرها و تعریف عملی و نظری
	فصل دوم : ادبیات و پیشینه پژوهش
۱۵	ادبیات پژوهش
۱۵	اسکیزوفرنیا
۱۷	تاریخچه
۱۸	همه گیر شناسی
۱۹	سن و جنس
۲۰	سبب شناسی
۲۳	افسردگی
۲۵	تاریخچه
۲۵	شیوع
۲۵	جنس
۲۷	سن
۲۷	سبب شناختی
۲۹	هوش هیجانی
۳۳	ابعاد هوش هیجانی
۳۳	پیشینه پژوهش
۳۶	هیجان در اسکیزوفرنیا
۴۲	هیجان در افسردگی
۴۵	مقایسه هیجان در اسکیزوفرنیا و افسردگی

۴۶	پیشینه پژوهش درباره فرزندان والدین مبتلا به اسکیزوفرنیا
۵۰	پیشینه پژوهش درباره فرزندان والدین مبتلا به افسردگی
۵۱	مقایسه بین فرزندان والدین مبتلا به افسردگی و مبتلا به اسکیزوفرنیا
۵۳	-تفاوت های جنسیتی در مهارت های هیجانی و اجتماعی
۵۷	نقش خانواده در مهارت های اجتماعی و هیجانی فرزندان
۶۱	پیشینه پژوهش درباره اثر بخشی مداخلات آموزشی
	فصل سوم : روش پژوهش
۶۳	طرح کلی پژوهش
۶۳	ابزار گرد آوری اطلاعات
۶۳	آزمون شوت
۶۸	بسته آموزشی هوش هیجانی
۶۹	روش نمونه گیری
۶۹	جامعه آماری
۶۹	گروه نمونه
۷۰	مراحل اجرای تحقیق
۷۱	رعایت اخلاق پژوهش
۷۱	روش تجزیه و تحلیل داده ها
	فصل چهارم : نتایج پژوهش
۷۲	نتایج مرحله اول پژوهش
۹۱	نتایج مرحله دوم پژوهش
	فصل پنجم : بحث در نتایج
۹۴	نتیجه گیری
۱۰۳	محدودیت ها
۱۰۵	پیشنهادات
	منابع
۱۰۶	- منابع فارسی
۱۱۰	- منابع انگلیسی

فهرست نمودارها و جداول

صفحه

عنوان

جداول

فصل سوم

جدول ۱: زیر مقیاس های آزمون شوت

فصل چهارم

جدول ۱: جدول توافقی فراوانی آزمودنی ها با توجه به جنسیت، جنسیت والد بیمار و نوع بیماری ۷۲

جدول ۲: نتایج حاصل از آزمون تحلیل واریانس چند عاملی MANOVA ۷۵

جدول ۳: مقایسه میانگین ها بر حسب اثر اصلی متغیر جنسیت فرزند ۷۶

جدول ۴: مقایسه میانگین ها بر حسب اثر اصلی متغیر جنسیت والد بیمار ۷۷

جدول ۵: مقایسه میانگین ها بر حسب اثر اصلی متغیر نوع بیماری ۷۸

جدول ۶: مقایسه میانگین ها بر حسب اثر تعاملی متغیر جنسیت فرزند و جنسیت والد بیمار ۷۹

جدول ۷: مقایسه میانگین ها بر حسب اثر تعاملی متغیر جنسیت فرزند و نوع بیماری ۸۰

جدول ۸: مقایسه میانگین ها بر حسب اثر تعاملی متغیر جنسیت والد بیمار و نوع بیماری ۸۲

جدول ۹: مقایسه میانگین ها بر حسب اثر تعاملی جنسیت فرزند، جنسیت والد بیمار و نوع بیماری ۸۳

جدول ۱۰: میانگین دختران و پسران دارای والدین مبتلا به اسکیزوفرنیا یا مبتلا به افسردگی یا والدین به هنجار ۸۵

جدول ۱۱: میانگین های فرزندان والدین به هنجار، مادران بیمار و پدران بیمار ۸۷

جدول ۱۲: جدول توافقی میانگین دختران و پسران دارای مادر بیمار یا پدر بیمار یا والدین عادی درخوش بینی / نظم دهی خلق ۸۹

جدول ۱۳: مقایسه میانگین های دختران و پسران در زیر مقیاس ها و نمره کل هوش هیجانی ۹۰

جدول ۱۴: میانگین و انحراف استاندارد گروه مورد مداخله در پیش آزمون و پس آزمون ۹۱

جدول ۱۵: نتایج حاصل از آزمون ویلکاگسون برای مقایسه نمرات پیش آزمون و پس آزمون ۹۲

نمودارها

فصل چهارم

نمودار ۱: فراوانی آزمودنی ها در هر یک از بیمارستان های مورد پژوهش ۷۳

نمودار ۲: اثر تعاملی جنسیت فرزند و نوع بیماری بر زیر مقیاس ارزیابی هیجانی ۸۶

نمودار ۳: اثر جنسیت والد بر هوش هیجانی فرزندان ۸۸

نمودار ۴: اثر تعاملی جنسیت فرزند و جنسیت والد بیمار بر خوش بینی و نظم دهی خلق ۸۹

نمودار ۵: تفاوت میانگین نمرات کل و زیر مقیاس های هوش هیجانی در دختران و پسران ۹۰

نمودار ۷: مقایسه میانگین پیش آزمون و پس آزمون در نمره کل و زیر مقیاس های هوش هیجانی ۹۲

فصل اول :

موضوع پژوهش

موضوع پژوهش

مقدمه و بیان مساله

بیماری های روانی از مشکلات جدی و شایع به شمار می روند که نزدیک به ۲۰٪ از کل مراجعان به مراکز بهداشتی و درمانی جهان را تشکیل می دهند (سارتوریوس^۱ به نقل از دواساز ایرانی، باقری، کینخایی، پاک سرشت و کریمی، ۱۳۸۴).

اسکیزوفرنیا که وخیم ترین بیماری روانی است بر اساس فقدان تماس با واقعیت و بروز ضایعه هایی در قلمرو ادراک، پردازش خبر و پاسخ به محرک های محیط مشخص می شود. به عبارت دیگر، توهم، هذیان و منزوی شدن در جهانی که تقریباً از تاثیر افراد یا رویدادهای پیرامونی به دور است افراد مبتلا به اسکیزوفرنیا را متمایز می کند (دادستان ۱۳۸۳).

افسردگی شایعترین بیماری روانی است و پیش بینی می شود در سال ۲۰۲۰ در رتبه دوم پس از اختلال های قلبی و عروقی باشد (نوری خواجوی و هلاکویی، ۱۳۸۲). افسردگی عبارت از افت گذرا و یا دوام دار تنود عصبی - روانی است، که به صورت یک مولفه بدنی (سردردها، خستگی پذیری، بی اشتها، بی خوابی، یبوست و کاهش فشار خون) و یا مولفه روانی (احساس به پایان رسیدن نیرو، کهنتری، ناتوانمندی، غمگینی) نمایان می شود (دادستان ۱۳۸۳).

ابتلای یکی از اعضای خانواده به بیماری روانی احساس ناخشنودی از زندگی و کاهش کیفیت زندگی را در پی دارد (ذوالعدل، شریف، غفرانی پور، کاظم زاده واشکانی، ۱۳۸۵). درقرون وسطی این افراد در شرایطی طاقت فرسا دور از خانواده و جامعه نگهداری می شدند تا بدین وسیله خانواده و جامعه را از

۱.Sartorius

مضرات و آسیب های آنها محافظت کنند. بیمارستان در حکم آخرین ایستگاهی بود که بیمار روانی باید در آن روز شماری می کرد و به انتظار مرگ می نشست و حتی استعدادها و توانایی های خود را به دلیل جو نامناسب بیمارستان و فقدان انگیزه از دست می داد. اثرات منفی بیمارستان و بستری های طولانی مدت، بیمار را بیش از پیش به سوی نیستی و زوال سوق می دهد. عواقب منفی بستری های طولانی مدت در بیمارستان منجر به افت شدید در ایفای مهارت های عملکردی در ابعاد گوناگون گردیده، ورود به نقش های اجتماعی قبل را در فرد تحت تأثیر قرار می دهد. بیمارانی که به مدت طولانی در بیمارستان هستند، مشکلات عدیده و بیشتری نسبت به بیمارانی که مدت زمان بستریشان کوتاه است، دارند (نجانان، ۱۳۸۲).

امروزه ایده بازگشت بیماران از بیمارستان ها به خانواده هایشان به کلی چهره درمان را تغییر داده است (حدیدی، ۱۳۸۵). محققان بر این باورند که این بیماران باید در متن جامعه و در میان اعضای خانواده درمان شوند (همان منبع). اما علی رغم مزایای بیشمار چنین برنامه هایی، بسیاری از بیماران روانی پس از پایان دوره بستری در بیمارستان ها و واحدهای درمانی به مشکلات جدیدی دچار می شوند که خانواده های آنان به تنهایی قادر به رفع آنها نیستند.

داشتن یک بیمار روانی در خانواده، فشار، نگرانی و تغییرات منفی چشمگیری را به نظام خانواده وارد نموده و سلامت آنان را به خطر می اندازد و مسائلی نظیر انکار، عصبانیت، حسادت، شرم و تغییر در ارتباط اعضای خانواده این بیماران به وجود می آورد (ذوالعدل و همکاران، ۱۳۸۵). خانواده بیماران روانی، اغلب نخستین مراقبین این دسته از بیماران هستند؛ آنها بار سنگین هزینه های درمان و مراقبت از بیمارشان را برعهده داشته و افزون بر فشار و تنش ناشی از بیماری در یکی از عزیزان، در معرض

انگ اجتماعی، تبعیض و محدودیت قرار دارند و بروز اختلالهای شبه بدنی گوناگون مانند سردرد، کمردرد، میگرن، حمله های قلبی و تنگی نفس نیز از جمله مواردی بوده که خانواده های دارای بیمار روانی تجربه می کنند (همان منبع).

پیشرفت های سال های اخیر در زمینه مراقبت از بیماران روانی، تحول روش های درمان سرپایی، کوتاه شدن زمان بستری و پیشرفت در زمینه بازتوانی اجتماعی این بیماران را در شرایطی قرار داده است که تمایل به داشتن فرزند و زندگی مستمر در محیط خانواده خود دارند. بنابراین امروزه خانواده و به ویژه فرزندان این بیماران بیش از پیش در معرض آسیب های ناشی از زندگی با ایشان قرار می گیرند. پرورش کودکانی که از نظر وراثتی دارای استعداد ابتلا به اختلال های روانی هستند، در خانواده ای که به دلیل اختلال های روانی والدین دارای کازکرد مناسب پرورشی نیستند، احتمال بروز آسیب های روانی را در آنان افزایش می دهد (عظیمی لولتی، ۱۳۷۴). در این میان پرداختن به متغیری که بتواند سلامت روانی فرزندان این افراد را بهبود بخشد، ضرورت می یابد. هوش هیجانی یکی از عوامل مهم در تعیین موفقیت فرد در زندگی است و مستقیماً بهداشت روانی فرد را تحت تأثیر قرار می دهد (مختاری و همکاران، ۱۳۸۵). اصطلاح هوش هیجانی، برای اولین بار از سوی سالوی^۱ و مایر^۲ در سال ۱۹۹۰، به عنوان نوعی پردازش اطلاعات هیجانی شامل ارزیابی صحیح هیجان ها در خود و دیگران، تظاهر مناسب هیجان و تنظیم انطباقی هیجان، به شکلی که موجب بهبودی در زندگی شود، مطرح شد (تیرگری، ۱۳۸۳).

^۱. Salovey
^۲. Mayer

الگو سازی والدین، تشویق و پاداش دادن به عملکرد های هیجانی فرزندان منجر به افزایش آگاهی هیجانی ایشان می شود (محسن علیق، ۱۳۸۳). تحول هیجان ها تا حد زیادی بسته به این است که والدین تا چه حد به حالات هیجانی کودک یا نوجوان خود پاسخ می دهند (حکیم جوادی، ۱۳۸۲). رابطه هیجانی کودک با والدینش می تواند همچون سنگ بنای هشیاری هیجانی و در نهایت هوش هیجانی شخص عمل کند. کودکانی که با والدین خود رابطه دلبستگی ایمن دارند از نظر هیجانی به بیان خود می پردازند، درک بهتری از هیجان ها دارند و همچنین دارای هوش هیجانی نسبتاً بالایی می باشند (بار-اون^۱ و پارکر، ۲۰۰۰، به نقل حکیم جوادی، ۱۳۸۲). خانواده به عنوان یکی از عناصر مهم جامعه و نهادی اجتماعی یکی از عوامل مهم اجتماعی شدن کودک محسوب می شود. از میان اعضای خانواده، والدین بیشترین تأثیر را بر کودک می گذارند. اختلال آنها به نحوی اعضای خانواده را متأثر می کند، که در این میان به نظر می رسد کودکان بیشتر از دیگر افراد خانواده در معرض تأثیر هستند (عسگری، ۱۳۷۳). وجود هر نوع بیماری جسمی و روانی در والدین می تواند تأثیر عمده ای در بروز اختلالات هیجانی و رفتاری کودکان داشته باشد (وفایی، ۱۳۸۲).

یکی از بهترین پیش بینی کننده های پیامدهای رفتاری فرزندان، ارتباطات اجتماعی بین اعضای خانواده است (فیلدمن^۲ و همکاران به نقل از محسن علیق، ۱۳۸۳). بسیاری از مبتلایان به بیماری روانی از ناتوانی و ظرفیت عملکردی ضعیف اجتماعی رنج می برند، که این ضعف عملکرد اجتماعی مربوط به نقص در شناخت اجتماعی است (اک^۳ و همکاران، ۲۰۰۶). مرکز شناخت اجتماعی توانایی پردازش،

^۱. Bar-on
^۲. Fildman
^۳. Eack

فهم و مدیریت هیجانی است که به مقوله ای به عنوان هوش هیجانی^۱ EI مربوط می شود (اک و همکاران، ۲۰۰۶).

بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا و همچنین مبتلایان به افسردگی نقایص هیجانی برجسته ای دارند، برخی از این نقایص در مبتلایان به اسکیزوفرنیا شامل رکود عاطفه^۲، عاطفه نامناسب^۳، انزوای اجتماعی و کاهش ظرفیت لذت بردن (بارچ^۴، ۲۰۰۵) و در افسردگی شامل نقص در تولید هیجانات چهره ای (اینوی^۵ و همکاران، ۲۰۰۶)، نقص در تفسیر هیجانات چهره ای دیگران، (لی^۶ و همکاران، ۲۰۰۵) و نقص در بیان شفاهی هیجانات خود (بودنر^۷ و همکاران، ۲۰۰۷) می باشد.

با توجه نقص هیجانی در مبتلایان به بیماری اسکیزوفرنیا و مبتلایان به افسردگی و همچنین اهمیت هوش هیجانی در سلامت روانی و نقش اساسی والدین در شکل گیری آن به خوبی مسجل شده است، سوالی که در این پژوهش مطرح می شود، این است که آیا ابتلاء والدین به اسکیزوفرنیا و افسردگی می تواند منجر به نقایص هوش هیجانی در فرزندان این والدین بشود؟ این نقایص در کدامیک از ابعاد هوش هیجانی بیشتر نمایان می شود؟

پژوهش های پیشین به مقایسه برخی از متغیرها نظیر کفایت اجتماعی و ارتباطی (امینگر^۸، ۱۹۹۹) و مشکلات رفتاری (پارناس^۱ و همکاران، ۱۹۹۳) فرزندان والدین مبتلا به اسکیزوفرنیا و والدین مبتلا به افسردگی پرداخته اند. برخی از این مطالعات حاکی از اثرات منفی گسترده تر ابتلای والدین به اسکیزوفرنیا نسبت به ابتلای ایشان به افسردگی بودند. فرزندان والدین مبتلا به اسکیزوفرنیا، نسبت به

۱. Emotional Intelligence
۲. blunted affect
۳. inappropriate affect
۴. Barch
۵. Inoue
۶. Lee
۷. Bodner
۸. Amminger

فرزندان مبتلا به اختلالات خلقی، دارای مشکلات عاطفی (گرمزی^۱ و دوین^۲، ۱۹۸۴)، ویژگی های اسکیزوتایپی (اسکویرس-ویلر^۳ و همکاران، ۲۰۰۲)، و دل بستگی نا ایمن بیشتر (دی انجلیو^۴، ۱۹۸۵ و نسلاند^۵، ۱۹۸۴) می باشند. سوال دیگری که در این پژوهش مطرح می شود این است که آیا تفاوتی بین هوش هیجانی فرزندان این دو گروه از بیماران وجود دارد؟

پیش از این، حالت های هیجانی رفتاری و عملکرد شناختی، اجتماعی و تحصیلی دختران و پسران مادران مبتلا به اسکیزوفرنیا با دختران و پسران پدران مبتلا به اسکیزوفرنیا مورد ارزیابی قرار گرفته است. در موارد مذکور فرزندان مادران مبتلا به اسکیزوفرنیا نسبت به فرزندان پدران مبتلا به این بیماری نتایج بهتری داشتند و فرزندان دختر نسبت به فرزندان پسر بهتر بودند (معصومی و شیرازی، ۱۳۸۴). در این پژوهش نیز این سوال مطرح می شود که آیا ابتلاء پدر به بیماری اسکیزوفرنیا یا افسردگی با ابتلاء مادر به این بیماریها تأثیر متفاوتی بر هوش هیجانی فرزندان خواهد داشت؟ آیا فرزندان دختر و فرزندان پسر این بیماران تفاوتی در هوش هیجانی با هم دارند؟

از طرف دیگر هوش هیجانی و مهارت های هیجانی طی زمان رشد می کنند، طی زندگی تغییر می کنند و می توان با آموزش و برنامه های اصلاحی مانند تکنیک های درمانی آن را بهبود بخشید (گلمن^۶ به نقل از منصورى سفرآبادى، ۱۳۸۲)، نظریه هوش هیجانی یک چارچوب جدید روانشناختی برای حوزه پیش-گیری اولیه در روانپزشکی پیشنهاد می کند (گلمن، ۲۰۰۰، به نقل از تیرگری، ۱۳۸۳). به این ترتیب

^۱.pamas
^۲. Garmezy
^۳. Devine
^۴. Squires-Wheeler
^۵. D'Angelo
^۶. Näslund
^۷. Goleman

پرسش دیگر پژوهش این است که آیا آموزش هوش هیجانی به فرزندان والدین مبتلا به اسکیزوفرنیا می تواند منجر به افزایش هوش هیجانی آنان بشود؟

اهمیت نظری و عملی پژوهش

بیماری اسکیزوفرنیا، به دلیل نیاز بیشتر به درمان بستری، دشواری درمان و هزینه های گزاف (خشکناپ، ۱۳۸۶) و بیماری افسردگی به دلیل شیوع روز افزون (نوری خواجوی و هلاکویی، ۱۳۸۲) در بین بیماری های روانی اهمیت خاصی دارند. اسکیزوفرنیا بیش از سایر اختلال های روانی، اشغال تخت و ناتوانی را برای بیمار در پی دارد (خشکناپ، ۱۳۸۶). هزینه مالی اسکیزوفرنیا در ایالات متحده تخمین زده می شود فراتر از هزینه تمام انواع سرطان است (کاپلان، سادوک^۱، ۲۰۰۳) و شیوع اختلال افسردگی اساسی^۲، در میان کلیه بیماری ها و اختلال ها در مرتبه چهارم قرار دارد و پیش بینی می شود در سال ۲۰۲۰ در رتبه دوم پس از اختلال های قلبی و عروقی باشد (نوری خواجوی و هلاکویی، ۱۳۸۲).

داشتن یک بیمار روانی در خانواده، فشار، نگرانی و تغییرات منفی چشمگیری را به نظام خانواده وارد نموده و سلامت آنان را به خطر می اندازد و مسائلی نظیر انکار، عصبانیت، حسادت، شرم و تغییر در ارتباط اعضای خانواده این بیماران به وجود می آورد (ذوالعدل و همکاران ۱۳۸۵). خانواده بیماران روانی، اغلب نخستین مراقبین این دسته از بیماران هستند؛ آنها بار سنگین هزینه های درمان و مراقبت از بیمارشان را برعهده داشته و افزون بر فشار و تنش ناشی از بیماری در یکی از عزیزان، در معرض انگ اجتماعی، تبعیض و محدودیت قرار دارند و بروز اختلال های شبه بدنی گوناگون مانند سردرد،

^۱. Kaplan & Sadock

^۲. Major depression

کمردرد، میگرن، حمله های قلبی و تنگی نفس نیز از جمله مواردی بوده که خانواده های دارای بیمار روانی تجربه می کنند (همان منبع).

خانواده به عنوان بهترین منبع برای مراقبت از بیمار روانی مزمن شناخته شده و لذا توجه به نیازهای مراقبین و فشار روانی وارد بر آنها از اولویت بالایی برخوردار است. بیماری سیر مزمنی داشته و تقریباً تا آخر عمر ادامه داشته و در سیر خود با عود مراحل حاد و تشدید علائم مواجه می گردد. عدم کنترل مطلوب بیماری و وجود رفتارهای مخرب در بیمار منجر به فشار روانی بالا در سایر اعضای خانواده گردیده و سلامت روانی آنان را به مخاطره می اندازد (صالح، ۱۹۹۴ به نقل از حدیدی، ۱۳۷۵).

از فرزندان بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا، ۴۳٪ آنها دارای یکی از اختلال های محور یک مندرج در چهارمین ویراست راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV)^۱ می باشند (روز^۲ و کومپانون^۳، ۲۰۰۰). این فرزندان، امتیاز استاندارد شده بیشتری در علائم رفتاری و هیجانی (وفایی، ۱۳۸۲) و همچنین ناسازگاری بین فردی بیشتر، انگیزه تحصیلی کمتر و بی ثباتی هیجانی بیشتر (ارلنمیر^۴ و کیملینگ^۵، ۲۰۰۰)، نسبت به کودکان و نوجوانان مادران پسیکوتیک غیر اسکیزوفرنیک و گروه کودکان و نوجوانان مادران به هنجار بدست می آورد. فرزندان والدین مبتلا به افسردگی مشکلات سازگاری و خطر بیشتر ابتلا به افسردگی (دوننی^۶ و کوین^۷، ۲۰۰۲)، اضطراب، سوء مصرف مواد و

^۱. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

^۲. Ross

^۳. Compagnon

^۴. Erlenmeyer

^۵. Kimling

^۶. Downey

^۷. Coyne

بیماری های جسمانی به خصوص مشکلات قلبی (واگنر، ۲۰۰۶^۱) را بیشتر از فرزندان والدین به هنجار تجربه می کنند.

در کشور ایران، خانواده های بیماران حمایت اندکی از سوی سازمان های ارائه دهنده خدمات بهداشت روانی دریافت می کنند، این امر موجب مضاعف شدن فشار بیماری بر خانواده ها و فرزندان این بیماران می شود. به همین جهت انجام مداخلات آموزشی که نسبت به سایر سازمان های خدماتی، ساده تر و کم هزینه تر است، به منظور کاهش میزان فشار و افزایش توان مقابله با بیماری در خانواده ضرورت می یابد.

با توجه به اهمیت این دو بیماری و مشکلاتی که ابتلای والدین به این بیماری ها در فرزندان این بیماران ایجاد می کند و از سوی دیگر سازمان های کمی که در جهت بهداشت روان خانواده این بیماران در ایران انجام می شود، اهمیت پرداختن به بهداشت روان فرزندان این بیماران، روشن می شود.

پژوهش های پیشین نیازهای خانوادگی بیماران روانی پرداخته اند (ذوالعدل و همکاران، ۱۳۸۵، ملکوتی و همکاران، ۱۳۸۴ و وفایی ۱۳۸۲). همچنین اثر بخشی انواع مداخلات روان شناختی و آموزشی را در این خانواده ها مورد بررسی قرار داده اند (ماری^۲ و استرینر^۳، ۱۹۹۶، اندرسون^۴ و همکاران، ۱۹۸۶). برخی از پژوهش ها نیز به نقایص و مشکلات فرزندان این بیماران پرداخته اند (معصومی و شیرازی، ۱۳۸۴ و عظیمی لولتی، ۱۳۷۴) اما تا کنون پژوهشی به مقوله هوش هیجانی در

^۱. Wagner
^۲. Mari
^۳. Streiner
^۴. Anderson

این فرزندان نپرداخته است. به علاوه در پژوهش های پیشین کمتر به انجام مداخله در گروه فرزندان دارای والدین مبتلا به بیماری روانی پرداخته شده است.

یکی از متغیرهایی که با سلامت روانی در ارتباط است، هوش هیجانی می باشد. بررسی ها نشان داده اند که توانمند بودن افراد از نظرهیجانی، روبه رو شدن آنها را با چالش های زندگی آسان می کند و در نتیجه آنها را از سلامت روان بیشتری برخوردار می نماید (کینگ^۱ و امونز^۲، ۱۹۹۰). افراد توانمند از نظرهیجانی احساس های خود را تشخیص می دهند، مفاهیم ضمنی آن را درک می کنند و به گونه مؤثرتری حالت های هیجانی خود را برای دیگران بیان می کنند. این افراد در مقایسه با افرادی که توانایی درک و بیان حالت های هیجانی را ندارند، در کنار آمدن با تجربه های منفی از موفقیت بیشتری برخوردارند و سازگاری مناسب تری را در ارتباط با محیط و دیگران نشان می دهند (گلمن، ۱۹۹۵ به نقل از شاهقلیان و همکاران، ۱۳۸۶). به این ترتیب آگاهی یافتن از حیطه های نقایص هوش هیجانی در فرزندان والدین مبتلا به اسکیزوفرنیا و والدین مبتلا به افسردگی می تواند متخصصان بهداشت روانی را در جهت شناخت نیازهای این گروه یاری کند. به علاوه مقایسه میان فرزندان مادران بیمار و فرزندان پدران بیمار و همچنین مقایسه میان دختران و پسران به منظور شناسایی گروه های آسیب پذیرتر اهمیت می یابد. از آنجا که هوش هیجانی قابل آموزش و ارتقا دادن است (گلمن به نقل از منصوری سفرآبادی، ۱۳۸۲)، این پژوهش بر آن است تا نقاط ضعف هوش هیجانی در فرزندان والدین مبتلا به اسکیزوفرنیا و والدین مبتلا به افسردگی را کشف کند. در صورت کشف کمبود هوش هیجانی در فرزندان مبتلایان به اسکیزوفرنیا و والدین مبتلا به افسردگی می توان با آگاهی بخشی به خانواده های

^۱. King
^۲. Emmons

دارای این بیماران و مداخلات به هنگام از اختلالات روانی و مشکلات رفتاری، هیجانی و اجتماعی فرزندان آنها در آینده جلوگیری کرد و یا این مشکلات را کاهش داد.

اهداف پژوهش

هدف از انجام این تحقیق، مقایسه هوش هیجانی فرزندان والدین مبتلا به اسکیزوفرنیا، افسردگی و والدین به هنجار به منظور کشف نقایص مربوط به هوش هیجانی در فرزندان این بیماران است. این پژوهش به مقایسه ابعاد مختلف هوش هیجانی و زیر مقیاس های آن در زیر گروه های مورد پژوهش پرداخته است و حیطه های ضعف هوش هیجانی را در فرزندان والدین مبتلا به اسکیزوفرنیا و والدین مبتلا به افسردگی روشن ساخته است. همچنین این پژوهش به تفاوت های جنسیتی در هوش هیجانی فرزندان این والدین پرداخته است و به علاوه، تأثیر ابتلای مادر و ابتلای پدر را بر هوش هیجانی فرزندان مقایسه کرده است. این پژوهش بر آن بوده است تا پس از کشف نقایص هوش هیجانی در این بیماران به تدوین برنامه مداخله تقویت هوش هیجانی برای فرزندان والدین مبتلا به اسکیزوفرنیا بپردازد و در نهایت اثر بخشی این مداخله را بر افزایش هوش هیجانی فرزندان والدین مبتلا به اسکیزوفرنیا را مورد ارزیابی قرار دهد.

فرضیه های پژوهش

۱- هوش هیجانی فرزندان والدین مبتلا به اسکیزوفرنیا و افسردگی نسبت به فرزندان والدین به هنجار پایین تر است.

۲- هوش هیجانی فرزندان والدین مبتلا به اسکیزوفرنیا نسبت به فرزندان والدین مبتلا به افسردگی پایین تر است.