

مقایسه ساختار خانوادگی درک شده مادران دارای فرزند پسر مبتلا به ناتوانی و مادران دارای فرزند پسر سالم بر اساس الگوی حلقوی پیچیده در شهر تهران سال ۱۳۹۰

سعید قاسمی^۱، دکتر میمنت حسینی^{۲*}، دکتر حمید علوی مجد^۳، دکتر هومان منوچهری^۴، زهرا نوروزی^۵

^۱ دانش‌آموخته کارشناسی ارشد پرستاری - دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی، دانشجوی دکتری پرستاری، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران
^۲ استادیار، گروه بهداشت جامعه و عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی)
^۳ دانشیار، گروه آمار زیستی، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی شهید بهشتی، تهران، ایران
^۴ استادیار و عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی، تهران، ایران
^۵ دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی، تهران، ایران
■ نویسنده مسئول مکاتبات: دکتر میمنت حسینی آدرس پست الکترونیک: meimanathosseini@yahoo.com

چکیده

زمینه و هدف: ساختار خانواده بیانگر چگونگی سازماندهی اجزای مرتبط با هم به عنوان یک کل در خانواده می‌باشد و تأثیر عمده‌ای بر عملکرد و ارتباطات خانواده دارد. هدف از این مطالعه مقایسه ساختار خانوادگی درک شده مادران دارای فرزند پسر مبتلا به ناتوانی با مادران دارای فرزند پسر سالم بر مبنای الگوی حلقوی پیچیده در شهر تهران سال ۱۳۹۰ می‌باشد.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی مقایسه‌ای است. نمونه‌گیری به روش خوشه‌ای چند مرحله‌ای از ۱۰۰ مادر دارای فرزند مبتلا به ناتوانی و ۱۰۰ مادر دارای فرزند سالم مشغول به تحصیل در مدارس دولتی پسرانه استثنایی و عادی مقطع ابتدایی شهر تهران انجام شد. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه دوقسمتی شامل اطلاعات جمعیت‌شناسی و "مقیاس ارزیابی انطباق‌پذیری و پیوستگی خانواده شماره ۳" السون و همکاران ۱۹۸۶ گردآوری شد. این ابزار از روایی و پایایی مناسبی برخوردار است. با استفاده از این ابزار ساختار خانواده را می‌توان در ۳ گروه کلی متعادل، حدوسط و نامتعادل قرار داد. جهت تحلیل داده‌ها از نرم افزار اس پی اس نسخه ۱۶ و روش‌های آمار توصیفی و تحلیلی همچون آزمون تی و کای دو استفاده گردید.

یافته‌ها: اکثریت مادران در هر دو گروه ساختار خانوادگی خود را بصورت حد وسط و متعادل درک کرده بودند. در گروه مادران دارای فرزند مبتلا به ناتوانی، درصد ساختار خانوادگی درک شده بصورت متعادل و حد وسط کمتر و درصد ساختار خانوادگی درک شده بصورت نامتعادل بیشتر از گروه دارای فرزند سالم بود، ساختار خانوادگی درک شده در دو گروه مادران اختلاف آماری معناداری با هم نداشت ($p > 0.05$).

نتیجه‌گیری: بین حضور کودک مبتلا به ناتوانی در خانواده و نوع ناتوانی با ساختار خانوادگی درک شده مادران ارتباطی وجود نداشت، و مادران در هر دو خانواده ساختار تقریباً مشابه به هم را درک کرده بودند. بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که ساختار خانواده تحت تأثیر ناتوانی فرزند قرار نمی‌گیرد.

کلید واژه‌ها: الگوی حلقوی پیچیده، ساختار خانواده درک شده، مادران، فرزند پسر مبتلا به ناتوانی، فرزند پسر سالم.

مقدمه

تسهیل کرده و بر عملکرد و ارتباطات خانواده تأثیر عمده دارد، و ساختار ارتباطی آن به ویژه، کلید دستیابی به اعمال خانواده است (حسینی و حسین‌زاده، ۱۳۹۱). ساختار خانواده شامل اولویت‌ها و هنجارهای رفتاری اعضای خانواده، سازمان‌دهی فرآیند اجتماعی شدن، تقسیم کار، تخصیص مسئولیت‌ها، نقش‌ها و قدرت در خانواده می‌باشد (Purnell & Paulanka, ۲۰۰۸).

ساختار خانواده (Family structure) بیانگر چگونگی سازماندهی اجزای مرتبط با هم به عنوان یک کل در خانواده می‌باشد. ابعاد اساسی ساختار شامل نظام نقش‌ها، نظام ارزش‌ها، فرآیندهای ارتباطی و ساختار قدرت و تصمیم‌گیری می‌باشند. ساختار خانواده، دستیابی به عملکردهای خانواده را

اختلال رفتاری کودک مبتلا به اتیسم کمتر بود، ساختار خانواده متعادل تر بود. مطالعه Michaels & Lewandowski (۱۹۹۰) بر روی والدین دارای فرزند مبتلا به ناتوانی‌های یادگیری نشان داد که این والدین در مقایسه با والدین دارای فرزندان سالم ساختار خانوادگی خود را نامتعادل تر درک کرده بودند.

در حالی که مطالعه Matthew (۲۰۰۶) اختلاف آماری معنی داری بین ساختار خانواده درک شده در خانواده‌های دارای کودکان مبتلا به اتیسم و خانواده کودکان سالم نشان نداد. نتایج مطالعه Tsampanli و Tsibidaki (۲۰۰۹) در کشور یونان نیز نشان داد که اختلافی بین ساختار خانوادگی درک شده در خانواده‌های دارای فرزند مبتلا به ناتوانی شدید و خانواده‌های دارای کودکان سالم وجود نداشت و هر دو گروه در منطقه متعادل الگوی حلقوی پیچیده نظام خانواده و زوجین السون و همکاران قرار گرفتند. مطالعه Cuzzocrea و همکاران (۲۰۱۱) نشان داد ساختار خانوادگی درک شده والدین دارای فرزند مبتلا به ناتوانی و والدین دارای فرزند سالم تفاوت آماری معنا داری با هم نداشتند. از طرفی نتایج مطالعه Tsampanli و همکاران در سال (۲۰۱۱) در کشور یونان نشان داد که درصد بالاتری از خانواده‌های دارای کودک مبتلا به ناتوانی در مقایسه با خانواده‌های دارای کودک سالم خانواده خود را متعادل درک کرده بودند.

با توجه به اهمیت بررسی ساختار خانوادگی خانواده‌های دارای فرزند مبتلا به ناتوانی توسط پرستار بهداشت جامعه و همچنین وجود یافته‌های متناقض در زمینه تفاوت ساختار این نوع خانواده‌ها با سایر خانواده‌ها این مطالعه با هدف بررسی و مقایسه ساختار خانوادگی درک شده مادران دارای فرزند پسر مبتلا به ناتوانی با مادران دارای فرزند سالم بر مبنای الگوی حلقوی پیچیده در شهر تهران سال ۱۳۹۰ انجام شد.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی مقایسه‌ای است. جامعه پژوهش شامل کلیه مادران دارای فرزند پسر مبتلا به یک یا ترکیبی از ناتوانی‌های تکاملی و یا ناتوانی‌های جسمی حرکتی و مادران دارای فرزند پسر سالم، که فرزند آنها در مدارس دولتی وابسته به اداره آموزش و پرورش استثنایی و اداره آموزش و پرورش شهر تهران در مقطع دبستان مشغول به تحصیل بودند. معیارهای ورود به مطالعه برای هر دو گروه مادران شامل: (۱) نوع خانواده هسته‌ای باشد. (۲) جنس فرزند ناتوان و یا سالم پسر باشد. (۳) مادر خود قادر به تکمیل پرسشنامه باشد و یا در صورت عدم داشتن سواد قادر به پاسخگویی شفاهی به پرسشنامه باشد. درمورد مادران کودک

ساختار سالم و متعادل، یا معیوب و نامتعادل آن بر روی سلامت و رفاه خانواده و اعضای آن تأثیرگذار است (Kaakine et al, ۲۰۱۰). سلامت جسمانی و عاطفی فرزندان به پایداری ساختار خانواده وابسته است (Johnson & Keogh, ۲۰۱۰).

آگاهی از ساختار خانواده جهت درک تعاملات پیچیده مؤثر بر سلامتی، بیماری و رفاه اعضای آن ضروری است. درک بهتر پرستاران از ساختار خانواده می‌تواند به شناسایی بهتر نیازهای خانواده و ارائه مراقبت‌های بالینی مؤثرتر منجر شود (Kaakine et al, ۲۰۱۰). بررسی ساختار خانواده‌ها از جمله خانواده دارای فرزند ناتوان قدم اول طراحی برنامه‌های مراقبتی خانواده می‌باشد (Matzo & Sherman, ۲۰۰۶ - حسینی و همکاران، ۱۳۸۷).

الگوی حلقوی پیچیده (Circumplex Model) نظام خانواده و زوجین توسط السون و همکاران در طی سال‌های ۱۹۷۹ تا ۱۹۸۹ طراحی شد. در این الگوکنش‌وری و ساختار خانواده با مقیاس ارزیابی انطباق‌پذیری و پیوستگی خانواده، سنجیده می‌شود (Cuzzocrea et al, ۲۰۱۱). الگوی حلقوی پیچیده جزء نظریه‌های سیستمی خانواده است (Zabriskie & McCormick, ۲۰۰۱). السون و همکاران خانواده‌ها را از نظر ساختار در سه دسته کلی متعادل، حد وسط و نامتعادل دسته بندی نموده اند (Olson, ۲۰۰۰). این الگو به منظور کمک به مشاغل حرفه پزشکی بوجود آمد تا به مددجویان کمک شود که به ساختار خانوادگی سالمی دست یابند (Giauque, ۲۰۰۵). این الگو برای مراحل مختلف چرخه زندگی خانوادگی و همچنین خانواده‌ها با فرهنگ‌های مختلف کاربرد دارد (Wu, ۱۹۹۹).

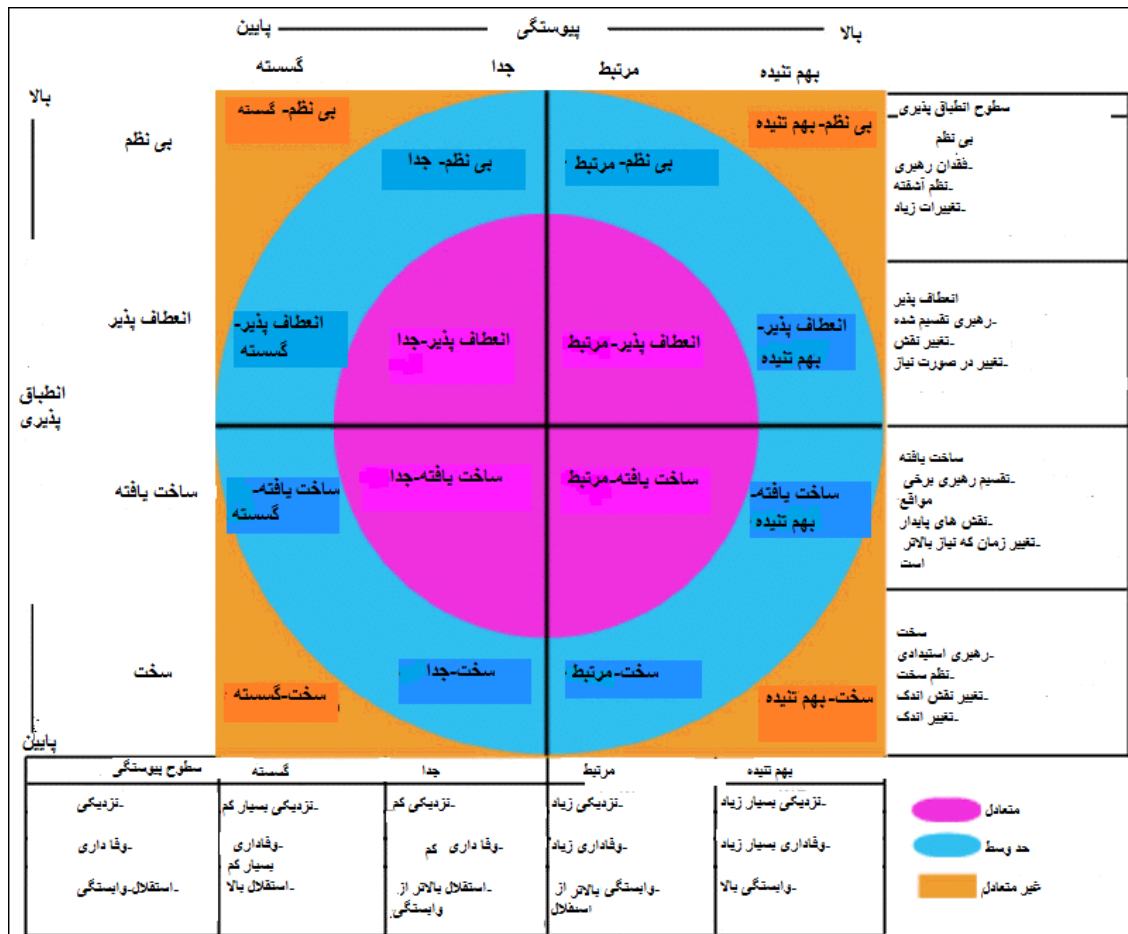
الگوی حلقوی پیچیده بیان می‌کند که خانواده‌ها در برخورد با واقعیت‌های تنش زاء، لازم است که تغییر کنند و با آن سازگار شوند. این موقعیت‌ها ممکن است مانند ازدواج، یا تولد نوزاد جدید بصورت قابل پیش‌بینی در طول زندگی انسان‌ها اتفاق بیفتد و یا در برخی مواقع مانع تولد یک فرزند مبتلا به ناتوانی به صورت غیر برنامه‌ریزی شده و ناخواسته باشد (Giauque, ۲۰۰۵). تولد کودک معلول حادثه‌ای است که بر تمام اعضای خانواده و ارتباطات داخلی و خارجی آنها اثر می‌گذارد و نیازمند بررسی مجدد ساختار خانواده‌هاست (شکور و همکاران، ۱۳۸۷). سامرز و همکاران ۲۰۰۵ بیان کرده‌اند که نتایج مطالعات اخیر در رابطه با تأثیر فرزند ناتوان بر ساختار خانواده متناقض می‌باشد (Dodd, ۲۰۰۷). نتایج مطالعه Azzara و Nuovo (۲۰۱۲) بر روی خانواده‌های دارای کودکان مبتلا به اتیسم نشان داد که درصد بالاتری از خانواده‌هایی که فرزند آنها اختلال رفتاری شدیدتر داشت، ساختار خانوادگی نامتعادل داشتند، و هر اندازه

ناتوان: (۱) حداقل یکسال از مدت زمان تشخیص ناتوانی فرزند آنها گذشته باشد، (۲) ناتوانی کودک توسط کمیته پزشکی آموزش و پرورش تایید شده باشد و (۳) این کودکان در مقطع ابتدایی مدارس دولتی استثنایی شهر تهران مشغول به تحصیل باشند، (۴) مادر کودک فاقد ناتوانی باشد و (۵) کودک فاقد اختلال نابینایی یا کم بینایی و ناشنوایی یا کم شنوایی باشد. معیارهای ورود به مطالعه برای گروه مادران دارای فرزند سالم علاوه بر موارد ذکر شده شامل موارد زیر بود: کودک در مدارس دولتی پسرانه در مقطع ابتدایی مشغول به تحصیل باشد، خانواده دارای فرزند دیگر مبتلا به ناتوانی نباشد. معیارهای خروج از مطالعه برای هر دو گروه عدم تمایل خانواده‌ها به ادامه همکاری با پژوهشگران بود. بر اساس فرمول برآورد نمونه ۲۰۰ مادر به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای جهت پژوهش انتخاب شدند. ۱۰۰ مادر دارای فرزند پسر سالم و ۱۰۰ مادر دارای فرزند مبتلا به ناتوانی از ۸ مدرسه دولتی پسرانه ابتدایی (۴ مدرسه عادی و ۴ مدرسه استثنایی) در مطالعه شرکت کردند. برای انتخاب نمونه‌ها ابتدا فهرست تعداد کل مدارس بر اساس گزارش اداره کل آموزش و پرورش استثنایی شهر تهران تعیین گردید. مدارس دخترانه و یا مختلط و غیر انتفاعی و همچنین مدرسی که دارای اختلال نابینایی، کم بینایی و ناشنوایی، کم شنوایی بودند، از فهرست نمونه‌گیری حذف شدند و از ۲۳ مدرسه دولتی ابتدایی پسرانه در مجموع ۴ مدرسه از فهرست بصورت تصادفی انتخاب شد. نمونه‌های مورد مطالعه نیز به روش تصادفی ساده از بین دانش آموزان کلاس انتخاب شدند در صورتی که کودکان دارای معیارهای ورود به مطالعه نبودند و یا مادر حاضر به همکاری نمی‌شد از همان کلاس یک نفر دیگر بطور تصادفی جایگزین می‌شد. از هر مدرسه، ۲۵ کودک بعنوان نمونه انتخاب شدند. در مرحله آخر با مادران ابتدا تلفنی و سپس حضوری ارتباط برقرار گردید. از ۴ مدرسه دولتی پسرانه نزدیک به مدارس استثنایی نمونه‌های گروه مادران دارای فرزند سالم به همان روش گروه مادران دارای فرزند مبتلا به ناتوانی انتخاب شد. جهت گردآوری داده‌ها از پرسشنامه دو قسمتی شامل اطلاعات جمعیت‌شناسی و "مقیاس ارزیابی انطباق‌پذیری و پیوستگی خانواده شماره ۳" السون و همکاران ۱۹۸۶ استفاده گردید. "پرسشنامه اطلاعات جمعیت‌شناسی" شامل عباراتی در مورد سن مادر و پدر، سطح تحصیلات مادر و پدر، شغل مادر و پدر، تعداد افراد خانواده، تعداد فرزندان، تعداد فرزندان دچار ناتوانی، سن و رتبه تولد کودک، نوع ناتوانی، سابقه معلولیت و ناتوانی در خانواده و میزان درآمد بود. "مقیاس ارزیابی

انطباق‌پذیری و پیوستگی خانواده ویرایش سوم" (السون و همکاران، ۱۹۸۶) (Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale, FACESIII)، مربوط به الگوی حلقوی پیچیده که به خوبی قادر است خانواده‌های دارای مشکلات متفاوت را از هم تفکیک نماید، به راحتی تکمیل می‌شود و اطلاعات مفیدی را فراهم می‌آورد (Place et al, 2005). این ابزار یک مقیاس ۲۰ سوالی می‌باشد که برای سنجش دو بعد عمده عملکرد خانواده یعنی انطباق‌پذیری و پیوستگی تدوین شده است. از طریق این مقیاس خانواده‌ها در الگوی حلقوی پیچیده قرار می‌گیرند (ثنائی و همکاران، ۱۳۸۷). تمام عبارات این مقیاس بصورت لیکرت ۵ گزینه‌ای پاسخ داده می‌شوند. دامنه پاسخ ۱ (تقریباً هرگز) تا ۵ (تقریباً همیشه) می‌باشد. این مقیاس توسط مظاهری سال ۱۳۷۹ به روش ترجمه، ترجمه مجدد به فارسی ترجمه و روان‌سنجی شده است (مظاهری و همکاران، ۱۳۸۷). روایی پرسشنامه به روش روایی صوری و شاخص روایی محتوا تعیین گردید. جهت تعیین همسانی درونی، "مقیاس ارزیابی انطباق‌پذیری و پیوستگی خانواده شماره ۳" از روش آلفای کرونباخ استفاده گردید. ضریب آلفای کرونباخ برای بعد پیوستگی درک شده ۰/۷۹ و برای بعد انطباق‌پذیری درک شده ۰/۷۶ بدست آمد. آلفای کرونباخ مقیاس مذکور در پژوهش مظاهری و همکاران (۱۳۸۵)، ۰/۷۴ برای بعد پیوستگی و ۰/۷۵ برای بعد انطباق‌پذیری ذکر شده است. پیوستگی، وابستگی عاطفی اعضای خانواده نسبت به یکدیگر و انطباق‌پذیری، توانایی تغییر در پاسخ به موقعیت‌ها می‌باشد (Angell et al, 2012). نمرات بعد پیوستگی با جمع عبارات فرد مقیاس و نمرات بعد انطباق‌پذیری با جمع عبارات زوج مقیاس کسب می‌شود. بعد پیوستگی دارای ۴ سطح گسسته (Disengaged)، جدا (Separated)، مرتبط (Connected) و بهم تنیده (Enmeshed) می‌باشد انطباق‌پذیری نیز دارای ۴ سطح سخت (Rigid)، ساخت یافته (Structured)، انعطاف‌پذیر (Flexible) و بی‌نظم (Chaotic) می‌باشد (Forjaz & et al, 2002) از ترکیب ۴ سطح انطباق‌پذیری با ۴ سطح پیوستگی ۱۶ سطح در بررسی ساختار خانواده بوجود می‌آید (Smith, 1996). هر خانواده بر اساس نمرات بدست آمده در هریک از ابعاد، با یکی از انواع ۱۶ گانه تطبیق می‌یابد. این ۱۶ نوع خانواده در ۳ گروه کلی‌تر و پایه‌ای‌تر که همان ساختار خانواده است، قرار می‌گیرند. ۴ نوع خانواده دارای ساختار متعادل، ۸ نوع خانواده حدوسط و ۴ نوع خانواده نامتعادل می‌باشند (Place et al, 2005). سطوح میانی انطباق‌پذیری و پیوستگی

مهمترین عامل در ساختار خانوادگی سالم و متعادل می‌باشد (Angell et al, ۲۰۱۲). در ادامه شکل شماره (۱) نشانگر الگوی

حلقوی پیچیده السون و همکاران (۱۹۹۹) می‌باشد.



شکل شماره (۱) الگوی حلقوی پیچیده السون و همکاران (۱۹۹۹)

سن کودک در خانواده‌های دارای کودک سالم $9/22 \pm 1/46$ سال بود.

اکثریت مادران و همچنین پدران در هر دو گروه دارای مدرک تحصیلی دیپلم بودند. اکثریت مادران هر دو گروه خانه دار بودند. ۴۵ درصد پدران با فرزند مبتلا به ناتوانی و ۴۷ درصد پدران با فرزند سالم کارمند بودند. تنها ۴ درصد پدران دارای فرزند مبتلا به ناتوانی و ۳ درصد پدران دارای فرزند سالم بیکار بودند.

میانگین و انحراف معیار بعد خانواده‌های دارای فرزند مبتلا به ناتوانی $4/39 \pm 1/12$ نفر و در خانواده‌های دارای فرزند سالم $4/13 \pm 0/94$ بود. همچنین میانگین و انحراف معیار تعداد کل فرزندان خانواده‌های دارای فرزند مبتلا به ناتوانی $2/38 \pm 1/26$ و در خانواده‌های دارای فرزند سالم $2/13 \pm 0/94$ بود.

۹۷ درصد خانواده‌های دارای فرزند ناتوان، یک فرزند ناتوان و ۳ درصد از این خانواده‌ها دو فرزند ناتوان داشتند. همچنین ۸۹ درصد از خانواده‌های دارای فرزند ناتوان بیان کردند که

جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم افزار بسته‌آماري برای علوم اجتماعی نسخه‌شانزدهم (Statistical package for the Social Science (SPSS16) استفاده شد. برای اهداف توصیفی از شاخص‌های آماری توصیفی همچون میانگین، انحراف معیار و درصد و جهت آمار تحلیلی از روش‌های آزمون‌های مقایسه‌ای ۲گروهی و چندگروهی همچون آزمون تی زوجی و کای دو استفاده شد.

یافته‌ها

یافته‌های جمعیت‌شناسی این مطالعه نشان داد که میانگین سن مادران دارای فرزند پسر مبتلا به ناتوانی $36/93 \pm 6/19$ و میانگین سن مادران دارای فرزند سالم $35/44 \pm 5/47$ سال است. میانگین سن پدران دارای فرزند پسر مبتلا به ناتوانی $41/53 \pm 6/58$ سال و میانگین سن پدران دارای فرزند سالم $40/14 \pm 5/73$ سال بود. میانگین سن کودک در خانواده‌های دارای فرزند مبتلا به ناتوانی $10/40 \pm 2/24$ سال و میانگین

جدول شماره (۲) آزمون کای دو رابطه ساختار خانوادگی درک شده مادران در دو گروه مادران دارای فرزند پسر مبتلا به ناتوانی و مادران دارای فرزند پسر سالم در شهر تهران سال ۱۳۹۰

P	آماره آزمون کای دو	درجه آزادی	جمع	نوع ساختار خانوادگی درک شده مادر			گروه‌ها
				متعادل	حدوسط	نامتعادل	
۰/۶۴	۰/۸۶	۲	۱۰۰	۲۲	۴۳	۳۵	مادران دارای فرزند پسر مبتلا به ناتوانی
				۱۰۰	۱۷	۳۹	مادران دارای فرزند پسر سالم
			۲۰۰	۳۹	۸۷	۷۴	جمع

نتایج آزمون کای دو (Chi-squared test) جدول شماره (۲) بیانگر این مطلب است که ساختار خانوادگی درک شده در دو گروه مادران دارای فرزند پسر مبتلا به ناتوانی و مادران دارای فرزند پسر سالم اختلاف آماری معناداری با هم نداشتند. همچنین نتایج آزمون کای دو در گروه مادران دارای فرزند مبتلا به ناتوانی و نوع ناتوانی کودک (ذهنی، جسمی- حرکتی، چند معلولیتی، رفتاری) بیانگر این مطلب است که رابطه‌ای بین نوع ناتوانی کودک و نوع ساختار خانوادگی درک شده مادر وجود نداشت ($P=0/95$). بیشترین نوع ساختار خانواده متعادل در گروه مادران دارای فرزند مبتلا به ناتوانی از نوع انعطاف‌پذیر-مرتبط بود، در حالی که بیشترین نوع ساختار خانواده متعادل در گروه مادران دارای فرزند سالم از نوع انعطاف‌پذیر-مرتبط بود. بیشترین نوع ساختار خانواده حد وسط در هر دو گروه مادران دارای فرزند مبتلا به ناتوانی و مادران دارای کودک سالم از نوع ساختار بی نظم-مرتبط بود. بیشترین نوع ساختار خانواده نامتعادل در هر دو گروه مادران دارای فرزند مبتلا به ناتوانی و مادران دارای فرزند سالم از نوع ساختار بی نظم-بهم تنیده بود که نشان دهنده پیوستگی و انطباق پذیری بالا و مشابه در این دو گروه می‌باشد (شکل شماره یک).

بحث و نتیجه‌گیری:

یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که در هر دو بعد پیوستگی و انطباق‌پذیری بین دو گروه مادران دارای فرزند مبتلا به ناتوانی و دارای فرزند سالم اختلاف آماری معنادار نمی‌باشد. این بدان معنی است که مادران هر دو گروه هم در بعد پیوستگی و هم در بعد انطباق‌پذیری خانواده خود درک تقریباً مشابهی دارند، و حتی در بعد انطباق‌پذیری این اختلاف کمتر هم می‌باشد.

سابقه معلولیت در خانواده را نداشته‌اند و ۱۱ درصد از خانواده‌های دارای فرزند مبتلا به ناتوانی بیان کردند که دارای سابقه معلولیت در خانواده و در اقوام درجه اول می‌باشند. در تمام خانواده‌های دارای فرزند سالم، سابقه معلولیت در اقوام درجه اول وجود نداشت.

بیشترین نوع ناتوانی کودکان نمونه‌های پژوهش حاضر چند معلولیتی (۳۴ درصد) و کمترین نوع ناتوانی فرزندان، ناتوانی جسمی-حرکتی و رفتاری (۱۸ درصد و ۱۸ درصد) بود. ۳۰ درصد کودکان هم مبتلا به یکی از انواع ناتوانی از نوع ذهنی بودند. ۶۶ درصد از خانواده‌های دارای کودک مبتلا به ناتوانی و ۶۴ درصد از خانواده‌های دارای کودک سالم درآمد ماهیانه بین ۴ میلیون ریال تا ۸ میلیون ریال داشتند. نتایج آزمون کولموگوروف-اسمیرنوف (Kolmogorov-Smirnov test) بیانگر نرمال بودن داده‌ها و نتایج تست لوین (Leven's test) بیانگر مساوی بودن واریانس گروه‌ها در مورد نمرات پیوستگی و انطباق‌پذیری درک شده مادران در دو گروه بود، از این رو جهت مقایسه میانگین نمرات ابعاد پیوستگی و انطباق‌پذیری مادران دو گروه با هم از آزمون آماری تی استفاده گردید که نتایج آن در جدول شماره (۱) بیان شده است.

جدول شماره (۱): مقایسه میانگین و نتایج آزمون آماری تی ابعاد پیوستگی و انطباق‌پذیری درک شده مادران در دو گروه دارای فرزند پسر مبتلا به ناتوانی و دارای فرزند پسر سالم با یکدیگر در شهر تهران سال ۱۳۹۰

متغیر	گروه مورد مطالعه	میانگین نمرات	انحراف ف معیار	اختلاف میانگین‌ها	خطای معیار	آماره آزمون (t)	P
پیوستگی درک‌شده مادر	دارای کودک مبتلا به ناتوانی	۴۰/۰۸	۵/۷۷	۱/۲۶-	۰/۷۵	۱/۶۷-	۰/۰۹
	دارای کودک سالم	۴۱/۳۴	۴/۸۳				
انطباق‌پذیری درک‌شده مادر	دارای کودک مبتلا به ناتوانی	۲۷/۱۴	۶/۲۸	۰/۳۱-	۰/۸۲	۰/۳۷-	۰/۷
	دارای کودک سالم	۲۷/۴۵	۵/۳۸				

یافته‌های آزمون آماری تی در جدول شماره (۱) بیانگر این مطلب است که در هر دو بعد پیوستگی و انطباق‌پذیری بین دو گروه دارای فرزند مبتلا به ناتوانی و دارای فرزند سالم اختلاف آماری معنادار نمی‌باشد.

خانواده بیان شده است. آنها همچنین مشخصات کودک ناتوان را مؤثر بر ساختار خانوادگی دانسته اند، که این مطلب ناهمسو با نتایج مطالعه حاضر می‌باشد. Dodd (۲۰۰۷) اظهار می‌دارد که وجود فرزند مبتلا به ناتوانی در خانواده سبب تخریب نظام خانوادگی و آسیب پذیری بالای ساختار خانواده و در نهایت سبب ناتوانی خانواده می‌گردد. این کودکان به میزان زیادی ساختار خانواده را دچار آسیب می‌نمایند و خانواده‌های دارای کودک ناتوان، به دلیل تحمل تنش بالا به مدت طولانی خانواده‌هایی ناتوان می‌باشند. نتایج مطالعه حاضر تأیید کننده این مطلب نمی‌باشد.

داشتن فرزند ناتوان اگرچه یک مشکل سلامتی برای خانواده است ولی ساختار خانواده متأثر از اعضای تشکیل دهنده خانواده، ارتباطات بین اعضا، تعاملات بین اعضا، تعاملات اعضا با سایر نظام‌های اجتماعی، ساختار نقشی، ارزش‌های حاکم بر خانواده، الگوهای ارتباطی و ساختار قدرت و نیز بسیاری دیگر از متغیرها قرار دارد (Kaakine & et al, ۲۰۱۰). نتایج مطالعه حاضر به پرستاران برای درک بهتر مفاهیم مربوط به ساختار خانواده و استفاده از این دانش جهت آموزش، مشاوره و ایجاد تغییرات کاربردی در اعضای خانواد برای سازگاری با بیماری، بحران خانواده و شرایط مزمن سلامت و بیماری کمک می‌کند. تشکر و قدردانی: این مقاله مربوط به قسمتی از پایان‌نامه سعید قاسمی دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری گرایش بهداشت جامعه به راهنمایی سرکار خانم دکتر میمنت حسینی و طرح مصوب دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی مورخ ۹۱/۲/۱۶ به شماره طرح ۹۳۲۴-۸۶-۱-۱۳۹۱ می‌باشد. از اداره کل آموزش و پرورش استثنایی شهر تهران و کلیه مدارس و خانواده‌های همکاری کننده تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

همچنین ساختار خانوادگی درک شده در دو گروه مادران دارای فرزند پسر مبتلا به ناتوانی و مادران دارای فرزند پسر سالم اختلاف آماری معنا داری با هم نداشتند، و یا به عبارتی ارتباطی بین حضور فرزند مبتلا به ناتوانی و حتی نوع ناتوانی در خانواده و نوع ساختار خانوادگی درک شده مادران وجود نداشت. در این رابطه، در حالی که برخی از مطالعات ساختار این خانواده‌ها را همچون سایر خانواده‌ها می‌دانند (Tsampanli et al, ۲۰۱۱)، (Taunt & Hastings, ۲۰۰۲)، (Blacher, ۲۰۰۱)، برخی دیگر ساختار این خانواده‌ها را نامتعادل و متفاوت از سایر خانواده‌ها بیان می‌نمایند (Higgins et al, ۲۰۰۵)، (Olsson & Hwang, ۲۰۰۱)، (Ferguson, ۲۰۰۲)، نریمانی و همکاران (۱۳۸۶)، (Michael & Lewandowski, ۱۹۹۰). نتایج این مطالعه با مطالعات دسته اول همسو و با مطالعات دسته دوم ناهمسو می‌باشد.

در مطالعه Tsampanli و همکاران (۲۰۱۱) خانواده‌های دارای کودک مبتلا به ناتوانی و خانواده‌های دارای فرزند سالم ساختار خانوادگی یکسانی درک کرده بودند و اکثریت ساختار خانوادگی درک شده بصورت متعادل و حد وسط بود. در مطالعه Hassiotis (۱۹۹۷) هم دو گروه مختلف از کودکان با ناتوانی یادگیری مورد مطالعه قرار گرفتند که اکثریت ساختار خانوادگی درک شده در هر دو گروه بصورت متعادل و حد وسط بود. نتایج هر دو مطالعه همسو با مطالعه حاضر می‌باشد. مطالعه هیگنز و همکاران (۲۰۰۵) بیانگر این مطلب بود که اکثریت خانواده‌های دارای کودک مبتلا به اتیسم در مقایسه با خانواده‌های دارای کودک سالم دارای ساختار خانوادگی نامتعادل و غیر سالم بودند. علت این نتیجه در مطالعه هیگنز و همکاران (۲۰۰۵) توجه بیش از اندازه والدین به کودک ناتوان و نادیده گرفتن نیازهای ارتباطی خود و یا سایر افراد

References

- Angell M Meadan H Stoner J(2012) Experiences of siblings of individuals with Autism Spectrum Disorders. *Autism Research and Treatment*. 1(2012)1-11.
<http://www.hindawi.com/journals/aurt/2012/949586/ref/>
- Blacher J (2001) Transition to adulthood: Mental retardation, families, and culture. *American Journal of Mental Retardation*. 106 (2) 173-188.
- Cuzzocrea F et al(2011)Family functioning, parenting, and couple satisfaction in families of children with a disability. *Rivista di studi familiari*. (2)7-24.
- Dodd D (2007) "Contributions of family leisure to family functioning among families that include children with Developmental Disabilities" (dissertation). Master of Science thesis in Recreation Management and Youth Leadership: Brigham Young University. [Online].<<http://js.sagamorepub.com/jlr/article/view/421>>.[20 August 2011].
- Forjaz M et al(2002) Confirmatory factor analysis, reliability, and validity of a Spanish version of FACES III. *The American Journal of Family Therapy*. 30(5)439-449.

- Hassiotis A (1997) Parents of young persons with learning disability: an application of the Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales (Faces II). *The British Journal of Developmental Disabilities*. XLIII (84)36-42.
- Hosseini M, Hosseinzadeh S (2012). [Community Health Nursing2. Family, Group, Health Economy]. Tehran. Andishe Rafi (Persian).
- Hosseini M et al (2004). *Community Health Nursing*. 5th edition. Boshra publisher, Tehran. (Persian).
- Higgins D , Bailey S, Pearce J (2005) Factors associated with functioning style and coping strategies of families with a child with an autism spectrum disorder. *Autism*. 9(2) 125-137.
- Giauque A (2005). Relationships between cohesion and depression in parents of children with developmental Disabilities (dissertation). Educational Specialist, Department of Counseling Psychology and Special Education: Brigham Young University. [Online]. <contentdm.lib.byu.edu>. [5 Jan 2011].
- Johnson J Keogh J (2010). *Pediatric Nursing Demystified*. 1st edition. New York, McGraw-Hill Companies.
- Kaakinen J et al (2010). *Family Health Care Nursing*. 4th edition. Philadelphia, F. A. Davis Company.
- Matthew A J. (2006) Family functioning and coping behaviors in parents of children with Autism". Master of Science thesis in Clinical Psychology, Eastern Michigan University. [Online]. <commons.emich.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1053>.[31October 2011].
- Matzo M Sherman D (2006). *Palliative Care Nursing Quality Care to the End of Life*. 2th edition. New York, Springer Publishing Company.
- Mazaheri A, Sadeghi M S, Heydari M.(2008) A comparison of family structure perception and ideal between parents and their young children. *Journal of Family Research*. 4(4) 329-351.
- Michaels C R & Lewandowski L J (1990) Psychological adjustment and family functioning of boys with Learning Disabilities. *Journal of Learning Disabilities*. 23(7) 446-450.
- Narimani M et al (2007) A comparison between the mental health of mothers of exceptional children and mothers of normal children. *Fundamentals of Mental Health*. 9(33& 34)15-24. (Persian).
- Nuovo S AzzaraG(2011)Families with autistic children. *Rivista di studi familiari*. 2011(2)25-38.
- Olson D (2000) Circumplex Model of Marital &Family Systems. *Journal of Family Therapy*.22, 144-167.
- Olsson B Hwang P (2001) Depression in mothers and fathers of children with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 45, 535-543.
- Place M et al (2005) The family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale (FACES): an instrument worthy of rehabilitation?. *Psychiatric Bulletin*. 29(6) 215-218. [Online]. <<http://pb.rcpsych.org/>>.[15 April 2012].
- Purnell L Paulanka B (2008). *Transcultural Health Care*. 3rd edition. Philadelphia, F. A. Davis Company.
- Sanayyi Zaker B, Alaghaband S, Falahati SH, Homan A(2008). [Family and Marriage Scales (Persian)]. 2nd ed. Tehran: Besat publisher(Persian).
- Shakoor M et al (2009) The lived experiences of Iranian family members with disable children: a phenomenological study. *Journal of Research in Rehabilitation Sciences*. 5(1)48-56. (Persian).
- Smith G S. (1996) Clinical utility of the Family Adaptation and Cohesion Evaluation Scales III (FACESIII). Ph.D. Thesis in Marriage and therapy. Texas Tech University, 1996. [Online]. <www.scribd.com>. [3 Feb 2012].
- Taunt H & Hastings R (2002) Positive impact of children with developmental disabilities on their families: A preliminary study. *Education and Training in Mental Retardation and Developmental Disabilities*. 37(4) 410-420.
- Tsibidaki A Tsamparli A (2009) Adaptability and cohesion of Greek families: raising a child with severe disability on the Island of Rhodes. *Journal of Family studies*.15 (3) 245-259.
- Tsamparli A et al (2011) Siblings in Greek families: raising a child with Disabilities. *Scandinavian Journal of Disability Research*.13 (1)1-19.
- Wu M (1999) Evaluation of the live-in Therapy Programmed: a report of preliminary findings (dissertation). Family Learning Centre. [Online]. <www.beyondresearch.sg>. [20 Feb 2011].
- Zabriskie R McCormick B (2001)The influences of family leisure patterns on perceptions of family functioning. *Family Relations*. 50 (3)281-289.

Comparison of perceived family structure of mothers with a disabled boy and mothers with a boy without disabilities upon circumplex model in Tehran in 1390

Ghasemi, S.¹. Hosseini, M.^{2*} (PhD). AlaviMajd, H.³ (PhD); Manochehri, H.⁴ (PhD); Norozi, Z.⁵ (MS student)

¹. Alumnus (MSC) school of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences ,Tehran, Iran. PhD student, Dept. of Nursing; Tarbiat Modares University, Tehran, Iran.

². Assistant professor, Dept. of Community Health Nursing; school of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

³. Associate Professor, Dept. of Biostatistics, school of Paramedical sciences , Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

⁴. Assistant Professor, Dept. of Basic Sciences, school of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

⁵. Student of Nursing; Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Abstract

Background and aim

Family structure indicates the way in which the related components of the family are organized as a whole family. Family structure is important to the outcomes of family and has main effect on family function and relationships. Circumplex Model of Marital and Family Systems (Olson) evaluates family structures and divided them to three category balanced, middle range and unbalanced families. The aim of this study was to compare the perceived family structure of mothers with a disable boy and mothers with a boy without disabilities upon circumplex model in Tehran in 1390.

Materials and methods

The present study is a comparative descriptive study. Data were gathered from 100 mothers who had a boy with disability and 100 mothers who had a boy without disability .The participants were included in the study from exceptional and normal elementary governmental schools in Tehran by multi-stage cluster sampling method. Data were collected by a questionnaire, which consist of two parts, demographics variables and Family Adaptability Cohesion Evaluation Scale (FACES-III) (Olson 1986) . This questionnaire has acceptable validity and reliability. This scale position the families in three type of family structures balanced, middle range and unbalanced. Data were analyzed by SPSS 16 and descriptive and analytics methods such as t- test and chi square.

Findings

Most of the perceived family structured in two groups were balanced and middle-range. Mothers with disable boy perceived their family structures balance and middle range less than and perceived their family structure unbalance more than the other group. Perceived family structure in two groups were not statistical significant ($p>0/05$).

Conclusion

There weren't relationship between presences of disable child or form of disability with mother's perceived family structure, and mothers in two groups perceive their family structure similar to each other's. So conclusion is that family structure isn't affected by disability of the child.

Keywords

Circumplex Model of Marital and Family System, Perceived family structure, mothers, disable boy, boy without disabilities