مقاله پژوهشی

مقایسه عملکرد خانواده های دارای فرزند کم توان ذهنی و فرزند سالم ۱۳۹۴

عصمت دستجردی [۱]، سارا افشار [۲]، امل ساکی مالحی [۳]، الهام امیری [۴]، شاهین گوهرپی [۵] *

[۱] دانشجوی کارشناسی ارشد مدیریت توانبخشی، مرکز تحقیقات توانبخشی عضلانی- اسکلتی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی جندی شاپور، اهواز، ایران

[۲] دانشجوی دکترای کار درمانی، دانشکده توانبخشی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران

[۳] استادیار،گروه آمار، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی جندی شاپور، اهواز، ایران

[۴] کارشناس ارشد مدیریت توانبخشی، مرکز تحقیقات توانبخشی عضلانی- اسکلتی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی جندی شاپور، اهواز، ایران

[۵] استادیار، گروه فیزیوتراپی، دانشکده توانبخشی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی جندی شاپور، اهواز، ایران

[۶] استادیار، مرکز تحقیقات توانبخشی عضلانی- اسکلتی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی جندی شاپور، اهواز، ایران

* **نویسنده مسؤول:** شاهین گوهرپی
shgoharpey@yahoo.com

چکیده

زمینه و هدف: عملکرد خانواده اشاره به ویژگی های سیستمی آن داشته و شامل توانایی خانواده برای حفاظت از اصول حاکم بر این نهاد به منظور حفظ کلیت نظام خانواده می باشد. هدف این پژوهش، مقایسه عملکرد خانواده های دارای فرزندان کم توان ذهنی با خانواده های دارای فرزندان سالم بود.

روش پژوهش: مطالعه حاضر، یک پژوهش مورد- شاهدی است که در سال ۱۳۹۴ در شهر اهواز انجام شده است. نمونه پژوهش شامل ۸۶ خانواده دارای فرزند کم توان ذهنی (گروه مورد) و ۸۶ خانواده دارای فرزند سالم (گروه شاهد) شهر بود. داده ها با استفاده از ابزار ارزشیابی خانواده جمع آوری گردید و با آزمون t و من ویتنی با استفاده از نرم افزار SPSS $_{21}$ تحلیل شد.

یافته ها: نتایج پژوهش نشان داد که تفاوت معنی داری بین ۲ گروه مورد و شاهد در ابعاد عملکرد خانواده و همچنین در کارکرد کلی آن مشاهده نگردید.

نتیجه گیری: هرچند در این مطالعه، تفاوت معنادار در عملکرد خانواده های دارای فرزند کم توان ذهنی با خانواده های دارای فرزند سالم تأیید نشد اما با توجه به عملکرد ضعیف تر این خانواده ها در غالب ابعاد ابزار ارزشیابی خانواده، تدوین مکانیسم های حمایتی می تواند مفید باشد.

واژه های کلیدی: فرزند کم توان ذهنی، عملکرد خانواده، پرسشنامه مک مستر

ارجاع: دستجردی عصمت، افشار سارا، ساکی مالحی امل، امیری الهام، گوهرپی شاهین. مقایسه عملکرد خانواده های دارای فرزند کم توان ذهنی و فرزند سالم. راهبردهای مدیریت در نظام سلامت ۱۳۹۵؛ ۱(۲): ۴۴-۱۳۶.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۰۹/۲۷
تاریخ اصلاح نهایی: ۱۳۹۵/۱۲/۲۱
تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۱۲/۲۵

کاربرد مدیریتی: مستندسازی تأثیر داشتن فرزند کم توان ذهنی بر عملکرد خانواده به منظور کمک به تدوین مکانیسم های حمایتی

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-18]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1395.1.2.5.0]

مقدمه

کم توانی ذهنی (mental retardation) پدیده ای چند بعدی است (۱). کم توانی ذهنی، در واقع یک بیماری نیست، بلکه شرایط خاص و پیچیده ذهنی است (۲). براساس تعریف انجمن آمریکایی کم توانایی ذهنی (American Association on Mental Retardation)، کم توانی ذهنی یک تعامل کارکردی بین فرد و محیط است نه توصیفی ایستا از محدودیت های فرد (۳). طبق تعریف انجمن سلامت آمریکا (American Health Association)، نیز، یک کودک کم توان ذهنی کودکی است که نمی تواند بازی کند، یاد بگیرد و کاری که همسالانش انجام می‌دهند را انجام دهد (۴). کم‌توانی ذهنی قبل از ۱۸ سالگی اتفاق می افتد (۳،۵،۶) و براساس آمار سازمان جهانی بهداشت، میزان شیوع آن ۱ تا ۳ درصد می باشد (۳-۱).

آموزش کودکان کم توان ذهنی توسط خانواده ها، غالباً نیازمند تلاش بیشتر است (۷). داشتن فرزند کم توان ذهنی می تواند تأثیر نامطلوبی بر عملکرد خانواده بگذارد (۸). والدین این کودکان، واکنش های متفاوتی از ناامیدی و یأس و انکار تا مواجهه منطقی با مسأله و تمرکز بر کمک به فرزندشان نشان می دهند (۹). ابتلا به کم توانی ذهنی علاوه بر این که تأثیر نامطلوبی بر ارتباط مبتلایان با سایرین می گذارد، ارتباطات افراد خانواده را نیز متأثر می کند (۱۰). در عین حال، عملکرد خانواده های دارای فرزند کم توان ذهنی نیز در این مورد یکسان نیست (۳). خانواده های با عملکرد مطلوب، مشکلات خود را به شیوه بهتری حل کرده و تعاملات درون خانواده را حفظ می کنند اما خانواده های با عملکرد نامطلوب، معمولاً به روش های ناکارآمدی با مشکل مواجه می شوند (۱۱).

هرچند در جوامع فعلی به دلیل بهبود آگاهی عمومی، افراد دارای کم توانی ذهنی مورد پذیرش اجتماعی قرار می گیرند اما همچنان ممکن است در برخی جوامع نوعی نگرش منفی نسبت به این پدیده وجود داشته باشد. لذا، مطالعه جنبه های مختلف این پدیده، می تواند ضمن ارتقاء آگاهی، اینگونه نگرش های منفی را نیز تعدیل و یا حذف کند (۱۲).

یکی از جنبه های این پدیده که نیازمند بررسی است تأثیر آن بر عملکرد خانواده دارای فرزند کم توان ذهنی است. تاکنون نیز برخی مطالعات مشابه با هدف بررسی تأثیر داشتن فرزندان دارای مشکلات خاص بر کارکرد خانواده را انجام داده اند. عالیزاد و همکاران (۱۳۹۲) در پژوهشی با عنوان "کارکرد خانواده کودکان فلج مغزی و ارتباط آن با شدت و نوع فلج مغزی" در بین مادران دارای کودکان مبتلا به فلج مغزی و طبیعی به این نتیجه رسیدند که ۲ گروه مورد مطالعه فقط در خرده مقیاس نقش ها، دارای تفاوت معنادار می باشند (۱۳). کیمیایی و همکاران (۱۳۸۹) نیز در مطالعه ای با هدف مقایسه وضعیت روان پدران و مادران با فرزند کم توان ذهنی آموزش پذیر در شهر مشهد، نشان دادند که والدین کودکان مبتلا به کم توانی ذهنی دارای وضعیت سلامت روانی بد هستند (۱۴). بریتنر و همکاران (۲۰۰۳) در تحقیقی با عنوان مقایسه عملکرد خانواده های دارای کودکان مبتلا به فلج مغزی با خانواده های دارای کودکان سالم گزارش کرده اند که عملکرد این ۲ گروه، دارای تفاوت معنادار نمی باشد (۱۵). درتاج و محمدی (۱۳۸۹) نیز در پژوهشی نشان داده اند که خانواده های دارای فرزند مبتلا به بیش فعالی نسبت به خانواده های فاقد آن، عملکرد ضعیف تری دارند (۱۶).

با توجه به مطالب پیش گفته، هدف این پژوهش، بررسی و مقایسه عملکرد خانواده های دارای فرزند مبتلا به کم توانی ذهنی و فرزند سالم بود.

روش پژوهش

مطالعه حاضر، یک پژوهش مورد- شاهدی است که در سال ۱۳۹۴ در شهر اهواز انجام گرفت. حجم نمونه با استفاده از فرمول زیر و براساس اطلاعات مقاله با عنوان "پرسشنامه مک مستر" بارنی و مکس (۱۷) محاسبه گردید.

$$\left(\frac{Z_{1-\frac{\alpha}{2}}+Z_{1-\beta}}{0.5\times\log\left(\frac{1+r}{1-r}\right)}\right)^2+3$$

مجموعاً، تعداد ۸۶ خانواده دارای فرزند کم توان ذهنی و ۸۶ خانواده دارای فرزند سالم در مطالعه شرکت کردند. نمونه گیری به روش نمونه گیری ساده در دسترس انجام شد.

داده ها با استفاده از ابزار ارزشیابی خانواده (family assessment device) جمع آوری شد. این ابزار بر اساس الگوی مک مستر طراحی شده است. الگوی مک مستر در اوایل دهه ۱۹۶۰ میلادی، توسط اپشتاین، بیشاب

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-18]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1395.1.2.5.0]

و لوین در دانشگاه مک مستر ارائه شده است. ابزار ارزشیابی خانواده، دارای ۶۰ سؤال در ۷ خرده مقیاس شامل خرده مقیاس های حل مسأله (۶ سؤال)، ارتباطات (۷ سؤال)، نقش ها (۹ سؤال)، پاسخ دهی عاطفی (۷ سؤال)، آمیختگی عاطفی (۸ سؤال)، کنترل رفتار (۱۰ سؤال) و کارکرد کلی (۱۳ سؤال) می باشد. پاسخ دهی به سؤالات بر اساس مقیاس ۴ نقطه ای لایکرت از کاملاً موافق (امتیاز ۱) تا کاملاً مخالف (امتیاز ۴) می باشد. همچنین، در تحلیل امتیازهای کسب شده از این ابزار، امتیاز کمتر نشان دهنده عملکرد بهتر خانواده می باشد.

روایی نسخه فارسی این پرسشنامه در مطالعه نجاریان (۱۳۷۴) مورد تأیید قرار گرفته است که پایایی کل ۰/۹۳ و نیز در مطالعه زاده محمدی و ملک خسروی (۱۳۸۵) خرده مقیاس های این ابزار را از گستره ای بین ۰/۵۶ برای خرده مقیاس پاسخ های عاطفی تا ۰/۸ برای خرده مقیاس نقش گزارش شده است (۱۶).

در پژوهش حاضر، ضمن اخذ مجوز، لیست کودکان دارای کم توانی ذهنی از سازمان بهزیستی دریافت شد. سپس، کودکان دارای کم توانی ذهنی که در مراکز نگهداری شبانه روزی زندگی می کردند از مطالعه خارج شدند. انتخاب خانواده های کم توان ذهنی از مراکز و کلینیک های نگهداری کودکان دارای کم توان ذهنی و خانواده های سالم از سطح شهر بوده و در هر ۲ گروه به صورت تصادفی بوده است، به این ترتیب که برای گروه خانواده های دارای فرزند کم توان ذهنی، هر روز ساعت ۸ تا ۱۲ صبح به کلینیک ها و مراکز مراجعه شد. ضمن اینکه اسامی مراکز قبلاً در ظرفی ریخته شد و به طور تصادفی ترتیب مراجعه به مراکز انتخاب شد. برای خانواده های دارای فرزند سالم نیز در مرحله اول شهر اهواز به چند خوشه تقسیم شد، سپس از هر خوشه به صورت تصادفی چند خیابان انتخاب گردید. اسم خیابان ها در ظرفی ریخته شد و به طور تصادفی انتخاب گردید که به کدام خیابان باید مراجعه کرد.

بعد از کسب مجوز از سازمان بهزیستی شهر اهواز با توضیح اهداف، پرسشنامه در بین خانواده ها توزیع شد. پرسشنامه توسط والدین تکمیل شد و در صورت بی‌سواد بودن والدین توسط پژوهشگر تکمیل گردید. ۲ گروه مورد مطالعه (خانواده های دارای فرزند کم توان ذهنی) و شاهد (خانوداه های دارای فرزند سالم) از نظر سن و سطح تحصیلات فرد پاسخگو به پرسشنامه (والدین کودکان های دارای فرزند کم توان ذهنی و والدین کودکان سالم) همگن شده بودند. معیار ورود به مطالعه در ۲ گروه شامل وجود فرزند دارای مشکل کم توانی ذهنی و فرزند سالم که با خانواده و در محیط خانواده زندگی می کند. معیار خروج شامل فرزندان دارای کم توانی ذهنی که در مراکز نگهداری شبانه روزی زندگی می کنند، بوده است. تشخیص کم توانی کودکان بر اساس پرونده پزشکی فرد موجود در مراکز تحت نظر بهزیستی بود.

پس از جمع آوری داده ها، تحلیل آن‌ها با استفاده از آماره های توصیفی (فراوانی، میانگین و انحراف معیار) و آمار تحلیلی (آزمون t و من ویتنی (Mman-whitney) انجام شد. همچنین، برای بررسی همسانی امتیازها از آزمون لون (leven) استفاده گردید. تمامی تجزیه و تحلیل ها با استفاده از SPSS $_{21}$ انجام شد.

همچنین، به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی، این پژوهش با کد IR.AJUMS.REC.۱۳۹۴. در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز مورد تأیید قرار گرفت. داده‌ها با دقت و صحت کامل جمع‌آوری شدند. به پاسخ گویان اطمینان داده شد که اطلاعات آن‌ها محرمانه خواهد ماند. قبل از توزیع پرسشنامه بین پاسخ‌گویان، هدف از انجام پژوهش برای آن‌ها شرح داده شد و از آنان رضایت آگاهانه اخذ شد.

یافته ها

براساس یافته های جمعیت شناختی، کودکان پسر ۴۵ نفر (۵۲/۳ درصد) و کودکان دختر ۴۱ نفر (۴۷/۷ درصد) بودند. میانگین و انحراف معیار سنی کودکان ۳/۱۳ ± ۱۱/۱۶ بوده است. کمترین مقدار سنی ۶ سال و بیشترین مقدار سنی ۱۶ سال بود. از نظر سطح تحصیلات والدین، بیشترین فراوانی، دیپلم (۵۲ درصد در پدران و ۵۵ درصد در مادران) و کمترین فراوانی را لیسانس (۷ درصد در پدران و ۴ درصد در مادران) به خود اختصاص داد. از نظر میزان درآمد در خانواده ها، بیشترین فراوانی مربوط به گروه ۵ تا ۱۰ میلیون ریال و کمترین فراوانی مربوط به سطح درآمد ۱۵ میلیون ریال و بیشتر بود. بیشترین فراوانی در جامعه پژوهش مربوط به گروه معلولیت رفتاری

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-18]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1395.1.2.5.0]

(اوتیسم و سندرم داون) (۵۲ درصد) بود.

در این پژوهش، ابتدا نرمال بودن توزیع داده ها توسط آزمون کولموگروف-اسمیرنوف مورد بررسی قرار گرفت. برای مقایسه تفاوت میانگین امتیاز بین ۲ گروه از آزمون t استفاده گردید. نتایج آزمون t نشان داد ابعاد ارتباطات، نقش‌ها، پاسخ‌دهی عاطفی و کارکرد کلی نرمال بودند ولی تفاوت معنی دار نداشتند. اما توزیع داده های ۲ بعد حل مسأله و آمیختگی عاطفی در ۲ گروه نرمال نبود. لذا، برای بررسی معنادار بودن تفاوت عملکرد ۲ گروه در این ۲ بعد از آزمون لون استفاده گردید.

میانگین امتیاز عملکرد خانواده و ابعاد آن در ۲ گروه مورد مطالعه در جدول ۱، ارائه شده است.

جدول ۱: میانگین امتیاز عملکرد خانواده و ابعاد آن در ۲ گروه مورد مطالعه

متغیر	خانواده های دارای فرزند کم توان ذهنی	خانواده های دارای فرزند سالم	مقدار p*
حل مسأله	۱/۸۱ ± ۰/۷۰	۱/۸۷ ± ۰/۳۸	۰/۸۲
ارتباطات	۱۵/۴۴ ± ۲/۳۰	۱۵/۱۹ ± ۲/۲۰	۰/۴۷
نقش ها	۲۱/۳۴ ± ۳/۰۶	۲۱/۳۲ ± ۳/۱۱	۰/۹۶
پاسخ دهی عاطفی	۱۵/۰۷ ± ۳/۳۶	۱۴/۹۰ ± ۳/۲۴	۰/۸۲
آمیختگی عاطفی	۲/۲۸ ± ۰/۵۱	۲/۱۶ ± ۰/۴۲	۰/۹۲
کنترل رفتار	۲۲/۱۱ ± ۲/۹۹	۲۲/۱۶ ± ۳/۰۴	۰/۹۰
عملکرد خانواده	۲۶/۶۹ ± ۴/۶۱	۲۶/۷۴ ± ۴/۶۱	۰/۳۵

* آزمون t

** سطح معنی داری p <۰/۰۵

بر اساس جدول فوق، ۲ گروه مورد مطالعه از نظر عملکرد خانواده و ابعاد آن، تفاوت معناداری نداشتند. میانگین امتیازهای ۲ بعد حل مسأله و آمیختگی عاطفی در هر ۲ گروه در جدول ۲ نمایش داده شده است.

جدول ۲: میانگین ۲ بعد حل مسأله و آمیختگی عاطفی در ۲ گروه مورد مطالعه

متغیر	خانواده های دارای فرزند کم توان ذهنی	خانواده های دارای فرزند سالم	مقدار p*
حل مسأله	۱/۸۱±۰/۷	۱/۸۷±۰/۳۸	۰/۸۲
آمیختگی عاطفی	۲/۲۸±۰/۵۱	۲/۱۶۸±۰/۴۲	۰/۹۲

* آزمون لون

** سطح معنی داری p <۰/۰۵

بر اساس آزمون لون برای بعد نقش ها، بعد پاسخ دهی عاطفی، کنترل رفتار و کارکرد کلی، واریانس بین گروه اول و دوم همسان بود و تفاوت معنی داری در میانگین امتیاز بین ۲ گروه وجود نداشت. فاصله اطمینان برای بعد نقش ها برابر با (۰/۹۲ و ۰/۴۳ -)، برای بعد پاسخ دهی عاطفی (۰/۹۵ و ۰/۹۰ -)، برای بعد کنترل رفتار (۱/۱۰ و ۰/۸۸ -) و برای کارکرد کلی (۰/۸۶ و ۰/۹۵ -) بود. میانگین و انحراف معیار امتیازها در هر ۲ گروه در جدول ۳ نشان داده شده است.

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-18]

راهبردهای مدیریت در نظام سلامت، سال اول، شماره ۲، زمستان ۱۳۹۵، شماره پیاپی ۲
[DOR: 20.1001.1.24766879.1395.1.2.5.0]

جدول ۳: میانگین امتیاز ابعاد پرسشنامه در گروه خانواده های دارای فرزند کم توان ذهنی و خانواده های عادی

گروه ها	ابعاد	انحراف معیار ± میانگین
گروه ۱	نقش ها	۲۱/۳۴ ± ۳/۰۶
(خانواده های دارای فرزند کم توان ذهنی)	پاسخ دهی عاطفی	۱۵/۰۷ ± ۳/۳۶
	کنترل رفتار	۲۲/۱۱ ± ۲/۹۹
	عملکرد خانواده	۲۶/۶۹ ± ۴/۶۱
گروه ۲	نقش ها	۲۱/۳۲ ± ۳/۱۱
(خانواده های عادی)	پاسخ دهی عاطفی	۱۴/۹۰ ± ۳/۲۴
	کنترل رفتار	۲۲/۱۶ ± ۳/۰۴
	عملکرد خانواده	۲۶/۷۴ ± ۴/۶۱

* آزمون لون

** سطح معنی داری p <۰/۰۵

بحث

در پژوهش حاضر، تفاوت واضحی در عملکرد خانواده های دارای فرزند کم توان ذهنی و خانواده های دارای فرزند سالم دیده نشد. با توجه به گذشت زمان و سازگاری والدین با شرایط موجود، عملکرد خانواده ها بهتر می شود. می توان گفت که در خانواده های مورد پژوهش، حضور فرزند با کم توانی پذیرفته شده و نقش های خانوادگی به درستی اعمال شده است.

در مطالعه بیرامی و سودمند (۱۳۸۸) بر روی مادران دارای فرزند پسر مبتلا به اختلال نقص توجه / بیش فعالی در شهر تبریز، نشان داده شده است بعد حل مسأله در مادران دارای فرزند مبتلا، تفاوت معنی داری نسبت به مادران دارای فرزند سالم داشته است ولی در مورد ابعاد ارتباطات و نقش ها، معنی دار نبوده است. ابعاد پاسخ دهی عاطفی، آمیزش عاطفی و کنترل، بین ۲ گروه تفاوت معنی داری نشان داد که این ارتباط به نفع گروه کنترل بود. در واقع مادران کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه / بیش فعالی پاسخ دهی عاطفی ضعیف‌تری در خانواده نشان دادند (۱۸). در حالیکه در مطالعه حاضر در ابعاد حل مسأله و آمیختگی عاطفی تفاوت معنی داری وجود نداشت. در مطالعه بیرامی و سودمند (۱۳۸۸) عملکرد خانواده تحت تأثیر نشانه های اختلال کودک قرار گرفته و مشکلاتی در خانواده پیدا می شود و به دلیل نافرجامی والدین در شناسایی مسأله موجود و عدم پیدا کردن راه حل مناسب، نقص هایی در عملکرد خانواده ها دیده شد. دلیل تفاوت در ابعاد پاسخگویی عاطفی و آمیختگی عاطفی می تواند واکنش منفی والدین نسبت به رفتارهای کودک مبتلا به اختلال نقص توجه باشد، چرا که برخلاف کودکان عادی، این کودکان نسبت به خواسته های والدین، واکنش مناسبی نشان نداده و موجب عصبانیت والدین می شوند.

نتایج پژوهش حاضر تفاوت هایی را در برخی از ابعاد عملکرد در ۲ گروه نشان داد. این موضوع نشان می دهد که خانواده های دارای فرزند کم توان ذهنی تحت تاثیر مشکلات فرزندانشان قرار می گیرند. بیدرمن و همکاران (۲۰۰۲) در مطالعه خود بر روی خانواده های دارای کودکان مبتلا به ADHD در آمریکا، لانگ و همکاران (۲۰۰۵) در مطالعه ای بر روی خانواده های دارای فرزند مبتلا به بیش فعالی/ اختلال نقص توجه و اختلالات عاطفی در دانمارک و پرسمن و همکاران (۲۰۰۶) در مطالعه خود بر روی خانواده های دارای فرزند مبتلا به ADHD در آمریکا نشان دادند خانواده های دارای فرزند مبتلا به ناتوانی در ابعاد عملکرد خانواده دچار مشکلاتی بودند (۲۱-۱۹). وجود فرزند کم توان در خانواده، برخی از ابعاد عملکرد خانواده را تحت تأثیر قرار می دهد و در خانواده ها، سطوحی از تعارض دیده می شود، که با مطالعه حاضر ناهمسو می باشد. می توان دلیل بد عملکردی را توجه بیش از حد اعضای خانواده بخصوص مادر، به فرزند با ناتوانی دانست که باعث جابجایی نقش ها می گردد.

ساجدی و همکاران (۱۳۸۹) در مطالعه ای بر روی مادران کودکان فلج مغزی در کلینیک صبای تهران، گزارش نمودند ابتلا به فلج مغزی کودکان، بر کارکرد خانواده تاثیر معنی داری نداشته است و متوسط نمره‌ی کارکرد خانواده بین ۲ گروه، اختلاف معنی داری نشان نداده است، اما بعد

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-18]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1395.1.2.5.0]

نقش، بین ۲ گروه اختلاف معنی دار نشان داده است که شاید به دلیل تفاوت در واکنش مادران نسبت به پدران در مورد ناتوانی فرزندشان باشد و مادران برای یاری رساندن و مراقبت از فرزندشان بیشتر از پدران وقت می گذارند (۲۲). این مطالعه با پژوهش حاضر همخوانی داشت و تفاوت کمی در عملکرد خانواده ها دیده شد.

در مطالعه فروزنده و همکاران (۱۳۸۸) روی خانواده های بیماران روانی بستری در بیمارستان شهرکرد، بین نمره کارکرد خانواده ها، اختلاف معنی داری وجود داشت. بیشترین مشکل مربوط به ابعاد همراهی عاطفی، آمیزش عاطفی، نقش ها، کنترل رفتار، کارکرد کلی، ارتباط و حل مشکل بود و در ابعاد نقش ها، آمیزش عاطفی و کارکرد کلی تفاوت معنی داری وجود داشت.یافته های سایر مطالعات نیز نشان می دهند که نحوه ی ارتباط والدین با فرزندان، قوی ترین عامل مؤثر بر الگوی تعاملی خانواده ها به شمار می رود. والدینی که در ارتباطات خود بی ثباتی عاطفی دارند، رفتارهای نا به هنجار را در فرزندانشان تثبیت می کنند (۲۳). با توجه به اینکه در مطالعه حاضر تفاوت معنی داری در ابعاد حل مسأله و آمیختگی عاطفی وجود نداشت، نتایج مطالعه فروزنده با مطالعه حاضر همسو نمی-باشد.

در مطالعه یعقوبی و همکاران (۱۳۹۴) بر روی عملکرد خانواده در بیماران مبتلا به اختلالات روانی در بیمارستان سنندج، خانواده های دارای فرزند مبتلا به اختلالات روانی و خانواده های دارای فرزند سالم از لحاظ همه ابعاد کارکرد خانواده به جزء بعد نقش، تفاوت معنی داری با هم داشتند و بیشترین تفاوت در گروه های مورد مطالعه مربوط به بعد اختلالات خلقی بود (۲۴). در پژوهش محسنی و همکاران (۱۳۹۰) در خانواده بیماران آرتروئید و اسکیزوفرنی نشان داده شده است کارکرد کلی خانواده، حل مسأله، پاسخ گویی عاطفی و آمیختگی عاطفی در گروه مبتلا، ناکارآمدتر بوده است ولی در بعد نقش ها و کنترل رفتاری، تفاوت معنی داری وجود نداشته است و می توان گفت افراد سالم مسأله مدار تر بوده و به جای تصمیم های هیجانی به ابعاد مختلف مسأله توجه می کنند (۲۵).

درتاج و محمدی (۱۳۸۹) در مطالعه ای بر روی خانواده های کودکان مبتلا به بیش فعالی در شهر تبریز گزارش نمودند بین ۲ گروه خانواده های سالم و بیش فعال در بعد های عملکرد خانواده، ارتباط، آمیزش عاطفی و کنترل رفتار، تفاوت معناداری بوده است. به طور کلی می توان گفت روابط نامطلوب بین اعضاء خانواده، می تواند نقش تعیین کننده ای در سبک سالم ارتباطی و میزان سلامت اعضاء خانواده داشته باشد. ناتوانی یکی از فرزندان خانواده، می‌تواند مانع کارکرد مناسب خانواده شود (۱۶). نتایج این مطالعه با مطالعه حاضر ناهمسو می باشد. با توجه به نتایج مطالعه درتاج و محمدی (۱۳۸۹) وجود کودک بیش فعال، نقش های خانوادگی را بر هم می‌زند. آسیب روانی یک عضو خانواده، تعامل بین اعضای خانواده را نیز تحت تأثیر قرار می دهد و این خود دلیلی بر عملکرد بد خانواده می باشد. در مطالعه هرزر و همکاران (۲۰۱۰) بر روی عملکرد خانواده های دارای کودکان با بیماری های مزمن، نشان داده شده است تفاوت معنی داری بین عملکرد خانواده ها وجود ندارد (۲۶) که با نتایج مطالعه حاضر همسو می باشد.

عالی و همکاران (۱۳۹۲) در مطالعه ای بر روی خانوداه های دارای فرزند مبتلا به اوتیسم در شهر مشهد گزارش نمودند در تمام ابعاد، میانگین نمرات کارکرد تحولی خانواده کودکان مبتلا به اوتیسم، پایین تر از میانگین نمرات خانواده کودکان عادی می باشد. در این مطالعه یافته ها در ابعاد علاقه مندی و جذب شدن به روابط انسانی، حل مسأله اجتماعی مشترک، تفکر منطقی و انضباط، تفاوت معناداری بین کارکرد تحولی خانواده کودکان مبتلا به اوتیسم و خانواده سالم نشان داده است (۲۷). خانواده های دارای فرزند اوتیسم به دلیل استرس بالا، انزوا، افسردگی و سطوح پایین آمیختگی عاطفی، حمایت کمتری از سوی دیگران می شوند. همچنین به دلیل حمایت افراطی والدین از فرزندان خود، فرصت کمتری برای پرورش مهارت های مستقل این کودکان بوجود می آید و نتایج این مطالعه با پژوهش حاضر همسو نمی باشد.

از جنبه های مهم این پژوهش می توان به ارائه اطلاعات دقیق به برنامه ریزان حوزه توانبخشی و لزوم آموزش جهت بهبود عملکرد خانواده های مذکور نام برد. از آنجا که تعداد حجم نمونه در این پژوهش به صورت دقیق تعیین شد می توان نتایج این پژوهش را به جامعه کشور تعمیم داد. از نقاط قوت این پژوهش می توان به کاربرد مدیریتی آن در زمینه بهداشت، درمان و توانبخشی اشاره نمود. از محدودیت های این پژوهش نیز می‌توان به وضعیت روحی،

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-18]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1395.1.2.5.0]

مشکلات خانوادگی، فردی و اجتماعی اشاره کرد که بر نحوه پاسخگویی نمونه ها اثر گذاشته بود و این امر از کنترل پژوهشگر خارج بود.

نتیجه گیری

هرچند در این مطالعه، تفاوت معنادار در عملکرد خانواده های دارای فرزند کم توان ذهنی با خانواده های دارای فرزند سالم تأیید نشد اما با توجه به عملکرد ضعیف تر این خانواده ها در غالب ابعاد ابزار ارزشیابی خانواده، تدوین مکانیسم های حمایتی می تواند مفید باشد. بنابراین با بررسی نمودن مشکلات این خانواده ها، می توان به بهبود سازش پذیری بیشتر خانواده هایشان کمک کرد. آگاهی رسانی به سیاست گزاران سلامت و خانواده های دارای فرزند مبتلا به کم توان ذهنی جهت داشتن زندگی مستقل اجتماعی و آگاهی از تاثیر شرایط موجود در خانواده های با فرزند کم توان ذهنی بر میزان عملکرد آن‌ها، از کاربردهای مدیریتی پژوهش حاضر در توسعه علم مدیریت سلامت می باشد.

پیشنهاد می شود در مطالعات آینده، تاثیر عملکرد خانواده بر فرزندان، همچنین نقش خویشاوندان درجه ۱ بر روی کودکان دارای ناتوانی، مورد بررسی قرار گیرد و لازم به نظر می رسد تأثیر کارکرد خانواده بر کودک دارای ناتوانی و تاثیر ناتوانی کودک بر خانواده وی و اینکه کدامیک علت و کدام معلول باشد، مورد بررسی قرار گیرد. برای کاهش میزان استرس خانواده ها می‌توان راهکار هایی همچون مشاوره خانواده، آموزش مهارت های مقابله ای، حمایت اجتماعی کافی و برگزاری کلاس های آموزشی با حضور والدین دارای فرزند کم توان ذهنی، را به کار بست.

سپاسگزاری

بدین وسیله پژوهشگران، مراتب تقدیر خود را از معاونت تحقیقات و فن‌آوری دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز به خاطر حمایت مالی و از معاونت توانبخشی سازمان بهزیستی اهواز و مدیریت دلسوز مراکز نگهداری کودکان دارای کم توان ذهنی به دلیل همکاری صمیمانه آن ها در انجام پژوهش قدردانی می نمایند.

مشارکت نویسندگان

طراحی پژوهش: ع. د، ش. گ، س. الف

جمع آوری داده ها: ع. د

تحلیل داده ها: ع. د، الف. س

نگارش و اصلاح مقاله: ع. د، ش.گ، س. الف، الف. الف

سازمان حمایت کننده

این مقاله برگرفته از پایان نامه مقطع کارشناسی ارشد رشته مدیریت توانبخشی به شماره طرح PHT-۹۴۲۲ می باشد که توسط معاونت تحقیقات و فن آوری دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی جندی شاپور مورد حمایت مالی قرار گرفته است.

تعارض منافع

هیچ گونه تعارض منافعی از سوی نویسندگان گزارش نشده است.

References

1) Karimi HR. Rehabilitation For Special Groups. 1st ed. IRAN: Roshed; 2011: 250-1. [Persian]
2) Mobaraki A, Zadehbagheri Gh. Comparision of Knoweledge and Attitude of Mothers with Mentally Retarded Children with Those without Mentally Retarded Children in Gachsaran (2003). Armaghan Danesh 2003; 8(31): 89-97. [Persian]
3) Sadock BJ & Kaplan H. Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry. 10th ed. Amercia: Philadelphia, Wolter Kluwer. Lippincott Williams & Wilkins; 2007: 365-6.
4) Sen E, Yurtsever S. Difficulties experienced by families with disabled children. J Spec Pediatr Nurs 2007; 12(4): 238-52.
5) Lai DC, Tseng YC, Hou YM, Guo HR. Gender and geographic differences in the prevalence of intellectual disability in children: Analysis of data from the national disability registry of Taiwan. Research in developmental disabilities 2012; 33(6): 2301-7.
6) Ravindranadan V, Raju S. Adjustment and attitude of parents of children with mental retardation. Journal of the Indian Academy of Applied Psychology 2007; 33(1): 137-41.
7) Fadakar Sogheh R, Abbasi S, Khaleghdoost T, Atrkar Roshan Z. Family's Mentally Retarded Child Problems under Protection of Welfare Centers. Holistic Nursing And Midwifery Journal 2014; 24(3): 38-47. [Persian]
8) Ahmadi Kh, Khodadadi Gh, Anisi J, Abdolmohammadi E. Problems of families with disabled children. J Mil Med 2011; 13(1): 49-52. [Persian]
9) Alborzi Sh, Bashash L, Samani S. Beliefs and knowledge of parents of mental retarded.

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-18]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1395.1.2.5.0]

Psycology & Education 1999; 4(1): 57-70. [Persian]
10) Bahrainian SA, Haji Alizadeh K, Ebrahimi L, Hashemi Gorji O. Comparison between Personality Traits and Adjustment of Mothers of Mentally Retarded and Normal Students in Tehran in 2008–2009. Psychology of people with disabilities' journal 2012; 2(7): 153-67. [Persian]
11) Pourmohamadreza Tajrishi M, Ashori M, Afrooz GA, Arjmandnia AA, Ghobari Bonab B. The Effectiveness of Positive Parenting Program (Triple-P) training on Interaction of Mother-child with Intellectual Disability. Journal of Rehabilitation 2015; 16(2): 128-36. [Persian]
12) Sattari B, Omidvar KH, Yaghoobi V. Measurement Of Attitude Of Rural Families With One Or More Handicapped Member (s) Towards Handicappeds In Fields Where Community Based Rehabilitation (CBR) Has excuted With Those Who Has Not. Journal Of Rebabilitation 2005; (22): 25-32. [Persian]
13) Alyzad V, Malekkhosravy Gh, Karimlou M, Ravarian A, Sajedi F. Family function of children with Cerebral Palsy and it's relation to the severity and type of cerebral palsy. Payesh 2010; 9(4): 385-90. [Persion]
14) kimiaee SA, Mehrabi H, Mirzaee Z. Comparison of mental health status of mothers and fathers of children with mild intellectual disability in Mashhad. Studies in Education and Psychology 2009; 11(1): 261-78. [Persian]
15) Britner PA, Morog MC, Painta RC, Morvin RS. Stress and coping: A comparision of self-report measures of functioning in family of young children with cerebral palsy or no medical diagnosis. Journal of child and family studies 2003; 12(3): 335-48.
16) Dortaj F, Mohammadi A. Family Functioning in 7-15 year old Children with and without ADHD in Tabriz City. Journal of Family Research 2010; 6(2): 211-26. [Persian]
17) Barney MC, Max jE. The McMaster family assessment device and clinical rating scale: questionnaire vs interview in chilhood traumatic barin injury. Barin Inj 2005; 19(10): 801-9.
18) Beyrami M, Hekmati I, Soudmand M. Comparison of Family Functioning of Mothers with and without ADHD Children. journal of psychology 2010; 4(16): 21-41. [Persian]
19) Biederman J, Faraone SV, Monuteaux MC. Impact of exposure to parental attention-deficit hyperactivity disorder on clinical features and dysfunction in the offspring. Psychol Med 2002; 32(5): 817-27.
20) Lange G, Sheerin D, Carr A, Dooley B, Barton V, Marshall D, et al. Family factors associated with attention deficit hyperactivity disorder and emotional disorders in children. Journal of Family Therapy 2005; 27(1): 76-96.
21) Pressman LJ, Loo SK, Carpenter EM, Asarnow JR, Lynn D, McCracken JJ, et al. Relationship of family environment and parental psychiatric diagnosis to impairment in ADHD. J Am Acad of Child Adolesc Psychiatry 2006; 45(3): 346-54.
22) Sajedi F, Alizad V, Malekkhosravi G, Karimlou M, Vameghi R. Depression in mothers of children with cerebral palsy and its relation to severity and type of cerebral palsy. Acta Medica Iranica 2010; 48(4): 250-4.
23) Foruzandeh N, Soleimani A, Noorian C, Deris F. Comparision of family function in the families of psychiatric patients with difference diagnosis. J Res Behave Sci 2014; 11(5): 474-83. [Persian]
24) Yaghobi A, Mohagheghi H, Mohammadzadeh S, Rabiei M, Mohammadzadeh S. Family functioning of patients with affective disorders, psychosis and somatoform. Research in Clinical Psychology and counselings 2014; 3(2): 143-56. doi: 10.22067/ijap.v3i2.21515. [Persian]
25) Mohseni M, CHimeh N, Panaghi L, Mansoori N. A Comparison of Family Function and Expressed Eemotion in Families with Rheumatoid Arthritis Patients and Families with Schizophrenia Patients. family research 2011; 7(3): 373-90. [Persian]
26) Herzer M, Godiwala N, Hommel KA, Driscoll K, Mitchell M, Crosby LE, et al. Family functioning in the context of pediatric chronic conditions. J Dev Beha Pediatr 2010; 31(1): 26-34. doi: 10.1097/DBP.0b013e3181c7226b.
27) Aali SH, Amin yazdi SA, Abdkhodae M, Ghanaee A, Moharari F. Developmental Function of Families with Autism Spectrum Disorder children compared with families with healthy children. Medical Journal of Mashhad University of Medical Science 2015; 58(1): 32-41. [Persian]

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-18]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1395.1.2.5.0]

Research Article

Comparison between Family Functions of Families with and without Mentally Retarded Children

Esmat Dastjerdi [1], Sara Afshar [2], Amal Saki Malehi [3], Elham Amiri [4], Shahin Goharpey [5,6*]

[1] MSc student in Rehabilitation Management, Musculoskeletal Rehabilitation Research Center, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran
[2] Ph.D. student of Occupational therapy, School of Rehabilitation Sciences University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran
[3] Assistant Professor, Department of Biostatistics, School of Public Health, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran
[4] MSc in Rehabilitation Management, Musculoskeletal Rehabilitation Research Center, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran
[5*] Assistant Professor, Department of Physiotherapy, School of Rehabilitation Sciences, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran
[6*] Assistant Professor, Musculoskeletal Rehabilitation Research Center, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran

*** Corresponding Author:** Shahin Goharpey
shgoharpey@yahoo.com

Citation: Dastjerdi E, Afshar S, Saki Malehi A, Amiri E, Goharpey Sh. Comparison between Family Functions of Families with and without Mentally Retarded Children. Manage Strat Health Syst 2017; 1(2): 136-44.

Received: December 17, 2016
Revised: March 11, 2017
Accepted: March 15, 2017

Funding: This study has been supported by Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences (NO PHT 9422).

Competing Interests: The authors have declared that no competing interests exist.

A B S T R A C T

Background: Functions of a family refer to its systematic characteristics and include the ability of families to protect the principles governing this institution to keep its wholeness. The aim of this study was to compare the performance of families with mentally retarded children and families with healthy children.

Methods: This case-control study was conducted in 2015 in Ahvaz City, Iran. The population consisted of 86 families with mentally retarded children and 86 families with normal children living in Ahvaz. Data were collected by demographic and family functioning (FAD) questionnaire and then analyzed by t-test and Mann-Whitney test through SPSS $_{21}$ software.

Results: The findings showed no significant difference between the 2 groups in family performance and total performance.

Conclusion: Although no significant difference was observed in the performance of families with and without mentally retarded children, poor performance of these families in different parts of questionnaire showed that developing support mechanisms can be useful.

Key words: Mentally retarded children, Family functioning, Family functioning questionnaire

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-18]

[DOR: 20.1001.1.24766879.1395.1.2.5.0]