

مقایسه کارکرد خانواده های دارای فرد با اختلال بینایی و شنوایی با خانواده های بدون اختلال

لیلا مهدی نژاد^۱، دکتر شاهین گوهرپی^۲، رویا قاسم زاده^۳، سید محمود لطیفی^۴، مریم بخشنده باورساد^۵، نگین منصوری^۱

۱- کارشناس ارشد مدیریت توانبخشی، مرکز تحقیقات توانبخشی عضلانی اسکلتی، دانشکده علوم توانبخشی دانشگاه جندی شاپور اهواز

۲- دکترای تخصصی فیزیوتراپی، استادیار گروه فیزیوتراپی، مرکز تحقیقات توانبخشی عضلانی اسکلتی، دانشکده علوم توانبخشی دانشگاه جندی شاپور اهواز

۳- کارشناس ارشد مدیریت توانبخشی، گروه مدیریت توانبخشی، مرکز تحقیقات توانبخشی عضلانی اسکلتی، دانشکده علوم توانبخشی دانشگاه جندی شاپور اهواز

۴- کارشناس ارشد آمار و اپیدمیولوژی، مربی گروه آمار و اپیدمیولوژی و عضو مرکز تحقیقات دیابت، دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز

۵- مربی گروه پرستاری، دانشکده پرستاری مامائی، دانشگاه علوم پزشکی لرستان

چکیده

زمینه و اهداف: اختلالات بینایی و شنوایی یکی از شایع ترین گروه های معلولیت هستند. این اختلالات به دلیل محدودیت هایی که ایجاد می کنند می توانند بر کارکرد خانواده تأثیر بگذارند. هدف مطالعه حاضر مقایسه کارکرد خانواده های دارای فرد با اختلال بینایی و شنوایی با خانواده های بدون اختلال بود.

روش بررسی: در این مطالعه توصیفی - تحلیلی، ۵۵ نفر از افراد دارای اختلال بینایی و شنوایی عضو انجمن نابینایان و ناشنوایان شهراهواز و ۵۵ نفر افراد بدون اختلال به عنوان گروه کنترل به شیوه نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند و مورد بررسی قرار گرفتند. ابزار گردآوری داده ها شامل پرسشنامه (Family Assessment Device: FAD) و پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک بود. در نهایت داده ها با استفاده از آمار توصیفی و تحلیلی در SPSS ۲۰ مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفتند.

یافته ها: یافته های پژوهش نشان دادند که متوسط نمره حاصل از پرسشنامه کارکرد خانواده در خانواده های دارای اختلالات بینایی و شنوایی و گروه کنترل با یکدیگر تفاوت آماری معناداری ندارد ($P=0/1$). در مقایسه ابعاد کارکرد در سه گروه، خانواده های دارای اختلال بینایی در ابعاد کنترل رفتار ($P=0/02$)، ارتباطات ($P=0/01$) و کارکرد کلی ($P=0/03$) نسبت به دو گروه از کارکرد ضعیف تری برخوردار بودند.

نتیجه گیری: نتایج این تحقیق نشان می دهد خانواده های دارای اختلال بینایی نسبت به خانواده های دارای اختلال شنوایی و گروه کنترل در برخی ابعاد کارکرد ضعیف تری دارند.

کلید واژه ها: کارکرد خانواده، اختلال بینایی، اختلال شنوایی

(ارسال مقاله ۱۳۹۳/۷/۲، پذیرش مقاله ۱۳۹۴/۱/۲۶)

نویسنده مسئول: مرکز تحقیقات توانبخشی عضلانی اسکلتی، دانشکده علوم توانبخشی دانشگاه جندی شاپور اهواز، ایران

Email: Mahdinejad.leila@gmail.com

مقدمه

پویایی های تعامل خانوادگی و توانایی والدین برای اجرای طرح جامعی که برای درمان به آن نیاز است، اثر بگذارد (۵). چگونگی و کیفیت عملکرد خانواده در تحقق وظایف خویش، شاخص مناسبی جهت ارزیابی عملکرد جامعه می باشد. هر چه خانواده دارای عملکرد خوب و سالم تری باشد، به همان نسبت ثبات و سلامت جامعه بیشتر خواهد بود. برعکس هر چه خانواده از عملکرد بدتر و آشفته تری برخوردار باشد، به همان نسبت سلامت جامعه بیشتر تهدید می شود، زیرا اختلال در عملکرد خانواده نشانه اختلال در منظومه خانواده است که بر سایر اعضای خانواده نیز تاثیر خواهد داشت (۶).

شایع ترین گروه های معلولان، نابینایان و ناشنوایان هستند. بیش از ۲۴۸ میلیون نفر در دنیا دارای اختلال بینایی هستند که ۲۴۵ میلیون نفر کم بینا و ۳۹ میلیون نفر نابینا می باشند. هم چنین ۲۷۸ میلیون نفر در سراسر دنیا دارای اختلال

خانواده تشکلی طبیعی است که الگوهای ارتباطی و عملکردی را در گذر زمان به خدمت می گیرد و این الگوها ساخت خانواده را شکل می دهند و ضمن تعیین نقش اعضای خانواده، حیطه هریک از اعضا را مشخص و تبادل نظر میان اعضا را تسهیل می کنند (۱). بر اساس دیدگاه سیستماتیک (الگوها و کارکردهای اعضای خانواده به عنوان یک سیستم)، خانواده در برابر بیماری ها نقش اساسی ایفا می کند (۲). یکی از متغیرهایی که عملکرد خانواده را در حوزه های مختلف ارزیابی می کند، کارکرد خانواده (Family Functioning) است (۳). وجود عضو بیمار نیازمند به مراقبت می تواند نیروی خانواده را بر خود متمرکز گرداند بنابراین در خانواده هایی که منابع محدودی دارند این امر سبب می گردد که خانواده نتواند به همه ابعاد دیگر زندگی به اندازه کافی رسیدگی کند و در نتیجه کارکرد خانواده پایین می آید (۴). اختلال در کارکرد می تواند بر نقش های خانوادگی،

ناتوانی مزمن مانند اختلال بینایی به صورت چالش‌های منحصر بفردی در الگوهای ارتباط موجود خود نمایی می‌کند. علاوه بر این، خانواده‌ها ممکن است با فشار اقتصادی که بواسطه هزینه‌های مربوط به خرید تجهیزات کم بینایی که توسط شرکت‌های بیمه، خدمات توانبخشی را پوشش نمی‌دهند روبرو شوند. اختلال در عملکرد خانواده ممکن است مشکلات مربوط به سازگاری با از دست دادن بینایی را تشدید کند. بنابراین سازگاری هم برای فردی که بینایی خود را از دست داده و هم اعضای خانواده ممکن است به عنوان روندی تلقی شود که در آن خانواده با یک چالش بزرگ رو برو شده است (۱۵).

پژوهش محسنی و همکاران در سال ۲۰۱۱ نشان داد که کارکرد خانواده در هر دو گروه بیماران آرتریت روماتوئید و اسکیزوفرنی ناکارآمد می‌باشد (۲). هم چنین تحقیق عباسی و همکاران در سال ۲۰۰۹ در بیماران اختلالات اضطرابی و افسردگی بد کارکردی را در بعضی حوزه‌ها نشان می‌دهد (۱۶). در حالی که پژوهشی که روی خانواده‌های دارای کودک فلج مغزی انجام شد تنها در حوزه نقش‌ها، کارکرد نا کارآمد گزارش گردید و ارتباط معناداری میان نوع و شدت ناتوانی کودک و کارکرد خانواده مشاهده نشد (۴). همچنین در تحقیق هرزر و همکاران در سال ۲۰۱۰ که با هدف بررسی کارکرد خانواده‌های دارای بیماری مزمن انجام شد نتایج نشان داد که میانگین کارکرد خانواده در بین خانواده‌ها تفاوت معناداری ندارد (۱۷). در مقاله مروری که توسط لواندوسکی و همکاران در سال ۲۰۱۰ در خانواده‌های کودکان و نوجوان مبتلا به درد مزمن انجام شد نشان داد که خانواده‌های دارای کودکان با درد مزمن عموماً کارکرد ضعیف‌تری دارند و اینکه ناتوانی مرتبط با درد، نسبت به شدت درد با کارکرد خانواده هماهنگی بیشتری دارد (۱۸).

در سه دهه اخیر نگرش جهانی از عرضه خدمات مؤسسه‌ای و فرا مؤسسه‌ای به سمت خدمات مبتنی بر جامعه (Community Base Rehabilitation: CBR) تغییر کرده است. در برنامه توان بخشی مبتنی بر جامعه، خانواده نقش و مسؤولیت اصلی مراقبت از تمامی اعضا را عهده داراست و باید در برنامه توانبخشی به صورتی جدی درگیر باشد (۱۹). نگهداری از افراد دارای ناتوانی در خانواده نیز طیف گسترده‌ای از مشکلات را ایجاد می‌کند که نیازمند شناسایی و تدوین برنامه‌ها و تصویب سیاست‌های مناسب در سطوح مختلف مدیریتی است. در ایران قانون جامع حمایت از معلولان در سال ۱۳۸۳ که شامل شانزده ماده است به تصویب رسیده که مواد سه، پنج، شش، هشت و ده مستقیماً متوجه خانواده‌های معلول است (۲۱).

شنوایی متوسط تا شدید هستند (۷). تشخیص مشکل شنوایی در فرد، پیامدهای گوناگونی را بر خانواده می‌گذارد که کل خانواده را متأثر می‌کند (۸). حضور فردی با نقص شنوایی، چالش‌های منحصر به فرد و متفاوتی را برای خانواده فراهم می‌کند (۹). در چنین موقعیتی همه اعضای خانواده آسیب می‌بینند و کارکردهای آنها مختل می‌شود (۱۰). تولد و پرورش کودکان کم‌شنوا، غالباً مشکلات و احساسات روان‌شناختی ویژه‌ای را برای والدین به ویژه مادران که وقت بیشتری را صرف پرورش فرزندان خود می‌کنند به بار می‌آورد (۱۱). پیچیدگی این معلولیت، غیر قابل درمان بودن آن و مشکلات ارتباطی که به همراه می‌آورد همه در زندگی روزمره خانواده اختلال ایجاد می‌کند. والدین کودکان ناشنوا غالباً اضطراب و استرس زیادی را حتی سال‌ها پس از شناسایی کم‌شنوایی فرزندان تجربه می‌کنند (۱۲). مشکلات ارتباطی کودک کم‌شنوا مزید بر علت می‌شود و خانواده‌ها زمان زیادی از زندگی را صرف غلبه بر موانع موجود بر سر راه تلفیق کامل اجتماعی می‌کنند. همچنین با ورود یک کودک مبتلا به مشکلات شنوایی (به ویژه کم‌شنوای عمیق) به محیط خانواده، والدین وی شبکه اجتماعی خود را محدود می‌کنند و از میزان حمایت‌های اجتماعی از آنها کاسته می‌شود. این در صورتی است که در پژوهش‌های گذشته، حمایت‌های اجتماعی به‌عنوان عاملی اثرگذار بر سلامت عمومی والدین کودکان کم‌شنوا شناخته شده است (۱۲).

نقص بینایی و نابینایی نیز نمایانگر وجود مشکلات سلامتی، اقتصادی و اجتماعی برای کشورها، بخصوص کشورهای در حال توسعه است (۱۳). نابینایی به عنوان یکی از شدیدترین ناتوانی‌های فرد، خانواده‌اش و جامعه را متأثر می‌کند شناخته شده است (۱۴). تشخیص اختلال بینایی اغلب اثری فوری و پایداری را بر اعضای خانواده دارد، اعضای خانواده ممکن است واکنش‌های متفاوتی داشته باشند، اما تشخیص ابتدایی می‌تواند تنش قابل توجهی را ایجاد کند (۱۵). خانواده، به عنوان بخش کوچکی از اجتماع در ارتباط مستقیم با فرد نابینا است. برخی خانواده‌ها نابینایی را ناتوانی پنداشته و سعی در پنهان کردن آن دارند، گاهی خانواده‌ها استراتژی بیش حمایتی را بکار می‌برند و فعالیت‌های فرد نابینا را محدود کرده خودشان انجام می‌دهند (۱۴). خانواده‌ها در مواجهه با اختلال بینایی، تمرکز بیشترشان بر روی واقعیت‌ها و چالش‌هایی است که این اختلال بر روی زندگی روزانه و نقش‌های خانوادگی دارد. تغییرات نه تنها در توانمندی حسی افراد دارای ناتوانی مزمن، بلکه در الگوی گسترده‌تر از روابط اجتماعی خانواده اتفاق می‌افتد. بنابراین یک

چند دسته تقسیم شد: اختلال بینایی (نابینای مطلق، نابینا، نیمه بینا و دیربینا)، اختلال شنوایی (کم شنوایی ملایم، کم شنوایی متوسط، کم شنوایی متوسط تا شدید، کم شنوایی شدید، کم شنوایی عمیق). نابینای مطلق: هیچ گونه دیدی ندارد یا هیچ گاه نداشته است و نور برای او روئیت پذیر نیست. نابینا: با دید ۲۰/۲۰۰ نمی‌تواند با هیچ وسیله‌ای از طریق بینایی آموزش ببیند و آموزش فقط از طریق حس شنوایی و لامسه امکان پذیر است. نیمه بینا: با دید ۲۰/۷۰ با استفاده از ذره بین و خطوط درشت و نظایر آن می‌تواند به مطالعه و آموزش بپردازد. دیر بینا: با دید بهتر از ۲۰/۷۰ می‌تواند از باقی مانده بینایی‌اش با استفاده از وسایل کمکی بینایی، بهره برداری نسبی کند (۱۹).

کم شنوایی ملایم یا خفیف: ۴۰-۲۶ دسی‌بل شنوایی از دست‌رفته: فرد برای شنیدن صداهای ضعیف یا بافاصله مشکل دارد. کم شنوایی متوسط: ۵۵-۴۱ دسی‌بل شنوایی از دست‌رفته: فرد می‌تواند مکالمات رودررو را بشنود، اما در درک شنوایی بحث‌های کلاس درس با مشکل مواجه است. کم شنوایی متوسط تا شدید: ۷۰-۵۶ دسی‌بل شنوایی از دست‌رفته: فرد نیاز به سمعک دارد و برنامه آموزشی وی باید به‌طور جدی شامل تربیت شنوایی و آموزش تکلم و زبان باشد. کم شنوایی شدید: ۹۰-۷۱ دسی‌بل شنوایی از دست‌رفته: فرد تنها قادر به شنیدن صداهای بلند و نزدیک است. این‌گونه افراد نیازمند سمعک، برنامه آموزشی ویژه ناشنویان و نیز آموزش تکلم و زبان هستند. کم شنوایی عمیق: ۹۱ به بالاتر دسی‌بل از دست‌رفته: فرد احتمالاً صداهای بلند و ارتعاشات آن را می‌شنود و برای درک امور عمدتاً بر حس بینایی تکیه دارد. معمولاً این افراد ناشنوا محسوب می‌شوند (۲۰).

پس از اخذ رضایت از افراد به منظور جمع آوری اطلاعات، پرسشنامه‌های "سنجش کارکرد خانواده (Family assessment device: FAD)" و اطلاعات جمعیت شناختی در اختیار آنها قرار داده شد. پر کردن پرسشنامه‌ها در انجمن نابینایان توسط پرسشگر انجام شد، آزمودنی گزینه مورد نظر خود را به پرسشگر اعلام می‌کرد تا او پاسخ را در محل مخصوص علامتگذاری کند، در صورت وجود ابهام یا عدم درک سوالات، پرسشگر مجدداً آن سوال را تکرار می‌کرد. در انجمن ناشنویان توضیحات لازم جهت تکمیل پرسشنامه توسط مسئول انجمن به افراد داده، سپس فرم‌ها توسط خود آزمودنی‌ها پر شد. افراد دارای کم شنوایی ملایم تا متوسط از لب خوانی و متوسط شدید تا عمیق از زبان اشاره برای ارتباط با خانواده استفاده می‌کردند. برای سنجش هفت بعد کارکرد خانواده طبق مدل مک

با توجه به این که خانواده‌ها بیشترین ارتباط و مسئولیت را در قبال افراد دارای اختلال بینایی و شنوایی دارند توجه دقیق به الگوهای کارکردی آن‌ها که شیوع آن‌ها در کشور کم نیست ضرورت دارد. شناخت نقاط ضعف و قوت کارکرد در این افراد می‌تواند به کاهش و پیشگیری از نا کارآمدی این الگوها کمک کند. همچنین تحقیق و حمایت از این خانواده‌ها، می‌تواند شرایطی را فراهم سازد تا متولیان ذیربط جهت برنامه‌ریزی و مداخلات مناسب برای اصلاح و یا ایجاد سیاست‌های جدید، به تدوین برنامه‌های آموزشی جامع و کاربردی جهت آموزش و مشاوره با افراد دارای ناتوانی و خانواده‌های آنان بپردازد. نتایج تحقیقات پیشین این امر را در ذهن متبادر می‌سازد که احتمالاً هر بیماری یا اختلال یا معلولیتی اثر منحصر به فرد یا جداگانه‌ای بر کارکرد خانواده دارد که همین مسئله لزوم بررسی بیشتر در این زمینه را نشان می‌دهد. بنابر شیوع بالای اختلال بینایی و شنوایی و کمبود شدید پژوهش در زمینه چگونگی کارکرد خانواده در این دو گروه معلولیت، محققین را بر آن داشت که پژوهشی با هدف بررسی حوزه‌های کارکرد خانواده در خانواده‌های دارای فرد با اختلال بینایی و شنوایی در مقایسه با گروه کنترل انجام دهند.

روش بررسی

این پژوهش از نوع توصیفی-تحلیلی بوده که به منظور مقایسه کارکرد خانواده‌های دارای فرد با اختلال بینایی و شنوایی با خانواده‌های بدون اختلال انجام گرفته است. جامعه آماری پژوهش حاضر را افراد دارای اختلال بینایی و اختلال شنوایی انجمن نابینایان و ناشنویان واقع در شهر اهواز در سال ۹۲-۹۳ تشکیل می‌دادند که از بین این افراد ۵۵ نفر (۲۶ نفر اختلال شنوایی و ۲۹ نفر اختلال بینایی) به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. گروه کنترل نیز (۵۵ نفر) از طریق هم‌تاسازی در متغیرهای سن، جنس و تحصیلات از میان افراد واجد شرایط مراجعه کننده به مراکز بهداشت به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. معیارهای ورود به مطالعه عبارتند از: زندگی به همراه اعضای خانواده و سن بالای ۱۲ سال. شرایط خروج از مطالعه نیز شامل وجود بیماری صعب‌العلاج در خانواده مثل سرطان، بیماری‌های شدید روانی، بیماری‌های خاص، بیماری‌های مزمن و اعتیاد در بین یکی از اعضای خانواده، بیکاری سرپرست خانواده، طلاق یا تارکه والدین، فوت نزدیکان طی یکسال گذشته و معلولیت همراه با اختلال بینایی یا اختلال شنوایی بود. شدت اختلال در نمونه‌های مورد مطالعه با توجه به میزان بینایی و شنوایی باقیمانده در افراد گروه دارای اختلال به

جمعیت شناختی شامل سولاتی در زمینه سن، جنس، تحصیلات، قومیت و میزان درآمد خانواده بود.

در نهایت داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS ۲۰ کمک مشخصه‌های توصیفی از قبیل میانگین، انحراف معیار، درصد و فراوانی و آزمون‌های استنباطی مانند آزمون کولموگراف اسمیرنوف، آزمون کای اسکور، آنالیز واریانس یکطرفه، آنالیز واریانس دوطرفه و آزمون توکی مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت. مقدار p کمتر از ۰/۰۵ از لحاظ آماری معنادار تلقی گردید.

یافته ها

در نهایت ۲۶ فرد دارای اختلال شنوایی، ۲۹ فرد دارای اختلال بینایی و ۵۵ نفر گروه کنترل بررسی شدند. پیش از تحویل داده‌های مربوط به کارکرد خانواده ابتدا با استفاده از آزمون‌های نان پارامتری کولموگراف اسمیرنوف نرمال بودن توزیع صفت کارکرد خانواده در ۳ گروه خانواده دارای اختلال بینایی و شنوایی و کنترل مورد بررسی قرار گرفت که با توجه به بالا بودن P ($P > 0/05$) مشاهده شد که توزیع نمره کارکرد در ۳ گروه از توزیع نرمال تبعیت می‌کند. میانگین سن افراد و انحراف معیار در گروه نابینا $26 \pm 5/2$ ، در گروه ناشنوا $28 \pm 4/8$ و در گروه کنترل $25 \pm 3/3$ بود. (جدول ۱). دو گروه مطالعه از نظر سن با $p = 0/054$ و جنسیت با $p = 0/4$ همسان بودند و تفاوت آماری معناداری نداشتند.

مستر از کارکرد خانواده ساخته شده است و با استفاده از آن می‌توان سالم بودن و ناسالم بودن کارکرد خانواده را در هفت بعد متمایز کرد؛ این ابعاد عبارتند از کارکرد کلی (سطح کلی بهنجاری یا آسیب در خانواده)، حل مسئله (روش خانواده در حل مسائل)، ارتباطات (وضوح و صراحت تبادل اطلاعات کلامی در خانواده)، نقش‌ها (وضوح و تناسب توزیع نقش‌ها در خانواده)، آمیختگی عاطفی (میزان توجه اعضای خانواده به فعالیت‌ها و علائق یکدیگر)، پاسخگویی عاطفی (پاسخگویی خانواده با دامنه کاملی از هیجانات متناسب با موقعیت) و کنترل رفتار (میزان وضوح قوانین خانواده). هر سوال روی مقیاس لیکرتی ۴ نقطه‌ای (۱ = کاملاً موافق، ۴ = کاملاً مخالف) درجه بندی می‌شود (۲۲). برای نمره‌گذاری تمام پاسخ‌ها از ۱ تا ۴ کدگذاری می‌شوند؛ نمره بالاتر نشانگر کارکرد ناسالمتر است. برای بدست آوردن نمره هر مقیاس متوسط نمرات مواد آن مقیاس محاسبه می‌شود سپس نمرات مواد هر مقیاس با هم جمع شده و بر تعداد مواد آن مقیاس تقسیم می‌شود؛ بنابراین نمره هر مقیاس بین ۱ (سالم) تا ۴ (ناسالم) خواهد بود. اگر ۴۰٪ از مواد یک مقیاس پر نشده باشند نمره مقیاس محاسبه نخواهد شد (۲۳). این پرسشنامه در ایران توسط زاده محمدی و ملک خسروی هنجاریابی شده است. آلفای کرونباخ کلی در پژوهش آنها در ارتباط با همه سوالات ۰/۹۴ بدست آمد. اعتبار باز آزمایی پرسشنامه نیز ۰/۸۲ گزارش شده است (۲۳). پرسشنامه محقق ساخته ویژگی‌های

جدول ۱- شاخص های توصیفی شرکت کنندگان

بدون اختلال نفر ۵۵	اختلال شنوایی نفر ۲۶	اختلال بینایی نفر ۲۹	گروه		
۱۲ (۲۱/۸)	۱۴ (۵۳/۸)	۱۰ (۳۴/۵)	زیردبیلیم		
۱۹ (۳۴/۵)	۸ (۳۰/۸)	۱۲ (۴۱/۴)	دبیلیم	فراوانی درصد	تحصیلات
۲۴ (۴۳/۶)	۴ (۱۵/۴)	۷ (۲۴/۱)	بالای دبیلیم		
۲۸ (۵۰/۹)	۱۱ (۴۲/۳)	۱۷ (۵۸/۶)	زن	فراوانی درصد	جنسیت
۲۷ (۴۹/۱)	۱۵ (۵۷/۷)	۱۲ (۴۱/۴)	مرد		
۱۱ (۲۰/۰)	۹ (۳۴/۶)	۱۰ (۳۴/۵)	فارس		
۱۹ (۳۴/۵)	۱۶ (۶۱/۵)	۱۸ (۶۲/۱)	عرب		قومیت
۱۰ (۱۸/۲)	- (۰/۰)	۱ (۳/۴)	لر	فراوانی درصد	
۱۵ (۲۷/۳)	۱ (۳/۸)	- (۰/۰)	سایر		
۵ (۹/۱)	۸ (۳۰/۸)	۸ (۲۷/۶)	زیر ۵۰۰۰۰۰		درآمد
۲۶ (۴۷/۳)	۱۷ (۶۵/۴)	۱۲ (۲۱/۴)	بین ۵۰۰۰۰۰ تا ۱۰۰۰۰۰۰	فراوانی درصد	(تومان)
۱۴ (۲۵/۵)	۱ (۳/۸)	۷ (۲۴/۱)	بین ۱۰۰۰۰۰۰ تا ۱۵۰۰۰۰۰		
۱۰ (۱۸/۲)	۰ (۰/۰)	۲ (۶/۹)	بالای ۱۵۰۰۰۰۰		
$25 \pm 3/3$	$28 \pm 4/8$	$26 \pm 5/2$	میانگین (انحراف معیار)		سن

$P < 0/05$ در مقایسه سه گروه

گروه ۳: گروه بدون اختلال

**نمرات بالاتر در FAD نشان دهنده کارکرد ضعیف تر می باشد.

گروه ۲: گروه دارای اختلال شنوایی

گروه ۱: گروه دارای اختلال بینایی

بالاتر از ۲) در هر سه گروه مشاهده شد. در مقایسه کارکرد خانواده‌های دارای اختلال بینایی، شنوایی و گروه کنترل تفاوت معنادار آماری بین سه گروه مشاهده نشد ($p=0/1$)، (جدول ۲).

میانگین و انحراف معیار نمره کارکرد خانواده (FAD) در گروه نابینا $0/21 \pm 2/34$ ، در گروه ناشنوا $0/25 \pm 2/23$ و در گروه کنترل $0/26 \pm 2/22$ بود. میزانی از بد کارکردی (نمرات

جدول ۲- نتایج تحلیل آنالیز واریانس یک طرفه

متغیر	گروه ۱ n=۲۹	گروه ۲ n=۲۶	گروه ۳ n=۵۵	F	P	آزمون توکی
کارکرد خانواده	$2/34^{**}$	$2/23 \pm 0/254$	$2/22 \pm 0/267$	۲/۲۵۰	۰/۱	-
حل مسئله	$2/06 \pm 0/365$	$1/84 \pm 0/349$	$1/97 \pm 0/371$	۲/۵۹۲	۰/۰۸	-
ارتباطات	$2/39 \pm 0/363$	$2/26 \pm 0/395$	$2/16 \pm 0/303$	۴/۲۳۵	*۰/۰۱	۳<۱ ۳<۲
نقش‌ها	$2/53 \pm 0/330$	$2/41 \pm 0/327$	$2/31 \pm 0/376$	۲/۲۵۳	۰/۷	-
آمیختگی عاطفی	$2/31 \pm 0/314$	$2/33 \pm 0/486$	$2/44 \pm 0/475$	۲/۹۶۶	۰/۰۵۶	-
پاسخگویی عاطفی	$2/37 \pm 0/406$	$2/29 \pm 0/409$	$2/30 \pm 0/486$	۱/۰۱۰	۰/۳	-
کنترل رفتار	$2/40 \pm 0/343$	$2/26 \pm 0/338$	$2/20 \pm 0/350$	۳/۷۴۱	*۰/۰۲	۳<۱ ۳<۲
کارکرد کلی	$2/38 \pm 0/451$	$2/24 \pm 0/411$	$2/13 \pm 0/414$	۳/۴۵۵	*۰/۰۳	۳<۱ ۳<۲

* $P < 0/05$ در مقایسه سه گروه

گروه ۳: گروه بدون اختلال

**نمرات بالاتر در FAD نشان دهنده کارکرد ضعیف‌تر می‌باشد.

گروه ۱: گروه دارای اختلال بینایی گروه ۲: گروه دارای اختلال شنوایی

بحث

هدف از این مطالعه مقایسه کارکرد خانواده‌های دارای فرد با اختلال بینایی و شنوایی با خانواده‌های بدون اختلال بود. در این مطالعه، کارکرد خانواده بین سه گروه تفاوت معناداری را نشان نداد. هرچند در هر سه گروه میزانی از بدکارکردی مشاهده شد. در مقایسه ابعاد هفتگانه کارکرد خانواده در ۳ گروه نیز ابعاد حل مسئله، نقش‌ها، آمیختگی عاطفی و پاسخگویی عاطفی میزانی از بدکارکردی را نشان دادند اما تفاوت معناداری با یکدیگر نداشتند.

نتایج مقایسه ابعاد کارکرد خانواده بر بیماری‌ها و معلولیت‌ها متنوع است. عالی‌زاد و همکاران در بررسی کارکرد خانواده‌های کودکان فلج مغزی نشان دادند که کارکرد این خانواده‌ها با خانواده‌های کودکان عادی تفاوتی ندارد (۴). همچنین بریتنر و همکاران در بررسی مادران کودکان فلج مغزی گزارش کردند که بین سه گروه مطالعه با گروه کنترل از نظر کارکرد خانواده تفاوتی وجود ندارد، هر چند آنها از ابزار سنجش خانواده یا

همچنین در مقایسه ابعاد کارکرد خانواده در ۳ گروه، بین متغیرهای حل مسئله، نقش‌ها، آمیختگی عاطفی و پاسخگویی عاطفی تفاوت معناداری مشاهده نشد (جدول ۲). در حالی که در مقایسه‌های ارتباطات ($p=0/01$)، کنترل رفتار ($p=0/02$) و کارکرد کلی ($p=0/03$) سه گروه با یکدیگر اختلاف معنادار آماری داشتند. به این معنا که گروه اختلال بینایی در این سه زیرمقیاس میانگین بالاتری را نسبت به گروه اختلال شنوایی و کنترل نشان داد که دال بر عملکرد نامطلوب‌تر نسبت به آنها است.

آزمون آنالیز واریانس یکطرفه میان ویژگی‌های جمعیت شناختی (سن، تحصیلات، میزان درآمد، جنسیت، قومیت) و کارکرد خانواده ارتباط معناداری را نشان نداد. در مقایسه همزمان کارکرد خانواده و شدت اختلال در بین سه گروه مطالعه از آنالیز واریانس دوطرفه استفاده شد که نشان داد بین کارکرد خانواده در سه گروه نسبت به شدت اختلال ارتباط معناداری وجود ندارد ($P=0/4$).

مطالعه در محدوده سنی جوانی بوده و به نظر می‌رسد تمایل بر ایجاد استقلال داشته تا بتوانند از عهده امور خود برآیند که این امر ممکن است در کم کردن فشار از روی اعضای خانواده موثر باشد و نهایتاً تاثیر کمتری را بر کارکرد خانواده گذاشته باشد.

همچنین مطالعه بیماران دچار اضطراب و افسردگی (۱۶)، و سواسی اجباری (۳۲)، روماتوئید آرتریت و اسکیزوفرنیا (۲) و کودکان بیش فعال (۵)، تفاوت را با گروه کنترل در حوزه کارکرد خانواده نشان دادند. به نظر می‌رسد عدم ثبات در میزان اختلال یا بیماری (پیشرونده بودن)، می‌تواند در کارکرد خانواده تأثیرگذار باشد. چنان که در این مطالعه و مطالعات همسو با آن، میزان اختلال در فرد ثابت بود و تغییر نمی‌کرد در صورتی که در مطالعات ناهمسو، ما با مقدار ثابتی از درد یا اختلال مواجه نیستیم، این امر شاید در سازگاری افراد خانواده در مواجهه با اختلال یا بیماری اثر بگذارد. وقتی افراد خود را با مشکلی سازگار کنند، بهتر می‌توانند با آن کنار بیایند و خود را با آن تطبیق می‌دهند

ابعاد ارتباطات و کنترل رفتار و کارکرد کلی خانواده‌های دارای فرد با اختلال بینایی میانگین بالاتری را نسبت به خانواده‌های دارای فرد با اختلال شنوایی و گروه کنترل نشان دادند که دال بر عملکرد نامطلوبتر نسبت به این دو گروه است. در بعد کنترل رفتار، داده‌ها نشان می‌دهد قدرت خانواده‌های دارای اختلال بینایی در سازگاری با این اختلال کاهش یافته است (۱۶). در بعد ارتباطات، داده‌ها نشان می‌دهد که ارتباطات کلامی خانواده‌های دارای فرد اختلال بینایی نسبت به خانواده‌های دارای اختلال شنوایی و گروه کنترل به لحاظ عاطفی و ابزاری تحت تأثیر قرار گرفته است (۱۶). بامبارا و همکاران در سال ۲۰۰۹ در مقاله‌ای مروری با بررسی مطالعات متعدد به این نتیجه رسیدند که اختلال بینایی به صورت چالشی منحصر بفرد در الگوهای ارتباطی خودنمایی می‌کند (۱۵). در این مطالعه نیز بعدی که تحت تأثیر اختلال بینایی قرار گرفته بود بعد ارتباطات بود. بد کارکردی در بعد ارتباطات می‌تواند به این علت باشد که افراد نابینا قادر به برقراری تماس چشمی و استفاده از ارتباط غیرکلامی نیستند. تماس چشمی و ارتباط غیرکلامی اهمیت زیادی در برقراری روابط دارد که این افراد معمولاً با نقص‌های زیادی در این رابطه مواجه هستند. در واقع ناتوانی یک فرد در تحول سیستم ارتباطی غیر کلامی از طریق دریافت نشانه‌های دیداری، تأثیر عمیقی بر تعاملات بین فردی دارند و به این ترتیب فرد نه تنها در دریافت یا تفسیر زبان کلامی بلکه در بیان آنچه که به دیگران می‌گوید نیز دچار مشکل می‌شود و این باعث

ابزار مشخص‌تری برای ارزیابی خانواده استفاده نکرده بودند (۲۴). در بررسی نوجوانان دارای اختلالات بینایی و نوجوانان عادی نیز تفاوت آماری معناداری در متغیر عملکرد خانواده بین گروه دانش آموزان عادی و گروه دانش آموزان نابینا وجود نداشت (۶). در مطالعه‌ای که هرزر در سال ۲۰۱۰ بر روی کودکان دارای بیماری‌های مزمن انجام داد هیچ تفاوتی بین نمره‌های کارکرد با گروه کنترل نشان داده نشد (۱۷). هرو و همکاران در سال ۲۰۰۴ که کارکرد خانواده را در مراقبین بیماران دمانس بررسی کردند، دریافتند که مراقبینی که مسئولیت و فشار بیشتری را متحمل می‌شوند کارکرد ضعیفتری دارند و این ضعف در ابعاد پاسخگویی عاطفی، حل مسئله و ارتباطات بیشتر نمود پیدا میکند (۲۵). وانگ و همکاران در سال ۲۰۱۲ با مطالعه بر روی افراد سالخورده دارای افسردگی در چین متوجه شدند که افراد سالخورده با افسردگی مازور کارکرد ضعیف‌تری نسبت به افراد سالخورده بدون افسردگی دارند و بین علائم افسردگی و کارکرد ضعیف خانواده ارتباط مستقیمی وجود دارد (۲۶). آلدفر و همکاران در سال ۲۰۰۹ با مطالعه بر روی نوجوانان نجات یافته از سرطان دوران کودکی، کارکرد خانواده را بخصوص در حوزه‌های حل مسئله، پاسخگویی عاطفی و آمیختگی عاطفی ضعیف گزارش کردند. در این مطالعه نیمی از نوجوانان و یک چهارم مادران و یک سوم پدران، کارکرد خانواده را ضعیف بیان کردند (۲۷). لئونارد و همکاران در سال ۲۰۰۵ با بررسی نوجوانان دیابتی دریافتند که نوجوانانی که سال‌های بیشتری دچار دیابت بودند عملکرد خانواده در آنها ضعیفتر بود (۲۸). جالت و همکاران در سال ۲۰۱۴ که به بررسی ارتباط مشکلات رفتاری کودکان دارای اختلالات طیف اتیسم و کارکرد خانواده پرداخته بودند، دریافتند که بین مشکلات رفتاری و کارکرد خانواده ارتباط معناداری وجود دارد (۲۹). بنیامینی و همکاران در سال ۲۰۱۱ در مطالعه کارکرد خانواده در مادران کودکان با اختلالات رشد در اسرائیل دریافتند که مادران کودکان مبتلا به اختلالات رشد، کارکرد ضعیف‌تری را نسبت به مادران کودکان بدون اختلال داشتند (۳۰). امی لواندوسکی و همکاران در سال ۲۰۱۰ در بررسی سیستماتیک کارکرد خانواده در خانواده‌های کودکان و نوجوانان مبتلا به درد مزمن دریافتند که کارکرد خانواده در کودکان مبتلا به درد مزمن با افراد سالم تفاوت دارد (۱۸). با نگاهی اجمالی بر مطالعات انجام شده در خواهیم یافت که این مطالعات بر روی خانواده‌هایی انجام شده که فرد دارای ناتوانی در سنین کودکی و سالخوردگی می‌باشد. افراد در این سن بیشترین وابستگی را به خانواده دارند، در حالی که افراد حاضر در این

شدت معلولیت بر کارکرد خانواده تأثیری ندارد (۳۳). با توجه به یافته‌های این پژوهش و مطالعات همسو به نظر می‌رسد که خانواده‌ها در رابطه با مشکلات ناشی از شدت اختلال یا بیماری خود را با نیازهای فرد دارای ناتوانی وفق می‌دهند.

نتایج حاصل از این مطالعه نشان می‌دهد که کارکرد خانواده در خانواده‌های دارای فرد با اختلال بینایی و شنوایی و افراد بدون معلولیت تفاوتی ندارد مگر در ابعاد ارتباط و کنترل رفتار که خانواده‌های دارای فرد با اختلال بینایی نسبت به دو گروه دیگر بیشتر دچار بدکارکردی بودند. با توجه به این که نگرش جهانی در ارائه خدمات توانبخشی از خدمات موسسه‌ای به خدمات مبتنی بر جامعه تغییر کرده است و خانواده نقش اصلی را در نگرش جدید دارد، می‌بایست جهت قدرتمند نمودن محور اصلی توانبخشی یعنی خانواده، برای حمایت و مراقبت افراد دارای معلولیت تدابیر لازم اندیشیده شود. پیشنهاد می‌شود که متولیان اصلی معلولین در کشور، همچون وزارت رفاه اجتماعی و سازمان بهزیستی توجه بیشتری به مقوله خانواده داشته باشند و با حمایت‌های همه جانبه، به واسطه سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی در ارائه انواع خدمات مشاوره از ابتدای مواجهه با معلولیت، تسهیل ارتباط خانواده‌ها با مراکز آموزشی - توانبخشی و حمایت‌های اقتصادی، امکانات لازم را برای ارتقا کارکرد خانواده‌های دارای فرد ناتوانی فراهم نمایند.

قدردانی

این مقاله حاصل بخشی از پایان نامه در مقطع کارشناسی ارشد به شماره طرح U-93169 می‌باشد که با حمایت دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی جندی شاپور اهواز انجام شد. بدین وسیله نویسندگان مقاله از معاونت توسعه و پژوهش و فن آوری دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی جندی شاپور بخاطر حمایت مالی و همچنین انجمن نابینایان و ناشنوایان شهر اهواز که در پیشبرد و به سرانجام رساندن پژوهش حاضر سهیم بوده‌اند، تشکر و قدردانی می‌نمایند.

می‌شود که کارآیی فرد نابینا در مقایسه با افراد بینا کاسته شود (۶). در مطالعه پپ-سیگل از اختلال شنوایی به عنوان معلولیتی که مشکلات ارتباطی به همراه دارد و در زندگی روزمره خانواده اختلال ایجاد می‌کند یاد شده است (۱۲). در این مطالعه، حوزه ارتباطات دچار بدکارکردی که در خانواده اختلال ایجاد کند نشده بود. این امر شاید به این علت باشد که نمونه مطالعات پپ-سیگل کودکان هستند و کودکان دارای اختلال شنوایی به همراه خانواده‌هایشان بیشتر در حوزه ارتباطات دچار مشکل می‌شوند و به زمان نیاز دارند که خود را با شرایط وفق داده و آموزش‌های لازم را دریافت نمایند، این در حالی است که نمونه‌های مورد مطالعه ما سال‌ها قبل این مرحله را پشت سر گذاشته و چگونگی برخورد با شرایط جدید را فراگرفته‌اند.

هم چنین به نظر می‌رسد داشتن تماس چشمی و ارتباط غیر کلامی نیز در افراد دارای اختلال شنوایی در ارتباطات آنها موثر بوده است.

در بررسی ابعاد کارکرد خانواده، فرهنگ‌های مختلف الگوهای متفاوتی در کارکرد دارند. الگوهای متفاوت کارکردی در بسیاری از مطالعات ممکن است به عوامل دیگری از جمله تفاوت‌های فرهنگی، نوع و شدت فشارهای روانی اجتماعی و راهبردهای مقابله‌ای خانواده‌ها بستگی داشته باشد (۱۶). بررسی مطالعات کارکرد خانواده، این امر را به ذهن متبادر می‌سازد که خانواده‌هایی که با اختلالات روانی مواجه می‌شوند بیشتر در معرض بدکارکردی قرار می‌گیرند تا خانواده‌هایی که با اختلالات جسمی روبرو می‌شوند. البته اظهار نظر قطعی نمی‌توان در این مسأله داشت و این امر مستلزم پژوهش‌های بیشتر می‌باشد.

در این مطالعه بین شدت ناتوانی و کارکرد خانواده ارتباطی وجود نداشت. در مطالعه بریتزر که بر روی کودکان فلج مغزی انجام شد بین گروه مطالعه با گروه کنترل بر حسب شدت بیماری تفاوت کلی پیدا نشد (۲۴). همچنین در مطالعه عالیزاد و همکاران بین نوع و شدت ناتوانی کودکان فلج مغزی و کارکرد خانواده ارتباطی وجود نداشت (۴). در پژوهش دیگری، سادلر و همکاران به این نتیجه رسیدند که نه قابل مشاهده بودن و نه

REFERENCES

1. Minuchin S, Fishman H. Family Therapy Techniques. Bahari F, Sia F. ed. Tehran:Roshd ; 2005.
2. Mohseni M, Chime G, Panaghi L, Mansoori N. A comparison of family function and expressed emotion in families with rheumatoid arthritis patients and families with schizophrenia patients. Family Research 2011; 7(3):373-390.[In Persian].
3. Ahmadi Kh, Khodadadi Gh, Anisi J, Abdolmohammadi E. Problems of families with disabled children. Iranian Journal of Military Medicine 2011; 13(1):49-52.[In Persian].
4. Alizad V, Malek Khosravi Gh, Karimlo M, Raverian A, Sajedi. Family functioning in children with cerebral palsy and its relation to the type and severity of cerebral palsy. Journal of Payesh 2010; 32(2):25-29.[In Persian].

5. Kimiaee A, Baigi F. Comparison the family function of normal and ADHD mothers and effect of problem solving skill training on family function of mothers. *Journal of Behavioral Sciences* 2010;4(2):141-147. [In Persian].
6. Salimi A. Relationship between family functioning and responsibility in adolescents with visual impairments in comparison with normal juvenile [dissertation]. Tehran IRAN: University of Social Welfare and Rehabilitation Science; 2010.
7. Baltussen R, Smith A. Cost effectiveness of strategies to combat vision and hearing loss in sub-Saharan Africa and South East Asia: mathematical modelling study. *BMJ* 2012;1-12.
8. Kurtzer-White E, Luterman D. Families and children with hearing loss: grief and coping. *Ment Retard Dev Disabil Res Rev* 2003;9(4):232-5.
9. van Eldik T, Treffers PD, Veerman JW, Verhulst FC. Mental health problems of deaf Dutch children as indicated by parents' responses to the child behavior checklist. *AmAnn Deaf* 2004;148(5):390-5.
10. Movallali G, Nemati Sh. Difficulties in parenting hearing-impaired children. *Audiol* 2010;18(1):1-11. [Persian].
11. Movallali G, Abdollahzadeh Rafi M, Nemati SH. Comparison of general health status in mothers of hearing and hearing-impaired children. *Audiol* 2013;22(2):33-39.
12. Pipp-Siegel S, Sedey AL, Yoshinga-Itano C. Predictors of parental stress in mothers of young children with hearing loss. *J Deaf Stud Deaf Educ* 2002;7(1):1-17.
13. Shahriari HA, Izadi S, Rouhani MR, Ghasemzadeh F, Maleki AR. Prevalence and causes of visual impairment and blindness in Sistan-va-Baluchestan Province, Iran: Zahedan Eye Study. *Br J Ophthalmol* 2007; 91(5): 579-84.
14. Askari S, Shafaroudi N, Kamali M, Khalaf Beigi M. Environment and blindness: the experiences of adults with acquired blindness in performing the activities of daily living. *MEJDS (Middle Eastern Journal of Disability Studies)* 2012;1(1):29-41.
15. Bambara J, Wadley V, Owsley C, Martin R, Porter CH, Dreer L. Family functioning and low vision: a systematic review. *J Vis Impair Blind* 2009 ; 103(3): 137-149.
16. Abbasi M, Dehgani M, Yazdkhasti H, Mansouri N. Family functioning in the families of patients with anxiety and depressive disorders: a comparison with general population families. *Journal of Family Research* 2009;5(3):361-370. [In Persian].
17. Herzer M, G.N., Homel K, Driscoll K, Mitchell M, Crosby L, et al. Family functioning in the context of pediatric chronic conditions. *J Dev Behav Pediatr* 2010; 31(1): 1-14.
18. Lewandowski AS, P.T., Sitson J, Handley S and Chambers CT. Systematic review of family functioning in families of children and adolescents with chronic pain. *The Journal of Pain* 2010; 11(11): 1027-1038.
19. Karimi Dermani H. Particular groups rehabilitation with an emphasis on social work services. Tehran: Roshd ;2011: 347-348.
20. Kakavand A. Psychology and Education of Exceptional Children .Tehran :Ravan 2010; 178.
21. International Convention on the rights of persons with disabilities and comprehensive law protecting the rights of the disabled. Organization of Social Welfare. Tehran 2006.
22. Ryan, C. E., Epstein, N. B., Keitner, G. I., Miller, I. V., & Bishop, D. S. Evaluating and treating families: The McMaster approach. New York: Routledge Taylor & Francis Group ;2005.
23. Zadeh Mohamadi A, Malek Khosravi GH. A preliminary study on the psychometric properties and validity of the Scale Family Assessment Device (FAD). *Journal Family Research* 2006;2(5):69-89.
24. Britner PA, Morog MC, Pianta RC, Marvin RS. Stress and coping: a comparison of self-report measures of functioning in families of young children with cerebral palsy or no medical diagnosis. *Journal of Child and Family Studies* 2004; 2: 335-48.
25. Heru AM, Ryan CE, Iqbal A. Family functioning in the caregivers of patients with dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 2004;19(6):533-537.
26. Wang J, Zhao X. Family functioning and social support for older patients with depression in an urban area of Shanghai, China. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 2012;55(3):575-579.
27. Alderfer MA, Navsaria N, Kazak AE. Family functioning and posttraumatic stress disorder in adolescent survivors of childhood cancer. *Journal of Family Psychology* 2009;23(5):717-725.
28. Leonard B, Jang YP, Savik K, Plumbo MA. Adolescents with Type 1 diabetes: family functioning and metabolic control. *Journal of Family Nursing* 2005;11(2):102-121.
29. Jellett R, Wood CE, Giallo R, Seymour M. Family functioning and behaviour problems in children with Autism Spectrum Disorders: The mediating role of parent mental health. *Clinical Psychologist* 2014;1-8.
30. Binyamini IM. Mothers of children with developmental disorders in the bedouin community in israel: family functioning, caregiver burden, and coping abilities. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 2011;41(5):610-617.
31. Bayrami M, Farnam A, Gholizadeh H, Imani M. Family functioning of patients with major depression compared with healthy controls based on McMaster 2010;32(2):25-29. [In Persian].
32. Gholi zadeh H, Beyrami M, Farnam A, Imani M, Pirzadeh J. Family functioning compared patients obsessive compulsive with healthy individuals. *Medical Journal of Urmia* 2010;21(4):354-360. [In Persian].
33. Saddler AL, Hillman SB, Benjamins D. The influence of disabling condition visibility on family functioning. *Pediatric Psychology* 1993; 18: 425-39.

Research Article

A comparison of family functioning in families with member visually and hearing impairment with families without disorder

Mahdinejad L^{1*}, Goharpey Sh², Ghasem Zadeh R³, Latifi M⁴, Bakhshandeh Bavarsad M⁵, Mansouri N¹

1-MSc of Rehabilitation Management, School of Rehabilitation, Student Department of Rehabilitation Administration, Research Committee, Musculoskeletal Rehabilitation Research Center, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran

2- Assistant Professor of Physiotherapy, School of Rehabilitation Sciences, Research Committee, Musculoskeletal Rehabilitation Research Center, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran

3- Instructor Department of Rehabilitation Administration, School of Rehabilitation, Musculoskeletal Research Center, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran

4-Instructor, Department of Epidemiological Statistics, School of Health, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran

5- Department of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Lorestan University of Medical Sciences, Khorramabad, Iran

Abstract

Background and Aim: Visually and hearing impairments are as the most common groups of physical disabilities. Due to limitation caused by these disorders, they can affect family functioning. The aim of this study was to compare the functioning of families with visual and hearing impairments with families without disorders.

Materials and Methods: In this descriptive – analytical study, 55 subjects with visually and hearing impairment from association of the blind and deaf of Ahvaz city, Iran and 55 subjects without disorders as the control group were selected by available sampling method and examined. Data collection tools include Family Assessment Device (FAD) inventory and the demographic information questionnaire. Finally, the data were statistically analyzed using descriptive and analytical statistics in SPSS 20 software.

Results: The research findings showed that the mean scores values obtained from FAD inventory in families with visual and hearing impairments and the controls had no statistically significant differences ($P=0.1$). Comparing the functioning dimensions in the three groups, the families with visual impairment had poorer functioning in dimensions of behavioral control ($P=0.02$), communication ($P = 0.01$) and overall functioning ($P = 0.03$) with respect to the two groups.

Conclusion: The results suggest that the families with visual impairment have lower performance compared to families with hearing impairment and the control group in some aspects.

Keywords: Family functioning, Visually impairment, Hearing impairment

***Corresponding Author:** Leila Mahdinejad, School of Rehabilitation, Student Department of Rehabilitation Administration, Research Committee, Musculoskeletal Rehabilitation Research Center, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences.

Email: Mahdinejad.leila@gmail.com