مقاله پژوهشی
(Originalpaper)

مقایسه ساختار خانوادگی (انسجام و انعطاف‌پذیری) در افراد مبتلا به اچ‌آی‌وی با افراد غیرمبتلا به اچ‌آی‌وی

فریبا ابراهیم بابایی[1*]، مجتبی حبیبی[2]، نیکزاد قنبری[3]، سعید قدرتی[4]

۱- کارشناس ارشد روانشناسی خانواده‌درمانی، پژوهشکده خانواده، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران.

۲- دکتری تخصصی روان شناسی سلامت، گروه روانشناسی سلامت، انستیتو روانپزشکی تهران- دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان، دانشگاه علوم پزشکی ایران

۳- دانشجوی دکتری روانشناسی بالینی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران

۴- دانشجوی دکتری روانشناسی شناختی، پژوهشکده علوم شناختی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران

نویسنده مسئول: تهران، اوین، دانشگاه شهیدبهشتی، پژوهشکده خانواده

faribaebrahimbabaie@yahoo.com ۰۹۳۹۰۵۵۳۸۸۹

چکیده:

زمینه و هدف: خانواده عامل تعیین‌کننده‌ای در گرایش افراد به رفتارهای پرخطر و به دنبال آن ابتلا به انواع بیماری‌ها از جمله اچ‌آی‌وی می‌باشد. هدف پژوهش حاضر مقایسه ساختار خانوادگی در افراد مبتلا به اچ‌آی‌وی با افراد غیرمبتلا به اچ‌آی‌وی است.

مواد و روش‌کار: در مطالعه مقطعی حاضر ۱۴۷ فرد مبتلا به اچ‌آی‌وی که برای درمان به بیمارستان امام خمینی (ره) شهر تهران مراجعه کرده‌بودند و ۱۴۹ فرد غیرمبتلا به اچ‌آی‌وی فاقد ویروس در شهر تهران در سال ۱۳۹۴-۱۳۹۳ مورد مقایسه قرار گرفتند، این پژوهش پرسشنامه مقیاس انسجام و انعطاف‌پذیری خانوادگی[1] برای بررسی کارکرد خانوادگی مورد استفاده قرار گرفت، برای تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل واریانس چند متغیره و نرم‌افزار اس‌پی‌اس‌اس استفاده شد. پژوهش مورد نظر از نوع مقایسه‌ای می‌باشد که ما از روش نمونه‌گیری در دسترس برای جمع‌آوری اطلاعات استفاده کردیم.

یافته‌ها: بین دو گروه افراد مبتلا به‌اچ‌آی‌وی و افراد غیرمبتلا به اچ‌آی‌وی در خرده مقیاس‌های انسجام، انعطاف‌پذیری، گسسته، درهم‌تنیده، نامنعطف و آشفته تفاوت معناداری وجود داشت ($P<0/001$)، که نشان‌دهنده کارکرد خانوادگی ضعیف‌تر در افراد مبتلا به اچ‌آی‌وی نسبت به افراد غیر مبتلا به اچ‌آی‌وی است.

نتیجه‌گیری: با توجه به تفاوت در کارکرد خانوادگی افراد مبتلا به اچ‌آی‌وی و افراد فاقد ویروس اچ-آی‌وی نتیجه میگیریم که ساختار خانوادگی می‌تواند به عنوان عامل مهمی در پیشگیری از اچ‌آی‌وی به حساب آید.

واژه‌های کلیدی: اچ‌آی‌وی، ایدز، انسجام خانواده، انعطاف‌پذیری خانواده، ساختار خانودگی

[Downloaded from zanko.muk.ac.ir on 2026-11-02]

مقدمه

گسترش اچ‌آی‌وی/ ایدز از سایر بیماری‌های همه-گیر که در تاریخ بشر رخ داده است با توجه به حقیقت رفتارهای جنسی و مرگ متفاوت است. این بیماری برای مدت زمان زیادی پنهان می‌ماند. در سال ۲۰۱۳ حدود ۳۵ میلیون نفر دچار بیماری ایدز در سطح جهان گزارش شدند و حدود ۱/۵ میلیون نفر نیز در اثر این بیماری جان باختند. تخمین زده می‌شود که در ایران در سال ۲۰۱۳ حدود ۷۰ هزار نفر دچار بیماری ایدز باشند و حدود ۴۴۰۰ نفر نیز براثر این بیماری جان‌باخته باشند (۱). اچ‌آی‌وی/ ایدز کودکان را به یتیم و زنان را به بیوه زن تبدیل می‌کند، علاوه بر پیامدهای انسانی این بیماری، جامعه را ضعیف می‌کند، نیروهای مولد را از بین می‌برد، امید به زندگی را کاهش می‌دهد و ساختارهای اجتماعی را تخریب می‌کند (۲).

ویروس اچ‌آی‌وی بر روی تمام جنبه‌های زندگی اعم از روانی، جسمانی، اجتماعی و معنوی تاثیر می-گذارد و می‌تواند موجب ترس از زندگی با این عفونت شود. افراد خانواده و مراقبین این بیماران نیز ممکن است تحت تاثیر این مشکل قرار بگیرند. حمایت خانواده می‌تواند موجب ارتقای کیفیت زندگی مبتلایان و پیشگیری از انتقال عفونت شود (۳). به‌طور کلی عوامل روانی و اجتماعی تاثیر مهمی بر کیفیت زندگی زنان اچ‌آی‌وی مثبت، با کارکرد روزانه پیش-بینی شده توسط مراحل بیماری و اضطراب پیش‌بینی شده توسط اختلالات عاطفی و وضعیت تاهل دارد (۴). به‌عنوان یک جمعیت آسیب‌پذیر، افرادی که با اچ‌آی-وی زندگی می‌کنند مشکلات مرتبط با عفونت اچ‌آی-وی را تجربه می‌کنند، از جمله درد بیماری، تبعیض اجتماعی توسط جامعه و نبود منابع برای مراقبت و تهدید بیماری آن‌ها. علاوه بر این، این افراد مجبورند که برای کنار آمدن با مشکلات روانی از جمله تنهایی، انزوای اجتماعی و غیره تلاش کنند. همه‌ی این محدودیت‌های روانی-اجتماعی و فیزیکی می‌تواند نیازهای افراد اچ‌آی‌وی را برای مراقبت همه‌جانبه از جمله توجه به محیط شخص و دریافت حمایت از خانواده و دوستان افزایش دهد. فرض می‌شود که اگر افراد اچ‌آی‌وی مورد حمایت و مراقبت بیشتری قرار گیرند ممکن است باعث پیشگیری یا حداقل کاهش این پیامدهای روانشناختی منفی شود (۵-۹).

مدل سرکمپلکس یکی از مدل‌هایی است که برای تبیین ساختار خانواده و میزان انسجام و انعطاف‌پذیری آن به‌کار رفته است که ما نیز از آن برای ارزیابی ساختار خانواده استفاده می‌کنیم. تاکنون بیش از ۷۰۰ مطالعه درمورد مدل سرکمپلکس[1] چاپ شده است که در آن از پرسشنامه مقیاس انسجام و انعطاف‌پذیری خانواده[2] استفاده شده است. دو بعد مهم این مدل که ریشه در نظریه سیستم‌ها دارد، انسجام و انعطاف‌پذیری خانواده است که در این پژوهش به ارزیابی آن‌ها در خانواده‌های دارای فرد مبتلا به اچ‌آی‌وی و خانواده‌های سالم پرداخته شده است. انسجام بر ایجاد تعادل بین جدا بودن و باهم بودن تاکید دارد. انعطاف‌پذیری در خانواده به معنای روابط بین نقش‌ها و قوانین رابطه است (۱۰).

راهبردهای مربوط به نقش خانواده به متغیرهای مختلفی مربوط است از جمله ویژگی‌هایی که در یک رابطه چندنفره وجود دارند، مثل انسجام خانواده و یا انعطاف‌پذیری آن رابطه، کاهش انسجام خانواده و افزایش تعارضات بین فردی می‌تواند منجر به کاهش انعطاف‌پذیری خانواده شود که با مشکلاتی در تعاملات آن‌ها همراه است، انسجام خانواده که درواقع پیوند هیجانی بین اعضای خانواده و احساس نزدیک

1- circumplex
2- Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales (FACES-IV)

[Downloaded from zanko.muk.ac.ir on 2026-11-02]

بودن است از طریق احساس تعلق و پذیرش در سیستم خانواده ابراز می‌شود (۱۱). تحقیقات متعددی در زمینه ساختار خانوادگی در افراد مبتلا به اچ‌آی‌وی صورت گرفته است، اغلب پژوهش‌ها نشان می‌دهد که در خانواده‌های مبتلا به اچ‌آی‌وی ساختار خانواده ضعیف تر از جمعیت غیر مبتلا به اچ‌آی‌وی می‌باشد (۱۲). در پژوهشی که نیک‌نامی و همکاران (۲۰۱۱) انجام دادند نقش خانواده در بروز رفتارهای پرخطر و ابتلا به اچ-آی‌وی بیان کردند (۱۳). رضازاده و همکاران نیز (۱۳۹۱) به این نتیجه دست یافتند که افرادی که در خانواده‌هایی با میزان صمیمیت پایین بزرگ شده بودند رفتارهای پرخطر بیشتری نشان دادند (۱۴). در پژوهشی که مویکنز[3] (۱۹۹۸) انجام داده است بیان می‌کند که انسجام پایین‌که با احساسات عدم تعلق همراه است، می‌تواند رفتارهایی را در اعضای خانواده به وجود آورد که منعکس کننده محیط خانوادگی می‌باشد. نظام‌های خانواده باید برای انسجام به اندازه کافی پایدار، اما برای کنار آمدن با موقعیت‌های در حال تغییر به اندازه کافی انعطاف‌پذیر باشند. مشکلات وقتی به وجود می‌آیند که ساختار انعطاف‌ناپذیر خانواده نمی‌تواند به قدر کافی با چالش‌های محیطی یا مربوط به بلوغ سازگار شود (۱۵). همچنین مینوچین و همکاران در سال ۲۰۰۶ نشان دادند که هنگامی که خانواده یا یکی از اعضای آن با فشار خارجی مواجه می‌شوند و وقتی که رشد به مراحل گذار رسیده است، تغییرات انطباقی در ساختار لازم است (۱۶). پژوهش استارک (۱۹۹۳) وپژوهش لیتزینگر و گوردون (۲۰۰۵) نیز کاهش میزان انسجام را در بین افراد اچ‌آی‌وی مثبت بیان می‌کند (۱۷).

بنابراین شناخت هرچه بیشتر ساختار خانواده‌های افراد مبتلا به اچ‌آی‌وی می‌تواند در پیشگیری از ابتلا به این بیماری تا اندازه‌ای کمک رسان باشد. هدف پژوهش حاضر بررسی تفاوت ساختار خانوادگی (انسجام و انعطاف‌پذیری خانواده) افراد مبتلا به اچ‌آی-وی با افراد غیرمبتلا به اچ‌آی‌وی است.

مواد و روش‌کار

پژوهش حاضر از تحقیقات توصیفی بود. جامعه آماری پژوهش حاضر کلیه افراد دارای ویروس اچ‌آی-وی شهر تهران در سال ۹۳-۹۴ بود، نمونه‌گیری در بخش عفونی بیمارستان امام خمینی شهر تهران صورت پذیرفت و از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد. ۱۴۷ نفر از افراد اچ‌آی‌وی مثبت به‌عنوان گروه اچ‌آی-وی انتخاب شدند و ۱۴۹ نفر نیز به‌عنوان گروه کنترل افرادی بودند که به بیمارستان امام‌خمینی برای تست اچ‌آی‌وی مراجعه می‌کرده و جواب تست آن‌ها منفی بود، به‌روش نمونه‌گیری دردسترس در شهر تهران انتخاب شدند، ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه‌ای شامل اطلاعات دموگرافیکی (سن، جنس، تاهل، وضعیت اشتغال) و پرسشنامه مقیاس ارزیابی و انعطاف‌پذیری خانوادگی (FACES-IV) بود. یکی از شرط‌های مورد نیاز برای ورود افراد به پژوهش ابتلا به ویروس اچ‌آی‌وی است که توسط دو آزمون الیزا و وسترن بلات به اثبات رسیده است. شرط دیگر برای ورود افراد به پژوهش داشتن سواد خواندن و نوشتن بود؛ به دلیل اینکه در این مطالعه از پرسشنامه استفاده شد، بنابراین افرادی که سواد خواندن و نوشتن نداشتند نمی‌توانستند پرسشنامه را تکمیل کنند. لازم به ذکر است که ملاحظات اخلاقی شامل محرمانه بودن اطلاعات و کسب اجازه از این افراد نیز در مطالعه رعایت شد.

پرسش‌نامه انسجام و مقیاس انعطاف‌پذیری خانواده توسط السون، گورال و تیزل[4] (۲۰۰۶) برای

3- Moeykens

4- Gorall & Tiesel

[Downloaded from zanko.muk.ac.ir on 2026-11-02]

پاسخ به انتقاداتی که در رابطه با نسخه‌های قبلی FACES صورت گرفته بود طراحی شد(۱۸). این مقیاس ۶۲ گویه دارد و با استفاده از شش خرده مقیاس فرعی، دو خرده مقیاس اصلی انسجام و انعطاف‌پذیری خانوادگی را به طور کامل و جامع می‌سنجد. این خرده مقیاس‌ها هم جنبه‌های متوازن[۵] (سالم) و هم جنبه‌های نامتوازن[۶] (مشکل‌دار) کارکرد خانواده را ارزیابی می‌کنند. خرده‌مقیاس‌های انسجام و انعطاف‌پذیری متوازن دوخرده مقیاس متوازن این پرسش‌نامه هستند و خرده مقیاس‌های به هم تنیده[۷]، گسسته[۸]، آشفته[۹] و نامنعطف[۱۰] خرده مقیاس‌های نامتوازن جدید آن هستند. سه خرده مقیاس گسسته، انسجام متوازن و به هم تنیده بعد انسجام و سه خرده مقیاس نامنعطف، انعطاف‌پذیری متوازن و آشفته بعد انعطاف‌پذیری را مورد ارزیابی قرار می‌دهند (۱۹) (اولسون، ۲۰۰۶)، در پژوهشی که مظاهری و همکاران (۲۰۱۴) در ایران انجام دادند، ضریب آلفای کرونباخ نمره کل مقیاس و خرده مقیاس‌های انسجام متوازن، انعطاف‌پذیری متوازن، گسسته، به‌هم‌تنیده، نامنعطف و آشفته برای پدران به ترتیب ۰/۷۴، ۰/۷۱، ۰/۶۱، ۰/۵۸ و برای مادران به ترتیب ۰/۷۲، ۰/۷۲، ۰/۶۹، ۰/۵۶، ۰/۶۲ است (۲۰).

یافته‌ها

تعداد کل پرسشنامه قابل تجزیه و تحلیل در این پژوهش، ۲۹۶ عدد بود. محدوده سنی افراد شرکت کننده بین ۲۰ تا ۶۷ سال است. ۱۷۴ نفر (۵۸/۸ ٪) از این تعداد را مردان و ۱۲۲ نفر (۴۱/۲ ٪) را زنان تشکیل می‌دهند. ۱۴۹ نفر (۵۰/۳ ٪) از این تعداد را افراد غیرمبتلا به اچ‌آی‌وی و ۱۴۷ نفر (۴۹/۷ ٪) را افراد مبتلا به اچ‌آی‌وی تشکیل می‌دهند. از نظر وضعیت شغلی ۷۱ نفر (۲۴ ٪) خانه دار، ۱۳۸ نفر (۴۸/۱ ٪) شغل آزاد، ۳۱ نفر (۱۰/۸ ٪) شغل دولتی، ۳۹ نفر (۱۳/۶ ٪) بیکار و ۸ نفر (۲/۸ ٪) باز نشسته بودند. از لحاظ سطح تحصیلات هم ۹۷ نفر (۲۳/۴ درصد) زیر دیپلم، ۱۰۱ نفر (۳۴/۵ درصد) دیپلم، ۲۴ نفر فوق دیپلم (۸/۲ درصد)، ۵۶ نفر (۱۹/۱ درصد) لیسانس و ۱۵ نفر (۵/۱ درصد) دارای تحصیلات کارشناسی ارشد یا بالاتر بودند.

مقایسه دو گروه به لحاظ متغیر جمعیت شناختی سن نشان می‌دهد میانگین گروه اچ ای وی ($\bar{X}$=۱۶/۳۵) و گروه افراد سالم ($\bar{X}$=۳۶/۰۴) است و بین میانگین دو گروه تفاوت معناداری (**P**=۰/۵، $\mathbf{t}_{(۲۹۳)}$ =۶/۵۳) وجود ندارد و دو گروه همگن هستند.

از آزمون تحلیل واریانس چند متغیره جهت بررسی تفاوت بین گروه بیماران مبتلا به اچ‌آی‌وی و افراد غیرمبتلا به اچ‌آی‌وی از نظر ساختارهای خانواده استفاده گردید، که با توجه به حجم مناسب نمونه تحلیل واریانس در برابر این مفروضه مقاوم است.

5- Balanced
6- Un-balanced
7- Enmeshed
8- Disengaged
9- Chaotic
10- Rigid

[Downloaded from zanko.muk.ac.ir on 2026-11-02]

جدول ۱: همگنی ماتریس واریانس-کوواریانس

ام باکس	مقدار F مشاهده شده	درجه آزادی۱	درجه آزادی ۲	سطح معناداری
۲۳۰/۹	۱۰/۷۵	۲۱	۳۱۷۷۸۸/۶	۰/۰۰۰۱

جدول ۲: آمار توصیفی وضعیت گروه بیماران مبتلا به اچ‌آی‌وی و افراد غیرمبتلا به اچ‌آی‌وی از نظر کارکردهای خانواده

مقیاس	گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار
انسجام	غیرمبتلا به اچ‌آی‌وی	۱۴۹	۲/۸۴	۰/۶۲
	مبتلا به اچ‌آی‌وی	۱۴۷	۲/۵۲	۰/۷۷
	کل	۲۹۶	۲/۶۸	۰/۷۲
انعطاف‌پذیری	غیرمبتلا به اچ‌آی‌وی	۱۴۹	۲/۵۴	۰/۵۸
	مبتلا به اچ‌آی‌وی	۱۴۷	۲/۴۲	۰/۷۱
	کل	۲۹۶	۲/۴۸	۰/۶۵
گسسته	غیرمبتلا به اچ‌آی‌وی	۱۴۹	۱/۳۸	۰/۵۷
	مبتلا به اچ‌آی‌وی	۱۴۷	۱/۸۱	۰/۷۰
	کل	۲۹۶	۱/۵۹	۰/۶۷
درهم تنیده	غیرمبتلا به اچ‌آی‌وی	۱۴۹	۱/۷۷	۰/۵۶
	مبتلا به اچ‌آی‌وی	۱۴۷	۱/۹۸	۰/۵۷
	کل	۲۹۶	۱/۸۷	۰/۵۷
نامنعطف	غیرمبتلا به اچ‌آی‌وی	۱۴۹	۱/۸۷	۰/۵۲
	مبتلا به اچ‌آی‌وی	۱۴۷	۲/۲۲	۱/۲۱
	کل	۲۹۶	۲/۰۴	۰/۹۵
آشفته	غیرمبتلا به اچ‌آی‌وی	۱۴۹	۱/۳۵	۰/۶۶
	مبتلا به اچ‌آی‌وی	۱۴۷	۱/۷۰	۰/۷۲
	کل	۲۹۶	۱/۵۲	۰/۷۱

با توجه به جدول ۱ نتایج بررسی اثر متغیر گروه بیماران مبتلا به اچ‌آی‌وی و افراد غیرمبتلا به اچ‌آی‌وی با استفاده از آزمون هاتلینگ روی ترکیب خطی کارکردهای خانواده حاکی از وجود اثر معنی‌دار گروه ($F(۶و۲۸۹)=۱۲/۹۸/P<۰/۰۰۱/\eta^{۲}=۰/۲۱$) است. جهت بررسی اثر متغیر گروه‌های اچ‌آی‌وی و افراد غیرمبتلا به اچ‌آی‌وی در هر یک از خرده مقیاس‌ها از آزمون تحلیل واریانس چند متغیره استفاده شد.

[Downloaded from zanko.muk.ac.ir on 2026-11-02]

جدول ۳: تحلیل واریانس چند متغیره برای بررسی اثر گروه بیماران مبتلا به اچ‌آی‌وی و افراد غیرمبتلا به اچ‌آی‌وی روی کارکردهای خانواده

منبع تغییرات	متغیر وابسته	میانگین مجذورات	درجه آزادی	F	سطح معنی داری	اندازه اثر
گروه	انسجام	۷/۵۷	۱-۲۹۴	۱۵/۴۵	۰/۰۰۰	۰/۰۵
	انعطاف‌پذیری	۰/۹۶	۱-۲۹۴	۲/۲۸	۰/۱۳۲	۰/۰۰۸
	گسسته	۱۳/۶۷	۱-۲۹۴	۳۳/۴۸	۰/۰۰۰	۰/۱۱
	درهم تنیده	۳/۱۶	۱-۲۹۴	۹/۹۵	۰/۰۰۲	۰/۰۳۳
	نامنعطف	۹/۲۱	۱-۲۹۴	۱۰/۶۲	۰/۰۰۱	۰/۰۳۵
	آشفته	۹/۲	۱-۲۹۴	۱۹/۲۰	۰/۰۰۰	۰/۰۶۱

براساس نتایج تحلیل واریانس تک متغیره برای بررسی اثر گروه مبتلا به ایدز و افراد غیر مبتلا به اچ-آی‌وی در جدول ۳ می‌توان گفت که بین گروه مبتلا به ایدز در خرده مقیاس انسجام (P<۰/۰۰۱، F(۱،۲۹۴)=۱۵/۴۵)، انعطاف‌پذیری (P<۰/۰۱، F(۱،۲۹۴)=۲/۲۸)، خرده مقیاس گسسته (P<۰/۰۰۱، F(۱،۲۹۴)=۳۳/۴۸)، خرده مقیاس درهم تنیده (F(۱،۲۹۴)=۹/۹۵،P<۰/۰۱)، خرده مقیاس نامنعطف (F(۱،۲۹۴)=۱۰/۶،P<۰/۰۰۱)، و خرده مقیاس آشفته (F(۱،۲۹۴)=۱۹/۲،P<۰/۰۰۱)، تفاوت معنی‌داری به لحاظ آماری مشاهده گردید.

بحث و نتیجه‌گیری

در پژوهش حاضر به مقایسه ساختارهای خانوادگی افراد غیرمبتلا به اچ‌آی‌وی و افرادی که مبتلا به اچ‌آی-وی می‌باشند پرداختیم. بر اساس نتایج پژوهش حاضر، افراد مبتلا به اچ‌آی‌وی در ساختار خانوادگیشان انسجام وانعطاف‌پذیری کمتری نسبت به افرادی که غیرمبتلا به اچ‌آی‌وی دارند و گسستگی، درهم‌تنیدگی، نامنعطفی و آشفتگی در خانواده‌های آن‌ها بیشتر از خانواده‌های غیرمبتلا به اچ‌آی‌وی است.

تمام پژوهش‌هایی که تاکنون در این حیطه انجام شده‌اند همسو با پژوهش حاضر است، از جمله پژوهش‌هایی که در ایران در این زمینه انجام گرفته‌اند و همسو با پژوهش ما می‌باشد، پژوهشی است که نیک نامی و همکاران (۲۰۱۱) انجام دادند، آن‌ها کارکرد ناسالم خانواده، ساختار آسیب‌زای خانواده و هنجارهای خانوادگی مخاطره‌زا را مطرح کردند و بیان داشتند که ضعف حمایتی و نداشتن حمایت کافی از سوی خانواده عامل اصلی کشانده شدن فرد به سوی رفتارهای پرخطر و ابتلا به اچ‌آی‌وی می‌باشد (۱۳)، در پژوهشی دیگر که رضازاده و همکاران (۱۳۹۴) انجام دادند به این نتیجه دست یافتند که افرادی که در خانواده‌هایی با میزان صمیمیت پایین بزرگ شده بودند رفتارهای پرخطر بیشتری نشان دادند (۱۴). در پژوهشی که استارک[11] در سال ۱۹۹۳ انجام داد و همسو با فرضیه پژوهش حاضر است بیان می‌کند که انسجام پایین که با احساس عدم تعلق همراه است می‌تواند رفتارهایی را در خانواده به وجود آورد که منعکس کننده محیط خانواده است، به‌عبارتی هرچقدر انسجام در خانواده پایینتر باشد افراد از هم فاصله‌ی بیشتری می‌گیرند و عاملی برای ایجاد افسردگی در افراد می-

11- Stark

[Downloaded from zanko.muk.ac.ir on 2026-11-02]

شود (۱۷). لیتزینگر و گوردون[12] در سال ۲۰۰۵ کاهش انسجام در بین افراد اچ‌آی‌وی مثبت را بیان کردند،آن-ها ابراز داشتند از جمله عواملی که باعث کاهش میزان انسجام در میان افراد اچ‌آی‌وی می‌شود نبود رضایت از روابط جنسی برای فرد بیمار و همسرش می‌باشد، ابعادی که در روابط جنسی تحت تاثیر قرار می‌گیرد (۲۱)، میزان تعهد نسبت به همسر (کاپینوس و جانسون[13]، ۲۰۰۳)، خوگیری نسبت به همسر (لنینگهام، جانسون و آماتو[14]، ۲۰۰۱) و داشتن روابط خارج از ازدواج (لیو[15]، ۲۰۰۰) است که همه‌ی این عوامل تاثیر منفی بر انسجام خانواده دارد (۲۴،۲۲،۲۳). به‌عبارتی این عوامل باعث ایجاد شکاف بین زوجین می‌شود و انسجام خانواده را از میان می‌برد. با توجه به پیشینه پژوهشی که همگی همسو با فرضیه پژوهشی ماست؛ در تبیین این انسجام پایین تر دربین افرادی که درخانواده-هایی با عضو دارای فرد مبتلا به اچ‌آی‌وی می‌باشند نسبت به افراد سالم عوامل زیادی دخیلند، از جمله افزایش پرخاشگری، انتقاد و منفی‌گرایی در خانواده به علت وجود بیماری مزمن اچ‌آی‌وی که اتفاق بسیار استرس‌زایی می‌باشد و می‌تواند منجر به جو پرتنش درخانواده شود و افراد خانواده را از هم دور کند. از آن جایی که در بسیاری از کشورها، شرکت‌ها کارکنانی که تست اچ‌آی‌وی آن‌ها مثبت بود را اخراج می‌کنند و در کنار مشکلات کاهش درآمد خانواده به-علت بیکاری، افزایش هزینه‌های مراقبت بهداشتی برای افرادی که با اچ‌آی‌وی زندگی می‌کنند ممکن است مانع دسترسی به کالاهای اساسی از جمله غذا، مسکن، دارو و تحصیلات برای کودکان شود (۲۵) که در صورت وجود این تغییرات خانواده ممکن است نتواند پایداری خود را حفظ کند و انعطاف‌پذیری خود را از دست می‌دهد در نتیجه از عوامل دیگری که احتمال دارد در کاهش انسجام خانواده‌های مبتلا به اچ‌آی‌وی تاثیر بگذارد مشکلات اقتصادی مرتبط با اچ‌آی‌وی می‌باشد که مشکلات اقتصادی مرتبط با اچ‌آی‌وی/ ایدز نابود کننده می‌باشد و می‌تواند منجر به آشفتگی در خانواده شود. علاوه بر مشکلات اقتصادی، خانواده-هایی که با اچ‌آی‌وی زندگی می‌کنند معمولا با فشارهای اجتماعی فوق‌العاده و تبعیض اجتماعی مواجه می‌شوند از آن جا که در بسیاری از کشورها کل خانواده با عنوان خانواده‌ی ایدزی نامیده می‌شود، این امر نیز به نوبه‌ی خود منجر به کاهش انعطاف‌پذیری خانواده می‌شود که ساختار انعطاف‌ناپذیر خانواده نمی-تواند به قدر کافی با چالش‌های محیطی کنار آید. به هنگام مواجه با تبعیض اجتماعی و مشکلات دیگر همراه با اچ‌آی‌وی/ ایدز، یک خانواده قوی و حمایتی اولین خط دفاعی است (۲۶). در حالی که گاهی خود اعضای خانواده نیز می‌توانند به نوبه‌ی خود تنیدگی را در محیط خانواده افزایش دهند و منجر به کاهش انعطاف‌پذیری و انسجام در خانواده شوند به عنوان نمونه در مطالعه انجام شده در مکزیکو کاسترو[16] و همکاران (۱۹۹۸) نشان دادند که اکثر اعضای خانواده پاسخ‌های منفی به اعضای خانواده که تشخیص اچ‌آی-وی می‌گیرند می‌دهند که منجر به درهم تنیدگی بین اعضای خانواده و آشفتگی روابط می‌شود (۲۷)، بنابراین چنانچه حمایت خانواده بیشتر باشد، افراد از خدمات سلامت روان بیشتر استفاده می‌کنند و کیفیت زندگی نیز ارتقا پیدا می‌کند و به موازات آن انسجام و انعطاف‌پذیری خانواده نیز حفظ می‌شود که البته داغ ننگ همراه با اچ‌آی‌وی نیز مانع از استفاده افراد از درمان مناسب و حمایت اجتماعی می‌شود.

12- Litzinger & Gordon
13- Kapinus & Johnson
14- Laningham, Johnson, Amato
15- Liu
16- Castro

[Downloaded from zanko.muk.ac.ir on 2026-11-02]

در تبیین انسجام و انعطاف‌پذیری خانواده ذکر این مساله شایان توجه است که آنچه یک خانواده بهنجار رامشخص می‌کند فقدان مشکلات نیست، بلکه یک ساختار کارآمد برای حل آن‌ها می‌باشد. خانواده‌ای سالم است که منسجم و منعطف باشد و مشکلات وقتی به‌وجود می‌آیند که ساختار انعطاف‌پذیر خانواده نمی‌تواند به‌قدر کافی با چالش‌های محیطی یا مسایل مربوط به بلوغ سازگار شود و وقتی یک مشکلی برای یکی از اعضای خانواده بوجود می‌آید تغییرات انطباقی در ساختار لازم است پس به هنگامی که فردی از اعضای خانواده به اچ‌آی‌وی مبتلا می‌شود ممکن است خانواده نتواند تعادل سابق خود را حفظ کند و روابط بین اعضای خانواده تغییر می‌کند و خانواده نمی‌تواند پایداری خود را حفظ کند. همچنین درهم تنیدگی و فاصله گرفتن معمولا متقابل هستند، درنتیجه درصورتی که تنیدگی به علت بیماری در خانواده بوجود آید فاصله بین افراد ایجاد می‌شود و کارکرد خانوادگی کمتر از خانواده‌های سالم می‌شود. خانواده‌های درهم تنیده با انکار تفاوت‌ها یا با جر و بحث مداوم، که به آن‌ها اجازه می‌دهد احساسات خود را بدون اصرار برای تغییر یا حل مسایل بیرون بریزند، از تعارض اجتناب می‌کنند و بدین طریق باعث کاهش انسجام خانواده می‌شوند، همچنین ممکن است گسستگی موجود در ساختار خانواده با مشکلات سو استفاده از مواد مرتبط باشند، به‌علاوه سوء استفاده از مواد در انسجام خانواده به‌عنوان یک واحد و در کارکرد اعضای آن باعث آشفتگی می‌شود.

در پژوهش حاضر به مقایسه ساختار خانوادگی در افراد مبتلا به اچ‌آی‌وی و افراد غیرمبتلا به اچ‌آی‌وی پرداختیم، بهتر است که پژوهش‌های آینده به مسائل مربوط به شروع بیماری، مسائل روانی-اجتماعی و نحوه واکنش اعضای خانواده بپردازند. با وجودی که پژوهش‌های زیادی در ارتباط با اهمیت نقش حمایتی خانواده در بیماران اچ‌آی‌وی صورت گرفته تعداد پژوهش‌هایی که ساختار خانوادگی این افراد را بررسی کند و عوامل موثر در گسستگی و آشفتگی و نامنسجم بودن ساختار خانوادگی را بررسی کند بسیار اندک می‌باشد که در این پژوهش به آن پرداخته شد. نتایج پژوهش حاضر اهمیت تعادل و حمایت خانوادگی و منعطف بودن خانواده‌ها را به هنگام مواجهه با بیماری اچ‌آی‌وی خاطر نشان ساخت، پیشنهاد می‌شود که پژوهش‌های آتی به بررسی بیشتر نقش کارکرد خانواده در پیشگیری و درمان اچ‌آی‌وی بپردازند، همچنین بهتر است در تدوین برنامه‌های پیشگیری و درمان نقش کارکرد خانوادگی اعمال شود.

تشکر و قدردانی

از اساتید و همکاران محترم بیمارستان امام خمینی، باشگاه یاران مثبت و تمام کسانی که ما را در انجام این تحقیق یاری نمودند کمال تشکر را داریم.

References:

1.UNICEF, World Health Organization. Global AIDS response progress reporting 2013: construction of core indicators for monitoring 2011 political declaration on HI.
2. Unaids WH. Report on the global HIV/AIDS epsidemic. Geneva: UNAIDS and World Health Organization. 2002 Dec.
3. Who J, Consultation FE. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. World Health Organ Tech Rep Ser. 2003;916.
4. Sowell RL, Lowenstein A, Moneyham L, Demi A, Mizuno Y, Seals BF. Resources, stigma, and patterns of disclosure in rural women with HIV infection. Public Health Nurs. 1997;14(5):302-12.

[Downloaded from zanko.muk.ac.ir on 2026-11-02]

5. Murphy DA, Moscicki AB, Vermund SH, Muenz LR, Adolescent Medicine HIV/AIDS Research Network. Psychological distress among HIV+ adolescents in the REACH study: effects of life stress, social support, and coping. J Adolesc Health. 2000;27(6):391-8.
6. Turner-Cobb JM, Gore-Felton C, Marouf F, Koopman C, Kim P, Israelski D, Spiegel D. Coping, social support, and attachment style as psychosocial correlates of adjustment in men and women with HIV/AIDS. J behav med. 2002;25(4):337-53.
7. Catz SL, Gore-Felton C, McClure JB. Psychological distress among minority and low-income women living with HIV. Behav Med. 2002;28(2):53-60.
8. Farber EW, Mirsalimi H, Williams KA, McDaniel JS. Meaning of illness and psychological adjustment to HIV/AIDS. Psychosomatics. 2003;44(6):485-91.
9. Hsiung PC, Thomas V. Coping strategies of people with HIV/AIDS in negative health care experiences. AIDS care. 2001;13(6):749-62.
10. Olson DH. Circumplex model of marital and family sytems. Am J Fam Ther. 2000;22(2):144-67.
11. McKeown RE, Garrison CZ, Jackson KL, Cuffe SP, Addy CL, Waller JL. Family structure and cohesion, and depressive symptoms in adolescents. J Res Adolesc. 1997;7(3):267-81.
12. Smith Fawzi MC, Eustache E, Oswald C, Surkan P, Louis E, Scanlan F, Wong R, Li M, Mukherjee J. Psychosocial functioning among HIV-affected youth and their caregivers in Haiti: implications for family-focused service provision in high HIV burden settings. AIDS patient care and STDs. 2010;24(3):147-58.
13. Niknami SH, Amin Shokravi F, Farmanbar R, Ahmadi F, Jafari MR. Family System and Its Effect's on HIV/AIDS High Risk Behaviors: A Qualitative Study. J Guilan Uni Med Sci. 2011;20(77):69-80.
14. Rezazadeh M, Ahmadi K, Nafarieh M, Akhavi Z, Zanganeh MA, Farid HM, Jalal HS. Family characteristics of individuals with risky sexual behaviors. J Fundam Ment Health. 2015;17(3).
15. Stark KD, Humphrey LL, Laurent J, Livingston R, Christopher J. Cognitive, behavioral, and family factors in the differentiation of depressive and anxiety disorders during childhood. J. Consult. Clin. Psychol.. 1993;61(5):878.
16. Minuchin S, Lee WY, Simon GM. Mastering family therapy: Journeys of growth and transformation. John Wiley & Sons; 2006 Jul 21.
17. Stark KD, Humphrey LL, Laurent J, Livingston R, Christopher J. Cognitive, behavioral, and family factors in the differentiation of depressive and anxiety disorders during childhood. J Consult Clin Psychol. 1993;61(5):878-86.
18. Gorall DM, Tiesel JW, Olson DH. FACES IV & the circumplex model. Minneapolis, MN: Life Innovations. 2006.
19. Olson DH, Gorall DM. Faces IV and the circumplex model. Minneapolis, MN: Life Innovations. 2006.
20. Mazaheri M, Habibi M, Ashori A. Psychometric Properties of Persian Version of the Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales (FACES-IV). Iran J Psychiatry Clin Psychol. 2014;19(4):314-25.
21. Litzinger S, Gordon KC. Exploring relationships among communication, sexual satisfaction, and marital satisfaction. J Sex Marital Ther. 2005;31(5):409-24.
22. Kapinus CA, Johnson MP. The Utility of Family Life Cycle as a Theoretical and Empirical Tool Commitment and Family Life-Cycle Stage. J Fam Issues. 2003;24(2):155-84.
23. VanLaningham J, Johnson DR, Amato P. Marital happiness, marital duration, and the U-shaped curve: Evidence from a five-wave panel study. Soc Forces
. 2001;79(4):1313-41.
24. Liu C. A theory of marital sexual life. J Marriage Fam. 2000;62(2):363-74.
25. Cao XB, Pang L, Wu ZY. Reasons and patterns of AIDS stigma and intervention strategies. Chinese Journal of AIDS/STD. 2005;11(3):243-5.
26. Li JH, Zhu HJ, Huang XR, Lai KN, Johnson RJ, Lan HY. Smad7 inhibits fibrotic effect of TGF-β on renal tubular epithelial cells by blocking Smad2 activation. Clin J Am Soc Nephrol. 2002;13(6):1464-72.
27. Castro R, Orozco E, Aggleton P, Eroza E, Hernández JJ. Family responses to HIV/AIDS in Mexico. Soc Sci Med.. 1998;47(10):1473-84.

[Downloaded from zanko.muk.ac.ir on 2026-11-02]

Original paper

Comparing Family Structure (Cohesion and flexibility) in HIV Positive and HIV Negative Individuals

Fariba Ebrahimbabaie[1*], Mojtaba Habibi[*2], Nikzad Ghanbari[*3], Saeid Ghodrati[*4]
1-M.Sc. Family Therapy, Faculty of Education & Psychology, Family Research Institute, Shahid Beheshti University. Tehran, Iran.
2-Ph.D in Health Psychology, Department of Health Psychology, Tehran Institute of Psychiatry- School of Behavioral Sciences and Mental Health, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
3-PhD Student in Clinical Psychology, Shahid Beheshti University. Tehran. Iran.
4-PhD Student in Cognitive psychology, Shahid Beheshti University. Tehran. Iran.

Abstract

Backgrounds and Aim: Family, plays a prominent role in the tendency of people toward risky behaviors which results in acquiring infectious diseases. In this paper, we aimed to compare family structure of HIV positive individuals with HIV negative individuals.

Material and Methods: In this cross-sectional study, We recruited 147 HIV positive individuals who referred to Imam Khomeini hospital and 149 HIV negative individuals from Tehran since 2014 to 2015. In the present study, Family Adaptability and cohesion evaluation (FACES-IV) were used to assess family function. The authors conducted multivariate analysis of variance (MANOVA) using SPSS software.

Results: There was a meaningful difference between two groups in cohesion, flexibility, disengaged, enmeshed, rigid and chaotic. ($p<0.001$) which showed the differences between the family function of HIV positive and HIV negative individuals.

Conclusion: We conclude that regarding the differences in family function of HIV positive and HIV negative people, family function must be considered as an important factor in HIV prevention and treatment.

Keywords: HIV, AIDS, Family cohesion, Family structure, Family flexibility

[Downloaded from zanko.muk.ac.ir on 2026-11-02]