Military Caring Sciences
Volume 9, Issue 3, Autumn 2022 (Serial Number: 33)
Original Article

Determination of the Relationship between Family Function and the Loneliness of Children Admitted to Imam Jafar Sadegh Meybod Hospital in 2018

* Hassanzadeh Mahmoudabadi. N[1]
Sadeghi. N[2]

1- (* Corresponding Author) MSC of Pediatric Nursing, Instructor, Nursing Department, Khorasgan Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran, Email: nafashasanzdeh@gmail.com
2- Ph.D., in Pediatric Nursing, Assistant Professor, Nursing Department, Khorasgan Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran

Abstract

Introduction: Loneliness is associated with the loss of positive feelings and the emergence of more negative ones during social interactions, as well as poor family functioning.

Objectives: This study aimed to determine the relationship between family functioning and the loneliness of children admitted to Imam Jafar Sadegh Meybod Hospital in 2018.

Materials and Methods: This descriptive correlational study was performed on 94 children aged 7-14 years admitted to Imam Jafar Sadegh Meybod Hospital with their mothers. Children were selected through purposeful sampling, and data were collected using the Questionnaire of Family Functioning and the UCLA Loneliness Scale. Data were analyzed using the Pearson correlation coefficient test and the SPSS software (version 22) at a significance level of 0.05.

Results: The results of the Pearson correlation test showed significant negative relationships between loneliness and the problem-solving component (P=0.003, r=-0.30), the relationship component (P=0.012, r=-0.26), the component of emotional companionship (P=0.006, r=-0.28), the component of emotional intercourse (P=0.001, r=-0.43), behavior control component (P=0.001, r=-0.57), and overall family functioning (P=0.001, r=-0.54). On the other hand, there was a significant positive relationship between feelings of loneliness and the roles assigned to children in the family (P=0.001, r=43).

Conclusion: In general, the findings revealed that family functioning and its components are inversely related to children's sense of loneliness. In other words, the better the family functions, the less children feel loneliness. The results also showed that roles in the family have a direct and strong effect on children's feelings of loneliness. Therefore, to improve children's loneliness, we should pay more attention to family functioning.

Keywords: Child, Family function, Hospitalization, Loneliness

Hassanzadeh Mahmoudabadi N, Sadeghi. N. Determination of the Relationship between Family Function and the Loneliness of Children Admitted to Imam Jafar Sadegh Meybod Hospital in 2018. Military Caring Sciences. 2023; 9 (3).278-288
Submission: 2021/01/24 Accepted 2022/03/12 Published: 2022/12/1

تعیین رابطه عملکرد خانواده با احساس تنهایی کودکان بستری در بیمارستان امام جعفر صادق میبد در سال ۱۳۹۷

*نفس حسن زاده[۱]، نرگس صادقی[۲]

چکیده

مقدمه: احساس تنهایی به از دست دادن احساس مثبت و پیدا شدن احساس منفی بیشتر در طول ارتباطات اجتماعی و عملکرد ضعیف خانواده بستگی دارد.

هدف: هدف پژوهش حاضر تعیین رابطه عملکرد خانواده و احساس تنهایی کودکان بستری در بیمارستان امام جعفر صادق میبد در سال ۱۳۹۷ بود.

مواد و روش‌ها: روش این پژوهش از نوع توصیفی همبستگی بود که بر روی ۹۴ کودک ۱۴-۷ ساله بستری در بیمارستان امام جعفر صادق میبد به همراه مادرشان انجام شد. روش نمونه‌گیری در دسترس بود. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه عملکرد خانواده (The Questionnaire of Family Functioning) و مقیاس احساس تنهایی (UCLA Loneliness Scale) UCLA جمع‌آوری شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون ضریب همبستگی پیرسون (Pearson Correlation Coefficient) و با نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۲ و در سطح معنی‌داری ۰/۰۵ انجام شد.

یافته‌ها: نتایج آزمون همبستگی پیرسون نشان داد که بین احساس تنهایی و مؤلفه حل مشکل (P=۰/۰۰۳، r=-۰/۳۰)، بین احساس تنهایی و مؤلفه ارتباط (P=۰/۰۱۲، r=-۰/۲۶)، بین احساس تنهایی و مؤلفه همراهی عاطفی (P=۰/۰۰۶، r=-۰/۲۸)، بین احساس تنهایی و مؤلفه آمیزش عاطفی (P=۰/۰۰۱، r=-۰/۴۳)، بین احساس تنهایی و مؤلفه کنترل رفتار (P=۰/۰۰۱، r=-۰/۵۷) و بین احساس تنهایی و عملکرد کلی خانواده (P=۰/۰۰۱، r=-۰/۵۴) ارتباط منفی و معنی‌داری وجود دارد؛ اما بین احساس تنهایی و مؤلفه نقش‌ها ارتباط مستقیم و مثبت وجود داشت (P=۰/۰۰۱، r=۰/۴۳).

نتیجه‌گیری: به طور کلی نتایج نشان داد که عملکرد خانواده و مؤلفه‌های آن با احساس تنهایی کودکان رابطه معکوسی دارند یعنی هرچه عملکرد خانواده بهتر باشد، احساس تنهایی کمتر است. همچنین نتایج نشان داد که نقش‌ها در خانواده اثر مستقیم و قوی روی احساس تنهایی کودکان ایفا می‌کنند. لذا، برای بهبود احساس تنهایی کودکان توجه بیشتری به عملکرد خانواده داشته باشیم.

کلمات کلیدی: احساس تنهایی، بستری در بیمارستان، عملکرد خانواده، کودک

مجله علوم مراقبتی نظامی سال نهم ■ شماره ۲ ■ پاییز ۱۴۰۱ ■ شماره مسلسل ۳۲ ■ صفحات ۹۷-۸۸

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۱۱/۵
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۶/۱
تاریخ انتشار: ۱۴۰۱/۱۲/۱۰

مقدمه

کودکان به عنوان یکی از گروه‌های آسیب‌پذیر در معرض انواع مشکلات جسمانی و روانشناختی قرار دارند. آسیب‌پذیری در این سنین از یک طرف تحت تأثیر فرایند فعال رشد و مقتضیات آن و از طرف دیگر تحت تأثیر کنترل شرایط محیطی و موقعیتی کودک توسط بزرگسالان قرار دارد (۱). کودکانی که با بیماری دست در گریبان هستند، وضعیت خلقی، شناختی و هیجانی آنان دچار تزلزل می‌شود. همچنین، مشکلات شناختی بر روند بهبودی آنان اثر منفی می‌گذارد. حدود ۱۳ درصد از کودکان حداقل در دوران کودکی یک‌بار و نزدیک به ۵ درصد بستری‌های چندگانه

۱ - دکترای پرستاری کودکان، استادیار، گروه پرستاری، واحد خوراسگان، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران(*نویسنده مسئول) آدرس الکترونیک nafashasanzdeh@gmail.com:

۲ - کارشناس ارشد پرستاری کودکان، مربی، گروه پرستاری، واحد خوراسگان، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران

دارند این کودکان که در بیمارستان بستری می‌شوند به دلیل فقدان روابط با دیگران و خانواده احساس تنهایی می‌کنند، این احساس موجب ایجاد احساس ناخوشایند و مبهم و نیز از دست دادن سطح کیفی روابط با دیگران در آنان می‌شود (۲). کودک به عنوان یک انسان دارای نیازهای فیزیکی، روانی و اجتماعی در بعد مادی و معنوی می‌باشد. این نیازها در سطحی متناسب با سن و سال کودک در خانواده به طور طبیعی بررسی و ارضا می‌گردد، لیکن هرگونه تغییر و بیماری، سلامتی را به مخاطره انداخته و در نتیجه یک حالت نامتعادل و غیرعادی ایجاد می‌کند، وضعیت مذکور عدم ارضای نیازهای کودک را به دنبال دارد (۳). از جمله این موارد زمانی است که کودک به علت بیماری در بیمارستان بستری می‌شود. بستری شدن برای کودکان یک بحران در سازگاری با شرایط محیط جدید آن هم در شرایطی است که نه تنها از سلامت برخوردار نیستند بلکه در معرض برخورد با عوامل ناشناخته و خطرآفرین نیز قرار دارند. بستری شدن کودک در بیمارستان سبب اضطراب ناشی از جدایی، اندوه، ترس از محیط جدید، ترس از ناتوانی و ترس از ادامه زندگی می‌شود (۴). کودکان پس از بستری شدن ممکن است مواردی همچون احساس عدم امنیت، گناه و عصبانیت را نشان دهند (۵). بستری شدن در بیمارستان باعث تجربه جدایی از خانواده و دوستان و اختلال در روال خانواده و فعالیت‌های روزمره کودک و نوجوان می‌شود. کودکان بستری نگرانی در مورد جدایی از پدر، مادر، خواهر، برادر، محیط خانه و دوستان خود را ابراز می‌کنند. آن‌ها جنبه‌های دیگری از تجارب را نیز گزارش نمودند که از آن جمله می‌توان به قرارگیری در محیط نا آشنا و اضطراب حاصله از آن، ترس از اقدامات درمانی، محدود شدن استقلال فردی، وسایل رفاهی دوری از خانه و غذاهای خانگی و دست‌پخت مادر، تختخواب اتاق خود، تماس با دوستان و همبازی‌ها اشاره کرد (۶). کودکان مبتلا به بیماری‌های مزمن ممکن است دردی را تجربه کنند که اغلب در ارتباط با ترس و سایر احساسات منفی در مورد بستری شدن و به طور بالقوه پزشک یا پرستار می‌باشد، بستری شدن در بیمارستان باعث ترس و اضطراب کودک می‌شود و این امر می‌تواند عامل مهمی در به تأخیر انداختن بهبودی کودک باشد (۷). به هنگام بستری شدن کودک در بیمارستان خانواده نیز از حالت تعادل خارج می‌شود. این تجربه مشکل بزرگی برای خانواده و تجربه‌ای تهدیدکننده برای کودکی است که سعی می‌کند وظایف مربوط به سطح تکاملی خود را انجام دهد. در این شرایط نقش و مسئولیت والدین نیز تغییر می‌کند و آن‌ها باید بتوانند با این شرایط سازگار شده و با نقش جدید خود کنار بیایند. این فرایند غالب شدن بر نقش جدید همواره به راحتی صورت نمی‌گیرد (۸).

احساس تنهایی تجربه منفی شدیدی است و این احساس چه از نوع عاطفی باشد یا اجتماعی، با عزت نفس پایین و ناخشنودی و گوشه‌گیری کودکان در ارتباط است. گستردگی احساس تنهایی در کودکان منجر به ایجاد اختلالات شناختی شدید می‌شود (۹). احساس تنهایی به از دست دادن احساس مثبت و پیدا شدن احساس منفی بیشتر در طول ارتباطات اجتماعی و عملکرد ضعیف خانواده بستگی دارد. بررسی سموکر (Smucker) و همکاران نیز نشان داد که نمرات پایین عملکرد خانواده وجود مشکلات شناختی را در کودکان پیش بینی می‌کند (۱۰). خانواده کوچک‌ترین اجتماع انسانی است که روابط اعضای آن در درجه نخست از پیوند عاطفی و خونی نشأت می‌گیرد و هر یک از اعضای خانواده نقشی دارند و بر اساس این نقش‌ها، تکالیف و حقوق خاصی برای هر یک از اعضا ایجاد می‌شود. عملکرد خانواده، نقش مهمی در استحکام و پایداری و نیز سلامت کودکان دارد (۱۱). هرگاه عملکرد خانواده به دلایلی از قبیل افزایش تنش و اضطراب با مشکل روبه‌رو شود و میزان انطباق در خانواده مناسب نباشد در کودکان مشکلات شناختی پدیدار گشته است. افزایش تنش و اضطراب والدین، کودک بستری را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۱۲). نتایج مطالعات انجام شده نشان می‌دهد سلامت جسمانی و روانی ارتباط معناداری با کیفیت زندگی و عملکرد خانواده دارد. والدینی که تنش و اضطراب ندارند در کمک به کودک و مراقبت از وی با مشکل کمتری مواجه می‌شوند، همچنین همراهی خانواده و خصوصاً والدین با پرستاران در امر مراقبت از کودک، در برطرف نمودن ترس اصلی کودک از بیمارستان و اضطراب جدایی از والدین مؤثر بوده و به کودک کمک می‌کند تا به نحوی مطلوب به یادگیری و رشد خود در سراسر دوران بستری در بیمارستان ادامه دهند. بررسی‌ها نشان از آن دارد که خانواده‌هایی که نمرات عملکرد پایینی دارند مشکلات رفتاری و شناختی در کودکانشان دو برابر است (۱۱). مراقبت و نگهداری از یک کودک سالم، اضطراب و نگرانی‌هایی را برای والدین و مراقبین

وی بـــه همراه دارد اما این اســـترس در صـــورت ابتلای کودک به بیماری به میـــزان قابل‌توجهی افزایش می‌یابد؛ زیرا والدین کودک ممکن است خود را مسئول بیماری کودک دانسته و دچار اضطراب، احســـاس گناه، درماندگی و ناتوانی شـــوند. از سوی دیگر تغییر در مسئولیت‌ها و نقش‌های اعضا خانواده باعث تغییر اجتناب‌ناپذیر در سبک زندگی و عملکرد آن‌ها می‌شود و این امر عملکرد کلی خانواده را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۱۳). عملکرد خانواده یکی از مهم‌ترین شاخص‌های تضمین کننده کیفیت زندگی و سلامت روانی خانواده و اعضای آن می‌باشد و در واقع یک ساختار کلی است که ساختارهای مختلفی مانند نقش والدین، ارتباط، حل مشکل، آمیختگی عاطفی، کنترل رفتار و پاســـخ‌دهی عاطفی و عملکرد عمومی خانواده را در بر می‌گیرد و بیانگر آن است که خانواده در تأمین نیازهای اعضای خود و اهداف جامعه چگونه عمل می‌کند (۱۳).

عیســـی‌زادگان و همکاران در مطالعه خود نشـــان دادند که بین عملکرد خانواده، احســـاس تنهایی و عزتِ‌نفـــس دانش‌آموزان، با اعتیاد به اینترنـــت ارتباط معنی‌داری وجود دارد. همچنین نتایج نشـــان داد بین عملکرد خانواده، احســـاس تنهایـــی و عزتِ‌نفس دانش‌آمـــوزان دارای اعتیاد به اینترنـــت و دانش‌آموزان بهنجار، تفـــاوت معنی‌داری وجـــود دارد (۱۴). میرزایـــی و همکاران نیز در پژوهشـــی نشان دادند که بین انســـجام خانواده با پرخاشگری جســـمی، رابطه‌ای، واکنشی و پرخاشـــگری کل ارتباط منفی و معناداری وجود دارد (۱۵). دوســـتی و هدایتی در پژوهشی نشان دادند که بین اضطراب عمومی پســـران بـــا آمیزش عاطفی، حل مشـــکل، همراهی عاطفی و عملکرد کلی خانواده ارتباط منفی و معناداری وجود دارد، به طوری که هر چه مادران در این مقیاس‌ها نمره بالاتری کســـب می‌کردند، اضطراب عمومی پسران پایین‌تر بود. همچنیـــن رابطه منفی بین آمیزش عاطفی با ترس از فضای باز و ارتباط با ترس از آســـیب فیزیکی در دختران مشاهده شد، به طوری که هر چه مادران در این مقیاس‌ها نمره بالاتری کسب کردنـــد، دختران در ترس از فضای باز و ترس از آســـیب فیزیکی نمره پایین‌تری کســـب کردند (۱۶). بـــدری گرگری و رضاخواه مهربانی در پژوهشی نشان دادند بین مؤلفه‌های عملکرد خانواده در ابعاد ارتباطات خانوادگی و حمایت و تشـــویق‌های خانوادگی و احســـاس تنهایی رابطه منفی و معنی‌داری وجود دارد. همچنین بین ســـبک دلبستگی ایمن با احساس تنهایی دانش‌آموزان رابطه منفی و بین ســـبک دلبســـتگی ترسان و احســـاس نهایی رابطه مثبت معنی‌داری مشـــاهده شد (۱۷). ژو (Zhou) و همکاران در پژوهشی نشان دادند که بین حمایت اجتماعی و عملکرد خانواده با احساس تنهایی رابطه منفی و معنی‌داری وجود دارد و عملکرد خانواده و حمایت اجتماعی نقش مهمی برای غلبه بر خطر بالای تنهایی ایفـــا می‌کنند (۱۸). زیکیانـــگ و لیپینگ (Ziqiang & Liping) به بررســـی رابطه تنهایی، پذیرش همسالان، رفتارهای مشکل‌ســـاز و عملکرد خانـــواده پرداختند. نتایج نشـــان داد که پذیرش همتایان رابطه بین مشکلات رفتاری برونی سازی شده و تنهایی را میانجی‌گری می‌کند. همچنین مشکلات رفتاری درونی سازی شـــده ارتباط بین عملکرد خانواده و تنهایی را میانجیگری می‌کند. علاوه بر این، عملکرد خانواده به طور مستقیم تأثیر قوی بر تنهایی دارد (۱۹). یان (Yun) و همکاران در پژوهشـــی ارتباط عملکرد خانواده با تنهایی، امید و تنظیم هیجان را بررسی کردند. نتایج نشان داد که عملکرد خانواده با تنهایی ارتباط مثبت دارد و امیـــد رابطه بین عملکرد خانواده و تنهایی را میانجیگری می‌کند. به این معنا که افراد با امید بیشـــتر نســـبت به افراد با امید کمتر احساس تنهایی کمتری خواهند داشت (۲۰).

تنهایی در کودکان نشـــان‌دهنده‌ی نارســـایی و ضعف ارتباط‌های بین فردی با همسالان است که به نارضایتی از روابط اجتماعی با دیگر کودکان منجر می‌شود؛ بنابراین با توجه به مواردی از قبیل روند رو به رشد تعداد خانواده‌های دارای کودک مبتلا به بیماری و عملکرد آن‌ها در جهت کاهش احساسات ناخوشایند کودک در این موقعیت‌ها انجام مطالعه‌ای به منظور تعیین رابطه‌ی عملکرد خانواده با احساس تنهایی کودکان بستری در بیمارستان ضرورت دارد تا با شناخت نحوه‌ی عملکرد خانواده و رابطه‌ی آن با احساس تنهایـــی کودکان در جهت بهبود و تقویـــت عملکرد کلی خانواده و اســـتفاده بهتر از توان بالقوه خانـــواده و در نتیجه مدیریت بهتر بیمـــاری قدم برداشـــت. همچنین با توجه بـــه اینکه کودکان در طول دوران کودکی خود ممکن اســـت تجربه بســـتری شدن در بیمارستان را داشته باشـــند و در طی بستری شدن ممکن است احساس تنهایی کنند و از طرفی عملکرد خانواده از مواردی است که با زندگی کودک ارتباط دارد محقق بر این شـــد تا پژوهشی با هدف تعیین رابطه‌ی عملکرد خانواده با احساس تنهایی کودکان بستری در بیمارستان انجام دهد.

مواد و روش‌ها

این پژوهش از نوع توصیفی همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش حاضر کودکان ۱۴-۷ ساله بستری در بیمارستان امام جعفر صادق میبد به همراه والدین آن‌ها (مادر) در سال ۱۳۹۷ بودند که تعداد آن‌ها برابر با ۱۲۵ بود. از بین جامعه آماری مورد نظر و به روش نمونه‌گیری در دسترس و با استفاده از فرمول کوکران ۹۴ کودک که به عوان نمونه انتخاب شدند. در فرمول کوکران N (حجم جامعه)، z، p(۹۶/۱) و (۰/۰۵) q، d (مقدار خطا) و n (حجم نمونه) بود.

$$n=\frac{Nz^2pq}{Nd^2+z^2pq}$$

معیارهای ورود کودکان و والدین به تحقیق شامل: ۱) بستری بودن کودک در بیمارستان امام جعفر صادق میبد به مدت ۴ تا ۶ روز ۲) دارا بودن سن ۱۲-۷ سال ۳) اعلام رضایت مادر و کودک و توانایی شرکت در فرایند پژوهش بود. پس از کسب اجازه از ریاست بیمارستان امام جعفر صادق میبد پژوهشگر فراخوان شرکت در تحقیق را با معرفی پژوهش و اهداف آن بر روی بردهای بیمارستان نصب کرد و شماره تماس اعلام شد. پس از تماس والدین دارای کودک بستری در بیمارستان و کسب رضایت آگاهانه کتبی و کسب اجازه از مسئول محترم بخش و توزیع اهداف پژوهش برای خانواده‌ها، ۹۴ کودک به عنوان نمونه انتخاب شدند. سپس پرسشنامه‌ها در اختیار نمونه‌های تحقیق قرار گرفت و به شرکت کنندگان جهت محرمانه بودن اطلاعات اطمینان داده شد و اینکه در صورت عدم شرکت در پژوهش اختلالی در روند درمان ایجاد نمی‌گردد و جعبه‌ای جهت دریافت پرسشنامه‌ها به صورت محرمانه در بخش قرار گرفت و پژوهشگر به منظور توضیح مواردی که نیاز به توضیح داشت در دسترس والدین بود. کودکان مبتلا با تشخیص بیماری‌های تشنج، پنومونی، اسهال، استفراغ، آنفولانزا، دیابت، کاوازاکی، عفونت ادراری، گازگرفتگی گربه، پروتئینوری، آلرژیک در بخش‌های کودکان بیمارستان میبد بستری بودند. در اینجا چون والدین و کودکان هر دو در تحقیق شرکت داده شدند لذا، نمونه‌گیری از میان کودکان صورت گرفت به این ترتیب که هر کودکی که انتخاب می‌شود والدین (مادر) به عنوان نمونه انتخابی در تحقیق دخالت داده شد. مادران پرسشنامه عملکرد خانواده (The Questionnaire of Family Functioning) اپشتاین (Epstein) و همکاران و کودکان مقیاس احساس تنهایی UCLA (UCLA Loneliness Scale) راسل (Russell) و همکاران را به کمک پرستاران و پژوهشگر تکمیل کردند (۲۱ و ۲۲).

اولین ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه عملکرد خانواده بود که توسط اپشتاین و همکاران طراحی شد. این پرسشنامه حاوی ۵۳ سؤال و ۷ بعد است. بعد حل مشکل شامل سؤالات ۱، ۸، ۱۵، ۲۲ و ۲۹، بعد نقش‌ها شامل سؤالات ۳، ۱۰، ۱۷، ۲۴، ۳۱، ۳۸، ۴۴، ۴۸، بعد همراهی عاطفی شامل سؤالات ۴، ۱۱، ۱۸، ۲۵، ۳۲، ۴۰، بعد ارتباط شامل سؤالات ۲، ۹، ۱۶، ۲۳، ۳۰، ۳۷، بعد آمیزش عاطفی شامل سؤالات ۵، ۱۲، ۱۹، ۲۶، ۳۳، ۴۱، ۴۵، بعد کنترل رفتار شامل سؤالات ۶، ۱۲، ۲۰، ۲۷، ۳۴، ۴۲، ۴۶، ۴۹ و بعد عملکرد کلی خانواده شامل سؤالات ۷، ۱۴، ۲۱، ۲۸، ۳۵، ۳۶، ۳۹، ۴۳، ۴۷، ۵۲، ۵۰ و ۵۳ بود. نحوه نمره‌گذاری پرسشنامه به این صورت بود که هر سؤال شامل پاسخ‌های کاملاً موافقم (۱)، موافقم (۲)، مخالفم (۳) و کاملاً مخالفم (۴) بود. حداقل نمره پرسشنامه ۵۳ و حداکثر نمره ۲۱۲ می‌باشد. اگر نمرات حاصل را بر تعداد سؤالات تقسیم کنیم، حداقل نمره ۱ و حداکثر نمره ۴ می‌باشد. نمره هر بعد از طریق جمع تعداد سؤالات تقسیم بر تعداد سؤالات محاسبه می‌شد؛ بنابراین نمره هر بعد بین ۱ (سالم) تا ۴ (ناسالم) بود یعنی نمره بالاتر نشان‌گر کارکرد ناسالم یا عملکرد ضعیف بود. اگر نمره میانگین بین ۱ تا ۲ باشد عملکرد بالا، اگر نمره میانگین بین ۲ تا ۳ باشد عملکرد متوسط و اگر نمره میانگین بین ۳ تا ۴ باشد، عملکرد خانواده ضعیف می‌باشد (۲۲). این آزمون پس از تهیه توسط مؤلفان در سال ۱۸۹۳ بر روی یک نمونه ۵۰۳ نفری اجرا گردید. دامنه ضریب آلفای خرد مقیاس‌های آن بین ۰/۷۲ تا ۰/۹۲ به دست آمد که همسانی درونی نسبتاً خوبی را نشان می‌دهد. شریف پور شیرازی و قادری ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه را ۰/۹۴ و برای خرده مقیاس‌های حل مسئله ۰/۷۲، ارتباط ۰/۷۰، نقش‌ها ۰/۷۱، همراهی عاطفی ۰/۷۳، کنترل رفتار ۰/۶۶ و آمیزش عاطفی ۰/۷۱ گزارش کردند (۲۳). همچنین در این تحقیق پایایی پرسشنامه قبل از اجرای نهایی، بر روی ۳۰ نفر از نمونه مورد بررسی قرار گرفت و مقدار آلفای کرونباخ برای پرسشنامه عملکرد خانواده ۰/۸۶ محاسبه شد که از پایایی مناسبی برخوردار است.

دومین ابزار گردآوری داده‌ها مقیاس تنهایی UCLA نسخه سوم بود که توسط راسل و همکاران ساخته شد. این مقیاس حاوی ۲۰ سؤال است. نحوه نمره‌گذاری پرسشنامه به این صورت بود که هر سؤال شامل پاسخ‌های هرگز (۱)، به ندرت (۲)، گاهی اوقات (۳) و همیشه (۴) بود؛ اما امتیاز سؤالات ۱، ۵، ۶، ۹، ۱۰، ۱۵، ۱۶، ۱۹، ۲۰ معکوس است؛ یعنی هرگز (۴)، به ندرت (۳)، گاهی (۲) و

همیشه امتیاز (۱) را دارد. نمره کل پرسشنامه از طریق جمع کردن همه سؤالات به دست می‌آید. دامنه نمرات این پرسشنامه بین ۲۰ تا ۸۰ قرار دارد. در این پرسشنامه ۵۰ نمره میانگین است و نمرات بالای ۵۰ یعنی شدت تنهایی بالاست اما نمرات کمتر از ۵۰ نشان دهنده احساس تنهایی پایین است (۲۱). روایی این ابزار به روش تحلیل عاملی تائید و پایایی آن به روش بازآزمایی توسط راسل و همکاران برابر با ۰/۸۹ گزارش شد (۲۱). در پژوهش رحیم زاده و همکاران میزان پایایی این ابزار برابر با ۰/۸۳ و روایی آن مبتنی بر روش محتوایی گزارش شد (۲۴). در این تحقیق جهت بومی‌سازی، پایایی پرسشنامه‌ها نیز بررسی شد که قبل از اجرای نهایی، ۳۰ نفر از نمونه پژوهش به‌صورت تصادفی انتخاب و پرسشنامه‌ها در اختیارشان قرار داده شد و پس از جمع‌آوری پرسشنامه، به کمک نرم‌افزار آماری SPSS به محاسبه ضریب آلفای کرونباخ پرداخته شد. بر این اساس مقدار پایایی پرسشنامه مقیاس تنهایی UCLA، ۰/۸۹ محاسبه شد که از پایایی مناسبی برخوردار است.

در این پژوهش پس از جمع‌آوری داده‌ها به وسیله پرسشنامه‌ها، برای تجزیه و تحلیل نهایی، داده‌ها وارد نرم‌افزار (SPSS) نسخه ۲۲ شد. در مرحله بعد در جهت توصیف داده‌ها، از آماره‌های فراوانی، میانگین و انحراف استاندارد بهره گرفته شد. برای بررسی نرمال بودن داده‌ها از آزمون کولموگروف اسمیرنوف (Kolmogorov-Smirnov) استفاده شد. همچنین از ضریب همبستگی پیرسون (Pearson Correlation Coefficient) جهت سنجش روابط بین متغیرها استفاده شد. سطح معنی‌داری برای تمام آزمون‌های آماری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد. این پژوهش در کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان) با کد اخلاق به شماره IR.IAV.KHUISF.REC.۱۳۹۷. ۱۳۸ تصویب شد. قبل از شروع تحقیق، پژوهشگر اهداف پژوهش را برای شرکت کنندگان شرح داد و این اطمینان را به آن‌ها داد که همه اطلاعات محرمانه می‌ماند و این پژوهش هیچ گونه خطری به دنبال ندارد. همچنین به تمامی شرکت کنندگان در این اطمینان داده شد که هر زمان خواستند می‌توانند از مطالعه خارج شوند.

یافته‌ها

در جدول شماره ۱ اطلاعات جمعیت شناختی آزمودنی‌های تحقیق ارائه شده است. بیشتر کودکان در رنج سنی ۱۱-۱۲ سال و اکثریت مادران در دامنه سنی ۳۶-۴۵ سال بودند. اکثریت کودکان را دختران (۶۶ درصد) تشکیل دادند. سطح تحصیلی اکثریت مادران لیسانس بود (۴۱/۴۸ درصد).

جدول ۱- متغیرهای جمعیت شناختی آزمودنی‌های تحقیق

متغیرهای جمعیت شناختی	دسته	تعداد	درصد	میانگین (انحراف معیار)
سن کودک (سال)	۸-۷	۱۴	۱۴/۸۹	۷/۸۷ (۰/۴۳)
	۱۰-۹	۲۶	۲۷/۶۵	۹/۶۲ (۰/۵۸)
	۱۲-۱۱	۵۴	۵۷/۴۴	۱۱/۳۴ (۰/۷۸)
سن مادر (سال)	۳۵-۲۵	۳۲	۳۴/۰۴	۳۱/۴۹ (۳/۲۷)
	۴۵-۳۶	۳۸	۴۰/۴۲	۴۱/۲۸ (۲/۳۳)
	۴۵ به بالا	۲۴	۲۵/۵۳	۴۸/۶۴ (۳/۳۲)
جنسیت کودکان	دختر	۶۲	۶۶	-
	پسر	۳۲	۳۴	
تحصیلات مادر	دیپلم	۲۶	۲۷/۶۵	-
	فوق دیپلم	۱۵	۱۵/۹۵	
	لیسانس	۳۹	۴۱/۴۸	
	فوق لیسانس	۱۴	۱۴/۸۹	

در جدول شماره ۲ میانگین، انحراف معیار، کمترین و بیشترین نمره عملکرد خانواده و مؤلفه‌های آن ارائه شده است. میانگین کلی عملکرد خانواده ۲/۹۰ گزارش شد.

جدول ۲- آمار توصیفی عملکرد خانواده

متغیر	کمترین مقدار	بیشترین مقدار	میانگین	انحراف معیار
حل مشکل	۱/۸۰	۴	۳/۰۵	۰/۵۴
ارتباط	۱/۸۳	۴	۲/۸۵	۰/۴۲
نقش‌ها	۱/۶۳	۳/۶۳	۲/۶۷	۰/۴۰
همراهی عاطفی	۱/۵	۳/۵	۲/۷۴	۰/۴۱
آمیزش عاطفی	۱/۲۹	۴	۲/۹۰	۰/۴۷
کنترل رفتار	۱/۵۶	۳/۷۸	۲/۹۰	۰/۴۷
عملکرد کلی خانواده	۱/۵	۳/۷۵	۲/۹۰	۰/۴۱

در جدول شماره ۳ میانگین کل احساس تنهایی کودکان تحت مطالعه ۴۰/۳۳ گزارش شد؛ که این میزان از نمره میانگین (مقدار ۴۰) بیشتر است و احساس تنهایی کودکان تحت مطالعه در سطح متوسط رو به بالا می‌باشد.

جدول ۳- آمار توصیفی احساس تنهایی کودکان

متغیر	کمترین مقدار	بیشترین مقدار	میانگین	انحراف معیار
احساس تنهایی	۲۲	۷۸	۴۰/۳۳	۱۱/۸۱

با توجه به سطح معنی‌داری به دست آمده برای آزمون کولموگروف اسمیرنوف که بیشتر از ۰/۰۵ بود، نشان داده شد که داده‌ها از توزیع نرمال پیروی می‌کنند (P≥۰/۰۵)؛ بنابراین برای بررسی ارتباط بین متغیرهای تحقیق از آزمون ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد.

نتایج آزمون همبستگی پیرسون نشان داد (جدول ۴) که بین احساس تنهایی و مؤلفه حل مشکل (P=۰/۰۰۳، r=-۰/۳۰)، بین احساس تنهایی و مؤلفه ارتباط (P=۰/۰۱۲، r=-۰/۲۶)، بین احساس تنهایی و مؤلفه همراهی عاطفی (P=۰/۰۰۶، r=-۰/۲۸)، بین احساس تنهایی و مؤلفه آمیزش عاطفی (P=۰/۰۰۱، r=-۰/۴۳)، بین احساس تنهایی و مؤلفه کنترل رفتار (P=۰/۰۰۱، r=-۰/۵۷) و بین احساس تنهایی و عملکرد کلی خانواده (P=۰/۰۰۱، r=-۰/۵۴) ارتباط منفی و معنی‌داری وجود دارد؛ یعنی هرچه عملکرد خانواده بهتر باشد، احساس تنهایی کمتر است؛ اما بین احساس تنهایی و مؤلفه نقش‌ها ارتباط مستقیم و مثبت وجود داشت (P=۰/۰۰۱، r=۴۳). این بدان معناست که نقش‌ها در خانواده اثر مستقیم و قوی روی احساس تنهایی کودکان ایفا می‌کند.

جدول ۴- نتایج آزمون همبستگی پیرسون برای بررسی ارتباط احساس تنهایی با عملکرد خانواده

متغیر ۱	متغیر ۲	ضریب همبستگی	سطح معنی‌داری
احساس تنهایی	حل مشکل	-۰/۳۰۴	۰/۰۰۳
	ارتباط	-۰/۲۵۷	۰/۰۱۲
	نقش‌ها	۰/۴۳۲	۰/۰۰۱
	همراهی عاطفی	-۰/۲۸۳	۰/۰۰۶
	آمیزش عاطفی	-۰/۴۳۲	۰/۰۰۱
	کنترل رفتار	-۰/۵۷۳	۰/۰۰۱
	عملکرد کلی خانواده	-۰/۵۴۴	۰/۰۰۱

نتایج آزمون همبستگی پیرسون (جدول ۵) نشان داد که بین سن کـــودکان و ابعاد عملکرد خانواده ارتبـــاط معنی‌داری وجود ندارد (P≥۰/۰۵).

جدول ۵- نتایج آزمون همبستگی پیرسون برای بررسی ارتباط سن کودکان با عملکرد خانواده

متغیر ۱	متغیر ۲	ضریب همبستگی	سطح معنی‌داری
سن	حل مشکل	-۰/۱۰۷	۰/۳۰۵
	ارتباط	-۰/۰۴۲	۰/۶۸۸
	نقش‌ها	-۰/۱۶۷	۰/۱۰۷
	همراهی عاطفی	-۰/۱۱۹	۰/۲۳۱
	آمیزش عاطفی	-۰/۱۲۵	۰/۱۳۰
	کنترل رفتار	۰/۱۱۴	۰/۲۷۲
	عملکرد کلی خانواده	۰/۰۰۵	۰/۹۵۹

بحث و نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر با هدف بررسی عملکرد خانواده با احساس تنهایی کودکان بســـتری در بیمارســـتان امام جعفر صادق میبد در سال ۱۳۹۷ انجام شد. در مطالعه حاضر ۹۴ کودک ۱۲-۷ ساله بستری در بیمارســـتان امام جعفر صادق از نظر تعیین رابطه بین عملکرد خانواده در تطابق با احساس تنهایی مورد بررسی قرار گرفتند. بر اساس نتایج به دست آمده میانگین نمره عملکرد کلی خانواده بر طبق پرسشنامه استاندارد FAD-۵۳ در سطح متوسط قرار دارد. همچنین در میان ابعاد مفهوم عملکرد خانواده بیشترین میانگین مربوط به بعد حل مشـــکل با مقدار ۳/۰۵ و کمترین مقدار مربوط به بعد نقش‌ها با مقدار ۲/۶۷ گزارش شده است؛ که نشان می‌دهد در بعد نقش‌ها، عملکرد خانواده بهتر می‌باشد. به طور کلی نتایج نشـــان داد که بین احساسی تنهایی کودکان و مؤلفه‌های عملکرد خانواده (حل مشـــکل، ارتباط، همراهی عاطفی، آمیزش عاطفی، کنترل رفتـــار و عملکرد کلی خانواده) ارتبـــاط معکوس و معنی وجود دارد اما بین احساس تنهایی و نقش خانواده ارتباط مستقیم و معنی‌داری وجود دارد. این نتایج با مدل فرآیند اســـکینر و مدل عملکرد خانواده مک مســـتر همسو اســـت. مدل فرآیند اسکینر و مدل عملکرد خانواده مک مستر هر دو بیان می‌کنند که عملکرد بهتر خانواده منجر به ســـلامت روانی و وضعیت جســـمانی بهتر اعضای خانواده می‌شـــود (۲۵، ۲۶). تحقیقی توسط کیم و بایک نشـــان داد که عملکرد ضعیف خانواده می‌تواند ســـطح تنهایی را افزایش دهد (۲۷). تحقیق دیگری گزارش داد که عملکرد خانواده با تنهایی ارتباط دارد و حمایت اجتماعی می‌تواند نقش واسطه‌ای را در آن رابطـــه ایفـــا کند (۲۸). علاوه بر ایـــن، یانگ (Yang) و همکاران همچنیـــن دریافتند که عملکرد خانـــواده با تنهایی در دانشـــجویان مرتبط است (۲۹). عیســـی‌زادگان و همکاران نشان دادند بین عملکرد خانواده و احســـاس تنهایی ارتباط وجود دارد (۱۴). لعلی فاز و عسکری نشان دادند که عملکرد مطلوب خانواده، افزایش میزان گرمی و حمایت‌گری می‌تواند با کاهش احســـاس تنهایی همراه باشد (۳۰). در پژوهش‌های ذکر شده رابطه عملکرد خانواده با متغیرهای مســـئولیت‌پذیری، ارضای نیازهای روانی و احســـاس تنهایی در گروه متفاوتی از کودکان مورد بررســـی قرار گرفته اســـت و نتایج هم‌راســـتا با پژوهش حاضر می‌باشد. اقامت طولانی مـــدت در بیمارســـتان می‌تواند یکـــی از دلایل افزایش احساس تنهایی کودکان باشـــد. دوری از دوستان و سایر اعضای خانواده، عدم وجود ســـرگرمی‌های مناسب در مدت بستری، عدم امکان بازی در محیط بیمارستان، محدود شدن در تخت و محیط تکراری بیمارســـتان، طولانی شدن مدت بستری همگی شرایطی هســـتند که کودکان در چنین شرایطی احساس تنهایی بیشتری می‌کنند. پژوهش مدانلو و همکاران مبنی بر تعیین همبســـتگی عملکرد خانواده و مشخصات جمعیت‌شناسی و بالینی در والدین کودکان مبتلا به سرطان، نشان داد که عملکرد عمومی خانواده و ابعاد ارتباط، آمیختگی عاطفی، کنترل رفتار و پاسخ دهی عاطفی با متغیرهای متفاوت جمعیت‌شناسی و بالینی مانند سن کودک، ســـن مادر، تحصیلات مادر و پدر، درآمد خانواده، مدت بســـتری

کودک در بیمارستان، مدت ابتلا کودک به بیماری و رتبه تولد کودک در ارتباط بودند. نگاهی عمیق‌تر با تکیه بر نتایج رگرسیون خطی نشانگر آن بود که با افزایش تحصیلات پدر، عملکرد عمومی خانواده بهبود یافت، در حالی که با افزایش سن کودک عملکرد عمومی خانواده کاهش یافت. این دو متغیر با هم بخش کوچکی از تغییرات را در عملکرد خانواده پیش بینی کردند (۳۱). پاتیستا (Patistea) در مطالعه خود نشان داد که بین تحصیلات و وضعیت اقتصادی-اجتماعی والدین و الگوهای رفتاری آن‌ها در شرایط بیماری کودک ارتباط مثبتی وجود دارد. به این ترتیب که هرچه سطح تحصیلات و موقعیت اجتماعی و اقتصادی والدین بالاتر باشد، تلاش آن‌ها برای حفظ موقعیت خانواده در شرایط استرس‌زای بیماری کودک و نیز درک موقعیت پزشکی کودک، بیشتر و مؤثرتر می‌گردد (۳۲).

محققان دریافته‌اند که عملکرد خانواده باید سازماندهی را در تعاملات بین اعضا و هماهنگی در واکنش به تغییرات بیرونی را نیز شامل شود (۳۳). علاوه بر این، بر اساس مدل حلقه اولسون (۳۴)، عملکرد خانواده به سه بعد تقسیم می‌شود: انسجام، سازگاری و ارتباط متقابل. معنی خانواده به عنوان یک سیستم پویا نشان می‌دهد که ممکن است مسیرهای تأثیر متقابلی در بین اعضای خانواده وجود داشته باشد؛ بنابراین، رویدادهای نامطلوب می‌توانند به تعادل پویای خانواده آسیب بزنند (مثلاً مرگ اعضای خانواده، جدایی، انتقال نقش و تغییر ارتباطات بین محیط اجتماعی و خانواده). هنگامی که روابط خانوادگی با چنین چالش‌هایی روبه‌رو می‌شود، اعضای خانواده باید قوانین جدیدی را به دست آورند و این روابط را دوباره برقرار کنند تا اصطکاک‌ها، تضادها و در نتیجه تعادل در زندگی را حفظ کنند (۳۵). فضلی جلیسه و همکاران بیان کردند که یکی از عوامل مؤثر بر احساس تنهایی کودکان بستری ۸ تا ۱۲ سال قصه‌گویی است در این مطالعه نمونه‌ها در دو گروه مداخله و کنترل قرار گرفتند. در گروه مداخله برنامه قصه‌گویی در ۶ روز متوالی توسط پژوهشگر انجام شد و گروه کنترل نیز اقدامات متداول بخش را دریافت کردند. یافته‌ها تفاوت معنی‌داری بین میانگین احساس تنهایی گروه مداخله و کنترل قبل و بعد از مداخله نشان داد. همچنین یافته‌ها تفاوت معنی‌داری بین میانگین احساس تنهایی کودکان گروه مداخله و کنترل پس از مداخله را نشان داد. نتایج این مطالعه اثربخشی قصه‌گویی بر کاهش احساس تنهایی کودکان بستری را بیان می‌دارد (۳۶). با توجه به اینکه این روش، روشی غیر دارویی، راحت و آسان است می‌توان برای کاهش احساسات منفی کودکان، به ویژه احساس تنهایی استفاده کرد. البته در مطالعه حاضر میانگین کل احساس تنهایی کودکان تحت مطالعه ۴۰/۳۳ گزارش شد؛ که این میزان از میانگین کلی (مقدار ۵۰) کمتر است و احساس تنهایی کودکان تحت مطالعه در سطح متوسط می‌باشد و هیچ‌گونه مداخله‌ای صورت نگرفته است و فقط رابطه مورد سنجش قرار گرفته است. با این وجود، پژوهش حاضر نشان داد بین مفاهیم عملکرد خانواده و ابعاد زیرگانه آن با سن کودکان تحت مطالعه رابطه وجود ندارد. عدم وجود رابطه شاید به دلیل جامعه متفاوت پژوهش حاضر با مطالعات انجام شده باشد. لعلی فاز و عسکری توان پیش‌بینی سبک‌های فرزند پروری ادراک شده و متغیرهای جمعیت شناختی بر احساس تنهایی دختران را مورد بررسی قرار داده و نتایج مطالعه آن‌ها حاکی از این است که بافت خانوادگی وضعیت اقتصادی -اجتماعی، تحصیلات والدین و جنسیت کودک، در درک تحول اجتماعی و احساس تنهایی فرزندان حائز اهمیت است. نتایج این تحقیق بیان داشت که سبک فرزند پروری اقتدارمنش، به ویژه دو بعد گرمی و حمایت گری و خودمختاری آن و متغیر پایگاه اقتصادی -اجتماعی می‌تواند میزان احساس تنهایی را در دانش آموزان دختر کاهش دهد (۳۰). هرزر (Herzer) و همکاران در مطالعه مروری خود بر روی عملکرد خانواده در خانواده‌های دارای کودکان مبتلا به پنج بیماری مزمن (صرع، سیکل سل، سیستیک فیبروزیس، چاقی و بیماری‌های التهابی روده) نشان دادند گذشته از تفاوت‌های مربوط به جامعه آماری، شاید این تفاوت‌ها نشانگر تأثیر بیشتر و غیرقابل انکار بیماری سرطان بر عملکرد خانواده در مقایسه با سایر بیماری‌های مزمن نیز باشد (۳۷). همچنین بنا بر مطالعات بتز (Betz) و همکاران اعتقاد بر این است که کودکان سن مدرسه به دلیل داشتن توانایی استدلال، درک توضیحات کلامی و بیان احساسات درباره تجربیاتشان و تحمل جدایی از خانواده، بهتر از کودکان کم سن تر قادرند با پیامدهای منفی ناشی از بستری شدن کنار بیایند (۳۸). از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به عدم امکان انتخاب تصادفی واحدهای مورد پژوهش، حضور کمرنگ پدران در کنار فرزندان و پر کردن پرسشنامه‌ها توسط مادران و عدم امکان انتخاب کودکان بستری در بیمارستان با تشخیص یکسان اشاره کرد.

ترکیب مدل دایره‌ای اولســون با بعد احساس تنهایی عاطفی، ما را به این نتیجه می‌رساند که تنهایی در موقعیت‌هایی نیز رخ می‌دهد که عملکرد خانواده - به‌ویژه بعد انســجام آن - ضعیف است (۳۴). دنگ و ژنگ نشــان دادند که عملکرد خانواده به طور قابل توجهی بیانگــر عاطفی، محبت خانگی و تنهایــی اجتماعی را پیش بینی می‌کند (۳۹). در تحقیقی دیگر دانشــجویانی که در زمینه انسجام و سازگاری نمرات بالاتری کسب کردند، بیشتر احتمال داشت که احساســات مثبت و تنهایی کمتری را ابراز کنند؛ بنابراین، عملکرد خانــواده می‌تواند ماهیت اجتماعی روابط بین فردی را پیش بینی کند و یک محیط خانوادگی خوب یا انسجام خانواده بهتر می‌تواند خطر تنهایی را کاهش دهد (۴۰).

از یافته‌های ایــن تحقیق می‌توان در زمینه‌ی مشــاوره خانواده، روانشناسی کودک، آموزش خانواده برای ایجاد عملکرد مطلوب‌تر و نیز توانمندســازی خانواده و قدرت بخشیدن به تمام اعضا برای ایفای نقش مراقبتی مؤثرتر در راســتای بهبود و ارتقای سلامت کودک و کاهش احساس تنهایی در کودکان استفاده کرد. از این یافته‌ها می‌توان جهت ارائه مراقبت‌های پرســتاری خانواده محور برای حمایت بیشــتر از والدین کودکان بســتری در بیمارستان در مواجهه با تنش‌های ناشــی از بیماری بهــره برد. با مداخلات آموزشــی مناســب از جمله خانواده درمانی و آموزش به والدین در گروه‌هــا و فرایند پویایــی گروه می‌توان عملکــرد خانواده را بهبود بخشــید و در جهت توانمندسازی خانواده‌ها گام برداشت. با توجه به تأثیر قوی عملکرد خانواده بر احساس تنهایی کودکان همچنین از این مطالعه می‌توان به منظور تحقیقات آتی در زمینه کنترل و کاهش احســاس تنهایی کودکان استفاده کرد. پیشنهاد می‌شــود در تحقیقات آینده رابطه عملکــرد خانواده با اعتماد به نفس کودکان بســتری در بیمارســتان و همچنین نقش عملکرد خانواده و دلبســتگی به همسالان در پیش بینی احساس تنهایی کودکان بررسی شود.

تشکر و قدردانی

این مطالعه حاصل پایان‌نامه کارشناســی ارشــد رشته پرستاری دانشــگاه آزاد واحد خوراسگان به شماره ۹۵۰۵۱۲۷۲۵ در تاریخ ۹۸/۶/۳ به تصویب رسید به این وسیله از تمامی پرستاران شاغل در بیمارســتان امام جعفر صادق میبد که علی رغم مشغله زیاد، مشارکت مؤثر و خالصانه‌ای داشتند و ما را در تکامل این پژوهش یاری دادند، بسیار سپاسگزاریم.

تضاد منافع

بدین وســیله نویســندگان تصریح می‌نمایند که هیچ گونه تضاد منافعی در خصوص پژوهش حاضر وجود ندارد.

References

1. Sajedi J, Zarabian K, Sadeghian E. Prevalence behavior disorders in 3 to 6 years' children in Hamadan city. Avicenna J Nurs Midwifery Care. 2010; 18(1): 1-7. (Persian)
2. Rahimizadeh S, Pooretemad H, Asgari A, Hojat M. Conceptual basics of loneliness: A qualitative study. Developmental Psychology (Iranian Journal of Psychologists). 2011; 8(30): 124-35. (Persian)
3. Wong M, Chan S. The qualitative experience of Chinese parents with children diagnosed of cancer. J Clin Nurs. 2011; 15 (6): 710-7. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2006.01297.x
4. SHeikhzakayaie N, Moridi G, Zarei F, Hododi F. The effect of group games on anxiety in hospitalized children. IJNR. 2017; 12 (1): 49-55. (Persian)
5. Hopia H, Tomlinson P, Paavilainen E, Astedt-Kurki P. Child in hospital: Family experiences and expectations of how nurses can promote family health. J Clin Nurs. 2010; 14(2): 212-22. DOI:10.1111/j.1365-2702.2004.01041.x
6. Naderifar M, Goli H, Hoseinzadeh M, Qaljjai F. The experienece of teenager from hospitalizatiom in children: A phenomenological study. Journal of Qualitative Researh in Health Sciences. 2017; 6(2): 124-33. (Persian) https://iranjournals.nlai.ir/handle/123456789/542048.
7. Nabors L, Liddle M. Perceptions of hospitalization by children with chronic illnesses and siblings. Journal of Child and Family Studies. 2017; 26(6): 1681-91. DOI:10.1007/s10826-017-0688-6
8. Corlett J, Twycross A. Negotiation of parental roles within family-centred care: A review of the research. J Clin Nurs. 2009; 15(10): 1308-16. DOI:10.1111/j.1365-2702.2006.01407.x
9. Theeke LA. Predictors of loneliness in U.S. Adults over age sixty-five. Arch Psychiatr Nurs. 2009; 23(5): 387-96. DOI:10.1016/j.apnu.2008.11.002 PMID: 19766930
10. Smucker WD, Wildman BG, Lynch TR, Revolinsky MC. Relationship between the family APGAR and behavioral problems in children. Arch Fam Med. 1995; 4(6): 535-9. DOI: 10.1001/archfami.4.6.535 PMID: 7773430
11. Reijneveld SA, Vogels AG, Hoekstra F, Crone MR. Use of the pediatric symptom checklist for the detection of psychosocial problems in preventive child healthcare. BMC Public Health. 2006; 6(1): 1-8. DOI:10.1186/1471-2458-6-197
12. Dean LA. An exploration of the experiences of young

people who have been nursed on adult wards. Arch Dis Child. 2012; 97(Suppl 1): A76-A. DOI:10.1136/archdischild-2012-301885.185

13. Farshidmanesh F, Ghaderi, Z, Khodadadi Z. The relationship family function and marital intimacy whit quality of life in women Isfahan city. Paper presented at the Psychology, Educational and Behavioral Sciences, Tehran. 2014. (Persian)
14. Easa Zadegan A, Amiri S, Ghasem Zade S. Examine the role family functions, loneliness feeling and self-esteem in adolescent internet addiction. Journal of Educational Psychology Studies. 2017; 14(27): 181-206. (Persian) DOI: 10.22111/JEPS.2017.3421
15. Mirzaei F, Hossein Khanzadeh AA, Asghari F, Shakerinia I. The role of family cohesion in prediction of aggressive behaviors of children. J Child Ment Health. 2015; 2 (2): 73-84. (Persian)
16. Dousti P, Hedayati Hamedani S. Relationship between family function and anxiety in the first year primary school students. Journal of health and care. 2016; 18 (1): 7-16. (Persian)
17. Badri Gargari, R, Rezakhah Mehrabani M. The relationship between family function and attachment style with loneliness of female high school students in sarab. The first international conference on new research in psychology, counseling and behavioral sciences. Tehran. (Persian)
18. Zhou G, Wang Y, Yu X. Direct and indirect effects of family functioning on loneliness of elderly chinese individuals. Curr Psychol. 2018; 37: 295–301. DOI: 10.1007/s12144-016-9512-5
19. Ziqiang X, Liping C. The relationship between family functioning and children's loneliness: The role mediating. cta Psychologica Sinica, 2003; 35 (02): 216-21.
20. Yun P, Xiaohong H, Zhongping Y, Zhujun Z. Family function, loneliness, emotion regulation, and hope in secondary vocational school students: A moderated mediation model. Frontiers in Public Health. 2021; 9:1-11. DOI: 10.3389/fpubh.2021.722276
21. Russell D, Peplau LA, Ferguson ML. Developing a measure of loneliness. J Pers Assess. 1978; 42(3): 290-4. DOI: 10.1207/s15327752jpa4203_11 PMID: 660402
22. Epstein N, Baldwin L, Bishop D. The mcMaster family assessment device. Journal of Marital and Family Therapy. 1983: 9(2), 171– 80. DOI:10.1111/j.1752-0606.1983.tb01497.x
23. Sharifpour shirazi A, Ghaderi Z. The predictive role of self-compassion and psychological capital for family functioning in married women in Shiraz city. Quarterly Journal of Women and Society. 2022; 13(50): 139-150. (Persian)
24. Rahimzadeh S, Bayat M, Anari A. Loneliness and social self-efficacy. Journal of Evolutionary Psychology. 2009; 6 (22): 87-98. (Persian)
25. Miller IW, Ryan CE, Keitner GI, Bishop DS, Epstein NB. The mcMaster approach to families: Theory, assessment, treatment and research. J Fam Ther. 2000; 22: 168–89. DOI: 10.1111/1467-6427.00145
26. Skinner H, Steinhauer P, Sitarenios G. Family Assessment Measure (FAM) and process model of family functioning. J Fam Ther.2000; 22: 190– 210. DOI: 10.1111/1467-6427.00146
27. Kim OS, Baik SH. The relationships among loneliness, social support, and family function in elderly Korean. J Korean Acad Nurs. 2003; 33: 452– 32. DOI: 10.4040/jkan.2003.33.3.425
28. Gao J. Research on the relationship of family function, perceived social support and loneliness among junior middle school students (doctoral dissertation). Hebei Normal University, Shijiazhuang, China (2010).
29. Yang WJ, Zhao FT, Li YQ. Relationship between family functioning, loneliness and perceived social support of undergraduates. China J Health Psychol.2011; 19 :1501–2. DOI: 10.13342/j.cnki.cjhp.2011.12.016
30. Laali-Faz A, Askari A A. The power of predicting per- ceived parenting styles and demographic variables on girl student's loneliness feeling. The quarterly journal of fundamentals of mental health. 2008; 37: 71-78. (Persian)
31. Modanloo S, Rohani C, Farahani Shirin Abadi A, Pourhossein gholi A. Assessment of family function among parents of children with cancer. IJNR. 2015; 10 (1): 56-65. (Persian) 32. Patistea E. Description and adequacy of parental coping behaviours in childhood leukaemia. Int J Nurs Stud. 2005; 42(3): 283-96. DOI:10.1016/j.ijnurstu.2004.06.010
33. Yun P, Xiaohong H, Zhongping Y, Zhujun Z. Family function, loneliness, emotion regulation, and hope in secondary vocational school students: A moderated mediation model. Front Public Health. 2021; 9: 722276. DOI:10.3389/fpubh.2021.722276 PMID: 34671587 PMCID: PMC8520988
34. Olson DH. Circumflex model of marital and family systems. J Fam Ther. 2000; 22: 144-67. DOI:10.1111/1467-6427.00144
35. Xu FZ, Zhang WX. Family functioning and adolescents' alienation: Moderating effect of peer acceptance and its gender difference. Psychol Dev Educ. 2010; 3: 274–81.
36. Fazli Jeliseh B, Mitra Chehrzad M, Atrkar Roushan Z. Effect of storytelling on loneliness in hospitalization children. JPEN. 2019; 5 (2): 1-5. (Persian) DOI: 10.21859/jpen-05021
37. Herzer M, Godiwala N, Hommel KA, Driscoll K, Mitchell M, Crosby LE, Piazza-Waggoner C, Zeller MH, Modi AC. Family functioning in the context of pediatric chronic conditions. J Dev Behav Pediatr. 2010; 31(1): 26-34. DOI:10.1097/DBP.0b013e3181c7226b
38. Betz CL, Hunsberger MM, Wright S. Family-centered nursing care of children 2nd Edition. Saunders; Second edition. 2007.
39. Deng LF, Zheng RC. Relationships among family functioning, emotional expression and loneliness in college students. Study Psychol Behav. 2013; 11: 223–8.
40. Johnson HD, Lavoie JC, Mahoney M. Interparental conflict and family cohesion: Predictors of loneliness, social anxiety, and social avoidance in late adolescence. J Adolesc Res. 2001; 16: 304–18. DOI:10.1177/07435584011 63004