

دانش و پژوهش در روان‌شناسی
دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان (اصفهان)
شماره بیست و یکم و بیست و دوم - پاییز و زمستان ۱۳۸۳
صص ۷۴ - ۵۹

رابطه اختلالات خواب و افسردگی در نوجوانان دختر و پسر نابینا و نیمه‌بینا

منصوره بهرامی پور^۱ - فاطمه ارغنده^۲

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی

چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه اختلالات خواب و افسردگی در نوجوانان نابینا انجام گرفت. جامعه پژوهش شامل کلیه دانش‌آموزان پسر و دختر نابینا و نیمه‌بینای مشغول به تحصیل در مجتمع آموزشی ابابصیر اصفهان بودند که از آن میان تعداد ۴۰ نفر (۲۰ دختر و ۲۰ پسر) به‌طور تصادفی انتخاب شدند.

به‌منظور دستیابی به اهداف پژوهش از آزمون افسردگی «بک» برای سنجش میزان افسردگی و پرسشنامه محقق‌ساخته برای تعیین میزان اختلالات خواب استفاده شد. پرسشنامه شامل ۲۰ سؤال بسته‌پاسخ براساس مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرت بود که پایایی (همسانی درونی) آن براساس ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸ محاسبه گردید. فرضیه‌های تحقیق با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون برای تعیین رابطه اختلالات خواب و افسردگی، آماره

۱- عضو هیأت علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان

۲- کارشناس روان‌شناسی کودکان استثنایی

Z فیشر برای معناداری تفاوت دو ضریب همبستگی و تجزیه و تحلیل واریانس یکطرفه برای مقایسه میانگین‌ها آزمون گردید. نتایج پژوهش نشان داد که میان اختلالات خواب و افسردگی در نایبانیان همبستگی مثبت معنادار وجود دارد ($r = 0/9$ و $P < 0/01$). همچنین یافته‌های پژوهش تفاوت معناداری را بین دو میانگین افسردگی در دختران و پسران نایبنا و دو میانگین اختلالات خواب در نایبانیان و نیمه‌نایبانیان (در سطح معناداری $0/05$) نشان داد. اما تفاوت معناداری بین دو میانگین اختلالات خواب در دختران و پسران و میانگین افسردگی در نایبانیان و نیمه‌نایبانیان ($P > 0/05$) مشاهده نشد. از سوی دیگر بین دو ضریب همبستگی اختلالات خواب و افسردگی در دو گروه نایبنا و نیمه‌نایبنا تفاوت معناداری ($P > 0/05$) وجود نداشت. کلید واژه‌ها: نایبنا، نیمه‌نایبنا، افسردگی، اختلالات خواب، نوجوانی.

مقدمه

یکی از تفاوت‌هایی که منجر به استثنایی شدن فردی از دیگر افراد جامعه می‌شود، تفاوت‌های حسی است. نقص حس بینایی از نقایصی است که بر اثر عوامل مختلف و در هر دوره‌ای از زندگی افراد احتمال بروز آن امکان‌پذیر است. فرد نایبنا از نظر قانونی به کسی گفته می‌شود که تیزی او در چشم بهتر و حتی با استفاده از وسایل کمکی $\frac{2}{3}$ و یا کمتر باشد و یا کسی است که میدان دید او آنقدر کم است که وسیعترین قطر آن نتواند فاصله زاویه‌ای را که بیشتر از 20° درجه است فراگیرد (تیزی عادی $\frac{2}{3}$ است). گنجاندن میدان محدود بینایی در تعریف قانونی به منزله آن است که شخص ممکن است در میدان مرکزی دید دارای قدرت $\frac{2}{3}$ باشد، ولی دید خارجی او به شدت محدود باشد. نیمه‌نایبنا در طبقه‌بندی قانونی، به کسی گفته می‌شود که تیزی او در چشم بهتر و با کمک وسایل کمکی بینایی $\frac{2}{7}$ تا $\frac{2}{3}$ باشد (هالاها و کافمن^۱، ۱۳۷۲).

آنچه مسلم است حس بینایی یک منبع دایمی برای کسب اطلاعات و به مثابه یک عامل هماهنگ‌کننده است که از دست دادن آن مشکلات فراوانی برای فرد در همه ابعاد

زندگی ایجاد می‌نماید. یکی از اساسی‌ترین مؤلفه‌هایی که فرد نابینا در برخورد با آن دچار مشکل می‌شود، مسأله سازگاری و تطابق با نقص خویش است.

نقص بینایی ممکن است در فرد سبب ایجاد اختلالات عاطفی و روانی گردد که فرد آن را به صورت واکنش افسردگی نشان می‌دهد.

افسردگی، اختلال نظام روانی - زیستی است که هیجان‌ها، افکار و رفتار و عملکرد جسمانی را در برمی‌گیرد. مؤلفه هیجانی آن داشتن خلق غمگین است که احساس غم و اندوه، ناتوانی در لذت بردن، ملال، احساس گناه، تحریک‌پذیری و ناامیدی را در برمی‌گیرد (برنز و بک، ۱۹۷۸).

علائم جسمانی عبارت است از: خودبیمار پنداری، بی‌خوابی یا پرخوابی، کاهش یا افزایش وزن، یبوست یا اسهال، خستگی، فرسودگی و کاهش لیبدو.

تغییرات رفتاری آن شامل: فعل‌پذیری، اختلالات خواب، انزوا و گوشه‌گیری از اجتماع، کناره‌گیری از شغل و حرفه و اجتناب از فعالیت لذت‌بخش است (برنز و بک، ۱۹۷۸).

افکار، احساسها و رفتارهای بیماران افسرده یا مضطرب در یک حالت قابل پیش‌بینی، در یکدیگر تأثیر متقابل دارند. بیمار شناخت‌های خود را جدی می‌گیرد و در نظام فکری وی این‌گونه شناخت به میزان زیادی پذیرفته می‌شود و نقش مهمی را ایفا می‌کند. بیمار تمایل دارد وقایع ناخوشایند و نامطلوب زیادی را تجربه کند. سپس این هیجان‌ها را به‌عنوان شواهد تأییدکننده باورهای خود تعبیر و تفسیر می‌کند (برنز و بک، ۱۹۷۸).

از سوی دیگر در نابینایان درک نکردن نور موجب بروز اشکالاتی در آهنگ شبانه‌روزی و ترشح برخی آنزیم‌های مربوط به خواب و بیداری و در نتیجه بروز اختلالاتی در خواب آنها می‌گردد (به نقل از داشاب، ۱۳۷۸).

اشکال در به خواب رفتن، خواب‌آلودگی مزمن در روز، آشفتگی خواب، مشکلات طبی از قبیل نشانگان (سندرم) پای بی‌قرار^۱ و گسیختگی آهنگ منظم زیستی از نشانه‌های اختلالات خواب می‌باشد (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۱۳۷۴).

تروستر و همکاران (۱۹۹۵)، پژوهشی در زمینه اختلالات خواب در کودکان با

نقص بینایی انجام دادند. برای تعیین اختلالات خواب (شب‌خیزی، مشکلات بی‌قراری) پرسشنامه‌ای به والدین ۲۶۵ کودک معلول از نظر بینایی و ۶۷ کودک بدون ناتوانی داده شد تا تکمیل کنند. سن کودکان بین ۱۰ تا ۷۲ ماه بود. نتایج نشان داد که کودکان نابینای چند معلولیتی، کودکان نابینای بدون آسیب دیگر و کودکان نیمه‌بینای چند معلولیتی اغلب دچار مشکلاتی در به خواب رفتن (در ابتدای شب) و در به خواب رفتن نیمه‌شب (پس از بیدار شدن از خواب) می‌باشند. در صورتی که فراوانی اختلالات خواب در کودکان نیمه‌بینا بدون هیچ آسیب فیزیکی یا عصب شناختی دیگر تفاوتی با گروه گواه بدون نقص نداشتند. بنابراین کودکان نابینا چه چندمعلولیتی باشند یا نباشند اختلالات خواب در آنها فراوانی بیشتری از کودکان نیمه‌بینا و عادی دارد.

مطالعات موردی کلاین و همکاران (۱۹۹۳) نشان داد که مشکلات خواب و برهم خوردن نظم برنامه ۲۴ ساعته خواب - بیداری در افراد با نابینایی کامل وجود دارد و این بی‌نظمی موجب بی‌خوابی تکرارشونده می‌گردد.

لوکلی و همکاران (۱۹۹۷) مطالعاتی در مورد ارتباط بین نظم ملاتونین^۱ و نقص بینایی در نابینایان انجام دادند که طی آن ریتم ملاتونین در ۴۹ آزمایش‌شونده نابینا با اندازه‌گیری متابولیت ملاتونین در ادرار که به‌طور کلی ۶ سولفاتوکسی ملاتونین^۲ است، اندازه‌گیری شد. علت نقص بینایی در آزمایش‌شوندگان متفاوت بود. در این پژوهش از ۱۹ نفر کسانی که درک نور^۳ داشتند به میزان متفاوت و ۳۰ نفر کسانی که درک نور^۴ نداشتند استفاده شد. در بیشتر آزمایش‌شوندگان که درک نور داشتند اندازه سولفاتوکسی ملاتونین طبیعی بود، ولی برعکس بیشتر افرادی که درک نور نداشتند میزان سولفاتوکسی ملاتونین آنها غیرطبیعی بود.

از آنجا که بازده و میزان نوسان عملی سولفاتوکسی ملاتونین بین آزمایش‌شوندگان LP و NLP تفاوتی نداشت، این نتایج مشخص می‌کند افراد NLP در مقایسه با افراد LP بیشتر نظم ملاتونین غیرطبیعی دارند.

لوکلی و همکاران (۱۹۹۷) در بررسی‌هایی درباره ارتباط بین چرت‌زدن و

۱- انتقال‌دهنده‌ای عصبی در دستگاه عصبی انسان محسوب می‌شود.

2- aMT6s

3- Light Perception (LP)

4- Non Light Perception (NLP)

ملاتونین در ناینیان در یافتند که ارتباط زیادی بین تنظیم وقت و تولید روزانه ملاتونین و مدت زمان چرت زدن‌های روزانه وجود دارد. طی این مطالعه ۱۵ شخص ناینیان کامل برای مدت یک ماه تحت مطالعه قرار گرفتند.

NLP قبل از مطالعه بیماربهای خواب به وسیله شاخص کیفیت خواب پیتزبورگ^۱ ارزیابی شد. اکثر افراد چرت‌های روزانه داشتند. افراد دارای ریتم غیرطبیعی چرت‌های طولانی‌تر از افراد دارای ریتم طبیعی داشتند و این چرت‌ها به صورت آزاد و نابهنگام بود. وقتی ۶ سولفاتوکسی ملاتونین در حد عادی بود، طول دوره خواب شبانه به طور مرتب زیاد می‌شد و کاهش زیادی در تعداد مدت چرت‌های روزانه ایجاد می‌گردید. بنابراین نتایج نشان داد که ملاتونین آندوژن با تنظیم غیرطبیعی می‌تواند در افراد ناینیان خواب آلودگی ایجاد کند.

جن و همکاران (۱۹۹۴) به منظور درمان اختلالات خواب ملاتونین پژوهشی انجام دادند، آنان دریافته‌اند در پی این نوع درمان، سلامت، آثار مفید اجتماعی و درمان رفتاری چشمگیر بود و هیچ عارضه جانبی نیز دیده نشد و مشخص گردید ملاتونین نقش مهمی در درمان انواع خاصی از بیماربهای خواب مزمن دارد.

پالم و همکاران (۱۹۹۷) طی پژوهشی در زمینه درمان طولانی مدت اختلال ریتم ۲۴ ساعته خواب - بیداری در ناینیان به این نتیجه رسیدند که از ملاتونین خوراکی به عنوان یک روش ایمن برای درمان آشفتگی‌های شدید برنامه خواب - بیداری می‌توان استفاده کرد.

تزسچینسکی و همکاران (۱۹۹۲) نیز در پژوهش‌های خود به تأثیر ملاتونین در بهبود مشکلات خواب با توجه به زمان تجویز آن و تغییر در ریتم خواب - بیداری پی بردند.

یافته‌های ساده و همکاران (۱۹۹۵) طی مطالعه در مورد خواب و رفتار ناهنجار در افراد ناینیان کم‌توان ذهنی با اختلال آهنگین نشان داد که افراد ناینیان برای ابتلای به اختلالات ریتم خواب - بیداری مستعد هستند. همچنین با تغییر الگوهای خواب، در رفتار پرخاشگرانه آنان نیز تغییر حاصل می‌شود.

از سوی دیگر آتش‌پور و مهدیزادگان (۱۳۷۶)، طی مطالعه‌ای در زمینه افسردگی در ناینیان دریافتند که ناینیان دارای افسردگی خفیف می‌باشند. این پژوهش بر روی ۳۰ ناینیا با میانگین سنی ۲۲، در شهر اصفهان انجام گرفت. برای سنجش افسردگی از آزمون افسردگی «بک» استفاده شد. محاسبه‌ی دو نشان داد با اطمینان ۹۵ درصد دختران ناینیا نسبت به پسران ناینیا افسرده‌تر بودند و تفاوت معنادار است.

تجدیدی (۱۳۷۸) در پژوهش خود در زمینه میزان افسردگی نوجوانان ناینیای دختر و پسر در دو نظام آموزشی تلفیقی و ویژه دریافت که میزان افسردگی دانش‌آموزان ناینیا در نظام آموزشی ویژه بیش از میزان افسردگی دانش‌آموزان در نظام تلفیقی است. همچنین میزان افسردگی در دختران ناینیا بیشتر از پسران ناینیا می‌باشد. آنچه مسلم است کودکان ناینیا به علت اختلال در حس دیداری در معرض خستگی و ضعف روانی قرار دارند و نقص دیداری و پیامدهای مربوط به آن، زمینه‌ای مساعد برای بروز اختلالات به خصوص افسردگی در آنان ایجاد می‌نماید. همچنین افراد معلول به‌عنوان عضوی از اجتماع باید همانند سایر افراد جامعه امکان استفاده و بهره‌گیری از توانمندی‌هایشان را داشته باشند. بنابراین شناخت عواملی که در شخصیت و عملکرد آنان تأثیرگذار است حایز اهمیت می‌باشد و با توجه به مطالب ارائه شده، این پژوهش در صدد است با بررسی رویکردهای روانی و رفتاری ناینیان گامی در جهت شناخت بهتر افراد استثنایی، ویژگیها و نیازهای آنان بردارد.

فرضیه‌های پژوهش

- ۱- بین اختلالات خواب و افسردگی در ناینیان همبستگی مثبت وجود دارد.
- ۲- بین دو ضریب همبستگی اختلالات خواب و افسردگی در دو گروه ناینیا و نیمه‌ناینیا تفاوت معناداری وجود دارد.
- ۳- بین افسردگی در دختران و پسران ناینیا تفاوت معناداری وجود دارد.
- ۴- بین اختلالات خواب در دختران و پسران ناینیا تفاوت معناداری وجود دارد.
- ۵- بین اختلالات خواب در ناینیان و نیمه‌ناینیان تفاوت معناداری وجود دارد.
- ۶- بین افسردگی در ناینیان و نیمه‌ناینیان تفاوت معناداری وجود دارد.

روش پژوهش

پژوهش حاضر که به بررسی رابطه اختلالات خواب و افسردگی در نابینایان می‌پردازد، پژوهشی غیرآزمایشی از نوع همبستگی می‌باشد. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه دانش آموزان پسر و دختر نابینا و نیمه‌بینای ۱۳ تا ۱۸ سال مشغول به تحصیل در مجتمع آموزشی ابابصیر اصفهان است. برای نمونه‌گیری ۲۰ نفر از دانش آموزان دختر و ۲۰ نفر از دانش آموزان پسر ۱۳ تا ۱۸ سال از بین ۱۱۲ دانش آموز این مجتمع به صورت تصادفی ساده متناسب با حجم نمونه انتخاب گردیدند.^۱

ابزارهای پژوهش

در این پژوهش، برای بررسی متغیرهای مورد نظر از آزمون افسردگی «بک» برای سنجش میزان افسردگی و پرسشنامه محقق ساخته برای تعیین میزان اختلالات خواب استفاده گردید. پرسشنامه افسردگی بک، برای سنجش شناخت فرد افسرده به کار گرفته می‌شود. پایایی و قابلیت اعتماد این پرسشنامه بارها مورد بررسی قرار گرفته است. بک و همکاران (۱۹۷۷) همسانی درونی ماده‌های پرسشنامه را از $۰/۷۳$ تا $۰/۹۲$ با میانگین $۰/۸۶$ گزارش کرده‌اند (نقل از برنز و بک، ۱۹۷۸). برای اجرای این آزمون از آزمودنی خواسته می‌شود، از هر سؤال گزینه‌ای را انتخاب کند که بهتر از همه احساس کنونی او را بیان می‌نماید. سپس آزمونگر باید نمراتی را که آزمودنی با کشیدن دایره مشخص کرده است با هم جمع کند. پرسشنامه افسردگی بک دارای یک فرم ۲۱ ماده‌ای و یک فرم ۱۳ ماده‌ای است. در این پژوهش از فرم ۲۱ ماده‌ای آن استفاده گردید.

پرسشنامه محقق ساخته سنجش اختلالات خواب شامل ۲۰ سؤال بسته پاسخ براساس مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرت است که به توصیف برخی رفتارهای مربوط به خواب و بیداری می‌پردازد. از آزمودنی خواسته می‌شود رفتارهایی را که ممکن است خود به خاطر داشته باشد و یا اطرافیان وی را از بروز آن آگاه کنند مورد دقت قرار دهد و براساس دفعات وقوع آن در هر ۲۴ ساعت یکی از درجات پنجگانه مقیاس را انتخاب

۱- در مطالعاتی که با استفاده از روش همبستگی انجام می‌شوند، برآورد حجم نمونه آسان‌تر است. پژوهشگر می‌تواند میزان همبستگی مورد نیاز را براساس مطالعات پیشین یا از طریق یک بررسی مقدماتی تعیین نماید و سپس با مراجعه به جدول مربوط به اندازه‌های مبین برای ضریب همبستگی پیرسون، حجم نمونه را برآورد کند (پاشا شریفی و همکاران، ۱۳۸۰؛ دلاور، ۱۳۸۰، ص ۱۳۳).

نماید. برای نمره‌گذاری این پرسشنامه، امتیاز یک تا پنج در نظر گرفته شد. همچنین پایایی (همسانی درونی) پرسشنامه بر اساس ضریب آلفای کرونباخ برابر ۰/۸ برآورد گردید.

روش آماری پژوهش

به منظور بررسی رابطه متغیرهای اختلالات خواب و افسردگی از ضریب همبستگی پیرسون و برای تعیین درصد پراکندگی مشترک از ضریب تعیین V و برای آزمون معنادار بودن ضریب همبستگی از آماره Z فیشر استفاده شد. برای آزمون معناداری تفاوت دو ضریب همبستگی اختلالات خواب و افسردگی در دو گروه نابینا و نیمه‌بینا از آماره Z فیشر استفاده گردید.

همچنین مقایسه دو به دوی میانگین‌های افسردگی در دختران و پسران، اختلالات خواب در دختران و پسران، افسردگی در نابینایان و نیمه‌بینایان و اختلالات خواب در نابینایان و نیمه‌بینایان از طریق تجزیه و تحلیل واریانس یکطرفه آزمون گردید.^۱

یافته‌ها و نتایج پژوهش

جدول ۱- ضریب همبستگی و آزمون معنادار بودن

ضریب همبستگی بین متغیرهای اختلالات خواب و افسردگی

متغیرها	r_{xy}	V	df	Z به دست آمده	Z جدول	سطح معناداری
اختلالات خواب و افسردگی	۰/۹	۸۱	۳۸	۷/۶	۲/۷۰	۰/۰۱

یافته‌های جدول ۱ نشان می‌دهد که بین متغیرهای اختلالات خواب و افسردگی همبستگی معناداری در سطح $(P \leq 0/01)$ وجود دارد. در جدول ۲ آزمون معناداری دو ضریب همبستگی اختلالات خواب و افسردگی در نمونه‌های نیمه‌بینا و نابینا ارائه شده است.

۱- تنها هنگامی که دو گروه وجود داشته باشد، معناداری تفاوت بین میانگین‌ها را می‌توان با استفاده از آزمون t یا f سنجید. هر دوی این روشها به نتایج یکسانی منجر می‌شوند. در صورتی که $K = 2$ باشد، به سادگی می‌توان نشان داد که $t = \sqrt{VF} \pm$ است (فرگوسن و همکاران ۱۳۷۷، ص ۳۱۹). بر همین اساس از آنجا که در تحلیل‌های اولیه این مقاله پژوهشی از آنوا استفاده شده بود، محاسبات را تغییر نداده و صرفاً نتیجه آزمون f را گزارش نموده‌ایم.

جدول ۲- آزمون معنادار بودن دو ضریب همبستگی اختلالات خواب و افسردگی در نمونه‌های نابینایان و نیمه‌نابینایان

متغیرها	df	Z به دست آمده	Z جدول	سطح معناداری
نابینایان	۱۷	۰/۲	۱/۹۶	۰/۰۵
نیمه‌نابینایان	۱۷			

با توجه به داده‌های جدول ۲ تفاوت دو ضریب همبستگی اختلالات خواب و افسردگی در نمونه‌های نابینایان و نیمه‌نابینایان در سطح ($P \leq 0/05$) معنادار نمی‌باشد. در جدول ۳ میانگین اختلالات خواب و افسردگی در دختران و پسران نابینا ارائه شده است.

جدول ۳- اطلاعات مربوط به میانگین اختلالات خواب و افسردگی در دختران و پسران نابینا

گروه	میانگین اختلالات خواب	میانگین افسردگی
دختران	۱۲/۴	۲۳/۶
پسران	۱۲/۳	۱۹/۱

اطلاعات جدول ۳ نشان می‌دهد که میزان افسردگی در دختران نابینا بیش از پسران نابیناست، ولی در زمینه اختلالات خواب بین دختران و پسران نابینا تفاوتی وجود ندارد. در جدول ۴ آزمون معناداری تفاوت میانگین‌های افسردگی در دختران و پسران نابینا ارائه شده است.

جدول ۴- آزمون معنادار بودن تفاوت میانگین‌های افسردگی در دختران و پسران نابینا

منابع تغییر	SS	MS	df	F به دست آمده	F جدول	سطح معناداری
بین گروهها	۲۵۰	۲۵۰	۱	۴/۷۱	۴/۱۰	۰/۰۵
درون گروهها	۲۰۱۷	۵۳	۳۸			

داده‌های جدول ۴ بیانگر معنادار بودن تفاوت میانگین افسردگی در دختران و پسران نابینا در سطح معناداری ($P \leq 0/05$) می‌باشد. در جدول ۵ آزمون معنادار بودن تفاوت میانگین‌های اختلالات خواب در دختران و پسران نابینا ارائه شده است.

جدول ۵- آزمون معنادار بودن تفاوت میانگین‌های اختلالات خواب در دختران و پسران نابینا

منابع تغییر	SS	MS	df	F به دست آمده
بین گروهها	۰	۰	۱	۰
درون گروهها	۲۲۶۷	۲۲۶۷	۳۸	

یافته‌های جدول ۵ نشان می‌دهد که بین میانگین نمرات اختلالات خواب در دو گروه پسران و دختران نابینا تفاوت معناداری وجود ندارد. در جدول ۶ اطلاعات مربوط به میانگین‌های افسردگی و اختلالات خواب در دو گروه نابینا و نیمه‌بینا ارائه شده است.

جدول ۶- اطلاعات مربوط به میانگین‌های افسردگی و اختلالات خواب در دو گروه نابینا و نیمه‌بینا

گروه	میانگین اختلالات خواب	میانگین افسردگی
نابینا	۱۴/۹	۲۲/۴
نیمه‌بینا	۱۰/۱	۲۰/۳

اطلاعات جدول ۶ نشان می‌دهد که بین میانگین افسردگی در نابینایان و نیمه‌نابینایان تفاوت وجود دارد، همچنین تفاوت در میانگین اختلالات خواب در گروه نابینا و نیمه‌بینا قابل ملاحظه است. در جدول ۷ آزمون معنادار بودن تفاوت میانگین‌های اختلالات خواب در افراد نابینا و نیمه‌بینا ارائه شده است.

جدول ۷- آزمون معنادار بودن تفاوت میانگین‌های اختلالات خواب در افراد نایبنا و نیمه‌نایبنا

منابع تغییر	SS	MS	df	F به دست آمده	F جدول	سطح معناداری
بین گروهها	۲۳۰	۲۳۰	۱	۴/۲۶	۴/۱۰	۰/۰۵
درون گروهها	۲۰۳۷	۵۴	۳۸			

داده‌های جدول ۷ نشان‌دهنده معنادار بودن تفاوت میانگین‌های اختلالات خواب در افراد نایبنا و نیمه‌نایبنا در سطح معناداری ($P \leq ۰/۰۵$) می‌باشد. در جدول ۸ آزمون معنادار بودن تفاوت میانگین‌های افسردگی در افراد نایبنا و نیمه‌نایبنا ارائه شده است.

جدول ۸- آزمون معنادار بودن تفاوت میانگین‌های افسردگی در افراد نایبنا و نیمه‌نایبنا

منابع تغییر	SS	MS	df	F به دست آمده	F جدول	سطح معناداری
بین گروهها	۴۴	۴۴	۱	۰/۷۶	۴/۱۰	۰/۰۵
درون گروهها	۲۲۲۳	۵۸	۳۸			

با توجه به داده‌های جدول ۸ تفاوت میانگین‌های افسردگی در افراد نایبنا و نیمه‌نایبنا در سطح ($P \leq ۰/۰۵$) معنادار نمی‌باشد.

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های جدول ۱ همبستگی معناداری را بین اختلالات خواب و افسردگی نشان می‌دهد. از دیرباز اختلالات خواب به‌عنوان علامتی مهم برای افسردگی مدنظر بوده است و نظر بر این است که اختلالات خواب یکی از پیامدهای افسردگی است. ولی چند نکته این مطلب را در نایبنايان مورد سؤال قرار می‌دهد.

اول اینکه در نایبنايان، اختلالات خواب بر اثر درک نور نداشتن ایجاد می‌شود و این مطلب در راستای تحقیقات تروستر و همکاران (۱۹۹۵)، کلاین و همکاران (۱۹۹۳) و ساده و همکاران (۱۹۹۵) می‌باشد. پژوهش‌های بیشتر در این زمینه نشان می‌دهد که

نداشتن درک نور در نایبانیان موجب اختلال در ترشح آنزیم سولفاتوکسی ملاتونین می‌شود که این آنزیم نقش اساسی در تنظیم برنامه خواب-بیداری دارد. یافته‌های لوکلی و همکاران (۱۹۹۷) در مورد ارتباط ریتم ملاتونین و نقص بینایی و پژوهشی دربارهٔ ارتباط چرت زدن و ملاتونین در نایبانیان بر این مطلب تأکید می‌ورزد. همچنین مطالعات جن و همکاران (۱۹۹۴)، پالم و همکاران (۱۹۹۷) و تزسچینسکی و همکاران (۱۹۹۲) تأییدی بر این امر است. توجه به یافته‌های این مطالعات و ارتباط بین آنها مشخص می‌کند که آنچه موجب بروز اختلالات خواب در نایبانیان می‌شود احتمالاً نداشتن درک نور و تنظیم نشدن ترشح ملاتونین است. تا جایی که با افزایش نداشتن درک نور شیوع این اختلالات بیشتر گزارش شده و این بیانگر وجود همبستگی مثبت بین اختلالات خواب و میزان نداشتن درک نور است و چنانچه پیامد نداشتن درک نور، ترشح کم و نامنظم ملاتونین را با تزریق آن به فرد از بین ببریم، به دنبال آن اختلالات خواب نیز تا حد زیادی کاهش خواهد یافت.

همچنین یافته‌های جدول ۷ دربارهٔ آزمون معناداری تفاوت میانگین اختلالات خواب در نایبانیان و نیمه‌بینانیان نشان می‌دهد که تفاوت معنادار بین این دو میانگین وجود دارد و این یافته در راستای همین نکته می‌باشد.

نکته دوم اینکه در افراد عادی ابتدا افسردگی بر اثر عواملی چون فشارهای روانی ایجاد می‌شود و در پی آن اختلالات خواب بروز می‌کند، ولی در نایبانیان اختلالات خواب وجود دارد و احتمالاً افسردگی پس از آن ایجاد می‌گردد.

نکته سوم اینکه اغلب چند نوع خاص از اختلالات خواب، از قبیل دیر به خواب رفتن و زود بیدار شدن همراه با افسردگی بروز می‌کند، ولی در نایبانیان شیوع انواع مختلف دیگری از اختلالات خواب مانند راه رفتن در خواب و شب‌خیزی با فراوانی زیاد گزارش شده است (لگر و همکاران، ۱۹۹۶).

البته در مورد همبستگی اختلالات خواب و افسردگی و همراه بودن این دو با یکدیگر تردیدی نیست، اما با توجه به نکات ذکر شده شاید بتوان گفت در نایبانیان افسردگی متعاقب اختلالات خواب ایجاد می‌گردد.

نکته قابل توجه در فیزیولوژی افسردگی و اختلالات خواب این است که در

افسردگی شبکه تورینه‌ای مغز و هسته‌های قاعده‌ای موجود در ساقه مغز درگیر می‌شوند و بررسی‌ها در مورد فیزیولوژی خواب نشان می‌دهد که شبکه تورینه‌ای مسئول تنظیم برنامه خواب - بیداری می‌باشد که شاید این امر دلیلی بر ارتباط بین اختلالات خواب و افسردگی باشد.

یافته‌های جدول ۲ نشان‌دهنده عدم وجود تفاوت معنادار دو ضریب همبستگی اختلالات خواب و افسردگی در دو گروه نایینا و نیمه‌بیناست. بدین معنی که بین اختلالات خواب و افسردگی چه در گروه نایینا و چه در گروه نیمه‌بینا همبستگی مثبت وجود دارد. یافته‌های پژوهش‌هایی چون کلاین و همکاران (۱۹۹۳)، تروستر و همکاران (۱۹۹۵) حاکی از وجود رابطه مثبت بین نقص دیداری و اختلالات خواب است. از سوی دیگر نتایج تحقیقات ساده و همکاران (۱۹۹۵) نیز بیانگر ارتباط الگوهای خواب و به عبارتی اختلالات خواب با تغییرات خلق چون افسردگی، تغییر در رفتار و افزایش رفتارهایی چون پرخاشگری است. بنابراین می‌توان گفت نقص دیداری چه به صورت نایینایی و چه به صورت نیمه‌بینایی منجر به اختلالات خواب و متعاقب آن پیامدهای رفتاری و خلقی می‌شود.

یافته‌های جدول ۴ نشان می‌دهد تفاوت معناداری بین میانگین افسردگی در دختران و پسران نایینا وجود دارد و نتایج پژوهش آتش‌پور و مهدیزادگان (۱۳۷۶) و تجدیدی (۱۳۷۸) نیز در همین راستاست.

در واقع اغلب حالات روانی که به نایینیان نسبت داده شده و از آن جمله می‌توان از افسردگی نام برد، به سبب نقص بدنی این افراد نیست. بلکه به طرز فکر و شیوه برخورد افراد در جوامع مختلف بستگی دارد. آنچه محرز است و تجربه نیز آن را ثابت کرده نگرش فرد به معلولیت خود و برخورد واقع‌بینانه شخص ناییناست که سهم مهمی در سازگاری وی دارد. فردی که معلولیت خویش را به عنوان یک واقعیت می‌پذیرد، در برخورد با شرایط زندگی خویش به مراتب از قدرت انطباق بیشتری برخوردار است. نقش خانواده فرد نایینا در این میان بسیار مهم است، زیرا خانواده سهم بسزایی در ایجاد خویش‌پنداری مثبت یا منفی در فرد دارد (آتش‌پور و مهدیزادگان، ۱۳۷۶).

دختران و پسران نایینا بسته به نوع جنسیت خود دارای مشکلات هستند. دختران

نابینا از محدودیت‌هایی رنج می‌برند که می‌توان از مراقبت‌های بیش از حد والدین از آنان نام برد. اکثر والدین دختران نابینا، دختران خود را در خانه نگه می‌دارند، از فعالیت‌های اجتماعی آنان جلوگیری می‌کنند و دختر را موجودی ناتوان و وابسته می‌پندارند که نتیجه آن افزایش خویش‌پنداری منفی در فرد می‌باشد. از سوی دیگر خانواده‌هایی که از دختران خود حمایت افراطی می‌کنند و مراقبت‌های جسمی و روانی نامعقولی از آنان به عمل می‌آورند موجب می‌شوند دخترانشان در مواجهه با مشکلات از تجربیات لازم محروم بمانند (آتش‌پور و مهدیزادگان، ۱۳۷۶).

داده‌های جدول ۵ نشان از نبودن تفاوت معنادار بین اختلالات خواب در دختران و پسران نابینا دارد. بدین معنا که ماهیت نارسایی در حس دیداری سبب ایجاد اختلال در برنامه خواب - بیداری می‌شود و جنسیت در شدت این اختلال نقشی ندارد.

یافته‌های جدول ۷ نشان می‌دهد که بین اختلالات خواب در افراد نابینا و نیمه‌نابینا در سطح $P \leq 0/05$ تفاوت معناداری وجود دارد. پژوهش تروستر و همکاران (۱۹۹۵) نشان داد که کودکان نابینای چند معلولیتی، کودکان نابینا بدون آسیب‌های دیگر و کودکان نیمه‌بینا اغلب دچار مشکلاتی در به خواب رفتن می‌باشند. البته در این پژوهش تأکید یافته‌ها بر این بود که کودکان نابینا چه چندمعلولیتی باشند یا نباشند، اختلالات خواب در آنها فراوانی بیشتری از کودکان نیمه‌بینا و عادی دارد.

اطلاعات جدول ۸ حاکی از عدم وجود تفاوت معنادار بین افسردگی در افراد نابینا و نیمه‌نابینا است. داشاب (۱۳۷۸) در مقایسه میزان افسردگی در دانش‌آموزان نابینا، نیمه‌بینا و عادی ۱۲ تا ۱۸ سال نشان داد که تفاوت معناداری بین میزان افسردگی در دانش‌آموزان نابینا و نیمه‌بینا وجود ندارد، ولی میزان افسردگی در این دو گروه دانش‌آموز به مراتب بیش از افسردگی در دانش‌آموزان عادی همین گروه سنی است. یافته‌های تحقیق تجدیدی (۱۳۷۸) نیز بیانگر میزان افسردگی بالاتر افراد نابینا و نیمه‌بینا در نظام‌های آموزشی ویژه نسبت به نظام‌های آموزشی تلفیقی است. بنابراین می‌توان گفت نقص دیداری منجر به ایجاد اختلالات خلقی در فرد می‌شود؛ همچنین جایگزینی دانش‌آموزان استثنایی از جمله نابینایان و نیمه‌نابینایان در نظام‌های آموزشی ویژه و مجزا از دانش‌آموزان عادی سبب تشدید آشفتگی‌های عاطفی - روانی در آنان می‌گردد.

منابع

- آتش‌پور، سید حمید و ایران مهدیزادگان. (۱۳۷۶)، «افسردگی در نابینایان»، *مجله تعلیم و تربیت استثنایی*، شماره نهم.
- انجمن روانپزشکی آمریکا. (۱۳۷۴)، *راهنمای تشخیصی و آماری اختلالهای روانی (جلد دوم)*، ترجمه محمدرضا نائینیان و عباسعلی اللهیاری و محمدابراهیم مداحی، تهران، انتشارات دانشگاه شاهد.
- پاشا شریفی، حسن. (۱۳۸۰)، *روشهای تحقیق در علوم رفتاری*، تهران، انتشارات سخن.
- تجدیدی، معصومه. (۱۳۷۸)، «مقایسه میزان افسردگی در نابینایان نوجوان در دو سیستم آموزشی تلفیقی و ویژه»، پایان‌نامه کارشناسی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی اصفهان.
- داشاد، نصرت. (۱۳۷۸)، «بررسی و مقایسه افسردگی در دانش‌آموزان نابینا و نیمه‌نابینا و دانش‌آموزان عادی»، پایان‌نامه کارشناسی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی اصفهان.
- دلاور، علی. (۱۳۸۰)، *مبانی نظری و علمی پژوهش در علوم انسانی و اجتماعی*، تهران، انتشارات رشد.
- فرگوسن، جرج ا. تاکانه، یوشیو. تحلیل آماری در روان‌شناسی و علوم تربیتی، ترجمه علی دلاور و سیامک نقشبندی، (۱۳۷۷)، تهران، نشر آرسباران.
- هالاهان، دانیل پی و جیمز کافمن. *کودکان استثنایی*، ترجمه فرهاد ماهر، (۱۳۷۱)، مشهد، انتشارات آستان قدس.
- BURNS, D.D. & BECK, A. T. (1978), Cognitive-behavior modification of mood disorders: In J.P. Foregt, & D.P. Rathjen (eds). *Cognintive behavior therapy. Research and implication*. New York: Plenum press.
- JAN, JE., ESPEZEL, H & APPLETON, RE, (1994). The treatment of sleep disorders with melatonin, *Dev-Med-chil-neuro*, 39(2), 97-107.
- KLEIN, T., MATENS, H., DIJK, DJ., KRONAUER, RE. (1993). Cricadian sleep regulation in the absence of light perception chronic non-24-hour circadian thym sleep disorder in blindman with a regular 24-hour sleep-wake schedule, *Sleep* 16(4), 333-43.
- LEGER, D., GAILLEMINAULT, C., DEFRANACE, R., DOMONOT, A &

- PAILLARD, M. (1996). Blindedness and sleep patterns, *Lancet* 348(9030). 830-1.
- LOCKLEY, SW., SKENE, DJ., ARENDT, J., TABANDEH, H., (1997). Relationship between melatonin rhythms and visual loss in the blind. *J-clin-Endocrinol-Metab*, 82(11). 3763-70.
- LOCKLY, SW., SKENE, DJ., TABANDEH, H. (1997). Relationship between napping and melatonin in the blind. *J-Biol-Rhythms*, 12(1), 16-22.
- PALM, L., BLENNOW, C & WETTERBERG, L. (1997). Long term melatonin treatment in blind children and young adults with circadian sleep wake disturbances. *Dev-Met-child-Nourol*. 39(5). 319-25.
- SADEH, A., KLITZKE, M., ANDERS, TF & ACEBO, C. (1995). Case study: sleep and aggressive behavior in a blind, retard adolescent: A concomitant schedule disorder, *J-Am-Acad-child Adolesc-Psychioury*, 34(6), 820-4.
- TROSTER, H., BRAMBRING, N & VAN-DER-BURG, J. (1995). Sleep disorders in visually handicapped children in infancy and preschool age. *Prax-Klinderpsychl-klinder psychiatry*, 44(2), 39-44.
- TZISCHINSKY, O., PAL, I., EPSTEIN, R., & LAVIE, D. (1992). The importance of timing in melatonin administration in a blind man, *J.Pineal-Res*, 12(3). 105-8.

وصول: ۸۲/۱۲/۲

پذیرش: ۸۳/۵/۱۷