

## بررسی مولفه‌های

# روان‌نژندی در والدین کودکان اتیسم، کم‌توان ذهنی و عادی شهر تبریز

منصور بیرامی / دانشیار گروه روان‌شناسی دانشگاه تبریز

تورج هاشمی نصرت آباد / دانشیار گروه روان‌شناسی دانشگاه تبریز

رباب بشارت / کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی دانشگاه تبریز

یزدان موحدی / دانشجوی دکتری تخصصی علوم اعصاب شناختی دانشگاه تبریز

سجاد کوه پیما / کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی کودک و نوجوان دانشگاه تبریز

### چکیده:

هدف پژوهش حاضر مقایسه‌ی مولفه‌های روان‌نژندی در والدین کودکان اتیسم، کم‌توان ذهنی و عادی در شهر تبریز بود. طرح پژوهش حاضر از نوع علی-مقایسه‌ای بود. جامعه آماری این پژوهش شامل والدین کودکان ۴ تا ۱۵ ساله بود که در شهرستان تبریز در سال ۱۳۹۰ سکونت داشتند. در پژوهش حاضر ۴۵ نفر از والدین سه گروه کودکان اتیسم، کم‌توان ذهنی و عادی (هر گروه ۱۵ نفر) به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. کودکان عادی از طریق هم‌سازی با گروه‌های بالینی انتخاب شدند. پرسشنامه شخصیتی NEO-FFI برای تعیین مولفه‌های روان‌نژندی استفاده گردید. داده‌ها، با استفاده از تحلیل واریانس چند متغیره (MANOVA) و آزمون تعقیبی LSD مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. والدین کودکان اتیسم در زیر مولفه‌های روان‌نژندی بالاترین میانگین را داشتند. این تفاوت در مولفه‌های افسردگی و تکانشی بودن با والدین کودکان کم‌توان معنا دار نبود و در مولفه‌های اضطراب و تکانشی بودن با والدین کودکان عادی معنا دار نبود. با توجه به نتایج مشاهده شده از سه گروه، والدین کودکان اتیسم و کم‌توان ذهنی نسبت به والدین کودکان عادی از روان‌نژندی بالاتری برخوردارند.

**واژه‌های کلیدی:** والدین، اتیسم، کم‌توان، روان‌نژندی

### مقدمه

اجتماعی و مهارت‌های ارتباطی و یا وجود رفتار و فعالیت‌های کلیشه‌ای مشخص می‌شود (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۱۳۸۱). این اختلال معمولاً تا پیش از ۳ سالگی تشخیص داده می‌شوند ولی با بررسی دقیق رفتار کودک می‌توان سن تشخیص را تا زیر ۲ سال تقلیل داد (غباری‌بناب، ۱۳۸۶). این اختلال به دلیل برخورداری از چندین ویژگی، مانند درداشتن طیف متنوعی از ناهنجاری‌های زبانی، ارتباطی، رفتاری، اجتماعی و همچنین تشخیص دیر هنگام می‌تواند فشارهای روانی گوناگونی را به خانواده و نزدیکان کودک تحمیل کند. بسیاری از آنان درمورد کودک اتیسم خود احساس گناه می‌کنند و پذیرش واقعیت برای والدین بسیار مشکل است، همین عدم انطباق با مشکل کودک به بروز

دو گروه از اختلالات دوران کودکی که همیشه مورد توجه متخصصان و روان‌شناسان قرار دارند، گروه کم‌توان ذهنی و طیف اتیسم می‌باشند که با توجه به مشکلات خاص این کودکان، فشار روانی زیادی به والدین این کودکان وارد می‌شود (غباری‌بناب، ۱۳۸۶). بر اساس مطالعات تطبیقی و آمارهای رایج بین‌المللی، حداقل ۱۰ درصد از کودکان سنین مدرسه در هر جامعه‌ای استثنایی و از نظر جسمی، روانی و ذهنی با همسالان خود تفاوت چشمگیری دارند. در کشور ما نیز با توجه به درصد قابل ملاحظه‌ی جمعیت پایین‌تر از ۲۰ سال، حدود ۲ میلیون کودک و نوجوان استثنایی وجود دارد (افروز، ۱۳۷۵). اختلال اتیسم با آسیب شدید و فراگیر در زمینه‌های گوناگون رشدی مانند اختلال در مهارت‌های تعامل

1. American Psychiatric Association

شرمندگی و خجالت در والدین آنها می‌شود، مطالعات نشان داده که در مواردی باعث تأثیر منفی بر روابط زناشویی نیز شده است، چرا که باعث بحث بیشتر بین زن و شوهر درباره کودک اتیسم، درمان، مراقبت از او و در نتیجه فاصله‌ی بیشتر بین آنها می‌شود (هوبارت و اسمیت<sup>۳</sup>، ۲۰۰۸).

#### افتلال طیف اتیسم به دلیل

برفورداری از پندین ویژگی، مانند در برداشتن

طیف متنوعی از ناهنجاری‌های زبانی، ارتباطی، رفتاری،

اجتماعی و همچنین تشفیص دیر هنگام می‌تواند فنتارهای

(روانی‌گونگونی را به خانواده و نزدیکان کودک تممیل کند.

از طرف دیگر، کم توان ذهنی یکی از عمده‌ترین، پیچیده‌ترین و دشوارترین مسائل و مشکلات در کودکان و نوجوانان است (شریعتی و داورمنش، ۱۳۷۵). حضور کودک کم توان با ایجاد مشکلات مراقبتی برای خانواده و به ویژه تجربیات استرس‌زا برای والدین همراه است. چنین وضعیتی مانع از آن می‌شود که خانواده بتواند کارکردهای متعارف خود نظیر تربیت فرزندان، روابط اجتماعی، اشتغال، اوقات فراغت و روابط زناشویی را به نحو مطلوبی ایفا کند (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۱۳۸۱). برخی از پژوهشگران عقیده دارند که وجود کودک کم توان ذهنی باعث بحران شوک، احساس گناه، انکار، غم و کاهش ارتباط در بستگان شده و زمینه را برای جدایی والدین فراهم می‌کند (محمدی و دادخواه، ۱۳۸۰). در DSM-IV-TR کم توان ذهنی، عملکرد هوشی زیر حد متوسط قابل ملاحظه، منجر به یا همراه با تخریب همزمان رفتار انطباقی ظاهر شده در دوره رشد و زیر ۱۸ سالگی تعریف شده است (سادوک و سادوک، ۲۰۰۳). کم توان ذهنی یک اختلال شایع است که حدود

افسردگی و اضطراب در آنان منجر می‌شود (رافعی، ۱۳۸۶).

ویژگی‌های خاص این اختلال و همچنین گاهی تشخیص دیر هنگام و دشوار، بروز علایم بعد از یک دوره‌ی طبیعی و نرمال رشد کودک، فقدان درمان‌های قطعی و مؤثر و پیش‌آگهی نه‌چندان مطلوب، می‌تواند فشار شدیدی را بر والدین کودک تحمیل کند. در هر اختلال مزمنی پس از مراجعه به پزشک و انجام معاینه‌ها و آزمایش‌های متعدد اختلال تشخیص داده می‌شود، شرایط پر از درد و رنج برای خانواده به وجود می‌آید و خانواده را به شدت تحت تأثیر خود قرار می‌دهد. واکنش‌های اولیه والدین به این مسأله می‌تواند بسیار متفاوت باشد، اما اغلب این واکنش‌ها تحت تأثیر باورهای مختلف پدر و مادر و محیط اطرافشان دارای طیف وسیعی از انکار کلی مسأله و کنار نیامدن با آن و یا پیگیری شدید برای درمان متفاوتند (ملون<sup>۱</sup>، ۱۹۷۴). به خاطر مشکلات فراوان این کودکان والدین و به‌خصوص مادران دارای کودک اتیسم از تنش-ها و فشارهای روانی زیادی رنج می‌برند (محمدزاده، پوراعتماد و مالک‌خسروی، ۲۰۰۵). پژوهش‌ها نشان داده است که خانواده‌های کودکان اتیسم بیشتر از خانواده‌های کودکان کم‌توان ذهنی و نشانگان داون استرس داشته و با آن درگیر هستند (گری<sup>۲</sup>، ۱۹۹۷).

وجود این کودکان باعث محدود شدن تعاملات و فعالیت‌های اجتماعی خانواده می‌شود و بر روابط بین فردی آنها تأثیر می‌گذارد، بر شغل مادر تأثیر منفی دارد و در مواردی باعث رها کردن کار توسط مادر به دلیل مسئولیت‌های زیاد در خانه که به خاطر مراقبت از فرزند اتیسم افزایش می‌یابد، می‌گردد، در این خانواده‌ها زندگی حول کودک اتیسم می‌چرخد. داشتن کودکان مبتلا به اختلال اتیسم باعث افسردگی، نگرانی، استرس،

1. Malone

2. Gray

3. Hobart & Smit

دلسوزانه دیگران، بروز ناسازگاری‌های رفتاری در سایر فرزندان و دشواری در تصمیم‌گیری برای بچه‌دار شدن مجدد رنج می‌برند. وجود این فرزندان به سلامت و کیفیت زندگی والدین آسیب می‌رساند و خطر بروز عملکرد نادرست والدین را افزایش می‌دهد (سادوک و سادوک، ۲۰۰۳). حضور کودک کم‌توان ذهنی به آسیب‌های روانی مشخص دیگری از جمله اضطراب و افسردگی نیز منجر می‌شود. لذا می‌توان سلامت روانی و کیفیت زندگی والدین را تابعی از حضور کودک کم‌توان در خانواده تلقی نمود (تمپلین<sup>۱</sup>، گودیر<sup>۲</sup> و هیربرت<sup>۳</sup>، ۱۹۹۸). مطالعات نشان می‌دهند که والدین کودکان ناتوان، دارای استرس و بحران‌های روانی بوده و وجود کودک ناتوان، سازش‌یافتگی و سلامت جسمی و روانی آنها را تهدید می‌کند و غالباً تأثیر منفی بر آنها دارد (سالوویتا<sup>۴</sup>، ایتالینا<sup>۵</sup> و لینون<sup>۶</sup>، ۲۰۰۳؛ به نقل از غباری بناب، ۱۳۸۶). همچنین، مطالعات در مورد تأثیر تولد یک کودک مبتلا به کم‌توان ذهنی بر والدین نشان می‌دهند که والدین، سطوح بالایی از فشار روانی را تحمل کنند، نشانگان افسردگی و از هم گسیختگی خانوادگی بیشتر در آنها دیده می‌شود و همچنین فرصت کمتری برای خود و سلامت جسمی و روانی خود قائل بوده و خلق پایین‌تری دارند (کوغان<sup>۷</sup> و همکاران، ۲۰۱۱).

پژوهش‌های مختلفی (لینهارت<sup>۸</sup>، ۱۹۹۹؛ کوهن و کارتر<sup>۹</sup>، ۲۰۰۶)، نشان داده‌اند که والدین کودکان مبتلا به اختلال اتیستیک بیش از والدین کودکان دارای سایر اختلال‌های روان‌شناختی، در معرض فشارهای روانی

۳ درصد جمعیت دنیا را مبتلا می‌کند (دینی ترکی، بهرامی، داورمنش و بیگلریان، ۱۳۸۵). مطالعات نشان می‌دهد که وجود یک فرزند کم‌توان ذهنی سبب محدودیت روابط خانواده شده و اوقات فراغت و دامنه ارتباطات والدین را محدودتر می‌کند (شریعتی و داورمنش، ۱۳۷۵).

حضور کودک کم‌توان با ایجاد مشکلات مراقبتی برای خانواده و به ویژه تجربیات استرس‌زا برای والدین همراه است. چنین وضعیتی مانع از آن می‌شود که خانواده بتواند کارکردهای متعارف خود نظیر تربیت فرزندان، روابط اجتماعی، اشتغال، اوقات فراغت و روابط زناشویی را به نحو مطلوبی ایفا کند (ملک‌پور، ۱۳۷۷). در جریان تشخیص این اختلالات، فشار روانی فزاینده‌ای بر والدین وارد می‌شود که می‌تواند به واکنش‌هایی مانند ضربه روانی، ناامیدی، خشم و افسردگی منجر شود (رافعی، ۱۳۸۶).

تأثیر کودکان کم‌توان ذهنی بر نظام خانواده، سال‌هاست به عنوان یک معضل، توجه متخصصان را به خود جلب کرده است. در این راستا فراز و نشیب‌هایی نیز مشاهده می‌شود. در پژوهش‌های دهه ۱۹۵۰ بیشتر به تأثیر رفتار والدین بر کودک توجه داشتند، در حالی که در مطالعات دهه ۱۹۶۰، اثرات منفی کودکان بر والدین برجسته‌تر شده است. در دهه ۱۹۷۰، به تأثیرگذاری حضور کودک کم‌توان ذهنی بر روابط برادران و خواهران، همچنین والدین توجه شده است و در این راستا اثر منفی بر سلامت روان والدین نیز مورد غفلت قرار نگرفته است. در سال‌های اخیر دیدگاه‌های تعاملی جامع‌تری در مورد خانواده‌هایی که یکی از اعضای آنها معلول است مطرح شده است (پناه، ۱۳۸۲).

امروزه خانواده‌های بسیاری از داشتن فرزند کم‌توان ذهنی به سبب مسائلی مانند هزینه‌های اقتصادی سنگین، محدودیت در روابط اجتماعی، تحمل ترحم و رفتارهای

1. Tamplin
2. Gooder
3. Herbert
4. Salovita
5. Italinna
6. Leinonen
7. Kogan
8. Linhart
9. Kuhn & Carter

مولفه‌های روان‌نژندی شامل شش مقیاس اضطراب، خشم و خصومت، افسردگی، خودآگاهی، تکانشوری و آسیب‌پذیری در مقابل استرس است (کاستا و مک‌کری، ۱۹۹۲). پژوهش‌های پیشین در کشورهای غربی از قبیل آمریکا گزارش کرده‌اند که مادران کودکان اتیستیک مراحل بالاتری از اضطراب و افسردگی را نشان داده‌اند (ملتزر<sup>۵</sup> و مندل، ۲۰۰۷). در بررسی خشم در والدین کودکان اتیستیک و والدین کودکان عادی، نتایج نشان می‌دهد که خشم در والدین کودکان اتیستیک بیشتر از والدین بهنجار می‌باشد (کوکان و اسشیو<sup>۶</sup>، ۲۰۱۱).

#### مطالعات نشان می‌دهند که

والدین کودکان ناتوان، دارای استرس و بمران‌های روانی بوده و وجود کودک ناتوان، سازش یافتگی و سلامت جسمی و روانی آنها را تهدید می‌کند و غالباً تأثیر منفی بر آنها دارد

در این راستا، داشتن کودک اتیستیک و کم‌توان ذهنی و عدم سازگاری با چنین وضعیتی تنش بسیار زیادی را در والدین ایجاد می‌کند و والدین واکنش‌های نامناسب در موقعیت‌های مختلف از خود بروز می‌دهند که تأثیر نامطلوبی بر روی کل خانواده و اطرافیان می‌گذارد. علی‌رغم وجود مشکلات عدیده در خانواده‌های دارای کودک اتیستیک و کم‌توان ذهنی، پژوهش‌های موجود در این زمینه بسیار اندک است و همان‌گونه که ذکر گردید، بافت فرهنگی، حمایت‌های همه‌جانبه و ... همگی می‌توانند در نوع و میزان مشکلات در جوامع مختلف متفاوت باشد و از آنجایی که تاکنون در شهر تبریز در رابطه با مشکلات این خانواده‌ها پژوهشی صورت نگرفته است، بنابراین پژوهشگران بر آن شدند تا پژوهشی را با هدف مقایسه‌ی مولفه‌های روان‌نژندی در والدین کودکان

ناشی از داشتن کودک ناتوان قراردادارند. فشارهای مذکور می‌توانند برخاسته از مشکلات ناسازگاری و رفتارهای ضد اجتماعی، خود آسیب‌رسانی، حرکات کلیشه‌ای و یا فشارهای روانی ناشی از دشواری در برقراری ارتباط اجتماعی و نیز مشکلات مربوط به حضور در اماکن عمومی با شرایط خاص جسمانی کودک و یا هزینه‌های زیاد خدمات آموزشی و درمانی باشد (دوگان<sup>۱</sup>، ۲۰۰۳). تعدادی از پژوهش‌ها نشان داده‌اند که والدین کودکان با ناتوانی‌های رشدی دارای میزان بالایی از پریشانی هیجانی یا روان‌نژندی هستند، این پژوهش‌ها نشان می‌دهند که افسردگی، اضطراب (چو و ریچدل<sup>۲</sup>، ۲۰۰۹) و استرس (میندل<sup>۳</sup>، ۲۰۰۷) در بین این والدین بیشتر از والدین دارای کودک سالم است.

پژوهش‌ها همچنین نشان می‌دهند که والدین دارای کودکان کم‌توان ذهنی اغلب به‌گونه‌ای زیان‌آور سطح بالایی از فشار روانی را تجربه می‌کنند (ملک‌پور، ۱۳۷۷). پژوهشگران بر این باورند که عوامل تعدیل‌کننده‌ای میان فشارهای روانی والدین و اختلالات کودک وجود دارد. وجود برخی ویژگی‌های شخصیتی می‌تواند توان مقاومت درونی را در برابر فشارهای ناشی از فرزند معلول یا ناتوان در والدین افزایش یا کاهش دهد (فیض، نشاط دوست و حمیدونائل، ۱۳۸۰). برای نمونه نوع شخصیت، مزاج، تجارب گذشته، نیازها، نگرش‌های افراد و احتمالاً برخی ویژگی‌های شخصیتی می‌توانند فرد را آماده پذیرش فشارهای روانی بیشتری سازند (غباری بناب، ۱۳۸۶).

روان‌نژندگرای یا بی‌ثباتی هیجانی یکی از عوامل پنج‌گانه شخصیت است که مک‌کری و کاستا و مک‌کری<sup>۴</sup> (۱۹۹۲) آن را با عنوان عامل N معرفی می‌کنند.

1. Dugan
2. Chu & Richdale
3. Mindell
4. Costa & Mc Care

5. Meltzer

6. Kogan & Schieve

شد و در نهایت پرسشنامه‌های مربوطه اجرا شدند.

#### ابزار

پرسشنامه شخصیتی نئو (NEO-FFI): این پرسشنامه اولین بار توسط کاستا و مک کری در سال ۱۹۸۵ ساخته شد و شامل ۱۸۱ آیتم برای وارسی ۵ عامل بزرگ شخصیت بود و پس از تحولات متعدد (نسخه‌های تجدید نظر شده‌ی پرسشنامه شخصیتی نئو) (NEO-PI-R) در سال ۱۹۹۲ تهیه و منتشر شد که شامل ۲۴۰ عبارت بوده و اندازه‌گیری کلی از ۵ عامل عمده را ارائه می‌کند که هر عامل شامل ۶ بعد است. نسخه کوتاهی از NEO-PI-R با عنوان (پرسشنامه ۵ عاملی) (NEO-FFI) طراحی شد. این پرسشنامه شامل ۶۰ سوال است که بر اساس تحلیل عاملی نمرات NEO-PI که در سال ۱۹۸۶ اجرا شده بود به دست آمد و ۵ بعد عمده شخصیت را اندازه می‌گیرد که عبارتند از: روان رنجوری (روان‌نژندی)، برون‌گرایی، پذیرا بودن، توافق‌پذیری و مسئولیت‌پذیری. در خصوص پایایی عوامل NEO-FFI نتایج چندین مطالعه حاکی از آن است که زیر مقیاس‌های NEO-FFI همسانی درونی خوبی دارند. کاستا و مک کری ضریب آلفای ۰/۶۸ را برای روان‌نژندی گزارش کرده‌اند (کاستا و مک کری، ۱۹۹۲). این پرسشنامه در ایران توسط گروسی (۱۳۸۰) هنجاریابی شده و ضریب آلفای به دست آمده در این پژوهش برای روان رنجورخویی ۰/۸۵، برون‌گرایی ۰/۷۱، گشودگی به تجربه ۰/۴۵، توافق‌پذیری ۰/۵۹ و با وجدان بودن ۰/۷۵ ذکر شده است.

#### یافته‌ها

به منظور تحلیل داده‌های پژوهش حاضر، از تحلیل واریانس چندگانه (MANOVA) و آزمون تعقیبی LSD استفاده شد. در جدول ۱، آماره‌های توصیفی مولفه‌های روان‌نژندی در سه گروه والدین کودکان اتیستیک، کم‌توان ذهنی و عادی نشان داده شده‌اند.

اتیستیک، کم‌توان ذهنی و عادی انجام دهند، تا شاید با مشخص کردن مشکلات و ارائه آن به سازمان‌های ذیربط، زمینه حمایت و کاهش مشکلات این خانواده‌ها را فراهم نمایند.

#### روش

##### جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

طرح پژوهش حاضر از نوع مطالعات علی-مقایسه‌ای بود. جامعه آماری پژوهش حاضر تمامی والدین کودکان ۴ تا ۱۵ ساله دارای اتیسم و کم‌توان ذهنی شهرستان تبریز در سال ۱۳۹۰ بودند. حجم نمونه این پژوهش شامل ۱۵ نفر از والدین هر یک از دو گروه کودکان کم‌توان ذهنی و اتیسم بود که بعد از مراجعه به مرکز توان‌بخشی شهید فیاض بخش (مرکز نگهداری کم‌توان ذهنی) و مدرسه پویش (مرکز نگهداری کودکان مبتلا به اتیسم) انتخاب شدند. روش نمونه‌گیری پژوهش حاضر به صورت در دسترس بود. کودکان عادی نیز از بین والدین کودکان عادی مدارس شهر تبریز از طریق هم‌تاسازی در ویژگی‌های سنی، تحصیلی و وضعیت اجتماعی-اقتصادی، با گروه‌های بالینی انتخاب شدند. ملاک‌های ورود به طرح عبارت بود از: داشتن یک فرزند کم‌توان ذهنی متوسط تا شدید (برای گروه کم‌توان ذهنی)، کودک مبتلا به اختلال اتیسم (برای گروه اتیستیک) و تحصیلات بالای سیکل. ملاک‌های حذفی هم شامل اختلالات پسیکوتیک، اختلالات شخصیتی، کم‌توان ذهنی و وابستگی دارویی بود.

##### روش اجرا

پس از اخذ معرفی‌نامه از طرف دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه تبریز و مراجعه حضوری به مرکز توان‌بخشی شهید فیاض بخش و مدرسه پویش (مرکز نگهداری بچه‌های اتیسم) و اخذ موافقت والدین توضیحات لازم در زمینه این پژوهش برای والدین داده

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار مولفه های روان نژندی در سه گروه والدین کودکان اوتیستیک، کم توان ذهنی و سالم

متغیر	گروه		کم توان ذهنی		اتیستیک		سالم	
	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M
افسردگی	۱۳/۰۷	۵/۱۳	۱۲/۲۷	۴/۹۶	۶/۲۰	۳/۲۴		
خشم	۲/۴۰	۱/۲۴	۱/۴۷	۰/۷۴	۰/۵۳	۰/۶۴		
اضطراب	۵/۹۳	۱/۶۲	۲/۹۳	۲/۵۷	۱/۴۷	۲/۶۴		
آسیب پذیری به استرس	۳/۲۰	۰/۹۴	۱/۴۰	۱/۰۵	۰/۴۰	۰/۶۳		
تکانشی بودن	۲/۴۷	۱/۶۴	۱/۴۰	۱/۴۰	۰/۹۳	۱/۶۲		
خودآگاهی	۶/۲۰	۱/۵۲	۳/۶۰	۲/۲۶	۰/۶۰	۰/۶۳		

چند متغیره (MANOVA) استفاده شد. اثر پیلایی به دست آمده از تحلیل نشان داد که بین سه گروه کودکان اتیستیک، کم توان ذهنی و عادی در مولفه های روان نژندی تفاوت کلی وجود دارد ( $p < ۰/۰۰۱$ ;  $F=۶/۳۶$ ). بنابراین با توجه به مفروضه فوق می توان از تحلیل واریانس چندمتغیره استفاده کرد. (جدول شماره ۲).

با توجه به نتایج مندرج در جدول ۱، گروه والدین کودکان اتیستیک در هر ۶ مؤلفه روان نژندی دارای بالاترین میانگین و والدین کودکان گروه سالم دارای پایین ترین میانگین در هر ۶ مؤلفه روان نژندی بوده اند. برای بررسی فرضیه های پژوهش از تحلیل واریانس

جدول ۲- داده های به دست آمده از تحلیل واریانس چند متغیره (MANOVA)

منبع تغییرات	متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
متغیر	افسردگی	۴۲۲/۹۷	۲	۲۱۱/۴۸	۷/۹۰	۰/۰۰۱
	خشم	۲۶/۱۳	۲	۱۳/۰۶	۱۵/۶۵	۰/۰۰۱
	اضطراب	۱۵۵/۵۱	۲	۷۷/۷۵	۱۴/۳۴	۰/۰۰۱
	آسیب پذیری	۶۰/۴۰	۲	۳۰/۲۰	۳۷/۷۵	۰/۰۰۱
	تکانشی بودن	۱۸/۵۳	۲	۹/۲۶	۳/۸۰	۰/۰۳۰
	خودآگاهی	۲۳۵/۶۰	۲	۱۱۷/۸۰	۴۵/۱۴	۰/۰۰۱
خطا	افسردگی	۱۱۲۴/۲۶	۴۲	۲۶/۷۶		
	خشم	۳۵/۰۶	۴۲	۰/۸۳		
	اضطراب	۲۲۷/۶۰	۴۲	۵/۴۱		
	آسیب پذیری	۳۳/۶۰	۴۲	۰/۸۰		
	تکانشی بودن	۱۰۲/۲۶	۴۲	۲/۴۳		
	خودآگاهی	۱۰۹/۶۰	۴۲	۲/۶۱		

با توجه به جدول ۲، در مؤلفه‌های افسردگی، خشم، اضطراب، آسیب پذیری نسبت به استرس و خودآگاهی بین گروه‌های اتیستیک، کم توان ذهنی و سالم تفاوت معنادار وجود دارد ( $p < 0/01$ ). اما در مؤلفه تکانشی بودن بین سه گروه تفاوت معنادار وجود ندارد. برای پی بردن به این که بین کدام یک از گروه‌ها این تفاوت وجود دارد از آزمون تعقیبی LSD استفاده شده است (جدول شماره ۳).

جدول ۳: آزمون LSD برای مقایسه دویه دوی مؤلفه‌های روان نژندی بین گروه‌های مختلف

مؤلفه	گروه (I)	گروه (J)	تفاوت میانگین‌ها (I-J)	خطای استاندارد	سطح معنی داری
افسردگی	اتیستیک	سالم	۶/۸۷	۱/۸۸۹	۰/۰۰۱
	اتیستیک	کم توان ذهنی	۰/۸۰	۱/۸۸۹	۰/۶۷۴
	کم توان ذهنی	سالم	۶/۰۷	۱/۸۸۹	۰/۰۰۳
خشم	اتیستیک	سالم	۱/۸۷	۰/۳۳۴	۰/۰۰۱
	اتیستیک	کم توان ذهنی	۰/۹۳	۰/۳۳۴	۰/۰۰۸
	کم توان ذهنی	سالم	۰/۹۳	۰/۳۳۴	۰/۰۰۸
اضطراب	اتیستیک	سالم	۴/۴۷	۰/۸۵۰	۰/۰۰۱
	اتیستیک	کم توان ذهنی	۳/۰۰	۰/۸۵۰	۰/۰۰۱
	کم توان ذهنی	سالم	۱/۴۷	۰/۸۵۰	۰/۰۹۲
آسیب پذیری	اتیستیک	سالم	۲/۸۰	۰/۳۲۷	۰/۰۰۱
	اتیستیک	کم توان ذهنی	۱/۸۰	۰/۳۲۷	۰/۰۰۱
	کم توان ذهنی	سالم	۱/۸۰	۰/۳۲۷	۰/۰۰۴
تکانشی بودن	اتیستیک	سالم	۱/۵۳	۰/۵۷۰	۰/۰۱۰
	اتیستیک	کم توان ذهنی	۱/۰۷	۰/۵۷۰	۰/۰۶۸
	کم توان ذهنی	سالم	۰/۴۷	۰/۵۷۰	۰/۴۱۷
خودآگاهی	اتیستیک	سالم	۵/۶۰	۰/۵۹۰	۰/۰۰۱
	اتیستیک	کم توان ذهنی	۲/۶۰	۰/۵۹۰	۰/۰۰۱
	کم توان ذهنی	سالم	۳/۰۰	۰/۵۹۰	۰/۰۰۱

۱۹۹۹؛ کوهن و کارتر، ۲۰۰۶؛ کوک<sup>۱</sup>، چارک<sup>۲</sup>، آریدا<sup>۳</sup> و اسپون<sup>۴</sup>، ۱۹۹۴) بود.

مطالعات نشان می‌دهد  
وهمو یک فرزند کم توان ذهنی سبب  
ممدودیت (رابطه فانوناده شده و اوقات فراغت و  
دامنه ارتباطات والدین را ممدودتر می‌کند

در مولفه خشم هر سه گروه با هم تفاوت معناداری داشتند. به عبارت دیگر والدین کودکان اتیستیک بیشترین خشم را تجربه می‌کردند، والدین کودکان کم توان ذهنی در رتبه بعدی قرار داشتند و در نهایت والدین کودکان عادی کم‌ترین میزان خشم را گزارش کردند. در تبیین احتمالی این مسئله می‌توان به میزان استرس وارد شده به این والدین و به تبع آن واکنش‌های هیجان‌مدار و پرخاشگرانه اشاره نمود.

در مطالعه‌ای که توسط پور اعتماد و همکاران، انجام گرفت، نتایج نشان داد که مادران کودکان اتیستیک استرس‌های والدینی بیشتری تجربه می‌کنند، این پدیده می‌تواند بر رفتارها و واکنش‌های والدین تاثیر منفی گذاشته و ناکامی و به تبع آن خشم والدین را افزایش دهد (پور اعتماد، افشاری و مرادی، ۱۳۸۵).

در مولفه اضطراب و آسیب‌پذیری نسبت به استرس، والدین کودکان اتیستیک اضطراب بیشتری را نسبت به والدین کودکان کم‌توان‌ذهنی و والدین کودکان عادی گزارش کردند. نتایج این پژوهش را می‌توان با بررسی‌هایی که در زمینه مولفه‌های روان‌نژندی در بین والدین کودکان اتیستیک، کم‌توان‌ذهنی و عادی به‌عمل آمده همسو دانست (غباری بناب، ۱۳۸۶؛ ملتزر و مندل، ۲۰۰۷؛

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که افسردگی، خشم، اضطراب، آسیب‌پذیری نسبت به استرس، تکانشی بودن و خود آگاهی در والدین گروه‌های اتیستیک به صورت معنی‌داری ( $p < 0/01$ ) از والدین گروه سالم بالاتر است. همچنین افسردگی، خشم، آسیب‌پذیری نسبت به استرس و خود آگاهی گروه کم‌توان‌ذهنی بیشتر از گروه سالم است. والدین دو گروه اتیستیک و کم‌توان‌ذهنی به غیر از مولفه‌های افسردگی و تکانشی بودن در سایر مولفه‌ها تفاوت معنی‌دار داشتند.

## بحث

در این پژوهش به بررسی مولفه‌های روان‌نژندی در والدین کودکان اتیستیک، کم‌توان‌ذهنی و عادی پرداخته شد. یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که در مولفه افسردگی تفاوت گروه عادی با گروه کم‌توان‌ذهنی و گروه اتیستیک معنادار می‌باشد. به عبارت دیگر والدین کودکان کم‌توان‌ذهنی و اتیستیک افسردگی بالاتری نسبت به والدین کودکان عادی دارند. مراقبت از کودک اتیستیک و کم‌توان‌ذهنی فشار روانی زیادی را بر والدین آنها اعمال می‌کند. والدین وقتی که با فرزند ناتوان خود رو به رو می‌شوند به علت نگهداری دائمی و نیاز به فراهم کردن شرایط ویژه رشد این کودکان، دچار استرس و فشار شدید می‌گردند و همین امر می‌تواند سلامت جسمی و روانی آنها را به خطر بیندازد. والدین به دلیل احساس گناه و تقصیر، ناکامی و محرومیت ناشی از عادی نبودن کودک، دچار غم و اندوه و افسردگی می‌گردند.

در مجموع این شرایط می‌تواند سبب گوشه‌گیری و عدم علاقه به روابط اجتماعی و پایین آمدن عزت نفس و احساس بی‌ارزشی در والدین گردد. این تفاوت بین والدین کودکان کم‌توان‌ذهنی و والدین کودکان اتیستیک معنادار نبود. نتایج این بررسی در تایید یافته‌های (لینهارت،

1. Cook
2. Charak
3. Arida
4. Spohn



تمامی مولفه های روان نژندی، والدین کودکان اتیستیک و کم توان ذهنی با گروه عادی تفاوت معنادار داشتند، به جز در مولفه های اضطراب و تکانشی بودن که والدین کودکان کم توان ذهنی تفاوت معناداری با گروه سالم نداشتند.

به نظر می رسد یکی از مسائلی که موجب شده نمرات والدین کودکان اتیستیک در اغلب مولفه ها از دو گروه دیگر مورد مطالعه بالاتر باشد، ماهیت اختلال اتیسم است. کودکان اتیستیک در مقایسه با کودکان بهنجار و کودکان با ناهنجاری های دیگر، مشخصه ها و ویژگی های متفاوتی را از خود نشان می دهند. این اختلال طیف متنوعی از ناهنجاری های زبانی، ارتباطی، رفتاری و اجتماعی را در برمی گیرد.

والدین کودکان کم توان ذهنی و اتیستیک  
افسردگی بالاتری نسبت به والدین کودکان عادی دارند.  
مراقبت از کودک اتیستیک و کم توان ذهنی فشار روانی  
زیادی را بر والدین آنها اعمال می کند

به علت کم بودن نمونه های این پژوهش باید در تعمیم نتایج به والدین این گروه ها با احتیاط عمل کرد. کمبود پیشینه تجربی و نظری منسجم در زمینه بررسی والدین کودکان معلول و مشکل دار، محدودیت هایی را در تفسیر و تبیین نتایج این پژوهش به وجود آورد.

در پایان با توجه به اینکه در این پژوهش به بررسی عواملی چون جنسیت، نوع و شدت اختلال های گسترده اتیسم و کم توان ذهنی و همچنین برخی ویژگی های جمعیت شناختی والدین پرداخته نشده است، به پژوهشگران آتی پیشنهاد می شود که در پژوهش های خود، به بررسی رابطه بین متغیرهایی چون جنسیت و سن کودکان، نوع و شدت اختلال آنها با روان نژندی والدین پردازند.

پورا اعتماد و همکاران، ۱۳۸۵). کوهسالی، در مطالعه ای به بررسی نشانه های اختلال فشار روانی پس از سانحه (PTSD) در مادران کودکان کم توان ذهنی و مادران کودکان عادی پرداخت، نتایج حاصله نشان داد که مادران کودکان کم توان ذهنی، در برابر فشار روانی آسیب پذیرترند (کوهسالی، ۱۳۸۶). یکی از منابع اصلی استرس و فشار روانی والدین کودکان اتیسم ویژگی های کودک، مانند مشکل در بیان کلامی، بی ثباتی های شناختی، مشکلات رفتاری، سازش پذیری و شدت ناتوانی ها می باشد (خرم آبادی، پورا اعتماد، طهماسیان و چیمه، ۱۳۸۸). در واقع به نظر می رسد این والدین در برقراری ارتباط با کودک خود دچار مشکل هستند، این امر می تواند از یک سو به ویژگی های کودک و از سوی دیگر به عدم شناخت کافی و آگاهی والدین از ماهیت اختلال و خصوصیات آن که بر کودک تحمیل می کند، باشد. در نتیجه کودکان اتیستیک مسائل دیگری را بر والدین خود تحمیل می کنند که از جمله آنها می توان به اضطراب و استرس و سازگاری خانوادگی کمتر و درگیری کمتر با کودک اشاره نمود (دارت<sup>۱</sup>، بوردین<sup>۲</sup>، یازگی<sup>۳</sup> و مونی<sup>۴</sup>، ۲۰۰۵). این حالت روان شناختی در والدین کودکان اتیستیک می تواند به احساس ناامیدی در آنها منجر شود. از سوی دیگر نشانه های این اختلال پس از یک دوره رشد طبیعی بروز و والدین را دچار سردرگمی می کند. عامل دیگر این است که تشخیص این اختلال بسیار دشوار می باشد و معمولاً بسیار دیر هنگام تشخیص داده می شود و والدین را با این استرس مواجه می سازد که زمان زیادی از دست داده اند که می توانست نقش مفیدی در بهبود کودک شان داشته باشد (دارت و همکاران، ۲۰۰۵).

به طور خلاصه نتایج پژوهش حاضر نشان داد که در

1. Duart
2. Bordin
3. Yazigi
4. Mooney

با توجه به پژوهش‌های انجام شده، تدارک دوره‌های آموزشی و درمانی در جهت کاهش فشار روانی و شناخت و تقویت راهبردهای رویارویی مؤثر و کارآمد برای والدین کودکان با اختلال‌های اتیسم و کم‌توان ذهنی پیشنهاد می‌شود. در نهایت با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر، پیشنهاد می‌شود که در برنامه‌ریزی با والدین کودکان اتیستیک و کم‌توان ذهنی عامل‌های روان‌نژندی لحاظ شود.

## منابع

- افروز، غلامعلی (۱۳۷۵). مصاحبه و مشاوره با والدین کودکان استثنایی. تهران: انتشارات اولیاء و مربیان جمهوری اسلامی ایران.
- انجمن روان‌پزشکی آمریکا (۱۳۸۱). متن تجدید نظر شده راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی *DSM-IV-TR* ترجمه: محمدرضا نیکخو و ماهایا آوادیس یانس. تهران، انتشارات سخن.
- پناه، محمداحمد (۱۳۸۲). تاثیر کم‌توانی ذهنی فرزند بر بهداشت روانی خانواده. مجله پژوهش در حیطه کودکان استثنایی، ۱(۱). ۵۲-۶۸.
- پور اعتماد، حمیدرضا؛ افشاری، رضا؛ مرادی، شهرام (۱۳۸۵). استراتژی‌های مقابله‌ای و سلامت روان در مادران دارای کودک اتیسمی. فصلنامه تحقیقات در خانواده ۲ (۷): ۲۹۲-۲۸۵.
- خرم آبادی، راضیه؛ پوراعتماد، حمیدرضا؛ طهماسیان، کارینه؛ چیمه، نرگس (۱۳۸۸). مقایسه استرس والدگری در مادران کودکان مبتلا به اختلال اتیسم با مادران کودکان بهنجار. فصلنامه خانواده پژوهی، ۵(۱۹): ۳۹۹-۳۸۷.
- دینی ترکی، نوراله؛ بهرامی، هادی؛ داور منش، عباس؛ بیگلریان، اکبر (۱۳۸۵). رابطه فشار روانی با رضامندی زناشویی در والدین کودکان عقب مانده ذهنی. مجله توان‌بخشی ۷ (۴): ۴۶-۴۱.
- رافعی، طلعت (۱۳۸۶). اتیسم، ارزیابی و درمان، تهران، انتشارات دانژه.
- سادوک، بینامین و سادوک، بینجامین (۲۰۰۳). خلاصه روان‌پزشکی علوم رفتاری - روان‌پزشکی بالینی. ترجمه: نصراله پور افکاری. تهران، انتشارات شهرآب.
- شریعتی، نادر؛ دارو منش، عباس (۱۳۷۵). اثرات معلولیت ذهنی فرزند بر خانواده، تهران: سازمان بهزیستی کشور، دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی.
- غباری بناب، باقر (۱۳۸۶). مقایسه ویژگی‌های شخصیتی و سبک‌های دل‌بستگی در مادران بچه‌های اتیسمی با مادران بچه‌های عادی، تحقیق درباره بچه‌های استثنایی، دانشگاه تهران، دانشکده علوم تربیتی روان‌شناسی، ۲۱: ۸۰۴-۷۸۷.
- فیض، عبدالله؛ نشاط دوست، حمیدطاهر؛ حمیدونائل، حسین (۱۳۸۰). بررسی رابطه سرسختی روان‌شناختی و روش‌های مقابله با تنیدگی. مجله روان‌شناسی و علوم تربیتی، شماره ۳۱۵-۳۰۳.
- کوهسالی، معصومه (۱۳۸۶). مقایسه سازگاری اجتماعی مادران دختران عقب مانده ذهنی آموزش‌پذیر با مادران دختران عادی کاشان، پایان‌نامه جهت اخذ کارشناسی ارشد روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی تهران.
- گروسی فرشی، میرتقی (۱۳۸۰). رویکردهای نوین در ارزیابی شخصیت (کاربرد تحلیل عاملی در مطالعات شخصیت). تبریز: نشر جامعه پژوه، دانیال.
- محمدی، محمدعلی؛ دادخواه، بهروز (۱۳۸۰). مقایسه مشکلات روانی اجتماعی والدین کودکان عقب مانده ذهنی تحت پوشش توان‌بخشی، بهزیستی اردبیل سال ۱۳۸۰. دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، ۱(۳): ۴۶-۳۵.

ملک پور، مختار (۱۳۷۷). بررسی رابطه میزان فشار روانی والدین کودکان عقب مانده ذهنی با شدت عقب ماندگی، جنسیت، سن کودک، وضعیت اقتصادی و تحصیلات والدین. مجله پژوهش های علوم تربیتی و روان شناختی ۳ (۱): ۵۶-۳۷.

- Chu J, Richdale, A. (2009). *Sleep quality and psychological well being in mothers of children with developmental disabilities*. Research in developmental disabilities 30:1512-1522.
- Cook E, Charak D, Arida J & Spohn J. (1994). *Depressive and obsessive – compulsive symptoms in hyper serotonemic parents of children with autistic disorder*. Journal of psychiatry research 52(1): 25-33.
- Costa P, McCrae, R. R. *Revised NEO Personality Inventory (NEO PI-R) and NEO five factor Inventory (NEO-FFI) professional Manual*". Odessa, FL Psychological Assessment Resources, Inc 1992.
- Duart CS, Bordin IA, Yazigi L, Mooney J. (2005). *Factors associated with stress in mothers of children with Autism*. Autism 9(4): 416-427.
- Dugan C. *Autism, coping with autism- support for families*. <http://www.autism website.com> 2003.
- Gray DE. (1997). *High functioning autistic children and the construction of "normal family life"*. Journal of Social & Medicine, 44(8):1097-106.
- Hobart HM, Smith W. (2008). *Autism and family in the People's Republic of China: Learning from parents' perspectives*. Research & Practice for Persons with Severe Disabilities, 33(1-2): 37-47 .
- Kogan MD & Schieve LA. (2011). *Parenting aggravation an autism spectrum disorders; national survey of childrens health* 4(3): 143- 156.
- Kuhn J, Carter A. (2006). *Maternal self efficacy and associated parenting cognitions among mother of children with autism*. American journal 76(4): 564-575.
- Linhart JE. (1999). *Psychiatric problem in individuals with autism, their parents and siblings*. International review of psychiatry 11(4): 278-298.
- Malone CA. (1974). *Observation on therole of family therapy in child psychiatric training*. Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 13: 437-58.
- Meltzer LJ & Mindell JA. (2007). *Relationship between child sleep disturbances and maternal sleep, mood, and parenting stress: A pilot study*. Journal of Family psychology 21: 67-73.
- Mohammadi-Zade A, Pooretamad H, Maleck-Khosravi G. (2005). *The primary examination of effect of guided imagination by music on reduction of depression, anxiety, & stress in mothers withautistic children*. Journal of Research Family, 3: 289-92.
- Tamplin A, Gooder M, Herbert J. (1998). *Family Functioning and parent general health in families of adolescents with major depressive disorder*. Journal of Affective Disorder, 48(1): 1-13.