

# بررسی و مقایسه ویژگیهای زیستی، روانی و اجتماعی والدین کودکان در خود فرو مانده ( ) و والدین کودکان عادی \*

دکتر باقر غباری بناب  
شادی وحدت تربتی



شهرستان گاه علوم انسانی و مطالعات  
پژوهش‌های جامع علوم انسانی

## بیان مسئله

چرا کودک من مبتلا به درخودفروماندگی است؟ این سوالی است که اغلب خانواده‌هایی که برای اولین بار با این واقعیت روبرو می‌شوند از خود می‌پرسند. تولد یک کودک مبتلا به درخودفروماندگی می‌تواند برای خانواده امری ناگوار باشد. بدین ترتیب بررسی برخی مسایل مربوط به واکنشهای خانواده در برابر کودک از اهمیت فراوانی برخوردار است. (راینسون، ۱۹۶۶)<sup>۱</sup>

کودک درخودفرومانده با دیگران تماس چشمی برقرار نمی‌کند، دوست ندارد در آغوش گرفته شود حتی در آغوش مادر، به محرکات محیطی پاسخ مناسب نمی‌دهد، اختلالات شدید گفتار و زبان دارد (راترو شاپلر، ۱۹۸۷)<sup>۲</sup>، هذیان گویی و خیالاتی بودن در آنها دیده می‌شود (میلی، ۱۹۹۱)<sup>۳</sup>، اختلال کمبود توجه، بیش‌فعالی، صرع و سواس فکری - عملی دارد (تسائی لی، ۱۹۹۹)<sup>۴</sup> برای علت آن نیز تا کنون نظرات مختلفی ارائه شده است که عده‌ای از آنها علت درخودفروماندگی را صرفاً محیطی می‌دانند (فرستر، ۱۹۶۱، کانر، ۱۹۵۶)<sup>۵</sup>، عده‌ای نیز آن را کاملاً سرشتی وارثی می‌دانند (ریملند، ۱۹۶۴)<sup>۶</sup> و عده‌ای نیز حد وسط را گرفته‌و آن را از برخورد عوامل محیطی و عوامل سرشتی ناشی دانسته‌اند (زاسلو و برگر، ۱۹۶۹)<sup>۷</sup>.

پژوهش‌های اخیر علت بروز این اختلال را بیشتر به عوامل ژنتیکی و بیولوژیکی نسبت می‌دهند. این پژوهش‌ها که بر روی دو قلوها یا اعضای خانواده صورت گرفته است، عامل ژنتیک را در اتیسم مهم دانسته‌اند. (لمب، مور، بیلی، موناکو، ۲۰۰۰)<sup>۸</sup> (بریتول، اسپینلا، ۱۹۹۹)، البته هیچ کدام از این تحقیقات منکر پیچیده بودن علت این اختلال به صورت کلی نبوده‌اند. کانر (۱۹۴۳) والدین کودکان درخودفرومانده را به عنوان والدین از طبقه بالا، تحصیل کرده، دچار اشتغالات فکری و از لحاظ هیجانی سرد توصیف کرده است. دلاکاتو (۱۹۵۶) سخت‌با نظر کانر مخالف بود و عقیده داشت که همین مادران فرزندان دیگری دارند که سالم می‌باشند. متخصصان تحلیل روانی، عامل محیطی را مورد توجه قرار داده‌اند، زیرا معتقدند که درخودفروماندگی در اثر فقدان رابطه با اشیاء و مواد فیزیکی یا اجتماعی اشتغال ذهنی درباره محرکهای داخلی به عنوان اولین مرحله رشد طبیعی شکل می‌گیرد. انتقال از خودشیفتگی اولیه به ارتباط با اشیاء و موارد، موضوعی است که از طریق اعمال پرورشی و تغذیه‌ای مادر صورت می‌پذیرد. بنابراین کوتاهی و شکست در پیشرفت از طریق مراحل صحیح رشد می‌تواند به قصور و شکست در مادری کردن نسبت داده شود. بنا به نظرات گوناگون در ارتباط با مادر و خانواده کودک

درخودفرومانده و کمبود تحقیقات در این باره، بر آن شدیم که ویژگیهای والدین این کودکان را با کودکان عادی در زمینه زیستی، روانی و اجتماعی بررسی کنیم.

## روش تحقیق

در این پژوهش به دلیل بررسی و مقایسه ویژگیهای زیستی، روانی و اجتماعی والدین کودکان درخودفرومانده و والدین کودکان عادی در شهر تهران، نیاز به این دو خانواده داشتیم. به دلیل محدود بودن کودکان درخودفرومانده و مشکلات تشخیص آنان از طبقه بندی جغرافیایی آنان صرف نظر کردیم. مجموعه نمونه‌های مورد مطالعه در این پژوهش ۱۲۰ نفر که شامل ۶۰ نفر والدین کودکان مبتلا به درخودفروماندگی (۳۰ نفر مادر و ۳۰ نفر پدر) و ۶۰ نفر والدین کودکان عادی (۳۰ نفر مادر و ۳۰ نفر پدر) می‌باشند. گزینش نمونه‌ها از طریق کلینیکهای درمان گفتار و روان که کودکان مبتلا به درخودفروماندگی برای درمان توسط پزشکان اعصاب و روان به آنجا معرفی شده بودند، انتخاب شدند. برای امر مقایسه والدین کودکان درخودفرومانده با والدین کودکان عادی نیز به تناسب سن، جنس و محل سکونت کودکان درخودفرومانده، کودکان عادی را انتخاب و به والدین آنها پرسشنامه داده شد. روش انتخاب نمونه پژوهش به صورت تصادفی نیست و آزمودنیها هیچگونه محدودیت

زمانی برای پاسخگویی به سوالات نداشتند.

هر پرسشنامه از سه بخش تشکیل شده است. قسمت اول آن مربوط به مادران است که سئوالاتی در مورد دوران بارداری ایشان، استفاده از داروهای شیمیایی و غیره به میان آمده است. قسمت دوم و سوم این پرسشنامه بین مادران و پدران مشترک است. بخش دوم آن مربوط به سئوالهای زیستی از قبیل سن (سن والد و کودک)، جنس، شغل، تعداد فرزندان و میزان درآمد است. بخش نهایی از آزمون نیز به نام آزمون ارتباط

بین والد و فرزند شامل ۴۸ سئوال می باشد. این سئوالات نگرش والد را در زمینه طرد، اعطای آزادی افراطی و حمایت افراطی می سنجد. هر کدام از سئوالات دارای پنج گزینه هستند (کاملاً موافقم، موافقم، بی طرف هستم، مخالفم، کاملاً مخالفم). برای تحلیل واریانس متغیرهای وابسته و اثر نوع والد (پدر کودک عادی، پدر کودک در خود فرو مانده، مادر کودک عادی، مادر کودک در خود فرو مانده) و نوع کودک (عادی و در خود فرو مانده) از

تحلیل واریانس دو طرفه (ANOVA) استفاده شده است.

و برای سئوالهایی که به صورت مقوله ای مطرح شده بودند (از قبیل خواسته یا ناخواسته بودن کودک، سابقه ژنتیکی داشتن یا نداشتن) از روش مجذور خنی ( $X^2$ ) استفاده شده است.

### نتیجه

در این پژوهش که هدف بررسی و مقایسه ویژگیهای زیستی، روانی و اجتماعی والدین کودکان در خود فرو مانده و والدین کودکان عادی بود، داده های تحقیق با استفاده از نرم افزار کامپیوتری SPSS PS+ با مدل های تحلیل واریانس و مجذور خنی تحلیل شدند و نتایج زیر بدست آمد:

مادران کودکان در خود فرو مانده در زمینه های طرد کردن، اعطای آزادی افراطی و حمایت کردن افراطی از مادران کودکان عادی جلوتر بودند. به این صورت که این مادران کودکان خود را بیشتر از مادران عادی طرد می کنند و آزادی و حمایت افراطی بیشتری در قبال این فرزندان دارند.

جدول شماره (۱) اطلاعات مربوط به توصیف آماری مقوله حمایت افراطی

گروهها	تعداد	میانگین
مادران کودکان در خود فرو مانده	۳۰	۳۹/۴
پدران کودکان در خود فرو مانده	۳۰	۳۹/۷۶
مادران کودکان عادی	۳۰	۳۵/۲۳
پدران کودکان عادی	۳۰	۳۶/۰۷

جدول شماره (۲) اطلاعات مربوط به توصیف آماری مقوله طرد

گروهها	تعداد	میانگین
مادران کودکان در خود فرو مانده	۳۰	۳۸/۹۶
پدران کودکان در خود فرو مانده	۳۰	۳۷/۲۳
مادران کودکان عادی	۳۰	۳۴/۷۶
پدران کودکان عادی	۳۰	۳۵/۵۶

جدول شماره (۳) اطلاعات مربوط به توصیف آماری مقوله آزادی افراطی

میانگین	تعداد	گروهها
۳۶/۳۵	۳۰	مادران کودکان درخود فرومانده
۳۶/۴۳	۳۰	پدران کودکان درخود فرومانده
۳۱/۱۶	۳۰	مادران کودکان عادی
۳۲/۱۰	۳۰	پدران کودکان عادی

- بین میزان تحصیلات والدین و بروز اختلال درخود- فروماندگی هیچگونه رابطه معناداری وجود ندارد. همچنین بین داشتن زمینه ارثی در خانواده‌ها و وجود کودک درخود فرومانده نیز بین والدین تفاوت معناداری به چشم نمی‌خورد. ولی در بین خانواده‌های مادران عادی و درخود فرومانده، مادرانی که زمینه ارثی معلولیت در خانواده‌های آنان به چشم می‌خورد، بیشتر دارای کودک درخود فرومانده بودند.
- از نظر فصل تولد کودکان نیز هیچگونه تفاوت معناداری در فصل تولد و بروز این اختلال دیده نمی‌شد. ولی فراوانی تولد کودکان درخود فرومانده در فصل بهار بیشتر به چشم می‌خورد.
- در زمینه طبقات اجتماعی و مشاغل والدین کودکان عادی و والدین کودکان درخود فرومانده نیز تفاوت معناداری در بروز این اختلال دیده نمی‌شود.
- در مورد عوامل خواسته یا ناخواسته بودن کودک از طرف والدین نتیجه به این صورت بود که اغلب والدینی که فرزند خود را ناخواسته می‌دانستند، دارای کودک درخود فرومانده بودند و تفاوت معنادار بین کودک خواسته و ناخواسته از طرف والدین دیده می‌شود.
- مادرانی که در دوران بارداری از داروهای شیمیایی استفاده کرده بودند، بیشتر دارای کودک درخود فرومانده بودند و همچنین کودکانی که در حین تولد به دلایلی دچار خفگی یا کمبود اکسیژن شده بودند بیشتر در معرض اختلال درخود فروماندگی قرار گرفته بودند.
- در مقوله‌های ترتیب تولد کودک (اولین، دومین و....)، نوع زایمان مادر (طبیعی و سزارین) وضعیت مسکونی والدین (شخصی، اجاره‌ای و....)، شغل مادر در حین حاملگی (تمام وقت، نیمه وقت و....)، تغذیه از شیر مادر (در آغوش بودن یا نبودن کودک) و سال تولد والد، هیچگونه تفاوت معناداری وجود نداشته است.
- زیر نویس:
- 1-Robinson(1966)
  - 2-Rutter&Schopler(1987)
  - 3-Milby(1991)
  - 4-Tsai Ly(1999)
  - 5-Ferster,(1961) Kane,(1956)
  - 6-Rimland(1964)
  - 7-Zaslow&Breger(1969)
  - 8-Lamb Ja;Moore J;Bailey A;Monaco Ap.(2000)
  - 9-Bristol-Power MM;Spinella G.(1999)
- \* این مقاله در اولین همایش یافته‌های نوین پژوهشی در آموزش و پرورش استثنایی در سال ۱۳۸۰ در شیراز به صورت پوستر ارائه شده است