

# مقایسه میزان افسردگی و پرخاشگری در میان برادران و خواهران سالم ۱۲-۶ ساله کودکان درخودمانده و اختلال نارسایی توجه/ بیش فعالی<sup>۱</sup>

مرضیه کامیاب نژاد<sup>۲</sup>

مریم سیف نراقی<sup>۳</sup>

ارکان خوش کلام<sup>۴</sup>

تاریخ پذیرش: ۹۰/۱۱/۲۶

تاریخ وصول: ۹۰/۶/۲۹

## چکیده

هدف: هدف این پژوهش مقایسه میزان پرخاشگری و افسردگی در میان برادران و خواهران سالم ۱۲-۶ ساله کودکان درخودمانده و اختلال نارسایی توجه/ بیش فعالی شهر تهران در سال تحصیلی ۹۰-۹۱ است. روش این پژوهش از نوع کاربردی و شیوهی انجام آن زمینه‌ای است. جامعه آماری این پژوهش را برادران و خواهران سالم ۱۲-۶ ساله کودکان درخودمانده و مبتلا به نارسایی توجه/ بیش فعالی تشکیل می‌دهند. نمونه‌ی آماری، حجم و نحوه گزینش آن: تعداد نمونه ۱۴ نفر از برادران و خواهران که ۷ نفر مربوط به گروه درخودمانده و ۷ نفر مربوط به گروه نارسایی توجه/ بیش فعالی بود که از نمونه‌گیری دردسترس استفاده شد. روش جمع‌آوری داده‌ها و ابزارهای آن: داده‌های پژوهش با استفاده از پرسشنامه هنجاریابی شده آخنباخ، فرم والدین، جمع‌آوری گردید. روش آماری: داده‌های گردآوری شده در دو بخش آمار توصیفی

۱- مستخرج از پایان نامه کارشناسی ارشد

۲- کارشناسی ارشد روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی

۳- استاد دانشگاه علامه طباطبایی

۴- کارشناسی ارشد روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی

(فراوانی، درصد، درصد تراکمی و...) و آمار استنباطی (T مستقل)  $P=0/05$  تجزیه و تحلیل گردید. یافته‌ها: نتایج نشان داد که میزان پرخاشگری برادران کودکان درخودمانده بیش از برادران کودکان بیش فعال است. اما در میزان افسردگی برادران دو گروه تفاوتی مشاهده نشد. و میزان افسردگی و پرخاشگری در میان خواهران گروه درخودمانده بیش از گروه بیش فعال است. به طور کلی می‌توان نتیجه گرفت که میزان پرخاشگری و افسردگی در میان برادران و خواهران کودکان درخودمانده بیش از برادران و خواهران کودکان بیش فعال است. با توجه به اینکه میزان پرخاشگری و افسردگی در میان برادران و خواهران کودکان درخودمانده بیشتر از گروه بیش فعال بود، لذا تدوین راهکارهایی برای والدین این کودکان در جهت پیشگیری از بروز پرخاشگری و افسردگی مفید می‌باشد.

**واژگان کلیدی:** بیش‌فعالی، درخودماندگی، پرخاشگری، افسردگی.

#### مقدمه

خانواده شبکه‌ای از ارتباطات است که در آن والدین و کودکان در فرایندی دو سویه با یکدیگر تعامل دارند. در این مجموعه که به واقع جامعه‌ای محدود است، کنش و واکنش‌های میان اعضا، تأثیر بسزایی در افزایش یا کاهش مشکلات موجود دارد (ایمان زاده، ۱۳۷۷: ۵). در این میان وجود کودک استثنایی اغلب ضایعات جبران ناپذیری را بر پیکر خانواده وارد می‌کند. میزان آسیب‌پذیری خانواده در مقابل این ضایعه گاه به حدی است که وضعیت سلامت روانی خانواده دچار آسیب شدیدی می‌شود (نریمانی، ۱۳۸۶؛ ص ۱۶). از میان کودکان استثنایی؛ حضور کودک درخودمانده تأثیر بیشتری بر خانواده می‌گذارد. تولد کودک در خودمانده می‌تواند برای خانواده ناگوار باشد چرا که هیچ اختلالی به اندازه درخودمانده و عقب ماندگی روی سایر اعضای خانواده تأثیر ندارد (ساراسون<sup>۱</sup> و ساراسون ترجمه نجاریان، مقدم، دهقانی.

۱۳۷۳) (به نقل از رسولی، ۱۳۸۶؛ ص ۴). اصطلاح درخودمانده به افرادی گفته می‌شود که در آنها مجموعه‌ای از اختلالات رشدی وابسته به سیستم اعصاب مرکزی دیده می‌شود. این اختلالات مغزی توانایی فرد برای برقراری ارتباط و نحوه ارتباط وی با دیگران و پاسخ‌های فرد نسبت به محیط بیرون را تحت تأثیر قرار می‌دهد. فرد درخودمانده به رفتارهای تکراری یا تکرار الگوهای ذهن خود علاقه‌مند است. ممکن است یک کودک اتیستیک از برقراری تماس چشمی خودداری نماید و یا به نظر برسد که ناشنوا است. همچنین رشد زبان و «مهارت‌های اجتماعی» وی متوقف گردد (ناصح، ۱۳۸۸؛ ص ۱۵). کودک درخودمانده معمولاً به رفتارهای تکراری، یا تکرار الگوهای ذهن خود علاقه‌مند است. ۴ رفتار شایع این کودکان: الف) کودک درخودمانده ممکن است از خود بازی ضعیف یا خشکی نشان دهد. ب) کودک درخودمانده غالباً به وابستگی شدیدی به اشیاء خاصی پیدا می‌کند. ج) ممکن است ذهنشان شدیداً به مفاهیمی نظیر رنگ، مسیر اتوبوس‌ها و اعداد مشغول باشد. د) بیشتر کودکان درخودمانده امور روزمره یکنواختی را در نظر دارند که باید دقیقاً دنبال شود.

میزان وقوع اختلال درخودماندگی در کودکان ۸ در ۱۰ هزار است (۰/۰۸ درصد). این اختلال در پسرها بیشتر از دخترها می‌باشد. همچنین احتمال وجود عقب ماندگی ذهنی نیز در دخترهای مبتلا به درخودماندگی بیشتر از پسرها می‌باشد. ۷۵ تا ۸۰٪ کودکان با اختلال نافذ رشد پسرها می‌باشند، به استثنای سندرم رت که فقط در دخترها مشاهده شده است (رافعی، ۱۳۸۷؛ ص ۲۳). احتمالاً هیچ نابهنجاری واحدی نمی‌تواند علت همه آسیب دیدگی‌هایی باشد که در اختلال درخودماندگی یا صورت‌های بسیار متفاوت درخودماندگی، از خفیف تا شدید به وجود می‌آیند (مش<sup>۱</sup>، ترجمه مظفری، ۱۳۸۹؛ ص ۳۸۹). در ابتدا کانر این اختلال را به عدم پاسخ‌دهی هیجانی «مادران یخچالی» نسبت داد. این فرض در مطالعات متعدد مربوطه تأیید نشده است. در تئوری‌های جدید درخودماندگی را به عنوان یک اختلال که مبنای زیست شناختی

نورولوژیکی دارد تقسیم بندی می‌کنند که دربرگیرنده تغییرات نوروآناتومی و نوروشیمیایی مغز است (رافعی، ۱۳۸۷؛ ص ۲۷).

این کودکان نه تنها والدین خود بلکه برادران و خواهران خود را تحت تأثیر قرار می‌دهند، همشیره‌های کودکان مبتلا به درخودماندگی ممکن است به ویژه در سال‌های اول مشکل‌های فراوانی را تجربه کنند. آنها ممکن است در درک اندوه و نگرانی والدین خود در مورد برادر یا خواهرشان و سطح توجهی که این کودک نیاز دارد، با مشکل روبرو باشند. وهمچنین فشارهای روانی یا برخی از انواع افسردگی را از خود نشان دهند (الغروری و رومانزیک<sup>۱</sup>، ۱۹۹۹). همانند همشیره‌های کودکان با سایر ناتوانی‌ها، برادرها و خواهرهای یک کودک در خودمانده ممکن است از آوردن دوستان خود به خانه سرافکننده و ناراضی باشد (هاردمن، ترجمه علیزاده، ۱۳۸۹: ۲۴).

ارسموند و سلترز<sup>۲</sup> (۲۰۰۹) دریافتند که خواهران کودکان درخودمانده در معرض افزایش تأثیرات منفی ناشی از حضور کودک درخودمانده در زندگی خود هستند. که این تأثیرات منفی پیش بینی کننده افسردگی و اضطراب آنها است (ص ۵).

در مطالعه‌ای دیگر ریورز و استونمن<sup>۳</sup> (۲۰۰۸) دریافتند که برادران و خواهران کودکان درخودمانده در مسیر رشدشان میزان بالایی از خشم و پرخاشگری را نشان می‌دهند (ص ۹).

فاربر<sup>۴</sup> (۲۰۱۰) پژوهشی را بر روی برادران و خواهران کودکان درخودمانده انجام داد. در این تحقیق ۲۷ نمونه انتخاب شد که ۱۴ مورد را برادران و خواهران کودکان درخودمانده و ۱۳ مورد را برادران و خواهران گروه‌های غیر درخودمانده شامل می‌شد. این پژوهش نشان داد که همبستگی مثبت میان ناسازگاری و رقابت با بیش فعالی، خشم، اضطراب و افسردگی در ارتباطات برادران و خواهران کودکان درخودمانده وجود دارد.

- 
1. Elghoroury & Romanczyk
  2. Seltzer & Orsmond
  3. Rivers & Stoneman
  4. Farber



حساسیت‌های غذایی، مخمّر، دریافت تربیت نامناسب از سوی والدین، محیط نامساعد مدرسه، زندگی شهری می‌دانند.

اختلال ADHD ممکن است در دوره شیر خواری آغاز شود، هر چند به ندرت تا قبل از دوره نوپایی تشخیص داده می‌شود. خواب کم و گریه فراوان در این کودکان شایع‌تر است. این کودکان مشکلات هیجانی همزمان زیادی دارند. خصوصیتی که بیش از همه ذکر می‌شود به ترتیب شیوع، عبارتند از: بیش‌فعالی، بی‌ثباتی هیجانی، نقص هماهنگی کلی، کم‌توجهی (میدان توجهی کوتاه، حواس پرتی، درجاماندگی، ناتوانی برای تمام کردن تکلیف، تمرکز ضعیف)، تکانشگری (اقدام قبل از اندیشیدن، تغییرات ناگهانی فعالیت)، اختلال تفکر و حافظه، نقایص گفتاری و شنیداری. این کودکان معمولاً مشکلات تحصیلی زیادی دارند و در روابط اجتماعی با دوستانشان نیز مشکل دارند (کاپلان، ۲۰۰۷: ۴۶۷).

در مطالعه‌ای که توسط هوبر<sup>۱</sup> (۲۰۱۰) انجام شده می‌بینیم که والدین کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی معمولاً مشکلات زیادی را در ارتباط با کودکانشان و حفظ پایداری خانواده تجربه می‌کنند و همچنین گزارش داده که این والدین سطح استرس بالاتری را نسبت به مادران کودکان عادی تجربه می‌کنند.

لیندزی<sup>۲</sup> و دیگران (۱۹۸۵) بیان کردند که در این نوع خانواده‌ها، خواهران و برادران سالم، افراد فراموش شده‌ای هستند که کارشان مراقبت و نگهداری از برادر و خواهر معلول است (شریفی درآمدی، ۱۳۸۱: ۱۶۵).

میکامی<sup>۳</sup> و همکاران (۲۰۰۸) ارتباط برادران و خواهران کودکان مبتلا به بیش‌فعالی را مورد بررسی قرار دادند.

میزان صمیمیت در میان برادران و خواهران کودکان بیش‌فعال نسبت به برادران و خواهران کودکان سالم کمتر بود. و این گروه مشکلات وسیع‌تری در برقراری ارتباط با هم داشتند (ص

---

1. Huber  
2. Lindsey  
3. Mikami

(۴۸۷). براساس مطالعات، ADHD و اختلال افسردگی اساسی دارای استعدادپذیری خانوادگی مشترک بوده و خطر افسردگی در بین خویشاوندان بیماران ADHD با یا بدون افسردگی بالاتر از خطر افسردگی در خویشاوندان کودکان طبیعی است (حبرانی، ۱۳۸۴: ۳۰).

همان‌طور که در پژوهش‌های بالا دیده می‌شود میزان بروز اختلال رفتاری افسردگی و پرخاشگری در برادران و خواهران کودکان درخودمانده و نارسایی توجه/ بیش‌فعالی نسبت به برادران و خواهران دیگر گروه‌های استثنایی بیشتر است.

افسردگی به حالت ناراحتی فراگیر، نوعی احساس اندوه، غم و دلتنگی گفته می‌شود. گاهی احساس غم‌ناکی، واکنشی طبیعی به یک رویداد ناخوشایند است. اما، این احساس خیلی زود برطرف می‌شود و ما فعالیت‌های عادی خود را از سر می‌گیریم. در مقابل، افسردگی مرضی، بسیار شدیدتر از اندازه‌های گاه به گاه یا نوسان‌های خلقی است که هر کس گاه و بیگاه تجربه می‌کند (مش، ترجمه مظفری، ۱۳۸۹: ۲۹۲) شیوع این اختلال برای کودکان چهار تا هجده ساله، بین ۲ تا ۸ درصد است. افسردگی در بین کودکان پیش‌دستانی کمتر از ۱ درصد است و در زنان تقریباً دو برابر مردان شایع است. در میان خانواده‌های دارای کودک استثنایی بروز این اختلال نیز شایع است.

اختلال پرخاشگری نیز در میان این خانواده‌ها مشاهده می‌شود. رفتاری را در عمل یا با کلام نسبت به فرد یا شیء به خصوص انجام دادن؛ با این هدف که به آن فرد یا شیء صدمه یا خسارتی وارد شود، پرخاشگری می‌گویند (شیخ‌پور، ۱۳۸۶: ۲۵).

دو ریخت پرخاشگری را با در نظر گرفتن هدف‌ها و فوایدی که برای فرد پرخاشگر دارند باید از یکدیگر متمایز کنیم. پرخاشگری خصمانه، پرخاشگری ابزاری. پرخاشگری خصمانه با هدف آسیب‌رسانی به فرد است و پرخاشگری ابزاری با قصد صدمه زدن به اشیاء یا منزلت فرد دیگر است. آرنسون<sup>۱</sup> (۲۰۰۹) در پژوهش خود نشان داد که برادر و خواهران کودک

درخودمانده تأثیرات منفی را تجربه می‌کنند از جمله: انکار، پرخاشگری، احساس گناه و شرمندگی.

ریورز و استونمن (۲۰۰۳) گزارش کردند که تأثیرات منفی حضور کودک درخودمانده بر برادر و خواهرانشان عبارت است از: احساس تنهایی، مشاجره و ناسازگاری با دیگر برادر و خواهرشان، مشکلات رفتاری، افسردگی و پرخاشگری، تعامل دوسویه اندک با دیگر برادر و خواهرانشان.

همانطور که در پژوهش‌های بالا مشاهده می‌شود، میزان دو اختلال پرخاشگری و افسردگی در میان خانواده‌های کودکان استثنایی فراوانی بیشتری دارد. لذا به بررسی بیشتر تأثیر این دو اختلال در بستر خانواده بر روی برادران و خواهران دو گروه از کودکان استثنایی (درخودمانده و بیش فعال) پرداخته می‌شود.

### اهداف کلی پژوهش

- ۱) مقایسه میزان افسردگی و پرخاشگری در بین برادران و خواهران سالم ۶ تا ۱۲ ساله کودکان درخودمانده و اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی در شهر تهران.
- ۲) ارائه پیشنهاد یا پیشنهادهایی براساس یافته‌های پژوهش.

### فرضیه‌های پژوهش

- ۱) بین پرخاشگری در میان برادران و خواهران کودک درخودمانده و کودک مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی تفاوت معنی داری وجود دارد.
- ۲) بین افسردگی در میان برادران و خواهران کودک درخودمانده و کودک مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش فعالی تفاوت معنی داری وجود دارد.





جدول ۱. ویژگی‌های جمعیت شناختی نمونه‌ها

درصد	فراوانی	مشخصات آماری		آزمودنی	
۵۷.۱	۴	دختر		جنسیت	
۴۲.۸	۳	پسر			
۵۷.۲	۴	دختر		بیش فعال	
۴۲.۸	۳	پسر			
۸۵.۷۱	۶	۶-۸		درخودمانده	
۱۴.۲۸	۱	۹-۱۱			
۷۱.۴۲	۵	۶-۸		بیش فعال	
۲۸.۵۷	۲	۹-۱۱			
۵۷.۱۴	۴	دیپلم	پدر	درخودمانده	
۴۲.۵۸	۳	لیسانس			
۷۱.۴۲	۵	دیپلم	مادر	والدین	
۲۸.۵۷	۲	لیسانس			
۷۱.۴۲	۵	دیپلم	پدر	بیش فعال	
۲۸.۵۷	۲	لیسانس			
۷۱.۴۲	۵	دیپلم	مادر	بیش فعال	
۲۸.۵۷	۲	لیسانس			

### روش جمع‌آوری داده‌ها و ابزارهای آن

به منظور گردآوری داده‌ها با کسب مجوز از طرف نهادهای مربوطه به مدارس ویژه کودکان درخودمانده و اختلال نارسایی توجه/ بیش فعالی مراجعه شد، سپس با والدین کودکانی که برادر و خواهر ۶-۱۲ ساله داشتند مصاحبه صورت گرفت تا توجیه شوند و سپس پرسشنامه



## یافته‌ها

برای پردازش داده‌های جمع‌آوری شده در این تحقیق از آمار توصیفی و استنباطی (T مستقل) استفاده شده است. در این بخش به بررسی فرضیه‌های پژوهش و نتایج محاسبات و تفسیر آنها پرداخته شد.

فرضیه اول: بین پرخاشگری برادران و خواهران کودکان درخودمانده و کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی تفاوت معنی‌داری وجود دارد.

جدول ۲. نتایج آزمون t مستقل بین پرخاشگری خواهران و برادران کودکان درخودمانده و بیش‌فعال

متغیر وابسته	گروه‌ها	میانگین	انحراف استاندارد	T بدست آمده	درجه آزادی	سطح معنی داری p
پرخاشگری	درخودمانده	۵۹/۵۷	۳/۴۵	۵/۱۴۰	۱۲	۰/۰۳۱
	بیش‌فعال	۵۵/۸۵	۱۳/۰۸			

همان‌طور که از جدول مشاهده می‌شود t به‌دست آمده برابر ۵/۱۴۰ است که سطح معناداری آن برابر ۰/۰۳۱ است و در سطح ۰/۰۵ معنادار است ( $p \leq ۰/۰۵$ ) یعنی در میزان پرخاشگری بین دو گروه درخودمانده و بیش‌فعال تفاوت معناداری وجود دارد. بنابراین فرضیه پژوهش تأیید و فرض صفر رد می‌شود. یعنی میزان پرخاشگری در خواهران و برادران کودکان درخودمانده بیشتر از خواهران و برادران کودکان بیش‌فعال است.

فرضیه دوم: بین افسردگی برادران و خواهران کودکان درخودمانده و کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی تفاوت معنی‌داری وجود دارد.

جدول ۳. نتایج آزمون t مستقل بین افسردگی خواهران و برادران کودکان درخود مانده و بیش فعال

متغیر وابسته	گروه ها	میانگین	انحراف استاندارد	بدست آمده T	درجه آزادی	سطح معنی داری p
افسردگی	درخود مانده	۵۸/۰۰	۱۲/۳۹			
	بیش فعال	۵۴/۴۲	۱۲/۸۳	۳/۰۸۵	۱۲	۰/۰۴۹

همانطور که از جدول مشاهده می شود t به دست آمده برای تفاوت بین دو گروه درخود مانده و بیش فعال در متغیر افسردگی برابر ۳/۰۸۵ است که سطح معناداری آن برابر ۰/۰۴۹ است و در سطح ۰/۰۵ معنادار است ( $p \leq 0/05$ ). بنابراین فرضیه پژوهش تأیید و فرض صفر رد می شود. یعنی میزان افسردگی در خواهران و برادران کودکان در خود مانده بیشتر از خواهران و برادران کودکان بیش فعال است.

فرضیه سوم: بین افسردگی برادران کودکان درخودمانده و کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ بیش فعالی تفاوت معنی داری وجود دارد.

جدول ۴. نتایج آزمون t مستقل بین افسردگی برادران کودکان درخود مانده و بیش فعال

متغیر وابسته	گروه ها	میانگین	انحراف استاندارد	T بدست آمده	درجه آزادی	سطح معنی داری p
افسردگی	درخود مانده	۶۰/۶۶	۱۷/۶۱			
	بیش فعال	۵۹/۰۰	۱۳/۴۵	۱/۰۵۲	۴	۰/۱۶۱

با توجه به جدول تفاوت معناداری مشاهده نمی شود. t به دست آمده برابر ۱/۰۵۲ است که سطح معناداری آن برابر ۰/۱۶۱ است و در سطح ۰/۰۵ معنادار نیست ( $p \geq 0/05$ ) یعنی در میزان

افسردگی بین دو گروه برادران کودکان در خود مانده و بیش فعال تفاوت معناداری وجود ندارد. بنابراین نمی‌توان فرض صفر را رد کرد.

فرضیه چهارم: بین افسردگی خواهران کودکان در خود مانده و کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی تفاوت معنی‌داری وجود دارد.

جدول ۵. نتایج آزمون t مستقل بین افسردگی خواهران کودکان در خود مانده و بیش فعال

متغیر وابسته	گروه‌ها	میانگین	انحراف استاندارد	T بدست آمده	درجه آزادی	سطح معنی داری p
افسردگی	در خود مانده	۵۴/۵۰	۷/۸۹	۴/۰۶۵	۶	۰/۰۳۸
	بیش فعال	۵۱/۰۰	۱۳/۱۱			

با توجه به جدول T بدست آمده در تفاوت بین دو گروه در خود مانده و بیش فعال در متغیر افسردگی برابر ۴/۰۶۵ است که سطح معناداری آن برابر ۰/۰۳۸ است و در سطح ۰/۰۵ معنادار است ( $p \leq 0/05$ ) بنابراین فرضیه پژوهش تأیید و فرض صفر رد می‌شود. یعنی میزان افسردگی در خواهران کودکان در خود مانده بیشتر از خواهران کودکان بیش فعال است.

فرضیه پنجم: بین پرخاشگری خواهران کودکان در خود مانده و کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی تفاوت معنی‌داری وجود دارد.

جدول ۶. نتایج آزمون t مستقل بین پرخاشگری خواهران کودکان در خود مانده و بیش فعال

متغیر وابسته	گروه‌ها	میانگین	انحراف استاندارد	T بدست آمده	درجه آزادی	سطح معنی داری p
پرخاشگری	در خود مانده	۵۹/۰۰	۲/۳۰	۳/۲۱	۶	۰/۰۳۸
	بیش فعال	۵۶/۷۵	۱۶/۷۴			

همان‌طور که از جدول مشاهده می‌شود  $t$  به دست آمده برای تفاوت بین دو گروه برابر  $۳/۲۰۷$  است که سطح معناداری آن برابر  $۰/۰۳۸$  است و در سطح  $۰/۰۵$  معنادار است ( $p \leq ۰/۰۵$ ) یعنی در میزان پرخاشگری بین دو گروه در خودمانده و بیش فعال تفاوت معناداری وجود دارد. بنابراین فرضیه پژوهش تأیید و فرض صفر رد می‌شود. یعنی میزان پرخاشگری در خواهران کودکان در خود مانده بیشتر از خواهران کودکان بیش فعال است.

فرضیه ششم: بین پرخاشگری برادران کودکان درخودمانده و کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی تفاوت معنی داری وجود دارد.

جدول ۷. نتایج آزمون  $t$  مستقل بین پرخاشگری برادران کودکان درخود مانده و بیش فعال

متغیر وابسته	گروه‌ها	میانگین	انحراف استاندارد	T بدست آمده	درجه آزادی	سطح معنی داری p
پرخاشگری	درخود مانده	۵۸/۶۶	۴/۰۴۱	۳/۶۷۴	۴	۰/۰۵۳
	بیش فعال	۵۴/۶۶	۹/۴۵			

همان‌طور که از جدول مشاهده می‌شود  $t$  به دست آمده برای تفاوت بین دو گروه درخود مانده و بیش فعال در متغیر پرخاشگری برابر  $۳/۶۷۴$  است که سطح معناداری آن برابر  $۰/۰۵۳$  است و در سطح  $۰/۰۵$  معنادار است ( $p \leq ۰/۰۵$ ) بنابراین فرضیه پژوهش تأیید و فرض صفر رد می‌شود. یعنی میزان پرخاشگری در خواهران کودکان در خود مانده بیشتر از برادران کودکان بیش فعال است.

### بحث و نتیجه‌گیری

این مطالعه به مقایسه میزان افسردگی و پرخاشگری در میان برادران و خواهران سالم ۱۲-۶ ساله کودکان درخودمانده و مبتلا به نارسایی توجه/ بیش‌فعالی پرداخته است. پس از تجزیه و تحلیل داده‌ها نتایج زیر به دست آمد: در فرضیه اول و دوم میزان پرخاشگری و افسردگی در خواهران

و برادران کودکان درخودمانده بیشتر از خواهران و برادران کودکان بیش فعال است. بین افسردگی در بین برادران دو گروه تفاوتی وجود ندارد (فرضیه سوم). در فرضیه چهارم میزان افسردگی در خواهران کودکان در خود مانده بیشتر از خواهران کودکان بیش فعال است. فرضیه پنجم و ششم میزان پرخاشگری در برادران و خواهران کودکان در خود مانده بیشتر از کودکان بیش فعال است.

ریورز و استونمن (۲۰۰۳) گزارش کردند که تأثیرات منفی حضور کودک درخودمانده بر برادر و خواهرانشان عبارت است از: احساس تنهایی، مشاجره و ناسازگاری با دیگر برادر و خواهرشان، مشکلات رفتاری، افسردگی و پرخاشگری، تعامل دوسویه اندک با دیگر برادر و خواهرانشان.

فارب (۲۰۱۰) نیز پژوهشی را بر روی برادران و خواهران کودکان درخودمانده انجام داد. در این تحقیق ۲۷ نمونه انتخاب شد که ۱۴ مورد را برادران و خواهران کودکان درخودمانده و ۱۳ مورد را برادران و خواهران گروه‌های غیر درخودمانده شامل می‌شد. این پژوهش نشان داد که همبستگی مثبت میان ناسازگاری و رقابت با بیش فعالی، خشم، اضطراب و افسردگی در ارتباطات برادران و خواهران کودکان درخودمانده وجود دارد.

همچنین نتایج بیان کردند که براساس نظر والدین، برادران و خواهران کودک درخودمانده میزان افسردگی و بیش فعالی بیشتری نسبت به برادران و خواهران گروه غیر درخودمانده داشتند (ص ۱).

رز و کاسکلی (۲۰۰۶) نیز در پژوهش خود بیان داشتند که برادر و خواهران کودک درخودمانده در معرض خطر بالایی پرخاشگری، افسردگی و اضطراب در مقایسه با برادر و خواهران کودکان با دیگر اختلالات هستند.

اکثر پژوهش‌ها حاکی از این هستند که میزان اضطراب و افسردگی در میان تمام اعضای خانواده (به خصوص برادر و خواهرها) که با کودک درخودمانده زندگی می‌کنند، افزایش می‌یابد (فارب، ۲۰۱۰؛ ص ۲۳).



همان‌طور که در تحقیقات بالا مشاهده می‌شود میزان افسردگی و پرخاشگری در میان برادران و خواهران کودکان درخودمانده بیشتر از برادران و خواهران سایر گروه‌ها است. اما تحقیقی یافت نشد که مشابه پژوهش حاضر بر روی دو گروه درخودمانده و بیش فعال انجام شده باشد لذا به بررسی پژوهش‌های مشابه پرداخته شد (فرضیه یک و دو).

این پژوهش از سلنزر می‌تواند شاهدی برای نتیجه فرضیه سوم باشد که میان افسردگی برادران دو گروه تفاوتی وجود ندارد. ارسموند و سلنزر (۲۰۰۹) در مورد برادران و خواهران بزرگسال کودکان درخودمانده مطالعاتی انجام داده‌اند. مهمترین یافته آنها این بود که در برادران سطح افسردگی و اضطراب پایینی مشاهده می‌شود و در مقابل در خواهران میزان افسردگی و اضطراب بیشتری گزارش شده است (ص ۹). با توجه به این پژوهش میزان افسردگی پایین برادران نشان می‌دهد که حضور کودک درخودمانده بر افسردگی برادرانشان نقشی ندارد.

شاید بتوان گفت پژوهش کوو همکاران (۲۰۰۹) تا حدی نتیجه فرضیه چهارم را تأیید می‌کند. آنها دریافتند که مشکلات رفتاری کودکان درخودمانده به طور منفی ارتباط برادر و خواهران‌شان را تحت تأثیر قرار می‌دهد. از آنجا که این کودکان کمتر تمایل دارند در محیط‌های عمومی ظاهر شوند و فعالیت داشته باشند، برادر و خواهران آنها نیز کمتر تمایل دارند که به فعالیت در محیط‌های عمومی بپردازند (مانند بازی با دیگر بچه‌ها در پارک)، (ص ۱۰).

در تحقیقی دیگر سلنزر و ارسموند (۲۰۰۹) دریافتند که خواهران کودکان درخودمانده در معرض افزایش تأثیرات منفی ناشی از حضور کودک درخودمانده در زندگی خود هستند. که این تأثیرات منفی پیش‌بینی‌کننده افسردگی و اضطراب آنها است (ص ۵). در این دو پژوهش می‌بینیم که میزان افسردگی در خواهران کودکان درخودمانده بالا است.

فرضیه پنجم و ششم بیانگر این است که میزان پرخاشگری در برادران و خواهران کودکان درخودمانده بیشتر است و پژوهش‌های فاربر (۲۰۱۰)، رز و کاسکلی (۲۰۰۶)، ریورز و استونمن (۲۰۰۳)، ماچ و بوچر (۲۰۰۶) نتیجه بالا را مورد تأیید قرار می‌دهند. در مطالعه‌ای دیگر ریورز و استونمن (۲۰۰۸) دریافتند که برادران و خواهران کودکان درخودمانده در مسیر رشدشان میزان بالایی از خشم و پرخاشگری را نشان می‌دهند (ص ۹). همچنین ماچ و بوچر (۲۰۰۶) دریافتند که اکثر برادران و خواهران کودکان درخودمانده مشکلات رفتاری از جمله پرخاشگری، شرمندگی، مشکل در ابراز وجود از خود نشان می‌دهند (ص ۴).

محدودیت‌های پژوهش حاضر عبارت است از:

- ۱- این پژوهش در شهر تهران اجرا شده است.
- ۲- این پژوهش بر برادران و خواهران سالم در گستره سنی ۶ تا ۱۲ ساله اجرا شد، لذا ممکن است قابل تعمیم به دیگر دامنه سنی نباشد.
- ۳- این پژوهش تنها بر روی دو گروه درخودمانده و اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی انجام گرفت.
- ۴- دشواری در صدور مجوز از طرف اداره آموزش و پرورش.
- ۵- همکاری نکردن برخی از والدین با پژوهشگر.
- ۶- کمبود پیشینه تحقیق در ایران.

#### پیشنهاد براساس تجربه محقق در طول تحقیق

با توجه به اینکه یافته‌های تحقیق نشان می‌دهد، پرخاشگری و افسردگی در میان برادران و خواهران کودکان درخودمانده بیشتر از گروه بیش‌فعال است، لذا پیشنهاد می‌شود راهکارهایی برای والدین و معلمان این کودکان در جهت پیشگیری از بروز پرخاشگری و افسردگی تدوین شود.

- انجام گرفتن پژوهش حاضر بر روی سایر گروه‌های سنی.
- سایر اختلالات رفتاری در میان برادران و خواهران کودکان استثنایی مورد مقایسه و بررسی قرار بگیرد.
- به منظور به دست آوردن نتایج دقیق‌تر پژوهش حاضر به صورت تک جنسیتی (برادران یا خواهران) در نمونه وسیع‌تر انجام گیرد.
- انجام دادن پژوهش با هدف مقایسه میزان شیوع اختلالات رفتاری در میان مادران گروه‌های مختلف کودکان استثنایی.
- انجام دادن پژوهش جهت بررسی ارتباط میان افسردگی والدین و فرزندان در خانواده‌های دارای کودک درخودمانده.

## منابع فارسی

- ایمان زاده، حمیرا. (۱۳۷۷). مقایسه ویژگی‌های شخصیتی مادران پسران اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی و مادران پسران عادی مقطع ابتدایی شهر تهران ۱۳۷۶-۱۳۷۷. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبایی.
- حبرانی، پریا و بهدانی، فاطمه و علاقبند راد، جواد. (۱۳۸۴). ارتباط خانوادگی اختلال بیش‌فعالی و کمبود توجه با اختلال افسردگی اساسی در مبتلایان به اختلال بیش‌فعالی و کمبود توجه مراجعه کننده به درمانگاه روان‌پزشکی اطفال بیمارستان دکتر شیخ مشهد در نیمه دوم سال ۱۳۸۲. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی گرگان. دوره هفتم، شماره ۲. ص ۳۶-۳۱
- دادستان، پریخ. (۱۳۸۸). روان‌شناسی مرضی تحولی از کودکی تا بزرگسالی. تهران: انتشارات سمت.
- رافعی، طلعت. (۱۳۸۷). اتیسم، ارزیابی و درمان. چاپ دوم. تهران: نشر دانژه.

رسولی، سهیلا. (۱۳۸۶). بررسی ویژگی‌های زیستی، شناختی، روانی- اجتماعی والدین کودکان خودمانده و درخودمانده (۱۴-۶) شهر تهران. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران.

سیف نراقی، مریم و نادری، عزت‌الله. (۱۳۸۹). روش‌های تحقیق و چگونگی ارزشیابی آن در علوم انسانی (با تأکید بر علوم تربیتی). تهران: نشر ارسباران.

شریفی درآمدی، پرویز. (۱۳۸۱). روان‌شناسی کودکان استثنایی، جلد دوم. تهران: انتشارات روان‌سنجی.

شیخ‌پور، محمود و درویش‌کوهی، محمود. (۱۳۸۶). مهارت‌های مواجهه با هیجانات و عواطف در کودکان. تهران: انتشارات تندیس علم.

علیزاده، حمید. (۱۳۸۶). اختلال نارسایی توجه / فزون جنبشی: ویژگی‌ها، ارزیابی و درمان. تهران: انتشارات رشد.

کاپلان، سادوک. (۱۳۸۲). خلاصه روان‌پزشکی، علوم رفتاری / روانپزشکی بالینی. (ترجمه حسن رفیعی، فرزین رضاعی). جلد اول. تهران: نشر ارجمند.

مش، اریک جی. و وولف، دیوید ای. (۱۳۸۹). روان‌شناسی مرضی کودک. (مترجم: محمد مظفری مکی آبادی، اصغر فروع الدین عدل). تهران: انتشارات رشد.

مینایی، اصغر. (۱۳۸۴). انطباق و هنجاریابی سیاهه رفتاری کودک آخنباخ، پرسشنامه خودسنجی و فرم گزارش معلم. پژوهش در حیطه کودکان استثنایی ۱۹، سال ششم، شماره ۱. بهار ۸۵ / ۵۵۸-۸۲۹

ناصح، هما. (۱۳۸۸). همراه با اتیسم، از تشخیص تا درمان. چاپ اول. تهران: نشر دانژه.

نریمانی، محمد و آقامحمدیان، محمدرضا و رجبی، سوران. (۱۳۸۶). مقایسه سلامت روانی مادران کودکان استثنایی با سلامت روانی مادران عادی. فصلنامه اصول بهداشت روانی، سال نهم. شماره ۳۳ و ۳۴. ص ۱۵-۲۴.

هاردمن. مایکل ام، درو. کلیفورد جی، اگن. ام. وینستون. (۲۰۰۴). روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی (ترجمه حمید علیزاده، کامران گنجی، مجید یوسفی لویه، فریبا یادگاری، ۱۳۸۹). تهران: نشر دانژه.

## منابع لاتین

- Aronson ,S (2009). *Am I my brothers keeper? Challenges for the sibling of autistic children*. Journal of infant, child and adolescent psychotherapy, 49- 56.
- Farber, Susan.A (2010).*Effect of sibling in Children with Autism*.university of California
- Huber, Jessica Sarah(2010). *The Mediating Effect Of Sibling Warmth on Parental Stress in Families With Children Who Have Attention Deficit Hyper Activity Disorder*.
- Mascha, K., & Boucher, J. (2006). *Preliminary investigation of a qualitative method of examining siblings' experiences of living with a child with ASD*. The British Journal of Developmental Disabilities, 52, 19-28.
- Mikami. Amori Yee & Pfiffner.Linda J(2008). *Sibling Relationship Among Children with ADHD*. Journal of Attention Disorders.
- Orsmond, G.I., & Seltzer, M.M. (2009). *Adolescent siblings of individuals with an autism spectrum disorder: Testing a diathesis-stress model of sibling well-being*. Journal of Autism and Developmental Disorders, 39, 1053-1065.
- Rivers, W. & Stoneman, Z. (2008). *Child temperaments, differential parenting, and the sibling relationship of children with autism spectrum disorder*. Journal of autism and developmental disorder, 38, 1740 -1750
- Rivers, J.W., & Stoneman, Z. (2003). *Sibling relationships when a child has autism: Marital stress and support coping*. Journal of Autism and Developmental Disorders, 33, 383-394
- Kua, H. Y, Orsmond, G. I , & Seltzer, M. M (2009). *Sibling of individual with on autism spectrum disorder*. Autism 59- 80.
- Ross, P. & Cuskelly, M. (2006). *Adjustment, sibling problem and coping stratrgies of brothers and sisters of children with autistic spectrum disorder*. Journal of intellectual & Developmental Disability, 77- 86.