

مقایسه‌ی مؤلفه‌های سلامت روان و افسردگی در کودکان عادی و همشیرهای کودک اوتیست

ساره عباسپور^۱، سیده فاطمه موسوی^{۲*}

۱. کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی، واحد ساوه، دانشگاه آزاد اسلامی، ساوه، ایران.
۲. دانشیار گروه روان‌شناسی پژوهشکده‌ی زنان دانشگاه الزهراء، تهران، ایران. (نویسنده مسئول)

چکیده

مقدمه: مطالعه‌ی حاضر با هدف مقایسه‌ی مؤلفه‌های سلامت روان و افسردگی در کودکان عادی و همشیرهای کودک اوتیست انجام شد.

روش: روش پژوهش از نوع توصیفی و علی - مقایسه‌ای است. روش نمونه‌گیری، نمونه‌گیری غیراحتمالی و از نوع در دسترس بوده، با مراجعه به کلینیک‌ها و موسسه‌های نگهداری کودکان اوتیست، ۳۴ کودک دارای خواهر یا برادر اوتیست و از طریق مراجعه به مدارس ابتدایی و دوره‌ی اول متوسطه ۳۴ کودک عادی، هر دو گروه با ترکیب جنسی و سنی ۹-۱۶ سال از دو شهر البرز و تهران انتخاب گردید. ابزار سنجش شامل پرسشنامه سلامت روان کودکان (پی. اس. سی.) و پرسشنامه افسردگی کودکان (سی. دی. آی.) بود. داده‌های به‌دست آمده، در دو بخش توصیفی و آزمون تی. گروه‌های مستقل و آزمون خی دو مورد ارزیابی قرار گرفت. **نتایج:** نتایج نشان داد که بین ابعاد سلامت روان و مؤلفه‌های افسردگی جز مؤلفه‌ی بی‌لذتی تفاوت معناداری بین دو گروه همشیرهای کودک اوتیست و کودکان عادی تفاوت معناداری از نظر آماری وجود ندارد، با این حال، نتایج آزمون خی دو، نشان داد که میزان اختلالات روانی در همشیرهای کودک اوتیست در مقایسه با کودکان عادی، از حیث بالینی و تشخیصی معنادار است.

بحث و نتیجه‌گیری: حضور کودک اوتیست در خانواده، موجب اغتشاش در تبادلات رفتاری، عاطفی، گفتاری و اجتماعی بین سایر اعضای خانواده با یکدیگر و با کودک اوتیست گردیده، ضرورت شناساندن این اختلال و آموزش تعاملات ویژه با چنین کودکانی در خانواده، در کاهش پیامدهای نامطلوب روانی و عاطفی در ارتباطات بین اعضای خانواده را برجسته می‌سازد.

کلیدواژه‌ها: سلامت روان، افسردگی، همشیرهای کودک اوتیست.

*Email: f.mousavi@alzahra.ac.ir

دوفصلنامه علمی - پژوهشی

روان‌شناسی بالینی و شخصیت

(دانشور رفتار)

دوره ۱۵، شماره ۲، پیاپی ۲۹
پائیز و زمستان ۱۳۹۶
صص: ۱۳۱-۱۲۱

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۰۳/۰۹

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۰۷/۱۱

Biannual Journal of

Clinical Psychology & Personality

(Daneshvar-e-Raftar)

Vol. 15, No. 2, Serial 29

Autumn & Winter
2017-2018

pp.: 121-131

مقدمه

اوتیسم، به‌عنوان یک اختلال رشدی، اولین بار توسط کانر^۱ [۱، ۲] با خصیصه‌هایی چون ناتوانی در برقراری ارتباط با مردم، تأخیر در فراگیری تکلم، تکرار بی‌معنی و طوطی‌وار لغات و گفته‌ها بدون مقاصد ارتباطی، معکوس‌سازی ضمائر، فعالیت‌های بازیچه‌ای تکراری و قالبی، اصرار بر حفظ یکسانی در محیط، فقدان تخیل با وجود حافظه‌ی فوری و قوی و ظهور ناهنجاری‌های رفتاری در خردسالی شناخته شد، از این میان، دو نشانه‌ی «تنهایی فوق‌العاده» و «اشتغال ذهنی نسبت به حفظ یکسانی» در تشخیص این اختلال ضروری است [۳، ۴] که با دو مفهوم خودتحریکی و غفلت از محیط تعریف می‌شود [۵]، طبق این خصیصه‌ها، گاه جزئی‌ترین تغییر موجب آسفتگی در این کودکان می‌گردد [۶]، برخی تحقیقات مؤید بهره‌ی هوشی پایین کودکان اوتیست و ضعف آن‌ها در مهارت‌های انتزاعی، منطقی، تصوّر و ابتکار و تفکر [۷]، نقایص ادراک شنیداری یا دیداری بی‌ثبات نسبت به محرک‌های محیطی تحت عنوان انتخاب بیش‌ازاندازه‌ی محرک [۸]، هوش هیجانی پایین و قصور در دلبستگی، وابستگی و همبستگی عاطفی با والدین و دیگران و گریز از تماس اجتماعی و تمایل به انزوا و تنهایی، نوسان خلقی-عاطفی و ضعف در نقش‌پذیری اجتماعی [۹] با تمرکز آن‌ها بر روابط مبتنی بر شیء و نه شخص [۱۰] و بروز انواع رفتارهای خودآسیب‌گرانه [۹، ۱۱] است. با این وصف، یک کودک با نشانگان اوتیسم با نشان دادن نشانه‌های بالینی از همان اوان کودکی، متفاوت از دیگر همشیره‌های خود جلوه می‌کند، کنش‌هایی که از لحاظ اجتماعی-رفتاری با دوره‌ی تحولی‌اش همخوانی ندارد، والدین، خواهران و برادران این کودکان از همان سنین اولیه، این تفاوت‌ها را حس کرده و از حضور او در خانواده تأثیر می‌پذیرند، تحقیقات نشان داده‌اند که خواهران و برادران کودکان با نیازهای ویژه نسبت به خواهران و برادران افراد عادی، بیش‌تر در معرض خطر مشکلات عاطفی، روان‌شناختی، اجتماعی و رفتاری قرار دارند [۱۲]، به‌گونه‌ای که سطوح بالای مشکلات رفتاری کودک اوتیست، کاهش گرمی و صمیمیت و افزایش تعارضات در روابط بین همشیره‌ها را پیش‌بینی می‌کند [۱۳]. کودکان دارای ناتوانی بسته به شدت و نوع اختلال و ناتوانی خود، علاوه بر ایجاد فشارهای روانی، هیجانی و اقتصادی، با تمرکز منابع اقتصادی و روانی خانواده بر خود، با ماهیت تنش‌زای خود که از کیفیتی تقریباً ثابت برخوردار است، موجب افزایش تنیدگی و اختلالات خلقی-اضطرابی و رفتاری در سایر اعضای

خانواده گردیده، سلامت روان^۲ اعضای خانواده را با چالش مواجه می‌سازند. مطالعات نشان می‌دهد که همشیره‌های افراد ناتوان به‌ویژه کودک اوتیست، از مشکلات سازگاری و تعارضات بیش‌تر در محیط خانه و مدرسه رنج برده و نگرانی‌های واقع‌بینانه‌ای درباره‌ی آینده‌ی خود دارند [۱۴].

سلامت روان به‌عنوان قابلیت ایجاد ارتباط موزون و هماهنگ با دیگران، توانایی در تغییر و اصلاح محیط اجتماعی، و حل مناسب و منطقی تضادهای غریزی و تمایلات شخصی دربرگیرنده‌ی مؤلفه‌های نگرش مثبت به خود، تسلط بر محیط، خودمختاری یا استقلال شخصی، میزان رشد، تحول و خودشکوفایی، عملکرد روانی یکپارچه و درک صحیحی از واقعیت [۱۵] بوده، نقطه‌ی مقابل اختلال روانی محسوب می‌شود که طبق مطالعات صورت گرفته با حضور کودک دارای ناتوانی در خانه، مورد تهدید قرار گرفته و به نوبه‌ی خود کارکردهای اجتماعی و اقتصادی خانواده را تحت‌الشعاع قرار می‌دهد [۱۶].

افسردگی نیز به‌عنوان شایع‌ترین اختلال روان‌پزشکی و یک اختلال فلج‌کننده [۱۷] در رده‌ی اختلالات خلقی [۱۸]، با شیوعی در حد ۴۷٪ تا ۵۴٪ جامعه [۱۹] است که با نشانه‌هایی چون کاهش قابل ملاحظه‌ی وزن، بی‌خوابی یا خواب‌زدگی، بی‌قراری یا کندی روانی-حرکتی، خستگی یا از دست دادن انرژی، احساس بی‌ارزشی و کاهش توانایی تفکر یا تمرکز یا بی‌تصمیمی و افکار عودکننده راجع به مرگ و ضعف در کارکردهای شخصی، اجتماعی و شغلی [۱۸]، به دلیل استرس ناشی از حوادث ناگوار در زندگی افراد اغلب ۶-۵ برابر می‌شود [۲۰]. مطابق با مدل اجتماعی افسردگی مبتنی بر حوادث زندگی، حوادث حاد و مشکلات مزمن زندگی، توانایی افراد مستعد افسردگی را برای کنترل عواقب مشکلات تضعیف نموده، بر سلامت روان آن‌ها اثر تخریبی برجای می‌گذارد. مطالعه‌ی شیورز، دایسن‌روث و تیلور^۳ [۲۱] نیز حاکی از شیوع اختلالات خلقی چون اضطراب و افسردگی در بین همشیره‌های کودک اوتیست است.

در مورد نقش کودک دارای ناتوانی به‌ویژه کودک اوتیست بر سلامت روان اعضای خانواده مطالعات متعددی انجام شده است، این تحقیقات نشان می‌دهند که والدین دارای کودک ناتوان، دارای حالات هیجانی ناپایدار، بیماری‌های روان‌شناختی، سوگ پایدار و انزوای اجتماعی هستند، حضور کودک ناتوان در خانواده، سازش‌یافتگی و سلامت جسمی و روانی اعضای آن را تهدید نموده [۲۲]، با ایجاد اختلال در شبکه‌ی حمایت‌های اجتماعی-اقتصادی، مشاوره‌ای-

³ Shivers, Deisenroth, & Taylor

¹ Kanner

² mental health

است که نگرانی و اضطراب، شرم و خجالت در ارتباط با دوستان و همسالان، افسردگی و اختلالات خلقی [۲۱، ۲۶، ۳۲، ۳۳، ۳۴]، مشکلات سازگاری و تعارضات در محیط خانه و مدرسه [۳۵، ۳۶]، بروز رفتارهای پرخاشگرانه نسبت به کودک اوتیست [۳۷]، درون‌گرایی بیش‌تر [۳۸]، روابط اجتماعی کم‌تر [۳۹]، سلامت عاطفی و رفتاری کم‌تر [۴۰]، عزت‌نفس پایین‌تر [۴۱]، سازگاری اجتماعی پایین‌تر [۴۳]، عزت‌نفس پایین‌تر [۴۴] در همشیره‌های کودک اوتیست و دارای ناتوانی نسبت به کودکان عادی شیوع و رواج بیش‌تری دارد، با این‌حال محدودی از تحقیقات نیز نتایج متناقضی ارائه نموده، نشان دادند که همشیره‌های کودک با ناتوانی‌های مزمن از نظر رفتار اجتماعی، سازگاری اجتماعی و اعتمادبه‌نفس در مدرسه، خانه و دانشگاه با خواهران یا برادران افراد عادی تفاوتی ندارند [۴۵].

با عنایت به آنچه گفته شد، با توجه به محدود بودن مطالعات داخلی بر روی شاخصه‌های سلامت همشیره‌های کودک اوتیست در ایران، هدف پژوهش حاضر مقایسه‌ی مؤلفه‌های سلامت روان (اختلال در تمرکز و توجه، اختلال درون‌سازی {چون نشانگان اضطراب، افسردگی و شکایات جسمانی} و اختلال برون‌سازی شده {چون پرخاشگری، اختلال سلوک و اختلال نافرمانی مقابله‌ای}) و ابعاد افسردگی (خلق منفی، مشکلات بین‌فردی، ناکارآمدی، بی‌لذتی و عزت‌نفس منفی) در همشیره‌های کودک اوتیست و کودکان عادی می‌باشد. در راستای وصول به این هدف، این مطالعه در پی پاسخ‌گویی به این پرسش است که آیا بین کودکان عادی و همشیره‌های کودک اوتیست، از حیث مؤلفه‌های سلامت روان و افسردگی تفاوت معناداری وجود دارد؟

روش

نوع پژوهش

روش پژوهش از نوع توصیفی و علی-مقایسه‌ای (پس‌رویدادی) است.

آزمودنی

الف) جامعه آماری: جامعه‌ی آماری پژوهش شامل کلیه‌ی کودکان اعم از دختر و پسر دارای خواهر یا برادر اوتیست ساکن شهر تهران و البرز و نیز کودکان عادی در محدوده‌ی سنی بین ۹-۱۶ سال هستند.

ب) نمونه آماری: به دلیل محدودیت در نمونه‌گیری و تعداد محدود کودکان اوتیست، روش نمونه‌گیری، غیراحتمالی، از نوع در دسترس بوده، از این‌رو با مراجعه به کلینیک‌ها و مؤسسه‌های نگهداری کودکان اوتیست در دو شهر تهران و

اطلاعاتی، منجر به چرخه‌ی معیوب شده، برقراری سازش در کودک دارای ناتوانی و سایر اعضای خانواده را با چالشی مضاعف مواجه می‌سازد [۱۶]. تحقیقات نشان داده است که مادران دارای کودک ناتوان در مؤلفه‌های سلامت روان چون خودمختاری، تسلط بر محیط، رشد شخصی و پذیرش خود نسبت به مادران کودکان عادی ضعیف بوده [۲۳]، واکنش‌های بیش‌تری چون افسردگی، اضطراب و پرخاشگری و ترس مرضی داشته [۲۴، ۲۵، ۲۶]، با مشکلات زناشویی بیش‌تری مواجه‌اند. نتایج مطالعه‌ی یکتاخواه، علامه و گرجی [۲۷] نشان داد والدین دارای فرزند اوتیست، از عملکرد اجتماعی، کیفیت زندگی و سلامت روانی پایینی برخوردار بوده، درجاتی از افسردگی را گزارش نمودند. علاوه بر والدین، خواهران و برادران افراد با نیازهای ویژه از یک سو ناشی از مشکلاتی که والدینشان به دلیل داشتن فرزند دارای اختلال با آن مواجه هستند تحت فشار بوده، و از سوی دیگر با تأثیرپذیری از ناتوانی خواهر یا برادر دارای اختلال خود، به‌ویژه در دوره نوجوانی در معرض آسیب قرار دارند [۲۸]. مهم‌ترین عامل مؤثر در این ارتباط، میزان وابستگی این کودکان به خواهر و برادرهای خود و توانایی آن‌ها در انجام کارهای مربوط به خود است؛ هر چه این وابستگی بیش‌تر باشد، مسئولیت آن‌ها (خواهران و برادران) بیش‌تر خواهد بود، در این میان، ناآگاهی، اطلاعات اندک و گاه نگرش بدبینانه‌ی همشیره‌ها در ارتباط با توانایی‌ها و ویژگی‌های کودک اوتیست، در کنار حمایت افراطی والدین یا عدم حمایت عاطفی از کودکان اوتیست، می‌تواند موجب ایجاد احساس نایمنی یا نگرش خصمانه و بدبینانه در همشیره‌ها نسبت به کودک اوتیست گردد. مطالعات نشان داده است که همشیره‌های کودک اوتیست از احساساتی چون احساس تعارض دربارهی آرزوی داشتن یا نداشتن خواهر یا برادر با نشانگان اوتیسم، احساس ظلم و حقارت از داشتن چنین خواهر یا برادری، احساس تبعیض به دلیل صرف زمان و انرژی بیش‌تر والدین برای خواهر یا برادر اوتیست، احساس فشار ناشی از مسئولیت‌های مراقبت از خواهر یا برادر اوتیست، احساس نگرانی در مورد مراقبت از خواهر یا برادرشان پس از نبود والدین [۲۹]، احساس تنهایی و فقدان فرصت برقراری رابطه‌ی معمول متقابل خواهر و برادری [۳۰]، مشکل در مقابله با رفتارهای مشکل‌آفرین خواهر یا برادر اوتیست [۳۱] رنج می‌برند. از این‌رو، اختلالات رفتاری، سازگاری، عاطفی و روانی و نیز احساس گرمی و صمیمیت با کودک اوتیست به‌عنوان خواهر یا برادر به دلیل ضعف در برقراری رابطه با وی، در همشیره‌های کودک اوتیست نسبت به افراد دارای خواهر یا برادر عادی از شیوع بیش‌تری برخوردار است [۳۰]. تحقیقات نشان داده

پرسشنامه و ابعاد آن شامل اختلال تمرکز و توجه، اختلال برون‌سازی و اختلال درون‌سازی در پژوهش حاضر با استفاده از آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۸۹، ۰/۴۹، ۰/۶۱ و ۰/۶۲ محاسبه گردید.

ب) پرسشنامه افسردگی کودکان^۴: این پرسشنامه به صورت خودگزارش‌دهی توسط کواکس و بک^۵ [۴۹] برای اندازه‌گیری افسردگی در کودکان و نوجوانان ۷-۱۷ سال ساخته شده است. این پرسشنامه شامل پنج خرده‌مقیاس خُلق منفی، مشکلات بین‌فردی، ناکارآمدی، بی‌لذتی و عزت-نفس منفی است. این پرسشنامه‌ی ۲۷ سؤالی برای اندازه‌گیری نشانگان افسردگی نظیر گریه کردن، افکار خودکشی، توانایی در تمرکز بر تکالیف مدرسه طراحی شده که هر سؤال آن شامل سه جمله است. کودک یکی از سه جمله را که بیانگر احساسات و افکار و رفتار او طی دو هفته گذشته است، انتخاب می‌کند. سؤالات از صفر تا ۲ نمره‌گذاری می‌شود. نمره‌ی صفر نشان‌دهنده‌ی فقدان نشانه، نمره‌ی یک بیانگر نشانه‌ی متوسط و نمره‌ی ۲ بیانگر وجود نشانه‌ی آشکار است، در نتیجه، دامنه‌ی نمرات از صفر تا ۵۴ است که نمرات بالاتر نشان‌دهنده‌ی افسردگی بیش‌تر است. در پژوهش دهشیری، نجفی، شیخی، حبیبی‌عسگرآباد [۵۰] ضرایب پایایی پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ در ابعاد خُلق منفی، مشکلات بین‌فردی، ناکارآمدی، بی‌لذتی و عزت‌نفس منفی و کل پرسشنامه به ترتیب ۰/۳۸، ۰/۵۵، ۰/۵۵، ۰/۶۰، ۰/۵۶ و ۰/۸۳ گزارش شده است. در پژوهش حاضر ضرایب پایایی کل پرسشنامه و ابعاد آن به ترتیب با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۲، ۰/۴۶، ۰/۵۰، ۰/۵۱، ۰/۵۱، ۰/۵۹ و ۰/۸۲ به دست آمد. داده‌های به‌دست‌آمده از اجرای پرسشنامه‌های یادشده، در دو بخش شاخص‌های توصیفی و آزمون فرض با t گروه‌های مستقل و آزمون خی‌دو مورد ارزیابی قرار گرفت.

نتایج

جدول ۱ میانگین دو گروه کودکان عادی و همشیره‌های کودک اوتیست را در متغیرهای سلامت روان و ابعاد آن، افسردگی و ابعاد آن نشان می‌دهد. برای بررسی معناداری آماری تفاوت بین گروه‌ها در متغیرهای مورد مطالعه، از آزمون t گروه‌های مستقل در جدول ۲ استفاده شده است.

البرز، ۳۴ کودک دارای خواهر یا برادر اوتیست با ترکیب جنسی (F=۱۹، M=۱۵) در محدوده‌ی سنی ۱۶-۹ سال ($\mu=۱۳/۳۸$ ، $SD=۲/۳۶$) انتخاب گردید. کودکان عادی نیز با ترکیب جنسی (F=۲۰، M=۱۴) در محدوده‌ی سنی ۱۶-۹ سال ($\mu=۱۳/۵۳$ ، $SD=۲/۹۰$) با مراجعه به مدارس ابتدایی و دوره‌ی اول متوسطه‌ی این دو شهر به شیوه‌ی در دسترس و داوطلبانه انتخاب گردید. پرسشنامه‌ها در کودکان عادی به صورت انفرادی و با نظارت پرسشگر تکمیل شد و در گروه دارای همشیر اوتیست، پس از جلب موافقت والدین، با نظارت آن‌ها توسط همشیره‌ها تکمیل گردید.

ابزارهای پژوهش

الف) پرسشنامه سلامت روان کودکان (پی.اس.سی.)^۱: این پرسشنامه توسط جلینک، مورفی و بورنز^۲ [۴۶] تهیه شده است. آزمون چک لیست تصویری نشانه‌های مربوط به مشکلات کودکان یک پرسشنامه‌ی ۳۵ سؤالی است که با تغییرات ضروری به‌عنوان یک آزمون معتبر و بین‌المللی برای غربال‌گری اختلالات رفتاری-اجتماعی کودکان و نوجوانان انتشار یافت. هر سؤال با توجه به اینکه به‌صورت هرگز، گاهی اوقات و یا اغلب پاسخ داده شده باشد به ترتیب نمره ۰، ۱، ۲ می‌گیرند. نمره‌ی به دست آمده تشخیص دوگانه‌ای را مبنی بر این‌که آیا مشکلات روانی-اجتماعی در کودک وجود دارد یا خیر می‌گذارد. نمره‌ی کلی حاصل از این پرسشنامه بیانگر احتمال ابتلا کودک به مشکلات روانی-اجتماعی است. نمره‌ی برش دامنه‌ی سنی ۶ سال به بالا، ۲۸ یا بالاتر می‌باشد. در صورتی که کودک نمره‌ی کلی ۲۷ و پایین‌تر بیاورد، وی احتمالاً فاقد مشکل و در صورتی که نمره کلی ۲۸ و بالاتر کسب کند، احتمالاً واجد مشکلات روانی-اجتماعی (به‌صورت کلی) می‌باشد.

مورفی و همکاران [۴۷] آلفای کرونباخ پرسشنامه را ۰/۹۱ و پولاه، دالتون و آلن^۳ [۴۸] آلفای کرونباخ پرسشنامه را ۰/۹۴ گزارش کرده‌اند. پی.اس.سی با نقطه برش ۲۸ دارای دقت ۰/۶۸ و حساسیت ۰/۹۵ است. به‌عبارت‌دیگر ۰/۶۸ کودکانی که نمره‌ی مثبتی در پی.اس.سی کسب کردند، توسط متخصصان نیز شناسایی شده بودند و ۰/۹۵ کودکانی که نمره‌ی منفی در پی.اس.سی کسب کردند، بدون اختلال شناسایی شدند. نتایج آزمون-بازآزمون این مقیاس در محدوده‌ی از ۰/۸۴ تا ۰/۹۱ قرار دارد [۴۷]. پایایی کل

⁴ Children's Depression Inventory

⁵ Kovacs & Beck

¹ Pediatric Symptom Checklist

² Jellinek, Murphy, & Burns

³ Polaha, Dalton, & Allen

جدول ۱. میانگین‌ها دو گروه عادی و همشیره‌های کودک اوتیست در متغیرهای پژوهش

کل		همشیره‌های کودک اوتیست		عادی		متغیرها
SD	M	SD	M	SD	M	
۱۰/۹۹	۳۲/۹۹	۱۳/۱۸	۲۳/۷۶	۸/۳۸	۲۲/۲۱	سلامت روان
۲/۱۴	۴/۰۹	۲/۱۲	۳/۸۲	۲/۱۵	۴/۳۵	اختلال در تمرکز و توجه
۲/۱۸	۳/۴۹	۲/۴۵	۳/۷۴	۱/۸۷	۳/۲۴	اختلال درون‌سازی شده
۲/۵۳	۳/۵۰	۲/۶۶	۳/۳۵	۲/۴۲	۳/۶۵	اختلال برون‌سازی شده
۶/۴۸	۱۱/۴۷	۶/۸۸	۱۲/۴۷	۵/۹۹	۱۰/۴۷	افسردگی
۱/۸۰	۲/۵۶	۱/۶۲	۲/۵۹	۲/۰۰	۲/۵۳	خُلق منفی
۱/۳۰	۰/۹۱	۱/۲۷	۰/۹۷	۱/۱۵	۰/۸۵	مشکلات بین‌فردی
۱/۶۲	۱/۸۸	۱/۷۳	۲/۰۳	۱/۵۲	۱/۷۴	ناکارآمدی
۲/۵۷	۴/۳۲	۲/۵۶	۴/۹۱	۲/۴۷	۳/۷۴	بی‌لذتی
۱/۴۹	۱/۷۹	۱/۷۸	۱/۹۷	۱/۱۳	۱/۶۲	عزت‌نفس منفی

جدول ۲. تفاوت بین گروه‌ها در مؤلفه‌های سلامت روان و افسردگی

d	Sig.	Df	t	
-۱/۵۵	۰/۵۶	۶۶	-۰/۵۸	سلامت روان
۰/۵۳	۰/۳۱	۶۶	۱/۰۱	اختلال در تمرکز و توجه
-۰/۵	۰/۳۴	۶۶	-۰/۹۴	اختلال درون‌سازی شده
۰/۲۹	۰/۶۳	۶۶	۰/۴۸	اختلال برون‌سازی شده
-۲	۰/۲۰	۶۶	-۱/۲۸	افسردگی
-۰/۰۵	۰/۸۹	۶۶	-۰/۱۳	خُلق منفی
-۰/۱۱	۰/۶۹	۶۶	-۰/۴۰	مشکلات بین‌فردی
-۰/۲۹	۰/۴۶	۶۶	-۰/۷۴	ناکارآمدی
-۱/۱۷	۰/۰۵	۶۶	-۱/۹۲	بی‌لذتی
-۰/۳۵	۰/۳۳	۶۶	-۰/۹۷	عزت‌نفس منفی

با عنایت به وجود نمره‌ی برش متغیرهای سلامت روان (نمره‌ی ۲۸) و افسردگی (نمره‌ی ۲۲) در تشخیص افتراقی بین گروه‌ها، برای مشاهده‌ی نسبت اختلالات روانی و افسردگی در دو گروه از کودکان عادی و همشیره‌های کودک اوتیست و بررسی معناداری بالینی از آزمون‌های دو در جدول ۳ استفاده شد.

مقایسه میانگین‌های دو گروه کودکان عادی و همشیره‌های کودک اوتیست در جدول ۲، در متغیرهای سلامت روان و ابعاد آن شامل اختلال در تمرکز و توجه، اختلال درون‌سازی شده و اختلال برون‌سازی شده و در افسردگی و ابعاد آن جز بُعد بی‌لذتی نشان می‌دهد که تفاوت معناداری بین آن‌ها وجود ندارد $\{t(34,34)=1/92, p<0/05\}$.

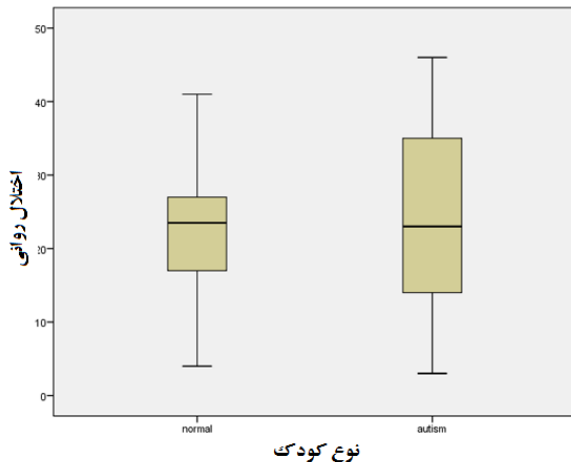
جدول ۳. فراوانی اختلال روانی و افسردگی در دو گروه عادی و همشیره‌های کودک اوتیست

آزمون فیشر	χ^2	%	f	شاخص	آزمون فیشر	χ^2	%	f	شاخص		
									عادی	همشیره‌های کودک اوتیست	
۰/۰۹	۲/۹۳	۹۷/۱	۳۳	فاقد افسردگی	۰/۰۵	۳/۲۲	۷۶/۵	۲۶	دارای سلامت روان	عادی	
		۲/۹	۱	دارای افسردگی			۲۳/۵	۸	دارای اختلال		
		۸۵/۳	۲۹	فاقد افسردگی			۵۵/۹	۱۹	دارای سلامت روان		همشیره‌های کودک اوتیست
		۱۴/۷	۵	دارای افسردگی			۴۴/۱	۱۵	دارای اختلال		

افسردگی و ۱ نفر (۲/۹٪) دارای افسردگی هستند. این جدول همچنین نشان می‌دهد که از بین همشیره‌های کودک اوتیست ۲۹ نفر (۸۵/۳٪) فاقد افسردگی و ۵ نفر (۱۴/۷٪) دارای افسردگی هستند. برای بررسی معناداری بالینی این تفاوت از آزمون‌های دو استفاده شد. مقدار χ^2 دو به دست آمده در جدول ۳، بر اساس آزمون فیشر نشان می‌دهد که میزان اختلالات روانی در همشیره‌های کودک اوتیست در مقایسه با

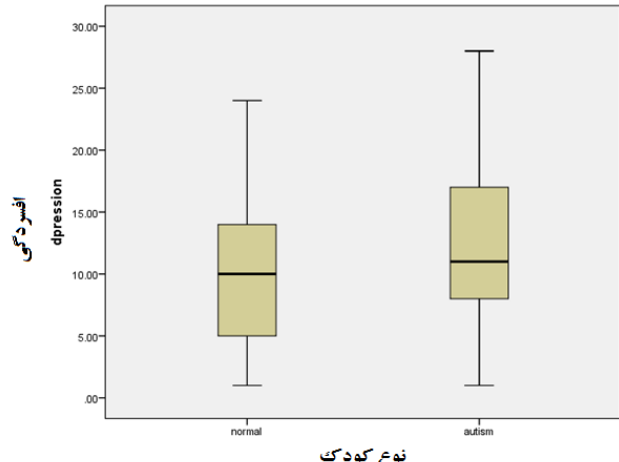
جدول ۳ نشان می‌دهد که از بین ۳۴ کودک عادی، ۲۶ نفر (۷۶/۵٪) فاقد اختلال روانی و ۸ نفر (۲۳/۵٪) دارای اختلالات روانی از مواردی که پیش‌تر گفته شد، هستند. این جدول همچنین نشان می‌دهد که از بین همشیره‌های کودک اوتیست ۱۹ نفر (۵۵/۹٪) فاقد اختلال و ۱۵ نفر (۴۴/۱٪) دارای نوعی از اختلالات روانی هستند. این جدول نشان می‌دهد که از بین ۳۴ کودک عادی، ۳۳ نفر (۷۶/۵٪) فاقد

کودکان عادی، از حیث بالینی و تشخیصی معنادار نبوده است. نمودارهای ۱ و ۲، پراکندگی اختلال روانی و افسردگی را همشیره‌های کودک اوتیست به نمایش می‌گذارد.



نمودار ۲: وضعیت اختلال روان در دو گروه کودکان عادی و همشیره‌های کودک اوتیست

کودکان عادی، از حیث بالینی و تشخیصی معنادار نبوده است. این جدول همچنین نشان می‌دهد که میزان افسردگی نیز در همشیره‌های کودک اوتیست در مقایسه با



نمودار ۱: وضعیت افسردگی در دو گروه کودکان عادی و همشیره‌های کودک اوتیست

مطالعات [۵۳، ۵۴] نشان دادند وجود کودک دارای ناتوانی بر سایر فرزندان خانواده بیش‌تر از آن‌که موجب پرخاشگری و حسادت بین همشیره‌ها گردد، باعث ایجاد محبت، همکاری و برانگیختن حمایت از آن‌ها می‌گردد. همچنین بندریکس و سیوبرگ^۲ [۵۵] دریافتند وجود کودکی با ناتوانی‌های ویژه، نه تنها خطری برای شرایط دیگر کودکان نیست، بلکه زمینه‌ساز ایجاد مجموعه‌ای از مهارت‌ها و توانایی‌هایی در همشیره‌های دارای ناتوانی است که موجب تعامل بهتر وی را با محیط پیرامون فراهم می‌سازد. نتایج مطالعه‌ی داینر، اندرسون، رایب و دون^۳ [۵۶] نیز نشان داد زمانی که همشیره‌های دارای برادر اوتیست پیشرفتی در امور روزمره‌ی وی احساس می‌کنند، حس غرور و همکاری بیش‌تری در خود تجربه می‌کنند. این مطالعات نشان می‌دهد کیفیت رابطه‌ی همشیره‌ها با کودک دارای اختلال اوتیست به افزایش سازگاری و کاهش نشانه‌های منفی رفتاری در هر دوی آن‌ها کمک می‌کند

نتایج پژوهش حاضر همچنین نشان داد که دو گروه تفاوت معناداری در متغیر افسردگی و ابعاد آن جز بُعد بی‌لذتی نشان نمی‌دهند. در این رابطه نیز نتایج مطالعات مختلف شواهد تأییدکننده یا مخالفی ارائه نمودند. باین‌حال، نتایج پژوهش حاضر نشان داد که میانگین سلامت روان و اختلال درون‌سازی‌شده و اختلال افسردگی و تمام ابعاد آن در گروه

بحث و نتیجه‌گیری

مطالعه‌ی حاضر با هدف بررسی مقایسه‌ی ابعاد سلامت روان و افسردگی در همشیره‌های کودکان اوتیسم با همشیره‌های کودکان عادی انجام شد. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که تفاوت آماری معناداری بین دو گروه در سلامت روان و ابعاد آن وجود ندارد، اگرچه نتایج پژوهش‌های مختلف در این خصوص متعدد و گاه تناقض‌آمیز است، برخی پژوهش‌ها حاکی از تفاوت‌های معنادار بوده [۲۶، ۳۳، ۳۴، ۳۵، ۳۶، ۴۰، ۴۱، ۴۳] و برخی دیگر نیز چون پژوهش شرک و همکاران [۴۵، ۵۱] تفاوتی چشمگیر بین دو گروه از حیث نمود رفتار اجتماعی و سازگاری اجتماعی گزارش ننموده‌اند. در همین راستا، نتایج مطالعات پایون و همکاران [۳۲] نشان داد فقط ۱۵ درصد از خواهران و برادران کودکان اوتیسم از سلامت عمومی پایینی برخوردار بودند. مطالعه‌ی کیفی ماشا و بوچر^۱ [۵۲] نشان داد اگرچه همشیره‌های کودک اوتیست، نسبت به آینده‌ی همشیره‌های خود احساس شرم و نگرانی دارند، باین‌حال، تقریباً نیمی از خواهر و برادرهای سنین ۷-۲ سال کودکان اوتیست با همدیگر رابطه‌ی خوبی داشته و اوقات قابل توجهی را صرف فعالیت‌هایی چون بازی با یکدیگر، تماشای تلویزیون و صرف وقت با هم در بیرون از خانه و غیره می‌کنند.

³ Diener, Anderson, Wright, & Dunn

¹ Mascha, & Boucher

² Benderix, Y., & Sivberg, B.

تفاوت سلامت روان خواهر و برادران دانسته‌اند، برای نمونه گولد^۶ [۶۳] دریافت که خواهر و برادران سنین ۱۲-۷، به‌طور قابل توجهی علائم افسردگی کم‌تری نسبت به خواهر و برادران سنین ۱۷-۱۳ گزارش کردند. مطالعات دیگری [۳۸، ۶۴] نشان دادند که همشیره‌های جوان (سنین بین ۱۱-۹ سال) نسبت به همشیره‌های مسن‌تر، مشکلات رفتاری درون-سازی شده و برون‌سازی شده‌ی کم‌تری را گزارش نمودند. در مقابل، هاستینگز [۱۳] نشان داد که خواهر و برادران بزرگ‌تر (اواخر دوران کودکی و نوجوانی) نمرات بالاتری در رفتار اجتماعی نسبت به کودکان جوان‌تر داشتند، ورت، رویرز و بایسه^۷ [۶۵] نیز دریافتند که خواهر و برادران سنین ۱۱-۶ سال که دارای برادر یا خواهر اوتیست بودند، مشکلات رفتاری درون‌سازی شده و برون‌سازی شده‌ی بیش‌تری نسبت به خواهر و برادران سن ۱۶-۱۲ سال داشتند.

از مجموع آنچه گفته شد می‌توان نتیجه گرفت که خانواده‌های دارای کودک ناتوان به تناسب نوع، شدت معلولیت، وضعیت اقتصادی و اجتماعی و سن کودکشان و نیز در زمینه‌ی رفتار سازش با محیط، به اطلاعات و مهارت‌های ویژه‌ای در خصوص نیاز به ارتباط با معلمان، مربیان و متخصصان؛ نیاز به اطلاعات در زمینه‌ی مراقبت، پرورش و رفتار با فرزند ناتوان خود؛ نیاز به حمایت شدن از جانب دیگران؛ نیاز به راهنمایی در وظایف زندگی و والدین و سایر اعضای خانواده در تقسیم کار، فعالیت‌های تفریحی، اکتساب مهارت‌های اجتماعی و نظارت در امر برنامه‌ریزی آموزش کودک دارای ناتوانی و نیازهای اقتصادی جهت صرف هزینه‌های خوراک، پوشاک و وسایل کمک‌آموزشی ویژه‌ی این کودکان دارا هستند [۶۶] که بسته به کم و کیف ارضای این نیازها از تنوعی از تبادلات رفتاری و گفتاری با کودک معلول خود برخوردار می‌گردند، همین امر می‌تواند در کاهش یا افزایش زمینه‌های بهزیستی در ابعاد مختلف عاطفی، روانی، اجتماعی و... در خانواده برای این کودکان مؤثر واقع شود. مطالعات نیز حاکی از تأثیر مداخلات خانواده‌محور بر کاهش عوارض ناشی از اوتیسم است [۶۷] محدودیت پژوهش حاضر، دسترسی حداقلی به کودکان اوتیست به دلیل تعداد محدود مراکز آموزشی و پرورشی این کودکان، در کنار جلب رضایت والدین آن‌ها برای مشارکت در طرح، و عدم کنترل متغیرهای زمینه‌ای چون سن همشیره‌ها، سبک‌های والدگری، کیفیت و کمیت بهره‌مندی از آموزش و ارضای نیازهای یادشده برای

همشیره‌های کودکان اوتیست بیش‌تر و میانگین اختلال در توجه- تمرکز و اختلال برون‌سازی شده در گروه همشیره‌های کودکان عادی بیش‌تر است. نتایج آزمون‌های دو برای بررسی تفاوت مشاهدات در دو گروه، حاکی از تفاوت بالینی معنادار بین گروه‌های مورد مطالعه بود. بر اساس تحقیقات مرکز اطلاعات ملی برای کودکان و بزرگسالان مبتلا به ناتوانی آمریکا^۱ [۵۸] احساساتی چون تنهایی، اضطراب و گناه در همشیره‌های کودکان دارای ناتوانی بیش از کودکان عادی مشاهده می‌شود. نتایج مطالعه‌ی شارپ و راسیتر [۱۲] اختلالاتی چون افسردگی شدید، پرخاشگری، ترس مرضی و اضطراب را در همشیره‌های کودکان ناتوان بیش از کودکان عادی گزارش نمودند. نتایج پژوهش لینچ، فای، فانک و ناگل^۲ [۵۹] حاکی از به‌هم‌ریختگی و اغتشاش در نظم خانواده ناشی از حضور کودک دارای ناتوانی است. نتایج برخی تحقیقات حاکی از مشکلات سازگاری و سلامت روان، افسردگی و اضطراب و خودپنداره و عزت‌نفس در خواهران و برادران کودکان اوتیست در مقایسه با کودکان عادی در دوران کودکی (و با یک میزان بیش‌تر در دوران بزرگسالی) است. برای مثال پژوهش اورسموند و سلترز^۳ [۶۰] که در مورد سلامت روان ۵۷ خواهر و برادر ۱۸-۱۲ ساله‌ی دارای همشیره اوتیست انجام شد نشان داد بیش از یک سوم (۳۶٪) همشیره‌ها، در مقیاس مرکز مطالعات اپیدمیولوژیک افسردگی^۴، علائم افسردگی و ۸/۵٪ در مقیاس اضطراب آشکار کودک رینولد^۴، علائم اضطراب آشکار بالینی گزارش کردند. پژوهش‌های مختلف [۲۱، ۳۸، ۶۱، ۶۲] نشان دادند که خواهران و برادران کودکان اوتیست نسبت به خواهران و برادران کودکان عادی، دارای نرخ بالاتری از افسردگی اساسی، پرخاشگری و درون‌گرایی، شرم و خجالت در ارتباط با دوستان و همسالان و مشکلاتی در سازگاری اجتماعی و رفتاری هستند.

به‌طور خلاصه نتایج مطالعات در مورد این‌که آیا وجود یک فرد دارای اختلال اوتیسم بر سلامت روان برادر یا خواهر تأثیر منفی می‌گذارد، متفاوت است و شاید علت این تفاوت‌ها مبتنی بر ژنتیک یا برخاسته از محیط باشد. دلایل دیگری چون تفاوت در نمونه‌ها، تفاوت در محدوده‌ی سنی برادر و خواهران شرکت‌کننده در پژوهش و یا تفاوت در معیارهای اندازه‌گیری آن‌ها می‌تواند مورد بحث قرار گیرند. برخی مطالعات دامنه‌ی سنی سال‌های کودکی و نوجوانی را دلیل

(CESDS)

^۵ Reynolds Child Manifest Anxiety Scale (RCMAS)^۶ Gold^۷ Verte, Roeyers, & Buysse^۱ National Information Center for Children and Youth with Disabilities^۲ Lynch, Fay, Funk, & Nagel^۳ Orsmond, & Seltzer^۴ Center for Epidemiological Studies Depression Scale

11-Volkmar, F. R. (2000). Medical problems, treatments, and professionals. *Children with Autism: A Parent's Guide, Second Edition*. Bethesda, MD: Woodbine House.

12-Sharpe, D., & Rossiter, L. (2002). Siblings of children with a chronic illness: A meta-analysis. *J Pediatr Psychol*. Vol 27(8): pp 699-710.

13-Hastings, R. P. and Petalas, M. A. (2014), Self-reported behaviour problems and sibling relationship quality by siblings of children with autism spectrum disorder. *Child Care Health Dev*. 40: pp 833-839.

14-Hastings, R. P. (2003). Brief report: Behavioral adjustment of siblings of children with autism. *J Autism Dev Disord*. Vol 33(1): pp 99-104.

۱۵- گنجی، حمزه (۱۳۹۲). بهداشت روانی. تهران: انتشارات ارسباران.

۱۶- کوهستانی، معصومه؛ میرزمانی، سید محمود (۱۳۸۵). نشانه‌های اختلال فشار روانی پس از سانحه (PTSD) در مادران کودکان عقب‌مانده‌ی ذهنی آموزش‌پذیر و مادران کودکان عادی. *دوفصلنامه تحقیقات علوم رفتاری*، سال ۴، شماره‌های ۱-۲، صص ۴۶-۵۱.

17-Bennett-Levy, J. E., Butler, G. E., Fennell, M. E., Hackman, A. E., Mueller, M. E., & Westbrook, D. E. (2004). *Oxford guide to behavioral experiments in cognitive therapy*. Oxford University Press.

۱۸- سادوک، ویرجینیا؛ سادوک، بنیامین (۱۳۸۷). خلاصه روان‌پزشکی: علوم رفتاری-روان‌پزشکی بالینی. ترجمه حسن رفیعی و خسرو سبحانیان. تهران: ارجمند.

19-Baugh, R. F., Archer, S. M., Mitchell, R. B., Rosenfeld, R. M., Amin, R., Burns, J. J. & Mannix, M. E. (2011). Clinical practice guideline tonsillectomy in children. *Otolaryngol Head Neck Surg*. Vol 144(1 suppl): pp S1-S30.

۲۰- قلعه‌بندی، میرفرهاد (۱۳۸۹). روان‌پزشکی بالینی برای دانشجویان پزشکی و پزشکان عمومی. تهران: موسسه فرهنگی انتشاراتی تیمورزاده و نشر طبیب.

21-Shivers, C. M., Deisenroth, L. K., & Taylor, J. L. (2013). Patterns and predictors of anxiety among siblings of children with autism spectrum disorders. *J. Autism Dev. Disord*. Vol 43(6): pp 1336-1346.

۲۲- افروز، غلامعلی (۱۳۸۹). مصاحبه و مشاوره با والدین کودکان استثنایی. تهران: دانشگاه تهران.

مواجهه و تعامل با این کودکان در خانواده بود که البته می‌تواند نتایج پژوهش را متأثر ساخته، از این رو پیشنهاد می‌گردد مطالعه بر روی کودکان خاص با در نظر گرفتن شرایط زمینه‌ای و بافت پرورشی این کودکان در خانواده و مدرسه صورت گیرد.

تشکر و قدردانی

از کادر آموزشی مراکز نگهداری کودکان اوتیست واقع در شهرهای تهران و البرز، نیز از شرکت‌کنندگان در پژوهش حاضر و والدین آن‌ها که با صبر و حوصله در انجام این پژوهش همکاری کرده‌اند، سپاس‌گزاری می‌شود.

منابع

1- Bakwin, H. (1954). Early infantile autism. *J Pediatr*. Vol 45(4): pp 492-497.

2- Rutter, M., & Schopler, E. (1987). Autism and pervasive developmental disorders: Concepts and diagnostic issues. *J Autism Dev Disord*. Vol 17(2): pp159-186.

3- Kanner, L., & Eisenberg, L. (1957). Early infantile autism, 1943-1955. *Psychiatr Res Rep*. (7): pp55.

4- Peeters, T., Ginsburg, G., Hallén, K., & Lagerheim, B. (1998). *Autism: Från teoretisk förståelse till praktisk pedagogik*. Liber.

5- Carr, E. G. (1977). The motivation of self-injurious behavior: a review of some hypotheses. *Psychol Bull*. Vol 84(4): pp 800.

6- Rivers, J. W., & Stoneman, Z. (2003). Sibling relationships when a child has autism: Marital stress and support coping. *J Autism Dev Disord*. Vol 33(4): pp 383-394.

7- Powell, T. H., Hecimovic, A., & Christensen, L. (1992). Meeting the unique needs of families. *Autism: Identification, education, and treatment*. pp 187-224.

8- Kasari, C., Sigman, M., Yirmiya, N., & Mundy, P. (1993). Affective development and communication in young children with autism.

9- Mash, E. J., & Barkley, R. A. (Eds.). (2014). *Child psychopathology*. Guilford Publications.

10-Filipek, P. A., Accardo, P. J., Baranek, G. T., Cook Jr, E. H., Dawson, G., Gordon, B., ... & Minshew, N. J. (1999). The screening and diagnosis of autistic spectrum disorders. *J Autism Dev Disord*. Vol 29(6): pp 439-484.

- 34-Bitsika, V., Sharpley, C. F., & Mailli, R. (2015). The influence of gender, age, Psychological resilience and family interaction factors upon anxiety and depression in non-autism spectrum disorder siblings of children with an autism spectrum disorder. *Br J Guid Counc.* Vol 43(2): pp 216-228.
- 35-Eisenberg, L., Baker, B. L., & Blacher, J. (1998). Siblings of children with mental retardation living at home or in residential placement. *J Child Psychol Psychiatry.* Vol 39(03): pp 355-363.
- 36-Gerfin, R. M. (2014). *The Social and Emotional Adjustment of Siblings of Children with Disabilities* (Doctoral dissertation, State University of New York).
- 37-Roeyers, H., & Mycke, K. (1995). Siblings off a child with autism, with mental retardation and with a normal development. *Child Care Health Dev.* Vol 21(5): pp 305-319.
- 38-Rodrigue, J. R., Geffken, G. R., & Morgan, S. B. (1993). Perceived competence and behavioral adjustment of siblings of children with autism. *J Autism Dev Disord.* Vol 23(4): pp 665-674.
- 39-Dorris, L., Espie, C. A. E., Knott, F., & Salt, J. (2004). Mind-reading difficulties in the siblings of people with Asperger's syndrome: evidence for a genetic influence in the abnormal development of a specific cognitive domain. *J Child Psychol Psychiatry.* Vol 45(2): pp 412-418.
- 40-Hodapp, R. M., & Urbano, R. C. (2007). Adult siblings of individuals with Down syndrome versus with autism: findings from a large-scale US survey. *J Intellect Disabil Res.* Vol 51(12): pp 1018-1029.
- 41-Lefkowitz, E. G., Crawford, S. G., & Dewey, D. (2007). Living with impairment: Behavioral, emotional and social adjustment of siblings of children with autism. *IJDCR.* Vol 6: pp 1-13.
- ۴۲- آرمان، سرور؛ فیروزکوهی‌مقدم، محبوبه (۱۳۸۳). تأثیر مداخلات روان‌شناختی بر مشکلات خواهر و برادران کودکان عقب‌مانده. *طیب شرق*، سال ۶، شماره ۴، صص ۲۶۷-۲۷۳.
- 43-Patricia Howlin, B. A. (2012). Adults with autism spectrum disorders. *Can J Psychiatry.* Vol 57(5): pp 275.
- ۴۴- صدرالسادات، سیدجلال؛ شمس اسفندآباد، حسن؛ امامی‌پور، سوزان (۱۳۸۱). مقایسه رفتار تطبیقی افراد عادی با افراد کم‌توان ذهنی. *فصلنامه توان‌بخشی*، سال ۳، شماره ۸۹، صص ۲۲-۲۸.
- ۲۳- کیمیایی، سید علی؛ محرابی، حسین؛ میرزایی، زهرا (۱۳۸۹). مقایسه وضعیت سلامت روان پدران و مادران کودکان کم‌توان ذهنی آموزش پذیر شهر مشهد. *مطالعات تربیتی و روان‌شناسی*، شماره ۱، صص ۲۶۱-۲۷۸.
- ۲۴- ایزدیار، علی؛ محمدپور، هادی؛ پناهی‌شهری، محمود (۱۳۹۲). مقایسه اختلالات رفتاری مادران کودکان عقب‌مانده-ی آموزش‌پذیر ذهنی با مادران کودکان عادی در شهرستان گناباد. *زن و مطالعات خانواده*، سال ۶، شماره ۲۱، صص ۴۵-۲۷.
- ۲۵- نریمانی محمد؛ آقامحمدیان، حمیدرضا؛ رجبی، سوران (۱۳۸۶). مقایسه‌ی سلامت روانی مادران کودکان استثنایی با سلامت روانی کودکان عادی. *فصلنامه اصول بهداشت روانی*، شماره‌های ۳۳ و ۳۴، صص ۱۵-۲۴.
- ۲۶- میکائیلی‌منیع، فرزانه (۱۳۸۸). مقایسه بهزیستی روان‌شناختی مادران دانش‌آموزان دبستانی دارای کم‌توان ذهنی و عادی. *تعلیم‌وتربیت استثنایی*، شماره ۹۲، ص ۸۸.
- ۲۷- یکتاخواه، سرور؛ علامه، معصومه؛ گرجی، رضا (۱۳۹۳). بررسی میزان سلامت عمومی و کیفیت زندگی مادران دارای فرزند اتیسم. *تعلیم‌وتربیت استثنایی*، سال ۱۴، شماره ۱، صص ۱۹-۱۳.
- 28-Dodd, L. W. (2004). Supporting the siblings of young children with disabilities. *Br J Med Spec Educ.* Vol 31(1): pp 41-49.
- 29-Cuskelly, M., & Gunn, P. (1993). Maternal reports of behavior of siblings of children with Down syndrome. *AJMR American Association.*
- 30-Gold, M., & McCabe, P. C. (2012). The Effect of Autism on Sibling Relationships and Well-Being. *Communique.* Vol 41(4): pp 11-12.
- 31-Cuskelly, M., & Gunn, P. (2006). Adjustment of children who have a sibling with Down syndrome: Perspectives of mothers, fathers and children. *J Intellect Disabil Res.* Vol 50(12): pp 917-925.
- 32-Piven, J., Gayle, J., Chase, G. A., Fink, B., Landa, R., Wzorek, M. M., & Folstein, S. E. (1990). A family history study of neuropsychiatric disorders in the adult siblings of autistic individuals. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* Vol 29(2): pp 177-183.
- 33-Szatmari, P. (2011). *A mind apart: Understanding children with autism and Asperger syndrome.* Guilford Press.

- 56-Diener, M. L., Anderson, L., Wright, C. A., & Dunn, M. L. (2015). Sibling relationships of children with autism spectrum disorder in the context of everyday life and a strength-based program. *J Child Fam Stud*. Vol 24(4): pp 1060-1072.
- 57-Pollard, C. A., Barry, C. M., Freedman, B. H., & Kotchick, B. A. (2013). Relationship quality as a moderator of anxiety in siblings of children diagnosed with autism spectrum disorders or Down syndrome. *J Child Fam Stud*. Vol 22(5): pp 647-657.
- 58-National Information Center for Children and Youth with Disabilities. (1994). *Children with Disabilities: Understanding Siblings Issues*, Vol 11: pp 7-11.
- 59-Lynch, D. J., Fay, L., Funk, J., & Nagel, R. (1993). Siblings of children with mental retardation: Family characteristics and adjustment. *J Child Fam Stud*. Vol 2(2): pp 87-96.
- 60-Orsmond, G. I., & Seltzer, M. M. (2007). Siblings of individuals with autism spectrum disorders across the life course. *Ment Retard Dev Disabil Res Rev*. Vol 13(4): pp 313-320.
- 61-Yuen, R. K., Thiruvahindrapuram, B., Merico, D., Walker, S., Tammimies, K., Hoang, N., & Gazzellone, M. J. (2015). Whole-genome sequencing of quartet families with autism spectrum disorder. *Nat Med*. Vol 21(2): pp 185-191.
- 62-Bitsika, V., Sharpley, C. F., & Mailli, R. (2015). Experiences of Australian siblings of an individual with an autism spectrum disorder. *Child Fam Behav Ther*. Vol 37(2): pp 93-104.
- 63-Gold, N. (1993). Depression and social adjustment in siblings of boys with autism. *J Autism Dev Disord*. Vol 23(1): pp 147-163.
- 64-Walton, K. M., & Ingersoll, B. R. (2015). Psychosocial Adjustment and Sibling Relationships in Siblings of Children with Autism Spectrum Disorder: Risk and Protective Factors. *J Autism Dev Disord*. Vol 45(9): pp2764-2778.
- 65-Verte, S., Roeyers, H., & Buysse, A. (2003). Behavioural problems, social competence and self-concept in siblings of children with autism. *Child Care Health Dev*. Vol 29(3): pp193-205.
- ۶۶-قصیه، آریتا (۱۳۸۴). بررسی و مقایسه نیازهای والدین دانش-آموزان نابینا، و ناشنوا و عادی. *تعلیم و تربیت استثنائی*، شماره ۴۴، صص ۱۷-۱۲.
- 45-Schreck, K. A., Metz, B., Mulick, J. A., & Smith, A. (2000). Making it fit: A provocative look at models of early intensive behavioral intervention for children with autism. *Behav Anal Today*. Vol 1(3): pp 27.
- 46-Jellinek, M. S., Murphy, J. M., & Burns, B. J. (1986). Brief psychosocial screening in outpatient pediatric practice. *J Pediatr*. Vol 109(2): pp 371-378.
- 47-Murphy, J. M., Ichinose, C., Hicks, R. C., Kingdon, D., Crist-Whitzel, J., Jordan, P., & Jellinek, M. S. (1996). Utility of the Pediatric Symptom Checklist as a psychosocial screen to meet the federal Early and Periodic Screening, Diagnosis, and Treatment (EPSDT) standards: a pilot study. *The J Pediatr*. Vol 129(6): pp 864-869.
- 48-Polaha, J., Dalton, W. T., & Allen, S. (2011). The prevalence of emotional and behavior problems in pediatric primary care serving rural children. *J Pediatr Psychol*. jsq116.
- 49-Kovacs, M., & Beck, A. T. (1977). An empirical-clinical approach toward a definition of childhood depression. *Depression in childhood: Diagnosis, treatment, and conceptual models*, pp1-25.
- ۵۰-دهشیری، غلامرضا؛ نجفی، محمود؛ شیخی، منصوره؛ حبیبی‌عسگرآباد، مجتبی (۱۳۸۸). بررسی مقدماتی ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه افسردگی کودکان (CDI). *خانواده‌پژوهی*، سال ۵، شماره ۲، صص ۱۷۷-۱۵۹.
- 51-Fisman, S., Wolf, L., Ellison, D., Gillis, B., Freeman, T., & Szatmari, P. (1996). Risk and protective factors affecting the adjustment of siblings of children with chronic disabilities. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. Vol 35(11): pp 1532-1541.
- 52-Mascha, K., & Boucher, J. (2006). Preliminary investigation of a qualitative method of examining siblings' experiences of living with a child with ASD. *Br J Dev Disabil*. Vol 52(102): pp 19-28.
- ۵۳-البرزی، شهلا؛ بشاش، لعیا (۱۳۷۵). تأثیر کودک عقب‌مانده ذهنی بر خانواده، مجله پژوهش‌های روان‌شناختی، سال ۴، شماره ۲، صص ۱۴-۳.
- 54-Tsao, L. L., Davenport, R., & Schmiege, C. (2012). Supporting siblings of children with autism spectrum disorders. *ECEJ*. Vol 40(1): pp 47-54.
- 55-Benderix, Y., & Sivberg, B. (2007). Siblings' experiences of having a brother or sister with autism and mental retardation: a case study of 14 siblings from five families. *J Pediatr Nurs*. Vol 22(5): pp 410-418.

۶۷-چوپان‌زیده، رویا؛ فرامرزی، سالار؛ پیروز، معصومه؛ زیدآبادی، فاطمه (۱۳۹۴). بررسی اثربخشی مداخلات روان‌شناختی خانواده‌محور، کودک‌محور و ترکیبی بر کاهش نشانه‌های کودکان اتیسم در زندگی واقعی. روانشناسی بالینی و شخصیت-دانشور رفتار سابق، سال ۲، شماره ۱۲: صص ۷۵-

۸۸

