

مقایسه مؤلفه‌های کیفیت خواب در والدین کودکان اتیستیک، کم‌توان ذهنی و عادی

منصور بیرامی^۱، تورج هاشمی نصرت آباد^۲، یزدان موحدی^۳، رباب بشارت^۴، سجاد کوه‌پیمای^۵

تاریخ دریافت: ۹۲/۳/۱۵

تاریخ پذیرش: ۹۲/۱۱/۲

چکیده

برخی پژوهش‌ها نشان داده‌اند والدین کودکان اتیستیک و کم‌توان ذهنی، کیفیت خواب ضعیفی دارند، بر همین اساس هدف پژوهش حاضر مقایسه کیفیت خواب در والدین کودکان اتیستیک، کم‌توان ذهنی و عادی شهر تبریز بود. ۴۵ نفر از والدین سه گروه (هر گروه ۱۵ نفر) به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. والدین کودکان عادی از طریق هم‌تا سازی با گروه‌های بالینی انتخاب شدند. پرسشنامه کیفیت خواب (PSQI) جهت جمع‌آوری داده‌ها استفاده گردید و داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس چند متغیره (MANOVA) و آزمون تعقیبی LSD مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. یافته‌ها نشان داد والدین کودکان اتیستیک بدترین کیفیت خواب را نسبت به دو گروه دیگر دارند، بعد از آن‌ها والدین کودکان کم‌توان ذهنی کیفیت خواب ضعیف‌تری نسبت به والدین کودکان عادی داشتند. در مؤلفه‌های اختلال خواب و مصرف دارو تفاوت دو گروه اتیستیک و کم‌توان ذهنی معنی‌دار نشد. والدین کودکان کم‌توان ذهنی و عادی در مؤلفه‌های کیفیت ذهنی خواب، مصرف دارو و کفایت خواب تفاوت معناداری باهم نداشتند. با توجه به این یافته‌ها، والدین کودکان اتیستیک و کم‌توان ذهنی نسبت به والدین کودکان عادی از کیفیت خواب پایین‌تری برخوردارند.

واژگان کلیدی: والدین، کودکان، اتیستیک، کم‌توان ذهنی، کیفیت خواب.

۱. دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه تبریز

۲. دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه تبریز

۳. دانشجوی دکتری تخصصی علوم اعصاب شناختی (نویسنده مسئول)، دانشگاه تبریز

yazdan_movahedi@yahoo.com

۴. کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه تبریز

۵. کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی کودک و نوجوان، دانشگاه تبریز

مقدمه

دو گروه از اختلال‌های دوران کودکی که همیشه مورد توجه متخصصان و روان‌شناسان قرار دارند، گروه کم توانان ذهنی و اتیستیک‌ها می‌باشند که با توجه به مشکلات ویژه این کودکان فشار روانی بسیاری به والدین این کودکان وارد می‌شود (غباری بناب، ۱۳۸۶). بر اساس پژوهش‌های تطبیقی و آمارهای رایج بین‌المللی، دست کم ۱۰ درصد از کودکان سنین مدرسه در هر جامعه‌ای با نیازهای ویژه هستند و از نظر جسمی، روانی و ذهنی با همسالان خود تفاوت چشمگیری دارند. در کشور ما نیز با توجه به درصد قابل‌ملاحظه‌ی جمعیت پایین‌تر از ۲۰ سال، حدود ۲ میلیون کودک و نوجوان با نیازهای ویژه وجود دارد (افروز، ۱۳۷۵).

در DSM-IV-TR کم‌توانی ذهنی، عملکرد هوشی زیر حد متوسط قابل‌ملاحظه، 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). کم‌توانی ذهنی نوعی اختلال شایع است که حدود ۳ درصد جمعیت دنیا را مبتلا می‌کند (ترکی، بهرامی، داورمنش، بیگلریان، ۱۳۸۵). این اختلال با نارسایی رشد در ابعاد مختلف جسمی، روانی، تکاملی، اجتماعی و تربیتی همراه است. کودکان کم‌توان ذهنی در یادگیری امور مورد انتظار ضعیف هستند و سعی و تلاش والدین برای آموزش مهارت‌های جدید و مهار رفتارهای نامناسب آن‌ها به طور معمول به نتیجه‌ای نمی‌رسد؛ بنابراین پذیرش و سازگاری با این واقعیت برای والدین، تلاش بیشتری را در مقایسه با کودکان عادی می‌طلبد (ترکی و همکاران، ۱۳۸۵).

تأثیر کودکان کم‌توان ذهنی بر نظام خانواده، 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 پژوهش‌های 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 عمومی والدین نیز مورد غفلت

قرار نگرفته است. به تازگی دیدگاه‌های تعاملی جامع تری در مورد خانواده‌هایی که یکی از اعضای آن‌ها دارای نیاز ویژه است، مطرح شده است (احمد 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 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 (مینوچین^۱، ۱۳۸۰). حضور کودک کم‌توان ذهنی به آسیب‌های روانی مشخص دیگری از جمله اضطراب و افسردگی نیز منجر می‌شود. بنابراین می‌توان سلامت عمومی و کیفیت زندگی والدین را تابعی از حضور کودک کم‌توان در خانواده تلقی نمود (تمپلین^۲، گودیر^۳ و هیربرت^۴، ۱۹۹۸).

پژوهش‌ها نشان می‌دهند که والدین کودکان با ناتوانی، دارای استرس و بحران‌های روانی بوده و وجود کودک با ناتوانی، سازش یافتگی و سلامت جسمی و روانی آن‌ها را تهدید می‌کند و اغلب تأثیر منفی بر آن‌ها دارد (سالوویتا^۵، ایتالینا^۶ و لینون^۷، ۲۰۰۳؛ به نقل از غباری بناب، ۱۳۸۶). همچنین، پژوهش‌ها در مورد تأثیر تولد یک کودک مبتلا به کم‌توانی ذهنی بر والدین نشان می‌دهند که والدین، سطوح بالایی از فشار روانی را تحمل می‌کنند، 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 پایین تری دارند (کوگان^۸ و همکاران، ۲۰۱۱).

از سوی دیگر، اختلال‌های اتیستیک با آسیب شدید و فراگیر در زمینه‌های گوناگون

-
1. Minochin
 2. Tamplin
 3. Gooder
 4. Herbert
 5. Salovita
 6. Italinna
 7. Leinonen
 8. Kogan

رشدی مانند اختلال در مهارت‌های تعامل اجتماعی و مهارت‌های ارتباطی و یا وجود رفتار و فعالیت‌های کلیشه‌ای مشخص می‌شود (انجمن روان‌پزشکی آمریکا^۱، ۱۳۸۱). اختلال اتیستیک به دلیل دارا بودن چندین ویژگی، مانند در برداشتن 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. این اختلال‌ها به طور معمول تا پیش از ۳ سالگی تشخیص داده می‌شوند ولی با بررسی دقیق رفتار کودک می‌توان سن تشخیص را تا زیر ۲ سال کاهش داد (افروز، ۱۳۷۵).

بررسی‌های متعدد نشان داده‌اند که والدین کودکان اتیستیک بیش از والدین کودکان مبتلا به سایر اختلال‌های روان‌شناختی، در مخاطره فشارهای روانی ناشی از داشتن کودک ناتوان قرار دارند (لینهارت^۲، ۱۹۹۹؛ کوهن و کارتر^۳، ۲۰۰۶). فشارهای بیان‌شده 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 جسمی کودک و یا هزینه‌های زیاد خدمات آموزشی و درمانی باشد (دوگان^۴، ۲۰۰۳).

ویژگی‌های خاص این اختلال و همچنین گاهی تشخیص دیر هنگام و دشوار، بروز نشانه‌ها بعد از یک دوره‌ی طبیعی و نرمال رشد کودک، فقدان درمان‌های قطعی و مؤثر و پیش آگهی نه چندان 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 مسئله می‌تواند بسیار متفاوت باشد، اما اغلب این واکنش‌ها تحت تأثیر باورهای مختلف پدر و مادر و محیط اطرافشان دارای طیف وسیعی از انکار کلی مسئله و کنار نیامدن با آن و یا پیگیری شدید

-
1. Psychiatric Society of America
 2. Linhart
 3. Kuhn & Carter
 4. Dugan

برای درمان متفاوت‌اند (ملون^۱، ۱۹۷۴). به خاطر مشکلات فراوان این کودکان والدین و به ویژه مادران دارای کودک اتیستیک از تنش‌ها و فشارهای روانی زیادی رنج می‌برند (محمدزاده، پوراعتماد و مالک خسروی، ۲۰۰۵). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که خانواده‌های کودکان اتیستیک بیشتر از خانواده‌های کودکان کم‌توان ذهنی و نشانگان داون استرس داشته و با آن درگیر هستند (گری^۲، 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 اتیستیک می‌چرخد. داشتن کودکان اتیستیک باعث افسردگی، نگرانی، استرس، شرمندگی و خجالت در والدین آن‌ها می‌شود و پژوهش‌ها نشان داده‌اند که در مواردی باعث تأثیر منفی بر روابط زناشویی نیز شده است، زیرا باعث بحث بیشتر بین زن و شوهر درباره کودک اتیستیک، درمان، مراقبت از او و در نتیجه فاصله‌ی بیشتر بین آن‌ها می‌شود (هوبارت و اسمیت^۳، ۲۰۰۸).

یکی از پیامدهای احتمالی خانواده‌های دارای فرزند آسیب دیده، اختلالات خواب می‌باشد (چو و ریچدل^۴، ۲۰۰۹). کیفیت خواب در طول شبانه‌روز می‌تواند عامل تعیین کننده‌ای برای والدین کودکان ناتوان جسمی، ذهنی و اتیستیک برای مواجهه با مشکل فرزندشان باشد (چو و ریچدل، ۲۰۰۹؛ مילتزر و مندل^۵، ۲۰۰۷).

پژوهش‌ها نشان داده‌اند که کیفیت خواب پایین والدین کودکان اتیستیک ناشی از بد خوابی این کودکان است (میلتزر و مندل، ۲۰۰۷؛ مندل، ۲۰۰۷). بیدار شدن‌های ناگهانی در طول شب باعث به هم ریختن چرخه‌ی خواب والدین می‌شود (میلتزر و مندل، ۲۰۰۷). بی‌خوابی شبانه می‌تواند کیفیت زندگی را تحت تأثیر قرار دهد به گونه‌ای

-
1. Malone
 2. Gray
 3. Hobart & Smit
 4. Chu & Richdale
 5. Meltzer & Mandell

که احتمال ابتلا به افسردگی و اضطراب افزایش یافته و توانایی مقابله با تنش‌های روزمره کم شود. همچنین مقدار و چگونگی خواب شبانه می‌تواند روی عملکرد شناختی و سطح تمرکز فرد برای پرداختن به فعالیت‌های روزانه مؤثر باشد (مهدی زاده، سالاری، عبادی، اصلانی، نادری، آوازه و عباسی، ۱۳۹۰).

پژوهش‌های متعددی در مورد اثرات حضور کودک مبتلا به اختلال‌های رشدی در خانواده و استرس و اختلال در کیفیت خواب والدین آن‌ها انجام شده است. در پژوهشی ریچدل به بررسی کیفیت خواب و سلامت عمومی در مادران کودکان با ناتوانایی‌های رشدی پرداخت. نتایج نشان داد که اختلال خواب در این کودکان باعث اختلال در خواب مادران می‌شود و همین امر به طور قابل توجهی سلامت عمومی و کیفیت خواب والدین را مختل می‌کند و باعث افزایش سطح افسردگی، اضطراب و استرس در آنها می‌شود (ریچدل، ۲۰۰۹). در پژوهش دیگری هرینگ و همکاران به مطالعه مشکلات خواب والدین کودکان اتیستیک پرداختند و به این نتیجه رسیدند که کیفیت خواب پایین در این گروه با استرس‌های خانوادگی ناشی از مشکل فرزندشان رابطه دارد (هرینگ، گری، تافی، تونی، سوینی و اینفیلد، ۲۰۰۶).

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. با وجود مشکلات بسیار در خانواده‌های دارای کودک اتیستیک و کم‌توان ذهنی، پژوهش‌های موجود در این زمینه بسیار اندک است و همان طور که بیان شد بافت فرهنگی، حمایت‌های همه‌جانبه و غیره همگی می‌توانند در نوع و میزان مشکلات در جوامع مختلف متفاوت باشد و از آنجایی که تاکنون در شهر تبریز در رابطه با مشکلات

-
1. Herring
 2. Gray
 3. Taffe
 4. Tonge
 5. Sweeney
 6. Einfeid

این خانواده‌ها پژوهشی صورت نگرفته است، بنابراین پژوهش گران بر آن شدند تا پژوهشی را باهدف مقایسه‌ی مؤلفه‌های کیفیت خواب در والدین کودکان اتیستیک، کم‌توان ذهنی و عادی انجام دهند تا شاید با مشخص نمودن مشکلات و ارائه آن به سازمان‌های زیربط، زمینه حمایت و کاهش مشکلات این خانواده‌ها را فراهم نمایند؛ زیرا کیفیت خواب والدین این کودکان یکی از عوامل مهم و مؤثر بر روند شدت و ضعف این اختلال‌ها در کودکان است.

روش

پژوهش حاضر، از نوع علی-مقایسه‌ای بود. جامعه آماری پژوهش حاضر همه والدین کودکان ۴ تا ۱۵ ساله اتیستیک و کم‌توان ذهنی بودند که در شهرستان تبریز در سال ۱۳۹۰ سکونت داشتند. حجم نمونه این پژوهش شامل ۱۵ نفر از والدین هر یک از ۳ گروه کودکان کم‌توان ذهنی، اتیستیک و عادی بود که بعد از مراجعه به مرکز توان‌بخشی شهید فیاض بخش (مرکز نگهداری کم‌توانان ذهنی) و مدرسه نگهداری کودکان اتیستیک پویش و مدارس عادی شهر تبریز انتخاب شدند. روش نمونه‌گیری پژوهش حاضر به صورت در دسترس بود و والدین کودکان عادی از طریق هم‌تاسازی در ویژگی‌های تحصیلی، سن، تعداد فرزندان و وضعیت اجتماعی-اقتصادی، با گروه‌های بالینی انتخاب شدند. والدین این کودکان همگی ساکن یک منطقه شهرداری بوده و خانواده‌های آنها از نظر فرهنگی به هم نسبتاً شبیه بودند.

ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از: داشتن یک فرزند کم‌توان ذهنی متوسط تا شدید (برای گروه کم‌توان ذهنی)، کودک اتیستیک (برای گروه اتیستیک) و تحصیلات بالای سیکل. ملاک‌های حذف هم شامل اختلال‌های روانی، اختلال‌های شخصیتی، کم‌توانی ذهنی و وابستگی دارویی بود.

پس از اخذ معرفی‌نامه از طرف دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه تبریز و مراجعه حضوری به مرکز توان‌بخشی شهید فیاض بخش و مدرسه نگهداری کودکان اتیستیک پویش و اخذ موافقت والدین توضیحات لازم در زمینه این پژوهش برای والدین داده شد و سرانجام پرسشنامه‌های مربوطه اجرا شدند.

ابزار: پرسشنامه کیفیت خواب پیتزبورگ^۱: شاخص کیفیت خواب پیتزبورگ

توسط دانیل جی بای سی برای اندازه‌گیری کیفیت خواب و کمک به افرادی که مشکلات خواب دارند ساخته شد. این پرسشنامه نگرش افراد را پیرامون کیفیت خواب در طی ۴ هفته گذشته بررسی می‌کند. پرسشنامه کیفیت خواب پیتزبورگ دارای ۷ خرده‌مقیاس (۱) توصیف کلی فرد از کیفیت خواب، (۲) تأخیر در به خواب رفتن، (۳) طول مدت خواب مفید، (۴) کفایت خواب (بر پایه نسبت طول خواب مفید بر کل زمان سپری شده در رختخواب محاسبه می‌شود)، (۵) اختلال‌های خواب (به صورت بیدار شدن شبانه فرد اندازه‌گیری می‌شود)، (۶) میزان داروی خواب‌آور مصرفی، (۷) عملکرد صبحگاهی (به صورت مشکلات ناشی از بد خوابی که توسط فرد در طول روز تجربه شده است تعریف می‌شود). نمره هر یک از مقیاس‌های پرسشنامه بین صفر تا ۳ قرار می‌گیرد. نمرات ۰، ۱، ۲ و ۳ در هر مقیاس به ترتیب بیانگر وضعیت طبیعی، وجود مشکل خفیف، متوسط و شدید می‌باشد. حاصل جمع نمرات مقیاس‌های هفت‌گانه، نمره کلی را تشکیل می‌دهد که بین ۰ تا ۲۱ خواهد بود. نمره کلی پرسشنامه ۶ و یا بیشتر به معنی نامناسب بودن کیفیت خواب خواهد بود. میانگین بالا بیانگر وضعیت بد هر گروه در هر مؤلفه می‌باشد. همسانی درونی PSQI با آلفای کرونباخ ۰/۸۰ و پایایی آن با آزمون مجدد بین ۰/۹۳ تا ۰/۹۸ گزارش گردیده است (کاو، انلر و آکارجن^۲، ۱۹۹۶؛ سلیمانی، نصیری، زیبا، کرمانی و حسینی، ۱۳۸۶).

نتایج

به منظور تحلیل داده‌ها، از آزمون تحلیل واریانس چند متغیره و آزمون تعقیبی LSD استفاده شد. در جدول ۱، آماره‌های توصیفی مؤلفه‌های کیفیت خواب در سه گروه والدین کودکان اتیستیک، کم‌توان ذهنی و عادی نشان داده شده است.

-
1. Pittsburgh Sleep Quality Inventory
 2. Kava, Anlar & Agargun

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار مؤلفه‌های کیفیت خواب در سه گروه والدین کودکان

اتیستیک، کم‌توان ذهنی و عادی

عادی		کم‌توان ذهنی		اتیستیک		گروه
SD	M	SD	M	SD	M	متغیر
۰/۳۱	۰/۴۷	۰/۸۴	۱/۰۰	۱/۰۸	۱/۸۰	کیفیت ذهنی خواب
۰/۶۷	۰/۸۷	۱/۳۵	۲/۰۳	۱/۳۱	۲/۹۳	اختلالات خواب
۰/۴۲	۰/۵۳	۱/۷۵	۲/۰۷	۲/۰۲	۲/۸۷	اختلال عملکرد روزانه
۰/۲۵	۰/۱۳	۰/۳۴	۰/۸۰	۱/۲۹	۱/۳۳	مصرف دارو
۰/۵۰	۰/۴۰	۰/۷۰	۱/۲۷	۰/۹۱	۱/۸۷	طول مدت خواب
۰/۵۱	۰/۴۷	۰/۸۲	۱/۴۰	۰/۹۴	۲/۲۰	تأخیر در خواب
۰/۴۱	۰/۲۰	۰/۷۴	۰/۵۳	۱/۰۴	۱/۳۳	کارایی خواب

با توجه به نتایج مندرج در جدول ۱، گروه والدین کودکان اتیستیک در هر ۷ مؤلفه کیفیت خواب دارای بالاترین میانگین و والدین گروه سالم دارای پایین‌ترین میانگین در هر ۷ مؤلفه کیفیت خواب بوده‌اند. نتایج آزمون لامبدای ویلکز به دست آمده از تحلیل واریانس چند متغیره نشان داد که بین سه گروه کودکان اتیستیک، کم‌توان ذهنی و عادی در مؤلفه‌های کیفیت خواب تفاوت کلی وجود دارد ($F=۸/۵۶$; $P<۰/۰۰۱$). بنابراین می‌توان از تحلیل واریانس چند متغیره استفاده کرد (جدول شماره ۲).

جدول ۲. داده‌های به دست آمده از تحلیل واریانس چند متغیره (MANOVA)

منبع تغییرات	متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
متغیر	کیفیت ذهنی خواب	۱۳/۵۱	۲	۶/۷۵	۹/۴۱	۰/۰۰۱
	اختلالات خواب	۵۸۴/۱۳	۲	۲۹۲/۰۶	۱۰/۱۴	۰/۰۰۱
	اختلال عملکرد روزانه	۸۳/۵۱	۲	۴۱/۷۵	۱۵/۳۳	۰/۰۰۱
	مصرف دارو	۱۰/۸۴	۲	۵/۴۲	۶/۰۷	۰/۰۰۵

۰/۰۰۱	۱۵/۳۸	۸/۱۵	۲	۱۶/۳۱	طول مدت خواب	
۰/۰۰۱	۱۸/۴۲	۱۱/۲۸	۲	۲۲/۵۷	تأخیر در خواب	
۰/۰۰۱	۸/۳۹	۵/۰۸	۲	۱۰/۱۷	کارایی (کفایت) خواب	
		۰/۷۱	۴۲	۳۰/۱۳	کیفیت ذهنی خواب	خطا
		۲۸/۷۷	۴۲	۱۲۰۸/۶۶	اختلالات خواب	
		۲/۷۲	۴۲	۱۱۴/۴۰	اختلال عملکرد روزانه	
		۰/۸۹	۴۲	۳۷/۴۶	مصرف دارو	
		۰/۵۳	۴۲	۲۲/۲۶	طول مدت خواب	
		۰/۶۱	۴۲	۲۵/۷۳	تأخیر در خواب	
		۰/۶۰	۴۲	۲۵/۴۶	کارایی خواب	

با توجه به جدول ۲، در تمامی مؤلفه‌های کیفیت خواب بین گروه‌های اتیستیک، کم‌توان ذهنی و سالم تفاوت معنادار وجود دارد ($P < 0/01$). برای فهمیدن اینکه 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 زوجی مؤلفه‌های کیفیت خواب بین گروه‌های مختلف

مؤلفه	گروه (I)	گروه (J)	تفاوت میانگین‌ها (I-J)	خطای استاندارد	سطح معنی داری
کیفیت ذهنی خواب	اتیستیک	سالم	**۱/۳۳	۰/۳۰۹	۰/۰۰۱
		کم‌توان ذهنی	*۰/۸۰	۰/۳۰۹	۰/۰۱۳
	کم‌توان ذهنی	سالم	۰/۵۳	۰/۳۰۹	۰/۰۹۲
اختلالات خواب	اتیستیک	سالم	۳/۲۷	۱/۹۵۹	۰/۱۰۳
		کم‌توان ذهنی	*۷/۸	۱/۹۵۹	۰/۰۰۱
	کم‌توان ذهنی	سالم	۵/۴۷*	۱/۹۵۹	۰/۰۰۸
اختلال عملکرد روزانه	اتیستیک	سالم	**۱/۸۰	۰/۶۰۳	۰/۰۰۵
		کم‌توان ذهنی	**۳/۳۳	۰/۶۰۳	۰/۰۰۱
	کم‌توان ذهنی	سالم	*۱/۵۳	۰/۶۰۳	۰/۰۱۵
مصرف دارو	اتیستیک	سالم	*۱/۲۰	۰/۳۴۵	۰/۰۰۱
		کم‌توان ذهنی	۰/۵۳	۰/۳۴۵	۰/۱۳۰
	کم‌توان ذهنی	سالم	۰/۶۷	۰/۳۴۵	۰/۰۶۰

۰/۰۰۱	۰/۲۶۶	**۱/۴۷	سالم	اتیستیک	طول مدت خواب
۰/۰۲۹	۰/۲۶۶	*۰/۶۰	کم‌توان ذهنی		
۰/۰۰۲	۰/۲۶۶	**۰/۸۷	سالم	کم‌توان ذهنی	
۰/۰۰۸	۰/۲۸۶	**۰/۸۰	سالم	اتیستیک	تأخیر در خواب
۰/۰۰۱	۰/۲۸۶	**۱/۷۳	کم‌توان ذهنی		
۰/۰۰۲	۰/۲۸۶	**۰/۹۳	سالم	کم‌توان ذهنی	
۰/۰۰۷	۰/۲۸۴	*۰/۸۰	سالم	اتیستیک	کارآیی خواب
۰/۰۰۱	۰/۲۸۴	*۱/۱۳	کم‌توان ذهنی		
۰/۲۴۸	۰/۲۸۴	۰/۳۳	سالم	کم‌توان ذهنی	

مندرجات جدول ۳ نشان می‌دهد که کیفیت ذهنی خواب، مصرف داروی خواب‌آور و کفایت (کارآیی) خواب در والدین گروه اتیستیک به صورت معنی‌داری ($P < 0/05$) از والدین دو گروه کم‌توان ذهنی و سالم بدتر بوده است؛ اما والدین دو گروه سالم و کم‌توان ذهنی از نظر این سه مؤلفه تفاوت معنی‌داری نداشته‌اند. از نظر تأخیر در خواب، عملکرد صبحگاهی و طول مدت خواب، والدین هر سه گروه با یکدیگر تفاوت معنی‌داری داشته‌اند. بالاترین میانگین تأخیر در خواب در والدین گروه اتیستیک و پایین‌ترین میانگین تأخیر در خواب در والدین گروه سالم بوده است. همچنین اختلالات خواب در والدین گروه سالم به صورت معنی‌داری ($P < 0/01$) از والدین دو گروه اتیستیک و کم‌توان ذهنی پایین‌تر بوده است. دو گروه اتیستیک و کم‌توان ذهنی از نظر اختلالات خواب تفاوت معنی‌داری نداشتند.

بحث

پژوهش حاضر باهدف مقایسه مؤلفه‌های کیفیت خواب در والدین کودکان اتیستیک، کم‌توان ذهنی و عادی شهر تبریز انجام شد. پژوهش‌های پیشین نشان می‌دهند والدین کودکان آسیب‌دیده و ناتوان جسمی و ذهنی فشار روانی بیشتری از والدین کودکان آسیب‌دیده تجربه می‌کنند. ملتزر و میندل، عنوان کردند که مشکل خواب کودکان معلول ذهنی و جسمی و اتیستیک پیش‌بینی‌کننده کیفیت خواب والدین است. هر چه خواب این کودکان آشفته‌تر باشد، کیفیت خواب والدین آنها نیز پایین‌تر است (ملتزر و میندل،

(۲۰۰۷).

همان گونه که نتایج نشان داد در توصیف کلی از کیفیت خواب و اغلب مؤلفه‌های آن، والدین کودکان اتیستیک بدترین و والدین کودکان عادی بهترین کیفیت خواب را گزارش کردند. در نخستین مؤلفه از مقیاس کیفیت خواب، کیفیت ذهنی خواب در گروه اتیستیک به صورت معنی‌داری از دو گروه کم‌توان‌ذهنی و عادی ضعیف‌تر بود، اما دو گروه عادی و کم‌توان‌ذهنی تفاوت معناداری باهم نداشتند. این یافته‌ها با یافته‌های کاتن و ریچدل که نشان دادند استرس و فشار روانی باعث به هم خوردن و اختلال در چرخه خواب و بیداری می‌شود همسویی دارد (کاتن^۱ و ریچدل، ۲۰۰۶). یکی از موقعیت‌های فشار زا و استرس آور برای خانواده‌ها تولد فرزند ناتوان و آسیب دیده است که تبیین احتمالی برای کیفیت ضعیف خواب والدین کودکان اتیستیک و کم‌توان‌ذهنی نسبت به والدین کودکان عادی همین می‌باشد. از سوی دیگر مشکلات خواب در کودکان اتیستیک و کم‌توان‌ذهنی، باعث به هم ریختگی و کیفیت معیوب خواب والدینشان خواهد شد. این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های چو و ریچدل (۲۰۰۹)، میلنر و مندل (۲۰۰۷) و هستینگ^۲ (۲۰۰۳) همخوانی دارد.

در مؤلفه دوم یعنی اختلال عملکرد روزانه (صبحگاهی)، مقایسه زوجی گروه‌های مختلف از نظر عملکرد صبحگاهی نشان داد که هر سه گروه به صورت معناداری باهم تفاوت دارند. بهترین عملکرد صبحگاهی در والدین گروه عادی و بدترین عملکرد صبحگاهی در والدین گروه اتیستیک بود. اختلال در عملکرد روزانه دو گروه اتیستیک و کم‌توان‌ذهنی نسبت به گروه عادی بیشتر بود. نتایج این پژوهش همخوان با یافته‌های چو و ریچدل و نیز می‌باشد (چو و ریچدل، ۲۰۰۹؛ نوحی و همکاران، ۱۳۸۶). دلیل احتمالی این موضوع، اختلال در چرخه خواب و بیداری این افراد است که به نوبه خود باعث اختلال در کارکرد و خستگی و خواب‌آلودگی در طول روز خواهد شد. دلیل احتمالی دیگر فشار، اضطراب و افسردگی ناشی از وجود کودک آسیب دیده و ناتوان در خانواده است که

1. Cotton

1. Hastings

منجر به پایین آمدن انگیزه لازم در والدین برای عملکرد بهتر در وظایف محوله زندگی ناشی این مشکل است.

مؤلفه‌ی دیگری که بررسی شد میزان داروی خواب‌آور مصرفی در والدین این گروه‌ها بود. بالاترین میزان مصرف دارو را والدین کودکان اتیستیک داشتند و کمترین میزان مصرف در بین والدین کودکان عادی وجود داشت. والدین کودکان کم‌توان ذهنی از نظر مصرف دارو در حد متوسط بودند و تفاوت معناداری با دو گروه دیگر نداشتند. این یافته‌ها همسو با یافته‌های میلترز و مندل (۲۰۰۷) و هستینگ (۲۰۰۳) می‌باشد و نشان می‌دهد که مشکلات خواب و افزایش فشار روانی با مصرف داروی خواب رابطه دارد. یک تبیین آرام‌بخش بودن این داروهاست که والدین جهت آرامش و جلوگیری از اضطراب حاصل از وجود فرزند آسیب دیده مصرف می‌نمایند.

در مؤلفه‌های طول مدت خواب مفید و تأخیر در به خواب رفتن، بالاترین میانگین مربوط به والدین کودکان اتیستیک و پایین‌ترین میانگین مربوط به والدین کودکان عادی بود. هر سه گروه در این دو مؤلفه باهم تفاوت معناداری نشان دادند. یافته‌های چو و ریچدال نشان دادند والدین کودکان آسیب دیده دارای خواب به‌هم‌ریخته و ضعیفی می‌باشند و کودکان دچار ناتوانی‌های رشدی از قبیل، اتیستیک و کم‌توان ذهنی عموماً مشکلاتی در خوابیدن دارند (چو و ریچدال، ۲۰۰۹). این کودکان دیر به خواب می‌روند، در طول شب بیدار می‌شوند، صبح زود از خواب بیدار می‌شوند و دچار کابوس‌های شبانه هستند. این والدین مشغله‌های ذهنی بیشتری نسبت به والدین کودکان عادی دارند و به همین دلیل در شروع خواب و دوام خواب مفید در طول شبانه‌روز مشکلاتی دارند. تأخیر در به خواب رفتن فرزندان آسیب دیده و همچنین بیداری شبانه یک دلیل احتمالی این موضوع می‌باشد.

در مؤلفه کارآیی (کفایت) خواب میانگین نمره‌های والدین کودکان اتیستیک به صورت معنی‌داری از دو گروه دیگر بالاتر بود. دو گروه سالم و کم‌توان ذهنی از نظر کفایت خواب تفاوت معناداری نداشتند. یافته‌های پژوهش حاضر همخوان با نتایج یافته‌های افروز می‌باشد که نشان می‌دهد کمبود خواب می‌تواند احتمال خواب‌آلودگی در

طی روز و به دنبال آن حوادث شغلی و اجتماعی را افزایش بخشد (افروز، ۱۳۷۵)، همچنین زودرنجی، رفتارهای تهاجمی و کاهش ارتباطات اجتماعی در افرادی که دچار محرومیت از خواب هستند نسبت به سایر افراد به طور قابل توجهی بالاتر است. کوگان و همکاران (۲۰۱۱)، اظهار می‌دارند که محرومیت از خواب، زمانی اتفاق می‌افتد که دوره و زمان خواب ناکافی است، این وضعیت اغلب باعث کاهش میزان توجه، حساسیت و تحریک‌پذیری، واکنش کند و آهسته، کاهش آستانه درد و ناتوانی در تکرار کارها می‌شود و در صورت ادامه محرومیت از خواب، نشانه‌های رفتاری و جسمی را به دنبال خواهد داشت. این گونه افراد ممکن است، دچار اغتشاش سطح هشیاری، اختلال آگاهی یا بیماری روانی شوند (کوگان و همکاران، ۲۰۱۱).

در مجموع والدین کودکان اتیستیک و کم‌توان ذهنی در همه مؤلفه‌های کیفیت خواب نسبت به والدین کودکان عادی وضعیت بدتری داشتند. همان طور که پیش تر اشاره شد استرس و فشار روانی باعث به هم خوردن و اختلال در چرخه‌ی خواب و بیداری این والدین می‌شود. یکی از موقعیت‌های فشار زا و استرس آور برای خانواده‌ها تولد فرزند ناتوان و معلول است که تبیین احتمالی وضعیت نامطلوب کیفیت خواب این والدین است. در همین راستا مشکلات خواب در کودکان اتیستیک و کم‌توان ذهنی (کوهن و کارتر، ۲۰۰۶) باعث به هم ریختگی و کیفیت معیوب خواب والدینشان خواهد بود (جوادی و آماندا، ۲۰۰۹).

همچنین، در تبیین اینکه والدین کودکان اتیستیک نسبت به والدین کودکان کم‌توان ذهنی و عادی کیفیت خواب نامطلوب تری دارند، می‌توان بیان داشت که بررسی‌ها (کوک، چاراک و اریدا، ۱۹۹۴؛ پیون و پالمر، ۱۹۹۹؛ لینهارت، ۱۹۹۹؛ کوهن و کارتر، ۲۰۰۶) نشان داده‌اند که والدین کودکان اتیستیک بیش از والدین کودکان مبتلا به سایر اختلال‌های روان‌شناختی، در مخاطره فشار روانی ناشی از داشتن کودک ناتوان خود قرار دارند. فشارهای یادشده 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 جسمی

کودک و یا هزینه‌های زیاد خدمات آموزشی و درمانی باشد (دوگان، ۲۰۰۳). این امر می‌تواند از یک سو، به ویژگی‌های کودک و از سوی دیگر، به عدم شناخت کافی و آگاهی والدین از ماهیت اختلال و خصوصياتی که بر کودک تحمیل می‌کند باشد. در نتیجه کودکان اتیستیک مسائل دیگری را بر والدین خود تحمیل می‌کنند که از جمله آنها می‌توان به اضطراب و استرس و سازگاری خانوادگی کمتر با کودک اشاره نمود (کوگان و همکاران، ۲۰۱۱). این حالت روان‌شناختی در والدین کودکان اتیستیک می‌تواند به احساس ناامیدی در آنها منجر شود. از سوی دیگر نشانه‌های این اختلال پس از یک دوره رشد طبیعی بروز می‌کند و والدین را دچار سردرگمی می‌کند. عامل دیگر این است که تشخیص این اختلال بسیار دشوار می‌باشد و به طور معمول بسیار دیرنگام تشخیص داده می‌شود و والدین را با این استرس مواجه می‌سازد که زمان زیادی از دست داده‌اند (دوآرت^۱، بوردین^۲، یازجی^۳ و مونی^۴، ۲۰۰۵).

به علت کم بودن نمونه‌های این پژوهش باید در تعمیم نتایج به والدین این گروه‌ها دقت کرد. در پایان با توجه به اینکه در این پژوهش به بررسی عواملی چون جنسیت، نوع و شدت اختلال‌های گسترده اتیستیک و کم‌توانی ذهنی و همچنین برخی ویژگی‌های جمعیت شناختی والدین پرداخته نشده است، به پژوهش‌گران آتی پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های خود، به بررسی رابطه بین متغیرهایی چون جنسیت و سن کودکان، نوع و شدت اختلال آنها با کیفیت خواب والدین بپردازند.

با توجه به پژوهش‌های انجام‌شده، تدارک دوره‌های آموزشی و درمانی در جهت کاهش فشار روانی و شناخت و تقویت راهبردهای رویارویی مؤثر و کارآمد برای والدین کودکان اتیستیک و کم‌توانی ذهنی پیشنهاد می‌شود.

-
1. Duarte
 2. Bordin
 3. Yazigi
 4. Mooney

منابع

- احمدپناه، م (۱۳۸۲)، تأثیر کم‌توانی ذهنی فرزند بر بهداشت روانی خانواده. مجله پژوهش در حیطه کودکان استثنایی، ۱(۱). ۵۲-۶۸.
- افروز، غ (۱۳۷۵)، مصاحبه و مشاوره با والدین کودکان استثنایی، تهران: انتشارات اولیاء و مربیان جمهوری اسلامی ایران.
- انجمن روان‌پزشکی آمریکا (۲۰۰۰)، متن تجدیدنظر شده راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی DSM-IV-TR ترجمه‌ی نیکخو، م؛ ر؛ آوادیس یانس، م. ۱۳۸۱ تهران، انتشارات سخن.
- ترکی، ن؛ بهرامی، ه؛ داور منش، ع؛ بیگلریان، ا (۱۳۸۵)، رابطه فشار روانی با رضایتمندی زناشویی در والدین کودکان عقب‌مانده ذهنی. مقاله پژوهشی، توان‌بخشی. ۷(۴). ۳۲-۴۴.
- سادوک، ب و سادوک و (۲۰۰۳)، خلاصه روان‌پزشکی علوم رفتاری - روان‌پزشکی بالینی. ترجمه پور افکاری، ن. ۱۳۸۲، تهران، انتشارات شهرآب.
- سلیمانی، م؛ نصیری، ع؛ زیبا، م؛ ذو نعمت کرمانی، ف؛ حسینی، ف (۱۳۸۶)، مقایسه کیفیت خواب پرستاران شاغل در شیفت‌های ثابت و در گردش. مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشت درمانی ایران (۴۹): ۲۰: ۳۸-۲۹.
- غباری بناب، ب (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. ۷۸۷-۸۰۴.
- مهدی زاده، س؛ سالاری، م؛ م؛ عبادی، ع؛ اصلانی، ج؛ نادری، ز؛ آوازه، آ؛ عباسی، س (۱۳۹۰)، ارتباط کیفیت خواب با کیفیت زندگی در مصدومان شیمیایی مبتلا به برونشیت انسدادی مراجعه‌کننده به بیمارستان بقیه الله (عج) تهران: فصلنامه پایش. ۱۰(۲)، ۳۷-۲۶.
- مینوچین، س (۲۰۰۱)، خانواده و خانواده درمانی، ترجمه ثنایی، ب. چاپ اول. ۱۳۸۰. تهران، امیرکبیر.
- نوحی، س؛ آذر، م؛ تولایی، س؛ رادفر، ش؛ حبیبی، م؛ سادات انوری، س؛ بیات، ن و خدای، ح ر (۱۳۸۶)، کیفیت خواب در جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه. مجله علوم

رفتاری، (۱)۱، ۶۹-۷۷.

- 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,eh;charak,da;arida,j;spohn,ja. (1994)."depressive and obsessive – compulsive symptoms in hyper serotonemic parents of children with autistic disorder. *journal of psychiatry research*, 52(1),25-33.
- Cotton S, Richdale A. (2006). Brief report Parental descriptions of sleep problems in children with autism, Down syndrome, and Prader–Willi syndrome. *Research in Developmental Disabilities*, 27 (3) 151–161.
- Duart, C. S., Bordin, I. A., 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.
- Hastings R P. (2003). Child Behavior problem and parental mental Health as correlates of Stress in mother and father of children with autism. *J Intellect disabling res*, 47 (4): 377-91.
- Herring S, Gray K, Taffe J, Tonge B, Sweeney D, & Einfeld S. (2006). Behaviour and emotional problems in toddlers with pervasive developmental disorders and developmental delay: Associations with parental mental health and family functioning. *Journal of Intellectual Disability Research*, 50: 874–882.
- 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 .
- Judy chu,Amanda l.richdale(2009):sleep quality and psychological well-being in mothers of children with developmental disabilities. *Research in developmental disabilities*, 30.1512-1522.
- Kara H, Anlar Ö, Agargun MY. (1996). Validity and reliability of the Pittsburgh Sleep Quality Index in Turkish sample. *Turk J Psychiat*, 7: 107–15.
- Kogan MD, Schieve L A, Boulests, Yearqin – Allso ppm, Boyleca. visserser SN, Blumberg sj, Rice(2011): parenting aggravation an autism spectrum disorders; *national survey of childrens health*, 4(3): 143-52.
- 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 the role 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.
- Mindell, J. A. (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 with autistic children. *Journal of Research Family*, 3: 289-92.
- Piven, J. & Palmer, P. (1999). Psychiatric disorder and the broad autism phenotype: evidence from a family study of multiple - incidence autism. *American journal psychiatry*, 156: 557-563
- Richdale A. (2009). Sleep quality and psychological well-being in mothers of children with developmental disabilities. *Research in developmental disabilities*, 30: 1512-1522.
- 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.