

## بررسی رابطه خودکنترلی والدین با پرخاشگری و اضطراب اجتماعی کودکان دارای اختلال اوتیسم (مورد مطالعه: شهر بروجن)

لاله بساوند<sup>۱\*</sup> و احمد بهرامی<sup>۲\*</sup>

۱. گروه روانشناسی، واحد بروجن، دانشگاه آزاد اسلامی، بروجن، ایران.

\* نویسنده مسئول

۲. گروه روانشناسی، واحد بروجن، دانشگاه آزاد اسلامی، بروجن، ایران.

### چکیده

زمینه و هدف: یکی از مشکلاتی که کودکان دارای اختلال طیف اوتیسم با آن مواجه‌اند، پرخاشگری و اضطراب است که روند آموزش و توان‌بخشی آنها را با مشکل مواجه می‌کند و موجب تأخیر در کسب مهارت‌های رشدی می‌شود. بر این اساس، هدف پژوهش حاضر، بررسی رابطه خودکنترلی والدین با پرخاشگری و اضطراب اجتماعی کودکان دارای اختلال اوتیسم در شهر بروجن است. روش بررسی: پژوهش حاضر روش توصیفی، از نوع همبستگی و از نظر هدف کاربردی است. این پژوهش روی ۶۵ نفر از والدین کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم مرکز توان‌بخشی کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم وابسته به بهزیستی شهر بروجن انجام شد. ابزار گردآوری داده‌ها در این پژوهش، پرسشنامه‌ی خودکنترلی تانجی (۲۰۰۴)، پرسشنامه محقق ساخته سنجش پرخاشگری و پرسشنامه اضطراب بک (بک و استیر، ۱۹۹۰) بود. برای تحلیل داده‌ها از روش تحلیل کوواریانس و آزمون تی زوجی به کمک نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ استفاده شد. سطح معناداری آزمون‌ها ۰/۰۵ بود. یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد که بین خودکنترلی والدین با متغیرهای پرخاشگری و اضطراب در بین کودکان دارای اختلال اوتیسم رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. کلید واژگان: خودکنترلی، پرخاشگری، اضطراب، اوتیسم

## مقدمه

در سال ۱۹۸۰ بیماری اوتیسم<sup>۱</sup> را اوایل کودکی یا اوتیسم کودکی از اسکیزوفرنیای کودکی جدا شد و برای نخستین بار وارد لیست اطلاعات راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی شد. سال ۱۹۸۷ راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، نام اختلال اوتیسم را جایگزین اوتیسم کودکی کرد و این نقطه آغازی برای چکلیستی برای تشخیص این اختلال ارائه داد؛ تکاپوی روانشناسان به منظور کمک به کودکان اوتیستیک با استفاده از رفتاردرمانی بود (سلطانی‌زاده و همکاران، ۱۴۰۰). راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی در تعریف اوتیسم به سه مشخصه اصلی اشاره دارد که عبارت است از: ۱. نقص در برقراری ارتباط؛ ۲. نقص کیفی در تعامل اجتماعی؛ ۳. الگوهای رفتاری محدود، تکراری و کلیشه‌ای؛ این علائم قبل از ۳۶ ماهگی در فرد ظاهر می‌شود (هارتلی<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۰۶).

اختلال طیف اوتیسم یکی از اختلالات عصبی-رشدی پیچیده است که می‌تواند منجر به مشکلاتی در تفکر، احساس، زبان و توانایی ارتباط با دیگران گردد. این اختلال با دو معیار کلی نقص در تعامل و ارتباط اجتماعی و نیز رفتارها، علایق و فعالیت‌های محدود و کلیشه‌ای معرفی می‌شود (لسوالیر<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۰۶). کودکان دارای اختلال طیف اوتیسم ممکن است با رفتارهای ناسازگارانه اضافی از جمله آسیب به خود، کج خلقی شدید، رفتارهای کلیشه‌ای و پرخاشگری خود را نشان دهند. به طور کلی والدین، مراقبان و متخصصان سلامت روان اغلب گزارش‌هایی در مورد خشونت و پرخاشگری در کودکان و نوجوانان دارای اختلال طیف اوتیسم ارائه نموده‌اند (خانی‌پور و همکاران، ۱۳۹۰). هر اندازه که شدت اختلال بیشتر باشد، شدت و فراوانی اینگونه رفتارها نیز افزایش می‌یابد. پرخاشگری یک رفتار است که موجب تهدید و یا آسیب رساندن می‌شود و ممکن است به طور کلامی و یا فیزیکی مثل ضربه زدن، گاز گرفتن و پرتاب کردن اشیاء باشد. همچنین یک فرد می‌تواند رفتار پرخاشگرانه را با فرکانس‌های متغییر (از لحاظ شدت و مدت پرخاشگری) از خود نشان دهد (بارون سارد<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۱۰). مشکلات رفتاری و رفتارهای پرخاشگرانه به طور خاص با ضعف در مهارت‌های کلامی، مهارت‌های غیرکلامی، عملکرد شناختی و مهارت‌های انطباقی همبستگی دارد (هلدن و گیت لسن<sup>۵</sup>، ۲۰۰۶). از بین این رفتارها، رفتارهای خودآزاری و رفتارهای پرخاشگرانه می‌تواند باعث بروز آسیب‌های جدی برای فرد و اطرافیانش گردد، به همین دلیل تاکنون بحث‌های زیادی در مورد بهترین راه درمان این رفتارها صورت گرفته است (فیتز پاتریک<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۱۶).

**انجمن اختلال اضطراب امریکا (۲۰۱۳)** عنوان می‌کند که ۴۰ میلیون امریکایی بزرگسال بالای ۱۸ سال دچار اختلال اضطراب اند و از هر هشت کودک یک کودک دچار اختلال اضطراب است. برآورد ها بر این است که در حدود ۶/۵ تا ۱۰ درصد از کودکان و نوجوانان تحت تاثیر اختلال اضطراب قرار دارند و در حدود ۱۵ درصد نیز در معرض اضطراب خفیف قرار دارند (کاستلو و همکاران ۲۰۰۳ و پلانسیک و همکاران ۲۰۱۵) و کودکان دارای اختلال طیف اوتیسم نیز در حدود ۴۰ درصد اضطراب را تجربه می‌کنند (مریکانگاس و همکاران ۲۰۱۰). تعداد افرادی دارای اوتیسمی که دچار اضطراب هستند به گفته اریک استورج، متخصص و دانشیار روانپزشکی دانشگاه فلوریدا جنوبی می‌تواند به ۸۰ درصد برسد. حملات اضطرابی باعث پریشانی و اختلال بیش از حدی در فرد دارای اختلال طیف اوتیسم می‌گردد که ناشی از همان اختلال اوتیسم است. به دلیل شیوع بالای این اختلال در افراد دارای اختلال طیف اوتیسم افرادی که در تماس نزدیک با این افراد هستند نیز بایستی از اختلال اضطراب آگاهی کاملی داشته باشند تا

1. Autism

2. Hartley

3. Lecavalier

4. Bronsard

5. Holden and Gitlesen

6. Fitzpatrick

7. American Psychiatric Association

بتوانند به فرد دارای اوتیسم و اضطراب کمک کنند. در آمار دیگری و به گفته انستیتو ملی بهداشت روانی آمریکا، اضطراب در بزرگسالان و کودکان غیر اوتیستیک امریکایی به ترتیب ۱۸ و ۲۵ درصد است (ویس، ۲۰۱۸).

اضطراب، احساس ناراحتی همانند نگرانی یا ترس است که می‌تواند، ملایم یا شدید باشد؛ احساسی ناخوشایند و منتشرشونده بدون منشأ شناخته شده که به فرد دست می‌دهد و همراه با نبود اطمینان، برانگیختگی فیزیولوژیک و درماندگی است. اصطلاح اضطراب معمولاً به احساس ترس و تشویش فراگیر، مبهم و بسیار ناخوشایند اطلاق می‌شود (پاک منش و جاودان، ۱۳۹۹). شخص مضطرب، به ویژه درباره خطرات ناشناخته، دارای نگرانی بسیاری است. به علاوه، فرد مضطرب ترکیبی از نشانه‌های زیر را دارد: تنگی نفس؛ تپش سریع قلب؛ سستی؛ سرگیجه؛ بی‌خوابی؛ بی‌اشتهایی؛ تعریق؛ اسهال؛ تکرار ادراک؛ لرزش. همه انسان‌ها در زندگی خود دچار اضطراب می‌شوند؛ اما میزان شدت و فراوانی استیلای این حس بر آدمی مشکل‌ساز است و به عنوان اختلالی شناخته می‌شود. به صورت کلی، چهار عامل زیست‌شناختی، ژنتیکی، محیطی-اجتماعی و اضطراب مرضی را می‌توان علل اضطراب دانست. اضطراب را در خانواده‌های دارای فرد بیمار، می‌توان در دسته اضطراب با علت عوامل محیطی-اجتماعی قرار داد که مشکل یکی از نزدیکان باعث اضطراب برای اعضای خانواده می‌شود. اگر نوزادی با معلولیت از نوع ذهنی، جسمی، رفتاری یا ترکیبی از آنها متولد شود، تنش روانی مضاعفی بر والدین و نیز بر سایر اعضای خانواده به دنبال دارد. بررسی‌ها نشان می‌دهد، گستره اوتیسم در قیاس با والدین کودکان با اختلال‌های روانشناختی دیگر، در معرض فشارهای روانی بیشتر و نیز سطح بیشتری از اضطراب ناشی از داشتن کودک ناتوان قرار دارند (شفایی گلمکانی و همکاران، ۱۴۰۱).

### روش و ابزار پژوهش

پژوهش حاضر از نظر روش توصیفی، از نوع همبستگی و از نظر هدف کاربردی است. جامعه آماری این پژوهش تعداد ۶۵ نفر از والدین کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم مرکز توانبخشی کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم وابسته به بهزیستی شهر بروجن می‌باشد. در پژوهش حاضر، به منظور جمع‌آوری اطلاعات و داده‌های مورد نیاز از پرسشنامه‌های زیر استفاده شد.

**پرسشنامه‌ی خودکنترلی تانجی:** تانجی و همکاران (۲۰۰۴) این پرسشنامه‌ی خودگزارش‌دهی را که از ۳۶ عبارت تشکیل شده است، در سال ۲۰۰۴ طراحی کرده‌اند. این عبارات در یک طیف لیکرت ۵ درجه‌ی نمره‌گذاری شده است. این پرسشنامه یک نمره-ی کلی دارد و نمره‌گذاری آن بر اساس طیف لیکرت پنج درجه‌ی بدین صورت است: اصلاً شباهت ندارد= ۰، کمی شباهت دارد= ۱، بینظر= ۲، شباهت زیاد= ۳ و شباهت خیلی زیاد= ۴. بر اساس این روش از تحلیل، نمره‌های به‌دست‌آمده جمع می‌شوند. در صورتی که نمره‌های پرسشنامه بین ۰ تا ۴۸ باشد، نشان‌دهنده‌ی ضعیف بودن خودکنترلی در فرد است. در صورتی که نمره‌های پرسشنامه بین ۴۸ تا ۹۵ باشد، نشان‌دهنده‌ی متوسط بودن خودکنترلی و در صورتی که نمره‌ها ۹۵ به بالا باشد، نشان‌دهنده‌ی قوی بودن خودکنترلی در فرد است. در پژوهش آراین‌پور و همکاران، پایایی پرسشنامه طبق منبع آلفای کرونباخ ۰/۸۷ به دست آمد. همچنین برای تعیین روایی پرسشنامه در دو مطالعه که بر روی دو گروه دانشجویان دوره‌ی کارشناسی ارشد اجرا شد، پایداری درونی تخمین‌های پایایی بالا بود.

**پرسشنامه محقق ساخته سنجش پرخاشگری:** این پرسشنامه ۶ سؤال بر اساس تحلیل فیلم‌های کودکان آزمودنی در پژوهش حاضر و از طریق مشورت با مربیان باتجربه و اساتید حوزه اختلال طیف اوتیسم تهیه شد. پرسشنامه محقق ساخته سنجش پرخاشگری حوزه‌های (۱) هل دادن یکدیگر، (۲) زدن خود، (۳) زدن دیگری، (۴) گریه کردن و جیغ زدن، (۵) گاز گرفتن خود و (۶) گاز گرفتن دیگری است و در طیف لیکرت ۴ درجه‌ای (هرگز= صفر تا اکثر اوقات= ۴) نمره‌گذاری می‌شود. روایی محتوایی پرسشنامه توسط متخصصان تأیید شد. پایایی بین مشاهده‌گران پرسشنامه نیز ۰/۸۸ به دست آمد.

<sup>8</sup>. Weiss

پرسشنامه اضطراب بک: این پرسشنامه را بک و استیر در سال ۱۹۹۰ طراحی کردند. این پرسشنامه مقیاسی سؤالی است که علائم اضطراب را فهرست کرده است و بیشتر به چکلیست شباهت دارد. آزمودنی در هر سؤال یکی از چهار گزینه را که نشان‌دهنده شدت اضطراب است، انتخاب می‌کند. چهار گزینه هر سؤال در طیفی چهاربخشی از صفر تا ۳ نمره‌گذاری می‌شود. شیوه امتیازبندی پاسخ‌ها به صورت اصلاً (صفر)، خفیف (۱)، متوسط (۲) و شدید (۳) است و همه سؤال‌ها به صورت مستقیم نمره‌گذاری می‌شود. با گسترش استفاده و ترجمه پرسشنامه اضطراب بک، به زبان‌های مختلف روایی آن به تأیید رسید. در ایران نیز در سال ۱۳۸۷ کویانی و موسوی این پرسشنامه را استفاده کردند و ضریب همبستگی بین طبقه‌ای ( $r=0/72, P<0/100$ ) تعیین روایی سازه محاسبه شد. همچنین پرسشنامه اضطراب بک به زبان فارسی توسط رفیعی و سیفی در سال ۱۳۹۲ بررسی شد و پایایی آن را ۰/۹۰ به دست آمد که بیانگر مناسب بودن آن است

### یافته‌های پژوهش

در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شده است.

### آزمون نرمال بودن داده‌ها

قبل از آزمون فرضیه‌ها، جهت مشخص ساختن توزیع داده‌ها از آزمون کلموگروف اسمیرنوف استفاده شد. برای این آزمون دو فرضیه طرح می‌شود: فرضیه صفر مبنی بر نرمال بودن داده‌ها و فرضیه یک مبنی بر غیر نرمال بودن داده‌ها. در صورتی که Sig یا سطح معناداری این آزمون کمتر از سطح خطای ۰/۰۵ باشد داده‌ها از نوع غیر نرمال بوده اما اگر سطح معنا داری بالاتر از سطح اطمینان ۰/۰۵ باشد داده‌ها از نوع نرمال می‌باشد. جدول ۱ نتایج این آزمون را نشان می‌دهد. با نگاه به ستون سطح معنی‌داری (Sig) می‌توان نتیجه گرفت که این مقدار بیشتر از سطح معنی‌داری ۰/۰۵ است؛ لذا فرض صفر مبنی بر نرمال بودن داده‌ها تایید می‌شود. بنابراین با توجه به نوع فرضیه‌ها از آزمون میانگین یک جامعه، برای آزمون فرضیه‌ها بهره می‌جوییم.

جدول ۴-۱: آزمون نرمال بودن داده‌ها

آزمون K-S			گویه‌ها
سطح معنی‌داری	درجه آزادی	آماره	
۰,۸۴۰	۶۵	۰,۱۰۲	خودکنترلی
۰,۸۳۳	۶۵	۰,۱۲۳	پرخاشگری
۰,۷۱۵	۶۵	۰,۱۳۴	اضطراب

جدول (۲) شاخص‌های آماری خودکنترلی والدین، پرخاشگری و اضطراب را نشان می‌دهد.

جدول ۲: توصیف آماری داده‌های مربوط به متغیرهای خودکنترلی، پرخاشگری و اضطراب

انحراف معیار	میانگین	حداکثر	حداقل	تعداد	متغیر	گروه
Sd	Mean	Maxi	Mini	N	Variable	Group
۲۳/۶۰	۱۱۲,۱۰	۱۲۸	۸۷	۶۵	پرخاشگری و اضطراب	خودکنترلی

نتایج به دست آمده نشان می‌دهد بین میانگین‌های تعدیل شده خودکنترلی، پرخاشگری و اضطراب تفاوت معنی‌دار وجود دارد. به عبارت دیگر تأثیر خودکنترلی بر پرخاشگری و اضطراب معنی‌دار است ( $P=0/000$ ).

جدول ۳: نتایج حاصل از آزمون برای متغیرهای خودکنترلی، پرخاشگری و اضطراب

عامل	متغیر	میان	آماره آزمون	سطح معنی داری
خودکنترلی	پرخاشگری	۳/۳۲	-۵/۹۸	۰/۰۰۰
	اضطراب	۳/۷۸	-۴/۸۴	۰/۰۰۰

طبق نتایج ارائه شده در جدول ۲، سطح معنی داری متغیر پرخاشگری برابر صفر شده است که از ۰/۰۵ کمتر است، بنابراین می توان گفت بین متغیر خودکنترلی و پرخاشگری در کودکان دچار اختلال اوتیسم رابطه معنی داری وجود دارد. همچنین سطح معنی داری برای متغیر اضطراب که از سطح ۰/۰۵ کمتر است، نشان می دهد که این متغیر نیز دارای رابطه مثبت با خودکنترلی در والدین بیماران دچار اختلال اوتیسم می توان مشاهده نمود.

### نتیجه گیری

هدف پژوهش حاضر، بررسی رابطه خودکنترلی والدین با پرخاشگری و اضطراب اجتماعی کودکان دارای اختلال اوتیسم در شهر بروجن است. یافته ها نشان داد که بین خودکنترلی والدین با متغیرهای پرخاشگری و اضطراب در بین کودکان دارای اختلال اوتیسم رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. این یافته ها با نتایج پژوهش های چو (۲۰۲۰)، فنگاوی و همکاران (۲۰۱۸)، پاک منش و جاودان (۱۳۹۹) سلطانی زاده و همکاران (۱۴۰۰) و شفایی گلمکانی (۱۴۰۱) همخوانی دارد.

در تبیین این پژوهش می توان گفت که در این پژوهش بحث در مورد خودکنترلی و ارتباط آن با پرخاشگری و اضطراب در کودکان دارای اختلال اوتیسم نشان داد که خودکنترلی موجب کاهش پرخاشگری و اضطراب کودکان دارای اختلال اوتیسم می شود. خودکنترلی در مهارت کنترل خشم و پرخاشگری می تواند کودکان را نسبت به کنترل و پیشگیری از موقعیت های پرخاشگرانه، آگاه و در صورت قرار گرفتن در چنین موقعیت ایی آنها را مصون نگه دارد به طوری که کمترین ضرر را برایشان داشته باشد. از دیدگاه شناختی افراد خشمگین و پرخاشگر در هر یک از مراحل پردازش اطلاعات اجتماعی مشکل دارند. این افراد معمولاً دارای اسناد کینه توزانه بوده و از مهارت های سازگارانه حل مسئله برخوردار نیستند و هنگامی که از نظر فیزیولوژیکی برانگیخته می شوند، به صورت تکانشی عمل می کنند.

با توجه به این که میزان پرخاشگری در کودکان دارای اختلال طیف اوتیسم بسیار بالا است و از آنجایی که بیشتر رویکردهای آموزشی و توانبخشی این کودکان بر روی نشانه ها و علائم اصلی اوتیسم تمرکز دارد، استفاده از درمان ها مکمل در این رابطه، امری ضروری است. همچنین با توجه به اثربخش بودن خودکنترلی بر پرخاشگری کودکان دارای اختلال طیف اوتیسم، پیشنهاد می شود توجه بیشتری به این رویکرد در مراکز آموزشی و توانبخشی اوتیسم شود و برنامه های ویژه ای برای استفاده از این تمرین ها تعبیه شود.

### منابع

- پاک منش، ناهید؛ جاودان، موسی. (۱۳۹۹). پیش بینی عملکرد تحصیلی از طریق خودکنترلی، خودمختاری و خودآگاهی در دانش آموزان دوره دوم متوسطه شهرستان بندرعباس، فصلنامه راهبردهای شناختی در یادگیری، ۸ (۱۴): ۳۷-۵۵.
- خانی پور، حمید، محمدخانی، پروانه، طباطبایی، سعید. (۱۳۹۰). راهبردهای کنترل فکر و رگه اضطراب: پیش بینی کننده های نگرانی بیمارگون در نمونه غیربالینی، مجله علوم رفتاری، ۵ (۲): ۱۷۳-۱۷۸.
- سلطانی زاده، محمد؛ حسینی، فاطمه؛ کاظمی زهرانی، حمید (۱۴۰۰). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سازگاری اجتماعی و خودتنظیمی یادگیری دانش آموزان دختر دارای اضطراب امتحان، مجله مطالعات روانشناسی تربیتی، ۱۸ (۴۱): ۲۹-۱۷.

شفایی گلمکانی، محمد صادق؛ شفایی گلمکانی، طاهره؛ اکرم‌پور، زهرا؛ حاجی اربابی، فاطمه؛ صبور اسماعیلی، نوشین (۱۴۰۱). اثربخشی درمان شناختی - رفتاری بر پرخاشگری و خود کنترلی کودکان ۶ تا ۱۲ ساله تحت سرپرستی سازمان بهزیستی مشهد، فصلنامه روانشناسی و علوم رفتاری ایران، ۲۹: ۱۲۸-۱۳۸.

American Psychiatric Association.(2013) Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®). American Psychiatric Pub; 2013.

Lecavalier L, Leone S, Wiltz J.(2006). The impact of behaviour problems on caregiver stress in young people with autism spectrum disorders. *Journal of Intellectual Disability Research*. 2006; 50(3): 172-83.

Bronsard G, Botbol M, Tordjman S.(2010). Aggression in low functioning children and adolescents with autistic disorder. *PLoS One*. 2010; 5(12): 14358.

Holden B, Gitlesen JP.(2006). A total population study of challenging behaviour in the county of Hedmark, Norway: Prevalence, and risk markers. *Research in developmental disabilities*. 2006; 27(4): 456-65.

Fitzpatrick SE, Srivorakiat L, Wink LK, Pedapati EV, Erickson CA.(2016). Aggression in autism spectrum disorder: presentation and treatment options. *Neuropsychiatric disease and treatment*. 2016; 12: 1525.

Hartley SL, Sikora DM, McCoy R.(2008). Prevalence and risk factors of maladaptive behaviour in young children with autistic disorder. *Journal of Intellectual Disability Research*. 2008; 52(10): 819-29.

Weiss J.(2018). Self-injurious behaviours in autism: A literature review. *Journal on Developmental Disabilities*. 2018; 9(2): 127-44.