پژوهش در حیطه کودکان استثنایی/ سال دهم، شماره ۲، ۱۳۸۹ / ۱۵۲-۱۴۳
Research on Exceptional Children, 2010, Vol.10, No. 2, 143-152

مقایسه ترسهای مرضی دانش‌آموزان عادی و کم‌توان ذهنی آموزش‌پذیر (۱۶-۱۲ ساله) شهر شیراز

زهرا علیزاده[۱]، دکتر هادی بهرامی[۲]، عباس داورمنش[۳]

تاریخ دریافت: ۸۷/۸/۵ تجدیدنظر: ۸۸/۸/۲۰ پذیرش نهایی۱۵ /۸۹/۲

چکیده

هدف: هدف از این پژوهش بررسی و مقایسه فراوانی و شدت ترسهای مرضی در دانش‌آموزان عادی و کم‌توان ذهنی آموزش‌پذیر در شهر شیراز است. **روش:** این پژوهش مطالعه کاربردی از نوع مقطعی- تحلیلی است. تعداد ۱۴۰ نفر دانش‌آموز (۷۰ نفر عادی و۷۰ نفر کم‌توان ذهنی آموزش‌پذیر) به روش نمونه‌گیری چندمرحله‌ای به عنوان گروه نمونه انتخاب شدند. بررسی ترسهای مرضی با آزمون ساخته‌شده بوسیلهٔ بهرامی (۱۳۷۹) انجام شد و نتایج به وسیله آزمون آماری t مستقل بررسی شد. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که تفاوت فراوانی و شدت ترسهای مرضی دانش‌آموزان عادی و کم‌توان ذهنی آموزش‌پذیر دو گروه سنی ۱۲ و ۱۶ ساله معنادار نیست ($p> ۰/۰۵$).نتایج نشان داد که ترس دختران در همه انواع ترسهای مرضی، از پسران بیشتر است ($P< ۰/۰۰۱$). **نتیجه‌گیری:** در مورد فراوانی انواع ترسها، ترس از ناظم در کم‌توانان ذهنی و ترس از شکست در تحصیل و زندگی در دانش‌آموزان عادی بیشتر است. و در مورد شدت انواع ترسها، ترس از ازدحام و شلوغی، عبور از خیابان، دعوای دیگران، وسایل تیز و آتش در کم‌توانان ذهنی بیشتر و ترس از بیماری و شکست در تحصیل و زندگی در دانش‌آموزان عادی به طور معنادار بیشتر است.

واژه‌های کلیدی: *کم‌توان ذهنی آموزش‌پذیر، ترسهای مرضی، دانش‌آموز، ترس*

مقدمه

از جمله واکنشهایی که افراد به هنگام روبه‌رو شدن با موقعیتهای تهدیدآمیز یا فشارزا از خود نشان می‌دهند، احساس اضطراب[۱] و تنش[۲] است. این‌گونه رفتارها از جهاتی بهنجار و از جهاتی دیگر، مرضی تلقی می‌شوند (ولمن، ترجمه نجاریان، دهقانی و دباغ ،۱۳۷۵). ترسهای مرضی[۳] از جمله اختلالات اضطرابی[۴] هستند که در بین افراد جامعه شیوع نسبتاً فراوانی دارد. از لحاظ نظری پاسخ ترس[۵] هنگامی فراگرفته می‌شود که محرک سابقاً بی‌اثری، به علّت همراه شدن با محرکی دیگر، که یا به طور ذاتی و یا به علت شرطی شدن قبلی دارای خاصیت ایجاد ترس است، همین خاصیت را به دست آورد (گودوین،ترجمه پورافکاری، ۱۳۸۲). نکته حائز اهمیت اینکه ترسهای مرضی به معنی ترس بی‌معنی و غیرمنطقی است در حالی‌که ترس واکنشی طبیعی و توجیه‌پذیر است که متناسب با خطر موجب فرار از آسیب می‌شود (آزاد، ۱۳۸۰). باید توجه کنیم تفکیک تئوریک اختلالاتی مثل ترس، فوبیا، اضطراب، هراس[۶] هنوز مورد بحث است (کراز،ترجمه منصور و دادستان ،۱۳۸۱).

ترسهای مرضی می‌توانند موجب درگیریهای فکری و ذهنی برای افراد شوند؛ ازجمله گروه‌هایی که طبیعتاً می‌توانند درگیر این ترسها باشند، کم‌توانان

۱-**نویسنده مسئول:** کارشناس ارشد روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی (Email:lizade phobia@yahoo.com)
۲- دکتری روان‌شناسی، عضوهیئت علمی دانشگاه علامه طباطبائی
۳- روان‌شناس. عضوهیئت علمی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

ذهنی هستند. نقص و محدودیت[7] ناشی از این ترسها به‌ویژه در کودکان و نوجوانان کم‌توان ذهنی در ارتباط با محیط و اجتماع قابل توجه است (مریک و کندل،۲۰۰۴)۰ کم‌توانی ذهنی[8] از جمله پدیده‌هایی است که ابتلا به آن مشکلات زیادی را برای فرد مبتلا و خانوادهٔ او ایجاد می‌کند. کم‌توانی ذهنی مبیّن محدودیتهای اساسی در کارکرد کنونی فرداست. باویژگیهای خاص کارکرد هوشی زیر متوسط معنی‌دار و وجود محدودیتهایی در دو یا چند حوزه ازمهارتهای سازشی کاربردی ازجمله ارتباط، مراقبت از خود، زندگی در خانه، مهارتهای اجتماعی، کاربرد منابع جامعه، خودرهبری، سلامت و ایمنی، تحصیلات کاربردی، اوقات فراغت و اشتغال (انجمن کم‌توانی ذهنی امریکا[9]،۱۳۸۰)۰

کم‌توانان به‌خصوص در سنین نوجوانی در حل مشکلات فردی و اجتماعی و داشتن مهارتهای حمایت از خود در موقعیتهای مختلف دارای نقص عمده هستند.به این علّت که نوجوانی[10] دوره مهم و ویژه‌ای برای کم‌توانان ذهنی است، اختلال ذهنی، تواناییهای نوجوان را نسبت به اکثریت گروه همسن او با بهره هوشی بهنجار در جامعه کاهش می‌دهد؛ همچنین ممکن است زمینهٔ پیدایش اختلالات مختلف روانی، رفتاری و شخصیتی را در آنها فراهم کند (مسی، ۲۰۰۰). ترسهای مرضی می‌توانند موجب بازداری پاسخهای درست ارگانیزم به روند عادی محیط شوند.

بروز انواع ترسهای مرضی درکم‌توانان ذهنی با توجه به تقسیم‌بندی DSM-IV-TR عبارت‌اند از:

فوبی اختصاصی[11]: ترس آشکار و مستمر از اشیا یا موقعیتهای قابل مشاهده و محدود است که در معرض محرک هراس‌آور، تقریباً همیشه منجر به بروز واکنش اضطرابی می‌شود و به شکل وحشت‌زدگی وابسته به موقعیت نمود می‌یابد (لطفی کاشانی، وزیری، ۱۳۸۱). پاسخهای کسب‌شده و شرایط محیطی در افراد کم‌توان ذهنی، احتمال بروز فوبیهای خاص را به سرعت بالا می‌برند. نظریات یادگیری می‌توانند توضیحات ساده و قابل فهمی برای تعدد این قسم فوبیها در افراد عادی و به‌خصوص کم‌توان ذهنی، به‌دست دهند (کراتوچویل، موریس و ریچارجی، ترجمه نائینیان و همکاران ،۱۳۸۷).

فوبی اجتماعی[12]: نوعی اختلال شخصیتی است که با احاطه شدن در اضطراب در موقعیتهای اجتماعی، خود را نشان می‌دهد (انجمن ملی سلامت روان[13]، ۲۰۰۵). اکثر افراد مبتلا به این اختلال، متوجه غیرمنطقی و مفرط بودن ترس خود هستند. ولی افراد کم‌توان ذهنی آموزش‌پذیر[14] شاید به غیر منطقی بودن ترس خود اقرار نکنند.

گذر هراسی[15]: از انواع ترسهای مرضی است که با حمله‌های وحشت‌زدگی یا نشانه‌های شبه وحشت‌زدگی بروز می‌کند و موجب اجتناب فرد از مکانها یا موقعیتهایی می‌شود که ممکن است فرار از آنها دشوار باشد یا احساس می‌شود که در صورت وقوع حمله‌های وحشت‌زدگی امکان دریافت کمک وجود نداشته باشد (انجمن ملی سلامت روان، ۲۰۰۵). این‌گونه ترسها در افراد کم‌توان ذهنی می‌تواند نتیجهٔ افکار نادرست و باورهای غیرمنطقی اغراق‌آمیز نسبت به مخاطرات محیطی یا محصول ناتوانی فرد در مقابلهٔ مؤثر با فشار روانی باشد (انجمن ملی سلامت روان، ۲۰۰۵).

فراوانی این گونه ترسها با توجه به نتایج در برخی انواع نشان دهندهٔ نوعی تفاوت هرچند نزدیک میان دو گروه مورد بررسی است. پژوهشها شیوع فوبیها را در افراد به میزان مختلف ذکر کرده‌اند.DSM-1V شیوع فوبیهای اختصاصی را ۱۱/۳-۱۰ و فوبیهای اجتماعی را ۱۳٪-۳ ذکر کرده‌اند. کاپلان و سادوک (۲۰۰۳) شیوع فوبیهای اختصاصی را در طول عمر ۵ تا ۱۰٪ و شیوع شش ماهه فوبی اجتماعی را حدود ۲ تا ۳٪ می‌دانند.

پژوهشهای مختلف شیوع بیشتری از فوبیها را در افراد کم‌توان ذهنی گزارش داده‌اند. الندیک (۲۰۰۰)، شیوع فوبیهای اجتماعی را در آنان۲۵ ٪می‌داند.

ماتسون (۲۰۰۲) ، شیوع ترسهایی نظیر ترس از تماس بدنی و ارتباط گفتاری با دیگران را در کم‌توانان بالاتر می‌داند. شامیترو (۲۰۰۰) ،شیوع فوبیهای خاص درکم‌توانان را ۱۲٪ و فوبیهای اجتماعی را۱۷ ٪ ذکرکرده، پیکرس جیل و ولنتاین (۲۰۰۶) نیز شیوع گذر هراسی را در آنان بالا می‌دانند.

بروز این نوع ترسها در دوره نوجوانی حائز اهمیت است٠کودکی و نوجوانی در تأمین زیربنای سلامت و بهبود کیفیت زندگی افراد نقش ویژه‌ای دارد. در این سنین پایه‌های شخصیتی و رفتاری آنها شکل می‌گیرد و مهارتها و آموزشهای مختلف کسب می‌شود (سیف و نادری،۱۳۸۲). بروز انواع اختلالات اضطرابی از جمله ترسهای مرضی در کودکان و نوجوانان کم‌توان ذهنی می‌تواند آثار زیان‌بار روانی، رفتاری و اجتماعی روی این افراد و خانوادهٔ آنان داشته باشد (داورمنش، ۱۳۸۲). این گونه ترسها می‌توانند موجب اختلالاتی در رفتارهای اجتماعی و رفت و آمد به محیطهای خاص و ضروری یا ناتوانی در انجام فعالیتهای روزمره و به طور کلی موجب محدودیت در سبک زندگی همچنین تداخل در تحصیل شغل و حتی سلامت جسمی شوند (انجمن روان‌پزشکی امریکا[۱۶]،ترجمه نیکخو وهمکاران،۱۳۸۰). این ترسها می‌توانند فرد کم‌توان ذهنی را از انجام برخی فعالیتها و علایق مناسب با سن او باز دارند و موجب شوند فرد برخلاف دوستان خود، فاقد شوق و علاقه باشد (داورمنش، ۱۳۸۲).

مشکلات روانی اجتماعی و خانوادگی ازجمله عوامل این گونه ترسها در کم‌توانان ذهنی تشخیص داده می‌شود. ازجمله دیکنز می‌گوید، فوبیها در افراد کم‌توان ذهنی می‌توانند با همان عواملی مرتبط باشند که عموماً هرکس آن را به عنوان عامل ترس، تجربه می‌کند. این عامل می‌تواند تاریخچه خانوادگی از اضطراب باشد یا ترس تقویت شده به‌وسیلهٔ والدین و یا ترومای قبلی (دیکنز، ۲۰۰۳). مفاهیم شرطی کردن، تقویت و خاموشی نیز به طور روزافزونی برای تحقیق در رفتار غیرعادی به‌کار گرفته شده است که عنصر پرکاربردی در مواجه ساختن مراجع به‌خصوص افرد کم‌توان ذهنی با محرک ناراحت‌کننده است تا آنکه به آنها عادت کند (موریس و کراتوچویل،ترجمه نائینیان و همکاران،۱۳۸۷).

در پژوهشهایی نیز عدم قابلیت در رفتاراجتماعی و بی‌توجهی اطرافیان ازجمله عوامل مسبب ترسهای مرضی در آنان، ذکرشده است. مریک و کندل (۲۰۰۴) می‌گویند، نوجوانان کم توان ذهنی کفایتهای لازم برای مواجهه با انتظارات اجتماعی ندارند و ضعف چشمگیر در بلوغ اجتماعی، سبب طرد آنها از جانب بزرگسالان، اطرافیان و همسالان باهوش نرمال آنان می‌شود. به این صورت بی‌مهری و عدم اطفاء کامل نیازهای عاطفی افراد کم‌توان، می‌تواند احساس خلأ حمایتی در فرد ایجاد کند و او را به سوی ترسهای غیرمنطقی سوق دهد (داورمنش، ۱۳۸۲).

همچنین نگرش منفی در آنان موجب نگرانیهایی از محیط می‌شود که می‌تواند منجر به اضطراب شود. رابینسون می‌گوید کودکان کم‌توان ذهنی نیز مانند افراد عادی تصویر متفاوتی از خود در ذهن دارند. اما تجزیه و تحلیل داده‌ها بیشتر دال بر وجود تصویری از خود منفی در آنان است (رابینسون ورابینسون، ترجمهٔ ماهر،۱۳۷۷).

اُلندیک (۲۰۰۰) در مورد درمان ترسهای مرضی در تحقیقات خود دریافت که درمان ترسهای مرضی در کودکان کم‌توان ذهنی، فاقد پیگیری کافی است. همچنین درمانها بر روی رفتارهایی صورت می‌گیرد که از لحاظ بالینی با فوبیها مرتبط نیستند. اهمیت دادن به درمان این مشکلات، علاوه بر اینکه از ناتوانی آنان می‌کاهد، می‌تواند از بروز و بسط ترسهای غیرمنطقی دیگر در بزرگسالی جلوگیری کند (شامیترو، ۲۰۰۰). در مورد درمان ترسهای مرضی باید به جنبه‌های گوناگون شخصیتی افراد کم‌توان ذهنی توجه داشت. بهترین راه برای درمان ترسهای مرضی

درمان شناختی- رفتاری است. در طول رفتار درمانی باید به تقویت گرایشهای واکنش مثبت و منفی افراد کم‌توان ذهنی نسبت به بزرگسالان، نگرش مثبت به خود، و راهکارهایی برای انتظار موفقیت هر چه بیشتر در آنها پرداخته شود (کاپلان و سادوک، ترجمهٔ پورافکاری، ۱۳۸۲). به خصوص اینکه تجربهٔ تعامل کودکان و نوجوانان کم‌توان معرف گرایشهای متعارض آنها در نزدیکی به بزرگسالان است (ماتسون، ۲۰۰۲). درک این نقایص از سوی بزرگسالان به‌خصوص، موجب هر چه بهتر شدن روابط خانوادگی و اجتماعی در افراد کم‌توان ذهنی می‌شود (مریک و کندل، ۲۰۰۴).

تحقیقاتی هر چند غیرگسترده در مورد ترسهای مرضی در نوجوانان کم‌توان ذهنی صورت گرفته که اکثراً دال بر تفاوت انواع ترسها درآنان است. در پژوهشی که توسط لس‌نیک و همکاران (۲۰۰۳) در امریکا انجام دادند، ۲۹ زن با نشانگان ترنر و ۲۱ زن با نشانگان X شکننده (سنین ۶ تا ۲۲) را در فیلم ویدیویی «بازی نقش» با یکدیگر مقایسه کردند. موارد آزمون شامل ابقای تماس چشمی، دوام گفتار، راحت بودن بدن در طی تعاملات اجتماعی بود. افراد با X شکننده زمان بیشتری را برای شروع تعامل نسبت به گروه کنترل لازم داشتند و زنان با نشانگان ترنر، حرکات چهره کمتری نسبت به زنان با نشانگان X شکننده در گروه مقایسه نشان دادند. این مطالعه سطوح شدیدتری از فوبی اجتماعی را در زنان با نشانگان X شکننده و ترنر عنوان نمی‌کند، اما درجات بالاتری از سختی در روابط اجتماعی را منعکس می‌کند (لس‌نیک و همکاران و ۲۰۰۳).

در تحقیقی که به وسیلهٔ استرن لیت (۱۹۹۸) انجام شد، ۱۴۶ مورد ترس در ۱۲ نوجوان و بزرگسال کم‌توان ذهنی خفیف سنین ۴۹-۱۲ مورد بررسی قرار گرفت. این پژوهش سیر ظهور ترس و شدت آن را در افراد عادی و کم‌توان ذهنی با توجه به سطوح رشد شناختی و مراحل درک واقعیت و تفکر، یکسان می‌داند (استرن لیت، ۱۹۹۸).

در پژوهش دیگری واندن برگ (۱۹۹۳) چگونگی رشد ترسها را در ۱۱۲ کودک عادی و ۴۲ کودک کم‌توان ذهنی خفیف بررسی کرد. نتایج نشان داد الگوهای ترس در کودکان با کم‌توانی ذهنی، بیشتر مشابه همتای سن عقلی آنها است تا سن تقویتی آنها و این احتمال بیشتر است که این کودکان نسبت به همتای غیر کم‌توان خود، بیشتر ترس خود را انکار کنند. از نتایج دیگر پژوهش اینکه کودکان عادی بیشتر از گروه دیگر ترس خود را از والدین خویش مخفی می‌کنند (واندن برگ، ۲۰۰۰) .

در پژوهش انجام شده از سوی پیکرس‌جیل و ولنتاین (۲۰۰۶) ترسها را به انواع اجتماعی، آگورافوبیا، ترس از خسارت، ترسهای جنسی و پرخاشگری و موارد مربوط به حیوانات تقسیم کردند. در این تحقیق گروه کم‌توان ذهنی تمایل بیشتری برای ترس نسبت به گروه غیر کم‌توان نشان دادند، اما در موارد ترس جنسی، پرخاشگری و نوع ترسهای اجتماعی، افراد غیر کم‌توان، فراوانی بیشتری از حد متوسط نسبت به گروه کم‌توان ذهنی نشان دادند.

این‌گونه تحقیقات می‌توانند مقدمه‌ای باشند برای درمان کم‌توانانی که ادراک ناپخته‌ای نسبت به محیط و پذیرش اجتماعی دارند و این اختلالات موجب ترس و اضطراب در زندگی آنان شده است. توجه به درمان‌پذیری ترسهای مرضی و اطلاع از فراوانی، تنوع و شدت آنها در بین دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی آموزش‌پذیر و مقایسه آنها با دانش‌آموزان عادی می‌توانند محققان را برای یافتن گامهای بعدی درمان، یاری کند. پاسخهای آموخته شده از شرایط نا مناسب محیطی و پاسخهای قالبی ناشی از محرومیت از موقعیتها با راهکارهای مناسب قابل حل است.

روش

این پژوهش پژوهشی تحلیلی[17] از نوع مقطعی [18]

است. و جامعه مورد مطالعه، متشکل از چهار گروه دختران و پسران کم‌توان ذهنی آموزش‌پذیر و عادی هستند.

نمونه‌های مورد مطالعه از مدارس دولتی دخترانه و پسرانه استثنایی و عادی شهر شیراز در سال تحصیلی ۸۵-۸۴ انتخاب شدند.

در این پژوهش از روش نمونه‌گیری چندمرحله‌ای استفاده شد. ۱۴۰ دانش‌آموز دختر و پسر عادی و کم‌توان ذهنی در سنین ۱۶-۱۲ به گونهٔ تصادفی از کلاسها و دبیرستانهای شمال و جنوب شهر شیراز انتخاب شدند و به پرسشنامه‌ها پاسخ دادند. به این صورت که ابتدا مناطق شمال و جنوب شهر شیراز جهت انتخاب نمونه برگزیده شدند. در مرحلهٔ بعدی از این مناطق آموزشی تعدادی از مدارس به طور تصادفی متناسب با تعداد مورد نیاز و سپس در هر مدرسه از میان کلاسهایی که گروه سنی مورد پژوهش در آنها قرار داشت، یک یا حداکثر دو کلاس به گونهٔ تصادفی انتخاب شدند و دانش‌آموزان کلاسهای مورد نظر برای پر کردن پرسشنامه انتخاب شدند. لازم به ذکر است که به علّت وقوف کمتر دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی بر پرسشنامه‌ها و درجات آنها، شخص پژوهشگر سؤالات پرسشنامه را از دانش‌آموز کم‌توان ذهنی می‌پرسید.

ابزار

ابزار پژوهش، پرسشنامه ۴۹ سؤالی ترسهای مرضی ساخته شده و اجرا شده به وسیلهٔ بهرامی، ۱۳۷۹) بود که مورد استفاده قرار گرفت.

این پرسشنامه مشتمل بر ۴۹ سؤال است که پاسخها با درجات «به هیچ وجه» به این معنی که فرد هیچ‌گونه ترسی از آن مورد ندارد؛ دومین درجه «به ندرت- گاهی» به این معنی که فرد گاهی مواقع از آن مورد دچار ترس می‌شوند؛ سومین درجه «زیاد- بیشتر مواقع» به این معنی است که فرد اکثر اوقات از آن مورد دچار ترس می‌شود. و چهارمین درجه «خیلی زیاد- همیشه» به این معنی که فرد در هر زمان از آن مورد دچار ترس است. به پاسخ در ستون اول نمره یک و به پاسخ در ستون چهارم نمره چهار داده شد.

سؤالات این پرسشنامه (۴۹ سؤال) بر طبق تقسیم‌بندی DSM-IV-TR از فوبیها، به سه گروه ترسهای خاص، اجتماعی و گذرهراسی تقسیم شدند.

سؤالات مربوط به ترسهای خاص (۲۹ سؤال) خود به پنج دسته تقسیم شدند که شامل سؤالات مربوط به ترس از حیوانات، ترس از محیطهای طبیعی، ترس از مسائل پزشکی، ترس از موقعیتهای خاص، و انواع دیگر سؤالات مربوط به ترسهای اجتماعی (۱۴ سؤال) که شامل ازدحام و شلوغی، ترس از درس جواب دادن، شکست در تحصیل یا زندگی، لمس شدن به‌وسیلهٔ دیگران، تمسخر دیگران، ترس از عصبانی شدن کنترل ناپذیر، ترس از دچار اشتباه شدن، ترس از تنبیه ناظم هستند.

سؤالات مربوط به گذر هراسی (۶ سؤال) شامل: آسانسور، کوچه‌های خلوت، تنها در اتاق ماندن هستند.

انتخاب ۴۹ مورد ترسهای مرضی از بین موارد آورده شده در پرسشنامه ترسهای مرضی موجود از جمله ترسهای مرضی ویلوف بای گزارش شده به‌وسیلهٔ قاسم‌زاده و خمسه از سوی بهرامی انجام شده است و پایایی آن از طریق بازآزمایی بر روی دانش‌آموزان شهر تهران با فاصله یک هفته ۹۴ صدم گزارش شده است.

در پژوهش حاضر نیز ضریب همبستگی پیرسون در دوبار اجرا با فاصله دو هفته برای ۱۵ نفر از دختران و پسران عادی r= ۰/۷۸ و در دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی r=۰/۷۵ به‌دست آمد.

برای روایی محتوایی از پنج تن از روان‌شناسان نظرسنجی به عمل آمد و نتیجه r= ۰/۷۳ حاصل شد.

شیوه اجرا

برای اجراء در مدارس استثنایی با همکاری مدیر و مشاور مدرسه، پرونده‌های آموزشی برای اطمینان از

آموزش‌پذیر بودن آنها و نیز با توجه به سن دانش‌آموزان گروهها به صورت نمونه‌گیری تصادفی، براساس معیارهای حذف و پذیرش نمونه انتخاب و هر روز تعدادی از آنها برای پر کردن پرسشنامه در نظر گرفته شدند. در مدارس عادی نیز، پرسشنامه به صورت گروهی در اختیار دانش‌آموزان قرار گرفت تا پس از تکمیل، در اختیار پژوهشگر قرار گیرد.

اطلاعات جمع‌آوری شده به کمک روشهای آماری توصیفی و سپس آزمون t مورد بررسی و مقایسه قرار گرفت.

یافته‌ها

یافته‌های به دست آمده در دو بخش ارائه می‌شوند:

۱) نتایج حاصل از متغیرهای دموگرافیک

در این پژوهش حدود ۲۵ درصد از هر جنس و از هر گروه عادی و کم‌توان ذهنی آموزش‌پذیر قرار داشتند؛ به این معنی که درصد جنسیت در دو گروه عادی و کم‌توان ذهنی آموزش‌پذیر یکسان بود.

دانش‌آموزان ۱۲ تا ۱۶ ساله عادی با توجه به سن پایه ۲۰ درصد شرکت کرده بودند، در حالی‌که حضور دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی آموزش‌پذیر ۱۶ ساله ۲۶/۴ درصد (بیشترین) و دانش‌آموزان آموزش‌پذیر ۱۳ ساله ۱۵/۷ درصد (کمترین) بود. دانش‌آموزان عادی و کم‌توان ذهنی به طور مساوی از شمال و جنوب شهر شیراز انتخاب شدند (هر کدام ۵۰ درصد).

۲) نتایج به‌دست آمده از بررسی و مقایسه انواع فوبیها در دو گروه دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی آموزش‌پذیر و عادی.

همان‌طور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود فراوانی ترسهای مرضی در دو گروه یکسان است و تفاوت معناداری وجود ندارد (P= ۰/۱۲۵).

در مورد جدول ۲ نیز مشاهده می‌کنیم که علی‌رغم اینکه شدت ترسهای مرضی در کم‌توانان بیشتر است ولی تفاوت از لحاظ آماری معنادار نیست (P=۰/۴۶۲).

جدول ۱- مقایسه میانگین نسبت ترسهای مرضی در دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی آموزش‌پذیر و عادی

گروهها	فراوانی	میانگین	انحراف معیار	آماره آزمون (t)	درجه آزادی	مقدار احتمال
کم‌توان ذهنی	۷۰	۰/۲۷۷	۰/۱۹۳	۱/۵۴	۱۳۸	۰/۱۲۵
عادی	۷۰	۰/۲۲۸	۰/۱۸۱			

جدول۲- مقایسه شدت ترسهای مرضی در دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی آموزش‌پذیر و عادی

گروهها	فراوانی	میانگین	انحراف معیار	آماره آزمون (t)	درجه آزادی	مقدار احتمال
کم‌توان ذهنی	۷۰	۱/۹۳	۰/۴۹۴	۰/۷۳۸	۱۳۸	۰/۴۶۲
عادی	۷۰	۱/۸۷	۰/۴۷۷			

با توجه به جدول ۳، نتایج آزمون t مستقل نشان می‌دهد که بین میانگین نمره کلی ترسهای دختران (۲/۷۰) و پسران (۱/۱۰) در سطح $\alpha = ۰/۰۵$ تفاوت معنی‌داری وجود دارد و ترسهای مرضی در دختران، بیشتر است.

جدول ۳- مقایسه نمره ترسهای مرضی دختران و پسران

افراد	پسر		دختر				
انواع ترسها	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	آماره آزمون(t)	درجه آزادی	مقدار احتمال
فوبیها	۱/۷۰۲	۰/۳۸۰	۲/۱۰۶	۰/۴۹۶	-۵/۳۹	۱۳۸	۰/۰۰۱

بحث و نتیجه‌گیری

در فرضیه اول عنوان شد که فراوانی ترسهای مرضی در دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی آموزش‌پذیر، بیشتر از دانش‌آموزان عادی است.

نتایج جدول ۱ نشان داد که بین فراوانی ترسهای مرضی در دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی آموزش‌پذیر و دانش‌آموزان عادی، تفاوتی وجود ندارد. اگرچه فراوانی ترسهای مرضی در دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی ظاهراً بیشتر است ولی اختلاف از لحاظ آماری معنادار نیست و گستره ترسهای مرضی گروه کم‌توان ذهنی، نزدیک به گستره ترسها در دانش‌آموزان عادی است.

با این وجود تفاوت بین دو گروه در برخی مقوله‌ها معنادار بود، برای مثال در افراد عادی فراوانی ترس از شکست در تحصیل و زندگی(۶۲/۸٪) و مورد آزار و تمسخر دیگران واقع شدن(۴۴/۲٪) بیشتر از افراد کم‌توان ذهنی بود. این نتایج با تحقیقات کراتوچویل، موریس (۱۳۷۸) و بهرامی (۱۳۷۹) همخوان است. این محققان شیوع فوبی اجتماعی و ترسهای مربوط به آسیب و آسیبهای اجتماعی را در سنین نوجوانی بیشتر گزارش کرده‌اند.

در دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی ترس از مورد تهمت واقع شدن (۵۱/۴ ٪)، ترس از بازخواست و تنبیه ناظم (۵۷/۱٪)و ترس از سگ(۴۸/۵ ٪) از بیشترین موارد بود. همان‌طور که مشاهده می‌شود، همهٔ این موارد تهدیدکننده هستند. شاید بتوان نتیجه گرفت که حساسیت نوجوانان کم‌توان ذهنی در رویارویی با خشونت و تهدید، بیشتر از نوجوانان عادی است. همچنین این ترسها را می‌توان به عدم کفایت نوجوان کم‌توان ذهنی در مقابله با موارد تهدیدکننده، نسبت داد. جرأت و جسارت پایین آنها می‌تواند به علّت شکستهای مکرر در برابر محیط و در نتیجه دست کم گرفتن توانایی خود در مقابله با خشونت و دفاع از خود به طرق مناسب باشد (داورمنش، ۱۳۸۲).

ترس از مورد تهمت واقع شدن به علّت بی‌کفایتی آنها برای مواجهه با انتظارات اجتماعی و ضعف چشمگیر آنها در بلوغ اجتماعی و طرد آنان از جانب اطرافیان و همسالان باهوش بهنجار است (مریک و کندل،۲۰۰۴) به هر حال نقص در مهارتهای اجتماعی یکی از خصوصیتهای مرتبط با ناتوانی هوشی است که اکثراً با عدم شایستگی فرد در کارکرد اجتماعی نمایان می‌شود (ساکودالسکی، ۲۰۰۷).

در فرض دوم عنوان شد که شدت ترسهای مرضی دانش‌آموز کم‌توان ذهنی آموزش‌پذیر، بیشتر از دانش‌آموز عادی است.

با توجه به جدول شماره ۲ با اینکه در مجموع شدت ترس در گروه کم‌توان ذهنی بیشتر است، اما تفاوت از لحاظ آماری معنادار نیست.

این پژوهش با یافته‌های استرن لیت (۱۹۸۹) همخوان است. او سیر ظهور ترسها و شدت آن را با توجه به سطوح رشد شناختی و مراحل درک واقعیت و تفکر، یکسان می‌داند. واندن برگ (۲۰۰۰) می‌گوید افراد کم‌توان ذهنی نسبت به همتایان غیر کم‌توان خود، بیشتر ترس خود را انکار می‌کنند. این تحقیق همچنین با یافته کراتوچویل و موریس (۱۳۸۷) همخوان است. او ترس افراد کم‌توان ذهنی را به علّت خیال‌پردازی و تصویر ذهنی کمتر و درک ناقص‌تر آنان از محیط، بیشتر نمی‌داند.

همچنین، در یک ارزیابی، رشد شناختی به عنوان شاخصی برای وقوع ترسها در نظر گرفته شد.

در این پژوهش گزارش شد که بچه‌های غیرکم‌توان و کودکان با توانایی هوشی زیر میانگین از نظر مقدار ترسها، فرقی باهم نداشتند. همچنین در طی مداخله و مصاحبه‌های اضطراب‌انگیز، بچه‌های غیرکم‌توان در مقایسه با کودکان با ناتوانی ذهنی، فراوانی بیشتری از ترسها و اضطرابها را نشان دادند. پژوهشگران ذکر کردند که پدیده‌های اضطراب‌انگیز بین کودکانی که رشد شناختی بیشتری داشتند، شیوع بیشتری داشت

و سطوح رشد شناختی با تجربه کردن ترسها، مرتبط بود (موریس وباچ، ۲۰۰۲).

بنابراین از جمله علل معنادار نبودن تفاوت شدت ترس در این گروهها می‌توان به درک ناقص کم‌توانان ذهنی از محیط و فاصله کم آنان از نظر هوشبهر با افراد عادی یا انکار ترس آنان، اشاره کرد. اکثر تحقیقات انواع ترسهای مرضی را به صورت جداگانه مورد بررسی قرار داده‌اند. نیز تحقیقات مغایر با این پژوهش بر روی سطوح هوشبهر متفاوت صورت گرفته است که این نتایج به انواع دیگر ترسها و گروههای دیگر کم‌توانان تعمیم‌پذیز نیست. با وجود این ، تفاوت در برخی مقوله‌ها معنادار بود.

از جمله در دانش‌آموزان عادی میانگین ترس از بیمار شدن(۲/۲۴)و شکست درتحصیل و زندگی (۲/۸۰) بیشتر از دانش‌آموز کم‌توان ذهنی به‌دست آمد. نوجوانی دوره‌ای است حساس که فرد به بدن، لباس و ظاهر خویش اهمیت زیادی می‌دهد و «ترس از بیمار شدن» می‌تواند موجب تفکراتی در مورد از دست دادن زیبایی، سلامت ظاهر و یا حتی مرگ باشد (سیف، ۱۳۸۲). از عوامل دیگر می‌توان به از دست دادن حدی از استقلال در امور، عقب ماندن از همسالان در تحصیل و سایر زمینه‌ها اشاره کرد.

ترس از «شکست در تحصیل و زندگی» نیز می‌تواند به روشنی بیان‌کننده اهمیت رقابت در این سنین باشد. در این سن نوجوان عادی به اهداف خویش اهمیت می‌دهد و آرزوهای زیادی برای رسیدن به این اهداف، در سر می‌پروراند (سیف، ۱۳۸۲).

در کم‌توانان ذهنی، میانگین ترس از وسایل تیز (۱۱ /۲) ، آتش(۲/۳۱) ، عبور از خیابان (۱/۹۰)، دعوای دیگران (۱۷/ ۲)، ترس از شلوغی و ازدحام(۱/۵۱) ، به‌طور معنادار شدیدتر از دانش‌آموزان عادی است.ترس از «وسایل تیز»، «آتش» و «عبور از خیابان» (از گروه ترسهای اختصاصی) می‌تواند به علّت حمایت زیاد خانواده از فرد کم‌توان ذهنی و نگرانی والدین در مورد آسیب‌پذیری آنان باشد. با این گونه حمایتهای افراطی علاوه بر اینکه تجارب افراد کم‌توان ذهنی آموزش‌پذیر محدود می‌شود، ترس آنها به علت تجربیات ناقص شخصی افزایش پیدا می‌کند. شریفی درآمدی (۱۳۸۰) می‌گوید افراد کم‌توان ذهنی با مهارتهای مورد لزوم آشنا نیستند و چون انتظار و توقع موفقیت یا شکست در تعیین رفتار آنان در مواجهه با خطر تأثیر می‌گذارد، احساس شایستگی و چیرگی موفقیت‌آمیز در برابر خطر را ندارند. ماتسون (۲۰۰۲) عنوان می‌کند اطرافیان از جمله خانواده و مدرسه، افراد کم‌توان ذهنی را از انواع موقعیتها می‌ترساند و توانایی آنان را برای محافظت از خود در برابر خطر، نادیده می‌گیرند. به همین علت این افراد ترس از عملکرد مستقل دارند.

از موارد دیگر می‌توان به معنادار بودن تفاوت شدت ترس از «شلوغی و ازدحام» (از فوبیهای اجتماعی) و ترس از «دعوای دیگران» (از فوبیهای اختصاصی) و شدت آن در نوجوانان کم‌توان ذهنی آموزش‌پذیر، اشاره کرد. اکثر پژوهشها در کم‌توانان ذهنی بر روی فوبیهای اجتماعی صورت گرفته است. همان‌طور که شامیترو (۲۰۰۰) عنوان می‌کند، در بین محرکهای ترساننده، پایدارترین موارد در نوجوانان تعاملات بین فردی است. برخی از جمله علل این نوع ترسها را تأثیر واقعیت کم‌توان بودن، بر روی روابط بین فردی آنان می‌دانند (رابینسون و رابینسون، ترجمه ماهر، ۱۳۷۷). درک مفهوم کم‌توانی و از طرفی طرد شدن از جانب اجتماع، موجب بی‌اعتمادی آنان از اطرافیان، غریبه‌ها، مکانهای عمومی، روابط تنگاتنگ، شلوغی، دعوا و خشونت می‌شود.

یک نوجوان با درک متناسب از محیط، رفتار خود را با آن منطبق می‌کند و سعی می‌کند توان مقابله با آسیب را هر چه بهتر یاد بگیرد، همیشه جسور باشد و سعی در پیشرفت هر چه بیشتر کند. در حالی‌که نوجوان کم‌توان ذهنی با ترس از بی‌کفایتی در سنین استقلال‌طلبی هر چه بیشتر به سمت ترس، اضطراب و افسردگی پیش می‌رود (دیکنز، ۲۰۰۳). نوجوانی و

تحولات همراه با آن، میل به انزوا و گوشه‌گیری را در افراد کم‌توان ذهنی افزایش می‌دهد وگوشه‌گیری سبب می‌شود زمینه‌های مثبتی که این افراد می‌توانند از جمع دریافت کنند، از آنها سلب شود و حالتهایی چون ترس، خجالت و تنفر از دیگران در آنها تقویت شود(همان منبع).

در فرضیه سوم عنوان شد که شدت ترسهای مرضی، در دانش‌آموزان دختر بیشتر از دانش‌آموزان پسر است.براساس جدول شماره۳ میانگین ترس در دانش‌آموزان دختر ۲/۱۰ و در دانش‌آموزان پسر ۱/۷۰ محاسبه شد. لذا از لحاظ آماری تفاوت بین این دو گروه معنادار است. در این پژوهش نمرات دانش‌آموزان دختر هم از لحاظ تعداد موارد ترس و شیوع و هم از لحاظ شدت بیشتر از پسران است. نتایج این پژوهش با یافته‌های بودراملا (۲۰۰۶) واندن برگ (۲۰۰۰) دیکنز (۲۰۰۳) همخوان است. ماتسون (۲۰۰۰) می‌گوید در دوران کودکی و اوایل نوجوانی فراوانی ترسهای مرضی نزد دختران و پسران به یک اندازه است، اما در زمان بلوغ و مخصوصاً در سالهای آخر دوره نوجوانی فراوانی و شدت آنها در دختران، بیشتر از پسران است. کاپلان و سادوک (۱۳۸۱) نیز در پژوهشهای همه گیرشناسی ابتلای زنها را در مقوله ترسهای مرضی، بیشتر از مردها می‌دانند. اما عنوان می‌کنند که در نمونه‌های بالینی، عکس موضوع صادق است. آنها علل این مشاهدات متفاوت را تبیین نکرده‌اند.

گودوین (۱۳۸۲) در این باره، تبیینهای محققان را گزارش کرده است که در عین حال هیچ یک از آنها را رضایت‌بخش نمی‌داند. از جمله اینکه محققان گفته‌اند: مردها پرخاشگرتر از زنها هستند و پرخاشگری با ترس فوبیک منافات دارد؛ دوم اینکه فرهنگ از مردها انتظار دارد که شجاع باشند و به همین جهت مردها شجاع‌ترند. سوم اینکه مردها در واقع شجاع‌تر از زنها نیستند، اما جامعه به آنان می‌آموزد که به ظاهر خود را کنترل و ترس خود را انکار کنند. گودوین می‌گوید، نکته سوم احتمالاً معتبرتر است. تنها قرینه‌ای که در مورد شایع‌تر بودن فوبی در زنها وجود دارد، این است که خودشان به سادگی گزارش می‌کنند که دچار فوبی هستند.

این پژوهش همانند هر پژوهش دیگری در کنار پاسخ‌گویی به برخی از سؤالات موجود در زمینه موضوع تحقیق دارای محدودیت‌هایی نیز بود از جمله:

- عدم وجود منابع بسنده پژوهشی یا گزارش مکتوب (در ایران) در مورد ترسهای مرضی دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی در مقایسه با سایر مقولات مربوط به کم‌توانی ذهنی.

- همکاری ضعیف مسئولان مدارس در مورد در اختیار گذاشتن محیط مناسب جهت اجرای فردی پرسشنامه‌ها بر روی دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی آموزش‌پذیر.

سپاسگزاری

از کارکنان سازمان آموزش وپرورش استثنایی و مسئولین محترم مدارس استثنایی که در این تحقیق نهایت همکاری را داشتند، صمیمانه قدردانی می‌شود.

یادداشتها

1) Anxiety
2) Tension
3) Phobia
4) Anxiey disorder
5) Fear
6) Panic
7) Limitation
8) Mentally Retardation
9) American association on mental retardation
10) Adolescence
11) Specific phobia
12) Social phobia
13) National mental helth association
14) Educable mentally retarded
15) Agoraphobia
16) American psychiatric association
17) Analitycal
18) Cross-sectional

منابع

آزاد، حسین (۱۳۸۰). *روانشناسی مرضی کودک*. تهران: انتشارات پاژنگ

آزاد، حسین (۱۳۸۰). *آسیب‌شناسی روانی*. تهران:

انتشارات بعثت، چاپ ششم.

انجمن روانپزشکی آمریکا (۱۳۸۰). *راهنمای تشخیصی و آماری اختلالهای روانی*. ترجمهٔ: محمدرضا نیکخو و همکاران. انتشارات سخن، چاپ سوم، جلد۲ و۱.

انجمن کم‌توانی ذهنی آمریکا (۱۳۸۰).*کم‌توانی ذهنی، تعریف، طبقه‌بندی ونظامهای حمایتی*، ترجمهٔ: احمدبه پژوه و باقرغباری، انتشارات دانشگاه تهران.

بهرامی، هادی (۱۳۷۹) ."ترسهای مرضی در دانش‌آموزان تهرانی،" فصلنامه اندیشه و رفتار، شماره۶ ، (۲۱)، ۳۵-۴۴.

داورمنش، عباس(۱۳۸۲). *آموزش و توانبخشی کودکان معلول ذهنی*. تهران: انتشارات نهال.

رابینسون، نانسی ام. رابینسون، هالبرت بی (۱۳۷۷). *کودک کم‌توان ذهنی*. ترجمهٔ: فرهادماهر.تهران :انتشارات آستان قدس رضوی.

سیف نراقی، مریم. نادری، عزت‌الله (۱۳۸۲). *روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی*. تهران: انتشارات ارسباران

شریفی درآمدی، پرویز (۱۳۷۷). *کودک کم‌توان ذهنی- روی آورد روانی- تربیتی*. تهران: انتشارات فرن.

کاپلان، هارولد. سادوک، بنیامین (۱۳۸۲). *خلاصه روانپزشکی علوم رفتاری- روانپزشکی بالینی*. ترجمهٔ: نصرت‌الله پورافکاری. تهران: انتشارات شهر آب .چاپ سوم.

کراتوچویل، توماس آر. موریس، ریچارجی (۱۳۷۸). *روانشناسی بالینی کودک*. ترجمهٔ: محمدرضا نائینیان و همکاران.تهران: انتشارات رشد.

کراز، ژرژ(۱۳۸۱). *بیماریهای روانی*. ترجمهٔ: محمود منصور، پریرخ دادستان.تهران: انتشارات رشد.

گودوین، دانلد (۱۳۸۲). *فوبی*. ترجمهٔ: نصرت‌الله پورافکاری.تهران: انتشارات رشد.

لطفی کاشانی، فرح. وزیری، شهرام (۱۳۸۱). *روانشناسی مرضی کودک* چاپ سوّم، ویرایش دوّم. تهران: انتشارات ارسباران.

ولمن، بنجامین (۱۳۷۵). *اختلالات روان‌تنی*. ترجمهٔ بهمن نجاریان، محسن دهقانی، بهرام دباغ. تهران: انتشارات رشد.

Budrumlu, E (2006) ".anxiety levels of patients attending a dental clinic". *Quintessence Int*. 37 (4), 304- 10

Dykens, EM (2003). "Anxiety, Fears, and Phobias in Persons with Williams Syndrome". *Dev Neuropsychol* .23 (1-2), 291-316.

Dekens, EM(2003).*Researchers Seek Insight in Todisorder of Mood and Emotion"*.

King, NJ. Ollendick, T.H. Gullone, E. Cumnins, R.A. Josephs, A (1990). Fears and Phobias in children and adolescents with intellectual disabilities: *Assessment and Intervention Strategies* 2(16), 97-108.

Lesniak- Karpiak, K. Mazzocco, MM. Ross, J (2003). "Behavioral assessment of Social anxiety in females with turner of fragile X syndrome". *J Autism Dev disord*. 33(1), 55-67.

Masi,G(2000)."Generalized anxiety and obsessive-compulsive bipolar comorbidity disorder in adolescents and joung abult with mild mental retardation",j.Intellect Disabil,63(1), 54-24

Matson, L (2002). "A controlled outcome study of Phobias in mentally retarded adults". *Behavior Research and therapy*. Vol 19 (2), 101-107.

Matson, JL (1981*). Assessment and treatment of Clinical fears in mentally retarded Children*. 14(3), 87-94.

Muris,P.bach,H(2002).*The connection between cognitive development and specific fears and worres in normal children and children with below-average intellectual abilities: apereliminary study* , 40 (1), 37-56.

Merrick, G, Kandel, M(2000). Adolescents with down syndrome, Int. Adolesc Med health, 16(1), 13-9.

National mental Health association (2005). *Social Phobia*.

Pickersgill, J. Valentine(2006)."Prevalent of fears reported by mentally retarded and non mentally retarded" ,Advances in Behavior Research and Therapy, 16(4) , 294-306.

Sternlicht, M (1998). Fears of institutionalized mentally retarded adults. J Psychol. 101(1), 67-71.

Shoumitro, D (2000).Psychiatric Illness and Mental Retardation . (13), 497-505

Sukhodulsky,DG (2007).*Social skills training for children with Intellectual disabilities*, 31(5), 329-387.

Vandenberg, B (1993). "Fears of normal and retarded Children". *Psychol Rep*.72(2), 473-4.