

افسردگی و سوگیری توجه به محرک‌های ناخوشایند در والدین کودکان مبتلا به اتیسم

سوگند سیداحمدی^۱

ستاره مختاری^۲

چکیده

اختلال طیف اتیسم وضعیتی عصب-تحوالی است که با ناتوانی‌های رفتاری و شناختی همراه است. با توجه به گستردگی مشکلات کودکان مبتلا به اتیسم، سطوح بالایی از افسردگی در والدین این کودکان دیده شده است. بر اساس دیدگاه‌های شناختی، افسردگی با سوگیری توجه به محرک‌های با محتوای غمگین رابطه دارد. در این راستا، این پژوهش با دو هدف مقایسه شدت علائم افسردگی در پدران و مادرانی که فرزند مبتلا به اتیسم دارند و همچنین سنجش رابطه شدت علائم افسردگی در آنها با سوگیری توجه نسبت به محرک‌های با محتوای غمگین انجام شد. به این منظور، ۶۰ نفر از والدین کودکان مبتلا به اتیسم از طریق نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. سطح افسردگی والدین با استفاده از مقیاس افسردگی بک II و سوگیری توجه آنها با استفاده از آزمون استروپ هیجانی سنجیده شد. یافته‌ها نشان داد که شدت علائم افسردگی در مادران بالاتر از پدران بود. در هردو گروه سوگیری توجه به محرکات با محتوای غمگین دیده شد اما رابطه‌ای بین سوگیری توجه و شدت افسردگی در هیچ کدام از دو گروه مشاهده نشد. در نتیجه، سوگیری توجه والدین به محرک‌هایی با محتوای غمگین و احتمال آسیب‌پذیری آنها در ابتلا به افسردگی مورد بحث قرار گرفت.

واژه‌گان کلیدی: اختلال طیف اتیسم، افسردگی، سوگیری توجه، والدین.

۱- کارشناس ارشد توانبخشی شناختی، پژوهشکده علوم شناختی و مغز، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران

۲- استادیار روانشناسی شناختی، پژوهشکده علوم شناختی و مغز، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران (نویسنده مسئول)

مقدمه

اختلال طیف اتیسم^۱ از دسته اختلالات عصب-تحویلی است که با دو محور اصلی نقص در ارتباطات و تعاملات اجتماعی و همچنین رفتارها و فعالیت‌های تکراری و علائق محدود، شناخته می‌شود (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). مشکلات شناختی و رفتاری گسترده‌ای در افراد مبتلا به اتیسم دیده می‌شود (ادلسون^۲، ۲۰۲۲ و سرور، مختاری و پوراعتماد، ۲۰۲۲). از این رو، والدین کودکان مبتلا به اتیسم، از بدو تشخیص، با چالش‌های فراوانی مواجه هستند. پذیرش این واقعیت که اختلال طیف اتیسم محدودیت‌های مادام‌العمری را برای کودکان به همراه دارد (ایپن، سرنچس و والتر^۳، ۲۰۱۳)، وجود ناهنجاری‌های متنوع زبانی، ارتباطی و رفتاری کودک (نظیر صحبت‌های کلیشه‌ای و عجیب و غریب و رفتارهای تشریفاتی) که می‌تواند در محیط‌های اجتماعی باعث شرمندگی والدین شود (نیلی-بارنز، هال، رابرتس و گراف^۴، ۲۰۱۱)، بار مالی، روانی و جسمانی مراقبت و آموزش کودک مبتلا به اتیسم (ایپن و همکاران، ۲۰۱۳)، همگی می‌توانند سطوح بالایی از فشار روانی را به والدین تحمیل کنند. از این رو افت سلامت جسمی و روانی و همچنین کیفیت زندگی پایین در والدین کودکان مبتلا به اتیسم در مطالعات مختلف گزارش شده است (بونیس^۵، ۲۰۱۶). یکی از واکنش‌های روانی قابل توجه در والدین افراد مبتلا به اتیسم افسردگی است (رزندس و اسکارپا^۶، ۲۰۱۱). برای مثال، دیویس و کارتر^۷ (۲۰۰۸) نشان دادند که در ۳۳ درصد از مادرانی که به تازگی فرزندشان تشخیص اتیسم را گرفته است افسردگی دیده می‌شود. در همین راستا، اولسون و هوانگ^۸ (۲۰۰۱) گزارش کردند که نمره افسردگی مادرانی که دارای فرزند مبتلا به اتیسم هستند حتی بالاتر از مادرانی است که فرزند مبتلا به کم‌توانی‌های رشدی دیگر دارند. مطالعه کوشا، عطار و شعار (۲۰۱۶) هم وجود الگوی مشابهی را در مادران ایرانی که فرزند مبتلا به اتیسم داشتند

1- Autism Spectrum Disorder (ASD)

2 - Edelson

3 - Eapen, Crnčec, & Walter

4 - Neely-Barnes, Hall, Roberts, & Graff

5 - Bonis

6 - Rezandes & Scarpa

7 - Davis & Carter

8 - Olsson & Hwang

را تایید کرد. مطالعه ترکان و فرحبخش (۱۳۹۸) نیز نشان داد که مادران کودکان مبتلا به ایتسم قبل از دریافت مداخلات درمانی، علائم نشخوار فکری، خلق پایین، بی‌حوصلگی و احساس خستگی گزارش می‌کنند.

اما نکته قابل توجه اینجاست که تحقیقاتی که افسردگی در والدین کودکان مبتلا به ایتسم را هدف قرار داده اند، عمدتاً بر مادران کودکان مبتلا به ایتسم متمرکز شده اند. به این معنا که تعداد مطالعاتی که به افسردگی در پدرانی که فرزند مبتلا به ایتسم دارند، پرداخته باشد بسیار محدود است (سانجایا، سومینار و فاردانا؛^۱ ۲۰۲۲) و اندک مطالعات موجود نیز نتایج متناقضی به همراه داشته اند. برای مثال، برخی از مطالعات تاکید دارند که سطح افسردگی پدران و مادران کودکان مبتلا به ایتسم تفاوتی ندارد (هاستینگز؛^۲ ۲۰۰۳)، اما برخی دیگر نشان داده اند که افسردگی در پدرانی که فرزند مبتلا به ایتسم دارند کمتر از افسردگی در مادران آنهاست (فالک، نوریس و کوینن؛^۳ ۲۰۱۴). این نقص اطلاعات در ارتباط با وضعیت روانی پدرانی که فرزند مبتلا به ایتسم دارند شایسته توجه است چراکه مشارکت پدران در فرزندپروری در کودکان ایتسم تاثیر مثبتی بر وضعیت کودک مبتلا دارد (سانجایا و همکاران، ۲۰۲۲)، احساس کارآمدی پدر را بالا می‌برد (وَنگ، هُو و هان؛^۴ ۲۰۲۰) و حتی گزارش شده است که مشارکت پدران در فرزندپروری کودکان با نیازهای ویژه بر سطح افسردگی مادران تاثیر گذار است (لاکسمن و همکاران؛^۵ ۲۰۱۵). بنابراین، آگاهی از آسیبهای روانی نظیر افسردگی در پدرانی که فرزند مبتلا به ایتسم دارند نیازمند توجه است. در هر صورت، تجربه افسردگی در هریک از والدین که فرزند مبتلا به ایتسم دارند وضعیتی پاتولوژیک بوجود می‌آورد چراکه تاثیر منفی بر کیفیت زندگی والدین دارد (بونیس، ۲۰۱۶) و احتمال استفاده از راهبردهای رفتاری ناکارآمد در مواجهه با مسائل و مشکلات را نیز بالا می‌برد، برای مثال، افسردگی در والدین کودکان مبتلا به ایتسم می‌تواند برقراری رابطه مناسب با کودک مبتلا را دچار مشکل کند (فینبرگ و

¹ - Sanjaya, Suminar & Fardana

² - Hastings

³ - Falk, Norris & Quinn

⁴ - Wang, Hu & Han

⁵ - Laxman et al.

همکاران^۱، ۲۰۱۴) و احتمال پیگیری درمانهای لازم برای کودک را کاهش دهد (مونتگومری^۲، ۲۰۱۵). از این رو تشخیص زودهنگام افسردگی در مادران و پدران کودکان مبتلا به اتیسم، اهمیت دوچندان دارد.

از دیدگاه مدل‌های شناختی، شروع و تداوم افسردگی، تحت تاثیر پردازش سوگیرانه اطلاعات در توجه، حافظه و تفسیر است (بک و بردمیر^۳، ۲۰۱۶). منظور از پردازش‌های سوگیرانه اطلاعات، گرایش سیستم شناختی به اختصاص منابع پردازشی به دسته خاصی از محرکها و نادیده گرفتن سایر محرکها می‌باشد (دیزنر، شوماک و بیورز^۴، ۲۰۱۷). سوگیری توجه، به طور اختصاصی، بر محدودیت منابع توجهی در سیستم پردازش انسان تاکید می‌کند. یعنی از آنجایی که این سیستم توانایی پردازش همزمان کلیه محرک‌های وارد شده را ندارد، سامانه‌های توجه برخی از محرکها را انتخاب می‌کند و در اولویت قرار می‌دهد و محرک‌های دیگر را نادیده می‌گیرد. حال اگر توازن بین انتخاب محرک‌های مرتبط و نادیده گرفتن محرکهای نامرتبط، دچار اختلال شود، در سامانه‌های توجه، نوع خاصی از محرکها بر نوع دیگری از آنها برتری و اولویت پیدا می‌کنند (منن، نورمن و تورک-براون^۵، ۲۰۱۹). این پدیده سوگیری توجه^۶ نامیده می‌شود که تمایل به انتقال دادن توجه به نوع خاصی از محرکها و یا تمایل به معطوف نگه داشتن توجه بر روی این نوع از محرکهاست (منن و همکاران، ۲۰۱۹). مطالعات قبلی نشان می‌دهند که در افسردگی، سوگیری توجه بیشتر به اطلاعات با محتوای غمگین است، بنابراین، فرد در جدا کردن منابع توجهی از محرک‌های غمگین و انتقال آن به محرکهای مرتبط با هدف دچار مشکل می‌شود (بک و بردمیر، ۲۰۱۶). این الگو به نوبه خود منجر به نشخوار فکری شده و به این ترتیب با تقویت آنها باعث تداوم یافتن علائم افسردگی می‌شود (گاتلیب و جورمن^۷، ۲۰۱۰). نکته قابل توجه اینجاست که تحقیقات نشان داده اند که این سوگیری

^۱ - Feinberg et al

^۲ - Montgomery

^۳ - Beck & Bredemeier

^۴ - Disner, Shumake & Beevers

^۵ - Mennen, Norman, & Turk-Browne

^۶ - Attentional bias

^۷ - Gotlib & Joormann

توجه به سمت اطلاعات ناخوشایند نه تنها در افراد مبتلا به افسردگی دیده می شود (گاتلیب، کراسنوپرووا، یو و جورمن، ۲۰۰۴)، بلکه در افرادی که قبلاً سابقه افسردگی داشته اند و یا افرادی که به دلایلی در معرض خطر ابتلا هستند هم دیده می شود (جورمن و گاتلیب، ۲۰۰۷). بنابراین، می توان انتظار داشت که الگوهای سوگیری توجه به سمت اطلاعات با محتوای غمگین در افرادی نظیر والدین کودکان مبتلا به ایتسم که به دلیل عواملی نظیر فشار روانی بالا نسبت به افسردگی آسیب پذیر هستند هم مشاهده شود.

سوگیری توجه به محرکهای مختلف هیجانی در آزمایشگاه با تکالیف شناختی مختلفی نظیر تکلیف استروپ هیجانی^۱، تکلیف دات - پروب^۲ و تکلیف جستجوی دیداری^۳ سنجیده می شود (بارهایم، لامی، پرگامین، باکرمز - کرانبرگ و وان-ایزندورن، ۲۰۰۷) که یکی از رایج ترین شیوه ها برای سنجش سوگیری توجه، تکلیف استروپ هیجانی است (فایبگان و ترن^۴، ۲۰۱۵). در این تکلیف کلمات با محتوای خنثی و محتوای هیجانی با رنگهای فونت مختلف به شرکت کنندگان ارائه می شود. از شرکت کنندگان خواسته می شود که محتوای کلمات را نادیده گرفته و رنگ فونت کلمه نوشته شده را مشخص کنند. فرض بر این است که پاسخ کندتر نشانگر تداخل معنای هیجانی کلمه بر پاسخ به رنگ فونت است. بنابراین، اگر فرد نسبت به محتوای هیجانی خاصی سوگیری داشته باشد، انتظار می رود که پاسخ کندتری نسبت به افرادی که سوگیری توجه به محتوای هیجانی مذکور ندارند، داشته باشد (پاف و کان^۵، ۲۰۰۷). استروپ هیجانی به طور وسیعی برای مطالعه سوگیری توجه در افراد مستعد افسردگی و یا بیماران مبتلا به افسردگی به کار برده شده است. نتایج نشان می دهند که افراد مبتلا به افسردگی در نامیدن رنگ فونت کلماتی که محتوای غمگین دارند (نظیر کلمه "گناه" و یا

¹ - Gotlib, Krasnoperova, Yue & Joermann

² - Emotional Stroop

³ - Dot-Probe

⁴ - Visual search

⁵ - Bar-Haim, Lamy, Pergamin, Bekermans-Kranenburg, & Ijzendoorn

⁶ - Pfabigan & Tran

⁷ - Phaf & Kan

"مرگ" در مقایسه با کلمات خنثی و یا کلماتی با محتوای هیجانی خوشایند سرعت واکنش کمتری دارند (اپ، دابسون، دوزوئیس و فرون، ۲۰۱۲).

در این راستا، هدف اول این پژوهش مقایسه شدت علائم افسردگی و الگوهای سوگیری توجه در پدران و مادران کودکان مبتلا به اتیسم بوده است. علاوه بر این رابطه سوگیری توجه در هرگروه با شدت علائم افسردگی هدف دوم این مطالعه بوده است.

روش پژوهش

پژوهش حاضر از نظر روش شناسی، پژوهشی توصیفی و از نوع مطالعات همبستگی بوده است. جامعه آماری این پژوهش والدین کودکان مبتلا به اتیسم بودند که برای دریافت خدمات مختلف درمانی در سال ۱۳۹۹ به مراکز توانبخشی سطح شهر تهران مراجعه می کردند. پدر و مادر ۳۰ کودک (در مجموع ۶۰ شرکت کننده) بر اساس سه ملاک اصلی به صورت در دسترس انتخاب شدند. این ملاکها شامل (۱) سن کودک مبتلا به اتیسم این والدین، بین چهار تا ۱۱ سال باشد، (۲) کودک مبتلا به اتیسم با هر دو والد بیولوژیکش زندگی کند، یعنی پدر و مادر جدا از یکدیگر و از فرزند مبتلا زندگی نکنند و (۳) در صورت وجود فرزند دیگر در خانواده، آن فرزند دارای تحول عادی باشد و مبتلا به هیچ اختلال روانشناختی و عصبی نبوده باشد، بوده است. یک خانواده به دلیل ابتلای پدر خانواده به اعتیاد به موارد مخدر حذف شد و در نهایت داده های ۵۸ نفر (۲۹ نفر در هر گروه) مورد تحلیل قرار گرفت. مشخصات سنی و تحصیلاتی والدین به ترتیب در جداول ۱ و ۲ ارائه شده اند.

جدول ۱: مشخصات سنی کودکان مبتلا به اتیسم و والدین آنها

سن	تعداد	میانگین	انحراف معیار
کودکان مبتلا به اتیسم	۲۹	۷/۵۲	۲/۵۳
مادران	۲۹	۳۷/۲۱	۴/۷۵

جدول ۲: سطح تحصیلات والدین

تحصیلات والدین	تعداد	درصد
دیپلم و زیر دیپلم	۲۴	۴۱/۴٪
تحصیلات دانشگاهی	۳۴	۵۸/۶٪

برای سنجش شدت علائم افسردگی شرکت کنندگان، پرسشنامه افسردگی بک، ویرایش دوم مورد استفاده قرار گرفت و برای سنجش سوگیری توجه به محتوای هیجانی، شرکت کنندگان تکلیف استروپ هیجانی را تکمیل کردند. پاسخ دهی به پرسشنامه و تکلیف استروپ هیجانی به صورت آنلاین و با نظارت آزمونگر صورت گرفت. طراحی و محتوای این پژوهش توسط کمیته اخلاق در پژوهشهای زیستی دانشگاه شهید بهشتی مورد بررسی و تایید قرار گرفت (IR.SBU. REC.1398.039).

ابزار:

پرسشنامه افسردگی بک ویرایش دوم (BDI-II)^۱

این پرسشنامه خودگزارشی یکی از متداول ترین ابزارها برای سنجش شدت علائم افسردگی در افراد بالای ۱۳ سال است که توسط بک، وارد، مندلسون، ماک و ارباگ آدر سال ۱۹۶۱ طراحی شده است (بک، استیر و کاربین^۳ ۱۹۸۸). پرسشنامه شامل ۲۱ گزاره است که پاسخ دهنده در یک طیف لیکرته ۴ درجه ای از صفر (هرگز) تا ۳ (همیشه) به این گزاره ها پاسخ می دهد. این گزاره ها گستره ای از علائم افسردگی مانند ناامیدی، احساس گناه و تحریک پذیری، علائم شناختی نظیر کاهش توجه و حافظه و علائم جسمانی مانند خستگی، تغییرات در الگوی خواب و کاهش وزن را ارزیابی می کنند. برای محاسبه نمره کلی فرد، امتیاز همه سوالات را با هم جمع می کنند که بر این اساس پاسخ دهنده می تواند نمره ای از صفر تا ۶۳

^۱ - Beck Depression Inventory (II)

^۲ - Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh

^۳ - Beck, Steer, & Carbin

را اکتساب کند. هرچه نمره کسب شده بالاتر باشد، بیانگر آن است که شدت علائم افسردگی بیشتر است (بک و همکاران، ۱۹۹۶).

در ایران رحیمی (۱۳۹۳) پایایی این پرسشنامه را با استفاده از روش‌های دوباره سنجی ($r=0/73$) و ثبات درونی ($\alpha=0/87$) بدست آورده است.

تکلیف استروپ هیجانی

تکلیف استروپ هیجانی، بطور وسیع برای سنجش سوگیری توجه (فابیگان و ترن، ۲۰۱۵) به کاربرده می‌شود. در نوع کلاسیک این آزمون، نام سه و یا چهار رنگ اصلی به شرکت کنندگان ارائه می‌شود. در برخی از کوشش‌ها، نام رنگ، با رنگ فونت نوشتاری همخوان^۱ است، مثلاً کلمه زرد با رنگ زرد نوشته می‌شود. در حالیکه در برخی از کوشش‌ها نام رنگ با رنگ فونت نوشتاری ناهمخوان^۲ ارائه می‌شود، مثلاً کلمه زرد با رنگ آبی نوشته می‌شود. شرکت کنندگان باید کلمه نوشته شده را نادیده بگیرند و فقط رنگ فونت را گزارش کنند. دیده شده است که سرعت عمل و تعداد پاسخ‌های درست افراد در کوشش‌های ناهمخوان به طور معناداری پایین‌تر از کوشش‌های همخوان است (استروپ، ۱۹۳۵). دلیل این تفاوت عملکرد این چنین توجیه می‌شود که پردازش معنای کلمات اگرچه نامرتبط با هدف است می‌تواند در پردازش بخشی از اطلاعات که مرتبط با هدف است تاثیر بگذارد و در آن تداخل ایجاد کند (پاف و کان، ۲۰۰۷).

قابلیت‌های آزمون استروپ کلاسیک در سنجش تداخل جنبه‌های نامرتبط بر پردازش جنبه‌های مرتبط با هدف، زمینه‌ساز توسعه آزمون استروپ هیجانی شد که در آن به جای نام‌رنگها از کلماتی با محتوای هیجانی و غیر هیجانی استفاده می‌شود (ویلیامز، متیو و مک لئود^۳، ۱۹۹۶). برای مثال، سرعت و صحت پاسخ‌دهی به رنگ فونت کلماتی با بار هیجانی منفی (نظیر "گناه"، "مرگ" و یا "غم") با سرعت و صحت پاسخ‌دهی به کلمات خنثی (نظیر

¹ - Congruent

² - Incongruent

³ - Williams, Mathews & MacLeod

"صندلی" مقایسه می شود. تفاوت این در عملکرد، نشانگر تداخل شناختی است که معنای کلمات با گزارش کردن رنگ فونت ایجاد می کنند (ویلیامز و همکاران، ۱۹۹۶). این تکلیف شاخص مناسبی برای سنجش سوگیری توجه به شمار می رود، چراکه می تواند گوش به زنگی و توجه فرد به محرک های خاص را ارزیابی کند (ونتورا، روترموند و باک، ۲۰۰۰ و رینولدز و لنگراک، ۲۰۱۵). به بیان دیگر، سوگیری توجه زمانی اتفاق می افتد که افراد هنگام نام بردن رنگ فونت کلماتی که مرتبط با دغدغه ذهنی او هستند در مقایسه با نام بردن رنگ فونت نوشتاری کلمات خنثی زمان طولانی تری صرف کند و یا مرتکب خطاهای بیشتری شود (پاف و کان، ۲۰۰۷).

در این مطالعه، با الهام از پژوهش هامار و همکاران^۳ (۲۰۱۰) این تکلیف به صورت کارتی طراحی شد. به این منظور، ابتدا دو فهرست از کلمات با بار هیجانی غم و بار هیجانی خنثی با الهام از مطالعه ادوینسون و همکاران^۴ (۲۰۱۷) تهیه شد. کلمات با بار هیجانی خنثی همگی از اشیاء آشنای منزل انتخاب شدند. سپس کلمات هر فهرست با فهرست دیگر از نظر تعداد واج و تعداد هجا همگون شدند. در نهایت، ۲۴ کلمه با بار هیجانی منفی و ۲۴ کلمه با بار هیجانی خنثی انتخاب شد. لیست این کلمات در جدول ۳ ارائه شده است. این کلمات به صورت تصادفی با چهار رنگ آبی، قرمز، سبز و مشکی و با فونت فارسی "نازنین" و در اندازه ۱۶ در یک جدول با شش ستون و چهار ردیف به صورت تصادفی قرار داده شدند. برای سنجش توانایی فرد در شناسایی رنگها و همچنین سنجش زمان پایه در پاسخ گویی به آنها، ۲۴ دایره به رنگ های آبی، قرمز، سبز و مشکی به صورت تصادفی در جدولی ۴×۶ قرار داده شد.

جدول ۳: کلمات با بار هیجانی خنثی و منفی

کلمات با بار هیجانی خنثی		کلمات با بار هیجانی منفی	
صندلی	کابینت	گناهکار	ضعیف
یخچال	روتختی	شرمنده	افسرده

1 - Wentura, Rothermund, Bak

2 - Reynolds & Langerak

3 - Hammar et al.

4 - Edvinsson et al.

آینه	لوتر	مرده	عذاب
تابلو	فرش	گریان	فقیر
کلید	مجسمه	مریض	درمانده
دیوار	کتابخانه	ناراحت	مقصر
چراغ	پرده	اندوه	مردود
بوفه	گلدان	تنها	بیچاره
همزن	تلویزیون	بیمار	ناتوان
پنجره	جاکفشی	نامید	تاریک
آب‌آزور	مبل	خسته	متروک
بشقاب	کاناپه	غمگین	بی‌هوده

بعد از ورود به فضای آنلاین تعاملی، دستورالعمل انجام تکلیف توسط آزمونگر برای هریک از شرکت کنندگان توضیح داده می شد. برای ارزیابی عملکرد خط پایه شرکت کننده در شناسایی و گزارش رنگها، به همگی شرکت کنندگان ابتدا جدول دایره های رنگی نشان داده می شد و سپس جداول کلمات خنثی و هیجانی به صورت تصادفی ارائه می شد. از شرکت کنندگان خواسته شد تا با سرعت رنگ دایره ها و یا رنگ فونت کلمات ارائه شده را گزارش کنند و به جنبه های دیگر محرکها توجه ننمایند. عملکرد شرکت کنندگان توسط آزمونگر ثبت می شد علاوه بر این با اطلاع شرکت کنندگان فرآیند پاسخگویی به تکلیف استروپ هیجانی هم توسط سیستم ثبت می شد تا امکان واریسی مجدد صحت پاسخها و سرعت عمل شرکت کنندگان وجود داشته باشد.

یافته های پژوهش

داده های این پژوهش با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۶ مورد تحلیل قرار گرفت.

مقایسه شدت علائم/فسردگی در گروه مادران و پدران

نتایج آزمون t گروه های مستقل نشان داد که میانگین نمره شدت علائم افسردگی مادران به طور معنا داری نسبت به پدران بیشتر بوده است؛ $P=0/034$ و $t(56)=2/167$ میانگین و انحراف استاندارد نمرات گروه مادران و پدران در جدول شماره (۴) ارائه شده است. جدول ۴: نمرات شدت علائم افسردگی مادران و پدران

متغیر	گروه	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد
نمره افسردگی	مادران	۲۹	۱۴/۳۱	۱۰/۰۹
	پدران	۲۹	۹/۰۳	۸/۳۷

مقایسه سوگیری توجه به کلمات خنثی و هیجانی در گروه مادران و پدران به منظور مقایسه عملکرد دو گروه در آزمون استروپ هیجانی، تعداد اصلاحات و خطا و همچنین زمان واکنش افراد در سه حالت پایه، کلمات خنثی و کلمات هیجانی با استفاده از آزمون تحلیل واریانس مکرر مورد تحلیل قرار گرفت (جدول شماره ۵).

جدول ۵: میانگین تعداد اصلاحات و خطا و سرعت واکنش در سه حالت پایه، کلمات خنثی و هیجانی به تفکیک دو گروه

متغیر	گروه	میانگین اصلاحات و خطا	تعداد اصلاحات و خطا	معیار واکنش	میانگین واکنش	سرعت واکنش	انحراف معیار سرعت واکنش
خطای سطح پایه	مادران	۰/۲۲	۰/۵۱	۱۴/۴۴	۱/۶۳		
	پدران	۰/۱۸	۰/۵۶	۱۵/۳۱	۳/۳۰		
	کل	۰/۲۰	۰/۵۳	۱۴/۸۸	۲/۶۱		
خطای کلمات خنثی	مادران	۰/۱۱	۰/۳۲	۱۶/۵۰	۲/۲۱		
	پدران	۰/۳۷	۰/۶۳	۱۶/۳۵	۲/۷۶		
	کل	۰/۲۴	۰/۵۱	۱۶/۴۳	۲/۴۸		
خطای کلمات هیجانی	مادران	۰/۵۶	۰/۷۵	۱۷/۱۳	۲/۶۱		
	پدران	۰/۳۰	۰/۴۷	۱۷/۱۲	۳/۶۲		
	کل	۰/۴۲	۰/۶۳	۱۷/۱۲	۳/۱۳		

نتایج نشان داد که تفاوت میزان اصلاحات و خطا در سه حالت پایه، کلمات خنثی و کلمات هیجانی به صورت مرزی معنادار است ($P = ۰/۰۶$ و $F = ۲/۹۹$). همچنین تعامل میزان خطا در سه حالت با گروه نیز معنادار است ($P = ۰/۰۳$ و $F = ۳/۵۷$). حال آنکه اثر گروه معنادار نبود ($P = ۰/۹$). آزمون تعقیبی بونفرونی نشان داد که در گروه پدران تفاوتی بین میزان اصلاحات و خطا در سه حالت وجود نداشت اما در گروه مادران تعداد اصلاحات و خطا در دسته کلمات هیجانی به طور معنادار بیشتر از دسته های حالت پایه و کلمات خنثی بوده است (جدول شماره ۶).

جدول ۶: مقایسه های زوجی تعداد اصلاحات و خطا در سه حالت به تفکیک دو گروه مادران و پدران

گروه	خطا (I)	خطا (J)	تفاضل میانگین	خطای استاندارد	معنا داری
مادران	سطح پایه	کلمات خنثی	۰/۱۱	۰/۱۴	۰/۴۴
		کلمات هیجانی	-۰/۳۳	۰/۱۴	۰/۰۲
	کلمات خنثی	سطح پایه	-۰/۱۱	۰/۱۴	۰/۴۴
		کلمات هیجانی	-۰/۴۴	۰/۱۳	۰/۰۰۱
	کلمات هیجانی	سطح پایه	۰/۳۳	۰/۱۴	۰/۰۲
		کلمات خنثی	۰/۴۴	۰/۱۳	۰/۰۰
پدران	سطح پایه	کلمات خنثی	-۰/۱۹	۰/۱۴	۰/۲۰
		کلمات هیجانی	-۰/۱۱	۰/۱۴	۰/۴۴
	کلمات خنثی	سطح پایه	۰/۱۸	۰/۱۴	۰/۲۰
		کلمات هیجانی	۰/۰۷	۰/۱۳	۰/۵۶
	کلمات هیجانی	سطح پایه	۰/۱۱	۰/۱۴	۰/۴۴
		کلمات خنثی	-۰/۰۷	۰/۱۳	۰/۵۶

تحلیل زمان واکنش به سطح پایه، کلمات خنثی و کلمات هیجانی نشان داد که تفاوت سرعت واکنش در سه حالت پایه، کلمات خنثی و کلمات هیجانی معنادار است ($P < ۰/۰۰۱$ و $F = ۲۶/۱۹$). اثر تعاملی سرعت واکنش و گروه معنادار نبود ($P = ۰/۲۲$ و $F = ۱/۵۲$). همچنین تفاوت بین دو گروه نیز معنادار نبود ($P = ۰/۷۳$ و $F = ۰/۱۳$). آزمون تعقیبی بونفرونی نشان داد که در هر دو گروه

سرعت واکنش به کلمات هیجانی به طور معناداری کندتر از هر دو حالت کلمات خنثی ($P=0/03$) و سطح پایه ($P<0/001$) بوده است. همچنین واکنش به سطح پایه به طور معناداری از کلمات خنثی سریعتر بوده است ($P<0/001$).

رابطه سوگیری توجه به کلمات هیجانی با شدت علائم افسردگی در گروه مادران و پدران رابطه میان سوگیری توجه و شدت علائم افسردگی با استفاده از آزمون همبستگی پیرسون سنجیده شد. برای محاسبه نمره سوگیری توجه، مشابه با تحقیق گاتلیب و همکاران (۲۰۰۴) تفاوت سرعت واکنش به کلمات خنثی و کلمات هیجانی محاسبه شد و همبستگی آن با نمرات افسردگی به دست آمد. نتایج نشان داد که رابطه بین نمرات افسردگی و سوگیری توجه معنادار نیست ($P=0/89$ و $r=0/02$).

بحث و نتیجه گیری

این پژوهش با دو هدف اصلی انجام شد: اول مقایسه شدت علائم افسردگی پدران و مادرانی که فرزند مبتلا به ایتسم دارند و دوم سنجش رابطه شدت علائم والدین با سوگیری توجه نسبت به محرکهای با محتوای غمگین. یافته های این پژوهش نشان داد که شدت علائم افسردگی در مادران کودکان مبتلا به ایتسم بالاتر از پدران است. این یافته ها با یافته های دنیلز و همکاران^۱ (۲۰۰۸) و فالک و همکاران (۲۰۱۴) همسو است. یک دلیل برای بالاتر بودن سطح افسردگی در مادران می تواند به تفاوت جنسیتی کلی در آسیب پذیری نسبت به افسردگی مربوط باشد (آلبرت^۲، ۲۰۱۵). به نظر می رسد که به طور کلی رویدادهای استرس زا در زندگی، آسیب روانی بیشتری بر زنان در مقایسه با مردان میگذارد، به ویژه زمانی که این رویدادها بر خانواده و دوستان تأثیر بگذارد (تویتس^۳، ۱۹۹۱). همچنین در شرایطی که کودک تحت تأثیر بیماری یا ناتوانی قرار می گیرد، مادران خود را به خاطر مشکلات فرزندشان بیشتر سرزنش می کنند و احساس می کنند که هویت آنها توسط وضعیت فرزندشان مورد تهدید

^۱ - Daniels et al.

^۲ -Albert

^۳ - Thoits

قرار گرفته است (اندرسون وelfert، ۱۹۸۹). البته این نکته قابل توجه است که برخی محققان استدلال کرده اند که تجربه افسردگی در مردان با معیار های راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۲ منطبق نمی باشد (آدیس،^۳ ۲۰۰۸)، یعنی این اختلال در مردان و زنان به طور متفاوت ظاهر می شود؛ برای مثال، چندین مطالعه پیشنهاد می کنند که افسردگی در مردان بیشتر به صورت سوء مصرف مواد ظاهر می شود (اسکوچ، روزت، نولن، پنینکس و جونگ؛^۴ ۲۰۱۴).

از سوی دیگر یافته های این مطالعه با نتایج هاستینگز (۲۰۰۳) که شدت افسردگی در هر دو گروه را مشابه ارزیابی کرده است همسو نیست. این تفاوت در یافته ها را میتوان اینگونه توجیه کرد که در آن مطالعه برای ارزیابی افسردگی از مقیاس اضطراب و افسردگی بیمارستانی^۵ استفاده شده است که تنها شامل ۷ آیتم برای بررسی افسردگی است در حالی که پرسشنامه بک (II) شامل ۲۱ آیتم است که کلیه محورهای تشخیصی اختلال بر اساس راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی را شامل می شود (بک و همکاران، ۱۹۸۸). علاوه بر این تعداد کم شرکت کنندگان در مطالعه هاستینگز (۲۰۰۳) که تنها شامل ۱۸ زوج بود نیز می تواند دلیل تفات در یافته ها باشد.

بخش دوم نتایج این پژوهش نشان داد که هر دو گروه مادران و پدرانی که فرزند مبتلا به اتیسم دارند نسبت به کلمات با محتوای غمگین سوگیری توجه دارند، اما این سوگیری رابطه ای با شدت علائم افسردگی آنها ندارد. وجود سوگیری توجه نسبت به محتوای غمگین می تواند پیش بینی کننده وقوع و یا تداوم علائم افسردگی باشد (دریدت و کوستر،^۶ ۲۰۱۰ و جورمن و گاتلیب، ۲۰۰۷). نتایج تحقیقات قبلی در بیماران مبتلا به افسردگی نشان داده است که سوگیری توجه نسبت به محتوای غمگین در افرادی که مبتلا به افسردگی هستند (گاتلیب و همکاران، ۲۰۰۴)، در افرادی که قبلاً سابقه افسردگی داشته اند (جورمن و گاتلیب، ۲۰۰۷) و حتی در افرادی که افسرده

¹ - Anderson & Elfert

² - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)

³ - Addis

⁴ - Schuch, Roest, Nolen, Penninx & de Jonge

⁵ - Hospital Anxiety & Depression Scale (HADS)

⁶ - De Raedt & Koster

نیستند اما به دلیل سابقه فامیلی افسردگی، در معرض خطر ابتلا هستند دیده می شود (جوورمن، تالبوت و گاتلیب،^۱ ۲۰۰۷). بنابراین، احتمالاً سوگیری توجه به محرکهایی با محتوای غمگین در والدینی که فرزند مبتلا به اتیسم دارند نیز می تواند یک عامل ریسک برای ابتلا به افسردگی باشد. با این حال باید به این نکته توجه داشت که مکانیسم سوگیری توجه در افسردگی هنوز به طور کامل شناخته شده نیست، برای مثال برخی از تحقیقات پیشنهاد کرده اند سوگیری توجه به محرکهای ناخوشایند با اضطراب همبستگی بیشتری دارد و بنابراین، هرچه همبودی اختلالات اضطرابی در مبتلایان به افسردگی بیشتر باشد، سوگیری توجه به محرکهای ناخوشایند بیشتر مشاهده می شود (اپ و همکاران، ۲۰۱۲). این نتایج می تواند دلیل عدم مشاهده رابطه بین شدت علائم افسردگی و سوگیری توجه در این مطالعه باشد.

در مجموع نتایج این پژوهش نشان داد که اگرچه شدت علائم افسردگی در مادرانی که فرزند مبتلا به اتیسم دارند در مقایسه با پدران بیشتر است اما هم در پدران و هم در مادران این کودکان، سوگیری توجه به محرکهایی که محتوای غمگین دارند دیده می شود. از آنجایی که سوگیری توجه نشانگر گرایش سیستم پردازش اطلاعات به سمت محرکهایی خاص می باشد، این ویژگی می تواند حاکی از آسیب پذیری پدران و مادرانی که فرزند مبتلا به اتیسم دارند نسبت به افسردگی باشد (گاتلیب و جوورمن، ۲۰۱۰) و شایسته توجه است. در این راستا پیشنهاد می شود که مطالعات آتی از تکالیف شناختی دیگری که می تواند با حساسیت بیشتر اجزای مختلف سوگیری توجه را مورد بررسی قرار دهند استفاده کنند. برای مثال، نسخه اصلاح شده تکلیف دات-پرآب می تواند مشخص کند که آیا منابع توجهی بیشتری به محرکهای با محتوای ناخوشایند - در مقایسه با محرکهای دیگر - اختصاص داده می شود و یا سیستم شناختی در جدا کردن منابع توجهی از محرکهای ناخوشایند و اختصاص این منابع به محرکهای دیگر دچار مشکل است (گرفتون و مک لود،^۲ ۲۰۱۴). علاوه بر این با توجه به محدودیت مطالعات در ارتباط با افسردگی در پدرانی که فرزند مبتلا به اتیسم دارند (سانجایا و همکاران، ۲۰۲۱)، توسعه ابزارهای سنجشی که بتواند نحوه بروز افسردگی در این افراد را شناسایی کند، شایسته توجه ویژه است.

¹ - Joormann, Talbot, & Gotlib

² - Grafton & MacLeod

منابع

- ۱) ترکان، لیلا و فرحبخش، کیومرث (۱۳۹۸). اثربخشی درمان چشم انداز زمان بر نشخوار فکری مادران کودکان اتیسم در شهر اصفهان. پژوهشهای کاربردی در مشاوره، ۲(۴)، ۱-۱۷.
- ۲) رحیمی، چنگیز (۱۳۹۳). کاربرد پرسشنامه افسردگی بک - ۲ در دانشجویان ایرانی. روانشناسی بالینی و شخصیت (دانشور رفتار)، ۲۱(۱۰)، ۱۷۳-۱۸۸.
- 3) Addis, M. E. (2008). Gender and depression in men. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 15(3), 153 -168.
- 4) Albert, P. R. (2015). Why is depression more prevalent in women? *Journal of Psychiatry & Neuroscience*, 40(4), 219-221.
- 5) Anderson, J. M., & Elfert, H. (1989). Managing chronic illness in the family—Women as caretakers. *Journal of Advanced Nursing*, 14, 735-743.
- 6) American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (DSM-5) (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- 7) Bar-Haim, Y., Lamy, D., Pergamin, L., Bakermans-Kranenburg, M. J & ..van Ijzendoorn, M. H. (2007). Threat-related attentional bias in anxious and nonanxious individuals: a meta-analytic study. *Psychological Bulletin*, 133(1), 1.-24.
- 8) Beck, A. T., & Bredemeier, K. (2016). A unified model of depression: Integrating clinical, cognitive, biological, and evolutionary perspectives. *Clinical Psychological Science*, 4(4), 596-619..
- 9) Beck, A. T., Steer, R. A., & Carbin, M. G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8(1), 77-100..
- 10) Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archive of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- 11) Bonis S. (2016). Stress and Parents of Children with Autism: A Review of Literature. *Issues in Mental Health Nursing*, 37(3), 153-163.

- 12) Daniels, J. L., Forssen, U., Hultman, C. M., Cnattingius, S., Savitz, D. A., Feychting, M., & Sparen, P. (2008). Parental psychiatric disorders associated with autism spectrum disorders in the offspring. *Pediatrics*, 121(5), e1357-1362..
- 13) Davis, N. O., & Carter, A. S. (2008). Parenting stress in mothers and fathers of toddlers with autism spectrum disorders: Associations with child characteristics. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 38(7), 1278-1291.
- 14) De Raedt, R., & Koster, E. H. (2010). Understanding vulnerability for depression from a cognitive neuroscience perspective: A reappraisal of attentional factors and a new conceptual framework. *Cognitive, Affective, & Behavioral Neuroscience*, 10(1), 50-70.
- 15) Disner, S. G., Shumake, J. D., & Beevers, C. G. (2017). Self-referential schemas and attentional bias predict severity and naturalistic course of depression symptoms. *Cognition and Emotion*, 31(4), 632-644..
- 16) Eapen, V. Crnčec, R. Walter, A. (2013). Exploring links between genotypes, phenotypes, and clinical predictors of response to early intensive behavioral intervention in autism spectrum disorder. *Frontiers in Human Neuroscience*, 7, 551- 567.
- 17) Edelson, S. M. (2022). Understanding challenging behaviors in autism spectrum disorder: A multi-component, interdisciplinary model. *Journal of Personalized Medicine*, 12(7): 1127.
- 18) Edvinsson, Å., Skalkidou, A., Hellgren, C., Gingnell, M., Ekselius, L., Willebrand, M., & Poromaa, I. S. (2017). Different patterns of attentional bias in antenatal and postpartum depression. *Brain and Behavior*, 7(11): e00844.
- 19) Epp, A. M., Dobson, K. S., Dozois, D. J., & Frewen, P. A. (2012). A systematic meta-analysis of the Stroop task in depression. *Clinical Psychology Review*, 32(4), 316-328..
- 20) Falk, N. H., Norris, K., & Quinn, M. G. (2014). The factors predicting stress, anxiety and depression in the parents of children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 44(12), 3185-3203.
- 21) Feinberg, E., Augustyn, M., Fitzgerald, E., Sandler, J., Suarez, Z. F. C., Chen, N., Cabral, H., Beardslee, W., & Silverstein, M. (2014).

- Improving maternal mental health after a child's diagnosis of autism spectrum disorder: results from a randomized clinical trial. *JAMA Pediatrics*, 168(1), 40–46.
- 22) Gotlib, I. H., & Joormann, J. (2010). Cognition and depression: Current status and future directions. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 285-312..
- 23) Gotlib, I. H., Krasnoperova, E., Yue, D. N., & Joormann, J. (2004). Attentional biases for negative interpersonal stimuli in clinical depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 113(1), 127-136 .
- 24) Grafton, B., & MacLeod, C. (2014). Enhanced probing of attentional bias: The independence of anxiety-linked selectivity in attentional engagement with and disengagement from negative information. *Cognition and Emotion*, 28(7), 1287-1302.
- 25) Hammar, Å., SØRensen, L. I. N., Årdal, G., Oedegaard, K. J., Kroken, R., Roness, A., & Lund, A. (2010). Enduring cognitive dysfunction in unipolar major depression: a test–retest study using the Stroop paradigm. *Scandinavian Journal of Psychology*, 51(4), 304-308
- 26) Hastings, R. P. (2003). Child behaviour problems and partner mental health as correlates of stress in mothers and fathers of children with autism. *Journal of Intellectual Disability Research*, 47(4 5), 231-237..
- 27) Joormann, J., & Gotlib, I. H. (2007). Selective attention to emotional faces following recovery from depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 116(1), 80-91..
- 28) Joormann, J., Talbot, L., & Gotlib, I. H. (2007). Biased processing of emotional information in girls at risk for depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 116(1), 135-148
- 29) Kousha, M., Attar, H. A., & Shoar, Z. (2016). Anxiety, depression, and quality of life in Iranian mothers of children with autism spectrum disorder. *Journal of Child Health Care*, 20(3), 405-414
- 30) Laxman, D. J., McBride, B. A., Jeans, L. M., Dyer, W. J., Santos, R. M., Kern, J. L., Sugimura, N., Curtiss, S. L., & Weglarz-Ward, J. M. (2015). Father involvement and maternal depressive symptoms in families of children with disabilities or delays. *Maternal and Child Health Journal*, 19(5), 1078–1086.

- 31) Mennen, A. C., Norman, K. A., & Turk-Browne, N. B. (2019). Attentional bias in depression: understanding mechanisms to improve training and treatment. *Current Opinion in Psychology*, 29, 266-273..
- 32) Montgomery D. (2015). The effects of acceptance and commitment therapy on parents of children diagnosed with autism [Ph.D. Thesis]. [Minnesota, United States]: Department of Psychology, Walden University; pp: 85-86.
- 33) Neely-Barnes, S. L., Hall, H. R., Roberts, R. J., & Graff, J. C. (2011). Parenting a child with an autism spectrum disorder: Public perceptions and parental conceptualizations. *Journal of Family Social Work*, 14(3), 208-225.
- 34) Olsson, M. B., & Hwang, C. P. (2001). Depression in mothers and fathers of children with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research: JIDR*, 45(6), 535-543
- 35) Pfabigan, D. M., & Tran, U. S. (2015). Behavioral and physiological bases of attentional biases: paradigms, participants, and stimuli. *Frontiers in Psychology*, 6(5), 686-679..
- 36) Phaf, R. H., & Kan, K. (2007). The automaticity of emotional Stroop: A meta-analysis. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 38(2), 184-199..
- 37) Rezandes, D., & Scarpa, A. (2011). Association between parental anxiety/depression and child behavior problems related to autism spectrum disorders: The role of parenting stress and parenting self-efficacy. *Autism Research & Treatment*, 2011: 395190.
- 38) Reynolds M. G., Langerak R. M. (2015). Emotional Stroop dilution: the boundary conditions of attentional capture by threat words. *Acta Psychologica*, 159 108–115.
- 39) Sanjaya, E. L., Suminar, D. R., & Fardana, N. A. (2022). Fathers of children with autism spectrum disorder: Literature review. *Iranian Rehabilitation Journal*, 20(3), 297-304.
- 40) Schuch, J. J., Roest, A. M., Nolen, W. A., Penninx, B. W., & de Jonge, P. (2014). Gender differences in major depressive disorder: results from the Netherlands study of depression and anxiety. *Journal of Affective Disorders*, 156, 156-163.

- 41) Soroor, G., Mokhtari, S., & Pouretmad, H. (2022). Priming global processing strategy improves the perceptual performance of children with autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 52(3), 1019-1029.
- 42) Stroop, J. R. (1935). Studies of interference in serial verbal reactions. *Journal of Experimental Psychology*, 18(6), 643-662
- 43) Thoits, P. A. (1991). Gender differences in coping with emotional distress. In J. Eckenrode (Ed.) *The Social Context of Coping*. (pp. 107-138). New York: Springer.
- 44) Wang, H., Hu, X., & Han, Z. R. (2020). Parental stress, involvement, and family quality of life in mothers and fathers of children with autism spectrum disorder in mainland China: A dyadic analysis. *Research in Developmental Disabilities*, 107, 103791.
- 45) Wentura D., Rothermund K., Bak P. (2000). Automatic vigilance: the attention-grabbing power of approach-and avoidance-related social information. *Journal of Personality & Social Psychology*. 78(6), 1024-37.
- 46) Williams, J. M., Mathews, A., & MacLeod, C. (1996). The emotional Stroop task and psychopathology. *Psychological Bulletin*, 120(1), 3-24.