

# مقایسه نقش عملکرد خانواده در خود ارزشمندی و نشاط در افراد آهسته گام با نشانگان داون در تهران و باکو\*

◆ لیلا ملکی سامیان<sup>۱</sup> ◆ دکتر غلامعلی افروز<sup>۲</sup> ◆ دکتر مسعود غلامعلی لواسانی<sup>۳</sup> ◆ دکتر هادی بهرامی احسان<sup>۴</sup>

## چکیده:

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی خانواده درمانی شناختی رفتاری بر بهبود روابط والدین و نوجوانان مبتلا به اختلال وسواسی جبری صورت پذیرفته است. روش هدف اصلی پژوهش حاضر، بررسی تأثیر نقش عملکرد خانواده در خود ارزشمندی و نشاط در افراد آهسته گام مبتلا به نشانگان داون با و بدون اختلال آلزایمر در شهرهای تهران و باکو بوده است. روش پژوهش حاضر از نوع علی-مقایسه‌ای (پس رویدادی) است. جامعه آماری شامل افراد مبتلا به سندرم داون مبتلا به اختلال آلزایمر و بدون اختلال آلزایمر بود که به صورت هدفمند ۴۰ نفر از افراد مبتلا به سندرم داون مبتلا به اختلال آلزایمر و ۴۰ نفر از افراد مبتلا به سندرم داون در شهر تهران به عنوان نمونه آماری انتخاب شدند. در این پژوهش، برای گردآوری اطلاعات لازم از پرسشنامه ویژگیهای شخصیتی نئو (کاستا و مک کری، ۱۹۹۲) و پرسشنامه شادکامی آکسفورد (آرگایل و همکاران، ۱۹۸۹) استفاده شده است. بر اساس نتایج پژوهش حاضر و با استفاده از آزمون مانوا می توان گفت تفاوت ویژگیهای شخصیتی و نشاط افراد آهسته گام مبتلا به نشانگان داون با اختلال آلزایمر و بدون اختلال در تهران و باکو معنادار است. میانگین ویژگیهای شخصیتی مانند وظیفه شناسی، انعطاف پذیری، توافق پذیری و برون گرایی و نشاط در شهر باکو نسبت به تهران بیشتر بود، به جز روان رنجوری که میانگین آن در افراد مورد مطالعه در تهران بیشتر دیده شد. از این رو پیشنهاد می شود که در زمینه نگهداری و آموزش خانواده این افراد در تهران تغییراتی ایجاد شود.

**کلید واژگان:** نشانگان داون، اختلال آلزایمر، ویژگیهای شخصیتی، افراد آهسته گام، نشاط

© تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۳/۵

© تاریخ دریافت: ۹۹/۱۰/۲۴

\* این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول است.

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی گرایش کودکان استثنائی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات، تهران، ایران leilamalekisamian@gmail.com
۲. استاد ممتاز گروه روانشناسی و آموزش کودکان استثنائی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران، (نویسنده مسئول) afrooz@ut.ac.ir
۳. دانشیار گروه روانشناسی تربیتی و مشاوره، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران lavasani@ut.ac.ir
۴. استاد گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران hbahrami@ut.ac.ir

## مقدمه

نشانگان (سندرم) داون<sup>۱</sup>، شایع‌ترین وضعیت کروموزومی مرتبط با ناتوانی ذهنی است و با انواع یافته‌های بالینی اضافی مشخص می‌شود (بول<sup>۲</sup>، ۲۰۲۰). این سندرم تقریباً یک مورد از ۸۰۰ تولد در سراسر جهان است و در ایالات متحده امریکا، سندرم داون سالانه تقریباً ۵۰۰ تولد زنده دارد و بیش از ۲۰۰۰۰۰ نفر با این اختلال زندگی می‌کنند (دی‌گراف، باکلی و اسکوتکو<sup>۳</sup>، ۲۰۱۵). این اختلال کروموزومی با نقایص و مشکلات عصبی بسیاری برای فرد مبتلا همراه است که شامل نقایص شناختی، صرع، تشنج، اختلالات سیستمیک عصبی-شناختی و بروز زود هنگام و با نرخ بالای زوال عقل است. طول عمر در این افراد حتی در کشورهای در حال توسعه از متوسط ۱۲ سال در دهه ۱۹۴۰ میلادی به متوسط ۵۷ سال در زنان و ۶۱ سال در مردان رسیده است (آسیم، کومار، ماتوسوامی، جین و آگاروال<sup>۴</sup>، ۲۰۱۵). از انواع اختلالات شناختی، بیماری آلزایمر<sup>۵</sup> (اختلال حافظه)، در میان افراد دارای سندرم داون بسیار شایع است و افراد مبتلا به سندرم داون در خطر بالاتری برای ابتلا به آلزایمر نسبت به جمعیت عمومی قرار دارند (افروز، ۱۳۹۳؛ خان‌احمدی، فرهود، مالمیر و اورنگ، ۱۹۹۴؛ بارسا<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۱۴؛ ویزنیفسکی و پراتیکو<sup>۷</sup>، ۲۰۱۶). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که اکثر افراد دارای سندرم داون از سن ۳۵ سال به بالا در معرض اختلال حافظه قرار دارند (فردریسکن و فابره<sup>۸</sup>، ۲۰۱۸؛ زیگمان و لوت<sup>۹</sup>، ۲۰۰۷). پژوهشگران در مطالعه جدیدی، انتشار نشانگرهای زیستی مربوط به آلزایمر را در مغز افراد مبتلا به سندرم داون بررسی کرده‌اند. نتایج این پژوهش می‌تواند احتمالات جدیدی در زمینه تشخیص ابتدایی فراموشی و درمانهای پیشگیری‌کننده آن ارائه دهد. اگرچه پیشرفتهای پزشکی و بهبود کیفیت زندگی، امید به زندگی را در افراد مبتلا به سندرم داون افزایش داده و به میانگین ۶۰ سال رسانده‌اند، اما حدود ۹۰ درصد این بیماران در صورت داشتن زندگی طولانی، به آلزایمر مبتلا می‌شوند. در بیماری آلزایمر، توده‌های آمیلوئید، پلاکهایی را پیرامون نورونهای مغز ایجاد می‌کنند، درحالی که پروتئینهای دیگری به نام «تاو»<sup>۱۰</sup> درون سلولهای عصبی تجمع می‌کنند و گره‌هایی را پدید می‌آورند. پلاکها و گره‌ها ابتدا در یک ناحیه از مغز ظاهر می‌شوند، سپس گسترش می‌یابند و به بروز نقص تدریجی می‌انجامد (لومون<sup>۱۱</sup> و همکاران، ۲۰۲۰).

1. Down syndrome (DS)
2. Bull
3. de Graaf, Buckley, Skotko
4. Asim, Kumar, Muthuswamy, Jain & Agarwal
5. Alzheimer's disease (AD)
6. Barca
7. Wisniewski & Pratico
8. Fredericksen & Fabbre
9. Zigman & Lott
10. Tau
11. Lemoine

افراد مبتلا به سندرم داون، یک کپی اضافه از کروموزوم ۲۱ دارند. یکی از دلایل شیوع قابل توجه آلزایمر در افراد مبتلا به سندرم داون این است که ژنی که تولید آمیلوئید را رمزگذاری می‌کند، در کروموزوم ۲۱ قرار دارد و می‌تواند به تجمع آمیلوئید در مغز در کودکی منجر شود (همان). ویژگی‌های رفتاری و شخصیتی افراد با نشانگان داون در طول رشد به‌طور محسوسی متأثر از نوع تغذیه، وضعیت جسمانی، استعداد و میزان ابتلا به بیماری‌های مختلف و امکان درمان دارویی، به‌ویژه محیط زندگی و چگونگی روابط بین کودک و والدین یا دوری از کانون محبت‌آمیز خانواده و زندگی در مؤسسات شبانه‌روزی است (افروز، ۱۳۹۳). اما باید توجه داشت، کروموزوم اضافی ۲۱ در کودکان با نشانگان داون باعث مجموعه‌ای از مشخصه‌های خاص جسمانی-ذهنی در این کودکان می‌گردد (اسماعیل پور و همکاران، ۱۳۹۷) و این حالت بعضی ویژگی‌های خاص رفتاری را نیز در پی دارد. به‌طور خلاصه براساس پژوهش‌های انجام شده سه الگوی خاص شناسایی شده که بیشتر در میان کودکان و افراد با نشانگان داون رایج است. اکثر کودکان و افراد با نشانگان داون رفتاری خوشایند و دوست‌داشتنی دارند و به‌طور کلی فعال و با نشاط و اجتماعی‌اند. همچنین توانمندی‌های ذهنی این گروه بیشتر از سایر گروه‌های عقب‌مانده ذهنی است، در صورتی که کودکان با نشانگان داون که از نظر ظرفیت هوشی در سطحی نسبتاً پایین‌تراند و از توانمندی کمتری در مهارت‌های گوناگون برخوردارند، افراد کم‌انرژی و غیرفعال و گوشه‌گیر و به عبارتی اخم‌آلودند. البته بعضی از رفتارهای غیرفعال می‌تواند ناشی از اختلال در غده تیروئید، بیماری قلبی یا دشواری شنوایی باشد (کامپوس و کاسادو<sup>۱</sup>، ۲۰۱۵؛ سوبی<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۱۵). از دیگر ویژگی‌های این گروه، ویژگی شناختی این افراد است. دانش‌آموزان عقب‌مانده ذهنی به درجات مختلف دارای سه رفتار آموزشی کاملاً مشخص‌اند: دیر می‌آموزند، زود فراموش می‌کنند و در به‌خاطر سپردن و حفظ مهارت‌ها و آموخته‌ها بسیار ضعیف و در تعمیم آموخته‌ها ناتوان‌اند. از آنجایی که بسیاری از دانش‌آموزان آهسته‌گام با نشانگان داون از نظر صحبت کردن و برقراری ارتباط کلامی مؤثر و متقابل با والدین، همسالان، معلمان و مربیان خود دچار مشکل قابل توجهی هستند، بالطبع در یادگیری و کسب اطلاعات و تجارب جدید با محدودیت خاصی مواجه‌اند (افروز، ۱۳۹۳). از سوی دیگر آسیب‌پذیری دیگر این افراد اختلال آلزایمر است که با بالا رفتن سن افراد دارای نشانگان داون (بعد از ۳۵ سالگی) دیده می‌شود.

فراوانی این اختلال سبب از دست‌دادن کنش‌های ذهنی و توانمندی شناختی می‌شود. به این دلیل این پدیده در کسانی که خود دچار عقب‌ماندگی ذهنی قابل توجهی‌اند، چندان قابل توجه نیست. به هر صورت نوع پیشرفته این اختلال در افراد با نشانگان داون با ایجاد تغییرات در رفتار و شخصیت، گوشه‌گیری، ناتوانی در کنترل رفتار، تحلیل رفتن کنش‌های ذهنی و تشنج احتمالی قابل رویت است. شواهد علمی

1. Campos & Casado
2. Sobey

نشان می‌دهد که علت این اختلال احتمالاً وجود یک ژن معیوب در کروموزوم ۲۱ است، به‌خصوص این‌که اختلال همان‌طور که اشاره شد در اکثر سالمندان با نشانگان داون یعنی کسانی که دارای اختلال در کروموزوم ۲۱ هستند نیز دیده می‌شود (ویزنیفسکی، ویزنیفسکی و ون<sup>۱</sup>، ۱۹۸۵؛ افروز، ۱۳۹۳). ویژگی‌های شخصیتی می‌توانند میزان سازگاری فرد را تعیین کنند. سازگاری فرد به میزان زیادی از شادی و نشاط تأثیر می‌پذیرد. داینر<sup>۲</sup> (۲۰۰۲) معتقد است نشاط، نوعی ارزشیابی است که فرد از خود و زندگی‌اش دارد و مواردی مانند رضایت از زندگی، هیجان و خلق مثبت، فقدان افسردگی و اضطراب را شامل می‌شود و جنبه‌های گوناگون آن نیز به‌صورت شناخته‌ها و عواطف است. همچنین چنگ و فورنهام معتقدند که نشاط، شامل حالت خوشحالی یا سرور (هیجانان مثبت)، راضی بودن از زندگی و فقدان افسردگی و اضطراب (عواطف منفی) است (چنگ و فورنهام<sup>۳</sup>، ۲۰۰۳). نشاط به قضاوت فرد از درجه یا میزان مطلوبیت کیفیت زندگی اطلاق می‌شود. به عبارت دیگر شادکامی به این معناست که فرد چگونه از زندگی خود لذت می‌برد (طولابی، رئوفی و الله پور اشرف، ۲۰۱۳). نشاط می‌تواند به سه عنصر متفاوت شامل هیجان مثبت، مجذوبیت و معنا تقسیم شود. اولین مورد هیجان مثبت است، یعنی آنچه احساس می‌کنیم مانند لذت، شغف، سرمستی، گرما، آرامش و مانند اینها. در مجموع زندگی را که با موفقیت حول این محور می‌چرخد، می‌توان یک زندگی لذت‌بخش نامید. عنصر دوم یعنی مجذوبیت به معنای سیلان است، مانند یکی بودن با موسیقی، توقف زمان و از دست دادن خودآگاهی ضمن انجام دادن یک فعالیت جذاب و عنصر شناخته‌شده دیگری از نشاط، معنا نام دارد. سلیگمن معنا را به‌مثابه تعلق داشتن و/یا خدمت به چیزی بالاتر از خودمان مورد بحث قرار داده است. داشتن هدف در زندگی به افراد کمک می‌کند تا در مواجهه با چالشها یا ناملایمات روی آنچه مهم است تمرکز کنند (سلیگمن<sup>۴</sup>، ۲۰۱۲).

صرف‌نظر از زمینه فرهنگی-اجتماعی، خانواده‌های افراد مبتلا به سندرم داون به دلیل نگرانیهای مداوم مرتبط با سندرم داون با چالشهایی منحصر به‌فرد مواجه‌اند (وان‌ریپر<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۲۰). لذا عملکرد خانواده افراد مبتلا به سندرم داون بسیار مهم است. با این حال، بیشتر بررسیها در مورد خانواده‌های افراد مبتلا به سندرم داون در کشورهای غربی انجام شده است (چویی<sup>۶</sup> و وان‌ریپر، ۲۰۱۷). یافته‌های پژوهشهای انجام شده در مورد سازگاری در خانواده‌های افراد مبتلا به سندرم داون نشان می‌دهند که اگرچه والدین معمولاً دوره مربوط به تشخیص عضو خانواده خود را از نظر هیجانی استرس‌زا توصیف می‌کنند، اما بیشتر آنها گزارش داده‌اند که با گذشت زمان آنها و خانواده‌هایشان تشخیص دادند که علی‌رغم چالشها، داشتن یک فرد مبتلا به DS در خانواده جنبه‌های مثبت بسیاری نیز دارد (بنتلی،

1. Wen
2. Diener
3. Cheng & Furnham
4. Seligman
5. Van Riper
6. Choi

زیوانکوویچ، مک‌کارتی و اسپرینگر<sup>۱</sup>، ۲۰۱۵؛ مارشاک، لاسینسکی و ویلیامز<sup>۲</sup>، ۲۰۱۸؛ پوو، رابرتز، بورک و لئونارد<sup>۳</sup>، ۲۰۱۲).

بر اساس رویکرد سیستمی، خانواده خود یک سیستم است که اعضای آن صمیمانه با هم در ارتباط‌اند، دارای گذشته مشترک‌اند، در عقاید و ارزشهای خاص با هم سهیم‌اند، نقشهای ویژه‌به‌عهده دارند و به شیوه‌ای پیش‌بینی شده با یکدیگر در تعامل‌اند. از ویژگیهای این خانواده برون‌سازی متقابل اعضا با نیازهای یکدیگر، مرزهای روشن و منعطف، قدرت حل تعارض و ایجاد تغییرات متناسب با چرخه حیات خانواده است (مینوچین<sup>۴</sup>، ۱۳۹۵).

تهیه و تنظیم برنامه‌های متنوع و جامع، مناسب و در عین حال منعطف در زندگی مبتلایان به سندرم داون به خصوص از همان ماههای اول زندگی در نظم بخشیدن به رفتارها، عادت دادن به انجام دادن کارها و فعالیتهای مطلوب امری کاملاً مفید و مؤثر است. تهیه چنین برنامه مؤثر و جامعی میسر نیست، مگر با انجام پروژه‌های علمی در زمینه‌های گوناگون مرتبط با این افراد و مقایسه شرایط متفاوت زندگی برای تعیین راهکارهای تأثیرگذار در بهینه‌سازی محیط زندگی آنان، به‌منظور شکوفا کردن حداکثری استعدادهای بالقوه آنها و برخورداری از زندگی نزدیک به افراد عادی و مستقل. از این رو، در مطالعه حاضر پژوهشگر سعی کرده است با بررسی مقایسه‌ای ویژگیهای شخصیتی و نشاط مبتلایان به سندرم داون، برای دستیابی به شرایط بهتر و ارائه خدمات اجتماعی مناسب‌تر برای این افراد گامی بردارد. همچنین اهمیت و ضرورت کاربرد پژوهش حاضر در آن است که به‌نظرمی‌رسد پژوهشهای انجام شده زمینه مناسبی را برای بررسی مقایسه‌ای ویژگیهای شخصیتی افراد آهسته‌گام مبتلا به نشانگان داون با اختلال آلزایمر و بدون اختلال در تهران و باکو فراهم نکرده‌اند. افزون بر اهمیت کارکردی مفاهیم پژوهش حاضر در آرای صاحب‌نظران، می‌توان ادعان کرد که به دلیل کافی نبودن مطالعات داخلی درباره متغیرهای پژوهش و اهمیت روز افزون حوزه پژوهش در جوامع امروزی، انجام این پژوهش ضروری بوده است. دی‌دین و دکر<sup>۵</sup> (۲۰۱۶) در پژوهشی با عنوان آسیب‌شناسی پیشرفت بیماری آلزایمر در سندرم داون نشان داده‌اند که در افراد مبتلا به سندرم داون، افزایش خطر ابتلای به جنون ناشی از بیماری بسیار بالاتر است. می‌توان گفت که تقریباً از چهل سالگی آلزایمر در کمین همه مبتلایان به سندرم داون است. با این حال، ۵۰-۳۰ درصد این افراد نشانه‌های زوال عقل بالینی را در زندگی خود نشان نمی‌دهند. پیش‌بینی و نظارت بر شروع و پیشرفت زوال عقل در سندرم داون بیشترین اهمیت را برای مراقبت تطبیقی و مداخلات درمانی اولیه دارد. هارتلی<sup>۶</sup> و همکاران (۲۰۱۵) در پژوهشی با عنوان

1. Bentley, Zvonkovic, McCarty & Springer
2. Marshak, Lasinsky & Williams
3. Povee, Roberts, Bourke & Leonard
4. Minuchin
5. De Deyn & Dekker
6. Hartley

«سندرم داون و بیماری آلزایمر: مسیر مشترک و اهداف مشترک» بیان می‌کنند که در ایالات متحده آمریکا، برآوردها نشان می‌دهند که در حدود ۲۵۰,۰۰۰ تا ۴۰۰,۰۰۰ نفر سندرم داون دارند و تقریباً تمام آنها به آلزایمر دچار می‌شوند. کارگاههای مطرح شده در این پژوهش عبارت بودند از: (۱) شناسایی هدف و توسعه درمان دارویی، (۲) مرحله‌بندی بالینی و پاتولوژیک، (۳) ارزیابی شناختی و مطالعات بالینی، و (۴) مشارکت و همکاری با نهادی برای ارائه درمان مؤثر اصلاح‌کننده بیماری.

پژوهشهای بسیار نشان داده اند که نشاط تحت تأثیر عوامل گوناگون مانند ارتباطات خانوادگی و اجتماعی، فعالیتهای ورزشی، فعالیتهای تفریحی، تغذیه، سلامتی، سن، شرایط اجتماعی، نمایه توده بدن و وضعیت تاهل، اشتغال و میزان تحصیلات قرار می‌گیرد (سلیگمن، ۲۰۱۲؛ لسانی و همکاران، ۲۰۱۶؛ کی و پارک<sup>۱</sup>، ۲۰۱۴؛ رابرتسون، دیویس و واینفیلد<sup>۲</sup>، ۲۰۱۵). از این رو پژوهش حاضر در پی آن بوده است که با مطالعه و مقایسه ویژگیهای شخصیتی و خود ارزشمندی و نشاط افراد آهسته گام مبتلا به نشانگان داون و دارای اختلال آلزایمر و بدون اختلال آلزایمر به این پرسش پاسخ دهد که آیا تفاوتی معنادار میان ویژگیهای شخصیتی، خود ارزشمندی و نشاط افراد با آلزایمر و بدون آلزایمر در دو شهر باکو و تهران دیده می‌شود یا خیر.

## روش پژوهش

پژوهش حاضر از نوع تحقیقات علی - مقایسه ای (پس رویدادی)<sup>۳</sup> است. جامعه آماری این پژوهش شامل افراد مبتلا به سندرم داون دارای اختلال آلزایمر و بدون اختلال آلزایمر در دو گروه بوده است که به صورت هدفمند، ۴۰ فرد مبتلا به سندرم داون (۲۰ مورد دارای اختلال آلزایمر و ۲۰ مورد بدون اختلال آلزایمر) از سطح شهر و مراکز آموزشی ویژه شهر باکو و ۴۰ فرد مبتلا به سندرم داون (۲۰ مورد دارای اختلال آلزایمر و ۲۰ مورد بدون اختلال آلزایمر) از مراکز نگهداری شهر تهران به عنوان نمونه آماری انتخاب شدند. بیماران آلزایمر با تشخیص روانپزشک بر اساس معیارهای DSM-5 (نسخه ۲۰۱۳)، تاریخچه‌گیری و مصاحبه با بیمار و اطرافیان از میان افراد دارای آلزایمر خفیف تا متوسط انتخاب شدند. برای گردآوری اطلاعات لازم در این پژوهش از پرسشنامه شخصیت نئو<sup>۴</sup> استفاده شده است. پرسشنامه‌ها را اعضای خانواده بیماران تکمیل کرده‌اند. این پرسشنامه را کاستا و مک‌کری<sup>۵</sup> (۱۹۹۲) ساخته‌اند و ضریب آلفای کرونباخ آن ۰/۷۷ به‌دست آمد. همچنین برای کسب اطلاعات نشاط از «پرسشنامه شادکامی آکسفورد»<sup>۶</sup> استفاده شده است. این ابزار را در سال ۱۹۸۹

1. Kye & Park
2. Robertson, Davies & Winefield
3. Causal-comparative (ex post facto) research
4. NEO-FFI
5. Costa & McCrae
6. Oxford Happiness Inventory (OHI)

آرگیل، مارتین و کراسلند<sup>۱</sup> (۱۹۸۹) تهیه کرده‌اند و فرم نهایی آن ۲۹ ماده دارد. آرگیل ضریب آلفای ۰/۹۰ را با ۳۴۷ آزمودنی، فورنهام و بروین<sup>۲</sup> (۱۹۹۰) آلفای ۰/۸۷ را با ۱۰۱ آزمودنی و نور<sup>۳</sup> (۱۹۹۳) با فرمی کوتاه‌تر از این پرسشنامه، آلفای ۰/۸۴ را با ۱۸۰ آزمودنی به‌دست آورده‌اند. در بررسی فرانسیس<sup>۴</sup> و همکاران (۱۹۹۸)، آلفای کرونباخ ۰/۹۲ به‌دست آمده است (به نقل از علی‌پور و نوربالا، ۱۳۷۸). در پژوهشی که علی‌پور و نوربالا (۱۳۷۸) به‌منظور بررسی مقدماتی اعتبار و روایی "سیاهه نشاط آکسفورد" روی ۱۰۱ دانشجوی دانشگاه‌های علامه طباطبائی و شاهد (۶۲ زن و ۳۹ مرد) انجام داده‌اند، همسانی درونی مواد ابزار نشان داده است که تمام مواد ۲۹ گانه آن با نمره کل همبستگی بالایی دارند. آلفای کرونباخ ۰/۹۳ و اعتبار دو نیمه‌کردن آزمون ۰/۹۲ بود. اعتبار بازآزمایی پرسشنامه پس از سه هفته ۰/۷۹ بود. در بررسی مقدماتی که روی ۴۰ نفر (۲۰ مرد و ۲۰ زن) از مردم شهر اصفهان صورت گرفته، ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۸۲ به‌دست آمده است. در این پژوهش ابتدا برای تسریع و تسهیل بخشیدن به تحلیل داده‌های مورد نظر، هر یک از مؤلفه‌های مورد مطالعه کدگذاری شده، سپس با نرم‌افزار SPSS داده‌ها تحلیل شده‌اند. در راستای تحلیل داده‌ها و پاسخ به سؤالیهای پژوهش، از مدل آماری پارامتریک آمار توصیفی شامل بررسی میانگین و انحراف معیار، آزمون لوین (برای بررسی رعایت پیش‌فرض تساوی واریانس متغیرها)، آزمون کولموگروف اسمیرنوف (برای رعایت پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمرات در جامعه) و تحلیل مانوا استفاده شده است.

## یافته‌ها

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار ویژگیهای شخصیتی و نشاط افراد مبتلا به سندرم داون بالای ۴۰ سال (n=۸۰)

متغیرها	تهران		باکو	
	اختلال آلزایمر	بدون اختلال آلزایمر	اختلال آلزایمر	بدون اختلال آلزایمر
برون‌گرایی	۲۰/۷۶	۳/۸۷	۱۹/۳۴	۳۳/۲۴
انعطاف‌پذیری	۲۰/۷۶	۳/۸۴	۲۱/۵۲	۲۸/۹۸
توافق‌پذیری	۲۰/۶۵	۳/۰۲	۲۵/۰۸	۲۷/۱۸
وظیفه‌شناسی	۲۲/۵۱	۳/۸۳	۲۴/۷۶	۳/۱۸۲
روان‌رنجوری	۳۲/۴۵	۹/۰۳	۲۸/۶۲	۲۳/۷۰
نشاط	۲۲/۹۶	۱۰/۰۶	۸۷/۹۶	۸۰/۹۹

1. Argyle, Martin & Crossland
2. Brewin
3. Noor
4. Francis

بر اساس جدول شماره ۱، میانگین و انحراف معیار متغیر است که احتمالاً، مقداری از این تغییر نشان‌دهنده تأثیر متغیر مستقل روی متغیر وابسته بوده است. چنانچه مشاهده می‌شود میانگین متغیرهای وظیفه‌شناسی، انعطاف‌پذیری، توافق‌پذیری و برون‌گرایی و نشاط در باکو بیشتر از تهران است و روان‌رنجوری، در تهران بیشتر است. برای آزمون فرضیه‌های تحقیق از آزمون تحلیل واریانس استفاده شده است. قبل از اجرای آزمون، پیش‌فرضهای آن (آزمون کولموگروف-اسمیرنف، یکسانی شیب رگرسیون، خطی بودن) مورد بررسی قرار گرفت. برای بررسی همگنی رگرسیون و همگنی واریانسها از آزمون لوین استفاده شد و محاسبات مربوط به بررسی این مفروضه نشان داد که  $F$  به‌دست آمده برای متغیر کمکی گروه معنادار نیست ( $P < 0/05$ ). بنابراین فرض همگنی ضرایب رگرسیون در دو گروه پذیرفته می‌شود. همچنین یکی از پیش‌فرضهای آزمون مانوا همگنی واریانسهاست. نتایج آزمون لوین برای سنجش برابری واریانسهای خطای متغیرها نشان داد که با توجه به اینکه سطح معناداری در همه متغیرها از  $0/05$  بیشتر است، پس می‌توان گفت که مفروضه تساوی واریانسها برقرار است ( $P < 0/05$ ).

جدول ۲. نتایج مفروضه نرمال بودن توزیع متغیر وابسته

نشاط	پذیرا بودن	وظیفه‌شناسی	انعطاف‌پذیری	روان‌رنجوری	برون‌گرایی	
۸۸/۴	۳/۶	۲/۴	۴/۹	۴/۵	۳/۴	میانگین
۶/۲۰	۲/۲۷	۴/۲۴	۳/۵	۴/۴۵	۴/۲۲	انحراف
۰/۸۰۶	۱/۰۶	۰/۹	۱/۲	۰/۸۱	۰/۸۲۶	نمره Z کولموگروف
۰/۲۱	۰/۲۱	۰/۸۶	۰/۴۳	۰/۵۱	۰/۵	P

با توجه به جدول شماره ۲، مفروضه نرمال بودن توزیع متغیر وابسته در همه متغیرها برقرار است. چنانچه سطح معناداری بیشتر از  $0/05$  باشد فرض نرمال بودن توزیع متغیر وابسته برقرار است ( $P < 0/05$ ).

جدول ۳. نتایج آزمون تحلیل مانوا چند متغیره

آزمون	مقدار	F	فرضیه df	Sig
لامبدای ویلکز	۰/۵۵۱	۱۰/۲۳	۵/۰۰۰	۰/۰۰۲

بررسی جدول ۳، نشان‌دهنده تفاوت میان میانگینهای دو گروه است. بنابراین می‌توان گفت میان شخصیت (برون‌گرایی، روان‌رنجوری، وظیفه‌شناسی، انعطاف‌پذیری، موافق بودن) و نشاط افراد آهسته‌گام با نشانگان داون و دارای اختلال آلزایمر و بدون اختلال در تهران و باکو تفاوت وجود دارد. با توجه به مجموع پیش‌فرضهای مطرح شده مشاهده می‌شود که داده‌های این پژوهش قابلیت ورود به تحلیل مانوا را دارند و می‌توان تفاوت گروهها را از نظر متغیر وابسته مورد بررسی قرار داد.

**جدول ۴.** نتایج آزمون واریانس ویژگیهای شخصیتی افراد آهسته‌گام مبتلا به نشانگان داون با و بدون اختلال آلزایمر در تهران و باکو

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	Df	میانگین مجذورات	F	Sig
برون‌گرایی	۱۹۰۶۸/۳۱۹	۲	۹۵۳۴/۱۵	۱۲۹/۷۳	۰/۰۰۱
روان‌رنجوری	۳۹۰۴۸/۸۳	۲	۱۹۵۴۲/۴۱۵	۳۷۰/۴	۰/۰۰۱
وظیفه‌شناسی	۱۱۲۱/۴۸۹	۲	۵۶۰/۷۴	۵/۷	۰/۰۰۱
انعطاف‌پذیری	۵۴۱۰/۸۲۲	۲	۲۷۰۵/۴۱۱	۳۱/۹	۰/۰۰۱
توافق‌پذیری	۲۳۷۸۲/۱۵	۲	۱۱۸۹۱/۰۷۸	۱۲۹/۳	۰/۰۰۱
نشاط	۴۳۷۸۲/۱۹	۲	۲۳۴۵۶/۰۷۸	۲۱۳/۳	۰/۰۰۱

مطابق جدول ۴، تفاوت ویژگیهای شخصیتی و تحولی افراد آهسته‌گام با نشانگان داون و دارای اختلال آلزایمر و بدون اختلال در تهران و باکو در سطح  $0/01$  معنادار است ( $P < 0/01$ ). به عبارت دیگر میان نمرات دو گروه تفاوت معنادار وجود دارد. پس می‌توان نتیجه گرفت که ویژگیهای شخصیتی افراد آهسته‌گام با نشانگان داون با و بدون اختلال آلزایمر در تهران و باکو متفاوت است و با توجه به جدول میانگینها می‌توان گفت میانگین ویژگیهای شخصیتی برون‌گرایی، انعطاف‌پذیری، وظیفه‌شناسی، توافق‌پذیری و نشاط در شهر باکو نسبت به تهران بیشتر است، اما میانگین روان‌رنجوری در بیماران تهران بیشتر از باکو است.

## بحث و نتیجه‌گیری

هدف اصلی از انجام دادن تحقیق حاضر تعیین تفاوت ویژگی‌های شخصیتی، خودارزشمندی و نشاط افراد آهسته گام مبتلا به سندرم داون با و بدون اختلال آلزایمر در دو گروه انتخاب شده در شهرهای باکو و تهران بوده است. نتایج نشان داد که میانگین ویژگی‌های شخصیتی برون‌گرایی، انعطاف‌پذیری، وظیفه‌شناسی، توافق‌پذیری و نشاط در شهر باکو نسبت به تهران بیشتر است اما میانگین روان‌رنجوری در بیماران تهران بیشتر از باکو است. روان‌رنجوری به صورت یک تمایل کلی به داشتن حالت‌های عاطفی منفی، ایده‌های غیرمنطقی و درگیری با اعمال تکانشی تعریف می‌شود. برون‌گرایی به صورت یک تمایل کلی به ابراز وجود، پویا بودن و انجام دادن کارهای اجتماعی تعریف می‌شود. این افراد هیجان‌پذیر، تحریک‌پذیر و خوش‌مشراب‌اند. انعطاف‌پذیری با تمایل کلی به گسترش اطلاعات جدید، داشتن تفکر واگرا و ارزشهای غیر معمول تعریف می‌شود. توافق‌پذیری، به صورت یک تمایل کلی به داشتن احساسات نوع‌دوستانه، اعتماد به دیگران و همراهی و موافقت با آنها تعریف می‌شود. در نهایت وظیفه‌شناسی، به صورت تمایل کلی به داشتن رفتار و شناخت هدفمند، اراده قوی و مصمم بودن تعریف می‌شود. بنابراین، انتظار می‌رود که افراد دارای ویژگی وظیفه‌شناسی، برنامه‌ریزی دقیق باشند. لذا، به صورت فعال در برنامه‌های اجتماعی شرکت کنند و موفقیت بالاتری به دست آورند. به عبارت دیگر وظیفه‌شناسی و انعطاف‌پذیری عملکرد دوره‌ای، خوشایندی، وظیفه‌شناسی و انعطاف‌پذیری را پیش‌بینی می‌کند. در مقابل روان‌رنجوری به صورت منفی با رشد اجتماعی ارتباط دارد (چامورو- پرموزیک<sup>۱</sup> و فورنهام، ۲۰۰۳).

پژوهش‌ها نشان داده‌اند که روان‌آزردگی به طور پیوسته با علائم افسردگی و کاهش بهزیستی در سالمندان ارتباط پیدا کرده است. همچنین، نتایج پژوهش‌ها به رابطه مثبت میان برون‌گرایی، گشودگی، توافق‌پذیری و با وجدان بودن با بهزیستی روان‌شناختی اشاره کرده‌اند (تراچانو<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۱۱؛ شاناهان<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۱۴). در ایران نیز رحیمی، طالبیان، روح‌الهی و نقدی‌نسب (۱۳۹۱)، در پژوهشی به این نتیجه رسیده‌اند که تمام ویژگی‌های شخصیت به جز گشودگی با بهزیستی روان‌شناختی رابطه‌ای معنادار دارد. پژوهش‌ها نشان می‌دهند که ویژگی‌های مثبت شخصیت سبب افزایش حس اعتماد به نفس و خودکارآمدی بیشتر و در نهایت منجر به عملکردی بهتر می‌شود (هسیه و هوانگ<sup>۴</sup>، ۲۰۱۴).

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که میان مؤلفه روان‌رنجوری در دو گروه تهران و باکو تفاوت

1. Chamorro-Premuzic
2. Terracciano
3. Shanahan
4. Hsieh & Huang

معنادار وجود دارد. به این معنا که مبتلایان به سندرم داون در تهران نسبت به باکو روان‌رنجورترند. می‌توان ادعا داشت که روان‌رنجوری یا بی‌ثباتی، تمایل کلی به تجربه عواطف منفی مانند ترس، غم، دستپاچگی، عصبانیت، احساس گناه و نفرت است. افراد روان‌رنجور مستعد داشتن عقاید غیرمنطقی‌اند و کمتر قادر به کنترل تکانه‌های خود هستند. این افراد در برابر استرس‌ها آسیب‌پذیرند. افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، تکانشگری، کم‌رویی و آسیب‌پذیری، شش صفت اصلی تشکیل‌دهنده روان‌رنجوری هستند (دستجردی، فرزاد و کدیور، ۱۳۹۰). مراقبت‌های عاطفی مناسب در باکو منجر به کاهش چنین مواردی شده و در نتیجه آسیب‌پذیری این افراد را در مقایسه با سایر گروه‌ها کمتر کرده‌است. داشتن احساسات منفی همچون ترس، غم، برانگیختگی، خشم، احساس گناه و احساس کلافگی دائمی و فراگیر، مبنای مقیاس روان‌رنجوری را تشکیل می‌دهد. در هر صورت روان‌رنجوری در برگیرندهٔ عناصری بیش از آسیب‌پذیری به ناخوش‌حوالی روان‌شناختی است. از آنجا که هیجان مخرب می‌تواند در سازگاری فرد و محیط تأثیر داشته باشد، در زن و مردی که دارای نمرات بالا در روان‌آزردگی هستند، احتمال بیشتری وجود دارد که غیرمنطقی باشند، قدرت کمتری در کنترل تکانه‌ها داشته باشند و در انطباق با دیگران وضعیت تنیدگی‌زا را بروز دهند (کاستا و مک‌کری، ۱۹۹۵). پژوهش‌ها نشان می‌دهند که افراد روان‌آزرده عزت نفس و اعتماد به نفس پایین و باورهای غیر منطقی دارند (نظرزاده، مامی و نظرزاده، ۱۳۹۳؛ صالحی، ۱۳۹۷؛ عزیزی و شهبازیان‌خونیک، ۱۳۹۷).

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که میان مؤلفه وظیفه‌شناسی در دو گروه تهران و باکو تفاوت معنادار وجود دارد. یعنی مبتلایان به سندرم داون در تهران نسبت به مبتلایان باکو نمرات وظیفه‌شناسی پایین‌تری کسب کرده‌اند. وظیفه‌شناسی بیانگر ویژگی افرادی است که با وجدان، هدفمند، با اراده و مصمم‌اند. افراد وظیفه‌شناس، انسان‌هایی دقیق، خوش‌قول و قابل اطمینان هستند. نظم، وظیفه‌مداری، احتیاط، پشتکار، تلاش برای موفقیت و کفایت، شش صفت تشکیل‌دهنده وظیفه‌شناسی‌اند. میان مؤلفه انعطاف‌پذیری در دو گروه مبتلایان در تهران و باکو نیز تفاوت معنادار وجود دارد. به این معنا که مبتلایان به سندرم داون در باکو نسبت به مبتلایان تهران انعطاف‌پذیرترند. افراد دارای نمره بالا در این مقیاس، از تخیلات غنی، متنوع و جدید لذت می‌برند. شخصی که انعطاف‌پذیر است، علائقی وسیع دارد، وی هر چیز جدید را دوست دارد (کاستا و مک‌کری، ۱۹۹۵). اشخاص انعطاف‌پذیر غیرسنتی و غیرمتعارف‌اند، علاقمندند همیشه سؤال کنند و آماده پذیرش عقاید سیاسی و اجتماعی و اخلاقی جدید هستند و زندگی آنها از لحاظ تجربه غنی است. آنها به پذیرش عقاید جدید و ارزش‌های غیرمتعارف تمایل دارند و بیشتر و عمیق‌تر از اشخاص انعطاف‌ناپذیر هیجانهای مثبت و منفی را تجربه می‌کنند (هوارد و هوارد، ۱۹۹۵).

1. Howard, P. J., & Howard, J. M.

حیطه‌های این عامل عبارت‌اند از: تخیل زیبایی‌شناسی، عواطف، فعالیت، نظرات و ارزشها (جزایری و مشتاق، ۱۳۸۵). همچنین میان مؤلفه توافق‌پذیری در دو‌گروه مبتلایان تهران و باکو تفاوت معنادار وجود داشت. به این معنا که مبتلایان به سندرم داون در باکو نسبت به مبتلایان تهران نمرات بالاتری در توافق‌پذیری کسب کرده‌اند. همانند برون‌گرایی، توافق‌پذیری بعدی از تمایلات میان-فردی است. افراد دارای این ویژگی به همکاری، اعتماد کردن و حمایت‌های میان-فردی تمایل دارند (لیبرت و لیبرت<sup>۱</sup>، ۱۹۹۸). عامل توافق‌پذیری با از خودگذشتگی مشخص می‌شود. افراد توافق‌پذیر متواضع، گرم و همدل هستند. آنان مهربان، مودب، نیک‌اندیش و در رویارویی با رویدادهای زندگی سازش‌پذیر و منعطف‌اند. فرد توافق‌پذیر نوع‌دوست است، احساس همدردی با دیگران می‌کند و مشتاق کمک به آنان است و معتقد است که دیگران نیز با او همین رابطه را دارند (کاستا و مک‌کری، ۱۹۹۵). به نظر می‌رسد که سمت توافق این شاخص بیشتر به نفع جنبه‌های مثبت اجتماعی و سلامت بیشتر روانی متمایل است. البته همین‌طور هم هست، افراد توافق‌پذیر محبوب‌تر از افراد مخالف‌اند (در جوامع متوازن). افراد مبتلا به سندرم داون با اختلال آلزایمر و بدون اختلال آلزایمر در شهر باکو در مقایسه با افراد مبتلا به سندرم داون در کشور ایران و شهر تهران برون‌گراتر بودند چرا که احساس امنیت و آزادی بیشتری داشتند.

می‌توان گفت که در باکو جایگاه افراد دارای سندرم داون و مشکلات و معلولیت‌های جسمی و ذهنی نسبت به کشور ایران و شهر تهران جا افتاده‌تر است و خانواده‌ها نسبت به چنین مشکل جسمی و ذهنی پذیراترند، لذا می‌توان گفت که نشاط در شهر باکو نسبت به کشور ایران و شهر تهران به مراتب بیشتر است و خانواده‌ها از وجود افراد سندرم داون در میان خود ابراز ناراحتی و عدم شادمانی نمی‌کنند.

نکته دیگری که می‌توان بدان اشاره کرد، موضوع فرهنگ‌سازی است. درست است که در همه جوامع حضور فرد مبتلا به ناتوانی‌های ذهنی می‌تواند چالش‌هایی را برای اعضای خانواده ایجاد کند اما از طریق زیرساخت‌های فرهنگی، وزارت بهداشت، رسانه‌های ملی و انجمن‌های مربوط به بیماری‌های خاص می‌توان به این امر کمک شایانی کرد تا به افزایش آگاهی و دانش عمومی افراد جامعه در زمینه فرهنگ اختلال و بیماری‌ها منجر شود. زمانی که دانش عمومی و آگاهی افراد جامعه پیرامون یک اختلال چون سندرم داون و نیز ویژگی‌های شخصیتی، ادراکی و شناختی و رفتاری آنها بالاتر رود توانمندی‌های این افراد در کنار ناتوانی‌ها و مشکلات آنها بهبود و ارتقا می‌یابد و همین امر به خودشکوفایی و نشاط بیشتر این افراد منجر می‌شود.

همچنین از ویژگی‌هایی که در این افراد باید به آن توجه کرد، خودارزشمندی است. پایه و اساس خودارزشمندی در خانواده شکل می‌گیرد. خانواده به منزله نخستین و اساسی‌ترین نهاد اجتماعی

1. Liebert, R. M., & Liebert, L. L.

حتی در خودارزشمندی و موفقیت افراد با نیازهای ویژه نیز تأثیرگذار است. پدر و مادری که روابط مناسبی با یکدیگر داشته باشند، الگوهایی مناسب برای فرزندان هستند. مادران با خودارزشمندی و نشاط بالا، توانایی بسیار در پذیرش کودکان خود دارند و این کیفیت را با مهر و محبت نشان می‌دهند. آنها را در برنامه‌های خانوادگی شرکت می‌دهند و اعتقاد دارند که آنها نیز باید نظرات خود را ابراز کنند. در مقابل خانواده‌هایی که روابط مناسبی ندارند و مادرانی که خودارزشمندی ضعیفی دارند، کودکان با نیازهای ویژه را مزاحم خود می‌دانند و حالات هیجانی مناسب با آنها ندارند. در خانواده‌های متعادل ویژگی‌هایی مانند مشارکت، همکاری، منطق، شادکامی، تفاهم و مثبت‌گرایی دیده می‌شود که موجب نشاط و خودارزشمندی سایر اعضای خانواده می‌شود.

می‌توان گفت که جامعه نیز دیدگاهی مناسب‌تر و پذیرا تر و عادی‌تر به سندرم داون دارد و حتی در مراسم خود مانند عروسی، تولد و اجتماعات عمومی، افراد دارای سندرم داون را بیشتر می‌پذیرند و مورد تأیید قرار می‌دهند و کل جامعه با آنان رفتاری مهربانانه و پذیرا دارند. بنابراین، پیشنهاد می‌شود در زمینه نگهداری و رفتار خانواده‌ها با این افراد در تهران آموزش‌هایی داده شود. از میان محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به تعداد محدود افراد نمونه، عدم همکاری مؤسسات آموزشی سالمندان مبتلا به سندرم داون با آلزایمر در باکو، دشواری دسترسی به پرونده شرکت‌کنندگان ساکن در باکو و آزاد بودن اکثر سالمندان مبتلا به سندرم داون بدون آلزایمر در سطح شهر باکو اشاره کرد. برای بهبود اوضاع این افراد پیشنهاد می‌شود که از کارها و روشهایی که در شهر باکو به‌منظور بهبود روند درمانی مبتلایان به آلزایمر انجام می‌شود الگوبرداری صورت گیرد. از آنجایی که والدین کودکان عقب‌مانده ذهنی هم از اختلالات شخصیت رنج می‌برند، از این رو پیشنهاد می‌شود تا برنامه‌های مداخلات رفتاری ویژه برای والدین این کودکان طراحی شود تا مشکلات مربوط به اختلالات شخصیت آنها سایر اعضای خانواده را تحت تأثیر قرار ندهد. علاوه بر این، به دلیل اینکه مشارکتهای اجتماعی نیز تعیین‌کننده سلامت روان سالمندان اند، پیشنهاد می‌شود که سالمندان مبتلا به سندرم داون در تهران مانند سالمندان مبتلا به سندرم داون در باکو تشویق به مشارکت در برنامه‌های اجتماعی از پیش تدوین شده شوند. همچنین، تشخیص زودهنگام آلزایمر می‌تواند موجب ارتقای کیفیت زندگی این گروه شود. همچنین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی ویژگی‌های شخصیتی سالمندان سندرم داون یا دیگر گروه‌های آهسته‌گام در جوامع دیگر بررسی و با نتایج این پژوهش مقایسه شوند. علاوه بر این، ویژگی‌های جنیستی زن و مرد کنترل نشده در این پژوهش می‌توانند موضوع پژوهش‌های بیشتر باشند.

- اسماعیل پور، معصومه؛ رضایی، مهدی؛ پاشازاده آذری، زهرا؛ میرزاخانی، نوید و طباطبایی، سیدمهدی. (۱۳۹۷). مقایسه مشارکت در عادات‌های زندگی بین کودکان نشانگان داون هفت تا ۱۳ ساله و کودکان سالم. *مجله مطالعات ناتوانی*، ۸ (۱)، ۸۸.
- افروز، غلامعلی. (۱۳۹۳). *مقدمه‌ای بر روانشناسی و توانبخشی کودکان مبتلا به سندرم داون (منگولیسیم)*. موسسه انتشارات و چاپ دانشگاه تهران.
- جزایری، علیرضا و مشتاق بیدختی، نهاله. (۱۳۸۵). *سوء مصرف مواد در سالمندان*. سالمند، ۱ (۱)، ۵۱-۵۵.
- خان احمدی، محمد؛ فرهود، داریوش؛ مال میر، مریم و اورنگ، سهیلا. (۱۳۹۴). همپوشانی ژنتیکی نشانگان داون و بیماری آلزایمر. *فصلنامه کودکان استثنایی*، ۱۵ (۴)، ۲۹-۳۶.
- دستجردی، رضا؛ فرزاد، ولی‌اله و کدیور، پروین. (۱۳۹۰). نقش پنج عامل بزرگ شخصیت در پیش‌بینی بهزیستی روانشناختی. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند*، ۱۸ (۲)، ۱۲۶-۱۳۳.
- رحیمی، داود؛ طالبیان، محمدحسن؛ روح الهی، حسین و نقدی نسب، لیلا. (۱۳۹۱). *بررسی رابطه ساده و چندگانه ویژگی‌های شخصیتی با بهزیستی روان‌شناختی در دانشجویان دانشگاه شهید چمران اهواز*. سومین همایش ملی مشاوره، خمینی شهر، دانشگاه آزاد اسلامی واحد خمینی شهر.
- صالحی، مسلم. (۱۳۹۷). نقش واسطه‌ای عزت نفس در رابطه بین ویژگی‌های شخصیتی و عملکرد شغلی دبیران شهر مرودشت. *روش‌ها و مدل‌های روان‌شناختی*، ۹ (۳۱)، ۱-۲۴.
- عزیزی، معصومه و شهبازیان خونیک، آرش. (۱۳۹۷). نقش میانجی‌گرانهٔ باورهای غیرمنطقی در ارتباط ابعاد شخصیت با ادراک حمایت اجتماعی بیماران میگرنی. *مطالعات روان‌شناختی دانشکدهٔ علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه الزهراء* (س)، ۱۴ (۲)، ۹۱-۱۰۷.
- علی‌پور، احمد و نوربالا، احمدعلی. (۱۳۷۸). *بررسی مقدماتی پایایی و روایی پرسشنامه شادکامی آکسفورد در دانشجویان دانشگاه‌های تهران*. *مجله روان‌پزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۵ (۱ و ۲)، ۵۵-۶۶.
- مینوچین، سالوادور. (۱۳۹۵). *خانواده و خانواده درمانی*. ترجمه باقر ثنائی. تهران: امیرکبیر.
- نظرزاده، فروزان؛ مامی، شهرام و نظرزاده، مسعود. (۱۳۹۳). بررسی رابطه بین تیپ شخصیتی با میزان اعتماد به نفس در بین دانشجویان دختر خوابگاه زینب دانشگاه لرستان. *مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ایلام*، ۲۲ (۳)، ۱۴۹-۱۵۴.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Association.

Argyle, M., Martin, M., & Crossland, J. (1989). Happiness as a function of personality and social encounters. In J. P. Forgas, J. M. Innes (Eds.), *Recent advances in social psychology: An international perspective* (pp. 189-203). Amsterdam: Elsevier Science.

Asim, A., Kumar, A., Muthuswamy, S., Jain, S., & Agarwal, S. (2015). Down syndrome: An insight of the disease. *Journal of Biomedical Science*, 22(1), 41.

- Barca, D., Tarta-Arsene, O., Dica, A., Iliescu, C., Budisteanu, M., Motoescu, C., ... Craiu, D. (2014). Intellectual disability and epilepsy in down syndrome. *Maedica*, 9(4), 344-350.
- Bentley, G. E., Zvonkovic, A., McCarty, M., & Springer, N. (2015). Down syndrome and fathering: An exploration of ambiguous loss. *Fathering*, 13(1), 1-17.
- Bull, M. J. (2020). Down Syndrome. *The New England Journal of Medicine*, 382(24), 2344-2352.
- Campos, C., & Casado, A. (2015). Oxidative stress, thyroid dysfunction & Down syndrome. *Indian Journal of Medical Research*, 142(2), 113-119.
- Chamorro-Premuzic, T., & Furnham, A. (2003). Personality predicts academic performance: Evidence from two longitudinal university samples. *Journal of Research in Personality*, 37(4), 319-338.
- Cheng, H., & Furnham, A. (2003). Personality, self-esteem and demographic predictions of happiness and depression. *Personality and Individual Differences*, 34(6), 921-942.
- Choi, H., & Van Riper, M. (2017). Adaptation in families of children with Down syndrome in East Asian countries: An integrative review. *Journal of Advanced Nursing*, 73(8), 1792-1806.
- Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1992). Normal personality assessment in clinical practice: The NEO Personality Inventory. *Psychological Assessment*, 4(1), 5-13.
- \_\_\_\_\_ (1995). Domains and facets: Hierarchical personality assessment using the revised NEO personality inventory. *Journal of Personality Assessment*, 64(1), 21-50.
- De Deyn, P., & Dekker, A. (2016). Biomarkers of Alzheimer's disease pathology progression in Down syndrome. *European Neuropsychopharmacology*, 26(2), 114-116.
- de Graaf, G., Buckley, F., & Skotko, B. G. (2015). Estimates of the live births, natural losses, and elective terminations with Down syndrome in the United States. *American Journal of Medical Genetics*, 167A(4), 756-767.
- Diener, E. (2002). *Frequently answered questions about subjective well-being (happiness and life satisfaction). A primer for reporters and newcomers*. <http://labs.psychology.illinois.edu/~ediener/faq.html>
- Francis, L. J., Brown, L. B., Lester, D., & Philipchalk, R. (1998). Happiness as stable extraversion: A cross-cultural examination of the reliability and validity of the Oxford Happiness Inventory among students in the U.K., U.S.A., Australia, and Canada. *Personality and Individual Differences*, 24(2), 167-171.
- Fredericksen, J., Fabbre, V. (2018). Down syndrome and Alzheimer's disease: Issues and implications for social work practice. *Journal of Gerontological Social Work*, 61(1), 4-10.
- Furnham, A., & Brewin, C. R. (1990). Personality and happiness. *Personality and Individual Differences*, 11(10), 1093-1096.
- Hartley, D., Blumenthal, T., Carrillo, M., DiPaolo, G., Esralew, L., Gardiner, K., ... Wisniewski, T. (2015). Down syndrome and Alzheimer's disease: Common pathways, common goals. *Alzheimer's & Dementia*, 11(6), 700-709.
- Howard, P. J., & Howard, J. M. (1995). The Big Five quickstart: *An introduction to the five-factor model for personality for human resource professionals*. Center for Applied Cognitive, Charlotte, NC.
- Hsieh, H. H., & Huang, J. T. (2014). The effects of socioeconomic status and proactive personality on career decision self-efficacy. *The Career Development Quarterly*, 62(1), 29-43.
- Kye, S. Y., & Park, K. (2014). Health-related determinants of happiness in Korean adults. *International Journal of Public Health*, 59(5), 731-738.

- Lemoine, L., Ledreux, A., Mufson, E. J., Perez, S. E., Simic, G., Doran, E., ... Granholm, A. C. (2020). Regional binding of tau and amyloid PET tracers in Down syndrome autopsy brain tissue. *Molecular Neurodegeneration*, 15(1), 68.
- Lesani, A., Mohammadpoorasl, A., Javadi, M., Modaresi Esfeh, J., & Fakhari, A. (2016). Eating breakfast, fruit and vegetable intake and their relation with happiness in college students. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 21(4), 645-651.
- Liebert, R. M., & Liebert, L. L. (1998). *Liebert & Spiegler's personality: Strategies and issues* (8th ed.). Thomson Brooks/Cole Publishing Co.
- Marshak, L. E., Lasinsky, E. E., & Williams, C. (2018). Listening to fathers: Personal impacts of raising children with Down syndrome. *Journal of Intellectual Disabilities*, 23(3), 310-326.
- Noor, N. M. (1993). *Work and family roles in relation to women's well-being*. Unpublished doctoral dissertation. University of Oxford.
- Povee, K., Roberts, L., Bourke, J., & Leonard, H. (2012). Family functioning in families with a child with Down syndrome: A mixed methods approach. *Journal of Intellectual Disability Research*, 56(10), 961-973.
- Robertson, S., Davies, M., & Winefield, H. (2015). Why weight for happiness? Correlates of BMI and SWB in Australia. *Obesity Research and Clinical Practice*, 9(6), 609-612.
- Seligman, M. E. P. (2012). *Flourish: A visionary new understanding of happiness and well-being* (2nd ed.). Washington: Atria Books.
- Shanahan, M. J., Hill, P. L., Roberts, B. W., Eccles, J., & Friedman, H.S. (2014). Conscientiousness, health, and aging: The life course of personality model. *Developmental Psychology*, 50(5), 1407-1425.
- Sobey, C. G., Judkins, C. P., Sundararajan, V., Phan, T. G., Drummond, G. R., & Srikanth, V. K. (2015). Risk of major cardiovascular events in people with Down syndrome. *PLoS ONE*, 10(9), E0137093.
- Terracciano, A., Lobina, M., Piras, M.G., Mulas, A., Cannas, A., Meirelles, O., ... Schlessinger, D. (2011). Neuroticism, depressive symptoms, and serum BDNF. *Psychosomatic Medicine*, 73(8), 638-642.
- Toulabi, Z., Raoufi, M., & Allahpourashraf, Y. (2013). The relationship between teachers' happiness and quality of working life. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 84, 691-695.
- Van Riper, M., Knafl, G. J., Barbieri-Figueiredo, M. C., Caples, M., Choi, H., de Graaf, G., ... Knafl, K. A. (2020). Measurement of family management in families of individuals with Down syndrome: A cross-cultural investigation. *Journal of Family Nursing*, 27(1), 1-15.
- Wisniewski, T., & Pratico, D. (2016). Down syndrome dementia and Alzheimer disease: Common pathology, common therapeutic targets. *Neurobiology of Aging*, 1(39), S24.
- Wisniewski, K. E., Wisniewski, H. M., & Wen, G. Y. (1985). Occurrence of neuropathological changes and dementia of Alzheimer's disease in Down's syndrome. *Annals of Neurology*, 17(3), 278-282.
- Zigman, W. B., & Lott, I. T. (2007). Alzheimer's disease in Down syndrome: Neurobiology and risk. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 13(3), 237-246.