مقایسه نقش عملکرد خانواده در خود ارزشمندی و نشاط در افراد آهسته‌گام با نشانگان داون در تهران و باکو*

◈ لیلا ملکی سامیان[۱] ◈ دکتر غلامعلی افروز[۲] ◈ دکتر مسعود غلامعلی‌لواسانی[۳] ◈ دکتر هادی بهرامی‌احسان[۴]

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 آهسته‌گام 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 به‌صورت هدفمند ۴۰ نفر از افراد مبتلا به سندرم داون در شهر باکو 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 مک‌کری،۱۹۹۲) و پرسشنامه شادکامی آکسفورد (آرگایل و همکاران، ۱۹۸۹) استفاده شده است. بر اساس نتایج پژوهش حاضر و با استفاده از آزمون مانوا می‌توان گفت تفاوت ویژگیهای شخصیتی و نشاط افراد آهسته‌گام مبتلا به نشانگان داون با اختلال آلزایمر و بدون اختلال در تهران و باکو معنادار است. میانگین ویژگیهای شخصیتی مانند وظیفه‌شناسی، انعطاف‌پذیری، توافق‌پذیری و برون‌گرایی و نشاط در شهر باکو نسبت به تهران بیشتر بود، به جز روان‌رنجوری که میانگین آن در افراد مورد مطالعه در تهران بیشتر دیده شد. از این رو پیشنهاد می‌شود که در زمینه نگهداری و آموزش خانواده این افراد در تهران تغییراتی ایجاد شود.**

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

◉ تاریخ دریافت: ۹۹/۱۰/۲۴ ◉ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۳/۵

* *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 استثنایی، 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

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-11]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1400.18.3.4.7]

مقدمه

نشانگان (ســـندرم) داون[1]، شـــایع‌ترین وضعیت کروموزومی مرتبط با ناتوانی ذهنی است و با انواع یافته‌های بالینی اضافی مشخص می‌شـــود (بول[2]، ۲۰۲۰). این سندرم تقریباً یک مورد از ۸۰۰ تولد در سراســـر جهان است و در ایالات متحده امریکا، ســـندرم داون سالانه تقریباً ۵۰۰ تولد زنده دارد و بیش از ۲۰۰۰۰۰ نفـــر با این اختـــلال زندگی می‌کنند (دی‌گراف، باکلی و اســـکوتکو[3]، ۲۰۱۵). این اختلال کروموزومی با نقایص و مشکلات عصبی بسیاری برای فرد مبتلا همراه است که شامل نقایص شناختی، صرع، تشـــنج، اختلالات سیستمیک عصبی-شـــناختی و بروز زودهنگام 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[4]، ۲۰۱۵). از انواع اختلالات شناختی، بیماری آلزایمر[5] (اختلال حافظه)، در میان افراد دارای سندرم داون بســـیار 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[6] و همکاران، ۲۰۱۴؛ ویزنیفســـکی و پراتیکو[7]، ۲۰۱۶). پژوهشها نشـــان داده‌اند که اکثر افراد دارای سندرم داون از سنین ۳۵ سال به بالا در معرض اختلال حافظه قرار دارند (فردریسکن و فابره[8]، ۲۰۱۸؛ زیگمان و لوت[9]، 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 زمینهٔ 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 داشـــتن زندگی طولانی، به آلزایمر مبتلا می‌شوند. در بیماری آلزایمر، توده‌هـــای آمیلوئید، پلاکهایی را پیرامون نورونهای مغز ایجاد می‌کنند، درحالی که پروتئینهای دیگری به نام «تاو»[10] 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 می‌انجامند (لوموئن[11] 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

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-11]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1400.18.3.4.7]

افراد مبتلا به ســـندرم داون، یک کپی اضافه از کروموزوم ۲۱ دارند. یکی از دلایل شیوع قابل توجه آلزایمر در افراد مبتلا به ســـندرم داون این اســـت 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 شـــخصیتی افراد با نشـــانگان داون در طول رشد به‌طور محسوسی متأثر از نوع تغذیه، وضعیت جســـمانی، اســـتعداد و میزان ابتلا به بیماریهای مختلف و امکان درمان دارویی، به‌ویژه محیـــط زندگی و چگونگی روابط بین کودک و والدین یـــا دوری از کانون محبت‌آمیز خانواده و زندگی در مؤسســـات شبانه‌روزی اســـت (افروز، ۱۳۹۳). اما باید توجه داشت، کروموزوم اضافی ۲۱ در کودکان با نشـــانگان داون باعث مجموعه‌ای از مشخصه‌های خاص جســـمانی- ذهنی در این کودکان می‌گردد (اسماعیل‌پور و همکاران، ۱۳۹۷) و این حالت بعضی ویژگیهای خاص رفتاری را نیز در پی دارد. به‌طور خلاصه براســـاس پژوهشهای انجام شده ســـه 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 به‌طورکلی فعال و با نشاط و اجتماعی‌اند. همچنین توانمندیهای ذهنی این گروه بیشتر از سایر گروههای عقب‌مانده ذهنی اســـت، در صورتی که کودکان با نشانگان داون که از نظر ظرفیت هوشی در ســـطحی نســـبتاً پایین‌تراند و از توانمندی کمتری در مهارتهای گوناگون برخوردارند، افراد کم انرژی و غیرفعال و گوشه‌گیر و به عبارتی اخم آلودند. البته بعضی از رفتارهای غیرفعال می‌تواند ناشی از اختلال در غده تیروئید، بیماری قلبی یا دشواری شنوایی باشد (کامپوس و کاسادو[1]، ۲۰۱۵؛ سوبی[2] و همکاران، ۲۰۱۵). از دیگر ویژگیهای این گروه، ویژگی شـــناختی این افراد است. دانش‌آموزان عقب‌مانده ذهنی به درجات مختلف دارای ســـه رفتار آموزشی کاملاً مشخص‌اند: دیر می‌آموزند، زود فراموش می‌کنند و در به خاطر ســـپردن و حفظ مهارتها و آموخته‌ها بسیار ضعیف و در تعمیم آموخته‌ها ناتوان اند. از آنجایی که بســـیاری از دانش‌آموزان آهسته گام با نشانگان داون از نظر صحبت کردن و برقراری ارتباط کلامی مؤثر و متقابل با والدین، همســـالان، معلمان و مربیان خود دچار مشکل قابل‌توجهی هستند، بالطبع در یادگیری و کسب اطلاعات و تجارب جدید با محدودیت خاصی مواجه‌اند (افروز، ۱۳۹۳). از سوی دیگر آســـیب‌پذیری 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 پیشـــرفته این اختلال در افراد با نشانگان داون با ایجاد تغییرات در رفتار و شخصیت، گوشه‌گیری، ناتوانی در کنترل رفتار، تحلیل‌رفتن کنشـــهای ذهنی و تشنج احتمالی قابل رویت است. شواهد علمی

1. Campos & Casado
2. Sobey

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-11]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1400.18.3.4.7]

نشـــان می‌دهد که علت این اختلال احتمالاً وجود یک ژن معیوب در کروموزوم ۲۱ اســـت، به‌خصوص این‌که اختلال همان‌طور که اشاره شد در اکثر سالمندان با نشانگان داون یعنی کسانی که دارای اختلال در کروموزوم ۲۱ هســـتند نیز دیده می‌شود (ویزنیفسکی، ویزنیفســـکی و ون[1]، ۱۹۸۵؛ افروز، ۱۳۹۳).

ویژگیهای شخصیتی می‌توانند میزان سازگاری فرد را تعیین کنند. سازگاری فرد به میزان زیادی از شادی و نشاط تأثیر می‌پذیرد. داینر[2] (۲۰۰۲) معتقد است نشاط، نوعی ارزشیابی است که فرد از خود و زندگی اش دارد و مواردی مانند رضایت از زندگی، هیجان و خلق مثبت، فقدان افسردگی و اضطراب را شامل می‌شود و جنبه‌های گوناگون آن نیز به‌صورت شناختها و عواطف است. همچنین چنگ و فورنهام معتقدند که نشـــاط، شامل حالت خوشحالی یا سُـــرور (هیجانات مثبت)، راضی بودن از زندگی و فقدان افســـردگی و اضطراب (عواطف منفی) است (چنگ و فورنهام[3]، 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 پوراشرف، 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، شـــعف، سرمســـتی، گرما، آرامش و مانند اینها. در مجموع زندگی را که با موفقیت حـــول 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[4]، ۲۰۱۲).

صرف‌نظر از زمینه فرهنگی- اجتماعی، خانواده‌های افراد مبتلا به ســـندرم داون به دلیل نگرانیهای مداوم مرتبط با ســـندرم داون با چالشـــهایی منحصر به‌فرد مواجه‌اند (وان‌ریپـــر[5] و همکاران، ۲۰۲۰). لذا عملکرد خانواده افراد مبتلا به ســـندرم داون بســـیار مهم است. با این حال، بیشتر بررسیها در مورد خانواده‌های افراد مبتلا به سندرم داون در کشورهای غربی انجام شده است (چویی[6] 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 بیشـــتر آنها گزارش داده اند که با گذشـــت زمان آنها و خانواده‌هایشان تشخیص دادند که علی‌رغم چالشـــها، داشـــتن 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

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-11]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1400.18.3.4.7]

زیوانکوویچ، مک‌کارتی و اســـپرینگر[1]، ۲۰۱۵؛ مارشاک، لاسینسکی و ویلیامز[2]، ۲۰۱۸؛ پوو، رابرتز، بورک و لئونارد[3]، ۲۰۱۲).

بر اساس رویکرد سیستمی، خانواده خود یک سیستم است که اعضای آن صمیمانه با هم در ارتباط‌اند، دارای گذشـــته مشترک‌اند، در عقاید و ارزشهای خاص با هم ســـهیم‌اند، نقشهای ویژه به‌عهده دارند و به شـــیوه‌ای 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[4]، ۱۳۹۵).

تهیه و تنظیم برنامه‌ای متنوع و جامع، مناسب و در عین حال منعطف در زندگی مبتلایان به سندرم داون به خصوص از همان ماههای اول زندگی در نظم بخشـــیدن 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 بهینه‌ســـازی محیط زندگی آنان، به‌منظور شکوفا کردن حداکثری اســـتعدادهای بالقوه آنها و برخورداری از زندگی نزدیک به افراد عادی و مســـتقل. از این رو، در مطالعه حاضر پژوهشگر سعی کرده است با بررسی مقایسه ای ویژگیهای شخصیتی و نشاط مبتلایان به سندرم داون، برای دســـتیابی به شـــرایط بهتر و ارائه خدمات اجتماعی مناســـب‌تر برای این افراد گامی بردارد. همچنین اهمیت و ضرورت کاربردیِ پژوهش حاضر در آن است که به‌نظرمی‌رسد پژوهشهای انجام شده زمینه مناسبی را برای بررسی مقایسه ای ویژگیهای شخصیتی افراد آهسته گام مبتلا به نشانگان داون بـــا اختلال آلزایمر و بدون اختلال در تهران و باکو فراهـــم نکرده‌اند. افزون بر اهمیت کارکردی مفاهیم پژوهش حاضر در آرای صاحب‌نظران، می‌توان اذعان کرد که به دلیل کافی نبودن مطالعات داخلی درباره متغیرهـــای پژوهش و اهمیت روز افزون حوزه پژوهش در جوامع امـــروزی، انجام این پژوهش ضروری بوده اســـت. دی‌دین و دکر[5] (۲۰۱۶) در پژوهشـــی با عنوان آسیب‌شناســـی پیشـــرفت بیماری آلزایمر در ســـندرم داون نشـــان داده اند که در افراد مبتلا به سندرم داون، افزایش خطر ابتلای به جنون ناشی از بیماری بســـیار بالاتر اســـت. 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[6] و همکاران (۲۰۱۵) در پژوهشـــی با عنوان

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

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-11]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1400.18.3.4.7]

«سندرم داون و بیماری آلزایمر: مسیر مشترک و اهداف مشترک» بیان می‌کنند که در ایالات متحده امریکا، 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[1]، ۲۰۱۴؛ رابرتسون، دیویس و واینفیلد[2]، 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)[3] است. جامعه آماری این پژوهش شامل افراد مبتلا به سندرم داون دارای اختلال آلزایمر و بدون اختلال آلزایمر در دو گروه بوده است که به‌صورت 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[4] استفاده شده است. پرسشنامه‌ها را اعضای خانواده بیماران تکمیل کرده‌اند. این پرسشنامه را کاستا و مک‌کری[5] (۱۹۹۲) ساخته‌اند و ضریب آلفای کرونباخ آن ۰/۷۷ به‌دست آمد. همچنین برای کسب اطلاعات نشاط از «پرسشنامه شادکامی آکسفورد[6]» 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)

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-11]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1400.18.3.4.7]

آرگایل، مارتین و کراسلند[1] (۱۹۸۹) تهیه کرده‌اند و فرم نهایی آن ۲۹ ماده دارد. آرگایل ضریب آلفای ۰/۹۰ را با ۳۴۷ آزمودنی، فورنهام و بروین[2] (۱۹۹۰) آلفای ۰/۸۷ را با ۱۰۱ آزمودنی و نور[3] (۱۹۹۳) با فرمی کوتاه‌تر از این پرسشنامه، آلفای ۰/۸۴ را با ۱۸۰ آزمودنی به‌دست آورده‌اند. در بررسی فرانسیس[4] 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 "سیاههٔ 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 تسهیل‌بخشیدن به تحلیل داده‌های مورد نظر، هر یک از مؤلفه‌های مورد مطالعه کدگذاری شده، سپس با نرم‌افزار SPSS داده‌ها تحلیل شده اند. در راستای تحلیل داده‌ها و پاسخ به سؤالهای پژوهش، از مدل آماری پارامتریک آمار توصیفی شامل بررسی میانگین و انحراف معیار، آزمون لوین (برای بررسی رعایت پیش‌فرض تساوی واریانس متغیرها)، آزمون کولموگروف اسمیرنف (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	۲۴/۵۶	۴/۵۴	۱۹/۳۴	۳/۸۵	۳۳/۲۴	۷/۷۶
انعطاف‌پذیری	۲۰/۷۶	۳/۸۴	۲۵/۸۷	۴/۲۰	۲۱/۵۲	۶/۳۷	۲۸/۹۸	۴/۹۵
توافق‌پذیری	۲۰/۶۵	۳/۰۲	۲۲/۱۰	۳/۵۴	۲۵/۰۸	۵/۲۰	۲۷/۱۸	۴/۴۶
وظیفه‌شناسی	۲۲/۵۱	۳/۸۳	۲۵/۸۷	۵/۲۳	۲۴/۷۶	۵/۱۴	۳۱/۸۲	۵/۹۹
روان‌رنجوری	۳۲/۴۵	۹/۰۳	۳۶/۷۰	۶/۲۴	۲۸/۶۲	۷/۵۷	۲۳/۷۰	۴/۲۴
نشاط	۲۲/۹۶	۱۰/۶	۱۱/۹۹	۳۱/۶	۸۷/۹۶	۱۱/۶	۸۰/۹۹	۶/۰۲

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

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-11]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1400.18.3.4.7]

براســـاس جدول شماره ۱، میانگین و انحراف معیار متغیر اســـت که احتمالاً، مقداری از این تغییر نشـــان‌دهندۀ تأثیر متغیر مســـتقل روی متغیر وابسته بوده است. چنانچه مشـــاهده می‌شود میانگین متغیرهای وظیفه‌شناســـی، انعطاف‌پذیری، توافق‌پذیری و برون‌گرایی و نشـــاط در باکو بیشتر از تهران اســـت و روان‌رنجوری، در تهران بیشتر اســـت. برای آزمون فرضیه‌های تحقیق از آزمون تحلیل واریانس اســـتفاده شده اســـت. قبل از اجرای آزمون، پیش‌فرضهای آن (آزمون کولموگروف- اسمیرنف، یکسانی شیب رگرسیون، خطی بودن) مورد بررسی قرارگرفت. 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 نیســـت (P < ۰/۰۵). بنابراین فرض همگنی ضرایب رگرســـیون در دو گروه پذیرفته می‌شـــود. 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 ۰/۰۵ بیشتر است، پس می‌توان گفت که مفروضه تساوی واریانسها برقرار است (P < ۰/۰۵).

جدول ۲. نتایج مفروضه نرمال بودن توزیع متغیر وابسته

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

با توجه به جدول شـــماره ۲، مفروضه نرمال بودن توزیع متغیر وابسته در همه متغیرها برقرار است. چنانچه سطح معناداری بیشتر از ۰/۰۵ باشد فرض نرمال بودن توزیع متغیر وابسته برقرار است (P < ۰/۰۵).

جدول ۳. نتایج آزمون تحلیل مانوا چند متغیره

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

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-11]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1400.18.3.4.7]

بررســـی جدول ۳، نشـــان‌دهنده تفاوت میـــان میانگینهای دو گروه اســـت. بنابراین می‌توان گفت میان شـــخصیت (برون‌گرایی، روان‌رنجوری، وظیفه‌شناســـی، انعطاف‌پذیری، موافق بودن) و نشاط افراد آهســـته‌گام با نشـــانگان 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 آهسته گام 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 شـــخصیتی و تحولی افراد آهســـته‌گام با نشانگان داون و دارای اختلال آلزایمر و بدون اختلال در تهران و باکو در ســـطح ۰/۰۱ معنادار اســـت ($P < ۰/۰۱$). به عبارت دیگر میان نمرات دو گروه تفاوت معنادار وجود دارد. پس می‌توان نتیجه گرفت که ویژگیهای شخصیتی افراد آهســـته گام با نشـــانگان 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 نشـــاط در شهر باکو نسبت به تهران بیشتر اســـت، اما میانگین روان‌رنجوری در بیماران تهران بیشتر از باکو است

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-11]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1400.18.3.4.7]

بحث و نتیجه‌گیری

هدف اصلی از انجام دادن تحقیق حاضر تعیین تفاوت ویژگیهای شـــخصیتی، خود ارزشمندی 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، وظیفه‌شناســـی، توافق‌پذیری و نشاط در شهر باکو نسبت به تهران بیشتر است اما میانگین روان‌رنجوری در بیماران تهران بیشتر از باکو است. روان‌رنجوری به‌صورت یک تمایل کلی به داشتن حالتهای عاطفی منفی، ایده‌های غیرمنطقی و درگیری با اعمال تکانشی تعریف می‌شود. برون‌گرایـــی به‌صورت یـــک تمایل کلی به ابراز وجود، پویا بودن و انجـــام دادن کارهای اجتماعی تعریف می‌شود. این افراد هیجان‌پذیر، تحریک‌پذیر و خوش‌مشرب‌اند. انعطاف‌پذیری با تمایل کلی به گسترش اطلاعات جدید، داشتن تفکر واگرا و ارزشهای غیر معمول تعریف می‌شود. توافق‌پذیری، به‌صورت یک تمایل کلی به داشتن احساسات نوع‌دوستانه، اعتماد به دیگران و همراهی و موافقت با آنها تعریف می‌شـــود. در نهایت وظیفه‌شناسی، به‌صورت تمایل کلی به داشتن رفتار و شناخت هدفمند، اراده قوی و مصمم بودن تعریف می‌شـــود. بنابراین، انتظار می‌رود که افراد دارای ویژگی وظیفه‌شناسی، برنامه‌ریزانی دقیق باشند. لذا، به‌صورت فعال در برنامه‌های اجتماعی شرکت کنند و موفقیت بالاتری به‌دست آورند. به‌عبارت دیگر وظیفه‌شناسی و انعطاف‌پذیری عملکرد دوره ای، خوشایندی، وظیفه‌شناسی و انعطاف‌پذیری را پیش‌بینی می‌کند. در مقابل روان‌رنجوری به‌صورت منفی با رشد اجتماعی ارتباط دارد (چامورو- پرموزیک[1] و فورنهام، ۲۰۰۳).

پژوهشـــها نشان داده‌اند که روان آزردگی به‌طور پیوسته با علائم افسردگی و کاهش بهزیستی در ســـالمندان ارتباط پیدا کرده است. همچنین، نتایج پژوهشها به رابطه مثبت میان برون‌گرایی، گشـــودگی، توافق‌پذیری و با وجدان بودن با بهزیســـتی روان‌شـــناختی اشـــاره کرده‌اند (تراچانو[2] و همکاران، ۲۰۱۱؛ شـــاناهان[3] و همـــکاران، ۲۰۱۴). در ایران نیز رحیمـــی، طالبیان، روح‌الهی و نقدی‌نســـب (۱۳۹۱)، در پژوهشی به این نتیجه رســـیده اند که تمام ویژگیهای شخصیت به جز گشـــودگی با بهزیستی روان‌شناختی رابطه‌ای معنادار دارد. پژوهشها نشان می‌دهند که ویژگیهای مثبت شخصیت ســـبب افزایش حس اعتماد به نفس و خودکارآمدی بیشتر و در نهایت منجر به عملکردی بهتر می‌شود (هسیه و هوانگ[4]، ۲۰۱۴).

نتایج پژوهش حاضر نشـــان داد که میان مؤلفه روان‌رنجـــوری در دوگروه تهران و باکو تفاوت

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

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-11]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1400.18.3.4.7]

معنادار وجود دارد. به این معنا که مبتلایان به سندرم داون در تهران نسبت به باکو روان‌رنجورترند. می‌توان اذعان 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 برگیرندۀ عناصری بیش از آسیب‌پذیری به ناخوش‌احوالی 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 روان آزردگی 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 شهبازیان‌خونیق، ۱۳۹۷).

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که میان مؤلفه وظیفه‌شناسی در دوگروه 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 وظیفه شناسی‌اند. میان مؤلفه انعطاف‌پذیری در دوگروه 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 غیرمتعارف اند، 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[1]، ۱۹۹۵).

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

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-11]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1400.18.3.4.7]

حیطه‌های این عامل عبارت‌اند از: تخیل زیبایی‌شناسی، عواطف، فعالیت، نظرات و ارزشها (جزایری و مشـــتاق، ۱۳۸۵). همچنین میان مؤلفه توافق‌پذیری در دوگـــروه مبتلایان تهران و باکو تفاوت معنادار وجود داشـــت. به این معنا که مبتلایان به ســـندرم داون در باکو نسبت به مبتلایان تهران نمرات بالاتری در توافق‌پذیری کســـب کرده‌اند. همانند برون‌گرایی، توافق‌پذیری بعدی از تمایلات میان- فردی اســـت. افراد دارای این ویژگـــی به همکاری، اعتماد کردن و حمایتهای میان- فردی تمایل دارند (لیبرت و لیبرت[1]، ۱۹۹۸). عامل توافق‌پذیری با از خودگذشـــتگی مشخص می‌شود. افراد توافق‌پذیر متواضع، گرم و همدل هســـتند. آنان مهربان، مودب، نیک‌اندیش و در رویارویی با رویدادهای زندگی سازش‌پذیر و منعطف اند. 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 (کاســـتا و مک‌کری، ۱۹۹۵). به‌نظر می‌رسد که سمت توافق این شاخص بیشتر به نفع جنبه‌های مثبت اجتماعی و ســـلامت بیشتر روانی متمایل است. البته همین‌طور هم هست، افراد توافق‌پذیر محبوب‌تـــر از افـــراد مخالف‌اند (در جوامع متوازن). افراد مبتلا به ســـندرم داون با اختلال آلزایمر و بدون اختلال آلزایمر در شـــهر باکو در مقایســـه با افراد مبتلا به ســـندرم 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 ســـندرم داون و مشکلات و معلولیتهای جسمی و ذهنی نســـبت به کشور ایران و شهر تهران جا افتاده‌تر است و خانواده‌ها نسبت به چنین مشکل جســـمی و ذهنی پذیراترند، لذا می‌توان گفت که نشاط در شهر باکو نسبت به کشور ایران و شهر تهران به مراتب بیشـــتر 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 همهٔ جوامع حضور فرد مبتلا به ناتوانیهای ذهنی می‌تواند چالشهایی را برای اعضای خانواده ایجاد کند اما از طریق زیرســـاختهای فرهنگی، وزارت بهداشـــت، رســـانه‌های ملـــی و انجمنهای مربوط به بیماریهای خاص می‌توان به این امر کمک شـــایانی کرد تا به افزایش آگاهی و دانش عمومی افراد جامعه درزمینه فرهنگ اختلال و بیماریها منجرشود. زمانی که دانش عمومی و آگاهی افراد جامعه پیرامون یک اختلال چون ســـندرم داون و نیز ویژگیهای شخصیتی، ادراکی و شناختی و رفتاری آنها بالاتر رود توانمندیهای این افراد درکنار ناتوانیها و مشکلات آنها بهبود و ارتقا می‌یابد و همین امر به خودشکوفایی و نشاط بیشتر این افراد منجرمی‌شود.

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

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

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-11]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1400.18.3.4.7]

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. آنهـــا را در برنامه‌های خانوادگی شـــرکت می‌دهند و اعتقاد دارند کـــه آنها نیز باید نظرات خود را ابراز کنند. در مقابل خانواده‌هایی که روابط مناســـبی ندارند و مادرانی که خودارزشمندی ضعیفی دارند، کودکان با نیازهای ویژه را مزاحم خود می‌دانند و حالات هیجانی مناســـب 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 مناســـب‌تر و پذیراتر و عادی‌تر به ســـندرم داون دارد و حتی در مراســـم 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 میـــان محدودیتهـــای این پژوهش می‌توان به تعـــداد محدود افراد نمونـــه، عدم همکاری مؤسسات آموزشی سالمندان مبتلا به سندرم داون با آلزایمر در باکو، دشواری دسترسی به پرونده شـــرکت‌کنندگان ساکن در باکو و آزاد بودن اکثر سالمندان مبتلا به سندرم داون بدون آلزایمر در سطح شهر باکو اشـــاره 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 گیـــرد. از آنجایی کـــه والدین کودکان عقب‌مانده ذهنی هم از اختلالات شـــخصیت رنج می‌برند، از این رو پیشنهاد می‌شود تا برنامه‌های مداخلات رفتاری ویژه برای والدین این کودکان طراحی شـــود تا مشکلات مربوط به اختلالات شخصیت آنها سایر اعضای خانواده را تحت تأثیر قرار ندهد. علاوه براین، به دلیل اینکه مشـــارکتهای اجتماعی نیز تعیین‌کنندهٔ ســـلامت روان سالمندان‌اند، 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 تدوین‌شده شوند. همچنین، تشخیص زودهنگام آلزایمر می‌تواند موجب ارتقای کیفیت زندگی این گروه شود. همچنین پیشنهاد می‌شود در پژوهشـــهای آتی ویژگیهای شخصیتی سالمندان ســـندرم داون یا دیگر گروههای آهسته‌گام در جوامع دیگر بررســـی و با نتایج این پژوهش مقایســـه شـــوند. علاوه‌براین، ویژگیهای جنیستی زن و مرد کنترل نشده در این پژوهش می‌توانند موضوع پژوهشهای بیشتر باشند.

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-11]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1400.18.3.4.7]

منابع

REFERENCES

اســـماعیل‌پور، معصومه؛ رضایی، مهدی؛ پاشازاده‌آذری، زهرا؛ میرزاخانی، نوید و طباطبایی، سیدمهدی. (۱۳۹۷). مقایسه مشـــارکت در عادت‌های زندگی بین کودکان نشانگان داون هفت تا ۱۳ ساله و کودکان سالم. *مجله مطالعات ناتوانی*، ۸ (۱)، ۸۸.

افروز، غلامعلی. (۱۳۹۳). *مقدمه‌ای بر روانشناســـی و توانبخشـــی کودکان مبتلا به ســـندرم داون (منگولیسم)*. موسسه انتشارات و چاپ دانشگاه تهران.

جزایری، علیرضا و مشتاق بیدختی، نهاله. (۱۳۸۵). *سوء مصرف مواد در سالمندان*. *سالمند*، ۱ (۱) ۵۱-۵۵.

خان‌احمدی، محمد؛ فرهود، داریوش؛ مالمیر، مریم و اورنگ، سهیلا. (۱۳۹۴). همپوشانی ژنتیکی نشانگان داون و بیماری آلزایمر. *فصلنامه کودکان استثنایی*، ۱۵ (۴)، ۲۹-۳۶.

دســـتجردی، رضا؛ فـــرزاد، ولی‌اله و کدیور، پروین. (۱۳۹۰). نقش پنج عامل بزرگ شـــخصیت در پیش‌بینی بهزیســـتی روانشناختی. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند*، ۱۸ (۲)، ۱۲۶-۱۳۳.

رحیمی، داود؛ طالبیان، محمدحســـن؛ روح الهی، حســـین و نقدی نسب، لیلا. (۱۳۹۱). *بررســـی رابطه ساده و چندگانه ویژگی‌های شـــخصیتی با بهزیستی روان‌شناختی در دانشجویان دانشگاه شـــهید چمران اهواز*. سومین همایش ملی مشاوره، خمینی شهر، دانشگاه آزاد اسلامی واحد خمینی شهر.

صالحی، مســـلم. (۱۳۹۷). نقش واســـطه‌ای عزت نفس در رابطه بین ویژگی‌های شخصیتی و عملکرد شغلی دبیران شهر مرودشت. *روش‌ها و مدل‌های روان‌شناختی*، ۹ (۳۱)، ۱-۲۴.

عزیزی، معصومه و شـــهبازیان‌خونیق، آرش. (۱۳۹۷). نقش میانجیگرانهٔ باورهای غیرمنطقی در ارتباط ابعاد شـــخصیت با ادراک حمایت اجتماعی بیماران میگرنی. *مطالعات روان‌شـــناختی 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 ثنایی. تهران: امیرکبیر.

نظرزاده، فروزان؛ مامی، شـــهرام و نظرزاده، مســـعود. (۱۳۹۳). بررسی رابطه بین تیپ شخصیتی با میزان اعتماد به نفس در بین دانشـــجویان 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.

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-11]

[DOR: 20.1001.1.26766728.1400.18.3.4.7]

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, 167*A(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.

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-11]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1400.18.3.4.7]

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. *Annuals 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.

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-11]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1400.18.3.4.7]