

مقایسه بلوغ هیجانی در پسران نوجوان با سندروم داون (تحقیقی در مدارس عادی و استثنایی)

* ساحل همتی^۱، معصومه پورمحمدرضای تخریشی^۲، مهدی رصافیانی^۳، رباب تیموری^۴، محمدرضا کوشش^۵، پیمان شیرین بیان^۶

چکیده

هدف: این مطالعه به بررسی مقایسه‌ای بلوغ هیجانی و مشکلات مربوطه در پسران ۱۲ تا ۱۸ ساله مبتلا به سندروم داون می‌پردازد که در مدارس عادی و استثنایی درس می‌خوانند. **روش بررسی:** در این مطالعه مقایسه‌ای، در دو گروه ۱۵ کودک با سندروم داون ۱۲ تا ۱۸ ساله پسر از مدارس عادی و استثنایی، با توجه به همسان‌سازی در متغیرهای بهره هوشی، سن، تحصیلات خانواده و وضعیت اجتماعی-اقتصادی، با استفاده از پرسشنامه مقیاس بلوغ هیجانی افراد مورد ارزیابی و بررسی قرار گرفتند. **یافته‌ها:** افراد با سندروم داون که در مدارس عادی درس می‌خوانند به‌طور معناداری ($P < 0/001$) در مقیاس‌های بلوغ هیجانی و مؤلفه‌های آن (ثبات و بازگشت هیجانی و نیز سازگاری اجتماعی و استقلال) اختلاف دارند. **نتیجه‌گیری:** مهارت‌های اجتماعی در نوجوانان با سندروم داونی که در مدارس عادی تحصیل می‌کنند در مقایسه با هم‌تایان خود که در مدارس استثنایی درس می‌خوانند رشد مناسب‌تری دارد. این نتیجه می‌تواند تاییدی در بسط آموزش فراگیر باشد. **کلیدواژه‌ها:** سندروم داون، آموزش فراگیر، بلوغ هیجانی.

۱- روانپزشک، دانشیار مرکز تحقیقات توانبخشی اعصاب اطفال، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران
 ۲- دکترای روان‌شناسی، استادیار مرکز تحقیقات توانبخشی اعصاب اطفال، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران
 ۳- دکترای کاردرمانی، دانشیار مرکز تحقیقات توانبخشی اعصاب اطفال و گروه آموزشی کاردرمانی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران
 ۴- دکترای زبان‌شناسی، مرکز تحقیقات توانبخشی اعصاب اطفال، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران
 ۵- کارشناس ارشد روان‌شناسی، مرکز تحقیقات توانبخشی اعصاب اطفال، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران
 ۶- دانشجوی دکترای روان‌شناسی، مرکز تحقیقات توانبخشی اعصاب اطفال، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران

دریافت مقاله: ۹۲/۰۹/۱۸
 پذیرش مقاله: ۹۲/۱۲/۱۳

* آدرس نویسنده مسئول:

تهران، اوین، بلوار دانشجو، خیابان کودکیار، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، مرکز تحقیقات توانبخشی اعصاب اطفال.

* تلفن: ۹۹ ۲۲۱۸۰۰۰۹ (۲۱) ۹۸+

* رایانامه:

sahel.hemmati@yahoo.com



مقدمه

درس خواندن و تحصیل علم برای کودکان و نوجوانان حائز اهمیت است. تحصیل علم منجر به کسب مهارت‌هایی می‌گردد که جهت زندگی فردی و اجتماعی لازم است (۱). مدت زمان طولانی نیست که کودکان کم‌توان ذهنی می‌توانند تحصیل کنند و به مدرسه بروند (۲). سندروم داون شایع‌ترین مورد ژنتیکی مادرزادی است که با درجاتی از کم‌توانی ذهنی همراه است (۳). در کشورهای پیشرفته از سال ۱۹۷۱ کودکان با سندروم داون مانند دیگر هم‌تاهای کم‌توان خود اجازه تحصیل در مدارس را گرفتند. اما متأسفانه هنوز بسیاری از کودکان با سندروم داون هرگز به مدرسه و محیط‌های آموزشی راه پیدا نمی‌کنند (۱).

سیستم آموزش فراگیر از سال ۱۹۸۰ در دنیا اجرا گردید و کودکان با نیازهای ویژه مانند دیگر کودکان می‌توانند تا در نزدیک‌ترین مدرسه به محل زندگی به تحصیل بپردازند (۴). طرح آموزش فراگیر منتقدان و مدافعان بسیاری را داراست (۵). در نقاط قوت طرح بیان گردیده: این طرح به کودکان بدون توجه به ناتوانایی آنان آموزش می‌دهد، طوری که بتوانند همگی عضوی از یک جامعه باشند و همین امر درک متقابل را در افراد بهبود و منجر به افزایش مهارت‌های اجتماعی و فردی در افراد با سندروم داون می‌گردد (۶). با وجود تلاش‌های فراوانی که در جهت سیستم آموزش فراگیر انجام گرفته است، به دلیل نگرش‌های منفی و محدودیت‌های فراوان تعداد بسیار کمی از کم‌توانان می‌توانند در مدارس معمول درس بخوانند (۷). مانند هر طرح و برنامه جدید اجرای طرح سیستم آموزش فراگیر نیاز به بسترسازی مناسب دارد. لذا به دنبال رفع نواقص طرح مزبور سمپوزیوم‌ها و کنفرانس‌های آموزشی فراوانی در دنیا در جهت اجرای هر چه بهتر آموزش فراگیر انجام گرفته است (۸). با توجه به این که مشکلات هیجانی مسایل مربوطه به یادگیری را تشدید می‌کند، بنابراین سنین نوجوانی و مسایل مربوط به بلوغ هیجانی از سیستم آموزشی جدا نیست (۹). آیا کودکان با سندروم داونی که با سیستم آموزشی فراگیر درس می‌خوانند در مهارت‌های اجتماعی با هم‌سالان خود که در مدارس ویژه تحصیل می‌کنند تفاوت معناداری دارند؟

نوجوانی در کنار تحصیل مناسب امکان تحول مثبت و کسب مهارت‌های مناسب زندگی را فراهم می‌سازد؛ بنابراین شناخت پتانسیل‌های رشدی در این دوره حائز اهمیت است (۱۰). در پژوهش انجام شده در سال ۲۰۰۷ نشان داده شده است که اختلال در هیجان‌ات موجب طرد اجتماعی در افراد با سندروم داون می‌گردد (۱۱). بلوغ هیجانی موجب برقراری ارتباط مؤثر، سازگاری اجتماعی و مقابله با مشکلات و ایجاد همدلی است.

آنچه در افراد با سندروم داون موجب کارآمدی بهتر می‌شود برخورداری از بلوغ هیجانی مناسب است. افراد با سندروم داون ضعف قابل ملاحظه‌ای در بلوغ هیجانی و حیطه‌های مربوط به آن دارند (۱۲). تحقیقات نشان می‌دهد که آموزش بلوغ هیجانی در کاهش رفتارهای نامتناسب در افراد با سندروم داون سهم به‌سزایی دارد (۱۳) و از آن رو که افراد با سندروم داون قدرت تقلید بالایی دارند، بنابراین آموزش رفتار از راه تقلید و مشاهده به خوبی انجام می‌گیرد (۱۴). در نتیجه افراد با سندروم داونی که در جامعه زندگی می‌کنند و با افراد بیشتری در ارتباطند می‌توانند آموزش‌های هیجانی مناسبی را مشاهده و دریافت نمایند (۱۵). در زلاندنو نشان داده شده است که تشکیل تیم‌های تخصصی و آموزش برای مریبان و کودکان با سندروم داون که در سیستم آموزشی فراگیر تحصیل می‌کنند نقش مهمی در موفقیت و کاهش مشکلات هیجانی آنها دارد (۱۶). از این رو در این طرح برآن شدیم که به بررسی و مقایسه بلوغ هیجانی در افراد با سندروم داونی که در مدارس معمول و استثنایی درس می‌خوانند بپردازیم.

روش بررسی

نوع مطالعه مقایسه‌ای با روش نمونه‌گیری در دسترس و هدفمند می‌باشد. ۱۵ نوجوان پسر با سندروم داون که در مدارس معمول تحصیل می‌کنند با ۱۵ هم‌تای خود که در مدارس استثنایی درس می‌خوانند جهت بررسی بلوغ هیجانی مورد بررسی قرار گرفتند. هر دو گروه از نظر سنی و وضعیت اقتصادی خانواده‌ها با هم هم‌تاسازی شده بودند. ملاک‌های ورود و خروج: نوجوانان پسری که در محدوده سنی ۱۲ تا ۱۸ سال باشند و بر طبق آزمون هوشی و کسلر بهره هوشی آنان در محدوده ۷۰ تا ۸۴ باشد. مشکلات طبی و جسمی همراه مانند دیابت، صرع و بیماری‌های قلبی و نیز مشکلات عمده اختلال حرکتی و شنوایی نداشته باشند. دارویی جهت اختلال جسمی و روانی مصرف نکنند. اختلال روانی عمده نداشته و در خانواده با هر دو والد زندگی کنند. از والدین هر دو گروه رضایت جهت شرکت در طرح اخذ گردید و به والدین اطمینان داده شد که اطلاعات آنها محرمانه باقی خواهد ماند و نتیجه آنها در کار تحقیقی مشخص می‌گردد. از پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک و مقیاس بلوغ هیجانی جهت جمع‌آوری اطلاعات استفاده گردید. مقیاس بلوغ هیجانی (Emotional Maturation Scale) در سال ۱۹۷۴ توسط دکتر سینگ و بهارگاوا ساخته و در سال ۱۳۷۸ در ایران ترجمه شده است. مقیاس بلوغ هیجانی دارای ۴۸ سؤال است. مقیاس خودگزارش دهی پنج‌گزینه‌ای است که از ۵ نمره‌گذاری می‌شود. برای پاسخ‌های منفی نمره کمتر و جواب‌های مثبت



یافته‌ها

۱۵ نوجوان با سندروم داون ابتدا از نظر مشخصات دموگرافیک تأثیرگذار توسط آزمون‌های آماری بررسی شدند. نتایج نشان‌دهنده همگن بودن آنان از نظر متغیرهای مداخله‌گر نظیر وضعیت شغلی مادر ($P=0/482$) و پدر ($P=0/75$) و درآمد والدین ($P=0/079$) بودند. توزیع سنی آزمودنی‌ها نشان‌دهنده آن است که در گروه سنی ۱۲ تا ۱۴ سال بیشترین تعداد (۳۳/۳٪) بود و کمترین تعداد در گروه ۱۶ تا ۱۸ سال بود (۴/۷۱٪). در جدول ۱ میانگین و انحراف معیار متغیر بلوغ هیجانی در دو گروه نشان داده شده است. گروه ۱ نوجوانان با سندروم داونی هستند که در مدارس معمولی تحصیل می‌کنند و در گروه ۲ نوجوانان با سندروم داون که در مدارس استثنایی درس می‌خوانند. در جدول ۱ تفاوت معنادار در دو گروه نشان داده شده که قابل تأمل است. در جدول شماره ۲ به بررسی مؤلفه‌های بلوغ هیجانی و تفاوت آن در دو گروه پرداخته شده است. ثبات هیجانی در دو گروه تفاوت معناداری دارد. آموزش در مدارس عادی بر بازگشت هیجانی نوجوان تأثیر مناسبی می‌گذارد (نمرات کمتر در این مؤلفه در کودکان داون گروه ۱). تفاوت میانگین بارز در سازگاری اجتماعی کودکان گروه ۱ نشان‌دهنده سازگاری اجتماعی بهتر آنان است. استقلال نوجوانان در گروه ۱ با توجه به جدول مناسب‌تر می‌باشد.

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار در متغیر بلوغ هیجانی نوجوانان پسر با سندروم داون در دو گروه مطالعه.

| متغیر | میانگین گروه ۱ | انحراف معیار گروه ۱ | میانگین گروه ۲ | انحراف معیار گروه ۲ | سطح معناداری |
|-------------|----------------|---------------------|----------------|---------------------|--------------|
| بلوغ هیجانی | ۱۱۸/۱۴ | ۱۴/۵۸ | ۱۳۲/۱۹ | ۱۷/۰۸ | <۰/۰۰۱ |

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار به تفکیک در متغیرهای بلوغ هیجانی نوجوانان پسر با سندروم داون در دو گروه مطالعه.

| متغیر | میانگین گروه ۱ | انحراف معیار گروه ۱ | میانگین گروه ۲ | انحراف معیار گروه ۲ | سطح معناداری |
|---------------------|----------------|---------------------|----------------|---------------------|--------------|
| عدم ثبات هیجانی | ۲۴/۱۹ | ۳/۹۴ | ۲۶/۸۵ | ۴/۲۵ | <۰/۰۰۱ |
| بازگشت هیجانی | ۲۱/۵۲ | ۴/۲۱ | ۲۳/۳۸ | ۵/۴۷ | <۰/۰۰۱ |
| عدم سازگاری اجتماعی | ۲۱/۵۳ | ۴/۲۱ | ۲۷/۷۱ | ۵/۱۷ | <۰/۰۰۱ |
| فروپاشی شخصیت | ۲۶/۱۹ | ۴/۴۶ | ۲۹/۸۵ | ۵/۰۱ | <۰/۰۰۱ |
| فقدان استقلال | ۲۱/۷۱ | ۲/۷۷ | ۲۴/۳۸ | ۳/۰۰ | <۰/۰۰۱ |

ثبات روانی، استقلال و توانایی رعایت حدود هیجانی و عاطفی دیگران تعریف می‌شود (۱۸).؛ به خوبی می‌توان ارتباط و تأثیر توانایی مهارت‌های زندگی و بلوغ هیجانی را تفسیر نمود. زیرا که بهتر شدن بلوغ هیجانی بهبود کیفیت زندگی را به دنبال خواهد داشت. مینگر نشان داده که غالب ویژگی‌های افرادی که به بلوغ هیجانی مناسب رسیده‌اند با توجه به سازگاری افراد با خودشان

بحث

پژوهش حاضر اثرات محیط و سیستم تحصیلی را در بلوغ هیجانی دو گروه نوجوان با سندروم داون بررسی کرده است. مؤلفه بلوغ هیجانی در نوجوانان با سندروم داونی که در مدارس معمولی درس می‌خوانند بهتر و بالاتر از گروه دیگر بود. از آنجا که بلوغ هیجانی با مؤلفه‌های صمیمیت، همدلی، ابراز وجود،



و احساسات خود و اطرافیان رفتارهای مناسب در موقعیت‌های چالش برانگیز انجام می‌گیرد (۲۹). چنانچه در جدول ۲ نشان داده شد در افراد با سندروم داونی که زمان‌های بیشتری را با همسالان عادی خود می‌گذرانند، مؤلفه مذکور کاهش مناسب را نشان می‌دهد. مؤلفه استقلال و خودیاری با شناخت مناسب خویش و بیان خواسته‌ها تحقق می‌یابد (۳۰). اسمیت و همکاران با تحقیقی که بر روی نوجوانان در مدارس عادی انجام دادند بر آموزش مهارت‌های زندگی و کمک به استقلال آنان تأکید نموده‌اند (۳۱). در مطالعه کنونی نیز با توجه به جدول ۲ در گروه ۱ افراد با سندروم داون استقلال بهتری را دارا بوده‌اند.

نتیجه‌گیری

با توجه به آنچه بیان شد می‌توان نتیجه گرفت که در طول زندگی بلوغ هیجانی به صورت خودکار و همراه با کسب تجربه و تعامل با دیگران شکل می‌گیرد، اما افراد با سندروم داون با نشانگان فیزیولوژیک خاصی که دارا هستند، در روابط و تعاملات با دیگران کاستی‌هایی را مانند مزوی بودن نشان می‌دهند. با توجه به آموزش و تکامل بلوغ هیجانی در اجتماع، سیستم آموزشی فراگیر به بهبود آموزش این فرایند کمک خواهد نمود. پژوهش حاضر ضمن تأکید بر سیستم آموزش فراگیر به بسترسازی و توسعه مناسب آن توصیه می‌کند.

با توجه به طرح آموزشی فراگیر به محققین توصیه می‌گردد که جهت کمک به حل مشکلات اجرایی موجود و رفع موانع، به تحقیقات در زمینه ارتباط سیستم آموزشی فراگیر و مسایل رفتاری در افراد با نیازهای ویژه توجه خاصی مبذول نمایند تا به توسعه هرچه بیشتر و بهتر آن کمک گردد. تحقیق در جامعه آماری بزرگ‌تر و نیز در جنس مونث و مقایسه آن با جنس مذکر در برنامه‌ریزی بهتر و شناخت مشکلات توصیه می‌گردد.

و همسالان مشخص می‌گردد (۱۹) که در افراد با سندروم داون که در مدارس عادی حضور می‌یابند رشد مناسب دارد (۲۰) این تحقیق که در سال ۲۰۰۲ انجام شده است با تحقیق حاضر همسو می‌باشد.

در مطالعه‌ای که آرخر در سال ۲۰۰۶ انجام داده است کودکان با سندروم داون در سیستم فراگیر در حیطه ارتباطی، اجتماعی شدن، رفتار و تکلم پیشرفت قابل ملاحظه‌ای را دارا هستند (۲۱). مطالعه آلکین در سال ۱۹۹۹ بیان می‌نماید که کودکان با سندروم داونی که در مدارس عادی درس می‌خوانند مهارت‌های هیجانی‌شان با فرآیند اجتماعی شدن بهتر، رشد مناسب می‌یابد (۲۲). در مؤلفه عدم ثبات هیجانی که با مسائل آسیب‌پذیری و تندخویی و لجبازی ارتباط دارد (۲۳)، این مشکل در افراد با سندروم داون بسیار شایع می‌باشد (۲۴). آموزش پایداری هیجانی فرد را در برابر استرسها قوی می‌سازد. همان گونه که در سال ۲۰۰۷ نشان داده شده است با آموزش‌های مناسب پایداری هیجانی در نوجوانان با سندروم داون به دست می‌آید (۱۰). ارکات در سال ۱۹۹۱ نیز بر پایداری هیجانی با آموزش‌های مهارت زندگی تأکید می‌کند (۲۵). مهارت‌های زندگی به طور معمول از خانواده، مدرسه و اجتماع یاد گرفته می‌شود. البته تماس مداوم در انتقال اطلاعات مؤثر است (۲۶). در تحقیق حاضر نیز بهبود ثبات هیجانی به طور مشخص در کودکان با سندروم داون که در مدارس عادی تحصیل می‌کنند نشان داده شده است. حل مشکلات بین فردی، توسعه روابط اجتماعی و افزایش ارتباط با همسالان در مؤلفه سازگاری اجتماعی سنجیده می‌شود؛ از این رو است که انجام برخی کارها مانند بازی، نقاشی و نمایش می‌تواند به بهبود روابط اجتماعی کمک کند (۲۷). مؤلفه فروپاشی شخصیت شامل کلیه عواملی است که نشان‌دهنده عدم ثبات شخصیت است، مانند بدبینی و رفتارهای اضطرابی و افسردگی (۲۸). یعنی با درک موقعیت

منابع

- 1-Buckley S, Bird G. Education for individuals with Down syndrome-An overview. Down Syndrome Issues and Information [Internet]. 2000 [cited 2014 May 22]; Available from: <http://www.down-syndrome.org/information/education/overview/?page=2>
- 2-Becker H, Roberts G, Dumas S. The Inclusion Inventory. Special Services in the Schools. 2000;16(1-2):57-72.
- 3-Gash H, Gonzales SG, Pires M, Rault C. Attitudes towards Down syndrome: A national comparative study in France, Ireland, Portugal and Spain. The Irish Journal of Psychology. 2000;21(3-4):203-14.
- 4-Bunch GO. Inclusion: how to: essential classroom strategies. Toronto: Inclusion Press; 1999.
- 5-Ross C, Specht. Focus on Strategies for including children in the classroom. 2(1). London, ON: Research Alliance for Children with Special Needs. 2002
- 6-Khangani Z. Teachers' attitude toward inclusion class. Research On Exceptional Child. 2004; 4(11-14): 33-50.
- 7-Luddy EF. A case analysis of three middle-school boys who have Down

- syndrome and have been in regular education classes since preschool [PhD Dissertation]. Andrews University; 2002.
- 8-Kumin L. Classroom language skills for children with Down syndrome: a guide for parents and teachers. Bethesda, MD: Woodbine House; 2001.
- 9-Merrick J, Kandel I, Vardi G. Adolescents with Down syndrome. International journal of adolescent medicine and health. 2004;16(1):13-20.
- 10-Jones CB. Creative dramatics: a way to modify aggressive behavior. Early Child Development and Care. 1991;73(1):43-53.
- 11-Feeley K, Jones E. Strategies to address challenging behaviour in young children with Down syndrome. Down Syndrome Research and Practice. 2008;12(2):153-63.
- 12-Brayden R. Down Syndrome, university of Colorado school of medicine. first edition. USA: Mckesson provider technologies; 2006, 56-67.
- 13-Emerson E. Prevalence of psychiatric disorders in children and adolescents with and without intellectual disability. Journal of Intellectual



- Disability Research. 2003;47(1):51-8.
- 14-Valls Gubern T. School stage and students with Down syndrome. *International Medical Review on Down Syndrome*. 2010;14(2):31-3.
- 15-Albertyn R. Patterns of improvement individual through the course of a life skills program. *Journal of Studies in The Education of Adults*. 2001; 33(2): 18-21
- 16-Gilmore L, Campbell J, Cuskelly M. Developmental Expectations, Personality Stereotypes, and Attitudes Towards Inclusive Education: Community and teacher views of Down syndrome. *International Journal of Disability, Development and Education*. 2003;50(1):65-76.
- 17-Karami A. [Emotional Maturation Scale (Perisan)]. Thesis for PhD. Alame Tabatabayi University; 1999, pp: 34-9.
- 18-Smith DD. Introduction to special education: teaching in an age of opportunity. Boston: Allyn and Bacon; 2001, pp: 14-32.
- 19-Meninger. Strategies of effective learners on interpersonal skills courses. *Traning and management devolepmental methods*. 2004; 29(5): 407-418.
- 20-Buckley SJ. Autism and Down syndrome. *Down Syndrome News and Update*. 2005;4(4):114-120.
- 21-Buckley SJ, Bird G, Sacks B, Archer T. A comparison of mainstream and special education for teenagers with Down syndrome: Implications for parents and teachers. *Down Syndrome Research and Practice*. 2006;9(3):54-67.
- 22-Freeman SFN, Alkin MC, Kasari CL. Satisfaction and Desire for Change in Educational Placement for Children with Down Syndrome Perceptions of Parents. *Remedial and Special Education*. 1999;20(3):143-51.
- 23-Eddington M. Emotional maturity and emotional intelligence. *Journal of Marriage and Family*. 90: 638-43.
- 24-Hemmati S. [Down Syndrome (2), cognitive behavioral training (Persian)]. Tehran: University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences Pub; 2000, p: 45-8.
- 25-Errecart MT, Walberg HJ, Ross JG, Gold RS, Fiedler JL, Kolbe LJ. Effectiveness of teenage health teaching modules. *Journal of School Health*. 1991;61(1):26-30.
- 26-Tuttle J, Campbell-Heider N, David TM. Positive adolescent life skills training for high-risk teens: results of a group intervention study. *Journal of pediatric health care*. 2006;20(3):184-91.
- 27-Novy C. Drama therapy with pre-adolescence. A narrative prespective. *Journal of Arts in Psychotherapy*. 2003; 30(4): 201-7.
- 28-LaFromboise TD, Lewis HA. The Zuni Life Skills Development Program: A School/Community-Based Suicide Prevention Intervention. *Suicide and Life-Threatening Behavior Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2008;38(3):343-53.
- 29-Coe DA, Matson JL, Russell DW, Slifer KJ, Capone GT, Baglio C, et al. Behavior problems of children with Down syndrome and life events. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 1999;29(2):149-56.
- 30-Murray J. An experimental Analysis of factors determining mental health between the Teen. *Journal of Personality & Social Psychology*. 1997; 18: 99-110.
- 31-Smith R, Garrie B. The effect of life skills Training on increasing Assertive behavior in 3 grade female student. *Journal of clinical psychology*. 2005; 53(1): 56-64.

The Comparison of Emotional Maturity in Male Adolescents with Down Syndrome (Research in Normal and Exceptional Schools)

*Hemmati S. (M.D.)¹, Pourmohamadreza Tajrishi M. (Ph.D.)², Rassafyani M.(Ph.D.)³, Teymouri R. (Ph.D.)⁴, Kooshesh M. (M.Sc.)⁵, Shirinbayan P. (M.Sc.)⁶

Receive date: 09/12/2013

Accept date: 04/03/2014

1-Psychiatrist, Associate Professor, Pediatric Neurorehabilitation Research Center, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran

2-Ph.D. in Psychology, Assistant Professor of Pediatric Neurorehabilitation Research Center, Department of Psychology and Exceptional Children Education, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran

3-Ph.D. in Occupational Therapy, Associate Professor, Pediatric Neurorehabilitation Research Center, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran

4-Ph.D. in Linguistics, Pediatric Neurorehabilitation Research Center, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran

5-M.Sc. in Psychology, Pediatric Neurorehabilitation Research Center, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran

6-Ph.D. in Psychology, Pediatric Neurorehabilitation Research Center, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran

*Correspondent Author Address:
Pediatric Neurorehabilitation Research Center, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Koodakyar St., Daneshjoo Blvd., Evin, Tehran, Iran.

*Tel: +98 (21) 22180099

*E-mail: sahel.hemmati@yahoo.com

Abstract

Objective: This research is compromised emotional maturity in male adolescents with Down syndrome (12-18) years old that study in ordinary and exceptional schools.

Materials & Methods: At first 15 male students with DS that were in formal school matched with 15 students in Exceptional school (IQ, age, family education and socioeconomic state were the same) Then EMS (Emotional Maturity Scale) was tested by researchers.

Results: Adolescents with DS in formal schools are significantly different and have better scale in emotional maturity and its fields. ($p < 0.001$)

Conclusion: Emotional maturity in adolescents with DS in formal schools is positive and better than peers in Exceptional classes. This result is helpful to improve the integrated education system.

Keywords: Down syndrome, integrated education, Emotional maturity