

مقایسه استرس ادراک شده، انسجام خانوادگی و خودپنداره مادران کودکان با اختلال طیف اتیسم و عادی

الهه استوی* / کارشناسی ارشد روان شناسی عمومی / دانشگاه گیلان

عباسعلی حسین خانزاده / دانشیار گروه روان شناسی / دانشگاه گیلان

معصومه ساکت محجوب / کارشناسی ارشد روان شناسی عمومی / دانشگاه گیلان

حاتم محمدی / کارشناسی ارشد روان شناسی عمومی / دانشگاه گیلان

چکیده

زمینه: حضور کودک با اختلال طیف اتیسم، فشار زیادی بر اعضای خانواده، به ویژه مادران وارد می کند. مادران کودکان با اختلال طیف اتیسم با چالش های بسیاری روبه رو هستند که آن ها را در معرض سطوح بالای استرس و دیگر پیامدهای منفی روانی قرار می دهند. این پژوهش به منظور مقایسه استرس ادراک شده، انسجام خانوادگی و خودپنداره مادران کودکان با اختلال طیف اتیسم و عادی انجام گرفت.

روش: پژوهش حاضر از نوع علی مقایسه ای بود. جامعه آماری در این پژوهش عبارت از همه مادران کودکان ۷ تا ۱۱ ساله با اختلال طیف اتیسم و عادی شهر رشت در سال تحصیلی ۹۳-۱۳۹۲ بود. نمونه مورد مطالعه نیز ۴۹ نفر از مادران دارای کودک با اختلال طیف اتیسم و ۵۲ مادر دارای کودک عادی بود که با شیوه نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. برای اندازه گیری متغیرهای پژوهش از مقیاس استرس ادراک شده کوهن و همکاران، مقیاس انسجام خانوادگی بلوم و نار و پرسش نامه خودپنداره بک استفاده شد. برای تحلیل داده های به دست آمده از روش های آمار توصیفی میانگین و انحراف استاندارد و از روش استنباطی تحلیل واریانس چندمتغیره استفاده شد.

یافته ها: نتایج نشان داد که تفاوت معناداری بین ۲ گروه مادران کودکان با اختلال طیف اتیسم و مادران کودکان عادی در استرس ادراک شده ($p < 0/0001$)، انسجام ($P < 0/0001$) و خودپنداره ($P < 0/0001$)، وجود دارد.

نتیجه گیری: بنابراین باید با طراحی برنامه های آموزشی مناسب برای والدین از تاثیرات داشتن فرزند اتیسم بر اعضای خانواده به خصوص مادران جلوگیری کرد.

واژه های کلیدی: استرس ادراک شده، انسجام خانوادگی، خودپنداره، مادران، اختلال طیف اتیسم

مقدمه

تحولی، یکی از انواع اختلال هایی است که خانواده ها را با چالش های بسیاری روبه رو می کند (۳). به گزارش پنجمین راهنمای آماری و تشخیصی اختلال های روانی^۱، در حال حاضر، نرخ شیوع اختلال طیف اتیسم در آمریکا و سایر کشورها حدود ۱ درصد است (هم در کودکان و هم بزرگسالان) (۴). همچنین اختلال طیف اتیسم یکی از رایج ترین اختلال های فراگیر تحولی است. نخستین شخصی که به طور مستقیم با کودک ارتباط برقرار می کند، مادر است. مادر وقتی با فرزند دارای اختلال طیف

اختلال طیف اتیسم، اختلال تحولی پیچیده ای است که بر اساس مجموعه ای از کمبودها در تعاملات اجتماعی، زبان، رفتار و کنش های شناختی طبقه بندی می شود (۱). ویژگی های این اختلال و نیز گاهی تشخیص دیر هنگام و دشوار، بروز علائم بعد از یک دوره طبیعی و بهنجار تحول کودک، فقدان درمان های قطعی و موثر و پیش آگهی نه چندان مطلوب می تواند فشار روانی شدیدی را بر خانواده و والدین کودکان تحمیل کند (۲). اختلال های فراگیر

از انسجام خوبی برخوردارند می‌توانند با عوامل تنش‌زا یا بحران به خوبی سازش یافته، یا آن را پشت سر گذارند. مادران کودکان با اختلال طیف اتیسم از جمله مادرانی هستند که از انسجام خانوادگی پایین‌تری نسبت به مادران کودکان عادی برخوردارند.

همچنین در گذشته تمرکز پژوهش‌ها در مورد رابطه والد- کودک بیشتر معطوف به اثراتی بود که والدین از نظر روان‌شناختی بر کودک خود داشتند، اما به تازگی تاکید این پژوهش‌ها به سمت و سویی است که اثراتی را که کودکان بر والدین خود می‌گذارند، بررسی کنند (۱۵). این اثرات زمانی که کودکان، دارای نارسایی روان‌شناختی یا نیازهای ویژه هستند، بیشتر هم می‌شود. همان‌طور که ذکر شد یکی از آسیب‌پذیرترین این گروه‌ها، مادران کودکان با اختلال طیف اتیسم هستند. با وجود این موضوع تاکنون بیشتر پژوهش‌های انجام شده در زمینه اختلال طیف اتیسم در ایران متمرکز بر کودکان با اختلال طیف اتیسم بوده (۱۶) و پژوهش‌های اندکی در زمینه والدین کودکان صورت گرفته است. در همین راستا، پژوهش حاضر با هدف بررسی مقایسه استرس ادراک‌شده، انسجام خانوادگی و خودپنداره در مادران کودکان با اختلال طیف اتیسم و عادی انجام شد.

روش

جامعه آماری پژوهش دربرگیرنده همه مادران دارای کودک با اختلال طیف اتیسم که در مراکز توانبخشی خدمات دریافت می‌کردند و مادران کودکان عادی شهر رشت در سال ۱۳۹۲ بود. نمونه مورد بررسی متشکل از ۴۹ مادر دارای کودک با اختلال طیف اتیسم و ۵۲ مادر دارای کودک عادی در شهر رشت بود که به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند.

ابزار

مقیاس استرس ادراک‌شده: این مقیاس که توسط کوهن و همکاران در سال ۱۹۸۳ تهیه شده، دارای ۳ نسخه ۴، ۱۰ و ۱۴ گویه‌ای است که برای سنجش استرس معمولی درک‌شده در یک ماه گذشته به کار می‌رود. این مقیاس برای گروهی

اتیسم خود روبه‌رو می‌شود، به علت نگهداری دایمی، نیاز به فراهم کردن شرایط ویژه تحول این کودک و رویارویی با استرس‌هایی از جمله رفتارهای قالبی، مشکلات زبانی، ناآرامی و نداشتن مهارت مراقبت از خود؛ کارکرد طبیعی او تضعیف می‌شود. برخی از پژوهش‌ها نشان داده‌اند که میانگین اختلال‌های روانی در مادران کودکان با نیازهای ویژه بالاتر از مادران دارای کودک عادی است (۵).

یکی از گروه‌هایی که بیشترین تاثیر منفی را بر خانواده به‌خصوص مادر دارد، گروه کودکان با اختلال طیف اتیسم است. در بسیاری از مادران این کودکان، نوعی احساس خودارزشمندی منفی یا خودپنداره ضعیف ایجاد می‌شود. منظور از خودپنداره، حرمت خود و قضاوت افراد درباره توانایی‌ها یا ارزش خود (خواه کلی و عمومی، خواه در حوزه‌های ویژه) است (۶). خودپنداره اشاره به درک از خود و توانایی‌های خود دارد (۷) که تا حدی بازتابی از دیگران نسبت به فرد است (۸).

پژوهش‌های متعددی نشان داده‌اند که والدین کودکان با اختلال طیف اتیسم نسبت به والدین سایر کودکانی که نیازهای ویژه دارند، استرس بالاتری را تجربه می‌کنند (۹). متغیر دیگری که حضور یک کودک دارای اختلال در خانواده، به شدت آن را تحت تاثیر قرار می‌دهد، انسجام خانواده است. بیشتر پژوهشگران معتقدند که انسجام دربرگیرنده اتصال عاطفی اعضای خانواده با یکدیگر است (۱۰). یک خانواده منسجم این گونه است؛ خانواده‌ای با اتصال عاطفی میان اعضا که هر کدام از این اعضا دارای رابطه‌ای قوی با یکدیگر هستند، هر چند که رغبت‌های مشابه دارند و اوقات زیادی را با هم صرف می‌کنند (۱۱). برخی از پژوهشگران خانواده، انسجام را به عنوان منبعی برای رویارویی با عوامل تنش‌زا می‌دانند (۱۲) و (۱۳). مک کوبین و فیگلی (۱۴) و مک کوبین و همکاران (۱۲) معتقدند خانواده‌ها به‌طور معمول با عوامل تنش‌زا مواجه می‌شوند. برخی از این عوامل مثبت بوده (مانند بچه‌دار شدن زوج جوان، رفتن فرزندان به دانشگاه و...) و برخی دیگر منفی (مانند تولد و داشتن فرزند با ناتوانی، از دست دادن شغل والدین، فوت یکی از اعضای خانواده و...) هستند. در حقیقت خانواده‌هایی که

بازآزمایی و روش آماری آلفای کرونباخ محاسبه شد. ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۷ محاسبه شد. پایایی این مقیاس با استفاده از روش بازآزمایی نیز مورد محاسبه قرار گرفت، بدین صورت که بعد از گذشت تقریباً ۲ هفته از اجرا در مرتبه اول، مقیاس برای اجرای مجدد در اختیار ۳۰ نفر (۱۵ مادر و ۱۵ پدر) از اعضای گروه نمونه قرار گرفت. ضریب بازآزمایی برای مقیاس که از طریق بررسی همبستگی بین نمرات صورت گرفت، ۰/۸۵ به دست آمد که در سطح ۰/۰۰۱ و ۰/۰۰۰۱ معنی دار بود. در کل نتایج به دست آمده از هر ۲ روش (آلفای کرونباخ و بازآزمایی) نشان دهنده پایایی این مقیاس در سطح مطلوب بودند. روایی این مقیاس توسط عیسی پور نیز از طریق همبستگی با مقیاس فرآیندهای خانواده (فرم الف) به دست آمد. با اجرای هر ۲ پرسش نامه نتیجه همبستگی ۰/۸۹ به دست آمد که در سطح ۰/۰۱ معنی دار بوده است (۲۰). همچنین با استفاده از روایی همسانی درونی، یعنی بررسی همبستگی هر نمره با نمره کل، روایی مورد محاسبه قرار گرفت که نتایج رضایت بخش بود.

یافته‌ها

در جدول ۱ شاخص‌های توصیفی متغیرهای مورد بررسی و همچنین نتایج آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس‌ها گزارش شده است.

از جامعه طراحی شده است که دست کم دارای تحصیلات دیپلم هستند. در این پژوهش از پرسش نامه ۱۴ عاملی استفاده شد. کوهن و همکاران آلفای کرونباخ را برای این مقیاس ۰/۸۴ و ۰/۸۶ محاسبه کردند (۱۷). همچنین ضرایب روایی سازه این پرسش نامه در پژوهش‌های بهروزی، شهنی و پورسید ۰/۶۳ محاسبه شد (۱۸).

مقیاس خودپنداره بک: این آزمون دارای ۲۵ سوال است و هر سوال ۵ گزینه دارد که فرد باید خصایص خودش را با دیگران درجه بندی کند. محورهای آزمون عبارتند از: توانایی ذهنی، درجه جذابیت فیزیکی، مسایل اخلاقی، کفایت کاری و روابط اجتماعی. اعتبار مقیاس سنجش خودپنداره بک در پژوهشی بر مبنای ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۵ گزارش شد که همبستگی درونی نسبتاً خوبی را نشان می‌دهد. روایی آزمون نیز از طریق انجام آزمون تی بین میانگین نمرات افراد عادی و افسرده در هر سوال تجزیه و تحلیل شده که در تمام موارد، تفاوت معنی داری به دست آمد (۱۹).

مقیاس انسجام خانوادگی: این مقیاس به وسیله بلوم و نار' به منظور اندازه گیری انسجام خانواده طراحی و تهیه شد. مقیاس فوق برای کمک به متخصصان در جهت فهم بهتر عملکرد خانواده و بالابردن کیفیت مداخلات سلامت عملکرد خانواده ساخته شده است. سازندگان این مقیاس، ضریب آلفای کرونباخ را برای مادران و پدران به ترتیب ۰/۸۴ و ۰/۷۵ گزارش کردند. پایایی این مقیاس، توسط پژوهشگر نیز با استفاده از

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی متغیرهای مورد بررسی در گروه مادران کودکان با اختلال طیف اتیسم و عادی

متغیر	گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار	آزمون لوین	سطح معنی داری
انسجام خانوادگی	اتیسم	۴۹	۱۸/۸۰	۱/۲۷	۲/۶۰۹	۰/۱۰۹
	عادی	۵۲	۲۰/۶۳	۲/۱۰		
خودپنداره	اتیسم	۴۹	۷۰/۲۶	۵/۳۸	۰/۶۹۴	۰/۴۰۷
	عادی	۵۲	۷۷/۰۸	۸/۱۹		
استرس ادراک شده	اتیسم	۴۹	۴۴/۵۷	۳/۴۳	۲/۶۹۸	۰/۱۰۴
	عادی	۵۲	۴۰/۱۵	۴/۸۲		

استرس ادراک‌شده در سطح $0/0001$ معنی‌دار است (لامبدای ویلکز = $0/577$ ، $F = 23/688$ ، $P = 0/0001$). بنابراین می‌توان گفت که بین گروه مادران کودکان با اختلال طیف اتیسم و عادی دست کم در یکی از متغیرهای انسجام خانوادگی، خودپنداره و استرس ادراک‌شده تفاوت معنی‌دار وجود دارد. در ادامه به بررسی اثرات بین آزمودنی‌های انسجام خانوادگی، خودپنداره و استرس ادراک‌شده ۲ گروه مادران کودکان دارای اتیسم و عادی پرداخته می‌شود.

برای مقایسه نمره انسجام خانوادگی، خودپنداره و استرس ادراک‌شده در ۲ گروه مادران کودکان با اختلال طیف اتیسم و عادی، از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره استفاده شد. با توجه به جدول ۲ و معنی‌دار نبودن آزمون لوین، واریانس متغیرها همگن هستند. پس می‌توان از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره استفاده کرد. با توجه به آماره F تحلیل واریانس چندمتغیره بررسی تفاوت ۲ گروه مادران کودکان با اختلال طیف اتیسم و عادی در انسجام خانوادگی، خودپنداره و

جدول ۲. آزمون معناداری تحلیل واریانس چندمتغیره

نام آزمون	مقدار	f	فرضیه df	خطا df	سطح معناداری	مجذور اینا
اثر پیلایی	۰/۴۲۳	۲۳/۶۸۸	۳	۹۶	۰/۰۰۰۱	۰/۴۲۳
لامبدای ویلکز	۰/۵۷۷	۲۳/۶۸۸	۳	۹۶	۰/۰۰۰۱	۰/۴۲۳
اثر هوتلینگ	۰/۷۳۳	۲۳/۶۸۸	۳	۹۶	۰/۰۰۰۱	۰/۴۲۳
بزرگترین ریشه روی	۰/۷۳۳	۲۳/۶۸۸	۳	۹۶	۰/۰۰۰۱	۰/۴۲۳

جدول ۳. تحلیل واریانس چندمتغیره برای مقایسه انسجام خانوادگی، خودپنداره و استرس ادراک‌شده ۲ گروه مادران کودکان با اختلال طیف اتیسم و عادی

متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره f	سطح معناداری	مجذور اینا
انسجام خانوادگی	۸۵/۲۹۰	۱	۸۵/۲۹۰	۲۷/۹۵۸	۰/۰۰۰۱	۰/۲۲۰
خودپنداره	۱۱۷۰/۵۱۹	۱	۱۱۷۰/۵۱۹	۲۴/۱۱۶	۰/۰۰۰۱	۰/۱۹۶
استرس ادراک‌شده	۴۹۲/۳۲۰	۱	۴۹۲/۳۲۰	۲۷/۸۰۷	۰/۰۰۰۱	۰/۲۱۹

از لحاظ استرس ادراک‌شده در سطح پایین تری قرار دارند. همچنین، برای مقایسه خرده‌مقیاس‌های خودپنداره (توانایی ذهنی، جذابیت فیزیکی، مسایل اخلاقی، کفایت کاری و مهارت‌های اجتماعی) در ۲ گروه مادران کودکان با اختلال طیف اتیسم و عادی نیز، از آزمون تحلیل واریانس چند متغیره استفاده شد. در جدول ۴ شاخص‌های توصیفی متغیرهای مورد بررسی و همچنین نتایج آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس‌ها گزارش شده است.

همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، نتایج آزمون اثر بین آزمودنی‌ها نشان می‌دهد که بین ۲ گروه مادران کودکان با اختلال طیف اتیسم و عادی از لحاظ متغیرهای انسجام خانوادگی ($F = 27/958$ ، $df = 1$ ، $P < 0/0001$)، خودپنداره ($F = 24/116$ ، $df = 1$ ، $P < 0/0001$) و استرس ادراک‌شده ($F = 27/807$ ، $df = 1$ ، $P < 0/0001$) تفاوت معنی‌دار وجود دارد. به عبارت دیگر، مادران کودکان عادی نسبت به مادران کودکان با اختلال طیف اتیسم از لحاظ انسجام خانوادگی و خودپنداره در سطوح بالاتر و

جدول ۴: شاخص‌های توصیفی متغیرهای مورد بررسی در گروه مادران کودکان با اختلال طیف اتیسم و عادی

متغیر	گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار	آزمون لوین	سطح معنی داری																																									
توانایی ذهنی	اتیسم	۴۹	۱۲/۸۴	۲/۷۹	۳/۵۶۷	۰/۰۶۲																																									
	عادی	۵۲	۱۵/۴۴	۴/۹۹			جذابیت فیزیکی	اتیسم	۴۹	۱۳/۹۰	۳/۰۰	۰/۸۵۹	۰/۳۵۶	عادی	۵۲	۱۵/۱۰	۲/۲۳	مسایل اخلاقی	اتیسم	۴۹	۱۴/۶۳	۱/۹۲	۲/۲۳۸	۰/۱۳۸	عادی	۵۲	۱۶/۸۵	۶/۲۹	کفایت کاری	اتیسم	۴۹	۱۱/۲۶	۲/۳۲	۰/۰۱۵	۰/۹۰۳	عادی	۵۲	۱۲/۸۶	۲/۱۳	مهارت‌های اجتماعی	اتیسم	۴۹	۱۷/۶۳	۱/۹۲	۰/۵۶۱	۰/۴۵۶	عادی
جذابیت فیزیکی	اتیسم	۴۹	۱۳/۹۰	۳/۰۰	۰/۸۵۹	۰/۳۵۶																																									
	عادی	۵۲	۱۵/۱۰	۲/۲۳			مسایل اخلاقی	اتیسم	۴۹	۱۴/۶۳	۱/۹۲	۲/۲۳۸	۰/۱۳۸	عادی	۵۲	۱۶/۸۵	۶/۲۹	کفایت کاری	اتیسم	۴۹	۱۱/۲۶	۲/۳۲	۰/۰۱۵	۰/۹۰۳	عادی	۵۲	۱۲/۸۶	۲/۱۳	مهارت‌های اجتماعی	اتیسم	۴۹	۱۷/۶۳	۱/۹۲	۰/۵۶۱	۰/۴۵۶	عادی	۵۲	۱۸/۳۳	۲/۳۱								
مسایل اخلاقی	اتیسم	۴۹	۱۴/۶۳	۱/۹۲	۲/۲۳۸	۰/۱۳۸																																									
	عادی	۵۲	۱۶/۸۵	۶/۲۹			کفایت کاری	اتیسم	۴۹	۱۱/۲۶	۲/۳۲	۰/۰۱۵	۰/۹۰۳	عادی	۵۲	۱۲/۸۶	۲/۱۳	مهارت‌های اجتماعی	اتیسم	۴۹	۱۷/۶۳	۱/۹۲	۰/۵۶۱	۰/۴۵۶	عادی	۵۲	۱۸/۳۳	۲/۳۱																			
کفایت کاری	اتیسم	۴۹	۱۱/۲۶	۲/۳۲	۰/۰۱۵	۰/۹۰۳																																									
	عادی	۵۲	۱۲/۸۶	۲/۱۳			مهارت‌های اجتماعی	اتیسم	۴۹	۱۷/۶۳	۱/۹۲	۰/۵۶۱	۰/۴۵۶	عادی	۵۲	۱۸/۳۳	۲/۳۱																														
مهارت‌های اجتماعی	اتیسم	۴۹	۱۷/۶۳	۱/۹۲	۰/۵۶۱	۰/۴۵۶																																									
	عادی	۵۲	۱۸/۳۳	۲/۳۱																																											

با توجه به معنی دار نبودن آزمون لوین، واریانس متغیرها همگن هستند. پس می‌توان از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره استفاده کرد.

جدول ۵. آزمون معناداری تحلیل واریانس چندمتغیره

نام آزمون	مقدار	f	df	خطا df	سطح معناداری	مجذور ای تا
اثر پیلاپی	۰/۳۳۸	۹/۷۱۲	۵	۹۵	۰/۰۰۰۱	۰/۳۳۸
لامبدای ویلکز	۰/۶۶۲	۹/۷۱۲	۵	۹۵	۰/۰۰۰۱	۰/۳۳۸
اثر هوتلینگ	۰/۵۱۱	۷۱۲/۹	۵	۹۵	۰/۰۰۰۱	۰/۳۳۸
بزرگترین ریشه روی	۰/۵۱۱	۷۱۲/۹	۵	۹۵	۰/۰۰۰۱	۰/۳۳۸

با توجه به معنی دار نبودن آزمون لوین، واریانس متغیرها همگن هستند. پس می‌توان از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره استفاده کرد.

طیف اتیسم و عادی دست کم در یکی از خرده‌مقیاس‌های توانایی ذهنی، جذابیت فیزیکی، مسایل اخلاقی، کفایت کاری و مهارت‌های اجتماعی تفاوت معنی دار وجود دارد. در ادامه به بررسی اثرات بین آزمودنی‌ها؛ خرده‌مقیاس‌های توانایی ذهنی، جذابیت فیزیکی، مسایل اخلاقی، کفایت کاری و مهارت‌های اجتماعی ۲ گروه مادران کودکان با اختلال طیف اتیسم و عادی پرداخته می‌شود.

با توجه به جدول، آماره F تحلیل واریانس چندمتغیره بررسی تفاوت ۲ گروه مادران کودکان با اختلال اتیسم و عادی در خرده‌مقیاس‌های خودپنداره (توانایی ذهنی، جذابیت فیزیکی، مسایل اخلاقی، کفایت کاری و مهارت‌های اجتماعی) در سطح ۰/۰۰۰۱ معنی دار است (۰/۶۲۲=لامبدای ویلکز، F=۹/۷۲۲، P=۰/۰۰۰۱). بنابراین می‌توان گفت که بین گروه مادران کودکان با اختلال

جدول ۶. تحلیل واریانس چندمتغیره برای مقایسه خرده‌مقیاس‌های توانایی ذهنی، جذابیت فیزیکی، مسایل اخلاقی، کفایت کاری و مهارت‌های اجتماعی ۲ گروه مادران کودکان با اختلال طیف اتیسم و عادی

متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره f	سطح معناداری	مجذور اینا
توانایی ذهنی	۱۷۱/۲۷۱	۱	۱۷۱/۲۷۱	۲۹/۳۶۰	۰/۰۰۰۱	۰/۲۲۹
جذابیت فیزیکی	۳۱/۷۱۸	۱	۳۱/۷۱۸	۴/۵۸۱	۰/۰۳۵	۰/۰۴۴
مسایل اخلاقی	۱۲۳/۶۰۵	۱	۱۲۳/۶۰۵	۵/۵۷۷	۰/۰۲۰	۰/۰۵۳
کفایت کاری	۶۴/۵۸۹	۱	۶۴/۵۸۹	۱۳/۰۶۰	۰/۰۰۰۱	۰/۱۱۷
مهارت‌های اجتماعی	۱۲/۱۶۰	۱	۱۲/۱۶۰	۲/۶۷۰	۰/۱۰۵	۰/۰۲۶

همان‌طور که در جدول ۶ مشاهده می‌شود، نتایج آزمون اثر بین آزمودنی‌ها نشان می‌دهد که بین ۲ گروه مادران کودکان با اختلال طیف اتیسم و عادی از لحاظ خرده‌مقیاس‌های توانایی ذهنی ($F=29/360$ ، $df=1$ ، $P < 0/0001$)، جذابیت فیزیکی ($F=4/581$ ، $df=1$ ، $P < 0/035$)، مسایل اخلاقی ($F=5/577$ ، $df=1$ ، $P < 0/020$) و کفایت کاری ($F=13/060$ ، $df=1$ ، $P < 0/0001$) تفاوت معنی‌دار وجود دارد. در حالی که بین ۲ گروه مادران کودکان با اختلال طیف اتیسم و عادی از لحاظ خرده‌مقیاس مهارت‌های اجتماعی تفاوت معنی‌دار مشاهده نشد ($P > 0/05$). به بیان دیگر، مادران کودکان با اختلال طیف اتیسم نسبت به مادران کودکان فاقد این اختلال از لحاظ توانایی ذهنی، جذابیت فیزیکی، مسایل اخلاقی و کفایت کاری در سطح بالاتری قرار دارند.

بحث و نتیجه‌گیری

همان‌گونه که والدین بر افراد خانواده تاثیر می‌گذارند، فرزندان نیز با ویژگی‌های تحولی و رفتاری خود، تاثیراتی بر رفتار والدین برجای می‌گذارند. اختلال‌های فراگیر از رایج‌ترین مسایل روان‌شناختی کودکان است که بر کارکردهای روانی و اجتماعی اعضای خانواده تاثیرگذار است. در این بین مادر به عنوان عضوی از این مجموعه که بیشترین تعامل و نزدیکی با کودک را دارد، می‌تواند در معرض استرس بیشتری باشد. در این پژوهش استرس

ادراک‌شده، انسجام خانوادگی و خودپنداره مادران دارای فرزند با اختلال طیف اتیسم و مادران کودکان عادی مورد مقایسه قرار گرفت. نتایج نشان داد مادران کودکان با اختلال طیف اتیسم استرس بیشتری در مقایسه با مادران کودکان عادی متحمل می‌شوند. این یافته‌ها با نتایج پژوهش وبستر و همکاران (۹) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان چنین گفت که بررسی‌های انجام شده روی والدین کودکان با اختلال طیف اتیسم نشان داده است که آن‌ها با استرس‌های بسیاری مواجه‌اند (۲۱، ۲۲). یکی از مسایلی که می‌تواند موجب استرس در مادران کودکان با اختلال طیف اتیسم شود، ماهیت اختلال طیف اتیسم است. کودکان با اختلال طیف اتیسم در مقایسه با کودکان بهنجار و کودکان با ناهنجاری‌های دیگر، مشخصه‌ها و ویژگی‌های متفاوتی را از خود نشان می‌دهند. از یک سو این اختلال طیف متنوعی از ناهنجاری‌های زبانی، ارتباطی، رفتاری و اجتماعی را دربرمی‌گیرد. یکی از منابع اصلی استرس برای مادران کودکان با اختلال طیف اتیسم خصوصیات کودک مانند مشکلات در بیان کلامی، بی‌ثباتی‌های شناختی، مشکلات رفتاری، سازش‌پذیری و شدت ناتوانی‌هاست (۲۳) که نمرات بالای مادران در قلمرو کودک مؤید آن است.

در یک پژوهش در مقایسه بین میزان استرس در مادران کودکان با اختلال طیف اتیسم و مادران کودکان با نشانگان داون، میزان استرس در مادران کودکان با اختلال طیف اتیسم بالاتر بود (۲۴). در واقع،

زیرا در زندگی شان وقایع غیرقابل پیش‌بینی و مشکلات بیشتری را تجربه می‌کنند، بنابراین داشتن خودپنداره مثبت باعث شادی و استحکام بیشتر خانواده‌شان خواهد شد. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که درک از خود فردی، نقش عمده‌ای در بروز رفتار و کسب تجارب در افراد دارد. خودپنداره منفی با سازگاری اجتماعی و شخصیتی ضعیف مرتبط است (۳۴). اشخاصی که خودپنداره ضعیفی دارند ممکن است اظهار احساس بی‌ارزشی، بی‌علاقگی یا حتی تنفر از خود کنند. آن‌ها ممکن است احساس ناراحتی یا ناامیدی و درجاتی از فقدان انرژی حتی برای انجام کارهای بسیار ساده را داشته باشند. در واقع، توجه مثبت به عنوان حایلی برای تاثیر استرس بر سلامتی ذکر شده است (۳۵). نتیجه این که مادران کودکان با اختلال طیف اتیسم، خودپنداره منفی نسبت به مادران کودکان عادی دارند. خودپنداره مثبت روی سلامت روان و کیفیت زندگی تاثیرگذار است. بنابراین باید توجه ویژه‌ای به خودپنداره مادران کودکان با اختلال طیف اتیسم قائل شد و در پی ارتقای خودپنداره این مادران بود. همچنین نتایج این پژوهش نشان داد که مادران کودکان عادی نسبت به مادران کودکان با اختلال طیف اتیسم از لحاظ انسجام خانوادگی در سطح پایین‌تری قرار دارند. این یافته با نتایج برخی پژوهش‌ها (۳۵، ۳۶ و ۳۷) همسو است. نتایج نشان داد که مادران کودکان عادی نسبت به مادران کودکان با اختلال طیف اتیسم از لحاظ خانوادگی و خودپنداره در سطوح بالاتر و از لحاظ استرس ادراک‌شده در سطح پایین‌تری قرار دارند. بنابراین باید در مراکز آموزش و توان‌بخشی کودکان با اختلال طیف اتیسم، برنامه‌هایی برای تقویت حرمت خود، خودکارآمدی و انسجام والدین به‌خصوص مادران طراحی شود. با توجه به استرس ادراک‌شده در مادران کودکان با اختلال طیف اتیسم می‌توان با ارائه خدمات روان‌شناختی، کارگاه‌های آموزش والدین و انجمن‌های حمایت از والدین باعث کاهش استرس در آن‌ها شد. از سویی نیز به والدین دارای فرزند اتیسم و به‌ویژه مادران توصیه می‌شود با واکنش‌های منطقی نسبت به این مسئله، تربیت صحیح فرزندشان و پیگیری راهکارهای

استرس‌زاترین عاملی که مادران کودکان با اختلال طیف اتیسم تجربه می‌کنند پذیرش کم جامعه نسبت به رفتارهای اتیسم و شکست در گرفتن حمایت اجتماعی است. براساس برخی پژوهش‌ها استرس از جمله مسایلی است که گریبانگیر مادران کودکان با اختلال طیف اتیسم می‌شود و شواهد قابل توجهی وجود دارد که سطح بالای استرس با تکلیف مراقبت از کودکان با اختلال طیف اتیسم همراه است (۲۵).

پژوهش‌های اخیر در مورد والدین کودکان با اختلال طیف اتیسم نشان می‌دهند که والدین این کودکان در مقایسه با والدین کودکان عادی و سایر کودکانی که نیازهای ویژه یا بیماری‌های مزمن دارند، استرس بالاتری را تجربه می‌کنند (۲۶، ۲۷، ۲۸، ۲۹، ۳۰ و ۳۱). پژوهش‌های مختلف نشان داده‌اند مشارکت والدین در روند درمان تاثیر بسزایی بر بهبود کودک با اختلال طیف اتیسم، سلامت روان و کاهش استرس والدین دارد (۳۲ و ۳۳).

همچنین این پژوهش به بررسی خودپنداره در مادران کودکان با اختلال طیف اتیسم و عادی پرداخت. نتایج نشان داد که بین خودپنداره و خرده‌مقیاس‌های آن در مادران کودکان با اختلال طیف اتیسم و عادی تفاوت معناداری وجود دارد. ۲ گروه در میزان توانایی ذهنی، جذابیت فیزیکی، مسایل اخلاقی و کیفیت کاری تفاوت معناداری با هم دارند. درحالی که بین ۲ گروه مادران کودکان با اختلال طیف اتیسم و عادی از لحاظ خرده‌مقیاس مهارت‌های اجتماعی تفاوت معنی‌دار مشاهده نشد. براساس نتایج پژوهش حاضر، خودپنداره نقش بسیار مهمی در سلامت روان دارد، زیرا این فکر، اندیشه ما در مورد خود ما است که می‌گوید دنیای اطراف خود و محیط‌مان را چگونه بنگریم و چگونه زندگی کنیم. بنابراین افرادی که خودپنداره مثبت دارند به نحو بهتر و موثرتری با وقایع زندگی کنار می‌آیند، بهتر می‌توانند در برابر مشکلات بایستند و تصمیمات معقول و منطقی در برابر پیشامدهای غیرقابل انتظار بگیرند. در نتیجه زندگی موفقیت‌آمیزتری را سپری خواهند کرد و دارای سلامت روانی مناسبی خواهند بود و این در مورد مادران کودکان با اختلال طیف اتیسم بیشتر صدق می‌کند،

درمانی افزون‌بر پیشرفت فرزندشان، در جهت سلامت روان‌شناختی خود و خانواده گامی مثبت نهاده تا به موفقیت در آینده امیدوار باشند. از جمله محدودیت‌های پژوهش، روش نمونه‌گیری غیرتصادفی و تعداد نه‌چندان زیاد نمونه است. پیشنهاد می‌شود این پژوهش در نمونه وسیع‌تر و در مورد سایر مادران کودکان با نیازهای ویژه، همچنین پدران این کودکان و دیگر اعضای خانواده صورت گیرد تا امکان مقایسه نتایج فراهم شود.

References:

1. Lazar M, Laura M, Miles James S, Babb Jeffrey B, Donaldson. Axonal deficits in young adults with High Functioning Autism and their impact on processing speed. *NeuroImage: Clinical*. 2014; 4 ; 417-425.
2. Meirsschaut M, Roeyers H, Warreyn P. Parenting in families with autism spectrum disorder and a typically developing child: Mothers' experiences and cognitions. *Journal of Research in Autism Spectrum Disorders*. 2010; 4: 661-9.
3. Schieve LA, Blumberg JS, Rice C, Visser SN, Boyle C. The relationship between autism and parenting stress. *Pediatrics*. 2007; 119 (1): 114-121.
4. Ganji M. Psychopathology according to the DSM-5. Volume II.. Tehran: Salavan. (2013); pp: 556. [Persian]
5. Saif N, Naderi E. Psychology and Education of Exceptional Children, Tehran: Arasbaran. 2006. [Persian]
6. Elbaum B, Vgugh S, Boardman A. The social functioning of students with learning disabilities: Implications for inclusion. *Exceptionality*. 2001; 9(2): 47-66.
7. Jansen M, Schroeders U, Ludtke O. Academic self-concept in science: Multidimensionality, relations to achievement measures, and gender differences. *Learning and Individual Differences*. 2014; 30: 11-21.
8. Popovici DV, Belciu C. Self-Concept Pattern in Adolescent Students with Intellectual Disability. *Social and Behavioral Sciences*. 2013; 78: 516 - 520.
9. Webster A, Filer A, Webster V, Lovell C. Parental perspectives on early intensive intervention for children diagnosed with autistic spectrum disorder. *Journal of Early Childhood Research*. 2004; 2: 25-29
10. Jefferson M. Linkages between Family Cohesion and Sibling Relationships in Families Raising a Child with a Disability. M. A. Thesis, Brigham Young University; 2007.
11. Olson DH. "Circumflex Model of Marital of Family Systems". Available by internet [on line]. 1999 <<http://www.Life innovations. Com>>. [Oct 2007].
12. McCubbin HI, Thompson EA, Thompson AI, Futrell JA. *The Dynamics of Resilient Families: Volume 4*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications. 1999.
13. Sofronoff K, Farbotko M. The effectiveness of parent management training to increase self-efficacy in parents of children with Asperger syndrome. *Autism*. 2002; 6 (3): 271-286.
14. McCubbin HI, Figley CR. *Stress and the Family: Volume 1: Coping with Normative Transitions*. New York: Brunner/Mazel; 1983.
15. Golabi P, Alipur A, Zandi, B. The effect of ABA therapy in the treatment of children with autism spectrum disorder. *Research On Exceptional children*. 2005; 15 (5): 54-33. [Persian]
16. Jalali Moghadam N, Pouretamad HR, Salehe Seghpor B, Khushabi K, Cheema N. . Comparison of coping strategies in parents of children with pervasive developmental disorder and parents of normal children. *Journal Of Family Research*. 2007; 12 (3): 761-774. [Persian]
17. Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*. 1983; 24 (4): 385-96.
18. Behrozi N, Shahni Yeilagh M, Pourseyedi M. Perfectionism, perceived stress and social support, academic burnout. *Culture strategy*. 2012; 5 (20): 83-102. [Persian]

19. Dunn M, Burbine I, Bowers C, Tantleff-Dunn S. Moderators of stress in parents of children with Autism. *Community Mental Health Journal*. 2001; 37(1): 39-52.
20. IsaPour M. Check Arbat family cohesion and relationships siblings in the family child educable mentally retarded. Master's thesis. Faculty of Education and Psychology, Shiraz; 2009. [Persian]
21. Duart CS, Bordin I. A, Yazigi L, Mooney J. Factors accossiated with stress in mothers of children with autism. *Autism*. 2005; 9 (4): 416-422.
22. Baker-Ericzen MJ, Bookman-Fraze L, Stahmer A. Stress level and adaptability in parents of toddlers with and without autism spectrum disorders. *Research & Practice for Persons with Severe Disabilities*. 2005; 30 (4): 194-204.
23. Benzies KM, Harrison MJ, Magill-Evans J. Parenting stress, marital quality, and child behavior problems at age 7 years. *Public Health Nursing*. 2004; 21 (2):111-121.
24. Benderix Y, Nordstorn B, Sivberg B. Parents' experience of having a child with autism and learning disabilities living a group. [Cited 2006]. Available from: URL; <http://www.aut.sagepub.com>
25. Osborne LA, Reed P. Stress and self-perceived parenting behaviors of parents of children with autistic spectrum conditions. *Research in Autism Spectrum Disorders*. 2010; 4 (3): 405-414.
26. Estes A, Munson J, Dawson G, Kohler E, Zhou X, Abbott R. Parenting stress and psychological functioning among mothers of preschool children with autism and developmental delay. *Autism*. 2009; 13 (4): 375-387.
27. Brobst JB, Clopton JR, Hendrick SS. Parenting children with autism spectrum disorders: The couple's relationship. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*. 2009; 24 (1): 38-49.
28. Khoramabadi R, Pouretamad HR, Tahmasebiyan K, Cheema, N. Comparison of stress Parenting mothers of children with autism with mothers of normal children. *Journal of Family Research*. 2009; 5: 19-5. [Persian]
29. Dabrowska E, Pisula E. Parenting stress and coping styles in mothers and fathers of pre-school children with autism and Down syndrome. *Journal of Intellectual and Developmental Disabilities*. 2010; 54 (3): 266-280.
30. Davis NO, Carter AS. Parenting stress in mothers and fathers of toddlers with autism spectrum disorders: Associations with child characteristics. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2008; 38 (6): 1278-1291.
31. Keen D, Couzens A, Muspratt S, Rodger S. The effects of a parent focused intervention for children with a recent diagnosis of autism spectrum disorder on parenting stress and competence. *Research in Autism Spectrum Disorders*. 2010; 4 (2): 229-241.
32. Matson ML, Mahan S, Matson JL. Parent training: A review of methods for children with autism spectrum disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders*. 2009; 3 (4): 868-875.
33. Rice MJ. Evidence-based practice principles: using the highest level when evidence is limited. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*. 2011; 17: 445-48.
34. Shu BC, Luh WM, Li SM, Lu SY. Self-concept and menopause among mid-life women: a survey in Southern Taiwan. *Maturitas*. 2007; 57:132-38.
35. Donnelly E. Parents of Children with Asthma: An Examination of Family Hardiness, Family Stressors, and Family Functioning. *Journal of Pediatric Nursing*. 1994; 9: 398-408.
36. Lucia VC, Breslau N. Family cohesion and children's behavior problems. *Psychiatry Research*. 2006; 141 (2) : 141- 149.
37. Belardinelli C, Hatch JP, Olvera RL, Fonseca M, Caetano SC, Nicoletti M, Pliszka M, Soares JC. Family Environment patterns in families with bipolar children. *Journal of Affective Disorders*. 2007; 29 (3): 18-27