

راهبردهای مقابله‌ای والدین کودکان مبتلا به اختلالات فراگیر تحولی

Parents of Children With Pervasive Developmental Disorders and Their Coping Strategies

N. JalaliMoghadam ✉

H. R. Pouretmad, Ph.D.

B. S. Sedghpor

K. KhoShabi, Ph.D.

N. Chimeh, Ph.D.

نیلوفر جلالی مقدم ✉

کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی کودک و نوجوان

دکتر حمیدرضا پوراعتماد

استادیار گروه روان‌شناسی و پژوهشکده خانواده دانشگاه شهید بهشتی

بهرام صالح صدق‌پور

عضو هیأت علمی دانشگاه شهید رجایی

دکتر کتابیون خوشابی

فلوشیپ روان‌پزشکی کودک، استادیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

دکتر نرگس چیمه

استادیار پژوهشکده خانواده دانشگاه شهید بهشتی

چکیده:

Abstract

The purpose of this study is to investigate the coping strategies used by parents of children with Pervasive Developmental Disorders (PDD). Parents of 43 children with PDD were selected through random sampling method and matched on age, education, and sex of children as well.

A control group of 43 parents of child-

هدف این مطالعه بررسی راهبردهای مقابله‌ای در والدین کودکان مبتلا به اختلالات فراگیر تحولی است. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه والدین کودکان مبتلا به اختلالات فراگیر تحولی تحت پوشش مرکز ساماندهی درمان و توانبخشی اختلالات اتیستیک و مرکز اتیسم به‌آرا در تهران می‌باشند.

✉Corresponding author: Private Practice

Tel: +9821-22120357

Fax: +9821-22120357

Email: nili_9822@yahoo.com

* نویسنده مسئول: تهران - کوی فراز - بوعلی - بلوک ۴۰۳ -

طبقه ۷ - واحد ۱

تلفن: ۰۲۱-۲۲۱۲۰۳۵۷ - دورنما: ۰۲۱-۲۲۱۲۰۳۵۷

پست الکترونیک: email: nili_9822@yahoo.com

ren without documented physiological/psychological problems were selected using simple sampling method from two districts of Tehran (2 & 6).

All participants were asked to fill in the Coping Responses Inventory (Billings & Moos, 1981). This inventory measures 5 types of coping strategies including appraisal-focused coping (5-items), problem-focused coping (3 items), emotion-focused coping (11 items), somatic-focused coping (9 items) and social support focused coping (4 items). The test-retest reliability coefficient of this inventory is 0.80. Also the reliability of each subscale of this inventory is 0.90 for problem-focused coping, 0.60 for emotion-focused coping, 0.68 for appraisal-focused coping, 0.90 for somatic-focused coping and 0.90 for social support focused coping. Statistical analyses showed that mothers of children with PDD tend to use more somatic-focused coping strategies. There were no other differences between the two groups. In both groups, father used more appraisal-focused and problem-focused coping strategies, but mothers were somatic-focused and emotion-focused.

Key Words: Coping strategies, Parents of Children with Pervasive Developmental Disorders.

از این جامعه آماری ۴۳ زوج از والدین به شیوه تصادفی انتخاب شدند.

برای گروه گواه، ۴۳ زوج والدین با روش نمونه‌گیری غیرتصادفی از مناطق (۲ و ۶) تهران انتخاب و از نظر سن و تحصیلات خود و سن و جنس فرزندشان با گروه والدین کودکان اتیستیک هم‌تا شدند. پرسشنامه پاسخ‌های مقابله‌ای بیلینگز و موس روی اعضای دو گروه اجرا شد. تحلیل یافته‌ها نشان داد که مادران کودکان دارای اختلالات فراگیر تحولی در مقایسه با مادران کودکان عادی بیشتر از راهبردهای مقابله‌ای مبتنی بر مهار جسمانی استفاده می‌کنند. اما بین سایر راهبردهای مقابله‌ای تفاوت معناداری بین دو گروه مشاهده نشد. به‌طور کلی مادران مورد مطالعه در هر دو گروه، بیشتر از راهبردهای مبتنی بر مهار جسمانی و مهار هیجانی استفاده می‌کنند، در حالی‌که پدران بیشتر راهبردهای مقابله‌ای مبتنی بر حل مسئله و ارزیابی شناختی را به‌کار می‌برند.

کلیدواژه‌ها: راهبردهای مقابله‌ای، والدین کودکان مبتلا به اختلالات فراگیر تحولی

مقدمه

مقوله اختلال‌های فراگیر تحولی شامل گروهی از اختلال‌ها می‌شود که در آن‌ها مهارت‌های اجتماعی، رشد زبان و خزانه رفتاری به‌صورت مناسبی گسترش نمی‌یابد. در اوان کودکی آشکار شده و مشکلات پایداری را به‌وجود می‌آورند (دادستان، ۱۳۷۸). با توجه به ماهیت و شدت این اختلالات،

خانواده‌هایی که دارای عضو مبتلا هستند، با مشکلات متعدد و شرایط دشواری مواجه‌اند. به‌طوری که وجود یک عضو با نیازهای خاص در خانواده، برای والدین و سایر اعضا یک عامل تنیدگی‌زا محسوب می‌شود. والدین بایستی با این واقعیت که کودکشان شرایط خاصی دارد که وی را تا پایان عمر درگیر می‌کند، کنار آیند (برادفورد^۱، ۱۹۹۷). کمبود آگاهی از مشکلات تحولی این کودکان، پیشرفت محدود و مشکلات متعدد آن‌ها، به این تنیدگی‌ها می‌افزاید (پیسولا^۲، ۲۰۰۲) و از عملکرد مفید خانواده می‌کاهد. خانواده و والدین، سختی و مشکلات بسیار بیشتری را در نگهداری کودک، کار و مهارت‌های والدگری تجربه می‌کنند و میزان مسائل هیجانی و رفتاری در آن‌ها نسبت به والدین کودکان عادی بسیار بیشتر است (بلانچارد^۳ و همکاران، ۲۰۰۶). هم‌چنین این والدین از لحاظ والدگری سطوح بالاتری از احساس بی‌رضایتی در زندگی را نسبت به سایر والدین تجربه می‌کنند که این معمولاً ناشی از تنیدگی‌های والدگری یک کودک استثنائی است تا عملکرد شخصی‌شان (فیزرستون^۴؛ ۱۹۸۰، به‌نقل از دوماس^۵ و همکاران، ۱۹۹۱). طبق یافته‌های برخی پژوهش‌ها، علاوه بر ویژگی‌های کودک، راهبردهای مقابله‌ای نیز قادر به پیش‌بینی سازگاری خانواده و میزان آشفتگی و پریشانی روان‌شناختی هستند (فری^۶ و همکاران، ۱۹۸۹).

راهبردهای مقابله‌ای تلاش‌های شناختی و رفتاری هستند که افراد برای کنار آمدن با مسائل و مشکلات خود به‌کار می‌برند. از نظر علمی، راهبردهایی که فرد در مقابله با شرایط تنیدگی‌زا به‌کار می‌برد، نقش اساسی و تعیین‌کننده در سلامت جسمانی و روانی وی ایفا می‌کند. راهبردهای مقابله‌ای مؤثر باعث می‌شوند که واکنش فرد به سطوح بالای تنیدگی (از جمله تنیدگی والدین دارای کودک مبتلا به این‌گونه اختلالات) کاهش یابد و آثار زیان‌بار آن تعدیل شود (سایمان‌فرد، ۱۳۸۱). یافته‌های تحقیقات مؤید آنند که سطوح پایین‌تر مقابله با سطوح بالاتر تنیدگی و تنش در نظام خانواده ارتباط دارند. میزان تنیدگی در این خانواده‌ها نیز به مراتب بیشتر است و در نتیجه الگوها و نوع راهبردهای مقابله نیز در آن‌ها با سایرین متفاوت است (سیوبرگ^۷، ۲۰۰۲).

تعدادی از محققان برای تعیین الگوهای مقابله یا واکنش و نگرش‌های والدین کودکان دارای اختلالات فراگیر تحولی مصاحبه‌های بالینی تدوین و اجرا کرده‌اند. بر پایه نتایج، مادران کودکان دارای این اختلالات سلامت روان و رضایت زناشویی کمتری دارند. به نظرات و دیدگاه‌های مردم درباره فرزندشان خیلی اهمیت می‌دهند، در بسیاری موارد دچار احساس گناه زیادی هستند و خود را مقصر وجود مشکلات کودکشان می‌دانند و در واقع از این شیوه تفکر به‌عنوان یک راهبرد مقابله‌ای دفاعی استفاده می‌کنند (تونالی^۸ و همکاران، ۲۰۰۲). پژوهش‌های بیشتر مطرح می‌کنند که شیوه‌های مقابله گوناگون، با پیامدهای منفی رفتار و خلق در ارتباطند. هم‌چنین رابطه بین عوامل تنیدگی‌زای زندگی نظیر داشتن کودک مبتلا به یک اختلال فراگیر تحولی و پیامدهای منفی ناشی

از آن، با حمایت اجتماعی و نوع راهبردهای مقابله‌ای مورد استفاده تعدیل می‌شوند (دون^۹ و همکاران، ۲۰۰۱). این والدین از راهبردهای مقابله‌ای دفاعی زیادی استفاده می‌کنند (ویس، ۱۹۹۱). در پژوهشی که با عنوان راهبردهای مقابله‌ای در پدران و مادران کودکان دبستانی و پیش‌دبستانی دارای اختلال اتیسم انجام شد، پس از تحلیل داده‌ها به چهار حوزه مقابله‌ای در این خانواده‌ها دست یافتند: مقابله اجتنابی فعال، متمرکز بر مسئله، مقابله مثبت و مقابله مبتنی بر انکار. همچنین مشخص شد که بین راهبردهای مقابله‌ای با تنیدگی والدینی و سلامت روانی ارتباط وجود دارد (هستینگ^{۱۰}، کووشوف^{۱۱}، براون^{۱۲} و همکاران، ۲۰۰۵). در تحقیق دیگر، عملکرد خانواده و راهبردهای مقابله‌ای خانواده‌های دارای کودک مبتلا به اختلال طیف اتیسم بررسی شد. نتایج نشان داد که داشتن چنین کودکی تنیدگی قابل ملاحظه‌ای را بر خانواده وارد می‌کند و مراقبین این کودکان رضایت زناشویی، همبستگی و سازگاری خانوادگی کمتری را نسبت به گروه کنترل نشان دادند (هیگینز^{۱۳}، بیلی^{۱۴} و پیرس^{۱۵}؛ ۲۰۰۵).

راهبردهای مقابله‌ای مثبت می‌تواند سازگاری خانواده را پیش‌بینی و تسهیل کند. طبق یافته‌های تحقیق میدل بورک^{۱۶} (۱۹۸۷)، راهبردهای مقابله‌ای بسته به منبع تنیدگی موجود فرق می‌کنند و در مقایسه با سایر متغیرها (مثل عوامل تنیدگی‌زای زندگی، رضامندی زناشویی، وضعیت اجتماعی-اقتصادی)، پیش‌بینی‌کننده‌های معناداری برای عملکرد خانواده هستند. یافته‌های پژوهش فیلا^{۱۷} و جونز^{۱۸} (۱۹۹۱)، نیز مشخص کرد که تغییر در عملکرد خانواده با چهار متغیر قابل پیش‌بینی است که با هم در تعامل‌اند: سختی خانواده، حمایت همه‌جانبه، سن والدین و تنیدگی‌های خانوادگی. همچنین در مطالعه افشاری (۱۳۸۳) مشخص شد که راهبردهای مقابله‌ای در مادران کودکان مبتلا به اختلال فراگیر تحولی کمتر مفید و غیرمؤثر یا متمرکز بر هیجان می‌باشند. سطوح پایین‌تر مقابله با سطوح بالاتر فرسودگی در خانواده مرتبط است و سطح تنیدگی و خستگی و تنش در سیستم خانوادگی در خانواده‌هایی با یک عضو دارای اختلال طیف اتیسم، خیلی بیشتر از خانواده‌های دارای کودک عادی است (سیورگ ۲۰۰۲).

برخی از پژوهش‌ها نیز به بررسی نقش عامل جنس والدین در استفاده از راهبردهای مقابله‌ای پرداخته‌اند. به‌عنوان مثال رد ریگو^{۱۹} و همکاران (۱۹۹۲) نشان دادند که پدران کودکان مبتلا به اختلال اتیسم و نیز کودکان مبتلا به سندرم داون نسبت به پدران کودکان عادی بیشتر از خیال‌پردازی‌ها یا تخیلات و نیز انکار واقعیت به‌عنوان یک راهبرد مقابله‌ای استفاده می‌کنند و از طرفی برای مقابله با مشکل فرزندشان بیشتر در جستجوی اطلاعات هستند، اما در هر حال فعالیت‌ها و عملکردهای خانوادگی آن‌ها نیز نسبتاً دچار بی‌نظمی و اختلال است. از سوی دیگر بر پایه سایر تحقیقات به‌نظر می‌رسد این والدین به‌خصوص مادران از مهار جسمانی یا بدنی‌سازی به‌عنوان یک

راهبرد مقابله‌ای بیشتر بهره می‌گیرند. نتایج مطالعات ویس (۲۰۰۲)، هریس^{۲۰} (۱۹۹۱) و نیز تنگ و همکاران (۲۰۰۶) نیز مبین همین نکته هستند.

در این پژوهش، راهبردهای مقابله‌ای پدران و مادران کودکان مبتلا به اختلالات فراگیر تحولی در مقایسه با گروه کنترل مورد بررسی قرار گرفته است. نتایج تحقیق حاضر می‌تواند توجه متخصصین بهداشت روان را به حمایت و تدوین برنامه‌هایی در جهت شناخت، پژوهش و حمایت چنین والدینی سوق دهد. در واقع با مشخص ساختن نقاط ضعف و قوت والدین در راهبردهای مقابله‌ای مورد استفاده می‌توان در موقعیت‌های عملی، رفتارها یا شیوه‌های پاسخگویی را آسان‌تر پیش‌بینی کرده و قادر به تغییر آن‌ها شد. به عبارتی با شناخت و نیز تعیین عوامل احتمالی که منجر به استفاده بیشتر راهبردهای مقابله‌ای کمتر مؤثر در این پدران و مادران می‌شوند، می‌توان از طریق آموزش و افزایش دانش در این حیطة از شدت عوامل افزایش‌دهنده کاست و بر شدت عوامل پیش‌گیری کننده افزود.

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

از آن‌جا که هدف پژوهش حاضر مقایسه راهبردهای مقابله‌ای در والدین کودکان مبتلا به اختلالات فراگیر تحولی و والدین کودکان عادی است، در این تحقیق توصیفی از روش مطالعه پس‌رویدادی^{۲۱}، استفاده شد. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه والدین کودکان مبتلا به اختلالات فراگیر تحولی تحت پوشش مرکز ساماندهی درمان و توان‌بخشی اختلالات اتیستیک و مرکز اتیسم به‌آرا در تهران هستند. از این جامعه آماری ۴۳ زوج از والدین به شیوه تصادفی انتخاب شدند. برای گروه گواه، ۴۳ زوج والدین با روش نمونه‌گیری غیرتصادفی از مناطق (۲ و ۶) تهران انتخاب و از نظر سن و تحصیلات خود و سن و جنس فرزندشان با گروه والدین کودکان اتیستیک هم‌تا شدند.

ابزار پژوهش

پرسشنامه پاسخ‌های مقابله‌ای^{۲۲}

بیلینگز^{۲۳} و موس^{۲۴} (۱۹۸۱) برای بررسی نحوه پاسخگویی افراد به حوادث تنیدگی‌زا، یک پرسشنامه ۱۹ سؤالی بلی/خیر ساختند که سه نوع مقابله را می‌سنجید: مقابله رفتاری فعال، شناختی-فعال و اجتماعی. در سال ۱۹۸۴ این دو پژوهشگر در بررسی رفتارهای مقابله‌ای گروهی از بیماران افسرده مواد پرسشنامه قبلی را تا ۳۲ ماده افزایش دادند و به جای بلی/خیر از مقیاس لیکرت ۴ درجه‌ای استفاده نمودند. آن‌ها در پرسشنامه جدید خود سه نوع راهبرد مقابله‌ای را مشخص ساختند: مقابله متمرکز بر ارزیابی شناختی^{۲۵}، مقابله متمرکز بر حل مسئله^{۲۶} و مقابله متمرکز بر هیجان^{۲۷}. اعتبار

همسانی درونی این پرسشنامه را از ۰/۴۱ تا ۰/۶۶ گزارش کردند (حسینی قدمگاهی، ۱۳۷۶؛ به نقل از نورعلی، ۱۳۸۳).

در پژوهش حاضر از پرسشنامه ۳۲ ماده‌ای که حسینی قدمگاهی (۱۳۷۶) با اندکی دخل و تصرف مجدداً آن را تنظیم نموده، استفاده شده است. این پرسشنامه ۵ نوع راهبرد مقابله‌ای را می‌سنجد: مقابله مبتنی بر حل مسئله (با ۳ ماده)، مقابله مبتنی بر مهار هیجانی (با ۱۱ ماده)، مقابله مبتنی بر ارزیابی شناختی (با ۵ ماده)، مقابله مبتنی بر مهار جسمانی یا جسمانی کردن مشکلات^{۲۸} (با ۹ ماده) و مقابله مبتنی بر جلب حمایت اجتماعی^{۲۹} (با ۴ ماده). نمره‌گذاری به صورت مقیاس لیکرت (۴ درجه‌ای) از صفر تا سه است. حسینی قدمگاهی ضریب اعتبار بازآزمایی این پرسشنامه را ۰/۸ بدست آورد. هم‌چنین اعتبار خرده مقیاس‌های این پرسشنامه در پژوهش حسینی قدمگاهی عبارت بودند از: ۰/۹ برای مقابله مبتنی بر حل مسئله، ۰/۶ برای مقابله مبتنی بر مهار هیجانی، ۰/۶۸ برای مقابله مبتنی بر ارزیابی شناختی، ۰/۹ برای مقابله مبتنی بر جسمانی کردن مشکلات و ۰/۹ برای مقابله مبتنی بر جلب حمایت اجتماعی (به نقل از نورعلی، ۱۳۸۳).

روش اجرا

پس از انتخاب گروه‌های نمونه و با هماهنگی‌های لازم با دو مرکز درمانی ایتیم و مدارس و مهدکودک منتخب، پرسشنامه‌ها در اختیار والدین قرار گرفت. توضیحاتی درباره موضوع سؤالات، روش تکمیل پرسشنامه و محرمانه ماندن پاسخها به آنها داده شد. سپس پرسشنامه‌ها در اختیار والدین قرار گرفت تا بدون اطلاع یا مشورت با یکدیگر تکمیل کنند.

یافته‌ها

در این بخش با استفاده از شاخص‌های آماری استنباطی (تحلیل واریانس بلوکی و آزمون تعقیبی توکی) نمرات مؤلفه‌های راهبردهای مقابله‌ای (مبتنی بر ارزیابی شناختی، حل مسئله، مهار هیجانی، مهار جسمانی و جلب حمایت اجتماعی) در والدین کودکان با اختلالات فراگیر تحولی و والدین کودکان عادی مورد مقایسه قرار می‌گیرد.

جدول ۱: نتیجه آزمون تحلیل واریانس بلوکی بر حسب نمرات راهبرد مقابله‌ای مبتنی بر حل مسئله

منابع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجموع مجذورات	F	سطح معنی‌داری
گروه	۰/۱۵۵	۱	۰/۱۵۵	۰/۰۵۷	۰/۸۱۲
جنس والدین	۱۱/۲۲۲	۱	۱۱/۲۲۲	۴/۰۹۳	۰/۰۴۵

ادامه جدول ۱

۰/۷۱۷	۰/۱۳۲	۰/۳۶۱	۱	۰/۳۶۱	تعامل گروه و جنس والدین
		۲/۷۴۲	۱۳۸	۳۷۸/۳۵۰	خطا
			۱۴۱	۳۸۹/۸۵۹	کل

چنانچه در جدول مشاهده می‌شود تأثیر عضویت گروهی بر راهبرد مقابله‌ای مبتنی بر حل مسئله معنادار نمی‌باشد. اما تأثیر جنس والدین در سطح آلفای کمتر از ۰/۰۵ معنادار می‌باشد ($P < 0.05$) به این صورت که میانگین نمرات راهبرد مقابله‌ای مبتنی بر حل مسئله مردان به‌طور معناداری بالاتر از زنان است. براساس نتایج، تأثیر تعامل عضویت گروهی و جنس در این خرده‌مقیاس معنادار نمی‌باشد. براساس نتایج آزمون تعقیبی توکی ($Q_1 = 2/13$) عامل جنس والدین کودکان دارای اختلالات فراگیر تحولی بر نمره راهبرد مقابله‌ای مبتنی بر حل مسئله آنان بی‌تأثیر است و زنان و مردان تفاوت معناداری در این مؤلفه ندارند. همچنین مقایسه مادران کودکان دارای اختلالات فراگیر تحولی با مادران کودکان عادی نشان می‌دهد که بین مادران دو گروه در این راهبردهای مقابله‌ای تفاوت معناداری وجود ندارد ($Q_2 = 1/041$). همین نتیجه در مورد پدران کودکان دارای اختلالات فراگیر تحولی با پدران کودکان عادی از آزمون تعقیبی توکی نیز بدست آمد ($Q_3 = 0/996$).

جدول ۲: نتیجه آزمون تحلیل واریانس بلوکی برحسب

نمرات راهبرد مقابله‌ای مبتنی بر ارزیابی شناختی

منابع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجموع مجذورات	F	سطح معنی‌داری
گروه	۰/۲۰۴	۱	۰/۲۰۴	۰/۰۳۴	۰/۸۵۴
جنس والدین	۷۲/۷۹۲	۱	۷۲/۷۹۲	۱۲/۲۱۵	۰/۰۰۱
تعامل گروه در جنس والدین	۰/۵۵۱	۱	۰/۵۵۱	۰/۰۹۲	۰/۷۶۲
خطا	۸۷۵/۹۹۵	۱۴۷	۵/۹۵۹		
کل	۱۴۶۸۲	۱۵۱			

براساس نتایج جدول شماره ۲ تأثیر عضویت گروهی بر راهبرد مقابله‌ای مبتنی بر ارزیابی شناختی معنادار نمی‌باشد. اما تأثیر جنس والدین در سطح آلفای کمتر از ۰/۰۱ معنادار است ($P < 0.01$) به این صورت که میانگین نمرات راهبرد مقابله‌ای مبتنی بر ارزیابی شناختی مردان به‌طور معناداری بالاتر از زنان می‌باشد. تأثیر تعامل عضویت گروهی و جنس در این خرده‌مقیاس معنادار نیست.

بررسی تأثیر جنس والدین کودکان دارای اختلالات فراگیر تحولی بر نمره راهبرد مقابله‌ای مبتنی بر ارزیابی شناختی در آزمون تعقیبی توکی بیان می‌کند که مردان در مقایسه با زنان بیشتر از این راهبردها استفاده می‌کنند.

فرآگیر تحولی با مادران کودکان عادی عدم تفاوت معنادار بین مادران دو گروه در استفاده از راهبردهای مقابله‌ای مبتنی بر ارزیابی شناختی می‌باشد. همچنین پدران کودکان دارای اختلالات فراگیر تحولی با پدران کودکان عادی در استفاده از این راهبردهای مقابله‌ای با یکدیگر تفاوت معناداری ندارند ($Q_3 = 0/696$).

جدول ۳: نتیجه آزمون تحلیل واریانس بلوکی بر حسب نمرات

راهبرد مقابله‌ای مبتنی بر جلب حمایت اجتماعی

منابع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجموع مجذورات	F	سطح معنی‌داری
گروه	۵/۴۷۸	۱	۵/۴۷۸	۱/۴۸۳	۰/۲۲۵
جنس والدین	۱/۲۴۲	۱	۱/۲۴۲	۰/۳۳۶	۰/۵۶۳
تعامل گروه و جنس والدین	۱۲/۸۸۷	۱	۱۲/۸۸۷	۳/۴۸۹	۰/۰۶۴
خطا	۵۷۹/۸۸۱	۱۵۷	۳/۶۹۴		
کل	۴۷۹۶	۱۶۱			

چنانچه از جدول شماره ۳ مشاهده می‌شود تأثیر عضویت گروهی بر راهبرد مقابله‌ای مبتنی بر جلب حمایت اجتماعی معنادار نمی‌باشد. براساس نتایج، تأثیر جنس والدین نیز معنادار نیست. همچنین تأثیر تعامل عضویت گروهی و جنس نیز در این خرده مقیاس معنادار نمی‌باشد.

بررسی تأثیر جنس والدین کودکان دارای اختلالات فراگیر تحولی بر نمره راهبرد مقابله‌ای مبتنی بر جلب حمایت اجتماعی در آزمون تعقیبی توکی بیانگر عدم تفاوت معنادار می‌باشد ($Q_1 = 3/703$) و نیز مقایسه مادران دو گروه در این آزمون ($Q_2 = 4/72$) بیانگر این است که مادران کودکان دارای اختلالات فراگیر تحولی بیشتر از مادران کودکان عادی از راهبردهای مقابله‌ای مبتنی بر جلب حمایت اجتماعی استفاده می‌کنند و پدران کودکان دارای اختلالات فراگیر تحولی با پدران کودکان عادی در این راهبردها با یکدیگر تفاوت معناداری ندارند ($Q_3 = 0/938$).

جدول ۴: نتیجه آزمون تحلیل واریانس بلوکی برحسب

نمرات راهبرد مقابله‌ای مبتنی بر مهار هیجانی

منابع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجموع مجذورات	F	سطح معنی‌داری
گروه	۱۴/۱۶۹	۱	۱۴/۱۶۹	۱/۱۶۳	۰/۲۸۳
جنس والدین	۲۵۲/۴۰۹	۱	۲۵۲/۴۰۹	۲۰/۷۱۷	۰/۰۰۱
تعامل گروهی و جنس والدین	۱۷/۷۶۹	۱	۱۷/۷۶۹	۱/۴۵۸	۰/۲۲۹
خطا	۱۶۹۹/۳۵۸	۱۳۸	۱۲/۱۸۴		
کل	۳۰۳۲۵	۱۴۲			

نتایج جدول شماره ۴ نشان می‌دهد که تأثیر عضویت گروهی بر راهبرد مقابله‌ای مبتنی بر مهار هیجانی معنادار نمی‌باشد. براساس نتایج تأثیر جنس والدین در سطح آلفای کمتر از ۰/۰۱ معنادار می‌باشد ($P < 0/001$) و همچنین تأثیر تعامل عضویت گروهی و جنس معنادار نمی‌باشد. نتایج آزمون تعقیبی توکی جهت بررسی تأثیر جنس والدین کودکان دارای اختلالات فراگیر تحولی بر نمره راهبرد مقابله‌ای مبتنی بر مهار هیجانی نشان می‌دهد که مادران بیشتر از پدران از این دسته از راهبردهای مقابله‌ای بهره می‌گیرند ($Q_1 = 4/962$) و نیز براساس مقایسه مادران کودکان دارای اختلالات فراگیر تحولی با مادران کودکان عادی در این آزمون مادران دو گروه در استفاده از این دسته راهبردهای مقابله‌ای با یکدیگر تفاوت معناداری ندارند ($Q_2 = 0/243$). همچنین پدران کودکان دارای اختلالات فراگیر تحولی با پدران کودکان عادی در استفاده از این دسته راهبردهای مقابله‌ای با یکدیگر تفاوت معناداری ندارند ($Q_3 = 3/117$).

جدول ۵: نتیجه آزمون تحلیل واریانس بلوکی برحسب

نمرات راهبرد مقابله‌ای مبتنی بر مهار جسمانی

منابع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجموع مجذورات	F	سطح معنی‌داری
گروه	۴۴/۸۰۴	۱	۴۴/۸۰۴	۴/۰۰۸	۰/۰۴۷
جنس والدین	۱۱۷/۳۹۲	۱	۱۱۷/۳۹۲	۱۰/۵۰۲	۰/۰۰۲
تعامل گروهی و جنس والدین	۷/۱۰۱	۱	۷/۱۰۱	۰/۶۳۵	۰/۴۲۷
خطا	۱۴۶۴/۳۲۶	۱۳۱	۱۱/۱۷۸		
کل	۴۹۳۹	۱۳۵			

نتایج جدول فوق بیانگر این است که تأثیر عضویت گروهی بر راهبرد مقابله‌ای مبتنی بر مهار جسمانی در سطح آلفای کمتر از ۰/۰۵ معنادار می‌باشد ($P < 0.05$). همچنین تأثیر جنس والدین نیز در سطح آلفای کمتر از ۰/۰۱ معنادار می‌باشد ($P < 0.02$). براساس نتایج، تأثیر تعامل عضویت گروهی و جنس معنادار نمی‌باشد.

بررسی تأثیر جنس والدین کودکان دارای اختلالات فراگیر تحولی بر نمره راهبرد مقابله‌ای مبتنی بر مهار جسمانی در آزمون تعقیبی توکی نشان داد که مادران بیشتر از پدران از این دسته از راهبردهای مقابله‌ای بهره می‌گیرند ($Q_1 = 5/96$) و نیز مقایسه مادران در این آزمون بیان می‌کند که مادران کودکان دارای اختلالات فراگیر تحولی در مقایسه با مادران کودکان عادی بیشتر از راهبردهای مقابله‌ای مبتنی بر مهار جسمانی استفاده می‌کنند ($Q_2 = 4/01$) و همچنین $Q_3 = 1/22$ نشان می‌دهد که پدران دو گروه در استفاده از این راهبردها با یکدیگر تفاوت معناداری ندارند. بنابر نتایج بدست آمده مشخص شد که به‌طور کلی مادران بیشتر از پدران در هر دو گروه از راهبردهای مقابله‌ای مبتنی بر مهار هیجانی و مهار جسمانی استفاده می‌کنند، در صورتی که پدران در هر دو گروه بیشتر از راهبردهای مقابله‌ای مبتنی بر ارزیابی شناختی بهره می‌گیرند ولی هر یک از والدین در استفاده از راهبردهای مقابله‌ای مبتنی بر جلب حمایت اجتماعی و نیز حل مسئله تفاوت معناداری با یکدیگر ندارند. از طرف دیگر در گروه والدین کودکان دارای اختلالات فراگیر تحولی، مادران در مقایسه با پدران بیشتر از راهبردهای مقابله‌ای مبتنی بر مهار جسمانی و هیجانی استفاده می‌کنند در حالی که پدران شیوه‌های مقابله‌ای مبتنی بر ارزیابی شناختی را به‌کار می‌گیرند. مادران گروه کودکان دارای اختلالات فراگیر تحولی نیز در مقایسه با مادران کودکان عادی از راهبردهای مقابله‌ای مبتنی بر مهار جسمانی و جلب حمایت اجتماعی استفاده می‌کنند بین پدران دو گروه تفاوت معناداری یافت نشد.

بحث

یافته‌های حاصل از تحلیل‌ها در مورد راهبردهای مقابله‌ای مبتنی بر حل مسئله همسو با نتایج تحقیقات هستنیگ و همکاران (۲۰۰۵) است که دریافتند برخی از خانواده‌هایی که دارای عضو با یک اختلال فراگیر تحولی هستند مثل بسیاری از والدین کودکان عادی در هنگام رویارویی با شرایط دشوار از مقابله مسئله‌مدار استفاده می‌کنند. اگرچه بسیاری دیگر از شیوه‌های مقابله‌ای اجتنابی بهره می‌گیرند. از طرف دیگر سایر پژوهشگران نظیر ردیگو و همکاران (۱۹۹۲) و یا افشاری (۱۳۸۳) به انواع دیگر راهبردهای مقابله با تنیدگی در این والدین اشاره می‌کنند که این تفاوت در یافته‌ها می‌تواند به‌دلیل تفاوت‌های فرهنگی موجود، شیوه‌های مختلف در روش‌شناسی نمونه‌گیری و هدف مورد مطالعه پژوهش‌ها باشد. همچنین عدم وجود تفاوت معنادار در پدران و مادران کودکان دارای

اختلالات فراگیر تحولی به این صورت تبیین می‌گردد که والدین این کودکان معمولاً متعلق به طبقات بالاتر از متوسط اجتماعی - فرهنگی و اقتصادی می‌باشند و هر دو از سطح تحصیلات بالایی نیز برخوردارند، در نتیجه به یک میزان از راهبردهای مقابله‌ای مؤثرتر نظیر مقابله مبتنی بر حل مسئله بهره می‌گیرند.

همان‌طور که می‌دانیم راهبرد مقابله‌ای مبتنی بر ارزیابی شناختی از شیوه‌های مقابله مؤثر و منطقی محسوب می‌شود و مطابق با نتایج تحقیقات گوناگون والدین کودکان دارای اختلالات فراگیر تحولی در مقایسه با والدین کودکان عادی از راهبردهای مقابله‌ای کمتر مؤثر یا راهبردهای مقابله‌ای پایین‌تر نظیر انکار و اجتناب یا دچار احساس گناه شدن استفاده می‌کنند (تونالی و همکاران، ۲۰۰۲، ویس، ۱۹۹۱ و سیوبرگ، ۲۰۰۲). اما یافته‌های این مطالعات همسو با نتایج این پژوهش نیست. بنابراین عدم وجود تفاوت معنادار این دو گروه می‌تواند با تحصیلات نسبتاً بالای والدین کودکان دارای اختلالات فراگیر تحولی و نیز سطح اجتماعی - اقتصادی بالاتر که آنان را احتمالاً به استفاده از شیوه‌های منطقی‌مدارانه و عقلانی کردن مسائل بیشتر سوق می‌دهد، تبیین شود. از طرفی در مورد تفاوت پدران نسبت به مادران در دو گروه به‌طور کلی و هم در گروه والدین کودکان اختلالات فراگیر تحولی می‌توان گفت مطابق با یافته‌های تحقیقات نارایان^{۳۰} و همکاران (۱۹۹۱) والدین این کودکان خاص و به‌ویژه پدران نسبت به سایر افراد تمایل بیشتری به عقلانی کردن مسائل دارند. هم‌چنین با توجه به ویژگی‌های فرهنگی خاص کشور ما و نیز با در نظر گرفتن ویژگی‌های شخصیتی و سرشتی مردان نیز طبیعی به نظر می‌رسد که مردان بیشتر از زنان از شیوه‌های منطقی‌مدارانه و شناختی برای رویارویی با شرایط دشوار زندگی به جای استفاده از شیوه‌های هیجان‌مدارانه یا پناه بردن به احساسات و هیجانات استفاده کنند.

در راستای نتایج گزارش در مورد راهبرد مقابله‌ای مبتنی بر جلب حمایت اجتماعی، فیلا و جونز (۱۹۹۲) و در ریگو و همکاران (۱۹۹۲) در مطالعات خود آورده‌اند که این والدین نظیر والدین کودکان عادی همواره تمایل به دریافت حمایت از محیط دارند که این نتایج همسو با یافته‌های مطالعه حاضر است. از طرفی عدم تفاوت زنان و مردان در استفاده از این راهبردها احتمالاً به دلیل افزایش آگاهی‌ها و تمایل به جستجوی اطلاعات از محیط توسط هر دو والدین مخصوصاً با افزایش سطح تحصیلات و آگاهی و نیز درگیر شدن بیشتر آنان به‌خصوص مادران در فعالیت‌های اجتماعی می‌باشد.

در رابطه با نتایج تحقیق پیرامون راهبرد مقابله‌ای مبتنی بر مهار هیجانی می‌توان به تحقیقات بسیاری که به بررسی انواع راهبردهای مقابله‌ای پایین‌تر و کمتر مؤثر نظیر مقابله هیجان‌مدار این والدین در مقایسه با والدین کودکان عادی پرداخته‌اند، اشاره کرد (افشاری، ۱۳۸۳؛ تونالی و همکاران، ۲۰۰۲ و سیوبرگ، ۲۰۰۲). این نتایج با یافته‌های مطالعه حاضر همسو نیستند. در تبیین

ناهمسویی اخیر می‌توان به ویژگی‌های فرهنگی اشاره نمود. به‌گونه‌ای که به‌ویژه در فرهنگ ما، اکثریت والدین و مردم در هنگام رویارویی با شرایط از شیوه‌های هیجان‌مدارانه یا تکیه بر احساسات و هیجانات بیشتر از راه‌کارهای منطقی یا شناختی بهره می‌گیرند. از طرفی روش‌شناسی و هدف تحقیقات نامبرده با روش‌شناسی مطالعه حاضر متفاوت است. مثلاً سیوبرگ و همکاران (۲۰۰۲) به بررسی توصیفی انواع الگوهای مقابله با تنیدگی در خانواده‌های دارای عضوی با یک اختلال فراگیر تحولی پرداختند. در صورتی که هدف مطالعه حاضر مقایسه راهبردها در دو گروه به‌طور کلی و نیز در پدران و مادران می‌باشد. طبق یافته‌های مطالعه افشاری (۱۳۸۳) راهبردهای مقابله‌ای مادران کودکان دارای اختلالات فراگیر تحولی کمتر مفید یا متمرکز بر هیجان است که این یافته در راستای نتایج این مطالعه قرار می‌گیرد. هم‌چنین با توجه به ویژگی‌های شخصیتی و طبیعی زنان و نیز نقش‌های فرهنگی القا شده به آنان، در مقایسه با مردان انتظار می‌رود که مادران نسبت به پدران از راهبردهای مقابله‌ای مبتنی بر مهار هیجانی بیشتری استفاده کنند.

نتایج پژوهش‌های ژیل^{۳۱} و هریس (۱۹۹۱)، ویس (۲۰۰۲) تنگ و همکاران (۲۰۰۶)، همسو با یافته‌های حاصل از بررسی راهبرد مقابله‌ای مبتنی بر مهار جسمانی در این مطالعه است. چون همگی، مبین این نکته هستند که شکایات جسمانی و مشکلات بدنی‌سازی و تلاش برای جسمانی کردن مشکلات به عنوان یک راهبرد مقابله‌ای شایع در والدین این کودکان به‌خصوص مادران فراوان‌تر از والدین کودکان عادی است. داشتن چنین فرزند با مسائل خاص خود به ویژه در فرهنگ ما احساس گناه را در والدین به‌وجود می‌آورد و از آنجایی که اساساً احساس گناه توأم با هیجان است و فرهنگ ما نیز این هیجانات توأم با احساس گناه را تقویت می‌کند، باعث افزایش سطح هیجانی یا به اصطلاح هیجان‌پذیری در فرد می‌شود. در تمام نظریه‌های کلاسیک هیجان اعتقاد بر این است که هیجان نظامی است که بر نظام‌های دیگر اثر می‌گذارد و هم از آن‌ها متأثر می‌گردد و نیز این‌که هیجان‌ها انرژی‌دهنده یا انگیزشی هستند و ارتباط پیچیده‌ای با شناخت دارند. با افزایش هیجانات و به دنبال آن کاهش توانایی برای مهار صحیح آن‌ها، سازگاری به‌هم می‌ریزد. این احساس گناه ظاهراً بر مهارت‌های درون‌فردی نیز تأثیر عمده می‌گذارد. از طرف دیگر طبیعی است که والدین به‌تدریج دچار افسردگی و سایر اختلالات خلقی بشوند چرا که طبیعی است داشتن فرزند مبتلا به اختلالات فراگیر تحولی بر مهارت‌های تنظیم خلق نیز تأثیر بگذارد. می‌توان فرض کرد این اختلال در تنظیم مهارت‌های مربوط خلق عمومی باعث ایجاد اختلال در روابط بین‌فردی نیز می‌شود.

برای کنار آمدن با شرایط موجود، والدین سعی در استفاده بیشتر از راهبردهای مقابله‌ای متمرکز بر مهار جسمانی دارند. یعنی در برخورد با موقعیت به جای مقابله مؤثر یا حل مسئله، آن‌ها را به‌صورت جسمانی یا بدنی نشان می‌دهند. به عبارتی کاهش سازگاری و نیز اختلال در تنظیم خلق (کاهش

شادکامی و به دنبال آن اختلالات افسردگی) استفاده از راهبردهای مقابله‌ای متمرکز بر مهار جسمانی یا بدنی‌سازی را افزایش می‌دهند.

یادداشت‌ها

1. Bradford
2. Pisula E
3. Blanchard L.T
4. Featherstone
5. Dumas JE
6. Frey KS
7. Sivberg B
8. Tunali B
9. Dunn ME
10. Hasting RP
11. Kovoshof
12. Brown et al
13. Higgins DJ
14. Bailey SR
15. Pearce
16. Middlebrook
17. Feilla
18. Jones
19. Rodrigue
20. Harris SL
21. Retrospective
22. The Coping Responses Inventory
23. Billings
24. Moos
25. Appraisal-focused coping
26. Problem-focused coping
27. Emotion-focused coping
28. Somatic-focused coping
29. Social support focused coping
30. Narayan
31. Gill

منابع

- افشاری، ر. (۱۳۸۳). بررسی و مطالعه مهارت‌های مقابله‌ای و سلامت روانی در مادران کودکان اتیستیک. رساله دکتری تخصصی روان‌پزشکی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران.
- دادستان، پ. (۱۳۷۸). روان‌شناسی مرضی تحولی از کودکی تا بزرگسالی (جلد دوم). تهران: سازمان مطالعه و تدوین کتب علوم انسانی دانشگاه‌ها (سمت).
- سایبان فرد، ز. (۱۳۸۱). استرس در محیط کار. مجله تدبیر، ۱۱۷، ۳۳-۳۱.
- نورعلی، ز. (۱۳۸۳). مقایسه هوش هیجانی، سبک اسنادی و راهبردهای مقابله‌ای افراد موفق و ناموفق در کنکور سراسری سال ۱۳۸۳-۸۴. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم پزشکی ایران، انستیتو روانپزشکی تهران، تهران.
- Billings, A. G., & Moos, R. H. (1981). The role of coping responses and social resources in attenuating the stress of life events. *Journal of Behavioral Medicine*, 4, 139-157.
- Billings, A. G., & Moos, R. H. (1984). Coping, stress, and resources among adults with unipolar depression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 877-891.
- Blanchard, L. T., Gurka, M. J., & Blackman, J. A. (2006). Emotional, developmental, and behavioural health of American children and their families: A report from the 2003 National Survey of Children's Health. *Department of Pediatrics*, 117(6), 1202-12.

- Bradford, Y. (1997). Psychological well-being and coping in mothers of youths with Autism, Down syndrome, or Fragile X syndrome. *American Journal of Mental Retardation*, 109(3), 237-54.
- Dumas, J. E., Wolf, L. C., Fisman, S. N., & Culligan, A. (1991). *Parenting stress, child behaviour problems, & dysphoria in parents of children with Autism, Down Syndrome, behaviour disorders, and normal development*. [on-line]. Available: www.Questia.com/google scholar.qst; jsessionid.
- Dunn, M. E., Burbine, T., Bowers, C. A., & Tantleff-Dunn, S. (2001). Moderates of stress in parents of children with Autism. *Department of Psychology*, 37(1), 39- 52.
- Failla, S., & Jones, L. C. (1991). *Families of children with developmental disabilities: An examination of family hardiness*. Louisiana State University Center, School of Nursing, New Orleans, 70112.
- Frey, K. S., Greenberg, M. T., & Fewell, R. R. (1989). Stress and coping among parents of handicapped children. *American Journal of Mental Retardation*, 94(3), 240-9.
- Gill, M. J., & Harris, S. L. (1991). Hardiness & social support as predictors of psychological discomfort in mothers of children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 21(4), 407-16.
- Hasting, R. P., Kovoshof, Brown. (2005). Coping strategies in mothers & fathers of preschool & school-age children with Autism. *The International Journal of Research and Practice*, 9(4), 377-91.
- Higgings, D. J., Bailey, S. R., & Pearce, J. C. (2005). Factors associated with functioning style & coping strategies of families with a child with an autism spectrum disorder. *The International Journal of Research and Practice*, 9(2), 125-137.
- Middlebrook, (1987). Coping and adaptation in families of children with cerebral palsy. *Exceptional children*, 66(4), 101-106.
- Narayan, S., Moyes, B., & Wolff, S. (1991). Family characteristics of autistic children: A further report. *Journal of Autism and Developmental Disorder*, 21(4), 523-35.
- Pisula, E. (2002). Parents of children with autism: Recent research findings. *Psychiatria Polska*, 36(1), 95-108.
- Rodrigue, J. R., Morgan, S. B. (1992). Families of autistic children: Psychological functioning of mothers. *Clinical Child Psychology*, 19(4), 371-379.
- Sivberg, B. (2002). Coping strategies & parental attitudes: A comparison of parents with children with autistic spectrum disorders & parents with non autistic children. *International Journal of Circumpolar Health*, 61(2),
- Tonge, B., Brereton, A., Kiomall, M., Mackinnon, A., King, N., & Rinehart, N. (2006). Effects on parental mental health of an education & skills training program for parents of young children with autism: A randomized controlled trial. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45(5), 561-569.
- Tunali, B., Power, P. G. (2002). Coping by redefinition: Cognitive appraisals in mothers of children with autism & children without autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 32(1), 25-34.
- Weiss, M. J. (2002). Hardiness and social support as predictors of stress in mothers of typical children, children with mental retardation. *The International Journal of Research and Practice* 6(1), 115-30.