

بررسی میزان سلامت عمومی و کیفیت زندگی مادران دارای فرزند اتیسم

سرور یکتاخواه / کارشناسی ارشد روان‌شناسی و مشاور آموزشگاه استثنایی

معصومه علامه / کارشناسی روان‌شناسی عمومی

رضا گرجی / کارشناسی ارشد روان‌شناسی کودکان استثنایی و مدرس دانشگاه

چکیده:

هدف از این پژوهش بررسی میزان سلامت عمومی و کیفیت زندگی مادران دارای فرزند اتیسم است. پژوهش از نوع علی-مقایسه‌ای است. از این رو تعداد ۳۵ نفر از مادران دارای دانش آموز مبتلا به اختلال اتیسم در مدارس استثنایی شهریار در سال تحصیلی ۹۲-۹۱ پرسشنامه سلامت عمومی GHQ و کیفیت زندگی را تکمیل نمودند. نتایج با نرم افزار SPSS تحلیل شد. یافته‌ها نشان داد که مادران در خرده مقیاس افسردگی کمترین میانگین را کسب نموده‌اند، در عملکرد اجتماعی از وضعیت مناسبی برخوردار نیستند. بر اساس پنج فرضیه پژوهش میان میزان تحصیلات مادران، سن و سلامت عمومی آنان رابطه‌ی معناداری وجود ندارد و میان نمره کل و خرده مقیاس‌های کیفیت زندگی و میزان تحصیلات مادران و سن آنان رابطه‌ی معناداری وجود ندارد و در آخر میان خرده مقیاس‌های سلامت عمومی و خرده مقیاس‌های کیفیت زندگی رابطه‌ی معنادار وجود دارد و در تمامی آن‌ها این رابطه‌ها منفی و معکوس گزارش می‌شود. نتیجه پژوهش نشان داد با توجه به تاثیر میزان سلامت روانی در کیفیت زندگی مادران دارای فرزند اتیسم، ارائه خدمات مشاوره‌ای مناسب در این راستا تاثیرگذار خواهد بود.

واژه‌های کلیدی: سلامت عمومی، کیفیت زندگی، اختلال اتیسم

مقدمه

دیدگاه انسان و رفتارهای او در مجموع یک سیستم در نظر گرفته می‌شود که بر اساس کیفیت زندگی تاثیر و تأثیر متقابل عمل می‌کنند. با این دید سیستماتیک، ملاحظه می‌شود که چگونه عوامل متنوع زیستی انسان بر عوامل روانی اجتماعی او اثر گذاشته و بالعکس از آن اثر می‌پذیرد. یک گروه از این خانواده‌ها، خانواده‌هایی هستند که دارای یک یا چند فرزند با نیازهای ویژه می‌باشند. والدین همه کودکان استثنایی درجات مختلفی از اضطراب و فشار روانی را تجربه می‌کنند که در ارتباط با انتظاراتی است که از نقش والدگری آنها می‌رود. این فشار روانی منجر به مشکلاتی در والدین می‌شود (دیترو و دکارت، ۱۹۹۸). بر طبق چهارمین متن بازنگری شده راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۲، اختلال اتیسم یکی از بیماری‌های گروه اختلالات فراگیر رشد می‌باشد که با تخریب پایدار در تعامل اجتماعی متقابل، تأخیر یا انحراف ارتباطی و الگوی ارتباطی کلیشه‌ای محدود مشخص است. ویژگی‌های این اختلال و کارکردهای نابهنجار باید تا سه سالگی وجود

تاثیر خانواده در رشد همه جانبه کودک، از لحظه تولد آغاز شده و با قدرت و فراگیری خاصی آشکار می‌شود و در سراسر زندگی باقی می‌ماند. روابط صحیح و متعادل والدین و فرزندان یکی از عوامل موثر در سلامت و بهداشت روانی آنان است. پژوهش‌ها نشان می‌دهند که در بین عوامل مختلفی که در پرورش و شخصیت سالم در کودکان و نوجوانان موثرند، تاثیر متقابل کودک و والدین و نحوه برخورد و ارتباط والدین و کودک از مهمترین و بنیادی‌ترین عوامل محسوب می‌شود (نوابی نژاد، ۱۳۷۰). والدین می‌توانند با ایجاد روابط عاطفی سالم و ابراز محبت و پذیرش کودک با تعیین ملاک‌ها و معیارها از طریق یک سرمشق با ثبات از رفتارهای مطلوب، بهترین و موثرترین شیوه‌های اجتماعی شدن و بنای یک تربیت صحیح را فراهم کنند (ماسن و همکاران^۱، ترجمه یاسایی، ۱۳۸۰). روان‌پزشکان فردی را از نظر روانی سالم می‌دانند که تعادلی بین رفتارها و کنترل او در مواجهه با مشکلات اجتماعی وجود داشته باشد. از این

2 . Deater , Deckart

3 . DSMIV_R

1 . Mussen and et al

کودکان مادرانی که در مقیاس اتیسم بهر^۴ نمرات بالاتری به دست می آورند بیش از سایر کودکان ویژگی های مشخصات فنوتیپ گستره درخودفرو رفتگی را نشان می دهند در نتیجه می توان انتظار داشت که کودکان مادرانی که در مقیاس اتیسم بهر نمرات بالاتری دارند در توانایی ذهن که یکی از مولفه های شناختی فنوتیپ درخودماندگی است، نسبت به سایر کودکان مشکلات بیشتری داشته باشند (بشارت و همکاران، ۱۳۹۱).

یکی از مهم ترین عوامل در آموزش این کودکان مشارکت والدین در برنامه های درمانی است (نیوسام^۵، ۱۹۹۸). الگوی دنور^۶، رویکردی یکپارچه برای مداخله در خردسالان دارای اختلال درخودماندگی که به والدین و آموزگاران راهبردهایی را برای پیشبرد رشد خانوادگی و بهداشتی ارائه می دهد که خانواده ها باید در راس درمان کودک خود باشند (سالی، روجرز و همکاران، ۲۰۰۰). روش های آموزشی والدین، الگوی تعاملات والد - کودک را بهبود می بخشد و کودکان خوشحال تر و والدین کمتر تحت فشارند (کوگل^۷ و همکاران، ۱۹۹۶). آموزش مدیریت خلق منفی می تواند به عنوان بخش مهمی از مداخلات جهت ارتقای سلامت روان مادران دارای اختلال اتیسم مورد توجه قرار گیرد (ریاحی و همکاران، ۱۳۸۹). روش درمانی پاسخ محور مبتنی بر والدین در کاهش علائم اتیسم موثر بوده و همچنین در بهبود ارتباط، گفتار، زبان و اجتماعی شدن کودکان تاثیر دارد (علی اکبری و همکاران، ۱۳۹۱). بین ویژگی های شخصیتی، ثبات هیجانی، مسئولیت پذیری و خستگی ناپذیری با راهبردهای مسئله محور و نیز بین ویژگی های شخصیتی جامعه پذیری با راهبردهای هیجان محور در مادران کودکان اتیسم رابطه معنادار وجود دارد (رجبی و همکاران، ۱۳۸۸). از این

داشته باشد (سادوک^۱، ۲۰۰۹). افشاری (۱۳۸۳) نشان داد که راهبردهای مقابله ای در مادران دارای کودکان درخودمانده کمتر مفید و غیر موثر یا متمرکز بر هیجان است و نیز سلامت روان این مادران را تحت تاثیر قرار می دهد. یکی از روش های مورد استفاده برای این دسته از کودکان روش درمانی تیچ^۲ است. این روش اولین روشی است که در آمریکا برای کودکان درخودمانده به کار گرفته شد و شامل تمرکز روی شخص و ایجاد برنامه ای در مورد مهارت ها، علائق و نیازهای چنین شخصی است. در این روش اعتقاد بر این است که محیط زندگی کودک باید با او سازگار شود نه این که کودک با محیط سازگار شود که نشانگر نقش والدین در درمان کودک اتیسم می باشد (اصلائی، ۱۳۸۵) روش ارتباطی مبادله تصویر نیز می تواند به عنوان روشی برای بهبود مهارت های ارتباطی کودکان درخودمانده مورد استفاده قرار گیرد که میزان اثربخشی آن با توجه به ویژگی هایی مانند سطح عملکرد شناختی، میزان توجه و همکاری متفاوت است (زرافشان و همکاران، ۱۳۹۰). به نظر می رسد گاهی تشخیص دیر هنگام و دشوار، بروز علایم بعد از یک دوره طبیعی و نرمال رشد کودک، فقدان درمان های قطعی و مؤثر و پیش آگهی نه چندان مطلوب، می تواند فشار روانی شدیدی را بر خانواده و والدین کودک تحمیل کند. واکنش های اولیه والدین به این مسأله می تواند بسیار متفاوت باشد، اما اغلب این واکنش ها تحت تاثیر باورهای مختلف پدر و مادر و محیط اطرافشان دارای طیف وسیعی از انکار کلی مسأله و کنار نیامدن با آن و یا پی گیری شدید برای درمان متفاوتند (مالون^۳، ۱۹۷۴). به خاطر مشکلات فراوان این کودکان، خانواده ها و به خصوص مادران دارای کودک اتیسم از تنش ها و فشارهای روانی زیادی رنج می برند (محمدی زاده و همکاران، ۱۳۸۴)

4. AQ

5. Newsom

6. Denver Pattern

7. Kogel

1. Sadouk

2. Teach

3. Maloun

خستگی یا نشاط ۴ عبارت، عملکرد اجتماعی ۲ عبارت، ایفای نقش عاطفی ۳ عبارت، سلامت روانی ۵ عبارت را به خود اختصاص داده است که روی هم کیفیت زندگی افراد را مورد ارزیابی قرار می‌دهد (عبارت شماره ۲ در هیچ یک از زیر مقیاس‌ها قرار نگرفته و فقط تغییر در وضعیت سلامتی فرد طی دوره یک ساله را بررسی می‌کند) پایین‌ترین نمره در این پرسشنامه صفر و بالاترین نمره ۱۰۰ می‌باشد. امتیاز هر بعد با امتیاز عنوان‌ها در آن بعد مشخص می‌شود. در نهایت عبارت هر زیر مقیاس را با هم جمع کرده و میانگین هر زیر مقیاس را به دست می‌آوریم که عدد به دست آمده به عنوان درصد میزان سلامتی در آن بعد نیز به حساب می‌آید. برای محاسبه نمره کل پرسشنامه، مجموع اعداد به دست آمده از هر زیر مقیاس، بر ۸ تقسیم می‌شود که عدد به دست آمده باید عددی بین صفر تا ۱۰۰ باشد. امتیاز ۵۰ میانه و بالای آن دارای آن بعد و زیر آن، فقدان آن بعد زندگی است.

پایایی و روایی نسخه فارسی این پرسشنامه در ایران تایید شده است ($r = .79$). همچنین پایایی این پرسشنامه در پژوهش طیوب (۱۳۹۱) بر اساس آلفای کرونباخ برای نمره کل برابر با 0.84 می‌باشد که در خرده مقیاس‌ها نیز این اعداد از سطح قابل اطمینانی برخوردار بودند.

ب) پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ): برای سنجش میزان سلامت عمومی والدین از پرسشنامه GHQ که حاوی ۲۸ سوال ۴ گزینه‌ای است، استفاده شده است. در این پرسشنامه جواب‌های والدین از ۰ تا ۴ نمره‌گذاری می‌شود و در پایان مجموع نمرات محاسبه می‌شود. والدینی که مجموع نمرات آن‌ها در این پرسشنامه عدد کمتری را نشان دهد در وضعیت بهتری به لحاظ سلامت عمومی قرار دارند. در این پرسشنامه ۴ زیر مقیاس سلامتی بررسی می‌شوند. سوالات ۷-۱ به بررسی علائم جسمانی، سوالات ۱۴-۷ اضطراب، سوالات ۲۱-۱۴ اختلال در عملکرد اجتماعی و در نهایت سوالات ۲۸-۲۱ به بررسی

جهت مداخله حمایتی و شناختی رفتاری می‌تواند در بهبود روان مادران کودکان اتیسم مؤثر باشد (ریاحی و همکاران، ۱۳۸۹).

تمامی روش‌های درمانی علاوه بر بهبود فرایندهای شناختی و اجتماعی کودکان دارای اتیسم به صورت مستقیم و یا غیرمستقیم در بهبود و تقویت سلامت روحی و روانی خانواده و به خصوص مادران تاثیر گذاشته و در نهایت سبب ارتقای سطح کیفی زندگی تمامی اعضای خانواده خواهد شد از این رو این پژوهش به دنبال پاسخگویی به سئوالاتی همچون رابطه میان سلامت عمومی و کیفیت زندگی مادران دارای فرزند در خودمانده و همچنین رابطه میان متغیرهای جمعیت شناختی از جمله سن و تحصیلات با دو مولفه‌ی فوق می‌باشد.

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

جامعه پژوهش حاضر شامل تمامی مادرانی است که دارای فرزند اتیسم بوده و فرزندشان در مدرسه ویژه کودکان اتیسم در شهرستان شهریار در سال تحصیلی ۹۲-۹۱ مشغول به تحصیل بوده‌اند. تمامی این مادران به عنوان گروه نمونه در نظر گرفته شده و به تکمیل پرسشنامه‌ها اقدام نمودند.

ابزار پژوهش

الف) پرسشنامه کیفیت زندگی: ابزار اندازه‌گیری در پژوهش عبارتند از پرسشنامه کیفیت زندگی که SF-36 علامت اختصاصی آن است. این پرسشنامه دارای ۳۶ سؤال است که در سال ۱۹۹۲ توسط وار و شربون در آمریکا طراحی شده است و جهت سنجش سلامت از نظر وضعیت جسمانی، روانی و اجتماعی افراد است و سلامت افراد را در هشت حیطه مختلف ارزیابی می‌کند. در نمره‌گذاری بعد جسمانی ۱۰ عبارت، ایفای نقش جسمی ۴ عبارت، دردهای بدنی ۲ عبارت، سلامت عمومی ۵ عبارت،

جدول ۲: نتایج ضریب همبستگی اسپیرمن برای تحصیلات و سلامت عمومی

متغیر	شاخص آماری	جسمانی	اضطراب	اجتماعی	افسردگی	نمره کل
ضریب همبستگی	۰/۱۰۶	۰/۰۵۳	-۰/۱۰۵	۰/۱۶۸	۰/۰۰۹	
تحصیلات	۰/۶۵۷	۰/۸۲۴	۰/۶۵۹	۰/۴۸	۰/۹۷۱	
تعداد	۳۵	۳۵	۳۵	۳۵	۳۵	

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که میان میزان تحصیلات مادران و سلامت عمومی آنان رابطه‌ی معناداری وجود ندارد. میانگین سن مادران در حدود ۳۵ می‌باشد که سن مادران میان ۲۶ تا ۴۶ متغیر می‌باشد.

جدول ۳: نتایج ضریب همبستگی پیرسون برای سن و سلامت عمومی

متغیر	شاخص آماری	جسمانی	اضطراب	اجتماعی	افسردگی	نمره کل
همبستگی پیرسون	-۰/۱۰۵	۰/۳۱۵	-۰/۰۷۸	۰/۰۵۲	-۰/۰۲۳	
سن	۰/۹۵	۰/۱۷۶	۰/۷۴۴	۰/۸۲۸	۰/۹۲۳	
تعداد	۳۵	۳۵	۳۵	۳۵	۳۵	

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که میان متغیر سن و سلامت عمومی و خرده مقیاس‌های مربوط به آن رابطه‌ی معناداری وجود ندارد.

جدول ۴: شاخص‌های توصیفی نمرات کیفیت زندگی و خرده

خرده مقیاس‌ها	کمترین	بیشترین	میانگین	انحراف استاندارد
عملکرد جسمانی	۵	۱۰۰	۶۹,۷۵	۳۱,۶
محدودیت ایفای نقش (جسمانی)	۰	۱۰۰	۴۷,۵	۳۶,۱
محدودیت ایفای نقش (هیجانی)	۰	۱۰۰	۴۵	۴۰,۸۶
خستگی یا نشاط	۵	۸۵	۵۲,۲۵	۱۹,۷
سلامت عاطفی	۱۲	۸۸	۵۷,۲	۱۸,۱۷
عملکرد اجتماعی	۲۵	۱۰۰	۶۴,۳۷	۲۵,۰۹
درد	۰	۱۰۰	۶۲,۳۷	۲۷,۴۷
نمره کل	۱۷,۲۳	۹۲,۸	۵۶,۶۱	۲۰,۷۹

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که مادران شرکت‌کننده در این پژوهش در خرده مقیاس‌های عملکرد جسمانی و عملکرد اجتماعی میانگین نمرات بیشتری کسب کرده‌اند. همچنین در مجموع نمرات میانگین کیفیت زندگی برابر با ۵۶/۶۱ می‌باشد.

افسردگی افراد می‌پردازد. ضریب اعتبار این پرسشنامه با استفاده از سه روش باز آزمون، دو نیمه کردن و آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۷۰ و ۰/۹۳ و ۰/۹۰ به دست آمده است. برای بررسی روایی همزمان، همبستگی خرده آزمون‌ها با نمره کل و تحلیل عوامل استفاده شده است که در روش روایی همزمان، ضریب روایی ۰/۵۵ و در روش همبستگی خرده آزمون‌ها با نمره کل روایی ۰/۷۲-۰/۸۷ به دست آمده است و نتیجه تحلیل عوامل با استفاده از روش چرخشی واریمکس و بر اساس آزمون اسکری بیانگر وجود عوامل افسردگی، اضطراب، ناسازگاری اجتماعی و علائم جسمی است که در مجموع بیش از ۵۰ درصد واریانس کل آزمون را تبیین می‌کنند (تقوی، ۱۳۸۰؛ سپهوند، گیلانی و زمانی، ۱۳۸۵).

یافته‌ها

جدول ۱: شاخص‌های توصیفی سلامت عمومی

مقیاس‌ها	تعداد	کمترین	بیشترین	میانگین	انحراف استاندارد
عملکرد جسمانی	۳۵	۰	۲۰	۶/۰۵	۴/۵۷۱
اضطرابی- خواب	۳۵	۱	۱۶	۷/۷۵	۴/۰۶۴
عملکرد اجتماعی	۳۵	۰	۱۷	۷/۹۰	۴/۰۳۸
افسردگی	۳۵	۰	۱۵	۳/۷۰	۴/۰۷۹
نمره کل سلامت عمومی	۳۵	۳۰	۹۵	۵۴/۵	۱۵/۹۶

نتایج جدول ۱ نشان می‌دهد که میانگین نمره مادران در خرده مقیاس عملکرد اجتماعی بیشتر از سایر خرده مقیاس‌ها می‌باشد و با توجه به اطلاعات پرسشنامه این بدین معناست که مادران در عملکرد اجتماعی از وضعیت مناسبی برخوردار نیستند. از سویی نیز در خرده مقیاس افسردگی کمترین میانگین را کسب نموده‌اند. همچنین اطلاعات جمعیت‌شناختی افراد شرکت‌کننده در این پژوهش حاکی از آن است که بیشتر مادران دارای تحصیلات کمتر از دیپلم (۵۴/۲) می‌باشند در حالی که ۴۵/۸ درصد از مادران دارای تحصیلاتی بالاتر از دیپلم بوده‌اند.

جدول ۵: نتایج ضریب همبستگی اسپیرمن برای تحصیلات و کیفیت زندگی

متغیر	شاخص آماری	عملکرد جسمانی	محدودیت جسمانی	محدودیت هیجانی	خستگی یا نشاط	سلامت عاطفی	عملکرد اجتماعی	درد	نمره کل
تحصیلات	ضریب همبستگی	۰/۲۶۶	۰/۱۸۶	-۰/۲۹۶	-۰/۰۵۵	-۰/۲۲	-۰/۲۴	-۰/۰۶۴	۰/۰۶۴
	سطح معناداری	۰/۲۵۸	۰/۴۳۳	۰/۲۰۵	۰/۸۱۷	۰/۳۵۱	۰/۳۰۷	۰/۷۸۹	۰/۷۹
	تعداد	۳۵	۳۵	۳۵	۳۵	۳۵	۳۵	۳۵	۳۵

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد که میان نمره کل و خرده مقیاس‌های کیفیت زندگی و میزان تحصیلات مادران رابطه‌ی معناداری وجود ندارد.

جدول ۶: نتایج ضریب همبستگی پیرسون برای سن و کیفیت زندگی

متغیر	شاخص آماری	عملکرد جسمانی	محدودیت جسمانی	محدودیت هیجانی	خستگی یا نشاط	سلامت عاطفی	عملکرد اجتماعی	درد	نمره کل
سن	همبستگی پیرسون	۰/۳۸۶	۰/۳۵۲	۰	۰/۰۲۱	-۰/۱۸۶	۰/۰۱۷	۰/۰۲	۰/۱۳۶
	سطح معناداری	۰/۰۹۲	۰/۱۲۸	۰/۹۹۹	۰/۹۲۹	۰/۴۳۲	۰/۹۴۲	۰/۹۳۳	۰/۵۶۷
	تعداد	۳۵	۳۵	۳۵	۳۵	۳۵	۳۵	۳۵	۳۵

نتایج جدول ۶ نشان می‌دهد که میان سن و کیفیت زندگی مادران رابطه‌ی معناداری وجود ندارد. در این قسمت خرده مقیاس‌ها و نمرات کل دو متغیر سلامت عمومی و کیفیت زندگی با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون جهت بررسی رابطه یا عدم رابطه مورد ارزیابی قرار می‌گیرند.

جدول ۷: نتایج ضریب همبستگی پیرسون برای سلامت عمومی و کیفیت زندگی

متغیر	شاخص آماری	عملکرد جسمانی	محدودیت جسمانی	محدودیت هیجانی	خستگی یا نشاط	سلامت عاطفی	عملکرد اجتماعی	درد	نمره کل
عملکرد جسمانی	پیرسون	-۰/۴۰۱	-۰/۶۶۸**	-۰/۳۰۴	-۰/۷۱۱**	-۰/۵۸۱**	-۰/۶۸۴**	-۰/۷۰۲**	-۰/۷۲۹**
	سطح معناداری	۰/۰۸	۰/۰۰۱	۰/۱۹۳	۰/۰۰۰	۰/۰۰۷	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۰
	تعداد	۳۵	۳۵	۳۵	۳۵	۳۵	۳۵	۳۵	۳۵
اضطرابی- خواب	پیرسون	-۰/۳۱۲	-۰/۵۷۷**	۰/۴۱۵	-۰/۴۸۹*	-۰/۴۲۶	-۰/۶۲۱**	-۰/۴۵۹*	-۰/۶۲*
	سطح معناداری	۰/۱۸۱	۰/۰۰۸	۰/۰۶۹	۰/۰۲۹	۰/۰۶۱	۰/۰۰۳	۰/۰۴۲	۰/۰۰۴
	تعداد	۳۵	۳۵	۳۵	۳۵	۳۵	۳۵	۳۵	۳۵
عملکرد اجتماعی	پیرسون	-۰/۲۹۷	-۰/۳۶۲	-۰/۴۲۹	-۰/۵۸۹**	-۰/۷۴۱*	-۰/۴۰۷	-۰/۱۹۶	-۰/۵۱۸*
	سطح معناداری	۰/۲۰۳	۰/۱۱۷	۰/۰۵۹	۰/۰۰۶	۰/۰۰۰	۰/۰۷۵	۰/۴۰۸	۰/۰۱۹
	تعداد	۳۵	۳۵	۳۵	۳۵	۳۵	۳۵	۳۵	۳۵
افسردگی	پیرسون	-۰/۵۸*	-۰/۳۱۷	-۰/۵۷۸**	-۰/۵۵۸*	-۰/۷۷**	-۰/۶۵۶**	-۰/۵۵۳*	-۰/۷۱**
	سطح معناداری	۰/۰۰۷	۰/۱۷۳	۰/۰۰۸	۰/۰۱۱	۰/۰۰۰	۰/۰۰۲	۰/۰۱۱	۰/۰۰۰
	تعداد	۳۵	۳۵	۳۵	۳۵	۳۵	۳۵	۳۵	۳۵
نمره کل	پیرسون	۰/۲۱۹	۰/۶۳۵**	۰/۴۶۶*	۰/۵۴۳*	۰/۶۰۱*	۰/۷۲۵**	۰/۶۱۵**	۰/۸۳۱**
	سطح معناداری	۰/۳۵۴	۰/۰۰۳	۰/۰۳۸	۰/۰۱۳	۰/۰۰۵	۰/۰۰۰	۰/۰۰۴	۰/۰۰۰
	تعداد	۳۵	۳۵	۳۵	۳۵	۳۵	۳۵	۳۵	۳۵

* p<0/01

** p<0/05

نتایج جدول ۷ نشان می‌دهد که میان خرده مقیاس‌های سلامت عمومی و خرده مقیاس‌های کیفیت زندگی رابطه‌ی معنادار وجود دارد و در تمامی آن‌ها این رابطه‌ها منفی و معکوس گزارش می‌شود و این بدین معناست که با افزایش نمرات خرده مقیاس‌های سلامت عمومی نمرات خرده مقیاس‌های کیفیت زندگی کاهش می‌یابد و بالعکس. اما میان نمره کل سلامت عمومی و تمامی خرده مقیاس‌ها رابطه‌ی مثبت و مستقیم گزارش می‌شود.

نتایج جدول ۷ نشان می‌دهد که میان خرده مقیاس‌های سلامت عمومی و خرده مقیاس‌های کیفیت زندگی رابطه‌ی معنادار وجود دارد و در تمامی آن‌ها این رابطه‌ها منفی و معکوس گزارش می‌شود و این بدین معناست که با افزایش نمرات خرده مقیاس‌های سلامت عمومی نمرات خرده مقیاس‌های کیفیت زندگی کاهش می‌یابد و بالعکس. اما میان نمره کل سلامت عمومی و تمامی خرده مقیاس‌ها رابطه‌ی مثبت و مستقیم گزارش می‌شود.

بحث و نتیجه گیری:

نتایج به دست آمده نشان داد که مادران در خردۀ مقیاس افسردگی کمترین میانگین را کسب نموده‌اند و در عملکرد اجتماعی از وضعیت مناسبی برخوردار نیستند. بر اساس پنج فرضیه پژوهش میان میزان تحصیلات مادران، سن و سلامت عمومی آنان رابطه‌ی معناداری وجود ندارد. همچنین میان نمره کل و خردۀ مقیاس‌های کیفیت زندگی و میزان تحصیلات مادران و سن آنان رابطه‌ی معناداری وجود ندارد و در آخر میان خردۀ مقیاس‌های سلامت عمومی و خردۀ مقیاس‌های کیفیت زندگی رابطه‌ی معنادار وجود دارد و در تمامی آن‌ها این رابطه‌ها منفی و معکوس گزارش می‌شود که نشانگر این است این مادران از تنش‌ها و فشار زیادی رنج می‌برند و از کیفیت زندگی خوبی برخوردار نیستند با توجه به این مطالب می‌توان نتیجه گرفت بررسی میزان سلامت عمومی و کیفیت زندگی مادران دارای فرزند اتیسم (با توجه به این که مادر عضوی از خانواده است که بیشترین ارتباط را با این کودکان دارد) بسیار کارساز بوده و به خانواده در پذیرش کودک اتیسم کمک شایانی می‌کند و همچنین به انطباق درست با شرایط کودک کمک کرده و در نتیجه تأثیر مطلوبی بر نظام خانواده می‌گذارد. نقطه قابل تامل در این پژوهش این است که میان میزان تحصیلات مادران با سلامت عمومی و کیفیت زندگی آنان رابطه‌ی معناداری وجود ندارد که البته به نظر می‌رسد این ارتباط وجود داشته باشد و آنچه که این نتایج را می‌تواند تا حدودی توجیه نماید این است که تعداد نمونه کم است. نتایج این پژوهش با یافته‌های سایر پژوهشگران همخوانی داشت. از این رو و با توجه به تأثیر میزان سلامت روانی در کیفیت زندگی مادران دارای فرزند اتیسم ارائه خدمات مشاوره-ای مناسب در این راستا تأثیرگذار خواهد بود و به والدین توصیه می‌شود جهت بهره‌مندی از سطح سلامت و بهداشت روانی بالا و افزایش سطح کیفی زندگی خانوادگی

به فعالیت‌هایی در این زمینه اقدام نمایند. با توجه به تأثیر نقش واسطه‌گری مقابله مذهبی در سبک‌های دلبستگی به خدا و سلامت روان والدین دارای کودک با ناتوانی ویژه (احمدی، ۱۳۹۱) و با توجه به استفاده مادران دارای فرزند استثنایی از سبک‌های مقابله‌ای نامناسب در مقابل تنیدگی (یکتاخواه، ۱۳۸۸) ارائه خدمات مشاوره‌ای مبتنی بر درمان رفتاری شناختی با رویکرد مذهبی، مقابله درمانگری در افزایش سلامت عمومی (علاقبند و همکاران، ۱۳۸۹) و آموزش، آگاهی دادن به والدین در نحوه صحیح تعامل با کودک و آموزش برنامه والدگری مثبت با توجه به کاهش فشار روانی مادران دارای کودک استثنایی (عابدی، ۱۳۹۲) تأثیرگذار خواهد بود. همچنین آموزش و پرورش به عنوان تنها نهاد دولتی که به صورت مستمر با این دسته از والدین ارتباط مستقیم دارد، می‌تواند با برگزاری کلاس‌های آموزش خانواده و ارائه راهکارهای مناسب مشاوره‌ای در ارتقای سطح بهداشت روانی و بهبود کیفیت زندگی این قبیل خانواده مفید واقع شود. از سویی نیز به والدین دارای فرزند درخودمانده و به خصوص مادران توصیه می‌شود با واکنش‌های منطقی نسبت به این مسئله و تربیت صحیح فرزندشان و پیگیری راهکارهای درمانی علاوه بر پیشرفت فرزندشان در جهت سلامت روحی و روانی خود و خانواده گامی مثبت نهاده تا به موفقیت در آینده امیدوار باشند و در نهایت پیشنهاد می‌شود پژوهش‌هایی جهت بررسی میزان استفاده مادران دارای فرزند اتیسم از سبک‌های مقابله‌ای نامناسب در مقابل تنیدگی، مقایسه کیفیت زندگی مادران دارای کودک اتیسم با توجه به تفاوت در متغیرهایی چون سن، سطح تحصیلات، دارا بودن شغل، ترتیب فرزند مبتلا به اتیسم، پژوهش بر روی پدران و برادران و خواهران آنان جهت انجام خدمات شایسته‌تر به دانش‌آموزان استثنایی و خانواده‌های آنان توسط پژوهشگران علاقمند صورت گیرد.

منابع:

- افشاری، رامین. (۱۳۸۳). بررسی رابطه راهبردهای مقابله‌ای و سلامت روان در مادران کودکان اتیستیک. رساله دکتری تخصصی؛ دانشگاه بهزیستی و توان‌بخشی تهران.
- اصلانی، زهرا. (۱۳۸۵). آشنایی با روش تیج. نشریه تعلیم و تربیت استثنایی؛ ۵۳: ۵۲-۵۳-۵۱.
- بشارت، محمد علی، قربعلی، اکرم، صرامی فرونشانی، غلامرضا. (۱۳۹۱). رابطه فنوتیپ گسترده در خودماندگی مادران با نظریه ذهن کودکان، فصلنامه ایرانی کودکان استثنایی؛ ۶۴: ۵۵-۶۴.
- تقوی، محمدرضا. (۱۳۸۰). بررسی روایی و اعتبار پرسش‌نامه سلامت عمومی. مجله روان‌شناسی؛ ۴: ۴۵.
- ریاحی، فروغ، خواجه‌الدین، نیلوفر، ایزدی مزیدی، سکینه، عشرتی، طیبه، نقدی نسب، لیلا. (۱۳۸۹). تأثیر درمان حمایتی و شناختی رفتاری بر سلامت روان و باورهای غیرمنطقی مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال اتیسم. مجله علمی پزشکی جندی شاپو؛ ۱۰: ۶۴۵-۶۳۷.
- رجبی دماوندی، گیلدا، پوشنه، کامبیز، غباری بناب، باقر. (۱۳۸۸). رابطه ویژگی‌های شخصیتی و راهبردهای مقابله‌ای در والدین کودکان با اختلال‌های گسترده اتیسم. فصلنامه پژوهش در حیطه کودکان استثنایی؛ ۲: ۱۴۴-۱۳۳.
- زارفشان، هادی، علیرضا، حمید، کاظمی، فرنگیس، سعادت، مهرانز، گودرزی، علی محمد. (۱۳۹۰). تأثیر آموزش روش ارتباطی مبادله تصویر (پکس) بر مشکلات ارتباطی کودکان در خود مانده. فصلنامه ایرانی کودکان استثنایی؛ ۴۰: ۳۲۰-۳۰۹.
- سپهوند؛ تورج، گیلانی، بیژن و زمانی، رضا. (۱۳۸۵). رابطه سبک‌های اسناد با رخدادهای استرس‌زای زندگی و سلامت عمومی. مجله پژوهش‌های روان‌شناختی؛ ۹، ۳۰۴-۳۳.
- طیوب، فرشته. (۱۳۹۲). کیفیت زندگی سالمندان ساکن سرای سالمندان و سالمندان ساکن در خانواده. پایان‌نامه کارشناسی روان‌شناسی عمومی. دانشگاه پیام نور تهران.
- علی اکبری دهکردی، مهناز، علی پور، احمد، چیمه، نرگس و محتشمی، طیبه. (۱۳۹۱). اثر روش درمانی پاسخ محور مبتنی بر والدین در بهبود کودکان دارای اختلال اتیسم. فصلنامه ایرانی کودکان استثنایی؛ ۱۲: ۱-۱۲.
- علاقیند، مریم، و همکاران. (۱۳۹۰). تأثیر مقابله درمانگری بر سلامت عمومی مادران دارای فرزند عقب مانده ذهنی ژنتیکی و غیر ژنتیکی. مجله دانشگاه علوم پزشکی یزد؛ ۱۰: ۱۱۳-۱۰۴.
- عابدی، ثریا. (۱۳۹۲). برنامه والدگری مثبت. نشریه تعلیم و تربیت استثنایی؛ ۱۱: ۳۷-۳۰.
- لاکامون روتو همکاران. (۱۳۸۰). عقب ماندگی ذهنی، تعریف، طبقه بندی و سیستم‌های حمایتی، انجمن آمریکایی عقب‌ماندگی (ترجمه فرهاد ماهر). تهران؛ انتشارات رشد.
- ماسن، پاول؛ جرم، کیگان؛ هوستون آلتا کاردل و کانجر، جان جین وی. (۱۳۸۰). رشد و شخصیت کودک. (ترجمه مهشید یاسایی). تهران؛ انتشارات مرکز متولی پور، عباس و رشیدی، ابوالفضل. (۱۳۸۸). استرس فرزندپروری در والدین دارای اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی. نشریه تعلیم و تربیت استثنایی؛ ۹۱: ۶۵-۵۷.
- نوابی نژاد، شکوه. (۱۳۷۰). راهنمایی و مشاوره گروهی. تهران؛ انتشارات جهاد دانشگاهی تربیت معلم.
- محمدی زاده، آ، پور اعتماد، ح، مالک خسروی، ج. (۱۳۸۴). آزمایشات اولیه نقش هدایتگر موسیقی بر کاهش افسردگی و اضطراب مادران دارای فرزند اتیستیک. مجله تحقیقات خانواده؛ ۳: ۲۹۲-۲۸۹.
- ولی زاده، شیرین و همکاران. (۱۳۸۹). اثر بخشی آموزش مهارت‌های مقابله‌ای بر استرس و ناامیدی مادران دارای کودک کم توان ذهنی. فصلنامه پژوهش در حیطه کودکان استثنایی؛ ۳: ۲۴۴-۲۳۷.
- یکتاخواه، سرور. (۱۳۸۸). مقایسه منابع و میزان تنیدگی و شیوه مقابله با آن در مادران دارای دانش آموز کم توان ذهنی، نابینا، ناشنوا و عادی مقطع ابتدایی کرج. نشریه تعلیم و تربیت استثنایی؛ ۸: ۸۹-۱۳-۳.
- Deater-Devkard.K(1998). *Paternal stress and child adjustment: some old hypotheses and new question*. Clinical psychology Sci .pract,5(3)-314-32
- Koegel,R.L,Bimbela,A&Schreibman,L(1996) *Collateral Effect of Parenting on Family Interaction*, Journal of Autism and Developmental Disorders.26,347-359
- Malone CA. *Observation on theroles of family therapy in child psychiatric training*. Journal of the American Academy of Child Psychiatry. 1974; 13: 437-58.
- Newsome,C(1998). *Autistic Disorder*. In E.Mash&R.Barkely(EDS), *Treatment of childhood Disorder*, Newyork: Guilford Press.416-467
- Sadock BG, Sadock VA . *Comprehensive Text Book of Psychiatry*. 9 th ed. Philadelphia: Volkmar, Klin, Robert, Schultz & Matthew; 2009: 3540
- Sally.J Rogers,S.Osaki,D,Hall,T,Reaven,J.(2000) *The Denver model :An Integrated Approach to Intervention for young children with Autism* .JFK center for Developmental Disabilities 4399E.8th Avenue Denver,Colorado 80262