



Comparison of Perceived Stress, Mental Comfort and Resilience among Parents of Children with Autism, Mental Retardation and Hyperactivity

Sharareh Shams ^{1*}, Keyvan Kakabaraee ²

1 Master of Psychology and Education of Exceptional Children, Islamic Azad University, Electronic Branch, Tehran, Iran

2 Associate Professor, Department of Psychology, Kermanshah Branch, Islamic Azad University, Kermanshah, Iran

* **Corresponding author:** Master of Psychology and Education of Exceptional Children, Islamic Azad University, Electronic Branch, Tehran, Iran

Received: 2022-01-31

Accepted: 2022-03-06

Abstract

Introduction: Most parents react to denial and confusion when their children are diagnosed with the disorder and show a wide range of emotions such as anger, sadness, crying and grief.

Objective: The aim of this study was to compare perceived stress, mental comfort and resilience among parents of children with autism, mental retardation and hyperactivity.

Method: The method of the present study was descriptive, causal-comparative. The statistical population included all mothers with children with developmental neurosis (autism, mental retardation and hyperactivity) in Tehran. Of these, 210 mothers were selected by stratified sampling. The research instruments were Cohen Perceived Stress Questionnaire, Connor and Davidson Resilience and Reef Psychological Comfort Questionnaire. Data analysis was performed using SPSS software version 24.

Results: The results showed that there was a significant difference between perceived stress, resilience and psychological comfort in parents of children with autism, mental retardation and hyperactivity ($p < 0.05$). Perceived stress is higher in parents with autistic children, psychological comfort is higher in parents with hyperactive children, and resilience is higher in parents with mental retardation.

Conclusion: According to these findings, having a child with autism, mental retardation and hyperactivity, can affect resilience, perception of stress and psychological comfort.

Keywords: Mental comfort, Resilience, Perceived stress, Transformational nerve



مقایسه استرس ادراک شده، آسایش ذهنی و تاب آوری در بین والدین کودکان اتیسم، کم توان ذهنی و فزون کنش

شراره شمس^{۱*}، کیوان کاکابرایی^۲

^۱ کارشناسی ارشد روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد الکترونیکی، تهران، ایران

^۲ دانشیار گروه روان شناسی، واحد کرمانشاه، دانشگاه آزاد اسلامی، کرمانشاه، ایران

* نویسنده مسئول: کارشناسی ارشد روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد الکترونیکی، تهران، ایران

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۴۰۰/۱۲/۱۵

تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۰/۱۱/۰۹

چکیده

مقدمه: اکثر والدین به هنگام تشخیص اختلال فرزندان خود، دچار واکنش انکار و سردرگمی شده و طیف گسترده ای از هیجانات از قبیل خشم، غمگینی، گریه و سوگ را نشان می دهند.

هدف: پژوهش حاضر با هدف مقایسه استرس ادراک شده، آسایش ذهنی و تاب آوری در بین والدین کودکان اتیسم، کم توان ذهنی و فزون کنش انجام شد.

روش: روش پژوهش حاضر توصیفی، علی-مقایسه بود. جامعه آماری شامل تمامی مادران دارای فرزند عصب تحولی (اتیسم، کم توان ذهنی و بیش فعال) شهر تهران بود. که از این میان تعداد ۲۱۰ مادر به شیوه نمونه گیری طبقه ای انتخاب شدند. ابزار پژوهش پرسشنامه استرس ادراک شده کوهن، تاب آوری کونور و دیویدسون و آسایش روانشناختی ریف بود. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار آماری spss نسخه ۲۴ انجام شد.

یافته‌ها: نتایج پژوهش نشان داد که بین استرس ادراک شده، تاب آوری و آسایش روانشناختی، در والدین کودکان اتیسم، کم توان ذهنی و بیش فعال تفاوت معنادار وجود داشت ($P > 0/05$). استرس ادراک شده در والدین دارای کودک اتیسم بیشتر است، آسایش روانشناختی در والدین دارای فرزند بیش فعال بیشتر بوده و تاب آوری در والدین دارای کم توانی ذهنی بیشتر است. نتیجه گیری: با توجه به این یافته‌ها داشتن کودک مبتلا به اختلال اتیسم، کم توان ذهنی و بیش فعال، می تواند بر تاب آوری، ادراک از استرس و آسایش روانشناختی تأثیر بگذارد.

واژگان کلیدی: آسایش ذهنی، تاب آوری، استرس ادراک شده، عصب تحولی

تمامی حقوق نشر برای فصلنامه رویکردی نو در علوم تربیتی محفوظ است.

مقدمه

گذارند و همچنین کم توانی ذهنی، منجر به سطوح بالای اضطراب، استرس، انزوا و بلاتکلیفی در والدین، کودکان و دیگر اعضای خانواده می گردد [۱]. طی چند دهه گذشته میزان شیوع اختلال طیف اوتیسم افزایش یافته به گونه ای که امروزه در هر

اختلال طیف اوتیسم و اختلال کم توجهی/ بیش فعالی جزئی از اختلالات رشد عصبی هستند که ناشی از تحول نابهنجار مغز بوده و بر توانایی های خاص شناختی و اجتماعی تأثیر می

والدین این کودکان در معرض خطر بالای بروز مشکلات در سلامت روانی هستند. سطح بالای استرس ادراک شده توسط این والدین و کاهش دلایل و معنای زندگی این مادران در نتیجه بیماری فرزند، از جمله پیامدهای ناگوار روان شناختی است [۱۱]. اختلال طیف اوتیسم و اختلال کم توجهی/ بیش فعالی و همچنین کم توانی ذهنی به دلیل ویژگی هایی که دارند می توانند بر عملکرد والدین و رفتارهای آنان تأثیر بگذارند. کودک استثنایی و والدین نه تنها بر یکدیگر تأثیر متقابل دارند بلکه سایر اعضای نظام خانواده یعنی دیگر فرزندان را تحت تأثیر قرار می دهند. وجود کودک استثنایی اغلب ضایعات جبران ناپذیری را بر پیکر خانواده وارد می کند [۱۲]. از سوی دیگر رفتارهای نامناسب والدین مثل خشم و بی توجهی و نیز واکنش هایی که والدین به علایم این اختلالات (مثل شلوغی و پرتحرکی) نشان می دهند می تواند بر روند این اختلالات تأثیر بگذارد. در جریان تشخیص این اختلال ها، فشارهای روانی فزاینده ای بر والدین وارد می شوند که می تواند به واکنش هایی مانند ضربه روانی، ناامیدی، خشم، افسردگی و غیره منجر شود [۱۳].

به طور کلی، تربیت کودک برای والدین چالش هایی را به دنبال دارد که می تواند منجر به ایجاد استرس^۴ در آن ها شود. این در حالی است که والدین کودکان اوتیسم نسبت به والدین کودکان عادی استرس بیشتری را تحمل می کنند [۱۴]. همراهی رفتارهای نامناسب با اوتیسم می تواند میزان استرس والدین را افزایش دهد. والدین این کودکان گزارش می دهند که مشکلات در تعاملات اجتماعی، رفتارهای کلیشه ای و احساس ناتوانی والدین در کنترل رفتارهای نامناسب کودک می تواند شدت استرس را در آن ها بیشتر کند [۱۵]. هم چنین والدین، کودکان اوتیسم افسردگی^۵ و اضطراب^۶ بیشتر و بهزیستی روان شناختی^۷ پایین تر را تجربه می کنند [۱۶]. پژوهشگران بر این باورند که عوامل تعدیل کننده ای میان فشارهای روانی والدین و اختلال در کودک، وجود دارد. وجود برخی ویژگی ها می تواند توان مقاومت درونی، در برابر فشارهای روانی را در والدین افزایش دهد و از بروز پیامدهای آن و بیماری جلوگیری کند. از بین متغیرهای تعدیل کننده می توان به استرس ادراک شده، بهزیستی روانشناختی و تاب آوری اشاره کرد [۳].

با توجه به مواردی که اشاره به مشکلات روان شناختی والدین دارای کودک استثنایی داشت، به نظر می رسد، والدین این کودکان از میزان تاب آوری^۸ پایینی برخوردار باشند [۹]. کامپفر^۹ باور داشت که تاب آوری بازگشت به تعادل اولیه یا رسیدن به تعادل سطح بالاتر (در موقعیت تهدیدکننده) است و از این رو سازگاری موفق را در زندگی فراهم می کند [۱۷]. در عین حال کامپفر به این نکته نیز اشاره می کند که سازگاری مثبت هم ممکن است پیامد تاب آوری به شمار رود و هم به عنوان

۶۸ کودک، ۱ کودک در سن مدرسه را تحت تأثیر قرار داده است [۲]. میزان شیوع اوتیسم در ایران ۶٫۲ در ۱۰ هزار تعیین شد؛ درحالی که این آمار در دنیا ۱ در ۱۰۰ و بیشترین آمار اوتیسم نیز مربوط به کشورهای انگلیس، سوئد و آمریکا بود [۳]. همچنین بر اساس آمار سازمان بهزیستی کشور در پایان شهریور ۱۳۹۸ و برآورد جمعیت مرکز آمار ایران در سال ۱۳۹۸ نرخ شیوع کم توانی ذهنی تقریباً ۰/۴۷ نفر در ده هزار نفر جمعیت است. این کودکان رفتارهای نامطلوبی مانند حرکات و رفتارهای کلیشه ای، پرخاشگری^۱ و رفتارهای خودآزاری از خود نشان می دهند. آن ها همچنین در فهم و استفاده از قوانین و رفتارهای اجتماعی، اشاره ای، محاوره ای، رفتارهای غیرکلامی و هماهنگی حرکتی دچار مشکل هستند [۴]. گذشته از این، عامل دیگری که می تواند با استرس والدین مرتبط باشد، نقص توجه- بیش فعالی است که نوعی اختلال عصبی و ارثی شایع به حساب می آید و از دوران کودکی شروع می شود. یکی از علل احتمالی این اختلال، کاهش عملکرد سیستم های تولیدکننده دوپامین^۲ در مغز است [۵]. شیوع این اختلال در کودکان حدود ۱۰-۳٪ است که یک سوم تا دو سوم آنها مشکلاتشان تا بزرگسالی ادامه پیدا می کند [۶]. لای^۳ و همکاران [۷] در پژوهشی دریافته اند که والدین کودکان دارای اختلال های طیف اوتیسم نشانه های اضطرابی بیشتری که شامل دیدگاه منفی به خود، رضایت کم از نقش والدینی خود، تجربه ی بیشتر از مشکلات رفتاری کودک، نشانه های افسردگی بیشتر و استفاده از راهبردهای مقابله ای اجتنابی بیشتر نسبت به گروه دیگر داشتند و در شاخص بهزیستی روانشناختی پایین تر بودند.

در عصر حاضر مشکلات ناشی از بیماری ها و معلولیت ها از جمله کم توانی ذهنی از حادترین مسائل جوامع بشری است و بیش از دو درصد جمعیت هر جامعه ای را کودکان کم توان ذهنی تشکیل می دهند [۸]. وجود کودک با اختلال، در خانواده دارای تأثیراتی بر سازش یافتگی زناشویی، روابط خواهران و برادران و فعالیت های روزمره خانواده است. افزون بر این موارد، این اختلال فقر مالی زیادی را بر خانواده تحمیل می کند. والدین این کودکان، انزوای اجتماعی و اختلاف های زناشویی را تجربه می کنند [۹]. خواهران و برادران آن ها دارای انواع مشکلات سازش یافتگی و روابط آسیب دیده هستند. از آنجایی که درمان اختلالات و نگهداری از کودک استثنایی، نیازمند مصرف منابع انسانی و مالی خانواده برای کودک است و از آنجایی که این خواسته ها، با مراقبت از کودک مرتبط هستند، والدین وقت و فرصت کافی برای خود ندارند که این منجر به افسردگی، استرس و حتی طلاق والدین می شود [۱۰]. پژوهش های این حوزه در مورد کودکان مبتلا به اوتیسم نشان می دهد که

پیشایند، سطح بالاتری از تاب آوری را سبب شود. وی این مسئله را ناشی از پیچیدگی تعریف و نگاه فرآیندی به تاب آوری می داند. افرادی که تاب آوری زیادی دارند احتمالاً در برخورد با فرزندان استثنایی خود منطقی و درست برخورد می کنند [۱۸].

پزو ساریا و بریسو^۱ در پژوهشی دریافته اند که تاب آوری و بهزیستی روانشناختی بر شدت معلولیت و خدمات اجتماعی دریافتی تأثیر گذار است؛ یعنی هر اندازه شدت معلولیت بیشتر باشد، والدین بیشتر دچار استرس و اضطراب می شوند و بهزیستی روانشناختی آنها پایین می آید [۱۹].

در این میان، اکثر والدین به هنگام تشخیص اختلال فرزندان خود، دچار واکنش انکار و سردرگمی شده و طیف گسترده ای از هیجانات از قبیل خشم، غمگینی، گریه و سوگ را نشان می دهند [۲۰]. در این میان نقش اصلی جلوگیری از چنین شرایطی، افزایش بهزیستی روان شناختی والدین این کودکان می باشد که به عنوان پایه های اصلی خانواده در نظر گرفته می شوند [۲۱]. بهزیستی روان شناختی پایین و استرس بالا در مادران کودکان استثنایی از جهت بالینی اهمیت زیادی دارد، به این ترتیب که می تواند درمان و روند آن را در کودکان آن ها تحت تأثیر قرار دهد [۲۲]. بهزیستی روان شناختی شامل دریافت های فرد از میزان هماهنگی بین اهداف معین و ترسیم شده با پیامدهای عملکردی است که در فرآیندهای ارزیابی مستمر به دست می آید و به رضایت درونی و نسبتاً پایدار در توالی زندگی منجر می شود [۲].

تولد فرزند با ویژگی های نارسایی های ذهنی_ تحولی استرس ها و چالش هایی را برای کل اعضای خانواده به همراه دارد. والدین این کودکان در مقایسه با گروه های عادی به واسطه هزینه های زیاد مالی و اقتصادی و ایجاد توازن بین نیازهای خانواده و فرزندان سطح زیادی از استرس را تجربه می کنند افزون بر این، شرایط مزمن و چالش بر انگیز بودن ویژگی های این گروه از کودکان، والدین آنها را با مشکلاتی مواجه می کند. و با توجه به اینکه تا کنون پژوهشی در رابطه با ارتباط این اختلالات با مبحث تاب آوری، استرس ادراک شده و بهزیستی روانشناختی انجام نشده است؛ از این رو پژوهش حاضر با هدف مقایسه استرس ادراک شده، بهزیستی روانشناختی و تاب آوری در بین والدین دارای فرزند با اختلال اتیسم، کم توان ذهنی و بیش فعال طراحی شد.

روش

پژوهش حاضر از لحاظ هدف کاربردی و از نظر شیوه اجرا علی-مقایسه ای است.

جامعه، نمونه و روش نمونه گیری: جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی والدین دارای فرزند عصب تحولی (اتیسم، کم توان ذهنی و بیش فعال) در سال ۱۴۰۰ می باشد که فرزندان آنها تحت پوشش سازمان بهزیستی شهر تهران بود. حجم نمونه به تعداد ۲۱۰ نفر از والدین دارای کودک عصب تحولی (اتیسم، کم توان ذهنی و بیش فعال)، (۹۰ نفر از بین والدین دارای فرزند اتیسم، ۸۰ نفر از بین والدین دارای فرزند کم توان ذهنی و ۴۰ نفر از بین والدین دارای فرزند بیش فعال) به شیوه نمونه گیری طبقه ای انتخاب شد. ملاک های ورود به گروه نمونه شامل ۱. کودکان ۷ تا ۱۲ سال، ۲. تشخیص اختلال اتیسم، اختلال بیش فعالی و کم توان ذهنی از سوی روان پزشک یا روانشناس. ۳. تحصیلات حداقل دیپلم برای والدین. ۴. تمایل به شرکت در پژوهش بود و ملاک های خروج عبارت بودند از: ۱. عدم تمایل به شرکت در پژوهش. ۲. تکمیل نکردن پرسشنامه ها. برای جمع آوری اطلاعات از پرسشنامه های زیر استفاده شد:

مقیاس استرس ادراک شده (۱۹۸۳): مقیاس استرس ادراک شده توسط کوهن، کامارک و مرملستین^{۱۱} (۱۹۸۳) معرفی شد. این مقیاس ۱۴ آیتم دارد مقیاس استرس ادراک شده دو خرده مقیاس را میسند: الف) خرده مقیاس ادراک منفی از استرس که شامل آیتم های ۱، ۲، ۳، ۴، ۱۱، ۱۲ و ۱۴ می شود. ب) خرده مقیاس ادراک شده مثبت از استرس که آیتم های ۵، ۶، ۷، ۸، ۹، ۱۰ و ۱۳ را در بر میگیرد که به صورت برعکس نمره گذاری میشوند. ضرایب پایایی همسانی درونی مقیاس از طریق ضریب آلفای کرونباخ در دامنه های از ۰/۸۴ تا ۰/۸۶. در دو گروه از دانشجویان و یک گروه از افراد سیگاری در برنامه ترک بدست آمده است. کوهن و همکاران (۱۹۸۳) در پژوهشی بر روی دانشجویان ژاپنی ضریب آلفای کرونباخ اصلی و مقیاس تجدید نظر شده ژاپنی را به ترتیب ۰/۸۸ و ۰/۸۱ بدست آوردند که این ضرایب به ضرایب پایایی نسخه اصلی خیلی نزدیک است، در مقیاس اصلی دو عامل ۵۳/۲ درصد واریانس را تبیین کردند. عامل اول ۲۷/۳ درصد و عامل دوم ۲۵/۹ درصد. در صورتی که مقیاس تجدید نظر شده ژاپنی دو عامل ۴۹/۹ درصد واریانس را تبیین کردند. عامل اول ۲۸/۵ درصد واریانس و عامل دوم ۲۱/۴ درصد واریانس [۲۳]. در پژوهش اصغری ضرایب پایایی همسانی درونی از طریق ضریب آلفای کرونباخ برای مؤلفه های ادراک مثبت از استرس، ۰/۷۱ و ادراک منفی از استرس ۰/۷۵ به دست آمد. ضمن اینکه ضریب آلفا برای کل نمرات پرسشنامه ۰/۸۴ مشخص گردید. همچنین در این با استفاده از روش تحلیل مواد ضرایب همبستگی به دست آمده برای ادراک مثبت از استرس در دامنه ی ۰/۴۹ تا ۰/۷۰ و ادراک منفی از استرس در دامنه ی

۸-۱۰ عامل پذیرش خود، سوال های ۳-۱۱-۱۳ عامل رابطه مثبت با دیگران، سوالهای ۵-۱۴-۱۶ عامل داشتن هدف در زندگی، سوال های ۷-۱۵-۱۷ عامل رشد فردی و سوالهای ۹-۱۲-۱۸ عامل استقلال را می سنجد. سوال های ۳-۴-۵-۱۰-۱۳-۱۶-۱۷ با روش معکوس نمره گذاری می شوند و بقیه سوالها با روش مستقیم انجام می شود.

روش اجرا:

ابتدا با مراجعه به اداره بهداشتی شهر تهران و توضیح هدف پژوهش و هماهنگی های لازم با مدیریت اداره مجوز اجرای پژوهش ارائه گردید. لازم به ذکر است به جهت شیوع ویروس کووید-۱۹ و محدودیت ها، پس از اطلاع رسانی از طریق نصب پوستر و فضای مجازی، جلسه توجیهی به صورت آنلاین با والدین جامعه آماری مورد نظر، به بیان هدف پژوهش پرداخته شد، سپس والدینی که رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش داشتند و واجد ملاک های ورود بودند، به صورت داوطلبانه اعلام آمادگی کردند و پرسشنامه های پژوهش، به صورت آنلاین تحت وب طراحی شد، و با ارسال لینک پرسشنامه برای اعضای نمونه، از آنها خواسته شد که به لینک مورد اشاره مراجعه کرده، ضمن مطالعه کامل پرسشنامه، به همه پرسش ها پاسخ دهند. جهت تجزیه و تحلیل اطلاعات جمع آوری شده از آمار توصیفی و استنباطی استفاده گردید، در سطح آمار توصیفی از شاخص های آماری شامل فراوانی، درصد، میانگین، انحراف معیار برای ترسیم ویژگی های جمعیت شناختی شامل سن و سطح تحصیلات استفاده شد. پیش فرض طبیعی بودن توزیع داده های هر یک از فرضیه های پژوهش با کمک آزمون کلموگروف اسمیرنوف و با اطمینان ($p > 0.05$) محاسبه شدند. تجزیه و تحلیل فرضیات تحقیق با استفاده از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف، تی مستقل، تحلیل واریانس و با نرم افزار SPSS_24 انجام پذیرفت.

نتایج

یافته های جمعیت شناختی پژوهش نشان داد که ۶/۶ درصد پاسخگویان داری سن ۲۵ تا ۳۰ سال، ۳۳/۸ درصد ۳۱ تا ۳۵ سال، ۳۷/۶ درصد ۳۶ تا ۴۰ سال، ۱۹/۷ درصد ۴۱ تا ۴۵ سال، ۱/۴ درصد نیز دارای سن بالای ۴۶ سال می باشد. ۵۸/۲ درصد پاسخگویان دارای دیپلم، ۲۸/۶ درصد فوق دیپلم، ۶/۶ درصد لیسانس، ۵/۲ درصد دارای تحصیلات فوق لیسانس می باشند. در ادامه میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش گزارش شده است.

۰/۵۲ تا ۰/۷۷ و ضرایب همبستگی مواد مقیاس ادراک استرس کل در دامنه ی ۰/۵۱ تا ۰/۷۸ قرار داشت [۲۴].

پرسش نامه تاب آوری کونور و دیویدسون^{۱۳} (۲۰۰۳): پرسشنامه تاب آوری بزرگسالان که کونور و دیویدسون در سال ۲۰۰۳ تهیه کرده اند شامل ۲۵ گویه است که با ویژگی های طبقه بندی شده تاب آوری مطابقت دارند. روش نمره گذاری این پرسشنامه براساس مقیاس پنج درجه ای لیکرت است. بدین نحو که به پاسخ های از کاملاً مخالف تا کاملاً موافق به ترتیب نمره های ۴، ۳، ۲، ۱، تعلق می گیرد. در ایران برای اولین بار روایی و پایایی مقیاس تاب آوری بزرگسالان در پژوهش جوکار و سامانی (۱۳۸۷) بر روی ۳۷۲ دانشجوی کارشناسی دانشگاه شیراز ارزیابی شد. روایی مقیاس به روش تحلیل عوامل و همبستگی با مقیاس تاب آوری کانر و دیویدسون [۲۵] و پایایی آن با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ $A = 0.93$ بدست آمد که در مجموع نسخه فارسی این پرسشنامه ابزار مناسبی با روایی و اعتبار بالا برای اندازه گیری سطح تاب آوری در بزرگسالان است. این پرسشنامه را کونور و دیویدسون با مرور منابع تحقیقاتی ۱۹۹۱-۱۹۷۹، حوزه تاب آوری تهیه کردند. بررسی خصوصیات روانسنجی این مقیاس در شش گروه جمعیت عمومی مراجعه کنندگان به بخش مراقبت های اولیه بیماران سریایی روانپزشکی، بیماران با مشکل اختلال اضطراب و دو گروه از بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه انجام شده است. تهیه کنندگان این مقیاس بر این عقیده اند که این پرسشنامه به خوبی قادر به تفکیک افراد تاب آور از غیر تاب آور در گروه های بالینی و غیر بالینی بوده و می تواند در موقعیت های تحقیقاتی و بالینی مورد استفاده قرار بگیرد.

پرسشنامه بهداشتی روانشناختی (۱۹۸۹): ریف (۱۹۸۹) این مقیاس را طراحی کرده است. فرم اصلی آن ۱۲۰ ماده دارد اما در بررسی های بعدی فرم های کوتاه تر ۸۴، ۵۴ و ۱۸ ماده ای نیز پیشنهاد شدند [۲۶]. مقیاس های آسایش روان شناختی دارای شش خرده مقیاس پذیرش خود، رابطه مثبت با دیگران، استقلال عمل، زندگی هدفمند، رشد شخصی و تسلط بر محیط است. نمره بالاتر بیانگر سطح بالای آسایش روان شناختی است. بررسی بیانی و کوچکی [۲۷] حاکی از روایی و اعتبار قابل قبول نسخه فارسی این مقیاس است. در پژوهش آن ها آلفای کرونباخ مقیاس ۰/۸۲ و آلفای زیر مقیاس های آن از ۰/۷۰ تا ۰/۷۸ گزارش شده است. در تحقیق حاضر از نسخه کوتاه ۱۸ سوالی که در سال ۱۹۸۰ طراحی شده است استفاده گردید. این نسخه ۶ زیر مقیاس و هر زیر مقیاس ۳ عبارت دارد. پاسخ به هر سوال بر روی یک طیف ۶ درجه ای از کاملاً مخالف تا کاملاً موافق مشخص میشود. سوال ۱-۴-۶ عامل تسلط محیطی، سوال ۲-

جدول ۱. توصیف مولفه های تاب آوری در سه گروه

خطای استاندارد	انحراف معیار	میانگین	تعداد	
۹۰۸۰۷.	۷,۵۹۷۴۸	۸۲,۴	۹۰	اوتیسم
۱,۵۱۸۴۴	۱۲,۷۰۴۱۸	۶۵,۷۷۱۴	۸۰	کم توان ذهنی
۷۷۲۵۴.	۶,۴۶۳۵۵	۱۸,۰۷۱۴	۴۰	بیش فعال
۱,۹۹۱۶۷	۲۸,۸۶۲۰۷	۵۵,۴۱۴۳	۲۱۰	کل

جدول ۲. توصیف مولفه های بهزیستی روان شناختی در سه گروه

خطای استاندارد	انحراف معیار	میانگین	تعداد		
۸۱۷۸۶.	۶,۸۴۲۷۵	۴۶,۴	۹۰	اوتیسم	پذیرش خود
۱,۵۵۹۳	۱۳,۰۴۶۰۶	۳۷,۷۸۵۷	۸۰	کم توان ذهنی	
۱,۵۳۱۵۲	۱۲,۸۱۳۶۵	۵۸,۱۱۴۳	۴۰	بیش فعال	
۹۶۵۱۰.	۱۳,۹۸۵۵۶	۴۷,۴۳۳۳	۲۱۰	کل	
۷۰۲۱۸.	۵,۸۷۴۸۹	۴۸,۹۱۴۳	۹۰	اوتیسم	روابط مثبت با دیگران
۱,۴۳۴۶۷	۱۲,۰۰۳۲۹	۳۵,۵۲۸۶	۸۰	کم توان ذهنی	
۱,۳۸۱۸۶	۱۱,۵۶۱۴۸	۵۳,۱۱۴۳	۴۰	بیش فعال	
۸۷۱۷۵.	۱۲,۶۳۲۹۲	۴۵,۸۵۲۴	۲۱۰	کل	
۴۲۶۱۴.	۳,۵۶۵۳	۴۹,۶۸۵۷	۹۰	اوتیسم	خودمختاری
۱,۴۱۹۴۲	۱۱,۸۷۵۶۸	۳۷,۰۸	۸۰	کم توان ذهنی	
۱,۳۶۶۷۷	۱۱,۴۳۵۲	۵۵,۳	۴۰	بیش فعال	
۸۳۷۸۲.	۱۲,۱۴۱۲۳	۴۷,۵۹۵۲	۲۱۰	کل	
۸۰۵۱۷.	۶,۷۳۶۵۲	۵۱,۵۵۷۱	۹۰	اوتیسم	تسلط بر محیط
۱,۵۴۴۳۶	۱۲,۹۲۱۰۴	۳۷,۶۵۷۱	۸۰	کم توان ذهنی	
۱,۴۵۰۷۶	۱۲,۱۳۷۹۷	۵۷,۲۱۴۳	۴۰	بیش فعال	
۹۴۲۶۰.	۱۳,۶۵۹۶۳	۴۸,۸۰۹۵	۲۱۰	کل	
۶۱۱۹۲.	۵,۱۱۹۷۱	۵۱,۸۱۴۳	۹۰	اوتیسم	زندگی هدفمند
۱,۵۵۰۵۱	۱۲,۹۷۲۵۳	۳۷,۶۵۷۱	۸۰	کم توان ذهنی	
۱,۴۲۶۸۹	۱۱,۹۳۸۲۵	۵۷	۴۰	بیش فعال	
۹۲۱۷۳.	۱۳,۳۵۷۱۶	۴۸,۸۲۳۸	۲۱۰	کل	
۳۹۳۵۱.	۳,۲۹۳۳۸	۴۹,۹۷۱۴	۹۰	اوتیسم	رشد فردی
۱,۵۶۲۱۶	۱۳,۰۶۹۹۳	۳۷,۴	۸۰	کم توان ذهنی	
۱,۴۷۷۷۲	۱۲,۳۶۳۵۱	۵۷,۸۸۵۷	۴۰	بیش فعال	
۹۳۰۷۷.	۱۳,۴۸۸۱	۴۸,۴۱۹	۲۱۰	کل	
۱,۸۷۰۷۶	۱۵,۶۵۱۹۱	۲۹۸,۳۴۲۹	۹۰	اوتیسم	بهزیستی روانشناختی
۸,۵۹۳۷۵	۷۱,۹۰۰۴۹	۲۲۳,۸۲۸۶	۸۰	کم توان ذهنی	
۸,۰۳۷۷۵	۶۷,۲۴۸۶۶	۳۳۸,۶۲۸۶	۴۰	بیش فعال	
۵,۱۴۲۲۹	۷۴,۵۱۸۹۱	۲۸۶,۹۳۳۳	۲۱۰	کل	

جدول ۳. توصیف استرس ادراک شده در سه گروه

خطای استاندارد	انحراف معیار	میانگین	تعداد		
۳۴۸۵۶.	۲,۹۱۶۲۲	۱۹,۰۴	۹۰	اوتیسم	ادراک منفی از تنیدگی
۳۴۳۶۳.	۲,۰۸۷۵۰۴	۱۲,۷۷۱۴	۸۰	کم توان ذهنی	
۵۰۷۵۲.	۴,۲۴۶۱۸	۲۲,۳۵۷۱	۴۰	بیش فعال	
۳۶۲۷۲.	۵,۲۵۶۳۴	۱۸,۱۷۶۲	۲۱۰	کل	
۴۶۴۵۴.	۳,۰۸۶۶۲	۲۵,۰۱	۹۰	اوتیسم	ادراک مثبت از تنیدگی
۴۵۷۶۰.	۳,۰۸۲۸۵۲	۲۵,۵۴۲۹	۸۰	کم توان ذهنی	
۴۵۳۳۴.	۳,۰۷۹۲۹۱	۲۵,۰۷۱۴	۴۰	بیش فعال	
۲۶۳۸۸.	۳,۰۸۲۳۹۳	۲۵,۲۳۸۱	۲۱۰	کل	

برای استفاده از آزمون تحلیل واریانس چند متغیره، پیش فرض نرمال بودن داده ها با آزمون کولموگوروف اسمیرنوف بررسی شد، سطح معناداری به دست آمده از متغیرها بیش از ۰/۰۵ بوده؛ در نتیجه داده های تمام متغیرها نرمال بود. هم چنین پیش فرض برابری واریانس های بین گروهی با آزمون لون بررسی شد. طبق نتایج، آزمون لون برای هیچ یک از متغیرها معنادار نبوده و بنابراین شرط برابری واریانس های بین گروهی رعایت شده است. برابری ماتریس واریانس گروه ها با استفاده از آزمون امباکس مورد آزمایش قرار گرفت. مقدار امباکس برابر با ۳۵/۱۲۶ به دست آمد. با توجه به این که آرای روش تشخیصی مبتنی بر روش نابرابری ماتریس واریانس گروه ها است، این مفروضه نیز برقرار است. پس از اطمینان از برقراری این مفروضه ها، آزمون تحلیل واریانس به منظور بررسی معناداری آماری تفاوت میانگین نمرات سه گروه مورد استفاده قرار گرفت. که نتایج حاصل از آن در جدول زیر نشان داده شده است.

جداول فوق نشان دهنده اطلاعات توصیفی شامل میانگین و انحراف استاندارد نمرات هر یک از گروه ها، به تفکیک متغیرهای مورد بررسی در پژوهش حاضر است. همانطور که مشاهده می شود تفاوت چشمگیری بین میانگین نمرات گروه ها مشاهده می شود. والدین کودکان بیش فعال بهزیستی روان شناختی بیشترین میانگین را به خود اختصاص داده است و بعد از آن گروه والدین کم توان ذهنی و در نهایت والدین کودکان کم توان ذهنی با کمترین میانگین ۸۲/۲۲۳ قرار دارد. تاب آوری در والدین کودکان کم توان ذهنی بیش از والدین اوتیسم و بیش فعال است. در مورد متغیر ادراک منفی از تنیدگی والدین کودکان اوتیسم دارای بیشترین میانگین و والدین کودکان بیش فعال دارای کمترین میانگین می باشد. در مورد ادراک مثبت از تنیدگی والدین کودکان بیش فعال دارای بیشترین میانگین و والدین کودک اوتیسم دارای کمترین میانگین است.

جدول ۴: نتایج مربوط به آزمون تحلیل واریانس چند متغیره

نام آزمون	ارزش آماری	درجه آزادی خطا	F	سطح معنی داری
لامبدای ویلکز	۰/۶۱	۹۶	۱۲/۴۱	۰/۰۰۱

نتایج جدول ۴ نشان می دهد که بین گروه های مورد مطالعه، حداقل در یکی از متغیرهای استرس ادراک شده، تاب آوری و بهزیستی روانشناختی تفاوت معنادار وجود دارد (لامبدای ویلکز = $P < 0.05$). برای پی بردن به این تفاوت، آزمون تحلیل واریانس چند متغیره انجام شد که نتایج حاصل از آن در جدول ۵ نشان داده شده است.

نتایج جدول ۴ نشان می دهد که بین گروه های مورد مطالعه، حداقل در یکی از متغیرهای استرس ادراک شده، تاب آوری و بهزیستی روانشناختی تفاوت معنادار وجود دارد (لامبدای ویلکز = $P < 0.05$). برای پی بردن به این تفاوت، آزمون تحلیل واریانس چند متغیره انجام شد که نتایج حاصل از آن در جدول ۵ نشان داده شده است.

جدول ۵. تحلیل واریانس چند متغیری تفاوت نمرات تاب آوری، استرس ادراک شده و بهزیستی روانشناختی و ابعاد آن در سه گروه اوتیسم، بیش فعال و کم توان ذهنی

Sig.	F	میانگین مجزورات	درجه آزادی	مجموع مجزورات	
۰,۰۰۰	۸۹۷,۴۸۱	۷۸۰,۴۹,۵۸۶	۲	۱۵۶۰,۹۹,۱۷۱	بین گروه ها
		۸۶,۹۶۵	۲۰۷	۱۸۰۰,۱,۷۸۶	درون گروه ها
			۲۰۹	۱۷۴۱۰۰,۹۵۷	کل
۰,۰۰۰	۱۴۵,۳۹۹	۱۶۸۶,۶۳۳	۲	۳۳۷۳,۲۶۷	بین گروه ها
		۱۱,۰۶	۲۰۷	۲۴۰,۱۰,۲۱۴	درون گروه ها
			۲۰۹	۵۷۷۴,۴۸۱	کل
۰,۷۱۸	۳۳۲.	۴,۰۸۹	۲	۹,۷۸۱	بین گروه ها
		۱۴,۷۱۶	۲۰۷	۳۰۴۶,۳۱۴	درون گروه ها
			۲۰۹	۳۰۵۶,۰۹۵	کل
۰,۰۰۰	۷۱,۶۹۲	۲۳۷۴۶۷,۵۰۵	۲	۴۷۴۹۳۵,۰۱	بین گروه ها
		۳۳۱۲,۳۴۸	۲۰۷	۶۸۵۶۵۶,۰۵۷	درون گروه ها
			۲۰۹	۱۱۶۰۵۹۱,۰۶۷	

کلانتری و همکاران در پژوهشی میزان استرس ادراک شده و دلایل زندگی مادران دارای فرزند اوتیسم شهر ساری نشان دادند [۲۸]. آقا بابایی و تقوی نشان دادند بهزیستی روانشناختی در مادران دارای کودک مبتلا به اوتیسم بر علائم کودکان اوتیسم در حیطه های رفتارهای کلیشه ای، تعاملات و ارتباطات اجتماعی تاثیر معنادار دارد [۲]. در تبیین یافته های پژوهش می توان گفت که همان گونه که والدین بر خانواده تاثیر می گذارند، فرزندان نیز با ویژگی های تحولی و رفتاری خود، تاثیراتی بر رفتار والدین بر جای می گذارند [۳۱]. یکی از مسائلی که می تواند موجب استرس در والدین کودکان با اختلال طیف اوتیسم شود، ماهیت اختلال طیف اوتیسم است. کودکان با اختلال طیف اوتیسم در مقایسه با کودکان بهنجار و کودکان با ناهنجاری های دیگر، مشخصه ها و ویژگی های متفاوتی را از خود نشان می دهند. از یک سو این اختلال طیف متنوعی از ناهنجاری های زبانی، ارتباطی، رفتاری و اجتماعی را در بر می گیرد. یکی از منابع اصلی استرس برای والدین کودکان با اختلال طیف اوتیسم خصوصیات کودک مانند مشکلات در بیان کلامی، بی ثباتی های شناختی، مشکلات رفتاری، سازش پذیری و شدت ناتوانی ها است که نمرات بالای والدین در قلمرو کودک موید آن است. در یک پژوهش در مقایسه بین میزان استرس در مادران کودکان با اختلال طیف اوتیسم و مادران کودکان با نشانگان داون، میزان استرس در مادران کودکان با اختلال طیف اوتیسم بالاتر بود. همچنین کاکابرایی و همکاران در پژوهشی به این نتایج دست یافتند که مادران دارای کودک کم توان ذهنی

با توجه به نتایج به دست آمده از تحلیل جدول ۴ می توان بیان کرد که بین متغیرهای تاب آوری ادراک منفی از تنیدگی و بهزیستی روان شناختی بین والدین کودکان اوتیسم، کم توان ذهنی و بیش فعال تفاوت وجود دارد ($P < 0.05$). اما تفاوت معناداری در ادراک مثبت از تنیدگی مشاهده نمی شود ($P < 0.05$)

بحث

نتایج پژوهش حاضر نشان می دهد که بین استرس ادراک شده، بهزیستی روانشناختی و تاب آوری در والدین کودکان اوتیسم، کم توان ذهنی و بیش فعال تفاوت وجود دارد. در مورد متغیر ادراک منفی از تنیدگی والدین کودکان اوتیسم دارای بیشترین میانگین و والدین کودکان بیش فعال دارای کمترین میانگین می باشد. در مورد ادراک مثبت از تنیدگی والدین کودکان کم توان ذهنی دارای بیشترین میانگین و والدین کودک اوتیسم دارای کمترین میانگین است. در والدین کودکان بیش فعال بهزیستی روان شناختی بیشترین میانگین را به خود اختصاص داده است و بعد از آن گروه والدین کم توان ذهنی و در نهایت والدین کودکان اوتیسم با کمترین میانگین قرار دارد. تاب آوری در والدین کودکان کم توان ذهنی بیش از والدین اوتیسم و بیش فعال است. نتیجه به دست آمده از فرضیه حاضر با نتایج مطالعات رضایی کلانتری و همکاران [۲۸]، آقا بابایی و تقوی [۲]، نعمتی [۲۹]، کلینگ^{۱۳} و همکاران [۳۰]، بنسون^{۱۴} و همکاران [۱۱]، لای و همکاران [۷] همسو است.

طرف دیگر این علایم موجب واکنش خانواده و معلمین می گردد. همچنین ممکن است روابط خانوادگی این کودکان اغلب با رنجش و خصومت همراه شود، به خصوص به دلیل تغییرپذیری علایم فرد که موجب می شود والدین فکر کنند تمامی رفتارهای مزاحم وی عمدی است [۴]. والدین دارای کودک بیش فعال در مقابل بی قراری، عدم تمرکز، پیشرفت و یادگیری کند، و عملکرد پایین تر از سطح انتظار فرزندانشان متحمل سختی ها و تلاش های بی وقفه و بی نتیجه ای گردند که این تلاش های بی نتیجه ممکن است میزان تحمل و تاب آوری آنها را پایین بیاورد [۲۱]. مادرانی که از تاب آوری و توانایی حل مساله بهره مند نیستند، به محض مواجه شدن با مانع، ممکن است از خود رفتارهای تکانشی بروز دهند و احساس ناکامی کنند و تکرار چنین موقعیت هایی منجر به بروز رفتارهای غیر انطباقی می شود [۳۳]. از سویی ارتباط متقابل بین والدین و فرزندان بیش فعال نسبت به خانواده های دیگر بیشتر دچار اختلال می باشد. بسیاری از والدین این کودکان از روشهای پرخاشگرانه برای کنترل این کودکان استفاده می کنند و چون کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی رفتارهای نامناسب بیشتری نشان می دهند؛ کمتر تبعیت می کنند، والدین آنها بیشتر منفی گرا هستند و تاب آوری و تحمل کمتری از خود نشان می دهند [۳۴].

محدود بودن جامعه نمونه پژوهشی به شهر تهران، تعمیم یافته ها را به شهرهای دیگر با مشکل مواجه می سازد. بر این اساس پیشنهاد می گردد موضوع تحقیق در جوامع ایرانی با فرهنگ های مختلف بررسی گردیده و نتایج متفاوت به دست آمده با یکدیگر مقایسه گردیده و از این طریق، راهکارهای کارآمدتری برای بهبود سلامت روان مادران دارای کودک با نیاز ویژه ارائه گردد. بر اساس یافته های پژوهش پیشنهاد می شود مسئولان با فراهم آوردن فضای مناسب برای مادران دارای کودک عصب تحولی فضای آموزش جهت تقویت ابعاد مختلف سلامت روان و استفاده از تکنیک های ذهن آگاهی در سطح شخصی و اجتماعی تقویت کنند.

تشکر و قدردانی

نگارندگان بر خود لازم می دانند مراتب تشکر صمیمانه خود را از کلیه شرکت کنندگان در این پژوهش که با سعه صدر، همکاری نمودند و ما را در انجام و ارتقاء کیفی این پژوهش یاری دادند، اعلام نمایند.

نسبت به مادران دارای کودک عادی، سلامت عمومی پایین تری داشته و به تبع به هنگام بروز شرایط تنش زا، پریشانی بیشتری را تجربه می کنند. در واقع می توان گفت که، استرس زاترین عاملی که مادران کودکان با اختلال طیف اتیسم تجربه می کنند پذیرش کم جامعه نسبت به رفتارهای اتیسم و شکست در گرفتن حمایت اجتماعی است. بر اساس برخی پژوهش ها استرس از جمله مسایلی است که گریبانگیر مادران کودکان با اختلال طیف اتیسم می شود و شواهد قابل توجهی وجود دارد که سطح بالای استرس با تکلیف مراقبت از کودکان با اختلال طیف اتیسم همراه است [۳۲].

تولد کودک اوتیسم ضربه های مخربی بر سازگاری و بهزیستی روانی خانواده ها می زند، به نحوی که خانواده های کودکان اوتیسم مشکلات سازشی بیشتری نسبت به والدین کودکان عادی دارند. ناکامی ناشی از داشتن یک کودک ناتوان منجر به بروز احساس انزوا، بلاتکلیفی و اختلال در مهارت های ارتباطی موثر اعضا با یکدیگر می شود [۱۲]. یافته های این فرضیه با نتایج پژوهش کاکابرابی و همکاران [۱۸] همسو می باشد. آنان در پژوهشی با هدف بررسی و مقایسه بهزیستی ذهنی، سبک های مقابله ای و حمایت اجتماعی ادراک شده والدین کودکان استثنایی و عادی دریافتند که والدین دارای کودک کم توان ذهنی در مقیاس عاطفه منفی نمرات بالاتری داشتند، همچنین از سبک مقابله ای مساله مدار کمتر استفاده می کردند. در نهایت می توان گفت که شرایط چالش برانگیز کودکان کم توان ذهنی، والدین را با مشکلاتی مواجه می کند. والدین کودکان دارای نارسایی تحولی، شرایط روانشناختی مساعدی را ندارند و در مقایسه با والدین کودکان دیگر سطح بالایی از تنش و مشکلات سلامت روانی را تجربه می کنند و به دلیل اینکه زمان بیشتری برای مراقبت از فرزند معلول خود اختصاص می دهند و به علت شرایط و مسئولیت های مادام العمری که نارسایی های ذهنی- تحولی از لحاظ شناختی اجتماعی و هیجانی دارد، تنش بیشتری را متحمل می شوند و در معرض آسیب های روانی شدیدتری قرار می گیرند که در نهایت بهزیستی روانشناختی این والدین را کاهش می دهد.

نعمتی در پژوهشی نشان داد که متغیرهای تاب آوری و سخت رویی روانشناختی توانایی پیش بینی بهزیستی روانشناختی در بین مادران دارای کودکان نارسایی های ذهنی و تحولی را دارد [۲۹]. اختلال کم توجهی/ بیش فعالی با علائمی چون نداشتن تاب مقاومت در برابر ناکامی، کج خلقی، بی ثباتی خلقی، طردشدن از سوی همسالان، عزت نفس پایین و افت تحصیلی همراه است که به نظر می رسد این علایم موجب اشکال در روابط بین فردی با همسالان و دیگران می شود؛ از

- | | | |
|--|-----------------------------------|-------------------------|
| [7] Lai WW, Goh TJ, Oei TP, Sung M. Coping and Well-Being in Parents of Children with Autism Spectrum Disorders (ASD). <i>Journal of Autism and Developmental Disorders</i> , 2017; 8(45), 2582-2593. | 1. violence | واژه نامه
پرخاشگری |
| [8] Sadeghian Ch, Mohammadi Z, Shamsai F. The relationship between stress and communication patterns of mothers of educable mentally retarded children. <i>Journal of Ibn Sina Nursing and Midwifery Care</i> . 2017; 25 (3): 76-86. | 2. Dopamine | دوپامین |
| [9] Salimi A, Abbasi A, Zaharakar K, Davarnia R. The effect of group hope therapy on resilience of mothers with children with autism spectrum disorder. <i>Journal of Donation of Medical Sciences, Yasouj University</i> , 2017; 22(3): 363-350. | 3. Laei | لای |
| [10] Hosseinzadeh Z, Kakavand AR, Ahmadi AJ. The mediating role of maternal mindfulness and family resilience in the relationship between behavioral problems of children with autism spectrum disorders and maternal psychological well-being. <i>Psychology of Exceptional People</i> , 2016; 6 (23): 151-178. | 4. Stress | استرس |
| [11] Benson PR. The impact of child and family stressors on the self-rated health of mothers of children with autism spectrum disorder: Associations with depressed mood over a 12- year period. <i>Autism</i> . 2018; 22(4): 489-501. | 5. Depression | افسردگی |
| [12] Sedighi Arfai F, Dara N. The effectiveness of quality-based psychotherapy on the psychological well-being of mothers of children with autism. <i>Social Work Quarterly</i> . 2017; 6 (4): 23-32. | 6. Anxiety | اضطراب |
| [13] Blanchard LT, Gurka MJ, Blackman JA. Emotional, developmental, and behavioral health of American children and their families: a report from the 2003 National Survey of Children's Health. <i>Pediatrics</i> . 2016; 117(6): 1202-12. | 7. Psychological well-being | بهزیستی روان شناختی |
| [14] Falk NH, Norris K, Quinn MG. The factors predicting stress, anxiety and depression in the parents of children with autism. <i>Journal of Autism and Developmental Disorders</i> , 2014; 44(12): 3185- 3203. | 8. Resilience | تاب آوری |
| [15] Frantz R, Hansen SG, Machalice W. Interventions to promote well-being in parents of children with autism: a systematic review. <i>Review Journal of Autism and Developmental Disorder</i> , 2017; 5, 18: 1-21. | 9. Campfer | کامپفر |
| | 10. Peso Saria and Brisso | پزو ساریا و بریسو |
| | 11. Cohen, Kamarck, & Mermelstein | کوهن، کامارک و مرملستین |
| | 12. Connor and Davidson | کونور و دیویدسون |
| | 13. Kling | کلینگ |
| | 14. Benson | بنسون |
- فهرست منابع**
- [1] Mansell T. A survey of parents' reactions to the reaction to the diagnosis of an autistic spectrum disorder by a local service: access to information and use of services. *The journal of clinical psychiatry*. 2018; 4(8):387-407.
- [2] Aghababaei S, Taqwa M. The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy training on the psychological well-being of mothers of children with autism and children's symptoms. *Journal of Cognitive Psychology and Psychiatry*. 2019; 6 (6): 88-100.
- [3] Samadi M, Qamrani A, Faramarzi S. The relationship between pass cognitive processes and futuristic thinking in children with autism spectrum disorder. *Cognitive Science News*. 2019, 21 (4): 74-83.
- [4] Abdi R, Nemati A. Comparison of personality dimensions and resilience in mothers of children with autism spectrum disorder and attention deficit / hyperactivity disorder with mothers of normal children. *Journal of Disability Studies*, 2018; 1 (8): 80-78.
- [5] Wender PH, Wolf LE, Wasserstein J. Adults with ADHD. An overview. *Ann N Y Acad Sci*. 2017; 931:1-16.
- [6] Salehpour Q, Like, MM, Salehpour Q. Perceived stress and attention deficit hyperactivity disorder in thieves and ordinary people. *Journal of Disciplinary Medicine*, 2017; 6 (3): 205-197.

- The Conner-Davidson resilience scale (CD-RISC)". *Depression and Anxiety*, 2003;18: 76-82.
- [26] Ryff CD. Happiness is everything or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 2012; 57: 1069-1081.
- [27] Bayani AA, Mohammad Koochekya A, Bayani A. Reliability and Validity of Ryff's Psychological Well-being Scales. *IJPCP*. 2008; 14 (2):146-151.
- [28] Kalantari M, Deniwi R, Rostamian M. The effect of positive psychotherapy on perceived stress and life expectancy of mothers with autistic children. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*. 2019; 29(180): 86-94.
- [29] Nemati Sh. The role of psychological resilience and difficulty in predicting the psychological well-being of mothers with children with cognitive and adaptive disabilities. *Journal of Positive Psychology*, 2019; 5 (3):1-12.
- [30] Kling KC, Seltzer MM, Ryff CD. Distinctive late life Callerges: Implications for Coping and Well-being. *Psychology and Aging*, 2018; 12: 288-295.
- [31] Astavi A, Silent Mahjoub M, Hossein Khanzadeh AA, Manzoomeh Sh. Comparison of family cohesion, perceived stress and self-concept in mothers of children with attention deficit / hyperactivity disorder and mothers of normal children. *Journal of Disability Studies*. 2016; 6 (1): 325-330.
- [32] Kakabraei S. Comparison of biological characteristics of mothers of mentally retarded children with mothers of normal children. *Nasim Tandrast Quarterly*, 2013; 2 (2): 12-19.
- [33] Kakabrai K, Emami Al-Agha Sh The effectiveness of problem solving training on behavioral problems of preschool children with behavioral disorders. *Empowerment of Exceptional Children*, 2018; 9 (1): 51-64.
- [34] Sadoughi M, Mirzaei Aliabadi F. Explain psychological well-being based on positive psychological components. *Growth Psychology*. 2018; 7 (3): 177-1198.
- [16] Cachia RL, Anderson A, Moore DW. Mindfulness, stress and well-being in parents of children with autism spectrum disorder: a systematic review. *Journal of Child and Family Studies*, 2016;25(1):1-14.
- [17] Kumpfer KL. Factors and processes contributing to resilience. *Resilience and development*. 2013; 179-224.
- [18] Kakabrai Saturn A, Gholam A, Hooman HA, Moradi A. Evaluation and comparison of mental well-being, coping styles and perceived social support of parents of exceptional and normal children. *Research in Mental Health*. 2011; 5 (2): 45-58.
- [19] Pozo P, Sarriá E, Brioso A. Family quality of life and psychological well-being in parents of children with autism spectrum disorders: a double ABCX model. *Journal of Intellectual Disability Research*, 2014; 58(5): 442-458.
- [20] 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*, 2018; 38(7): 1278–1291.
- [21] Moradi Kia H, Starpour Iranghi F, Imamqlian S. Comparison of the effectiveness of emotion regulation and resilience training on the psychological well-being of mothers of students with intellectual disabilities. *Health education and health promotion*. 2017; 5 (3): 213-223.
- [22] Blacher J, McIntyre LL. Syndrome specificity and behavioral disorders in young adults with intellectual disability: cultural differences in family impact. *Journal of Intellectual Disability Research*, 2016; 50(3): 184-198.
- [23] Abolghasemi A, Taghipour M, Narimani M. The relationship between type D personality, self-compassion, and social support with health behaviors in coronary heart diseases. *Journal of Health Psychology*, 2012; 1 (1): 2-1.
- [24] Asghari F, Ghasemi Jobneh R, Yousefi N, Rafiei Gozani F. The Role of Perceived Stress and Coping Styles in Eating Disorders in High School Students in Rasht in 2013. *Community Health*, 2017; 8 (2): 28-38.
- [25] Conner KM, Davidson JRT. "Development of a new resilience scale: