

نقش میانجیگر راهبردهای مقابله‌ای و حمایت اجتماعی ادراک شده در رابطه با استرس ادراک شده و کیفیت زندگی والدین کودکان دچار اختلال طیف اُتیسْم

فرزانه غنیمی^۱، عصمت دانش^۲، اصغر دادخواه^۳ و صادق تقی لو^۴

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی سلامت، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران

۲. استاد گروه روانشناسی بالینی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران

۳. استاد گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران

۴. استادیار گروه روان‌شناسی، واحد آستارا، دانشگاه آزاد اسلامی، گیلان، ایران

چکیده

هدف: هدف پژوهش تعیین نقش میانجیگر راهبردهای مقابله‌ای و حمایت اجتماعی ادراک شده در رابطه با استرس ادراک شده و کیفیت زندگی والدین دارای کودک دچار اختلال طیف اُتیسْم بود. **روش:** روش پژوهش همبستگی و جامعه آماری تمامی والدین کودکان دچار اختلال طیف اُتیسْم ۳۱ استان کل کشور حدود ۴۰۰۰ نفر در سال ۱۳۹۶ بود. به روش نمونه‌گیری در دسترس ۶۶۰ پدر یا مادر واجد شرایط انتخاب شدند و به پرسشنامه‌های استرس ادراک شده کوهن، کامارک و مرملستین (۱۹۸۳)، حمایت اجتماعی ادراک شده زیمت، دالم، زیمت و فارلی (۱۹۸۸)، راهبردهای مقابله با استرس ایندلر و پارکر (۱۹۹۰) و پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (۱۹۹۶) پاسخ دادند. پس از حذف ۲۶ پرسشنامه مخدوش و ۱۱ داده پرت، داده‌های مربوط به ۶۲۳ نفر از طریق روش الگویی معادله‌های ساختاری تحلیل شد. **یافته‌ها:** یافته‌ها نشان داد که الگوی ساختاری پژوهش با داده‌های گردآوری شده برازش مطلوب دارد و استرس‌های ادراک شده هم به صورت مستقیم و منفی ($\beta = -0/328, P = 0/001$) و هم با واسطه حمایت اجتماعی ادراک شده ($\beta = -0/151, P = 0/001$) و نیز راهبردهای مساله مدار ($\beta = -0/035, P = 0/005$)، هیجان مدار ($\beta = -0/182, P = 0/001$) و سبک اجتنابی ($\beta = -0/024, P = 0/007$) با کیفیت زندگی والدین کودکان دچار اختلال طیف اُتیسْم رابطه دارد. نتیجه‌گیری: از آنجا که ارتقای کیفیت زندگی والدین ایرانی دارای کودک دچار اختلال طیف اُتیسْم تأثیر به‌سزایی در توانبخشی و مداخله‌های درمانی کودکان آن‌ها دارد؛ لازم است تدابیری برای آموزش راهبردهای مقابله‌ای مؤثر و نیز ادراک درست والدین از منابع حمایتی اتخاذ شود.

کلیدواژه‌ها: اُتیسْم، استرس، حمایت اجتماعی، راهبردهای مقابله، کیفیت زندگی، والدین

استناد به این مقاله: غنیمی، فرزانه، دانش، عصمت، دادخواه، اصغر، و تقی لو، صادق (۱۳۹۷) نقش میانجیگر راهبردهای مقابله‌ای و حمایت اجتماعی ادراک شده در رابطه با استرس ادراک شده و کیفیت زندگی والدین کودکان دچار اختلال طیف اُتیسْم. فصلنامه روان‌شناسی کاربردی، ۲۶۳-۲۴۳.

مقدمه

اختلال طیف اُتیسْم^۱، یکی از شش اختلال گروه اختلال‌های عصبی-رشدی است که طبق تعریف ویراست پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (۲۰۱۳)، با مشخصه اصلی نقص پایدار در برقراری ارتباطات و تعاملات اجتماعی و نیز الگوهای محدود تکراری و قالبی در رفتار، علائق و فعالیت‌ها مشخص می‌شود. این نشانگان باید از دوران کودکی وجود داشته باشد و عملکردهای روزانه فرد را مختل یا محدود کند. میزان شیوع این اختلال در آمریکا و سایر کشورها، هم در کودکان و هم در بزرگسالان حدود ۱ درصد گزارش شده (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳) و به تازگی طبق آمار مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری‌ها (۲۰۱۵)، شیوع اختلال طیف اُتیسْم یک در هر ۶۸ کودک برآورده شده است.

مراقبت از یک کودک با ناتوانی مزمن و پیچیده مثل اختلال طیف اُتیسْم، منبع اصلی استرس برای والدین محسوب می‌شود. این استرس شامل فشارهای روانی و جسمی در طول دوره‌های زمانی طولانی است و می‌تواند بر سایر حوزه‌های مختلف زندگی والدین از جمله اختلال در سلامت روانی، جسمی، انزوای اجتماعی و عدم انسجام خانوادگی تأثیرگذار باشد که اغلب با سطوح پایین کیفیت زندگی والدین (سیلوا و اسپچالاک، ۲۰۱۲؛ گیالو، وود، جلت و پورتر، ۲۰۱۳؛ سوفرونوف و فاربوتکو^۲، ۲۰۰۲؛ نقل از مهاجری، پوراعتماد، شگری و خوشابی، ۱۳۹۲)، تغییر ادراک‌شان از فرزندپروری، کاهش خوش‌بینی آن‌ها به آینده خود و نیز آینده فرزندشان (اینترسول و هامبریک، ۲۰۱۱؛ بنسون، ۲۰۱۰)، وجود مشکلات بهداشت روان (مانسیل، بوید و بدسم^۳، ۲۰۰۹ و اپشتاین، سالتزمن-بنای، اولهیر، گول و تاک^۴، ۲۰۰۸؛ نقل از مهاجری و همکاران، ۱۳۹۲)، افسردگی (باقریان خسروشاهی، پوراعتماد و فتح آبادی، ۱۳۹۳) و کیفیت پایین زندگی خانودگی (کارنده و ون کاتارامان، ۲۰۱۳) همراه است.

سازمان بهداشت جهانی کیفیت زندگی را درک فرد از موقعیت زندگی‌اش در زمینه فرهنگ و نظام‌های ارزشی که در آن زندگی می‌کند و در ارتباط با اهداف، معیارها و نگرانی‌هایش تعریف کرده است (کینگ و هیندز، ۲۰۱۱). لذا هر آنچه که بر ادراک فرد از موقعیت زندگی‌اش تأثیرگذار باشد؛ در حقیقت کیفیت زندگی فرد را دستخوش تغییر می‌کند. یکی از مسائلی که می‌تواند بر کیفیت زندگی را تأثیرگذار باشد؛ بیماری‌های مزمن است. با توجه به اینکه تا کنون درمان اختلال طیف اُتیسْم به جهت عدم تعیین علل اصلی ایجادکننده آن، مشخص نشده است؛ لذا اختلال طیف

1. Autism Spectrum Disorder (ASD)
2. Sofronoff & Farbotko
3. Mancil, Boyd & Bedesem
4. Epstein, Saltzman-Benaiah, Olhare, Goll & Tuck

اُتیسیم در حیطه بیماری‌های مزمن قرار می‌گیرد. از این رو، داشتن کودک دچار اختلال اُتیسیم در یک خانواده، والدین را با مشکلات فراوانی مواجه می‌کند و در نتیجه آن‌ها را در معرض نتایج منفی روان‌شناختی از جمله سطوح بالای استرس و اختلال در کیفیت زندگی قرار می‌دهد (بنسون، ۲۰۱۰؛ دارداس و احمد، ۲۰۱۵؛ واسیلوپولو و نیسبت، ۲۰۱۶). یافته‌های پژوهش خیر، قنیم، سندریگ، آل اسماعیل، حیدر و الراوی^۱ (۲۰۱۲)؛ نقل از احمدی حلمسلوئی، پاشنگ، و سلیمی نیا، (۱۳۹۲) در مورد کیفیت زندگی مراقبان کودکان دچار اُتیسیم در کشور قطر حاکی از پایین بودن کیفیت زندگی والدین کودکان دچار اختلال اُتیسیم بود.

والدین دارای کودک معلول نسبت به والدین دارای کودک بهنجار با مشکلات بیشتری باید مقابله کنند. مقابله، به تلاش‌های شناختی یا رفتاری فرد برای مدیریت خواسته‌های وضعیتی استرس‌زا اشاره می‌کند (گاتوال، باهارانی و ردی، ۲۰۱۵). فرایند مقابله می‌تواند رابطه بین عوامل استرس‌زای زندگی و سلامتی را تغییر دهد (ساندرسون، ۲۰۱۲). لذا نوع راهبرد مورد استفاده این والدین در فرایند مقابله با استرس مزمن داشتن یک کودک دچار اختلال اُتیسیم، به جهت تأثیر بر وضعیت سلامت آن‌ها حائز اهمیت است. والدین دارای کودک دچار اختلال طیف اُتیسیم، زمان زیادی را صرف مراقبت از کودکان می‌کنند و در نهایت، زمان کمتری را به فعالیت‌های وقت‌های فراغت خود اختصاص می‌دهند (اسمیت، سلترز، تاگر فراسبرگ، گرینبرگ و کارتر، ۲۰۰۸). پرورش کودک دچار اختلال طیف اُتیسیم، برای والدین و خانواده‌ها می‌تواند بسیار خسته‌کننده و بر سلامت آن‌ها تأثیرگذار باشد. مشکلات رفتاری کودک دچار اختلال اُتیسیم، ممکن است به خستگی والدین منجر شود که به نوبه خود ممکن است بر استفاده از راهبردهای مقابله‌ای ناسازگار و افزایش استرس تأثیرگذار باشد (سیمور، وود، گیالو و جیلت، ۲۰۱۳). رابطه چگونگی مقابله این والدین با استرس‌های موجود در زندگی خود و کیفیت زندگی آن‌ها، موضوع بسیاری از پژوهش‌ها از جمله پژوهش گاتوال و همکاران (۲۰۱۵) و برسفورد^۲ (۱۹۹۴)؛ نقل از بنسون، ۲۰۱۰) بوده است.

پژوهش دابوراسکا و پیسولا (۲۰۱۰) و صابری، بهرامی‌پور، قمرانی و یار محمدیان (۱۳۹۳) در مورد راهبردهای مقابله‌ای والدین دارای کودک دچار اختلال طیف اُتیسیم نشان داد که خانواده‌های کودکان دچار اختلال اُتیسیم تمایل به استفاده از راهبردهای هیجان محور، مثل کناره‌گیری و میل به رهایی و فرار دارند. نتایج بررسی دارداس و احمد (۲۰۱۴) نیز نشان داد که والدین دارای کودک دچار اختلال طیف اُتیسیم، به‌طور قابل توجهی از اختلال در سلامت روانی-اجتماعی خود رنج می‌برند. سایر پژوهش‌ها نیز نشان داده‌اند که والدینی که قادر به توسعه مقابله‌ای مؤثر هستند؛ به احتمال زیاد رضایت‌مندی بیشتری از کیفیت زندگی، بهزیستی و سطوح عملکردی خود دارند و به

1. Kheir, Ghoneim, Sandridge, Al-Ismael, Hayder & AlRawi
2. Bersford

علاوه، استرس والدینی کمتری را تجربه می‌کنند (دابروسکا و پیسولا، ۲۰۱۰؛ اسمیت و همکاران، ۲۰۰۸).

عامل دیگری که بر جنبه‌های مختلف کیفیت زندگی افراد تاثیر زیادی دارد؛ حمایت اجتماعی ادراک شده است (تجلی و قنبری پناه، ۲۰۱۰) که به برداشته‌های فرد از در دسترس بودن حمایت و یا رضایت از حمایت ارائه شده اشاره دارد (پوتی، کوهن و اینگرام، ۲۰۰۸). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که حمایت اجتماعی، هم میانجی و هم تعدیل کننده تاثیر استرس والدین دارای کودک دچار اختلال طیف اُتیسیم بر رضایت از زندگی است (دارداس و احمد، ۲۰۱۵؛ لو، وانگ، لی، شی، زو و جیانگ، ۲۰۱۸) و زمانی که والدین کودکان دچار اختلال اُتیسیم، حمایت اجتماعی بیشتری را ادراک می‌کنند؛ سازگاری خانواده افزایش و استرس والدینی کاهش می‌یابد (لین، اورسموند، کاستر و کوهن، ۲۰۱۱). مهم‌ترین پیش‌بینی کننده‌های ادراک حمایت اجتماعی، منابع حمایت اجتماعی متشکل از خانواده، دوستان و یا سایرین مهم است (مرال و کاوکایتار، ۲۰۱۲). بررسی‌ها نشان می‌دهد که کیفیت زندگی و راهبردهای حل مساله و سازگاری اجتماعی والدین دارای کودک دچار اختلال طیف اُتیسیم و والدین دارای کودک بهنجار متفاوت است؛ بنابراین به توجه جدی به ارتقای سطح کیفیت زندگی این افراد تاکید شده است (بنسون، ۲۰۱۰؛ دارداس و احمد، ۲۰۱۵؛ واسیلوپولو و نیس بت، ۲۰۱۶).

پوزو، ساریا و بریوسو (۲۰۱۴) ارزش رویکرد چند بُعدی در درک سازگاری روان‌شناختی والدین دارای کودک دچار اختلال طیف اُتیسیم را بررسی کردند. یافته‌ها حاکی از آن بود که در همه الگوهای به‌دست آمده مشکلات رفتاری، به‌طور غیرمستقیم و منفی بر کیفیت زندگی خانواده و بهزیستی روان‌شناختی مؤثر بوده و برای هر دو والد شدت اختلال کودک و حمایت اجتماعی، نقش مهمی در الگوهای کیفیت زندگی خانواده داشته است. با وجود پژوهش‌های انجام شده در زمینه متغیرهای مرتبط با کیفیت زندگی والدین دارای کودک دچار اختلال طیف اُتیسیم، کمتر پژوهشی به بررسی همزمان نقش میانجیگر حمایت اجتماعی ادراک شده و راهبردهای مقابله‌ای در تبیین استرس‌های روانی و کیفیت زندگی والدین کودکان دچار اختلال طیف اُتیسیم پرداخته است. لذا با توجه به مطالب فوق و فرض وجود روابط نظری بین متغیرها، پژوهش حاضر با هدف تعیین نقش میانجیگر حمایت‌های اجتماعی ادراک شده و راهبردهای مقابله‌ای در رابطه بین استرس‌های ادراک شده و کیفیت زندگی والدین ایرانی کودکان دچار اختلال اُتیسیم برای دستیابی به الگوی ساختاری و در پی پاسخگویی به سؤال‌های زیر انجام شد.

۱. آیا استرس‌های ادراک شده به‌صورت مستقیم با کیفیت زندگی والدین کودکان دچار اختلال اُتیسیم رابطه دارد؟

۲. آیا حمایت اجتماعی ادراک شده با کیفیت زندگی والدین کودکان دچار اختلال اُتیسْم رابطه دارد؟

۳. کدامیک از مهارت‌های مقابله‌ای با کیفیت زندگی والدین کودکان دچار اختلال اُتیسْم رابطه دارد؟

۴. آیا حمایت اجتماعی ادراک شده میانجیگر اثر استرس ادراک شده بر کیفیت زندگی والدین کودکان دچار اختلال اُتیسْم است؟

۵. آیا مهارت‌های مقابله‌ای اثر استرس ادراک شده بر کیفیت زندگی والدین کودکان دچار اختلال اُتیسْم را میانجیگری می‌کند؟

روش

روش پژوهش توصیفی از نوع همبستگی با رویکرد الگویابی معادله‌های ساختاری و جامعه آماری تمامی والدین دارای کودک دچار اختلال طیف اُتیسْم کل کشور حدود ۴۰۰۰ نفر در سال ۱۳۹۶ بود. گادانگولی و ولیسر (۱۹۹۸) پیشنهاد می‌کنند که در پژوهش با رویکرد الگویابی و تحلیل مسیر نمونه‌ای با حجم ۳۰۰ نفر یا بیشتر ضروری است. بنابراین، در پژوهش حاضر نیز از جامعه آماری یادشده با در نظر گرفتن احتمال ریزش، ۶۶۰ پدر یا مادر دارای کودک دچار اختلال طیف اُتیسْم که واجد شرایط ورود به پژوهش بودند؛ با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شد. به این صورت که ابتدا ۶۳ مرکز روزانه آموزشی و توانبخشی اختلال طیف اُتیسْم تحت نظارت سازمان بهزیستی کشور و نیز ۶ سازمان مردم نهاد مرتبط با اُتیسْم شناسایی و از مسئولان مراکز با تماس تلفنی یا حضوری برای اجرای پژوهش دعوت شد. دو سازمان مردم نهاد در تهران به نام‌های حیات ارغوانی و میتا (مادران یاریگر توانجویان اُتیسْم) و حداقل یک مرکز روزانه اُتیسْم در هر استان داوطلب همکاری در این پژوهش شدند. به این ترتیب از هر ۳۱ استان کشور یک مرکز و از هر مرکز ۲۰ پدر یا مادر و به‌علاوه از استان‌های تهران و البرز از دو سازمان مردم نهاد مرتبط با اُتیسْم نیز ۲۰ پدر یا مادر واجد شرایط ورود به پژوهش انتخاب شدند و ۶۶۰ پدر یا مادر به پرسشنامه‌های پژوهش پاسخ دادند. پس از حذف پرسشنامه‌های مخدوش و داده‌های پرت، داده‌های مربوط به ۶۲۳ نفر وارد تحلیل نهایی شد. معیارهای ورود مادران یا پدران به پژوهش شامل سن ۲۵ تا ۵۰ سال، داشتن تحصیلات حداقل سوم راهنمایی، تمایل به همکاری در پژوهش و داشتن زندگی مشترک با همسر و ملاک‌های خروج شامل مصرف داروهای روان‌پزشکی و روان‌گردان، اعتیاد، ابتلا به بیماری‌های جسمانی مزمن نظیر بیماری‌های قلبی-عروقی، کلیوی، دیابت، ایدز و جز آن در زمان اجرای پژوهش و در طول سال گذشته بود.

ابزار پژوهش

۱. پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی^۱. این پرسشنامه ۲۶ سؤالی در سال ۱۹۹۶ توسط گروهی از کارشناسان سازمان بهداشت جهانی و با تعدیل گویه‌های نسخه ۱۰۰ سؤالی آن ساخته شد که دارای یک نمره کلی و ۴ زیرمقیاس است. زیرمقیاس سلامت جسمی با سؤال‌های ۳، ۴، ۱۰، ۱۵، ۱۶، ۱۷ و ۱۸، سلامت روان با سؤال‌های ۵، ۶، ۷، ۱۱، ۱۹ و ۲۶، روابط اجتماعی با سؤال‌های ۲۰، ۲۱ و ۲۲ و سلامت محیط با سؤال‌های ۸، ۹، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۲۳ و ۲۴ و ۲۵ در طیف لیکرت ۵ درجه‌ای در دسته‌های مختلف سؤال‌ها از ۱ تا ۵ نمره گذاری می‌شود. دو سؤال اول به هیچ‌یک از حیطه‌ها تعلق ندارد و وضعیت سلامت و کیفیت زندگی را به شکل کلی ارزیابی می‌کند (سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۹۶). نجات، منتظری، هولاکویی نائینی، محمد و مجدزاده (۱۳۸۵) پایایی آزمون-بازآزمون این پرسشنامه را در مورد ۱۱۶۷ نفر از مردم تهران برای سلامت جسمی ۰/۷۷، سلامت روانی ۰/۷۷، روابط اجتماعی ۰/۷۵ و سلامت محیط ۰/۸۴ گزارش کردند. در پژوهش حاضر ضرایب آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس‌های سلامت جسمی ۰/۸۲، سلامت روانی ۰/۸۳، روابط اجتماعی ۰/۶۶، سلامت محیط ۰/۸۱ و سلامت عمومی کلی ۰/۶۴ به‌دست آمد.

۲. پرسشنامه راهبردهای مقابله با موقعیت‌های استرس‌زا^۲. این پرسشنامه ۴۸ ماده‌ای خود گزارشی توسط ایندلر و پارکر (۱۹۹۰) تهیه شده است و سه سبک مقابله اصلی یعنی مساله مدار را با عبارت‌های ۱، ۲، ۶، ۱۰، ۱۵، ۲۱، ۲۴، ۲۶، ۲۷، ۳۶، ۳۹، ۴۱، ۴۲، ۴۳، ۴۶ و ۴۷، هیجان مدار را با عبارت‌های ۳، ۵، ۷، ۸، ۱۳، ۱۴، ۱۶، ۱۷، ۱۹، ۲۲، ۲۵، ۲۸، ۳۰، ۳۳، ۳۴، ۳۸ و ۴۵ و اجتنابی را با عبارت‌های ۴، ۹، ۱۱، ۱۲، ۱۸، ۲۰، ۲۳، ۲۹، ۳۱، ۳۲، ۳۵، ۳۷، ۴۰، ۴۴ و ۴۸ در یک طیف لیکرت پنج درجه‌ای که از هرگز=۰ تا خیلی زیاد=۵ می‌سنجد. نمره هر یک از رفتارهای مقابله‌ای سه گانه از ۱۶ تا ۸۰ است. آزمودنی در هر زمینه که نمره بالاتری کسب کند؛ در دسته‌بندی همان شیوه مقابله‌ای قرار می‌گیرد. ایندلر و پارکر (۱۹۹۰) با نمونه ۳۱۳ نفری ضریب همسانی درونی را به تفکیک پسران و دختران به ترتیب در مقابله مساله مدار ۰/۹۰ و ۰/۹۲ در مقابل هیجان مدار ۰/۸۵ و ۰/۸۲ و برای مقابله اجتنابی ۰/۸۲ و ۰/۸۵ گزارش کردند. شکری، تقی‌لو، گراوند، پاییزی، مولایی و همکاران (۱۳۸۷) ضرایب همبستگی حاصل از آزمون-بازآزمون برای ابعاد مساله مداری، هیجان مداری و اجتنابی را به ترتیب ۰/۶۴، ۰/۶۰ و ۰/۶۱ گزارش کردند. در پژوهش حاضر ضرایب آلفای کرونباخ برای سبک‌های مقابله‌ای مساله مدار، هیجان مدار و اجتنابی، به ترتیب ۰/۸۷، ۰/۸۳ و ۰/۸۳ به‌دست آمد.

1. World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-BREF)
2. Coping Inventory for Stressful Situation (CISS)

۳. پرسشنامه حمایت اجتماعی ادراک شده^۱. این پرسشنامه چند بعدی ۱۲ ماده‌ای توسط زیمت، دالم، زیمت و فارلی (۱۹۸۸) تهیه شده است و ادراک‌های ناشی از بسندگی حمایت اجتماعی را در ۳ منبع می‌سنجد. منبع خانواده را با ماده‌های ۳، ۴، ۸ و ۱۱، دوستان را با ماده‌های ۶، ۷، ۹ و ۱۲ و سایرین مهم را با ماده‌های ۱، ۲، ۵ و ۱۰ روی یک طیف هفت درجه‌ای از کاملاً مخالف = ۱، تا کاملاً موافق = ۷ می‌سنجد. نتایج مطالعه زیمت و همکاران (۱۹۸۸) نشان داد که این ابزار برای سنجش حمایت اجتماعی ادراک شده دارای روایی و پایایی است. نتایج مطالعه بروئر، امسلی، کید، لوچنر و سیدات (۲۰۰۸) در تحلیل ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس با استفاده از تحلیل عاملی تاییدی نشان داد که ساختار سه عاملی این مقیاس برازش قابل قبولی با داده‌ها دارد. در پژوهش شکری، فراهانی، کرمی نوری و مرادی (۱۳۹۱) ضریب آلفای کرونباخ سه بُعد حمایت اجتماعی به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۹۱ و ۰/۸۴ و در پژوهش حاضر ۰/۹۱، ۰/۸۹ و ۰/۸۵ به دست آمد.

۴. پرسشنامه استرس ادراک شده کوهن^۲. این پرسشنامه ۱۴ سؤالی توسط کوهن، کامارک و مرملستین (۱۹۸۳) برای ارزیابی استرس عمومی درک شده در یک ماه گذشته تهیه شده است و افکار و احساسات فرد را درباره حوادث استرس‌زا، کنترل، غلبه، کنار آمدن با فشار روانی و استرس‌های تجربه شده بر اساس طیف ۵ درجه‌ای لیکرت از هرگز = ۰، تقریباً هرگز = ۱، گاهی وقت‌ها = ۲، اغلب وقت‌ها = ۳ و بسیاری از وقت‌ها = ۴ می‌سنجد. سؤال‌های ۴، ۵، ۶، ۷، ۹، ۱۰ و ۱۳ به‌طور معکوس از هرگز = ۴، تا بسیاری از وقت‌ها = ۰ نمره‌گذاری می‌شوند. کمترین امتیاز کسب شده صفر و بیشترین نمره ۵۶ است. آلفای کرونباخ برای این مقیاس در مطالعه کوهن و همکاران (۱۹۸۳) بین ۰/۸۵ تا ۰/۸۴، در پژوهش سپهوند، گیلانی و زمانی (۲۰۰۹)، ۰/۸۰ و در پژوهش حاضر ۰/۸۴ به دست آمد.

شیوه اجرا. با هماهنگی مسئولین مراکز و سازمان‌های مردم نهاد به منظور حساس سازی و تشویق والدین به شرکت در پژوهش حاضر متن اطلاع‌رسانی برای والدین ارسال شد. برای رعایت اصول اخلاقی و قوانین پژوهش قبل از اجرای پژوهش در مکان مراکز و سازمان‌های مردم نهاد در مورد رازداری، حریم خصوصی، محرمانه ماندن اطلاعات، اهداف پژوهش و نحوه تکمیل پرسشنامه‌ها به شرکت کنندگان توضیحات کامل ارائه و رضایت والدین داوطلب به صورت کتبی اخذ و با این ترتیب ۶۶۰ پرسشنامه جمع‌آوری شد. پس از حذف ۲۶ پرسشنامه مخدوش و نیز حذف پرت‌های چندمتغیری مربوط به تحلیل اطلاعات فاصله مهلنوبایس که از طریق نمودار باکس پلات و ترسیم منحنی آن برای ارزیابی مفروضه طبیعی بودن توزیع چند متغیری انجام شده بود؛ اطلاعات ۱۱

1. Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS)

2. Perceived Stress Scale (PSS)

نفر که پرت‌های چند متغیری را تشکیل داده بودند؛ حذف و داده‌های ۶۲۳ پدر یا مادر دارای کودک دچار اختلال طیف اُتیسیم تأیید و با استفاده از روش معادله‌های ساختاری تحلیل شد.

یافته‌ها

۳۳۹ نفر (۵۴/۴ درصد) از شرکت کنندگان زن و ۲۸۴ نفر (۴۵/۶ درصد) مرد با میانگین سنی ۳۸/۸۵ و انحراف معیار ۷/۵۵ بودند. تحصیلات ۱۲۰ نفر (۱۹/۳ درصد) سیکل، ۲۵۵ نفر (۴۰/۹ درصد) دیپلم، ۶۸ نفر (۱۰/۹ درصد) کاردانی، ۱۳۸ نفر (۲۲/۲ درصد) کارشناسی و ۴۲ نفر (۶/۸ درصد) کارشناسی ارشد و بالاتر بود. ۱۶۵ نفر از شرکت کنندگان (۲۶/۵ درصد) شغل آزاد، ۱۵۶ نفر (۲۵ درصد) شغل دولتی داشتند و ۳۰۲ نفر (۴۸/۵ درصد) بیکار یا خانه‌دار بودند. وضعیت اقتصادی ۱۷۴ نفر (۲۷/۹ درصد) ضعیف، ۴۴۱ نفر (۷۰/۸ درصد) متوسط و ۸ نفر (۱/۳ درصد) خوب بود. ۲۱۱ نفر (۳۳/۹ درصد) با همسر خود فامیل و ۴۱۲ نفر (۶۶/۱ درصد) غیر فامیل بودند. ۱۴۷ نفر (۲۳/۶ درصد) از کودکان دچار اختلال اُتیسیم آن‌ها دختر و ۴۷۶ نفر (۷۶/۴ درصد) پسر بودند. کودکان ۱۰۶ نفر از شرکت کنندگان (۱۷ درصد) کمتر از ۶ سال، ۳۰۴ نفر (۴۸/۸ درصد) ۶ تا ۱۰ سال، ۱۶۴ نفر (۲۶/۳ درصد) ۱۱ تا ۱۵ سال و ۴۹ نفر (۷/۹ درصد) بالاتر از ۱۶ سال بود. میانگین و انحراف معیار سن کودکان دچار اختلال طیف اُتیسیم به ترتیب ۹/۲۵ و ۴/۴۰ بود.

جدول ۱. میانگین، انحراف معیار، ضرایب آلفای کرونباخ و همبستگی بین متغیرهای پژوهش

| متغیرهای پژوهش | میانگین | انحراف معیار | چولگی | کشیدگی | ضریب تحمل | تورم واریانس |
|-------------------------------------|---------|--------------|--------|--------|------------|--------------|
| استرس ادراک شده | ۲۸/۰۱ | ۷/۷۸ | ۰/۱۷۷ | ۰/۴۰۷ | ۰/۴۴۲ | ۱/۲۶۱ |
| راهبرد مقابله‌ای مساله مدار | ۵۱/۴۴ | ۱۰/۹۱ | ۰/۱۵۳ | -۰/۴۹۹ | ۰/۶۹۲ | ۱/۴۴۴ |
| راهبرد مقابله‌ای هیجان مدار | ۴۳/۱۰ | ۱۱/۵۹ | ۰/۷۶۱ | ۱/۶۴۵ | ۰/۵۳۳ | ۱/۸۷۷ |
| راهبرد مقابله‌ای اجتنابی | ۵۹/۶۸ | ۸/۹۸ | -۰/۸۰۸ | ۱/۴۰۹ | ۰/۷۱۷ | ۱/۳۹۵ |
| حمایت اجتماعی ادراک شده- خانواده | ۱۸/۷۱ | ۶/۴۴ | -۰/۷۴۳ | -۰/۲۶۵ | ۰/۵۱۰ | ۱/۹۵۹ |
| حمایت اجتماعی ادراک شده- دوستان | ۱۴/۷۹ | ۶/۱۸ | -۰/۱۳۱ | -۰/۸۸۷ | ۰/۶۰۷ | ۱/۶۴۸ |
| حمایت اجتماعی ادراک شده- سایرین مهم | ۱۸/۶۱ | ۶/۰۳ | -۰/۶۹۱ | -۰/۲۳۱ | ۰/۴۴۰ | ۲/۲۷۴ |
| کیفیت زندگی-سلامت جسمی | ۲۳/۵۲ | ۴/۸۳ | -۰/۲۸۱ | -۰/۴۲۸ | متغیر ملاک | متغیر ملاک |
| کیفیت زندگی-سلامت روان | ۱۸/۵۴ | ۴۰/۱۳ | -۰/۲۶۲ | ۰/۰۱۹ | متغیر ملاک | متغیر ملاک |
| کیفیت زندگی-روابط اجتماعی | ۹/۸۵ | ۲/۴۳ | -۰/۲۹۲ | -۰/۳۴۴ | متغیر ملاک | متغیر ملاک |
| کیفیت زندگی-سلامت محیطی | ۲۴/۶۰ | ۴/۷۹ | -۰/۱۱۸ | -۰/۵۱۲ | متغیر ملاک | متغیر ملاک |
| کیفیت زندگی-سلامت عمومی | ۶/۶۷ | ۱/۵۰ | -۰/۷۱۳ | -۰/۷۲۲ | متغیر ملاک | متغیر ملاک |

در جدول ۱ مطابق گفته گارسون (۲۰۰۳؛ نقل از کلاین، ۲۰۰۵) مقادیر چولگی و کشیدگی بین +۲ و -۲ و توزیع داده‌ها طبیعی است. شاخص ضریب تحمل و عامل تورم واریانس متغیرهای پژوهش بزرگ‌تر از ۰/۱ و کوچک‌تر از ۱۰ است که مطابق گفته مایر، گامست و گوارینو (۲۰۱۶) حاکی از این است که پدیده هم‌خطی بودن در متغیرهای پژوهش رخ نداده است.

جدول ۲. شاخص‌های برازندگی الگوی اصلاح شده اندازه گیری

| شاخص‌های برازندگی | محدودر کای | مختار شده | محدودر کای | مقیاس خطای | مقیاس خطای | مقیاس خطای | مقیاس خطای |
|--------------------|------------|-----------|------------|------------|------------|------------|------------|
| الگوی اولیه | ۸۸/۵۹۸ | ۴/۶۶ | ۰/۷۷ | ۰/۹۶۶ | ۰/۹۳۵ | ۰/۹۷۷ | ۰/۹۰ |
| نقاط برش قابل قبول | > ۰/۰۵ | < ۵ | < ۰/۰۸ | > ۰/۹۰ | > ۰/۹۰ | > ۰/۹۰ | > ۰/۹۰ |

جدول ۲ بیانگر برازش الگوی اصلاحی و شاخص‌های حاصل با داده‌های پژوهش است. در الگوی اندازه‌گیری پژوهش چنین فرض شد که متغیر مکنون کیفیت زندگی به‌وسیله نشانگرهای سلامت جسمی، سلامت روان، روابط اجتماعی، سلامت محیطی و سلامت عمومی و متغیر مکنون حمایت اجتماعی ادراک شده از طریق نشانگرهای حمایت خانواده، دوستان و سایرین سنجیده می‌شود.

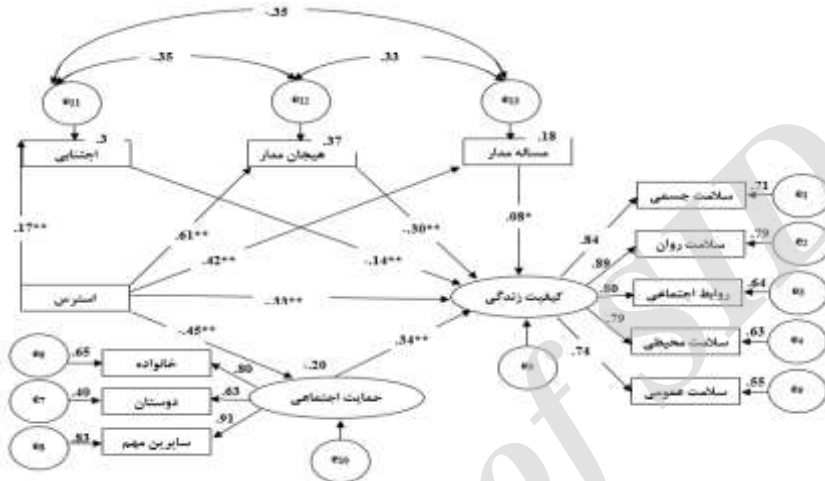
جدول ۳. پارامترهای الگوی اندازه‌گیری پژوهش در تحلیل عاملی تأییدی

| متغیرهای مکنون - نشانگر | بار عاملی | بار عاملی | خطای | نسبت |
|-------------------------------------|--------------------|---------------|-------|----------|
| | استاندارد نشده (b) | استاندارد (β) | معیار | بحرانی |
| حمایت اجتماعی ادراک شده - خانواده | ۱ | ۰/۸۰۹ | | |
| حمایت اجتماعی ادراک شده-دوستان | ۰/۷۶۶ | ۰/۶۳۷ | ۰/۰۴۸ | ۲۱/۲۷۶** |
| حمایت اجتماعی ادراک شده- سایرین مهم | ۱/۰۵۷ | ۰/۹۰۲ | ۰/۰۵۰ | ۱۶/۰۳۵** |
| کیفیت زندگی-سلامت جسمی | ۱ | ۰/۸۴۸ | | |
| کیفیت زندگی-سلامت روان | ۰/۸۸۵ | ۰/۸۷۹ | ۰/۰۳۲ | ۲۷/۴۵۰** |
| کیفیت زندگی-روابط اجتماعی | ۰/۴۷۸ | ۰/۸۰۳ | ۰/۰۲۰ | ۲۳/۸۲۳** |
| کیفیت زندگی-سلامت محیطی | ۰/۹۴۳ | ۰/۸۰۵ | ۰/۰۳۹ | ۲۳/۹۴۳** |
| کیفیت زندگی-سلامت عمومی | ۰/۲۷۵ | ۰/۷۵۲ | ۰/۰۱۳ | ۲۱/۶۰۳** |

*P<۰/۰۵ **P<۰/۰۱

طبق جدول ۳ روابط بین عامل‌ها و نشانگرهای مربوط به آن‌ها معنادار و در جهت مورد انتظار است. با توجه به شاخص‌های برازندگی الگوی اندازه‌گیری و بارهای عاملی نشانگرها، نشانگرهای الگوی اندازه‌گیری از توان لازم برای اندازه‌گیری متغیرهای مکنون پژوهش حاضر برخوردارند. در مرحله دوم شاخص‌های برازندگی الگوی ساختاری (شکل ۱) برآورد و ارزیابی شد. در الگوی

ساختاری این پژوهش فرض شده بود که متغیر مشاهده شده استرس ادراک شده هم به صورت مستقیم و هم به صورت غیرمستقیم به واسطه راهبردهای مقابله و حمایت اجتماعی ادراک شده، کیفیت زندگی والدین دارای کودک دچار اختلال طیف اوتیسم را پیش بینی می کند.



شکل ۱. الگوی ساختاری پژوهش در تبیین روابط بین استرس ادراک شده، راهبردهای مقابله‌ای، حمایت اجتماعی ادراک شده و کیفیت زندگی والدین کودکان دچار اختلال طیف اوتیسم

شکل ۱ نشان می دهد مجذور همبستگی‌های چندگانه برای کیفیت زندگی برابر با ۰/۶۶ است؛ بنابراین ۶۶ درصد از واریانس کیفیت زندگی در والدین کودکان دچار اختلال اوتیسم را تغییرات در نمره‌های استرس ادراک شده، راهبردهای مقابله‌ای و حمایت اجتماعی ادراک شده تبیین می کند.

جدول ۴. شاخص‌های برازندگی الگوی ساختاری اولیه و اصلاح شده

| شاخص تطبیقی | شاخص تطبیقی | شاخص تطبیقی | ریشه خطای میانگین مجزورات | مجزور کای | مجزور کای | شاخص‌های برازندگی |
|-------------|-------------|-------------|---------------------------|-----------|-----------|---|
| ۰/۹۱۳ | ۰/۸۴۰ | ۰/۹۰۰ | ۰/۱۰۹ | ۸/۲۷ | ۴۰۵/۴۸ | الگوی اولیه |
| ۰/۹۳۳ | ۰/۸۷۷ | ۰/۹۲۴ | ۰/۰۹۷ | ۶/۷۸ | ۳۲۵/۳۳ | اصلاح اول (کوواریانس بین راهبرد مساله مدار و سبک اجتنابی) |
| ۰/۹۴۳ | ۰/۸۸۶ | ۰/۹۳۲ | ۰/۰۹۱ | ۶/۰۱۹ | ۲۸۲/۹۰ | اصلاح دوم (کوواریانس بین هیجان مدار و سبک اجتنابی) |
| ۰/۹۶۰ | ۰/۹۱۲ | ۰/۹۴۸ | ۰/۰۷۶ | ۴/۵۷ | ۲۱۰/۳۵ | اصلاح سوم (کوواریانس بین هیجان مدار و مساله مدار) |
| >۰/۹۰ | >۰/۹۰ | >۰/۹۰ | ۰/۰۸< | ۵< | >۰/۰۵ | نقاط برش قابل قبول |

جدول ۴ نشان می‌دهد که الگو با داده‌ها برازش قابل قبول ندارد. به‌همین دلیل در سه مرحله با ایجاد کوواریانس بین سبک‌های مقابله‌ای، الگو اصلاح و در نهایت شاخص‌های برازندگی حاصل و چنین نتیجه‌گیری شد که الگوی مفهومی پژوهش که در آن فرض شده که استرس ادراک شده هم به‌صورت مستقیم و هم با میانجیگری راهبردهای مقابله و حمایت اجتماعی ادراک شده کیفیت زندگی را پیش‌بینی می‌کند؛ با داده‌های گردآوری شده برازش دارد.

جدول ۵. ضرایب مسیر کل و مستقیم بین متغیرهای پژوهش در الگوی ساختاری

| β | S.E | b | ضریب مسیره‌ها |
|----------|-------|--------|---|
| -۰/۷۲۰** | ۰/۰۱۸ | -۰/۳۷۷ | کل استرس ادراک شده - کیفیت زندگی |
| -۰/۳۲۸** | ۰/۰۲۵ | -۰/۱۷۲ | استرس ادراک شده - کیفیت زندگی |
| -۰/۱۳۸** | ۰/۰۱۴ | -۰/۰۶۳ | سبک مقابله اجتنابی - کیفیت زندگی |
| ۰/۰۸۳* | ۰/۰۱۳ | ۰/۰۳۱ | راهبرد مقابله‌ای مساله‌مدار - کیفیت زندگی |
| -۰/۲۹۸** | ۰/۰۱۵ | -۰/۱۰۵ | راهبرد مقابله‌ای هیجان‌مدار - کیفیت زندگی |
| ۰/۳۳۹** | ۰/۰۲۳ | ۰/۲۶۹ | حمایت اجتماعی ادراک شده - کیفیت زندگی |
| ۰/۱۷۰** | ۰/۰۴۱ | ۰/۱۹۴ | استرس ادراک شده - راهبرد مقابله‌ای اجتنابی |
| -۰/۴۴۲** | ۰/۰۵۲ | -۰/۵۹۴ | استرس ادراک شده - راهبرد مقابله‌ای مساله‌مدار |
| ۰/۶۱۰** | ۰/۰۴۹ | ۰/۹۰۴ | استرس ادراک شده - راهبرد مقابله‌ای هیجان‌مدار |
| -۰/۴۴۶** | ۰/۰۲۸ | -۰/۲۹۴ | استرس ادراک شده - حمایت اجتماعی ادراک شده |
| -۰/۳۹۱** | ۰/۰۲۱ | -۰/۲۰۵ | استرس ادراک شده - کیفیت زندگی |
| | | | غیر مستقیم |

* $P < ۰/۰۵$, ** $P < ۰/۰۱$

بر اساس یافته‌های جدول ۵ ضرایب مسیر کل و مستقیم بین استرس ادراک شده و کیفیت زندگی منفی است ($P = ۰/۰۰۱$). ضرایب مسیر مستقیم بین راهبرد مقابله‌ای هیجان‌مدار و نیز سبک اجتنابی و کیفیت زندگی منفی ($P = ۰/۰۰۱$)، بین راهبرد مقابله‌ای مساله‌مدار و کیفیت زندگی مثبت ($P = ۰/۰۲۲$)، بین حمایت اجتماعی ادراک شده و کیفیت زندگی مثبت ($P = ۰/۰۰۱$)، بین راهبرد مقابله‌ای مساله‌مدار و استرس ادراک شده منفی ($P = ۰/۰۰۱$)، بین راهبردهای مقابله‌ای هیجان‌مدار و نیز سبک اجتنابی و استرس ادراک شده مثبت ($P = ۰/۰۰۱$) و بین حمایت اجتماعی ادراک شده و استرس ادراک شده، منفی است ($P = ۰/۰۰۱$). به علاوه، رابطه غیرمستقیم استرس ادراک شده با کیفیت زندگی والدین کودکان دچار اختلال اُتیسسم با میانجیگری راهبردهای مقابله‌ای و حمایت اجتماعی ادراک شده منفی است ($P = ۰/۰۰۱$). لذا برای تعیین نقش منحصر به فرد هر یک از متغیرهای میانجی در میانجیگری رابطه استرس ادراک شده و کیفیت زندگی

والدین دارای کودک دچار اختلال طیف اُتیسیم از فرمول پیشنهادی بارون و کنی^۱ (۱۹۸۶)؛ نقل از مالینکروت، آبراهام، وی وراسل، (۲۰۰۶) استفاده شد.

جدول ۶. روابط غیرمستقیم استرس ادراک شده بر کیفیت زندگی به واسطه سبک‌های مقابله‌ای

و حمایت اجتماعی ادراک شده

| مسیرها | a | SEa | B | SEb | a*b | β | SEab | Z |
|-------------------------|-------|------|-------|------|--------|----------|-------|--------|
| استرس-a-<مساله مدار-b-< | -۰/۵۹ | ۰/۰۵ | ۰/۰۳ | ۰/۰۱ | -۰/۰۱۸ | -۰/۰۳۵* | ۰/۰۰۸ | -۲/۳۳ |
| کیفیت زندگی | | | | | | | | |
| استرس-a-<هیجان مدار-b-< | ۰/۹۰ | ۰/۰۵ | -۰/۱۱ | ۰/۰۲ | -۰/۰۹۵ | -۰/۱۸۲** | ۰/۰۱۵ | -۱۲/۵۴ |
| کیفیت زندگی | | | | | | | | |
| استرس-a-<سبک اجتنابی-< | ۰/۱۹ | ۰/۰۴ | -۰/۰۶ | ۰/۰۱ | -۰/۰۱۲ | -۰/۰۲۴** | ۰/۰۰۴ | -۳/۲۱ |
| b-کیفیت زندگی | | | | | | | | |
| استرس-a-<حمایت | -۰/۲۹ | ۰/۰۳ | ۰/۲۷ | ۰/۰۳ | -۰/۰۷۹ | -۰/۱۵۱** | ۰/۰۱۲ | -۱۲/۳۰ |
| اجتماعی-b-<کیفیت زندگی | | | | | | | | |

نکته: در جدول ۶ منظور از a، ضریب مسیر استاندارد نشده بین متغیر پیش‌بین و میانجی و منظور از b، ضریب مسیر استاندارد نشده بین متغیر میانجی و ملاک است. منظور از SEab خطای استاندارد برآورد مشترک در مسیر است.

* $P < 0.05$ ** $P < 0.01$

جدول ۶ نشان می‌دهد که رابطه غیرمستقیم استرس ادراک شده با کیفیت زندگی والدین کودکان دچار اختلال اُتیسیم به واسطه راهبرد مساله مدار ($P = 0.005$)، راهبرد هیجان مدار ($P = 0.001$)، سبک اجتنابی ($P = 0.007$) و حمایت اجتماعی ادراک شده ($P = 0.001$) منفی است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین نقش میانجیگر راهبردهای مقابله‌ای و حمایت اجتماعی ادراک شده در رابطه با استرس ادراک شده و کیفیت زندگی والدین دارای کودک دچار اختلال طیف اُتیسیم انجام شد. با توجه به اینکه کیفیت زندگی مرتبط با سلامت روان والدین بر توانایی خانواده در مقابله و سازگاری با مساله وجود معلولیت در یک عضو خانواده مانند فرزند تأثیرگذار است؛ درک متغیرهای تأثیرگذار بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت روان والدین دارای کودک دچار اختلال طیف اُتیسیم بسیار مهم است. یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که استرس‌های ادراک شده هم به صورت مستقیم و هم با واسطه حمایت اجتماعی ادراک شده و راهبرد مقابله‌ای با کیفیت زندگی والدین کودکان دچار اختلال اُتیسیم رابطه دارد. همچنین نتایج پژوهش حاضر نشان داد که استرس‌های ادراک شده با کیفیت زندگی والدین کودکان دچار اختلال اُتیسیم رابطه منفی دارد. این نتایج با مطالعه هسیاو، هینگینز، پیرس، ویت بای و تندی (۲۰۱۷) هم‌راستا است که نشان

1. Baron & Kenny

دادند؛ استرس ادراک شده والدینی تأثیر مستقیمی بر رضایت والدین در مورد کیفیت زندگی آن‌ها می‌گذارد و کاهش استرس والدین می‌تواند کیفیت زندگی خانواده را در خانواده‌های کودکان دچار اختلال طیف اُتیسم بهبود بخشد. در تبیین این یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان گفت که داشتن کودک دچار اختلال اُتیسم در خانواده، والدین را با چالش‌های بلند مدت و منحصر به فردی روبه‌رو می‌کند و در نتیجه والدین را در معرض نتایج منفی روان‌شناختی از جمله سطوح بالای استرس و اختلال در کیفیت زندگی قرار می‌دهد.

به‌علاوه نتایج پژوهش حاضر نشان داد که حمایت اجتماعی ادراک شده به‌صورت مثبت راهبرد مقابله‌ای مساله مدار و راهبرد مقابله‌ای هیجان مدار و سبک اجتنابی به‌صورت منفی با کیفیت زندگی والدین کودکان دچار اختلال طیف اُتیسم رابطه دارد. نتایج پژوهش حاضر هم‌سو با پژوهش‌های بنسون (۲۰۱۰)، دارداس و احمد (۲۰۱۵) و واسیلوپولو و نیسبت (۲۰۱۶) نشان داد که کیفیت زندگی و راهبردهای مساله مدار و سازگاری اجتماعی والدین دارای کودک دچار اختلال طیف اُتیسم به همراه سطوح بالای استرس ادراک شده، مختل است و نیاز به توجه جدی در مورد ارتقای سطح کیفیت زندگی آن‌ها دارد.

اگر چه پژوهش‌های متعدد نشان داده‌اند که حمایت اجتماعی بر طیف وسیعی از تجربیات زندگی تأثیرگذار است؛ تعداد اندکی از پژوهشگران اثرهای مداخله‌ای و میانجیگری آن را بررسی کرده‌اند. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که حمایت اجتماعی ادراک شده رابطه بین استرس ادراک شده و کیفیت زندگی والدین کودکان دچار اختلال اُتیسم را به‌صورت منفی میانجیگری می‌کند. این نتایج مطابق با یافته‌های دمپسی، کین، پنل، اوریلی و نیالند (۲۰۰۹)، اینگرسول و هامبریک (۲۰۱۱)، مارساک و ساموئل (۲۰۱۷)، لو و همکاران (۲۰۱۸) و هسیاو و همکاران (۲۰۱۷) بود. یافته‌های این پژوهشگران نشان داد که استرس ادراک شده والدین و ادراک حمایت اجتماعی شاخص‌های حیاتی رضایت از زندگی است و می‌تواند به‌عنوان راهکارهای اصلی مداخله‌ای که باعث افزایش رضایت از زندگی والدین کودکان دچار اختلال اُتیسم می‌شود؛ عمل کند. در تبیین یافته‌های این قسمت از پژوهش حاضر می‌توان گفت که به‌نظر می‌رسد عدم آگاهی از منابع حمایتی و نیز ادراک ضعیف حمایت اجتماعی توسط والدین فرصت رسیدگی به ابعاد مختلف زندگی والدین را محدود می‌کند و در نتیجه افزایش استرس ادراک شده توسط این والدین را به‌دنبال خواهد داشت. به‌عبارت دیگر، جستجوی حمایت اجتماعی یکی از راهبردهای عمومی و مؤثری است که والدین دارای کودک دچار اختلال اُتیسم به هنگام برخورد با عوامل استرس‌زا از آن استفاده می‌کنند. اما به‌نظر می‌رسد ادراک حمایت اجتماعی به‌عنوان سپری در برابر استرس‌های موجود با ایجاد احساس ارزشمندی در والدین زمینه‌ساز کاهش استرس و استفاده از راهبردهای مقابله‌ای مؤثر می‌شود که به نوبه خود سبب افزایش کیفیت زندگی در این والدین می‌شود.

در بررسی رابطه غیرمستقیم استرس ادراک شده و کیفیت زندگی به واسطه راهبردهای مقابله‌ای، نتایج پژوهش حاضر نشان داد که راهبردهای مقابله‌ای مساله مدار، هیجان مدار و سبک اجتنابی، رابطه استرس و کیفیت زندگی والدین کودکان دچار اختلال اُتیسْم را به صورت منفی میانجیگری می‌کنند. این نتایج منطبق با یافته‌های پژوهش دارداس و احمد (۲۰۱۵) و لیونز، لئون، فلپز و دانلوی (۲۰۱۰) است. در تبیین یافته‌های این قسمت از پژوهش حاضر می‌توان گفت از آنجایی که مادران کودکان دچار اختلال اُتیسْم به خاطر شرایط خاص کودک خویش بیشتر از راهبردهای مقابله‌ای هیجان مدار و اجتنابی (دابروسکا و پیسولا، ۲۰۱۰) استفاده می‌کنند؛ موفق به مدیریت مؤثر استرس‌های زندگی نیستند و در نتیجه عدم مدیریت مناسب استرس تاثیرهای منفی بر ابعاد کیفیت زندگی آن‌ها بر جای می‌گذارد. لذا این والدین جهت ارتقای کیفیت زندگی خود در مواجهه با مسائل و چالش‌های پیش‌رو به راهبردهای موثرتری برای مقابله با مشکلات خود نیاز دارند.

به طور کلی، نتایج مطالعه حاضر نشان داد که افزایش دانش ما در مورد مسیرهای مستقیم و یا غیرمستقیم متغیرهای مؤثر بر کیفیت زندگی والدین دارای کودک دچار اختلال طیف اُتیسْم و همچنین استفاده از راهبردهای مقابله‌ای مؤثر و نیز ادراک شبکه حمایت‌های اجتماعی توسط آن‌ها بسیار ارزشمند و تاثیرگذار است. بنابراین، با توجه به نتایج این پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که جهت بهبود کیفیت زندگی والدین ایرانی دارای کودک دچار اختلال طیف اُتیسْم که تأثیر به‌سزایی در توانبخشی و مداخله‌های درمانی کودک‌شان دارد؛ شناسایی و ادراک صحیح از منابع حمایتی توسط خود والدین و نیز آموزش راهبردهای مقابله‌ای مؤثر از طریق متخصصان بهداشت روانی برای کاهش ادراک استرس این والدین ضروری است و بایستی در رأس برنامه‌های حمایتی سازمان‌های متولی بهداشت روان در جامعه قرار گیرد.

از محدودیت‌های این پژوهش نمونه‌گیری در دسترس و نیز طبقه اقتصادی-اجتماعی متوسط اکثر شرکت کنندگان از جمله مواردی است که تعمیم نتایج را محدود می‌سازد. با توجه به نتایج این پژوهش پیشنهاد می‌شود پژوهش‌هایی با هدف توانمندسازی روانی والدین و با تأکید بر ارتقای کیفیت زندگی آن‌ها انجام شود. همچنین در پژوهش‌های آینده عوامل و متغیرهای میانجیگر دیگری که می‌توانند نقش حفاظتی داشته باشند؛ بررسی شود که ممکن است این متغیرها بسته به نوع متغیرهای جمعیت شناختی شرکت کنندگان تغییر کند. از آنجایی که وجود کودک دچار اختلال طیف اُتیسْم بر کیفیت زندگی کل نظام خانواده تاثیرگذار است؛ پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی متغیرهای مؤثر بر کیفیت زندگی همشیران کودکان دچار اختلال طیف اُتیسْم در بررسی شود.

سیاسگزاری

از صبوری و همراهی صمیمانه مادران و پدران دارای کودک دچار اختلال طیف اُتیسیم و از حسن همکاری و مساعدت مدیران و همکاران محترم مراکز روزانه آموزشی و توانبخشی اختلال طیف اُتیسیم تحت نظارت سازمان بهزیستی در سراسر کشور و موسسه حیات ارغوانی و مادران یاریگر توانجویان اُتیسیم (انجمن میتا) قدردانی می‌شود. این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول در رشته روان‌شناسی سلامت است.

منابع

- احمدی حملسلوئی، اعظم، پاشنگ، بتول، و سلیمی نیا، نرگس. (۱۳۹۲). اثربخشی آموزش حل مساله بر کیفیت زندگی مادران کودکان درخودمانده. *فصلنامه روان‌شناسی کاربردی*، ۷(۴ پیاپی ۲۸): ۹۰-۷۹.
- باقریان خسرو شاهی، صنم، پوراعتماد، حمیدرضا، و فتح آبادی، جلیل. (۱۳۹۳). مؤلفه‌های مؤثر در درمان کودکان دچار درخودماندگی از منظر والدین. *فصلنامه روان‌شناسی کاربردی*، ۸(۴ پیاپی ۳۳): ۲۹-۴۲.
- شریفی، حسن پاشا. (۱۳۹۰). *اصول روان‌سنجی*. تهران: انتشارات رشد.
- شکری، امید، تقی‌لو، صادق، گراوند، فریبرز، پاییزی، مریم، مولایی، محمد، عبدالله پور، محمد، و اکبری، هادی. (۱۳۸۷). ساختار عاملی و ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی پرسشنامه مقابله با موقعیت‌های استرس‌زا. *تازه‌های علوم شناختی*، ۱۰(۱): ۲۳-۲۲.
- شکری، امید، فراهانی، محمدنقی، کرمی نوری، رضا، و مرادی، علی‌رضا. (۱۳۹۱). حمایت اجتماعی ادراک شده و تنیدگی تحصیلی: نقش تفاوت‌های جنسی و فرهنگی. *مجله روان‌شناسی تحولی: روان‌شناسان ایرانی*، ۹(۲): ۱۵۶-۱۴۳.
- صابری، جواد، بهرامی پور، منصوره، قمرانی، امیر، و یارمحمدیان، احمد. (۱۳۹۳). اثربخشی برنامه گروهی فرزندپروری مثبت بر کاهش استرس والدگری مادران دارای کودکان مبتلا به اختلال اُتیسیم. *فصلنامه دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی*، ۱۵(۱۱ پیاپی ۵۶): ۷۷-۶۹.
- مهاجر، آتناسادات، پوراعتماد، حمیدرضا، شکری، امید، و خوشابی، کتابون. (۱۳۹۲). اثربخشی درمان تعامل والد-کودک بر خودکارآمدی والدگری مادران کودکان دچار درخودماندگی با کنش‌وری بالا. *فصلنامه روان‌شناسی کاربردی*، ۷(۱۱ پیاپی ۲۵): ۳۸-۳۱.
- نجات، سحرناز، منتظری، علی، هلاکویی نایینی، کوروش، محمد، کاظم، و مجدزاده، سیدرضا. (۱۳۸۵). استانداردسازی پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (WHOQOL)

BREF): ترجمه و روان‌سنجی گونه ایرانی. *مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی*، ۴(۴): ۱۲-۱.

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.
- Benson, P. R. (2010). Coping, distress, and well-being in mothers of children with autism. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 4(2): 217-228.
- Bruwer, B., Emsley, R., Kidd, M., Lochner, C., & Seedat, S. (2008). Psychometric properties of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support in youth. *Comprehensive Psychiatry*, 49(2): 195-201.
- Centre for Disease Control and Prevention. (2015). *Identified prevalence of Autism spectrum disorder: ADDM network 2000-2010*, combining data from all site. <http://www.cdc.gov/ncbddd/autism/data.html>.
- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24(1): 385-396.
- Dabrowska, A., & Pisula, E. (2010). Parenting stress and coping styles in mothers and fathers of pre-school children with autism and Down syndrome. *Journal of Intellectual Disability Research*, 54(3): 266-280.
- Dardas, L. A., & Ahmad, M. M. (2014). Quality of life among parents of children with autistic disorder: A sample from the Arab world. *Research in Developmental Disabilities*, 35(2): 278-287.
- Dardas, L. A., & Ahmad, M. M. (2015). Coping strategies as mediators and moderators between stress and quality of life among parents of children with autistic disorder. *Stress and Health*, 31(1): 5-12.
- Dempsey, I., Keen, D., Pennell, D., O'Reilly, J., & Neilands, J. (2009). Parent stress, parenting competence and family-centered support to young children with an intellectual or developmental disability. *Research in Developmental Disabilities*, 30(1): 558-566.
- Endler, N. S., & Parker, J. D. (1990). Multidimensional assessment of coping: A critical evaluation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58(5): 844-854.
- Giallo, R., Wood, C. E., Jellet, R., & Porter, R. (2013). Fatigue, wellbeing and parental self-efficacy in mothers of children with an autism spectrum disorder. *Autism*, 17(4): 465-480.
- Gothwal, V. K., Bharani, S., & Reddy, S. P. (2015). Measuring coping in parents of children with disabilities: a rasch model approach. *PloS one*, 10(3): e0118189.
- Guadagnoli, E., & Velicer, W. F. (1998). Relation to sample size to the stability of component patterns. *Psychological Bulletin*, 103(2): 265-275.
- Hsiao, Y. J., Higgins, K., Pierce, T., Whitby, P. J. S., & Tandy, R. D. (2017). Parental stress, family quality of life, and family-teacher partnerships: Families of children with autism spectrum disorder. *Research in Developmental Disabilities*, 70(1): 152-162.

- Ingersoll, B., & Hambrick, D. Z. (2011). The relationship between the broader autism phenotype, child severity, and stress and depression in parents of children with autism spectrum disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 5(1): 337-344.
- Karande, S., & Venkataraman, R. (2013). Impact of co-morbid attention deficit/hyperactivity disorder on self-perceived health-related quality-of-life of children with specific learning disability. *Indian Journal of Psychiatry*, 55(1): 52-58.
- King, C. R., & Hinds, P. S. (2011). *Quality of life: From nursing and patient perspectives*. Jones & Bartlett Publishers.
- Kline, R. B. (2005). *Principles and practice of structural equation modeling*. Editon 2. Guilford press: New York & London.
- Lin, L. Y., Orsmond, G. I., Coster, W. J., & Cohn, E. S. (2011). Families of adolescents and adults with autism spectrum disorders in Taiwan: The role of social support and coping in family adaptation and maternal well-being. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 5(1): 144-156.
- Lu, M. H., Wang, G. H., Lei, H., Shi, M. L., Zhu, R., & Jiang, F. (2018). Social Support as Mediator and Moderator of the Relationship between parenting stress and life satisfaction among the Chinese parents of children with ASD. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 48(4): 1181-1188.
- Lyons, A. M., Leon, S. C., Phelps, C. E. R., & Dunleavy, A. M. (2010). The impact of child symptom severity on stress among parents of children with ASD: The moderating role of coping styles. *Journal of Child and Family Studies*, 19(4): 516-524.
- Mallinckrodt, B., Abraham, W. T., Wei, M., & Russell, D. W. (2006). Advances in testing the statistical significance of mediation effects. *Journal of Counseling Psychology*, 53(3): 372.
- Marsack, C. N., & Samuel, P. S. (2017). Mediating effects of social support on quality of life for parents of adults with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 47(8): 2378-2389.
- Meral, B. F., & Cavkaytar, A. (2012). A study on social support perception of parents who have children with autism. *International Journal on New Trends in Education & their Implications (IJONTE)*, 3(3): 124-135.
- Meyers, L. S., Gamst, G., & Guarino, A. J. (2016). *Applied multivariate research: Design and interpretation*. Sage publications.
- Pottie, C. G., Cohen, J., & Ingram, K. M. (2008). Parenting a child with autism: Contextual factors associated with enhanced daily parental mood. *Journal of Pediatric Psychology*, 34(4): 419-429.
- Pozo, P., Sarriá, E., & Brioso, A. (2014). 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*, 58(5): 442-458.
- Sanderson, C. A. (2012). *Health psychology*. Wiley Global Education.

- Sepahvand, T., Gilani, B., & Zamani, R. (2009). The relationship between explanatory (attribution) styles with perceived stress and general health. *Journal of Psychology*, 12(1): 27-43.
- Seymour, M., Wood, C., Giallo, R., & Jellett, R. (2013). Fatigue, stress and coping in mothers of children with an autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 43(7): 1547-1554.
- Silva, L. M., & Schalock, M. (2012). Autism parenting stress index: Initial psychometric evidence. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 42(4): 566-574.
- Smith, L. E., Seltzer, M. M., Tager-Flusberg, H., Greenberg, J. S., & Carter, A. S. (2008). A comparative analysis of well-being and coping among mothers of toddlers and mothers of adolescents with ASD. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 38(5): 876-889.
- Tajalli, P., & Ganbaripناه, A. (2010). The relationship between daily hassles and social support on mental health of university students. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 5(2):99-103.
- Vasilopoulou, E., & Nisbet, J. (2016). The quality of life of parents of children with autism spectrum disorder: A systematic review. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 23(1): 36-49.
- World Health Organization. (1996). *WHOQOL-BREF: introduction, administration, scoring and generic version of the assessment*. Field trial version. December 1996.
- Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of Personality Assessment*, 52(1): 30-41.

پرسشنامه حمایت اجتماعی ادراک شده

| کاملاً موافقم | موافقم | تا حدی موافقم | نظری ندارم | تا حدی مخالفم | مخالفم | کاملاً مخالفم | عبارت‌ها |
|---------------|--------|---------------|------------|---------------|--------|---------------|--|
| ۷ | ۶ | ۵ | ۴ | ۳ | ۲ | ۱ | ۱. در هنگام نیاز، شخص خاصی وجود دارد که به من کمک کند. |
| ۷ | ۶ | ۵ | ۴ | ۳ | ۲ | ۱ | ۲. شخص خاصی وجود دارد که من می‌توانم ناراحتی‌ها و خوشی‌هایم را با او در میان بگذارم. |
| ۷ | ۶ | ۵ | ۴ | ۳ | ۲ | ۱ | ۳. خانواده‌ام برای کمک به من واقعاً تلاش می‌کنند. |
| ۷ | ۶ | ۵ | ۴ | ۳ | ۲ | ۱ | ۴. وقتی من به خانواده‌ام نیاز دارم، کمک و حمایت عاطفی آنان را به دست می‌آورم. |
| ۷ | ۶ | ۵ | ۴ | ۳ | ۲ | ۱ | ۵. یک شخص خاصی وجود دارد که منبع آرام بخش برای من است. |
| ۷ | ۶ | ۵ | ۴ | ۳ | ۲ | ۱ | ۶. دوستانم واقعاً تلاش می‌کنند که به من کمک کنند. |
| ۷ | ۶ | ۵ | ۴ | ۳ | ۲ | ۱ | ۷. وقتی امورات زندگی‌ام به هم می‌ریزد، من می‌توانم روی دوستانم حساب باز کنم. |
| ۷ | ۶ | ۵ | ۴ | ۳ | ۲ | ۱ | ۸. من می‌توانم راجع به مشکلات خودم، با خانواده‌ام صحبت کنم. |

نقش میانجیگر راهبردهای مقابله‌ای و حمایت اجتماعی ...

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ۷ | ۶ | ۵ | ۴ | ۳ | ۲ | ۱ | ۹. من دوستانی دارم که می‌توانم ناراحتی‌ها و خوشی‌هایم را با آن‌ها در میان بگذارم. |
| ۷ | ۶ | ۵ | ۴ | ۳ | ۲ | ۱ | ۱۰. در زندگی من شخص خاصی وجود دارد که مراقب و دلواپس من است. |
| ۷ | ۶ | ۵ | ۴ | ۳ | ۲ | ۱ | ۱۱. خانواده‌ام تمایل دارند که در تصمیم‌گیری‌هایم به من کمک کنند. |
| ۷ | ۶ | ۵ | ۴ | ۳ | ۲ | ۱ | ۱۲. من می‌توانم با دوستانم راجع به مشکلاتم صحبت کنم. |

پرسشنامه استرس ادراک شده

| بسیاری از وقت‌ها | اغلب وقت‌ها | گاهی وقت‌ها | تقریباً هرگز | هرگز | عبارات |
|------------------|-------------|-------------|--------------|------|--|
| ۴ | ۳ | ۲ | ۱ | ۰ | ۱. آیا از اتفاقات غیرمنتظره پریشان و آشفته شده‌اید؟ |
| ۴ | ۳ | ۲ | ۱ | ۰ | ۲. آیا احساس کرده‌اید که قادر به کنترل مسائل مهم در زندگی خودتان نیستید؟ |
| ۴ | ۳ | ۲ | ۱ | ۰ | ۳. آیا احساس عصبی بودن و تحت فشار بودن کرده‌اید؟ |
| ۰ | ۱ | ۲ | ۳ | ۴ | ۴. آیا با موفقیت از عهده مسائل و مشکلات روزانه برآمده‌اید؟ |
| ۰ | ۱ | ۲ | ۳ | ۴ | ۵. آیا احساس کرده‌اید که به طور مؤثر با تغییراتی که در زندگی‌تان رخ داده، کنار آمده‌اید؟ |
| ۰ | ۱ | ۲ | ۳ | ۴ | ۶. آیا درباره توانایی حل مشکلات شخصی، احساس اطمینان کرده‌اید؟ |
| ۰ | ۱ | ۲ | ۳ | ۴ | ۷. آیا احساس کرده‌اید اوضاع همان‌طور که می‌خواهید پیش می‌رود؟ |
| ۴ | ۳ | ۲ | ۱ | ۰ | ۸. آیا متوجه شده‌اید که نمی‌توانید از عهده کارهایی که باید انجام دهید، برآیید؟ |
| ۰ | ۱ | ۲ | ۳ | ۴ | ۹. آیا بطور موفقیت‌آمیز با مشکلات آزارنده زندگی کنار آمده‌اید؟ |
| ۰ | ۱ | ۲ | ۳ | ۴ | ۱۰. آیا احساس کرده‌اید که بر اوضاع تسلط دارید؟ |
| ۴ | ۳ | ۲ | ۱ | ۰ | ۱۱. آیا به خاطر اتفاقات رخ داده که خارج از کنترل شما بوده، خشمگین شده‌اید؟ |
| ۴ | ۳ | ۲ | ۱ | ۰ | ۱۲. آیا راجع به کارهایی که مجبور بوده‌اید انجام دهید، فکرتان مشغول شده است؟ |
| ۰ | ۱ | ۲ | ۳ | ۴ | ۱۳. آیا قادر بوده‌اید که بر استفاده از وقت‌های خودتان کنترل داشته باشید؟ |
| ۴ | ۳ | ۲ | ۱ | ۰ | ۱۴. آیا مشکلات شما به حدی زیاد بوده که نتوانید بر آن‌ها غلبه کنید؟ |

پرسشنامه راهبردهای مقابله با استرس

| همیشه | اغلب | معمولاً | گاهی | هرگز | سؤال |
|-------|------|---------|------|------|---|
| ۵ | ۴ | ۳ | ۲ | ۱ | ۱۵. وقتم را به نحو بهتری تنظیم می‌کنم. |
| ۵ | ۴ | ۳ | ۲ | ۱ | ۱۶. روی مساله متمرکز می‌شوم و می‌بینم چگونه آن را می‌توانم حل کنم. |
| ۵ | ۴ | ۳ | ۲ | ۱ | ۱۷. راجع به وقت‌ها خوشی که داشته‌ام، فکر می‌کنم. |
| ۵ | ۴ | ۳ | ۲ | ۱ | ۱۸. سعی می‌کنم با اشخاص دیگری باشم. |
| ۵ | ۴ | ۳ | ۲ | ۱ | ۱۹. خود را به خاطر وقت‌گذرانی و تأخیر در کار سرزنش می‌کنم. |
| ۵ | ۴ | ۳ | ۲ | ۱ | ۲۰. کاری که فکر می‌کنم بهترین است انجام می‌دهم. |
| ۵ | ۴ | ۳ | ۲ | ۱ | ۲۱. در بدنم احساس درد می‌کنم. |
| ۵ | ۴ | ۳ | ۲ | ۱ | ۲۲. خود را به خاطر قرار گرفتن در چنین موقعیتی سرزنش می‌کنم. |
| ۵ | ۴ | ۳ | ۲ | ۱ | ۲۳. به تماشای ویتترین مغازه‌ها مشغول می‌شوم. |
| ۵ | ۴ | ۳ | ۲ | ۱ | ۲۴. چیزهایی را که برایم مهم‌تر است مشخص کرده، اول به آن‌ها می‌پردازم. |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|--|
| ۱ | ۲ | ۳ | ۴ | ۵ | ۲۵. سعی می‌کنم به خواب بروم. |
| ۱ | ۲ | ۳ | ۴ | ۵ | ۲۶. با یک غذای دلخواه یا خوراکی به خودم پاداش می‌دهم. |
| ۱ | ۲ | ۳ | ۴ | ۵ | ۲۷. مضطرب می‌شوم مبادا نتوانم با مساله کنار بیایم یا مقابله نمایم. |
| ۱ | ۲ | ۳ | ۴ | ۵ | ۲۸. دچار تنش زیادی می‌شوم. |
| ۱ | ۲ | ۳ | ۴ | ۵ | ۲۹. در مورد نحوه‌ای که مسائل مشابه را حل نموده‌ام فکر می‌کنم. |
| ۱ | ۲ | ۳ | ۴ | ۵ | ۳۰. به خودم می‌گویم این موضوع واقعا در مورد من اتفاق می‌افتد. |
| ۱ | ۲ | ۳ | ۴ | ۵ | ۳۱. از این که در مورد این موقعیت بیش از حد هیجانی بوده‌ام، خودم را سرزنش می‌کنم. |
| ۱ | ۲ | ۳ | ۴ | ۵ | ۳۲. برای صرف غذا یا یک خوراکی بیرون می‌روم. |
| ۱ | ۲ | ۳ | ۴ | ۵ | ۳۳. خیلی ناامید می‌شوم. |
| ۱ | ۲ | ۳ | ۴ | ۵ | ۳۴. برای خودم چیزی خرید می‌کنم. |
| ۱ | ۲ | ۳ | ۴ | ۵ | ۳۵. برای خود یک دوره کاری معین می‌کنم و آنرا دنبال می‌کنم. |
| ۱ | ۲ | ۳ | ۴ | ۵ | ۳۶. خودم را به خاطر ندانم‌کاری سرزنش می‌کنم. |
| ۱ | ۲ | ۳ | ۴ | ۵ | ۳۷. به مهمانی می‌روم. |
| ۱ | ۲ | ۳ | ۴ | ۵ | ۳۸. سعی می‌کنم موقعیت را درک کنم. |
| ۱ | ۲ | ۳ | ۴ | ۵ | ۳۹. خشمگین می‌زید و نمی‌دانم چه کار کنم. |
| ۱ | ۲ | ۳ | ۴ | ۵ | ۴۰. بلافاصله اقدام به عمل اصلاح‌گرانه می‌نمایم. |
| ۱ | ۲ | ۳ | ۴ | ۵ | ۴۱. راجع به آنچه اتفاق افتاده فکر می‌کنم و از اشتباهاتم پند می‌گیرم. |
| ۱ | ۲ | ۳ | ۴ | ۵ | ۴۲. ارزش می‌کنم می‌توانستم آنچه را اتفاق افتاده یا احساس خودم را عوض کنم. |
| ۱ | ۲ | ۳ | ۴ | ۵ | ۴۳. به ملاقات یکی از دوستانم می‌روم. |
| ۱ | ۲ | ۳ | ۴ | ۵ | ۴۴. در مورد آن چه قرار است انجام دهم نگران می‌شوم. |
| ۱ | ۲ | ۳ | ۴ | ۵ | ۴۵. با اشخاص به خصوصی وقتم را می‌گذرانم. |
| ۱ | ۲ | ۳ | ۴ | ۵ | ۴۶. به پیاده روی می‌روم. |
| ۱ | ۲ | ۳ | ۴ | ۵ | ۴۷. به خودم می‌گویم دیگر هرگز اتفاق نمی‌افتد. |
| ۱ | ۲ | ۳ | ۴ | ۵ | ۴۸. بر روی ناتوانی‌های عمومی متمرکز می‌شوم و فکر می‌کنم. |
| ۱ | ۲ | ۳ | ۴ | ۵ | ۴۹. با کسی که نظرش برایم ارزش دارد صحبت می‌کنم. |
| ۱ | ۲ | ۳ | ۴ | ۵ | ۵۰. قبل از واکنش نشان دادن مساله را تجزیه و تحلیل می‌کنم. |
| ۱ | ۲ | ۳ | ۴ | ۵ | ۵۱. به یک دوست تلفن می‌کنم. |
| ۱ | ۲ | ۳ | ۴ | ۵ | ۵۲. عصبانی می‌شوم. |
| ۱ | ۲ | ۳ | ۴ | ۵ | ۵۳. خواسته‌هایم را با شرایط موجود هماهنگ می‌کنم. |
| ۱ | ۲ | ۳ | ۴ | ۵ | ۵۴. به سینما می‌روم. |
| ۱ | ۲ | ۳ | ۴ | ۵ | ۵۵. به موقعیت مسلط می‌شوم. |
| ۱ | ۲ | ۳ | ۴ | ۵ | ۵۶. کوشش بیشتری می‌نمایم تا کارها انجام شود. |
| ۱ | ۲ | ۳ | ۴ | ۵ | ۵۷. برای حل مساله به چندین راه حل مختلف می‌رسم. |
| ۱ | ۲ | ۳ | ۴ | ۵ | ۵۸. به خود فرصتی داده برای مدتی از موقعیت دور می‌شوم. |
| ۱ | ۲ | ۳ | ۴ | ۵ | ۵۹. به اشخاص دیگر واکنش نشان می‌دهم. |
| ۱ | ۲ | ۳ | ۴ | ۵ | ۶۰. از موقعیت استفاده می‌کنم تا ثابت کنم می‌توانم از عهده آن برآیم. |
| ۱ | ۲ | ۳ | ۴ | ۵ | ۶۱. برای تسلط بر موقعیت سعی می‌کنم به کارها سازمان دهم. |
| ۱ | ۲ | ۳ | ۴ | ۵ | ۶۲. تلویزیون تماشا می‌کنم. |

پرسشنامه کیفیت زندگی

| خیلی بد | بد | نه بد و نه خوب | خوب | خیلی خوب |
|--|--------|------------------|-------|-----------|
| ۱ | ۲ | ۳ | ۴ | ۵ |
| کاملاً نارضی | ناراضی | راضی ناراضی و نه | راضی | خیلی راضی |
| ۱. در کل، کیفیت زندگی خود را چگونه ارزیابی می‌کنید؟ | | | | |
| ۱ | ۲ | ۳ | ۴ | ۵ |
| کاملاً نارضی | ناراضی | راضی ناراضی و نه | راضی | خیلی راضی |
| عبارت‌ها | | | | |
| ۱ | ۲ | ۳ | ۴ | ۵ |
| کاملاً | زیاد | متوسط | کم | اصلاً |
| ۲. چقدر از وضعیت سلامتی خود رضایت دارید؟ | | | | |
| ۱ | ۲ | ۳ | ۴ | ۵ |
| کاملاً | زیاد | متوسط | کم | اصلاً |
| سؤال‌های زیر درباره این است که در چهار هفته اخیر تا چه حد، این موارد را تجربه کرده‌اید | | | | |
| ۱ | ۲ | ۳ | ۴ | ۵ |
| کاملاً | زیاد | متوسط | کم | اصلاً |
| ۳. دردهای جسمانی و مشکلات بدنی چقدر مانع انجام فعالیت‌ها و کارهای مورد علاقه شما می‌شود؟ | | | | |
| ۱ | ۲ | ۳ | ۴ | ۵ |
| کاملاً | زیاد | متوسط | کم | اصلاً |
| ۴. برای انجام کارهای روزمره، چقدر به درمان‌های پزشکی (دارو و دستوره‌های خاص پزشکی) نیاز دارید؟ | | | | |
| ۱ | ۲ | ۳ | ۴ | ۵ |
| کاملاً | زیاد | متوسط | کم | اصلاً |
| ۵. چقدر از زندگی لذت می‌برید؟ | | | | |
| ۱ | ۲ | ۳ | ۴ | ۵ |
| کاملاً | زیاد | متوسط | کم | اصلاً |
| ۶. به نظر شما، زندگی شما تا چه حد معنادار (با ارزش) است؟ | | | | |
| ۱ | ۲ | ۳ | ۴ | ۵ |
| کاملاً | زیاد | متوسط | کم | اصلاً |
| ۷. در انجام کارها و امور روزمره خود، چقدر قادر به تمرکز هستید؟ | | | | |
| ۱ | ۲ | ۳ | ۴ | ۵ |
| کاملاً | زیاد | متوسط | کم | اصلاً |
| ۸. در زندگی روزمره خود، چقدر احساس امنیت و آرامش می‌کنید؟ | | | | |
| ۱ | ۲ | ۳ | ۴ | ۵ |
| کاملاً | زیاد | متوسط | کم | اصلاً |
| ۹. محیط اطراف شما، تا چه حد سالم و بهداشتی است؟ | | | | |
| ۱ | ۲ | ۳ | ۴ | ۵ |
| کاملاً | زیاد | متوسط | کم | اصلاً |
| سؤال‌های زیر تجربیات و توانایی شما در انجام دادن کارهای خاصی در طول چهار هفته اخیر را می‌سنجد. | | | | |
| ۱ | ۲ | ۳ | ۴ | ۵ |
| کاملاً | زیاد | متوسط | کم | اصلاً |
| ۱۰. آیا برای زندگی روزمره، انرژی کافی دارید؟ | | | | |
| ۱ | ۲ | ۳ | ۴ | ۵ |
| کاملاً | زیاد | متوسط | کم | اصلاً |
| ۱۱. آیا شکل و قیافه ظاهری بدن‌تان، مورد قبول شماست؟ | | | | |
| ۱ | ۲ | ۳ | ۴ | ۵ |
| کاملاً | زیاد | متوسط | کم | اصلاً |
| ۱۲. آیا برای رفع نیازهای خود، پول کافی دارید؟ | | | | |
| ۱ | ۲ | ۳ | ۴ | ۵ |
| کاملاً | زیاد | متوسط | کم | اصلاً |
| ۱۳. اخبار و اطلاعات مورد نیاز روزانه، به چه میزان در دسترس شماست؟ | | | | |
| ۱ | ۲ | ۳ | ۴ | ۵ |
| کاملاً | زیاد | متوسط | کم | اصلاً |
| ۱۴. چه میزان فرصت برای پرداختن به کارهایی که مورد علاقه شخصی شماست، دارید؟ | | | | |
| ۱ | ۲ | ۳ | ۴ | ۵ |
| کاملاً | زیاد | متوسط | کم | اصلاً |
| ۱۵. چقدر در استفاده از ظرفیت کاری خود (بازار، خرید، قدم زدن، منزل اقوام)، از خود رضایت دارید؟ | | | | |
| ۱ | ۲ | ۳ | ۴ | ۵ |
| کاملاً | زیاد | متوسط | کم | اصلاً |
| ۱۶. چقدر از وضعیت خواب خود، راضی هستید؟ | | | | |
| ۱ | ۲ | ۳ | ۴ | ۵ |
| کاملاً | زیاد | متوسط | کم | اصلاً |
| ۱۷. چقدر از توانایی خود برای انجام فعالیت‌های روزمره زندگی، راضی هستید؟ | | | | |
| ۱ | ۲ | ۳ | ۴ | ۵ |
| کاملاً | زیاد | متوسط | کم | اصلاً |
| ۱۸. چقدر از توانایی خود برای کارکردن، رضایت دارید؟ | | | | |
| ۱ | ۲ | ۳ | ۴ | ۵ |
| کاملاً | زیاد | متوسط | کم | اصلاً |
| ۱۹. چقدر از توانایی کارکردن، خواب، خوراک و رفت و آمد خودتان رضایت دارید؟ | | | | |
| ۱ | ۲ | ۳ | ۴ | ۵ |
| کاملاً | زیاد | متوسط | کم | اصلاً |
| ۲۰. چقدر از روابط اجتماعی‌تان با دیگران، رضایت دارید؟ | | | | |
| ۱ | ۲ | ۳ | ۴ | ۵ |
| کاملاً | زیاد | متوسط | کم | اصلاً |
| ۲۱. چقدر از روابط جنسی خود رضایت دارید؟ | | | | |
| ۱ | ۲ | ۳ | ۴ | ۵ |
| کاملاً | زیاد | متوسط | کم | اصلاً |
| ۲۲. چقدر از حمایت دوستان و آشنایان خود راضی هستید؟ | | | | |
| ۱ | ۲ | ۳ | ۴ | ۵ |
| کاملاً | زیاد | متوسط | کم | اصلاً |
| ۲۳. چقدر از شرایط و امکانات محل زندگی خود رضایت دارید؟ | | | | |
| ۱ | ۲ | ۳ | ۴ | ۵ |
| کاملاً | زیاد | متوسط | کم | اصلاً |
| ۲۴. چقدر از دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی رضایت دارید؟ | | | | |
| ۱ | ۲ | ۳ | ۴ | ۵ |
| کاملاً | زیاد | متوسط | کم | اصلاً |
| ۲۵. چقدر از دسترسی به امکانات حمل و نقل و وضعیت رفت و آمد خود رضایت دارید؟ | | | | |
| ۱ | ۲ | ۳ | ۴ | ۵ |
| کاملاً | زیاد | متوسط | کم | اصلاً |
| همیشه | اغلب | گاهی | بندرت | هرگز |
| ۱ | ۲ | ۳ | ۴ | ۵ |
| سؤال زیر نحوه احساس و تجربه شما را درباره چیزهایی خاص در چهار هفته اخیر می‌سنجد. | | | | |
| ۱ | ۲ | ۳ | ۴ | ۵ |
| کاملاً | زیاد | متوسط | کم | اصلاً |
| ۲۶. چه مقدار دچار حالاتی مانند: یأس و ناامیدی و اضطراب و ... می‌شوید؟ | | | | |

Mediation role of coping strategies and perceived social support in relation to perceived stress and quality of life in parents with ASD children

F. Ghanimi¹, E. Danesh^{2*}, A. Dadkhah³ & S. Taghiloo⁴

1. Ph.D. Student of Health Psychology, Branch of Karaj, Islamic Azad University, Karaj, Iran
- 2*. Professor, Department of Clinical Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran
3. Professor, Department of Clinical Psychology, University of Social Welfare and Rehabilitation, Tehran, Iran
4. Assistant Professor, Department of Psychology, Astara Branch, Islamic Azad University, Gilan, Iran

Abstract

Aim: The study purpose was to determinate the role of mediator of coping strategies and perceived social support in relation to perceived stress and quality of life of parents with ASD children. **Methods:** Research method was correlation and the statistical population were all parents of ASD children in 31 provinces of the whole of the country that was about 4000 in 1396. A sample of 660 qualified father or mother was selected by purposive sampling method, and responded to questionnaires of Perceived Stress Scale of Cohen, Kamarck and Mermelstein (1983), Perceived Social Support of Zimet, Dahlem, Zimet and Farley (1988), Coping Strategies with Stress of Endler and Parker (1990), and questionnaires of World Health Organization Quality of Life (1996). After deleting 26 invalid questionnaires and 11 missing data, data of 623 people were analyzed by structural equation modeling. **Results:** The findings showed that structural pattern of the research with the collected data was desirable fit and perceived stress both directly and negatively ($\beta = -0/328$, $P = 0.001$). Also with mediating perceived social support ($\beta = -0.151$, $P = 0.001$), as well as problem-oriented strategies ($\beta = -0.035$, $P = 0.005$), emotion-oriented strategies ($\beta = -0.182$, $P = 0.001$) and avoidance style ($\beta = -0.024$, $P = 0.007$) is associated with the life quality of parents of ASD children. **Conclusion:** Since improving, the life quality of Iranian parents with ASD children has a significant effect on the rehabilitation and treatment interventions of their children, designs should be taken to educate effective coping strategies and also to properly parents' perceptions of supportive resources.

Keywords: autism, coping strategies, life quality, stress, social support

Citation: Ghanimi, F., Danesh, E., Dadkhah, A., & Taghiloo, S. (2018). Mediation role of coping strategies and perceived social support in relation to perceived stress and quality of life in parents with ASD children. *Journal of Applied Psychology*, 12(2): 243-263.