

## مقایسه میزان اثربخشی آموزش مدیریت استرس و ادراک حمایت‌های اجتماعی به شیوه شناختی رفتاری بر ابعاد کیفیت زندگی مادران کودکان با اختلال طیف اُتیسم

فرزانه غنیمی<sup>۱</sup>، اصغر دادخواه<sup>۲</sup>، عصمت دانش<sup>۳</sup>، صادق تقی‌لو<sup>۴</sup>

تاریخ دریافت: ۹۸/۰۱/۱۶

تاریخ پذیرش: ۹۸/۰۶/۱۰

### چکیده

اختلال طیف اُتیسم نوعی اختلال عصبی رشدی است که با نقص پایدار در تعاملات اجتماعی و ارتباط و همچنین رفتارهای تکراری و ویژه مشخص می‌شود. هدف پژوهش مقایسه اثربخشی برنامه‌های مداخله‌ای مبتنی بر مدیریت استرس و مدیریت ادراک حمایت‌های اجتماعی به شیوه شناختی-رفتاری بر کیفیت زندگی مادران دارای فرزند با اختلال طیف اُتیسم بود. روش پژوهش، آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری بود. نخست، آزمودنی‌ها بر اساس ملاک‌های ورود غربال شدند، سپس ۳۰ مادر دارای فرزند با اختلال طیف اُتیسم انتخاب شده و پس از هم‌تا شدن، به طور تصادفی در گروه‌های آزمایشی و گواه جای گرفتند (۱۰ نفر در هر گروه). مادران در دو گروه مدیریت استرس و مدیریت ادراک حمایت‌های اجتماعی، ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت مداخله آموزشی قرار گرفتند و گروه گواه، مداخله‌ای دریافت نکرد. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (۱۹۹۶)، در هر سه مرحله برای آزمودنی‌ها اجرا شد. تحلیل داده‌ها با استفاده از روش آماری تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر، نشان داد که آموزش مدیریت ادراک حمایت‌های اجتماعی، مؤلفه روابط اجتماعی ( $P < 0/001$ )، و آموزش مدیریت استرس، مؤلفه سلامت جسمانی کیفیت زندگی ( $P < 0/001$ )، را در مادران، بیش از سایر مولفه‌ها، بهبود بخشید. بر اساس یافته‌ها، پیشنهاد میشود در برنامه‌های حمایتی سازمان‌های متولی بهداشت روان در جامعه، در راستای تدوین بسته‌های آموزشی و اجرای دستورالعمل‌های مرتبط با توانمندسازی والدین دارای فرزند با اختلال طیف اُتیسم، تدابیری اتخاذ گردد.

**واژگان کلیدی:** اختلال طیف اُتیسم، حمایت‌های اجتماعی ادراک شده، شیوه شناختی-رفتاری، کیفیت زندگی، مدیریت استرس.

۱. دانش آموخته رشته روان‌شناسی سلامت، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.

۲. استاد گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران (نویسنده مسئول).

asgarsdu@hotmail.com

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

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

## مقدمه

اختلال طیف اُتیسْم<sup>۱</sup>، یکی از شش اختلال گروه اختلالات عصبی رشدی است که طبق تعریف راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی، ویراست پنجم<sup>۲</sup> (۲۰۱۳)، با مشخصه اصلی نقص پایدار در برقراری ارتباط اجتماعی متقابل و تعامل اجتماعی و نیز الگوهای محدود تکراری و قالبی در رفتار، علایق و فعالیت‌ها مشخص است. این نشانگان باید از دوران کودکی وجود داشته باشد و عملکردهای روزانه فرد را مختل یا محدود کند و معمولاً پیش از ۳ سالگی پدید می‌آید (کاپلان، سادوک و روئیز<sup>۳</sup>، ۲۰۱۳؛ ترجمه رضاعی، ۱۳۹۵). پژوهش‌های صورت گرفته در فرهنگ‌های گوناگون نشان می‌دهد که والدین کودکان با اختلال طیف اُتیسْم در مقایسه با والدین کودکان با رشد عادی و نیز والدین کودکان با اختلالات رشدی دیگر، استرس افزایش یافته و طولانی مدتی را تجربه می‌کنند که موجب افسردگی و اندوه و رنج روانی بیشتر آنان میشود (بونیس<sup>۴</sup>، ۲۰۱۶؛ روبل، موری، مک گراو و همکاران<sup>۵</sup>، ۲۰۱۸؛ لی و چیانگ<sup>۶</sup>، ۲۰۱۸)، پژوهش‌ها همچنین عملکرد ضعیف‌تر والدین (صمدی و مک کانکی<sup>۷</sup>، ۲۰۱۴)، کاهش کیفیت زندگی والدین به خصوص مادر و افزایش سطوح مشکلات جسمی و روانی والدین را گزارش کرده‌اند (دارداس و احمد<sup>۸</sup>، ۲۰۱۴؛ واسیلوپولو و نیس بت<sup>۹</sup>، ۲۰۱۶؛ هسیاو، هیگینز، پیرس و همکاران<sup>۱۰</sup>، ۲۰۱۷). بر اساس نتایج پژوهش‌ها، یکی از مسایلی که می‌تواند کیفیت زندگی والدین را تحت تاثیر قرار دهد، استرس ناشی از داشتن فرزند با معلولیت مزمن مثل اختلال طیف اُتیسْم می‌باشد (گاتوال، بهارانی و ردی<sup>۱۱</sup>، ۲۰۱۵). مراقبت از یک کودک با ناتوانی مزمن و پیچیده مثل اختلال طیف اُتیسْم، تاثیرات چندوجهی و فراگیر بر والدین کودکان دارای اختلال داشته و اغلب با سطوح پایین کیفیت زندگی والدین همراه است (گیالو،

1. Autism Spectrum Disorder (ASD)
2. diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM.5)
3. Kaplan, Sadock & Ruiz
4. Bonis
5. Ruble, Murray, McGrew, et al.
6. Lee & Chiang
7. McConkey
8. Dardas & Ahmad
9. Vasilopoulou & Nisbet
10. Hsiao, Higgins, Pierce, et al.
11. Gothwal, Bharani, & Reddy

وود، جلت و پورتر<sup>۱</sup>، ۲۰۱۳). سازمان بهداشت جهانی کیفیت زندگی را درک فرد از موقعیت زندگی اش در زمینه‌ی فرهنگ و سیستم‌های ارزشی‌ای که در آن زندگی می‌کند و در ارتباط با اهداف، استانداردها و نگرانی‌هایش تعریف کرده است (کینگ و هیندز<sup>۲</sup>، ۲۰۱۱).

عامل دیگری که بر جنبه‌های مختلف کیفیت زندگی افراد تاثیر زیادی دارد؛ حمایت‌های اجتماعی ادراک شده است (تجلی و قنبری پناه<sup>۳</sup>، ۲۰۱۰)، که به برداشت‌های فرد از در دسترس بودن حمایت و یا رضایت از حمایت ارائه شده اشاره دارد. حمایت اجتماعی اصطلاحی است که جنبه‌های بافت اجتماعی یک فرد که در دستیابی به بهزیستی روانی و سلامت جسمانی، موثر است را توصیف می‌کند. دو نوع اصلی از حمایت اجتماعی، شامل حمایت اجتماعی دریافت شده<sup>۴</sup> و ادراک شده<sup>۵</sup> است. حمایت اجتماعی دریافت شده اشاره به دریافت واقعی کمک از دیگران دارد. در مقابل، حمایت اجتماعی ادراک شده، به برداشت‌های فرد از در دسترس بودن حمایت و یا رضایت از حمایت ارائه شده برمی‌گردد (پوتی، کوهن و اینگرام<sup>۶</sup>، ۲۰۰۸). پژوهش‌ها نشان داده است زمانی که والدین کودکان با اختلال طیف اُتسم، حمایت اجتماعی بیشتری را ادراک می‌کنند، سازگاری خانواده، بیشتر و استرس والدینی کاهش می‌یابد (لین، اورسموند، کاستر و کوهن<sup>۷</sup>، ۲۰۱۱). مهم‌ترین پیش‌بینی کننده‌های ادراک حمایت اجتماعی به عنوان عامل مهم تاثیرگذار بر وضعیت جسمانی، روانی، رضایت از زندگی و جنبه‌های مختلف کیفیت زندگی افراد، منابع حمایت اجتماعی است که متشکل از خانواده، دوستان و یا سایرین مهم می‌باشد. با این حال به نظر می‌رسد افزایش حمایت اجتماعی به طور مستقیم تاثیر کمتری بر استرس والدین داشته باشد، بلکه به طور غیر مستقیم از طریق بهبود سلامت روان والدین، بر کاهش استرس موثر است. احتمالاً والدین و خانواده‌هایی که درک و مدیریت بهتری در

1. Giallo, Wood, Jellett, & Porter
2. King & Hinds
3. Tajalli & Ganbaripanah
4. Received
5. Perceived
6. Pottie, Cohen & Ingram
7. Lin, Orsmond, Coster & Cohn

خصوصاً حمایت‌های موجود برای کودکان با اختلال طیف اُتیسْم خود دارند، حداکثر کاهش بروز استرس والدینی را نشان می‌دهند (صمدی، مک کانکی و بونتینگ<sup>۱</sup>، ۲۰۱۴). با وجود فراهم شدن آگاهی‌های روزافزون و نیاز به ادغام مفهوم کیفیت زندگی در خدمات حمایتی برای کودکان دارای معلولیت مزمن و والدین آنها، به عوامل کمک‌کننده به کیفیت زندگی والدین آنها (به عنوان مثال، مدیریت استرس و مدیریت ادراک حمایت‌های اجتماعی)، توجه نسبتاً کمی مبذول شده است. بررسی پیشنهادی تحقیقات در این زمینه نشان می‌دهد که تمرکز اصلی برنامه‌هایی که تاکنون برای این خانواده‌ها اجرا می‌شود، بر نتایج مربوط به کودک متمرکز بوده و کمتر بر نیازهای حمایتی و روان‌شناختی والدین استوار است. این در حالی است که پژوهش‌های انجام شده در خصوص افراد با اختلال طیف اُتیسْم، بر اهمیت نیاز والدین این افراد به آموزش و کسب منابع حمایتی و تأثیرات مثبت این مداخلات بر کیفیت زندگی و تعاملات روزمره با کودک و افزایش رضایتمندی آنان تأکید کرده است (صمدی، مک کانکی و کلی<sup>۲</sup>، ۲۰۱۲).

نتایج پژوهش‌های اخیر حاکی از عدم مدیریت صحیح استرس مراقبت از کودک دارای اختلال طیف اُتیسْم و استفاده از راهبردهای مقابله‌ای غیرموثر و ناسازگار به جای راهبردهای مقابله‌ای موثر در والدین این کودکان است (ورنِهت، دل‌اپیازا، بلنس و همکاران<sup>۳</sup>، ۲۰۱۸؛ شپرد، لاندن، تیلور و گودک<sup>۴</sup>، ۲۰۱۸؛ یو، مک گرا، رند، موشر<sup>۵</sup>، ۲۰۱۸). لذا این پژوهشگران پیشنهاد طراحی برنامه‌های مداخلاتی از نوع آموزشی، جهت والدین دارای فرزند اُتیسْم را در این زمینه ارائه نمودند. حسین زاده، کاکاوند و احمدی (۱۳۹۵)، نیز در بخش تحلیل نتایج پژوهش خود در مورد نقش واسطه‌ای ذهن آگاهی مادر و تاب‌آوری خانواده در رابطه‌ی بین مشکلات رفتاری کودک با اختلال طیف اُتیسْم و بهزیستی روان‌شناختی مادران پیشنهاد کردند که متخصصان این حوزه در اقدام برای مداخله‌های درمانی، توجه خود را علاوه بر راهکارهای متمرکز بر کودک با اختلال طیف اُتیسْم، بر شرایط سلامت روانی والدین، محیط خانواده، منابع موجود در جامعه و سایر عوامل مربوط به بافت زندگی کودک معطوف کنند. شیشه فر، کاظمی و پزشک (۱۳۹۶)،

1. Bunting
2. Kelly
3. Vernhet, Dellapiazza, Blanc, et al.
4. Shepherd, Landon, Taylor & Goedeke
5. Yu, McGrew, Rand & Mosher

نیز در پژوهش خود در زمینه اثربخشی آموزش واقعیت‌درمانی بر شادکامی و مسئولیت‌پذیری مادران کودکان با اختلال طیف اُتیسْم، پیشنهاد برگزاری کارگاه‌ها و دوره‌های آموزشی برای تمامی روان‌شناسان در کلینیک‌ها و نیز برای خانواده‌های این کودکان جهت ارتقاء و بهبود سلامت روانی آن‌ها و کاهش هیجانات و احساسات منفی ناشی از داشتن کودک دارای اختلال را ارائه نمودند. لو، وانگ، لی و همکاران<sup>۱</sup> (۲۰۱۸)، در بررسی خود گزارش کردند که استرس والدین و حمایت اجتماعی، شاخص‌های حیاتی رضایت از زندگی است و می‌تواند به عنوان راهکارهای اصلی مداخله‌ای که باعث ارتقای رضایت از زندگی در والدین کودکان با اختلال طیف اُتیسْم می‌شود، عمل کنند. معتمدی نیا (۱۳۹۵)، در بررسی خود در مورد اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر سلامت روان و باورهای غیرمنطقی مادران دارای فرزند اُتیسْم گزارش کرد که درمان شناختی-رفتاری به عنوان یکی از مداخلات سودمند درمانی در جهت سازگاری مادران دارای فرزند با اختلال طیف اُتیسْم، در کاهش باورهای غیرمنطقی و نیز بهبود سلامت عمومی این مادران موثر بوده است. لذا، به نظر می‌رسد بایستی کل سیستم خانواده که به نوعی با اختلال طیف اُتیسْم زندگی می‌کنند، همزمان و به صورت موازی، هدف برنامه‌ها و اقدامات درمانی باشند؛ تا این اقدامات منجر به ارتقای سلامت روانی خانواده گردد. در چنین دیدگاهی، والدین و مراقبین آموزش دیده به خود اجازه می‌دهند زمانی را برای حفظ ارتباطات سالم خود در نظر بگیرند (مک استی، ترنث و دیسانایاک<sup>۲</sup>، ۲۰۱۵).

با در نظر گرفتن مطالب فوق، ضرورت انجام پژوهش در خصوص ارتقای کیفیت زندگی والدین دارای فرزند با اختلال طیف اُتیسْم از طریق توانمندسازی خانواده، در زمینه آموزش مدیریت استرس و مدیریت شخصی ادراک حمایت‌های اجتماعی توسط والدین مشخص می‌شود. اهمیت موضوع این پژوهش در این است که هر اندازه والدین دارای فرزند با اختلال طیف اُتیسْم توانایی بیشتری در به کارگیری راهبردهای مقابله‌ای موثر کسب نموده و همچنین با تغییر شناخت‌های معیوب خود، ادراک مناسب‌تری از حمایت‌های اجتماعی در دسترس، داشته باشند؛ کیفیت زندگی آنان به واسطه مقابله موثر با استرس‌های موجود ارتقاء یافته و خانواده و کودکان با اختلال طیف اُتیسْم می‌توانند به یک

---

1. Lu, Wang, Lei  
2. McStay, Trembath, & Dissanayake

زندگی شادتر و کامل‌تر دسترسی داشته باشند. لذا با انجام این پژوهش و تعیین میزان تاثیرات برنامه‌های حمایتی و آموزشی برای والدین، می‌توان تلویحات مداخله‌ای موثری در رابطه بین استرس والدین دارای فرزند با اختلال طیف اُتیسْم و ارتقای کیفیت زندگی ایشان به کار برد تا اثرهای مخرب خطاهای شناختی موجود در ادراک حمایت‌های اجتماعی و به کارگیری راهبردهای مقابله‌ای ناسازگار در این افراد اصلاح شود.

بررسی پژوهش‌های انجام شده در خصوص روش‌های مداخله در راستای ارتقای کیفیت زندگی والدین دارای فرزند با اختلال طیف اُتیسْم نشان داد که در خصوص تاثیر آموزش مدیریت استرس بر ارتقای کیفیت زندگی این والدین پژوهش‌هایی، نه چندان قابل توجه، انجام شده است که در مطالب فوق، به پاره‌ای از آنها اشاره شد؛ اما از آنجا که در خصوص آموزش مدیریت ادراک حمایت‌های اجتماعی موجود در موقعیت زندگی والدین دارای فرزند با اختلال طیف اُتیسْم و تغییر نگرش و ادراک منابع حمایتی توسط این والدین، تا کنون پژوهشی نه در داخل و نه در خارج از ایران، انجام نشده است؛ این پژوهش به عنوان پژوهش پیشرو به اثربخشی آموزش مدیریت ادراک حمایت‌های اجتماعی بر ارتقای کیفیت زندگی مادران دارای فرزند با اختلال طیف اُتیسْم پرداخته است. با تعیین اثربخشی برنامه‌های مداخله‌ای آموزشی در خصوص مدیریت استرس و نیز ادراک حمایت‌های اجتماعی در بهبود کیفیت زندگی این والدین، می‌توان راهکارهایی جهت ارتقای کیفیت زندگی این افراد به متخصصان و برنامه‌ریزان، ارائه نمود.

لذا هدف از پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی برنامه‌های مداخله‌ای مبتنی بر مدیریت استرس و مدیریت ادراک حمایت‌های اجتماعی به شیوه شناختی-رفتاری بر ابعاد کیفیت زندگی مادران دارای فرزند با اختلال طیف اُتیسْم و مقایسه اثربخشی این دو روش بود.

## روش

روش پژوهش، آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون-پیگیری (دو ماهه)، با گروه گواه بود. در این پژوهش، روش‌های مداخله‌ای (مدیریت استرس و مدیریت ادراک حمایت‌های اجتماعی به شیوه شناختی-رفتاری)، به عنوان متغیر مستقل و مؤلفه‌های کیفیت زندگی (شامل سلامت جسمانی، سلامت روانی، سلامت اجتماعی، سلامت محیطی و سلامت عمومی)، به عنوان متغیر وابسته در نظر گرفته شده است. جامعه آماری مورد

مطالعه، تمامی مادران دارای فرزند با اختلال طیف اُتیسم بود که در زمان اجرای پژوهش - سال ۱۳۹۶- به تعداد حدود ۲۰۰۰ نفر بود. حجم نمونه، با توجه به نوع و هدف مطالعه و با استناد به مقاله وان و وریس و مورگان (۲۰۰۷)، برابر با ۳۰ نفر در ۳ گروه ۱۰ نفری تعیین گردید. به این ترتیب، تعداد ۳۰ مادر دارای فرزند با اختلال طیف اُتیسم، داوطلب شرکت در برنامه‌های مداخله‌ای، به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و پس از همتا شدن در متغیرهای سن مادر و سن و جنس کودک با اختلال طیف اُتیسم و سطح اقتصادی خانواده، به صورت تصادفی در ۳ گروه شامل: ۱۰ نفر در گروه آزمایشی اول با آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری، ۱۰ نفر در گروه آزمایشی دوم همراه با آموزش مدیریت ادراک حمایت‌های اجتماعی به شیوه شناختی-رفتاری و ۱۰ نفر در گروه گواه بدون هیچ گونه آموزشی در دوره اجرای متغیرهای مستقل قرار گرفتند. معیارهای ورود مادران به این پژوهش بر اساس بررسی متون و پژوهش‌هایی در زمینه مشابه (برای مثال، ریاحی و همکاران، ۱۳۹۵؛ دهقانی، ۱۳۹۵ و معتمدی نیا، ۱۳۹۳)، شامل سن ۲۵ تا ۵۰ سال، دارا بودن مدرک تحصیلی حداقل سوم راهنمایی، تمایل به همکاری در این پژوهش و داشتن زندگی مشترک با همسر بود. 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. ضمناً جهت رعایت اصول اخلاقی، قبل از ارائه پرسشنامه، اهداف پژوهش و نیز موازین اخلاقی از قبیل محرمانه ماندن اطلاعات برای مادران دارای فرزند با اختلال طیف اُتیسم داوطلب شرکت در پژوهش، بیان و اعلام رضایت کتبی آگاهانه ایشان جهت شرکت در پژوهش با درج امضاء بر روی قسمت مشخص شده در پرسشنامه اخذ گردید. گروه‌های آزمایش در جلسات آموزش مدیریت استرس و مدیریت ادراک حمایت‌های اجتماعی به شیوه شناختی-رفتاری شرکت کردند. اما گروه گواه هیچ مداخله‌ای را دریافت نکرد. با این وجود، به جهت رعایت اصول اخلاقی پس از اتمام پژوهش، مباحث آموزشی به صورت فشرده (در مجموع ۲ جلسه ۹۰ آموزشی دقیقه‌ای مدیریت استرس و ۲ جلسه آموزشی ۹۰ دقیقه‌ای مدیریت ادراک حمایت‌های اجتماعی)، به گروه گواه ارائه شد.

بعد از انتخاب و انتساب تصادفی نمونه‌ها به گروه‌های آزمایش و گواه، به هر یک از گروه‌ها توضیحاتی درباره روند اجرای پژوهش و مداخله‌ها داده شد و تأکید گردید تا در همه‌ی جلسات حضور فعالی داشته باشند. سپس از اعضای هر یک از گروه‌ها خواسته شد به پرسشنامه ارائه شده (به عنوان پیش‌آزمون)، پاسخ دهند. بعد از پایان جلسات آموزشی، پس‌آزمون اجرا گردید و بعد از دو ماه، جهت انجام مرحله پیگیری، از مادران خواسته شد تا به پرسشنامه مورد نظر پاسخ دهند. جلسه‌های مداخله بر اساس پروتکل آموزشی هر گروه انجام شد. محتوی بسته غنی شده آموزش مدیریت استرس بر اساس بسته آموزشی مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری (آنتونی، آیرنسون و اشنایدرمن<sup>۱</sup>، ۲۰۰۷؛ به نقل از آل محمد، جوکار و نشاط دوست، ۱۳۸۹)، و با استفاده از منابع گوناگون به ویژه بخش مدیریت استرس مهارت‌های زندگی (ناصری، ۱۳۸۷)، آموزش‌هایی در خصوص آرمیدگی تدریجی (برنشتین و بورکوک<sup>۲</sup>، ۱۹۹۵؛ به نقل از ملک‌پور، ۱۳۷۵)، تکنیک‌های کاهش اضطراب با رویکردهای شناختی-رفتاری، مانند بازسازی شناختی (هاوتون، سالکوسکی و کلارک<sup>۳</sup>، ۱۹۸۹؛ به نقل از قاسم زاده، ۱۳۹۴)، آموزش مقابله موثر (فولکمن، شسنی، مک کوسیک و همکاران<sup>۴</sup>، ۱۹۹۱)، تهیه شد. اثربخشی روش مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری، در پژوهش‌های مختلف در خصوص کاهش استرس بیماران جسمی و روان‌شناختی و نیز مادران دارای فرزند با اختلال طیف اُتیسزم گزارش شده است (مریدی و عسگری، ۱۳۹۵، محمدی دره شوری و همکاران، ۲۰۱۴). با توجه به بررسی‌های انجام شده و گسترده‌گی مباحث مربوط به استرس‌زاهای موجود در بستر زندگی این افراد که نیاز به صرف وقت و تمرین بیشتر در خصوص مباحث ارائه شده در هر جلسه دارد، در این پژوهش سه مبحث مراقبه مانترا، آموزش ابرازگری و حمایت اجتماعی از بسته اصلی تدوین شده توسط آنتونی و همکاران (۲۰۰۷)، کسر، و به موضوع حمایت‌های اجتماعی، به صورت مفصل و جداگانه در بسته مداخله‌ای آموزشی مدیریت ادراک حمایت‌های اجتماعی، پرداخته شد.

1. Antoni, Schneiderman & Ironson
2. Bernstein & Borkovec
3. Houghton, Salkowski and Clark
4. Folkman, Chesney, McKusick



محتوی بسته مداخله‌ای آموزشی مدیریت ادراک حمایت‌های اجتماعی، بر اساس روش ترسیم نقشه وضعیت خانواده (مک ویلیام<sup>۱</sup>، ۲۰۱۰)، و با استفاده از منابع گوناگون به ویژه بخش ارتباط موثر و بین فردی مهارت‌های زندگی (ناصری، ۱۳۸۷)، و اصول رفتاردرمانی شناختی (هاوتون، سالکوسکی و کلارک، ۱۹۸۹، به نقل از قاسم زاده، ۱۳۹۴)، روش‌هایی از شناخت درمانی آثرون تی بک<sup>۲</sup>، درمان عقلانی-هیجانی الیس<sup>۳</sup> (شیلینگ، ۱۹۸۴، به نقل از آرین، ۱۳۹۱)، تهیه شد.

فرمت جلسات پس از تهیه و تدوین به وسیله‌ی نویسندگان این مقاله در سال ۱۳۹۶، به صورت آزمایشی بر روی ۵ مادر اجرا شد و موارد نقص و ابهام، از آن‌ها مورد سوال قرار گرفته و بررسی گردید. روایی محتوایی بسته‌های آموزشی نیز با نظرخواهی از پنج نفر متخصص روان‌شناسی بررسی شد. بدین صورت که با توضیح اهداف بسته‌های آموزشی برای آن‌ها و ارائه تعاریف عملیاتی مربوط به بسته، از آن‌ها درخواست شد تا از طریق پرسشنامه و بر اساس طیف سه بخشی لیکرت «ضروری است»، «مفید است»، ولی ضروری نیست» و «ضرورتی ندارد»، هریک از سرفصل‌های برنامه‌های آموزشی را طبقه‌بندی کنند. روایی محتوایی<sup>۴</sup> برنامه‌های مداخله‌ای غنی شده مدیریت استرس و نیز مدیریت ادراک حمایت‌های اجتماعی به شیوه شناختی-رفتاری، توسط ۵ نفر از متخصصان و صاحب نظران بررسی شد. شاخص نسبت روایی محتوا<sup>۵</sup>، به ترتیب ۰/۹۹ و ۰/۹۹ و شاخص روایی محتوا<sup>۶</sup> به ترتیب ۰/۸۰ و ۰/۸۰ به دست آمد. بدین ترتیب سرفصل‌های جلسات آموزشی که دارای ضریب روایی بالاتری بودند، انتخاب شدند. بنابراین پس از اخذ نظر اساتید و اجرای آزمایشی، اصلاحات لازم انجام و بسته‌های مداخله‌ای نهایی جهت آموزش مدیریت استرس و مدیریت ادراک حمایت‌های اجتماعی به صورت کارگاه آموزشی در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تدوین شد.

در پژوهش حاضر، پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی<sup>۷</sup>، به عنوان ابزار پژوهش مورد استفاده قرار گرفت. این پرسشنامه ۲۶ سؤالی در سال ۱۹۹۶ توسط گروهی از

1. McWilliam
2. AT. Beck
3. Ellis
4. Content validity
5. Content Validity Ratio (CVR)
6. Content Validity Index (CVI)
7. World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-BREF)

کارشناسان سازمان بهداشت جهانی و با تعدیل گویه‌های نسخه ۱۰۰ سوالی آن ساخته شد. این پرسشنامه دارای یک نمره کلی و ۴ 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؛ سلامت محیط با سؤال‌های ۸، ۹، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۲۳، ۲۴ و ۲۵ در طیف لیکرت ۵ درجه‌ای است که در دسته‌های مختلف سؤالات از ۱ تا ۵ نمره گذاری می‌شود. دو سؤال اول به هیچ یک 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 (۱۳۸۶)، 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، سلامت محیط ۰/۸۴ گزارش کردند. در پژوهش مرادی منش، احدی، جمهوری و رهگذر (۱۳۹۱)، اعتبار پرسشنامه بر اساس ضریب همسانی درونی برای کل مقیاس‌ها ۰/۹۲، سلامت جسمی ۰/۹۰، سلامت روانی ۰/۸۳، روابط اجتماعی ۰/۶۹ و رضایت از محیط ۰/۸۲ بود. 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 به دست آمد.

در خصوص گروه آزمایش اول و دوم، به مدت ۸ جلسه آموزشی ۹۰ دقیقه‌ای و به صورت جلسات هفتگی و گروهی، به ترتیب برنامه غنی‌شده آموزش مدیریت استرس و برنامه آموزش حمایت‌های اجتماعی، به شیوه شناختی-رفتاری، به اجرا درآمد. در طول جلسات آموزشی برای دو گروه آزمایشی، جهت حفظ و نگهداری توجه مادران، از وسایل دیداری کمکی مانند پاورپوینت و نمودار استفاده شد. جلسات به صورت سخنرانی، پرسش و پاسخ و بحث گروهی انجام گردید. به این صورت که در مورد هر دو نوع آموزش، ۳۰ دقیقه اول هر جلسه، به بیان خلاصه‌ای از جلسه قبل و بررسی تکالیف خانگی و ۳۰ دقیقه آخر هر جلسه به ارائه تکالیف جلسه بعد و انجام تکنیک‌های مربوطه اختصاص داده شد. گروه گواه در دوره اجرای متغیرهای مستقل، هیچ آموزشی دریافت نکرد. هر سه گروه در سه مرحله، قبل و بعد از اجرای آموزش و نیز فاصله پیگیری ۲ ماهه، پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (۱۹۹۶)، را تکمیل کردند. رئوس جلسات آموزشی دو روش مداخله‌ای به شرح زیر است (جدول شماره ۱ و ۲).

جدول ۱. رئوس جلسات بسته مداخله‌ای مدیریت ادراک حمایت‌های اجتماعی به شیوه شناختی - رفتاری

جلسه	محتوای آموزش
اول	آشنایی شرکت‌کنندگان با هم، معرفی برنامه، توصیف اهداف جلسه (آگاهی و شناخت بیشتر در خصوص انواع حمایت‌های اجتماعی، شناخت منابع حمایتی در دسترس، تعیین نیازهای حمایتی، تطبیق حمایت‌های اجتماعی با نیازهای تعیین شده، افزایش ادراک حمایت‌های اجتماعی موجود و ارتقای سلامت روانی)، رازداری، تعریف حمایت اجتماعی
دوم	اهمیت حمایت‌های اجتماعی در سلامت روان، انواع حمایت اجتماعی (اطلاعاتی، عاطفی و ابزاری)
سوم	تعریف حمایت اجتماعی دریافت شده و ادراک شده، بررسی افکار و ادراکات اعضای گروه نسبت به حمایت‌های اجتماعی دریافت شده، ارائه اطلاعات در خصوص روند برداشت‌های فردی از فرصت‌ها و موقعیت‌های واجد حمایت‌های اجتماعی و احساس‌های پس از آن
چهارم	ارائه اطلاعات در خصوص شبکه‌های اجتماعی حمایتی، موانع دریافت یا حفظ حمایت‌های اجتماعی و میزان کنترل‌پذیری آن
پنجم	موانع ارتباطی دریافت و حفظ حمایت‌های اجتماعی، اصول ارتباط موثر در دریافت و حفظ حمایت‌های اجتماعی، سبک‌های ارتباطی
ششم	موانع شناختی دریافت و حفظ حمایت‌های اجتماعی (تحریف‌های شناختی)، باورهای غیرمنطقی و باورهای منطقی جایگزین
هفتم	تعیین وضعیت کنونی خانواده در خصوص منابع رسمی و غیررسمی حمایت‌های اجتماعی خانواده، شناسایی افراد و شبکه‌های اجتماعی، تعیین روابط و توصیف نوع، شدت و جریان حمایت، فرآیند چگونگی رسم نقشه موقعیت خانواده، رسم شبکه‌های اجتماعی خود و خانواده خود، نیازسنجی حمایت‌های مورد نیاز خانواده، تطبیق نیازهای خانواده با حمایت‌های مورد نیاز قابل دسترس
هشتم	گام‌هایی برای اصلاح شبکه اجتماعی (اصلاح افکار غیرمنطقی، اصلاح سبک ارتباطی، رفع موانع قابل کنترل دریافت و حفظ حمایت اجتماعی)، مرور جلسات، جمع‌بندی و اختتام گروه و در انتهای جلسه، ارائه تکالیف خانگی در زمینه تمرین گام‌های دریافت و حفظ حمایت اجتماعی موثر و تاکید بر استمرار انجام تمرینات تا حداقل ۲ ماه

جدول ۲. رئوس جلسات بسته مداخله‌ای غنی شده مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری

جلسه	محتوای آموزش
اول	آشنایی شرکت‌کنندگان با هم، معرفی برنامه و ساختار جلسات، توصیف اهداف جلسه، رازداری، تعریف استرس، آشنایی با الگوی شخصیتی و رفتاری تیپ الف و ب، تاثیر ویژگی‌های شخصیتی و

دوم	رفتاری نوع الف بر سلامت، آموزش تنفس عمیق و به همراه تصویرسازی ذهنی، معرفی روش آرمیدگی عضلانی تدریجی، آموزش آرمیدگی عضلانی تدریجی برای ۱۶ گروه ماهیچه‌ای
سوم	تعریف عوامل استرس‌زا، درک اهمیت آگاهی در مدیریت استرس، اهمیت پرداختن به فعالیت‌های لذت‌بخش و کارها و فعالیت‌های نیمه‌تمام در کنترل استرس، هزینه‌های استرس، تمرین آرمیدگی عضلانی تدریجی برای ۸ گروه ماهیچه‌ای
چهارم	تاثیرات استرس، استرس و پیشرفت بیماری‌ها، پیامدهای احتمالی استرس بر سلامت، پاسخ‌های عملکرد سیستم ایمنی، علائم و نشانه‌های استرس، اهمیت افزایش آگاهی از نشانه‌های جسمی استرس، تمرین آرمیدگی عضلانی تدریجی برای ۴ گروه ماهیچه‌ای
پنجم	مراحل تاثیر استرس بر بدن (نشانگان انطباق عمومی)، لزوم افزایش آگاهی نسبت به پاسخ‌های بدنی به استرس، ویژگی‌های افکار خودآیند یا خودکار، درک ارتباط افکار و احساسات، درک چرخه افکار، هیجانات و احساس‌های بدنی، فرآیند ارزیابی هیجانات و افکار، تمرین آرمیدگی برای تمام عضلات به طور یکپارچه و در یک لحظه
ششم	تفکر منفی و تحریف‌های شناختی، نمونه‌هایی از تفکر منفی و تحریف‌های شناختی، آشنایی با خودآگاهی هیجانی و تمرین کسب خودآگاهی هیجانی، کسب آرامش از طریق یادآوری احساس آرامش پس از رهایی تنش در عضلات
هفتم	تفاوت بین خودگویی‌ها (گفتار درونی) منطقی و غیرمنطقی، ایجاد پاسخ‌های منطقی جایگزین، به چالش کشیدن افکار غیرمنطقی، گام‌های جایگزین کردن افکار منطقی با غیرمنطقی، کسب آرامش از طریق یادآوری با شمارش
هشتم	تعریف مقابله، مقابله‌های موثر و ناموثر (کارآمد یا ناکارآمد)، مقابله‌های هیجان‌مدار و مساله‌مدار، سبک اجتنابی، مقابله‌های ترکیبی، شناسایی راهبردهای مقابله‌ای شخصی، تمرین آرامش فقط با شمارش اجرای پاسخ‌های مقابله‌ای موثر، گام‌های مقابله موثر، تمرین انتخاب مقابله کارآمد و موثر، مرور جلسات، جمع‌بندی و اختتام گروه و در انتهای جلسه، ارائه تکالیف خانگی در زمینه تمرین گام‌های اجرای پاسخ‌های مقابله‌ای موثر در موقعیت‌های استرس‌زا و تاکید بر استمرار انجام تمرینات تا حداقل ۲ ماه

## نتایج

در پژوهش حاضر برای تعیین اثربخشی برنامه‌های مداخله‌ای مبتنی بر مدیریت استرس و مدیریت ادراک حمایت‌های اجتماعی به شیوه شناختی-رفتاری بر کیفیت زندگی مادران دارای فرزند با اختلال طیف اُتیسسم و مقایسه اثربخشی این دو روش، از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر و برای ارزیابی اثر متغیرهای مستقل بر سطوح متغیرهای وابسته، از طرح ترکیبی دوره‌ای چند متغیری<sup>۱</sup> استفاده شد. جدول ۳، میانگین، انحراف استاندارد و

### 1. Two-way Mixed Design (MANOVA)

شاخص شاپیرو-ویلک<sup>۱</sup> مؤلفه‌های کیفیت زندگی (سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی، سلامت محیطی و سلامت عمومی)، را در دو گروه آزمایش و یک گروه گواه و در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نشان می‌دهد.

جدول ۳. میانگین، انحراف استاندارد و شاخص شاپیرو-ویلک مؤلفه‌های کیفیت زندگی، به تفکیک گروه در سه مرحله

زمان	شاخص آماری		گروه	مؤلفه‌های سلامت جسمانی
	پیش‌آزمون	پس‌آزمون		
	۳/۰۹ ± ۲۰/۴۰	۱/۷۲ ± ۲۵/۹۰	۱/۹۶ ± ۲۶/۴۰	سلامت جسمانی
	۰/۸۵۴(p=۰/۰۶۵)	۰/۸۴۵(p=۰/۰۵۰)	۰/۸۹۴(p=۰/۱۸۹)	استرس
	۲/۲۵ ± ۲۱/۲۰	۲/۲۳ ± ۲۵/۱۰	۱/۷۱ ± ۲۳/۶۰	گروه ادراک
	۰/۸۹۶(p=۰/۱۹۹)	۰/۹۳۱(p=۰/۴۶۲)	۰/۹۴۳(p=۰/۵۹۱)	حمایت
	۳/۷۷ ± ۱۹/۷۰	۲/۳۷ ± ۲۱/۴۰	۱/۸۱ ± ۲۰/۸۰	گروه گواه
	۰/۹۴۸(p=۰/۶۴۳)	۰/۹۳۹(p=۰/۵۳۹)	۰/۹۶۷(p=۰/۸۶۱)	استاندارد شاپیرو-ویلک
	۳/۵۳ ± ۱۶/۳۰	۱/۶۶ ± ۲۰/۱۰	۲/۶۵ ± ۲۱/۸۰	سلامت روانی
	۰/۸۷۴(p=۰/۱۱۱)	۰/۹۴۸(p=۰/۶۴۶)	۰/۸۵۶(p=۰/۰۶۸)	استرس
	۲/۳۶ ± ۱۷/۳۰	۲/۳۹ ± ۲۱/۸۰	۱/۱۸ ± ۲۰/۵۰	گروه ادراک
	۰/۹۷۸(p=۰/۹۵۵)	۰/۹۸۳(p=۰/۹۸۰)	۰/۸۸۷(p=۰/۱۵۷)	حمایت
	۴/۰۴ ± ۱۶/۸۰	۱/۱۹ ± ۱۷/۹۰	۱/۶۵ ± ۱۷/۴۰	گروه گواه
	۰/۸۶۹(p=۰/۰۹۷)	۰/۹۵۲(p=۰/۶۹۱)	۰/۹۴۷(p=۰/۶۳۱)	استاندارد شاپیرو-ویلک
	۱/۷۲ ± ۸/۹۰	۱/۱۴ ± ۹/۲۰	۱/۵۲ ± ۸/۹۰	روابط اجتماعی
	۰/۹۳۷(p=۰/۵۲۱)	۰/۹۳۳(p=۰/۴۷۹)	۰/۹۲۹(p=۰/۴۴۱)	استرس
	۱/۰۸ ± ۸/۵۰	۱/۵۱ ± ۱۰/۵۰	۱/۲۹ ± ۱۰/۹۰	گروه ادراک
	۰/۹۰۷(p=۰/۲۵۸)	۰/۸۶۵(p=۰/۰۸۷)	۰/۹۰۳(p=۰/۲۳۴)	حمایت
				استاندارد شاپیرو-ویلک

1. Shapiro-Wilks

۱/۳۵ ± ۸/۴۰	۰/۸۵ ± ۸/۵۰	۱/۲۷ ± ۸/۶۰	میانگین ± انحراف	گروه گواه	
۰/۸۹۶ (p=۰/۱۹۸)	۰/۹۰۶ (p=۰/۲۵۸)	۰/۹۳۰ (p=۰/۴۴۵)	استاندارد	شاپیرو-ویلک	
۲/۹۲ ± ۲۳/۵۰	۲/۱۶ ± ۲۴/۰۰	۵/۷۰ ± ۲۲/۴۰	میانگین ± انحراف	گروه	مدیریت استرس
۰/۸۷۵ (p=۰/۱۱۴)	۰/۸۹۴ (p=۰/۱۸۹)	۰/۹۱۱ (p=۰/۲۸۵)	استاندارد	شاپیرو-ویلک	
۱/۲۳ ± ۲۵/۲۰	۲/۷۵ ± ۲۴/۷۰	۳/۰۲ ± ۲۳/۳۰	میانگین ± انحراف	گروه	ادراک
۰/۹۲۴ (p=۰/۳۸۹)	۰/۹۰۷ (p=۰/۲۶۲)	۰/۸۹۳ (p=۰/۱۸۲)	استاندارد	شاپیرو-ویلک	
۱/۲۶ ± ۲۴/۶۰	۲/۱۴ ± ۲۳/۱۰	۳/۷۱ ± ۲۳/۷۰	میانگین ± انحراف	گروه گواه	
۰/۹۳۰ (p=۰/۴۴۵)	۰/۹۳۷ (p=۰/۵۱۹)	۰/۸۷۹ (p=۰/۱۲۶)	استاندارد	شاپیرو-ویلک	
۱/۲۹ ± ۶/۹۰	۰/۸۵ ± ۷/۵۰	۱/۲۳ ± ۵/۸۰	میانگین ± انحراف	گروه	مدیریت استرس
۰/۹۰۳ (p=۰/۲۳۴)	۰/۹۰۶ (p=۰/۲۵۸)	۰/۸۹۹ (p=۰/۲۱۲)	استاندارد	شاپیرو-ویلک	
۱/۰۸ ± ۷/۵۰	۰/۹۵ ± ۷/۷۰	۱/۳۵ ± ۶/۶۰	میانگین ± انحراف	گروه	ادراک
۰/۹۰۷ (p=۰/۲۵۸)	۰/۹۱۱ (p=۰/۲۸۷)	۰/۹۲۹ (p=۰/۴۴۰)	استاندارد	شاپیرو-ویلک	
۰/۸۴ ± ۵/۶۰	۱/۰۳ ± ۶/۲۰	۱/۲۲ ± ۵/۸۰	میانگین ± انحراف	گروه گواه	
۰/۸۹۰ (p=۰/۱۷۲)	۰/۸۹۵ (p=۰/۱۹۱)	۰/۸۴۱ (p=۰/۰۴۶)	استاندارد	شاپیرو-ویلک	

همان‌گونه که در جدول ۳ مشاهده می‌شود به استثنای نمرات مربوط به مؤلفه سلامت عمومی در مرحله پیش‌آزمون گروه گواه و مؤلفه سلامت روان در مرحله پس‌آزمون گروه مدیریت استرس، توزیع نمرات همه مؤلفه‌های کیفیت زندگی در هر سه گروه و در هر سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری بهنجار است. باید اشاره نمود که چون سطح معناداری شاخص شاپیرو-ویلک مؤلفه سلامت عمومی در مرحله پیش‌آزمون گروه گواه و مؤلفه سلامت روان در مرحله پس‌آزمون گروه مدیریت استرس در سطح ۰/۰۵ معنادار است، بنابراین می‌توان گفت انحراف از مفروضه بهنجار بودن، شدید نبوده و می‌توان انتظار داشت که این مقدار از انحراف از مفروضه نتایج تحلیل را تحت تاثیر قرار ندهد.

برای ارزیابی اثر متغیرهای مستقل بر سطوح متغیرهای وابسته، از طرح ترکیبی دوراهه چند متغیری استفاده شد. مفروضه استقلال متغیرهای وابسته (ابعاد کیفیت زندگی)، از متغیر عضویت گروهی، در مرحله پیش‌آزمون در دو گروه آزمایش و یک گروه گواه مورد

مقایسه قرار گرفت. نتایج تحلیل واریانس نشان داد ارزش  $F(۱۰, ۴۶) = ۰/۸۲۲$  و  $Wilks' \Lambda = ۰/۸۹۸$ ،  $partial \eta^2 = ۰/۴۷۴$ ،  $P > ۰/۰۵$ ، در سطح  $۰/۰۵$  معنادار نیست. شرط کرویت یا برابری ماتریس واریانس خطا با استفاده از شاخص موجلی<sup>۲</sup> و همگنی واریانس‌های خطا از طریق آزمون لون<sup>۳</sup> بررسی شد. جدول ۴، نتیجه تحلیل چند متغیری در مقایسه اثر اجرای متغیرهای مستقل بر مؤلفه‌های کیفیت زندگی را نشان می‌دهد.

جدول ۴. نتایج تحلیل چند متغیری در مقایسه اثر اجرای متغیرهای مستقل بر مؤلفه‌های کیفیت زندگی

متغیر	کرویت موجلی	لون	آزمون چند متغیری
شاخص موجلی	$\chi^2$	پیش آزمون	پس آزمون
$\eta^2$	F(sig)	لامبدای ویلکز	پیگیری
سلامت جسمانی	۰/۸۳۴	۴/۷۱۹	۰/۴۳۵
سلامت روانی	۰/۸۴۵	۴/۳۹۲	۱/۸۱۲
روابط اجتماعی	۰/۸۴۵	۲/۸۵۱	۰/۶۹۶
سلامت محیطی	۰/۷۹۰	۶/۱۳۲*	۲/۶۸۴
سلامت عمومی	۰/۷۴۱	۷/۷۷۹*	۰/۱۲۴

\* $P < ۰/۰۵$ ،  $P < ۰/۰۱$

منطبق بر نتایج جدول ۴، آزمون موجلی نشان داد ارزش مجذور کای برای مؤلفه‌های سلامت محیطی و سلامت عمومی کیفیت زندگی در سطح  $۰/۰۵$  معنادار و بنابراین مفروضه کرویت برای آن دو مؤلفه، بر خلاف سه مؤلفه دیگر برقرار نبود. به همین دلیل درجه آزادی مربوط به مؤلفه‌های سلامت محیطی و سلامت عمومی با استفاده از روش برآورد گرینهوس-گیسر<sup>۴</sup> اصلاح شد. جدول فوق نشان می‌دهد که مفروضه همگنی واریانس‌های خطا برای مؤلفه‌های سلامت روانی و سلامت محیطی برقرار نیست، اما با توجه به سطح معناداری و مقاوم بودن روش‌های آماری تحلیل واریانس در مقابل انحراف از مفروضه‌ها،

1. Wilks' Lambda
2. Mauchly's Index
3. Levene's Test
4. Greenhouse-Geisser

می‌توان انتظار داشت که این مقدار از انحراف از مفروضه، نتایج تحلیل را تحت تاثیر قرار ندهد. همچنین جدول ۴، نشان می‌دهد که ارزش  $F$  برای مؤلفه‌های سلامت جسمانی، سلامت روانی و روابط اجتماعی کیفیت زندگی در سطح ۰/۰۵ معنادار است. در مقابل ارزش  $F$  برای دو مؤلفه سلامت عمومی و سلامت محیطی در سطح ۰/۰۵ معنادار نبود. جدول ۵، معناداری اثرهای بین آزمودنی در تبیین تعامل بین شرایط در زمان را برای هر یک از مؤلفه‌های کیفیت زندگی نشان می‌دهد.

جدول ۵. معناداری اثرهای بین آزمودنی در تبیین تعامل بین شرایط در زمان برای هر یک از مؤلفه‌های کیفیت زندگی

متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	میانگین مجذورات خطا	F	سطح معناداری	partial $\eta^2$
سلامت جسمانی	۷۳/۹۱	۴	۱۸/۴۸	۴/۸۴	۳/۸۱۷	۰/۰۰۸	۰/۲۲۰
سلامت روانی	۷۷/۶۴	۴	۱۹/۴۱	۵/۷۵	۳/۷۳۷	۰/۰۱۶	۰/۲۰۰
روابط اجتماعی	۲۳/۱۱	۴	۵/۷۸	۰/۹۹	۵/۸۳۵	۰/۰۰۱	۰/۳۰۲
سلامت محیطی	۱۸/۴۰	۳/۳۰۵	۵/۵۷	۱۳/۲۲	۰/۴۲۱	۰/۷۵۷	۰/۰۳۰
سلامت عمومی	۶/۴۴	۳/۱۷۸	۲/۰۳	۱/۳۷	۱/۱۸۰	۰/۳۳۰	۰/۰۸۰

براساس نتایج جدول فوق اثر تعاملی شرایط در زمان، برای مؤلفه‌های سلامت محیطی و سلامت عمومی در سطح ۰/۰۵ معنادار نیست. بنابراین چنین نتیجه‌گیری شد که اجرای متغیرهای مستقل منجر به بهبود مؤلفه‌های سلامت عمومی و سلامت محیطی کیفیت زندگی نمی‌شود. در مقابل اثر تعاملی برای مؤلفه‌های سلامت جسمی و روابط اجتماعی در سطح ۰/۰۱ و مؤلفه سلامت روانی در سطح ۰/۰۵ معنادار بود. این یافته بیانگر آن است که دست کم اثر یکی از متغیرهای مستقل در مقایسه با اثر دیگر متغیر مستقل یا گروه گواه، در مؤلفه‌های سلامت روانی، سلامت جسمانی و روابط اجتماعی به صورت معناداری متفاوت است. برای تعیین این موضوع، تحلیل برای هر سه مؤلفه معنادار در سه مرحله تکرار شد که



و در هر بار، تنها اثر دو گروه مورد مقایسه قرار گرفت که نتیجه آن در جدول ۶ ارائه شده است.

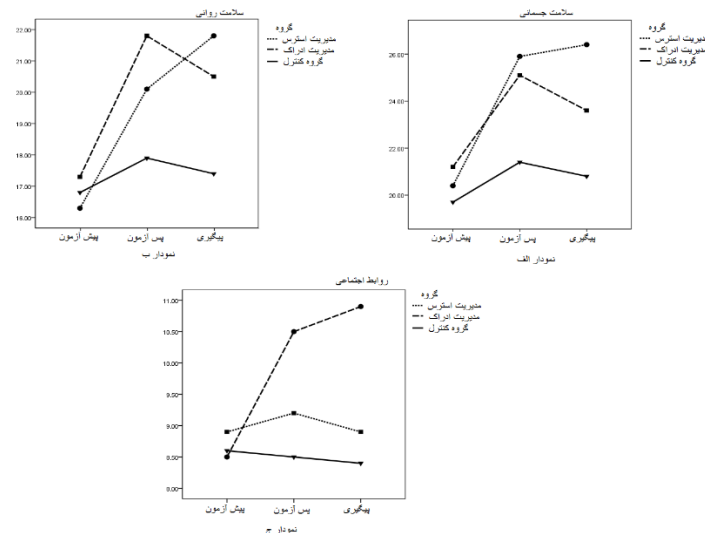
جدول ۶. مقایسه معناداری اثر تعاملی شرایط × زمان به صورت دو گروهی برای مؤلفه‌های سلامت جسمی، سلامت روانی و روابط اجتماعی کیفیت زندگی

مؤلفه‌ها	گروه‌ها	دوره آزادی	تکرار	تکرار	F	سطح معناداری	partial $\eta^2$
سلامت جسمانی	گروه اول - گروه دوم	۲	۱۶/۲۷	۴/۱۶	۳/۹۱۴	۰/۰۲۹	۰/۱۷۹
	گروه اول - گروه سوم	۲	۳۳/۰۵	۴/۸۶	۶/۸۰۷	۰/۰۰۳	۰/۲۷۴
	گروه دوم - گروه سوم	۲	۶/۱۲	۵/۵۱	۱/۱۱۰	۰/۳۴۱	۰/۰۵۸
سلامت روانی	گروه اول - گروه دوم	۲	۱۲/۳۲	۵/۸۶	۲/۱۰۳	۰/۱۳۷	۰/۱۰۵
	گروه اول - گروه سوم	۲	۳۰/۱۲	۶/۱۳	۴/۹۱۳	۰/۰۱۳	۰/۲۱۴
	گروه دوم - گروه سوم	۲	۱۵/۸۰	۵/۲۸	۲/۹۹۴	۰/۰۴۸	۰/۱۵۲
روابط اجتماعی	گروه اول - گروه دوم	۲	۷/۶۲	۰/۸۴	۹/۰۴۰	۰/۰۰۱	۰/۳۳۴
	گروه اول - گروه سوم	۲	۰/۲۰	۰/۹۰	۰/۲۲۱	۰/۸۰۳	۰/۰۱۲
	گروه دوم - گروه سوم	۲	۹/۵۲	۱/۲۲	۷/۷۷۵	۰/۰۰۲	۰/۳۰۲

$^{*}P < 0.05$   $^{**}P < 0.01$

مقایسه‌های دو گروهی نشان داد که در مقایسه با گروه گواه، اثر آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری بر مؤلفه‌های سلامت جسمانی و سلامت روانی کیفیت زندگی به ترتیب در سطوح ۰/۰۱ و ۰/۰۵ معنادار است.

شکل ۱ تعامل بین زمان و شرایط برای مؤلفه‌های سلامت جسمانی، سلامت روانی و روابط اجتماعی کیفیت زندگی در مادران دارای فرزند با اختلال طیف اُتیسْم را نشان می‌دهد.



شکل ۱. تعامل بین زمان و شرایط برای مؤلفه‌های سلامت جسمانی، سلامت روانی و روابط اجتماعی کیفیت زندگی در مادران دارای فرزند با اختلال طیف اُتیسیم

ارزیابی نمودارهای الف و ب شکل ۱، نشان می‌دهد که آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری در مقایسه با گروه گواه، مؤلفه‌های سلامت روانی و سلامت جسمانی را در مادران دارای فرزند با اختلال طیف اُتیسیم بهبود بخشیده است و از آن جا که میانگین‌های نمرات دو مؤلفه مزبور در مرحله پیگیری در مقایسه با مرحله پس‌آزمون کاهش نیافته، بنابراین می‌توان گفت اثر آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری، بر هر دو مؤلفه سلامت جسمی و سلامت روانی، ماندگار است. به علاوه، ارزیابی نمودارهای الف و ج در شکل ۱، نشان می‌دهد که آموزش مدیریت ادراک حمایت‌های اجتماعی، در مقایسه با آموزش مدیریت استرس، مؤلفه روابط اجتماعی کیفیت زندگی را بیشتر بهبود بخشیده است. در مقابل اجرای آموزش مدیریت استرس در مقایسه با آموزش مدیریت ادراک حمایت‌های اجتماعی، مؤلفه سلامت جسمانی کیفیت زندگی را در مادران دارای فرزند با اختلال طیف اُتیسیم، بیشتر بهبود بخشیده است.

### بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین میزان و مقایسه اثربخشی برنامه‌های مداخله‌ای مبتنی بر مدیریت استرس و مدیریت ادراک حمایت‌های اجتماعی به شیوه شناختی-رفتاری بر

کیفیت زندگی مادران دارای فرزند با اختلال طیف اُتیسْم انجام شد. نتایج این پژوهش نشان داد که تاثیر آموزش مدیریت ادراک حمایت‌های اجتماعی به شیوه شناختی-رفتاری، بر مؤلفه‌های روابط اجتماعی و سلامت روانی مادران دارای فرزند با اختلال طیف اُتیسْم ماندگار است. در مقابل، آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری، مؤلفه‌های سلامت جسمانی و سلامت روانی را در این مادران، به طور ماندگار بهبود می‌بخشد. به علاوه، آموزش مدیریت ادراک حمایت‌های اجتماعی، بهتر از آموزش مدیریت استرس، مؤلفه روابط اجتماعی کیفیت زندگی و در مقابل، آموزش مدیریت استرس، در مقایسه با آموزش مدیریت ادراک حمایت‌های اجتماعی، مؤلفه سلامت جسمانی کیفیت زندگی را در مادران دارای فرزند با اختلال طیف اُتیسْم، بهبود می‌بخشد. به علاوه، هر دو نوع آموزش، بهبود ماندگار مؤلفه سلامت روانی را در این مادران نشان داد. اما هیچ کدام از این روش‌ها در ارتقای مؤلفه محیطی و سلامت عمومی کیفیت زندگی مادران تاثیری نداشت.

یافته‌های پژوهش حاضر، با نتایج مطالعات متمرکز بر تاثیر درمان و آموزش با روش‌های شناختی بر باورهای غیرمنطقی والدین دارای فرزند با اختلال طیف اُتیسْم همخوانی دارد. بررسی‌ها نشان داده است که مداخله‌های آموزشی به شیوه شناختی-رفتاری، افزایش سلامت روان و کاهش باورهای غیرمنطقی مادران کودکان با اختلال طیف اُتیسْم تاثیرات قابل توجهی دارد (دهقانی، ۱۳۹۵). همچنین روان‌درمانی حمایتی و آموزش گروهی، بر اضطراب، افسردگی، استرس و کیفیت زندگی مادران کودکان با اختلال طیف اُتیسْم مؤثر است (مقتدر، اکبری و حقگو سیاهگورابی، ۱۳۹۵). با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان گفت از آنجا که وجود کودک با اختلال طیف اُتیسْم در خانواده، باعث محدود شدن تعاملات و فعالیت‌های اجتماعی خانواده می‌شود، بر روابط بین فردی اعضای خانواده اثرات منفی دارد. عدم ادراک روابط و شبکه‌های اجتماعی حمایتی و انواع حمایت‌های اجتماعی موجود در محیط زندگی خانواده، خطاهای شناختی ایجاد شده ناشی از مشکلات روان‌شناختی تحت تاثیر چالش‌های مربوط به داشتن فرزند با اختلال طیف اُتیسْم، مثل افسردگی، اضطراب، عزت نفس پایین و احساس گناه، در رضایت از حمایت‌های اجتماعی موجود و ادراک صحیح آن، موانعی ایجاد می‌کند. با تغییر شناخت‌های معیوب و ادراک مناسب از حمایت‌های اجتماعی در دسترس، بار روانی

مراقبت از کودک با اختلال طیف اُتیسْم با پذیرش بهتر شرایط زندگی تعدیل شده و با ایجاد روابط موثر بین فردی و شناسایی دقیق منابع حمایتی و درک صحیح از حمایت ارائه شده، مؤلفه سلامت روانی کیفیت زندگی آنان ارتقاء یافته و خانواده و کودکان با اختلال طیف اُتیسْم می‌توانند به یک زندگی شادتر و کامل‌تری دسترسی داشته باشند (ریاحی، وطن خواه، کریم نژاد و همکاران، ۱۳۹۳).

همچنین نتایج پژوهش حاضر با یافته‌های پژوهش مریدی و عسکری (۱۳۹۵)، مبنی بر تاثیر آموزش گروهی مدیریت استرس و راهبردهای کنترل فکر بر ابعاد سلامت جسمانی، سلامت روانی و محیطی کیفیت زندگی مادران دارای فرزند با اختلال طیف اُتیسْم و نیز پژوهش محمدی دره شوری و همکاران (۲۰۱۴)، در خصوص اثربخشی برنامه آموزش گروهی مدیریت استرس با استفاده از رویکرد شناختی-رفتاری با افزایش دانش و کنترل شرایط استرس‌زا، بر کیفیت زندگی و ابعاد آن (سلامت جسمی، سلامت روانی و ارتباطات اجتماعی، به غیر از بُعد سلامت محیطی)، در مادران کودکان دارای اُتیسْم، همسو بود. لذا می‌توان گفت مداخله آموزشی مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری به کار رفته در این پژوهش، با آموزش روش‌هایی جهت افزایش آگاهی مادران در مورد استرس و تاثیرات جسمانی و روان‌شناختی آن، و راه‌های مقابله موثر با استرس، مدیریت صحیح استرس و آرمیدگی در زندگی روزانه، مدیریت برنامه‌های زندگی شخصی و آموزش راهبردهای مقابله‌ای موثر بر کاهش استرس، بر بهبود مؤلفه سلامت جسمانی و روانی موثر بود. رویکرد شناختی به کار رفته در این مداخله نیز بر خودآگاهی هیجانی و شناختی مادران موثر بود. از سوی دیگر، توجه به باورهای شناختی نادرست و افکار منفی نیز یکی دیگر از مؤلفه‌هایی است که تغییر و بهبود آن‌ها، ارتقای مؤلفه سلامت روانی مادران دارای کودک با اختلال طیف اُتیسْم را به دنبال دارد، که این نتایج با پژوهش دهقانی (۱۳۹۵)، همسو بود. بهره‌گیری از روش‌هایی به منظور شناخت افکار منفی و باورهای غیرمنطقی و راهبردهای مقابله به منظور داشتن سبک زندگی سالم تر نیز از مواردی بود که سبب بهبود سلامت روانی کیفیت زندگی در این مادران گردید و با نتایج بررسی لوک سالاس، یانت رودریگز، تابرنرو اوریتا و کادرادو<sup>۱</sup> (۲۰۱۷)، تطابق داشت.

1. Luque Salas, Yáñez Rodríguez, Tabernero Urbieto & Cuadrado

به علاوه، نتایج پژوهش حاضر با نتایج مطالعه لین و همکاران (۲۰۱۱)، در خصوص افزایش سازگاری خانواده و کاهش استرس والدینی با ادراک حمایت اجتماعی بیشتر نیز مطابقت دارد. همچنین، با پژوهش ریاحی و همکاران (۱۳۹۳)، در خصوص نقش مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری در ارتقای سلامت روان و تغییر باورهای غیرمنطقی مادران دارای فرزند با اختلال طیف اُتیسْم همخوان است. عثمان، فاراگ و هگازی<sup>۱</sup> (۲۰۱۹)، نیز در مطالعه خود در مورد ارزیابی، برنامه‌ریزی، اجرا و ارزیابی تأثیر برنامه شناختی-رفتاری بر کاهش بار مراقبت مادران از فرزندان خود با اختلال طیف اُتیسْم، کاهش استرس‌های روان‌شناختی و اجتماعی آن‌ها گزارش کردند. لذا می‌توان گفت از آن‌جا که داشتن فرزند با اختلال طیف اُتیسْم، به جهت چالش‌های فراوان پیش‌روی خانواده‌ها، تأثیر منفی بر اعتماد به نفس و عزت‌نفس اعضای خانواده به خصوص مادر دارد (ایسا، ایشاک، آبراهام و همکاران<sup>۲</sup>، ۲۰۱۶)، در نتیجه بر حوزه روابط بین‌فردی و روابط اجتماعی مادران، تأثیر منفی بر جای می‌گذارد (لو، یانگ، اسکورا و همکاران<sup>۳</sup>، ۲۰۱۵). نتایج پژوهش حاضر نیز بیانگر آن است که کاهش افکار ناکارآمد و خودکار منفی مادران در اثر آموزش روش‌های تصحیح افکار و احساسات خود و ارتقای آگاهی و دانش آنان نسبت به موضوع حمایت اجتماعی، منجر به بهبود روابط اجتماعی و مهارت‌های بین‌فردی مادران شرکت‌کننده و زمینه‌ساز بهبود مؤلفه ارتباط اجتماعی کیفیت زندگی مادران گردیده است. از سویی دیگر، به نظر می‌رسد آموزش روش‌های آرمیدگی تدریجی موجود در بسته آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری و انجام تمرینات روزانه آرمیدگی عضلانی منجر به بهبود مؤلفه سلامت جسمانی کیفیت زندگی در مادران دارای فرزند با اختلال طیف اُتیسْم شد که با نتایج مطالعه محمدی دره شوری و همکاران (۲۰۱۴)، نیز همسو می‌باشد. لازم به ذکر است که این تمرینات در گروه آزمایشی مدیریت حمایت اجتماعی وجود نداشت و تا حدی می‌توان عدم تأثیر معنادار آموزش اخیر بر بهبود مؤلفه سلامت جسمانی کیفیت زندگی در مادران دارای فرزند با اختلال طیف اُتیسْم را تبیین نماید.

---

1. Osman, Farrag, & Hegazy

2. Isa, Ishak, Rahman

3. Lu, Yang, Skora

به علاوه، همسو با نتایج پژوهش ریاحی، خواجه‌الدین، ایزدی و همکاران (۱۳۹۳)، با در نظر گرفتن این موضوع که هر دو روش بر اساس شیوه شناختی-رفتاری طراحی و تدوین شده است، می‌توان چنین گفت که شاید این رویکرد نتواند شرایط واقعی و محیطی زندگی آنان را تغییر دهد؛ اما می‌تواند با کاهش احساس ناتوانی و کمک به بهبود خلق منفی و تغییر نگرش فرد نسبت به زندگی، خودکارآمدی افراد را تقویت کرده و در نتیجه با کمک به تصحیح باورهای غیرمنطقی و افکار منفی و رفتارهای مؤثر، موجب ارتقای کیفیت زندگی، به عنوان قضاوت شناختی آگاهانه فرد نسبت به رضایت از زندگی خود، باشد که این امر اثربخشی هر دو روش بر بهبود ماندگار مؤلفه سلامت روانی در این مادران را تبیین می‌نماید. همچنین در تبیین عدم تاثیر برنامه‌های مداخلاتی فوق‌الذکر بر ابعاد سلامت محیطی کیفیت زندگی مادران دارای فرزند با اختلال طیف اوتیسم، می‌توان به عدم آمادگی و پذیرش جامعه برای حضور بدون ارزیابی خانواده‌های متاثر از اختلال طیف اوتیسم، اشاره کرد که با بررسی ونوروسکی<sup>۱</sup> (۲۰۰۸)، و دهنوی (۱۳۹۴)، در خصوص تاثیر داغ و ننگ اجتماعی داشتن فرزند با اختلال طیف اوتیسم نیز هم‌خوانی دارد. از سویی دیگر، حضور در فضاهای اجتماعی، رفت و آمد، سفر کردن، خرید، پارک رفتن و حتی رفتن به مدرسه به دلیل عدم مناسب‌سازی محیطی در مواردی که حساسیت‌های کودک با اختلال طیف اوتیسم را تحریک می‌کند، برای خانواده‌های این کودکان محدودیت ایجاد می‌نماید و به عنوان عامل بیرونی ایجاد کننده استرس، از سوی خانواده‌ها غیرقابل کنترل بوده و به همین جهت برنامه مداخله‌ای مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری، بر مؤلفه سلامت محیطی کیفیت زندگی مادران، بهبود قابل توجهی را نشان نداد.

به‌طور کلی، نتایج پژوهش حاضر، بیانگر آن است که شناسایی و ادراک صحیح از منابع حمایتی توسط خود والدین و نیز آموزش راهبردهای مقابله‌ای مؤثر بر کاهش استرس این والدین، موجب ارتقای کیفیت زندگی والدین می‌گردد. لذا پیشنهاد میشود در برنامه‌های حمایتی سازمان‌های متولی بهداشت روان در جامعه، جهت تدوین و اجرای دستورالعمل‌ها و بسته‌های آموزشی در رابطه با آموزش راهبردهای مقابله‌ای مؤثر و نیز روش‌های ادراک صحیح والدین از منابع حمایتی موجود، تدابیری اتخاذ گردد.

---

1. Wnoroski

از محدودیت‌های این پژوهش، محدود بودن جامعه آماری این مطالعه به مادران، اندازه کوچک نمونه، طبقه اقتصادی-اجتماعی متوسط اکثر شرکت‌کنندگان بود که موجب محدودیت در تعمیم‌پذیری می‌گردد. لذا پیشنهاد می‌شود ضمن استفاده از نمونه‌هایی با حجم بزرگ، پژوهش در مورد اثرات برنامه‌های مداخله‌ای مورد استفاده در این پژوهش، علاوه بر مادران، در مورد پدران و سایر اعضای خانواده مثل همشیران (خواهرها و برادرها)، نیز انجام شود تا ارتقای کیفیت زندگی حاصل از این برنامه در میان سایر اعضای خانواده نیز بررسی گردد.

### سپاسگزاری

از همراهی صمیمانه والدین گرامی دارای فرزند با اختلال طیف اُتیسْم شرکت‌کننده در پژوهش و از حسن همکاری و مساعدت مسئولین محترم مرکز روزانه آموزشی و توانبخشی اختلال طیف اُتیسْم توانجو در استان البرز و انجمن مادران یاری‌گر توانجویان اُتیسْم (میتا)، در استان تهران، که شرایط و امکانات برگزاری جلسات مداخله‌ای را فراهم نمودند و تسهیلگر اجرای این پژوهش بودند، قدردانی و سپاسگزاری می‌گردد.

### منابع

- آنتونی، م.، ایرونسون، گ.، و اشنایدرمن، ن. (۲۰۰۷). *راهنمای عملی مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری*. ترجمه سولماز جوکار، سید جواد آل محمد و حمید طاهر نشاط دوست (۱۳۸۹). اصفهان: جهاد دانشگاهی دانشگاه اصفهان.
- برنشتین، د. آ.، و بورکوک، ت. د. (۱۹۹۵). *آموزش آرامش تدریجی*. ترجمه مختار ملک‌پور (۱۳۷۵). تهران: انتشارات مهرآیین.
- حسین زاده، ز؛ کاکاوند، ع؛ و احمدی، ع. (۱۳۹۵). نقش واسطه‌ای ذهن آگاهی مادر و تاب‌آوری خانواده در رابطه‌ی بین مشکلات رفتاری کودک دارای اختلال‌های طیف اوتیسْم و بهزیستی روان‌شناختی مادر، *روان‌شناسی افراد استثنایی*، ۶ (۲۳)، ۱۵۱-۱۷۸.
- دهقانی، ی. (۱۳۹۵). بررسی اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر سلامت روان و باورهای غیرمنطقی مادران دارای فرزند مبتلا به اوتیسْم، *مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران*، ۵۳۱ (۲۶)، ۸۷-۹۸.

- رضایی دهنوی، ص. (۱۳۹۴). استیگما (داغ اجتماعی)، در مادران کودکان با اختلال طیف اُتیسْم، فصلنامه تعلیم و تربیت استثنایی. مهر و آبان، ۷ (پیاپی ۱۳۵)، ۸۳-۷۲.
- ریاحی، ف؛ وطن خواه، م؛ کریم نژاد، ف؛ رحیمی، ه؛ بلادی مقدم، ا؛ و احمدی انگالی، ک. (۱۳۹۳). اثربخشی درمان مبتنی بر کیفیت زندگی بر بهزیستی ذهنی و امیدواری در والدین کودکان مبتلا به اُتیسْم، مجله علمی پزشکی جندی شاپور، ۱۳(۱)، ۶۵-۵۳.
- ریاحی، ف؛ خواجه الدین، ن؛ ایزدی مزیدی، س؛ عشرتی، ط و نقدی نسب، ل. (۱۳۹۳). تاثیر درمان حمایتی و شناختی رفتاری بر سلامت روان و باورهای غیرمنطقی مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال اوتیسم، مجله علمی پزشکی جندی شاپور، ۱۰(۶ پیاپی ۷۵)، ۶۴۵-۶۳۷.
- سادوک، ب. ج؛ سادوک، و. آ؛ و روئیز، پ. (۲۰۱۳). خلاصه روان پزشکی. جلد سوم. ترجمه فرزین رضاعی (۱۳۹۵). انتشارات ارجمند. (تاریخ انتشار اثر به زبان اصلی، ۲۰۱۳).
- شیشه فر، س؛ کاظمی، ف؛ و پزشک، ش. (۱۳۹۶). اثربخشی آموزش واقعیت درمانی بر شادکامی و مسئولیت پذیری مادران کودکان درخودمانده، روان شناسی افراد استثنایی، ۷(۲۷)، ۷۷-۵۳.
- شیلینگ، ل. (۱۹۸۴). نظریه‌های مشاوره (دیدگاههای مشاوره). ترجمه سیده خدیجه آرین (۱۳۹۱). تهران: انتشارات موسسه اطلاعات.
- مرادی منش، ف؛ احدی، ح؛ جمهری، ف؛ و رهگذر، م. (۱۳۹۱). رابطه درماندگی روان شناختی با کیفیت زندگی در زنان مبتلا به سرطان پستان، فصلنامه دانشگاه علوم پزشکی زابل، ۴(۲)، ۵۹-۵۱.
- مریدی، ژ؛ و عسگری، م. (۱۳۹۵). تاثیر آموزش مدیریت استرس و راهبردهای کنترل فکر بر کیفیت زندگی مادران دارای فرزند اُتیسْم در شهرستان بندرعباس، مجله پیشرفت‌های نوین در علوم رفتاری، دوره اول، شماره ۱، آبان، ۱-۱۳.
- مقتدر، ل؛ اکبری، ب؛ و حقگو سیاهگورابی، م. (۱۳۹۵). تأثیر روان‌درمانی حمایتی و آموزشی گروهی بر اضطراب، افسردگی، استرس و کیفیت زندگی مادران کودکان



- با اختلال طیف اُتیسْم، ماهنامه علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، اردیبهشت، ۲(۲۷)، ۱۶۷-۱۷۷.
- معتمدی نیا، ز. (۱۳۹۵). اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر سلامت روان و باورهای غیرمنطقی مادران دارای فرزند مبتلا به اُتیسْم، سومین کنفرانس بین المللی نوآوری‌های اخیر در روانشناسی، مشاوره و علوم رفتاری، تهران، ایران.
- ناصری، ح. (۱۳۸۷). مهارت‌های زندگی ویژه دانشجویان: کتاب مطالعه دانشجویان. تهران: انتشارات سازمان بهزیستی کشور. ۱۱۹ صفحه.
- نجات، س؛ منتظری، ع؛ هلاکویی، ک؛ محمد، ک؛ و مجدزاده، س. (۱۳۸۶). کیفیت زندگی مردم شهر تهران بر اساس پرسشنامه WHOQOL-BREF، مجله پژوهشی حکیم، ۱۰(۳)، ۱-۸.
- هاوتون، ک؛ سالکوسکی، ک؛ و کلارک. د. م. (۱۹۸۹). رفتاردرمانی شناختی: راهنمای کاربردی در درمان اختلال‌های روانی، جلد ۱. (ترجمه حبیب الله قاسم زاده، ۱۳۹۴). تهران: انتشارات ارجمند.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.
- Bonis, S. (2016). Stress and parents of children with autism: a review of literature. *Issues in mental health nursing*, 37(3), 153-163.
- 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.
- Folkman, S., Chesney, M., McKusick, L., Ironson, G., Johnson, D. S., & Coates, T. J. (1991). Translating coping theory into an intervention. In *The social context of coping* (pp. 239-260). Springer, Boston, MA.
- 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.
- 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, 152-162.
- Isa, S. N. I., Ishak, I., Ab Rahman, A., Saat, N. Z. M., Din, N. C., Lubis, S. H., & Ismail, M. F. M. (2016). Health and quality of life among the caregivers of children with disabilities: A review of literature. *Asian journal of psychiatry*, 23, 71-77.

- King, C. R., & Hinds, P. S. (Eds.). (2011). *Quality of life: from nursing and patient perspectives*. Jones & Bartlett Publishers.
- Lee, J. K., & Chiang, H. M. (2018). Parenting stress in South Korean mothers of adolescent children with autism spectrum disorder. *International Journal of Developmental Disabilities*, 64(2), 120-127.
- 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.
- Luque Salas, B., Yáñez Rodríguez, V., Taberero Urbieto, C., & Cuadrado, E. (2017). The role of coping strategies and self-efficacy as predictors of life satisfaction in a sample of parents of children with autism spectrum disorder. *Psicothema*, 29(1), 55-60.
- 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.
- Lu, M., Yang, G., Skora, E., Wang, G., Cai, Y., Sun, Q., & Li, W. (2015). Self-esteem, social support, and life satisfaction in Chinese parents of children with autism spectrum disorder. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 17, 70-77.
- McStay, R., Trembath, D., & Dissanayake, C. (2015). Raising a child with autism: A developmental perspective on family adaptation. *Current Developmental Disorders Reports*, 2(1), 65-83.
- McWilliam, R. A. (Ed.). (2010). *Working with families of young children with special needs*. Guilford Press.
- Mohammadi, D., Yazdezhadeh, H., Sodabh Bassaknejhad, S., & Daghagheleh, R. (2014). Effectiveness of group training program relevant to stress management on the quality of life and its dimensions using a cognitive-behavioral approach in mothers of children with Autism. *Jundishapur journal of chronic disease care*, 3(1), 1-10.
- Osman, Z. H. H., Farrag, E. A., & Hegazy, A. E. S. A. (2019). Effectiveness of Cognitive- Behavioral Program on reducing mothers' Burden of care of their children with autism disorder. *The Malaysian Journal of Nursing*, 10(4), 48-62.
- 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.
- Ruble, L., Murray, D., McGrew, J. H., Brevoort, K., & Wong, V. W. (2018). A Preliminary Study of Activation, Stress, and Self-Management of Parents of Children with Autism Spectrum Disorder. *Journal of Child and Family Studies*, 27(3), 825-834.
- Samadi, S. A., & McConkey, R. (2014). The impact on Iranian mothers and fathers who have children with an autism spectrum disorder. *Journal of Intellectual Disability Research*, 58(3), 243-254.

- Samadi, S. A., McConkey, R., & Bunting, B. (2014). Parental wellbeing of Iranian families with children who have developmental disabilities. *Research in developmental disabilities*, 35(7), 1639-1647.
- Samadi, S. A., McConkey, R., & Kelly, G. (2012). The information and support needs of Iranian parents of children with autism spectrum disorders. *Early Child Development and Care*, 182(11), 1439-1453.
- Shepherd, D., Landon, J., Taylor, S., & Goedeke, S. (2018). Coping and care-related stress in parents of a child with autism spectrum disorder. *Anxiety, Stress, & Coping*, 31(3), 277-290.
- 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.
- VanVoorhis, C. W., & Morgan, B. L. (2007). Understanding power and rules of thumb for determining sample sizes. *Tutorials in quantitative methods for psychology*, 3(2), 43-50.
- 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.
- Vernhet, C., Dellapiazza, F., Blanc, N., Cousson-Gélie, F., Miot, S., Roeyers, H., & Baghdadli, A. (2018). Coping strategies of parents of children with autism spectrum disorder: a systematic review. *European child & adolescent psychiatry*, 1-12.
- Wnoroski, A. K. (2008). Uncovering the stigma in parents of children with autism (*Doctoral dissertation, Miami University*).
- World Health Organization. (1996). *WHOQOL-BREF: introduction, administration, scoring and generic version of the assessment: field trial version, December 1996* (No. WHOQOL-BREF). Geneva: World Health Organization.
- Yu, Y., McGrew, J. H., Rand, K. L., & Mosher, C. E. (2018). Using a model of family adaptation to examine outcomes of caregivers of individuals with autism spectrum disorder transitioning into adulthood. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 54, 37-50.