

## بررسی راهبردهای مقابله‌ای و میزان تنیدگی در مادران کودکان مبتلا به اتیسم و مقایسه آن با مادران کودکان عادی

### Coping Strategies and Stress in Mothers with Autistic Children in Comparison with Mothers with Normal Children

**K. Khushabi, Ph.D.** ✉

دکتر کتابون خوشابی ✉

دانشیار گروه روان‌پزشکی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

**S. Z. Farzad Fard, M. A.**

سیده زینب فرزادفرد

کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی کودک و نوجوان، دانشگاه شهید بهشتی

**B. Kakasoltani, Ph.D.**

دکتر بابک کاکاسلطنی

روان‌پزشک، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

**H. R. Pouretamad, Ph.D.**

دکتر حمیدرضا پوراعتماد

دکترای روان‌شناسی عصب شناختی، دانشگاه شهید بهشتی

**H. R. Nikkhah, M. A.**

حمیدرضا نیکخواه

کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی، کارشناس معاونت مطالعات و تحقیقات سازمان ملی جوانان

دریافت مقاله: ۸۷/۱/۱۸

دریافت نسخه اصلاح شده: ۸۸/۱۰/۲۹

پذیرش مقاله: ۸۹/۱/۲۲

#### Abstract

This research aims to investigate stress and coping strategies of mothers with autistic children in comparison with mothers with normal children. The population of the research is all mothers with children in Tehran.

#### چکیده:

این پژوهش به منظور بررسی راهبردهای مقابله‌ای و میزان تنیدگی در مادران کودکان مبتلا به اتیسم و مقایسه آن با مادران دارای کودکان عادی صورت گرفته است. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی مادران دارای فرزند شهر تهران می‌باشد.

✉Corresponding author: Psychiatry Department of Rehabilitation & Well-Being University.  
Tel: +9821-22180085  
Email: [kkhushabi@yahoo.com](mailto:kkhushabi@yahoo.com)

✉نویسنده مسئول: گروه روان‌پزشکی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی  
تلفن: ۰۲۱-۲۲۱۸۰۰۸۵  
پست الکترونیک: [kkhushabi@yahoo.com](mailto:kkhushabi@yahoo.com)

Participants of the study consist of 72 mothers (36 mothers with autistic children and 36 mothers without autistic children) selected by means of non-convenience sampling. Research instruments applied in order to assess the psychological status of the subjects were: Gilliam autism rating scale; Child behavior checklist; Questionnaire on resources and stress; Coping skills checklist and demographical scale.

Findings of the study reveal that there is a significant difference between two the groups of mothers in parenting stress and coping strategies (emotion-focused and problem-focused) variables; however, there was no significant difference between non-effective coping strategies of the two groups. Also there is a significant relationship between parenting stress and emotion-focused coping strategies. But there is no significant relationship between parenting stress and problem-focused coping strategies. Taken together, the severity of autistic symptoms of the children show a significant correlation with levels of stress and emotion-focused coping strategies in mothers with autistic children. In fact, it can explain 66 % of mothers' stress.

**KeyWords:** Stress, Coping Strategies, Severity of Autistic Symptoms.

نمونه آماری شامل ۷۲ مادر (۳۶ مادر دارای کودک مبتلا به اتیسم و ۳۶ مادر دارای کودک سالم) بوده که با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزار اندازه‌گیری شامل مقیاس رتبه‌بندی اتیسم گیلیام، فهرست مشکلات رفتاری کودک/ نوجوان، پرسشنامه منابع تنیدگی، فهرست مهارت‌های مقابله‌ای استفاده می‌شود. یافته‌ها نشان می‌دهند که بین مادران کودکان مبتلا به اتیسم و مادران کودکان سالم از لحاظ متغیرهای تنیدگی، راهبردهای مقابله‌ای مسئله‌مدار و هیجان‌مدار تفاوت معناداری وجود دارد، اما از لحاظ راهبرد مقابله‌ای غیرمفید و غیرمؤثر تفاوت معناداری مشاهده نگردید. همچنین میان تنیدگی مادران کودکان مبتلا به اتیسم با راهبردهای مقابله‌ای هیجان‌مدار و غیرمفید و شدت علائم کودک مبتلا به اتیسم رابطه معناداری وجود دارد، اما بین تنیدگی مادران و راهبرد مقابله‌ای مسئله‌مدار، رابطه معناداری به دست نیامد. در مجموع اکثر مادرانی که کودک مبتلا به اتیسم داشتند راهبردهای مقابله‌ای هیجان‌مدار داشته و شدت علائم اتیسم با افزایش میزان تنیدگی مادران همراه بوده، به نحوی که شدت علائم اتیسم کودک، ۶۶ درصد تنیدگی مادران را تبیین می‌کند.

**کلیدواژه‌ها:** تنیدگی، راهبردهای مقابله‌ای، شدت علائم اتیسم

#### مقدمه

اتیسم<sup>۱</sup> یکی از اختلالات دوران کودکی است که به زعم برخی پژوهشگران تنیدگی بیش از سایر معلولیت‌های ذهنی بر خانواده‌ها و به خصوص مادران وارد می‌کند. این اختلال شناخته شده‌ترین

اختلال نافذ رشدی است که با نقص و انحراف آشکار و مداوم ارتباطات اجتماعی، الگوهای محدود و کلیشه‌ای در علائق و رفتار مشخص می‌شود. اتیسم از وخیم‌ترین و ناشناخته‌ترین اختلالات دوران کودکی است که ابهامات بسیاری در قلمرو آن وجود دارد. علی‌رغم شیوع کم آن در جامعه (۴ تا ۵ در ۱۰۰۰۰)، در کلینیک‌های تخصصی روان‌پزشکی اطفال، جمعیت قابل توجهی را به خود اختصاص می‌دهد (سادوک و سادوک، ۲۰۰۳). شواهد قابل توجه و مستندی وجود دارد که مادران تأثیر بیشتری نسبت به پدران از این اختلال می‌گیرند (افشاری، ۱۳۸۳). مادران تمایل دارند احساسات خود را تخلیه کنند، احساس داغدیدگی، غمگینی خشم و گریه وجود دارد. این مادران از صحبت کردن با دوستان و خانواده‌ها به عنوان راهی برای کنار آمدن با هیجان‌هایشان استفاده می‌کنند (گری، ۲۰۰۳). مطالعات نشان می‌دهند والدین و به ویژه مادران کودکان مبتلا به اتیسم در معرض مشکلات مربوط به بهداشت روانی هستند. بر اساس برخی پژوهش‌ها تنیدگی از جمله مسائلی است که گریبان‌گیر مادران کودکان مبتلا به اتیسم می‌شود. شواهد قابل توجهی وجود دارد که سطح بالای تنیدگی با تکلیف مراقبت از کودک با ناتوانی‌های مختلف (دوآرت، بوردین، بازیگی و مونی، ۲۰۰۵) از جمله اتیسم (افشاری، ۱۳۸۳) همراه است. گرچه داشتن کودک مبتلا به اتیسم خود منبع تنیدگی است (دوآرت و همکاران، ۲۰۰۵)، تأثیر آن بر مادر مثل هر تنش دیگری تا حد زیادی به ارزیابی شناختی آن‌ها از مشکل و منابعی که برای کنار آمدن (مقابله) با آن در دسترس دارند، بستگی دارد (اتکینسون و همکاران؛ ترجمه براهنی و همکاران، ۱۳۸۰). هر چه توانایی افراد برای مقابله بیشتر باشد به احتمال کمتری گرفتار موقعیت‌های آسیب‌زا می‌شوند. به عبارت دیگر، آسیب‌پذیری هر فرد در برابر تنیدگی متأثر از مهارت‌های مقابله‌ای و حمایت‌های اجتماعی می‌باشد (همان منبع). مقابله شامل توانایی‌های شناختی و رفتاری است که فرد در موقعیت تنیدگی‌زا به کار می‌برد (هاینز، گالان، تری و گالویز، ۱۹۹۲). افراد به منظور کنار آمدن با مشکل و جلوگیری از پیامدهای منفی در شرایط تنیدگی‌زا، از راهبردهای مقابله‌ای استفاده می‌کنند (لازاروس و فولکمن، ۱۹۸۲).

نیاز به مراقبت، آموزش و درمان خاص و مداوم کودک اتیسم، ناتوانی در برقراری ارتباط و رفتار مناسب و اختلالات همراه از قبیل عقب‌ماندگی ذهنی و تشنج، تنیدگی زیادی در خانواده ایجاد می‌کند (شو، لانگ و چانگ، ۲۰۰۰). از سویی برخی مطالعات حاکی از آن است که مادران کودکان اتیستیک، تنیدگی بیشتری از سایر بیماری‌های مزمن تجربه می‌کنند (همان منبع). در پژوهش تونالی و پاور (۲۰۰۲) مشخص گردید مادران کودکان اتیستیک نسبت به مادران کودکان سالم طراحواری‌های شناختی نامطلوب و مشکلات مقابله‌ای بیشتری دارند. پژوهش بیکو و همکاران (۱۹۸۷) نشان داد میزان تنیدگی در خانواده‌های کودکان اتیستیک بیشتر است. هاستینگز و همکاران (۲۰۰۵) نشان دادند سطوح تنیدگی خانواده‌های کودکان اتیستیک بالاتر از سطح متوسط جامعه می‌باشد. در

این مطالعه به ارزیابی تنیدگی مادران کودکان اتیسیک و مادران گروه بدون مشکلات رفتاری می‌پردازد. سؤال این است که اگر تنیدگی در مادران کودکان مبتلا به اتیسم بیش از گروه کنترل باشد، چه چیزی تکلیف فرزندپروری را برای آن‌ها چالش‌برانگیزتر می‌کند؟ آیا سبک مقابله مادر یا صرف داشتن کودک اتیسم و شدت علائم و ناتوانایی گفتاری، تنیدگی مادر را بهتر تبیین می‌کند؟

## روش

پژوهش حاضر از نوع علی-مقایسه‌ای و همبستگی است.

### جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

جامعه آماری آن شامل تمامی مادران کودکان مبتلا به اختلال اتیسم است که در مرکز ساماندهی و توانبخشی اختلالات اتیسم تحت توانبخشی قرار دارند. گروه کنترل نیز شامل مادرانی است که کودکان آن‌ها در مهد کودک‌ها و مدارس ابتدائی اطراف مرکز ساماندهی اختلالات اتیسم تحصیل می‌کنند. نمونه این پژوهش شامل ۷۲ مادر بوده، که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شده‌اند. گروه اول شامل ۳۶ مادر دارای کودکان مبتلا به اتیسم و گروه دوم نیز شامل ۳۶ مادر دارای کودکان عادی است، که با مراجعه به مهدکودک‌ها و دبستان‌های اطراف مرکز ساماندهی اختلالات اتیسم بر اساس فهرست مشکلات رفتاری کودک/نوجوان مشکلات رفتاری در حد آستانه توجه بالینی نداشتند و با توجه به مشخصات دموگرافیک (سن، شغل، تحصیلات، وضعیت اقتصادی خانواده) آن‌ها با مادران گروه آزمایش هم‌تا شده بودند، انتخاب شدند. هر دو گروه رضایت خود را برای شرکت در پژوهش اعلام کرده بودند.

### ابزارهای پژوهش

**چک لیست مهارت‌های مقابله‌ای<sup>۲</sup>**: این پرسشنامه، ابزار چند بعدی است که شیوه‌های پاسخ‌دهی افراد به تنیدگی را بررسی می‌نماید. این چک لیست دارای ۷۲ ماده و ۱۸ طبقه است که هر طبقه از ۴ گزینه تشکیل شده است و بر اساس مدل لازاروس از تنیدگی و مدل خودنظم‌دهی رفتاری که توسط کارور<sup>۳</sup>، اسکیر<sup>۴</sup> و وینتراپ<sup>۵</sup> در سال ۱۹۸۹، تنظیم گردیده است و به وسیله ذوالفقاری، محمدخانی و ابراهیمی (۱۳۷۱) ترجمه و با توجه به فرهنگ ایرانی و با استفاده از سایر مقیاس‌های مقابله‌ای موجود مورد تجدیدنظر واقع شده است. از آن جایی که فهرست حاوی تمامی رفتارهای مقابله‌ای نبوده، مقیاس‌هایی که در مطالعه اپستین<sup>۶</sup> و همکاران (۱۹۸۹) بررسی شده بودند نیز به آن اضافه شده است (به نقل از محمدخانی، ۱۳۷۱). نمره‌گذاری این مقیاس به دو صورت انجام می‌شود: در روش اول هر طبقه را می‌توان جداگانه نمره داد. در روش دوم، نمره‌گذاری براساس زیر

بنای نظری آزمون است که ۳ نمره مستقل مربوط به مقوله‌های متمرکز بر حل مسئله، متمرکز بر هیجان و مقابله کمتر مفید به دست می‌آید. دامنه نمرات در مقیاس متمرکز بر حل مسئله و هیجان بین صفر تا ۸۰ و در مقیاس کمتر مفید و غیرمؤثر بین صفر تا ۱۲۸ می‌باشد.

کارور و همکاران (۱۹۸۹؛ به نقل از محمدخانی، ۱۳۷۱) رویی و پایایی چک لیست مهارت‌های مقابله‌ای را طی سه مطالعه جداگانه بر روی گروهی از دانشجویان مورد بررسی قرار دادند. نتایج بررسی پایایی از طریق بازآزمایی نشان داد که ضریب پایایی برای خرده‌مقیاس‌های مختلف از حداقل ۰/۴۲ تا ۰/۷۶ بود. محمدخانی (۱۳۷۱) به منظور محاسبه روایی، پرسشنامه مزبور را در اختیار چند نفر از اساتید روان‌شناسی قرار داد و روایی صوری ابزار از نظر آن‌ها مورد تأیید قرار گرفت. در محاسبه پایایی نیز میانگین ضرایب پایایی کل مقیاس ۰/۹۳ به دست آمد و برای مقیاس‌ها از ۰/۶۳ تا ۰/۹۵ به ترتیب برای مقیاس‌های عدم درگیری رفتاری و روی آوردن به مذهب گزارش شده است.

**پرسشنامه مقیاس رتبه‌بندی ایتسم گیلیام<sup>۷</sup>:** این مقیاس برای ارزیابی و اندازه‌گیری شدت ایتسم کودکان استفاده می‌شود. اسکوپلر و ریچلر و رنر (۱۹۸۸)، اعتبار بازآزمون را برای ۹۱ مورد ۰/۸۸ گزارش کردند. گارفین<sup>۸</sup>، مک‌کالون<sup>۹</sup> و کاکس<sup>۱۰</sup> (۱۹۸۸؛ به نقل از هاستینگز و همکاران، ۲۰۰۵) ضریب آلفا برای کودکان و نوجوانان را ۰/۷۳ به دست آوردند.

**پرسشنامه منابع و تنیدگی<sup>۱۱</sup>:** این پرسشنامه در سال ۱۹۷۴، توسط هولرود<sup>۱۲</sup> ساخته شد، ابزاری عینی در اندازه‌گیری تنیدگی خانواده‌هایی است که داری فرزند مبتلا به عقب‌ماندگی ذهنی یا سایر معلولیت‌ها یا بیماری مزمن هستند (به نقل از تاجری، ۱۳۷۸). این پرسشنامه ۲۸۵ آیتم دارد که به صورت صحیح یا غلط پاسخ داده می‌شود و مشتمل بر ۱۵ مقیاس بالینی در ارتباط با متغیرهای تنیدگی و منابع مقابله‌ای والدین و یک مقیاس دروغ‌سنج است. افراد با تحصیلات ابتدایی به بالا می‌توانند آن را تکمیل نمایند. فردریک و همکاران (۱۹۸۳) فرم کوتاه این پرسشنامه را با ۵۲ آیتم تهیه کردند که در این پژوهش از آن استفاده شد و فاقد آیتم‌های سنجش مقابله‌ای است. ضریب پایایی فرم کوتاه ۰/۹۵ و همبستگی آن با فرم اصلی ۰/۹۹۷ ( $P < 0/001$ ) می‌باشد. مقوله‌های اصلی فرم کوتاه عبارتند از: ارزیابی مسائل خانواده و والدین، نگرانی‌های والدین و بدبینی‌ها درباره آینده کودک معلول، ارزیابی ویژگی‌های کودک به عنوان یک منبع تنیدگی، ارزیابی محدودیت‌ها و ناتوانی‌های جسمی کودک به عنوان یک منبع تنیدگی والدین. این پرسشنامه در مطالعه ریحانی و همکاران (۱۳۷۴) و عرب و همکاران (۱۳۷۵) برای سنجش تنیدگی والدین که کودک معلول داشتند به کار گرفته شده و پایایی بازآزمون بالایی (به ترتیب، برای مقیاس‌های چهارگانه ۰/۹۶، ۰/۹۰، ۰/۸۷، ۰/۸۹ و ۰/۹۸، ۰/۴۶، ۰/۸۴ و ۰/۸۱) به دست آمده است (به نقل از تاجری، ۱۳۷۸).

**فهرست مشکلات رفتاری کودک / نوجوان<sup>۱۳</sup>:** این چک لیست مشکلات رفتاری کودکان و نوجوانان ۶ تا ۱۸ سال را ارزیابی می‌کند، که توسط آخنباخ و رسکورلا<sup>۱۴</sup> (۲۰۰۱) تهیه شد و در سال

۱۳۸۲ توسط مینایی، اعتباریابی شد. پایایی آن با فاصله ۸-۵ هفته برای مشکلات، برونی‌سازی شده ۹۷٪ و برای رفتارهای پرخاشگرانه ۴۲٪ به دست آمد. نمره‌گذاری این چک لیست به دو طریق صورت می‌گیرد: براساس ملاک‌های DSM-TV با دو زیرمقیاس کلی (مشکلات درونی‌سازی شده و برونی‌سازی شده) و ۶ زیرمقیاس فرعی و نمره کلی مشکلات رفتاری کودک/ نوجوان و بر اساس ملاک تحلیل عاملی آیت‌ها که از ۹ زیرمقیاس فرعی، دو زیرمقیاس کلی (مشکلات درونی‌سازی شده و برونی‌سازی شده) و نمره کلی مشکلات رفتاری کودک/ نوجوان تشکیل شده است (آخنباخ و رسکولرا؛ ترجمه مینایی، ۱۳۸۴). پس از جمع‌آوری پرسشنامه‌ها، داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی مانند میانگین، انحراف معیار و ضریب همبستگی پیرسون و آمار استنباطی مانند آزمون t دو گروه مستقل و رگرسیون خطی توسط نرم افزار آماری SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

### یافته‌ها

در پاسخ به این سؤال که آیا بین شاخص تنیدگی و راهبردهای مقابله‌ای مادران دارای کودکان اتیسم و سالم تفاوتی وجود دارد؟ نتایج پژوهش نشان می‌دهد (جدول ۱)، در شاخص تنیدگی چون t محاسبه شده ( $t=۳/۵۰۶$ ) بزرگتر از اندازه مبین جدول است بنابراین بین میانگین نمرات تنیدگی مادران کودکان مبتلا به اتیسم و مادران کودکان سالم تفاوت معنادار وجود دارد. هم‌چنین نتایج پژوهش در مورد انواع راهبردهای مقابله‌ای نشان می‌دهد در مهارت‌های مقابله‌ای مسئله‌مدار و هیجان‌مدار چون t محاسبه شده (به ترتیب  $t=-۶/۷۳۷$  و  $t=۲/۰۵۱$ ) بزرگتر از اندازه مبین جدول است. بنابراین بین میانگین نمرات مهارت‌های مقابله‌ای مسئله‌مدار و هیجان‌مدار مادران کودکان مبتلا به اتیسم و مادران کودکان سالم تفاوت معنادار وجود دارد. همین‌طور مقایسه میانگین نمرات راهبرد مقابله‌ای غیرمؤثر در دو گروه ( $t=۱/۱۹۸$ ) نشان داد که این تفاوت معنادار نمی‌باشد (جدول ۱).

جدول ۱: آزمون t برای مقایسه میانگین تنیدگی و راهبردهای مقابله‌ای در مادران کودکان مبتلا به اتیسم و مادران کودکان سالم

متغیر	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	t	سطح معناداری
تنیدگی	مادر کودک مبتلا به اتیسم	۹۶/۸۶	۱۰/۷۴	۳/۵۰۶	۰/۰۰۱
	مادر کودک سالم	۸۷/۰۰	۱۳/۰۱		
راهبرد مقابله‌ای مسئله‌مدار	مادر کودک مبتلا به اتیسم	۴۰/۷۸	۶/۶۹	۶/۷۳۷	۰/۰۰۱
	مادر کودک سالم	۵۱/۸۶	۷/۳۶		
راهبرد مقابله‌ای هیجان‌مدار	مادر کودک مبتلا به اتیسم	۹۲/۶۱	۹/۴۹	۲/۰۵۱	۰/۰۴
	مادر کودک سالم	۸۷/۹۲	۹/۹۳		
راهبرد مقابله‌ای غیرمؤثر و غیرمفید	مادر کودک مبتلا به اتیسم	۷۱/۵۶	۷/۸۶	۱/۱۹۸	۰/۲۳
	مادر کودک سالم	۶۹/۳۳	۷/۸۸		

در خصوص رابطه بین شاخص تنیدگی و انواع راهبردهای مقابله‌ای در مادران کودکان مبتلا به اتیسم، نتایج پژوهش نشان می‌دهد (جدول ۲) بین تنیدگی و راهبردهای مقابله‌ای هیجان‌مدار ( $r=0/33$ ) و راهبرد مقابله‌ای غیرمؤثر ( $r=0/33$ ) رابطه معنادار وجود دارد ( $p<0/01$ )، اما این رابطه در راهبرد مقابله‌ای مسئله‌مدار ( $r=0/034$ ) معنادار نمی‌باشد.

جدول ۲: ماتریس ضریب همبستگی بین تنیدگی و انواع راهبردهای مقابله‌ای مادران کودکان مبتلا به اتیسم

انواع راهبردهای مقابله‌ای			تنیدگی	متغیر
غیرمفید و غیرمؤثر	هیجان‌مدار	مسئله‌مدار		
0/335**	0/339**	-0/034	۱	تنیدگی
0/059	0/099	۱	-	راهبرد مسئله‌مدار
0/568**	۱	-	-	راهبرد هیجان‌مدار
۱	-	-	-	راهبرد غیرمفید و غیرمؤثر

$p<0/01$  \*\*

نتایج در خصوص رابطه بین شدت علائم کودک مبتلا به اتیسم و تنیدگی مادر نشان می‌دهد که بین تنیدگی مادر و رفتارهای کلیشه‌ای کودک ( $r=0/44$ )، قلمرو ارتباطی کودک ( $r=0/53$ ) و تعامل اجتماعی ( $r=0/45$ ) رابطه معنادار وجود دارد ( $p<0/01$ ) و نیز بین تنیدگی مادر با رشد و تکامل کودک ( $r=0/39$ )،  $p<0/05$ ) رابطه معنادار وجود دارد (جدول ۳).

جدول شماره ۳: ماتریس ضریب همبستگی شدت علائم کودک مبتلا به اتیسم و تنیدگی مادران

متغیر	تنیدگی	رفتارهای کلیشه‌ای	ارتباطات	تعامل اجتماعی	رشد و تکامل
تنیدگی	۱	0/442**	0/531**	0/452**	0/392*
رفتارهای کلیشه‌ای	-	۱	0/049	0/261	0/346*
ارتباطات	-	-	۱	0/078	-0/038
تعامل اجتماعی	-	-	-	۱	-0/036
رشد و تکامل	-	-	-	-	۱

$P<0/05$  \*  $P<0/01$  \*\*

برای بررسی قدرت پیش‌بینی شدت علائم کودک مبتلا به اتیسم در تنیدگی مادر از مدل رگرسیون استفاده شد (جدول ۴). بر اساس متغیر پیش‌بین (شدت علائم کودک مبتلا به اتیسم) بر متغیر ملاک (تنیدگی مادر) مشخص گردید که اثر پیش‌بینی‌کننده شدت علائم کودک بر تنیدگی مادر  $R^2=0/66$  تغییرات را تبیین می‌کند. به عبارتی سهم شدت علائم اتیسم بر تنیدگی مادر ۶۶٪ بوده و سهم بقیه متغیرها در تنیدگی مادران این کودکان ۳۳٪ است.

جدول ۴: سهم شدت علائم کودک مبتلا به اتیسم بر تنیدگی مادر

R	مجذور R	R تعدیل شده
۰/۸۱۵	۰/۶۶۵	۰/۶۲۱

به منظور بررسی دقیق‌تر اثر رگرسیون (پیش‌بینی‌کنندگی) شدت علائم کودک مبتلا به اتیسم بر تنیدگی مادر، قلمروهای این متغیر به تفکیک در مقیاس‌های رفتارهای کلیشه‌ای، قلمرو ارتباطی، تعامل اجتماعی و رشد و تکامل کودک از رگرسیون گام به گام استفاده شد (جدول ۵). بر اساس مقادیر بتا برای متغیرهای پیش‌بینی‌کننده رفتارهای کلیشه‌ای، قلمرو ارتباطی، تعامل اجتماعی، رشد و تکامل به ترتیب ۰/۱۹۶، ۰/۵۰۶، ۰/۳۷۴ و ۰/۳۵۷ به دست آمده است. از بین این متغیرهای پیش‌بینی‌کننده متغیر قلمرو ارتباطی کودک ( $t=4/838$  و  $P<0/01$ )، تعامل اجتماعی ( $t=3/435$  و  $P<0/01$ ) و رشد و تکامل ( $t=3/189$  و  $P<0/01$ ) به لحاظ آماری معنادار بوده و متغیر پیش‌بینی‌کننده رفتارهای کلیشه‌ای ( $t=1/692$  و  $P>0/01$ ) اثر رگرسیونی معناداری ندارد.

جدول ۵: ضرایب Beta رگرسیون در پیش‌بینی تنیدگی مادران کودکان مبتلا به اتیسم

سطح معناداری	t	ضریب استاندارد	ضریب غیر استاندارد		منبع تغییر
			Beta	خطای استاندارد B	
۰/۰۰۱	۱۲/۹۵۹	-	۵/۰۱۶	۶۵	ثابت
۰/۱۰۱	۱/۶۹۲	۰/۱۹۶	۰/۲۰۴	۰/۳۴۶	رفتارهای کلیشه‌ای
۰/۰۰۱	۴/۸۳۸	۰/۵۰۶	۰/۱۰۰	۰/۴۸۴	ارتباطات
۰/۰۰۲	۳/۴۳۵	۰/۳۷۴	۰/۱۹۱	۰/۶۵۴	تعامل اجتماعی
۰/۰۰۳	۳/۱۸۹	۰/۳۵۷	۰/۵۸۲	۱/۸۵۶	رشد و تکامل



## بحث

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بین تنیدگی مادران کودکان اتیسم و مادران کودکان عادی تفاوت معناداری وجود دارد؛ به این شکل که مادران کودکان اتیسم، تنیدگی بیشتری را نسبت به مادران عادی تجربه می‌کنند. هاستینگز و همکاران (۲۰۰۵) نیز در مطالعه خود دریافتند این سطح تنیدگی عمدتاً بر اساس متغیرهای روان‌شناختی (شیوه‌های مقابله‌ای والدین) پیش‌بینی می‌شود تا بر مبنای متغیرهای جمعیت‌شناختی. هم‌چنین بین راهبردهای مقابله‌ای مادران دو گروه تفاوت معناداری وجود دارد؛ به این ترتیب که مادران کودکان اتیسم بیشتر از راهبردهای مقابله‌ای هیجان‌مدار و مادران کودکان عادی بیشتر از راهبردهای مقابله‌ای مسئله‌مدار استفاده می‌نمایند. کوهن و کارتر (۲۰۰۶) در پژوهش خود دریافتند میزان "کفایت خود" در مادران کودک اتیسم پایین است. این امر عمدتاً به خاطر عدم استفاده از رویکردهای منطقی و عقلانی در مواجهه با تنیدگی است که در مجموع این عوامل موجب به خطر افتادن بهداشت روانی مادران می‌گردد. در این دو گروه از مادران تفاوت معناداری در استفاده از راهبرد مقابله‌ای غیرمفید و غیرمؤثر مشاهده نگردید.

نتایج پژوهش حاکی از وجود رابطه معنادار بین شدت علائم کودک با نوع راهبردهای مقابله‌ای و تنیدگی مادران می‌باشد. یعنی با شدت یافتن علائم کودک، تنیدگی مادران و راهبردهای مقابله‌ای هیجان‌مدار و غیرمؤثر، افزایش معنادار می‌یابد به نحوی که شدت تنیدگی مادر با افزایش رفتارهای کلیشه‌ای، نقص در ارتباط و تعامل اجتماعی و قلمرو رشد و تکامل کودک رابطه دارد. هم‌چنین نتایج رگرسیون نشان می‌دهد شدت علائم کودک اتیسم می‌تواند پیش‌بینی‌کننده میزان تنیدگی مادر باشد به نحوی که سهم نقص در قلمرو ارتباطی، تعامل اجتماعی و رشد و تکامل کودک در تبیین تنیدگی مادر معنادار بوده و سهم رفتارهای کلیشه‌ای در تبیین تنیدگی مادر معنادار نبود.

مطالعات نشان داده‌اند شدت علائم کودک تأثیر بارزی بر تنیدگی و بهداشت روانی خانواده‌های کودک اتیسم دارد. افشاری (۱۳۸۳) در پژوهش خود دریافت ۲۷/۵٪ مادران کودکان اتیستیک دارای علائم بیماری روانی می‌باشند. در مطالعه شو و همکاران (۲۰۰۰) مشخص شد تنیدگی مادران کودک اتیسم بیشتر از مادران کودکان مبتلا به سایر بیماری‌های مزمن است. گری (۲۰۰۳) دریافت که تأثیرپذیری مادران از اختلال اتیسم فرزندان خود بسیار بالا است. هاستینگز و همکاران (۲۰۰۵) در پژوهش خود دریافتند مادران کودک مبتلا به اتیسم تنیدگی و افسردگی بالایی دارند. باور مادران کودک اتیسم بر این است که همسر و دیگران، آن‌ها را مسئول رفتار کودک می‌دانند (گری، ۲۰۰۳). تونالی و پاور (۲۰۰۲) در تحقیق خود دریافتند بسیاری از این مادران مجبور شدند به خاطر مشکلات فرزند از کار کناره‌گیری کنند. اکثر مادران کودکان اتیسم گزارش می‌کنند مشکلات کودکانشان آن‌ها را مجبور به ماندن در خانه می‌کند. این مادران اوقات فراغت کمتری در مقایسه با سایر اعضای خانواده داشته و حمایت عاطفی کمتری از سوی همسرشان دریافت می‌نمایند (گری، ۲۰۰۳).

تنیدگی شدیدی که کودک مبتلا به اتیسم به خانواده تحمیل می‌کند و پیامد آن محدود کردن مادر در ارائه خدمات به کودکان سالم خانواده می‌تواند منجر به تنیدگی زیاد در والدین شود. به طور کلی ضعف یا اختلال در روابط بین فردی خانوادگی و شبکه ارتباط اجتماعی و حمایتی ایجاد شده در خانواده به ویژه در شرایط شدت علائم اختلال (رفتارهای کلیشه‌ای، تشنج، خودآزاری، عملکرد پایین کودک، بیش‌فعالی، نقص در ارتباط و تعامل اجتماعی) تشدید یافته و مهارت‌های مقابله‌ای تمامی اعضای خانواده را به چالش می‌طلبد که مادران با توجه به نقش محوری در خانه، وظایف و باورهای خود مربوط به سهمی که در ایجاد بیماری دارند؛ در این شرایط مشکلات جدی‌تری می‌یابند. بر اساس یافته‌ها توجه به آموزش راهکارهای مقابله‌ای؛ تغییر باور و اسنادهای مربوط به مقصر شناختن خود و پیشگیری از خودنارزنده‌سازی مادران و آموزش تقسیم‌کاری وظایف بین اعضای خانواده دارای کودکان مبتلا به اتیسم از راهکارهای بهبود مهارت‌های مقابله‌ای و اسنادها و کاهش تنیدگی مادران می‌باشد.

#### یادداشت‌ها

- |                               |   |
|-------------------------------|---|
| 1. Autism                     | 9. McCallon                               |
| 2. Coping mechanism checklist | 10. Cox                                   |
| 3. Carver                     | 11. Questionnaire on Resources and Stress |
| 4. Scuirr                     | 12. Hollroid                              |
| 5. Windtrap                   | 13. Child Behavior problems Checklist     |
| 6. Epstein                    | 14. Achenbach & Rescorlla                 |
| 7. Gillim Autism Rating Scale |   |
| 8. Garffin                    |   |

#### منابع

- آخنباخ، ت. و رسکورلا، ل. (۱۳۸۴). کتابچه راهنمای فرم‌های سن مدرسه نظام سنجش مبتنی بر تجربه آخنباخ (ASEBA) (ساخت و هنجاریابی) (ترجمه ا. مینایی). تهران: پژوهشکده کودکان استثنایی.
- اتکینسون، ر.، اتکینسون، ر.، اسمیت، ا.، بم، د. و هوکسما، س. (۱۳۸۰). زمینه روان‌شناسی (ترجمه م. ن. براهنی و همکاران). تهران: انتشارات رشد.
- افشاری، ر. (۱۳۸۳). بررسی راهبردهای مقابله‌ای و سلامت روان در مادران کودکان اتیستیک. پایان‌نامه دکترای تخصصی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران.
- تاجری، ب. (۱۳۷۸). بررسی تنیدگی، نگرش مذهبی و آگاهی مادران کودکان عقب‌مانده‌ذهنی و رابطه آن‌ها با پذیرش کودک. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم پزشکی ایران، انستیتو روان‌پزشکی تهران، تهران.
- محمدخانی، پ. (۱۳۷۱). بررسی راهبردهای مقابله با تنیدگی و علائم در مبتلایان به اختلال وسواس-اجبار. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران.

- Bebko, T. M., Konstantareas, M. M., & Springer, J. (1987). Parent and professional evaluations of family stress associated with characteristics of autism. *Journal of Autism and Developmental Disorder*, 17(4), 565-576.
- Duarte, C. S., Bordin, I. A., Yazigi, L., Mooney, J. (2005). Factors associated with stress in mothers of children with autism. *Autism*, 9(4), 416- 427.
- Gray, D. (2003). Gender and coping: The parents of children with high functioning autism. *Social Science and Medicine*, 56, 631-642.
- Hastings, R. P., Kovshoff, H., Ward, N. T., Espinosa, F. D., Brown, T., & Remington, B. (2005). Systems analysis of stress and positive perceptions in mothers and fathers of pre-school children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorder*, 35(5), 635-644.
- Hynes, G. J., Callan, V. G., Terry, D. J., & Gallois, C. (1992). The psychological well-being of infertile women after a failed IVF attempt: The effect of coping. *Journal of Medical Psychology*, 65, 269-278.
- Konstantareas, M. M., & Homatidis, S. (1980). Assessing child symptom severity and stress in parents of autistic children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 30(3), 459-466.
- Kuhn, C. J., & Carter, A. S. (2006). Maternal self-efficacy and associated parenting cognitions among mothers of children with autism. *Topics in Early Childhood Special Education*, 18, 144-159.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). Coping and adaptation. In W. D. Gentry (Ed.), *Handbook of Behavioral Science* (pp. 282-325). New York: Guilford Press.
- Rellini, E., Tortolani, D., Terillo, S., Carbone, S., & Montecchi, F. (2004). Childhood Autism Rating Scale (CARS) and autism behavior checklist (ABC) correspondence and conflicts with DSM-IV criteria in diagnosis of autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 34(6), 703-708.
- Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2003). *Synopsis of psychiatry IX*. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins.
- Shu, B. C., Lung, F. W., Chang, Y. Y. (2000). The mental health in mothers with autistic children: A case-control study in southern Taiwan. *Kaohsinung Journal of Medical Science*, 16(6), 308-314.
- Tunali, B., & Power, T. G. (2002). Coping by redefinition: Cognitive appraisals in mothers of children with autism and children without autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 32(1), 25-34.