

مقایسه پرخاشگری، آشفتگی روان‌شناختی و سلامت روان در والدین کودکان اوتیسم و عادی

نرگس ارغا

کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.

نام نویسنده مسئول:

نرگس ارغا

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۱/۷

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۳/۲۰

چکیده

هدف از انجام پژوهش حاضر مقایسه پرخاشگری، آشفتگی روان‌شناختی و سلامت روان در والدین کودکان اوتیسم و عادی بود. پژوهش حاضر توصیفی، از نوع علی-مقایسه‌ای بود و جامعه مورد مطالعه در این پژوهش شامل والدین کودکان مبتلا به اختلال اوتیسم مرکز نگهداری کودکان استثنایی شهر اردبیل و والدین کودکان عادی مدارس معمولی در سال تحصیلی ۹۹-۹۸ به تعداد ۵۰ نفر بودند. سن آزمودنی‌ها در مورد والدین با کودکان محدوده ۷ تا ۱۲ سال در نظر گرفته شد. روش نمونه‌گیری در این پژوهش به صورت نمونه‌گیری در دسترس بود. ابزار این تحقیق پرسش‌نامه پرخاشگری باس و پری (۱۹۹۲)، آشفتگی روان‌شناختی دراگاتیس، لیپمن و کاوی (۱۹۷۳) و پرسشنامه استاندارد سلامت عمومی گلدبرگ و هیلر (۱۹۸۷) بود. روش آماری مورد استفاده در پژوهش، تحلیل واریانس چند متغیره بود. نتایج پژوهش نشان داد که بین پرخاشگری والدین کودکان اوتیسم و عادی تفاوت معناداری وجود دارد، بعد کلامی در والدین کودکان اوتیسم و بعد خشم در والدین کودکان عادی بیشترین امتیاز را کسب نمودند. در آشفتگی روان‌شناختی والدین کودکان اوتیسم و عادی تفاوت معناداری مشاهده شد. همچنین بین سلامت روان والدین کودکان اوتیسم و عادی تفاوت معناداری وجود دارد و در هر دو گروه بعد اضطراب کمترین امتیاز را کسب نمود. براین اساس می‌توان نتیجه‌گیری نمود که وجود کودک اوتیسم در خانواده منجر به افزایش پرخاشگری و آشفتگی روان‌شناختی و کاهش سلامت روان در اولیای آن می‌شود.

واژگان کلیدی: پرخاشگری، آشفتگی روان‌شناختی، سلامت روانی، اوتیسم.

مقدمه

اختلال طیف اوتیسم^۱، اختلال عصبی- رشدی است که در مراحل اولیه‌ی رشد، اغلب قبل از ورود کودک به مدرسه، آشکار شده و به‌وسیله آسیب در عملکرد شخصی، اجتماعی، تحصیلی و شغلی مشخص می‌شود که مکانیسم‌های شناسایی آن هنوز به‌خوبی درک نشده است (اسپین^۲، ۲۰۱۸). اوتیسم نوعی از اختلال نافذ رشد بوده که مبتلایان آن دارای سه ویژگی اصلی اختلال در اجتماعی شدن، اختلال در ارتباط‌های کلامی و غیرکلامی و الگوهای محدود و تکراری در رفتار هستند (رسکورلا، قصابیان، ایوانوا، جادو، ورهالست و ترنر^۳، ۲۰۱۹). نارسایی ارتباط کلامی، عدم ارتباط چشمی و عدم استقبال از بازی‌های مشارکتی، از جمله نارسایی‌های مهم این کودکان است (بارنت^۴، ۲۰۱۸). گسترش این بیماری در آمریکا یک در ۶۸ نفر و در ایران در سال ۲۰۱۴، حدوداً نه نفر از ۱۰۰۰ کودک گزارش گردید (بدرفشان، کارگر، محمدی، صرمی، لکزائی و حسین نژاد، ۲۰۱۸). بر طبق مرکز کنترل و پیشگیری بیماری‌های آمریکا (حدود ۱/۷ درصد کودکان ۸ ساله (یا یک کودک از میان ۵۹ کودک) در ۱۱ جامعه متفاوت آمریکایی، در سال ۲۰۱۸ دارای اوتیسم در نظر گرفته شدند. این رشد، در مقایسه با تخمین ۱/۵ درصدی (یا یک کودک از ۶۸ کودک) سال ۲۰۱۴ تا ۲۰۱۶، جزئی ولی مشهود است (ژانگ، ژانگ، هان و هان^۵، ۲۰۱۷). حضور کودک دارای اختلال طیف اوتیسم تأثیر زیادی بر کارکرد خانواده داشته و سبک زندگی اعضای خانواده را نیز تحت تأثیر قرار خواهد داد. افراد مراقبت‌کننده از این کودکان در طی دوره زندگی خود، مسئولیت‌های متعددی را تجربه می‌کنند و مدام در معرض تنیدگی‌های مزمن قرار دارند (میراندا، میرا، برنر، روسلو و بایزالی^۶، ۲۰۱۹؛ عسکری و مریدی، ۲۰۱۶؛ احمدی و رئیس، ۲۰۱۸). همه والدین در تطبیق دادن شیوه‌های والدگری خود با نیازهای فرزندان‌شان با چالش‌های زیادی مواجه هستند اما پدر و مادرهایی که فرزندی مبتلا به اختلال طیف اوتیسم دارند با مشکلات بزرگ‌تری درگیر هستند که با مشکلات پرورش کودکان بهنجار قابل‌مقایسه نیست. تعامل با کودکانی که از نظر ذهنی ناتوان یا کم‌توان هستند، فشار روانی خاصی را بر والدین و به‌ویژه مادران و کل خانواده تحمیل می‌کند که به دنبال آن مشکلات و مسائل بسیاری را به وجود می‌آورد (شیرعلی نیا، عبدالهی موسوی و خجسته مهر، ۲۰۱۸) که در معرض خطر افزایش مشکلات روان‌شناختی و علائم مشکلات روان‌شناختی مانند افسردگی، اضطراب، پرخاشگری^۷ و آشفتگی روانی می‌باشند (استس، اولسون، سالیوان، گرینسون، وینتر، داوسون و مونسون^۸، ۲۰۱۳؛ استس، مونسون، داوسون، کوئل، ژو و ابوت^۹، ۲۰۰۹؛ گریفیت، هاستینگز، نش و هیل^{۱۰}، ۲۰۱۰؛ اسپچو، بلومبرگ، رایس، ویسر و بویل^{۱۱}، ۲۰۰۷ و سایر، بیتمن، لا گرا، کرتند، هارچاک و مارتین^{۱۲}، ۲۰۱۰). یکی از مشکلات روان‌شناختی والدین دارای کودکان استثنایی همچون اوتیسم مواجه بودن با مشکلات عصبی و رفتارهای پرخاشگرانه است. شیخ پور و درویش کوهی (۱۳۸۶) پرخاشگری^{۱۳} را این‌گونه تعریف کردند: "رفتاری را در عمل یا با کلام نسبت به فرد یا شیء به‌خصوصی انجام دادن؛ با این هدف که به آن فرد یا شیء صدمه یا خسارتی وارد شود، پرخاشگری می‌گویند". دو ریخت پرخاشگری را با در نظر گرفتن هدف‌ها و فوایدی که برای فرد پرخاشگر دارند باید از یکدیگر متمایز کنیم. پرخاشگری خصمانه، پرخاشگری ایزاری. پرخاشگری خصمانه باهدف آسیب‌رسانی به فرد است و پرخاشگری ایزاری با قصد صدمه زدن به اشیاء یا منزلت فرد دیگر است (هلگادوتی، اون، دانستن، اکبلوم، هالگرن و فورسل^{۱۴}، ۲۰۱۷). ذوقی پایدار و همکاران (۱۳۹۴) نیز نشان دادند که مادران دارای کودکان با نیاز ویژه دارای خصوصیت بیشتری از مادران دارای کودک عادی

1. autism spectrum disorder

2. Spain

3. Rescorla, Ghassabian, Ivanova, Jaddoe, Verhulst & Tiemeier

4. Barnett

5. Zhang, Zhang, Han & Han

6. Miranda, Mira, Berenguer, Rosello & Baixauli

7. aggression

8. Estes, Olson, Sullivan, Greenson, Winter, Dawson & Munson

9. Estes, Munson, Dawson, Koehle, Zhou & Abbott

10. Griffith, Hastings, Nash & Hill

11. Schieve, Blumberg, Rice, Visser & Boyle

12. Sawyer, Bittman, La Greca, Crettenden, Harchak & Martin

13. aggressive

14. Helgadóttir, Owen, Dunstan, Ekblom, Hallgren & Forsell

می‌باشند. یکی دیگر از مشکلاتی که والدین کودکان اوتیسم با آن مواجه می‌باشند آشفتگی روان‌شناختی^{۱۵} می‌باشد به این گونه که مادران کودکان مبتلا به اختلال اوتیسم به علت ناتوانی و خللی که در تحول مهارت‌های ارتباطی، تعاملی، کلامی، و شناختی افراد مبتلا ایجاد می‌کند به طور پایدار سطوح تنش بیش‌تری نسبت به مادران کودکان عادی دارند. والدین کودکان دارای اختلال طیف اوتیسم در مقایسه با والدین سایر کودکان، سطوح بالاتری از تنیدگی و آشفتگی روان‌شناختی را تجربه می‌کنند و از آنجایی که مادران بیشتر به عنوان مراقبت‌کننده اصلی کودک هستند، تنیدگی و آشفتگی روان‌شناختی بیشتری را در رابطه با مشکلات رفتاری کودک تجربه می‌نمایند. تشخیص میزان تنش و آشفتگی روان‌شناختی این والدین، مخصوصاً مادران این کودکان و همچنین شناسایی عوامل تنش‌گر و چالش‌هایی که با آن روبرو هستند می‌تواند به متخصصان کمک کند که راهکارهای مناسبی را برای کاهش آشفتگی روان‌شناختی این والدین ارائه دهند و به آن‌ها در درک اختلال کودک و چگونگی اداره رفتارهای مخرب کودک کمک کنند و اساس شایستگی و حرمت خود را در آن‌ها افزایش دهند (شکری، خانجانی، هاشمی و اسماعیل پور، ۱۳۹۶). یکی از مفاهیمی که در ارتباط با این کودکان، کمتر مورد بررسی و پژوهش قرار گرفته است، سلامت روان^{۱۶} مادران کودکان مبتلا به اوتیسم می‌باشد (لئونارد، بدفورد، پیکلیس و هیل^{۱۷}، ۲۰۱۵). در پژوهشی نشان داده شد که رفتارهای سازشی کودکان با اختلال طیف اوتیسم ارتباط تنگاتنگی با سلامت روان والدین دارد (مشکانی، میرعابدینی و ملاح، ۲۰۱۷). پژوهشگران معتقدند که وجود کودکان با اختلال طیف اوتیسم، سلامت روان مادران را تحت تأثیر قرار می‌دهد (هوبارت^{۱۸}، ۲۰۰۸؛ مک کارتی، آندروود، هایوارد، چاپلین و فارسر^{۱۹}، ۲۰۱۵). در مجموع والدین دارای کودک اختلال طیف اوتیسم به علت تجربه نمودن تنش‌های روانی در معرض مشکلات فراوانی می‌باشند. داشتن کودک مبتلا به اختلال طیف اوتیسم، باعث افسردگی، نگرانی، استرس، شرمندگی و خجالت در والدین آن‌ها می‌شود (مک کارتی، آندروود، تساکانیکو، کریگ، هاولین و بوراس^{۲۰}، ۲۰۱۴). که از عمده‌ترین مشکلات والدین می‌توان به انکار بیماری و مشکلات فرزند، سردرگمی، خشم، اضطراب، افسردگی، نگرانی و ناامیدی نسبت به درمان و زندگی آینده کودک و تأثیر منفی بر روابط زناشویی اشاره نمود. والدینی که اعتماد به نفس خوبی در ارتباط با کودک و خوددارند؛ بهتر می‌توانند مشکلات ذکر شده را حل و فصل نمایند. اکثر مادران به هنگام تشخیص اختلال طیف اوتیسم، دچار واکنش می‌شوند (نومی و اودین^{۲۱}، ۲۰۱۵). تحقیقات نشان داده که خانواده‌های کودکان اوتیسم، بیش‌تر از خانواده‌های کودکان عقب‌مانده و سندرم داون، استرس داشته و با آن روبرو هستند (محمدی زاده، پوراعتماد و ملک خسروی، ۲۰۰۵). فرشلاف و پوررحیم (۱۳۹۷) مشاهده نمودند که مادران کودکان ناتوان هوشی سلامت روانی و سرمایه روان‌شناختی پایین‌تری نسبت به مادران کودکان عادی داشتند. ذوقی پایدار و همکاران (۱۳۹۴) بیان داشتند که بین میزان شکایات جسمی، وسواس-اجبار، حساسیت بین فردی، افسردگی، اضطراب، خصومت، ترس مرضی، افکار پارانوئید و روان‌پریشی مادران دارای کودکان با اختلال کم‌توجهی-بیش‌فعالی و مادران دارای کودکان عادی تفاوت معنادار وجود داشته و مادران دارای کودکان با اختلال کم‌توجهی-بیش‌فعالی نسبت به مادران دارای کودکان عادی سلامت روانی پایین‌تری دارند. در همین راستا، نریمانی، آقامحمدیان و رجبی (۱۳۸۶) نشان دادند که مادران کودکان استثنایی نسبت به مادران کودکان عادی از سلامت روانی پایین‌تری برخوردار هستند. همچنین از نظر علائم سلامت روانی یعنی افسردگی، اضطراب، روان‌پریشی، پرخاشگری و ترس مرضی تفاوت وجود داشته اما از نظر شکایات جسمانی، وسواس-اجبار، حساسیت در روابط متقابل و پارانوئیدی تفاوت بین دو گروه به دست نیامد. در تحقیقات اسمیت و گریزواکز^{۲۲} (۲۰۱۴) و گالاگر و هانیگان^{۲۳} (۲۰۱۴) گزارش شد که والدین کودکان دارای نیازهای ویژه، سلامت روان پایین‌تر و علائم افسردگی بیشتری داشته و این علائم و مشکلات سلامت روان، در گذر زمان افزایش می‌یابد. هوشیارفرد، سلیمانی و کوشا (۱۳۹۷) در تحقیقات خود نشان دادند که داشتن فرزند با نیازهای ویژه به خصوص اختلال‌های طیف اوتیسم بار روانی زیادی برای مادران این کودکان در پی دارد و بر سلامت روان آن‌ها اثرگذار

15. psychological crisis

16. mental health

17. Leonard, Bedford, Pickles & Hill

18. Hobart

19. McCarthy, Underwood, Hayward, Chaplin & Forrester

20. McCarthy, Underwood, Tsakaniko, Craig, Howlin & Bouras

21. Nomi & Uddin

22. Smith & Grzywacz

23. Gallagher & Hannigan

است. نتایج پژوهش‌های معتمدی، غباری بناب و ابرغم (۱۳۹۵) در مقایسه سلامت روان بیانگر این مطلب می‌باشد که وجود کودک کم‌توان ذهنی بر سلامت روان مادران آن‌ها تأثیرات منفی دارد. خاکپور و مهرآفرید (۱۳۹۱) نیز نشان داد که والدین کودکان استثنائی، مشکلات روانی بیشتری نسبت به والدین کودکان عادی دارند. تحقیقات نشان داده است که مادران دارای کودک ناتوان در مؤلفه‌های سلامت روان چون خودمختاری، تسلط بر محیط، رشد شخصی و پذیرش خود نسبت به مادران کودکان عادی ضعیف بوده (کیمیایی، محرابی و میرزایی، ۱۳۸۹) و واکنش‌های بیشتری چون افسردگی، اضطراب و پرخاشگری دارند (ایزدیار، محمدپور و پناهی شهری، ۱۳۹۲). با توجه به مطالب ذکرشده و نقش ویژه والدین در همراهی و کمک به درمان کودکان دارای اختلال اوتیسم و آگاهی خانواده‌ها از نحوه برخورد با این‌گونه اختلال‌ها که می‌تواند فضای درمانی همیشگی برای کودکان مبتلا به اوتیسم در خانه به وجود آورد، بنابراین بررسی ویژگی‌های روان‌شناختی والدین کودکان دارای اختلال اوتیسم حائز اهمیت می‌باشد. از سوی دیگر اهمیت نقش والدین در زندگی کودکان واضح و روشن است، چراکه والدین همیشه مراقب، آموزش‌دهنده و عاملی ضروری برای تحول اجتماعی، زبانی و تحصیلی کودکان هستند. بنابراین هدف از پژوهش حاضر، مقایسه پرخاشگری، آشفتگی روان‌شناختی و سلامت روان در والدین کودکان اوتیسم و عادی می‌باشد و در پی پاسخ دادن به این سؤال است که آیا میان پرخاشگری، آشفتگی روان‌شناختی و سلامت روانی والدین کودکان اوتیسم با کودکان عادی تفاوت وجود دارد؟

۲. مبانی نظری و مروری بر مطالعات گذشته

مطالعات موردی نشان داده‌اند که برخی از کودکان مبتلا به اختلالات طیف اوتیسم از اوایل کودکی به مسائل اجتماعی پاسخگو نیستند و درحالی‌که برخی دیگر معتقدند که آغاز علائم پس از دوسالگی است (سمرود کلیکمن و تیتیر الیسون^{۲۴}، ۱۳۹۵). نقایص شدید در زیان و رفتار اجتماعی کودکان اوتیسم، تأثیری ژرف بر خانواده آنان می‌گذارد. والدین کودکان درخودمانده اغلب توانایی مهار کردن مشکلات رفتاری آنان را ندارند و رغبتی به بردن این کودکان به مکان‌های گوناگون نشان نمی‌دهند (کراتوچویل و موریس^{۲۵}، ۱۳۹۱). وجود این کودکان منجر به محدود شدن تعاملات و فعالیت‌های اجتماعی خانواده می‌شود و بر روابط بین فردی تأثیر می‌گذارد.

یکی از رفتارهایی که هم می‌تواند منجر به سازگاری هم ناسازگاری ارگانیزم گردد، پرخاش است. رفتار پرخاشگرانه که از انگیزه پرخاشگری سرچشمه می‌گیرد، به معنی ستیزه‌جویی^{۲۶} و جنگ‌طلبی^{۲۷} و رفتار تند و خشن است و برای توصیف حالت‌های عاطفی مختلف از رنجش عادی تا شدید و غضب شدید به کار می‌رود (دنسون، مهتا و تان^{۲۸}، ۲۰۱۳). پرخاشگری یکی از رایج‌ترین واکنش‌های افراد نسبت به ناراحتی‌ها و ناکامی‌هاست که به‌منظور صدمه رساندن به دیگران، کسب پاداش، ارضای نیازها یا رفع موانع انجام می‌شود (بری، لوفلین و دو ست^{۲۹}، ۲۰۱۵). چون تمام اعمال و رفتارهای انسان دارای هدف است، رفتار پرخاشگرانه نیز هدف دارد. هدف^{۳۰}، مهم‌ترین عامل در توجیه نوع رفتار است که بر اساس شناخت آن می‌توان بین اعمال و رفتارهای گوناگون تمایز قائل شد و آن‌ها را در زمره رفتارهای سالم یا پرخاشگرانه برشمرد (وب، دولا و برور^{۳۱}، ۲۰۱۲). ممکن است دو عمل یکسان در یک‌زمان با دو هدف متفاوت انجام گیرد که یکی رفتار سالم و دیگری رفتار پرخاشگرانه تلقی شود. از این‌رو، در شناسایی و تعریف پرخاشگری و رفتار پرخاشگرانه باید هدف از انجام دادن آن عمل مشخص شود (الیس، چانگ-هال و دورناس^{۳۲}، ۲۰۱۳). به‌طور کلی پرخاشگری و عدم تحمل کافی در شرایط پرفشار روانی، رفتار تهاجمی و خصمانه و واکنشی نسبت به ناکامی و سرکوبی امیال است که زاییده تعامل پیچیده بین وضعیت محیطی و تغییرات بیوشیمیایی و عوامل فرهنگی و پاسخ‌های آموخته‌شده است

²⁴. Semrud-Clikeman & Teeter Ellison

²⁵. Kratochwil & Morris

²⁶. contentious

²⁷. militant

²⁸. Denson, Mehta & Tan

²⁹. Barry, Loflin & Doucette

³⁰. target

³¹. Webb, Dula, & Brewer

³². Ellis, Chung-Hall & Dumas

و به صورت ضرب و جرح و آزار و اذیت و تخریب و صدمه رسانی به دیگران بروز می کند. می توان پرخاشگری را واکنشی دفاعی دانست که هدف آن رفع مانع و حذف عامل تهدید است (دنسون، مهتا و تان، ۲۰۱۳).

از طرفی، آشفتگی روان شناختی یک حالت ذهنی ناخوشایند با نشانه هایی چون استرس، خلق پایین، اضطراب، افسردگی است که منجر به پایین آمدن سلامت روان شده و بر سطح کارکرد افراد تأثیر می گذارد (بایرام و بیلگل ۲۰۰۸). درواقع آشفتگی روان شناختی یک اصطلاح کلی است که باتجربه حالات هیجانی یا شناختی آزاردهنده که با دامنه گسترده ای از آسیب های روانی ارتباط دارد (درن وند و همکاران ۱۹۸۰). فرایندهای شناختی منفی و معیوب در شکل گیری و حفظ آشفتگی روان شناختی دخیل تلقی شده اند (مهو و شرر ۲۰۱۵). از عوامل مؤثر بر آشفتگی روان شناختی، میزان کم توانی ذهنی کودک است. شماری از تحقیقات بیان داشتند که هرچه کودک از بهره هوشی کمتری برخوردار باشد، والدین با استرس، اضطراب و افسردگی بیشتری روبه رو خواهند شد. همچنین عامل اثرگذار دیگر بر آشفتگی روان شناختی والدین، شرایط اقتصادی اجتماعی والدین است. تأثیر شرایط اقتصادی اجتماعی این والدین حالتی دوسویه و مبهم دارد و بررسی ها نشان می دهند که شرایط اقتصادی اجتماعی بر استرس ادراک شده والدین تأثیرگذار است (فردریچ، گینبرگ و کرینک ۱۹۸۳؛ هالروید و آرتور، ۱۹۹۵). عدم اشتغال پدر با آشفتگی روان شناختی بیشتر و شاغل بودن این والدین با آشفتگی کمتری همراه است (خمیس ۲۰۰۶).

همچنین، سلامت روان مادران دارای کودکان اتیسم بسیار مهم است، زیرا بر توانایی آن ها برای انطباق و سازگاری با حضور یک کودک ناتوان در خانواده بسیار تأثیرگذار است (کوهتاها، پایاکچت، دلاهای، هورسون، پین، کواک و تیلفورد ۲۰۱۴). سلامت روان به عنوان قابلیت ایجاد ارتباط موزون و هماهنگ با دیگران، توانایی در تغییر و اصلاح محیط اجتماعی و حل مناسب و منطقی تضادهای غریزی و تمایلات شخصی دربرگیرنده مؤلفه های نگرش مثبت به خود، تسلط بر محیط، خودمختاری یا استقلال شخصی، میزان رشد، تحول و خودشکوفایی، عملکرد روانی یکپارچه و درک صحیحی از واقعیت بوده (گنجی، ۱۳۹۲). نقطه مقابل اختلال روانی محسوب می شود که طبق مطالعات صورت گرفته با حضور کودک دارای ناتوانی در خانه، مورد تهدید قرار گرفته و به نوبه خود کارکردهای اجتماعی و اقتصادی خانواده را تحت الشعاع قرار می دهد (کوهستانی و میرزمانی، ۱۳۸۵). والدینی که سلامت روان بالاتری دارند، آمادگی بیشتری برای پذیرش ناتوانی کودک دارند و برای فرزندان نشان حمایت بیشتری فراهم می آورند (گالاگر و هنیگان ۲۰۱۴). شواهدی وجود دارد که همه مادران به یک اندازه آسیب نمی بینند (دیویس و کارتر ۲۰۰۸؛ سائر، بیتمن، لاگرا، کرتندن، هارچاک و مارتین ۲۰۰۹). به عبارتی توانایی مادران در پاسخ موفقیت آمیز به مشکلات فرزندان دارای اتیسم آن ها به طور چشمگیری متفاوت است؛ یعنی درحالی که بعضی والدین مشکلات سلامت روانی زیادی را تجربه می کنند، بعضی دیگر خیلی کمتر دچار این مشکلات می گردند (بنسون ۲۰۰۹).

۲-۱. مطالعات پیشین

سعیدمنش و عزیزی (۲۰۱۷) مشاهده نمودند که مادران کودکان بهنجار افرادی خویشتن دارتر هستند درحالی که مادران کودکان با نیاز ویژه افرادی محتاط، کمرو، منزوی، مضطرب، هیجانی تر، و دارای تنش عصبی بیشتری هستند. در پژوهش هایی مشاهده شد که والدین کودکان مبتلا به اختلال اوتیسم سطح بالایی از آشفتگی روان شناختی و کیفیت زندگی پایین را تجربه می نمایند (دونالدسون، هایز و رمانی ۲۰۱۹؛ اسشنبل، یوسف و هالفورد ۲۰۱۹). فرشباف و پوررحیم (۱۳۹۷) در مقایسه

33. Bayram & Bilgel

34. Dohrenwend

35. Mehu & Scherer

36. Friedrich, Greenberg & Crnic

37. Khamis

38. Kuhlthau, Payakachat, Delahaye, Hurson, Pyne, Kovacs & Tilford

39. Gallagher & Hannigan

40. Davis & Carter

41. Sawyer, Bittman, La Greca, Crettenden, Harchak & Martin

42. Benson

43. Donaldson, Hay & Romani

44. Schnabel, Youssef & Hallford

سلامت روان، سرمایه روان‌شناختی و صمیمیت زناشویی در مادران کودکان کم‌شنوا، ناتوانی‌های هوشی و کودکان عادی به این نتایج دست یافتند که مادران کودکان ناتوان هوشی و کم‌شنوا، سلامت روانی و سرمایه روان‌شناختی پایین‌تری نسبت به مادران کودکان عادی دارند. زندگی، لواسانی، افروز و مردوخ (۱۳۹۶) در ارتباط با مقایسه مادران دارای دو کودک استثنایی (چند معلولیتی، کم‌توان ذهنی، جسمی-حرکتی، نابینا و آسیب بینایی، ناشنوا و آسیب شنوایی) با مادران کودکان عادی در مؤلفه‌های سلامت عمومی مشاهده نمودند که سلامت روان یک ویژگی متمایزکننده در مادران کودکان استثنایی و مادران کودکان عادی است، مادران دارای کودک استثنایی استرس و فشار روانی بیشتری را در زندگی تجربه می‌کنند. بنابراین وضعیت سلامت روان آن‌ها در مقایسه با مادران کودکان عادی بدتر است. نتایج پژوهش معتمدی، غباری بناب و ابرغم (۱۳۹۵) در بررسی بخشایش‌گری، رضایتمندی زناشویی و سلامت روان والدین کودکان کم‌توان ذهنی و عادی نشان داد که داشتن کودک کم‌توان ذهنی بر سلامت روان و رضایتمندی زناشویی مادران کودکان کم‌توان ذهنی تأثیرات منفی دارد. ذوقی پایدار، قاسمی و صنایعی کمال (۱۳۹۴) سلامت روان مادران دارای کودکان با و بدون اختلال کم‌توجهی-بیش‌فعالی را مقایسه نمودند و نشان دادند که بین میزان شکایات جسمی، وسواس-اجبار، حساسیت بین فردی، افسردگی، اضطراب، خصومت، ترس مرضی، افکار پارانوئید و روان‌پریشی مادران دارای کودکان با اختلال کم‌توجهی-بیش‌فعالی و مادران دارای کودکان عادی تفاوت معنادار وجود داشت. در نتیجه یافته‌های این پژوهش نشان داد که مادران دارای کودکان با اختلال کم‌توجهی-بیش‌فعالی نسبت به مادران دارای کودکان عادی سلامت روانی پایین‌تری دارند. دشواری‌های زندگی با یک کودک دارای اختلال کم‌توجهی-بیش‌فعالی بر سلامت روان مادران این کودکان بی‌تأثیر نیست، بنابراین توصیه می‌شود مداخله‌های پیشگیرانه، آموزشی و درمانی برای بهبود سلامت روان این گروه از مادران ارائه شود. مصدق، غباری بناب، پیرزادی و شفیعی (۱۳۹۲) در پیش‌بینی سلامت روان بر اساس درک معنوی در مادران دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی آموزش‌پذیر و عادی ابتدایی به این نتایج دست یافتند که درک معنوی می‌تواند پیش‌بینی‌کننده سلامت روان در این مادران باشد و آموزش مؤلفه‌های درک معنوی را به‌عنوان روشی برای بهبود سلامت روان مادران کودکان کم‌توان ذهنی خفیف و عادی پیشنهاد داد. ویس، آرندا و یونا^{۴۵} (۲۰۱۴) در تعیین بحران خانواده‌های دارای کودک اوتیسم نشان دادند که والدین کودکانی که به اختلال طیف اوتیسم مبتلا هستند، معمولاً سطح بالاتری از افسردگی، اضطراب و مشکلات مرتبط با سلامت روانی را گزارش می‌کنند. اسمیت و گریزواکر (۲۰۱۴) نیز در مطالعه‌ای اشاره کردند که والدین کودکان دارای نیازهای ویژه، سلامت روان پایین‌تر و علائم افسردگی بیشتری را گزارش می‌کنند و این علائم و مشکلات سلامت روان، در گذر زمان افزایش می‌یابد. گالاگر و هانیگان (۲۰۱۴) در پژوهشی مطرح کردند که ریسک خطر افسردگی و سلامت روان پایین، در والدین کودکان ناتوان بیشتر از والدین کودکان عادی است. بنابراین با توجه به پژوهش‌های ذکرشده مشاهده می‌گردد که مطالعات اندکی در ارتباط با کودکان اوتیسم و مسائل مرتبط با والدین آن‌ها صورت گرفته است.

۳. روش پژوهش

این پژوهش از لحاظ هدف کاربردی و بر طبق ماهیت موضوع در مقوله‌ی مطالعات علی-مقایسه‌ای قرار می‌گیرد. جامعه آماری شامل دو گروه است، یک گروه شامل تمامی والدین کودکان مبتلا به اختلال اوتیسم که در مرکز نگهداری کودکان استثنایی شهر اردبیل مشغول به تحصیل بودند و گروه دوم والدین کودکان عادی که در مدارس معمولی در سال تحصیلی ۹۸-۹۹ مشغول به تحصیل بودند. با توجه به اینکه روش تحقیق در پژوهش حاضر علی-مقایسه‌ای بود، در این روش زیرگروه‌ها حداقل باید ۱۵ نفر باشد (دلاور، ۱۳۹۵). اما برای افزایش اعتبار بیرونی حجم نمونه ۲۵ نفر انتخاب شدند. به‌منظور انتخاب نمونه از بین کودکانی که در مرکز کودکان استثنایی اردبیل مشغول به تحصیل بوده بر پایه معیارهای DSM5 و توسط روانشناس و همین‌طور روان‌پزشک مرکز تشخیص اختلال اوتیستیک در مورد آن‌ها داده‌شده بود ۲۵ نفر از والدین آن‌ها و همچنین از بین کودکان عادی نیز ۲۵ نفر از والدین به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. سن آزمودنی‌ها در مورد والدین با کودکان محدوده ۷ تا ۱۲ سال در نظر گرفته شد. این پژوهش به‌صورت میدانی و روش نمونه‌گیری به‌صورت نمونه‌گیری در دسترس بود. به‌طوری‌که بعد از اخذ مجوزهای لازم از اداره کل آموزش و پرورش اردبیل، ابتدا لیستی از مدارس استثنایی دو ناحیه آموزش و پرورش شهر اردبیل

⁴⁵. Weiss, Aranda & Yona

تهیه گردید که جمعاً ۳ مدرسه بود. سپس از میان این مدارس جمعاً ۲۵ نفر به صورت در دسترس و با ابزارهای پژوهشی مورد ارزیابی قرار گرفت و سپس به منظور تعیین گروه مقایسه، از بین کودکان عادی ۲۵ نفر به عنوان گروه نمونه انتخاب شده و از والدین کودکان خواسته شد تا پرسشنامه‌های پژوهش را پر کنند.

در این پژوهش برای گردآوری اطلاعات از پرسش‌نامه الف) پرخاشگری توسط باس و پری (۱۹۹۲)، ب) نسخه کوتاه آزمون تجدیدنظر شده علائم روانی^{۴۶} برای سنجش آشفتگی روان‌شناختی درآگاتیس، لیپمن و کاوی^{۴۷} (۱۹۷۳) و ج) پرسشنامه استاندارد سلامت عمومی گلدبرگ و هیلر (۱۹۸۷) برای به دست آوردن سلامت روانی استفاده شده است.

پرسشنامه پرخاشگری: توسط باس و پری (۱۹۹۲) ساخته شد و در چهارچوب یک آزمون ۲۹ آیتمی و با نمره گذاری لیکرت از ۱ تا پنج نمره گذاری می‌شود و دامنه نمرات از ۲۹ الی ۴۵ می‌باشد. نمرات بالاتر نشان‌دهنده پرخاشگری بیشتر می‌باشد. این پرسشنامه چهار جنبه پرخاشگری (فیزیکی، کلامی، خشم، خصومت) و در کل پرخاشگری فرد را می‌سنجد. سازندگان آن ضریب آلفای کرونباخ را برای مؤلفه‌های پرسشنامه ۰/۸۹ گزارش کردند.

نسخه کوتاه آزمون تجدیدنظر شده علائم روانی: به صورت خود گزارشی والدین برای اندازه‌گیری آشفتگی روان‌شناختی آن‌ها استفاده می‌شود. آزمون تجدیدنظر شده علائم روانی از مقیاس‌های رایج در سنجش آسیب‌های روانی عمومی است. این ابزار یک مقیاس تک عاملی است که توسط درگاتیس، ریکلز و راک^{۴۸} (۱۹۷۶) ساخته شده است و بر اساس تجارب بالینی و نتایج تحلیل‌های روان‌سنجی که روی آزمون علائم روانی انجام گردید. در پژوهش حاضر از فرم کوتاه شده پرسشنامه علائم روانی نجاریان و داودی (۱۳۸۰) (بر اساس مقیاس SCL-90-R، مقیاس SCL-25 را که یک مقیاس تک عاملی می‌باشد، تهیه کردند) استفاده گردید. این مقیاس نیز یک ابزار خودگزارشی برای سنجش آسیب‌شناسی روانی عمومی می‌باشد. این مقیاس شامل ۲۵ ماده می‌باشد که نمره گذاری هر سؤال بر روی یک پیوستار از ۱ (برای هیچ) تا ۵ (برای اکثر اوقات) می‌باشد.

پرسشنامه استاندارد سلامت عمومی گلدبرگ و هیلر (۱۹۸۷): به منظور سنجش سلامت عمومی طراحی و تدوین شده است. این پرسشنامه دارای ۲۸ سؤال و شامل ۴ مؤلفه جسمانی، اضطراب، عملکرد تحصیلی و افسردگی می‌باشد و بر اساس طیف پنج گزینه‌ای لیکرت با سؤالاتی مانند (آیا از یک ماه گذشته تا به امروز کاملاً احساس کرده‌اید که خوب و سالم هستید؟) به سنجش سلامت عمومی می‌پردازد. این پرسشنامه، بر درجه‌بندی پنج‌گانه لیکرت صورت‌بندی شده است. حداکثر و حداقل نمره برای خرده مقیاس‌های این پرسش‌نامه بر اساس مقیاس لیکرتی صفر و ۲۱ و برای نمره کل پرسش‌نامه صفر و ۸۴ می‌باشد. ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شده در پژوهش دادجو و زارعی (۱۳۹۴) برای این پرسشنامه بالای ۰/۷ برآورد شد.

پس از تنظیم سؤال‌ها و تدوین پرسشنامه‌های مربوط به طرح پژوهش، از گروه‌های شناخته شده برای آزمون اعتبار وسیله اندازه‌گیری، و از آزمون ضریب آلفای کرونباخ با کمک نرم‌افزار SPSS جهت سنجش پایایی وسیله اندازه‌گیری استفاده شد. پایایی سؤال‌های مندرج در پرسشنامه با استفاده از تکنیک ضریب آلفای کرونباخ به دست آمد. در جدول ۱ آلفای کرونباخ ابزار اندازه‌گیری در پژوهش آورده شده است.

جدول ۱: ضرایب پایایی پرسشنامه

عوامل	آلفای کرونباخ
پرخاشگری	۰/۸۷۹
آشفتگی روان‌شناختی	۰/۸۶۵
سلامت روان	۰/۹۲۱

با توجه به جدول بالا مشاهده می‌گردد که پرسشنامه‌های پژوهش دارای ضرایب پایایی بالایی بوده که همه مقادیر نشان‌دهنده اعتبار مناسب پرسشنامه‌ها می‌باشد.

۴۶. SCL-25

۴۷. Derogatis, Lipman & Covi

۴۸. Derogatis, Rickles & Rock

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش آمار توصیفی و استنباطی استفاده شد. در این پژوهش برای توصیف داده‌ها از شاخص‌های فراوانی، میانگین، انحراف آن، استاندارد خطای معیار و حداقل و حداکثر نمره، و برای تحلیل داده‌ها از تحلیل واریانس چند متغیره استفاده شده است. نتایج حاصل از آزمون‌ها با استفاده از SPSS مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت.

۴. نتایج

آمار جمعیت شناختی افراد مورد مطالعه، شامل سن کودک، جنسیت کودک، تحصیلات مادر و پدر، و شغل مادر و پدر کودکان در زیر آورده شده است (جدول ۲).

با توجه به نتایج جدول ۲، از بین ۵۰ نفر از والدین کودکان عادی و اوتیسم مورد مطالعه، بیشترین تعداد با ۱۴ نفر معادل ۲۸ درصد مربوط به والدین کودکان با سن ۸ سال و کمترین تعداد با ۳ نفر معادل ۶ درصد مربوط به والدین کودکان با سن ۷ سال بود. از این تعداد ۳۳ نفر معادل ۶۶ درصد پسر و ۱۷ نفر معادل ۳۴ درصد دختر بودند، بنابراین بیشتر کودکان پسر بوده‌اند. از نظر تحصیلات مادران، بیشترین فراوانی با ۴۴ درصد (۲۲ نفر) مربوط به سطح تحصیلات دیپلم و کمترین فراوانی با ۱۰ درصد (۵ نفر) مربوط به سطح تحصیلات کارشناسی ارشد و بالاتر بود. در مورد تحصیلات پدران کودکان، بیشترین فراوانی با ۴۲ درصد (۲۱ نفر) مربوط به سطح تحصیلات دیپلم و کمترین فراوانی با ۱۲ درصد (۶ نفر) مربوط به سطح تحصیلات کارشناسی ارشد و بالاتر بود. بیشتر مادران با فراوانی ۷۴ درصد (۳۷ نفر) خانه‌دار و ۲۶ درصد (۱۳ نفر) شاغل بودند. از لحاظ شغل پدران، بیشترین فراوانی با ۵۲٪ (۲۶ نفر) مربوط به شغل آزاد و کمترین فراوانی با ۱۴ درصد (۷ نفر) مربوط به شغل کارمندی بود.

جدول ۲: ضرایب مقادیر توصیفی جمعیت شناختی شرکت‌کنندگان در پژوهش

عوامل	فراوانی به نفر	فراوانی به درصد
سن کودکان	۷ سال	۳
	۸ سال	۱۴
	۹ سال	۸
	۱۰ سال	۹
	۱۱ سال	۵
	۱۲ سال	۱۱
جنسیت	پسر	۳۳
	دختر	۱۷
تحصیلات مادر	زیر دیپلم	۱۲
	دیپلم	۲۲
	کارشناسی	۹
	کارشناسی ارشد و بالاتر	۵
تحصیلات پدر	زیر دیپلم	۱۰
	دیپلم	۲۱
	کارشناسی	۱۳
	کارشناسی ارشد و بالاتر	۶
شغل مادر	خانه‌دار	۳۷
	شاغل	۱۳
شغل پدر	کارگر	۱۷
	کارمند	۷

۵۲	۲۶	آزاد
۱۰۰	۵۰	کل

با توجه به نتایج جدول ۳ میانگین امتیاز متغیر پرخاشگری از نظر پاسخ‌دهندگان برای والدین کودکان اوتیسم ۴/۱۲ و برای عادی ۲/۹۳، انحراف معیار برای والدین کودکان اوتیسم ۰/۳۸۹ و برای عادی ۰/۲۸۹ و واریانس برای والدین کودکان اوتیسم برابر ۰/۱۵۱ و عادی ۰/۰۸۳ می‌باشد. میانگین به‌دست‌آمده برای والدین کودکان اوتیسم بیشتر از نمره معیار (امتیاز ۳) است و برای والدین کودکان عادی کمتر از نمره معیار است. همچنین از نظر نمره کل با توجه به جدول ۴ نمره کل برای پرخاشگری در والدین اوتیسم برابر ۷۶ می‌باشد و با توجه به رنج نمره کل پاسخ‌دهندگان دارای پرخاشگری متوسط، و در والدین کودکان عادی نمره کل برای پرخاشگری برابر ۴۵ است که با توجه به رنج نمره کل دارای پرخاشگری در حد پایین می‌باشند. از سوی دیگر مقدار چولگی مشاهده‌شده برای متغیر پرخاشگری برای والدین کودکان اوتیسم ۰/۰۹۲- و برای عادی برابر ۰/۷۲۸- است که در بازه (۲، -۲) قرار دارد؛ یعنی از لحاظ کجی متغیر پرخاشگری در هر دو گروه والدین نرمال بوده و توزیع آن متقارن است. همچنین مقدار کشیدگی آن برای والدین کودکان اوتیسم ۰/۷۶۹- و برای والدین کودکان عادی ۰/۷۷۲+ است که در بازه (۲، -۲) قرار دارد؛ این نشان می‌دهد توزیع متغیر پرخاشگری در هر دو گروه از کشیدگی نرمال برخوردار است.

همان‌گونه که مشاهده می‌گردد از بین ابعاد پرخاشگری در والدین کودکان اوتیسم بعد کلامی با ۴/۳۰ دارای بیشترین میانگین و در والدین کودکان عادی بعد خشم با ۳/۱۰ دارای بیشترین میانگین امتیاز است. با توجه به مقادیر چولگی ابعاد پرخاشگری در هر دو گروه که بین بازه (۲، -۲) قرار دارند، از لحاظ کجی ابعاد پرخاشگری در هر دو گروه نرمال بوده و توزیع آن‌ها متقارن است. همچنین مقدار کشیدگی ابعاد پرخاشگری در هر دو گروه والدین در بازه (۲، -۲) قرار دارند. این نشان می‌دهد توزیع ابعاد پرخاشگری در هر دو گروه از کشیدگی نرمال برخوردار هستند.

نتایج آزمون کولموگروف اسمیرنوف (جدول ۵) که به بررسی نرمال بودن داده‌ها می‌پردازد نشان می‌دهد که متغیر پرخاشگری و ابعاد آن برای هر دو گروه والدین کودکان اوتیسم و عادی نرمال می‌باشند ($P > 0.05$)، بنابراین برای بررسی فرضیات تحقیق از آزمون‌های پارامتریک استفاده می‌گردد.

جدول ۳: آمار توصیفی متغیر پرخاشگری

کودک	متغیرها	میانگین از ۵	انحراف معیار	واریانس	چولگی	کشیدگی
اوتیسم	پرخاشگری	۴/۱۲	۰/۳۸۹	۰/۱۵۱	-۰/۰۹۲	-۰/۷۶۹
	فیزیکی	۳/۸۰	۰/۳۶۰	۰/۱۲۹	-۰/۴۰۹	۰/۱۰۴
	کلامی	۴/۳۰	۰/۴۵۰	۰/۲۰۲	۰/۵۴۹	۰/۲۸۸
	خشم	۴/۱۶	۰/۴۳۲	۰/۱۸۶	-۰/۵۵۶	۰/۲۱۶
	خصوصیت	۴/۲۴	۰/۴۴۲	۰/۱۹۵	-۰/۲۳۶	-۰/۷۲۲
عادی	پرخاشگری	۲/۹۳	۰/۲۸۹	۰/۰۸۳	-۰/۷۲۸	۰/۷۷۲
	فیزیکی	۲/۹۰	۰/۲۷۰	۰/۰۷۲	-۰/۱۷۷	-۰/۵۰۳
	کلامی	۲/۸۰	۰/۱۸۷	۰/۰۳۴	-۰/۶۲۰	۰/۳۱۶
	خشم	۳/۱۰	۰/۳۲۰	۰/۱۰۲	-۰/۱۷۷	-۰/۵۰۳
	خصوصیت	۳/۰۵	۰/۳۱۳	۰/۰۹۷	-۰/۶۳۴	۰/۰۹۲

جدول ۴: نمره کل متغیر پرخاشگری برای والدین کودکان اوتیسم و عادی

متغیر	کودکان	نمره کل	رنج
پرخاشگری	اوتیسم	۷۶	۲۹-۴۸: پرخاشگری در حد پایین
		۴۵	۴۸-۹۶: پرخاشگری در حد متوسط
	عادی	۹۶ به بالاتر:	پرخاشگری در حد بالایی است

جدول ۵: نتایج آزمون کولموگروف اسمیرنوف متغیر پرخاشگری برای والدین کودکان اوتیسم و عادی

عوامل	کودکان	P	Kolmogorov-Smirnov Z	ابعاد	P	Kolmogorov-Smirnov Z
پرخاشگری	اوتیسم	۰/۰۸۲	۰/۱۴۲	فیزیکی	۰/۰۷۹	۰/۱۴۸
				کلامی	۰/۲۰۰	۰/۱۲۲
				خشم	۰/۱۴۴	۰/۱۳۸
				خصوصیت	۰/۱۱۳	۰/۲۰۰
عادی	عادی	۰/۱۳۳	۰/۱۲۵	فیزیکی	۰/۱۸۰	۰/۱۱۹
				کلامی	۰/۰۵۲	۰/۱۶۸
				خشم	۰/۲۰۰	۰/۱۱۵
				خصوصیت	۰/۱۷۰	۰/۱۳۲

با توجه به نتایج جدول ۶ میانگین متغیر آشفتگی روان شناختی از نظر پاسخ دهندگان برای والدین کودکان اوتیسم ۴/۲۰ و برای عادی ۲/۹۷، انحراف معیار برای والدین کودکان اوتیسم ۰/۴۸۶ و برای عادی ۰/۳۱۰ و واریانس برای والدین کودکان اوتیسم برابر ۰/۲۳۶ و عادی ۰/۰۹۶ می باشد. میانگین به دست آمده برای والدین کودکان اوتیسم بیشتر از نمره معیار (امتیاز ۳) است و برای والدین کودکان عادی کمتر از نمره معیار است. از سوی دیگر مقدار چولگی مشاهده شده برای متغیر پرخاشگری برای والدین کودکان اوتیسم ۰/۸۱۸- و برای عادی برابر ۰/۲۹۷- است که در بازه (۲، -۲) قرار دارد؛ یعنی از لحاظ کجی متغیر آشفتگی روان شناختی در هر دو گروه والدین نرمال بوده و توزیع آن متقارن است. همچنین مقدار کشیدگی آن برای والدین کودکان اوتیسم ۰/۸۶۲ و برای والدین کودکان عادی ۰/۸۶۳- است که در بازه (۲، -۲) قرار دارد؛ این نشان می دهد توزیع متغیر آشفتگی روان شناختی در هر دو گروه از کشیدگی نرمال برخوردار است.

نتایج آزمون کولموگروف اسمیرنوف (جدول ۷) که به بررسی نرمال بودن داده ها می پردازد نشان می دهد که متغیر آشفتگی روان شناختی برای هر دو گروه والدین کودکان اوتیسم و عادی نرمال می باشند ($P > ۰/۰۵$)، بنابراین برای بررسی فرضیات تحقیق از آزمون های پارامتریک استفاده می گردد.

جدول ۶: آمار توصیفی متغیر آشفتگی روان شناختی

متغیر	کودک	میانگین از ۵	انحراف معیار	واریانس	چولگی	کشیدگی
آشفتگی روان شناختی	اوتیسم	۴/۲۰	۰/۴۸۶	۰/۲۳۶	-۰/۸۱۸	۰/۸۶۲
	عادی	۲/۹۷	۰/۳۱۰	۰/۰۹۶	-۰/۲۹۷	-۰/۶۲۳

جدول ۷: نتایج آزمون کولموگوروف اسمیرنوف متغیر آشفتگی روان‌شناختی

عوامل	کودکان	P	Kolmogorov-Smirnov Z
آشفتگی	اوتیسم	۰/۱۴۳	۰/۱۳۵
روان‌شناختی	عادی	۰/۲۲۰	۰/۱۰۶

با توجه به نتایج جدول ۸ میانگین متغیر سلامت روانی از نظر پاسخ‌دهندگان برای والدین کودکان اوتیسم ۱/۹۰ و برای عادی ۳/۲۰، انحراف معیار برای والدین کودکان اوتیسم ۰/۲۳۸ و برای عادی ۰/۳۷۰ و واریانس برای والدین کودکان اوتیسم برابر ۰/۰۵۶ و عادی ۰/۱۳۶ می‌باشد. همچنین از نظر نمره کل با توجه به جدول ۹ نمره کل برای سلامت روانی در والدین اوتیسم برابر ۲۳ می‌باشد و با توجه به رنج نمره کل پاسخ‌دهندگان دارای سلامت روانی در حد پایین، و در والدین کودکان عادی نمره کل برای سلامت روانی برابر ۴۸ است که با توجه به رنج نمره کل دارای سلامت روانی در حد متوسط می‌باشند. از سوی دیگر مقدار چولگی مشاهده‌شده برای متغیر سلامت روانی برای والدین کودکان اوتیسم ۰/۲۳۵- و برای عادی برابر ۰/۲۰۸- است که در بازه (۲، ۲) قرار دارد؛ یعنی از لحاظ کجی متغیر سلامت روانی در هر دو گروه والدین نرمال بوده و توزیع آن متقارن است. همچنین مقدار کشیدگی آن برای والدین کودکان اوتیسم ۰/۷۷۹- و برای والدین کودکان عادی ۰/۳۱۲- است که در بازه (۲، ۲-) قرار دارد؛ این نشان می‌دهد توزیع متغیر سلامت روانی در هر دو گروه از کشیدگی نرمال برخوردار است.

همان‌گونه که مشاهده می‌گردد از بین ابعاد سلامت روانی در والدین کودکان اوتیسم بعد اضطراب با ۱/۷۸ دارای کمترین میانگین و در والدین کودکان عادی بعد اضطراب با ۲/۸۹ دارای کمترین میانگین است. با توجه به مقادیر چولگی ابعاد سلامت روانی در هر دو گروه که بین بازه (۲، ۲-) قرار دارند، از لحاظ کجی ابعاد سلامت روانی در هر دو گروه نرمال بوده و توزیع آن‌ها متقارن است. همچنین مقدار کشیدگی ابعاد سلامت روانی در هر دو گروه والدین در بازه (۲، ۲-) قرار دارند. این نشان می‌دهد توزیع ابعاد سلامت روانی در هر دو گروه از کشیدگی نرمال برخوردار هستند.

نتایج آزمون کولموگوروف اسمیرنوف (جدول ۵) که به بررسی نرمال بودن داده‌ها می‌پردازد نشان می‌دهد که متغیر سلامت روانی و ابعاد آن برای هر دو گروه والدین کودکان اوتیسم و عادی نرمال می‌باشند ($P > ۰/۰۵$)، بنابراین برای بررسی فرضیات تحقیق از آزمون‌های پارامتریک استفاده می‌گردد.

جدول ۸: آمار توصیفی متغیر سلامت روانی

کودک	متغیرها	میانگین از ۴	انحراف معیار	واریانس	چولگی	کشیدگی
اوتیسم	سلامت روانی	۱/۹۰	۰/۲۳۸	۰/۰۵۶	-۰/۲۳۵	-۰/۷۷۹
	جسمانی	۲/۳۸	۰/۳۲۳	۰/۱۰۴	-۰/۱۲۷	-۰/۸۵۶
	اضطراب	۱/۷۸	۰/۲۴۸	۰/۰۶۱	-۰/۰۵۲	-۰/۷۲۰
	عملکرد	۲/۳۰	۰/۴۷۱	۰/۲۲۱	-۰/۱۲۸	-۰/۷۰۵
	افسردگی	۱/۹۲	۰/۴۶۳	۰/۲۱۴	۰/۰۱۹	-۰/۹۳۶
عادی	سلامت روانی	۳/۲۰	۰/۳۷۰	۰/۱۳۶	-۰/۲۰۸	-۰/۳۱۲
	جسمانی	۳/۴۵	۰/۴۷۶	۰/۲۲۶	۰/۰۳۱	-۰/۸۲۸
	اضطراب	۲/۸۹	۰/۳۴۶	۰/۱۱۹	-۰/۴۲۶	۰/۵۴۷
	عملکرد	۳/۰۵	۰/۵۱۸	۰/۲۶۸	۰/۰۶۵	-۰/۴۴۸
	افسردگی	۳/۳۸	۰/۶۲۷	۰/۳۹۳	۰/۰۴۳	-۰/۷۷۲

جدول ۹: نمره کل متغیر سلامت روانی برای والدین کودکان اوتیسم و عادی

متغیر	کودکان	نمره کل	رنج
سلامت روانی	اوتیسم	۲۳	۰-۲۸ : سلامت روانی در حد پایین
	عادی	۴۸	۲۸-۵۶ : سلامت روانی در حد متوسط ۵۶ به بالاتر: سلامت روانی در حد بالایی است

جدول ۱۰: نتایج آزمون کولموگروف اسمیرنوف متغیر سلامت روانی

عوامل	کودکان	P	Kolmogorov-Smirnov Z	ابعاد	P	Kolmogorov-Smirnov Z
سلامت روانی	اوتیسم	۰/۱۳۹	۰/۱۲۵	جسمانی	۰/۱۱۰	۰/۱۲۸
				اضطراب	۰/۲۰۰	۰/۱۰۹
				عملکرد	۰/۰۶۸	۰/۱۲۱
				افسردگی	۰/۰۶۱	۰/۱۲۳
عادی	عادی	۰/۱۴۷	۰/۱۱۸	جسمانی	۰/۱۹۵	۰/۱۱۴
				اضطراب	۰/۱۰۲	۰/۱۰۸
				عملکرد	۰/۰۶۱	۰/۱۰۳
				افسردگی	۰/۲۰۰	۰/۰۸۶

بررسی فرضیات پژوهش

قبل از تحلیل داده‌های مربوط به فرضیه‌ها، برای اطمینان از این‌که داده‌های این پژوهش مفروضه‌های زیربنایی تحلیل واریانس را برآورد می‌کنند، به بررسی آن‌ها پرداخته شد. بدین منظور مفروضه تحلیل واریانس شامل نرمال بودن و همگنی واریانس‌ها^{۴۹} مورد بررسی قرار گرفتند. با توجه به نتایج به‌دست‌آمده (جدول ۵، ۷ و ۱۰) مفروضه نرمال بودن داده‌ها مورد تأیید می‌باشد، لذا در زیر به بررسی شرط دوم یعنی همگنی واریانس‌ها با استفاده از آزمون لوین^{۵۰} پرداخته می‌شود.

جدول ۱۱: آزمون لوین برای متغیرهای پرخاشگری، آشفتگی روان‌شناختی و سلامت روانی در دو گروه از والدین

عوامل	کودکان	Levene	sig
پر خاشگری	اوتیسم	۰/۰۹	۰/۷۸
	عادی	۰/۴۷	۰/۴۸
آشفتگی روان‌شناختی	اوتیسم	۲/۵۸	۰/۱۵
	عادی	۱/۱۸	۰/۲۶
سلامت روانی	اوتیسم	۰/۰۳	۰/۸۶
	عادی	۲/۲۵	۰/۱۲

با توجه به نتایج آزمون لوین (جدول ۱۱) مشخص است که سطح معناداری (sig) بالاتر از مقدار ۰/۰۵ است یعنی فرضیه همگنی واریانس‌های بین دو گروه پذیرفته می‌شود. بنابراین واریانس متغیرهای مورد پژوهش در بین والدین اوتیسم و عادی باهم برابر هستند و شرط دوم هم برای تحلیل واریانس برقرار می‌باشد.

^{۴۹}. homogeneity of variance

^{۵۰}. Levene

فرضیه اول: بین پرخاشگری والدین کودکان مبتلابه اوتیسم با کودکان عادی تفاوت وجود دارد.

جدول ۱۲: تحلیل واریانس برای مقایسه پرخاشگری در والدین کودکان مبتلابه اوتیسم و عادی

والدین کودکان	انحراف استاندارد	F	P
اوتیسم	۱۶/۶۴۸	۲۱/۴۶۵	۰/۰۰۰
عادی	۱۲/۷۳۲		

با توجه به جدول ۱۲ چون P کمتر از ۰/۰۵ می باشد به معنی این است که کارکردهای اجرایی در بین کودکان مبتلابه اوتیسم و عادی دارای تفاوت معناداری است و این نتایج نشان دهنده این می باشد که فرضیه اول با احتمال ۹۹٪ تأیید می شود. فرضیه دوم: بین آشفتگی روان شناختی والدین کودکان مبتلابه اوتیسم با کودکان عادی تفاوت وجود دارد.

جدول ۱۳: تحلیل واریانس برای مقایسه آشفتگی روان شناختی در والدین کودکان مبتلابه اوتیسم و عادی

والدین کودکان	انحراف استاندارد	F	P
اوتیسم	۶/۸۷۳	۲۳/۵۴۵	۰/۰۰۰
عادی	۹/۱۰۳		

نتایج جدول بالا نشان می دهد که با توجه به مقدار P (< 0.05) آشفتگی روان شناختی در بین والدین کودکان مبتلابه اوتیسم و عادی در سطح معنی دار ۹۹٪ دارای اختلاف معنی دار می باشد و این گویای این می باشد که فرضیه مورد نظر تأیید می شود. فرضیه سوم: بین سلامت روانی والدین کودکان مبتلابه اوتیسم با کودکان عادی تفاوت وجود دارد.

جدول ۱۴: تحلیل واریانس برای مقایسه سلامت روانی در والدین کودکان مبتلابه اوتیسم و عادی

والدین کودکان	انحراف استاندارد	F	P
اوتیسم	۶/۵۳۷	۵۸۲/۶۴۰	۰/۰۰۰
عادی	۷/۲۴۶		

با توجه به جدول ۱۴ چون P کمتر از ۰/۰۵ می باشد سلامت روانی در بین والدین کودکان مبتلابه اوتیسم و عادی دارای تفاوت معناداری است و این نتایج نشان دهنده این می باشد که فرضیه سوم با احتمال ۹۹٪ تأیید می شود.

۵. بحث و نتیجه گیری

مطالعه حاضر باهدف بررسی مقایسه پرخاشگری، آشفتگی روان شناختی و سلامت روان در والدین کودکان اوتیسم و عادی انجام گرفت. یافته های پژوهش نشان داد که بین میزان پرخاشگری والدین کودکان اوتیسم و عادی در متغیر پرخاشگری تفاوت معناداری وجود دارد و والدین کودکان اوتیسم دارای پرخاشگری بیشتری می باشند. یافته ها با نتایج ذوقی پایدار (۱۳۹۴)، غباری بناب و استیری (۱۳۸۶)، نریمانی، آقامحمدیان و رجبی (۱۳۸۶)، نامی و اودین (۲۰۱۵) و سعیدمنش و عزیزی (۲۰۱۷) همخوانی دارد. علل خشم احتمالاً نگرانی والدین از واکنش جامعه، بستگان و نزدیکان به این مشکل بوده و گاهی فکر می کنند احتمالاً راه حلی وجود دارد که به تمام مشکلات آن ها در این زمینه پایان دهد. آن ها انرژی روانی و مادی زیادی صرف اجرای فرض و گمان خود نموده و در نتیجه وقت زیادی را صرف پذیرش حقیقی کودک و درمان او از دست می دهند.

همچنین نتایج نشان داد که بین آشفتگی روان شناختی والدین کودکان مبتلابه اوتیسم با کودکان عادی تفاوت وجود دارد. به عبارت دیگر میزان آشفتگی روان شناختی در والدین کودکان مبتلابه اوتیسم نسبت به کودکان عادی بیشتر است که احتمالاً

ناشی از مشکلات رفتاری زیاد و کارکردهای انطباقی پایین در بین کودکان اوتیسم است که باید موردتوجه قرار گیرد. نتایج به‌دست‌آمده با نتایج پژوهش‌های امرسون^{۵۱} (۲۰۰۳)، بک، هاستینگز و استونسن^{۵۲} (۲۰۰۴)، امان، سینگ، استوارت و فیلد^{۵۳} (۱۹۸۵)، شکری، خانجانی و اسماعیل‌پور^{۵۴} (۱۳۹۶)، فرش‌باف و پوررحیم (۱۳۹۷)، دونالدسون، هایز و رمانی (۲۰۱۹) و اسشنبل، یوسف و هالفورد (۲۰۱۹) همخوانی دارد. مادران کودکان مبتلابه اختلال اوتیسم به‌طور پایدار سطوح تنش بیشتری نسبت به مادران کودکان عادی دارند. اختلال اوتیسم به علت ناتوانی و خللی که در تحول مهارت‌های ارتباطی، تعاملی، کلامی و شناختی، اجتماعی و روزمره افراد مبتلا ایجاد می‌کند، تقریباً تمامی اعضای خانواده و اطرافیان فرد مبتلابه اختلال اوتیسم را کم‌وبیش درگیر می‌نماید و به‌نوعی برای آن‌ها منبع تنش و آشفتگی می‌گردد. مهم است در تفسیر نتایج این مطالعه به این نکته توجه شود که افزایش در علائم مرتبط با تنش والدینی، اضطراب و افسردگی، نیازمند توجه بالینی و پژوهشی است و ممکن است با کاهش کیفیت زندگی والدین و خودکارآمدی آن‌ها مرتبط باشد. هدف قرار دادن مشکلات رفتاری ممکن است آشفتگی روان‌شناختی را بهبود بخشد. از طرفی ممکن است عوامل اضافی در مادران کودکان مبتلابه اختلال اوتیسم نقش داشته باشند مانند آموزش والدین، حوادث زندگی، کیفیت روابط زناشویی، حمایت اجتماعی، کیفیت خدمات مداخله‌ای و آموزشی برای کودکان و طیف وسیعی از عوامل که علاوه بر مشکلات رفتاری و سطح توسعه که ممکن است بر والدین تأثیر بگذارد (شکری، خانجانی و اسماعیل‌پور، ۱۳۹۵).

همچنین نتایج نشان داد که بین سلامت روانی والدین کودکان مبتلابه اوتیسم با کودکان عادی تفاوت وجود دارد. به‌عبارت‌دیگر میزان سلامت روانی در والدین کودکان مبتلابه اوتیسم نسبت به کودکان عادی کمتر است. نتایج به‌دست‌آمده در این بخش با نتایج پژوهش‌های هوشیارفرد، سلیمانی و کوشا (۱۳۹۷)، فرش‌باف و پوررحیم (۱۳۹۷)، زندی، لواسانی، افروز و مردوخی (۱۳۹۶)، معتمدی، غباری بناب و ابرغم (۱۳۹۵)، ذوفی پایدار، قاسمی، بیات و صنایعی کمال (۱۳۹۴)، خاکپور و مهرآفرید (۱۳۹۱)، نریمانی، آقامحمدیان و رجبی (۱۳۸۶)، ویس (۲۰۱۴)، هوبارت^{۵۴} (۲۰۰۸) و اسمیت و کوتر^{۵۵} (۲۰۱۴) همخوانی دارد. از طرفی در ارتباط با ابعاد سلامت روانی مشاهده شد که والدین کودکان اوتیسم همچنین با خطر افزایش علائم مانند افسردگی و اضطراب مواجه هستند که با تحقیقات ویس، آراندا و یونا (۲۰۱۴)، گالاگر و هانیگان (۲۰۱۴)، ماگنو، روتا، دی آرینگو و مازون^{۵۶} (۲۰۰۷)، خانا، مدهاوان، اسمیت، پاتریک، تورک و بکرکوتریل^{۵۷} (۲۰۱۱)، تومانیک، هریس و هاوکینز^{۵۸} (۲۰۰۴)، گری^{۵۹} (۲۰۰۳) و وبستر^{۶۰} (۲۰۰۴) همخوانی دارد. تمام والدین کودکان اوتیسم، از ابتدای تولد فرزند خود با نوعی احساس غم و اندوه و ناامیدی درگیر بوده و سردرگمی، فقدان و سختی‌های زیادی را تجربه می‌کنند و باید در همه شرایط مراقب فرزند خود باشند و این سبب افزایش فشارها و مشکلات می‌شود که نتیجه آن کاهش سلامت روانی است (درویشی، ۱۳۹۳). باید به این نکته توجه کرد که برای افزایش سلامت روان والدین کودکان معلول راه‌حل‌های متفاوتی وجود دارد و مسئله اساسی که باید موردتوجه قرار گیرد، این است که باید هدف‌ها و راهبردهای اجرای برنامه و خدمات مشاوره‌ای انعطاف‌پذیر باشد و از تعمیم نیازهای مادران اجتناب شود یعنی نباید تصور شود که نیاز خانواده‌ها به‌طور کامل مشابه یکدیگر است. باید به این نکته هم اشاره کرد به‌جای تأکید بر تفاوت گروه‌های مختلف خانواده‌ها بهتر است به عواملی که روی آشفتگی‌ها، سلامت روان خانواده و سازگاری والدین با معلولیت فرزندانشان تأثیر می‌گذارد توجه بیشتری شود. درنتیجه وجود کودکان اوتیسم باعث افزایش پرخاشگری، آشفتگی روان‌شناختی و کاهش سلامت روان در مادران آن‌ها می‌شود. پس می‌توان چنین نتیجه گرفت که توجه به نیازها و فراهم نمودن خدمات و امکانات جهت رفع

⁵¹. Emerson

⁵². Beck, Hastings & Stevenson

⁵³. Aman, Singh, Stewart & Field

⁵⁴. Hobart

⁵⁵. Smith & Couteur

⁵⁶. Mugno, Ruta, D'Arrigo & Mazzone

⁵⁷. Khanna, Madhavan, Smith, Patrick, Tworek & Becker-Cottrill

⁵⁸. Tomanik, Harris & Hawkins

⁵⁹. Gray

⁶⁰. Webster

مشکلات و آموزش‌های مختلف به این گروه، می‌توان موجب کاهش پرخاشگری و آشفتگی روانی و افزایش سلامت روانی در آن‌ها شد.

این تحقیق با محدودیت‌هایی نیز روبه‌رو بود، از جمله اینکه آزمودنی‌ها از یک محدوده جغرافیایی محدود با ویژگی‌های خاص خود انتخاب شدند که این امر تعمیم نتایج به سایر مناطق را محدود می‌سازد. همچنین این تحقیق تنها بروی گروه مادران کودکان اوتیسم انجام شده است. از جمله پیشنهادهای پژوهشی که می‌توان ارائه داد این است که پژوهش مشابهی با جمعیت بیشتر در شهرهای مختلف کشور به تفکیک نقش جنسیت، عوامل فرهنگی و اجتماعی- اقتصادی خانواده‌ها و شدت اختلال انجام گیرد و نتایج آن با پژوهش حاضر مقایسه گردد. همچنین پیشنهاد می‌شود صمیمیت زناشویی پدران کودکان اوتیسم در مقایسه با پدران کودکان عادی مورد بررسی قرار گیرد. توسعه مداخلات باهدف قرار دادن توانایی والدین در مدیریت و کاهش مشکلات رفتاری یک هدف مهم برای پژوهش‌های آینده در نظر گرفته شود. آموزش‌های لازم در مورد شناسایی این مشکلات و نحوه برخورد با این مشکلات به مادران ارائه داده شود. خدمات مشاوره‌ای و درمانی برای مادران کودکان با نیازهای ویژه در مراکز آموزشی و درمانی مورد نیاز است تا مادران از سلامت روانی کافی برای تربیت و پرورش این کودکان برخوردار شوند.

منابع و مراجع

- [۱] ایزدیار، علی، محمدپور. هادی، پناهی شهری. محمود (۱۳۹۲)، مقایسه اختلالات رفتاری مادران کودکان عقب مانده آموزش پذیر ذهنی با مادران کودکان عادی در شهرستان گناباد، زن و مطالعات خانواده، سال ششم، شماره ۲۱، ص ۲۷-۴۵.
 - [۲] خاکپور. مهدی، مهرآفرید. محسن (۱۳۹۱)، مقایسه اختلالات روانی و تاب آوری زوجین دارای اولین فرزند عادی و استثنائی در شهر فاروج، مجله دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، ۴(۴)، ص ۵۷۱-۵۸۳.
 - [۳] درویشی. خ (۱۳۹۳)، مقایسه رضایت مندی زناشویی و سلامت روان والدین دارای کودک عقب مانده ذهنی و عادی در شهر کنگان، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد مرودشت.
 - [۴] ذوقی پایدار. محمدرضا، قاسمی. معصومه، بیات. احمد، صناعی کمال، سمانه (۱۳۹۴). مقایسه سلامت روان مادران دارای کودکان با و بدون اختلال کم توجهی-بیش فعالی، تعلیم و تربیت/استثنائی، سال پانزدهم، شماره ۸، پیاپی ۱۳۶.
 - [۵] زندی. هوشنگ، غلامعلی لواسانی. مسعود، افروز. غلامعلی، مردوخ. محمدسعید (۱۳۹۶)، مقایسه مادران دارای دو کودک استثنائی (چندمعلولیتی، کم توان ذهنی، جسمی-حرکتی، نابینا و آسیب بینایی، ناشنوا و آسیب شنوایی) با مادران کودکان عادی در مؤلفه های سلامت عمومی، فصلنامه کودکان/استثنائی، سال هفدهم، شماره ۴، ص ۱۱۰-۱۱۲.
 - [۶] سمروود کلیکمن. مارگارت، تیتیر الیسون. فیلیس (۱۳۹۱)، عصب روانشناختی کودک، ترجمه سالار فرامرزی، شیلا خیرزاده و محمدرضا عابد، انتشارات جهاد دانشگاهی واحد اصفهان.
 - [۷] شکری، سارا، خانجانی. زهرا، هاشمی. تارا، اسماعیل پور. خلیل (۱۳۹۶)، مقایسه تنیدگی والدگری و آشفتگی روانشناختی مادران کودکان مبتلا به اختلال اوتیسم و تأخیر تحولی، فصلنامه سلامت روان کودک، ۲(۴)، ص ۷۹-۹۲.
 - [۸] شیخ پور. مهدی، درویش کوهی. محمد (۱۳۸۶)، مهارت های مواجهه با هیجانات و عواطف در کودکان، تهران: انتشارات تندیس علم.
 - [۹] غباری بناب. باقر، استیری، زهره (۱۳۸۶)، مقایسه ویژگی های شخصیتی و سبک دلبستگی در مادران کودکان با اختلال در خود ماندگی و مادران کودکان عادی، پژوهش در حیطه کودکان/استثنائی، سال ششم، شماره ۳، ص ۸۰۴-۷۸۷.
 - [۱۰] فرشباغ. فرناز، پوررحیم. الناز (۱۳۹۷)، مقایسه سلامت روان، سرمایه روان شناختی و صمیمیت زناشویی در مادران کودکان کم شنوا، ناتوانی های هوشی و کودکان عادی، فصلنامه کودکان/استثنائی، سال هجدهم، شماره ۱، ص ۲۸-۱۴.
 - [۱۱] کراتوچویل. توماس آر، موریس. ریچارد جی (۱۳۹۱)، روانشناسی بالینی کودک (روش های درمانگری)، ترجمه محمدرضا نائینیان و همکاران، تهران: انتشارات رشد.
 - [۱۲] کوهستانی. معصومه، میرزمانی. سید محمود (۱۳۸۵)، نشانه های اختلال فشار روانی پس از سانحه (PTSD) در مادران کودکان عقب مانده ذهنی آموزش پذیر و مادران کودکان عادی، دوفصلنامه تحقیقات علوم رفتاری، سال چهارم، شماره های ۱ و ۲، ص ۴۶-۵۱.
 - [۱۳] کیمیایی. سید علی، محرابی. حسین، میرزایی. زهرا (۱۳۸۹)، مقایسه وضعیت سلامت روان پدران و مادران کودکان کم توان ذهنی آموزش پذیر شهر مشهد، مطالعات تربیتی و روانشناسی، شماره یکم، ص ۲۶۱-۲۷۸.
 - [۱۴] گنجی. حمزه (۱۳۹۲)، بهداشت روانی، تهران: انتشارات ارسباران.
 - [۱۵] معتمدی. فرزانه، غباری بناب. باقر، ابرغم. زهرا (۱۳۹۵)، بخشایش گری، رضایتمندی زناشویی و سلامت روان والدین کودکان کم توان ذهنی و عادی، فصلنامه کودکان/استثنائی، سال شانزدهم، شماره ۴، ص ۲۷-۳۸.
 - [۱۶] نریمانی. محمد، آقامحمدیان. حمیدرضا، رجبی. سوران (۱۳۸۶)، به مقایسه سلامت روانی مادران کودکان استثنائی با سلامت روانی مادران کودکان عادی، فصلنامه اصول بهداشت روانی، سال نهم، شماره ۳۳ و ۳۴، ص ۱۵-۲۴.
 - [۱۷] هشیارفرد. صدیقه، سلیمانی. ربابه، کوشا. مریم (۱۳۹۷)، بررسی سلامت روانی، کیفیت زندگی و شادکامی در مادران دارای فرزند مبتلا به اختلالات طیف اتیسم و مقایسه آنها با مادران دارای کودک سالم، فصلنامه کودکان/استثنائی، سال هجدهم، شماره ۲، ص ۱۲-۳۰.
- [18] Ahmadi, A and Raeisi, Z (2018), "The effect of acceptance and commitment therapy on distress tolerance in mothers of children with autism", *Journal of Child Mental Health*, 5(3), PP: 69-79. [Persian]

- [19] Aman, MG. Singh, NN. Stewart, A.W and Field, CJ (1985), "Psychometric characteristics of the Aberrant Behavior Checklist", *American Journal of Mental Deficiency*, 89(4), PP: 492-502.
- [20] Askari, M and Moridi, J (2016), "Effect of stress management training and thought control strategies on the quality of life of mothers with childbirth in Bandar Abbas", *The Journal of New Advances in Behavioral Sciences*, 1(1), PP: 1-13. [Persian]
- [21] Barnett, J (2018), "Three evidence-based strategies that support social skills and play among young children with Autism spectrum disorders", *Early Childhood Education Journal*, 46(6), PP: 665-672.
- [22] Barry, C.T. Loflin, D.C and Doucette, H (2015), "Adolescent self-compassion: Associations with narcissism, self esteem, aggression, and internalizing symptoms in at-risk males", *Personality and Individual Differences*, 77, PP: 118-123.
- [23] Bayram, N Bilgel, N. (2008). "The prevalence and socio-demographic correlations of depression, anxiety and stress among a group of university students", *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 43(8), PP: 667-672.
- [24] Bazarfeshan, B. Kargar Dolatabadi, A. Mohammadi, M. Sarmadi, P. Lakzaei, J and Hosseinienejad, S (2018), "Quality of life of the mothers of children with autism", *J Gorgan Univ Med Sci*, 20(4), PP: 77-82. [Persian]
- [25] Beck, A. Daley, D. Hastings, R.P and Stevenson, J (2004), "Mothers' expressed emotion towards children with and without intellectual disabilities", *Journal of Intellectual Disability Research*, 48(7), PP: 628-638.
- [26] Benson, P.R (2012), "Network characteristics, perceived social support, and psychological adjustment in mothers of children with autism spectrum disorder", *Journal of autism and developmental disorders*, 42(12), PP: 2597-2610.
- [27] Davis, N. O and Carter, A.S (2008), "Parenting stress in mothers and fathers of toddlers with autism spectrum disorders: Associations with child characteristics", *Journal of autism and developmental disorders*, 38(7), PP: 1278-1291.
- [28] Denson, T. F. Mehta, P. H and Tan, D. H (2013), "Endogenous testosterone and cortisol jointly influence reactive aggression in women", *Psychoneuroendocrinology*, 38(3), PP: 416-424.
- [29] Dohrenwend, B.P. Shrout, P.E. Ergi, G.E and Mendelsohn, F.S (1980), "Measures of nonspecific psychological distress and other dimensions of psychopathology in the general population", *Archives of General Psychiatry*, 37, PP: 1229-1236.
- [30] Donaldson, A. Hays, T and Romani, P.W (2019), "Autism Spectrum Disorder: Effects on Child and Family Functioning", *Journal of student research*, Vol. 8. Issue. 1. PP: 71-76.
- [31] Ellis, W. E. Chung-Hall, J and Dumas, T. M (2013), "The role of peer group aggression in predicting adolescent dating violence and relationship quality", *Journal of Youth and Adolescence*, 42(4), PP: 487-499.
- [32] Emerson, E (2003), "Mothers of children and adolescents with intellectual disability: social and economic situation, mental health status and the self assessed social and psychological impact of the child difficulties", *J Intellect Disabil Res*, 47(4), PP: 385-399.
- [33] Estes, A. Olson, E. Sullivan, K. Greenson, J. Winter, J. Dawson, G and Munson, J (2013), "Parenting-related stress and psychological distress in mothers of toddlers with autism spectrum disorders", *Brain Dev*, 35(2), PP: 8-133.
- [34] Estes, A., Munson, J., Dawson, G., Koehle, E., Zhou, X H., & Abbott, R. (2009). Parenting stress and psychological functioning among mothers of preschool children with autism and developmental delay. *Autism*, 13(4): 375-387.
- [35] Friedrich, WN. Greenberg, MT and Crnic, K (1983), "A short form of the questionnaire on resource and stress", *Ame J of mental defic*, 88, PP: 41-48.
- [36] Gallagher, S and Hannigan, A (2014), "Depression and chronic health conditions in parents of children with and without developmental disabilities: The growing up in Ireland cohort study", *Research in developmental disabilities*, 35(2), PP: 448-454.

- [37] Gray, DE and Holden, WJ (2003), "Psycho-social well-being among the parents of children with autism. Australia and New Zealand", *J Dev Disabl*, 18(2), PP: 83-93.
- [38] Griffith, GM. Hastings, RP. Nash, S and Hill, C (2010), "Using matched groups to explore child behavior problems and maternal well-being in children with Down syndrome and autism", *J Autism Dev Disord*, 40(5), PP: 9-610.
- [39] Halroyd, J and Mac, A (1995), "Mental retardation and stress on the parents: A contrast between Downs syndrome and childhood autism", *Ame J on the mental retard*, 80 (4), PP: 431-436.
- [40] Helgadóttir, B. Owen, N. Dunstan, D. W. Ekblom, Ö. Hallgren, M and Forsell, Y (2017), "Changes in physical activity and sedentary behavior associated with an exercise intervention in depressed adults", *Psychology of Sport And Exercise*, 30, PP: 10-18.
- [41] Hobart, Hm (2008), "Coping strategies in mothers and fathers of preschool and school-age children with autism", *Autism*, 9(4), PP: 91-377.
- [42] Khamis, V (2006), "Psychological distress among parents of achildren with mental retardation in the United Arab Emirates", *J of the Social scien & Medi*, 64, PP: 850-857.
- [43] Khanna, R. Madhavan, SS. Smith, MJ. Patrick, JH. Tworek, C and Becker-Cottrill, B (2011), "Assessment of health-related quality of life among primary caregivers of children with autism spectrum disorders", *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 41(9), PP: 1214-27.
- [44] Kuhlthau, K. Payakachat, N. Delahaye, J. Hurson, J. Pyne, J. M. Kovacs, E and Tilford, J. M (2014), "Quality of life for parents of children with autism spectrum disorders", *Research in Autism Spectrum Disorders*, 8(10), PP: 1339-1350.
- [45] McCarthy, J. Underwood, LISA. Hayward, H. Chaplin, E. Forrester, A (2015), "Autism Spectrum Disorder and Mental Health Problems Among Prisoners", *Euroropean Psychiatry*, 30, PP: 864-869.
- [46] McCarthy, J. Underwood, L. Tsakaniko, E. Craig, T. Howlin, P and Bouras, N (2014), "Predictors of challenging behaviour among mental health service users with intellectual disability and autism spectrum disorders", *European Psychiatry*, 29, PP: 1-7.
- [47] Mehu, M and Scherer, K (2015), "The appraisal bias model of cognitive vulnerability to depression", *Emotion Review*, 7(3), PP: 272-279.
- [48] Miranda, A. Mira, A. Berenguer, C. Rosello, B and Baixauli, I (2019), "Parenting stress in mothers of children with autism without intellectual disability, Mediation of behavioral problems and coping strategies", *Front Psychol*, 10, PP: 464.
- [49] Mohammadi-Zade, A. Pooretemad, H and Maleck Khosravi, G (2005), "The primary examination of effect of guided imagination by music on reduction of depression, anxiety, & stress in mothers with autistic children", *Journal of Research Family*, 2(3), PP: 289-292. (Persian).
- [50] Moshkani, M. Mirabedini, SH and Mallah, M (2017), "The relationship between stress and coping styles with adaptive behavior of mothers of children with autism spectrum disorder", *Exceptional Education Journal*, 2(145), PP: 21-28.
- [51] Mugno, D. Ruta, L. D'Arrigo, VG and Mazzone, L (2007), "Impairment of quality of life in parents of children and adolescents with pervasive developmental disorder", *Health Qual Life Outcomes*, 5, PP: 22.
- [52] Nomi, J and Uddin, F (2015), "Face processing in autism spectrum disorders: from brain regions to brain networks", *Neuropsychologia*, 71(2), PP: 201-216.
- [53] Rescorla, LA. Ghassabian, A. Ivanova, MY. Jaddoe, VWV. Verhulst, FC and Tiemeier, H (2019), "Structure, longitudinal invariance, and stability of the child behavior checklist 1½-5's diagnostic and statistical manual of mental disorders-autism spectrum disorder scale: findings from generation R (Rotterdam) ", *Autism*, 23(1), PP: 223-35
- [54] Saeedmanesh, M and Azizi, M (2017), "The effectiveness of intervention of treatment based on acceptance-commtment therapy on the rate of parent,s acceptance of autistic children and their denial-defense mechanism", *Middle Eastern Journal of Disability Studies*, 7, PP: 47. [Persian].

- [55] Sawyer, M. G. Bittman, M. La Greca, A. M. Crettenden, A. D. Harchak, T. F and Martin, J (2010), "Time demands of caring for children with autism: What are the implications for maternal mental health? ", *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 40(5), PP: 620-628.
- [56] Schieve, LA. Blumberg, SJ. Rice, C. Visser, SN and Boyle, C (2007), "The relationship between autism and parenting stress", *Pediatrics*, 119(1), PP: 114-121.
- [57] Shiralinia, K. Abdollahi Musavi, H and KHOjastemehr, R (2018), "The effectiveness of group acceptance and commitment therapy (ACT)-based training on parenting stress and psychological flexibility in mothers of children with autism spectrum disorder", *Psychology of Exceptional Individuals*, 7(28), PP: 21-44. [Persian].
- [58] Shokri, S. Khanjani, Z. Hashemi, T and Esmaeilpuor, K (2017), "Comparison of parenting stress and psychological distress in mothers of children with autism disorder and developmental delay", *Journal of Child Mental Health*, 4(3), PP: 79-90. [Persian].
- [59] Smith, A. M and Grzywacz, J. G (2014), "Health and well-being in midlife parents of children with special health needs. Families, systems & health", *The journal of collaborative family healthcare*, 32(3), PP: 303-312.
- [60] Smith, E and Couteur, AL (2014), "Factors associated with parental stress and satisfaction during the process of diagnosis of children with autism spectrum disorders", *Research in Autism Spectrum Disorders*, 6(1), PP: 293-303.
- [61] Spain, D. (2018), "Social anxiety in adults with autism spectrum disorders ", PhD Thesis, MRC social, genetic and developmental psychiatry centre, Institute of Psychiatry, Psychology.
- [62] Tomanik, S. Harris, GE and Hawkins, J (2004), "The relationship between behaviours exhibited by children with autism and maternal stress", *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 29(1), PP: 16-26.
- [63] Webb, J. R. Dula, C. S and Brewer, K (2012), "Forgiveness and aggression among college students", *Journal of Spirituality in Mental Health*, 14(1), PP: 38-58.
- [64] Webster, A. Feiler, A. Webster, V and Lovell, C (2004), "Parental perspectives on early intensive intervention for children diagnosed with autistic spectrum disorder", *Journal of early childhood research*, 2(1), PP: 25-49.
- [65] Zhang, R. Zhang, HF. Han, JS and Han, SP (2017), "Genes related to oxytocin and arginine-vasopressin pathways: associations with autism spectrum disorders", *Neurosci Bull*, 33, PP: 238-46.