

بررسی و مقایسه استرس والدگری، راهبردهای مقابله‌ای و کارکرد خانواده در والدین کودکان مبتلا به اتیسم و کودکان عقب‌مانده ذهنی با والدین کودکان بهنجار

مرضیه اسماعیلیان^۱، نسرین اسماعیلیان^۲، محسن دهقانی^۳، مرجان حسنونند^۴
^۱ کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه خوارزمی.
^۲ دانشجوی دکتری روان‌شناسی بالینی دانشگاه شهید بهشتی.
^۳ دانشیار روان‌شناسی بالینی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه شهید بهشتی.
^۴ دانشجوی دکتری روان‌شناسی سلامت، دانشگاه خوارزمی.

نام نویسنده مسئول:

نسرین اسماعیلیان

چکیده

مقدمه: ابتلای کودک به یک بیماری نافذ، مزمن، و غیر قابل درمان بقدری ناراحت کننده است که علاوه بر چالش‌های مراقبت از کودک، والدین را با بار مراقبت نیز مواجه می‌سازد. پژوهش حاضر با هدف مقایسه استرس والدگری، راهبردهای مقابله‌ای، و کارکرد خانواده در والدین کودکان مبتلا به اتیسم و عقب‌ماندگی ذهنی با والدین کودکان بهنجار انجام شد.

مواد و روش‌ها: ابزارهای راهبردهای مقابله‌ای (CRI)، استرس والدگری (PSI)، و کارکرد خانواده (FAD) بعد از نمونه‌گیری تصادفی برای تکمیل در اختیار والدین کودکان مبتلا به اتیسم، عقب‌ماندگی ذهنی، و بهنجار قرار گرفت.

یافته‌ها: والدین کودکان مبتلا به اتیسم و عقب‌ماندگی ذهنی در مقایسه با والدین کودکان بهنجار آشفتگی بیشتر و ارتباط والد - کودک ناکارآمدتری داشتند. ویژگی‌های کودک مشکل‌آفرین تنها بین والدین کودکان مبتلا به اتیسم با والدین کودکان بهنجار متفاوت بود. استرس والدگری در والدین کودکان مبتلا به اتیسم نسبت به دو گروه دیگر بالاتر بود. در دو خرده‌مقیاس مقابله مبتنی بر مهار جسمانی و مقابله مبتنی بر مهار هیجانی، بین والدین کودکان مبتلا به عقب‌ماندگی ذهنی با والدین کودکان بهنجار تفاوت وجود داشت. همچنین کارکرد خانواده والدین کودکان اتیسم در دو خرده‌مقیاس نقش‌ها و آمیختگی عاطفی از دو گروه دیگر متفاوت بودند.

بحث و نتیجه‌گیری: والدین کودکان مبتلا به اختلالات مزمن در مقایسه با والدین کودکان بهنجار در تمام جنبه‌های زندگی با چالش‌های بیشتری روبرو می‌شوند. از اینرو ایجاد تسهیلات لازم به منظور حمایت از این خانواده‌ها باید در اولویت برنامه‌ها قرار گیرد.

واژگان کلیدی: اتیسم، عقب‌ماندگی ذهنی، استرس والدگری، راهبرد مقابله‌ای، کارکرد خانواده، کودک.

مقدمه

اگرچه تولد فرزند یکی از لذت بخش ترین رویدادهایی است که بیشتر زوجین بعد از ازدواج، منتظر آن هستند، با این حال پذیرش نقش والد، یک رویداد استرس آور است. تولد کودک، چالش‌ها و مسئولیت‌های جدیدی برای والدین ایجاد می‌کند. دشوارتر آن است که والدی شاهد تولد کودکی ناتوان باشد (۱). ناتوانی به هر گونه نقص جسمی یا ذهنی گفته می‌شود که در یک یا چند حوزه فعالیت، محدودیت ایجاد کند. اکثر کودکان دارای نیازهای ویژه، ناتوانی‌های رشدی هم دارند. ناتوانی رشدی به هر گونه شرایط جسمانی یا روانی اطلاق می‌شود که در توانایی یک کودک برای رشد جسمانی، شناختی و هیجانی، در مقایسه با کودکان دیگر، اختلال ایجاد کند (۲). اختلالات اتیسم و عقب ماندگی ذهنی در زمره ناتوانی‌های رشدی هستند. اختلال اتیسم یکی از مهم‌ترین اختلالات فراگیر رشدی دوران کودکی است که دارای مشخصه‌های رشد نابهنجار همراه با مختل شدن قابل توجه ارتباط، تعامل اجتماعی، و محدودیت چشمگیر فعالیت‌ها و علائق است (۳). کودکان اتیستیک دارای مشکلات رفتاری بیشماری نظیر رفتارهای کلیشه‌ای، پرخاشگری و طوطی صفتی می‌باشند (۴). چنین رفتارهایی، در پرورش این کودکان مشکلاتی ایجاد می‌کند (۵). عقب‌ماندگی ذهنی نیز نوعی دیگر از ناتوانی‌های رشدی است که مشخصه آن عملکرد هوشی پایین‌تر از حد طبیعی و اختلال در مهارت‌های انطباقی است. منظور از مهارت‌های انطباقی، انجام کارهایی است که در هر سن خاص به طور معمول از فرد انتظار می‌رود. کودک کم‌توان ذهنی از نظر هوشی، جسمی، روانی و اجتماعی به میزان قابل توجهی از همسالان خود متفاوت است، رشد ذهنی کامل ندارد و به دلیل اینکه نمی‌تواند بر رفتارهای خود کنترل داشته باشد مشکلات رفتاری زیادی دارد (۳)، و استرس فراوانی بر والدین خود وارد می‌کند. کودکان دارای نیازهای ویژه، نسبت به کودکان دیگر، به عشق، محبت، حمایت و مراقبت بیشتری نیاز دارند. وظیفه مراقبت از کودکی که در جنبه‌های مختلف زندگی ناتوانی دارد با سطوح بالایی از استرس همراه است (۶،۷). خانواده‌های دارای کودک مبتلا به اختلال مزمن، در نگهداری از کودکان مبتلا، با سختی‌ها و مشکلات بسیار بیشتری در کنار مسائل شغلی و مهارت‌های والدگری مواجه هستند (۸،۹). وجود یک عضو بیمار که نیازمند مراقبت ویژه و حمایت‌های متفاوتی است، می‌تواند نیروی خانواده را مصروف خود کند. این خانواده‌ها احتمالاً با سوال‌ها و نگرانی‌های بیشماری در ارتباط با فرزندشان مواجه می‌شوند، نگرش جامعه به آنها متفاوت است و مجبورند زمان بیشتری را برای نگهداری از کودکشان صرف کنند. این امر در خانواده‌هایی که منابع محدودی دارند باعث می‌شود که والدین نتوانند به همه ابعاد دیگر زندگی به اندازه کافی رسیدگی کنند و در نتیجه کارکرد خانواده را با مشکل مواجه می‌سازد. چگونگی واکنش والدین به مشکلات ایجاد شده، به عوامل گوناگون محیطی، فردی و خانوادگی بستگی دارد. برخی از خانواده‌ها این موقعیت را تهدید کننده و غیرقابل کنترل دانسته در حالی که دیگران، آن را به عنوان یک چالش در نظر می‌گیرند و با آن به مقابله می‌پردازند (۱۰). مقابله شامل منابع روانشناختی و راهبردهای مقابله‌ای است که به برطرف کردن، تغییر یا مدیریت یک رویداد استرس‌زا کمک می‌کند. راهبردهای مقابله‌ای تلاش‌های شناختی و رفتاری هستند که افراد برای کنار آمدن با مسائل و مشکلات خود به کار می‌برند. راهبردهای مقابله‌ای مؤثر باعث می‌شوند که واکنش فرد به سطوح بالای استرس‌های موجود کاهش یابد و آثار زیان‌بار آن تعدیل شود. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که سطوح پایین‌تر مقابله با سطوح بالاتر استرس و تنش در نظام خانواده ارتباط دارند. پژوهشگران معتقدند که والدین کودکان اتیستیک نسبت به والدین سایر کودکانی که نیازهای ویژه دارند، استرس بالاتری را تجربه می‌کنند (۱۱، ۱۲، ۵). این میزان از استرس والدگری، نسبت به سایر جمعیت‌ها از جمله مادران کودکان سندرم داون (۱۳)، عقب‌ماندگی ذهنی (۱۴)، ناتوانی‌های یادگیری (۱۵) نیز بالاتر گزارش شده است. همچنین به دلیل مشکلات متعدد در پرورش کودکان با نیازهای ویژه، والدین چنین کودکانی نسبت به والدین بهنجار از سطح استرس بالاتری برخوردار می‌باشند (۱۶، ۱۷، ۱۸، ۱۹). هرچه توانایی والدین 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 (۲۰). به علاوه بین راهبردهای مقابله‌ای با استرس والدگری و سلامت روانی والدین نیز ارتباط وجود دارد (۲۱). کارکرد خانواده و ویژگی‌های کودک می‌توانند میزان استرس والدگری را در والدین پیش‌بینی کنند. هیگینز^۱، بیلی^۲ و پیرس^۳ (۲۰۰۵) عملکرد خانواده و راهبردهای مقابله‌ای خانواده‌های دارای کودک مبتلا به طیف اتیسم را مورد بررسی قرار دادند و به این نتیجه رسیدند که مراقبان این کودکان رضایت زناشویی، همبستگی و سازگاری خانوادگی کمتری نسبت به گروه بهنجار دارند. طبق یافته‌های میدل بورک^۴ (۱۹۸۷)، راهبردهای مقابله‌ای بسته به منبع استرس موجود متفاوت هستند، بنابراین در مقایسه با سایر متغیرها (مثل عوامل فشارزای زندگی، رضایتمندی زناشویی و وضعیت اجتماعی - اقتصادی)، استرس والدگری پیش‌بینی کننده معناداری برای عملکرد خانواده است. پژوهش حاضر با هدف مقایسه استرس والدگری، راهبردهای مقابله‌ای و کارکرد خانواده در والدین کودکان مبتلا به اتیسم و

1. Higgings

2. Bailey

3. Pearce

4. Middlebrook

عقب مانده ذهنی با والدین کودکان بهنجار انجام پذیرفت تا ضمن بررسی عوامل استرس‌زا به اثر تعاملی آن با کارکرد خانواده و راهبردهای مقابله‌ای بپردازد.

مواد و روش‌ها

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

جامعه آماری پژوهش حاضر، کلیه والدین دارای کودکان ۸ تا ۱۲ ساله‌ی مبتلا به اختلال اتیسم و عقب‌ماندگی ذهنی بودند که در زمان اجرای پژوهش به مراکز درمانی و توانبخشی مربوطه در شهر تهران مراجعه کرده بودند. تمامی والدین کودکان بهنجار ۸ تا ۱۲ ساله‌ی شهر تهران نیز جزء جامعه این پژوهش به شمار می‌رفتند. حجم نمونه در پژوهش حاضر، ۱۱۱ نفر بود که از بین آن‌ها، ۳۲ نفر والدین کودکان مبتلا به اتیسم؛ ۲۸ نفر والدین کودکان عقب مانده ذهنی و بقیه والدین کودکان بهنجار بودند. همه شرکت‌کنندگان به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند.

ابزار پژوهش

پرسشنامه راهبردهای مقابله‌ای بیلینگز و موس (CRI): این پرسشنامه توسط بیلینگز^۵ و موس^۶ (۱۹۸۱) برای بررسی نحوه پاسخگویی افراد به حوادث استرس‌زا ساخته شد که در ابتدا دارای ۱۹ سؤال بلی / خیر بود. بیلینگز و موس در سال ۱۹۸۴، در بررسی رفتار مقابله‌ای گروهی از بیماران افسرده، آیت‌های پرسشنامه قبلی را به ۳۲ ماده افزایش دادند و برای پاسخ‌ها، از مقیاس لیکرت ۴ درجه‌ای (= ۰) هرگز، ۱ = گاهی، ۲ = اغلب، و ۳ = همیشه) استفاده کردند. این پرسشنامه دارای ۵ خرده مقیاس مقابله مبتنی بر ارزیابی شناختی، مقابله مبتنی بر حل مسئله، مقابله مبتنی بر هیجان، مقابله مبتنی بر جلب حمایت اجتماعی و سرانجام مقابله مبتنی بر مهار جسمانی یا جسمانی کردن مشکلات است. حسینی قدمگاهی (۱۳۷۶)، ضریب پایایی بازآزمایی این پرسشنامه را ۰/۷۹؛ و اعتبار همسانی درونی آن را از ۰/۴۱ تا ۰/۶۶ گزارش کرده است. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌های مقابله مبتنی بر ارزیابی شناختی، مقابله مبتنی بر حل مسئله، مقابله مبتنی بر مهار هیجانی، مقابله مبتنی بر جلب حمایت اجتماعی و مقابله مبتنی بر مهار جسمانی به ترتیب ۰/۷۴، ۰/۶۶، ۰/۶۱، ۰/۷۲، ۰/۶۱ بود.

ابزار سنجش خانواده (FAD): ابزار سنجش خانواده یک ابزار خود سنجی ۶۰ سوالی است که برای اندازه‌گیری ابعاد شش‌گانه مدل مک مستر از کارکرد خانواده شامل حل مسئله (توانایی خانواده در حل و فصل مشکلات برای حفظ کارکرد مؤثر خانواده)، ارتباطات (تبادل کلامی اطلاعات درون خانواده)، نقش‌ها (الگوهای تکرار شونده رفتار که اعضای خانواده با آنها کارکرد خانوادگی را به انجام می‌رسانند)، پاسخ‌گویی عاطفی (کیفیت، کمیت، و تناسب پاسخ‌های خانواده به محرک‌های عاطفی)، آمیختگی عاطفی (ابزار علاقه و اهمیت دادن خانواده به فعالیت‌های خاص اعضای خود)، و کنترل رفتار (الگویی که خانواده برای مدیریت رفتار در سه حوزه‌ی خطر جسمی، نیازها و سائق‌های روانشناختی، و رفتار اجتماعی) ساخته شده است و یک ارزیابی از کارکرد کلی نیز به دست می‌دهد. نمره بالاتر در هر بعد نشان‌دهنده‌ی کارکرد مسئله‌ساز خانواده است (۲۲). نجاریان (۱۳۷۴) آلفای کرونباخ این پرسشنامه برای کارکرد کلی را ۰/۹۴ به دست آورده است. اعتبار بازآزمایی پرسشنامه ۰/۸۲ بود. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌های حل مسئله، ارتباطات، نقش‌ها، پاسخ‌گویی عاطفی، آمیختگی عاطفی، کنترل رفتار، و کارکرد کلی خانواده به ترتیب ۰/۷۲، ۰/۷۰، ۰/۸۳، ۰/۸۱، ۰/۷۶، ۰/۷۷، ۰/۸۵، ۰/۹۱ و ۰/۹۱ بود.

شاخص استرس والدگری (PSI): این شاخص ۳۶ آیتی در سال ۱۹۹۰ توسط آبیدين^۷ منتشر گردید که یک فرم بلند ۱۲۰ آیتی هم دارد. این مقیاس از سه بخش تشکیل شده است و سه منبع اصلی تنیدگی و استرس در والدین را می‌سنجد. در بخش اول ادراک والدین از ویژگی‌ها و رفتارهای مشکل‌زای کودک سنجیده می‌شود. در بخش دوم، ویژگی‌های اصلی والدین و متغیرهای خانوادگی که می‌توانند بر توانایی والدین در مراقبت از فرزندشان تأثیر بگذارند، و در قسمت سوم موقعیتهای استرس‌زای موقعیتی - جمعیت شناختی زندگی روزمره مورد بررسی قرار می‌گیرد. برای هر ماده به روش لیکرت پنج گزینه‌ای از نمره «۱» تا نمره «۵» در نظر گرفته شده است. در این پژوهش از فرم خلاصه شده این مقیاس استفاده شد. آلفای کرونباخ آن ۰/۹ و اعتبار بازآزمایی در طول ۱۸ روز بعد از اجرای اول، برابر با ۰/۷۵ برای نمره کل استرس والدین محاسبه شد. همچنین با روش تحلیل عاملی تأییدی، با استفاده از مدل سه عاملی وابسته، سه عامل آشفتگی والدین^۸، تعامل ناکارآمد والد - کودک و ویژگی‌های کودک مشکل‌آفرین برای فرم کوتاه این مقیاس در ایران استخراج گردید.

5. Billings

6. Moos

7. Abidin

8. parental distress

یافته‌ها

در پژوهش حاضر، والدین کودکان مبتلا به اوتیسم، عقب مانده ذهنی، و کودکان بهنجار در سه حوزه‌ی استرس والدگری، کارکرد خانواده، و راهبردهای مقابله‌ای با هم مقایسه شدند. میانگین و انحراف معیار والدین این سه گروه، در خرده مقیاس‌های سه حوزه مذکور در جدول ۱ نشان داده شده است.

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار خرده مقیاس‌های پرسشنامه‌های استرس والدگری، کارکرد خانواده، و راهبردهای مقابله‌ای در والدین کودکان مبتلا به اوتیسم، عقب مانده ذهنی، و والدین کودکان بهنجار

پرسشنامه	متغیر شاخص	اتیسم M (SD)	عقب مانده M (SD)	بهنجار M (SD)
استرس والدگری	آشناختگی والدین	۳۶/۲ (۹/۷)	۳۱/۶ (۷/۶)	۲۷/۳ (۶/۲)
	تعامل ناکارآمد والد - کودک	۳۳/۶ (۱۰/۷)	۲۸/۳ (۶/۳)	۲۳/۷ (۸/۵)
	ویژگی‌های کودک مشکل آفرین	۳۵/۹ (۸/۴)	۳۰/۸ (۵)	۲۷/۲ (۸/۱)
	ارتباطات	۲۳/۵ (۳/۱)	۲۳/۴ (۴/۱)	۲۲/۴ (۴/۱)
کارکرد خانواده	نقش‌ها	۳۵/۱ (۴/۴)	۳۲/۵ (۴/۲)	۳۱/۹ (۴/۶)
	پاسخگویی عاطفی	۱۷/۷ (۳/۲)	۱۷/۱ (۲/۹)	۱۶ (۳)
	آمیختگی عاطفی	۲۴/۱ (۳/۲)	۲۲/۲ (۱/۶)	۲۲/۸ (۲/۶)
	کنترل رفتار	۲۸/۴ (۳/۵)	۲۷/۳ (۲/۷)	۲۷/۱ (۳/۱)
راهبردهای مقابله‌ای	حل مسئله	۱۲/۱ (۲/۹)	۳۰/۹ (۵/۶)	۲۹/۹ (۵/۴)
	مقابله مبتنی بر حل مسئله	۴/۷ (۱/۷)	۴/۵ (۱/۴)	۴/۵ (۱/۲)
	مقابله مبتنی بر مهار هیجانی	۱۴/۷ (۴/۴)	۱۵/۷ (۴/۱)	۱۳/۷ (۲/۹)
	مقابله مبتنی بر مهار شناختی	۱۰/۶ (۳/۱)	۹/۷ (۲/۵)	۱۰/۶ (۲/۷)
	مقابله مبتنی بر مهار جسمانی	۷/۹ (۳/۷)	۶/۵ (۳/۴)	۴/۱ (۲/۵)
	مقابله مبتنی بر جلب حمایت اجتماعی	۵/۶ (۲/۱)	۵/۵ (۲/۶)	۵/۵ (۱/۷)

M = میانگین، SD = انحراف استاندارد، N = فراوانی

به منظور مقایسه والدین این سه گروه در حوزه‌های استرس والدگری، کارکرد خانواده و راهبردهای مقابله‌ای، از آزمون تحلیل واریانس چند متغیره (MANOVA) استفاده شد که نتایج آن در جدول ۲ نشان داده شده است.

جدول ۲: نتایج تحلیل واریانس چند متغیره در حوزه‌های استرس والدگری، کارکرد خانواده و راهبردهای مقابله‌ای در سه گروه پژوهش

شاخص‌ها	خرده مقیاس‌ها	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	قدرت مطالعه
استرس والدگری	آشناختگی والدین	۲ و ۱۰۸	۸۳/۵	۱۳/۹۶	$P < .0001$	۰/۹۹
	تعامل ناکارآمد والد - کودک	۲ و ۱۰۸	۱۰۹۶/۷	۱۴/۶۲	$P < .0001$	۰/۹۹
	ویژگی‌های کودک مشکل آفرین	۲ و ۱۰۸	۸۱۲/۷	۱۴/۴۳	$P < .0001$	۰/۹۹
کارکرد خانواده	ارتباطات	۲ و ۱۰۸	۲۳/۱	۱/۵۷	۰/۲۱	۰/۳۲
	پاسخگویی عاطفی	۲ و ۱۰۸	۲۴/۳	۲/۵۷	۰/۰۸	۰/۵۰
	آمیختگی عاطفی	۲ و ۱۰۸	۲۵/۷	۳/۷۲	۰/۰۲	۰/۶۷
	کنترل رفتاری	۲ و ۱۰۸	۲۳/۲	۲/۲۷	۰/۱	۰/۴۵
راهبردهای مقابله‌ای	نقش‌ها	۲ و ۱۰۸	۱۰۹/۷	۵/۴	۰/۰۰۶	۰/۸۴
	حل مسئله	۲ و ۱۰۸	۲/۰۱	۰/۲۵	۰/۷۷	۰/۰۸
	کارکرد کلی خانواده	۲ و ۱۰۸	۸۶/۳۷	۲/۸	۰/۰۳	۰/۵۴
راهبردهای مقابله‌ای	مقابله مبتنی بر حل مسئله	۲ و ۱۰۸	۰/۱۴	۰/۰۷	۰/۹۴	۰/۰۶
	مقابله مبتنی بر مهار هیجانی	۲ و ۱۰۸	۴۶/۷	۳/۳۹	۰/۰۳	۰/۶۳

۰/۲۵	۰/۳۳	۱/۱۳	۸/۹	۲ و ۱۰۸	مقابله مبتنی بر مهار شناختی
۱	$P < 0.0001$	۱۷/۳۷	۱۶۶/۸	۲ و ۱۰۸	مقابله مبتنی بر مهار جسمانی
۰/۰۶	۰/۹۳	۰/۰۶	۰/۲۹	۲ و ۱۰۸	مقابله مبتنی بر جلب حمایت اجتماعی

* تفاوت‌های معنادار آماری سایه‌دار شده‌اند.

همانطور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود بین آشفتگی والدین، تعامل ناکارآمد والد-کودک، ویژگی‌های کودک مشکل آفرین، آمیختگی عاطفی، نقش‌ها، کارکرد کلی خانواده، مقابله‌های مبتنی بر مهار هیجانی، و مهار جسمانی بین والدین کودکان مبتلا به اتیسم، و عقب‌ماندگی ذهنی با کودکان بهنجار تفاوت معناداری وجود دارد. برای بررسی معناداری تفاوت جفت گروه‌ها در خرده مقیاس‌های مذکور، از آزمون تعقیبی توکی استفاده شد که نتایج آن در جدول ۳ آمده است.

جدول ۳: آزمون تعقیبی توکی در مورد بررسی خرده مقیاس‌های پرسشنامه‌های **FAD**، **PSI**، و **CRI** در سه گروه والدین

خرده مقیاس‌ها	مقایسه زوجی گروه‌های I و J	تفاوت میانگین دو گروه	انحراف معیار	سطح معناداری
آشفتگی والدین	اتیسم	۴/۸۲	۲/۰۱	۰/۰۴۷
	عقب مانده	۴/۳۷	۱/۸	۰/۰۴۵
	بهنجار	۹/۱۹	۱/۷۵	۰/۰۰۰۱
تعامل ناکارآمد والد - کودک	اتیسم	۵/۶۷	۲/۲۶	۰/۰۳۶
	عقب مانده	۴/۹	۲/۰۳	۰/۰۴۵
	بهنجار	۱۰/۵۸	۱/۹۶	۰/۰۰۰۱
ویژگی‌های کودک مشکل آفرین	اتیسم	۵/۴۷	۱/۹۵	۰/۰۱۷
	عقب مانده	۳/۶۷	۱/۷۵	۰/۰۹۷
	بهنجار	۹/۱۴	۱/۷	۰/۰۰۰۱
نقش‌ها	اتیسم	۳/۶۸	۱/۴۱	۰/۰۲۹
	عقب مانده	۰/۴۱	۱/۲	۰/۹۴
	بهنجار	۳/۲۸	۱/۱۳	۰/۰۱۴
آمیختگی عاطفی	اتیسم	۲/۲	۰/۸۵	۰/۰۳
	عقب مانده	۰/۴۲	۰/۷۲	۰/۷۸
	بهنجار	۱/۷۱	۰/۶۸	۰/۰۳
کارکرد کلی خانواده	اتیسم	۳/۶	۱/۷۴	۰/۱
	عقب مانده	۰/۰۹	۱/۴۸	۰/۹۹
	بهنجار	۳/۵۲	۱/۴	۰/۰۳
مقابله مبتنی بر مهار جسمانی	اتیسم	۰/۷۲	۰/۹۷	۰/۷۳
	عقب مانده	۲/۱۴	۰/۸۷	۰/۰۴
	بهنجار	۱/۴	۰/۸۴	۰/۲۲
مقابله مبتنی بر مهار هیجانی	اتیسم	۱/۶	۰/۸	۰/۱۲
	عقب مانده	۲/۴۳	۰/۷۳	۰/۰۰۳
	بهنجار	۰/۱۷	۰/۴۷	۰/۹۳

* تفاوت‌های معنادار آماری سایه‌دار شده‌اند.

همانطور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، بین والدین کودکان اتیسم و عقب‌مانده ذهنی تنها در خرده مقیاس‌های آشفتگی والدین، تعامل ناکارآمد والد - کودک، ویژگی‌های کودک مشکل آفرین، نقش‌ها و آمیختگی عاطفی تفاوت معناداری وجود دارد، همچنین با توجه به داده‌های موجود در جدول ۱، میانگین این عوامل در والدین کودکان مبتلا به اتیسم بیشتر از والدین کودکان مبتلا به عقب‌ماندگی ذهنی است. بین والدین کودکان بهنجار و عقب‌مانده ذهنی نیز تنها در خرده مقیاس‌های آشفتگی والدین، تعامل ناکارآمد والد - کودک، مقابله مبتنی

بر مهار جسمانی، و مقابله مبتنی بر مهار هیجانی تفاوت معنادار وجود دارد. با رجوع به جدول ۱ مشاهده می‌شود که میانگین نمرات والدین کودکان عقب مانده ذهنی در ۴ خرده مقیاس مذکور، بیشتر از والدین کودکان بهنجار است. سرانجام همانطور که در جدول ۳ نمایش داده شده است بین والدین کودکان اتیسم و کودکان بهنجار در خرده مقیاس‌های آشفتگی والدین، تعامل ناکارآمد والد - کودک، ویژگی‌های کودک مشکل آفرین، نقش‌ها، آمیختگی عاطفی، و کارکرد کلی خانواده تفاوت معناداری وجود دارد. با توجه به جدول ۱، میانگین نمرات والدین کودکان اتیسم در این خرده مقیاس‌ها بیشتر از میانگین نمرات والدین کودکان بهنجار است.

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف مقایسه استرس والدگری، راهبردهای مقابله‌ای و کارکرد خانواده در والدین کودکان مبتلا به اتیسم و عقب ماندگی ذهنی با والدین کودکان بهنجار انجام گرفت. نتایج نشان داد که بین والدین کودکان مبتلا به اتیسم، عقب‌ماندگی ذهنی، و کودکان بهنجار در زمینه‌های آشفتگی والدین، تعامل ناکارآمد والد - کودک و نیز نمره کل استرس والدگری تفاوت معناداری وجود دارد. به این معنا که والدین کودکان اتیستیک در مقایسه با والدین کودکان عقب مانده ذهنی و کودکان بهنجار، آشفتگی و استرس بیشتری را تجربه کرده و تعامل والد - کودک ناکارآمدتری دارند. در مورد والدین کودکان مبتلا به عقب ماندگی در مقایسه با کودکان بهنجار نیز همین نتیجه به دست آمد. این یافته با نتایج پژوهش‌های قبلی همسو است (۵، ۱۳، ۱۹، ۲۱). کودکان مبتلا به بیماری‌های مزمن به علت شرایط خاصی که در خانواده به وجود می‌آورند، و نیز شناخت‌های منفی اطرافیان نسبت به آن‌ها استرس زیادی در والدین ایجاد می‌کنند (۵)، و موجب آشفتگی روانی آن‌ها می‌گردند. به علاوه آشفتگی والدین با آشفتگی کودک رابطه مستقیم دارد (۲۴). نگرش‌ها و رفتار والدین، بی‌شک بر نگرش و رفتار کودکان مبتلا تأثیر می‌گذارد (۲۵)، و باعث تعامل ناکارآمد والد - کودک می‌گردد. در واقع به نظر می‌رسد که والدین این کودکان معمولاً در برقراری ارتباط با کودک خود دچار مشکل هستند. این امر می‌تواند از یک سو به ویژگی‌های کودک و از سوی دیگر به عدم شناخت کافی و عدم آگاهی والدین از ماهیت این اختلال و خصوصیتی که به کودک تحمیل می‌کند، مربوط باشد و منجر به ارتباط کمتر والدین با کودک شود (۲۶). کاهش ارتباط با کودک، اضطراب و استرس والدین را افزایش می‌دهد (۲۷)، در فرآیند حل مسئله اختلال ایجاد می‌کند و احتمالاً منجر به ناامیدی والدین، احساس ناکارآمدی و ناتوانی در انجام وظایف والدینی، و در نتیجه آشفتگی بیشتر آن‌ها می‌گردد. اگر والدین احساس بی‌کفایتی داشته باشند، ناتوان شده و دچار استرس شدیدتر و احساس اعتماد به نفس پایین‌تر می‌گردند، و بتدریج به افسردگی و سایر مشکلات روانی مبتلا می‌گردند و این عوامل توانایی و کارآمدی آن‌ها را برای تربیت مؤثر تحت تأثیر قرار می‌دهد (۲۸). پژوهشگران دریافته‌اند که استرس والدین، روش‌های تنبیهی آن‌ها را تحت تأثیر قرار می‌دهد و این امر مستقیماً رفتارهای مقابله‌ای و پرخاشگرانه کودک را افزایش می‌دهد (۲۹). به علاوه کم‌کم متوجه می‌شوند که درمان قطعی برای این اختلالات وجود ندارد، پیش‌آگهی بیماری چندان مطلوب نیست، جامعه و حتی سایر اعضای خانواده رفتارهای این کودکان را نمی‌پذیرند، و کسب حمایت‌های عاطفی و مالی از منابع بیرونی، نیازمند فرآیندهای طولانی و پرهزینه‌ای است (۳۰، ۳۱). این عوامل به نوبه خود منجر به استرس زیادی در والدین می‌گردند و بر تعامل والد - کودک اثر منفی دارند. از آنجایی که علائم اختلال اتیسم بعد از یک دوره رشد طبیعی، آشکار می‌شود، والدین این کودکان را با سردرگمی بیشتری مواجه می‌کنند. از طرف دیگر تشخیص این اختلال بسیار دشوار است و معمولاً بسیار دیر تشخیص داده می‌شود. تشخیص دیر هنگام موجب می‌شود که والدین فکر کنند که زمان‌های مهمی را که می‌توانسته نقش مفیدی در بهبود کودکشان داشته باشد از دست داده‌اند و با استرس زیادی مواجه می‌شوند. الکاندری^۹ (۲۰۰۶)، در پژوهش خود نشان داد که والدین کودکان مبتلا به عقب ماندگی ذهنی در مقایسه با کودکان بهنجار، فشار روانی بیشتری را تجربه می‌کنند. این کودکان از نظر هوشی، جسمی، روانی، و اجتماعی به میزان قابل توجهی متفاوت از همسالان خود هستند چرا که نمی‌توانند بر رفتارهای خود کنترل داشته باشند و دچار مشکلات رفتاری زیادی می‌شوند (۳). این ویژگی‌ها استرس فراوانی به والدین وارد می‌کند. کودکان دارای نیازهای ویژه، نسبت به کودکان دیگر، به عشق، محبت، حمایت و مراقبت بیشتری نیاز دارند. وظیفه مراقبت از کودکی که در جنبه‌های مختلف زندگی ناتوانی دارد با سطوح بالایی از استرس همراه است (۶، ۷، ۹). همچنین یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که ویژگی‌های کودک مشکل‌آفرین در کودکان مبتلا به اتیسم در مقایسه با کودکان مبتلا به عقب ماندگی ذهنی و کودکان بهنجار متفاوت بود در حالی که بین کودکان مبتلا به عقب ماندگی ذهنی و کودکان عادی هیچ تفاوت معناداری در این زمینه به دست نیامد. بررسی‌های انجام شده روی والدین کودکان مبتلا به اتیسم نشان داده است که آن‌ها در مراقبت از کودک خود با استرس‌های بسیاری مواجه‌اند (۱۱، ۲۶). این استرس‌ها می‌تواند مربوط به کودک، والد، یا جامعه باشد. یکی از عواملی که می‌تواند موجب استرس والدگری در مادران کودکان اتیستیک شود، ماهیت اختلال اتیسم است که طیف متنوعی از ناهنجاری‌های زبانی، ارتباطی، رفتاری، و اجتماعی را در بر می‌گیرد (۳۲). مشکلات رفتاری، و شدت ناتوانی‌ها (۳۳، ۳۲) پیش‌بینی‌کننده‌های مهمی برای استرس والدگری در کودکان مبتلا به اتیسم هستند. سایر خصوصیات کودک مانند عدم سازش‌پذیری و میزان حواس‌پرتی نیز ممکن است میزان استرس والدین را افزایش دهند (۳۲).

نتایج این پژوهش در زمینه راهبردهای مقابله‌ای تأیید می‌کنند که فقط در دو خرده‌مقیاس مقابله مبتنی بر مهار جسمانی و مقابله مبتنی بر مهار هیجانی بین والدین کودکان مبتلا به عقب‌ماندگی ذهنی با والدین کودکان عادی تفاوت معنادار وجود دارد در حالی که مقایسه کودکان مبتلا به اتیسم با کودکان عادی و نیز کودکان مبتلا به اتیسم با کودکان مبتلا به عقب‌ماندگی ذهنی در هیچ کدام از خرده‌مقیاس‌های پرسشنامه راهبرد مقابله‌ای تفاوت معناداری را نشان نداد. به منظور تبیین این یافته می‌توان به پژوهش بیورز^{۱۰} و همکاران در سال ۱۹۸۶

^۹. Al-kandari

^{۱۰}. Beavers

اشاره کرد. این پژوهشگران به نقش ارزیابی شناختی به عنوان محور فرآیند مقابله‌ای اشاره می‌کنند. ارزیابی شناختی والدین کودکان مبتلا به عقب ماندگی ذهنی در مورد وقایع استرس‌زا و توانایی مقابله‌ای خود، و بازخورد و ادراکی که نسبت به وقایع و رفتارهای کودک دارند، بر ادراک آنان از توانایی خود برای مقابله کردن اثر می‌گذارد. والدین کودکان مبتلا به عقب‌ماندگی ذهنی احتمالاً به دلیل فشارها و چالش‌هایی که به علت نگهداری از کودک ناتوان خود تجربه می‌کنند، عمدتاً مهارت لازم برای مقابله با این شرایط را کسب نکرده و از راهبردهای مقابله‌ای کمتر مؤثر نظیر مقابله‌های هیجان‌مدار مانند اضطراب، احساس گناه، یا اجتناب (۱۷)، و مقابله‌های مبتنی بر مهار جسمانی برای مثال جسمانی کردن مشکلات استفاده می‌کنند. آن‌ها با احساس مسئولیت، و احتمالاً احساس گناهی که در تولد فرزند بیمار خود دارند در این شرایط مشکلات جدی‌تری را تجربه می‌کنند. بنابراین یکی از مهم‌ترین راهکارهای بهبود مهارت‌های مقابله‌ای و کاهش استرس والدین، توجه به آموزش راهبردهای مقابله‌ای است. علاوه بر این موارد سایر پژوهشگران معتقدند که تعیین اثرات مضر حضور کودک کم توان ذهنی بر زندگی والدین کار ساده‌ای نیست، زیرا برخی خانواده‌ها سازگاری خوبی نشان می‌دهند در حالی که برخی دیگر دستخوش تلاطم و ناسازگاری می‌شوند (۳۳). نوع واکنش والدین احتمالاً براساس ویژگی‌های شخصیتی والدین و متغیرهای روان‌شناختی (برای مثال شیوه‌های مقابله‌ای) پیش‌بینی می‌شود.

همچنین نتایج پژوهش حاضر نشان داد که در زمینه کارکرد خانواده تنها تفاوت معنادار، در دو بعد نقش‌ها و آمیختگی عاطفی، بین کودکان مبتلا به اتیسم در مقایسه با کودکان مبتلا به عقب‌ماندگی ذهنی و کودکان عادی بود. حضور کودکان مبتلا به یک اختلال مزمن بر کل سیستم خانواده تأثیر می‌گذارد (۹،۳۱)، و تغییراتی اساسی در ساختار و کارکرد خانواده به وجود می‌آورد. همزمان با این تغییرات، خانواده باید به توزیع دوباره نقش‌ها و فرآیندهای ارتباطی صریح بپردازد. مسئولیت‌های جدید (همچون نیازهای مراقبتی کودکان، فعالیت والدین برای سر و سامان دادن، و منظم کردن کارهای کودک در موقعیت‌هایی مانند خانه و مدرسه، و تأمین منابع مالی مورد نیاز برای مخارج سنگین این کودکان)، و نیز تغییرات ساختاری و کارکردی، می‌توانند بر سلامت روانی هر دو والد اثر بگذارند. والدین در این شرایط با آشفتگی نقش مواجه شده، و متعاقباً با کمتر شدن تقسیم وظایف، و نیز کاهش ابراز عواطف در درون خانواده و در بین زوجین، تعارض و نارضایتی افزایش می‌یابد (۳۲). پژوهشگران به وجود اختلالات خلقی مانند افسردگی والدین به خصوص مادر، و همچنین سطوح بالای اضطراب، استرس، انزوا و بلاتکلیفی در والدین و سایر اعضای خانواده اشاره می‌کنند که بر سلامت روان و کیفیت زندگی خانوادگی آن‌ها تأثیر می‌گذارد (۲۶، ۸، ۵). معمولاً والدین این کودکان سازش‌پذیری خانوادگی، کفایت، حس توانایی والدینی و رضایت زناشویی کمتری دارند (۳۳). والدین کودکان مبتلا به اتیسم در بعد آمیختگی عاطفی با گروه بهنجار متفاوتند. در تبیین این یافته می‌توان گفت که این والدین تحت تأثیر عضو بیمار قرار گرفته‌اند، یعنی به دلیل افزایش چالش‌ها و مسئولیت‌های نگهداری از این کودکان، درجه و کیفیت علاقه، توجه، و سرمایه‌گذاری آن‌ها برای یکدیگر در مواجهه با بحران بیماری کاهش یافته است. عدم تفاهم والدین در پذیرش کودک، نیز یک عامل استرس‌زا است که کیفیت زندگی خانوادگی را تحت تأثیر قرار می‌دهد. والدین در تنهایی خود به ارزیابی زندگیشان می‌پردازند و مشاهده می‌کنند تمام وقت خود را صرف کودک و درمان او کرده‌اند، از سایر فرزندان غفلت نموده، از اجتماع و بستگان فاصله گرفته‌اند، هیچ اوقات فراغتی برای خود نداشته، و زمان فراغتی را برای یکدیگر نیز اختصاص نداده‌اند. بعضی یکدیگر را مقصر این اوضاع قلمداد کرده و همه مسئولیت‌ها را متوجه یکدیگر می‌دانند. در این صورت زندگی آن‌ها به شدت مورد تهدید قرار می‌گیرد و والدین با فشار روانی ناشی از احتمال تزلزل بنیان خانواده مواجه خواهند شد.

کارکرد کلی خانواده نیز تنها در والدین کودکان مبتلا به اتیسم با والدین کودکان عادی متفاوت بود. مهم‌ترین عامل استرس‌زایی که والدین کودکان اتیستیک تجربه می‌کنند، نگرانی راجع به تداوم شرایط، پذیرش کم جامعه و حتی سایر اعضای خانواده نسبت به رفتارهای کودک اتیستیک و نیز شکست در دریافت حمایت‌های اجتماعی است (۳۱). اگرچه در بیشتر مواقع، اجتماع، مردم، بستگان و نزدیکان می‌توانند منابع حمایتی خوبی برای کودک و خانواده او باشند، اما پژوهش‌ها نشان داده‌اند که بسیاری از خانواده‌های دارای کودک مبتلا به اتیسم از اینکه جامعه پیرامون و حتی نزدیکان، رویکرد شناختی منفی نسبت به آن‌ها و کودکشان دارند رنج می‌برند. بنابراین والدین گاهی سعی می‌کنند از اجتماع کناره‌گیری کرده و مسائل را در درون خانواده انباشته کنند. منزوی کردن کودک و خود، ابعاد و جنبه‌های مختلف فشار روانی را افزایش می‌دهد. این عوامل بر کارکرد کلی سیستم خانواده تأثیر نامطلوبی دارد. بنابراین با توجه به آنچه گفته شد، کمک به این خانواده‌ها به ویژه در حوزه‌هایی مانند کارکرد خانواده اهمیت دارد و لازم است که تسهیلات همه‌جانبه‌ای به این خانواده‌ها ارائه شود.

یافته‌های این پژوهش با توجه به این محدودیت‌ها باید تفسیر شود. از آنجایی که انتخاب مراکز نگهداری از کودکان مبتلا به بیماری‌های مزمن به طور تصادفی امکان‌پذیر نبود، نتایج پژوهش حاضر به والدین تمام کودکان مبتلا به اتیسم و عقب‌ماندگی ذهنی قابل تعمیم نیست. همچنین این پژوهش، یک پژوهش مقطعی است و نمی‌تواند ادعا کند که همه استرس‌های والدین، ناشی از تولد کودک بیمار است و در تفسیر نتایج می‌بایست مورد توجه قرار گیرد. بنابراین به دلیل عدم بررسی اطلاعاتی مانند شرایط و استرس‌های خانواده قبل از شروع بیماری و نیز سایر عواملی که احتمالاً بر متغیرهای پژوهش تأثیر می‌گذارند نمی‌توان از یافته‌های پژوهش نتیجه‌گیری علی کرد.

نتایج پژوهش حاضر نشان دهنده وجود تفاوت بین والدین کودکان مبتلا به اتیسم و والدین کودکان مبتلا به عقب‌ماندگی ذهنی با والدین کودکان بهنجار در زمینه آسفتگی والدین، تعامل ناکارآمد والد - کودک، ویژگی‌های کودک مشکل‌آفرین، و به طور کلی استرس والدگری، باید مهارت‌های مدیریت استرس، برقراری ارتباط مؤثر با کودکان مبتلا به این اختلالات، و استفاده از راهبردهای مؤثر فرزندپروری در شرایط گوناگون، به والدین این کودکان آموزش داده شود. همچنین بکارگیری راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد مانند مقابله مبتنی بر مهار جسمانی، و مقابله مبتنی بر مهار هیجانی توسط والدین کودکان مبتلا به عقب‌ماندگی ذهنی نیز نشان می‌دهد که باید خدماتی مانند برگزاری دوره‌های آموزشی در خصوص افزایش تاب‌آوری خانواده‌ها و ارتقای مهارت‌های مورد نیاز آن‌ها برای مقابله با چالش‌ها برای آن‌ها در نظر گرفته شود. وجود اختلال در نقش و آمیختگی عاطفی در خانواده‌های کودکان مبتلا به اتیسم در مقایسه با والدین کودکان مبتلا به عقب‌ماندگی ذهنی و والدین کودکان بهنجار نیز ضرورت ارزیابی خانواده‌های کودکان مبتلا به این اختلال، و ارائه خدمات آموزشی، مشاوره‌ای، و درمانی ارزان قیمت برای آن‌ها را بیش از پیش آشکار می‌سازد. فراهم ساختن مراکز مراقبتی ارزان قیمت به خانواده‌های مبتلا به اختلالات مزمن نیز می‌تواند در کاهش مشکلات خانوادگی آن‌ها نقش مؤثری داشته باشد.

تشکر و قدردانی

از والدین کودکان مبتلا به اتیسم، و عقب‌ماندگی ذهنی، و مراکز نگهداری از این کودکان که نهایت همکاری را با ما داشتند کمال تشکر را داریم.

منابع و مراجع

- [1] Thompson, C.E. (2000). Raising a handicapped child. New York, NY: Oxford University Press, Inc.
- [2] Pueschel, S. M; Gallagher, P. L; Zartler, A. S. & Pezzullo, J. C. (1987). cognitive and learning processes in children with Down syndrome. *Research of Developmental Disabilities*, 8, 21-37.
- [3] Sadock, B. J., Sadock, V. A. (2003). Pervasive development disorder. Synopsis of psychiatry Lippincott Williams and wilkins.
- [4] Dunlap G, Robbins FR, Darrow MA. Parents reports of their childrens challenging behaviours: Results of a statewide study. *Ment Retardation*. 1994; 32: 206-12.
- [5] Webster, A., Feiler, A., Webster, V., Lovell, C. (2004). Parental perspectives on early intensive intervention for children diagnosed with autistic spectrum disorder. *journal of early childhood research*, 2(25).
- [6] Roach, M. A., Oksmond, G. L., & Barratt, M. S. (1999). Mothers and fathers of children with down syndrome: parental stress and involvement in child care. *American Journal of mental retardation*, 104(5): 422-36.
- [7] Saloviita, T., Italinna, M., Leinonen, E . (2003). Explaning the parental stress of fathers and mothers caring for a child with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability research*, 47(4-5), 300-12.
- [8] Blanchard LT, Gurka MJ, Blackman JA. Emotional, developmental, and behavioural health of American children and their families: A report from the 2003 National Survey of Children's Health. Department Pediatrics. 2006; 117(6): 1202-12.
- [9] Tonge, B., Brereton, A., Kiomall, M., Mackinnon, A., King, N., & Rinehart, N. (2006). Effects on parental mental health of an education & skills training program for parents of young children with autism: A randomized controlled trial. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45(5), 561-569
- [10] Piven , j;Palmer,P. (1999) . Psychiatric disorder and the Broad Autism phenotype: Evidence from a family study of multiple – Incidence Autism. *American Journal Psychiatry*, 156, 557-563.
- [11] Duart CS, Bordin IA, Yazigi L, Mooney J. Factors accossiated with stress in mothers of children with autism. *Autism*. 2005; 9(4): 416-422.
- [12] Billings AG, Moos RH. The role of coping responses and social resources in attenuating the stress of life events. *J Behav Med*, 1981; 4: 139-57.
- [13] Fisman, S, Wolf L. The handicapped child: Psychological effects on parental, marital and sibling relationships. *Psychiatrics Clinics Of North America*. 1991; 14: 199-217.
- [14] Donovan AM. Family stress and ways of coping with adolescents who have handicaps: Maternal perceptions. *Am J Mental Retardation*. 1988; 92: 502- 509.
- [15] Beavers J, Hampson RB, Hulgus YF, Beavers WR. Coping in families with a retarded child. *Fam Process*. 1986; 25(3): 365-77.
- [16] Higgings, D. J., Bailey, S. R., & Pearce, J. C. (2005). Factors associated with functioning style & coping strategies of families with a child with an autism spectrum disorder. *The Intermational Journal of Research and Practice*, 9(2), 125- 137.
- [17] Sivberg, B. (2002). Coping strategies & parental attitudes: A comparison of parents with children with autistic spectrum disorders & parents with non-autistic children. *International Journal of Circumpolar Health*, 61(2).
- [18] Tunali, B., Power, P. G. (2002). Coping by redefinition: Cognitive appraisals in mothers of children with autism & children without autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 32(1), 25-34.
- [19] Dyson LL. Response to the presence of a child with disabilities: Parental stress and family functioning over the time. *American Journal on Mental Retardation*. 1993; 98: 207–18.
- [20] Billings AG, Moos RH. Coping, stress, and resources among adults with unipolar depression. *J Personal Soc Psychol*, 1984; 46: 877-91.

-
- [21] Hasting, R. P., Kovoshof, Brown. (2005). Coping strategies in mothers & fathers of preschool & school-age children with Autism. *The International Journal of Research and Practice*, 9(4), 377-91.
- [22] Epstein NB, Bishop D, Ryan C, Miller & Keitner G. The McMaster model view of healthy family functioning. In forma walsh (Eds). *Normal Fam Processes*. 2005; 138-60.
- [23] Gill, M. J., & Harris, S. L. (1991). Hardiness & social support as predictors of psychological discomfort in mothers of children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 21(4), 407-16.
- [24] Gallagher, J.J., Beckman, P., & Cross, A.H. (1983). Families of handicapped children: Sources of stress and its amelioration. *Exceptional Children*, 50, (1) 10-17.
- [25] Abidin R, Burke W. A parenting stress index. Unpublished Manuscript. University of Virginia. 1978.
- [26] Dunn ME, Burbine T, Bowers, CA, Tantleff-Dunn S. Moderates of stress in parents of children with Autism. *Department Psychol*. 2001; 37(1): 39- 52.
- [27] Rodrigue, J. R., Morgan, S. B., & Geffken, G. (1990). Families of autistic children: Psychological functioning of mothers. *Journal of Clin Child Psychol*, 19, 371-379.
- [28] Gray DT. Everybody just freezes, everybody just embarrassed; felt and enacted stigma among parents of children with high functioning Autism. *Sociology Health & Illn*. 2002; 24(6), 734-49.
- [29] Benderix Y, Nordson B, Sivberg B. Parent's experience of having a child with autism and learning disabilities living in a group home: A case study. *Am J Ment Retard*. 2006; 96(2): 495-503.
- [30] Gray, D. T. (2002). Everybody just freezes, everybody just embarrassed; felt and enacted stigma among parents of children with high functioning Autism. *Sociology of Health & Illness*, 24(6), 734-49.
- [31] Benderix Y, Nordson B, Sivberg B. Parent's experience of having a child with autism and learning disabilities living in a group home: A case study. *Am J Ment Retard*. 2006; 96(2): 495-503.
- [32] Baker-Ericzen MJ, Bookman-Fraze L, Stahmer A. Stress level and adaptability in parents of toddlers with and without autism spectrum disorders. *Res Pract Pers Severe Disabilities*. 2005; 30(4): 194-204.
- [33] Pritzlaff, A. (2001). Examining the coping strategies of parents who have children with disabilities. Dissertation. University of Wisconsin