

The Comparison of Coping Strategies and Hardiness of Mothers of Autistic Children and Mothers of Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder

Maryam Shaebani¹, Asghar Aghaei²

Original Article

Abstract

Background: This study aimed to compare the coping strategies and hardiness in mothers of children with autism spectrum disorder (ASD) and mothers of children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in Isfahan, Iran.

Methods: In this study, we used the causal-comparative research method. The statistical population consisted of mothers of children with autism covered by Autism Society of Isfahan and mothers of children with ADHD who referred to the counseling clinics of Isfahan. Finally, 73 and 64 mothers from each group were respectively selected based on convenience sampling. The research tools were Coping Health Inventory for Parents (CHIP) and Family Hardiness Index (FHI), which were studied and answered by mothers. Data were analyzed by SPSS software.

Findings: Based on the analysis of variance results, there was a significant difference between coping strategies used by the mothers of children with autism and mothers of ADHD group ($P = 0.009$, $F = 6.956$). Meanwhile, no significant differences between the hardiness of the two samples were observed ($P = 0.069$, $F = 3.381$).

Conclusion: Since effective coping strategies increase the level of resilience, hardiness, and wellbeing of mothers and their families, therapists and specialists must necessarily pay more attention to coping patterns and strategies of mothers and design the most effective and appropriate intervention program based on their demographical and personality characteristics.

Keywords: Attention deficit hyperactivity disorder; Autism spectrum disorder; Hardiness; Coping strategies

Citation: Shaebani M, Aghaei A. The Comparison of Coping Strategies and Hardiness of Mothers of Autistic Children and Mothers of Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. J Health Syst Res 2020; 16(4): 228-34.

1- Department of Psychology, School of Educational Science and Psychology, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran
2- Professor, Department of Psychology, School of Educational Science and Psychology, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran

Corresponding Author: Asghar Aghaei; Professor, Department of Psychology, School of Educational Science and Psychology, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran; Email: aghaeipsy@gmail.com

مقایسه شیوه‌های مقابله‌ای و سرسختی مادران دارای فرزند اوتیستیک با مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال بیش‌فعالی - نقص توجه

مریم شعبانی^۱، اصغر آقایی^۲

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: پژوهش حاضر با هدف مقایسه شیوه‌های مقابله‌ای و سرسختی مادران دارای فرزند اوتیستیک با مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال بیش‌فعالی - نقص توجه (ADHD) یا Attention deficit hyperactivity disorder)، در سال ۱۳۹۷ در شهر اصفهان انجام شد.

روش‌ها: این مطالعه از نوع علی-مقایسه‌ای و جامعه آماری آن متشکل از مادران دارای فرزند اوتیستیک تحت پوشش انجمن اوتیسم و مادران دارای فرزند مبتلا به ADHD مراجعه‌کننده به کلینیک‌های مشاوره شهر اصفهان بود. به ترتیب ۷۳ و ۶۴ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس از دو گروه انتخاب شدند. این افراد پرسش‌نامه‌های مقابله با بیماری فرزند (McCubbin Coping Health Inventory for Parents یا CHIP) و شاخص سرسختی خانواده (McCubbin و Thompson Family Hardiness Index یا FHI) را بررسی و تکمیل نمودند. در نهایت، داده‌ها در نرم‌افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: تحلیل واریانس نشان داد که تفاوت معنی‌داری بین شیوه‌های مقابله با بیماری فرزند در مادران دارای فرزند اوتیستیک با مادران دارای فرزند مبتلا به ADHD وجود داشت ($F = 6/956, P = 0/009$)، اما بین سرسختی این دو گروه از مادران تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد ($F = 3/381, P = 0/069$).

نتیجه‌گیری: از آنجایی که شیوه‌های مقابله‌ای کارآمد، منجر به افزایش میزان تاب‌آوری و سرسختی مادران و در نتیجه، ارتقای بهزیستی خانواده می‌شود، توجه بیشتر به الگوها و راهکارهای مقابله‌ای در تعامل با مادران توسط متخصصان و مشاوران، ضروری به نظر می‌رسد تا بر اساس ویژگی‌های شخصیتی و جمعیت‌شناختی افراد، مؤثرترین و مناسب‌ترین برنامه مداخلاتی جهت ارائه حمایت مناسب طراحی گردد.

واژه‌های کلیدی: اختلال بیش‌فعالی - نقص توجه؛ اختلال طیف اوتیسم؛ سرسختی؛ شیوه‌های مقابله

ارجاع: شعبانی مریم، آقایی اصغر. مقایسه شیوه‌های مقابله‌ای و سرسختی مادران دارای فرزند اوتیستیک با مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال بیش‌فعالی - نقص توجه. مجله تحقیقات نظام سلامت ۱۳۹۹؛ ۱۶ (۴): ۲۳۴-۲۲۸

تاریخ چاپ: ۱۳۹۹/۱۰/۱۵

پذیرش مقاله: ۱۳۹۸/۸/۱

دریافت مقاله: ۱۳۹۸/۴/۲۱

مقدمه

احساس طردشدگی و انزوا می‌باشد (۷). از سوی دیگر، اختلال بیش‌فعالی - نقص توجه (ADHD) یا Attention deficit hyperactivity disorder) نیز یک اختلال مزمن رشدی - عصبی است که با پیامدهایی همچون رفتارهای ناکارآمد، عدم انطباق با اصول تربیتی والدین و تکانشگری همراه می‌باشد. والدین کودکان مبتلا به ADHD در مقایسه با گروه شاهد، استرس بالاتر و عزت نفس پایین‌تری را تجربه می‌نمایند و دلگرمی و همدلی کمتری را ابراز می‌کنند. ویژگی مشترک اوتیسم و ADHD، نیاز به مراقبت و توجه طولانی مدت است. بنابراین، شیوه‌های مقابله و سرسختی خانواده اهمیت زیادی می‌یابد (۸). سازگاری موفق در کنار عوامل مختلف، به چگونگی مقابله والدین با استرس بستگی دارد (۹). مادران کودکان مبتلا به اختلالات مزمن، از رفتارهای مقابله‌ای مختلفی استفاده می‌کنند (۱۰) که متأثر از عواملی همچون ویژگی‌های جمعیت‌شناختی (جنسیت، سن، میزان تحصیلات، وضعیت اقتصادی و زبان)،

معلولیت کودکان به وجود هرگونه اختلال جسمی، ذهنی، عقلی و یا حسی اطلاق می‌شود که در تعامل با محدودیت‌های مختلف، منجر به بازدارندگی کامل و مؤثر از حضور در جامعه می‌گردد (۱). پرورش کودک دارای معلولیت به دلیل فشار مسؤولیت بیشتر، بسیار دشوارتر از پرورش یک کودک عادی است (۲). استرس ناشی از پرورش کودک مبتلا به اختلال طیف اوتیسم (Autism spectrum disorder یا ASD) در بیشتر پژوهش‌ها به تأیید رسیده (۳، ۴) و ثابت شده است که میزان استرس عمومی در مادران دارای فرزند اوتیستیک، بسیار بالاتر از مادران دارای فرزند عادی یا فرزند مبتلا به سندرم داون یا تأخیر تکاملی می‌باشد (۵). اوتیسم نوعی اختلال نافذ رشدی - عصبی است که با مشکلاتی در برقراری تعاملات اجتماعی، رفتارهای کلیشه‌ای و محدود و همچنین، تفاوت‌هایی در پردازش احساسات و اطلاعات همراه است (۶). واکنش والدین به تشخیص اوتیسم در فرزند، ترکیبی از انکار، غم، شوک و

۱- کارشناس ارشد، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران

۲- استاد، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران

نویسنده مسؤول: اصغر آقایی؛ استاد، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران

Email: aghaeipsy@gmail.com

ASD و یا ADHD بود. در نهایت، از بین مادران مراجعه‌کننده به انجمن و مراکز اوتیسم و کلینیک‌های شهر اصفهان، ۱۰۰ مادر از گروه ASD و ۱۰۰ مادر از گروه ADHD به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. معیارهای ورود به پژوهش شامل دارا بودن فرزند مبتلا به یکی از دو اختلال فوق و همچنین، تمایل و رضایت آگاهانه مادران برای مشارکت در طرح بود. تشخیص هم‌زمان هر دو اختلال در کودک، عدم پاسخگویی یا پاسخ‌های ناقص و مخدوش به پرسش‌نامه، ملاک خروج از مطالعه در نظر گرفته شد.

پرسش‌نامه مقابله با بیماری فرزند توسط والدین (CHIP یا Coping Health Inventory for Parents): این پرسش‌نامه در سال ۱۹۸۳ توسط McCubbin و همکاران طراحی شد (۲۱) و یک مقیاس شناخته شده برای سنجش مقابله والدین دارای کودک مبتلا به بیماری یا اختلال مزمن است. پرسش‌نامه CHIP با ۴۵ گویه و سه زیرمقیاس «حفظ یکپارچگی خانواده، همیاری و تعریف خوش‌بینانه موقعیت، حفظ حمایت اجتماعی، عزت نفس و ثبات روانی و درک وضعیت سلامتی یا بیماری کودک از طریق ارتباط با والدین دیگر یا مشورت با پزشکان»، به ارزیابی الگوها و شیوه‌های مقابله‌ای مختلف در والدین می‌پردازد. والدین بر اساس رفتار مقابله‌ای مورد استفاده خود، باید یکی از چهار گزینه را انتخاب نمایند و به سودمندی آن بر اساس طیف لیکرت چهار درجه‌ای (۳ = کاملاً سودمند، ۲ = تا حدی سودمند، ۱ = اندکی سودمند و صفر = غیر سودمند) نمره دهند. در تحقیق آن‌ها، این پرسش‌نامه برای سه عامل، همسانی درونی خوبی با ضریب ۰/۷۹ داشت. در پژوهش حاضر، ضریب Cronbach's alpha ۰/۸۹ محاسبه گردید. بنابراین، می‌توان نتیجه‌گیری کرد که سؤالات پرسش‌نامه با تکیه بر روایی بالای خود، خانواده‌های پرتعارض و کم‌تعارض را به طور معنی‌داری متمایز می‌کند.

شاخص سرسختی خانواده (Family Hardiness Index یا FHI): این مقیاس در سال ۱۹۸۷ توسط McCubbin و Thompson طراحی گردید (۲۲) و به منظور سنجش میزان سرسختی خانواده در مقابل اضطراب و استرس به کار می‌رود. منظور از نمره استاندارد سرسختی خانوادگی، نمره‌ای است که فرد به سؤالات ۲۰ گویه‌ای پرسش‌نامه می‌دهد. زیرمقیاس‌های «تعهد، کنترل، چالش و اطمینان» هر یک به ترتیب ۴، ۵، ۷ و ۴ گزاره را به خود اختصاص می‌دهند. نمره‌گذاری شاخص به صورت طیف لیکرت چهار درجه‌ای است که برای گزینه‌های «کاملاً غلط»، «تا حد زیادی غلط»، «تا حد زیادی صحیح» و «کاملاً صحیح» به ترتیب امتیازات صفر، ۱، ۲ و ۳ در نظر گرفته می‌شود. FHI با ضریب Cronbach's alpha ۰/۸۲ از همسانی درونی خوبی برخوردار می‌باشد (۲۲). در مطالعه حاضر، مقدار Cronbach's alpha ۰/۶۷ به دست آمد. همچنین، این شاخص از روایی هم‌زمان نسبی با همبستگی‌های اندک، اما معنی‌دار با مقیاس‌های انعطاف‌پذیری خانوادگی، شاخص زمان و مقیاس کیفیت زندگی برخوردار می‌باشد.

روش اجرا: پس از اخذ مجوز از اداره بهزیستی و آموزش و پرورش اصفهان و تأیید پرسش‌نامه‌ها و هماهنگی با مدیران انجمن اوتیسم، مرکز اوتیسم یاوران زینب (پرنیان)، مرکز اوتیسم اردیبهشت و مرکز آموزشی دریا، پرسش‌نامه‌ها در اختیار مادران مراجعه‌کننده به این مراکز قرار گرفت. همچنین، جهت برقراری ارتباط با مادران دارای فرزند مبتلا به ADHD، از بین کلینیک‌های شهر اصفهان، چند مرکز به صورت تصادفی انتخاب گردید. در آغاز توضیحاتی در مورد اهداف تحقیق، چگونگی پاسخگویی به پرسش‌نامه‌ها، رضایت آگاهانه، تضمین حفظ حریم خصوصی و محرمانه ماندن اطلاعات ارایه شد. داده‌های

ویژگی‌های مربوط به کودک (سن، جنسیت، شرایط پزشکی، توانایی‌های شناختی و کارکردی، مشکلات کلامی و رفتاری) و متغیرهای موقعیتی (دسترسی به درمان، عملکرد خانواده و ارجاع بالینی به منابع حمایتی) می‌باشد (۱۱). دسترسی به حمایت اجتماعی رسمی (گروه‌های حمایتی والدین) و غیر رسمی (خانواده و دوستان)، یک شیوه مقابله‌ای مناسب برای خانواده‌های دارای فرزند مبتلا به اوتیسم به شمار می‌رود (۱۲). Adams و همکاران با اشاره به خلأ دانش درباره تأثیر راهکارهای مقابله‌ای خاص برای کنترل رفتارهای چالش‌زای کودک، به بررسی شیوه‌های مقابله‌ای مختلف و تأثیر مثبت و منفی آن‌ها بر سلامت روانی مادران پرداختند (۱۳). مقابله اجتنابی-فعال که مقابله‌ای هیجان‌مدار است، زنگ خطری برای سازگاری محسوب می‌شود، اما مقابله مسأله‌محور، فرد را از استرس والدگری حفاظت می‌نماید و کیفیت زندگی را ارتقا می‌بخشد (۱۴). مقابله مثبت (برنامه‌ریزی، تلاش برای کنار آمدن با مشکل و جستجوی حمایت‌های اجتماعی مناسب) و مدد گرفتن از اعتقادات دینی و معنوی، از دیگر موارد مقابله در والدین دارای فرزند اوتیستیک است (۱۵). در بدو تشخیص اختلال، راهبرد اجتنابی می‌تواند برای والدین کاربردی باشد، اما ادامه این روند سطوح بالاتر استرس هیجانی را به دنبال دارد (۱۶).

عملکرد و بهزیستی خانواده و به ویژه مادران، با تاب‌آوری و سرسختی ارتباط دارد که به صورت توانایی افراد در بازیابی پس از بحران، حفاظت از کبان خانواده در برابر تنش‌های ناشی از آن و ترمیم موفقیت‌آمیز تعریف می‌شود (۱۷). سرسختی، تعهد و همکاری خانواده در مقابله با استرس (حس معنی‌داری در زندگی)، اطمینان به توان خود در مقابله با مشکلات، توانایی چالش‌پذیری (یاور) به این که تغییر در زندگی امری طبیعی، مثبت و سودمند و فرصتی برای رشد است) و احساس کنترل بر موقعیت استرس‌زا را در برمی‌گیرد (۱۸).

مطالعات بسیار زیادی در مجلات روان‌پزشکی کودک و نوجوان اروپا، به ذکر همبودی بسیار شایع و شباهت‌های زیاد بین عوامل ASD و ADHD پرداخته‌اند (۱۹). هنوز هیچ آزمون تشخیصی، مشاهده و یا پرسش‌نامه استاندارد شده‌ای وجود ندارد تا بتواند بین ASD و ADHD تفاوت بگذارد (۲۰). با توجه به این مطلب، در اغلب تحقیقات انجام شده تا به امروز، مقایسه بین یکی از این دو اختلال با سایر اختلالات تکاملی صورت گرفته است و بنا بر دانش محقق، تعداد بسیار اندکی به بررسی جنبه‌های این دو اختلال پرداخته‌اند. با توجه به شیوع رو به گسترش ASD و ADHD در کشور، تلاش‌های ارزشمندی برای ارتقای سطح دانش عمومی نسبت به این دو اختلال در حال انجام است، اما همچنان جزء اختلالات کمتر شناخته شده در بین مردم می‌باشند و ساختار خانواده‌ها در مواجهه با آن دچار تنش می‌شود. آنچه باعث انجام پژوهش حاضر شد، مقایسه نحوه مقابله با بیماری فرزند و میزان سرسختی مادران دارای فرزند مبتلا به ASD یا ADHD بود و این که کدام یک از متغیرهای فوق به بهترین نحو می‌توانند سازگاری مثبت مادران را پیش‌بینی کنند. همچنین، تأثیر عوامل دموگرافیک بر این متغیرها به چه اندازه است؟ بنابراین، مطالعه حاضر به منظور پاسخ به این سؤال انجام شد که آیا شیوه‌های مقابله‌ای و سرسختی مادران دارای فرزند اوتیستیک با مادران فرزند مبتلا به ADHD شهر اصفهان متفاوت است؟

روش‌ها

این تحقیق به روش علی-مقایسه‌ای در سال ۱۳۹۷ در شهر اصفهان انجام گردید. جامعه آماری شامل کلیه مادران دارای فرزند مبتلا به یکی از دو اختلال

ADHD 0.74 ± 1.70 متغیر بود؛ در حالی که تعداد فرزندان خانواده در گروه ADHD بین ۱ تا ۴ با میانگین 1.01 ± 2.19 متغیر بود.

بر اساس نتایج تحلیل کواریانس برای متغیر مقابله با بیماری فرزند (جدول ۱) و با توجه به سطح معنی‌داری در گروه مادران (در سطح ۱ درصد)، می‌توان نتیجه گرفت که با لحاظ کردن تأثیر سایر متغیرها، بین شیوه‌های مقابله با بیماری فرزند در مادران دارای فرزند مبتلا به ASD با مادران دارای فرزند مبتلا به ADHD تفاوت معنی‌داری وجود داشت و این تفاوت به نفع مادران گروه ADHD بود و به معنی میزان استفاده بیشتر آن‌ها از شیوه‌های مقابله‌ای مؤثر و کارآمد است، اما در حالت کلی، شیوه‌های مقابله‌ای مورد استفاده توسط هر دو گروه تحت تأثیر سن فرزند و وضعیت زناشویی قرار داشت. هرچه قدر سن فرزند افزایش می‌یابد، مادران با تکیه بر روابط محکم و سالم با همسر و حمایتی که از او کسب می‌کنند، شیوه‌های مقابله‌ای کارآمدتری را انتخاب می‌نمایند.

بر اساس نتایج و با توجه به سطح معنی‌داری در گروه مادران، مشاهده شد که مادران گروه ADHD برای حفظ یکپارچگی خانواده اهمیت بیشتری قایل بودند و همیاری بین اعضای خانواده در آنان بیشتر بود و بنابراین، نسبت به گروه ASD تعریف خوش‌بینانه‌تری نسبت به موقعیت خود داشتند. عوامل دموگرافیک و جمعیت‌شناختی تأثیرگذار بر این مؤلفه شامل «سن مادر، وضعیت زناشویی و تعداد فرزندان» بود، اما در خصوص دو مؤلفه «حمایت اجتماعی، عزت نفس و ثبات روانی» و «درک وضعیت سلامتی یا بیماری فرزند از طریق ارتباط با والدین دیگر یا مشورت با پزشکان» با توجه به نتایج به دست آمده از جدول ۱، بین این دو گروه از مادران اختلاف معنی‌داری مشاهده نشد. نکته قابل تأمل در مورد مؤلفه حمایت اجتماعی این است که با توجه به سطح معنی‌داری، عواملی مانند جنسیت فرزند، وضعیت زناشویی و توان اقتصادی خانواده، بر جلب حمایت‌های اجتماعی و به دنبال آن، عزت نفس و ثبات روانی مادر تأثیر می‌گذارد. همچنین، در خانواده‌های با توان اقتصادی مناسب، مادران قادر به برقراری ارتباط بیشتر با والدین دیگر یا پزشکان می‌باشند و بدین ترتیب، درک بهتری از وضعیت فرزند خود خواهند داشت.

نتایج تحلیل کواریانس برای متغیر سرسختی و مؤلفه‌های آن (تعمد، چالش، کنترل و اطمینان) در برابر ویژگی‌های دموگرافیک و گروه مادران، در جدول ۲ گزارش شده است.

جمع‌آوری شده ابتدا با استفاده از روش‌های توصیفی تحلیل گردید تا تصویر اولیه از ساختار اندازه‌گیری عامل‌ها به تفکیک گروه دختران و پسران مبتلا به ASD و ADHD مشخص شود. همچنین، به منظور تشریح بهتر شمای کلی فرضیه‌های مطرح شده از تصویر ویژگی‌های دموگرافیک پاسخگوها بر شیوه‌های مقابله و سرسختی، از مدل تحلیل کواریانس از دیدگاه استنباط آماری استفاده شد. در نهایت، داده‌ها در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۵ (version 25, IBM Corporation, Armonk, NY) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

از مجموع ۲۰۰ پرسش‌نامه توزیع شده در انجمن و مراکز اوتیسم و کلینیک‌های شهر اصفهان، در نهایت ۷۳ پرسش‌نامه از گروه ASD و ۶۴ پرسش‌نامه از گروه ADHD به صورت کامل و قابل قبول جمع‌آوری شد. بر اساس اطلاعات جمعیت‌شناختی ذکر شده در پرسش‌نامه‌ها، طیف سنی مادران دارای فرزند اوتیستیک بین ۲۳ و ۵۲ سال با میانگین 37.26 ± 6.35 سال و بازه سنی مادران دارای فرزند مبتلا به ADHD بین ۲۱ و ۵۵ سال با میانگین 36.34 ± 5.84 سال بود. دامنه سنی فرزندان هر دو گروه به ترتیب بین ۳ تا ۱۷ سال برای گروه ASD و ۲ تا ۱۷ سال برای گروه ADHD متغیر بود. درصد پسران (کد صفر برای دختران و ۱ برای پسران) مبتلا به ASD و ADHD در نمونه‌ها به ترتیب ۸۸ و ۸۳ درصد گزارش شد. حدود نیمی از مادران و پدران دارای فرزند اوتیستیک تحصیلات دیپلم و بالاتر (کد صفر = دیپلم و زیر دیپلم، ۱ = دانشگاهی) داشتند. در اختلال ADHD، ۲۳ درصد از مادران و ۲۲ درصد از پدران دارای تحصیلات دانشگاهی بودند. بنا بر اظهار مادران، سطح اقتصادی ۷۵ درصد از خانواده‌های گروه ASD و ۸۳ درصد از خانواده‌های گروه ADHD ضعیف و متوسط (کد ۱ برای سطح اقتصادی ضعیف و متوسط و کد صفر برای سطح اقتصادی خوب) گزارش گردید. ۸۵ درصد از مادران دارای فرزند مبتلا به ASD با همسر خود زندگی می‌کردند (کد ۱ برای زندگی با همسر و کد صفر برای زندگی جدای از همسر به دلایل مختلفی مانند طلاق، فوت یا مسایل کاری). در مورد مادران دارای کودک مبتلا به ADHD، این مقدار ۹۸ درصد بود. تعداد فرزندان خانواده در گروه ASD بین ۱ تا ۴ فرزند با میانگین

جدول ۱. نتایج برآورد شاخص‌ها در تحلیل کواریانس مقابله با بیماری فرزند و مؤلفه‌های آن

شيوه‌های مقابله	درک وضعیت	حمایت اجتماعی	یکپارچگی	گروه مادران
**۰/۱۴۷ (۰/۰۵۶)	۰/۰۹۷ (۰/۰۶۸)	۰/۰۸۰ (۰/۰۶۴)	*۰/۱۴۴ (۰/۰۶۱)	مادران
*۰/۰۱۰ (۰/۰۰۵)	۰/۰۰۱ (۰/۰۰۷)	۰/۰۱۰ (۰/۰۰۶)	**۰/۰۱۵ (۰/۰۰۶)	سن مادر
*۰/۰۲۰ (۰/۰۰۹)	۰/۰۰۵ (۰/۰۱۱)	*۰/۰۱۹ (۰/۰۱۱)	۰/۰۰۴ (۰/۰۱۰)	سن فرزند
۰/۰۵۵ (۰/۰۷۸)	۰/۱۵۲ (۰/۰۹۹)	**۰/۲۶۸ (۰/۰۹۹)	-۰/۰۴۲ (۰/۰۸۱)	جنسیت فرزند
۰/۰۸۰ (۰/۰۶۹)	۰/۰۳۶ (۰/۰۸۸)	۰/۰۹۴ (۰/۰۷۸)	۰/۰۰۶ (۰/۰۷۳)	تحصیلات مادر
-۰/۰۴۵ (۰/۰۶۲)	-۰/۰۰۷ (۰/۰۸۰)	۰/۰۳۱ (۰/۰۷۲)	-۰/۰۷۰ (۰/۰۶۶)	تحصیلات پدر
-۰/۰۴۸ (۰/۰۶۴)	*-۰/۱۶۹ (۰/۰۷۹)	**۰/۲۱۸ (۰/۰۷۳)	۰/۱۱۳ (۰/۰۷۰)	وضعیت اقتصادی
۰/۲۰۸ (۰/۰۹۰)	-۰/۱۸۹ (۰/۱۱۲)	**۰/۲۶۰ (۰/۱۰۲)	**۰/۳۰۶ (۰/۰۹۸)	وضعیت زناشویی
*-۰/۰۶۱ (۰/۰۳۲)	۰/۰۵۱ (۰/۰۳۹)	-۰/۰۲۲ (۰/۰۳۷)	*-۰/۰۸۴ (۰/۰۳۴)	تعداد فرزندان
**۰/۱۵۰ (۰/۱۹۹)	**۰/۱۸۵ (۰/۲۶۳)	**۰/۱۴۲ (۰/۲۲۱)	*۰/۵۸۳ (۰/۲۱۳)	اثر کلی
**۰/۵۹۲	**۰/۶۳۶	**۰/۷۵۷	**۰/۴۹۲	آماره F

* معنی‌داری در سطح ۵ درصد؛ ** معنی‌داری در سطح ۱ درصد؛ *** معنی‌داری در سطح ۰/۱ درصد
آماره F مربوط به فرضیه صفر بودن تمام متغیرها است. اعداد در پرانتز، خطای معیار را نشان می‌دهد.

جدول ۲. نتایج برآورد شاخص‌ها در تحلیل کواریانس سرسختی خانواده و مؤلفه‌های آن

کنترل	تعهد	چالش	اطمینان	سرسختی	
***-۰/۳۴۳ (۰/۰۷۸)	۰/۰۸۰ (۰/۱۳۲)	*۰/۲۱۳ (۰/۰۸۹)	***۰/۰۵۹ (۰/۰۹۹)	-۰/۱۱۳۰ (۰/۰۶۲)	گروه مادران
*-۰/۰۱۲ (۰/۰۰۷)	**۰/۰۲۹ (۰/۰۱۲)	**۰/۰۲۰ (۰/۰۰۸)	-۰/۰۱۴ (۰/۰۰۹)	-۰/۰۰۰۲ (۰/۰۰۶)	سن مادر
۰/۰۲۳ (۰/۰۱۳)	۰/۰۰۶ (۰/۰۲۲)	*۰/۰۴۷ (۰/۰۱۴)	**۰/۰۴۱ (۰/۰۱۶)	*۰/۰۲۱ (۰/۰۱۰)	سن فرزند
-۰/۰۱۷ (۰/۰۱۰)	۰/۱۴۰ (۰/۱۷۰)	***۰/۳۸۸ (۰/۱۱۳)	*۰/۲۳۶ (۰/۱۲۲)	-۰/۱۲۶۰ (۰/۰۸۲)	جنسیت فرزند
۰/۱۳۶ (۰/۰۹۶)	۰/۰۵۴ (۰/۱۶۶)	۰/۰۶۳ (۰/۰۱۷)	۰/۱۲۸ (۰/۱۱۸)	-۰/۰۱۲۰ (۰/۰۷۴)	تحصیلات مادر
۰/۱۲۹ (۰/۰۸۴)	۰/۰۱۴ (۰/۱۴۴)	-۰/۰۵۳ (۰/۰۹۶)	*-۰/۲۱۴ (۰/۱۰۴)	-۰/۰۲۴۰ (۰/۰۶۶)	تحصیلات پدر
-۰/۱۲۰ (۰/۰۹۲)	۰/۰۶۵ (۰/۱۵۴)	۰/۰۳۵ (۰/۰۱۰)	۰/۰۴۱ (۰/۱۱۲)	-۰/۰۳۲۰ (۰/۰۷۲)	وضعیت اقتصادی
۰/۰۲۱ (۰/۱۲۷)	۰/۱۵۳ (۰/۲۲۲)	-۰/۰۶۷ (۰/۱۴۲)	۰/۲۰۶ (۰/۱۵۶)	-۰/۲۲۰۰ (۰/۱۰۱)	وضعیت زناشویی
*۰/۰۸۴ (۰/۰۴۵)	*-۰/۱۴۲ (۰/۰۷۶)	۰/۰۸۲ (۰/۰۵۱)	-۰/۰۱۶ (۰/۰۵۸)	-۰/۰۱۵۰ (۰/۰۳۶)	تعداد فرزندان
***۲/۳۷۰ (۰/۲۷۷)	۱/۷۳۳ (۰/۴۷۷)	***۲/۱۳۹ (۰/۳۱۵)	**۱/۹۵۸ (۰/۳۲۹)	***۲/۱۶۱۰ (۰/۲۲۰)	اثر کلی
***۳/۳۴۷	***۳/۴۵۸	***۳/۰۲۸	***۳/۳۱۰	***۵/۰۹۶	آماره F

* معنی‌داری در سطح ۵ درصد؛ ** معنی‌داری در سطح ۱ درصد؛ *** معنی‌داری در سطح ۰/۱ درصد.
آماره F مربوط به فرضیه صفر بودن تمام متغیرها است. اعداد در پرانتز، خطای معیار را نشان می‌دهد.

مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال تکاملی با گروه مادران عادی متمرکز بوده است که بیان‌کننده استرس والدگری و روان‌نژندی بیشتر و سازگاری کمتر این مادران با شرایط می‌باشد (۱۵). تحلیل‌های همبستگی نشان داد که در مقایسه با مادران دارای فرزند عادی، همبستگی مثبتی بین استرس مادران با شدت نشانگان اختلال و مشکلات رفتاری وجود دارد و در مقابل، استفاده مادر از شیوه‌های مقابله‌ای و حمایت‌های اجتماعی، باعث منفی شدن همبستگی با استرس والدگری می‌گردد. استفاده فعال از شیوه‌های مقابله‌ای مؤثر و مشکلات رفتاری، تعدیل‌گرهای معنی‌داری در رابطه بین نشانگان اوتیسم و استرس مادر هستند که البته تأثیر مثبت شیوه‌های مقابله در این میان بیشتر مشهود است. این که مادران گروه ASD در مقایسه با مادران کودکان عادی بیشتر از شیوه‌های مقابله‌ای اجتنابی استفاده می‌کنند و کمتر از راهکارهای حمایت‌جویانه بهره می‌گیرند، در تحقیق Vernhet و همکاران نیز به تأیید رسیده است (۱۴). در تبیین این یافته‌ها چنین استنباط می‌شود که روش‌های مقابله‌ای متمرکز بر مسأله، به دلیل کمتر هیجانی بودن نوع مقابله، منجر به کاهش استرس و ارتقای کیفیت زندگی مادر می‌شود. بنابراین، درمانگران با کمک به مادران در ارتقای مهارت حل مسأله و شناساندن شیوه‌های سازگاری با عملکرد فرزند، حامی او در اتخاذ روش‌های مقابله‌ای مناسب هستند. همچنین، در پژوهش حاضر مشاهده شد که مادران گروه ADHD برای حفظ یکپارچگی خانواده اهمیت بیشتری قابل بودند و همیاری بین اعضای خانواده در آنان بیشتر بود. بنابراین، نسبت به گروه ASD تعریف خوش‌بینانه‌تری نسبت به موقعیت خود دارند، اما در خصوص دو مؤلفه «حمایت اجتماعی، عزت نفس و ثبات روانی» و «درک وضعیت فرزند»، بین دو گروه از مادران اختلاف معنی‌داری وجود نداشت. در مطالعه نیک‌فرید و همکاران، مادران کودکان مبتلا به بیماری مزمن در استفاده از الگوهای رفتاری «یکپارچگی خانواده و تعریف خوش‌بینانه موقعیت» و همچنین «بهره‌گیری از حمایت اجتماعی، عزت نفس و ثبات روانی»، نمره پایین‌تری کسب کردند و در استفاده از این رفتارهای مقابله‌ای موفق نبودند (۱۰). تاکنون منبع اصلی استرس مادران کودکان اوتیستیک به وضوح شناسایی

با توجه به یافته‌ها برای گروه مادران، می‌توان نتیجه گرفت که با لحاظ کردن اثر سایر متغیرها، بین سرسختی مادران گروه‌های ASD و ADHD، تفاوت معنی‌داری وجود نداشت. با این حال، سن فرزند بر میزان سرسختی هر دو گروه تأثیر گذاشت. در خصوص مؤلفه‌های این متغیر، با توجه به سطح معنی‌داری در گروه مادران برای مؤلفه چالش، بین توانایی چالش این دو گروه از مادران تفاوت معنی‌داری مشاهده گردید و مادران گروه ADHD از نظر آمادگی برای موقعیت‌های پیش‌بینی نشده آمادگی بیشتری داشتند، اما در حالت کلی، سن مادر، سن فرزند و جنسیت فرزند بر این ویژگی تأثیر مثبت داشتند. با مراجعه به جدول، سطح معنی‌داری به دست آمده برای مؤلفه تعهد، نشان دهنده عدم وجود تفاوت بین تعهد و حس معنی‌داری در زندگی مادران دو گروه می‌باشد و با افزایش سن مادران در هر دو گروه، این متعهد بودن و حس معنا داشتن در زندگی افزایش می‌یابد. سطح معنی‌داری برای مؤلفه کنترل، حکایت از وجود تفاوت معنی‌دار بین این دو گروه از مادران است. در ادامه تحلیل‌ها مشخص شد که مادران گروه ASD، بر رویدادهای زندگی کنترل بالاتری داشتند، اما با افزایش سن فرزند، حس کنترل در هر دو گروه ارتقا یافت. به همین ترتیب، وجود تفاوت معنی‌دار در احساس اطمینان این دو گروه از مادران مشهود است و با ادامه محاسبات، احساس اطمینان مادران ADHD تأیید گردید. نکته قابل تأمل، تأثیر سطح تحصیلات پدر بر میزان اطمینان مادر است؛ به این ترتیب که با افزایش میزان تحصیلات پدر، مادران نسبت به آینده، زندگی و موقعیت خود نامطمئن‌تر می‌شوند.

بحث

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که تفاوت معنی‌داری بین شیوه‌های مقابله‌ای گروه مادران مورد بررسی وجود داشت، اما بین سرسختی آن‌ها تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد. در جستجوی پیشینه مطالعات انجام شده تاکنون، هیچ موردی در زمینه مقایسه شیوه‌های مقابله با بیماری فرزند و سرسختی بین مادران دارای فرزند مبتلا به ASD و ADHD یافت نشد. بیشتر تحقیقات بر مقایسه گروه

ویژگی‌های افراد سرسخت یعنی «باور به تأثیرگذاری بر رویدادهای زندگی یا کنترل آن‌ها، قابلیت مشارکت کامل و فعال در فعالیت‌های زندگی و احساس تعهد نسبت به انجام آن‌ها، پیش‌بینی و توجه به تغییر به عنوان یک چالش هیجان‌انگیز و اطمینان نسبت به برنامه‌ریزی به‌موقع و داشتن معنا در زندگی» و به دلیل این که بخشی از نگرانی و استرس والدین از آینده نامعلوم و مهم فرزندان ناشی می‌شود (۲۰)، ایجاد فرصت‌های بازتوانی حرفه‌ای و آموزش مهارت‌های اجتماعی برای افراد اوتیستیک با عملکرد بالاتر، از اهمیت قابل ملاحظه‌ای برخوردار خواهد بود. اگر والدین تا حدودی از این حمایت‌ها و گزینه‌ها مطمئن باشند، به طور قطع تا حدود زیادی بر استرس خود غلبه می‌کنند و تاب‌آوری و سرسختی بیشتری خواهند یافت.

به دلیل تأثیر عامل جمعیت‌شناختی وضعیت زناشویی بر شیوه مقابله، ارایه مشاوره‌های خانوادگی در رسیدن به اهداف تحقیق کمک شایانی می‌کند. همچنین، در پژوهش‌های آینده می‌توان بر تأثیر تنوع فرهنگ و یا زبان بر استرس والدین و یا شیوه‌های مقابله‌ای مفید تمرکز نمود. گام بعد آموزش والدین در استفاده از شیوه‌ای است که به بهترین نحو با موقعیت و ویژگی‌های شخصیتی آن‌ها منطبق و سازگار باشد. تقویت منابع حمایتی رسمی و غیر رسمی برای والدین نیز می‌تواند در افزایش میزان سرسختی و تاب‌آوری آن‌ها مؤثر باشد. ارایه خدمات مشاوره‌ای خانواده و ازدواج، از جمله این منابع به شمار می‌رود. همچنین، با ایجاد و شناسایی برنامه‌ها و مراکز که برای مدت کوتاهی در شبانه‌روز به مراقبت از فرزند مبتلا به ASD می‌پردازند، می‌توان به والدین کمک کرد تا با اختصاص زمانی برای انجام فعالیت‌های مشترک، بر افزایش سلامت جسم و روان خود متمرکز شوند.

نتیجه‌گیری

بر اساس نتایج پژوهش حاضر، بین شیوه‌های مقابله با بیماری فرزند در مادران دارای فرزند مبتلا به ASD با مادران دارای فرزندان مبتلا به ADHD، تفاوت معنی‌داری وجود دارد و این تفاوت به نفع مادران گروه ADHD بود و به معنای میزان استفاده بیشتر آن‌ها از شیوه‌های مقابله‌ای مؤثر و کارآمد است. همچنین، نتایج تحلیل کورایانس برای متغیر سرسختی نشان داد که تفاوت معنی‌داری بین سرسختی مادران گروه ASD و ADHD وجود ندارد.

تشکر و قدردانی

مطالعه حاضر برگرفته از پایان‌نامه مقطع کارشناسی ارشد با کد ۲۳۸۲۰۷۰۵۹۶۲۰۰۳، مصوب دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان) می‌باشد. بدین وسیله از همکاری مسؤولان محترم انجمن و مراکز اوتیسم اصفهان و همه مادرانی که با صبوری پاسخگوی سؤالات بودند، تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

نشده است، اما عدم تشخیص دقیق اختلال، برخورد با رفتارها و ویژگی‌های چالش‌زای کودک و عدم برخورداری از حمایت اجتماعی مناسب، از جمله عوامل مهم به شمار می‌رود (۱۷). همچنین، به مرور زمان، اضطراب ناشی از افزایش سن فرزند و به دنبال آن، احتمال کاهش حمایت‌های غیر رسمی افزایش می‌یابد. بنابراین، لازم است متخصصان، آموزش‌ها و خدمات حمایتی را در اولین فرصت و به طور مداوم ارایه دهند (۷). نتایج به دست آمده از تحلیل کورایانس در پژوهش حاضر، از لحاظ تأثیر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی، با یافته‌های مطالعه Oei و Lai (۱۱) همخوانی داشت. در تحقیق آن‌ها نیز استفاده از شیوه‌های مقابله‌ای تحت تأثیر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی (جنسیت، سن، میزان تحصیلات، میزان درآمد و زبان) و ویژگی‌های روان‌شناختی مادر (ویژگی‌های شخصیتی، ارزش‌های فرهنگی، خوش‌بینی، حس یکپارچگی و تعلق، سلامت روانی و سبک‌های مقابله‌ای) و ویژگی‌های فرزند (سن، جنسیت، شرایط پزشکی، مهارت‌های شناختی و رفتاری) و متغیرهای موقعیتی (دسترسی به درمان، عملکرد خانواده و برخورداری از گروه‌های حمایتی) قرار داشت و مقابله مسأله‌محور (۴۵/۹ درصد) و حمایت اجتماعی (۳۷/۸ درصد) از مهم‌ترین و کارآمدترین مهارت‌های مقابله‌ای اعلام شد (۱۱).

از جمله نگرانی‌های والدین، عدم دریافت خدمات برای فرزندان اوتیستیک بزرگسال و سرپرستی و قیمومیت آن‌ها در آینده است. با اطمینان خاطر از دسترسی مداوم به خدمات درمانی و مراکز نگهداری، احساس «ناامیدی و سرخوردگی نسبت به آینده فرزند» کم‌رنگ می‌شود. ناتوانی در مشارکت در فعالیت‌های تفریحی و ورزشی، باعث انزوا اجتماعی و به دنبال آن، سطوح بالایی از استرس در مادران می‌شود. ارایه مشاوره‌ها، ایجاد گروه‌های دوستانه و حمایت از خانواده دارای فرزند مبتلا به ASD، از جمله راهکارهای مهم به شمار می‌روند. اگرچه این خدمات به منظور ارایه حمایت متمرکز بر خانواده تعبیه شده‌اند، اما هم‌زمان با مداخلات درمانی برای کودک مبتلا به ASD، درمانگران باید بتوانند به مادر در مقابله با استرس ناشی از وضعیت فرزند و افزایش میزان سرسختی کمک نمایند و به بررسی راه‌های ارایه خدمات به افراد مبتلا به ASD که در حال رسیدن به مراحل بالاتر تکامل جسمی هستند، بپردازند (۶). یافته‌های پژوهش Cappe و همکاران، تأثیر منفی ADHD را بر سازگاری روان‌شناختی مادران، بهزیستی روان‌شناختی، روابط خانوادگی و فعالیت‌های روزمره آن‌ها نشان دادند و بسته به شدت اختلال، احساس مادر نسبت به موقعیت ایجاد شده و مقصر دانستن و سرزنش خود، برگزاری دوره‌های آموزشی به منظور ارتقای مهارت‌های والدگری، افزایش آگاهی مادران نسبت به اختلال رفتاری کودک و عملکرد بهتر والدینی ضروری می‌باشد (۸).

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که تفاوت معنی‌داری بین سرسختی مادران گروه ASD با مادران گروه ADHD وجود نداشت. به دنبال تشخیص اختلال و عبور از مراحل اولیه، خانواده‌ها سازگاری چشمگیری با واقعیت پیدا می‌کنند و سطوح بالایی از تاب‌آوری و سرسختی در آن‌ها ایجاد می‌گردد. با توجه به

References

1. World Health Organization. International classification of functioning, disability and health: Children & youth version. Geneva, Switzerland: WHO; 2007.
2. Isa SN, Ishak I, Ab RA, Mohd Saat NZ, Che DN, Lubis SH, et al. Health and quality of life among the caregivers of children with disabilities: A review of literature. Asian J Psychiatr 2016; 23: 71-7.

3. Rodriguez G, Hartley SL, Bolt D. Transactional relations between parenting stress and child autism symptoms and behavior problems. *J Autism Dev Disord* 2019; 49(5): 1887-98.
4. Hartley SL, Papp LM, Bolt D. Spillover of marital interactions and parenting stress in families of children with autism spectrum disorder. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2018; 47(sup1): S88-S99.
5. McStay RL, Dissanayake C, Scheeren A, Koot HM, Begeer S. Parenting stress and autism: the role of age, autism severity, quality of life and problem behaviour of children and adolescents with autism. *Autism* 2014; 18(5): 502-10.
6. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013.
7. Martins R, Bonito I, Andrade A, Albuquerque C, Chaves C. The impact of the diagnosis of autism in parents of children. *Procedia Soc Behav Sci* 2015; 171: 121-5.
8. Cappe E, Bolduc M, Rouge MC, Saiag MC, Delorme R. Quality of life, psychological characteristics, and adjustment in parents of children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Qual Life Res* 2017; 26(5): 1283-94.
9. Dabrowska A, Pisula E. Parenting stress and coping styles in mothers and fathers of pre-school children with autism and Down syndrome. *J Intellect Disabil Res* 2010; 54(3): 266-80.
10. Nikfarid L, Eezadi H, Shakoori M. Coping behaviors of mothers of chronically ill children. *Iran J Nurs* 2012; 24(74): 53-62. [In Persian].
11. Lai WW, Oei TP. Coping in parents and caregivers of children with autism spectrum disorders (ASD): A review. *J Autism Dev Disord* 2014; 1: 207-24.
12. Miranda A, Mira A, Berenguer C, Rosello B, Baixauli I. Parenting stress in mothers of children with autism without intellectual disability. Mediation of Behavioral Problems and Coping Strategies. *Front Psychol* 2019; 10: 464.
13. Adams D, Rose J, Jackson N, Karakatsani E, Oliver C. Coping strategies in mothers of children with intellectual disabilities showing multiple forms of challenging behaviour: Associations with maternal mental health. *Behav Cogn Psychother* 2018; 46(3): 257-75.
14. Vernhet C, Dellapiazza F, Blanc N, Cousson-Gelie F, Miot S, Roeyers H, et al. Coping strategies of parents of children with autism spectrum disorder: A systematic review. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2019; 28(6): 747-58.
15. Kiami SR, Goodgold S. Support needs and coping strategies as predictors of stress level among mothers of children with autism spectrum disorder. *Autism Res Treat* 2017; 2017: 8685950.
16. Ahn JA, Lee S. Peer attachment, perceived parenting style, self-concept, and school adjustments in adolescents with chronic illness. *Asian Nurs Res (Korean Soc Nurs Sci)* 2016; 10(4): 300-4.
17. Woodson KD, Thakkar S, Burbage M, Kichler J, Nabors L. Children with chronic illnesses: Factors influencing family hardiness. *Issues Compr Pediatr Nurs* 2015; 38(1): 57-69.
18. Pate T, Pate M. Family hardiness, anxiety, and subjective well-being in families with and without a chronic illness. *Strengthening Families* 2016; 123-35.
19. Adamo N, Huo L, Adelsberg S, Petkova E, Castellanos FX, Di Martino A. Response time intra-subject variability: Commonalities between children with autism spectrum disorders and children with ADHD. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2014; 23(2): 69-79.
20. Rommelse N, Visser J, Hartman C. Differentiating between ADHD and ASD in childhood: Some directions for practitioners. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2018; 27(6): 679-81.
21. McCubbin HI, McCubbin MA, Patterson JM, Cauble AE, Wilson R, Warwick W. CHIP-Coping Health Inventory for Parents: An assessment of parental coping patterns in the care of the chronically ill child. *J Marriage Fam* 1983; 45(2): 359-70.
22. McCubbin HI, Thompson AI. Family typologies and family assessment. In: McCubbin HI, Thompson AI, Editors. *Family assessment inventories for research and practice*. Madison, WI: University of Wisconsin-Madison; 1987. p. 33-50.