

«زن و مطالعات خانواده»

سال هفدهم، شماره شصت و چهارم، تابستان ۱۴۰۳

ص: ۱۹۷-۲۱۶

اثربخشی آموزش مهارت‌های فرزندپروری بر خودافشایی هیجانی، فشار مراقبتی و استرس والدینی مادران کودکان اوتیسم

اسماء رضایی نمق^۱

نسرین محدث^۲

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۱۲/۱۵ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۲/۴

چکیده

هدف پژوهش حاضر اثربخشی آموزش مهارت‌های فرزندپروری بر خودافشایی هیجانی، فشار مراقبتی و استرس والدینی مادران کودکان اوتیسم بود. این پژوهش از لحاظ هدف کاربردی و از نظر طرح پژوهش نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل است. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه مادران دارای کودک مبتلا به اختلال طیف اوتیسم شهر تبریز در سال ۱۴۰۰ بودند که به مراکز اوتیسم در این شهر مراجعه کرده و دارای پرونده‌ی پزشکی این اختلال بودند. از جامعه مورد نظر بر اساس ملاک‌های تشخیصی پیشنهادی آخرین نسخه‌ی تشخیصی آماری اختلالات روانی و به روش نمونه‌گیری هدفمند تعداد ۳۰ نفر انتخاب شده و در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) قرار گرفتند. برای جمع‌آوری داده‌ها از مقیاس خودافشایی هیجانی اسنل پرسشنامه استرس والدینی آبی‌دین، مقیاس فشار مراقبتی زاریت و همکاران استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با روش آماری تحلیل کوواریانس انجام گرفت. نتایج پژوهش نشان داد که آموزش مهارت‌های فرزندپروری بر خودافشایی، استرس والدینی و فشار مراقبتی تأثیر دارد و باعث افزایش خودافشایی هیجانی و کاهش استرس والدینی و فشار مراقبتی در مادران می‌شود. بنابراین توجه به مهارت‌های فرزندپروری نقش مهمی در بهبود مشکلات مادران دارای کودک اوتیسم دارد.

کلیدواژه‌ها: خودافشایی، استرس والدینی، فشار مراقبتی، مهارت‌های فرزندپروری، اوتیسم.

۱. کارشناسی ارشد روان‌شناسی، واحد شبستر، دانشگاه آزاد اسلامی، شبستر، ایران

۲. استادیار گروه روانشناسی، واحد شبستر، دانشگاه آزاد اسلامی، شبستر، ایران (نویسنده مسئول)

مقدمه

اختلال طیف اوتیسم^۱ گستره‌ای از اختلال‌های تحولی پیچیده است که با تأخیر یا مشکلاتی در توانایی‌های شناختی، اجتماعی، هیجانی، زبانی و حسی و حرکتی مشخص می‌شوند (بلاث، روبرسون، بیلن و سامس^۲، ۲۰۱۳). در مورد میزان شیوع اوتیسم اطلاعاتی متفاوت و به طور کلی رو به افزایش وجود دارد و تا اوایل دهه‌ی ۵۰ میلادی تعداد افراد مبتلا ۱ در ۱۰۰۰۰ تخمین زده شده است و در حال افزایش است (کریستنسن^۳ و همکاران، ۲۰۱۶ و گولد، تاربوکس و کون^۴، ۲۰۱۷). در مورد تعداد کودکان با اختلال اوتیسم در ایران، هیچ گونه اطلاعات موثقی در دست نیست و گرچه هم اکنون حدود ۲۰۰ نفر از آنها در تهران و سایر شهرستان‌ها تحت پوشش آموزشی مداخله رفتاری قرار دارند، اما نمی‌توان در مورد تعداد این کودکان نظر قاطعی را اعلام نمود (فمی تفرشی، محمدی، شریفی ساکی، احمدی، کریمی و آخته، ۱۳۹۵).

متخصصان و بالینی‌گران کودک بر این امر تأکید دارند که حضور کودکی با اختلالات طیف اوتیسم در هر خانواده‌ای می‌تواند رویدادی نامطلوب و چالش‌زا تلقی شود که احتمال تنیدگی، سرخوردگی، احساس غم و نومیدی را به دنبال خواهد داشت. شواهد متعددی وجود دارد که نشان می‌دهند والدین کودکان دارای اوتیسم، به احتمال بیشتری با مشکلات اجتماعی، اقتصادی و هیجانی که غالباً ماهیت محدود کننده، مخرب و فراگیر دارند، مواجه می‌شوند (خامیس^۵، ۲۰۰۷). در چنین موقعیتی گرچه همه اعضای خانواده و کارکرد آن، آسیب می‌بینند (هرنیگ، گری، تاف، اسفنی و افیلد^۶، ۲۰۰۶)، اما مادران به علت داشتن نقش سنتی مراقب، مسئولیت‌های بیشتری در قبال فرزند خود به عهده می‌گیرند که در نتیجه، با مشکلات روانی بیشتری مواجه می‌شوند. فرض بر این است که مشکلات مربوط به مراقبت از فرزند مشکل‌دار، والدین به ویژه مادران را در معرض خطر ابتلا به مشکلات مربوط به سلامت روانی قرار می‌دهد (کاسیا، اندرسون و مور^۷، ۲۰۱۶؛ مک‌کانکی، تروسدال کاندی، چانگ^۸ و همکاران، ۲۰۰۷). بررسی‌ها نشان داده‌اند که مادران دارای فرزند اختلال اوتیسم، در مقایسه با مادران کودکان عادی، سطح استرس و تنهایی بالاتر (احمدپناه ۱۳۸۰)، اضطراب بیشتر (دوماس، ولف، فیسمن و گالیگان^۹، ۱۹۹۱) و سطح بهزیستی روان‌شناختی پایین‌تری دارند.

-
۱. Autism Spectrum Disorder
 ۲. Bluth, Roberson, Billen & Sams
 ۳. Christensen
 ۴. Gould, Tarbox & Coyne
 ۵. Khamis
 ۶. Herring, Gray, Taffe, Sweeney & Einfeld
 ۷. Cachia, Anderson & Moore
 ۸. McConkey, Truesdale-Kennedy & Chang
 ۹. Dumas, Wolf, Fisman & Culligan

وجود کودک ناتوان، سازش‌یافتگی و سلامت جسمی و روانی مادر را تهدید می‌کند و غالباً تأثیر منفی بر وی می‌گذارد. مطالعات نشان داده‌اند که مادران کودکان مبتلا به اوتیسم، تنیدگی^۱ و تنهایی^۲ بیشتری از سایر بیماری‌های مزمن تجربه می‌کنند (گوپتا و سینگل^۳، ۲۰۰۴). یکی از انواع تنیدگی‌ها که مادران کودکان مبتلا به اختلال اوتیسم تجربه می‌کنند، استرس والدینی^۴ است. استرس والدگری در نتیجه ناهمخوانی ادراک شده بین تقاضای والدینی و منابع فردی حاصل می‌شود و چنین استرسی می‌تواند در چندین حیطه زندگی که مربوط به والدگری است تجربه شود (ربیعی‌کناری، جدیدیان و سلگی، ۱۳۹۴). آبدین^۵ (۱۹۹۰) معتقد است که ویژگی‌های والد و کودک، همراه با متغیرهای موقعیتی بیرونی و عوامل تنیدگی‌زای زندگی، دلیل افزایش احتمالی نارسانا کنش‌ورزی و استرس والدینی است. استرس والدینی هم می‌تواند منجر به کاهش سلامت روان والدین شود و همچنین می‌تواند تأثیر منفی بر رشد هیجانی و رفتاری کودکان و اثرات بلندمدت بر سلامت کودکان داشته باشد (هاستینگ، کووشوف، وارد، اسپینوسا و براون^۶، ۲۰۰۵).

نتایج تحقیقات نشان داده است که استرس والدینی در مادران کودکان اوتیستیک در هر دو قلمرو والدگری و قلمرو کودک، هم چنین در استرس والدینی کل به طور معناداری بالاتر از مادران کودکان بهنجار است. این استرس می‌تواند مربوط به کودک، والد یا جامعه باشد. ماهیت مبهم اختلال اوتیسم، خصوصیات کودک، نگرانی راجع به تداوم شرایط، پذیرش کم جامعه، حتی واکنش غیرپذیرای سایر اعضای خانواده نسبت به رفتارهای کودک در خودمانده و نیز شکست در دریافت حمایت اجتماعی، می‌تواند در بروز این استرس موثر باشد (کین، کوزنس، موسپارت و رودگر^۷، ۲۰۱۰). به طوری که در این راستا بک، یانگ و تارنوسکی^۸ (۱۹۹۰) در پژوهشی به این نتیجه دست یافتند که مادرانی که پسران آنها درجه‌ی بیشتری از بیش‌فعالی را داشتند به طور مشخص تنش و استرس والدینی بیشتری را در مقایسه با مادران کودکانی که به طور مزمن یا درجه‌ی کمتری از بیش‌فعالی دارند، تجربه می‌کنند. تامی^۹ (۲۰۱۸) نیز در پژوهش خود نشان داد که هر چه بروز نشانه‌های اختلال طیف اوتیسم در کودکان بیشتر باشد، میزان استرس والدین و به خصوص مادران افزایش می‌یابد. میراندا، تاراگا، فرناندز، کولومر و پاستور^{۱۰} (۲۰۱۵) در پژوهش خود به

۱. stress

۲. loneliness

۳. Gupta & Singh

۴. parental stress

۵. Abidin

۶. Hasting, Kovshoff, Ward, Espinosa & Brown

۷. Keen, Couzens, Muspratt & Rodger

۸. Beck, Young & Tarnowski

۹. Toomy

۱۰. Miranda, Tárraga, Fernández, Colomer & pastoria

این نتیجه دست یافتند که مادران کودک نقص توجه / بیش فعال، استرس والدینی بیشتری را نسبت به مادران کودکان اوتیسم دارند.

مادران کودکان دارای اختلالات طیف اوتیسم به عنوان اولین مراقبان با مسایل و مشکلات فراوان اجتماعی، روان شناختی و مالی مواجه می‌شوند. نتایج یک مطالعه کیفی در مورد سلامت زنان نیز نشان داد، داشتن فرزند بیمار و مسؤولیت مراقبت از او، از اولویت‌های مادران است و برای آنان فشار روانی در پی دارد (رضایی، نویدیان و عباسی، ۱۳۹۶). فشارهایی که والدین در مراقبت از فرزند بیمار تحمل می‌کنند، فشار مراقبتی^۱ گفته می‌شود. فشار مراقبتی استرس‌های روانی، جسمی و اجتماعی است که در اثر مراقبت از بیماران مزمن به مراقبان وارد می‌شود و مشکلاتی همچون فرسودگی، اضطراب و افسردگی را برای مراقب ایجاد می‌کند (اسچنیدر^۲، ۲۰۰۴). نتایج نشان می‌دهد که مزمن بودن بیماری و سیر پیشرونده آن در کنار غیرقابل درمان بودن بیماری، موجب دو برابر شدن فشار مراقبتی مراقبان خانوادگی می‌شود (اینامدار، ایناندار و گانگراد^۳، ۲۰۱۵). کدمان^۴ و همکاران (۲۰۱۲) در پژوهش خود نشان دادند که مادران کودکان اوتیسم از فشار مراقبتی بالایی برخوردار بودند؛ اما میزان فشار مراقبتی در مادران دارای کودک اوتیسم به طور معناداری نسبت به مادران دارای کودک بیش فعالی بالاتر بود.

مادران کودکان اوتیسم معمولاً در چارچوب‌های ترسیم شده فرهنگی و اجتماعی به سر می‌برند و به طور پیوسته از منابع فرهنگی و اجتماعی، به علت بازخوردهای اطلاعاتی و اصلاحی بازخوردها قادرند در شکل‌دهی اهداف، معنای زندگی، مقاومت در برابر فشار و خود ارزیابی‌های مثبت و منفی نقش ماندگار ایفا کنند. در واقع فضاها بی‌اعتمادی و گسست اجتماعی، فرصت جرات‌ورزی و خود افشایی هیجانی از مادران این کودکان گرفته، آن‌ها را از منابع عظیم بازخوردی محروم می‌سازند. فقدان این منابع، چشم‌انداز روندهای آتی زندگی را برای فرد در ابهام فرو می‌برد و یأس، ناامیدی و بدبینی را در نظام ادراکی و روان شناختی فرد جایگزین می‌کند (برومند، ۱۳۹۲).

جورارد^۵ (۱۹۹۳) اشاره کرد به اینکه گشودگی و دسترسی‌پذیری برای خود و دیگران اغلب در ارتباط با سازش و سلامت روان شناختی عمومی می‌باشد. او ادعا کرد که خود افشایی هیجانی پایین باعث افزایش تنش، واپس‌روی و سرکوب‌گری به عنوان مکانیسم‌های دفاعی و تمایل به دیدن دیگران به عنوان یک تهدید می‌باشد. او اثر مثبت خود افشایی را بر روی عوامل احساسی گناه، شرم و سایر مشکلاتی که مادران با آن مواجه می‌شوند، نشان داد. دیرلیکا وچایکن^۶ (۲۰۰۹) روابط منحنی شکلی را بین خود افشایی هیجانی

۱. caregiving burden

۲. Schneider

۳. Inamdar, Inamdar & Gangrade

۴. Cadman

۵. Jourard

۶. Dirliska & Chaicen

بررسی کردند و دریافتند که سطوح خیلی بالا و پایین خودافشایی هیجانی در ارتباط با سازگاری ضعیف می‌باشد. آن‌ها نتیجه گرفتند که سطح متوسط خودافشایی با سلامت روان در مادران همبستگی مثبتی دارد. در سال‌های اخیر درمانگران به استفاده از رویکردهای نوین روان‌شناختی برای افزایش سازگاری مادران تمایل زیادی نشان داده‌اند. یکی از رویکردهای مؤثر در زمینه خودافشایی هیجانی، فشار مراقبتی و استرس والدینی مادران کودکان اوتیسم، آموزش مهارت‌های فرزندپروری است. موضوع ارتباط والدین و فرزندان سال‌ها نظر صاحب‌نظران و متخصصان تعلیم و تربیت را به خود جلب نموده است. خانواده نخستین پایگاهی است که پیوند بین کودک و محیط اطراف او را به وجود می‌آورد. کودک در خانواده پندارهای اولیه دربارۀ جهان و همچنین، شیوه‌های سخن گفتن و هنجارهای اساسی رفتار را فرا گرفته و نگرش‌ها، اخلاق و روحیات خود را شکل می‌دهد و به عبارتی اجتماعی می‌شود. هر خانواده شیوه‌ی خاصی را تحت عنوان شیوه‌های فرزندپروری در تربیت فرزندان خویش به کار گرفته، که متأثر از عوامل متفاوتی از جمله عوامل فرهنگی، اجتماعی، سیاسی و اقتصادی است (توزنده‌جانی، توکلی‌زاده و لگزیان، ۱۳۹۰). پژوهشگران در بررسی شیوه‌های فرزندپروری، الگوهای تربیتی متفاوتی ارائه کرده‌اند. به دنبال ریخت‌شناسی بامریند^۱ و سایرین از شیوه‌های فرزندپروری تحقیقات سودمندی به دست آمده است. همچنین بعد از مطالعه استینبرگ^۲ در مورد سهم مستقل هر مؤلفه‌ی شیوه‌های فرزندپروری بر رشد کودکان، بینش‌های تازه‌ای در مورد ابعاد کنترل والدینی (روان‌شناختی و رفتاری) ایجاد شده است (واحدی، ۱۳۹۰). برای مثال کنترل رفتاری (بعد ساختار سبک والدینی) بر عکس کنترل روان‌شناختی (ایجاد احساس گناه و شرمساری، محروم‌سازی از عشق و ...) بر رشد و تحول کودک تأثیر مثبتی دارد (باربر و هارمون، ۲۰۰۲).

تاکنون مطالعات متعددی در مورد شیوه‌های فرزندپروری و پیامدهای روان‌شناختی و بهداشت روانی آن صورت گرفته است که از جمله آن می‌توان به نقش شیوه‌های انضباطی سخت‌گیرانه مادران در افزایش هیجان‌های منفی در مادران، کمبود مشارکت، صمیمیت و پاداش در رابطه والدین و کودک اشاره کرد (باربر، استولز و اولسن^۴، ۲۰۰۵). پودار، سینها و اوربی^۵ (۲۰۱۵) نیز در پژوهشی در زمینه آموزش فرزندپروری بر مادران دارای کودک اوتیسم به این نتیجه دست یافتند که درمان پذیرش و تعهد بر استرس، نگرانی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی مادران تأثیر دارد. تاکیچ و پچنیک^۶ (۲۰۱۱) نشان دادند که خودافشایی نوجوانان تحت تأثیر انواع کنش‌ها و واکنش‌های خاص والدین در موقعیت‌های مربوط به افشا است. بر اساس دیدگاه نوجوانان، والدین نه تنها می‌توانند با واکنش‌های نامطلوب مانع افشاگری نوجوان شوند، بلکه می‌توانند با

۱. Baumrind

۲. Steinberg

۳. Barber & Harmon

۴. Barber, Stolz & Olsen

۵. Poddar, Sinha & Urbi

۶. Tokić & Pećnik

رفتاری خاص، نوجوان را به افشاگری ترغیب کنند. همچنین، کاوالاسکی^۱ (۲۰۱۲) در پژوهش خود نشان داد که شیوه‌های فرزندپروری مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد بر استرس فرزندپروری والدین تأثیر دارد و باعث کاهش استرس در مادران می‌شود. از سوی، مونتگومری^۲ (۲۰۱۵) در پژوهش خود نشان داد که آموزش فرزندپروری بر استرس و افسردگی مادران دارای کودک اوتیسم تأثیری ندارد و آموزش فرزندپروری نمی‌تواند مشکلات استرس والدین را کاهش دهد. استوارت، مک‌گیلیوریو، فوربس و آستین^۳ (۲۰۱۶) در پژوهش خود به این نتیجه دست یافتند که مادران دارای کودک اوتیسم از استرس فرزندپروری بالایی برخوردارند که در این زمینه مداخله فرزندپروری می‌تواند علایم افسردگی و استرس‌هایی را که تجربه می‌کنند را در مادران کاهش دهد.

در کل، چنین باید ادعا کرد که همه‌ی والدین در تطبیق دادن شیوه‌های فرزندپروری خود با نیازهای فرزندان‌شان با چالش‌های زیادی مواجه هستند و تجربه‌ی فرزندپروری برای همه‌ی والدین تجربه‌ای استرس‌زا محسوب می‌شود؛ اما پدر و مادرهایی که فرزندی مبتلا به اختلال اوتیسم دارند با مشکلات بزرگتری درگیر هستند که با مشکلات بزرگ کردن کودکان عادی قابل مقایسه نیست. این چالش‌ها عمدتاً به خاطر ویژگی‌های رفتاری خاص این کودکان است. مادران به عنوان مراقبان اصلی این کودکان با چالش‌های بیشتری مواجه هستند و به واسطه‌ی استرس ناشی از مقتضیات فرزندپروری این دسته از کودکان، پیامدهای منفی درازمدت گریبان‌گیر آن‌ها می‌شود؛ بنابراین لازم است تا به مشکلات این مادران توجه ویژه‌ای گردد که در پژوهش حاضر مورد بررسی قرار می‌گیرند. از سوی، با توجه به تأثیرات مخرب و جبران‌ناپذیری که معلولیتی همچون اوتیسم روی سیستم خانواده بر جای می‌گذارد، توجه به آموزش‌های لازم در زمینه خودافشایی هیجانی، فشارمراقبتی و کاهش استرس والدینی به والدین این کودکان از جمله مادران آن‌ها، از ضروریات انکارناپذیر است. همچنین با توجه به اینکه این والدین و مادران هستند که نقش مراقبتی، امنیتی، کنترلی و رشدی فرزندان را برعهده داشته و اثرات پایداری قبل از ورود کودک به مدرسه دارند، بنابراین آن‌ها در بهترین شرایط می‌توانند کمک‌های مطمئنی به اعضای خانواده برای سازگاری پیشگیرانه و رشد استعدادها و کودکان بنمایند. این امر وقتی امکان‌پذیر است که ما درک و فهم دقیقی از تجربی که خانواده‌های دارای کودک طیف اوتیسم و مشکلات سلامت روانی اعضای خانواده به خصوص مادران این کودکان که با آن دست به گریبان هستند، به دست آوریم. بنابراین توجه به مادران کودکان طیف اوتیسم، شناخت مشکلات سلامت روانی آن‌ها و حتی آموزش برنامه‌های بهداشت روانی بسیار حایز اهمیت است. بر این اساس سؤال اساسی پژوهش حاضر این است که آیا آموزش مهارت‌های فرزندپروری بر خودافشایی هیجانی، فشار مراقبتی و استرس والدینی مادران کودکان اوتیسم تأثیر دارد؟

۱. Kawalkowski

۲. Montgomery

۳. Stewart, McGillivray, Forbes & Austin

روش

این پژوهش از لحاظ هدف کاربردی و از نظر طرح پژوهش نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون و پس-آزمون با گروه کنترل است. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه مادران دارای کودک مبتلا به اختلال طیف اوتیسم شهر تبریز در سال ۱۴۰۰ بودند که به مراکز اوتیسم در این شهر مراجعه کرده و دارای پرونده‌ی پزشکی این اختلال هستند. لازم به ذکر است که در این تحقیق، ملاک‌های تشخیصی پیشنهادی آخرین نسخه‌ی تشخیصی آماری اختلالات روانی (DSM-5)، معیار انتخاب جامعه و نمونه‌ی آماری بود. در حقیقت، انتخاب از بین جامعه‌ای انجام شد که بر اساس آخرین نسخه‌ی تشخیصی توسط روانشناسی بالینی تشخیص اختلال اوتیسم دریافت کرده بودند و دارای پرونده اوتیسم در مرکز بودند. در تعیین حجم نمونه، نظر متخصصان بر این است که کمترین تعداد (مقدار حداقل ۱۵ شرکت کننده در هر گروه) در نظر گرفته شود (بورگ، گال و گال^۱، ۱۳۹۳). بر این اساس، تعداد ۱۵ شرکت کننده برای هر گروه در این پژوهش در نظر گرفته شد. لازم به ذکر است که برای کاهش میزان تفاوت بین گروهی، انتساب تصادفی انجام گرفت. با توجه به هدفمند بودن روش نمونه‌گیری، ملاک‌های ورود به پژوهش شامل موافقت برای شرکت در پژوهش و رضایت‌نامه کتبی، داشتن حداقل تحصیلات دیپلم، شرکت نداشتن در مداخلات روان‌شناختی در طی شش ماه گذشته، نداشتن اختلال روانپزشکی دیگر بود. همچنین، ملاک‌های خروج غیبت بیش از یک جلسه در درمان، شرکت همزمان در سایر برنامه‌های درمانی و عدم تمایل شرکت‌کنندگان به ادامه همکاری نیز به عنوان معیارهای خروج در نظر گرفته شد.

برای جمع‌آوری داده‌ها از ابزارهای زیر استفاده شد:

۱- مقیاس خودافشایی هیجانی^۲

خودافشایی سببیم کردن اطلاعات خصوصی یا شخصی خود با اشخاص دیگر است. افشاگری فرایندی است که شخص اجازه می‌دهد که به وسیله شخصی دیگر شناخته شود. مقیاس خودافشایی هیجانی توسط اسنل (۲۰۰۱) برای سنجش میزان تمایل افراد به افشای هیجانات‌شان ایجاد شد. این مقیاس دارای ۴۰ سوال می‌باشد نمره‌گذاری بصورت پنج درجه‌ای لیکرت از (هرگز به کسی نمی‌گویم ۱، به ندرت به کسی می‌گویم ۲، گاهی به کسی می‌گویم ۳، بیشتر اوقات به کسی می‌گویم ۴، و همیشه به کسی می‌گویم ۵) است. نمرات ۵ ماده مربوط به هر خرده مقیاس جمع شده و نمره آن خرده مقیاس را تشکیل می‌دهد و از جمع نمرات هر هشت خرده مقیاس نمره کل بدست می‌آید. نمرات بالاتر معادل خودافشایی هیجانی بیشتر می‌باشد.

۱. Borg, Gall, Gall

۲. Scale disclosure

اسنل، میلر و بلک^۱ (۱۹۸۸) برای ارزیابی اینکه افراد چقدر تمایل دارند تا هیجانانگیزان را به افراد مختلف افشا کنند، مقیاس خودافشایی هیجانی را بر روی ۷۹ نفر دانشجو اجرا کردند. گروه‌های که افشاگری به آنها صورت گرفته بود دوستان مذکر، دوستان مونث و همسران آزمودنی‌ها بودند. به منظور اندازه‌گیری پایایی بازآزمایی آزمودنی‌ها بعد از یک فاصله ۱۲ هفته‌ای دوباره مقیاس خودافشایی هیجانی را تکمیل کردند. پاسخ‌ها در طی زمان ثابت و همسان بودند و نمرات بازآزمایی در تمام خرده مقیاس‌ها بالا بود. اندازه پایایی درونی (آلفای کرونباخ) در همه زیر مقیاس‌ها بین ۰/۸۳ تا ۰/۹۵ بود که نشان دهنده همسانی درونی و انسجام زیر مقیاس‌ها می‌باشد.

۲- پرسشنامه فشار مراقبتی^۲

این پرسشنامه توسط زاریت و همکاران (۱۹۸۶) ساخته شده است که شامل ۲۲ سؤال است که در مورد فشار مراقبتی مراقبان بیماران اجرا می‌گردد. نمره‌گذاری این پرسشنامه به صورت هرگز (۰)، به ندرت (۱)، بعضی اوقات (۲)، اغلب (۳) و همیشه (۴) می‌باشد. مجموع امتیازات کسب شده توسط مراقبان، میزان فشار و باری که متحمل شده‌اند را به صورت تخمینی با دامنه نمراتی بین صفر تا ۸۸ نشان می‌دهد. روایی محتوایی این پرسشنامه با پرسشنامه اضطراب هامپلتون ($I=0/89$) و افسردگی بک ($I=0/67$) تأیید شده است. ضریب پایایی این پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ هم ۰/۹۱ گزارش شده است (زاریت و همکاران، ۱۹۸۶). در پژوهش باقریک‌تبریزی، نواب، فرخ‌نژادافشار، اسدی‌نوقابی و حقانی (۱۳۹۴) ضریب پایایی این پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۳ به دست آمده است.

۳- پرسشنامه استرس والدینی^۳

این پرسشنامه توسط آیدین (۱۹۹۰) ساخته شده و شامل ۳۶ سؤال است که دارای سه مؤلفه آشفتگی والدینی، تعاملات ناکارآمد والد-فرزند و ویژگی‌های کودک مشکل‌آفرین می‌باشد که سؤالات ۱ تا ۱۲ مربوط به آشفتگی والدینی، ۱۳ تا ۲۴ مربوط به تعاملات ناکارآمد والد-فرزند و ۲۵ تا ۳۶ مربوط به ویژگی‌های کودک مشکل‌آفرین است. کامل کردن این آزمون به ده دقیقه زمان نیاز دارد. نمره‌گذاری آزمون به این صورت است که از سؤال ۱ تا ۲۱ به صورت ۵ درجه‌ای لیکرت از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم نمره‌گذاری می‌شود. سؤال ۲۲ به صورت یک والد خوب نیستم تا یک والد بسیاری خوبی هستم، است و سؤالات ۲۳ تا ۳۱ به صورت ۵ درجه‌ای لیکرت کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم و سؤالات ۳۲ به صورت بسیار سخت‌تر از حد انتظار من است تا بسیار آسان‌تر از حد انتظار من است، نمره‌گذاری می‌شود. ۳۳ به صورت درجه بندی و سؤالات ۳۴ تا ۳۶ به صورت ۵ درجه‌ای لیکرت نمره‌گذاری می‌شود. برای

۱. Miller & Belk

۲. Caregiving Burden Questionnaire

۳. Parenting stress index (PSI)

بررسی روایی همگرایی پرسشنامه با مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس استفاده شد که بین ویژگی‌های سلامت خلقی مادران با استرس والدینی رابطه مثبت معناداری به دست آمد (آبیدین، ۱۹۹۰). همچنین در پژوهش فدایی، دهقانی، طهماسیان و فرهادی (۱۳۸۹) ضریب پایایی پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ برای مؤلفه‌های آسفتگی والدینی، تعاملات ناکارآمد والد-فرزند و ویژگی‌های کودک مشکل‌آفرین و کل پرسشنامه به ترتیب ۰/۹۰، ۰/۸۰، ۰/۸۴ و ۰/۸۰ به دست آمد.

بسته آموزش مهارت‌های فرزندپروری

پروتکل آموزش شیوه‌های فرزندپروری توسط کرمی‌زاده و همکاران (۱۳۹۳) بر اساس الگوی نظری بامریند تهیه شده و به مدت ۱۰ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای اجرا خواهد شد. محتوای جلسات به این صورت است:

جدول ۱: خلاصه‌ای از پروتکل آموزش شیوه‌های فرزندپروری

جلسه اول: معارفه، بیان قوانین جلسه، بیان جلسات و اهمیت آگاهی داشتن در مورد اصولی که در هر جلسه بیان خواهد شد، بیان ضرورت آگاهی والدین از مهارت‌های زندگی و آموزش مهارت خودآگاهی به صورت نظری و عملی (کارگاهی)، مثل مهارت کنترل خود در مسائل روزمره زندگی.

جلسه دوم و سوم: تدریس اولین اصل فرزندپروری تحت عنوان: رفتارهای مقابله‌ای چگونه شکل می‌گیرند؟ توصیف عوامل سرشتی (واکنش پذیری، قدرت سازگاری، پافشاری و هیجان‌پذیری) و عوامل محیطی (تله تقویت مثبت والدین به طور ناخواسته یک رفتار منفی کودک را تقویت می‌کنند)، تله تقویت منفی، فرایند زورگویانه، عدم ثبات در پاسخ به مشکلات رفتاری آنها) مؤثر بر تشدید لجبازی. کاهش الگو برداری از رفتار نامناسب والدین مانند نداشتن خواب و استراحت کافی، استرس‌های خانوادگی مثل طلاق، ازدواج مجدد و...، تماشای مداوم تلویزیون.

جلسه چهارم: طرح یک برنامه پنج جلسه‌ای برای مدیریت رفتارهای مقابله‌ای و بیان لزوم این امر که والدین قبل از رفتن به مرحله بعد و آموزش مطالب جدید باید کاملاً مهارت قبلی را کسب کرده باشند و این امر در واقع شامل استفاده عملی آنها در زندگی روزمره با فرزندانشان می‌باشد. این مهارت‌ها به ترتیب عبارتند از: توجه کردن، پاداش دادن، نادیده گرفتن، دستورهای مؤثر به فرزند خود دادن استفاده درست از محروم سازی موقت.

جلسه پنجم: پاداش دادن، به تفصیل آموزش داده خواهد شد و این موضوع بیان شد که حتماً باید مطمئن شوید چیزی را که به عنوان پاداش انتخاب می‌کنند برای فرزندشان نیز حکم پاداش داشته باشد و خواسته‌ی او هم باشد، پاداش‌های کلامی، فیزیکی و فعالیتی و پاداش‌های غیر اجتماعی توضیح داده شد و این امر که چه زمانی برای پاداش دادن مناسب تر است و نیز اصولی که در پاداش دادن باید رعایت شود بیان شد و در آخر اصولی که باید برای افزایش یک رفتار مطلوب رعایت شود، بیان خواهد گردید.

جلسه پنجم: پاداش دادن، به تفصیل آموزش داده خواهد شد و این موضوع بیان شد که حتماً باید مطمئن شوید چیزی را که به عنوان پاداش انتخاب می‌کنند برای فرزندشان نیز حکم پاداش داشته باشد و خواسته‌ی او هم باشد، پاداش‌های کلامی، فیزیکی و فعالیتی و پاداش‌های غیر اجتماعی توضیح داده شد و این امر که چه زمانی برای پاداش دادن مناسب تر است و نیز اصولی که در پاداش دادن باید رعایت شود بیان شد و در آخر اصولی که باید برای افزایش یک رفتار مطلوب رعایت شود، بیان خواهد گردید.

جلسه ششم و هفتم: در این جلسات تمرین‌های جلسه قبل انجام مرور و روی افزایش سه رفتاری که در جلسات قبل توضیح داده شد تأکید گردید و رفع اشکال به عمل آمد و علاوه بر آن مهارت نادیده گرفتن نیز اضافه شد. بقیه وقت جلسه به آموزش این مطالب

اختصاص یافت: مهارت نادیده گرفتن باعث می شود که مهارت‌های توجه کردن و یادداشت دادن مؤثرتر واقع شود. نادیده گرفتن برای کاهش رفتارهایی که قصد دارید کمتر انجام شوند به کار می رود و ۳ اصل دارد: ۱) هیچ تماس فیزیکی نباید برقرار شود. ۲) هیچ تماس یا ارتباط کلامی نباید برقرار شود. ۳) هیچ تماس چشمی با کودک برقرار نشود.

جلسه هشتم: دستور دادن، مهارتی است که گاهی والدین نمی توانند آن را به خوبی انجام دهند و منظور خود را به کودک تفهیم کند، اغلب دستورهایی که مؤثر واقع نمی شوند دارای یکی از این خصوصیات می باشند: ۱- دستورهای زنجیره ای: گاهی فرزندان هنوز آنقدر آمادگی و توان ندارند که همه اطلاعات را با هم پردازش کرده و تمام بخشهای آن را به خاطر آورند. ۲- دستورهای مبهم: این دستورها واضح و اختصاصی نیستند. ۳- دستورهای سوالی: از فرد سوال می شود و دستور مستقیم گفته نمی شود و او اهمیت خواسته را متوجه نمی شود. ۴- دستورهایی که به دنبال دلیل و منطق آورده می شود: در این موارد، ممکن است حواس فرد با دلیلی که پس از دستور می آید پرت شده دستور اصلی را فراموش کند. در این جلسه پس از تشریح موارد بالا، مهارت دستور دادن و همچنین به کار بردن مؤثر این مهارت آموزش داده شد.

جلسه نهم: در این جلسه برای عدم اطاعت کودک از دستورها، پی آمد قائل شده و در مورد مهارت محروم سازی با والدین بحث شد. سایر مطالبی که در جلسه هفتم آموزش داده شد عبارتند از: محروم سازی موقت مؤثر چگونه اجرا می شود؟ مکان هایی که مناسب این کار نیستند و نهایتاً با چه مشکلاتی ممکن است در انجام محروم سازی موقت روبه رو شوند؟ مدت زمانی که باید محروم سازی ادامه یابد؟ (این موارد برای نوجوانان کاربرد موثری دارد).

جلسه دهم: در جلسه هشتم که جلسه پایانی آموزش مهارت‌های فرزندپروری بود، موارد ذیل بررسی و آموزش داده شد: ۱- فراهم کردن شرایط مثبت برای تغییر رفتار (ایجاد فضای مثبت در خانه، مفهوم دوست دارم را به نوجوان انتقال دادن، حفظ قوانین و عادات و ساختار، حفظ آداب و رسوم خانوادگی، اهمیت ارتباط پدر و مادر. ۲- (ارتقای مهارت‌های ارتباطی (توجه و احترام به فرزند، گوش دادن فعالانه به او، قائل شدن حق اظهار نظر در امور خانواده و مشورت کردن با او، رعایت صداقت، عدالت، عدم تبعیض، عدم تحقیر و سرزنش خصوصاً در حضور دیگران.

برای تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش از روش آماری توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) استفاده شد. همچنین برای تجزیه و تحلیل فرضیه‌های پژوهش از تحلیل کوواریانس استفاده شد.

یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: میانگین و انحراف استاندارد متغیرها قبل و بعد از آموزش فرزندپروری در دو گروه آزمایش و کنترل

گروه	گروه آزمایش		گروه کنترل	
متغیرها	پیش آزمون میانگین	پس آزمون میانگین	پیش آزمون میانگین	پس آزمون میانگین
	(انحراف معیار)	(انحراف معیار)	(انحراف معیار)	(انحراف معیار)
خودآشنایی هیجانی	۱۲۱/۸۰ (۶/۳۰)	۱۲۷/۱۳ (۴/۸۳)	۱۲۱/۴۰ (۵/۳۹)	۱۲۲/۰۶ (۳/۵۳)
فشار مراقبتی	۴۱/۲۰ (۲/۳۳)	۳۹/۰۶ (۲/۱۲)	۴۰/۴۶ (۱/۹۹)	۴۱/۶۶ (۳/۴۷)

استرس والدینی	۹۰/۸۰ (۲/۹۳)	۸۷/۸۶ (۳/۱۱)	۹۰/۳۳ (۲/۵۲)	۹۰/۲۶ (۳/۶۳)
---------------	--------------	--------------	--------------	--------------

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که میانگین نمرات خودافشایی هیجانی، فشار مراقبتی و استرس والدینی در گروه کنترل و آزمایش تقریباً برابر است و نتایج نشان می‌دهد در گروه آزمایش و کنترل تفاوت چندانی با یکدیگر ندارند. همچنین، در مرحله بعد از آموزش میانگین نمرات فشار مراقبتی و استرس والدینی در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل کمتر شده است. همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود آموزش فرزندپروری باعث کاهش میانگین نمرات در متغیر فشار مراقبتی و استرس والدینی در گروه آزمایش شده است؛ در حالی که تفاوت چندانی در گروه کنترل وجود ندارد. همچنین میانگین نمرات خودافشایی هیجانی در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل افزایش داشته است.

قبل از آزمون تحلیل کواریانس، جهت رعایت پیش‌فرض‌های تحلیل کواریانس آزمون باکس برای همگنی ماتریس‌ها و آزمون لوین برای یکسانی واریانس‌ها به عمل آمد. بر اساس آزمون لوین نشان داد که متغیرهای پژوهش معنی‌دار نیستند و لذا یکسانی واریانس‌ها برقرار است. همچنین نتایج آزمون شاپیرو-ویلک نشان داد که داده‌ها نرمال هستند؛ بنابراین بر اساس این مفروضه‌ها و پیش‌شرط‌های آزمون تحلیل کواریانس که محقق شده‌اند، برای تحلیل از آزمون تحلیل کواریانس چندمتغیره استفاده شد.

جدول ۳: نتایج تحلیل کواریانس یک متغیری روی

نمرات پیش‌آزمون-پس‌آزمون متغیر خودافشایی هیجانی

منبع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری
پیش‌آزمون	۱۲۱/۳۳	۱	۱۲۱/۳۳	۸/۵۹	۰/۰۶
گروه	۱۸۱/۶۷	۱	۱۸۱/۶۷	۱۲/۸۶	۰/۰۰۱
خطا	۳۸۱/۳۳	۲۷	۱۴/۱۲		
کل	۴۶۶۴۵۰/۰۱	۳۰			

بر اساس ارقام به دست آمده از جدول ۳ پس از تعدیل نمرات پیش‌آزمون، اثر معنی‌داری در عامل بین آزمودنی‌های گروه وجود دارد ($F=12/86, P=0/001$)؛ به طوری که نمرات نشان می‌دهد میانگین گروه آزمایش که در معرض آموزش قرار گرفته‌اند، افزایش داشته است. از این رو می‌توان نتیجه گرفت که آموزش فرزندپروری توانسته است بر خودافشایی مادران دارای کودکان اوتیسم تأثیر گذاشته و آن را به طور معناداری افزایش دهد.

جدول ۴: نتایج تحلیل کواریانس یک متغیری روی نمرات پیش‌آزمون-پس‌آزمون متغیر فشار مراقبتی

منبع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری
پیش‌آزمون	۰/۱۱	۱	۰/۱۱	۰/۰۱	۰/۹۱
گروه	۴۸/۳۸	۱	۴۸/۳۸	۵/۶۲	۰/۰۲
خطا	۲۳۲/۱۵	۲۷	۸/۵۹		
کل	۴۹۱۶۷/۰۱	۳۰			

بر اساس ارقام به دست آمده از جدول ۴ پس از تعدیل نمرات پیش‌آزمون، اثر معنی‌داری در عامل بین آزمودنی‌های گروه وجود دارد ($P=۰/۰۲$, $F=۵/۶۲$)؛ به طوری که نمرات نشان می‌دهد میانگین گروه آزمایش که در معرض آموزش قرار گرفته‌اند، کاهش داشته است. از این رو می‌توان نتیجه گرفت که آموزش مهارت‌های فرزندپروری توانسته است بر فشار مراقبتی مادران دارای کودکان اوتیسم تأثیر گذاشته و آن را به طور معناداری کاهش دهد.

جدول ۵: نتایج تحلیل کواریانس یک متغیری روی نمرات پیش‌آزمون-پس‌آزمون متغیر استرس والدینی

منبع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری
پیش‌آزمون	۳۷/۱۴	۱	۳۷/۱۴	۳/۵۳	۰/۰۷
گروه	۵۰/۱۶	۱	۵۰/۱۶	۴/۷۷	۰/۰۳
خطا	۲۸۳/۵۱	۲۷	۱۰/۵۰		
کل	۳۳۸۳۵۰/۰۱	۳۰			

بر اساس ارقام به دست آمده از جدول ۵ پس از تعدیل نمرات پیش‌آزمون، اثر معنی‌داری در عامل بین آزمودنی‌های گروه وجود دارد ($P=۰/۰۳$, $F=۴/۷۷$)؛ به طوری که نمرات نشان می‌دهد میانگین گروه آزمایش که در معرض آموزش قرار گرفته‌اند، کاهش داشته است. از این رو می‌توان نتیجه گرفت که آموزش مهارت‌های فرزندپروری توانسته است بر استرس والدینی مادران دارای کودکان اوتیسم تأثیر گذاشته و آن را به طور معناداری کاهش دهد.

بحث و نتیجه گیری

هدف پژوهش حاضر اثربخشی آموزش مهارت‌های فرزندپروری بر خودافشایی هیجانی، فشار مراقبتی و استرس والدینی مادران کودکان اوتیسم بود. یافته اول پژوهش نشان داد که آموزش فرزندپروری توانسته است بر خودافشایی مادران دارای کودکان اوتیسم تأثیر گذاشته و آن را به طور معناداری افزایش دهد. این

یافته با نتایج پژوهش‌های پودار و همکاران (۲۰۱۵)، دیرلیکا و چایکن (۲۰۰۹) و تاکیچ و پچنیک (۲۰۱۱) مطابقت دارد. خودافشایی نه تنها بعنوان یک مفهوم مهم برای روابط اجتماعی شناخته شده است همچنین برای روان‌درمانی مهم می‌باشد (فیشر، ۱۹۸۴؛ به نقل از برومند، ۱۳۹۲). جورارد (۱۹۹۳) بیان می‌کند به اینکه گشودگی و دسترسی‌پذیری برای خود و دیگران اغلب در ارتباط با سازش و سلامت روان‌شناختی عمومی می‌باشد. او ادعا کرد که خودافشایی پایین باعث افزایش تنش، واپس‌روی و سرکوب‌گری به عنوان مکانیسم‌های دفاعی و تمایل به دیدن دیگران بعنوان یک تهدید می‌باشد. او اثر مثبت خودافشایی را بر روی احساس گناه، شرم و سایر مشکلاتی که نوجوانان دارای والدین طلاق با آن مواجه می‌شوند و آن‌ها را پنهان نگه می‌دارند ذکر کرد. افشا نکردن استرس‌زا می‌باشد و مضراتی برای سلامت روان‌شناختی و جسمی دارد. فلذا افشا کردن هیجان‌های خود باعث می‌شود که نوجوانان هم تنش‌های خود را از اینکه والدینش از هم جدا شدند نشان دهد که در این میان آموزش فرزندپروری باعث افشا کردن هیجان‌ها می‌شود.

آموزش فرزندپروری مبتنی بر این فرض قرار دارد که مادران دارای طیف اوتیسم دارای نگرانی بیشتر الگوهای ناسازگارانه درک و پاسخ‌دهی به محیط را یاد گرفته‌اند و همچنین فاقد راهبردهای مقابله‌ای مؤثر هستند. از این دیدگاه، مادران دارای طیف اوتیسم که دارای نگرانی هستند، به خاطر اینکه به جای رفتار سازنده، مستعد درک تهدید، پاسخ اجتنابی و ناتوانی است، از نگرانی و استرس مفرط رنج می‌برد. بعد از سال‌ها شناسایی تهدیدهای بالقوه و پاسخ‌دهی به صورت استرس، نگرانی و اجتناب، این مراجعان الگوهای پاسخ‌دهی خودکار و مداوم را پیدا می‌کنند. افکار، احساسات و رفتارهای استرسی مداوم و تکرار شونده هستند، بنابراین در نهایت این زنجیره کاملاً خارج از آگاهی قرار می‌گیرد. با توجه به این که اصلیتین ملاک اختلال استرس فراگیر عامل عدم خودافشایی هیجانی می‌باشد؛ لذا با استفاده از آموزش فرزندپروری و محتوای شناختی جلسات درمانی و تغییر ادراکی بیماران سبک پردازش آن‌ها تغییر می‌کند و در نتیجه با روش‌های تحلیل منطقی راهبردهای جدیدی برای حل مسائل بیماران مطرح می‌شود. بنابراین آموزش مهارت‌های فرزندپروری می‌تواند میزان خودافشایی را در مادران افزایش دهد (استوارت و همکاران، ۲۰۱۶). یافته دیگر پژوهش نشان داد که آموزش مهارت‌های فرزندپروری توانسته است بر فشار مراقبتی مادران دارای کودکان اوتیسم تأثیر گذاشته و آن را به طور معناداری کاهش دهد. این یافته با نتایج پژوهش‌های حیدری و همکاران (۱۳۹۵)، کدامان و همکاران (۲۰۱۲)، اینامدرا و همکاران (۲۰۱۵) و تامی (۲۰۱۸) مطابقت دارد. به طوری که تامی (۲۰۱۸) نیز در پژوهش خود نشان داد که هر چه بروز نشانه‌های اختلال طیف اوتیسم در کودکان بیشتر باشد، میزان استرس والدین و به خصوص مادران افزایش می‌یابد. در واقع مادران دارای کودکان اوتیسم از استرس والدینی بیشتری برخوردارند و آموزش فرزندپروری در این زمینه می‌تواند بر فشار مراقبتی این والدین را بهبود بخشد. می‌توان نتیجه گرفت میزان فشار مراقبتی در مراقبت‌کنندگان از کودکان دارای مشکل، بالا می‌باشد و احتمال آن می‌رود که این فشارها سطح مراقبت

از بیمار را کاهش داده و همچنین سلامت جسمی و روانی مراقب را به خطر اندازد. این خانواده‌ها، خانواده آسیب‌پذیری محسوب می‌شوند و نیاز به مداخلات و مشاوره و پیگیری در طول زمان دارند پیشنهاد می‌شود در برنامه‌ریزی‌های سیستم درمانی به نقش اعضای خانواده در درمان این بیماران نیز توجه شود و مداخلاتی از قبیل آموزش بیمار و مراقب وی، مشاوره، خانواده درمانی، گروه‌های حمایتی و خدمات ارجاعی جهت کاهش فشارهای مراقبتی مورد توجه قرار گیرد تا هم کیفیت مراقبت از بیمار بهتر شود و هم سلامت جسمی و روانی مراقب به عنوان بیماران پنهان تضمین گردد (کدامان و همکاران، ۲۰۱۲).

بعلاوه، کاهش میزان فشار مراقبتی در برابر رویدادهای زندگی را در فرد، با نوعی احساس فشار روانی، اضطراب یا افسردگی همراه دانسته‌اند. به بیان دیگر نخستین اثر ارتقاء توانمندی‌های فرد در زمینه تحمل مشکلات، کاهش مشکلات روانی و هیجانی، افزایش میزان سلامت روانی و در نتیجه افزایش بهزیستی روانشناختی فرد از زندگی خواهد بود. همچنین تاب‌آوری از طریق افزایش سطوح عواطف مثبت باعث تقویت عزت نفس و مقابله موفق با تجربه‌های منفی می‌شود. بر این اساس تاب‌آوری از طریق تقویت عزت نفس به عنوان یک مکانیزم واسطه‌ای به انطباق‌پذیری مثبت و بهزیستی روانی منتهی می‌شود. بنابراین افرادی که دارای تحمل مشکلات بالاتری برخوردارند، توانایی سازگاری آن‌ها با مشکلات بیشتر از کسانی است که از این مزیت برخوردار نیستند. از طرفی، هر چه فرد قدرت تاب‌آوری و مقابله با مشکلات و استرس‌های زندگی را داشته و در خود تقویت کند در معرض آشفتگی‌های روانی و هیجانی کمتری قرار می‌گیرد و از سلامت و بهزیستی روانی بالاتری به‌رمند می‌شود. به نظر می‌رسد مادران تاب‌آوری و آن‌هایی بهتر می‌توانند در برابر مشکلات تحمل کنند و فشار مراقبتی پایینی دارند، به طرز خلاقانه و انعطاف‌پذیر به مسائل می‌نگرند، برای حل آن‌ها طرح و برنامه‌ریزی دارند و در صورت نیاز نسبت به درخواست کمک از دیگران دریغ نمی‌ورزند و منابع کاملی برای مقابله با مشکلات دارند که این عوامل باعث می‌شود فرد از بهداشت روانی بالایی برخوردار باشد (تول و همکاران، ۲۰۱۲).

یافته دیگر پژوهش نشان داد که آموزش مهارت‌های فرزندپروری توانسته است بر استرس والدینی مادران دارای کودکان اوتیسم تأثیر گذاشته و آن را به طور معناداری کاهش دهد. این یافته با نتایج پژوهش‌های کاوالاسکی (۲۰۱۲)، مونته‌گومری (۲۰۱۵)، استوارت و همکاران (۲۰۱۶) و حیدری و همکاران (۱۳۹۵) مطابقت دارد. به طوری که حیدری و همکاران (۱۳۹۵) در پژوهشی به این نتیجه دست یافتند که درمان‌پذیرش و تعهد بر کاهش درماندگی روانشناختی و افکار خودآیند منفی مادران کودک مبتلا به اختلال طیف اوتیسم مؤثر است و می‌تواند استرس و مشکلات نگرانی این مادران را کاهش دهد. مادران کودکان اتیستیک با استرس‌های بسیار مواجه‌اند که این استرس می‌تواند مربوط به کودک، والد یا جامعه باشد. از جمله ماهیت مبهم اختلال اوتیسم، خصوصیات کودک، نگرانی راجع به تداوم شرایط، پذیرش کم جامعه و حتی سایر اعضای خانواده نسبت به رفتارهای کودک درخودمانده و نیز شکست در دریافت حمایت‌های اجتماعی و آموزش فرزندپروری می‌تواند در بروز این استرس مؤثر باشد. همچنین تامی (۲۰۱۸) نیز

در پژوهش خود نشان داد که هر چه بروز نشانه‌های اختلال طیف اوتیسم در کودکان بیشتر باشد، میزان استرس والدین و به خصوص مادران افزایش می‌یابد. در واقع مادران دارای کودکان اوتیسم از استرس والدینی بیشتری برخوردارند.

در واقع، به نظر می‌رسد مادران دارای کودک اوتیسم در برقراری ارتباط با کودک خود دچار مشکل هستند. این امر می‌تواند از یک سو به ویژگی‌های کودک مشکل‌آفرین و از سوی دیگر به عدم شناخت کافی و آگاهی والدین به ماهیت اختلال و خصوصیات آن که بر کودک تحمیل می‌کند، باشد. در نتیجه، کودکان اوتیسم مسائل دیگری را بر والدین خود تحمیل می‌کنند که از جمله آن‌ها می‌توان به استرس، اضطراب، سازگاری خانوادگی و رضایت زناشویی کمتر و درگیری کمتر با کودک اشاره نمود. همچنین این حالات روانشناختی در والدین کودکان اتیستیک می‌تواند به احساس ناامیدی در آن‌ها منجر شود. از سوی دیگر علائم این اختلال پس از یک دوره رشد طبیعی بروز و والدین را دچار سردرگمی می‌کنند. عامل استرس‌زای دیگر این است که تشخیص این اختلال بسیار دشوار است و معمولاً بسیار دیر هنگام تشخیص داده می‌شود و والدین را با این استرس مواجه می‌سازد که زمان زیادی را از دست داده‌اند، که می‌توانسته نقش مفیدی در بهبود کودکان داشته باشد (حیدری و همکاران، ۱۳۹۵). با توجه به اینکه خانواده نقش مهمی در این زمینه دارد و لذا آموزش فرزندپروری می‌تواند این استرس را در آن‌ها کاهش دهد.

این پژوهش با محدودیت‌هایی مواجه بود. از آنجایی که در پژوهش حاضر از پرسشنامه استفاده شد و افراد شرکت‌کننده ممکن است نگرش‌ها، عقاید و دیدگاه‌های واقعی خود را در پرسشنامه‌ها بیان نکنند؛ لذا این عامل می‌تواند تا حدودی نتایج پژوهش را به مخاطره بیندازد. این پژوهش فقط بر روی مادران کودکان اختلال اوتیسم انجام گرفته است که در تعمیم یافته‌ها برای اختلال‌های دیگر با محدودیت مواجه است. با عنایت به نتایج حاصل در خصوص متغیر فشار مراقبتی، پیشنهاد می‌شود متخصصان و مسولان درگیر در امر مداخله به مقوله‌ی فشار روانی تجربه شده توسط این مادران اهمیت داده و روش‌های مقابله با آن را در اولویت برنامه‌های آموزشی خود قرار دهند. به بیانی دیگر، وجود کودک اوتیسم در خانواده، عامل فشارزایی است که ایجاد پاسخ‌های مقابله‌ای مداوم توسط والدین را ضروری می‌نماید. اگرچه هر کودک با ناتوانی ویژه می‌تواند چنین مشکلاتی را داشته باشد، اما اختلال اوتیسم چالش‌های ویژه‌ای را در خانواده به وجود می‌آورد. بنابراین، راهبردهای مقابله‌ای برای حفظ و پایداری خانواده و کیفیت زندگی افراد خانواده لازم می‌باشد و مدیریت استرس والدگری و افزایش سلامت آن‌ها از مسائل بسیار مهم در سرویس‌های مداخله‌ای می‌باشد.

منابع

احمدپناه، محسن. (۱۳۸۰). تأثیر کم توان ذهنی فرزند بر بهداشت روانی خانواده. فصلنامه پژوهش در حیطه کودکان استثنایی، ۱(۱)، ۵۲-۶۸

باقریبیک تبریزی، لادن؛ نواب، الهام؛ فرخ‌نژادافشار، پویا؛ اسدی نوقابی، احمدعلی؛ و حقانی، حمید (۱۳۹۴). تأثیر آموزش مداخلات رفتاری - شناختی بر بار مراقبتی مراقبان خانوادگی سالمندان مبتلا به آلزایمر. *مجله حیات*، ۲۱(۱)، ۱۰۲-۹۴.

برومند، نرمین. (۱۳۹۲). مقایسه بهزیستی روان‌شناختی، سرمایه روان‌شناختی و خودافشایی هیجانی والدین کودکان استثنایی با والدین کودکان بهنجار. پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشگاه آزاد اسلامی واحد اردبیل. بزرگ، والتر، گال، مردیت دامین، گال، جویس. (۱۳۹۳). *روش‌های تحقیق کمی و کیفی در علوم تربیتی و روانشناسی*، ترجمه محمدجعفر پاک سرشت و همکاران. تهران: نشر سمت.

توزنده‌جانی، حسن؛ توکلی‌زاده، جهانشیر و لگزبان، زهرا. (۱۳۹۰). توزنده جانی، حسن. توکلی‌زاده، جهانشیر. لگزبان، زهرا (۱۳۹۰). اثربخشی شیوه‌های فرزندپروری بر خودکارآمدی و سلامت روان دانشجویان علوم انسانی دانشگاه پیام نور و آزاد نیشابور. *فصلنامه افق دانش*، ۲، ۵۶-۶۵.

حیدری‌عبدی، سمیه؛ سجادیان، ایلناز؛ و حیدریان، اندیشه (۱۳۹۵). اثر بخشی گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر درماندگی روان‌شناختی و افکارخودآیند منفی مادران دارای کودک مبتلا به اختلال طیف اوتیسم. *مجله اصول بهداشت روانی*، ۱۸، ویژه‌نامه سومین کنفرانس بین‌المللی روان‌شناسی و علوم تربیتی، ۴۶۶-۴۶۰. ربیعی‌کناری، فاطمه؛ جدیدیان، علی؛ و سلگی، محمد. (۱۳۹۴). اثربخشی آموزش تاب‌آوری بر کاهش استرس والدگری مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال اوتیسم. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی ایلام*، ۲۳(۴)، ۹۵-۱۰۵.

رضائی، نسربین، نویدیان، علی، عباسی، فاطمه. (۱۳۹۶). تأثیر برنامه آموزشی حمایتی گروهی بر فشار مراقبتی مادران کودکان مبتلا به تالاسمی ماژور. *حیات*، ۲۳(۲)، ۱۲۶-۱۳۷.

فدایی، زهرا؛ دهقانی، محسن؛ طهماسیان، کارینه؛ و فرهادی، فرهاد. (۱۳۸۹). بررسی ساختار عاملی، اعتبار و روایی فرم کوتاه شاخص استرس فرزند پروری (PSI-SF) مادران کودکان عادی ۱۲-۷ سال. *مجله تحقیقات علوم رفتاری*، ۸(۲)، ۸۱-۹۱.

فمی‌تفرشی، فرزانه؛ محمدی، محمدرضا؛ شریفی ساکی، شیدا؛ احمدی، هادی؛ کریمی رضا؛ و آخته، مریم. (۱۳۹۵). اثربخشی آموزش تحلیل رفتار کاربردی به والدین بر افزایش خودیاری کودکان مبتلا به اختلال اوتیسم. *فصلنامه سلامت روانی کودک*، ۳(۱)، ۹-۱۸.

کریمی‌زاده، ساره؛ نظامی، ماندانا؛ طاهری، امین؛ و منظری‌توکلی، وحید. (۱۳۹۳). اثر بخشی آموزش شیوه‌های فرزندپروری بر راهبردهای حل تعارض والدین و فرزندان. *زن و مطالعات خانواده*، ۶(۲۴)، ۸۵-۱۰۳. واحدی، شهرام. (۱۳۹۰). خودتنظیمی به عنوان میانجی بین ابعاد والدینی غیرحمایتی و پرخاشگری نوجوانان: روش مدل‌یابی معادله ساختاری. *مجله اصول بهداشت روانی*، ۱۳(۴۹): ۶-۱۹.

Abidin, R. R. (1990). Introduction to the special issue the stresses of parenting. *Journal Clin Child Psychol*, 19, 298-301

- Barber, B. K., Stolz, H. E., & Olsen, J. A. (2005). Parental support, psychological control, and behavioral control: Assessing relevance across time, method, and culture. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 70 (4), 34-43.
- Barber, B.K., Harmon, E. (2002). Violating the self: Parental psychological control of children and adolescents. In: Barber BK. (editor). *Intrusive parenting: How psychological control affects children and adolescents*. Washington, DC: American Psychological Association; 15-52.
- Beck, S.J., Young, G.H., Tarnowski, K. G. (1990). Maternal characteristics and perceptions of pervasive and situational hyper actives and normal controls. *Journal Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 88, 150-6.
- Bluth, K., Roberson, P. N., Billen, R. M., & Sams, J. M. (2013). A stress model for couples parenting children with autism spectrum disorders and the introduction of a mindfulness intervention. *Journal of family theory & review*, 5(3), 194-21.
- Cachia, R. L., Anderson, A., & Moore, D. W. (2016). Mindfulness, Stress and Well-Being in Parents of Children with Autism Spectrum Disorder: A Systematic Review. *Journal of Child and Family Studies*, 25(1), 1- 14.
- Cadman T., Eklund, H., Howley, D., Hayward, H., Clarke, H., Findon, J., Xenitidas, K., Murphy, D., Asherson, P., & Glaser, K. (2012). Caregiver burden as people with autism spectrum disorder and attention-deficit/hyperactivity disorder transition into adolescence and adulthood in the United Kingdom. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 51, 879-888.
- Christensen, D. L., Bilder, D. A., Zahorodny, W., Pettygrove, S., Durkin, M. S., Fitzgerald, R.T., & Yeargin-Allsopp, M. (2016). Prevalence and characteristics of autism spectrum disorder among 4-year-old children in the autism and developmental disabilities monitoring network. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 37(1), 1- 8.
- Derlega, V. J. & Chaikin, A. L. (2009). *Sharing intimacy. What we reveal to others and why?* New Jersey: Prentice-Hall, Inc., Englewood Cliffs.
- Dumas, J.E., Wolf, L.C., Fisman, S.N., & Culligan, A. (1991). Parenting stress, child behavior problems, and dysphoria in parents of children with autism, Down syndrome, behavior disorders, and normal development. *Exceptionality*, 2, 97-110.
- Gould, E. R., Tarbox, J., & Coyne, L. (2017). Evaluating the effects of Acceptance and Commitment Training on the overt behavior of parents of children with autism. *Journal of Contextual Behavioral Science*. In Press, Corrected Proof, Available online 29 June 2017

- Hasting, R.P., Kovshoff, H., Ward, N.J., Espinosa, F., Brown, T. (2005). System analysis of stress and positive perceptions in mothers and fathers of pre school children with autism. *Journal Autism Dev Dis*, 35, 635-44.
- Herring, S., Gray, J., Taffe, K., Sweeney, D. & Eifeld, S. (2006). Behaviour and emotional problems in toddlers with pervasive developmental disorders and developmental delay: associations with parental mental health and family functioning. *Journal of Intellectual Disability Research*, 12, 874-882.
- Inamdar, S., Inamdar, M., Gangrade, A. (2015). Stress level among caregivers of thalassemia patients. *Ntl J of Community Med*, 6(4), 579-582.
- Jourard, S. (1993). *Self-disclosure. An experimental analysis of the transparent self.* Canada: John Wiley & Sons, Inc. Caluschi, Mariana, *Probleme de psihologie socială*, Editura Carrtes, Iași, 1002.
- Kawalkowski. (2012). *The Impact of a Group – based Acceptance and Commitment Therapy Intervention on Parents of Children Diagnosed with an Autism Spectrum Disorder.* Masters Theses and Doctoral Dissertaions.
- Keen, D., Couzens, A., Muspratt, S., Rodger, S. (2010). The effects of a parentfocused intervention for children with a recent diagnosis of autism spectrum disorder on parenting stress and competence. *Res Autism Spect Dis*, 2, 229-41.
- Khamis, V. (2007). Psychological distress among parents of children with mental retardation in the United Arab Emirates. *Social Science & Medicine*, 64, 850-857.
- McConkey, R., Truesdale-Kennedy, M., Chang, M., Jarrah, S., and Shukri, R. (2007). The impact on mothers of bringing up a child with intellectual disabilities: A cross-cultural study. *International Journal of Nursing Studies* (in press) Published Online October 2006.
- Miranda, A., Tárraga, R., Fernández, M. I., Colomer, C., & Pastor, G. (2015). Parenting Stress in Families of Children with Autism Spectrum Disorder and ADHD. *Exceptional Children*, 23, 1-15.
- Montgomery, D. (2015). *The Effects of Acceptance and Commitment Therapy on Parents of Children Diagnosed with Autism.* Walden Dissertations and Doctoral Studies, 5, 45-54.
- Poddar, S., Sinha, V. K., & Urbi, M. (2015). Acceptance and commitment therapy on parents of children and adolescents with autism spectrum disorders. *International Journal of Educational and Psychological Researches*, 1(3), 221.
- Schneider, R. A. (2004). Chronic renal failure: assessing the fatigue severity scale for use among caregivers. *Journal Clin Nurs*, 13(2), 219-25.

- Snell, W. E. (2001). Development of the Emotional Selfdisclosure Scale. In W.E. Snell, (Ed.). *New directions in the psychology of gender roles: Research and theory*. Cape Girardeau: Snell Publications.
- Snell, W. E., Miller, R. S., & Belk, S. S. (1988). Development of the Emotional Self-Disclosure Scale. *Sex Role*, 18 (2):59-74.
- Stewart, M., McGillivray, J. A., Forbes, D., & Austin, D. W. (2016). Parenting a child with an autism spectrum disorder: a review of parent mental health and its relationship to a trauma-based conceptualisation. *Advances in Mental Health*, 13, 1-11.
- Theule, J., Wiener, J., Tannock, R., Jenkins, J.M. (2012). Parenting stress in families of children with ADHD: a meta-analysis. [published online November 18, 2010] *Journal Emot Behav Disord*.
- Tokić & Pećnik, N. (2011). Parental behaviors related to adolescents' self-disclosure: Adolescents' views. *Journal of Social and Personal Relationships*, 28(2), 201-222.
- Toomey, T. S. (2018). Parenting stress as an indirect pathway to mental health concerns among mothers of children with autism spectrum disorder. *Autism*, 13, 1-5.
- Zarit, S. H., Todd, P. A., Zarit, J. M. (1986). Subjective burden of husbands and wives as caregivers: A longitudinal study. *Gerontologist*, 26, 260-266.
- Gupta, R. K., & Singh, R. A. (2004). Electrical properties of junction between aluminium and poly (aniline)-poly (vinyl chloride) composite. *Materials chemistry and physics*, 86(2-3), 279-283.

The effectiveness of training parenting skills on emotional Self-disclosure, care stress and parental stress of mothers of Autistic children

Nasrin Mohades

Asma Rezaie

Abstract

The aim of this study was to evaluate the Of training On the emotional... parenting skills On the emotional... self-disclosure, care pressure and parental stress of mothers of children with autism. This research is a pre-test and post-test with a control group in terms of applied purpose and in terms of quasi-experimental research design. The statistical population of this study included all mothers with children with autism spectrum disorder in Tabriz in 2021 who referred to autism centers in this city and have a medical record of this disorder. Based on the proposed diagnostic criteria of the latest statistical diagnostic version of mental disorders and by purposeful sampling method, 30 people were selected from the comprehensive group and were divided into two experimental groups (15 people) and control (15 people). To collect data, Snell Emotional Self-Disclosure Scale, Abidin Parental Stress Questionnaire, Zarit et Were used. Data were analyzed by analysis of covariance. The results showed that parenting skills training has an effect on self-disclosure, parental stress and caring stress and increases emotional self-disclosure and reduces parental stress and caring stress in mothers. Therefore, paying attention to parenting skills plays an important role in improving the problems of mothers with autistic children.

Keyword: Self-disclosure, Parental stress, Care pressure, Parenting skills, Autism.