

مقایسه سلامت عمومی، شادکامی و امید به زندگی مادران دانش آموزان عادی با مادران دانش آموزان اتیسم

1 حمید رضا خورشیدیان

2 یارعلی دوستی

3 عطیه صمدایی

فاطمه مرتضوی کیاسری

تاریخ دریافت: 96/03/01

تاریخ پذیرش: 96/05/09

چکیده

شیوع اختلال اتیسم به عنوان یکی از اختلالات فراگیر رشد، تمرکز بر نیازها و تجارب والدین این کودکان را ضروری می‌نماید. هدف این پژوهش، مقایسه سلامت عمومی، شادکامی و امید به زندگی مادران دانش آموزان اتیسم با مادران دانش آموزان عادی بود. پژوهش از لحاظ هدف، کاربردی و روش پژوهش توصیفی-مقایسه ای می‌باشد. جامعه آماری شامل مادران دانش آموزان اتیسم و مادران دانش آموزان عادی استان مازندران می‌باشد. با عنایت به گستردگی جامعه آماری، نمونه گیری به روش نمونه در دسترس انجام شد و 112 نفر (56 نفر مادران دانش آموزان اتیسم و 56 نفر مادران دانش آموزان عادی) انتخاب شدند. پرسشنامه امیدواری میلر (1988)، پرسشنامه سلامت عمومی GHQ و پرسشنامه شادکامی آکسفورد به عنوان ابزارهای پژوهش به کار رفتند. پایایی پرسشنامه ها با استفاده از آلفای کرونباخ 0/8، 0/79 و 0/83 محاسبه شد. به منظور تحلیل آماری داده ها از t مستقل جهت مقایسه دو گروه استفاده شد. یافته ها نشان داد بین امیدواری، سلامت عمومی و شادکامی مادران دانش آموزان اتیسم و عادی تفاوت معنادار وجود دارد. نتایج نشان داد که اتیسم روی سلامت عمومی، امیدواری و شادکامی مادران این دانش آموزان تأثیر منفی دارد.

کلید واژه‌ها: اتیسم، شادکامی، سلامت عمومی، امید

¹ - دانشجوی دکتری روانشناسی دانشگاه لینکلن مالزی (نویسنده مسئول) khorschidianh@gmail.com

² - استادیار گروه روانشناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران

³ - دانشجوی دکتری روانشناسی دانشگاه لینکلن مالزی

مقدمه

امروزه با افزایش روزافزون جمعیت دنیا، علیرغم تلاش‌های اصولی و عمومی در کاهش میزان تولد کودکان استثنایی به‌ویژه گروه‌های واجد محدودیت‌های خاص (معلولین) کماکان با تعداد بی‌شماری از این کودکان مواجه هستیم. کودکانی که از زمان تولد و در خلال مراحل رشد و تحول تا بزرگسالی و بالاخره تا زمانی که زنده هستند، مسائل و مشکلات روانی - اجتماعی و اقتصادی متعددی را به خانواده و جامعه تحمیل می‌کنند. به واسطه این مشکلات، کودک و اعضای خانواده‌اش سلامت روان خود را از دست می‌دهند و در سایر امور زندگی فردی و اجتماعی به سستی و بی‌رغبتی می‌گیرند. بدین ترتیب تأمین بهداشت روانی آنان ضرورت می‌یابد، ضرورتی که پاسخ به آن به سادگی ممکن نیست (شریفی درآمدی، 1381): چرا که مراقبت از یک کودک ناتوان، با سطوح بالای استرس همراه است. تحقیقات نشان داده است که هیچ یک از فشارهای معمولی در خانواده نمی‌تواند به اندازه داشتن یک فرزند با نیازهای ویژه تأثیری شدید دائمی بر خانواده داشته باشد و خانواده را در معرض پیامدهای بهزیستی روانشناختی پایین قرار دهد (جوز¹ و همکاران، 2017: 11). یاما اوکا² و همکاران (2016) تأکید می‌کنند داشتن کودک دارای اختلالات آنقدر استرس آمیز است که بهزیستی روانشناختی و جسمی مراقبان را به طور چشمگیری تحت تأثیر قرار می‌دهد.

یکی از شدیدترین ناتوانی‌ها که کودکان خردسال را مبتلا می‌کند، اختلال اتیسم است که همه جوانب تحولی کودک از جمله تحول حرکتی (ستوه³ و همکاران، 2017)، اجتماعی، شناختی و هیجانی (جامیسون و شاتلر⁴، 2017) را بطور شدید متأثر می‌سازد. بزعم ولکممار⁵ (2007) اتیسم یکی از اختلالات فراگیر رشد است که به عنوان وخیم‌ترین و در عین حال ناشناخته‌ترین اختلال دوران کودکی مطرح می‌شود. اختلال اتیسم یکی از بیماری‌های گروه اختلالات فراگیر رشد می‌باشد که با تخریب پایدار در تعاملات اجتماعی متقابل، تاخیر یا انحراف ارتباطی و الگوی ارتباطی کلیشه‌ای محدود مشخص است.

¹. Jose etal

². Yamaoka

³. Setoh, P., Marschik, P. B., Einspieler, C., & Esposito, G

⁴. Jamison, & Schuttler

⁵. volkmar

شیوع اُتیسم، تمرکز بر نیازها و تجارب والدین این کودکان را ضروری تر می‌نماید چرا که شرایط و نیازهای خاص کودکان اُتستیک نه تنها کودک بلکه خانواده را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد. والدین کودکان اتستیک با وظایف و دشواری‌های مضاعفی مواجهند که مادران سه‌م اصلی در مواجهه با آنها را بر عهده دارند. مطالعات انجام شده حاکی از این است که اثرات منفی داشتن کودک کم توان یا ناتوان موجب ایجاد تنش و فشار در اعضای خانواده خصوصاً مادران می‌شود (تاجری و بحیرایی، 1387). مادر اولین شخصی است که به طور مستقیم با کودک ارتباط برقرار می‌کند. احساساتی مثل گناه و تقصیر و ناکامی و محرومیت ناشی از عادی نبودن کودک می‌تواند سبب گوشه‌گیری مادر و عدم علاقه به برقراری رابطه با محیط و همچنین پایین آمدن عزت نفس و احساس خودکم بینی و بی‌ارزشی و غم و اندوه در مادر شود که پیامد آن بروز افسردگی و به خطر افتادن سلامت روانی مادر است (نریمانی و همکاران، 1386: 15). به علت استمرار فشار روانی وارده بر این مادران، افزون بر سلامت جسمی و روانی خود آنها، سلامت و آسایش همسر، فرزندان سالم و نیز فرزند با ناتوانیشان و در سطحی وسیعتر، سلامت و بهداشت روانی کل جامعه را متأثر خواهد ساخت. در این والدین، فشارهای روانی مرتبط با "داغ‌گذاری"¹ ناتوانی، سوگواری درباره اینکه کودک آنها هرگز به سطح زندگی بزرگسال عادی نخواهد رسید و نگرانی درباره آینده مراقبت از فرزندشان بعد از مرگ آنها، وجود دارد (موللی و همکاران، 2013). پژوهشها نشان می‌دهند والدین کودکان با ناتوانی، به احتمال بیشتری با مشکلات اجتماعی، اقتصادی و هیجانی که اغلب ماهیت محدودکننده و مخرب دارند، مواجه می‌شوند (خمیس، 2007). اکثر مادران به هنگام تشخیص اختلال اُتیسم دچار واکنش انکار، سردرگمی، خشم و افسردگی شده‌اند. کودک اتیستیک به عنوان یک عامل فشار روانی برای والدین می‌تواند هیجانانگیز آنها را تحت تأثیر قرار دهد و توانایی والدین را برای مقابله با مشکلات کاهش دهد (چیمه²، 2008: 697). بر اساس پژوهش گاپتا و سینگال (2005) میزان استرس در مادران 70% و در پدران 40% گزارش شد. بنابراین مادران دارای کودک اتیسم استرس بیشتری را تجربه می‌کنند. از این منظر نیز شناسایی نیازهای مادران کودکان اتستیک و تنظیم برنامه‌های توانبخشی و آموزش مناسب ضرورت می‌یابد. بر اساس یافته‌های پژوهشی، برنامه‌های آموزشی برای مادران کودکان اتیسم جهت جلب توجه آنها به استفاده از حمایت‌های غیر

¹. Stigmatize

². Chimeh

رسمی پیرامونشان و همچنین آموزش عموم افراد برای ارائه حمایت‌های اجتماعی خود به خانواده‌های با کودک اتیسم به منظور بالا بردن سطح سلامت روان مادران توصیه می‌شود (رضایی دهنوی و همکاران، 1396).

یکی از مسائل با اهمیت در مادران کودکان اتیسم امید داشتن به زندگی است. به طور کلی ناامیدی، مادر کودک اتیسم را در برابر عوامل تنش‌زا، بی‌دفاع و گرفتار می‌کند. شخص با گذشت زمان، تمامی امید خود را از دست می‌دهد و افسردگی عمیق را جایگزین آن می‌کند. ناامیدی باعث تضعیف مهارت حل مسأله در مادر می‌شود همچنین سبب می‌شود که مادر به طور دایم تجربه‌های خود را به شکل منفی و نادرست ارزیابی کرده و پیامدهای نگران‌کننده‌ای را برای مشکلات خود در نظر بگیرد چرا که تولد کودک اتیسم نمایانگر فروپاشی تصوراتی است که والدین در سر می‌پروراندند. خانواده و بخصوص مادران کودک اتیسم بدلیل مشکلات فراوان این کودکان از تنشها و فشارهای روانی زیادی رنج می‌برند (محمدی زاده و همکاران، 1384: 289). کولتا¹ و همکاران (2014) بیان می‌دارند که سلامت روان مادران کودکان اتیسم از این جهت اهمیت دارد بر توانایی آنها برای انطباق با حضور یک کودک ناتوان در خانواده بسیار تأثیر گذار است. نتایج یک پژوهش داخلی نشان می‌دهد که مادران دارای آگاهی بالاتر از پذیرش بیشتری برخوردارند، همچنین مادران با آگاهی بالاتر از کم توانی ذهنی، استرس کمتری تجربه می‌کنند (تاجری و بحیرایی، 1387: 205).

اکثر پژوهشها تأکید دارند که مسائل و مشکلات والدین استثنایی بالاتر از عادی است اما دقیقاً نمی‌دانند که چه اختلالات و مشکلات روانی در این گروه از گروه عادی بالاتر است. از طرفی پژوهشی علمی و مدونی که بوسیله پژوهشگران در کشور در این حوزه و در ارتباط با ویژگیهای شخصیتی والدین کودکان اتیسم در کشور صورت گرفته باشد بسیار کم می‌باشد و کمتر مطالعه‌ای به مقایسه والدین گروه سالم با کودکان دارای نیازهای ویژه پرداخته است. برخی پژوهش‌های انجام شده در این حوزه عبارتند از:

ملکشاهی و فلاحی (1395) نشان دادند که والدین دارای کودک معلول دارای مشکلات روانی و اجتماعی هستند اما مادران به علت تعدد نقش‌ها از میانگین مشکلات بیشتری در خانواده برخوردار بودند.

¹ . Kuhlthau

نتایج پژوهش ذوقی پایدار و همکاران (1394) نشان داد که بین میزان سلامت روان مادران دارای کودکان با اختلال کم توجهی - بیش فعالی و مادران دارای کودکان عادی تفاوت معنادار وجود دارد. همچنین بین میزان شکایات جسمی، وسواس - اجبار، حساسیت بین فردی، افسردگی، اضطراب، خصومت، ترس مرضی، افکار پارانوئید و روان پریشی مادران دارای کودکان با اختلال کم توجهی - بیش فعالی و مادران دارای کودکان عادی تفاوت معنادار وجود داشت ($P < 0/01$).

پژوهش یکتاخواه و همکاران (1393) نشان داد که مادران کودکان اتیسم در خرده مقیاس افسردگی کمترین میانگین را کسب نموده اند، در عملکرد اجتماعی از وضعیت مناسبی برخوردار نیستند. صمدی و مک کونکی (2012) طی مطالعه ای در ایران هم مادران و هم پدران دارای کودک اتیسم را مورد بررسی قرار دادند. این مطالعه نشان داد که میزان استرس در بین مادران و پدران دارای کودک اتیسم متفاوت است و مادران استرس بالاتری را نسبت به پدران تجربه می کنند. موسوی خطاط و همکاران (2011) در پژوهشی نشان دادند که سلامت عمومی مادران دارای کودکان با نیازهای ویژه در چهار بعد جسمانی، اضطراب، عملکرد اجتماعی و افسردگی از مادران کودکان عادی پایتتر است.

صالحی و همکاران (1390) نشان دادند که تفاوت معناداری بین میزان سلامت عمومی و شادکامی دو گروه از مادران کودکان معلول جسمی حرکتی و سالم وجود دارد.

نتایج تحقیق خرم آبادی و همکاران (1388) نشان داد که استرس والدگری در مادران کودکان اتیستیک در هر دو قلمرو والدگری و قلمرو کودک و همچنین استرس والدگری کل به طور معناداری بالاتر از مادران کودکان بهنجار بود. نریمانی و همکاران (1386) نشان دادند بین سلامت روانی مادران کودکان استثنایی و مادران کودکان عادی تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0.05$). همچنین از نظر علایم سلامت روانی یعنی افسردگی، اضطراب، روان پریشی ($P < 0.05$)، پرخاشگری ($P < 0.01$) و ترس مرضی ($P < 0.001$) تفاوت معناداری وجود دارد اما از نظر شکایات جسمانی، وسواس - اجبار، حساسیت در روابط متقابل، و افکار پارانوئیدی تفاوت معناداری بین گروه ها به دست نیامد.

محمدی زاده و همکاران (1384) بیان کردند که به خاطر مشکلات فراوان کودکان اتیسم، خانواده و به خصوص مادران این کودکان از تنشها و فشارهای روانی زیادی رنج می برند و

شادکامی کمتری دارند. مهرابی زاده هنرمند و همکاران (1380) که بین سلامت روانی والدین کودکان کم توان ذهنی و کودکان عادی تفاوت معناداری وجود دارد.

برخی پژوهشگران خارجی نیز در تحقیقات خود نشان داده اند که مادران کودکان اتیسم و کودکان دارای اختلالات رشدی نسبت به مادران دیگر میزان بالاتری از مشکلات بهداشت روانی دارند (گالاگر و هنیگان¹، 2014؛ هارتلی و همکاران²، 2012؛ بیلی و همکاران³، 2007).

زابلوتسکی⁴ و همکاران (2013) بیان می‌دارند که مادران دارای فرزندان با اختلال اتیسم در مخاطره ابتلا به مشکلات روانی بیشتر و تنش شدیدتری قرار دارند. بورک تیلور و همکاران⁵ (2012) در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که مادران دارای فرزندان با ناتوانی، سلامت ذهنی خود را کمتر از مادران دارای فرزندان عادی گزارش کردند. همچنین میزان بالاتری از افسردگی و عصبی بودن در مادران دارای فرزندان با ناتوانی نسبت به مادران دارای فرزندان عادی گزارش شده است.

اگستون⁶ و همکاران (2011) در پژوهش خود به این نتیجه دست یافتند که مادران دارای کودک اتیسم سطح بالایی از نگرانی و ناامیدی را تجربه می‌کنند. لیوید و هستینگز (2009) به بررسی رابطه امید و سلامت روانی در 198 نفر از مادران کودکان مبتلا به کم توان ذهنی، اتیسم و سندرم دان پرداختند و دریافتند که مادران کودکان اتیسم در مقابل با دو گروه دیگر وضعیت امید و سلامت روانی پایین‌تری دارند.

هاستینگس⁷ و همکاران (2005) در پژوهش خود دریافتند که مادران کودک مبتلا به اتیسم افسردگی بالایی دارند. پژوهش‌گری⁸ (2003) نشان داد که خانواده‌های کودکان اتیسم بیشتر از خانواده‌های کودکان کم توان ذهنی و نشانگان داون استرس داشته و با آن درگیر هستند.

کامینگز و همکاران (1996) نشان دادند که مادران کودکان استثنایی از افسردگی بیشتری رنج می‌برند (به نقل از نریمان و همکاران، 1386: 17).

¹ . Gallagher & Hannigan

² . Hartley & Seltzer & Head & Abbeduto

³ . Bailey etal

⁴ . Zablotsky etal

⁵ . Bourke-Taylor etal

⁶ . Ogeston etal

⁷ . Hastings

⁸ . Grey

نظر به اهمیت موضوع و فقدان پیشینه پژوهشی در خصوص موضوع این پژوهش در مدارس استان مازندران، پژوهش حاضر در پی بررسی فرضیه‌های زیر است:

- 1- بین امید به زندگی مادران کودکان اتیسم با مادران کودکان عادی تفاوت وجود دارد.
- 2- بین سلامت عمومی مادران کودکان اتیسم با مادران کودکان عادی تفاوت وجود دارد.
- 3- بین شادکامی مادران کودکان اتیسم با مادران کودکان عادی تفاوت وجود دارد.

روش شناسی

پژوهش از احاطه هدف، کاربردی و با توجه به ماهیت پژوهش روش آن توصیفی -مقایسه ای است. جامعه آماری شامل همه مادران دانش آموزان اتیسم مدارس استثنایی استان مازندران است که بنابر گزارش اداره استثنایی استان مازندران در سال 1395 تعداد آنها 56 نفر می‌باشد. با عنایت به عدم دسترسی به تمامی مادران دانش آموزان عادی در سطح استان، 56 نفر از مادران دانش آموزان عادی استان با روش هم‌تا سازی انتخاب شدند.

ابزار گردآوری اطلاعات عبارتند از:

1- پرسشنامه امیدواری میلر: این آزمون در سال 1988 توسط میلر و پاورز ساخته شد. شامل 48 جنبه از حالت‌های امیدواری و درماندگی می‌باشد. در هر جنبه نمره از 1 تا 5 تغییر می‌کند و جمع امتیاز کسب شده مبین امیدواری یا ناامیدی است. در آزمون میلر دامنه امتیاز از حداقل 48 تا 240 نمره می‌باشد. سوالات 11- 13- 16- 18- 25- 27- 28- 31- 33- 34- 38- 39- 47- 48 به صورت وارونه نمره گذاری می‌شوند.

میلر روایی این پرسشنامه را مطلوب گزارش کرده و پایایی آن را طبق آلفای کرونباخ بالای 0/80 ذکر کرده است. در پژوهش حاضر پس از تأیید روایی صوری و محتوایی، پایایی با استفاده از آلفای کرونباخ 0/80 محاسبه شد.

2- پرسشنامه 28 سوالی GHQ که توسط کلدبرگ و هیلر (1979) ارائه شده و دارای 4 مقیاس است و هر مقیاس 7 پرسش دارد. مقیاس‌های مذکور عبارتند از: (1) مقیاس علائم جسمانی (2) مقیاس علائم اضطرابی و اختلال خواب (3) مقیاس کارکرد اجتماعی (4) مقیاس علائم افسردگی. از 28 عبارت پرسش نامه موارد 1 الی 7 مربوط مقیاس علائم جسمانی است. موارد 8 الی 14 علائم اضطرابی و اختلال خواب را بررسی کرده و موارد 15 الی 21 مربوط به ارزیابی علائم کارکرد

اجتماعی و نهایتاً موارد 22 الی 28 علائم افسردگی می‌سنجد. برای جمع بندی نمرات به اصلاً نمره صفر - در حد معمول نمره 1، بیش از حد معمول نمره 2 و خیلی بیش از حد معمول نمره 3 تعلق می‌گیرد و در هر مقیاسی از نمره 6 و در مجموع از نمره 22 به بالا بیانگر علائم مرضی است. در واقع این فرم دارای این مزیت است که برای تمامی افراد جامعه طراحی شده است.

تقوی (1380) اعتبار پرسشنامه مزبور را از سه روش دوباره سنجی، تنصیفی و آلفای کرونباخ بررسی نمود که به ترتیب ضرائب اعتبار 0.70، 0.93 و 0.90 حاصل گردید. در پژوهش حاضر ضریب الفای کرونباخ 0/79 محاسبه شد.

3- برای بررسی وضعیت شادکامی از پرسشنامه شادکامی آکسفورد استفاده شد که در سال 1989 توسط آرگایل و بر اساس پرسشنامه افسردگی بک ساخته شده است. 21 عبارت آن از (BDI) گرفته شده و معکوس گردیده و یازده پرسش به آن اضافه شده تا سایر جنبه‌های سلامت ذهنی را پوشش دهد. آرگایل و همکاران (1989) پایایی پرسشنامه ی آکسفورد را به کمک ضریب آلفای کرونباخ 90 درصد و پایایی بازآزمایی آن را طی هفت هفته 78 درصد گزارش کرده اند. این ابزار شامل 29 عبارت چهار گزینه ای است و نمره به ترتیب از صفر تا 3 می‌باشد. بالاترین نمره ای که در این مقیاس کسب می‌گردد 87 بوده و کمترین نمره این مقیاس صفر است که نشان دهنده ناراضی بودن و افسردگی فرد است.

هادی نژاد و زارعی (1388) پایایی این پرسشنامه را 0/78 محاسبه کردند. همچنین به منظور برآورد اعتبار محتوا، پرسشنامه به تعدادی از کارشناسان روان شناسی ارایه گردید که توان OHQ را در سنجش شادکامی مورد تایید قرار دادند.

علی پور و نوربالا (1378) در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که بررسی همسانی درونی مواد پرسشنامه نشان داد که تمام مواد 29 گانه آن با نمره کل همبستگی بالایی دارند. آلفای کرونباخ 0/93 و پایایی دو نیمه کردن آزمون 0/92 بود. همچنین پایایی بازآزمایی پرسشنامه پس از 3 هفته 0/79 بود. برای بررسی روایی صوری پرسشنامه از 10 کارشناس نظر خواهی شد که همگی توان سنجش شادکامی را توسط این آزمون تایید کردند.

در پژوهش حاضر پایایی با استفاده از آلفای کرونباخ 0/83 محاسبه شد.

روش اجرا

با مراجعه پژوهشگران به اداره آموزش و پرورش استثنایی استان مازندران، مشخص گردید 56 دانش آموز اتیسم در شهرهای مختلف استان مشغول به تحصیل می‌باشند و در هر کلاس بین 3 تا 5 دانش آموز حضور دارد. با هماهنگی با اداره آموزش و پرورش استثنایی و مدیران مدارس در هریک از مدارس با کمک آموزگار مربوطه مادران دانش آموزان اتیسم جهت تکمیل 3 پرسشنامه سلامت عمومی، امید به زندگی و شادکامی دعوت شدند. در نمونه مادران عادی که از روش هم‌تا سازی استفاده گردید، سعی شد میزان تحصیلات و وضعیت اقتصادی و شاغل بودن (یا نبودن) مادران و محل سکونت مادران عادی با مادران کودکان اتیسم هم‌تا سازی شود.

یافته‌ها

فرضیه 1: بین میزان امیدواری مادران دانش آموزان عادی با مادران دانش آموزان اتیسم تفاوت وجود دارد.

جدول 1- آمار توصیفی امیدواری مادران

| گروه | تعداد | میانگین | انحراف معیار | میانگین خطای انحراف معیار |
|-------------------------|-------|----------|--------------|---------------------------|
| مادران اتیسم | 56 | 167/3750 | 25/01822 | 3/34320 |
| مادران دانش آموزان عادی | 56 | 175/8214 | 19/80827 | 2/64699 |

با توجه به جدول شماره 1 میانگین نمره امیدواری مادران اتیسم 167.375 و امیدواری مادران دانش آموزان عادی 175.821 می‌باشد که نشان می‌دهد مادران دانش آموزان عادی امیدواری بالاتری دارند.

جدول 2- آزمون تفاوت امیدواری مادران

| | Levene's Test for Equality of Variances | | آزمون تی | | | | | 95% Confidence Interval of the Difference | |
|--------------------------|---|------|----------|-------------|-----------------|--------------|------------------------|---|----------|
| | F | Sig. | t | df | Sig. (2-tailed) | خطای میانگین | خطای استاندارد میانگین | پایین | بالا |
| | | | | | | | | | |
| فرض برابری واریانس ها | 5/835 | /017 | 1/981 | 110 | 0/050 | 8/44643 | 4/26422 | -00425. | 16/89711 |
| فرض نا برابری واریانس ها | | | 1/981 | /503 104 | /050. | 8/44643 | 4/26422 | -00920. | 16/90205 |

در جدول 2 برای بررسی فرضیه فوق از آزمون آماری تی مستقل استفاده شد و نتایج نشان می‌دهد که امیدواری به زندگی مادران دانش آموزان عادی با مادران دانش آموزان اتیسم تفاوت معناداری دارد.

فرضیه دوم: بین سلامت عمومی مادران دانش آموزان عادی با مادران دانش آموزان اتیسم تفاوت وجود دارد.

جدول 3- آمار توصیفی سلامت عمومی مادران

| گروه | تعداد | میانگین | انحراف معیار | میانگین خطای انحراف معیار |
|-------------------------|-------|---------|--------------|---------------------------|
| مادران اتیسم | 56 | 22/553 | 11/055 | 1/47730 |
| مادران دانش آموزان عادی | 56 | 16/267 | 7/179 | /95940 |

با توجه به جدول شماره 3، در مقایسه سلامت عمومی مادران دانش آموزان عادی و مادران دانش آموزان اتیسم، میانگین نمره سلامت عمومی مادران اتیسم 22.553 و سلامت عمومی مادران دانش آموزان عادی 16.267 نتایج نشان داد که مادران عادی از سلامت بالاتری برخوردارند.

جدول 4- آزمون تفاوت سلامت عمومی مادران

| | Levene's Test for Equality of Variances | | آزمون تی | | | | | | |
|--------------------------|---|------|----------|--------|-----------------|--------------|------------------------|---|-----------|
| | F | Sig. | t | df | Sig. (2-tailed) | خطای میانگین | خطای استاندارد میانگین | 95% Confidence Interval of the Difference | |
| | | | | | | | | پایین | بالا |
| فرض برابری واریانس ها | /747 10 | /001 | - 3/568 | 110 | /001 | - 6/28571 | 1/76149 | - 9/77658 | - 2/79484 |
| فرض نا برابری واریانس ها | | | - 3/568 | 94/387 | /001 | - 6/28571 | 1/76149 | - 9/78302 | - 2/78841 |

در جدول 4 برای بررسی فرضیه فوق از آزمون آماری تی مستقل استفاده شد و نتایج نشان می‌دهد که سلامت عمومی مادران دانش آموزان عادی با مادران دانش آموزان اتیسم تفاوت معناداری دارد.

فرضیه سوم: بین شادکامی مادران دانش آموزان عادی با مادران دانش آموزان اتیسم تفاوت وجود دارد.

جدول 5- آمار توصیفی شادکامی مادران

| گروه | تعداد | میانگین | انحراف معیار | میانگین خطای انحراف معیار |
|-------------------------|-------|---------|--------------|---------------------------|
| مادران اتیسم | 56 | 31/1429 | 14/50069 | 1/93774 |
| مادران دانش آموزان عادی | 56 | 39/2857 | 13/25788 | 1/77166 |

با توجه به جدول شماره 5 میانگین نمره شادکامی مادران اتیسم 31.1429 و نمره شادکامی مادران دانش آموزان عادی 39.2857 و انحراف معیار در مادران عادی 13.25788 و انحراف معیار مادران اتیسم 14.50069 شد. نتایج نشان داد که در شادکامی مادران دانش آموزان عادی نمره بالا تری کسب نموده و بنابراین از شادکامی بالاتری برخوردارند.

جدول 6- آزمون شادکامی مادران

| | Levene's Test for Equality of Variances | | آزمون تی | | | | | | |
|--------------------------|---|------|----------|---------|-----------------|--------------|------------------------|---|----------|
| | F | Sig. | t | df | Sig. (2-tailed) | خطای میانگین | خطای استاندارد میانگین | 95% Confidence Interval of the Difference | |
| | | | | | | | | پایین | بالا |
| فرض برابری واریانس ها | /820 | /367 | 3/101 | 110 | /002 | 8/14286 | 2/62557 | 2/93960 | 13/34611 |
| فرض نا برابری واریانس ها | | | 3/101 | 109/128 | /002 | 8/14286 | 2/62557 | 2/93914 | 13/34658 |

در جدول 6 برای بررسی فرضیه فوق از آزمون اماری تی مستقل استفاده شد و نتایج نشان می‌دهد که شادکامی مادران دانش آموزان عادی با مادران دانش آموزان ایتسم تفاوتش معناداری دارد.

بحث و نتیجه گیری

ایتسم یک اختلال نورولوژیکی است که در سال‌های اولیه کودکی نمایان می‌شود. این اختلال باعث می‌شود مغز نتواند در زمینه رفتارهای اجتماعی و مهارت‌های ارتباطی به درستی عمل کند و در یادگیری، ارتباط و تعامل کودک با دیگران به طور اجتماعی اختلال ایجاد می‌کند (فومبون، 2003: 503). کودکان ایتسم در زمینه ارتباط کلامی و غیر کلامی، رفتارهای اجتماعی و بازی دچار مشکل هستند و رفتارهای کلیشه‌ای و تکراری دارند (آنان و همکاران، 2008). این اختلال تأثیر فوق‌العاده‌ای روی افراد، خانواده و جامعه دارد (جوشی و همکاران، 2010). بر این اساس حمایت از خانواده‌هایی که فرزند دارای ایتسم دارند، ضروری و از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. تحقیقات در مورد والدین کودکان دارای ایتسم نشان می‌دهد که والدین این کودکان به خصوص مادران در معرض خطر بالای بروز مشکلات سلامت روانی هستند (محتشمی و همکاران، 1395: 52).

در پژوهش حاضر به بررسی این فرضیه پرداخته شد که بین سلامت عمومی، شادکامی و امیدواری مادران کودکان عادی با مادران کودکان ایتسم تفاوت وجود دارد. نتایج فرضیه اول که نشان دهنده تفاوت بین امید به زندگی مادران دانش آموزان عادی با مادران دانش آموزان ایتسم بود، با پژوهش اگستون و همکاران (2011) همسو بود. همچنین با پژوهش لیوید و هستینگز (2009) همسو بود چرا که نشان دادند که وضعیت امید و سلامت روانی مادران ایتسم در سطح پایینی قرار دارد.

در بررسی فرضیه دوم، بین سلامت عمومی مادران دانش آموزان ایتسم با عادی تفاوت معناداری مشاهده شد. نتایج این فرضیه با یافته‌های ملکشاهی و فلاحی (1395) که نشان دادند که والدین دارای کودک معلول دارای مشکلات روانی و اجتماعی هستند، همخوانی دارد، همچنین با پژوهش یکتاخواه و همکاران (1393) که نشان داد که مادران کودکان ایتسم دارای افسردگی بوده و از وضعیت مناسبی در عملکرد اجتماعی برخوردار نیستند.

یافته‌های فرضیه دوم با پژوهش صمدی و مک کونکی (2012) که نشان دادند مادران کودکان ایتسم استرس بالایی را تجربه می‌کنند و با یافته‌های موسوی خطاط و همکاران (2011)، صالحی

و همکاران (1390)، خرم آبادی و همکاران (1388)، نریمانی و همکاران (1386) و مهرابی زاده هنرمند و همکاران (1380) نیز همخوانی دارد. بعلاوه با یافته‌های گالاگر و هنیگان (2014)، هارتلی و همکاران (2012) و بیلی و همکاران (2007) که در تحقیقات خود نشان داده اند که مادران کودکان اتیسم و کودکان دارای اختلالات رشدی نسبت به مادران دیگر میزان بالاتری از مشکلات بهداشت روانی دارند، همسو می‌باشد.

این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های زابلوتسکی و همکاران (2013)، بورک تیلور و همکاران (2012)، هاستینگس و همکاران (2005) و پژوهش گری (2003) که نشان داد که خانواده‌های کودکان اتیسم دارای استرس هستند و با یافته‌های کامینگز و همکاران (1996) که نشان دادند که مادران کودکان استثنایی از افسردگی بیشتری رنج می‌برند نیز تطابق دارد.

نتایج فرضیه سوم نشان داد که بین شادکامی مادران دانش آموزان اتیسم با مادران دانش آموزان عادی تفاوت معناداری وجود دارد که با تحقیق صالحی و همکاران (1390) و محمدی زاده و همکاران (1384) همخوانی دارد.

به طور کلی فقدان حمایت‌های لازم از خانواده‌های کودکان اتیستیک، استرس والدین را افزایش می‌دهد. تأمل در این یافته‌ها ضرورت نیازسنجی در نظام‌های توانبخشی و آموزشی مختلف و در فرهنگ‌های متفاوت را محرز می‌نماید چرا که ارائه خدمات توانبخشی و زمینه سازی بهره‌وری و مشارکت خانواده و اثربخش سازی فرایند درمان و توانبخشی مستلزم رصد کردن نیازهای والدین می‌باشد (مکجیل¹ و همکاران، 2006). همان‌گونه که اتیسم یک اختلال فراگیر و مادام‌العمر است، به همان‌گونه والدین و بویژه مادران نیز در گستره زندگی نیازمند دریافت خدمات آموزشی مناسب می‌باشند. تجارب پژوهشگران در تعامل با خانواده‌ها حکایت از آن دارد که برای کاستن از احساس تنهایی مفرط و فرسودگی شدیدی که زندگی با کودک اتیستیک به همراه دارد، می‌بایست پاسخگویی به نیازهای آموزشی و توانبخشی ایشان با جهت‌گیری‌های درمان و توانبخشی خانواده محور صورت پذیرد. در رویکرد درمان و توانبخشی خانواده محور، ارتقای جایگاه و مشارکت خانواده در فرایند ارزیابی و درمان، تشکیل گروه‌های والدین، خواهران و برادران، گروه‌های یاوران و حامیان آموزش دیده، به کارگیری خانواده‌های داوطلب به عنوان حامی کودک اتیستیک و خانواده اش، فعال سازی مراکز نیمه حرفه ای و تجربی خدمات حمایتی و مراقبت پاره

¹ . McGill etal

وقت و استفاده از ظرفیتهای گروه‌های محلی، گروه‌های دانشجویی و دانش‌آموزی کار ورزیده و تحت نظارت، مد نظر قرار می‌گیرد.

همچنین آموزش و پرورش به عنوان تنها نهاد دولتی که به صورت مستمر با این دسته از والدین ارتباط مستقیم دارد، می‌تواند با برگزاری کلاسهای آموزش خانواده و ارائه راهکارهای مناسب مشاورهای در ارتقای سطح بهداشت روانی و بهبود کیفیت زندگی این قبیل خانواده‌ها مفید واقع شود. از سویی نیز به والدین دارای فرزند درخودمانده و به خصوص مادران توصیه میشود با واکنش‌های منطقی نسبت به این مسئله و تربیت صحیح فرزندش ان و پیگیری راهکارهای درمانی علاوه بر پیشرفت فرزندشان در جهت سلامت روحی و روانی خود و خانواده گامی مثبت نهاده تا به موفقیت در آینده امیدوار باشند (یکتاخواه، 1393: 19).

با عنایت به یافته‌ها، پیشنهادات ذیل ارائه می‌گردد:

1- وضعیت شخصیتی مادران دانش‌آموزان ایتسم مورد بررسی قرار گیرد و بیماری‌های مرتبط با آن شناسایی گردد.

2- استفاده از تجارب تخصصی مشاوران برای کاهش احساس تنهایی و فرسودگی .

3- عوامل دیگری نیز که احتمال می‌رود در فرآیند تطابق مادر با شرایط کودک ناتوانش مؤثر باشند مانند ویژگیهای فردی، شرایط روحی و روانی دیگر اعضای خانواده مورد بررسی قرار گیرند.

4- بهره‌گیری از رویکرد درمان و توانبخشی خانواده محور.

5- هماهنگی سازمان‌های مختلف در ارائه خدمات و استفاده از خدمات توانبخشی مدارس

استثنای کشور.

کتابنامه

- تاجری، بیوک؛ بحیرایی، احمد رضا. (1387). بررسی رابطه استرس، نگرش مذهبی و آگاهی با پذیرش کودکان پسر کم توان ذهنی در مادران؛ مجله پژوهش در حیطه کودکان استثنایی؛ دوره 8، شماره 2 (پیاپی 28):صص 224-205
- تقوی، محمدرضا (1380) بررسی روایی و اعتبار پرسشنامه سلامت عمومی (G.H.Q)؛ مجله روانشناسی: دوره 5، ش 4 (پیاپی 20)؛ صص 398-381
- خرم آبادی، راضیه؛ پوراعتماد، حمیدرضا؛ طهماسبیان، کارینه؛ چیمه، نرگس (1388) مقایسه استرس والدگری در مادران کودکان مبتلا به اختلال اوتیسم با مادران کودکان بهنجار. فصل نامه خانواده پژوهی: دوره 5، شماره 19: صص 399-387
- ذوقی پایدار، محمدرضا؛ قاسمی، معصومه؛ بیات، احمد؛ صناعی کمال، سمانه (1394) مقایسه سلامت روان مادران دارای کودکان با و بدون اختلال کم توجهی - بیش فعالی؛ فصلنامه تعلیم و تربیت استثنایی؛ جلد 8، ش 136: صص 14-5
- شریفی درآمدی، پرویز (1381). روانشناسی کودکان استثنایی. تهران: نشر روانسنجی.
- صالحی، مهدیه؛ کوشکی، شیرین، حق دوست، نرگس (1390) مقایسه سلامت عمومی، سبکهای مقابله ای و شادکامی مادران کودکان معلول جسمی حرکتی و سالم؛ فصلنامه تحقیقات روانشناختی؛ دوره 3، شماره 9: صص 12-1
- علی پور، احمد؛ نوربالا، احمد علی (1378) بررسی مقدماتی پیاپی و روایی پرسشنامه شادکامی آکسفورد در دانشجویان دانشگاههای تهران؛ مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران؛ دوره 5، شماره 1 و 2: صص 66-55.
- محمدی زاده، آ؛ پوراعتماد، ح؛ مالک خسروی، ج (1384). آزمایشات اولیه نقش هدایتگر موسیقی بر کاهش افسردگی و اضطراب مادران دارای فرزند اتیسم. مجله تحقیقات خانواده؛ ش 3: صص 244-237
- محتشمی، طلیبه؛ ابراهیمی، فائزه؛ علی اکبری دهکردی، مهناز؛ چیمه، نرگس (1395) مقایسه استرس والدگری، رضایتمندی و کارکرد خانواده مادران کودکان دارای اتیسم با مادران کودکان دارای رشد معمول؛ فصلنامه کودکان استثنایی؛ سال 16، ش 4: صص 62-51
- ملکشاهی، فریده؛ فلاحی، شیرزاد (1395) مشکلات روانی اجتماعی والدین کودکان معلول ذهنی تحت پوشش مرکز بهزیستی خرم آباد؛ فصلنامه یافته (دانشگاه علوم پزشکی لرستان)؛ دوره 18، ش 3: صص 51-42

مهراپی زاده هنرمند، نجاریان بهمن، مسعودی میترا (1380) مقایسه سلامت روانی والدین کودکان کم توان ذهنی تربیت پذیر 7-12 ساله با سلامت روانی والدین کودکان عادی، فصلنامه کودکان استثنایی؛ سال اول، شماره 2، ص 13

نریمانی، محمد؛ آقامحمدیان، حمیدرضا؛ رجبی، سوران. (1386). مقایسه سلامت روانی مادران کودکان استثنایی با سلامت روانی مادران کودکان عادی. فصلنامه اصول بهداشت روانی، سال 9، شماره 33 و 34: صص 15-24

هادی نژاد، حسن؛ زارعی، فاطمه (1388) پایایی، اعتبار، و هنجاریایی پرسشنامه شادکامی آکسفورد؛ پژوهشهای روان شناختی: دوره 12، شماره 1-2 (پیاپی 23)؛ صص 62-77

یکتا خواه، سرور. علامه، معصومه؛ گرگی، رضا (1393). بررسی میزان سلامت عمومی و کیفیت زندگی مادران دارای فرزند اتیسم. مجله تعلیم و تربیت استثنایی. سال 14، شماره 1؛ صص 13-19

Anan, R. M., Warner, L. J., McGillivray, J. E., Chong, I. M., & Hines, S. J. (2008). Group intensive family training (GIFT) for preschoolers with autism spectrum disorders. *Behavioral Interventions*, 23(3), 165–180.

Bailey, D. B., Golden, R. N., Roberts, J., & Ford, A. (2007). Maternal depression and developmental disability: Research critique. *Developmental Disabilities Research Reviews*, 13(4), 321-329.

Bourke-Taylor H, Howie L, Law M, Pallant JF.(2012). Self-reported mental health of mothers with a school-aged child with a disability in Victoria: a mixed method study. *J Paediatr Child Health*; 48(2):153-9. DOI: 10.1111/j.1440-1754.2011.02060.x PMID: 214 70330

Fombonne E. (2003). Modern views of autism. *Can J Psychiatry* 48(8), 503–505.

Gallagher, S., & Hannigan, A. (2014). Depression and chronic health conditions in parents of children with and without developmental disabilities: The growing up in Ireland cohort study. *Research in developmental disabilities*, 35(2), 448-454

Gapta, A., & Singhal, N. (2005). Psychosocial support for families of children with autism. *Asia Pacific Disability Rehabilitation Journal*, 2(16), 62-83.

Gray, D. (2003). Gender and coping: The parents of children with high functioning autism. *Social Science and Medicine*, 56, 631-642.

Jamison, T. R., & Schuttler, J. O. (2017). Overview and Preliminary Evidence for a Social Skills and Self-Care Curriculum for Adolescent Females with Autism: The Girls Night Out Model. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 47(1), 110-125.

Jose, A., Gupta, S., Gulati, S., & Sapra, S. (2017). Prevalence of depression in mothers of children having ASD. *Current Medicine Research and Practice*, 7(1), 11-15

Hartley, S. L., Seltzer, M. M., Head, L., & Abbeduto, L. (2012). Psychological well-being in fathers of adolescents and young adults with Down Syndrome, Fragile X syndrome, and autism. *Family Relations*, 61(2), 327-342.

Hastings RP, Kovshoff H, Ward NJ, degli Espinosa F, Brown T, Remington B.(2005). Systems analysis of stress and positive perceptions in mothers and fathers of pre-school children with autism. *J Autism Dev Disord*; 35(5):635-44.

Khamis V.(2007). Psychological distress among parents of children with mental retardation in the United Arab Emirates. *Soc Sci Med*. 64(4):850-7. DOI: 10.1016/j.socscimed.2006.10.022 PMID: 17129651

Kuhlthau, K., Payakachat, N., Delahaye, J., Hurson, J., Pyne, J. M., Kovacs, E., & Tilford, J. M. (2014). Quality of life for parents of children with autism spectrum disorder . *Research in Autism Spectrum Disorders*, 8(10), 1339-1350.

Joshi, G., Petty, C., Wozniak, J., Henin, A., Fried, R., Galdo, M., & Biederman, J. (2010). The Heavy Burden of Psychiatric Comorbidity in Youth with Autism Spectrum Disorders: A Large Comparative Study of a Psychiatrically Referred Population. *Journal of Autism and Developmental Disorders*,40(11),1361-1370.

Lloyd, T. J. & Hastings, R. (2009). Hope as a psychological resilience factor in mothers and fathers of children with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 53, 9657 -9668.

McGill, D, Papachristoforou E,Cooper V.(2006) Support for family carers of children and young people with developmental disabilities and challenging behavior. *Journal of Child: Care, Health and Development*; 32(2): 159- 165 .

Miller, J. F., & Powers, M. J. (1988). Development of an instrument to measure hope. *Nurs Res*, 37(1), 6-10

Mousavi Khatat M, Soleimani M, Abdi K.(2011). Comparison of cognitive, social and psychological Feature in parents of exceptional children and parents of normal children. *J Rehabil*;12(2):53-63.

Movallali G, Pour Mohammad Reza M, Malayeri S. 2013. Effect of Cognitive-emotional therapy on general health and depression symptoms in mothers of children with hard hearing. *J Spec Educ*. 9(13):6-16.

Ogeston, Paula, L., Mackintosh, Virginia, H. & Myers, Barbara, J. (2011), Hope and worry in mothers of children with an autism spectrum disorder or Down syndrome. *Research in Autism Spectrum Disorders*; 5(4), 1378-1384.

Samadi, S.A., & McConkey, R. (2012). The impact on Iranian mothers and fathers who have children with an autism spectrum disorder. *Journal of Intellectual Disability Research*, 58(3), 243-54.

Setoh, P., Marschik, P. B., Einspieler, C., & Esposito, G. (2017). Autism spectrum disorder and early motor abnormalities: Connected or coincidental companions?. *Research in Developmental Disabilities*, 60, 13-15.

Volkmar F R.(2007) *Autism and Pervasive Developmental Disorders*.2nd ed.Cambridge University Press.

Yamaoka, Y., Tamiya, N., Izumida, N., Kawamura, A., Takahashi, H., & Noguchi, H. (2016). The relationship between raising a child with a disability and the mental health of mothers compared to raising a child without disability in japan. *SSM-Population Health*; 2, pp: 542-548

Zablotsky B, Bradshaw CP, Stuart EA.2013. The association between mental health, stress, and coping supports in mothers of children with autism spectrum disorders. *J Autism Dev Disord*. 43(6); pp: 1380-93. DOI: 10.1007/s10803-012-1693-7 PMID: 23100053