

نقش راهبردهای مقابله با تنیدگی و رضایت‌مندی زناشویی بر سلامت عمومی مادران کودکان ایتستیک

مهدی قدرتی میرکوهی^۱، پرویز شریفی درآمدی^۲، اسحاق رحیمیان بوگر^۳

چکیده

هدف پژوهش حاضر مطالعه نقش راهبردهای مقابله با تنیدگی و رضایت‌مندی زناشویی بر سلامت عمومی مادران کودکان ایتستیک بود. پژوهش از نوع کاربردی و شیوه‌ی انجام گرفتن آن همبستگی است. جامعه آماری شامل همه مادران کودکان ایتستیک شهر تهران در سال ۱۳۹۱ بود که از بین آنان ۶۳ نفر از مادران به عنوان شرکت‌کننده در پژوهش با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. برای گردآوری داده‌ها از چهار ابزار پرسشنامه ارتباط اجتماعی (راتر و همکاران، ۲۰۰۳) به منظور تشخیص اختلال ایتستیک، مقیاس‌های سلامت عمومی (گلدبرگ، ۱۹۷۲)، سیاهه مقابله با موقعیت‌های تنیدگی زا اندلر و پارکر (۱۹۹۰) و مقیاس رضایت‌مندی همسران افروز (افروز و قدرتی، ۱۳۹۰) در پژوهش به‌کاربرده شد. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش‌های آمار توصیفی مانند میانگین و انحراف استاندارد و آمار استنباطی تحلیل رگرسیون به شیوه گام به گام استفاده شد. یافته‌های پژوهش نشان داد که بین راهبردهای مقابله مسئله مدار و رضایت‌مندی زناشویی و داشتن سلامت عمومی رابطه‌ی مثبت و معناداری وجود دارد. نتایج نشان داد که راهبردهای مسئله مدار و هیجان مدار توانستند سلامت عمومی را به طور معنادار پیش‌بینی کرده و راهبرد اجتنابی به طور معنادار توان پیش‌بینی سلامت عمومی را نداشت. همچنین چهار مؤلفه از مقیاس رضایت‌مندی زناشویی بهترین پیش‌بینی‌کننده‌های سلامت عمومی مادران بودند. نتایج بیانگر آن است که با وجود آنکه داشتن کودکی با اختلال‌های ایتستیک تنش‌هایی برای والدین آنان و به ویژه مادران دارد، داشتن رضایت‌مندی زناشویی و به‌کارگیری راهبردهای حل مسئله در مقابله با تنیدگی به عنوان متغیرهای تعدیل‌گر می‌تواند به سلامت و بهزیستی روانی آنان کمک نماید.

واژگان کلیدی: راهبردهای مقابله با تنیدگی، رضایت‌مندی زناشویی، سلامت عمومی، ایتستیک.

^۱ نویسنده مسئول: مهدی قدرتی، استادیار دانشگاه پیام نور، گروه روان‌شناسی

ghodratimahdi@gmail.com

^۲ دانشیار دانشگاه علامه طباطبائی، دانشکده روان‌شناسی pr-sharifidaramadi@yahoo.com

^۳ استادیار دانشگاه سمنان، دانشکده روان‌شناسی eshaghrahimian@yahoo.com

اختلال‌های طیف ایتستیک اختلال‌های تحولی - عصب‌شناختی هستند که گستره عمر را با توجه به شدت و گوناگونی آن تحت تأثیر قرار می‌دهند (پاپاوسیلیو، نیکانیا، ریزو و الکساندروا^۱، ۲۰۱۱). اختلال ایتستیک یک اختلال تحولی پیچیده است که کودک در سه حیطه تعامل اجتماعی، ارتباط و رفتارهای تکراری و کلیشه‌ای آسیب‌های جدی می‌بیند (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۰۰). وجود اختلال‌های تحولی مانند ایتستیک می‌تواند مسائلی برای والدین و به ویژه مادران آنان ایجاد کند. در پاسخ به این شرایط والدین این کودکان ممکن است از روش‌های انضباطی خشک و تنبیه‌کننده و تحکمی استفاده کنند. والدین آنان بیشتر تهدید می‌کنند، کمتر پاداش می‌دهند و نسبت به والدین کودکان بهنجار رفتارهای منفی بیشتری از خود نشان می‌دهند (استورمشاک، بیرمن، مک ماهون و لنگوا^۲، ۲۰۰۰). داشتن کودکی با اختلال ایتستیک می‌تواند برای خانواده تنیدگی زا باشد (دیویس و کارتر^۳، ۲۰۰۸؛ مونتس و هالترمن^۴، ۲۰۰۷) و سلامت عمومی پایین تری حتی نسبت به والدین کودکان با نشانگان داون (آبدو^۵ و همکاران، ۲۰۰۴)، والدین کودکان کم‌توان ذهنی (ویس^۶، ۲۰۰۲) داشته باشند. بیشتر پژوهش‌ها نشان داده‌اند که به نظر می‌رسد مادران کودکان ایتستیک نسبت به پدران بیشتر از مشکلات فرزندانشان متأثر می‌شوند (هرینگ^۷ و همکاران، ۲۰۰۶). مادران به احتمال بیشتری تمام وقت به مراقبت از فرزندان می‌پردازند (وارفیلد^۸، ۲۰۰۱) و بیشتر در مخاطره آسیب‌های روانی و جسمی قرار دارند (الیک، لارسون و اسمیدج^۹، ۲۰۰۶).

یکی از عواملی که اثر مشخصی به عنوان تعدیل گر در ارتباط بین رویدادهای تنیدگی‌زا

1. Papavasiliu, Nikania, Rizou, & Alexanerou

2. Stormshak, Bierman, McMahan, & Lengua

3. Davis, & Carter

4. Montes, & Halterman

5. Abbeduto & et al

6. Weiss

7. Herring & et al

8. Warfield

9. Allik, Larsson, & Smedja

و کارکردهای روان‌شناختی و جسمی دارد، راهبردهای مقابله با تنیدگی^۱ است. به طور کلی راهبردهای مقابله با تنیدگی تلاش‌های شناختی و رفتاری برای پیشگیری، مدیریت و کاهش تنیدگی است و راهبردهای مقابله تحت تأثیر عوامل تنیدگی‌زای موجود در زندگی قرار دارند و شیوه مواجهه افراد با عوامل تنیدگی‌زا را نشان می‌دهند (لازاروس و فالکمن^۲، ۱۹۸۴). اندلر و پارکر^۳ (۱۹۹۰) با بررسی فرایندهای مقابله با تنیدگی در افراد، سه نوع راهبرد مقابله مسئله مدار^۴، هیجان مدار^۵ و اجتنابی^۶ را شناسایی کردند. در راهبرد مسئله مدار فرد در مقابله با تنیدگی به شکل مستقیم با مشکل رویارو می‌شود و به حل مشکل می‌پردازد، درحالی‌که در مقابله هیجان مدار از مواجهه مستقیم با مشکل پرهیز می‌کند. واکنش‌های مقابله هیجان مدار شامل گریه کردن، عصبانی و ناراحت شدن، پرداختن به رفتارهای عیب‌جویانه، اشتغال ذهنی و خیال‌پردازی هستند. راهبردهای مقابله اجتنابی مستلزم فعالیت‌ها و تغییرات شناختی است که هدف آنها اجتناب از موقعیت تنیدگی‌زا است. رفتارهای مقابله اجتنابی ممکن است به شکل درگیر شدن در یک فعالیت تازه و یا روی آوردن به اجتماع و افراد دیگر ظاهر شوند.

اوزبورن و ریید^۷ (۲۰۱۰) در پژوهش خود نشان دادند که سطوح بالای تنیدگی در والدین کودکان اتیستیک منجر به کاهش درگیری در فعالیت‌ها و برنامه‌های آموزشی فرزندان و فقر برقراری روابط انسانی در آنان می‌شود. والدین کودکان آسپرگر^۸ که یکی از اختلال‌های طیف اتیستیک اما با شدت کمتر نسبت به اختلال اتیستیک است و از طریق آسیب معنادار در تعامل‌های اجتماعی و الگوهای غیرمعمول و محدود علاقه و رفتار مشخص می‌شود، جو عاطفی و ابراز وجود خانوادگی پایین‌تری نسبت به کودکان عادی

-
1. Coping with stress strategies
 2. Lazarus, R.S., & Folkman
 3. Endler & Parker
 4. problem solving oriented
 5. emotional oriented
 6. avoidance oriented
 7. Osborne, & Reed
 8. asperger

دارند، همچنین آنان روابط دوستانه کمتر و حمایت‌های اجتماعی کمتری نیز گزارش کرده‌اند. در واقع در مورد والدین کودکان آسپرگر نیاز به حمایت‌های اجتماعی بیشتر احساس می‌شود و آنان نیازمند برنامه‌های آموزشی و حمایتی برای کسب توانایی مقابله با تنیدگی و افزایش تعامل خانوادگی دارند (هیمن و برگر^۱، ۲۰۰۸). مادران کودکان آسپرگر نسبت به پدران تنیدگی و استرس بیشتری نشان می‌دهند، نسبت به دیگر اعضای خانواده نیز حساس و نگران هستند، بیشتر به دنبال دریافت خدمات حرفه‌ای هستند، در مخاطره افسردگی قرار داشته و نسبت به آینده فرزند خود بدبین تر هستند (لیتل^۲، ۲۰۰۲).

آزار و بدر^۳ (۲۰۱۰) در پژوهشی تحت عنوان پیش‌بینی راهبردهای مقابله در والدین لبنانی کودکان با ناتوانی‌های هوشی دریافتند که سطح تحصیلات پدر، دریافت حمایت‌های اجتماعی غیررسمی و تنیدگی مهم‌ترین پیش‌بینی کننده‌های راهبردهای کنار آمدن با کودکان با ناتوانی‌های هوشی است. سن کودک، شدت اختلال کودک و سلامت جسمی والدین پیش‌بینی کننده‌های معناداری برای مقابله با تنیدگی نبودند.

تأثیر حضور کودک اتیستیک بر روی والدین کمتر به دقت و همه‌جانبه مورد بررسی قرار گرفته است. استوارت و مک‌گرو^۴ (۲۰۰۹) در پژوهشی بر روی ۷۸ نفر از والدین کودکان با اختلال‌های طیف اتیستیک به بررسی تحمل والدین پس از تشخیص اختلال اتیستیک در فرزندشان پرداختند. در این پژوهش که به صورت ارائه یک الگو انجام گرفت تأثیر حضور کودک اتیستیک با توجه به متغیرهای سازگاری خانواده، شدت نشانه‌های اتیستیک، تقاضاهای دیگر موجود در زندگی، حمایت اجتماعی، ارزیابی از مسئله و راهبردهای مقابله با آن مورد بررسی و پژوهش قرار گرفت. نتایج نشان داد که شدت نشانه‌ها، وجود تقاضاهای اضافی دیگر در زندگی، حمایت اجتماعی و استفاده از راهبردهای منفعل مقابله با تنیدگی پیش‌بینی کننده‌های پایدار و قوی میزان تحمل تنش

^۱. Heiman, T., & Berger

^۲. Little

^۳. Azar, & Badr

^۴. Stuart, M. & McGrew

برای والدین است. در حقیقت والدینی که از شیوه‌های مسئله مدار و هیجان مدار مثبت استفاده می‌کنند و کمتر از شیوه مقابله اجتنابی منفعل بهره می‌گیرند، تنش کمتری گزارش می‌کنند. والدینی که مشکل فرزندان خود را بیشتر منفی ارزیابی می‌کنند، مشکلات فردی، زناشویی و خانوادگی بیشتری دارند.

والدین کودکان اتیستیک نسبت به والدین دیگر کودکان با اختلال‌های تحولی، تنیدگی بیشتر، افسردگی بالاتر و کیفیت زندگی پایین تری دارند و بیشتر در معرض مشکلات جسمانی و بیماری‌های مزمن قرار می‌گیرند. والدین کودکان اتیستیک با کارکرد پایین^۱ مشکلات بیشتر داشته و در این بین حمایت‌های اجتماعی و شیوه‌های مقابله با تنیدگی نقش میانجی و تعدیل گر در کاهش استرس داشته‌اند، در واقع حمایت اجتماعی و شیوه‌های مقابله موثر با تنیدگی در ارتباط با شدت مشکل کودک نقش کاهش‌دهنده استرس را برای والدین دارد (اینگرسول و هامبریک^۲، ۲۰۱۱).

ملترز^۳ (۲۰۱۱) بیان می‌دارد که والدین کودکان اختلال‌های طیف اتیستیک بیشترین میزان افسردگی را نسبت به والدین کودکان عادی و حتی والدین کودکان با اختلال‌های تحولی دیگر دارند. او باهدف تبیین علت شناختی افسردگی والدین کودکان اتیستیک به بررسی نقش خواب کودکان در میزان افسردگی آنان پرداخت. شرکت کنندگان در پژوهش ۳۴ خانواده (۱۷ خانواده کودکان طیف اتیستیک، ۱۷ خانواده کودکان عادی، ۱۷ مادر و ۱۱ پدر در هر گروه) بودند که کمیت عینی خواب با استفاده از دستگاه خواب سنج^۴ مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد که کمیت خواب کودک پیش‌بینی کننده‌ی معنادار افسردگی در مادران و پدران کودکان اتیستیک بود. این پژوهش پیشنهاد می‌کند که افزون بر تأثیر رفتار کودک بر افسردگی والدین کودکان اتیستیک باید عوامل دیگری مانند میزان خواب فرزندان و تأثیر آن بر افسردگی والدین مورد توجه قرار گیرد. مشکلات

¹. low function

². Ingersoll, & Hambrick

³. Meltzer

⁴. actigraphy

خواب در بین کودکان اختلال طیف اتیستیک معمول است و شامل حمله خواب طولانی^۱، راه رفتن در خواب و بیدار شدن زود هنگام صبح است که برای والدین چنین کودکانی نیز اختلال‌های خواب به وجود می‌آید و در نتیجه شاهد افزایش افسردگی در آنان هستیم.

در یکی از پژوهش‌های انجام شده در ایران خوشابی (۱۳۸۴) بر روی ۴۰ مادر دارای کودک اتیستیک ارتباط معناداری میان استفاده از راهبردهای مقابله نامناسب مانند شیوه‌های هیجان مدار و مبتنی بر احساسات و نمره‌های پایین مقیاس مربوط به سلامت عمومی مشاهده شد. همچنین خوشابی و همکاران (۱۳۸۹) در مقایسه تنیدگی و راهبردهای مقابله با تنیدگی مادران کودکان اتیستیک و عادی نشان دادند که بین مادران کودکان اتیستیک و عادی از نظر متغیرهای مربوط به تنیدگی، راهبردهای مقابله مسئله مدار و هیجان مدار تفاوت معناداری وجود دارد؛ اما این تفاوت در راهبردهای مقابله‌ای غیر مفید و غیر موثر وجود نداشت. شدت استفاده از راهبردهای هیجان مدار و غیر مفید با شدت نشانه‌های کودک اتیستیک رابطه معناداری داشت.

پژوهش‌های انجام شده در این حیطه بیشترین تمرکز را بر بررسی عوامل تأثیرگذار بر روی استرس و تنیدگی والدین مانند تشخیص و آگاهی از مشکل فرزند، شدت اختلال و مشکلات رفتاری و سن فرزندان و همچنین وضعیت اجتماعی-اقتصادی والدین داشته است. از سویی باید توجه داشت که انجام مداخله برای کودکان اتیستیک با دشواری‌هایی همراه است که حضور والدین با سلامت عمومی و جسمی و مشارکت فعالانه (زیرا بیشترین زمان را در کنار فرزندان نشان هستند) در برنامه‌های آموزشی آنان، درمان‌های انجام گرفته برای فرزندان آنان را اثربخش تر می‌نماید (بارل و بورگو^۲، ۲۰۱۱).

لاو و پترسون^۳ (۲۰۱۱) در پژوهشی به بررسی سبک‌های دل‌بستگی، رضایت‌مندی زناشویی و رضایت‌مندی از نقش والدین گری در افراد بزرگسال با نشانگان اسپرگر پرداختند. نتایج نشان داد افراد با نشانگان اسپرگر بزرگسالی که ازدواج کرده بودند، بیشتر

¹. prolonged Sleep Onset

². Burrell, & Brrego

³. Lau, & Peterson

سبک دلبستگی ناایمن اجتنابی از خود نشان می‌دادند، آنان همچنین در صورت داشتن فرزندی با نشانگان آسیب‌گر کمتر از نقش والدین‌گری خود نسبت به والدین عادی با فرزندان بهنجار رضایت داشتند و رضایت‌مندی زناشویی پایینی نشان دادند. در این والدین افکار مربوط به طلاق گرفتن بیشتر مشاهده می‌شد. برابست، کلاپتون و هندریک^۱ (۲۰۰۹) در پژوهشی به مقایسه ۲۵ زوج که کودکی با اختلال اتیستیک داشتند با ۲۰ زوج که فرزندانشان مشکل بالینی خاصی نداشتند، پرداختند. آنان دریافتند که تفاوت قابل ملاحظه‌ای در میزان تنیدگی والدین کودکان اتیستیک نسبت به والدین عادی وجود دارد و تفاوت معناداری در نمره کل رضایت‌مندی زناشویی بدون تفاوت معنادار در مؤلفه‌هایی مانند تعهد ازدواج، حمایت از همسر یا احساس احترام به همسر داشتند. شور-فن گو^۲ و همکاران (۲۰۱۲) در پژوهشی مسائل مربوط به آسیب‌شناسی روانی، روابط زناشویی و کارکرد خانواده را در والدین کودکان اتیستیک در مقایسه با والدین کودکان عادی مطالعه کردند. ۱۵۱ خانواده با یک فرزند اتیستیک داشتند با ۱۱۳ خانواده با فرزندان سالم مقایسه شدند. مادران و پدران کودکان اتیستیک مسائل آسیب‌شناختی روانی بیشتری داشتند. مادران کودکان اتیستیک رضایت‌مندی زناشویی کمتری نشان دادند، همچنین مادران کودکان اتیستیک در مقایسه با همسران خود نیز رضایت‌مندی زناشویی کمتر و مسائل روانی بیشتری داشتند. این پژوهش نشان داد که والدین کودکان اتیستیک بیشتر با مسائل مربوط به سلامت عمومی، ناسازگاری‌های خانوادگی و تعارض‌های زناشویی روبرو می‌شوند که این مسئله در مادران بیشتر نیز است.

با توجه به پژوهش‌های انجام شده و در یک جمع‌بندی مشکلات والدین کودکان اتیستیک در ابعاد مقابله با مشکلات کودک، استرس و اضطراب مادران و مسائل مربوط به رشد اجتماعی فرزندان مهمترین مشکلات والدین این کودکان است (صمدی و مک کانکی^۳، ۱۳۹۰).

^۱. Brobst, Clopton & Hendrick

^۲. Shur-Fun Gau & et al

^۳. Mcconkey

باید توجه داشت که حضور کودک اتیستیک فقط منجر به بروز شرایط دشوار و تنش‌زا برای خانواده نمی‌شود و می‌تواند نکات مثبتی هم داشته باشد که از دیدگاه روان‌شناسی مثبت به آن توجه می‌شود. سامیوس، پاکنهام و سوفرونوف^۱ (۲۰۰۹) در پژوهش خود به جنبه‌های مثبت حضور کودکان با نشانگان اسپرگر بر روی ۲۲۰ نفر از والدین آنان توجه کردند. آنان دریافتند که حضور این کودکان باعث ایجاد فرصت‌های جدید یادگیری برای والدین، رشد شخصیت، حس‌قدردانی، رشد معنویت و عواطف مثبت به فرزند می‌شود. در اندک پژوهش‌هایی نیز دیده شده که مادران کودکان اتیستیک تفاوت معناداری با مادران کودکان عادی در سازگاری زناشویی و تعامل‌های خانوادگی ندارند (کوگل^۲ و همکاران، ۱۹۸۳) و گزارش‌هایی از روابط نزدیک و صمیمانه و استفاده از راهبردهای مقابله‌مناسب در انجام به‌وظایف والدین‌گری و پرخاشگری کمتر به فرزند اتیستیک، در این والدین ارائه شده است (مونتنس و هالترمن، ۲۰۰۷). با توجه به مسائل مطرح شده شناخت ابعاد مشکلات مربوط به سلامت عمومی والدین کودکان اتیستیک و نحوه‌ی مقابله آنان با مشکلات، ما را به اتخاذ شیوه‌های مقابله مناسب با استرس‌رهنمون می‌سازد، از سویی دیگر بررسی این نکته که آیا رضایت‌مندی زناشویی می‌تواند نقش تعدیل‌کننده‌ای در کاهش مشکلات مربوط به سلامت عمومی داشته باشد و به عنوان راهکاری برای مقابله موثر با استرس‌های زندگی باشد، مورد توجه قرار دارد.

پیش‌بینی سلامت عمومی مادران کودکان اتیستیک بر اساس راهبردهای مقابله با تنیدگی و رضایت‌مندی زناشویی هدف پژوهش است. مهمترین دستاورد پژوهش حاضر شناخت بیشتر مشکلات و مسایل مادران کودکان اتیستیک و پی‌بردن به نقش رضایت‌مندی زناشویی در کاهش استرس و بالاتر بردن سلامت عمومی آنان است. بر این اساس فرضیه‌های زیر مطرح است:

(۱) بین راهبردهای مقابله با تنیدگی، رضایت‌مندی زناشویی و سلامت عمومی در

^۱. Samios, Pakenham, & Sofronoff

^۲. Koegel & et al

مادران کودکان اتیستیک رابطه وجود دارد.

۲) راهبردهای مقابله با تنیدگی (مسئله محور، هیجان محور و اجتنابی) توان پیش بینی کنندگی سلامت عمومی در مادران کودکان اتیستیک را دارد.

۳) مولفه های رضایت مندی زناشویی توان پیش بینی کنندگی سلامت عمومی در مادران کودکان اتیستیک را دارد.

روش

تحقیق حاضر از نوع کاربردی است که شیوه انجام گرفتن آن همبستگی است. شرکت کنندگان: مشارکت کنندگان در پژوهش تعداد ۶۳ نفر از مادران کودکان اتیستیک بودند. نمونه به شیوه هدفمند انتخاب شدند، زیرا ملاک انتخاب افراد شرکت کننده در پژوهش حضور مادرانی بود که فرزندان آنان تشخیص اختلال اتیستیک را داشته باشند و در دسترس نیز باشند؛ بنابراین مادرانی که فرزندان آنان تشخیص اتیستیک را دریافت داشته و به کلینیک های روان شناسی و خدمات توانبخشی مراجعه می کردند به عنوان گروه نمونه انتخاب شد. ابزارهای پژوهش: در این پژوهش ابتدا به منظور تشخیص اختلال اتیستیک آزمون پرسشنامه ارتباط اجتماعی^۲ مورد استفاده قرار گرفت، سپس مقیاس های سلامت عمومی^۳ (گلدبرگ^۴، ۱۹۷۲) به منظور بررسی وضعیت سلامت عمومی، سیاهه مقابله با موقعیت های تنیدگی زا^۵ اندلر و پارکر (۱۹۹۰) برای بررسی راهبردهای مقابله با تنیدگی در مادران و مقیاس رضایت مندی همسران افروز^۶ (افروز و قدرتی، ۱۳۹۰) برای بررسی میزان سطح رضایت مندی زناشویی مادران شرکت کننده در پژوهش به کار برده شد.

پرسشنامه ارتباط اجتماعی (راتر، بیلی و لرد^۷، ۲۰۰۳)، آزمون غربال که متشکل از

1. purposeful or Purposive sampling
 2. The Social Communication Questionnaire
 3. General Health Questionnaire
 4. Goldberg
 5. Coping Inventory for Stressful Situations
 6. Afrooz Marital Satisfaction Scale
 7. Rutter, Bailey, & Lord

۴۰ سوال است توسط والدین پاسخ داده می شود. این آزمون غربال بر اساس نشانه اتیستیک در حیطه های سه گانه رشد اجتماعی، ارتباط و رفتارهای کودک تهیه شده است. نخستین سوال این آزمون که توانایی کودک در مورد کاربرد زبان را مورد سوال قرار می دهد و بر اساس جواب آن والدین را به بخش دیگری از آزمون ارجاع می دهد و فاقد نمره است. نمره برش در این آزمون ۱۵ و بیشتر از آن در نظر گرفته شده است و برای غربال کودکان ۴ سال و بیشتر از آن و سن عقلی ۲ سال قابل اجرا است. از سوال شماره ۲۰ تا سوال شماره ۴۰ در مورد رفتارهای کودک در سنین بین ۴ تا ۵ سالگی از والدین کسب اطلاع می شود و رفتارهای کودک در آن سن را مورد پرسش قرار می دهد. این آزمون توسط سازمان آموزش و پرورش استثنایی ایران استاندارد شده و برای غربال اتیستیک مورد استفاده قرار می گیرد (ساسانفر و قدمی، ۱۳۸۵).

پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ). یک پرسشنامه غربالگری مبتنی بر روش خود-گزارش دهی است که در مجموعه های بالینی با هدف ردیابی کسانی که دارای یک اختلال روانی هستند، مورد استفاده قرار می گیرد (گلد برگ، ۱۹۷۸). این پرسشنامه ۲۸ ماده ای که دارای چهار خرده - مقیاس است: نشانه های بدنی، اضطراب و بیخوابی، ناسازگاری اجتماعی و افسردگی وخیم. از مجموع نمرات نیز یک نمره ی کلی به دست می آید. وجود چهار خرده - مقیاس بر اساس تحلیل آماری پاسخ ها (تحلیل عاملی) ثابت شده است. نمره کلی هر فرد از حاصل جمع نمرات چهار خرده - مقیاس به دست می آید (گلد برگ، ۱۹۷۸). محاسبات آماری پرسشنامه سلامت عمومی نشان می دهد که همبستگی خرده مقیاس ها با عامل کلی برای خرده مقیاس نشانه های بدنی، ۰/۷۹؛ اضطراب، ۰/۹۰؛ ناسازگاری اجتماعی، ۰/۷۵ و افسردگی وخیم، ۰/۶۳ است. ضریب همبستگی ۰/۹۰ برای خرده مقیاس اضطراب را می توان ناشی از این امر دانست که اضطراب یک پدیده بنیادی است که مخرج مشترک نشانگان اختلال های روانی را تشکیل می دهد. پرسشنامه سلامت عمومی با تایید متخصصان روان شناسی و روان پزشکی، این امکان را برای پژوهشگران فراهم می کند تا بتوانند اطلاعاتی فراتر از آنچه از یک

پرسشنامه کلی حاصل می شود، دست یابند، لذا پرسشنامه فوق از روایی محتوایی مطلوبی برخوردار است (گلد برگ، ۱۹۷۸). پایایی و روایی این مقیاس در ایران نیز ارزیابی شده است. ضرایب اعتبار آن بر اساس روش های به کار رفته بین ۰/۷ تا ۰/۹۳ و روایی همزمان نیز ۰/۵۵ گزارش شده است (تقوی، ۱۳۸۰). باید توجه داشت که نمره بالا در پرسشنامه سلامت عمومی به معنای داشتن مشکلات روان شناختی بیشتر است.

مقیاس رضایت مندی همسران افروز (فرم کوتاه) (افروز و قدرتی، ۱۳۹۰)

جهت ارزیابی و سنجش موثر رضایت مندی همسران که با رویکرد های جدید مطابقت داشته و حد بالایی از مناسبت و کفایت را نسبت به بستر فرهنگ جامعه ی ایرانی- اسلامی را دارد، مورد استفاده قرار گرفت. تمام ۵۱ سوال مقیاس رضایت مندی همسران افروز در مقیاس چهار درجه ای لیکرت از کاملاً موافق تا کاملاً مخالف تهیه شده است. مقیاس فوق از ده خرده مقیاس تشکیل شده است که عبارتند از: رضایت مندی عاطفی (احساسی)، رضایت مندی تعاملی، رضایت مندی نگرشی، رضایت مندی رفتاری، رضایت مندی حمایتی- اجتماعی، رضایت مندی همدلی، رضایت مندی مشکل گشایی (حل مسئله)، رضایت مندی شخصیتی، رضایت مندی فرزند پروری و رضایت مندی مطلوب اندیشی است. یکی از گویه های پرسشنامه فوق: «همسرم آدم مطلوب اندیشی است، وضعیت موجود را درک می کند و به وضع مطلوب می اندیشد».

روایی همگرا مقیاس رضایت مندی همسران افروز با استفاده از پرسشنامه رضایت مندی زناشویی انریچ^۱ (ENRICH) همبستگی ۰/۴۳۱ را نشان داد که در سطح ($p < 0/01$) معنادار است، لذا با ۹۹ درصد اطمینان همبستگی مشاهده شده بین این دو مقیاس معنادار است.

ضرایب پایایی خرده مقیاس ها با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شد که ضرایب پایایی خرده مقیاس ها بالاتر از ۰/۷۰ بوده و پایایی کل مقیاس نیز ۰/۹۱ بود که نشان دهنده

¹. Evaluation & Nurturing Relationship Issues Communication and Happiness (ENRICH)

پایایی مطلوب پرسشنامه رضایت‌مندی همسران افروز است (افروز و قدرتی، ۱۳۹۰).

سیاهه مقابله با موقعیت تنیدگی زا (اندلر و پارکر، ۱۹۹۰). این سیاهه به منظور ارزیابی روش‌های مقابله با تنیدگی طراحی شده است که ۴۸ گویه دارد. این سیاهه با سه زیرمقیاس راهبرد مسئله‌مدار، راهبرد هیجان‌مدار و راهبرد اجتناب‌مدار در یک طیف پنج‌درجه‌ای از هرگز تا خیلی زیاد نمره‌گذاری می‌شود. در نهایت راهبرد غالب فرد با توجه به نمره‌هایی که در آزمون کسب می‌کند، مشخص می‌شود؛ به عبارت دیگر، هر رفتاری که نمره بالاتری در مقیاس کسب نماید، به عنوان راهبرد مقابله‌ای ترجیحی فرد در نظر گرفته می‌شود. نتایج یافته‌های اندلر و پارکر (۱۹۹۰) و برخی تحقیقات در داخل کشور بیانگر پایا بودن آزمون مدنظر است. ضرایب پایایی این سیاهه در پژوهش فراهانی، شکری، گراوند و دانشپور (۱۳۸۷) برای هر یک از راهبردهای مسئله‌مدار، هیجان‌مدار و اجتنابی به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۷۹ و ۰/۷۶ به دست آمد. پس از جمع‌آوری داده‌ها، تحلیل آماری رگرسیون چندمتغیری به شیوه گام به گام انجام شد.

نتایج

افراد شرکت‌کننده در پژوهش ۶۳ نفر از مادران کودکان اتیستیک بودند. میانگین سن مادران ۳۴/۴۳ سال با حداقل سن ۲۷ و حداکثر سن ۴۳ سال بود. میانگین سن فرزندان آنان نیز ۸/۷۱ با حداقل سن ۷ و حداکثر سن ۱۱ سال بود. جدول شماره ۱ داده‌های توصیفی مربوط به سطح تحصیلات مادران را نشان می‌دهد.

جدول ۱. داده‌های توصیفی مربوط به سطح تحصیلات مادران

سطح تحصیلات	فراوانی	درصد	درصد تراکمی
ابتدایی	۳	۴/۸	۴/۸
راهنمایی	۱۲	۱۹/۰	۲۳/۸
دیپلم	۳۶	۵۷/۱	۸۱/۰
لیسانس	۱۲	۱۹/۰	۱۰۰
کل	۶۳	۱۰۰	

بر اساس داده های مربوط به سطح تحصیلات مادران شرکت کننده بیشترین فراوانی مربوط به داشتن دیپلم با ۵۷ درصد و به ترتیب لیسانس و راهنمایی ۱۹ درصد و ابتدایی ۵ درصد بود. جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد نمره های مادران در متغیرهای راهبردهای مقابله با

تنیدگی، رضایت مندی زناشویی و سلامت عمومی

متغیرها	میانگین	انحراف معیار
راهبرد مسئله مدار	۵۵/۱۹	۱۲/۵۲
راهبرد هیجان مدار	۵۱/۲۵	۱۰/۹۶
راهبرد اجتنابی	۳۹/۷۱	۱۰/۵۱
رضایت مندی زناشویی	۱۲۶/۶۷	۲۱/۸۵
سلامت عمومی	۶۵/۵۲	۱۲/۹۳

جدول ۲ میانگین و انحراف معیار متغیرهای سلامت عمومی، راهبردهای مقابله با تنیدگی و رضایت مندی زناشویی مادران را نشان می دهد.

جدول ۳. ماتریس همبستگی راهبردهای مقابله با تنیدگی، رضایت مندی زناشویی و سلامت عمومی

	۴	۳	۲	۱	
۱. مسئله مدار					
۲. هیجان مدار				-۰/۲۰	
۳. اجتنابی			۰/۴۵**	-۰/۳۵**	
۴. رضایت مندی زناشویی		۰/۰۲۳	۰/۰۳	۰/۲۵*	
۵. سلامت عمومی	-۰/۳۲**	۰/۴۶**	۰/۴۶**	-۰/۵۱**	

* $P < 0/05$

** $p < 0/01$

به منظور بررسی فرضیه اول پژوهش که بین راهبردهای مقابله با تنیدگی، رضایت مندی زناشویی و سلامت عمومی در مادران کودکان اتیستیک رابطه وجود دارد، ضرایب همبستگی بین متغیرهای پژوهش بدست آمد. نتایج جدول ۳ نشان می دهد که بین نمره راهبرد اجتنابی و مسئله محور رابطه منفی و معناداری وجود دارد. بین سلامت عمومی و راهبرد مسئله مدار رابطه منفی و معنادار وجود دارد. بین سلامت عمومی و راهبرد هیجان مدار رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. همچنین بین سلامت عمومی و رضایت مندی

زناشویی رابطه منفی و معناداری وجود دارد. این نتایج منعکس کننده این نکته هستند که راهبرد مقابله مسئله مدار با سلامت عمومی (به معنای مشکلات روان شناختی بیشتر) رابطه منفی و معناداری دارد و راهبرد مقابله هیجان مدار رابطه مثبت و معناداری با سلامت عمومی مادران کودکان ایتستیک دارد.

جدول ۴. خلاصه تحلیل رگرسیون گام به گام برای پیش بینی سلامت عمومی بر اساس سبک

های مقابله با تنیدگی

متغیر ملاک	متغیرهای پیش بین	ضرایب استاندارد شده β	t	R ²	F
سلامت عمومی	راهبرد مسئله محور	-۰/۶۳	-۷/۱۴**	۰/۱۸	۳۸/۵۶**
	راهبرد هیجان محور	۰/۵۷	۶/۴۹**	۰/۱۴	

**p < ۰/۰۱

فرضیه دوم پژوهش شناسایی نقش پیش‌بینی‌کنندگی راهبردهای مقابله با تنیدگی در ارتباط با سلامت عمومی مادران کودکان ایتستیک بود که از مدل تحلیل رگرسیون گام به گام استفاده شد (جدول ۴). نتایج تحلیل رگرسیون نشان می‌دهد که در گام نخست راهبرد مقابله مسئله محور و در گام دوم راهبرد مقابله هیجان محور در مجموع با واریانس معناداری (تقریباً ۳۲٪) توانستند سلامت عمومی مادران کودکان ایتستیک را تبیین و پیش بینی کنند و راهبرد مقابله اجتنابی به دلیل معنادار نبودن از معادله رگرسیون حذف شد.

جدول ۵. خلاصه تحلیل رگرسیون گام به گام برای پیش بینی سلامت عمومی بر اساس مولفه

های رضایت‌مندی زناشویی

متغیر ملاک	متغیرهای پیش بین	ضرایب استاندارد شده β	t	R ²	F
رضایت‌مندی رفتاری		-۰/۶۱	-۶/۳۱**	۲۷	۱۶/۶۹**
سلامت عمومی	رضایت‌مندی تعاملی	-۰/۳۴	-۳/۳۱*	۸	
	مشکل گشایی	-۰/۳۲	-۳/۰۸*	۶	

** $p < 0/01$

فرضیه سوم نیز به پیش‌بینی‌کنندگی مؤلفه‌های رضایت‌مندی زناشویی مادران بر پرسشنامه سلامت عمومی (مشکلات روان‌شناختی) آنان می‌پردازد که بدین منظور نیز تحلیل رگرسیون گام به گام انجام گرفت و نتایج در جدول ۵ ارائه شده است. نتایج پیش‌بینی سلامت عمومی مادران بر اساس مؤلفه‌های رضایت‌مندی زناشویی نشان می‌دهد که چهار مؤلفه رضایت‌مندی زناشویی با واریانس معنادار (۴۶٪) که به ترتیب عبارت‌اند از: رضایت‌مندی رفتاری، رضایت‌مندی تعاملی، رضایت‌مندی مشکل‌گشایی (حل مسئله) و رضایت‌مندی حمایتی-اجتماعی که توانستند سلامت عمومی را پیش‌بینی کنند، باقی مؤلفه‌های رضایت‌مندی زناشویی وارد معادله رگرسیون نشده لذا توان پیش‌بینی‌کنندگی سلامت عمومی در مادران کودکان اتیستیک را نداشتند. لذا می‌توان بیان داشت این چهار مؤلفه رضایت‌مندی زناشویی به طور معنادار و منفی توان پیش‌بینی سلامت عمومی (به معنای داشتن مشکلات روان‌شناختی) را دارد.

بحث

نتایج همبستگی در پاسخ‌گویی به فرضیه نخست پژوهش نشان داد که بین نمره راهبرد اجتنابی و مسئله محور رابطه منفی و معناداری وجود دارد. بین سلامت عمومی و راهبرد مسئله مدار رابطه منفی و معنادار وجود دارد. بین سلامت عمومی و راهبرد هیجان مدار رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. همچنین بین سلامت عمومی و رضایت‌مندی زناشویی رابطه منفی و معناداری وجود دارد. این نتایج منعکس‌کننده این نکته هستند که راهبرد مقابله مسئله محور با سلامت عمومی (به معنای مشکلات روان‌شناختی بیشتر) رابطه منفی و معناداری دارد و راهبرد مقابله هیجان مدار رابطه مثبت و معناداری با سلامت عمومی مادران کودکان اتیستیک دارد. در واقع مادرانی که از راهبردهای مسئله مدار در مواجهه با تنیدگی یعنی شرایط به وجود آمده در اثر حضور کودکی با اختلال اتیستیک استفاده می‌کنند سلامت عمومی بهتری داشته و کمتر دچار افسردگی، اضطراب، نارسا کنش‌وری اجتماعی

و مشکلات جسمانی می‌شوند. مادرانی که از راهبردهای مسئله محوری مانند به دنبال راه حل گشتن و استفاده از روش‌های آموزشی، توان‌بخشی و درمانی موجود را به کار می‌گیرند در مقابل مادرانی که از راهبردهای هیجان محور مانند گریه کردن، ییزاری و افسردگی و مادرانی که از رویکردهای اجتنابی مانند گریز از جامعه استفاده می‌کنند سلامت عمومی بهتری دارند. نتایج پژوهش حاضر همسو با نتایج پژوهش‌های (اینگرسول و هامبریک، ۲۰۱۱؛ خوشابی و همکاران، ۱۳۸۹) است که نشان می‌دهد به کارگیری راهبردهای مقابله‌ی هیجان مدار و اجتنابی با توجه به شدت مشکلات کودک ایتستیک منجر به بروز آسیب‌های روانی جدی برای والدین این کودکان می‌شود. به نوعی نتایج پژوهش با دیدگاه روان‌شناسی مثبت نیز همسو است که به دنبال جستجوی جنبه‌های مثبت و پیدا کردن نکات ارزشمند در زندگی با کودکان با نیازهای ویژه دارد (کوگل و همکاران، ۱۹۸۳؛ مونتس و هالترمن، ۲۰۰۷؛ سامیوس و همکاران، ۲۰۰۹). در این راستا نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد حضور کودک ایتستیک فقط منجر به بروز شرایط دشوار و تنش‌زا برای خانواده نمی‌شود و می‌تواند نکات مثبتی هم داشته باشد مانند اینکه والدین در چنین شرایطی به جای درگیری هیجانی و افزایش تنش، حضور کودک خود را فرصتی جدید برای یادگیری بدانند و به رشد شخصیت و معنویت و عواطف مثبت نسبت به فرزند خود داشته باشند. آنان می‌توانند با گسترش روابط صمیمانه و رضایت‌مندی زناشویی بهتر، تعامل خانوادگی بیشتر را تجربه کنند و در نتیجه راهبردهای مقابله‌ای که به کار می‌گیرند از نوع مناسب و مسئله مدار باشد تا بدین ترتیب از عهده وظایف مربوط به والدین‌گری خود با موفقیت بیرون آیند و شاهد کاهش آسیب‌های روانی در آنان باشیم.

در پاسخ به فرضیه سوم پژوهش ملاحظه شد که رضایت‌مندی زناشویی رابطه‌ی معناداری با سلامت عمومی دارد و مادرانی که رضایت‌مندی زناشویی بالاتری دارند آسیب‌های روانی کمتری دارند. نتایج تحلیل رگرسیون در این بخش نشان داد که از بین مؤلفه‌های رضایت‌مندی زناشویی، مؤلفه‌های رضایت‌مندی رفتاری، رضایت‌مندی تعاملی، رضایت‌مندی مشکل‌گشایی (حل مسئله) و رضایت‌مندی حمایتی-اجتماعی توانستند سلامت

عمومی مادران کودکان اتیستیک را به طور معناداری پیش‌بینی کنند. در این جنبه پژوهش‌های اندکی انجام گرفته که به نوعی نتایج پژوهش با آنها همسو است (برابست و همکاران، ۲۰۰۹؛ لاو و پترسون، ۲۰۱۱؛ شون-فن گو و همکاران، ۲۰۱۲).

به واقع مادرانی که رضایت‌مندی زناشویی بالایی در جنبه‌های مختلف دارند می‌توانند سازگاری بهتری با شرایط حضور کودکی با نیازهای ویژه را داشته باشند و وظایف والدین‌گری خود را به نحو بهتری انجام دهند. مادرانی که از همسران خود به لحاظ رفتاری رضایت دارند یعنی ارتباط کلامی و دیداری موثری با یکدیگر داشته و رضایت‌مندی جنسی نیز دارند و رفتارهای پرخاشگرانه نسبت به یکدیگر نشان نمی‌دهند، می‌توانند همچون سدی در برابر تنش‌های زندگی که با آن مواجه هستند، برخورد کنند. داشتن رضایت‌مندی زناشویی در مؤلفه تعاملی به مثابه داشتن حس همکاری و مشارکت در تمام فعالیت‌های زندگی و به ویژه فرزندپروری است. در رضایت‌مندی مشکل‌گشایی همفکری و مشورت در امور، داشتن توانایی حل مسئله و تلاش برای پیروزی مدنظر است و در رضایت‌مندی حمایتی-اجتماعی، همسران از یکدیگر در موقعیت‌های مختلف اجتماعی حمایت می‌کنند، روابط اجتماعی موثری با دیگران برقرار می‌کنند، زمینه‌های فعالیت‌های اجتماعی بیشتر را برای همسران خود فراهم می‌کنند و روابط دوستانه و روابط با خویشاوندان را گسترش می‌دهند (افروز و قدرتی، ۱۳۹۰).

به نظر می‌رسد از آنجایی که مادران کودکان اتیستیک بیشترین میزان فعالیت و درگیری را در ارتباط با فرزندان خود دارند (وارفیلد، ۲۰۰۱؛ هرینگ و همکاران، ۲۰۰۶؛ الیک و همکاران، ۲۰۰۶؛ اوزبورن و ریید، ۲۰۱۰) پدران نقش مهمی در بالا بردن سطح رضایت‌مندی زناشویی آنان و در نتیجه برخورداری آنان از سلامت عمومی بهتر دارند.

همچنین داشتن یک نگرش مثبت در جریان نگهداری از کودک اتیستیک والدین را از بروز مشکلات روانی محافظت می‌کند، درحالی که نگرش منفی رابطه قوی با مشکلات روانی دارد. بنابراین در مداخله‌های بالینی برای والدین کودکان اتیستیک توصیه می‌شود نگرش‌های منفی در آنان کاهش داده شود، راهبردهای مقابله مسئله‌مدار و هیجان‌مدار مثبت

به آنان القا شود و به ویژه متخصصان بالینی تمرکز بر کاهش شیوه‌های مقابله اجتنابی و منفعل در والدین را مدنظر قرار داده و ارزیابی بدبینانه آنان از مشکلات فرزندانشان را کاهش دهند. لازم به ذکر است برخی محدودیت‌های روش شناختی تعمیم‌پذیری نتایج را با محدودیت مواجه می‌کند. نخست آنکه افراد شرکت‌کننده در پژوهش فقط مادران کودکان اتیستیک بودند و لذا امکان مقایسه با مادران کودکان عادی و نیز پدران وجود نداشت. دوم آنکه برخی از ابزارهای به کار گرفته‌شده بومی نبوده و این خود می‌تواند تعمیم نتایج را با دشواری‌هایی همراه کند. بررسی عوامل اجتماعی و تأثیرگذار در سلامت عمومی موضوعی بود که در این پژوهش از آن غفلت شد.

از آنجاکه آموزش راهبردهای موثر مقابله با تنیدگی می‌تواند تأثیر بسزایی بر روی سلامت عمومی مادران کودکان اتیستیک داشته باشد بنابراین، پیشنهاد می‌شود در برنامه‌های آموزشی و خدمات مشاوره برای والدین این کودکان شیوه‌های مقابله موثر یعنی استفاده از شیوه‌های مسئله محور و پرهیز از رویکردهای هیجانی و اجتنابی آموزش داده شود و بر نقش رضایت‌مندی زناشویی به عنوان سدی محکم در جلوگیری از تنش‌های زندگی و افزایش رضایت‌مندی از زندگی تاکید شده و حل مشکلات و تعارض‌های زناشویی در درجه نخست انجام خدمات مشاوره‌ای و روان‌درمانی برای مادران کودکان با اختلال‌های طیف اتیستیک قرار گیرد. همچنین پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آتی نقش رضایت‌مندی زناشویی و دیگر عوامل اجتماعی مانند حمایت اجتماعی را با توجه به طیف‌های مختلف کودکان اتیستیک مورد مطالعه قرار داده تا در پرتو آن شاهد بهزیستی و سلامت جسمی و روانی والدین کودکان با نیازهای ویژه باشیم.

تشکر و قدردانی

از معاونت پژوهشی دانشگاه پیام نور برای حمایت مالی از طرح پژوهشی و همچنین کلیه مادران کودکان با اختلال اتیستیک به دلیل مشارکت در پژوهش، صمیمانه قدردانی می‌شود.

منابع

- افروز، غ.ع.، و قدرتی، م. (۱۳۹۰). ساخت و هنجاریابی مقیاس رضایت‌مندی همسران افروز (فرم کوتاه). *مجله روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران*، ۴۱، ۹-۱.
- تقوی، م. ر. (۱۳۸۰). بررسی روایی و اعتبار پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ). *مجله روانشناسی*، ۴، ۲۰-۲۹.
- خوشابی، ک. (۱۳۸۴). مکانیسم‌های سازگاری در والدین کودکان اتیستیک. پنجمین همایش کودکان کم‌توان ذهنی.
- خوشابی، ک.؛ فرزاد فر، ز.؛ کاکاسلطان، ب.؛ پوراعتماد، ح. ر.، و نیکخواه، ح. ر. (۱۳۸۹). بررسی راهبردهای مقابله با میزان تنیدگی در مادران کودکان اتیستیک و مقایسه آن با مادران کودکان عادی. *فصلنامه خانواده‌پژوهی*، ۲۱، ۱۲-۱۹.
- ساسانفر، ح.، و قدمی، م. (۱۳۸۵). *استانداردسازی پرسشنامه ارتباط اجتماعی برای غربالگری اختلال‌های طیف اتیسم*. طرح پژوهشی، سازمان آموزش و پرورش کودکان استثنایی.
- صمدی، ع.، و مک کانکی، ر. (۱۳۹۰). *اختلالات طیف اتیسم*. تهران: دوران.
- فراهانی، م.؛ شگری، ا.؛ گراوند، ف.، و دانشپور، ز. (۱۳۸۷). تفاوت‌های فردی در استرس تحصیلی و بهزیستی ذهنی: نقش سبک‌های مقابله با تنیدگی. *مجله علوم رفتاری*، ۴، ۲۹۷-۳۰۴.
- Abbeduto, L., Seltzer, M. M., Shattuck, P., Krauss, M. W., Orsmond, G., & Murphy, M. M. (2004). Psychological well-being and coping in mothers of youths with autism, down syndrome, or fragile x syndrome. *American Journal of Mental Retardation*, 109, 237-254.
- Azar, M., & Badr, L. (2010). Predictors of Coping in Parents of Children with an Intellectual Disability: Comparison between Lebanese Mothers and Fathers. *Journal of Pediatric Nursing*, 25, 46-56.
- Allik, H., Larsson, JO. & Smedja, H. (2006). Health – related quality of life in parents of school – age children with Asperger syndrome or high – functioning autism. *Health Quality of Life Outcomes*, 4, 1-12.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. (Text revision) (4th Ed.). Washington DC: Author.
- Brobst, J. B., Clopton, J. R., & Hendrick, S. S. (2009). Parenting children with autism-spectrum disorders: The couple relationship. *Focus on*

Autism and Other

Developmental Disabilities, 24, 38–49.

- Burrell, L., & Brrego, J. (2011). Parents' Involvement in ASD Treatment: What Is Their Role? *Cognitive and Behavioral Practice*, 12, 1-10.
- Davis, N. O., & Carter, A. S. (2008). Parenting stress in mothers and fathers of toddlers with autism spectrum disorders: Associations with child characteristics. *Journal of Autism & Developmental Disorders*, 38, 1278–1291.
- Endler, N. S. & Parker, J. D.A. (1990). Multidimensional assessment of coping: A critical evaluation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58(5), 844-854.
- Goldberg, D. (1978). *Manual of the general health questionnaire*. Windsor: NFER Publishing Company.
- Heiman, T., & Berger, O. (2008). Parents of children with Asperger syndrome or with learning disabilities: Family environment and social support. *Research in Developmental Disabilities*, 29, 289–300.
- Herring, S., Gray, K., Taffe, J., Tonge, B., Sweeney, D., & Einfeld, 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*, 50, 874–882.
- Ingersoll, B. & Hambrick, D. (2011). The relationship between the broader autism phenotype, child severity, and stress and depression in parents of children with autism spectrum disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 5, 337–344.
- Koegel, R. L., Schreibman, L., O'Neill, R. E., & Burke, J. C. (1983). The personality and family-interaction characteristics of parents of autistic children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 683–692.
- Lazarus, R.S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Lau, W. & Peterson, C. (2011). Adults and children with Asperger syndrome: Exploring adult attachment style, marital satisfaction and satisfaction with parenthood. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 5, 392–399.
- Little, L. (2002). Differences in stress and coping for mothers and fathers of children with Asperger's syndrome and nonverbal learning disorder. *Pediatric Nursing*, 28, 565–570.

- Meltzer, L. (2011). Factors associated with depressive symptoms in parents of children with autism spectrum disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 5, 361–367.
- Montes, G., & Halterman, J. S. (2007). Psychological functioning and coping among mothers of children with autism: A population-based study. *Pediatrics*, 119, 1040–1046.
- Osborne, L. & Reed, P. (2010). Stress and self-perceived parenting behaviors of parents of children with autistic spectrum conditions. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 4, 405–414.
- Papavasiliu, A., Nikania, I., Rizou, J., & Alexanerou, S. (2011). The effect of a psycho-educational program on CARS scores and short sensory profile in autistic children. *European Journal of Pediatric Neurology*, 15, 338–344.
- Rutter, M., Bailey, A., & Lord, C. (2003). *SCQ: Social Communication Questionnaire: Manual for the SCQ*. Los Angeles, CA: Western Psychological Services.
- Samios, C., Pakenham, K. & Sofronoff, K. (2009). The nature of benefit finding in parents of a child with Asperger syndrome. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 3, 358–374.
- Shur-Fun Gau, S., Chou, M., Chiang, H., Lee, J., Wong, C., Chou, W., & Wu, J. (2012). Parental adjustment, marital relationship, and family function in families of children with autism. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 6, 263–270.
- Stormshak, E.A., Bierman, K.L., McMahon, R.J., & Lengua, L.J. (2000). Parenting practices and child disruptive behavior problems in early elementary school. *Journal of Clinical Child Psychology*, 29, 17–29.
- Stuart, M. & McGrew, J. (2009). Caregiver burden after receiving a diagnosis of an autism spectrum disorder. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 3, 86–97.
- Warfield, M. E. (2001). Employment, parenting, and well-being among mothers of children with disabilities. *Mental Retardation*, 39, 297–309.
- Weiss, M. J. (2002). Hardiness and social support as predictors of stress in mothers of typical children, children with autism, and children with mental retardation. *Autism*, 6, 115–130.

