

# نقش واسطه‌ای ذهن آگاهی مادر و تاب‌آوری خانواده در رابطه‌ی بین مشکلات رفتاری کودک دارای اختلال‌های طیف اوتیسم و بهزیستی روان‌شناختی مادر

زهرة حسين زاده<sup>۱</sup>، علی‌رضا كاكاوند<sup>۲</sup>، عبدالجواد احمدی<sup>۳</sup>

تاریخ دریافت: ۹۵/۲/۱۶

تاریخ پذیرش: ۹۵/۶/۱۰

## چکیده

هدف پژوهش حاضر تعیین نقش واسطه‌ای ذهن آگاهی مادر و تاب‌آوری خانواده در رابطه‌ی بین مشکلات رفتاری کودک دارای اختلال‌های طیف اوتیسم و بهزیستی روان‌شناختی مادر بود. جامعه آماری شامل مادران کودکان دارای اختلال‌های طیف اوتیسم در دامنه‌ی سنی ۳ تا ۱۶ سال شهرهای تهران، کرج و قزوین بودند که از بین آنها ۱۷۰ نفر با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. از پرسشنامه‌های بررسی مشکلات و نقاط قوت کودک، مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف، پرسشنامه پنج‌وجهی ذهن آگاهی و پرسشنامه‌ی تاب‌آوری خانواده برای سنجش استفاده شد. نتایج تحلیل مسیر نشان داد که دو متغیر ذهن آگاهی و تاب‌آوری خانواده در رابطه‌ی بین متغیرهای پیش‌بین (مشکلات رفتاری کودک دارای اختلال‌های طیف اوتیسم) و ملاک (بهزیستی روان‌شناختی مادر) نقش واسطه‌ای ایفا می‌کنند. با توجه به نتایج پیشنهاد می‌شود متخصصان این حوزه در اقدام برای مداخله‌های درمانی، توجه خود را علاوه بر راهکارهای متمرکز بر کودک دارای اختلال‌های طیف اوتیسم، بر شرایط سلامت روانی والدین، محیط خانواده، منابع موجود در جامعه و سایر عوامل مربوط به بافت زندگی کودک نیز معطوف کنند.

واژگان کلیدی: بهزیستی روان‌شناختی، تاب‌آوری، ذهن آگاهی، مشکلات رفتاری، کودک دارای اختلال‌های طیف اوتیسم

---

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی دانشگاه بین‌المللی امام خمینی (نویسنده مسئول)

hosseinzadeh.zohreh@gmail.com

۲. دانشیار روانشناسی دانشگاه بین‌المللی امام خمینی

۳. دانشیار روانشناسی دانشگاه بین‌المللی امام خمینی

## مقدمه

اختلال‌های طیف اوتیسم نشان‌دهنده‌ی نوعی اختلال رشدی هستند که با نارسایی در رفتارهای ارتباطی و کلامی و وجود الگوهای غیرطبیعی، مهارت‌های اجتماعی و ارتباطی فرد را مختل می‌کنند (صمدی، ۱۳۹۲). بر اساس آنچه در پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی<sup>۱</sup> (۲۰۱۳) ذکر شده است، ملاک‌های تشخیصی اختلال‌های اوتیسم در دو زمینه‌ی تعامل و ارتباط اجتماعی و علائق و فعالیت‌های تکراری و محدود است که بر اساس شدت درجه اختلال به سه سطح طبقه‌بندی می‌شوند. منظور از شدت درجه‌ی اختلال، میزان تخریب توانایی برقراری ارتباط و میل به اجتماعی شدن فرد دریافت‌کننده‌ی تشخیص و نیز شدت علائم رفتاری وی است. با این حال که مشکلات رفتاری و ویژگی اصلی اختلال‌های طیف اوتیسم نیست؛ اما این مشکلات به‌طور معناداری در این کودکان دیده می‌شود و مسائلی را برای این افراد و خانواده‌هایشان ایجاد می‌کند.

مشکلات رفتاری بزرگ‌ترین مانع برای برقراری روابط اجتماعی محسوب می‌شود (اسکمید، درسگو، هال، مارتین و بیس<sup>۲</sup>، ۲۰۱۴) و می‌تواند باعث طرد کودک از اجتماع، خانواده و مدرسه شود. عدم درک کودک از خواسته‌های مدرسه، خانواده و همسالان باعث می‌شود توانایی‌های او برای یادگیری محدود شود و فرصت‌های یادگیری را از دست بدهد (بریچ و فردریکسون<sup>۳</sup>، ۲۰۱۵). در میان گروه‌های گوناگون کودکان با نیازهای ویژه، کودکان با اختلال‌های طیف اوتیسم هم در زمینه‌ی روابط اجتماعی و هم در زمینه‌ی رفتاری مشکلات فراوانی نسبت به سایر گروه‌ها دارند (ماسکی، وامل، پار، لکوتر، مک کوناچ<sup>۴</sup>، ۲۰۱۳). به‌علاوه والدین این گروه از کودکان نسبت به سایر والدین کودکان با نیازهای ویژه استرس و مشکلات بیشتری دارند (ریوارد، تروکس، بوریسر و مرسیر<sup>۵</sup>، ۲۰۱۴؛ نیف و فاسو<sup>۶</sup>، ۲۰۱۵). از این رو توجه و اهمیت به این گروه ضرورت می‌یابد. مشکلاتی که در این پژوهش تحت عنوان مشکلات رفتاری در کودکان دارای اختلال‌های طیف اوتیسم بررسی شده است موارد زیر را شامل می‌شود: مشکلات هیجانی (شامل علائم

1. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition (DSM-5)
2. Schmidt, Drasgow, Halle, Martin & Bliss
3. Birch & Frederickson,
4. Maskey, Warnell, Parr, Le Couteur & McConachie
5. Rivard, Terroux, Boursier & Mercier
6. Neff & Faso

جسمی مثل سردرد یا دل‌درد، غمگین بودن)، اختلال‌های سلوک (مانند زورگویی، عدم پیروی از قوانین، رفتار آسیب‌زا به دیگران)، اختلال‌های بیش‌فعالی (مانند بی‌قراری، عدم تمرکز، ناتوانی در انجام کارها)، مشکلات با همسالان (شامل گوشه‌گیری، تنها بازی کردن، نداشتن دوست)، عدم وجود رفتار جامعه‌پسند و مطلوب اجتماعی (مانند ضعف در شناسایی احساسات دیگران).

بهزیستی روان‌شناختی<sup>۱</sup> به زندگی سرشار از هدف، معنا، رشد و روابط با کیفیت بالا با دیگران اشاره دارد (ریف و سینگر<sup>۲</sup>، ۲۰۰۸). مدل بهزیستی روان‌شناختی که ریف ارائه داده است، عملکرد روانی مثبتی را بیان می‌کند که بر پایه‌ی نظریه‌ها و فلسفه‌ی مثبت‌گرا است. او بهزیستی روان‌شناختی را یک مفهوم پویا می‌داند که بر پایه‌ی شش بعد کلیدی سلامت روانی تعریف شده است. این ابعاد شامل ابعاد ذهنی، اجتماعی، روان‌شناختی و رفتارهای مربوط به سلامت می‌شود و عبارت‌اند از: پذیرش خود<sup>۳</sup>، ارتباط مثبت با دیگران<sup>۴</sup>، خودمختاری<sup>۵</sup>، تسلط بر محیط<sup>۶</sup> داشتن هدف در زندگی<sup>۷</sup> و رشد فردی<sup>۸</sup> (ریف و سینگر، ۲۰۰۸).

پژوهش‌های بسیاری مؤید آن است که مادران کودکان با اختلال‌های طیف اوتیسم در فرآیند رشد آنان نسبت به سایر مادران کودکان با نیازهای ویژه با مشکلات بیشتری روبه‌رو هستند و بهزیستی روان‌شناختی پایین‌تری دارند (جونز، هاستینگ، توسکیا، کین و رول<sup>۹</sup>، ۲۰۱۴؛ چیمه، پوراعتماد و خرم‌آبادی، ۱۳۸۶؛ کارست و ون‌هک<sup>۱۰</sup>، ۲۰۱۲؛ ویس، کاپادوسیا، مک-مولین، ویسیلی و لانسکی<sup>۱۱</sup>، ۲۰۱۲). در پژوهشی که به‌منظور بررسی بهزیستی روان‌شناختی بین دو گروه والدین کودکان دارای اختلال‌های طیف اوتیسم و والدین سایر کودکان با مشکلات رشدی انجام شد، نتایج نشان داد که والدین کودکان

1. Psychology well-being
2. Ryff & Singer
3. Self-acceptance
4. Positive relation with others
5. Autonomy
6. Environmental mastery
7. Purpose in life
8. Personal growth
9. Jones, Hasting, Toskia, Keane & Rhule
10. Karst & Van Hecke
11. Weiss, Cappadocia, MacMullin, Vicili & Lunsky

دارای اختلال‌های طیف اوتیسم نشانه‌های اضطرابی بیشتری که شامل دیدگاه منفی به خود، رضایت کم از نقش والدینی خود، تجربه‌ی بیشتر از مشکلات رفتاری کودک، نشانه‌های افسردگی بیشتر و استفاده از راهبردهای مقابله‌ای اجتنابی بیشتر نسبت به گروه دیگر داشتند و در شاخص بهزیستی روان‌شناختی پایین‌تر بودند (لای، گه، اوی و سانگ<sup>۱</sup>، ۲۰۱۵). کودک دارای اختلال‌های طیف اوتیسم به‌عنوان یک عامل فشار روانی برای والدین به‌خصوص مادر است و به علت نقش مهم مادر در نگهداری و افزایش کارایی این کودکان توجه به بهزیستی روان‌شناختی مادر حائز اهمیت است. از آنجایی که مادر در فرآیند رشد کودک نقش مؤثرتری دارد و در طول زندگی وی عضو ثابتی است پس می‌تواند تأثیر بیشتری بر این کودکان داشته باشد.

از جمله مؤلفه‌هایی که می‌تواند در رابطه با بهزیستی روان‌شناختی باشد، تاب‌آوری خانواده<sup>۲</sup> و ذهن‌آگاهی<sup>۳</sup> است. جتین<sup>۴</sup> (۲۰۱۱) ذهن‌آگاهی را به‌عنوان مشاهده‌ی مستقیم ذهن و بدن در زمان حال و بدون قضاوت تعریف می‌کند و آن را پایدارتر و توسعه‌یافته‌تر از توجه صرف می‌داند. قضاوت نکردن، ذهن‌آگاهی را پرورش می‌دهد. وقتی شما با وضعیت هیجانی یا فیزیکی سختی روبه‌رو می‌شوید، با قضاوت نکردن درباره‌ی تجربیات، بیشتر از آنچه می‌بینید و هستید و چیزی که باید باشید، آگاه می‌شوید (وگو و دیوید<sup>۵</sup>، ۲۰۱۲) مفهوم ذهن‌آگاهی به افراد کمک می‌کند تا بپذیرند اگرچه هیجانات منفی در زندگی همه‌ی انسان‌ها وجود دارد، اما بخش ثابتی از شخصیت و روند زندگی نیستند. پذیرش این مسأله فرد را توانمند می‌سازد که به‌جای واکنش غیرارادی به هیجانات و رویدادهای برانگیزاننده‌ی آنها، آگاهانه واکنش نشان دهد و به شیوه‌ای کارآمدتر با زندگی رابطه برقرار کند (سگال، ویلیامز، مارک و تیزدل<sup>۶</sup>، ۲۰۱۳).

ذهن‌آگاهی با خودآگاهی متفاوت است. خودآگاهی تنها شناخت احساسات و حالات درونی است؛ اما ذهن‌آگاهی هم شناخت احساسات درونی و هم شناخت محیط

- 
1. Lai, Goh, Oei & Sung
  2. Family resiliency
  3. mindfulness
  4. Gethin
  5. Vago & David
  6. Segal, Williams, Mark & Teasdale.

پیرامون را شامل می‌شود (ریچارد، کمپین و موس برک<sup>۱</sup>، ۲۰۱۰). پژوهش‌های انجام‌شده در دهه‌های اخیر نشان داده است ذهن آگاهی نقش مؤثری در افزایش بهزیستی روان‌شناختی و کاهش اختلال‌های روانی دارد (تانگ، هولزل و پونسر<sup>۲</sup>، ۲۰۱۵؛ تبریزچی و وحیدی، ۱۳۹۴؛ کارمودی و بائر<sup>۳</sup>، ۲۰۰۸). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که افزایش ذهن آگاهی با کاهش نشانه‌های منفی روان‌شناختی و عاطفه‌ی منفی و در نتیجه افزایش رضایت از زندگی، شادی و خوش‌بینی و بهزیستی روان‌شناختی در والدین کودکان دارای اختلال‌های طیف اوتیسم همراه است (جونز و همکاران، ۲۰۱۴؛ بیر، وارد و مورگ<sup>۴</sup>، ۲۰۱۳؛ کاجیا، اندرسون و مور<sup>۵</sup>، ۲۰۱۶). جونز و همکاران (۲۰۱۴) نقش رفتار مخرب کودکان دارای اختلال‌های طیف اوتیسم را با نقش واسطه‌ای متغیر ذهن آگاهی و پذیرش بر بهزیستی روان‌شناختی والدین‌شان رامورد بررسی قرار دادند. این افراد ۷۱ نفر از مادران و ۳۹ نفر از پدران این کودکان را بررسی کردند. نتایج نشان داد که پذیرش و ذهن آگاهی دو متغیر مهم در سلامت روانی والدین این افراد است و نقش حمایت‌کننده نیز دارند. در پژوهشی دیگر اثربخشی مداخله‌های ذهن آگاهی و تمرکز حواس بر کاهش استرس و افزایش سلامت روانی والدین این کودکان بررسی شد. نتایج مؤید آن بود که این تمرین‌ها آثار مثبت و بلندمدت بر سطح استرس و سلامت روانی این والدین و بهبود رفتار خود کودک داشت (کاجیا و همکاران، ۲۰۱۶).

تاب‌آوری ظرفیت افراد برای سالم ماندن و مقاومت کردن در شرایط سخت و پرخطر است که موجب می‌شود نه‌تنها بر آن شرایط دشوار غلبه پیدا کنند، بلکه در طی آن و با وجود آن قوی‌تر نیز شوند (روتز<sup>۶</sup>، ۲۰۰۶). تاب‌آوری خانواده این‌طور تعریف می‌شود که یک ویژگی، ابعاد و یا خاصیت خانواده است که به خانواده کمک می‌کند تا در مقابل شکست برای تغییر و انطباق در شرایط بحرانی تاب‌آوری داشته باشد (پلامب<sup>۷</sup>، ۲۰۱۱).

1. Richards, Campenni & Muse-Burke
2. Tang, Hölzel & Posner
3. Carmody & Baer
4. Beer, Ward & Moarg.
5. Cachia, Anderson & Moore
6. Rutter
7. Plumb

الگوی فرآیند تاب‌آوری خانواده که بر کیفیت زندگی تأثیر دارد و باعث کاهش استرس در شرایط بحرانی می‌شود توسط والش<sup>۱</sup> طراحی شده است. این الگو شامل سه بخش نظام باوری خانواده<sup>۲</sup>، الگوی سازمانی خانواده<sup>۳</sup> و ارتباط و حل مساله<sup>۴</sup> است. نظام باوری خانواده شامل ارزش‌ها، نگرش‌ها، تعصب‌ها و نگرانی‌ها است. الگوی سازمانی به این اشاره دارد که قوانین در خانواده باید قابل پیش‌بینی و انعطاف‌پذیر باشد. همچنین تأکید می‌کند که خانواده باید به‌طور مداوم سطح ارتباط خود را ارزیابی کند و اطمینان پیدا نماید که نیاز تمام اعضای خانواده تأمین شده است. ارتباط و حل مساله اشاره به این دارد که ارتباط روشن و حس همدردی باعث می‌شود خانواده راهبرد مقابله‌ای قوی‌تری را در برابر سختی‌ها اتخاذ کند و به راه‌حل‌های بالقوه برای روبرو شدن با یک مشکل پی‌ببرد (والش، ۲۰۱۵). هدف رویکرد تاب‌آوری خانواده شناسایی عواملی است که به تاب‌آوری خانواده کمک می‌کند و در نتیجه خانواده در مواجهه با تغییرات در موقعیت‌های بحرانی، توانایی بازسازی و ایجاد تعادل در خود را پس از یک بحران به دست می‌آورد (حسینی و حسین‌چاری، ۱۳۹۲) در پژوهش‌هایی که به بررسی امکان پیش‌بینی بهزیستی روان‌شناختی بر اساس تاب‌آوری انجام شد، تحلیل داده‌ها نشان داد که بهزیستی روان‌شناختی به میزان بالایی از طریق تاب‌آوری قابل تبیین است (ارس و همکاران<sup>۵</sup>، ۲۰۰۸؛ مداح کرانی، الهی و فتحی‌آشتیانی، ۱۳۹۲؛ الی و همکاران<sup>۶</sup>، ۲۰۱۳؛ اسکرو، رومندستاد و ایندرداویک<sup>۷</sup>، ۲۰۱۳).

پلامب، ۲۰۱۱؛ بخت و جانسون<sup>۸</sup>، ۲۰۱۲؛ بیات<sup>۹</sup>، ۲۰۰۷؛ بیتسیکا، شارپلی و بل<sup>۱۰</sup>، ۲۰۱۳). در یک پژوهش که به‌منظور بررسی تاب‌آوری بر سلامت روان و میزان کورتیزول مراقبان این کودکان با نقش متغیر واسطه‌ای حمایت‌های اجتماعی انجام شد نتایج نشان داد والدینی که تاب‌آوری بالاتری دارند از سلامت روانی بالاتر و سطح کورتیزول پایین‌تری

1. Walsh
2. Family belief system
3. Organizational patterns
4. Communication & problem solving
5. Arce et al.
6. Eley et al.
7. Skrove, Romundstad & Indredavik
8. Bekhet & Johnson
9. Bayat
10. Bitsika, Sharpley & Bell

برخوردار هستند و تاب‌آوری، پیش‌بینی‌کننده‌ی خوبی برای سلامت روانی و یک عامل مقابله‌ی حمایتی برای رویارویی و مقابله با مشکلات نگهداری این کودکان نیز بود. همچنین از منظر زیست‌شناختی، افراد با تاب‌آوری بالا توانایی نگهداری آدرنالین در هیپوفیز و هیپوتالاموس را در محدوده‌ی بهینه‌ای از عملکرد دارند که این باعث سازگاری بهتر این افراد در مواقع استرس‌زا می‌شود (رویزروبلدیو، داندرس گارسیا، پرزبلاسکو، گنزالبون و مای‌البویل، ۲۰۱۴).

در پژوهش حاضر قصد بر این است که به روش مدلیابی، رابطه‌ی ذهن آگاهی مادر و تاب‌آوری خانواده را در رابطه با بهزیستی روان‌شناختی مادر و مشکلات رفتاری کودکان دارای اختلال‌های طیف اوتیسم بررسی شود. با توجه به پیشینه مطرح شده و مطابق با الگوی فرضی پژوهش (شکل ۱)، فرضیه‌های پژوهش به شرح زیر هستند:

۱- بین مشکلات رفتاری کودک دارای اختلال‌های طیف اوتیسم و بهزیستی روان‌شناختی مادر رابطه وجود دارد.

۲- بین مشکلات رفتاری کودک دارای اختلال‌های طیف اوتیسم و ذهن آگاهی مادر رابطه وجود دارد

۳- بین مشکلات رفتاری کودک دارای اختلال‌های طیف اوتیسم و تاب‌آوری خانواده رابطه وجود دارد.

۴- بین ذهن آگاهی و بهزیستی روان‌شناختی مادر کودک دارای اختلال‌های طیف اوتیسم رابطه وجود دارد.

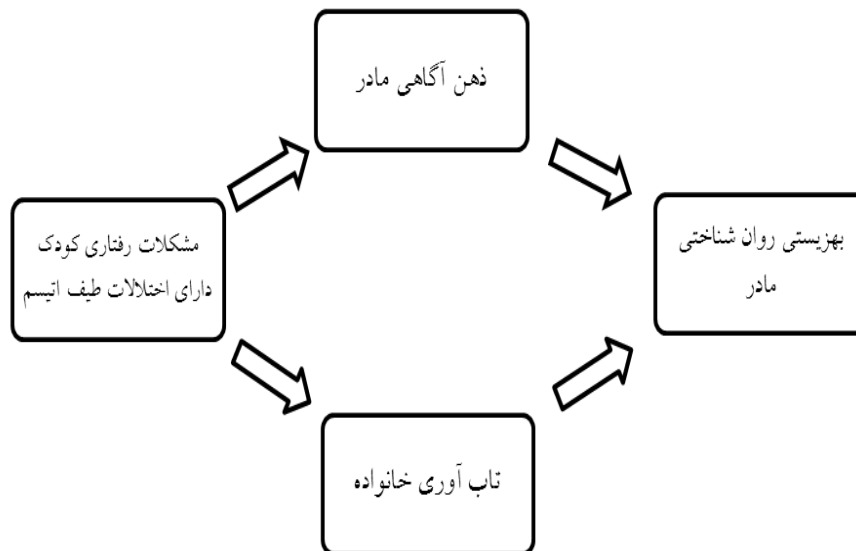
۵- بین تاب‌آوری خانواده و بهزیستی روان‌شناختی مادر کودک دارای اختلال‌های طیف اوتیسم رابطه وجود دارد.

۶- ذهن آگاهی مادر در رابطه‌ی بین مشکلات رفتاری کودک دارای اختلال‌های طیف اوتیسم و بهزیستی روان‌شناختی مادر نقش واسطه‌ای دارد.

۷- تاب‌آوری خانواده در رابطه‌ی بین مشکلات رفتاری کودک دارای اختلال‌های طیف اوتیسم و بهزیستی مادر نقش واسطه‌ای دارد.

در نهایت این پژوهش قصد دارد به این پرسش پاسخ دهد که آیا ذهن آگاهی مادر و تاب‌آوری خانواده در رابطه بین بهزیستی روان‌شناختی مادر و مشکلات رفتاری کودک

دارای اختلال‌های طیف اوتیسم نقش واسطه‌ای ایفا می‌کند؟ و چه تأثیری بر این دو مؤلفه دارد؟



شکل ۱. الگوی فرضی نقش واسطه‌ای ذهن آگاهی مادر و تاب‌آوری خانواده در رابطه‌ی بین مشکلات رفتاری کودک دارای اختلال‌های طیف اوتیسم و بهزیستی روان‌شناختی مادر

### روش پژوهش

پژوهش حاضر از نوع پژوهش‌های توصیفی و دارای الگوی همبستگی است که در آن از مدل تحلیل مسیر<sup>۱</sup> برای به دست آوردن رابطه بین متغیرها استفاده شده است. در این روش رابطه‌ای احتمالی بین متغیرهای پژوهش با نقش متغیرهای میانجی (ذهن آگاهی مادر و تاب‌آوری خانواده) بررسی شده است. جامعه‌ی آماری شامل مادران کودکان دارای اختلال‌های طیف اوتیسم با دامنه‌ی سنی ۳ تا ۱۶ سال شهرهای تهران، کرج و قزوین بودند. روش نمونه‌گیری به صورت در دسترس بوده است. به منظور اجرای پژوهش به مجموعاً ۷ مرکز در این استان‌ها که اعلام همکاری کردند مراجعه شد. پرسشنامه‌ها را در پوشه‌ی تکالیف کودکان گذاشته و یا مستقیماً به خود مادر داده و با نامه‌ای از مادران تقاضا شد که

1. Path Analysis



پرسشنامه را در طی سه روز تا یک هفته تکمیل نموده و به مرکز بازگردانند. در نهایت داده‌های مربوط به ۱۷۰ نفر جمع‌آوری و بررسی شد. در این پژوهش تمام کودکان به مدت حداقل یک سال در حال آموزش در مراکز و مدارس اوتیسم بودند و تمام اعضای نمونه قبل از ۷ سالگی توسط متخصص، تشخیص اوتیسم دریافت کرده بودند. در نمونه مورد بررسی در این پژوهش کودکی که مدتی را در مدارس عادی گذرانده باشد و بعد تشخیص گرفته باشد وجود نداشت. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بود از حداقل مدرک تحصیلی مادر دیپلم و کودک دارای اختلال‌های طیف اوتیسم در دامنه‌ی سنی ۳ تا ۱۶ سال. برای تحلیل داده‌ها از نرم‌افزارهای آماری SPSS نسخه‌ی ۲۰ و AMOS نسخه‌ی ۲۲ استفاده شد.

ابزارهای سنجش این پژوهش شامل پرسشنامه‌ی بررسی مشکلات و نقاط قوت کودک، مقیاس بهزیستی روان‌شناختی، پرسشنامه‌ی پنج‌وجهی ذهن آگاهی و پرسشنامه‌ی تاب‌آوری خانواده بودند که در ادامه ویژگی‌های هر یک از آنها را توصیف می‌کنیم.

**پرسشنامه‌ی بررسی مشکلات و نقاط قوت کودک:** این پرسشنامه بر مبنای ملاک‌های تشخیصی ICD-10 توسط گودمن<sup>۱</sup> در سال ۱۹۹۷ ساخته شده است. پرسشنامه حاضر چهار فرم همسان خودگزارش‌دهی، معلم و دو فرم والدین (برای کودکان ۳ تا ۴ سال و ۴ تا ۱۶ سال) دارد. هر پرسشنامه ۲۵ سوال دارد که برای سنین ۳ تا ۱۶ سال به کار می‌رود. پرسشنامه دارای پنج خرده مقیاس است که عبارت‌اند از نشانه‌های هیجانی، مشکلات سلوک، بیش‌فعالی-کمبود توجه، مشکلات ارتباطی با همسالان و رفتارهای جامعه‌پسند. در این پژوهش تنها از فرم والدین استفاده شده است. برای کودک یک نمره در هر یک از خرده مقیاس‌ها و یک نمره کلی اختلال رفتاری که مجموع نمرات خرده مقیاس‌های بالینی است منظور شده. هر سؤال سه گزینه نادرست تا حدی درست و کاملاً درست دارد که به ترتیب نمره‌های صفر، یک و دو می‌گیرند. شیوه‌ی نمره‌گذاری در هر چهار فرم کاملاً یکسان است. در پژوهش میلو و همکاران<sup>۲</sup> (۲۰۱۲) آلفای کرونباخ برای فرم معلم ۰/۸۸ و برای فرم والدین ۰/۸۱ گزارش شده است. همچنین در پژوهش دوو، کو و گوگیل<sup>۳</sup> (۲۰۰۸) آلفای کرونباخ کل پرسشنامه ۰/۷۰ و برای فرم والدین در خرده

1. Goodman
2. Mieloo et al.
3. Du, Kou & Coghill

مقیاس‌های پرسشنامه بین ۰/۳۰ تا ۰/۶۸ گزارش شده است. در پژوهش شاهمرادی (۱۳۸۵) پایایی به دست آمده به روش آلفای کرونباخ را برای فرم والدین ۰/۴۲ برای فرم معلم ۰/۳۶ و برای فرم خود گزارش دهی ۰/۶۷ گزارش کرده است. در پژوهش حاضر از فرم والدین استفاده شد که آلفای کرونباخ برای کل فرم والدین ۰/۸۳ به دست آمد.

**مقیاس بهزیستی روان‌شناختی:** نسخه‌ی اصلی مقیاس‌های بهزیستی روان‌شناختی ریف دارای ۸۴ گویه است که در سال ۱۹۸۹ تهیه شد. سپس نسخه‌های ۵۴ عبارتی و فرم کوتاه ۱۸ عبارتی برای سهولت در اجرا طراحی شد که در این پژوهش از فرم کوتاه استفاده شده است. نسخه‌ی کوتاه این پرسشنامه شش مؤلفه‌ی اصلی الگوی بهزیستی روان‌شناختی را ارزیابی می‌کند و دارای شش مقیاس پذیرش خود، روابط مثبت با دیگران، خودمختاری، تسلط بر محیط، زندگی هدفمند و رشد فردی است که هر خرده مقیاس شامل سه عبارت است. این پرسشنامه برای بزرگسالان طراحی شده است و دارای طیف لیکرت شش درجه‌ای است. ضریب همسانی درونی زیرمقیاس‌های فرم کوتاه مقیاس‌های بهزیستی روان‌شناختی و همچنین ضریب همسانی درونی کل آزمون ۰/۵ گزارش شده است. همسانی درونی این مقیاس با استفاده از آلفای کرونباخ در پژوهش خانجانی، شهیدی، فتح‌آبادی، مظاهری و شکری (۱۳۹۳) ۰/۷۱ محاسبه شده است. در پژوهش مگن و گش<sup>۱</sup> (۲۰۱۰) که بر روی مادران دارای کودک اوتیسم و مادران دارای کودک اسکیزوفرنی انجام شد آلفای کرونباخ کل پرسشنامه ۰/۸۲ گزارش شده است. در این پژوهش آلفای کرونباخ کل پرسشنامه ۰/۷۴ به دست آمد.

**پرسشنامه‌ی پنج‌وجهی ذهن آگاهی:** بائر، اسمیت، هاپکینز، کریتمیر و تونی<sup>۲</sup> (۲۰۰۶) پرسشنامه‌ی ۳۹ ماده‌ای را از طریق تلفیق سؤال‌های پرسشنامه‌های فرایبرگ<sup>۳</sup> (باچلد، گراسمن و والچ<sup>۴</sup>، ۲۰۰۲)، مقیاس هشجاری و توجه آگاهانه (براون و ریان<sup>۵</sup>، ۲۰۰۴)، مقیاس تجدیدنظر شده‌ی ذهن آگاهی شناختی و هیجانی (فلدمن، هایز، کومار، گریسون و لورنسو<sup>۶</sup>، ۲۰۰۷)، پرسشنامه‌ی ذهن آگاهی ساوتمپتون SMQ<sup>۱</sup> (چادویک و

- 
1. Magaña & Ghosh
  2. Baer, Smith, Hopkins, Krietemeyer & Toney
  3. Freiburg
  4. Buchheld, Grossman & Walach
  5. Brown & Ryan
  6. Feldman, Kumar, Greeson & Laurenceau

همکاران<sup>۲</sup>، ۲۰۰۸) و با استفاده از روش تحلیل عاملی ساخته‌اند. عامل‌های پرسشنامه پنج‌وجهی ذهن آگاهی بائر و همکارانش عبارت‌اند از مشاهده، توصیف، عملکرد آگاهانه، عدم قضاوت در مورد تجارب درونی و عدم واکنش به تجارب درونی. این پرسشنامه دارای طیف لیکرت پنج‌درجه‌ای است و در پژوهش بائر و همکارانش (۲۰۰۶) آلفای کرونباخ این عوامل به ترتیب عبارت‌اند از ۰/۸۳، ۰/۹۱، ۰/۸۷، ۰/۷۵ و ۰/۸۷ است. در پژوهش گیوانین و همکاران<sup>۳</sup> (۲۰۱۴) آلفای کرونباخ پرسشنامه پنج عاملی ذهن آگاهی بر روی یک نمونه ۵۵۹ نفر ۰/۸۹ گزارش شده است.

دهقانی، اسماعیلیان، اکبری، حسنونند و نیک‌منش (۱۳۹۳) در پژوهش خود ویژگی‌های روان‌سنجی و ساختار عاملی پرسشنامه‌ی پنج‌وجهی ذهن آگاهی را مورد بررسی قرار دادند و نتایج نشان داد در جامعه‌ی ایرانی ۸ گویه ۱، ۱۴، ۱۹، ۲۴، ۲۵، ۲۷، ۳۱، ۳۷، بر روی هیچ عاملی بارگذاری نشدند؛ بنابراین از ۳۹ گویه این پرسشنامه ۳۱ گویه باقی می‌ماند. در نهایت با بررسی محتوای گویه‌های باقیمانده در شش عامل به دست آمده، عامل‌ها به شرح زیر نامگذاری شدند: عامل اول «توصیف تجارب درونی» حاوی ۶ گویه، عامل دوم «توجه و تمرکز آگاهانه» دارای ۵ گویه، عامل سوم «عدم ارزیابی رویدادهای درونی» یا «عدم ارزیابی و قضاوت» دارای ۶ گویه، عامل چهارم «مشاهده افکار، احساسات و حواس بدن» دارای ۵ گوی، عامل پنجم «عملکرد آگاهانه» دارای ۵ گویه و عامل ششم «تنظیم واکنش به رویدادها» است که ۴ گویه دارد. در این پژوهش از این گویه‌ها استفاده شده است. مقایسه‌ی تحلیل عاملی پرسشنامه‌ی پنج‌وجهی ذهن آگاهی در جمعیت ایرانی با نسخه‌ی اصلی این پرسشنامه که توسط بائر و همکاران (۲۰۰۶) اعتباریابی و ساخته شد، نشان داد که در نسخه‌ی ایرانی در مقایسه با نسخه‌ی اصلی، گویه‌ها بر روی عامل‌های بیشتری (شش عامل به جای پنج عامل) بارگذاری شدند. ضریب آلفای کرونباخ برای هر یک از عوامل توجه و تمرکز آگاهانه ارزیابی و قضاوت در مورد تجارب درونی، مشاهده‌ی افکار، احساسات، حواس بدنی، عملکرد آگاهانه، تنظیم واکنش به رویدادها و نمره‌ی کل پرسشنامه‌ی ذهن آگاهی محاسبه شد که به ترتیب ۰/۸۷، ۰/۸۸، ۰/۸۲، ۰/۸۴، ۰/۷۸، ۰/۸۴ و ۰/۷۹ به دست آمده است. مقادیر مذکور نشان‌دهنده‌ی پایایی بسیار خوب

1. Southampton mindfulness questionnaire
2. Chadwick et al.
3. Giovannini et al.

این پرسشنامه در جمعیت غیر بالینی جامعه‌ی ایران است. آلفای کرونباخ برای این پرسشنامه در پژوهش حاضر ۰/۷۶ محاسبه شد.

**پرسشنامه‌ی تاب‌آوری خانواده:** سیکبی<sup>۱</sup> (۲۰۰۵) مقیاس سنجش تاب‌آوری خانواده را که یک مقیاس ۶۶ گویه‌ای برای اندازه‌گیری میزان تاب‌آوری خانواده است، بر اساس نظریه‌ی سیستمی والش (۲۰۰۳) ساخته و خانواده را در شش بعد بررسی کرده است. این شش بعد عبارت است از: ارتباط خانواده و حل مساله، کاربرد منابع اقتصادی و اجتماعی، حفظ یک چشم‌انداز مثبت، پیوند خانواده، معنویت خانواده و توانایی معناسازی برای مصیبت. در پژوهش سیکبی (۲۰۰۵) نمره‌ی کل پایایی مقیاس ۰/۹۶ ارزیابی شد. در پژوهش دوکا<sup>۲</sup> (۲۰۱۵) آلفای کرونباخ بر روی ۱۰۰ نفر از والدین کودکان دارای اختلال‌های طیف اوتیسم ۰/۸۳ گزارش شده است. در پژوهش صیدی، پورابراهیم، باقریان و منصور (۱۳۹۰) پایایی پرسشنامه تاب‌آوری خانواده با روش آلفای کرونباخ در کل ۰/۹۲ محاسبه شده است. آلفای کرونباخ در مقیاس ارتباط و حل مساله ۰/۹۳، در منابع مذهبی/اجتماعی ۰/۸۰ و در پذیرش ۰/۷۶ و آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۹۳ بوده است. در این پژوهش آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۵۶ به دست آمد.

در این پژوهش ۸۶/۵ درصد نمونه را پسران و ۱۳/۵ درصد آن را دختران تشکیل می‌دادند. بیشترین فراوانی در مقطع سنی هشت تا دوازده سال با مقدار ۴۲/۹ درصد و کمترین فراوانی در مقطع سنی سیزده تا شانزده سال با مقدار ۱۸/۵ درصد بودند. مقطع سنی سه تا هفت سال با فراوانی ۳۸/۸ درصد بقیه جمعیت نمونه را تشکیل می‌دادند. در مدت زمانی که کودکان تحت آموزش در مراکز اوتیسم بودند بیشترین فراوانی در سه تا شش سال آموزش با مقدار ۴۱/۲ درصد و کمترین فراوانی در بیش از دوازده سال آموزش با مقدار ۴/۷ درصد بودند. بیشترین فراوانی در شاخص توصیفی مربوط به تحصیلات مادران در مقطع تحصیلی دیپلم با ۴۸/۲ درصد و کمترین فراوانی در مقطع دکتری ۲/۹ درصد بود. مقطع کارشناسی با ۲۷/۱ درصد، مقطع کاردانی با ۱۲/۴ درصد و مقطع کارشناسی ارشد با ۹/۴ درصد، بقیه جمعیت نمونه را تشکیل می‌دادند.

- 
1. Sixbey
  2. Duca

**یافته‌های پژوهش**

نتایج شاخص‌های توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهش، مشکلات رفتاری کودک دارای اختلال‌های طیف اوتیسم، بهزیستی روان‌شناختی مادر، ذهن آگاهی مادر و تاب‌آوری خانواده در جدول ۱ گزارش شده است.

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهش

متغیر	میانگین	انحراف معیار	کجی	کشیدگی	حداقل نمره	حداکثر نمره
مشکلات رفتاری کودک دارای اختلال‌های طیف اوتیسم	۲۲/۴۰	۵/۹۰	۰/۲۷۷	-۰/۸۱۷	۱۳	۳۴
بهزیستی روان‌شناختی مادر	۷۳/۵۴	۱۲/۸۵۹	۰/۱۷۲	-۰/۲۶۱	۴۱	۱۰۴
ذهن آگاهی مادر	۸۷/۷۳	۱۲/۴۱۸	۰/۸۳	-۰/۵۹۵	۵۹	۱۱۸
تاب‌آوری خانواده	۱۵۱/۵۶	۱۲/۳۷۹	۰/۰۰۰	-۰/۲۴۳	۱۲۱	۱۷۹

جدول ۱ شاخص‌های توصیفی هر یک از متغیرها (میانگین و انحراف معیار) را نشان می‌دهد. مقدار کجی و کشیدگی، گزارش شده در هر یک از متغیرها حاکی از طبیعی بودن توزیع آنها است.

به‌منظور آزمون مدل مفروض و برازش آن با داده‌ها از روش تحلیل مسیر استفاده شده است. مشخصه‌های برازندگی مدل در جدول ۲ آورده شده است.

جدول ۲. شاخص‌های برازش تحلیل مسیر مدل اصلاحی

شاخص‌های برازش		نام شاخص
مقدار	حد مجاز	
۱/۳۰	کمتر از ۳	$\frac{\chi^2}{df}$
۰/۰۴	کمتر از ۰/۱	RMSEA (ریشه‌ی میانگین خطای برآورد)
۰/۹۵	بالاتر از ۰/۹	CFI (برازندگی تعدیل یافته)
۰/۹۱	بالاتر از ۰/۹	NFI (برازندگی نرم شده)
۰/۹۵	بالاتر از ۰/۹	GFI (نیکویی برازش)
۰/۹۱	بالاتر از ۰/۹	AGFI (نیکویی برازش تعدیل شده)

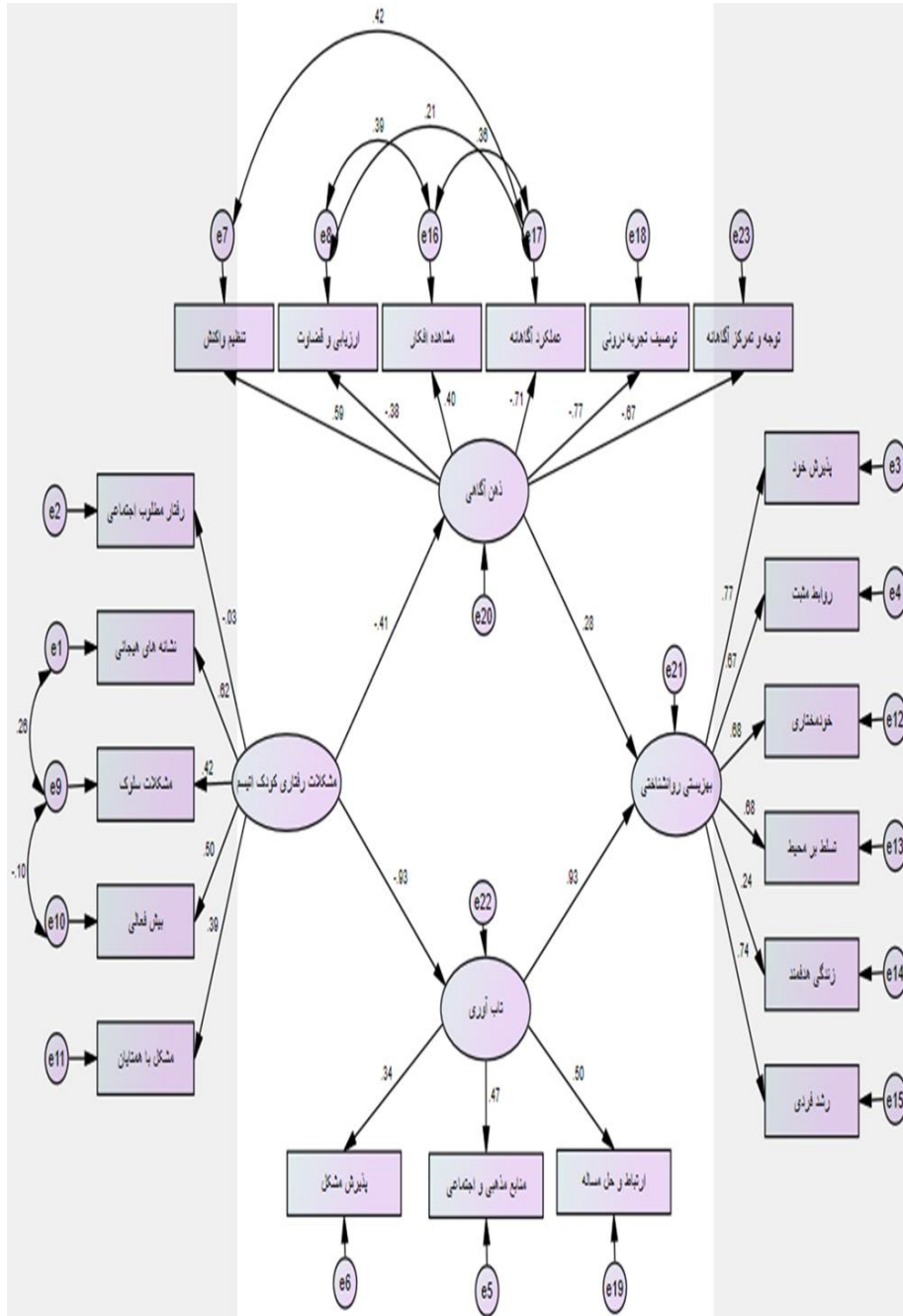
شاخص‌های برازش مدل پس از اصلاح و ایجاد کوواریانس میان برخی زیرمقیاس‌های متغیرهای ذهن آگاهی مادر و مشکلات رفتاری کودک دارای اختلال‌های طیف اوتیسم، باعث شد مدل در وضعیت مطلوبی قرار گیرد. در جدول ۲ مقدار به دست آمده برای شاخص‌های برازش مدل با حد مجاز هر یک از شاخص‌ها که در این مقدار مورد قبول هستند گزارش شده است و با توجه به نتایج، شاخص‌های مربوط به برازندگی مدل نشان‌دهنده آن است که برازش و تناسب مدل نهایی از میزان قابل قبولی برخوردار است. در این پژوهش برای پاسخ به فرضیه‌های پژوهش از ماتریس همبستگی استفاده شد. در ماتریس همبستگی از ضریب همبستگی پیرسون بهره برده شد؛ زیرا مفروضه‌ها آزمون پیرسون که شامل فاصله‌ای بودن اعداد، طبیعی بودن و خطی بودن داده‌ها است وجود دارد.

جدول ۳. ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش

متغیرها	مشکلات رفتاری کودک دارای اختلال‌های طیف اوتیسم	بهبودی روان‌شناختی مادر	ذهن آگاهی مادر	تاب‌آوری خانواده
مشکلات رفتاری کودک دارای اختلال‌های طیف اوتیسم	۱	-	-	-
بهبودی روان‌شناختی مادر	**۰/۶۷۱-	۱	-	-
ذهن آگاهی مادر	*۰/۱۸۹-	**۰/۳۲۹	۱	-

۱	**	**۰/۶۹۹	**۰/۵۶۱-	تاب آوری خانواده
	**	۰/۱۶۱		

در بررسی ماتریس همبستگی بین متغیرها، طبق ضرایب به دست آمده در جدول ۳، ضریب همبستگی بین متغیر مشکلات رفتاری کودک دارای اختلال‌های طیف اوتیسم و متغیر بهزیستی روان‌شناختی مادر برابر با ۰/۶۷۱- و با متغیر تاب آوری خانواده برابر با ۰/۵۶۱- می‌باشد که این میزان در سطح  $P \leq 0/01$  معنادار است. همچنین ضریب همبستگی بین متغیر مشکلات رفتاری کودک دارای اختلال‌های طیف اوتیسم و متغیر ذهن آگاهی مادر ۰/۱۸۹- می‌باشد که این رابطه در سطح  $P \leq 0/05$  معنادار است. در این رابطه می‌توان اظهار نمود که با افزایش نمره در متغیر مشکلات رفتاری کودک دارای اختلال‌های طیف اوتیسم، کاهش نمره در متغیر بهزیستی روان‌شناختی مادر، ذهن آگاهی مادر و تاب آوری خانواده ایجاد می‌شود. ضریب همبستگی بهزیستی روان‌شناختی مادر با متغیر ذهن آگاهی مادر ۰/۳۲۹ و با متغیر تاب آوری خانواده برابر با ۰/۶۹۹ است که این نشان می‌دهد این دو متغیر با هم رابطه مثبت معنادار دارند. همچنین ضریب همبستگی ذهن آگاهی مادر با تاب آوری خانواده برابر با ۰/۱۶۱ می‌باشد که این رابطه‌ها در سطح  $P \leq 0/01$  معنادار است و می‌توان اذعان نمود که با افزایش هر یک از این متغیرها افزایش در متغیر دیگر را خواهیم داشت.



شکل ۲. مدل در حالت ضرایب استانداردشده



در جدول ۴ ضریب استاندارد نشده، ضریب بتا، آماره معناداری و سطح معناداری برای اثر مستقیم و غیرمستقیم متغیرها بر یکدیگر به واسطه دو متغیر میانجی ذهن آگاهی مادر و تاب‌آوری خانواده گزارش شده است.

جدول ۴. ضرایب و معناداری اثر مستقیم و غیرمستقیم متغیرها

سطح معناداری	آماره معناداری	استاندارد شده $\beta$	ضریب استاندارد نشده	به واسطه‌ی	متغیر پیشین	متغیر میانجی
۰/۰۰۱	۳/۴۲	-۰/۴۱	-۰/۵۱	-	مشکلات رفتاری کودک دارای اختلال‌های طیف اوتیسم	ذهن آگاهی مادر
۰/۰۰۱	۴/۳۹	-۰/۹۳	-۱/۶۴	-	مشکلات رفتاری کودک دارای اختلال‌های طیف اوتیسم	تاب‌آوری خانواده
۰/۰۰۱	۳/۳۶	۰/۲۸	۰/۴۱	-	ذهن آگاهی مادر	بهبودی روان‌شناختی مادر
۰/۰۰۱	۵/۴۱	۰/۹۳	۰/۹۸	-	تاب‌آوری خانواده	بهبودی روان‌شناختی مادر
۰/۰۰۱	۲/۰۸	-۰/۱۳	-۰/۲۱	ذهن آگاهی مادر	مشکلات رفتاری کودک دارای اختلال‌های طیف اوتیسم	بهبودی روان‌شناختی مادر

بهریستی روان‌شناختی مادر	مشکلات رفتاری کودک دارای اختلال‌های طیف اوتیسم	تاب‌آوری خانواده	نقش واسطه‌ای تاب‌آوری خانواده بر بهزیستی روان‌شناختی مادر با ضریب بتای ۰/۴۱- در سطح ۰/۰۱ اثر منفی و معناداری داشته است.	نقش واسطه‌ای تاب‌آوری خانواده بر بهزیستی روان‌شناختی مادر با ضریب بتای ۰/۹۸- در سطح ۰/۰۱ اثر مثبت و معناداری داشته است.	نقش واسطه‌ای تاب‌آوری خانواده بر بهزیستی روان‌شناختی مادر با ضریب بتای ۰/۸۶- در سطح ۰/۰۱ اثر غیرمستقیم مشکلات رفتاری کودک دارای اختلال‌های طیف اوتیسم با نقش واسطه‌ای ذهن‌آگاهی بر بهزیستی روان‌شناختی مادر با ضریب بتای ۰/۱۳- در سطح ۰/۰۳ اثر معناداری داشته است، بنابراین فرضیه‌ی مطرح‌شده در ارتباط با وجود رابطه‌ی غیرمستقیم این دو متغیر تاب‌آوری خانواده و ذهن‌آگاهی مادر بین مشکلات رفتاری کودک دارای اختلال‌های طیف اوتیسم بر بهزیستی روان‌شناختی مادر با ۹۵ درصد اطمینان تایید می‌شود.
--------------------------	--	------------------	---	---	---

نتایج جدول ۵ نشانگر این است که مشکلات رفتاری کودک دارای اختلال‌های طیف اوتیسم بر ذهن‌آگاهی مادر با ضریب بتای ۰/۴۱- و تاب‌آوری خانواده با ضریب بتای ۰/۹۸-، در سطح ۰/۰۱ اثر منفی و معناداری داشته است. همچنین بهزیستی روان‌شناختی مادر بر ذهن‌آگاهی مادر با ضریب بتای ۰/۴۱ و تاب‌آوری خانواده با ضریب بتای ۰/۹۸ در سطح ۰/۰۱ اثر مثبت و معناداری داشته است. همچنین اثر غیرمستقیم مشکلات رفتاری کودک دارای اختلال‌های طیف اوتیسم با نقش واسطه‌ای تاب‌آوری خانواده بر بهزیستی روان‌شناختی مادر با ضریب بتای ۰/۸۶- در سطح ۰/۰۱ و اثر غیرمستقیم مشکلات رفتاری کودک دارای اختلال‌های طیف اوتیسم با نقش واسطه‌ای ذهن‌آگاهی بر بهزیستی روان‌شناختی مادر با ضریب بتای ۰/۱۳- در سطح ۰/۰۳ اثر معناداری داشته است، بنابراین فرضیه‌ی مطرح‌شده در ارتباط با وجود رابطه‌ی غیرمستقیم این دو متغیر تاب‌آوری خانواده و ذهن‌آگاهی مادر بین مشکلات رفتاری کودک دارای اختلال‌های طیف اوتیسم بر بهزیستی روان‌شناختی مادر با ۹۵ درصد اطمینان تایید می‌شود.

### بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر بررسی نقش واسطه‌ای ذهن‌آگاهی مادر و تاب‌آوری خانواده در رابطه‌ی بین مشکلات رفتاری کودک دارای اختلال‌های طیف اوتیسم و بهزیستی روان‌شناختی مادر بود. یافته‌های پژوهش نشان داد که بین مشکلات رفتاری کودک دارای اختلال‌های طیف اوتیسم و بهزیستی روان‌شناختی مادر رابطه‌ی منفی و معنادار وجود دارد. نتیجه‌ی حاصل‌شده با یافته‌های پژوهش‌های پیشین (توتیسکا، هاستینگ، امرسون، بریج، لنکستر، ۲۰۱۵؛ جیالو، وود، جلتز و پرترا، ۲۰۱۳؛ نیف و فاسو، ۲۰۱۵؛ لای و همکاران،

1. Totsika, Hastings, Emerson, Berridge & Lancaster
2. Giallo, Wood, Jellett & Porter

(۲۰۱۵) همسو است. در تبیین این نتیجه می‌توان این گونه در نظر گرفت هنگامی که مادر مؤلفه‌های سلامت روان را داشته باشد، می‌تواند محیطی غنی و سالم برای کودک دارای اختلال‌های طیف اوتیسم خود فراهم کند تا بتواند به پیشرفت او کمک کند. از آنجایی که مادر بالاترین نقش را در تربیت کودک دارد و بیشتر زمان کودک با مادر سپری می‌شود، ایجاد یک رابطه‌ی مناسب با کودک می‌تواند به رشد بیشتر او کمک کند. از آن جهت که در حالت کلی مادران نسبت به سایر اعضای خانواده بیشتر با کودک تعامل دارند در مقایسه با سایر اعضای خانواده مشکلات و استرس بیشتری را تجربه می‌کنند. همچنین پژوهش‌ها نشان داده است مادران این کودکان نسبت به سایر گروه‌های کودکان با نیازهای ویژه اضطراب و مشکلات بیشتری دارند (اتست و همکاران<sup>۱</sup>، ۲۰۱۳؛ ویتلاف، ورن، تیلور و وارن<sup>۲</sup>، ۲۰۱۴). بنابراین، بهزیستی این افراد باید در کنار درمان و آموزش به فرزندانشان مورد توجه قرار گیرد. در حالت کلی اضطراب والدین و خانواده‌ها اغلب موجب تشدید مشکلات کودک دارای اختلال‌های طیف اوتیسم می‌شود و در نتیجه اثرات مثبت درمان را کاهش می‌دهد (عالی، یزدی، عبدخدایی، غنایی و محوری، ۱۳۹۴). بنابراین بهتر است به جای تأکید صرف روی آموزش کودک دارای اختلال‌های طیف اوتیسم، به خانواده‌ی وی نیز توجه نمود، زیرا نارسایی تحولی یک عضو، کل نظام خانواده را با چالش مواجه می‌کند (کارست و ونهک، ۲۰۱۲). از آنجایی که سلامت روان مادر و اضطراب او تأثیر مستقیمی بر مشکلات رفتاری کودک دارای اختلال‌های طیف اوتیسم دارد (زبلوتسکی، بردشو و استوارت<sup>۳</sup>، ۲۰۱۳) و عواملی از جمله سطح تحصیلات مادر، مشکلات رفتاری، سطح شناختی و شدت نشانه‌های کودک دارای اختلال‌های طیف اوتیسم به‌طور منفی با استرس مادر رابطه دارد (ایسنهاور، باکر و بلاچر<sup>۴</sup>، ۲۰۰۵)، در نتیجه توجه به عوامل مؤثر در افزایش سلامت روان برای این مادران می‌تواند تأثیر بسزایی در کاهش رفتار مخرب این کودکان داشته باشد. همچنین بالا بردن بهداشت روانی مادر به‌عنوان هسته‌ی مرکزی خانواده، ممکن است باعث بهبود سایر روابط موجود در خانواده شود.

1. Etset et al.
2. Weitlauf, Vehorn, Taylor & Warren
3. Zablotsky, Bradshaw & Stuart
4. Eisenhower, Baker & Blacher

در این پژوهش ما به بررسی نقش واسطه‌ای تاب‌آوری خانواده به‌منظور بررسی اثر آن بر بهزیستی روان‌شناختی مادر پرداختیم که یافته‌های پژوهش حاضر مؤید تأیید نقش واسطه‌ای تاب‌آوری خانواده در رابطه‌ی بین بهزیستی روان‌شناختی مادر و مشکلات رفتاری کودک دارای اختلال‌های طیف اوتیسم بود. همچنین نتایج پژوهش رابطه‌ی مثبت بین تاب‌آوری خانواده و بهزیستی روان‌شناختی مادر و نیز رابطه‌ی منفی بین تاب‌آوری خانواده و مشکلات رفتاری کودک دارای اختلال‌های طیف اوتیسم را تأیید کرد. نتیجه‌ی حاصل‌شده با یافته‌های پژوهش‌های پیشین (بخت و جانسون، ۲۰۱۲؛ بیات، ۲۰۰۷؛ بیتسیکا و همکاران، ۲۰۱۳؛ پلامب، ۲۰۱۱؛ رویزروبلدیو و همکاران، ۲۰۱۴؛ مک‌کانل، ساوج و بریتکروز، ۲۰۱۴). همسو است.

تاب‌آوری صرفاً پایداری در برابر آسیب‌ها یا شرایط تهدیدآمیز نیست؛ بلکه شرکت فعال و سازنده‌ی فرد در محیط است و می‌توان گفت که تاب‌آوری توانمندی فرد در جذب و تطبیق به‌منظور عملکرد کارتر در شرایط تهدیدآمیز می‌باشد (مک‌اسکیل و گتری، ۲۰۱۴) و یکی از مهم‌ترین مفاهیم بهزیستی روان‌شناختی این است که احساس بهزیستی، نتیجه‌ی سلامتی ناشی از افزایش تأثیر قواعد سیستم چندگانه روان‌شناختی است (ریف و سینگر، ۲۰۰۸). افرادی که بهزیستی روان‌شناختی بالاتری دارند و در شش عامل اصلی‌ای که ریف برای بهزیستی روان‌شناختی در نظر گرفته است از عملکرد بالایی برخوردار باشند، به طبع در مؤلفه‌های تاب‌آوری که شباهت بسیاری با مؤلفه‌های بهزیستی روان‌شناختی دارد، مانند پذیرش و حل مساله و روابط سازنده با محیط نیز عملکرد مطلوبی خواهند داشت، چراکه احتمالاً این دو مکمل یکدیگر بوده و بر هم تأثیر دارند. یافته‌های پژوهش نیز مؤید رابطه این دو متغیر با یکدیگر بود. این توانایی‌ها به مادر و خانواده کمک می‌کند تا از راهکارهای مؤثر و بهتری برای آموزش و پیشرفت کودک دارای اختلال‌های طیف اوتیسم بهره ببرند و با پیشرفت و کاهش مشکلات رفتاری این کودک، خانواده احتمالاً می‌تواند به آرامش و تعادل بیشتری نزدیک شود.

یافته‌های پژوهش حاضر همچنین نقش واسطه‌ای ذهن آگاهی مادر در رابطه‌ی بین بهزیستی روان‌شناختی مادر و مشکلات رفتاری کودک دارای اختلال‌های طیف اوتیسم را

1. McConnell, Savage & Breitzkreuz
2. MacAskill & Guthrie

تائید کرد و همچنین رابطه‌ی مثبت ذهن آگاهی و بهزیستی روان‌شناختی مادر و نیز رابطه‌ی منفی بین ذهن آگاهی مادر و مشکلات رفتاری کودک دارای اختلال‌های طیف اوتیسم را نشان داد. این نتیجه با یافته‌های پژوهش‌های پیشین (بیر و همکاران، ۲۰۱۳؛ جونز و همکاران، ۲۰۱۴؛ کاجیا و همکاران، ۲۰۱۶؛ کونر و وایت، ۲۰۱۴؛ لیلی و تونگل، ۲۰۱۵) همسو است. با توجه به نتایج حاصل شده از آنجایی که ذهن آگاهی با بهزیستی روان‌شناختی رابطه‌ی مثبت دارد می‌توان نتیجه گرفت که احتمالاً مادرانی که از ذهن آگاهی بیشتری برخوردار هستند، بدون سوگیری و با توجه محض به رویداد بیرونی، کاراتر عمل می‌نمایند. پس در نتیجه این امر می‌تواند در افزایش کارآمدی این مادران در برخورد با فرزند دارای اختلال‌های طیف اوتیسم خود مؤثر واقع شود که به‌طور هم‌زمان، این افزایش کارآمدی مادر در پیشرفت بیشتر فرزند خود نیز تأثیر می‌گذارد که احتمالاً این روند در راه‌اندازی یک بازخورد مثبت و چرخه‌ی هرچه کارآمدتر در رابطه‌ی بین مادر و کودک تأثیر خود را نشان خواهد داد. علاوه بر اینکه ذهن آگاهی غیر از قضاوت عوامل دیگری مانند مشاهده و توانایی توصیف و نام‌گذاری تجارب و احساسات، عملکرد آگاهانه و انجام فعالیت‌ها در زمان حال و با توجه را نیز شامل می‌شود که تمام این عوامل می‌تواند برای بهبود سلامت روان همه‌ی انسان‌ها لازم و حیاتی باشد؛ ولی در خانواده و افرادی که در شرایط بحرانی قرار دارند و یا با مشکلاتی خاص مانند دارا بودن یک کودک با نیازهای ویژه روبه‌رو هستند مهم‌تر و اساسی‌تر است.

با توجه به نتایج به دست آمده می‌توان پیامدهای نظری و عملی چندی را برای پژوهش حاضر مطرح کرد. در سطح نظری با توجه به بدیع بودن مدل پیشنهادی، یافته‌ها می‌توانند رابطه‌ی ذهن آگاهی و تاب‌آوری خانواده در افزایش بهزیستی روان‌شناختی مادر و کاهش مشکلات رفتاری این کودکان را ارتقا بخشند. در سطح عملی یافته‌های پژوهش می‌تواند متخصصان کودک و پزشکان و به‌خصوص مربیان که در حوزه‌ی آموزش به این کودکان فعالیت می‌کنند را به اهمیت تأثیر متغیرهای روان‌شناختی مادر رهنمون شود تا در تشخیص و اقدام برای مداخله‌های درمانی، نه تنها به راه‌کارهای متمرکز بر کودک دارای اختلال‌های طیف اوتیسم، بلکه توجه خود را به شرایط بهداشت روانی والدین و محیط

1. Conner & White
2. Lilly & Tungol

خانواده، منابع موجود در جامعه و سایر عوامل مربوط به بافت زندگی کودک نیز معطوف کنند و در آموزش کودک، این عوامل را لحاظ کنند.

کار با خانواده‌های کودکان با نیازهای ویژه محدودیت‌هایی دارد؛ از جمله اینکه با وجودی که پرسشنامه به افرادی داده شد که راضی به همکاری بودند و اجباری در پر کردن پرسشنامه‌ها نبود، اما مادرها از تعداد پرسشنامه‌هایی که هر بار از سوی پژوهشگران برای تکمیل، دریافت می‌کردند ناراضی بودند و با اکراه پاسخ می‌دادند و عده‌ای زیادی هم شکایت داشتند که این نوع پژوهش‌ها در کل تأثیری در بهبود شرایط زندگی آنها و فرزندشان نداشته است و تنها باعث بیشتر شدن ناراحتی آنها می‌شود. از این رو با دقت و نکته‌سنجی لازم پرسش‌ها را پاسخ نمی‌دادند. با توجه به نظر پژوهشگرانی که در این حوزه کار کرده‌اند و مراکز آموزشی، همکاری پدرها در این مسائل بسیار پایین‌تر است؛ در نتیجه امکان بررسی شرایط روانی پدر و تأثیر آن بر روی کودک و خانواده نبود. همچنین تأثیر روابط پدر و مادر و حمایت‌هایی که بر هم دارند نیز میسر نبود و تأثیری که این امر می‌تواند بر افزایش تاب‌آوری خانواده و بهزیستی روان‌شناختی والدین و کودک داشته باشد هم مشخص نشد.

پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی با توجه به اینکه طرح پژوهش از نوع توصیفی-همبستگی است، پژوهش‌های آزمایشی در این حوزه اجرا شود. همچنین با توجه به تأثیر وجود فرزندان دیگر در بهزیستی و سلامت مادر، بررسی نقش خواهران و برادران کودک دارای اختلال‌های طیف اوتیسم بهتر است در پژوهش‌ها لحاظ شود. به جهت اینکه نمونه‌ی انتخاب‌شده از کودکان و خانواده‌هایی بود که فرزندشان تحت آموزش قرار داشت، در نتیجه درصد مشکلاتشان نسبت به گروه‌های دیگری که آموزش نمی‌بینند پایین‌تر است؛ بنابراین بهتر است در پژوهش‌های بعدی، گروه مورد بررسی از هر دو طیف باشند تا امکان بررسی آموزش و درمان در این کودکان و مادرانشان فراهم باشد.

## منابع

تبریزچی، ن؛ و وحیدی، ز. (۱۳۹۴). مقایسه‌ی تنظیم هیجان، ذهن آگاهی و بهزیستی روان‌شناختی در مادران دانش‌آموزان با و بدون ناتوانی یادگیری. *ناتوانی‌های یادگیری*، ۴(۴)، ۳۵-۲۱.

چیمه، ن. پورا اعتماد، ح. ر؛ و خرم‌آبادی، ر. (۱۳۸۶). مشکلات و نیازهای مادران کودکان مبتلابه اختلال‌های طیف اوتیسم (پژوهش کیفی). فصلنامه‌ی خانواده‌پژوهی، ۳(۳)، ۶۹-۷۷.

حسینی، ف. س؛ و حسین‌چاری، م. (۱۳۹۲). بررسی شواهد مرتبط با روایی و پایایی مقیاس تاب‌آوری خانواده. فصلنامه‌ی مشاوره و روان‌درمانی خانواده، ۳(۲)، ۱۸-۲۸.  
خانجانی، م. شهیدی، ش. فتح‌آبادی، ج. مظاهری، م. ع؛ و شکری، ا. (۱۳۹۳). ساختار عاملی و ویژگی‌های روان‌سنجی فرم کوتاه (۱۸ سوالی) مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف در دانشجویان دختر و پسر. اندیشه‌ی نو، ۳۲(۸)، ۲۷-۳۹.

دهقانی، م. اسماعیلیان، ن. اکبری، ف. حسونند، م؛ و نیک‌منش، ا. (۱۳۹۳). بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی و ساختار عاملی پرسشنامه‌ی پنج‌وجهی ذهن آگاهی. اندیشه و رفتار در روان‌شناسی بالینی، ۳۳(۹)، ۷۷-۸۸.

شاهمرادی، ر. (۱۳۸۵). هنجاریابی پرسشنامه‌ی بررسی نقاط ضعف و قوت کودک و همه‌گیرشناسی اختلال‌های رفتاری-هیجانی کودکان دبستان شهرستان شهرکرد (پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد، گروه روان‌شناسی بالینی، انستیتو روان‌پزشکی تهران).  
صمدی، ع. (۱۳۹۲). کودکان دارای اوتیسم (راهنمای آموزش برای والدین و مربیان). تهران: انتشارات دوران.

صیدی، م. س. پوراابراهیم، ت. باقریان، ف؛ و منصور، ل. (۱۳۹۰). رابطه‌ی بین معنویت خانواده با تاب‌آوری آن، با واسطه‌گری کیفیت ارتباط در خانواده. روش‌ها و مدل‌های روان‌شناختی، ۵(۲)، ۶۰-۷۹.

عالی، ش. ب. یزدی، س. ا. ا. عبدخدایی، م. س. غنایی، ع؛ و محرری، ف. (۱۳۹۴). کارکرد تحولی خانواده‌های دارای فرزند مبتلابه اختلال طیف اوتیسم در مقایسه با خانواده‌های دارای فرزند سالم. مجله‌ی دانشکده‌ی پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد، ۵۱(۱)، ۳۲-۴۱.

مداح‌کرانی، س. ز. الهی، ط؛ و فتحی‌آشتیانی، ع. (۱۳۹۲). تبیین بهزیستی روان‌شناختی بر اساس سازه‌های معنویت و تاب‌آوری در دانشجویان. علوم رفتاری، ۷(۴)، ۳۵۵-۳۶۲.

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5<sup>th</sup> Ed.)*, (DSM-5). American Psychiatric Pub.
- Arce, E. Simmons, A. Stein, M. Winkielman, P. Hitchcock, C. & Paulus, M. (2008). Association between individual differences in self-reported emotional resilience and the affective perception of neutral faces. *Journal of affective disorders*, 2(4), 12-31.
- Baer, R. A. Smith, G. T. Hopkins, J. Krietemeyer, J. & Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*, 13(1), 27-45.
- Buchheld, N. Grossman, P. & Walach, H. (2002). Measuring mindfulness in insight meditation (Vipassana) and meditation-based psychotherapy: The development of the Freiburg Mindfulness Inventory (FMI). *Journal for Meditation and Meditation Research*. 1, 11-34.
- Bayat, M. (2007). Evidence of resilience in families of children with autism. *Journal of intellectual disability Research*, 51(9), 702-714.
- Beer, M. Ward, L. & Moarg, K. (2013). The relationship between mindful parenting and distress in parents of children with an autism spectrum disorder. *Journal of mindfulness*, 4(2), 102-112.
- Bekhet, A. & Johnson, N. L. (2012). Resilience in family members of persons with Autism Spectrum disorder: a review of the literature, *journal of mental health nursing*, 33(10), 650-656.
- Birch, S. & Frederickson, N. (2015). *Educating children with autism. Educational Psychology (3<sup>th</sup> ed)*. London & New York: routledge.
- Bitsika, V. Sharpley, C. F. & Bell, R. (2013). The buffering effect of resilience upon stress, anxiety and depression in parents of a child with an autism spectrum disorder. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 25(5), 533-543.
- Brown, K. W. & Ryan, R. M. (2004). Perils and promise in defining and measuring mindfulness: Observations from experience. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 11(3), 242-48.
- 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
- Carmody, J. & Baer, R. A. (2008). Relationships between mindfulness practice and levels of mindfulness, medical and psychological symptoms and well-being in a mindfulness-based stress reduction program. *Journal of behavioral medicine*, 31(1), 23-33.
- Chadwick, P. Hember, M. Symes, J. Peters, E. Kuipers, E. & Dagnan, D. (2008). Responding mindfully to unpleasant thoughts and images: reliability and validity of the Southampton mindfulness questionnaire (SMQ). *British Journal of Clinical Psychology*. 47(4), 451-55.



- Conner, C. M. & White, S. W. (2014). Stress in mothers of children with autism: Trait mindfulness as a protective factor. *Research in Autism Spectrum Disorder*, 8(6), 617-624.
- Du, Y. Kou, J. & Coghill, D. (2008). The validity, reliability and normative scores of the parent, teacher and self report versions of the Strengths and Difficulties Questionnaire in China. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, 2(1), 2-8.
- Duca, D. S. (2015). Family resilience and parental stress: the effects on marital relationship in the context of a child diagnosed with an autism spectrum disorder. *Annals of AII Cuza University. Psychology Series*, 24(1), 71.
- Eisenhower, A. S. Baker, B. L. & Blacher, J. (2005). Preschool children with intellectual disability: syndrome specificity, behavior problems, and maternal well-being. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49(9), 657-671.
- Eley, D. S. Cloninger, C. R. Walters, L. Laurence, C. Synnott, R. & Wilkinson, D. (2013). The relationship between resilience and personality traits in doctors: implications for enhancing well-being. *PeerJ*, 1(e216), 1-16.
- Etset, A. Olson, E. Sullivan, K. Greenon, J. Winter, J. Dawson, G. & Munson, J. (2013). Parenting-related stress and psychological distress in mothers of toddlers with autism spectrum disorders, *Brain & Development*, 35(3), 133-138
- Feldman, G. Hayes, A. Kumar, S. Greeson, J. & Laurenceau, J. (2007). Mindfulness and emotion regulation: The development and initial validation of the cognitive and affective mindfulness scalerevised (CAMS-R). *Journal of Psychopathology & Behavioral Assessment*, 29(3), 177-90.
- Gethin, R. (2011). On some definitions of mindfulness. *Contemporary Buddhism*, 12(01), 263-279.
- Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: a research note. *Journal of child psychology and psychiatry*, 38(5), 581-586.
- Giallo, R. Wood, E. C. Jellett, R. & Porter, R. (2013). Fatigue, wellbeing and parental self-efficacy in mothers of children with an Autism Spectrum Disorder. *Autism*, 17(4), 465-480.
- Giovannini, C. Giromini, L. Bonalume, L. Tagini, A. Lang, M. & Amadei, G. (2014). The Italian five facet mindfulness questionnaire: a contribution to its validity and reliability. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 36(3), 415-423.
- Jones, L. Hastings, R. P. Totsika, V. Keane, L. & Rhule, N. (2014). Child behavior problems and parental well-being in families of children with autism: The mediating role of mindfulness and acceptance. *American journal on intellectual and developmental disabilities*, 119(2), 171-185.

- Karst, J. S. & Van Hecke, A. V. (2012). Parent and family impact of autism spectrum disorders: A review and proposed model for intervention evaluation. *Clinical child and family psychology review*, 15(3), 247-277.
- Lai, W. W. Goh, T. J. Oei, T. P. & Sung, M. (2015). Coping and Well-Being in Parents of Children with Autism Spectrum Disorders (ASD). *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 45(8), 2582-2593.
- Lilly, J. & Tungol, J. R. (2015). Effectiveness of mindfulness based psycho-educational program on parental stress of selected mothers of children with autism. *Indian Journal of Positive Psychology*, 6(1), 52.
- MacAskill, K. & Guthrie, P. (2014). Multiple interpretations of resilience in disaster risk management. *Procedia Economics and Finance*, 18, 667-674.
- Magaña, S. & Ghosh, S. (2010). Latina mothers caring for a son or daughter with autism or schizophrenia: similarities, differences, and the relationship between co-residency and maternal well-being. *Journal of family social work*, 13(3), 227-250.
- Maskey, M. Warnell, F. Parr, J. R. Le Couteur, A. & McConachie, H. (2013). Emotional and behavioural problems in children with autism spectrum disorder. *Journal of autism and developmental disorders*, 43(4), 851-859.
- McConnell, D. Savage, A. & Breitkreuz, R. (2014). Resilience in families raising children with disabilities and behavior problems. *Research in developmental disabilities*, 35(4), 833-848.
- Mieloo, C. Raat, H. van Oort, F. Bevaart, F. Vogel, I. Donker, M. & Jansen, W. (2012). Validity and reliability of the Strengths and Difficulties Questionnaire in 5–6 year olds: differences by gender or by parental education. *PloS ONE*, 7(5), e36805.
- Neff, K. D. & Faso, D. J. (2015). Self-compassion and well-being in parents of children with autism. *Mindfulness*, 6(4), 938-947.
- Plumb, J. C. (2011). *The impact of social support and family resilience on parental stress in families with a child diagnosed with an autism spectrum disorder* (Unpublished doctoral dissertation). Philadelphia: University of Pennsylvania.
- Richards, K. C. Campenni, C. E. & Muse-Burke, J. L. (2010). Self-care and well-being in mental health professionals: The mediating effects of self-awareness and mindfulness. *Journal of Mental Health Counseling*, 32(3), 247.
- Rivard, M. Terroux, A. Boursier, C. P. & Mercier, M. (2014) Determinants of Stress in Parents of Children with Autism Spectrum Disorders. *Journal of autism and developmental disorders*, 44(7), 1609-1620.
- Ruiz-Robledillo, N. De Andrés-García, S. Pérez-Blasco, J. González-Bono, E. & Moya-Albiol, L. (2014). Highly resilient coping entails better

- perceived health, high social support and low morning cortisol levels in parents of children with autism spectrum disorder. *Research in developmental disabilities*, 35(3), 686-695.
- Rutter, M. (2006). Implications of resilience concepts for scientific understanding. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1094(1), 1-12.
- Ryff, C. D. & Singer, B. H. (2008). Know thyself and become what you are: A eudaimonic approach to psychological well-being. *Journal of happiness studies*, 9(1), 13-39.
- Schmidt, J. D. Drasgow, E. Halle, J. W. Martin, C. A. & Bliss, S. A. (2014). Discrete-trial functional analysis and functional communication training with three individuals with autism and severe problem behavior. *Journal of Positive Behavior Interventions*, 16(1), 44-55.
- Segal, Z. V. Williams, J. Mark, G. & Teasdale, J. D. (2013). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*. New York: Guilford Press.
- Sixbey, M. T. (2005). *Development of the family resilience assessment scale to identify family resilience constructs* (Doctoral dissertation, University of Florida).
- Skrove, M. Romundstad, P. & Indredavik, M. S. (2013). Resilience, lifestyle and symptoms of anxiety and depression in adolescence: the Young-HUNT study. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 48(3), 407-416.
- Tang, Y. Y. Hölzel, B. K. & Posner, M. I. (2015). The neuroscience of mindfulness meditation. *Nature Reviews Neuroscience*, 16(4), 213-225.
- Totsika, V. Hastings, R. P. Emerson, E. Berridge, D. M. & Lancaster, G. A. (2015). Prosocial skills in young children with autism, and their mothers' psychological well-being: longitudinal relationships. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 13, 25-31.
- Vago, D. R. & David, S. A. (2012). Self-awareness, self-regulation, and self-transcendence (S-ART): a framework for understanding the neurobiological mechanisms of mindfulness. *Frontiers in human neuroscience*, 6, 296.
- Walsh, F. (2003). Family resilience: A framework for clinical practice. *Family process*, 42(1), 1-18.
- Walsh, F. (2015). *Strengthening family resilience (3th ed.)*. London & New York :Guilford Publications.
- Weiss, J. A. Cappadocia, C. MacMullin, J. A. Vecili, M. & Lunsy, Y. (2012). The impact of child problem behaviors of children with ASD on parent mental health: The mediating role of acceptance and empowerment. *Autism*, 16(3), 261-274.

- Weitlauf, A. S. Vehorn, A. C. Taylor, J. L. & Warren, Z. E. (2014). Relationship satisfaction, parenting stress, and depression in mothers of children with autism. *Autism, 18*(2), 194-198.
- Zablotsky, B. Bradshaw, C. P. & Stuart, E. A. (2013). The association between mental health, stress, and coping supports in mothers of children with autism spectrum disorders. *Journal of autism and developmental disorders, 43*(6), 1380-1393.