

مقایسه تنیدگی والدگری، سبک‌های والدگری، و حل مسئله اجتماعی مادران کودکان مبتلا به اختلال طیف اتیسم، نارسایی توجه/فزون‌کنشی و بهنجار

رزیتا ارشاد سرایی^۱، هادی هاشمی رزینی^{۲*}، محمد حسین عبداللهی^۳

۱. کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران

۲. استادیار گروه روانشناسی عمومی، گروه روان‌شناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران

۳. دانشیار گروه روانشناسی عمومی، گروه روان‌شناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران

تاریخ دریافت: ۹۶/۰۵/۰۱

تاریخ پذیرش: ۹۶/۰۸/۰۸

چکیده

زمینه و هدف: وجود کودک با نیاز ویژه، اغلب آسیب‌های جبران‌ناپذیری را بر خانواده‌ها تحمیل می‌کند. میزان این آسیب‌پذیری گاه، به حدی است که سلامت روانی خانواده دچار آسیب شدید می‌شود. هدف از این پژوهش، مقایسه تنیدگی والدگری، سبک‌های والدگری و حل مسئله اجتماعی مادران مبتلا به اختلال اتیسم، اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی و کودکان بهنجار بود.

روش: جامعه آماری شامل مادران کودکان مبتلا به نارسایی توجه/فزون‌کنشی، اختلال طیف اتیسم و کودکان بهنجار منطقه ۲ شهر تهران سال تحصیلی ۹۷-۱۳۹۶ بود. تعداد ۷۵ مادر (هر گروه ۲۵ نفر)، با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به پرسشنامه‌های تنش والدگری (آبدین، ۱۹۸۳)، حل مسئله اجتماعی (دیزریلا و همکاران، ۲۰۰۲) و شیوه‌های والدگری (بامریند، ۱۹۷۳) پاسخ دادند. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل واریانس چندمتغیری استفاده گردید.

یافته‌ها: نتایج تحلیل واریانس نشان داد که بین تنیدگی والدگری مادران کودکان سه گروه تفاوت وجود دارد؛ بین سبک والدگری سهل‌گیر و مقتدرانه در مادران کودکان سه گروه تفاوت معنی‌داری وجود ندارد اما بین میانگین سبک والدگری مستبدانه در مادران کودکان سه گروه تفاوت معنی‌داری وجود دارد؛ بین میانگین متغیرهای جهت‌گیری منفی و سبک اجتنابی در مادران کودکان سه گروه تفاوت معنی‌داری وجود دارد اما بین میانگین‌های جهت‌گیری مثبت، سبک منطقی و سبک تکانشی - بی‌توجهی در مادران کودکان سه گروه تفاوت معنی‌داری وجود ندارد ($p < 0/005$).

نتیجه‌گیری: نتایج پژوهش حاضر بر افزایش دانش در زمینه کاربرد سبک‌های والدگری و حل مسئله اجتماعی موثر و همچنین پیامدهای منفی تنیدگی والدگری در مادران کودکان سه گروه تأکید دارد.

کلید واژه‌ها: تنیدگی والدگری، سبک‌های والدگری، حل مسئله اجتماعی، اتیسم، نارسایی توجه - فزون‌کنشی.

*نویسنده مسئول: هادی هاشمی رزینی، استاد یار گروه روانشناسی عمومی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران

تلفن: ۰۲۱-۸۸۳۲۹۲۲۰

ایمیل: Hadihashemi@khu.ac.ir

مقدمه

اختلال‌های طیف اتیسم نوعی اختلال تحولی-عصبی پیچیده‌ای است که با مشکلاتی در تعامل و روابط اجتماعی، الگوهای تکراری رفتاری و علائق و فعالیت‌های محدود شناخته می‌شود (۱). در طول سی سال گذشته، اختلال‌های شناختی پایدار در اتیسم، به‌طور فزاینده‌ای مورد بررسی قرار گرفته است (۲). در حال حاضر اختلال‌های طیف اتیسم بر اساس راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی انجمن روان‌پزشکی آمریکابه عنوان یک اختلال واحد تعریف می‌شود، یعنی اختلال‌هایی را دربرمی‌گیرد که قبلاً به صورت جداگانه در نظر گرفته می‌شدند (۳). اختلال دیگری که می‌تواند تنیدگی‌های زیادی بر خانواده‌ها وارد نماید، اختلال فزون‌کنشی / نارسایی توجه است. این اختلال با بی‌توجهی، فزون‌کنشی و علائم تکانشی مشخص می‌شود که منجر به مشکلات در روز می‌شود (۴). این اختلال در بسیاری از تخصص‌ها، از جمله مغز و اعصاب، اطفال و روان‌پزشکی تشخیص داده شده و درمان می‌شود (۵). نتایج مطالعات متعدد نشان می‌دهد که بخش بزرگی از علائم این اختلال در بزرگسالی همچنان ادامه دارد (۶) و باعث ایجاد تنیدگی زیادی می‌شود.

تنیدگی والدگری^۱ در دو گروه کودک طیف اتیسم و نارسایی توجه / فزون‌کنشی متفاوت است هرچند که هر دو گروه تنیدگی‌های نسبتاً زیادی را متحمل می‌شوند. تنیدگی والدگری، به عنوان «واکنش روان‌شناختی ناشی از خواسته‌های والدین» تعریف شده است (۷). پژوهشگران معتقدند تنیدگی والدگری پیامدهای منفی بسیار زیادی داشته و کارکرد مطلوب خانواده را به ویژه با داشتن کودک دارای اختلال به خطر می‌اندازد (۸). تنیدگی والدگری همچنین در نتیجه ناهمخوانی ادراک شده بین تقاضاهای والدگری و منابع فردی حاصل می‌شود (۹) شارپلی و همکاران بیان می‌کنند مهمترین منبع تنیدگی که والدین کودکان با نیازهای ویژه تجربه می‌کنند

شامل پایداری شرایط، عدم رضایت جامعه و اعضای خانواده از رفتارهای کودک، و حمایت‌های حرفه‌ای ناکافی است (۱۰). تنیدگی تجربه‌شده توسط مادران و پدران کودکان با طیف اتیسم و نارسایی توجه / فزون‌کنشی بستگی به عوامل متعددی دارد. بونیس (۱۱) برای مدیریت تنیدگی، تشخیص زودرس این گونه اختلال‌ها، روحیه همکاری، دسترسی به سیستم مراقبتی مؤثر، و استفاده از خدمات مؤسسات دارای این کودکان توسط والدین را پیشنهاد دادند. کناسن و اسلوپر (۱۰) همچنین نشان دادند که مادران کودکان با ناتوانی‌های تحولی، تنیدگی و تنش بیشتری را در نتیجه مشکلات رفتاری کودکان خود تجربه می‌کنند. پدران بیشتر تحت تأثیر دیگر عوامل تنشگر (مانند مسائل مرتبط با حرفه و وضعیت اقتصادی خانواده) و مشکلات ارتباطی کودکان و اختلال‌های تحولی جسمانی بودند. نتایج پژوهش شجاعی و همکاران (۱) بیانگر این بود که شیوه والدگری استبدادی در بین مادران کودکان با اختلال‌های طیف اتیسم بیشتر از مادران کودکان بهنجار مورد استفاده قرار می‌گیرد (۱). عزیزخانی (۱۲) در پژوهش خود به این نتیجه رسید که سبک‌های والدگری خانواده‌های کودکان بهنجار نسبت به خانواده‌های کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه / فزون‌کنشی، متفاوت است (۱۲). ربیعی، جدیدیان و سلگی (۱۳) دریافتند که آموزش تاب‌آوری به‌طور معناداری بر تنیدگی والدگری مادران کودکان مبتلا به اختلال طیف اتیسم مؤثر بوده است. یکی از عوامل دیگری که می‌تواند در سه گروه والدین متفاوت باشد، مفهوم حل مسئله اجتماعی است. این مهارت به عنوان نوعی فرایند حل مسئله در محیط طبیعی اشاره دارد (۱۴). توانایی حل مسئله اجتماعی، مهارتی است که می‌توان تأثیر آن را در کاهش این اختلال‌ها مورد توجه قرار داد. این توانایی یک راهبرد کلی است که افراد به واسطه آن برای موقعیت‌های چالش‌برانگیز، پاسخ‌های مقابله‌ای مؤثر پیدا می‌کنند. نظریه‌های حل مسئله اجتماعی پیشنهاد می‌کنند که توانایی حل مسئله با سازش‌یافتگی، شایستگی رفتاری و عملکرد روان‌شناختی بهنجار به صورت مثبت رابطه دارد

1. Parental stress

(۱۵). در پژوهشی که توسط غلامی و سهرابی (۱۶) انجام گرفت نتایج نشان داد که بین گروه‌های مختلف سنی زنان از لحاظ مسئله اجتماعی در سه بعد جهت‌گیری مثبت به حل مسئله، جهت‌گیری منفی به حل مسئله، و سبک اجتنابی حل مسئله تفاوت معناداری وجود دارد و کسانی که مغلوب مشکلات می‌شوند، از توانایی حل مسئله اندکی برخوردارند (۴۲). در مورد کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی نیز، حجم فزاینده‌ای از پژوهش‌ها بیانگر این است که این کودکان، در مقایسه با همسالان بدون این اختلال، مشکلات بیشتری را در روابط اجتماعی با همسالان، والدین، برادر و خواهر، و معلمان تجربه می‌کنند (۴۳). داشتن مهارت حل مسئله اجتماعی ضعیف با همسالان در دوره کودکی ممکن است با دامنه‌ای از مشکلات مانند تنهایی، آسیب‌پذیری در برابر افسردگی و اضطراب، رفتار پرخاشگرانه، مشکلات تحصیلی و مشکلات سلامت روانی در آینده مرتبط باشد. از دیگر عواملی که در نتیجه داشتن کودک مبتلا به اختلال طیف اتیسم یا نارسایی توجه/فزون‌کنشی تحت تأثیر قرار می‌گیرد، سبک والدگری والدین است. سبک والدگری، عامل مهمی برای تحول و یادگیری کودکان به حساب می‌آید. نتایج پژوهشی در این رابطه نشان داد که نوع ناتوانی کودک بر روی ویژگی‌های روان‌شناختی مادرشان تأثیرگذار است و باعث کاهش انعطاف‌پذیری و تنیدگی بیشتر در آنها می‌شود (۱۷). بامریند سبک والدگری را به عنوان کارکرد مهارگری والدین معرفی می‌کند و با توجه به دو بعد رفتاری پذیرش و مهار، آن را به انواع مستبدانه، مقتدرانه و سهل‌گیرانه تقسیم می‌کند. والدین با سبک والدگری مستبدانه فاقد گرمی و صمیمیت در روابط خود با فرزندان هستند و انتظار دارند که فرزندان خواسته‌ها و تقاضاهای آنها را بی‌چون و چرا برآورده کنند (۱۸). نتایج پژوهش‌ها نشان داده است که والدین با سبک والدگری مستبدانه بیشتر از شیوه تنبیهی شامل تهدید، انتقال و دیکته کردن قوانین به صورت اجباری استفاده می‌کنند (۱۸). سبک والدگری مقتدرانه با ترکیبی از مهار و حمایت عاطفی

بالا، سطح مناسب استقلال و روابط دوسویه بین والدین و کودک شناسایی می‌شود. والدین با این سبک تربیتی به صورت افرادی گرم و صمیمی توصیف شده‌اند. نتایج پژوهش علمدارلو و همکاران (۱۹) نشان داد که سبک والدگری استبدادی و سهل‌گیرانه به صورت مثبت و معنی‌دار و سبک والدگری اقتداری به صورت منفی و معنی‌دار مشکل رفتار اجتماعی در کودکان کم‌توان ذهنی را پیش‌بینی می‌کند. تجاسوینی، شارما و پاروچرو (۲۰) نیز در پژوهش مروری خود، به شناخت و بررسی انواع راهبردهای تشخیصی-درمانی کودکان مبتلا به اختلال‌های طیف اتیسم در دانشگاه‌ها، بیمارستان‌ها، مؤسسات پژوهشی، جهت آگاهی بیشتر خانواده‌ها و همچنین پژوهشگران (جهت انجام پژوهش‌های آتی) پرداختند و این موارد را گزارش و ثبت نمودند. در پژوهشی دیگر که توسط واکس مونسکی و همکاران (۲۱) انجام گرفت نتایج حاکی از این بود که کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی، مشکلات خواب داشتند و همچنین، کودکان با نامنظمی خلق دارای مشکلات خواب بیشتری نسبت به کودکان دیگر بودند. پژوهش اینگرسول و هامبریک (۲۲) نشان داد والدین کودکان مبتلا به اختلال‌های طیف اتیسم، تنیدگی والدگری و افسردگی بالاتری را در مقایسه با گروه گواه گزارش کردند. با توجه به اینکه در کشور ما شیوه به‌خصوصی برای آموزش کودکان با اختلال‌های طیف اتیسم و اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی وجود ندارد و اصولاً راهی برای درمان آنها پیشنهاد نمی‌شود، و به دلیل آنکه این کودکان در شرایط بهنجار آمادگی لازم برای یادگیری، حتی در مدارس کودکان با نیاز ویژه را ندارند و بالاخره لزوم بررسی تجربی انواع روش‌ها، پژوهش حاضر درصدد است که به این سؤال پاسخ دهد که آیا بین تنیدگی والدگری، سبک‌های والدگری، حل مسئله اجتماعی مادران کودکان با اختلال‌های طیف اتیسم، اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی، و بهنجار تفاوت وجود دارد.

روش

الف) طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان: طرح پژوهش توصیفی، از نوع علی-مقایسه‌ای است. جامعه آماری شامل مادران سه گروه کودکان مبتلا به اختلال‌های طیف اتیسم، نارسای توجه/فزون‌کنشی و بهنجار در مدارس ابتدایی شهر تهران در سال ۹۷-۱۳۹۶ بود که از بین آنها ۷۵ مادر از سه گروه (هر گروه ۲۵ نفر)، به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. از آنجایی که دسترسی به نمونه‌های کودکان مبتلا به اختلال‌های طیف اتیسم و نارسای توجه/فزون‌کنشی با محدودیت‌هایی مواجه است، بنابراین حجم نمونه برای هر گروه ۲۵ نفر در نظر گرفته شد (۴۲). لازم به ذکر است که تشخیص اختلال نارسای توجه/فزون‌کنشی و اختلال‌های طیف اتیسم این کودکان قبلاً توسط روان‌پزشک انجام شده بود، که در پرونده تحصیلی آنها موجود بود. کودکان بهنجار، اختلال طیف اتیسم و اختلال نارسای توجه/فزون‌کنشی از نظر سن، جنسیت، و مقطع تحصیلی با یکدیگر هم‌تا شدند در ابتدای امر بعد از اخذ معرفی‌نامه از دانشگاه و بعد از تأیید آموزش و پرورش مدارس بهنجار و با نیاز ویژه، معرفی‌نامه‌ای جهت پژوهش در مدارس اتیسم و مدارس کودکان بهنجار گرفته شد. به دلیل عدم همکاری والدین با پژوهشگران، پرسشنامه‌ها بعد از توجیه مسئولین مدرسه توسط پژوهشگر، و پس از کسب رضایت مادران کودکان مبتلا، توسط مسئولین مدارس به مادران ارائه شد. همچنین در اجرای پژوهش با پیروی از نظام‌نامه اخلاق حرفه‌ای روان‌شناسان و مشاوران سازمان نظام روان‌شناسی و مشاوره (۲۵)، موارد ذیل مورد توجه قرار گرفتند: ۱. شرکت در پژوهش برای تمامی آزمودنی‌ها داوطلبانه بود. ۲. به شرکت‌کنندگان در مورد نوع پژوهش و فعالیتی که آنها باید انجام دهند، توضیح داده و رضایت آگاهانه آنها گرفته شد. ۳. پرسشنامه‌ها به صورت بی‌نام تکمیل و اصل محرمانه بودن اطلاعات شرکت‌کنندگان به ویژه در انتشار نتایج مطالعه رعایت شد.

ملاک‌های ورود عبارت بود از مادران کودکان با دامنه سنی ۷ تا ۱۲ سال، و وجود برگه تشخیصی اختلال توسط روان‌پزشک در پرونده تحصیلی کودک. ملاک‌های خروج عبارت بود از ناقص پر کردن برخی از پرسشنامه‌ها و عدم رضایت والدین برای پر کردن پرسشنامه.

ب) ابزار پژوهش

۱. پرسش‌نامه تنیدگی والدگری^۱: این پرسش‌نامه توسط آبدین به صورت دو نسخه کوتاه و بلند در سال‌های (۱۹۸۳ و ۱۹۹۵) ساخته شده است و پرسش‌نامه‌ای ۱۲۰ گویه‌ای است که بر اساس آن می‌توان اهمیت تنیدگی در نظم والدین-کودک را ارزیابی کرد. در شاخص تنیدگی والدگری دو گونه سوال وجود دارد. برخی از سؤال‌ها در یک مقیاس پیوستاری از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم پاسخ داده می‌شود. برخی دیگر از سؤال‌ها دارای ۵ پاسخ است که همراه سؤال ارائه می‌شود تا آزمودنی یکی را انتخاب کند. به هر پرسش از ۱ تا ۵ نمره تعلق می‌گیرد. نمره هر خرده‌مقیاس از حاصل جمع نمره‌هایی که به این ترتیب به دست می‌آیند تعیین می‌شود. از حاصل جمع نمره‌های خرده‌مقیاس‌ها نمره کلی مقیاس به دست می‌آید. برنز و آنستی (۲۶) در یک گروه از مادران آمریکایی ضریب قابلیت اعتماد همسانی درونی ابزار برای کل مقیاس ۰/۹۳ و برای قلمروهای کودک و والد به ترتیب ۰/۸۶ و ۰/۸۳ به دست آمد. در ایران، دادستان، احمدی ازغندی، و حسن‌آبادی (۲۷) در پژوهشی ضریب اعتماد همسانی درونی ابزار را برای کل مقیاس ۰/۸۸ و ضریب قابلیت اعتماد بازآزمایی با فاصله زمانی ۱۰ روز، ۰/۹۴ به دست آوردند.

۲. پرسشنامه تجدیدنظرشده حل مسئله اجتماعی^۲: نسخه کوتاه پرسشنامه تجدیدنظرشده حل مسئله اجتماعی (۲۸)، توسط دیزریلا و همکاران (۲۰۰۲) بر اساس مدل حل مسئله اجتماعی دیزریلا و نزو (۱۹۸۶؛ به نقل از سو و شک، ۲۰۰۵) ساخته شده است. نسخه بلند این مقیاس دارای ۵۲ سؤال و ۵ خرده‌مقیاس

1. Parental stress index

2. Social Problem-solving Inventory--revised

(۱۹۹۱) برای بررسی اعتبار و روایی این پرسشنامه از روش افتراقی گزارش کرد که شیوه استبدادی رابطه منفی با سهل‌گیری (۰/۳۸-) و اقتدار منطقی (۰/۴۸-) دارد و شیوه سهل‌گیری رابطه معنی‌داری با شیوه اقتدار منطقی او نداشت (۰/۷) (۰/۳۰). بورای (۱۹۹۱) برای محاسبه اعتبار از روش بازآزمایی استفاده کرد و این نتایج را به دست آورد: ۰/۸۱ برای شیوه سهل‌گیرانه، ۰/۸۶ برای شیوه استبدادی، و ۰/۷۸ برای شیوه اقتداری. او همچنین ثبات درونی را با استفاده از آلفای کرونباخ محاسبه کرد که ۰/۷۵ برای شیوه سهل‌گیرانه، ۰/۸۵ برای شیوه استبدادی، و ۰/۸۲ برای شیوه اقتدار منطقی به دست آورد. در ایران رئیسی اعتبار آزمون را بر روی نمونه‌ای از مادران به شیوه بازآزمایی موردبررسی قرار داده و برای شیوه‌های سهل‌گیری، استبدادی، و اقتدار منطقی به ترتیب ۰/۶۹، ۰/۷۷، و ۰/۷۳ به دست آورد (۳۰).

نتایج

برای تحلیل داده‌های پژوهش در سطح توصیفی از شاخص‌های آماری شامل انحراف معیار و میانگین استفاده شد. در سطح استنباطی برای بررسی معنادار بودن تفاوت میانگین نمرات سه گروه مادران کودکان اختلال طیف اتیسم، اختلال نارسایی توجه-فزون‌کنشی و بهنجار از تحلیل واریانس چند متغیره استفاده شد. همچنین مفروضه‌های آزمون نیز بررسی شد که بیانگر برقراری پیش‌فرض‌های تحلیل واریانس چندمتغیره است.

در جدول ۱، نتایج مربوط به آماره‌های توصیفی هر یک از متغیرها به تفکیک آورده شده است. براساس این جدول مشاهده می‌شود که میانگین داده‌های گروه‌های متغیر حل مساله اجتماعی از دو متغیر دیگر کمتر است و از طرفی انحراف استاندارد داده‌های آن نیز کمتر است که می‌تواند بیانگر این مطلب باشد که داده‌های مربوط به گروه‌های مورد مطالعه در متغیر حل مسئله اجتماعی تفاوت کمی با هم دارند. از سوی دیگر میانگین گروه‌های متغیر تنیدگی والدگری از دو

است. نسخه کوتاه آن دارای همان ۵ خرده‌مقیاس اما شامل ۲۵ سؤال است و روی مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت از کاملاً نادرست تا کاملاً درست نمره‌گذاری می‌شود. دو خرده‌مقیاس جهت‌گیری حل مسئله را اندازه‌گیری می‌کنند. دو خرده‌مقیاس جهت‌گیری مثبت نسبت به حل مسئله (سازنده)^۱ و جهت‌گیری منفی به حل مسئله^۲ را اندازه‌گیری می‌کنند و سه خرده‌مقیاس باقی‌مانده، حل منطقی مسئله، سبک تکانشی/بی‌دقتی^۳ و سبک اجتنابی را اندازه‌گیری می‌کنند. دو خرده‌مقیاس حل مسئله سازنده و کارا به صورت مثبت نمره‌گذاری می‌شوند. دو خرده‌مقیاس بدکار کردی به صورت منفی نمره‌گذاری می‌شوند. نمره بالا نشان‌دهنده حل آسان، کارا و سازنده مسئله است؛ درحالی‌که نمره پایین نشان‌دهنده حل ناقص، ناکارآمد و بدکار کردی برای مسئله است.

در ایران مخبری، درتاج و دره‌کردی (۲۹)، ضریب آلفای ۰/۸۵ و ضریب اعتبار بازآزمایی ۰/۸۸ را برای پرسشنامه حل مسئله اجتماعی کوتاه‌شده به دست آوردند. همچنین در این پژوهش بررسی ساختار عاملی بیانگر وجود پنج عامل اشاره‌شده در بالا است. همه تحلیل‌های روایی، این پرسشنامه را به عنوان یک مقیاس حل مسئله اجتماعی تأیید کرده است (۲۹). آقایی و همکاران نیز اعتبار این آزمون را به روش بازآزمایی به فاصله زمانی دو هفته برای ۵۰ نفر، ۰/۸۷ گزارش نمودند (۴۳).

۳. پرسشنامه شیوه‌های والدگری (بامریند)^۴: نسخه اولیه این پرسشنامه دارای ۳۰ گویه است که توسط دیانا بامریند طراحی و ساخته شد (۳۰). در این پرسشنامه در مقابل هر عبارت ۵ گزینه (کاملاً موافقم، تا حدودی موافقم، تا حدودی مخالفم، کاملاً مخالفم) به ترتیب از ۰ تا ۴ نمره‌گذاری شده است که با جمع نمره‌های سؤال‌های مربوط به هر شیوه و تقسیم آن بر تعداد سؤالات، نمره مجزا به دست می‌آید. بورای

1. Positive problem orientation
2. Negative problem orientation
3. Impulsive/carelessness style
4. Parenting of style Bamrynd

متغیر دیگر بیشتر است و همچنین انحراف استاندارد داده‌های این متغیر نیز بیشتر است که این پراکندگی در گروه فزون‌کنش بیشتر به چشم می‌خورد که می‌توان این گونه

استدلال کرد که تنیدگی والدین بر روی گروه‌های مختلف، تأثیرهای خیلی متفاوتی می‌گذارد.

جدول ۱: میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهشی

متغیرها	مولفه‌های متغیرها	گروه	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	خطای استاندارد
سبک‌های والدگری	مقتدرانه	بهنجار	۲۵	۴۴/۵۲	۶/۰۸۳	۱/۲۱۷
		اتیسم	۲۵	۴۳/۴۴	۳/۵۶	۰/۷۱۲
		فزون‌کنش	۲۵	۴۲/۷۶	۶/۰۰۹	۱/۲۰۲
		بهنجار	۲۵	۲۰/۵۶	۷/۴۰۰	۱/۴۸
	مستبدانه	اتیسم	۲۵	۲۸/۴۸	۵/۹۶۶	۱/۱۹۳
		فزون‌کنش	۲۵	۲۵/۶۰	۷/۰۷۱	۱/۴۱۴
		بهنجار	۲۵	۲۷/۲۴	۶/۹۹۰	۱/۳۹۸
		اتیسم	۲۵	۲۷/۴۴	۶/۴۱۰	۱/۲۸۲
	آسان‌گیر	فزون‌کنش	۲۵	۲۶/۶۰	۵/۷۳۷	۱/۱۴۷
		بهنجار	۲۵	۵۵/۸۰	۷/۵۶	۱/۸۶
		اتیسم	۲۵	۶۸/۱۶	۹/۰۹	۱/۴۷۵
		فزون‌کنش	۲۵	۵۹/۰۴	۱۳/۷۸	۲/۷۶
	جهت‌گیری مثبت	بهنجار	۲۵	۹/۸۸	۲/۷۸۹	۰/۵۵۸
		اتیسم	۲۵	۹/۰۸	۱/۸۲۴	۰/۳۶۵
		فزون‌کنش	۲۵	۱۰/۱۶	۲/۱۱۵	۰/۴۲۳
		بهنجار	۲۵	۱۱/۵۲	۲/۴۱	۰/۴۸۳
	جهت‌گیری منفی	اتیسم	۲۵	۱۳/۴۰	۲/۶	۰/۰۵۲
		فزون‌کنش	۲۵	۱۴/۴۴	۲/۷	۰/۵۴۲
		بهنجار	۲۵	۲۳/۸۸	۵/۰۶۹	۱/۰۱
		اتیسم	۲۵	۲۱/۴۰	۶/۰۲۸	۱/۲۰۶
حل مسئله اجتماعی	سبک منطقی	فزون‌کنش	۲۵	۲۰/۹۶	۵/۰۱۲	۱/۰۰۲
		بهنجار	۲۵	۹/۶۰	۲/۳۹۷	۰/۴۷۹
		اتیسم	۲۵	۱۲/۹۲	۱/۹۷۹	۰/۳۹۶
		فزون‌کنش	۲۵	۱۲/۷۶	۳/۷۱۱	۰/۷۴۲
	سبک اجتنابی	بهنجار	۲۵	۱۰/۹۲	۲/۸۵۷	۰/۵۷۱
		اتیسم	۲۵	۱۰/۲۰	۲/۷۶۹	۰/۵۵۴
		فزون‌کنش	۲۵	۱۰/۸۸	۳/۵۳۹	۰/۷۰۸
		فزون‌کنش	۲۵	۱۰/۸۸	۳/۵۳۹	۰/۷۰۸

F=۹۳۳/۹, p-value = ۰/۰۰

(۱) بررسی پیش‌فرض‌ها

به منظور بررسی برقراری پیش‌فرض‌های لازم برای انجام تحلیل واریانس چندمتغیره بایستی آزمون‌هایی انجام گیرد.

یکی از شرایط استفاده از تحلیل واریانس چند متغیری، نرمال بودن چندمتغیری متغیرهای وابسته است که از آزمون

کولموگروف اسمیرنوف استفاده شد. با توجه به خروجی‌های این آزمون ($0/68$ ، $0/81$ ، $0/79$) و با توجه به مقدار p که همگی بزرگتر از سطح معنی‌داری $0/05$ است می‌توان نتیجه گرفت متغیرهای سبک‌های والدگری، تنیدگی والدگری و حل مساله اجتماعی همگی دارای توزیع نرمال هستند.

شرط دوم استفاده از تحلیل واریانس چندمتغیری، استقلال شرکت کنندگان است که به لحاظ آزمایشی می‌توان گفت اگر شرکت کنندگان به صورت تصادفی انتخاب شوند، فرض استقلال برقرار می‌شود که در این پژوهش صادق است.

شرط سوم، همگنی ماتریس‌های واریانس کوواریانس است که روش استاندارد برای ارزیابی برابری ماتریس‌های کوواریانس آزمون ام باکس است که در آن معناداری آماری، شاخص ناهمگنی یا نابرابری محسوب می‌شود که در انجام این آزمون نیز با توجه به مقدار p که در هر سه متغیر، بزرگتر از سطح معناداری $0/05$ است می‌توان نتیجه گرفت که فرض همگنی

واریانس برقرار است و نیازی به تبدیل متغیرهای وابسته نیست (مقادیر ام باکس برای این سه متغیر به ترتیب برابر $6/89$ ، $7/71$ ، $5/73$ به دست آمد). همچنین برابری واریانس گروه با استفاده از آزمون محاسبه شد که این مفروضه نیز برقرار بود (p بزرگتر از $0/05$).

۲) تحلیل واریانس چندمتغیره

در این قسمت، ابتدا معنادار بودن تفاوت بین میانگین‌های هر سه متغیر باید بررسی شود که با توجه به مقدار F و مقدار p که در زیر جدول ۱ آورده شده است نتیجه گرفته می‌شود که فرض صفر رد می‌شود که به معنی وجود تفاوت معنی‌دار بین میانگین متغیرهای وابسته است. حال باید تعیین شود که این تفاوت بین کدام یک از گروه‌ها است که بدین منظور از آزمون تعقیبی توکی استفاده شد که نتایج آن در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: نتایج آزمون تعقیبی توکی تفاوت میانگین تنیدگی والدگری در مادران کودکان هر سه طیف

نارسایی توجه-فزون کنشی	اتیسم	بهنجار
-۳/۲۴	-۱۲/۲۶	-
(۰/۰۰)	(۰/۰۰۱)	بهنجار
-۹/۱۲	-	اتیسم
(۰/۰۰۸)		
-		نارسایی توجه-فزون کنشی

اعداد داخل پرانتز بیانگر مقدار p مربوط به هر تفاوت هستند.

طبق جدول ۲ مشاهده می‌شود بین میانگین‌های هر زوج از گروه‌ها تفاوت معنی‌داری وجود دارد به عبارتی دیگر میانگین تنیدگی والدگری در هر زوج از گروه‌های بهنجار، اتیسم و نارسایی توجه-فزون کنشی با هم تفاوت دارند.

در جدول ۳ نتایج تحلیل واریانس چندمتغیره تفاوت سه گروه مادران کودکان با اختلال بهنجار، اتیسم و نارسایی توجه-فزون کنشی برای خرده‌آزمون‌های حل مسائل اجتماعی آورده شده است.

جدول ۳: نتایج تحلیل واریانس چندمتغیره تفاوت سه گروه مادران کودکان با اختلال طیف اتیسم، اختلال نارسایی توجه-فزون کنشی و بهنجار در خرده آزمون‌های حل مسائل اجتماعی

منابع تغییرات	متغیر وابسته	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	مقدار p
گروه	جهت‌گیری مثبت	۱۵/۷۰۷	۲	۷/۸۵۳	۱/۵۱۳	۰/۲۲۷
	جهت‌گیری منفی	۴۶/۱۸۷	۲	۲۳/۰۹۳	۳/۴۷۶	۰/۰۳۶
	سبک منطقی	۱۰۵/۹۲۰	۲	۵۲/۹۶۰	۱/۸۲۳	۰/۱۶۹
	سبک اجتنابی	۵۹/۲۸۰	۲	۲۹/۶۴۰	۳/۷۹۵	۰/۰۲۷
	سبک تکانشی - بی‌توجهی	۸/۱۸۷	۲	۴۰/۰۹۳	۰/۴۳۳	۰/۶۵۰
خطا	جهت‌گیری مثبت	۳۷۳/۸۴۰	۷۲	۵/۱۹۲		
	جهت‌گیری منفی	۴۷۸/۴۰۰	۷۲	۶/۶۴۴		
	سبک منطقی	۲۰۹۱/۶۰۰	۷۲	۲۹/۰۵۰		
	سبک اجتنابی	۵۶۲/۴۰۰	۷۲	۷/۸۱۱		
	سبک تکانشی - بی‌توجهی	۶۸۰/۴۸۰	۷۲	۹/۴۵۱		

فزون کنشی بیشتر از کودکان بهنجار است. اکنون با توجه به نتیجه گرفته شده از جدول ۳ لازم است از آزمون تعقیبی توکی استفاده شود تا مشخص شود بین کدام گروه‌ها در دو متغیر جهت‌گیری منفی و سبک اجتنابی تفاوت معنی‌دار وجود دارد که نتایج حاصل در جدول ۴ آورده شده است.

با توجه به مقدار p در جدول ۳، تفاوت بین میانگین جهت‌گیری منفی در مادران کودکان نارسایی توجه-فزون کنشی و بهنجار و تفاوت میانگین سبک اجتنابی در مادران کودکان نارسایی توجه-فزون کنشی و بهنجار معنی‌دار است؛ به عبارتی دیگر جهت‌گیری منفی و سبک اجتنابی در دو گروه مادران دارای کودک طیف اتیسم و نارسایی توجه-

جدول ۴: نتایج آزمون تعقیبی توکی تفاوت میانگین جهت‌گیری منفی و سبک اجتنابی در مادران کودکان هر سه طیف

بهنجار	اتیسم	نارسایی توجه-فزون کنشی
بهنجار	-۱/۸۸ (۰/۰۲۱)	-۲/۹۲ (۰/۰۱۳)
	-	-۱/۰۴ (۰/۰۳۴)
بهنجار	-۳/۳۲ (۰/۰۰۱)	-۳/۱۶ (۰/۰۳۷)
	-	۰/۱۶ (۰/۲۱۶)
نارسایی توجه-فزون کنشی		

اعداد داخل پرانتز بیانگر مقدار p مربوط به هر تفاوت هستند.

وجود دارد. همانطور که قبلاً ذکر شد جهت‌گیری منفی و سبک اجتنابی در دو گروه مادران دارای کودک طیف اتیسم و

سبک‌های والدگری مادران کودکان با اختلال طیف اتیسم، اختلال نارسایی توجه-فزون کنشی و بهنجار تفاوت

نارسایی توجه- فزون‌کنشی بیشتر از کودکان بهنجار بود. با توجه به جدول ۴ و از آنجا که میزان $F=2/11$ است می‌توان گفت مفروضه همگنی ماتریس واریانس- کوواریانس در خرده‌مقیاس‌های سبک‌های والدگری رعایت شده است.

جدول ۵: نتایج تحلیل واریانس چندمتغیره تفاوت سه گروه مادران کودکان با اختلال طیف اتیسم، اختلال نارسایی توجه-فزون‌کنشی و بهنجار در خرده آزمون‌های سبک‌های والدگری

منابع تغییرات	متغیر وابسته	مجموع مجزورات	Df	میانگین مجزورات	F	مقدار p
گروه	سهل‌گیر	۹/۶۲۷	۲	۴/۸۱۳	۰/۱۱۸	۰/۸۸۹
	مستبدانه	۸۰۳/۵۲۰	۲	۴۰۱/۷۶۰	۸/۵۸۸	۰/۰۰۱
	مقتدرانه	۳۹/۳۸۷	۲	۱۹/۶۹۳	۰/۶۸۹	۰/۵۰۶
خطا	سهل‌گیر	۲۹۴۸/۷۲۰	۷۲	۴۰/۹۵۴		
	مستبدانه	۳۳۶۸/۴۰۰	۷۲	۴۶/۷۸۳		
	مقتدرانه	۲۰۵۸/۹۶۰	۷۲	۲۸/۵۹۷		

تعقیبی توکی مشخص شود که کدام طیف‌ها در سبک والدگری مستبدانه تفاوت معنی‌داری با هم دارند که نتایج آن در جدول ۶ ارائه شده است. نتایج حاکی از آن است بین گروه‌های بهنجار و نارسایی توجه- فزون‌کنشی تفاوت معنی‌داری وجود ندارد به عبارت دیگر میانگین این دو گروه در سبک والدگری مستبدانه برابر است ولی بین میانگین‌های دو گروه بهنجار و اتیسم و نیز اتیسم و نارسایی توجه- فزون‌کنشی تفاوت معناداری وجود دارد.

بر اساس مقدار p در جدول ۵ نتیجه گرفته می‌شود که تفاوت بین میانگین سبک والدگری مستبدانه در مادران کودکان بهنجار و اتیسم و تفاوت بین میانگین سبک والدگری مستبدانه در مادران کودکان اتیسم و نارسایی توجه-فزون‌کنشی معنی‌دار است.

به عبارتی سبک والدگری مستبدانه در دو گروه مادران دارای کودک طیف اتیسم و نارسایی توجه-فزون‌کنشی بیشتر از کودکان بهنجار بود. بنابراین لازم است با استفاده از آزمون

جدول ۶: نتایج آزمون تعقیبی توکی تفاوت میانگین سبک والدگری مستبدانه در مادران کودکان هر سه طیف

بهنجار	اتیسم	نارسایی توجه-فزون‌کنشی
بهنجار	-۷/۹۲	-۵/۰۴
	(۰/۰۰۱)	(۰/۳۰۲)
اتیسم	-	-۵/۰۴
		(۰/۰۳)
نارسایی توجه-فزون‌کنشی		
-		

اعداد داخل پرانتز بیانگر مقدار p مربوط به هر تفاوت هستند.

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف مقایسه تنیدگی والدگری، سبک والدگری و حل مسئله اجتماعی مادران کودکان مبتلا به اختلال‌های طیف اتیسم، اختلال نارسایی توجه/ فزون‌کنشی و کودکان بهنجار انجام شد. نتایج نشان داد بین میانگین سبک

والدگری مستبدانه در مادران کودکان مبتلا به اختلال‌های طیف اتیسم، نارسایی توجه/ فزون‌کنشی، و بهنجار از لحاظ تنیدگی والدگری تفاوت معنی‌داری وجود دارد. نتایج این یافته با نتایج یافته‌های تومنی و همکاران (۳۱)، تقاضا و همکاران (۳۲)، وبستر و همکاران (۳۳)، مس و جانسون (۳۴)، سیهانی و

همکاران (۳۵)، و دابروسکا و پیزولا (۱۰) همسو است. تأثیر فزون‌کنشی بر روی خانواده‌ها نیز کاملاً بارز و مشخص است. والدین کودکان مبتلا به فزون‌کنشی سطوح بالاتری از فشارهای روانی مربوط به والدگری را تجربه می‌کنند و احساس عدم کفایت دارند. در این افراد تعارض‌های زناشویی افزایش یافته و سطوح افسردگی در مادران بالا است. هوش‌ور و همکاران (۳۲) معتقدند خانواده، یک نظام اجتماعی است که اختلال در هر یک از اعضای آن، کل نظام را مختل می‌کند. تنیدگی والدگری تحت تأثیر عوامل و شرایط از جمله ویژگی‌های کودک، متغیرهای فراخانوادگی، واکنش‌های والدین و کودک و یک‌سری ویژگی‌های متفاوت والدین از جمله ذهنیت‌ها، بیماری‌های روانی و از هم‌گسیختگی‌ها قرار دارد (۳۲). همچنین در تبیین این یافته می‌توان گفت یکی از مسائلی که می‌تواند موجب تنیدگی والدگری در مادران کودکان مبتلا به اختلال‌های طیف اتیسم شود، ماهیت اختلال اتیسم است. کودکان مبتلا به اختلال‌های طیف اتیسم در مقایسه با کودکان بهنجار و کودکانی با نابهنجاری‌های دیگر، مشخصه‌ها و ویژگی‌های متفاوتی را از خود نشان می‌دهند (۱۱)، که نمرات بالای مادران در قلمرو کودکان مؤید آن است. کودکی که دارای ناتوانی‌های ویژه از قبیل فزون‌کنشی و یا اختلال‌های طیف اتیسم است تنیدگی مضاعف بر روی دوش خانواده به خصوص مادران این کودکان ایجاد می‌کند (۳۳). پژوهش‌های اخیر در مورد والدین کودکان مبتلا به اختلال‌های طیف اتیسم نشان می‌دهد که والدین و به خصوص مادران، در معرض خطر بالای بروز مشکلات در سلامت روانی هستند (۳۲). به نظر می‌رسد عامل کلیدی که می‌تواند در این فرایند نقش عمده‌ای بازی کند، تنیدگی باشد (۳۱).

از نتایج دیگر پژوهش، این بود که بین حل مسئله اجتماعی مادران سه گروه تفاوت وجود دارد. نمرات جهت‌گیری منفی و سبک اجتنابی در مادران کودکان مبتلا به اختلال‌های طیف اتیسم و نارسایی توجه/ فزون‌کنشی بیشتر از گروه بهنجار بود. همچنین بیشترین سبک حل مسئله اجتماعی

مورد استفاده، در والدین کودکان گروه بهنجار، سبک حل مسئله منطقی بود. نتایج این یافته با نتایج پژوهش‌های محمدابراهیم (۳۶) و کیمیایی و بیگی (۳۷)، همسو است. به‌طور کلی، چرخه رفتارهای سازش‌نیافته کودک مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ فزون‌کنشی همچون (تکانشگری، عدم تبعیت از دستورات والدین، رفتارهای تخریبی، لجبازی، نافرمانی و تحریک‌پذیری) احساس بدی در والدین مانند خشم، عصبانیت، درماندگی، خستگی و کاهش تحمل به وجود می‌آورد که بر نحوه واکنش و رفتار کردن آنها با این کودکان تأثیر می‌گذارد و شروع به تنبیه، طرد، سرزنش، و محرومیت کودک می‌کنند. این واکنش‌ها احساس‌های منفی کودک (همچون کام‌نیافتگی، خشم و ناامیدی) را برانگیخته و رفتار سازش‌نیافته کودک را در این چرخه به دنبال دارد که تکرار می‌شود (۳۷). از سویی دیگر، درباره کودکان مبتلا به اختلال‌های طیف اتیسم پژوهش‌های متعدد در سطح جهانی نشان می‌دهد ضعف و ناتوانی در مهارت حل مسئله اجتماعی با مشکلات مختلف بهداشتی، اجتماعی، و فرهنگی مرتبط است. همچنین هر چه فرد توانایی بیشتری در حل مسئله داشته باشد به همان اندازه موفق‌تر و سالم‌تر خواهد بود (۳۸). رویدادهای فشارزا در زندگی والدین دارای کودک مبتلا به اختلال‌های طیف اتیسم و نارسایی توجه/ فزون‌کنشی، همراه با ناتوانی در مهارت حل مسئله منجر به راهبردهای مقابله‌ای غیرمؤثر شده و نه تنها مشکلات قبلی حل نمی‌شود، بلکه مشکلات و مسائل جدیدی را نیز پیش می‌آورد (۳۹). کسانی که مغلوب مشکلات می‌شوند از توانایی حل مسئله اندکی برخوردارند. افرادی که از توانایی حل مسئله برخوردار نیستند، به محض اینکه با مانعی برخورد می‌کنند ممکن است از خود رفتارهای تکانشی بروز دهند، احساس کام‌نیافتگی کنند، و پرخاشگر شوند (۴۲). در بحث مربوط به کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ فزون‌کنشی نیز، حجم فزاینده‌ای از پژوهش‌ها بیانگر این است که کودکان مبتلا به این اختلال در مقایسه با همسالان بهنجار، مشکلات بیشتری را در روابط اجتماعی با

همسالان و والدین، برادر و خواهر و معلمان تجربه می‌کنند (۴۳). چرخه رفتارهای سازش‌نا یافته کودک مبتلا به نارسایی توجه/فزون‌کنشی (مانند تکانشگری، عدم تبعیت از دستورات والدین، رفتارهای تخریبی، لجبازی، نافرمانی و تحریک‌پذیری (احساس بدی در والدین) باعث خشم، عصبانیت، درماندگی، خستگی، و کاهش تحمل می‌شود. بی‌تردید این چنین هیجان‌ها و احساساتی در والدین کودکان مبتلا به نارسایی توجه/فزون‌کنشی، بر نحوه واکنش و رفتار کردن آنها با این کودکان تاثیر می‌گذارد و آنها شروع به تنبیه، طرد، سرزنش و محرومی کردن کودک می‌کنند؛ این واکنش‌ها احساسات منفی کودک (همچون کام‌نیافتگی، خشم و ناامیدی) را برانگیخته و رفتار سازش‌نا یافته کودک را در این چرخه نادرست به دنبال دارد که تکرار می‌شود. از این رو در بسیاری از موارد، برخورد نادرست والدین می‌تواند در افزایش مشکلات رفتاری کودکان تعیین‌کننده باشد. همچنین وقوع رویدادهای فشارزا در زندگی والدین دارای کودک طیف اتیسم و نارسایی توجه/فزون‌کنشی، همراه با ناتوانی در مهارت حل مسئله منجر به راهبردهای مقابله‌ای غیرمؤثر شده و نه تنها مشکلات قبلی حل نمی‌شود، بلکه مشکلات و مسائل جدیدی را نیز پیش می‌آورد. نتایج پژوهش‌های بسیاری بیانگر رابطه پایدار بین تعداد رویدادهای فشارزای زندگی آدمی با سلامت جسمی و روانی است (۴۴).

در نهایت، نتایج دیگر این پژوهش نشان داد میانگین سبک والدگری مستبدانه در دو گروه مادران کودکان مبتلا به اختلال‌های طیف اتیسم و نارسایی توجه/فزون‌کنشی بیشتر از گروه بهنجار است. این نتیجه با یافته‌های ولف و مک‌ایساک (۴۰)، شجاعی و همکاران (۱) و رایا و همکاران (۴۱)، در برخی خرده‌مقیاس‌ها همسو است. مش و جانستون (۳۴) معتقدند که اگرچه میزان بروز کنش متعارض خانوادگی در کودکان با فزون‌کنشی زیاد است اما به کار گرفتن یک شیوه خشن و نادرست تربیتی همانند سبک والدگری مستبدانه در برخورد با این کودکان، شدت اختلال فزون‌کنشی را افزایش

خواهد داد (۲۷). به دلیل اینکه کودکان مبتلا به اختلال فزون‌کنشی دارای مشکلات تحرکی، بی‌توجهی و تحصیلی هستند، برخورد والدین با آنها خشن و مستبدانه است. حتی آنها را کتک زده و به شدت تحقیر می‌کنند و در واقع با تنبیه کودک تلاش می‌کنند تا توجه و رفتار او را مهار کنند و روی یک موضوع خاص متمرکز کنند (۱). همچنین هنگامی که کودک با اختلال‌های طیف اتیسم به بوسه کردن و آغوش کشیدن والدین واکنش منفی نشان می‌دهد، در حقیقت حمایت اجتماعی خود را از دست می‌دهد و به نوعی در نوع رفتار والدین تغییر ایجاد می‌کند به گونه‌ای که از میزان ابراز عواطف والدین نسبت به فرزندانشان کمتر می‌شود و همچنین پاسخگویی آنها در برابر نیاز فرزندانشان نیز کمتر می‌شود و در عوض مهار رفتار افراطی جایگزین آن می‌شود که این همان سبک والدگری استبدادی است (۴۰).

در این پژوهش افت آزمودنی‌ها به دلیل طولانی بودن تعداد کل پرسشنامه‌ها، بعضاً مشاهده شد؛ بنابراین بهتر است در پژوهش بعدی از پرسش‌نامه‌ها با تعداد سؤالات کمتر و در عین حال جامعی استفاده گردد. عدم یکدستی نمونه‌ها از نظر دریافت خدمات درمانی نیز از محدودیت‌های این پژوهش بود. همچنین حجم پایین نمونه در این مطالعه باعث شده است که تعمیم‌دهی نتایج آن با احتیاط صورت گیرد. در این پژوهش، برای سنجش متغیرهای وابسته از ابراز خودسنجی استفاده شد که پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی، از روش‌های دیگری از جمله مصاحبه بالینی جهت شناخت بهتر و بیشتر والدین و کودکان استفاده شود. همچنین پیشنهاد می‌شود کارگاه‌های آموزشی حل مسئله و تاب‌آوری برای والدین کودکان با نیازهای ویژه در نظر گرفته شود که نحوه پرورش و مدیریت رفتارهای خاص این کودکان را بیاموزند.

تشکر و قدردانی: این پژوهش برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد خانم رزیتا ارشاد در رشته روان‌شناسی دانشگاه خوارزمی است. همچنین مجوز اجرای آن بر روی افراد نمونه از سوی سازمان آموزش و پرورش استان تهران با شماره مجوز ۵۳۰۰۲/۶۴ صادر شد. بدین وسیله از تمامی مادرانی که در

اجرای این پژوهش مشارکت داشتند و همچنین استاد راهنما و مشاور این پژوهش تشکر و قدردانی می‌شود.

تضاد منافع: انجام این پژوهش برای نویسندگان هیچ‌گونه تعارض منافع را به دنبال نداشته است.

References

1. Shojaii S, Imani M, Teymori M M, Shahin M. Comparing parenting styles of parents of children with and without autism spectrum disorder. *Journal of counseling research*. 2017; 15(60): 100-118. [Persian].
2. Spitzer D. Confabulation in children with autism. *Cortex*. 2017; 87: 80-95.
3. Kendall P C. Child psychopathology. Najjarian B, Davoodi I. (Persian translators). Fourth edition. Tehran: Roshd; 2016, p: 298. [Persian].
4. Magnin E, Maurs C. Attention-deficit/ hyperactivity disorder during adulthood. *J of Rev Neurol*. 2017; 173(7-8): 506-515.
5. Koolwijk I, Stein DS, Chan E, Powell C, Driscoll K, Barbaresi WJ. "Complex" attention-deficit hyperactivity disorder, more norm than exception? Diagnoses and comorbidities in a developmental clinic. *J Dev Behav Pediatr*. 2014; 35: 591-597.
6. Adler LA, Spencer TJ, Wilens TE. Attention-deficit hyperactivity disorder in adults and children. Cambridge: Cambridge University Press; 2015: 25-28.
7. Dirks E, Uilenburg N, Rieffe C. Parental stress among parents of toddlers with moderate hearing loss Evelien. *Res Dev Disabil*. 2016; 55: 27-36.
8. Noor Abadi Z, Hassan Zadeh S, Lavasani M, Farzadmehr M. The effectiveness of training coping skills program on parental stress of mothers with deaf child (1-3 ys) in Gorgan Province. *Exceptional Education*. 2015; 6 (128): 13-20. [Persian].
9. Khorram Abadi R, Pouretmad H R, Tahmasian K, Chimeh N. A comparative study of parental stress in mothers of autistic and non-autistic children. *Family research*. 2009; 5(3): 387-399. [Persian].
10. Dabrowska A, Pisula E. Parenting stress and coping styles in mothers and fathers of pre-school children with autism and Down syndrome. *J Intellect Disabil Res*. 2010; 54(3): 266-280.
11. Bonis S. Stress and parents of children with autism: A review of literature. *Journal of Issues Ment Health Nurs*. 2016; 37(3): 153-163.
12. Azizkhani A. Family parenting styles in children with attention deficit hyperactivity disorder. Second international conference on psychology, education and lifestyle, 2014, Mashhad, Torbat-e-Heydarieh University.
13. Rabiee Kenaree F, Jadidian A, Solgi M. Effectiveness of resilience training on reduction of parental stress of autistic children's mothers. *Scientific Journal of Ilam University of Medical Sciences*. 2015; 23(4): 95-105. [Persian].
14. Bayani A A, Ranjbar M, Bayani A. The study of relationship between social problem-solving and depression and social phobia among students. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*. 2012; 22(94): 91-98. [Persian].
15. Soleymani E, Habibi Y. A comparative study of social problem solving, impulsivity and self-efficacy in bullying and normal students. *Journal of research in educational systems*. 2016; 10(32): 124-143. [Persian]
16. Gholami J, Sohrabi N, Evolution study of social problem-solving and rumination in women. *Quarterly journal of woman and society*. 2015; 6(3): 59-78. [Persian].
17. Hollenstein T, Granic I, Stoolmiller M, Snyder J. Rigidity in parent-child interactions and the development of externalizing and internalizing behavior in early childhood. *Journal of abnormal child psychology*. 2004; 32(6): 595-607.
18. Sheikholeslami A, Mohammadi N, Seyedesmaili Ghomi N. Comparing the parenting stress, happiness and cognitive flexibility of mothers with intellectually disable and learning disable children. *Journal of learning disabilities*. 2016; 5(4): 141-147. [Persian].
19. DeHart T, Pelham B. W., Tennen H. What lies beneath: parenting style and implicit self-esteem. *Journal of experimental social psychology*. 2006; 42(1): 1-17.
20. Berk EL. Developmental psychology. Seyed Mohammadi Y. (Persian translator). Tehran: Arasbaran; 2016. p. 25-27.

21. Hemmati Alamdarlou Gh, Hossein Khanzadeh A A, Arjmandi M S, Teymouri Asfichi M M, Taher M. The role of parenting style of mothers in predicting of preschool children behavior problems with intellectual disabilities. *Exceptional education*. 2014; 14(3): 7-16. [Persian].
22. Ingersoll B, Hambrick D Z. The relationship between the broader autism phenotype, child severity, and stress and depression in parents of children with autism spectrum disorders. *Res Autism Spectr Disord*, 2011; 5(1): 337-344.
23. Waxmonsky JG, Mayes SD, Calhoun SL, Fernandez-Mendoza J, Waschbusch DA, Bendixsen BH, Bixler EO. The Association between Disruptive Mood Dysregulation Disorder symptoms and sleep problems in children with and without ADHD. *Sleep Med*. 2017; 37: 180-186.
24. Psychology and counseling organization of Iran. Moral codes. *Quarterly of Psychotherapical novelties*. 2008; 49&50: 136-148. [Persian].
25. Burns R. A., Anstey K.J. The Connor–davidson resilience scale (CD-RISC): Testing the invariance of a uni-dimensional resilience measure that is independent of positive and negative affect. *Persona and Indivi Diff*. 2010; 48(5): 527-531.
26. Dadsetan P, Ahmadi Azghandi A, Hasan Abadi, HR. Parenting stress and general health: A research on the relation between parenting stress and general health among housewife-mothers and nurse-mothers with young children. *Journal of developmental psychology*. 2006; 2(7): 171-184 [Persian].
27. D’Zurilla TJ, Nezu AM, Maydeu-Olivares A. Manual for the social problem solving inventory-revised. Nourth Tonawanda, TY: Multi-Health Systems. 2002; pp: 211-244.
28. Mokhberi A, DorrTaj F, DarrehKordi A. The study of psychometric indices and standardization of social problem solving ability questionnaire. *Quarterly of educational measurement*. 2010; 1(4): 55-72. [Persian].
29. Karzadeh Sh. Abdi M, Heidari H, studying family functioning and the role of maternal parenting styles in predicting children’s behavioral problems in boys aged 5 to 10 years in Ahvaz City. *Journal of Thought & Behavior in Clinical Psychology*. 2015; 9(36): 17-26. [Persian].
30. Khorram Abadi R, Pouretamad H. R., Tahmasian K, Chimeh N. A comparative study of parental stress in mothers of autistic and non-autistic children. *Journal of family research*. 2009; 5(3); 387-399. [Persian].
31. Tomeny TS, Baker LK, Barry TD, Eldred SW, Rankin JA. Emotional and behavioral functioning of typically-developing sisters of children with autism spectrum disorder: The roles of ASD severity, parental stress, and marital status. *Res Autism Spectr Disord*. 2016; 32: 130-142.
32. Webster A, Filer A, Webster V, Lovell C. Parental perspectives on early intensive intervention for children diagnosed with autistic spectrum disorder. *J Early Child Res*. 2004; 2(1): 25-49.
33. Mash EJ, Johnston C. Parental perceptions of child behavior problems, parenting self-esteem, and mothers' reported stress in younger and older hyperactive and normal children. *Journal of consulting and clinical psychology*. 1983; 51(1): 86-99.
34. Seihani MS, Kalantari F, Dehghan B, Dasht Bozorgi Z, Azadeh I. Comparison of public health and perceived stress in parents of ADHD and normal children. 6th International Congress on Child and Adolescent Psychiatry. 2012; pp. 11-18. [Persian].
35. Mohamad Ebrahim E. The effectiveness of problem solving style teaching to the mothers of children with ADHD on reducing hyperactivity disorder symptoms and attention deficit in their children [Thesis for Master of Arts]. [Shahrood, Iran]: Faculty of Literature and Humanities, Islamic Azad University of Shahrood; 2014, 32-33. [Persian].
36. Kimiaee SA, Baygi F. Comparison the family function of normal and ADHD mothers. *Journal of behavioral sciences*. 2010; 4(2): 141-147. [Persian].
37. Ahmadi Halamsalvayee A. Effectiveness of problem-solving training on the quality of life of mothers with autistic children. *Journal of applied psychology*. 2014; 7(4): 77-90. [Persian].
38. YarYari F, BaEzzat F, Ahmadi GhoozLoojeh A. The impact of different degrees of dyslexia on parental stress. *Journal of exceptional children*. 2012; 12(3): 23-25. [Persian].
39. Wolfe DA, McIsaac C. Distinguishing between poor/dysfunctional parenting and child emotional maltreatment. *Child Abuse & Neglect*. 2011; 35(10): 802-813.

40. Teymori S, Yousefi Sh, Soltanifar A. Comparison of parental stress among mothers of ADHD and normal children. *Journal of fundamentals of mental health*. 2009; 11(2): 115-122. [Persian].
41. Raya AF, Ruiz-Olivares R, Pino J, Herruzo J. Parenting style and parenting practices in disabled children and its relationship with academic competence and behavior problems. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*. 2013; 89: 702-709.
42. Wymbs BT, Pelham Jr WE, Molina BS, Gnagy EM. Mother and adolescent reports of interparental discord among parents of adolescents with and without attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Emot Behav Disord*. 2008; 16(1): 29-41.
43. Keen D, Brannigan KL, Cuskelly M. Toilet training for children with autism: The effects of video modeling. *J Dev Phys Disabil*. 2007; 19(4): 291-303.
44. Ahmadi Halamlouie A, Pashang B, Saliminia N. The effectiveness of problem-solving teaching on the life quality of mothers of autistic children. *J App Psy*. 2013; 7(4): 77-90. [Persian].

Comparing Parental Stress, Parenting Styles, and Social Problem Solving in Mothers of Children with Autism Spectrum Disorder, ADHD, and Typically Developing Children

Rozita Ershad Sarabi¹, Hadi Hashemi Razini^{*2}, Mohammad Hossein Abdollahi³

1. M.A. in General Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Kharazmi University, Tehran, Iran

2. Assistant Professor, Department of General Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Kharazmi University, Tehran, Iran

3. Associate Professor, Department of General Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Kharazmi University, Tehran, Iran

Received: July 23, 2017

Accepted: October 30, 2017

Abstract

Background and Purpose: The existence of an exceptional child often imposes irreparable damage on families. The extent of this vulnerability is sometimes to the extent that the mental health of the family is severely damaged. The aim of the present study was to compare parental stress, parenting styles, and social problem solving in mothers of children with autism, ADHD, and typically developing children.

Method: The statistical population consisted of mothers of children with attention deficit/hyperactivity disorder, autism spectrum disorder and typically developing children in second district of Tehran during the academic year of 2016-2017. 75 mothers ($n = 25$ in each group) were selected using convenience sampling method and responded to *parenting stress index* (PSI) (Abdin, 1983), the *social problem-solving inventory - revised* (SPSI-R) (D’Zurilla et al, 2002), and Baumrind’s *parenting styles questionnaire* (Bamrind, 1973). In order to analyze the data, multivariate analysis of variance was used.

Results: The results of analysis of variance indicated significant differences between mothers of children in the three groups in parental stress and authoritarian parenting style, but no significant difference was found in permissive and authoritative parenting styles. There were also significant differences between mothers of children in the three groups in negative problem orientation and avoidance style, but no significant difference was found in positive problem orientation, rational problem-solving, and impulsive/carelessness style ($p < 0.005$).

Conclusion: The results of this study emphasize the increase of knowledge in the application of parental styles and the effective social problem solving as well as the negative consequences of parenting stress in mothers of children in the three groups.

Keywords: Parental stress, parenting styles, social problem-solving, autism, ADHD

Citation: Ershad Sarabi R, Hashemi Razini H, Abdollahi M. Comparing parental stress, parenting styles, and social problem solving in mothers of children with autism spectrum disorder, adhd, and typically developing children. Quarterly Journal of Child Mental Health. 2018; 4(4): 165-179.

***Corresponding author:** Hadi Hashemi Razini, Assistant Professor, Department of General Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Kharazmi University, Tehran, Iran.

Email: Hadihashemi@khu.ac.ir

Tel: (+98) 021- 88329220