وضعیت اجتماعی– اقتصادی، ویژگیهای شخصیتی، سبکهای مقابله‌ای و سلامت روان والدین کودکان مبتلا به طیف اوتیسم

دکتر علیرضا شفیعی کندجانی[۱]
صنم شفیعی[۲]
سولماز وطن‌خواه[۳]
دکتر محمود فرورشی[۴]

چکیده

اوتیسم نوعی اختلال مزمن روان پزشکی است که با نقص در برقراری ارتباط و رفتار مشخص می‌شود. والدین کودکان مبتلا به اوتیسم مراقبان این بیماران و تحت تأثیر آنان هستند. این مطالعه با هدف بررسی وضعیت اقتصادی- اجتماعی، سبکهای مقابله ای، ویژگیهای شخصیتی و سلامت روان در والدین کودکان مبتلا به اوتیسم انجام شده است. این مطالعه از نوع مقطعی، توصیفی – تحلیلی بوده و جامعه آماری آن را والدین کودکان مبتلابه اوتیسم شهر تبریز تشکیل می‌دادند. نمونه آماری شامل والدین کودکان مبتلابه اوتیسم مدارس استثنایی شهر تبریز در سال تحصیلی ۹۸-۱۳۹۷ بود که با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس ۹۰ نفر از والدینی انتخاب شدند که به تشخیص روان‌پزشک طبق ملاکهای DSM.5 فرزندانشان دارای اختلال طیف اوتیسم بوده است. آزمودنیها به پرسشنامه‌های نئو، وضعیت اجتماعی- اقتصادی، سبکهای مقابله‌ای بیلینگز و موس و SCL-25 پاسخ دادند. داده‌ها با به‌کارگیری روشهای آمار توصیفی و تحلیل واریانس با نرم‌افزارآماری SPPSS-16 تجزیه و تحلیل شدند. والدین کودکان مبتلابه اتیسم دارای وضعیت اجتماعی – اقتصادی پایین، درجات متوسطی از علائم روانی، شخصیت مسئولیت‌پذیر، باسبک مقابله ای مساله- مدار و مهار جسمانی بودند. توجه سیاستگذاران نظام سلامت و درمانگران به مشکلات اقتصادی، اختلالات روانی و سبک مقابله ای مهار جسمانی والدین کودکان مبتلابه اوتیسم اهمیت اساسی دارد.

کلید واژگان: سبکهای مقابله ای، سلامت روان، والدین کودکان مبتلابه اوتیسم، ویژگیهای شخصیتی

تاریخ دریافت: ۹۸/۹/۲۰ تاریخ پذیرش: ۹۹/۲/۱۵

۱. دانشیار روانپزشکی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران shafieear@tbzmed.ac.ir
۲. کارشناس ارشد روانشناسی کودکان استثنایی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران
sanamshafiee67@gmail.com
۳. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران
soli.vatankhah@gmail.com
۴. متخصص روان شناسی عمومی، بیمارستان رازی تبریز، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران(نویسنده مسئول)
farvareshi.m@tbzmed.ac.ir

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-02]

[DOR: 20.1001.1.26766728.1399.17.3.5.1]

مقدمه

تأثیر خانواده در رشد همه جانبه کودک، از لحظه تولد آغاز و با قدرت و فراگیری خاصی آشکارمی‌شود و در سراسر زندگی باقی می‌ماند. روابط صحیح ومتعادل والدین و فرزندان یکی از عوامل مؤثر در سلامت و بهداشت روانی آنان است. پژوهشها نشان می‌دهند که در میان عوامل گوناگونی که در پرورش و شخصیت سالم در کودکان و نوجوانان مؤثرند، تأثیر متقابل کودک و والدین و نحوه برخورد و ارتباط والدین و کودک از مهم‌ترین و اساسی‌ترین عوامل محسوب می‌شود (رایشو[1] و همکاران،۲۰۱۴). بیماران دچار اوتیسم علی‌رغم دارا بودن قوهٔ دیداری و شنیداری سالم و تواناییها و خلاقیتهای روزمره با دنیای پیرامون خود ارتباطی بسیارمحدود برقرار می‌کنند. نقص در برقراری روابط و تعاملات اجتماعی از ویژگیهای اصلی بیماران اوتیسم است. تاکنون دلیل قطعی و مشخصی برای این بیماری مطرح نشده است. با وجود این تأثیر عوامل ژنتیکی و محیطی در بروز اختلالات طیف اوتیسم اجتناب‌ناپذیر است(شلتون، تنکردی و هرتز پیچوتو[2]، ۲۰۱۰). عواملی مانند نقص ژنتیکی، سن بالای والدین به هنگام بارداری، سلامت جسمی و روانی مادر در دوران بارداری خطر بروز اختلال اوتیسم را افزایش می‌دهد (بوشر، سیداو، کناپ و مندل[3]، ۲۰۱۴).

این اختلال معمولاً تا پیش از ۳ سالگی تشخیص داده نمی‌شود و در آمریکا در حدود ۱ تا ۲/۵ درصد شیوع دارد. در جریان تشخیص این اختلال فشارهای روانی فزاینده‌ای بر والدین وارد می‌شود که می‌تواند سبب واکنشهایی مانند ضربهٔ روانی، ناامیدی، خشم، افسردگی، انکار، احساس گناه، تعارضات والدین و اضطراب شود. برای بیشتر خانواده‌ها این تشخیص تکان‌دهنده و غیرمنتظره است، به طوری‌که برخی والدین سعی می‌کنند با انجام دادن آزمایشها و بررسیهای دیگر، وجود اختلال را انکار می‌کنند. این اختلال به دلیل همراهی با طیف گوناگونی از ناهنجاریهای گفتاری، رفتاری، اجتماعی، فقدان درمان قطعی و پیش‌آگهی نامطلوب می‌تواند زمینه‌ساز بسیاری از فشارهای روانی، اجتماعی و اقتصادی بر والدین باشد(بوشر و همکاران، ۲۰۱۴).

اختلال اوتیسم بار اقتصادی زیادی بر والدین تحمیل می‌کند، زیرا نیازمند حمایت مادام العمر والدین است. بررسیها نشان می‌دهند که والدین کودکان اوتیسم در معرض فشارهای روانی و نشانه‌های اختلالات روان‌پزشکی مانند اضطراب، افسردگی و پرخاشگری هستند

1. Reichow
2. Shelton, Tancredi, & Hertz-Picciotto
3. Buescher, Cidav, Knapp & Mandell

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-02]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1399.17.3.5.1]

(فانداکین و ویلسون[1]، ۲۰۰۸). پژوهشگران بر این باورند که عواملی تعدیل‌کننده میان فشارهای روانی والدین و اختلال در کودک وجود دارد. وجود برخی ویژگیها می‌تواند میزان مقاومت درونی در برابر فشارهای روانی را در والدین افزایش دهد و از بروز پیامدهای آن و بیماری جلوگیری کند. برای نمونه نوع شخصیت و مزاج، تجارب گذشته، نیازها، نگرشهای افراد و احتمالاً برخی ویژگیهای شخصیتی می‌توانند فرد را آمادهٔ پذیرش فشارهای روانی بیشتر سازد(جاربرینک[2]، ۲۰۰۷؛ هارن و میچل[3]، ۲۰۰۳).

ویژگیهای شخصیتی افراد بر شیوهٔ رویارویی آنها با مشکلات مؤثر است. در حالی‌که برخی در مواجهه با مشکلات، در خود فرو می‌روند، برخی دیگر به ابراز احساسات و هیجانات خود می‌پردازند یا از دیگران کمک می‌خواهند. بسته به نوع ویژگیهای شخصیتی، هر فرد در برابر فشارهای روانی واکنشهای خاص از خود نشان می‌دهد (پیترز و گیلبرگ[4]، ۱۹۹۹؛ کانیهیرا، سنجو، دایروکو، واکاباياشی و هاسه‌گاوا[5]، ۲۰۰۶). بیماران اوتیسم از مصرف‌کنندگان دائمی جامعه اند. در تولید ملی و رونق اقتصادی عمدتاً نقشی بسزا ندارند. با توجه به شیوع این بیماری سیاستگذاران نظام سلامت برای پیشگیری و کنترل این بیماری، درمان مناسب، کاهش هزینه‌ها و سلامت روان والدین، به آگاهی از ابعاد روانی و اجتماعی اختلال اوتیسم نیازمند هستند. همهٔ روشهای درمانی گذشته از بهبود بخشیدن به فرایندهای شناختی و اجتماعی کودکان دارای اوتیسم به صورت مستقیم یا غیرمستقیم بر بهبود و تقویت سلامت روانی خانواده، به ویژه مادران تأثیر می‌گذارند و درنهایت سبب ارتقای سطح کیفی زندگی همهٔ اعضای خانواده می‌شوند. از این رو، این پژوهش با هدف شناخت ویژگیهای اقتصادی-اجتماعی، سبکهای مقابله‌ای، سلامت روان و ویژگیهای شخصیتی والدین کودکان دارای اوتیسم صورت گرفته است(اسمارت[6]، ۲۰۱۶؛ پترینا، کارتر و استفنسون[7]، ۲۰۱۵)

روش‌شناسی

طرح این پژوهش از نوع مقطعی، تحلیلی- توصیفی بوده و جامعه آماری آن را همهٔ والدین کودکان مبتلا به اوتیسم مدارس استثنایی شهرستان تبریز در سال تحصیلی ۹۸-۱۳۹۷ تشکیل

1. Fundukian & Wilson
2. Järbrink
3. Haren & Mitchell
4. Peeters & Gillberg
5. Kunihira, Senju , Dairoku, Wakabayashi & Hasegawa
6. Smart
7. Petrina, Carter & Stephenson

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-02]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1399.17.3.5.1]

می‌دادند. براساس روش نمونه‌گیری در دسترس تعداد ۹۰ نفر از والدینی انتخاب شدند که به تشخیص روان‌پزشک کودک و نوجوان طبق ملاکهای DSM.5 فرزندانشان دارای اختلال طیف اوتیسم بودند. ملاکهای ورود به مطالعه عبارت بودند از سن ۲۴ تا ۵۹ سال، تحصیلات حداقل سوم راهنمایی، تمایل به همکاری، داشتن کودک اوتیستیک و ملاکهای خروج عبارت بودند از والدین زیر ۲۴ و بالای ۶۰ سال، داشتن بیماری مزمن یا شدید روحی و جسمی، داشتن طول مدت بیماری کمتر از دوسال. قبل از شروع مطالعه از آزمودنیها رضایت کتبی دریافت شد و کدهای اخلاق کمیته پژوهشی و علوم رفتاری گروه روان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز رعایت شد.

ابزار پژوهش

پرسشنامه شخصیتی نئو

این پرسشنامه دارای ۶۰ سؤال است که برای ارزیابی پنج عامل اصلی شخصیت به کار می رود. اگر وقت اجرای آزمون بسیار محدود و اطلاعات کلی‌تر از شخصیت کافی باشد، این پرسشنامه به کار می‌رود. پرسشنامه نئو را کاستا و مک‌کری در سال ۱۹۹۲ طراحی کرده اند و به صورت لیکرت پنج درجه ای از کاملاً «مخالف تا کاملاً موافق» نمره‌گذاری می‌شود . گروسی‌فرشی با استفاده از روش همسانی درونی، ضریب آلفای کرونباخ آن را برای عوامل اصلی روان‌نژندی، برون‌گرایی، انعطاف‌پذیری، توافق‌پذیری و مسئولیت‌پذیری به ترتیب ۰/۸۶، ۰/۷۳، ۰/۵۶، ۰/۶۸ و ۰/۸۷ به‌دست آورده است و به منظور محاسبه روایی این آزمون از همبستگی میان دو شکل گزارش شخصی و شکل ارزیابی مشاهده‌گر استفاده کرده که حداکثر همبستگی به میزان ۰/۶۶ در عامل برون‌گرایی و حداقل آن به میزان ۰/۴۵ در عامل توافق‌پذیری بوده است (گروسی‌فرشی،۱۳۸۰).

پرسشنامه سبکهای مقابله ای بیلینگز و موس

بیلینگز و موس[1] در پی دستیابی به روش آسان و معتبر برای ارزیابی پاسخهای مقابله ای این پرسشنامه را طراحی کرده اند که دارای ۱۹ سؤال به صورت بلی و خیر است . اعتبار همسانی درونی برای سه خرده مقیاس از ۰/۴۴ تا ۰/۸۰ گزارش شده است. در این پرسشنامه پنج نوع راهبرد مقابله ای وجود دارد. پنج ماده مربوط به مقابله متمرکز بر ارزیابی شناختی، سه ماده مربوط به مقابله متمرکز بر حل مسأله، یازده ماده مربوط به مقابله متمرکز بر هیجان، چهار ماده مربوط به مقابله مبتنی بر جلب حمایت اجتماعی و نه ماده مربوط به مقابله متمرکز بر مهار جسمانی یا جسمانی کردن مشکلات است. نمره‌گذاری پرسشنامه طبق طیف لیکرت ۴ درجه ای از صفر تا ۳

1. Billings & Moos

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-02]

[DOR: 20.1001.1.26766728.1399.17.3.5.1]

(هیچ وقت، گاهی، اغلب اوقات، همیشه) است. ضریب پایایی بازآزمایی آن ۰/۷۹ گزارش شده است و برای خرده مقیاس حل مسأله ۰/۹۰، برای مقابله مبتنی بر مهار هیجانی ۰/۶۵، برای مقابله مبتنی بر ارزیابی شناختی ۰/۶۸، برای مقابله مبتنی بر جسمانی کردن مشکلات ۰/۹۰ و برای مقابله مبتنی بر جلب حمایت اجتماعی ۰/۹۰ حاصل شده است. اعتبار همسانی درونی این پرسشنامه از ۰/۴۱ تا ۰/۶۶ گزارش شده است (حسینی‌قدمگاهی،۱۳۷۷).

پرسشنامه SCL-25

این پرسشنامه فرم کوتاه آزمون SCL90 است که نجاریان و داوودی بر اساس فرم اصلی و از طریق تحلیل عاملی اکتشافی استخراج کرده اند. پاسخگویی به این فهرست مطابق با فرم اصلی آن، در طیف ۵ درجه ای از هیچ یا به ندرت (صفر)، کمی (۱)، تا حدی (۲)، زیاد (۳) و خیلی زیاد یا به‌شدت (۴) صورت می‌گیرد. از این فهرست یک نمرهٔ کل آسیب روانی عمومی استخراج می‌شود که نمرات بالاتر به معنای آسیب بیشتر است. نجاریان و داوودی روایی این فهرست را از طریق تحلیل عاملی، روایی همگرا و واگرا و پایایی آن را از طریق بررسی همسانی درونی و بازآزمایی مورد بررسی قرارداده اند و آلفای کرونباخ نسخهٔ جدید را ۰/۹۷ برای زنان، ۰/۹۸ برای مردان و ضرایب بازآزمایی را نیز با فاصلهٔ پنج هفته در کل نمونه ۰/۷۸، مردان ۰/۷۹ و زنان ۰/۷۷ گزارش کرده اند. ساختار ۷ عاملی این تست و چندبعدی بودن آن و نیز روایی عاملی و واگرا و پایایی مناسب ، آن را ابزاری مناسب برای استفاده در موقعیتهای پژوهشی و بالینی ساخته است. این تست دارای شاخصهای افسردگی، روان گسست‌گرایی، اضطراب، هراس، حساسیت میان- فردی، وسواس-اجبار و جسمانی‌سازی است(نجاریان و داوودی،۱۳۸۰).

پرسشنامه وضعیت اجتماعی - اقتصادی (SES)

پرسشنامه وضعیت اقتصادی-اجتماعی دارای ۱۱ سؤال است که ۴ مقولهٔ میزان درآمد، طبقهٔ اقتصادی، وضعیت مسکن و مجموعاً ۶ سؤال جمعیت‌شناختی و ۵ سؤال اصلی دارد. مقیاس اندازه‌گیری سؤالها در این پرسشنامه پنج گزینه ای و روش امتیازگذاری به ترتیب خیلی پایین=۱ تا خیلی بالا=۵ است. اسلامی و همکاران(۱۳۹۴) در مطالعه ای روایی صوری و محتوایی این پرسشنامه را از طریق ۱۲ نفر از اساتید مورد تأیید قرار داده اند. همچنین با استفاده از آزمون آلفای کرونباخ پایایی پرسشنامه ۰/۸۳ به‌دست آمده است.

داده‌ها با استفاده از روشهای آمار توصیفی، تحلیل واریانس با نرم افزارآماری SPSS-24 تجزیه و تحلیل شده اند.

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-02]

[DOR: 20.1001.1.26766728.1399.17.3.5.1]

یافته‌ها

نمونه آماری مطالعه حاضر، والدین (پدران و مادران) ۹۰ کودک مبتلا به اوتیسم بودند که ۷۴/۴ درصد تحصیلات زیر دیپلم، ۲۰/۶ درصد دیپلم، ۲/۸ درصد فوق‌دیپلم و ۲/۲ درصد والدین تحصیلات کارشناسی داشتند. پدران ۵۴/۴ درصد کودکان، شاغل و ۴۵/۶ درصد بیکار بودند. همچنین از نظر وضعیت اشتغال مادران، ۴۳/۳ درصد خانه‌دار، ۱۷/۸ درصد کارمند، ۲/۲ درصد معلم، ۲۴/۴ درصد شغل آزاد و ۱۲ درصد سایر گزینه را انتخاب کرده بودند. فراوانی و درصد فراوانی نگرش والدین نسبت به توانایی خرید مسکن، قیمت مسکن، وضعیت اقتصادی خانواده و درآمد خانواده در جدول ۱ آمده است. یافته‌ها حاکی از پایین بودن سطح اجتماعی و اقتصادی خانواده دارای کودک مبتلا به اوتیسم است.

جدول ۱ : توزیع فراوانی و درصد فراوانی نگرش والدین کودکان اوتیسم نسبت به توانایی خرید مسکن، قیمت مسکن، وضعیت اقتصادی خانواده و درآمد خانواده

	نگرش نسبت به توانایی خرید مسکن		نگرش نسبت به قیمت مسکن	
	فراوانی	درصد فراوانی	فراوانی	درصد فراوانی
خیلی پایین	۳۲	۳۵/۶	۲۰	۲۲/۲
پایین	۲۸	۳۱/۱	۳۶	۴۰
متوسط	۲۲	۲۴/۴	۲۴	۲۶/۷
بالا	۸	۸/۹	۸	۸/۹
کل	۹۰	۱۰۰	۹۰	۱۰۰
	نگرش نسبت به وضعیت اقتصادی خانواده		نگرش نسبت به درآمد خانواده	
	فراوانی	درصد فراوانی	فراوانی	درصد فراوانی
خیلی پایین	۱۲	۱۳/۳	۱۴	۱۵/۶
پایین	۳۸	۴۲/۲	۳۴	۳۷/۸
متوسط	۳۲	۳۵/۶	۳۰	۳۳/۳
بالا	۸	۸/۹	۱۲	۱۳/۳
کل	۹۰	۱۰۰	۹۰	۱۰۰

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-02]

[DOR: 20.1001.1.26766728.1399.17.3.5.1]

جدول ۲ میانگین و انحراف‌معیار ویژگیهای شخصیتی روان‌نژندی، برونگرایی، انعطاف‌پذیری، توافق‌پذیری و مسئولیت‌پذیری در والدین کودکان مبتلا به اوتیسم را نشان می‌دهد.

جدول ۲: میانگین و انحراف‌معیار ویژگیهای شخصیتی در والدین کودکان مبتلا به اوتیسم

ویژگیهای شخصیتی	میانگین و انحراف معیار
روان نژندی	۲۲/۹۱±۷/۲۳
برونگرایی	۲۵/۸۴±۶/۳۹
انعطاف‌پذیری	۲۳±۴/۳
توافق پذیری	۲۸/۷۷±۵/۱۴
مسئولیت‌پذیری	۳۲/۹۰±۷/۳۵۴

با هدف تعیین تفاوت ویژگیهای شخصیتی والدین کودکان دارای اختلال اوتیسم، ابتدا پیش‌فرضهای مرتبط با آمار پارامتریک و تحلیل واریانس درون آزمودنی مورد آزمون قرار گرفت که خروجی آزمونهای کولموگروف–اسمیرنف نشان‌دهندهٔ نرمال بودن توزیع نمرات ویژگیهای شخصیتی روان‌نژندی، برونگرایی، انعطاف‌پذیری، توافق‌پذیری و مسئولیت‌پذیری است. سطوح عدم معناداری آزمون لوین نیز نشان از همسانی واریانس در متغیرهای وابسته دارد. به منظور آزمودن مفروضه کرویت از آزمون موچلی استفاده شده که نتایج نشان‌دهندهٔ ناهمگونی ماتریس واریانس –کوواریانس در متغیرهای پژوهش است، بنابراین از آزمون محافظه‌کارانه‌تر گرین هاوس گیرز استفاده شد که با هدف تعدیل درجه آزادی برای تفسیر F انجام می‌شود.

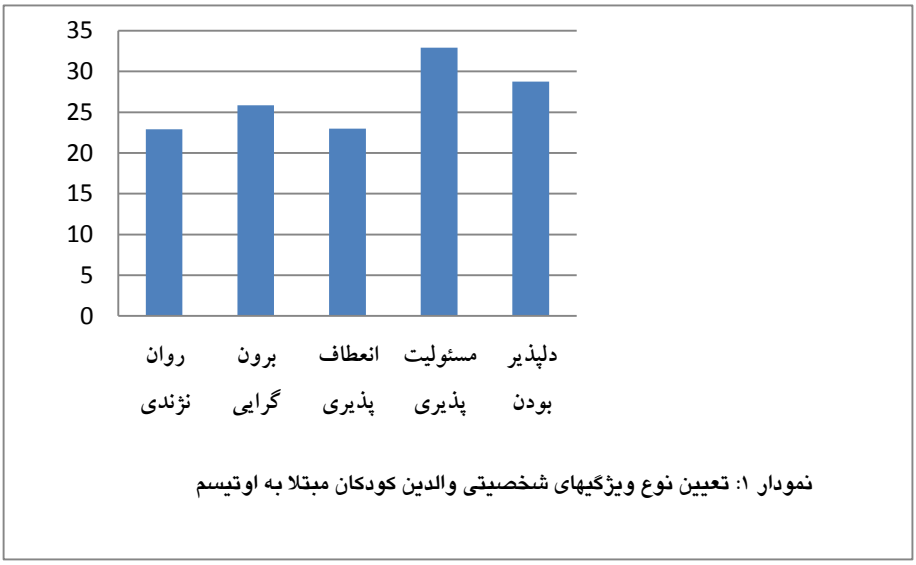
جدول ۳: نتایج تحلیل واریانس مختلط به روش گرین هاوس گیرز

متغیرها	منبع	SS	Df	MS	F	P	مجذور اتا
ویژگیهای شخصیتی	نمره	۶۴۳۳/۸۸	۲/۰۷	۳۱۰۶/۴	۴۱/۹۷	۰/۰۰۰	۰/۳۲۰
	خطا	۱۳۶۴۴/۹	۱۸۴/۳۳	۷۴/۰۲			

بر اساس جدول شمارهٔ ۳ نوع ویژگیهای شخصیتی در میان والدین کودکان مبتلا به اوتیسم متفاوت است. بالاترین میانگین مربوط به ویژگی شخصیتی مسئولیت‌پذیری و کمترین مربوط به روان‌نژندی است و میزان ویژگیهای شخصیتی توافق‌پذیری، انعطاف‌پذیری و برون‌گرایی در حد وسط این دو ویژگی(ویژگی شخصیتی مسئولیت‌پذیری و روان نژندی) است که در نمودار ۱ میزان تفاوتها به صورت واضح‌تر نشان داده شده است.

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-02]

[DOR: 20.1001.1.26766728.1399.17.3.5.1]



نمودار ۱: تعیین نوع ویژگیهای شخصیتی والدین کودکان مبتلا به اوتیسم

جدول ۴ میزان استفاده والدین کودکان مبتلا به اوتیسم از هر کدام از سبکهای مقابله ای را نشان می‌دهد. یافته‌ها بیانگر آن هستند که بیشترین و کمترین سبک مقابله ای مورد استفاده در میان والدین به ترتیب سبک مقابله ای حل مسئله و مهار جسمانی بوده است.

جدول ۴: توزیع فراوانی و درصد فراوانی میزان استفاده والدین از هر کدام از سبکهای مقابله ای

سطح استفاده	متمرکز بر ارزیابی شناختی		متمرکز بر حل مساله	
	فروانی	درصد فروانی	فروانی	درصد فروانی
هیچ وقت	۸	۸/۹	۵	۵/۶
گاهی اوقات	۳۵	۳۸/۹	۲۷	۳۰
اغلب اوقات	۲۸	۳۱/۱۱	۲۷	۳۰
همیشه	۱۹	۲۱/۱۱	۳۱	۳۴/۴
کل	۹۰	۱۰۰	۹۰	۱۰۰
	متمرکز بر هیجان		متمرکز بر جلب حمایت اجتماعی	
	فروانی	درصد فروانی	فروانی	درصد فروانی
هیچ وقت	۲۳	۲۵/۶	۲۴	۲۶/۷
گاهی اوقات	۳۲	۳۵/۶	۳۹	۴۳/۳
اغلب اوقات	۱۶	۱۷/۸	۱۷	۱۸/۹
همیشه	۱۴	۱۵/۶	۱۰	۱۱/۱۱
کل	۹۰	۱۰۰	۹۰	۱۰۰

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-02]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1399.17.3.5.1]

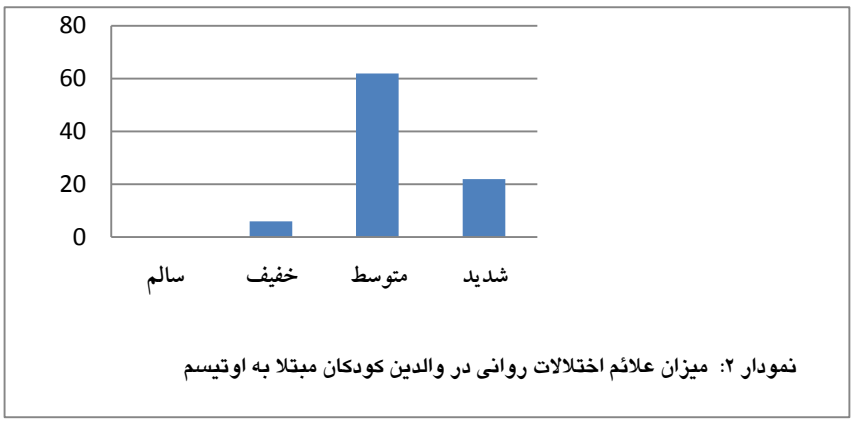
سطح استفاده	مبتی بر مهار جسمانی	
	فراوانی	درصد فراوانی
هیچ وقت	۳۷	۴۱/۱۱
گاهی اوقات	۳۰	۳۳/۳۳
اغلب اوقات	۱۶	۱۷/۸
همیشه	۷	۷/۸
کل	۹۰	۱۰۰

جدول ۵ مربوط به میزان شیوع اختلالات روانی در میان والدین دارای کودک مبتلا به اوتیسم است. یافته‌ها متوسط بودن میزان شیوع اختلالات روانی در میان والدین کودکان مبتلا به اوتیسم را نشان می‌دهند.

جدول ۵: فراوانی و درصد فراوانی میزان علائم اختلالات روانی در والدین کودکان مبتلا به اوتیسم

میزان علائم	فراوانی	درصد فراوانی
سالم	۰	۰
خفیف	۶	۶/۶
متوسط	۶۲	۶۸/۸
شدید	۲۲	۲۴/۴
کل	۹۰	۱۰۰

نمودار ۲ میزان شیوع علائم اختلالات روانی در والدین کودکان مبتلا به اوتیسم را به صورت دقیق نشان می‌دهد.



نمودار ۲: میزان علائم اختلالات روانی در والدین کودکان مبتلا به اوتیسم

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-02]

[DOR: 20.1001.1.26766728.1399.17.3.5.1]

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از اجرای این پژوهش بررسی وضعیت اجتماعی-اقتصادی، سلامت روان، ویژگیهای شخصیتی و سبکهای مقابله ای والدین کودکان اوتیسم بوده است. نتایج حکایت از وضعیت نامناسب اقتصادی، اجتماعی و سلامت روانشناختی والدین کودکان اوتیستیک دارد، به طوری‌که وضعیت اجتماعی-اقتصادی آنها از نظر مسائل مادی و معیشتی مانند خرید مسکن در سطوح پایین یا خیلی پایین است. اکثراً خانواده‌ها تحصیلات زیر دیپلم، درآمد ناکافی، وضعیت نامناسب سکونت و توانایی مالی خیلی پایین دارند. یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد که بار اقتصادی اوتیسم بسیار زیاد و به طور عمده بر دوش خانواده‌هاست(بنسون[1]،۲۰۱۰).

بیماری اوتیسم تأثیر بسیار بر وضعیت اقتصادی خانواده دارد. والدین مجبورند ساعاتی از کار مرخصی بگیرند تا بتوانند به مراقبت از کودکان بپردازند و حتی ممکن است شغل خود را به دلیل به هم خوردن تعادل کار و زندگی از دست بدهند (تونالی و پاور[2]،۲۰۰۲). چون والدین از سلامت روانی کافی برخوردار نیستند، لذا وضعیت اجتماعی-اقتصادی آنها نیز پایین است. این عوامل در تمام ابعاد زندگی تأثیرگذارند (وینکلبی، یاتولیس، فرانک، فورتمن[3]،۱۹۹۲). در زمینهٔ ویژگیهای تشخیصی نتایج نشان داد که از ویژگی تشخیصی، مسئولیت‌پذیری بیشترین فراوانی و روان‌نژندی کمترین فراوانی را دارد. نتایج این پژوهش با تحقیق یانکووسکا، ودارچک، کمبل و شاو[4] (۲۰۱۵) و رستمی، احدی و چراغعلی‌گل(۱۳۹۲) همخوانی دارد. بیماری اوتیسم یک بیماری با جنبه‌های ارثی است و به نظر نمی‌رسد اختلالات تشخیصی علامت برجسته والدین باشد. والدین در برابر کودک خود مسئولیت‌پذیری بالایی دارند، اما برخلاف نتایج این پژوهش، محققان به این نتیجه رسیده اند که میزان روان‌نژندی در والدین کودکان مبتلا به اوتیسم بالاتر است از والدینی که کودک عادی دارند (غباری‌بناب و استیری، ۱۳۸۵).

به نظر می‌رسد در این پژوهش والدین کودکان مبتلا به اوتیسم ابعاد شخصیتی سالم‌تری دارند اما از نظر سلامت روان دارای مشکلات روانی متوسط تا شدید هستند. یافته‌های حاصل از این پژوهش مبتنی بر حل مسأله همسو با نتایج تحقیقات هیستینگز، کووشوف و براون[5] است(۲۰۰۵) که دریافتند برخی از خانواده‌هایی که دارای عضوی با یک اختلال فراگیر تحولی هستند مانند

1. Benson
2. Tunali & Power
3. Winkleby, Jatulis, Frank & Fortmann
4. Jankowska, Włodarczyk, Campbell & Shaw
5. Hastings, Kovoshof & Brown

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-02]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1399.17.3.5.1]

بسیاری از والدین کودکان عادی، به هنگام رویارویی با شرایط دشوار از مقابله مساله–مدار استفاده می‌کنند(هارتلی و شولتز[1]، ۲۰۱۵). شاید این امر به دلیل آگاهی و دانش والدین در مورد اوتیسم و شخصیت نسبتاً سالم آنها باشد. به ویژه در فرهنگ ما امر مراقبت از فرزندان تکلیف شرعی است و اکثر این والدین هنگام رویارویی با شرایط سخت و دشوار از راهبردهای منطقی–شناختی استفاده می‌کنند. نتایج این پژوهش در مورد راهبرد مهار جسمانی مغایر با پژوهش گیل و هریس است(گیل و هریس[2]،۱۹۹۱). برای کنار آمدن با شرایط موجود، والدین سعی در استفاده کمتر از راهبردهای متمرکز بر مهار جسمانی دارند. یعنی بیشتر مقابلهٔ شناختی مساله–مدار و مؤثر دارند که در خور توجه است. نمی‌توان گفت هر والدی که کودک معلول دارد دارای مقابله‌های نامؤثر است، این امر ارتباط بسیار با متغیرهای شخصیتی کنترل، مبارزه‌جویی، مسئولیت‌پذیری، تعهد و انعطاف‌پذیری والدین دارد (شکوهی‌یکتا، غباری‌بناب، علیمحمدی‌ملایری، زمانی و پورکریمی، ۲۰۱۵). همین امر سبب می‌شود که والدین از حس انسجام و یکپارچگی بیشتری برخوردار باشند و عوامل استرس زا را به مثابه یک مساله قابل حل درک کنند و آشفتگی هیجانی آنها کاهش یابد. استفاده از راهبرد مساله– مدار فرایندهای ذهنی فرد را فعال می‌کند و این فعالیت شناختی، سبب گستردگی دیدگاه فرد نسبت به حل مساله و منبع استرس می‌شود(تووی، کانلی و نواک[3]، ۲۰۰۷؛ پوک، توشن–کافیر، کوبک، اسهیل و کروازِ[4]،۲۰۰۵). تحقیقات نشان داده است که میان مسئولیت‌پذیری و سبک مقابله ای مساله–مدار، رابطه ای مثبت و معنادار وجود دارد که این یافته از نتایج این مطالعه حمایت می‌کند (استیگر،گوندولی و موریسی[5]،۲۰۱۳). در نتیجه احتمال رسیدن به راه‌حل مؤثر و مقابله با استرس افزایش می‌یابد. استفاده از راهبرد مقابله‌ای مساله– مدار سبب می‌شود که کودکان آنها از رفتار سازشی بالاتری برخوردار شوند. پژوهشهای گوناگون نشان داده اند که والدین دارای کودکان ناتوان و معلول با چالشهای بسیار در پرورش کودکان روبه‌رو هستند و ناسازگاری خانوادگی و والدینی بیشتری دارند(تریپاتی[6]، ۲۰۱۵). همچنین پژوهشها نشان داده‌اند که وجود یک کودک معلول سبب محدودیت روابط اجتماعی خانواده می‌شود. هرچقدر شدت اختلال بیشتر باشد و والدین از سلامت روانی، وضعیت خوب اجتماعی–اقتصادی و شخصیت نسبتاً نرمال برخوردار نباشند، اوقات فراغت والدین و خانواده محدودتر و دامنهٔ ارتباطات اجتماعی تنگ‌تر می‌شود

1. Hartley & Schultz
2. Gill & Harris
3. Twoy, Connolly & Novak
4. Pook, Tuschen-Caffier, Kubek, Schil & Krause
5. Steeger, Gondoli & Morrissey
6. Tripathi

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-02]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1399.17.3.5.1]

(ولرات و تورگرسن[1]،۲۰۰۰؛ مالیارس، بونن، لامبرختس، وان لیون و نونس[2]،۲۰۱۴). پژوهشها نشان می‌دهند که منابع متعددی مانند ویژگیهای شخصیتی سبب می‌شوند که افراد در مواجهه با فشارهای روانی، واکنشهایی متفاوت نشان دهند. از طرفی هم سبک مقابله‌ای والدین بستگی دارد به ارزیابی شناختی آنان از مساله و نیز به منابعی که برای کنار آمدن با آن در دسترس دارند. در این مطالعه وضعیت مقابله ای والدین متمرکز بر راهبرد حل مساله بوده است. با توجه به استرس زیادی که والدین دارند سطح سلامت روان آنها متوسط است. در پژوهشی که محققان به منظور بررسی سلامت روان والدین کودکان اوتیستیک انجام دادند، دریافتند که تفاوتی معنادار میان مادران کودکان اوتیستیک و سالم از لحاظ سلامت روان آنها وجود ندارد (دابروسکا و پیسولا[3]، ۲۰۱۰). به نظر می‌رسد والدین توانایی بیشتر و کافی در مهار کردن فشار روانی دارند و کمتر از شیوه‌های مقابله هیجان‌مدار استفاده می‌کنند، زیرا آگاهی و دانش آنها نسبت به سالهای دور بر اثر پیشرفت علم افزایش یافته است. درمانگران، روان‌شناسان و روان‌پزشکان بیشتری نسبت به زمانهای قبل دارند و آسان‌تر به خدمات درمانی دسترسی دارند (بنسون، ۲۰۱۰؛ بنسون، ۲۰۱۲).

محدودیتها

محدودیتهای این پژوهش عبارت بودند از عدم همکاری بعضی از والدین کودکان اوتیستیک و زیاد بودن تعداد سؤالات و ایجاد خستگی در آزمودنیها. همچنین روش خودگزارشی در تکمیل پرسشنامه‌ها ممکن است واریانس نمرات را تحت تأثیر قرار داده باشد. در ضمن پژوهش مقطعی بوده است، بنابراین روابط علت و معلولی را بیان نمی‌کند.

پیشنهادها

پیشنهاد می‌شود که بررسی وضعیت روانی، اقتصادی-اجتماعی، ویژگیهای شخصیتی و سبکهای مقابله‌ای در نمونه ای وسیع‌تر به صورت روش همبستگی یا مقایسه متغیرهای فوق با والدین سایر اختلالات روان‌پزشکی، غیرروان‌پزشکی در سطح استانی یا کشور صورت گیرد. همچنین بررسی راهبردهای مقابله‌ای، ویژگیهای شخصیتی و وضعیت سلامت روان در کل اعضای خانواده صورت گیرد و دوره‌هایی به منظور آموزش خانواده و مشاوره روان‌شناختی برای همهٔ اعضای خانواده برگزار شود.

1. Vollrath & Torgersen
2. Maljaars, Boonen, Lambrechts, Van Leeuwen & Noens
3. Dabrowska & Pisula

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-02]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1399.17.3.5.1]

به طور کلی نتایج این پژوهش می‌تواند توجه متخصصان بهداشت روان را به حمایت و تدوین برنامه‌هایی در زمینهٔ شناخت، پژوهش، حمایت والدین، پیشگیری و درمان جلب کند، زیرا وجود یک فرد بیمار در خانواده در کل سیستم خانواده تأثیر ناخوشایند و منفی می‌گذارد و مشخص شد که والدین کودکان اوتیستیک به‌خلاف باور اکثر مردم، افرادی مجزا از جامعه نیستند. سلامت روان، ویژگیهای شخصیتی و راهبردهای مقابله‌ای و وضعیت اجتماعی–اقتصادی والدین کودکان مبتلا به اوتیسم با وجود استرس، مشکلات و بار اقتصادی زیاد از نظر سایر متغیرها با سایر والدین که فرد بیمار در خانواده ندارد، چندان تفاوت ندارد.

قدردانی

از همهٔ والدین کودکان مبتلا به اوتیسم و دست اندرکاران پروژه آبی‌لر[1] که در این پژوهش همکاری و مشارکت فعال داشتند سپاسگزاریم. این مطالعه بر اساس طرح تحقیقاتی با کد اخلاق IR.TBZMED.REC.1397.633 مصوب مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تبریز انجام شده است.

1. ABBILAR: Azeri Blue Buddies: Interdisciplinary Longitudinal Autism Research

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-02]

[DOR: 20.1001.1.26766728.1399.17.3.5.1]

منابع

اسلامی شهربابکی، مهین و ایرانپور، محدثه. (۱۳۹۴). مشکلات دسترسی کودکان مبتلا به اوتیسم و والدین آنها به خدمات درمانی و توان‌بخشی در ایران. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۲۱(۱)،۷۹-۸۱.

حسینی قدمگاهی، جواد؛ دژکام، محمود؛ بیان‌زاده، سیداکبر و فیض، ابوالحسن. (۱۳۷۷). کیفیت روابط اجتماعی، میزان استرس و راهبردهای مقابله با آن در بیماران عروقی قلب. *اندیشه و رفتار*، ۴(۱)،۱۴-۲۵.

رستمی، امیرمسعود؛ احدی، حسن و چراغعلی‌گل، هایده. (۱۳۹۲). پیش‌بینی راهبردهای مقابله با استرس بر اساس ویژگی‌های شخصیتی وابستگان مواد محرک. *اعتیادپژوهی*، ۷(۲۶)،۱۱۱-۱۲۱.

غباری‌بناب، باقر و استیری، زهره. (۱۳۸۵). مقایسه ویژگیهای شخصیتی و سبک دلبستگی در مادران کودکان با اختلال در خودماندگی و مادران کودکان عادی. *پژوهش در حیطه کودکان استثنایی*،۶(۳) ،۷۸۷-۸۰۴.

گروسی‌فرشی، تقی. (۱۳۸۰). *رویکردی نوین در ارزیابی شخصیت (کاربرد تحلیل عاملی در مطالعات شخصیت)*. تهران: انتشارات دانیال.

نجاریان، بهمن و داوودی، ایران. (۱۳۸۰). ساخت و اعتباریابی SCL-25 (فرم کوتاه مدت SCL- 90-R). *مجله روان شناسی*، ۵(۲)،۱۳۶-۱۴۹.

Benson, P. R. (2010). Coping, distress, and well-being in mothers of children with autism. *Research in Autism Spectrum Disorders*, *4*(2), 217-228.

_____. (2012). Network characteristics, perceived social support, and psychological adjustment in mothers of children with autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *42*(12), 2597-2610.

Buescher, A.V., Cidav, Z., Knapp, M., & Mandell, D.S. (2014). Costs of autism spectrum disorders in the United Kingdom and the United States. *JAMA Pediatrics*, *168*(8),721-728.

Dabrowska, A., & Pisula, E. (2010). Parenting stress and coping styles in mothers and fathers of pre-school children with autism and Down syndrome. *Journal of Intellectual Disability Research*, *54*(3), 266-280.

Fundukian, L. J., & Wilson, J. (2008). *The Gale encyclopedia of mental health*. Thomson Gale.

Gill, M. J., & Harris, S. L. (1991). Hardiness & social support as predictors of psychological discomfort in mothers of children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *21*(4), 407-416.

Haren, E. G., & Mitchell, C. W. (2003). Relationship between the Five Factor Personality Model and coping styles. *Psychology & Education: An Interdisciplinary Journal*, *40*(1), 38-49.

Hartley, S., & Schultz, H. (2015). Support needs of fathers and mothers of children and adolescents with autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *45*(6), 1636-1648.

Hastings, R. P., Kovoshof, H., & Brown, T. (2005). Coping strategies in mothers and fathers of preschool & school-age children with autism. *Autism*, *9*(4), 377-391.

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-02]

[DOR: 20.1001.1.26766728.1399.17.3.5.1]

Jankowska, A. M., Włodarczyk, A., Campbell, C., & Shaw, S. (2015). Parental attitudes and personality traits, self-efficacy, stress, and coping strategies among mothers of children with cerebral palsy. *Health Psychology Report, 3*(3), 246-259.

Järbrink, K. (2007). The economic consequences of autistic spectrum disorder among children in a Swedish municipality. *Autism, 11*, 453-463.

Kunihira, Y., Senju A., Dairoku, H., Wakabayashi, A., & Hasegawa, T. (2006). "Autistic" traits in non-autistic Japanese populations: Relationships with personality traits and cognitive ability. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *36*(4), 553-566.

Maljaars, J., Boonen, H., Lambrechts, G., Van Leeuwen, K., & Noens, I. (2014). Maternal parenting behavior and child behavior problems in families of children and adolescents with autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *44*(3), 501-512.

Peeters, T., & Gillberg, C. (1999). *Autism: Medical and educational aspects* (2nd ed.). Wiley.

Petrina, N., Carter, M., & Stephenson, J. (2015). Parental perception of the importance of friendship and other outcome priorities in children with autism spectrum disorder. *European Journal of Special Needs Education*, *30*(1), *61*-74.

Pook, M., Tuschen-Caffier, B., Kubek, J., Schil, W. B., & Krause, W. (2005). Personality, coping and sperm count. *Andrologia*, *37*(1), 29-35

Reichow, B., Kogan, C., Barbui, C., Barbui, C., Smith, I., Yasamy, M. T., & Servili, C. (2014). Parent skills training for parents of children or adults with developmental disorders: Systematic review and meta-analysis protocol. *BMJ Open*, *4*(8), e005799.

Shelton, J. F., Tancredi, D. J., & Hertz-Picciotto, I. (2010). Independent and dependent contributions of advanced maternal and paternal ages to autism risk. *Autism Research*, *3*(1), 30-39.

Shokoohi-Yekta, M., Ghobary-Bonab, B., Alimohammadi Malayeri, S., Zamani, N., & Pourkarimi, J. (2015). The relationship between anger and coping strategies of mothers of children with special needs. *Procedia-Social and Behavioral Sciences, 205*, 140-144.

Smart, L. K. (2016). *Parenting self-efficacy in parents of children with autism spectrum disorders.* PhD dissertation, Department of Psychology, Brigham Young University. Theses and Dissertations. 5842. https://scholarsarchive.byu.edu/etd/5842

Steeger, C. M., Gondoli, D. M., & Morrissey, R. A. (2013). Maternal avoidant coping mediates the effect of parenting stress on depressive symptoms during early adolescence. *Journal of Child and Family Studies*, *22*(7), 952-961.

Tripathi, N. (2015). Parenting style and parents' level of stress having children with autistic spectrum disorder (CWASD): A study based on Northern India. *Journal of Neuropsychiatry*, *5*(1), 42-49.

Tunali, B., & Power, T. G. (2002). Coping by redefinition: Cognitive appraisals in mothers of children with autism and children without autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 32*(1), 25-34.

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-02]

[DOR: 20.1001.1.26766728.1399.17.3.5.1]

Twoy, R., Connolly, P. M., & Novak, J. (2007). Coping strategies used by parents of children with autism. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners, 19*(5), 251-260.

Vollrath, M., & Torgersen, S. (2000). Personality types and coping. *Personality and Individual Differences, 29*(2), 367-378.

Winkleby, M. A., Jatulis, D. E., Frank, E., & Fortmann, S. P. (1992).Socioeconomic status and health: How education, income, and occupation contribute to risk factors for cardiovascular disease. *American Journal of Public Health, 82(*6), 816-820.

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-02]

[DOR: 20.1001.1.26766728.1399.17.3.5.1]