

مقایسه استرس والدگری و رضایت زناشویی در مادران کودکان مبتلا به طیف اتیسم و مادران کودکان سالم

محمد رضا مسجدسرایي*؛ محمد حسن صدقی؛ غلامعلی افروز^۲

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: پژوهش حاضر به بررسی و مقایسه استرس والدگری و رضایت زناشویی در مادران کودکان مبتلا به اختلال طیف اتیسم و مادران کودکان سالم پرداخت.

روش پژوهش: جامعه‌ی آماری این پژوهش شامل تمامی مادران کودکان سالم و مادران کودکان مبتلا به اختلال طیف اتیسم بودند که در زمان اجرای تحقیق به مراکز سازمان‌دهی، درمان و توان‌بخشی اختلالات اتیستیک مناطق ۵ و ۶ شهر تهران مراجعه کردند. تعداد اعضای نمونه شامل ۵۰ نفر از مادران کودکان سالم و ۵۰ نفر از مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال طیف اتیسم بودند که به مراکز انتخاب‌شده در مناطق ۵ و ۶ شهر تهران مراجعه کردند و در پژوهش شرکت نمودند. در این پژوهش از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد و حجم نمونه براساس پیشینه پژوهش‌های مشابه تعیین شد. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه‌ی استرس والدگری بری جونز (۱۹۹۵) و پرسشنامه‌ی رضایت زناشویی افروز (۱۳۸۷) بود. داده‌ها با استفاده از مدل‌های آماری T دو گروه مستقل و تحلیل واریانس چند متغیره مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد که بین استرس والدگری و رضایت زناشویی مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال طیف اتیسم و مادران کودکان عادی تفاوت معناداری وجود دارد. مادران کودک طیف اتیسم استرس والدگری بالاتر و رضایت زناشویی پایین‌تری نسبت به مادران کودکان سالم داشتند.

بحث و نتیجه‌گیری: نتایج پژوهش نشان داده بین مادران کودکان طیف اتیسم و مادران کودکان سالم از نظر استرس والدگری و رضایت‌مندی زوجیت تفاوت معنادار وجود دارد و مادران کودکان طیف اتیسم نسبت به مادران کودکان عادی در زندگی از رضایت‌مندی زوجیت پایین‌تری برخوردار هستند.

کلیدواژه‌ها: استرس والدگری، رضامندی زوجیت، اختلال طیف اتیسم، کودکان، مادر

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۱/۲۳ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۲/۵

*. دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران

۲. دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشگاه آزاد واحد الکترونیک، تهران، ایران

۳. استاد تمام گروه روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشگاه تهران، تهران، ایران

مقدمه

راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی^۱ اختلالات طیف اتیسم^۲ را تحت مقوله گسترده اختلالات فراگیر تحولی آورده است. اصطلاح اختلالات طیف اتیسم به همه اختلالات در مقوله فراگیر تحولی که دامنه گسترده‌ای از شدت و نقایص کارکردی را در برمی‌گیرد اشاره دارد (هابنر و دان^۳؛ ۲۰۱۳). اختلالات فراگیر رشد شامل گروهی از اختلالات روانی هستند که در آن‌ها تخریب در مهارت‌های تعامل اجتماعی، رشد زبان و گستره رفتاری وجود دارد (کاپلان و سادوک^۴؛ ۲۰۰۳). اختلال اتیسم مشهورترین اختلال این زمینه است. اختلال اتیسم اختلالی تحولی است که نقص در برقراری ارتباط^۵ رفتارهای قالبی و اختلال قابل توجه در مهارت‌های اجتماعی و محدودیت چشگیر فعالیت‌ها و علایق از ویژگی‌های اصلی آن است (فینستین^۶؛ ۲۰۱۳؛ کاپلان و سادوک^۴؛ ۲۰۰۳). افزون بر این موارد، ویرایش پنجم راهنمایی تشخیصی و آماری بیماری‌های روانی، مشکلات حسی^۷ اختلال اتیسم را به عنوان یکی دیگر از شاخص‌های جدید در تشخیص این اختلال معرفی می‌کند. شایان ذکر است که مشکلاتی چون کم‌توانی ذهنی، مشکلات رفتاری و آسیب‌های روانی همبود، نقایص همراه این اختلال را وخیم‌تر می‌سازد. برخی از مطالعات نشان می‌دهند که وظیفه مراقبت از کودکی که در جنبه‌های مختلف ناتوانی دارد با سطوح بالای استرس همراه است (خرم‌آبادی و همکاران^۸؛ ۱۳۸۸).

تولد یک کودک معمولاً رویدادی شادی‌آور و هیجان بخش است. از سوی دیگر تولد کودک به همراه خود چالش‌ها و مسئولیت‌های جدیدی برای والدین به وجود آورده و آن‌ها را ملزوم به سازگاری با عضو جدید خانواده می‌نماید. وجود کودک استثنایی در یک خانواده اغلب آسیب‌های جبران‌ناپذیری را بر خانواده وارد می‌کند. میزان آسیب‌پذیری خانواده در مقابل این ضایعه به حدی است که وضعیت سلامت روانی خانواده دچار آسیب شدیدی می‌شود (نریمانی و همکاران^۹؛ ۱۳۸۶). به طور که به محض آگاهی والدین از ناتوانی فرزند خود تمام آرزوها و امیدها به یاس مبدل می‌گردد و مشکلات والدین شروع می‌شود (پسیولا^{۱۰}؛ ۲۰۰۶). این مشکلات می‌تواند شامل مواردی مانند هماهنگ کردن وظایف معمول با برنامه‌های درمانی کودک، سازگاری عاطفی با فرزند متفاوت (پین^{۱۱}؛ ۱۹۹۹ به نقل از ریئس دانا و همکاران^{۱۲}؛ ۱۳۸۸)، صرف زمان زیاد برای تعیین درمان، فراهم کردن مراقبت‌ها در خانه، پرداختن به مشکلات مدرسه و رسیدگی به مشکلات

^۱ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder

^۲ Autism Spectrum Disorder

^۳ Huenber, R. A., & Dunn, W

^۴ Kaplan, H. I., & Sadock, B. J

^۵ Communication

^۶ Social Skills

^۷ Feinstein, A

^۸ Sensory Integration

^۹ Pisula, E

^{۱۰} Pin, H

رفتاری کودک کم‌توان (بیکر و همکاران، ۲۰۰۲)، استرس والدگری و کاهش رضایت زناشویی (آکو ستا و پیرل، ۲۰۰۳) باشد.

از سوی دیگر مراقبت‌های ویژه کودک دارای اختلال طیف اتیسم بار مالی خود را به خانواده تحمیل می‌کند و استرس به والدین این کودکان به‌خصوص مادران آن‌ها وارد می‌کند. هاتسیگز و همکاران (۲۰۰۵)، نشان دادند که سطوح تنیدگی خانواده‌های کودکان دارای اختلال طیف اتیسم و خصوصاً مادران آنان بالاتر از سطح متوسط جامعه است چراکه مادر اولین شخصی است که به‌طور مستقیم با کودک ارتباط برقرار می‌کند و احساسی مثل گناه و تقصیر، ناکامی و محرومیت ناشی از عادی نبودن کودک می‌تواند سبب گوشه‌گیری مادر و عدم علاقه به برقراری رابطه با محیط و همچنین پایین آمدن عزت‌نفس، بروز افسردگی و به خطر افتادن سلامت روانی مادر و کاهش رضایتمندی زناشویی شود. (نریمانی همکاران، ۱۳۸۶). وجود کودک ناتوان، سازش یافتگی و سلامت جسمی و روانی مادر را تهدید می‌کند و غالباً تأثیر منفی بر وی می‌گذارد (گوپتا و سینگل، ۲۰۰۴). مادران تمایل دارند احساسات خود را تخلیه کنند. این مادران از صحبت کردن با دوستان و خانواده‌ها به‌عنوان راهی برای کنار آمدن با هیجان‌هایشان استفاده می‌کنند (گری، ۲۰۰۳). مطالعات نشان می‌دهند که والدین و به‌ویژه مادران این کودکان در معرض مشکلات مربوط به بهداشت روانی هستند. شواهدی وجود دارد که سطح بالای تنیدگی با تکلیف مراقبت از کودک با ناتوانی‌های مختلف از جامعه اتیسم همراه است (افشاری، ۱۳۸۳). تجارب آزارنده متمرکز بر نظریات، بر تنش‌های خفیف تا متوسطی متمرکز است که یک خانواده به طور معمول طی روز یا هفته در زندگی با کودکان و نوجوانان تجربه می‌کنند (پی‌وی، هریس، ۲۰۱۸).

آبیدین (۱۹۹۳)، استرس والدگری را اثر تعاملی خصوصیات اصلی و آشکار والدین (مانند افسردگی، احساس صلاحیت، سلامت، روابط توأم با کودک، روابط همسر و محدودیت ناشی از نقش‌پذیری یا مادری کردن) با خصوصیات کودک (مانند سازش‌پذیری، پذیرگی فزون‌کنشی و تقویت‌گری) می‌داند. او همچنین معتقد است که ویژگی‌های والد و کودک همراه با متغیرهای بیرونی و عوامل تنیدگی‌زای زندگی (طلاق و مشکلات شغلی و...) دلیل افزایش احتمال نارسانا کنش‌ورزی و استرس والدگری است. استرس والدگری می‌تواند منجر به کاهش سلامت روانی و بهزیستی والدین شود. همچنین اثرات بلندمدت بر سلامتی

۱ Baker, B. L., & colleague

۲ Acosta, M. T., Pearl, P. L

۳ Hastings, R. P

۴ Gupta, A., Singhl, N

۵ Gray, D

۶ PV, A. H., Haris

۷ Abidin, R. R

کودکان دارد (هیگینز و همکاران، ۲۰۰۵). پیشنهاد شده است که استرس والدگری تأثیر بیشتری روی والدین و رشد کودک نسبت به سایر استرس‌ها دارد (هالی و همکاران، ۲۰۱۹). افزایش استرس مادر بر رشد هیجانی و رفتاری کودکان تأثیر مهمی دارد (آیدین و برونر، ۱۹۹۵). استرس والدگری حاد و مزمن، والد و کودک را در خطر فزاینده تجربه مشکلات ارتباطی و روانشناختی قرار می‌دهد و مستقیماً بر روی رشد عاطفی-اجتماعی و دلبستگی کودک اثرات منفی می‌گذارد (ماساریک، کنگر، ۲۰۱۷). والدگری وظیفه‌ی پرستاری است و والدگری برای کودکی که نیازهای ویژه‌ای دارد، استرس‌زاترین واقعه‌ای است که رخ می‌دهد. تولد یک کودک در شرایطی که به طور ذاتی، موجب تغییراتی در مبادلات عاطفی و رفتاری بین زوجین می‌شود، تولد کودکی با مشکلات رشد یا روانشناختی تکلیفی به مراتب برای والدین استرس‌زا محسوب می‌شود، حتی با بالغ شدن این کودکان، عدم سازگاری والدین با ناتوانی‌های این فرزندان همچنان باقی می‌ماند، به گونه‌ای که با فشارهای هیجانی چون گناه یا احساس شرم دست به گریبانند (پاولوس، ۲۰۱۶). خانواده‌هایی که کودکانی با نیازهای مراقبتی ویژه دارند، زندگی را متفاوت از سایر خانواده‌ها تجربه می‌کنند. مادران بار مراقبتی بالایی را تحمل می‌کنند و ممکن است احساس کنند که کودک تمام وقت آن‌ها را می‌گیرد و استرس بالایی در هنگام مراقبت از کودک تجربه می‌کنند (مواد، ۲۰۱۲). خانواده‌های کودکان مبتلا به اتیسم با چالش‌هایی به طور مداوم روبه‌رو هستند که می‌تواند زندگی خانوادگی را در جنبه‌های مختلف تحت تأثیر قرار دهد به طور مثال، برای فعالیت‌های مربوط به کودک زمان تخصیص داده شده، ممکن است عملکرد والدین در فعالیت‌های دیگر را محدود نماید (هیسائو، ۲۰۱۸).

تنیدگی‌ها (رجبی دماوندی و همکاران ۱۳۸۸) در مادران کودکان استثنایی به مراتب بیشتر از مادران گروه عادی است. دریافت که مادران کودکان طیف اتیسم مقابله‌ای مسئله‌مدار بالاتر، پریشانی روان‌شناختی کمتر و رابطه‌ی مادر-فرزند صمیمی را پیش‌بینی می‌کند درحالی‌که مقابله‌ی هیجان‌مدار بالاتر، پریشانی روان‌شناختی بالاتر و رابطه‌ی ضعیف مادر-فرزند را پیش‌بینی می‌کند (پوتی و اینگرام، ۲۰۰۸). تحقیقات نشان داده‌اند که والدین دارای کودکان مبتلا به اتیسم مشابه سایر کودکانی که نیازهای ویژه دارند استرس بالاتری را تجربه می‌کنند (آلن، ۲۰۱۳). این میزان از استرس والدگری نسبت به سایر جمعیت‌ها از جمله مادران کودکان سندرم داون، کم‌توانی ذهنی و ناتوانی‌های یادگیری نیز بالاتر

۱ Higgins, D. J

۲ Holly, L. E., & colleague

۳ Burnner, J. F

۴ Masarik, A. S., Conger, R. D

۵ Pawlus, B

۶ Moawad, G. E

۷ Hsiao, Y. J

۸ Pottie, C. G., Ingram, K. M

۹ Allen, K. A., & colleague

گزارش شده است. میزان تجربه استرس والدگری با توجه به سن کودکان و سطح کارکرد کودکان متفاوت هست. همچنین در پرورش کودکان با نیازهای ویژه، والدین چنین کودکانی نسبت به والدین بهنجار از سطح استرس بالاتری برخوردار می‌باشند (دوربان و همکاران؛ ۲۰۱۲). تجربه تنیدگی والدین توسط پژوهشگر مختلف نشان دادند که والدگری برای هر دو والد تنیدگی‌زا است اما مادران بیش از پدران تنیدگی والدین را تجربه می‌کنند. پژوهش‌های دیگر بیانگر این است که مادران کودکان با ناتوانی ممکن است توسط مشکلات کودکان در هم شکند و با احساسات منفی نسبت به توانایی‌هایشان در رسیدن به هدف‌ها و از دست دادن امیدشان دچار نگرانی شوند. میزان تجربه و استرس والدگری با توجه به سن کودکان و سطح کارکرد کودکان متفاوت است (اوگستون و همکاران؛ ۲۰۱۱).

یکی دیگر از متغیرها که می‌تواند به شکل منفی تحت تأثیر ناتوانی کودکان قرار گیرد، رضایت زناشویی هست. برون (۲۰۱۳) رضایت زناشویی را « ارزیابی ذهنی یک فرد از ماهیت کلی ازدواج » تعریف کرده است. رضامندی زوجیت؛ ویژگی مختص زوجین است که نشان می‌دهد که هر کدام چگونه ازدواجشان را ارزیابی می‌کنند (شرایوسکا؛ ۲۰۱۳). محققان برقراری ارتباط مؤثر با طرف مقابل، عدم عصبانیت، حفظ استقلال فردی زن و مرد ضمن مشارکت باهم، قبولی سختی‌ها و آمادگی برای مواجهه با مشکلات زندگی و کنار هم بودن در روزهای خوشی و سختی و تأکید و توجه به نکات مثبت و شخصیت همسر، ابراز دوستی و اهمیت دادن به یکدیگر را از عوامل در استمرار زندگی مشترک و رضایت زن و مرد دانسته‌اند (صافی؛ ۱۳۷۴). ارتباط صحیح کلامی و غیر کلامی اساس یک زندگی زناشویی موفق است. زن مردی که از داشتن یک ارتباط صحیح با یکدیگر و دیگر افراد خانواده محروم هستند، دارای نشانه‌های رفتاری ویژه‌ای می‌باشند که از جمله می‌توان به یاس، ناامیدی و درماندگی زن یا شوهر، وجود تعارض بین زن و شوهر، داشتن انواع مشکلات در زمینه‌های مالی، جنسی، رفتاری، نرخ پایین تقویت یکدیگر، نبود رضایت و خشنودی از زندگی زناشویی، شکایت و انتقاد از یکدیگر و ... اشاره کرد که سرانجام سلامت روانی افراد خانواده را مورد تهدید قرار می‌دهد (نوابی نژاد؛ ۱۳۷۶). رضایت از زندگی وقتی وجود دارد که وضعیت فرد در روابط مطابق با آنچه وی انتظار دارد منطبق باشد و نارضایتی از زندگی وقتی اتفاق می‌افتد که وضعیت وجود فرد در روابط خانوادگی با وضعیت مورد انتظار و دلخواه فرد منطبق نباشد (وینچ، ۲۰۰۰). ارتباط با همسر جنبه‌ی مرکزی زندگی عاطفی و اجتماعی یک شخص است و نارضایتی زناشویی به توانایی زن و شوهر برای برقراری روابط رضایت‌آمیز با بچه‌ها و سایر اشخاص خارج از خانواده آسیب می‌رساند (معمدین، ۱۳۸۳). تحقیقات مختلفی به تأثیر وجود کودک ناتوان بر رضایت زناشویی والدین پی برده‌اند. نتایج تحقیقات نشان می‌دهد که تفاوت معناداری بین رضایت زناشویی والدین کودکان استثنایی و عادی وجود دارد و کودک ناتوان بر رضایت زناشویی سازگاری والدین اثر می‌گذارد. استرس داشتن یک کودک در خود مانده می‌تواند به طور منفی روابط زوجین را نیز تحت تأثیر قرار دهد. والدین کودک طیف

۱ Durban, J. M., & colleague

۲ Ogston, P.L., & colleague

۳ Brown, M. D

۴ Sharaievska, I



اتیسیم نسبت به تمامی والدین دیگر روابط رضایت بخش کمتری دارند و به احتمال بیشتری طلاق و رضایت زناشویی کمتری را نسبت به سایر والدین تجربه می کنند (مانسیل و همکاران، ۲۰۰۹). السون، دی فرین و اسکگراند (۲۰۱۰) نشان دادند که احساس شادکامی و رضایت زوجین پیش از تولد اولین فرزند افزایش، کاهش پس از تولد و با بزرگ شدن فرزندان در میانسالی، مجدداً افزایش می یابد و این بر آیند زناشویی در والدین به ویژه در والدین با فرزند دارای ناتوانی می تواند در مواجهه با شرایط استرس زا نقش محافظت کننده را برای زوجین و نقش حمایت کننده را برای فرزند ایفا کند (الشیراوی، ۲۰۱۸).

همچنین مادران کودکان طیف اتیسیم در مقایسه با مادران کودکان مبتلا به سندرم دان رضایت زناشویی پایین تری دارند (میلز، ۲۰۱۴).

با توجه به اطلاعاتی که مرور شد، مشکلات خانواده های دارای فرزند اتیسیم بی شمار است و روز به روز به تعداد و کیفیت آن ها افزوده می شود. در پژوهش پیش رو، تلاش کردیم تا میزان رضایت زناشویی در مادران کودکان دارای اتیسیم و مادران کودکان عادی را با استرس والدگری آن ها مقایسه کنیم تا متوجه شویم که آیا بین این دو مولفه در مادران دارای فرزند عادی و مادران دارای فرزند اتیسیم، تفاوتی وجود دارد یا خیر. امید است نتایج این پژوهش راهنمای مولفان آینده در این زمینه باشد. فرضیه های این پژوهش به قرار زیر است:

۱. رضایت زناشویی مادران کودکان مبتلا به طیف اتیسیم تفاوت معناداری با مادران کودکان سالم دارد.
۲. استرس والدگری مادران دارای کودکان اتیسیم تفاوت معناداری با مادران دارای کودکان سالم دارد.

روش پژوهش

پژوهش حاضر از نظر هدف در دسته ی تحقیقات کاربردی قرار می گیرد. همچنین با توجه به متغیرهای پژوهش و ماهیت موضوع که به مقایسه استرس والدگری و رضایت مندی زوجیت در مادران کودکان مبتلا به طیف اتیسیم (در خود مانده) و مادران کودکان سالم می پردازد و همچنین اهدافی که در نظر گرفته شده است، طرح پژوهش حاضر طرح توصیفی از نوع همبستگی بود.

جامعه آماری شامل تمامی مادران کودکان مبتلا به اختلال اتیسیم بود که در زمان اجرای تحقیق به مراکز سازمان دهی، درمان و توان بخشی اختلالات اتیسیم در مناطق ۵ و ۶ شهر تهران مراجعه کردند. همچنین شامل تمامی کودکان بهنجار در مناطق ۵ و ۶ شهر تهران بود. حجم نمونه بر اساس پیشینه پژوهش های مشابه معین گردید.

شیوه ی نمونه گیری در پژوهش حاضر، نمونه گیری خوشه ای تصادفی با نمونه در دسترس بود. بدین ترتیب که ابتدا از بین مناطق تهران، مناطق ۵ و ۶ انتخاب شده و سپس از بین مراکز درمانی و توان بخشی

۱ Mancil, G. R., & colleague

۲ Elson, & colleague

۳ Al-Shirawi, M. E

۴ Mills, K

کودکان این مناطق، انجمن ایتسم ایرانیان در منطقه ۵ و مرکز خیریه ایتسم ایران در منطقه ۶ انتخاب شدند و سپس تعداد ۸۰ نفر از مادران دارای فرزند مبتلا به ایتسم که به مراکز انتخاب شده مراجعه کردند به صورت در دسترس انتخاب شدند و در پژوهش شرکت نمودند. همچنین ۸۰ نفر از مادران کودکان سالم نیز به شیوه‌ی در دسترس از دبستان امام حسن عسگری واقع در منطقه پنج تهران انتخاب شدند و پرسشنامه‌ها را تکمیل کردند. اما از این تعداد، برخی از اعضای نمونه در هر دو گروه، پرسشنامه‌ها را تصحیح نکرده بودند و تعدادی از پرسشنامه‌ها نیز به پژوهشگران بازگردانده نشد؛ به همین دلایل تعداد اعضای نمونه به ۵۰ نفر کاهش یافت.

شاخص تنیدگی والدین (PSI):

این مقیاس توسط بری و جونز (۱۹۹۵) ساخته شد و برای سنجش تنیدگی والدین مورد استفاده قرار گرفت. این مقیاس توسط والدین تکمیل می‌شود و دارای ۱۸ گویه است. گویه‌ها خوشایند بودن و جنبه‌های مثبت وظایف والدینی و همچنین جنبه‌های منفی آن را مورد توجه قرار می‌دهند. بعنوان مثال اولین گویه این مقیاس این چنین است: "از نقش خود به عنوان والد خوشحال هستم" و گویه چهارم عبارت است از: "اگر دوباره این امکان را پیدا کردم تصمیم می‌گرفتم بچه دار نشوم". از والدین تقاضای گردد موافقت یا عدم موافقت خود را با هر گویه بر اساس رابطه‌ای که به طور معمول با فرزند خود دارند در یک مقیاس لیکرت شامل: کاملاً مخالف، مخالف، بی‌نظر، موافق، و کاملاً موافق اعلام می‌کنند. هفت گویه یعنی گویه‌های ۱۸، ۱۷، ۷، ۵، ۲، ۱ به صورت معکوس و بقیه به صورت مستقیم نمره داده می‌شوند. حداقل نمره در این مقیاس ۱۸ و حداکثر نمره آن ۹۱ است، هر چقدر نمره آزمودنی در این مقیاس بالاتر باشد نشانه‌ی تنیدگی بیشتر می‌باشد. بری و جونز (۱۹۹۵) اعتبار درونی و اعتبار آزمون-پس از آزمون این مقیاس را به ترتیب ۰/۸۳ و ۰/۸۱ گزارش کرده‌اند. در بررسی مقدماتی که به منظور تعیین اعتبار مقیاس ترجمه شده به زبان فارسی بر روی ۲۳ مادر انجام شد، اعتبار آزمون-پس از آزمون با فاصله زمانی یک هفته ۰/۷۸ به دست آمد. مزیت نسبی این مقیاس در مقایسه با سایر ابزارهای مشابه کمتر بودن تعداد گویه‌های آن و در نتیجه کوتاه تر بودن آن است که استفاده از آن را برای والدین مطلوب ترمی کند (نورآبادی و همکاران، ۱۳۹۱).

مقیاس تجدید نظر شده‌ی رضایتمندی زوجیت افروز: در این مقیاس که توسط افروز در سال ۱۳۸۹ ساخته شده است از آزمودنی خواسته می‌شود تا در قالب طیف لیکرت چهار گزینه‌ای (کاملاً مخالف ۱، مخالف ۲، موافق ۳، کاملاً موافق ۴) در مورد رضایت مندی زناشویی جواب بدهد. هرچه فرد در این آزمون نمره‌ی بیشتری بگیرد، نشان دهنده رضایتمندی زناشویی بالاتر است. هر گویه این مقیاس با توجه به مرور پیشینه‌ی نظری و پژوهشی و سال‌ها تجربه‌ی بالینی و مشاوره در زمینه‌ی رضایتمندی زناشویی، ازدواج و خانواده تنظیم شده است. به منظور بررسی روایی محتوایی هشت متخصص روانشناسان و مشاور با درجه‌ی دکترای در زمینه‌ی مشاوره ازدواج و خانواده پرسش نامه را مورد بررسی قرار دادند و پس از اعمال نظر آنان تعدادی از سوالات حذف شد. سپس در یک مطالعه مقدماتی نظر زوج پیرامون قابل فهم بودن سوالات

بررسی شد و بعد اعمال نظر آنان در نهایت ۱۱۰ سوال انتخاب شد. روایی بدست آمده برای هریک از خرده مقیاس به روش الفای کرونباخ عبارتند از: مؤلفه ی اول ۸۵۷/۰، مؤلفه دوم ۸۱۳/۰، مؤلفه سوم ۸۵۴/۰، مؤلفه چهارم ۸۳۰/۰، مؤلفه پنجم ۸۶۳/۰، مؤلفه ششم ۸۵۳/۰، مؤلفه هفتم ۷۳۱/۰، مؤلفه هشتم ۶۴۶/۰، مؤلفه نهم ۷۴۹/۰ بود و مؤلفه دهم ۷۶۷/۰ به دست آمده است. روایی کل مقیاس نیز ۹۵۷/۰ که نشان دهنده ی روایی بسیار مطلوب پرسشنامه ی رضامندی همسران افروز است (افروز و قدرتی، ۱۳۹۰)

یافته ها

در این پژوهش، به مقایسه ی استرس والدگری و رضایت مندی زوجیت در مادران دارای کودکان مبتلا به طیف اتیسم و مادران کودکان سالم پرداخته شده است. بنابراین، ابتدا به توصیف متغیرهای تاب آوری، رضایت جنسی و کیفیت زندگی پرداخته شد و از جداول آمار توصیفی استفاده شد که در آن میانگین و انحراف استاندارد به عنوان شاخص های گرایش مرکزی و شاخص های پراکندگی محاسبه شدند. در راستای تحلیل داده ها و آزمون فرضیه پژوهش، از مدل های آماری T دو گروه مستقل و تحلیل واریانس چند متغیره (M A N O V A) استفاده شد.

شاخص های آماری مربوط به نمرات مقایسه استرس والدگری و رضایت مندی زوجیت کودکان مبتلا به طیف اتیسم و مادران کودکان سالم محاسبه شد که داده های توصیفی مربوط به هر متغیر گزارش می شود: جدول ۱: میانگین و انحراف معیار استرس والدگری در مادران دارای کودکان اتیسم و مادران دارای

کودکان سالم

مقیاس	گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار
استرس والدگری	مادران کودکان اتیسم	(۵۰)	(۵۳/۸۴)	(۸/۱۴)
	مادران کودکان اتیسم	(۵۰)	(۴۳/۰۴)	(۷/۶۳)

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار رضایت زناشویی در مادران دارای کودک اتیسم و مادران دارای کودک عادی

مقیاس	گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار
رضایت مندی زوجیت	مادران کودکان اتیسم	(۵۰)	(۱۹۸/۶۴)	(۶۹/۲۸)
	مادران کودکان اتیسم	(۵۰)	(۲۴۹/۲۰)	(۶۰/۸۹)

۱. Multivariate analysis of variance

به منظور بررسی نرمال بودن توزیع متغیر وابسته در دو گروه از آزمون کلموگروف-اسمیرنوف استفاده شد که نتایج حاصل از آن در جدول (۳) آورده شده است.

جدول ۳: نتیجه آزمون کلموگروف-اسمیرنوف جهت بررسی نرمال بودن توزیع نمرات هر یک از

متغیرهای پژوهش

مقیاس	گروه‌ها	آماره	سطح معنی‌داری
رضامندی زوجیت	مادران دارای کودک اتیسم	(۰,۵۲۹)	(۰,۹۲۴)
	مادران دارای کودک عادی	(۱,۱۴۹)	(۱,۱۴۲)
استرس والدگری	مادران دارای کودک اتیسم	(۰,۷۵۶)	(۰,۶۱۷)
	مادران دارای کودک عادی	(۰,۴۶۲)	(۰,۹۸۳)

در جدول ۳، نتایج کلموگروف-اسمیرنوف جهت بررسی نرمال بودن توزیع نمرات متغیرهای استرس والدگری و رضامندی زوجیت آورده شده است. بر اساس نتایج مندرج در جدول بالا، توزیع نمرات در دو گروه در سطح ۹۵ درصد ($p < 0.05$) معنی‌دار نیست. به عبارت دیگر، با توجه به اینکه معنی‌دار نبودن آزمون کلموگروف-اسمیرنوف به معنی تأیید فرض صفر "نرمال بودن توزیع نمرات استرس والدگری و رضامندی زوجیت در دو گروه مادران" هست، با اطمینان ۹۵٪ می‌توان نتیجه گرفت که توزیع نمرات استرس والدگری و راهبردهای مقابله‌ای با مادران دارای کودکان اتیسم و مادران دارای کودکان سالم، نرمال است.

مقیاس	گروه‌ها	آماره	سطح معنی‌داری
رضامندی زوجیت	مادران دارای کودک اتیسم	(۰,۵۲۹)	(۰,۹۲۴)
	مادران دارای کودک عادی	(۱,۱۴۹)	(۱,۱۴۲)
استرس والدگری	مادران دارای کودک اتیسم	(۰,۷۵۶)	(۰,۶۱۷)
	مادران دارای کودک عادی	(۰,۴۶۲)	(۰,۹۸۳)

فرضیه اول پژوهش: رضایت زناشویی مادران کودکان مبتلا به طیف اتیسم تفاوت معناداری با مادران کودکان سالم دارد.

برای بررسی این فرضیه و بررسی معنی‌داری تفاوت بین میانگین نمرات رضایت زناشویی مادران کودکان مبتلا به طیف اتیسم و مادران کودکان سالم از آزمون T دوگروهی استفاده شد که نتایج حاصل از این آزمون در جدول (۴) مشاهده می‌شود.

جدول ۴: نتایج آزمون T دو گروهی مربوط به مقایسه رضایت زناشویی مادران دو گروه.

مقیاس	سطوح	میانگین	انحراف معیار	آماره T	درجه آزادی	سطح معناداری
رضایت زناشویی	مادران کودکان اتیسم	(۱۹۸/۶۴)	(۶۹/۲۸)	(۳۰/۸۷۹)	(۹۸)	(۰/۰۰۱)
	مادران کودکان اتیسم	(۲۴۹/۲۰)	(۶۰/۸۹)			

طبق جدول فوق و با تأکید به میزان T به دست آمده (۳،۸۷۶) و با توجه به اینکه سطح معنی داری کمتر از ۰/۰۱ است می توان مطرح نمود که تفاوت معنی داری بین میانگین نمرات رضایت زناشویی مادران کودکان مبتلا به طیف اتیسم و مادران کودکان سالم در سطح ($p < 0/01$) وجود دارد. به عبارتی رضایت زناشویی مادران کودکان سالم به طور معناداری بیشتر از رضایت زناشویی مادران کودکان طیف اتیسم است.

همچنین برای بررسی تفاوت ابعاد رضایت زناشویی در دو گروه از مدل آماری تحلیل واریانس چند متغیری استفاده شد که نتایج آن ها به تفصیل در زیر آورده شده است. ابتدا آزمون های معنادار بودن تحلیل واریانس چند متغیره (پیلای - بارتلت؛ لامبدای ویلز؛ اثر هتلینگ - لالی^۱ و بزرگ ترین ریشه روی^۲) برای بررسی اثر اصلی عامل راهبردهای مقابله ای مادران کودکان مبتلا به طیف اتیسم و سالم انجام شد. نتایج آزمون های معنی داری تحلیل واریانس تک متغیره در جدول (۵) ارائه شده است.

جدول ۵: نتایج آزمون های معناداری تحلیل واریانس تک متغیره برای اثر اصلی ابعاد رضایت زناشویی در مادران کودکان اتیسم و سالم

آزمون	مقدار	F	درجه آزادی	درجه آزادی خطا	سطح معنی داری	اندازه اثر
پیلای - بارتلت	(۰/۱۷۱)	(۱/۸۴۲)	(۱۰)	(۸۹)	(۰/۰۶۵)	(۰/۱۷۱)
لامبدای ویلکز	(۰/۸۲۹)	(۱/۸۴۲)	(۱۰)	(۸۹)	(۰/۰۶۵)	(۰/۱۷۱)
هتلینگ - لالی	(۰/۲۰۷)	(۱/۸۴۲)	(۱۰)	(۸۹)	(۰/۰۶۵)	(۰/۱۷۱)
روی	(۰/۲۰۷)	(۱/۸۴۲)	(۱۰)	(۸۹)	(۰/۰۶۵)	(۰/۱۷۱)

^۱ Pillai - Bartlett^۲ Lambda Wales^۳ Effect of Hotling-Lali^۴ Roy's Largest Root

چنانچه در جدول (۵) مشاهده می‌شود، آزمون‌های معنی‌دار تحلیل واریانس چند متغیره در رابطه با عامل اثر ابعاد رضایت زناشویی در مادران کودکان مبتلابه طیف اتیسم و سالم در سطح کمتر از ۰/۰۱ معنادار است (۰/۰۱ = P، ۱/۸۴۲ = F، ۰/۸۲۹ = لامیادای ویلز). بنابراین اثر عامل ابعاد رضایت زناشویی در مادران کودکان مبتلابه طیف اتیسم و سالم معنادار است و بنابراین مادران کودکان مبتلابه طیف اتیسم و سالم از نظر ابعاد رضایت زناشویی با یکدیگر تفاوت دارند. شاخص اثر به دست آمده حاکی از این است که ۱۷ درصد واریانس کل توسط ابعاد زناشویی تبیین شده است.

با توجه به معنی‌داری آزمون‌های معنی‌داری تحلیل واریانس تک متغیره، نتایج تحلیل واریانس تک متغیری برای تحلیل هر متغیر وابسته به‌طور جداگانه در جدول (۶) ارائه شده است.

جدول ۶: خلاصه نتایج تحلیل واریانس یک متغیری برای هر یک از ابعاد رضایت زناشویی

حجم اثر	سطح معنا داری	F	میانگین مجزورات	درجه آزادی	مجموع مجزورات	رضایت زناشویی	ابعاد رضایت زناشویی
(۰/۱۳۶)	(۰/۰۱)	(۱۵/۴۴)	(۱۱۴۹/۲۱)	(۱)	(۱۱۴۹/۲۱)	مطلوب اندیشی	ابعاد رضایت زناشویی
(۰/۱۳۳)	(۰/۰۱)	(۱۵/۰۲)	(۸۲۹/۴۴)	(۱)	(۸۲۹/۴۴)	رضایت زناشویی	
(۰/۱۳۶)	(۰/۰۱)	(۱۵/۴۱)	(۲۳۷۱/۶۹)	(۱)	(۲۳۷۱/۶۹)	رفتارهای شخصی	
(۰/۱۳۲)	(۰/۰۱)	(۱۴/۸۸)	(۸۰۰/۸۹)	(۱)	(۸۰۰/۸۹)	رفتارهای ارتباطی	
(۰/۱۱۶)	(۰/۰۱)	(۱۲/۸۳)	(۳۲۰/۴۱)	(۱)	(۳۲۰/۴۱)	حل مساله	
(۰/۱۲۳)	(۰/۰۱)	(۱۲/۷۸)	(۳۵۳/۴۴)	(۱)	(۳۵۳/۴۴)	امور مالی	
(۰/۱۱۸)	(۰/۰۱)	(۱۳/۱۳)	(۳۱۶/۸۴)	(۱)	(۳۱۶/۸۴)	رفتارهای مذهبی	
(۰/۱۳۲)	(۰/۰۱)	(۱۴/۹۰)	(۴۶۶/۵۶)	(۱)	(۴۶۶/۵۶)	فرزندپروری	
(۰/۱۲۳)	(۰/۰۱)	(۱۳/۷۸)	(۵۴۷/۵۶)	(۱)	(۵۴۷/۵۶)	اوقات فراقت	
(۰/۰۱۲)	(۰/۲۸۱)	(۱/۱۷)	(۲۰۱)	(۱)	(۲۰۱)	نحوه تعامل	

رضایت	مطلوب اندیشی			
	رضایت زناشویی	(۷۲۹۲/۵۸)	(۹۸)	(۷۴/۱۴)
	رفتارهای	(۵۴۰۹/۴۰)	(۹۸)	(۵۵/۱۸)
	شخصی	(۱۵۰۷۸/۴۲)	(۹۸)	(۱۵۳/۸۶)
	رفتارهای	(۵۲۷۳/۸۶)	(۹۸)	(۵۳/۸۱)
	ارتباطی	(۲۴۴۵/۷۰)	(۹۸)	(۲۴/۹۵)
	حل مساله	(۲۵۱۳/۱۲)	(۹۸)	(۲۵/۶۴)
	امور مالی	(۲۳۶۴/۴۰)	(۹۸)	(۲۴/۱۲)
	رفتارهای	(۳۰۶۸)	(۹۸)	(۳۱/۳۰)
	مذهبی	(۳۸۹۳)	(۹۸)	(۳۹/۷۲)
رض	فرزندپروری	(۱۶۸۲۲)	(۹۸)	(۱۷۱/۶۶)
	اوقات فراغت			
	نحوه تعامل			
	مطلوب اندیشی			
	رضایت زناشویی	(۸۹۰۴۱)	(۱۰۰)	
	رفتارهای	(۶۶۰۶۸)	(۱۰۰)	
	شخصی	(۱۸۲۸۵۵)	(۱۰۰)	
	رفتارهای	(۶۵۳۶۷)	(۱۰۰)	
	ارتباطی	(۲۸۹۱۳)	(۱۰۰)	
	حل مساله	(۳۲۱۷۶)	(۱۰۰)	
	امور مالی	(۲۵۹۶۸)	(۱۰۰)	
	رفتارهای	(۳۶۳۶۸)	(۱۰۰)	
	مذهبی	(۴۴۹۲۲)	(۱۰۰)	
	فرزندپروری	(۵۴۴۲۸)	(۱۰۰)	
	اوقات فراغت			
	نحوه تعامل			

چنانچه در جدول (۶) مشاهده می‌شود، در مورد عامل مادران کودکان مبتلا به طیف اتیسم و سالم F محاسبه شده برای ابعاد مطلوب اندیشی، رضایت زناشویی، رفتارهای شخصی، رفتارهای ارتباطی، روش حل مسئله، امور مالی، رفتارهای مذهبی، فرزند پروری و اوقات فراغت ($P < 0/01$) معنادار است، و تنها در مقیاس نحوه تعامل این تفاوت معنادار نیست. لذا بین ابعاد رضایت زناشویی در مادران کودکان مبتلا به طیف اتیسم و سالم تفاوت معنادار وجود دارد. با توجه به میانگین‌های به دست آمده ابعاد رضایت زناشویی مادران کودکان سالم به طور معناداری بیشتر از ابعاد رضایت زناشویی مادران کودکان مبتلا به طیف اتیسم است.

فرضیه دوم: استرس والدگری مادران دارای کودکان اتیسم تفاوت معناداری با مادران دارای کودکان سالم دارد.

برای بررسی این فرضیه و بررسی معنی داری تفاوت بین میانگین نمرات استرس والدگری مادران کودکان مبتلا به طیف اتیسم و مادران کودکان سالم از آزمون دوگروهی استفاده شد که نتایج حاصل از این آزمون در جدول (۳) مشاهده می شود.

جدول ۷: نتایج آزمون T دوگروهی مربوط به مقایسه استرس والدگری مادران

مقیاس	سطوح	میانگین	انحراف معیار	آماره T	درجه آزادی	سطح معناداری
مبتلا به طیف اتیسم	مادران کودکان اتیسم	(۵۳/۸۴)	(۸/۱۴)	(۶/۸۳۷)	(۹۸)	(۰/۰۰۱)
	مادران کودکان اتیسم	(۴۳/۰۴)	(۷/۶۳)			

طبق جدول فوق و با تأکید به میزان T به دست آمده (۶/۸۳۷) و با توجه به اینکه سطح معنی داری به کمتر از $p < ۰/۰۱$ است می توان مطرح نمود که تفاوت معنی داری بین میانگین نمرات والدگری مادران کودکان مبتلا به اتیسم و مادران کودکان سالم موجود است (۰/۰۵) وجود دارد. به عبارتی استرس والدگری مادران کودکان سالم به طور معناداری کمتر از استرس والدگری مادران کودکان مبتلا به اتیسم است.

بحث و نتیجه گیری

همان طور که اشاره شد، والدگری وظیفه‌ی پرستری است و والدگری برای کودکی که نیازهای ویژه‌ای دارد، استرس‌زاترین واقعه‌ای است که رخ می دهد. خانواده‌هایی که کودکانی با نیازهای مراقبتی ویژه دارند، زندگی را متفاوت از سایر خانواده‌ها تجربه می کنند. مادران بار مراقبتی بالایی را تحمل می کنند و ممکن است احساس کنند که کودک تمام وقت آن‌ها را می گیرد و استرس بالایی در هنگام مراقبت از کودک تجربه می کنند.

تنیدگی‌ها (رجبی دماوندی و همکاران ۱۳۸۸) در مادران کودکان استثنایی به مراتب بیشتر از مادران گروه عادی است. ابدوتو (۲۰۰۴) دریافت که مادران کودکان طیف اتیسم مقابله‌ای مسئله مدار بالاتر، پریشانی روان شناختی کمتر و رابطه‌ی مادر- فرزند صمیمی را پیش بینی می کند درحالی که مقابله‌ی هیجان مدار بالاتر، پریشانی روان شناختی بالاتر و رابطه ضعیف مادر- فرزند را پیش بینی می کند (پوتی و اینگرام، ۲۰۰۸).

همان طور که بیان شد، پژوهش‌های مختلفی در خصوص سازه‌های مختلف روان شناختی در والدین کودکان دچار ناتوانی‌های مختلف صورت یافته است اما تاکنون پژوهشی که به بررسی و مقایسه استرس والدگری و رضایت زناشویی در مادران دارای کودکان مبتلا به اتیسم و مادران دارای کودکان سالم پرداخته

باشد، انجام نشده است؛ به همین اساس در پژوهش حاضر به مقایسه‌ی استرس والدگری و رضایت‌مندی زوجیت در مادران دارای کودکان مبتلا به اتیسم و مادران دارای کودکان سالم پرداخته شد. برای بررسی فرضیه اول (رضایت زناشویی مادران کودکان مبتلا به طیف اتیسم تفاوت معنی‌داری با مادران کودکان سالم دارد)، و بررسی معنی‌داری تفاوت بین میانگین نمرات رضایت زناشویی مادران کودکان مبتلا به طیف اتیسم و مادران سالم از آزمون T دوگروهی استفاده شد. نتایج حاصل از آزمون نشان داد که تفاوت معناداری بین میانگین نمرات رضایت زناشویی مادران کودکان مبتلا به طیف اتیسم و کودکان سالم درسته ($p < 0/01$) وجود دارد. به عبارت دیگر با اطمینان ۹۹ درصد می‌توان نتیجه گرفت که رضایت زناشویی مادران کودکان سالم به‌طور معناداری بیشتر از رضایت زناشویی مادران کودکان مبتلا به طیف اتیسم است. در تبیین یافته‌های فوق می‌توان چنین گفت که عملکرد موفق کارکردهای روانی اعضای خانواده در قالب تفکر، خلق و رفتار منجر به فعالیت‌های تمرین‌بخش در روابط ارض‌کننده با همسر و دیگران و توانایی انطباق با تغییر و مدارا کردن و رویارویی با ناملازمات و درنهایت رضایت زناشویی می‌شود. رضایت زناشویی نیز تحت تأثیر ناتوانی کودک قرار می‌گیرد و تحقیقات مختلفی به تأثیر وجود کودک معلول و ناتوان بر رضایت والدین پی بردند. نتایج تحقیقات (ولفنزیرگر، ۲۰۰۱، ملاباشی، ۲۰۰۵، معتدین و همکاران، ۱۳۸۷) نیز نشان داده تفاوت معنی‌داری بین رضایت زناشویی والدین کودکان دچار ناتوانی و معلول و والدین کودکان عادی وجود دارد و کودک معلول بر میزان رضایت زناشویی و سازگاری والدین اثر می‌گذارد (میکائیلی و همکاران ۱۳۹۱).

فرضیه دوم (استرس والدگری مادران کودکان مبتلا به طیف اتیسم تفاوت معناداری بومادران کودکان سالم دارد)، و بررسی معناداری تفاوت بین میانگین نمرات استرس والدگری مادران کودکان مبتلا به طیف اتیسم و مادران کودکان سالم از آزمون T دوگروهی استفاده شد. نتایج حاصل از آزمون نشان داد که تفاوت معنی‌داری بین میانگین نمرات استرس والدگری مادران کودکان مبتلا به طیف اتیسم و مادران کودکان سالم ($P < 0/01$) وجود دارد. به عبارت دیگر با اطمینان ۹۹ درصدی می‌توان نتیجه گرفت که استرس والدگری مادران سالم به‌طور معناداری کمتر از استرس والدگری مادران کودکان مبتلا به طیف اتیسم است.

پژوهش‌ها نشان داده‌اند که مادران کودکان طیف اتیسم در مقایسه با مادران کودکان عادی با مشکلات روان‌شناختی مختلفی مانند استرس، نگرانی، اضطراب و مشکل در روابط زناشویی روبرو هستند. بر همین اساس پژوهش حاضر به بررسی مقایسه‌ی استرس والدگری و رضایت‌مندی زوجیت در مادران دارای کودکان طیف اتیسم و مادران دارای کودکان سالم پرداخت. نتایج پژوهش نشان داده بین مادران کودکان طیف اتیسم و مادران کودکان سالم از نظر استرس والدگری و رضایت‌مندی زوجیت تفاوت معنادار وجود دارد و مادران کودکان طیف اتیسم نسبت به مادران کودکان عادی در زندگی از رضایت‌مندی زوجیت پایین‌تری برخوردار هستند. بنابراین هر دو فرضیه‌ی پژوهش حاضر تأیید شدند. نتایج پژوهش حاضر با نتایج سایر پژوهش‌های در این زمینه، همسو و هماهنگ بود.

پژوهش حاضر فقط در حوزه جغرافیایی مناطق ۶ و ۵ شهر تهران انجام شده است.

پژوهش حاضر نیز مانند هر پژوهش علمی، از محدودیت‌هایی تاثیر پذیرفته است. نتایج بدست آمده مربوط به یک دوره زمانی است که داده‌های جمع آوری شده با گذشت زمان ممکن است سبب تغییر نتایج گردد. پژوهش حاضر بر روی مراکز سازمان دهی، درمان و توان بخشی اختلالات اتیستیک مناطق ۶ و ۵ شهر تهران انجام شده است و تعمیم آن به سایر مناطق باید با احتیاط صورت گیرد. از بین ابزارهای مختلف گردآوری داده‌ها، پژوهش حاضر به پرسش نامه محدود بوده است که در این ارتباط حداکثر تلاش برای خنثی سازی عوامل مزاحم در حین تکمیل فرم‌ها به عمل آمده است.

منابع

- Acosta MT, Pearl PL.(2003) *The neurobiology of autism: new pieces of the puzzle*. Current neurology and neuroscience reports;3(2):149-56.
- Abidin R.(1995) Parenting stress index (PSI) professional manual . Odessa, FL: **Psychological Assessment Resources**. Inc;
- Afshari, R., Khushabi, K., Pouretemad, H. R., Moradi, Sh. (2007). Coping Strategies and Mental Health in Autistic Children Mothers, *Journal of Family Research*, 2(7), 285.
- Allen KA, Bowles TV, Weber LL.(2013) *Mothers' and fathers' stress associated with parenting a child with autism spectrum disorder*. Autism Insights;5:1.
- Al-Shirawi, M. E.(2018) A Comparison of Marital Satisfaction of Mothers Raising a Child with Intellectual Disability versus a Child with Autism Disorder in Bahrain: Mixed Method Study. *Journal of Studies in Education*; 8(2), 128-143.
- Baker BL, Blacher J, Crnic KA, Edelbrock C. (2002) Behavior problems and parenting stress in families of three-year-old children with and without developmental delays. *American Journal on Mental Retardation*;107(6):433-44.
- Brown M. D. (2012) Dyadic coping, *relationship satisfaction, and parenting stress among parents of children with an Autism Spectrum Disorder*: The role of the couple relationship
- Durban J. M, Rodriguez-Pabayos A. M, Alontaga J. V, Dolorfino-Arreza G, Salazar C. (2012) Coping strategies of parents of children with developmental delay: a quantitative analysis. *Asian journal of social sciences & humanities*;1(4):177-95.
- Feinstein A. A. (2011) *history of autism: Conversations with the pioneers*: John Wiley & Sons;
- Frederick CA.(1995) *Towards a more specific model of anorectic pathogenesis*: Parental selfobject use of the pre-anorectic child: University of Ottawa (Canada)
- Gray D. E.(2003) *Gender and coping: The parents of children with high functioning autism*. *Social science & medicine*;56(3):631-42.
- Gupta A, Singhal N.(2004) Positive perceptions in parents of children with disabilities. *Asia pacific disability rehabilitation journal*;15(1):22-35.
- Hastings, R.P, Kovshoff, H, Brown, T, Ward, N. J, Espinosa, F. D, Remington B.(2005) *Coping strategies in mothers and fathers of preschool and school-age children with autism*. Autism;9(4):377-91.
- Higgins D. J, Bailey S. R, Pearce J. C.(2005) *Factors associated with functioning style and coping strategies of families with a child with an autism spectrum disorder*. Autism;9(2):125-37.
- Holly, L. E., Fenley, A. R., Kritikos, T. K., Merson, R. A., Abidin, R. R., & Langer, D. A.(2019) Evidence-base update for parenting stress measures in clinical samples. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*;48(5), 685–705.

- Hsiao Y. J.(2018) Autism Spectrum Disorders: Family Demographics, Parental Stress, and Family Quality of Life. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*;15 (1):70-79.
- Khorram Abadi, R., Pouretamad, M. A., Tahmasian, K., Chimeh, N. (2009). A Comparative Study of Parental Stress in Mothers of Autistic and Non Autistic Children, *Journal of Family Research*, 5(19), 387.
- Kaplan H. I, Sadock B. J.(2003) *Concise textbook of clinical psychiatry*
- Mancil G. R, Boyd B. A, Bedesem P.(2009) *Parental stress and autism: are there useful coping strategies Education and Training in Developmental Disabilities*:523-37.
- Masarik A. S, Conger R. D.(2017) *Stress and child development: A review of the family stress model*. *Curr Opin Psychol*; 13: 85-90
- Moawad G.(2012) Coping strategies of mothers having children with special needs. *Journal of Biology, Agriculture and Healthcare*;2(8):77-84.
- Ogston P. L, Mackintosh V. H, Myers B. J.(2011) *Hope and worry in mothers of children with an autism spectrum disorder or Down syndrome*. *Research in Autism Spectrum Disorders*;5(4):1378-84.
- Meikaeilei, N., Ganji, M., Talebi Joybari, M. (2012). A comparison of resiliency, marital satisfaction and mental health in parents of children with learning disabilities and normal children. *Journal of Learning Disabilities*, 2(1), 120-137.
- Motamedin, M., Sohrabi, F., Fathi Azar, E., & Maleki, S. (2008). *The Comparison of Mental Health, Marriage Satisfaction and Assertiveness between Parents of Mental Retarded and Normal (Girl and Boy) of Primary School's Student in West Azerbaijan. Knowledge & Research in Applied Psychology*, 10(35), 123-152.
- Narimani, M., Agha Mohammadian, H., Ragabi, S. (2007). A Copmparison Between The Mental Health of Mothers of Exceptional Children and Mothers of Normal Children. *Journal of Fundamentals of Mental Health* , 9(33-34), 15-24.
- Navabinejad, SH. (1997). *Marriage Counseling and family therapy*. Tehran; *Association of Parents and Educators of the Islamic Republic of Iran Publications*
- Raeis-Dana, M., Tabatabaei-Nia, M., Kamali, M., Shafaroudi, N. 2009; 10 (1). *From Diagnosis to Coping: A Journey with Parents in the Course of the Disability of Their Children*. *Journal of Rehabilitation*.
- Rajabi Damavandi, G., Poushaneh, K., Ghobari Bonab, B. (2009). Relationship between Personality Traits and Coping Strategies in Parents of Children with Autistic Spectrum Disorders, *Journal of Exceptional Children*, 9(2), 133
- Safi, A.(1995). *A balanced family: Rights, duties and mutual conduct of spouses*. Tehran; Association of Parents and Educators of the Islamic Republic of Iran Publications..
- Pawlus, B.(2016) *Shame of having a disabled child*. *Wiadomosci lekarskie* (Warsaw, Poland: 1960; 69(2 Pt 2), 306-313.
- Pisula E.(2002) *Parents of children with autism: recent research findings*. *Psychiatria polska*;36(1):95-108.

- Pottie C. G, Ingram K. M.(2008) Daily stress, coping, and well-being in parents of children with autism: A multilevel modeling approach. *Journal of family psychology*;22(6):855.
- PV, A. H., & Haris, F.(2018) Parental stress and coping strategies among parents of autistic children. *Indian Journal of Health & Wellbeing*; 9(6).
- Sharaievskia I.(2013) *Family and marital satisfaction and the use of social network Technologies*: University of Illinois at Urbana-Champaign
- Tomchek S. D, Huebner R.A, Dunn W.(2014) *Patterns of sensory processing in children with an autism spectrum disorder*. *Research in Autism Spectrum Disorders*;8(9):1214-24.