



Predicting Parenting Behaviors Based on Demoralization Syndrome in Mothers of Children with Autism Spectrum Disorder

Journal of Rehabilitation
Counseling
2025, Vol 1(1): 65-81
Jmr.uok.ac.ir

Maryam Bahmani¹

Faramarz Sohrabi² & *

Bahman Bahmani³

Abstract

Background and Objective: Mothers of children with Autism Spectrum Disorder (ASD) face substantial daily stress due to the unique care demands of their children. These challenges may alter their perceptions of parenting, life meaning, and future prediction, increasing the risk of psychological distress such as demoralization syndrome. This, in turn, may lead to a chronic negative cycle, worsening the child's maladaptive behaviors and further complicating parenting. The present study aimed to investigate whether parenting behaviors can be predicted based on demoralization syndrome in mothers of children with autism spectrum disorder.

Methods: This descriptive-analytical study employed a correlational design. By visiting special education schools and rehabilitation centers located in four geographical directions of Tehran, and securing the cooperation of administrators and mothers, a total of 130 participants were selected through purposive sampling. Participants were mothers of children aged 6 to 12 years diagnosed with ASD, whose diagnosis met inclusion criteria based on the GARS-3 scale. Data collection was conducted during winter 2022. The research instruments included the "Parental Behaviors Scale- Autism spectrum disorder (PBS_A)", the GARS-3 Autism Rating Scale, and the "Demoralization Scale of Kissane". Data were analyzed using SPSS-22 and linear regression was conducted.

Results: The results indicated that demoralization syndrome predicted 6% of variance in positive parenting, 8% in discipline, 13.6% in rules, and 4.5% in developmental stimulation.

Conclusions: Mothers who reported higher severity of demoralization syndrome showed more disciplinary behaviors, but obtained lower scores in the positive parenting, rules and development stimulation subscales.

Keywords: Autism Spectrum Disorder, Demoralization Syndrome, Parenting behaviors

Received: 2025.05.04

Revised: 2025.06.06

Accepted: 2025.06.18

Citation: Bahmani, M., Sohrabi, F., & Bahmani, B. (2025). Predicting parenting behaviors based on demoralization syndrome in mothers of children with autism spectrum disorder. *Journal of Rehabilitation Counseling*, 1 (1), 65-81.

1. Master of Arts(M.A), Department of Clinical Psychology, Faculty of Psychology & Educational Sciences, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran.

2. **Corresponding Author:** Professor, Department of clinical psychology, Faculty of Psychology & Educational Sciences, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran. sohrabi@atu.ac.ir

3. Associate Professor, Department of Counseling, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.



نشریه مشاوره توانبخشی
سال اول / شماره ۱ / تابستان ۱۴۰۴
شماره صفحات: ۸۱-۶۵
Jmr.uok.ac.ir

پیش‌بینی رفتارهای فرزندپروری بر اساس نشانگان افت روحیه در مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال طیف اوتیسم

مریم بهمنی^۱
فرامرز سهرابی^{۲*}
بهمن بهمنی^۳

چکیده

زمینه و هدف: مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال اوتیسم، به علت شرایط و نیازهای مراقبتی خاص کودک، با استرس‌های زیادی در زندگی روزمره مواجه هستند که ممکن است ادراک آن‌ها از فرزندپروری، معناهای زندگی و پیش‌بینی‌شان از آینده را تغییر داده و زمینه را برای بروز آزرده‌گی‌های روانی، از جمله نشانگان افت روحیه آماده کند. این امر می‌تواند به نوبه خود باعث افزایش احتمال درگیر شدن آن‌ها در یک چرخه مزمن، منفی شود که متعاقباً رفتارهای ناسازگار کودک را تشدید و بر دشواری‌های فرزندپروری بیفزاید. این مطالعه با هدف پاسخ به این سؤال که آیا رفتارهای فرزندپروری بر اساس نشانگان افت روحیه در مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال طیف اوتیسم قابل پیش‌بینی است، انجام شد.

روش: طرح پژوهش از نوع توصیفی-تحلیلی بر پایه یک طرح همبستگی بوده است. با مراجعه حضوری به مدارس کودکان استثنائی و مؤسسات توانبخشی مستقر در چهار جهت جغرافیایی شهر تهران و جلب همکاری مدیران و مادران، ۱۳۰ نمونه از بین مادران دارای فرزند مبتلا به اوتیسم در رده سنی ۶ تا ۱۲ سال ساکن شهر تهران که شدت و سطح اختلال فرزندشان بر اساس مقیاس گارز-۳ منطبق با معیارهای شمول بود، به روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف انتخاب شدند. جمع‌آوری داده‌ها در زمستان ۱۴۰۱ انجام پذیرفت. ابزارهای پژوهش عبارت بودند از: پرسش‌نامه «رفتارهای فرزندپروری - نسخه اختلال طیف اوتیسم»، آزمون «گارز-۳» و پرسش‌نامه «نشانگان افت روحیه». داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS-22 برای محاسبه رگرسیون خطی بین متغیرهای پیش‌بینی و ملاک پردازش شد.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد که نشانگان افت روحیه می‌تواند به ترتیب ۶ درصد، ۸ درصد، ۱۳/۶ درصد و ۴/۵ درصد از تغییرات در مؤلفه‌های فرزندپروری مثبت، انضباط، قوانین و تحریک رشد را پیش‌بینی کند.

نتیجه‌گیری: مادرانی که شدت نشانگان افت روحیه بیشتری را گزارش کرده بودند، رفتارهای انضباطی بیشتری از خود نشان داده، اما در مؤلفه‌های فرزندپروری مثبت، قوانین و تحریک رشد، نمرات کمتری به دست آوردند.

کلیدواژه‌ها: اختلال طیف اوتیسم، رفتارهای فرزندپروری، نشانگان افت روحیه

پذیرش: ۱۴۰۴/۰۳/۲۸

اصلاح: ۱۴۰۴/۰۳/۱۶

دریافت: ۱۴۰۴/۰۲/۱۴

ارجاع: بهمنی، م، سهرابی، ف، بهمنی، ب. (۱۴۰۴). پیش‌بینی رفتارهای فرزندپروری بر اساس نشانگان افت روحیه در مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال طیف اوتیسم. فصلنامه مشاوره توانبخشی، ۱(۱): ۸۱-۶۵.

۱. کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.

۲. نویسنده مسئول: استادتمام، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران. sohrabi@atu.ac.ir

۳. دانشیار، گروه مشاوره، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران.

۱. مقدمه

اختلال طیف اوتیسم (ASD)^۱، اختلال عصبی-رشدی است که با نقصان مداوم در برقراری ارتباطات و تعاملات اجتماعی، الگوهای محدود و تکراری رفتار، علایق یا فعالیت‌ها مشخص می‌شود و در اغلب موارد، با کم‌توانی ذهنی و اختلال ساختاری زبان همراه است (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). تظاهرات علائم، بسته به عوامل متعددی مانند سن و سطح عملکرد، به‌طور گسترده‌ای متفاوت است (شتک^۲ و همکاران، ۲۰۰۷). حدود ۷۰٪ افراد مبتلا به اختلال طیف اوتیسم یک اختلال روانی همراه و حدود ۳۰٪ آن‌ها نیز دو یا چند اختلال روانی و یا بیماری طبی هم‌بود^۳ را از خود نشان می‌دهند (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). در حال حاضر، شیوع این اختلال در سراسر جهان در حدود ۱٪ است (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). براساس پژوهشی شیوع این اختلال در کودکان ۵ ساله جامعه ایرانی، ۶/۲۶ نفر در هر ۱۰ هزار نفر بوده است (صمدی و همکاران، ۲۰۱۲).

حدود ۸۵ درصد از کودکان مبتلا به اوتیسم، به‌سبب محدودیت‌های شناختی و مشکلات سازگاری و رفتاری، توانایی محدودی برای زندگی مستقل خواهند داشت (حکیم شوشتری و همکاران، ۲۰۲۰). به‌همین دلیل، برخی از آنها نیاز به مراقبت مادام‌العمر داشته و به‌شدت به حمایت والدین خود متکی هستند (ون‌برگی^۴ و همکاران، ۲۰۰۸). به‌سبب این چالش‌های متعدد و قابل توجهی که مراقبت از فرزند مبتلا به اوتیسم به همراه دارد (دیویس و کارتر^۵، ۲۰۰۸)، فرزندپروری این کودکان یک تجربه بالقوه استرس‌زا محسوب شده که به‌موجب آن، تغییراتی در باورها و پاسخ‌های والدین مشاهده می‌شود (مک‌لاد و دیساباتینو^۶، ۲۰۱۹). تشخیص اوتیسم به‌مثابه مانعی در مسیر دستیابی به اهداف و انتظاراتی است که والدین معمولاً برای فرزند سالم خود دارند (پاور و اورتو^۷، ۲۰۰۴). والدین کودکان مبتلا به اوتیسم نسبت به آینده فرزند خود عدم قطعیت بیشتری دارند (سلترز^۸ و همکاران، ۲۰۰۰) و چشم‌انداز آنها نسبت به آینده فرزند خود، ناامیدکننده‌تر از والدین کودکان با رشد طبیعی است (ونگ و هیریت^۹، ۲۰۰۷). به‌طور مشابه، مطالعات نشان داده‌اند که والدین کودکان مبتلا به اوتیسم نسبت به والدین کودکان با ناتوانی‌های دیگر مانند سندرم داون^{۱۰}، دیدگاه بدبینانه‌تری دارند (ابودوتو^{۱۱} و همکاران، ۲۰۰۴). این مواجهه والدین دارای فرزند مبتلا به اوتیسم با موقعیت استرس‌زا که از میزان کنترل‌پذیری پایین و پیش‌آگاهی مبهم آینده برخوردار است، احتمال تجربه حالاتی از آزرده‌گی روانی نظیر ناامیدی، درماندگی، بی‌کفایتی و انزوا را بالا می‌برد. آنها در مقایسه با والدین کودکان با رشد طبیعی و یا کودکان مبتلا به سایر اختلالات رشدی، سطوح بالاتری از استرس والدینی، افسردگی و اضطراب و مشکلات مرتبط با سلامت و کیفیت پایین زندگی (وایزبرد بارتاف^{۱۲} و همکاران، ۲۰۱۹) و آزرده‌گی روانی (آزبورن و رید^{۱۳}، ۲۰۱۰) را تجربه می‌کنند و سطوح بالاتری از نگرانی در مورد بهزیستی فرزند و بار مراقبت از کودک را نشان می‌دهند (لی^{۱۴} و همکاران، ۲۰۰۸).

والدین کودکان مبتلا به اوتیسم خودکارآمدی والدینی کمتری را گزارش کرده (مایرشاوت^{۱۵} و همکاران، ۲۰۱۰)، باور کمتری به توانایی در تربیت مؤثر فرزندشان (کارست و ون‌هک^{۱۶}، ۲۰۱۲) و تمایل به احساس عاملیت کمتر در کمک به رشد کودکشان دارند (کروول^{۱۷} و همکاران، ۲۰۱۹). این تحریف‌های شناختی، ناتوانی خود ادراک‌شده در برخورد مؤثر با موقعیت استرس‌زا (بی‌کفایتی) و شکست در یافتن شیوه‌های مؤثر مقابله که به‌عنوان تجربه‌های مشترک بین والدین دارای فرزند اوتیسم گزارش شدند، با آزرده‌گی‌های هیجانی از جمله احساس گناه، علائم افسردگی و احساس درماندگی همراه بوده (کروول و همکاران، ۲۰۱۹) و از علائم اصلی نشانگان افت روحیه^{۱۸} محسوب می‌شوند.

¹ Autism Spectrum Disorder (ASD)

² Shattuck

³ co-occurrence

⁴ Vanbergeijk

⁵ Davis & Carter

⁶ Mcleod & DiSabatino

⁷ Pauer & Orto

⁸ Seltzer

⁹ Wong & Heriot

¹⁰ Down Syndrome

¹¹ Abbeduto

¹² Waizbard-Bartov

¹³ Osborne & reed

¹⁴ Lee

¹⁵ Meirsschaut

¹⁶ Karst & Van Hecke

¹⁷ Crowell

¹⁸ Demoralization syndrome

از دیدگاه وجودی، زمانی که فرد در طی دوره مواجهه شدن با وضعیت‌های طاقت‌فرسا و استرس‌زا که معناهای قبلی‌اش را به خطر انداخته است، گیر بیفتد و تلاش‌هایش برای ساختن معنای زندگی جدید و کارآمد، بی‌نتیجه بماند، فرد پدیده‌ای موسوم به آزردهی‌های وجودی^۱ را تجربه خواهد کرد (باستن^۲ و همکاران، ۲۰۱۱) که یکی از مظاهر آن، نشانگان افت روحیه است که به عقیده کیسان^۳ و همکاران (۲۰۰۱) بسیاری از روان‌آزردهی‌هایی که در نگاه اول و بدون تأمل کافی ممکن است افسردگی یا اضطراب تشخیص داده شوند، را می‌توان به وسیله آن بهتر توجیه کرد. در واقع نشانگان افت روحیه صرفاً مجموعه‌ای از علائم بالینی نیستند، بلکه تجربه‌ی شخصی از رنج و احساس بی‌کفایتی و خودناکارآمدی برای مقابله با وضعیت استرس‌زا است، و افسردگی یا اضطراب می‌توانند نمودهای بیرونی آن باشند (کلارک^۴ و کیسان، ۲۰۰۲). به همین دلیل، افت روحیه می‌تواند مفهومی مفید برای درک مشکلات مرتبط با بی‌کفایتی ادراک‌شده و فقدان شأن و ارزش در مراقبت‌گران (بهمنی و همکاران، ۲۰۲۵؛ بوورو^۵ و همکاران، ۲۰۲۲) از جمله والدین کودکان مبتلا به اوتیسم باشد.

طبق جستجوی محقق، مطالعات محدودی بر روی مراقبان افراد درگیر بیماری‌های سخت‌درمان یا مزمن انجام شده و نشان دادند که برخی از آنها از دست دادن معنا، امید به زندگی و آینده را تجربه می‌کنند (بوورو و همکاران، ۲۰۱۱؛ هادسون^۶ و همکاران، ۲۰۲۲) مطالعات بسیار کمی نیز به بررسی نشانگان افت روحیه در والدین کودکان با شرایط خاص، به‌عنوان مراقبان اصلی پرداخته‌اند. نقیائی و همکاران (۲۰۱۳) در مطالعه خود بر روی مادران کودکان مبتلا به بیماری‌های بالقوه مهلک، سه متغیر نشانگان افت روحیه، اضطراب وجودی و افسردگی را بررسی کرده و گزارش کردند که بین این سه متغیر رابطه مثبت معناداری وجود دارد و اضطراب وجودی بالا پیش‌بینی‌کننده نشانگان افت روحیه و افسردگی است. مطالعه دیگر، مربوط به بنی سعید و همکاران (۲۰۲۰) است که با هدف تعیین رابطه راهبردهای مواجهه‌ای و تفکر قطعی‌نگر با نشانگان افت روحیه و افسردگی در مادران کودکان مبتلا به سرطان انجام شد. یافته‌های مطالعه مذکور گزارش کردند که ۶۴/۹٪ مادران از افت روحیه بالا و ۶۳/۵٪ از سطوح متوسط و شدید افسردگی رنج می‌بردند. همچنین، نتایج نشان داد که رابطه مثبت و معناداری بین استفاده از راهبردهای مواجهه‌ای هیجان‌مدار با نشانگان افت روحیه و افسردگی وجود دارد.

اعتقاد بر این است که تجربه والدین کودکان مبتلا به اوتیسم از سطوح بالا و مزمن استرس می‌تواند باعث ایجاد علائم آسیب‌شناسی روانی (مانند اضطراب و افسردگی) در آن‌ها شده و از این طریق بر زندگی و تربیت فرزندشان نیز تأثیر منفی برجای گذارد (منسل^۷ و همکاران، ۲۰۰۹؛ شیلر^۸ و همکاران، ۲۰۲۱). همچنین، مطالعه‌ها نشان داده‌اند که بعضی ویژگی‌های والدین و خانواده ازجمله هیجانات و شناخت‌هایی نظیر استرس و افسردگی (هال و گراف^۹، ۲۰۱۲)، سبک مواجهه (دان^{۱۰} و همکاران، ۲۰۰۱)، تاب‌آوری (بیتسیکا^{۱۱} و همکاران، ۲۰۱۳) یا کیفیت زندگی (مونبو^{۱۲} و همکاران، ۲۰۰۷) می‌تواند با رفتارهای فرزندپروری مرتبط باشد (ون‌اش، ۲۰۱۸). به‌عنوان مثال؛ آزبورن و رید^{۱۳} (۲۰۱۰) رابطه استرس والدینی و رفتارهای فرزندپروری خود گزارش‌شده را در گروه‌های سنی مختلف کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم بررسی کردند. در این مطالعه، والدین کودکان دو تا سه ساله در سنجش خط پایه، سطوح استرس والدینی بسیار بالایی را گزارش کردند که پیش‌بینی‌کننده مشارکت کمتر و ارتباطات ضعیف‌تر در رابطه والد - کودک در سنجش پیگیری (۹ تا ۱۰ ماه بعد) بود (آزبورن و رید، ۲۰۱۰). آزبورن و همکاران (۲۰۰۸) همچنین گزارش کردند که استرس والدین با «تنظیم محدودیت»، «ارتباطات» و «مشارکت» رابطه منفی دارد. بونن^{۱۴} و همکاران (۲۰۱۵) نیز مطالعه‌ای را با استفاده از ابزاری موسوم به پرسش‌نامه رفتارهای فرزندپروری - نسخه اختلال طیف اوتیسم (پی بی اس-ای)^{۱۵} (ون لیوون و نوانس^{۱۶}، ۲۰۱۳) بر روی مادران کودکان مبتلا به اوتیسم و غیرمبتلا، انجام

¹ Existential distresses

² Boston

³ Kissane

⁴ Clarke

⁵ Bovero

⁶ Hudson

⁷ Mancil

⁸ Schiller

⁹ Hall & Graff

¹⁰ Dunn

¹¹ Bitsika

¹² Mugno

¹³ Osborne & Reed

¹⁴ Boonen

¹⁵ Parental Behaviour Scale- Autism Spectrum Disorder (PBS-A)

¹⁶ Van Leeuwen & Noens

دادند. یافته‌ها نشان داد که در گروه اوتیسم، سطوح بالاتر استرس والدین با استفاده بیشتر از پاداش‌های مادی و تنبیه (سخت) و با رفتارهای فرزندپروری منفی بیشتر (یعنی انتقاد یا نادیده گرفتن کودک) در حین مشاهده همراه بود.

مادرویچ^۱ و همکاران (۲۰۲۲)، پژوهشی با هدف بررسی ارتباط رفتارهای فرزندپروری با استرس والدینی و مشکلات رفتاری بیرونی کودکان، در بین مادران کودکان پیش‌دبستانی در طیف اوتیسم و کودکان غیر اوتیسم انجام دادند. در هر دو گروه، استرس والدینی بیشتر با حمایت از خودمختاری کمتری همراه بود. مادرویچ و همکاران (۲۰۲۲) نتیجه گرفتند که در مورد رفتارهای فرزندپروری مشکل‌سازی مانند منفی‌گرایی^۲ و عدم حمایت از خودمختاری، بررسی عوامل مرتبط مانند استرس والدینی و مشکلات رفتاری کودکان مهم است. به این ترتیب، مطالعات محدود نشان داده‌اند که سطوح بالای استرس والدینی ممکن است مانع از اقدامات فرزندپروری مثبت و پیشگیرانه شود و رفتارهای منفی والدین را افزایش دهد.

به نظر می‌رسد که والدین دارای فرزند با نیازهای ویژه در صورت نیافتن شیوه‌های مقابله مؤثر با شرایط خاص زندگی و منابع استرس‌زای موجود، دچار تشدید احساس بی‌کفایتی و خودناکارآمدی شده و اگر نتوانند از منابع حمایتی اجتماعی و دیگر افراد خانواده جهت کمک به فرزند خود استفاده کنند، می‌توان این انتظار را داشت که انزوا و احساس طردشدگی را به همراه افت عملکرد مراقبت‌گری تجربه کرده و وارد چرخه منفی کاهش انگیزه اقدام، کاهش عملکرد مؤثر عمومی، افت قابلیت‌های فرزندپروری، افزایش رفتارهای ناسازگارانه فرزند مبتلا به اوتیسم و مجدداً کاهش انگیزه و عملکرد مؤثر والد شوند. بدین ترتیب، چنانچه این والدین نتوانند به معنای جدید برای شرایط خاص خود و فرزندشان و همین‌طور درک واقع‌بینانه‌ای از سهم و نقش خود در آینده فرزندشان برسند، ممکن است به تدریج درگیر نشانگان افت روحیه شوند. در این صورت، آنها انگیزه چالش و روحیه مناسب برای آزمودن شیوه‌های مواجهه‌ای جدید را در آینده را از دست می‌دهند (وولینگ^۳ و همکاران، ۲۰۱۲). بنابراین، منطقاً انتظار می‌رود که هرچه شدت تجربه نشانگان افت روحیه در این والدین بالاتر رود، کیفیت رابطه والد-فرزند و رفتارهای فرزندپروری پایین‌تر بیاید. از این‌رو، توجه به نشانگان افت روحیه در این گروه از والدین به‌عنوان یکی از پارامترهای تأثیرگذار بر بهزیستی روان‌شناختی این والدین حائز اهمیت است. درعین حال، بسیاری از مادران نقش مراقبان اصلی کودک مبتلا به اوتیسم را به عهده دارند و برخی تحقیقات گزارش کردند که تجربه آزرده‌گی‌های روانی، نظیر استرس و افسردگی در مادران نسبت به پدران بیشتر بوده است (هاستیگز و برون^۴، ۲۰۰۲؛ ولکمر^۵ و همکاران، ۲۰۱۴).

با توجه به این‌که تمرکز اغلب مطالعات در رابطه با والدین دارای فرزند اوتیسم، بر استرس و بعضاً بر روی افسردگی، اضطراب، کیفیت زندگی و راهبردهای مقابله‌ای بوده است و به دلیل غفلت از توجه به تفاوت‌های بنیادین افسردگی که به باور عام رایج‌ترین واکنش افراد درگیر در شرایط سخت و مزمن است، با نشانگان افت روحیه که شیوع قابل توجه آن در بسیاری از مطالعات دیگر که بر روی سایر بیماری‌های سخت‌درمان و یا افراد درگیر در شرایط بسیار سخت با پیش‌آگهی منفی و کنترل‌پذیری پایین قرار دارند، گزارش شده است، لزوم پرداختن به بررسی نشانگان افت روحیه با در نظر گرفتن پیامدهای آن بر فرایندهای انطباق کارآمد با شرایط ازجمله فرزندپروری، امری ضروری به نظر می‌رسد؛ تا از طریق یافته‌های آن هم بینشی در مورد آزرده‌گی‌های روانی که این گروه از والدین در معرض آنها قرار دارند و هم نحوه تعامل خانواده‌ها با ناتوانی مزمن و مشکلات رفتاری فرزندشان و عوامل تأثیرگذار بر آنها ایجاد شود و هم آموزش‌ها و مداخلات لازم جهت کمک به والدین به‌منظور بهبود بهزیستی روانی خود و همچنین برقراری رابطه والد - فرزند مؤثر در جهت کمک به فرزند برای رشد و رسیدن به استقلال باتوجه به ویژگی‌های او، پیش‌بینی شود. از این‌رو، پژوهش حاضر باهدف بررسی نوع رابطه نشانگان افت روحیه با مؤلفه‌های رفتارهای فرزندپروری در مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال طیف اوتیسم و نیز بررسی احتمال پیش‌بینی مؤلفه‌های رفتار فرزندپروری بر اساس متغیر نشانگان افت روحیه در این گروه از مادران انجام شد.

۲. روش

پژوهش حاضر از نوع توصیفی - تحلیلی بر پایه یک طرح همبستگی بوده است. جامعه آماری پژوهش شامل مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال طیف اوتیسم در رده سنی ۶ تا ۱۲ سال و جمعیت نمونه نیز مادرانی از این جامعه آماری بودند که در زمان اجرای پژوهش، در زمستان ۱۴۰۱، در شهر تهران سکونت داشته و فرزندانشان از مراکز بازتوانی اوتیسم زیر نظر سازمان بهزیستی استان تهران، خدمات

¹ Madarevic

² negativity

³ Vehling

⁴ Hastings & Brown

⁵ Volkmar

توان بخشی دریافت می‌کردند و یا در مدارس ویژه آموزش این کودکان، مشغول به تحصیل بودند. حجم نمونه بنابه نظر بنتلر^۱ (۱۹۸۰) که حداقل حجم نمونه را به‌ازای هر متغیر، ۱۰ نفر توصیه کرده‌است و با در نظر گرفتن احتمال افت نمونه، ۱۳۰ نفر برآورد شد که به شیوه غیرتصادفی مبتنی بر هدف از بین جمعیت آماری انتخاب شدند. لیکن در مرحله ورود اطلاعات به نرم‌افزار، داده‌های ۱۰۰ نمونه قابل پردازش تشخیص داده شده و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. ملاک‌های ورود شامل تکمیل فرم رضایت‌نامه توسط مادر جهت شرکت داوطلبانه در پژوهش و دارا بودن حداقل تحصیلات پایان دوره ابتدایی برای مادر بود. همچنین مادران نباید تشخیص بالینی افسردگی مزمن یا سایر اختلالات روان‌پزشکی (بر اساس پرسش از سابقه روان‌پزشکی مادران) داشته باشند. فرزندی که پرسش‌نامه در رابطه با او تکمیل می‌شد، بین ۶ تا ۱۲ سال سن داشته و تشخیص بالینی اختلال طیف اوتیسم گرفته باشد (بر اساس پرونده پذیرش در مؤسسات خدمات توان بخشی یا مدارس استثنائی) و حداقل یک سال از تشخیص بالینی اختلال طیف اوتیسم برای فرزند (بر اساس مندرجات پرونده) گذشته باشد. شدت و سطح اختلال اوتیسم کودک بر اساس نمره مقیاس گارز-۳ در سطح خفیف یا متوسط در نظر گرفته شد (ملاک‌های تشخیصی دی‌اس‌ام-۵).

۲-۱. ابزارها

۲-۱-۱. پرسش‌نامه اطلاعات جمعیت‌شناختی

این پرسش‌نامه دربرگیرنده اطلاعاتی نظیر سن مادر، تحصیلات مادر، تاریخ تولد و جنسیت فرزند، سنی که کودک تشخیص بالینی اختلال اوتیسم را دریافت کرده است، بود.

۲-۱-۲. مقیاس رتبه‌بندی اوتیسم گیلیام (گارز-۳)^۲

مقیاس گارز اولین بار در سال ۱۹۹۵ توسط گیلیام و به‌منظور تشخیص افراد مبتلا به اوتیسم در موقعیت‌های کلینیکی و پژوهشی منتشر شد. در سال ۲۰۱۴، ویرایش سوم این مقیاس یعنی گارز-۳ بر اساس معیارهای دی‌اس‌ام-۵ و برای سنین ۳ تا ۲۲ سال، منتشر شد. گارز-۳ شامل ۵۸ سؤال است که در یک مقیاس چهار امتیازی لیکرت از ۰ تا ۳ نمره‌گذاری می‌شوند. این مقیاس دارای شش خرده مقیاس؛ رفتارهای تکراری و محدود^۳، تعامل اجتماعی^۴، برقراری ارتباط اجتماعی^۵، واکنش‌های هیجانی^۶، سبک‌شناختی^۷ و گفتار ناهنجار^۸ است. نمره نهایی مجموع نمرات ۶ خرده مقیاس بوده، اما در صورتی که کودک فاقد زبان گفتاری باشد، دو خرده مقیاس سبک شناختی و گفتار ناهنجار محاسبه نشده و شاخص ۴ نمره‌ای به‌دست می‌آید (گیلیام^۹، ۲۰۱۴). حداقل نمره فرد صفر، حداکثر نمره‌ای که به‌دست می‌آورد ۱۷۴، و میانگین برای نمونه هنجار، ۱۰۰ با انحراف استاندارد ۱۵ می‌باشد. نمرات شاخص به‌صورت دامنه عددی برای آزمودنی مشخص می‌کند که: احتمال ندارد اوتیسم باشد، احتمال دارد اوتیسم باشد، احتمال زیاد اوتیسم است، احتمال بسیار زیاد اوتیسم است (مینایی و ناظری، ۲۰۱۸). اعتبار و روایی این مقیاس در جامعه ایرانی در پژوهش مینایی و ناظری (۲۰۱۸) مورد تأیید قرار گرفته و آلفای کرونباخ آن، ۰/۹۵ گزارش شده‌است.

۲-۱-۳. نسخه فارسی مقیاس رفتارهای فرزندپروری - اختلال طیف اوتیسم (پی‌بی‌اس-ای)

مقیاس پی‌بی‌اس-ای (ون لیوون و نوانس، ۲۰۱۳)، یک مقیاس خود-گزارشی است که از ۵۲ عبارت تشکیل شده‌است که دربردارنده‌ی اظهاراتی در مورد رفتار فرزندپروری مشخص در زندگی روزمره، معطوف به یک فرزند به طور خاص هستند و در مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای (تقریباً هرگز، به‌ندرت، گاهی اوقات، اغلب و تقریباً همیشه) نمره‌گذاری می‌شوند. این پرسش‌نامه می‌تواند برای والدین دارای فرزند مبتلا به اوتیسم در دوره سنی ۶ تا ۱۸ سال استفاده شود (ون لیوون و نوانس، ۲۰۱۳). شامل پنج خرده‌مقیاس برای اندازه‌گیری رفتار عمومی والدین و دو خرده‌مقیاس برای اندازه‌گیری رفتار فرزندپروری خاص مربوط به کودکان مبتلا به اوتیسم است. خرده‌مقیاس‌های عمومی عبارت‌اند از: فرزندپروری مثبت (۱۱ آیتم شامل مجموعه اقداماتی که مربوط به نظارت بر فعالیت‌های کودک، کمک به حل مسئله و مرادفات مثبت با

¹ Bentler

² Gilliam Autism Rating Scale-Third Edition (GARS-3)

³ restrictive/repetitive behaviors

⁴ social interactions

⁵ social communications

⁶ emotional reaction

⁷ cognitive style

⁸ maladaptive speech

⁹ Gilliam

کودک می‌شوند)، پاداش مادی (۴ آیتم مربوط به پاداش دادن به رفتار خوب کودک)، قوانین (۶ آیتم مربوط به آموزش رفتار مناسب به کودک)، انضباط (۶ آیتم مربوط به تنبیه کودک در صورت بدرفتاری)، و تنبیه سخت (۵ آیتم درمورد تنبیه بدنی و سرزنش کلامی)، (ون لیوون و نوانس، ۲۰۰۴). دو زیرمقیاس برای اندازه‌گیری رفتار فرزندپروری خاص مربوط به اوتیسم عبارتند از: تحریک رشد (۱۱ آیتم) و انطباق محیط (۹ آیتم) (ون لیوون و نوانس، ۲۰۱۳). مؤلفه تحریک رشد به اقداماتی که والدین برای تحریک شناختی فرزندشان و کمک به کسب استقلال و درک هیجانات دیگران انجام می‌دهند، همچنین به استفاده از سیستم‌های پاداش و نحوه ارتباط والدین با فرزندشان (مانند ارتباط مشخص و واضح) اطلاق می‌شود. انطباق محیط، رفتارهایی فرزندپروری هستند که والدین برای برآوردن نیازهای کودک در محیط اعمال می‌کنند (مثل ساختار دادن به محیط یا حذف محرک‌های مزاحم) (ون لیوون و نوانس، ۲۰۱۳). آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس‌های عمومی، بین ۰/۷۰ تا ۰/۸۵ (مادروپ و همکاران، ۲۰۲۲) و برای خرده‌مقیاس‌های مربوط به اوتیسم (لامبرکس^۱ و همکاران، ۲۰۱۱) ۰/۶۹ تا ۰/۷۶ گزارش شد. تحلیل عاملی تأییدی از اعتبار ساختاری پشتیبانی کرد (لامبرکس و همکاران، ۲۰۱۱).

در مطالعه بهمنی و همکاران (۲۰۲۳)، این پرسش‌نامه به فارسی ترجمه شده و بعد از اعمال تغییراتی، ویژگی‌های روان‌سنجی آن در بین مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال اوتیسم ۶ تا ۱۲ سال، ساکن شهر تهران برآورد شد. به این ترتیب، براساس تحلیل مدل راش^۲، ۶ گویه از ۵۲ گویه اولیه به دلیل عدم برازش کافی با دیگر سوالات، و متعاقب آن خرده‌مقیاس تنبیه سخت حذف شدند. در نهایت، نسخه فارسی شامل ۴۶ گویه در ۶ خرده‌مقیاس بدست آمد. نتایج بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس برپایه دو روش تحلیل راش و تحلیل کلاسیک آماری روایی سازه این ابزار را تأیید کردند، باینحال ۵ سؤال به دلیل عدم برازش کافی و یک سؤال نیز به دلیل حذف کامل یک خرده‌مقیاس (تنبیه سخت)، از پرسشنامه نهایی خارج شدند. همچنین، ضریب آلفای کرونباخ برای هر کدام از خرده‌مقیاس‌های باقی‌مانده، بین ۰/۷ تا ۰/۸۶ محاسبه شد که نشانه همسانی درونی بالای ابزار است (بهمنی و همکاران، ۲۰۲۳).

۳-۱-۴. پرسش‌نامه نشانگان افت روحیه^۳

در راستای سنجش نشانگان افت روحیه، کیسان و همکاران (۲۰۰۴) مقیاس نشانگان افت روحیه را ایجاد کردند. این ابزار دارای ۲۲ سؤال است، که هر کدام در یک مقیاس ۰-۴ درجه‌ای لیکرت (هرگز، به ندرت، گاهی اوقات، اغلب و همیشه) درجه‌بندی شده‌اند. این پرسش‌نامه از ۵ خرده‌مقیاس شامل: خرده‌مقیاس فقدان معنا (۵ سؤال)، آزردهی (۵ سؤال)، دلسردی (۶ سؤال)، درماندگی (۴ سؤال) و احساس شکست (۴ سؤال) ساخته شده است. قابل ذکر است که سوالات ۱۶، ۱۷، ۱۸، ۱۹ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. نمره هر خرده‌مقیاس، حاصل جمع نمرات سوالات مربوطه و نمره کل نیز حاصل جمع نمرات تمام خرده‌مقیاس‌هاست. کیسان و همکاران (۲۰۰۴) نمره میانگین این مقیاس را با بررسی آن در یک نمونه بیماران استرالیایی مبتلا به سرطان پیشرفته ۳۰/۸۲ (انحراف معیار = ۱۲/۷۳) و نمره برش آن را (۳۰) گزارش کردند که نشانگر رنج بردن از نشانگان افت روحیه بالا است. کیسان و همکاران (۲۰۰۴) ضریب پایایی آن را ۰/۹۴ و بهمنی و همکاران (بهمنی و همکاران، ۲۰۱۵) در جمعیت عادی معادل ۰/۸۷ گزارش کرده‌اند. ضریب روایی آن نیز توسط بهمنی و همکاران (بهمنی و همکاران، ۲۰۱۵) به دست آمد. همچنین نتایج مربوط به اعتباریابی عامل‌های استخراج شده نیز ضرایب همسانی درونی ۰/۸۵ برای عامل آزردهی، ۰/۸۳ برای عامل فقدان معنا، ۰/۷۸ برای عامل احساس شکست و ۰/۶۵ برای عامل درماندگی را نشان دادند (بهمنی و همکاران، ۲۰۱۵).

۲-۲. شیوه اجرای پژوهش

پژوهشگر با مراجعه حضوری به مراکز بازتوانی اوتیسم زیر نظر سازمان بهزیستی استان تهران و مدارس کودکان استثنائی و اوتیسم و جلب همکاری مدیران و مادران، اقدام به توزیع و گردآوری پرسش‌نامه‌ها در بین جمعیت نمونه مادرانی که شدت و سطح اختلال اوتیسم فرزندان آنها بر اساس مقیاس گارز-۳ منطبق با معیارهای شمول بود، کرد. جمع‌آوری داده‌ها در زمستان ۱۴۰۱ انجام پذیرفت. لازم به ذکر است که به‌منظور رعایت ضوابط اخلاق پژوهش، اطلاعات کافی در مورد هدف و نحوه اجرا و نیز استفاده از یافته‌های پژوهش و حفظ حریم خصوصی آن‌ها، از طریق اطلاعیه و گفتگوی فردی، در اختیار شرکت‌کنندگان قرار داده شد.

۲-۳. شیوه تجزیه و تحلیل داده‌ها

¹ Lambrechts

² Rasch analytical model

³ Demoralization Scale

پردازش داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS-22 انجام شد. جهت بررسی مشخصه‌های آماری گروه‌های نمونه، از روش‌های معمول در آمار توصیفی همچون شاخص‌های گرایش مرکزی و پراکندگی (فراوانی، میانگین، انحراف معیار، چولگی و کشیدگی) و برای بررسی ارتباط پیش‌بینی‌کننده بین متغیرها، از پردازش آمار استنباطی (رگرسیون خطی و ضرایب همبستگی پیرسون و اسپیرمن) استفاده شد.

۳. یافته‌ها

این پژوهش، با مشارکت ۱۰۰ نفر از مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال طیف اوتیسم انجام شد، که در مجموع شامل ۷ کودک دختر (۷ درصد) و ۹۳ کودک پسر (۹۳ درصد) با دامنه سنی ۶ تا ۱۲ سال و میانگین سنی ۹/۳۳ بودند. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی مادران شرکت‌کننده به‌این شرح است: دامنه سنی مادران ۲۶ تا ۵۰ سال و میانگین سنی ۳۷/۸ بود. ۳ درصد از آنها دارای تحصیلات ششم ابتدایی، ۱۲ درصد دارای تحصیلات سیکل، ۵۱ درصد دارای تحصیلات دیپلم، ۳۱ درصد دارای تحصیلات فوق دیپلم و کارشناسی و ۳ درصد دارای تحصیلات کارشناسی ارشد و بالاتر بودند. مشخصه‌های آماری، نظیر؛ شاخص‌های پراکندگی و شاخص‌های گرایش به مرکز، به تفکیک ۲ متغیر اصلی و زیرمقیاس هایشان در جدول ۱ و ۲ آورده شده است.

جدول ۱: آمار توصیفی متغیر رفتارهای فرزندپروری و مؤلفه‌های آن

متغیر	میانگین	انحراف استاندارد	چولگی	کشیدگی
رفتارهای فرزندپروری	۱۵۵/۹۵	۲۷/۳۳	-۰/۶۷	-۰/۰۹
فرزندپروری مثبت	۳۹/۶۲	۸/۵۸	-۰/۵۳	-۰/۴۴
پاداش مادی	۱۳/۲۷	۳/۹۳	-۰/۳۲	-۰/۷۷
قوانین	۱۹/۳۸	۴/۰۵	-۰/۸۵	-۰/۲۶
انضباط	۱۵/۰۷	۳/۴۹	۰/۳۸	-۰/۶۹
تحریک رشد	۳۶/۴۸	۸/۵۹	-۰/۲۹	-۰/۲۷
انطباق محیط	۳۲/۱۲	۵/۹۵	-۰/۷۲	-۰/۷۴

جدول ۲: آمار توصیفی متغیر نشانگان افت روحیه و مؤلفه‌های آن

متغیر	میانگین	انحراف استاندارد	چولگی	کشیدگی
نشانگان افت روحیه	۴۱/۴۵	۱۴/۶۶	-۰/۵۳	-۰/۱۸
فقدان معنا	۴/۸۲	۴/۲۸	-۰/۷۶	-۰/۲۹
آزردگی	۷/۸۶	۴/۳۴	-۰/۲۲	-۰/۶۹
دلسردی	۸/۶۲	۵/۱۹	-۰/۶۶	-۰/۴۶
درماندگی	۱۳/۶۳	۲/۹۶	-۰/۴۲	-۰/۲۰
احساس شکست	۶/۵۱	۳/۲۹	-۰/۰۲	-۰/۴۱

همان‌طور که در جداول ۱ و ۲ مشاهده می‌شود، برای تمامی متغیرها، چولگی و مقادیر محاسبه شده برای کشیدگی متغیرها همگی در بازه (۲، -۲) قرار داشتند که نشان می‌دهد این متغیرها توزیعی نزدیک به توزیع نرمال و متقارن دارند. به‌این ترتیب، مفروضه نرمال بودن توزیع داده‌ها به‌عنوان پیش‌نیاز محاسبه ضرایب همبستگی و تحلیل رگرسیون، بررسی و تأیید شده و به‌منظور بررسی رابطه بین متغیرهای مورد مطالعه پژوهش و نیز کشف الگوی روابط بین آن‌ها بر پایه یک طرح همبستگی، از روش همبستگی پیرسون و اسپیرمن و تحلیل رگرسیون خطی استفاده شد تا به این سوال پاسخ داده شود که آیا بین نشانگان افت روحیه و مؤلفه‌های فرزندپروری رابطه پیش‌بینی‌کننده‌ای وجود دارد؟ ضرایب همبستگی بدست آمده برای متغیرهای رفتارهای فرزندپروری و افت روحیه و خرده‌مقیاس‌های آن‌ها در جدول ۳ آورده شده است.

جدول ۳: ضرایب همبستگی پیرسون بین مؤلفه‌های فرزندپروری و متغیر نشانگان افت روحیه

متغیر	نشانگان افت روحیه	فقدان معنا	یاس	درماندگی	احساس شکست	آزردگی
فرزندپروری مثبت	-۰/۲۵۱**	-۰/۱۲۹	-۰/۱۵۳	-۰/۲۳۲*	-۰/۴۸۴**	-۰/۱۱۴
پاداش مادی	۰/۰۰۵	۰/۱۸۰	۰/۰۸۰	۰/۰۴۷	-۰/۳۷۳**	۰/۰۶۷
قوانین	-۰/۳۶۹**	-۰/۳۱۴**	-۰/۲۸۵**	-۰/۲۶۰*	-۰/۴۶۸**	-۰/۲۲۸*

انضباط	۰/۲۸۳**	۰/۱۶۱	۰/۲۲۸**	۰/۲۳۴*	۰/۱۷۰	۰/۳۵۳**
تحریک رشد	۰/۲۳۷*	۰/۰۹۲	۰/۱۶۸	۰/۲۰۸	۰/۵۳۰**	۰/۰۶۴
انطباق محیط	۰/۰۹۸	۰/۰۴۰	۰/۰۱۷	۰/۰۵۸	۰/۴۱۰**	۰/۰۳۶

** $P < .01$ * $P < .05$

چنانچه در جدول ۳ مشاهده می‌شود، براساس آنالیز همبستگی پیرسون، همبستگی به‌دست آمده بین متغیر نشانگان افت روحیه با ۴ مؤلفه‌ی فرزندپروری، یعنی؛ فرزندپروری مثبت ($P < .01$, $r = -.0251$, $n = 100$)، انضباط ($P < .01$, $r = .0282$, $n = 100$)، تحریک رشد ($P < .05$, $r = -.0237$, $n = 100$) و قوانین ($P < .01$, $r = -.0369$, $n = 100$)، اگرچه کم بوده اما معنادار هستند. بااین‌حال میان مؤلفه‌های پاداش مادی و انطباق محیط با متغیر نشانگان افت روحیه، همبستگی بسیار کمی وجود دارد که از لحاظ آماری نیز معنادار نیستند. همچنین خرده مقیاس احساس شکست از متغیر نشانگان افت روحیه تقریباً با تمام مؤلفه‌های فرزندپروری به جز انضباط همبستگی نسبتاً بالایی معناداری نشان داده و در این بین بیشترین میزان همبستگی بین احساس شکست با مؤلفه تحریک رشد ($P < .01$, $r = -.0530$, $n = 100$) است.

جدول ۵: نتایج رگرسیون خطی بین متغیر نشانگان افت روحیه و مؤلفه فرزندپروری مثبت

متغیر پیش‌بین	سن مادر	تحصیلات مادر
رفتارهای فرزندپروری	۰/۰۳۲	۰/۱۶۳
فرزندپروری مثبت	۰/۰۷۶	۰/۱۰۵
پاداش مادی	۰/۰۶۷	۰/۲۰۱
قوانین	۰/۴۹	۰/۱۰۹
انضباط	۰/۰۵۹	۰/۱۰۴
تحریک رشد	۰/۰۴۹	۰/۱۰۹
انطباق محیط	۰/۰۱۲	۰/۲۲۶*
نشانگان افت روحیه	۰/۰۱۴	۰/۱۲۳
فقدان معنا	۰/۰۷۱	۰/۱۶۱
آزردگی	۰/۰۴۷	۰/۰۹۶
دلسردی	۰/۰۲۱	۰/۲۰۶
درماندگی	۰/۱۹۹	۰/۱۴۹
احساس شکست	۰/۰۷۱	۰/۰۰۲

* $P < .05$, $P < .01$

از سوی دیگر، بر اساس آنالیز همبستگی‌های پیرسون و اسپیرمن که در جدول ۴ آورده شده است، همبستگی معناداری از نظر آماری بین متغیرهای جمعیت‌شناختی (سن و سطح تحصیلات مادر) و نشانگان افت روحیه و رفتارهای فرزندپروری و زیرمقیاس‌های آن‌ها به دست نیامد. تنها رابطه معنادار بین انطباق محیط و تحصیلات مادر مشاهده شد ($P < .05$, $r = .0226$, $n = 100$).

به‌این‌ترتیب و بنا بر معیار پیشنهادی جود و کنی^۱ (۱۹۸۱) مبنی بر ضرورت وجود رابطه همبستگی مستقیم بین دو متغیر مستقل و وابسته به‌عنوان پیش‌شرط بررسی روابط علی، می‌توان گفت که شرط مذکور اگرچه بین تمام متغیرها دیده نشد، اما برای تعدادی از آن‌ها، مقدار قابل‌توجهی بوده، و به‌این‌ترتیب، استنباط‌های علی از داده‌های آن‌ها مقدور است. بااین‌حال، به علت عدم وجود همبستگی معنادار بین متغیر نشانگان افت روحیه با ۲ مؤلفه‌ی فرزندپروری، یعنی؛ پاداش مادی و انطباق محیط، نمی‌توان بین متغیر نشانگان افت روحیه و این مؤلفه‌ها فرزندپروری، روابط علی از طریق رگرسیون را بررسی کرد.

جدول ۵: نتایج رگرسیون خطی بین متغیر نشانگان افت روحیه و مؤلفه فرزندپروری مثبت

متغیر پیش‌بین	r^2	F	Sig	Beta	B
نشانگان افت روحیه	۰/۰۶۳	۵/۸۳۷	۰/۰۱۸	۰/۲۵۱	۰/۱۲۶

¹ Judd & Kenny

بر اساس نتایج نشان داده‌شده در جدول ۵، نتایج رگرسیون خطی بدست آمده برای متغیر نشانگان افت روحیه و مؤلفه فرزندپروری مثبت ($r^2=0/063$, $Sig<0/05$, $F=5/837$) معنادار بوده؛ بنابراین می‌توان گفت که نشانگان افت روحیه می‌تواند پیش‌بینی‌کننده ۶ درصد تغییرات در مؤلفه رفتارهای فرزندپروری مثبت باشد و مادرانی که شدت نشانگان افت روحیه در آن‌ها بالاتر است، رفتارهای فرزندپروری مثبت کمتری در ارتباط با فرزند مبتلا به اوتیسم شان از خود نشان می‌دهند.

جدول ۶: نتایج رگرسیون خطی بین متغیر نشانگان افت روحیه و مؤلفه انضباط

متغیر پیش‌بین	r^2	F	Sig	Beta	B
نشانگان افت روحیه	۰/۰۸۰	۷/۵۴۰	۰/۰۰۷	۰/۲۸۲	۰/۰۵۸

نتایج رگرسیون خطی به‌دست‌آمده برای متغیر نشانگان افت روحیه و مؤلفه انضباط ($r^2=0/080$, $Sig<0/01$, $F=7/540$) معنادار بوده؛ بنابراین می‌توان گفت که نشانگان افت روحیه می‌تواند پیش‌بینی‌کننده ۸ درصد تغییرات در مؤلفه انضباط از مقیاس رفتارهای فرزندپروری باشد و مادرانی که شدت نشانگان افت روحیه در آن‌ها بالاتر است، از رفتارهای انضباطی بیشتری استفاده می‌کنند.

جدول ۷: نتایج رگرسیون خطی بین متغیر نشانگان افت روحیه و مؤلفه قوانین

متغیر پیش‌بین	r^2	F	Sig	Beta	B
نشانگان افت روحیه	۰/۱۳۶	۱۳/۷۴۸	۰/۰۰۰	۰/۳۶۹	-۰/۰۸۸

نتایج رگرسیون خطی به‌دست‌آمده برای متغیر نشانگان افت روحیه و مؤلفه قوانین ($r^2=0/136$, $Sig<0/01$, $F=13/748$) معنادار بوده؛ بنابراین می‌توان گفت که نشانگان افت روحیه می‌تواند پیش‌بینی‌کننده ۱۳/۶ درصد تغییرات در مؤلفه قوانین از مقیاس رفتارهای فرزندپروری باشد و مادرانی که شدت نشانگان افت روحیه در آن‌ها بالاتر است، قوانین کمتری برای فرزندان خود وضع می‌کنند.

جدول ۸: نتایج رگرسیون خطی بین متغیر نشانگان افت روحیه و مؤلفه تحریک رشد

متغیر پیش‌بین	r^2	F	Sig	Beta	B
نشانگان افت روحیه	۰/۰۴۵	۵/۱۸۴	۰/۰۰۰	۰/۳۶۹	-۰/۰۸۸

نتایج رگرسیون خطی به‌دست‌آمده برای متغیر نشانگان افت روحیه و مؤلفه تحریک رشد ($r^2=0/045$, $Sig<0/05$, $F=5/184$) که در جدول ۸ آورده شده است، معنادار بوده؛ بنابراین نشانگان افت روحیه توانست پیش‌بینی‌کننده ۴/۵ درصد تغییرات در مؤلفه تحریک رشد از مقیاس رفتارهای فرزندپروری باشد. به عبارتی، مادرانی که شدت نشانگان افت روحیه در آن‌ها بالاتر بود، به میزان کمتری از اقدامات مؤثر برای تحریک رشد فرزندان استفاده می‌کردند.

۴. بحث و نتیجه‌گیری

همان‌طور که یافته‌های پژوهش نشان داد، متغیر نشانگان افت روحیه توانسته است مقداری از تغییرات ۴ مؤلفه از ۶ مؤلفه رفتارهای فرزندپروری، شامل؛ فرزندپروری مثبت، قوانین، انضباط و تحریک رشد را به طور جداگانه توضیح دهد. باین‌حال، در نتایج آزمون همبستگی پیرسون، بین متغیر نشانگان افت روحیه و ۲ مؤلفه رفتارهای فرزندپروری دیگر؛ یعنی، پاداش مادی و انطباق محیط، همبستگی معناداری مشاهده نشد، که به این معنی است که از جنبه آماری نشانگان افت روحیه با این مؤلفه‌ها رابطه نداشته و طبعاً روابط علی نیز بین آن‌ها وجود نخواهد داشت.

به این ترتیب، مشخص شد که بین مؤلفه «فرزندپروری مثبت» و متغیر نشانگان افت روحیه رابطه منفی کم، اما معنادار وجود دارد ($P < 0/01$, $r = -0/251$, $n = 100$). درنهایت، نشانگان افت روحیه توانست، حدوداً ۶/۰ درصد تغییرات در مؤلفه فرزندپروری مثبت را پیش‌بینی کند ($r^2=0/063$, $Sig<0/01$, $F=5/837$)، به این معنی که هرچه شدت نشانگان افت روحیه در مادران بالاتر بود، در ارتباط با فرزند خود، از رفتارهای فرزندپروری مثبت عمومی کمتری استفاده می‌کردند. به نظر می‌رسد، در شرایطی که افراد نسبت به ثمربخشی عملکرد خود کمتر اعتماد دارند، انگیزه اقدام به رفتار هدفمند کاهش می‌یابد و آن‌ها تمایل کمتری به پیگیری امور دارند؛ زیرا فکر می‌کنند

که بین رفتارهایشان و نتایجی که از رفتارها انتظار دارند، ارتباط محکمی وجود ندارد. به عبارتی، از آنجاکه معتقد هستند که عملکردشان، نتیجه دلبخواه آن‌ها (و به حدی که آن‌ها انتظار دارند) را نخواهد داشت، شوق اقدام در آن‌ها کم می‌شود. این توضیح، می‌تواند با مضمون مطالعات قبلی که در رابطه با استرس و فرزندپروری منفی انجام شده است نیز، همخوانی داشته باشد. بون و همکاران (۲۰۱۵) در مطالعه خود گزارش کردند که سطوح بالاتر استرس والدین، با استفاده بیشتر از پاداش‌های مادی و تنبیه سخت و نیز با رفتارهای منفی بیشتر در فرزندپروری (یعنی عیب‌جویی یا نادیده گرفتن کودک) همراه است. آزبورن و رید (۲۰۱۰) نیز استرس بیشتر را با ارتباطات و مشارکت کمتر والدین با فرزند مبتلا به اوتیسم شان، مرتبط دانستند.

همچنین یافته‌ها نشان داد که بین مؤلفه «قوانین» و متغیر «نشانه‌های افت روحیه» نیز رابطه معنادار منفی وجود دارد ($r = -0.369$, $P < 0.01$). در نهایت، نشانه‌های افت روحیه توانست، ۱۳/۶ درصد تغییرات در مؤلفه قوانین را پیش‌بینی کند ($F = 13.748$, $r^2 = 0.136$, $Sig < 0.01$). به این معنی که هرچه شدت نشانه‌های افت روحیه در مادران بالاتر بود، در ارتباط با فرزند خود، از قوانین کمتری استفاده می‌کردند. در پرسش‌نامه پی‌بی‌اس - ای، متغیر «قوانین» از طریق تعدادی گزاره که آموزش آداب رفتاری و تنظیم یک سری از محدودیت‌ها برای فرزندان را مورد پرسش قرار می‌دهد، اندازه‌گیری می‌شود (ون‌لیوون و نوانس، ۲۰۱۳). درواقع تعیین اهداف تربیتی، پیدا کردن الگوهای رفتاری کودک و جهت‌دهی هدفمند به این الگوهای رفتاری و پیدا کردن مشوق‌های مؤثر، نیازمند انرژی و چالش‌طلبی والدین است و به نظر می‌رسد که انجام این دسته رفتارها مستلزم انگیزه و حداقلی از شوق روانی است که به دلیل ماهیت انگیزش‌زدا و رغبت‌کاه بالا رفتن نشانه‌های افت روحیه، می‌تواند با این دسته از رفتارهای فرزندپروری تداخل منفی پیدا کند. می‌تواند این یافته را همسو با نتایج مطالعه آزبورن و همکاران (۲۰۰۸) دانست که گزارش کردند استرس والدین دارای فرزند اوتیسم با متغیر «تنظیم محدودیت» همبستگی منفی دارد.

بین میزان نشانه‌های افت روحیه و مؤلفه «انضباط» نیز همبستگی وجود داشته و جهت رابطه بین آن‌ها مثبت است ($r = 0.282$, $n = 100$). نشانه‌های افت روحیه توانست پیش‌بینی‌کننده ۸ درصد تغییرات در مؤلفه انضباط از مقیاس رفتارهای فرزندپروری باشد ($F = 7.540$, $r^2 = 0.080$, $Sig < 0.01$). به عبارتی، مادرانی که شدت نشانه‌های افت روحیه در آن‌ها بالاتر است، از اقدامات انضباطی بیشتری استفاده می‌کنند. مؤلفه انضباط به استفاده ی والدین از نظم و انضباط مربوط می‌شود، همچنین به رفتارهای تنبیهی اشاره دارد که والد در صورت بدرفتاری کودک، از خود بروز می‌دهند (ون‌لیوون و ورمولست^۱، ۲۰۰۴). بی‌انگیزگی درباره رفتارهای هدفدار حل مسئله و نیز و بی‌فایده دانستن اقداماتی که برای کنترل شرایط استرس‌زا لازم است، از جمله علائم بروز نشانه‌های افت روحیه است. وقتی والدین دچار بی‌حوصلگی و بی‌انگیزگی در رابطه با اقدامات فرزندپروری مثبت می‌شوند به‌جای استفاده از روش‌های مثبت شکل‌دهی، تقویت یا الگوسازی رفتارهای مناسب که نیاز به انرژی و هدف دارد، از روش‌های مقطعی و موقعیتی تنبیه و سرکوب و بازدارندگی رفتار که موضوع سنجش خرده مقیاس انضباط است، استفاده می‌کنند.

مطابق یافته‌ها، بین میزان نشانه‌های افت روحیه و مؤلفه «تحریک رشد» در فرزندپروری نیز همبستگی وجود داشته و جهت رابطه بین آن‌ها منفی است ($r = -0.237$, $P < 0.01$, $n = 100$) و نشانه‌های افت روحیه توانست پیش‌بینی‌کننده ۴/۵ درصد تغییرات در مؤلفه تحریک رشد از مقیاس رفتارهای فرزندپروری باشد ($F = 5.184$, $r^2 = 0.045$, $Sig < 0.05$). به عبارتی، مادرانی که شدت نشانه‌های افت روحیه در آن‌ها بالاتر بود، از اقدامات تحریک رشد کمتری استفاده می‌کردند. همان‌طور که گفته شد، نشان دادن رفتارهای فرزندپروری مثبت و کارآمد؛ خصوصاً اگر هدفمندتر نیز باشند، نیاز به انگیزه، برنامه‌ریزی و اقدام مستمر دارد. در والدینی که شدت نشانه‌های افت روحیه در آن‌ها بیشتر دیده می‌شود، این بی‌انگیزگی و ادراک ناتوانی در تغییر شرایط خود و فرزندشان، نیرومحرکه لازم برای انجام عمل هدفدار را کمتر می‌کند. بالاین‌حال، باید توجه داشت که مقدار پیش‌بینی‌کنندگی افت روحیه در این خرده‌مقیاس چندان زیاد نیست.

مؤلفه تحریک رشد، یکی از خرده مقیاس‌هایی است که مختص فرزندپروری کودکان مبتلا به اوتیسم طراحی شده است که شامل سؤالاتی در رابطه با ساختاردهی به محیط پیرامون کودک و ایجاد فرصت‌های یادگیری و رشد شناختی با توجه به ویژگی‌های اختلال اوتیسم هستند (ون‌لیوون و نوانس، ۲۰۱۳). مالجارس^۲ و همکاران (۲۰۱۴) و لامبرکس و همکاران (۲۰۱۱) در مطالعات خود نشان دادند که والدین گروه اوتیسم در خرده مقیاس‌های مختص اوتیسم، از جمله تحریک رشد، نمرات بالاتری نسبت به والدین گروه غیر اوتیسم کسب کرده بودند. مالجارس و همکاران (۲۰۱۴) به این نتیجه اشاره کردند که اقدامات فرزندپروری مرتبط با اوتیسم در اکثر خانواده‌های دارای کودک مبتلا به اوتیسم وجود دارد؛ به عبارت دیگر بسیاری از مادران نقاط قوت مهمی را در تنظیم رفتار خود با تشخیص اوتیسم برای

¹ Vermulst

² Maljaars

فرزندشان گزارش کردند. همچنین اشاره کردند که این اقدامات فرزندپروری مقتضی، ممکن است نتیجه مداخلاتی باشند که والدین در آن‌ها شرکت می‌کنند. به نظر می‌رسد این یکی از دلایلی است که چرا رابطه نشانگان افت روحیه نتوانسته است درصد بالایی از تغییرات این مؤلفه را تعیین کند. درحالی‌که احتمالاً در کشورهای نظیر بلژیک که شرایط و فرهنگ آن بر روی دیدگاه سازندگان مقیاس تأثیر گذاشته است، مداخلات والدین محور نقش پررنگی در سازگار شدن والدین با شرایط فرزندپروری ایفا می‌کنند، والدین نیز نمرات بالاتری نسبت به گروه‌های دیگر والدین در مؤلفه‌های تحریک رشد و انطباق محیط بدست آورده‌اند. بالین‌حال، در پژوهش بهمنی و همکاران (۲۰۲۳) مادران گروه اوتیسم نسبت به مادران گروه کودکان با رشد عادی در این خرده مقیاس نمرات کمتری کسب کرده بودند که با نتایج مالجراس و همکاران (۲۰۱۴) همخوانی نداشت. به نظر می‌رسد، در ایران با توجه به پراکنده بودن و موردی بودن آموزش‌های فرزندپروری ارائه‌شده به این گروه از مادران و پدران، این اقدامات فرزندپروری مختص به اختلال اوتیسم حتی نسبت به والدین کودکان عادی نیز کمتر مشاهده می‌شود؛ حتی در مادرانی که انگیزه، روحیه و خواست برای رفتار مناسب و هدفمند با کودکشان را دارند. بنابراین در چنین شرایطی، بررسی رابطه بین این رفتارهای فرزندپروری مبتنی بر نیازهای کودک مبتلا به اوتیسم با یک عامل روان‌شناختی نظیر استرس یا افت روحیه نیز بی‌فایده خواهد بود.

مطابق نتایج بدست آمده؛ «انطباق محیط» یکی از دو مؤلفه‌ای بود که با نشانگان افت روحیه، همبستگی معناداری نشان نداد. انطباق محیط به رفتارهای فرزندپروری اطلاق می‌شود که والدین برای برآوردن نیازهای کودک در محیط اعمال می‌کنند (مثل ساختار دادن به محیط یا حذف محرک‌های مزاحم) و همچون مؤلفه تحریک رشد، مربوط به رفتارهای فرزندپروری سازگار با اوتیسم می‌باشد (ون‌لیوون و نوانس، ۲۰۱۳). همان‌طور که در رابطه با مؤلفه تحریک رشد نیز بحث شد، اگرچه به نظر می‌رسد هرچه اقدامات فرزندپروری هدفمندتر باشند، تأثیر نشانگان افت روحیه بر آن‌ها بیشتر مشاهده شود، اما در رابطه با این مؤلفه که مختص والدین دارای فرزند مبتلا به اوتیسم است، این معناداری رابطه دیده نشد. همان‌طور که پیشتر اشاره شد، در مطالعه بهمنی و همکاران (۲۰۲۳) میانگین نمرات مادران گروه اوتیسم در مؤلفه‌های انطباق محیط و تحریک رشد، کمتر از مادران گروه کودکان با رشد عادی گزارش شده که این مطلب مغایر با یافته‌های مالجراس و همکاران (۲۰۱۴) است. به همین دلیل، به نظر می‌رسد، این اقدامات خاص که در این پرسش‌نامه برای ارزیابی والدین دارای فرزند اوتیسم در نظر گرفته شده بود، در درجه اول محصول آموزش والدین و مشارکت آن‌ها در مداخلات والدین-محور بوده باشد و بعد بتوان آن‌ها را براساس متغیرهای روان‌شناختی نظیر نشانگان افت روحیه، پیش‌بینی کرد. باتوجه به اینکه متغیر تحصیلات مادر با تنها مؤلفه فرزندپروری که رابطه داشت، مؤلفه انطباق محیط بود، این احتمال را قوی‌تر می‌کند که انطباق محیط را باید محصول مهم دانسته‌ها و سطح سواد والدین دانست.

همان‌طور که پیش‌تر اشاره شد، «پاداش مادی» یکی دیگر از دو مؤلفه‌ای بود که رابطه معناداری با نشانگان افت روحیه نشان ندادند. پاداش مادی شامل مجموعه رفتارهای پاداش‌دهنده والدین به رفتارهای مناسب کودک است (ون‌لیوون و نوانس، ۲۰۱۳). این رفتارها همان‌قدر که ممکن است به علت ضعف والدین در درون‌سازی رفتارهای مناسب کودکشان و اجتناب از چالش با فرزند صورت گیرد، می‌تواند به علت مقتضیات آموزش ویژه و تقویت رفتارهای سازگاران در کودکان مبتلا به اوتیسم نیز باشد که رفتارهای مناسب کودک را بلافاصله با پاداش‌های کوچک تشویق کنند. به این ترتیب، ممکن است، رفتار ارائه پاداش به کودک جدای از وضعیت بهزیستی روان‌شناختی والدین از جمله نشانگان افت روحیه، اتفاق افتاده و در نتیجه، رابطه این دو متغیر به لحاظ آماری بی‌معنی به نظر برسد.

اگرچه مشکلات روان‌شناختی و درگیری با معناها در والدین دارای فرزند اوتیسم قابل انتظار است (به‌خاطر پیش‌آگهی نه‌چندان خوب، حمایت‌های اجتماعی کم، و...)، اما کمتر به آزرده‌گی‌های روان‌شناختی این گروه از والدین با در نظر گرفتن معناها به هم‌ریخته‌شان توجه شده است. به نظر می‌رسد که مادرانی که در شرایط دشوار و غالباً همراه با منابع استرس مختلف مراقبت از کودک مبتلا به اختلال طیف اوتیسم قرار می‌گیرند، در صورتی که شرایط را خارج از کنترل و فراتر از توانایی خود ارزیابی کنند، شوق و انگیزه لازم برای برقراری تعاملات مؤثر و کارآمد و مبتنی بر هدف و مسئله‌مدار در رابطه با فرزند مبتلا به اوتیسم را از دست بدهند. در این شرایط، اقدامات فرزندپروری نظیر تنبیه و عیب‌جویی از کودک، ممکن است افزایش یابند که اگرچه در کوتاه‌مدت منجر به کاهش تنش در مادر شود، اما در درازمدت با تقویت رفتارهای مشکل‌ساز کودک، و پایین آمدن کیفیت روابط و تعاملات والد - فرزندی، اثرات منفی آن نظیر استرس، احساس شکست، احساس ناکارآمدی، و همچنین احساس گناه احتمالی در والدین به دلیل رفتار نامناسب با فرزند دچار معلولیت خود، به طور قابل توجهی بیشتر خواهد شد.

نظر به اینکه توجه به نشانگان افت روحیه به‌عنوان یکی از اشکال آزرده‌گی‌های وجودی کمتر مورد توجه محققین و ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی و درمانی در این جمعیت خاص و در حال افزایش، قرار گرفته است، نتایج این مطالعه می‌تواند به‌عنوان آغاز توجه به این گروه از والدین از منظر آزرده‌گی‌های وجودی و ارتباط سیستم بازسازی معنای والدین به‌عنوان راه‌حل اصلی پیشگیری از بی‌انگیزگی و

احساس ناتوانی در این والدین که متعاقباً به مدیریت ضعیف‌تر شرایط خاص فرزندپروری اوتیسم، عدم پیگیری درمان‌های توان‌بخشی فرزند و سایر مشکلات مربوط به بهزیستی روانی والدین و خانواده، در نظر گرفته شود.

۴-۱. محدودیت‌ها و پیشنهادات پژوهش

از محدودیت‌های پژوهش می‌توان به عدم تمایل برخی از مادران کودکان مبتلا به اوتیسم برای مشارکت در تکمیل پرسش‌نامه‌ها به دلیل بی‌فایده دانستن اقدامات اشاره کرد. همچنین لازم به ذکر است که در هنگام تعمیم‌یافته‌ها، باید به عدم کنترل تأثیر اختلالات همبود بر نتایج نیز توجه شود. توصیه می‌شود تا در پژوهش‌های آتی، از مطالعات کیفی برای درک عمیق تجربه والدین مبتلا به اوتیسم استفاده شود. در مطالعه حاضر سن کودکان ۶ تا ۱۲ سال در نظر گرفته شد، بهتر است که متغیرهای پژوهش در بازه‌های سنی مختلف فرزندان بررسی و توجه شود. همچنین، مطالعه در بافت‌های فرهنگی و سطوح اجتماعی، اقتصادی متفاوت تکرار و تأثیر سطح حمایت‌های دریافتی (اجتماعی، خانوادگی و ...) نیز بر شدت نشانگان افت روحیه لحاظ شوند. پیشنهاد می‌شود در مطالعات آینده، پدر و مادر کودکان مبتلا به اوتیسم به طور همزمان مورد مطالعه قرار گیرند و متغیر خشنودی زناشویی نیز در رابطه بین نشانگان افت روحیه با مؤلفه‌های فرزندپروری کنترل شود. همچنین، به اختلالات همبود و رفتارهای مشکل ساز درون ساز و برون ساز به عنوان متغیرهای واسطه‌ای توجه شود.

۴-۲. اخلاق پژوهش

پیش از انجام پژوهش حاضر، پروپوزال مربوطه در گروه روان‌شناسی بالینی دانشگاه علامه طباطبائی به تصویب رسید و با رعایت کلیه اصول اخلاق در پژوهش و نکات انتشار پرسش‌نامه مدنظر کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه و اخذ مجوز از دانشگاه علامه طباطبائی، مطالعه انجام شد.

- هدف اصلی این پژوهش ارتقا سلامت انسان‌ها همراه با رعایت حقوق آن‌ها بوده و اصل جلوگیری از هر گونه ضرر و زیان برای شرکت‌کنندگان در پژوهش رعایت شد (کدهای ۳، ۴، ۷).

- تعیین زمان تکمیل پرسش‌نامه برعهده شرکت‌کنندگان بوده و برای ایشان ذکر شد که هرزمان که تمایل داشتند می‌توانند مطالعه را ترک کنند (کد ۴).

- به‌تمامی افراد توضیحات کافی در مورد پژوهش داده شد و در صورت امضای آگاهانه رضایت‌نامه کتبی توسط ایشان، پرسش‌نامه اجرا شد. پس از ارائه توضیحات کافی در مورد اهداف طرح و در صورت امضای آگاهانه رضایت‌نامه، افراد وارد مطالعه شدند و پرسش‌نامه‌ها در اختیار آن‌ها قرار گرفت (کدهای ۱۳، ۱۵، ۱۶).

- عدم قبول شرکت در پژوهش یا ادامه‌ندادن به همکاری، هیچ‌گونه تأثیری بر خدمات درمانی که به فرد ارائه می‌شد، نداشت و این موضوع در فرایند اخذ رضایت آگاهانه به آزمودنی اطلاع داده شده و بر داوطلبانه بودن حضور شرکت‌کنندگان در پژوهش و اینکه در هر مرحله از پژوهش حق دارند از پژوهش انصراف دهند، تأکید شد (کد ۱۹).

- در حین و پس از پژوهش، اصل رازداری و حریم شخصی افراد رعایت شده و اطلاعات شخصی افراد مورد مطالعه تنها در این پژوهش مورد استفاده قرار خواهد گرفت (کد ۲۵).

- به شرکت‌کنندگان توضیح داده شد که در صورت تمایل نتایج پژوهش در اختیارشان قرار خواهد گرفت. همچنین آدرس ایمیل پژوهشگر در فرم رضایت‌نامه ذکر شد تا در صورت تمایل، درخواستشان را به اطلاع پژوهشگر برسانند (کد ۲۷).

- اصل امانت‌داری در ارائه و نشر نتایج تحقیق و کلیه حقوق معنوی محققین پژوهش رعایت شد (کد ۲۸ و ۲۹).

- روش پژوهش با ارزش‌های اجتماعی، فرهنگی و دینی جامعه در تناقض نبود (کد ۳۱).

۵. تعارض منافع

بنا بر اظهار نویسندگان، هیچ تعارض منافی در پژوهش حاضر وجود ندارد.

۶. منابع مالی

بنا بر اظهار نویسندگان، این مقاله حامی مالی ندارد.

۷. دسترسی به مواد و داده‌ها

تمامی مواد و داده‌های مطالعه حاضر در اختیار نویسنده مسئول مقاله بوده و در صورت درخواست سردبیر مجله و عدم مغایرت با اصل امانت‌داری و رازداری شرکت‌کنندگان در اختیار نشریه قرار خواهد گرفت.

۸. تأییدیه اخلاقی و رضایت مشارکت‌کنندگان

جهت رعایت اصول اخلاقی، این مطالعه با کسب رضایت آگاهانه از شرکت‌کنندگان و محرمانه نگاه‌داشتن اطلاعات آزمودنی‌ها صورت گرفت و به شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد که امکان خروج از پژوهش را در هر لحظه که بخواهند را خواهند داشت.

۹. رضایت برای انتشار

پیش مقاله ارائه شده به این نشریه، قبل از انجام پروسه بررسی، از طریق ایمیل برای همه نویسندگان ارسال شده و تمام نویسندگان نسبت به انتشار آن رضایت داشته‌اند.

۱۰. سپاسگزاری

پژوهش حاضر برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی‌ارشد در رشته روان‌شناسی عمومی است. پژوهشگران بدین وسیله مراتب تشکر و قدردانی خود را از مدیران و کارمندان مراکز توان‌بخشی اسماء، فریحا، دوم آوریل، تهران اوتیسم، کلینیک نویان و مدارس کودکان استثنائی امام جعفر صادق (ع)، بشارت، تراب و آئین مهرورزی، خانم دکتر پروین جعفری و خانم نساء درویشی، آقای دکتر ابوالقاسم عیسی مراد، آقای دکتر علی عسگری و تمامی عزیزان شرکت‌کننده در پژوهش ابراز می‌دارند.

منابع

- Abbeduto, L., Seltzer, M. M., Shattuck, P., Krauss, M. W., Orsmond, G., & Murphy, M. M. (2004). Psychological well-being and coping in mothers of youths with autism, down syndrome, or fragile X syndrome. *American journal on mental retardation*, 109(3), 237-254.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. American psychiatric association.
- Bahmani, B., Farmani Shahreza, s., Esmaeeli, A., Naghiyae, M., & Ghaeidniaye jahromi, A. (2015). Demoralization syndrome in patients with Human Immunodeficiency Virus(HIV). *Journal of Neyshabur University of Medical Sciences*, 3(1), 19-27
- Bahmani, M., Sohrabi, F., & Bahmani, b. (2023). *Predicting parenting behaviors based on demoralization syndrome in mothers of children with autism spectrum disorder*. Allameh Tabataba'i University
- BaniSaeed, A., Bahmani, B., Yazdanbakhsh, K., & Khanjani, M. S. (2020). *The relationship between coping strategies and deterministic thinking with Demoralization syndrome and Depression in mothers of children with cancer*. [University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences]. Tehran, Iran.
- Bentler, P. M. (1980). Multivariate analysis with latent variables: Causal modeling. *Annual review of psychology*.
- Bitsika, V., Sharpley, C. F., & Bell, R. (2013). The buffering effect of resilience upon stress, anxiety and depression in parents of a child with an autism spectrum disorder. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 25, 533-543.
- Boonen, H., van Esch, L., Lambrechts, G., Maljaars J., Zink, I., Van Leeuwen, K., & Noens, I. (2015). Mothers' Parenting Behaviors in Families of School-Aged Children with Autism Spectrum Disorder: An Observational and Questionnaire Study. *J Autism Dev Disord*, 45(11), 3580-3593. <https://doi.org/10.1007/s10803-015-0108-3>
- Boston, P., Bruce, A., & Schreiber, R. (2011). Existential suffering in the palliative care setting: an integrated literature review. *Journal of pain and symptom management*, 41(3), 604-618.
- Bovero, A., Vitiello, L. P., Botto, R., Gottardo, F., Cito, A., & Geminiani, G. C. (2022). Demoralization in End-of-Life Cancer Patients' Family Caregivers: A Cross-Sectional Study. *Am J Hosp Palliat Care*, 39(3), 332-339. <https://doi.org/10.1177/10499091211023482>
- Clarke, D. M., & Kissane, D. W. (2004). Demoralization: its phenomenology and importance. *Aust N Z J Psychiatry*, 36(6), 733-742. <https://doi.org/10.1046/j.1440-1614.2002.01086.x>
- Crowell, J. A., Keluskar, J., & Gorecki, A. (2019). Parenting behavior and the development of children with autism spectrum disorder. *Compr Psychiatry*, 90, 21-29. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2018.11.007>

- Davis, N. O., & Carter, A. S. (2008). Parenting stress in mothers and fathers of toddlers with autism spectrum disorders: Associations with child characteristics. *Journal of autism and developmental disorders*, 38, 1278-1291 .
- Dunn, M. E., Burbine, T., Bowers, C. A., & Tantleff-Dunn, S. (2001). Moderators of stress in parents of children with autism. *Community Ment Health J*, 37(1), 39-52. <https://doi.org/10.1007/s1026592305436>
- Gilliam, J. E. (2014). GARS-3: Gilliam Autism Rating Scale-Third Edition. In: Pro-Ed Publishers Austin.
- HAKIM SHOOSHTARI, M., Zarafshan, H., Mohamadian, M., Zareee, J., KARIMI KEISOMI, I., & Hooshangi, H. (2020). The Effect of a Parental Education Program on the Mental Health of Parents and Behavioral Problems of Their Children With Autism Spectrum Disorder. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 25(4), 356-367. <https://sid.ir/paper/997373/en>
- Hall, H. R., & Graff J. C. (2012). Maladaptive behaviors of children with autism: parent support, stress, and coping. *Issues Compr Pediatr Nurs*, 35(3-4), 194-214. <https://doi.org/10.3109/01460862.2012.734210>
- Hastings, R. P., & Brown, T. (2002). Behavior problems of children with autism, parental self-efficacy, and mental health. *Am J Ment Retard*, 107(3), 222-232. [https://doi.org/10.1352/0895-8017\(2002\)107](https://doi.org/10.1352/0895-8017(2002)107)
- Hudson, P. L., Thomas, K., Trauer, T., Remedios, C., & Clarke, D. (2011). Psychological and social profile of family caregivers on commencement of palliative care. *J Pain Symptom Manage*, 41(3), 522-534. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2010.05.006>
- Judd, C. M., & Kenny, D. A. (1981). Process analysis: Estimating mediation in treatment evaluations . *Evaluation review*, 5(5), 602-619 .
- Karst, J. S., & Van Hecke, A. V. (2012). Parent and family impact of autism spectrum disorders: A review and proposed model for intervention evaluation. *Clinical child and family psychology review*, 15, 247-277 .
- Kissane, D. W., Clarke, D. M., & Street, A. F. (2001). Demoralization syndrome--a relevant psychiatric diagnosis for palliative care. *J Palliat Care*, 17(1), 12-21. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11324179>
- Kissane, D. W., Wein, S., Love, A., Lee, X. Q., Kee, P. L., & Clarke, D. M. (2004). The Demoralization Scale: a report of its development and preliminary validation. *J Palliat Care*, 20(4), 269-276. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15690829>
- Lambrechts, G., Van Leeuwen, K., Boonen, H., Maes, B., & Noens, I. (2011). Parenting behaviour among parents of children with autism spectrum disorder. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 5(3), 1143-1152 .
- Lee, L.-C., Harrington, R. A., Louie, B. B., & Newschaffer, C. J. (2008). Children with autism: Quality of life and parental concerns. *Journal of autism and developmental disorders*, 38, 1147-1160 .
- Madarevic, M., van Esch, L., Lambrechts, G., Ceulemans, E., Van Leeuwen, K., & Noens, I. (2022). Parenting behaviours among mothers of pre-schoolers on the autism spectrum: Associations with parenting stress and children's externalising behaviour problems. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 90, 101901 .
- 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, 501-512 .
- Mancil, G. R., Boyd, B. A., & Bedesem, P. (2009). Parental stress and autism: are there useful coping strategies? *Education and training in developmental disabilities*, 523-537 .
- McLeod, J. D., & DiSabatino, L. (2019). Structured Variation in Parental Beliefs about Autism. *J Health Soc Behav*, 60(1), 36-54. <https://doi.org/10.1177/0022146518820581>

- Meirsschaut, M., Roeyers, H., & Warreyn, P. (2010). Parenting in families with a child with autism spectrum disorder and a typically developing child: Mothers' experiences and cognitions. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 4(4), 661-669 .
- Minaei, A., & Nazeri, S. (2018). Psychometric properties of the Gilliam Autism Rating Scale-Third Edition (GARS-3) in individuals with autism: A pilot study. *Journal of Exceptional Children*, 18(2), 113-122 .
- Mugno, D., Ruta, L., D'Arrigo, V. G., & Mazzone, L. (2007). Impairment of quality of life in parents of children and adolescents with pervasive developmental disorder. *Health Qual Life Outcomes*, 5, 22. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-5-22>
- Naghiyaei, M., Bahmani, B., Dehkoda, A., & Alimohammadi, F. (2013). *Existential anxiety, Existential demoralization and depression in mothers of children with potentially fatal illness*. Speech at the Third National Conference on Psychology, Education, Work and Health, , Islamic Azad University, Marvdasht Branch .
- Osborne, L. A., McHugh, L., Saunders, J., & Reed, P. (2008). Parenting stress reduces the effectiveness of early teaching interventions for autistic spectrum disorders. *J Autism Dev Disord*, 38(6), 1092-1103. <https://doi.org/10.1007/s10803-007-0497-7>
- Osborne, L. A., & Reed, P. (2010). Stress and self-perceived parenting behaviors of parents of children with autistic spectrum conditions. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 4(3), 405-414 .
- Power, P. W., & Orto, A. E. D. (2004). Families living with chronic illness and disability: Interventions, challenges, and opportunities .
- Samadi, S. A., Mahmoodizadeh, A., & McConkey, R. (2012). A national study of the prevalence of autism among five-year-old children in Iran. *Autism*, 16(1), 5-14 .
- Schiller, V. F., Dorstyn, D. S., & Taylor, A. M. (2021). The Protective Role of Social Support Sources and Types Against Depression in Caregivers: A Meta-Analysis. *J Autism Dev Disord*, 51(4), 1304-1315. <https://doi.org/10.1007/s10803-020-04601-5>
- Seltzer, M. M., Krauss, M. W., Orsmond, G. I & „Vestal, C. (2000). Families of adolescents and adults with autism: Uncharted territory. In *International review of research in mental retardation* (Vol. 23, pp. 267-294). Elsevier .
- Shattuck, P. T., Seltzer, M. M., Greenberg, J. S., Orsmond, G. I., Bolt, D., Kring, S., Lounds, J., & Lord, C. (2007). Change in autism symptoms and maladaptive behaviors in adolescents and adults with an autism spectrum disorder. *Journal of autism and developmental disorders*, 37, 1735-1747 .
- van Esch, L. (2018). Parenting adolescents with Autism Spectrum Disorder .
- Van Leeuwen, K., & Noens, I. (2013). Parental behavior scale for autism spectrum disorders. *Unpublished document, Leuven: KU Leuven* .
- Van Leeuwen, K. G., & Vermulst, A. A. (2004). Some psychometric properties of the ghent parental behavior scale1. *European Journal of Psychological Assessment*, 20(4), 283-298 .
- Vanbergeijk, E., Klin, A., & Volkmar, F. (2008). Supporting more able students on the autism spectrum: college and beyond. *J Autism Dev Disord*, 38(7), 135 .۱۳۷۰-۹
<https://doi.org/10.1007/s10803-007-0524-8>
- Vehling, S., Lehmann, C., Oechsle, K., Bokemeyer, C., Krull, A., Koch, U., & Mehnert, A. (2012). Is advanced cancer associated with demoralization and lower global meaning? The role of tumor stage and physical problems in explaining existential distress in cancer patients. *Psychooncology*, 21(1), 54-63. <https://doi.org/10.1002/pon.1866>
- Volkmar, F. R., Rogers, S. J., Paul, R., & Pelphrey, K. A. (2014). *Handbook of autism and pervasive developmental disorders, volume 1: diagnosis, development, and brain mechanisms*. John Wiley & Sons .
- Waizbard-Bartov, E., Yehonatan-Schori, M., & Golan, O. (2019). Personal Growth Experiences of Parents to Children with Autism Spectrum Disorder. *J Autism Dev Disord*, 49(4), 1330-41
<https://doi.org/10.1007/s10803-018-3784-6>

- Wong, M. G., & Heriot, S. A. (2007). Vicarious futurity in autism and childhood dementia. *Journal of autism and developmental disorders*, 37, 1833-1841 .