



## مقایسه ویژگی های روانشناختی و سرمایه روانشناختی مادران دارای کودکان

### پسر بیش فعال و مادران دارای کودکان پسر اوتیسم

ژاله حیدری، دکتر غلامحسین انتصارفومنی

کارشناس ارشد روانشناسی عمومی دانشگاه آزاد واحد زنجان، نویسنده و مسئول  
استاد یار و عضو هیات علمی دانشکده علوم تربیتی دانشگاه آزاد زنجان

مجله علمی تخصصی روانشناسی، علوم تربیتی و علوم اجتماعی (سال دوم)

شماره ۲۴ / جلد ۱ / خرداد ۱۳۹۶ / ص ۵۳-۳۳

**چکیده:** اوتیسم و بیش فعالی از اختلالات بسیار رایج در دوران کودکی هستند، و مادران این کودکان به سبب این اختلالات به مشکلات روانشناختی زیادی دچار شده و سرمایه روانی آنها مخدوش می شود. پژوهش حاضر به منظور مقایسه ویژگی های روانشناختی و سرمایه روانشناختی مادران دارای کودکان بیش فعال و اوتیسم انجام شده است. روش این پژوهش از نوع پیمایشی و جامعه تحقیق از مادران دارای فرزند بیش فعال و اوتیسم واقع به تعداد ۸۰ نفر در دو منطقه شهری ۵ و ۱۱ تهران تشکیل و گروه نمونه آنها به روش تمام شمارش انتخاب شدند. ابزار های پژوهش عبارت از پرسشنامه های ویژگی های روانشناختی SCL-90 و پرسشنامه سرمایه روانشناختی لوتانز بودند. به منظور بررسی فرضیه های پژوهش از روشهای آمار توصیفی و تحلیل تفاوت میانگینها به وسیله آزمون تحلیل واریانس با استفاده از نرم افزار Spss20 استفاده شد. یافته ها نشان داد که از لحاظ ویژگی ها و سرمایه روانشناختی کل دو گروه مادران با هم تفاوت معناداری ندارند اما در ویژگی های روانشناختی مولفه های اضطراب، جسمانی سازی، و پر خاشگری گروه مادران کودکان بیش فعال نمره بالاتری گرفتند و در افسردگی مادران کودکان اوتیسم نمره بالاتری گرفتند. اما از لحاظ مولفه های ترس، حساسیت در روابط، روان پریشی، وسواس و پارانوید دو گروه با هم تفاوت معناداری نداشتند. همچنین در سرمایه روانشناختی خود کار آمدی و تاب آوری مادران کودکان اوتیسم نمره بالاتری از مادران کودکان بیش فعال داشتند و تفاوت دو گروه معنادار بود. اما دو گروه از لحاظ مولفه های امید و خوشبینی با هم تفاوت معناداری نداشتند. نتایج به طور کلی نشان می دهد که به لحاظ ویژگی های روانی و سرمایه روانشناختی مادران کودکان بیش فعال نسبت به مادران کودکان اوتیسم وضعیت بدتری دارند.

**کلید واژه ها:** ویژگی های روانشناختی، سرمایه روانشناختی، اوتیسم، بیش فعالی، مادران



## مقدمه

داشتن کودک معلول نشانه از دست دادن یک کودک طبیعی است و آگاهی از اینکه کودک آنها با مشکل متولد شده است و این مشکل ادامه خواهد یافت، فرایندی از اندوه را موجب می شود که شبیه اندوهی است که اعضاء خانواده کودک در حال فوت با آن روبه رو است (شکوهی یکتا و متولی پور، ۱۳۹۴). معلولیت مجموعه ای از اختلالات جسمانی یا ذهنی است که استقلال فردی و اجتماعی را از فرد معلول می گیرد و در نتیجه فرد معلول برای ادامه زندگی نیازمند توان بخشی در زمینه های مختلف می باشد، معلولیت به ناتوانی در انجام تمام یا قسمتی از ضروریات زندگی فردی یا اجتماعی به دلیل وجود یک نقص مادرزادی یا عارضی در قوای جسمانی یا روانی اطلاق می گردد (کاپلان و سادوک، ۲۰۱۴). بی تردید تولد و حضور کودکی با کم توانی ذهنی و یا حرکتی در هر خانواده ای می تواند به مثابه ی رویدادی نامطلوب و چالش زا موجب ایجاد تنبیدگی، سرخوردگی و ناامیدی شود، به نظر می رسد اگر افراد روش صحیح بر خورد با آن برخورد نمایند کار آمدتر و سالم تر خواهند بود. تحقیقات متعدد موید این مطلب است که فشار عصبی ناشی از نقص رشدی - رفتاری تأثیر منفی در زندگی فردی و خانوادگی اثرات مخرب بر کارایی والدین دارد و به عبارتی در فعالیت های روزمره و روابط بین فردی شیوه فرزند پروری خلل ایجاد می نماید و والدین به رفتار و اعمالی دست می زنند که مستقیماً در بازدهی آنها و چگونگی نقش والدی و شیوه فرزندپروری نقش اساسی دارد.

بی تردید تولد و حضور کودکی با کم توانی ذهنی و یا حرکتی در هر خانواده ای می تواند به مثابه ی رویدادی نامطلوب و چالش زا موجب ایجاد تنبیدگی، سرخوردگی و ناامیدی شود (مکائیلی منبع، ۱۳۸۸). براساس تحقیقات، در هر جامعه حدود یک تا سه درصد جمعیت را افراد کم توان ذهنی و دارای ناتوانی های خاص تشکیل می دهند (رستمی، ۱۳۸۸). از اختلالات مهم ذهنی در دوران کودکی می توان دو اختلال شایع را به نام های اختلال اتیسم و اختلال بیش فعالی نام برد. اصطلاح اتیسم یا در خود فرورفتگی به کودکانی اطلاق می شود که با دنیای بیرون از لحاظ نگاه، گفتار، رفتار و روابط عاطفی با افراد دیگر، هیچ ارتباطی ندارند. این سندرم معمولاً از دوران کودکی و در دو سطح قبل از دو و نیم سالگی و بعد از سه سالگی بروز می کند (هاتیر و همکاران، ۲۰۱۱). از مشخصات کودکان اتیستیک، عدم نشان دادن علاقه و عاطفه در رابطه با اطرافیان است، آنها همچنین در اغلب اوقات بسیار آرام بوده و کمتر از دیگر کودکان فعالیت جسمی دارند و بیشتر در تخیل به سر می برند (جونز و همکاران، ۲۰۱۴). از طرفی اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی، الگوی باثباتی از بی توجهی و یا بیش فعالی و رفتارهای تکانشی است که شدیدتر و شایع تر از آن است که به صورت معمول در کودکان قابل انتظار است. برای مطرح کردن این تشخیص باید برخی از نشانه ها پیش از سن هفت سالگی ظاهر شود و بایستی عملکرد فرد بسته به میزان رشد، در زمینه های اجتماعی، تحصیلی و یا شغلی مختل شده باشد، همچنین از ویژگی های این کودکان فعالیت فیزیکی بسیار زیاد، کمبود تمرکز و توجه و رفتارهایی ایدایی می باشد (فیلیپسن و همکاران، ۲۰۰۸). در چنین موقعیتی گرچه همه اعضای خانواده و کارکرد آن آسیب می بیند اما مادران به علت داشتن نقش مراقب، مسئولیت های بیشتری در قبال فرزند خود دارند و در نتیجه با مشکلات روانی بیشتری مواجه می شوند. تحقیقات نشان می دهد والدین، به ویژه مادران کودکان دارای ناتوانی های خاص، در خطر ابتلا به مشکلات مربوط به سلامت روانی قرار دارد (اولسون و هوانگ، ۲۰۰۱). همچنین بررسی ها نشان داده اند مادران دارای کودک ناتوان در مقایسه با مادران کودکان سالم سطح سلامت عمومی پایین تر و سطح شادکامی کمتری دارند (سیف



نراقی و نادری، ۱۳۸۴). مادران این فرزندان از چند لحاظ با هم متفاوت اند که از جمله آن می توان از لحاظ سرمایه روانشناختی و ویژگی های روانشناختی نام برد. سرمایه روانشناختی عبارت است از خصوصیتی بنیادی در روان افراد که در بیشتر مواقع در موارد حساس زندگی نقش پیشگیرانه ای در ابتلا به امراض روانی را دارد و شامل امید، خوش بینی، خود کارآمدی و تاب آوری است (کلبرتسون و همکاران، ۲۰۱۰). از طرفی ویژگی های (اختلالات) روانشناختی عبارتند از حالات روانی غیر عادی که منجر به ماهش توانمندی سازگاری با خود، دیگران و محیط می شود (کاپلان و سادوک، ۲۰۱۴). از این نظر سرمایه روانشناختی سازه ای بر عکس ویژگی های روانی است و می تواند در جلوگیری از آن و کاهش سلامت روانی موثر باشد. بنابراین توجه به مسائل و مشکلات خانواده ها و والدین دارای کودک کم توانی ذهنی به پژوهش های منسجم و جامعی لازم است تا متخصصان را در کمک به والدین و خانواده ها در فائق آمدن بر مشکلات روانشناختی یاری کند، همچنین استرس حاصل از مشکلات داشتن کودک معلول، باعث شدت مشکلات خانوادگی می شود و افراد خانواده برای سازگاری با مشکل جدید الگوهای رفتاری تازه ای را انتخاب می کنند (فریث، ۱۹۹۱). لذا احتمالاً با ابتلای کودکان به مشکلات ذهنی روانی همچون اטיسم و بیش فعالی سرمایه روانشناختی والدین تعدیل و کاهش می یابد و ابتلای به مشکلات و اختلالات روانشناختی افزایش می یابد، لذا به دلیل اهمیت سلامت روان مادران این کودکان به جهت رسیدگی به امور آنها و دیگر اعضای خانواده و جلوگیری از هم پاشیدن نهاد خانواده تحقیق حاضر به دنبال آن است که در یابد که مشکلات اטיسم و بیش فعالی چه تفاوتی را در مادران این کودکان ایجاد نموده تا با برنامه ریزی جهت درمان و کاهش اثرات منفی این تاثیرات زمینه سالم سازی عاطفی فضای عاطفی خانواده این کودکان و مادران آنها فراهم آید. لذا با توجه به کمبود تحقیقات گذشته در باب سلامت و ویژگی های روانشناختی والدین کودکان دارای ناتوانی خاص و به ویژه مادران آنها، انجام تحقیقی به منظور شناسایی ابعاد روانشناختی سلامت روانی آنها برای کمک به برنامه ریزی بهبود شرایط زندگی آنان ضروری به نظر می رسد. در نتیجه با در نظر گرفتن این احتمال که اטיسم و بیش فعالی به دلیل تفاوت در ماهیت می تواند ویژگی های روانشناختی و سرمایه روانشناختی متفاوتی را در مادران کودکان بیش فعال و اטיسم ایجاد نماید در این تحقیق، محقق به دنبال بررسی تفاوت سرمایه روان شناختی و ویژگی های روانشناختی مادران دارای کودکان بیش فعال و اטיسم می باشد.

### ویژگی های روانشناختی

در تعریف مفهومی، ویژگی روانی را می توان یک سندرم یا الگوی رفتاری روانشناختی دانست که بعد منفی آن با احساس ناراحتی (مثل علامتی دردناک) یا ناتوانی (مثل تخریب در یک یا چند زمینه کارکردی) همراه است. به علاوه، سندرم یا الگو نباید فقط پاسخی قابل انتظار و تأیید شده از نظر اجتماعی نسبت به یک رویداد خاص (نظیر مرگ یک فرد عزیز) باشد (سادوک و سادوک، ۲۰۱۵).

ویژگی های روانشناختی در تعریف عملیاتی عبارت است از نمره ای که فرد در پاسخگویی به پرسشنامه ویژگی های روانشناختی SCL-90 می گیرد.



## سرمایه روانشناختی

در تعریف مفهومی، سرمایه روان شناختی شامل درک شخص از خودش، داشتن هدف برای رسیدن به موفقیت و پایداری در برابر مشکلات تعریف می شود (گلدسمیت و همکاران، ۱۹۹۷). سرمایه روانشناختی در تعریف عملیاتی عبارت است از نمره ای که فرد در پاسخگویی به پرسشنامه سرمایه روانشناختی لوتانز می گیرد.

## بیش فعالی

در تعریف مفهومی، بیش فعالی مجموعه ای از نشانه های مرضی مانند عدم توجه، اشکال در به تاخیر انداختن خواسته ها، بیش فعالی، تکانشگری و دامنه توجه کوتاه می باشد. به عبارت دیگر، بیش فعالی عبارت است از اختلال رشدی در توجه، کنترل تکانش، بی قراری و هدایت رفتار که به طور طبیعی ایجاد می شود و ناشی از اختلال های عصب شناختی بزرگ حسی، حرکتی یا هیجانی نمی باشد (بارکلی، ۲۰۱۲).

بیش فعالی در تعریف عملیاتی عبارت است از کودکانی که واجد نشانگان بیش فعالی تشخیص داده شده اند و در مدارس خاص کودکان دارای ناتوانی های ویژه (در این تحقیق: مدارس پیامبر اعظم، امام علی و اشرفی اصفهانی) نگهداری شده و یا آموزش می بینند.

## اتیسم

در تعریف مفهومی، اتیسم مشهورترین اختلال فراگیر رشد اختلال می باشد که با تخریب پایدار در تعامل اجتماعی متقابل، انحراف ارتباطی، الگوهای رفتارهای کلیشه ای محدود مشخص می شود، کارکرد ناهنجار در زمینه فوق باید در ۳ سالگی وجود داشته باشد (سادوک و سادوک، ۲۰۱۵).

اتیسم در تعریف عملیاتی عبارت است از کودکانی که واجد نشانگان اتیسم تشخیص داده شده اند و در مدارس خاص کودکان دارای ناتوانی های ویژه (در این تحقیق: مدارس پیامبر اعظم، امام علی و اشرفی اصفهانی) نگهداری شده و یا آموزش می بینند.

## پیشینه تحقیق

### پژوهش های انجام شده در داخل کشور

در مطالعه ای که توسط غباری بناب و استیری در سال ۱۳۸۵ تحت عنوان "مقایسه ویژگی های شخصیتی و سبک دلبستگی در مادران کودکان با اختلال در خود ماندگی و مادران کودکان عادی" انجام شد، نتایج نشان داد که مادران کودکان در خود مانده و مادران کودکان عادی در دو بعد شخصیت آیزنک یعنی درونگرایی/برونگرایی و روان گسستگی/کنترل تکانه تفاوتی با همدیگر ندارند، اما دو گروه در بعد روان آزردهی/پایداری هیجانی متفاوت بودند. مادران کودکان در خود مانده بیشتر در بعد روان آزردهی قرار گرفتند و مادران کودکان عادی بیشتر در بعد پایداری هیجانی قرار داشتند. در متغیر سبک دلبستگی بین مادران کودکان عادی و مادران کودکان در خودمانده تفاوتی وجود نداشت. بر اساس نتایج بدست آمده از تحلیل ممیز که روی داده های حاصل از پرسشنامه تاریخچه فردی صورت گرفته است، متغیرهای مدت زمان بارداری، وضعیت روانی مادر در دوران



بارداری، وضعیت گریه و تنفس کودک بعد از تولد، زمان شروع شیر دادن به کودک، سن راه رفتن، سن نگاه داشتن سر و سن کنترل ادرار و مدفوع در کودک، متغیرهای تمیز دهنده کودکان در خودمانده از کودکان عادی بودند.

در سال ۱۳۸۶ در تحقیقی که توسط چیمه و همکاران با عنوان "مشکلات و نیازهای مادران کودکان مبتلا به اختلالات اتیستیک: یک پژوهش کیفی" انجام گرفت، یافته‌ها نشان دادند، اکثر مادران به هنگام تشخیص اختلال اتیسم دچار واکنش انکار، سردرگمی، خشم و افسردگی شده‌اند. برخی از مادران به دلیل وجود بعضی مشکلات جسمی و رفتاری کودک با داشتن موارد مشابه در اطرافیان واکنش خفیف تری داشتند. اکثر مادران معتقد بودند که آموزش و حمایت توسط پزشک تشخیص دهنده می‌تواند نقش مهمی در کاهش مشکلات آنها داشته باشد. اکثر مادران به مشکلات دیگری شامل برچسب خوردن کودک و خانواده، مقصر دانستن مادر در شکل‌گیری اختلال مقایسه کودک مبتلا با کودکان عادی و تردید در تاثیر برنامه‌های آموزشی نیز اشاره کردند که منجر به کاهش روابط اجتماعی و مشکلات خانوادگی شده بود و تمامی موارد علایم افسردگی را تجربه کرده بودند. اکثر مادران معتقد بودند، آموزش برای والدین، برای عموم جامعه و برای پزشکان و کارکنان سیستم مراقبت‌های بهداشتی می‌تواند در کاهش مشکلات آنها موثر باشد. همچنین پیشنهاد تشکیل گروه‌های خودیار، حمایت بیمه از خدمات توانبخشی کودکان مبتلا و حمایت‌های اجتماعی را داشتند.

تقوی و فتحی آشتیانی در سال ۱۳۸۸ در تحقیقی با عنوان "ویژگی‌های روان‌شناختی زنان و مردان نابارور در مقایسه با گروه بارور" یافته‌ها نشان داد که زنان نابارور از نظر افسردگی شکایات جسمی، وسواس و اجبار، اضطراب، حساسیت در روابط متقابل، روان‌پریشی، افکار پارانوییدی، پرخاشگری و ترس مرضی، تفاوت معناداری با دیگر گروه‌ها دارند. مردان نابارور نیز در مقایسه با مردان بارور در ابعاد اضطراب و شکایات جسمانی، نمرات بالاتری دارند.

در تحقیقی که یوسفی، سلطانی فر و تیموری در سال ۱۳۸۸ به مقایسه تنش والدگری مادران کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی و نقص توجه با مادران کودکان بهنجار پرداختند. نتایج این پژوهش نشان داد که بین تنش والدگری (قلمرو والد) و مولفه‌های آن در مادران کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی و نقص توجه و مادران کودکان بهنجار تفاوت معنی‌داری وجود دارد. و نیز بین تنش والدگری (قلمرو کودک) و مولفه‌های آن در مادران کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی و نقص توجه و مادران کودکان بهنجار تفاوت معنی‌داری وجود دارد. هم‌چنین بین تنش والدگری (قلمرو والد-کودک) در مادران کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی و نقص توجه و مادران کودکان بهنجار تفاوت معنی‌داری دیده می‌شود.

کیمیایی و بیگی در سال ۱۳۸۹ در تحقیق خود به مقایسه کارکردهای خانوادگی مادران کودکان سالم و کودکان "بیش‌فعال/نقص توجه" پرداختند. نتایج نشان داد، کارکردهای خانوادگی مادران با فرزندان سالم در مقایسه با مادران دارای کودکان ADHD مختل بود. به علاوه، آموزش حل مساله به مادران ADHD کارکرد خانوادگی آنها را بهبود بخشید؛ به خصوص این آموزش قدرت حل مساله، نقش‌های والدی، کنترل رفتار و کارکرد کلی آنها را افزایش داد، اما تغییر معنی‌داری در پاسخ‌دهی عاطفی، ارتباط و حمایت عاطفی به وجود نیامد که بیانگر حساسیت و اثرات عوامل متعدد بر کارکردهای خانواده است.

خوشابی و همکاران در سال ۱۳۸۹ در تحقیق خود به بررسی راهبردهای مقابله‌ای و میزان تنیدگی در مادران کودکان مبتلا به اتیسم و مقایسه آن با مادران کودکان عادی پرداختند. نتایج حاکی از آن بود که بین مادران کودکان مبتلا به اتیسم و مادران کودکان سالم از لحاظ متغیرهای تنیدگی، راهبردهای مقابله‌ای مساله‌مدار و هیجان‌مدار تفاوت معناداری وجود دارد،



اما از لحاظ راهبرد مقابله ای غیرمفید و غیر موثر تفاوت معناداری مشاهده نگردید. هم چنین میان تنیدگی مادران کودکان مبتلا به اتیسم با راهبردهای مقابله ای هیجان مدار و غیر مفید و شدت علائم کودک مبتلا به اتیسم رابطه معناداری وجود دارد، اما بین تنیدگی مادران و راهبرد مقابله ای مساله مدار، رابطه معناداری به دست نیامد. در مجموع اکثر مادرانی که کودک مبتلا به اتیسم داشتند، راهبردهای مقابله ای هیجان مدار داشته و شدت علائم اتیسم با افزایش میزان تنیدگی مادران همراه بوده، به نحوی که شدت علائم اتیسم کودک، ۶۶ درصد تنیدگی مادران را تبیین می کند.

خرم آبادی و فرخی در سال ۱۳۸۹ در پژوهشی ویژگی های روان شناختی و عوامل زمینه ای مرتبط با فرار دختران از منزل در شهر همدان را مورد بررسی قرار دادند. ابزار گردآوری اطلاعات در این پژوهش شامل دو پرسشنامه است. پرسشنامه اول، ابزاری محقق ساخته بوده که شامل مشخصات عمومی پاسخگویان و علل فرار دختران از منزل می شود، پرسشنامه دوم، استاندارد SCL90 است که برای سنجش نه اختلال روانی دختران فراری به کار می رود. نتایج نشان داد، به غیر از متغیرهای سبک تربیتی والدین و سن، بقیه متغیرها بر پیش بینی فراری و یا غیر فراری بودن دختران تفاوت معنی داری را ایجاد نموده اند. شفاعت و تیرگری در سال ۱۳۹۰ در تحقیقی با عنوان "بررسی شیوع علائم افسردگی در مادران کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی و نقص توجه در کلینیک روان پزشکی کودک و نوجوان شهرستان ساری" گزارش کردند، ۴۰ درصد از مادران این کودکان از درجات مختلف افسردگی رنج می بردند. ۳۲ درصد افسردگی خفیف، هفت درصد افسردگی متوسط و یک درصد افسردگی شدید. شایع ترین علایم افسردگی به ترتیب شامل کاهش انرژی، کاهش میل جنسی، عدم رضایت از خود، عدم توانایی تصمیم گیری، احساس گناه، احساس مجازات و بی علاقه نسبت به اطرافیان بوده است. میان افسردگی مادران و تحصیلات ارتباط آماری معنی دار وجود داشته است؛ به طوری که با افزایش سطح تحصیلات مادران، افسردگی در آن ها کاهش می یابد.

بیرامی و همکاران در سال ۱۳۹۲ در تحقیق خود تحت عنوان "بررسی مولفه های روان نژندی در والدین کودکان اتیسم، کم توان ذهنی و عادی شهر تبریز" گزارش کردند، والدین کودکان اتیسم در زیر مولفه های روان نژندی بالاترین میانگین را داشتند. این تفاوت در مولفه های افسردگی و تکانشی بودن با والدین کودکان کم توان معنا دار نبود و در مولفه های اضطراب و تکانشی بودن با والدین کودکان عادی معنادار نبود. با توجه به نتایج مشاهده شده از سه گروه، والدین کودکان اتیسم و کم توان ذهنی نسبت به والدین کودکان عادی از روان نژندی بالاتری برخوردارند.

برجیس و همکاران در سال ۱۳۹۲ در مطالعه ای به مقایسه میزان نگرانی، امید و معنای زندگی در مادران کودکان مبتلا به اوتیسم، ناشنوایی و ناتوانی یادگیری پرداختند. نتایج نشان داد که بین میزان امید و معنای زندگی در بین سه گروه مادران تفاوت معنادار وجود دارد. با افزایش معنای زندگی در مادران کودکان مبتلا به اوتیسم، کودکان ناشنوا و کودکان با ناتوانی یادگیری امید نیز افزایش یافته و نگرانی کاهش می یابد و بالعکس.

مصدق و همکاران در سال ۱۳۹۲ در مطالعه خود به پیش بینی سلامت روان بر اساس درک معنوی در مادران دانش آموزان کم توان ذهنی آموزش پذیر و عادی ابتدایی شهر گرگان پرداختند. نتایج نشان داد که بین درک معنوی و سلامت روان مادران کودکان کم توان ذهنی آموزش پذیر و عادی رابطه معناداری وجود دارد و درک معنوی می تواند پیش بینی کننده سلامت روان در این مادران باشد.



یکتا خواه و همکاران در سال ۱۳۹۳ در مطالعه ای به بررسی میزان سلامت عمومی و کیفیت زندگی مادران دارای فرزند اتیسم پرداختند. یافته ها نشان داد مادرانی که در خرده مقیاس افسردگی کمترین میانگین را کسب نموده اند، در عملکرد اجتماعی از وضعیت مناسبی برخوردار نیستند. بر اساس پنج فرضیه پژوهش میان میزان تحصیلات مادران، سن و سلامت عمومی آنان رابطه معناداری وجود ندارد و میان نمره کل و خرده مقیاس های کیفیت زندگی و میزان تحصیلات مادران و سن آنان رابطه معناداری وجود ندارد و در آخر میان خرده مقیاس های سلامت عمومی و خرده مقیاس های کیفیت زندگی رابطه ی معنادار وجود دارد و در تمامی آن ها این رابطه ها منفی و معکوس گزارش می شود.

نریمانی و همکاران در سال ۱۳۹۳ در مطالعه ای که با عنوان "مقایسه سرمایه روان شناختی و سبک های عاطفی در بین دانش آموزان پسر با و بدون ناتوانی یادگیری" انجام دادند، نتایج تحلیل واریانس چند متغیری نشان داد که بین دو گروه از دانش آموزان در سرمایه روان شناختی و سبک های عاطفی تفاوت معناداری وجود دارد.

جدیدی فیقان و همکاران در سال ۱۳۹۴ در پژوهش خود به مقایسه اضطراب اجتماعی و حمایت اجتماعی مادران کودکان با نیازهای خاص و مادران کودکان سالم پرداختند. نتایج تحلیل واریانس چند متغیری (مانوا) نشان داد که بین مادران کودکان با نیازهای خاص و مادران کودکان عادی در اضطراب اجتماعی و حمایت اجتماعی تفاوت معنی دار وجود دارد. علاوه بر این، مقایسه گروهها نشان داد که مادرانی که فرزندی اوتیسم دارند، بیش از مادرانی که فرزند مبتلا به سندرم داون یا فلج مغزی دارند، اضطراب اجتماعی را تجربه می کنند.

چیمه در سال ۱۳۹۴ در مطالعه خود نقش مقابله مذهبی ایرانی در پیش بینی استرس والدینی مادران دارای کودک اتیسم را مورد بررسی قرار داد. نتایج نشان داد، مقابله مذهبی ایرانی با استرس والدینی رابطه منفی معنی دار دارد. نتایج نشان داد که مقابله مذهبی ایرانی ۳۵ درصد از واریانس استرس والدینی را پیش بینی می کند. مولفه های مقابله مذهبی ایرانی، همچنین سن و میزان تحصیلات مادران بر استرس والدینی آنان تاثیری نداشت.

در پژوهش دیگر توسط چیمه در سال ۱۳۹۴ به بررسی رابطه شدت اتیسم در کودکان، با میزان امیدواری و عزت نفس مادرانشان پرداخت. نتایج نشان داد شدت درجه اتیسم کودکان با میزان امیدواری در مادران رابطه منفی ولی غیرمعنادار دارد. همچنین بین شدت درجه اتیسم کودکان و عزت نفس مادران نیز رابطه منفی معنادار وجود دارد. یافته ها نشان داد شدت درجه اتیسم میزان امیدواری در مادران را پیش بینی نمی کند، ولی ۱۳ درصد از عزت نفس مادران را تبیین می کند.

#### پژوهش های انجام شده در خارج کشور

- ایستس و همکاران در سال ۲۰۰۹، در مطالعه ای به بررسی استرس فرزندپروری و عملکرد روان شناختی در میان مادران کودکان پیش دبستانی مبتلا به اوتیسم و تاخیر تحولی پرداختند و نتایج آن نشان داد که خدمات بالینی که هدف آنها حمایت از والدین می باشد، باید بر کاهش رفتارهای مشکل ساز در کودکان دارای ناتوانی های تحولی تمرکز داشته باشند.

در سال ۲۰۰۹ سینگه و مانسی در پژوهش خود با عنوان "سرمایه روان شناختی به عنوان پیش بین بهزیستی روانی" گزارش کردند که خودکارآمدی مثبت، نگرش خوش بینانه و منبع کنترل، بهزیستی روان شناختی را به شیوه ای معنادار تحت تاثیر قرار داده و همبستگی های آنها به ترتیب برابر با  $0.13$ ،  $-0.26$  و  $0.16$  می باشد.



- در تحقیقی که توسط لیثوید و هاستینگس در سال ۲۰۰۹ به بررسی رابطه امید و سلامت روانی در ۱۹۸ نفر از مادران کودکان مبتلا به کم توانی ذهنی، اوتیسم و سندرم داون پرداخته شد، دریافتند که مادران کودکان مبتلا به اوتیسم در مقایسه با دو گروه دیگر نمره پایین تری در مقیاس امید و سلامت روانی داشتند و مادران کودکان مبتلا به کم توانی ذهنی نمره امید و سلامت روانی شان از مادران کودکان سندرم داون پایین تر بود.

- کالبرسون و همکاران در سال ۲۰۱۰ در مطالعه ای که با عنوان "احساس خوب و عالی بودن: ارتباط بین سرمایه روانشناختی و بهزیستی" انجام دادند، نتایج داده های پانل نشان داد که ارتباط بین سرمایه روانشناختی و بهزیستی لذتی، توسط بهزیستی خوشروانی میانجی می شود. نتایج حاصل از پیمایش های روزانه نشان داد که بهزیستی روزانه کار خوشروانی ارتباط معناداری با خلق و خوی مثبت رضایت از زندگی روزانه دارد و اینکه واریانس در بهزیستی کار خوشروانی نیز توسط سرمایه روانشناختی فرد پیش بینی می شود.

- میکامی و همکاران در سال ۲۰۱۰ در پژوهشی که با عنوان "تاثیر والدین بر کودکان دارای اختلال بیش فعالی/ نقص توجه: ارتباط با رفتارهای والدین و وضعیت همسال کودک" انجام دادند، والدین کودکان دارای ADHD گزارش کردند که خودشان مهارت های اجتماعی ضعیف تری دارند، بازی های کم تری را برای کودکان خود ترتیب می دهند، و در طول تعاملات کودکانشان با همسالان، نسبت به والدین دیگر انتقاد بیشتری از خود نشان می دهند. اجتماعی سازی والدین با دیگر والدین و تسهیل تعاملات کودک با همسالان، روابط خوب با همسالان در میان کودکان آنها را پیش بینی می کرد، (همانطور که معلمین و همسالان گزارش کرده بودند)، در حالیکه بازخورد تصحیحی والدین به کودک، تحسین روابط ضعیف با همسالان را پیش بینی می کرد. درجه بندی های والدین از مهارت های اجتماعی کودکان ارتباط مثبتی با درجه بندی های مهارت های اجتماعی خودشان داشت، اما با انتقاد و تسهیل تعاملات کودک با همسالان ارتباط منفی داشت. ارتباط های بین رفتارهای والدین و روابط همسالان برای جوانان دارای ADHD قوی تر از کودکان گروه مقایسه بود.

- در پژوهشی که توسط پیمنتل و همکاران در سال ۲۰۱۱ با عنوان "مادران کودکان دارای اختلال نقص توجه/ بیش فعالی: روابط بین استرس فرزندپروری، شیوه عمل های والدینی و رفتار کودک" انجام شد، نتایج نشان داد که مادران کودکان دارای ADHD میزان بالاتری از استرس فرزندپروری را تجربه می کنند و مشکلات رفتاری بیشتری را در کودکان خود گزارش می کنند (برای پسرها و دخترها)، اما از شیوه عمل های والدینی مشابه با مادران نمونه اعتبارسنجی پرتغالی استفاده می کنند. نتایج همچنین نشان داد که رفتار کودک و شیوه عمل های والدینی مغلوب توسط طرد نیز استرس فرزندپروری را پیش بینی می کند.

- اوگستون و همکاران در سال ۲۰۱۱ در پژوهشی که به مقایسه امید و نگرانی در مادران کودکان با یک ختلال طیف اوتیسم (۱۹۹ مادر) و سندرم داون (۶۰ مادر) پرداختند، نشان دادند مادران کودکان مبتلا به اوتیسم نسبت به مادرانی که کودکان مبتلا به سندرم داون داشتند، امید پایین تر و نگرانی مربوط به آینده بیشتر گزارش کردند.

- در پژوهشی دیگر که توسط پلومب در سال ۲۰۱۱ انجام شد، تاثیر حمایت اجتماعی و تاب آوری خانوادگی بر روی استرس والدین در خانواده های دارای کودکان با اختلال طیف اوتیسم مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد که اکثر خانواده ها بطور بالینی میزان بالایی از استرس را تجربه می کردند. تاب آوری خانواده بالاتر با میزان پایین تر استرس ارتباط داشت. بطور





غیرمنتظره ای، میزان بالاتر حمایت اجتماعی ادراک شده با افزایش استرس والدینی ارتباط داشت. این می تواند نشان دهد که خانواده هایی که از نظر بالینی میزان معناداری از استرس را تجربه می کنند، نسبت به خانواده های دیگر در نرخ های بالاتری به دنبال حمایت های اجتماعی می روند. این نتایج همچنین نشان می دهد که برخی ارتباط های اجتماعی مانند شرکت کردن در خدمات مذهبی و گروه های فرزندپروری می توانند بطور بالقوه ای استرس را در والدین کودکان دارای اختلال طیف اوتیسم افزایش دهند.

- در سال ۲۰۱۵ نیف و فاسو در تحقیقی به بررسی خودشفقت ورزی و بهزیستی در والدین کودکان مبتلا به اتیسم پرداختند. این مطالعه ارتباط بین خودشفقت ورزی و بهزیستی را در ۵۱ والد کودکان دارای اتیسم با استفاده از مقیاس های خودگزارشی مورد بررسی قرار داد. نتایج حاکی از آن بود که خودشفقت ورزی، ارتباطی مثبت با رضایت از زندگی، امید، و درگیری مجدد با هدف، و ارتباطی منفی با افسردگی و استرس والدینی داشت. در واقع خودشفقت ورزی می تواند نقشی معنادار در بهزیستی والدین کودکان دارای اتیسم ایفا کند.

### روش پژوهش

این تحقیق از حیث روش پیمایشی می باشد و برای مقایسه دو گروه مادران کودکان بیش فعال و اتیسم از روش علی مقایسه ای استفاده شد، در واقع در این پژوهش تاثیر پدیده های ابتلای کودکان به اتیسم و بیش فعالی بر وضعیت روانشناختی و سرمایه روانشناختی مادران سنجیده شده است.

جامعه آماری هدف را کلیه مادران کودکان و نوجوانان دارای اختلال اتیسم و بیش فعال (۴۳ نفر کودکان اتیسم، ۳۷ نفر کودکان بیش فعال) در دو منطقه ۵ و ۱۱ شهر تهران که در مراکز نگهداری پیامبر اعظم، امام علی و اشرفی اصفهانی بودند، تشکیل می دهند. روش نمونه گیری با توجه به تعداد کم جامعه مورد پژوهش از روش نمونه گیری تمام شمارش به شیوه در دسترس کلیه مادران افراد دارای این دو اختلال می باشد. از نظر روش جمع آوری داده ها، تحقیق حاضر از نوع کتابخانه ای، میدانی است و از پرسشنامه به عنوان ابزار اصلی گردآوری اطلاعات استفاده شده است به طوری که از پرسشنامه سرمایه روانشناختی لوتانز جهت سنجش امید، تاب آوری، خوشبینی و خودکارآمدی واز چک لیست ویژگی های روانشناختی SCL90 برای نشان دادن جنبه های روان شناختی بیماران جسمی و روانی نظیر جسمانی سازی، وسواس، حساسیت در روابط متقابل، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، ترس بیمارگونه، افکار پارانویید و روان پریشی استفاده گردیده است. روایی و پایایی ابزارهای سنجش: این پرسشنامه شامل ۲۴ سوال است که هر خرده قیاس شامل شش گویه است و آزمودنی به هر گونه در مقیاس شش درجه ای (صفر کاملاً مخالفم تا پنج کاملاً موافقم) لیکرت پاسخ می دهد. نمره گذاری به صورت مستقیم بوده و نمره گذاری معکوس وجود ندارد که در پژوهش هاشمی و همکاران (۱۳۹۱) میزان پایایی این پرسشنامه محاسبه و آلفای کرونباخ آن ۰/۸۵ در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱: محاسبه آلفای کرونباخ Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.85	24



و همچنین پرسشنامه ویژگی های روانشناختی SCL90 دارای ۹۰ پرسش و نه زیر مقیاس و نمره گذاری این آزمون در یک طیف ۵ درجه ای است (صفر= هیچ، یک= کمی، دو= تا حدودی، سه= زیاد، چهار= به شدت). در هنجاریابی آزمون، بالاترین آلفای کرونباخ، ۰/۹۰ مربوط به افسردگی و کمترین ضریب مربوط به روان پریشی، ۰/۷۷ بود. ضریب بازآزمایی نیز در چند نوبت بین ۰/۷۸ تا ۰/۹۰ بدست آمد (دراگوتیس و همکاران، ۱۹۷۶). و در پژوهشی دیگر توسط اسماعیلی و همکاران (۱۳۸۶) ساختار عاملی پرسشنامه تایید گردید و پایایی آزمون اثبات شد.

### تحلیل و بررسی نتایج

در این پژوهش، پس از هماهنگی های لازم با مراکز مربوطه و شناسایی مادران دارای کودکان اتیسم و بیش فعال، پرسشنامه های سرمایه روانشناختی لوتانز و ویژگی های روان شناختی SCL-90 بین آنها تقسیم و پس از تکمیل و جمع آوری پرسشنامه ها، داده ها به وسیله نرم افزار SPSS تحلیل و تفسیر شدند.

بدین صورت که تحلیل آماری داده ها در دو بخش آمار توصیفی و استنباطی برای بررسی و تشریح فرضیات صورت پذیرفت. در بخش آمار توصیفی، از جداول توزیع فراوانی، شاخص های مرکزی و پراکندگی، و نمودارها استفاده شد و در بخش آمار استنباطی، آزمون تحلیل تفاوت های میانگین دو گروه، تحلیل واریانس چند متغیره (MANOVA)، انجام گردید. ضمناً سطح معنی داری در این تحقیق ( $p = 0.05$ ) تعیین شد. به منظور سهولت در فهم مطالب آماره های توصیفی و استنباطی هر متغیر به طور جداگانه در جداول زیر آمده است.

### یافته های توصیفی

در جدول ۲ اطلاعات توصیفی مؤلفه های متغیر ویژگی های روانشناختی، شامل میانگین، انحراف معیار کمترین نمره و بیشترین نمره و تعداد افراد گروه ها، مشاهده می شود.

جدول ۲: یافته های توصیفی مربوط به ویژگی های روانشناختی

انحراف معیار	میانگین	تعداد	گروه	ویژگی های روانشناختی
۵/۳۴	۱۳/۱۱	۴۳	اتیسم	جسمانی سازی
۶/۳۳	۱۷/۲۵	۳۷	بیش فعال	
۴/۱۶	۱۴/۴	۴۳	اتیسم	وسواس
۴/۲۱	۱۴/۴۱	۳۷	بیش فعال	
۶/۳۳	۱۴/۹	۴۳	اتیسم	حساسیت در روابط متقابل
۴/۳۲	۱۳/۲۱	۳۷	بیش فعال	
۲/۳	۱۵/۵۸	۴۳	اتیسم	افسردگی



۴/۱۲	۱۳/۰۵	۳۷	بیش فعال	
۴/۳۱	۱۲/۳	۴۳	اتیسم	اضطراب
۵/۲۳	۱۴/۸۶	۳۷	بیش فعال	
۱/۲۲	۱۲/۶	۴۳	اتیسم	پرخاشگری
۴/۳۶	۱۵/۴۳	۳۷	بیش فعال	
۱/۳	۱۲/۵۵	۴۳	اتیسم	ترس بیمارگونه
۵/۱۳	۱۱/۷۲	۳۷	بیش فعال	
۵/۳۶	۱۴/۶	۴۳	اتیسم	افکار پارانوئید
۴/۳۱	۱۳/۸	۳۷	بیش فعال	
۵/۳۳	۱۳/۶	۴۳	اتیسم	روان پریشی
۷/۴۱	۱۲/۲۷	۳۷	بیش فعال	
۴/۶	۱۳۸/۹۳	۴۳	اتیسم	کل
۵/۴۴	۱۳۱/۷۵	۳۷	بیش فعال	

در جدول ۳ اطلاعات توصیفی مؤلفه‌های متغیر سرمایه روانشناختی و مولفه های آن، شامل میانگین، انحراف معیار کمترین نمره و بیشترین نمره و تعداد افراد گروه‌ها، مشاهده می‌شود.

### جدول ۳: یافته‌های توصیفی مربوط به سرمایه روانشناختی و مولفه های آن

انحراف معیار	میانگین	تعداد	گروه	سرمایه روانشناختی
۷/۴۱	۱۳/۱۶	۴۳	اتیسم	امید
۵/۲۳	۱۳/۸۶	۳۷	بیش فعال	
۶/۲۴	۱۴/۸۹	۴۳	اتیسم	تاب آوری
۵/۳۴	۱۳/۱۱	۳۷	بیش فعال	
۵/۲۲	۱۳/۶۷	۴۳	اتیسم	خوش بینی
۶/۳۴	۱۴/۸	۳۷	بیش فعال	
۱/۳۴	۱۵/۷	۴۳	اتیسم	خود کار آمدی
۲/۱۱	۱۳/۳۷	۳۷	بیش فعال	
۴/۱۶	۵۳/۷۶	۴۳	اتیسم	کل
۷/۱۴	۵۵/۹۴	۳۷	بیش فعال	



## یافته‌های استنباطی

(۱) پیش فرض نرمال بودن توزیع متغیر های پژوهش قبل از تحلیل

اطلاعات جدول ۴ نشان می دهد که با غیر معنی دار شدن مقدار آماره آزمون کولموگروف اسمیرنف پیش فرض نرمال بودن توزیع نمرات متغیر های پژوهش برقرار می باشد.

جدول ۴: آزمون نرمال بودن توزیع نمرات متغیر ها

کلموگروف - اسمیرنف			متغیرها
Sig	df	آماره	
۰/۰۶	۸۰	۰/۱۱	جسمانی سازی
۰/۰۷		۰/۱	وسواس
۰/۱۱		۰/۰۹	حساسیت در روابط متقابل
۰/۱۱		۰/۰۸	افسردگی
۰/۱۱		۰/۰۹	اضطراب
۰/۱۳		۰/۰۷	پر خاشگری
۰/۰۶		۰/۱۲	ترس بیمارگونه
۰/۰۶		۰/۱۱	افکار پارانوئید
۰/۰۸		۰/۰۹	روان پریشی
۰/۱۴		۰/۰۵	ویژگی های کل
۰/۰۹		۰/۰۶	امید
۰/۰۶		۰/۱۲	تاب آوری
۰/۰۸		۰/۱	خوش بینی
۰/۱۱		۰/۰۹	خود کار آمدی
۰/۱۶		۰/۰۴	سرمایه کل



## ۲) پیش فرض همگنی واریانس

اطلاعات جدول ۵ نشان می دهد که با غیر معنی دار شدن مقدار آماره آزمون F لوین، پیش فرض همگنی واریانس توزیع نمرات متغیرهای پژوهش برقرار می باشد.

جدول ۵: آزمون لوین برای سنجش همگنی واریانس نمرات افراد در متغیرها، در دو گروه

Sig	F	DF 2	DF 1	متغیرها
۰/۱۹	۱/۱۱	۷۸	۱	جسمانی سازی
۰/۲۲	۱/۱	۷۸	۱	وسواس
۰/۹۱	۰/۱۳	۷۸	۱	حساسیت در روابط متقابل
۰/۸۷	۰/۱۹	۷۸	۱	افسردگی
۰/۱۲	۲/۰۹	۷۸	۱	اضطراب
۰/۱۴	۱/۴۲	۷۸	۱	پرخاصگری
۰/۱۹	۱/۱۲	۷۸	۱	ترس بیمارگونه
۰/۱۱	۲/۱۱	۷۸	۱	افکار پارانوئید
۰/۴۹	۰/۹۷	۷۸	۱	روان پریشی
۰/۳۸	۰/۸۸	۷۸	۱	ویژگی های کل
۰/۷۶	۰/۳۲	۷۸	۱	امید
۰/۸۷	۰/۲۵	۷۸	۱	تاب آوری
۰/۴۰	۰/۸۵	۷۸	۱	خوش بینی
۰/۱۹	۱/۱۲	۷۸	۱	خود کار آمدی
۰/۱۳	۱/۲۹	۷۸	۱	سرمایه کل

۳) پیش فرض مقیاس سنجش فاصله ای / نسبی: با توجه به اینکه تمامی متغیرها و ابعاد آن توسط پرسشنامه های خود سنجی، سنجیده شد و نمره گذاری پاسخ ها به صورت طیف لیکرت ۵ درجه ای ای بود لذا این پیش فرض برای اجرای تحلیل پارامتریک برقرار است.

## ۴) پیش فرض استقلال داده ها :

داده ها به صورت تصادفی از افراد جمع آوری شده است و نمونه گیری پژوهش تصادفی است و نمرات مربوط به هر متغیر در هر فرد وابستگی خاصی در نوع جمع آوری اطلاعات، به جز داشتن رابطه همبستگی با یکدیگر ندارند لذا پیش فرض استقلال داده ها برای تحلیل پارامتریک برقرار است. پس با توجه به رعایت پیش فرضها استفاده از تحلیل واریانس چند متغیره بلامانع است.



جدول شماره ۶ نتایج آزمون های چهارگانه تحلیل واریانس چند متغیری را نشان می دهد که به لحاظ آماری معنادار می باشند. بدین معنا که بین دو مادران کودکان اتیسم و بیش فعال حداقل از لحاظ یکی از ویژگی های روانشناختی تفاوت معنادار وجود دارد ( $F = ۴/۴۹$  و  $P < ۰/۰۵$ ). برای بررسی اینکه بین کدام یک از ابعاد تفاوت وجود دارد از تحلیل واریانس یک راهه استفاده شده است که نتایج آن به تفکیک هر بعد در جداول بعدی آورده شده است.

#### جدول ۶: نتایج تحلیل واریانس چند متغیری روی نمرات پس آزمون ویژگی های روانشناختی

نام آزمون	ارزش	F	Df فرضیه	Df خطا	سطح معناداری
اثر پیلایی	۰/۳۹	۴/۴۹	۱۰	۶۹	۰/۰۰۰
لامبدای ویکلز	۰/۶۰	۴/۴۹	۱۰	۶۹	۰/۰۰۰
اثر هتلینگ	۰/۶۵	۴/۴۹	۱۰	۶۹	۰/۰۰۰
بزرگترین ریشه روی	۰/۶۵	۴/۴۹	۱۰	۶۹	۰/۰۰۰

اطلاعات جدول ۷ نشان می دهد که دو گروه مادران دارای فرزندان اتیسم و بیش فعال از لحاظ متغیر های جسمانی سازی، افسردگی، اضطراب و پرخاشگری تفاوت معناداری دارند ( $P < ۰/۰۵$ ). اطلاعات توصیفی نشان می دهد که در متغیر های جسمانی سازی، اضطراب و پرخاشگری گروه مادران دارای فرزند بیش فعال نمره بالاتری گرفتند و در افسردگی مادران دارای فرزندان اتیسم نمره بالاتری گرفتند. در سایر مولفه ها تفاوت معناداری بین دو گروه وجود نداشت ( $P > ۰/۰۵$ ).

#### جدول ۷: نتایج بررسی تفاوت میانگین های مولفه های ویژگی های روانشناختی با استفاده از آزمون تحلیل

##### واریانس یکراهه بین دو گروه اتیسم و بیش فعال

متغیر ها	منابع تغییر	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
جسمانی سازی	بین گروهی	۳۵۶/۶۹	۹/۸	۰/۰۰۲
وسواس		۰/۰۰۳	۰/۰۰	۰/۹۹
حساسیت در روابط متقابل		۵۶/۸۵	۲/۳۳	۰/۱۳
افسردگی		۱۲۷/۰۳	۶/۸۷	۰/۰۱
اضطراب		۱۳۰/۵۹	۵/۷۵	۰/۰۱
پر خاشگری		۱۵۹/۰۲	۸/۸۳	۰/۰۰۴
ترس بیمارگونه		۱۳/۶۴	۰/۵۲	۰/۴۷
افکار پارانوئید		۱۹/۴۴	۰/۶۲	۰/۴۳
روان پریشی		۳۵/۴۱	۱/۲۵	۰/۲۶
ویژگی های کل		۱۰۲۳/۳۸	۰/۸	۰/۳۷



در جدول شماره ۸ نتایج آزمون های چهارگانه تحلیل واریانس چند متغیری را نشان می دهد که به لحاظ آماری معنادار می باشند. بدین معنا که بین دو گروه مادران کودکان اتیسم و بیش فعال حداقل از لحاظ یکی از مولفه های سرمایه روانشناختی ( $F = ۴/۸۴$  و  $P < ۰/۰۵$ ). برای بررسی اینکه بین کدام یک از ابعاد تفاوت وجود دارد از تحلیل واریانس یک راهه استفاده شده است که نتایج آن به تفکیک هر بعد در جداول بعدی آورده شده است.

#### جدول ۸: نتایج تحلیل واریانس چند متغیری روی نمرات پس آزمون سرمایه روانشناختی

نام آزمون	ارزش	F	Df فرضیه	Df خطا	سطح معناداری
اثر پیلاپی	۰/۲۴	۴/۸۴	۵	۷۴	۰/۰۰۱
لامبدای ویکلز	۰/۷۵	۴/۸۴	۵	۷۴	۰/۰۰۱
اثر هتلینگ	۰/۳۲	۴/۸۴	۵	۷۴	۰/۰۰۱
بزرگترین ریشه روی	۰/۳۲	۴/۸۴	۵	۷۴	۰/۰۰۱

اطلاعات جدول ۹ نشان می دهد که دو گروه مادران دارای فرزندان اتیسم و بیش فعال از لحاظ متغیر های تاب آوری و خود کارآمدی تفاوت معناداری دارند ( $p < ۰/۰۵$ ). اطلاعات توصیفی نشان می دهد که در متغیر های مذکور گروه مادران دارای فرزند اتیسم از گروه مادران دارای فرزند بیش فعال، نمره بالاتری گرفتند و در مولفه امید و خوشبینی تفاوت معناداری بین دو گروه وجود نداشت ( $p > ۰/۰۵$ ).

#### جدول ۹: نتایج بررسی تفاوت میانگین های مولفه های سرمایه روانشناختی با استفاده از آزمون تحلیل واریانس

##### یکراهه بین دو گروه اتیسم و بیش فعال

متغیر ها	منابع تغییر	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
امید	بین گروهی	۹/۸	۰/۶۸	۰/۴۱
تاب آوری		۶۲/۷	۴/۶	۰/۰۳
خوش بینی		۳/۲۸	۰/۱۹	۰/۶۵
خود کار آمدی		۱۰۸/۰۲	۹/۷۵	۰/۰۰۳
سرمایه کل		۹۴/۳۸	۰/۵	۰/۴۸

#### جمع بندی و نتیجه گیری

پژوهش حاضر، تحت عنوان مقایسه ویژگی های روان شناختی و سرمایه روان شناختی مادران دارای کودکان اتیسم و بیش فعال انجام شده است. در ویژگی های روان شناختی مادران دارای کودکان اتیسم و بیش فعال، پس از بررسی ادبیات موضوع و تجزیه و تحلیل داده ها، مشخص گردید که دو گروه مادران دارای فرزندان اتیسم و بیش فعال از لحاظ متغیر های جسمانی



سازی، افسردگی، اضطراب و پرخاشگری تفاوت معناداری دارند ( $p < 0/05$ ). و اطلاعات توصیفی نشان می دهد که در متغیر های جسمانی سازی، اضطراب و پرخاشگری گروه مادران دارای فرزند بیش فعال نمره بالاتری گرفتند و در افسردگی مادران دارای فرزندان اטיسم نمره بالاتری گرفتند. در سایر مولفه ها تفاوت معناداری بین دو گروه وجود نداشت ( $p > 0/05$ ). در واقع این یافته به یافته های تحقیقات (ایستس و همکاران، ۲۰۰۹؛ لیئوید و هاستینگس، ۲۰۰۹؛ چیمه و همکاران، ۱۳۸۶؛ یوسفی و همکاران، ۱۳۸۸؛ شفاعت و تیرگری، ۱۳۹۰؛ یکتا خواه و همکاران، ۱۳۹۳) نزدیک است. پیمنتل و همکاران (۲۰۱۱) معتقدند که مادران کودکان دارای ADHD میزان بالاتری از استرس فرزندپروری را (حاصل از ویژگی های کودک) تجربه می کنند و مشکلات رفتاری بیشتری را در کودکان خود گزارش می کنند. در بررسی های محققان اکثر مادران به مشکلات دیگری شامل برچسب خوردن کودک و خانواده، مقصر دانستن مادر در شکل گیری اختلال، مقایسه کودک مبتلا با کودکان عادی و تردید در تاثیر برنامه های آموزشی نیز اشاره کردند که منجر به کاهش روابط اجتماعی و مشکلات خانوادگی کودکان اטיسم شده و والدین آنها علایم افسردگی را بیشتر تجربه می کنند. در تبیین این یافته می توان گفت به دلیل اینکه کودکان اטיستیک، برای ایجاد یک رابطه قابل فهم با دیگران مشکل دارند، و توانایی آنان برای ایجاد دوستی معمولاً به اندازه قابلیت آن ها برای درک ابرار عاطفی دیگران محدود است، و اغلب از ناتوانی های دیگری نیز رنج می برند که مربوط به یادگیری است و به همراه اوتیسم در فرد پیدا می شوند، و همچنین از لحاظ تکلم مشکل دارند و غیر طبیعی هستند (هاشمی زرینی، ۱۳۹۴). لذا احتمالاً مادران آنها به دلیل نقص در توانمندی های فرزند خود، احساس افسردگی بیشتری می کنند تا مادران دارای اختلال بیش فعالی. این مادران احتمالاً خود نیز از حضور در اجتماع به همراه فرزند دوری می کنند و از بابت داشتن فرزند اטיستیک احساس غمگینی دارند، که سبب افسردگی بیشتر آنها می شود. از طرفی خانواده مبتلایان به اوتیسم حداقل ۴۰۰ هزار تومان تا ۲ میلیون تومان در ماه برای هزینه های پرستار، مربی و درمانگر پرداخت می کنند که همه این عوامل فشار زیادی بر دوش خانواده تحمیل کرده و منجر به انواع اختلالات روانی در خانواده و به خصوص مادر می شود (قاسم پور، ۱۳۹۱). مادران کودکان اטיسم به سبب داشتن فرزند با ویژگی های خاص بیشتر در معرض این اختلال قرار دارند. بررسی های جدید بیان گر این نکته است که مادران کودکان اטיسم ممکن است، مستعد افسردگی باشند، اگر احساس کنند مسئول و عامل چنین اختلالی که فرزندشان به آن دچار شده اند، آن ها هستند (قاسمی، ۱۳۹۴). اما مادران فرزندان بیش فعال به دلیل ویژگی های خاص کودکان بیش فعال از جمله اینکه آنها ساکت نمی نشینند، اغلب خیلی زیاد حرف می زنند و حتی در پایان رساندن بازی ها مشکل دارند، در اغلب موارد مهارت های فرزند پروری والدینشان را به چالش می کشند. اغلب احساس بی قراری می کنند، دست و پاهایشان را مرتب تکان می دهند، وقتی که نشسته اند، دائم وول می خورند، زیاد می دوند، از اشیا بالا می روند، صدلی خود را ترک می کنند، عکس العمل سریع نشان می دهند، قبل از تمام شدن سؤال پاسخ می دهند و نمی توانند منتظر نوبت بمانند. این کودکان در موقع استراحت و خواب مشکل دارند و نسبت به کودکان نوع بی توجه یا عادی، نافرمان تر و بد اخلاق تر هستند (محمد زاده، ۱۳۹۴)، به منظور کنترل مشکلات رفتاری آنها و جلوگیری از خرابکاری و رفتار های ایدایی کودکان احساس اضطراب بیشتری دارند، و از طرفی به نوعی حساسیتی روانشناختی پیدا می کنند که سبب پرخاشگری بیشتر آنها نسبت به کودک و یا دیگران می شود و مشکلات روان تنی همچون سردرد ها و... می شود که مشکل جسمانی سازی مشکلات روانی را در آنان تشدید می کند. بنا بر این می توان انتظار داشت اختلال بیش فعالی بیش از اختلال اטיسم می تواند بر میزان





جسمانی سازی، اضطراب و پرخاشگری مادران اثر منفی بگذارد. در سایر موارد تفاوتی بین دو گروه مادران یافت نشد و این امر می تواند به این دلیل باشد که به دلیل شباهت این دو اختلال در اینکه فرزند را به فرزند غیر طبیعی تبدیل می کنند، احتمالاً به یک اندازه بر ویژگی های روانی دیگر همچون وسواس، حساسیت در روابط متقابل، ترس، پارانویا و روان پریشی موثرند و لذا تفاوتی با هم ندارند.

همچنین در سرمایه روان شناختی مادران دارای کودکان اטיسم و بیش فعال، پس از بررسی ادبیات موضوع و تجزیه و تحلیل داده ها، مشخص گردید که دو گروه مادران دارای فرزندان اטיسم و بیش فعال از لحاظ متغیر های تاب آوری و خود کارآمدی تفاوت معناداری دارند ( $p < 0/05$ ). اطلاعات توصیفی نشان می دهد که در متغیر مذکور گروه مادران دارای فرزند اטיسم از گروه مادران دارای فرزند بیش فعال نمره بالاتری گرفتند و در مولفه امید و خوشبینی تفاوت معناداری بین دو گروه وجود نداشت ( $p > 0/05$ ). این یافته به یافته های تحقیقات (اوگستون و همکاران، ۲۰۱۱، غباری بناب و استیری، ۱۳۸۵، چیمه ۱۳۹۴) نزدیک است. در تبیین این یافته می توان گفت کودکان بیش فعال و اטיسم از این نظر که غیر طبیعی هستند، هر دو به یک اندازه در مادران خود احتمالاً از خوش بینی و امید جلو گیری می کنند لذا از این نظر مادران آنها با هم تفاوتی ندارند. اما در مورد خود کار آمدی و تاب آوری به دلیل ویژگی های خاص و متفاوت دو گروه کودکان تفاوت دارند. کودکان اטיسم و در خود مانده آسیب های کمتری به اطرافیان می زنند و کمتر نیاز به مراقبت محیطی دارند و به راحتی و آرام در گوشه ای با افکار خود می توانند مشغول باشند، اما کودکان بیش فعال از این نظر از مادران خود به سبب نیاز مداوم به کنترل به منظور جلوگیری از آسیب زدن به خود و دیگران انرژی بیشتری را می گیرند (شکوهی یکتا و متولی پور، ۱۳۹۴). بدین سبب احساس خود کار آمدی و تاب آوری در مادران کودکان بیش فعال کمتر است از مادران کودکان اטיسم. همچنین به دلیل اینکه تلاش های مادران در اکثر مواقع به منظور آرام کردن آنها جوابگو نیست پس از مدتی آنها درمانده شده و تاب آوری کمتری نشان می دهند و لذا ممکن است با اندک شلوغی از جانب فرزند او را تنبیه کنند (محمد زاده، ۱۳۹۴) و از طرفی پس از اینکه احساس می کنند، استراتژی های تربیتیشان در مورد اصلاح رفتار کودک جواب نمی دهد احساس خود کار آمدی پایین تری را از مادران کودکان اטיسم که راحت تر می توانند کودکان خود را کنترل کنند، پیدا می کنند.

در راستای این پژوهش، پیشنهاداتی کاربردی و پژوهشی جهت هدایت پژوهش های آتی ارائه می گردد. باتوجه به اینکه یافته ها نشان می دهند، مادران دارای کودکان بیش فعال اضطراب، جسمانی سازی و پرخاش بیشتری دارند، بنابراین پیشنهاد می شود در مراکز نگره داری کودکان و مراکز مشاوره، کلاسهای آموزش خانواده در مورد شیوه های فرزند پروری درست کودکان بیش فعال دایر شود. و با توجه به تفاوت دو گروه مادران در سرمایه روان شناختی و وضعیت بد گروه بیش فعال، از آنجایی که تربیت و کنترل فرزندان بیش فعال دشوار است، پیشنهاد می شود به منظور بهبود شاخص تاب آوری و احساس خود کار آدی مادران آنها درمان های مناسب به منظور کاهش رفتارهایی ایدایی کودکان بیش فعال ارائه شده و درمان های روانشناختی به منظور افزایش تاب آوری و خود کار آمدی مادران آنها ارائه گردد. از آنجا که مادران کودکان با نیازهای خاص مشکلات روانشناختی بیشتری را تجربه می کنند و حمایت اجتماعی ادراک شده توسط آنان می تواند از حجم آشفتگی روانی آنها بکاهد، بنا بر این پیشنهاد می شود انجمن های اجتماعی - حایتی به منظور افزایش سلامت کودکان با نیاز های خاص و والدین آنها تشکیل شده و به بهبود این قشر آسیب پذیر کمک کنند.



در زمینه ی پژوهشی با توجه به تفاوت های اجتماعی- اقتصادی پیشنهاد می شود این پژوهش در نمونه و جامعه های مختلف و با فرهنگ و طبقات اجتماعی- اقتصادی متفاوت اجرا و نتایج با این پژوهش مقایسه گردد. این پژوهش در طبقات بالای اقتصادی و همچنین طبقات پایین به صورت مقایسه ای می تواند انجام شود و نتایج با نتایج تحقیق حاضر مقایسه و در تکمیل نتایج پژوهش حاضر موثر واقع گردد. و پیشنهاد می شود پژوهش های مشابه بر روی نمونه بزرگتر و با حجم بیشتر، به منظور افزایش دقت نتایج به دست آمده اجرا گردد. و همچنین پیشنهاد می شود پژوهش های آینده اثر تعدیل کننده متغیر های مداخله گری همچون تحصیلات، اشتغال مادران و کیفیت روابط زناشویی مادران را بررسی کنند.

#### منابع:

۱. اسماعیلی، معصومه و همکاران (۱۳۸۶). تاثیر آموزش مولفه های هوش هیجانی بر سلامت روان. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، ۱۳، ۲، ۱۵۸-۱۶۵.
۲. برجیس، مریم؛ غلامعلی لواسانی، مسعود؛ طاهر، محبوبه؛ حکیم جوادی، منصور؛ حسین خانزاده، عباسعلی. (۱۳۹۲). مقایسه ی میزان نگرانی، امید و معنای زندگی در مادران کودکان مبتلا به اوتیسم، ناشنوایی و ناتوانی یادگیری. مجله ناتوانی های یادگیری. ۳(۱):۶-۲۷
۳. بیرامی، منصور؛ هاشمی نصرت آباد، تورج؛ بشارت، رباب؛ موحدی، یزدان؛ کوه پیمان، سجاد (۱۳۹۲). بررسی مولفه های روان نژندی در والدین کودکان اتیسم، کم توان ذهنی و عادی شهر تبریز. فصلنامه تعلیم و تربیت استثنایی. ۱۳(۹):۱۷-۲۷.
۴. تقوی، نغمه؛ فتحی آشتیانی، علی. (۱۳۸۸). ویژگی های روان شناختی زنان و مردان نابارور در مقایسه با گروه بارور. فصلنامه اندیشه و رفتار در روان شناسی بالینی. ۳(۱۱):۴۵-۵۴.
۵. چیمه، نرگس (۱۳۹۴). نقش مقابله مذهبی ایرانی در پیش بینی استرس والدینی مادران دارای کودک اتیسم. فصلنامه دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی. ۱(۴):۶۱-۶۸.
۶. چیمه، نرگس؛ پوراعتماد، حمیدرضا؛ خرم آبادی، راضیه (۱۳۸۶). مشکلات و نیازهای مادران کودکان مبتلا به اختلالات اتیستیک: یک پژوهش کیفی. فصلنامه خانواده پژوهی. ۳(۱۱):۶۹۷-۷۰۷.
۷. چیمه، نرگس (۱۳۹۴). بررسی رابطه شدت اتیسم در کودکان، با میزان امیدواری و عزت نفس مادرانشان. مجله مطالعات ناتوانی. ۵(۱۱):۱۲۸-۱۳۶.
۸. جدیدی فیقان، مهناز و صفری، سهیلا و فرامرزی، سالار و جدیدی فیقان، مریم و جمالی، سمیه (۱۳۹۴). مقایسه اضطراب اجتماعی و حمایت اجتماعی مادران کودکان با نیازهای خاص و مادران کودکان سالم. دانشگاه اصفهان، جلد ۱۶ شماره ۲ صفحات ۴۳-۵۲



۹. خوشایبی، کتابیون؛ فرزادفرد، سیده زینب؛ کاکاسلطان، بابک؛ پوراعتماد، حمیدرضا؛ نیک خواه، حمیدرضا (۱۳۸۹). بررسی راهبردهای مقابله ای و میزان تنیدگی در مادران کودکان مبتلا به اتیسم و مقایسه آن با مادران کودکان عادی. فصلنامه خانواده پژوهی. ۹۷-۸۷:(۲۱)۶.
۱۰. خرم آبادی، یداله؛ فرخی، نورعلی (۱۳۸۹). بررسی ویژگی های روان شناختی و عوامل زمینه ای مرتبط با فرار دختران از منزل در شهر همدان. نظم و امنیت انتظامی. ۳(۴):۱۷۵-۱۹۴.
۱۱. رستمی، رقیه. (۱۳۸۸). بررسی اثر بخشی نمایش عروسکی بر افزایش مهارت های اجتماعی دختران کم توان ذهنی آموزش پذیر ۸-۱۳ ساله شهر بجنورد. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران.
۱۲. سادوک، بنجامین جیمز؛ سادوک، ویرجینیا ای. (۲۰۱۵). خلاصه روانپزشکی کاپلان و سادوک: براساس DSM-5. ترجمه فرزین رضاعی (۱۳۹۴) تهران: انتشارات ساوالان.
۱۳. سیف نراقی، مریم؛ نادری، عزت الله (۱۳۸۴). روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی. تهران: انتشارات ارسباران.
۱۴. شفاعت، عارفه؛ تیرگری، عبد الحکیم (۱۳۹۰). بررسی شیوع علائم افسردگی در مادران کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی و نقص توجه در کلینیک روانپزشکی کودک و نوجوان شهرستان ساری. مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران. ۶۶:۲۱-۷۲
۱۵. شکوهی یکتا، محسن؛ متولی پور، عباس (۱۳۹۴). اختلال نارسیایی توجه بیش فعالی. تهران: انتشارات طبیب.
۱۶. غباری بناب، باقر؛ استیری، زهره (۱۳۸۵). مقایسه ویژگی های شخصیتی و سبک دلبستگی در مادران کودکان با اختلال در خود ماندگی و مادران کودکان عادی. ۶(۳):۷۸۷-۸۰۴.
۱۷. فریث، یوتا (۱۹۹۱). معرفی اتیسم. ترجمه حمید رضا پور اعتماد (۱۳۹۳). تهران: نشر علم.
۱۸. قاسم پور، صالحه (۱۳۹۱). اثربخشی آموزش بازشناسی هیجان ها بر مهارت های اجتماعی کودکان اتیسم با عملکرد بالا. پایان نامه کارشناسی ارشد، چاپ نشده، دانشگاه علامه طباطبایی.
۱۹. کاپلان، هرولد؛ سادوک، بنجامین جیمز (۲۰۱۴). خلاصه روانپزشکی: علوم رفتاری / روانپزشکی بالینی. (جلد اول). ترجمه فرزین رضاعی (۱۳۹۳). تهران: انتشارات ارجمند
۲۰. کیمیایی، سید علی؛ بیگی، فاطمه (۱۳۸۹). مقایسه کارکردهای خانوادگی مادران کودکان سالم و کودکان بیش فعال/نقص توجه. مجله علوم رفتاری. ۴(۲): ۱۴۱-۱۴۷
۲۱. میکایلی منیع، فرزانه (۱۳۸۸). روابط ساختاری بین بهزیستی روانشناختی با هوش هیجانی ادراک شده، توانایی کنترل تفکر منفی و افسردگی مادران کودکان کم توان ذهنی و مقایسه آن با مادران کودکان عادی. مجله پژوهش در حیطه کودکان استثنایی. ۹(۲):۱۰۳-۱۲۰.
۲۲. محمد زاده، علی (۱۳۹۴). درمان اختلال بیش فعالی و نقص توجه. تهران: انتشارات باد.
۲۳. مصدق، ندا؛ غباری بناب، باقر؛ پیرزادی، حجت؛ شفیعی، ناهید (۱۳۹۲). پیش بینی سلامت روان بر اساس درک معنوی در مادران دانش آموزان کم توان ذهنی آموزش پذیر و عادی ابتدایی شهر گرگان. فصلنامه کودکان استثنایی. ۱۳(۳): ۱۵-۲۱.
۲۴. نریمانی، محمد؛ شاه محمدزاده، یحیی؛ امیدوار، عظیم؛ امیدوار، خسرو (۱۳۹۳). مقایسه ی سرمایه روان شناختی و سبک های عاطفی در بین دانش آموزان پسر با و بدون ناتوانی یادگیری. مجله ناتوانی های یادگیری. ۴(۱): ۱۰۰-۱۱۸.



۲۵. هاشمی زرینی، هادی (۱۳۹۴). اختلالات طیف اتیسم (ارزیابی، تشخیص و درمان). تهران: انتشارات کرم پور.
۲۶. یوسفی، شکیلا؛ سلطانی فر، عاطفه؛ تیموری، سعید (۱۳۸۸). مقایسه تنش والدگری مادران کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی و نقص توجه با مادران کودکان بهنجار. مجله اصول بهداشت روانی. ۱۱(۲):۱۱۵-۱۲۲.
۲۷. یکتاخواه، سرور؛ علامه، معصومه؛ گرجی، رضا. (۱۳۹۳). بررسی میزان سلامت عمومی و کیفیت زندگی مادران دارای فرزند اتیسم. فصلنامه تعلیم و تربیت استثنایی. ۱۴(۱):۱۳-۱۹.

#### منابع انگلیسی

1. Blakeley-Smith, A., Reaven, J, Ridge, K, et al. (2012) Parent-child agreement of anxiety symptoms in youth with autism spectrum disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 6(2), 707-716.
2. Culbertson, S.S., Fullagar, C.J., & Mills, M.J.(2010). Feeling good and doing great: the relationship between psychological capital and well-being. *Journal of Occupational Health Psychology*, 15(4), 421-433
3. Drogatis LR, Rickels K, Rock A. (1976). The SCL-90-R and MMPI: A step in the validation of new self-report scale. *Br J Psychiatry*.;128:280-9.
4. Estes, A., Munson, J., Dawson, G., Koehler, E., Zhou, X.H., & Abbott, R.(2009). Parenting stress and psychological functioning among mothers of preschool children with autism and developmental delay. *Autism*, 13(4), 375-387.
5. Goldsmith, A. Veum, J., Darity, W. (1997). Unemployment, Joblessness, Psychological Well-Being and Self-Esteem: Theory and Evidence. *Journal of Socio-Economics*, 26, 133-158.
6. Hattier, M. A., Matson, J. L., Tureck, K., & Horovitz, M. (2011). The effects of gender and age on repetitive and/or restricted behaviors and interests in adults with autism spectrum disorders and intellectual disability. *Research in Developmental Disabilities*, 32, 2346-2351.
7. Jones, J., Lerman, D. C., & Lechago, S. (2014). Assessing stimulus control and promoting generalization via video modeling when teaching social responses to children with autism. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 47, 37-50.
8. Lioyd, T. J. & Hastings, R. (2009). Hope as a psychological resilience factor in mothers and fathers of children with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 53, 9657 -9668.
9. Mikami, A.Y., Jack, A., Emeh, C.C., & Stephens, H.F.(2010). Parental influence on children with attention-deficit/hyperactivity disorder: I. Relationships between parent behaviors and child peer status. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 38(6),721-736.
10. Neff , K.D., & Faso, D.J. (2015). Self-Compassion and Well-Being in Parents of Children with Autism. *Mindfulness*, 6(4), 938-947
11. Olsson, M.B., Hwang, C. P. (2001). Depretion in mother and father of children with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 45,535-545.

[www.ISEAS.ir](http://www.ISEAS.ir)

پایگاه استنادی ملی مقالات دانشگاهی ایران

[www.Listjournal.ir](http://www.Listjournal.ir)

پایگاه استنادی ملی مجلات دانشگاهی ایران

[www.ConferenceList.ir](http://www.ConferenceList.ir)

پایگاه استنادی ملی کنفرانس های دانشگاهی ایران



12. Ogeston, Paula, L., Mackintosh, Virginia, H. & Myers, Barbara, J. (2011), Hope and worry in mothers of children with an autism spectrum disorder or Down syndrome. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 5(4), 1378-1384.
13. Philipsen, A., Limberger, M. F., Lieb, K., Feige, B., Kleindienst, N., Ebner-Priemer, U., & Bohus, M. (2008). Attention-deficit hyperactivity disorder as a potentially aggravating factor in borderline personality disorder. *British Journal of Psychiatry*, 192, 118-123.
14. Plumb, J.C. (2011). *The Impact of Social Support and Family Resilience on Parental Stress in Families With a Child Diagnosed With an Autism Spectrum Disorder. A Dissertation in Social Work, Presented to the Faculties of the University of Pennsylvania in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of Doctor of Social Work.*
15. Pimentel, M.J., Vieira-Santos, S., Santos, V., Vale, M.C.(2011). Mothers of children with attention deficit/hyperactivity disorder: relationship among parenting stress, parental practices and child behaviour. *Attention Deficit Hyperactivity Disorder*, 3(1),61-68.
16. Singh, S., & Mansi, A. (2009). Psychological Capital as Predictor of Psychological Well Being. *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology*,35(2), 233-238.