MEJDS. 2018; 8:70.
Published online 2019 March. **Research Article**

Comparison of Personality Traits and Resiliency in Mothers of Children with Autism Disorder and Attention Deficit /Hyperactivity Disorder with Normal Children's Mothers

*Reza Abdi1[1], Ahad Narimani[2]

Author Address
1. PhD in Psychology, Psychology Assistant Professor, Azarbaijan Shahid Madani University, Tabriz, Iran;
2. MA in Exceptional Children Psychology, East Azarbaijan Wealfare Organization, Tabriz, Iran.
***Corresponding Author Address**: Azarbaijan Shahid Madani University, Tabriz, Iran.
***E-mail**: r.abdi@azaruniv.ac.ir

Received: 2015/08/1; **Accepted:** 2015/09/07

Abstract

Objective: Researchers believe that there are moderating factors between parents' psychological stress and disorder of their child. Some characteristics may increase internal resistance of parents against psychological stress and also may prevent them from its consequences and diseases. Personality traits and resiliency can be noted among these moderating factors.

Resiliency or the ability to positively cope with the tragedy and trauma is considered as a psychological topic that some views recognize it as a response to a specific event and the others consider it as sustainable coping style. The reason for making the resiliency as an important research topic is that resiliency seems to be closely associated with personality dimensions.

Personality traits, as second factor, may have effects on the relationship between parents and exceptional children. Parents may also react to external distress such as having a child with autism or attention deficit / hyperactivity disorder (ADHD) based on their personality traits.

Autism spectrum disorder (ASD) and attention deficit / hyperactivity disorder (ADHD) are parts of the neurodevelopmental disorders that affect cognitive and social abilities. The current study aims to compare the Personality Traits and Resilience in mothers of Children with Autism Disorder, Attention Deficit /Hyperactivity Disorder and normal children.

Methods: The population of this research includes all mothers of Children with Autism Disorder and ADHD in rehabilitation centers. The research samples also consist of 50 mothers of children with Autism spectrum disorder (ASD) and 50 mothers of children with attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD) who were selected by purposive sampling method and were assigned in two groups. Fifty mothers of normal children were selected as control group from Tabriz Welfare Organization staffs. Data were gathered by CD-RISC and NEO-FFI. The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC): Connor and Davidson designed this scale that measures the ability to cope with stress and damage. This tool has 25 items. A primitive study on the psychometric properties of this scale in general population and patient's groups showed that this tool has internal consistency, convergent and divergent test-retest reliability. The reliability of the questionnaire in Iran with internal consistency of Cronbach's alpha is 0.89.

NEO Five-Factor Personality Inventory (NEO-FFI): This questionnaire consists of 60 items that was designed by McCrae & Costa to measure Big Five personality traits (neuroticism, extraversion, openness, agreeableness, conscientiousness). In Iran, the criterion validity for the subscales are reported 0.45 to 0.66 and also reliability of this test using Cronbach's alpha coefficients is calculated as 0.56 to 0.87.

Data were analyzed with descriptive statistics (Standard Deviation & Mean) and Multivariate Analysis of Variance (MANOVA). Differences of group means were examined with Tukey's HSD (honest significant difference) test as a pot hoc test.

Results: The obtained results show that there is a significant difference only in the variable neuroticism of personality traits among the three groups ($F=9.14$; $p<0.001$). Eta coefficient also shows that 11% of the variance in neuroticism can be explained by the independent variable.

In resiliency variable, there are significant differences between the three groups ($F=4.45$; $p<0.001$). Eta coefficient for this variable shows that only 6% of the variance of resiliency can be explained by independent variable.

Tukey's test as a pot hoc test showed that in neuroticism variable there are significant difference between ADHD group and healthy groups ($p=0.001$) and between autism group and control group ($p=0.03$) but there is no significant difference between autism with individuals with attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD) ($p=0.20$). According to the group means it can be said that parents of children with attention deficit /hyperactivity disorder have reported this factor more than the other factors and autism group is reported in the second one. There are significant differences between groups of autistic and normal groups in term of resiliency ($p=0.01$) but the difference between other groups are not significant.

Conclusion: In general, having a child with attention deficit /hyperactivity disorder (ADHD) and autism spectrum disorder (ASD) may affect the mothers' mental health, especially their ability to cope with these problems or their resiliency and emotional stability compared with mothers of normal children.

Keywords: Five Factor of Personality, ADHD, Autism Spectrum Disorder.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-18]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1397.8.0.7.2]

Copyright © 2016, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

مجله مطالعات ناتوانی ۱۳۹۷؛ (۸): ۷۰.

انتشار برخط اسفندماه ۱۳۹۷ مقاله پژوهشی اصیل

مقایسهٔ ابعاد شخصیتی و تاب‌آوری در مادران کودکان مبتلا به اختلال طیف اُتیسم و اختلال کمبود توجه/ بیش‌فعالی با مادران کودکان عادی

*رضا عبدی[۱]، احد نریمانی[۲]

توضیحات نویسندگان

۱. دکترای تخصصی روان‌شناسی، استادیار روان‌شناسی، دانشگاه شهید مدنی آذربایجان، ایران، تبریز؛

۲. کارشناس‌ارشد روان‌شناسی کودکان استثنایی، سازمان بهزیستی استان آذربایجان شرقی، ایران، تبریز.

***آدرس نویسندهٔ مسئول:** تبریز، ۳۵ کیلومتری جادهٔ آذرشهر، دانشگاه شهید مدنی آذربایجان، گروه روان‌شناسی؛ ***رایانامه:** r.abdi@azaruniv.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۰ مردادماه ۱۳۹۴؛ **تاریخ پذیرش:** ۱۶ شهریورماه ۱۳۹۴

چکیده

زمینه و هدف: اختلال طیف اُتیسم (ASD) و اختلال کم‌توجهی/بیش‌فعالی (ADHD) جزو اختلالات عصبی رشدی هستند که بر توانایی‌های شناختی و اجتماعی تأثیر می‌گذارند. هدف پژوهش حاضر مقایسهٔ ابعاد شخصیتی و تاب‌آوری در مادران دارای کودکان مبتلا به اختلال طیف اُتیسم، اختلال کمبود توجه/بیش‌فعالی با مادران دارای کودک عادی بود.

روش‌بررسی: جامعهٔ آماری عبارت از مادران دارای کودکان مبتلا به ASD و ADHD در مراکز توان‌بخشی شهر تبریز بود. از این افراد به‌شیوهٔ نمونه‌گیری هدفمند، ۵۰ مادر از هر گروه به‌عنوان نمونه انتخاب شدند. ۵۰ مادر گروه عادی نیز از بین کارمندان بهزیستی شهرستان تبریز انتخاب شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از مقیاس تاب‌آوری کانر دیویدسون (CD-RISC) و پرسشنامهٔ شخصیتی پنج‌عاملی نئو فرم کوتاه (NEO-FFI) استفاده شد. برای تحلیل داده‌ها از تحلیل واریانس چندمتغیره (MANOVA) استفاده گردید.

یافته‌ها: در عوامل شخصیتی، بین سه گروه فقط در متغیر روان‌رنجورخویی تفاوت معنادار آماری وجود داشت ($p<۰/۰۰۱$)؛ اما در بقیه متغیرها این تفاوت مشاهده نشد. در این مؤلفه بین گروه ADHD و سالم ($p=۰/۰۰۱$) و گروه اُتیسم با گروه سالم ($p=۰/۰۳$) تفاوت معنادار وجود داشت؛ اما بین گروه اُتیسم با گروه اختلال کم‌توجهی/بیش‌فعالی تفاوتی معنادار مشاهده نشد ($p=۰/۲۰$). همچنین در متغیر تاب‌آوری بین گروه اُتیسم و گروه سالم تفاوت معنادار وجود داشت ($p=۰/۰۱$)؛ اما تفاوت بین بقیه گروه‌ها معنادار نبود.

نتیجه‌گیری: داشتن کودک مبتلا به اختلال کم‌توجهی/بیش‌فعالی (ADHD) و اختلال طیف اُتیسم (ASD) می‌تواند بر توانایی مقابله یا تاب‌آوری و ثبات هیجانی والدین در مقایسه با مادران کودکان نرمال تأثیر بگذارد.

کلیدواژه‌ها: پنج عامل شخصیت، اختلال کمبود توجه/بیش‌فعالی، اختلال طیف اُتیسم.

حق انتشار محفوظ است © ۱۳۹۵، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار-غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-18]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1397.8.0.7.2]

۱ مقدمه

اختلال طیف اُتیسم و اختلال کم‌توجهی/بیش‌فعالی جزیی از اختلالات رشد عصبی هستند که ناشی از تحول نابهنجار مغز بوده و بر توانایی‌های خاص شناختی و اجتماعی تأثیر می‌گذارند (۱). اختلال طیف اُتیسم با کمبودهای مداوم در ارتباط اجتماعی و تعامل اجتماعی در موقعیت‌های متعدد ازجمله کمبودهایی در عمل متقابل اجتماعی مشخص می‌شود (۲). ویژگی اصلی اختلال طیف اُتیسم نقصان مداوم در برقراری ارتباطات و تعاملات اجتماعی دوجانبه و الگوی‌های تکراری و محدود رفتار، علایق یا فعالیت‌ها است. این علایم از اوایل کودکی وجود دارند و سبب اختلال یا محدودیت در کارکرد روزمره می‌شوند (۲).

ویژگی اصلی اختلال کم‌توجهی/بیش‌فعالی الگوی مستمر بی‌توجهی یا بیش‌فعالی/ تکانشگری است که با کارکرد و رشد فرد تداخل دارد. بی‌توجهی خود را در رفتارهایی مانند نیمه‌کاره‌گذاشتن کارها، نداشتن پشتکار و مشکل حفظ تمرکز آشکار می‌سازد. بیش‌فعالی به افزایش فعالیت‌های حرکتی در مواقع نامناسب یا وول خوردن زیاد یا پرحرفی اطلاق می‌شود. رفتارهای تکانشی می‌تواند به شکل دخالت‌های اجتماعی یا تصمیم‌گیری مهم بدون اندیشیدن به پیامدهای درازمدت آن بروز نماید (۲).

اختلال طیف اُتیسم و اختلال کم‌توجهی/بیش‌فعالی به‌دلیل ویژگی‌هایی که دارند می‌توانند بر عملکرد والدین و رفتارهای آنان تأثیر بگذارند. کودک استثنایی و والدین نه‌تنها بر یکدیگر تأثیر متقابل دارند بلکه سایر اعضای نظام خانواده یعنی دیگر فرزندان را تحت تأثیر قرار می‌دهند. وجود کودک استثنایی اغلب ضایعات جبران‌ناپذیری را بر پیکر خانواده وارد می‌کند (۳). از سوی دیگر رفتارهای نامناسب والدین مثل خشم و بی‌توجهی و نیز واکنش‌هایی که والدین به علایم این اختلالات (مثل شلوغی و پرتحرکی) نشان می‌دهند می‌تواند بر روند این اختلالات تأثیر بگذارد. در جریان تشخیص این اختلال‌ها، فشارهای روانی فزاینده‌ای بر والدین وارد می‌شوند که می‌تواند به واکنش‌هایی مانند ضربهٔ روانی، ناأُمیدی، خشم، افسردگی و غیره منجر شود (۴). والدین کودکان مبتلا به اُتیسم به‌علت رفتارهای مخرب و غیرعادی کودکشان، سختی و مشکلات فراوانی در نگهداری از کودک و مهارت‌های والدگری تجربه می‌کنند (۵).

پژوهشگران بر این باورند که عوامل تعدیل‌کننده‌ای میان فشارهای روانی والدین و اختلال در کودک، وجود دارد. وجود برخی ویژگی‌ها می‌تواند توان مقاومت درونی، در برابر فشارهای روانی را در والدین افزایش دهد و از بروز پیامدهای آن و بیماری جلوگیری کند.

از بین متغیرهای تعدیل‌کننده می‌توان به ویژگی‌های شخصیتی و تاب‌آوری اشاره کرد. کامپفر باور داشت که تاب‌آوری بازگشت به تعادل اولیه یا رسیدن به تعادل سطح بالاتر (در موقعیت تهدیدکننده) است و ازاین‌رو سازگاری موفق را در زندگی فراهم می‌کند. درعین‌حال کامپفر به این نکته نیز اشاره می‌کند که سازگاری مثبت هم ممکن است پیامد تاب‌آوری به شمار رود و هم به‌عنوان پیشایند، سطح بالاتری از تاب‌آوری را سبب شود. وی این مسئله را ناشی از پیچیدگی تعریف و نگاه فرآیندی به تاب‌آوری می‌داند. افرادی که تاب‌آوری زیادی دارند احتمالاً در برخورد با فرزندان استثنایی خود منطقی و درست برخورد می‌کنند (۶).

تا اوایل دههٔ ۸۰ اعتقاد بسیاری از پژوهشگران علوم روان‌شناسی این بود که رویدادهای تنش‌زا در بروز اختلالات روان‌تنی نقش مؤثری دارند؛ به‌عنوان مثال هولمز و راهه دریافتند که رویدادهای زندگی با شروع بیماری رابطه دارد؛ اما تاب‌آوری می‌تواند بین رویدادهای تنش‌زای زندگی و سلامت روان فرد تعدیل‌گر باشد (۷). همچنین براساس مدل استرس-آسیب‌پذیری، اول افراد باید دارای آمادگی زیستی، روان‌شناختی یا اجتماعی فرهنگی برای ابتلای به بیماری باشند و سپس در معرض نوعی از تنش قرار بگیرند تا به بیماری مبتلا شوند. درحالی‌که بیشتر مردم آمادگی برای ابتلای به اختلالات معین را دارند، اما با قرارگرفتن در معرض تنش نیز به اختلالی مبتلا نمی‌شوند. چیزی که در برابر تسلیم‌شدن به تنش از افراد محافظت می‌کند، تاب‌آوری است (۸).

تاب‌آوری یا توانایی سازگاری مثبت با مصیبت و آسیب، موضوع روان‌شناختی است که بعضی دیدگاه‌ها آن را به‌عنوان پاسخ به واقعهٔ خاص و بعضی دیگر آن را به‌عنوان سبک مقابله‌ایِ پایدار در نظر می‌گیرند (۹،۱۰). دلیل اهمیت بررسی موضوع تاب‌آوری آن است که به نظر می‌رسد با ابعاد شخصیتی ارتباط تنگاتنگی دارد (۱۰). ویژگی‌های شخصیتی به‌عنوان دومین عامل بررسی‌شده در پژوهش حاضر، ممکن است بر رابطهٔ بین والدین و کودکان استثنایی تأثیرگذار باشد. والدین ممکن است براساس ویژگی‌های شخصیتی خود به تنش‌های بیرونی و از آن جمله داشتن یک فرزند مبتلا به اختلال اُتیسم یا اختلال کم‌توجهی/بیش‌فعالی پاسخ دهند.

مطالعهٔ تعامل والدین-فرزند در بین خانواده‌های کودکان مبتلا به اختلال کم‌توجهی/بیش‌فعالی در ایران، نشان داده است که این والدین بیشتر از والدین فرزندان عادی، از شیوهٔ فرزندپروری خودکامه استفاده می‌کنند (۱۱)، دارای اعتمادبه‌نفس کمتری هستند، از شیوه‌های تنبیهی بیشتر استفاده می‌کنند و روابط گرم کمتری با فرزندانشان دارند (۱۲). این تعامل می‌تواند به‌طور چشمگیری تحت تأثیر عوامل فرهنگی و جامعه‌شناختی‌ای باشد که کودک و والدین او در آن زندگی می‌کنند.

نتایج مطالعهٔ غباری بناب و استیری نشان می‌دهد که مادران کودکان اُتیستیک و مادران کودکان عادی تنها در بُعد روان‌آزردگی/پایداری هیجانی تفاوت دارند. بدین‌معنا که مادران کودکان اُتیستیک بیشتر صفات بُعد روان‌آزردگی یعنی اضطراب، افسردگی، احساس گناه، عزت‌نفس کم، تنیدگی، هیجانی‌بودن، خجالتی‌بودن و دمدمی‌بودن را نشان دادند ولی مادران کودکان عادی دارای پایداری هیجانی بودند (۱۳).

پژوهش‌های قبلی اغلب از نظریهٔ سه عاملی آیزنگ استفاده کرده بودند و تمامی عوامل شخصیتی را مدنظر قرار نداده بودند؛ از سوی دیگر برطبق دانش ما این دو اختلال با گروه سالم مقایسه نشده‌اند؛ بر همین اساس و باتوجه به مطالب گفته‌شده، پژوهش حاضر درصدد بود تا ویژگی‌های شخصیتی و تاب‌آوری را در بین والدین دارای کودک مبتلا

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-18]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1397.8.0.7.2]

به اُتیسم و اختلال کم‌توجهی/بیش‌فعالی و والدین دارای کودکان عادی مقایسه کند.

۲ روش بررسی

جامعهٔ آماری پژوهش حاضر عبارت بود از تمامی والدین دارای کودک مبتلا به اختلال اُتیسم و اختلال بیش‌فعالی/کمبود توجه در شهر تبریز که به مرکز اُتیسم تبریز و نیز کلینیک‌های روان‌پزشکی شهر تبریز مراجعه کرده بودند. نمونهٔ آماری این پژوهش ۵۰ زن دارای کودک مبتلا به اختلال اُتیسم و ۵۰ زن دارای کودک مبتلا به اختلال کمبود توجه/بیش‌فعالی بودند که به‌روش نمونه‌گیری هدفمند از بین جامعهٔ آماری پژوهش انتخاب شدند. برای گروه عادی نیز ۵۰ نفر از زنان دارای فرزند عادی از بین کارمندان سازمان بهزیستی شهر تبریز انتخاب شدند. تعیین حجم نمونه برای گروه‌ها براساس پژوهش‌های پیشین و نیز حداقل تعداد آزمودنی‌های لازم برای طرح‌های علی‌مقایسه‌ای صورت گرفت. گروه کنترل برحسب متغیر طبقهٔ اقتصادی و دامنهٔ سنی با گروه مبتلا به اختلال کم‌توجهی/بیش‌فعالی و اُتیسم همتاسازی شدند. تشخیص اختلال کمبود توجه/بیش‌فعالی و نیز اُتیسم از طریق تشخیص روان‌پزشک صورت گرفت. همچنین برای تعیین سلامت روان کودکان عادی نیز از مصاحبهٔ تشخیصی توسط روان‌شناس بالینی کمک گرفته شد. شیوهٔ اجرای پرسشنامه‌ها به این صورت بود که نخست برای آزمودنی‌ها توضیح داده شد که برای انجام پژوهش انتخاب شده‌اند و شرکت آن‌ها اختیاری است. سپس دفترچهٔ حاوی پرسشنامه‌های پژوهش در اختیار آزمودنی‌ها قرار گرفت و توضیحات کامل دربارهٔ نحوهٔ تکمیل هر کدام از پرسشنامه‌ها ارائه شد. اجرای پرسشنامه‌ها به‌صورت انفرادی بود و برای هر کدام از آزمودنی‌ها توضیحات یکسان ارائه شد. به‌منظور تجزیه‌وتحلیل علاوه بر آمار توصیفی از تحلیل واریانس چندمتغیره (MANOVA) استفاده شد. داده‌ها با استفاده از نسخهٔ ۲۰ نرم‌افزار آماری SPSS تجزیه‌وتحلیل شدند. به‌منظور رعایت ملاحظات اخلاقی همهٔ مشارکت‌کننده‌ها فرم رضایت آگاهانه را تکمیل نمودند.

ابزارهایی که در این پژوهش استفاده شد عبارت بود از:

۱- مقیاس تاب‌آوری کانر دیویدسون (CD-RISC): کانر و دیویدسون مقیاسی را ساختند که توانایی سازگاری با تنش و آسیب را اندازه می‌گیرد. این مقیاس ابزار ۲۵ گویه‌ای است که تاب‌آوری را در اندازه‌های پنج‌درجه‌ای لیکرت از صفر (همیشه نادرست) تا ۴ (همیشه درست) می‌سنجد. مطالعه‌ای مقدماتی دربارهٔ ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس در جمعیت عادی و بیماران، نشان داد که این ابزار همسانی درونی، پایایی بازآزمایی روایی همگرا و واگرای کافی دارد (۱۴). پایایی این پرسشنامه در ایران توسط شاکری‌نیا و محمدپور با سنجش همسانی درونی آلفای کرونباخ ۰/۸۹ به دست آمد (۷). در این پژوهش پایایی پرسشنامه از طریق آلفای کرونباخ بررسی شد و ضریب پایایی ۰/۹۱ به دست آمد. دو نمونه از سؤالات پرسشنامه به این شرح است که: ۱. وقتی تغییری رخ می‌دهد، می‌توانم خود را با آن سازگار کنم؛ ۲. حداقل یک نفر هست که رابطهٔ نزدیک و صمیمی‌ام با او در زمان تنش به من کمک می‌کند.

۲- پرسشنامهٔ شخصیت پنج‌عاملی نئو (NEO-FFI): این پرسشنامه شامل ۶۰ گویه است که برای اندازه‌گیری پنج عامل بزرگ شخصیت (روان‌رنجورخویی، برون‌گرایی، گشودگی، توافق، وجدان‌گرایی) استفاده می‌شود. در این پرسشنامه برای هر عامل ۱۲ گویه وجود دارد که پاسخ‌دهی آن‌ها در قالب مقیاس لیکرتی ۵درجه‌ای (کاملاً مخالفم، مخالفم، نظری ندارم، موافقم، کاملاً موافقم) امکان‌پذیر است. در خصوص پایایی عوامل NEO-FFI نتایج چندین مطالعه نشان می‌دهد که زیرمقیاس‌های NEO-FFI همسانی درونی خوبی دارند. در ایران نیز به‌منظور ارزیابی روایی ملاکی این آزمون از محاسبهٔ همبستگی بین دو فرم گزارش شخصی و گزارش مشاهده‌گر استفاده شده است؛ در مطالعه گروسی، مهریار و قاضی‌طباطبایی ضرایب همبستگی بین ۰/۴۵ تا ۰/۶۶ گزارش شده است و همچنین ضریب پایایی این آزمون با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ بین ۰/۵۶ تا ۰/۸۷ به دست آمده است (۱۵).

۳ یافته‌ها

در جدول ۱ آماره‌های توصیفی بر حسب گروه و سن آورده شده است.

آماره‌های توصیفی مربوط به پرسشنامهٔ شخصیتی پنج‌عامل نئو و پرسشنامهٔ تاب‌آوری و نتایج تحلیل واریانس چندمتغیره (MANOVA) برای مقایسهٔ گروه‌ها در جدول ۲ نشان داده شده است.

جدول ۱. توزیع فراوانی آزمودنی‌ها برحسب گروه و سن (تبریز-۱۳۹۴)

گروه	فراوانی	سن			
		میانگین	انحراف معیار	حداقل	حداکثر
اختلال کم‌توجهی/ بیش‌فعالی	۵۰	۳۸/۹۶	۷/۵۱	۲۴	۵۳
اُتیسم	۵۰	۳۶/۷۲	۷/۰۵	۲۶	۴۹
سالم	۵۰	۳۷/۳۲	۵/۷۸	۲۶	۵۱

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-18]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1397.8.0.7.2]

جدول ۲. آماره‌های توصیفی پرسشنامهٔ شخصیتی نئو و پرسشنامهٔ تاب‌آوری (تبریز-۱۳۹۴)

	کم‌توجهی/ بیش‌فعالی		اُتیسم		کنترل		MANOVA	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	P	ضریب اتا
تاب‌آوری	۶۱/۰۲	۱۰/۰۶	۵۷/۲۰	۷/۷۱	۶۲/۹۶	۱۱/۳۴	۰/۰۱۱	۰/۰۶
روان‌رنجورخویی	۳۰/۶۶	۶/۸۲	۲۸/۲۸	۶/۵۳	۲۴/۷۶	۷/۳۴	۰/۰۰۱	۰/۱۱
برون‌گرایی	۲۸/۵۴	۸/۴۱	۲۷/۹۲	۷/۹۵	۲۹/۶۰	۸/۷۷	۰/۶۰۱	۰/۰۰
گشودگی	۲۴/۴۲	۷/۷۰	۲۵/۶۶	۷/۸۷	۲۶/۲۰	۱۰/۳۹	۰/۵۸۳	۰/۰۰
توافق‌پذیری	۲۵/۹۲	۸/۴۳	۲۷/۱۰	۷/۶۹	۲۸/۷۴	۶/۹۸	۰/۱۹۴	۰/۰۲
باوجدان‌بودن	۲۷/۰۴	۸/۵۳	۲۶/۱۸	۸/۹۳	۲۷/۹۸	۹/۸۷	۰/۶۱۰	۰/۰۰

نتایج به‌دست‌آمده از آزمون باکس نشان داد که پیش‌فرض برابری کواریانس‌ها رعایت شده است ($F=۱/۰۱$؛ $p=۰/۴۵$). همچنین آزمون ویلکز لامبدا نشان داد که بین سه گروه به‌لحاظ ترکیب متغیرهای وابسته تفاوت معنادار وجود دارد ($WL=۰/۸۰$؛ $p<۰/۰۱$).

باتوجه به داده‌های جدول ۲، از بین متغیرهای شخصیتی، بین سه گروه فقط در متغیر نوروتیسیزم تفاوت معنادار آماری وجود دارد ($F=۹/۱۴$؛ $p<۰/۰۱$)؛ اما در بقیهٔ متغیرها این تفاوت مشاهده نشد.

همچنین ضریب اِتا نشان می‌دهد که ۱۱درصد از واریانس متغیر وابسته به‌وسیلهٔ متغیر مستقل قابل تبیین است. در متغیر تاب‌آوری نیز بین سه گروه تفاوت معنادار وجود دارد ($F=۴/۴۵$؛ $p<۰/۰۱$). ضریب اِتای به‌دست‌آمده برای این متغیر نشان می‌دهد که تنها ۶درصد از واریانس تاب‌آوری مربوط به اثر متغیر مستقل است. برای تحلیل بیشتر و مشخص‌شدن اینکه در متغیر روان‌رنجورخویی و تاب‌آوری بین کدام گروه‌ها تفاوت وجود دارد از آزمون تعقیبی توکی استفاده شد (جدول ۳).

جدول ۳. خلاصهٔ نتایج آزمون تعقیبی توکی

متغیر وابسته	گروه i	گروه j	تفاوت میانگین	p
روان‌رنجورخویی	اختلال کم‌توجهی/ بیش‌فعالی	اُتیسم	۲/۳۸	۰/۲۰۳
	اختلال کم‌توجهی/ بیش‌فعالی	سالم	۵/۹۰	۰/۰۰۱
	اختلال اُتیسم	سالم	۳/۵۲	۰/۰۳۰
تاب‌آوری	اختلال کم‌توجهی/ بیش‌فعالی	اُتیسم	۳/۸۲	۰/۱۳۴
	اختلال کم‌توجهی/ بیش‌فعالی	سالم	-۱/۹۴	۰/۵۸۰
	اختلال اُتیسم	سالم	-۵/۷۶	۰/۰۱۱

همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود در متغیر روان‌رنجورخویی بین گروه بیش‌فعال و سالم ($p=۰/۰۰۱$) و گروه اُتیسم با گروه سالم ($p=۰/۰۳$) تفاوت معنادار وجود دارد؛ اما بین گروه اُتیسم با گروه دارای اختلال کم‌توجهی/بیش‌فعالی تفاوتی معنادار مشاهده نشد ($p=۰/۲۰$). باتوجه به جدول توصیفی می‌توان گفت که والدین دارای فرزند مبتلا به اختلال کم‌توجهی/بیش‌فعالی بیشترین میزان این عامل را گزارش نموده‌اند و گروه اُتیسم در ردیف دوم قرار داشت. در متغیر تاب‌آوری بین گروه اُتیسم و گروه سالم تفاوت معنادار وجود داشته ($p=۰/۰۱$) اما تفاوت بین بقیه گروه‌ها معنادار نبود.

۴ بحث

یافته‌های پژوهش حاضر نشان دادند والدین فرزندان مبتلا به اختلال کم‌توجهی/بیش‌فعالی بیشترین میزان روان‌رنجورخویی را داشته و گروه اُتیسم در ردیف دوم قرار داشت و والدین گروه سالم کمترین میزان روان‌رنجورخویی را نشان دادند.

این یافته همسو با مطالعهٔ غباری بناب و استیری است که در پژوهش خود نشان داده بودند مادران کودکان درخودمانده در قیاس با مادران کودکان عادی، بیشتر در بُعد روان‌رنجورخویی (نوروتیزیسم) قرار دارند (۱۳). همچنین همسو با پژوهش اولسون است که در تحقیق خود نشان داد والدین کودکان مبتلا به اُتیسم و ناتوانی رشد در معرض خطر بیشتری برای ابتلا به افسردگی هستند (۱۶). در یک مطالعهٔ فراتحلیلی که والدین کودکان درخودمانده با والدین کودکان عادی و مبتلا به دیگر اختلالات مقایسه شدند، مشاهده شد که والدین کودکان درخودمانده مشکلات روان‌پزشکی بیشتری به‌ویژه در مقایسه با والدین کودکان عادی دارند (۱۷) که این یافته‌ها را می‌توان همسو با یافتهٔ پژوهش حاضر دانست.

از سوی دیگر دربارهٔ تفاوت بین گروه دارای اختلال کم‌توجهی/بیش‌فعالی با گروه سالم، یافته‌ها همسو با پژوهش علیزاده و همکاران است که نشان داده بودند والدین کودکان با اختلال کم‌توجهی/بیش‌فعالی، افسردگی بالا، اعتمادبه‌نفس کم، ناکامی زیاد و توانایی کمتری در مقایسه با والدین کودکان عادی داشته و روابط گرم کمتری با فرزندانشان دارند (۱۲).

روان‌تحلیل‌گران در قلمروی اختلال اُتیسم، مانند بسیاری از اختلالات دیگر بر نقش مادر و چگونگی تعامل مادر و کودک در بروز اختلال، متمرکز شده‌اند. از این دیدگاه ماهیت رابطهٔ والدین با کودک طی دوران نوزادی و کودکی عامل علّی-اساسی در شخصیت کودک است. ویژگی‌های مادر، نحوه و کیفیت تعامل مادر با کودک را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۱۸). بالبی معتقد است آنچه برای سلامت روانی کودک ضروری است، تجربهٔ ارتباط صمیمی، گرم و مداوم با مادر یا

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-18]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1397.8.0.7.2]

جانشین دائم اوست. به عقیدهٔ وی بسیاری از اشکال روان‌آزردگی‌ها و اختلال‌های شخصیت، حاصل محرومیت کودک از مراقبت مادرانه یا عدم ثبات رابطهٔ کودک با چهره دلبستگی است (۱۳).

والدین کودکان مبتلا به اُتیسم به‌علت رفتارهای مخرب و غیرعادی کودک‌شان، سختی و مشکلات فراوانی در نگهداری از کودک و مهارت‌های والدگری تجربه می‌کنند (۵). آن‌ها بایستی به‌طور دائم خود را با نیازهای متغیر کودک هماهنگ کنند. در صورت عدم این مهارت‌ها و نبود نحوهٔ برخورد مناسب، سلامت روانی والدین می‌تواند در معرض خطر قرار گیرد. بررسی‌ها نشان می‌دهند که والدین کودکان با اختلال‌های گسترهٔ اُتیسم بیش از والدین کودکان با اختلال‌های روان‌شناختی دیگر، در معرض فشارهای روانی ناشی از داشتن کودک ناتوان قرار دارند (۱۹). این فشارها می‌تواند برخاسته از مشکلات ناسازگاری و رفتارهای ضداجتماعی، خودآسیب‌رسانی، حرکات کلیشه‌ای یا فشارهای روانی ناشی از دشواری در برقراری ارتباط اجتماعی و همچنین مشکلات مربوط به حضور در اماکن عمومی با شرایط خاص جسمانی کودک یا هزینه‌های زیاد خدمات آموزشی و درمانی باشد (۲۰).

از سوی دیگر اختلال کم‌توجهی/بیش‌فعالی با علائمی چون نداشتن تاب مقاومت در برابر ناکامی، کج‌خلقی، بی‌ثباتی خلقی، طردشدن از سوی همسالان، عزت‌نفس پایین و اُفت تحصیلی همراه است که به نظر می‌رسد این علایم موجب اشکال در روابط بین فردی با همسالان و دیگران می‌شود؛ از طرف دیگر این علایم موجب واکنش خانواده و معلمین می‌گردد (۲۱). همچنین ممکن است روابط خانوادگی این کودکان اغلب با رنجش و خصومت همراه شود، به‌خصوص به‌دلیل تغییرپذیری علایم فرد که موجب می‌شود والدین فکر کنند تمامی رفتارهای مزاحم وی عمدی است (۱). براساس تئوری خانواده پویایی براون[1] وقتی عملکرد ضعیف در روابط زناشویی هست، این اختلاف روی رفتار کودک تأثیر کرده و انعکاس عملکرد خانواده را به‌صورت رفتارهای بیش‌فعالی نشان می‌دهد. والدین این کودکان نیز در مقایسه با والدین کودکان سالم، دارای تنش زیاد و توانایی سازگاری کمتری بوده و مستعد احتمال بروز رفتار منفی در برخورد با فرزندانشان هستند (۲۲).

یافتهٔ دیگر پژوهش این بود که در متغیر تاب‌آوری، بین گروه اُتیسم و گروه سالم تفاوت معنادار وجود دارد اما تفاوت بین گروه سالم با گروه‌های مبتلا به اختلال کم‌توجهی/بیش‌فعالی و اُتیسم با گروه اختلال کم‌توجهی/بیش‌فعالی معنادار نیست. باتوجه به داده‌ها می‌توان گفت که گروه سالم در مقایسه با دیگر گروه‌ها، به‌ویژه گروه اُتیسم تاب‌آوری بیشتری دارد.

این یافته همسو با یافتهٔ میکائیلی و همکاران است که در پژوهش خود نشان داده بودند رضایت زناشویی، تاب‌آوری و سلامت روان والدین دانش‌آموزان کودکان استثنایی کمتر از والدین عادی است (۲۳).

هیچ انسانی در گذر زندگی از آسیب‌پذیری روانی مصونیت ندارد. عوامل فشارزای شدید که معمولاً قابل پیش‌بینی نیستند تهدیدکنندهٔ سلامت روان هستند و انسان‌ها در عوامل استرس‌زا واکنش یکسان نشان نمی‌دهند. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که یکی از دلایل این واکنش‌های متفاوت، مفهوم تاب‌آوری است. تاب‌آوری نه‌تنها به‌معنای مقابله با مشکلات در رویدادهای ناگوار بوده بلکه پاسخ قابل انعطاف به فشارهای روزانهٔ زندگی است. تاب‌آوری نوعی ویژگی است که از فردی به فرد دیگر متفاوت است و می‌تواند به مرور زمان رشد کند یا کاستی یابد. واکنش‌های رایج والدین در قبال کودکان استثنایی همان طیف وسیعی از غم و اندوه تا احساس درماندگی را شامل می‌شود که به‌عنوان عاملی در کاهش تاب‌آوری والدین کودکان استثنایی است (۲۳).

از محدودیت‌های این پژوهش تعداد کم نمونه‌ها بود که ممکن است تعمیم نتایج را با مشکل مواجه سازد. مطالعهٔ علی-مقایسه‌ای که در این پژوهش استفاده شد، اگرچه روابط بین متغیرها را نشان داده است اما این روابط مثل طرح‌های آزمایشی جنبهٔ علّی قدرتمندی ندارند؛ بنابراین در تفسیر آن‌ها باید احتیاط نمود.

۵ نتیجه‌گیری

به‌طورکلی بر حسب یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان گفت مادران دارای کودک سالم تاب‌آوری بیشتری در مقایسه با مادران دارای کودک مبتلا به اختلال طیف اُتیسم و اختلال کم‌توجهی/بیش‌فعالی داشتند. همچنین این گروه پایداری هیجانی بالاتر (روان‌رنجورخویی کمتر) در مقایسه با دو گروه دیگر داشتند.

از آنجایی که این مطالعه پس‌رویدادی بود، دقیقاً نمی‌توان نتیجه‌گیری کرد که روان‌آزردگی مادران در درخودماندگی کودکشان تأثیر داشته است یا رفتارها و حالات غیرعادی کودک باعث بالارفتن اضطراب و افسردگی مادران بوده است یا اینکه این دو متغیر در همدیگر تعامل داشته و همدیگر را تقویت و تشدید نموده‌اند. به‌عبارتی دیگر نمی‌توانیم بگوییم که این ویژگی‌های شخصیتی والدین باعث به‌وجودآمدن این اختلال در کودکان شده است. بر همین اساس نیاز است که آموزش‌های ویژه‌ای به این والدین ارائه شود تا بتوانند با تنش‌های ناشی از داشتن فرزند مبتلا به اُتیسم یا اختلال کم‌توجهی/بیش‌فعالی مقابله کنند.

[1]. Brown

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-18]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1397.8.0.7.2]

References

1. Gillberg C. Clinical child neuropsychiatry. Cambridge University Press; 2003.
2. Association AP, others. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®). American Psychiatric Pub; 2013.
3. Narimani M, Aghamohammadian HR, Rajabi S. A comparison between the mental health of mothers of exceptional children and mothers of normal children. The Quarterly Journal of Fundamentals of Mental Health. 2007; 9(34): 15-24. [Persian] doi:10.22038/JFMH.2005.1856
4. Rafeie T. Autism: Assessment & Treatment. Tehran: Danzhe; 2007. [Persian]
5. Blanchard LT, Gurka MJ, Blackman JA. Emotional, developmental, and behavioral health of American children and their families: a report from the 2003 National Survey of Children's Health. Pediatrics. 2006; 117(6): 1202-12. doi:10.1542/peds.2005-2606
6. Kumpfer KL. Factors and processes contributing to resilience. Resilience and development: Springer; 2002. p. 179-224. doi:10.1007/0-306-47167-1_9
7. Shakerinia I, Mohammadpour M. Relationship between job stress and resiliency with occupational burnout among nurses. Journal of Kermanshah University of Medical Sciences. 2010; 14(2): 161-9. [Persian] http://jkums.com/en/articles/79518.html
8. McAllister M, McKinnon J. The importance of teaching and learning resilience in the health disciplines: a critical review of the literature. Nurse education today. 2009; 29(4): 371-9. doi:10.1016/j.nedt.2008.10.011
9. Lamond AJ, Depp CA, Allison M, Langer R, Reichstadt J, Moore DJ, et al. Measurement and predictors of resilience among community-dwelling older women. Journal of psychiatric research. 2008; 43(2): 148-54. doi:10.1016/j.jpsychires.2008.03.007
10. Waugh CE, Fredrickson BL, Taylor SF. Adapting to life's slings and arrows: Individual differences in resilience when recovering from an anticipated threat. Journal of research in personality. 2008; 42(4): 1031-46. doi:10.1016/j.jrp.2008.02.005
11. Alizadeh H, Andries C. Interaction of parenting styles and attention deficit hyperactivity disorder in Iranian parents. Child & Family Behavior Therapy. 2002; 24(3): 37–52. doi:10.1300/J019v24n03_03
12. Alizadeh H, Applequist KF, Coolidge FL. Parental self-confidence, parenting styles, and corporal punishment in families of ADHD children in Iran. Child abuse & neglect. 2007; 31(5): 567-72. doi:10.1016/j.chiabu.2006.12.005
13. Ghobari Bonab B, Estiri Z. A Comparative Study on Personality Characteristics and Attachment Style in Mothers of Children with and without Autism. Journal of Exceptional Children. 2006; 6(3): 787-804. http://joec.ir/article-1-403-en.html
14. Connor KM, Davidson JR. Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). Depression and anxiety. 2003; 18(2): 76-82. doi:10.1002/da.10113
15. Garousi MT, Mehriar AH, Ghazi Tabatabaie M. Application of the NEOP I-R test and analytic evaluation of it's characteristics and factorial structure among Iranian university students. Alzahra University Journal of Humanities. 2001; 11(39): 173-98. [Persian]
16. Olsson MB, Hwang CP. Sense of coherence in parents of children with different developmental disabilities. Journal of Intellectual Disability Research. 2002; 46(7): 548-59. doi:10.1046/j.1365-2788.2002.00414.x
17. Yirmiya N, Shaked M. Psychiatric disorders in parents of children with autism: a meta-analysis. Journal of Child Psychology and Psychiatry. 2005; 46(1): 69-83. doi:10.1111/j.1469-7610.2004.00334.x
18. Dadsetan P. Developmental Psychopathology: from childhood until adulthood. Tehran: SAMT; 2012. [Persian]
19. Kuhn JC, Carter AS. Maternal self-efficacy and associated parenting cognitions among mothers of children with autism. American Journal of Orthopsychiatry. 2006; 76 (4): 564–75. doi:10.1037/0002-9432.76.4.564
20. Dugan C. Coping With Autism - Support For Families. E-zin articles; 2006. http://EzineArticles.com/expert/Christine_Dugan/46564
21. De Boo GM, Prins PJ. Social incompetence in children with ADHD: Possible moderators and mediators in social-skills training. Clinical Psychology Review. 2007; 27(1): 78–97. doi:10.1016/j.cpr.2006.03.006
22. DuPaul GJ, McGoey KE, Eckert TL, VanBrakle J. Preschool children with attention-deficit/hyperactivity disorder: impairments in behavioral, social, and school functioning. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. 2001; 40(5): 508–15. doi:10.1097/00004583-200105000-00009
23. Meikaeilei N, Ganji M, Talebi JM. A comparison of resiliency, marital satisfaction and mental health in parents of children with learning disabilities and normal children. Journal of Learning Disabilities. 2012; 2(1): 120–37. [Persian]

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-18]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1397.8.0.7.2]