مجله علمی پژوهش در روانشناسی، علوم تربیتی و علوم اجتماعی، شماره ۲۳، بهار ۱۴۰۰جلد۳، ص ۳۷-۳۰
http://www.jisc.ir

بررسی مقایسه ای سرزندگی، کمال گرایی و تاب آوری مادران کودکان اتیسم و سایر مادران

مجله علمی پژوهش در روانشناسی، علوم تربیتی و علوم اجتماعی(سال هفتم)
شماره ۲۳ / بهار ۱۴۰۰ / ص ۳۷-۳۰

روشنک بهرام زاد[۱]، شراره شمس[۲]

[۱]دانشجوی کارشناسی ارشد رشته روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی، گروه (روانشناسی)، واحد الکترونیکی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

[۲]دانشجوی کارشناسی ارشد رشته روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی، گروه (روانشناسی)، واحد الکترونیکی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

نویسنده مسئول:
روشنک بهرام زاد

چکیده

هدف از پژوهش حاضر بررسی مقایسه سرزندگی، کمال گرایی و تاب آوری مادران کودکان اتیسم و سایر مادران می باشد. جامعه آماری پژوهش حاضر، کلیه مادران دارای کودک مبتلا به اوتیسم و مادران عادی شهر تهران می باشد که تعداد آنها بر اساس آمار در حدود ۵۵۰۰۰ نفر است. جامعه مورد پژوهش به دو بخش مادران کودکان اتیسم و سایر مادران تقسیم می شود. با نمونه گیری در دسترس تعداد نمونه طبق جدول کرجسی و مورگان ۱۰۰ نفر (هر گروه شامل ۵۰ نفر) از مرکز نگهداری از کودکان ندای عصر محاسبه شد. به منظور گردآوری اطلاعات از پرسشنامه تاب آوری سیسکبی، کمال گرایی فراست و سرزندگی دسی و ریان استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از آزمون مانووا صورت گرفت. نتایج این پژوهش نشان از این داشته که سرزندگی، کمال گرایی و تاب آوری مادران کودکان اتیسم و سایر مادران تفاوت معناداری وجود دارد و میزان سرزندگی و کمال گرایی مادران کودکان غیر اتیسم بالاتر از سایر مادران می باشد اما میزان تاب آوری مادران کودکان اتیسم بالاتر از میزان تاب آوری مادران اتیسم می باشد.

کلمات کلیدی: تاب آوری، سرزندگی، کمال گرایی، اتیسم

مقدمه

اتیسم یکی از اختلالات دوران کودکی است که به زعم برخی پژوهشگران تنیدگی بیش از سایر معلولیت های ذهنی بر خانواده ها و به خصوص مادران وارد می کند. این اختلال شناخته شده ترین اختلال نافذ رشدی است که با نقص و انحراف آشکار و مداوم ارتباطات اجتماعی، الگوهای محدود و کلیشه ای در علائق و رفتار مشخص می شود (ربیعی کناری و همکاران، ۱۳۹۳). اتیسم از وخیم ترین و ناشناخته ترین اختلالات دوران کودکی است که ابهامات بسیاری در قلمرو آن وجود دارد. علی رغم شیوع کم آن در جامعه (۴ تا ۵ در ۱۰۰۰۰)، در کلینیک های تخصصی روان پزشکی اطفال، جمعیت قابل توجهی را به خود اختصاص می دهد (سادوک و سادوک، ۲۰۰۳). شواهد قابل توجه و مستندی وجود دارد که مادران تاثیر بیشتری نسبت به پدران از این اختلال می گیرند مادران تمایل دارند احساسات خود را تخلیه کنند، احساس داغدیدگی، غمگینی، خشم و گریه وجود دارد. این مادران از صحبت کردن با دوستان و خانواده ها به عنوان راهی برای کنار آمدن با هیجان هایشان استفاده می کنند (گری، ۲۰۱۳). مطالعات نشان می دهند والدین و به ویژه مادران کودکان مبتلا به اتیسم در معرض مشکلات مربوط به بهداشت روانی هستند (خوشابی و همکاران، ۱۳۸۹).

یکی از متغیرهای که نقش بسزایی در زندگی مادران دارای کودک اتیسم دارد تاب آوری می باشد. تاب آوری کنار آمدن موفقیت آمیز فرد با عوامل استرس زا و موقعیت های دشوار می باشد (میلک[1]، ۲۰۱۵). همچنین تاب آوری به عنوان حوزه ای پر طرفدار در سال های اخیر به مطالعه و کشف توانمندی های فردی و بین فردی می پردازد و باعث پیشرفت و مقاومت در شرایط دشوار می شود (ریچاردسون[2]، ۲۰۱۶). افراد تاب آور قدرت پذیرش واقعیت را دارند و بر این باورند که زندگی با معناتر از آن است که بخواهند در برابر مشکلات تسلیم شوند (ریچاردسون، ۲۰۱۶). تاب آوری به عنوان اطمینان فرد به توانایی هایش برای غلبه بر تنش، داشتن توانایی های مقابله ای، حرمت خود، ثبات عاطفی و ویژگی های فردی که حمایت اجتماعی از طرف دیگران را افزایش می دهد تعریف شده است. این سازه از جمله عواملی است که از بروز مشکلات روانی در میان جوانان و نوجوانان جلوگیری به عمل می آورد و آنها را از بروز اثرات روانی رویدادهای مشکل زا در امان نگه می دارد (پینکوارت[3]، ۲۰۱۹). تاب آوری به عنوان منبعی برای تسهیل غلبه بر مصایب، مشکلات، مقاومت در برابر تنش و از بین بردن اثرات روانی آنها تعریف شده است (سیچتی و گرامزی[4]، ۲۰۱۹).

فرزندان همچنین از خصیصه کمال گرایی والدین تاثیر می پذیرند، کمال گرایی به عنوان یک نیاز قوی برای انجام دادن کارها در سطوح بدون اشتباه در بسیاری از جنبه های زندگی فرد تعریف شده است(فلت و هیویت، ۲۰۱۲). عبارت های باید و حتما قسمتی از افکار غیرمنطقی است(بونز و فدوا، ۲۰۱۵). مشکل زمانی ایجاد می شود که فرد برای برتری، معیارهای غیرواقع بینانه در نظر بگیرد. در این زمان است که کمال گرایی آشفته کننده می شود و مشکلات کوچک در نظر فرد، نواقص بزرگ جلوه می کند(دانش، شمشیری و همکاران، ۱۳۹۲). افراد دارای کمال گرایی بالا به خاطر شناخت، عاطفه و عملکردی که دارند در مقایسه با کسانی که کمال گرایی کمتری دارند، بسیار خود انتقادگر هستند، به ویژه نسبت به شکست واکنش منفی نشان می دهند و آسیب پذیرتر هستند (بسر، فلت و همکاران، ۲۰۱۴). از نظر برنز و فدوا (۲۰۱۵) والدین کمال گرا از عشق ورزیدن و تایید کودکان خود اجتناب می ورزند و بدین شیوه آن ها را تنبیه می کنند. والدین کمال گرا بیش از اندازه انتقاد می کنند، سخت گیر هستند و عموما از فرزندان خود کمتر پشتیبانی می کنند.

یکی از مسائلی که در دنیای امروز توجه زیادی را به خود جلب کرده است، سرزندگی[5] است. در واقع سرزندگی از مباحث جدید در روانشناسی مثبت است. سرزندگی، به عنوان یکی از مؤلفه‌های بهزیستی ذهنی، در بسیاری از نظام‌های پژوهش بهزیستی ذهنی مطرح است (کریمی و رضایی، ۱۳۹۶). اهمیت توجه به این مسأله تا حدی است که هر کشور یک شاخص ملی بهزیستی ذهنی را برای جامعهٔ خود تدوین کرده است. بوستیک[6] سرزندگی را به عنوان تجارب درونی سرشار از انرژی معرفی کرده است. او سرزندگی را به عنوان انرژی سرچشمه گرفته از خود می‌داند. این انرژی، از منابع درونی و نه از تهدید اشخاص در محیط سرچشمه می‌گیرد؛ به عبارت دیگر سرزندگی احساس سرزنده بودن است که تحریک و اجباری به انجام آن نیست (بستیک، لوکسن و لمری، ۲۰۱۳). سرزندگی پدیده ای متغیر است که با سه دسته ی عوامل روانی، مدرسه ای (معلم و همکلاسان) و عوامل مربوط خانواده و همسالان رابطه دارد. بخشی از عوامل تاثیرگذار خانوادگی برای مثال الگوهای ارتباطی و حمایتهای اجتماعی، کارکردهای فراوانی دارد این کارکردها بر ایجاد و افزایش سرزندگی تاثیر می گذارد(باشعور لشگری، تجلی و امیری، ۱۳۹۸).

---

[1] Malik
[2] Richardson
[3] Pinquart
[4] Ciccheti & Gramzy
[5] Vitality
[6] Bostic

نتایج مطالعات عبدی و نریمانی (۱۳۹۷) نشان از این داشته که میزان تاب آوری مادران کودکان اتیسم با میزان تاب آوری مادران کودکان سالم متفاوت است. کریمی و رضایی(۱۳۹۶)، در پژوهشی به مقایسه سرزندگی در مادران کودکان کم توان ذهنی با و بدون نشانگان داون پرداختند. نتایج نشان داد تفاوت میانگین به دست آمده بین دو گروه در متغیرسرزندگی برابر ۷/۱ بود که نشان از مطلوب‌تر بودن نمره مادران کودکان کم توان ذهنی بدون نشانگان داون است. ایلیاس کارتینی و همکاران (۲۰۱۸) در پژوهشی به بررسی ارتباط بین تاب آوری و بهزیستی مادران کودکان دارای اختلال طیف اتیسم و سایر ناتوانی های رشد پرداخته و به این نتیجه رسیدند که تاب آوری مادر به عنوان یک عامل جبرانی با پیامدهای بهزیستی در مادران کودکان مبتلا به اختلال رشد و اختلال طیف اتیسم نقش دارند.

از آنجایی که مادران کودکان اتیسم با مشکلات و فشارهای روانی زیادی درگیر هستند و سلامت روانی آنان دچار اختلال شده است، خصوصا مادرانی که از سرزندگی اندکی برخوردار هستند، ممکن است که تاب آوری شان به مخاطره بیافتد و در تربیت فرزند ناتوان خود با مشکلاتی مواجه شوند و کارایی لازم را نداشته باشند. لذا از آنجایی که مطالعات گوناگونی در رابطه با هر یک از متغیرهای بالا صورت گرفته است اما تاکنون در رابطه با این متغیرها باهم تاکنون پژوهشی صورت نگرفته است، ضروری است که چنین پژوهشی در این زمینه بر روی مادران این کودکان صورت گیرد به امید اینکه راهگشایی باشد برای کاهش فشارهای روانی و افزایش سلامت روانی، و در نتیجه ارتقا سطح تاب آوری آنان که نهایتا منجر به افزایش عملکرد آنان در نگهداری و تربیت فرزند معلول خود نیز می شود. بنابراین با توجه به مطالب بالا، پژوهشگر به دنبال پاسخگویی به این سوال است که آیا بین سرزندگی، کمال گرایی و تاب آوری مادران کودکان اتیسم و سایر مادران تفاوت معناداری وجود دارد یا خیر؟

روش کار

روش پژوهش حاضر از نوع پس‌رویدادی (علی– مقایسه‌ای) است. جامعه آماری پژوهش حاضر، کلیه مادران دارای کودک مبتلا به اوتیسم و مادران عادی شهر تهران می باشد که تعداد آنها بر اساس آمار در حدود ۵۵۰۰۰ نفر است. جامعه مورد پژوهش به دو بخش مادران کودکان اتیسم و سایر مادران تقسیم می شود. و بر اساس نمونه گیری در دسترس تعداد نمونه طبق جدول کرجسی و مورگان ۱۰۰ نفر (هر گروه شامل ۵۰ نفر) از مرکز نگهداری از کودکان اوتیسم ندای عصر محاسبه می‌شود که با توجه به معیارهای ورود- خروج و به روش نمونه‌گیری هدفمند به دو گروه با مادران کودکان اتیسم و سایر مادران تقسیم شدند. ملاک ورود برای جامعه مادران کودکان اتیسم شامل نداشتن چند کودک با اختلال اتیسم بطور همزمان و نداشتن سابقه بیماری‌های روانی است. ملاک ورود برای جامعه دوم یعنی مادران غیر اتیسم شامل نداشتن هیچ بیماری و اختلال دیگر در کودک و همچنین نداشتن سابقه بیماری خود مادر است. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS و همچنین آزمون مانووا استفاده شد.

ابزار

پرسش‌نامه تاب‌آوری FRAS[۷]: شاخص تاب‌آوری (FARS؛ سیسکبی، ۲۰۰۵) پرسش‌نامه خودگزارش‌دهی است که ۶۶ گویه دارد. این مقیاس یک ابزار استاندارد برای اندازه‌گیری تاب‌آوری خانواده است که بر اساس نظریه سیستمی تاب‌آوری سیسکبی (۲۰۰۵) ساخته شده است. این پرسش‌نامه یک ساختار چندبعدی با یک عامل مرتبه‌ی بالا و سه عامل مرتبه‌ی پایین‌تر دارد که این سه زیر مقیاس ارتباط و حل مسئله، منابع مذهبی/ اجتماعی و باورهای خانواده هستند. این پرسشنامه بر اساس طیف ۴ گزینه‌ای نمره گذاری شده است. بالاترین نمره‌ای که فرد می‌تواند اخذ نماید ۲۰۴ و پایین‌ترین نمره ۶۶ است؛ کسب نمره بالا و نزدیک به ۲۰۴ به منزله آن خواهد بود که فرد سطح تاب‌آوری بالایی دارد و اخذ نمره پایین به معنی آن خواهد بود که فرد سطح تاب‌آوری پایینی دارد. بررسی‌های ویژگی‌های روان-سنجی این مقیاس، ثبات درونی آن را نشان داده است، به طوری که برای بررسی ثبات درونی ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شد که این ضریب ۰/۹۶ به دست آمد. حسینی و چاری (۱۳۹۲)، در ایران به بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی این پرسش‌نامه پرداختند، اعتبار آن بر اساس شاخص‌های آلفای کرونباخ و نتصیف محاسبه شد که برای مقیاس کل به ترتیب برابر با ۰/۹۳ و ۰/۸۰ به دست آمد. روایی سازه پرسشنامه از طریق اجرای هم‌زمان با پرسشنامه‌های آبدیدگی و معنای زندگی انجام شد که ضریب همبستگی برای شاخل کل به ترتیب برابر با ۰/۳۰ و ۰/۳۰ بدست آمد.

پرسشنامه کمال گرایی فراست: این پرسشنامه بوسیله فراست و همکاران (۱۹۹۰) بر اساس مفهوم چند بعدی کمال‌گرایی طراحی شده و شامل ۳۵ جمله و ۶ بعد نگرانی درباره اشتباهات، شک درباره اعمال، انتظارهای والدینی، انتقادگری والدینی، معیارهای شخصی و سازماندهی است و بر اساس یک مقیاس ۵ درجه‌ای نمره‌گذاری شده است(بیطرف، شعیری و حکیم جوادی، ۱۳۹۸). ضریب

[۷] . Resilience

همسانی درونی برای کل پرسشنامه، برابر با ۰/۸۶ و برای زیر مقیاس‌های نگرانی درباره اشتباهات، شک درباره اعمال، انتظارهـای والدینی، انتقـادگـری والـدینی، معیـارهـای شخصـی و سازماندهی به ترتیب برابر است با ۰/۸۵، ۰/۷۲، ۰/۷۸، ۰/۸۳، ۰/۵۷، ۰/۴۷ است. ضریب بازآزمـایی با فاصله یک هفته نیز برای کل پرسشنامه برابـر بـا ۰/۹۰ و برای زیر مقیاس‌های نگرانـی دربـاره اشـتباهات، شـک درباره اعمال، انتظارهای والـدینی، انتقـادگری والـدینی، معیارهای شخصی و سازماندهی به ترتیب برابر اسـت بـا ۰/۸۳ و ۰/۸۵، ۰/۵۳، ۰/۷۹، ۰/۸۱، ۰/۸۴ بدست آمـده که همگی معنادار بوده و نمایانگر اعتبـار نسـبتاً مناسـب پرسشنامه‌ی مـذکور است.

پرسشنامه سرزندگی دسی و ریان: در این پژوهش از پرسشنامه دسی و ریان (۱۹۹۵) استفاده شد. این مقیاس ۷ سؤال دارد و بر اساس یک مقیاس ۵ درجه‌ای نمره‌گذاری شده است. فرد عددی را مشخص می‌کند، که گویای میزان درستی عبارت دربارهٔ خود او است. در پژوهش ارفع و همکاران (۱۳۹۴)، با اجرای مقدماتی بر ۴۰ آزمودنی و با استفاده از روش آلفای کرونباخ، ضریب پایایی ۰/۷۹ برای آن به دست آمد. روایی صوری و محتوایی آن به تأیید ۵ نفر از اساتید گروه روانشناسی دانشگاه اصفهان رسید.

یافته ها

این پژوهش با نمونه ای ۱۰۰ نفری شامل دو گروه ۵۰ نفری (اعضای نمونه گروه اتیسم و گروه غیر اتیسم) از نظر متغیرهای از نظر متغیرهای جمعیت شناختی از قبلی وضیت مالی خانواده، سن، تعداد افراد خانواده با یکدیگر همتاسازی شده بودند. ویژگـی‌هـای جمعیت شناختی افراد نمونه به تفکیک گروه‌ها در جـدول شماره (۱) آمده است.

جدول ۱: دامنه، میانگین و انحراف استاندارد در گروه های اتیسم و غیر اتیسم بر حسب سال

متغیر	میانگین	انحراف معیار
سن	**۳۴.۷ سال**	**۶.۹سال**
تعداد افراد خانواده	**۳.۷ نفر**	**۱.۱ نفر**
وضعیت درآمد خانواده	**۲۵۴۵۲۹۳ تومان**	**۱۴۷۹۳۰۰ تومان**

با توجه به نتایج جدول فوق، میانگین سن افراد نمونه ۳۴.۷ سال می یاشد. میانگین تعداد افراد خانواده ۳.۷ نفر و میانگین وضعیت درآمد خانواده ۲۵۴۵۲۹۳ تومان می باشد.

جدول ۲ :آزمون مانووا برای میانگین نمره سرزندگی

	گروه	میانگین	انحراف معیار	آماره آزمون	معناداری
سرزندگی	**اتیسم**	**۲.۵۰۰**	**۰.۴۱۰**	**۱۴.۴۴۰**	**۰.۰۰۰**
	غیر اتیسم	**۳.۲۶۸**	**۰.۷۹۸**		

به منظور بررسی اختلاف کمال گرایی مادران کودکان اتیسم و غیر اتیسم از آزمون مانووا استفاده شد. سطح معناداری آزمون ویلکز لامبدا برابر با ۰.۰۰۰ بدست آمد که بیانگر وجود تفاوت در متغیر سرزندگی بین دو گروه مادران کودمان اتیسم و سایر مادران می باشد. همچنین سطح معناداری آزمون لون بزرگتر از ۰.۰۵ بدست آمد که بیانگر همسانی واریانس دو گروه از لحاظ متغیر مربوطه می باشد. همچنین سطح معناداری بدست آمده از آزمون (F) مانووا کمتر از ۰.۰۵ بدست آمده که بیانگر تفاوت معنادار بین دو گروه مادران کودمان اتیسم و سایر مادران از لحاظ متغیر سرزندگی است.

جدول ۳ :آزمون مانووا برای میانگین نمره‌های کمال گرایی

	زیر مقیاس	گروه	میانگین	انحراف معیار	آماره آزمون	معناداری
کمال گرایی	نگرانی درباره اشتباه ها	اتیسم	۲.۹۳۱	۰.۵۰۲	۸.۰۲۸	۰.۰۰۶
		غیر اتیسم	۳.۲۸۴	۰.۷۲۴		
	تردید درباره کارها	اتیسم	۲.۵۳۵	۰.۶۷۳	۶.۹۱۶	۰.۰۱۰
		غیر اتیسم	۲.۹۶۵	۰.۹۳۹		
	انتظارات والدینی	اتیسم	۳.۱۰۸	۰.۵۳۳	۳.۷۸۲	۰.۰۵۵
		غیر اتیسم	۳.۲۸۸	۰.۳۷۹		
	انتقادگری والدینی	اتیسم	۳.۳۳۰	۰.۵۴۹	۲.۳۱۰	۰.۱۳۲
		غیر اتیسم	۳.۵۲۰	۰.۶۹۲		
	معیارهای شخصی	اتیسم	۲.۶۰۰	۰.۵۵۲	۱۴.۱۲۲	۰.۰۰۰
		غیر اتیسم	۳.۱۲۰	۰.۸۰۷		
	نظم و سازمان دهی	اتیسم	۳.۱۵۰	۰.۵۱۵	۳.۶۹۶	۰.۰۵۷
		غیر اتیسم	۳.۳۳۶	۰.۴۵۳		

به منظور بررسی اختلاف کمال گرایی مادران کودکان اتیسم و غیر اتیسم از آزمون مانووا استفاده شد. سطح معناداری آزمون ویلکز لامبدا برابر با ۰.۰۰۰ بدست آمد که بیانگر وجود تفاوت در حداقل یکی از سطوح متغیر کمال گرایی بین دو گروه مادران کودمان اتیسم و سایر مادران می باشد. همچنین سطح معناداری آزمون لون بزرگتر از ۰.۰۵ بدست آمد که بیانگر همسانی واریانس دو گروه از لحاظ خرده مقیاس های متغیر مربوطه می باشد. همچنین با توجه به نتایج بدست آمده از آزمون مانووا سطح معناداری آزمون برای خرده مقیاس های نگرانی درباره اشتباه ها، تردید درباره کارها و معیارهای شخصی کمتر از ۰.۰۵ بدست آمده که بیانگر وجود اختلاف معنادار کمال گرایی از لحاظ این سه خرده مقیاس بین این دو گروه است.

جدول ۴ :آزمون مانووا برای میانگین نمره‌های تاب آوری

	زیر مقیاس	گروه	میانگین	انحراف معیار	آماره آزمون	معناداری
تاب آوری	ارتباط و حل مساله	اتیسم	۳.۴۵۴	۰.۳۶۵	۴۶.۵۶۱	۰.۰۰۰
		غیر اتیسم	۳.۰۵۳	۰.۱۹۶		
	منابع مذهبی/ اجتماعی	اتیسم	۳.۰۹۴	۰.۵۳۴	۴۱.۵۶۸	۰.۰۰۰
		غیر اتیسم	۲.۵۴۰	۰.۲۹۰		
	باورهای خانواده	اتیسم	۳.۳۶۲	۰.۴۸۰	۲۹.۸۷۰	۰.۰۰۰
		غیر اتیسم	۲.۹۴۹	۰.۲۳۴		

به منظور بررسی اختلاف تاب آوری مادران کودکان اتیسم و غیر اتیسم از آزمون مانووا استفاده شد. سطح معناداری آزمون ویلکز لامبدا برابر با ۰.۰۰۰ بدست آمد که بیانگر وجود تفاوت در حداقل یکی از سطوح متغیر تاب آوری بین دو گروه مادران کودمان اتیسم و سایر مادران می باشد. همچنین سطح معناداری آزمون لون بزرگتر از ۰.۰۵ بدست آمد که بیانگر همسانی واریانس دو گروه از لحاظ خرده مقیاس های متغیر مربوطه می باشد. همچنین با توجه به نتایج بدست آمده از آزمون مانووا سطح معناداری آزمون برای خرده مقیاس های ارتباط و حل مساله، منابع مذهبی/ اجتماعی و باورهای خانواده کمتر از ۰.۰۵ بدست آمده که بیانگر وجود اختلاف معنادار تاب آوری از لحاظ این سه خرده مقیاس بین این دو گروه است.

بحث و نتیجه گیری

با توجه به نتایج حاصل از آزمون فرضیه های تحقیق، نتایج حاکی از این بوده که میزان سرزندگی و کمال گرایی در مادران غیر اتیسم بالاتر از مادران اتیسم بوده اما میزان تاب آوری مادران اتیسم از مادران غیر اتیسم بیشتر است. مرور مطالعات گذشته نشان از این داشته که نتایج حاصل از این پژوهش با نتایج تحقیقات آقابالازاده (۱۳۹۸) از لحاظ تفاوت تاب آوری، عبدی و نریمانی(۱۳۹۷) از لحاظ تفاوت تاب آوری، کریمی و رضایی (۱۳۹۶) از لحاظ تفاوت سرزندگی، ارفع، قمرانی و یارمحمدیان (۱۳۹۴) از لحاظ تفاوت سرزندگی و امینایی و همکاران(۱۳۹۴) از لحاظ تفاوت کمال گرایی همسو می‌باشد.

در تبیین یافته ها می توان گفت حضور کودک مبتلا به اوتیسم برای والدین تنش زیادی ایجاد می کند، از این جهت که وجود کودک مبتلا به اوتیسم می تواند به علت بار مراقبتی زیاد، فشارهای روانی، اجتماعی و مالی، ثبات خانوادگی را بر هم بزند، باعث برهم ریختگی سازمان خانواده شود و تعاملات میان اعضای خانواده را در جهت منفی سوق دهد. چالش های حاصل از شرایط چنین فرزندی در والدین سطح بالایی از اضطراب را موجب می شود و همین امر می تواند منجر به کاهش سرزندگی در مادران دارای کودک مبتلا به اوتیسم شود.

از سویی وجود کودک مبتلا به اوتیسم می تواند عاملی باشد که مادران را در جهت دسترسی به اطلاعات، مدیریت خانواده، مدیریت تنش موجود در خانواده، درک و شناخت ناتوانی کودک، دریافت خدمات و حمایت توانمند کند. مادران دارای فرزند مبتلا به کودک اوتیسم بر آن می شوند که به دنبال افراد یا جایی باشند که بتوانند با مساله درخود ماندگی کودک خود، سازگار شوند یا در این خصوص راهنمایی کسب کنند. و داشتن اطلاعات کافی و آگاهی در مورد نقاط ضعف و قوت این کودکان روی نگرش مادران تاثیر منفی می گذارد و همین امر می تواند کمال گرایی مادران دارای کودک مبتلا به اوتیسم را کاهش دهد.

تاب آوری میتواند فرد را به خودشکوفایی درونی رسانده و بر اساس آن جهت گیری مشخصی در زندگی کسب کند .از آنجایی که مادران دارای کودک مبتلا به اوتیسم، در ارتباط با دیگران و خود نقش حمایتگرانه دارند؛ دارای قدرت درونی مثبت هستند. و نتیجه ی این صبر و استقامت آنها، پیامدهای مثبت متعددی از جمله خودکارآمدی را نیز در پی دارد مجموع این فرایندها سبب میشود تا مادران دارای کودکان مبتلا به اوتیسم، مسیر شناختی و تفکری خود را دچار دگرگونی کرده و مسیرهای جدیدی را بر اساس خودشکوفایی و احساس خودکارآمدی ناشی از آموزش تاب آوری، برای خود ترسیم نمایند و از این رهگذر تحمل روانی بالاتری را از خود نشان دهند. هرچند لازم به ذکر است که بنا بر نظر کرستیک و همکاران (۲۰۱۵) تاب آوری با استفاده از راهبردهای کنار آمدن موثر مانند راهبردهای فعال، جستجوی حمایت اجتماعی، خود دلگرم سازی و افکار مثبت، قدرت تحمل و استقامت فرد را نیز افزایش میدهد و علاوه بر آن راهبردهای کنار آمدن غیرمفید مانند واکنشهای افسردگی، راهبردهای حل مسئله منفعلانه و اجتنابی را کاهش می دهد. چون تاب آوری ظرفیت شناختی و استقامت فرد را گسترش داده و سبب میشود تا فرد با به کارگیری افکار مثبت، تحمل روانی، بیشتری را تجربه نماید.

با توجه به نتایج بدست آمده پیشنهاد می شود به منظور افزایش سطح سرزندگی و کمال گرایی در مادران کودکان اتیسم، روانشناسان و مراکز مشاوره به منظور کاهش اثرات منفی وجود کودکان اتیسم در خانواده مهارت های لازم جهت نحوه برخورد با این کودکان را به مادران آموزش دهند. همچنین برنامه های تلوزیونی و فیلم های آموزشی در زمینه نحوه برخورد و پرورش کودکان اتیسم در اختیار والدین قرار گیرد. از سوی دیگر مادران کودکان غیر اتیسم نیز می توانند به منظور بالا بردن سطح تاب آوری در خود از تجارب مادران کودکان اتیسم بهره برده و نحوه مدیریت فشارهای زندگی را در خود از طریق آموزش بالا ببرند.

منابع

-ارفع، مریم. قمرانی، امیر. یارمحمدیان، احمد .۱۳۹۴. مقایسه ی سرزندگی، سازگاری زناشویی و دشواری های تنظیم شناختی– هیجانی والدین دارای کودک ناشنوا با والدین دارای کودک عادی، تحقیقات علوم رفتاری دوره سیزدهم، شماره ۲، (پیاپی ۴۰).
-آقابالازاده, لیلا .۱۳۹۸. مقایسه تاب آوری و حس انسجام در مادران کودکان اتیسم و افراد عادی، نخستین کنفرانس ملی علوم انسانی و توسعه، شیراز، دانشگاه پیام نور استان فارس-مرکز توسعه آموزش‌های نوین ایران (متانا).
-امینایی محمد، روشن چسلی رسول، شعیری محمدرضا، محرری فاطمه .۱۳۹۴. مقایسه اضطراب صفت - حالت و ابعاد کمال‌گرایی مادران کودکان مبتلا به اختلالات اضطرابی و کودکان سالم. روانشناسی بالینی و شخصیت. ۲ (۱۲) :۲۵-۳۶.
-باشعور لشگری، مریم؛ تجلی، پریسا؛ امیری مجد، مجتبی. ۱۳۹۸. اثربخشی آموزش شناختی رفتاری مبتنی - بر ذهن آگاهی به مادران بر سرزندگی فرزندان با اختلالات ویژه یادگیری. فصلنامه علمی پژوهشی علوم روانشناختی. ۱۸ (۷۹) :۸۲۹-۸۳۸.
-بیطرف, شبنم, شعیری, محمدرضا, حکیم جوادی, منصور. ۱۳۸۹. هراس اجتماعی، سبکهای والدگری و کمال گرایی. روانشناسی تحولی: روانشناسان ایرانی, ۷(۲۵), ۷۵-۸۲.
-حسین چاری، مسعود؛ حسینی، فریده سادات. ۱۳۹۲. بررسی شواهد مرتبط با روایی و پایایی مقیاس تاب‌آوری خانواده. مشاوره و روان درمانی خانواده، ۳، ۱۸۱-۲۰۹.
-خوشابی، کتایون؛ فرزاد فرد، سیده زینب؛ کاکاسلطانی، بابک؛ پوراعتماد، حمیدرضا؛ نیکخواه، حمیدرضا .۱۳۸۹. بررسی راهبردهای مقابله ای و میزان تنیدگی در مادران کودکان مبتلا به اتیسم و مقایسه آن با مادران کودکان عادی. خانواده پژوهی, ۶(۱),۹۷ -۸۷.
-دانش, عصمت, شمشیری, مینا, کاکاوند, علیرضا, سلیمی نیا, علیرضا. ۱۳۹۲. رابطه بین کمال‌گرایی مادران با خودکارآمدی و خوش‌بینی در دختران. مطالعات روانشناختی, ۹(۳), ۱۲۵-۱۵۲.
-ربیعی کناری، فاطمه؛ جدیدیان، علی؛ سلگی، محمد .۱۳۹۴. اثربخشی آموزش تاب آوری بر کاهش استرس والدگری مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال اوتیسم. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی ایلام.۲۳ (۴) :۹۵-۱۰۵.
-عبدی رضا؛ نریمانی، احد .۱۳۹۷. مقایسه ابعاد شخصیتی و تاب‌آوری در مادران کودکان مبتلا به اختلال طیف اتیسم و اختلال کمبود توجه/ بیش‌فعالی با مادران کودکان عادی. مجله مطالعات ناتوانی. ۸ (۱) :۷۰-۷۰.
-کریمی، علیرضا؛ رضایی، صدیقه .۱۳۹۶. مقایسه سرزندگی در مادران کودکان کم توان ذهنی با و بدون نشانگان داون، چهارمین کنفرانس بین المللی نوآوری های اخیر در روانشناسی، مشاوره و علوم رفتاری، تهران.

Burns, L. R., & Fedewa, B. A. (2015). Cognitive styles: Links with perfectionistic thinking. Personality and Individual Differences. January, 38(1): 103-113.
Besser, A., Flett, G. L., Hewitt, P. L., & Guez, J. (2014). Perfectionism, and Cognitions, Affect, Self-esteem and Physiological Reactions in a Performance Situation , Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy, 26:206_228.
Bostick, M. C. Luecken, L. Lemery-Chalfant, K. (2013). Resilience in common life: Introduction to the special issue. Journal of Personality, 77, 1637-1644.
Ciccheti, D., Gramzy, N. (2019). Milestone in the development of resilience. Dev Psycholpathol, 5: 497-774.
Deci E. L., Ryan R. M. Human autonomy: the basis for true self- esteem. In: Kernis M. editors. Efficacy, agency, and self-esteem. New York: Plenum; 1995. P. 31-49.
Flett, G. L., & Hewitt, P. L. (2012). Perfectionism and maladjustment: An overview of theoretical, definitional, and treatment issues. In: P.L. Hewitt & G.L. Flett, Editor, Perfectionism: Theory, research, and treatment, American Psychological Association, Washington, DC, pp. 5_31.
17.Ilias, Kartini, Cornish, Kim, Auretta S. Kummar, Miriam Sang-Ah Park, and Golden, Karen J. (2018). Parenting Stress and Resilience in Parents of Children With Autism Spectrum Disorder (ASD) in Southeast Asia: A Systematic Review. Front Psychol, 9, 1-14.
Garry, R. (2013). Affective communication of infant with autistic spectrum disorder and internal representation of their mothers. Psychiatry and Clinical. Neurosciences, 54, 235- 243.
Krstic, T,, Mihic, L., Mihic, I. (2015). Stress and resolution in mothers of children with cerebral palsy. Research in Developmental Disabilities; 47: 135-143.
Malik, M. E., & Naeem, B. (2011). Role of spirituality in job satisfaction and organizational commitment among faculty of institutes of higher learning in Pakistan African. Journal of Business Management 5(4), 1236-1244.
Pinquart, M. (2019). Moderating effect of dispositional resilience on association between hassled & psychological distress. J Appl Sev Psychol, 23: 1-8.

Richardson, G, E & Waite, P.J. (2016). Mental Health promotion though resilience and resiliency aducation. International journal of emergency Mental health, 4, 65- 75.
Sadock BG, Sadock VA.(2003) .Comprehensive Text Book of Psychiatry.
Sixbey, M. (2005). Development of the family resilience assessment scale to identify family resilience constructs. Doctoral dissertation, School of Counselor Education, University of Florida.