[جدول ‏3‑13**- ویژگیهای توصیفی ابزار** 217](#_Toc99777699)

[**جدول ‏3‑14- ویژگیهای توصیفی ابزار** 219](#_Toc99777700)

[جدول ‏4-2‑ توصیف گروه نمونه بر اساس میزان تحصیلات 231](#_Toc99777701)

[جدول ‏-4-3وصیف گروه نمونه بر اساس سن همسر 232](#_Toc99777702)

[**جدول4 - ‏4‑** توصیف گروه نمونه بر اساس میزان تحصیلات همسر 233](#_Toc99777703)

[جدول - ‏4-5‑ توصیف گروه نمونه بر اساس سن فرزند مبتلا به اتیسم 234](#_Toc99777704)

[جدول ‏4‑6- توصیف گروه نمونه بر اساس جنسیت فرزند میتلا به اتیسم 235](#_Toc99777705)

[جدول ‏4‑7- ميانگين، انحراف استاندارد و ضریب آلفای کرونباخ متغیرها 236](#_Toc99777706)

[جدول ‏4‑8- ماتريس همبستگي متغيرهاي پژوهش 238](#_Toc99777707)

[‏جدول4‑10- عامل تورم و اريانس و ضريب تحمل متغیرهای پیش بین 242](#_Toc99777708)

[جدول ‏4‑10-شاخصهای برازش مدل اندازه گیری 247](#_Toc99777711)

[‏](#_Toc99777712) [‏4‑5طبقات و زیرطبقات مقوله عوامل تنیدگی‌زا در زندگی خانواده‌های دارای فرزند اوتیسم 258](#_Toc99777713)

[‏شکل4‑16زیرطبقه چالش‎های آموزشی مرتبط با جامعه و کدهای مربوط به آن 260](#_Toc99777714)

[‏17-4-زیرطبقه چالش‎های آموزشی مرتبط با متخصصین و کدهای مربوط به آن 264](#_Toc99777715)

[‏شکل 4‑18-زیرطبقه چالش‎های روانشناختی پیش از تشخیص و کدهای مربوط به آن 267](#_Toc99777716)

[‏جدول4‑19یرطبقه چالش‎های روانشناختی تشخیص‌گذاری و پس از آن و کدهای مربوط به آن 271](#_Toc99777717)

[‏جدول4‑20-یرطبقه ضعف حمایت اجتماعی و کدهای مربوط به آن 274](#_Toc99777718)

[4-21 زیرطبقه محدودیت در دسترسی به خدمات و کدهای مربوط به آن 278](#_Toc99777719)

[‏4‑22 طبقات مقوله راهکارهای ارتقا دهنده سلامت خانواده‎های دارای فرزند اوتیسم 280](#_Toc99777720)

[جدول4-23 طبقه خدمات خانواده محور و کدهای مربوط به آن 285](#_Toc99777721)

[جدول6-46طبقه خدمات جامعه محور و کدهای مربوط به آن 290](#_Toc99777722)

[جدول4-24 طبقه خدمات متخصص محور و کدهای مربوط به آن 293](#_Toc99777723)

[جدول 4-25طبقه خدمات جامعه محور و کدهای مربوط به آن 290](#_Toc99795768)

[جدول4-26: شاخص های توصیفی نمره دهی سوالات پرسشنامه توسط ارزیاب ها 295](#_Toc99777724)

[T ‏جدول4‑27 جدول 2: میزان فراوانی و درصد مربوط به گزینه ها توسط ارزیاب ها 298](#_Toc99777725)

[جدول4-28 میزان شاخص‌های نسبت روایی و روایی و عامل تأثیر 309](#_Toc99777726)

**فهرست شکل ها**

شکل1‑1-مدل اندازه‌گيري پژوهش و پارامتر هاي آن با استفاده از داده‎های استاندارد………………….………………………………………………..……89

[شکل ‏2‑1ادبیات علمی 139](#_Toc99797636)

[**‏** شکل 4-1:نمودار هیستو گرام مربوط به توزيع داده هاي فاصله مهلنوبايس 245](#_Toc99768528)

[شکل4-5 :نمودار پراکندگی واریانس های استاندارد شده خطاها 245](#_Toc99769980)

[‏شکل4‑7زیرطبقه چالش‎های آموزشی مرتبط با جامعه و کدهای مربوط به آن 260](#_Toc99768533)

[‏شکل 4‑9-زیرطبقه چالش‎های روانشناختی پیش از تشخیص و کدهای مربوط به آن 267](#_Toc99768535)

1. فصل اول: کلیات تحقیق
   1. مقدمه

**داشتن فرزند از جمله اتفاقات مهم در زندگی والدین محسوب می‌شود و والدگری علاوه بر جنبه لذتبخش و شادی‌آفرین آن می‎تواند برای برخی منبع استرس و تنیدگی تلقی شود( سینک ۲۰۲۱)[[1]](#footnote-2) به عبارتی هنگامي که والدين بعد از مدت‎ها و گاهی**

**با تحمل نگراني و دشواري‌هاي فراوان در انتظار فرزند جديدشان هستند، مهمترين دغدغه آنان سلامت روان شناختي و جسماني نوزادشان است. علاوه بر این دوره کودکی به جهت اینکه منجر به تحولات زیادی در زندگی خانوادگی و نحوه مراقبت از کودک می‎شود، برای همه مادران استرس‌زا است اما ممکن است برای کسانی که رشد فرزندشان با تاخیر یا رشد غیر معمولی دارد، تنیدگی بیشتری به همراه داشته با(گولد ۲۰۰۸)[[2]](#footnote-3)از اين رو، تولد نوزادي با نيازهاي ويژه، آثار نامطلوبي بر کارکرد و کیفیت کلی زندگی خانواده به جا مي‌گذارد به طوري که نظم و سازگاري خانواده را برهم مي‌زند(خدابخش و کلایی ۲۰۰۱۸)[[3]](#footnote-4)**

**اتيسم[[4]](#footnote-5)، يک اختلال نورولوژيکي است که در سال‌هاي اوليه کودکي نمايان مي‌شود. اين اختلال باعث مي‌شود مغز نتواند در زمينه رفتارهاي اجتماعي و مهارت‌هاي ارتباطي به درستي عمل کند و در يادگيري ارتباط و تعامل کودک با ديگران به طور اجتماعي اختلال ايجاد مي‌کند(فامبون ۲۰۰۳)[[5]](#footnote-6) ويژگي‌هاي اساسي اين اختلال شامل نارسايي در ارتباط، مشکلات رفتاري، الگوهاي محدود و تکراري و کليشه‌اي رفتار و علاقه مندي‌هاست(با همکاری در۱۹۹۰) امروزه اتيسم ديگر يک بيماري نادر محسوب نمي‌شود. در سال 2012 ميزان شيوع اختلال اتيسم در امريکا، یک به ازاي هر 68 کودک اعلام شده بود به نحوي که از هر 55 کودک پسر يک کودک و از هر**

**189 کودک دختر يک کودک به اين اختلال مبتلا مي‌شدند(خدابخشی و کلایی )[[6]](#footnote-7)**

**به تازگي شيوع اين اختلال به شدت افزايش يافته است به طوریکه طبق آمار رسمي سازمان بهداشت جهاني [[7]](#footnote-8)در سال 1975 از هر 5 هزار نفر يک نفر به اتيسم مبتلا بوده است. در سال 2004 اين ميزان به يک در 166 نفر رسيده است و در سال 2014 از هر 42 کودک يک نفر به اختلال اتيسم مبتلا بوده است. طبق گزارش سازمان بهداشت جهانی از هر 160 کودک، یک کودک مبتلا به اوتیسم در سراسر جهان وجود دارد که 3/0 درصد از بار بیماری جهانی را شامل می‎شود. در ایران میزان شیوع اختلال طیف اوتیسم در کودکان ایرانی 10 نفر در هر 10 هزار نفر گزارش شده است(محمدی،2019)[[8]](#footnote-9)**

**پر واضح است که اين اختلال پيچيده، مشکلات درخور توجهي را براي خانواده و مراقبت‌کنندگان کودک به وجود آورده است. به طور کلي وجود کودک داراي ناتواني به دليل حالت شوکي که به والدين وارد مي‌کند و در پي آن تلاش‎های افراط‎گونه والدین به منظور رسیدن به سطح عادی رشد فرزند و احتمال کم بودن نتيجه از مواردی است که ممکن است از طریق آن استرس و فشار شدیدی گریبانگیر والدین گردد(راسن،2017)[[9]](#footnote-10) و منجر به جدايي، نااميدي، افزايش تنش و سطوح ضعيف‌تري از بهزیستی شخصي و روابط سالم زناشويي گردد(ویدون،2022)[[10]](#footnote-11)**

**يکي از عواملي که منبع عمده استرس براي والدين کودکان اتيسم مي‌باشد، خصوصيات کودک مانند مشکلات در بيان کلامي و نقص در تعاملات اجتماعي است(بیکر،2000)[[11]](#footnote-12) اگرچه در بسياري از مواقع؛ اجتماع، مردم، بستگان و نزديکان مي‌توانند منابع حمايتي خوبي براي کودک و خانواده او باشند، اما بسياري از خانواده‌ها از اينکه جامعه و حتي نزديکان آن‌ها رويکرد شناختي منفي نسبت به کودک دارند، رنج مي‌برند. اينکه به کودک خيره شوند و يا مسائل مربوط به او را درک نکنند از موارديست که موجب نگراني و ناراحتي خانواده مي‌شود. به طور معمول، مادران داراي فرزند اتيسم سطح بالايي از تنيدگي فرزندپروري را تجربه مي‌کنند و از این رو شناسايي و درک نيازهاي بنيادين والدين منجر به اقدامات مفيد در جهت کاهش تنيدگي و بهبود آسايش رواني در والدين به ويژه مادر مي‌شود. طبق نتايج بدست آمده از پژوهش‌هاي انجام شده، هرچه ميزان تنيدگي والدين بالاتر و کيفيت زندگي آن‌ها پايين‌تر ميزان پذيرش باشد(هارتلی،2015)[[12]](#footnote-13) کودک با نيازهاي ويژه توسط والدين کمتر خواهد بود(فرناندز2015)[[13]](#footnote-14).**

**از اين رو مجموعه‌اي از هيجان‌ها و افکار ناخوشايند، نظير احساس گناه و مقصر بودن، ترس از آينده و عدم پذيرش توسط مادران تجربه مي‌شود. همچنين آن‌ها استرس بي‌اندازه‌اي را براي دنبال کردن مداخله‌هاي به هنگام، متحمل مي‌شوند(انان،2008[[14]](#footnote-15)).**

**همچنین به زعم ولکمار و پائولز (۲۰۰۳[[15]](#footnote-16))، حدود ۸۵ درصد از کودکان مبتلا به اتيسم، به سبب محدوديت‌هاي شناختي يا انطباقي، توانايي محدودي براي زندگي مستقل دارند و اين مساله موجب شده است که والدين در طول دوره زندگي خود زمان بسياري را به رفع نيازهاي فرزندشان اختصاص دهند. مطالعه طولي سلتزر و همکاران (۲۰۰۱)، در باره والدين کودکان با ناتواني رشدي نشان داده است که بيش از ۵۰ درصد از والدين اين کودکان در سن ۵۰ سالگي و بالاتر هنوز از فرزند خود مراقبت مي‌کنند. بر اين اساس استرس پايداري که داشتن فرزند اتيستيک، بر والدين تحميل مي‌کند، ممکن است ادراک مراقبان را از فرزندپروري تغيير دهد و از خوش‌بيني آن‌ها به آينده خود و نيز آينده فرزندشان بکاهد. از سوي ديگر، باتييا، کابرا و اسپرا (۲۰۰۴)، بر اساس يافته‌هاي خود مطرح مي‌کنند که والدين کودکان مبتلا به مشکلات شناختي در مواجهه با مشکلات رفتاري کودکانشان، بي توجهي نشان مي‌دهند و کمتر از با کودکان خود رابطه عاطفي مادرانه برقرار مي‌کنند. اين موضوع ضرورت طراحي برنامه‌هاي پیشگیرانه و حمايت‎هاي روانشناختي از اين افراد را تبيين مي‌نمايد، اما نکته مهم آن است که اين برنامه‌ها زماني مؤثر و کارآمد خواهند بود که بخشي از نيازهاي روان شناختي اين مادران که در سايه تولد و حضور کودک مبتلا به اتيسم دچار آسيب شده است را مرتفع نمايد. بنابراين شناخت دقيق و ماهيتي از شرايط موجود و فعلي و شرايط مطلوب و ايده‌آلي که برنامه‌هاي حمایتی به دنبال دستيابي به آن است، ضروري است. در حقيقت محورها و مؤلفه‌هاي برنامه‌هاي حمايتي در صورتي**

**به عنوان شاخص‌هاي تأثيرگذار عمل خواهند نمود که پس از فرايند درک ماهيت مشکل مادران کودکان مبتلا به اتيسم در فرايند فرزندپروي استخراج شده باشند. اما براي چنين شناختي از نيازهاي مادران کودکان مبتلا به اتيسم و ترسيم محورها و مؤلفه‌هاي حمایتی به بررسي نظرات مادران و ديدگاه متخصصان درمانی کودکان اتيسم و مديران و سياست‎گزاران حوزه اتيسم کشور مناسب به نظر مي‎رسد که در پژوهش حاضر به این مهم پرداخته شده است.**

* 1. **بيان مسئله**

**تنيدگي**[[16]](#footnote-17) **در نظام والد-کودک، تنيدگي والدگري**[[17]](#footnote-18) **تعریف می‎شود که به ويژگي‌هاي تنيدگي‌زاي کودک و پاسخ‏هاي والدين به اين ويژگي‏ها اشاره دارد(گلودُ۲۰۱۸)[[18]](#footnote-19)**

**تنیدگی یک جنبه اجتناب‌ناپذیر والدگری و یک واکنش روانشناختی منفی است و زمانی تجربه می‎شود که والدین ادراک می‌کنند خواسته‌های مراقبت از فرزندشان از ظرفیت ادراک شده آن‌ها بیشتر است که شامل نوعی حس ناکافی بودن در توانایی تربیت فرزند، ارزیابی منفی از تعاملات خود با کودک و تجربه خواسته‎هایی که نیازهای کودک را بیش از حد می‎داند، در نظر گرفته می‎شود. حتی اگر تنیدگی والدگری در اکثر خانواده‌ها رایج باشد، داشتن یک کودک مبتلا به اختلال طیف اوتیسم خطر بیشتری برای تنیدگی هر دو والد، به ویژه مادران که اغلب مراقبت‌کننده اصلی کودک هستند، در بر داردسرمنزلیبی [[19]](#footnote-20)زیرا ممکن است با چالش‌ها و خواسته‌های والدگری منحصربه‌فردی مواجه شوند. همانطور که ادبیات**

**به طور گسترده نشان داده است مادران کودکان اوتیسم سطوح بالاتری از تنیدگی والدگری را نسبت به مادران کودکان مبتلا به سایر اختلالات عصبی رشدی از جمله سندرم داون و رشد معمولی تجربه می‌کنند(جیانانتی[[20]](#footnote-21)2021 ملو [[21]](#footnote-22)اختلال طیف اوتیسم[[22]](#footnote-23) یک اختلال عصبی رشدی پیچیده مادام‌العمر است که با اختلالات پایدار در حوزه ارتباطات اجتماعی، تعامل در زمینه‌های مختلف و همچنین الگوهای محدود و تکرارشونده در رفتارها، علایق و فعالیت‌ها مشخص می‌شود[[23]](#footnote-24)**

بر اساس راهنماي تشخيصي و آماري اختلالات رواني[[24]](#footnote-25)(DSM ) طيف **اتيسم يکي از اختلالات رشدي عصبي است که با نقايص مداوم در ارتباطات و تعاملات اجتماعي در چند زمينه مختلف شامل نقص در تعاملات اجتماعي و رفتارهاي ارتباطي غيرکلامي که در تعاملات اجتماعي استفاده مي‌شوند و همچنين با مهارت‌هاي ايجاد، حفظ و فهم ارتباطات مشخص مي‌گردد، علاوه بر نقايص ارتباطات اجتماعي، تشخيص طيف اختلالات درخودماندگي نيازمند وجود الگوهاي محدود و تکراري رفتارها، علائق و يا فعاليت‌هاست[[25]](#footnote-26)**

**همانطور که اشاره شد در برابر چنین دشواری‏ها و مشکلاتی که کودکان به خاطر اختلال‌شان تجربه مي‌کنند، از آسيب‌پذيرترين اعضاي خانواده در برابر ناتواني اين کودکان مادران آنان به شمار می‎روند. در همین راستا** آبيدين (۱۹۹۲) تنیدگی والدگري را، حاصل اثر تعاملي کنش‌وري خصوصيات اصلي و آشکار والدين مانند افسردگي، احساس صلاحيت

و کارآمدی، سلامت، روابط توأم با دلبستگي با کودک، روابط با همسر، محدوديت ناشي از نقش‌پذيري يا مادري کردن با خصوصيات کودک (مانند سازش‌پذيري، پذيرندگي، فزون طلبي، خلق، فزون کنشي و تقويت گريه) مي‎داند. او همچنين معتقد است که ويژگي‌هاي والد و کودک، همراه با متغيرهاي موقعيتي بيروني و عوامل تنيدگي‌زاي زندگي (مانند طلاق، مشکلات شغلي و ...)، دليل افزايش احتمالي نارساکنش وري و استرس والدگري است.

**بر اساس پيشينه پژوهش تنيدگي والدگري بر اساس متغيرهاي متعددي پيش‌بيني مي‌شود که يکي از آن‌ها بهوشياري[[26]](#footnote-27) است (بیشاب،2004)[[27]](#footnote-28)**

**بهوشياري، آگاهي روشن شخص نسبت به آنچه که در درون و در تعامل با محيط بيرون در لحظات متوالي ادراک رخ مي‌دهد است که مي‌تواند به رهاسازي افراد از افکار خودکار، عادات و الگوهاي رفتاري ناسالم کمک نمايد. بهوشياري توجه كردن به روشي ويژه، داراي هدف، در زمان حال و بدون قضاوت و پيش‎داوري است. بهوشياري اتخاذ نگرشي غيرقضاوتي نسبت به تجربه‌هاي شخصي است که لحظه به لحظه در جريان است و به فرد اجازه مي‌دهد تا واکنشي کمتر و پذيرشي بيشتر نسبت به اين تجارب داشته باشد و افراد بهوشيار تجربه‌هاي دروني و بيروني را آزادانه و بدون تحريف ادراک مي‌کنند و توانايي مواجهه سازگارانه با دامنه گسترده‌اي از شناخت‎ها، هيجانات و تجارب خوشايند يا ناخوشايند را دارند(بروان،2003)[[28]](#footnote-29)**

**شواهد حاکی از آن است والدینی که سطح بهشیاری بالاتری دارند، در هنگام تربیت فرزند اوتیسم خود، سطوح پایین‌تری از استرس و مشکلات سلامت روان و بهزیستی کلی بالاتری را تجربه می‌کنند(اونیت،2019)[[29]](#footnote-30). از این رو، والدگری بهشیارانه به عنوان یک منبع روان‌شناختی قوی برای والدین کودکان اوتیسم عمل میکند که به حفظ تعادل بین مراقبت و توجه به خود و کاهش تنیدگی والدگری کمک کرده و در نهایت منجر به تسهیل بهزیستی و بهبود روابط والد- فرزندی می‎شود{چی نوک 2019)[[30]](#footnote-31)**

**همچنین از طرف دیگر به زعم هولدن و هاوک[[31]](#footnote-32) (2003) معتقدند مجموعه‌ای از شناخت‌ها که به‌عنوان فرا والدگری شناخته می‌شوند، ممکن است پیش‌بینی‌کننده قدرتمندی برای تغییرات رفتار والدگری باشد. فراوالدگری شامل تلاش و کنکاش والدین برای شناخت، انتخاب و گسترش راهبردهایی است که والدین در زمینه مسائل و مشکلات فرزندانشان دارند و دارای چهار مؤلفه اصلی پیش‌بینی، ارزیابی، حل مسئله و انعکاس‌گری است)هولدن،2003)[[32]](#footnote-33)که از طریق این مولفه‎ها می‌توان رابطه والدگری با کودکان دارای نیازهای ویژه، اختلال شدید ارتباطی یا ناتوانی‌های رشدی را به طور مؤثرتر تعدیل نمود. انتظار می‎رود والدینی که به دلایلی در مواجهه با تنیدگی‌ها و استرس روزمره هستند، بعید است بتوانند زمان و انرژی خود را به فراوالدگری اختصاص دهند. با این حال، اگر عامل استرس‌زا ناشی**

**از رابطه والد-فرزندی باشد، این احتمال وجود دارد که این موقعیت باعث فراوالدگری بیشتری شود (هاووک،2003)[[33]](#footnote-34)**

**پژوهش‎ها حاکی از آن است که خلق و خوی دشوار و یا سایر ناتوانی‎های کودک اعم از وجود نیازهای ویژه در فرزندان با تنیدگی والدگری بیشتر و به دنبال آن فراوالدگری بیشتری همراه است(سولمیر2001)[[34]](#footnote-35)زیرا وقتی بچه‌ها تقاضاگری و تحریک‌پذیری بیشتری دارند، والدین باید برنامه‌ریزان بهتری برای برآوردن نیازهای کودک و انجام کارهای روزانه باشند(مری فایت،20015)[[35]](#footnote-36)علاوه بر این، ادبیات حاکی از آن است خودکارآمدی والدینی به عنوان یک عامل میانجی برای کاهش تأثیر مشکلات رفتاری کودک بر اضطراب و تنیدگی والدگری عمل می‌کند، زیرا والدین با خودکارآمدی بالاتر نسبت به والدین با خودکارآمدی پایین اضطراب و تنیدگی کمتری را گزارش می‌دهند(بندتو،2021)[[36]](#footnote-37)خودکارآمدی والدینی اعتماد مراقب را در مورد توانایی‌اش جهت انجام مثبت تکالیف والدگری، برآورده کردن نیازهای مراقبتی و رشدی کودکان توصیف می‌کند که با رضایت از مراقبت، عملکرد مؤثر خانواده و بهزیستی عمومی والدین علی‌رغم شرایط دشوار زندگی مرتبط است(البانس،2013)[[37]](#footnote-38)با این حال، به جهت خلا پژوهشی در این حیطه ضرورت دارد به ارزیابی خودکارآمدی در ارتباط با خودکارآمدی والدینی و تنیدگی والدگری در رابطه با کودکان اوتیسم پرداخته شود زیرا به زعم بندورا**

**(1997)، خودکارآمدی مستقیما تحت تأثیر تجربه و انتظارات شخصی قرار می‌گیرد، بنابراین موفقیت/شکست والدین در موقعیت‌های مراقبتی بر خودکارآمدی درک شده آنها تأثیر می‌گذارد. بدین ترتیب که والدین کودکان طیف اوتیسم در مقایسه با والدین کودکان با رشد معمولی، خودکارآمدی کمتر، افزایش اضطراب و افسردگی را گزارش می‌کنند(دب،2020)[[38]](#footnote-39)**

**در مجموع، تنیدگی والدگری ممکن است ساختاری چند بعدی داشته باشد که هرجنبه با ویژگی‌های متمایز اوتیسم مرتبط و به نوبه خود مداخلات یا حمایت‌های متفاوتی را راه‎اندازی می‌کند. از آنجاییکه فقدان اطلاعات در مورد عوامل مرتبط با تنیدگی والدگری توانایی ما را جهت ارائه مداخلات مناسب برای والدین در طول دوره تشخیصی و پس از آن محدود می‌کند و همچنین تنیدگی والدگری عموما در دوره کودکی به ویژه دوره دبستان به اوج خود می رسد و متأسفانه، وجود سطوح بالای تنیدگی والدگری نیز ممکن است اثربخشی مداخلات اولیه طراحی شده برای کاهش رفتارهای مشکل ساز کودک را کاهش دهد که نشان دهنده این است دوره پیش‌دبستانی و دبستان ممکن است زمان تأثیرگذاری ویژه‌ای برای مداخله با تنیدگی والدگری در خانواده‌های کودکان مبتلا به تاخیر رشدی باشد. به این ترتیب، درک بهتر تنیدگی والدگری از طریق عوامل مرتبط با آن ممکن است به جهت‌دهی بهتر برنامه‌های مربیگری و توانبخشی برای دوره منتهی به تشخیص اوتیسم و پس از آن کمک کند که منجر به ارتقای بهزیستی والدین و بهبود روابط والد- فرزندی نیز می‎گردد(وانگ،2021)[[39]](#footnote-40) لذا با استناد به مبانی نظری و یافته های پژوهشی که ذکر شد و با توجه**

**به نقص پژوهش‌های پیشین در بررسی روابط این متغیرها، در پژوهش حاضر به مدل‎یابی تنیدگی والدگری بر اساس بهشیاری و فراوالدگری با نقش میانجی‌گر خودکارآمدی والدینی در مادران کودکان مبتلا به اوتیسم پرداخته شده است. لذا اين پژوهش در قالب يک مدل به اين سوال پاسخ داده است که آيا مدل معادلات ساختاري پيش‌بيني تنيدگي والدگري بر اساس بهوشياري و فرالدگري با نقش ميانجي خودکارآمدي والديني مادران** کودکان مبتلا به اتيسم داراي **برازش مطلوب است یا خیر؟**

* 1. اهميت و ضرورت انجام پژوهش

*اختلال طيف اتيسم نوعي اختلال عصبي ـ رشدي است که عموما در چندسال اول زندگي کودک آشکار مي‏گردد و مي‌تواند تا بزرگسالي نيز ادامه پيدا کند. ميزان شيوع اين اختلال در کودکان 8 ساله آمريکايي 8/16 در 1000 نفر تخمين زده شده است. شيوع اتيسم در پسران، 1 در 42 و در دختران 1 در 189 مي‌باشد. به‌عبارتي‌ديگر، شيوع اين بيماري در پسران 4 برابر بيشتر از دختران است(کریستنسن،2016)[[40]](#footnote-41)*كودكان مبتلا به اختلال طيف اتيسم در به كارگيري ارتباطات كلامي و غيركلامي در اجتماع مشكل دارند و نمي‌توانند ارتباط مؤثري برقرار كنند. اين نشانه ها باعث اختلال باليني معنادار و قابل توجهي در زندگي كودک مي‌شود(همکاری،1995)[[41]](#footnote-42)

همچنين كودكان مبتلا به اختلال طيف اتيسم داراي مشكلات رفتاري بي‌شماري ازجمله رفتارهاي كليشه‌اي، خودتحريكي و پرخاشگري هستند. همچنین اختلال طيف اتيسم به دليل داشتن چندين ويژگي، ازجمله طيف وسيعي از نابهنجاري‌هاي زباني، ارتباطي، رفتاري، اجتماعي، بروز علائم پس از يك دوره طبيعي از رشد نرمال كودک ،تشخيص ديرهنگام، نبود درما‌ن‌هاي قطعي و مؤثر و پيش‎آگهي بد مي‌تواند فشارهاي رواني گوناگوني را به خانواده و نزديكان كودک وارد كند. پدر و مادر كودک مبتلا به اختلال طيف اتيسم به عنوان افرادي كه بيشترين تعامل را با كودک دارند بيش از هركس ديگري تحت تأثير مشكلات پيش آمده قرار مي‌گيرند(هاستینگ2005)[[42]](#footnote-43)

تحقيقات در مورد والدين كودكان مبتلا به اختلال طيف اتيسم نشان مي‌دهد كه والدين و به خصوص مادران اين كودكان نسبت به كودكاني كه داراي رشد عادي هستند سطوح بالايي از استرس را تجربه مي‌كنند و در معرض خطر بالاي بروز مشكلات جسمي و رواني هستند. مطالعات ديگر حاكي از اين است كه والدين داراي كودک طيف اتيسم نه تنها نسبت به والدين داراي كودكان عادي بلكه حتي نسبت به والديني كه داراي كودكي با اختلال رشدي ديگر هستند نيز سطوح بالاتري از استرس و مشكلات رواني و جسمي را نشان مي دهند**(جیاناتیو ملو،2021)**

علاوه بر این كاهش توانمندي و كارآمدي والدين، فشارهاي شديد مالي، افزايش نرخ طلاق و رفاه عمومي پايين خانواده از ديگر مسائلي هستند كه والدين كودكان مبتلا به اختلال طيف اتيسم با آن‎ها مواجه مي شوند. *همين امر و شيوع اختلال اتيسم در بين کودکان ايراني باعث اختلال در*

*کارکرد طبيعي خانواده مي‌شود. همچنین وجود کودک استثنايي و دارای نیازهای ویژه آسيب‌هاي جبران ناپذيري را بر خانواده وارد* مي‌کند *و به دل*يل نقش محوري مادر در خانه و تعامل مستمر وي با کودک بيشترين آسيب را متحمل مي‌شو(خدابخشی،کلایی،2018)[[43]](#footnote-44)

تا سال‌ها پيش، بيشتر تحقيقات در مورد تأثير والدين بر كودكان مبتلا به اختلال طيف اتيسم بود اما اخيرا در تحقيقات، به تأثيراتي كه اين كودكان بر زندگي والدين خود مي‌گذارند توجه بيشتري شده است؛ لذا انجام يک پژوهش که بتواند عوامل موثر بر تنيدگي والدگري در اين مادران را شناسايي کند داراي نتايج و کاربردهاي فراواني خواهد بود و در برنامه‌ ريزي‌ها و سياست‌گذاري‌هايي که براي تحکيم بنيان خانواده‌هاي کودکان ناتوان انجام مي‌شود مي‌توان از نتايج اين تحقيقات استفاده کرد. از طرفي ديگر اين پژوهش به دليل فراهم آوردن دانش و شناخت لازم در اين خصوص و با اميد به اينکه نتايج حاصل از تحقيق بتوان در جهت کاهش تنيدگي والدگري و افزايش افکار عمدي يا تلاش شناختي پدر و مادر در رابطه با والدگري براي مقابله با تنيدگي‌هاي حاصل از مراقبت کودکان اتيسم راهکار مناسبي ارائه دهد، حائز اهميت مي‌باشد؛ لذا انجام اين پژوهش داراي ضرورت بوده و نتايج کاربردي براي مراکز مشاوره و خدمات روانشناختي در بردارد که مي‌توانند از نتايج اين پژوهش در راستاي توانمند کردن مشکلات والدگري والدين کودکان ناتوان به ويژه کودکان اتيسم براي برآوده کردن اهداف خود در راستاي بهبود استرس والدگري مادران اين کودکان استفاده کنند. بنابراین انجام اين پژوهش داراي ضرورت و اهميت پژوهشي و نتايج و تلويحات کاربردي می‏باشد.

* 1. **اهداف پژوهش**
     1. **هدف اصلي**

بررسي برازش الگوي معادلات ساختاري پيش بيني تنيدگي والدگري بر اساس بهوشياري، فرالدگري با نقش ميانجي خودکارآمدي والديني مادران کودکان مبتلا به اتيسم

* + 1. **اهداف فرعي**
* تعيين تاثير مستقيم بين بهوشياري بر تنيدگي والدگري در مادران کودکان مبتلا به اتيسم
* تعيين تاثير مستقيم بين فراوالدگري بر تنيدگي والدگري در مادران کودکان مبتلا به اتيسم
* تعيين تاثير مستقيم بين خودکارآمدي والديني بر تنيدگي والدگري در مادران کودکان مبتلا به اتيسم.
* تعيين تاثير غيرمستقيم بين بهوشياري بر تنيدگي والدگري با نقش ميانجي خودکارآمدي والديني در مادران کودکان مبتلا به اتيسم
* تعيين تاثير غيرمستقيم بين فراوالدگري بر تنيدگي والدگري با نقش ميانجي خودکارآمدي والديني در مادران کودکان مبتلا به اتيسم
  1. **سوال هاي پژوهش**

**1**-5-1 **- سوال اصلي**

آيا الگوي معادلات ساختاري پيش بيني تنيدگي والدگري بر اساس بهوشياري، فرالدگري با نقش ميانجي خودکارآمدي

والديني مادران کودکان مبتلا به اتيسم داراي برازش مطلوب است؟

* + 1. - **سوال هاي فرعي**
* آيا بهوشياري بر تنيدگي والدگري در مادران کودکان مبتلا به اتيسم تاثير مستقيم دارد؟
* آيا فراوالدگري بر تنيدگي والدگري در مادران کودکان مبتلا به اتيسم تاثير مستقيم دارد؟
* آيا خودکارآمدي والديني بر تنيدگي والدگري در مادران کودکان مبتلا به اتيسم تاثير مستقيم دارد؟
* آيا بهوشياري بر تنيدگي والدگري با نقش ميانجي خودکارآمدي والديني در مادران کودکان مبتلا به اتيسم تاثير غيرمستقيم دارد؟
* آيا فراوالدگري بر تنيدگي والدگري با نقش ميانجي خودکارآمدي والديني در مادران کودکان مبتلا به اتيسم تاثير غيرمستقيم دارد؟
  1. **تعريف نظري و عملياتي مفاهيم**

**1-6-1- تعريف نظري و مفهومي**

**استرس والدگري:** استرس والدگري نوعي اضطراب و تنش افراطي است که نقش والد و تعاملات والد-کودک وابسته است و بر سلامت مادر و کودک تاثير منفي گذاشته و به عنوان يک عامل خطر در بسياري از ابعاد رشدي کودک تعريف شده است(گولد،2018)[[44]](#footnote-45)

**بهوشياري:** بهوشياري به عنوان حالت توجه عمدي و آگاهي از آنچه که در لحظه کنوني و زمان حال اتفاق مي‏افتد، تعريف شده است که در اين تعريف توجه بايد خالي از قضاوت در مورد تجارب دروني و عدم واکنش به آن تجارب باشد\_(براون،2003)[[45]](#footnote-46) .

**فراوالدگري:** بر اساس نظريه هاوک و هولدن فراوالدگري متاثر از فرآيندهاي تفکر والدين در والدگري است که با ادغام والدگري مبتکرانه[[46]](#footnote-47) و حل مسئله[[47]](#footnote-48) مي‌باشد. فراوالدگري اشاره به افکار خودآيند و خودکار و همچنين شيوه تفکر والدين در مورد والدگري خودشان اشاره دارد(هالدن،2003)[[48]](#footnote-49)

***خودکارآمدي والديني:*** *در نظريه شناختي-اجتماعي بندورا، خودکارآمدي به درک توانايي توليد يک عمل مطلوب اشاره مي‌کند. خودكارآمدي والديني يك ساختار شناختي مهم در ارتباط با عملكرد والدين است كه به ارزيابي والدين نسبت به توانايي خود در ايفاي نقش والدگري گفته مي شود(البانیز،2019)[[49]](#footnote-50)*

1. **فصل دوم: مبانی نظری و پیشینه پژوهش**

**بخش اول- استرس و تنيدگي والدینی**[[50]](#footnote-51)

* 1. تعريف تنيدگي (استرس)

تنیدگی سازه‌اي پويا و چندبعدي است كه در تعریف آن روانشناسان و نظریه‎پردازان با چالش‎های عمده‎ای تاکنون مواجه بوده‎اند. (لازاروس،1984)[[51]](#footnote-52)تعريفي را در زمينة استرس ارائه داده‌اند که عبارت است از اینکه استرس رابطة اختصاصي بين شخص و محيطي است كه در آن تنش ارزيابي شده، از حد امكانات فرد فراتر رفته و سلامتي او را در معرض خطر قرار مي‌دهد. در اين تعريف بر اين نكته تأكيد مي‌شود كه استرس به رابطة تنش‌زا بين شخص و محيط اشاره دارد و وقتي فرد از مقابله با اين وضعيت ناتوان است، به مشكلات رواني و جسماني مبتلا مي‌شود. در دهه‌هاي اخير اصطلاح

استرس به محركي اطلاق مي‌شود كه مي‌تواند تغييراتي را در شناخت، هيجان، رفتار و فيزيولوژي ايجاد كند(داویزن،[[52]](#footnote-53)2001).

با توجه به تعاريف پيش گفته، مي‌توان گفت استرس رويداد يا وضعيتي است كه بر جنبه‌هاي رواني ـ جسماني ارگانيسم آثاري زيان بار برجاي مي گذارد. استپتوي (1997) نیز استرس را اينگونه تعريف كرده است: هنگاميكه الزامات مربوط به يك فعاليت فراتر از توانايي‌هاي فردي و اجتماعي افراد است، پاسخ‌هايي ارائه مي‌شوند كه به آن استرس مي گويند. براي مثال رانندگي براي فردي كه در حال يادگيري است، از شرايط تنش‌زا محسوب مي‌شود، درحاليكه براي رانندة باتجربه رانندگي فعاليتي بسيار آسان به شمار مي‎رود. امروزه استرس جزئي از زندگي روزمره و عادي آدمي است. پيشرفت تمدن امروز و صنعتي شدن، افزايش بي‌روية جمعيت، دگرگوني روابط اجتماعي، فشارهاي جسمي و رواني ناشي از زندگي در شهرهاي بزرگ، آلودگي و سر و صدا و تأثير آن بر رفتار انسان منجر به تشديد استرس شده است. معمولا استرس زماني مضر خواهد بود كه فرد آن را براي زندگي خود خطرناك و تهديدكننده تلقي كند و در عين حال منابع مختلف رويارويي با آن را در اختيار نداشته باشد. پژوهش­ها نشان داده اند، به كارگيري راهبردهاي مقابله اي مؤثر نقش مهمي در كاهش استرس دارد. مهمترين تأثيرهاي ناشي از استرس را مي‌توان به چهار نوع تقسيم كرد: هيجاني، فيزيولوژيكي، شناختي و رفتاري.

1. تأثيرهاي هيجاني: احساس اضطراب و افسردگي، افزايش تنش‌هاي جسماني، افزايش تنش‌هاي روانشناختي، از تأثيرهاي هيجاني استرس بر انسان محسوب مي‌شوند.
2. تأثيرهاي فيزيولوژيكي: ترشح آدرنالين و نورآدرنالين، اختلال در كاركرد دستگاه گوارش، افزايش ضربان قلب، اختلال در تنفس و انقباض رگ‌هاي خوني، از مهمترين تأثيرهاي فيزيولوژيكي استرس به شمار مي‌آيند.
3. تأثيرهاي شناختي: كاهش تمركز و توجه، كاهش ظرفيت حافظة كوتاه‌مدت و افزايش پريشاني و حواسپرتي، از مهمترين تأثيرهاي شناختي استرس محسوب مي‌شوند.
4. تأثيرهاي رفتاري: افزايش گريز از كار و فعاليت، اختلال در الگوي خواب، كاهش كاركردهاي تحصيلي، شغلي و اجتماعي، از تأثيرهاي رفتاري استرس به شمار مي‌آيند(ای سنگ،2001)[[53]](#footnote-54)

**2-1-2- مراحل تنیدگی (استرس)**

فشار رواني (استرس) تجربه‌اي است همگاني و عمومي که هرکس به کرات آن را در زندگي خود احساس کرده است، برخلاف تصور عمومي، فشار رواني هميشه شامل حوادث ناخوشاينــد نيست، بلکه در مفهوم »چالش« مي‌تواند محصول موفقيت‎هايي خوشايند و مطلوبي نيز باشد که سازگاري مجددي را در فرد مطالبه مي‌کند. به عبارت ديگر شايد نکته اصلي در موقعيت‌هاي استرس‌زا نياز به انطباق و سازگاري مجددي است که براي فرد ضرورت پيدا مي‌کند که براي ايجاد اين انطباق مجدد و کسب توازن، ما معمولا عکس العمل‌هاي معيني را از خود نشان مي دهيم که از اين عکس العمل‌ها به عنوان

نشانه هاي انطباق (سازگاري) عمومي ياد مي‌شود. بدين معني که بلافاصله پس از مواجه يک فرد با عوامل استرس زا، نشانه‌هاي انطباق عمومي در طي سه مرحله به شرح زير در فرد ظاهر مي شود:

الف) مرحله اعلام خطر: در اين مرحله بدن با افزايش فشار خون، ترشح برخي هورمون‌ها و کشيدگي عضلات آماده مقابله با موقعيت به وجود آمده مي‌گردد.

ب) مرحله مقاومت: در اين مرحله ادامه و افزايش محرک‌هاي تنش‌زا به مقاومت بدن منجر مي‌شود تا فرد بتواند در مقابله با عوامل استرس‌زا استقامت ورزد. البته در اين مرحله برخي از هورمون‌هاي بدن نقش دفاعي مهمي دارند و هر فرد نيز تا حد معيني قدرت مقابله در برابر عوامل استرس‌زا را دارد.

ج) مرحله فرسودگي: مرحله به مخاطره افتادن توانايي بدن براي پاسخ به محرک‌هاي شديد تنش‌زاي پياپي و جديد مي‌باشد. به عبارتي ديگر اگر استرس تا حد زيادي به درازا بکشد توان فرد تحليل رفته و موجب بروز بيماري‌هاي روان‌تني مي‌شود. به طور مثال اگر شما ملزم به نگهداري از يکي خويشاوندان بيمار يا ناتوان خود باشيد و اين کار را به تنهايي انجام دهيد، خود شما به زودي دچار بيماري‌هاي جسمي و يا روحي خواهيد شد(بریت نر،2003)[[54]](#footnote-55)

* + 1. **- منابع اصلي تنيدگي (استرس)**

برخي از تعاريفي كه در مورد استرس و سبك‌هاي مقابله با آن مطرح شده‌اند مبتني بر منابع ايجادكنندة استرس هستند. فولكمن و موسكووتيز (2004 ) فرايند مقابله را تفكرات و رفتارهايي كه براي مديريت تقاضاي دروني و بيروني در موقعيت‌هاي پرتنش به كار مي‌روند، تعريف نموده‌اند. در اين تعريف منابع تنش‌زا، وقايع و موقعيت­هاي بيروني تلقي شده‌اند. در حالي كه روانشناسان پيرو اصالت وجود (براي مثال يالوم،1981) منابع ايجادكنندة استرس و اضطراب را به درون انسان نسبت مي دهند. در هر صورت، استرس جزئي از زندگي بشر و اجتناب‌ناپذير است. در این راستا پستونجي (1992) نیز معتقد است سرچشمة استرس در زندگي شامل سه قسمت مشاغل و سازمان‌ها، مسائل اجتماعي و خانواده است. به نظر برخي صاحب‎نظران از يك ديدگاه مي‌توان علل استرس را به دو بخش عمدة درون سازماني و برون سازماني تقسيم كرد. تنش‌زا‌هاي برون سازماني شامل تغييرات اجتماعي، فناوري، خانواده، جابجايي، شرايط اقتصادي، نژاد و طبقة اجتماعي و شرايط محيط زندگي از تنش زا هاي برون‌سازماني محسوب مي شود. معرفي منابع و عوامل تنش زا بستگي به اين دارد كه صاحبنظران انسان را از چه ديدگاهي مورد بررسي قرار دهند. پيروان رفتار سازماني، فرد را درون سازماني و به عبارتي " سازماني " مي‌دانند و به همين لحاظ منابع استرس را به درون و برون سازماني تقسيم مي‌كنند. برخي نيز انسان را درون جامعه مي‌بينند و تقسيمات خود را از منابع استرس بيشتر به صورت جامعه شناختي ارائه مي‌دهند. استرس‌هاي ناشي از شرايط خانوادگي خانواده، پايه و اساس

جامعه است. درصورتيكه امور خانواده منظم و متناسب با موقعيت‌هاي مختلف اعضاي آن باشد، مي‌توان گفت بسياري از مسائل رخ نخواهد داد. وضعيت سلامت روحي والدين بر خانواده تأثير دارد. وضعيت سلامت جسمي کودکان نيز بر خانواده تأثير دارد. ايجاد روابط صميمي در محيط خانه در آسايش روحي اعضاي خانواده تأثير فراواني دارد. اگر اين روابط در محيط خانه ارضا نشود، سبب بروز استرس خواهد شد كه بسياري از بحران‌ها و مشكلات خانوادگي نيز از همين مسئله نشأت مي گيرد و موجب تشديد استرس مي شو(بریت نر،2103)[[55]](#footnote-56)

* + 1. **نظریه استرس لازاروس**

نظريه‌پردازان و پژوهشگران مختلف نيز هر كدام استرس را از زاويه متفاوتي تحليل كرده‎اند. يکي از بهترين تئوري ها در زمينه استرس و نيز تحمل آن، مربوط به تئوري رابطه شناختي [[56]](#footnote-57)است که لازاروس و فولکمن اولين بار در سال ۱۹۸۴ مطرح کردند. در اين تئوري، استرس به عنوان يک رابطه ويژه بين شخص و محيط زيست او تعريف شده است به طوري که شخص، استرس را به عنوان يک وظيفه يا انتظاري بيش از اندازه، ارزيابي مي‌کند به طوريکه اين انتظار را تهديد يا خطري براي منابع و منافع خود يا رفاه زندگي اش ارزيابي مي کند. به عبارتی رابطه بين واکنش‌هايي که بدن ما نسبت به يک موقعيت نشان مي‌دهد از يک سو و شناخت‌هاي ما از سوي ديگر غيرقابل انکار است.

نظريه استرس لازاروس (1996)، همچنين توسط کوهن (1977) و فولکمن(1984)، بر فرآيندهاي شناختي متمرکز شد که در يک موقعيت استرس‌زا ظاهر مي‌شوند. اين نظريه بيان مي‎کند مقابله‌اي که در شرايط استرس‌زا انجام مي‌دهيم در واقع فرايندي است که به زمينه و ساير متغيرها بستگي دارد. از آنجا که اين نظريه بخشي از به اصطلاح مدل‌هاي معاملات استرس است؛ نحوه تعامل فرد با يک محيط و يک موقعيت خاص را با توجه به تأثير ارزيابي و شناخت آن‌ها در نظر مي‌گيرد. به گفته لازاروس، يک وضعيت استرس‌زا به دليل معاملات بين شخص و محيط است که به تأثير عامل فشارآور محيط بستگي دارد. به نوبه خود، اين تأثير توسط دو متغير واسطه‌گری مي‌شود که عبارت است از اولا توسط ارزيابي‌هايي که فرد از عوامل استرس زا انجام مي‌دهد و در مرحله دوم، توسط منابع شخصي، اجتماعي يا فرهنگي که شخص در هنگام رويارويي با چنين امری در دسترس دارد. در اين تئوري، استرس‌ها ماهيت پيوسته و مستمر دارند و با فرد و محيط در ارتباط مداوم هستند. هر چند در سال‌هاي ۱۹۹۱ تا ۱۹۹۳، لازاروس و فولکمن، يک مفهوم فرانظري[[57]](#footnote-58) را در اين ارتباط بيان کردند که تمرکز آن بر روي سيستم فرد و محيط و هيجان‌هاي قوي رد و بدل شده بين آنها بود. در اين تئوري جديد، فرآيندهاي پيچيده هيجاني که از ترکيب هيجان‌هاي اساسي مانند (ترس، خشم، انتظار، عدم انتظار، اعتماد، بي‌اعتمادي، شادي، غم) شکل مي‌گيرد، موجب شکل‌گيري مقدمات علي و منطقي (کاذب يا اصيل) در فرد مي‌شود، به طوريکه کنش‌ها و واکنش‎هاي رفتاري او را تحت شرايط

استرس، رقم مي‌زند. حتي گزينه‌هاي مقابله‌اي که شخص به کار مي‌گيرد (اعم از تجارب گذشته يا فعلي) در اين زمينه دخالت دارد و مي‌تواند موجب تشديد رابطه استرس‌زاي بيشتر بين او و محيط در آينده شود. حتي فيدبک‌هاي آني و لحظه‌اي که فرد دريافت مي‌کند، مي‌تواند استرس‌هاي جديد را شکل دهد يا کنترل کند و البته در اين تئوري به نتايج بلند مدت اين رابطه (فرد با محيط) بر روي سلامت رواني، جسمي و عملکرد اجتماعي نيز توجه شده است(لازاروس،1984)[[58]](#footnote-59)

مفروضات لازاروس در مورد استرس (تنیدگی) بر سه چيز استوار است:

**۱ - داد و ستد ۲- فرآيند ۳- بافت يا زمينه**

اين تئوري فرض مي‌کند که نخست هيجان‌ها به عنوان يک رابطه ويژه بين فرد و محيط شکل مي‌گيرد، که هر دو بر يکديگر تأثير مي‌گذارند. دوم اينکه هيجان‌ها و شناخت‌هاي به دست آمده در معرض تغييرات پيوسته است و ثابت يا مرحله اي نيست و سوم اينکه داد و ستد و انتقالي که در اين فرآيند بر بستر و بافت ارتباطي آن‌ها شکل مي‌گيرد، اهميت ويژه‌اي دارد. اين مفروضات بر اصل ارزيابي استوار است. مثلا در نوع ارزيابي شناختي، تلاش بر آن است که هيجان‌ها و استرس‌ها، تنظيم شود. که بر دو نوع است:

* **انواع ارزيابي**

بنابراين، طبق نظريه استرس ريچارد اس. لازاروس، هنگام مراجعه به عوامل شناختي، سه نوع ارزيابي وجود دارد:

* 1. **ارزيابي اوليه**

ارزيابي نخستين، انسان‌ها هنگام ارزيابي نخستين مي‌خواهند بدانند که آيا در اين موقعيت خاص چيز مهمي در خطر است، مثلا سلامتي، عزت نفس و هدف. موقعيت در ارزيابي اوليه، گاهي بي‌ربط، گاهي مثبت و گاهي به عنوان يک موقعيت استرس‌زا درک مي‌شود که مي‌تواند به دليل تهديد منافع يا خطر از دست دادن بيان شود. اين موقعيت‌هاي تهديدزا، معمولا بر روي آينده متمرکز است، اينکه آيا ممکن است من به دليل اين تهديد يا خطر، چيزي را که برايم مهم است، از دست بدهم؟ يا شخص فکر کند که در آينده ممکن است، صدمه ببيند يا ضرر کند؟ به ويژه زماني که احساس کند که عزت نفس او در معرض آسيب مي باشد. در اين شرايط ممکن است که رفتارها و توانايي‌هاي کنارآمدن او و استفاده از راهکارهاي مقابله‌اي براي او، محدودتر شود تا بتواند خروجي مثبت سريعي به صورت واکنشي داشته باشد. در صورتي که اگر او به اين استرس به عنوان يک نوع رابطه بين خود و موقعيت تهديدزا نگاه مي‌کرد، موجب مي‌شد که به فکر ترميم رابطه بيفتد و نه قطع رابطه و اجتناب از آن. يعني بتواند تهديد را شناسايي کند، ابعاد آن را کشف کند و راهکارهاي مقابله‌اي براي حل و فصل آن به کار گيرد. به اين شکل مي‌تواند، به جاي تمرکز بر نتيجه مثبت، به احيا توانايي‌هاي خود و افزايش خودکارآمدي خود فکر کند، آن‌ها را تقويت کرده و به يک تعادل با قدرت ضربه‌زننده محيط برسد. در تجربه‌هاي آسيب‌زا و از دست دادن، برخي از آن‌ها، همين حالا رخ داده است مانند حادثه، مرگ، تروماها، ارزش و هويت فردي، اشياء مهم يا افراد ارزشمند (به عنوان عشق هاي موضوع)، در چنين شرايطي است که شخص به جاي مديريت وضعيت، احساس درماندگي و

تسليم مي‌کند. چيزي که در نظريه شناختي رفتاري پرفسور بک (1988) به عنوان محتواي شناختي اضطراب بيان مي شود که در زمينه و بافت (از دست دادن کسي و يا چيزي) منجر به افسردگي مي‌شود (اضطراب موجب درماندگي و افسردگي). ارزيابي اوليه، مي‌تواند به عنوان آيينه‌اي براي ارزيابي ثانويه عمل نمايد. براي مثال، اگر شخصي که تجربه از دست دادن را در لحظه حال، تجربه مي‌کند، يکي از منابع فردي او براي کنارآمدن با استرس و فشار رواني، حمايت اجتماعي باشد، مي‌تواند از اين منبع براي بازآرايي عزت نفس و اعتماد به نفس و در نهايت براي افزايش خودکارآمدي استفاده نمايد به طوري که با شرايط محيطي که با آن مواجه شده کنار بيايد. يکي از اين منابع اجتماعي، پيوستن به گروه‌هاي مورد علاقه و ارتباط با آن‌هاست. در واقع ارزيابي ثانويه، بعد از مقداري تأمل روي مي‌دهد و بر ارزيابي از نحوۀ کنار آمدن با منفعت، ضرر يا تهديد بالقوه يا ازدست دادن، استوار است(لازاروس،1984)[[59]](#footnote-60)ارزيابي نخستين شامل سنجش اوليه در مورد آسيب يا نفع يک موقعيت مي‌شود. ارزيابي ثانوي در بردارنده سنجش منابع مقابله و کنار امدن در رابطه با آن موقعيت است. اما اگر اطلاعات جديدي فراهم آیند، امکان دارد هر موقعيتي مورد ارزيابي مجدد قرار بگيرد، مثلا سنجش آغازين ما از سگ وحشي بدين صورت بود که فرصتي براي يک تجربه جالب به وجود آمده است. ارزيابي مجدد ما آن بود که خطر آسيب ديدن وجود داشته و منابع من براي عقب راندن سگ وحشي نا کافي هستند. بر طبق اين نظريه، واکنش‌هاي هيجاني نتيجه چنين ارزيابي‌هايي به شمار مي‎آیند

* 1. **ارزيابي ثانويه**

اين موضوع منابعي را که فرد براي مواجهه يا عدم مواجهه با آن در دسترس است متمرکز مي کند. جهت‌گيري آن به دنبال استراتژي است. براي حل اوضاع. نتايج ارزيابي ثانويه ارزيابي اوليه را اصلاح مي کند و زمينه را براي توسعه استراتژي هاي مقابله فراهم مي‌کند. استفاده از يک استراتژي يا راهبرد ديگر به ارزيابي شخص از وضعيت بستگي دارد، اينکه آيا مي توان آن را تغيير داد يا نه (همانطور که بعدا خواهيم ديد). يعني اينکه آيا با وضعيتي قابل کنترل يا غيرقابل کنترل روبرو هستيم.

استراتژي‌هاي ارائه شده توسط نظريه استرس ريچارد اس. لازاروس دو نوع است:

* 1. استراتژي‌هاي مسئله محور

اين مربوط به آن رفتارها يا اقدامات شناختي است که با هدف مديريت يا کنترل منبع استرس انجام مي شود. آنها سعي مي کنند روابط محيط و شخص را تغيير دهند، درمورد محيط يا موضوع کار مي کنند.

اين استراتژي‌ها زماني موثر هستند که بتوان شرايط را تغيير داد.

* 1. **استراتژي‌هاي احساس‌گرا**

آن‌ها استراتژي‌هايي هستند که با هدف تنظيم عاطفي فرد ، يعني تغيير نحوه درک و تجربه موقعيت، انجام مي‌شوند. آن‌ها بر تنظيم واکنش‌هاي عاطفي منفي به روشي موثرتر و کاربردي تمرکز دارند، ناشي از يک وضعيت استرس زا. به عبارت

ديگر، اين مربوط به تغيير شيوه تفسير آنچه اتفاق مي‌افتد است.

استراتژي‌هاي احساسات‌گرا، برخلاف استراتژی‌هاي قبلي، در مواقعي موثر هستند که وضعيت تغيير نکند.

* 1. **ارزيابي سوم يا ارزيابي مجدد**

اين بازخورد حاصل از دو ارزيابي قبلي و اصلاحاتي است که مي‌توان براي بهبود آ‌ن‌ها انجام داد(لازاروس،1984)[[60]](#footnote-61)

* + 1. **تنيدگی (استرس) والدگري**

در قرن حاضر موضوع تنيدگي يکي از مهمترين زمینه‌های پژوهشي در علوم مختلف بوده است. اين موضوع توجه دانشمندان رشته‌هاي مختلف اعم از پزشکان، روانشناسان، فيزيولوژيست‌ها، زيست‌شناسان و جامعه‌شناسـان را به خود جلب کرده و هرکدام جنبه‌هايي از مسائل مربوط به تنيدگي را مورد بررسي قـرار داده اند. انسان‌ها در سراسر تاريخ تنيدگي را تجربه کرده‌اند، امـا در طي اين قرن مشکلات ناشي از آن، به خصوص در کشورهاي صنعتي و پيشرفته افزايش يافته است، به طوري که تنيدگي بيماري جديد تمدن نام گرفته است(ابی دین،1990)[[61]](#footnote-62)

بسیاری از منابع استرس را عوامل بیرونی تشکیل می‌دهند که از جمله این موارد می‌توان به استرس والدگری اشاره کرد. استرس والدگری به عنوان پاسخ روانی منفی که مادران نسبت به خود و یا کودکانشان گزارش می‌کنند، تعریف شده و

به وسیله مجموعه‌ای از ارزیابی‎هایی که آن‌ها در نقششان از والد با فرزند خود تجربه می‌کنند، ایجاد می‌شود. استرس والدگری ناشی از ارزیابی شناختی منفی والدین از توانمندی‌های خود به عنوان والد است. در صورتی که والدین، موقعیت و شرایط والدگری را منفی ارزیابی کنند، دچار تنیدگی می‌شوند(لازارئروس،1984)[[62]](#footnote-63)

لازاروس و فالکمن (1984) استرس والدين را ناشي از ارزيابي شناختي منفي والدين از توانمندي‌هاي خود به عنوان والد مي‌داند، به نظر او در صورتي که والدين موقعيت و شرايط والدگري را منفي ارزيابي کند، دچار استرس مي‌شوند. مراقبت از کودکان حتي در بهترين شرايط، فعاليتي چالش‌برانگيز است و گاهي در کنار مراقبت از کودکان شرايطي به والدين تحميل مي‌شود که بر چالش­هاي آنان مي‎افزايد مانند جدايي با مرگ همسر، در چنين شرايطي و باقي در شرايط عادي، اگر فرزند خانواده دچار معلوليتي هم باشد مشکلات والد يا والدين و به تبع آن فشار فرزند پروري هم زياد مي شود. تحقيقات نشان مي دهد که استرس والدين با چندين پيامد منفي مثل نارضايتي والدين، وجود نشانه هاي بيماري ، کيفيت پايين زناشويي، عملکرد ضعيف کودک، مشکلات رفتاري کودک و افسردگی در ارتباط است تولد فرزند یک تغییر بزرگی در زندگی والدین است که به دنبال خود، استرس خاصی به عنوان استرس والدگری به همراه دارد. ثابت شده است که نوع استرس نقش والدگری از سایر استرس های زندگی مثل استرس ناشی از کار، حوادث و تجارب ناگوار کاملا متفاوت بوده و این استرس ویژه و خاص

این نقش والدگری است. همچنین این استرس نسبت به دیگر حیطه های استرس زای زندگی بیشترین تاثیر را بر رفتار والدین و رشد کودکان می گذارد و پیش بین قوی از مشکلات رفتاری و عاطفی کودکان است. به عنوان مثال محققان، یک گروه از خانواده های بی خانمانی را که در معرض خطر مشکالت جسمانی و روانی بودند مورد مطالعه قرار دادند. بدلیل منابع استرس زائی که این گروه در زندگی روزانه با آن مواجه بودند، در میان آن‌ها خانواده‌هایی وجود داشت که دارای سطح بالایی از استرس والدگری بودند که به تبع آن، کودکانی با بالاترین سطح مشکل در رشد اجتماعی و شناختی داشتند(فرگان،1921)[[63]](#footnote-64)

آبیدین[[64]](#footnote-65) (1992) استرس والدگری را حاصل اثر تعامل کنش وری و خصوصیات اصلی و آشکار والدین (مانند افسردگی، احساس صلاحیت، سلامت، روابط توام با دلبستگی با کودک، روابط با همسر، محدودیت ناشی از نقش پذیری و پذیرندگی، فزون طلبی، خلق، فزون کنشی و تقویت گری) می‌داند. او همچنین، معتقد است که ویژگی‌های والد و کودک، همراه با متغیرهای موقعیتی بیرونی و عوامل تنیدگی‌زای زندگی (مانند طلاق، مشکلات شغلی) دلیل افزایش احتمالی کنش وری نارسا و استرس والدگری است. استرس والدگری ممکن است به کاهش سلامت روانی و بهزیستی والدین منجر شود. انواع درگيــري‌هــاي والــدگري نظيــر مديريت هيجان‌هاي کودک و مشکلات روزمره مانند تغذيه و خواب يا گريه بيش ازحـد و عفونـت هـا و بيمـاري هـاي کـودک، منجر به تجربه تنيدگي والديني مي‌شود. دو بُعد مهـم والـدگري، يعنـي

مراقبـت و نظـام تربيتـي، افـزون بـر ايجـاد حـس صـلاحیت، مـي‌توانـد همـراه بـا دشواري‎هاي ناشي از اين مسئوليت بـه احسـاس فشـار و تنيدگي در والدين منجر شوند کـه ايـن تنيـدگي‎هـا نيـز به نوبه خود، کاهش توانايي والدين در شناسايي و درک صــحيح پيــام‎هــاي کــودک و در نتيجــه نــاتواني در پاســخگويي اثــر بخش بــه نيازهــاي وي را در پــي دارد(باریمانی،2013)[[65]](#footnote-66)

تنيدگي والديني، نه تنهـا آثـار منفـي بـر سـلامت مـادر، بلکه تأثيرات مخربي بر کودک مـي‌گـذارد و موجــب رفتارهــاي پرخاشــگرانه، نافرماني، اختلال سـلوک و رفتارهـاي ضـداجتماعي در کودکـان مي شود. اسـترس والــدين موجـب افــزايش رفتارهــاي نامناســب کــودک شــده و رفتــار نامناســب کودک متقابلا به بالارفتن استرس والدين منجر مي شود و يک چرخه معيوب ايجـاد مـي گـردد؛ کـه پيوسـته به تعامل والد- کودک آسيب مي‌رسـاند(دادستان،2006)[[66]](#footnote-67)

سـطوح بـالاي اسـترس والدين باعث مـي‌شـود کـه آ‌ن‌هـا گـرايش بيشـتري بـه اســتفاده از شــيوه‌هــاي انعطــاف ناپــذير، تهديــدآميز و پرخاشگرانه والدگري داشته باشند و کمتر از برنامه‌هاي درمـاني و خـدمات ارائـه شـده بـراي کودکان‌شـان بهـره ببرند؛ و از اين‌رو در تصميم‌گيري دربـاره مناسـب‌تـرين راهبردهاي درماني براي کودک شکست بخورنـد. ايـن امر تأثيرات منفي بر رشد کـودک

گذاشـته و رفتارهـاي مخــرب بيشــتري را منجــر مــي‌شــود{رزيتا, 7}.

ســازمان بهداشــت جهــاني شــيوع مشکلات روانــي در بــين کودکــان 9 تــا ســاله در کشورهاي توسعه يافته را تا 7 درصد گزارش مي‌کندو در مجموع با توجه بـه آمـار و ارقـام ارائـه شـده در زمينـه افـزايش کودکـان مبتلا به اتيسم و ايـن حقيقـت کـه مشـکلات رفتاري تمام جنبه‌هـاي زنـدگي فـردي و اجتمـاعي ايـن کودکـان را تحـت تـأثير قـرار مـي­دهـد، عـدم توجـه و رسيدگي به اين مسئله مي‌تواند به شـيوع بيشـتر و مـزمن شدن اختلالات آنها منجر شود. بنابراین استرس والدگری می‌تواند، به طور خاص آنچنان تأثیرگذار باشد که به عنوان علل و عواقب طیفی از رفتارهای والدینی و کودکان تلقی شود. اما با این وجود استرس نقش والدینی نمی‌تواند کاملا جدا از استرس‌های دیگر، نقش‌ها و تجربه‌ها باشد؛ قطعا بین استرس‌هایی که ما در نقش‌های گوناگون تجربه می‌کنیم؛ همپوشی‌هایی وجود دارد. خصیصه بارز در هر نظریه تنیدگی والدگری بر عقیده هماهنگی و تعادل بین درک والدین از تقاضاها و مسئولیت‌های این نقش و دسترسی به منابع موجود برای تامین این نیازها و تقاضاها است. در واقع این عدم تعادل و ناهماهنگی بین تقاضاها، نیازها و منابع موجود، مرکزیت اکثر نظریه‌های استرس و مقابله‌گری است. استرس والدگری زمانی ایجاد می‌شود که این تقاضاها و مسئولیت‌های برخاسته از نقش والدگری توسط منابع موجود، نتوانند ارضا شوند(ریسی پلی،2013)[[67]](#footnote-68)

با توجه به نقش تنيدگي در زندگي روزمـره و اثـرات آن، رديـابي مشـکلات و مداخلـه زودرس مـي‌توانـد فراواني و شدت اختلال‌هاي رفتاري و عاطفي کودکان را در جامعه کنوني کاهش دهد و روشي که بتوان بر اساس آن چگونگي روابط والد-کودک را در شرايط تنيدگي مفـرط مشـخص کـرد، بايـد بـه عنـوان بخـش مهمـي از برنامـه‌هـاي پيشـگيري در نظـر گرفتـه شـود. بنابراين، تشخيص مشکلات تنيدگي والدين (والدگري) از اهميت بيشتري برخوردار است و ابزاري که امکان بازشناسي زودرس چنين موقعيت‌هاي مخاطره آميزي را ممکن سازد، مداخله‌هاي کارآمدتر و مؤثرتري را در پي خواهد داشت.

* + 1. **عوامل موثر در تنیدگی (استرس) والدگری**
       1. ***عوامل درون خانوادگی***

عواملی مانند سن کودک (سن پایین تر، تنیدگی بیشتر)، سن تحولی کودک، جنس کودک (پسران تنیدگی زا تر از دختران)، تعداد فرزندان، ترتیب تولد، پیش‌رس بودن کودک، وضعیت سلامت کودک، سخت مزاجی کودک و مشکلات رفتاری کودک، از عوامل موثر در بروز تنیدگی والدینی است. ویژگی های والدین نیز می تواند در بروز تنیدگی موثر باشد. کم سن بودن والدین (سن پایین، تنیدگی بیشتر)، جنس والدین (زنان تنیده تر از مردان)، سطح تحصیلات والدین (تحصیلات پایین تر، تنیدگی بیشتر)، وضعیت تاهل (مادران مجرد، تنیده تر)، اشتغال مادر (مادران شاغل، تنیده تر)، سلامت روانی و جسمانی والدین (عدم سلامت، منبع تنیدگی)، خود اثربخشی پایین، سطح پایین حرمت خود و سایر

مشکلات روانشناختی، سبک فرزندپروری و اطلاعات محدود از تولد کودک، از عوامل تنیدگی را شمرده می (فرزاد فر،2008)[[68]](#footnote-69)عوامل برون خانوادگی

وقایع تنیدگی زای زندگی (مانند مشکلات خانوادگی، مرگ یکی از خویشاوندان و بیکار شدن)، عوامل اجتماعی- فرهنگی مانند پایین بودن پایگاه اجتماعی اقتصادی و تعلق به گروه های اقلیت، عوامل اقتصادی مانند بی‌خانمانی و سکونت در محله های فقیرنشین با سطوح بالاتر تنیدگی همراه است.

* + 1. جنبه‌های استرس والدگری
       1. *جنبه زیست شناختی*

سلیه در نخستین اثری که تحت عنوان "استرس" منتشر کرد، اصطلاح تنیدگی یا استرس را برای توصیف شرایط پاسخ ارگانیزم در برابر عوامل استرس زا به کار برد. از این دیدگاه استرس حالتی است که با همه تغییرات نامعین که بر یک نظام زیست شناختی اثر می کند، مطابقت دارد. استرس، کنش وری فرد در قلمرو اجتماعی، روان شناختی، جسمانی و خانوادگی را مختل می‌کند. بر اساس ایجاد تغییرات روانشناختی، مانند افزایش تحریک پذیری، اضطراب، تنش، حالت عصبی و ناتوانی در مهار خود، روابط اجتماعی و خانوادگی را مختل می‌کند؛ در ایفای نقش حرفه‌ای یا پدر و مادری ضعف و سستی به وجود می آورد؛ با تضعیف نظام مصون کننده بدن و فرد را مستعد ابتلا به بیماری ها می سازد وکارآمدی وی را قبل و بعد از بروز بیماری کاهش می‌

دهد. استرس می‌تواند تغییرات رفتاری نامطلوبی مانند اعتیاد به مواد، مشروبات الکلی و یا داروها را ایجاد کند و احتمال طلاق و خودکشی را افزایش دهد. از طرف دیگر استرس درازمدت، ابتلا به بیماری‌های مزمن مانند بالا رفتن فشار خون، بیماری‌های قلبی، بیماری قند یا حمله‌های نفس تنگی وغیره را در پی دارد؛ بیماری‌هایی که به صورت زودرس، سلامت فرد را مختل می‌کنند و در موارد شدید به مرگ نابهنگام منتهی می‌شود. متخصصان بالینی بر این باورند که عوامل روانشناختی مانند تعارض‌های درونی و واکنش‌ها نسبت به استرس می‌توانند به درجات متفاوت در بروز تقریبا تمام بیماری‌ها، مشارکت داشته باشند، آنچه را پژوهشگران در گذشته به صورت رابطه‌ای مبهم بین استرس و بیماری جسمانی طرح می‎نمودند، امروزه دقیق‌تر، به منزله یک مجموعه پیچیده تعاملی در نظر گرفته می‌شود که واکنش‌های خود خواسته روان‌شناختی نسبت به استرس، نارساکنش‌وری نظام عصبی خودمختار، فعال‌سازی انتقال دهندگان عصبی و وقفه نظام مصون‌کننده را در بر می‌گیرد(یهودا،1999)[[69]](#footnote-70)

* + - 1. *جنبه جامعه شناختی*

رابطه پدر-مادر و فرزند، شاید مهم‌ترین و پایدارترین ارتباط برای اکثر بزرگسالان باشد و به همین ترتیب، فرزندپروری بار عاطفی زیادی دارد. پرورش کودکان شامل بسیاری از چالش‌ها و شادی‌ها در طول سال‌هاست. هنگامی که فرزندپروری بار زیادی برای والدین داشته باشد، والدین ممکن است در این نقش اجتماعی سختی زیادی را تحمل کنند و

ممکن است تجربه‌های محققان معمولا باعث استرس والدین شود. توصیف و توضیح الگوهای اجتماعی قرار گرفتن در معرض عوامل استرس‌زا (یا سویه‌ها) و پیامدهای آن برای سلامت روانی والدین، اهداف اصلی در مطالعات جامعه شناختی استرس والدینی است. جامعه‌شناسان به این ترتیب درجه‌بندی در سطوح و انواع تنیدگی‏های والدینی را بررسی می‌کنند؛ همچنین والدین می‌توانند به منابع قابل پیش‌بینی برای مدیریت آن دسته از تنیدگی‎ها و نهایتا سلامت روان والدین، که هر کدام تحت تاثیر موقعیت اجتماعی یا گروه های اجتماعی قرار می گیرند بپردازند؛ گروه‌های اجتماعی مورد بررسی در حیطه تنیدگی والدین اعم از طبقه اجتماعی، قومیت نژادی، جنسیت و گرایش جنسی هستند. یافته‌های مطالعات جامعه‌شناختی سیاست گذاران را در مورد واقعیت کنونی نیازهای والدین که به گروه‌های مختلف اجتماعی وابسته هستند، اطلاع می دهند و سیاست‌های اجتماعی می ‌توانند زمینه های فرزندپروری را به روش‌های مهم شکل دهند(بیشاب،2004)[[70]](#footnote-71)

* + 1. **تنيدگي‌هاي روانشناختي مادران داراي فرزند اتيسم**

هنگامي که والدين بعد از ماه‌ها و گاه با تحمل نگراني و دشواري‌هاي فراوان در انتظار فرزند جديدشان هستند، مهم‌ترين دغدغه آنان سلامت روان شناختي و جسماني نوزادشان است. از اين رو، تولد نوزادي با نيازهاي ويژه چون اتيسم، آثار نامطلوبي بر خانواده به جا مي­گذارد. به طوري که

نظم و سازگاري خانواده با چالش‏های عمده‎ای مواجه می‎گردد(خدایی و کلابخشی،2018)[[71]](#footnote-72)

پر واضح است که اين اختلال پيچيده، مشکلات درخور توجهي را براي خانواده و مراقبت کنندگان کودک بوجود مي‌آورد. به طور کلي وجود کودک داراي ناتواني و معلولیت به دليل حالت شوکي که به والدين وارد مي‌کند و در پي آن والدين براي از بين بردن چنين حالتي علی‌رغم تلاش‎های بسیار، نتیجه‏ای عایدشان نمی‏شود و فشارهاي زيادي بر آن‌ها وارد مي‌شود که در اغلب اوقات منجر به جدايي، نااميدي، افزايش تنش و سطوح پایین‌تري از بهزیستی شخصي و روابط سالم زناشويي مي‌شود(ویدن،2012)[[72]](#footnote-73)

اگر چه در بسياري از مواقع اجتماع، مردم، بستگان و نزديکان مي‌توانند منابع حمايتي خوبي براي کودک و خانواده او باشند، اما بسياري از خانواده‌ها از اينکه جامعه و حتي نزديکان آنها رويکرد شناختي منفي نسبت به کودک دارند، رنج مي­برند. اينکه به کودک برچسب زده شود و يا مسائل مربوط به او را درک نکنند از موارديست که موجب نگراني و ناراحتي خانواده مي شود(مارتل،2017)[[73]](#footnote-74)

به طور معمول، مادران داراي فرزند اتيسم سطح بالایی از تنيدگي فرزند پروري را تجربه مي‌کنند. همچنين، مشکلات دريافت خدمات درماني و پرستاري مناسب هم از ديگر چالش‌هاي آن‌هاست(هارتلی [[74]](#footnote-75) ،20159 تمرکز بر

عوامل تنيدگي‌زاي والدين، عملکرد در کودکان، حمايت‌هاي پزشکي و حمايت‌هاي اطرافيان از نيازهاي والدين به شمار مي‌رود و شناسايي و درک نيازهاي بنيادين والدين منجر به اقدامات مفيد در جهت کاهش تنيدگي و بهبود آسايش رواني در والدين به ويژه مادر مي‌شود. طبق نتايج بدست آمده از پژوهش‌هاي انجام شده، هر چه ميزان تنيدگي والدين بالاتر و کيفيت زندگي آنها پايين‌تر باشد، ميزان پذيرش کودک با نيازهاي ويژه توسط والدين کمتر خواهد بود(انان،2008)[[75]](#footnote-76)

از اين رو مجموعه‎اي از هيجان‎‌ها و افکار ناخوشايند، نظير احساس گناه و مقصر بودن، ترس از آينده و عدم پذيرش توسط مادران تجربه مي‌شود. هم چنين آنها استرس قابل توجهی را براي دنبال کردن مداخله هاي به هنگام، متحمل مي‌شوند. به عبارت دیگر اذعان شده است استرس در والدين کودکان اتيسم شامل چهار جزء عوامل استرس زا، حمايت ، منابع و نتايج است. حمايت و منابع مالي به عنوان تعديل کننده رابطه بين عوامل استرس زا و نتايج والدين عمل مي‌کنند. عوامل استرس زا به صورت ويژگي‌هاي عيني و ذهني کودک) مانند سطح شناختي يا رشد و نمو، فراواني و شدت رفتار ناسازگارانه ( و ديگر عوامل استرس زاي زندگي) مانند اشتغال، فشار مالي تعريف شده است. منابع شامل نظام خانواده مانند کارکرد خانواده و رضايت زناشويي معرفي شده است که حمايت‌هاي دریافتی از سمت دوستان،

خانواده و سازمان‎هاي اجتماعي در این باب بسیار تأثيرگذار هستند(گرای،2002)[[76]](#footnote-77)

در ادامه به برخي از تنيدگي‌هاي روانشناختي مادران داراي فرزند اتيسم اشاره شده است:

* **انکار و نااميدي:** انکار عبارت از نفي واقعيت، رفتار، کردار و عوامل اضطراب‌زا، عدم پذيرش واقعيت و رد رويدادها و نااميدي به اين معناي که دلمردگي ناشي از افسردگي مي تواند خود را در قالب از دست رفتن اميد به آينده نشان دهد. در اين شرايط فرد احساس مي‌کند که آينده نامطبوعي خواهد داشت.
* **احساس وحشت:** وحشت، ترس ناگهاني است که ظرف چند دقيقه بر فرد چيره مي شود و او مي پندارد که ممکن است در همان لحظه اتفاق بسيار نا گواري مانند خفگي يا سکته يا غش يا از دست دادن عقل يا مرگ بر او نازل شود.
* **احساس حقارت**: افرادي که حس حقارت دارند نظر نامناسبي درباره خود داشته و احساس مي کنند قادر نيستند با ضروريات زندگي کنار بيايند.
* **احساس افسردگي و تنهايي:** هر فردي که به لحاظ باليني افسرده است مجموعه علایمی را تجربه مي­کند: احساس بي ارزشي، از دست دادن انگيزه و احساس مثبت نسبت به خود، نااميدي به آينده، وابستگي و نيز عدم تمرکز در انجام کارها، داشت تفکرات منفي و تنهايي يک وضعيت دردناک تجربه شده است و هنگامي که ميان انتظارات فرد از روابط بين فردي موجود و روابط بين فردي مطلوب فاصله وجود داشته باشد افراد احساس تنهايي مي‌کنند.
* **احساس قرباني بودن:** هر انساني جايگاه رواني دروني دارد که بر مبناي آن، اهداف و آرزوهايي براي خود انتخاب کرده و به دست آن حرکت مي­کند از اين رو احساس شکست در انسان نه تنها از دست دادن جايگاه اجتماعي، بلکه نرسيدن به اهداف و تمايالت شخصي را نيز شامل مي‌شود.
* **خشم و حسادت:** خشم حالتي است عاطفي که از نظر شدت از تحريک ملایم تا عصبانيت شديد تغيير مي­کند و با تغييرات زيست شناختي همراه است و حسادت يک عکس العمل هيجاني ست که تقريباً از 4 سالگي شروع و با رشد کودک، ممکن است تا بزرگسالي ادامه يابد و با توجه به الگوهاي مختلف فرهنگي، به شکل­هاي مختلف جلوه گر مي شود.
* **نداشتن زمان کافي براي انجام کارهاي شخصي و تفريح**: نداشتن زمان کافي براي رسيدگي به کارهاي شخصي از قبيل ورزش، مطالعه، رسيدگي به کارهاي منزل و درگيري تمام وقت در رابطه با فرزند از شکاياتي است که مادران داراي فرزند اتيسم بيان مي کنند. که نداشتن حامي براي کمک‌هايي هر چند کوچک در زمينه نگهداري از فرزندشان را علت آن مي دانستند.
* **پذيرش اختلال:** حضور کودکي با اختلال اتيسم در يک خانواده، مشکلات فراواني پديد مي آورد و بر اعضاي خانواده تأثير مي‌گذارد که مهمترين آنها تجربه هايي استرس زاست. اگر پذيرش تا حدودي از طرف خانواده صورت گيرد، توانايي تصميم گيري در رابطه با اقدامات لازم در جهت بهبود و پيشرفت شرايط کودک افزايش مي‌يابد.
* **ترس از آينده و مشکلات اقتصادي:** اين استرس شامل تنهايي فرزند بعد از نبود پدر، مادر يا هردو، عدم رسيدن به

استقلال حتي در بزرگسال و وابسته بودن به خانواده به ويژه مادر، و عدم کفايت در زندگي است. مشکلات و معضلات اقتصادي يکي از بزرگتري دغدغه خانواده هاي داراي فرزند اتيسم است که حتي در خانواده هايي که از نظر وضعيت مالي، در سطحي خوب به سر مي برند به چشم مي‌آمد. هزينه هاي درماني و آموزشي در کودکاني با اين اختلال بسيار بالا بوده و شرايط خانواده ها را تحت تأثير قرار داده است.

* **نگاه و برخورد جامعه:** يکي از نگراني‌ها مسائل استرس زا براي خانواده هاي داراي فرزند اتيسم نگاه و برخورد مردم در جامعه و حتي دراطرافيان آن‌ها و حتي خانواده درجه يک آن‌ها است که اين مساله تأثير معکوسي بر پيشرفت يک فرزند اتيسم خواهد داشت. اين اختلال به شکلي است که حضور در اجتماع و داشتن ارتباط متنوع و مختلف مي‌تواند تأثير چشم گيري بر رشد و پيشرفت فرد مبتلا داشته باشد.
* **مسائل بلوغ و رفتن به مدرسه**: شروع سن بلوغ و ظهور تمايلات جنسي در فرزند مي تواند چالش برانگيز باشد. دانستن اين که چه چيز را و چگونه بايد آموزش داد و بايد چه انتظاري داشته باشند مي تواند اثرات دراز مدت و مخربي بر توانايي آنها هنگام رويارويي با بلوغ و روابط جنسي داشته باشد. مدرسه در ذهن همه ما، اولين اجتماع هدفمند و رسمي کودکان همسال است. تقريباً تمام والدين درگير با اتيسم نگران مساله مدرسه رفتن فرزندشان هستند و با اين پرسش روبرو هستند که آيا وقتي شش ساله شد به مدرسه عادي ميرود؟
* **عدم حمايت و خيانت پدر:** مشارکت پدران در نگهداري کودکان مبتلا به اتيسم، احتمال ابتلا به افسردگي و اختلال اضطرابي اجتماعي را در مادران اين گروه از کودکان به ميزان قابل توجهي کاهش مي‌دهد. وقتي پدر کنار مي‌کشد و يا کنار گذاشته مي شود، هم ضربه‌ايست براي کودک و اين تصور در او ايجاد مي‌شود که پدر او ضعيف است و هم فشاري جسمي و روحي براي مادر است که به ناچار تمام مسائل زندگي و فرزند بر دوش او مي‌باشد.
* **ارثي بودن اختلال:** يکي از نگراني‌هايي که در خانواده هاي داراي فرزند اتيسم ديده مي شود و مانعي در تصميم گيري در رابطه با داشتن فرزند ديگري علاوه بر کودک اتيسم است، استرس انتقال اختلال به فرزندان بعدي مي‌باشد.
* **حمايت دولت و بيمه و وجود مراکز مطمئن جهت نگهداري**: تلاش براي درمان اختلال اتيسم، هزينه هاي زيادي را بر خانواده ها تحميل مي کند خدمات توان بخشي حيطه وسيعي از خدمات را شامل مي شود حال آن که حمايت دولت و يا سازمان بيمه از خانواده هاي داراي فرزند اتيسم مي تواند درصد زيادي از نگراني و استرس آن ها را که در حيطه آموزش و رشد فرزند آنهاست را کاهش دهد. از طرفي اين کودکان به دليل داشتن مشکلات کلامي، شناختي، ارتباطي و رفتاري ممکن است مورد هرگونه سوء استفاده قرار بگيرند اين کودکان نياز به رسيدگي تمام وقت دارند اين مسئله باعث شده است که خانواده ها در اين مورد، يعني وجود مراکز مطمئن جهت نگهداري و هم چنين آموزش، احساس نياز کنند.
* **معنويت و داشتن توکل:** توکل آثار مثبتي در پي دارد که بر کليه شئون فردي و اجتماعي انسان اثر مي‌گذارد. از آن جايي که متوکلان، کار خود را به خدا وا مي‌گذارند، نخستين اثر مثبت که در آنها پديد مي‌آيد، اعتماد به نفس و مقاومت در برابر سختي‌ها است و باعث کاهش اضطراب، افسردگي و شکايات جسماني ناشي از مسائل رواني مي‌شود.
* **اطلاع‌رساني در جامعه و برگزاري کلاس‌هاي آموزشي براي خانواده‌های درگير**: يکي از شکاياتي که از مادران شرکت کننده شنيده شد، نداشتن اطلاعات کافي و شناخت توسط افراد در جامعه بود. اينطور بيان کردند که افراد به دليل شناخت کم از نشانه‌ها و اختلالات اتيسم، خانواده و فرزندشان را با برخورد و نگاهشان مي‌رنجانند و محکوم مي‎کنند و اين موضوع را يکي از علل کم شدن ارتباطات و حضور در اجتماع بيان کردند. از سوي ديگر والدين با کمک يک درمانگر مجرب اصول و روش‌هاي تغيير رفتار را فرا مي‌گيرند تا بتوانند به عنوان کنترل کننده هاي اوليه کودکشان عمل کنند. با ورود والدين به برنامه هاي درماني، ميزان کارآمدي مداخلات درماني توسط متخصصان نيز افزايش مي يابد چون والدين زمان بيشتري را با کودکشان مي گذرانند و تأثير آن بيشتر خواهد بود(کلایی،خدابخشی)[[77]](#footnote-78)

**جدول ‏2‑1 تنيدگي‌هاي روانشناختي مادران داراي فرزند اتيسم**

|  |  |
| --- | --- |
| **طبقات اصلي** | **طبقات اوليه** |
| احساسات منفي مادران | انکار و نااميدي  احساس وحشت  احساس حقارت  افسردگي و تنهايي  احساس قرباني بودن  خشم و حسادت  داشتن زمان کافي براي انجام کارهاي شخصي و تفريح  پذيرش اختلال |
| زندگي با فشارهاي ملالت بار | ترس از آينده و مشکلات اقتصادي  نگاه و برخورد جامعه  مسائل بلوغ و رفتن به مدرسه  عدم حمايت و خيانت پدر  عدم کفايت در مراقبت از خود  ارثي بودن اختلال |
| کمبوديابي و عدم کفايت منابع حمايتي در مقابله با استرس | حمايت دولت و بيمه  و عدم وجود مراکز مطمئن جهت نگهداري  معنويت و داشتن توکل  اطلاع رساني در جامعه و برگزاري کلاس­های آموزشي براي خانواده‌هاي درگير |

**بخش دوم-خودکارآمدي والدين**

* + 1. **تعريف خودکارآمدي**

بندورا[[78]](#footnote-79) یکی از نظريه‌پردازان شناختي اجتماعي معتقد است که خودکارآمدي[[79]](#footnote-80) يا باورهاي فرد در مورد توانايي‌هاي خود مهمترين عامل انگيزشي تأثيرگذار بر عملکرد انساني است. بندورا (1997) خودکارآمدي را به عنوان باور و قضاوت فرد از توانايي خود براي انجام تکليف خاص تعريف کرده است، باورهاي خودکارآمدي تعيين کننده احساس، افکار، هيجان‌ها و رفتار فرد است، خودکارآمدي يک ساختار شناختي است که در کنترل و سازماندهي رفتار فرد مؤثر است. خودکارآمدي والدين، يک ساختار شناختي مهم در ارتباط با عملکرد والدين است و به ارزيابي والدين نسبت به توانايي‌شان در ايفاي نقش خود به عنوان مادر يا پدر گفته مي شود. اين مفهوم مهم و مؤثر در نظريه شناختي–اجتماعي توسط بندورا مطرح گرديد و در اين ديدگاه رفتار آدمي نه تنها در کنترل عوامل بيروني و محيطي نيست بلکه فرايندهاي شناختي، نقش تعيين‌کننده‌اي در رفتار انسان دارندگ(باندورا،1997)[[80]](#footnote-81)

به اعتقاد بندورا (1997) سطح بالاي اين باور در فرد موجب ارتقا عملکرد و سطح بهزيستي فرد مي‌گردد و احساس خودکارآمدي بالا در مورد توانمندي‌ها موجب مي‌گردد تا فرد در مواجهه با مسايل دشوار در صدد غلبه بر مسائل برآيد و بر اساس نظريه شناختي- اجتماعي بندورا، افراد گرايش به اشتغال و پرداختن به کارهايي دارند که احساس قابليت

و اطمينان دارند و از کارهايي که نسبت به آن‌ها احساس قابليت و توانايي ندارند؛ دوري مي‌کنند. باورهاي خودکارآمدي به تعيين اين که افراد چه مقدار وقت صرف يک فعاليت مي‌کنند، چه مدت زمان در مقابل موانعي که مواجه مي‌شوند پشتکار دارند، چه مقدار در مقابل موقعيت‌هاي متضاد و مخالف انعطاف‌پذيري دارند، کمک مي‌کنند. افراد داراي باورهاي خودکارآمدي ضعيف، به جاي برخورد با موانع، از آن‌ها اجتناب مي‌کنند و به صورت غيرواقع بينانه‌اي معيارهاي بالايي براي خود انتخاب مي‌کنند و سعي دارند انتظارات بیش از حدی را علي‌رغم توانايي‌هاي خود برآورده نمايند که در نتيجه با شکست‌هاي پياپي مواجه شده و اين شکست‌ها قریب به اتفاق به احساس بي‎ارزشي و افسردگي منجر شده و سلامت رواني فرد را مختل مي‌کند(سینا 2021،باندورا[[81]](#footnote-82)1997).

* + 1. **مراحل تحول خودکارآمدي**

خودکارآمدي به عنوان تابعي از ســن و سطح رشــد ايجاد مي‌شــود. در دوره نوزادي الگوگيري به تقليدهاي آني و فوري محدود است. در حدود دو سالگي، کودکان آماده‌انــد که يــک رفتار را مدتــي پس از مشاهده آن، تقليد کنند. به زعم بنــدورا «بهبــود زندگي، بيش تر مديون افراد داراي پشتکار است تا افراد نااميد. بــاور به خود ضرورتا موفقيت را تضمين نمي‌کند ولي باور نداشتن

خود مسلما زمينه را براي شکست فراهم مي کند. رسيدن به معيارهاي عملکرد خود و حفظ آن ها احساس خودکارآمدي فرد را افزايش مي‌دهد و ناتواني در رسيدن به اين معيارها از احساس خودکارآمدي مي‎کاهد. افرادي که معيارهاي بسيار بالا و غير واقع بينانه‌اي براي عملکرد خویش وضع مي‌کنند، يعني کســاني که انتظارهاي رفتاري خود را بر مبناي رفتار سرمشــق‎هاي فوق العاده موفق و مؤثر قرار مي‎دهند و به طور مداوم مي‎کوشند که به رغم شکست‌هاي پياپي، خــود را بــه آن معيارها برســانند، ممکن اســت خود را به شدت تنبيه کنند. چنين کاري بــه آســاني مي‌تواند به افســردگي، دل سردي و احساس بي‌ارزش بودن منجر شود. افراد داراي احســاس خودکارآمدي ضعيف، احســاس درماندگــي دارند و در اعمال هرگونــه نفوذ و تأثير بــر رويدادها و شــرايطي کــه آنــان را تحت تأثيــر قرار مي‌دهند، ناتوان اند؛ درنتيجه، معتقدند که کوشش‌هايشان بي فايده و بي نتيجه است. جاي تعجب نيســت که آنان اندوهگين و به شدت نگران اند و وقتي با مانع يا مسئله اي روبه رو مي شــوند، اگر کوشش هاي اوليه ي آن هــا با ناکامي مواجه شــود، به ســرعت تسليم مي شوند. افرادي که از نظر احساس خودکارآمدي قوي هســتند، معتقدند که به طور مؤثر از عهده رويدادهاي زندگي خود برمي آيند، در کوشش‌هاي خود ثابت قدم اند، در انجام دادن تکاليف خود پشتکار دارند و عملکرد آن‌ها در سطح قابل قبولی است. بنابراین چنین دریافت می‏گردد نخستين تجربه‎هاي سازنده خودکارآمدي بر رابطه با والديــن متمرکز اســت که ايــن تمرکز با افزايش ســن کــودک و گســترش يافتن جهــان او تحت تأثير خواهــران، برادران

و همســالان قرار مي‌گيرد. مدارس از طريق تأثير گذاشتن بر رشد قابليت‎هاي شناختي و مهارت‎‌هــاي حــل مســئله کــه هر دو براي شــرکت مؤثر در همــه جنبه‌هاي زندگي لازم انــد، در خودکارآمــدي نقش دارند. مدارس مي‌توانند خودکارآمدي دانش آموزان ضعيف و داراي پيشرفت اندک را با استفاده از گروه بندي برحسب استعداد نابود کنند. اين عمل، اعتماد به نفس کساني را که در گروه هاي ضعيف قرار داده شده اند، پايين مي آورد. همچنین خودکارآمــدي در دوران نوجواني به اعتمادهاي اوليه نســبت بــه توانايي هاي شــخصي بســتگي دارد و در دوره جواني خودکارآمــدي تأثير زيادي بر ســازگاري در زندگي زناشــويي، پدر و مادر شــدن و تســلط و چيرگي بر شــغل مي‌گذارد. در دوره ميان ســالي نیز با توجه به اين که افراد دائما توانايي‌ها، مهارت‌ها و هدف‌هايشــان را ارزيابي مي‌کنند، همواره با منابع تازه‌اي از فشــار رواني روبه رو مي‎شــوند. علاوه بر این ارزيابي خودکارآمــدي در ســنين پيري دشــوار اســت؛ تنزل توانايي‌هاي جسمي و ذهني، بازنشسته شدن از کار فعال و کناره گيري از زندگــي، افق جديــدي از خودارزيابي را ايجاب مي‎کند. کاهش خودکارآمدي ناشي از اين ارزيابي‌ها بر کارکردهاي جســمي و ذهني، مانند فعاليت هاي جنســي، بدني و فکري، تأثير منفي دارد که به طور خلاصه، احساس خودکارآمدي پايين باعــث کاهش کارکرد شــناختي و رفتــاري فرد و از دســت رفتــن تدريجي علايق و مهارت هاي فرد مي‌شود. متيــوس[[82]](#footnote-83) (1988) بــه نقــل از افلاطون مي گويد: «واقعيت توســط ذهن خلق مي شــود؛ زندگي هر فرد ســاخته ي انديشه هايش

اســت». در انجيل نيز آمده است: «بشــر آن چيزي است که در طول روز به آن انديشيده است». اليــس[[83]](#footnote-84) (1979) باورهــاي نامعقول را ســبب بروز هيجانات منفي نامناســبي مثــل کم رويــي افراطــي، احســاس گناه، تحمل کم ناکامي، احساس بي عرضه بودن، کمال گرايــي افراطي، عصبانيــت، آزردگي شــديد از اطرافيــان و خودکارآمدي پايين مي دانــد و براي مقابله با آن با اســتفاده از فنون درمان عقلاني ـ هيجاني (C-B-A)[[84]](#footnote-85)توصيه به کشف باورهاي نامعقول مي کند که با کنار گذاشــتن آن ها مي توان با مشکلات مقابله کرد، خودکارآمدي خود را افزايش داد و زندگي شادمانه اي به دست آورد (کان،2003)[[85]](#footnote-86)

* + 1. **نظريه شناختي- اجتماعي بندورا**

در اين پژوهش خودکارآمدي به عنوان ساختار اصلي نظريه شناختي-اجتماعي بندورا، به عنوان باور فرد نسبت به توانمندی‏ها و ظرفيت‌هاي فرد براي سازماندهي و انجام موفقيت آميز يک رفتار خاص براي رسيدن دستاوردهاي معين تعريف شده است.

**يادگيري از نظر بندورا:**

بندورا (۱۹۸۶) دو نوع يادگيري را مشخص کرد: یادگیری مشاهده اي ویادگیری فعال. اساس يادگيري مشاهده اي، سرمشق گيري است. يادگيري از طريق سرمشق‌گيري عبارت است از اضافه کردن به رفتار مشاهده شده و کسرکردن از آن و تعميم دادن يک رفتار مشاهده شده به موقعيت ديگر. به

عبارت ديگر سرمشق گيري فرايندهاي شناختي را دربر دارد و صرفاً تقليد يا کپي کردن نيست. سرمشق گيري از مطابقت دادن اعمال فرد با ديگران فراتر است و بازنمايي نمادين اطلاعات و ذخيره کردن آن براي استفاده در آينده را شامل مي شود.

اين باور که انسان ها از راه مشاهده انسان هاي ديگر مي آموزند دست کم به يونان باستان چون افلاطون يا ارسطو بازمي گردد. براي آنان آموزش و پرورش، تاحد زيادي عبارت بود از انتخاب بهترين سرمش ها يا الگوها (models) براي ارائه به شاگردان به اين منظور که ويژگي هاي اين سرمشق ها مورد مشاهده و تقليد قرار گيرند. در طول قرن هاي متوالي يادگيري مشاهده اي بديهي انگاشته مي‌شد و معمولاً با اين فرض که يک تمايل طبيعي در انسان ها براي تقليد آن چه در ديگران مشاهده مي کنند وجود دارد، تبيين مي‌شد. مادام که اين تبيين فطرت گرايانه غالب بود، هيچ گونه کوششي در جهت اين که تعيين کند تمايل به يادگيري از راه مشاهده ذاتي است يا نه ؛ يا اين که اصلاً يادگيري مشاهده اي اتفاق مي افتد يا نمي افتد صورت نمي‌پذيرفت. ادوارد ثرندايک نخستين کسي بود که سعي کرد تا يادگيري مشاهده اي را به طور آزمايشي مطالعه کند. در ۱۱۹۸، او يک گربه را در جعبه معما و گربه ديگري را در قفس مجاورآن قرار داد .  گربه داخل جعبه معما قبلاً آموخته بود که چگونه خود را آزاد سازد . گربه دوم بايد اين گربه را مشاهده مي‌کرد تا از آن طريق پاسخ گريز را ياد بگيرد . اما وقتي ثرندايک اين گربه را در جعبه قرار داد پاسخ گريز را انجام نداد. در ۱۹۰۱، ثرندايک آزمايش هاي مشابهي

با ميمون انجام داد اما به خلاف اعتقاد متداول که ميمون‌ها تقليدگر هستند، هيچگونه يادگيري مشاهده‌اي صورت نگرفت. در سال ۱۹۰۸، جي.بي.واتسون پژوهش‌هاي ثرندايک را تکرار کرد و او هم هيچگونه گواهي براي يادگيري مشاهده‌اي نيافت. هر دو، نتيجه گرفتند که يادگيري تنها از راه تجربه مستقيم نه از راه تجربه غيرمستقيم يا تجربه جانشيني صورت مي پذيرد. ميلر و دلارد مانند ثرندايک و واتسون کوشيدند تا با تبيين فطرت گرايانه از يادگيري مشاهده اي به چالش برخيزند . اما به خلاف ثرندايک و واتسون ، آن ها اين واقعيت را که يک ارگانيسم مي تواند با مشاهده فعاليت ارگانيسم ديگر ياد بگيرد انکار نکردند. آن ها فکر مي‌کردند که اين نوع يادگيري نسبتا متداول است، اما مي‌توان آن را به طور عيني در چهارچوب نظريه يادگيري هال تبيين کرد. بنابراين اعتقاد، اگر رفتار تقليدي، تقويت بشود مانند هر يادگيري ديگري نيرومند خواهد شد. لذا طبق باور ميلر و دلارد يادگيري تقليدي صرفاً مورد خاصي از شرطي‌سازي وسيله‎اي است.

* **يادگيري مشاهده‌اي در نظريه شناختي – اجتماعي بندورا :**

انسان به صرف مشاهده رفتارهاي ديگران نمي‌تواند آن رفتارها را ياد بگيرد. به فردي که مورد مشاهده قرار مي گيرد، سرمشق گفته مي شود. نوع رفتارهايي که مورد بررسي است اغلب تقليد و همانندسازي ناميده مي‌شود. البته تقليد تلويحا به معني محدود، پاسخ طوطي وار است و نقطه مقابل آن همانندسازي است که به معني يکي‌سازي کليه الگوهاي رفتاري با سرمشق است. الگوگيري، وسيع تر از تقليد و

محدودتر از همانندسازي است. به علاوه، اين اصطلاحات به دليل همبسته بودن با نظريه هاي محرک – پاسخ و روان کاوي، مورد انکار نيز قرار دارند. اين نظريه‌ها از آن رو ناکافي به نظر مي‌رسند که داده هاي به دست آمده را نمي‌توان با آن ها توضيح داد. طبق نظر بندورا يادگيري مشاهده‌اي ممکن است شامل تقليد باشد يا نباشد. براي مثال هنگام رانندگي در خيابان ممکن است مشاهده کنبد که اتومبيل مقابل تان به يک چاله مي افتد. براساس اين مشاهده شما مسير اتومبيل تان را تغيير مي دهيد تا به داخل چاله نيفتيد . شما از اين مشاهده ياد گرفتيد اما آن چه را که مشاهده کرده بوديد تقليد نکرديد. طبق نظر بندورا آن چه که شما در اين موقعيت آموختيد اطلاعات بوده که به طور شناختي پردازش شده است و به نفع خودتان برآن عمل کرده ايد. اگر بخواهيم يک نظريه يادگيري نزديک به نظريه بندورا را انتخاب کنيم بايد به سراغ نظريه تولمن برويم. اگرچه تولمن يک رفتارگرا بود مفاهيم ذهني (منتاليستي) را براي تبيين پديده‌هاي رفتاري به کار مي‌بست. بندورا نيز همين کار را انجام مي دهد . هم چنين تولمن مي‌گفت يادگيري يک فرايند دائمي است که به تقويت نيازي ندارد ، بندورا نيز همين عقيده را دارد. هم نظريه تولمن هم نظريه بندورا ماهيت شناختي دارند و هيچ يک از آن دو نظريه تقويتي نيست. آخرين نکته توافق بين تولمن و بندورا مفهوم انگيزش است. هرچند تولمن معتقد بود يادگيري پايدار است، او همچنين باور داشت که دانش به دست آمده از را يادگيري تنها زماني به عمل مي آيد که دلايلي براي آن وجود داشته باشد. مثل زماني که نيازي را از راه ارگانيسم برآورده مي سازد . مثلاً شخصي ممکن

است به خوبي بداند يک آبخوري در کجاي ساختمان قرار دارد اما تنها زماني که تشنه است از اين دانش خود سود خواهد برد . براي تولمن اين تمايز بين يادگيري و عملکرد بسيار مهم بود؛ همچنين در نظريه بندورا تمايز بين يادگيري و عملکرد از اهميت زيادي برخوردار است.

يکي از قسمت هاي مهم نظريه سرمشق گيري، تمايزي است که بين اکتساب و عملکرد قائل مي شود. اگر چه الگوي پيچيده و جديد رفتار را مي توان صرف نظر از تقويت کننده ها يادگرفت يا کسب کرد ، اين که آن رفتار به عملکرد تبديل شود يا نه به پاداش و تنبيه بعدي بستگي پيدا مي کند . در يک مطالعه سه گروه از کودکان به مشاهده سرمشقي پرداختند که نسبت به يک عروسک پلاستيکي (عروسک بوبو که يک چهره پلاستيکي بادشدني به بلندي ۳ تا ۴ فوت بود، رفتار پرخاشگرانه نشان مي داد) آزمودني ها بزرگسالي را تماشا مي کردند که بوبو را کتک مي زد. هنگام حمله به عروسک الگوي بزرگسالي فرياد مي زد، «بزن تو بيني اش» «پرتش کن هوا») در گروه اول رفتار پرخاشگرانه سرمشق به هيچ نتيجه اي منجر نمي‌شد. در گروه دوم، رفتار پرخاشگرانه سرمشق به پاداش منجر مي گرديد. در گروه سوم، اين رفتار به تنبيه منجر مي شد. کودکان سه گروه پس از مشاهده رفتار پرخاشگرانه سرمشق در دو موقعيت قرار گرفتند. در موقعيت اول کودکان با تعداد زيادي اسباب بازي و از جمله عروسک پلاستيکي به حال خود رها شدند. در موقعيت دوم مشوق هاي جالب توجهي به کودکان داده شد تا رفتار سرمشق را تکرار کنند(موقعيت با پاداش). در موقعيت اول آن هايي که الگويي را ديده بودند که تنبيه شده بود، به طورمعناداري پرخاشگري کمتري نسبت به گروه هاي

ديگر از خود ظاهر ساختند. بين گروه هاي پرخاشگري پاداش داده شده و بدون پيامد، تفاوتي ديده نشد. اين نتجه گيري با اعتقاد ميلر و دلارد مبني بر اين که يادگيري مشاهده اي مستلزم انجام رفتار آشکار و دريافت تقويت از سوي ارگانيسم است مغايرت دارد. در مرحله دوم يک آزمايشگر به اتاق مي آيد و به کودک براي هر پاسخ اضافي که ارائه مي دهد يک آب ميوه و يک عروسک برگردان زيبا خواهد داد. اين مشوق تفاوت هاي ميان سه گروه را کاملاً از بين برد. در آن هنگام تمام کودکان حتي آن هايي که الگوي تنبيه شده را ديده بودند به يک اندازه تقليد کردند. بنابراين تنبيه جانشيني  فقط عملکرد پاسخ هاي جديد و نه اکتساب آن ها را منع کرده بود. کودکان وضعيت پرخاشگري تنبيه شده پاسخ هاي جديد را آموخته بودند، احساس نمي کردند که باز توليد آن ها عاقلانه باشد؛ تا اين که مشوق جديد مطرح شد. يکي از پيروان بندورا، رابرت ليبرت اظهار مي دارد اين آزمايش اشاره هاي ضمني به پرخاشگري در تلويزيون و فيلم ها دارد. در آزمايش بالا کودکان پاسخ هايي را که به تازگي کسب کرده بودند انجام دادند. الگوها هم چنين مي توانند بر عملکرد گروهي از رفتارهاي مشابه که قبلا ً آموخته شده اند اثر بگذارد. براي مثال ممکن است پسربچه اي يک فيلم خشن تماشا کند و سپس با خواهرش رفتار خشونت آميزي انجام دهد. او واقعاً آن رفتار را تقليد نکرده بلکه نسبت به انجام رفتاري از آن نوع که قبلاً آموخته است احساس آزادي مي کند. در اين گونه موارد مي گوييم رفتار بازداري زدايي شده است. الگوها هم چنين ممکن است رفتار قبلاً آموخته شده را بازداری کنند، مانند هنگامي که يک دختر بچه مي‌بيند پسربچه‌اي در کلاس تنبيه مي شود

و بنابراين تصميم مي گيرد تکانه هاي خود را براي اين که رفتاري شيطنت آميز انجام دهد کنترل کند. بازداري زدايي به ضعيف کردن يک بازداري يا قيد وبند از طريق روبرو شدن با يک الگو اشاره دارد(باندورا،1997)[[86]](#footnote-87)

به طور خلاصه نتايجي که بر سرمشق واقع مي شود برعملکرد کودکان در نشان دادن رفتارهاي پرخاشگرانه تأثير مي گذارد، ولي موجب يادگيري نمي شود. در آزمايش تولمن و هونزيک ، معلوم شد اگر به موشي که بدون تقويت مازي را سير کرده باشد، براي پاسخ درست دادن و رسيدن به هدف به طور ناگهاني تقويت داده شود عملکرد او سريعاً به حد عملکرد موشي که در هر کوششي تقويت مي شده است خواهد رسيد. تبيين تولمن اين بود که حتي موش هاي تقويت نشده ماز را ياد مي‌گرفتند و واردکردن تقويت به موقعيت صرفاً سبب شد که موش دانشي را که درطول آزمايش کسب کرده بودند ظاهر سازند. بنابراين هدف آزمايش بندورا شبيه به هدف آزمايش تولمن و هونزيک بود و يافته‌ها و نتايج مربوط به تمايز بين يادگيري و عملکرد نيز شبيه به هم بود. يافته هاي مهم هر دو آزمايش اين است که تقويت؛ يک متغير عملکردي است نه متغير يادگيري. اين البته با نتيجه گيري هال از تقويت کاملاً مغاير است. براي هال تقويت يک متغير يادگيري بود، نه يک متغير عملکردي. بنابراين بندورا با توجيه ميلر و دلارد از يادگيري مشاهده‌اي شديدا مخالف است. از نظر بندورا يادگيري مشاهده اي در همه وقت اتفاق مي افتد. «پس از آن که توانايي يادگيري مشاهده اي به حد کمال رشد کرد کسي قادر نخواهد بود مانع ديگران شود تا آن چه را که مي‌بيند ياد نگيرد». هم چنين به باور

بندورا به عکس اعتقاد ميلر و دلارد يادگيري مشاهده‌اي نه به پاسخ دهي آشکار نياز دارد نه به تقويت.

* + 1. **خودکارآمدي والدينی**

خودکارآمدي والديني يک ساختار شناختي مهم در ارتباط با عملکرد والدين است. خودکارآمدي والديني به ارزيابي والدين نسبت به توانايي خود در ايفاي نقش والدگري گفته مي‌شود. والدين به منظور احساس خودکارآمدي نيازمند دانش و اطلاعات در زمينه‌ي روش‎هاي موثر مراقبت از کودک هستند. آن‎ها بايستي به توانايي‌هاي خود اعتماد کرده و مطمئن باشند که عملکردشان تاثير مثبتي بر رفتارهاي کودکان مي‎گذارد. وجود مشکلات رفتاري، در كودكان پيش‌بيني كننده مهمي در خودكارآمدي والديني مادران به شمار رفته و باعث مي‌شود تا والدين به ويژه مادران، در انتظارات و ادراك خود از اينکه تا چه حد مي‌توانند به عنوان يك والد به گونه‌اي شايسته و مؤثر عمل كنند و همچنين تا چه اندازه قادرند تأثير مثبت بر رفتار و رشد و سازگاري فرزندانشان بگذرانند، احساس خودكارآمدي پاييني داشته باشند(کلمان[[87]](#footnote-88)،1988)نظريه‌پردازان در زمينه خانواده چهارچوب هاي نظري گوناگوني ارائه نموده اند. يکي از مدل‌هاي نظري در گونه‌شناسي خانواده مدل فرايند و محتواي خانواده[[88]](#footnote-89) مي باشد. مطابق اين مدل مي‎توان خانواده‌ها را بر اساس دو مؤلفه فرايندهاي خانواده و محتواي

خانواده به چهارگونه خانواده دسته بندي نمود: گونه اول خانواده‌هاي سالم، اينگونه از خانواده‌ها به لحاظ فرايند و محتواي خانواده از قابليت مناسبي برخوردار هستند. مطابق مدل فرايند و محتوا، اين گونه از خانواده‎ها داراي پيامدهاي روانشناختي بسيار مناسبي هستند{(موهانا،20018)[[89]](#footnote-90)

گونه دوم خانواده‌هاي ناسالم هستند، که به لحاظ محتوا و فرايند خانوادگي از کيفيت پاييني برخوردارند، بدين معنا که مهارت هايي از قبيل مهارت حل مسئله، تصميم گيري، مقابله، انعطاف پذيري و ارتباطي در اين گونه خانواده ها بسيار ضعيف است و از امکانات مناسبي نيز براي زندگي برخوردار نمي باشد. گونه سوم خانواده، خانواده هاي مشکل دار مي‌باشند. خانواده‌هاي مشکل دار در مدل فرايند و محتوا به دو نوع قابل تفکيک مي باشند: داراي مشکل محتوايي و داراي مشکل فرايندي. خانواده‌هاي داراي مشکل محتوايي به لحاظ فرايند خانواده قوي هستند اما از امکانات کافي (همانند درآمد، شغل، تحصيلات و سلامت جسمي و غيره) براي زندگي برخوردار نمي‎باشد. در مقابل، خانواده‎هاي داراي مشکل فرايندي از امکانات مناسب براي زندگي برخوردارند، اما به لحاظ مهارت­هاي زندگي (فرايندها) وضعيت مناسبي ندارند.

ساماني و ترابي (1390) نشان دادند خانواده‌هايي که تنها به لحاظ فرايند از وضعيت مناسبي برخوردارند با ايجاد محيطي سالم و امن و دور کردن نوجوانان از استرس ها و فشارهاي رواني در شادکامي آنها مؤثر هستند. همچنين

وجود فضاي آزاد در خانواده براي بيان احساس ها، هيجان ها و بيان افکار موجب افزايش سلامت روان اعضاي خانواده و بويژه فرزندان مي شود. به طور کلي، شناخت خودکارآمدي يکي از جنبه هاي اصلي حقوق بشر در نظر گرفته شده است و خودکارآمدي والدين در واقع اعتقادات و توانايي آنها در رشد و پرورش موفق کودکان شان است(موهانا،20018)[[90]](#footnote-91).

الگوي خانواده سالم در کسب هدف ها، سودمند است و بر عکس، خانواده ناسالم از الگوهاي خانوادگي ناسودمند استفاده مي‌کنند و تعاملات آن‌ها همراه با تنش و رفتارهاي مرضي است. خانواده‌هاي بهنجار بسيار انعطاف پذير هستند و براي کنار آمدن با مشکلات، مجموعه‌اي از رفتارها را مورد استفاده قرار مي‌دهند و برعکس، خانواده‌هاي نابهنجار در به کار بردن رفتارهاي گوناگون، انعطاف ناپذير و سختگير هستند. با توجه به اين مسائل، والدين با افزايش خودکارآمدي مي‌توانند تصميم‎هاي مهم خانوادگي و اجتماعي داشته باشند. اين افراد نسبت به تفکر خويش اعتماد دارند چنانچه والدين سطوح پايين‌تري از خودکارآمدي را به خود اختصاص دهند، در چنين حالتي، افراد اضطراب بيشتري را تجربه مي‌کنند؛ در زمان استرس عملکرد نامناسبي دارند و بيماري هاي رواني و جسماني نظير اضطراب و بيماري‌هاي روان‌تني را تجربه مي‌کنند. بر اساس اين الگو، فرآيند و محتواي خانواده مانند موجودات زنده، به گونه اي مستمر و مداوم با شرايط و نيازهاي جديد روبرو مي شوند. آنچه موجب بازگشت و حفظ تعادل خانواده مي شود، مهارت ها و واکنشهايي است که در بعد نخست، يعني، فرايند خانواده جاي مي گيرد (مهارت مقابله‌اي، انسجام و احترام

متقابل، مهارت حل مسئله و تصميم گيري، مهارت ارتباطي و جهت گيري مذهبي). بعد دوم، يعني محتوا شامل همه ي آن چيزهايي است که واقعيات عيني و کاملاً ملموس زندگي اعضاي خانواده را شکل مي دهد و به نوعي داشته ها و نداشته هاي آ‎ن‎ها را شامل مي‌شود. اين ابعاد، پايه و اساس زندگي هر خانواده‌اي به شمار مي آيند. اعضاي خانواده صرف نظر از تجربه‌هاي فردي خود، خانواده خود را بر اساس اين ابعاد ارزيابي مي‌کنند)محنا, 2017 (

بنابر يکي از مفروضه‌هاي اين مدل نظري گونه سالم خانواده از عملکرد بهتري در مقايسه با ديگر گونه‌هاي خانواده برخوردار است چنانکه در خصوص تأييد اين مفروضه نيز تحقيقات متعددي انجام شده است. زارع (1394) نشان داد که بين دانش آموزان متعلق به گونه هاي مختلف خانواده در متغيرهاي عزت نفس، يادگيري خودتنظيم و باورهاي انگيزشي تفاوت وجود دارد؛ يعني، تفاوت‌ها به سود خانواده‌هاي سالم است. ساماني و بهبهاني (1390 ) نشان دادند که خانواده‌هاي سالم به طور معناداري از گفت و شنود بيشتري در مقايسه با ديگر گونه‌هاي خانواده و خانواده‌هاي غيرسالم به طور معناداري از ميزان همنوايي بيشتري در مقايسه با ديگر گونه‌هاي خانواده در روابط استفاده مي‌کنند. به عبارت ديگر، خانواده‌هاي سالم به واسطه ايجاد محيط امن اين فرصت را براي ابراز ايده‌ها، نيازها و درخواست‌هاي اعضاي فراهم مي‌کنند{محنا, 2017 4}؛

ساماني، خير و صداقت (1389 ) دريافتند که خانواده هاي سالم در مقايسه با ديگر گونه‌هاي خانواده، از سبک

والدگري مثبت، مشارکت بالاي پدر، تنبيه بدني کمتر استفاده مي‌کنند. در مقابل، در خانواده هاي غيرسالم، استفاده از تنبيه بدني و نظارت ضعيف بيش از ديگر گونه‌هاي خانواده استفاده مي شد؛ در تحقيقي ساماني (2010) دريافت که خانواده‌هاي سالم و ناسالم در مدل رضايت و فرآيندهاي خانوادگي از حيث الگوهاي ارتباطي خانواده، انگيزه فرزندان، سطح تفاوت و عملکردهاي تحصيلي با يکديگر تفاوت دارند؛ مازور، اسکوتينک و تاباك (2014) دريافتند که افزايش سطح تحصيلات مادر مي تواند رشد منابعي را که براي سلامت نوجوانان مهم است تحت تأثير قرار دهد و اينکه سطح تحصيلات مادر در کودکان بزرگتر بيشتر تأثيرگذار است )lhc هارتوس و پاور (2000) نشان دادند که خانواده‎هاي سالم که با مشخصه رابطه عاطفي مناسب و کنترل رواني تعريف مي شوند، داراي فرزنداني با سطح سلامت رواني بالا هستند و نقش مادران در کارکردهاي خانوادگي آنان بسيار اساسي مي باشد. از اين رو با توجه به نقش خودکارآمدي والدين و اهميت عمده خانواده در جامعه با افزايش خودکارآمدي والدين، خانواده‌ها مي‌توانند تصميم‌هاي مهمي را در جنبه هاي مختلف خانوادگي و اجتماعي اتخاذ نمايند. اين افراد نسبت به تفکر خويش اعتماد دارند؛ چنانچه والدين سطوح پايين‌تري از خودکارآمدي را به خود اختصاص دهند، در چنين حالتي، افراد اضطراب بيشتري را تجربه مي کنند؛ در زمان استرس عملکرد نامناسبي دارند ؛ و بيماري هاي رواني و جسماني نظير اضطراب و

بيماري‌هاي روان تني را تجربه مي‌کنند(هرتوس،2006)[[91]](#footnote-92)**خودکارآمدي والدين داراي کودکان مبتلا به اتيسم**

شواهد مختلف نشان مي‌دهد که مشکلات رفتاري و رشدي کودکان مبتلا به اتيسم، تاثير به‌سزايي بر کاهش خودکارآمدي والديني دارد. بررسي‌هاي انجام شده بر روي والدين اين کودکان نشان مي‌دهد که آن‌ها در مقايسه با والدين کودکان عادي،کودکان مبتلا به اتيسم و کودکان دچار ساير اختلالات رشدي، خودکارآمدي پايين‌تري را احساس مي‌کنند. سطوح پايين‌تر خودکارآمدي اين والدين باعث مي شود که آن‌ها گرايش بيشتري به استفاده از شيوه‌هاي منفي والدگري داشته باشند و به ميزان کمتري از برنامه‌هاي درماني و خدمات ارايه شده براي کودکان‌شان بهره ببرند و در تصميم‌گيري درباره مناسب‌ترين راهبردهاي درماني براي کودک شکست بخورند. اين امر تاثيرات منفي بر رشد کودک گذاشته و رفتارهاي مخرب بيش‌تري را منجر مي‌شود(فنگ، 2021)[[92]](#footnote-93)

خودكارآمدي والديني بر پايه اصطلاح خودكارآمدي بندورا (2007) شکل گرفته و علاوه بر تأثيري كه بر نحوه تعامل مادر- كودك دارد، شيوه انضباطي مادر، باور مادر در مورد روش‌هاي والدگري و حتي حساسيت و پاسخگويي و را نيز پيش‌بيني مي‌کنند. بنابراين مادراني كه در نقش والدگري خود احساس خودكارآمدي ميكنند، روابطي گرم و منظم با كودكان خود دارند و برعکس مادراني كه

احساس ناخودكارآمدي دارند، در رابطه خود با كودكانشان دچار مشکل هستند. به هرحال دروندادهاي مادر به گونه اي بر رشد كودك تأثير ميگذارد و ويژگي- هاي كودك، پيامدهاي مستقيم چگونگي تعامل مادر- كودك و خصوصيات ارتباطي والدين و خودكارآمدي آن‌ها است. كاركرد اوليه واحد خانواده و تعامل مادر- كودك ايجاد فضايي براي رشد و بقاي اعضاي خانواده در سطوح اجتماعي، روانشناختي و زيستي است، بنابراين با شناخت دقيق اثرات ارزشهاي انساني چون محبت، رضايت، بخشش و آگاهي يافتن از عوامل درون فردي (مثل صميميت، صداقت، اعتماد و تعهد) كه بر رفتارهاي بين فردي مؤثر است مي توان بسياري از مشکلات مادران داراي كودك اتيسم را شناخت. بنابراين با توجه به اين حقيقت که خودکارآمدي پايين مادران تاثير به‌سزايي بر روند رشد کودک مي‌گذارد، به نظر مي‌رسد که ارايه برنامه‌هاي درماني زودهنگام براي حمايت موثر از کودکان و خانواده ها يشان، از پيامدهاي منفي اين اختلال جلوگيري کند و انرژي‌هاي سرشار خانواده را پيش از سرکوب شدن در مسيري صحيح هدايت کند. اين پيامدهاي مثبت زماني که والدين در روند درمان کودک­شان درگير شوند، دو چندان مي‎شود?(ماکوینا،2007)[[93]](#footnote-94)

مداخلات خانواده محور [[94]](#footnote-95)از جمله مداخلات زودهنگام است که بر مشارکت والدين، متمرکز مي‌باشد. آموزش والدين عنصر اصلي اين مداخلات است.(پری،[[95]](#footnote-96)2004 (

برنامه‌هاي آموزش والدين از طريق فراهم آوردن اطلاعات مناسب درباره شرايط کودک و نحوه رفتار با او، مکانسيم سازگاري والدين را بهبود مي‌بخشد و موجب مي‌شود والدين شرايط کودک خود را بهتر بپذيرند و در پيشرفت کودک نقش موثرتري داشته باشند. همين امر موجب افزايش خودکارآمدي مي‌شود\_شیلد،2000) يکي از انواع برنامه‌هاي تدوين شده براي آموزش والدين کودکان اتيسم، برنامه آموزش والدين و پروراندن مهارت‌ها[[96]](#footnote-97) است. اين برنامه، والدمدار بوده و با هدف حمايت از والدين کودکان پيش‌دبستاني مبتلا به اتيسم طراحي شده است. برنامه مذکور مبتني بر اصول مداخلات زودهنگام و روش‌هاي شناختي-رفتاري است و تمرکز اصلي آن، آموزش والدين درباره اتيسم و بهبود مهارت‌هاي والديني در زمينه مديريت رفتاري است. تونگ[[97]](#footnote-98) و همکاران اثربخشي اين برنامه بر سازگاري و سلامت روان والدين کودکان مبتلا به اتيسم را پس از 6 ماه پيگيري نشان دادند(برتون،2005)[[98]](#footnote-99)

**بخش سوم- بهوشياري(ذهن‌آگاهي)**[[99]](#footnote-100)

* + 1. **بهوشياري (ذهن‌آگاهي)**

در طول تاريخ، موجود انساني به دنبال دلايل رنج و نيز ابزاري براي تسکين آن بوده است. دير يا زود ما همان پرسش‌هاي مشابه را مي پرسيم: چرا حالم خوش نيست؟ براي اين ناخوش احوالي چه مي توان کرد؟ سکني داشتن در بدن فيزيکي، ما را ناگزيز از رويارويي با درد، بيماري، پيري و مرگ مي‌سازد. ما همچنين به‌طور هيجاني با شرايط نامطلوب

و يا حتي شرايط مناسبي هم که به نظرمان نامطلوب مي‌رسد، مبارزه مي کنيم. حتي زماني که زندگي‌مان نسبتاً راحت است، از آنچه مي‌خواهيم و به دست نمي‌آوريم رنج مي‌کشيم. از آن‌چه زماني داشته‌ايم و از دستش داده‌ايم، رنج مي‌کشيم، از اين‌که مجبوريم با آنچه نمي‌خواهيم و هست، کنار بياييم رنج مي‌کشيم. از تولد تا مرگ، بي‌وقفه در تلاشيم تا حالمان بهتر شود. بهوشياري، راه سادۀ اتصال به همۀ تجربه‌هايي است که از طريق آن مي توانيم رنج‌مان را کاهش داده، زمينه را براي تحولات شخصي مثبت آماده کنيم. اين يک فرايند روانشناختي است که به کمک آن مي‌توانيم چگونگي واکنش‌مان را به سختي‌هاي اجتناب ناپذير زندگي تغيير دهيم و اين اتفاق نه فقط در سطح چالش‌هاي وجودي و روزمره بلکه در سطح مشکلات روان‌شناختي جدي از قبيل فکر خودکشي(لن هان،1993)[[100]](#footnote-101) افسردگي مزمن و هذيان‌هاي روان‌پريشانه(باخ،2002)[[101]](#footnote-102)مي‌تواند تجربه شود. بهوشياري موضوع جديدي نيست، بلکه جزئي از همان چيزي است که ما را انسان کرده است؛ به عبارتی يعني توانایی هشياري و آگاهي کامل در لحظه. اما متأسفانه، ما معمولاً تنها زمان‌هاي کوتاهي در اين حالت (هشياري وآگاهي) به سر مي‌بريم و خيلي زود جذب همان روياپردازي‌ها و روايت‌هاي شخصي خودمان مي شويم. ظرفيت آگاهي لحظه به لحظۀ پايدار به خصوص در ميانۀ پريشاني‌هاي عاطفي، مهارتي ويژه است. خوشبختانه اين مهارت آموختني است. مي‌توان مدت‌ها در مورد بهوشياري صحبت کرد و نوشت اما براي فهميدنش تنها بايد مستقيما تجربه‌اش کرد، زيرا بهوشياري دلالت بر چيزي شهودي و

پيش ـ مفهومي دارد. با التزام به تمرين، هر فرد آرام آرام مي توان د دريابد که چگونه مي توان در زندگي، هرچه بيشتر ذهن‌آگاه بود؛ حتي در رويارويي با رنج‌هاي اساسي زندگي. پرورش بهوشياري هميشه به مثابۀ يک سفر اکتشافي و ژرف فردی بوده است. جان کبت-زين، پيشگام در کاربرد درماني بهوشياري معتقدست که بهوشياري از طريق توجه‌کردنِ تا حد ممکن غيرواکنشي[[102]](#footnote-103)، غير قضاوتي، و سخاوتمندانه [[103]](#footnote-104)به لحظه حال پرورش مي‌يابد. مقصود از غير واکنشي بودن توجه، نشان ندادن واکنش منفعلانه به تجربه جديد بر اساس تجارب قبلي و پاسخ دادن به تجربه به‌جاي واکنش نشان دادن به افکار است. واکنش، خودکار است؛ اما پاسخ، تعمدي و از روي توجه است. رها شدن از قضاوت کمک مي‌کند تا رويدادها به‌جاي اينکه از طريق صافي تجارب شخصي مبتني بر تجارب قبلي ديده شوند، همانگونه که هستند، ادراک شوند. سخاوتمندانه بودن بهوشياري حاکي از اين است که بهوشياري تنها جنبه‌اي از ذهن نيست؛ بلکه مربوط به قلب نيز مي شود. سخاوتمندانه بودن به‌معناي داشتن مهرباني، شفقت، اشتياق و دوستي نسبت به تجارب خود است(کرن ،2002)[[104]](#footnote-105)

آگاهي بدون پذيرش، مانند نگاه کردن به صحنه‌اي ترسناک زير نورافکن است. گاهي اوقات براي نزديک شدن به يک تجربه دشوار، نيازمند نوري ملايم‌تر مانند نور شمع هستيم. هرچه رنجْ شديدتر باشد، پذيرش و شفقت بيشتري نياز است. در مقابل، مهرباني بدون آگاهي روشن منجر به ماستْ‌ْمالي‌کردن دشواري‌هاي زندگي مي‌گردد. پذيرش بدون

آگاهي، اجتنابي دفاعي است. بنابراين، بهوشياري، توجه کردن هدفمند[[105]](#footnote-106)به لحظه حال با شفقت، کنجکاوي[[106]](#footnote-107)، و پذيرش است که اين، به‌معناي کشف چگونگي زندگي کردن در زمان حال به‌گونه‌اي لذت‌مندانه به‌جاي نگراني براي گذشته و آينده مي‌باشد. بهوشياري بر پذيرش تأکيد دارد و ممکن ست تغيير بعداً بيايد يا نه. اگر فرد از اضطراب رنج مي‌برد، بهوشياري به او نشان مي‌دهد که چگونه احساس اضطراب را به‌جاي انکار و جنگيدن با آن بپذيرد. از درون اين رويکرد، به‌طور طبيعي تغيير متولد مي شود. پس بهشياري يعني توجه و تمرکزي که سه عنصر بودن در حال حاضر، هدفمند و بدون قضاوت در آن دخالت دارد. اين نوع توجه موجب افزايش آگاهي، شفافيت و وضوح و پذيرش واقعيت حال حاضر مي شود. بدين ترتيب متوجه مي شويم که زندگي ما فقط در حال حاضر رخ داده و گره گشايي مي‌شود. اگر کاملا حضور نداشته باشيم نمي توانيم تشخيص دهيم که دقيقا چه امکاناتي وجود دارد؟ چطور مي توانيم به امکانات دسترسي داشته باشيم؟ و چگونه تغيير شکل و رشد ايجاد کنيم؟ از طرفي ذهن آگاهي يک عامل زيربنايي مهم براي رسيدن به رهايي است. زيرا روشي موثر و قوي براي خاموش کردن و توقف فشارهاي دنيا و يا فشارهاي ذهني خود فرد مي باشد. حضور ذهن صحيح بدان معنا است که شخص آگاهي خود را از گذشته و آينده به حال حاضر معطوف کند. زمانی که فرد در حال حاضر حضور داشته باشد، واقعيت را با تمام جنبه‌هاي دروني و بيروني‌اش مي‌بيند و درمي‌يابد که ذهن به دليل قضاوت و تعبير و تفسيرهايي که انجام مي‌دهد دائما در

حال نشخوار و گفتگوي دروني است. وقتي فرد در مي‌يابد که ذهن دائما در حال تعبير و تفسير است قادر مي‌شود با دقت بيشتري به افکار خود توجه کند و بدون بيزاري يا قضاوت آن‌ها را مورد بررسي قرار دهد و علت وجود آن‌ها را دريابد. واژه ذهن‌آگاه بودن معادل انگليسي (to be mindful) است.واژه mind يعني فکر و ضمير و mindful به حالت مملو بودن از فکر و انديشه اشاره داشته و متضاد بي‌توجهي يا وضعيت هدايت خودکار (mindlessness) است. همچنین ذهن‌آگاهي به‌عنوان حالت توجه برانگيخته و آگاهي ازآنچه در لحظه کنوني اتفاق مي‌افتد تعريف‌شده است(والش،2005)[[107]](#footnote-108)و به رشد سه کيفيت خودداري از قضاوت، آگاهي قصدمندانه و تمرکز بر لحظه کنوني در توجه فرد تأکيد مي‌کند. توجه متمرکز بر لحظه حال، پردازش تمام جنبه‌هاي تجربه بلاواسطه شامل فعاليت‌هاي شناختي، فيزيولوژيکي يا رفتاري را موجب مي‌شود. به‌ واسطه تمرين و فن‌هاي مبتني بر ذهن آگاهي فرد نسبت به فعاليت‌هاي روزانه خودآگاهي پيدا مي‌کند، به کارکرد خودکار ذهن در دنياي گذشته و آينده آگاهي مي‌يابد و از طريق آگاهي لحظه‌به‌لحظه از افکار و احساسات و حالت‌هاي جسماني بر آن‌ها کنترل پيدا مي‌کند و از ذهن روزمره و خودکار متمرکز بر گذشته و آينده رها مي‌شود( سیگال،2006)[[108]](#footnote-109)  
به گفته‎ای دیگر ذهن انسان از روي عادت وقايع گذشته را بررسي مي‌کند و در تلاش است تا آينده را پيش‌بيني کند و به همين خاطر به‌راحتي پريشان مي‌شود. ذهن آگاهي شيوه‌اي است براي پردازش توجه که از مراقبه شرقي نشأت

گرفته و به‌عنوان توجه کامل به تجربيات زمان حال به شکل لحظه‌به‌لحظه، توصيف شده است. همچنين به‌عنوان پرداختن توجه به يک شيوه خاص در زمان حال، بدون قضاوت تعريف شده است(کبت زینک[[109]](#footnote-110) ،2003).

ذهن‌آگاهي فني براي فهميدن گذشته يا تصحيح راه‌هاي غلط تفکر درگذشته نيست و مستقيم به درمان مشکلات نمي‌پردازد، بلکه با هشياري به بررسي محرک‌هاي زيربنايي شناخت‌ها و هيجان‌ها توجه مي‌کند و مضمون‌هاي نهفته زندگي را در معرض آگاهي قرار مي‌دهد؛ به ‌اين‌ترتيب بدون قضاوت يا سرزنش نشان مي‌دهد که اولا هيجانات مرکب از افکار، حس‌هاي بدني، احساسات خام و تکانه هستند؛ دوما آن‌ها اغلب نشانه‌هاي عميق و وسيعي از ناکارآمدي نحوه‌ي برقراري ارتباط ما با خودمان، ديگران و دنيا هستند؛ آن‌ها اطلاعات درونـــي و بيــروني را اعلام مي‌کنند و علائمي هستند که فقط بايد در اين لحظه بدون قضاوت و يا سرزنش مشاهده شوند و موردتوجه قرار گيرند. به ‌اين‌ترتيب ذهن‌آگاهي روشي براي تربيت ذهن است و شبيه ميکروسکوپي عمل مي‌کند که عميق‌ترين الگوهاي ذهن را نشان مي‌دهد؛ وقتي‌که ذهن در عمل مورد مشاهده قرار مي‌گيرد افکار و هيجانات خودبه‌خود ناپديد مي‌شوند(ویلیام،2011)

ذهن‌آگاهي به‌عنوان سبکي براي زندگي، با استفاده از تمرين‌هاي مراقبه‌اي که در زندگي روزمره ادغام مي شود به افراد کمک مي‌کند تا با وضعيت‌هاي دوگانه ذهن آشنا شوند و آگاهانه از آن‌ها به‌صورت يک ذهن انسجام‌يافته استفاده

کنند. با اين روش افراد متوجه شوند که آن‌ها تنها فکر نمي‌کنند، بلکه مي‌توانند فکر کردن خود را مشاهده کنند. از طريق مراقبه‌هاي رسمي (نظير مراقبه تنفس و بدن، مراقبه يوگاي هوشيارانه و مراقبه وارسي بدن)، همين‌طور مراقبه‌هاي غيررسمي (نظير خوردن، قدم زدن، دوش گرفتن و... آگاهانه) و تمرينات عادت شکن افراد ياد مي‌گيرد که همه زندگي را در «اينجا» و «اکنون» حاضر باشند همچنین ذهن‌آگاهي را آگاهي و توجه تقويت‌شده به تجربه در حال وقوع مي‌دانند؛ اما پژوهشگران ديگري نظير بائر و همکاران (2006)، ويژگي‌هاي ديگري مثل توجه غير قضاوتي، پذيرندگي نسبت به توجه، عدم واکنش گري، توانايي توصيف تجربه را نيز جزء ابعاد محوري آن دانسته‌اند(بیر[[110]](#footnote-111)،2006).

* + 1. **پیشینه مفهوم بهوشياري**

بهوشياري آنگونه که در متون کهن به کار برده شده، ترجمه انگليسي از واژه پالی ساتی*[[111]](#footnote-112)* است که حاکي از آگاهي [[112]](#footnote-113)، توجه [[113]](#footnote-114)و يادآوري [[114]](#footnote-115)است (*پالی* زبانی است که آموزه هاي بودا به آن زبان ثبت مي‌شده است). نخستين ترجمه واژه نامه‎ای ساتی به بهوشياري به تاريخ 1921 باز مي‌گردد. همان‌طور که خواهيم ديد، تعريف بهوشياري به منظور کاربرد در روان‌درماني تعديل شده است و اينک طيف وسيعي از مفاهيم و تمرين‌ها را شامل مي شود.

* **آگاهي:** آگاهي ذاتا نيرومند است و توجه که متمرکز کردن آگاهي است، نيرومندتر از آگاهي به شمار مي‌رود. تنها با آگاه شدن از آنچه درون و بيرون ما رخ مي‌دهد، مي توانيم خودمان را از اشتغالات ذهني و هيجانات سخت جدا کنيم. گاهي اين کار بسيار ساده است. همچنان که يک مرد عقب‌ماندۀ ذهني برون ريزي هاي خشمش را با تغيير توجهش به کف پا کنترل کرد، هرگاه که متوجه مي‌شد عصباني است توجه‌اش را به کف پاهايش معطوف مي‌کرد.
* **توجه:** با تغييرجهت دادن توجه به جاي سعي براي کنترل يا سرکوب هيجانات شديد، مي‌توانيم چگونگي احساسمان را تنظيم کنيم.
* **يادآوري:** جنبه ديگر بهوشياري «يادآوري» است. منظور از يادآوري، نه حافظه مربوط به اتفاقات گذشته که يادآوري، آگاه شدن و توجه کردن است و برجسته کردن اهميت قصد در تمرين بهوشياري. اين‌که هر لحظه به خودمان بگوييم : به يادآر! ـ آگاه باش!. اما بهوشياري چيزي بيش از آگاهي منفعل يا آگاه بودن براي آگاهي است.

جان دان (2007) مي‌گويد: شرط تحقق آگاهي، توجه و يادآوري، آن است که تيرانداز با کين‌ورزي، قرباني بي‌گناهش را هدف بگيرد. آشکار است که ما به عنوان روان‌درمانگر قصد پروردن چنين چيزي را نداريم و البته قصد روان‌شناسي بودايي هم اين نيست. در واقع هدف بهوشياري در مفهوم کهن آن حذف رنج بيهوده است با پروردن بينش نسبت به کارکردهاي ذهن و ماهيت دنياي مادي. ما از

طريق بهوشياري راهکارهايي برای مديريت ذهن فراهم مي‌کنيم(بیخوا،[[115]](#footnote-116) ،2007)

فرهنگ عامۀ غرب نیز اصطلاح بهوشياري را به طور سطحي و براي ارجاع به هر نوع تمرين غير مذهبي رسمي و غير رسمي بودايي به کار مي‌برند و نه تنها مهارت‌هاي مراقبه‌اي مختلف که پيش از اين به آن‌ها اشاره شد، يعني مهر، تمرکز و بهوشياري، بلکه فنون ديداري و نيز انبوهي از تدبيرهاي غير رسمي براي رويارويي با زندگي روزمره نيز در شمول آن قرار مي‌گيرند. با ورود بهوشياري به زمينه‌هاي مختلفي از قبيل مراقبت و سلامت، آموزش و تجارت، اين اصطلاح در مجموعۀ فزاينده‌اي از معاني کاربرد يافته است. در روان‌شناسي باليني «بهوشياري» معمولا هم‌معني با پذيرش و در توصيف موج سوم رفتار‌درماني به کار مي‌رود. در زمينۀ آموزش الن لانگر (1989) بهوشياري را فرايندي شناختي مي‌داند که بيانگر گشودگي، کنجکاوي و آگاهي به بيش از يک نقطه نظر است. با وجود گرايش روز افزون به بهوشياري و مفاهيم چندگانۀ آن، کاربرد هاي گوناگون اين اصطلاح هنوز نقاط مشترک بسياري دارند. تنها زمان مي‌تواند روشن کند که در خلال حرکت بهوشياري، به مثابۀ نظريه و تمرين‌هايي که خاستگاه آن روان‌شناسي بودايي است، به سوي قلمروهاي جديد و لاجرم غيرقابل پيش‌بيني، چه بر سر آن خواهد آمد.

* + 1. **بهوشياري درماني**

معناي بهوشياري در راستاي سازگار شدن با روان‌شناسي غربي و فاصله گرفتن از ريشه‌هاي کهن‌اش، در حال گسترش است. علاوه

بر *ساتي* (آگاهي، توجه و يادآوري) بهوشياري مشتمل بر بسياري کيفيت‌هاي ذهني است. به همين دليل ما به منظور آرام ساختن شرايط باليني از آن بهره مي‌گيريم اين کيفيت‌ها شامل عدم قضاوت[[116]](#footnote-117)، پذيرش [[117]](#footnote-118)و شفقت [[118]](#footnote-119)هستند.

جان کبت زين، پيشگام در کاربرد درماني بهوشياري آن را چنين تعريف مي‌کند: «آگاهي‌اي که از طريق توجه هدفمند، در لحظه حال و بدون قضاوت تجربه لحظه به لحظه بوجود مي آيد(کابت زین،2003)[[119]](#footnote-120)

در سال 2004 بيشاپ و همکاران اين تعريف را براي بهوشياري ارائه دادند « تداوم خود گرداني [[120]](#footnote-121)توجه بر تجربه حاضر که بازشناسي فزايندۀ رخدادهاي ذهني در لحظه حاضر را ممکن مي‌سازد» و انتخاب يک جهت‌گيري ويژه نسبت به تجربه فردي که مشخصۀ آن کنجکاوي،گشودگي و پذيرش است. قسمت دوم اين تعريف به نگرش هيجاني و يا قصدمندانه بهوشياري در جلسات درماني اشاره مي‌کند. تعريف بعدي بهوشياري چنين است: « آگاهي همراه با پذيرش، از تجربه حاضر»(گرمر[[121]](#footnote-122)2013).

اين سه جزء دراغلب متون روان‌شناسي بهوشياري وجود دارد. کاربرد پذيرش در متون کلاسيک بودايي، به درک روشن

و واضح‌تر آن در کاربرد باليني کمک مي‌کند. ديگر عبارات کوتاهي که براي بهوشياري درماني سودمند به نظر مي‌رسند، عبارتند از: آگاهي مهرآميز، پذيرش بهوشيارانه، حضور با قلبي گشوده و شفقت بهوشيارانه. پيوند روشن «پذيرش» به فرمول بهوشياري براي اغلب روان‌شناسان معنادار است. به خصوص زماني‌که بيماران ما با شرايط سخت در زندگي روبرو هستند، آگاهي بدون پذيرش مثل نگاه کردن به صحنه‌اي ترسناک در زير نور بسيار زياد است. گاهي ما به نور ملايم‌تري مثل نور شمع نياز داريم تا با تجارب سختمان روبرو شويم. هرچه شديدتر رنج ببريم، به پذيرش و شفقت بيشتري نياز داريم تا بتوانيم با آنچه در زندگي‌مان در حال رخ دادن است، تعامل داشته باشيم. اما مهرباني بدون آگاهي شفاف مي‌تواند منجر به شکراندود کردن سختي‌هاي زندگي شود که پرداختن به آن‌ها ضروري است. بدون آگاهي، پذيرش مي‌تواند گونه‌اي از پرهيز دفاعي باشد. معمولا بيماران در حالت پريشاني شديد به روان‌درماني روي مي‌آورند و به دنبال شخصي هستند که براي فهميدن اين‌که چه کسي هستند و چرا رنج مي برند، وقت بگذارد. آن‌ها به دنبال تدبيري براي رهايش و تسکين هستند. شفقت، ماتريسي نامرئي است که عزم و اراده را در برمي گيرد. کلمۀ شفقت از com pati به معناي “رنج بردن با” مي‌آيد. ما با فهميدن اينکه بيماران‌مان چطور در حال تحمل سختي‌ها هستند، همراه با آنها رنج مي‌بريم. اگر بدون شفقت و پذيرش اوليه، سفارش سودمندي به بيمارمان بکنيم، فقط احساس مي‌کند درکش نکرده‌ايم. در رابطۀ درماني ميان‌فردي، شفقت بسيار مهم است. پذيرش خويشتن و شفقت با خويشتن ابزارهاي ماهرانه‌اي هستند براي آگاه بودن در محيط يکسره در حال تکاپو.

براي داشتن چشماني باز نياز به قلبي گشوده داريم. اميد است زماني‌که خودمان تمرين بهوشياري را انجام مي‌دهيم خويشتن‌پذيري، جزئي از چشم انداز هيجاني‌مان باشد و در جلسات درمان نيز پذيرش و شفقت، عواملي ضروري براي فرايند درماني موثر به شمار روند.

* + 1. **بهوشياري يا نابهوشياري**

روان‌درمانگر قبل از به کارگيري بهوشياري در کار باليني خود، بايد آن را تجربه کند. براي شروع، بهترين کار آموختن مراقبه از يك معلم باتجربه است. روان‌درمانگران همچنين براي هدايت کارشان از يك راهنماي مفهومي سود مي‌برند. به اين منظور، ما استفاده از تعريف بهوشياري را توصيه مي‌كنيم که شامل آگاهي همراه با پذيرش از تجربه حاضر قلمداد می‎گردد.

يك لحظه بهوشياري شامل اين سه عنصر درهم تنيده است. يک درمانگر با رويکرد بهوشياري، هر آينه ممکن است بپرسد: چطور مي‌توانم آگاهي همراه با پذيرش از تجربه حاضر را براي خود و مراجعينم بپرورانم؟ اين مي‌تواند بهترين معيار کار باشد. گاهي بهوشياري را از طريق تجربه عكس آن بهتر مي‌توان درک کرد. حتي خودارزيابي‌هاي معمولي هم نشان مي‌دهند كه حالت ذهني معمول ما به شكل قابل توجهي ناآگاهانه است. ما بيشتر وقتمان راصرف مرور خاطرات گذشته يا پرداختن به خيال‌پردازي‌هاي مربوط به آينده مي‌كنيم. يا اغلب اوقات در حالت خلبان خودكار بسر مي‌بريم، حالتي كه ذهن‌مان در جايي و بدن‌مان جايي ديگر است. نکتۀ بعدي تلاش‌هاي دانستۀ ما براي گريز از لحظۀ حال

و تلاش براي يافتن يک چيز خوب است. اغلب افراد در مي‌يابند ارزشمندترين لحظات زندگي‌شان، زمان‌هايي است که در آن حضور کامل دارند و به آنچه در اينجا و اکنون مي‌گذرد، توجه دارند. اين‌ها لحظات بهوشياري‌اند. ما به شکل دست‌هايمان و حس گرفتن چاقو براي برش نان‌ها توجه مي‌کنيم. از نشستن در ماشين و رانندگي کردن آگاهيم، ديگر ماشين‌ها، جاده و چشم‌انداز بيرون را مشاهده مي‌کنيم. مزۀ غذايي را که مي‌خوريم، مي‌چشيم، و به صدا، نگاه و حضور عاطفي مراجعمان در طول جلسۀ درمان توجه کامل داريم. همين حالا، به حالت دستهايتان که کتاب را نگه داشته‌اند، توجه کنيد، به حالت بدنتان که خوابيده يا نشسته‌ايد و به ذهنتان که چقدر به کلماتي که مي‌خوانيد واکنش نشان مي دهد. بهوشياري يعني حاضر بودن ما در زندگي‌مان.

* + 1. **کاربرد عملي در رواندرماني**

روان‌درمانگران به شيوه‌هاي گوناگون در حال به کاربردن بهوشياري در کار حرفه‌اي خود هستند که پيوستاري از کاربرد تلويحي تا کاربرد آشکار را در بر مي‌گيرد. در يک سوي اين پيوستار (کاربرد تلويحي) درمانگراني قرار دارند که خودشان بهوشياري را به کار مي‌برند. چنانکه اشاره شد هنگامي که يک درمانگر شروع به تمرين شخصي بهوشياري مي‌کند ظرفيت او براي همسويي عاطفي افزايش مي‌يابد. به نظر مي‌رسد صرف‌نظر از رويکرد نظري، نوع آسيب‌شناسي رواني بيمار و نيز نوع مداخله، درمانگر قادر خواهد بود توجه عميق‌تري به تجربه بيمار داشته باشد. همچنان‌که درمانگر ظرفيت خويش را در بودن با درد و رنج ديگري پرورش مي‌دهد، نياز او به حل مشکلات بيمار کاهش مي‌يابد. درمانگران

احساس نزديکي بيشتري نسبت به بيمارانشان مي‌کنند و با آگاهي از اين نکته که درد و رنج يک مسئلۀ جهاني است و نيز با شفاف‌تر ديدن ارتباط متقابل خود با ديگران، شفقت بيشتري را درخود مي‌پرورند. هرچند تحقيقات در اين زمينه در ابتداي راه است.

در سوي ديگر اين پيوستار، درمانگران آگاه از بهوشياري قرار دارند. منظور درمانگري است که متأثر از بينش‌هاي حاصل از روان‌شناسي بودايي و تمرين فردي بهوشياري است. درک اين درمانگران از ماهيت آسيب**‌**شناسي رواني و علل درد و رنج بشر، بواسطۀ مشاهدۀ ذهن خود در تمرين‌هاي مراقبه تغيير کرده است. بينش‌هايي مثل شناخت طبيعت افکار که مي‌آيند و مي‌روند، درک بي‌حاصل بودن اجتناب از تجارب دشوار و توجه به عواقب دردناک تلاش براي تقويت حس خود جدا و مجزاي ما، همگي در چگونگي نگاه ما به مشکلات بيمارانمان تأثير دارند. سرانجام، آشکارترين کاربرد بهوشياري در روان‌درماني، روان‌درماني بهوشياري است. اين نوع روان ‌درماني، بهوشياري را به بيماران آموزش مي‌دهد تا در رويارويي با مشکلات روان‌شناختي خود از آن بهره ببرند. انبوهي از مداخلات مبتني بر بهوشياري براي کاربرد در گسترۀ وسيعي از مشکلات باليني در حال گسترش است چه بسا زماني تمرين مراقبۀ سنتي به فردي آموزش داده شود و سپس در زماني ديگر اين تمرين براي بيماري با تشخيص ويژه، يا متناسب با نوع شخصيت و شرايط ويژۀ زندگي مورد استفاده قرار گيرد

* + 1. **فرايندهاي روان‌شناختي بهشیاری**

تعاريف فرايندها جنبه آموزشي دارند و مشخص مي‌کنند که با آگاهي‌مان چه بايد بکنيم. دو تعريف فرايندي از بهوشياري در شرايط باليني عبارتند از «آگاهي لحظه به لحظه، بدون داوري» و «آگاهي همراه با پذيرش از تجربه حالاين تعاريف فرايندي اذعان دارند به تجربه لحظه به لحظۀ خود نگاه کن و سعي کن آن را با روحي پذيرا انجام دهي. ديگر تعريف فرايندي درمان بهوشياري «کنترل توجه» است(تیسدیل1995،[[122]](#footnote-123) که تغيير توجه را براي مديريت آشفتگي هيجاني پيشنهاد مي‌کند. تعاريف فرايندي به ويژه به اين دليل ار زشمند هستند که فرايندهاي تغيير يا سازوکارهاي عمل را که مي توانند به بيماران خاصي کمک کنند، شناسايي مي‌کنند. در درمان، بهوشياري عموما يک فرايند تغيير به شمار مي‌رود که مشتمل بر عناصري است که مجموع آن‌ها بهوشياري درماني را شکل مي‌دهند. عناصري چون پذيرش، تجربه حال و آگاهي. ممکن است بيماران مختلف نياز به تأکيد بيشتر بر يکي از اين عناصر داشته باشند براي مثال ممکن است يک فرد خود انتقادگر نياز به پذيرش بيشتري داشته باشد و يا براي بيماران وسواسي تمرکز بر «حس لحظۀ حال» مفيدتر باشد، يا براي افرادي که اختلال کنترل تکانه (اختلال‌هاي رفتاري مانند مصرف الکل، قمار و يا اختلالات خوردن) دارند «آگاهي» سودمندتر باشد. و همچنين مي توانيم فرايندها را به منظور هماهنگي و تناسب بيشتر با افراد خاص، اختصاصي‌تر کنيم. براي نمونه اشکال مختلفي از آگاهي وجود دارد که مي‌تواند براي بيماران معيني

مفيد باشد، آگاهي فراشناختي(افکار، واقعيت نيستند) به بيماران دچار اختلال افسردگي مزمن کمک مي‌کند تا از نشخوار ذهني افسرده‌وار خلاص شوند، در حالي که افرادي با نوع ارتباطي اسکيزوئيد يا افراد بيگانه با احساسات خود مي توانند از سبک مشاهده‌گرانۀ خود مشارکتي بهره ببرند (مشاهدۀ نزديک احساسات به محض اينکه در بدن برانگيخته مي شوند

* + 1. **تمرين مراقبه**

سه مهارت کليدي براي مراقبه وجود دارد که در واقع زيرمجموعه‌هاي «مراقبۀ بهوشياري» هستند.

2-3-7-**1- مراقبه تمرکزي** [[123]](#footnote-124)

اين فن، ابژه‌اي محوري مانند تنفس يا ذکر دارد. هنگامي‌که متوجه پريشاني ذهنتان مي‌شويد به آرامي آن را به ابژه برگردانيد. مراقبۀ تمرکزي احساس آرامش به وجود مي‌آورد. واژۀ *پالي* که بيشترين نزديکي را به مراقبۀ تمرکزي دارد "*ساماتها[[124]](#footnote-125)* است: در حالي‌که واژۀ سنتي مراقبه"*بهارانا*  [[125]](#footnote-126) به معني «در حال رشد» است

2-3-7-2- **مراقبۀ بهوشياري**

شيوۀ انجام دادن مراقبۀ بهوشياري چنين است .به هر چيزي که لحظه به لحظه به آگاهي وارد مي‌شود توجه کن. اينجا هدف، انتخاب يک ابژۀ واحد براي تمرکز نيست، بلکه

هدف کشف تجربه در حال تغيير است. مهارت بهوشياري بينش يافتن نسبت به ماهيت شرطي‌شدگي‌هاي فردي است. مثل «ترس از عدم تأييد» و يا «خشم از مراجع قدرت»؛ و نيز بينش ما را نسبت به طبيعت واقعيت ذهني و «اينکه همواره در حال تغييراست»، «اغلب ارضاء نشدني است» و«خودآيند است» پرورش مي‌دهد. در ابتدا بايد بدانيم تفاوت بين مراقبۀ بهوشياري با ديگر اشکال مراقبه مانند مراقبۀ تمرکزي و اشکال متنوع مراقبۀ ديداري [[126]](#footnote-127)چيست و اينکه مراقبۀ بهوشياري ترکيب يگانۀ روان‌شناسي بودايي است. اصطلاح *پالي* براي مراقبۀ بهوشياري، ويپاسانا بهاوانا [[127]](#footnote-128)مي‌باشد که به پرورش بينش يا مراقبۀ بينشي ترجمه شده است. پژوهشگران و درمانگران غربي معمولاً براي اشاره به اين تمرين از اصطلاح «مراقبۀ بهوشياري» استفاده مي‌کنند.

در واقع *ساتي* ، هم با فنون تمرکز و مراقبۀ بهوشياري پرورش مي‌يابد و هم نيازمند آنهاست؛ اينجاست که ما نياز داريم بدانيم چگونه ذهن بر يک ابژه يا بسياري ابژه‌هاي برانگيخته شده، متمرکز مي شود. از آنجا که ذهن در طول مراقبۀ بهوشياري به طرزي فعالانه با گسترۀ وسيعي از تجارب درگير است، مي توان گفت که وجود *ساتي* در اين تمرين ويژه، عامدانه است.

در طول مراقبۀ بهوشياري يا بينشي، مراقبه‌گر همواره مي توان د در صورت گرفتار آمدن در خيال‌پردازي‌هاي روزانه يا افکار پراکنده، براي برقراري توجه به تمرين تمرکز

برگردد. به اين ترتيب تمرين تمرکز [[128]](#footnote-129)تسهيل‌گر تمرين بهوشياري يا بينشي (ويپاسانا) خواهد بود(سیگال،[[129]](#footnote-130)2004).

* + - 1. **مراقبۀ مهر**

مهر کيفيتي هيجاني در رابطه با بهوشياري است که از واژۀ  *پالي متا*، به مهر ترجمه شده است. مراقبۀ مهر [[130]](#footnote-131)مي توان د شکلي از مراقبۀ تمرکز باشد، مراقبه‌گر توجه خود را بارها و بارها به عبارتي چون «اميد که من و تمام موجودات، ايمن، شاد و سالم باشيم و در آرامش زندگي کنيم» بازمي‌گرداند. اين فن به شخص اجازه مي‌دهد تا متعادل‌تر شود و اجازه دهد تجارب برانگيخته شده به همان گونه که هستند، باشند. طعم آگاهي مهرآميز، پيامدي است براي نيت همراه با محبت. مهر و احساس امنيت، صلح، سلامت و رهايي از رنج، بهوشياري را در ذهن تمرين کننده شفاف نگه مي‌دارد. اين کيفيتي از ذهن است که اميدواريم به ديگر تمرين‌هاي مراقبه هم نفوذ کند. بنابراين در طول مراقبۀ تمرکزي سعي مي‌کنيم تمام آشفتگي‌هاي ذهني را، به جاي سختگيري و جديت، با گشودگي و صداقت پذيرا باشيم. هنگام تمرين بهوشياري يا مراقبۀ بينشي ما از تمام محتويات ذهني چونان ميهماناني عزيز استقبال مي‌کنيم. هنگامي که بهوشياري ما تقويت شد، اگر لازم باشد حتي مي توانيم در طول يک نشست مراقبه، بين تمرين‌هاي مراقبۀ مهر، تمرکز يا بينش (بهوشياري) حرکت کنيم. به

عبارت ديگر سه مهارت تمرکز، بهوشياري و مهر را مي توان براي کاهش رنج و افزايش شادي به طور انتخابي در مراقبه و زندگي روزمره مورد استفاده قرار داد{Segal, 2004 #6}.

* + 1. **راهبردهاي مهارت‌هاي ذهن‌آگاهي**

کبات زين (1982) راهبردهايي را در نظر مي‌گيرد که به تبيين چگونگي تأثير مهارت‌هاي ذهن‌آگاهي در کاهش نشانه‌ها و تغييرات رفتاري مي‌پردازد. اين راهبردها عبارت‌اند از تمرکز زدایی، مواجهه، تغيير شناختي، مديريت خود، آرام‌سازي و پذيرش که در بخش ذیل به هریک به اختصار اشاره شده است.

* + 1. **تمرکززدايي**

تمرکززدايي به‌عنوان توانايي تمرکز بر لحظه حاضر و حالت بدون قضاوت در مورد افکار و احساسات و پذيرش آن‌هاست. پژوهش‌ها نشان داده است که تمرکززدايي مي‌تواند سطوح نشخوار افسرده ساز را به‌وسيله‌ي آموزش راه‌هاي سازگارانه‌تر مربوط به تفکر به بيماران کاهش دهد. ايده اصلي تمرکززدايي مطرح کردن تغييرات اساسي در ديدگاه‌ها، باورها و الگوهاي شناختي نا آشکار شخص است که رابطه بيماران افسرده با افکار و احساسات منفي را شکل مي‌دهد. تمرکززدايي شامل فاصله گرفتن، دوري، انفصال، مجاز دانستن، پذيرش و رها کردن افکار و خلقيات منفي است. بيماران در برنامه‌ شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی؛ تمرکززدايي از افکار و هيجانات (هر چيز ديگري که ممکن است رخ دهد) را در طول جلسات مراقبه تمرين مي‌کنند. اين

جلسات يک شخص را قادر مي‎سازد تا تمرکززدايي را در يک محيط کنترل‌شده معمولا در حالت نشسته با چشم‌هاي بسته در فضايي آرام تمرين کنند. وقتي مهارت تمرين شود پذيرش تسهيل مي‌گردد و با زندگي روزمره بيمار ادغام مي شود. تغيير از حالت انجام دادن به حالت بودن مؤلفه‌اي کليدي در شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‎آگاهی‎ است که به بيماران کمک مي‎کند تا تمرکززدايي کنند. حالت انجام دادن شامل تفکر بسيار در مورد آينده يا گذشته و نبودن در لحظه حاضر است. حالت بودن حالتي بدون تلاش و بدون قضاوت است. تمرکززدايي مشابه حالت بودن ذهن است. حالت انجام دادن وقتي است که بين اين‌که چيزها چگونه هستند و چگونه انتظار مي‎رود باشند که به‌وسيله ذهن تعيين مي شود، اختلاف وجود دارد. سپس تفاوت‎ها به‌صورت خودکار احساسات منفي را فعال خواهند کرد که مي‎تواند الگوي فکري هميشگي را راه‌اندازي کند تا شخص را نسبت به حرکات و اعمالي سوق دهد تا در صدد رفع اختلاف بين حالت موجود و حالت مطلوب باشد. اگر اعمال به‌صورت موفقيت‌آميزي اين شکاف را کاهش دهد و حالت مطلوب حاصل شود، حالت انجام دادن از ذهن شخص خارج خواهد شد؛ اما اگر پس از اقدامات صورت گرفته، تفاوت‎ها باقي بماند ذهن در اين حالت انجام دادن، پيرامون جستجوي اجباري راه‌هاي احتمالي نگه‌داشته خواهد شد تا اين اختلافات را کاهش دهد. يک «نظارت و ارزيابي پيوسته از پيشرفت» موردبحث هستند. سگال و همکاران (2002) دريافتند مشکل حالت انجام دادن اين است که پردازش آن معمولاً ارادي، هشيار و طراحي‌شده نيست؛ در عوض، نسبتاً به‌صورت خودکار به‌عنوان عادت ذهني آغاز مي شود و تداوم مي‌يابد. علاوه بر اين، در اين فرآيند افکار و

احساسات به‌عنوان خوب يا بد ارزيابي مي‌شوند که ذهن را وادار مي‌سازد تا اهدافي را براي حفظ افکار و احساسات خوب و کاهش افکار و احساسات بد تنظيم کند؛ بنابراين قضاوت و ارزيابي نسبت به نشخوار و حالت انجام دادن دروني هستند. اين چرخه تکراري حالت انجام دادن نهايتاً حس ناخشنودي و ناتواني شخصي را به دليل قضاوت و ارزيابي دائمي افزايش مي‎دهد. تمرکززدايي در حضور ذهن در کمک به بيماران براي رها کردن حالت انجام دادن و اتخاذ حالت بودن به‌منظور کاهش آسيب‌پذيري‌شان نسبت به عود/ بازگشت بسيار مهم است. برخلاف حالت انجام دادن، حالت بودن شامل جستجو براي اختلافات بين حالت ذهني جاري و حالت مطلوب نيست. همچنين شامل نظارت و ارزيابي پيوسته نيستند. در عوض، ذهن در حالت بودن کاملاً پذيرنده است و از تجربيات لحظه حاضر آگاه است. حالت بودن به‌جاي تفکر و ارزيابي درباره حال، آينده، يا گذشته در حالت انجام دادن، به‌وسيله تجربه مستقيم و فوري لحظه حاضر مشخص مي شود. از طريق اين روش جديدِ بودن، رابطه شخص با افکار و احساساتش تغيير داده مي‌شود. در اين حالتِ بودن، افکار و احساسات به‌عنوان رخدادهاي گذرايي در ذهن، در نظر گرفته مي‌شوند که از بين خواهند رفت{Segal, 2004 #6}.

* + - 1. ***مواجهه***

اولين مطالعاتي که اثرات برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن‎آگاهی را مورد توصيف قرار داد، کاربرد آن در درمان بيماران مبتلا به درد مزمن بود. در دستورالعمل‌هايي که به مراجع در [مراقبه](http://ebarzkar.blogfa.com/) داده مي شود، تأکيد مي‌گردد که وضعيت خود را براي رهايي از درد تغيير ندهند، بلکه در عوض مستقيماً

توجه دقيقي بر حس‌هاي درد داشته باشند و با نگرش بدون قضاوت به اين حس‌ها توجه کنند؛ همچنين شناخت‌ها (اين غيرقابل‌تحمل است)، هيجانات (اضطراب، خشم) و کنش (تغيير وضعيت) هايي را که با حس‌هاي درد همراه هستند، موردتوجه دقيق و پذيرش قرار دهند. اعتقاد بر اين است که توانايي مشاهده بدون قضاوت، حس‌هاي درد و پريشاني همراه با درد را کاهش مي‌دهد.

کبات زين (1982) کنش‌هاي متعددي را در کاربرد اين راهبرد مطرح مي‌سازد. براي مثال مواجهه طولاني با حس‌هاي درد، در غياب پيامدهاي فاجعه‌آميز، مي‌تواند منجر به حساسيت‌زدايي و کاهش پاسخ‌هاي هيجاني ناشي از درد گردد؛ بنابراين، تمرين مهارت‌هاي ذهن‌آگاهي مي‌تواند منجر به ايجاد توانايي تجربه حس‌هاي درد بدن و واکنش‌هاي هيجاني مفرط شود. نهايتاً درصورتي‌که حس‌هاي درد کاهش نيابند، پريشاني و رنج ناشي از آن ممکن است تسکين يابد. کبات زين (1992) راهبردهاي مشابهي را براي اثرات بالقوه مهارت ذهن‌آگاهي بر اضطراب و هراس مطرح ساخته است: زير نظر گرفتن دائم و بدون قضاوت حس‌هاي مربوط به اضطراب، بدون سعي در فرار يا اجتناب از آن‌ها مي‌تواند باعث کاهش واکنش‌هاي هيجاني گردد که معمولاً توسط نشانه‌هاي اضطراب برانگيخته شده است. اين رويکرد مشابه با راهبرد مواجه احشايي است که توسط بارلو و کراسک (2000) توصيف شده است. اين درمانگران به بيماران مبتلا به هراس آموزش مي‌دادند که به تمرينات هوازي و تنفس عميق بپردازند و تحمل اين حس‌ها را تمرين کنند تا بتوانند از نشانه‌هاي مربوط به آن رهايي يابند. در تمرينات حضور ذهن از بيمار خواسته

نمي شود که نشانه‌هاي هراس را در خود ايجاد کند، بلکه مشاهده بدون داوري حس‌ها که طبيعتاً بروز مي‌يابند، مورد ترغيب قرار مي‌گيرد. لينهان (1993) افراد داراي اختلال شخصيت مرزي را به‌عنوان افراد مبتلا به فوبياي هيجاني توصيف مي‌کند؛ يعني افرادي که از تجربيات هيجانات منفي شديد واهمه دارند. اين ترس قابل‌فهم است، چراکه حالت‌هاي هيجاني منفي آن‌ها معمولاً شديد است. به‌هرحال کوشش آن‌ها براي اجتناب از اين حالت‌ها غالباً با پيامدهاي ناسازگارانه‌اي دارد. لينهان (1993) مي‌گويد که مشاهده افکار و هيجانات فعلي، بدون سعي در اجتناب يا فرار از آن‌ها، مي‌تواند به‌عنوان نمونه‌اي از مواجهه تلقي شود که به‌نوبه خود باعث خاموشي پاسخ‌هاي ترس و رفتارهاي خودکار مي‌گردد که توسط محرک‌هاي ترس‌برانگيز، تقويت‌شده‌اند؛ بنابراين، توانايي تحمل هيجان‌هاي منفي و توانايي کنار آمدن با آن‌ها اثرات مفيدي به دنبال دارد(لین هال[[131]](#footnote-132).1993).

* + - 1. **تغيير شناختي**

مؤلفين متعدد مطرح ساخته‌اند که تجربيات ذهن آگاهي مي‌تواند باعث ايجاد تغييراتي در الگوهاي فکري يا نگرش‌هاي فرد در مورد افکارش شود. براي مثال کبات زين (1990) توصيه مي‌کند که مشاهده بدون قضاوت درباره درد و افکار مرتبط با اضطراب ممکن است منجر به فهم و درک اين نکته گردد که «اين‌ها فقط فکرند» و نمايانگر حقيقت يا واقعيت نيستند و لزوماً نبايد باعث فرار يا رفتار

اجتنابي شوند. لينهان (1993) نيز خاطرنشان مي‌کند که مشاهده افکار، احساسات و به کار گرفتن برچسب‌هاي توصيفي براي درک آن‌ها، اين درک و فهم را به وجود مي‌آورد که آن‌ها هميشه نمايانگر صحيحي از واقعيت نيستند. براي مثال احساس ترس به اين معني نيست که خطر قريب‌الوقوعي وجود دارد و تفکر «من مقصرم» لزوماً واقعي نيست. در مرحله تغييرات شناختي افراد مي‌آموزند تا افکار و احساسات خود را بدون قضاوت مشاهده کنند و آن‌ها را فقط به‌عنوان رويدادهاي ذهني بنگرند که در حال گذر هستند و نشانه واقعيت نيستند. در اين ديدگاه افراد ياد مي‌گيرند که در دام الگوهاي نشخوار فکري خود گير نيفتند{Linehan, 1993 #2}.

* + - 1. ***مديريت خود***

مشاهده‌ي خود بهبوديافته ناشي از آموزش حضور ذهن مي‌تواند استفاده از مهارت‌هاي مقابله‌اي را ارتقا بخشد. براي مثال کبات زين (1982) مطرح مي‌سازد که آگاهي فزاينده از حس‌هاي درد و پاسخ‌هاي استرس، افراد را قادر مي‌سازد که در انواع پاسخ‌هاي مقابله‌اي درگير شوند. کريستلر و هالت (1999) ادعا مي‌کنند که توسعه مهارت‌هاي مشاهده‌ي خود در طي آموزش حضور ذهن باعث بهبود شناخت سرنخ‌هاي سيري در پرخورها مي‌گردد، به همين ترتيب توانايي مشاهده‌ي کشش‌هاي مربوط به پرخوري را افزايش مي‌دهد. مارلات (1994) اثرات مشابهي را در معتادان رو به بهبود بيان مي‌کند. تيزدل و همکاران (1995) خاطرنشان ساختند که آموزش حضور ذهن باعث آگاهي از کليه رويدادهاي هيجاني و شناختي آن‌گونه که رخ

مي دهند، مي‌گردد. به‌ويژه در کساني که ممکن است نشانه‌هاي اوليه عود افسردگي را تجربه کنند، ازاين‌رو، آموزش حضور ذهن مي‌تواند بازشناسي اوليه‌ نشانه‌هاي يک مشکل را ارتقاء بخشد و کاربرد اين مهارت‌ها به‌احتمال بسيار در پيشگيري از مشکل مي‌تواند باشد. لينهان (1993) مطرح مي‌سازد که مشاهده بدون قضاوت، فرصت شناخت پيامدهاي يک رفتار را ممکن مي‌سازد (نظير عصباني کردن رئيس با تأخيرهاي مکرر خود). اين شناخت، تغييرات رفتاري موثري را به دنبال خواهد داشت. لينهان (1993) به‌ويژه کاهش تکانشوري و رفتارهاي ناسازگارانه هم‌چنين در خصوص داشتن «يک حضور ذهن» در زمان حال، بيان مي‌کند که اين مهارت باعث ايجاد کنترل توجه مي‌گردد و مهارت مفيدي براي افرادي است که در تکميل تکاليف مهم به علت حواس‌پرتي ناشي از نگراني‌ها، خاطرات يا خلق‌هاي منفي مشکل ‌دارند{Linehan, 1993 #2}.

* + - 1. **آرام‌ساز**

رابطه بين مراقبه و آرام‌سازي قدري پيچيده است. مؤلفين متعددي (کبات زين و همکاران، 1998؛ کاپلان، گلدنبرگ و گالوين ناديو، 1993) مطرح ساخته‌اند که حضور ذهن مبتني بر کاهش استرس ممکن است در اختلالات طبي وابسته به استرس از جمله پسوريازيز و فيبرو مياگليا کاربرد داشته باشد. اين مؤلفين خاطر نشان مي‌سازند که مراقبه آرامش‌بخش است و از اين راه مي‌تواند در کنترل و مدیریت‌ اين اختلال مؤثر باشد. اگرچه ايجاد آرامش از طريق راهبردهاي گوناگون مراقبه اثبات‌شده است، اما لازم به توضيح است که

هدف آموزش ذهن آگاهي، ايجاد آرامش نيست، بلکه آموزش مشاهده بدون قضاوت شرايط در لحظه است، شرايطي که ممکن است برانگيختگي دستگاه عصبي خودمختار، افکار رقابتي، تنش عضلاني و ساير پديده‌هاي ناسازگار با آرامش را باعث شوند. به‌علاوه، شواهد نشان مي‌دهند که اثرات آرام‌سازي منحصر به مراقبه نيستند، بلکه در بسياري از راهبردهاي آرام‌سازي وجود دارند. ازاين‌رو، گرچه تمرينات حضور ذهن ممکن است منجر به آرام‌سازي شوند، اما اين پيامد دليل اوليه درگيري در مهارت‌هاي ذهن آگاهي نيستند{Segal, 2004 #6}.

* + - 1. **پذيرش**

رابطه بين پذيرش و تغيير، يک مفهوم محوري در بحث‌هاي رايج روان‌درماني است. هايز (1994) مطرح ساخت که پذيرش شامل «تجربه رويدادها به طور کامل و عاري از دفاع، همان‌گونه که هستند» است و ذکر نمود که متخصصين باليني که تجربه مدار هستند، ممکن است که بر اهميت تغيير کليه نشانه‌هاي ناخوشايند، تأکيد بيش‌ازحدي داشته باشند و اهميت پذيرش را موردتوجه قرار ندهند. براي مثال، فردي که حملات هراس را تجربه مي‌کند، ممکن است در رفتارهاي ناسازگارانه متعددي براي پيشگيري از حملات آتي هراس درگير شود. از جمله، سوءمصرف مواد و الکل، اجتناب از فعاليت‌هاي مهم و گوش‌به‌زنگي مضطربانه و افراطي نسبت به حالت‌هاي بدني. با پذيرش فرد مي‌پذيرد که حملات هراسي که ممکن است گاه‌گاهي رخ دهند، زودگذرند و خطرناک نيستند و اگرچه ناخوشايند هستند، بايد تحمل شوند و نبايد از آن‌ها اجتناب نمود، يا آن ها را خطرناک تلقي کرد(هایس،2013)[[132]](#footnote-133)

**بخش چهارم- والدگري**

* + 1. **تعريف والدگري**

در ادبيات علوم تربيتي و روان شناسي، واژه Parenting  [[133]](#footnote-134)به دو صورت ترجمه شده است. برخي آن را به «والدگري» و گروهي ديگر آن را به «فرزندپروري» ترجمه کرده اند. بر اساس تعريفي که از بامريند[[134]](#footnote-135)  بيان شده، والدگري [[135]](#footnote-136)عبارتست از "گونه اي از ارتباط والد-فرزندي که شامل باورها، اصول و روش ها و رفتارهاي ويژه مي شود و عاملي موثر در شکل گيري رفتارهاي دورني شده و بروني شده فرزندان است"[( احمدپناهي،1397)](https://rasekhoon.net/lifestyle/show/1496895/%D9%88%D8%A7%D9%84%D8%AF%DA%AF%D8%B1%DB%8C-%DA%86%DB%8C%D8%B3%D8%AA-%D8%A8%D8%AE%D8%B4-%D8%A7%D9%88%D9%84#_ftn4). در تعريف ديگر ريسپولي و ديگران [[136]](#footnote-137)بيان مي کنند که والدگري، فعاليت پيچيده اي شامل روش ها و رفتارهاي ويژه است که به طور مجزا يا در تعامل با يکديگر بر [رشد کودک](https://rasekhoon.net/lifestyle/show/1386707/%D9%85%D8%B1%D8%A7%D8%AD%D9%84-%D8%B1%D8%B4%D8%AF-%D8%AF%D8%B1-%DA%A9%D9%88%D8%AF%DA%A9%D8%A7%D9%86) تاثير مي‌گذارد. در واقع پايه و اساس شيوه فرزندپروري مبين تلاش هاي والدين براي کنترل و اجتماعي کردن کودکان شان است{سكينه, 9}.

در اصل مي‌توان فرزندپروري را داشتن مهارت هايي دانست که در اين مهارت ها، روش‌هاي به کارگيري توانايي ها در حوزه تربيت فرزند به شمار مي آيد. به سخني ديگر همانطور که براي اداره هر سازمان و نهادي نياز به دانستن روش هاي مديريت و به کارگيري درست آنهاست، فرزندان نيز از اين امر مستثني نيستند و بايد براي رشد و تربيت ايشان راه هاي درست را کشف و به کار گرفت{سكينه, 9}.

* + 1. **اهميت توجه به والدگري**

در دوران کودکي، شخصيت انسان بر اساس تربيتي که در خانواده وجود دارد، شکل مي گيرد. اصلي‌ترين مولفه‌هاي شکل‌گيري شخصيت انسان مربوط به همين دوران ابتدايي زندگي انسان درنهادي به نام خانواده است. به زعم اریک اریکسون، از تولد تا يک سالگي سن شکل گيري اعتماد انسان نسبت به دنياست. در اين دوران مهم ترين فردي که در اين [اعتمادسازي](https://rasekhoon.net/lifestyle/show/1370707/%D8%B1%D8%A7%D9%87%DA%A9%D8%A7%D8%B1%D9%87%D8%A7%DB%8C-%D8%A7%D8%B9%D8%AA%D9%85%D8%A7%D8%AF-%D8%AF%D9%88%D8%A8%D8%A7%D8%B1%D9%87-%D8%A8%D9%87-%D9%87%D9%85%D8%B3%D8%B1-%D8%A8%D8%B9%D8%AF-%D8%A7%D8%B2-%D8%A8%DB%8C-%D8%A7%D8%B9%D8%AA%D9%85%D8%A7%D8%AF%DB%8C) نقش دارد، مادر هست. او بر اين باور هست که اگر مادري در اين دوران به نيازهاي کودک، خوب رسيدگي نکند، و افراط و يا تفريط داشته باشد، مي‌تواند زمينه‌ساز يک شخصيت بي اعتماد در تمامي دوران زندگي کودک شود. از همين روي لازم است، والدين شيوه هاي درست تربيت فرزندان را به کار بگيرند تا بتوانند پرورش، اجتماعي کردن و انتقال ارزش هاي فرهنگي و اخلاقي و ايده‌آل‌هاي والدين به فرزندان به درستي صورت بگيرد. خانواده به عنوان اولين نهاد اجتماعي‌اي که انسان در آن قدم مي‌گذارد مي‌تواند، جامعه پذيري[[137]](#footnote-138) و در گام عالي‌تر آن فرهنگ پذيري[[138]](#footnote-139)را در شخصيت انسان نهادينه کند، دو امري که نهادهاي ديگر اجتماعي تاثيرات شان به نسبت کمتر از نهاد خانواده است{سكينه, 9}.

* + 1. **عوامل موثر بر والدگري**

عوامل متعددي بر والدگري تاثير دارند که از مهم‌ترين اين موارد مي‌توان به وضعيت اجتماعي-اقتصادي، فرهنگ، نگرش والدين به والدگري و ويژگي‌هاي شخصيتي والدين همچون [ذهن‌آگاهي](https://rasekhoon.net/lifestyle/show/1395776/%D8%B3%DB%8C%D8%B1-%D8%AA%D8%A7-%D9%BE%DB%8C%D8%A7%D8%B2-%D8%B0%D9%87%D9%86-%D8%A2%DA%AF%D8%A7%D9%87%DB%8C-%D8%A8%D8%AE%D8%B4-%D8%A7%D9%88%D9%84)[[139]](#footnote-140) و فراوالدگري[[140]](#footnote-141) اشاره کرد. در اصل مي‌توان يک چيز را بسيار در اين ميان مهم دانست و آن شخصيت والدين است. اين سخن برگرفته از نظريه يادگيري مشاهده ايست که در حوزه «روان‌شناسي يادگيري» بدان پرداخته مي‌شود. »يادگيري مشاهده‌اي«[[141]](#footnote-142) توسط آلبرت بندورا  [[142]](#footnote-143) (1925) بيان شده است.  بندورا خود قائل بود مهمترين نوع يادگيري، يادگيري مشاهده اي‌ است. در اين نظريه اينگونه بيان مي شود که انسان بر اثر مشاهده و ارتباطي که با محيط خود از طريق حس بينايي دارد، الگوهاي رفتاري اي را انتخاب مي کند و رفتارهاي خود را بر اساس آن شکل مي دهد. بر اين اساس، فرزندان در خانواده از طريق ارتباط با والدين خود و مشاهده رفتارهاي ايشان، به رفتارهاي خود شکل مي دهند و به مرور اين دست از رفتارها شکل دهنده مولفه هاي شخصيت ايشان همچون افکار، عواطف، هيجانات و رفتارهاي ايشان مي شود. خودآگاهي والدين نيز به عنوان يک مولفه شناختي، داراي اهميت بسياري در والدگري است. برخي تحقيقات نشان از آن دارد که ذهن آگاهي، در سلامت روان و نيز روابط موثر با ديگران و نيز والدگري نقش بسيار قابل توجهي دارد. کاتورث[[143]](#footnote-144) و پارنت[[144]](#footnote-145)

قائلند که داشتن آگاهي هاي مستمر، منظم و توجه به زمان حال باعث کارکرد موثر والدين نسبت به فرزندان مي گردد. مورگان ذهن آگاهي يا حضور ذهن را اينگونه تعريف مي کند: «آگاهي از افکار، رفتار، هيجانات و انگيزه هاست به طوري که بهتر بتوان آن‌ها را مديريت و تنظیم کرد، به عبارت ديگر، ذهن آگاهي به معناي توجه کردن به شيوه هاي خاص است{سكينه, #9}.

ذهن‌آگاهي مي‌تواند در دو جنبه والدين موثر واقع شود. اين جنبه ها، عبارتند از:

1. جنبه درون فردي[[145]](#footnote-146) حضور ذهن در فرزندپروري شامل انتساب ها، نگرش ها، ارزش ها، عقايد و انتظارات است که والدين در مورد فرزندان خود و نحوه فرزندپروري دارند.
2. جنبه ميان فردي[[146]](#footnote-147) حضور ذهن در [فرزندپروري](https://rasekhoon.net/lifestyle/show/1465072/%DA%A9%D8%AF%D8%A7%D9%85-%D8%B3%D8%A8%DA%A9-%D9%81%D8%B1%D8%B2%D9%86%D8%AF-%D9%BE%D8%B1%D9%88%D8%B1%DB%8C-%D8%A8%D9%87%D8%AA%D8%B1-%D8%A7%D8%B3%D8%AA-%D8%A8%D8%AE%D8%B4-%D8%A7%D9%88%D9%84) به حضور والدين هنگام تعامل با فرزندانشان و داشتن نگرشي پذيرنده، مهربان و مشفقانه نسبت به اين تعاملات نظر دارد.

والديني که در ارتباط با فرزندان خود داراي ذهن آگاهي هستند داراي ويژگي هايي هستند که برخي از اين ويژگي ها عبارتند از:

1. اين نوع از والدين، اجازه بيان عقيده و تجارب شخصي را به کودکان خود مي دهند و آنها را بر اين امر تشويق و تقويت مي کنند.
2. اين نوع از والدين بر اساس باورهاي و تجاربي که فرزندانشان دارند راهبردها و خط مشي هاي تربيتي، ارتباطي و مراقبت گري خود را شکل مي‌دهند. (بدين معنا که والدين بايد راهبردهاي تربيتي را بر اساس يک واقعيت شکل بدهند و نبايد اين راهبردها چيزي دور از واقعيت و يا ساخته ذهن خود والدين باشد).
3. اين نوع از والدين به خوبي مي دانند که چگونه در موارد بحراني، دست از اصول مراقبت گري خود برندارند و استراتژي هاي جديدي را بر اساس موقعيت جديد و نيز موقعيت هاي بحراني به کار بگيرند{Teasdale, 1995 #4}.
   * 1. **خطاهاي رايج در والدگري**

در الگوهاي امروزين والدين در امر فرزندپروري، خطاهايي وجود دارد که برآنيم به برخي از اين موارد اشاره کنيم.

**خطاي اول‌، عدم پذيرش نقش والدگري از سوي فرزندان**؛ که اين مورد مي تواند به خاطر عدم قاطعيت والدين در فرزندپروري و يا سستي ايشان در به کارگيري هاي شيوه هاي درست تربيت باشد. والديني که مبتلا به

اختلالات شخصيت[[147]](#footnote-148)هستند نيز ممکن است، نقش آنان در والدگري جدي گرفته نشود.  
**خطاي دوم‌، بد انگاري**[**کودکان**](https://ar.rasekhoon.net/lifestyle/show/1424364/%D8%A2%D8%B4%D9%86%D8%A7%DB%8C%DB%8C-%D8%A8%D8%A7-%D9%86%DB%8C%D8%A7%D8%B2%D9%87%D8%A7%DB%8C-%DA%A9%D9%88%D8%AF%DA%A9%D8%A7%D9%86)**به خاطر رفتارهاي نادرست ايشان**. در اين موارد بايد ميان رفتار کودکان و شخصيت ايشان جدايي قائل شد و آن را بيان کرد. به اين معنا که تو خوب هستي ولي اين کاري که کردي مناسب شخصيت ت و خوبي هاي تو نيست.

**خطاي سوم، زياده روي در سرزنش فرزندان**. در روايتي اميرالمومنين (عليه السلام) فرموده اند: "الإفراطُ في المَلامَةِ يشُبُّ نارَ اللَّجاجَةِ؛ زياده روي در سرزنش، آتش لجاجت را شعله ور مي سازد"[(](https://rasekhoon.net/lifestyle/show/1496899/%D9%88%D8%A7%D9%84%D8%AF%DA%AF%D8%B1%DB%8C-%DA%86%DB%8C%D8%B3%D8%AA-%D8%A8%D8%AE%D8%B4-%D8%B3%D9%88%D9%85#_ftn2) تميمي آمدي،1410)

**خطاي چهارم، خطاي مهم نبودن فرزند:** برخي از والدين، به خصوص والديني که شيوه والدگري مستبدانه را برگزيده اند، اهميتي به نظرات و انديشه هاي فرزند خود نمي دهند. اين يکي از مهم ترين و رايج ترين خطاها در شيوه هاي والدگري در عصر گذشته مي باشد. در اين مورد بهتر است که حرفها و پيشنهادات کودک به درستي شنيده شود و در صورت نادرست بودن آن، دلايلي منطقي که در توان فهم او باشد به او گفته شود.

**خطاي پنجم، انتظار بيش از حد:** اين خطا در صورتي رخ مي دهد که والدين از فرزند خويش انتظارات بي جا و دور از توان او را داشته باشند که اين خطا، باعث دوري والدين از فرزندان مي شود و مي تواند زمينه ساز از بين رفتن اقتدار والدين در نزد ايشان شودم

**خطاي ششم،** سوء استفاده از قدرت: برخي از والدين از اقتداري که دارند سوء استفاده مي کنند و همين امر باعث آن مي شود که فرزندان از حضور در نزد ايشان، گريزان باشند. قدرت ابزاري است در جهت والدگري صحيح که اگر از آن به درستي استفاده نشود، کارکردهاي آسيب زايي را در تربيت فرزندان به همراه خواهد داشت.

**خطاي هفتم،** [دروغ](https://rasekhoon.net/lifestyle/show/1370027/%D8%B1%D9%88%D8%A7%D9%86-%D8%B4%D9%86%D8%A7%D8%B3%DB%8C-%D8%AF%D8%B1%D9%88%D8%BA-%D9%88-%D8%A7%D9%86%D9%88%D8%A7%D8%B9-%D8%AF%D8%B1%D9%88%D8%BA) گفتن به فرزندان.

**خطاي هشتم، برچسب زني**: برخي از والدين با به دست آوردن اندکي از علم روانشناسي و مباحث آسيب شناسي رواني، به راحتي به فرزند خود برچسب اختلالات رواني مي زنند در حاليکه اين امر، نياز به دانش کافي و به کارگيري ابزار مناسب است{عابدی, 7}.

* + 1. **والدگري مثبت**

برنامه والدگري مثبت، يک برنامه راهبردي چند سطحي و درباره فرزندپروري و با رويکرد پيشگيرانه و حمايتي نسبت به خانواده ها بوده است که توسط ساندرز[[148]](#footnote-149) و همکاران او در دانشگاه کوييزلند[[149]](#footnote-150) در استراليا تدوين شده است. هدفي که از برنامه والدگري مثبت وجود دارد اين است که از بروز اختلالات رفتاري، رشدي، عاطفي در کودکان از طريق بالابردن سطح دانش، مهارت‌ها و اعتماد به نفس والدين، بکاهد{عابدی, #7}.

آنچه در اين ميان اهميت دارد روش و سطوحي است که در والدگري مثبت وجود دارد. در اين برنامه از اصول يادگيري اجتماعي بهره گرفته مي شود و بر 5 سطح براي والدين کودکان و نوجوانان ميان تولد تا 16 سالگي بنا نهاده شده که هدف آن افزايش خودکفايي و خودکارآمدي والدين در کنترل رفتار والدگري است. سطح اول، آموزش هاي عمومي و همگاني از طريق رسانه هاي جمعي، شبکه هاي مجازي، سمينارها و جلسات عمومي صورت مي گيرد. سطح دوم، مداخله مراقبتي-بهداشتي اوليه براي والديني است که کودکان ايشان داراي مشکلات رفتاري خفيف هستند.سطح سوم، در اين مداخله والدين فرزنداني مورد مخاطب هستند که کودکان ايشان داراي مشکلات رفتاري خفيف تا متوسط هستند که در آن به آموزش الگوهايي در جهت مديريت يک رفتار خاص يا نگراني رشدي به صورت انفرادي صورت مي گيرد. اين سطح در سه جلسه برگزار مي‌شود. سطح چهارم، والديني که در اين سطح قرار مي گيرند والديني هستند که فرزند ايشان مبتلا به مشکلات شديد رفتاري هستند. اين سطح از مداخله، نياز به برگزاري 8 تا 10 جلسه است. سطح پنجم، سطح پنجم، يک برنامه مداخله رفتاري براي خانواده است که دربرگيرنده والديني است که علاوه بر مشکلات فرزندپروري، خود نيز دچار ساير مشکلات خانوادگي، همچون تعارضات زناشويي، خيانت والدين، افسردگی و اختلالات شخصيت هستند. در اين سطح غالباً مداخلاتي شامل 12 تا 16 جلسه آموزشي و مشاوره‌اي مي‌شود{عابدی, 7}.

* + 1. **شيوه‌هاي والدگري**

در تعريف شيوه هاي فرزند پروري مي‎توان گفت که ترکيبي از رفتار هاي والدين هستند که در شرايط گوناگون رخ داده و نشان دهنده شيوه رفتار والدين در درخواست از فرزندان و يا پاسخ دهي به فرزندان را مشخص مي‌کند و به عنوان شيوه اي ثابت و مداوم مورد استفاده قرار مي گيرد. اين شيوه‌هاي فرزندپروري بر اساس پژوهش‌هاي دیانا بامريند و با زير نظر گرفتن تعامل والدين و کودکان پيش‌دبستاني و جمع اوري اطلاعات از آن‌ها به دست آمد. او اعتقاد داشت که شيوه هاي فرزند پروري داراي 3 ويژگي اصلي است:

1. درخواست کنندگي والدين (پذيرش و گرمي و روابط نزديک)
2. پاسخ دهندگي والدين(کنترل)
3. استقلال دادن

بامريند با استفاده از اين سه ويژگي، چهار شيوه فرزندپروري را توصيف نمود که عبارتند از:

1. **شيوه فرزندپروري مستبدانه**

اين والدين سرد و طرد کننده اند و مرتبا کودک خود را تحقير مي کنند اين والدين در اين شيوه فرزندپروري سطوح بالايي از درخواست کنندگي يا کنترل و سطح پاييني از پاسخ دهندگي و يا پذيرش را ارائه مي کنند و انتظارات خود با استفاده از فشار و تنبيه به کودک خود ديکته مي کنند و به دنبال داشتن فرزنداني مطيع اند که فقط بگويد”بله ،چشم،باشه بابا،باشه مامان،بسيار خوب”. اين والدين براي کودک تصميم مي گيرند و به ندرت به حرف او گوش مي دهند

وسلب استقلال مي کنند .اين والدين در صورت امتناع و سرپيچي کودکشان محبت خودرا دريغ مي کنند وآن را مشروط به اطاعت کودک از خود مي دانند. در اصل در اين شيوه والدگري، فرزندان به مانند سربازان يک پادگان نظامي و يا کارمندان يک اداره بر شمرده مي شوند که بايد صرفاً دستورات و اوامر والدين را انجام بدهند و در مقابل توقع هيچ تشويق و ابراز عاطفه‌اي را از سوي ايشان نبايد داشته باشند{السادات, #8}.

1. **شيوه فرزندپروري آسان گيرانه يا سهل گيرانه**

اين والدين خونگرم اما بي توجه و سهل گيراند و مهار کمي بر روي کودک خود دارند و به درخواست هاي کودکان خود تن مي دهند. اين والدين درخواست کنندگي يا کنترل پايين و پاسخ دهندگي و پذيرش بالايي  دارند و به کودکان خود اجازه مي دهند تا قبل از اينکه به آمادگي برسند تصميمات زيادي بگيرند.اين والدين از حداقل تنبيه استفاده مي کنند و اماده ارائه خدمات به کودک خوداند.کودکان در اين شيوه فرزند پروري مي توانند هر وقت بخواهند غذا بخورند، هروقت خواستند بخوابند،هر ميزان که خواستند تلويزيون نگاه کنند،در خانه مشارکتي ندارند، نافرمان و سرکش هستند. در اين شيوه به خلاف روش والدگري مستبدانه، توقعي از فرزندان وجود ندارند و در اصل آنها هستند که به والدين خود دستور و امر مي کنند و والدين موظفند که آن دستورات و اوامر را اجرا کنند. در اصل اين شيوه والدگري، عدم والدگري والدين است. اين نوع از والدين زمينه ساز تربيت افراد بزهکار و نيز شخصيت هاي خودشيفته در بستر اجتماع را مهيا مي کنند.

دو اشکال عمده در والدين مي تواند زمينه ساز شکل گيري اين شيوه والدگري باشد:

* عدم شناخت الگوي درست در تربيت فرزند
* اعتماد به نفس پائين والدين

اين دو عامل نقش بسيار مهمي در شکل دهي به اين شيوه والدگري دارند.

1. **شيوه فرزندپروري بي‌اعتنا**

در اين شيوه فرزندپروري والدين درخواست کنندگي و پاسخ دهندگي پاييني دارند و نسبت به استقلال کودک بي تفاوت هستند. خود را درگير با کودک نمي کنند و يا شايد اصلا او را نپذيرند. انها از لحاظ هيجاني کناره گير هستند.متاسفانه والدين ممکن است در اين شيوه در مورد کودکانشان به غفلت بيافتند که نوع افراطي بي اعتنايي است و در صورتي که اين روش در سنين پايين مورد استفاده قرار گرفته باشد تمامي جنبه هاي رشد کودک را از جمله دلبستگي،شناخت و مهارتهاي اجتماعي را مختل کرده و کودکاني با مشکلات بيشمار پرورش خواهند داد. شيوه والدگري طردکننده: در اين شيوه هيچ کدام يک از مولفه هاي والدگري وجود ندارد. فرزندان نه تحت کنترل و مراقبت از سوي والدين است و نه از سوي ايشان محبتي را دريافت مي کنند{السادات, 8}.

1. **شيوه فرزندپروري مقتدرانه**

شيوه فرزندپروري مقتدرانه هر سه ويژگي درخواست کنندگي و پاسخ دهندگي و استقلال را به ميزان بالايي ارائه مي کند.در اين شيوه والدين صميمي ،پذيرا،دلسوزند و نسبت به نياز هاي کودک خود حساس اند.آنها از فرزندان خود توقعات معمول و معقول دارند و اگاهانه با کودک خود برخورد مي کنند و به کودک خود اجازه مي دهند که با توجه به شرايط خود تصميم بگيرد و کودک را ترغيب مي کنند به ابراز افکار،علايق و احساسات و در زمان اختلاف نظر باهم مشورت مي کنند و والدين نيز از طرفي براي نظرات خود دلايل قانع کننده اي دارند.اين والدين کودکشان را به وسيله کلام و نوازش جسمي حمايت مي کنند و ارتباط نزديکي با کودکشان برقرار مي کنند و به واسطه رابطه لذت بخششان کودک را به سمت ارتباط نزديک مي کشانند. کنترل در اين روش کاملا سازگارانه است و به هيچ عنوان موجب آزردگي کودک نيست.در اين شيوه والدين به خوبي از فرزندان خود مراقبت مي کنند. رفتارهاي ايشان را به طور مستقيم و غير مستقيم کنترل مي کنند و در ازاي کارهاي درست از سوي فرزندان، آنها را مورد تشويق و در صورت بروز رفتارهاي نادرست ايشان از شيوه هاي درستي براي اصلاح رفتارهاي آنها بهره مي گيرند{السادات, #8}.

بر اين اساس چهار شيوه والدگري را مي توان بر اساس مولفه هاي ذکر شده تصور کرد که در جدول زير آورده شده است.

جدول *2-2 ویژگی‏های شیوه‎های والدگری*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **يوه والدگري** | **عنوان شيوه والدگري** | **توقع و انتظارات** | **پاسخگويي** | **ارزش گذاري** |
| شيوه اول | والدگري مستبدانه | در حد بالا | در حد پائين | شيوه نادرست |
| شيوه دوم | والدگري سهل گيرانه | در حد پائين | در حد بالا | شيوه نادرست |
| شيوه سوم | والدگري طردکننده | در حد پائين | در حد پائين | شيوه نادرست |
| شيوه چهارم | والدگري مقتدرانه | در حد تعادل | در حد تعادل | شيوه درست |

* + 1. فراوالدگري

نوع جديدي از فرزندپروري را با ادغام فرزندپروري مبتکرانه [[150]](#footnote-151) و حل مسئله [[151]](#footnote-152) نام برده اند که فراوالدگري نام دارد. فرا فرزندپروري اشاره به افکار خوشآيند و خودکار والدين و همچنين

شيوه تفکر والدين در مورد فرزندپروري خودشان اشاره دارد. مؤلفه‌هاي فراوالدگری شامل اين موارد است:

1) بازتاب یا انعکاس گری[[152]](#footnote-153): ارزیاب مجدد رفتارهای خود، کودکان و رابطه گذشته است.

2) حل مسئله: حل مسئله شامل شامل جنبه های چندگانه تفکر والدین است که شامل تعریف مسئله است(Hurley et al., Arabi).

فراوالدگري اثرات بسياري بر روي مراقبت از کودکان سالم و کودکان با نيازهاي ويژه دارد. به عنوان نمونه فراوالدگري در کودکان سالم باعث آن مي شود که نوع گريه [نوزادان](https://rasekhoon.net/lifestyle/show/1445847/%D9%85%D9%82%D8%AF%D8%A7%D8%B1-%D8%AE%D9%88%D8%A7%D8%A8-%D9%85%D9%88%D8%B1%D8%AF-%D9%86%DB%8C%D8%A7%D8%B2-%D9%86%D9%88%D8%B2%D8%A7%D8%AF%D8%A7%D9%86)از سوي والدين به درستي شناخته شده و نيازهاي آنان مورد اجابت قرار گيرد و در کودکان با نيازهاي ويژه آسيب‌هايي همچون ارتباط جدي در کودکان مبتلا به اختلال رشدي به راحتي تشخيص داده شود. با اندک تاملي فوايد بسياري را مي توان در والدگري به دست آورد. والديني که بتوانند در مورد آينده کودکان خود پيش بيني هاي درست تري داشته باشند و اين پيش بيني ها سبب آن مي شود که اهداف بهتر تشخيص داده شده و بر اساس آن اهداف، راهبردهاي عملياتي درست‌تري شکل بگيرد.

استفاده از فراوالدگري باعث اثربخشي فرزندپروري کودکان معمولي و يا فرزندپروري کودکاني با نيازهاي ويژه (مثل آسيب ارتباطي جدي در کوکاني مبتلا به اختلال رشدي) مي‌شود. همچنين هاوک و هولدن (2006) در پژوهش خود گزارش کردند مادراني که بيشتردرگير حل مسئله بودند سطوح پايين تري از بيش واکنش

گري و سهل انگاري راگزارش کردند؛ اما مادراني که سطوح پايين تري از انعکاس گري را گزارش کردند در واکنش گري هم سطوح پايين تري گزارش کردند. بنا بر آنچه گفته شد انتظار مي رود مادراني که سطوح بالاتري از فر اوالدگري و ذهن آگاهي را دارند، سطوح بالاتري از فرزندپروري مقتدرانه را نير دارند(هارواس،2011)[[153]](#footnote-154).

اما ويژگي‌هاي شخصيتي والدين مانند فراوالدگري علاوه بر تاثيري که به صورت مستقيم بر فرزندپروري دارند ممکن است به صورت غيرمستقيم با تاثيرگذاري بر رفتار والدين نير بر سبک‌هاي فرزندپروري اثرگذار باشد؛ زيرا پدر و مادر شدن، پدیده‎ای جسمي، رواني و اجتماعي است که اساسا روش زندگي زوجين را دگرگون مي‌کند و وارد کردن فرزند به جمع خانواده ممکن است بر نحوه زندگي زوجين، روابط جنسي و تنش‌هاي پدرانه و مادرانه تاثيرگذار شود. اين عوامل ممکن است باعث تنيدگي در هر دو والد يا يک از والدين گردد. تنيدگي والديني اصطلاحي است که مشخص کنندة ادراک تنيدگي در نظام والد- کودک است که هم ويژگي هاي تنيدگي زاي کودک و هم پاسخهاي والدين به اين ويژگي ها را در بر مي‌گيرد(لوید،1995)[[154]](#footnote-155).

تحقيقات نشان داده است که مهارت‌هاي فراوالدگري به عنوان منابع روانشناسي بالقوه هر مواقع استرس، فرآيندهاي مقابله‌ای هستند که به والدين اجازه مي دهند تا مقابلة انطباقي‌تري اتخاذ کنند و از تاثيرات بالقوه مخرب ناشي از ارزيابي هاي مرتبط با فرزندپروريشان

اجتناب کنند. يک رويکرد فراوالدگري مي‌تواند چرخه مخرب منفي گرايي رابطه متعارض را هنگام تنيدگي قطع کند و باعث کاهش پيامدهاي نامطلوب در فرزندها باشد(والاس،2015)[[155]](#footnote-156).

* + 1. **نظريه‌هاي حل مسأله**

توانايي حل مسئله رويكردهاي يادگيري اجتماعي بر اهميت رفتار مؤثر در حل مسئله براي سازش يافتگي مؤثر تاكيد كرده اند. توانايي حل مسئله، شامل حل شناختي و رفتاري مسئله در موقعيت‎هايي است كه افراد در زندگي روزمره با آن مواجه مي شوند. اين موقعيت‌ها مي تواند مربوط به منزل، محل كار، دوستان و خانواده باشد. اشخاصي كه عزت نفس بيشتري دارند، مهار بيشتري بر امور ادراك مي‌كنند. افرادي كه تمايل به حل مسئله دارند، باثبات تر، مقاوم تر و باجرأت ترند و انتظار موفقيت دارند. همچنين اشخاصي كه خود را در حل مشكلات كارامدتر مي بينند، در مواجهه با ميزان بالاي عوامل تنش زا كمتر به افسردگي دچار مي شوند.

الف- حل مسأله و نظريۀ يادگيري شناختي

در رويکردهاي شناختي در مورد نحوۀ يادگيري انسان به جاي تکيه بر پاسخ‌هاي بيروني بيش تر بر فرايندهاي ذهني تأکيد مي‌شود. به عبارت ديگر، واکنش انسان نسبت به محيط واکنشي انفعالي نيست بلکه فرد مي‌کوشد تا اطلاعات دريافت

شده از محيط را پردازش کند و مورد تعبير و تفسير قرار دهد. در نظريۀ گشتالت، یادگیری همواره به نوعي با حل مسأله ارتباط دارد. به نحوي که يادگيرنده هنگام برخورد با يک موقعيت مسأله‌اي از نظر سازمان فکري در يک حالت” عدم تعادل ” قرار مي‌گيرد. کوشش ذهني فرد براي حل مسأله يعني دست يافتن به يک هيأت و شکل مطلوب که همان يافتن راه حل مسأله است، مجدداً يادگيرنده را به وضعيت” تعادل”  باز مي‌گرداند. پياژه نيز در نظريۀ خود يادگيري را نتيجه فرايند تعادل يابي مي‌داند. به زعم وي هنگامي که يادگيرنده نتواند بر اساس ساخت‌هاي شناختي موجود به موقعيت‌هاي ويژه و مسائلي که با آنها رو به رو مي‌شود؛ پاسخ دهد، به نوعي عدم تعادل دچار مي‌شود و براي رسيدن به تعادل مجدد تلاش مي‌کند. اين فرايند که بر اساس دو مکانيزم ” جذب” و ” انطباق” پيش مي‌رود، به کسب ساخت‌هاي شناختي تازه‌اي منجر مي‌شود که پياژه آن را يادگيري مي‌نامد(ژولیاس،2017) [[156]](#footnote-157).

ب- حل مسأله و نظريۀ پردازش اطلاعات

در نظريۀ پردازش اطلاعات به فرايندهاي ذهني که يادگيرنده آنها را در جريان حل مسأله به کار مي‌گيرد، توجه مي‌شود. به نظر اين گروه، مهم ترين جنبۀ حل مسأله بازنمايي آن است که در جريان آن فرد بايد چهار مرحلۀ اساسي زير را طي کند:

* وضعيت نخستين: شرايطي است که فرد پس از تشخيص دادن مسأله خود را در آن مي‌بيند.
* وضعيت مطلوب يا هدف: چيزي است که حل کننده مسأله در جست و جوي آن است. مسلماً درک هدف براي دست يافتن به آن اهميت بسيار دارد.
* شناخت فعاليت ها: شناخت فعاليت‌هايي که مي‌تواند براي حل مسأله انجام دهد.
* درک محدوديت ها: درک محدوديت‌هاي موجود باي حل هر مسأله(مرگان،2003)[[157]](#footnote-158)

ج- حل مسأله و نظريۀ فراشناخت

"فلاول" براي نخستين بار در سال 1967 رويکرد تازه‌اي را با عنوان "فراشناخت" در مورد يادگيري مطرح کرد که مبناي آن شناخت گرايي بود. از نظر فلاول فراشناخت به آگاهي فرد از فرايند شناخت خود و محصولات شناختي خود و هرچيز ديگري که به آن مربوط است برمي گردد.اين آگاهي و شناخت بر نحوۀ تفکر و کيفيت يادگيري افراد تأثير مي‌گذارد. فلاول مؤلفۀ اساسي براي اين آگاهي و شناخت بر نحوۀ تفکر و کيفيت يادگيري افراد تأثير مي‌گذارد. طرفداران نظريۀ فراشناخت بر اين باورند که فرايندهاي فراشناختي بر عمليات اجراي مرکزي در سيستم شناختي، طراحي عملکرد، بازبيني و تنظيم رفتارهاي مربوط به حل مسأله دخالت دارند.

فلاول کارکردهاي نظارتي فراشناخت را در فرايند حل مسأله در هشت مقوله دسته بندي کرده است:

* فرمول بندي مسأله و در نظر گرفتن راه حل‌هاي احتمالي آن
* آگاهي از فرايندهاي شناختي لازم
* به کار انداختن قواعد و [راهبردهاي شناختي](http://omidfile.com/%d8%aa%d9%85%d8%a7%db%8c%d8%b2-%d8%b1%d8%a7%d9%87%d8%a8%d8%b1%d8%af%d9%87%d8%a7%db%8c-%d8%b4%d9%86%d8%a7%d8%ae%d8%aa%d9%8a-%d9%88-%d9%81%d8%b1%d8%a7%d8%b4%d9%86%d8%a7%d8%ae%d8%aa%d9%8a/)
* انعطاف پذيري فزاينده در جست و جوي راه‌هاي صحيح براي حل مسأله
* جلوگيري از اضطراب و حواس پرتي در زمان حل مسأله
* نظارت بر فرايند حل مسأله
* اعتقاد به انديشيدن در حل مسأله
* به دنبال راه حل مؤثر بودن به نحوي که بهترين و مؤثرترين راه حل‌ها گزينش شود

د- حل مسأله و نظريۀ ساختارگرايي

در نظريۀ ساختارگرايي که مي‌توان گفت تکامل يافته ديدگاه‌هاي شناختي و فراشناختي است، حل مسأله جايگاه ويژه‌اي دارد. از اين ديدگاه، يادگيري فرايندي شخصي و منحصر به فرد است که بر مبناي دوباره سازي و سازمان دهي مجدد ساختارهاي ذهني صورت مي‌گيرد. به تعبير ديگر، يادگيري صرفاً نتيجۀ دريافت مستقيم و ثبت اطلاعات در ذهن نيست بلکه حاصل بازسازي و تغيير اطلاعات کسب شده از محيط است. در اين نوع يادگيري، يادگيرنده بر نحوۀ يادگيري خود آگاهي و کنترل دارد. او قادر است مطالب جديد را با ساخت شناختي يا زمينه‌هاي معلوماتي موجود در ذهن خود ارتباط دهد و از اين طريق به نوعي يادگيري معنادار دست يابد. پيازه در اين مورد معتقد است که موجودات انساني دانش خود را با ساختن آن در درون ذهن خويش کسب مي‌کنند. به نظر وي، هشياري به نوعي آگاهي شخصي فرد از فرايندهاي تفکر خويش و توضيح کلامي آن اشاره داردو بر اين اساس،

يک فرد هشيار نه تنها توانايي انجام دادن کاري را دارد بلکه به وضوح از چگونگي آن نيز آگاه است، و اين همان چيزي است که فلاول از آن با عنوان فراشناخت سخن مي‌گويد. بر اساس نظريۀ ساختارگرايي، فرايند يادگيري در يادگيرنده به وسيلۀ خود او ساخته مي‌شود. لذا در فرايند ياددهي- يادگيري معلم بايد شرايطي را فراهم کند که دانش آموزان ضمن برخورد با يک موقعيت مسأله‌اي به بررسي دانش و تجارب قبلي خود بپردازند و در نهايت، مجدداً تجربيات و دانش خويش را در سطح بالاتري بازسازي و سازمان دهي کنند

* + 1. **والدگری والدين و کودک داراي اختلالات طيف اتيسم**

نقص در مهارت‌هاي ارتباطي و محدوديت در علايق و [رفتارهاي تکراري](https://autism-clinic.com/fa/%D9%85%D9%82%D8%A7%D9%84%D8%A7%D8%AA/%D8%A7%D8%AA%DB%8C%D8%B3%D9%85-%D8%A7%D9%88%D8%AA%DB%8C%D8%B3%D9%85-%D9%88-%D8%B1%D9%81%D8%AA%D8%A7%D8%B1-%D9%87%D8%A7-%D9%88-%D8%AD%D8%B1%DA%A9%D8%AA%D9%87%D8%A7%DB%8C-%D8%AA%DA%A9%D8%B1%D8%A7%D8%B1%DB%8C-%D9%88-%DA%A9%D9%84%DB%8C%D8%B4%D9%87-%D8%A7%DB%8C) در اوايل دوره‌هاي رشد کودک داراي اتيسم و در زمان شکل‌گيري شيوه فرزندپروري والدين ظاهر مي‌گردند. در حالي که والدين اين مشکلات را ايجاد ننموده اند و مسئول آنها نيستند، اما نقص در روابط اجتماعي و تعامل والدين با کودک مي تواند داراي اثر متقابل بر کودک وباعث ايجاد موانعي در فرايند رشد گردد. علاوه بر اين کودکان داراي اختلال طيف اتيسم مستعد اختلالات همراهي مانند[اضطراب](https://autism-clinic.com/fa/%D9%85%D9%82%D8%A7%D9%84%D8%A7%D8%AA/%D8%A7%D8%AA%DB%8C%D8%B3%D9%85/%D8%A7%D9%88%D8%AA%DB%8C%D8%B3%D9%85/%D8%A7%D8%AA%DB%8C%D8%B3%D9%85-%D9%88-%D8%A7%D8%B6%D8%B7%D8%B1%D8%A7%D8%A8)، فوبيا، افسردگي و... هستند که مي‌تواند بر روابط والدين و کودک تاثيرگذار باشد و به عنوان مزيدي بر علت ها بر بهزيستي عاطفي والدين و خانواده و رسيدن به اهداف تاثير گذار باشد. نتايج پژوهش‌ها نشان مي‌دهد که همانند کودکان غير اتيستيک استفاده از سبک هاي فرزندپروري مناسب مي تواند موجب پيشرفت در تعدادي از زمينه اي رشدي گردد. مطالعات انجام گرفته در آمريکا، انگلستان، کشورهاي اسکانديناوي، هلند، ژاپن و چين

تمامي مويد اين نکته­اند که مي توان به شيوه فرزند پروري نه از ديد افراطي مانند بتلهايم بلکه از ديد تاثير مثبت بر روند رشد کودک داراي طيف اتيسم نگاه نمود شيوه اي که مي تواند موجب ارتقاء و رشد کودک داراي داراي اختلال طيف اتيسم گردد. در ابتدا لازم است به تعريف و شيوه هاي رايج و شناخته شده فرزند پروري اشاره کنيم. شيوه فرزند پروري بر بهبود اختلال اتيسم يا بدتر شد آن تاثير مستقم دارد. نخستين فردي که در مورد شيوه فرزند پروري خانواده هاي داراي کودکان اتيستيک مطالعه نمود را مي توان لئوکانر نام برد يعني همان کسي که از نام او نيز براي اين اختلال استفاده شده بود و به اختلال طيف اتيسم سندروم کانر نيز گفته مي‌شد. بتلهايم از اولين متخصصاني بود که مادران را در مورد ابتلاي اتيسم فرزندانشان مقصر مي‌دانست و عنوان مي‌نمود که اتيسم مي‌تواند به واسطه مادران يخچالي يعني مادراني که سرد و بي احساس هستند به وجود بيايد. بتلهايم در "قلعه خالي"[[158]](#footnote-159) (1967) رويکردي روانکاوانه اتخاذ نمود و توصيف نمود که چگونه تجربه طرد والدين و عدم احساس والدين مي‌تواند در طول [مراحل رشد اوليه کودک داراي طيف اتيسم](https://autism-clinic.com/fa/%D8%AE%D8%AF%D9%85%D8%A7%D8%AA/%D8%A7%D8%AA%DB%8C%D8%B3%D9%85/%D8%A7%D9%88%D8%AA%DB%8C%D8%B3%D9%85/%D9%86%D8%B4%D8%A7%D9%86%D9%87-%D9%87%D8%A7%DB%8C-%D9%86%D8%AE%D8%B3%D8%AA%DB%8C%D9%86-%D8%A7%D8%AA%DB%8C%D8%B3%D9%85) مانع رشد طبيعي او گردد. اما نظريه مادران يخچالي از همان زمان مورد انتقاد و رد قرار گرفت. ”دسلاريرز” در سال 1967 عنوان نمود که هيچگونه پشتيباني علمي در مورد نظريه مادران يخچالي وجود ندارد و اين اينکه يک مادر با بي توجهي يا بي احساسي موجب ابتلاي فرزند خود به سندرم کانر يا اختلال طيف اتيسم گردد

اشتباهي محض است. اين نظريه را اکنون مي‌توان به راحتي رد نمود چرا که مي‌توان ديد مادران کودکان اتيستيک پروانه‌هايي به دور شمع هستند و نمي‌توان به هيچ عنوان آنها را مادراني يخچالي خطاب نمود.  
با توجه به تاکيد ريملند (1964) که اختلال طيف اتيسم (اتيسم) نه در اثر واکنش کودک به حالات عاطفي مادر که در اثر اختلالات بيولوژيک در کودک به وجود می‎آيد پيشرفت‌هاي چشمگيري در درک اساس بيولوژيک اتيسم و [اکتشافات ژنتيک](https://autism-clinic.com/fa/%D9%85%D9%82%D8%A7%D9%84%D8%A7%D8%AA/%D8%A7%D8%AA%DB%8C%D8%B3%D9%85/%D8%A7%D9%88%D8%AA%DB%8C%D8%B3%D9%85/%D8%A7%D8%AA%DB%8C%D8%B3%D9%85-%D9%88-%D8%AA%D8%A7%D8%B2%D9%87-%D9%87%D8%A7%DB%8C-%DA%98%D9%86%D8%AA%DB%8C%DA%A9) و عصب شناختي در دو دهه به وجود آمد. برخي از متخصصان عنوان مي‌کنند که به دليل اين تغيير و تحولات نظري وپيچيدگي‌هاي تاريخي در مورد شيوه‌هاي فرزندپروري والدين کودکان داراي اختلال طيف اتيسم، متخصصان از نظريه‌پردازي و اظهار نظر در مورد موضوع فرزندپروري خانواده‌هاي داراي کودکان اتيستيک خودداري نموده‌اند. گويا اين نگراني وجود دارد که اين امر ممکن است به اشتباه موجب سرزنش والدين گردد. اما بايستي به اين نکته اشاره نمود که بتلهايم در پاسخ به علت اختلال طيف اتيسم  نظريه مادران يخچالي را مطرح مي‌کند. اما متخصصاني که اکنون به اصلاح شيوه هاي فرزندپروري والدين کودکان داري اتيسم مي‌پردازند تنها به دنبال کمک و بهبود وضعيت اين کودکان و خانواده هاي آن‌ها هستند نه به دنبال متهم کردن آنها به عنوان عامل اصلي ابتلاي فرزندانشان به اتيسم. بر اساس این ديد و تفکر خانواده‌ها بر اين مهم صحه مي‌گذارند که نقطه شروع تغييرات و بهبودي براي کودک داراي اتيسم از خود والدين است و با ايجاد جو وشرايط مساعدي براي کودک داراي اتيسم توسط خانواده مي‌توان در فضا و مکانهاي ديگر مانند مدرسه يا کلينيک نيز انتظار شرايط

متفاوت داشت. مطالعات در مورد شيوه هاي فرزندپروري خانواده‌هايي که کودکان مضطرب، وسواسي و يا ناموفق دارند نيز توانسته کمک فراواني به بررسي شيوه‌هاي فرزندپروري کودکان اتيستيک نمايد. افزايش دانش در اين زمينه‌ها نشان داد که چقدر شيوه فرزندپروري والدين مي‌تواند در ايجاد و يا دامن زدن به هر يک از اين فاکتورها تاثيرگذار باشد و همين امر باعث درک بيشتر پيچيدگي‌هاي شيوه‌هاي فرزندپروري در يک خانواده و چالش‌هايي که ممکن است همين خانواده در اثر آن داشته باشد کرده است{مهين, 1398 #6}.

* + 1. **دشواری‎های والدگري در والدين کودکان مبتلا به اختلال طیف اتیسم**

شيوه‌هاي فرزندپروری، روش‌هايي است که والدين براي تربيت فرزندان خود به کار مي‌گيرند و بيانگر نگرش‌هايي است که آن‌ها نسبت به فرزندان خود دارند و همچنين شامل معيارها و قوانيني است که براي فرزندان خويش وضع مي‌کنند. شیوه فرزندپروری بیانگر روابط عاطفي و نحوه ارتباط کلي والدين با فرزندان است و عامل مهمي براي تحول و يادگيري کودکان به حساب مي‌آيد. دارلينگ و استينبرگ شیوه فرزندپروری را به صورت الگوي نگرش والدين نسبت به تربيت کودکانشان تعريف کرده اند. در تعريفي ديگر کوپلان شیوه فرزندپروری را به الگوهاي تربيت کودک نسبت دادند که فعاليت‌ها و پاسخ‌هاي والدين به رفتارهاي کودک را مشخص مي‌سازد، اختلال طیف اتیسم می‌تواند اثرات شديد و مستمري که بر افراد و خانواده آن‌ها از

نظر فرزندپروري داشته باشد. والدين کودکان مبتلا به اختلال طیف اتیسم در مديريت رفتارهاي مشکل آفرين، آموزش مهارت‌هاي ارتباطي به کودک خود، آموزش مهارت‌هاي زندگي پايه، حفظ ايمني کودک از خطر و آماده کردن او براي زندگي بزرگسالي با مشکلات بسياري مواجه هستند. عوامل احتمالي بسياري وجود دارد که مي تواند منجر به تنيدگي و ضربه‌هاي حاد يا مزمن در والدين کودکان مبتلا به اختلال طیف اتیسم گردد و اين امر نيز به نوبه خود منجر به فرزندپروری ناکارآمد مي‌شود. از جمله اين عوامل مي‌توان به ابهام در تشخيص، شدت و طول دوره اختلال کودک، هوشبهر بسيار پايين کودک، فقدان هماهنگي با هنجارهاي جامعه و انواع رفتارها و روش‌هاي ارتباطي عجيب و غريب و نيز رفتارهاي آشفته و اخلال‌گرانه اشاره کرد. خانواده‌هاي کودکان مبتلا به اختلال طیف اتیسم به شيوه‌هاي متفاوتي از سوي جامعه شان پذيرفته مي‌شوند که اين امر به نو به خود باعث شکل‌ گيري نظام اعتقادي ويژه‌اي در اين خانواده‌ها نسبت به جامعه‌شان مي‌شود. به دليل داغ ديدگي اجتماعي نه تنها در مورد کودک مبتلا به [اختلال طيف اتيسم](http://autismcenter.tbzmed.ac.ir/?PageID=11) بلکه در مورد خانواده‌هاي آن‌ها نيز تبعيض بسياري وجود دارد. زيرا خانواده به عنوان بخشي ازبيماري، ديده مي‌شود. ترس از تبعيض و داغ ديدگي مربوط به ناتواني‌ها باعث مي‌شود که بسياري از خانواده‌ها از مراجعه به متخصصان و دريافت تشخيص براي کودکانشان خودداري کنند. در واقع خانواده‌ها با خودداري از تشخيص کودکشان، مي‌توانند از برچسب و داغ داشتن ناتواني بگريزند. نشانه‌هاي دشواري از قبيل کج خلقي، آسيب به خود و ساير رفتارهاي نامطلوب همراه با اختلال طيف اتيسم باعث مي‌شود که کنار آمدن

با اين کودکان براي والدين بسيار دشوار باشد. در نتيجه، والدين اين کودکان به طور مستمر به ويژه به دليل رفتارهاي نامطلوب کودکانشان از سوي جامعه و عموم مردم با واکنشهاي خصمانه و غيرمسئولانه روبرو ميشوند. واکنش عمومي به اين قبيل خانواده ها، کليشه اي و منفي است. نظام مدرسه شروع نوعي مشارکت تازه در رابطه با نيازهاي کودک و والدين است. والدين و کارکنان مدرسه جهت فراهم سازي مناسب ترين آموزش براي کودک ارتباط و همکاري نزديکي با هم برقرار مي‌کنند. والدين کودکان مبتلا به اختلال طيف اتيسم ممکن است به اين نتيجه برساند که کودکانشان از نظر خلق وخو نسبت به ساير کودکان بسيار دشوارتر هستند و در نتيجه از راهبردهاي کنترلي بيشتري براي کودکانشان استفاده کنند. بنابراين ادراک والدين از ويژگي‌هاي کودکانشان، روش‌هاي تعامل آنها با کودکان را تحت تاثير قرار مي‌دهد(کین،2010).

**بخش پنجم- اتيسم[[159]](#footnote-160)**

* + 1. **تاريخچه اتيسم**

از اصطلاح اتيسم براي نخستين بار، در اوايل دهه ۱۹۰۰ براي معرفي طيف وسيعي از مشکلات عصبي-روان شناختي استفاده گرديد. از جمله سوالاتي که در اين مورد وجود دارد اين است که اين اصطلاح از کجا به وجود آمد؟ چگونه علم و آگاهي مردم راجع به اختلال اتيسم، افزايش يافت؟ اصطلاح اتيسم از کلمه يوناني اوتوس (autos) که به معناي خويش است گرفته شده و به وضعيتي اشاره دارد که

شخص از ارتباط هاي اجتماعي کنار گذاشته شده است. اولين شخصي که از اين اصطلاح استفاده کرد، يک روان پزشک اهل سوئيس به نام يوجين بلولر بود. نخستين بار ايشان در سال ۱۹۱۱ براي اشاره به برخي علائم و نشانه‌هايي که به اسيکزوفرني مرتبط بود، از اين واژه استفاده کرد. محققان آمريکايي نيز در دهه ۱۹۴۰ براي اشاره به کودکان داراي مشکلات و اختلالات عاطفي و يا اجتماعي اصطلاح اتيسم را به کار بردند. همچنين لئو کانر پزشکي از دانشگاه جان هاپکينز، اين واژه را براي تشريح رفتار کودکان انزوا طلب استفاده نمود. دانشمندي اهل آلمان بنام هانس آسپرگر در اين زمان اختلال مشابهي بنام سندرم آسپرگر را شناسايي و نام گذاري کرد. تا دهه ۱۹۶۰ بسياري از پزشکان اتيسم و اسکيزوفرني را وضعيت مشابهي تلقي مي‌کردند ولي با گذشت زمان اطلاعات پزشکان راجع به اتيسم کودکان افزايش يافت. در زمان ۱۹۶۰ تا ۱۹۷۰ تمرکز پژوهش‌هاي درماني اتيسم بر روي داروهايي مانند LSD ، شوک الکتريکي و روش‌هاي تغيير رفتاري بود. منظور از روش‌هاي تغيير رفتاري استفاده از تکنيک درد و تنبيه است. روش‌هاي درمان رفتاري و استفاده از محيط‌هاي يادگيري کنترل شده در دهه ۱۹۸۰ تا دهه ۱۹۹۰ به عنوان روش اصلي براي بهبود اتيسم و علائم آن استفاده مي‌شد(گراس 2017)[[160]](#footnote-161)

از طرفی به دلیل افزایش روز افزون اتيسم توجه به این مسئله نیز افزایش یافت. شیوع اوتیسم در پسران، 1 در 42 و در دختران 1 در 189 می‌باشد. به‌عبارتی‌دیگر، شیوع این بیماری در پسران 4 برابر بیشتر از دختران است. میزان

شیوع اتیسم در ایالات ‌متحده‌ آمریکا در سال 1990 معادل 5-4 در هر هزار نفر، در سال 2007 معادل 1 در 150 نفر، در سال 2009 معادل 1 در 91 نفر و در سال 2013 معادل 1 در 50 نفر گزارش شده است. شیوع تقریبی اختلال طیف اتیسم در سال 2014 طبق گزارش سازمان جهانی آمار سلامت، معادل 24/2 درصد تخمین زده شده است که حدودا 3 برابر بیشتر از سال 2000 می‌باشد. به دلیل افزایش سریع و پیش‌رونده‌ اختلال طیف اتیسم، تحقیقات فراوانی در دهه‌های اخیر بر روی آن انجام شده است. با این حال هنوز پاتوفیزیولوژی دقیق بروز اختلال طیف اتیسم به دلیل فراوانی و پراکندگی مکانیسم‌های دخیل در آن نامعلوم و مبهم است. در سال ۲۰۲۰ ، مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری‌ها در آمریکا گزارش داد، تقریبا از هر ۵۴ کودک ۱ نفر مبتلا به اختلال طیف اتیسم است. از هر ۳۴ پسر ۱ نفر و از هر ۱۴۴ دختر ۱ نفر با اتیسم شناخته شده است. همچنین احتمال تشخیص اتیسم در پسران چهار برابر دختران است و هنوز بیشتر کودکان پس از چهار سالگی تشخیص داده می‌شوند، در حالی که اتیسم را می‌توان با اطمینان از اوایل ۲ سالگی تشخیص داد.

۳۱ درصد از کودکان مبتلا به اتیسم دارای ناتوانی ذهنی هستند یعنی ضریب هوشی کمتر از 70 و ۲۵ درصد در محدوده مرزی یعنی ضریب هوشی ۷۱ تا ۸۵ دارند و ۴۴ درصد دارای نمره ضریب هوشی در دامنه متوسط به بالاتر از حد متوسط یعنی ضریب هوشی بالاتر از ۸۵ هستند. آمار دقیقی در مورد شیوع این اختلال در ایران موجود نیست ولی انجمن اتیسم

ایران اعلام کرده است که به ازای هر 150 تولد در کشور یک کودک مبتلا به اتیسم تشخیص داده می شود(جعفری،2016)[[161]](#footnote-162).

* + 1. **کلیات اختلال طیف اتیسم**

اتيسم، يک اختلال نورولوژيکي است که در سال‌هاي اوليه کودکي نمايان مي‌شود . اين اختلال باعث مي‌شود مغز نتواند در زمينه رفتارهاي اجتماعي و مهارت‌هاي ارتباطي به درستي عمل کند و در يادگيري ارتباط و تعامل کودک با ديگران به طور اجتماعي اختلال ايجاد مي‎کند(فام بون،2003)[[162]](#footnote-163)

بروز علائم اختلال اتيسم قبل از سن سه سالگي کودک رخ داده و بيشتر قسمت هاي مغزي تحت تاثير اتيسم دچار آسيب مي‌شوند ولي نحوه رخ دادن آن تاکنون مشخص نشده است. عوامل ژنتيکي بر بروز اين اختلال تاثير داشته و تقابل بين ژني (‌گروهي از ژن‌ها‌) و جهش‌هاي ژني از جمله اين عوامل محسوب مي‌شوند. همچنين در موارد نادري نيز اين اختلال در اثر آسيب‌هايي که در دوره رشد رخ مي‌دهد، ايجاد مي‌گردد. از اين عوامل به فلزات سنگين موجود در جو، آلودگي هاي محيطي و استفاده از حشره‌کش‌ها مي‌توان اشاره کرد. در گذشته فرضيه اي مطرح شد که واکسن هاي دوران کودکي نيز در ابتلا به اين اختلال تاثير دارد که اکنون به دليل نبود شواهد کافي رد شده است. در زمینه این اختلال والدين حتما بايد در دو سال ابتدايي زندگي کودک به علائم و شواهد رفتاري او دقت وافری داشته باشند

چرا که در صورت تشحيص به موقع با استفاده از روش‌هاي مداخلات رفتاري-شناختي مي‎توان به کودک در کسب مهارت‌هاي ارتباطي، اجتماعي و حمايت هاي فردي کمک کرد. خوشبختانه فرهنگ برخورد با اختلال اتيسم بهبود يافته است. به نحوي که بسياري به دنبال درمان درست و ويژه هستند و عده‌اي ديگر معتقدند که اتيسم يک تفاوت رفتاري محسوب مي‌شود و نه يک اختلال ويرانگر. در برخي افراد مبتلا به اتيسم مهارت‌هايي مانند طراحي، نواختن موسيقي، ياد گرفتن مسائل سخت و هوش متوسط رو به بالا نيز ديده مي‌شود.

بنابراین بر اساس آنچه گفته شد اختلال طیف اوتیسم یک اختلال عصبی رشدی پیچیده مادام‌العمر است که با اختلالات پایدار در حوزه ارتباطات اجتماعی، تعامل در زمینه‌های مختلف و همچنین الگوهای محدود و تکرارشونده در رفتارها، علایق و فعالیت‌ها مشخص می‌شود{American Psychiatric Association, 1980 #6}. طبق گزارش سازمان بهداشت جهانی از هر 160 کودک، یک کودک مبتلا به اوتیسم در سراسر جهان وجود دارد که 3/0 درصد از بار بیماری جهانی را شامل می‎شود(سازمانی،2003)[[163]](#footnote-164)

در سال 2008 شیوع کلی اختلالات طیف اتیسم در بین کودکان 8ساله در مرکز پایش ناتوانی‌های رشدی و اتیسم 1 نفر در هر 88 نفر در (3/11 در 1000 نفر) تخمین زده شد که نشانه شیوع رو به افزایش اختلالات طیف اوتیسم می‌باشد{(سوداک،2007)[[164]](#footnote-165).

در اولین مطالعه همه گیرشناسی، شیوع اختلال 4 – 5 در هر ده هزار کودک 8 – 10 ساله به دست آمد و سپس در مطالعات بعدی و متعدد، شیوع در طیف بین 7/0 تا 1/21 در ده هزار به دست آمد و البته در مطالعات اخیر شیوع بالاتری هم گزارش شده است که از نظر نظر جنستی نیز، در پسرها 4 برابر دخترها مشاهده شده است{بذرافشان, 2021 #3}. همچنین در ایران میزان شیوع اختلال طیف اوتیسم در کودکان ایرانی 10 نفر در هر 10 هزار نفر گزارش شده است(محمدی2019 )[[165]](#footnote-166)

* + 1. **علت شناسی ابتلا به اختلال طیف اوتیسم**

عامل ايجاد اختلال اتيسم تاکنون شناخته نشده است و براي ايجاد آن نمي‌توان دليل خاصي تعيين کرد. اين اختلال پيچيدگي خاصي داشته و در علائم و شدت آن تنوع بالايي ديده مي‌شود. طبق نظر کارشناسان، ژنتيک و عوامل محيطي‌مي‌توانند به تنهايي سبب ايجاد اختلال اتيسم شوند و گاه ترکيب هر دوی اين‌ها سبب بروز اتيسم مي‌گردد. از نظر ژنتيکي براي ايجاد اتيسم در فرد، چندين ژن متفاوت تاثير دارند. معمولاً اين اختلال در کودکان با يک اختلال ژنتيکي مانند سندرم رت يا سندرم ايکس شکننده مرتبط است. گاهي آسيب‌هاي ژنتيکي موجب فراهم کردن ابتلا به اين اختلال شده و يا باعث بروز عوامل خطر آفرين محيطي مي‌شوند. گروهي از آن‌ها باعث تاثير بر تحول مغز شده و يا بر سلول‎هاي مغزي اثر مي‌گذارند و موجب تغيير شدت علائم اين اختلال م

ي‌شوند. بعضي از مشکلات، ژني و وراثتي هستند و بعضي در اثر عوامل طبيعي ايجاد مي‌شوند. محققان نسبت به تاثیر عوامل طبيعي تا تاثيرگذاري عواملي مانند عفونت‌هاي ناشي از ويروس‌ها، مشکلات دوران بارداري و يا آلودگي‌هاي محيطي بر ابتلا به اتيسم شک و ترديد دارند. مصرف داروها در زمان بارداري زماني که يک مادر باردار داروهايي مانند والپروئيک اسيد و تاليدوميد را مصرف کند، نوزاد در معرض خطر بيشتري براي ابتلا به اتيسم خواهد شد. ديابت و فقر آهن مادر نیز عاملی قابل توجه است. طبق مطالعات صورت گرفته در امريکا، زماني که مادر با فقر آهن مواجه است، احتمال مبتلا شدن کودک به اتيسم، پنج برابر افزايش مي يابد. اين اختلال نيز در فرزندان مادران ديابتي شيوع بيشتري دارد. طبق پژوهش‌هاي صورت گرفته، نوزاد مادراني که از هفته ۲۶ بارداري به بعد ديابت مي‌گيرند نسبت به سايرين ۶۳ درصد بيشتر ممکن است دچار اتيسم گردند. در مورد سن والدين براي بچه دار شدن نسبت به ميزان تاثير گزاري سن پدر و مادر در ابتلا کودک به اتيسم، شک و ترديد وجود دارد. ولي محققان با توجه به اينکه با افزايش سن والدين احتمال جهش ژني در تخمک و اسپرم آنها افزايش مي‌يابد، تخمين مي‌زنند که بين سن والدين و ابتلا به اتيسم رابطه‌اي وجود دارد (ویدن،2012)[[166]](#footnote-167)

* + 1. **علائم و نشانه‌هاي اتيسم**

علائم اتيسم معمولا در سه سال اول زندگي ظاهر مي شود و برخي کودکان اين علائم را از بدو تولد نشان مي دهند،

با اين حال بعضي‌ها در ابتدا نرمال به نظر ميرسند، اما اين علائم به طور ناگهاني از ۱۸ تا ۳۶ ماهگي ظاهر مي‌شوند، به هر حال در برخي افراد تا زماني که در جامعه حضور نيابند، علائم اختلالات ارتباطي بروز نخواهد کرد. شيوع اتيسم در پسران چهار برابر دختران است. عوامل نژادي، قومي، اجتماعي، ميزان درآمد خانواده، سبک زندگي يا تحصيلات بر ابتلاي کودکان به اتيسم هيچ تاثيري ندارد. اين بيماري روندي رو به رشد دارد اما هنوز علت افزايش آن مشخص نيست، که آيا به دليل افزايش تشخيص درست بيماري است يا بروز ساير بيماري ها؟

بيماري اتيسم تاثيرات فراواني بر تعاملات اجتماعي و ارتباطات فرد مي‌گذارد، از جمله:

* الگوهاي گفتاري غير معمول مانند حرف زدن شبيه به ربات
* اجتناب از تماس چشمي با ديگران
* عدم پاسخگويي در برابر صدا زدن اسم فرد مبتلا
* توسعه‌ي ديررس مهارت‌هاي گفتاري
* مشکل در حفظ مکالمه
* تکرار مداوم عبارات
* مشکل واضح در درک احساسات و بيان شان
* علاوه بر اختلال در ارتباط، فرد مبتلا به اتيسم ممکن است رفتارهاي تکراري يا غير معمول داشته باشد.
* **علائم و نشانه هاي اوليه اتيسم زير 1 سال**
* کودک تا 4 ماهگي غان و غون نکند.
* کودک تا 5 ماهگي لبخند اجتماعی نزند.
* کودک تا 6 ماهگي نخندد زیرا خنديدن نشانه لذت بردن است و خنده نشانه اشتراک‌گذاري لذتي است که کودک در

حال تجربه آن است پس به صورت طبيعي مي خواهد که احساس خود را با شما به اشتراک گذارد و واکنش ما به اين کار موجب تکرار و ادامه يافتن اين لبخند مي گردد و در پس آن کودک مهارت‌هاي فراوان ارتباطي را به دست مي‌آورد.

* کودک هيچ علاقه اي به بازي‌هايي مانند دالي موشه که با او مي کنند ندارد و به آن واکنشي نشان نمي دهد.
* کودک تا 12 ماهگي به نام خود واکنشي نشان نمي‌دهد.
* کودک به اشياء اشاره شده توسط ديگران تا 12 ماهگي نگاه نمي‌کند.
* کودک از صداهاي بلند ناراحت مي‌گردد.
* کودک براي ارام شدن به دنبال پدر و مادر خود نيست.
* کودک از تنهايي بازي کردن راضي است.
* کودک تماس و ارتباط چشمي برقرار نمي کند(کودکان به صورت عادي به چهره‌ها نگاه مي‌کنند و بر روي چشمان ديگر افراد متمرکز مي‌شوند){(ماکدونالد[[167]](#footnote-168)،2017).
  + 1. **علائم و نشانه هاي اتيسم بر اساس حيطه ها**

1. **مهارت‌هاي زباني**

شايد برخي از علائم و نشانه هاي اختلال اتيسم(اتيسم)را بتوان در محدود سني 18 تا 24ماهگي ديد ولي در محدوده سني 24ماهگي تا 6سالگي مي‌توان علائم جدي اين اختلال را به‌وضوح مشاهده نمود.در محدوده سني اول، پزشک ممکن است سوالاتي از والدين در مورد فرايند

پيشرفت کودک بپرسد و از طرفي برخي از معيارهاي رشد را بررسي نمايد. [موسسه ملي رشد و سلامت کودک در آمريکا](https://www.nichd.nih.gov/) به‌طور خلاصه 5 فاکتور را جهت بررسي ارائه مي‌کند:

* آيا کودک تا 12ماهگي غان و غون و به‌اصطلاح آواي کبوتري داشته است؟
* آيا کودک تا قبل از 12ماهگي حرکات اشاره (مانند نشانه رفتن، دست تکان دادن و چنگ زدن)داشته است؟
* آيا کودک تا قبل از 16ماهگي تک واژه داشته است؟
* آيا کودک تا 24ماهگي جملات 2کلمه‌اي داشته است؟
* آيا کودک هيچ‌گونه کلام يا مهارت اجتماعي در هر مقطع سني داشته است؟

هيچ‌کدام از موارد فوق نشانه قطعي براي برچسب زدن یا تشخیص قطعی اختلال اتیسم نیست ولي درصورتي‌که کودکي اين علائم را از خود نشان مي‌دهد مي‌بايستي توسط متخصصين اين امر مورد بررسي دقيق‌تر قرار گيرد. در مواردي از كودكان اُتيستيك، در آغاز وور وور يا غان و غون را نيز دارند اما پس از مدتي همان نيز قطع مي‌شود و يكسري ديگر از اين كودكان ممكن است تاخير در رشد زبان و گفتار آنها  تا سنين 5 تا 9 سالگي هم وجود داشته باشد. شكست و ناتواني كودك در رشد زباني و گفتار ، اولين نشانه‌ اختلال طيف اتيسم براي والدين است كه آنها را مجبور به جستجو براي كمك گرفتن از متخصصين مي كند. آسيب‌هاي زباني و يا ارتباطي بيشتر بر مهارت‌هاي شفاهي و غيرشفاهي تاثير مي‌گذارد. دامنه آسيب ارتباطي ممكن است كه از فقدان كامل گفتار شفاهي تا يك دامنه گفتاري كاملاً انفرادي و شخصي متفاوت باشد. حتي اگر يك كودك دستور زبان، گفتار و صحبتش

به‌طور صحيح رشد يافته باشد، او ممكن است قادر نباشد يك مكالمه درست و صحيح را شروع، ادامه و پايان دهد. درك زباني در اين كودكان اغلب با تاخير همراه است و بيشتر اين كودكان حتي قادر نيستند متناسب با سن خود يك سوال بسيار ساده و روشن را پاسخ دهند. كودكان اُتيستيك همچنين بر ارتباط زباني تسلط پيدا نمي‌كنند و به‌سختي قادرند كه از ايماء و اشاره در مكالمات خود استفاده كنند و يا شوخي را درك كنند و يا مفاهيم ضمني و [استعارات](https://autism-clinic.com/fa/%D9%85%D9%82%D8%A7%D9%84%D8%A7%D8%AA/%D8%A7%D8%AA%DB%8C%D8%B3%D9%85/%D8%A7%D9%88%D8%AA%DB%8C%D8%B3%D9%85/%DA%86%DA%AF%D9%88%D9%86%D9%87-%D8%A7%D9%81%D8%B1%D8%A7%D8%AF-%D8%A7%D9%8F%D8%AA%DB%8C%D8%B3%D8%AA%DB%8C%DA%A9-%D8%A7%D8%B5%D8%B7%D9%84%D8%A7%D8%AD%D8%A7%D8%AA-%D9%88-%D8%A7%D8%B3%D8%AA%D8%B9%D8%A7%D8%B1%D9%87-%D9%87%D8%A7%DB%8C-%DA%AF%D9%81%D8%AA%D8%A7%D8%B1-%D8%B1%D8%A7-%D9%85%DB%8C-%D9%81%D9%87%D9%85%D9%86%D8%AF%D8%9F) را در مكالمات خود به‌كار برند. اين علائم را مي‌توان در انواع سطوح اختلالات طيف اتيسم مشاهده نمود{(گائو،2015)[[168]](#footnote-169)

1. **مهارت‌هاي اجتماعي**

يكي از علائم  و نشانه‌هاي واضح اتيسم تعامل اجتماعي است و اين قضيه تا بزرگسالي پايدار مي‌ماند. اين کودکان از ماه‌هاي 8ام تا 10ام به‌بعد ممکن است واکنشي به نام خود نداشته باشند و تعاملات چهره‌اي  و ارتباط چشمي کمتري از خود نشان دهند و ممکن است از لمس شدن بيزار باشند. در دوران ابتدايي کودکي ممکن است تمايلي به بازي کردن از خود نشان ندهند و يا تلاش در بازي‌هاي انفرادي داشته باشند. بيشتر كودكان اُتيستيك به نظر مي‌رسد كه مشكلات يادگيري زيادي براي داد و ستد و ارتباط دارند. يك كودك اُتيستيك ممكن است كه مهربان و يا گرم باشد ولي نمي توان از آن‌ها انتظار پاسخ‌دهي و تعاملات طبيعي متناسب با سطح سني خودشان را داشته باشيم. كودك اُتيستيك به نظر مي‌رسد كه فاقد توانايي ارتباط با ديگران است و

فعاليت‌هاي منفرد و تكي را ترجيح مي‌دهد. كودكان مبتلا به اتيسم خفيف ممكن است داراي توانايي تعامل اجتماعي با ديگران باشند ولي تعاملات آن‌ها در مقابل احساسات و نيازهاي ديگران فاقد گرمي و احساس است. كودكان اُتيستيك كه دچار شرايط شديدتر در اين اختلال هستند ممكن است سراسر گوشه‌گير باشند و ارتباطي محدود و مكانيكي با ديگران داشته باشند. البته در مواردي ممكن است مشاهده شود كه اين كودكان وابستگي شديدي به يكي از والدين خود دارند.

1. **همان‌خواهي**

كودكان مبتلا به اتيسم اغلب در انعطاف‌پذيري در مقابل تغييرات و دگرگوني‌ها در زندگي روزانه مشكل دارند. همان‌خواهي و يا در مواردي مقاومت و يا رفتارهاي كليشه‌اي و تكراري اين كودكان رابطه‌اي تنگاتنگ با ديگر علائم اين اختلال دارد. همان‌خواهي را مي‌توان در حيطه‌هاي گوناگون ازجمله همان‌خواهي مکاني (فقط مکاني خاص را دوست دارند)، خوراکي (فقط غذايي خاص را دوست دارند)، شکلي (فقط شکل خاصي از اشياء را دوست دارند)، رفتاري (آداب خاص غذا خوردن، حمام رفتن، لباس پوشيدن و…) مشاهده کرد

1. **حواس**

[مغز کودکان مبتلا به اتيسم](https://autism-clinic.com/fa/%D9%85%D9%82%D8%A7%D9%84%D8%A7%D8%AA/%D8%AF%D8%B1-%D9%85%D8%BA%D8%B2-%DA%A9%D9%88%D8%AF%DA%A9-%D9%85%D8%A8%D8%AA%D9%84%D8%A7-%D8%A8%D9%87-%D8%A7%D8%AA%DB%8C%D8%B3%D9%85-%D8%A7%D9%88%D8%AA%DB%8C%D8%B3%D9%85-%DA%86%D9%87-%D9%85%DB%8C-%DA%AF%D8%B0%D8%B1%D8%AF)قادر نيست كه همه حس‌ها و دروندادهاي اطلاعاتي را هماهنگ و يكپارچه كند و به‌همين‌خاطر دچار اشتباه و سردرگمي(يا اختلال درپردازش حسي) مي شود. ازطرفي اين كودكان ممكن است بعضي از

حواس فرديشان كه بيش‌ازحد گسترش يافته مشكل پيدا كند و دچار افزايش درونداد اطلاعاتي در مورد يكي از حواسشان مانند بينايي و لامسه شوند و در افراد ديگر ممكن است اطلاعات دچار تقليل و كاهش غيرعادي شود مانند حس شنوايي به‌صورتي كه ممكن است تحريك از طريق اين حواس به خاموشي بينجامد. اما لازم به ذكر است كه كانال‌هاي حسي اين كودكان اطلاعات لازم و رسيده از محيط را به مغز آن‌ها منتقل مي كند و مغز در مورد فعاليت‌هاي حسي مانند يك دربان عمل مي كند يعني به بعضي از اطلاعات اجازه ورود مي‌دهد ولي برخي ديگر را [**فيلتر**](https://autism-clinic.com/fa/%D9%85%D9%82%D8%A7%D9%84%D8%A7%D8%AA/%D8%A7%D8%AA%DB%8C%D8%B3%D9%85/%D8%A7%D9%88%D8%AA%DB%8C%D8%B3%D9%85/%D9%86%D9%82%D8%A7%DB%8C%D8%B5-%D9%81%DB%8C%D9%84%D8%AA%D8%B1%D8%AD%D8%B3%DB%8C-%D9%85%D9%86%D8%AC%D8%B1-%D8%A8%D9%87-%D9%85%D8%B4%DA%A9%D9%84-%D8%A7%D8%AF%D8%B1%D8%A7%DA%A9-%D8%AD%D8%B1%DA%A9%D8%AA%DB%8C-%D8%AF%D8%B1-%D8%A7%D9%8F%D8%AA%DB%8C%D8%B3%D9%85-%D9%85%DB%8C-%D8%B4%D9%88%D8%AF)مي كند و يا حتي ممكن است اطلاعات وارده از انبوه محركات را در خود طبقه‌بندي كند به اين معني كه مغز فرد مبتلا به اتيسم نمي توان د بين اطلاعات مربوط و نامربوط فرق بگذارد و بر برخي از اطلاعات يا محركات مهم‌تر تمركز كند{Guo, 2016 #6}.

1. **لامسه**

پوست ما با عصبي كه پيام‌ها را براي مغز مي‌فرستد پيوند دارد. به‌صورتي‌كه مي‌فهميم كه چه چيزي را داريم لمس مي‌كنيم. ما مي‌دانيم كه درچه‌صورتي احساس سرما، گرما و يا خارش مي‌كنيم و در نتيجه مي‌دانيم كه چگونه به آن احساس پاسخ دهيم. براي مثال ما خودمان را از بخاري داغ عقب مي‌كشيم و يا وقتي كه احساس سرما مي‌كنيم لباس گرم مي پوشيم. ولي آيا كودكي كه دچار مشكلات يكپارچگي حواس است نيز ممكن است خود را از بخاري عقب بكشد (و يا نه تازه همين احساس گرما كودك را به‌سمت بخاري داغ و لمس كردن آن مي‌كشاند)؟ و يا وقتي كه او را نوازش مي‌كنند ([لمس](https://autism-clinic.com/fa/%D9%85%D9%82%D8%A7%D9%84%D8%A7%D8%AA/%D8%A7%D8%AA%DB%8C%D8%B3%D9%85/%D8%A7%D9%88%D8%AA%DB%8C%D8%B3%D9%85/%D8%AF%D8%B1-%D9%85%D8%BA%D8%B2-%D8%A7%D9%81%D8%B1%D8%A7%D8%AF-%D9%85%D8%A8%D8%AA%D9%84%D8%A7-%D8%A8%D9%87-%D8%A7%D8%AA%DB%8C%D8%B3%D9%85-%D9%BE%D8%A7%D8%B3%D8%AE-%D8%A8%D9%87-%C2%AB%D9%84%D9%85%D8%B3-%D8%A7%D8%AC%D8%AA%D9%85%D8%A7%D8%B9%DB%8C%C2%BB-%D8%AA%D8%BA%DB%8C%DB%8C%D8%B1-%D9%85%DB%8C-%DA%A9%D9%86%D8%AF" \t "_blank)

[اجتماعي](https://autism-clinic.com/fa/%D9%85%D9%82%D8%A7%D9%84%D8%A7%D8%AA/%D8%A7%D8%AA%DB%8C%D8%B3%D9%85/%D8%A7%D9%88%D8%AA%DB%8C%D8%B3%D9%85/%D8%AF%D8%B1-%D9%85%D8%BA%D8%B2-%D8%A7%D9%81%D8%B1%D8%A7%D8%AF-%D9%85%D8%A8%D8%AA%D9%84%D8%A7-%D8%A8%D9%87-%D8%A7%D8%AA%DB%8C%D8%B3%D9%85-%D9%BE%D8%A7%D8%B3%D8%AE-%D8%A8%D9%87-%C2%AB%D9%84%D9%85%D8%B3-%D8%A7%D8%AC%D8%AA%D9%85%D8%A7%D8%B9%DB%8C%C2%BB-%D8%AA%D8%BA%DB%8C%DB%8C%D8%B1-%D9%85%DB%8C-%DA%A9%D9%86%D8%AF" \t "_blank)) او احساس يك ضربه سخت به بدن خود مي كند و يا اينكه پاي برهنه در تابستان سوزان روي سنگفرش‌ها راه مي‌رود چون كه نمي توان د به اين گرماي سوزان واكنشي نشان دهد (و يا اينكه اين بيش‌تحريكي تازه او را مقهور خود مي كند)؟{Guo, 2016 #6}

1. **ادراك فضايي وضعيت و يا موقعيت مكاني بدن**

اين سيستم حركات بدن را كنترل مي كند و به ما اجازه مي‌دهد بفهميم كدام قسمت از بدن ما در ارتباط با محيط در چه وضعيتي قرار دارد. اين سيستم به ما اين اجازه را مي‌دهد كه به‌صورت انعطاف‌پذير حركت كنيم و احساس كنيم كه در چه موقعيتي هستيم و چه تغييراتي مي توانيم به وضعيت بدن خود دهيم. يك شخص مبتلا به طيف اتيسم كه در اين زمينه مشكل دارد ممكن است دريافت‌هاي حسي داشته باشد كه نتواند علائم آن‌ها را بخواند و درك كند و همچنين رفتارهاي او ممكن است پر جست و خيز و بي‌هدف به‌نظر برسد و يا اينكه او متوجه نشود كه به حريم ديگران تجاوز كرده است زيرا ادراك روشن و واضحي نسبت به چگونگي وضعيت بدنش ندارد. قطعا همه ما به‌عنوان كساني كه با اين كودكان در ارتباطيم تابه‌حال اينگونه رفتارها را از اين كودكان ديده‌ايم و شايد بتوان يكي از دلايل رفتارهاي پرخطر كودكان مبتلا به اتيسم  را اين مورد بدانيم كه اين كودكان تصوير روشني درمورد وضعيت بدن خود ندارند. اين اختلال را مي توان از راه تقليد حركات در اين كودكان بررسي كرد و مشاهده نمود اين كودكان كمتر قادرند از حركات دنباله‌دار ما كه مانند رقص باله است پيروي و تقليد كنند{Guo, 2016 #6}.

1. **تعادل دهليزي**

ما انسان‌ها يك احساس تعادل داريم كه از گوش مياني ما سرچشمه مي گيرد. اين تعادل دهليزي نقطه ثقلي براي بدن و حركات بدن مااست. وقتي كه اين سيستم سالم است كودك ما مي‌تواند احساس تعادل كند و شروع به حركت و اشغال و ادراك فضاي اطراف خود نمايد. براي مثال ما مي‌توانيم از شيب دامنه يك كوه پايين بياييم بدون اينكه احساس خطري در مورد اين سراشيبي ناهموار كه تعادل ما را برهم مي‌زند داشته باشيم زيرا مجاري دهليزي ما به‌خوبي كار خود را انجام مي دهند و به ما براي حركت در اين سطح مورب نقطه ثقلي ارائه مي كند تا با اتكا به آن و هماهنگي انداممان و ادراك و تصويري كه در ذهن خود از موقعيت بدن خود داريم از اين سراشيبي پايين بياييم ولي اگر كودك اُتيستيكي در موقعيت سراشيبي دامنه يك كوه باشد مشاهده همين سراشيبي مي توان د براي او وحشتناك و دلهره‌آور باشد و از طرف ديگر او در هر گام احساس عدم تعادل مي كند و نمي توان د نقطه ثقلي براي بدن خود بيابد و به همين خاطر تلاش مي كند كه به اطرافيان خود چنگ بزند تا بتواند از نقطه ثقل آنان استفاده كند و در حقيقت به آنان آويزان مي‌شود{Guo, 2016 #6}.

اين كودكان نقطه اتكاهاي زنده انساني را بر نقطه اتكاهاي غيرجاندار مانند شاخه از يك درخت يا قسمتي از يك صخره ترجيح مي دهند ولي درصورت حركت فرد ديگر دوباره نقطه ثقل خود را براي مدتي از دست مي‌دهد تا اينكه نسبت به اين حركت عادت كند. در مواردي عنوان شده است كه اين سيستم تعادل در اين كودكان به‌خوبي شكل نگرفته و مانند

موارد قبلي (لامسه و ادراك فضايي بدن) دچار نقصان‌هاي شديدي است. چيزي كه اين گفته را تاييد مي كند اين است كه اين كودكان ممكن است مدت زمان زيادي را دور خود بچرخند ولي اصلاً احساس سرگيجه يا تهوع نكنند، به اين معني كه اين سيستم اُرگانيك به‌خوبي كار نمي كند و در مواقع زيادي ما مشاهده مي‌كنيم كه اين كودكان از جايي مانند ميله‌هاي كناري دستگاه پارالل معلق و آويزان هستند و حتي به نظر مي‌رسد كه اين كودكان به اين خاطر اكثر مواقع در حال تحريكات شديد تعادلي خود هستند كه مي‌خواهند اين سيستم را تحريك كنند.از ديگر علائم کودکان مبتلا به طيف اتيسم مي‌توان به تحريکات حسي متفاوت، اختلالات خواب و خوراک، آشفتگي وضعيت عاطفي، رفتارهاي خودآزاري و ديگرآزاري اشاره نمود (گو، 2016).

1. **رفتار هاي تکراري**

تقريبا اکثر افراد داري اختلال طيف اتيسم درگير با رفتارهاي تکراري و حرکت‌هاي کليشه‌اي با نمونه‎هایی اعم از بال بال زدن با دست‎ها و یا بازوها، تکان خودن از يک طرف و به طرف ديگر رفتن، پريدن و جست وخيز کردن، خيرگي به نورها، چرخيدن، مشاهده اشياءمتحرک، کوبيدن سر به جايي ديگر يا با دست کوبيدن به سر، ايجاد صداهايي يکسان و تکراري و خراشيدن هستند. اين رفتارها ورودي حسي را به فرد داراي اتيسم منتقل مي کند که براي فرد جذاب است و فرد مي خواهد انها را باز هم تکرار و تکرار کند اما دلايل فراوان ديگري نيز وجود دارد که فرد بخواهد با انها خود را تحرک کند به شرح زير:

* فرد داري اتيسم آن را لذت بخش مي داند
* اين رفتار چيزي است که مي تواند بر روي آن متمرکز شود و از اين راه اثر محرکهاي جانبي را کاهش دهد براي نمونه فرد براي کاهش اثر صداي نويز لامپ مهتابي به اين رفتار دست مي زند.
* براي کاهش اضطراب ناشي از محيط مورد استفاده است. براي نمونه فرد براي کاهش اضطراب ناشي از حضور در محيطي شلوغ به اين رفتار دست مي زند تا اضطراب ناشي از ان را کاهش دهد{Guo, 2016 #6}.

1. **رفتارهاي چالش‌برانگيز**

افراد داراي اتيسم ممکن است رفتارهايي را انجام دهند که خود يا ديگران را در معرض خطر قرار دهد به صورتي که اين رفتار معمول نبوده و از نظر اجتماعي نيز قابل قبول نيست. در حدود 50 درصد از کودکان و بزرگسالان داراي اتيسم با اين رفتار هاي چالش برانگيز درگير اند که مي‌تواند شامل موارد زير باشد:

* کوبيدن سر خود به ديوار يا اشياء
* ضربه زدن به خود
* انگشت فرو کردن در چشمان خودشان
* کندن موهاي خود
* خراشيدن پوست خود
* گازگرفتن خود
* دفع مدفوع در هر مکاني
* قشقرق برپا کردن
* [**هرزه خواري**](https://autism-clinic.com/%d8%af%d8%b1%d9%85%d8%a7%d9%86-%d9%87%d8%b1%d8%b2%d9%87-%d8%ae%d9%88%d8%a7%d8%b1%db%8c-%d8%af%d8%b1-%da%a9%d9%88%d8%af%da%a9-%d8%af%d8%a7%d8%b1%d8%a7%db%8c-%d8%a7%d9%88%d8%aa%db%8c%d8%b3%d9%85/) که شايع ترين اختلال خوردن در ميان افراد داراي اتيسم است
* و رفتار پرخاشگرانه جسمي شامل پرتاب اشياء و یا زدن و يا [**گاز گرفتن**](https://autism-clinic.com/%da%a9%d8%a7%d9%87%d8%b4-%d8%b1%d9%81%d8%aa%d8%a7%d8%b1-%da%af%d8%a7%d8%b2%da%af%d8%b1%d9%81%d8%aa%d9%86-%da%a9%d9%88%d8%af%da%a9-%d8%af%d8%a7%d8%b1%d8%a7%db%8c-%d8%a7%d9%88%d8%aa%db%8c%d8%b3%d9%85/) و يا پنجه کشيدن و يا کشيدن و کندن موهاي ديگران

1. **مشکلات گوارشي**

در حدود 70 درصد افراد داري اتيسم به نوعي داراي [**مشکلات گوارشي**](https://autism-clinic.com/%d9%85%db%8c%d8%b2%d8%a7%d9%86-%d8%a8%d8%a7%d9%84%d8%a7%db%8c-%d9%85%d8%b4%da%a9%d9%84%d8%a7%d8%aa-%da%af%d9%88%d8%a7%d8%b1%d8%b4%db%8c-%da%a9%d9%88%d8%af%da%a9%d8%a7%d9%86-%d8%a7%d9%88%d8%aa%db%8c/) شامل اسهال، يبوست، بيماري ريفلاکس معده، گاستريت مزمن، التهاب مخاط دوازدهه (اثني عشر) هستند{Guo, 2016 #6}.

* + 1. **انواع سطوح و علائم و نشانه‌هاي اختلال طيف اتيسم**

بيشترين احتمال تشخيص در کشور ما در مقطع سني 2 تا 5 سال يا به اصطلاح تا پيش از دبستان صورت مي‌پذيرد. بر اساس فرمت استانداردي که DSM-5 براي متخصصان مشخص نموده است براي تعين سطح اختلال طيف اتيسم پزشکان و روانشناسان بايستي دو مورد را در نظر بگيرند:

الف- توانايي ارتباطات اجتماعي کودک

ب- رفتار ها و علايق محدود و تکراري

هرچه سطح پايين‎تر باشد کودک به پشتيباني کمتري نياز پيدا مي‌کند. به عنوان مثال افراد مبتلا به اختلال طيف اتيسم سطح يک علائم خفيف‌تري دارند و ممکن است نياز به پشتيباني کمتري داشته باشد. مبتلايان به اختلال طيف اتيسم سطح 2 و3 علائم متوسط تا شديد داشته و نياز به پشتيباني به مراتب بيشتري داشته باشند. اگرچه dsm توضيحات

دقيقي را درمورد طيف اتيسم ارائه مي‌کند اما اين توضيحات کامل نيستند و هيچگونه راهنمايي در مورد نوع خاص پشتيباني که ممکن است کودک نياز داشته باشد ارائه نمي‌کند و البته برخي افراد نيز به وضوح در هيچکدام از اين 3 سطح قرار نمي‌گيرند و از طرفي نيز اختلال طيف اتيسم ممکن است با گذر زمان تغيير يافته و ممکن است شديد تر گردد {Association, 1995 #7}.

* + 1. **سطح‌هاي اتيسم**
       1. **اختلال طيف اتيسم سطح يک**

افراد مبتلا به اختلال طيف اتيسم سطح يک که به آن **اتيسم خفيف** نيز گفته مي شود مهارتهاي ارتباطي وتعاملي قابل توجهي با ديگران دارند.اين کودکان مي توانند گفتگو کنند اما در باقي ماندن و ادامه دادن شوخي ها يا استعاره ها دچار مشکلاتي اند. در اين سطح اين کودکان مي توانند دوستيابي کنند و براي خود دوستاني داشته باشند. بر اساس dsmArab افرادي که در اين سطح تشخيص داده مي شوند و برچسب سطح يک را دريافت مي کنند نياز به حمايت دارند.

**علائم اختلال طيف اتيسم سطح يک**

* علاقه کم به تعامل يا فعاليت‌هاي اجتماعي.
* در شروع تعاملات اجتماعي مانند صحبت کردن دچار دشواري هايي هستند.
* به طور معمول اين کودکان مي توانند با ديگران تعامل برقرار کنند اما در حفظ و ادامه يک مکالمه عادي دچار مشکل مي گردند و نياز به تلاش دارند و يا به عبارت

ديگر فرد مبتلا در سطح يک به طور کامل مي تواند با جمله صحبت کند اما تلاشهاي او براي ادامه دادن يک مکالمه ناموفق است.اين گفتار در برخي مواقع به صورت رباتيک مشاهده مي گردد.

* نشانه هاي بارزي از مشکلات در برقراي ارتباط وجود دارد.
* وجود مشکلاتي در سازگاري با تغييرات در رفتار و يا زندگي روزمره.
* مشکل در برنامه ريزي و سازمان دهي که به [**تئوري همدلي و سيتسم سازي**](https://autism-clinic.com/%d9%86%d8%b8%d8%b1%db%8c%d9%87-%d8%a7%d8%aa%db%8c%d8%b3%d9%85-%d9%87%d9%85%d8%af%d9%84%db%8c-%d8%b3%db%8c%d8%b3%d8%aa%d9%85-%d8%b3%d8%a7%d8%b2%db%8c/)در مبتلايان به اتيسم مشهور است.
* برقراري تماس چشمي محدود.

***2-5-7-2-*اختلال طيف اتيسم سطح دو**

dsm خاطر نشان مي کند افراد مبتلا به اختلال طيف اتيسم سطح 2 يا اتيسم متوسط نياز به پشتيباني قابل توجهي دارند. علائم مرتبط با اين سطح شامل فقدان شديد مهارتهاي ارتباطي کلامي و غير کلامي است که تقريبا در تمام امور روزمره اين افراد تاثير گذار است و روند زندگي را براي آنان دشوار تر مي سازد.

**علائم اختلال طيف اتيسم سطح 2**

* وجود مشکلات در تقابل با تغيير روال امور روزمره و محيط.
* عدم مهارت قابل توجه در ارتباط کلامي و غير کلامي. تاخير در رشد کلامي را مي توان با تاخير در گفتار در مراحل رشد به وضوح مشاهده نمود.
* مشکلات رفتاري به حدي قابل مشاهده است که گاه به گاه براي همراهان قابل مشاهده است.
* پاسخ و واکنش غيرمعمول يا تعديل يافته به نشانه هاي اجتماعي ،ارتباطات يا تعاملات. در اين کودکان آسيبهاي اجتماعي با وجود پشتيباني همچنان وجود دارد.
* مشکل عديده در سازگاري با تغيير.
* ارتباط برقرار نمودن با استفاده از جملات و عبارات خيلي خيلي ساده.
* علايق خاص و محدود.
  + - 1. **-اختلال طيف اتيسم سطح سه**

اين شديد ترين سطح اختلال طيف اتيسم است و به همين خاطر به آن **اتيسم شديد**نيز گفته مي گردد. بر اساس dsm افراد مبتلا در اين سطح نياز به پشتيباني اساسي و فراوان در تمام امور روزمره در زندگي خود دارند.علاوه بر عدم وجود مهارتهاي ارتباطي شديد در مبتلايان به اختلال طيف اتيسم سطح 3رفتارهاي تکراري و محدود نيز در اين افراد نمايان است.رفتار هاي تکراري به رفتار ها،فعاليتها يا گفتار هايي اشاره دارد که بارها و بارها تکرار مي گردند.و رفتار هاي محدود کننده رفتار هايي هستند که فرد را از دنياي اطرف خود دور مي کند و مي تواند شامل عدم سازگاري با تغيير و محدوديت در علايق باشد.

**علائم اختلال طيف اتيسم سطح** سه

* فقدان مهارتهاي ارتباطي و کلامي و غير کلامي به صورت کاملا بارز.
* تمايل بسيار کم به مشارکتهاي اجتماعي و تعامل با ديگران.
* مشکل در تغيير دادن رفتار ها.
* دشواري فراوان در تقابل با تغييرات غير منتظره در امور روز مره يا در محيط پيرامون.
* بهم ريختگي يا مشکلات شديد در مقابل تغيير دادن توجه و تمرکزبر موردي خاص.
* کودک در سطح 3 براي ارتباط کلامي از تک کلمه ها استفاده مي‌کند.
  + 1. **مدل دوگانه** A**\_**B**\_**C **ایکس هیل**

یکی از برنامه‌های آموزشی مؤثر برای والدین کودکان با کم توانی ذهنی و تحولی برآمده از مدل دوگانه ای بی سی ایکس می‌باشد. مدل ای بی سی ایکس رویکرد یکپارچه‌ای است که بر نقاط قوت خانواده به عنوان نقطه شروع در مداخله تأکید می‌کند، مراحل ارزیابی، اجرا و نتایج را در این راستا پیوند می‌دهد و تفاوت‌های خانواده‌ها در سازگاری با عوامل استرس زا از طریق این رویکرد تبیین می‌‌شود. این مدل توضیح می‌دهد که چگونه سازگاری خانواده با رخدادهای استرس زا از طریق تعامل حمایت‌های خانواده و ادراک خانواده، شکل می‌گیرد. مدل اولیه‌ ای بی سی ایکس که توسط هیل معرفی گردید بر عوامل اصلی و پیشین که در ایجاد عدم سازگاری خانواده نقش داشتند تأکید داشت که از طریق آن استرسورها و پیامدهای آن در خانواده تبیین می‌شدند. این

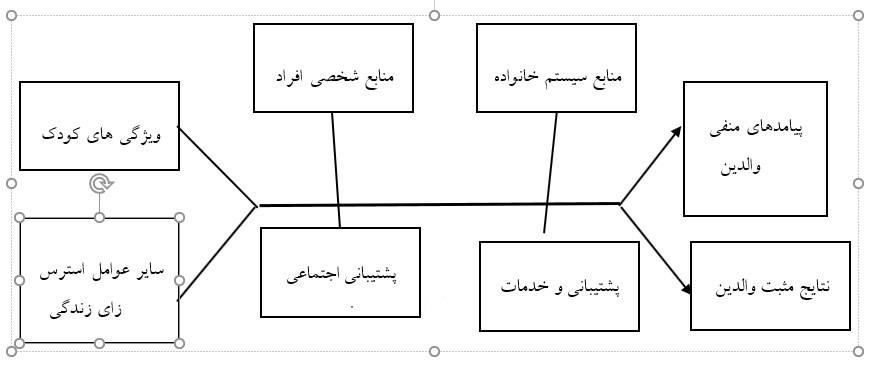
مدل، سازگاری خانواده را فرایندی تعریف می‌کرد که از طریق تعامل بین چهار عامل در موقعیت‌های استرس‌آمیز ایجاد می‌شود(کیمورا،2016 )[[169]](#footnote-170)مؤلفه‌های مدل دوگانه ‌ای بی سی ایکس در تبیین سازگاری خانواده، شامل بحران خانواده (xX) است که از نیازهای خانواده مرتبط با کودک ناتوانaA ، منابع سازشی یا حمایتی خانواده Bb و تعریف یا ادراک خانواده از موقعیت استرس‌زا Cc ، ناشی می‌شود. در این فرایندها، ABCX با حروف بزرگ نشانگر عامل های پیشین بحران و حروف کوچک abcx ،نشانگر تغییرات ایجادشده در عوامل اصلی یا پیشین در طول زمان است. هنگامی که پیامد نهایی یک پاسخ سازگارانه باشد، والدین و سایر اعضای خانواده ممکن است استرس کمتر و قابل مدیریتی را تجربه کنند و بحران خیلی منفی تلقی نشود؛ اما اگر پیامد بحران، پاسخ ناسازگارانه، همراه با سختی و فشار روانشناختی بر خانواده باشد، بحران تبعات اضافی و منفی‌تری به همراه می‎تواند داشته باشد (از قبیل، سوء رفتار کودکان، غیبت از خانه، تعهدات کم در مقابل وظایف والدینی، مشکلات رفتاری و هیجانی سایر اعضاء، طلاق و غیره). از سوی دیگر یکی از مداخله‌‌های موج سوم شناختی رفتاری که بسیار موردتوجه است، درمان مبتنی بر مهرورزی یا شفقت درمانی است. شفقت فرآیندی چندجانبه و چندبعدی است که برخاسته از ذهنیت حمایت‌گرایانه‌ای است که درنتیجه رفتارهای مراقبتی والدین پرورش می‌یابد. همچنین شفقت شامل مجموعه‌ای از عناصر هیجانی، شناختی و انگیزشی است که در توانایی ایجاد فرصت‌هایی برای رشد و تغییر به همراه مراقبت دخالت دارند. تعریف گیلبرت دو بعد مهم دارد: نخستین بعد که تحت عنوان اشتیاق شناخته می‌شود

و اشاره به حساسیت و آگاهی از حضور رنج و دلایل آن دارد، دومین بعد موسوم به التیام و متشکل از انگیزه و تعهد نسبت به قدم برداشتن جهت کاهش رنجی است که با آن روبرو می‌شویم(گیلبرد،2006)[[170]](#footnote-171)

* + 1. **نظریه استرس پری**

به زعم پری (2004) که یک مدل استرس ارائه کرد (شکل 1)؛ به تجربیات خاص خانواده‌های کودکان مبتلا به اختلالات رشدی پرداخته و این مدل در پاسخ به محدودیت‌های مدل‌های استرس خانواده ای که هیل- به آن اشاره گردید- انتشار یافت. پری (2004) اظهار داشت که مدل های قبلی به طور دقیق تجربیات خانواده های دارای کودک مبتلا به ناتوانی رشدی را به درستی نشان نمی دهند، زیرا پیامدهای استرس دوگانه (سازگاری یا بحران) هستند. پری نیاز به مدلی را بیان کرد که شامل استرس مداوم خانواده های کودکان مبتلا به اختلالات رشدی شود. مدل پری (2004) شامل چهار جزء اصلی است: عوامل استرس زا، حمایت، منابع و نتایج. اجزای حمایت و منابع به عنوان تعدیل کننده رابطه بین عوامل استرس زا و پیامدهای والدین عمل می کنند. عوامل استرس زا به عنوان ویژگی‌های عینی و ذهنی کودک (به عنوان مثال، سطح شناختی یا رشدی، فراوانی و شدت رفتارهای ناسازگار) و سایر عوامل استرس‌زای زندگی که همه خانواده‌ها تجربه می‌کنند (به عنوان مثال اشتغال، فشار مالی) تعریف می‌شوند. منابع شامل منابع فردی (به عنوان مثال راهبردهای مقابله) و منابع سیستم خانواده (به

عنوان مثال عملکرد خانواده، رضایت زناشویی) است. حمایت شامل حمایت اجتماعی غیر رسمی یا درک شده (به عنوان مثال خانواده، دوستان، سازمان‌های اجتماعی) و پشتیبانی و خدمات رسمی به عنوان مثال حرفه ای و غیرحرفه ای است. نتایج در این مدل به صورت مثبت یا منفی تعریف می شود. مانند هر مدل، محدودیت‌هایی برای مدل پری (2004) وجود دارد. پری قصد داشت مدل خود را شامل خانواده‌های دارای تمام ناتوانی های رشدی کند. این مدل از نظر سادگی محدود است؛ زیرا (الف) نحوه متغیرهای مداخله‌کننده منابع و حمایت ممکن است متقابلا بر یکدیگر تأثیر بگذارد، (ب) بر پیامدهای فردی والدین تمرکز می‌کند در حالی که از تأثیر ناتوانی کودک بر روابط درون سیستم خانوادگی (به عنوان مثال ، رابطه زوجین) غافل می شود و (ج) از اعتبار کافی برخوردار نیست مبتنی بر شواهد تجربی است. در عوض، تمرکز بر ارائه توضیحات از دیدگاه بالینی بدون ارائه مروری بر ادبیات علمی است(پری،2004)[[171]](#footnote-172)



شکل ‏2‑1ادبیات علمی

* **عوامل استرس‌زا در مدل پری**

1- ویژگی‌های کودک: ویژگی‌های بالقوه مرتبط کودکان که ممکن است متغیرهای استرس زا در این حوزه باشند شامل میزان وابستگی به وظایف خودیاری، سطح شناختی یا رشد، فراوانی و شدت رفتار ناسازگارانه، تشخیص یا نوع به اختلالات رشدی، سن و جنسیت است. باید بین متغیرهای "عینی" مانند سن یا ضریب هوشی و درک والدین از مشکل یا "استرس زا" کودکان، تمایز قائل شد که احتمالا بیشتر مرتبط است. سردرگمی مفهومی گسترده ای در ادبیات و همپوشانی در اندازه گیری بین درک ذهنی والدین از ویژگی های کودک (در اینجا به عنوان عوامل استرس زا در نظر گرفته می شود) و ناراحتی والدین (یا واکنش یا نتیجه استرس) وجود دارد. بسیار مهم است که تحقیقات آینده اقدامات نتیجه را با عوامل استرس زا اشتباه نگیرند.

2- سایر عوامل استرس زای خانواده: سایر عوامل استرس زای زندگی شامل موارد مرتبط با اشتغال ، مواردی که به بیماری در سایر اعضای خانواده مربوط می شود، مشکلات مالی و غیره است. علاوه بر موارد معمول شامل اندازه گیری رویدادهای زندگی (به عنوان مثال جابجایی، مرگ در خانواده) می باشد.

3- منابع فردی: منابع فردی شامل متغیرهای شخصیتی و استراتژی ها و باورهای مقابله ای شناختی و همچنین عوامل جمعیت شناختی (مانند تحصیلات و وضعیت اشتغال) است. این شاید حوزه ای است که بیشترین تلاش را برای تلاش های پژوهشی با هدف کشف منابع داخلی خاص، باورها

و توانایی‌های مقابله‌ای (مانند سرسختی، خوش بینی، ایمان مذهبی، مقابله با وظیفه و غیره) دارد که برای کاهش استرس موثرتر است.

4- منابع کلی سیستم خانواده: منابع سیستم خانواده شامل متغیرهایی است که بر عملکرد خانواده، رضایت زناشویی و متغیرهای جمعیت شناختی (مانند وضعیت تأهل) تأثیر می گذارد.

5- پشتیبانی اجتماعی غیررسمی: حمایت اجتماعی غیررسمی عبارت است از رزق و روزی و/یا کمک ملموسی که در واقع از اعضای بزرگ خانواده ، دوستان ، همسایگان ، سازمان های اجتماعی و مذهبی دریافت شده و/یا تصور می شود.

6- حمایت ها و خدمات رسمی مداخلات حرفه ای یا پیش حرفه ای هستند ، از جمله برنامه‌های آموزش/درمان برای کودک مبتلا به اختلالات رشدی و مداخلات خانوادگی مانند مشاوره فردی، زناشویی یا خانواده، آموزش، مدیریت رفتار، گروه های حمایت از والدین و سازمان های والدین(پری[[172]](#footnote-173)

طي سال هاي متمادي در خصوص تنيدگي (استرس) و همچنين در سال هاي اخير در مورد عوامل موثر برکاهش يا افزايش تنيدگي والدين بويژه والدين کودکان داراي اختلال طيف اتيسم و راه هاي مقابله با آن ، تحقيقات بسياري انجام شده است. اين تحقيقات تا حدودي پاسخ گوي برخي از سوال هاي ما در

زمينه تاثير توسط انديشمندان جامعه شناس، روان شناسان، در داخل و خارج انجام شده است. نتايج حاصل از اين تحقيقات، انديشمندان را به ادامه مطالعات و تحقيقات استوارتر و مشتاق تر ساخته است. نمونه هايي از اين تحقيقات را به اختصار شرح مي دهيم.

**تحقيقات داخلي :**

* حسن‎زاده و مساح بوانی (1400) در مطالعه خود با عنوان اثربخشی برنامة فرزندپروری مثبت بر ارتباط مادران با کودکان دارای اختلال طیف اوتیسم که یک مطالعه شبه‎آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون و گروه گواه بود انجام گرفت. جامعة آماری این پژوهش شامل مادران کودکان 12-7 سال با اختلال طیف اوتیسم در شهر اصفهان بودند که از میان آنان 30 نفر به صورت تصادفی انتخاب و در دو گروه 15 نفری آزمایش و گواه قرار داده شدند. گروه آزمایشی در هشت جلسة برنامة فرزندپروری مثبت (هر هفته یک جلسه و هر جلسه 90 دقیقه) شرکت کردند؛ درحالیکه به گروه گواه هیچ آموزشی ارائه نشد. یافته‎ها حاکی از تفاوت معنادار نمرات پیش آزمون و پس آزمون بود که می‎توان نتیجه گرفت برنامه فرزندپروری مثبت سبب بهبود رابطه مادر و فرزند دارای اختلال طیف اتیسم می‏شود به عبارتی برنامه فرزندپروری مثبت؛ برنامه‌ای جدید و جهانشمول است که سبب ایجاد رابطة مثبت بین والدین و فرزندان‎شان می‌شود و کمک می‌کند تا والدین راهبردهای مؤثر مدیریت در برخورد با انواع مسائل رشدی و رفتاری کودک را بیاموزند. این برنامه می‎تواند تغییرات بزرگی در خانواده‎ها ایجاد کرده و به

والدین کمک کند تا دریابند که وقتی به روش‎های جدید حرف بزنند، فکر کنند و عمل کنند، نتایج بهتری در خانواده خواهند داشت. همچنین برنامة فرزندپروری مثبت یکی از روش‌های آموزش والدین است که براساس رفتار درمانگری‌های خانوادگی مبتنی بر اصول یادگیری اجتماعی بندوراست. علاوه بر این، برنامة فرزندپروری مثبت راهبردهای علمی و مؤثر پرورش مهارت‎های اجتماعی و زبانی کودک، خودتنظیمی هیجانی، استقلال و قابلیت حل مسئله را به والدین می‌آموزد{زاده, 2021 1}.

* بررسي رابطه دلبستگي مادرانه و تنيدگي والدگري با نقش واسطه اي بهوشياري مادر پژوهش مريم قسّامي و همکارانش در سال 1399 مي‌باشد. پژوهش از نوع توصيفي - همبستگي بود. جامعه آماري، شامل مادران کودکان 3 تا 9 ساله اي بود که از بهمن ماه 18 تا خرداد 19 در مهدهاي کودک تحت نظارت بهزيستي شهر جيرفت حضور داشتند. 211 نفر به روش نمونه گيري خوشه اي به عنوان نمونه انتخاب شدند. ابزار عبارتند از مقياس تنيدگي والديني - فرم کوتاه (آبيدين، 1995 )مقياس دلبستگي بزرگسلان کولينز و ريد ( 1996) و پرسشنامه پنج وجهي بهوشياري (بائر و همکاران، 2119 ). تحليل داده ها با استفاده از روش بوت استراپ انجام شد. يافته‌ها نشان داد که بهوشياري در رابطه بين دلبستگي ناايمن و تنيدگي والدگري نقش واسطه اي داشت. نتايج نشان داد، رابطه دلبستگي اضطرابي و اجتنابي با تنيدگي معني دار بود{قسامی, 2020 2}.
* قنواتی و همکاران(1399) در مطالعه خود با عنوان تاثیر آموزش فرزندپروري ذهن آگاهانه بر تنيدگي والدين در مادران داراي كودك مبتلا به اختلالات طيف اتيسم که در شهر اهواز روی کلیه مادران دارای کودک مبتلا به اختلالات طیف اتیسم که به انجمن اتیسم اهواز مراجعه کرده بودند انجام شد یافته ها نشان داد که شاخص تغییر پایا در متغیر تنیدگی معنی دار هستند **و** نتایج نشان داد که آموزش فرزند پروری ذهن آگاهانه باعث کاهش تنیدگی والدین می شد(محرابی زاده،هنرمند)[[173]](#footnote-174)پژوهشی با عنوان واکاوي تجارب زيسته والدين کودکان داراي اختلال طيف اتيسم (مطالعه اي با رويکرد پديدارشناسي) توسط افروز و همکارانش در سال1398 انجام شد. این مطالعه در سه محور چالش‌ها و مشکلات والدين، ارتباطات بين والدين، والدين و ساير فرزندان و همچنين چشم انداز و سطح اميدواري به زندگي ايشان پيگيري شد. در این مطالعه تعداد 15 نفر از والدين کودکان اتيسم با استفاده از روش نمونه گيري هدفمند و نيز با بهره گيري از فن مصاحبه عميق نيمه سازمان يافته مورد مطالعه قرار گرفتند. با استفاده از تکنيک هفت مرحله‌اي کلايزي، نتايج بدست آمده تحليل و دسته بندي گرديد. يافته‌هاي حاصل از تحليل و دسته بندي داده‌ها در بخش مربوط به چالش‌ها و مشکلات والدين در 18 زيرمضمون و 4 مضمون اصلي شامل مشکلات رواني، فردي، اجتماعي و اقتصادي بازنمايي گرديد. در بخش مربوط به ارتباطات 2 مضمون اصلي شامل ارتباط ناسالم با ساير فرزندان و نارضايتي زناشويي و نيز 15 زيرمضمون

استخراج گرديد. همچنين واکاوي نگرش والدين شرکت کننده در پژوهش حاکي از نااميدي و نداشتن چشم انداز مطلوب و مثبت آنان نسبت به زندگي و بهبود شرايط اين کودکان دارد{افروز, 1398 3}.

* شيرالي نيا و همکاران (1398) با هدف بررسي نقش واسطه‌اي تنيدگي والدگري ، کيفيت رابطه مادر-کودک و سلامت روان مادر در رابطه بين والدگري بهوشياري و مشکلات رفتاري کودکان پژوهشی انجام داد که نتايج نشان داد اثر مستقيم والدگري بهوشيارانه بر مشکلات رفتاري کودکان معنادار نيست؛ اما اثر مستقيم والدگري بهوشيارانه بر تنيدگي والدگري، منفي معنادار؛ اثر مستقيم والدگري بهوشيارانه بر سلامت روان مادران مثبت معنادار و اثر مستقيم والدگري بهوشيارانه بر کيفيت رابطه والد کودک نيز مثبت معنادار است. همچنين، نتايج نشان داد که نقش واسطه‌‌اي تنيدگي والدگري، سلامت روان و کيفيت رابطه مادر-کودک در رابطه بين والدگري بهوشيارانه و مشکلات رفتاري کودکان معنادار است. بر اساس يافته‌هاي پژوهش مي‌توان گفت که مشکلات رفتاري کودکان مي‌تواند تحت تأثير تنيدگي والدگري، سلامت روان و کيفيت رابطه مادر-کودک قرار گيرد{شیرالی نیا, 2019 4}.
* يعقوب نژاد (1398) مطالعه‎ای با هدف بررسي جوهره و معناي فرايند فرزندپروري کودکان مبتلا به اتيسم، از نگاه مادران انجام داد. روش پژوهش پديدارشناسي توصيفي بود، شرکت‌کنندگان در اين پژوهش 7 نفر از مادران کودکان مبتلا به اتيسم (دامنه سني 33 تا 55 سال)

بودند که کودک مبتلا به اتيسم آنان در دامنه سني 3 تا 6 سال تشکيل مي‌داد. بررسي و جمع بندي پاسخ هاي ماداران کودکان مبتلا به اتيسم از تجربه آنان در فرزندپروري حاکي از 6 مقوله اصلي پذيرش کودک؛ نگرانياز آينده کودک؛ عدم آشنايي با راهبردهاي تربيتي مناسب و آموزشي مناسب؛ هيجان هاي نامطلوب؛ مشکلات مرتبط با سلامت کودک و مشکلات مربوط به ساير اعضاي خانواده بود{یعقوب نژاد, 1398 5}.

* محمدي و همکاران در سال 1397 پژوهشي با عنوان توانمند شدن والدين جهت مراقبت در والدين کودکان اتيسمي که يک مطالعه کيفي بود را انجام دادند. اين مطالعه به روش كيفي با رويکرد تحليل محتوا قراردادي با مشاركت 16 نفر از والدين و مربيان كودكان اتيسمي انجام شد. داده‌هاي مطالعه از طريق مصاحبه و گروه متمركز در انجمن اتيسم شيراز جمع‌آوري شد. يافته ها با استفاده از رويکرد تحليل محتواي قراردادي مورد تجزيه و تحليل قرار گرفتند. تحليل داده‌هاي حاصل از مصاحبه‌ها دو طبقه اصلي شامل "خودكارآمدی" شامل زير طبقات "خودسازي و خودباوري" و "تطابق با وضعيت موجود " شامل زير طبقات " پذيرش بيماري كودک، شکيبايي، تفکر و ذهن آرام، مشاركت و تعامل ساير افراد خانواده جهت مراقبت، بهره جويي از حمايت و رفاه اجتماعي و ارتباط ماورايي" را آشکار نمود. نتايج حاصل از مطالعه نشان داد، مفهوم توانمند شدن والدين در والدين كودكان اتيسمي را مي توان " تطابق با شرايط موجود در راستاي كسب خودكارآمدي" تبيين و تعريف نمود{محمدی, 2018 #6}.
* اثربخشي برنامۀ والدگري ذهن آگاهانه بر تنيدگي والدگري و خودکارآمدي والديني در مادران نوجوانان با تعارض بالا توسط محمدي و همکاران در سال 1397 انجام شد. اين پژوهش با هدف تعيين برنامۀ اثربخشي والدگري ذهن‌آگاهانه بر کاهش تنيدگي والدگري و افزايش خودکارآمدي والديني در مادران نوجوانان پرتعارض انجام شد. با استفاده از پرسشنامۀ تعارض رفتار ـ فرم نوجوان (رابين و فاستر، 1989) 483 دانش آموز دختر از سه دبيرستان دورة اول متوسطه داوطلب مورد سنجش قرار گرفتند و 157 نوجوان که نمرة تعارض آنها در رابطه با مادر يک انحراف استاندارد بالاي ميانگين (50 به بالا) بود، مشخص شدند. نتايج تحليل واريانس با اندازه گيري مکرر نشان داد که در گروه آزمايش، تنيدگي والدگري به شکل معناداري کاهش و خودکارآمدي والديني افزايش يافته است. نتايج پژوهش حاکي از اين است که روي آورد والدگري ذهن آگاهانه بر متغيرهاي مرتبط با والدگري مادران تأثيرگذار است{مريم, 7}.
* باقري شيخ انگفشه پژوهشي با عنوان نقش تاب‌آوري و ذهن‌آگاهي در پيش‌بيني بهزيستي روانشناختي مادران کودکان مبتلا به اتيسم در سال 1397 به همراه همکارانش انجام داده است. جامعه آماري اين پژوهش کليه مادران کودکان مبتلا به اتيسم در سال 97 بود که از اين بين 80 مادر به صورت هدفمند انتخاب شدند. براي جمع آوري داده ها از پرسشنامه هاي بهزيستي روانشناختي، تاب آوري و ذهن آگاهي استفاده شد. داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS- واکاوي شدند. داده‌هاي پژوهش با روش‌هاي ضريب همبستگي پيرسون و

تحليل رگرسيون چندگانه تجزيه و تحليل شدند. نتايج پژوهش نشان داد که تاب آوري و ذهن‌آگاهي با بهزيستي روانشناختي رابطه معناداري دارند. ضرايب بتاي متغيرهاي پيش بين نشان داد که تاب آوري و ذهن آگاهي قابليت پيش بيني معنادار بهزيستي روانشناختي را دارند. همچنين نتايج بدست آمده نشان داد که تاب‌آوري و ذهن‌آگاهي به مقدار قابل توجهي واريانس بهزيستي روانشناختي را پيش‌بيني مي‌کنند. نتايج پژوهش حاکي از آن است که هر چقدر ميزان تاب آوري و ذهن آگاهي افزايش پيدا کند، به مقدار قابل توجهي بهزيستي روانشناختي در مادران کودکان مبتلا به اتيسم افزايش پيدا مي‌کند{باقری شیخانگفشه, 1398 8}.

* اثربخشي آموزش مهارت‌هاي والدگري بر ميزان افسردگي، اضطراب و کيفيت زندگي والدين کودکان مبتلا به اختلالات طيف اتيسم عنوان پژوهش مهين اسلامي شهربابکي و همکارانش در سال 1397 مي‌باشد. يافته‌های این مطالعه نشان داد ميانگين نمره افسردگي افراد مورد مطالعه قبل و بعد از مداخله آموزشي تفاوت معني‌داري داشت. در خصوص اضطراب نيز نتايج آزمون تي زوجي، حاکي از اين بود که گرچه نمره اضطراب بعد از مداخله کاهش يافت ولي ميانگين نمره اضطراب بعد از مداخله تفاوت معني‌داري نداشت و ميانگين نمره کلي کيفيت زندگي در افراد مورد مطالعه قبل و بعد از مداخله آموزشي تفاوت معني‌داري نداشت. نتايج اين مطالعه حاکي از نقش مثبت آموزش مهارت‌هاي فرزند پروري بر کاهش افسردگي والدين کودکان اتيسمي بود{مهين, 1398 #6}.
* جولاييها و همکاران (1397) با هدف بررسي پيش بيني سبک‌هاي والدگري و تنيدگي والدين بر اساس بهشياري و

فراوالدگري نشان دادند که بهوشياري و مولفه فراوالدگري (پيشاپيش‌گري) مي‎توانند والدگري مستبدانه و قاطعانه را پيش‌بيني کنند. همچنين نتايج نشان داد که بهوشياري و مولفه‌هاي فراوالدگري (پيشاپيش‎گري و انعکاس‎گري) مي‎توانند تنيدگي والدين را در قلمرو کودک و والد پيش‌بيني کنند ولي بهوشياري و مولفه‌هاي فراوالدگري قادر به پيش‎بيني والدگري سهل گيرانه نبودند{سكينه۹}.

* اباذري و همکاران (1396) در زمینه درک عوامل تأثيرگذار بر هيجان ابراز شده مادران کودکان اتيسم (پژوهش ترکيبي) پژوهشی را انجام دادند در اين مطالعه که به روش لانه گزيني صورت گرفت. به منظور سنجش کمي هيجان ابراز شده مادران، ۵۰ مادر کودک مبتلا به اتيسم که کودکان آنها در دامنه سني ۱۳-۳ سال قرار داشتند، به صورت نمونه گيري در دسترس از مراکز اتيسم و ۵۰ مادر کودکان با رشد عادي به شيوه تصادفي انتخاب شدند. در مرحله دوم، به منظور بررسي تبيين عواملي که بر هيجان ابراز شده مادران تأثير دارد، روش پژوهش کيفي تحليل محتوا مورد استفاده قرار گرفت. يافته ها نشان داد مادران کودکان مبتلا به اتيسم، هم در نمره کلي هيجان ابراز شده و هم در زير مؤلفه هاي آن يعني انتقاد و درگيري عاطفي افراطي، بالاتر از مادران کودکان عادي بودند. نتايج مرحله دوم بيانگر اين بود که پنج عامل در بالا بودن هيجان ابراز شده مادران اتيسم تأثير داشت که عبارت از نگران نظر ديگران بودن، نگراني در مورد وضعيت آينده کودک، ناديده گرفتن خود و ترجيح نيازهاي کودک بر نيازهاي خود و ديگر

اعضاي خانواده، مقايسه کودک خود با کودکان ديگر، سرزنش و انتقاد از کودک بود{كبري, 10}.

* بهادري خسروشاهي و همکاران (1396) در مطالعه‎ای با هدف بررسي رابطه خودکارآمدي والديني و خودبخشايشگري با تعامل مادر- کودک در مادران داراي فرزند کم‌توان ذهني نشان دادند بين پذيرندگي فرزند و خودکارآمدي والديني و احساسات و کنش‌ها و باورهاي خودبخشايشگري رابطه مثبت (مستقيم) و معناداري وجود دارد. همچنين بين بيش حمايتگري، سهل‌گيري افراطي و طرد فرزند با خودکارآمدي والديني و خودبخشايشگري رابطه منفي (معکوس) و معناداري وجود دارد. از طرفي نتايج تحليل رگرسيون گام‌به‌گام نشان داد که خودکارآمدي والديني و مؤلفه احساسات و کنش‌هاي خودبخشايشگري مي‌توانند تغييرات تعامل مادر- کودک را در مادران داراي فرزند کم‎توان ذهني پيش‌بيني کنند{جعفر, 1}.
* رضائیان و همکاران نیز در پژوهشی با عنوان اثربخشي آموزش گروهي والدگري مثبت بر استرس و خودکارآمدي والدگري مادران و مشکلات رفتاري دانش آموزان کم توان ذهني که روی ۳۰ نفر از مادران دانش‌آموزان پسر کم توان ذهني خرم آباد انجام شد نشان داد که آموزش والدگري مثبت بر مشکلات رفتاري (شدت مشکل و فراواني مشکل) دانش آموزان، استرس والدگري و خودکارآمدي والدگري مادران دانش آموزان کم توان ذهني تأثير دارد{فاطمه, 2}.
* اثربخشي برنامه گروهي فرزندپروري مثبت بر كاهش استرس والدگري مادران داراي كودكان مبتلا به اختلال اتيسم پژوهش توسط صابري وهمکاران (1393) انجام شد. طرح پژوهش از نوع شبه آزمايشي با پيش آزمون و پس آزمون با گروه گواه

بود. جامعه آماري شامل كليه مادران كودكان مبتلا به اختلال اتيسم در شهر اصفهان بود كه از ميان آنان 30 نفر به صورت تصادفي انتخاب و در 2 گروه 15 نفري آزمايش و گواه قرار داده شدند. نتايج تحليل كوواريانس نشان داد كه برنامة آموزش گروهي فرزندپروري مثبت موجب كاهش معنادار استرس والدگري در قلمرو والدين و قلمرو کودک شده است و بين گروه آزمايش و گواه در كاهش استرس والدگري تفاوت معناداري وجود دارد{جواد, 3}.

* هاشمي و همکاران (1393) نیز پژوهشی تحت عنوان مقايسه تنيدگي والدگري و آشفتگي روانشناختي مادران کودکان مبتلابه اختلال اتيسم و تأخير تحولي انجام دادند که يافته‌های آنها نشان داد که مادران کودکان مبتلا به اختلال اتيسم با چالش‌هايي مواجه هستند که باعث افزايش تنيدگي و علائم هيجاني در اين مادران مي‌شود. همچنین نتايج بدست آمده از تحليل کوواريانس چندمتغيره نشان داد که بين مادران کودکان مبتلابه اتيسم و کودکان با تاخيرتحولي در هر دو متغير وابسته تفاوت معني داري وجود دارد{سميه, 5}.
* بريماني و همکاران (1392) با هدف بررسي رابطه ميزان تنيدگي والدگري با شيوه‏هاي والدگري در والدين نشان دادند که بين ميزان تنيدگي والدگري با سبک والدگري اقتداري والدين کودکان ناشنوا و عادي رابطه معنادار منفي وجود دارد. همچنين بين ميزان تنيدگي والدگري با سبک والدگري آمرانه و سهل‌گير والدين کودکان ناشنوا و عادي رابطه معنادار مثبت وجود دارد{بریمانی, 2013 6}.
* پژوهش مقايسه استرس والدگري در مادران کودکان اتيستيک با مادران کودکان بهنجار توسط خرم آبادي (1388) انجام شد. نمونه شامل 90 نفر (45 مادر کودک درخودمانده و 45 مادر کودک بهنجار) بود که نتايج نشان دادند استرس والدگري در مادران کودکان اتيستيک در هر دو قلمرو والدگري و قلمرو کودک و هم چنين استرس والدگري کل به طور معنادار بالاتر از مادران کودکان بهنجار بود. مادران کودکان اتيستيک با استرس هاي بسيار مواجه اند که اين استرس مي تواند مربوط به کودک، والد يا جامعه باشد. از جمله ماهيت مبهم اختلال اتيسم، خصوصيات کودک، نگراني راجع به تداوم شرايط، پذيرش کم جامعه و حتي ساير اعضاي خانواده نسبت به رفتارهاي کودک درخودمانده و نيز شکست در دريافت حمايت هاي اجتماعي مي تواند در بروز اين استرس موثر باشد{خرم آبادی, 1388 #7}.
* متولي پور و رشيدي (1388) در بررسي اثربخشي استرس فرزندپروري در والدين كودكان داراي اختلال نارسايي توجه /بيش فعالي نشان دادند كه آموزش والدين در كاهش مشكلات رفتاري و تضاد هاي بين كودكان و والدين آنها مؤثر است ، همچنين هنگامي كه بيش فعالي با برخي ديگر از اختلالات همراه مي شود ، آموزش والدين داراي اهميت دو چندان مي شود{عباس, 2001 8}.
* نريماني(1386) نیز در پژوهش خود به مقايسۀ سلامت رواني مادران کودکان استثنايي با سلامت رواني مادران کودکان عادي پرداخته است. هدف از اين تحقيق يافتن پاسخي براي اين پرسش بود که آيا بين مادران کودکان استثنايي و مادران کودکان عادي از نظر سلامت رواني تفاوت وجود دارد يا خير؟ آزمودني هاي اين پژوهش متشکل از 78 نفر از مادران کودکان

استثنايي (25نفر کم توان ذهني تربيت پذير، 27 نفر ناشنوا و 26 نفر نابينا) و 29 نفر از مادران دانش آموزان عادي مدارس ابتدايي شهرستان اردبيل بودند که به طور تصادفي انتخاب شدند. مقايسه دو به دوي گروه ها نشان داد که وجود يک فرزند کم توان ذهني بر سلامت رواني مادر بيش از وجود يک فرزند نابينا يا ناشنوا اثر مي‌گذارد. اين مطالعه نشان داد که مادران کودکان استثنايي نسبت به مادران کودکان عادي از سلامت رواني پايين تري برخوردار هستند و از ميان سه گروه مادران کودکان کم توان ذهني، نابينا و ناشنوا، مادران کودکان کم توان ذهني از سلامت رواني پايين تري برخوردار هستند{محمد, 9}.

* + - 1. ***تحقيقات خارجي :***
* در مطالعه‎ای با عنوان خودکارآمدی والدینی و کیفیت زندگی خانواده در والدین کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم در چین با نقش واسطه‌ای احتمالی حمایت اجتماعی که توسط یونگ شن فنگ و همکاران (2021) روی 260 والدین دارای کودک مبتلا به اختلال اتیسم انجام شد نتایج نشان داد خودکارآمدی والدینی و حمایت اجتماعی تقریباً 5/49 درصد از واریانس شاخص کیفیت زندگی والدین را تبیین کردند. به طور کلی نتایج این پژوهش حاکی از آن بود هم خودکارآمدی والدینی و هم حمایت اجتماعی برای ارتقای کیفیت زندگی امری حیاتی هستند و یک اثر واسطه‌ای جزئی از حمایت اجتماعی نیز ایجاد شد(فنگ،2021)[[174]](#footnote-175)
* در مطالعه‎ای سیستماتیک با عنوان عوامل بالقوه استرس والدینی در والدین چینی کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم(2021) که توسط کاتالینا سائو من نگ، یوان فانگ، زیکسین وانگ و منگه ژانگ[[175]](#footnote-176)انجام شد هدف از آن شناسایی و دسته بندی عوامل بالقوه استرس بر اساس یافته‌های موجود در ادبیات بود. جستجوی گسترده مقالات در پایگاه‌های اطلاعاتی آنلاین از جمله PubMed، Web of Science و MEDLINE انجام شد که در نتیجه آن 24 مقاله واجد شرایط منتشر شده از سال 2007 تا 2019 شناسایی شدند. چهار دسته کلیدی از عوامل بالقوه استرس والدین - عوامل فرهنگی، علائم آسیب‌شناختی روانی والدین، رفتارهای مشکل‌زا در کودکان اتیسم و بار مراقب شناسایی شدند که تأثیر این عوامل بالقوه بر راهبردهای مقابله‌ای والدین و کیفیت زندگی در خانواده‌های آسیب دیده نیز مورد بحث قرار گرفت(ان جی،2022)[[176]](#footnote-177)
* مطالعه دیگری با عنوان فرزندپروری ذهن‏آگاهانه، پریشانی مراقب و مشکلات رفتاری در کودکان مبتلا به اوتیسم توسط تریسی جی راولستون، درک کوستی و لورا لی مک اینتایر[[177]](#footnote-178) (2021) با این پیش فرض که کودکان مبتلا به اوتیسم ممکن است یک رفتار مشکل ساز بیرونی نشان دهند که تنیدگی والدینی و افسردگی در مراقبین را ممکن است به همراه داشته باشد، انجام گرفت. نتایج این پژوهش حاکی از آن بود که مشکلات رفتاری کودکان، تنیدگی والدینی و افسردگی مراقب و فرزندپروری ذهن‎آگاهانه همگی به طور معناداری با هم مرتبط بودند. بدین

ترتیب که ارتباط بین مشکلات رفتاری کودک و تنیدگی والدینی برای مراقبانی با سطوح بالا و پایین مهارت ذهن آگاهی معنادار بود و در مقابل، ارتباط بین مشکلات رفتاری کودک و افسردگی مراقب تنها برای مراقبانی با سطوح پایین والدین آگاهانه معنادار بود. به طور کلی این نتایج نشان داد که فرزندپروری مبتنی بر ذهن‎آگاهی می‎تواند یک عامل محافظتی امیدوارکننده جهت ارتقای بهزیستی مراقبین کودکان مبتلا به اوتیسم باشد(رائل سن،2021)[[178]](#footnote-179)

* مقايسه استرس والدگري در مادران كودكان مبتلا به اختلال اتيسم با مادران كودكان بهنجار پژوهشي است که باکستر[[179]](#footnote-180) و همکارانش در سال 2018 انجام دادند. اين پژوهش با هدف مقايسه استرس والدگري در مادران كودكان اتيستيك با مادران كودكان بهنجار انجام شده است . نمونه شامل 90 نفر (45 مادر كودك درخودمانده و 45 مادر كودك بهنجار ) مي شود. هر دو گروه پرسشنامه استرس والدگري آبيدين (1990) را تكميل كردند. مادران كودكان اتيستيك به صورت در دسترس انتخاب گرديدند . مادران كودكان اتيستيك با نمونه اي متشكل از 45 مادر كودك عادي كه از لحاظ تحصيلات، سن كودك و وضعيت اقتصادي و اجتماعي همتا شده بودند مقايسه شدند. داده‌ها با استفاده از آزمون مانوا تحليل شد. نتايج نشان دادند كه استرس والدگري در مادران كودكان اتيستيك در هر دو قلمرو والدگري و قلمرو كودك و همچنين استرس

والدگري كل به طور معنادار بالاتر از مادران كودكان بهنجار بود. مادران كودكان اتيستيك با استرس هاي بسيار مواجه اند كه اين استرس مي تواند مربوط به كودك، والد يا جامعه باشد. از جمله ماهيت مبهم اختلال اتيسم، خصوصيات كودك، نگراني راجع به تداوم شرايط، پذيرش كم جامعه و حتي ساير اعضاي خانواده نسبت به رفتارهاي كودك درخودمانده و نيز شكست در دريافت حمايت هاي اجتماعي مي تواند در بروز اين استرس مؤثر باشد(باکس تر،2021)[[180]](#footnote-181)عوامل تعيين کننده استرس در والدين کودکان اتيسم عنوان پژوهش ملينا ريوارد و همکارانش در سال 2014 مي باشد. مطالعه حاضر بر روي 118 پدر و 118 مادر انجام گرديد. مقايسه و تجزيه و تحليل استرس هر يک از والدين و شناسايي آنها و عواملي که ممکن است استرس آنها را پيش بيني کند مورد بررسي قرار گرفت. نتايج نشان داد که پدران از ميزان استرس بيشتري نسبت به مادران برخوردار بودند. همبستگي ها نشان داد که سطح استرس هر دو والدين با سن کودک خود ، ضريب فکري ، شدت علائم اتيسم و رفتارهاي سازگارانه، استرس پدري، اما نه استرس مادري، توسط شدت علائم اتيسم و جنسيت کودک پيش بيني شده است (ریوارد ،2014)[[181]](#footnote-182)

* در پژوهشی با عنوان تأثیر مداخلات ذهن‌آگاهی برای والدین در جهت تنیدگی والدینی و پیامدهای روانشناختی جوانان توسط ویرجینیا بورگدورف، ماریانا سابو و ماری جی. ابوت (2019) انجام شد. از آنجایی که ذهن آگاهی والدین با استرس و تنیدگی کمتر والدینی مرتبط است،

1. Singh, 2021 26 [↑](#footnote-ref-2)
2. Gould, 2018. [↑](#footnote-ref-3)
3. Gould, 2018. [↑](#footnote-ref-4)
4. Autism is [↑](#footnote-ref-5)
5. Fombonne, 2003 #29. [↑](#footnote-ref-6)
6. Khodabakhshi-Kolaee, 2018 #28 [↑](#footnote-ref-7)
7. Health World: WHO Organization [↑](#footnote-ref-8)
8. Mohammadi, 2019. [↑](#footnote-ref-9)
9. Rosén, 2017 [↑](#footnote-ref-10)
10. Rosén, 2017 [↑](#footnote-ref-11)
11. Baker, 2000. [↑](#footnote-ref-12)
12. Hartlay 2008( [↑](#footnote-ref-13)
13. Fernandez 2015 [↑](#footnote-ref-14)
14. Anan 2008 [↑](#footnote-ref-15)
15. Paulos 2003 [↑](#footnote-ref-16)
16. . stress [↑](#footnote-ref-17)
17. . parenting stress [↑](#footnote-ref-18)
18. Gluod 2018 [↑](#footnote-ref-19)
19. Tsermentseli, 2021 [↑](#footnote-ref-20)
20. Giannotti, 2021 [↑](#footnote-ref-21)
21. Melo 2021 [↑](#footnote-ref-22)
22. **(**ASD**)** [↑](#footnote-ref-23)
23. American Psychiatric Association [↑](#footnote-ref-24)
24. . diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-Arabi ( [↑](#footnote-ref-25)
25. Association, 1995 # [↑](#footnote-ref-26)
26. . mindfulness [↑](#footnote-ref-27)
27. **Bishop, 2004**  [↑](#footnote-ref-28)
28. **Brown, 2003**  [↑](#footnote-ref-29)
29. [↑](#footnote-ref-30)
30. **Cheung,2019** [↑](#footnote-ref-31)
31. Holden & Hawk [↑](#footnote-ref-32)
32. **Holden, 2003** [↑](#footnote-ref-33)
33. **Hawk, 2006.** [↑](#footnote-ref-34)
34. **Solmeyer 2001** [↑](#footnote-ref-35)
35. **Merrifield, 2015.** [↑](#footnote-ref-36)
36. **Benedetto, 2021** [↑](#footnote-ref-37)
37. **Albanese, 2019 #.** [↑](#footnote-ref-38)
38. **Deb, 2020.** [↑](#footnote-ref-39)
39. Wang, 2021 [↑](#footnote-ref-40)
40. *{Christensen, 2016 #54}.*  [↑](#footnote-ref-41)
41. {Hastings, 2005 #55} ( [↑](#footnote-ref-42)
42. Giannotti, 2021;Mello, 2021 [↑](#footnote-ref-43)
43. Khodabakhshi-Kolaee, 2018*.* [↑](#footnote-ref-44)
44. **Gould, 2018**. [↑](#footnote-ref-45)
45. Brown،2003 [↑](#footnote-ref-46)
46. . proactive [↑](#footnote-ref-47)
47. . problem solving [↑](#footnote-ref-48)
48. **Holden, 2003**  [↑](#footnote-ref-49)
49. **Albanese, 2019**  [↑](#footnote-ref-50)
50. Parenting Stress [↑](#footnote-ref-51)
51. Lazarus, 1984 [↑](#footnote-ref-52)
52. Davison, 2001 [↑](#footnote-ref-53)
53. Eysenck, 2001 #. [↑](#footnote-ref-54)
54. Britner, 2003 [↑](#footnote-ref-55)
55. Britner, 2003. [↑](#footnote-ref-56)
56. cognitive-relational theory [↑](#footnote-ref-57)
57. meta-theoretical concept [↑](#footnote-ref-58)
58. Lazarus, 1984 [↑](#footnote-ref-59)
59. Lazarus, 1984. [↑](#footnote-ref-60)
60. Lazarus, 1984. [↑](#footnote-ref-61)
61. Abidin, 1990. [↑](#footnote-ref-62)
62. Lazarus, 1984 [↑](#footnote-ref-63)
63. Forgan, 2021. [↑](#footnote-ref-64)
64. Abidin [↑](#footnote-ref-65)
65. Barimani, 2013 [↑](#footnote-ref-66)
66. Dadsetan, 2006 #6. [↑](#footnote-ref-67)
67. Rispoli, 2013 [↑](#footnote-ref-68)
68. Farzadfard, 2008 [↑](#footnote-ref-69)
69. Yehuda, 1999 [↑](#footnote-ref-70)
70. Bishop, 2004 # [↑](#footnote-ref-71)
71. Khodabakhshi-Kolaee, 2018. [↑](#footnote-ref-72)
72. Weedon, 2012. [↑](#footnote-ref-73)
73. Martel,2017 [↑](#footnote-ref-74)
74. Hartley, 2015 [↑](#footnote-ref-75)
75. Anan, 2008. [↑](#footnote-ref-76)
76. Gray, 2002. [↑](#footnote-ref-77)
77. Khodabakhshi-Kolaee, 2018. [↑](#footnote-ref-78)
78. Bandura [↑](#footnote-ref-79)
79. self-efficacy [↑](#footnote-ref-80)
80. Bandura, 1977 [↑](#footnote-ref-81)
81. Bandura, 1977;Singh, 2021 10. [↑](#footnote-ref-82)
82. Matthews [↑](#footnote-ref-83)
83. Ellis [↑](#footnote-ref-84)
84. Activating experience consequences [↑](#footnote-ref-85)
85. Cann, 2003 [↑](#footnote-ref-86)
86. Bandura, 1977. [↑](#footnote-ref-87)
87. Coleman, 1998. [↑](#footnote-ref-88)
88. family process and content model [↑](#footnote-ref-89)
89. Coleman, 1998 [↑](#footnote-ref-90)
90. mohana, 2018. [↑](#footnote-ref-91)
91. {Hartos, 2000. [↑](#footnote-ref-92)
92. Feng 2021 [↑](#footnote-ref-93)
93. McConachie, 2007 [↑](#footnote-ref-94)
94. Family-Based Intervention [↑](#footnote-ref-95)
95. perry [↑](#footnote-ref-96)
96. Parent Education and Skills Training Program [↑](#footnote-ref-97)
97. Tongue  [↑](#footnote-ref-98)
98. Brereton, 2005. [↑](#footnote-ref-99)
99. Mindfulness [↑](#footnote-ref-100)
100. Linehan, 1993 [↑](#footnote-ref-101)
101. Bach, 2002 [↑](#footnote-ref-102)
102. Non-judgmentally [↑](#footnote-ref-103)
103. Acceptance [↑](#footnote-ref-104)
104. Crane, 2002 [↑](#footnote-ref-105)
105. On Purpose [↑](#footnote-ref-106)
106. Curiosity [↑](#footnote-ref-107)
107. Walsh, 2009 [↑](#footnote-ref-108)
108. Segal, 2004 [↑](#footnote-ref-109)
109. Kabat-Zinn, 2003. [↑](#footnote-ref-110)
110. Baer, 2006 [↑](#footnote-ref-111)
111. sati   [↑](#footnote-ref-112)
112. awareness [↑](#footnote-ref-113)
113. attention [↑](#footnote-ref-114)
114. remembering [↑](#footnote-ref-115)
115. Bhikkhu, 2007. [↑](#footnote-ref-116)
116. nonjudgment [↑](#footnote-ref-117)
117. Acceptance [↑](#footnote-ref-118)
118. compassion [↑](#footnote-ref-119)
119. Kabat-Zinn, 2003 # [↑](#footnote-ref-120)
120. self-regulation [↑](#footnote-ref-121)
121. germer, 2013 [↑](#footnote-ref-122)
122. Teasdale, 1995 [↑](#footnote-ref-123)
123. concentration meditation [↑](#footnote-ref-124)
124. samatha [↑](#footnote-ref-125)
125. Bharana  [↑](#footnote-ref-126)
126. visualization meditation [↑](#footnote-ref-127)
127. vipassana bhavana [↑](#footnote-ref-128)
128. Samatha [↑](#footnote-ref-129)
129. {Segal, 2004 [↑](#footnote-ref-130)
130. Loving kindness mediation [↑](#footnote-ref-131)
131. Linehan, 1993 } [↑](#footnote-ref-132)
132. Hayes, 2011 [↑](#footnote-ref-133)
133. در این نوشتار، ما واژه والدگری را که ترجمه درست تری از کلمه «parenting» می باشد را برگزیده ایم. [↑](#footnote-ref-134)
134. Baumrind [↑](#footnote-ref-135)
135. Parenting [↑](#footnote-ref-136)
136. Rispoli, McGoey, Koziol & Schreiber [↑](#footnote-ref-137)
137. Sociability [↑](#footnote-ref-138)
138. Acculturation [↑](#footnote-ref-139)
139. Mindfulness [↑](#footnote-ref-140)
140. Meta-parenting [↑](#footnote-ref-141)
141. Observational learning [↑](#footnote-ref-142)
142. Albert Bandora [↑](#footnote-ref-143)
143. Coatsworth [↑](#footnote-ref-144)
144. Parnet [↑](#footnote-ref-145)
145. Intrapersonal [↑](#footnote-ref-146)
146. Interpersonal [↑](#footnote-ref-147)
147. personality disorder [↑](#footnote-ref-148)
148. Sanders [↑](#footnote-ref-149)
149. Quwwnsland [↑](#footnote-ref-150)
150. proactive [↑](#footnote-ref-151)
151. problem solving [↑](#footnote-ref-152)
152. Reflection [↑](#footnote-ref-153)
153. Horvath, 2015 [↑](#footnote-ref-154)
154. Loyd, 1985 [↑](#footnote-ref-155)
155. {Wallace, 2015 #3}. [↑](#footnote-ref-156)
156. Jiujias, 2017 [↑](#footnote-ref-157)
157. Morgan, 2003. [↑](#footnote-ref-158)
158. The empty fortress [↑](#footnote-ref-159)
159. Autism Spectrum Disorder (ASD) [↑](#footnote-ref-160)
160. Gross, 2017. [↑](#footnote-ref-161)
161. Ghaffari, 2016 [↑](#footnote-ref-162)
162. Fombonne, 2003. [↑](#footnote-ref-163)
163. Organization, 2013 [↑](#footnote-ref-164)
164. Sadock, 2007 [↑](#footnote-ref-165)
165. Mohammadi, 2019 [↑](#footnote-ref-166)
166. Weedon, 2012 [↑](#footnote-ref-167)
167. MacDonald, 2017 [↑](#footnote-ref-168)
168. Guo, 2016 } [↑](#footnote-ref-169)
169. {Kimura, 2016 #8}، [↑](#footnote-ref-170)
170. Gilbert, 2006 [↑](#footnote-ref-171)
171. Perry, 2004. [↑](#footnote-ref-172)
172. {Perry, 2004 #10}. [↑](#footnote-ref-173)
173. * Mehrabizadeh Honarmand, 2021

     [↑](#footnote-ref-174)
174. Feng, 2021. [↑](#footnote-ref-175)
175. Catalina Sau Man Ng, Yuan Fang, Zixin Wang and Mengge Zhang [↑](#footnote-ref-176)
176. {Ng, 2021 [↑](#footnote-ref-177)
177. Tracy J. Raulston, Derek Kosty and Laura Lee McIntyre [↑](#footnote-ref-178)
178. {Raulston, 2021 #12}. [↑](#footnote-ref-179)
179. * {Baxter, 2015 #2}.

     Baxter [↑](#footnote-ref-180)
180. [↑](#footnote-ref-181)
181. {Rivard, 2014 #3}. [↑](#footnote-ref-182)