

The Impacts of Informal Social Support on the Mental Health of Mothers of Children with Autism Spectrum Disorder

Sedigheh Rezaei Dehnavi, Ph.D.¹,
Azam Moradi, Ph.D.², Farrokh Lagha Akkafi
Broojeni, M.A.³, Sedigheh Rostami, M.A.⁴

Received: 08.28.2016

Revised: 02.15. 2017

Accepted: 06.11. 2017

تأثیر حمایت اجتماعی غیررسمی بر سلامت روان مادران دارای کودک با اختلال طیف اتیسم

دکتر صدیقه رضایی دهنوی^۱، دکتر اعظم مرادی^۲،
فرخ لقا عکافی بروجنی^۳، صدیقه رستمی^۴

تجدید نظر: ۱۳۹۵/۱۱/۲۷

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۶/۷

پذیرش نهایی: ۱۳۹۶/۳/۲۱

Abstract

Objective: The aim of this study was to explore the impact of social support on the mental health of mothers who are taking care of five to twelve year - old children with Autism Spectrum Disorder (ASD) in two cities of Iran: Isfahan and Shahrekord. **Method:** Ninety-four mothers whose children had been registered for an educational and rehabilitation special center for autism in Isfahan and Shahrekord filled up the General health questionnaire (GHQ) and the Social Support Scale developed by Zimet et al. Structural equation modeling was applied to analyze the data using Amos Graphic-18 software. **Results:** The proposed model had a good fit in normed, comparative and economic incidences of the data. Based on the model fit indices, the informal social support had a significant effect on the reduction of mothers' mental health and it reported a variance of 40%. **Conclusion:** According to the findings of this study, educational programs are highly recommended to draw the attention of mothers having ASD children to the neighboring social supports. Moreover, public are required to extend their social support to families of children with autism to promote mother's mental health.

Key Words: Informal social support, Mental health, Autism spectrum disorder, Mothers

چکیده

هدف: هدف از پژوهش حاضر بررسی تأثیر حمایت اجتماعی غیررسمی بر سلامت روان مادران با کودکان دارای اختلال طیف اتیسم بود. **روش:** ۹۴ تن از مادران دارای کودکی با تشخیص اتیسم ۵ تا ۱۲ سال که در مراکز آموزشی و توان بخشی ویژه کودکان اتیسم در شهرهای اصفهان و شهرکرد آموزش می دیدند، پرسش نامه های سلامت روان عمومی و حمایت اجتماعی زیمت و همکاران را پر کردند. مدل معادله ساختاری برای تحلیل داده ها در نرم افزار آموس-۱۸ استفاده شد. **یافته ها:** مدل پیشنهادی در شاخص های کلی مطلق، تطبیقی و مقتصد از برازش خوبی برخوردار بود. بر اساس شاخص های برازش مدل، حمایت اجتماعی غیررسمی تأثیر مستقیم معناداری بر سلامت روان مادران این کودکان داشت. مادرانی که احساس حمایت بیشتری داشتند، مشکلات کمتری در سلامت روان خود گزارش کردند و این مدل ۴۰٪ تغییرات فردی در سلامت روان مادران را تبیین کرد. **نتیجه گیری:** بر اساس یافته های این پژوهش برنامه های آموزشی برای آموزش مادران کودکان اتیسم جهت جلب توجه آنها به استفاده از حمایت های غیررسمی پیرامونشان و نیز آموزش عموم افراد برای ارائه حمایت های اجتماعی خود به خانواده های با کودکان اتیسم به منظور بالا بردن سطح سلامت روان مادران توصیه می شود.

واژه های کلیدی: حمایت اجتماعی غیررسمی، سلامت

روان، اختلال طیف اتیسم، مادران

1. **Corresponding Author:** Assistant Professor, Department of Education and Psychology, Payame Noor University, Isfahan, Iran, Email: srezaidehnavi@pnu.ac.ir

2. Assistant Professor, Department of Education and Psychology, Payame Noor University, Isfahan, Iran

3. Assessment Center, Isfahan Education Office, Ministry of Education, Isfahan, Iran

4. M.A. in Psychology of Exceptional Children, Shiraz University, Shiraz, Iran

۱. نویسنده مسئول: استادیار بخش علوم تربیتی و روان شناسی دانشگاه

پیام نور، اصفهان

۲. استادیار بخش علوم تربیتی و روان شناسی دانشگاه پیام نور، اصفهان

۳. مسئول مرکز سنجش اداره کل آموزش و پرورش استان اصفهان

۴. کارشناس ارشد روان شناسی کودکان استثنایی، دانشگاه شیراز

مقدمه

تحقیقات نشان داده است که هیچ یک از فشارزاهای معمولی در خانواده نمی تواند به اندازه فشارزایی مثل داشتن یک فرزند با نیازهای خاص تأثیری شدید و دائمی بر خانواده داشته باشد و خانواده را در معرض پیامدهای بهزیستی روان شناختی پایین قرار دهد (جوز، گوپتا، گولاتی، و ساپرا، ۲۰۱۷؛ بنسون، ۲۰۰۹؛ یاما اوکا و همکاران، ۲۰۱۶؛ ایکاس، پروت و مک کی، ۲۰۱۶). یکی از شدیدترین ناتوانی ها که کودکان خردسال را مبتلا می سازد، اختلال طیف اتیسم^۲ است که همه جوانب تحولی کودک از جمله تحول حرکتی (ستو، مارشیک، انسپیلیر و اسپیزیتو، ۲۰۱۷) اجتماعی، شناختی و هیجانی (جامیسون و هاتلر، ۲۰۱۷؛ عرب عامری و ستوده، ۲۰۱۵) را به طور منفی متأثر می سازد. تشخیص اختلال طیف اتیسم بر اساس دو ملاک صورت می گیرد: (۱) آسیب در ارتباط اجتماعی و تعامل اجتماعی و (۲) رفتارها، علایق و فعالیت های محدود و تکراری (انجمن روانپزشکی آمریکا^۳، ۲۰۱۳). داشتن یک کودک دارای اختلالات رشدی آنقدر استرس زا است که بهزیستی روان شناختی و جسمی مراقبان را به طور چشم گیری تحت تأثیر قرار می دهد (یاما اوکا و همکاران، ۲۰۱۶). شواهد محکمی وجود دارد که مادران کودکان دارای اختلالات طیف اتیسم و ناتوانی های رشدی نسبت به مادران دیگر میزان بالاتری از مشکلات بهداشت روانی دارند (گالاگر و هنینگتن، ۲۰۱۴؛ بیلی، گلدن، روبرتس و فورد ۲۰۰۷؛ هارتلی، سلترز، هد و آبدتو، ۲۰۱۲؛ مونتس و هرمن، ۲۰۰۷). سلامت روان مادران دارای کودکان اتیسم بسیار مهم است، زیرا بر توانایی آنها برای انطباق و سازگاری با حضور یک کودک ناتوان در خانواده بسیار تأثیرگذار است (کوهتاها و همکاران، ۲۰۱۴). والدینی که سلامت روان بالاتری دارند، آمادگی بیشتری برای پذیرش

ناتوانی کودک دارند و برای فرزندانشان حمایت بیشتری فراهم می آورند (گالاگر و هنینگتن، ۲۰۱۴). شواهدی وجود دارد که همه مادران به یک اندازه آسیب نمی بینند (دیویس و کارتر، ۲۰۰۸؛ سایر و همکاران، ۲۰۰۹). به عبارتی توانایی مادران در پاسخ موفقیت آمیز به مشکلات فرزندانشان دارای اتیسم آنها به طور چشمگیری متفاوت است؛ یعنی در حالی که بعضی والدین مشکلات سلامت روانی زیادی را تجربه می کنند، بعضی دیگر خیلی کمتر دچار این مشکلات می گردند (بنسون، ۲۰۰۹). بسیار مهم است که عوامل مؤثر در مقاومت خانواده ها در برابر عوامل فشارزا بررسی شود (گاردینر و لاروسی، ۲۰۱۲؛ لیولد و هستینگز، ۲۰۰۸). یکی از عواملی که می تواند تبیینی برای این تفاوت ها باشد، حمایت اجتماعی است (داپاز و والاندرا، ۲۰۱۷؛ لو و همکاران، ۲۰۱۷).

منظور از حمایت اجتماعی، منابع ارائه شده به افراد توسط دیگران است که به طور مستقیم و غیرمستقیم رفتار گیرنده را تحت تأثیر قرار می دهد و می تواند کمک عاطفی، روانی، فیزیکی، اطلاعاتی، ابزاری یا مادی باشد (شویت و همکاران، ۲۰۱۶). حمایت می تواند گفتاری، عملی و نمایشی باشد و از طریق گفتار و یا نوشتار بیان شود (کوهن و تسیوریس، ۲۰۰۶). محققان بین انواع مختلف حمایت رسمی^۴ و غیررسمی^۵ تمایز قائل شدند. حمایت های غیررسمی معمولاً شامل واحد خانواده، فامیل گسترده^۶، دوستان صمیمی و افرادی است که حمایت را به شکل های مختلف گوش دادن رفتارهای دوستانه ارائه می دهند. یکی از اشکال حمایت های اجتماعی برای مادران با کودکان با نیازهای خاص، انجمن های والدینی کودکان با ناتوانی های مشابه است، زیرا می توانند نگرانی خود را با یکدیگر در میان بگذارند، اطلاعات فرد در مورد اختلال افزایش می یابد و حمایت اجتماعی غیررسمی فراهم می شود که

می‌تواند بهزیستی روان‌شناختی والدین را تا حد زیادی افزایش دهد (صمدی، مک‌کانی و باتینگ، ۲۰۱۴). زابولتسی، بردشاو و استارت (۲۰۱۳) و صمدی و مک‌کانی (۲۰۱۴) تأثیر حمایت اجتماعی غیررسمی همسایگان، همسر و فامیل دور را روی بهزیستی روان‌شناختی والدین دارای کودک اتیسم را نشان دادند. والدین کودکان دارای اتیسم نیازمند حمایت هستند و با فراهم آوردن اطلاعات در مورد اختلال خدمات و منابع مستمر از نظر عاطفی و جسمانی به آنها کمک می‌شود (صمدی، مک‌کانی و کلی، ۲۰۱۲؛ مایرز و جانسون، ۲۰۰۷).

ونگ و میشلز (۲۰۰۹) به بررسی نیازسنجی خانواده‌های چینی که فرزندان با ناتوانی شدید داشتند، پرداختند. نتایج مطالعه آنها روی ۳۶۸ خانواده نشان داد که این خانواده‌ها به خدمات اجتماعی، اطلاع‌رسانی و حمایت خانوادگی - اجتماعی بیشتری نیاز دارند. والدین نشان دادند که از لحاظ خدمات حمایتی به ترتیب به مدرسه کودکانشان، همسرانشان و خانواده‌هایشان تکیه می‌کنند. خانواده‌های دارای کودکان اتیسم نسبت به خانواده‌های دارای کودکان با ناتوانی‌های هوشی و جسمی نیاز بیشتری به اطلاع‌رسانی و حمایت‌های مختلف دارند. لو و همکاران (۲۰۱۵) با مقایسه ۱۱۸ تن از والدین کودکان دارای اتیسم با ۱۲۲ نفر از والدین کودکان عادی در چین دریافتند که یکی از عوامل مهم در رضایت از زندگی و افزایش عزت نفس والدین کودکان اتیسم، احساس حمایت از اطرافیان است.

وایت و هستینگر (۲۰۰۴) برای بررسی دیدگاه والدین در مورد شبکه‌های حمایت خانوادگی با ۳۳ تن از والدین نوجوانان با ناتوانی‌های ذهنی شدید (۱۴ نفر اتیسم، ۵ نفر فلج مغزی و ۲ نفر سندرم داون) مصاحبه کردند. والدین گزارش کردند که حمایت

غیررسمی خیلی مفید است. آنها به کمبود حمایت‌های غیررسمی در سال‌های نوجوانی فرزندان اشاره کردند. داربیشیر و کروس (۲۰۱۲) با انجام فراتحلیلی در زمینه مطالعات انجام شده پیرامون رابطه و تأثیر حمایت اجتماعی روی کاهش مشکلات روان‌شناختی مادران کودکان با کم‌توانی ذهنی در کشورهای مختلف رابطه مثبت بین این دو متغیر را تأیید کردند؛ همچنین در دو مطالعه مداخله‌ای نشان داده شده بود که با بالا بردن حمایت اجتماعی می‌توان بهزیستی روان‌شناختی این گروه از مادران را ارتقا داد (داربیشیر و کروس، ۲۰۱۲؛ مک‌کانی و صمدی، ۲۰۱۳).

براملی، هیر، دیویسون و امرسون (۲۰۰۴) با ۶۸ تن از مادران کودکان دارای اتیسم در مورد رضایت آنها از حمایت‌های غیررسمی مصاحبه کردند. یافته‌ها نشان داد که وقتی خانواده سطوح پایین‌تر حمایت غیررسمی را دریافت می‌کنند، مشکلات رفتاری کودک بالاتر می‌رود. خانواده‌ها همچنین وقتی کمک‌های غیررسمی کمتر دریافت می‌کردند، سطوح بالاتر استرس را گزارش کردند (پریس و جوردن، ۲۰۰۷).

ویس و همکاران (۲۰۱۳) نشان دادند که حمایت اجتماعی از طریق تأثیر روی سخت‌رویی^۷ خانوادگی والدین کودکان اتیسم می‌تواند بهزیستی روان‌شناختی آنها را در ابعاد مثبت و منفی تحت تأثیر قرار دهد.

ایکاس، لیکنبروک و وایتمن (۲۰۱۰) با استفاده از مدل‌سازی معادلات ساختاری به بررسی رابطه بین منابع چندگانه حمایت اجتماعی (مثل همسر، خانواده و دوستان)، خوش‌بینی و بهزیستی مادران کودکان دارای اختلالات رشد فراگیر پرداختند. حمایت اجتماعی به‌عنوان میانجی و نیز تعدیل‌کننده رابطه بهزیستی روان‌شناختی با خوش‌بینی مادران بررسی شد. نتایج نشان داد که حمایت اجتماعی با افزایش

ساختاری ترکیبی از مدل‌های مسیر و مدل‌های عاملی تأییدی است. مدل‌سازی معادله ساختاری ابزار قدرتمند در اختیار پژوهشگر است که وی را در چگونگی تدوین مبانی و چارچوب نظری پژوهش در قالب مدل‌های اندازه‌گیری و ساختاری یاری می‌رساند (قاسمی، ۱۳۸۹).

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

جامعه آماری در این تحقیق شامل کلیه کودکان ۵ تا ۱۲ سال دارای اختلال طیف اتیسم و مادران آنها بود که در طی ۹ سال اخیر (از آغاز تأسیس مرکز) به مرکز آموزش و توان بخشی اتیسم در اصفهان و شعب مربوطه دیگر در اصفهان و شهرکرد به‌عنوان کودک اتیسم تحت آموزش‌های ویژه بودند.

از آنجا که جامعه مورد نظر در این تحقیق محدود بوده و در نتیجه امکان تصادفی ساختن نمونه وجود ندارد، از روش نمونه‌گیری قضاوتی^۸ استفاده شد. معمولاً در نمونه‌گیری قضاوتی انتخاب سنجیده واحدها به طریقی صورت می‌گیرد که هریک معرف بخشی از جامعه مورد نظر باشند و برای جوامع محدود که امکان تصادفی ساختن نمونه وجود ندارد، از این روش استفاده می‌شود. (هومن، ۱۳۷۶). بر اساس فهرست موجود در مراکز تعداد ۱۲۵ نفر از کودکان سنین ۵-۱۲ سال انتخاب شدند. با مادران آنها به صورت تلفنی تماس برقرار شد و از آنها خواسته شد که برای پر کردن پرسش‌نامه‌ها و اجرای مصاحبه کوتاه به مرکز مراجعه کنند. کسانی که تمایل به حضور در مرکز نداشتند با اجازه خودشان به منزلشان مراجعه شد و در منزل مصاحبه و اجرای پرسش‌نامه به عمل آمد و در نهایت تعداد ۹۴ شرکت‌کننده (۷۰ پسر و ۲۴ دختر با میانگین سنی ۶/۲ سال) نمونه مورد نظر را تشکیل دادند. مشخصات دموگرافیک گروه نمونه در جدول ۱ آورده شده است.

خوش‌بینی و در نتیجه افزایش سطوح پیامدهای روانی مثبت و کاهش سطوح روانی منفی مادران رابطه دارد. حمایت همسر و دوستان به‌طور غیرمستقیم با پیامدهای روانی ارتباط داشت.

رابطه بین شبکه‌های اجتماعی والدین و تنش والدین مسئله‌ای پیچیده است. مصاحبه‌های کیفی با والدین کودکان اتیسم نشان می‌دهد که اگرچه حمایت از شبکه‌های رسمی و غیررسمی ممکن است برای بعضی ضروری باشد، اما بعضی والدین از طرف دوستان، خانواده و غریبه‌ها در جامعه احساس طرد شدن و انگ خوردن می‌کنند (شال، ۲۰۰۰). از سوی دیگر دیده شده است که رضایت از حمایت اجتماعی پیش‌بینی دقیق‌تری از پیامدهای مثبت دارد. این یافته احتمالاً نشان‌دهنده این واقعیت است که دستیابی به شبکه حمایت اجتماعی بزرگ‌تر مترادف با احساس یاری‌رسانی نیست، بلکه حتی اگر شبکه کمک‌کننده نباشد و کنترل‌کننده یا قضاوتی باشد، خود منبع رنج‌دیدگی می‌شود (لو و همکاران، ۲۰۱۵؛ ما، لای و لو، ۲۰۱۶).

به‌طور کلی با مروری بر تاریخچه تحقیقات روی والدین به نظر می‌رسد حمایت اجتماعی رفاه روان‌شناختی والدین را افزایش می‌دهد و به میزان زیادی برای والدین دارای فرزندی با تشخیص اختلال طیف اتیسم توصیه می‌شود (هسل، روز و مک‌دونالد، ۲۰۰۵). با این حال، با توجه به اینکه تأثیر حمایت اجتماعی غیررسمی در جوامع مختلف بسیار متفاوت است (شویت و همکاران، ۲۰۱۶)، هدف از مطالعه حاضر بررسی تأثیر حمایت اجتماعی غیررسمی بر سلامت روان مادران کودکان اتیسم در شهرهای اصفهان و شهرکرد در ایران بود.

روش

روش مورد استفاده در این تحقیق روش همبستگی از نوع مدل‌سازی معادله ساختاری بود. مدل معادله

جدول ۱. میانگین، انحراف استاندارد و ضریب همبستگی حمایت اجتماعی با توجه به ویژگی‌های دموگرافیک گروه نمونه بر اساس سن و جنس فرزند، تحصیلات و شغل مادر

متغیر	تعداد	درصد	میانگین	انحراف استاندارد	ضریب همبستگی	P
جنسیت فرزند						
دختر	۲۴	۲۵/۵	۵۱/۲	۱۵/۰۲	۰/۰۴	۰/۷
پسر	۷۰	۷۴/۵	۵۰	۱۶/۹		
سن فرزند						
۷-۵ سال	۴۲	۴۴/۶	۵۲/۶	۱۶/۴	-۰/۰۰۸	۰/۴
۱۲-۷/۱ سال	۵۲	۵۵/۴	۴۹/۷	۱۳/۴		
تحصیلات مادر						
ابتدایی	۱۰	۱۰/۶	۵۸/۵	۱۵/۰۶	-۰/۰۰۵	۰/۹۶
راهنمائی	۸	۸/۶	۴۱/۳	۱۵/۴		
دیپلم	۲۸	۲۹/۸	۴۹/۵	۱۳/۵		
فوق دیپلم	۷	۷/۴	۴۵	۱۲/۴		
لیسانس و بالاتر	۲۶	۲۷/۷	۵۴/۳	۱۴/۲		
داده از دست رفته	۱۴	۱۴/۹				
شغل مادر						
خانه دار	۷۵	۶۹/۱	۵۰/۳۸	۱۴/۵	-۰/۰۳۸	۰/۷۴
معلم	۱۱	۱۱/۷	۵۶/۹	۱۶/۱		
کارمند	۴	۴/۲	۵۸/۳	۴/۰۴		
سایر	۴	۴/۲	۳۶	۱۰/۵		
کل	۹۴	۱۰۰				

ابزار

ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش شامل موارد زیر است:

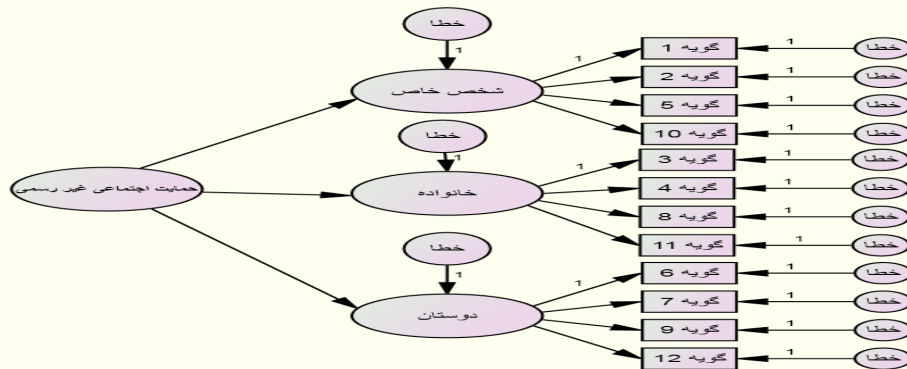
پرسش‌نامه سلامت عمومی-۲۸ (جی.اچ.کیو) توسط گلدبرگ و هیلر (۱۹۷۹) معرفی شده است. یک پرسش‌نامه سرنبدی مبتنی بر خودگزارشی است که با هدف ردیابی کسانی که دارای یک اختلال روانی هستند مورد استفاده قرار می‌گیرد. هدف آن دستیابی به یک تشخیص خاص در سلسله مراتب بیماری‌های روانی نیست، بلکه منظور اصلی آن ایجاد تمایز بین بیماری روانی و سلامت است. شامل چهار خرده‌مقیاس نشانه‌های بدنی (۷ گویه)، اضطراب (۷ گویه)، نارساکنش‌وری اجتماعی (۷ گویه) و نشانه‌های افسردگی (۷ گویه) است. هر پاسخ از صفر تا ۳ نمره‌گذاری می‌شود. نمره بالاتر در این مقیاس نشان‌دهنده مشکلات بیشتر در سطح سلامت روان است. در پژوهشی به منظور بررسی هنجاریابی این

پرسش‌نامه ضریب قابلیت اعتماد همسانی درونی به روش آلفای کرونباخ در این چهار مقیاس به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۷۹/۸۷، ۰/۹۱ و مقدار ضریب تفکیکی نیز ۰/۸۲، به‌دست آمد (هومن، ۱۳۷۶، به نقل از دادستان، ۱۳۸۵). همبستگی درونی این پرسش‌نامه روی نمونه مورد نظر در این پژوهش برای زیرمقیاس‌های ۱، ۲، ۳، ۴ و نمره کل به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۸۹، ۰/۷۰، ۰/۸۸، و ۰/۹۳ به دست آمد.

مقیاس حمایت اجتماعی: مقیاس احساس حمایت اجتماعی توسط زیمت، داهلم، زیمت و فیرولی (۱۹۸۸) تهیه شد و دارای سه خرده‌مقیاس حمایت خویشاوندان (۴ گویه)، دوستان صمیمی (۴ گویه) و شخص خاص (۴ گویه) مثل افراد بالادست فرد (مثلاً اگر فرد کارمند است، رئیس وی) در حالت کمک‌های معنوی و مادی همراه با ۱۲ سؤال چهار گزینه‌ای مقیاس لیکرت هفت درجه‌ای از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم است. سازندگان این پرسش‌نامه روایی و پایایی

کل به ترتیب (۰/۸۲، ۰/۹، ۰/۸۶ و ۰/۸۸) به دست آمد.

ضرایب آلفای به دست آمده در حد خوب بود. تحلیل عاملی تأییدی به صورت شکل ۱ اجرا شد. شاخص‌های برازش کلی و جزئی نشان دهنده قابل قبول بودن مدل تحلیل عاملی تأییدی برای این مقیاس بود.



شکل ۱. مدل مفهومی مقیاس حمایت اجتماعی یافته‌ها

آزمون ماهالانوبیس استفاده شد که نتایج آن در جدول ۲ آمده است.

یافته‌ها

ویژگی‌های دموگرافیک گروه نمونه در جدول ۱ در بالا آورده شده است. بر اساس جدول ۱، ۷۰ درصد جنسیت کودکان ایتسم شرکت‌کننده پسر هستند، بیش از ۵۰ درصد مادران تحصیلات دیپلم و بالاتر دارند و ۷۰ درصد آنها خانه‌دار هستند. بین حمایت اجتماعی با جنس و سن کودک و تحصیلات و شغل مادر هیچ‌گونه رابطه معناداری وجود ندارد. نتایج داده‌ها به صورت توصیفی در جدول ۲ آمده است.

آن را خوب گزارش کردند (وینفیلد، وینفیلد و تیگمن، ۱۹۹۲). این مقیاس ابتدا ترجمه شد، سپس کارشناس مسلط به ترجمه زبان انگلیسی متن فارسی را به انگلیسی برگرداند و تغییرات متناسب با تفاوت‌های متن اصلی و متن ترجمه شده اعمال گردید. آلفای کرونباخ محاسبه شده در این پژوهش برای زیرمقیاس‌ها (شخص خاص، خانواده، دوستان) و نمره

روش تجزیه و تحلیل داده‌ها

روش مدل‌سازی معادله ساختاری برای تشخیص و آزمون مدل تأثیر حمایت اجتماعی غیررسمی بر سلامت روان مادران کودکان ایتسم بر اساس روش حداکثر درست‌نمایی^۹ و با استفاده از نرم‌افزار آموس-۱۸ بکار برده شد. مهم‌ترین پیش‌فرض‌های این روش کمی و پیوسته بودن متغیرها و برقراری نرمال بودن تک‌متغیره و چندمتغیره است (قاسمی، ۱۳۸۹). با توجه به قرار گرفتن مقدار آماره کشیدگی و چولگی در دامنه ۲ تا ۲- فرض نرمال بودن متغیرها تأیید شد و برای بررسی فرض نرمال بودن چندمتغیره نیز از

جدول ۲. داده‌های توصیفی: میانگین و انحراف استانداردهای نشانگرها

عوامل	سلامت روان			حمایت اجتماعی		
	بندی سازی	اضطراب	کنش‌وری اجتماعی	افسردگی	کل	شخص خاص
شاخص‌های آماری						
میانگین	۷/۹۷	۸/۱۸	۷/۹۳	۵/۷۵	۲۹/۷۸	۱۹/۸
انحراف استاندارد	۴/۳۳	۴/۹۱	۲/۹۰	۱/۵	۵۲/۱۴	۸/۵
حداقل	۰۰	۰۰	۲	۰۰	۳	۴
حداکثر	۱۹	۲۰	۱۸	۲۱	۶۲	۲۸

نگاهی اجمالی به جدول ۲ نشان می‌دهد که اجتماعی بیشتری از طرف اشخاص خاص دارند. مادران کودکان دارای اטיسم احساس حمایت

جدول ۳. ماتریس همبستگی بین نشانگرهای مدل

نشانگرها	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
سلامت روان							
۱. بدنی‌سازی	۱	۰/۷۵**	۰/۴۸**	۰/۵۸**	-۰/۳۱**	۰/۲۹**	-۰/۲۲**
۲. اضطراب	۰/۷۵**	۱	۰/۴۵**	۰/۶۵**	۰/۱۶	-۰/۲۶**	-۰/۲۰*
۳. نارساکنش‌وری اجتماعی	۰/۴۵**	۱	۰/۵۰**	-۰/۲۵*	-۰/۲۰*	-۰/۲۳*	-۰/۲۰*
۴. افسردگی	۰/۵۸**	۰/۶۵**	۰/۵۰**	۱	-۰/۳۰**	-۰/۱۹*	-۰/۲۰*
حمایت اجتماعی							
۵. شخص خاص	-۰/۳۰**	-۰/۱۶	-۰/۲۵*	-۰/۳۰**	۱	۰/۳۹**	۰/۳۳**
۶. خانواده	-۰/۲۸**	-۰/۲۶**	-۰/۲۰*	-۰/۱۹	۰/۳۹**	۱	۰/۵۳**
۷. دوستان	-۰/۲۲*	-۰/۲۰*	-۰/۲۲*	-۰/۲۰*	۰/۳۳**	۰/۵۸**	۱

* $p < 0/05$. ** $p < 0/01$ (two-tailed).

حمایت اجتماعی متغیرهای مکنون برون‌زا هستند که با یکدیگر مرتبط بوده و بر سلامت روان مادر (متغیر مکنون درون‌زا وابسته) تأثیر می‌گذارد. مدل مفهومی تأثیر حمایت اجتماعی بر سلامت روان مادران به صورت شکل ۲ ترسیم و بررسی شد.

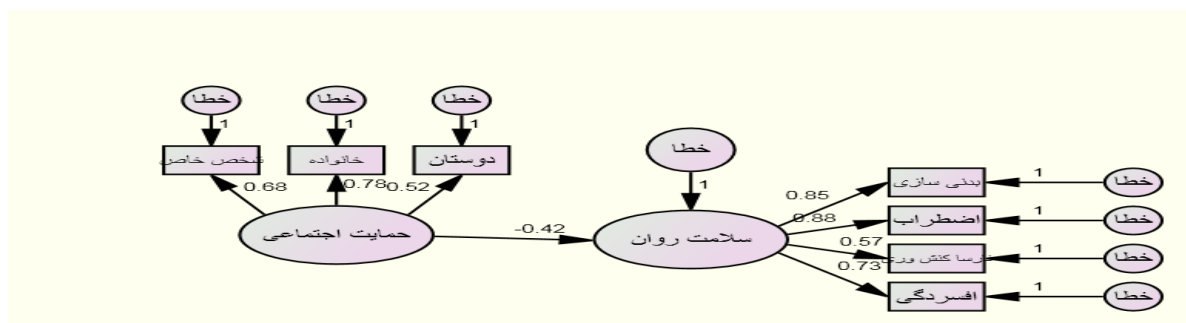
نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که بین زیرمقیاس‌های سلامت روان و حمایت اجتماعی رابطه معناداری وجود دارد. برای ترسیم مدل معادله ساختاری تأثیر حمایت اجتماعی غیررسمی بر سلامت روان مادران کودکان اטיسم فرض بر آن بود که ابعاد

نتایج تحلیل مدل در قسمت شاخص‌های کلی و جدول ۴. شاخص‌های کلی برازش برای تبیین اثر حمایت اجتماعی بر سلامت روان مادران کودکان اטיسم

شاخص‌های کلی برازش						نرمال بودن چندمتغیره				
مقتصد			تطبیقی			مطلق				
RMSEA	PCFI	PNFI	CMIN/DF	CFI	TLI	P	DF	CMIN	C. R	Mardia's C
۰/۰۶		۰/۵۷	۱/۴	۰/۹۷	۰/۹۶	۰/۱	۱۳	۲ /۱۸	۲/۳۸	۹/۷۵

گرفتن از یک مدل استقلال و نزدیک شدن به مدل اشباع شده بر مبنای معیارهای تعریف شده است. مقادیر شاخص‌های مقتصد PNFI و PCFI (۰/۵۷)، (۰/۶۰) نشان می‌دهد که اقتصاد مدل رعایت شده است. مقدار ۰/۰۶ برای شاخص RMSEA گویای آن است که مدل با داده‌ها به خوب برازش یافته و این مدل تأیید می‌گردد (نک. قاسمی، ۱۳۸۹).

نسبت بحرانی برای ضریب مردیا نشان می‌دهد که فرضیه نرمال بودن چندمتغیره تأیید می‌گردد. شاخص‌های کلی برازش وضعیت مطلوبی را برای مدل مفروض نشان می‌دهد. مقدار مجذور خی نسبی (۱/۴) حاکی از آن است که مدل به طور کلی قابل قبول است. مقادیر شاخص‌های CFI (۰/۹۶، ۰/۹۷) به عنوان شاخص‌های تطبیقی به معنی توان مدل در فاصله



شکل ۲. خلاصه پارامترهای برآورد شده برای مدل معادله ساختاری مربوط به تبیین اثر حمایت اجتماعی در سلامت روان مادران کودکان اتیسم

به حمایت عملی و دائم دارند. تحقیقات نشان داده است حمایت اجتماعی غیررسمی نسبت به حمایت اجتماعی رسمی اثر بهتری روی کیفیت زندگی والدین افراد با نیازهای خاص داشته است. یکی از دلایل برتری این نوع حمایت در دسترس بودن و قابلیت کنترل آن است. زیرا با تغییر سیاست‌های کلی هر کشور ممکن است در انواع حمایت‌های رسمی تغییرات جدی به وجود بیاید، اما حمایت غیررسمی بیشتر منوط به رفتارهای شخص گیرنده است و تا حدود زیادی خود شخص می‌تواند دامنه تغییرات آن را کنترل کند. انتظار می‌رود در فرهنگ‌های شرقی با توجه به تأکید روی رفتارهای یاری‌رسان به هموعان، افراد بیشتر بتوانند از انواع حمایت‌های غیررسمی چه به صورت روانی و چه ابزاری بهره‌مند شوند (لو و همکاران، ۲۰۱۵).

در مورد خانواده‌های افراد دارای اتیسم این مسئله پیچیده می‌شود. از یک طرف نبود علایم ظاهری مبتنی بر اختلال در این کودکان باعث می‌شود خانواده برای دوری از شرم و انگشت‌نما شدن واقعیت این اختلال را پنهان کند و برای جلوگیری از افشای آن به انواع رفتارهای انزواگزینی و دوری از اجتماع روی آورد (رضایی دهنوی و همی علمدارلو، ۱۳۹۴؛ رضایی دهنوی، ۱۳۹۴). از طرف دیگر رفتارهای غیرعادی ناشی از اختلال که در جمع ظاهر می‌شود، انواع سرکوب‌ها و سرزنش‌ها را متوجه مادر می‌کند و مادر را دچار انواع احساس‌های منفی از جمله

نتایج مربوط به جزئیات مدل شامل ضریب ساختاری در شکل ۲ ارائه شده است و نشان می‌دهد ضریب تأثیر عامل حمایت اجتماعی بر بهزیستی روان‌شناختی مادر (گاما = -0.42) است. بدین ترتیب عامل حمایت اجتماعی بر سلامت روان مادران تأثیر دارد، به این صورت که هرچه احساس حمایت اجتماعی بیشتر باشد، مشکلات سلامت روان هم کاهش می‌یابد.

بحث و نتیجه‌گیری

بر اساس نتایج به دست آمده در این پژوهش حمایت اجتماعی غیررسمی رابطه منفی معناداری با سلامت روان مادران کودکان دارای اتیسم دارد. کودکان با اختلال طیف اتیسم، طیف وسیعی از نقص‌های ارتباطی و اجتماعی و مشکلات درونی و بیرونی را نشان می‌دهند که برای والدین چالش‌برانگیز و استرس‌زا است. از یک طرف نشانه‌های تشخیصی اتیسم به خودی خود ناتوانی شدیدی در زمینه ارتباطی، اجتماعی و رشدی ایجاد می‌کند؛ از طرف دیگر مشکلات و ویژگی‌های رفتاری همراه با اتیسم نظیر اختلالات نقص توجه-بیش‌فعالی، پرخاشگری، ناتوانی ذهنی، بیش‌حساسی، حساسیت به تغییر، آسیب‌زنی به خود، انعطاف‌ناپذیری، سطح رفتارهای سازشی پایین منجر به فشار روانی بسیار زیادی در مادران می‌شود که نقش اصلی در پرورش کودک را برعهده دارند. با توجه به شدت فشاری که به این مادران وارد می‌شود، والدین کودکان دارای اتیسم نیاز

اضطراب، افسردگی و گناه می‌سازد و بهزیستی روان‌شناختی وی را پایین می‌آورد. هر دو نکته باعث می‌شود دسترسی مادران به حمایت اجتماعی غیررسمی کاهش یابد و به دنبال آن سلامت روان وی آسیب بیشتری ببیند. بنابراین برای تبیین اثر حمایت اجتماعی غیررسمی روی بهزیستی روان‌شناختی مادران دارای اختلال اتیسم چندین راه وجود دارد. اول اینکه به لحاظ روان‌شناختی حمایت اجتماعی غیررسمی به عنوان یک ضربه‌گیر^{۱۰} عمل می‌کند. خانواده، دوستان و اشخاص خاص مثل والدین دیگری که فرزند ناتوان دارند به نوعی در غم فرد شریک می‌شوند و از لحاظ روانی وی را تقویت می‌کنند. دوم اینکه دریافت حمایت غیررسمی منوط به این است که مادر افراد اطراف خود را در مورد این اختلال مطلع کرده باشد و ویژگی‌های کودک را تبیین کند. این مسئله گرچه می‌تواند انگشت‌نما شدن را به دنبال داشته باشد، اما از طرفی افراد می‌فهمند که مشکلات رفتاری کودک مربوط به اختلال است، نه روش تربیتی والدین و همین امر می‌تواند احساس سرزنش شدن و گناه را در مادر کاهش دهد و سلامت روانی وی را بالا ببرد. سوم، تأثیر کمک‌های مستقیم افراد حمایت‌کننده به مادران است. به خاطر محدودیتهای شدید روانی، مالی و اجتماعی که در اثر داشتن کودک دارای اتیسم به خانواده تحمیل می‌شود، والدین می‌توانند از طریق حمایت‌های غیررسمی از کمک مستقیم دیگران در آموزش، نگهداری موقت، مشارکت کودک در فعالیتهای اجتماعی و بالا بردن سطح تعاملات اجتماعی کودک و بسیاری جهات دیگر بهره‌مند شوند. وقتی خانواده‌ها حمایت کافی و مطلوب دریافت می‌کنند، سطوح پایین‌تر فشار روانی، افسردگی و راهبردهای والدگری ناکارآمد و افزایش احساس خودکارآمدی، قدرت، احساس کنترل و تسلط دارند (لو و همکاران، ۲۰۱۵؛ داربیشیر و استفرت کروس، ۲۰۱۲؛ گالاگر و هاینگان، ۲۰۱۴؛ بنسون،

۲۰۱۲). به عبارت دیگر سطوح پایین حمایت اجتماعی یا حمایت‌های اجتماعی که متناسب با نیازهای خانواده نیست با افزایش افسردگی والدین، امکان کنترل بیرونی و اعمال ضعیف والدگری همراه است (اسپیکر، هبلر و ملیک، ۲۰۰۵). در مجموع افزایش حمایت اجتماعی از طریق افزایش خوش‌بینی (ایکاس، لیکنبروک و وایتمن، ۲۰۱۰)، بالا بردن سطح سخت‌رویی خانوادگی (ویس و همکاران، ۲۰۱۳)، نگرش مثبت‌تر در مورد کودک باعث کاهش مشکلات در سطح سلامت روان والدین کودکان با اختلالات رشد می‌شود.

بر اساس بیشتر پژوهش‌های انجام گرفته، شبکه گسترده ارتباطات اجتماعی و متعاقب آن حمایت اجتماعی، عامل مهمی برای فراهم شدن تجربه‌های مثبت و پاداش‌دهنده برای افراد به شمار می‌رود که این حالت افزایش احساس خودارزشمندی افراد و کاهش احتمال ابتلا به اختلال‌های روان‌شناختی را در پی خواهد داشت (پورمحمدرضای تجربی و میرزمانی بافقی، ۱۳۸۶). این نتیجه با نتایج به‌دست آمده از اکثر مطالعات انجام گرفته در ایران که به بررسی تأثیر حمایت اجتماعی غیررسمی روی گروه‌های مختلف پرداخته است همخوانی دارد، از جمله غفاری شهبازیان، خلقی و حق دوست (۱۳۸۸)، محسنی تبریزی و راضی (۱۳۸۶)، حاجبی و فریدنیا (۱۳۸۸)، ابراهیمی، بوالهروی و ذولفقاری (۱۳۸۱)، پناغی، قهاری، احمدآبادی و یوسفی (۱۳۸۷) و علی‌پور، صحرانیان، علی‌اکبری، حاجی آقابابائی (۱۳۹۰).

یافته‌های پژوهش حاضر همچنین یافته‌های به‌دست آمده از پژوهش‌های انجام گرفته روی خانواده‌های با کودکان نیاز خاص از جمله اتیسم در کشورهای پیشرفته و در حال توسعه را تأیید می‌کند (اوبید و دایو، ۲۰۱۶؛ شویت و همکاران، ۲۰۱۶؛ کنتول، مولدون و گالاگر، ۲۰۱۶؛ لو و همکاران،

از سوی عموم مردم به شیوه‌های مختلف آموزش داده شود.

پی‌نوشت‌ها

این مقاله برگرفته از طرح پژوهشی دانشگاه پیام نور می‌باشد.

1. stressor
2. Autism Spectrum Disorder
3. American Psychiatric Association
4. formal support
5. informal support
6. extended
7. hardiness
8. judgment
9. maximum likelihood examination
10. stress-buffering

منابع

- ابراهیمی، ا.، بوالهری، ج.، و ذوالفقاری، ف. (۱۳۸۱). بررسی رابطه شیوه‌های مقابله با استرس و حمایت اجتماعی با میزان افسردگی جانبازان قطع نخاعی. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران (اندیشه و رفتار)*، ۲۸(۲)، ۴۰-۴۸.
- پناغی، ل.، قهاری، ش.، احمدآبادی، ز.، و یوسفی، ح. (۱۳۸۷). همسر آزاری و سلامت روانی: نقش حمایت اجتماعی و راهبردهای مقابله‌ای. *فصلنامه روانشناسان ایرانی*، ۵(۱۰)، ۶۹-۷۹.
- پورمحمدرضای تجربی، م.، و میرزمانی باقی، م. (۱۳۸۶). ارتباط بین فعالیت سیستم‌های مغزی- رفتاری، حمایت اجتماعی و افسردگی. *فصلنامه رفاه اجتماعی*، ۷(۲۶)، ۲۲۳-۲۴۵.
- حاجبی، ا.، و فریدنیا، پ. (۱۳۸۸). ارتباط بین سلامت روان و حمایت اجتماعی در کارکنان بهداشت و درمان صنعت نفت بوشهر. *طب جنوب*، ۱۲(۱)، ۶۷-۷۴.
- دادستان، پ.، احمدی ازغندی، ع.، و حسن آبادی، ح. (۱۳۸۵). تنیدگی والدینی و سلامت عمومی: پژوهشی درباره رابطه تنیدگی حاصل از والدگری با سلامت عمومی در مادران پرستار و خانه‌دار دارای کودکان خردسال. *فصلنامه روانشناسان ایرانی*، ۷(۱)، ۱۷۱-۱۸۴.
- رضایی دهنوی، ص. (۱۳۹۴). استیگما (داغ اجتماعی) در مادران کودکان با اختلال طیف اتیسم. *تعلیم و تربیت/استثنایی*، ۱۳۵، ۷۲-۸۳.
- رضایی دهنوی، ص.، و همتی علمدارلو، ق. (۱۳۹۴). تأثیر احساس استیگما (داغ اجتماعی) در سلامت روان مادران کودکان با اختلالات طیف اتیسم. *خانواده پژوهی*، ۴۱، ۱۲۳-۱۳۹.
- علیپور، ا.، صحرائیان، م.، علی اکبری، م.، و حاجی آقابابایی، م. (۱۳۹۰). ارتباط میان حمایت اجتماعی ادراک شده و سخت‌رویی با سلامت روان و وضعیت ناتوانی در زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس. *فصلنامه پژوهشهای روانشناسی اجتماعی*، ۳، ۹۳-۱۱۰.
- غفاری، م.، شهنازیان، ح.، خلقی، م.، و حق‌دوست، م. (۱۳۸۸). بررسی رابطه بین حمایت اجتماعی و افسردگی در بین بیماران دیابتیک. *مجله علمی پزشکی*، ۸(۴)، ۳۸۳-۳۸۹.

۲۰۱۵؛ ویس و همکاران، ۲۰۱۳؛ ایکاس، لایتنبروک و وایتمن ۲۰۱۰؛ مایرز و جانسون، ۲۰۰۵؛ هسل، براملی، هیر، دیویسنون و امرسون، ۲۰۰۴).

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به محدود شدن جامعه پژوهشی به کودکان اتیسم تحت نظارت و آموزش در مراکز ویژه اتیسم در شهرهای اصفهان و شهرکرد و نیز مادران کودکان با محدوده سنی ۵ تا ۱۲ سال اشاره کرد. نتایج این پژوهش نمی‌تواند برای مادران جامعه متکثر ایرانی ساکن در روستاها و شهرهای مختلف ایرانی با قومیت‌های مختلف قابل تعمیم باشد. پیشنهاد می‌گردد این پژوهش در مناطق مختلف کشور و روی گروه‌های سنی مختلف مادران با فرزندان طیف اتیسم اجرا گردد. همچنین پیشنهاد می‌گردد پدران کودکان با طیف اتیسم نیز مورد بررسی قرار گیرند.

بر اساس یافته‌های این پژوهش توصیه می‌شود خانواده‌های دارای کودکی با اختلال طیف اتیسم روشی را در پیش بگیرند که بتوانند از حمایت اجتماعی دوستان و افراد خانواده و آشنایان استفاده کنند، با پنهان کردن مشکل فرزندشان و انزواگزینی خود را از این امکان محروم نکنند، به‌تنهایی مسئولیت کودک را به دوش نکنند و حتی فرصتی برای دیگران فراهم کنند که آنها هم بتوانند با مشارکت و همدلی در مورد کودک روحیه معنوی و مشارکت‌جویی و رفتارهای یاری‌رسان را در خود تقویت کنند. همچنین به افرادی که با خانواده‌های اتیسم به هر شکلی رابطه و آشنایی دارند توصیه می‌شود تا آنجا که برایشان امکان دارد حمایت‌های غیررسمی خود شامل حمایت‌های عاطفی، اجتماعی، مستقیم و غیرمستقیم را در اختیار این خانواده‌ها قرار دهند.

پیشنهاد می‌شود موانع استفاده از حمایت‌های اجتماعی در خانواده‌های با کودکان با نیازهای خاص بررسی شود و روش‌های جلب حمایت اجتماعی جهت خانواده‌های کودکان اتیسم و رساندن حمایت به آنها

- قاسمی، و. (۱۳۸۹). مدل‌یابی معادلات ساختاری با استفاده از نرم‌افزار Amos. تهران: جامعه‌شناسان ایرانی.
- محسنی تبریزی، ع.، و راضی، ا. (۱۳۸۶). رابطه حمایت اجتماعی و سلامت روانی در میان دانشجویان دانشگاه تهران. *مطالعات جوانان*، ۱۰، ۸۳-۹۵.
- هومن، ح. (۱۳۷۶). شناخت روش علمی در علوم رفتاری. تهران: نشر آزمون.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.
- Arabameri, E., & Sotoodeh, M. S. (2015). Early developmental delay in children with autism: a study from a developing country. *Infant Behavior and Development*, 39, 118-123.
- Benson, P. R. (2009). Coping, istresss, and well-being in mothers of children with autism. *Research in Autism Spectrum Disorder*, 40, 312-325.
- Benson, P. R. (2012). Network characteristics, perceived social support, and psychological adjustment in mothers of children with autism spectrum disorder. *Journal of autism and developmental disorders*, 42(12), 2597-2610.
- Bailey, D. B., Golden, R. N., Roberts, J., & Ford, A. (2007). Maternal depression and developmental disability: Research critique. *Developmental Disabilities Research Reviews*, 13(4), 321-329.
- Bromley, J., Hare, D. J., Davison, K., & Emerson, E. (2004). Mothers supporting children with autistic spectrum disorders: Social support, mental health status and satisfaction with services. *Autism*, 8(4), 409-423.
- Da Paz, N. S., & Wallander, J. L. (2017). Interventions that target improvements in mental health for parents of children with autism spectrum disorders: A narrative review. *Clinical Psychology Review*, 51, 1-14.
- Darbyshire, L. V., & Stenfert Kroese, B. (2012). Psychological Well-Being and Social Support for Parents With Intellectual Disabilities: Risk Factors and Interventions. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 9(1), 40-52.
- Davis, N. O., & Carter, A. S. (2008). Parenting stress in mothers and fathers of toddlers with autism spectrum disorders: Associations with child characteristics. *Journal of autism and developmental disorders*, 38(7), 1278-1291.
- Ekas, N. V., Lickenbrock, D. M., & Whitman, T. L. (2010). Optimism, social support, and well-being in mothers of children with autism spectrum disorder. *Journal of autism and developmental disorders*, 40(10), 1274-1284.
- Ekas, N. V., Pruitt, M. M., & McKay, E. (2016). Hope, social relations, and depressive symptoms in mothers of children with autism spectrum disorder. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 29, 8-18.
- Gallagher, S., & Hannigan, A. (2014). Depression and chronic health conditions in parents of children with and without developmental disabilities: The growing up in Ireland cohort study. *Research in developmental disabilities*, 35(2), 448-454.
- Gallagher, S., & Whiteley, J. (2012). Social support is associated with blood pressure responses in parents caring for children with developmental disabilities. *Research in developmental disabilities*, 33(6), 2099-2105.
- Gardiner, E., & Iarocci, G. (2012). Unhappy (and happy) in their own way: A developmental psychopathology perspective on quality of life for families living with developmental disability with and without autism. *Research in developmental disabilities*, 33(6), 2177-2192.
- Glidden, L. M., & Schoolcraft, S. A. (2007). Family assessment and social support. In *Handbook of intellectual and developmental disabilities* (pp. 391-422). Springer US.
- Jamison, T. R., & Schuttler, J. O. (2017). Overview and Preliminary Evidence for a Social Skills and Self-Care Curriculum for Adolescent Females with Autism: The Girls Night Out Model. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 47(1), 110-125.
- Jose, A., Gupta, S., Gulati, S., & Sapra, S. (2017). Prevalence of depression in mothers of children having ASD. *Current Medicine Research and Practice*, 7(1), 11-15.
- Hartley, S. L., Seltzer, M. M., Head, L., & Abbeduto, L. (2012). Psychological well-being in fathers of adolescents and young adults with Down Syndrome, Fragile X syndrome, and autism. *Family Relations*, 61(2), 327-342.
- Hassall, R., Rose, J., & McDonald, J. (2005). Parenting stress in mothers of children with an intellectual disability: The effects of parental cognitions in relation to child characteristics and family support. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49(6), 405-418.
- Kuhlthau, K., Payakachat, N., Delahaye, J., Hurson, J., Pyne, J. M., Kovacs, E., & Tilford, J. M. (2014). Quality of life for parents of children with autism spectrum disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 8(10), 1339-1350.
- Lloyd, T., & Hastings, R. P. (2008). Psychological variables as correlates of adjustment in mothers of children with intellectual disabilities: cross-sectional and longitudinal relationships. *Journal of Intellectual Disability Research*, 52(1), 37-48.

- Lu, M., Yang, G., Skora, E., Wang, G., Cai, Y., Sun, Q., & Li, W. (2015). Self-esteem, social support, and life satisfaction in Chinese parents of children with autism spectrum disorder. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 17, 70-77.
- Ma, J. L., Lai, K. Y. C., & Lo, J. W. K. (2017). Perceived social support in Chinese parents of children with attention deficit hyperactivity disorder in a Chinese context: Implications for social work practice. *Social Work in Mental Health*, 15(1), 28-46.
- McConkey, R., & Samadi, S. A. (2013). The impact of mutual support on Iranian parents of children with an autism spectrum disorder: a longitudinal study. *Disability and rehabilitation*, 35(9), 775-784.
- Montes, G., & Halterman, J. S. (2007). Psychological functioning and coping among mothers of children with autism: A population-based study. *Pediatrics*, 119(5), 1040-1046.
- Myers, S. M., & Johnson, C. P. (2007). Management of children with autism spectrum disorders. *Pediatrics*, 120(5), 1162-1182.
- Obeid, R., & Daou, N. (2015). The effects of coping style, social support, and behavioral problems on the well-being of mothers of children with autism spectrum disorders in Lebanon. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 10, 59-70.
- Preece, D., & Jordan, R. (2007). Social workers' understanding of autistic spectrum disorders: an exploratory investigation. *British Journal of Social Work*, 37(5), 925-936.
- Samadi, S. A., McConkey, R., & Kelly, G. (2012). The information and support needs of Iranian parents of children with autism spectrum disorders. *Early Child Development and Care*, 182(11), 1439-1453.
- Sawyer, M. G., Bittman, M., La Greca, A. M., Crettenden, A. D., Harchak, T. F., & Martin, J. (2010). Time demands of caring for children with autism: What are the implications for maternal mental health?. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 40(5), 620-628.
- Schall, C. (2000). Family perspectives on raising a child with autism. *Journal of Child and Family Studies*, 9(4), 409-423.
- Setoh, P., Marschik, P. B., Einspieler, C., & Esposito, G. (2017). Autism spectrum disorder and early motor abnormalities: Connected or coincidental companions?. *Research in Developmental Disabilities*, 60, 13-15.
- Shavitt, S., Cho, Y. I., Johnson, T. P., Jiang, D., Holbrook, A., & Stavrakantonaki, M. (2016). Culture moderates the relation between perceived stress, social support, and mental and physical health. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 47(7), 956-980.
- Smith, L. E., Greenberg, J. S., & Seltzer, M. M. (2012). Social support and well-being at mid-life among mothers of adolescents and adults with autism spectrum disorders. *Journal of autism and developmental disorders*, 42(9), 1818-1826.
- Tehee, E., Honan, R., & Hevey, D. (2009). Factors contributing to stress in parents of individuals with autistic spectrum disorders. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 22(1), 34-42.
- Wang, P., & Michaels, C. A. (2009). Chinese families of children with severe disabilities: Family needs and available support. *Research and Practice for Persons with Severe Disabilities*, 34(2), 21-32.
- Weiss, J. A., Robinson, S., Fung, S., Tint, A., Chalmers, P., & Lunsy, Y. (2013). Family hardiness, social support, and self-efficacy in mothers of individuals with Autism Spectrum Disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 7(11), 1310-1317.
- Winefield, H. R., Winefield, A. H., & Tiggemann, M. (1992). Social support and psychological well-being in young adults: The Multi-Dimensional Support Scale. *Journal of personality assessment*, 58(1), 198-210.
- Yamaoka, Y., Tamiya, N., Izumida, N., Kawamura, A., Takahashi, H., & Noguchi, H. (2016). The relationship between raising a child with a disability and the mental health of mothers compared to raising a child without disability in Japan. *SSM-Population Health*, 2, 542-548.
- Zablotsky, B., Bradshaw, C. P., & Stuart, E. A. (2013). The association between mental health, stress, and coping supports in mothers of children with autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 43(6), 1380-1393.
- Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of personality assessment*, 52(1), 30-41.