

مقایسه شیوه‌های فرزند پروری و سبک‌های حل مسئله در والدین کودکان مبتلا به اوتیسم و کودکان سالم در مقطع ابتدایی مدارس استثنایی و عادی شهرستان ارومیه

یوسف محمدپور^۱، تارا پوریا^۲، ناصر پریزاد^{۳*}

تاریخ دریافت ۱۴۰۳/۰۶/۳۰ تاریخ پذیرش ۱۴۰۳/۰۸/۳۰

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: با توجه به این‌که انتخاب شیوه نامناسب فرزند پروری تأثیرات جبران‌ناپذیری بر روی شخصیت و موقعیت اجتماعی و تحصیلی کودکان مبتلا به اوتیسم می‌گذارد و عدم برخورد صحیح والدین موجب بروز مسائلی می‌گردد که اگر از روش مناسبی برای حل این مسائل استفاده نشود موجب بروز افسردگی و اضطراب و مشکلات اجتماعی برای اعضای خانواده می‌شود. با توجه به رشد قابل‌توجه تعداد مبتلایان به اوتیسم در سال‌های اخیر، محققان بر آن شدند که جایگاه شیوه‌های فرزند پروری و سبک‌های حل مسئله مورد استفاده توسط والدین کودکان مبتلا به اوتیسم و والدین کودکان سالم را تعیین کرده و مورد مقایسه قرار دهند.

مواد و روش کار: این یک مطالعه توصیفی از نوع مقطعی-مقایسه‌ای بود. تعداد ۲۳۴ نفر از والدین کودکان سالم و مبتلا به اوتیسم در مقطع اول تا ششم ابتدایی با استفاده از روش نمونه‌گیری سهمیه‌ای و در دسترس وارد مطالعه شدند. معیارهای ورود شامل تک والدی نبودن دانش‌آموزان، کنار هم زندگی کردن والدین، عدم استفاده از برنامه‌های آموزشی در رابطه با موضوع مطالعه، داشتن سواد خواندن و نوشتن والدین بود. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌های اطلاعات جمعیت شناختی، شیوه‌های فرزند پروری بامریند و سبک‌های حل مسئله کیسیدی و لانگ استفاده شد. جهت تحلیل داده‌ها از آزمون تی تست مستقل برای بررسی اختلاف میانگین در دو گروه، آزمون کای دو برای سنجش اختلاف فراوانی‌ها در گروه‌ها استفاده شد. برای تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج مطالعه نشان که والدین کودکان سالم نسبت به والدین کودکان مبتلا به اوتیسم بیشتر از شیوه‌های سهل گیرانه ($4/95 \pm 24/70$) و مستبدانه ($5/51 \pm 25/51$) استفاده می‌کردند. در صورتیکه استفاده از شیوه مقتدرانه والدین کودکان مبتلا به اوتیسم نسبت به والدین کودکان سالم بیشتر بود ($4/22 \pm 8/92$). در مقایسه استفاده از روش‌های حل مسئله، والدین هر دو گروه بیشتر از سبک برخورد استفاده می‌کردند.

بحث و نتیجه‌گیری: با توجه به اینکه انتخاب سبک درست در پرورش کودکان مبتلا به اوتیسم توسط والدین و آموزش شیوه‌های صحیح فرزند پروری نقش مهمی در روند رشد حرکتی-اجتماعی این کودکان دارد. مسئولین مربوطه باید برگزاری کلاس‌های آموزشی لازم در مورد شیوه‌های فرزند پروری و حل مسئله به والدین کودکان مبتلا به اوتیسم گام‌های مثبتی در جهت ارتقاء کیفیت زندگی والدین و کودکان مبتلا به اوتیسم بردارند.

کلیدواژه‌ها: حل مسئله، دانش آموز، اوتیسم، فرزند پروری

مجله پرستاری و مامایی، دوره بیست و دوم، شماره هفتم، پی‌درپی ۱۸۰، مهر ۱۴۰۳، صص ۵۷۶-۵۷۴

آدرس مکاتبه: مرکز تحقیقات ایمنی بیمار، پژوهشکده بالینی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران، تلفن: ۰۴۴۳۲۷۵۴۹۶۱

Email: naserp53@yahoo.com

مقدمه

شناسایی نشده است اما عوامل ژنتیکی، عصبی و محیطی مهم‌ترین علل مؤثر در بروز اوتیسم هستند (۳). گرچه اوتیسم در افراد مختلف با درجات و علائم متنوعی بروز می‌کند ولی تظاهرات بالینی آن به‌طور کلی در دودسته‌ی «اختلال در تعاملات اجتماعی و مشکلات ارتباطی» و «الگوهای محدود و تکرارشونده در رفتار، علایق و

اختلال طیف اوتیسم یک اختلال عصبی-رشدی و مادام‌العمر است (۱، ۲) که ارتباطات و تعاملات اجتماعی فرد را تحت تأثیر قرار داده (۳) و با الگوهای رفتاری محدود و تکرارشونده در سال‌های اولیه زندگی مشخص می‌شود (۴). گرچه هنوز علت مشخصی برای اوتیسم

^۱ استادیار آموزش پزشکی، مرکز تحقیقات ایمنی بیمار، پژوهشکده بالینی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران

^۲ پرستار، مرکز قلب تهران، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

^۳ دانشیار پرستاری، مرکز تحقیقات ایمنی بیمار، پژوهشکده بالینی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران (نویسنده مسئول)

فعالیت‌ها» تقسیم‌بندی می‌شوند (۴). اخیراً شیوع اوتیسم به صورت بروز ۱ در هر ۵۹ کودک گزارش شده است (۵). شیوع اوتیسم در ایران نزدیک به شیوع جهانی آن است. بر اساس سرشماری کشوری در سال ۱۳۹۵ نزدیک به ۷۹۰۰۰۰ فرد مبتلا به اوتیسم در ایران وجود دارد (۶).

در حال حاضر درمان دارویی قطعی برای اختلال طیف اوتیسم وجود ندارد و از طریق مداخلات رفتاری مانند آموزش مهارت‌های جدید از طریق تقویت رفتارهای مثبت و کاهش رفتارهای منفی، برای بهبود مهارت‌های شناختی، کلامی و انطباقی این کودکان استفاده می‌شود (۴). مطالعات انجام‌شده، بینش‌هایی را در مورد روابط بین رفتارهای نادرست والدین و رشد کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم ارائه می‌دهند (۷، ۸).

از سویی داشتن یک کودک مبتلا به اوتیسم در خانواده تأثیرات واضحی بر مسائل اقتصادی، سلامت روانی و عاطفی والدین، سلامت جسمی سایر اعضای خانواده، روابط خواهر-برادری، روابط اجتماعی خانواده با سایر افراد و فعالیت‌های تفریحی و غیره دارد (۲). از مشکلاتی که این خانواده‌ها با آن روبرو اند، می‌توان به هماهنگ کردن وظایف معمول والدین متناسب با برنامه‌های درمانی کودک، سازگاری عاطفی با موقعیت متفاوت فرزند، صرف زمان زیاد برای درمان، فراهم کردن مراقبت‌ها در خانه و پرداختن به مشکلات رفتاری و مشکلات مدرسه این کودکان اشاره کرد (۸، ۹). این والدین در مقایسه با سایر والدین از سطح سلامت عمومی پایین‌تر، اضطراب بیشتر، شرم و خجالت بیشتر و سطح بهزیستی روان‌شناختی پایین‌تری برخوردارند (۱۰). این والدین انرژی زیادی برای مقابله با واکنش‌های منفی جامعه و بستگان صرف می‌کنند و به همین علت وقتی را که باید برای پذیرش واقعی کودکشان، درمان و توان‌بخشی او صرف کنند را به راحتی از دست می‌دهند (۱۱). ناتوانی کودکان اوتیسم در برقراری تعاملات اجتماعی و نشان دادن عاطفه، نگرش والدین این کودکان را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۱۲) و والدین از روی آگاهی یا عدم آگاهی با شیوه‌های مختلف فرزند پروری با کودکان برخورد می‌کنند (۱۳).

فرزند پروری روش‌ها و رفتارهای ویژه‌ای است که هر خانواده برای تربیت فردی و اجتماعی کردن فرزندان خود به کار می‌برند (۱۴). به دلیل شکل‌گیری شخصیت هر فرد در دوران کودکی و مهم بودن این دوران از نظر منشأ بروز بسیاری از اختلالات شخصیتی و روانی، به‌کارگیری روش‌های فرزند پروری برای کودکان اهمیت زیادی دارد (۱۵). شرایط فرهنگی، اجتماعی، اقتصادی و سیاسی موجود در جامعه شیوه فرزند پروری خانواده‌ها را تحت تأثیر قرار

می‌دهد اما به‌طور کلی این شیوه‌ها بیانگر نحوه‌ی ارتباطات درون خانواده‌ای می‌باشد (۱۶). بامریند^۱ تفاوت سبک‌های مختلف فرزند پروری را در دو بعد پاسخگویی و کنترل می‌داند. بعد پاسخگویی اشاره به میزان حمایت و برآورده کردن نیازهای فرزندان توسط والدین دارد و بعد کنترل میزان انتظارات والدین از فرزندان خود را نشان می‌دهد (۱۷). در نظریه بامریند (۱۹۹۱) سه سبک فرزند پروری مقتدرانه، سهل انگارانه، مستبدانه تعریف شده است. والدین دارای سبک مستبدانه، کنترل بالایی بر روی فرزندان داشته اما در برابر نیاز آنان پاسخگویی زیادی ندارند. والدین دارای سبک مقتدرانه، هم نسبت به فرزندان کنترل زیادی دارند و منضبط‌اند و هم نیازهای آنان را به‌خوبی برآورده می‌کنند و رابطه دو سویه بین والدین و فرزندان برقرار است (۱۳، ۱۸). والدین دارای سبک سهل انگارانه، کنترل کمتری بر روی فرزندان دارند اما محبت زیادی در روابطشان نسبت به فرزندان نشان می‌دهند و نسبت به نیازهایشان حساس‌اند. برخی از محققان سبک چهارمی تحت عنوان سبک مسامحه کارانه را به سبک‌های فرزند پروری اضافه کردند که در این سبک والدین کنترل کمی بر روی فرزندان دارند و توجه کمی به نیازهای آنان دارند (۱۸). بر اساس نتایج پژوهش‌ها سبک فرزند پروری مقتدرانه به‌عنوان بهترین سبک فرزند پروری معرفی می‌شود (۱۹، ۲۰). در سبک فرزند پروری سهل انگارانه تنها مشارکت اجتماعی بالاتری وجود دارد (۲۱). درک متقابل والدین و فرزندان از توانایی‌ها و محدودیت‌های یکدیگر و وضعیت روابط والد-کودک در این خانواده‌ها مسئله مهمی قلمداد می‌شود که برخورد مناسب از سوی والدین در این مورد به منزله حل مسئله است (۲۲).

حل مسئله یک جزء از مسیر تفکر و پیچیده‌ترین مرحله هر عملیات فکری محسوب می‌شود که خود جز فرایندهای شناختی رفتاری - خود هدایتی می‌باشد (۲۲، ۲۳). حل مسئله طیفی از پاسخ‌های کارآمد را برای رسیدن به راه حل فراهم می‌کند (۲۴) و کمک می‌کند که افراد برای مسائلی که در زندگی خود با آن‌ها مواجه هستند، بهترین راه ممکن را شناسایی یا کشف کنند (۲۳، ۲۵) و با بهره‌مندی از امکاناتی که در دسترسشان هست در حل چالش‌ها و عبور از موانع فائق آیند (۲۳). در نتیجه داشتن این مهارت باعث کاهش تعارضات و مشکلاتی که ممکن است بین افراد و یا حتی درون هر فرد وجود داشته باشد، می‌شود (۲۵). افرادی که در حل مسائل مهارت کمی دارند، وقتی با مشکلی مواجه می‌شوند در حل آن موفق نشده و شکست می‌خورند ممکن است از خود رفتارهای نامناسب مانند پرخاشگری یا رفتارهای تکانشی نشان دهند (۲۶). داشتن مهارت‌های حل مسئله در والدین موجب کنترل خشم (۲۷)،

^۱ Bumrind

معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از: تمایل والدین به شرکت در مطالعه، بودن والد کودک سالم یا اوتیسم در مقطع اول تا ششم ابتدایی، تک والدی نبودن هر دو والد (مادر و پدر)، کنار هم زندگی کردن والدین، عدم استفاده از برنامه‌های آموزشی در رابطه با موضوع مطالعه، داشتن سواد خواندن و نوشتن والدین. عدم همکاری والدین در طول مطالعه و تکمیل ناقص (۲۰ درصد) از پرسشنامه به عنوان معیار خروج در نظر گرفته شد.

$$\mu_1 = 56/20 \quad \mu_2 = 62/06 \quad \delta_1 = 9/54 \quad \delta_2 = 6/31 \quad Z1 - \alpha/2 = 2/57 \quad Z1 - \beta = 1/2816 \quad \alpha = 0/01 \quad \beta = 0/99$$

$$(\mu_1 - \mu_2)$$

$$n = \frac{(2.58 + 2.33)^2 (9.54^2 + 6.31^2)}{(56.20 - 62.06)^2} = 113$$

محققین پس از تصویب در کمیته پژوهشی و کسب مجوز از کمیته اخلاق دانشگاه، به اداره آموزش و پرورش مدارس ابتدایی شهرستان ارومیه و نیز آموزش و پرورش مدارس استثنائی ارومیه در مقطع ابتدایی جهت اخذ مجوزهای لازم مراجعه کردند. قبل از مراجعه به محیط پژوهشی هماهنگی لازم با مدیر مجتمع آموزشی به عمل آمد در گام بعدی با مراجعه به مراکز و مدارس تحت نظارت آموزش و پرورش کودکان استثنائی شهر ارومیه، با توجه به معیارهای ورود، ۱۲۰ نفر از والدین کودکان مبتلا به اوتیسم در مقطع ابتدایی انتخاب شدند. انتخاب ۱۲۰ نفر از والدین کودکان سالم در مقطع ابتدایی نیز با مراجعه به آموزش و پرورش مدارس عادی انجام شد. مراکز و مدارس کودکان استثنائی و مدارس عادی با پیشنهاد آموزش و پرورش مربوطه از منطقه یک ارومیه انتخاب شدند. از نمونه‌گیری سهمیه‌ای و در دسترس والدین کودکان انتخاب شدند. لیست کودکان به همراه شماره موبایل والدین از مدارس مورد نظر اخذ شده و جهت هماهنگی با آنان تماس گرفته شد. جهت جمع‌آوری داده‌ها و تکمیل پرسشنامه‌ها با والدین در مدارس مربوطه قرار گذاشته شد. پس از معرفی خود به والدین و بیان اهداف و روش کار به شرکت‌کنندگان، از ایشان جهت همکاری در پژوهش رضایت کتبی اخذ شد. در این مرحله پرسشنامه‌ها که شامل اطلاعات جمعیت شناختی، شیوه‌های فرزند پروری بامریند و سبک‌های حل مسئله کیسیدی و لانگ^۱ است جهت تکمیل در اختیار شرکت‌کنندگان قرار داده شد. جهت پیشگیری از سوگیری و حفظ محرمانه بودن اطلاعات پرسشنامه‌ها به صورت بی‌نام توزیع و تکمیل

ارتقای انسجام و احترام متقابل و مهارت مقابله با مشکلات (۲۲) و کم شدن تعارضات (۲۵)، کاهش استرس، بهبود روابط والد-فرزند (۲۲)، علاقه مندی آن‌ها به امر فرزند پروری و داشتن نقش فعال در آن می‌شود (۲۲، ۲۵). روش درست حل مسئله می‌تواند موجب تقویت سلامت روانی و رفتاری اعضای خانواده شود (۲۲). اما فقدان مهارت‌های حل مسئله در والدین سبب می‌شود که مشکلات رفتاری و عدم سازش در والدین با یکدیگر و با فرزندان دیده شود (۲۵). نکته قابل توجه این است که توجه به هیجانات و قصد و نیت طرف مقابل موجب افزایش توانمندی در مهارت حل مسئله در والدین است (۲۸). در ایران مطالعات متعددی در ارتباط با شیوه‌های فرزند پروری و حل مسئله والدین کودکان به اوتیسم انجام شده و نتایج متفاوتی را گزارش کرده‌اند (۱۳، ۲۲). انجام این مطالعه جهت روشن‌سازی این گپ موجود در متون ضروری به نظر می‌آید. همچنین، با توجه به این موضوع که انتخاب شیوه نامناسب فرزند پروری تأثیرات جبران‌ناپذیری بر روی شخصیت و موقعیت اجتماعی و تحصیلی این کودکان می‌گذارد و عدم برخورد صحیح والدین موجب بروز مسائلی می‌گردد که اگر از روش مناسبی برای حل این مسائل استفاده نشود موجب بروز افسردگی و اضطراب و مشکلات اجتماعی برای اعضای خانواده می‌شود و با توجه به رشد قابل توجه تعداد مبتلایان به اوتیسم در سال‌های اخیر (۵)، محققان بر آن شدند که جایگاه شیوه‌های فرزند پروری و سبک‌های حل مسئله مورد استفاده توسط والدین کودکان مبتلا به اوتیسم و والدین کودکان سالم را تعیین کرده و مورد مقایسه قرار دهند.

مواد و روش‌ها

این یک مطالعه توصیفی از نوع مقطعی-مقایسه‌ای بود. برای تعیین حجم نمونه از فرمول مقایسه دو میانگین سبک فرزند پروری مقتدرانه در دو گروه والدین دارای فرزند اوتیسم و والدین دارای فرزند سالم با استفاده از فرمول مقایسه دو میانگین استفاده شد. برای محاسبه حجم نمونه از مطالعه شجاعی و همکاران (۱۳) استفاده شد که در آن میانگین سبک فرزند پروری مقتدرانه در گروه دارای فرزند اوتیسم ۵۶/۲۰ با انحراف معیار ۹/۵۴ و میانگین سبک فرزند پروری مقتدرانه در والدین دارای فرزند سالم ۶۲/۰۶ با انحراف معیار ۶/۳۱ گزارش گردیده بود. با جایگذاری اعداد گزارش شده در فرمول مقایسه دو میانگین، حجم نمونه مورد نظر ۱۱۳ نفر در هر گروه برآورد گردید. با در نظر گرفتن ۱۰ درصد احتمال ریزش نمونه برای هر گروه ۱۲۰ نفر واجد شرایط وارد مطالعه شدند.

¹ Cassidy and Long

شد. پس از گردآوری داده‌ها، آنالیز داده‌ها با کمک استاد مشاور آماری صورت گرفت.

ابزار جمع‌آوری داده‌ها:

در این طرح از سه پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی، پرسشنامه سبک‌های فرزند پروری بامریند و نیز پرسشنامه سبک‌های حل مسئله کیسیدی و لانگ استفاده شد.

در این مطالعه از پرسشنامه دموگرافیک محقق-ساخته استفاده شد که شامل سؤالات زیر می‌باشد: بخش اول سؤالات مربوط به والدین که شامل جنسیت، سن، سطح تحصیلات، وضعیت شغلی، تعداد فرزندان، ازدواج فامیلی بین پدر و مادر و دارای فرزند دیگر مبتلا به اوتیسم. در بخش دوم سؤالات به دو دسته مربوط به کودکان مبتلا به اوتیسم و مربوط به کودکان سالم تقسیم می‌شود که والدین هر یک از این کودکان بخش مربوط خود را تکمیل می‌کنند سؤالات مربوط به کودک مبتلا به اوتیسم، عبارتند از جنسیت، سن، مقطع تحصیلی، شدت اوتیسم بر اساس پرونده پزشکی کودکان در مدرسه، ردیف تولد و سؤالات مربوط به کودک سالم شامل جنسیت، سن، مقطع تحصیلی، ردیف تولد می‌باشد.

پرسشنامه سبک‌های فرزند پروری جهت بررسی شیوه‌های فرزند پروری ساخته شده است و بر اساس نظریه بامریند (۱۹۹۱) از الگوی رفتاری سهل انگارانه، مستبدانه و مقتدرانه اقتباس شده است که این پرسشنامه شامل ۳۰ آیتم است که ۱۰ آیتم آن به شیوه سهل انگارانه، ۱۰ آیتم به شیوه مستبدانه و ۱۰ آیتم دیگر به شیوه مقتدرانه در امر پرورش فرزندان مربوط می‌شود. در این پرسشنامه والدین نظر خود را برحسب مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت با عناوین کاملاً موافقم (۵)، موافقم (۴)، تقریباً مخالفم (۳)، مخالفم (۲) و کاملاً مخالفم (۱) مشخص می‌کنند. نمره بالاتر نشان‌دهنده استفاده والدین از همان شیوه فرزند پروری می‌باشد. ۱۰ آیتم مربوط به شیوه سهل انگارانه (۲۹، ۲۸، ۲۴، ۱۹، ۱۷، ۱۴، ۱۳، ۱۰، ۶، ۱)، ۱۰ آیتم مربوط به شیوه مستبدانه (۳۰، ۲۷، ۲۳، ۲۲، ۲۰، ۱۵، ۱۱، ۸، ۵، ۴) و ۱۰ آیتم مربوط به شیوه مقتدرانه (۴، ۵، ۸، ۱۱، ۱۵، ۲۰، ۲۲، ۲۳، ۲۷، ۳۰) بودند. بوری در سال ۱۹۹۱ پایایی پرسشنامه مزبور را با استفاده از روش بازآزمایی در بین گروه مادران به ترتیب ۰/۸۱ برای شیوه سهل انگارانه، ۰/۸۶ برای شیوه مستبدانه و ۰/۷۸ برای شیوه مقتدرانه و در بین پدران به ترتیب ۰/۷۷ برای شیوه سهل انگارانه، ۰/۸۵ برای شیوه مستبدانه و ۰/۸۸ برای شیوه مقتدرانه گزارش نمود (۲۹). پایایی نسخه فارسی این پرسشنامه در مطالعه فراهینی و همکاران از طریق آلفای کرونباخ، مقدار ۰/۷۴ برای شیوه مقتدرانه، ۰/۷۲ برای شیوه مستبدانه و ۰/۷۶ برای شیوه سهل

انگارانه گزارش شده است (۳۰). در مطالعه حاضر با یک مطالعه پایلوت، پایایی پرسشنامه از طریق همسانی درونی مورد ارزیابی قرار گرفت و آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۸۵ محاسبه گردید.

پرسشنامه سبک‌های حل مسئله کیسیدی و لانگ شامل ۲۴ سؤال است که ۶ سبک را می‌سنجد و هر کدام از عوامل دربرگیرنده ۴ ماده آزمون می‌باشد. این عوامل عبارتند از: ۱- سبک درماندگی ۲- سبک مهارگری ۳- سبک خلاقیت ۴- سبک اعتمادبه‌نفس ۵- سبک اجتناب ۶- سبک برخورد. زیر مقیاس‌های درماندگی، مهارگری و اجتناب از عوامل غیر سازنده حل مسئله و مابقی از عوامل سازنده حل مسئله هستند. سؤال ۱ تا ۴ نشانگر عامل درماندگی حل مسئله و به این ترتیب ۵ تا ۸ مهارگری، ۹ تا ۱۲ سبک خلاقیت، ۱۳ تا ۱۶ اعتمادبه‌نفس، ۱۷ تا ۲۰ سبک اجتناب و ۲۱ تا ۲۴ سبک برخورد را نشان می‌دهند. شیوه نمره‌گذاری و تفسیر نمرات در مقیاس استانداردشده حل مسئله کیسیدی و لانگ که دارای ۲۴ سؤال به‌صورت گزینه‌ای (بلی-خیر-تاحدودی) است، در این پژوهش مورد استفاده قرار گرفته است. به عبارت بلی نمره ۲، به عبارت خیر نمره صفر و به عبارت تا حدودی نمره ۱ تعلق می‌گیرد. جمع این نمرات نشان‌دهنده نمره کلی هر یک از این سبک‌های شش گانه است. هر یک از این سبک‌ها ۴ سؤال دارد و حداکثر نمره در هر سبک ۸ و حداقل آن صفر خواهد بود. هر سبکی که بالاترین نمره را کسب کند، نشان می‌دهد فرد به هنگام مواجهه با مشکلات از آن استفاده می‌کند. بنابراین حداکثر نمره حل مسئله ۴۸ و حداقل نمره آن صفر خواهد بود. در مطالعه کیسیدی و لانگ پرسشنامه از روایی سازه بالایی برخوردار بود و پایایی آن با استفاده از ضریب همبستگی درونی و با محاسبه ضرایب آلفای کرونباخ برای تمام خرده مقیاس‌ها بالای ۰/۵۰ و برای کل پرسشنامه ۰/۷۲ گزارش شده است که نشان‌دهنده پایایی خوب پرسشنامه می‌باشد (۳۱). آهنگی و همکاران در ۱۳۸۸ ضرایب آلفای کرونباخ را بالای ۰/۵ گزارش نموده‌اند (۳۲). روایی پرسشنامه در مطالعات متعدد داخلی و خارجی از جمله گوک^۱ و همکاران (۳۳) و طاهری و کریمی (۳۴) مورد تأیید قرار گرفته است. در مطالعه حاضر با یک مطالعه پایلوت، پایایی پرسشنامه از طریق همسانی درونی مورد ارزیابی قرار گرفت و آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۷۲ محاسبه گردید.

جهت تحلیل داده‌ها ابتدا از آزمون کولموگروف اسمیرنف استفاده شد که نشان داد داده‌ها از توزیع نرمال برخوردارند. از تست‌های پارامتریک همچون تی تست مستقل برای بررسی اختلاف میانگین در دو گروه، آنالیز واریانس برای ارزیابی اختلاف میانگین‌ها در بیش از دو گروه، آزمون کای دو برای سنجش اختلاف فراوانی‌ها

^۱ Gok,

در گروه‌ها استفاده شد. برای تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ استفاده شد.

ازدواج غیر فامیلی (۷۶/۴) داشتند. نتایج همچنین حاکی از آن بود که اکثر دانش‌آموزان دختر (۵۲/۸)، و تولد اول خانواده (۵۶/۷) بودند. از ۱۱۴ دانش‌آموز مبتلا به بیماری اوتیسم، اکثرشان بیماری متوسط (۴۹/۱)، و در خانواده فرزند مبتلا به بیماری اوتیسم وجود نداشت (۹۶/۵) (جدول ۱).

یافته‌ها

نتایج نشان داد که اکثر مشارکت‌کنندگان خانم (۵۳/۶ درصد)، دارای مدرک کارشناسی (۲۷/۹ درصد)، استخدام (۵۰/۶ درصد)، و

جدول (۱): توزیع فراوانی متغیرهای دموگرافیک کیفی مشارکت‌کنندگان

متغیر	فراوانی	درصد
جنسیت	زن	۵۳/۶
	مرد	۴۶/۴
سطح تحصیلات	بی‌سواد	۳/۰
	زیر دیپلم	۱۸/۹
	دیپلم	۲۷/۵
	کاردانی	۹/۴
	کارشناسی	۲۷/۹
	کارشناسی ارشد	۱۲/۰
	دکتری	۱/۳
وضعیت شغلی	استخدام	۵۰/۶
	خانه‌دار	۴۰/۸
	بیکار	۵/۲
	بازنشسته	۳/۴
جنسیت فرزند	دختر	۵۲/۸
	پسر	۴۷/۲
شدت اوتیسم	شدید	۲۶/۳
	متوسط	۴۹/۱
	خفیف	۲۴/۶
ردیف تولد	تولد اول	۵۶/۷
	تولد دوم	۳۲/۲
	تولد سوم	۹/۰
	تولد چهارم	۲/۱
دارای فرزند دیگر مبتلا به اوتیسم	بله	۳/۵
	خیر	۹۶/۵
ازدواج فامیلی	بله	۲۳/۶
	خیر	۷۶/۴

جدول (۲): توزیع فراوانی متغیرهای دموگرافیک کمی

متغیر	کمترین	بیشترین	میانگین	انحراف معیار
سن والدین	۲۶	۵۹	۳۹/۷۱	۶/۶
سن دانش‌آموزان	۷	۱۶	۱۱/۱۹	۲/۴۵
تعداد فرزندان	۱	۴	۲	۰/۷۵

با توجه به نتایج مطالعه، میانگین سن والدین و دانش‌آموزان به ترتیب برابر است با ۳۹/۷۱ و ۱۱/۱۹ و میانگین تعداد فرزندان در حدود ۲ نفر می‌باشد.

جدول (۳): مقایسه مشخصات دموگرافیک کمی بین دو گروه دانش‌آموزان سالم و اوتیسم

متغیر	کودکان سالم		آزمون آماری
	میانگین (انحراف معیار)	کودکان اوتیسم میانگین (انحراف معیار)	
سن والدین	۳۹/۸۲ (۶/۰۹)	۳۹/۵۹ (۷/۰۵)	$t = ۰/۲۷۳$
			$df = ۲۳۱$
			$P = ۰/۷۸۵$
سن دانش‌آموزان	۹/۷۷ (۱/۸۶)	۱۰/۶۳ (۲/۸۹)	$t = -۲/۷۰۸$
			$df = ۲۳۱$
			$P = ۰/۰۰۷$
تعداد فرزندان	۲/۱۶ (۰/۷۴)	۱/۸۴ (۰/۷۲)	$t = ۳/۳۱۹$
			$df = ۲۳۱$
			$P = ۰/۰۰۱$

با توجه به جدول فوق، میانگین نمره سن والدین دارای کودکان سالم با والدین دارای کودکان مبتلا به اوتیسم اختلاف آماری معناداری ندارد. این در حالی است که میانگین سن دانش‌آموزان سالم با دانش‌آموزان مبتلا به اوتیسم اختلاف آماری معناداری ندارد. این دو گروه دارای فرزندان سالم و مبتلا به اوتیسم از نظر آماری معنادار می‌باشد (جدول ۳).

جدول (۴): مقایسه مشخصات دموگرافیک کیفی بین دو گروه دانش‌آموزان سالم و اوتیسم

متغیر	کودکان سالم		آزمون آماری
	تعداد (درصد)	کودکان اوتیسم تعداد (درصد)	
جنسیت والدین	۷۰ (۵۸/۸)	۵۵ (۴۸/۲)	$X^2 = ۲/۶۲۰$
	۴۹ (۴۱/۲)	۵۹ (۵۱/۸)	$df = ۱$
			$P = ۰/۱۰۶$
سطح تحصیلات	بی‌سواد	۷ (۶/۱)	$F = ۲۲/۰۱$
	زیر دیپلم	۲۷ (۲۳/۷)	
	دیپلم	۳۰ (۲۶/۳)	
کارشناسی	۱۲ (۱۰/۱)	۱۰ (۸/۸)	$df = ۳$
	۳۱ (۲۶/۱)	۳۴ (۲۹/۸)	
	۲۲ (۱۸/۵)	۶ (۵/۳)	
دکتری	۳ (۲/۵)	۰ (۰/۰)	$P = ۰/۰۰۱$

متغیر	کودکان سالم		آزمون آماری
	تعداد (درصد)	کودکان اوتیسم تعداد (درصد)	
وضعیت شغلی	استخدام	۵۲/۱)۶۲	$X^2 = ۱/۰۴$
	خانه‌دار	۳۹/۵)۴۷	$df=3$
	بیکار	۴/۲)۵	$P = ۰/۷۹۱$
	بازنشسته	۴/۲)۵	
ازدواج فامیلی	بله	۱۷/۶)۲۱	$X^2 = ۱/۰۴$
	خیر	۸۲/۴)۹۸	$df=3$
			$P = ۰/۰۲$
جنسیت فرزند	دختر	۶۷/۲)۸۰	$X^2 = ۲۰/۳۴۱$
	پسر	۳۲/۸)۳۹	$df=1$
			$P = ۰/۰۰۰$
ردیف تولد	تولد اول	۵۰/۴)۶۰	$X^2 = ۶/۱۲۴$
	تولد دوم	۳۵/۳)۴۲	$df=3$
	تولد سوم	۱۲/۶)۱۵	$P = ۰/۱۰۶$
	تولد چهارم	۱/۷)۲	

گروه از نظر سطح تحصیلات و ازدواج فامیلی اختلاف آماری معناداری وجود داشت ($P < 0.05$) از نظر جنسیت فرزندان در دو گروه اختلاف آماری معناداری مشاهده شد ($P = ۰/۰۰۰$) درحالی‌که از نظر ردیف تولد این اختلاف معنادار نبود ($P = ۰/۱۰۶$) (جدول ۴).

با توجه به نتایج جدول ۴، اختلاف آماری معناداری از نظر جنسیت و وضعیت شغلی در والدین کودکان سالم و والدین کودکان مبتلا به اوتیسم وجود نداشت ($P > 0.005$). درحالی‌که والدین دو

جدول (۵): مقایسه نحوه فرزند پروری بین دو گروه والدین دانش‌آموزان سالم و اوتیسم

متغیر	گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار
سهل گیرانه	والدین کودکان سالم	۱۱۹	۲۴/۷۰	۴/۹۵
	والدین کودکان اوتیسم	۱۱۴	۲۲/۹۷	۵/۶۷
مستبدانه	والدین کودکان سالم	۱۱۹	۲۵/۵۱	۵/۵۱
	والدین کودکان اوتیسم	۱۱۴	۲۳/۱۹	۶/۱۹
مقتدرانه	والدین کودکان سالم	۱۱۹	۷/۲۲	۴/۲۸
	والدین کودکان اوتیسم	۱۱۴	۸/۹۲	۴/۲۲

شیوه مستبدانه، در مرحله دوم از شیوه سهل گیرانه و نهایتاً از شیوه مقتدرانه استفاده می‌کنند (جدول ۵).

نتایج آزمون تی تست نشان داد که والدین کودکان سالم و همچنین والدین کودکان مبتلا به اوتیسم برای فرزند پروری اول از

جدول (۶): مقایسه نحوه حل مسئله بین دو گروه والدین دانش‌آموزان سالم و اوتیسم

متغیر	گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار
سبک درماندگی	والدین کودکان سالم	۱۱۹	۰/۵	۱/۰۶
	والدین کودکان اوتیسم	۱۱۴	۱/۳۵	۲/۱۷
سبک مهارگری	والدین کودکان سالم	۱۱۹	۲/۶۰	۱/۴۰

متغیر	گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار
سبک خلاقیت	والدین کودکان اوتیسم	۱۱۴	۳/۳۰	۲/۲۴
	والدین کودکان سالم	۱۱۹	۶/۷۵	۱/۳۸
	والدین کودکان اوتیسم	۱۱۴	۶/۳۳	۱/۷۳
سبک اعتماد به نفس	والدین کودکان سالم	۱۱۹	۶/۰۵	۲/۰۹
	والدین کودکان اوتیسم	۱۱۴	۵/۰۷	۲/۰۸
سبک اجتناب	والدین کودکان سالم	۱۱۹	۳/۲۴	۲/۲۳
	والدین کودکان اوتیسم	۱۱۴	۳/۳۰	۲/۵۱
سبک برخورد	والدین کودکان سالم	۱۱۹	۷/۴۲	۱/۲۴
	والدین کودکان اوتیسم	۱۱۴	۶/۸۰	۱/۶۱

کردند (۳۶، ۳۷). نتایج همچنین نشان داد والدین کودکان سالم نسبت به گروه دیگر تحصیلات بالاتری داشتند. از نظر جنسیت کودکان دو گروه اختلاف آماری معناداری داشتند. در کودکان سالم جنسیت دختر (۶۷/۲ درصد) و در کودکان مبتلا به اوتیسم جنسیت پسر (۶۲/۳ درصد) غالب بود. کودکان از نظر ردیف تولد کودک اختلاف آماری معناداری نداشته و همگون بودند.

در مقایسه نحوه فرزند پروری، نتایج مطالعه حاکی از آن بود که والدین کودکان سالم نسبت به والدین کودکان مبتلا به اوتیسم بیشتر از شیوه‌های سهل گیرانه و مستبدانه استفاده می‌کردند. در صورتیکه استفاده از شیوه مقتدرانه والدین کودکان مبتلا به اوتیسم نسبت به والدین کودکان سالم بیشتر بود. همسو با یافته‌های مطالعه حاضر، کوکران (۲۰۲۰) در مطالعه خود گزارش کرد که والدین کودکان مبتلا به اوتیسم بیشتر از شیوه‌های مقتدرانه استفاده می‌کنند (۳۸). نورهدایا و همکاران^۲ در سال ۲۰۲۰ مطالعه‌ای باهدف تعیین سبک‌های فرزند پروری در والدین دارای کودکان مبتلا به اوتیسم در ۳ مدرسه‌ی کودکان استثنایی در اندونزی انجام دادند. نتایج نشان داد سبک مقتدرانه غالب‌ترین سبک فرزند پروری بکار گرفته شده توسط والدین (۴۳/۸ درصد)، سپس سبک سهل انگارانه (۳۱/۲ درصد)، و در نهایت سبک مستبدانه (۲۵ درصد) بود (۳۹). هاجیسون و همکاران (۲۰۱۶) دریافتند که استفاده از سبک فرزند پروری سهل گیرانه در والدین کودکان مبتلا به اوتیسم و بیش فعال بیشتر از والدین کودکان سالم است (۴۰). علت احتمالی عدم همخوانی مطالعه حاضر با مطالعه هاجیسون می‌تواند در اختلاف فرهنگی دو جامعه ایران و آمریکا باشد. اکثر مطالعات علت استفاده بیشتر والدین دارای کودکان مبتلا به اوتیسم از روش مقتدرانه را به دلیل استرس بالای والدین این کودکان بیان کرده‌اند (۳۸، ۴۰).

نتایج آزمون تی تست نشان داد که از نظر روش‌های حل مسئله، والدین کودکان سالم و کودکان مبتلا به اوتیسم بیشتر از سبک برخورد استفاده می‌کنند. بعد از سبک برخورد، روش‌های مورد استفاده این والدین از نظر بیشترین میزان استفاده به ترتیب عبارت است از سبک خلاقیت، سبک اعتماد به نفس، سبک اجتناب، سبک مهارگری و نهایتاً سبک درماندگی (جدول ۶).

بحث

این مطالعه باهدف تعیین و مقایسه شیوه‌های فرزند پروری و سبک‌های حل مسئله مورد استفاده توسط والدین کودکان مبتلا به اوتیسم و والدین کودکان سالم انجام شد. نتایج مطالعه نشان که والدین کودکان سالم نسبت به والدین کودکان مبتلا به اوتیسم بیشتر از شیوه‌های سهل گیرانه و مستبدانه استفاده می‌کردند. در صورتیکه استفاده از شیوه مقتدرانه والدین کودکان مبتلا به اوتیسم نسبت به والدین کودکان سالم بیشتر بود. در مقایسه استفاده از روش‌های حل مسئله، والدین هر دو گروه بیشتر از سبک برخورد استفاده می‌کردند.

نتایج مطالعه نشان داد که والدین دو گروه کودکان سالم و کودکان مبتلا به اوتیسم از نظر جنسیت، و وضعیت شغلی همگون بودند. به عبارت دیگر جنسیت و وضعیت شغلی والدین ارتباطی به بیماری اوتیسم در کودکان ندارد. سان^۱ و همکاران بر خلاف نتیجه مطالعه حاضر را گزارش نموده و معتقد بودند بین جنسیت والدین و ابتلا کودکان مبتلا به اوتیسم ارتباط وجود دارد (۳۵). دو گروه از نظر سطح تحصیلات و ازدواج فامیلی با هم اختلاف معناداری داشتند. والدین دارای کودکان مبتلا به اوتیسم (۳۰/۷ درصد) بیشتر از کودکان سالم (۱۷/۶ درصد) ازدواج فامیلی داشتند. مطالعات متعددی ارتباط بین سابقه خانوادگی در بیماری اوتیسم را تأیید

² Nurhidayah et al

¹ Sun

مبتلا به اوتیسم در مقاطع تحصیلی بالاتر هم انجام شده و نتایج آن‌ها با نتایج مطالعه حاضر مقایسه شود.

محدودیت‌های مطالعه

یکی از مشکلات در این مطالعه، عدم همکاری شرکت‌کنندگان و مشکل در کسب مجوزها از آموزش و پرورش مدارس استثنایی و مدارس عادی بود که سعی شد با تبیین اهمیت و فواید اجرای مطالعه، رضایت آنان اخذ شد. یکی دیگر از مشکلات جدی در این مطالعه عبور تازه از شیوع پاندمی کرونا و حساسیت مراکز تحصیلی بود که دسترسی به نمونه‌ها و تحویل و جمع‌آوری پرسشنامه‌ها را با مشکل مواجه کرده بود. با رعایت کردن تمام پروتکل‌های بهداشتی، با کمک گرفتن از مدیران مدرسه و یا بوسیله ارتباطات مجازی، ارتباط بین پژوهشگر و والدین برقرار شد.

تشکر و قدردانی:

این مقاله برگرفته از طرح پرستاری تصویب‌شده در کمیته تحقیقات دانشجویی دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه می‌باشد (۱). بدین وسیله پژوهشگران از تمامی والدین دانش‌آموزان که در انجام این پژوهش همکاری و مشارکت نمودند، و همچنین کمیته اخلاق و کمیته تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی ارومیه تشکر و قدردانی می‌گردد.

تعارض منافع:

نویسندگان هیچ‌گونه تعارض منافی گزارش نکردند.

ملاحظات اخلاقی:

پژوهش حاضر در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی ارومیه مورد بررسی قرار گرفته و تأیید شده است (IR.UMSU.REC.1401.203). به مشارکت‌کنندگان، قبل از شرکت در مطالعه، در خصوص اهداف مطالعه آگاهی‌رسانی شد تا با آگاهی و رضایت کامل در مطالعه شرکت نمایند و مجاز بودند در هر مرحله با اختیار خود مطالعه را ترک کنند. همچنین به مشارکت‌کنندگان اطمینان داده شد که داده‌های پژوهش و هویت آن‌ها محرمانه باقی خواهد ماند.

بومریند^۱ توصیه می‌کند که پزشکان باید به حمایت از خانواده‌ها در اتخاذ شیوه‌های فرزند پروری منطبق با سبک فرزند پروری مقتدر ادامه دهند تا تجربه استرس آن‌ها در اجرای این سبک فرزند پروری کاهش یابد، زیرا این شیوه با بهترین نتایج فرزند مرتبط است (۱۷). در مقایسه استفاده از روش‌های حل مسئله، والدین هر دو گروه بیشتر از سبک برخورد استفاده می‌کردند. بعد از سبک برخورد، روش‌های مورد استفاده این والدین از نظر بیشترین میزان استفاده به ترتیب عبارت است از سبک خلاقیت، سبک اعتمادبه‌نفس، سبک اجتناب، سبک مهارگری و نهایتاً سبک درماندگی بود. در مطالعه ارشاد سربابی و همکاران والدین کودکان مبتلا به اوتیسم برخلاف کودکان سالم، بیشتر از سبک اجتنابی استفاده کرده بودند (۴۱). در مطالعه خدادادی و همکاران نیز مادران کودکان مبتلا به اوتیسم بیشتر از سبک اجتنابی استفاده کرده بودند (۲۷)، که با مطالعه حاضر همسو نبود. برای توجیه علت احتمالی عدم همخوانی مطالعه حاضر با مطالعات ذکرشده می‌توان به حجم نمونه متفاوت و استفاده از ابزار متفاوت سنجش سبک حل مسئله در مطالعات یادشده اشاره کرد. با توجه به اینکه والدین کودکان مبتلا به اوتیسم در معرض خطر بیشتری برای افسردگی و اضطراب هستند، بنابراین، ارتقاء مهارت حل مسئله در والدین این کودکان ممکن است افسردگی و استرس فرد را هنگام مواجهه با مشکلات و موقعیت‌های نامطلوب زندگی کاهش داده و منجر به افزایش کیفیت زندگی آنان شود.

نتیجه‌گیری

با توجه به اینکه انتخاب سبک درست در پرورش کودکان مبتلا به اوتیسم توسط والدین و آموزش شیوه‌های صحیح فرزند پروری نقش مهمی در روند رشد حرکتی-اجتماعی این کودکان دارد. مسئولین آموزش و پرورش و مدارس استثنایی باید کلاس‌های آموزشی لازم در مورد شیوه‌های فرزند پروری و حل مسئله به والدین کودکان مبتلا به اوتیسم را به‌طور دوره‌ای برگزار نمایند تا با کاهش استرس این والدین در مواجهه با مشکلات کودکان خود، گام‌های مثبتی در جهت ارتقاء کیفیت زندگی والدین و کودکان مبتلا به اوتیسم بردارند. پژوهشگران توصیه می‌کنند مطالعات مشابه جهت مقایسه شیوه‌های فرزند پروری و حل مسئله در والدین کودکان

References

1. Baumer N, Spence SJ. Evaluation and management of the child with autism spectrum disorder. CONTINUUM

Lifelong Learn Neurol 2018;24(1):248-75.
https://doi.org/10.1212/CON.0000000000000578

¹ Baumrind

2. Begum R, Mamin FA. Impact of autism spectrum disorder on family. *Autism Open Access* 2019;9(4):1-6. <https://doi.org/10.35248/2165-7890.19.9.244>
3. Gyawali S, Patra BN. Autism spectrum disorder: Trends in research exploring etiopathogenesis. *Psychiatry Clin Neurosci* 2019;73(8):466-75. <https://doi.org/10.1111/pcn.12860>
4. Sanchack KE, Thomas CA. Autism spectrum disorder: Primary care principles. *Am Fam Physician* 2016;94(12):972-9A.
5. Benger M, Kinali M, Mazarakis ND. Autism spectrum disorder: prospects for treatment using gene therapy. *Mol Autism* 2018;9(1):39. <https://doi.org/10.1186/s13229-018-0222-8>
6. Zarafshan H, Mohammadi MR, Abolhassani F, Motevalian SA, Sepasi N, Sharifi V. Current status of health and social services for children with autism in Iran: parents' perspectives. *Iran J Psychiatry* 2019;14(1):76-83. <https://doi.org/10.18502/ijps.v14i1.427>
7. Siller M, Sigman M. The behaviors of parents of children with autism predict the subsequent development of their children's communication. *J Autism Dev Disord* 2002;32:77-89. <https://doi.org/10.1023/A:1014884404276>
8. Crowell JA, Keluskar J, Gorecki A. Parenting behavior and the development of children with autism spectrum disorder. *Compr Psychiatry* 2019;90:21-9. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2018.11.007>
9. Papadopoulos D. Mothers' experiences and challenges raising a child with autism spectrum disorder: A qualitative study. *Brain Sci* 2021;11(3):309. <https://doi.org/10.3390/brainsci11030309>
10. Bazarfeshan B, Kargar Dolatabadi A, Mohammadi M, Sarmadi P, Lakzaei J, Hosseinienejad SM, et al. Quality of life of the mothers of children with autism. *J Gorgan Univ Med Sci* 2018;20(4):77-82.
11. Yaacob WNW, Yaacob LH, Zulkifli MM, Muhamad R. A journey towards resilience: coping strategies adopted by parents with children having autism spectrum disorder in Northeast Malaysia. *Int J Environ Res Public Health* 2022;19(4):2458. <https://doi.org/10.3390/ijerph19042458>
12. Kanamori K, Suzuki T, Ota C. Parenting attitude towards children with autism spectrum disorders: the Japan environment and children's study. *BMJ Paediatr Open* 2024;8(1). <https://doi.org/10.1136/bmjpo-2023-002360>
13. Shojaii S, Imani M, Teymori MM, Shahin M. Comparing Parenting Styles of Parents of Children with and without Autism Spectrum Disorder. *J Couns Res* 2017;15(60):100-18.
14. Jadidi S, Danesh E, Gholamitooranposhti M. *Archive of SID Clinical Excellence* 2019.
15. Cidav Z, Munson J, Estes A, Dawson G, Rogers S, Mandell D. Cost offset associated with Early Start Denver Model for children with autism. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2017;56(9):777-83. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2017.06.007>
16. Mata C, Pauen S. The role of socio-cultural background and child age for parental regulation strategies and children's self-regulation: A comparison between Germany, Chile, and El Salvador. *Acta Psychol* 2023;234:103871. <https://doi.org/10.1016/j.actpsy.2023.103871>
17. Baumrind D. Authoritative parenting revisited: History and current status 2013.
18. Baumrind D. Effects of Authoritative Parental Control on Child Behavior. *Child Dev* 1966;37:887-907. <https://doi.org/10.2307/1126611>
19. Febiyanti A, Rachmawati Y, editors. Is authoritative parenting the best parenting style? 5th International Conference on Early Childhood Education (ICECE 2020); 2021: Atlantis Press. <https://doi.org/10.2991/assehr.k.210322.021>
20. Lavrič M, Naterer A. The power of authoritative parenting: A cross-national study of effects of exposure to different parenting styles on life satisfaction. *Child Youth Serv Rev* 2020;116:105274. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2020.105274>

21. Salavera C, Usán P, Quilez-Robres A. Exploring the effect of parental styles on social skills: The mediating role of affects. *Int J Environ Res Public Health* 2022;19(6):3295.
<https://doi.org/10.3390/ijerph19063295>
22. Shokoohi-Yekta M, Akbari Zardkhaneh S, Parand A, Mahmoudi M, Mashrouti P. Effect of teaching problem solving to mothers on family processes and parenting styles. *Q J Child Ment Health* 2016;3(1):29-40.
23. Brooks J. The art of problem solving and its translation into practice. *BDJ In Pract* 2022;35(9):21-3.
<https://doi.org/10.1038/s41404-022-1714-y>
24. Kakabarace K. The impact of family/school-based problem solving training on problem-solving styles of elementary students. *Q J Child Ment Health* 2019;6(1):14-27. <https://doi.org/10.29252/jcmh.6.1.3>
25. Shokoohi-Yekta M, Parand A, Zamani N, Ayazi M, Lotfi S. Efficacy of teaching new parenting strategies based on problem solving approach. *Procedia Soc Behav Sci* 2011;30:167-70.
<https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2011.10.033>
26. D'zurilla TJ, Chang EC, Sanna LJ. Self-esteem and social problem solving as predictors of aggression in college students. *J Soc Clin Psychol* 2003;22(4):424-40. <https://doi.org/10.1521/jscp.22.4.424.22897>
27. Khodadadi N, Foroozandeh E. Problem-Solving Ability and Quality of Life of Mothers of Children With Autism Spectrum Disorder. *Pract Clin Psychol* 2020;8(4):267-76.
<https://doi.org/10.32598/jpcp.8.4.489.1>
28. López Martínez P, Montero Montero D, Moreno Ruiz D, Martínez-Ferrer B. The role of parental communication and emotional intelligence in child-to-parent violence. *Behav Sci* 2019;9(12):148.
<https://doi.org/10.3390/bs9120148>
29. Buri JR. Parental authority questionnaire. *J Pers Assess* 1991;57(1):110-9.
https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5701_13
30. Farahini N, Afrooz GA, Rasoolzadeh TK. The relationship between parenting styles, shyness and creativity in the gifted 2014.
31. Cassidy T, Long C. Problem-solving style stress and psychological illness: Development of a multifactorial measure *Br J Clin Psychol* 1996;35(2):265-77.
<https://doi.org/10.1111/j.2044-8260.1996.tb01181.x>
32. Ahangi A, Abedin AR, Fathabadi J. Personality type and problem solving styles among university employees 2010.
33. Gok T. Development of problem solving confidence questionnaire: Study of validation and reliability *Lat Am J Phys Educ Vol* 2012;6(1):21.
34. Tahery R, Karimi F. The relationship between personality traits and problem-solving strategies among undergraduate nursing students of Isfahan University of Medical Sciences *Iran J Med Educ* 2015;15:613-22.
35. Sun X, Allison C, Auyeung B, Baron-Cohen S, Brayne C. Parental concerns socioeconomic status and the risk of autism spectrum conditions in a population-based study *Res Dev Disabil* 2014;35(12):3678-88.
<https://doi.org/10.1016/j.ridd.2014.07.037>
36. Ejlskov L, Wulff JN, Kalkbrenner A, Ladd-Acosta C, Fallin MD, Agerbo E, et al. Prediction of autism risk from family medical history data using machine learning: a national cohort study from Denmark *Biol Psychiatry Global Open Sci* 2021;1(2):156-64.
<https://doi.org/10.1016/j.bpsgos.2021.04.007>
37. Xie S, Karlsson H, Dalman C, Widman L, Rai D, Gardner RM, et al. The familial risk of autism spectrum disorder with and without intellectual disability *Autism Res* 2020;13(12):2242-50.
<https://doi.org/10.1002/aur.2417>
38. Cochrane K. Parenting Styles as a Predictor of Parenting Stress and Family Quality of Life in Mothers of Sons with Autism Spectrum Disorder 2020.
39. Nurhidayah I, Muthia RNY, Sutini T, Hidayati NO. Parenting Style among Parents of a Child with Autism Spectrum Disorder *Indian J Public Health Res Dev* 2020;11(7):1243-7.

40. Hutchison L, Feder M, Abar B, Winsler A. Relations between parenting stress parenting style and child executive functioning for children with ADHD or autism J Child Fam Stud 2016;25:3644-56. <https://doi.org/10.1007/s10826-016-0518-2>
41. Ershad Sarabi R, Hashemi Razini H, Abdollahi MH. Comparing parental stress parenting styles and social problem solving in mothers of children with autism spectrum disorder ADHD and typically developing children Q J Child Ment Health 2018;4(4):165-79.

COMPARISON OF PARENTING METHODS AND PROBLEM-SOLVING STYLES IN PARENTS OF CHILDREN WITH AUTISM AND PARENTS OF HEALTHY CHILDREN IN THE ELEMENTARY SCHOOL OF EXCEPTIONAL AND NORMAL SCHOOLS IN URMIA CITY

Yousef Mohammadpour¹, Tara Pourya², Naser Parizad^{*3}

Received: 20 September, 2024; Accepted: 20 November, 2024

Abstract

Background & Aim: Choosing an inappropriate parenting method can have lasting effects on the personality, social, and academic development of children with autism. The lack of proper parental treatment can result in depression, anxiety, and social issues for family members if not addressed appropriately. In recent years, there has been a significant increase in the number of people with autism. Researchers have therefore decided to compare the parenting methods and problem-solving styles used by parents of children with autism and parents of healthy children.

Materials & Methods: This was a descriptive cross-sectional comparative study. The study included 234 parents of healthy and autistic children in elementary school's first to sixth grade. Participants were selected using quota and convenience sampling. The inclusion criteria included students who were not single parents, parents who lived together, did not use educational programs related to the subject of study, and had literacy. Demographic information questionnaires, Baumrind's parenting methods, and Cassidy and Long's problem-solving styles were used to collect data. An independent t-test was used to compare the mean difference between the two groups, and a chi-square test was used to assess the frequency difference among the groups. The data analysis was conducted using SPSS software version 22.

Results: The results showed that parents of healthy children used permissive (4.95 ± 24.70) and authoritarian (5.51 ± 25.51) methods more than parents of children with autism. The parents of children with autism used an authoritative style more than the parents of healthy children (4.22 ± 8.92). In comparing problem-solving methods, parents of both groups used the confrontational style more.

Conclusion: Choosing the right style in raising children with autism by parents and teaching correct parenting methods plays an essential role in the motor-social development process of these children. The relevant authorities should take positive steps to improve the quality of life of parents and children with autism by providing necessary training classes on parenting methods and problem-solving strategies to parents.

Keywords: Autism, Parenting, Problem-Solving, Student

Address: Patient Safety Research Center, Clinical Research Institute, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

Tel: +9832754961

Email: naserp53@yahoo.com

This is an open-access article distributed under the terms of the [Creative Commons Attribution-noncommercial 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, as long as the original work is properly cited.

¹ Assistant Professor of Medical Education, Patient Safety Research Center, Clinical Research Institute, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

² RN, Tehran Heart Center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

³ Associate Professor of Nursing, Patient Safety Research Center, Clinical Research Institute, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran (Corresponding Author)