

The Role of Behavioral Problems and Adaptive Functions in Children with Developmental Delays on the Psychological Distress of Mothers

Khalil Esmailpour, Ph.D.¹,
Jalil Babapour, Ph.D.², Somayeh Shokri, M.A.³

Received: 11.19.2016 Revised: 05.03.2018
Accepted: 05.30.2018

نقش مشکلات رفتاری و کارکردهای انطباقی کودکان با تأخیرهای تحولی بر آشفتگی روان‌شناختی مادران

دکتر خلیل اسماعیل‌پور^۱،
دکتر جلیل باباپور خیرالدین^۲، سمیه شکری^۳

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۸/۲۹ تجدیدنظر: ۱۳۹۶/۲/۱۳
پذیرش نهایی: ۱۳۹۷/۳/۹

Abstract

Objective: The present study aimed to investigate the role of behavioral problems and adaptive functions of primary school children with developmental delays on the psychological distress of mothers. **Method:** The present research was a descriptive-correlational study. The statistical population consisted of children aging 6-11 years old with developmental delays, including those with autism who sought help at rehabilitation centers, and also students with special needs in Tabriz, Iran, during the academic year 2014-2015. Using the convenience sampling method, 100 participants were selected. Children's mothers completed the Aberrant Behavior Checklist, short form of Mental Symptoms Test, Vineland Adaptive Behavior Scales, and Parents' Stress Index. **Results:** Data were analyzed through multiple regression in SPSS. Results showed that there is a positive relationship between components of behavioral problems and adaptive functions in children with developmental delays and the psychological distress of their mothers. Behavioral problems and adaptive functions predicted 25% and 63% of the variance in psychological distress, respectively. **Conclusion:** The findings indicated that psychological distress is more common among mothers of children with developmental delays, which may be due to behavioral problems and low adaptive functions among these children.

Keywords: *Developmental delays, behavioral problems, adaptive functions, psychological distress.*

1. Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational sciences, University of Tabriz, Tabriz, Iran.
2. Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Tabriz, Tabriz, Iran.
3. **Corresponding Author:** M.A. of Child and Adolescent Clinical Psychology, Department Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Tabriz, Tabriz, Iran. **Email:** sbafrajard@gmail.com

چکیده

هدف: پژوهش حاضر به منظور بررسی نقش مشکلات رفتاری و کارکردهای انطباقی کودکان با تأخیرهای تحولی بر آشفتگی روان‌شناختی مادران انجام شد. **روش:** طرح پژوهش توصیفی، از نوع همبستگی بود. جامعه آماری این پژوهش تمامی کودکان ۶-۱۱ ساله با تأخیرهای تحولی شامل کودکان مبتلا به اتیسم مراجعه‌کننده به مراکز آموزشی و توان‌بخشی و دانش‌آموزان مدارس با نیازهای ویژه شهر تبریز در سال تحصیلی ۹۴-۱۳۹۳ را شامل می‌شد. در این پژوهش با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس ۱۰۰ نفر به‌عنوان نمونه انتخاب شدند. مقیاس‌های رفتار غیرعادی کودکان (۱۹۸۶)، فرم کوتاه‌شده آزمون علائم روانی (۱۹۷۳)، مقیاس کارکرد انطباقی و اینلند (۱۹۸۴) توسط مادران تکمیل شد. **یافته‌ها:** داده‌های پژوهش به‌وسیله روش آماری رگرسیون چندگانه از طریق نرم‌افزار SPSS مورد تجزیه تحلیل قرار گرفت. تحلیل داده‌ها نشان داد که بین مؤلفه‌های مشکلات رفتاری و کارکردهای انطباقی کودکان با تأخیرهای تحولی و آشفتگی روان‌شناختی مادران آن‌ها رابطه مثبت وجود دارد. مشکلات رفتاری ۲۵٪ از تغییرات آشفتگی روان‌شناختی و کارکردهای انطباقی ۶۳٪ از تغییرات آشفتگی روان‌شناختی را پیش‌بینی می‌کند. **نتیجه‌گیری:** یافته‌های این پژوهش نشان داد آشفتگی روان‌شناختی در بین مادران کودکان با تأخیرهای تحولی بیشتر است که احتمالاً ناشی از مشکلات رفتاری زیاد و کارکردهای انطباقی پایین در بین این کودکان است که ضرورت دارد مورد توجه قرار گیرد.

واژه‌های کلیدی: *تأخیرهای تحولی، مشکلات رفتاری، کارکردهای انطباقی، آشفتگی روان‌شناختی*

۱. دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران
۲. استاد گروه روان‌شناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران
۳. **نویسنده مسئول:** کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی کودک و نوجوان، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران

مقدمه

(اسمیث، اولیور، اینسنت، ۲۰۰۱، سلزیر، کراوس، ۲۰۰۲).

تربیت یک کودک با تأخیر تحولی با افزایش تنش والدینی^۳ و آشفتگی روان‌شناختی^۴ مرتبط است (هواسر-کرام، ورفیلد، شونکوف، کراوس، هوداپ، ۲۰۰۱). ویژگی‌هایی مانند نوع تأخیر تحولی (ساندرز و مورگان، ۱۹۹۷)، مشکلات رفتاری (فریدریک، ویلچر، کوهن، ۱۹۸۵)، اثرات مهمی بر آشفتگی والدین دارند و به احتمال زیاد، والدین تجربه‌های دیگری از تنش‌ها مانند تنش‌های اجتماعی، اقتصادی و هیجانی که با ویژگی‌های کودک مرتبط هستند را دارند (مک کوین، پترسون، ۱۹۸۲). محققان در این زمینه بیان می‌دارند که درصد بالای استرس و تنش و همچنین سلامت روانی نامطلوبی که در میان والدین کودکان مبتلا به ناتوانی و معلولیت وجود دارد باعث می‌شود که این والدین با مطالبات و درخواست‌های بیشتری نسبت به دیگر والدین روبرو باشند که این افزایش مسئولیت‌ها در زمینه‌هایی همچون نیازهای مراقبتی این کودکان و فعالیت والدین برای سر و سامان دادن و منظم کردن کارهای کودک در موقعیت‌هایی همچون مدرسه و خانواده، خود را نشان می‌دهند (مک کراتی، کوسکلی، کوهن، ۲۰۰۶).

پژوهش‌هایی که به بررسی رابطه استرس و سلامت روان در میان والدین کودکان استثنایی به‌ویژه کودکان کم‌توان ذهنی پرداخته‌اند، میزان بالایی از استرس و آشفتگی‌های روان‌شناختی از قبیل اضطراب و افسردگی را در والدین این کودکان مخصوصاً مادران در مقایسه با والدین کودکان عادی گزارش کرده‌اند (ال-کندری، ۲۰۰۶). والدین کودکان دارای تأخیرهای تحولی یک عامل خطری برای افزایش سطوح آشفتگی دارند. مخصوصاً مادران به‌طور مداوم بار سنگین داشتن یک کودک ناتوان را تحمل می‌کنند و تنش بیشتری را در مراقبت از کودک تجربه می‌کنند؛ در نتیجه همین تنش بیشتر، اغلب این مادران افسردگی،

تحول^۱ کودک اشاره به فرایندهایی دارد که در آن کودک تغییراتی را در مهارت‌های تحولی در طول دوره زمانی پیش‌بینی‌شده دارد که این‌ها نقطه عطف‌های تحولی نام دارند. وقتی کودکان نتوانند در آن دوره زمانی مورد انتظار به آن نقطه عطف‌های تحولی دست یابند، گفته می‌شود تأخیر تحولی^۲ صورت گرفته است و تأخیرهای تحولی می‌تواند در هر پنج حوزه (زبان و سخن گفتن، بینایی، حرکت و مهارت‌های حرکتی، مهارت‌های هیجانی و اجتماعی، مهارت‌های شناختی و تفکر) اتفاق بیفتد (فیرست، پالفری، ۱۹۹۴). والدین و افراد حاضر در خانواده به صورت بسیار جدی تحت تأثیر آگاهی از تأخیر تحولی کودک خود قرار گرفته و در مدت زمان کوتاهی بعد از این آگاهی، والدین باید برای این عضو تغییرات ذاتی و واقعی در ساختار و کارکرد خانواده به وجود آورند و همزمان با این تغییرات به پخش و توزیع دوباره نقش و مسئولیت‌ها در محیط خانوادگی دست زنند، چراکه این‌چنین مسئولیت‌ها و تغییرات ساختاری و کارکردی می‌تواند در زمانی طولانی تأثیرات خود را بر سلامت روانی هر دو والد بر جای گذارد (کرولیک، ترنر-هنسون، سوان، هولیدی، ۱۹۹۹). این قبیل تأثیرات بر واحدهای خانوادگی می‌تواند پیامدهای مهمی داشته باشد و ماهیتاً باعث محدودشدن و آشوب در وضعیت اقتصادی، اجتماعی و هیجانی این‌چنین خانواده‌هایی می‌گردد (خمیس، ۲۰۰۷). اغلب برای چنین والدینی (مخصوصاً مادران) استرس، پاسخ‌های هیجانی و تجربیاتی از قبیل افسردگی، اضطراب و آشفتگی‌های روانی دیگر اتفاق می‌افتد که این استرس و تنش‌ها ارتباط مستقیمی با کودک دارای تأخیر تحولی دارند، زیرا این تأخیر در تحول به همراه خود برای این والدین، درخواست‌های جدیدی را به دنبال دارد، از جمله: زمان اضافی برای مراقبت و پرستاری از کودک دارای تأخیر تحولی و تأمین منابع مالی مورد نیاز برای مخارج بعضاً سنگین این کودکان

اضطراب، مشکلات سلامتی و جدا شدن از جمع و حرمت خویشتن پائین دارند (جانستون، هسل، بلسی، الیز، فریدمن، اربا، ریس، ۲۰۰۳).

کودکانی که از لحاظ تحولی دچار نارسایی هستند ویژگی‌هایی دارند که موجب تنش و آشفتگی روان‌شناختی مادران می‌شوند، مانند تقاضاها و وابستگی‌های طولانی‌مدت برای مراقبت ویژه، ناامیدی از تأخیر تحول در دوران حساس، نگرانی راجع به ویژگی خودکارآمدی، آرزوها و اهداف از دست‌رفته والدین، جدایی از اهل خانواده و دوستان. این والدین گزارش کرده‌اند که تنش آنان از منابع چندگانه کودک، خانواده، مرحله تحولی و محیط ناشی می‌شود (ولف، فیشرمن، اسپچلی، ۱۹۸۹، به نقل از ایستیس، ۲۰۰۹). به‌عنوان مثال، داشتن یک کودک با نشانگان داوین^۵ ممکن است به یک‌باره موجب آشفتگی والدین نشود ولی شواهدی وجود دارد که والدین این کودکان تنش بیشتری را تجربه می‌کنند؛ این تنش ممکن است خاص چند ماه اول بعد از تشخیص باشد ولی احتمال زیادی وجود دارد وقتی این کودکان بزرگ‌تر هم شدند باز به دلیل مسائلی مانند یادگیری زبانی، یافتن یک مدرسه خوب و مناسب، تنش را تجربه کنند و این ممکن است منجر به ایجاد یک اختلال افسردگی و رفتارهای والدینی سازش‌نا یافته شود (ویک، کرایچ، گرنفسکی، ۲۰۰۹). والدین کودکان با نشانگان ایکس شکننده^۶ تنش بیشتری را تجربه می‌کنند ولی عواملی که موجب افزایش این تنش می‌شوند مشکلات رفتاری و هیجانی مانند تعاملات اجتماعی ضعیف با همسالان، اجتناب از تماس چشمی، اضطراب اجتماعی، فزون‌کنشی و رفتار کلیشه‌ای است که این کودکان تجربه می‌کنند (جانستون، هیسل، بلسی، فریدمن، الیز، ریس، ۲۰۰۳).

در آخرین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی^۷، اُتیسیم^۸ هم به‌عنوان یکی از اختلال‌های عصبی تحولی^۹ طبقه‌بندی می‌شود که در

آن تأخیر در تحول صورت می‌گیرد؛ همپوشی قابل توجهی بین ویژگی‌های اُتیسیم و سایر تأخیرهای تحولی وجود دارد. مطالعات متعددی نشان دادند که مادران کودکان اُتیسیم به طور پایدار سطوح استرس بیشتری نسبت به مادران کودکان با دیگر تأخیرهای تحولی مانند نشانگان داوین، یا دیگر تأخیرهای تحولی و آنهایی که به‌طور طبیعی رشد می‌کنند، دارند (بکر، اریکسن و بروکمن، استاهمر، ۲۰۰۴، بروملی، هار، داویسون، امرسون، ۲۰۰۴، آیزنهاور، بکر، بلاچر، ۲۰۰۵، ایستس، مانسون، داوسون، کوهلر، ژوو، ابوت، ۲۰۰۹، پیسولا و کوساکوسکا، ۲۰۱۰). والدین کودکان مبتلا به اُتیسیم با چالش‌های بی‌شمار مانند گرفتن یک تشخیص، یافتن درمان و برنامه آموزشی مناسب، و بار مالی اضافی برای دریافت خدمات مواجه هستند؛ در نتیجه کنار آمدن با این چالش‌ها و بسیاری از چالش‌های مرتبط با داشتن یک کودک اُتیسیم، والدین سطح بیشتری از افسردگی و استرس را تجربه می‌کنند و در کل آرامش روانی در آنان پایین‌تر است (ایستس و همکاران، ۲۰۰۹). مطالعات متعددی گزارش کرده‌اند شدت علائم اُتیسیم به طور مثبت با تنش والدینی مرتبط است، و شدت علائم اُتیسیم را با در نظر گرفتن برخی ویژگی‌های متفاوت کودک مانند بیش‌فعالی، رفتارهای خودآسیب‌زنی و صرع تعریف کرده‌اند (بیکو ۱۹۸۷، هوماتیدیس، کانستانتاریس، ۱۹۹۸، سیگمن، کارساری، ۱۹۹۷؛ جانسون و هستینگز، ۲۰۰۱). ویژگی غیر قابل پیش‌بینی بودن و مبهم بودن در اُتیسیم منبع بسیار مهم استرس است که حالات هیجانی خاصی را بر والدین تحمیل می‌کند (ولف، نوح، فیشرمن، اسپچلی، ۱۹۸۹).

ویژگی‌های مشترکی در کودکان با دامنه‌ای از ناتوانی‌های تحولی وجود دارد که امکان دارد در افزایش آشفتگی روان‌شناختی این مادران سهیم باشد. دو مورد از این ویژگی‌ها مشکلات رفتاری و کارکردهای انطباقی آسیب‌دیده در این کودکان هستند. راجع به سهم مشکلات رفتاری کودک و

سطوح تنش و آشفتگی بیشتری دارند. تأخیرهای تحولی به علت ناتوانی و خللی که در رشد مهارت‌های ارتباطی، تعاملی، کلامی و شناختی افراد مبتلا ایجاد می‌کند، تقریباً تمامی اعضای خانواده و اطرافیان فرد دچار تأخیر تحولی را کم‌وبیش درگیر مسائل ناشی از این بیماری می‌کند و به‌نوعی برای آن‌ها منبع تنش و آشفتگی می‌گردد. با توجه به تأثیر این پیامدها بر روند پیشرفت کودک و همچنین پراکنده بودن مطالعات خارجی و نبود پژوهش در داخل کشور به نظر می‌رسد تشخیص میزان تنش و آشفتگی روان‌شناختی این والدین مخصوصاً مادران این کودکان و همچنین شناسایی تنش‌آورها و چالش‌هایی که با آن روبرو هستند می‌تواند به متخصصان کمک کند که راهکارهای مناسبی را برای کاهش تنیدگی و آشفتگی روان‌شناختی این والدین ارائه دهند و به آن‌ها در درک اختلال کودک و چگونگی اداره رفتارهای مخرب کودک کمک کنند و اساس شایستگی و حرمت خود را در آن‌ها افزایش دهند. همچنین، نتایج این پژوهش از بُعد افزایشی می‌تواند باعث تقویت دانش روان‌شناسی در این حوزه شود و راهگشایی برای شناسایی سایر عوامل دخیل در تنیدگی و آشفتگی روان‌شناختی این مادران باشد؛ بنابراین، هدف پژوهش حاضر پاسخ به این سؤال است که آیا مشکلات رفتاری و کارکردهای انطباقی کودکان با تأخیرهای تحولی بر میزان آشفتگی روان‌شناختی مادران تأثیر دارد؟

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

طرح این پژوهش توصیفی، از نوع همبستگی بود. جامعه آماری در پژوهش حاضر شامل تمامی مادران کودکان ۶-۱۱ ساله مبتلا به اُتیسْم مراجعه‌کننده به مراکز آموزشی و توان‌بخشی و دانش‌آموزان مدارس با نیازهای ویژه شهر تبریز در سال تحصیلی ۹۴-۱۳۹۳ بودند. نمونه مورد مطالعه نیز تعداد ۱۰۰ نفر از مادران (۵۰ نفر مادر کودک مبتلا به اُتیسْم و ۵۰ نفر مادر

کارکردهای انطباقی آسیب‌دیده در افزایش آشفتگی روان‌شناختی مادران شواهد ترکیبی وجود دارد، از لحاظ مشکلات رفتاری پژوهش‌هایی که به‌وسیله هوماتیدیس و کان استانتاریس (۱۹۸۹) انجام شد آشکار کرد که آسیب زدن به خود در کودکان اُتیسْم، افزایش آشفتگی مادران این کودکان را پیش‌بینی می‌کند (ایستیس، مانسون، داوسون، کوهلر، زو، ۲۰۰۹). این یافته‌ها با مطالعه کودکان با ناتوانی‌های تحولی غیر اُتیسْتیک هماهنگ است که در آن مشکلات رفتاری کودک به‌عنوان اصلی‌ترین منبع در افزایش آشفتگی‌های والدین هستند (بکر، ۲۰۰۲، یک، ۲۰۰۴، هواسر کرام، ۲۰۰۱، هوداپ، ۲۰۰۳).

دیگر ویژگی بالقوه کودک که ممکن است در افزایش تنش و آشفتگی والدین سهیم باشد آسیب در کارکردهای انطباقی است؛ والدین کودکانی که مهارت‌های زندگی روزانه کمتری دارند در مراقبت و پرورش کودک با افزایش مسئولیت روبرو هستند، برای مثال این کودکان در یک سری از فعالیت‌های اساسی مانند لباس پوشیدن، حمام رفتن، توالیت رفتن به کمک‌های بیشتری نیاز دارند. ممکن است این افزایش مطالبات منجر به افزایش تنش والدینی یا آشفتگی روان‌شناختی شود. با این حال، شواهد راجع به ارتباط بین کارکردهای انطباقی و آشفتگی روان‌شناختی والدین متناقض است. دو مطالعه گزارش کردند که کارکرد انطباقی بهتر در کودکان با افزایش احساس مادر خوب بودن مرتبط است (فیتزجرالد، برک بک، متیوز، ۲۰۰۲، هریس، تومانیک، هاوکینز، ۲۰۰۴). دو مطالعه هم گزارش کردند که هیچ ارتباطی بین تنش و آشفتگی روان‌شناختی والدینی و کارکردهای انطباقی وجود ندارد (بک، دیلی، هستینگر، استیونسن، ۲۰۰۴، لکوالیر، لئون و ویلتز، ۲۰۰۶).

با توجه به نتایج پژوهش‌های قبلی می‌توان چنین گفت که مادران کودکان با تأخیرهای تحولی، مخصوصاً مادران کودکان مبتلا به اُتیسْم به طور پایدار

ضریب همسانی (۰/۸۷ تا ۰/۹۶) و ضریب آلفای (۰/۷۶ تا ۰/۹۶) توسط مارشورن و آمان (۱۹۹۲) گزارش شده‌اند (آمان، ۲۰۰۷).

فرم کوتاه آزمون تجدیدنظر شده علائم روانی (SCL-25) پرسشنامه SCL-25 فرم کوتاه شده^{۱۱} SCL-90 است و با هدف در دسترس قراردادن فرمی کوتاه و معتبر برای سنجش اختلالات روانی با استفاده از سؤالات SCL-90 توسط نجاریان و داوودی در سال ۱۳۸۰ ساخته شده است. بدین صورت که محققان پرسشنامه اصلی را بر روی نمونه‌ای ۸۰۱ نفری از دانشجویان دانشگاه چمران اهواز اجرا کردند. سپس سؤالات با الگوی مؤلفه‌های اصلی و چرخش واریماکس تحلیل عاملی شد و سؤالاتی که بار عاملی بالاتر از ۰/۷۸۵ داشتند از میان سؤالات گزینش شدند. کل سؤالات به‌عنوان یک عامل در نظر گرفته شد که در مجموع ۴/۵۰٪ از واریانس کل را تبیین می‌کرد. محاسبه همبستگی خرده مقیاس‌های آزمون ۲۵ سؤالی با ۹۰ سؤالی همبستگی ۰/۸۰ تا ۰/۹۷ را برای کل نمونه نشان داد که نشان از روایی بالای نسخه ۲۵ سؤالی داشت. همسانی درونی نسخه ۲۵ سؤالی ۰/۹۷ برای زنان و ۰/۹۸ برای مردان به دست آمد. ضرایب بازآزمایی نیز با فاصله ۵ هفته در کل نمونه ۰/۷۸، زنان ۰/۷۷ و مردان ۰/۷۹ به دست آمد. روایی همگرا و واگرایی نسخه جدید نیز از طریق اجرای همزمان با مقیاس افسردگی عمومی (ANQ) ۰/۶۹، پرسشنامه افسردگی بک ۰/۴۹، مقیاس کمال‌گرایی اهواز ۰/۶۶، مقیاس سرسختی ۰/۵۶ گزارش شده که همه در سطح ۰/۱ معنادار است، همچنین با SCL-90 برابر ۰/۹۷ گزارش شده است. هشت خرده مقیاس جسمانی سازی (۶ سؤال) - وسواس و اجبار (۳ سؤال) - حساسیت بین فردی (۳ سؤال) - افسردگی (۲ سؤال) - اضطراب (۳ سؤال) - هراس (۳ سؤال) - پارانوئیا (۱ سؤال) - روان گسسته‌گرایی (۳ سؤال) را می‌سنجد و دارای یک ماده اضافی (ماده ۱۸) نیز هست که نمره آن تنها در نمره کل محاسبه می‌شود.

کودک با تأخیرهای تحولی) با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ملاک‌های ورود آزمودنی‌ها به پژوهش عبارت بودند از: مبتلا بودن به اختلال طیف اتیسم و تحت آموزش بودن در یکی از مراکز درمانی و توان‌بخشی مورد تأیید سازمان بهزیستی، داشتن تأخیر تحولی حداقل در یک زمینه و مشغول به تحصیل در یکی از مدارس کودکان با نیازهای ویژه، سن ۶ تا ۱۱ سال و نداشتن اختلال همبود. پس از توضیح اهداف پژوهش برای مادران و جلب رضایت آگاهانه از آن‌ها، مقیاس‌های رفتار غیرعادی کودکان (۱۹۸۶)، فرم کوتاه‌شده آزمون علائم روانی (۱۹۷۳)، و مقیاس کارکرد انطباقی واینلند (۱۹۸۴) توسط مادران تکمیل شد.

ابزار

چک لیست رفتار غیرعادی

چک‌لیست رفتار غیرعادی^۷ مشکلات رفتاری شناخته‌شده در یک شخص با عملکرد متوسط از ناتوانی‌های تحولی را اندازه می‌گیرد. چک‌لیست رفتار غیرعادی توسط آمان و سینگ در سال ۱۹۸۶ ساخته شده است. این پرسشنامه شامل ۵۸ گویه و پنج خرده مقیاس است که عبارت‌اند از: ۱- تحریک‌پذیری، هیجان، گریه کردن ۲- بی‌علاقگی، کناره‌گیری اجتماعی ۳- رفتار کلیشه‌ای ۴- فزون کنشی ۵ - سخنان نامناسب. این ابزار، مشکلات رفتاری شناخته‌شده در یک شخص با عملکرد متوسط از ناتوانی‌های تحولی را اندازه می‌گیرد. در این ابزار از مراقبین کودک خواسته می‌شود در مورد رفتار کودک در چهار هفته گذشته با توجه به گزینه‌های پرسشنامه نظر دهند. گزینه‌ها به صورت رفتار هیچ مشکلی ندارد (۰)، رفتار مشکل اما با درجه کمتری (۱)، رفتار مشکل با درجه متوسط (۲)، رفتار مشکل با درجه شدید (۳) نمره‌گذاری می‌شود. ضریب همسانی آن بین ۰/۸۷ تا ۰/۹۶ گزارش شده است (آمان، ۲۰۱۲). ضریب همسانی (۰/۸۰ تا ۰/۸۹) و ضریب آلفای (۰/۸۲ تا ۰/۹۴) توسط روجاهن و هلسل (۱۹۹۱)،

که دارای چهار قلمرو ارتباطی، مهارت‌های زندگی روزانه (مانند لباس پوشیدن، غذا خوردن، توال رفتن) اجتماعی‌شدن، مهارت‌های حرکتی و رفتار سازش‌نیافته است، اجرای قلمرو مهارت‌های حرکتی و رفتار سازش‌نیافته اختیاری است. فرم فارسی این ابزار ۲۸۰ گویه دارد و در این پژوهش نمره کلی مد نظر بوده است. برای نمره‌گذاری معمولاً از سه نمره صفر، یک و دو استفاده می‌شود که این نمرات بر اساس ملاک‌هایی است که برای هر سؤال در جلوی آن آمده است توسط مراقبین تعیین می‌شود. بدین‌صورت که گویه‌هایی که به طور معمول و از روی عادت انجام می‌گیرد (۲ نمره) و اگر بعضی وقت‌ها اجرا می‌شود و یا در اجرای بخشی از آن فرد توانایی دارد (۱ نمره) و اگر کودک هرگز فعالیت موردنظر را انجام نمی‌دهد (نمره صفر) می‌گیرد. اگر فرد به علت محدودیت موقعیت‌های محیطی که داشته فعالیت موردنظر را انجام ندهد نمره (N) می‌گیرد و اگر پاسخگو از عملکرد فرد درباره آن فعالیت موردنظر اطلاعی نداشته باشد (DK^1) ثبت می‌شود. در اجرای هر قلمرو واینلند در جایی که آزمودنی هفت گویه پیاپی را نمره دو بگیرد به‌عنوان نقطه پایه برای وی در نظر گرفته می‌شود و زمانی که فرد در هفت گویه به طور پیاپی نمره صفر بگیرد به‌عنوان سقف در نظر گرفته می‌شود و پس از پایان اجرای همه قلمروها، نمره‌های هر قلمرو به طور جداگانه محاسبه و سپس نمره کلی را از مجموع نمره‌های هر قلمرو به دست می‌آوریم.

یافته‌ها

در جدول زیر شاخص‌های توصیفی و ضرایب همبستگی متغیرهای پژوهش ارائه شده است.

نتایج حاصل از مطالعه نجاریان و داوودی در بررسی مشخصات روان‌سنجی نشان داد که فرم کوتاه آزمون تجدیدنظر شده علائم روانی با وجود کاهش ۶۵ ماده‌ای از مجموع ۹۰ ماده مقیاس اصلی، همبستگی بالایی با آن دارد (۰/۹۵). کوتاه بودن مقیاس، همسانی درونی خوب و ضرایب اعتبار نسبتاً رضایت‌بخش و روایی خوب مبتنی بر همبستگی مرتبط، مقیاس فرم کوتاه آزمون تجدیدنظر شده علائم روانی را یک مقیاس مناسب برای پژوهش در جمعیت غیر بالینی می‌سازد (نجاریان، داوودی، ۱۳۸۰).

مقیاس رفتار انطباقی واینلند

مقیاس رفتار انطباقی واینلند توسط اسپارو و همکاران در سال (۱۹۸۴) ساخته و منتشر شده است و برای اندازه‌گیری رفتارهای انطباقی کودک از تولد تا ۱۸ سال و ۱۱ ماه طراحی شده است و ۲۹۷ گویه دارد. این مقیاس در کرمان هنجاریابی شده است (یاسمی، واعظی، زامیاد، ۱۳۷۱). یافته‌های مربوط به پایایی مقیاس با ضریب پایایی ۰/۹۷ با یافته‌های اسپارو و همکاران (۱۹۸۵) تطابق دارد. آن‌ها ضرایب پایایی بازآزمایی کل مقیاس را بین ۰/۸۰ تا ۰/۹۰، در قلمرو اجتماعی‌شدن بین ۰/۷۸ تا ۰/۹۴ و در قلمرو حرکتی بین ۰/۷۰ تا ۰/۹۵ گزارش کرده‌اند. همچنین ضرایب پایایی ارزیاب‌ها برای قلمرو ارتباطی، زندگی روزمره، اجتماعی‌شدن، مهارت‌های حرکتی و رفتار انطباقی مرکب به ترتیب ۰/۷۵، ۰/۷۲، ۰/۶۲، ۰/۷۸ و ۰/۷۴ گزارش شده است (۳۹). کارتر و همکاران (۱۹۹۸) ضریب همسانی ۰/۹۳ تا ۰/۹۹ برای هر چهار قلمرو گزارش کرده‌اند (۴۰). توکلی و همکاران (۱۳۷۹) ضریب پایایی در قلمرو ارتباطی بین ۰/۸۱ تا ۰/۹۴، در قلمرو مهارت‌های زندگی روزمره بین ۰/۷۹ تا ۰/۸۹، در قلمرو اجتماعی‌شدن بین ۰/۸۰ تا ۰/۸۸، در قلمرو مهارت‌های حرکتی بین ۰/۸۳ تا ۰/۹۲، در بخش مرکب رفتار انطباقی بین ۰/۸۴ تا ۰/۹۲ گزارش کرده‌اند. ابزار این بررسی همان فرم زمینه‌یابی است

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی و ماتریس ضرایب همبستگی بین متغیرهای مورد مطالعه

متغیرها	میانگین	انحراف استاندارد	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱
آشفتگی	۳۱/۶۲	۱۹/۰۳	۱										
روان‌شناختی				۱									
مشکلات رفتاری	۵۱/۴۸	۳۷/۶۳	۰/۵۰**	۱									
خود تحریکی	۱۴/۱	۱۰/۲۲	۰/۵۰**	۰/۹۴**	۱								
کناره‌گیری اجتماعی	۱۱/۵۶	۱۰/۶۲	۰/۵۰**	۰/۸۳**	۰/۷۳**	۱							
رفتار کلیشه‌ای	۶/۹۲	۶/۴۴	۰/۴۱**	۰/۸۹**	۰/۷۹**	۰/۶۸**	۱						
فزون‌کنشی	۱۶/۲۸	۱۰/۹۳	۰/۴۲**	۰/۹۳**	۰/۹۱**	۰/۶۵**	۰/۷۹**	۱					
سخنان نامناسب	۳/۳۵	۳/۰۳	۰/۷۲**	۰/۴۲**	۰/۴۵**	۰/۲۶*	۰/۳۴**	۰/۴۴**	۱				
کارکرد انطباقی	۸۹/۴۱	۲/۶۱	-۰/۲۵*	-۰/۴۲**	-۰/۳۹**	-۰/۴۰**	-۰/۳۵**	-۰/۴۰**	-۰/۲۰*	۱			
ارتباط	۸۷/۱۲	۳۱/۹۷	-۰/۱۵	-۰/۳۴**	-۰/۳۶**	-۰/۲۱*	-۰/۳۳**	۰/۳۷**	-۰/۲۶*	۰/۸۱**	۱		
مهارت‌های زندگی روزمره	۸۸/۷۴	۳۳/۹۳	-۰/۲۶*	-۰/۳۷**	-۰/۳۴**	-۰/۴۲**	-۰/۳۰**	-۰/۳۴**	-۰/۱۸	۰/۹۱**	۰/۵۹**	۱	
مهارت‌های اجتماعی	۹۴/۳۸	۳۴/۹۱	-۰/۲۴*	-۰/۴۰**	-۰/۳۵**	-۰/۴۳**	-۰/۳۲**	-۰/۳۶**	-۰/۱۰	۰/۹۲**	۰/۶۰**	۰/۸۳**	۱

معناداری وجود ندارد. بین کارکردهای انطباقی کودکان با تأخیرهای تحولی و آشفتگی روان‌شناختی مادران رابطه معناداری وجود دارد. ارتباط بین خرده مقیاس‌های کارکردهای انطباقی و آشفتگی روان‌شناختی در خرده مقیاس مهارت‌های اجتماعی و مهارت‌های زندگی روزمره معنادار است ولی در خرده مقیاس ارتباط رابطه معناداری وجود ندارد.

مندرجات جدول ۲ نشان می‌دهد که بین مشکلات رفتاری کودکان با تأخیرهای تحولی و آشفتگی روان‌شناختی مادران رابطه مستقیم و معناداری وجود دارد. رابطه بین خرده مقیاس‌های مشکلات رفتاری با آشفتگی روان‌شناختی مادران در خرده مقیاس‌های تحریک‌پذیری، کناره‌گیری اجتماعی، رفتار کلیشه‌ای، بیش‌فعالی معنادار است ولی در خرده مقیاس سخنان نامناسب رابطه

جدول ۲. خلاصه نتایج رگرسیون مشکلات رفتاری و کارکردهای انطباقی در پیش‌بینی آشفتگی روان‌شناختی

مدل	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری
رگرسیون باقیمانده کل	۸۳۵۶/۵۳۵	۱	۸۳۵۶/۵۳۵	۳۰/۷۶۸	۰/۰۰۰
رگرسیون باقیمانده کل	۲۳۹۰۰/۶۲۱	۸۸	۲۷۱/۵۹۸		
رگرسیون باقیمانده کل	۳۲۲۵۷/۱۵۶	۸۹			
رگرسیون باقیمانده کل	۲۰۲۷/۵۰۴	۱	۲۰۲۷/۵۰۴	۵/۹۰۲	۰/۰۱۷
رگرسیون باقیمانده کل	۳۰۲۲۹/۶۵۱	۸۸	۳۴۳/۵۱۹		
رگرسیون باقیمانده کل	۳۲۲۵۷/۱۵۶	۸۹			

نتیجه گرفت که مشکلات رفتاری و کارکردهای انطباقی قادر هستند تغییرات متغیر ملاک (آشفتگی روان‌شناختی) را به‌طور معنادار پیش‌بینی کنند.

مدل رگرسیون با توجه به نتایج جدول فوق، مشکلات رفتاری با $F= ۳۰/۷۶۸$ و $P=۰/۰۰۱$ ، کارکردهای انطباقی با $F= ۵/۹۰۲$ و $P= ۰/۰۰۰$ از نظر آماری معنادار است. مبتنی بر این یافته‌ها می‌توان

جدول ۳. ضرایب مربوط به رابطه بین مشکلات رفتاری با آشفتگی روان‌شناختی

سطح معنی‌داری	T آزمون	ضرایب استاندارد		مدل
		ضرایب استاندارد	خطای استاندارد	
۰/۰۰۱	۶/۱۵۷	۰/۵۰۹	۲/۹۶۸	مقدار ثابت مشکلات رفتاری
۰/۰۰۱	۵/۵۴۷		۰/۰۴۶	
۰/۰۰۱	۷/۵۱۷	۰/۲۵۱	۶/۰۶۲	مقدار ثابت
۰/۰۱۷	-۲/۴۲۹		۰/۰۲۲	کارکردهای انطباقی

است. به دلیل عدم مطالعات کافی در این زمینه نتایج ناهمسو با این پژوهش وجود ندارد. مبتنی بر این یافته‌ها می‌توان استنباط کرد که مشکلات رفتاری کودکان با تأخیرهای تحولی قادر هستند تغییرات آشفتگی روان‌شناختی مادران را به‌طور معنادار تبیین کنند. این مطالعه شواهدی را آشکار کرد که نشان می‌دهد که سطوح بالای مشکلات رفتاری کودکان با تأخیرهای تحولی به‌طور قابل‌توجهی با افزایش آشفتگی روان‌شناختی مادران این کودکان مرتبط است. در تبیین این نتیجه می‌توان گفت رفتارهایی پرخاشگری و خودآسیب‌زنی که این کودکان از خود نشان می‌دهند موجب تأثیر منفی بر اطرافیان در پاسخ به رفتار آن‌ها نیز به خودشان بازمی‌گردد. در توانایی آن‌ها برای یادگیری تداخل ایجاد می‌کند و باعث ایجاد الگوهای نابهنجار در تغذیه و خواب این کودکان می‌شود. زندگی روزمره خانواده را مختل می‌کند، برای خانواده به‌صورت مشکل منحصربه‌فرد و عامل ایجاد تنش مطرح می‌شود. وجود این رفتارها همراه با انجام برخی حرکات کلیشه‌ای است که دائماً و در طی روز مرتب تکرار می‌شود و مادر شاهد این رفتار غیرعادی است و از سوی دیگر قادر نیست آن را کاهش دهد یا از بین ببرد و در نتیجه، احساس عدم مدیریت در محیط خود در مادر ایجاد می‌شود و این احساس درماندگی موجب افسردگی، اضطراب، آشفتگی روان‌شناختی و تنش در مادر می‌شود. رفتارهای خودآسیب‌زنی، پرخاشگری و قشقرق در صورت تداوم یا با افزایش سن کودک مشکلات بیشتری را در پی

نتایج حاصل از تحلیل رگرسیون چندگانه نشان می‌دهد که ضریب همبستگی بین متغیرهای پیش‌بین (مشکلات رفتاری) و ملاک (آشفتگی روان‌شناختی) ۰/۵۰۹ است و مشکلات رفتاری ۲۵٪ از تغییرات آشفتگی روان‌شناختی را پیش‌بینی می‌کند. با توجه به ضریب بتای به‌دست‌آمده می‌توان استنباط کرد که در تبیین آشفتگی روان‌شناختی، مشکلات رفتاری دارای ضریب بتای ۰/۵۰۹ و معنادار است. ضریب همبستگی بین متغیرهای پیش‌بین (کارکرد انطباقی) و ملاک (آشفتگی روان‌شناختی) ۰/۲۵ است و کارکردهای انطباقی ۶۳٪ از تغییرات آشفتگی روان‌شناختی را پیش‌بینی می‌کند. مبتنی بر این یافته‌ها می‌توان نتیجه گرفت که کارکردهای انطباقی قادر است تغییرات متغیر ملاک (آشفتگی روان‌شناختی) را به‌طور معنادار پیش‌بینی کند. در تبیین آشفتگی روان‌شناختی، کارکرد انطباقی دارای ضریب معنادار (۰/۲۵۱) است.

بحث و نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر سهم نسبی دو نمونه از ویژگی‌های کودکان با تأخیرهای تحولی شامل مشکلات رفتاری و کارکردهای انطباقی در میزان آشفتگی روان‌شناختی مادران را بررسی کرد.

در این مطالعه با توجه به گزارش‌های مادران کودکان با تأخیرهای تحولی بین مشکلات رفتاری این کودکان با آشفتگی روان‌شناختی مادران رابطه مثبت وجود داشت. نتایج این مطالعه با نتایج دو پژوهش انجام‌شده توسط ایستیس، مانسون، داوسون (۲۰۰۹)، ایستیس، السون، سالیوان و گرینسون (۲۰۱۳) همسو

استنباط کرد که کارکردهای انطباقی کودکان با تأخیرهای تحولی قادرند تغییرات آشفته‌گی روان‌شناختی مادران را به‌طور معناداری تبیین کنند. این یافته با یافته‌های فیتزجرالد، برکبک و ماتیوز (۲۰۰۲)، تومانیک، هریس و هاوکینز (۲۰۰۴)، همسو است، ولی با یافته‌های ایستیس و همکاران در ۲۰۰۹، بک و همکاران، ۲۰۰۴، لکاوالیر، لئون، ویلتز، ۲۰۰۶، ناهمسو است. در تبیین این نتایج می‌توان گفت که والدین، مخصوصاً مادران این کودکان، با مشاهده پایین بودن و نامناسب بودن این مهارت‌ها در کودک خود در موقعیت‌های اجتماعی، ارتباط کودک‌شان با اطرافیان و مهارت‌های روزمره، دچار آشفته‌گی و تنش می‌شوند. به‌عنوان مثال، در مهارت‌های روزمره، هر کودکی نیاز به این مهارت‌ها دارد تا خودش شخصاً نیازهای اولیه خود مانند توالیت رفتن، استحمام، لباس پوشیدن، غذا خوردن را انجام دهد، یا نیاز به مهارت‌های اجتماعی مانند نشان دادن احساس غم و شادی یا ترس و ناراحتی، توجه به احساس‌ها و علایق دیگران، شرکت در بازی‌ها و رعایت کردن قواعد بازی‌ها در بازی‌کردن با همسالان، داشتن دوست هم‌سن و هم‌جنس و مهارت‌های ارتباطی مانند اینکه وقتی کسی صحبت می‌کند به او توجه کند، بیان و دریافت کودک و مانند این‌ها مهارت‌هایی هستند که مادران این کودکان مشاهده می‌کنند و می‌فهمند فرزندشان در آن مهارت‌ها مشکلاتی دارند و این‌ها مادر را از لحاظ سلامت روانی دچار مشکل می‌کند و منجر به آشفته‌گی روان‌شناختی مادران می‌شود.

مهم است در تفسیر نتایج این مطالعه به این نکته توجه شود که افزایش در علائم مرتبط با تنش والدینی، اضطراب و افسردگی نیازمند توجه بالینی و پژوهشی است و ممکن است با کاهش کیفیت زندگی والدین و خودکارآمدی آن‌ها مرتبط باشد (دونبرگ، بکر، ۱۹۹۳، هستینگز و براون، ۲۰۰۲، رودریگو، مورگان، ۱۹۹۲). این مطالعه نشان می‌دهد که مشکلات رفتاری می‌تواند جزو اهداف مهم در درمان

خواهد داشت؛ به‌طور کلی می‌توان گفت درک چنین رفتارهایی مهم هست (ایستیس، مانسون، داوسون، کوهرل، زو ۲۰۰۹، ۲۰۱۳).

این شواهد در اشاره به مشکلات رفتاری کودکان با آشفته‌گی روان‌شناختی مادران ضروری‌اند ولی کافی نیستند. با این حال، یافته‌ها با مدل نظری هستینگز (۲۰۰۲) همسو هستند. در این مدل دوطرفه، مشکلات رفتاری کودک تنش و آشفته‌گی والدین را به وجود می‌آورند که این خود، گسیختگی‌هایی را در رفتار والدین ایجاد می‌کند و این هم موجب افزایش مشکلات رفتاری کودک می‌گردد. در نتیجه، اگر والدین بیاموزند که چگونه به دنیای فرزندانشان نفوذ کنند و چگونه از این نفوذ برای کاهش مشکلات رفتاری استفاده نمایند بسیاری از این مشکلات حل می‌شود. بنابراین، شیوع مشکلات رفتاری و تداوم آن‌ها با گذشت زمان و هزینه‌ای که این مشکلات برای خانواده و جامعه در پی دارد و نیز پیش‌آگهی ضعیف آن‌ها حاکی از لزوم پیشگیری اولیه و مداخلات زودهنگام است. عدم آگاهی والدین از این رفتارها موجب تشدید این رفتارها می‌شود و اگر والدین در مورد این رفتارها و نحوه مقابله با آن‌ها اطلاع کافی داشته باشند این آگاهی به آن‌ها احساس مدیریت خواهد داد و نیز موجب حذف بسیاری از این مشکلات رفتاری کودکان خواهد گشت، که این کاهش به احتمال زیاد منجر به کاهش آشفته‌گی روان‌شناختی والدین می‌شود.

در کودکان با تأخیرهای تحولی کارکردهای انطباقی یعنی مهارت‌های ارتباطی، مهارت‌های روزمره و مهارت‌های اجتماعی شدن پایین است. یافته‌های این مطالعه در پاسخ به این سؤال که آیا بین کارکردهای انطباقی کودکان با تأخیرهای تحولی با افزایش آشفته‌گی روان‌شناختی مادران ارتباط وجود دارد، یعنی مشکل در کارکردهای انطباقی باعث افزایش آشفته‌گی روان‌شناختی مادران می‌شود، ارتباط معناداری پیدا کرد. بر مبنای این یافته‌ها می‌توان

بررسی قرار گیرند و آموزش‌های لازم در مورد شناسایی این مشکلات و نحوه برخورد با این مشکلات به مادران ارائه شود. خدمات مشاوره‌ای و درمانی برای مادران این کودکان در مراکز آموزشی و درمانی مورد نیاز است تا مادران از سلامت روانی کافی برای رشد و پرورش این کودکان برخوردار شوند. با توجه به نتایج پژوهش حاضر، پیشنهاد می‌شود هم عوامل مورد بررسی در این مطالعه و هم عوامل دیگری مانند سطوح اقتصادی-اجتماعی خانواده‌ها، ویژگی‌های شخصیتی مادران این کودکان، سن کودکان، شدت این اختلال‌ها و همکاری بین والدین این کودکان در میزان تنش و آشفتگی روان‌شناختی مادران آن‌ها مورد بررسی قرار گیرد.

سیاسگزاری

در اینجا لازم است از مراکز، مدارس و همه مادرانی که صبورانه، با همه مشکلات و سختی‌ها، در این پژوهش با ما همکاری داشتند نهایت تقدیر و تشکر به عمل آید.

پی‌نوشت‌ها

1. Development
2. Developmental delays
3. Parenting stress
4. Psychological Distress
5. Down Syndrome
6. Fragile X
7. Diagnostic and Statistical Manual Of Mental Disorders (Fifth Edition)
8. Autism
9. Neurodevelopmental Disorders
10. Aberrant Behavior checklist
11. Symptom Checklist 90 Revised
12. Don't know

منابع

- استورا، ل. (۱۹۹۱). *تنیدگی یا استرس‌بیماری جدید تمدن*. ترجمه پریخ دادستان ۱۳۷۷. تهران: انتشارات رشد.
- زامیاد، ع.، یاسمی، م.، و واعظی، ا. (۱۳۷۵). *هنجاریابی مقدماتی مقیاس رفتار انطباقی واینلند در جمعیت شهری و روستایی شهر کرمان*. *روان‌پزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۸ (۱): ۴۴-۵۵.
- سرابی جماب، م. (۱۳۸۹). *اثر برنامه آموزش والدین بر استرس و خود کارآمدی مادران کودکان مبتلا به اوتیسم*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد: دانشگاه فردوسی مشهد.
- هارونی، ا. (۱۳۸۷). *بررسی و مقایسه‌ی میزان رفتار چالش‌برانگیز در کودکان کم‌توان ذهنی با و بدون اختلال اوتیسم مراجعه‌کننده به مراکز خدمات‌رسانی اصفهان*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد: دانشگاه علامه طباطبایی.
- نجرانیان، ب.، و داوودی، ا. (۱۳۸۰). *ساخت و اعتبار یابی scl-25 (فرم کوتاه شده scl-90-R)*. *مجله روان‌شناسی*، ۵ (۲).

کودکان با تأخیرهای تحولی باشد. هدف قرار دادن این رفتارها ممکن است باعث کاهش تنش و آشفتگی روان‌شناختی والدین شود، کارکردهای روان‌شناختی والدین بهبود یابد و در نهایت باعث افزایش اثربخشی مداخلات طراحی‌شده برای افزایش رشد کودک شود. ولی تحقیقات بیشتری موردنیاز است تا روشن کند که آیا مشکلات رفتاری به‌طور علی با آشفتگی روان-شناختی مرتبط است. ممکن است فاکتورهای اضافی در مادران کودکان با تأخیرهای تحولی نقش داشته باشند مانند آموزش والدین، حوادث زندگی، کیفیت روابط زناشویی، حمایت اجتماعی و کیفیت خدمات مداخله‌ای و آموزشی برای کودکان و طیف وسیعی از عوامل که علاوه بر مشکلات رفتاری و سطح توسعه بر والدین تأثیر بگذارد. بنابراین، برای توسعه مدل کامل-تری از عواملی که آشفتگی روان‌شناختی را در این والدین افزایش می‌دهد تحقیقات بیشتری موردنیاز است. همچنین، توسعه مداخلات با هدف قرار دادن توانایی والدین در مدیریت و کاهش مشکلات رفتاری، یک هدف مهم برای تحقیقات آینده در نظر گرفته می‌شود. اگرچه این مطالعه آشفتگی روان‌شناختی را بررسی کرد ولی ما نمی‌توانیم فرض کنیم که نمرات بالا در این مقیاس نشان‌دهنده آسیب روان‌شناختی مادر باشد. کوین و داوون (۱۹۹۱) اشاره کرده‌اند که ارتباط بین نمرات حاصل از خود گزارشی‌ها و تشخیص‌های روان‌پزشکی پیچیده هستند؛ و همچنین مطرح شده است بالا بودن این مقیاس‌ها و همچنین مقیاس‌های مشابه ممکن است با پیامدهای رشدی غیرمطلوب کودک مرتبط باشد.

مشکل دسترسی به نمونه وسیع‌تر، اجرای همزمان هر دو پرسشنامه و مصاحبه به صورت یکجا، کمبود وقت برای اجرا و عدم همکاری مراکز از محدودیت‌های پژوهش بود. با توجه به نتایج این پژوهش، پیشنهاد می‌شود که در زمینه مشکلات رفتاری این کودکان و تأثیرش بر سلامت روانی مادران این کودکان، هر دو گروه به‌طور جداگانه مورد

- Aman, M. G. (2013). Aberrant Behavior Checklist: Current identity and future developments. *Clinical & Experimental Pharmacology*, 2012.
- Aman, M.G. (2007). Annotated bibliography on the aberrant behavior checklist (ABC). *Unpublished Manuscript. The Ohio State University, Columbus, OH*. June update.
- Al-Kandari, H. (2006). Parenting Stressors of Mothers of Children with and without Disabilities. *Journal of the Social Sciences*, 34 (3).
- Baker, B. L., Blacher, J., Kopp, C. B., & Kraemer, B. (1997). Parenting children with mental retardation. *International review of research in mental retardation*, 20, 1-45.
- Baker-Ericzén, M. J., Brookman-Frazee, L., & Stahmer, A. (2005). Stress levels and adaptability in parents of toddlers with and without autism spectrum disorders. *Research and practice for persons with severe disabilities*, 30 (4), 194-204.
- Beck, A., Daley, D., Hastings, R. P., & Stevenson, J. (2004). Mothers' expressed emotion towards children with and without intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 48 (7), 628-638.
- Bebko, J. M., Konstantareas, M. M., & Springer, J. (1987). Parent and professional evaluations of family stress associated with characteristics of autism. *Journal of autism and developmental disorders*, 17 (4), 565-576.
- 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.
- Derogatis, L. R., Rickels, K., & Rock, A. F. (1976). The SCL-90 and the MMPI: a step in the validation of a new self-report scale. *The British Journal of Psychiatry*, 128 (3), 280-289.
- Donenberg, G., & Baker, B. L. (1993). The impact of young children with externalizing behaviors on their families. *Journal of abnormal child psychology*, 21 (2), 179-198.
- Eisenhower, A. S., Baker, B. L., Blacher, J. (2005). Preschool children with intellectual disability: syndrome specificity, behavior problems, and maternal well-being. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49 (9), 657-71.
- Estes, A., Munson, J., Dawson, G., Koehler, E., Zhou, X. H., & Abbott, R. (2009). Parenting stress and psychological functioning among mothers of preschool children with autism and developmental delay. *Autism*, 13 (4), 375-387.
- Estes A, Olson E., Sullivan K., Greenson, J., Winter, J., Dawson, G., Munson, J. (2013). Parenting-related stress and psychological distress in mothers of toddlers with autism spectrum disorders. *Brain and Development*, 35 (2), 133-8.
- First, L. R., & Palfrey, J. S. (1994). The infant or young child with developmental delay. *New England Journal of Medicine*, 330 (7), 478-483.
- Friedrich, W. N., Wiltturner, L. T., & Cohen, D. S. (1985). Coping resources and parenting mentally retarded children. *American Journal of Mental Deficiency*.
- Fitzgerald, M., Birkbeck, G., & Matthews, P. (2002). Maternal burden in families with children with autistic spectrum disorder. *The Irish Journal of Psychology*.
- Hauser-Cram, P., Warfield, M. E., Shonkoff, J. P., Krauss, M. W., Sayer, A., Upshur, C. C., & Hodapp, R. M. (2001). Children with disabilities: A longitudinal study of child development and parent well-being. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, i-126.
- Hastings, R. P., & Johnson, E. (2001). Stress in UK families conducting intensive home-based behavioral intervention for their young child with autism. *Journal of autism and developmental disorders*, 31 (3), 327-336.
- Hastings, R. P., Kovshoff, H., Ward, N. J., Degli Espinosa, F., Brown, T., & Remington, B. (2005). Systems analysis of stress and positive perceptions in mothers and fathers of pre-school children with autism. *Journal of autism and developmental disorders*, 35 (5), 635-644.
- Hastings, R. P. (2002). Parental stress and behaviour problems of children with developmental disability. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 27 (3), 149-160.
- Hastings, R. P., & Brown, T. (2002). Behavior problems of children with autism, parental self-efficacy, and mental health. *American Journal on Mental Retardation*, 107 (3), 222-232.
- Hodapp, R. M., Ricci, L. A., Ly, T. M., & Fidler, D. J. (2003). The effects of the child with Down syndrome on maternal stress. *British Journal of Developmental Psychology*, 21(1), 137-151.
- Johnston, C., Hessel, D., Blasey, C., Eliez, S., Erba, H., Dyer-Friedman, J., ... & Reiss, A. L. (2003). Factors associated with parenting stress in mothers of children with fragile X syndrome. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 24(4), 267-275.
- Krulik, T., Turner-Henson, A., Kanematsu, Y., Al-Ma'aitah, R., Swan, J., & Holaday, B. (1999). Parenting stress and mothers of young children with chronic illness: A cross-cultural study. *Journal of Pediatric Nursing*, 14 (2), 130-140.
- Khamis, V. (2007). Psychological distress among parents of children with mental retardation in

- the United Arab Emirates. *Social Science & Medicine*, 64 (4), 850-857.
- Lecavalier, L., Leone, S., & Wiltz, J. (2006). The impact of behaviour problems on caregiver stress in young people with autism spectrum disorders. *Journal of Intellectual Disability Research*, 50 (3), 172-183.
- McCarthy, A., Cuskelly, M., van Kraayenoord, C. E., & Cohen, J. (2006). Predictors of stress in mothers and fathers of children with fragile X syndrome. *Research in developmental disabilities*, 27 (6), 688-704.
- McCubbin, H. I., & Patterson, J. M. (1981). Family Stress and Adaptation to Crises: A Double ABCX Model of Family Behavior.
- Pisula, E., & Kossakowska, Z. (2010). Sense of coherence and coping with stress among mothers and fathers of children with autism. *Journal of autism and developmental disorders*, 40 (12), 1485-1494.
- Rodrigue, J. R., Morgan, S. B., & Geffken, G. R. (1991). A comparative evaluation of adaptive behavior in children and adolescents with autism, Down syndrome, and normal development. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 21 (2), 187-196.
- Sanders, J. L., & Morgan, S. B. (1997). Family stress and adjustment as perceived by parents of children with autism or Down syndrome: Implications for intervention. *Child & Family Behavior Therapy*, 19 (4), 15-32.
- Tomanik, S., Harris, G. E., & Hawkins, J. (2004). The relationship between behaviours exhibited by children with autism and maternal stress. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 29 (1), 16-26.
- Sparrow, S. S., Balla, D. A., & Cicche, H. V. (1984). Vineland Adaptive Behavior Scales-Interview Edition Survey Form Manual. Circle Pines, American Guidance Service.
- Smith, T. B., Oliver, M. N., & Innocenti, M. S. (2001). Parenting stress in families of children with disabilities. *American journal of orthopsychiatry*, 71 (2), 257.
- Seltzer, M. M., & Krauss, M. W. (2002). Aging parents with adult mentally retarded children: Family risk factors and sources of support. *The best of AAMR: families and mental retardation: a collection of notable AAMR journal articles across the 20th century*. Washington: AAMR, 203-214.
- Turnbull, A. P., Patterson, J. M., Behr, S. K., Murphy, D. L., Marquis, J. G., & Blue-Banning, M. J. (eds.) *Cognitive Coping Families and Disability*, Baltimore, Md: Paul H. Brookes Publishing., 1993.
- McMullen, R. D., Turnbull, A. P., Patterson, J. M., Behr, S. K., Murphy, D. L., Marquis, J. G., & Blue-Banning, M. J. (1995). *Cognitive Coping, Families, and Disability*.
- Tomanik, S. S., Pearson, D. A., Loveland, K. A., Lane, D. M., & Shaw, J. B. (2007). Improving the reliability of autism diagnoses: Examining the utility of adaptive behavior. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 37 (5), 921-928.
- Van Der Veek, S. M., Kraaij, V., & Garnefski, N. (2009). Down or up? Explaining positive and negative emotions in parents of children with Down's syndrome: Goals, cognitive coping, and resources. *Journal of intellectual and Developmental Disability*, 34 (3), 216-229.
- Wolf, L. C., Noh, S., Fisman, S. N., & Speechley, M. (1989). Brief report: Psychological effects of parenting stress on parents of autistic children. *Journal of autism and developmental disorders*, 19 (1), 157-166.