MEJDS. 2022; 12:155.

Published online 2022 Nov. **Original Article**

Determining the Effectiveness of Behavior Management Training for Mothers on Internalizing and Externalizing Behavioral Problems of Children With Autism Spectrum Disorder

Habibi D[1], *Hafezi F[2] Amiri Majd M[3], Asgari P[4], Heidari A[5]

Author Address
1. PhD Student in Exceptional Child Psychology and Education, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran;
2. Assistant Professor of Psychology Department, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran;
3. Associate Professor, Department of Psychology, Abhar Branch, Islamic Azad University, Abhar, Iran;
4. Professor, Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran;
5. Associate Professor of Psychology Department, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran.
***Corresponding Author Email:** Hafezi@iauahvaz.ac.ir

Received: 2022 July 23; **Accepted:** 2022 October 10

Abstract

Background & Objectives: Autism spectrum disorder is one of the disorders related to people's brain development. At first, attention is paid to its effects on how a person communicates with society and the emergence of his/her unique and repetitive behaviors. People with autism spectrum disorder are more likely to have social problems. Children with autism spectrum disorder experience many crises that cause internalizing or externalizing behaviors. The behavior of these children is often repetitive, harmful, aggressive, and unnatural. Having a child with autism spectrum disorder is considered a challenging experience for parents and affects the foundation of the family in an all–around way. Since autism spectrum disorder causes behavioral problems, it seems necessary to implement training and intervention programs to improve people's problems. Therefore, the present study aims to determine the effectiveness of behavior management training for mothers on internalizing and externalizing behavioral problems of children with autism spectrum disorder.

Methods: The research method was quasi–experimental with a pretest–posttest design with a control group. The study's statistical population comprised all mothers with a child with high–functioning autism who were referred to the comprehensive health rehabilitation center in Tehran City, Iran in the spring and summer of 2019. Thirty qualified volunteers were included in the study using the available sampling method. Then, 15 people were randomly assigned to the experimental group and 15 to the control group. The inclusion criteria were as follows: having a child with high functioning autism diagnosed by a resident psychiatrist at Avand Health Rehabilitation Center, having minimum reading and writing literacy to complete the questionnaires, not participating in other treatment programs at the same time, and not receiving individual counseling or drug therapy. The exclusion criteria were as follows: absence of more than two sessions from the intervention and dissatisfaction with meeting participation. The research tools included Child Behavior Checklist (CBCL) (Achenbach, 1991) and Autism Spectrum Screening Questionnaire (Ehler et al. 1993). The behavior management training intervention was conducted for two months in 8 weekly sessions, each lasting 2 hours for the experimental group. To describe and analyze the data, descriptive statistics (mean and standard deviation) and inferential statistics (univariate covariance analysis and t test to compare the averages of two independent groups) were used in SPSS version 24 at a significance level of 0.05.

Results: The results showed that after removing the effect of the pretest, there were significant differences between the experimental and control groups regarding the average scores of internalizing behaviors, including anxiety/depression ($p<0.001$), withdrawal/depression ($p<0.001$), physical complaints ($p<0.001$); externalizing behaviors, including law–breaking behaviors ($p<0.001$), aggressive behaviors ($p<0.001$); and other behavioral problems, including social problems ($p<0.001$), thinking problems ($p<0.001$), and attention problems ($p<0.001$) in the posttest.

Conclusion: Based on the findings of this study, behavior management training for mothers with children with high functioning autism can be used to improve the internalizing and externalizing problem behaviors in these children.

Keywords: Behavior management training, Behavioral problems, Autism spectrum disorder.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-02-06]

Copyright © 2022, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

مجله مطالعات ناتوانی ۱۴۰۱؛ (۱۲):۱۵۵.

انتشار برخط آبان ماه ۱۴۰۱ مقاله پژوهشی اصیل

تعیین اثربخشی آموزش مدیریت رفتار به مادران بر مشکلات رفتاری درون‌نمود و برون‌نمود کودکان دارای اختلال طیف اوتیسم

دیانا حبیبی[۱]، *فریبا حافظی[۲]، مجتبی امیری مجد[۳]، پرویز عسگری[۴]، علیرضا حیدری[۵]

توضیحات نویسندگان

۱. دانشجوی دکتری گروه روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران؛

۲. استادیار گروه روان‌شناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی اهواز، ایران؛

۳. دانشیار گروه روان‌شناسی، واحد ابهر، دانشگاه آزاد اسلامی، ابهر، ایران؛

۴. استادتمام گروه روان‌شناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی اهواز، ایران؛

۵. دانشیار گروه روان‌شناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی اهواز، ایران.

***رایانامهٔ نویسندهٔ مسئول:** Hafezi@iauahvaz.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱ مرداد ۱۴۰۱؛ **تاریخ پذیرش:** ۱۸ مهر ۱۴۰۱

چکیده

زمینه و هدف: باتوجه به اینکه اختلال طیف اوتیسم موجب بروز مشکلات رفتاری می‌شود، ضروری به‌نظر می‌رسد که آموزش‌ها و برنامه‌های مداخلاتی مرتبط با آن به‌منظور بهبود مشکلات این افراد اجرا شود؛ ازاین‌رو پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی آموزش مدیریت رفتار به مادران بر مشکلات رفتاری درون‌نمود و برون‌نمود کودکان دارای اختلال طیف اوتیسم انجام شد.

روش‌بررسی: روش پژوهش، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون همراه با گروه گواه بود. جامعهٔ آماری پژوهش را تمامی مادران دارای کودک مبتلا به اختلال اوتیسم با سطح عملکرد بالا، مراجعه‌کننده به مرکز جامع توان‌بخشی سلامت آوند شهر تهران در بهار و تابستان سال ۱۳۹۸ تشکیل دادند. سی نفر داوطلب واجد شرایط با روش نمونه‌گیری دردسترس وارد مطالعه شدند و به‌صورت تصادفی پانزده نفر در گروه آزمایش و پانزده نفر در گروه گواه قرار گرفتند. ابزارهای پژوهش، چک‌لیست مشکلات رفتاری کودک (آخنباخ، ۱۹۹۱) و پرسش‌نامهٔ سنجش دامنهٔ اوتیسم (ایهلرز و همکاران، ۱۹۹۳) بود. مداخلهٔ آموزش مدیریت رفتار به‌مدت دو ماه در هشت جلسه، به‌صورت یک جلسه در هفته و هر جلسه دو ساعت روی شرکت‌کنندگان گروه آزمایش انجام شد و گروه گواه هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. تحلیل داده‌ها با آزمون تحلیل کوواریانس تک‌متغیری و آزمون تی مقایسهٔ میانگین‌های دو گروه مستقل، در سطح معناداری ۰/۰۵ به‌کمک نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۴ صورت گرفت.

یافته‌ها: نتایج نشان داد، پس از حذف اثر پیش‌آزمون، در میانگین نمرات پس‌آزمون رفتارهای درون‌نمود شامل اضطراب/افسردگی ($p<۰/۰۰۱$)، گوشه‌گیری/افسردگی ($p<۰/۰۰۱$)، شکایات جسمانی ($p<۰/۰۰۱$) و رفتارهای برون‌نمود شامل رفتارهای قانون‌شکن ($p<۰/۰۰۱$)، رفتارهای پرخاشگرانه ($p<۰/۰۰۱$) و سایر مشکلات رفتاری شامل مشکلات اجتماعی ($p<۰/۰۰۱$)، مشکلات تفکر ($p<۰/۰۰۱$) و مشکلات توجه ($p<۰/۰۰۱$)، تفاوت معناداری بین گروه آزمایش و گروه گواه وجود داشت.

نتیجه‌گیری: براساس یافته‌های پژوهش نتیجه گرفته می‌شود، آموزش مدیریت رفتار به مادران دارای کودک مبتلا به اختلال اوتیسم با سطح عملکرد بالا قابلیت کاربرد دارد و بر بهبود مشکلات رفتارهای درون‌نمود و برون‌نمود این کودکان مؤثر است.

کلیدواژه‌ها: آموزش مدیریت رفتار، مشکلات رفتاری، اختلال طیف اوتیسم.

(https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa **۱۴۰۱، مجله مطالعات ناتوانی.** این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار-غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (©**حق انتشار محفوظ است**
منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-02-06]

۱ مقدمه

اختلال طیف اوتیسم[1] یکی از اختلالات مرتبط با رشد مغزی افراد است و در معرفی آن به تأثیراتش بر شکل برقراری ارتباط فرد با جامعه و بروز رفتارهای ویژه و تکراری او توجه می‌شود (۱). لازم به ذکر است، بروز این علائم در افراد پیش از سه‌سالگی صورت می‌گیرد. داده‌های کافی دربارهٔ علت بروز این اختلال دردسترس نیست و تنها مشخص شده است که اختلال مذکور موجب بروز درگیری‌هایی در قسمت‌هایی از مغز می‌شود (۱). وجه تمایز اختلال طیف اوتیسم و دیگر اختلالات مرتبط با آن از سایر اختلالات به‌وجودآمده در رشد، در رابطه با نقص در رشد اجتماعی[2] افراد است. افرادی که دچار اختلال طیف اوتیسم هستند، به‌احتمال بیشتری درمعرض مشکلات اجتماعی قرار می‌گیرند. همچنین این دسته از افراد توانایی درک احساسات اطرافیان را به‌خوبی ندارند. همین امر موجب می‌شود، مسائل مختلفی را در نوع رفتار خود تجربه کنند (۲). کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم، بحران‌های متعددی را تجربه می‌کنند که باعث بروز رفتارهای درون‌نمود[3] یا برون‌نمود[4] می‌شود. رفتار این کودکان اغلب به‌صورت تکرارشونده، آسیب‌زا و رفتار تهاجمی[5] و غیرطبیعی بروز پیدا می‌کند (۳). والدین این دسته از کودکان با مسائلی در رابطه با رفتارهای کودک خود روبه‌رو هستند؛ زیرا داشتن کودک مبتلا به اختلال طیف اوتیسم، تجربهٔ سختی برای والدین محسوب می‌شود و بر بنیان خانواده به‌صورت همه‌جانبه تأثیر می‌گذارد (۴).

براساس مسائل و مشکلات خانوادگی می‌توان موضوعاتی را دربارهٔ نشانه‌های اختلال طیف اوتیسم ارائه کرد. همچنین اختلال بیان‌شده تأثیر بسیاری بر مسائل روحی و روانی خانواده‌ها خواهد گذاشت؛ درصورتی‌که خانواده‌ها نتوانند با این اختلال فرزند خود کنار بیایند، تأثیر اختلال بر مشکلات رفتاری کودکان نمایان می‌شود و در کنار تأثیراتی که این کودکان بر خانوادهٔ خود دارند، واکنش‌هایی را نیز به محیط خانواده بروز می‌دهند (۵). در بین والدین این کودکان، مادران با بحران‌های فکری و تعارضات بیشتری روبه‌رو هستند و درمقایسه با مادران کودکان دیگر، اختلالات بیشتری در زمینه‌های جسمی و ذهنی و خودکارآمدی دارند. بر این اساس، نوعی رابطهٔ دوطرفه بین اختلال کودکان و کارکرد خانواده‌ها وجود دارد و رسیدگی دوطرفه به کارکرد مطلوب خانواده‌ها و نیز نیازهای ویژهٔ کودکان با اختلال‌های خاص ضروری است. کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم که در رشد خود با چالش‌هایی مواجه هستند، چالش‌هایی را در روابط خانواده‌ها تجربه خواهند کرد؛ همچنین وجود کودک مبتلا به اختلال طیف اوتیسم در خانواده، اختلالاتی را در کارکرد خانواده به‌وجود می‌آورد؛ بنابراین بهتر است تعامل دوطرفه‌ای بین رسیدگی به مسائل مربوط به خانواده و کودک ایجاد شود (۶). در پژوهش کراول و همکاران مشخص شد، والدینی که درمعرض مداخلات روان‌شناختی قرار می‌گیرند، رفتار مناسب‌تری با کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم خود دارند (۷).

آموزش مدیریت رفتار[6] به مادران کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم یکی از این آموزش‌های مهم است. این آموزش به‌عنوان مهارتی شناختی موجب حل مسائل درونی و بیرونی خانواده‌ها می‌شود. باوجود آموزش این مهارت‌ها می‌توان تاحد زیادی از ایجاد بحران‌های خانوادگی و مشکلات کودکان جلوگیری کرد. متأسفانه بسیاری از والدین و فرزندان با مهارت‌های آموزش مدیریت رفتار آشنایی ندارند؛ بنابراین برخی از متخصصان این حوزه به طراحی و ارائهٔ آموزش‌هایی در این زمینه برای والدین و فرزندان آن‌ها پرداخته‌اند (۴). پژوهش آذرنوش و همکاران در زمینهٔ تأثیر مثبت آموزش مدیریت رفتار بر بهبود کیفیت زندگی[7] مادران دارای کودک بیش‌فعال نشان داد، آموزش مذکور بر بعد روانی کیفیت زندگی این مادران تأثیرگذار است. همچنین، با بررسی این مادران در مرحلهٔ پیگیری یک‌ماهه، نتایج مشخص کرد، آموزش مدیریت رفتار بر بعد روانی کیفیت زندگی آن‌ها بهبودی نشان می‌دهد (۸). کارگر و اصغری ابراهیم‌آباد در پژوهشی با بررسی روش آموزش مدیریت رفتار و تأثیر آن بر مهارت ارتباطی[8] این دسته از مادران دریافتند، ارتباط معناداری بین آموزش مدیریت رفتار و مهارت ارتباطی و سازگاری زناشویی و نیز بین سبک‌های حل مسئله وجود دارد (۹). صادقی و همکاران در پژوهشی دریافتند، آموزش مدیریت والدین بر کارکرد خانوادهٔ کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی[9] اثربخشی دارد و آموزش مدیریت رفتار منجربه افزایش و بهبودی کارکرد خانواده در خانواده‌های کودکان مبتلا به اختلال مذکور می‌شود (۱۰). ازطرفی تورنبال و تورنبال بیان کردند، مادران دارای کودک اختلال طیف اوتیسم سطح زیادی از استرس را با گذشت زمان تجربه می‌کنند؛ این موضوع به‌دلیل مسائلی رخ می‌دهد که با گذشت زمان تغییر می‌کند؛ بنابراین وظیفهٔ متخصصان این حوزه آماده‌کردن خانواده‌ها برای افزایش توانایی برخورد با مسائل مذکور ازطریق آموزش برنامهٔ مدیریت رفتار برای مواجهه با بحران‌های رفتاری است (۱۱).

بنابراین، ازآنجاکه مشکلات رفتاری برای کودکان دارای اختلال طیف اوتیسم، خانواده و جامعه می‌تواند مشکلی جدی به‌شمار آید، ارائهٔ راه‌حلی برای کاهش این مشکلات رفتاری در آن‌ها ضروری به‌نظر می‌رسد. آموزش برنامهٔ مدیریت رفتاری اثرات مفیدی بر کاهش مشکلات رفتاری این کودکان خواهد گذاشت؛ علاوه‌براین، مداخلهٔ آموزش مدیریت رفتار مبتنی‌بر دیدگاه‌های شناختی‌رفتاری، دارای نگاه چندبُعدی به حل مشکلات است؛ به‌همین دلیل، هدف از پژوهش حاضر رسیدن به نتایج دقیق‌تر در بهبود مشکلات رفتاری و مداخلهٔ آموزش مدیریت رفتار مبتنی‌بر دیدگاه شناختی‌رفتاری بود که دارای نگاه چندبُعدی به حل مشکلات است. با اطمینان بیشتر و با تحقیقاتی با منبع غنی‌تر می‌توان در فرایند مداخلات روان‌شناختی، بهبود مشکلات رفتاری و ارتقای کارکردها، رویکردهای موجود را بررسی کرد تا در راستای سلامت روان و بهزیستی روان‌شناختی و بهبود کیفیت زندگی این افراد قدم برداشت؛ به‌طورکلی، هم‌اکنون این مسئله مطرح است که

[1]. Autism Sectrum Disorder (ASD)
[2]. Social growth
[3]. Internalizing bahviors
[4]. Externalizing bahviors
[5]. Aggressive behavior
[6]. Behavior Management Training
[7]. Quality of life
[8]. Communication skills
[9]. Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD)

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-02-06]

آیا می‌توان از روش‌های شناختی‌رفتاری چون آموزش مدیریت رفتار بر بهبود مشکلات رفتاری استفاده کرد؟ بر این اساس، پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی آموزش مدیریت رفتار به مادران بر مشکلات رفتارهای درون‌نمود و برون‌نمود کودکان دارای اختلال طیف اوتیسم تدوین و اجرا شد.

۲ روش‌بررسی

روش این پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون همراه با گروه گواه بود. جامعهٔ آماری پژوهش را تمامی مادران کودکان مبتلا به اختلال اوتیسم با سطح عملکرد بالا، مراجعه‌کننده به مرکز جامع توان‌بخشی سلامت آوند شهر تهران در منطقهٔ دو در بهار و تابستان سال ۱۳۹۸ تشکیل دادند. ازآنجاکه تعداد آزمودنی‌ها در گروه‌ها در مطالعات نیمه‌آزمایشی حداقل پانزده نفر در نظر گرفته شده است (۱۲)، سی داوطلب واجد شرایط با روش نمونه‌گیری دردسترس وارد مطالعه شدند. سپس به‌طور تصادفی پانزده نفر در گروه آزمایش و پانزده نفر در گروه گواه قرار گرفتند. ملاک‌های ورود مادران به پژوهش عبارت بود از: داشتن فرزند مبتلا به اختلال اوتیسم با سطح عملکرد بالا تشخیص توسط روان‌پزشک مقیم در مرکز توان‌بخشی سلامت آوند؛ داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن برای تکمیل پرسش‌نامه‌ها؛ شرکت‌نکردن هم‌زمان در سایر برنامه‌های درمانی و دریافت‌نکردن مشاورهٔ فردی یا دارودرمانی. ملاک‌های خروج مادران گروه آزمایش از پژوهش، غیبت بیش از دو جلسه و رضایت‌نداشتن از شرکت در جلسات بود. ملاحظات اخلاقی در پژوهش عبارت بود از: حفظ اطلاعات شرکت‌کنندگان به‌صورت محرمانه؛ دریافت رضایت‌نامهٔ کتبی از آزمودنی‌ها مبنی‌بر رضایت شرکت در پژوهش.

ابزارها و جلسات آموزشی زیر در پژوهش به‌کار رفت.

ـ چک‌لیست مشکلات رفتاری کودک (CBCL)[1] : چک‌لیست مشکلات رفتاری کودک توسط آخنباخ در سال ۱۹۹۱ تدوین شد (۱۳). چک‌لیست مشکلات رفتاری از مجموعه فرم‌های موازی آخنباخ یعنی نظام سنجش مبتنی‌بر تجربهٔ آخنباخ (ASEBA)[2] است و مشکلات کودکان و نوجوانان را در هشت عامل اضطراب/افسردگی، انزوا/افسردگی، شکایت‌های جسمانی، مشکلات اجتماعی، مشکلات تفکر، مشکلات توجه، نادیده‌گرفتن قواعد و رفتار پرخاشگرانه ارزیابی می‌کند. دو عامل نادیده‌گرفتن قواعد و رفتار پرخاشگرانه عامل مرتبهٔ دوم مشکلات برون‌سازی‌شده را تشکیل می‌دهند. این پرسش‌نامه مشکلات عاطفی‌رفتاری و نیز توانمندی‌ها و شایستگی‌های تحصیلی و اجتماعی کودکان ۶تا۱۸ سال را از دیدگاه والدین می‌سنجد و در ۲۰تا۲۵ دقیقه تکمیل می‌شود (۱۴).

در ارتباط با شیوهٔ نمره‌گذاری، این پرسش‌نامه از ۱۱۳ سؤال در رابطه با انواع حالات رفتاری کودکان تشکیل شده است. پاسخ به سؤالات پرسش‌نامه به‌صورت لیکرت سه‌گزینه‌ای از صفر تا ۲ است. بدین‌ترتیب که نمرهٔ صفر به مواردی داده می‌شود که هرگز در رفتار کودک وجود ندارد، نمرهٔ یک به حالات و رفتارهایی تعلق می‌گیرد که گاهی اوقات در کودک مشاهده می‌شود و نمرهٔ دو به مواردی داده می‌شود که بیشتر مواقع یا همیشه در رفتار کودک وجود دارد. این فرم، هشت مشکل یا سندرم عاطفی‌رفتاری را اندازه می‌گیرد که عبارت است از: اضطراب/افسردگی (AD)؛ گوشه‌گیری/افسردگی (WD)؛ شکایات جسمانی (SC)؛ مشکلات اجتماعی (SP)؛ مشکلات تفکر (TP)؛ مشکلات توجه AP (مربوط به اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی)؛ رفتار قانون‌شکنی (RB)؛ رفتار پرخاشگری (AG). علاوه‌بر شیوهٔ مذکور، CBCL سه نمرهٔ پهنباند شامل مشکلات رفتاری درونی‌سازی‌شده و مشکلات برونی‌سازی‌شده و مشکلات کلی نیز دارد. مقیاس مشکلات رفتاری درونی‌سازی‌شده شامل گویه‌های خرده‌مقیاس‌های گوشه‌گیری/افسردگی، شکایات جسمانی و اضطراب/افسردگی است. مقیاس مشکلات رفتاری برونی‌سازی‌شده شامل گویه‌های خرده‌مقیاس‌های رفتار قانون‌شکنی و رفتار پرخاشگری است. مقیاس مشکلات کلی شامل همهٔ گویه‌ها به‌جز گویه‌های ۲ و ۴ می‌شود (۱۳). دربارهٔ تفسیر نمرات، آخنباخ بیان می‌دارد، در مقیاس‌های مشکلات رفتاری درون‌سازی‌شده و برون‌سازی‌شده و مشکلات کلی اگر T فرد کمتر از ۶۰ باشد، در محدودهٔ نرمال یا غیربالینی و اگر نمرهٔ T بین ۶۰تا۶۳ باشد، در محدودهٔ مرزی‌بالینی و اگر نمرهٔ T بزرگ‌تر از ۶۳ باشد، در محدودهٔ بالینی قرار دارد. همچنین در مقیاس‌های هشت مشکل یا سندرم عاطفی‌رفتاری، اگر نمرهٔ T بزرگ‌تر از ۶۵ باشد، در محدودهٔ نرمال یا غیربالینی و اگر نمرهٔ T بین ۶۵تا۶۹ باشد، در محدودهٔ مرزی بالینی و اگر نمرهٔ T بزرگ‌تر از ۶۹ باشد، در محدودهٔ بالینی قرار دارد. CBCL توسط یکی از والدین یا فرد دیگری که با شایستگی‌ها و مشکلات رفتاری کودک به‌خوبی آشنایی دارد، تکمیل می‌شود. این ابزار را می‌توان به‌صورت خودگزارشی و نیز به‌صورت مصاحبه اجرا کرد. همچنین CBCL را می‌توان به‌منظور اندازه‌گیری تغییرات رفتاری کودک در زمان یا به‌دنبال درمان استفاده کرد (۱۳). در بررسی روایی و پایایی، ضرایب کلی اعتبار فرم‌های CBCL با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۹۷ و با استفاده از اعتبار بازآزمایی ۰/۹۴ به‌دست آمد. روایی محتوایی (انتخاب منطق سؤالات و استفاده از تحلیل کلاس یک سؤالات)، روایی ملاکی (با استفاده از مصاحبهٔ روان‌پزشکی با کودک و نیز همبستگی با مقیاس CSL-4[3]) و روایی سازه (روابط درونی مقیاس‌ها و تمایزگذاری گروهی) در این فرم‌ها مطلوب گزارش شد (۱۵). در پژوهش مینایی و ناظری، دامنهٔ ضرایب همسانی درونی مقیاس‌ها با استفاده از فرمول آلفای کرونباخ از ۰/۶۳تا۰/۹۵ بود. ثبات زمانی مقیاس‌ها با استفاده از روش آزمون‌بازآزمون با فاصلهٔ زمانی ۵تا۸ هفته بررسی شد و دامنهٔ ضرایب ثبات زمانی از ۰/۳۲تا۰/۶۷ به‌دست آمد. همچنین توافق بین پاسخ‌دهندگان ارزیابی شد که دامنهٔ این ضرایب از ۰/۶۷تا۰/۹ نوسان داشت (۱۶). یزدخواستی و عریضی ضریب اعتبار آلفای کرونباخ را برای این پرسش‌نامه در سه فرم والدین و معلم و کودک، به‌ترتیب ۰/۹۰

1. Child Behavior Checklist (CBCL)
2. Achenbach System of Empirically Based Assessment
3. Childern Symptom Inventory-4

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-02-06]

و ۰/۹۳ و ۰/۸۲ به‌دست آوردند؛ همچنین اعتبار سازهٔ همبستگی خرده‌مقیاس‌های بخش مشکلات رفتاری‌هیجانی با نمرهٔ کلی این بخش در سه نسخهٔ والدین و معلم و کودک به‌ترتیب ۰/۶۲ـ۰/۸۸، ۰/۴۴ـ۰/۹۱ و ۰/۵۱ـ۰/۸۵ و همبستگی خرده‌مقیاس‌های بخش مهارت‌ها با نمرهٔ کلی این بخش در سه نسخهٔ والدین و معلم و کودک به‌ترتیب ۰/۸۲ـ۰/۲۴، ۰/۹۳ـ۰/۷۷ و ۰/۶۴ـ۰/۸۷ گزارش شد (۱۷).

ـ پرسش‌نامهٔ سنجش دامنهٔ اوتیسم[1]: برای مشخص‌کردن مشکلات رفتاری طیف اوتیسم، از پرسش‌نامهٔ سنجش دامنهٔ اوتیسم ارائه‌شده توسط ایهلرز و همکاران در سال ۱۹۹۳استفاده شد (به‌نقل از ۱۸). این پرسش‌نامه، مقیاسی رفتاری گسترده برای شناسایی مشکلات اوتیسم است که در سه حوزهٔ تعامل اجتماعی، تأخیر در زبان و گفتار، مشکلات رفتاری و بازی‌های نمادین غیرعادی در دامنهٔ سنی ۷تا۱۶سال استفاده می‌شود. در ابتدا دارای ۲۷ سؤال سه‌گزینه‌ای بود که حوزه‌های مختلف اختلالات (ارتباطی، اجتماعی، علایق محدود و کلیشه‌ای، خامی حرکتی، تیک‌های صوتی و حرکتی) را می‌سنجید و والدین و مربیان آن را تکمیل می‌کردند. این ابزار برای کودکان و بزرگسالانی که هوش طبیعی دارند یا عقب‌ماندگی ذهنی آن‌ها در حد خفیف بوده، مفید است شد (۱۸). پایایی بازآزمون این پرسش‌نامه در گروه والدین (۰/۹۶) و در گروه مربیان (۰/۹۴) و روایی همگرایی با دو پرسش‌نامهٔ اختلالات رفتاری راتر[2] و علائم مرضی کودکان در گروه والدین (۰/۷۵) و در گروه مربیان (۰/۷۰) گزارش شد (۱۸،۱۹). در ایران کاسه‌چی و همکاران با تغییراتی فرم ۲۱سؤالی را روی ۲۱۳ نفر کودک عادی، ۶۷ نفر کودک اختلال طیف اوتیسم و ۳۴ نفر آسپرگر هنجاریابی کرد. ضریب آلفا در گروه والدین (r=۰/۴۶۷) و گروه مربیان (r=۰/۶۱۴)، ضریب همبستگی بین نمرات پرسش‌نامه (۰/۴۹۵) و با علائم مرضی کودکان در گروه والدین (۰/۴۸۶) و مربیان (۰/۴۱۱) گزارش شد. ضریب آلفای کرونباخ محاسبه‌شدهٔ پرسش‌نامه برابر ۰/۷۳ به‌دست آمد (۱۹).

به‌منظور اجرای این پژوهش مراحل زیر طی شد: در ابتدا تعدادی مادر دارای فرزند مبتلا به اختلال طیف اوتیسم، انتخاب شدند و پرسش‌نامهٔ غربالگری سنجش طیف اوتیسم ازطریق پژوهشگر روی آن‌ها اجرا شد. در این بین سی نفر از مادران دارای نمرات بیشتر از میانگین در پرسش‌نامهٔ غربالگری سنجش طیف اوتیسم، به‌عنوان افراد دارای فرزند با اختلال طیف اوتیسم در نظر گرفته شدند. علاوه‌براین قبل از آن لازم بود تشخیص اختلال طیف اوتیسم توسط متخصص مقیم مرکز صورت گیرد. این سی مادر در گروه آزمایش و گروه گواه به‌طور تصادفی جایگزین شدند. گروه آزمایش به‌مدت دو ماه، هفته‌ای یک جلسهٔ ۱۲۰دقیقه‌ای (درمجموع هشت جلسه) مداخلهٔ گروهی را دریافت کرد؛ اما برای گروه گواه هیچ مداخله‌ای ارائه نشد. لازم به ذکر است، هر جلسه براساس سرفصل‌های آموزشی تدوین‌شده پیش رفت. در انتهای هر جلسه تکالیف خانگی به مادران داده شد و در ابتدای هر جلسه در باب تکالیف خانگی و اندوخته‌های مادران بحث و گفت‌وگوی جمعی صورت گرفت. روایی محتوایی برنامه در تحقیق اکرمی و همکاران با بهره‌گیری از نظرات چهار نفر از متخصصان در حوزه‌های مرتبط با موضوع مطالعه تأیید شد (۲۰). درضمن، مطالعات انجام‌شده برای برنامهٔ آموزش مدیریت رفتار از تجمیع مقالات در حوزهٔ سلامت روان و توان‌بخشی بود. قبل از مداخله، در هر دو گروه آزمون چک‌لیست مشکلات رفتاری کودک (۱۳) انجام گرفت و پس از پایان جلسات آموزشی، روی آزمودنی‌های گروه گواه و گروه آزمایش به‌طور مجدد این آزمون‌ها اجرا شد. خلاصه‌ای از جلسات آموزشی برنامهٔ مدیریت رفتار در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱. شرح برنامهٔ آموزش مدیریت رفتار

جلسه	شرح جلسه
اول	معارفه: ابتدا به ارائهٔ اطلاعات مفید و ضروری دربارهٔ ماهیت، شیوع، سیر، پیش‌آگهی و سبب‌شناسی درجهت بهبود مشکلات رفتاری کودکان دارای اختلال طیف اوتیسم به مادران پرداخته شد؛ همچنین به‌جای درمان قطعی بر ضرورت کنارآمدن با مشکلات و ساختن محیط مناسب خانه و آموزش مداخلات مرتبط با مشکلات رفتاری این دسته از کودکان تأکید صورت گرفت و به طبقه‌بندی مشکلات رفتاری در دو حیطهٔ برون‌سازی و درون‌سازی‌شده اشاره شد. در انتهای جلسه مطالب و مواد آموزشی مناسب برای ارتقای سطح دانش مادران در اختیار آن‌ها قرار گرفت. موقعیتی که کودک در آن قرار دارد و بازخوردی که کودک از والدین یا محیط می‌گیرد، باعث ایجاد رفتار می‌شود؛ درنتیجه لازم است در جدولی که به آن جدول ثبت رفتار[3] گفته می‌شود، رفتاری را که می‌خواهیم تغییر دهیم، بنویسیم و پیش‌درآمد و پیامد آن را همراه با زمان وقوع رفتار و تعداد تکرار رفتار با تاریخ و ساعت ثبت کنیم؛ بدین‌ترتیب با شناخت و تغییر این عوامل می‌توان رفتار کودک را هدایت کرد.
دوم	به زمینهٔ لازم برای توضیح دربارهٔ شکل‌گیری رفتار و ضرورت رعایت اصول مدیریت رفتار و همچنین بررسی علل مشکلات رفتاری کودکان پرداخته شد. موقعیتی که کودک در آن قرار دارد و بازخوردی که کودک از والدین یا محیط می‌گیرد، باعث ایجاد رفتار می‌شود؛ درنتیجه جدول ثبت رفتار یا جدول پایش رفتار[4]، پیشایند رفتار[5] و پیامد رفتار[6] برای آنان با ذکر مثال توضیح داده شد. جدول ثبت رفتار یا پایش رفتار: رفتاری را که می‌خواهیم تغییر دهیم در جدولی ثبت می‌کنیم که به آن جدول ثبت رفتار یا جدول پایش رفتار گفته می‌شود. پیشایند رفتار: شامل موقعیت (چه اتفاقی افتاده است)، مکان (کجا این اتفاق افتاده است)، زمان (در چه زمانی از شبانه‌روز بوده است)، چند بار در روز این رفتار تکرار می‌شود و این رفتار در ارتباط با چه افرادی است (خواهر، برادر، دوستان و...)، می‌شود. پیامد رفتار: اینکه رفتار مدنظر چه بوده و واکنش کودک دربرابر آن رفتار چه بوده است. مهم‌ترین نکته در این جلسه آموزش برقراری ارتباط مثبت با کودکان بود. در این جلسه به والدین فنون مقابله با بدرفتاری آموزش داده شد. فنون مقابله با بدرفتاری: ۱.جریمه؛ ۲. بی‌توجهی‌کردن؛ ۳. محروم‌کردن، جبران. در انتها تکالیف خانگی به مادران داده شد.

1. Autism Spectrum Screening Questionnaire (ASSQ)
2. Rutter's Behavioral Disorders Questionnaire
3. Behavior registration
4. Behavior monitoring
5. Behavior oncoming
6. Consequence of behavior

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-02-06]

سوم	بررسی تکالیف خانگی انجام گرفت. ایجاد رفتار مطلوب و فنون بهبود ارتباط والد و کودک و تقویت رفتارهای مطلوب در کودکان به مادران آموزش داده شد. ایجاد رفتار مطلوب در کودکان ازطریق: ۱. درخواست‌های ساده؛ ۲. استفاده از ساعت زنگ‌دار؛ ۳. الگوی مناسبی بودن. تقویت رفتارهای مطلوب در کودکان: ۱. توجه‌کردن؛ ۲. پاداش دادن. فنون بهبود ارتباط والد و کودک: ۱. گوش‌دادن همدلانه؛ ۲. گذراندن وقت با کودک؛ ۳. تکنیک زمان کیفی با تفریح با والدین. در انتها تکالیف خانگی به مادران داده شد.
چهارم	بررسی تکالیف خانگی انجام گرفت. قوانین دستوردادن و قانون‌گذاری به مادران آموزش داده شد. دستوردادن و قانون‌گذاری: ۱. از جملات امری و مثبت استفاده شود؛ ۲. هنگام دستوردادن به چشمان او نگاه شود؛ ۳. از کلمات کلی مؤدب باش، مرتب باش، مواظب باش، استفاده نشود؛ چون آن‌ها را درک نمی‌کنند؛ ۴. از جملات مبهم مثل اذیت نکن، استفاده نشود و چند دستور پشت سرهم صادر نشود. در انتها تکالیف خانگی به مادران داده شد.
پنجم	بررسی تکالیف خانگی انجام گرفت. نحوهٔ مدیریت رفتارهای نامناسب و فنون مقابله با بدرفتاری به مادران آموزش داده شد. فنون مقابله با بدرفتاری: ۱. جریمه؛ ۲. بی‌توجهی‌کردن؛ ۳. محروم‌کردن؛ ۴. جبران؛ ۵. مواجهه با پیامد منطقی رفتار؛ ۶. مواجهه با پیامد طبیعی رفتار. در انتها تکالیف خانگی به مادران داده شد.
ششم	بررسی تکالیف خانگی انجام گرفت. مدیریت موقعیت‌های دشوار به مادران آموزش داده شد که دربارهٔ کودکان دارای اختلال طیف اوتیسم یکی از آموزش‌های اصلی است. در انتها تکالیف خانگی به مادران داده شد.
هفتم	بررسی تکالیف خانگی انجام گرفت. مدیریت موقعیت‌های دشوار باتوجه به شرایط ویژهٔ کودکان دارای اختلال طیف اوتیسم آموزش داده شد. به مادران آموزش داده شد قبل از اینکه به مکان‌های عمومی بروند قانون مکان مدنظر و پیامد رعایت‌نکردن قانون مربوط به آن مکان را به کودک یادآوری کنند. آموزش‌های کاربردی‌تر، واردکردن مادران به بحث و گفت‌وگو و دادن تکالیف خانگی به مادران انجام شد.
هشتم	جمع‌بندی، گرفتن پس‌آزمون، تقدیر و تشکر از مادران، دادن بستهٔ آموزشی جمع‌بندی‌شده از شانزده ساعت آموزش و گوش‌دادن به آموخته‌ها و تکالیف خانگی و بازخورد از مادران صورت گرفت.

برای توصیف و تحلیل داده‌ها شاخص‌های آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی شامل آزمون تحلیل کوواریانس تک‌متغیری و پیش‌فرض‌های آن (آزمون لون، همسانی شیب خطوط رگرسیون، آزمون کولموگروف‌اسمیرنف) و آزمون تی مقایسهٔ میانگین‌های دو گروه مستقل در سطح معناداری ۰/۰۵ به‌کمک نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۴ به‌کار رفت. لازم به ذکر است، به‌منظور بررسی همسانی شیب خطوط رگرسیون، اثر متقابل گروه و پیش‌آزمون در یک مدل رگرسیون خطی در حضور متغیرهای پژوهش روی پس‌آزمون اعمال شد و معناداری آن بررسی شد.

۳ یافته‌ها

در پژوهش حاضر سی آزمودنی شرکت داشتند که میانگین و انحراف معیار سنی گروه آزمایش ۱/۲۶±۳۹/۱۱ سال و گروه گواه ۱/۵۲±۳۹/۷۵ سال بود. به‌منظور مقایسهٔ سنی دو گروه از آزمون تی مقایسهٔ میانگین‌های دو گروه مستقل استفاده شد. نتایج نشان داد، تفاوت میانگین سنی گروه‌های مطالعه‌شده از نظر آماری معنادار نبود ($p>۰/۰۵$)؛ بنابراین گروه‌های مطالعه‌شده از نظر توزیع سنی یکسان بودند. در جدول ۲ نتایج میانگین و انحراف معیار نمره‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون متغیرهای پژوهش در گروه آزمایش و گروه گواه به‌همراه نتایج تحلیل کوواریانس آورده شده است. قبل از اجرای این آزمون، بررسی پیش‌فرض‌های اجرای تحلیل کوواریانس صورت گرفت. پیش‌فرض نرمال‌بودن داده‌ها با استفاده از آزمون کولموگروف‌اسمیرنف بررسی شد. این آزمون در همهٔ متغیرها از لحاظ آماری و در هریک از گروه‌ها در مرحلهٔ پس‌آزمون معنادار نبود و فرض نرمال‌بودن داده‌ها رد نشد ($p>۰/۰۵$). علاوه‌براین، یکی از پیش‌فرض‌های دیگر، همگنی شیب‌های خطوط رگرسیون بررسی شد که نتایج مشخص کرد، همگنی شیب‌های خطوط رگرسیون برای متغیرهای اضطراب/افسردگی ($p=۰/۱۵۲$) گوشه‌گیری/افسردگی ($p=۰/۱۳۱$)، شکایات جسمانی ($p=۰/۱۷۸$)، مشکلات اجتماعی ($p=۰/۱۹۸$)، مشکلات تفکر ($p=۰/۱۴۰$)، مشکلات توجه ($p=۰/۱۱۲$)، رفتارهای قانون‌شکن ($p=۰/۱۶۲$) و رفتار پرخاشگرانه ($p=۰/۱۲۴$) رد نشد. همچنین پیش‌فرض دیگر شامل یکسانی واریانس‌ها ارزیابی شد. نتایج آزمون لون حاکی‌از آن بود که همسانی واریانس‌ها برقرار بود ($p>۰/۰۵$)؛ بنابراین، استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس تک‌متغیری مانعی نداشت.

در بخش مشکلات رفتارهای درون‌نمود، پس از کنترل اثر پیش‌آزمون، آموزش برنامهٔ مدیریت رفتار بر میانگین نمرات پس‌آزمون گروه‌های آزمایش و گواه در متغیر اضطراب/افسردگی تأثیر معناداری داشت ($p<۰/۰۰۱$). اندازهٔ اثر ۰/۵۱ بود که نشان داد، ۵۱درصد از تغییرهای متغیر اضطراب/افسردگی، ناشی‌از اثر مداخله بود. پس از کنترل اثر پیش‌آزمون ملاحظه شد، آموزش مدیریت رفتار بر میانگین نمرات پس‌آزمون گروه‌های آزمایش و گواه در متغیر گوشه‌گیری/افسردگی تأثیر معناداری داشت ($p<۰/۰۰۱$). اندازهٔ اثر ۰/۲۳ بود و نشان داد، ۲۳درصد از تغییرهای متغیر گوشه‌گیری/افسردگی، ناشی‌از اثر مداخله بود. پس از کنترل اثر پیش‌آزمون مشاهده شد، آموزش برنامهٔ مدیریت رفتار بر میانگین نمرات پس‌آزمون گروه‌های آزمایش و گواه در متغیر شکایات جسمانی تأثیر معناداری داشت ($p<۰/۰۰۱$). اندازهٔ اثر ۰/۱۴ بود که نشان داد، ۱۴درصد از تغییرهای متغیر شکایات جسمانی، ناشی‌از اثر مداخله بود (جدول ۲).

علاوه‌براین در بخش مشکلات رفتارهای برون‌نمود، پس از کنترل اثر پیش‌آزمون، ملاحظه شد که آموزش برنامهٔ مدیریت رفتار بر میانگین نمرات پس‌آزمون گروه‌های آزمایش و گواه در متغیر رفتارهای قانون‌شکن تأثیر معناداری داشت ($p<۰/۰۰۱$). اندازهٔ اثر ۰/۶۲ بود و مشخص کرد، ۶۲درصد از تغییرهای متغیر رفتارهای قانون‌شکن، ناشی‌از اثر مداخله بود. همچنین پس از کنترل اثر پیش‌آزمون مشاهده شد، آموزش برنامهٔ مدیریت رفتار بر میانگین نمرات پس‌آزمون

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-02-06]

گروه‌های آزمایش و گواه در متغیر رفتار پرخاشگرانه دارای تأثیر معناداری بود ($p<۰/۰۰۱$). اندازهٔ اثر ۰/۱۵ بود که نشان داد، ۱۵ درصد از تغییرهای متغیر رفتار پرخاشگرانه، ناشی‌از اثر مداخله بود (جدول ۲).

در بخش سایر مشکلات رفتاری، پس از کنترل اثر پیش‌آزمون، ملاحظه شد که آموزش برنامهٔ مدیریت رفتار بر میانگین نمرات پس‌آزمون گروه‌های آزمایش و گواه در متغیر مشکلات اجتماعی تأثیر معناداری داشت ($p<۰/۰۰۱$). اندازهٔ اثر ۰/۴۵ بود و نشان داد، ۴۵ درصد از تغییرهای متغیر مشکلات اجتماعی، ناشی‌از اثر مداخله بود. پس از کنترل اثر پیش‌آزمون مشخص شد، آموزش برنامهٔ مدیریت رفتار بر میانگین نمرات پس‌آزمون گروه‌های آزمایش و گواه در متغیر مشکلات تفکر دارای تأثیر معناداری بود ($p<۰/۰۰۱$). اندازهٔ اثر ۰/۳۲ بود که نشان داد، ۳۲ درصد از تغییرهای متغیر مشکلات تفکر، ناشی‌از اثر مداخله بود. همچنین پس از کنترل اثر پیش‌آزمون مشاهده شد، آموزش برنامهٔ مدیریت رفتار بر میانگین نمرات پس‌آزمون گروه‌های آزمایش و گواه در متغیر مشکلات توجه تأثیر معناداری داشت ($p<۰/۰۰۱$). اندازهٔ اثر ۰/۱۹ بود و نشان داد، ۱۹ درصد از تغییرهای متغیر مشکلات توجه، ناشی‌از اثر مداخله بود (جدول ۲).

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار نمره‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون متغیرهای پژوهش به‌تفکیک گروه‌ها به‌همراه نتایج تحلیل کوواریانس

متغیر		گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		مقدار f	مقدار p	ضریب اتا
			میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار			
مشکلات رفتارهای درون‌نمود	اضطراب/افسردگی	آزمایش	۹/۷۷	۰/۹۲	۵/۲۲	۰/۱۱	۱۱/۹۰	<۰/۰۰۱	۰/۵۱
		گواه	۶/۴۴	۰/۵۲	۵/۷۲	۰/۴۸			
	گوشه‌گیری/افسردگی	آزمایش	۱۰/۱۶	۰/۹۴	۴/۴۴	۰/۳۲	۸/۸۹	<۰/۰۰۱	۰/۲۳
		گواه	۷/۵۱	۰/۶۵	۷/۴۳	۰/۶۹			
سایر مشکلات رفتاری	شکایات جسمانی	آزمایش	۹/۴۴	۰/۸۸	۴/۷۲	۰/۳۹	۵/۸۷	<۰/۰۰۱	۰/۱۴
		گواه	۷/۱۱	۰/۶۱	۶/۹۸	۰/۵۹			
	مشکلات اجتماعی	آزمایش	۸/۵۳	۰/۷۱	۳/۳۳	۰/۲۹	۱۰/۹۷	<۰/۰۰۱	۰/۴۵
		گواه	۸/۸۷	۰/۷۳	۷/۸۷	۰/۷۱			
	مشکلات تفکر	آزمایش	۷/۸۸	۰/۶۹	۲/۵۳	۰/۲۱	۹/۹۲	<۰/۰۰۱	۰/۳۲
		گواه	۶/۷۷	۰/۵۹	۶/۶۵	۰/۵۸			
	مشکلات توجه	آزمایش	۷/۵۵	۰/۶۸	۲/۶۶	۰/۲۳	۶/۷۱	<۰/۰۰۱	۰/۱۹
		گواه	۷/۵۴	۰/۶۶	۷/۱۱	۰/۶۶			
مشکلات رفتاری برون‌نمود	رفتارهای قانون‌شکن	آزمایش	۸/۷۷	۰/۷۲	۵/۹۸	۰/۴۹	۸۸/۱۸	<۰/۰۰۱	۰/۶۲
		گواه	۷/۶۶	۰/۶۸	۶/۹۹	۰/۶۰			
	رفتار پرخاشگرانه	آزمایش	۷/۵۶	۰/۶۶	۵/۴۴	۰/۴۳	۵/۶۷	<۰/۰۰۱	۰/۱۵
		گواه	۶/۷۷	۰/۶۹	۶/۸۷	۰/۵۸			

۴ بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی آموزش برنامهٔ مدیریت رفتار به مادران بر مشکلات رفتارهای برون‌نمود و درون‌نمود کودکان دارای اختلال طیف اوتیسم (اوتیسم با سطح عملکرد بالا) شهر تهران (مرکز جامع توان‌بخشی سلامت آوند) تدوین و اجرا شد. یافته‌ها نشان داد، پس از مداخلهٔ آموزشی برنامهٔ مدیریت رفتار، بین گروه‌های آزمایش و گواه در مشکلات رفتارهای برون‌نمود و درون‌نمود کودکان دارای اختلال اوتیسم با سطح عملکرد بالا تفاوت معناداری وجود داشت؛ بنابراین براساس این یافته می‌توان نتیجه گرفت، آموزش برنامهٔ مدیریت رفتار بر بهبود مشکلات رفتارهای برون‌نمود و درون‌نمود کودکان دارای اختلال اوتیسم با سطح عملکرد بالا مؤثر است. این یافته با نتایج پژوهش تورنبال و تورنبال تاحدودی همسوست. آن‌ها دریافتند، آموزش برنامهٔ مدیریت رفتار بر بهبود عملکرد روانی و رفتاری و اجتماعی تأثیر معنادار دارد (۱۱). همچنین این یافته با نتایج پژوهش لازاروس تاحدودی همسوست. او نشان داد، آموزش برنامهٔ مدیریت رفتار می‌تواند با تصحیح بازخوردها و ادراک‌هایی که مادران به رفتارهای دشوار فرزندانشان داشته‌اند، به افزایش توانایی مقابله با آن‌ها منجر شود و باعث کاهش تنیدگی والدین گردد و مشکلات رفتاری کودک را به‌دنبال داشته باشد (۲۱).

در تبیین یافتهٔ مذکور پژوهش حاضر می‌توان گفت، آموزش برنامهٔ مدیریت رفتار به مادران، بر کاهش رفتارهای برون‌نمود و درون‌نمود در کودکان مبتلا به اختلال اوتیسم با سطح عملکرد بالا مؤثر است. برخی از کودکان اتیستیک دچار تشنج، تحریک‌پذیری، گیجی و مشکلات گوارشی دردناک هستند که منجربه تحمل‌نکردن و بروز برخی رفتارها همچون آشفتگی و بی‌قراری و لجبازی می‌شود و نوع آن درمقایسه با کودکان عادی متفاوت است (۲۱). به این معنا که در کودکان طیف اوتیسم بی‌قراری و لجبازی به‌مدت بیشتری ادامه دارد و در برخی از مواقع در تمام روز کودک دچار تنش و استرس حاصل از تحریک‌های محیطی است؛ به‌ویژه در کودکان مبتلا به صرع و مشکلات گوارشی این حالت شدیدتر است. همچنین کودکان اوتیسمی به‌دلیل مشکل در درک دنیا و انتقال افکار و نیازهایشان همواره دچار اضطراب و نگرانی هستند (۲۲). طبق تحقیق امان و همکاران، آنچه این کودکان می‌بینند، می‌شنوند و حس می‌کنند می‌تواند دردناک باشد؛ بنابراین وقتی در دنیا به‌عنوان مکانی ترسناک و گیج‌کننده رفتاری به‌طور ناگهانی رخ می‌دهد یا تغییر می‌کند، آن‌ها دچار وحشت و اضطراب و

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-02-06]

بی‌قراری و قشقرق می‌شوند یا رفتار کلیشه‌ای در آن‌ها به‌وجود می‌آید که آموزش برنامهٔ مدیریت رفتار می‌تواند تأثیر بسزایی بر بهبود چنین اضطراب در مادران و کودکان اوتیسم مؤثر دانستند. با برنامهٔ مدیریت رفتار مادر قادر است بسیاری از رفتارهای بی‌قراری و لجبازی را کنترل کند و به بهبود و آرامش کودک اوتیسم کمک نماید. افزایش دانش و مهارت‌های مادران با شرکت در این برنامهٔ آموزشی باعث می‌شود والدین درک درستی از ماهیت اوتیسم و مداخلات آموزشی و توان‌بخشی کودکشان پیدا کنند، نحوهٔ کنترل و مهار رفتارهای چالش‌آفرین کودکشان را یاد بگیرند و نگرش مثبت‌تری دربارهٔ روند پیشرفت کودکشان داشته باشند. درنهایت استرس و نگرانی‌های آن‌ها دربارهٔ شرایط کودکشان کاهش یابد (۲۴).

علاوه‌براین می‌توان بیان کرد، آموزش برنامهٔ مدیریت رفتار، از بروز مسائل و مشکلات نوجوانان و بحرانی‌شدن تعارض‌های خانوادگی پیشگیری می‌کند؛ همچنین با آموزش شیوهٔ ارتباط مطلوب به والدین کودکان مبتلا به اختلال مذکور، این کودکان فرصت می‌یابند از تعامل‌های اجتماعی خود با والدین لذت برند و تجارب اجتماعی بیشتری کسب کنند و والدین با آموزش می‌توانند کودک را در موقعیت‌های دشوار مدیریت کنند و بهترین تصمیم را برای رفتار مدنظر بگیرند (۲۵). ازسویی‌دیگر می‌توان گفت، کودکان با اختلال طیف اوتیسم در مدرسه بیشتر درمعرض آزار و اذیت توسط کودکان دیگر هستند؛ برای مثال در صورت آزاردیدن قادر به بیان‌کردن نیستند؛ اما منجربه تحریک و تغییرات رفتاری در آن‌ها می‌شود (۳).

کودک با اختلال طیف اوتیسم قادر به بیان مشکلاتش در مدرسه نخواهد بود و سعی می‌کند با تغییرات رفتاری مشکل یا خواسته‌اش را بیان کند. کودکان با اختلال اوتیسم دارای درجات مختلف و متمایزی از اختلال یکپارچگی حسی هستند. در بسیاری مواقع ریشهٔ بی‌قراری و ناآرامی و پرخاشگری در این کودکان می‌تواند این امر باشد که آن‌ها در الگوی حسی، آستانهٔ ثبت حسی زیاد یا کمی درمقایسه با حد معمول و هنجار طبیعی دارند. این موضوع سبب می‌شود تا از قرارگرفتن درمعرض آن حس دچار اذیت و احساس ناخوشایند شوند و شروع به پرخاشگری کنند (۵)؛ ازاین‌رو، با شناخت عوامل مؤثر در ارتقای بهداشت روانی و کاهش مشکلات رفتاری می‌توان از بروز برخی ناهنجاری‌ها جلوگیری کرد. اگر مادران بتوانند با آگاهی و شناخت خود، مشکلات نوجوانان را حل کنند، باعث افزایش سازگاری آن‌ها با مشکلات رفتاری کودک دارای اختلال و ارائهٔ رفتار مناسب‌تر از جانب آنان خواهد شد و از انحرافات رفتاری آن‌ها کاسته می‌شود. کودکان با اختلال اوتیسم با سطح عملکرد بالا در حل مشکلات فردی و اجتماعی با مشکل مواجه هستند و مهارت‌های اجتماعی، کلامی و غیرکلامی‌شان آسیب می‌بیند و واکنش نامناسب و غیرمنطقی اطرافیان، خطر بروز مشکلات رفتاری را در آن‌ها افزایش می‌دهد (۲۲). در پژوهش دریسکول، ادراک از خود بر بهبود مشکلات رفتاری بیرونی و درونی کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم مبنی‌بر توصیه‌های بالینی در بهبود وضعیت کودکان اوتیسم تأکید داشت (۲۶). لی و همکاران، در بررسی عملکرد عاطفی و ایجاد مشکلات درونی و بیرونی در پسران جوان با و بدون اختلال طیف اوتیسم به این نتیجه رسیدند که در رفتارهایی داشته باشد (۲۳). یافتهٔ پژوهش حاضر با تحقیق بنسون و همکاران همسویی دارد. آن‌ها برنامهٔ آموزش مدیریت رفتار را در کاهش دوره‌های رشد مشکلات درونی و بیرونی در اوایل کودکی بین پسران با و بدون اختلال طیف اوتیسم تفاوتی نداشت؛ بااین‌حال، این مشکلات در پسران مبتلا به اختلال طیف اوتیسم بارزتر بود (۲۷). این امر اهمیت پرداختن به مشکلات اساسی عملکرد عاطفی را در کمترین سن ممکن نشان می‌دهد (۲۸،۲۹). در تحقیق لین و همکاران، استرس والدین و مشکلات رفتاری کودک در کودکان خردسال مبتلا به اختلال طیف اوتیسم براساس روابط تعاملی در طول زمان مشخص کرد، مداخلهٔ زودهنگام و خدمات خانواده که برای کودکان خردسال مبتلا به اختلال طیف اوتیسم و خانواده‌های آن‌ها انجام می‌گیرد، باعث بهبود مدیریت رفتاری در کودکان و والدینشان می‌شود (۳۰). در پژوهش دینگ و همکاران، ویژگی‌ها و عوامل رفتارهای درونی و برونی‌سازی کودکان درمعرض خطر زیاد اختلال طیف اوتیسم بررسی و مشخص شد، استرس والدین و تعاملات والدین_ کودکی عوامل مهمی برای کاهش مشکلات رفتاری هستند (۳۱).

نتایج دیگر پژوهش حاضر نشان داد، آموزش برنامهٔ مدیریت رفتاری به مادران بر کاهش نشانه‌های پرخاشگرانهٔ کودکان با اختلال اوتیسم با سطح عملکرد بالا مؤثر است. نتایج این پژوهش با مطالعات اسچلینگ و همکاران (۳۲) و وبستر_استراتون و همکاران (۲۸) مبنی‌بر اثربخش‌بودن آموزش برنامهٔ مدیریت رفتار بر کاهش مشکلات رفتاری همچون پرخاشگری در کودکان همسوست. همچنین این پژوهش با تحقیق مک‌کارت و همکاران که اثربخشی آموزش مدیریت رفتار را بر کاهش رفتارهای مخالفت‌جویانهٔ کودکان بیش‌فعال عادی نشان دادند (۲۹)، همسوست؛ بنابراین آموزش رفتاری والدین و آموزش روش‌های مدیریت رفتار می‌تواند روش مداخلهٔ مؤثری برای کاهش رفتارهای پرخاشگرانهٔ کودکان با اختلال طیف اوتیسم باشد؛ زیرا در این نوع از آموزش مادران یاد می‌گیرند که از عوامل مهم‌تر تأثیرگذار بر مشکلات رفتاری کودکان چگونگی والدگری پدر و مادر در خانواده است و گاهی می‌تواند به‌عنوان منبعی نقش بسیار مهمی در مشکلات رفتاری کودکان داشته باشد؛ بنابراین آموزش روش‌های مدیریت رفتار توانست ازطریق تأثیرگذاری بر شیوهٔ والدگری مادران مشکلات رفتاری فرزندانشان را کاهش دهد (۲۰).

این پژوهش با محدودیت‌هایی همراه بود؛ ازجمله انتخاب نمونهٔ پژوهش به‌صورت دردسترس انجام شد. همچنین آزمودنی‌ها محدود به جامعهٔ آماری مادران کودکان مبتلا به اختلال اوتیسم با سطح عملکرد بالا در شهر تهران بودند که امکان تعمیم نتایج پژوهش حاضر را به سایر گروه‌های بالینی با محدودیت مواجه می‌کند. به‌دلیل محدودیت زمانی و وجود بحران کرونا امکان اجرای دورهٔ پیگیری سه‌ماهه وجود نداشت. براساس محدودیت‌های پژوهش، پیشنهاد می‌شود این تحقیق در بین جوامع بالینی دیگر نیز انجام گیرد و در صورت امکان داده‌های آن‌ها باهم مقایسه شود. همچنین توصیه می‌شود در تحقیقات آتی پیگیری یک تا سه‌ماهه برای ارزیابی مجدد اثربخشی آموزش‌ها صورت پذیرد؛ بنابراین، پیشنهاد می‌شود آموزش مدیریت رفتار در راستای بهبود مشکلات رفتاری کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم و بهبود

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-02-06]

عملکرد آن‌ها به‌کار رود.

۵ نتیجه‌گیری

براساس یافته‌های این پژوهش نتیجه گرفته می‌شود، آموزش مدیریت رفتار به مادران دارای کودک مبتلا به اختلال اوتیسم با سطح عملکرد بالا قابلیت کاربرد دارد و بر بهبود مشکلات رفتارهای برون‌نمود و درون‌نمود این کودکان مؤثر است.

۶ تشکر و قدردانی

از تمامی شرکت‌کنندگان در پژوهش که در انجام آن نهایت همکاری را داشتند، تقدیر و تشکر فراوان می‌شود.

۷ بیانیه‌ها

تأییدیهٔ اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

از شرکت‌کننده‌های تحقیق حاضر دست‌نوشته‌ای شامل بیانیه‌هایی دربارهٔ تأیید و رضایت اخلاقی دریافت شد.

رضایت برای انتشار

این امر غیرقابل اجرا است.

دسترسی به داده‌ها و مواد

داده‌های پشتیبان نتایج گزارش‌شده در مقاله که در طول مطالعه تحلیل شدند، به‌صورت فایل ورودی داده، نزد نویسندهٔ مسئول حفظ خواهد شد.

تضاد منافع

بین نویسندگان مقاله هیچ‌گونه تضاد یا تعارض منافعی وجود ندارد.

منابع مالی

این مقاله برگرفته از رسالهٔ دکترای دانشگاه آزاد است؛ همچنین تأمین اعتبار برای مطالعهٔ گزارش‌شده از منابع شخصی بوده است.

مشارکت نویسندگان

نویسندهٔ اول جمع‌آوری داده‌ها و نگارش نسخهٔ اول مقاله را بر عهده داشت. نویسندهٔ دوم روش‌شناسی را تدوین کرد و بازنویسی نسخهٔ اولیهٔ مقاله را انجام داد. نویسندهٔ سوم تحلیل داده‌ها را بر عهده داشت و نسخهٔ اولیهٔ مقاله را بررسی انتقادی کرد. نویسندهٔ چهارم تحلیل داده‌ها و بررسی انتقادی نسخهٔ اولیهٔ مقاله را انجام داد. نویسندهٔ پنجم نسخهٔ نهایی مقاله را بررسی انتقادی کرد. همهٔ نویسندگان مقاله را خواندند و تأیید کردند.

References

1. Benson PR. Coping, distress, and well-being in mothers of children with autism. Res Autism Spectr Disord. 2010;4(2):217–28. https://doi.org/10.1016/j.rasd.2009.09.008
2. Bristol MM, Gallagher JJ, Holt KD. Maternal depressive symptoms in autism: Response to psychoeducational intervention. Rehabil Psychol. 1993;38(1):3–10. https://doi.org/10.1037/h0080290
3. Greenspan SI, Wieder S. Engaging autism: using the floortime approach to help children relate, communicate, and think. Hachette Books, 2007.
4. Aydın A. A comparison of the alexithymia, self-compassion and humour characteristics of the parents with mentally disabled and autistic children. Procedia Soc Behav Sci. 2015;174:720–9. https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2015.01.607
5. Fami Tafreshi F, Mohammadi MR, Sharifi Saki S, Ahmadi H, Karimi R, Aakhte M. Effectiveness of training applied behavior analysis to parents on increasing self-help of children with autism. Quarterly Journal of Child Mental Health. 2016;3(1):9–18. [Persian] https://childmentalhealth.ir/article-1-109-en.html
6. Bader SH, Barry TD. A longitudinal examination of the relation between parental expressed emotion and externalizing behaviors in children and adolescents with autism spectrum disorder. J Autism Dev Disord. 2014;44(11):2820–31. https://doi.org/10.1007/s10803-014-2142-6
7. 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.comppsych.2018.11.007
8. Azarnoush L, Gorji Y, Javad Zadeh A. Tasire Amuzeshe modiriyate raftari madarane kudakane 5 ta 12 sale bishfa´al bar bo´de ravaniye keyfiyate zendegi anha dar shahre Isfahan sale 91 [The effect of behavioral management training for mothers of 5-12-year-old hyperactive children on the psychological dimension of their quality of life in Isfahan city, 2012]. The Third National Counseling Conference. Khomeyni Shahr, Iran; 2012. [Persian] https://civilica.com/doc/204807/
9. Kargar M, Asgari Ebrahimabad MJ. Comparing problem solving style and marital adjustment in exceptional and normal children mothers. J Except Educ. 2015;2(130):37–44. [Persian] http://exceptionaleducation.ir/article-1-410-en.html
10. Sadeghi A, Shahidi Sh, Khooshabi K. The effectiveness of parent management training on family function in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. Journal of Family Research. 2011;7(2):175–85. [Persian]
11. Turnbull AP, Turnbull HR. Families, professionals, and exceptionality: a special partnership. Second edition. Columbus: Merrill Pub. Co; 1990.
12. Delavar A. Educational and psychological research. Tehran: Virayesh Pub; 2015. [Persian]
13. Achenbach TM. Integrative guide for the 1991 CBCL/4-18, YSR, and TRF Profiles. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry; 1991.
14. Minaee A. Adaptation and standardization of Child Behavior Checklist, Youth Self-report, and Teacher's Report forms. Journal of Expectational Children. 2006;6(1):529-58. [Persian] http://joec.ir/article-1-416-fa.html
15. Achenbach TM, Rescorla L. Manual for the ASEBA school-age forms & profiles : an integrated system of multi-informant assessment. ASEBA; 2001.
16. Minaei A, Nazeri S. Psychometric properties of the Gilliam Autism Rating Scale–third edition (GARS–3) in individuals with autism: a pilot study. Journal of Exceptional Children. 2018;18(2):113–22. [Persian] http://joec.ir/article-1-847-en.html

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-02-06]

17. Yazdkhasti F, Oreyzi H. Standardization of child, parent and teacher's forms of child behavior checklist in the city of Isfahan. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2011;17(1):60–70. [Persian] http://ijpcp.iums.ac.ir/article-1-1318-en.html
18. Ehlers S, Gillberg C, Wing L. A screening questionnaire for Asperger syndrome and other high-functioning autism spectrum disorders in school age children. J Autism Dev Disord. 1999;29(2):129–41. https://doi.org/10.1023/a:1023040610384
19. Kasechi M, Behnia F, Mirzaei H, Rezafiani M, Farzi M. Validity and reliability of Persian version of high-functioning autism spectrum screening questionnaire age 7–12. Pajouhan Sci J. 2013;12(1):45–54 [Persian] http://psj.umsha.ac.ir/article-1-46-en.html
20. Akrami L, Mokhtar M, Faramarzi S, Abedi A. The effect of behavioral management and social skills training program on behavioral and adaptive problems of male adolescents with high-functioning autism. Archives of Rehabilitation. 2019;20(4):322–39. [Persian] http://dx.doi.org/10.32598/rj.20.4.322
21. Lazarus RS. Evolution of a model of stress, coping, and discrete emotions. In: Rice VH; editor. Handbook of stress, coping, and health: implications for nursing research, theory, and practice. Sage Publications, Inc; 2012.
22. Balali R, Agha Yousefi A. Asar bakhshiye barnameye amoozeshe valedeyn bar kaheshe moshkelat raftari koodakan [The effectiveness of the parent training program on reducing children's behavioral problems]. Applied Psychology. 2012;5(4):59–73. [Persian] https://apsy.sbu.ac.ir/article_95540.html?lang=en
23. Aman MG, Mcdougle CJ, Scahill L, Handen B, Arnold LE, Johnson C, et al. Medication and parent training in children with pervasive developmental disorders and serious behavior problems: results from a randomized clinical trial. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2009;48(12):1143–54. https://doi.org/10.1097/chi.0b013e3181bfd669
24. Benson PR, Daley D, Karlof KL, Robison D. Assessing expressed emotion in mothers of children with autism: the autism-specific five minute speech sample. Autism. 2011;15(1):65–82. https://doi.org/10.1177/1362361309352777
25. Danforth JS, Harvey E, Ulaszek WR, McKee TE. The outcome of group parent training for families of children with attention-deficit hyperactivity disorder and defiant/aggressive behavior. J Behav Ther Exp Psychiatry. 2006;37(3):188–205. https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2005.05.009
26. Driscoll PL. The influence of self-perception on externalized and internalized behavioral problems in children with autism spectrum disorder: a systematic literature review [Thesis for PsyD]. [Chicago, US]: The Chicago School of Professional Psychology ProQuest Dissertations Publishing; 2022.
27. Li B, Bos MG, Stockmann L, Rieffe C. Emotional functioning and the development of internalizing and externalizing problems in young boys with and without autism spectrum disorder. Autism. 2020;24(1):200–10. https://doi.org/10.1177/1362361319874644
28. Webster-Stratton C, Reid MJ, Hammond M. Preventing conduct problems, promoting social competence: a parent and teacher training partnership in head start. J Clin Child Adolesc Psychol. 2001;30(3):283–302. https://doi.org/10.1207/s15374424jccp3003_2
29. McCart MR, Priester PE, Davies WH, Azen R. Differential effectiveness of behavioral parent-training and cognitive-behavioral therapy for antisocial youth: a meta-analysis. J Abnorm Child Psychol. 2006;34(4):525–41. https://doi.org/10.1007/s10802-006-9031-1
30. Lin YN, Iao LS, Lee YH, Wu CC. Parenting stress and child behavior problems in young children with autism spectrum disorder: transactional relations across time. J Autism Dev Disord. 2021;51(7):2381–91. https://doi.org/10.1007/s10803-020-04720-z
31. Ding N, Gao H, Jiang J, Zhai M, Shao H, Fu L, et al. The characteristics and factors of the internalizing and externalizing behaviours of children at high risk for autism spectrum disorder. BMC Psychiatry. 2021;21(1):523. https://doi.org/10.1186/s12888-021-03479-6
32. Schilling S, French B, Berkowitz SJ, Dougherty SL, Scribano PV, Wood JN. Child–adult relationship enhancement in primary care (PriCARE): a randomized trial of a parent training for child behavior problems. Acad Pediatr. 2017;17(1):53–60. https://doi.org/10.1016/j.acap.2016.06.009

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-02-06]