

مقایسه اضطراب، بخشش، و تاب آوری مادران کودکان ۷ تا ۱۲ ساله دارای اختلالات یادگیری و عادی

(تاریخ دریافت ۱۴۰۲/۰۷/۱۵ تاریخ تصویب ۱۴۰۲/۰۸/۰۹)

الهام یثربی^۱

محقق و پژوهشگر

میلاذ خلیلی

محقق و پژوهشگر

چکیده

هدف پژوهش حاضر مقایسه اضطراب، بخشش، و تاب آوری مادران کودکان ۷ تا ۱۲ ساله دارای اختلالات یادگیری و عادی می باشد. این تحقیق از نوع پیمایشی همبستگی است. جامعه آماری این تحقیق، مادران دانش آموزان دبستان خیام شهرضا و مادران دانش آموزان دارای اختلالات یادگیری مرکز اختلالات یادگیری فردای سبز هستند و نمونه ای به حجم ۱۰۰ نفر که مطابق با روش دو گروه آزمایش و کنترل که مطابق با ۵۰ نفر از دانش آموزان دبستان خیام شهرضا (بدون اختلالات یادگیری، گروه کنترل) و ۵۰ نفر دانش آموز دارای اختلالات یادگیری مرکز اختلالات یادگیری فردای سبز هستند که با استفاده از روش نمونه گیری دردسترس انتخاب شدند. جمع آوری اطلاعات به وسیله پرسشنامه های تاب آوری کانر- دیویدسون (CD-RIS)، پرسشنامه اضطراب بک (BAI)، پرسشنامه گرایش به بخشش هافمن (HFS) که به صورت آنلاین تکمیل شده اند، می باشد. در این پژوهش از دو سطح توصیفی و استنباطی برای تجزیه و تحلیل داده های به دست آمده استفاده شد و در سطح توصیفی با استفاده از شاخصهای آماری نظیر فراوانی، درصد فراوانی، میانگین و انحراف استاندارد به توصیف و تحلیل ویژگی های نمونه پرداخته شده است و در سطح استنباطی نخست آزمون شاپیرو-ویلک برای آگاهی از نرمال بودن داده ها

^۱ نویسنده مسئول

استفاده شده و سپس از آزمون لوین برای تعیین رابطه بین متغیرهای پژوهش کمک گرفته شده است و لازم به ذکر است برای تجزیه و تحلیل اطلاعات آماری از نرم افزار spss استفاده شد. یافته ها نشان داد که به طور متوسط بین تاب آوری، تصور از شایستگی فردی، اعتماد به غرایز فردی / تحمل عاطفه منفی، پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن، کنترل و اضطراب، تاثیرات معنوی و بخشش مادران دانش آموزان عادی و مادران دانش آموزان با اختلال یادگیری رابطه معناداری وجود دارد.

کلید واژه: اختلالات یادگیری، تاب آوری، بخشش، اضطراب

بخش اول : کلیات

بند اول: مقدمه

وجود کودک با نیاز ویژه در هر خانواده، ساختار و بهداشت روان اعضای خانواده به ویژه والدین را تحت الشعاع قرار می دهد. یکی از مشکلاتی که کودکان با نیاز ویژه به آن مبتلا هستند، ناتوانی یادگیری^۱ است. ناتوانی های یادگیری نقص در مهارت های تحصیلی عمومی است که در زمینه های خواندن، ریاضیات و بیان نوشتاری آشکار می شود و مشکلات زیادی را در زمینه پیشرفت تحصیلی، عملکرد شغلی آینده کودکان یا در فعالیت روزمره زندگی برای آنان ایجاد می کند (بشرپور، ۱۳۹۶). والدین دارای کودک با نیاز ویژه، به احتمال بیشتری با مشکلات مختلف که غالباً ماهیت محدود کننده و مخرب و فراگیر دارد، مواجه می شوند. مشکلات مربوط به مراقبت از فرزند مشکل دار، والدین و به ویژه مادر را در معرض خطر ابتلا به مشکلات مربوط به بهداشت روانی قرار می دهد. حضور کودک سالم در خانواده، به معنای توالی نسلی سالم است که به امید و

^۱ Learning disabilities

اعتماد و پذیرش دشواری های ناشی از تولد و رشد کودک می انجامد؛ اما حضور کودک ناتوان با وضعیتی که به ناکام شدن همه آمال و آرزوهای والدین منجر شود، باعث سرکوب شدن امید در والدین می گردد. امید دو بعد شناختی و عاطفی را در برمیگیرد که مؤلفه عاطفی آن می تواند پیش بینی کننده وقوع رویدادهای مثبت در آینده و در نتیجه افزایش سلامت روانی باشد. افراد مثبت اندیش امیدواری زیادی در زندگی دارند و در مواجهه با مشکلات زندگی، احتمال کمتری دارد که به افسردگی و اضطراب دچار شوند. از این رو سطح امید، پیش بینی کننده نیرومند سازگاری روانشناختی و سلامت است. اصطلاح اختلالات یادگیری را اولین بار ساموئل کرک^۱ در سال ۱۹۶۳ در انجمنی از والدین که در شهر نیویورک تشکیل شده بود، پیشنهاد کرد (شهیم و هارون رشیدی، ۱۳۸۶). اداره ی آموزش و پرورش ایالات متحده و قانون عمومی ۱۰۱-۴۷۶ اختلال یادگیری را چنین تعریف میکند: اختلال در یک یا چند فرایند اساسی روان شناختی که در فهم یا کاربرد زبان گفتاری یا نوشتاری ایجاد مشکل کرده و ممکن است به صورت توانایی ناقص در گوش دادن، فکر کردن، صحبت کردن، خواندن، نوشتن، هجی کردن کلمات یا محاسبات ریاضی، ظاهر گردد. این اصطلاح حالت هایی همچون معلولیت های ادارکی^۲، آسیب مغزی^۳، بدکاری جزئی مغزی^۴، خوانش پریشی^۵ و زبان پریشی رشدی^۶ را در بر میگیرد؛ اما کودکانی را که بدواً در نتیجه معلولیت های دیداری^۷، شنیداری^۸، حرکتی^۹،

^۱ Samuel Kirk

^۲ Perceptual Disabilities

^۳ Brain damage

^۴ Partial cerebral hemorrhage

^۵ Dyslexia

^۶ Developmental aphasia

^۷ Visual disabilities

^۸ Auditory disabilities

^۹ Motor disabilities

عقب ماندگی ذهنی^۱، اختلال هیجانی^۲، محرومیت‌های اقتصادی^۳، فرهنگی محیطی دچار اختلالات یادگیری شده‌اند، شامل نمی‌شود. (اداره کل آموزش و پرورش ایالات متحده، ۱۹۹۷؛ به نقل از گورمن^۴، ۲۰۰۲؛ ترجمه‌ی نریمانی و نورانی دگرماندرق، ۱۳۸۱). در چهارمین راهنمای آماری تشخیصی اختلالات روانی انجمن روانپزشکی امریکا^۵ - متن تجدید نظر شده، ملاک‌های تشخیصی برای اختلال خواندن^۶، اختلال در املا^۷ و اختلال در ریاضیات^۸ مشخص شده‌اند و ناتوانی‌های یادگیری غیر کلامی مانند اختلال در کارکرد فضایی، شناخت اجتماعی و اختلالات یادگیری که به گونه‌ی دیگر مشخص نشده‌اند، آورده شده است. این اختلالات به طور عمده در کودکان ۷ تا ۱۰ ساله دیده می‌شود (کاپلان، سادوک و گرب^۹، ۲۰۰۲ و ترجمه پورافکاری، ۱۳۸۲). هالاهان، لیود، کافمن، ویس و مارتینز^{۱۰} (۲۰۰۵)، به نقل از حاجلو و رضایی شریف، ۱۳۹۰) میزان شیوع این اختلالات را در نقاط مختلف جهان بین ۳ تا ۱۲ درصد گزارش کرده‌اند. به طوری که نریمانی و رجبی (۱۳۸۴) در بین دانش‌آموزان پایه‌ی دوم تا پنجم استان اردبیل میزان شیوع را ۱۳ درصد گزارش کرده‌اند. این اختلال‌ها معمولاً ناشی از ضایعه‌های سیستم عصبی مرکزی است و بسته به منطقه‌ی ضایعه نمودهای متفاوتی دارند. به طوری که اصطلاح اختلال یادگیری، شرایطی چون ناتوانی‌های ادراکی^{۱۱}، آسیب دیدگی‌های مغزی^۱، نارسایی‌های جزئی در مغز و آفازی رشدی^۲ را در بر می

^۱ Mental retardation

^۲ Emotional disturbances

^۳ Economic deprivation

^۴ Gorman

^۵ DSM-IV-TR^۷

^۶ Reading Disorder

^۷ Spelling disorder

^۸ Disruption in mathematics

^۹ Kaplan, Sadok and Grubb

^{۱۰} Hallahan, Lloyd, Kaufman, Weiss and Martinez

^{۱۱} Perceptual disabilities

گیرد. بر طبق این تعریف، اختلال یادگیری به عنوان یک نارسایی عصب شناختی است و همچنین بیانگر بدکاری کردهای شناختی از قبیل درک، خواندن، نوشتن و ریاضی به حساب می آید (گیرو^۳، ۲۰۰۱). در بروز اختلالات یادگیری عوامل مختلف آموزشی، محیطی، روان شناختی و حتی ژنتیکی دخیل اند و شامل نقایص نورولوژیک (عصب شناختی)، تحصیلی، اجتماعی، عاطفی و سازشی می شوند. نقایص نورولوژیک شامل مشکلاتی در ادراک دیداری و لامسه، هماهنگی روانی- حرکتی، توجهات دیداری و لامسه، حافظه غیر کلامی، استدلال، کارکردهای اجرایی و مشکلات ویژه ای در جنبه هایی از زبان و گفتار است. نقایص تحصیلی شامل مشکلاتی در زمینه های نقص در محاسبات و استدلال ریاضی، درک و فهم خواندن بعضی از مطالب و جنبه هایی از زبان نوشتاری و دست خط است. و نقایص اجتماعی شامل مشکلاتی در ادراک اجتماعی و تعاملات اجتماعی است (رومن^۴، ۱۹۹۸؛ به نقل از شهیم و هارون رشیدی، ۱۳۸۶). بر اساس قانون مدنی ایران که متعلق به ۹۰ سال پیش است از برخی آداب اخلاقی و برخی اصول حقوقی در مورد حقوق والدین و کودکان نسبت به یکدیگر سخن به میان آمده است. از آنجا که کودکان T موجود انسانی دارای حق و تکلیف قانونی مانند یک فرد بالغ فرض نمی شوند لذا صرفا دارای تکالیف اخلاقی در برابر والدین قلمداد شده و تکلیف حقوقی که دارای اثر و مسوولیت قانونی باشد برای آنها تعیین نشده است. در همین راستا ماده ۱۱۷۷ قانون مدنی بیان داشته که کودکان باید مطیع والدین خود بوده و به آنها احترام بگذارند. بطور متقابل این دستور اخلاقی در خصوص والدین نیز در ماده ۱۱۷۸ قانون مدنی اینگونه ذکر شده که والدین باید در حد توان خود به تربیت اطفال پرداخته و در این امر کوتاهی نکنند ولی ضمانت اجرای قانونی برای این

^۱ Brain Injuries^۲ Developmental aphasia^۳ Girod^۴ Roman

موضوع در قانون مدنی تعیین نشده است و مشخصاً علت اخلاقی بودن این دستور و عدم تعیین ضمانت اجرا برای آن، زمان تصویب قانون یعنی ۹۰ سال پیش است که در جوامع آن روز، کودکان از حقوق انسانی به مثابه یک انسان برخوردار نبوده و مساله تربیتی آنگونه که امروز به آن پرداخته می شود جزو حقوق اطفال محسوب نمی شده است. با همین رویکرد ماده ۱۱۷۹ همین قانون به والدین حق تنبیه کودکان را در حد عرف اعطا نموده است آنهم در حدود تادیب که امری نامفهوم و نا مشخص است و از سوی دیگر حد عرفی هم در این باره بطور دقیق مشخص نیست و ممکن است از شهری به شهر دیگری یا حتی در یک شهر از یک منطقه به منطقه دیگر متفاوت باشد و این مغایر کرامت انسانی کودک به عنوان یک موجود انسانی است. این امر آنگونه که بارها دیده ایم و خوانده ایم ممکن است سبب کودک آزاری فرزند شده و به جسم و روح او آسیب جدی و پایدار بزند ولی والدین همچنان معتقد باشند که این امر در حد عرف بوده و قصدشان تادیب فرزند بوده است! ماده ۱۱۶۸ قانون مدنی بطور کلی اعلام داشته که نگاهداری کودکان هم حق و هم تکلیف والدین است. حق بودن به این معناست که هریک از آنها می توانند از این حق خود بهره ببرند و کسی توان ممانعت از آنرا ندارد. تکلیف بودن نیز به این معناست که والدین حق اسقاط و بر زمین گذاردن آنرا ندارند. در واقع تکالیف و حقوق قانونی والدین در قابل کودکان، ماهیتی ترکیبی از هر دو حق و تکلیف را دارد و قابل تفکیک از یکدیگر نیستند. (خلیلی، ۱۳۹۹)

بنداول: بیان مسئله

کلمه ناتوانی^۱ یادگیری برای اولین بار توسط ساموئل کرک این اصطلاح را به عنوان یک برآیند سازشی مطرح کرد و این به واسطه ی برچسب های گوناگونی بود که تا آن زمان

^۱ Disability

برای توصیف کودک با هوش بهنجار و دارای مشکلات یادگیری به کار میرفت. تا به حال تعاریف متعددی از «ناتوانی یادگیری»، «اختلالات یادگیری» و یا «مشکلات یادگیری» ارائه شده است. در فرهنگ واژگان افروز و عبادی ناتوانی یادگیری معادل واژه ی (LD) به معنی فقدان توفیق یا عدم توانایی یادگیری در زمینه های خاصی در مقایسه با توفیق افرادی که توانایی ذهنی مشابه دارند، تعریف شده است. بیشتر تعاریف، بر روی یک یا دو اختلال اساسی در فرآیندهای روانی در ارتباط با درک و استفاده از زبان گفتاری یا نوشتاری تأکید دارند. همچنین اختلال یادگیری معادل واژهری disorder Learning به صورت یک آسیب جسمی یا نقص عصبی تشخیص داده شده که در پیشرفت تحصیلی اختلال ایجاد میکند، تعریف شده است (عبادی و افروز، ۱۳۷۹). ناتوانی های یادگیری گستره ای بسیار وسیع تر از مشکلات تحصیلی را شامل می شود و نیازمند توجه به حوزه های اجتماعی، خانوادگی، ناتوانی های یادگیری عاطفی و رفتاری زندگی کودک در بافت خانواده نیز می باشد. الگوی فرآیند تاب آوری^۱ خانواده که بر کیفیت زندگی تأثیر دارد و باعث کاهش استرس در شرایط بحرانی میشود توسط والش^۲ طراحی شده است. این الگو شامل سه بخش؛ نظام باوری خانواده، الگوی سازمانی خانواده است و ارتباط و حل مساله نظام باوری خانواده شامل ارزشها، نگرشها، تعصبها و نگرانی ها است. الگوی سازمانی به این اشاره دارد که قوانین در خانواده باید قابل پیش بینی و انعطاف پذیر باشد. همچنین تأکید میکند که مادر باید به طور مداوم سطح ارتباط خود را ارزیابی کند و اطمینان پیدا نماید که نیاز تمام اعضای خانواده تأمین شده است. ارتباط و حل مساله اشاره به این دارد که ارتباط روشن و حس هم دردی باعث می شود مادر راهبرد مقابله ای قوی تری را در برابر سختی ها اتخاذ کند و به راه حل های بالقوه برای روبرو شدن با یک مشکل پی ببرد (والش، ۱۹۶۲).

^۱ Toleration^۲ Walsh

هدف رویکرد تاب آوری مادر شناسایی عواملی است که به تاب آوری مادر کمک می کند و در نتیجه مادر در مواجهه با تغییرات در موقعیت های بحرانی، توانایی بازسازی و ایجاد تعادل در خود را پس از یک بحران به دست می آورد (حسینی و حسین چاری، ۱۳۵۲).

بند سوم: اهمیت و ضرورت پژوهش

با توجه به تعامل مادر و کودک و میزان تاثیر گذاری مادران در تربیت و شکل گیری خودپنداره، عزت نفس، توانایی بخشش خود، اضطراب و... در کودکان و اینکه بسیاری از مشکلات رفتاری کودکان ناشی از نحوه برخورد والدین به ویژه مادر با کودک است لذا تحقیق در این زمینه ضروری به نظر می رسد. خانواده هایی که فرزندان آنها به ناتوانی های یادگیری دچارند، مشکلات سازشی بیشتری از والدین عادی دارند. والدین کودکان دارای ناتوانی یادگیری به ویژه مادران آنان، در مسائل هیجانی و عاطفی دچار مشکلاتی هستند. همچنین آنها در مقایسه با والدین کودکان عادی که ناتوانی یادگیری نداشتند، از سبک های مقابله ای ناکارآمدتر در رویارویی با مشکلات استفاده میکنند. والدین این کودکان در مقایسه با والدین کودکان عادی، تیدگی و اضطراب بیشتر و سابقه خواندن ضعیف تر و سبک های فرزند پروری نامناسب تری دارند. از آنجایی که اگر مادر رابطه خوبی با کودک خود برقرار کند، ممکن است بر بهبود بخشی این کودکان اثر بگذارد و حتی می توان گفت که نابسامانی های رفتاری مادر بیش از پریشانی های عاطفی پدر، موجب اختلال در رفتار فرزندان می شود (احدی و بنی جمال، ۱۳۸۸)، بنابراین با توجه به اهمیت دوران کودکی لزوم آموزش مادران در زمینه برخورد مناسب با فرزندان ضروری به نظر می رسد. (مرویان، حسینی، ۱۳۷۶) شروع اختلال یادگیری در اوایل ورود به مدرسه معمولاً به شکل نمره های پایین و یادگیری ضعیف مشخص می شود. شناخت نوع اختلال یادگیری و ریشه های آنها به ویژه در دوره دبستان و در درس های اصلی می تواند در رفع این کم توانی کمک

مؤثری داشته باشد (فجوری^۱، ۲۰۰۶). کودکان دارای اختلال در یادگیری در یک یا چند مورد از توانایی های تحصیلی مانند خواندن، نوشتن و برخی دروس مشکلات جدی دارند و این مشکلات ناشی از بهره هوشی پایین، نارسایی های حسی، آموزش ناکافی و کمبودهای فرهنگی آنها نیست (هالاها^۲، ۲۰۰۸). با وجود مشکلات بسیاری که این افراد با آن مواجه اند، بیشتر آنان تا سال ها پس از ورود به مدرسه شناسایی نمی شوند و تحت آموزش ویژه قرار نمی گیرند، مگر اینکه اختلال رفتاری و مشکلات تحصیلی آنان شدید شود (بناب قربانی ۲۰۰۹؛ به نقل از شیخ زاده، مجل و یحیی نژاد، ۱۳۹۹) در بروز اختلالات یادگیری عوامل مختلف آموزشی، محیطی، روان شناختی و حتی ژنتیکی دخیل اند (جرالد والاس^۳ و مکلافلین^۴، به نقل از منشی طوسی، ۱۳۷۳). دانش آموزان مبتلا به اختلالات یادگیری که در ترکیب با یک کلاس عادی درس می خوانند بیشتر از همسالان سالم خود مورد طرد قرار می گیرند و منزوی می شوند (فوکس^۵، ۱۹۸۹؛ رابرتس^۶ و زوبریک^۷، ۱۹۹۳، به نقل از نریمانی و نورانی دگرماندرق، ۱۳۸۲). برخی معتقدند که دانش آموزان مبتلا به اختلالات یادگیری، در کلاس، پرخاشگری و بدرفتاری بیشتری را نمایش می دهند (کرامول^۸، ۱۹۹۲) که به طرد آنها منجر میشود. عزت نفس و خودپنداره ضعیف هم میتواند تأثیری منفی بر پیشرفت بگذارد. در بین کودکان مبتلا به ناتوانی های یادگیری، آن دسته که عزت نفس پایینی دارند نسبت به آنهایی که دارای عزت نفس مناسبی هستند، از لحاظ تحصیلی عملکرد بدتری دارند (کلوموک^۹ و کسدن^۱، ۱۹۹۴؛

^۱ Fijueroa^۲ Hullahan^۳ Gerald Wallace^۴ MacLaughlin^۵ Fox^۶ Roberts^۷ Zubrick^۸ Cramul^۹ Klumuk

مرویان حسینی، ۱۳۷۶) در مطالعه ای به این نتیجه رسید که میزان مشکلات رفتاری در دانش آموزان دارای اختلالات خواندن و نوشتن بیشتر از دانش آموزان عادی است و این دانش آموزان (دارای اختلالات خواندن و نوشتن) از رشد اجتماعی و عزت نفس پایین تری برخوردار هستند و این تفاوت در سطح ۰/۰۱ معنی دار است (جوکار، سامانی، صحراگرد، ۱۳۸۶). با توجه به تأکید متخصصان بر آموختنی بودن مهارت های گوناگون تاب آوری (استرنبرگ^۲ و بری^۳، ۱۹۹۴؛ وینا^۴، ۲۰۰۳) می توان با آموزش این مهارت ها به افراد، سطح سلامت روانی و هیجانی آنان را افزایش داد و از این رو احساس رضایتمندی از تاب آوری، سلامت روانی و رضایتمندی از زندگی رادر آنها بالا برد. به باور استنبرگ و بری (۱۹۹۴) با آموزش مهارت هایی همانند مهارت های ارتباطی، مقابله، جرأت دهی و ابراز خود می توان، توان تاب آوری و به دنبال آن سطح سلامت افراد را افزایش داد. هر چند تغییر در احساس ها به تغییر در نگرش درباره ی پدیده ها می انجامد، تغییر در احساس، خود ریشه در مجموعه ای از مهارت ها و توانمندی ها دارد و این توانمندی ها آموختنی هستند. (جوکار، سامانی، صحراگرد، ۱۳۸۶). آرزوهای از دست رفته برای داشتن فرزند سالم موجب بروز واکنش های روانشناختی منفی همچون افسردگی، خشم، احساس گناه، اضطراب، شوک، افکار و احساس خجالت در والدین میشود، علاوه بر این والدین در فرایند سبب شناسی عوامل آسیب رسان به فرزند خود، مدام دیگران یا خود را مقصر میدانند که تمامی این واکنش های منفی موجب آسیب های جدی به تمامی کارکردهای خانواده میشود (واتسون^۵، ۲۰۰۸؛ کندل^۶ و مریک^۷، ۲۰۰۷). به منظور حل تعارض و مشکلات به وجود آمده در بین والدین

^۱ Casedan

^۲ Sternberg

^۳ Berry

^۴ Vinna

^۵ Watson

^۶ Candel

^۷ Meric

و احیای عملکرد خانواده، بخشش میتواند عامل پوششی قوی و مثبت بر احساسات منفی و ناپسند عمل کند. بخشش فرایندی است که شامل تغییر در احساسات و نگرش در مورد فرد خطاکار میشود. نتیجه این فرایند، کاهش انگیزه برای اقدام تلافی جویانه یا حفظ بیگانگی با فرد خاطی است و احساسات منفی نسبت به فرد خطاکار را از بین میبرد؛ همچنین نظریه پردازان بر این باورند که بخشش، نشان دهنده جایگزینی احساسات منفی با نگرش های مثبت از جمله شفقت و خیرخواهی است (فیلیپات^۱ و هورنسی^۲، ۲۰۱۱). بخشش هم بر روابط درون فردی و هم بر روابط بین فردی در طول زمان و موقعیت های مختلف تأثیر می گذارد (بری^۳، ورثینگتون^۴، اوکانور^۵، پاروت^۶ و ود^۷، ۲۰۰۵). در این زمینه مدل انرایت که فرایند بخشش را طی چهار مرحله کشف، تصمیمگیری، کار و عمیق شدن مطرح میکند، یکی از مهمترین مدلهای مداخله ای در هر دو نوع بخشش محسوب میشود (باسکین^۸ و انرایت^۹، ۲۰۰۴). غباری بناب (۱۳۸۱)، نشان داد که همبستگی منفی معناداری بین میزان بخشش و میزان اضطراب والدین کودکان استثنایی و عادی وجود دارد. همچنین بر اساس پژوهش معتمدی، غباری بناب و ابرغم (۱۳۹۵) میزان بخشایش گری و رضایتمندی زناشویی مادران کودکان کم توان ذهنی و عادی بر سلامت روان آنها تأثیر مثبت دارد. بر اساس پژوهش بونابا، نصرتی، حسنی و بلوریند (۲۰۱۴) همبستگی قابل توجهی بین بخشش و رضایت زناشویی و سلامت روان در مادران کودکان کم توان ذهنی و عادی وجود دارد.

(پیریائی، جلالی، کاکاوند، ۱۳۹۹)

^۱ Philpot

^۲ Horency

^۳ Berry

^۴ Werthington

^۵ Oconnor

^۶ Parot

^۷ Vode

^۸ Baskin

^۹ Enright

همانگونه که والدین روی رشد کودکان تأثیر دارند، رشد کودک و ویژگی‌های آن نیز روی خانواده تأثیر میگذارد. مادر در بین اعضای خانواده نقش پررنگ تری از دیگران دارد (گری^۱، ۲۰۰۲) و فشارهای ناشی از مسائل آنها میتواند به سایر افراد خانواده نیز منتقل شود. همچنین پژوهش‌ها نشان داده، اختلالات موجود در کودکان مبتلا به اختلالات یادگیری، ارتباط تنگاتنگی با سلامت روان مادران دارد (بابینسکی^۲، فلام^۳، مولینا^۴، ناگی^۵ و همکاران، ۲۰۱۶). نشخوار فکری در بروز شرایط ناگوار موجب ایجاد مشغولیت فکری پیرامون ابعاد گوناگون واقعه میشود و مدام احساسات و افکار ایجادشده به دلیل شرایط ناگوار مرور میشود و استرس شدیدی را بر مادران وارد میکند (کراندول^۶، ۲۰۰۵). مشکل خانواده، استرس زیاد و حمایت کم، آسیب روانی والدین از قبیل افسردگی، پرخاشگری یا سوء مصرف الکل، ناسازگاری زناشویی، فرزندپروری بسیار مداخله‌گرانه و تعاملات والد - فرزند مستبدانه همگی با اختلالات یادگیری ارتباط و همبستگی دارند (لانگه^۷، ۲۰۰۶). پژوهش‌ها نشان میدهند در بین عوامل مختلفی که در پرورش شخصیت سالم کودکان و نوجوانان مؤثرند، تعامل کودک و والدین از مهمترین و بنیادترین عوامل محسوب میشوند (غریبی، فتحی آذر، ادیب، حاتمی، قلی زاده، ۱۳۹۰). مطالعه تعامل کودکان دارای اختلال یادگیری با والدینشان نشان میدهد که در روابط بین آنها فشار روانی، روابط تحمیلی، افسردگی، محدودیت و ناکامی بالا وجود دارد (بارکلی^۸، ۲۰۰۱). بسیاری از مشکلات در دنیای امروز به خدشه دار بودن روابط بین اعضای اصلی خانواده و رابطه متقابل آنها با یکدیگر

^۱ Garry

^۲ Babinski

^۳ Fellam

^۴ Mollina

^۵ Naggy

^۶ Kerandoll

^۷ Lange

^۸ Barkly

مربوط است. دیودوویچ^۱، گلیک^۲، هولتزمن^۳، تیروش^۴ و سفیر^۵ (۲۰۰۰)، معتقد هستند که سایه این دیدگاه‌های نخستین هنوز بر دیدگاه‌های جدید حاکم است. اغلب اینگونه است که عملکرد والدین به صورت غیرمنصفانه ارزیابی میشود و حتی متخصصان هم دچار این خطا می‌شوند و در نتیجه دوره ترحم و سرزنش در تعامل والدین به وجود آمده و تقویت میشود. این نگرش باعث به وجود آمدن احساس شدید خجالت و گناه که ناشی از حس ناخودآگاه مسئولیت به وجود آمدن ناتوانی در کودک است، می‌شود (رضایی دهنوی، ۱۳۹۴؛ به نقل از پیریائی، جلالی، کاکاوند، ۱۳۹۹) از دیدگاه شناختی رفتاری اضطراب فراگیر از تحریف‌های شناختی ناشی می‌شود. افراد مبتلا از مشکلات جزئی در زندگی روزمره به راحتی ناراحت میشوند. اگر مشکلی در زندگی روزمره آنها رخ دهد آن را بزرگ میکنند و درباره پیامد آن بیش از حد نگران میشوند. توجه آنها از خود مشکل به نگرانیهای خودشان جابجا میشود، در نتیجه نگرانی آنها دو چندان میشود. وقتی اضطراب به هر دلیلی آغاز میشود از کنترل خارج شده و نگرانی روی هم انباشته میشود. آنچه بسیار زیانبار است، عدم اطمینان فرد به توانایی خودش در کنترل کردن احساسات و واکنشهای اضطرابی و عدم اطمینان به توانایی اداره کردن تکالیف زندگی به نحو شایسته است. (دهشیری، ۱۳۹۱)

^۱ Diodovich

^۲ Glick

^۳ Holtzman

^۴ Tirosh

^۵ Safir

بند چهارم: اهداف پژوهش

- هدف اصلی

بررسی رابطه اختلالات یادگیری در کودکان ۷ تا ۱۲ ساله با تاب آوری، اضطراب و گرایش به بخشش مادران آنها

بند پنجم: تعاریف نظری و عملیاتی پژوهش

- تعریف نظری تاب آوری

تاب آوری، سازگاری مثبت در واکنش به شرایط ناگوار است (والر^۱، ۲۰۰۱). البته تاب آوری، تنها پایداری در برابر آسیب ها یا شرایط تهدید کننده نیست و حالتی انفعالی در رویارویی با شرایط خطرناک نمی باشد، بلکه شرکت فعال و سازنده در محیط پیرامونی خود است. می توان گفت تاب آوری، توانمندی فرد در برقراری تعادل زیستی- روانی، در شرایط خطرناک است (کانر و دیویدسون^۲، ۲۰۰۳).

- تعریف عملیاتی تاب آوری

نمره ای است که آزمودنی در مقیاس سنجش تاب آوری کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) بدست می آورد.

^۱ waller

^۲ Connor & Davidson

• تعریف نظری اضطراب

اضطراب یک علامت آماده باش است که درباره ی خطری قریب الوقوع هشدار می دهد و شخص را قادر می کند که با تهدید مقابله کند. ترس یک علامت هشدار دهنده ی مشابه است، اما باید از اضطراب متفاوت باشد. ترس پاسخ به تهدیدی شناخته شده، بیرونی، معلوم و غیر تعارضی است، اضطراب پاسخی به تهدیدی ناشناخته، درونی، مبهم یا تعارضی است (سادوک^۱ و همکاران، ۲۰۰۷) و بر احساس نگرانی، عصبی بودن، دلواپسی، و وحشت تمرکز دارد. اضطراب ممکن است همراه با حمله های هراس یا بدون آن باشد. مولفه های فیزیولوژیک اضطراب از جمله ضربان تند قلب، تنش و بی قراری است (مارنات^۲، ۱۳۸۶).

• تعریف عملیاتی اضطراب

نمراتی که آزمودنی از آزمون ارزیابی اضطراب بک^۳ (BAI) بدست می آورد.

• تعریف نظری بخشش

اینرایت و نورث^۴ (۱۹۹۸) بخشش را به عنوان تغییر جدی در تصمیم گیری برای قطع رفتارهای بدخواهانه نسبت به یک شخص خطاکار تعریف کرده اند.

• تعریف عملیاتی بخشش

نمراتی که آزمودنی در آزمون ارزیابی گرایش به بخشش^۱ (HFS) بدست می آورد.

^۱ Sadoock

^۲ Marnat

^۳ Beck Anxiety Inventory

^۴ Eright and North

• تعریف نظری اختلالات یادگیری

اصطلاح اختلال یادگیری ویژه بر اختلال آن گروه از کودکان دلالت دارد که در یک یا چند فرایند روان شناختی پایه مربوط به درک زبان یا کاربرد آن، گفتاری یا نوشتاری، اختلال دارند که به صورت اختلال در گوش دادن، فکر کردن، صحبت کردن، خواندن، نوشتن، هجی کردن یا انجام دادن محاسبات ریاضی جلوه گر شود. این اصطلاح عارضه ای چون معلولیت های ادراکی، آسیب مغزی، اختلال جزیی کارکرد مغز، نارساخوانی، و زبان پریشی رشدی را شامل می شود. اما آن دسته از مشکلات یادگیری را که اساسا نتیجه معلولیت های دیداری، شنیداری، یا حرکتی، یا عقب ماندگی ذهنی، اختلال هیجانی، یا وضع نامساعد محیطی، فرهنگی، یا اقتصادی است، دربرنمیگیرد.

• تعریف عملیاتی اختلالات یادگیری

اختلال یادگیری ویژه کودکان، توسط یک نفر روانپزشک کودک و نوجوان و یک نفر روانشناس بالینی تشخیص داده می شود. شایان ذکر است به منظور تشخیص اختلالات یادگیری از مقیاس هوش و کسلر استفاده می شود. این افراد در نمره کل، هوش طبیعی دارند به این ترتیب از این آزمون به منظور رد عقب ماندگی ذهنی استفاده می شود. نمره کل ۸۹ می تواند گروه سالم را از گروه دچار اختلالات یادگیری تمیز دهد. افراد دچار اختلالات یادگیری در ۴ خرده آزمون (از کل ۱۲ خرده آزمون) نمره پایین تر از هنجار می گیرند. به طوری که ضعف عملکرد در نیمرخ اسید (ACID) را نشان می دهند. این خرده آزمون ها شامل محاسبه عددی، رمز نویسی، اطلاعات

عمومی و فراخنای حافظه ارقام هستند. وجود اختلاف از ۹ تا ۱۵ نمره بین دو هوشبهر کلامی و عملی معنادار نیز به عنوان یکی از شاخص های تشخیصی اختلال یادگیری به شمار می آید.

بخش دوم: اختلال یادگیری

معمولاً در سنین کودکی، والدین حساسیت ویژه ای نسبت به فرزندان خود دارند و تشخیص هر گونه مشکل جدی از جمله اختلال یادگیری برای کودکانشان، با تأثیر مخربی که بر روحیه ی آنها میگذارد، توانایی پدر و مادر را برای کمک به فرزند مبتلا را نیز تحت تأثیر قرار میدهد. اختلال یادگیری معمولاً به عنوان یک آسیب جسمی یا نقص عصبی تعریف میشود که عملکرد تحصیلی را مختل میکند (عبادی و افروز، ۱۳۸۹).

بند اول: پیشینه داخلی و خارجی پژوهش

تعاریف متعددی از اختلال یادگیری وجود دارد که در ادامه به چند تعریف اشاره می شود: اختلالات یادگیری را می توان در دو گروه اختلالات یادگیری تحولی و اختلالات یادگیری تحصیلی طبقه بندی کرد، ۱- اختلالات یادگیری تحولی؛ ناتوانی در فرآیندهای روانشناختی که پیش نیاز یادگیری و کسب موضوعات درسی هستند، محسوب می شود. اختلال توجه: اختلال در توانایی انتخاب عوامل مناسب و یا مربوط و مقتضی از میان محرک های رقابت کننده و بی شماری است که به طور همزمان با ارگانسیم برخورد می کند. اختلال حافظه: اختلال در توانایی بخاطر آوردن چیزی است که دیده، شنیده یا تجربه شده است. کودکانی که مشکلات قابل ملاحظه ای در حافظه دیداری و شنیداری خود دارند احتمالاً در یادگیری خواندن، نوشتن، هجی کردن یا محاسبه کردن مشکل خواهند داشت. اختلالات ادراکی: شامل نقص در هماهنگی دیداری-حرکتی، انحراف بینایی، شنوایی و لامسه، ارتباط فضایی و غیره می باشد. اختلالات

تفکر: شامل مشکلاتی است که به کارکردهای ذهن، مانند قضاوت، مقایسه، محاسبه، تحقیق و سوال کردن، استدلال کردن، ارزشیابی، تفکر انتقادی، حل مسئله و تصمیم گیری مربوط است. اختلالات زبان شفاهی: شامل مشکلات کودک در فهمیدن زبان، تلفیق زبان درونی و بیان عقاید به صورت شفاهی می باشد (کرک^۱، ۱۳۷۷).

اختلالات یادگیری تحصیلی: شامل ناتوانی در خواندن، نوشتن، هجی کردن، بیان نوشتاری و محاسبه کردن است و به این اشاره دارد که کودک توانایی بالقوه یادگیری و موقعیت و امکان یادگیری را در مدرسه دارد و علیرغم دریافت آموزش های کافی در یادگیری مشکل دارد (کرک، ۱۳۷۷). مایکل باست^۲ (۱۹۷۸؛ به نقل از احدی، ۱۳۷۳) این اختلال را تحت عنوان اختلال یادگیری عصبی-روانی می نامد و کودک با اختلال یادگیری را کودکی می داند که علائم عدم هماهنگی حرکتی (دست و پا چلفتی) خفیف و اختلالات رفتاری خاصی از خود بروز می دهد و همچنین در خواندن، ریاضی و صحبت کردن مشکلاتی را نشان می دهد که ناشی از بدکاری سیستم عصبی است. مایکل باست معتقد است که اختلال یادگیری فقط شامل جنبه های کلامی نمی شود، بلکه این افراد در درک و جهت یابی فضایی و در تصویری که از بدن خود دارند (آگاهی نسبت به اسامی اعضا مختلف بدن و ارتباط میان آن ها) نیز مشکلاتی بروز می دهند. مایکل باست همچنین بیان داشته است که این افراد در تفسیر و تمیز احساسات خود، مانند تمیز اصوات مختلف اشکالاتی دارند. "در سال ۱۹۷۷ اختلال یادگیری از طرف دولت فدرال آمریکا چنین تعریف شد: «اختلالات یادگیری ویژه به معنای آن است که در یک یا چند فرایند اساسی روانشناختی اختلالی رخ دهد بطوری که در فهم و استعمال زبان (چه شفاهی و چه کتبی) تأثیر بگذارد و در توانایی گوش دادن، فکر کردن، صحبت کردن، خواندن، نوشتن، هجی کردن و یا محاسبات ریاضی

^۱ Creck

^۲ Michael Bast

اختلالی به وجود آورد و این اصطلاح معلول شرایطی است، نظیر: معلولیت های ادراکی، صدمه مغزی، بدکاری جزئی در مغز، نارساخوانی^۱ و خوانش پریشی رشدی^۲. این اصطلاح شامل کسانی که مشکل یادگیریشان ناشی از عواملی چون نقائص بینایی، شنوایی یا حرکتی، عقب ماندگی ذهنی، آشفته گی هیجانی، ناهنجاری های محیطی، فرهنگی یا اقتصادی، می باشد، نمی گردد (لیون، ۱۹۹۶). در سال ۱۹۸۱ کمیته ملی مشورتی معلولین آمریکا، اختلال یادگیری را چنین تعریف کرد: اختلالات یادگیری اصطلاحی کلی است ناظر بر گروهی ناهمگن از اختلالاتی که به صورت اشکالات مهمی در اعمالی نظیر: گوش دادن، صحبت کردن، خواندن، نوشتن، استدلال کردن و یا حساب کردن، آشکار می-شود. اکثر این بی نظمی ها جنبه ذاتی دارند و به نظر می رسد که ناشی از بدکارکردی سیستم اعصاب مرکزی باشند. هر چند ممکن است ناتوانی یادگیری همراه و همزمان با دیگر شرایط معلول کننده (مانند نقائص حسی، عقب ماندگی ذهنی، اختلال هیجانی و اجتماعی) یا اثرات محیطی (مانند، تفاوت های فرهنگی، آموزش نامناسب و ناکافی، عوامل درون زاد) روی دهند، اما باید دانست که اختلالات یادگیری مستقیماً نتیجه این شرایط یا اثراتش نیست (هامیل، لیغ، مک نات و لارسن، ۱۹۸۱؛ به نقل از هالاها و کافمن، ۱۳۹۰). تعریف فوق نسبت به تعریف دولت فدرال چند امتیاز دارد: منحصر اختصاص به کودکان ندارد، از ذکر عبارت فرآیندهای اساسی روانشناختی که بسیار بحث انگیز بوده اجتناب می نماید، هجی کردن را به این دلیل که از نظر منطقی جزئی از نوشتن است در برنگرفته است، از اشاره به شرایطی که تعریف روشنی ندارد نظیر: معلولیت ادراکی، دیسلکسی و بدکاری مغزی که موجب اغتشاشات بسیاری شده اند خودداری کرده است. به روشنی بیان می دارد که ناتوانی های یادگیری ممکن است با سایر شرایط معلول ساز نیز همراه باشد (هامیل و همکاران، ۱۹۸۱؛ به نقل از هالاها و کافمن،

^۱ Dyslexia^۲ Developmental aphasia

۱۳۹۰). طبق راهنمای تجدید نظر شده تشخیصی و آماری اختلال های روانی (۲۰۰۰)، اختلالات یادگیری زمانی تشخیص داده می شوند که پیشرفت در آزمون های استاندارد شده برای خواندن، ریاضیات یا بیان نوشتاری بطور قابل ملاحظه زیر سطح مورد انتظار بر حسب سن، تحصیلات و سطح هوشی باشد. مشکلات یادگیری مانع پیشرفت تحصیلی یا فعالیت های روزمره زندگی شود. همچنین تاکید می کند که اگر یک نقص حسی وجود داشته باشد، مشکلات یادگیری باید افزون بر آن هایی باشند که معمولاً همراه با آن نقص دیده می شوند " (نیکخو و هامایاک، ۱۳۸۱). تعاریف مختلف از اختلالات یادگیری در چند عنصر مشترک هستند: این کودکان دارای بهره هوشی تقریباً متوسط یا بالاتر هستند، از نظر حواس مختلف سالم هستند، پیشرفت آموزشی این کودکان به طور قابل ملاحظه ای کمتر از بهره هوشی، سن و امکانات آموزشی است و همچنین مشکلات یادگیری از عقب ماندگی ذهنی، اختلال های هیجانی، فقر محیطی، معلولیت های حسی یا ناتوانی های جسمانی ناشی نمی-شوند (سیف نراقی و نادری، ۱۳۸۹). در تحقیقی که به بررسی نارسایی های پردازش حسی در کودکان مبتلا به اختلال یادگیری پرداخت، نتایج نشان داد که تفاوت آماری معنی داری بین میانگین نمرات گروه ها در مولفه های حساسیت لمسی، احساس خواهی، فیلتر کردن اطلاعات شنیداری، حساسیت دیداری/شنیداری و همچنین نمره کلی نیمرخ حسی وجود دارد، ولی در مولفه های حساسیت بویایی/چشایی، میزان انرژی و حساسیت به حرکت تفاوت معناداری بین گروه ها یافت نشد، این نتایج مبین وجود نارسایی هایی در پردازش اطلاعات لمسی، پردازش دیداری/شنیداری، احساس خواهی و توانایی فیلتر کردن اطلاعات شنیداری در کودکان مبتلا به اختلال یادگیری است (بشرپور، عیسی زادگان و احمدیان، ۱۳۹۱). در همین ارتباط، جرجیو، پاپادوپلوس، زارونا و پارایلا (۲۰۱۲) در بررسی وابستگی نقائص پردازش بینایی و شنوایی به نارساخوانی رشدی دریافتند که کودکان مبتلا به نارساخوانی، نقص پردازش شنوایی را تجربه نمی کنند اما حدود نیمی از آن ها نقص پردازش بینایی دارند. در

پژوهشی دیگر که با عنوان دو نقص پردازش حرکت بینایی در نارساخوانی رشدی در ارتباط با اختلالات مختلف مهارت خواندن انجام گرفت و زمینه غنی تری را برای اکتشاف چنین مکانیسمی به صورت جامع تر و دقیق تر برای مشخص کردن ارتباط بین نقص پردازش حرکت و نقص زیر مهارت های خواندن بوجود آورد، نتایج آن نشان دادند که در واقع دو نقص پردازش حرکت مشخص در نارساخوانی رشدی وجود دارد (ویلمر، ریچاردسون، چن و استین، ۲۰۰۴). اما برخلاف آن در پژوهشی دیگر که سلطانی، سیما شیرازی، مرادی و لوری زاده در سال ۱۳۸۶ به بررسی و مقایسه مهارت های ادراک بینایی در کودکان نارساخوان رشدی و عادی پرداختند، نتایج این پژوهش نشان داد که مهارت های ادراک بینایی کودکان نارساخوان در مقایسه با کودکان عادی تفاوت معناداری ندارد. این یافته ها با نظریه هایی همسو می باشند که علت نارساخوانی رشدی را در نقائص بینایی به تنهایی جستجو نمی کنند و علت های دیگری را برای توجیه این اختلال ضروری می دانند. در پژوهشی دیگر که با هدف بررسی رابطه بین حرکت کلی، پردازش کلی شکل، تمرین و پردازش شناختی و دیداری در بزرگسالان مبتلا به نارساخوانی صورت گرفت نتایج نشان داد که در مقایسه با گروه کنترل و بدون در نظر گرفتن اثر تمرین، گروه نارساخوان حساسیت کمتری به حرکت کلی دارند. در این مطالعه همچنین دقت کمتری در سنجه های مربوط به پردازش دیداری و زبانی در افراد نارساخوان مشاهده گردید (کانلون، ساندروز و رایت؛ ۲۰۰۹). (بشرپور، عیسی زادگان و احمدیان، ۱۳۹۱).

بند دوم: تعاریفی بر بخشش و مهرورزی مادران دارای کودک با اختلال یادگیری

از آنجایی که اگر مادر رابطه خوبی با کودک خود برقرار کند، ممکن است بر بهبود بخشی عملکرد این کودکان اثر بگذارد و حتی می توان گفت که نابسامانی های رفتاری مادر بیش از پریشانی های عاطفی پدر، موجب اختلال در رفتار فرزندان می شود (احدی و بنی جمال، ۱۳۸۸)،

بنابراین با توجه به اهمیت دوران کودکی لزوم آموزش مادران در زمینه برخورد مناسب با فرزندان ضروری به نظر می‌رسد. از جمله فعالیت‌های درمانی و آموزشی که متمرکز بر والد به ویژه مادر می‌باشد، آموزش متمرکز بر بخشش و مهرورزی است. بخشش و مهرورزی ارائه نوعی همدلی و فهم غیرقضاوتی نسبت به دردها، رنج‌ها، اشتباهات و ناشایستگی‌های خود است، به نحوی که تجارب تلخ خود را به عنوان بخش بزرگتری از تجارب انسانی ببیند (نف، ۲۰۰۳). اصول پایه در درمان مبتنی بر بخشش و مهرورزی به این موضوع اشاره می‌کند که افکار، عوامل، تصاویر و رفتارهای تسکین بخش بیرونی باید درونی شوند براساس این یافته‌ها و در راستای تحقیق‌های انجام گرفته (گیلبرت، ۲۰۰۹)، به استفاده از این سازه در فضای جلسات درمان اقدام کرد و در نهایت، نظریه ((درمان مبتنی بر مهرورزی)) را مطرح کرد (گیلبرت، ۲۰۰۹). در درمان مبتنی بر مهرورزی به افراد می‌آموزند که از احساسات دردناک خود اجتناب نکرده و آنها را سرکوب نکنند، بنابراین می‌توانند در گام اول تجربه خود را بشناسند و نسبت به آن احساس مهرورزی داشته باشند. سپس نگرش مهرورزانه‌ای به خود داشته باشند. در این روش درمانی به جای تمرکز بر تغییر «خودآرزیابی» افراد، رابطه‌ی افراد با ((خودآرزیابی)) آنان تغییر می‌یابد (گیلبرت، ۲۰۱۰). در طول قرن گذشته، روانشناسان و پژوهشگران تحقیقات خود را بر شرایط ناکامی یا غم و اندوه مانند اضطراب و افسردگی متمرکز کرده‌اند. بنابراین از جنبه‌های مثبت توانایی‌های بالقوه انسانی غافل مانده‌اند. به تدریج در سال‌های اخیر برخی برخی روان‌شناسان به تعاریف، عوامل همبسته و پیش‌بینی‌کننده‌ی روان‌شناسی مثبت نگر مانند شادی و امید^۱ پرداختند. برای نمونه در سال‌های اخیر نظریه امید را اشنايدر^۲ معرفی کرده است که این نظریه چهارچوب نظری مهمی برای فهم امید در مشاوره و کارهای

^۱ Happiness & hope

^۲ snyder

بالینی به دست داده است. (چنچ و فرنهام^۱، ۲۰۰۳؛ به نقل از ملتفت و ساداتی، ۱۳۸۸). شنایدر (۱۹۷۴-۲۰۰۲) بنیانگذار نظریه ی امید و درمان مبتنی بر آن، امید را به عنوان سازه ای مشتمل بر دو مفهوم به این صورت تعریف کرده است: «توانایی طرح ریزی گذرگاه هایی به سوی اهداف مطلوب به رغم موانع موجود و کارگزار یا عامل انگیزش لازم برای استفاده از این گذرگاهها» (بیجاری، قنبری هاشم آبادی، آقامحمدیان شهرباف و همایی شانديز، ۱۳۸۸). یکی از مؤلفه های روان شناختی مرتبط با امید و سرسختی، بخشش^۲ است. اینرایت و نورث^۳ (۱۹۹۸) بخشش را به عنوان تغییری جدی در تصمیم گیری برای قطع رفتارهای بدخواهانه نسبت به یک شخص خطاکار تعریف کرده اند. مک کولاف، پارگامنت و تورسن^۴ (۲۰۰۳) بیان کردند که بخشش جهت دادن به انگیزه هاست. آنها بخشش را به عنوان جهت دادن مثبت به انگیزه های منفی تعریف کرده اند که با انگیزه های مصالحه آمیز و مثبت نسبت به فرد خطاکار همراه است. مک لیکان^۵ (۲۰۱۲) در پژوهشی نشان داد که بخشش نقش مهمی در افزایش شفقت، رحمت و مرحمت دارد. تسی و یپ^۶ (۲۰۰۹) در پژوهشی نشان دادند که بخشش با بهزیستی روان شناختی و سازگاری بین شخصی ارتباط مثبت و معناداری دارد و موجب بهبود و افزایش این دو متغیر در افراد می شود. لاولیر^۷، کاریمانز^۸ و اسکات^۹ (۲۰۰۸) نشان دادند که بخشش با خشم ارتباط معنادار منفی و با خودپایی ارتباط معنادار مثبت دارد. مالتبی^{۱۰}، دی^{۱۱} و باربر^۱ (۲۰۰۴) خاطر نشان ساخته اند که بخشش با

^۱ Chench & furnham^۲ forgiveness^۳ Enright & North^۴ Maccullough, Pargament & Thorsen^۵ Maclachan^۶ Tes & Yip^۷ Lawlir^۸ Karimanz^۹ Lawler-Row , Karremans & scott^{۱۰} Maltbi^{۱۱} Dai

سلامت روانی ارتباط مثبت دارد و به صورت مثبت و معنادار سلامت روانی را در افراد پیش بینی می‌کند. (زاهد بابلان، قاسم پور، حسن زاده، ۱۳۹۰) در روابط زناشویی عوامل متعددی باعث رضایت همسران از یکدیگر میشود. بخشودگی یکی از مهمترین عوامل مؤثر در رضایت زناشویی محسوب می‌شود. بخشودگی به شکل‌های مختلفی تعریف شده است. در یکی از معتبرترین تعاریف بخشودگی به عنوان « تغییر میان فردی و اجتماعی مثبت در مقابل خطایی که در حوضه میان فردی قرار دارد» بیان شده است (آلمند^۲، امبرگ^۳، زیمریچ^۴ و فینچام^۵، ۲۰۱۹؛ هال^۶ و بیچ^۷، ۲۰۱۹؛ ورتینگتون^۸ و وید^۹، ۲۰۲۰). این تعریف به تغییراتی اطلاق می‌شود که میتواند تنها دربرگیرنده کاستن از احساسات منفی یا دربرگیرنده کاهش احساسات منفی همراه با افزایش احساسات مثبت باشد و هر دو صورت این تغییر یک تغییر مثبت اجتماعی است که هدفش ایجاد تعاملات اجتماعی مثبت تر است. بخشودگی به معنی ای لزوم بازگشت به روابط قبلی با فرد خطا کار نیست بلکه به این معناست که فرد خطا کار باید به میزانی از تغییر دست یابد تا بخشوده شود (باکوس^{۱۰}، ۲۰۱۹). پژوهش‌ها حاکی از آن هستند که بخشودگی با کیفیت بالای روابط زناشویی همراه است. هنگامی که فرد قادر به بخشش باشد، رابطه میان هتک حرمت و کیفیت رابطه زناشویی و رضایت زناشویی ضعیف تعدیل می‌شود (ماگیار^{۱۱}، ۲۰۱۱). افرادی که همسر خود را بخشوده اند رابطه زناشویی خود را مقدس تر از گذشته ارزیابی میکنند. هتک حرمت می

^۱ Maltby, Day & Barber

^۲ Almand

^۳ Amberge

^۴ Zimperich

^۵ Fincham

^۶ Haal

^۷ Bitch

^۸ Vertigton

^۹ Vitd

^{۱۰} Bakoos

^{۱۱} Magiar

تواند تأثیرات منفی بر روابط و رضایت زناشویی و همچنین بر فرد و خانواده داشته باشد. توانایی بخشش همسر می تواند به عامل پابرجایی روابط و افزایش رضایت زناشویی منجر شود (باکوس، ۲۰۱۹). ستیر^۱ (۱۹۸۷؛ به نقل از باقری، ۱۳۸۹) بیان کرد ایجاد رابطه مسابقه نیست، که در آن پیروز شوی و تمام عمر با خوشحالی زندگی کنی، وسیله ای است که با آن می توان یک رابطه ی صادقانه و صمیمی برقرار ساخت و مثل یک انسان واقعی جنبه های انسانی را با دیگران تلفیق کرد. ایجاد رابطه دستاویزی است که عزت نفس را رشد میدهد و ارتباط را با خود و دیگران تقویت میکند. اما توانایی انسان برای ایجاد و حفظ روابطی که خودش و دیگران را تقویت کند تا حدودی به توانایی وی در بخشوده شدن خود و دیگران بستگی دارد؛ چرا که رنجش ها، دلخوری ها، عادت های مخرب و هر چیز دیگری که به نبخشودن و با گذشته صلح نکردن مربوط میشود مانع اصلی بر سر راه رسیدن به زندگی سعادتمندانه است. دیگران را که باعث رنجش شده اند می بخشاییم نه برای اینکه در حق آنها لطفی بکنیم؛ بلکه از آن رو تألمات ناشی از آن حوادث ناخوشایند گذشته را فراموش میکنیم که به زندگی شاد برسیم. با بخشودن می توانید زندگی خود را از نو بیافریند. میتوانید با عزت نفس، دوباره به آرامشی که بدان احتیاج دارید برسید. بخشودگی زمانی مطرح میشود که عضوی از خانواده با عمل یا سخن خود موجب نارضایتی و آزار میشود. در این باره ورثینگتون (۱۹۹۸) می نویسد که اعضای خانواده نمیتوانند بدون اینکه گاهی مواقع و شاید هم اغلب اوقات یکدیگر را بیازارند با هم زندگی کنند. این امر بدان معنی است که در روابط خانوادگی وجود تعارض، دل آزاری، و رنجش خاطر اجتناب ناپذیر است. آنچه روابط خانوادگی دشوار یا مشکل را از روابط خانوادگی غیردشوار متمایز میکند بود یا نبود صدمه یا آسیب نیست بلکه خواستن یا حتی اشتیاق اقرار به آزرده شدن فرد متألم، رنجیده و نبخشودن خود خاطی است که صدمه ای به وی وارد شده است (منصوری، سراج خرمی، حیدری، ۱۳۹۲).

^۱ Satir

بند سوم: تعاریفی بر تاب آوری در مادران دارای کودک با اختلال یادگیری

گارمزی^۱ و ماستن^۲ (۱۹۹۱) تاب آوری را یک "فرآیند، توانایی، یا پیامد سازگاری موفقیت آمیز با شرایط تهدیدکننده" تعریف نموده اند. به بیان دیگر تاب آوری، سازگاری مثبت در واکنش به شرایط ناگوار است (والر^۳، ۲۰۰۱). البته تاب آوری، تنها پایداری در برابر آسیب ها یا شرایط تهدیدکننده نیست و حالتی انفعالی در رویارویی با شرایط خطرناک نمی باشد، بلکه شرکت فعال و سازنده در محیط پیرامونی خود است. می توان گفت تاب آوری، توانمندی فرد در برقراری تعادل زیستی-روانی، در شرایط خطرناک است (کانر^۴ و دیویدسون^۵، ۲۰۰۳). افزون بر این، پژوهشگران بر این باورند که تاب آوری نوعی ترمیم خود با پیامدهای مثبت هیجانی، عاطفی و شناختی است (گارمزی، و بکر^۶، سیچتی^۷ ۱۹۹۱؛ ماستن، ۲۰۰۱؛ راتر^۸، ۱۹۹۹؛ لوتار^۹، ۲۰۰۰). کامپفر^{۱۰} (۱۹۹۹) باور داشت که تاب آوری، بازگشت به تعادل اولیه یا رسیدن به تعادل سطح بالاتر (در شرایط تهدیدکننده) است و از این رو سازگاری موفق در زندگی را فراهم میکند. در عین حال کامپفر به این نکته نیز اشاره می نماید که سازگاری مثبت با زندگی، هم می تواند پیامد تاب آوری به شمار رود و هم به عنوان پیش آیند، سطح بالاتری از تاب آوری را سبب شود. وی این مسأله را ناشی از پیچیدگی تعریف و نگاه فرآیندی به تاب آوری میداند (جوکار، سامانی، صحراگرد، ۱۳۸۶). هر

^۱ Garmzy

^۲ Mastan

^۳ Waller

^۴ Canner

^۵ Daividsen

^۶ Beker

^۷ Sitchi

^۸ Ratter

^۹ Ratter

^{۱۰} Campfere

خانواده در هر مرحله از زندگی، بحرانها، درگیریها و نیازهای سازگاری ویژه ای دارد. مفهوم تاب آوری خانواده نیز به معنای توانایی خانواده برای مواجهه با تغییرات در موقعیتهای بحرانی، توانایی احیای مجدد و کسب تعادل پس از بحران است و شامل مؤلفه های ارتباط خانوادگی و حل مسأله، بهره مندی از منابع اقتصادی و اجتماعی، حفظ یک چشم انداز مثبت، پیوند خانوادگی، معنویت خانواده و توانایی ایجاد معنا برای مشکلات است (حسینی سادات، حسین زاده، ۱۳۹۱). واژه تاب آوری خانواده به فرایندهای انطباقی و مقابله ای خانواده به عنوان یک واحد کارکردی اشاره دارد (والش، ۲۰۱۳). در شرایط آسیب زا به خصوص آسیبهای عودکننده پیچیده و پیشرونده، کارکرد خانواده و شبکه های حیاتی وابسته بدان، ممکن است از هم گسیخته شوند، همچنان که این امر با زندگی در جنگ و نواحی پر تعارض تجربه شده است (والش، ۲۰۱۱). تاب آوری خانواده یک چارچوب نظری برای فهم ظرفیت خانواده ها در مواجهه شدن با بحرانها، چالشها، ناراحتیها، حل موفقیت آمیز آنها و سازگاری را فراهم میکند. وقتی یک بحران یا استرس وارد میشود، خانواده ها سعی میکنند بین نیازها و ظرفیت هایشان تعادل برقرار کنند (ون^۱، هانلی^۲، ۲۰۱۵). پژوهش های اندکی در زمینه تاب آوری خانواده صورت گرفته است که تنها یک یا چند بُعد خانواده مورد توجه قرار گرفته است، مانند تاب آوری و الگوی ارتباطی خانواده (کسی^۳، کامبور^۴، ۲۰۱۳). تحقیقات نشان میدهد که در خانواده های تاب آور از مهارتهای حل مسأله شناختی به خوبی استفاده میشود (برگر^۵، ویس^۶، ۲۰۰۹). پژوهشگران دریافته اند خانواده تاب آور از منابع تاب آور مانند مهارتهای شناختی، ثبات فرهنگی و حمایت اجتماعی برخوردار هستند و توانایی استفاده از

^۱ Wen^۲ Hanely^۳ Cassy^۴ Kambor^۵ Berger^۶ Wiss

مهارت های هیجانی را به طور فعال دارند. هیجانات و منطق از مؤلفه های ضروری در تاب آوری خانواده هستند (ویستون، ۲۰۱۰). امروزه تاب آوری در حوزه های بهداشت روانی و روانشناسی تحولی، جایگاه ویژه ای برای خود کسب کرده است و بیش از دو دهه است که به عنوان یک سازه مهم در تئوری ها و پژوهش های اثربخشی آموزش تاب آوری بر بهبود کیفیت زندگی زناشویی و خانواده مطرح است (گریف^۱، لوبر^۲، ۲۰۰۸). در روانشناسی، تاب آوری فرآیند پویای سازگاری مثبت و موفقیت آمیز در شرایط چالش انگیز و تهدید کننده است (لو^۳، اسکات^۴، ۲۰۰۹). با وجود اینکه تاب آوری تا حدی یک ویژگی شخصی و حاصل تجربه های محیطی است، افراد میتوانند ظرفیت تاب آوری خود را با آموختن برخی از مهارتها افزایش دهند. به عبارت دیگر تاب آوری یک ویژگی ثابت و تغییر ناپذیر شخصیتی نیست و افراد ظرفیت بازسازی آن را دارند. تاب آوری به عنوان توانایی سازگاری موفقیت آمیز با شرایط دشوار تعریف و باعث میشود که فرد در برابر استرس های روزمره زندگی از خود انعطاف نشان دهد و خود را با تغییرات محیطی تطبیق دهد. در نتیجه، رویدادهای استرس آور زندگی روزمره نمی تواند باعث آسیب جدی در فرد شود و از سویی دیگر تاب آوری پایین باعث میشود که فرد نتواند بعد از مواجهه با رویدادهای استرس آور به حالت قبلی خود برگردد (فدر^۵، کوهن^۶، ۲۰۱۳). بررسی پژوهش ها نشان دهنده آن است که تاب آوری روانشناختی باعث افزایش توانمندی فرد در موقعیتهای دشوار و بالینی می شود (نواز، ملک، ۲۰۱۴). به طوری که ارتباط مثبت و معنی داری بین تاب آوری و کیفیت زندگی وجود دارد (استوارت^۷، ۲۰۱۱؛ به نقل از عیسی نژاد، حیدریان، ۲۰۰۹). واژه ی تاب آوری اغلب به

^۱ Griff

^۲ Lober

^۳ Loo

^۴ Escatt

^۵ Fedder

^۶ Kohen

^۷ Estewart

مفهوم «بازگشت به گذشته» به کار می‌رود که از ریشه ی *resilio* گرفته شده است (هالینگ^۱، ۱۹۷۳). این کلمه را نخستین بار هالینگ در سال ۱۹۷۳ در مطالعات اکولوژیکی به کار گرفت. به مرور زمان، این مفهوم وارد علوم دیگر از جمله فیزیک، مطالعات روانشناختی، مطالعات اقتصادی و اجتماعی شد و با مفاهیم متعدد دیگر مورد استفاده قرار گرفت. با گذشت نزدیک به چهار دهه از مطرح شدن این مفهوم، هنوز تعریف یکپارچه و واحدی از آن ارائه نشده است. بسیاری از تفاوت‌های موجود در تعاریف تاب‌آوری ناشی از روش‌های گوناگون و تفاوت‌های بنیادی موجود در رویکردها و دیدگاه‌های مطرح در این حوزه است. تاب‌آوری در ابعاد اجتماعی، اقتصادی، زیرساختی (کالبدی)، نهادی و اکولوژیکی تعریف می‌شود (رضایی، ۱۳۹۲). هالینگ تاب‌آوری را توانایی سیستم‌های تحت استرس در بهبود و بازگشت به حالت اصلی خود تعریف می‌کند. به بیان دقیق‌تر، میزان اختلالی که در هر سیستم جذب می‌شود و در همان حالت باقی می‌ماند و درجه‌ای که سیستم توانایی بازسازماندهی از تاب‌آوری به صورت خود را دارد (سهیلی پور، منتظرالحجه، ۱۳۹۱). تعریف نوریس^۲ (۲۰۰۸) توانایی واحدهای اجتماعی برای کاهش خطرهای شامل آثار رخداد و بلایا، و به حداقل رساندن اختلالهای اجتماعی در زمان انجام فعالیت‌های بازسازی و کاهش آثار مخرب زلزله‌های آینده و انجام فعالیت‌های بازیابی جهت کاهش ازهم‌گسیختگی اجتماعی با تاب‌آوری بهره‌گیری از فرصت‌هاست. برونو^۳ (۲۰۰۳) اقتصاد را دارای دو بعد پویا و ایستا می‌داند؛ به این صورت که تاب‌آوری اقتصادی پویا سرعتی است که در آن یک نهاد و یا سیستم از شوک شدید درمی‌آید، بهبود می‌یابد و به حالتی مطلوب می‌رسد، در حالیکه تاب‌آوری اقتصادی استاتیک توانایی هر نهاد ادامه‌ی تولید (هنگامی که دچار یا سیستم به حفظ عملکرد) مثال شوک شدید می‌گردد، تعریف می‌شود. با توجه به موارد فوق، در

^۱ Halling^۲ Noris^۳ Brown

ارائه ی تعریف واحد از تاب آوری باید به این موارد توجه داشت: ۱. تاب آوری ویژگی ذاتی و پویای یک جامعه است و در کل جامعه وجود دارد؛ ۲. سازگاری و انطباق با موقعیت جزو هسته ی اصلی تاب آوری تلقی میشود؛ ۳. تاب آوری باید به بهبودی جامعه کمک نماید؛ ۴. تاب آوری باید به گونه ای باشد که پیش بینی درستی در مورد توانایی جامعه برای بهبود پس از وقوع ناملازمات ارائه دهد. بر این اساس، مطالعات مؤسسه ی تاب آوری اجتماع محور ۴ تعریف زیر را برای تاب آوری اجتماع محور ارائه داده و منطقه ای است: تاب آوری اجتماع محور قابلیت پیش بینی خطر، محدود ساختن تأثیرات آن و بازگشت سریع به حالت قبل برای بقاء، انطباق و تحول و رشد در رویارویی با تغییرات آشفته ی قبلی است. این تعریف همه ی مفاهیم اصلی مطرح شده در بالا را در بر میگیرد (براند^۱، جک^۲، ۲۰۰۷). (داداش پور، ۱۳۹۳)

بند چهارم: تعاریفی بر اضطراب در مادران دارای کودک با اختلال یادگیری

اختلال اضطراب فراگیر یکی از اختلالات شایع روانپزشکی است که به صورت اضطراب افراطی و نگرانی ذهنی غیرقابل گواه پیرامون مسائل مختلف تعریف میشود و حداقل شش ماه ادامه دارد این نگرانی باعث ناراحتی فرد و نقص در عملکرد او میگردد (مؤمنی، ۱۳۹۳) علائم اضطراب فراگیر شامل بیقراری، تحریک پذیری، انقباض عضلانی، خستگی، آشفتگی در خواب و اشکال در تمرکز است. این اختلال از نظر شیوع در مقام دوم و پس از افسردگی قرار دارد و در زنان احتمال ابتلا به آن دو برابر مردان است. مطابق راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی حدود ۱۲ درصد از بیمارانی که به کلینیک های روانپزشکی مراجعه میکنند GAD دارند. همچنین پژوهشهای همه گیرشناسی نشان داده است که در میان اختلالات اضطرابی، اضطراب فراگیر

^۱ Brand

^۲ Jack

بیشترین میزان شیوع را دارد (قبادزاده، ۱۳۹۳). شیوع بالا، سیر مزمن و همبودی اختلال اضطراب فراگیر با سایر اختلالات روانی، این اختلال را به یکی از اختلال های روانشناختی بسیار مهم تبدیل کرده است که بدون درمان احتمال بهبودی ضعیفی را نشان می دهد. گواه نگرانی و اضطراب مشکل است. در عین حال، اضطراب و نگرانی سبب ناراحتی ذهنی بیماران شده و در زمینه های مهم زندگی مبتلایان اختلال ایجاد میکند. اضطراب، احساسی بسیار ناخوشایند و مبهم از دلواپسی است که با علائمی نظیر درد قفسه سینه، تپش قلب، سردرد، تعریق، ناراحتی معده و بیقراری همراه است. بیمار غالباً از تحریک پذیری، زود هراسان شدن، تنش و ناآرامی در رنج است. از دیگر متغیرهایی که حضور آن در افراد مبتلا به اضطراب فراگیر مطالعه شده است، ناگویی هیجانی است. ناگویی هیجانی، بر مبنای طبقه ای از صفات شامل ضعف در شناسایی احساس و هیجان، ناتوانی در توصیف ویژگیهای عاطفی، سبک شناختی عینی و فقدان خیالپردازی مشخص میشود. افراد مبتلا به ناگویی هیجانی به جای تجارب روانشناختی و عاطفی، بیشتر درگیر تجارب فیزیکی خود هستند. ناگویی هیجانی سازه ای چندوجهی است که صفت بارز آن ناتوانی در بازشناسی و وصف گفتاری هیجانهای فردی و ضعف در تفکر نمادین است که بروز بازخوردها، هیجانات، احساسات و تمایلات را دچار محدودیت میکند (صرافینی، ۱۳۹۴). همچنین افراد مبتلا به ناگویی هیجانی در بازشناسی احساس و هیجان مشکل دارند و فقر شدیدی در تجسم سازی دارند که نشان از محدودیت قدرت تخیل در آنهاست (روزبهرانی، سورنیان کاشانی، افتخاری، ۱۳۹۷). امروزه اضطراب و دلواپسی برای میلیون ها انسان به صورت مشکلی غیر قابل حل و خسته کننده در آمده است، ولی باید در نظر داشت که نگرانی ها همه مخرب نیستند و به کمک یک برنامه ریزی دقیق می توان آن ها را از بین برد. نگرانی مفرط یا به عبارت دیگر - دلشوره - یک بیماری روانی است که باعث می شود سلامتی جسمی به خطر بیفتد. نگرانی ها اغلب نتیجه تعبیر نادرست افراد از حقیقت است. ما می توانیم حقیقت گرایی و واقع بینی را به طرق مختلف در خودمان تقویت کنیم.

روان شناسان چنین معتقدند که: «هیچ وقت در خلوت خویش نباید به اضطراب و نگرانی فکر کرد» (روزبهرانی، سورنیان کاشانی، افتخاری، ۱۳۹۷). اضطراب عبارت است از یک عامل ناشناخته و نامعلوم که موجب پریشانی فکر و گاه باعث بروز علائم احساس خطر از جمله تپش قلب و رنگ پریدگی می شود. در فرآیند اضطراب بر خلاف ترس طبیعی، یک عامل حقیقی ترس آور یا خطرناک یا آسیب رسان وجود ندارد، بلکه فقط به طور خودکار و ناخودآگاه ذهن آدمی دچار احساس خطر می شود و هرگاه ذهن در اثر تنش های روانی و استرس های عصبی و حوادث ناخوشایند و ناگواری که در زندگی مکرراً برآیمان رخ می دهد از روال عادی خارج شود و حساسیت بیش از حد به رخداد های آتی و احتمالی پیدا کند دچار اضطراب می شویم. علل پیدایش اضطراب عوامل وراثتی، تجربه های تلخ سال های گذشته و محیط ناآرام و عصبی است. اثرات مخرب آن بر تفکر باعث اختلال در تمرکز حواس می شود، قدرت تصمیم گیری و اراده را از انسان سلب می کند، او را بدبین می سازد و باعث می شود که انسان دیگر فرد مثرثمر و سودمندی نباشد (کاپلان^۱، ۲۰۰۷، ص ۹۸۸). فنون ذهن آگاهی، برای کمک به ایجاد یک تغییر عمیق در نحوه ادراک دیگران و دنیای اطراف به کار میرود؛ ذهن آگاهی ابتدا روی آگاهی و تمرین ذهنی مادر تمرکز میکند پس از آن پیشرفت میکند تا آگاهی او را از احساسات بدن، فرآیندهای ذهنی و محیط افزایش دهد. تمرینات ذهن آگاهی برای باز بودن به تجربه، افکار قبلی را وارد می کند تا زمینه آگاهی را فراهم کند و با مواجهه مکرر با افکار منجر به کاهش حساسیت و کاهش واکنشهای احساسی مانند اضطراب و افسردگی شود، اما این مکانیسم میتواند به صورت عکس عمل کند و موجب افزایش احساسات منفی شود. ناتوانی کودک در برآورده کردن خواسته های آموزشی و تشخیص اختلالات ویژه یادگیری ممکن است در مادر احساس غم و اندوه، گناه و اضطراب ایجاد کند. سالها طول میکشد تا مادر با شوک عاطفی این واقعیت سازگار

^۱ Kaplan

شود. درحالیکه این تجربه ها فرآیند معمول برای بسیاری ازوالدین کودکان استثنایی است، تمرینات ذهن آگاهی این احساسات منفی را زنده میکند. بنابراین مادرممکن است تمایل به اجتناب از موقعیتهای احساسی در این رابطه داشته باشد. تلاش های مادر برای جلوگیری از تجربه درونی افکار و احساسات دلخراش موجب تقویت واکنشهای شدید نادرست مجدد میشود و تاثیر آموزش را، حداقل در بخشهایی، کاهش میدهد. کراسول^۱ و لیندسی^۲ (۲۱۰۹) نشان دادند که گرچه آموزش ذهن آگاهی به تنهایی می تواند عملکرد شناختی را بهبود بخشد، ترکیبی از آگاهی و پذیرش ذهنی برای تاثیر توجیه ضروری است. به طور خاص، آگاهی ذهنی باعث افزایش تجربیات عاطفی مثبت و منفی می شود و تنظیم توجه به تنهایی نمیتواند برای بهبود عملکرد در کارهایی که نیاز به تنظیم احساسات دارند (مثلاً وظایف تنیدگی زا)، کافی باشد. در طول سالهای مدرسه، اختلالات ویژه یادگیری با پیشرفت تحصیلی کم، غیرمنتظره و یا پیشرفتی که تنها با تلاش طاقت فرسا و کمک مداوم به دست می آید مشخص می شود. در جامعه که به تحصیل اهمیت زیادی داده می شود پیش بینی و برنامه ریزی درازمدت در مورد تحصیلاتی که کودک را خوشبخت می کند تنیدگی مادر را بیش از اندازه بالا میبرد که تمرینات کوتاه مدت بتواند مؤثر باشد. با توجه به اثر اصلی درون گروهی زمان (پس آزمون، پیش آزمون و پیگیری) که در سرزندگی کودکان ایجاد شده است، می توان گفت که زمان آموزش کوتاه بوده و برای ایجاد تغییرات معنی دار، زمان بیشتری مورد نیاز است زیرا کاهش نشانگاه منفی به مراتب آسانتر و سریعتر از افزایش نشانگاه مثبت اتفاق میافتد، بنابراین ممکن است افزایش سرزندگی نیاز به زمان طولانی تر و رویه ای درمانی متمرکزتر بر این هدف داشته باشد. بعلاوه بخشی از تغییر سرزندگی نیز میتواند تحت تاثیر نتیجه رویارویی مادر با احساس عادی خود باشد. در برخی از مواقع والدین

^۱ Cresol

^۲ Lindsay

مشکلات خود را در نتیجه حضور یک کودک با نیازهای ویژه میدانند، در صورتیکه ممکن است چنین نباشد. رویارویی با این احساس عادی و به چالش کشیدن آن میتواند تغییری در رفتار مادر نسبت به کودک ایجاد کند که منجر به رفع بخشی از نیازهای او شود (باشعور لشکری، تجلی، امیری مجد، ۱۳۹۸). اگر پژوهش را یک روش منظم جهت حل مشکلات بدانند، پس از انتخاب موضوع باید مشخص شود که چه شیوه‌ای اتخاذ گردد تا پاسخ به روشهای پژوهش دقیق تر بوده و نتایج حاصل از دقت بالاتری برخوردار بوده باشد. از این رو در این فصل به خصوصیات ویژه جامعه مورد مطالعه، حجم نمونه، شیوه نمونه‌گیری، شیوه برآورد حجم نمونه و بررسی تجزیه و تحلیل داده‌های آماری پرداخته شده، سپس ابزار مورد استفاده، مورد کنکاش قرار خواهد گرفت. روش تحقیق به عنوان نقشه راه در هر نوع از پژوهشهای نظری و کاربردی میتواند نقش بسزایی در روند رو به رشد و موفقیت آمیز یک پژوهش داشته باشد. اینکه از چه روشی برای پژوهش در تحقیقات بنیادین کاربردی به ویژه در رشته‌های مانند روان‌شناسی، مدیریت و... استفاده شود بستگی به نوع متغیرها، تعداد متغیرها، حجم نمونه، خواسته‌هایی که محقق از پژوهش دارد و نتایجی که محقق به دنبال آن است، بستگی دارد. روش تحقیق در این پژوهش، از منظر ماهیت، توصیفی از نوع همبستگی است. از منظر هدف، کاربردی است، زیرا یافته‌های حاصل از تحلیل آماری آن، به نوعی میتواند جهت دیگر پژوهش‌ها، با جامعه آماری متفاوت، الگوی جدید و سازمان دیگری کاربرد داشته باشد. از منظر زمان نیز چون در یک بازه زمانی خاص به جمع‌آوری داده‌ها و سپس تحلیل آنها میپردازد در حیطه تحقیقات مقطعی قرار دارد. در این مطالعه، به منظور کشف روابط میان متغیرها از روش تحقیق همبستگی استفاده شده است. جامعه آماری این تحقیق، دانش‌آموزان دبستان خیام شهرضا و دانش‌آموز دارای اختلالات یادگیری مرکز اختلالات یادگیری فردای سبز هستند و نمونه‌ای به حجم ۱۰۰ نفر که مطابق با روش دو گروه کنترل و آزمایش که مطابق با ۵۰ نفر از دانش‌آموزان دبستان خیام شهرضا (بدون اختلالات

یادگیری، گروه کنترل) و ۵۰ نفر دانش آموز دارای اختلالات یادگیری مرکز اختلالات یادگیری فردای سبز هستند.

بخش سوم: روش گرد آوری اطلاعات

روش جمع آوری اطلاعات با استفاده از روش نمونه گیری تصادفی ساده به دست آمده است، بود. ضمناً، جهت نمونه گیری نیز، از روش نمونه گیری تصادفی ساده استفاده شد. از بین انواع روش های نمونه گیری، روش نمونه گیری تصادفی، روش احتمالی و بدون دخیل بودن همسویی به طرف و یا گروه خاصی از افراد است که شانس مساوی را برای تمامی شرکت کنندگان قائل است. همین دلیل، تعمیم این روش از نمونه به جامعه را به عنوان بهترین تعمیم قلمداد میکند. نمونه گیری تصادفی ساده، جزء انواع نمونه گیری است که در صورت تناسب تحقیق، در استفاده از این نوع نمونه، تعمیم نمونه به جامعه به لحاظ ساختاری قابل قبول و نتایج حاصل از آن متن است.

بند اول: ابزار های پژوهش

در این پژوهش از سه پرسش نامه تاب آوری کونور - دیویدسون (CD-RIS) یا مقیاس تاب آوری کونور - دیویدسون^۱ (CD-RIS) که توسط دو نظریه پرداز مشهور این حوزه یعنی کونور و دیویدسون ساخته شده است. این پرسشنامه ۲۵ گویه دارد که در مقیاس لیکرت بین (کاملاً نادرست) و (کاملاً درست) نمره گذاری شده استفاده میشود و همچنین پرسشنامه اضطراب بک^۲ (BAI) توسط آرون تی بک ساخته شده است. این تست در سال ۱۹۹۱ توسط آرون تی بک و همکارانش به منظور ارزیابی اختصاصی شدت علائم اضطراب بالینی در افراد ساخته و معرفی گردید. تعداد سوالات ۲۱ و نمره از صفر تا ۶۳ خواهد بود (و با درصد از صفر تا صد). پایایی

^۱ Conner-Davidson Resilience Scale

^۲ Beck Anxiety Inventory

نسخه فارسی این آزمون ($r=0/83$ $^{\wedge}p<0/001$) و همچنین روایی را ($r=0/72$ $^{\wedge}p<0/001$) و ثبات درونی را ($\text{Alpha}=0/92$) محاسبه شده است. همچنین از پرسش‌نامه مقیاس ارزیابی گرایش به بخشش^۱ (HFS) استفاده شده است. پایایی و روایی: ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شده توسط طراحان برای مقیاس گرایش به بخشش (خود، دیگران و موقعیت) بین ۰/۷۲ الی ۰/۷۷ مشخص شده است. همچنین شاخص‌های تحلیل عاملی تأییدی به دست آمده بر روی ۱۰۰ نفر از دانش‌آموزان، برای روایی سازه این ابزار $\text{CFI}=1$ و $\text{RMSEA}=0/07$ است که با حذف ۳ گویه از آن، حاکی از برازندگی کامل مدل می‌باشد. ضریب آلفای کرونباخ برای پرسشنامه خود بخشی بر اساس داده‌های بدست آمده در این پژوهش ($0/66$) می‌باشد.

بند دوم: پرسشنامه کونور و دیویدسون^۲ (CD-RIS) (۲۰۰۳)

پرسشنامه را کونور و دیویدسون (۲۰۰۳) با مرور منابع پژوهشی ۱۹۹۱-۱۹۷۹ حوزه تاب‌آوری تهیه کردند. بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس در شش گروه، جمعیت عمومی، مراجعه‌کنندگان به بخش مراقبت‌های اولیه، بیماران سرپایی روانپزشکی، بیماران با مشکل اختلال اضطراب فراگیر و دو گروه از بیماران استرس‌پس از سانحه انجام شده است. تهیه‌کنندگان این مقیاس بر این باورند که این پرسشنامه به خوبی قادر به تفکیک افراد تاب‌آور از غیرتاب‌آور در گروه‌های بالینی و غیربالینی بوده و می‌تواند در موقعیت‌های پژوهشی و بالینی مورد استفاده قرار گیرد. پرسشنامه تاب‌آوری کونور و دیویدسون ۲۵ عبارت دارد که در یک مقیاس لیکرتی بین صفر (کاملاً نادرست) تا پنج (همیشه درست) نمره گذاری می‌شود.

^۱ Hoffman Forgiveness Scale

^۲ Connor and Davidson questionnaire

بند سوم: شیوه نمره گذاری مقیاس تاب آوری

نمره گذاری گزینه ها در این مقیاس بدین شرح است:

کاملاً نادرست = ۰ به ندرت = ۱ گاهی درست = ۲ اغلب درست = ۳ همیشه درست = ۴

بنابراین طیف نمرات آزمون بین ۰ تا ۱۰۰ قرار دارد. نمرات بالاتر بیانگر تاب آوری بیشتر آزمودنی است. نتایج تحلیل عاملی حاکی از آنند که این آزمون دارای ۵ عامل: تصور شایستگی فردی، اعتماد به غرایز فردی، تحمل عاطفه منفی، پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن، کنترل و تأثیرات معنوی است.

بند چهارم: عبارات مربوط به هر زیرمقیاس

زیرمقیاس تصور از شایستگی فردی: ۲۵-۲۴-۲۳-۱۷-۱۶-۱۲-۱۱-۱۰

زیرمقیاس اعتماد به غرایز فردی تحمل عاطفه منفی: ۲۰-۱۹-۱۸-۱۵-۱۴-۷-۶

زیرمقیاس پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن: ۸-۵-۴-۲-۱

زیرمقیاس کنترل: ۲۲-۲۱-۱۳

زیرمقیاس تأثیرات معنوی: ۹-۳

ویژگی های روان سنجی مقیاس تاب آوری

پایایی خارجی: کونور و دیویدسون ضریب آلفای کرونباخ مقیاس تاب آوری را ۰/۸۹ گزارش کرده اند. همچنین ضریب پایایی حاصل از روش باز آزمایی در یک فاصله ۴ هفته ای ۰/۸۷ بوده است.

پایایی ایرانی: این مقیاس در ایران توسط محمدی (۱۳۸۴) هنجاریابی شده است. وی برای تعیین پایایی مقیاس تاب آوری کونور و دیویدسون از روش آلفای کرونباخ بهره گرفته و ضریب پایایی ۰/۸۹ را گزارش کرده است.

اعتبار خارجی: نمرات مقیاس تاب آوری کونور و دیویدسون با نمرات مقیاس سرسختی کوباسا همبستگی مثبت معنادار و با نمرات مقیاس استرس ادراک شده و مقیاس آسیب پذیری نسبت به استرس شیطان همبستگی منفی معناداری داشتند که این نتایج حاکی از اعتبار همزمان این مقیاس است.

اعتبار افتراقی: نمرات مقیاس تاب آوری کونور و دیویدسون در هنگام شروع آزمایش و همچنین هنگام خاتمه با نمرات مقیاس تجربه جنسی آریزونا همبستگی معناداری نداشت. این مطلب حاکی از اعتبار افتراقی آزمون است.

اعتبار ایرانی: برای تعیین روایی این مقیاس نخست همبستگی هر عبارت با نمره کل مقوله محاسبه و سپس از روش تحلیل عاملی بهره گرفته شد. محاسبه همبستگی هر نمره با نمره کل به جز عبارت ۳، ضریب های بین ۰/۴۱ تا ۰/۶۴ را نشان داد. سپس عبارات مقیاس به روش مؤلفه های اصلی مورد تحلیل عاملی قرار گرفتند. پیش از استخراج عوامل بر پایه ماتریس همبستگی عبارات، دو شاخص KMO و آزمون کرویت بارتلت محاسبه شدند. مقدار KMO برابر ۰/۸۷ و مقدار خی دو در آزمون بارتلت برابر ۵۵۵۶/۲۸ بود که هر دو شاخص کفایت شواهد برای انجام تحلیل عامل

را نشان دادند. در پژوهشی که توسط سامانی، جوکار و صحراگرد در بین دانشجویان صورت گرفت، پایایی آن را ۰/۹۳ گزارش کردند و روایی (به روش تحلیل عوامل و روایی همگرا و واگرا) توسط سازندگان آزمون در گروه های مختلف عادی و در خطر احراز گردید (سامانی و همکاران، ۲۰۰۶)

بند پنجم: پرسشنامه اضطراب بک^۱

آیرون بک و همکاران وی پرسشنامه اضطراب بک (BAI) را ساخته و معرفی کرده اند که به طور اختصاصی شدت علائم اضطراب بالینی را در افراد می سنجد. این پرسشنامه به صورت خود گزارشی است و برای اندازه گیری شدت اضطراب در نوجوانان و بزرگسالان ساخته شده است. طبق مطالعات انجام شده این تست اعتبار و روایی بالایی دارد و از معروف ترین تست های اضطراب است. تست اضطراب بک دارای ۲۱ سوال بوده که در هر سوال فرد باید یکی از ۴ گزینه که نشان دهنده شدت اضطراب است را انتخاب کند. ۴ گزینه سوال ها در یک طیف ۴ بخشی از ۰ تا ۳ نمره گذاری می شوند. هر یک از سوال ها یکی از علائم شایع اضطراب یعنی علائم بدنی، ذهنی و هراس را می سنجد. نمره کل این پرسشنامه در دامنه ۰ تا ۶۳ بوده و درجه اضطراب به صورت زیر است.

۱. هیچ یا کمترین حد: ۰ تا ۷

۲. خفیف: ۸ تا ۱۵

۳. متوسط: ۱۶ تا ۲۵

^۱ Beck Anxiety Inventory

نمره های پایین در این تست در حالت اضطراب به معنی آرامش، نمره متوسط به معنی میزان متوسط نگرانی و تنش و نمره بالا نشانه ترس شدید و یا فوبیا است. در دستورالعمل تست حالت اضطراب اینطور آمده که احساس خود را همین لحظه در نظر بگیرید. اما در دستور سوال های رگه اضطراب فرد باید فراوانی

پایایی و روایی: ضریب همسانی درونی این آزمون ۰/۹۲، اعتبار آن با روش بازآزمایی به فاصله یک هفته ۰/۷۵ و همبستگی داده های آن از ۰/۳۰ تا ۰/۷۶ متغیر است (کلارک و داتسون ۱۹۹۱ به نقل از مرادی ۱۳۸۰). در ایران ضریب اعتبار آن را بازآزمایی و به فاصله ۲ هفته ۰/۸۰ گزارش کرده است. در ایران نیز کاویانی و موسوی این آزمون را هنجاریابی کرده اند و نتایج نشان داد، آزمون مورد نظر دارای روایی (۰/۷۲) اعتبار (۰/۸۳) و ثبات درونی (۰/۹۲) مناسبی است (کاویانی؛ موسوی ۱۳۸۷).

بند ششم: مقیاس ارزیابی گرایش به بخشش^۱ (HFS)

این مقیاس توسط تامپسون، اشن ایدر، هافمن و همکاران در سال (۲۰۰۵) طراحی شد که ۱۸ گویه دارد و میزان گرایش به بخشش در افراد با توجه به خود-گزارشی فرد مشخص می شود. این پرسشنامه از سه زیر مقیاس خود بخششی، دیگر بخششی و موقعیت بخششی درست شده است و در مقابل هر گویه یک مقیاس ۷ درجه ای از همیشه غلط (نمره ۱) تا همیشه صحیح (نمره ۷) قرار دارد. محقق از خرده مقیاس خود بخششی این پرسشنامه در این تحقیق استفاده نموده است.

^۱ Hoffman Forgiveness Scale

پایایی و روایی: ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شده توسط طراحان برای مقیاس گرایش به بخشش (خود، دیگران و موقعیت) بین ۰/۷۲ الی ۰/۷۷. مشخص شده است. همچنین شاخص های تحلیل عاملی تأییدی به دست آمده بر روی ۱۰۰ نفر از دانش آموزان برای روایی سازه این ابزار $CFI = ۱$ و $RMSEA = ۰/۰۷$ است که با حذف ۳ گویه از آن، حاکی از برازندگی کامل مدل می باشد. ضریب آلفای کرونباخ برای پرسشنامه خود بخششی بر اساس داده های بدست آمده در این پژوهش (۰/۶۶) می باشد.

بخش چهارم: روش تجزیه و تحلیل داده ها

جهت پردازش داده های این پژوهش از نسخه ۲۵ نرم افزار SPSS استفاده شده است. داده های بدست آمده از این پژوهش در دو سطح توصیفی و استنباطی تحلیل شد. در سطح توصیفی ویژگی های جمعیت شناختی نمونه ی آماری براساس سن مادر، سن دانش آموز، سطح تحصیلات مادر و شغل مادر مورد بررسی قرار گرفته است و در سطح استنباطی فرضیات پژوهش مورد آزمون قرار می گیرند. با توجه به فرضیات باید از تی-مستقل و -آزمون ولچ استفاده شود. در این فصل با توجه به موضوع و هدف های پژوهش به تجزیه و تحلیل داده های حاصل از ابزارهای اندازه گیری با استفاده از آمار توصیفی و آمار استنباطی پرداخته شده است. لازم به ذکر است برای بررسی فرضیه های پژوهش آزمون تی-مستقل و آزمون ولچ استفاده شده است.

بند اول: آمار توصیفی ویژگی های جمعیت شناختی

در این بخش، ویژگی های جمعیت شناختی نمونه ی آماری براساس سن مادر، سن دانش آموز، سطح تحصیلات مادر و شغل مادر مورد بررسی قرار گرفته شده و در جدول های ۴-۱ تا ۴-۴ ارائه شده اند.

• توصیف نمونه آماری مورد مطالعه براساس سن مادر و دانش آموز

در جدول ۴-۱ آماره های توصیفی سن مادر گزارش شده است. همانطور که مشاهده می شود ۴۴/۴ درصد (۴۴ نفر) از مادران سنی بین ۲۶ تا ۳۵ سال، ۴۵/۵ درصد (۴۵ نفر) از مادران سنی بین ۳۶ تا ۴۵ سال و ۱/۱ درصد (۱۰ نفر) از مادران سنی بین ۴۶ تا ۵۵ سال دارند. همچنین، نمودار میله ای گروه سنی مادران در نمودار ۴-۱ قابل مشاهده شده است.

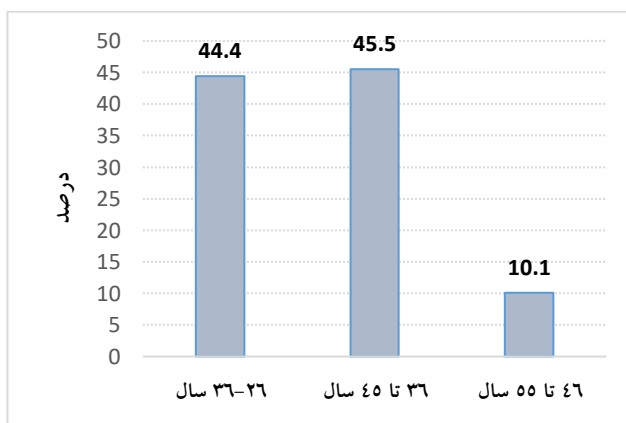
جدول ۴-۱- توصیف نمونه آماری مورد مطالعه بر اساس گروه سنی مادر

گروه سنی	فراوانی	درصد فراوانی نسبی
۲۶-۳۵ سال	۴۴	۴۴/۴
۳۶-۴۵ سال	۴۵	۴۵/۵
۴۶-۵۵ سال	۱۰	۱۰/۱
مجموع	۹۹	۱۰۰

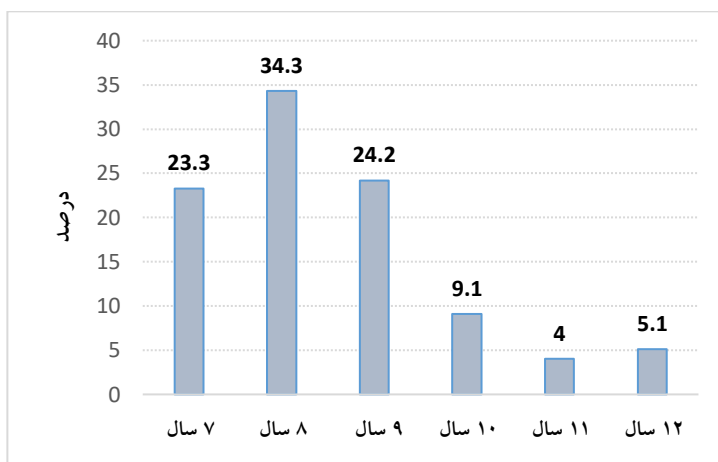
همچنین، در جدول ۴-۲ آماره های توصیفی سن دانش آموز گزارش شده است. همانطور که مشاهده می شود ۲۳/۲ درصد (۲۳ نفر) از دانش آموزان ۷ ساله، ۳۴/۳ درصد (۳۴ نفر) از دانش آموزان ۸ ساله، ۲۴/۲ درصد (۲۴ نفر) از دانش آموزان ۹ ساله، ۹/۱ درصد (۹ نفر) از دانش آموزان ۱۰ ساله، ۴ درصد (۴ نفر) از دانش آموزان ۱۱ ساله و ۵/۱ درصد (۵ نفر) از دانش آموزان ۱۲ ساله هستند. همچنین، نمودار میله ای سن دانش آموزان در نمودار ۴-۲ قابل مشاهده شده است.

جدول ۴-۲- توصیف نمونه آماری مورد مطالعه بر اساس سن دانش آموز

سن	فراوانی	درصد فراوانی نسبی
۷ سال	۲۳	۲۳/۲
۸ سال	۳۴	۳۴/۳
۹ سال	۲۴	۲۴/۲
۱۰ سال	۹	۹/۱
۱۱ سال	۴	۴
۱۲ سال	۵	۵/۱
مجموع	۹۹	۱۰۰



نمودار ۴-۱- نمودار میله ای براساس گروه بندی سنی مادران



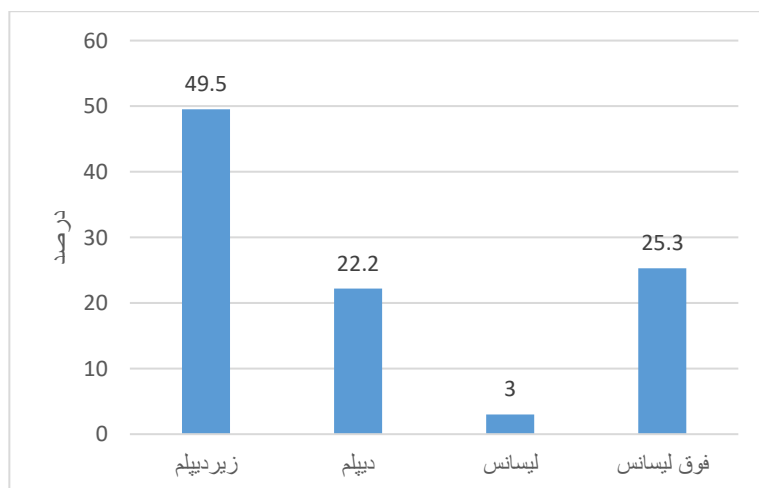
نمودار ۴-۲- نمودار میله ای براساس سن دانش آموزان

• توصیف نمونه آماری مورد مطالعه براساس سطح تحصیلات مادر

در جدول ۴-۳ نمونه ای مورد مطالعه را از نظر سطح تحصیلات مادر نشان می دهد. همانطور که مشخص است ۴۹/۵ درصد (۴۹ مادر) دارای مدرک دیپلم، ۲۲/۲ درصد (۲۲ نفر) زیر دیپلم، ۳ درصد (۳ نفر) لیسانس و ۲۵/۳ درصد (۲۵ نفر) فوق لیسانس هستند. همچنین، نمودار میله ای سطح تحصیلات مادر در نمودار ۴-۳ قابل مشاهده شده است.

جدول ۴-۳- توصیف نمونه آماری مورد مطالعه بر اساس سن مادر

فراوانی	درصد فراوانی نسبی	
۲۲	۲۲/۲	زیر دیپلم
۴۹	۴۹/۵	دیپلم
۳	۳	لیسانس
۲۵	۲۵/۳	فوق لیسانس
۹۹	۱۰۰	مجموع



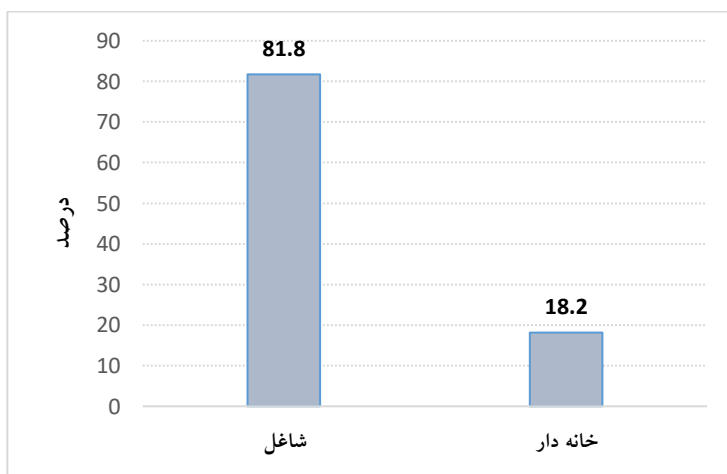
نمودار ۴-۳- نمودار میله‌ای براساس سطح تحصیلات مادر

- توصیف نمونه آماری مورد مطالعه براساس شغل مادر

در جدول ۴-۴ نمونه‌ی مورد مطالعه را از نظر شغل مادر نشان می‌دهد. همانطور که مشخص است ۸۱/۸ درصد (۸۱ مادر) شاغل و ۱۸/۲ درصد (۱۸ نفر) خانه‌دار هستند. همچنین، نمودار میله‌ای شغل مادر در نمودار ۴-۴ قابل مشاهده شده است.

جدول ۴-۴- توصیف نمونه آماری مورد مطالعه بر اساس سن مادر

فراوانی	درصد فراوانی نسبی	
۸۱	۸۱/۸	شاغل
۱۸	۱۸/۲	خانه‌دار
۹۹	۱۰۰	مجموع



نمودار ۴-۴- نمودار میله‌ای براساس شغل مادر

بند دوم: یافته‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

در این بخش آماره‌های توصیفی از جمله معیارهای مرکزی (میانگین، میانه و مد) و معیارهای پراکندگی (انحراف معیار، کمترین و بیشترین مقدار) برای تاب‌آوری و زیرمقیاس‌های آن (تصور از شایستگی فردی، اعتماد به غرایز فردی تحمل عاطفه منفی، پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن، کنترل، تاثیرات معنوی)، اضطراب و بخشش محاسبه شده است که نتایج در جدول ۴-۵ ارائه شده‌اند.

جدول ۴-۵- آماره‌های توصیفی مربوط به تاب‌آوری، اضطراب و بخشش

متغیر	گروه	تعداد	میانگی ن	میانه	م د	انحراف معیار	کمترین مقدار	بیشترین مقدار
تصور از شایستگی فردی	با اختلال یادگیری	۵۱	۵۷/ ۲۱	۲۲	۲	۵/۸۰۱	۸	۳۲
	عادی	۴۸	۱۷/ ۲۳	۲۵	۲	۶/۱۰۳	۴	۳۲
اعتماد به غرایز فردی تحمل عاطفه منفی	با اختلال یادگیری	۵۱	۹۰/ ۱۶	۱۷	۱	۵/۱۵۵	۲	۲۸
	عادی	۴۸	۴۴/ ۱۸	۱۸	۱	۵/۱۴۰	۷	۲۷
پذیرش مثبت تغییر و روابط	با اختلال یادگیری	۵۱	۲۹/ ۱۴	۱۵	۱	۳/۳۰۶	۷	۲۰

ایمن	عادی	۴۸	۸۳/۱۴	۱۶	۱ ۶	۴/۰۳۴	۲	۲۰
کنترل	با اختلال یادگیری	۵۱	۸/۰۲	۸	۷	۲/۴۸۶	۱	۱۲
	عادی	۴۸	۸/۱۷	۸	۷	۲/۶۴۴	۳	۱۲
تاثیرات معنوی	با اختلال یادگیری	۵۱	۷/۱۸	۸	۸	۱/۲۲۸	۳	۸
	عادی	۴۸	۷/۱۰	۸	۸	۱/۲۹۲	۳	۸
تاب آوری	با اختلال یادگیری	۵۱	۹۶/۶۷	۶۸	۶ ۷	۸۲۴/۱۵	۳۲	۱۰۰
	عادی	۴۸	۷۱/۷۱	۷۳	۸ ۹	۵۳۰/۱۶	۲۵	۹۹
اضطراب	با اختلال یادگیری	۵۱	۰/۸ ۱۴	۱۱	۵	۰/۹۸ ۱۲	۰	۵۰
	عادی	۴۸	۰/۸ ۱۶	۵۰/۱۳	۵	۲۲۰/۱۳	۰	۵۱
بخشش	با اختلال یادگیری	۵۱	۳۹/۸۰	۸۰	۸ ۳	۹/۲۰۵	۵۱	۹۵
	عادی	۴۸	۴۶/۷۹	۸۰	۹ ۲	۸۳۴/۱۲	۳۸	۱۰۲

طبق یافته‌های، جدول ۴-۵ به طور متوسط تاب‌آوری، تصور از شایستگی فردی، اعتماد به غرایز فردی تحمل عاطفه منفی، پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن، کنترل و اضطراب برای مادران دانش‌آموزان عادی بیشتر از مادران دانش‌آموزان با اختلال یادگیری محاسبه شده است اما به طور متوسط تأثیرات معنوی و بخشش برای دانش‌آموزان با اختلال یادگیری بیشتر از دانش‌آموزان عادی مشاهده شده است.

بند سوم: آمار استنباطی

در این بخش فرضیات پژوهش مورد آزمون قرار می‌گیرند. با توجه به فرضیات باید از تی-مستقل استفاده شود. فرضیات تی مستقل عبارتند از نرمال بودن متغیرها و همگونی واریانس‌ها در گروه‌های تحت مطالعه که به ترتیب در جدول‌های ۴-۶ و ۴-۷ ارائه شده‌اند.

• آزمون شاپیرو-ویلک

برای بررسی پیش فرض نرمال بودن داده‌ها می‌توان از آزمون شاپیرو-ویلک استفاده کرد. فرض‌های این آزمون به صورت زیر هستند:

$$\begin{cases} H_0: \text{داده‌ها از توزیع نرمال پیروی می‌کنند} \\ H_1: \text{داده‌ها از توزیع نرمال پیروی نمی‌کنند} \end{cases}$$

چنانچه، سطح معناداری این آزمون بیشتر از ۰/۰۵ باشد فرض صفر این آزمون پذیرفته می‌شود و در غیر این صورت نرمال بودن توزیع داده‌ها در سطح خطای ۵ درصد رد خواهد شد. نتایج حاصل از آزمون شاپیرو-ویلک برای تاب‌آوری، اضطراب و بخشش به تفکیک دانش‌آموزان عادی و با اختلال یادگیری در جدول ۴-۶ گزارش شده است.

جدول ۴-۶- آزمون شاپیرو-ویلک برای متغیرهای تاب‌آوری، اضطراب و بخشش

متغیر	گروه	آماره آزمون شاپیرو- ویلک	سطح معناداری	متغیر	گروه	آماره آزمون شاپیرو- ویلک	سطح معناداری
تصور از شایستگی فردی	با اختلال یادگیری	۰/۹۵۲	۰/۰۴۰*	تاثیرات معنوی	با اختلال یادگیری	۰/۷۱۰	۰/۰۰۰*
	عادی	۰/۹۳۵	۰/۰۱۰*		عادی	۰/۷۲۲	۰/۰۰۰*
اعتماد به غرایز فردی تحمل عاطفه منفی	با اختلال یادگیری	۰/۹۷۸	۰/۰۴۵۴	تاب‌آوری	با اختلال یادگیری	۰/۹۶۹	۰/۱۹۵
	عادی	۰/۹۶۱	۰/۱۱۶		عادی	۰/۹۶۹	۰/۱۹۹
پذیرش مثبت تغییر و	با اختلال یادگیری	۰/۹۴۳	۰/۰۱۶*	اضطراب	با اختلال یادگیری	۰/۸۷۷	۰/۰۰۰*

روابط ایمن	عادی	۰/۹۳۰	۰/۰۰۷*	عادی	۰/۹۱۱	۰/۰۰۱*
کنترل	با اختلال یادگیری	۰/۹۶۲	۰/۱۰۵	بخشش	با اختلال یادگیری	۰/۹۴۷
	عادی	۰/۹۳۶	۰/۰۱۲*		عادی	۰/۱۰۰

* سطح معناداری ۰/۰۵

با توجه به نتایج جدول ۴-۶، متغیرهای اعتماد به غرایز فردی، تحمل عاطفه منفی و تاب‌آوری در هر دو گروه و متغیر کنترل برای دانش‌آموزان با اختلال یادگیری و متغیر بخشش برای دانش‌آموزان عادی در سطح خطای ۵ درصد از توزیع نرمال پیروی می‌کنند. اما سایر متغیرها در سطح خطای ۵ درصد از توزیع نرمال پیروی نمی‌کنند. لازم به ذکر است که اگرچه فرض نرمال بودن برای تمام متغیرها تایید نشده است اما با توجه به حجم نمونه که برای هر دو گروه بیشتر از ۳۰ است، لذا نتایج آزمون پارامتری تحلیل واریانس همچنان معتبر است.

• آزمون لوین

آزمون لوین، آزمونی است که با استفاده از آن می‌توان همگونی واریانس‌ها را در گروه‌های مختلف آزمون کرد. فرضیات این آزمون به صورت زیر هستند:

$$\begin{cases} H_0: \sigma_1^2 = \sigma_2^2 \\ H_1: \sigma_1^2 \neq \sigma_2^2 \end{cases}$$

در صورتیکه سطح معناداری این آزمون بیشتر از ۰/۰۵ باشد فرض صفر پذیرفته و در غیر اینصورت، فرض همگونی واریانس ها در سطح خطای ۵ درصد رد خواهد شد.

جدول ۴-۷- آزمون لوین برای متغیرهای تاب آوری، اضطراب و بخشش

متغیر	آماره آزمون لوین	سطح معناداری	متغیر	آماره آزمون لوین	سطح معناداری
تصور از شایستگی فردی	۰/۵۵۷	۰/۴۵۷	تاثیرات معنوی	۰/۰۴۳	۰/۸۳۶
تحمل عاطفه	۰/۲۰۰	۰/۶۵۶	تاب آوری	۰/۵۶۱	۰/۴۵۶
اعتماد به غرایز فردی تحمل عاطفه منفی	۱/۸۹۲	۰/۱۷۲	اضطراب	۰/۹۹۷	۰/۳۲۱
کنترل	۰/۱۳۸	۰/۷۱۱	بخشش	۴/۴۰۷	۰/۰۳۸*

* سطح معناداری ۰/۰۵

طبق یافته های جدول ۴-۷ مشاهده می شود سطح معناداری متغیر بخشش برابر ۰/۰۳۸ است که کوچکتر از ۰/۰۵ است و لذا فرض برابری واریانس ها در دو گروه دانش آموزان عادی و دانش آموزان با اختلال یادگیری نابرابر است. ولی سایر متغیرها با توجه به سطح معناداری بزرگتر از ۰/۰۵، فرض همگونی واریانس دو گروه در سطح خطای ۵ درصد پذیرفته می شود. بنابراین، با توجه به نابرابر بودن واریانس متغیر بخشش در دو گروه دانش آموزان عادی و دانش آموزان با اختلال یادگیری، از آزمون ولج استفاده خواهد شد.

• بررسی فرضیه های پژوهش

همان‌طور که گفته شد برای بررسی فرضیات پژوهش باید از تی-مستقل و آزمون ولج استفاده کرد. نتایج این آزمون در جدول‌های ۴-۸ گزارش شده‌اند.

جدول ۴-۸- نتایج آزمون تی-مستقل و آزمون ولج برای متغیرهای تاب‌آوری، اضطراب و بخشش

متغیر پژوهش	آماره آزمون	سطح معناداری	فاصله اطمینان تفاضل میانگین عادی با اختلال یادگیری		مجذور اقا
			کران بالا	کران پایین	
تصور از شایستگی فردی	-۱/۳۳۶	۰/۱۸۵	-۳/۹۷۳	۰/۷۷۶	۰/۰۱۸
اعتماد به غرایز فردی و تحمل عاطفه منفی	-۱/۴۸۳	۰/۱۴۱	۰/۵۱۹	-۳/۵۹۰	۰/۰۲۲
پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن	-۰/۷۲۹	۰/۴۶۸	-۲/۰۰۷	۰/۹۲۸	۰/۰۰۵
کنترل	-۰/۲۸۵	۰/۴۷۰	-۱/۱۷۰	۰/۸۷۶	۰/۰۰۱
تأثیرات معنوی	۰/۲۸۵	۰/۷۷۶	-۰/۴۳۰	۰/۵۷۵	۰/۰۰۱
تاب‌آوری	-۱/۱۵۲	۰/۲۵۲	-۱۰/۲۰۱	۲/۷۰۶	۰/۰۱۴

اضطراب	-۰/۷۸۸	۰/۴۳۳	-۷/۰۵۵	۳/۰۴۶	۰/۰۰۶
بخشش	۰/۴۱۴	۰/۶۸۰	-۳/۵۵۳	۵/۴۲۱	۰/۰۰۲

فرضیه اول پژوهش: بین تصور از شایستگی فردی دانش آموزان عادی و دانش آموزان با اختلال یادگیری تفاوت معناداری وجود دارد.

نتایج این فرضیه در جدول ۴-۸ گزارش شده است. همانطور که مشاهده می شود آماره آزمون تصور از شایستگی فردی برابر ۱/۳۳۶- با سطح معناداری ۰/۱۸۵ می باشد. لذا با توجه به بزرگتر بودن سطح معناداری از مقدار ۰/۰۵ می توان نتیجه گرفت فرض صفر مبنی بر یکسان بودن میانگین تصور از شایستگی فردی در سطح خطای ۵ درصد تایید می شود. به عبارت دیگر با اطمینان ۹۵ درصد می توان نتیجه گرفت میانگین تصور از شایستگی فردی دانش آموزان عادی و دانش آموزان با اختلال یادگیری یکسان است. بنابراین این فرضیه در سطح خطای ۵ درصد رد می شود. از طرف دیگر، مجذور اتا برابر ۰/۰۱۸ گزارش شده است بنابراین می توان نتیجه گرفت تنها ۱/۸ درصد از واریانس مشاهده شده در تصور از شایستگی فردی ناشی از گروه (اختلال یادگیری-عادی) بوده است.

فرضیه دوم پژوهش: بین اعتماد به غرایز فردی تحمل عاطفه منفی دانش آموزان عادی و دانش آموزان با اختلال یادگیری تفاوت معناداری وجود دارد.

نتایج این فرضیه در جدول ۴-۸ گزارش شده است. همانطور که مشاهده می شود آماره آزمون اعتماد به غرایز فردی تحمل عاطفه منفی برابر ۱/۴۸۳- با سطح معناداری ۰/۱۴۱ می باشد. لذا با توجه به بزرگتر بودن سطح معناداری از مقدار ۰/۰۵ می توان نتیجه گرفت فرض صفر مبنی بر یکسان بودن میانگین اعتماد به غرایز فردی تحمل عاطفه منفی در سطح خطای ۵ درصد تایید

می‌شود. به عبارت دیگر با اطمینان ۹۵ درصد می‌توان نتیجه گرفت میانگین اعتماد به گرایز فردی تحمل عاطفه منفی دانش آموزان عادی و دانش آموزان با اختلال یادگیری یکسان است. بنابراین این فرضیه در سطح خطای ۵ درصد رد می‌شود. از طرف دیگر، مجذور اتا برابر $0/022$ گزارش شده است بنابراین می‌توان نتیجه گرفت تنها $2/2$ درصد از واریانس مشاهده شده در اعتماد به گرایز فردی تحمل عاطفه منفی ناشی از گروه (اختلال یادگیری-عادی) بوده است.

فرضیه سوم پژوهش: بین پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن دانش آموزان عادی و دانش آموزان با اختلال یادگیری تفاوت معناداری وجود دارد.

نتایج این فرضیه در جدول ۴-۸ گزارش شده است. همانطور که مشاهده می‌شود آماره آزمون پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن برابر $0/729$ - با سطح معناداری $0/468$ می‌باشد. لذا با توجه به بزرگتر بودن سطح معناداری از مقدار $0/05$ می‌توان نتیجه گرفت فرض صفر مبنی بر یکسان بودن میانگین پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن در سطح خطای ۵ درصد تایید می‌شود. به عبارت دیگر با اطمینان ۹۵ درصد می‌توان نتیجه گرفت میانگین پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن دانش آموزان عادی و دانش آموزان با اختلال یادگیری یکسان است. بنابراین این فرضیه در سطح خطای ۵ درصد رد می‌شود. از طرف دیگر، مجذور اتا برابر $0/005$ گزارش شده است بنابراین می‌توان نتیجه گرفت تنها $0/5$ درصد از واریانس مشاهده شده در پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن ناشی از گروه (اختلال یادگیری-عادی) بوده است.

فرضیه چهارم پژوهش: بین کنترل دانش آموزان عادی و دانش آموزان با اختلال یادگیری تفاوت معناداری وجود دارد.

نتایج این فرضیه در جدول ۴-۸ گزارش شده است. همانطور که مشاهده می شود آماره آزمون کنترل برابر $0/285$ - با سطح معناداری $0/470$ می باشد. لذا با توجه به بزرگتر بودن سطح معناداری از مقدار $0/05$ می توان نتیجه گرفت فرض صفر مبنی بر یکسان بودن میانگین کنترل در سطح خطای ۵ درصد تایید می شود. به عبارت دیگر با اطمینان ۹۵ درصد می توان نتیجه گرفت میانگین کنترل دانش آموزان عادی و دانش آموزان با اختلال یادگیری یکسان است. بنابراین این فرضیه در سطح خطای ۵ درصد رد می شود. از طرف دیگر، مجذور اتا برابر $0/001$ گزارش شده است بنابراین می توان نتیجه گرفت تنها $0/1$ درصد از واریانس مشاهده شده در کنترل ناشی از گروه (اختلال یادگیری-عادی) بوده است.

فرضیه پنجم پژوهش: بین تاثیرات معنوی دانش آموزان عادی و دانش آموزان با اختلال یادگیری تفاوت معناداری وجود دارد.

نتایج این فرضیه در جدول ۴-۸ گزارش شده است. همانطور که مشاهده می شود آماره آزمون تاثیرات معنوی برابر $0/285$ با سطح معناداری $0/776$ می باشد. لذا با توجه به بزرگتر بودن سطح معناداری از مقدار $0/05$ می توان نتیجه گرفت فرض صفر مبنی بر یکسان بودن میانگین تاثیرات معنوی در سطح خطای ۵ درصد تایید می شود. به عبارت دیگر با اطمینان ۹۵ درصد می توان نتیجه گرفت میانگین تاثیرات معنوی دانش آموزان عادی و دانش آموزان با اختلال یادگیری یکسان است. بنابراین این فرضیه در سطح خطای ۵ درصد رد می شود. از طرف دیگر، مجذور اتا برابر $0/001$ گزارش شده است بنابراین می توان نتیجه گرفت تنها $0/1$ درصد از واریانس مشاهده شده در تاثیرات معنوی ناشی از گروه (اختلال یادگیری-عادی) بوده است.

فرضیه ششم پژوهش: بین تاب آوری دانش آموزان عادی و دانش آموزان با اختلال یادگیری تفاوت معناداری وجود دارد.

نتایج این فرضیه در جدول ۴-۸ گزارش شده است. همانطور که مشاهده می شود آماره آزمون تاب آوری برابر $1/152$ - با سطح معناداری $0/252$ می باشد. لذا با توجه به بزرگتر بودن سطح معناداری از مقدار $0/05$ می توان نتیجه گرفت فرض صفر مبنی بر یکسان بودن میانگین تاب آوری در سطح خطای ۵ درصد تایید می شود. به عبارت دیگر با اطمینان ۹۵ درصد می توان نتیجه گرفت میانگین تاب آوری دانش آموزان عادی و دانش آموزان با اختلال یادگیری یکسان است. بنابراین این فرضیه در سطح خطای ۵ درصد رد می شود. از طرف دیگر، مجذور اتا برابر $0/014$ گزارش شده است بنابراین می توان نتیجه گرفت تنها $1/4$ درصد از واریانس مشاهده شده در تاب آوری ناشی از گروه (اختلال یادگیری-عادی) بوده است.

فرضیه هفتم پژوهش: بین اضطراب دانش آموزان عادی و دانش آموزان با اختلال یادگیری تفاوت معناداری وجود دارد.

نتایج این فرضیه در جدول ۴-۸ گزارش شده است. همانطور که مشاهده می شود آماره آزمون اضطراب برابر $0/188$ - با سطح معناداری $0/433$ می باشد. لذا با توجه به بزرگتر بودن سطح معناداری از مقدار $0/05$ می توان نتیجه گرفت فرض صفر مبنی بر یکسان بودن میانگین اضطراب در سطح خطای ۵ درصد تایید می شود. به عبارت دیگر با اطمینان ۹۵ درصد می توان نتیجه گرفت میانگین اضطراب دانش آموزان عادی و دانش آموزان با اختلال یادگیری یکسان است. بنابراین این فرضیه در سطح خطای ۵ درصد رد می شود. از طرف دیگر، مجذور اتا برابر $0/006$ گزارش شده است بنابراین می توان نتیجه گرفت تنها $0/6$ درصد از واریانس مشاهده شده در اضطراب ناشی از گروه (اختلال یادگیری-عادی) بوده است.

فرضیه هشتم پژوهش: بین بخشش دانش آموزان عادی و دانش آموزان با اختلال یادگیری تفاوت معناداری وجود دارد.

نتایج این فرضیه در جدول ۴-۸ گزارش شده است. همانطور که مشاهده می شود آماره آزمون بخشش برابر $0/414$ با سطح معناداری $0/680$ می باشد. لذا با توجه به بزرگتر بودن سطح معناداری از مقدار $0/05$ می توان نتیجه گرفت فرض صفر مبنی بر یکسان بودن میانگین بخشش در سطح خطای ۵ درصد تایید می شود. به عبارت دیگر با اطمینان ۹۵ درصد می توان نتیجه گرفت میانگین بخشش دانش آموزان عادی و دانش آموزان با اختلال یادگیری یکسان است. بنابراین این فرضیه در سطح خطای ۵ درصد رد می شود. از طرف دیگر، مجذور اتا برابر $0/002$ گزارش شده است بنابراین می توان نتیجه گرفت تنها $0/2$ درصد از واریانس مشاهده شده در بخشش ناشی از گروه (اختلال یادگیری-عادی) بوده است. در این پژوهش، از روش آزمایشی با طرح گروه آزمایش و کنترل استفاده شده است. جامعه آماری این تحقیق، دانش آموزان دبستان خیام شهرضا و دانش آموز دارای اختلالات یادگیری مرکز اختلالات یادگیری فردای سبز هستند و نمونه ای به حجم ۱۰۰ نفر که مطابق با روش دو گروه کنترل و آزمایش که مطابق با ۵۰ نفر از دانش آموزان دبستان خیام شهرضا (بدون اختلالات یادگیری، گروه شاهد) و ۵۰ نفر دانش آموز دارای اختلالات یادگیری مرکز اختلالات یادگیری فردای سبز هستند. این پژوهش با استفاده از سه پرسش نامه تاب آوری کونور - دیویدسون (CD-RIS) یا مقیاس تاب آوری کونور - دیویدسون (CD-RIS) است که توسط دو نظریه پرداز مشهور این حوزه یعنی کونور و دیویدسون ساخته شده است. این پرسشنامه ۲۵ گویه دارد که در مقیاس لیکرت بین (کاملاً نادرست) و (کاملاً درست) نمره گذاری شده استفاده میشود، همچنین پرسشنامه اضطراب بک (BAI) توسط آرون-تی بک ساخته شده است. این مقیاس شامل ۲۱ سوال است که در هر سوال فرد باید یکی از ۴ گزینه که نشان دهنده شدت اضطراب است را انتخاب کند و پرسش نامه گرایش به بخشش (HFS) که توسط تامپسون، اشن ایدر، هافمن و همکاران در سال (۲۰۰۵) طراحی شد که ۱۸ گویه دارد و میزان گرایش به بخشش در افراد با توجه به خود-گزارشی فرد مشخص می شود، انجام گرفت.

نتیجه گیری

طبق یافته‌های جدول ۴-۵ به طور متوسط تاب‌آوری، تصور از شایستگی فردی، اعتماد به غرایز فردی تحمل عاطفه منفی، پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن، کنترل و اضطراب برای مادران دانش‌آموزان عادی بیشتر از مادران دانش‌آموزان با اختلال یادگیری محاسبه شده است اما به طور متوسط تأثیرات معنوی و بخشش برای دانش‌آموزان با اختلال یادگیری بیشتر از دانش‌آموزان عادی مشاهده شده است. نتایج به دست آمده از این پژوهش و نتایج تحقیقات انجام شده ی محققان دیگر (کیاروچی، ۲۰۰۸؛ آنگلاف، ۲۰۰۹؛ جین و سودهیر، ۲۰۱۰؛ کامپتون و همکاران، ۱۹۹۶) حاکی از این است که اضطراب در مادران، می تواند در بروز اختلالات یادگیری دانش آموزان تاثیر داشته باشد، علاوه بر آن، موجب تغییرات فیزیولوژیکی در جسم و عدم تمرکز در شناخت و ترس در روند تاب آوری روانی می شود و به طور کلی بر فرایندهای حیاتی اثر نامطلوب می گذارد.

یافته های پژوهش

بر اساس یافته های به دست آمده از جدول ۴-۸ می توان گفت که فرضیه های اول تا ششم رد شده اند اما با توجه به داده های حاصل از ۴-۵ می توان گفت تاب احتمالا آوری مادران با بروز اختلالات یادگیری در دانش آموزانشان همبستگی منفی دارد، یعنی با افزایش مولفه های تاب آوری در مادران، احتمال کاهش اختلالات یادگیری در دانش آموزان بیشتر می شود. بنابراین شایسته است به منظور افزایش تاب آوری مادران دارای دانش آموز با اختلالات یادگیری، تمهیدات مورد نیاز جهت ارائه آموزش های لازم به مادران، و حتی خدمات روان شناختی مناسب، انجام گیرد که این اطلاعات با یافته های (گارمزی و بکر، سیچتی ۱۹۹۱؛ ماستن، ۲۰۰۱؛ راتر، ۱۹۹۹؛ لوتار، ۲۰۰۰)، (جوکار، سامانی، صحراگرد، ۱۳۸۶)، (حسینی سادات، حسین زاده، ۱۳۹۱

(والش، ۲۰۱۳)، (ون، هانلی، ۲۰۱۵)، (فدر، کوهن، ۲۰۱۳)، (استوارت، ۲۰۱۱؛ به نقل از عیسی نژاد، حیدریان، ۲۰۰۹) و (داداش پور، ۱۳۹۳) مطابقت دارد. همچنین با توجه به اینکه بر طبق داده های به دست آمده از جدول ۴-۸ ارتباط بین اضطراب مادران و اختلالات یادگیری فرزندان تایید نشده است اما در پژوهش های (مؤمنی، ۱۳۹۳)، (قبادزاده، ۱۳۹۳)، (صرافینی، ۱۳۹۴)، (روزبهبانی، سورنیا کاشانی، افتخاری ۱۳۹۷) و (باشعور لشکری، تجلی، امیری مجد، ۱۳۹۸) به تاثیر گذاری اضطراب اشاره است، به نظر می رسد نیاز است تحقیقات بیشتری بر روی این مولفه و ارتباط آن با اختلالات یادگیری در کودکان انجام گیرد با توجه به داده های به دست آمده از پژوهش حاضر (جدول ۴-۵) به نظر می رسد که مولفه ی بخشش در مادران دانش آموزان دارای اختلالات یادگیری بیشتر است اما همبستگی مثبت ندارند. بنابراین با وجود اینکه اطلاعات به دست آمده از جدول ۴-۸ فرضیه ی هشتم را رد کرده است، با این حال می توان نتیجه گرفت که احتمالاً مادران برای افزایش سازگاری با فرزندانشان نیاز به تقویت مولفه بخشش در خود را احساس کرده اند و احتمالاً با افزایش بخشندگی مادر، سطح عملکرد دانش آموز رشد مثبت خواهد داشت؛ زیرا دانش آموز می تواند با کمک مادر و با آرامش بیشتر به برطرف کردن ضعف های خود پردازد که با پژوهش های (آلمند، امبرگ، زیمریچ و فینچام، ۲۰۱۹؛ فینچام، هال و بیچ، ۲۰۱۹؛ ورتینگتون و وید، ۲۰۲۰)، (باکوس، ۲۰۱۹)، (زاهد بابلان، قاسم پور، حسن زاده، ۱۳۹۰)، (ورتنگتون، ۱۹۹۸) هم خوانی دارد.

پیشنهادهای پژوهش

پیشنهاد می شود به علت وجود محدودیت هایی در جمع آوری اطلاعات، این تحقیق را در جوامع آماری گسترده تر و با ویژگی ها و جامعه آماری متفاوت بررسی و با این مقاله مقایسه شود.

پیشنهاد می شود متغیرهای دلبستگی، شیوه های فرزند پروری و... بر روی دو گروه مادران دانش آموزان دارای اختلالات یادگیری و عادی جهت بررسی تاثیر آنها روی اختلالات دانش آموزان، مورد مطالعه و مقایسه قرار گیرد.

محدودیت های پژوهش

در این پژوهش به منظور زمینه یابی از پرسشنامه استفاده گردید، در نتیجه ممکن است برخی از افراد از ارائه پاسخ واقعی خودداری کرده و پاسخ غیر واقعی داده باشند. این پژوهش به صورت مقطعی انجام شده است. به این دلیل، نتیجه گیری درباره علیت را دشوار می سازد.

منابع و مآخذ

- باشعور لشکری. م، تجلی. ع، امیری مجد. س (۱۳۹۸)، اثربخشی آموزش شناختی رفتاری مبتنی - بر ذهن آگاهی به مادران بر سرزندگی فرزندان با اختلالات ویژه یادگیری.
- پرهیزکار، آ. (۱۳۸۱). مقایسه کیفیت رابطه والد - فرزندی دانش آموزان دختر دارای بحران هویت و فاقد بحران هویت دبیرستان های دخترانه شهرستان کازرون. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه خوارزمی.
- پیریائی، م. جلالی، م. کاکاوند، ع. (۱۳۹۹). مقایسه ادراک انصاف، حمایت اجتماعی ادراک شده و بخشش در مادران کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه - بیش فعالی و عادی. فصلنامه خانواده پژوهی؛ ۱۶ (۶۴)، ۵۱۱-۴۹۳.
- جوکار، ب. سامانی، س. صحراگرد، ن (۱۳۸۶). تاب آوری، سلامت روانی و رضایتمندی از زندگی. مجله روانپزشکی و روان شناسی بالینی ایران ۱۳ (۳)، ۲۹۵-۲۹۰.
- حسینی مرویان، ر (۱۳۷۵). میزان شیوع ناتوانی های یادگیری در میان دانش آموزان شهر مشهد. دانشکده علوم تربیتی دانشگاه مشهد.
- حسینی قمی، ط. و سلیمی بجستانی، ح. (۱۳۹۰). رابطه بین جهتگیری مذهبی و تابآوری در بین مادران دارای فرزندان مبتلا به بیماری. مجله روانشناسی و دین، ۴ (۳)، ۲۸-۹۶.
- حمیدی، ف. (۱۳۸۹). بررسی رابطه بین حمایت اجتماعی و سلامت روانی در زنان سرپرست خانوار در کارکنان یک دانشگاه نظامی. روانشناسی نظامی، ۱ (۲)، ۱۵-۰۶.
- خسروی، ز. (۱۳۸۰). بررسی مشکلات عاطفی، روانی و اجتماعی زنان سرپرست خانوار. تهران: مرکز امور مشارکت زنان نهاد ریاست جمهوری.
- خلیلی (۱۳۹۹)، میلاد، بررسی حقوقی اوتیسم، قانون یار، ص ۲۷.

- دهشیری، غ (۱۳۹۱). اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر اضطراب و نگرانی افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر. *مجله روان شناسی بالینی* ۴(۲): ۲۷-۲۰.
- داداش پور، ه (۱۳۹۳). سنجش ظرفیت های تاب آوری در مجموعه شهری قزوین. *فصلنامه علمی پژوهشی مدیریت بحران* ۸(۱۴-۱۳).
- رشیدی، هارون (۱۳۸۶) شناخت پدیده کودکان کار خیابانی و مروری بر علل و عوامل مؤثر در بروز آن. *اولین کنگره ملی مشاوره، خانواده و توانمندسازی اقشار آسیب پذیر، تهران، کمیته امداد امام خمینی*
- رضایی، ف. (۱۳۸۱). بررسی مشکلات اقتصادی و اجتماعی زنان سرپرست خانوار تحت پوشش بهزیستی شهرستان خمین. پایان نامه کارشناسی ارشد، *دانشکده علوم/اجتماعی، دانشگاه علامه طباطبائی.*
- روزبهانی، ف. سوزنیان کاشانی، ن. افتخاری، ن (۱۳۹۷). اثربخشی روان درمانی بین فردی بر اضطراب و ناگویی هیجانی در زنان مبتلا به اضطراب فراگیر.
- زارعی محمودآبادی، ح. (۱۳۸۷). تأثیر آموزش فنون مشاوره شناختی بر بهبود عملکرد خانواده در زوجین ناسازگار.
- زاهد بابلان، ع. قاسم پور، ع. حسن زاده، ش (۱۳۹۰). نقش بخشش و سرسختی روان شناختی در پیش بینی امید. *فصلنامه دانش و پژوهش در روان شناسی کاربردی* ۱۲(۳).
- شیخ زاده، م. مجلل، م. و یحیی نژاد، ز (۱۳۹۹). بررسی تأثیر روش های تدریس بر شناسایی و بهبود اختلالات یادگیری دانش آموزان در مراکز ناتوانی یادگیری. *فصلنامه علمی مدیریت مدرسه* ۸(۲): ۳۸۱-۳۷۱.

- عیسی نژاد، ا. حیدریان، م (۱۳۹۹). اثربخشی آموزش تاب آوری بر بهبود کیفیت زناشویی و تاب آوری خانواده آزادگان (اسرای جنگی). *مجله طب نظامی* ۲۲(۵)، ۴۲۰-۴۱۰.
- گورمن، جین چنگ (۲۰۰۱). اختلالات هیجانی و ناتوانیهای یادگیری در کلاسهای ابتدایی. ترجمه، محمد نریمانی و ناصر نورانی دگرماندرق، ۱۳۸۲، اردیبهشت؛ ناشر نیک آموز.
- منصوری، م. سراج خرمی، ن. حیدری، ح (۱۳۹۲). بررسی رابطه صمیمیت، بخشش و خودافشایی با رضایت زناشویی در بین معلمان متأهل. *فصلنامه خانواده و پژوهش* ۲۰(۵)، ۱۱۷-۹۶.
- والاس، جرال و مکلافین، جیمز. (۱۹۸۰). ناتوانی های یادگیری. ترجمه؛ تقی منشی طوسی، ۱۳۷۳. مشهد، انتشارات آستان قدس رضوی.
- هالاهان، دانیل بی و کافمن، جیمز ام (۱۹۸۸). کودکان استثنایی، مقدمه ای بر آموزشهای ویژه. ترجمه مجتبی جوادیان، ۱۳۸۱. مشهد؛ انتشارات آستان قدس رضوی.
- Arian, K. (۲۰۰۸). [Ecological approach application in consultation with women of two-jobs families]. *Counseling Research and Development*, ۷(۲۸), ۷-۳۳ [in Persian].
- Attarzade, M. (۲۰۰۵). Iranian women, political evolution from patriarchy to feminism. Doctoral dissertation, Kharazmi University [in Persian].
- Bardi, K. A, Ganbari, N., & Erie Gezelkam, F. (۲۰۱۵). [The effectiveness of stress management group therapy with cognitive-behavioral bases on mental well-being of women in women headed families]. *The First National Congress on Consultation, Family and Empowering of Vulnerable People of*

- Society. Tehran, Imam Khomeini Relief Foundation [in Persian].
- Beasley, M., Thompson, T., & Davidson, J. (۲۰۰۳). Resilience in response to life stress: the effects of coping style and cognitive hardiness. *Personality and Individual Differences*, ۳۴ (۱), ۷۷-۹۵.
 - Cohen, O., Slonim, I., Finzi, R., & Leichtentritt, R. D. (۲۰۰۲). Family resilience: Israeli mothers, perspectives. *The American Journal of Family Therapy*, ۳۰, ۱۷۳- ۱۸۷.
 - Corcoran, K., & Fischer, J. (۲۰۰۷). Measures for Clinical Practice: Couples, Families and Children (R. A. Jazayeri, M. A. Fatehizade, & R. Manani, Trans.). Tehran: Golbange Tarbiat [in Persian].
 - Davidovitch, M., Glick, L., Holtzman, G., Tirosh, E., & Safir, M. P. (۲۰۰۰). Developmental Regression in Autism: Maternal Perception. *Journal of autism and developmental disorders*, ۳۰(۲), ۱۱۳-۱۱۹.
 - Enright, R.D., & North, J. (۱۹۹۸). Exploring forgiveness. Madison, WI:University of Wisconsin Press.
 - Fine, M. A., Moreland, J. R., & Schwebel, A. I. (۱۹۸۳). Long-term effects of divorce on parent-child relationships. *Developmental Psychology*, ۱۹(۵), ۷۰۳-۷۱۳.
 - Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Higgitt, A., & Target, M. (۱۹۹۴). The Emanuel Miller Memorial Lecture ۱۹۹۲. The Theory and Practice of Resilience. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, ۳۵(۲), ۲۳۱-۲۵۷.
 - Hullahan, P., & Cuffman, M. (۲۰۰۸). Exceptional Children Introduction to Special Education. Mashhad: Astan Quds Razavi Publishing

- Fijueroa, R. A. (۲۰۰۶). The diagnosis of LD in English Learner. Journal of Learning Disabilities, ۲۹(۳), ۲۰۶-۲۰۹.
- Ghobari Bonab, B., Parand, A., Khanzadeh, H., and Nemati, Sh. (۲۰۰۹). The Prevalence of Behavioral Problems among Primary School Students in Ardabil Research in the Field of Exceptional Children, ۹(۳), ۲۲۳-۲۳۸.
- Kloomok, S. & Cosden, M (۱۹۹۴). Self- concept in children with learning disabilities: the relationship between global self-concept, academic discounting, nonacademic self-concept and perceived social support. Learning disability quarterly, ۱۷, ۱۴۰-۱۵۳.
- Lerner, J.W (۱۹۹۷). Children with Learning disabilities: theories, diagnosis and teaching strategies. Boston: Houghton Mifflin.

مقیاس تاب آوری (CD-RIS)

کونور و دیویدسون

دستورالعمل:

لطفاً مشخص کنید که عبارات زیر چقدر در مورد شما صدق می‌کند. اگر موردی هنوز برایتان رخ نداده است، پاسخ خود را طبق این که دارای چه احساسی بودید اگر آن اتفاق می‌افتاد، بیان کنید. سعی نمایید به تمامی سؤالات پاسخ دهید.

از همکاری شما بسیار متشکریم

ردیف	گویه‌های مقیاس تاب آوری	همیشه درست	اغلب درست	گاهی درست	بندرت درست	کاملاً نادرست
۱-	وقتی تغییری رخ می‌دهد می‌توانم خودم را با آن سازگار کنم.					
۲-	حداقل یک نفر هست که رابطه نزدیک و صمیمی‌ام با او در زمان استرس به من کمک می‌کند.					
۳-	وقتی که راه‌حل روشنی برای مشکلاتم وجود ندارد، گاهی خدا یا تقدیر می‌تواند کمک کند.					
۴-	می‌توانم برای هر چیزی که سر راهم قرار می‌گیرد، چاره‌ای بیابم.					
۵-	موفقیت‌هایی که در گذشته داشته‌ام چنان اطمینانی در من ایجاد کرده‌اند که می‌توانم با چالش‌ها و مشکلات پیش‌رو برخورد کنم.					
۶-	وقتی با مشکلات مواجه می‌شوم سعی می‌کنم جنبه خنده‌دار آنها را هم ببینم.					
۷-	لزوم کنار آمدن با استرس موجب قوی‌تر شدنم می‌گردد.					
۸-	معمولاً پس از بیماری، صدمه و سایر سختی‌ها به حال اولم باز می‌گردم.					
۹-	معتقدم که در هر اتفاق خوب یا بدی مصلحتی هست.					
۱۰-	در هر کاری بیشترین تلاشم را می‌کنم و به نتیجه هم کاری ندارم.					
۱۱-	معتقدم که علیرغم وجود موانع، می‌توانم به اهدافم دست یابم.					
۱۲-	حتی وقتی که امور ناامید کننده می‌شوند، مأیوس نمی‌شوم.					
۱۳-	در لحظات استرس و بحران، می‌دانم که برای کمک گرفتن به کجا مراجعه کنم.					

ردیف	گویه های مقیاس تاب آوری	همیشه درست	اغلب درست	گاهی درست	بندرت درست	کاملاً نادرست
۱۴-	وقتی که تحت فشار هستم تمرکز من را از دست نمی دهم و درست فکر می کنم.					
۱۵-	ترجیح می دهم که خودم مشکلاتم را حل کنم تا این که دیگران تمامی تصمیم ها را بگیرند.					
۱۶-	اگر شکست بخورم به راحتی دل سرد نمی شوم.					
۱۷-	وقتی با چالش ها و مشکلات زندگی دست و پنجه نرم می کنم، خود را فردی توانا می دانم.					
۱۸-	در صورت لزوم می توانم تصمیم های دشوار و غیرمنتظره ای بگیرم که دیگران را تحت تأثیر قرار می دهد.					
۱۹-	می توانم احساسات ناخوشایندی چون غم، ترس و خشم را کنترل کنم.					
۲۰-	در برخورد با مشکلات زندگی، گاهی لازم می شود که صرفاً براساس حدس و گمان عمل کنی.					
۲۱-	در زندگی یک حس نیرومند هدفمندی دارم.					
۲۲-	حس می کنم بر زندگی کنترل دارم.					
۲۳-	چالش های زندگی را دوست دارم.					
۲۴-	بدون در نظر گرفتن مواقع پیش رو، برای رسیدن به اهدافم تلاش می کنم.					
۲۵-	بخطرات پیشرفت هایم به خودم می بالم.					

پرسشنامه اضطراب بک (BAI)

لطفاً هر عبارت را به دقت بخوانید و مشخص کنید در خلال هفته گذشته تا امروز چقدر از آن علامت در رنج بوده اید. پاسخ خود را به صورت X در ستون مقابل هر علامت مشخص کنید.

گزینه ها	اصلاً	خفیف (زیاد ناراحتم نکرده است)	متوسط (خیلی ناخوشایند بود اما تحمل کردم)	شدید (نمی توانستم آن را تحمل کنم)
۱- کمری و گزگز شدن (مورمور شدن)				
۲- احساس داغ (گرما)				
۳- لرزش در پاها				
۴- ناتوانی در آرامش				
۵- ترس از وقوع حادثه بد				
۶- سرگیجه و منگی				
۷- تپش قلب و نفس نفس زدن				
۸- حالت متغیر (بی ثبات)				
۹- وحشت زده				
۱۰- عصبی				
۱۱- احساس خفگی				
۱۲- لرزش دست				
۱۳- لرزش بدن				
۱۴- ترس از دست دادن کنترل				
۱۵- به سختی نفس کشیدن				
۱۶- ترس از مردن				
۱۷- ترسیده (حالت ترس)				
۱۸- سوء هاضمه و ناراحتی در شکم				
۱۹- غش کردن (از حال رفتن)				
۲۰- سرخ شدن صورت				
۲۱- عرق کردن (نه در اثر گرما)				

مقیاس ارزیابی گرایش به بخشش (HFS)

رتبه	سوالات	تقریباً همیشه در مورد من غلط است	اکثر مواقع در مورد من غلط است	بعضی مواقع در مورد من غلط است	در مورد من گاهی درست و گاهی غلط است	بعضی مواقع در مورد من درست است	اکثر مواقع در مورد من درست است	تقریباً همیشه در مورد من درست است
1	علیرغم اینکه بعد از انجام کار اشتباهی احساس بدی دارم، اما با گذشت زمان می‌توانم به خودم آرامش بدهم.							
2	به خاطر کارهای منفی که انجام داده‌ام، احساس ناراحتی خودم را نمی‌توانم فراموش کنم.							
3	تجربه هایی که از شکست‌هایم داشته‌ام، به من کمک کرده است تا با آن‌ها کنار بیایم.							
4	مواقعی که اشتباهی را مرتکب شده‌ام، نمی‌توانم خودم را ببخیزم. (قبول کنم).							
5	با گذشت زمان خودم را به خاطر اشتباهاتی که انجام داده‌ام، می‌بخشم.							
6	به خاطر چیزهای بدی که انجام داده‌ام، فکر کرده‌ام یا گفته‌ام، یا احساس کرده‌ام، خودم را نمی‌بخشم.							
7	من مرتب کسی را که کاری را انجام می‌دهد که به نظر من اشتباه است، مجازات می‌کنم.							
8	با گذشت زمان، من دیگران را در مورد اشتباهاتی که مرتکب شده‌اند درک می‌کنم.							
9	من در مورد دیگران که به من صدمه زده‌اند، همچنان سخت گیر هستم.							

							10	اگر چه دیگران در گذشته به من آسیب زده اند، اما در نهایت توانستم آنها را مانند دیگران ببینم.
							11	اگر دیگران با من بد رفتاری کنند، من همچنان در مورد آنها فکر بد می کنم.
							12	وقتی کسی مرا نا امید می کند، در نهایت می توانم از کنار آن عبور کنم.
							13	وقتی اوضاع به دلایلی غیرقابل کنترل شود، منفی نگری می کنم.
							14	با گذشت زمان می توانم شرایط بد زندگی را درک کنم.
							15	اگر از شرایط غیرقابل کنترل زندگی نا امید شوم، همچنان در مورد آنها منفی فکر می کنم.
							16	من سرانجام با شرایط بد زندگی ام کنار می آیم.
							17	مقابله با موقعیت های منفی که تقصیر هیچ کس نیست، واقعاً دشوار است.
							18	سرانجام من افکار منفی خود را در مورد شرایط بدی که از کنترل هر کسی خارج است، رها کردم.

