

مقایسه خودبیمارانگاری، اضطراب اجتماعی و اجتناب شناختی در مادران دانش‌آموزان با و بدون مشکلات ویژه یادگیری

مسلم عباسی / استادیار گروه روان‌شناسی دانشگاه سلمان فارسی کازرون

محمدجواد بگیان کوله‌مرز / دانشجوی دکترای روان‌شناسی عمومی دانشگاه رازی کرمانشاه

رضا قاسمی‌جوینه / دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره خانواده دانشگاه خوارزمی تهران

شهریار درگاهی* / دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره خانواده دانشگاه خوارزمی تهران

چکیده

زمینه: هدف پژوهش حاضر مقایسه خودبیمارانگاری، اضطراب اجتماعی و اجتناب شناختی در بین مادران دانش‌آموزان با و بدون مشکلات ویژه یادگیری بود.

روش: روش پژوهش علی-مقایسه‌ای بود. جامعه آماری این پژوهش شامل همه مادران دانش‌آموزان ۹ تا ۱۴ ساله با و بدون مشکلات ویژه یادگیری شهر اردبیل در سال ۱۳۹۲ بود. آزمودنی‌های پژوهش شامل ۸۰ نفر از مادران دانش‌آموزان با مشکلات ویژه یادگیری بود که با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و ۸۰ نفر از مادران دانش‌آموزان عادی که به شیوه هم‌تاسازی (بر اساس سن مادر، تحصیلات و تعداد فرزندان) انتخاب شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از مقیاس‌های خودبیمارانگاری، اضطراب اجتماعی و اجتناب شناختی استفاده شد. داده‌های جمع‌آوری شده به وسیله تحلیل واریانس چند متغیری تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که بین مادران دانش‌آموزان با و بدون مشکلات ویژه یادگیری در خودبیمارانگاری، اضطراب اجتماعی و اجتناب شناختی تفاوت معناداری وجود دارد ($P > 0/001$).

نتیجه‌گیری: نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد که مادران کودکان با مشکلات ویژه یادگیری در مقایسه با مادران کودکان بدون مشکلات ویژه یادگیری از خودبیمارانگاری، اضطراب اجتماعی و اجتناب شناختی بیشتری رنج می‌برند، بنابراین انجام مداخله‌های آموزشی و درمانی برای بهبود وضعیت روان‌شناختی مادران دانش‌آموزان با مشکلات ویژه یادگیری ضروری است. واژه‌های کلیدی: مادران، خودبیمارانگاری، اضطراب اجتماعی، اجتناب شناختی، مشکلات ویژه یادگیری

مقدمه

در خانواده فراهم می‌کند (شن^۲ و همکاران، ۲۰۰۳). در چنین موقعیتی گرچه همه اعضای خانواده آسیب می‌بینند (هررینگ^۳ و همکاران، ۲۰۰۶) اما مادران به دلیل داشتن نقش سنتی مراقب، مسئولیت‌های بیشتری را در قبال فرزند دارای اختلال به عهده می‌گیرند که در نتیجه با فشارها و مشکلات روانی بیشتری مواجه می‌شوند (مک کونکی^۴ و همکاران، ۲۰۰۸).

از جمله عواملی که والدین دارای کودکان استثنایی با آن درگیر هستند، وجود نشانه‌های جسمی

تولد و حضور کودک استثنایی در هر خانواده‌ای می‌تواند به‌عنوان رویدادی نامطلوب و چالش‌زا موجب ایجاد تیدگی و ناامیدی شود. شواهد متعددی وجود دارد که نشان می‌دهد والدین کودکان دارای مشکلات هوشی، به‌احتمال بیشتری با مشکلات اجتماعی، اقتصادی و هیجانی که اغلب ماهیت محدودکننده، مخرب و فراگیر دارند، مواجه می‌شوند (خامیس^۱، ۲۰۰۷). این وضعیت بدون توجه به نوع فرهنگ و جامعه، شرایط را برای کاهش سلامت روانی و افزایش چالش‌ها و مشکلات

2. Shin
3. Herring
4. McConkey

1. Khamis
* Email: shariardargahi@yahoo.com

زمانی که کودک مبتلا به مشکلات ویژه یادگیری می‌شود، پیامدهای اجتماعی نیز برای خانواده در پی دارد. از جمله عوامل دیگری که والدین کودکان استثنایی با آن درگیر هستند، اضطراب اجتماعی است. نتایج پژوهشی نشان داد که مادران کودکان کم‌توان ذهنی در مقایسه با مادران کودکان از اضطراب اجتماعی بالاتری برخوردارند (نادری و همکاران، ۱۳۹۰). تجربه‌ای ناراحت‌کننده در حضور دیگران تعریف شده است (ارریندل^۶ و همکاران، ۱۹۹۱). زمانی که تعارض باعث می‌شود فرد احساس کند در مانده است و قادر به کنار آمدن نیست، این نوع اضطراب ایجاد می‌شود (روزنهان و سلیگمن، ۱۳۸۲). سرزنش افراطی خود هنگام مواجهه با مشکلات یکی از راهبردهای ناکارآمد در مقابل اضطراب است که در زنان بیشتر دیده می‌شود (گارسیا^۷، ۲۰۰۴). پژوهش‌ها حاکی از آن هستند که اضطراب با احساسات و رفتارها و نشانه‌های رضایت نداشتن از دیگران همراه است. نظریه‌های شناختی در زمینه اضطراب حاکی از آن هستند که توجه انتخابی به تهدیدها، اضطراب را شدیدتر کرده و قضاوت در زمینه رویدادهای اجتماعی را به انحراف می‌کشاند (تیلور^۸ و همکاران، ۲۰۱۰). کودکان با مشکلات ویژه یادگیری نسبت به کودکان عادی برای ادامه تحصیل خود نیازمند توجه بیشتری هستند و در برخی مواقع احتیاج به مدارس ویژه دارند. این مسئله، مادران آنها را نگران برخورد جامعه با فرزندان‌شان کرده که منجر به افزایش فشار روانی و اضطراب در آنها می‌شود و در نتیجه ممکن است اضطراب اجتماعی نیز در آنها افزایش یابد. در واقع به دلیل احساس اضطراب و تنش ناشی از برخورد با اجتماع یا ترس و هراس ناشی از برخورد نادرست اجتماع با خود و فرزندشان به مرور زمان آسیب‌های قابل توجهی را تجربه می‌کنند که این سیر خود در افزایش میزان هراس و اضطراب در

و خودبیمارانگاری^۱ است. نتایج پژوهشی نشان داد که مادران کودکان کم‌توان ذهنی در مقایسه با مادران کودکان عادی از خودبیمارانگاری بالاتری برخوردارند و سطح سلامت روان در این مادران پایین‌تر از والدین دانش‌آموزان عادی است (نادری و همکاران، ۱۳۹۰). خودبیمارانگاری با احساس دلواپسی یا ترس از ابتلا به یک بیماری شدید مشخص می‌شود؛ بنابراین مشکل اصلی اضطراب بیمار است اما شیوه بیان آن با اختلال اضطرابی دیگر متفاوت است (بوویر^۲ و همکاران، ۲۰۰۶). اشتغال ذهنی با نشانه‌های بدنی منجر به ناراحتی یا اختلال عمده بالینی در کارکرد اجتماعی، خانوادگی و سایر زمینه‌های مهم می‌شود (انجمن روان‌شناسی آمریکا، ۲۰۰۰). بیماران دارای خودبیمارانگاری در طول روز احساسات بدنی مشابهی با سایر انسان‌ها دارند. این افراد توجه خود را به این احساسات معطوف کرده و حواس خود را روی آنها متمرکز می‌کنند. اشخاصی که زمینه‌ای برای تفسیر غلط این علامت‌ها به عنوان نشانه‌های بیماری در خود دارند (برای مثال داشتن کودک با مشکلات ویژه یادگیری)، دچار اضطراب بیشتری خواهند شد و با افزایش اضطراب، عوارض بدنی شدیدتری را تجربه خواهند کرد و یک چرخه ناجور ایجاد خواهد شد (هاران^۳، ۲۰۰۶). خودبیمارانگاری که با احساس دلواپسی یا ترس از ابتلا به یک بیماری شدید تشخیص داده می‌شود، توسط مادران این کودکان فقط برای کم کردن تمرکز بر مشکل کودک‌شان و کاهش اضطراب ناشی از این اتفاق استفاده می‌شود. در واقع چنین مادرانی از طریق احساس بیماری، میزان فشار روانی خود را کاهش می‌دهند (کوکرهام^۴، ۲۰۰۸). کودک با مشکلات ویژه یادگیری حالت شوک در والدین ایجاد می‌کند که در پی آن والدین برای از بین بردن چنین حالتی، تلاش می‌کنند و تمایل به دریافت حمایت از سوی دیگران دارند ولی وقتی از اطرافیان هیچ‌گونه حمایتی دریافت نمی‌کنند به وانمودسازی و اغراق در نشانه‌های جسمی رو می‌آورند (نادری و همکاران، ۱۳۹۰).

5. Social anxiety
6. Arrindell
7. Garcia
8. Taylor

1. Hypochondriasis
2. Bovier
3. Haran
4. Cockerham

خانواده‌های دارای دانش آموزانی با ناتوانایی‌های دیگر، وجود دارد. مشکلات ویژه یادگیری اندکی دیرتر در زندگی تشخیص داده می‌شوند و کودک ممکن است مشکلات احساسی و روحی و روانی برخاسته از مشکلات آموزشی از خود نشان دهد. روش زندگی خانواده ممکن است زمانی که این تشخیص انجام و ناتوانی کودک مشخص شد، تغییر کرده و این تغییر، عملکرد خانواده و جریان رشد آن را تخریب کند (بیات و همکاران، ۱۳۸۷)، به همین دلیل پژوهش درباره خانواده‌های این دانش آموزان و به ویژه مادران آنها با توجه به نقش اساسی که در رشد فرزندان و شکل‌گیری شخصیت آنها دارند، با اهمیت است؛ بنابراین هدف پژوهش حاضر، مقایسه خودبیمارانگاری، اضطراب اجتماعی و اجتناب‌شناختی در مادران دانش آموزان با و بدون مشکلات ویژه یادگیری بود.

روش

روش پژوهش علی، مقایسه‌ای بود. جامعه آماری این پژوهش شامل همه مادران دانش آموزان با مشکلات ویژه یادگیری ۹ تا ۱۴ ساله مراجعه‌کننده به مراکز خدماتی-درمانی مرتبط با مشکلات ویژه یادگیری شهر اردبیل و همه مادران دانش آموزان عادی ۹ تا ۱۴ ساله شهر اردبیل در سال ۱۳۹۲ بود. شیوه انتخاب دانش آموزان دارای مشکلات ویژه یادگیری به این ترتیب بود که نخست همه دانش آموزان مراجعه‌کننده به مراکز خدماتی-درمانی مربوط به مشکلات ویژه یادگیری شناسایی شده و سپس از میان آنها ۸۰ نفر از مادرانی که مایل به همکاری بودند، به صورت در دسترس انتخاب شدند. ۸۰ نفر از مادران دانش آموزان عادی نیز به شیوه هم‌تاسازی بر اساس سن مادر، تعداد فرزندان و تحصیلات انتخاب شدند. در پژوهش حاضر برای جمع‌آوری داده‌ها از ابزارهای زیر استفاده شده است:

(۱) **مقیاس خودبیمارانگاری**^۷: این آزمون دارای

۴۵ گویه است که ۳۵ گویه نخست آن عامل اول یعنی شکایت‌های بدنی و اشتغال‌های ذهنی را می‌سنجد و ۱۰ گویه بعدی عامل دوم یعنی ترس و نگرانی را

آنها مؤثر است (نادری و همکاران، ۱۳۹۰؛ ایزونهار^۱ و همکاران، ۲۰۰۵؛ کارادماس^۲، ۲۰۰۷).

به نظر می‌رسد راهبرد اجتناب‌شناختی راهی است که والدین کودکان استثنایی در مواجهه با رویدادهای اجتماعی و ارتباط‌های بین فردی انتخاب می‌کنند تا به شرایط فشارزا پاسخ گویند. اجتناب‌شناختی، انواع راهبردهای ذهنی است که بر اساس آن افراد تفکرات خویش را در جریان ارتباط اجتماعی تغییر می‌دهند (سکستون و دوگاس^۳، ۲۰۰۹). هر فردی در رویارویی با یک موقعیت اجتماعی فرضیه‌هایی درباره خود و محیط می‌سازد (کلارک و مک مانوس^۴، ۲۰۰۹). این فرضیه‌ها معیارهایی کمال‌گرایانه درباره عملکرد اجتماعی مثبت، باورهای مشروط درباره عملکردهای خویش در روابط بین فردی و توجه سوگیرانه درباره ارزیابی‌های دیگران است که می‌تواند منجر به شکل‌گیری نشانه‌های جسمی و روان‌شناختی شود (دانهی و استوپا^۵، ۲۰۱۰). مادران کودکان با مشکلات ویژه یادگیری تلاش می‌کنند ذهن خود را از نگرانی‌های ناشی از حوادث محیطی و رخداد‌های نگران‌کننده در روابط بین فردی رهایی دهند. آنها در واقع پس از یک تجربه ناخوشایند در روابط اجتماعی به دلیل داشتن فرزند مشکل‌دار، به پردازش ذهنی موقعیت پرداخته و محتویات ذهنی خود را درباره موقعیت، با استفاده از انواع راهبرد اجتناب‌شناختی تغییر می‌دهند و تلاش می‌کنند از تمهیدات اجتنابی برای رهایی از تفکرات نگران‌کننده درباره موقعیت اجتماعی خویش بهره گیرند (کشدن و رابرت^۶، ۲۰۰۴). نتایج پژوهشی دیگر نشان داد که مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی در مقایسه با مادران کودکان عادی سطح سلامت عمومی و روان‌شناختی پایین‌تر و اضطراب، افسردگی و اجتناب‌شناختی بالاتری دارند (ایزونهار و همکاران، ۲۰۰۵).

به‌طور کلی اهمیت این پژوهش در خانواده‌های دانش آموزان با ناتوانایی‌های یادگیری از آن جهت است که تمایز ویژه‌ای بین این خانواده‌ها و دیگر

1. Eisenhower
2. Karademas
3. Sexton & Dugas
4. Clark & McManus
5. Danahy & Stopa
6. Kashdan & Roberts

7. Ahwaz Haypochondriasis Test

ترس از ارزیابی منفی است. واتسون و فرند^۲ (۱۹۶۹) اعتبار این پرسشنامه را برای اجتناب اجتماعی برابر ۰/۶۸ و برای ترس از ارزیابی منفی برابر ۰/۷۸ گزارش کردند، همچنین آن‌ها با استفاده از آزمون اضطراب آشکار تیلور، پایایی پرسشنامه ترس از ارزیابی منفی و اجتناب اجتماعی را مورد بررسی قرار دادند که ضرایب همبستگی برای این ۲ پرسشنامه به ترتیب برابر ۰/۶۰ و ۰/۵۴ گزارش شد (مهرابی زاده هنرمند و همکاران، ۱۳۸۷؛ به نقل از نادری و همکاران، ۱۳۹۰). در پژوهش حاضر، پایایی این مقیاس با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ در هر ۲ گروه نمونه، ۰/۸۱ به دست آمد.

روش اجرای پژوهش به این ترتیب بود که پس از کسب مجوز از آموزش و پرورش شهرستان اردبیل و جلب رضایت آزمودنی‌ها و نیز شناسایی مادران دارای دانش‌آموزان با اختلالات یادگیری، نخست هدف پژوهش برای آن‌ها بیان شد و پرسشنامه‌ها در اختیارشان قرار گرفت و از آن‌ها خواسته شد به دقت سوال‌ها را بخوانند و پاسخ‌های موردنظر را متناسب با ویژگی‌های خود انتخاب کنند و سوالی را تا حد امکان بی‌جواب نگذارند. اطلاعات به صورت فردی و در مدارس مربوطه جمع‌آوری شد، همچنین اطمینان بخشی در مورد محرمانه ماندن اطلاعات و آزادی انتخاب برای شرکت در پژوهش از نکات اخلاقی رعایت شده این پژوهش بود. سرانجام، داده‌های جمع‌آوری شده با تحلیل آمون واریانس چند متغیری مانوا مورد تحلیل آماری قرار گرفت.

یافته‌ها

در پژوهش حاضر ۱۶۰ شرکت‌کننده با میانگین سنی و انحراف استاندارد ۳۷/۱۲ و ۵/۷۰ شرکت کردند. وضعیت تحصیلی مادران شرکت‌کننده به این ترتیب بود که ۴۸ درصد دیپلم، ۳۰ درصد زیر دیپلم و ۲۲ درصد بالای دیپلم بودند. ۱۲ درصد از افراد نمونه دارای ۱ فرزند، ۵۵ درصد دارای ۲ فرزند، ۱۹ درصد دارای ۳ فرزند و ۱۴ درصد دارای بیش از ۳ فرزند بودند، همچنین میانگین و انحراف استاندارد دانش‌آموزان با مشکلات ویژه

مورد بررسی قرار می‌دهد. آزمودنی‌ها به سوال‌های این مقیاس به صورت بلی و خیر پاسخ می‌دهند. برای اجرای اعتباریابی، ۲ پرسشنامه مقیاس خودبیمارانگاری و ام‌پی‌آی همزمان روی گروه نمونه ۵۷ نفری اجرا شد. ضریب همبستگی به دست آمده ۰/۴۸ بود که در سطح ۰/۰۰۱ معنی‌دار است و برای اجرای پایایی آزمون خودبیمارانگاری اهواز پس از ۶ هفته دوباره روی ۵۱ نفر از آزمودنی‌های نمونه اولیه که ۳۵ زن و ۱۶ مرد بودند، اجرا و ضرایب همبستگی بین نمره‌های آن‌ها در ۲ نوبت محاسبه شد. ضرایب بازآزمایی برای کل آزمودنی‌ها ۰/۶۷ به دست آمد (نادری و همکاران، ۱۳۹۰). در پژوهش حاضر، پایایی این مقیاس با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ در هر ۲ گروه نمونه، ۰/۷۷ به دست آمد.

۲) مقیاس اجتناب شناختی: این پرسشنامه یک ابزار مداد کاغذی است که ۲۵ گویه دارد و برای نخستین بار توسط سکستون و دوگاس ساخته و اعتباریابی شد. این پرسشنامه شامل ۵ خرده‌مقیاس است و ۵ نوع راهبرد اجتناب شناختی را مورد بررسی قرار می‌دهد. آزمودنی‌ها بر اساس طیف لیکرتی بین ۱ (هرگز) تا ۵ (همیشه) به سوال‌ها پاسخ می‌دهند. این پرسشنامه برای نخستین بار در ایران توسط بساک‌نژاد و همکاران ترجمه و اعتباریابی شد. ضریب پایایی این مقیاس را به روش آلفای کرونباخ در کل آزمودنی‌ها برای نمره کل اجتناب شناختی برابر ۰/۹۱ و به ترتیب برای خرده‌مقیاس فرونشانی فکر ۰/۹۰، جانشینی فکر ۰/۷۱، حواس‌پرتی ۰/۸۹، اجتناب از محرک تهدیدکننده ۰/۹۰ و تبدیل تصورات به افکار برابر ۰/۸۴ گزارش شده است (بساک‌نژاد و همکاران، ۱۳۸۹)؛ بنابراین یافته‌ها نشان می‌دهند که این پرسشنامه از ویژگی روان‌سنجی مطلوبی برخوردار است. در پژوهش حاضر، پایایی این مقیاس با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ در هر ۲ گروه نمونه، ۰/۷۵ به دست آمد.

۳) مقیاس اضطراب اجتماعی^۱: این مقیاس دارای ۵۸ گویه و ۲ مولفه اجتناب و پریشانی اجتماعی و

2. Watson & Friend

1. Social Avoidance & Distress

یادگیری به ترتیب ۱۱/۲۱، ۱/۲۵ و میانگین و انحراف به ترتیب ۱۲/۱۱، ۱/۲۶ بود. در جدول ۱، اطلاعات استاندارد دانش آموزان بدون مشکلات ویژه یادگیری توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهش گزارش شده است.

جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای خودبیمارانگاری، اضطراب اجتماعی و اجتناب شناختی در مادران دانش آموزان با مشکلات ویژه یادگیری و مادران دانش آموزان عادی

متغیر	مادران دانش آموزان با ناتوانی‌های یادگیری		مادران دانش آموزان عادی	
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
فروشنایی فکر	۲۸/۲۱	۵/۶۳	۲۲/۷۸	۵/۲۸
جانمایی فکر	۲۴/۳۶	۴/۴۴	۱۹/۶۳	۴/۱۷
حواس پرتی	۱۷/۸۵	۴/۱۳	۱۶/۳۳	۳/۹۸
اجتناب از محرک تهدیدکننده	۲۷/۵۲	۵/۶۹	۱۸/۱۲	۳/۶۲
تبدیل تصورات به افکار	۲۷/۱۲	۶/۱	۱۹/۱۶	۴/۴۱
اجتناب شناختی کل	۶۵/۳۶	۱۲/۴۷	۵۷/۶۴	۱۰/۳۶
خودبیمارانگاری	۱۶/۷۹	۸/۱۲	۹/۶۸	۵/۳۹
اضطراب اجتماعی	۱۹/۴۶	۱۱/۲۹	۱۳/۷۴	۶/۲۸

همان‌طور که در جدول شماره ۱ مشاهده می‌شود در مادران دانش آموزان با مشکلات ویژه یادگیری میانگین (و انحراف استاندارد) نمره‌های اجتناب شناختی ۶۵/۳۶ (و ۱۲/۴۷)، خودبیمارانگاری ۱۶/۷۹ (و ۸/۱۲) و اضطراب اجتماعی ۱۹/۴۶ (و ۱۱/۲۹) است، همچنین در مادران دانش آموزان عادی میانگین (و انحراف استاندارد) نمره‌های اجتناب شناختی ۵۷/۶۴ (و ۱۰/۳۶)، خودبیمارانگاری ۹/۶۸ (و ۵/۳۹) و اضطراب اجتماعی ۱۳/۷۴ (و ۶/۲۸) است. پس از استفاده از آزمون پارامتریک تحلیل واریانس چند متغیری، برای رعایت فرض‌های پژوهش، از آزمون‌های آماری باکس و لوین استفاده شد. در آزمون باکس شرط همگنی ماتریس‌ها رعایت شده است، هیچ یک از متغیرها معنی‌دار نبوده ($F=1/74, P=0/137$)، $BOX=8/33$ و بر اساس آزمون لوین با شرط برابری واریانس‌ها متغیرها معنی‌دار نبوده است.

جدول ۲. نتایج آزمون‌های معناداری تحلیل واریانس چند متغیری برای اثر اصلی متغیر گروه بر متغیرهای وابسته

متغیر	آزمون	ارزش	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	F	سطح معناداری	ضریب تفکیکی اتا
گروه	پیلایی - بارتلت	۰/۴۴۷	۳	۱۵۶	۴۲/۹۶	۰/۰۰۰۱	۰/۴۴۷
	لامبدای ویلکز	۰/۵۸۴	۳	۱۵۶	۴۲/۹۶	۰/۰۰۰۱	۰/۴۴۷
	هتلینگ لالی	۰/۸۰۷	۳	۱۵۶	۴۲/۹۶	۰/۰۰۰۱	۰/۴۴۷
	بزرگترین ریشه روی	۰/۸۰۷	۳	۱۵۶	۴۲/۹۶	۰/۰۰۰۱	۰/۴۴۷

آزمون فوق قابلیت استفاده از تحلیل واریانس چند متغیره (مانوا) را مجاز شمرد. نتایج نشان داد که دست کم بین یکی از متغیرهای مورد بررسی در بین ۲ گروه مورد بررسی تفاوت معناداری وجود دارد. نتایج تحلیل واریانس چند متغیری نشان داد که میانگین نمره‌های اجتناب شناختی ($F=92/65$)، خودبیمارانگاری ($F=68/85$) و اضطراب اجتماعی ($F=42/33$) به طور معنی داری در مادران دانش آموزان با مشکلات ویژه یادگیری از مادران دانش آموزان عادی بیشتر است ($P < 0/001$).

جدول شماره ۳. نتایج تحلیل واریانس چند متغیری روی میانگین خودبیمارانگاری، اضطراب اجتماعی و اجتناب شناختی در مادران دانش آموزان با مشکلات ویژه یادگیری و مادران دانش آموزان عادی

متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	ETA
اجتناب شناختی	۳۴۲۱/۶۳	۱	۳۴۲۱/۶۳	۹۲/۶۵	۰/۰۰۰۱	۰/۳۷۹
خودبیمارانگاری	۳۴۲۷/۷۶	۱	۳۴۲۷/۷۶	۶۸/۸۵	۰/۰۰۰۱	۰/۳۱۰
اضطراب اجتماعی	۸۷۹/۸۹	۱	۸۷۹/۸۹	۴۲/۳۳	۰/۰۰۰۱	۰/۲۱۸

بحث و نتیجه گیری

هدف پژوهش حاضر مقایسه خودبیمارانگاری، اضطراب اجتماعی و اجتناب شناختی در مادران دانش آموزان با و بدون مشکلات ویژه یادگیری بود. براساس یافته‌های حاصل از این پژوهش مشخص شد بین این ۲ گروه از مادران از لحاظ مولفه‌های خودبیمارانگاری تفاوت معنی داری وجود دارد. نتایج این پژوهش با پژوهش نادری و همکاران (۱۳۹۰) همسو است. در تبیین یافته‌های حاضر چنین می‌توان استنباط کرد که والدین کودکان استثنایی به ویژه مادران دارای کودک با مشکلات ویژه یادگیری نسبت به مادران کودکان عادی بیشتر در معرض خودبیمارانگاری هستند. از عمده دلایل آن می‌توان از صدمات برجسته مربوط به پیامد داشتن و نگهداری این کودکان، فرسایش شدید در برخورد با محیط بیرون، تحمل کم در برابر فشار روانی ناشی از داشتن فرزند استثنایی و استفاده نابجا از مکانیسم‌های دفاعی همچون انکار نام برد که این نکته خود در برخی مواقع عامل مهمی در ایجاد اختلال‌های روان شناختی از جمله خودبیمارانگاری است. خودبیمارانگاری که با احساس دلواپسی یا ترس از ابتلا به یک بیماری شدید تشخیص داده می‌شود، توسط مادران این کودکان فقط برای کم کردن تمرکز بر مشکل کودکشان و کاهش اضطراب ناشی از این اتفاق استفاده می‌شود و در واقع چنین مادرانی از طریق احساس بیماری‌های مختلف و تلاش برای ابراز آن‌ها میزان آسیب‌های روانی خود را کاهش می‌دهند (نادری و همکاران، ۱۳۹۰؛ کوکرهام، ۲۰۰۸). از سوی دیگر، وجود کودک با مشکلات ویژه یادگیری حالت شوکی در والدین ایجاد می‌کند و در پی آن والدین برای از بین بردن چنین حالتی تلاش زیاد کرده و پس از درمان‌های بسیار متوجه تغییر نیافتن این حالت در کودکشان می‌شوند، در نتیجه افسرده شده و نسبت به مشکلات و فشارها، آسیب‌پذیر می‌شوند و تمایل به دریافت حمایت از سوی دیگران دارند ولی وقتی از اطرافیان هیچ گونه حمایتی دریافت نمی‌کنند، به وانمودسازی و اغراق در نشانه‌های جسمی رو می‌آورند اما در این بین باز به دلیل ناتوانی در حل مشکلات کودک، این مادران احساس سرخوردگی و تنهایی و بی‌پناهی کرده و درعین حال این احساس، کاهش احساس دریافت حمایت اجتماعی را در پی داشته و ضربات روحی، روانی، اجتماعی و ارتباطی بسیاری را بر والدین و به ویژه مادران آن‌ها که ارتباط نزدیکی با کودک دارند؛ تحمیل می‌کند که این

دهند؛ بنابراین آنچه را که در ذهن خود نشخوار می کنند و آن را به طور مکرر به یاد می آورند، با فرونشانی فکر (فکر نکردن به روابط بین فردی که می تواند آن ها را نگران کند و اجتناب از حضور در شرایط اجتماعی که با نگرانی همراه است)، جانشینی فکر (فکرهایی را در ذهن شان محدود کرده و آن ها را جانشین تفکرات قبلی می کنند) و تبدیل تصور به فکر (تمامی تصورات ذهنی خود پیرامون رخداد اجتماعی را به تفکرات تکراری تبدیل می کنند) تغییر می دهند که چندان هم عواطف منفی آن ها را کاهش نمی دهد. این یافته ها نشان می دهند که مادران دانش آموزان با مشکلات ویژه یادگیری وقتی که در روابط بین فردی، اجتماعی و عاطفی شکست می خورند، در پردازش های ذهنی خویش بر تفکرات منفی متمرکز می شوند و از هرگونه روابط اجتماعی و بین فردی اجتناب می کنند که همین امر منجر به تشکیل روان بنه های اساسی می شود که عواطف منفی برای مثال (افسردگی، اضطراب و خشم) را به دنبال دارد و این طرحواره، شکل می گیرد که من به دردنخور هستم (ملینگز^۱ و همکاران، ۲۰۰۰). از سوی دیگر، وقتی فرد در نگهداری موضوعات دچار مشکل می شود، احساس بی کفایتی و بی ارزشی می کند که این امر زمینه را برای بروز تنهایی، خودسرنشی و افسردگی فراهم می کند (تنی^۲ و همکاران، ۲۰۱۱).

نتایج پژوهش حاضر همسو با سایر پژوهش های انجام شده نشانگر آن است که مادران دارای فرزند با مشکلات ویژه یادگیری از مشکلات روان شناختی بیشتری رنج می برند (امرسون^۳، ۲۰۰۳؛ لامبرنوس^۴ و همکاران، ۱۹۹۶؛ کیانی^۵ و همکاران، ۲۰۱۴؛ ها^۶ و همکاران، ۲۰۱۱؛ سلتزر^۷ و همکاران، ۲۰۰۱). در مجموع مادران نسبت به پدران به علت نقش های متفاوت در زندگی خانوادگی، زناشویی، پرستاری و تربیت فرزندان از مشکلات بیشتری برخوردار هستند.

به نوعی یک چرخه و دور باطل را در این مادران ایجاد می کند (نادری و همکاران، ۱۳۹۰).

همچنین نتایج پژوهش نشان داد که بین ۲ گروه مادران دانش آموزان با و بدون مشکلات ویژه یادگیری از نظر اضطراب اجتماعی تفاوت معناداری وجود دارد، بدین معنی که مادران دانش آموزان با مشکلات ویژه یادگیری در مقایسه با مادران دانش آموزان عادی اضطراب اجتماعی بیشتری دارند. این یافته با نتایج پژوهش های دیگر همسو است (نادری و همکاران، ۱۳۹۰؛ ایزونهار و همکاران، ۲۰۰۵؛ کارادماس، ۲۰۰۷). در بررسی و تبیین یافته حاضر چنین می توان استنباط کرد، زمانی که کودک دارای مشکلات ویژه یادگیری می شود، پیامدهای اجتماعی نیز برای خانواده در پی دارد. در کل چنین کودکانی نسبت به کودکان عادی جامعه استثنا، تک و در اقلیت بوده و آموزش آن ها احتیاج به مدارس ویژه ای دارد که همین مسئله، مادران را نگران برخورد جامعه با فرزندان شان کرده و اضطراب اجتماعی را در آن ها افزایش می دهد. در عین حال، این مادران که در مقابل آسیب این چنین بزرگی توان تغییر نداشته و مجبور به پذیرش هستند، احساس اضطراب و تنش ناشی از برخورد با اجتماع یا ترس و هراس ناشی از برخورد نادرست اجتماع با خود و فرزندشان به مرور زمان آسیب های شایان توجهی بر پیکرشان وارد می آورد که این سیر خود در افزایش میزان هراس و اضطراب آن ها مؤثر است (نادری و همکاران، ۱۳۹۰).

نتایج نشان داد که بین ۲ گروه مادران دانش آموزان با و بدون مشکلات ویژه یادگیری در اجتناب شناختی تفاوت معناداری وجود دارد، بدین معنی که مادران دانش آموزان دارای مشکلات ویژه یادگیری در مقایسه با مادران دانش آموزان عادی از اجتناب شناختی بیشتری رنج می برند. این یافته با نتایج پژوهش های دیگر همسو است (ایزونهار و همکاران، ۲۰۰۵؛ کارادماس، ۲۰۰۷). در تبیین این یافته ها می توان گفت مادران کودکان و نوجوانان با مشکلات ویژه یادگیری تلاش می کنند ذهن خود را از نگرانی های ناشی از حوادث محیطی و رخدادهای نگران کننده در روابط بین فردی رهایی

1. Mellings
2. Tenney
3. Emerson
4. Lambrenos
5. kiani
6. Ha
7. Seltzer

این فشار بسیار و تحمل این موقعیت طاقت فرسا هر لحظه والدین، به ویژه مادر را که در ارتباط نزدیک تری با کودک قرار دارد، در مخاطره بیماری های روانی و جسمی آسیب پذیر کرده و به راحتی میزان سلامت عمومی آن ها را کاهش می دهد. وجود نگرش مثبت والدین می تواند به بهبودی هر چه بیشتر مشکل مشکلات ویژه یادگیری کمک کرده و پیشگیری کننده بسیاری از مشکلات جانبی باشد؛ بنابراین دانش افزایی خانواده ها باید به عنوان یکی از اهداف اصلی مدارس و مراکز مربوطه مدنظر قرار گیرد. والدین آگاه با کمک متخصصان مشکلات ویژه یادگیری قادر خواهند بود شرایط محیطی مناسبی برای کودکان شان فراهم کنند. در آموزش والدین نیز می توان بر رفتارهایی تأکید کرد که در رشد مهارت های پایه کودکان مورد نیاز است.

پژوهش حاضر روی مادران دانش آموزان با مشکلات ویژه یادگیری در شهر اردبیل انجام گرفت؛ بنابراین باید در تعمیم نتایج پژوهش حاضر به مادران کودکانی که ناتوانی های دیگر دارند، احتیاط کرد. توصیه می شود در برنامه های پیشگیرانه و درمانی برای دانش آموزان با ناتوانی های یادگیری، به مادران این دانش آموزان نیز توجه شود تا امکان رفع مشکلات روان شناختی و افزایش سلامت روان در آن ها نیز فراهم شود. همچنین پیشنهاد می شود پژوهش های مشابهی در سایر جوامع آماری به خصوص مادران فرزندان دارای سایر ناتوانی ها، انجام شود. نتایج این گونه پژوهش ها به درک، شناخت

و فهم بیشتر روان شناسان، مشاوران، پژوهشگران و مسئولان دست اندرکار در ارتباط با وضعیت سلامت روان شناختی خانواده ها و به خصوص مادرانی که از این فرزندان مراقبت می کنند، کمک اساسی می کند. با شناسایی عوامل موثر و کاهش دهنده سلامت روان اعضای خانواده و به خصوص مادرانی که فرزندی دارند که دارای یکی از انواع مشکلات برای مثال مشکلات ویژه یادگیری هستند، می توان اقدامات موثری در جهت بهبود و افزایش سلامت و بهزیستی روان شناختی آن ها انجام داد. برای مثال با برگزاری دوره های آموزشی یا مشاوره های گروهی توسط افراد متخصص در مدارس برای این مادران، می توان در جهت پیشگیری یا درمان مشکلات آن ها گام های موثری برداشت. در نتیجه میزان مشکلات روان شناختی مادران کاهش پیدا می کند و آن ها در نگهداری و مراقبت از فرزند خود به شیوه کارآمد و موثر عمل می کنند. همچنین می توان گفت که بین سلامت و بهزیستی روان شناختی اعضای خانواده و به ویژه مادر به عنوان عضوی از خانواده که نقشی مهم و اساسی در پرورش، نگهداری و مراقبت از فرزند دارای مشکلات ویژه یادگیری دارد، با سلامت و بهزیستی فرزند دارای ناتوانی ارتباط وجود دارد. در واقع توجه به وضعیت سلامت روان اعضای خانواده ای که از فرزندان دارای برخی ناتوانی ها مراقبت می کنند، به طور غیرمستقیم پیامدهای مثبت روان شناختی را نیز برای خود این فرزندان به همراه دارد.

منابع

- آودیس، یانس؛ و هامایاک. (۲۰۰۰). متن تجدیدنظر شده چهارمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلال های روانی انجمن روان شناسی آمریکا. ترجمه: محمدرضا نیکخواه (۱۳۸۸)، تهران: نشر سخن.
- بساک نژاد، سودابه؛ معینی، نصراله؛ و مهربانی زاده هنرمند، مهناز. (۱۳۸۹). رابطه پردازش پس رویدادی و اجتناب شناختی با اضطراب اجتماعی در دانشجویان. فصلنامه علوم رفتاری، ۴ (۴)، ۳۳۵-۳۴۰.
- بیات مختاری، لیلا؛ و اخوان تفتی، مهناز. (۱۳۸۷). بررسی تأثیر نگرش والدین بر خودپنداره و رشد اجتماعی کودکان دارای ناتوانی یادگیری. تعلیم و تربیت استثنایی، ۸۶ (۴)، ۳-۱۴.
- روزنهان، دی ال؛ و سلیگمن، پی. (۲۰۰۲). روان شناسی نابهنجاری آسیب شناسی روانی. ترجمه: یحیی سیدمحمدی (۱۳۸۲)، تهران: نشر ساوالان.
- مهربانی زاده هنرمند، مهناز؛ نجاریان، بهمن؛ و بهارلو، رهنما. (۱۳۷۸). رابطه کمال گرایی و اضطراب اجتماعی در دانشجویان. مجله

- علمی-پژوهشی روان‌شناسی، ۳(۳)، ۲۳۱-۲۴۸.
- نادری، فرح؛ صفرزاده، سحر؛ و مشاک، رویا. (۱۳۹۰). مقایسه خودبیمارانگاری، حمایت اجتماعی، اضطراب اجتماعی و سلامت عمومی بین مادران دارای کودک عقب‌مانده ذهنی و عادی. مجله پژوهش در حیطه کودکان استثنایی، ۸(۲)، ۲۰۵-۲۲۴.
- Arrindell, W.A., Sanerman, R., Hageman, W.J., & Pickersgill, M.J. (1991). Correlates of assertiveness in normal & clinical samples: A multidimensional approach. *Behavior Research and therapy*, 12(4), 153-282.
- Bovier, PA., Chamot, E., & Pereger, TV. (2006). Perceived stress, internal resources and social support as determinants of health among young adults. *Quality of Life Research*, 13(2), 161-170.
- Clark, D., & McManus, F. (2009). Information processing in social phobia. *Biol Psychiatr*, 51(1), 2-100.
- Cockerham, W.C. (2008). Can't always get what you want but can you get what you need? Personality traits and social support in marriage. *Journal of social and clinical psychology*, 24(7), 10-76.
- Danahy, L., & Stopa, L. (2010). Post event processing in social anxiety. *Behav Res Ther*, 45(5), 12-19.
- Eisenhower, AS., Baker, BL., & Blacher, J. (2005). Preschool children with intellectual disability: Syndrome specificity, behavior problems, and mental well-being. *Journal of Intellectual Disability Researc.*, 49(7), 57-71.
- Emerson, E. (2003). Mothers of children and adolescents with intellectual disability: social and economic situation, mental health status, and the self-assessed social and psychological impact of the child's difficulties. *Journal Intellect Disabil Res*, 47(4-5), 99-385.
- Garcia – Garau, E. (2004). Adolescent boys and girls show different Predispositions for eating disorders. *Woman's Health Weekly*, 33(4), 22-94.
- Ha, J., Greenberg, J., & Seltzer, M. (2001). Parenting a Child with a Disability: The Role of Social Support for African American Parents. *The Journal of Contemporary Social Services*, 92(4), 405- 411.
- Haran, C. (2004). The real world: recognizing mental illness in young adults. *The Journal of Contemporary Social Services*, 1(5), 258-558
- Herring, S., Gary, J., Taffe, K., Sweeney, D., & Eifeld, S. (2006). Behavior and emotional problems in toddlers with pervasive developmental delay: associations with parental mental health and family functioning. *Journal of Intellectual Disability Research*, 874-82.
- Kaplan, HL., Sadock, BJ., Grebb, JA., (2003). Contributions of the psychosocial sciences to human behavior in: *Synopsis of psychiatry*. Baltimore Williams and Wilkins, 1(25), 157-206.
- Karademas, E. (2007). Positive and negative aspects of wellbeing: Common and specific predictors. *Personality and Individual Differences*, 43(6), 87-227.
- Kashdan, T., & Roberts, J. (2004). Social anxiety, depression and post event rumination: Affective consequences and social contextual influences. *journal of Anxi Disorder*, 21(5), 284-301.
- Khamis, V. (2007). Psychological distress among parents of children with mental retardation in the United Arab Emirates. *Social Science & Medicine*, 8, 850-857.
- Kiani, F., Khodabakhsh, M., & Hashjin, H. (2014). Comparison of Parenting Related Stress and Depression Symptoms in Mothers of Children with and without Autism Spectrum Disorders (ASD). *International journal of pediatrics*, 2(3), 31-37.
- Lambrenos, K., Weindling, A., Calam, R., & Cox, A. (1996). The effect of a child's disability on

- mother's mental health. *Arch Dis Child*, 74(2), 115–120.
- McConkey, R., Truesdale-Kennedy, M., Chang, M.Y., Jarrah, S., & Shukri, R. (2008). The impact on mothers of bringing up a child with intellectual disabilities: a cross-cultural study. *International journal of nursing studies*, 45(1), 65-74.
- Mellings, T., & Alden, L.E. (2000). Cognitive processes in social anxiety: The effects of self- focus rumination and anticipatory processing. *Behav Res Ther*, 14(25), 57-243.
- Seltzer, M., Greenberg, J., Floyd, F., Pettee, Y., & Hong, J. (2001). Life Course Impacts of Parenting a Child With a Disability. *American Journal on Mental Retardation*, 16(3), 265–286.
- Sexton, K., & Dugas, M. (2009). An Investigation of Factors Associated with Cognitive Avoidance in Worry. *Cognitive Therapy and Research*, 33(2), 150- 162.
- Shin, J., Nhan, N.V., Crittenden, K.S., Flory, D.T., & Ladinsky, J. (2006). Parenting stress of mothers of young children with cognitive delays in Vietnam. *Journal of Intellectual Disability Research*, 50(5), 60-468.
- Taylor, C.T., Bomyea, J., & Amir, N. (2010). Attentional bias away from positive social information mediates: The link between social anxiety and anxiety Vulnerability to a social stressor. *Journal of Anxiety Disorders*, 24(4), 8-403.
- Tenney, E., Spellman, B., & MacCoun, R. (2011). The benefits of knowing what you know (and what you do not): How calibration affects credibility. *Journal Exp Social Psychology*, 4(1), 1-8.

