

## مقایسه تاب‌آوری، ذهن‌آگاهی و حمایت اجتماعی ادراک‌شده در مادران کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی/نقص توجه، اختلالات یادگیری و عادی در شیراز

رضا چالمه<sup>۱\*</sup> و خدیجه ارجمندی<sup>۲</sup>

۱- دکترای روانشناسی، استادیار گروه روان‌شناسی، مؤسسه آموزش عالی فاطمیه علیها السلام، شیراز، ایران. (نویسنده مسئول)

Rezachalmeh@Gmail.com

۲- دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، مؤسسه آموزش عالی فاطمیه علیها السلام، شیراز، ایران.

Kharjmandi45@gmail.com

تاریخ پذیرش: [۱۴۰۰/۱۲/۱۸]

تاریخ دریافت: [۱۴۰۰/۹/۱۰]

### چکیده

این پژوهش با هدف مقایسه تاب‌آوری، ذهن‌آگاهی و حمایت اجتماعی ادراک‌شده در مادران کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی/نقص توجه، اختلالات یادگیری و عادی شهر شیراز انجام گرفت. جامعه آماری پژوهش حاضر مادران کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی/نقص توجه، اختلالات یادگیری و عادی در شهر شیراز بودند که از بین آن‌ها با روش نمونه‌گیری هدفمند و در دسترس، ۱۵۶ نفر که شامل ۵۰ مادر دارای فرزند مبتلا به اختلال بیش‌فعالی/نقص توجه، ۵۲ نفر مادر دارای فرزند مبتلا به اختلالات یادگیری و ۵۴ مادر دارای فرزند عادی انتخاب شدند و پرسشنامه‌های تاب‌آوری کانر و دیویدسون، ذهن‌آگاهی والچ و همکاران و حمایت اجتماعی ادراک‌شده زیمت و همکاران را تکمیل کردند. داده‌ها با استفاده از روش آزمون‌های لوین (برای بررسی همگنی واریانس‌ها)، و تحلیل واریانس چند متغیری (برای بررسی تفاوت متغیرها در گروه مطالعه) و با نرم‌افزار SPSS-24 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. نتایج تحلیل واریانس نشان داد که بین مادران کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی/نقص توجه و اختلالات یادگیری با مادران کودکان عادی تفاوت معناداری در متغیرهای تاب‌آوری، ذهن‌آگاهی و حمایت اجتماعی ادراک‌شده وجود دارد؛ به نحوی که مادران کودکان عادی از میانگین تاب‌آوری، ذهن‌آگاهی و حمایت اجتماعی بیشتری برخوردار بودند. نتایج نهایی نشان داد که در حوزه‌های تاب‌آوری و ذهن‌آگاهی، مادران کودکان بیش‌فعال/نقص توجه و اختلالات یادگیری نیازمند آموزش‌های مبتنی بر تاب‌آوری و ذهن‌آگاهی هستند و برنامه‌های توان‌بخشی ویژه‌ای به‌منظور افزایش حمایت اجتماعی ادراک‌شده نیاز است.

**واژگان کلیدی:** تاب‌آوری، ذهن‌آگاهی، حمایت اجتماعی ادراک‌شده، مادران، کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی/نقص توجه، اختلالات یادگیری و عادی.

## ۱- مقدمه

از جمله مشکلات دوران کودکی اختلال‌های عصبی - رشدی<sup>۱</sup> هستند که در آن‌ها رشد و تحول بهنجار مغز و دستگاه عصبی مرکز با مشکل مواجه است، این اختلالات هم‌زمان با رشد فرد بر هیجان، توانایی یادگیری و حافظه او اثر منفی دارد (Sadock, 2015). بر اساس پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی<sup>۲</sup>، اختلالات عصبی - رشدی در شش طبقه تقسیم‌بندی می‌شوند که اختلال بیش فعالی/نقص توجه<sup>۳</sup> و اختلالات یادگیری<sup>۴</sup> از جمله این اختلالات هستند (محیط، بشرپور و هاشمی‌ول، ۱۳۹۹). اختلال بیش فعالی/نقص توجه دربرگیرنده مجموعه‌ای از نشانه‌های است که با پر تحرکی، رفتارهای تکانه‌ای و محدودیت میزان توجه که منجر به اختلال تمرکز می‌شود قابل تشخیص است (سعادت، ۱۳۹۰). این اختلال شیوعی حدود ۷ درصد در کودکان دارد (Ra, Cho, Stone, De La Cerda, Goldenson, Moroney & et al., 2018).

در اختلال بیش فعالی/نقص توجه تعامل میان کودک و والد، تحت تأثیر نشانه‌های کودک مبتلا به اختلال بیش فعالی/نقص توجه قرار می‌گیرد. کودکان مبتلا به اختلال در برابر خواسته‌های والدین نافرمان‌تر هستند و در شروع کردن و دنبال کردن فعالیت‌ها شکست می‌خورند و زود دست می‌کشند و نسبت به کودکان غیر بیمار بیشتر از آن‌ها درخواست می‌شود که توجه کنند. چنین رفتارهایی برای والدین آن‌ها به‌ویژه مادران استرس زیادی ایجاد می‌کنند (حافظی، توکلی قوچانی و لشکردوست، ۱۳۹۸).

یکی دیگر از اختلال‌های دوران کودکی اختلالات یادگیری است که نوعی اختلال عصبی - رشدی محسوب می‌شود که مانع یادگیری یا کاربرد مهارت‌های تحصیلی می‌شود. هاسیو<sup>۵</sup> (۲۰۱۸) معتقد است که این اختلال نشان‌دهنده گروه وسیعی از مسائل اولیه در موضوعات علمی و مشکلات ثانویه در دامنه‌های احساسی و اجتماعی است. اختلال یادگیری را نمی‌توان با ناتوانی‌های ذهنی توضیح داد و نمی‌توان آن را کاملاً به محیط وابسته دانست بلکه به دلیل تفاوت در عملکرد اساسی مغز است. وجود یک کودک با اختلالات یادگیری اغلب کارکرد خانواده را تحت تأثیر قرار می‌دهد و تغییرات مهمی در زندگی خانواده‌ها به وجود می‌آورد و بر اساس نتایج پژوهش‌ها وجود فرزند مبتلا به اختلالات یادگیری باعث استرس در درون خانواده به‌ویژه مادر می‌شود و والدین این کودکان، استرس زیادی را تجربه می‌کنند (متین، احمدی و جلالی، ۱۳۹۷). به نظر می‌رسد مادران کودکان دارای اختلال نسبت به مادران کودکان عادی نگرش‌های ناکارآمد، افکار منفی خودآیند و هیجان‌های منفی دارند. مقصر دانستن خود، نشخوار فکری، فاجعه‌بار تلقی کردن و ارزیابی منفی، پیش‌بینی کننده هیجان‌های منفی مانند افسردگی، اضطراب، استرس و خشم هستند که می‌تواند سلامت روانی آن‌ها را تهدید کند (Martin & Eric, 2010) به نقل از کاظمی، ارجمندنیا، مرادی، محمدی و صادقی‌فرد، ۱۳۹۹).

به‌صورت کلی به نظر می‌رسد خانواده‌ها و به‌ویژه مادران کودکان با مشکلات یادگیری و اختلال‌های رفتاری تنش بیشتری را تحمل می‌کنند و انبوهی از مشکلات روان‌شناختی مانند انکار، خشم و احساس گناه و اضطراب را تجربه می‌کنند. همچنین مشکلات دیگری مانند منابع مالی، کیفیت زندگی، سلامت روانی مادران را تحت تأثیر قرار می‌دهد (متین و همکاران، ۱۳۹۷). علاوه بر این به نظر می‌رسد والدین به‌ویژه مادران به‌صورت مشخص و زیان‌آوری، سطح بالایی از فشار روانی را تجربه می‌کنند و احساس ناکامی، اضطراب و نگرانی از جمله ویژگی‌های مادران در هنگام آگاهی از اختلال فرزند است (Anker, Haavik & Heir, 2020). آن‌ها میزان سازگاری پایین‌تری دارند (Corona, 2020) و انزوا و گوشه‌نشینی بیشتری را تجربه می‌کنند (Wan, Ge, Zhang, Sun, Wang & Yang, 2020). به نظر می‌رسد وجود چنین مشکلاتی در مادران، پیامدهای زیان‌آوری دارد که بررسی عوامل مؤثر بر آن‌ها ضروری است.

1. neurodevelopmental disorders
2. Diagnostic and statistical manual of mental disorders
3. Attention deficit hyperactivity disorder
4. Learning Disorder
5. Hsiao

یکی از عواملی که به نظر می‌رسد در خانواده‌ها به‌ویژه در موقعیت و شرایط استرس‌زا نقش مهمی دارد و از طرفی می‌تواند تعدیل‌کننده فشارهای روانی باشد، تاب‌آوری است (عبدی و نریمانی، ۱۳۹۷). تاب‌آوری ویژگی است که به معنای توانایی فرد برای آماده‌سازی، برنامه‌ریزی و یا سازگاری موفق با شرایط و حوادث جانبی و احتمالی است (Zobel, MacKenzie, Baghersad & Li, 2021). همچنین تاب‌آوری فرایند حفظ کردن یا تقویت کردن ثبات فیزیکی یا رفتار منطقی در پاسخ به شرایط و عوامل استرس‌زا است. بر اساس این دیدگاه تاب‌آوری یک سیستم پاسخ‌دهی درونی است که برای حفظ ثبات رفتاری عمل می‌کند (Niitsu, Rice, Houfek, Stoltenberg, Kupzyk & Barron, 2019). مطالعات در ارتباط با داشتن فرزند با مشکلات خاص مانند اختلالات یادگیری بیانگر این است که مفهوم استرس می‌تواند کارکردهای دوگانه داشته باشد. نتایج بیانگر این است که برخی از خانواده‌ها و والدینی که دارای فرزند ناتوان هستند نسبت به برخی دیگر تاب‌آوری بیشتری دارند و با نگرش مثبت‌تری به این مسئله برخورد می‌کنند و در مقابل بعضی از والدین و مادران در مواجهه با استرس و شرایط ناگوار احساس درماندگی و تسلیم می‌کنند ولی برای بعضی دیگر موجب ایجاد چالش و یادگیری بیشتر می‌شود (کاوه و کرامتی، ۱۳۹۶). بایراکلی و کانر<sup>۱</sup> (۲۰۱۲) نیز در پژوهشی به بررسی عوامل مؤثر بر تاب‌آوری در مادران کودکان مبتلا به اختلال هوشی و بدون اختلال پرداختند که نتایج بیانگر این است که حمایت اجتماعی نقش مهمی در هردو گروه داشت. مک‌منمی<sup>۲</sup> (۲۰۱۹) در پژوهشی به بررسی تاب‌آوری در خانواده‌هایی که دارای فرزند مبتلا به اختلال بیش‌فعالی / نقص توجه هستند پرداخت؛ که نتایج بیانگر این است تاب‌آوری در چنین خانواده‌های موجب می‌شود که تمایل بیشتری به ارتباط و سفر با یکدیگر داشته باشند.

همچنین به نظر می‌رسد مادران کودکان مبتلا به اختلالات، یا درگیر رفتارهای گذشته فرزندشان هستند و از بابت بروز رفتارهای نابهنجار او احساس شرمساری و درماندگی می‌کنند و یا با نگرانی‌هایی در مورد آینده، مشکلات تحصیلی، مشکلات رفتاری، منابع و خدمات حمایتی مواجه هستند (Moideen & Mathai, 2018). در این راستا یکی دیگر از عواملی که می‌تواند در تعدیل کردن فشارهای روانی این مادران نقش داشته باشد، ذهن آگاهی است. ذهن آگاهی به معنای شناخت احساسات و هیجان‌های درونی فرد و همچنین شناخت محیط اطراف است (Richards, Campenni & Muse-Burke, 2010). ذهن آگاهی توجه و آگاهی فرد را نسبت به احساسات درونی و فیزیکی بیشتر می‌کند. موجب به وجود آمدن حس اعتماد در زندگی، دلسوزی عمیق، احساس عشق عمیق به دیگران و پذیرش واقعیت‌های زندگی می‌شود. این مفهوم روان‌شناختی باعث می‌شود فرد توانایی خود را بیشتر کشف کند و با دشواری‌ها بیشتر مقابله کند (طالبی، عظیمی لولتی، شفاعت، یزدانی چراتی و جنتی، ۱۳۹۷). همچنین مفهوم ذهن آگاهی به افراد کمک می‌کند تا زندگی را لحظه‌به‌لحظه تجربه کنند و تماس نزدیکی با واقعیت داشته باشند. ذهن آگاهی به واسطه‌ی هوشیاری لحظه‌به‌لحظه، مداوم و غیر ارزیابانه نسبت به فرایندهای روان‌شناختی مشخص می‌شود. این مفهوم شامل آگاهی مداوم از احساسات فیزیکی، ادراکات، عواطف و تصورات است (رهبری و کرد، ۱۳۹۶). افرادی که از ذهن آگاهی بالایی برخوردار هستند واقعیات درونی و بیرونی را آزادانه و بدون تحریف ادراک می‌کنند، توانایی بالایی در روبه‌رو شدن با دامنه گسترده‌ای از تفکرات، هیجان‌ها و تجربه‌ها دارند (چنگیزی و سعادت‌ی شامیر، ۱۳۹۷). ذهن آگاهی بالا با سلامت روان، بهزیستی و کاهش استرس ارتباط معناداری دارد (Daudén, Roquet & Sas, 2018). از طرفی نتایج پژوهش‌ها بیانگر این است که ذهن آگاهی در والدین کودکان مبتلا به اختلال رفتاری نسبت به والدینی که کودک مبتلا به اختلال ندارند کمتر است و از طرفی آشفته‌گی روان‌شناختی بیشتری دارند و شدت تنیدگی در آن‌ها بیشتر است و مستعد مشکلات بیشتری هستند (اکبری، ۱۳۹۷). نتایج پژوهش ابراهیمی و فضل‌علی (۱۳۹۸) بیانگر این است که ذهن آگاهی در دو گروه دارای تفاوت معناداری است و در افراد عادی بیشتر است. در همین راستا پژوهش روستا، شاملی و صادق زاده (۱۳۹۵) نشان داد که بین مادران کودکان بیش‌فعال و عادی در میزان تاب‌آوری و ذهن آگاهی تفاوت معناداری وجود دارد که ذهن آگاهی و

1. Bayrakli & Kaner  
2. McMenemy

تاب‌آوری در مادران عادی بیشتر است.

حمایت اجتماعی ادراک شده یکی دیگر از مفاهیمی است که نقش مهمی در تعدیل استرس و فشارهای روانی والدین کودکان مبتلا به اختلال دارد و از آن‌ها در مقابل فشار و استرس محافظت می‌کند. با توجه به شرایطی که امروزه بر جهان حاکم است مفهومی جدیدتر و اندکی متفاوت‌تر است (Turner, Shattuck, Finkelhor & Hamby, 2017). نتایج پژوهش‌ها بیانگر این است تفاوت معناداری بین حمایت اجتماعی ادراک شده در مادران کودکان مبتلا به اختلال‌های روانی و رشد عصبی و عادی وجود دارد به گونه‌ای که مادران این کودکان نسبت به مادران کودکان عادی از میزان حمایت کمتری برخوردار هستند (حیدری، شمسیان و پورسرخوش طزرجانی، ۱۳۹۸). در همین راستا پیرنایی، کاکاوند و جلالی (۱۳۹۹) نشان داد که حمایت اجتماعی و حمایت اجتماعی ادراک شده در مادران کودکان عادی و بیش فعال تفاوت معناداری وجود دارد و ما، لای و لو<sup>۱</sup> (۲۰۱۷) در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که حمایت اجتماعی ادراک شده اثر معناداری بر استرس والدگری والدین کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی/ نقص توجه دارد. از این رو به نظر می‌رسد که خانواده‌های کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی/ نقص توجه و اختلال یادگیری همواره استرس، فشار روانی، اضطراب بیشتری را تجربه می‌کنند و سلامت روانی ضعیف‌تری دارند. با توجه به این‌که پژوهش‌های محدودی درباره تفاوت تاب‌آوری، ذهن‌آگاهی و حمایت اجتماعی ادراک شده در والدین این کودکان انجام شده است، بنابراین سؤال پژوهش حاضر این است که آیا تفاوت معناداری بین تاب‌آوری، ذهن‌آگاهی و حمایت اجتماعی ادراک شده در کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی/ نقص توجه، اختلالات یادگیری و عادی وجود دارد یا خیر؟

## ۲- مرور مبانی نظری و پیشینه

**اختلال یادگیری**: براساس نظریه مرکز ملی ناتوانی‌های یادگیری، ناتوانی‌های یادگیری شامل اختلالات عصب شناختی است که توانایی‌های مغز را برای پردازش اطلاعات دریافتی و ذخیره سازی و پاسخ به آنها را متأثر می‌سازد، به صورت کلی ناتوانی‌های یادگیری شامل ناتوانی‌های یادگیری تحولی و ناتوانی‌های یادگیری تحصیلی است. ناتوانی یادگیری تحولی شامل کودکانی است که در مهارت‌هایی مانند توجه، حافظه و ادراک که برای کسب یادگیری پیش نیاز محسوب می‌شوند مشکلاتی دارند (محمدی، کرمی و هاشمی، ۱۳۹۰). ناتوانی‌های یادگیری تحصیلی به سه دسته اختلال در خواندن، اختلال در ریاضی و اختلال در نوشتن تقسیم بندی می‌شود (رضایی، سفیدکار و قربانپور لقمجانی، ۱۳۹۹). این اختلال یک اختلال عصبی - تحولی است که یادگیری افراد در مسائل درسی را به صورت مداوم و پایدار تحت تأثیر قرار می‌دهد (Scanlon, 2013). تعاریفی که از اختلالات یادگیری یا ناتوانی در یادگیری ارائه می‌شود شامل کودکانی که مشکلات یادگیری آنها ناشی از ضعف‌های حرکتی، نابینایی، ناشنوایی، عقب ماندگی ذهنی، آشفته‌گی‌های هیجانی، فقر محیطی، فرهنگی و یا اقتصادی است، نمی‌شود (Backenson, Holland, Kubas, Fitzer, Wilcox, Carmichael & et al., 2015).

**اختلال فعالی/ نقص**: از شایع‌ترین اختلال‌های روانپزشکی و بیماری‌های شناختی و رفتاری کودکان در سنین مدرسه، اختلال بیش فعالی/ نقص توجه است. این اختلال یک اختلال روانپزشکی است که با علایمی مانند کمبود توجه، بیش فعالی و رفتارهای تکانشگری همراه است و براساس تعریفی که از این اختلال شده است این اختلال در سن هفت سالگی و اغلب قبل از سن ۵ سالگی شروع می‌شود و این امکان وجود دارد تا دوره‌های بعدی زندگی یعنی نوجوانی و بزرگسالی ادامه داشته باشد و روی جنبه‌های مختلف زندگی اثراتی دارد (بهرامی، یوسفی، بهرامی، فراضی و بهرامی، ۱۳۹۵). افراد مبتلا به اختلال بیش فعالی/ نقص توجه ممکن است توانایی برای توجه کردن به جزئیات را نداشته باشند یا در انجام دادن تکالیف مدرسه، کار و سایر فعالیت‌ها از روی بی‌احتیاطی اشتباهاتی را مرتکب شوند، اغلب در انجام دادن وظایف خود دچار بی‌نظمی هستند و وظایف و تکالیف را با بی‌دقتی و بدون تکالیف

برای این افراد اغلب دشوار است و حتی به پایان رساندن تکالیف و وظایف برای این گروه از کودکان دشوار و بسیار سخت است (عابدی، جمالی، فرامرزی، آقایی و بهروز، ۱۳۹۱). میزان شیوع این اختلال را در کودکان و نوجوانان بین ۵/۲۹ تا ۷/۱ گزارش دادند و براساس راهنمای تشخیص و آماری اختلال روانی میزان این اختلال در پسران بیشتر از دختران است.

**تاب آوری**: براساس نظر کانر و دیویدسون<sup>۱</sup> (۲۰۰۳) تاب‌آوری مفهومی ذاتی و درونی در انسان است که قابلیت پیشرفت و ارتقای آن را دارد و با ویژگی‌های مانند توانش اجتماعی که دربرگیرنده انعطاف‌پذیری فرهنگی، همدلی و مهربانی و برقراری ارتباط موثر است، مهارت حل مسئله دربرگیرنده برنامه ریزی، یاری جویی، تفکر انتقادی و خلاقیت است؛ ویژگی سوم از نظر کانر و دیویدسون، مهارت‌های خودگردانی و خودمراقبتی است که در برگیرنده احساس هویت، خودکارآمدی، خودآگاهی، تسلط بر وظایف و تکالیف خود و کناره‌گیری سازگارانه از شرایط منفی و داشتن احساس هدفمندی و باور به آینده‌ای روشن است (حدیدی، ۱۳۹۵). گارمزی و ماستن<sup>۲</sup> (۱۹۹۱) تاب‌آوری را یک فرایند، توانایی یا پیامد سازگار موفقیت آمیز با شرایط تهدید کننده تعریف کردند و یا به عبارتی معتقدند تاب‌آوری سازگاری مثبت در واکنش به شرایط ناگوار است (Waller, 2001).

**ذهن‌آگاهی**: اساس مفهوم ذهن‌آگاهی از تمرین‌های مراقبه بودایی گرفته شده است که ظرفیت و توانایی توجه و آگاه پیگیر و هوشمندانه فراتر از تفکر را افزایش می‌دهد (نجاتی، ذبیح زاده و نیک فرجام، ۱۳۹۱). ذهن‌آگاهی متشکل از توجه و آگاهی است که مفهوم آگاهی و توجه در هم تنیده شدند به گونه‌ای که توجه به صورت پیوسته گونه‌هایی را از زمینه آگاهی بیرون می‌کشد و آنها را مدت زمان متفاوتی در مرکز خود نگه می‌دارد. دو بعد توجه و آگاهی ابعاد ثابتی از کارکردهای بهنجار ما هستند اما مفهوم ذهن‌آگاهی یک توجه و آگاهی ارتقاء یافته است که به تجربه جاری یا واقعیت در حال رخ دادن است به عبارتی نوعی آگاهی و توجه رویدادها و تجارب ما را می‌پذیرند (گل پروری و ثابت، ۱۳۹۸). ذهن‌آگاهی به عنوان یک احساس تعریف شده است که در آن قضاوت معنی ندارد و متعادل از آگاهی است که به مشخص دیدن پذیرش هیجان‌ها و رخدادهای فیزیکی همانگونه که هستند کمک می‌کند (عزیزی و محمدی، ۱۳۹۶). به عبارت دیگر می‌توان گفت که ذهن‌آگاهی یک ظرفیت ذهنی است که بین افراد مختلف متفاوت است و با استفاده از روش‌های مختلف تقویت می‌شود و این روش‌ها موجب تمرکز ذهن می‌شوند (Marusak, Elrahal, Peters, Kundu, Lombardo, Calhoun & et al., 2018).

**حمایت اجتماعی ادراک شده**: یکی از مهم‌ترین شکل‌های روابط اجتماعی، حمایت اجتماعی است که برخوردار از آن و ادراک و تصور درباره آن به براساس سن، جنس، شخصیت و حتی فرهنگ و دوره‌های تاریخی و اجتماعی زندگی متفاوت است و از شخصی به شخص دیگر تفاوت زیادی دارد، همچنین در هر مرحله از زندگی میزان حمایت اجتماعی و جنبه‌های آن اهمیت بیشتری نسبت به سایر جنبه‌ها دارد به گونه‌ای که می‌توان گفت در دوره نوزادی و کودکی حمایتی که نسبت به سایر حمایت‌ها نقش مهم‌تری دارد حمایت خانوادگی است، نقش مهم‌تر و سازنده‌تری در ایجاد و حفظ امنیت جسمانی و روانی بازی می‌کند و همراه با تغییر و تحولات رشدی و اجتماعی به حمایت اجتماعی نیز متفاوت می‌شود و به مرور شکل‌های متفاوت تری به خود می‌گیرد و در تمام زندگی، انسان نیازمند حمایت اجتماعی است و هیچ برهه‌ای و شخصی وجود ندارد که بگوید به حمایت اجتماعی نیاز ندارد (سیف زاده، حقیقتیان و مهاجرانی، ۱۳۹۸). حمایت اجتماعی ادراک شده دارای سه عنصر یا ترکیبی از سه جزء عاطفه، تصدیق و کمک رساندن است، عاطفه به معنای ابراز عشق و علاقه، تصدیق یعنی آگاهی داشتن از رفتارها و بازخوردهای مناسب و یاری رساندن به مساعدت و کمک مستقیم همانند کمک‌های مالی و کمک کردن در انجام کارها است (بیرامی، موحدی، موحدی، عزیزی و محمدزادگان، ۱۳۹۳).

<sup>1</sup> Connor & Davidson

<sup>2</sup> Garmezy & Masten

### ۳- روش‌شناسی

پژوهش حاضر باهدف مقایسه تاب‌آوری، ذهن‌آگاهی و حمایت اجتماعی ادراک شده در مادران کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی/نقص توجه و اختلالات یادگیری با مادران کودکان عادی اجرا شد، بنابراین پژوهش حاضر از نوع علی-مقایسه‌ای بود. جامعه آماری پژوهش حاضر مادران کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی/نقص توجه، اختلالات یادگیری و عادی در شهر شیراز می‌باشند که در یک بازه‌ی زمانی سه‌ماهه فروردین، اردیبهشت و خردادماه سال ۱۴۰۰ به مراکز درمانی اختلال یادگیری و کلینیک‌های روان‌شناسی و روان‌پزشکی شهر شیراز مراجعه شد. به‌منظور انتخاب حجم گروه‌های نمونه از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد. ملاک تعیین حجم نمونه برای گروه‌های پژوهش بر اساس مطالعات پیشین و نیز حداقل تعداد آزمودنی‌های لازم برای طرح‌های علی مقایسه‌ای بود و بر اساس سن فرزند (۷ تا ۱۲ سال) و فقدان اختلالات روانی که با استفاده از آزمون SCL-90 سنجش و همگن شدند. بر این اساس تعداد ۵۰ نفر مادر دارای فرزند مبتلا به اختلال بیش‌فعالی/نقص توجه، ۵۲ نفر مادر دارای فرزند مبتلا به اختلالات یادگیری و ۵۴ نفر مادر دارای فرزند عادی که هیچ‌گونه اختلالی نداشتند با مراجعه به مدارس انتخاب شدند. جهت حفظ ملاحظات اخلاقی پژوهشگر به شرکت‌کنندگان در پژوهش اطمینان داد که اطلاعات آن‌ها کاملاً محرمانه خواهد ماند و این پژوهش صرفاً جنبه تحقیقاتی دارد.

#### ۳-۱- ابزارهای پژوهش

**الف) پرسشنامه تاب‌آوری:** به‌منظور سنجش تاب‌آوری از مقیاس کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) که دارای ۲۵ گویه و ۵ خرده‌مقیاس شایستگی فردی، اعتماد به‌خود، غریز بین‌فردی در تحمل عاطفه منفی، پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن، کنترل و تأثیرات معنوی است، استفاده شد. این پرسشنامه به‌صورت طیف لیکرت ۵ درجه‌ای از صفر (کاملاً نادرست) تا چهار (کاملاً درست) نمره‌گذاری می‌شود. کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس را ۰/۸۹ و ضریب حاصل از بازآزمایی را در یک فاصله چهار هفته‌ای ۰/۸۷ گزارش کردند. محمدی (۱۳۸۴) این مقیاس را در ایران هنجاریابی کرده است که برای تعیین روایی آن نخست همبستگی هر گویه با نمره کل محاسبه و سپس از روش تحلیل عاملی بهره‌گرفته است. محاسبه همبستگی هر نمره با نمره کل به‌جز گویه سه ضریب‌های بین ۰/۴۱ تا ۰/۶۴ را نشان داد و سپس گویه‌های مقیاس به روش مؤلفه‌های اصلی مورد تحلیل قرار گرفتند. برای تعیین پایایی مقیاس از روش آلفای کرونباخ بهره‌گرفته شد که ضریب پایایی ۰/۸۹ به دست آمد (کریمی پورزارع، ۱۳۹۵). آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر برای مقیاس کل ۰/۸۳ و برای ۵ خرده‌مقیاس شایستگی فردی، اعتماد به‌خود، غریز بین‌فردی در تحمل عاطفه منفی، پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن، کنترل و تأثیرات معنوی به ترتیب ۰/۵۳، ۰/۷۹، ۰/۷۰، ۰/۷۸ و ۰/۶۰ به دست آمده است.

**ب) پرسشنامه ذهن‌آگاهی:** به‌منظور سنجش ذهن‌آگاهی از فرم کوتاه پرسشنامه ذهن‌آگاهی فرایبورگ که توسط والچ، باچهلد، باتنمولر، کلاین‌نخت و اشمیت<sup>۱</sup> (۲۰۰۶) ساخته شده است استفاده شد. این پرسشنامه دارای ۱۴ گویه است که بر اساس طیف لیکرت چهار درجه‌ای همیشه (نمره ۴) تا به ندرت (نمره ۱) نمره‌گذاری می‌شود. بالاترین نمره ۵۶ و پایین‌ترین نمره ۱۴ است. نمره بالاتر بیانگر ذهن‌آگاهی بهتر است. این پرسشنامه دو بعد حضور و پذیرش را مورد سنجش قرار می‌دهد. در طی یک بررسی، این پرسشنامه توسط قاسمی جوبنه، موسوی، ظنی پور و حسینی صدیق (۱۳۹۵) به فارسی ترجمه و هنجاریابی شد که روایی هم‌زمان با مقیاس‌های خودکنترلی (۰/۶۹) و تنظیم هیجان (۰/۶۸) در سطح معناداری ۰/۰۱ مناسب بود. نتایج تحلیل عاملی نشان داد که پرسشنامه ساختار ارزشی خوبی دارد؛ و به‌منظور بررسی پایایی آن از آلفای کرونباخ استفاده شد که ضریب آن ۰/۹۲ گزارش شده است. پایایی بازآزمایی بعد از چهار هفته ۰/۸۳ به دست آمد (قاسمی جوبنه و همکاران، ۱۳۹۵). میزان آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر ۰/۷۲ به دست آمده است.

<sup>۱</sup> Walach, Buchheld, Buttenmüller, Kleinknecht & Schmidt

پ) پرسشنامه حمایت اجتماعی ادراک شده: به‌منظور سنجش حمایت اجتماعی ادراک شده از مقیاس زینمت، داهلم، زیمت و فارلی<sup>۱</sup> (۱۹۸۸) استفاده شد؛ و دارای ۱۲ گویه است که بر اساس طیف لیکرت هفت درجه‌ای از یک (کاملاً مخالف) تا ۷ (کاملاً موافق) درجه‌بندی شده است. پرسش‌نامه حمایت اجتماعی ادراک‌شده دارای سه بعد افراد مهم، خانواده و دوستان را می‌سنجد. نتایج مطالعه براور، امسلی، کاید، لوچنر و سیدات<sup>۲</sup> (۲۰۰۸) نشان می‌دهد که ساختار سه عاملی این مقیاس قابل قبول است. شکری، فراهانی، کرمی نوری و مرادی (۱۳۹۱) نشان داد که آلفای کرونباخ این مقیاس برای سه عامل خانواده، دوستان و افراد مهم زندگی ۰/۸۹، ۰/۸۴ و ۰/۸۵ است و روایی آن نیز قابل قبول است. در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ برای مقیاس کل ۰/۹۴ و برای سه خرده مقیاس خانواده، دوستان و افراد مهم زندگی ۰/۸۸، ۰/۹۲ و ۰/۸۹ به دست آمده است.

### ۳-۲- روش و تجزیه تحلیل داده‌ها

ابتدا آماره‌های توصیفی شامل: فراوانی، درصد فراوانی، میانگین و انحراف معیار بررسی و گزارش شد و سپس در قسمت آمار استنباطی از آزمون‌های لوین (برای بررسی همگنی واریانس‌ها) و تحلیل واریانس چند متغیری (برای بررسی تفاوت متغیرها در گروه مطالعه) استفاده شد. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

### ۴- یافته‌ها

#### ۴-۱- آمار توصیفی

جدول ۱. توزیع فراوانی شرکت‌کنندگان در گروه عادی، اختلالات یادگیری و اختلال بیش فعالی / نقص توجه

گروه	فراوانی	درصد فراوانی
عادی	۵۴	۳۴/۶
اختلالات یادگیری	۵۲	۳۳/۳
اختلال بیش فعالی / نقص توجه	۵۰	۳۲/۱
کل	۱۵۶	۱۰۰

جدول ۲. توزیع نمونه آماری به تفکیک سن در گروه عادی، اختلالات یادگیری و اختلال بیش فعالی / نقص توجه

گروه- سن	۳۰-۲۰	۴۰-۳۰	۵۰-۴۰	کل
عادی	۷ (۱۳/۰)	۳۱ (۵۷/۴)	۱۶ (۲۹/۶)	۵۴ (۱۰۰)
اختلالات یادگیری	۵ (۹/۶)	۲۶ (۵۰)	۲۱ (۴۰)	۵۲ (۱۰۰)
اختلال بیش فعالی / نقص توجه	۵ (۱۰)	۳۴ (۶۸)	۱۱ (۲۲)	۵۰ (۱۰۰)
کل	۱۷ (۱۰/۹)	۹۱ (۵۸/۳)	۴۸ (۳۰/۸)	۱۵۶ (۱۰۰)

در جدول ۱ و ۲، فراوانی و درصد فراوانی شرکت‌کنندگان به‌صورت کلی و بر اساس سن آمده است.

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار تاب‌آوری و مؤلفه‌های آن در گروه‌های مختلف عادی، اختلالات یادگیری و بیش فعالی / نقص توجه

متغیر	گروه	میانگین	انحراف معیار	چولگی	کشیدگی	کمترین	بیشترین
تاب‌آوری	عادی	۶۵/۲۷	۱۶/۶۶	۰/۴۵	۰/۹۰	۳۳	۱۱۹

<sup>۱</sup> Zimet, Dahlem, Zimet & Farley

<sup>۲</sup> Bruwer, Emsley, Kidd, Lochner & Seedat

۹۴	۲۱	۹۱	-۴۶	۷۲۱۴	۵۷/۳۸	اختلالات یادگیری	
۹۵	۲۶	۰/۵۸	۰/۰۳	۸۶۱۴	۶۱/۲۴	اختلال بیش فعالی/نقص توجه	
۱۱۹	۲۱	۱/۰۰	۰/۱۲	۱۵/۷۱	۶۱/۳۵	کل	
۶۷	۱۱	۱۵/۲۰	۲/۹۹	۸/۳۵	۲۱/۸۸	عادی	
۵۳	۴	۷/۰۹	۱/۳۴	۷/۵۱	۱۹/۶۵	اختلالات یادگیری	شایستگی
۵۳	۱۰	۶/۷۱	/۱۱	۸/۵۳	۲۱/۱۲	اختلال بیش فعالی/نقص توجه	فردی
۶۷	۴	۹/۶۶	۲/۱۹	۸/۱۱	۲۰/۸۹	کل	
۲۶	۴	۰/۰۹	-۰/۳۸	۴/۶۷	۱۷/۰۹	عادی	اعتماد به
۲۲	۴	۱/۳۱	-۰/۶۱	۳/۶۸	۱۴/۸۴	اختلالات یادگیری	غرایز در
۲۴	۴	۰/۵۴	-۰/۴۹	۴/۴۴	۱۵/۵۲	اختلال بیش فعالی/نقص توجه	تحمل
۲۶	۴	۰/۴۲	-۰/۳۲	۴/۳۷	۱۵/۸۳	کل	عاطفه منفی
۲۰	۵	/۰۹	-/۰۳	۳/۱۵	۱۳/۱۲	عادی	پذیرش
۱۷	۶	۰/۹۵	-/۶۰	۲/۸۳	۱۱/۷۱۱	اختلالات یادگیری	مثبت تغییر
۲۰	۶	۱/۲۷	۰/۲۴	۲/۸۰	۱۲/۴۲	اختلال بیش فعالی/نقص توجه	و روابط
۲۰	۵	۰/۳۵	-/۰۶	۲/۹۷	۱۲/۴۲	کل	ایمن
۱۲	۲	-۰/۵۵	-/۲۰	۲/۵۲	۷/۹۸	عادی	
۱۱	۰	۰/۹۵	-۰/۸۵	۲/۷۰	۶/۸۰	اختلالات یادگیری	
۱۲	۴	۰/۲۶	۰/۵۰	۱/۸۵	۷/۴۰	اختلال بیش فعالی/نقص توجه	کنترل
۱۲	۰	۰/۷۷	-۰/۴۲	۲/۴۳	۷/۴۰	کل	
۸	۰	۱/۳۷	-۰/۷۱	۱/۶۰	۵/۱۸	عادی	
۸	۰	۱/۵۶	-۰/۸۲	۱/۸۵	۴/۴۴	اختلالات یادگیری	تأثیرات
۷	۲	-۱/۰۰	۰/۰۷	۱/۴۷	۴/۷۸	اختلال بیش فعالی/نقص توجه	معنوی
۸	۰	۱/۰۸	-۰/۶۱	۱/۶۶	۴/۸۰	کل	

جدول ۴. میانگین و انحراف معیار حمایت اجتماعی ادراک شده و ذهن آگاهی در گروه مختلف عادی، اختلالات یادگیری و بیش فعال

متغیر	گروه	میانگین	انحراف معیار	چولگی	کشنیدگی	کمترین	بیشترین
حمایت اجتماعی ادراک شده	عادی	۵۴/۶۲	۲۰/۲۲	-۰/۱۲	-۱/۳۰	۱۷	۸۴
	اختلالات یادگیری	۴۷/۷۸	۱۵/۵۷	۰/۵۱	-۰/۵۵	۸	۲۸
	اختلال بیش فعالی/نقص توجه	۶۰/۲۴	۱۴/۱۹	-۰/۳۰	-۰/۶۵	۲۸	۸۲
	کل	۵۴/۱۴	۱۷/۵۷	-۰/۰۸	-۰/۹۶	۱۷	۸۴
	عادی	۱۹/۱۴	۷/۲۳	-۰/۲۸	-۱/۳۸	۶	۲۸
حمایت خانواده	اختلالات یادگیری	۱۶/۷۱	۵/۳۷	۰/۵۱	-۰/۵۵	۸	۲۸
	اختلال بیش فعالی/نقص توجه	۱۸/۶۲	۶/۵۴	-۰/۲۱	-۱/۱۵	۸	۲۸
	کل	۱۸/۱۶	۶/۴۸	۰/۰۰۱	۱/۲۳	۶	۲۸
حمایت	عادی	۱۶/۷۰	۷/۳۲	-۰/۰۳	-۱/۲۵	۴	۲۸



۲۸	۴	-۰/۱۵	۰/۰۶	۶/۱۹	۱۴/۹۰	اختلالات یادگیری	دوستان
۲۸	۹	-۱/۴۲	-۰/۱۶	۵/۹۴	۲۰/۱۸	اختلال بیش‌فعالی/نقص توجه	
۲۸	۴	-۰/۹۲	-۰/۰۷	۶/۸۴	۱۷/۲۱	کل	
۲۸	۴	-۱/۲۴	-۰/۲۱	۷/۱۱	۱۸/۷۷	عادی	
۲۸	۸	-۰/۱۵	۰/۰۶	۵/۴۸	۱۶/۱۷	اختلالات یادگیری	حمایت
۲۸	۱۰	-۰/۷۰	-۰/۶۴	۵/۵۴	۲۱/۴۴	اختلال بیش‌فعالی/نقص توجه	دیگران
۲۸	۴	-۱/۲۰	-۰/۰۸	۶/۴۴	۱۸/۷۶	کل	
۷۴	۲۲	۲/۷۶	۰/۸۸	۹/۳۴	۴۱/۲۲	عادی	
۵۲	۲۷	۰/۶۹	۰/۰۰	۶/۴۳	۳۶/۹۲	اختلالات یادگیری	ذهن آگاهی
۵۶	۲۷	۱/۱۸	۰/۶۳	۶/۶۰	۳۶/۸۶	اختلال بیش‌فعالی/نقص توجه	
۷۴	۲۲	۲/۸۶	۰/۹۰	۷/۸۴	۳۸/۳۹	کل	

در جداول شماره ۳ و ۴ میانگین، انحراف معیار، چولگی، کشیدگی، کمترین و بیشترین نمره متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه‌ها آورده شده است.

#### ۴-۲- آمار استنباطی

به منظور تجزیه و تحلیل اطلاعات از تحلیل واریانس تک و چند متغیری استفاده شد. از جمله پیش‌فرض‌های لازم برای انجام تحلیل واریانس چند متغیری این بود که متغیر مستقل طبقه‌ای و حداقل در دو گروه باشند. پیش‌فرض‌های دیگر این بودند که متغیر وابسته از نوع مقیاس فاصله‌ای باشد و توزیع داده‌ها نرمال باشد که در این پژوهش از آزمون کولموگروف - اسمیرنوف برای تعیین نرمال بودن داده‌ها استفاده شد که نتایج بیانگر نرمال بودن داده‌ها بود. نتایج تحلیل واریانس چند متغیره بر روی مؤلفه‌های تاب‌آوری بر اساس گروه‌های مورد مطالعه استفاده شده است که نتایج آن در جدول ۵ آمده است.

جدول ۵. نتایج تحلیل واریانس چند متغیره روی نمرات متغیرهای تاب‌آوری و مؤلفه‌های آن بر حسب گروه‌های مورد مطالعه

منابع تغییرات	متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
	شایستگی فردی	۱۳۵/۹۷	۲	۶۷/۹۸	۱/۰۳	۰/۳۵	۰/۰۱
	اعتماد به غرایز در تحمل عاطفه منفی	۱۴۱/۲۰	۲	۷۰/۶۰	۳/۸۳	۰/۰۲	۰/۰۴
گروه	پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن	۵۳/۲۷	۲	۲۶/۶۳	۳/۰۸	۰/۰۴	۰/۰۴
	کنترل	۳۶/۴۹	۲	۱۸/۲۵	۳/۱۷	۰/۰۴	۰/۰۴
	تأثیرات معنوی	۱۴/۶۷	۲	۷/۳۳	۲/۶۸	۰/۰۷	۰/۰۳

بر اساس مندرجات جدول ۵، بین سه گروه عادی، اختلال بیش‌فعالی/نقص توجه و اختلالات یادگیری در متغیر تاب‌آوری و مؤلفه‌های آن تفاوت معناداری وجود دارد.

جدول ۶. نتایج آزمون تعقیبی توکی برای مقایسه تاب‌آوری و مؤلفه‌های آن بین گروه عادی، اختلالات یادگیری و اختلال بیش‌فعال / نقص توجه

متغیر	گروه	عادی	اختلالات یادگیری
-------	------	------	------------------

تفاوت میانگین	سطح معناداری	تفاوت میانگین	سطح معناداری	تفاوت میانگین	سطح معناداری	
-	-	-	-	عادی		
۰/۷۶	۰/۸۷	۱/۴۶	۰/۶۳	اختلال بیش‌فعالی / نقص توجه		شایستگی فردی
۲/۲۳	۰/۳۳	-	-	اختلالات یادگیری		
-	-	-	-	عادی		اعتماد به‌غرایز در تحمل عاطفه
۱/۵۷	۰/۱۵	۰/۶۷	۰/۷۰	اختلال بیش‌فعالی / نقص توجه		منفی
۲/۲۴	۰/۰۲	-	-	اختلالات یادگیری		
-	-	-	-	عادی		پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن
۰/۷۰	۰/۴۳	۰/۷۰	۰/۴۴	اختلال بیش‌فعالی / نقص توجه		
۱/۴۱	۰/۰۳	-	-	اختلالات یادگیری		
-	-	-	-	عادی		کنترل
۰/۵۸	۰/۴۳	۰/۵۹	۰/۴۲	اختلال بیش‌فعالی / نقص توجه		
۱/۱۷	۰/۰۳	-	-	اختلالات یادگیری		
-	-	-	-	عادی		تأثیرات معنوی
۰/۴۰	۰/۴۲	۰/۳۳	۰/۵۵	اختلال بیش‌فعالی / نقص توجه		
۰/۷۴	۰/۰۵	-	-	اختلالات یادگیری		

نتایج جدول ۶ نشان می‌دهد که بین گروه عادی و اختلالات یادگیری در متغیر تاب‌آوری، اعتماد به‌غرایز در تحمل عاطفه منفی، پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن، کنترل و تأثیرات معنوی تفاوت معنادار بود. بین گروه عادی و اختلال نقص توجه / بیش‌فعالی و گروه اختلالات یادگیری و اختلال بیش‌فعالی / نقص توجه در متغیر تاب‌آوری و مؤلفه‌های آن تفاوت معنادار نیست. بر اساس میانگین، میزان تاب‌آوری و مؤلفه‌های معنی‌دار آن در گروه عادی بیشتر از گروه مادران اختلالات یادگیری است. به‌منظور بررسی تفاوت ذهن‌آگاهی در گروه‌های مختلف، از تحلیل واریانس تک‌متغیره بر روی نمرات متغیر ذهن‌آگاهی استفاده شد که نتایج آن در جدول ۷ آمده است.

جدول ۷. نتایج آزمون‌های تحلیل واریانس تک‌متغیره برای متغیر ذهن‌آگاهی بر حسب گروه‌های مورد مطالعه

نام آزمون	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	آماره F	سطح معنی‌داری
بین گروه‌ها	۶۶۲/۱۰	۲	۳۳۱/۰۵	۵/۶۹	۰/۰۰۱
درون گروه‌ها	۸۸۸/۰۴	۱۵۳	۵۸/۰۸		
مجموع	۹۵/۱۴	۱۵۵			

با توجه به جدول ۷، تفاوت سه گروه در سطح ۰/۰۵ معنادار می‌باشد؛ بنابراین می‌توان گفت که بین سه گروه از لحاظ ذهن‌آگاهی تفاوت معناداری وجود دارد. برای بررسی میزان معناداری بین گروه‌های مادران دارای کودکان اختلالات یادگیری، اختلال بیش‌فعال / نقص توجه و عادی از آزمون تعقیبی توکی استفاده شد که نتایج آن در جدول ۸ آمده است.

جدول ۸. نتایج آزمون تعقیبی توکی برای مقایسه ذهن‌آگاهی بین گروه‌های مورد مطالعه

متغیر	گروه	عادی	اختلالات یادگیری
-------	------	------	------------------

تفاوت میانگین	سطح معناداری	تفاوت میانگین	سطح معناداری
-	-	۴/۳۶	۰/۰۱
عادی			
اختلال بیش‌فعالی / نقص توجه			
اختلالات یادگیری			
۴/۲۹	۰/۰۱	۲/۲۹	۰/۰۱
تفاوت میانگین	سطح معناداری	تفاوت میانگین	سطح معناداری

نتایج جدول ۸ نشان می‌دهد که بین گروه عادی و اختلالات یادگیری و گروه عادی و اختلال بیش‌فعالی و نقص توجه در متغیر ذهن آگاهی تفاوت معنادار است. بین گروه اختلالات یادگیری و اختلال نقص توجه / بیش‌فعالی در متغیر ذهن آگاهی تفاوت معنادار نیست. بر اساس میانگین متغیر ذهن آگاهی، میانگین ذهن آگاهی در گروه عادی بیشتر از دو گروه دیگر است ولی بین دو گروه اختلال بیش‌فعالی / نقص توجه و اختلال یادگیری تفاوت وجود ندارد. علاوه بر این به‌منظور بررسی تفاوت گروه‌ها در متغیر حمایت اجتماعی ادراک شده و مؤلفه‌های آن از تحلیل واریانس چند متغیره استفاده شد (جدول ۱۰).

جدول ۹. نتایج تحلیل واریانس چند متغیره روی نمرات متغیرهای حمایت اجتماعی و مؤلفه‌های آن بر حسب گروه‌های مورد مطالعه

منابع تغییرات	متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
گروه	حمایت خانواده	۱۷/۳۹	۲	۸۶/۱۹	۲/۰۷	۰/۱۳	۰/۰۲
	حمایت دوستان	۷۳/۴۳	۲	۳۶/۷۱	۸/۵۵	۰/۰۰۱	۰/۱۰
	حمایت دیگران	۷۰/۱۲	۲	۳۵/۵۳	۹/۴۴	۰/۰۰۱	۰/۱۱

بر اساس مندرجات جدول ۹، بین سه گروه عادی، اختلال بیش‌فعال/نقص توجه و اختلالات یادگیری در متغیر حمایت اجتماعی ادراک‌شده و مؤلفه‌های آن تفاوت معناداری وجود داشت. برای بررسی میزان معناداری بین گروه‌ها از آزمون تعقیبی توکی استفاده شد ۱۰ آمده است.

جدول ۱۰. نتایج آزمون تعقیبی توکی برای مقایسه حمایت اجتماعی ادراک شده و مؤلفه‌های آن بین گروه‌ها

متغیر	گروه	تفاوت میانگین	سطح معناداری	تفاوت میانگین	سطح معناداری
خانواده	عادی	-	-	۲/۴۳	۰/۱۲
	اختلال بیش‌فعالی / نقص توجه	۰/۵۲	۰/۹۰	۱/۹۰	۰/۲۹
	اختلالات یادگیری	۲/۴۳	۰/۱۲	-	-
دوستان	عادی	-	-	۱/۷۹	۰/۳۳
	اختلال بیش‌فعالی / نقص توجه	۳/۴۷	۰/۰۲	۵/۲۷	۰/۰۰۱
	اختلالات یادگیری	۱/۷۹	۰/۳۳	-	-
دیگران	عادی	-	-	۲/۶۰	۰/۰۷
	اختلال بیش‌فعالی / نقص توجه	۲/۶۶	۰/۰۷	۵/۲۶	۰/۰۰۱
	اختلالات یادگیری	۲/۶۰	۰/۰۷	-	-

نتایج جدول ۱۰ نشان می‌دهد که بین گروه عادی و اختلالات یادگیری در متغیر حمایت اجتماعی ادراک شده و مؤلفه‌های آن تفاوت معناداری وجود ندارد. همچنین بین گروه عادی و اختلال بیش‌فعالی / نقص توجه در مؤلفه حمایت اجتماعی ادراک شده از طرف دوستان تفاوت معنادار است. بین گروه اختلالات یادگیری و اختلال بیش‌فعالی / نقص توجه در متغیر حمایت اجتماعی ادراک شده، حمایت اجتماعی ادراک شده از طرف دوستان و حمایت اجتماعی ادراک شده از طرف دیگران تفاوت معناداری وجود دارد. با توجه به میانگین متغیرها می‌توان گفت این تفاوت به این صورت است که میزان حمایت اجتماعی ادراک شده، حمایت اجتماعی ادراک شده از طرف دوستان و حمایت اجتماعی ادراک شده از طرف دیگران در گروه اختلال بیش‌فعالی / نقص توجه بیشتر از گروه اختلالات یادگیری است. با توجه به معنادار بودن حمایت اجتماعی ادراک شده از دوستان، باید گفت این تفاوت به این صورت است که میانگین حمایت اجتماعی ادراک شده از دوستان در اختلال بیش‌فعالی / نقص توجه بیشتر از گروه عادی است.

## ۵- بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی تفاوت تاب‌آوری، ذهن‌آگاهی و حمایت اجتماعی ادراک شده در مادران کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی / نقص توجه، اختلالات یادگیری و عادی بود. نتایج این پژوهش بیانگر تفاوت بین سه گروه عادی، بیش‌فعال و اختلالات یادگیری در متغیر تاب‌آوری و مؤلفه‌های آن بود. با توجه به آزمون تعقیبی توکی، بین دو گروه عادی و اختلالات یادگیری در متغیر تاب‌آوری، اعتماد به‌غریز در تحمل عاطفه منفی، پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن، کنترل و تأثیرات معنوی تفاوت معناداری وجود داشت. بین گروه عادی و اختلال بیش‌فعالی / نقص توجه و گروه اختلالات یادگیری و اختلال بیش‌فعالی / نقص توجه در متغیر تاب‌آوری و مؤلفه‌های آن تفاوت معناداری نبود. بر اساس میانگین، میزان تاب‌آوری و مؤلفه‌های معنی‌دار آن در گروه عادی بیشتر از گروه مادران اختلالات یادگیری است؛ که این یافته با پژوهش‌های میکائیلی، گنجی و طالبی جویباری (۱۳۹۱)، ترکاشوند (۱۳۹۴)، بایراکلی و کانر (۲۰۱۲)، محمدی، سلیمانی، فتحی آشتیانی و جاویدی (۱۳۹۲)، عبدالملکی (۱۳۹۴)، خادم‌لو، احمدی و باقری (۲۰۱۶)، روستا و همکاران (۱۳۹۵) و مک منمی (۲۰۱۹) همسو می‌باشد.

در تبیین این یافته‌ها باید گفت تاب‌آوری موجب ارتقای سلامت روان، توانایی حل مسئله، احساس هدفمندی و داشتن اعتقاد و امید به آینده می‌شود بنابراین کودک مبتلا به اختلالات یادگیری، توجه و تمرکز پایینی دارند از این‌رو مادران انرژی خود را برای کودک خود هزینه می‌کنند و هنگامی که نتیجه مناسبی نمی‌گیرند احساس هدفمندی و امیدواری کمی دارند که موجب تجربه کردن سردرگمی می‌شود (میکائیلی و همکاران، ۱۳۹۱). به نظر می‌رسد مادران این کودکان با چالش‌های بیشتری مواجه می‌شوند که موجب بی‌حوصلگی و نداشتن صبر می‌شود که در مقایسه با مادران کودکان عادی استرس و اضطراب بیشتری را تجربه کنند، چنین عواملی موجب کاهش میزان سازگاری و افزایش رفتارهای منفی، بی‌ثباتی هیجانی و خلقی می‌شود، همچنین این مادران در موقعیت‌های تنش‌زا نمی‌توانند از راهبردهای انطباقی استفاده کنند که موجب کاهش میزان تاب‌آوری می‌شود (عبدالملکی، ۱۳۹۴). همچنین بر اساس نتایج پژوهش میکائیلی و همکاران (۱۳۹۱) داشتن فرزند مبتلا به اختلالات یادگیری، بر رفتارها و عقاید والدین، به‌ویژه مادر اثرگذار است به‌گونه‌ای که بسیاری از والدین هیجان‌های منفی زیادی را تجربه می‌کنند، در موقعیت‌های تنش‌زا احساس یاس و افسردگی می‌کنند که کاهش رفتارهای مقابله‌ای و عدم لذت از شرایط چالش‌انگیز را به دنبال دارد که در کاهش تاب‌آوری این گروه از مادران نسبت به مادران کودکان عادی نقش دارد.

همچنین در ارتباط با مؤلفه‌های اعتماد به‌غریز در تحمل عاطفه منفی، پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن، کنترل و تأثیرات معنوی باید گفت با توجه به هیجان‌های منفی که کودکان مبتلا به اختلالات یادگیری برای مادران ایجاد می‌کنند، به مرور زمان ظرفیت توانایی مادر برای تحمل کردن هیجان‌های منفی و انطباق با تغییرات مکرر و هیجانی‌های نامناسب فرزند کم می‌شود و از طرفی مادران کودکان عادی توانایی بیشتری برای تشخیص هیجان‌های مثبت و منفی دارند که موجب افزایش توانایی در تحمل کردن عواطف منفی می‌شود. از طرفی مادران کودکان عادی از توجیهات منطقی و ارزیابی مجدد بیشتری استفاده می‌کنند و می‌توانند با تحمل مشکلات،

توجه بیشتری به درون خود و ظرفیت‌های خود داشته باشند که در پذیرش و تحمل عواطف منفی مؤثر است. در مقابل مادران کودکان مبتلا به اختلالات یادگیری با توجه به پایدار بودن مشکلات، توجه به عواطف درونی خود ندارند که موجب کاهش تحمل عواطف منفی می‌شود (مؤمنی، ابراهیمی و حسینیان، ۱۳۹۳).

از جمله یافته‌های دیگر پژوهش این بود که در مادران کودکان عادی، اختلال بیش‌فعالی / نقص توجه و اختلال یادگیری در متغیر ذهن آگاهی تفاوت معنی‌داری وجود داشت. این یافته نیز با یافته‌های تبریزی و وحیدی (۱۳۹۴)، روستا و همکاران (۱۳۹۵)، ابراهیمی و فضل‌علی (۱۳۹۸) همسو بود. در تبیین تفاوت معنادار ذهن آگاهی در مادران کودکان بیش‌فعال / نقص توجه و عادی، باید گفت که ذهن آگاهی به معنای آگاهی فرد از افکار، رفتارها، فعالیت‌های خود است (سادات مطهری، احمدی، بهزادپور و آزموده، ۱۳۹۱). با توجه به این‌که مادران کودکان اختلال بیش‌فعال / نقص توجه و اختلالات یادگیری با فرزندان که رفتارها، افکار و هیجان‌های غیرعادی دارند، ارتباط دارند؛ هوشیاری و آگاهی کمتری نسبت به رفتار و هیجان‌های خود دارند بنابراین می‌توان گفت چنین ویژگی‌های به‌صورت غیرمستقیم مادران را تحت تأثیر قرار می‌دهد که باعث خیال‌پردازی و نشخوارگری فکری مادران درباره رفتارها و هیجان‌های فرزند خود می‌شود، همچنین مادران رفتارهای فرزندان خود را قضاوت می‌کنند که زمینه را برای کاهش ذهن آگاهی در مادران کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی / نقص توجه فراهم می‌کند. بر اساس پژوهش رینولدز<sup>۱</sup> (۲۰۱۱)، ذهن آگاهی موجب می‌شود افراد درک کنند که هیجان‌ها و رفتارهای منفی در کودکان موضوعی طبیعی و بر اساس فرایند رشد است که به‌صورت موقتی و گذرا است و با تفکر و بدون قضاوت رفتارها فرزند را بررسی می‌کنند و از طرفی با توجه به این‌که مادران کودک دارای اختلال، با مشکلاتی سروکار دارند که پایدار و روزافزون هستند، موجب ایجاد دغدغه‌های فکری و ذهنی می‌شود که نقطه‌ی مقابل ذهن آگاهی است. از طرفی کبات‌زین<sup>۲</sup> (۲۰۰۳) معتقد است که ذهن آگاهی به معنای زندگی کردن در حال و نداشتن نگاه به آینده است، ولی مادران کودکان بیش‌فعال / نقص توجه، آینده فرزند و مشکلات وی را در نظر می‌گیرند، بنابراین بر رویدادهای مبتنی بر آینده تمرکز دارند. همچنین نمرات پایین ذهن آگاهی در مادران کودکان بیش‌فعال / نقص توجه در مقایسه با مادران عادی می‌تواند به این علت باشد که وجود کودک بیش‌فعال / نقص توجه، برداشت‌ها و قضاوت‌های را نسبت به مادر به ایجاد می‌کند که زمینه را برای اشتغال ذهنی مادر فراهم می‌کند، از طرفی کودک بیش‌فعال / نقص توجه در محیط بیرونی مشکلاتی را به وجود می‌آورد که موجب درگیر شدن مادر می‌شود. همچنین این کودکان مقررات مادر را نادیده می‌گیرند که باعث احساس ناکامی و شکست در مادر می‌شود و به‌صورت مستقیم و غیرمستقیم موجب کاهش ذهن آگاهی در مادران کودکان بیش‌فعال / نقص توجه در مقایسه با مادران کودکان عادی می‌شود.

در تبیین تفاوت معنادار ذهن آگاهی در مادران کودکان اختلالات یادگیری و عادی باید گفت بر اساس پژوهش تبریزی و وحیدی (۱۳۹۴) مادران کودکان مبتلا به اختلالات یادگیری معیارهای برای فرزند در نظر می‌گیرند که کودک نمی‌تواند این معیارها را عملی کند که موجب قضاوت و ارزیابی توانایی‌ها و استعداد فرزند می‌شود که در مقابل ذهن آگاهی قرار دارد و از طرف دیگر مادران کودکان مبتلا به اختلالات یادگیری، این ناتوانی را به تمامی شخصیت فرزند خود تعمیم می‌دهند که موجب احساس نارضایتی می‌شود یا خود را مقصر جلوه می‌دهند که باعث احساس گناه می‌شود، چنین عواملی موجب پایین آمدن ذهن آگاهی در مادران دارای فرزند مبتلا به اختلالات یادگیری می‌شود. در مقابل مادران کودکان عادی عمل نکردن فرزند به معیارها را به‌صورت موقتی در نظر می‌گیرند و قضاوتی نمی‌کنند یا معیارها را تغییر می‌دهند که موجب می‌شود با آرامش بیشتر و اضطراب کمتری مسائل فرزند را مورد بررسی قرار دهند که موجب افزایش آگاهی نسبت به افکار و احساسات خود می‌شود. در نهایت نتایج بیانگر این بود که حمایت اجتماعی ادراک شده در مادران کودکان عادی، مبتلا به اختلال بیش‌فعالی / نقص توجه و اختلالات یادگیری متفاوت بود. این یافته نیز با پژوهش‌های کاکابرابی، افروز، هومن و مرادی (۱۳۹۷)، حیدری و همکاران (۱۳۹۸)، هیمن و برگر<sup>۳</sup> (۲۰۰۸)، پیرثایی و همکاران

1. Reynolds

2. Kabat-zin

3 Heiman &amp; Berger

(۱۳۹۹)، هیمن (۲۰۰۰) و ما و همکاران (۲۰۱۷) همسو بود. در تبیین تفاوت بین گروه اختلالات یادگیری و اختلال بیش‌فعالی/نقص توجه در متغیر حمایت اجتماعی ادراک شده می‌توان گفت رشد تحصیلی و موفقیت تحصیلی یکی از شاخص‌های سالم بودن و اجتماعی بودن است. مادرانی که فرزند مبتلا به اختلال یادگیری دارند برای پنهان کردن ضعف فرزند خود و جلوگیری کردن از برچسب‌ها ارتباطات خود را کاهش می‌دهند، از طرفی خودآشکارسازی در صمیمیت بین فردی نقش مؤثری دارد، ولی مادران کودکان بیش‌فعالی/نقص توجه توانایی پنهان کردن مشکلات فرزند خود را ندارند. همچنین مادران کودکان دارای اختلالات یادگیری برای پیشگیری از مورد قضاوت قرار گرفتن فرزند خود سبک زندگی دوری‌گزين را انتخاب می‌کنند، از این‌رو چنین عواملی باعث می‌شود که دیگران به‌ویژه دوستان و خانواده نسبت به این اختلال آگاهی نداشته باشند که در کاهش حمایت اجتماعی ادراک شده در مادران کودکان مبتلا به اختلال یادگیری در مقایسه با مادران کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی/نقص توجه نقش دارد. علاوه بر این مادران کودکان مبتلا به اختلالات یادگیری که وظیفه تربیت فرزند را بر عهده دارند در مقایسه با مادران کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی/نقص توجه، انتظارات زیادی از خانواده، دوستان معتقدند این افراد حمایت ملموسی مانند پرداخت هزینه‌های سنگین درمانی و اقتصادی انجام نمی‌دهند که چنین انتظارات افراطی می‌تواند دلیلی بر کاهش میزان حمایت اجتماعی ادراک شده در مادران کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی/نقص توجه و اختلال یادگیری باشد.

در تبیین تفاوت حمایت اجتماعی ادراک شده از طرف دوستان و از طرف دیگران، باید گفت کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی/نقص توجه، رفتارهای بیرونی مانند فعالیت زیاد، بی‌قراری، پرخاشگری و تکانشگری از خود نشان می‌دهند که در مقایسه با کودکان مبتلا به اختلالات یادگیری مشخص و واضح هستند، چنین عواملی موجب می‌شود اطرافیان به ویژه دوستان، نسبت به مادران کودک دارای اختلال بیش‌فعال/نقص توجه در مقایسه با کودک مبتلا به اختلالات یادگیری و عادی، احساس همدلی بیشتری داشته باشند. از طرفی بر اساس پژوهش هیمن و برگر (۲۰۰۸) حمایت اجتماعی ادراک شده از طرف دوستان به والدین کمک می‌کند تا داستان‌های شخصی، فرسودگی و انتظارات خود را با دوستان و خانواده به اشتراک بگذارند. از این‌رو مادران احساس می‌کنند می‌توانند بدون قضاوت و ارزیابی، مشکلات فرزند خود را با آن‌ها در میان بگذارند که موجب کاهش استرس، اضطراب و فشارهای روانی درونی مادران می‌شود و افزایش صمیمیت و ارتباطات بین فردی را به دنبال دارد.

با توجه به مطالب ذکر شده می‌توان نتیجه‌گیری نمود اختلال بیش‌فعالی/نقص توجه و اختلال یادگیری از جمله اختلال‌های دوران کودکی محسوب می‌شوند که همواره موجب به وجود آمدن مسائل و مشکلاتی مانند کاهش امید به زندگی، افزایش میزان استرس، اضطراب، افسردگی و افکار منفی، کاهش میزان رضایت همسران از زندگی زناشویی می‌شود. از این‌رو به نظر می‌رسد مادران کودکان بیش‌فعال/نقص توجه و اختلال یادگیری در مقایسه با مادران کودکان عادی با توجه به شرایط و محدودیت‌هایی که فرزند آن‌ها دارند نیازمند آموزش‌ها، توان‌بخشی‌ها، مداخلات پیشگیرانه و درمانی و حمایت‌ها در زمینه‌های مختلف می‌باشند. در مورد محدودیت‌ها در اجرای پژوهش، محدود بودن جامعه آماری پژوهش حاضر که فقط بر روی مادران انجام شد. از این‌رو امکان تعمیم‌پذیری به پدران وجود نداشت. محدودیت دیگر پژوهش برای دسترسی داشتن به مادران دارای کودک بیش‌فعال/نقص توجه و مبتلا به اختلالات یادگیری نیاز به زمان و هزینه زیادی بود که همین امر منجر به کاهش حجم نمونه شد. عدم همکاری بعضی مادران و اجرای پرسش‌نامه به‌صورت آنلاین و خود گزارش دهی که همواره با تحریف و بی‌دقتی همراه هستند، از دیگر محدودیت‌های پژوهش بود. لذا پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آتی در کنار پرسشنامه از آزمون‌ها و مصاحبه‌ها نیز استفاده گردد و علاوه بر مادران، پدران نیز مورد بررسی قرار گیرند و نتایج با یکدیگر مقایسه گردد. پژوهش‌های آتی بر روی مادران و والدین سایر کودکان استثنایی انجام قرار گیرد و سپس نتایج مقایسه گردد؛ و متغیرهای فرهنگی و اجتماعی در نظر گرفته شود. با توجه به اینکه تاب‌آوری و ذهن‌آگاهی در مادران کودکان بیش‌فعال و اختلال یادگیری پایین از گروه عادی است پیشنهاد می‌گردد کارگاه‌های آموزشی و سمینارهایی به‌صورت گروهی در این زمینه برگزار گردد.

**۶- تقدیر و تشکر**

در پایان از تمامی کسانی که در انجام این فعالیت پژوهشی همکاری کرده و یاری‌رسان بوده‌اند، صمیمانه تشکر و قدردانی به عمل می‌آورم.

**۷- منابع**

- ۱- ابراهیمی، م.، و فضل‌علی، م. (۱۳۹۸). مقایسه معنای زندگی، کمال‌گرایی و ذهن آگاهی در بین مادران دانش‌آموزان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی-نقص توجه با مادران دانش‌آموزان بهنجار. سومین همایش ملی روانشناسی، تعلیم و تربیت و سبک زندگی.
- ۲- اکبری، ب. (۱۳۹۷). پیش‌بینی آشفتگی روان‌شناختی مادران دارای کودک مبتلا به اختلال طیف اتیسم بر اساس ذهن‌آگاهی و نشخوار فکری. *فصلنامه سلامت روان کودک*، ۶(۱)، ۲۰۰-۲۱۱.
- ۳- بهرامی، م.، یوسفی، ف.، بهرامی، ا.، فراضی، ع.، و بهرامی، ع. (۱۳۹۵). بررسی شیوع اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی و عوامل مرتبط با آن در بین دانش‌آموزان دبستانی شهر کامیاران در سال تحصیلی ۱۳۹۳-۱۳۹۴. *مجله روانشناسی و روانپزشکی شناخت*، ۳(۳) ۱-۱۱.
- ۴- بیرامی، م.، موحدی، م.، موحدی، ی.، عزیزی، ا.، و محمدزادگان، ر. (۱۳۹۳). نقش مولفه‌های حمایت اجتماعی ادراک شده در پیش‌بینی فرسودگی شغلی پرستاران. *مدیریت پرستاری*، ۳(۱)، ۲۷-۳۵.
- ۵- پیرثایی، م.، کاکاوند، ع.، و جلالی، م. (۱۳۹۹). مقایسه ادراک انصاف، حمایت اجتماعی ادراک شده و بخشش در مادران کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی و عادی. *خانواده پژوهی*، ۱۶(۶)، ۴۹۳-۵۱۱.
- ۶- تبریزی، ن.، و وحیدی، ز. (۱۳۹۴). مقایسه‌ی تنظیم هیجان، ذهن آگاهی و بهزیستی روان‌شناختی در مادران دانش‌آموزان با و بدون ناتوانی یادگیری. *مجله‌ی ناتوانی‌های یادگیری*، ۴(۴)، ۲۱-۳۵.
- ۷- ترکاشوند، ز. (۱۳۹۴). مقایسه خودکارآمدی، خودپنداره، تاب‌آوری و کیفیت زندگی در بین مادران فرزندان استثنایی با فرزندان عادی شهرستان نهاوند در سال ۹۳-۹۴. *پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشگاه آزاد اسلامی، نهاوند*.
- ۸- چنگیزی، م.، و سعادت‌ی شامیر، ا. (۱۳۹۷). پیش‌بینی ذهن‌آگاهی بر اساس سبک‌های تصمیم‌گیری و استدلال اخلاقی. *دو فصلنامه جامعه‌شناسی آموزش و پرورش*، ۹(۲)، ۹۹-۱۱۰.
- ۹- حافظی، ا.، توکلی قوچانی، ح.، و لشکردوست، ح. (۱۳۹۸). اثربخشی آموزش بازی‌درمانی به مادران بر کاهش مشکلات رفتاری دانش‌آموزان پسر دوره ابتدایی مبتلا به اختلال بیش‌فعالی / کمبود توجه. *مجله علوم پزشکی خراسان شمالی*، ۱۱(۴)، ۱-۹.
- ۱۰- حدیدی، ف. (۱۳۹۵). تعیین رابطه میان سبک زندگی و سبک‌های اسنادی مادران با تاب‌آوری نوجوانان. *خانواده و پژوهش*، ۳۴، ۱۰۳-۱۲۰.
- ۱۱- حیدری، ف.، شمسیان، م.، و پورسرخوش طرزجانی، ا. (۱۳۹۸). بررسی مقایسه حمایت اجتماعی ادراک‌شده در بین مادران کودکان مبتلا به اختلال یادگیری خواندن با مادران کودکان عادی. نخستین کنفرانس ملی روانشناسی فرهنگی، خانواده و آسیب‌های اجتماعی.
- ۱۲- رضایی، س.، سفیدکار، ش.، و قربانپور لقمجانی، ا. (۱۳۹۹). مقایسه مشکلات هیجانی - رفتاری و پرخاشگری در دانش‌آموزان با و بدون اختلال یادگیری خاص. *سلامت روان کودک*، ۷(۲)، ۱۶۹-۱۸۳.
- ۱۳- روستا، س.، شاملی، ل.، و صادق زاده، م. (۱۳۹۵). مقایسه‌ی تاب‌آوری، ذهن آگاهی و تنظیم هیجانی مادران کودکان مبتلا به نقص توجه - بیش‌فعالی و مادران کودکان بهنجار. همایش ملی جایگاه و نقش مادر.

- ۱۴- رهبری، پ.، و کرد، ب. (۱۳۹۶). پیش‌بینی بهزیستی ذهنی بر اساس معنای زندگی و ذهن آگاهی در بین بیماران قلبی عروقی. *نشریه روان پرستاری*، ۵(۶)، ۱۶-۲۳.
- ۱۵- سادات مطهری، ز.، احمدی، خ.، بهزادپور، س.، و آزموده، ف. (۱۳۹۱). اثربخشی حضور ذهن بر کاهش دل‌زدگی زناشویی مادران دارای فرزند مبتلا به نقص توجه - بیش فعالی. *فصلنامه مشاوره و روان‌درمانی خانواده*، ۳(۴)، ۵۹۲-۶۱۴.
- ۱۶- سعادت، م. (۱۳۹۰). مقایسه مهارت‌های حرکتی در کودکان با اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی و عادی. *تعلیم و تربیت استثنایی*، ۱۰۸، ۲۱-۲۹.
- ۱۷- سیف زاده، ع.، حقیقتیان، م.، و مهاجرانی، ع. ا. (۱۳۹۸). حمایت اجتماعی ادراک شده و انزوای اجتماعی سالمندان. *تصویر سلامت*، ۱۰(۴)، ۳۰۹-۳۰۰.
- ۱۸- شکری، ا.، و فراهانی، م. ن.، و کرمی نوری، ر.، و مرادی، ع. (۱۳۹۱). حمایت اجتماعی ادراک شده و تنیدگی تحصیلی: نقش تفاوت های جنسی و فرهنگی. *مجله روانشناسی تحول (روانشناسی ایرانی)*، ۳۴، ۱۴۳-۱۵۶.
- ۱۹- طالبی، س.، عظیمی لولتی، ح.، شفاعت، ع.، یزدانی چراتی، ج.، و جنتی، ی. (۱۳۹۷). تأثیر آموزش مبتنی بر ذهن آگاهی بر سرمایه روان‌شناختی والدین کودکان کم‌توجه بیش‌فعال. *مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران*، ۲۱(۱۷۰)، ۱۰۷-۱۱۹.
- ۲۰- عابدی، ا.، جمالی، س.، فرامرزی، س.، آقایی، ا.، و بهروز، م. (۱۳۹۱). فراتحلیل جامع مداخلات رایج در مورد نقص توجه و بیش فعالی. *روانشناسی معاصر*، ۱۷(۱)، ۱۷-۳۴.
- ۲۱- عبدالملکی، س. (۱۳۹۴). مقایسه تاب‌آوری و کیفیت زندگی مادران کودکان بیش‌فعال و کمبود توجه با کودکان عادی. *پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشگاه تهران، تهران*.
- ۲۲- عبدی، ر.، و نریمانی، م. (۱۳۹۷). مقایسه ابعاد شخصیتی و تاب‌آوری در مادران کودکان مبتلا به اختلال طیف اتیسم و اختلال کمبود توجه / بیش فعالی با مادران کودکان. *مجله مطالعات ناتوانی*، ۸(۷۰)، ۱-۷.
- ۲۳- عزیززی، ا.، و محمدی، ج. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان ذهن آگاهی بر ادراک بیماری و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک پذیر. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی*، ۲۵(۶)، ۱-۹.
- ۲۴- قاسمی جوینه، ر.، موسوی، س. و، ظنی‌پور، آ.، و حسینی صدیق، م. (۱۳۹۵). رابطه بین ذهن آگاهی و تنظیم هیجان با تعلق ورزی تحصیلی. *راهبردهای آموزش در علوم پزشکی*، ۹(۲)، ۱۳۴-۱۴۱.
- ۲۵- کاظمی، ن.، ارجمندی، ع.، مرادی، ر.، محمدی، س. ت.، و صادقی‌فرد، م. (۱۳۹۹). اثربخشی آموزش خود شفقتی بر بهزیستی روان‌شناختی و نشخوار فکری در مادران دارای دانش آموزان با اختلال یادگیری خاص. *رویش روانشناسی*، ۹(۱)، ۸۷-۹۷.
- ۲۶- کاکابرابی، ک.، افروز، غ. ع.، هومن، ح. ع.، و مرادی، ع. (۱۳۹۷). بررسی و مقایسه بهزیستی ذهنی، سبک‌های مقابله‌ای و حمایت اجتماعی ادراک شده والدین کودکان استثنایی و عادی. *فصلنامه پژوهش در سلامت*، ۵(۲)، ۴۵-۵۸.
- ۲۷- کاوه، م.، و کرامتی، ه. (۱۳۹۶). اثربخشی آموزش تاب‌آوری بر استرس والدینی، رضایت زناشویی و تاب‌آوری والدین کودکان مبتلا به ناتوانی‌های یادگیری. *مجله ناتوانی‌های یادگیری*، ۶(۳)، ۶۹-۹۱.
- ۲۸- کریمی پورزارع، ف. (۱۳۹۵). پیش‌بینی طلاق عاطفی بر اساس هوش هیجانی، سلامت معنوی، سبک‌های دفاعی و تاب‌آوری زوجین شهر بوشهر. *پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشگاه خلیج فارس، بوشهر*.
- ۲۹- گل پروری، ا.، و ثابت، م. (۱۳۹۸). ساختار عاملی ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه جامعه تجارب ذهن آگاهی در دانشجویان. *سلامت اجتماعی*، ۶(۴)، ۴۲۶-۴۳۸.
- ۳۰- متین، ح.، احمدی، ص.، و جلالی، م. (۱۳۹۷). پدیدارشناسی تجارب مادران با فرزند مبتلا به یادگیری. *روانشناسی خانواده*، ۲(۲)، ۵۳-۶۴.



- ۳۱- محمدی، ز.، سلیمانی، ع.، فتحی آشتیانی، ع.، و جاویدی، ن. (۱۳۹۲). بررسی رابطه بهزیستی روان‌شناختی و تاب‌آوری در مادران کودکان اختلال کمبود توجه و فزون‌کنشی و مقایسه آن با مادران کودکان بهنجار. *نسیم تندرستی*، ۲(۳)، ۱-۲۰.
- ۳۲- محمدی، ف.، کرمی، ج.، و هاشمی، ت. (۱۳۹۰). تأثیر روش آموزش چند حسی فرنالد و تمرین و تکرار در بهبود اختلال ویژه‌ی یادگیری خواندن دانش‌آموزان ابتدایی. *دست‌آوردهای روان‌شناختی*، ۴(۱)، ۱۶۹-۱۹۰.
- ۳۳- محمدی، م. (۱۳۸۴). بررسی عوامل مؤثر بر تاب‌آوری در افراد در معرض خطر سوء مصرف مواد. *رساله دکتری دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران*.
- ۳۴- محمودی، ف.، عاشوری، م.، و انصاری شهیدی، م. (۱۳۹۶). مقایسه حمایت اجتماعی ادراک‌شده، اضطراب و استرس مادران کودکان کاشت حلزون، دارای سمعک و شنوایی عادی. *توانمندسازی کودکان استثنایی*، ۸(۲۲)، ۱۵-۲۷.
- ۳۵- محیط، م.، بشرپور، س.، و هاشمی‌ول، ی. (۱۳۹۹). سبب‌شناسی تشخیص، علائم و درمان اختلالات عصبی - رشدی در کودکان. اولین همایش ملی آسیب‌شناسی روانی.
- ۳۶- مؤمنی، خ.، ابراهیمی، پ.، و حسینیان، س. (۱۳۹۳). ارتقای سلامت روان و کیفیت زندگی از طریق برنامه آموزش تاب‌آوری برای کودکان دارای اختلال یادگیری. *فصلنامه فرهنگی- تربیتی زنان و خانواده*، ۸(۲۶)، ۳۹-۶۵.
- ۳۷- میکائیلی، ن.، گنجی، م.، و طالبی جویباری، م. (۱۳۹۱). مقایسه‌ی تاب‌آوری، رضایت زناشویی و سلامت روان در والدین با کودکان دارای ناتوانی یادگیری و عادی. *مجله ناتوانی‌های یادگیری*، ۲(۱)، ۱۲۰-۱۳۷.
- ۳۸- نجاتی، و.، ذبیح‌زاده، ع.، و نیک فرجام، م. (۱۳۹۱). رابطه بین ذهن آگاهی و کارکردهای توجهی پایدار و انتخابی. *پژوهش‌های علوم شناختی و رفتاری*، ۲(۲)، ۳۱-۴۲.
- 39- Anker, E., Haavik, J., & Heir, T. (2020). Alcohol and drug use disorders in adult attention-deficit/hyperactivity disorder: prevalence and associations with attention-deficit/hyperactivity disorder symptom severity and emotional dysregulation. *World Journal of Psychiatry*, 10(9), 202
- 40- Backenson, E. M., Holland, S. C., Kubas, H. A., Fitzer, K. R., Wilcox, G., Carmichael, J. A., ... & Hale, J. B. (2015). Psychosocial and adaptive deficits associated with learning disability subtypes. *Journal of Learning Disabilities*, 48(5), 511-522.
- 41- Bayrakli, H., & Kaner, S. (2012). Investigating the Factors Affecting Resiliency in Mothers of Children with and without Intellectual Disability. *Educational Sciences: Theory and Practice*, 12(2), 936-943.
- 42- Bruwer, B., Emsley, R., Kidd, M., Lochner, C., & Seedat, S. (2008). Psychometric properties of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support in youth. *Comprehensive Psychiatry*, 49, 195-201.
- 43- Connor, K. M., & Davidson, J. R. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression and anxiety*, 18(2), 76-82.
- 44- Corona, J. C. (2020). Role of oxidative stress and neuroinflammation in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Antioxidants*, 9(11), 1039.
- 45- Daudén Roquet, C., & Sas, C. (2018, April). Evaluating mindfulness meditation apps. In *Extended Abstracts of the 2018 CHI Conference on Human Factors in Computing Systems* (pp. 1-6).
- 46- Garmezy, N., & Masten, A. S. (1991). The protective role of competence indicators in children at risk.
- 47- Heiman, T. (2002). Parents of children with disabilities: Resilience, coping, and future expectations. *Journal of developmental and physical disabilities*, 14(2), 159-171.
- 48- Heiman, T., & Berger, O. (2008). Parents of children with Asperger syndrome or with learning disabilities: Family environment and social support. *Research in developmental disabilities*, 29(4), 289-300.
- 49- Hsiao, Y. J. (2018). Parental stress in families of children with disabilities. *Intervention in School and Clinic*, 53(4), 201-205.
- 50- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: past, present, and future. *Clinical psychology, Science and practice*, 10(2), 144-156.
- 51- Khademloo, M., Ahmadi, M., & Bagheri, N. (2016). Mental Health and resilience among mothers of children with ADHD and mothers of normal children: a casual-comparative study. *American Journal of Pediatrics*, 2(6), 23-28.
- 52- Ma, J. L., Lai, K. Y. C., & Lo, J. W. K. (2017). Perceived social support in Chinese parents of children with attention deficit hyperactivity disorder in a Chinese context: Implications for social work practice. *Social Work in Mental Health*, 15(1), 28-46.

- 53- Marusak, H. A., Elrahal, F., Peters, C. A., Kundu, P., Lombardo, M. V., Calhoun, V. D., ... & Rabinak, C. A. (2018). Mindfulness and dynamic functional neural connectivity in children and adolescents. *Behavioural brain research*, 336, 211-218.
- 54- McMenemy, T. C. (2019). Families Journeying Together: Exploring Resilience in Families with Adolescents with ADHD. *Master's thesis, University of Calgary, Calgary, Canada.*
- 55- Moideen, N. & Mathai, S. M. (2018). Parental stress of mothers of children with learning disabilities. *Journal of Arts, Science & Commerce*, 2(4), 1-4.
- 56- Niitsu, K., Rice, M. J., Houfek, J. F., Stoltenberg, S. F., Kupzyk, K. A., & Barron, C. R. (2019). A systematic review of genetic influence on psychological resilience. *Biological research for nursing*, 21(1), 61-71.
- 57- Ra, C. K., Cho, J., Stone, M. D., De La Cerda, J., Goldenson, N. I., Moroney, E., ... & Leventhal, A. M. (2018). Association of digital media use with subsequent symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder among adolescents. *Jama*, 320(3), 255-263.
- 58- Reynolds, J. W. (2011). *Mechanisms of action in mindfulness-based stress reduction (MBSR), and specific factors mediating the reduction of anxiety*. George Mason University.
- 59- Richards, K., Campenni, C., & Muse-Burke, J. (2010). Self-care and well-being in mental health professionals: The mediating effects of self-awareness and mindfulness. *Journal of Mental Health Counseling*, 32(3), 247-264.
- 60- Sadock, B. J. (2015). *Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry* (Vol. 2015, pp. 648-655). Philadelphia, PA: Wolters Kluwer.
- 61- Scanlon, D. (2013). Specific learning disability and its newest definition: Which is comprehensive? And which is insufficient?. *Journal of learning disabilities*, 46(1), 26-33.
- 62- Turner, H. A., Shattuck, A., Finkelhor, D., & Hamby, S. (2017). Effects of poly-victimization on adolescent social support, self-concept, and psychological distress. *Journal of interpersonal violence*, 32(5), 755-780.
- 63- Walach, H., Buchheld, N., Buttenmüller, V., Kleinknecht, N., & Schmidt, S. (2006). Measuring mindfulness—the Freiburg mindfulness inventory (FMI). *Personality and individual differences*, 40(8), 1543-1555.
- 64- Waller, M. A. (2001). Resilience in ecosystemic context: Evolution of the concept. *American Journal of orthopsychiatry*, 71(3), 290-297.
- 65- Wan, L., Ge, W. R., Zhang, S., Sun, Y. L., Wang, B., & Yang, G. (2020). Case-control study of the effects of gut microbiota composition on neurotransmitter metabolic pathways in children with attention deficit hyperactivity disorder. *Frontiers in Neuroscience*, 14, 127.
- 66- Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of personality assessment*, 52(1), 30-41.
- 67- Zobel, C. W., MacKenzie, C. A., Baghersad, M., & Li, Y. (2021). Establishing a frame of reference for measuring disaster resilience. *Decision Support Systems*, 140, 113406.

## The Relationship Between Family Communication Patterns with Meaning in Life on High School Students in Shiraz

Reza Chalme<sup>1\*</sup>, Khadije Arjmandi<sup>2</sup>

1. Doctor of Psychology. Psychology Assistant professor. Fatemieh Institute of Higher Education, Shiraz, Iran. (Corresponding Author)

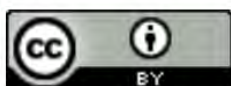
Rezachalmeh@gmail.com

2. Master of Science Genral Psychology, Fatemieh Institute of Higher Education, Shiraz, Iran.  
Kharjmandi45@gmail.com

### Abstract

The aim of this research was to investigate the relationship between dimensions of family communication patterns (conversation and conformity) and the meaning in life (presence of meaning and search for meaning). The research sample included 120 first-period high school students in Shiraz (60 girls and 60 boys) who were selected by multi-stage cluster random sampling. The data was collected through a questionnaire of family communication patterns (Fitzpatrick and Ritchie, 1990) and the meaning in life questionnaire (Steger, 2010). Cronbach's Alpha was calculated to examine the reliability of the measures. The power of dimensions of family communication patterns (conversation and conformity) was examined in predicting the meaning in life (presence of meaning and search for meaning) by using a correlation test and simultaneous regression analysis. According to the results of this study, the dimensions of family communication patterns were able to predict the search for meaning, and the strongest prediction was related to the conversation dimension ( $p < 0.05$ ), but the presence of meaning was not predictable by the dimensions of family communication patterns. Whereas proper communication between family members plays an important role in creating a search for meaning in children, it can be strengthened to increase meaning in life.

**Keywords:** Meaning in life, Family communication patterns, Conversation, Conformity.



This Journal is an open access Journal Licensed under the Creative Commons Attribution 4.0 International License

(CC BY 4.0)