MEJDS. 2020; 10:125.

Published online 2020 Aug. **Research Article**

A Comparative Study of Distress Tolerance and Social Health in the Parents of Healthy Children and Children with Learning Disability

*Dolati Z[1], Parsa Gharabaee Z[1], Alefbaee KH[2], Yousefi Fard H[1]

Author Address
1. MSc, Clinical Psychology, Islamic Azad University of Islamshahr, Iran;
2. MSc, General Psychology, Islamic Azad University of Islamshahr, Iran.
***Corresponding Author E-mail:** payan.ramezani@gmail.com

Received: 2019 February 24; **Accepted:** 2019 April 22

Abstract

Background & Objectives: Specific Learning Disability (SLD) is a disruption to one or more basic psychological processes, i.e., difficult to understand in terms of spoken or written language. SLE might be associated with impairments in listening, thinking, speaking, reading, writing, spelling, or calculation. This disorder involves conditions, such as brain damage, cognitive impairments, and disorientation in developmental language. However, SLE does not include children who initially have motor disabilities, hearing impairments, or emotional disturbances, economic, cultural or environmental disadvantages, or intellectual disability, before demonstrating learning disabilities. Studies reported that the parents of problematic children experience some constraints in terms of health, deprivation, and high levels of stress and depression, compared to the parents of healthy children. Distress tolerance is among the psychological factors that could protect the mothers of these children against harm. Distress tolerance is the ability to withstand negative emotions, intending to solve problems. Studies have also indicated that mothers of children with intellectual disabilities have decreased psychological well–being, compared to the mothers of healthy children. Therefore, health problems are common in the parents of children with learning disabilities. Consequently, it is necessary to pay attention to social health and the extent of the distress tolerance in them. Therefore, the present study aimed to compare distress tolerance and social health between the parents of children with learning disabilities and those of healthy children.

Methods: This was a causal–comparative study. The statistical population of this study included all of the parents of students aged 7 to 12 years with learning disorders and healthy ones in Karaj City, Iran, in the 2017–2018 academic year. The study samples included 60 subjects (30 mothers of students with learning disabilities, using a simple random sampling method, and 30 mothers of healthy students by convenience sampling method). The required data were collected using the Social Well–being Scale (Keyes, 2005) and the Distress Tolerance Scale (DTS) (Simons and Gahar, 2005). The obtained data were analyzed by SPSS using descriptive indexes, such as mean and standard deviation, and inferential statistics, including Multivariate Analysis of Variance (MANOVA). The significance level was considered at 0.05. Furthermore, all relevant ethical principles, including the confidentiality of the collected data, receiving the informed consent of the study participants, and the permission to leave the research, have been observed.

Results: The MANOVA results indicated a significant difference between the two groups of parents of children with learning disabilities and healthy ones, in terms of distress tolerance ($p<0.001$) and social health ($p<0.001$).

Conclusion: The present study results suggested a significant difference between the two groups of parents in distress tolerance and social health. Accordingly, the parents of children with specific learning disabilities experienced decreased distress tolerance and social health than healthy children's parents. Therefore, teaching proper parental strategies for the parents of children with specific learning disabilities to reduce their distress tolerance and increase their social health seems necessary.

Keywords: Distress tolerance, Social health, Learning disability.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.91.0]

Copyright © 2016, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

مجله مطالعات ناتوانی ۱۳۹۹؛ (۱۰):۱۲۵.

انتشار برخط مرداد ۱۳۹۹ مقاله پژوهشی اصیل

بررسی مقایسه‌ای تحمل پریشانی و سلامت اجتماعی والدین دارای کودکان اختلال یادگیری و عادی

*زهرا دولتی[۱]، زهرا پارسا قرابائی[۱]، خدیجه الفبایی[۲]، حدیث یوسفی‌فر[۱]

توضیحات نویسندگان

۱. کارشناسی‌ارشد، روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی اسلامشهر، ایران؛

۲. کارشناسی‌ارشد، روان‌شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی اسلامشهر، ایران.

***رایانامهٔ نویسندهٔ مسئول:** payan.ramezani@gmail.com

تاریخ دریافت: ۵ اسفند ۱۳۹۷؛ **تاریخ پذیرش:** ۲ اردیبهشت ۱۳۹۸

چکیده

زمینه و هدف: مشکلات مرتبط با سلامت در والدین دارای فرزند با اختلال یادگیری شایع است؛ لذا توجه به سلامت اجتماعی و میزان تحمل پریشانی این قشر دربرابر سختی و ناملایمات زندگی ضروری است؛ ازاین‌رو پژوهش حاضر با هدف مقایسهٔ تحمل پریشانی و سلامت اجتماعی در والدین دارای کودکان اختلال یادگیری و عادی انجام شد.

روش‌بررسی: این پژوهش علی‌ـ‌مقایسه‌ای بود. جامعهٔ آماری را تمامی والدین دانش‌آموزان ۷تا۱۲سالهٔ دارای اختلال خاص یادگیری و عادی شهر کرج در سال ۹۷ـ۱۳۹۶ تشکیل دادند. آزمودنی‌های پژوهش شامل ۶۰ نفر، ۳۰ نفر از مادران دانش‌آموزان مبتلا به اختلال خاص یادگیری با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی ساده و ۳۰ نفر از مادران دانش‌آموزان عادی با روش نمونه‌گیری دردسترس بود. برای جمع‌آوری داده‌ها، مقیاس سلامت اجتماعی کییز (۲۰۰۵) و تحمل پریشانی سیمونز و گاهر (۲۰۰۵) به‌کار رفت. جهت تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۲ و آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری (مانوا) استفاده شد. سطح معناداری نیز ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری نشان داد که بین دو گروه از والدین دارای کودکان اختلال یادگیری و عادی در تحمل پریشانی ($p<۰/۰۰۱$) و سلامت اجتماعی ($p<۰/۰۰۱$) تفاوت معناداری وجود دارد.

نتیجه‌گیری: براساس یافته‌های پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که والدین دارای کودکان اختلال یادگیری درمقایسه با والدین کودکان عادی نمرات کمتری در تحمل پریشانی و سلامت اجتماعی دارند.

کلیدواژه‌ها: تحمل پریشانی، سلامت اجتماعی، اختلال خاص یادگیری.

حق انتشار محفوظ است © ۱۳۹۵، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار_غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.91.0]

۱ مقدمه

اختلال یادگیری خاص[1] عبارت است از اختلال در یک یا چند فرایند اساسی روان‌شناختی که در فهم یا کاربرد زبان گفتاری یا نوشتاری ایجاد مشکل کرده و ممکن است به‌صورت توانایی ناقص در گوش‌دادن، فکرکردن، صحبت‌کردن، خواندن، نوشتن، هجی‌کردن کلمه‌ها و محاسبه‌های ریاضی ظاهر شود (۱). این اختلال حالت‌هایی مثل بدکاری جزئی مغزی، معلولیت‌های ادراکی آسیب مغزی، خوانش‌پریشی و زبان‌پریشی تحولی را شامل می‌شود؛ اما کودکانی را که از ابتدا درنتیجهٔ معلولیت‌های حرکتی، دیداری یا شنیداری، اختلال هیجانی، محرومیت‌های اقتصادی، فرهنگی یا محیطی و کم‌توانی ذهنی به ناتوانی‌های یادگیری مبتلا شده‌اند، در بر نمی‌گیرد (۲). در گذشته، اختلال ریاضی و اختلال خواندن و اختلال نوشتن هریک اختلال مستقل و مجزایی به‌حساب آمده است؛ اما اکنون در ویرایش پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی، این سه اختلال به‌عنوان مشخص‌کننده، به اختلال یادگیری خاص تغییر نام داده است (۳). میزان شیوع این اختلال در کودکان مدرسه‌ای ۳تا۱۷/۵ درصد گزارش شده است (۱).

مطالعات مختلف سه عامل خصوصیات کودکان و جنبه‌های خانوادگی و محیط اجتماعی را به‌عنوان عوامل اصلی تأثیرگذار در شکل‌گیری اختلالات کودکان نشان داده‌اند. از میان این عوامل جنبه‌های خانوادگی و نگرش والدین و نوع دیدگاه آن‌ها به مسئلهٔ ناتوانی یادگیری بسیار مهم است؛ زیرا چیزی که بیشتر به مسائل جنبی و حاشیه‌ای ناتوانی یادگیری دامن می‌زند، محیط خانواده و نحوهٔ برخورد اعضای خانواده با کودک است (۶ـ۴). مطالعات نشان می‌دهد که پدر و مادر کودکان مشکل‌دار، محدودیت‌هایی ازقبیل بهداشت و احساس محرومیت و سطوح بالایی از استرس و افسردگی را درمقایسه با والدین کودکان عادی تجربه می‌کنند؛ این در حالی است که تعامل والدین با کودکان می‌تواند تأثیر عمده‌ای بر ادراک اجتماعی و خانوادگی و توسعهٔ مهارت‌های اجتماعی کودکان مبتلا به ناتوانی یادگیری داشته باشد (۷،۸).

ازجمله عوامل روان‌شناختی، تحمل پریشانی[2] است که می‌تواند مادران این کودکان را دربرابر آسیب‌ها حفظ کند. تحمل پریشانی، متغیر تفاوت‌های فردی بوده که به ظرفیت تجربه و مقاومت دربرابر ناراحتی هیجانی اشاره می‌کند؛ همچنین تحمل پریشانی به‌طور فزاینده‌ای، به‌عنوان ساختاری مهم در رشد و بینشی جدید دربارهٔ شروع و ابقاء آسیب‌های روانی و نیز پیشگیری و درمان مشاهده شده است (۹). تحمل پریشانی، توانایی تحمل و قبول عواطف منفی است؛ به‌طوری‌که حل مسائل می‌تواند ازطریق آن صورت بگیرد (۱۰). تحمل پریشانی، به سازه‌ای فراهیجانی توجه می‌کند که شامل ارزیابی انتظارات فرد از تجربهٔ حالات هیجانی منفی دربارهٔ این مسائل است: ۱. تحمل‌پذیری و انزجار؛ ۲. ارزیابی و قابلیت پذیرش؛ ۳. گرایش به جذب توجه و ازهم‌گسیختن عملکرد؛ ۴. تنظیم هیجانات به‌ویژه نیروی حاصل از تمایلات عمل درجهت اجتناب یا تضعیف فوری تجربه (۱۱).

پژوهش‌ها عنوان می‌کنند که بین تحمل پریشانی و احساس گرفتاری در مادران دارای کودکان ناتوانی هوشی رابطهٔ معناداری وجود دارد و تحمل پریشانی دارای نقش مهمی در بهداشت روانی مادران با فرزند ناتوان هوشی است (۱۲،۱۳). مطالعه‌ای دیگر نشان می‌دهد که خانواده‌های کودکان عادی از سطح سازگاری زناشویی و تحمل پریشانی بیشتری درمقایسه با والدین کودکان معلول ذهنی و جسمی برخوردارند (۱۴). در پژوهشی مشابه با بررسی تاب‌آوری و چیره‌شدن بر مشکلات و انتظارات آینده در خانواده‌های با کودکان دارای ناتوانی یادگیری و معلولیت جسمی، مشخص شد که والدین این کودکان نیاز به الگوهای سازگاری و حمایتی دارند؛ زیرا پدر و مادرها مجبور به ایجاد تغییراتی در زندگی خود می‌شوند و در زندگی اجتماعی‌شان نیز سطوح شدیدی از سرخوردگی و نارضایتی داشته و تلاش زیادی برای حفظ زندگی عادی و قبلی خود می‌کنند (۱۵).

یکی دیگر از متغیرهایی که مادران دارای کودک با اختلال یادگیری با آن درگیر بوده، سلامت اجتماعی[3] است. سلامت اجتماعی یکی از ابعاد سلامت محسوب می‌شود و از دو بعد جسمی و روانی سلامت تأثیر پذیرفته و بر آن‌ها اثر متقابل دارد. کمیت و کیفیت تعامل فرد با اجتماع به‌منظور ارتقای رفاه آحاد جامعه یکی از تعاریف سلامت اجتماعی است (۱۶). سلامت اجتماعی به‌نوعی بهداشت فردی‌ـ اجتماعی گفته می‌شود که در صورت تحقق آن شهروندان دارای انگیزه و روحیهٔ شاد بوده و درنهایت، جامعه شاداب و سلامت خواهد بود (۱۷). نتایج مطالعهٔ نریمانی و همکاران نشان داد که سلامت روان مادران کودکان استثنایی کمتر از مادران کودکان عادی است و آن‌ها درمعرض افسردگی، اضطراب، روان‌پریشی، پرخاشگری و ترس مرضی بیشتری درمقایسه با مادران دیگر کودکان قرار دارند (۱۸). همچنین مطالعه‌ای دیگر مشخص کرد که مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی درمقایسه با مادران کودکان عادی بهزیستی روان‌شناختی ضعیف‌تری دارند (۱۹). در همین راستا نتایج پژوهش میکائیلی و همکاران نشان داد که تفاوت معناداری بین دو گروه والدین با کودکان دارای ناتوانی یادگیری و عادی در رضایت از زندگی و تاب‌آوری روان‌شناختی و سلامت عمومی وجود دارد (۲۰).

به‌طورکلی اهمیت این پژوهش در خانواده‌های دانش‌آموزان مبتلا به ناتوانی یادگیری از آن جهت است که تمایز خاصی بین این خانواده‌ها و سایر خانواده‌های دارای دانش‌آموزان با ناتوانی‌های دیگر وجود دارد. ناتوانی‌های یادگیری کمی دیرتر در زندگی تشخیص داده می‌شوند و کودک ممکن است مشکلات احساسی و روحی و روانی برخاسته از مشکلات آموزش از خود نشان دهد. روش زندگی خانواده ممکن است زمانی‌که این تشخیص انجام شد و ناتوانی کودک مشخص گردید، تغییر کرده و این تغییر، عملکرد خانواده و جریان رشد آن را تخریب کند (۲۱)؛ به‌همین دلیل، مطالعهٔ خانواده‌های این دانش‌آموزان و مخصوصاً مادران آن‌ها باتوجه به نقش اساسی که در رشد فرزندان و شکل‌گیری شخصیت آنان دارند، دارای اهمیت است؛ بنابراین پژوهش حاضر با

[1]. Specific Learning Disorder
[2]. Distress tolerance
[3]. Social health

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-05]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.91.0]

هدف مقایسهٔ تحمل پریشانی و سلامت اجتماعی در والدین دارای کودکان اختلال خاص یادگیری و عادی انجام شد.

۲ روش‌بررسی

پژوهش حاضر علّی‌ـ‌مقایسه‌ای بود. جامعهٔ آماری این پژوهش را تمامی والدین (مادران) دانش‌آموزان عادی ۷تا۱۲سالهٔ مدارس ابتدایی و والدین دانش‌آموزان دارای اختلال یادگیری ۷تا۱۲سالهٔ مراجعه‌کننده به مرکز مشکلات ویژهٔ یادگیری شهر کرج در سال ۹۷ـ۱۳۹۶ تشکیل دادند که تعداد ۶۰ نفر به‌عنوان نمونه انتخاب شدند. نمونه‌ها عبارت بود از: ۳۰ نفر از والدین دانش‌آموزان دارای کودک اختلال یادگیری مراجعه‌کننده به مراکز مشکلات یادگیری کرج که به‌روش نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب شدند و همچنین ۳۰ نفر از مادران دانش‌آموزان عادی که فرزندانشان در مدارس ابتدایی شهر کرج مشغول به تحصیل بوده و به‌روش نمونه‌گیری دردسترس در نظر گرفته شدند. حداقل نمونه در طرح‌های آزمایشی ۳۰ نفر کفایت می‌کند (۲۲). در پژوهش حاضر، جهت جمع‌آوری داده‌ها از ابزارهای زیر استفاده شد.

۱. مقیاس تحمل پریشانی[1]: شاخص خودسنجی است که توسط سندین و همکاران (۱۰) ساخته شد و دارای پانزده ماده و چهار خرده‌مقیاس است. خرده‌مقیاس‌ها شامل تحمل (تحمل پریشانی هیجانی)، جذب (جذب‌شدن توسط هیجانات منفی)، ارزیابی (برآورد ذهنی پریشانی) و تنظیم (تنظیم تلاش‌ها برای تسکین پریشانی) می‌شود. ضرایب آلفا برای این مقیاس‌ها به‌ترتیب ۰/۷۲، ۰/۸۲، ۰/۷۸ و ۰/۷۰ و برای کل مقیاس ۰/۸۲ است. همچنین مشخص شد که این مقیاس روایی ملاکی و همگرایی اولیهٔ خوبی دارد (۱۰). شمس و عزیزی و میرزائی در مطالعهٔ خود همسانی درونی زیادی را برای کل مقیاس (α=۰/۷۱) و پایایی متوسطی را برای خرده‌مقیاس‌ها (۰/۵۴ برای خرده‌مقیاس تحمل، ۰/۴۲ برای خرده‌مقیاس جذب، ۰/۵۶ برای خرده‌مقیاس ارزیابی) به‌دست آوردند (۲۳). در پژوهش حاضر پایایی کل به‌روش آلفای کرونباخ ۰/۶۹ بود.

۲. پرسشنامهٔ سلامت اجتماعی[2]: این پرسشنامه توسط کییز و شاپیرو (۲۴) ساخته شد. پرسشنامهٔ سلامت اجتماعی کییز شامل ۲۰ سؤال بوده و پنج زیرمقیاس را بررسی می‌کند. نمره‌گذاری این پرسشنامه براساس طیف پنج‌درجه‌ای لیکرت انجام می‌شود؛ به این ترتیب که خیلی زیاد (پنج) و خیلی کم (یک) است. سؤالات ۱تا۴ (شکوفایی اجتماعی)، سؤالات ۵تا۷ (همبستگی اجتماعی)، سؤالات ۸تا۱۰ (انسجام اجتماعی)، سؤالات ۱۱تا۱۵ (پذیرش اجتماعی) و سؤالات ۱۶تا۲۰ (مشارکت اجتماعی) را می‌سنجد. نمرهٔ مجموع این گویه بیانگر میزان سلامت اجتماعی افراد خواهد بود که نمرهٔ کل این پرسشنامه برابر با ۱۰۰ است (۲۴). میزان پایایی و اعتبار پرسشنامهٔ سلامت اجتماعی در پژوهش کییز و شاپیرو (۲۴) به‌روش بازآزمایی برای مؤلفه‌های یکپارچگی اجتماعی، انسجام اجتماعی، پذیرش اجتماع، مشارکت اجتماعی و انطباق اجتماعی به‌ترتیب ۰/۷۲، ۰/۷۰، ۰/۷۵، ۰/۷۲ و ۰/۷۸ به‌دست آمد. در پژوهش باباپور و همکاران پایایی پرسشنامهٔ مذکور به‌روش آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۷۸درصد محاسبه شد (۲۵). در پژوهش حاضر پایایی کل به‌روش آلفای کرونباخ ۰/۸۶ بود.

در گردآوری اطلاعات لازم بعد از تهیهٔ فهرست اسامی دانش‌آموزان و انتخاب والدین آن‌ها که در مرکز مشکلات ویژهٔ یادگیری شهر کرج حضور داشتند، ابتدا هدف تحقیق برای آنان بیان شد. سپس آزمون‌های پژوهش در اختیارشان قرار گرفت و از آن‌ها خواسته شد نظر خود را به‌دقت بیان کنند. اطلاعات به‌صورت فردی و در مرکز مربوط جمع‌آوری شد. جهت گردآوری داده‌های مربوط به والدین بدون کودکان اختلال یادگیری خاص در مدارس ابتدایی، برای والدین حاضر در مدرسه، اطلاعات به‌صورت فردی و در آن مدارس جمع‌آوری شد. پس از جمع‌آوری اطلاعات، داده‌ها به‌کمک نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۲ و شاخص‌های توصیفی مانند میانگین و انحراف استاندارد و نیز در بخش استنباطی با آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری مانوا تجزیه‌وتحلیل شدند. سطح معناداری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد. لازم به‌ذکر است در این پژوهش تمامی اصول اخلاقی مرتبط ازجمله محرمانه‌بودن پرسشنامه‌ها و رضایت آگاهانهٔ شرکت‌کنندگان در پژوهش و اختیار خروج از پژوهش رعایت شد.

۳ یافته‌ها

براساس نتایج پژوهش از نظر تحصیلات، مادران دانش‌آموزان دارای اختلال یادگیری (۷۶درصد) و مادران دانش‌آموزان عادی (۴۳درصد) کمتر از دیپلم و دیپلم بودند. همچنین مادران دانش‌آموزان اختلال یادگیری (۸۳درصد) و دانش‌آموزان عادی (۶۶درصد) خانه‌دار بودند. میانگین و انحراف معیار سن مادران دانش‌آموزان دارای اختلال یادگیری ۳۵/۴۳ (۶/۵۴) و عادی ۳۷/۷۶ (۵/۷۸) به‌دست آمد. اطلاعات توصیفی میزان تحمل پریشانی و سلامت اجتماعی در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. آماره‌های توصیفی متغیرهای تحمل پریشانی و سلامت اجتماعی به‌تفکیک گروه‌ها

گروه	متغیر	میانگین	انحراف معیار
والدین دارای کودکان عادی	تحمل	۱۷/۳۳	۲/۱۲
	جذب	۱۴/۰۶	۱/۳۸
	ارزیابی	۱۷/۰۰	۱/۱۳
	تنظیم	۱۲/۴۶	۳/۲۲
	شکوفایی اجتماعی	۲۱/۸۶	۵/۱۵

[1]. Distress Tolerance Scale

[2]. Social Well-Being questionnaire

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.91.0]

	همبستگی اجتماعی	۱۳/۴۶	۱/۱۵
	انسجام اجتماعی	۱۲/۲۶	۱/۷۹
	پذیرش اجتماعی	۱۵/۵۳	۱/۷۲
	مشارکت اجتماعی	۱۵/۹۳	۲/۴۶
	تحمل پریشانی به‌طورکلی	۳۷/۴۶	۳/۴۱
	سلامت اجتماعی به‌طورکلی	۶۶/۵۳	۳/۱۸
والدین کودکان اختلال یادگیری	تحمل	۹/۴۶	۵/۱۵
	جذب	۸/۲۶	۱/۱۵
	ارزیابی	۵/۵۳	۱/۷۹
	تنظیم	۶/۱۱	۱/۷۲
	شکوفایی اجتماعی	۴۲/۸۶	۵/۱۵
	همبستگی اجتماعی	۱۳/۵۲	۷/۱۸
	انسجام اجتماعی	۱۳/۴۶	۱/۱۵
	پذیرش اجتماعی	۱۰/۲۶	۱/۷۹
	مشارکت اجتماعی	۱۵/۵۳	۱/۷۲
	تحمل پریشانی به‌طورکلی	۱۵/۹۳	۲/۴۶
	سلامت اجتماعی به‌طورکلی	۲۵/۲۶	۰/۷۹

جدول ۲. نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری

اثر	آزمون‌ها	مقادیر	F	درجهٔ آزادی اثر	درجهٔ آزادی خطا	مقدار احتمال
گروه	اثر پیلایی	۰/۲۳	۲/۷۷	۳	۵۳	۰/۰۳۲
	لامبدای ویلکز	۰/۷۶	۲/۸۸	۳	۵۳	۰/۰۲۷
	اثر هتلینگ	۰/۲۹	۲/۹۸	۳	۵۳	۰/۰۲۴
	بزرگ‌ترین ریشهٔ روی	۰/۲۸	۶/۰۷	۳	۵۳	۰/۰۰۵

همان‌طورکه در جدول ۲ مشاهده می‌شود مقدار احتمال هر چهار آمارهٔ چندمتغیری مربوط یعنی اثر پیلایی، لامبدای ویلکز، اثر هتلینگ و بزرگترین ریشهٔ روی، کمتر از ۰/۰۵ است؛ بدین‌ترتیب بین دو گروه اختلاف آماری معناداری وجود دارد.

جدول ۳. نتایج تحلیل واریانس تک‌متغیره برای بررسی تحمل پریشانی و سلامت اجتماعی در دو گروه

متغیر	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	مقدار احتمال
تحمل پریشانی	۱۸۴/۷۱	۱	۹۲/۳۵	۴/۹۷	<۰/۰۰۱
سلامت اجتماعی	۸/۷۱	۱	۴/۳۵	۰/۲۹	<۰/۰۰۱

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس تک‌متغیره برای بررسی مؤلفه‌های تحمل پریشانی و سلامت اجتماعی

متغیر	مجموع مجذورات	Df	میانگین مجذورات	F	مقدار احتمال
تحمل	۲۰۹/۷۳	۱	۱۰۴/۸۶	۲۱/۹۰	<۰/۰۰۱
جذب	۶۳/۲۴	۱	۳۱/۶۲	۱۰/۹۷	<۰/۰۰۱
ارزیابی	۲۵/۷۳	۱	۱۲/۸۶	۷/۶۰	<۰/۰۰۲
تنظیم	۴۹/۶۰	۱	۲۴/۸۰	۲/۳۶	<۰/۰۰۱
شکوفایی اجتماعی	۲/۹۷	۱	۱/۴۸	۰/۵۷	۰/۰۰۲
همبستگی اجتماعی	۶/۹۳	۱	۳/۴۶	۱/۳۴	۰/۰۰۳
انسجام اجتماعی	۱۶/۰۴	۱	۸/۰۲	۳/۴۶	۰/۰۰۴
پذیرش اجتماعی	۴/۸۴	۱	۲/۴۲	۰/۶۴	۰/۰۰۳
مشارکت اجتماعی	۱۳/۷۳	۱	۶/۸۶	۶/۳۴	۰/۰۰۴

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.91.0]

مقدار احتمال حاصل از آزمون نشان داد که در سلامت اجتماعی شرکت‌کنندگان برحسب عضویت گروهی تفاوت معناداری مشاهده می‌شود.

مقدار احتمال حاصل از آزمون مشخص کرد که بین گروه‌های شرکت‌کننده در مؤلفه‌های تحمل پریشانی تفاوت وجود دارد. همچنین نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که بین میانگین‌های نمرات مؤلفه‌های سلامت اجتماعی شرکت‌کنندگان برحسب عضویت گروهی تفاوت معناداری مشاهده می‌شود؛ بنابراین بین گروه‌های شرکت‌کننده در مؤلفه‌های سلامت اجتماعی تفاوت وجود دارد ($p<۰/۰۵$).

۴ بحث

هدف پژوهش حاضر، مقایسهٔ تحمل پریشانی و سلامت اجتماعی در والدین دارای کودکان اختلال خاص یادگیری و عادی بود. نتایج پژوهش نشان داد که بین دو گروه والدین دارای کودکان اختلال خاص یادگیری و عادی در تحمل پریشانی تفاوت معناداری وجود دارد؛ بدین‌معنا که والدین دارای اختلال خاص یادگیری درمقایسه با والدین عادی، تحمل پریشانی کمتری دارند. نتیجهٔ به‌دست‌آمده با نتایج مطالعهٔ قمرانی و حموله که دریافتند بین تحمل پریشانی و احساس گرفتاری در مادران دارای کودکان با ناتوانی هوشی رابطهٔ معناداری وجود دارد (۱۲)، همسوست. در تبیین نتیجهٔ مذکور می‌توان گفت که مادران دارای کودکان با اختلال یادگیری خاص هرگز از کارکرد فرزندان خود راضی نیستند و درقبال این مسائل احساس گناه می‌کنند؛ همچنین به‌نوعی خود را مقصر می‌دانند که کودکانشان نمی‌توانند استانداردها و معیارهای آن‌ها را برآورده سازند؛ لذا این مادران دچار شکست و ناکامی می‌شوند و به‌علت شکست و ناتوانی، توانایی تحمل دربرابر حوادث و مسائل را از دست می‌دهند و زمینه برای کاهش تحمل پریشانی فراهم می‌شود (۲۶)؛ همچنین می‌توان گفت داشتن فرزند دارای اختلال خاص یادگیری بر عقاید، باورها، افکار و احساسات والدین این کودکان تأثیر درخورتوجهی دارد؛ به‌طوری‌که والدین چنین کودکانی دچار احساسات منفی ازجمله ناامیدی، سردرگمی، انکار، تلخی و... می‌شوند. ازسویی اعتقاد بر این است که تحمل پریشانی بر ارزیابی و عواقب ناشی‌از تجربهٔ هیجانات منفی اثرگذار است؛ به‌طوری‌که افراد دارای تحمل پریشانی کمتر، با شدت بیشتری به استرس و پریشانی پاسخ می‌دهند (۲۷). پس می‌توان گفت داشتن نگرش‌های منفی از میزان تحمل پریشانی والدین چنین کودکانی درمقایسه با والدین کودکان عادی می‌کاهد.

همچنین دیگر یافتهٔ پژوهش نشان داد که بین دو گروه والدین دارای کودکان با اختلال خاص یادگیری و عادی در سلامت اجتماعی تفاوت معناداری وجود دارد؛ بدین‌معنا که والدین کودکان مبتلا به اختلال خاص یادگیری درمقایسه با والدین کودکان عادی دارای سلامت اجتماعی کمتری هستند. همسو با نتیجهٔ به‌دست‌آمده نتایج مطالعهٔ نریمانی و همکاران نشان داد که سلامت روان مادران کودکان استثنایی کمتر از مادران کودکان عادی است و آن‌ها درمعرض افسردگی، اضطراب، روان‌پریشی، پرخاشگری و ترس مرضی بیشتری درمقایسه با مادران دیگر کودکان قرار دارند (۱۸). همچنین نتایج پژوهش میکائیلی و همکاران (۲۰) مشخص کرد که تفاوت معناداری بین دو گروه والدین با کودکان دارای ناتوانی یادگیری و عادی در رضایت از زندگی و تاب‌آوری روان‌شناختی و سلامت عمومی وجود دارد. در تأیید نتیجهٔ به‌دست‌آمده می‌توان گفت که پژوهش‌های مختلف نشان می‌دهند، والدین کودکان ناتوان، سلامت جسمانی و روان‌شناختی کمتری دارند. بسیاری از آن‌ها دچار کمردرد، سردرد، میگرن، اضطراب، احساس گناه، اندوه، انزوای اجتماعی، افسردگی و... هستند (۲۸) که مجموعهٔ عوامل بیان‌شده خود زمینهٔ کاهش سلامت اجتماعی والدین را در جامعه فراهم می‌کند. در توجیه فرضیهٔ مذکور می‌توان گفت والدین دارای کودکان با اختلال یادگیری خاص اغلب دچار پریشانی روان‌شناختی هستند و در موقعیت‌های مختلف زندگی به احتمال زیاد نمی‌توانند از هیجانات خود به‌صورت مفید استفاده کنند؛ درمقابل به میزان زیادی دارای هیجانات منفی بوده و این امر موجب مشکلات دیگری ازجمله درک منفی از خویشتن و نگرانی دربارهٔ روابط با دیگران و عملکرد اجتماعی نامناسب در آن‌ها می‌شود که خود دلیلی بر کاهش سلامت اجتماعی در آنان است.

مختص‌بودن نمونه به والدین کودکان دارای اختلال یادگیری خاص مقطع ابتدایی شهر کرج و محدودبودن جامعهٔ پژوهش‌شده به شهر خوسف و بی‌توجهی به متغیرهایی نظیر وضعیت اجتماعی و اقتصادی والدین از محدودیت‌های این پژوهش بود؛ لذا باید در تعمیم نتایج احتیاط لازم صورت پذیرد؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود جهت راستی‌آزمایی اهداف این پژوهش به بررسی سایر گروه‌های خاص مانند گروه‌های آسیب‌دیدهٔ شنوایی و بینایی و... و نیز دیگر مناطق پرداخته شود؛ همچنین، باتوجه به شیوع فراوان اختلال خاص یادگیری در جامعه، نتایج این‌گونه پژوهش‌ها، باید در اختیار مراکز و سازمان‌های مختلف مربوط قرار گیرد تا آن‌ها بتوانند براساس یافته‌های تحقیق، برنامه‌ریزی مناسبی داشته باشند.

۵ نتیجه‌گیری

باتوجه به یافته‌های این پژوهش می‌توان گفت که والدین دارای کودکان با اختلال خاص یادگیری درمقایسه با والدین کودکان عادی نمرات کمتری در تحمل پریشانی و سلامت اجتماعی دارند؛ ازاین‌رو آموزش راهبردهای مناسب ویژهٔ والدین کودکان دارای اختلال یادگیری خاص درجهت کاهش تحمل پریشانی و افزایش سلامت اجتماعی آن‌ها ضروری به‌نظر می‌رسد.

۶ تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله از تمامی کسانی که در این پژوهش ما را یاری کردند، تشکر و قدردانی می‌شود.

۷ بیانیه

نویسندگان اعلام می‌دارند، تضاد منافعی بین آن‌ها وجود ندارد و این پژوهش با حمایت مالی نویسندگان انجام شده است.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.91.0]

References

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5®). American Psychiatric Pub; 2013.
2. Pourabdol S, Sobhigharamaleki N, Bastami M, Ghazanfari H. The effect of acceptance and commitment therapy in decreasing academic procrastination among students with Specific Learning Disorder (SLD Journal Cognitive Strategies in Learning. 2016;4(6):157–70. [Persian] doi: 10.22084/j.psychogy.2016.1466
3. Ashori M, Jalil-Abkenar SS. Specific learning disorder in diagnostic and statistical manual of mental disorders-5th revision and presentation of three-layer response to intervention model for diagnosis. J Exceptional Education. 2016;(140):37–46. [Persian] http://exceptionaleducation.ir/article-1-779-en.pdf
4. Khormaee F, Abbasi M, Rajabi S. A comparison of perfectionism and procrastination in mothers of students with and without learning disability. Journal of Learning Disabilities. 2011;1(1):60–77. [Persian] http://jld.uma.ac.ir/article_90_2c354bf04b977aaee764109c8421b45c.pdf
5. Heiman T, Berger O. Parents of children with Asperger syndrome or with learning disabilities: family environment and social support. Res Dev Disabil. 2008;29(4):289–300. doi: 10.1016/j.ridd.2007.05.005
6. Morrison GM, Cosden MA. Risk, Resilience, and adjustment of individuals with learning disabilities. Learning Disability Quarterly. 1997;20(1):43–60. doi: 10.2307/1511092
7. Dyson LL. Children with Learning Disabilities within the Family Context: A Comparison with Siblings in Global Self–Concept, Academic Self–Perception, and Social Competence. Learning Disabilities Research & Practice. 2003;18(1):1–9. doi: 10.1111/1540-5826.00053
8. Tabrizchi N, Vahidi Z. Comparing emotional regulation, mindfulness and psychological well- being in mothers of students with and without learning disabilities. Journal of Learning Disabilities. 2015;4(4):21–35. [Persian] http://jld.uma.ac.ir/article_314_23e281409e62e955dbe841361723b763.pdf
9. O'Cleirigh C, Ironson G, Smits JAJ. Does Distress Tolerance Moderate the Impact of Major Life Events on Psychosocial Variables and Behaviors Important in the Management of HIV? Behav Ther. 2007;38(3):314–23. doi: 10.1016/j.beth.2006.11.001
10. Sandín B, Simons JS, Valiente RM, Simons RM, Chorot P. Psychometric properties of the Spanish version of The Distress Tolerance Scale and its relationship with personality and psychopathological symptoms. Psicothema. 2017;29(3):421–8. doi: 10.7334/psicothema2016.239
11. Simons JS, Gaher RM. The Distress Tolerance Scale: Development and Validation of a Self-Report Measure. Motiv Emot. 2005;29(2):83–102. doi: 10.1007/s11031-005-7955-3
12. Ghamarani A, Hamoole Sh. Rabete beyn tahamol parishani a ehsas greftari dar madaran daray farzand kam tavan zehni [The relationship between distress tolerance and a sense of involvement in mothers of children with intellectual disability]. In: National Conference on Applied Research in Educational Sciences and Psychology and Social Injuries in Iran [Internet]. Tehran, Iran: Anjoman Tose'e va Tarvij Oloum va Fonon Bonyadin; 2015. [Persian] Available from: https://www.civilica.com/Paper-TSCONF01-TSCONF01_035.html
13. Najiani Z. Moghayese tahamol parishani, sabkhaye defaie, paybandi mazhabi dar madaran koodakan aghabmandeye zehni va koodakan adi [Comparison of distress tolerance, defensive styles, religious adherence in mothers of mentally retarded children and normal children]. Studies in Psychology and Educational Sciences. 2017;3(2):125–35. [Persian]
14. Zare MM, Fereydouni S. Moghayese sazgari zanashouie, tahamol parishani, doshvari tanzim hayajan dar valedeyn koodakan adi, maloul zehni va malul jesmi dar shahrestan Arsanjan [1- Comparison of marital adjustment, tolerance of distress, difficulty of emotional regulation in parents of normal children, mentally handicapped and physically disabled in Arsanjan city]. In: First International Conference on Psychology and Educational Sciences [Internet]. Shiraz, Iran: Shiraz Hakim Arfi Higher Institute of Science and Technology; 2015. [Persian] Available from: https://www.civilica.com/Paper-ICPE01-ICPE01_302.html
15. Heiman T. Parents of Children with Disabilities: Resilience, Coping, and Future Expectations. Journal of Developmental and Physical Disabilities. 2002;14(2):159–71. doi: 10.1023/A:1015219514621
16. Sharbatiyan MH. The Semantic components reflecting the link between social capital and the rate social health of the benefit of students of Payam Noor University, Mashhad. Sociological Studies of Youth. 2011;2(5):149–74. [Persian] http://ssyj.baboliau.ac.ir/article_536037_fddbbfedbd4233ff94a4dcda2861fa3c.pdf
17. Damari B, Nasehei A, Vosoogh Moghaddam A. What should we do for improving Iranian social health?Situational analysis, national strategies and role of ministry of health and medical education. Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research. 2013;11(1):45–58. [Persian] http://sjsph.tums.ac.ir/article-1-5014-en.pdf
18. Narimani M, Agha Mohammadian H, Rajabi S. A comparison between the mental health of mothers of exceptional children and mothers of normal children. Journal of Fundamentals of Mental Health. 2007;9(33–34):15–24. [Persian]

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.91.0]

19. Eisenhower AS, Baker BL, Blacher J. Preschool children with intellectual disability: syndrome specificity, behaviour problems, and maternal well-being. J Intellect Disabil Res. 2005;49(Pt 9):657–71. doi: 10.1111/j.1365-2788.2005.00699.x
20. Meikaeilei N, Ganji M, Talebi Joybari M. A comparison of resiliency, marital satisfaction and mental health in parents of children with learning disabilities and normal children. Journal of Learning Disabilities. 2012;2(1):120–37. [Persian] http://jld.uma.ac.ir/article_115_6a04677cf45553afa3bcef93ef9e36f4.pdf
21. Kirk AD, Harlan DM, Armstrong NN, Davis TA, Dong Y, Gray GS, et al. CTLA4-Ig and anti-CD40 ligand prevent renal allograft rejection in primates. Proc Natl Acad Sci U S A. 1997;94(16):8789–94.
22. Gall MD, Borg WR, Gall JP. Educational Research: An Introduction. Nasr A. (Persian translator). Tehran: SAMT; 2017.
23. Shams J, Azizi A, Mirzaei A. Correlation between distress tolerance and emotional regulation with students smoking dependence. Hakim Research Journal. 2010;13(1):11–8. [Persian] http://hakim.hbi.ir/article-1-608-en.pdf
24. Keyes CLM, Shapiro AD. Social Well-Being in the United States: A Descriptive Epidemiology. In: How healthy are we?: A National Study of Well-Being at Midlife. Chicago: University of Chicago Press; 2004. pp: 350–72.
25. Babapour Kheiroddin J, Toosi F, Hekmati I. Study of determinant factors role of students' social well-being. Journal of Modern Psychological Researches. 2010;4(16):1–19. [Persian] https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_4311_033c4e1a9757084c981cf72e19173412.pdf
26. Khanjani Z, Salehi Aghdam K, Afi E. The effectiveness of cognitive rehabilitation education on improving visual and autistic memory in children with learning disabilities with hyperactivity disorder and hyperactivity disorders. Journal of Instruction and Evaluation. 2018;11(43):29–44. [Persian] http://jinev.iaut.ac.ir/article_545731_f8e5b93e712b92eb25a36f684164f8ff.pdf
27. Keough ME, Riccardi CJ, Timpano KR, Mitchell MA, Schmidt NB. Anxiety symptomatology: the association with distress tolerance and anxiety sensitivity. Behav Ther. 2010;41(4):567–74. doi: 10.1016/j.beth.2010.04.002
28. Goldney RD, Fisher LJ, Hawthorne G. WHO survey of prevalence of mental health disorders. JAMA. 2004;292(20):2467–8. doi: 10.1001/jama.292.20.2467-c

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.91.0]