

Comparing Family Problem Solving, Procrastination, and Flourishing Among Parents of School Children with Specific Learning Disorders and Intellectual Disability

Hosseini Azar Kh¹, *Khademi A²

Author Address

1. MA in Psychology & Education of Exceptional Children, Department of Psychology, Urmia Branch, Islamic Azad University, Urmia, Iran;

2. Associate Professor, Department of Psychology, Urmia Branch, Islamic Azad University, Urmia, Iran.

*Corresponding Author E-mail: Dr.khademi@iau.ac.ir

Received: 2020 October 11; Accepted: 2021 May 22

Abstract

Background & Objectives: The birth of children with mental and physical disabilities or the appearance of symptoms of mental and physical disabilities make their parents amazed and disappointed. Procrastination is a common and universal phenomenon, and postponement, procrastination, and negligence at work refer to the act of unnecessarily and irrationally postponing things to the point where a person feels uncomfortable. One of the intervention methods to reduce couples' incompatibility is the family problem-solving method, which helps couples find reasonable solutions to their conflicts by teaching them how to negotiate. Most of the psychological approaches in the field of flourishing include positive psychology and mental health perspectives. Children and the problems caused by caring for these children put a lot of stress on these parents and cause disorders in their psychological functions, which necessitates the study and comparison of different components between the parents of these children. The present study aims to compare family problem solving, procrastination, and flourishing among parents of children with special learning disorders (SLD) and parents of children with intellectual disabilities.

Methods: The method of this research was a causal-comparative. The study population was all parents of students with SLD and intellectual disabilities living in the city of Tabriz, Iran, in the second semester of the academic year 2017–2018. By random sampling method, 160 parents (father or mother; 80 parents of children with special learning disorders and 80 parents of children with intellectual disabilities) were selected. The inclusion criteria of one of the parents in the study were having at least a sixth-grade elementary education, both parents being alive, and no obvious physical disability (deafness, blindness, motor disability) that hindered the research. The exclusion criteria were receiving simultaneous psychological or medical treatment from parents, divorce and separation of parents from each other, and living independently and separate from each other. The study data were gathered via Family Problem Solving Scale (Ahmadi et al., 2007), Procrastination Questionnaire (Tuckman, 1991) and Flourishing Scale (Diner et al., 2010). For data analysis, we used descriptive statistics (mean and standard deviation) and multivariate analysis of variance (MANOVA) in SPSS software version 21. The significant level was set at 0.05.

Results: The results showed a significant difference between parents of children with SLD and parents of children with intellectual disability in the procrastination ($p < 0.001$) and subscale of interest in daily activities (from the flourishing variable) ($p < 0.001$). However, no significant difference was observed between them in family problem solving and its subscales, as well as flourishing variable and its other subscales.

Conclusion: Based on the research findings, parents of children with intellectual disabilities are more negligent than parents of children with SLD. Also, the parents of children with intellectual disabilities are more interested in daily activities compared to parents of children with SLD.

Keywords: Procrastination, Family problem solving, Flourishing, Intellectual disability, Special learning disorders.

مقایسه میزان حل مشکل خانواده، اهمال‌کاری و شکوفایی در بین والدین کودکان دبستانی دارای اختلالات یادگیری خاص و کودکان ناتوان هوشی

خلیل حسینی آذرا، * علی خادمی^۲

توضیحات نویسندگان

۱. گروه روان‌شناسی، واحد ارومیه، دانشگاه آزاد اسلامی، ارومیه، ایران؛
 ۲. دانشیار گروه روان‌شناسی، واحد ارومیه، دانشگاه آزاد اسلامی، ارومیه، ایران.
 *رایانامه نویسنده مسئول: Dr.khademi@iau.ac.ir

تاریخ دریافت: ۲۰ مهر ۱۳۹۹؛ تاریخ پذیرش: ۱ خرداد ۱۴۰۰

چکیده

زمینه و هدف: تولد کودکان استثنایی ضربه سنگینی را بر خانواده وارد کرده و کارکردهای آن را دچار مشکل می‌کند که بررسی و مقایسه مؤلفه‌های مختلف را در بین والدین این کودکان ضروری می‌نماید؛ از این رو پژوهش حاضر با هدف مقایسه میزان حل مشکل خانواده، اهمال‌کاری و شکوفایی در بین والدین کودکان دبستانی دارای اختلالات یادگیری خاص و کودکان ناتوان هوشی انجام شد.

روش بررسی: روش این پژوهش از نوع روش علی مقایسه‌ای بود. جامعه مطالعه شده در پژوهش را یکی از والدین (پدر یا مادر) کودکان دارای اختلال یادگیری و کودکان ناتوان هوشی مقطع ابتدایی (پایه‌های اول تا ششم ابتدایی) در مدارس کودکان استثنایی و مراکز اختلالات یادگیری شهر تبریز تشکیل دادند که در نیم‌سال دوم تحصیلی ۹۷-۱۳۹۶ مشغول به تحصیل بودند. با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی در دسترس تعداد ۱۶۰ نفر از بین یکی از والدین پدر یا مادر (هشتاد نفر از والدین کودکان دارای اختلالات یادگیری خاص و هشتاد نفر از والدین کودکان ناتوان هوشی) انتخاب شدند. ابزارهای استفاده شده در پژوهش، مقیاس حل مشکل خانواده (احمدی و همکاران، ۲۰۰۷) و پرسش‌نامه اهمال‌کاری (تاکنن، ۱۹۹۱) و مقیاس شکوفایی (داینر و همکاران، ۲۰۱۰) بود. برای تحلیل داده‌ها از روش تحلیل واریانس چندمتغیره (مانوا) در سطح معناداری ۰/۰۵ در نرم‌افزار SPSS ویراست ۲۱ استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد، بین والدین کودکان ناتوان هوشی و والدین کودکان دارای اختلالات یادگیری خاص، در متغیر اهمال‌کاری و خرده‌مقیاس علاقه‌مندی به فعالیت‌های روزانه (از متغیر شکوفایی) تفاوت معناداری وجود داشت ($p < 0/001$)؛ اما بین حل مشکل خانواده و خرده‌مقیاس‌های آن و همچنین متغیر شکوفایی و سایر خرده‌مقیاس‌های آن بین والدین کودکان ناتوان هوشی و والدین کودکان دارای اختلالات یادگیری خاص تفاوت معناداری مشاهده نشد.

نتیجه‌گیری: براساس یافته‌های پژوهش، والدین کودکان دارای ناتوانی هوشی اهمال‌کارتر از والدین کودکان دارای اختلالات یادگیری خاص هستند و والدین کودکان دارای ناتوانی هوشی در مقایسه با والدین کودکان دارای اختلالات یادگیری خاص، به فعالیت‌های روزانه علاقه‌مندتر هستند.

کلیدواژه‌ها: اهمال‌کاری، حل مشکل خانواده، شکوفایی، ناتوان هوشی، اختلالات یادگیری خاص.

ترس از کامل نبودن؛ ۲. خیال‌پر داز؛ ۳. خودداری از مواجهه با واقعیت‌های روزمره با خیال‌پردازی؛ ۴. نگران؛ ۵. ترس از اشتباه بودن تصمیماتش؛ ۶. مبارزه‌گرا یا ستیزه‌گرا؛ ۷. توجه‌نکردن به دستورها و پیشنهادهای دیگران؛ ۸. بحران‌ساز؛ ۹. موکول‌شدن همه‌چیز به دقایق آخر یعنی انجام‌نشدن کارها در زمان مدنظر؛ ۱۰. فزون‌کار؛ ۱۱. کار بیش‌ازحد بدون تعیین اولویت‌های خود در نتیجه به‌موقع شروع یا تمام‌نشدن کارها یا انجام‌دادن آن‌ها به‌صورت ناقص. افراد ترکیبی از سبک‌های مختلف را نشان می‌دهند که در هر لحظه یکی از سبک‌ها بارزتر از بقیه است (۸).

یافته‌های پژوهش ایزنهاور و همکاران حاکی از آن است که میزان اهمال‌کاری در بین والدین دارای کودک ناتوان هوشی بیشتر از والدین دارای کودک عادی است و این والدین به‌دلیل انتظارات غیرواقع‌بینانه و سرزنش مداوم خود سطح زیادی از اضطراب و افسردگی، استرس، فشار مالی و انزوای اجتماعی را تجربه می‌کنند و توانایی محدودی در سازگاری با شرایط تنش‌زا دارند (۹). طبق بررسی‌های هی‌کاک و همکاران، میان اضطراب و اهمال‌کاری رابطه مستقیمی وجود دارد (۶). تحقیق سنکال و همکاران نشان داد، وقتی فرد در موقعیتی تهدیدکننده قرار می‌گیرد، تمایل دارد میزان اضطراب خود را از آن کار افزایش دهد و با اهمال‌کاری فشار روانی آن را کم کند (۱۰). همچنین گنجی و همکاران دریافته‌اند، بین دو گروه از مادران کودکان با اختلالات یادگیری و کودکان عادی در استفاده از راه‌ها، روش‌ها و شیوه‌های مختلف دفاعی برای مقابله با مشکلات زندگی تفاوت معناداری وجود دارد و مادران کودکان با اختلالات یادگیری، بیشتر از سبک‌های دفاعی انکار، دلیل‌تراشی و فرافکنی و سبک‌های مقابله‌ای از نوع دوری‌جویی و گریز و پرهیز استفاده می‌کنند (۱۱).

یکی از روش‌های مداخله‌ای برای کاهش ناسازگاری زوجین، روش حل مشکل خانوادگی است که با آموزش نحوه مذاکره به زوجین کمک می‌کند راه‌حل‌های معقولی را برای تعارضات خود پیدا کنند. روش حل مسئله دارای دو مرحله است: ۱. جهت‌گیری درقبال مشکل؛ ۲. سبک حل مشکل؛ ۳. جست‌وجوی منطقی یک راه‌حل از طریق کاربرد مهارت‌ها و تکنیک‌های حل مسئله. فرایند حل مسئله دو مدل اساسی دارد: الف. مدل برنسفورد^{۱۰}؛ این مدل دارای این مراحل است: ۱. تشخیص مشکل؛ ۲. تعریف مشکل؛ ۳. کشف راه‌حل از طریق به‌کارگیری راه‌حل‌های احتمالی؛ ۴. عمل‌کردن به راه‌حل انتخاب‌شده؛ ۵. ارزیابی نتایج فعالیت‌ها (۱۲)؛ ب. مدل فوکاس^{۱۵}؛ این مدل توسط دی زوریلا^{۱۶} و همکاران در سال ۲۰۰۳ تدوین شد و دارای پنج مرحله است: ۱. واقع‌گرایی یا تعریف مشکل؛ ۲. خوش‌بینی یا جهت‌گیری مثبت؛ ۳. خلاقیت یا بمباران ذهنی در زمینه ایجاد راه‌حل‌های

وقتی کودکی با ناتوانی به دنیا می‌آید یا در خلال سال‌های رشد نقیمه‌های جسمی و ذهنی کودک آشکار می‌شود، موجب ازبین‌رفتن امیدها و آرزوهای والدین می‌شود و کارکردهای روان‌شناختی خانواده را دچار مشکل می‌کند؛ همچنین سلامت روان، پویایی و هدفمندی خانواده را تحت تأثیر قرار می‌دهد و اعضای خانواده به‌خصوص والدین را در زمینه‌هایی مثل ابرازکردن، حل تعارض، ارزش‌های اخلاقی و حل مسئله دچار آسیب جدی می‌کند (۱).

طبق نسخه پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-5)^۱، ناتوانی هوشی^۲ اختلالی است که در طول دوره رشدی یعنی قبل از هیجده‌سالگی شروع می‌شود و شامل آسیب در توانایی‌های ذهنی (حل مسئله، استدلال، تفکر انتزاعی، قضاوت) و نقص در مهارت‌های سازشی (خودمدیریتی، تفریحی، شغلی، مراقبت از خود، اجتماعی، سلامت و ایمنی) است و شدت آن در چهار طبقه خفیف، متوسط، شدید و عمیق قرار می‌گیرد (۲).

مطابق DSM-5 اختلال یادگیری خاص^۳ (SLD) شامل اختلال خواندن^۴، اختلال نوشتن^۵ و اختلال ریاضی^۶ است و خود را به‌صورت مشکلات در شنیدن، حرف‌زدن، خواندن، نوشتن، هم‌جی‌کردن لغات و حروف یا محاسبات ریاضی نشان می‌دهد (۲). طبق گزارش DSM-5، میزان شیوع آن بین ۵ تا ۱۵ درصد است (۲). در ایران، میزان شیوع اختلال‌های یادگیری در مقطع ابتدایی ۴/۵۸ درصد است که پسرها ۱/۱ تا ۲/۲ درصد بیش از دخترها مبتلا به این اختلال‌ها هستند (۳). مطالعات عرب‌عامری و همکاران مشخص کرد، نرخ شیوع اختلالات یادگیری در مقطع ابتدایی مربوط به اختلال ریاضی در پسران و دختران به‌ترتیب ۱۱ درصد و ۹ درصد و اختلال خواندن در پسران و دختران به‌ترتیب ۱۵ درصد و ۱۱ درصد است (۴).

اهمال‌کاری^۷، پدیده‌ای شایع و جهان‌شمول است و به تعویق انداختن، تعلل‌ورزیدن و سهل‌انگاری در کار و درواقع عمل به تعویق انداختن غیرضروری و غیرمنطقی و ارادی کارها تا جایی است که فرد احساس ناراحتی کند؛ درحقیقت، به تعویق انداختن عمدی یک فعالیت باوجود آگاهی از عواقب ناگوار احتمالی آن است (۵) که می‌تواند پیامدهای منفی مثل ناهنجاری‌های درونی شامل عصبانیت، پشیمانی، ناامیدی و پیامدهای بیرونی فاجعه‌بار مثل ازدست‌دادن کار، نداشتن پیشرفت تحصیلی و به‌هم‌خوردن روابط دوستانه، برای افراد به‌دنبال داشته باشد (۶)؛ درواقع اهمال‌کاری راه‌حلی موقتی است که افراد سعی می‌کنند به‌کمک آن با هیجان‌های منفی مقابله کنند (۷). اهمال‌کاری دارای شش سبک است: ۱. کمال‌گرا؛ تمایل نداشتن به شروع یا پایان کار به‌دلیل

10. Worrier

11. Defier

12. Crisis-maker

13. Overdoer

14. Bransford

15. FOCUS

16. D'Zurilla

1. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Fifth Edition

2. Intellectual disability

3. Specific learning disorders

4. Dyslexia

5. Dysgraphia

6. Dyscalculia

7. Procrastination

8. Perfectionist

9. Dreamer

همه‌جانبه؛ ۴. درک و فهم یا تصمیم‌گیری؛ ۵. حل/به‌کارگیری و تأیید (۱۳).

طبق نتایج پژوهش ویکستروم و همکاران مشخص شد، والدین کودکان ناتوان هوشی مشکلات خانوادگی بیشتری با فرزندان خود دارند و در نگهداری آن‌ها دچار مشکل هستند (۱۴). یافته‌های پژوهش سیدنوری و همکاران حاکی از آن بود که تفاوت معناداری در طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه^۱ و رضایت زناشویی^۲ به‌جز پاسخ قراردادی، موضوعات شخصیتی و روابط جنسی و تمامی مؤلفه‌های سلامت عمومی به‌جز نشانه‌های بدنی بین مادران کودکان دارای اختلالات یادگیری خاص و مادران کودکان عادی وجود دارد (۱۵). همچنین نتایج تحقیق کریبی و همکاران نشان داد، تفاوت معناداری در رضایت زناشویی والدین کودکان ناتوان هوشی و والدین کودکان عادی مشاهده می‌شود؛ یعنی والدین کودکان عادی صمیمیت زناشویی بیشتری دارند (۱۶).

بیشتر رویکردهای روان‌شناختی در زمینه شکوفایی^۳ شامل دیدگاه‌های روان‌شناسی مثبت‌گرا و سلامت روان است. به‌تازگی دیدگاه‌های روان‌شناسی مثبت‌گرا^۴ درباره شکوفایی از دیدگاه‌های شادکامی و رضایت از زندگی به مدل‌های بهزیستی روان‌شناختی یا شکوفایی کلی تغییر یافته است که بر ارائه مدل‌های جامع از عملکرد بهینه فرد، نیازهای روان‌شناختی رضایت و نیز بر سلامت روانی تأکید می‌کند (۱۷). در واقع شکوفایی یعنی زندگی همراه با سلامت فیزیکی بیشتر، خلاقیت بیشتر در کار، آرامش و کامیابی که از طریق پیروی از چارچوب پرما^۵ (هیجانان مثبت^۶، مجدوبیت^۷، روابط مثبت^۸، معنا^۹، موفقیت^{۱۰}) حاصل می‌شود (۱۸). هیجان مثبت (P) یعنی داشتن هیجان مثبت در زندگی که شامل آرامش، قدردانی، رضایت، مطلوب بودن، امیدواری و عشق‌ورزیدن می‌شود و برای لذت بردن از زندگی نیاز است. مجدوبیت (E) به‌معنای احساس بهزیستی و خوب زیستن با درگیر شدن در تکالیف و موقعیت‌ها است. روابط مثبت (R) یعنی افراد دارای روابط مثبت در زندگی همواره احساس شادی بیشتری از افراد فاقد این روابط می‌کنند. احساس معنا (M) یعنی انسان تنها نیست و خالق قدرتمند با نیروی ماوراءالطبیعه برای کمک به او وجود دارد. عنصر پنجم، موفقیت و پیشرفت (A) است. عوامل پرما با سلامتی جسمانی رابطه نسبی مستقیم و با احساسات منفی و تنهایی رابطه معکوس دارند (۱۹).

یافته‌های تحقیق داینر و همکاران نشان داد، افرادی که در سطح بیشتری از شکوفایی قرار دارند، با حضور فعال در جامعه از روابط اجتماعی لذت می‌برند و محدودیت کمتری را در فعالیت روزانه خود تجربه می‌کنند و آمادگی رشد و گسترش توانایی‌هایشان و برقراری روابط صمیمانه با دیگران را دارند (۲۰). همچنین نتایج تحقیق پلنگی و رضائی مشخص کرد، والدین کودکان مبتلا به اختلال یادگیری، استرس و فشار روانی بیشتری را در زندگی تجربه می‌کنند و دارای میزان بیشتری

خشم هستند و بهزیستی روانی کمتری را در مقایسه با والدین کودکان عادی دارند (۲۱). نتایج تحقیق چشایر و همکاران نشان داد، والدین کودکان فلج مغزی دارای ناتوانی هوشی و رشدی به‌دلیل وجود فشارهای اقتصادی، اجتماعی و روان‌شناختی و محدودیت‌های اجتماعی برخاسته از تولد فرزندشان، معناداری و هدفمندی را در زندگی خود تجربه نمی‌کنند که موجب افزایش استرس و اضطراب و افسردگی، کاهش خوش‌بینی و رضایت از زندگی و رفاه روانی و اجتماعی و در نتیجه کاهش بهزیستی روان‌شناختی می‌شود (۲۲). همچنین چین و لی در تحقیق روی والدین کودکان دارای اختلال یادگیری دریافتند، زمانی که فرزند آن‌ها در دوره تحصیلی شکست می‌خورد، این امر باعث بروز آشفتگی عاطفی در میان والدین مثل خشم و ناامیدی می‌شود؛ به‌طوری‌که برخی از والدین مذکور به‌دلیل شرایط فرهنگی، اطلاع دیگران از مشکل فرزندشان را موجب رسوایی خانوادگی و ننگ اجتماعی و خجالت می‌دانند و تمایلی به کمک‌گرفتن یا به اشتراک گذاشتن نگرانی‌های خود ندارند که سبب محدود شدن روابط اجتماعی آن‌ها می‌شود (۲۳).

باتوجه به سابق پژوهشی ارائه‌شده، والدین کودکان دارای ناتوانی هوشی و والدین دارای اختلالات یادگیری خاص در مقایسه با والدین کودکان عادی اهمال‌کاری بیشتری را نشان می‌دهند و دارای مشکلات خانوادگی بیشتر و بهزیستی روانی کمتری هستند که کارکردهای روان‌شناختی خانواده‌های مذکور را دچار مشکل می‌کند؛ در واقع وجود معلولیت کودک در خانواده موجب می‌شود، عملکردهای خانوادگی با اشکال و اختلال مواجه شود؛ بنابراین ضروری است از طریق پژوهش مقایسه‌ای تأثیر وجود کودک معلول بررسی شود و مشخص شود آیا حل مشکل خانواده از این امر متأثر می‌شود یا خیر. در واقع حل مشکل خانواده چه منطقی چه غیرمنطقی می‌تواند بر تلاش‌های به‌موقع والدین با اهمال‌کار بودن آن‌ها و نیز شکوفایی روان‌شناختی یا رکود و رخوتشان تأثیر بگذارد؛ باوجود این تحقیقی یافت نشد که به مقایسه هم‌زمان اهمال‌کاری، شکوفایی و حل مشکل خانواده در بین والدین کودکان استثنایی به‌ویژه والدین کودکان دارای ناتوانی هوشی و والدین دارای اختلالات یادگیری خاص پرداخته باشد؛ از این رو خلأ پژوهشی در زمینه تحقیقات بیان‌شده وجود دارد که تنها شامل مقایسه عوامل مختلف بین والدین کودکان عادی با والدین کودکان استثنایی است. همچنین شناخت شرایط روان‌شناختی مختلف والدین کودکان استثنایی به‌ویژه والدین کودکان دارای ناتوانی هوشی و والدین کودکان دارای اختلالات یادگیری خاص ضرورت دارد که این امر منجر به درک بهتری از مشکلات آن‌ها می‌شود و می‌توان با لحاظ کردن عوامل مذکور فشار روانی ناشی از داشتن کودک استثنایی را برای آن‌ها کاهش داد؛ بنابراین با توجه به مطالب مذکور، بررسی تفاوت بین اهمال‌کاری، شکوفایی و حل مشکل خانواده در بین والدین کودکان ناتوان هوشی و والدین کودکان دارای اختلالات یادگیری خاص ضرورت دارد. پژوهش حاضر

6. Positive emotion

7. Engagement

8. Positive relationship

9. Meaning

10. Achievement

1. Early maladaptive schemas

2. Marital satisfaction

3. Flourishing

4. Positive psychology

5. PERMA

در جهت کمک به رفع خلأ تحقیقاتی مذکور و آشکارکردن اهمیت توجه به وضعیت کارکردهای روان‌شناختی والدین کودکان دارای اختلالات یادگیری خاص و ناتوان هوشی انجام شد. هدف این پژوهش مقایسه میزان حل مشکل خانواده، اهمال‌کاری و شکوفایی در بین والدین کودکان استثنایی دارای اختلالات یادگیری خاص و والدین کودکان ناتوان هوشی انجام شد.

۲ روش بررسی

روش پژوهش حاضر از نوع علی‌مقایسه‌ای بود که طی آن متغیرهای حل مشکل خانواده، اهمال‌کاری و شکوفایی در بین والدین دانش‌آموزان دارای اختلالات یادگیری خاص و والدین دانش‌آموزان ناتوان هوشی مقایسه شد. جامعه آماری را یکی از والدین (پدر یا مادر) کودکان دارای اختلال یادگیری و کودکان ناتوان هوشی مقطع ابتدایی (پایه‌های اول تا ششم ابتدایی) در مدارس کودکان استثنایی و مراکز اختلالات یادگیری شهر تبریز تشکیل دادند که در نیم‌سال دوم تحصیلی ۹۷-۱۳۹۶ مشغول به تحصیل بودند.

برای انجام تحقیق به اداره کل آموزش و پرورش کودکان استثنایی شهر تبریز مراجعه شد و با همکاری کارشناسان آن سازمان به صورت تصادفی سه مدرسه کودکان استثنایی و چهار مرکز مشکلات ویژه یادگیری انتخاب شد. در ادامه با هماهنگی قبلی به مراکز مذکور مراجعه شد و با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی در دسترس، ۱۶۰ نفر از بین یکی از والدین پدر یا مادر (هشتاد نفر از والدین کودکان دارای اختلالات یادگیری خاص و هشتاد نفر از والدین کودکان ناتوان هوشی) انتخاب شدند. برای انتخاب نمونه گروه والدین کودکان دارای ناتوانی هوشی از لحاظ تشخیصی، به پرونده دانش‌آموزان مراجعه شد. گفتنی است در بدو ورود به مدرسه کودکان استثنایی، دانش‌آموزان توسط روان‌شناس مدرسه با آزمون تخصصی مقیاس هوش و کسلر-نسخه سوم^۱ آزموده شدند؛ همچنین از جنبه ابتلا به سندرم داون مطابق با ملاک‌های تشخیصی DSM-5 این امر بررسی شده و در پرونده آن‌ها قید شده است؛ بنابراین از طریق ارزیابی پرونده دانش‌آموزان، کودکان دارای بهره هوشی کمتر از ۷۰ و بدون سندرم داون، لیست شدند و سپس از بین آن‌ها به‌طور تصادفی هشتاد نفر انتخاب شدند. درباره انتخاب ۱۶۰ نفر نمونه باید اشاره کرد، بنا به نظر دلاور، در روش‌های علی‌مقایسه‌ای باید در هر زیرگروه حداقل پانزده نفر باشد (۲۴). برای اینکه نمونه انتخاب شده نماینده واقعی جامعه باشد و اعتبار بیرونی خوبی داشته باشد، تعداد نمونه در این پژوهش هشتاد نفر برای هر گروه در نظر گرفته شد. ملاک‌های ورود یکی از والدین (پدر یا مادر) به پژوهش عبارت بود از: حداقل تحصیلات ششم ابتدایی؛ در قید حیات بودن هر دو والد؛ نداشتن معلولیت جسمی مشهود (ناشنوایی، نابینایی، حرکتی) ممانعت‌کننده از انجام پژوهش. ملاک‌های خروج شامل دریافت درمان‌های روان‌شناختی یا دارویی هم‌زمان از سوی والدین، طلاق و جدایی والدین و زندگی مستقل و جدا از هم والدین از یکدیگر بود.

پس از آگاهی‌بخشی به والدین درباره روش انجام پژوهش و اهداف آن و نیز رعایت ملاحظات اخلاقی از جمله محرمانه‌بودن اطلاعات پژوهشی و حفظ رازداری و بی‌نام بودن اطلاعات، پژوهش به وسیله مقیاس حل مشکل خانواده^۲ (۱۴)، مقیاس شکوفایی^۳ (۲۰) و پرسش‌نامه اهمال‌کاری^۴ (۲۵) اجرا شد.

برای جمع‌آوری داده‌ها ابزارهای زیر در پژوهش استفاده شد.

مقیاس حل مشکل خانواده: این مقیاس توسط احمدی و همکاران در سال ۲۰۰۷ ساخته شد (۱۳). این مقیاس دارای سی سؤال در طیف پنج‌سطحی لیکرت (هیچ‌وقت=۱، به‌ندرت=۲، بعضی‌مواقع=۳، خیلی‌مواقع=۴، همیشه=۵) است. در این مقیاس ۲۱ سؤال به‌طور مستقیم و ۹ سؤال دیگر به‌صورت وارونه نمره‌گذاری می‌شود. نمرات کمتر از ۶۵ بیانگر بسیار ضعیف بودن در حل مشکل است و نمرات ۱۴۱ و بیشتر مهارت و توان فوق‌العاده را در حل مشکل نشان می‌دهد. این مقیاس دارای دو خرده‌مقیاس است: ۱. رابطه که شیوه ارتباط و تعامل زوجین را که لازمه حل مشکل مؤثر است، نمایش می‌دهد؛ ۲. حل مشکل که شیوه و فرایند حل مشکل را براساس مدل پنج‌مرحله‌ای حل مشکل (واقع‌گرایی یا تعریف مشکل، خوش‌بینی یا جهت‌گیری مثبت، خلاقیت یا بمباران ذهنی در زمینه ایجاد راه‌حل‌های همه‌جانبه، درک و فهم یا تصمیم‌گیری، حل/به‌کارگیری و تأیید) اندازه می‌گیرد (۱۳). در پژوهش احمدی و همکاران، میزان رابطه همبستگی میان کل مقیاس با عامل رابطه و حل مشکل به‌طور یکسان ۰/۹۵ و رابطه میان عامل حل مشکل و عامل رابطه به‌میزان ۰/۸۱ بود که بیانگر روایی خوبی است. اعتبار درونی مقیاس با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ، میزان همسانی درونی کل مقیاس را ۰/۹۱ و عامل ارتباط را ۰/۸۷ و عامل حل مشکل را ۰/۸۳ نشان داد (۱۳). آلفای کرونباخ کل مقیاس در پژوهش حاضر ۰/۷۶ بود.

مقیاس شکوفایی: داینر و همکاران در سال ۲۰۱۰ این مقیاس را تدوین کردند (۲۰). این مقیاس دارای هشت سؤال است و در طیف هفت‌درجه‌ای لیکرت (کاملاً مخالف=۱، مخالف=۲، کمی مخالف=۳، نه مخالف نه موافق=۴، کمی موافق=۵، موافق=۶، کاملاً موافق=۷) نمره‌گذاری می‌شود. هر سؤال یک خرده‌مقیاس را نشان می‌دهد که عبارت است از: ۱. معناداری و هدفمندی؛ ۲. ارتباطات اجتماعی؛ ۳. علاقه‌مندی به فعالیت‌های روزانه؛ ۴. همکاری با دیگران؛ ۵. صلاحیت و شایستگی؛ ۶. انسان خوب، خوش‌بینی؛ ۸. قابل احترام. دامنه تغییرات نمرات از ۸ (کاملاً مخالف با تمام سؤالات) تا ۵۶ (کاملاً موافق با تمام سؤالات) است. نمرات بیشتر مشخص می‌کند که پاسخ‌دهندگان خود را در شرایط مثبت در حوزه‌های مهم عملکرد می‌بینند (۲۰). داینر و همکاران آلفای کرونباخ را برای این مقیاس در دانش‌آموزان سال اول کالج ۰/۸۷ و میزان اشتراک بین سؤالات مقیاس را بین ۰/۳۸ تا ۰/۶۰ گزارش کردند. همچنین بار عاملی بین ۰/۶۱ تا ۰/۷۷ محاسبه شد (۲۰). حسنی و همکاران این مقیاس را ترجمه کردند و با مشارکت دانش‌آموزان دختر مقطع دبیرستان شهر

3. Flourishing Scale (FS)

4. Procrastination Questionnaire (PQ)

1. Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence-III (WPPSI-III)

2. Family Problem Solving Scale (FPSS)

تهران، مقیاس مطالعه شد. پایایی مقیاس شکوفایی با استفاده از دو روش ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۴ و روش بازآزمایی ۰/۸۳ و همچنین روایی هم‌زمان با مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف ۰/۷۳ به دست آمد (۲۶). آلفای کرونباخ کل مقیاس در پژوهش حاضر ۰/۸۰ بود.

پرسش‌نامه اهمال‌کاری: این پرسش‌نامه توسط تاکمن در سال ۱۹۹۱ ساخته شد (۲۵). پرسش‌نامه شانزده سؤال دارد که در طیف چهاردرجه‌ای لیکرت (کاملاً موافقم=۱، موافقم=۲، مخالفم=۳، کاملاً مخالفم=۴) طراحی شده است. دوازده سؤال در این مقیاس به‌طور مستقیم و چهار سؤال دیگر به‌صورت وارونه نمره‌گذاری می‌شود. نمرات بین ۱۶ و ۶۴ است. گرفتن نمره بیشتر در پرسش‌نامه بیانگر سهل‌انگاری زیاد است (۲۵). تاکمن پایایی پرسش‌نامه را ۰/۸۶ گزارش کرد (۲۶). همچنین در بین دانشجویان مقطع کارشناسی ترکیه با دامنه سنی ۱۸ تا ۲۹، میزان اعتبار درونی کل پرسش‌نامه براساس آلفای کرونباخ برابر با ۰/۹ به دست آمد (۲۷).

۳ یافته‌ها
نتایج توصیفی جمعیت‌شناختی پژوهش حاضر از میان ۱۶۰ نفر آزمودنی‌های تحقیق (هشتاد نفر از والدین کودکان دارای اختلالات یادگیری خاص و هشتاد نفر از والدین کودکان ناتوان هوشی) در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی نمونه بررسی‌شده در بین والدین دانش‌آموزان ناتوان هوشی و والدین دانش‌آموزان دارای اختلالات یادگیری خاص

متغیر	نوع	والدین دانش‌آموزان دارای ناتوانی هوشی		والدین دانش‌آموزان دارای اختلالات یادگیری خاص	
		تعداد	درصد	تعداد	درصد
جنسیت	مرد	۲۰	۲۵	۳	۳/۷۵
	زن	۶۰	۷۵	۷۷	۹۶/۲۵
تحصیلات	مقطع ابتدایی	۱۱	۱۳/۷۵	۲۰	۲۵
	سیکل	۲۱	۲۶/۲۵	۲۱	۲۶/۲۵
	دیپلم	۲۷	۳۳/۷۵	۳۴	۴۲/۵
	دانشگاهی	۲۱	۲۶/۲۵	۵	۶/۲۵

همان‌طور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، از بین مادران و پدران کودکان دارای اختلالات یادگیری خاص و والدین کودکان ناتوان هوشی که در پژوهش شرکت کردند، مادران بیشترین فراوانی را داشتند.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار متغیرهای اهمال‌کاری، حل مشکل خانواده و شکوفایی در والدین دانش‌آموزان ناتوان هوشی و والدین دانش‌آموزان دارای اختلالات یادگیری خاص

متغیر	والدین دانش‌آموزان دارای ناتوانی هوشی		والدین دانش‌آموزان دارای اختلالات یادگیری خاص	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
اهمال‌کاری	۳۹/۸۰	۵/۱۸	۳۶/۲۸	۵/۵۲
رابطه	۳۹/۲۱	۷/۳۳	۳۷/۵۴	۶/۹۸
حل مشکل	۵۰/۵۷	۹/۰۳	۵۱/۶۱	۸/۲۶
حل مشکل خانواده (کل)	۸۹/۷۹	۱۰/۹۷	۸۹/۱۵	۱۲/۴۶
معناداری و هدفمندی	۵/۷۱	۱/۴۵	۵/۵۶	۱/۲۱
ارتباطات اجتماعی	۵/۶۱	۱/۴۲	۵/۸۷	۱/۰۵
علاقه‌مندی به فعالیت‌های روزانه	۶/۰۰	۱/۱۹	۵/۴۲	۱/۳۹
همکاری با دیگران	۵/۹۱	۱/۱۴	۵/۸۵	۱/۰۸
صلاحیت و شایستگی	۶/۱۲	۱/۰۳	۶/۰۵	۱/۰۲
انسان خوب	۵/۶۱	۱/۲۷	۵/۷۷	۱/۱۱
خوش‌بینی	۵/۸۱	۱/۵۴	۵/۷۹	۱/۲۶
قابل احترام	۵/۸۹	۱/۰۴	۶/۰۰	۰/۹۱
شکوفایی (کل)	۴۶/۶۷	۶/۴۰	۴۶/۳۲	۶/۱۶

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد، میانگین نمرات متغیر اهمال‌کاری در گروه والدین دانش‌آموزان دارای ناتوانی هوشی بیشتر از گروه والدین دانش‌آموزان دارای اختلالات یادگیری خاص بود؛ ولی در دو متغیر کلی حل مشکل خانواده و شکوفایی اختلاف درخور توجهی وجود نداشت. با استفاده از شاخص‌های کشیدگی و چولگی ملاحظه شد، توزیع داده‌ها برای همه متغیرهای پژوهش نرمال بود ($p > 0.05$). همچنین مفروضه همگنی واریانس‌های بین‌گروهی با آزمون لون بررسی شد. نتایج مشخص کرد، این مفروضه برقرار بود ($p > 0.05$). همچنین مطابق

نتایج جدول ۳. نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری برای بررسی تفاوت میانگین متغیرهای اهمال‌کاری، حل مشکل خانواده و شکوفایی بین والدین دانش‌آموزان ناتوان هوشی و والدین دانش‌آموزان دارای اختلالات یادگیری خاص

جدول ۳. نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری برای بررسی تفاوت میانگین متغیرهای اهمال‌کاری، حل مشکل خانواده و شکوفایی بین والدین دانش‌آموزان ناتوان هوشی و والدین دانش‌آموزان دارای اختلالات یادگیری خاص

متغیر	مقدار F	مقدار p	مجذوراتا
اهمال‌کاری	۱۷/۴۸۹	< ۰/۰۰۱	۰/۱۰۰
رابطه	۰/۵۳۵	۰/۴۶۶	۰/۰۰۳
حل مشکل	۱/۸۹۲	۰/۱۷۱	۰/۰۱۲
حل مشکل خانواده (کل)	۰/۱۱۸	۰/۷۳۲	۰/۰۰۱
معناداری و هدفمندی	۱/۴۶۵	۰/۲۲۸	۰/۰۰۹
ارتباطات اجتماعی	۰/۶۹۷	۰/۴۰۵	۰/۰۰۴
علاقه‌مندی به فعالیت‌های روزانه	۱۱/۶۱۷	< ۰/۰۰۱	۰/۰۶۸
همکاری با دیگران	۰/۱۹۷	۰/۶۵۸	۰/۰۰۱
صلاحیت و شایستگی	۰/۵۰۱	۰/۴۸۰	۰/۰۰۳
انسان خوب	۰/۶۶۴	۰/۴۱۶	۰/۰۰۴
خوش‌بینی	۰/۱۸۹	۰/۶۶۴	۰/۰۰۱
قابل احترام	۰/۰۵۶	۰/۸۱۳	۰/۰۰۱
شکوفایی (کل)	۰/۹۲۹	۰/۳۳۷	۰/۰۰۶

و جسمی یکی از فرزندان بر شالوده خانواده آسیب جدی وارد می‌کند و بر کارکردهای مختلف خانواده تأثیرات زیادی دارد. والدین بیشتر از سایر اعضای خانواده تحت تأثیر معلولیت قرار می‌گیرند و اضطراب، استرس، افسردگی، سرخوردگی و انزوای اجتماعی، فشار مالی زیاد را به دلیل نیاز ویژه این کودکان به امکانات مخصوص اعم از مراقبت‌های جسمی، درمانی و آموزشی و سطح بیشتری را به لحاظ سلامت‌نداشتن و کندی رشد در مقایسه با سایر والدین تحمل می‌کنند. همچنین طبق تحقیق هیکاک و همکاران میان اضطراب و اهمال‌کاری رابطه مستقیمی وجود دارد (۶). سنکال و همکاران معتقد هستند، وقتی فرد در موقعیتی تهدیدکننده قرار می‌گیرد، تمایل دارد میزان اضطراب خود را از انجام دادن آن عمل افزایش دهد و با اهمال‌کاری فشار روانی ناشی از آن را کم کند (۱۰). در واقع اهمال‌کاری راهی دفاعی غیرکارآمد و موقتی است که برای فرار از مواجه شدن با واقعیت‌های زندگی و حفظ ارزش‌های شخصی از سوی افراد بدون آنکه به پیامدهای منفی آن فکر کنند، به کار می‌رود. همسو با پژوهش باومیسر و همکاران که اهمال‌کاری را راه‌حل موقتی برای مقابله با هیجان‌های منفی می‌دانند (۷)، والدین کودکان ناتوان هوشی به دلیل اینکه درباره آینده و توانایی خود در به دست آوردن نتایج خوشایند و حل مشکلات فرزندانشان بدبین هستند، برای ایجاد احساس بهتر در خود دست به اهمال‌کاری می‌زنند تا حداقل به صورت موقت و گذرا با هیجان‌های منفی مقابله کنند. در واقع باورهای غیرمنطقی درباره توانایی‌ها و قدرت خود از عوامل

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد، میانگین متغیر اهمال‌کاری و خرده‌مقیاس علاقه‌مندی به فعالیت‌های روزانه در والدین دانش‌آموزان ناتوان هوشی و والدین دانش‌آموزان دارای اختلالات یادگیری خاص تفاوت معناداری با یکدیگر داشتند ($p < 0.001$)؛ ولی در میانگین متغیر حل مشکل خانواده و خرده‌مقیاس‌های آن و همچنین میانگین متغیر شکوفایی و سایر خرده‌مقیاس‌های آن بین دو گروه تفاوت معناداری مشاهده نشد ($p > 0.05$).

۴ بحث

هدف پژوهش حاضر مقایسه حل مشکل خانواده، اهمال‌کاری و شکوفایی در بین والدین کودکان دبستانی دارای اختلال یادگیری خاص و ناتوان هوشی بود. نتایج پژوهش نشان داد، بین میزان اهمال‌کاری والدین کودکان دبستانی دارای اختلالات یادگیری و ناتوانی هوشی تفاوت معناداری وجود داشت؛ به طوری که والدین کودکان دبستانی ناتوان هوشی اهمال‌کارتر از والدین کودکان دبستانی دارای اختلال یادگیری خاص بودند. با توجه به اینکه پژوهشی با این موضوع تاکنون صورت نگرفته است، اما این یافته به طور غیرمستقیم با نتایج پژوهش ایزنهاور و همکاران همسوست. آن‌ها دریافته‌اند، والدین کودکان ناتوان هوشی اضطراب و استرس و انزوای اجتماعی زیادی را تحمل می‌کنند و بیشتر مکانیزم‌های دفاعی رشدنیافته را به کار می‌برند (۹). در تبیین یافته مذکور پژوهش حاضر می‌توان گفت، ناتوانی‌های هوشی

ایجادکننده اهمال‌کاری است.

به پژوهشی در این راستا دست پیدا نکرد. در تبیین یافته مذکور می‌توان به نتایج پژوهشی زیر که در زمینه والدین کودکان استثنایی انجام شده است، اشاره کرد؛ پلنگی و رضائی دریافتند، والدین کودکان مبتلا به اختلالات یادگیری فشار روانی زیادی را تحمل می‌کنند و بهزیستی روانی کمتری درمقایسه با والدین کودکان عادی دارند (۲۱)؛ چشایر و همکاران نشان دادند، والدین کودکان فلج مغزی دارای ناتوانی هوشی دچار خشم و ناامیدی زیادی درمقایسه با والدین کودکان عادی هستند (۲۲)؛ چین و لی عنوان کردند، وجود کودکان دارای اختلالات یادگیری خاص موجب محدودشدن روابط اجتماعی والدین آن‌ها می‌شود (۲۳). درواقع شکوفایی شامل دیدگاه‌های مثبت‌گرا مبتنی بر احساس شادی و رضایت از زندگی است و افراد شکوفا با حضور فعال در جامعه از روابط اجتماعی لذت می‌برند و محدودیت کمتری را در فعالیت روزانه خود تجربه می‌کنند (۲۶). وجود کودکی ناتوان مانع اجتناب‌ناپذیری را دربرابر فعالیت‌ها و اهداف خانواده به‌وجود می‌آورد و موجب بروز رفتارهای منفی از سوی دوستان و وابستگان و احساس شرم و خجالت بیشتر والدین و سایر اعضای خانواده می‌شود؛ همچنین باعث می‌شود والدین مذکور درباره دیگران خوش‌بین نباشند، معناداری و هدفمندی را در زندگی خود تجربه نکنند، از معاشرت و همراهی با دیگران لذت نبرند و احساس ناراحتی کنند و دید مثبتی به زندگی نداشته نباشند. به‌دلیل چنین مواردی، این والدین سعی می‌کنند تا حد امکان از معاشرت و رابطه با دیگران دوری کنند و به انزوای اجتماعی روی آورند که موجب می‌شود روابط اجتماعی و احساس رضایت و شادکامی کمتری از والدین کودکان بهنجار داشته باشند؛ بنابراین با توجه به مشکلات مشابهی که هر دو گروه از والدین به‌سبب فرزندانشان با آن مواجه هستند، تفاوت معناداری درخصوص میزان شکوفایی در بین دو گروه از والدین کودکان ناتوان هوشی و والدین دارای اختلال یادگیری خاص مشاهده نشد.

همچنین برطبق نتایج این تحقیق، در خرده‌مقیاس علاقه‌مندی به فعالیت‌های روزانه از متغیر شکوفایی، بین والدین کودکان دبستانی دارای اختلالات یادگیری خاص و والدین کودکان دبستانی دارای ناتوانی هوشی تفاوت معناداری وجود داشت؛ به‌طوری‌که والدین کودکان دبستانی دارای ناتوانی هوشی درمقایسه با والدین کودکان دبستانی دارای اختلالات یادگیری خاص، به فعالیت‌های روزانه علاقه‌مندتر هستند. محقق پژوهشی پیدا نکرد که در این راستا انجام شده باشد. در تبیین این یافته می‌توان بر شکوفانیدن استعدادها و قابلیت‌های والدین کودکان استثنایی به‌دلیل درگیری و تنش ناشی از داشتن کودکان مذکور اشاره کرد که متمرکز روی فعالیت‌های ضروری لازم روزانه یکنواخت و خسته‌کننده برای رفع مشکلات هستند و بسته به نوع معلولیت کودکان متفاوت از هم است و توأم با شکوفایی نیست؛ بنابراین با توجه به نوع متفاوت انجام فعالیت‌های روزانه یکنواختی که والدین هر دو گروه به‌دلیل فرزندانشان با آن مواجه هستند، تفاوت معناداری درخصوص میزان خرده‌مقیاس علاقه‌مندی به فعالیت‌های روزانه بین والدین کودکان دبستانی دارای اختلالات یادگیری خاص و والدین کودکان دبستانی دارای ناتوانی هوشی مشاهده شد. این پژوهش محدودیت‌های داشت؛ ازجمله اینکه جامعه آماری پژوهش

همچنین نتایج این پژوهش نشان داد، بین میزان حل مشکل خانواده والدین کودکان دبستانی دارای اختلالات یادگیری خاص و والدین کودکان دبستانی دارای ناتوانی هوشی تفاوت معناداری وجود نداشت. با توجه به وجودداشتن نتایج پژوهشی در این زمینه، در تبیین یافته مذکور می‌توان به نتایج پژوهش‌های ذیل استناد کرد: ویکستروم و همکاران دریافتند، والدین کودکان ناتوان هوشی مشکلات خانوادگی زیادی درمقایسه با والدین کودکان عادی دارند (۱۴)؛ سیدنوری و همکاران نشان دادند، والدین کودکان دارای اختلالات یادگیری خاص فشار شدید روانی زیادی را تحمل می‌کنند و رضایت زناشویی کمتری درمقایسه با والدین کودکان عادی دارند (۱۵)؛ کریمی و همکاران عنوان کردند، والدین کودکان ناتوان هوشی درمقایسه با والدین کودکان بهنجار دارای صمیمیت و رضایت زناشویی کمتری هستند (۱۶). درواقع وجود کودک با ناتوانی موجب می‌شود والدین آن‌ها نگاهی متفاوت به مسائل و مشکلات فرزندشان داشته باشند. محدودیت‌های این فرزندان توجه درازمدت والدین را برای رفع نیازهای درمانی، بهداشتی و تغذیه و سایر مراقبت‌های عمومی طلب می‌کند؛ به‌طوری‌که فشارهای سنگین مالی، صرف‌نکردن زمان کافی برای سایر اعضای خانواده و ازدست‌دادن موقعیت‌های کاری را به‌دنبال دارد. در برخی از مواقع والدین برای کاهش فشارهای روانی خود یکدیگر را مقصر داشتن چنین فرزندی می‌دانند. چنین مواردی موجب بروز مشکل در تعادل‌بخشی بین وظیفه همسررداری و پدر و مادر بودن می‌شود؛ به‌طوری‌که آنان نمی‌توانند وظایف ضروری و لازم زندگی مشترک را برآورده کنند. این امر مشکلات در روابط خانوادگی و فشار روانی والدین کودکان مذکور را افزایش می‌دهد که پیامدهایی مثل طلاق عاطفی، زوال روابط، افسردگی و انصراف از بارداری بعدی را به‌دنبال خواهد داشت. همچنین خانواده‌های دارای کودک مبتلا به اختلال یادگیری در حین رشد و تحصیل کودک دچار مشکلات متعددی می‌شوند که آرامش روانی والدین را برهم می‌زند و افت سلامت روان و طیف وسیعی از غم، اندوه تا احساس درماندگی را در پی دارد. به‌علاوه توجه صرف به فرزندشان به‌عنوان هدف اصلی، منجر به فداکردن هدف‌های شخصی و دورشدن والدین از همدیگر می‌شود و با افزایش فشار روانی سازگاری میزان رضایت زناشویی والدین به‌مخاطره می‌افتد؛ بنابراین به‌دلیل مشکلاتی که دو گروه از والدین به‌سبب فرزندانشان با آن مواجه هستند، نمی‌توانند احساسات مثبت و منفی خود را درخصوص مشکلات فرزندانشان، مسائل مالی، نوع روابط عاطفی خود و سایر موضوعات با یکدیگر مطرح کنند و برای حل مشکلات خانواده از همدیگر کمک بخواهند. چنین مسائلی دورشدن زوجین از یکدیگر و نارضایتی زناشویی را به‌دنبال دارد. به همین دلیل تفاوت معناداری درخصوص میزان حل مشکل خانواده در بین دو گروه (والدین کودکان دارای اختلالات یادگیری خاص و والدین کودکان دارای ناتوانی هوشی) مشاهده نمی‌شود.

همچنین برطبق نتایج این تحقیق، بین میزان شکوفایی خانواده والدین کودکان دبستانی دارای اختلالات یادگیری خاص و والدین کودکان دبستانی دارای ناتوانی هوشی تفاوت معناداری وجود نداشت. محقق

و یافته‌ها به شهر تبریز مختص بود؛ همچنین جامعه آماری فقط شامل والدین دانش‌آموزان دارای اختلالات یادگیری خاص و ناتوان هوشی بود؛ از این رو در تعمیم نتایج به سایر نقاط جغرافیایی و گروه‌های استثنایی باید جانب احتیاط رعایت شود. در همین راستا پیشنهاد می‌شود این پژوهش در شهرهای دیگر و در بین سایر گروه‌های کودکان استثنایی انجام شود.

۵ نتیجه‌گیری

به‌طور کلی پژوهش حاضر نشان داد، والدین کودکان دارای ناتوانی هوشی اهمیت کارتر از والدین کودکان دارای اختلالات یادگیری خاص هستند و در زمینه حل مشکل خانواده و شکوفایی به‌جز خرده‌مقیاس علاقه‌مندی به فعالیت‌های روزانه تفاوت معناداری باهم ندارند. والدین کودکان ناتوان هوشی به‌دلیل باورهای منفی و پرهیز از مواجهه‌شدن با حقایق زندگی بیش از والدین کودکان استثنایی دیگر فشار و اضطراب زیادی را تحمل می‌کنند و برای کاهش این اضطراب به اهمیت‌کاری دست می‌زنند؛ از این رو سیاست‌گذاری‌های حمایتی سازمان‌های مسئول نباید تنها معطوف به این کودکان باشد و کمک برای رفع مشکلات روانی والدین این کودکان نیز کاملاً ضروری است. نتایج این تحقیق می‌تواند در وزارت آموزش و پرورش و سازمان بهزیستی استفاده شود تا علاوه بر دانش‌آموزان استثنایی، نیازهای روانی والدین آن‌ها نیز مدنظر قرار گیرد؛ همچنین با تهیه برنامه‌های آموزشی بهزیستی روانی و مثبت‌اندیشی و آموزش روش حل مشکل خانواده کمک شود تا والدین مذکور با غلبه بر باورهای منفی و درخودماندگی بتوانند از نظر هیجانی و عملکرد در زندگی شخصی و اجتماعی خوب عمل کنند، از روابط اجتماعی لذت ببرند و محدودیت کمتر در فعالیت روزانه و رضایت زناشویی بیشتری را تجربه کنند. این امر باعث می‌شود از تعمیم این

مشکلات به فرزندان آن‌ها و هدررفتن منابع آموزشی جلوگیری شود.

۶ تشکر و قدردانی

نگارندگان مقاله از تمامی والدین کودکان دارای اختلال یادگیری خاص و ناتوان هوشی برای شرکت در مطالعه و همچنین از مسئولان اداره آموزش و پرورش استثنایی شهر تبریز به‌لحاظ همکاری در این تحقیق، کمال تشکر را دارند.

۷ بیانیه‌ها

تأییدیه اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشگاه آزاد اسلامی واحد ارومیه با کد ۱۳۰۲۹۶۲۰۷۰۳۲۰۷ است. ملاحظات اخلاقی رعایت‌شده در مطالعه، محرمانه‌بودن اطلاعات پژوهشی، حفظ رازداری شرکت‌کنندگان و بی‌نام‌بودن اطلاعات بود.

رضایت برای انتشار

این امر غیرقابل اجرا است.

تضاد منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند هیچ‌گونه تضاد منافی ندارند.

منابع مالی

این پژوهش با هزینه شخصی و بدون حمایت مالی سازمان یا نهادی انجام شده است.

مشارکت نویسندگان

نویسنده اول داده‌های به‌دست‌آمده را آنالیز و تفسیر کرد. نویسنده دوم در نگارش نسخه دست‌نوشته همکار اصلی بود. همه نویسندگان دست‌نوشته نهایی را خواندند و تأیید کردند.

References

1. Mitchell DB, Hauser-Cram P. The well-being of mothers of adolescents with developmental disabilities in relation to medical care utilization and satisfaction with health care. *Res Dev Disabil.* 2008;29(2):97–112. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2006.12.002>
2. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5.* 5th ed. Washington, D.C: American Psychiatric Association; 2013.
3. Rahbar Karbasdehi E, Hossein Khazadeh AA, Rahbar Karbasdehi F. The effect of self-regulation empowerment program training on academic anxiety of students with specific learning disorder. *Exceptional Education Journal.* 2020;(159):19–26. [Persian] <http://exceptionaleducation.ir/article-1-1423-fa.pdf>
4. Arab Ameri M, Hamzeian A, Adlrad S. The investigate of prevalence of learning disabilities in students in grades of two to five elementary schools and the awareness level of teachers in Semnan province. In: *International Conference on Management and Humanities* [Internet]. UAE, Dubai: Viera Capital Institute of Managers; 2015. <https://www.sid.ir/Fa/Seminar/ViewPaper.aspx?ID=21104>
5. Chow HPH. Procrastination among undergraduate students: effects of emotional intelligence, school life, self-evaluation, and self-efficacy. *Alberta Journal of Educational Research.* 2011;57(2):234–40. <https://doi.org/10.11575/ajer.v57i2.55479>
6. Haycock LA, McCarthy P, Skay CL. Procrastination in college students: the role of self-efficacy and anxiety. *Journal of Counseling & Development.* 1998;76(3):317–24. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6676.1998.tb02548.x>
7. Baumeister RF, Heatherton TF, Tice DM. *Losing control: how and why people fail at self-regulation.* San Diego, CA, US: Academic Press; 1994.
8. Neenan M. Tackling procrastination: an REBT perspective for coaches. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy.* 2008;26(1):53–62. <https://doi.org/10.1007/s10942-007-0074-1>

9. 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. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2005.00699.x>
10. Senécal C, Koestner R, Vallerand RJ. Self-regulation and academic procrastination. *The Journal of Social Psychology.* 1995;135(5):607–19. <https://doi.org/10.1080/00224545.1995.9712234>
11. Ganji M, Mohammadi J, Tabriziyan S. Comparing emotional regulation and defense mechanisms in mothers of students with and without learning disabilities. *Journal of Learning Disabilities.* 2013;2(3):54–72. [Persian] http://jld.uma.ac.ir/article_127_aceed16d33c57af85270e845159a9727.pdf
12. D' Zurilla T, Chang EC, Sanna LJ. Self-esteem and social problem solving as predictors of aggression in college students. *Journal of Social and Clinical Psychology.* 2003;22(4):424–40. <https://doi.org/10.1521/jscp.22.4.424.22897>
13. Ahmadi K, Azad-Marzabadi E, Napipoor Ashrafi SM, Raiisi F. Construction and validation of Family Problem Solving Scale. *J Applied Sci.* 2007;7(24):3958–64. doi: [10.3923/jas.2007.3958.3964](https://doi.org/10.3923/jas.2007.3958.3964)
14. Wickström M, Höglund B, Larsson M, Lundgren M. Increased risk for mental illness, injuries, and violence in children born to mothers with intellectual disability: a register study in Sweden during 1999-2012. *Child Abuse Negl.* 2017;65:124–31. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.01.003>
15. Seyyed Noori SZ, Kafie SM, Hosseinkhazadeh AA, Karimi R. A comparison of general health and marital satisfaction in mothers of children with learning disabilities and mothers of normal children. *Middle Eastern Journal of Disability Studies.* 2015;5:119–27. [Persian] <https://jdisabilstud.org/article-1-459-en.pdf>
16. Karimi T, Rangrazian F, Mobasher Amini Z. The effect of coping strategies with stress on marital satisfaction and stress in parents of children with mental retardation. *Quarterly Journal of Child Mental Health.* 2016;3(3):107–17. [Persian] <http://childmentalhealth.ir/article-1-49-en.pdf>
17. Seligman MEP. *Flourish: a visionary new understanding of happiness and well-being.* New York, NY: Free Press; 2011.
18. Mirzakhani P, Rezaei AM, Aminbeidokhti AA, Najafi M, Rahimian Bougar I. Examining the effectiveness of educating flourishing on positive emotions, relationships, sense of meaning, achievement and engagements among young researchers and elites. *Journal of Research in Educational Science.* 2017;11(36):209–30. [Persian] <https://dx.doi.org/10.22034/jiera.2017.51091>
19. Butler J, Kern ML. The PERMA-Profilier: A brief multidimensional measure of flourishing. *International Journal of Wellbeing.* 2016;6(3):1–48. <https://doi.org/10.5502/ijw.v6i3.526>
20. Diener E, Wirtz D, Tov W, Kim-Prieto C, Choi DW, Oishi S, et al. New well-being measures: short scales to assess flourishing and positive and negative feelings. *Soc Indic Res.* 2010;97(2):143–56. <https://doi.org/10.1007/s11205-009-9493-y>
21. Palanghi A, Rezaei A. A comparison of psychological well-being and control of anger in mothers of children with learning disabilities and normal children. *Journal of Learning Disabilities.* 2017;6(2):38–51. [Persian] http://jld.uma.ac.ir/article_481_167be229eb2a983d11007661189aa0ff.pdf
22. Cheshire A, Barlow JH, Powell LA. The psychosocial well-being of parents of children with cerebral palsy: a comparison study. *Disabil Rehabil.* 2010;32(20):1673–7. <https://doi.org/10.3109/09638281003649920>
23. Chien WT, Lee IYM. An exploratory study of parents' perceived educational needs for parenting a child with learning disabilities. *Asian Nursing Research.* 2013;7(1):16–25. <https://doi.org/10.1016/j.anr.2013.01.003>
24. Delavar A. *Educational and psychological research.* Tehran: Virayesh Pub; 2020. [Persian]
25. Tuckman BW. The development and concurrent validity of the Procrastination Scale. *Educational and Psychological Measurement.* 1991;51(2):473–80. <https://doi.org/10.1177/0013164491512022>
26. Hassani M, Nadi MA. Investigating psychometric properties and standardization of the flourishing scale among female students of the third grade of high school. *Positive Psychology Research.* 2016;2(1):63–74. [Persian] <https://dx.doi.org/10.22108/ppls.2016.21297>
27. Ozer BU, Saçkes M, Tuckman BW. Psychometric properties of the Tuckman Procrastination Scale in a Turkish sample. *Psychol Rep.* 2013;113(3):874–84. <https://doi.org/10.2466/03.20.pr0.113x28z7>
28. Moghadas-Bayat M. *Reliability and validity of Tuckman Procrastination Scale* [Thesis for Master]. [Roudehen, Iran]: Islamic Azad University Roudehen; 2003. [Persian].