



دانشگاه بلوچستان
تحصیلات تکمیلی

پایان نامه کارشناسی ارشد در رشته علوم تربیتی
گرایش تحقیقات آموزشی

عنوان:

بررسی مقایسه ای خودکارآمدی اجتماعی، خودکارآمدی تحصیلی و بهداشت روانی دانش آموزان دارای اختلال یادگیری

استاد راهنما:
دکتر علیرضا حیدرزادگان

استاد مشاور:
دکتر ولی مهدی نژاد

تحقیق و نگارش:
سید جواد حسینی

شهریور 1393

بسمه تعالی

این پایان نامه با عنوان بررسی مقایسه ای خودکارآمدی اجتماعی، خودکارآمدی تحصیلی و بهداشت روانی دانش آموزان دارای اختلال یادگیری قسمتی از برنامه آموزشی دوره کارشناسی ارشد علوم تربیتی گرایش تحقیقات آموزشی توسط دانشجو سید جواد حسینی با راهنمایی استاد پایان نامه دکتر علیرضا حیدرزادگان تهیه شده است. استفاده از مطالب آن به

منظور اهداف آموزشي با ذكر مرجع و اطلاع کتبي به حوزه
تحصيلات تکميلي دانشگاه سيستان و بلوچستان مجاز مي باشد.

سيد جواد حسيني

اين پايان نامه 6 واحد درسي شناخته مي شود و در تاريخ
..... توسط هيئت داوران بررسي و درجه
..... به آن تعلق گرفت.

تاريخ

امضاء

نام و نام

خانوادگي

استاد راهنما:

استاد راهنما:

استاد مشاور:

داور 1:

داور 2:

نماینده

تحصيلات

تکميلي:



دانشگاه سیستان و بلوچستان

تعهدنامه

اصالت اثر

اینجانب سید جواد حسینی تعهد می‌کنم که مطالب مندرج در این پایان‌نامه حاصل کار پژوهشی اینجانب است و به دستاوردهای پژوهشی دیگران که در این نوشته از آن استفاده شده است مطابق مقررات ارجاع گردیده است. این پایان‌نامه پیش از این برای احراز هیچ مدرک هم سطح یا بالاتر ارائه نشده است.

کلیه حقوق مادی و معنوی این اثر متعلق به دانشگاه سیستان و بلوچستان می‌باشد.

نام و نام خانوادگی دانشجو:

امضاء

تقدیم به:

روح پاک پدرم که عالمانه به من آموخت تا چگونه در عرصه زندگی، ایستادگی را تجربه نمایم.

و به مادرم، دریای بی کران فداکاری و عشق که وجودم برایش
همه رنج بود و وجودش برایم همه مهر

و به:

همسرم، اسطوره زندگیم، پناه خستگی و امید بودم.

سپاسگزارى

نخستین سپاس و ستایش از آن خداوندی است که بنده کوچکش را
در دریای بیکران اندیشه، قطره ای ساخت
تا وسعت آن را از دریچه اندیشه های ناب آموزگارانی بزرگ
به تماشا نشیند. لذا اکنون که در سایه سار بنده
نوازی هایش پایان نامه حاضر به انجام رسیده است، بر خود
الزم می دانم تا مراتب سپاس را از بزرگواری به جا

آورم که اگر دست یاریگرشان نبود، هرگز این پایان نامه به انجام نمی رسید.

ابتدا از استاد گرانقدرم جناب آقای دکتر حیدرزادگان که زحمت راهنمایی این پایان نامه را بر عهده داشتند، کمال سپاس را دارم.

از استاد مشاورم جناب آقای دکتر مهدی نژاد که از راهنمایی های ارزنده ایشان نهایت استفاده را نموده ام، کمال سپاس را دارم.

از مهربانترین همراه زندگیم همسر عزیزم که حضورش در فضای زندگیم مصداق بی ریای سخاوت بوده است کمال سپاس را دارم.

در خاتمه از اساتید محترم گروه علوم تربیتی، مدیریت محترم آموزش و پرورش استثنایی استان سیستان و بلوچستان، مدیران و کارکنان مراکز اختلالات یادگیری کوشا و علوی زاهدان و دوستان ارجمندم که مرا در انجام این تحقیق یاری نمودند، قدردانی و تشکر می نمایم.

چکیده :

این پژوهش با هدف بررسی مقایسه ای خودکارآمدی اجتماعی، خودکارآمدی تحصیلی و بهداشت روانی دانش آموزان دارای اختلال یادگیری مراجع و غیر مراجع به مراکز اختلالات یادگیری انجام شده است. روش: پژوهش حاضر با روش علی-مقایسه ای که با مشارکت 53 نفر (26 نفر مراجعه کننده و 27 نفر عدم مراجعه کننده) ازدانش آموزان دارای اختلال یادگیری که در سال تحصیلی 92-93 در پایه های چهارم، پنجم و ششم ابتدایی

آموزش و پرورش ناحیه 1 و 2 شهر زاهدان مشغول به تحصیل بودند و به روش نمونه گیری تدریجی انتخاب شدند، اجرا شد. در این پژوهش از پرسشنامه های تبدیل شده خودکارآمدی اجتماعی نوجوان (کنلی، 1989) و پرسشنامه 28 سوالی سلامت روان (GHQ28، گلدبرگ و هیلیر، 1979) استفاده شده است که پایایی آن ها با استفاده از ضریب آلفای کرانباخ به ترتیب 0/96 و 0/92 برآورد گردید. همچنین پرسشنامه تبدیل شده 32 سوالی خودکارآمدی تحصیلی دانشجویان (اون و فرامن، 1988) که پایایی آن از روش بازآزمایی آزمون با ضریب همبستگی (پیرسون) 0/84 بدست آمد نیز در این پژوهش مورد استفاده قرار گرفت. روایی پرسشنامه ها هم مورد تأیید جمعی از اساتید گروه روانشناسی و علوم تربیتی قرار گرفت. داده ها با استفاده از آزمون t مستقل تحلیل شد. یافته ها نشان داد تفاوت میزان خودکارآمدی اجتماعی، خودکارآمدی تحصیلی و بهداشت روانی دو گروه مراجعه کننده و عدم مراجعه معنادار است، به گونه ای که گروه مراجعه کننده از خودکارآمدی اجتماعی، خودکارآمدی تحصیلی و بهداشت روانی بهتری برخوردارند. اما در مشارکت و عملکرد اجتماعی بین دو گروه تفاوت معناداری مشاهده نشد. بر اساس یافته های پژوهش حاضر این نتیجه حاصل شد که مراجعه به مراکز اختلالات یادگیری باعث بهبود علائم اختلال یادگیری و در نتیجه بهتر شدن خودکارآمدی اجتماعی، خودکارآمدی تحصیلی و بهداشت روانی دانش آموزان دارای اختلال یادگیری می شود اما در مشارکت و عملکرد اجتماعی بی تاثیر است.

کلمات کلیدی: خودکارآمدی اجتماعی، خودکارآمدی تحصیلی، بهداشت روانی و ناتوانی (اختلالات) یادگیری¹

فهرست مطالب

¹ . Learning Disabilities.

1	فصل اول: کلیات
2	تحقیق.....
3	.....
4	1-1- مقدمه
5	.....
6	.....
7	.....
9	1-2- بیان مسئله

1	.....
0	.....
1	1-3- اهمیت ضرورت مسئله
0	.....
1	.....
1	.....
1	1-4- اهداف پژوهش
4	.....
1	.....
4	.....
1	1-5- فرضیه های پژوهش
4	.....
1	.....
4	.....
1	1-6- تعریف متغیرها
4	.....
1	.....
5	.....
1	فصل دوم: مبانی نظری و پیشینه
6	.....
1	.....
9	الف) مبانی
2	نظری.....
1	.....
2	.....
2	2-1- اختلالات یادگیری
2	.....
3	.....
2	.....
4	2-1-1- تعاریف
2	.....
5	.....

2	.....
5	.....
2	2-1-2 تاریخچه
6	.....
2	.....
8	.....
2	2-1-3 نظریه های اختلالات یادگیری
9	.....
3	.....
0	2-1-3-1 نظریه غلبه طرفی مغز
3	.....
0	.....
3	.....
1	2-1-3-2 نظریه کوتاهی دامنه توجه
3	.....
2	.....
3	2-1-3-3 نظریه فرابری آگاهی ها
4	.....
3	.....
4	2-1-4 طبقه بندی اختلالات یادگیری
3	.....
4	.....
3	2-1-4-1 انواع ناتوانی های یادگیری تحولی
6	.....
3	.....
8	2-1-4-2 انواع ناتوانی های یادگیری تحصیلی
4	.....
0	.....
4	2-1-5 شیوع اختلالات یادگیری
1	.....
4	.....
1	.....
4	2-1-6 علت شناسی اختلالات یادگیری
1	.....
4	.....
3	2-2 خودکارآمدی
4	.....
6	.....
4	.....
8	2-2-1 نظریه بندورا
4	.....
9	.....
5	.....
0	2-2-2 منابع اطلاعات درباره ی احساس
5	خودکارآمدی.....
0	.....
5	2-2-3 قضاوت های خودکارآمدی
1	.....

5	.....
2	2-2-4- حیطه های مختلف خودکارآمدی
5	.....
3	.....
5	2-2-5- خودکارآمدی اجتماعی
3	.....
5	.....
4	.....
5	2-2-6- خودکارآمدی تحصیلی
5	.....
5	.....
6	.....
5	2-2-6-1- بررسی مفاهیم باورهای خودکارآمدی تحصیلی
6	.....
5	.....
7	2-3- بهداشت روانی
5	.....
9	.....
6	.....
9	2-3-1- تعاریف
6	.....
9	.....
7	.....
0	2-3-2- دیدگاه ها و نقطه نظر ها در ارتباط با مفهوم
7	سلامت روانی
1	.....
7	2-3-3- ابعاد مختلف سلامتی
9	.....
7	.....
9	.....
8	2-3-4- بهداشت روانی دانش آموزان دارای اختلال
1	یادگیری
8	.....
4	.....
	2-4- پیشینه پژوهش

	2-4-1- پژوهش های داخل ایران

	2-4-2- پژوهش های خارجی

	2-5- جمع بندی فصل

.....
.....
فصل سوم: روش تحقیق
.....
.....

.....
.....
3-1- طرح

پژوهش.....
.....

.....
.....
3-2- جامعه آماری
.....
.....

.....
.....
3-3- نمونه و روش نمونه گیری
.....
.....

.....
.....
3-4- روش و ابزارهای گردآوری اطلاعات
.....
.....

.....
.....
3-5- شیوه های تجزیه و تحلیل داده ها
.....
.....

.....
.....
فصل چهارم: تجزیه و تحلیل داده ها
.....
.....

.....
.....
تجزیه و تحلیل فرضیه (1)
.....
.....

.....
.....
تجزیه و تحلیل فرضیه (1-1)
.....
.....

.....
.....
تجزیه و تحلیل فرضیه (1-2)
.....
.....

.....
.....
تجزیه و تحلیل فرضیه (1-3)
.....
.....

.....
.....
تجزیه و تحلیل فرضیه (1-4)
.....
.....

.....
.....
تجزیه و تحلیل فرضیه (1-5)
.....
.....

.....
.....
تجزیه و تحلیل فرضیه (2)

.....
.....
تجزیه و تحلیل فرضیه (3)

.....
.....
تجزیه و تحلیل فرضیه (3-1)

.....
.....
تجزیه و تحلیل فرضیه (3-2)

.....
.....
تجزیه و تحلیل فرضیه (3-3)

..... (3)
.....
تجزیه و تحلیل فرضیه (3-3)

..... (4)
.....
فصل پنجم: نتیجه گیری و بحث

.....
.....
محدودیت ها

.....
.....
پیشنهادها

.....
.....
پیشنهاد ها برای پژوهشگران آینده

.....
.....
مراجع

.....
.....
پیوست ها

.....	پیوست (الف) پرسشنامه خودکارآمدی اجتماعی.....
.....
.....	پیوست (ب) پرسشنامه خودکارآمدی تحصیلی.....
.....
.....	پیوست (ج) پرسشنامه بهداشت روانی.....
.....

فهرست جدول ها

صفحه	عنوان جدول
42	جدول 3-1- توزیع نمونه برحسب تفکیک جنسیت
42	.....
43	.....
44	جدول 3-2- توزیع نمونه بر حسب تفکیک پایه
46	.....
49	.....
50	جدول 3-3- توزیع پرسش های زیر مقیاس های خودکارآمدی اجتماعی
51	.....
51	جدول 3-4- تعیین پایایی پرسشنامه خودکارآمدی اجتماعی
52	.....
53	.....
54	جدول 3-5- تعیین پایایی پرسشنامه بهداشت روانی
54	.....
55	.....
56	جدول 4-1- نتایج آزمون t مستقل در ارتباط با تعیین خودکارآمدی اجتماعی.....
57	.....
57	جدول 4-2- نتایج آزمون t مستقل در ارتباط با تعیین قاطعیت اجتماعی.....

- جدول 4-3- نتایج آزمون t مستقل در ارتباط با تعیین عملکرد اجتماعی
.....
- جدول 4-4- نتایج آزمون t مستقل در ارتباط با تعیین جنبه های دوستی و صمیمیت.....
- جدول 4-5- نتایج آزمون t مستقل در ارتباط با تعیین جنبه های کمک کردن یا کمک گرفتن.
- جدول 4-6- نتایج آزمون t مستقل در ارتباط با تعیین مشارکت اجتماعی
.....
- جدول 4-7- نتایج آزمون t مستقل در ارتباط با تعیین خودکارآمدی تحصیلی
- جدول 4-8- نتایج آزمون t مستقل در ارتباط با تعیین بهداشت روانی
.....
- جدول 4-9- نتایج آزمون t مستقل در ارتباط با تعیین علائم جسمانی
- جدول 4-10- نتایج آزمون t مستقل در ارتباط با تعیین اضطراب
.....
-
- جدول 4-11- نتایج آزمون t مستقل در ارتباط با تعیین اختلال در کارکرد اجتماعی.....
- جدول 4-12- نتایج آزمون t مستقل در ارتباط با تعیین افسردگی
.....
-

فهرست شکل ها

عنوان شکل

ک
فا
۶
ه

39

شکل 2-1. چارچوب نظری تحقیق

.....
.....
.....

فصل اول

کلیات تحقیق

1-1- مقدمه

به جرأت می‌توان یادگیری را بنیادی‌ترین فرایندی دانست که در نتیجه‌ی آن، موجودی ناتوان و درمانده در طی زمان و در تعامل و رشد جسمی به فردی تحول یافته می‌رسد که توانایی‌های شناختی و قدرت اندیشه‌ی او حد و مرزی نمی‌شناسد. تنوع بسیار زیاد و گسترش زمانی یادگیری انسان که به وسعت طول عمر اوست، باعث شده است علی‌رغم تفاوت‌های زیادی که در یادگیری با هم دارند، برخی افراد در روند عادی یادگیری و آموزش دچار مشکل شوند (کارگرشورکی، ملکپور و احمدی، 1389). در این میان بسیارند کودکانی که ظاهری طبیعی

دارند، رشد جسمی، قد و وزنشان حاکی از بهنجار بودن آنان است؛ هوش کم و بیش عادی دارند؛ به خوبی حرف می زنند و مانند سایر کودکان بازی می کنند؛ مثل همسالان خود با سایرین ارتباط برقرار می کنند؛ در خانه نیز خودیاری های لازم را دارند و کارهایی را که والدین به آن ها می سپارند، به خوبی انجام می دهند و از رفتار و اخلاق عادی برخوردارند؛ لیکن زمانی که به مدرسه می روند و می خواهند خواندن، نوشتن و حساب یاد بگیرند، دچار مشکلات جدی می شوند. این کودکان به تدریج درمی یابند که سایر کودکان از نظر وضع درسی بهتر از آن ها هستند و احساس حقارت را تجربه می کنند و کم کم بیزاری از درس و مدرسه در آن ها به وجود می آید. والدین آن ها که اغلب از دلایل ناتوانی یادگیری آن ها بی خبر هستند، مشکل را بیش تر می کنند و با فشارهایی که به کودک وارد می آورند، دشواری را چند برابر می کنند. امروزه، بزرگ ترین گروه کودکان استثنایی، کودکان دچار ناتوانی یادگیری می باشند. (احدی و کاکاوند، 1389). ناتوانیهای یادگیری، یکی از بزرگترین و شاید جنجال برانگیزترین مقوله های آموزش و پرورش استثنایی است. اختلال یادگیری در ایالات متحده آمریکا اصطلاحی برای توصیف کودکانی است که در رشد زبان و مهارت های ارتباطی، دارای اختلال هستند. کودکانی که مشکلات یادگیری آن ها در درجه ی اول به علت نقص بینایی، شنوایی، حرکتی و یا مشکلات هیجانی، محدودیت فرهنگی یا عقب ماندگی ذهنی کلی است، جزء این گروه محسوب نمی شوند. این دسته از کودکان و نوجوانان با اینکه هوششان پایین تر از همکلاسی هایشان نیست، ظاهری طبیعی دارند، رشد وزن و قدشان طبیعی است و مثل سایر کودکان بازی می کنند؛ اما در فعالیت هایی چون خواندن، نوشتن، سخن گفتن و فهم ریاضی دچار مشکل بوده، در انجام تکالیف مدرسه دچار اشکال جدی می باشند (زاهد، رجبی و امیدی، 1391).

معلمان و مسئولان آموزش و پرورش به علت عدم آگاهی از مشکلات ویژه ی این گروه از کودکان معمولاً آنان را در شمار عقب ماندگان ذهنی رده بندی می کنند و یا به عنوان کودکان تنبلی که کوشش برای یادگیری نمی کنند، می شناسند. گاهی دشواری های خواندن این کودکان با مشکل هجی کردن نیز همراه است. توانایی خواندن و هجی کردن با اینکه با هم ارتباط

نزدیک دارد اما یکی نیست و ممکن است هر کدام جداگانه وجود داشته باشد. گاهی اوقات به علت فشارهای محیطی و عدم درک اطرافیان از توانایی های خاص این دسته از کودکان، مشکلات روانی و عاطفی و رفتاری نیز بر مشکلاتشان افزوده می شود (نادری، نراقی، 1364، ص33).

2-1- بیان مسئله

در سال های اخیر مطالعات و پژوهش های گوناگونی درباره دانش آموزانی آغاز شده است که وضعیت آن ها در مدرسه برای بسیاری از اولیا و معلمان جای سؤال دارد. اگر کودکی از نظر جسمانی معلول باشد یا عقب ماندگی ذهنی داشته باشد والدین در چند هفته اول زندگی کودک نسبت به مشکل او آگاهی می یابند. اما اختلال یادگیری در سال های قبل از مدرسه با رویداد مهمی همراه نیست و والدین نسبت به این مسئله که مشکلی وجود دارد شک نمی کنند. وقتی مشکل به وسیله مربیان مدرسه اطلاع داده می شود والدین ابتدا انکار می کنند، سپس به پزشک و یا مشاور ویا هر جایی که آن ها را آرامش دهد مراجعه می کنند. تحت چنین شرایطی دانش آموزان سعی می کنند به بهترین وجه عمل کنند اما شکست های مداوم او را خرد کرده و باعث می شود شخصیتش متلاشی شود، این احساسات در روزهای تعطیل و پس از مدرسه هم نمایان است.

دانش آموزان مبتلا به اختلالات یادگیری که در ترکیب با یک کلاس عادی درس می خوانند بیشتر از همسالان سالم خود مورد طرد قرار می گیرند و منزوی می شوند (فوکس¹، 1989؛ رابرتس و زوبریک²، 1993، به نقل از نریمانی و رجبی، 1384) علاوه بر این، هر نوع ناتوانی یادگیری که در حیطه عملکرد تحصیلی فرد تشخیص داده می شود ممکن است با پیامدهای گوناگون در بسیاری از جنبه های زندگی همراه باشد (سیلور، روف³، و همکاران، 2008؛ به نقل از ابولقاسمی، رضایی جمالویی، نریمانی و زاهد بابلان، 1390) و بهداشت روانی، خودکارآمدی اجتماعی و خودکارآمدی تحصیلی او

1. Fox.

2. Roberts and Zobrok.

3. Silver and Roof.

را نیز تحت تاثیر قرار دهد. در همین زمینه بایرد، اسکوت، دیرینگ و هامیل¹ (2009) نشان دادند که دانش آموزان دارای اختلالات یادگیری، خودکارآمدی اجتماعی و تحصیلی پایینی دارند. با توجه به اینکه نقش باورهای خودکارآمدی در موفقیت تحصیلی مهم ارزیابی می شود (حجازی، فارسی نژاد و عسگری، 1386) و ناتوانیهای یادگیری تنها به افت تحصیلی و اتلاف بودجه پایان نمی پذیرد؛ بلکه به سرزنش، تحقیر از جانب سایر دانش آموزان، به وجود آمدن خودباوری ضعیف و کاهش عزت نفس می انجامد و سلامت روان آنان را به مخاطره می اندازد. این مشکلات از دانش آموز و مدرسه به خانه و خانواده نیز راه می یابد و اضطراب و ناخشنودی را در هر فضای زندگی گسترش می دهد. حاصل این امر، آسیبی است که به بهداشت روانی فرد، خانواده و جامعه وارد می شود (کارگرشورکی، ملک پور و احمدی، 1389). به این ترتیب، با توجه به اینکه اختلالات یادگیری خودکارآمدی اجتماعی، خودکارآمدی تحصیلی و بهداشت روانی دانش آموزان را تحت تاثیر قرار می دهد، پژوهش در این زمینه از اهمیت ویژه ای برخوردار است. در اکثر تحقیقاتی که در مورد دانش آموزان با ناتوانی یادگیری صورت گرفته این دانش آموزان با دانش آموزان عادی مورد مقایسه قرار گرفته اند، در این تحقیق این دانش آموزان با هم و بر اساس مراجعه و عدم مراجعه به مراکز اختلالات یادگیری مورد مقایسه قرار گرفته اند تا مشخص شود خدمات و آموزش های ارائه شده در مراکز تا چه حد در راستای افزایش خودکارآمدی اجتماعی، خودکارآمدی تحصیلی و بهداشت روانی این دانش آموزان به آنها کمک می کند.

3-1- اهمیت و ضرورت مسئله

دانش آموزان دارای اختلالات یادگیری اکثراً با روش های آموزش و پرورش معمولی نمی توانند به اهداف آموزشی نایل شوند و نهایت از تحصیل تنفر پیدا کرده و ممکن است ترك تحصیل کنند (گرانت² و گرانت، 2010). به همین دلیل، این دسته از کودکان نیازمند آموزش های ویژه می باشند. یکی از مراکز ارائه آموزش های ویژه،

¹. Baird, scout, dyerin and Hamyl.

². Grant.

مرکز مشکلات ویژه یادگیری می باشد. در این مرکز، خدمات آموزشی مختلفی از جمله های دیداری، شنیداری، گفتاری و حسی حرکتی به دانش آموزان دارای اختلال یادگیری ارائه می گردد. از سال 1373 سازمان آموزش و پرورش استثنایی اقدامی ویژه برای آموزش و توانبخشی این گروه از کودکان استثنایی را آغاز کرد. از آن سال تاکنون تعداد زیادی مرکز تشخیص، آموزش و توانبخشی ویژه برای آموزش به دانش آموزان دارای اختلال یادگیری در استانها تأسیس شده است. این مراکز دارای آیین نامه اجرایی مصوب در هجدهمین جلسه شورای سازمان آموزش و پرورش استثنایی می باشد (وزارت آموزش و پرورش، 1385، به نقل از نریمانی و رجبی، 1384). دو مرکز آموزشی ویژه اختلالات یادگیری در زاهدان وجود دارد که در حال فعالیت و ارائه خدمات روانشناسی، کلاس های آموزشی مختلف مانند ویژه، برنامه های جبرانی و روش های آموزشی مختلفی مانند روش ادراکی-حرکتی کپهارت¹، روش چند حسی فرنالد² و مانند این روش ها که برای آموزش به دانش آموزان دارای اختلال یادگیری بوجود آمده، می باشند. با توجه به اینکه دانش آموزان دارای اختلالات یادگیری همانطور که بیان شد مشکلات فراوانی در زمینه های اجتماعی، تحصیلی، رفتاری و روانی دارند ضروریست بررسی شود آموزشهای ارائه شده در مراکز آموزشی ویژه اختلالات یادگیری تا چه حد توانسته است در صد رفع این مشکلات برآیند.

1-4- اهداف پژوهش

هدف کلی: بررسی مقایسه ای خودکارآمدی اجتماعی، خودکارآمدی تحصیلی و بهداشت روانی دانش آموزان دارای اختلال یادگیری مراجع و غیر مراجع به مراکز اختلالات یادگیری

اهداف ویژه:

1- بررسی مقایسه ای خودکارآمدی اجتماعی دانش آموزان دارای اختلال یادگیری مراجع و غیر مراجع به مراکز اختلالات یادگیری
1-1 بررسی مقایسه ای قاطعیت اجتماعی دانش آموزان دارای اختلال یادگیری مراجع و غیر مراجع به مراکز اختلالات یادگیری

¹. Kephart

². Fernald

1-2 بررسی مقایسه ای عملکرد اجتماعی دانش آموزان دارای اختلال یادگیری مراجع و غیر مراجع به مراکز اختلالات یادگیری

1-3 بررسی مقایسه ای جنبه های دوستی و صمیمیت دانش آموزان دارای اختلال یادگیری در مراجعه و عدم مراجعه به مراکز اختلالات یادگیری

1-4 بررسی مقایسه ای جنبه های کمک کردن یا کمک گرفتن دانش آموزان دارای اختلال یادگیری مراجع و غیر مراجع به مراکز اختلالات یادگیری

1-5 بررسی مقایسه ای مشارکت اجتماعی دانش آموزان دارای اختلال یادگیری مراجع و غیر مراجع به مراکز اختلالات یادگیری

2- بررسی مقایسه ای خودکارآمدی تحصیلی دانش آموزان دارای اختلال یادگیری مراجع و غیرمراجع به مراکز اختلالات یادگیری

3- بررسی مقایسه ای بهداشت روانی دانش آموزان دارای اختلال یادگیری مراجع و غیر مراجع به مراکز اختلالات یادگیری

3-1 بررسی مقایسه ای علائم و شکایات جسمانی دانش آموزان دارای اختلال یادگیری مراجع و غیر مراجع به مراکز اختلالات یادگیری

3-2 بررسی مقایسه ای اضطراب دانش آموزان دارای اختلال یادگیری مراجع و غیر مراجع به مراکز اختلالات یادگیری

3-3 بررسی مقایسه ای کارکرد اجتماعی دانش آموزان دارای اختلال یادگیری مراجع و غیرمراجع به مراکز اختلالات یادگیری

3-4 بررسی مقایسه ای میزان افسردگی دانش آموزان دارای اختلال یادگیری مراجع و غیر مراجع به مراکز اختلالات یادگیری

1-5- فرضیه های پژوهش:

1- دانش آموزان دارای اختلال یادگیری که به مراکز مراجعه می کنند خودکار آمدی اجتماعی بیشتری نسبت به آنهای که اختلال یادگیری دارند و به مراکز مراجعه نمی کنند، دارند.

1-1 دانش آموزان دارای اختلال یادگیری که به مراکز مراجعه می کنند از قاطعیت اجتماعی بیشتری نسبت به آنهای که اختلال یادگیری دارند و به مراکز مراجعه نمی کنند، برخوردارند.

1-2 دانش آموزان دارای اختلال یادگیری که به مراکز مراجعه می کنند در موقعیت های اجتماعی عملکردی بهتری نسبت به آنهاست که اختلال یادگیری دارند و به مراکز مراجعه نمی کنند، دارند.

1-3 دانش آموزان دارای اختلال یادگیری که به مراکز مراجعه می کنند از جنبه های دوستی و صمیمیت بیشتری نسبت به آنهاست که اختلال یادگیری دارند و به مراکز مراجعه نمی کنند، برخوردارند.

1-4 دانش آموزان دارای اختلال یادگیری که به مراکز مراجعه می کنند در کمک کردن یا گرفتن از دیگران نسبت به آنهاست که اختلال یادگیری دارند و به مراکز مراجعه نمی کنند، بهتر عمل می کنند.

1-5 دانش آموزان دارای اختلال یادگیری که به مراکز مراجعه می کنند در موقعیت های اجتماعی مشارکت بیشتری نسبت به آنهاست که اختلال یادگیری دارند و به مراکز مراجعه نمی کنند، دارند. 2- دانش آموزان

دارای اختلال یادگیری که به مراکز مراجعه می کنند دارای خودکار آمده تحصیلی بیشتری نسبت به آنهاست که اختلال دارند و به مراکز مراجعه نمی کنند، هستند .

3- دانش آموزان دارای اختلال یادگیری که به مراکز مراجعه می کنند از بهداشت روانی بهتری نسبت به آنهاست که اختلال دارند و به مراکز مراجعه نمی کنند، برخوردارند.

1-3 دانش آموزان دارای اختلال یادگیری که به مراکز مراجعه می کنند علائم جسمانی کمتری نسبت به آنهاست که اختلال دارند و به مراکز مراجعه نمی کنند، دارند.

2-3 دانش آموزان دارای اختلال یادگیری که به مراکز مراجعه می کنند علائم اضطراب کمتری نسبت به آنهاست که اختلال دارند و به مراکز مراجعه نمی کنند، دارند.

3-3 دانش آموزان دارای اختلال یادگیری که به مراکز مراجعه می کنند در کارکرد های اجتماعی نسبت به آنهاست که اختلال دارند و به مراکز مراجعه نمی کنند، اختلال کمتری دارند.

3-4 دانش آموزان دارای اختلال یادگیری که به مراکز مراجعه می کنند علائم افسردگی کمتری نسبت به آنهای که اختلال دارند و به مراکز مراجعه نمی کنند، نشان می دهند.

1-6-1-تعریف متغیرها:

1-6-1-1-خودکارآمدی اجتماعی:

تعریف نظری: خودکارآمدی اجتماعی یکی از مفاهیم زیرمجموعه خودکارآمدی در نظریه شناخت اجتماعی است که به باورهای فرد در مورد توان خویش در ایجاد ارتباط اجتماعی و برقراری دوستی های جدید اشاره دارد (گکاس¹، 1989؛ به نقل از زارع، لطیفیان، فولاد چنگ، 1392).

تعریف عملیاتی: خودکارآمدی اجتماعی نمره ای است که آزمودنی از پرسشنامه تبدیل شده 25 سوالی خودکارآمدی اجتماعی (کنلی²، 1989؛ به نقل از بامدی، 1392) و زیر مقیاس های آن کسب می کند.

1-6-1-2-خودکارآمدی تحصیلی:

تعریف نظری: خودکارآمدی تحصیلی نوعی از خودکارآمدی است که دربرگیرنده توانایی افراد برای رسیدن به موفقیت در حیطه خاص و پیگیری آموزشی است (ویگفیلد و اکلز³، 2000).

تعریف عملیاتی: خودکارآمدی تحصیلی: نمره ای است که آزمودنی از پرسشنامه تبدیل شده 32 سوالی خودکارآمدی تحصیلی دانشجویان (اون و فرامن⁴، 1988؛ به نقل از لواسانی، آذرنیاد و همکاران، 1392). کسب می کند.

1-6-1-3-بهداشت روانی:

تعریف نظری: بهداشت روانی عبارت است از تأمین رشد و سلامت روانی فردی و اجتماعی، پیشگیری از ابتلا به اختلال روانی، درمان مناسب و باز توانی آن (خالقی 1391).

1. Gkas.

2. Kenly.

3. Wigfeild and Eccles.

4. Own and framan.

تعریف عملیاتی: بهداشت روانی نمره ای است که آزمودنی از پرسشنامه 28 سوالی (GHQ28 ، گلدبرگ و هیلیر¹، 1979؛ به نقل از معروفی، یوسف زاده و بخشکار، 1390) و زیر مقیاس های آن کسب می کند.

فصل دوم

مبانی نظری و پیشینه

¹. Goldberg & Hillier.

الف) مبانی نظری پژوهش

در این فصل، تعریف متغیر های پژوهش و نظریه های گوناگونی که در رابطه با این متغیرها وجود دارند مطرح شده اند. ابتدا اختلالات یادگیری و سپس خودکارآمدی اجتماعی، تحصیلی و بهداشت روانی که از متغیرهای پژوهش می باشد مورد بررسی قرار گرفته است. در پایان این فصل، پژوهش های انجام شده در زمینه ی متغیرهای پژوهش ارائه شده است.

1-2- اختلالات یادگیری

1-1-2- تعاریف

بیش از شصت تعریف برای اختلالات یادگیری وجود دارد که متداول ترین تعریف از طرف وزارت آموزش و پرورش آمریکاست که اختلالات یادگیری به صورت اختلال در یک یا چند فرایند روانی پایه که به درک یا استفاده از زبان شفاهی و کتبی مربوط می شود و می تواند به شکل عدم توانایی کامل در گوش کردن، فکر کردن، صحبت کردن، خواندن، نوشتن و حجمی کردن یا انجام محاسبه های ریاضی ظاهر شود، تعریف شده است (صالحی، جوانشیر، سعیدی و شجاعی، 1386). این تعریف کودکانی که مشکلات یادگیری آنها ناشی از ناتوانی های حرکتی، بینایی یا شنوایی، کم توانی ذهنی، آشفستگی های هیجانی، فقر محیطی، فرهنگی یا اقتصادی است، را در بر نمی گیرد. اختلال یادگیری شرایطی چون معلولیت های ادراکی، آسیب مغزی، اختلال جزئی در کارکرد مغز، نارساخوانی و

زبان پریشی را شامل می شود (مک کویلان¹، 2010؛ به نقل از نظری، کوتی و سیاحی، 1391). طبق انجمن روانشناسی امریکا (2000، ترجمه ی آوادیس یانس و نیکخویی، 1388) اختلالات یادگیری زمانی تشخیص داده می شوند که پیشرفت در آزمون های استاندارد شده برای خواندن، نوشتن، ریاضیات به طور قابل ملاحظه زیر حد مورد انتظار بر حسب سن، تحصیلات و سطح هوش باشد. مسائل یادگیری تداخل جدی در پیشرفت آموزشی با فعالیت های روزمره دارد همچنین، تاکید می کند که ناتوانی یادگیری باید از اختلاف بهنجار در پیشرفت فرهنگی و نیز مشکلات تحصیلی ناشی از کمبود فرصت، ضعف تدریس، عامل فرهنگی و مسائل دیداری-شنیداری تفکیک شود.

دانش آموزان دارای اختلالات یادگیری، در یک یا چند فرایند تحصیلی مانند خواندن، نوشتن و ریاضیات مشکلات جدی دارند و این مشکلات ناشی از بهره ی هوشی پایین، نارسایی حسی، آموزش ناکافی و کمبود های فرهنگی نیست (کوچانسکی²، 2010). هیل³ (2005) در تعریفی جدید اختلالات یادگیری را این گونه تعریف می کند: اختلالات یادگیری به اختلالات گوناگونی اشاره می کند که بر فراگیری، حفظ، درک، سازماندهی یا استفاده از اطلاعات کلامی و غیر کلامی تأثیر می گذارد، این اختلال از نارسایی در یک یا چند فرایند روانی مرتبط با یادگیری، به همراه دیگر توانایی های متوسط ضروری برای تفکر و استدلال آوری نشأت می گیرد.

2-1-2- تاریخچه

یافته های مربوط به ناتوانی های یادگیری از چندین نظریه و نظام تربیتی متفاوت با هم دیگر جمع شده است که هر کدام از آن ها به نوبه خود، به مجموعه ای که امروز ناتوانی های یادگیری نامیده می شود کمک کرده اند. این تاریخچه را می توان به چند دوره متمایز تقسیم نمود.

¹. Mak koyilan.

². Kochmanski.

³. Hill.

1- دوره بنیادی (سال های 1800 تا 1930): این دوره با منظم شدن نظریات ناتوانی یادگیری که اغلب بر اساس مشاهدات بالینی پزشکان روی بزرگسالان با آسیب های مغزی انجام گرفته و فاقد روش کنترل شده علمی و تحقیقی بود آغاز می شود. اولین تحقیق منظم در این زمینه در حدود سال های 1800 به وسیله گال¹ (لرنر²، 1997، ترجمه دانش، 1384) روی بزرگسالان با آسیب مغزی که توان بیان کردن احساسات و عقاید خود را از طریق گفتار از دست داده بودند، انجام گرفت. بسیاری از این بیماران پس از مرگ مورد مطالعه قرار گرفتند و در نتیجه فرصتی برای دانشمندان فراهم شد که وجود اشکالات را به نوعی به ناحیه ی آسیب دیده ای از مغز نسبت دهند. این روش بعدها به پزشکان کمک کرد ناحیه های معین مغز را که در صورت آسیب دیدن باعث به وجود آمدن نارسایی در زبان می شود، مشخص نمایند. مثلاً بروکا (1879) و ورنیکه³ (1908) انواع آفازی را مورد بحث قرار دادند و سعی نمودند نواحی آسیب دیده مربوط به آن را مشخص نمایند (امیدوار، 1384). در این دوره نارسایی در ادراک برای اولین بار به وسیله جکسون (1874) توصیف گردید که اعتقاد داشت مغز انسان مجموعه ای از مراکزی است که به طور نزدیکی به هم وابسته هستند تشکیل می شود و بنابراین، اگر به هر بخشی از آن آسیب برسد، توانایی تمام مغز را تحت تأثیر قرار خواهد داد. در سال 1898 باستیان⁴ اولین بارکوری کلمات چاپی را مورد شناسایی قرار داد و هینشلوود⁵ (1917، به نقل از لرنر، 1997، ترجمه دانش، 1384) به مطالعه عارضه ی « واژه کوری » پرداخت و آن را ناتوانی در تفسیر زبان نوشتاری یا چاپی، به رغم برخورداری از بینایی عادی تعریف کرد (امیدوار، 1384).

1. Gal.

2. Lerner.

3. Broka and vernike.

4. Bastian.

5. Hinshlud.

گلدشتاین¹ (1929) به نقل از گورمن²، 2003، ترجمه‌ی نریمانی و دگرماندرواق، (1381) که اعتقاد داشت آسیب مغزی جنبه‌های ادراکی مختلف مانند تشخیص شکل و اندازه، حواس پرتی و رفتارهای اجباری و تکراری را تحت تاثیر قرار می‌دهد، کوشش‌های زیادی در زمینه مطالعه و شناخت اختلالات عملکردی ادراک حرکتی انجام داده یافته‌های وی، به وسیله اشتراس (1940) پیگیری گردید و موجب شد که مطالعه کودکان با آسیب‌های مغزی مورد توجه قرار گیرد و بالاخره اورتن (1937) تشخیص داد که نارساخوانی، نارسانوویی و نارسایی در هجی کردن اساساً نارسایی‌های مربوط به زبان هستند و علت آنها برتری طرفی مغز است که این نظریه به یک روش آموزشی مشهور به نام روش اورتن-گیلینگهام³ منجر گردید (امیدوار، 1384).

2- دوره انتقالی (سال‌های 1940 تا 1963): در این مرحله تلاش شد یافته‌های دوره قبل به کاربرد‌های درمانی تبدیل شده و یک تغییر جهت اساسی در تحقیقات از مطالعه بزرگسالان به مطالعه کودکان به وجود آید. در سال 1943 فرنالد کتاب مهم خود به نام روش‌های درمانی برای دروس مدرسه را منتشر کرد. در این دوره، در زمینه آموزش کودکان با آسیب مغزی که از لحاظ ادراکی و زبانی مشکل داشتند تلاش چشم‌گیری به عمل آمد، نتیجه‌ی مستقیم این تلاش‌ها به وجود آمدن تعدادی آزمون و برنامه‌های آموزشی بود که در درمانگاه‌ها، مدارس و مؤسسات خصوصی مورد استفاده قرار گرفت و نگرش تازه‌ای نسبت به مشکلات این کودکان ایجاد نمود. (امیدوار، 1384).

3- دوره هماهنگی (سال‌های 1963 تا 1980): کری (1963) به نقل از امیدوار، (1384) ناتوانی‌های یادگیری را طی یک گرد همایی پیشنهاد کرد و در همان گردهمایی نیز جامعه کودکان با ناتوانی یادگیری تأسیس گردید، از این زمان به بعد دانشمندان حوزه‌های مختلف به این موضوع علاقه‌ی بیشتری نشان دادند و تعداد بیشتری آزمون و برنامه آموزشی و درمانی برای این کودکان تهیه گردید.

1. Goldshtein.

2. Gorman.

3. Orton and Gyllyngham.

4- دوره معاصر (سال های 1980 به بعد): در این دوره پیشرفت های چشمگیری در شناخت و آموزش کودکان با ناتوانی های یادگیری به وجود آمد که یکی از مهمترین آن ها ظهور روند های آموزشی جدید برای این کودکان بود. مثلاً توجه به آموزش کودکان با فرهنگ ها و زبان های مختلف، که به نوبه ی خود یکی از عوامل تسهیل کننده، در ناتوانی یادگیری است همچنین، در این دوره کودکان با ناتوانی یادگیری از نظر میزان نارسایی به دو گروه نارسایی شدید که « در چندین حوزه ی متفاوت نارسایی» دارند و بنابراین، نیاز به خدمات آموزشی ویژه دارند و نارسایی خفیف که در « یک حوزه معین نارسایی» دارند و احتمالاً می توانند بخشی از آموزش خود را در کلاسهای عادی طی کنند؛ تقسیم شدند. وجود آمدن روندهای آموزشی جدید مانند شمول یعنی آموزش بعضی از کودکان با ناتوانی یادگیری در مدارس عادی که خود به نوعی متأثر از روندهای آموزشی دیگر همچون محیط با حداقل محدودیت، عادی سازی، و یکپارچه سازی این کودکان با کودکان مشابه دیگر، مانند عقب مانده های خفیف و ناسازگار در یک حوزه « کودکان دیر آموز » در همکاری معلم های کلاس های عادی و ویژه نیز از ویژگی های این دوره است از طرف دیگر، سوگیری های جدید در آموزش و پرورش نیز تدبیرهای جدیدی را ایجاد می کند که از آن میان می توان به شناسایی به موقع مهارت های زبانی که نشان دهنده ی توان بعدی کودک در زمینه ی خواندن است و ایجاد محرک کافی برای خواندن، نوشتن و محاسبه، اشاره نمود (موتس¹، 2006؛ به نقل از امیدوار، 1384). استفاده از فن آوری رایانه ای برای آموزش کودکان ناتوانی یادگیری نیز یکی از رویدادهای مهم این دوره است. دانش آموزان دچار ناتوانی یادگیری برای تمرین مهارت های خواندن می توانند استفاده های زیادی از رایانه کنند. برنامه های نرم افزارهای رایانه ای مهیج اند، زمان لازم برای آموزش یک به یک را فراهم می آورند، کمک می کنند تا فرد به طور خودکار فعالیت کند و زمان لازم را برای فکر کردن درباره متن ها در

¹. Moots.

اختیار فرد می گذارند (لرنر، 1997 ترجمه‌ی دانش، 1384، ص559).

3-1-2- نظریه های اختلالات یادگیری

3-1-3-1- نظریه غلبه طرفی مغز:

مغز انسان از دو نیمکره ی راست و چپ تشکیل شده است که این دو نیمکره توسط جسم پینه ای بهم وصل شده اند، وجود این جسم پینه ای سبب می شود که دو نیمکره از فعالیت های یکدیگر آگاه باشند. اورتون (1977) بر این عقیده بود که یک طرف از مغز باید بر طرف دیگر غلبه کند. فرض او این بود که نارسایی ها در تکلم، نوشتن، خواندن و غیره در اثر عدم غلبه طرفی مغز ایجاد می شود. از سوی دیگر گایر و فریدمن¹ (1975) طی پژوهشی نتیجه گیری نمودند، ممکن است کودکانی که دچار نارسایی های یادگیری هستند، دچار غلبه طرفی راست باشند (عرفانی، 1376).

3-1-3-2- نظریه کوتاهی دامنه توجه:

با توجه به اینکه نظریه ی برادبنت در مورد کوتاهی دامنه ی توجه جدید نیست، از سال 1950 به بعد تحقیقات بسیاری در این مورد انجام شده طرفداران این نظریه معتقدند که کودکان مبتلا به اختلالات یادگیری دچار اشکال در تمرکز، دقت و توجه به مطلب مورد بحث است (عرفانی، 1376).

3-1-3-3- نظریه فرابری آگاهی ها:

تأکید بر چگونگی روند دریافت آگاهی ها توسط کودکان و نیز ماهیت کوشش هایی که آنها برای شناخت جهان پیرامون خویش مبذول می دارند، در واقع هسته نظریه فرابری آگاهی را تشکیل می دهند. طرفداران این نظریه عقیده دارند کودکان مبتلا به اختلالات یادگیری دچار دشواری هایی در خصوص دریافت، ضبط و بازگرداندن آگاهی های داده شده در مجرای یادگیری خاصی هستند (عرفانی، 1376).

¹. Gayer and Friedman.

4-1-2- طبقه بندی اختلالات یادگیری

ناتوانی های یادگیری می توانند به دو گروه طبقه بندی شوند: 1) ناتوانیهای یادگیری تحولی که تعریف دولت مرکزی از آنها به عنوان " فرایندهای روانشناختی اساسی یاد می کند". 2) ناتوانی های یادگیری تحصیلی که با آنها در سطح سنین دبستانی مواجه هستیم (کرک و چالفانت¹ ترجمه ی رونقی، خنجانی و وثوقی رهبری، 1377، ص10).

1-4-1-2- انواع ناتوانی های یادگیری تحولی

1) ناتوانی های اولیه: ناتوانی در توجه، حافظه و توانایی های ادراکی-حرکتی تحت عنوان ناتوانی های اولیه گروه بندی شده اند. زیرا به نظر می رسد به طور اصولی با عملیات روانی روابط متقابل داشته باشند به صورتی که وقتی مختل می شوند روی تفکر و زبان شفاهی اثر می گذارند.

الف) توجه: یعنی توانایی انتخاب عوامل مناسب و یا مربوط و مقتضی از میان محرک های رقابت کننده و بی شماری که به طور همزمان با ارگانسیم برخورد می کنند. هنگامی که کودکی تلاش می کند به محرک های بسیار توجه کرده و پاسخ گوید، مشاهده می کنیم که کودک گیج می شود. برای کودکان یادگیری دشوار خواهد شد اگر نتوانند توجه شان را روی تکلیفی که در دست دارند متمرکز کنند.

ب) حافظه: توانایی به خاطر آوردن آن چیزی است که دیده یا شنیده و یا تجربه شده است. کودکانی که مشکلات قابل ملاحظه ای در حافظه بینایی یا شنوایی خود دارند احتمالاً در یادگیری خواندن، هجی کردن، نوشتن و یا محاسبه کردن مشکل خواهند داشت.

ج) ناتوانی های ادراکی: شامل نقایص موجود در هماهنگی بینایی-حرکتی، انحرافات بینایی، شنوایی و لامسه، ارتباطات فضایی و سایر متعلقات ادراکی می باشد (کرک و چالفانت ترجمه ی رونقی، خنجانی و وثوقی رهبری، 1377ص11).

¹ Kirk and Chalfant.

2) ناتوانی های ثانویه: ناتوانی تفکر و زبان تحت عنوان ناتوانی های ثانویه مشخص می شوند.

الف) ناتوانی تفکر: شامل مشکلاتی است که به هر کدام از انواع کارهای ذهن مانند قضاوت، مقایسه، محاسبه، تحقیق و سؤال کردن، استدلال کردن، ارزشیابی، تفکر انتقادی، حل مسئله و تصمیم گیری مربوط است.

ب) ناتوانی زبان شفاهی: به مشکلاتی که کودکان ممکن است در فهمیدن زبان، تلفیق زبان درونی و بیان عقاید به صورت شفاهی داشته باشد اطلاق می شود (کرک و چالفانت ترجمه ی رونقی، خنجانی و وثوقی رهبری، 1377ص11).

2-1-4-2- انواع ناتوانی های یادگیری تحصیلی

سه نوع عمده اختلالات یادگیری تحصیلی عبارت است از: اختلال خواندن، اختلال ریاضیات و اختلال نوشتن

اختلال خواندن: دیس لکسی¹ یا نارسا خوانی (اختلال خواندن) اصطلاحی است که برای کودکانی که علی رغم هوش طبیعی قادر به خواندن نیستند به کار می رود. این گروه از کودکان ممکن است واژه های بسیاری را بدانند و به راحتی آنها را در مکالمه به کار بگیرند، اما قادر به درک و شناسایی نشانه های نوشتنی یا چاپی نیستند. برخی از این کودکان حتی می توانند واژه ها را بخوانند اما مفهوم آنها را نمی فهمند این حالت را اصطلاحاً هیپرلکسی² می نامند. معلمان و مسئولان آموزش و پرورش به علت عدم آگاهی از مشکلات ویژه ی این گروه از کودکان معمولاً آنان را در شمار عقب ماندگان ذهنی رده بندی می کنند و یا به عنوان کودکان تنبلی که کوشش برای یادگیری نمی کنند، می شناسند. گاهی دشواری های خواندن این کودکان با مشکل هجی کردن نیز همراه است. توانایی خواندن و هجی کردن با اینکه با هم ارتباط نزدیک دارد اما یکی نیست و ممکن است هر کدام جداگانه وجود داشته باشد. گاهی اوقات به علت فشارهای محیطی و عدم درک اطرافیان از توانایی های

¹. Dyslexia.

². Hyperlxia.

خاص این دسته از کودکان، مشکلات روانی و عاطفی و رفتاری نیز بر مشکلاتشان افزوده می شود. کودکان نارساخوان اکثراً مشکلاتی در جهت یابی فضایی، تشخیص راست و چپ، ارتباط بین اعضای بدن خود و دیگران دارند (نادری، نراقی، 1364 ص33).

این اصطلاح معمولاً برای کسانی به کار می رود که مشکلاتی در اکتساب زبان نوشتاری دارند. به دیگر سخن مشکل پایدار یادگیری خواندن و خودکار شدن آن در کودکان که دچار عقب ماندگی شدید یا نارسایی حسی نیستند و مدرسه را در سن معمول آغاز کرده اند (شریفی، 1376، ص83).

افراد دچار این اختلال کلافه کننده در تشخیص حروف و واژه ها و تفسیر اطلاعاتی که به صورت چاپی به آنها ارائه می شود بی نهایت مشکل دارند (کریک شانک¹ 1986؛ به نقل از لرنر، 1997 ترجمه ی دانش، 1384 ص496). بسیاری از افراد دچار نارسا خوانی در کارهای دیگر هوشمندانه عمل می کنند. مثلاً ممکن است در ریاضیات یا مسائل مربوط به روابط فضایی مهارت های بسیار خوبی داشته باشند (لرنر، 1997 ترجمه ی دانش، 1384 ص496).

ویژگی های دانش آموزان مبتلا به اختلال خواندن:

- 1) وجود سابقه ی اختلال خواندن در بین اعضای خانواده کودک
- 2) بی رغبتی در خواندن (3) معکوس خواندن حروف کلمات (4) ناهماهنگی حسی و حرکتی (5) ضعف حافظه بصری (6) ضعف در بازشناسی کلمات فهم معنی و درک ترتیب کلمات (7) ضعف در انعکاس اطلاعات و دریافت های شنیداری به طریق دیداری (8) ضعف در سلاست کلامی (9) کثرت شیوع در پسران (بنی هاشمی و غلام زاده صفار، 1391 ص 103 و 104).

اختلال نوشتن: اختلال نوشتن در بین کودکان با صدمات مغزی، کودکان با آسیب های خفیف مغزی و کودکان با نارسایهای ویژه ی یادگیری مکرراً دیده می شود. اصطلاح دیس گرافی² برای کودکانی که علیرغم هوش طبیعی بسیار بد می نویسند، به کار

¹ Creek and Shank.

² Dysgraphia.

می رود این کودکان معمولاً آینه نویسی یا وارونه نویسی می کنند یا بسیار بد خط می نویسند. برخی از محققاً عقیده دارند که بد نویسی این کودکان معمولاً به دلیل عدم هماهنگی حرکتی آنان است؛ اما به هر حال نوشتن باید به عنوان یک عمل پیچیده که شامل رشد ذهنی مهارت های حرکتی و بینایی است در نظر گرفته شود. اهمیت درست نوشتن و خوانا نوشتن به گونه ای که قابل خواندن برای دیگران باشد کاملاً روشن و آشکار است. اکثر متخصصان برای نوشتن نقشی اساسی قائل هستند و از آن برای یاد دادن، خواندن و هجی کردن استفاده می کنند. (در مواردی که دشواری های نوشتنی کودک آنچنان شدید است که با روش های آموزش ویژه قابل اصلاح نیست از ماشین تحریر برای نوشتن استفاده می شود) نادری و نراقی، 1364، ص34 و 35).

اختلال نوشتن را می توان در سه مقوله دست نویس، هجی کردن و ترکیب (انشا) طبقه بندی کرد.

الف) دست نویسی: رونویسی که در آن حروف و کلمات به طور کتبی، نوشته شده یا چاپی به شاگرد ارائه می شود و کار او این است که شبیه آن حروف و کلمات را تولید کند (کریمی، 1380، ص122). هرچند بهترین دانش آموزان هم دستنویسان کاملی نیستند، اما در دانش آموزان مبتلا به ناتوانی های یادگیری مشکل بیشتر است. خط آنها غالباً ناخوانا (غیر قابل فهم) است. علاوه بر مشکلات خوانایی، آنها بسیار کند نویس هستند (نادری، نراقی، 1364، ص72). دست خط: دست خط بی نهایت بد و مغشوش را گاهی نارسانویس می نامند. این عارضه ممکن است منعکس کننده اشکالات زیر بنایی دیگری باشد. دست خط بد ممکن است بازتابی از مشکلات حرکتی ظریف باشد، یعنی کودک قادر نباشد جنبش های حرکتی لازم برای نوشتن یا رو نویسی کردن از روی حروف یا شکل های نوشتاری را به نحوی مؤثر انجام دهد. دانش آموز ممکن است قادر نباشد درونداد اطلاعات دیداری را به برونداد جنبش های ظریف حرکتی تبدیل کند؛ یا ممکن است در فعالیت هایی که مستلزم داوری های حرکتی و فضایی است، مشکل داشته باشد. مشکلات نارسا نویسی در برخی از دانش آموزان وقتی نمایان می شود که نمی توانند تکلیف دیداری

فاصله دور، یعنی حرف یا واژه ایی را از روی تخته سیاه، به تکلیف دیداری فاصله نزدیک، یعنی نوشتن آن روی کاغذ، تبدیل کنند برخی دیگر دچار کمبودهای زیربنایی هستند که در کارآمدی نوشتن آنها اختلال ایجاد می کند. این نوع کمبودها ممکن است مربوط به ضعف مهارت های حرکتی، نقص ادراک دیداری حروف و واژه ها و اشکال در به خاطر سپاری نقش های دیداری باشد. آموزش ضعیف نیز ممکن است به بد خط نوشتن منتهی شود (لرنر، 1997 ترجمه ی دانش، 1384ص596 و 597).

ب املای نویسی یا هجی کردن: که در آن واژه ها به طور شفاهی به شاگرد ارائه می شود، مثلاً از روی کتاب، در حالی که شاگرد آنها را نمی بیند برای او خوانده می شود و او باید کلمات شنیده شده را تبدیل به حروف و هجاها و کلمات نوشته شده کند (کریمی، 1380ص122). هجی کردن توانایی یادگیری ایجاد تطابق بین اصوات و حروفی است که باید نوشته شود. تطابق و همخوانی بین واج ها و نویسه ها مهارتی است که در کودکان ناتوان در یادگیری به خوبی رشد نمی کند (نادری، نراقی، 1364، ص72).

ج) ترکیب یا بیان انشایی: (که در واقع نوشتن بیانی و ابزاری است، یعنی دانش آموز به مرحله ایی از تکامل در نوشتن رسیده است که می تواند از این طریق پیامی را به دیگران انتقال دهد، منظور خود را به صورت مکتوب به مخاطبان خود بفهماند، و حتی مطالب انتزاعی و غیر عینی را در نوشته خود به نحوی قابل قبول ارائه دهد این سه نوع نوشتن، به ترتیب پیچیدگی ابتدا رونویسی، از آن پیچیده تر دیکته نویسی، و از آن پیچیده تر انشا نویسی هستند (کریمی، 1380ص122 و 123).

ویژگی های دانش آموزان مبتلا به اختلال نوشتن:

1) بد نوشتن شکل حروف یا به اصطلاح خرچنگ قورباغه نویسی. 2) حروفی که یا خیلی بزرگ اند، یا خیلی کوچک، یا یکنواخت نیستند، یعنی بعضی را خیلی بزرگ و بعضی را خیلی کوچک می نویسند. 3) بالا یا پایین خط نوشتن در مواردی که حروف باید روی خط نوشته شوند. 4) نوشتن کلمات به صورت شلوغ و فشرده)

به هم چسپیده (5). فاصله زیاد انداختن بین کلمات یا هجه ها یا یک نواخت نبودن این فاصله ها (6). زاویه دار نوشتن حروف یا زاویه ندادن در مواردی که باید زاویه داده شد (7). عدم روانی در نوشتن (8). کند نویسی، در مواردی که لازم است تند نوشته شود، مثل دیکته نویسی (یوسف کریمی، 1387، ص 111).

اختلال حساب: برخی از کودکان با اشکالات ویژه یادگیری، دشواری هایی در درک مسائل ریاضیات دارند. اصطلاحی که برای موارد شدید این حالت به کار می رود دیس کالکولی¹ یا اختلال در محاسبه و کسب مفاهیم ریاضی است. این گروه از کودکان معمولاً در زمینه درک روابط فضایی دچار مشکل شدید هستند. در بررسی دشواری های ریاضی این گروه از کودکان باید به مشکلات درک بینایی و تفکر این کودکان نیز توجه شود (نادری و نراقی، 1364، ص 35).

ویژگی های دانش آموزان مبتلا به اختلال ریاضی: بعضی از دشواری های ریاضی که دانش آموزان دارای اختلالات یادگیری با آنها سر و کار دارند مستقیماً مربوط به عملکرد تکالیف حساب است. به عنوان مثال، دانش آموزان مبتلا به نارسایی محاسبه اغلب دارای مشکلاتی در مهارت های زیراند:

1) عدم درک اندازه ها، مقادیر و شکل های مختلف (2). عملکرد پایین هوش غیر کلامی (3). ضعف در حافظه بینایی و شنوایی (4). اختلال در ادراک فضایی (5). اختلال در ادراک بینایی و شنوایی (6). تأخیر در رشد ذهنی متناسب در جهت کسب توانایی درک مفاهیم کمی و نگهداری ذهنی اعداد (بنی هاشم و غلام زاده صفار، 1391، ص 105).

5-1-2- شیوع اختلالات یادگیری

به دلیل پیچیدگی های پدیده ناتوانی یادگیری و همچنین، به سبب اختلاف نظرهای موجود در آرایه تعریفی واحد از آن و مشکلات مربوط به شناسایی و تشخیص کودکان با ناتوانی یادگیری، در زمینه فراوانی و درصد شیوع، بین پژوهشگران اتفاق نظر وجود ندارد. از سوی دیگر افزایش روزافزون شمار

¹. Dyscalculia.

افراد دارای اختلالات یادگیری، به سبب رشد و توسعه تعاریف و گسترش ابزارهای شناسایی و تشخیص اختلال یادگیری، توجه حوزه‌های پژوهشی متعددی را به خود جلب نموده است (افروز، 1385).

برخی پژوهش‌های خارجی میزان شیوع اختلالات یادگیری را به این صورت گزارش کرده اند؛ بر اساس گزارش انجمن روانشناسی آمریکا، 2000؛ گرشام، 2002 میزان شیوع اختلالات یادگیری بین 1 تا 30 درصد جمعیت مدرسه برآورد شده است و در شمار یکی از شایعترین اختلالات شناخته شده قرار دارد (به نقل از نظری، کوتی، سیاحی، 1391).

هوپر و مونتگومری¹ (1993)؛ میزان شیوع ناتوانی خاص نوشتن را از 0/4 درصد تا 6 درصد و برنیگز و دیگران، (2007) باسو و دیگران (1998) از 0/4 درصد تا 10 درصد ذکر کرده اند. دیگوسا و دیگران (2008) میزان شیوع ناتوانی خاص خواندن را در دانش آموزان کلاس دوم تا نهم هاوانا، 14/8 درصد و در کودکان شهر و روستایی امریکا 6/35 درصد برآورد کرده اند همچنین این پژوهشگران گزارش کرده اند که پسران بیش از دختران این ناتوانی را دارند (به نقل از حسینائی، آقاجانی، نوفرستی، 1389).

استانویچ، سیگل و گوتاردو² (1998)، به نقل از نریمانی و رجبی، (1384) شیوع اختلالات یادگیری را در مناطق روستایی 10/8 درصد و در مناطق شهری 4/9 درصد، در دانش آموزان پسر 9 درصد و در دانش آموزان دختر 3/2 درصد گزارش کردند. همچنین نشپیتز، هریسون و اسپنسر (1998) شیوع اختلالات یادگیری را بین 4/1 درصد تا 14/3 درصد برآورد کردند. سیلور و هاجین (2002) میزان شیوع اختلالات یادگیری را در دانش آموزان پسر 8/2 درصد و در دانش آموزان دختر 4/3 درصد گزارش کردند. ایوانر³ (2010)، به نقل از حسینائی و همکاران، (1389) شیوع اختلالات یادگیری را در کودکان سنین مدرسه 7 درصد و نسبت

¹. Hooper and Montgomery.

². Astanveych, Siegel and Gotardo.

³. Ivaner.

دختران به پسران را 1 به 1/1 تخمین زده است. موگاسیل و پاتیل¹ (2011) در جدیدترین مطالعه در مورد شیوع اختلالات یادگیری، با بررسی کودکان 8 تا 11 سال هندی میزان شیوع کلی اختلالات یادگیری را 15/7 درصد و شیوع نارسایی های نوشتن، خواندن و ریاضیات را به ترتیب 12/5، 11/2 و 10/5 گزارش دادند.

در پژوهش های ایرانی نیز در قلمرو برآورد میزان شیوع اختلالات یادگیری هماهنگی چندانی مشاهده نمی شود. این پژوهشها میزان شیوع اختلال خاص خواندن در دانش آموزان ابتدایی را 2/3 درصد تا 12/1 درصد (آزاد، 1352؛ دانه کار، 1376؛ محمدی، 1382) و شیوع اختلال خاص نوشتن 1/05 درصد تا 10 درصد (بذرافشان، 1377؛ بشر دوست، اسدالهی و صهباء، 1376؛ راستخانه، 1374؛ محمدی، 1382) برآورد کرده اند (حسینائی و همکاران، 1389).

بهراد (1384) با استفاده از روش فرا تحلیل، به برآورد میزان شیوع اختلالات یادگیری در دانش آموزان دوره ابتدایی کشور پرداخته است و شیوع کلی اختلالات یادگیری را در هر دو جنس 8/1 درصد گزارش کرده است. میهن دوست (2011) نیز در پژوهشی که انجام داد نرخ شیوع اختلالات یادگیری را در شهر ایلام 11/4 درصد بیان کرده است.

6-1-2- علت شناسی اختلالات یادگیری:

در بروز اختلالات یادگیری عوامل مختلف آموزشی، محیطی، روان شناختی و حتی ژنتیکی دخیل اند (جرالد والاس و مک لافلین²، به نقل از منشی طوسی، 1373) و به نظر می رسد در بروز این اختلالات تأثیر متقابلی داشته باشند.

عوامل زیستی: شواهد ژنتیکی نشان می دهد که اختلالات یادگیری احتمالاً در برخی خانواده ها بیش از دیگران است. گزارش هالکن (1950) بیانگر آن است که در 88% خانواده های کودکان مبتلا به نارسا خوانی، عضو یا اعضای دیگر نیز اختلال

¹ Mogasale & Patil.

² Gerald Wallace and McLaughlin.

یادگیری داشتند. مطالعه ی هرمان (1959) نیز بر روی 12 جفت دوقلوی همسان نشان داد که در تمام جفت ها، هر دو کودک مبتلا به نارساخوانی شناخته شدند و در مطالعه دیگری بر روی 33 جفت دوقلوی ناهمسان معلوم شد که تنها 11 جفت هر دو کودک به نارساخوانی مبتلا بودند از نظر فیزیولوژیکی بسیاری از منحصان امر به این باورند که علل اساسی و عمده ی اختلالات یادگیری، ناشی از آسیب دیدگی مغزی شدید یا جزئی و صدمه وارده به دستگاه عصبی مرکزی است. از جمله کلمنتس¹ (1966) از ده ویژگی که بیشتر با آسیب دیدگی جزئی مغز در کودکان مبتلا به اختلالات یادگیری پیوند دارد، یاد می کند. باست و بوشز² (1969) با انجام یک مطالعه ی مقایسه ای میان کودکان مبتلا به اختلالات یادگیری و کودکانی که پیشرفت تحصیلی عادی داشتند، نتیجه گرفتند که میان ناراحتی های عصبی و نارسایی یادگیری، پیوند وجود دارد (عرفانی، 1376).

عوامل روانی: ممکن است کودکان مبتلا به اختلالات یادگیری در عملکرد های روانی پایه مانند ادراک، به یاد آوری و شکل دادن به مفاهیم، اختلال هایی داشته باشند. برایانت و بریانت (1980) شواهد مربوط به نظریه ای بسیار فراگیر را مرور کردند که می گوید «محور اصلی این ناتوانی ها، نارسایی های توجه است» اپستاین، هالان و کافمن³ بعد تفکر بی اختیاری را مورد بررسی قرار داده اند. کودکان بی اختیار در مقایسه با کودکان اندیشمند به ویژگی ممتاز محرک ها توجه کمتری دارند. همچنین برایانت⁴ و بریانت (1980) درباره تأثیرات عوامل بسیاری از جمله سن، پیچیدگی فعالیت و نوع فعالیت بر اجرای فعالیت های ادراکی هشدار می دهند (عرفانی، 1376).

عوامل اجتماعی: ایز⁵ (1977) در مورد کودکان مبتلا به اختلال یادگیری معتقد است که آنها قربانی انتظارات بیش از حد مدرسه شده اند. از یک سو معلمان که اجازه می دهند

1. Clements.

2. Bassett and Bushez.

3. Epstein, Halan and Kaufman.

4. Bryant.

5. Iez.

انتظاراتشان از کودکان و نوجوانان دستخوش تأثیر شود، در نتیجه در نحوه ی تدریس آنان اثر بگذارد و از سوی دیگر این واقعیت که تدریس ناکافی و ناصحیح موجب بسیاری از اختلالات یادگیری می شود. مازلو نیازهای هر فراگیرنده را به حمایت های محیطی، مورد بررسی قرار می دهد. به اعتقاد وی ممکن است اختلالات یادگیری یک کودک نتیجه نبود یا کیفیت این عوامل باشد. کودکانی که محرومیت های محیطی دارند در معرض خطر اختلالات یادگیری قرار دارند و گمان می رود، زیر بنای عملکرد این کودکان می تواند یک رشته تجربیات محیطی باشد. زبان به واسطه ی نقش آن در تفکر و یادگیری سایر مهارت ها در محیط زندگی کودک جایگاهی ویژه دارد. ممکن است اختلالات یادگیری کودک از نبود مدل های درست در اوایل رشد وی سرچشمه گرفته باشد. هر چند اختلالات یادگیری تنها به طبقه ی اجتماعی و مرزبندی های قومی ارتباطی ندارند، به نظر می رسد که مشکلات تحصیلی برخی از کودکان می تواند بر اثر شکل های مختلف محرومیت زبان و گوناگونی آن پیچیده تر شود. ممکن است اختلال های زبان، ریشه ی بسیاری از اختلالات در خواندن، حساب و زبان باشد (عرفانی، 1376).

2-2- خودکار آمدی

انسان ها در طی زندگی، باورهایی را درباره خود و پدیده های پیرامونی کسب می کنند، باورهای خودکارآمدی از جمله باورهایی هستند که نقش بنیادین در کیفیت زندگی و ایجاد تعاون و توازن بین ابعاد مختلف زندگی انسان دارند. خودکار آمدی به معنای باور فرد در مورد توانایی مقابله او در موقعیت های ویژه است که بر الگوهای فکری، رفتاری و هیجانی انسان در سطوح مختلف تجربه انسانی تأثیرگذار، و تعیین کننده این است که آیا رفتاری شروع خواهد شد یا خیر و اگر شروع شد فرد تا چه اندازه برای انجام آن تلاش خواهد کرد و در رویارویی با مشکل چه مقدار استقامت از خود نشان خواهد داد. (بندورا، 2006) برخی از پژوهشگران و روان شناسان از مفهوم خودکارآمدی عمومی به معنی باور و قضاوت های افراد درباره صلاحیت و توانایی کلی خودشان در رویارویی با

رویدادهای یا موقعیت های تنیدگی زا و تهدید کننده استفاده کرده اند (لوزینسکا، گاتیرز-دونا و چارزرا¹، 2005). پژوهش ها نشان داده اند که باورهای خودکارآمدی تأثیر نیرومندی بر انگیزه پیشرفت، انتخاب ها و میزان تلاش و پشتکار و نهایتاً بر پیشرفت و موفقیت دارد. دانش آموزانی که باورهای خودکارآمدی بالایی دارند، به تکالیف دشوار به عنوان چالش می نگرند، نسبت به اهدافشان متعهد و در صورت شکست بر تلاش خود می افزایند و نهایتاً پشتکارشان موجب موفقیت آن ها می شود. اما دانش آموزانی که باورهای خودکارآمدی پایینی دارند؛ تکالیف دشوار برای آن ها حکم تهدید شخصی محسوب، و مواجهه با شکست موجب درماندگی و دست کشیدن آن ها از تلاش و نهایتاً عدم موفقیت می شود. (ریو، 1385؛ به نقل از حق رنجبر، کاکاوند و دانش، 1390).

1-2-2- نظریه بندورا

مطابق نظریه شناختی - اجتماعی بندورا² (2005) باوربه کارآمدی، اساس و پایه فعالیت انسان است و زندگی افراد توسط باور به کارآمدی شخصی هدایت می شود. کلیه کارکردهای روانشناسی متأثر از انتظارات خودکارآمدی است. باور به خودکارآمدی تعیین می کند که فرد فعالیت را شروع می کند یا خیر. افراد در فعالیت های شرکت می کنند که سطحی از خودکارآمدی در موفقیت را در خود می بینند و بالعکس از فعالیت های که در خود توانمندی لازم برای موفقیت را نمی بینند اجتناب می ورزند. خودکارآمدی همچنین میزان تلاش، پشتکار و استقامت افراد را تعیین می کند. افراد با خودکارآمدی ضعیف قبل از رسیدن به پیامد مطلوب تلاش خود را متوقف می سازند اما افراد با خودکارآمدی قوی تا رسیدن به پیامد مطلوب به تلاش خود ادامه می دهند (به نقل از طهماسیان، 1386). همچنین در این نظریه عاملیت انسانی به اعمالی که با قصد و بطور ارادی انجام می شود اطلاق میگردد و باور به کارآمدی فردی عنصر کلیدی در عاملیت انسانی است. اگر افراد باور نداشته باشند که می توانند و قدرت آن را دارند که نتایجی به بار آورند، سعی نخواهند کرد تا کاری را

1. Luszczynsky, Gutierrez-don & Schwarzer.

2. Bandura.

انجام دهند، فرد براي آنکه موفق به شکل دهی مسیر خود باشد می بایست در مورد توانمندی های خود قضاوت کند، اثرات احتمالی رفتارها را و همچنین فرصتهای اجتماعی فرهنگی را مشخص کند تا مطابق آن رفتارها را تنظیم نماید. در واقع نظریه خود اثرمندی جزء لاینفک نظریه شناختی اجتماعی و عاملیت انسانی است. خودکارآمدی به معنای باور فرد در مورد توانایی مقابله او در موقعیتهای خاص است. اینکه فرد چقدر باور دارد برای انجام یک کار یا مقابله با یک موقعیت، شایسته، کارآمد و موثر است (بندورا، 1999؛ به نقل از بامدی، 1392).

2-2-2- منابع اطلاعات درباره ی احساس خودکارآمدی

خودکارآمدی افراد بر چهار منبع اطلاعات استوار است:

موفقیت عملکرد: موثرترین منبع قضاوت درباره احساس خودکارآمدی، موفقیت در عملکرد است. تجربیات موفقیت آمیز در رفتارهای قبلی نشانه مستقیمی از سطح تسلط و شایسته بودن ما در اختیار می گذارد. موفقیت های قبلی، قابلیت و توانایی های ما را نشان می دهند و احساس خودکارآمدی را در ما افزایش می دهند. شکست های قبلی، بخصوص شکست های مکرر، احساس خودکارآمدی را در ما پایین می آورند (شولتز¹ و شولتز، 2005؛ ترجمه ی سیدمحمدی، 1388؛ ص 461).

تجربیات جانشینی: افراد با دیدن کسانی که عملکرد موفقیت آمیزی دارند، احساس خودکارآمدی را در خود تقویت می کنند. مخصوصاً مشاهده افرادی که از نظر توانایی با فرد مشابه باشند. در واقع افراد به خود می گویند «اگر دیگران می توانند آن کار را انجام دهند، پس من هم می توانم» در مقابل، دیدن افرادی که در عملکردهای خود شکست می خورند، احساس خودکارآمدی را در ما کاهش می دهد. بنابراین الگوهای کارآمد تأثیر مهمی بر احساس کفایت و شایستگی ما دارد (شولتز و شولتز، 2005؛ ترجمه ی سیدمحمدی، 1388؛ ص 461).

¹. Schultez.

قانع سازي کلامي: اگر به افراد یادآور شويم که آنها از توانایی انجام دادن هر کاري که بخواهند انجام دهند برخوردارند، احساس خودکارآمدي را تقويت می کند. رایج ترین منبع اطلاعات قانع سازي کلامي است و براي اینکه موثر واقع شود باید واقع بینانه باشد. یعنی ما باید افراد را به کارهایی ترغیب کنیم که توانایی انجام دادن آن را داشته باشند (شولتز و شولتز، 2005؛ ترجمه ي سيدمحمدي، 1388؛ ص 461).

برانگیختگی فیزیولوژیکی و هیجانی: برانگیختگی فیزیولوژیکی و هیجانی یعنی اینکه در موقعیت های استرسزا چقدر احساس ترس یا آرامش می کنیم. افراد غالباً از این نوع اطلاعات به عنوان مبناي قضاوت درباره توانایی کنار آمدن خود استفاده می کنند. افراد درمواقعی که احساس خونسردی کنند و بر انگیخته یا عصبی نباشند، احساس خودکارآمدي بیشتری را حس می کنند. هرچه در برخورد با موقعیت ها، احساس ترس، اضطراب یا تنش کنیم، کمتر احساس می کنیم که می توانیم با آن موقعیت کنار بیاییم (شولتز و شولتز، 2005؛ ترجمه ي سيدمحمدي، 1388؛ ص 461).

3-2-2-قضاوتهاي خودکارآمدي:

قضاوتهاي خودکارآمدي در سه بعد مجزا اما وابسته به هم، با هم تفاوت دارند که این سه بعد عبارتند از: شدت، قدرت و تعمیم پذیری.

شدت خودکارآمدي: به میزان سختی یا دشواری کاري بر میگردد که فرد باور دارد که آن انجام شدنی است. افرادی با شدت خودکارآمدي بالا، خود را قادر به انجام کارهاي سخت می بینند، حال آنکه افرادی با شدت خودکارآمدي کم تنها خودشان را قادر به انجام اشکال ساده رفتاری می دانند.

قدرت خودکارآمدي: به میزان اعتقاد راسخ درباره قضاوت فردي اشاره دارد. افرادی با حس ضعیف خودکارآمدي به سادگی در مقابل موانع عملکردشان ناامید خواهند شد و با تضعیف ادراکات خود درباره تواناییهایشان واکنش نشان خواهند داد.

در مقابل افرادی با حس قوی خودکارآمدی در مواجهه با مشکلات سخت ناامید نخواهند شد، حس خودکارآمدی‌شان را حفظ می‌کنند و در نتیجه اصرار و پافشاری مداوم به احتمال بیشتری بر موانع موجود غلبه خواهند کرد.

تعمیم پذیری خودکارآمدی: نشانگر میزانی است که ادراکات خودکارآمدی به موقعیتهای خاصی محدود شده‌اند بعضی افراد ممکن است معتقد باشند که قادر به انجام بعضی از کارها می‌باشند، اما تحت شرایط محیطی خاصی، در حالی- که سایر افراد ممکن است باور داشته باشند که میتوانند رفتار خاصی را تحت هر شرایط محیطی انجام دهند، همچنین قادرند رفتارهایی که اندکی با هم تفاوت دارند را انجام دهند (کامپو و هیگینز¹، 1995، ص 191-192، به نقل از لیلی مظاهر، 1392).

4-2-2-4-حیطه های مختلف خودکارآمدی:

الف) خودکارآمدی اجتماعی: به معنای ادراک فرد از توانمندی خود در رسیدن به معیارهای اجتماعی و ارتباطات اجتماعی است.

ب) خودکارآمدی هیجانی: به معنای ادراک فرد از توانمندی خود در کنترل و مدیریت هیجان‌ها و افکار منفی.

ج) خودکارآمدی جسمانی: به معنای ادراک فرد از توانایی جسمی، اطمینان در انجام فعالیتها و مهارتهای فیزیکی و همچنین اطمینان از تأثیرگذاری مثبت جسمانی بر افراد دیگر است.

د) خودکارآمدی تحصیلی: به معنای ادراک فرد از توانمندی خود در یادگیری، حل مسایل تحصیلی و دستیابی به موفقیت های تحصیلی است (طهماسیان و اناری، 1388).

4-2-2-5-خودکارآمدی اجتماعی

خودکارآمدی اجتماعی یکی از مفاهیم زیرمجموعه خودکارآمدی در نظریه شناخت اجتماعی است که به باورهای فرد در مورد توان خویش در ایجاد ارتباط اجتماعی و برقراری دوستی های جدید اشاره

¹. Campo and Higgins.

دارد (گکاس، 1989) مهارت هایی همچون شهامت اجتماعی، مشارکت در فعالیت های اجتماعی، رفتارهای دوستانه و کمک رساندن یا کمک گرفتن در مفهوم خودکارآمدی اجتماعی می گنجد (کانولی¹، 1989) افراد دارای اضطراب دلبستگی بالا، به دلیل خودکارآمدی اجتماعی پایین از راهکارهای تنظیم هیجان فعالسازی استفاده می کنند؛ مثلاً در هیجانات خود اغراق می کنند تا از دیگران توجه و حمایت دریافت کنند و به این شیوه با استرس و هیجانات منفی مقابله کنند (لوپز و برنان²، 2000؛ میکالینسر، شیور و پرگ³، 2003) (به نقل از زارع، لطیفیان، فولاد چنگ، 1392).

خودکارآمدی اجتماعی روابط حمایتی را در زمینه های مثبت اجتماعی تقویت می کند (طهماسیان، اناری و و صدق پور، 1388). نوجوانانی که در روابط اجتماعی، کارآمدی خود را مثبت یا بالا ارزیابی می کنند، کمتر احساس ناتوانی می کنند، با پیامدهای دردناک اعم از جسمی و روانی، سازگاری بهتری و در تعاملات اجتماعی با سازگاری بهتری و در تعاملات اجتماعی با خانواده و سایرین مشکلات کمتری دارند (کیم و کیک هیتی⁴، 2003؛ به نقل از بامدی، 1392). رودباخ⁵ (2006) درباره خودکارآمدی اجتماعی می گوید « چنانچه افراد خودشان را در به دست آوردن پیامدهای ارزشمند و یا در برابر موقعیت های تهدیدکننده ناتوان ادراک کنند، دلسرد، ناامید، افسرده و مضطرب می شوند و زمانیکه در برابر موقعیتهای تهدیدکننده پیروز شوند، احساس غرور و اعتماد به نفس می کنند».

حضور در جوامع مختلف و برقراری ارتباط مفید و سازنده با موقعیت ها و تعاملات، نیازمند بهرمندی از هوش فرهنگی است. یکی از مهم ترین موقعیت هایی که حضور در آنها اجتناب ناپذیر است، سازمان ها و گروه های کاری اند. همچنین یکی از باورهای وابسته به شغل در افراد، خودکارآمدی جمعی در بین آنان است. از آنجا که افراد، هم به صورت فردی و هم به صورت جمعی عمل می کنند، خودکارآمدی می تواند هم در سطح

1. Cannuli.

2. Lopez and Brennan.

3. Mikalinsler, Sheyver and Porg.

4. Kim and cakes Hittite.

5. Rodebaugh.

فردی و هم در سطح جمعی مطرح باشد. یکی از کامل‌ترین و در عین حال پیچیده‌ترین نظریه‌هایی که به این موضوع اشاره کرده، نظریه شناختی بندورا است. به عقیده ی بندورا خودکارآمدی از مهم‌ترین عوامل رشد در ارتباطات سالم اجتماعی است که زندگی فرد را لذتبخش کرده، او را قادر می‌سازد با فشارهای طولانی مدت مقابله کند. حس ایمن از خودکارآمدی باعث ایجاد ارتباطات اجتماعی مثبت و سالم می‌شود، در حالی که عدم خودکارآمدی، فرد را به رفتارهای اجتنابی (مانند فرار)، پرخطر (ارتباطات جنسی نامشروع) و طرد جامعه می‌کشاند و این خود باعث محرومیت فرد از تقویت‌کننده‌های مثبت اجتماعی می‌شود. از نظر بندورا، انطباق انسان با تغییرات، ریشه در سیستم‌های اجتماعی انسان دارد و عاملیت انسانی در شبکه‌ی وسیع تأثیرات ساختار اجتماعی عمل می‌کند. بنابراین، خودکارآمدی جمعی با تأثیرپذیری از تفاوت‌های فرهنگی، تلاش‌های گروهی و عملکرد افراد را تحت تأثیر خود قرار داده، زمینه را فراهم می‌کند تا افراد بتوانند با درک قابلیت‌های همدیگر، از پذیرش اجتماعی در گروه و در نهایت، جامعه به‌رمند شده و به عنوان عضوی مفید و تأثیرگذار در گروه پذیرفته شوند (طولابی و کریمی، 1391).

در تحقیقی که بندورا در سال 1996 انجام داد، آشکار گشت که نوجوانانی که خودکارآمدی بیشتری دارند، بیشتر مورد پذیرش همسالان خود قرار می‌گیرند. خودکارآمدی در پذیرش همسالان تأثیر مستقیم و غیر مستقیم دارد. از آنجا که خودکارآمدی اجتماعی به ظرفیت ادراک شده برای رابطه با همسالان و مدیریت انواع تعارض‌های بین فردی اطلاق می‌شود، نوجوانانی که خودکارآمدی بیشتری دارند در ایجاد روابط اجتماعی موفق ترند. خودکارآمدی اجتماعی روابط حمایتی را در زمینه‌های مثبت اجتماعی تقویت می‌کند (به نقل از طهماسیان و همکاران، 1388). همچنین بندورا (1999؛ به نقل از ترخان، 1391) معتقد است خودکارآمدی اجتماعی یکی از مهمترین عوامل تنظیم رفتار انسان در موقعیت‌های اجتماعی است، به طوری که هیچکدام از مکانیزم‌های روانی انسان بانفوذتر از باورها ی خودکارآمدی افراد

درباره ظرفیت هایشان برای اعمال کنترل بر سطوح عملکرد و رویدادهای مؤثر زندگی نیست.

6-2-2- خودکارآمدی تحصیلی

آلتون سوي، سمین؛ اکیسی، اتیک، گوکمن¹ (2010) خودکارآمدی تحصیلی را از مفاهیم مرتبط با خودکارآمدی می دانند، که به باور دانش آموز، راجع به توانایی رسیدن به سطح معینی از تکلیف اشاره دارد. بندورا (2001) معتقد است که باورها و قضاوت افراد از توانایی هایشان در انجام تکالیف مربوط به موقعیت های تحصیلی را خودکارآمدی تحصیلی گویند. (به نقل از داوری، لواسانی و اژه ای، 1391).

باورهای خودکارآمدی تحصیلی بیانگر اطمینان فرد به توانایی خود در انجام موفقیت آمیز تکالیف تحصیلی، در یک طراز مشخص، می باشد (بانگ و اسکالویک²، 2003). خودکارآمدی تحصیلی به مثابه اطمینان فرد در انجام رفتارهای خودکنترلی تحصیلی تعریف می شود (شکری، طولابی و غنایی، 1390). خودکارآمدی تحصیلی به قضاوت فرد راجع به توانایی اش برای سازمان و انجام انواع تکالیف آموزشی طرح شده، گفته می شود. افراد با خودکارآمدی تحصیلی بالا در مقایسه با افراد با خودکارآمدی تحصیلی پایین تر، اطمینان بیشتری دارند که بتوانند تکالیف آموزشی را انجام دهند. سطوح بالای خودکارآمدی تحصیلی، منجر به میانگین نمرات بالاتر و پایداری برای تکمیل تکالیف می شود دانشجویان با کارآمدی تحصیلی، عملکرد و سازگاری تحصیلی بهتری نیز دارند. از سوی دیگر کارآمدی تحصیلی، به دانشجویان در موقعیت های استرس زا کمک می کند. دانشجویان با خودکارآمدی تحصیلی بالاتر، مشکلات سازگاری و اضطراب کمتری دارند و قادر به مواجهه مؤثرتر با استرس زاهای تحصیلی هستند (بندورا، 1997؛ به نقل از بینایت³ و بندورا، 2004).

1. Altunsoy & Çimen., Ekici, & Atikc, Gokmen.

2. Bong. & Skaalvik.

3. Benight.

خودکارآمدی دارای ویژگی مختص به فرهنگ است؛ یعنی، درجه ی بالایی از خودکارآمدی در حوزه های خاص منجر به خودکارآمدی بالا در حوزه ی دیگر نمی شود. بنابراین، خودکارآمدی در حوزه های مختلفی مانند تحصیلی، شغلی یا روابط خانوادگی می تواند وجود داشته باشد و بر رفتار افراد در آن حوزه ها اثر بگذارد. در حوزه های تحصیلی دانش آموزان اطمینان به خود را به شیوه های مختلفی پرورش می دهند و آنهایی که به مهارت هایشان اطمینان بیشتری دارند، بیشتر خود را در فعالیت های تحصیلی درگیر می کنند. بندورا (1993) معتقد است که باورهای خودکارآمدی بیش از توانایی، دانش و موفقیت قبلی در دستیابی به موفقیت های تحصیلی نقش دارند. ادراک دانش آموزان از مهارت های خود بر نوع فعالیت هایی که بر می گزینند، میزانی که خود را در آن فعالیت ها به چالش می کشند و سرسختی و سماجی که در انجام دادن آن فعالیت ها نشان می دهند، تأثیر می گذارد. پژوهش های قبلی نشان داده اند کمبود یا فقدان خودکارآمدی اغلب انگیزه ی دانش آموزان را تضعیف می کند و ممکن است موجب شود که آنها تکالیف شان را کوچک بشمارند (به نقل از ذبیح الهی، یزدانی ورزنه و لواسانی، 1391).

1-6-2-2-بررسی مفاهیم باورهای خودکارآمدی تحصیلی از نظر

محققان مختلف با ابزار های متفاوت

1-در یک سطح کاملاً ویژه از اندازه گیری مفهوم باورهای خودکارآمدی تحصیلی، سئولات تشکیل دهنده ی مقیاس خودکارآمدی تحصیلی، یک درس خاص یا محتوای درسی ویژه را اندازه گیری می کنند. بر این اساس، طبق دیدگاه برخی از محققان، خودکارآمدی تحصیلی بیانگر اطمینان فرد به توانایی خود در ارائه پاسخ صحیح به آن دست از سئوالاتی که دانش محتوایی یک درس خاص را اندازه گیری می کنند. برای مثال، مقیاس های خودکارآمدی کلامی و ریاضی (زیمرمن و مارتینز- پونس¹، 1990) و مقیاس های خودکارآمدی هندسه و جبر پیشرفته (لوپز، لنت،

¹. Zimmerman and Martinez- Pons.

براون و گاری¹، 1997) جزو آن دسته از مقیاس هایی هستند که دانش وابسته به محتوای یک درس خاص را اندازه گیری می کنند (به نقل ازشکری و همکاران، 1390).

2- گروه دیگر مقیاس ها، بر اساس رابطه با یک درس یا قلمرو محتوایی خاص تعریف می شوند. در پاسخ به این مقیاس ها از مشارکت کنندگان تقاضا می شود که اطمینان به توانایی خود در دستیابی به یک نمره ی خاص در یک کلاس درسی را مشخص کنند. برای مثال مان، بیکر و جفریس² (1995) و لنت، براون و لارکین³ (1997) به منظور مطالعه ی نقش باور های خودکارآمدی در قلمروهای موضوعی علوم و مهندسی، دو مقیاس خودکارآمدی تحصیلی متفاوت را گسترش دادند. در این رابطه، لنت و همکاران (1987) با استفاده از یک مقیاس خودکارآمدی مطالبات تحصیلی، اطمینان یادگیرندگان به توانایی خود را در انجام موفقیت آمیز مطالبات تحصیلی و وظایف شغلی بررسی کردند (به نقل ازشکری و همکاران، 1390).

3- در سطح دیگری از تخصیص، محققان، به منظور مطالعه باورهای خودکارآمدی تحصیلی، ابزارهایی را گسترش دادند که باورهای خودکارآمدی تحصیلی یادگیرندگان را بر اساس رفتارهای تحصیلی عمومی تر اندازه گیری می کنند. برای مثال، پنتریچ و دی گرات⁴ (1990) در گسترش پرسشنامه یادگیری و راهبردهای انگیزشی، بخشی را به باورهای خودکارآمدی تحصیلی اختصاص دادند. در این مقیاس، اطمینان یادگیرندگان به توانایی خود در انجام موفقیت آمیز تکالیف درسی و دستیابی به نمرات بالا، اندازه گیری می شوند (به نقل ازشکری و همکاران، 1390).

4- در نهایت در گروه دیگری از مقیاس ها، خودکارآمدی تحصیلی به مثابه اطمینان فرد به توانایی خود در انجام رفتارهای خودکنترلی تحصیلی تعریف می شود. خودکنترلی بیانگر این موضوع است که یک یادگیرنده تا چه حد از نظر

¹. Lopez, Lent, Brown, and Gary.

². Mann, Baker, and Jeffries.

³. Larkin.

⁴. Pentrich and de-Grat.

فراشناختی، انگیزشی و رفتاری فرایند یادگیری را کنترل می کند (زیمرمن و مارتینز-پونس 1990؛ به نقل ازشکری و همکاران، 1390) .

خودکارآمدی، یکی از مفاهیم مورد تأکید در نظریه های یادگیری است. خودکارآمدی به قضاوت فرد در مورد توانایی های خود برای انجام موفقیت آمیز یک تکلیف یا کارگفته می شود (شانگ¹، 2008) .

به طور کلی هنگامی که افراد بر این باور باشند که قابلیت ها و توانایی های لازم برای انجام کار یا فعالیتی را دارند، برای انجام آن تکلیف وقت بیشتری صرف می کنند و در نهایت به نتایج بهتری دست پیدا خواهند کرد. ادراک افراد از خود، به تفکر، انگیزش، عملکرد و هیجانات فرد تأثیر می گذارد (خرایم، نریمانی و خرایم، 1391) .

3-2-بهداشت روانی

2-3-1-تعاریف

مفهوم بهداشت روانی در واقع جنبه ای از مفهوم کلی سلامت است. فرهنگ روانشناسی لاروس بهداشت روانی را چنین تعریف می کند: استعداد روان برای هماهنگی، خوشایند و مؤثر کار کردن، برای موقعیت های دشوار، انعطاف پذیر بودن و برای بازیابی تعادل خود توانایی داشتن بهداشت روان بخشی جدایی ناپذیری از بهداشت عمومی است که فرد را عناصر شناختی، عاطفی و همچنین از توانایی های خود در ایجاد رابطه با دیگران آگاه می گرداند. انسان با داشتن تعادل روانی، بهتر می تواند بر تنیدگی ها و فشارهای زندگی فائق آید کارهای روزانه را پر بارتر و سودمندتر گرداند و فردی مفیدی برای جامعه باشد. اختلالات روانی و مغزی با تأثیر روی سلامت روان فرد، امکان دستیابی به بخش هایی از موارد فوق و امکان عملی ساختن تمام آنها را به طور کلی و یا به گونه ای نسبی غیر ممکن می سازد. درمان این اختلالات و پیشگیری از به وجود آمدن آنها راه استفاده از تمام توانایی های موجود در فرد را

¹. Schunk.

برای وی هموار می سازد. از آنجا که بهداشت روان پایه و اساس رشد انسان است این حقیقت را باید پذیرفت که مسائل بهداشت روان همراه زندگی است. امکان پدید آمدن آنها همیشه وجود دارد و لازم است تا درباره‌ی آنها بحث و گفتگو شود (شاه محمدی، 1380، ص 7).

سازمان جهانی بهداشت، بهداشت روانی را چنین تعریف می کند: «بهداشت روانی در درون مفهوم کلی بهداشت جای می گیرد و بهداشت یعنی توانایی کامل برای ایفای نقشهای اجتماعی، روانی و جسمی؛ بهداشت تنها نبود بیماری یا عقب ماندگی نیست» (به نقل از نوربالا، 1390).

در اساسنامه سازمان جهانی بهداشت (WHO) سلامت «نه تنها نبود بیماری یا معلولیت»، بلکه «حالت بهینه خوب بودن جسمی، روانی و اجتماعی» تعریف شده است. (گزارش سازمان جهانی بهداشت، 2001؛ به نقل از نوربالا، 1390). مفهوم سلامت روانی نیز از سازمان جهانی بهداشت چیزی فراتر از نبود اختلالهای روانی و شامل (1) خوب بودن ذهنی (2) ادراک خودکارآمدی، (3) استقلال و خودمختاری، (4) کفایت و شایستگی، (5) وابستگی میان نسلی و (6) خودشکوفایی توانمندی های بالقوه فکری و هیجانی است (به نقل از نوربالا، 1390).

اتکینسون¹ و همکاران: بیشتر روانشناسان ویژگیهای زیر را نشانه‌ی سلامت روانی و عاطفی در فرد قلمداد می کنند و معتقدند این ویژگیها هر چند فرد سالم و غیرسالم را کاملاً از یکدیگر تفکیک نمی کنند، اما فرد سالم در مقایسه با بیمار، میزان بیشتری از این خصوصیات را دارا است: (1) ادراک صحیح (2) خودشناسی (3) توانایی در کنترل اختیاری رفتار (4) عزت نفس و پذیرش (5) توانایی در برقراری روابط محبت آمیز (6) خلاقیت (اتکینسون و همکاران، 1369، 121؛ به نقل از صالحی نژاد کوویی، 1392).

2-3-2- دیدگاهها و نقطه نظرها در ارتباط با مفهوم سلامت روانی:

¹. Atkinson.

الف) دیدگاه پزشکان : پزشکان سالم بودن را نداشتن علایم بیماری تلقی میکنند. این استدلال در مورد برخی بیماری های عفونی ممکن است صدق کند ولی در مورد بیماریهای روانی قابل تعمیم نیست (میلانی فر، 1370، به نقل از احمدوند، 1389، ص6). سلامت روان از دیدگاه پزشکی، عدم وجود بیماری روانی به حساب می آید. براساس این تعریف « هر اختلالی که در تعادل هیجانی و عاطفی به صورت اختلال در سازگاری و در عملکرد بدنی به دلایل عوامل ژنتیکی، شیمیایی، بیولوژیکی و روانشناختی و یا عوامل فرهنگی و اجتماعی به وجود آید بیماری روانی قلمداد می گردد» (باقري يزدي، جعفری و پیروی، 1374).

ب) دیدگاه روان پزشکان: در دیدگاههای روانشناختی بر تاثیر عوامل رفتاری و اجتماعی تاکید شده است، شواهد گوناگون در مطالعات امروزه نشان می دهد که عوامل روانشناختی سلامت و بیماری به رشد گسترش حیطه ای از روانشناختی به نام (روان شناسی سلامت) کمک کرده است (باقري يزدي و همکاران، 1374). روان پزشکان فردی را از نظر روانی سالم می دانند که بین رفتارها و کنترل او در برخورد با مشکلات اجتماعی، تعادلی وجود داشته باشد و هدف اصلی از درمان بیماران روانی نیز قادر کردن آنها به زندگی در خانواده و اجتماع و به اصطلاح سازش با محیط است (میلانی فر، 1370، به نقل از احمدوند، 1389، ص6).

ج) دیدگاه روانکاوان: زیگموند فروید شخصیت و روان انسان را مرکب از سه جزء نهاد و من و من برتر یا فراخود می داند و معیاری که برای سلامت روان از این مکتب استفاده می شود، وجود تمامیت در نیروهای روانی می باشد، که منظور تعادل بین نهاد و من و فرامن از طرفی و بین سطوح خود آگاه و ناخودآگاه از طرف دیگر می باشد. همچنین وی فردی را دارای سلامت روان می داند که مراحل رشد را با موفقیت گذرانیده و در هیچ یک از مراحل آن تثبیت نشده باشد (شفیع آبادي و ناصری، 1368، ص52). من باید بتواند بین تعارضهای نهاد و من برتر تعادل ایجاد کند و

چنانچه از عهده‌ی برقراری تعادل لازم بر نیاید بهداشت روانی به هم می‌خورد و شخص دچار مشکل روانی می‌گردد (گنجی، 1376، به نقل از احمدوند، 1389، ص7).

2-3-3- ابعاد مختلف سلامتی

بعد جسمی: معمول ترین بعد سلامتی، سلامت جسمی است که نسبت به ابعاد دیگر سلامتی ساده تر می‌توان آن را ارزیابی کرد. سلامت جسمی در حقیقت ناشی از عملکرد درست اعضاء بدن است. از نظر بیولوژیکی عمل مناسب سلولها و اعضاء بدن و هماهنگی آنها با هم نشانه سلامت جسمی است. به عنوان نمونه بعضی از نشانه های سلامت جسمی عبارتست از: ظاهر خوب و طبیعی، وزن مناسب، اشتهاي کافی، خواب راحت و منظم، اجابت مزاج منظم، جلب توجه نکردن اعضاء بدن توسط خود فرد، اندام مناسب، حرکات بدنی هماهنگ، طبیعی بودن نبض و فشار خون و افزایش مناسب وزن در سنين رشد و وزن نسبتا ثابت در سنين بالاتر (صالحی و دیگران، 1386؛ به نقل از ریاحی، علیوردی نیا و بنی اسدی، 1387).

بعد روانی: بدیهی است سنجش سلامت روانی نسبت به سلامت جسمی مشکل تر خواهد بود در اینجا تنها نداشتن بیماری روانی مدنظر نیست بلکه قدرت تطابق با شرایط محیطی، داشتن عکس العمل مناسب در برابر مشکلات و حوادث زندگی جنبه مهمی از سلامت روانی را تشکیل می‌دهد، نکته‌ی دیگری که باید در اینجا به آن اشاره کرد اینکه بسیاری از بیماریهای روانی نظیر اضطراب، افسردگی و غیره بر روی سلامت جسمی تاثیرگذار است و ارتباط متقابلی بین بیماریهای روانی و جسمی وجود دارد. بعضی از نشانه های سلامت روانی عبارتست از: سازگاری فرد با خودش و دیگران، قضاوت صحیح در برخورد با مسائل، داشتن روحیه انتقادپذیری و داشتن عملکرد مناسب در برخورد با مشکلات (صالحی و دیگران، 1386؛ به نقل از ریاحی و همکاران، 1387).

بعد معنوی: یکی از زمینه های عمده‌ی بیماریها و مشکلات روانی و عوارض جسمی و اجتماعی آن احساس پوچی، بیهودگی و

تزلزل روحی است که ناشی از فقدان بعد معنوی در افراد است. ایمان، هدفدار بودن زندگی، پای-بندی اخلاقی، تعاون، داشتن حسن ظن و توجه بیشتر به مسائل معنوی زندگی باعث کاهش اضطراب، تزلزل روحی و عوارض ناشی از آن میشود (باقری یزدی، جعفری، پیروی، 1374، به نقل از صالحی نژاد کوویی). از نظرکارشناسان سازمان بهداشت جهانی، سلامت روان قابلیت ارتباط موزون و هماهنگ با دیگران، تغییر و اصلاح محیط فردی و اجتماعی و حل تضادها و تمایلات شخصی به طور منطقی، عادلانه و مناسب است و براین باورند که سلامت روان، صرفاً نداشتن بیماری‌های روانی نیست، بلکه توان واکنش در برابر انواع گوناگون تجربیات زندگی به صورت انعطاف‌پذیر و معنی‌دار است. بعد سلامت روانی در بسیاری از کشورهای جهان (به ویژه کشورهای جهان سوم)، به دلیل توجه اصلی به سایر اولویت‌های بهداشتی، از جمله بیماری‌های واگیردار عفونی درگذشته و یا بیماری‌های مزمن در عصر حاضر، کمتر مورد توجه قرار گرفته است. با این حال، نگاهی به آمار و ارقام منتشر شده در زمینه شیوع اختلالات روانی در کشورهای مختلف جهان، حاکی از بحرانی بودن وضعیت سلامت روان است (صالحی و دیگران، 1386؛ به نقل از ریاحی و همکاران، 1387).

با در نظر گرفتن برآورد سازمان جهانی بهداشت، بیش از 500 میلیون نفر در دنیا مبتلا به یکی از انواع اختلالات روانی هستند که از این عده 50 میلیون نفر مبتلا به اختلالات شدید روانی، 250 میلیون نفر مبتلا به اختلالات خفیف روانی 50 میلیون نفر مبتلا به عقب‌ماندگی ذهنی، 50 میلیون نفر مبتلا به صرع بوده و 30 میلیون نفر از دمانس رنج می‌برند (مهربانی، 1385؛ به نقل از ریاحی و همکاران، 1387).

4-3-2- بهداشت روانی دانش آموزان دارای اختلال یادگیری:

ناتوانی‌های یادگیری تنها به افت تحصیلی و اتلاف بودجه پایان نمی‌پذیرد؛ بلکه به سرزنش، تحقیر از جانب سایر دانش‌آموزان، به وجود آمدن خودباوری ضعیف و کاهش عزت نفس آنها می‌انجامد و سلامت روان آنان را به مخاطره می‌اندازد. این مشکلات از دانش‌آموز و مدرسه به خانه و خانواده نیز راه می‌یابد و اضطراب و ناخشنودی را در هر فضای زندگی گسترش می‌دهد. حاصل این امر، آسیب‌هایی است که به

بهداشت روانی فرد، خانواده و جامعه وارد می شود (کارگرشورکی، ملک‌پور و احمدی، 1389).

به نظر می‌رسد که اختلال یادگیری اثرات مادام‌العمری را برای فرد ایجاد می‌کند که فراتر از خواندن، نوشتن و ریاضیات است و حوزه‌هایی همچون بهداشت روانی، روابط بین فردی (شهیم، 1382) ادامه تحصیل امکانات استخدامی و شغل یابی و مانند آن را تحت تاثیر قرار می‌دهد (کارتلون، واکن شاو¹، 1998؛ به نقل از نظری و همکاران، 1391). کودکان با این اختلال به نظر می‌رسد در معرض خطر بالای برای مبتلا شدن به شکل‌های مختلف روان‌نژندی می‌باشند (رورک، یونگ، لینارس²، 1989؛ به نقل از هارون رشیدی، جاهدیان، عبده پور، 1389).

4-2- پیشینه پژوهش

2-4-1- پژوهش‌های داخل ایران

لطیفی و استکی آزاد (1391) به بررسی اثربخشی بازسازی شناختی بر میزان خودکارآمدی اجتماعی، عاطفی، تحصیلی و خواندن دانش‌آموزان دارای ناتوانی یادگیری پرداختند. یافته‌ها نشان داد که آموزش توانسته است میزان دانش‌آموزان از ناتوانی یادگیری و میزان خودکارآمدی آنان را به طور معنی‌داری افزایش دهد، همچنین نتایج تحلیل کوواریانس حاکی از آن بود که بازسازی شناختی قادر است به طور معنی‌داری به دانش‌آموزان دارای ناتوانی یادگیری در راستای افزایش خودکارآمدی عمومی، خودکارآمدی تحصیلی و خودکارآمدی اجتماعی کمک کند.

خرایم، نریمانی و خرایم (1391) در مقایسه باورهای خودکارآمدی و انگیزه پیشرفت در میان دانش‌آموزان با و بدون ناتوانی یادگیری به این نتایج دست یافتند که دانش‌آموزان مبتلا به ناتوانی یادگیری در مقایسه با دانش‌آموزان عادی، باورهای خودکارآمدی کمتری دارند.

¹ Kartlon, Vachon Shaw.

² Rork, Young, Linares.

نریمانی، رجبی، افروز و خوشخو (1390) به بررسی کارآمدی مراکز ناتوانی های یادگیری استان اردبیل در بهبود علایم اختلال یادگیری دانش آموزان و شناسایی نقاط ضعف و قوت این مراکز پرداختند. نتایج نشان داد که بین دو گروه دانش آموزان دارای اختلالات یادگیری آموزش دیده در مراکز LD¹ و آموزش ندیده از نظر توانایی خواندن، توانایی ریاضی و توانایی نوشتن و معدل نمرات نیمسال تحصیلی تفاوت معناداری وجود دارد. این مطالعه نشان داد که برگزاری کلاس های آموزشی مراکز ویژه ناتوانی های یادگیری موجب بهبود

علایم و پیشرفت درسی دانش آموزان دارای اختلالات یادگیری می گردد. حق رنجبر، کاکاوند و دانش (1390) به مقایسه خودکارآمدی، اختلال هیجانی و احساس تنهایی در دانش آموزان دچار ناتوانی یادگیری و عادی پرداختند. به این منظور 40 دانش آموز 9-12 ساله دچار ناتوانی یادگیری بصورت تصادفی انتخاب و با 40 دانش آموز عادی همتا شده مورد پژوهش قرار گرفتند. یافته ها نشان داد که تفاوت میزان خودکارآمدی، اختلال هیجانی و احساس تنهایی در دانش آموزان دچار ناتوانی یادگیری معنادار، به گونه ای که خودکارآمدی در دانش آموزان عادی و اختلال هیجانی و احساس تنهایی در دانش آموزان دچار اختلال یادگیری بیشتر است.

زاده محمدی، عابدی و خانجانی (1387) در بررسی خود که به تأثیر هنر روان درمانگری بر خودکارآمدی پرداخته بودند، به این نتیجه رسیدند که با این روش می توان خودکارآمدی و عزت نفس را افزایش داد. اهمیت این سازه مهم روان شناختی در سلامت روانی کودکان و نوجوانان خصوصاً کودکان دارای ناتوانی یادگیری باعث ایجاد و کاربندی شماری از مداخلات روان شناختی جهت تأثیرگذاری بر بهبود و افزایش آنها شده است.

حجازی، فارسی نژاد و عسکری (1386) پس از تحقیق خود در مورد سبک های هویت و پیشرفت تحصیلی، نقش باورهای خودکارآمدی در موفقیت تحصیلی را مهم ارزیابی کردند.

¹. Learning Disabilities.

رضایی و سیف نراقی (1385) به مقایسه‌ی ویژگیهای روان شناختی دانش آموزان نارسانویس و عادی پایه سوم ابتدایی پرداختند، نتایج تفاوت معنی داری بین گروههای نارسانویس و عادی در ویژگیهای اضطراب- افسردگی، سازگاری اجتماعی و اختلال کمبود توجه نشان داد در حالی که برای ویژگیهای پرخاشگری- بیش فعالی و رفتارهای ضد اجتماعی معنی دار نبود. این پژوهش نشان داد که دانش آموزان نارسانویس در مقایسه با همسالان خود از افسردگی- اضطراب، ناسازگاری اجتماعی و اختلال توجه بیشتری برخوردارند.

مطالعات نشان می دهد که شیوه های آموزشی به کار گرفته شده برای دانش آموزان دارای اختلال یادگیری مؤثر بوده است. رفاهی (1381) در تحقیقی با عنوان گزارشی از کار موردی مشاوره در مرکز مشکلات ویژه یادگیری شهر شیراز از بین 60 دانش آموز تحت پوشش مراکز آموزشی و توانبخشی مشکلات ویژه یادگیری 20 دانش آموز به مدت 4 ماه به صورت هفتگی (2 جلسه در هفته) و در مجموع 32 جلسه به طور انفرادی با شیوه های مختلف رفتار-شناختی مورد بازپروری قرار گرفتند. مقایسه نتایج حاصل از ارزیابی های اولیه و ثانویه حاکی از وجود تفاوت معنادار بین دو ارزیابی از نظر عملکرد تحصیلی و رفتاری دانش آموزان بود.

2-4-2- پژوهش های خارجی

در ارتباط با متغیرهای خودکارآمدی اجتماعی، خودکارآمدی تحصیلی و بهداشت روانی در دانش آموزان دارای اختلالات یادگیری در خارج می توان به پژوهش های زیر اشاره کرد. از آنجا که اختلالات یادگیری به دلایل مختلف ارثی و محیطی روی می دهد و با توجه به اینکه دانش آموزان دارای اختلالات یادگیری دچار اختلال های هیجانی، رفتاری و نارساکنش وری اجتماعی نیز می شوند (لمنتز، والکبرگ، گودمن، فورود و بورج¹، 2011)؛ که این امر منتهی به منزلت اجتماعی پایین، زورگویی و رفتارهای ضد اجتماعی در آنها می شود (برنان،

¹. Lmntz, Valkbrg, Goodman, Furod and Burj.

برادشاو و ساویر، 2009؛ به نقل از حق رنجبر، کاکاوند، دانش، 1390).

بایرد، اسکوت، دیرینگ و هامیل (2009) نشان دادند که دانش آموزان دارای اختلالات یادگیری، خودکارآمدی اجتماعی و تحصیلی پایینی را گزارش می کنند و پژوهش های دیگر حاکی از آن است که کودکان و نوجوانان دارای اختلالات یادگیری دارای مشکلاتی در مهارت های بین فردی (ایز، 2004)، و سطوح بالایی از طرد اجتماعی و تنهایی (استل، جونز، پیرل، آن آگر، فارمر و رودگین¹، 2008) می باشند (به نقل از زاهد، رجبی و امیدی، 1391).

سیو و بریانت² (2009) شیوه های به کارگرفته شده در کاهش مشکلات دانش آموزان دارای اختلالات یادگیری، اثربخشی بالایی نداشته است. همچنین هدف این مطالعات بررسی تأثیر یک یا دو شیوه آموزشی-درمانی بر کودکان مبتلا به مشکلات ویژه یادگیری است و مطالعاتی که به بررسی اثربخشی شیوه های رایج

آموزشی-درمانی به صورت یکپارچه و در قالب اثربخشی خدمات آموزشی مرکز مشکلات ویژه یادگیری پرداخته باشند، بسیار محدود است.

هاچیسن³ (2007) به بررسی ارتباط بین ادراک خودکارآمدی و کاهش مشکلات نوشتاری در کودکان با اختلالات یادگیری پرداخت و دریافت که انجام مداخله برای افزایش خودکارآمدی دانش آموزان دارای اختلال یادگیری هم بر بهبود عملکرد آنان و هم افزایش تلاش و تداوم پشتکار آنان موثر است.

لاکی و مارگالیت⁴ (2006) در یک بررسی به مقایسه هیجانان اجتماعی، پیشرفت تحصیلی، میزان تلاش و ادراک خود در دانش آموزان دارای اختلال یادگیری و گروه عادی با میزان پیشرفت متفاوت پرداختند و دریافتند که دانش آموزان با اختلال یادگیری دارای سطح پایین تری از پیشرفت تحصیلی، میزان تلاش، خودکارآمدی تحصیلی و احساس خلق مثبت و امید هستند،

¹. Estelle, Jones, Pearl, ager, Farmer Rodgin.

². Seo, Bryant.

³. Hutchison.

⁴. Lockaye, , & Margalit.

اما در مقابل سطح بالاتری از خلق منفی و احساس تنهایی را تجربه می‌کنند.

پلاتا، تراستی و گلاسگو¹ (2005) در پژوهش خود نشان دادند که دانش‌آموزان دارای اختلالات یادگیری نوعی بی‌میلی نسبت به همسالان خود به خصوص در زمینه‌ی فعالیت‌های تحصیلی نشان می‌دهند.

کاپرارا، باربارانلی، پاستورلی و سرون² 2004 نشان دادند که سطح پایین خودکارآمدی با سطح بالای نشانه‌های اختلالات اضطرابی و نشانه‌های افسردگی و نیز رگه اضطرابی روان‌آزرده‌گرایی همراه بوده است و خودکارآمدی با بعضی از مولفه‌های سلامت روان نظیر افسردگی، اضطراب، حساسیت بین‌شخصی، خصومت، شکایت‌های جسمانی و پرخاشگری رابطه منفی دارد (اعرابیان، خدایناهی و حیدری و صدق‌پور، 1383؛ به نقل از لطیفی، استکی‌آزاد، 1391).

موریس³ (2002) نیز در مقایسه این دو گروه نشان داد که دانش‌آموزان دارای اختلالات یادگیری در مقایسه با دانش‌آموزان عادی در ایجاد و حفظ روابط دوستانه توانایی کمتری دارند. هس و رز⁴ (2000) نیز نشان داد که دانش‌آموزان دارای اختلالات یادگیری مشکلات هیجانی بیشتری از قبیل اضطراب و افسردگی را گزارش می‌کنند. همچنین فریلیچ و شچمن⁵ (2011) نشان دادند که بسیاری از دانش‌آموزان دارای اختلالات یادگیری دارای مشکلات اجتماعی، عاطفی و تحصیلی می‌باشند که اغلب در مدرسه نادیده گرفته می‌شود.

اسلون⁶ (1996) در مطالعه خود به بررسی اثر آموزش خودگویی مثبت بر ادراک خودکارآمدی دانش‌آموزان ناتوان یادگیری پرداخت. آزمودنی‌های این تحقیق 14 پسر 10 تا 13 ساله بودند. در این آموزش 5 نفر به صورت انفرادی و 9 نفر دیگر در 6 جلسه مشاوره گروهی که به منظور آموزش خودگویی مثبت

1. Plata, ,Trusty & Glasgow.

2. Kaprara, Barbaranly, Pastorly and Sron.

3. Morris.

4. Heath & Ross.

5. Freilich , Shechtman.

6. Sloan.

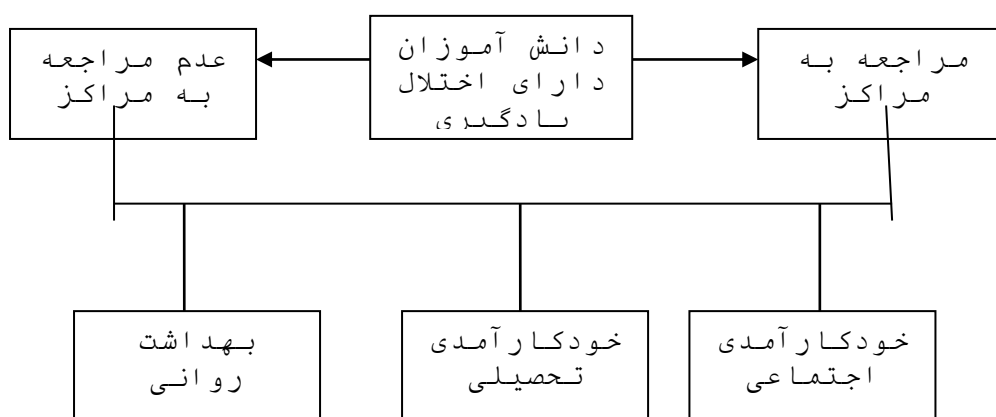
تشکیل شده بود، شرکت کردند. نتایج پژوهش تفاوت معنی داری را در میزان خودکارآمدی بین پیش آزمون و پس آزمون نشان داد.

کاول و فورنس¹ (1996) نیز طی یک مطالعه فراتحلیل در مورد مشکلات کودکان با اختلال یادگیری بیان کردند که آمار مشکلات اجتماعی مانند پایین بودن عزت نفس و خودکارآمدی، مشکلات عاطفی مانند افسردگی و مشکلات ارتباطی و بین فردی مانند پرخاشگری کودکان و نوجوانان با اختلالات یادگیری بالاتر از کودکان عادی است.

جمع بندی فصل

به طور کلی پژوهش های گسترده ای در زمینه خودکارآمدی اجتماعی، خودکارآمدی تحصیلی و بهداشت روانی دانش آموزان دارای اختلال یادگیری در مقایسه با دانش آموزان عادی صورت گرفته که نتایج این پژوهش ها نشان دهنده سطح پایین خودکارآمدی اجتماعی، خودکارآمدی تحصیلی و بهداشت روانی دانش آموزان دارای اختلال یادگیری نسبت به دانش آموزان عادی می باشد. پژوهش های اندکی به مقایسه این دانش آموزان با هم به خصوص در مراجعه و عدم مراجعه به مراکز اختلالات یادگیری پرداخته اند که یکی از این پژوهش ها، پژوهش نریمانی و همکاران (1390) می باشد که نشان داد مراجعه دانش آموزان به مراکز باعث بهبود علائم اختلال یادگیری و پیشرفت تحصیلی آنها می شود. در این پژوهش خودکارآمدی اجتماعی، خودکارآمدی تحصیلی و بهداشت روانی دانش آموزان دارای اختلال یادگیری در مراجعه و عدم مراجعه به مراکز اختلالات یادگیری مورد مقایسه قرار گرفته که تاکنون به آن پرداخته نشده است.

¹. Kaval & Forness.



شکل (1-2) چارچوب نظری تحقیق

دانش آموزانی که اختلال یادگیری آنها در مراکز اختلالات یادگیری توسط متخصصان تشخیص داده می شود، به دو گروه مراجع و غیر مراجع به مراکز تقسیم می شوند. گروه مراجع به مراکز از آموزشهای ویژه ارائه شده در مراکز استفاده می کنند و گروه غیر مراجع به علت دوری مسیر، عدم استقبال والدین و زمان تشخیص به این مراکز مراجعه نمی کنند و از آموزش های ارائه شده در مراکز بهرمنند نمی شوند. در این پژوهش خودکارآمدی اجتماعی، خودکارآمدی تحصیلی و بهداشت روانی دو گروه مورد مقایسه قرار گرفته است تا مشخص شود آموزشهای ارائه شده در مراکز تأثیری بر خودکارآمدی اجتماعی، خودکارآمدی تحصیلی و بهداشت روانی دانش آموزانی که به این مراکز مراجعه می کنند، می گذارد.

فصل سوم

روش تحقیق

در این فصل طرح پژوهش، جامعه آماری و روش نمونه‌گیری، ابزار پژوهش و پایایی و روایی آن‌ها، روش اجرای پژوهش و روش تجزیه و تحلیل داده‌ها توضیح داده می‌شود.

1-3- طرح پژوهش

در این پژوهش از روش علی-مقایسه‌ای (علی پس از وقوع) استفاده شده است؛ بدین‌صورت که پژوهشگر به دنبال کشف و بررسی تفاوت بین متغیرها یا عواملی است که از قبل وجود داشته‌اند و محقق در وقوع آنها هیچ دخالتی ندارد که این امر از طریق بررسی نتایج حاصل می‌شود. به عبارت دیگر، در این پژوهش پژوهشگر قصد دارد از طریق بررسی معلول به علت احتمالی پی ببرد.

2-3- جامعه آماری

جامعه آماری این پژوهش کلیه دانش‌آموزان دختر و پسر که در سال‌های تحصیلی 91-92، 92-93 اختلال یادگیری آنها به وسیله گروهی از متخصصان مراکز اختلال یادگیری بر اساس نمره‌ی هوش در آزمون وکسلر، انحراف از میانگین کلاسی و فهرست واریسی

ناتوانی یادگیری DSM-IV-TR از جمله: دارا بودن هوشبهر طبیعی و نداشتن مشکلات جسمی_ حرکتی، بینایی و شنوایی و آزمون های ویژه در سه حوزه ی خواندن، نوشتن و حساب تشخیص داده شده و در سال تحصیلی 92-93 در پایه های چهارم، پنجم و ششم ابتدایی ناحیه 1 و 2 آموزش و پرورش شهر زاهدان مشغول به تحصیل بودند، را تشکیل می دهند. تعداد جامعه آماری در این پژوهش تا پایان سال تحصیلی 92-93 به 61 نفر رسید.

3-3-نمونه و روش نمونه گیری

برای انتخاب نمونه از روش نمونه گیری تدریجی¹ یا کافی² استفاده شد. نمونه مورد نظر شامل دو گروه مراجعه کننده و عدم مراجعه کننده به مراکز اختلالات یادگیری بود که تعداد گروه مراجعه کننده تا پایان مهر ماه به 26 نفر رسید و آموزش های ویژه اختلالات یادگیری را به مدت حداقل 6 ماه، هفته ای 2 تا 3 جلسه یک ساعته تا نیمه اردیبهشت 93 که در مراکز آموزشی اختلالات یادگیری ارائه می شد را دریافت کردند، همچنین گروه عدم مراجعه کننده که هیچ گونه آموزشی را از مراکز اختلالات یادگیری به علت دوری مسیر، عدم استقبال والدین یا زمان تشخیص اختلال دریافت نکردند تا پایان اردیبهشت 93 که روند تشخیص در مراکز با توجه به ارجاعات از مدارس ادامه داشت به 35 نفر رسید که در پایان نمونه گیری، نمونه ای که در تحقیق مشارکت داشتند به 53 نفر (8 نفر در تحقیق مشارکت نداشتند) رسید.

جدول (1-3): توزیع نمونه برحسب تفکیک جنسیت

جنسیت	حجم نمونه	درصد	روش نمونه گیری
پسر	38	71/7	نمونه

¹. Sequential Sampling.

² "Adequate Sampling.

دختر	15	28/3	گیری
جمع	53	100	تدریجی

یافته های جدول (3-1) بیانگر از این است که 71/7 درصد از جمعیت نمونه را دانش آموزان پسر و 28/3 درصد جمعیت جامعه و نمونه را دانش آموزان دختر تشکیل می دهند.

جدول (3-2) توزیع نمونه بر حسب تفکیک پایه تحصیلی

پایه تحصیلی	حجم نمونه	درصد	روش نمونه گیری
چهارم	30	56/6	نمونه گیری
پنجم	14	26/4	تدریجی
ششم	9	17	
جمع	53	100	

یافته های جدول (3-2) بیانگر این است که 56/6 درصد جمعیت نمونه در پایه چهارم، 26/4 درصد در پایه پنجم و 17 درصد در پایه ششم مشغول به تحصیل هستند.

3-4- روش و ابزارهای گردآوری اطلاعات

در این پژوهش به منظور بررسی تفاوت بین خودکارآمدی اجتماعی، خودکارآمدی تحصیلی و بهداشت روانی دو گروه مراجعه کننده و عدم مراجعه کننده از سه پرسشنامه به شرح زیر استفاده گردیده است:

1-3-4- الف) پرسشنامه تبدیل شده 25 سوالی خودکارآمدی

اجتماعی نوجوان (کنلی، 1989): مقیاس خودکارآمدی اجتماعی نوجوان در سال 1989 توسط کنلی به منظور سنجش میزان خودکارآمدی نوجوانان ساخته شد. این مقیاس یک ابزار خود گزارشی که دارای 25 عبارت است، آزمودنی باید در یک طیف لیکرت 7 درجه ای (از غیر ممکن =1 تا بیش از حد ساده =7) مشخص سازد که هر یک از عبارات آزمون تا چه حد

معرف شخصیت او است. مقیاس خودکارآمدی اجتماعی دارای 5 زیر مقیاس به شرح ذیل می باشد.

جدول (3-3) توزیع پرسش های زیر مقیاس های خودکارآمدی اجتماعی

زیر مقیاس های خودکارآمدی اجتماعی	پرسش های مربوط به هر زیر مقیاس
قاطعیت اجتماعی	2، 10، 12، 16، 17
عملکرد اجتماعی	6، 7، 8، 15، 23
مشارکت اجتماعی	3، 9، 11، 13، 19
دوستی و صمیمیت	1، 4، 14، 20، 21، 22، 25
کمک کردن یا کمک گرفتن	5، 18، 24

برای به دست آوردن نمره ی کلی، مجموع نمره هر 25 پرسش محاسبه می گردد که نمره ی کلّ آزمون بین 25 تا 175 قرار می گیرد و هرچه نمره آزمودنی بیشتر شود به همان میزان خودکارآمدی اجتماعی او نیز افزایش می یابد و دانش آموزی که نمره 175 کسب کند دارای بالاترین خودکارآمدی اجتماعی می باشد. در هر زیر مقیاس نیز مجموع نمره پرسش های مربوط به آن محاسبه می گردد، مثلاً برای زیر مقیاس کمک کردن کمترین نمره 3 و بالاترین نمره 27 می باشد و هرچه نمره دانش آموز بیشتر باشد در کمک کردن یا کمک گرفتن بهتر عمل می کند. در این پژوهش پرسشنامه خودکارآمدی اجتماعی برای درک و فهم بهتر آزمودنی ها به زبان محاوره تبدیل شد تا آموزگاران آن را برای دانش آموزان بخوانند و دانش آموزان گزینه ای را که بیشترین مطابقت را با وضعیت آنها دارد، علامت بزنند. به منظورهنجاریابی مقیاس خودکارآمدی اجتماعی نوجوان این آزمون بر روی سه گروه نمونه از دانش آموزان دبیرستانی اجرا شد. نمونه اول شامل 87 نوجوان 14 تا 19 ساله، نمونه دوم شامل 76 نوجوان 13 تا 16 ساله و نمونه سوم شامل 79 نوجوان 12 تا 18 ساله یک مرکز درمان اختلالات روانی بودند، می شدند. پایایی کل پرسشنامه از طریق آلفای کرونباخ در

گروه اول 0/90 ، در گروه دوم 0/ 92 و در گروه سوم 0/ 95 گزارش شده است. پایایی حاصل از روش بازآزمایی در یک فاصله دو هفته ای 0/94 بوده است (کنلی، 1989؛ به نقل از بامدی، 1392).

در این پژوهش پایایی پرسشنامه خودکارآمدی اجتماعی تبدیل شده و زیر مقیاس های آن که با روش آلفای کرانباخ بدست آمده در جدول ذیل نمایش داده شده است که اعتبار پرسشنامه قابل قبول می باشد.

جدول (3-4): تعیین پایایی پرسشنامه خودکارآمدی اجتماعی و زیر مقیاس های آن

خودکارآمدی اجتماعی و زیر مقیاس های آن	پایایی به روش آلفای کرانباخ
خودکارآمدی اجتماعی	0/96
قاطعیت اجتماعی	0/85
عملکرد اجتماعی	0/78
مشارکت اجتماعی	0/86
دوستی و صمیمیت	0/88
کمک کردن یا کمک گرفتن	0/91

برای مشخص شدن روایی (محتوا، صوری) پرسشنامه تبدیل شده خودکارآمدی اجتماعی، این پرسشنامه به جمعی از اساتید گروه علوم تربیتی و روان شناسی تحویل داده شد و پس از راهنمایی های لازم روایی پرسشنامه تأیید گردید.

2-4-3-ب) پرسشنامه تبدیل شده 32 سوالی خودکارآمدی تحصیلی دانشجویان (اون و فرامن، 1988): پرسشنامه خودکارآمدی تحصیلی دانشجویان در سال 1988 توسط اون و فرامن به منظور اندازه گیری اعتقادات خودکارآمدی تحصیلی دانشجویان تهیه شده است. اون و فرامن در ساخت این پرسشنامه از نظرات 7 کارشناس آموزش استفاده کردند. این آزمون دارای 33 عبارت است که در نسخه فارسی با حذف عبارت مربوط به آزمایشگاه به 32 عبارت تقلیل یافته است و بر اساس مقیاس 5 درجه ای لیکرت

است و میزان اعتماد دانشجو در ارتباط با یادداشت برداری، سؤال پرسیدن، توجه در کلاس، استفاده از رایانه و غیره را می‌سنجد. در این پژوهش پرسشنامه خودکارآمدی تحصیلی برای درک و فهم بیشتر آزمودنی‌ها به زبان محاوره تبدیل شد تا آموزگاران آن را برای دانش‌آموزان بخوانند و دانش‌آموزان برای پاسخ دادن به عبارات باید یکی از گزینه‌های خیلی زیاد تا خیلی کم را که بر اساس پیوستار اعتماد بالا تا پایین- برای انجام هر یک از کارهای داده شده در هر عبارت- مرتب شده است، علامت بزنند. نحوه نمرگذاری بدین صورت است که به گزینه خیلی کم نمره 1، گزینه کم نمره 2، متوسط نمره 3، زیاد نمره 4 و گزینه خیلی زیاد نمره 5 داده می‌شود برای به دست آوردن نمره نهایی، کافی است امتیاز همه 32 عبارت را با هم جمع کنید. اون و فرامن (1988) به منظور قابلیت اعتماد این پرسشنامه آن را روی 88 دانشجو اجرا کردند و قابلیت اعتماد این پرسشنامه را با انجام روش بازآزمایی به فاصله 8 هفته، 0/90 گزارش کردند. در پژوهش فرزاد و همکاران (1388) ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه مذکور 0/91 بدست آمد (به نقل از لواسانی، آذرنیاد و همکاران، 1392). برای به دست آوردن پایایی پرسشنامه خودکارآمدی تحصیلی تبدیل شده در این پژوهش از روش بازآزمایی آزمون که در فاصله زمانی دو هفته‌ای اجرا شد، استفاده گردید. پس از توزیع پرسشنامه‌ها و جمع‌آوری آن در مرحله اول دو هفته بعد در مرحله دوم پرسشنامه‌ها بین دانش‌آموزان توزیع و جمع‌آوری شد و برای تعیین پایایی پرسشنامه ضریب همبستگی (پیرسون) بین مجموع دو پرسشنامه گرفته شد که برابر با 0/84 بدست آمد همچنین برای مشخص شدن روایی (محتوا، صوری) پرسشنامه تبدیل شده خودکارآمدی تحصیلی، این پرسشنامه به جمعی از اساتید گروه علوم تربیتی و روان‌شناسی تحویل داده شد و پس از راهنمایی‌های لازم روایی پرسشنامه تأیید گردید.

3-4-3-ج) پرسشنامه 28 سوالی (GHQ28 ، گلدبرگ و هیلیر، 1979) :

این پرسشنامه برای غربالگری اختلالات خفیف روانشناختی طراحی و دارای چهار مقیاس فرعی علائم جسمانی، علائم اضطراب، اختلال در کارکرد اجتماعی و علائم افسردگی است که هر کدام از طریق هفت پرسش سنجیده می شود. ویلیامز گلد برگ و مری، نتایج مربوط به 70 مطالعه انجام شده در مورد پایایی پرسشنامه سلامت روانی در نقاط مختلف دنیا را تحلیل نموده و ضریب پایایی آن را برابر 0/84 گزارش نمودند. در بررسی جداگانه ای ضریب هماهنگی درونی این پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ 0/84 و 0/92 گزارش شده است. برای تعیین نمرات پرسشنامه سلامت روانی به انتخاب گزینه الف (نمره صفر، گزینه ب) نمره یک، گزینه ج) نمره دو و گزینه د) نمره سه تعلق می گیرد ولی برای سولات 1، 15، 17، 18، 19، 20 و 21 نحوه نمره دهی معکوس می شود به این صورت که به گزینه د) نمره صفر، گزینه ج) نمره یک، گزینه ب) نمره 2 و گزینه الف نمره 3 تعلق میگیرد. حداکثر نمره آزمون سلامت روانی 84 می باشد که نشان دهنده ی بالاترین میزان اختلال در بهداشت روانی افراد می باشد. در هر یک از زیر مقیاس های سلامت عمومی نمره ها بین صفر و 21 می باشد و افرادی که نمره بین صفر و 6 دارند افرادی هستند که در آن خرده مقیاس مشکلی ندارند، نمره بین 6 تا 14 افرادی مشکوک به آن اختلال و نمره بالاتر از 14 افراد دارای اختلال در آن خرده مقیاس هستند (معروفی و همکاران، 1390). در این پژوهش روایی (محتوا و صوری) پرسشنامه سلامت روانی مورد تأیید جمعی از اساتید گروه علوم تربیتی و روانشناسی قرار گرفت همچنین پایایی پرسشنامه سلامت روانی و زیر مقیاس های آن که با روش آلفای کرونباخ بدست آمده به همراه پرسش های مربوط به هر زیر مقیاس در جدول ذیل نمایش داده شده است.

جدول (3-5) تعیین پایایی پرسشنامه بهداشت روانی و زیر

مقیاس های آن

پایایی	پرسش های بهداشت روانی و زیر مقیاس های آن	بهداشت روانی و زیر مقیاس های آن
0/92	1 تا 28	بهداشت روانی

0/78	1,2,3,4,5,6,7	علائم جسمانی
0/80	8,9,10,11,12,13,14	اضطراب
0/69	15,16,17,18,19,20,21	کارکرد اجتماعی
0/79	22,23,24,25,26,27,28	افسردگی

3-5- شیوه‌ی تجزیه و تحلیل داده ها

در پژوهش حاضر، با توجه به ماهیت داده ها و مقیاس اندازه‌گیری، تجزیه و تحلیل داده ها در دو سطح آمار توصیفی از جمله تعیین فراوانی، درصد، تنظیم جداول، میانگین و انحراف معیار برای توصیف وضعیت آزمودنی‌ها در متغیرهای مورد مطالعه و همچنین از ضریب همبستگی پیرسون برای تعیین اعتبار پرسشنامه خودکارآمدی تحصیلی که 2 بار و در فاصله زمانی 2 هفته اجرا شد، استفاده گردید. در سطح آمار استنباطی از آزمون t مستقل برای آزمون فرضیه های تحقیق و متغیرهای مورد بررسی و از آلفای کرانباخ برای تعیین پایایی پرسشنامه های خودکارآمدی اجتماعی و بهداشت روانی استفاده شد. لازم به ذکر است، جهت سنجش اطلاعات حاصل از برنامه‌ی نرم افزاری (spss) نسخه‌ی 18 استفاده شد.

فصل چهارم تجزیه و تحلیل داده ها

در این فصل با استفاده از آمار استنباطی (آزمون t مستقل) به پردازش و تجزیه و تحلیل فرضیه های پژوهش پرداخته شده است

که همه‌ی محاسبات آماری با نرم افزار spss نسخه‌ی 18 انجام پذیرفت.

تجزیه و تحلیل استنباطی (بررسی فرضیه های پژوهش):

برای بررسی فرضیه های پژوهش با توجه به اینکه متغیرهای پژوهش را بین دو گروه مراجعه کننده و عدم مراجعه کننده به مراکز آموزشی اختلال یادگیری تقسیم کردیم از آزمون t مستقل استفاده گردید که نتایج حاصل برای متغیرها و مولفه های آنها بصورت جداگانه در جداول مربوط به هر متغیر ارائه گردیده است.

فرضیه (1): دانش آموزان دارای اختلال یادگیری که به مراکز مراجعه می کنند خودکار آمدی اجتماعی بیشتری نسبت به آنهایی که اختلال یادگیری دارند و به مراکز مراجعه نمی کنند، دارند.

برای پاسخ به فرضیه (1) پژوهش از آزمون t مستقل استفاده گردیده است که نتایج درجدول (1-4) نشان داده شده است.

جدول (1-4): نتایج آزمون t مستقل در ارتباط با تعیین خودکار آمدی اجتماعی دو گروه

متغیر	گروه	تعداد	میانگین	انحراف ف معیار	t	df	sig
خودکار آمدی اجتماعی	مراجع	26	105/88	37/44	07/	5	043/
	غیرمراجعه	27	85/70	33/28	2	1	0

نتایج جدول فوق حاکی از این است که دانش آموزان دارای اختلال یادگیری مراجعه کننده به مراکز اختلال یادگیری با میانگین (105/88)، انحراف استاندارد (37/44) و تعداد (26) نفر نسبت به دانش آموزان دارای اختلال یادگیری که به مراکز مراجعه نکردند، با میانگین (85/70)، انحراف استاندارد (32/28) و تعداد (27) نفر خودکار آمدی اجتماعی بیشتری دارند؛ که این مقادیر با درجه آزادی 51 و مقدار 2/07 $t =$ و با $p < 0/05$ در سطح 0/95 تفاوت معنادار است. یعنی در

سطح 0/05 فرضیه صفر رد می شود و فرضیه تحقیق تأیید می گردد، پس بین خودکارآمدی اجتماعی گروه مراجعه کننده و عدم مراجعه کننده به مراکز تفاوت معنی داری وجود دارد و میزان خودکارآمدی اجتماعی در گروه مراجعه کننده بیشتر است.

فرضیه (1-1): دانش آموزان دارای اختلال یادگیری که به مراکز مراجعه می کنند از قاطعیت اجتماعی بیشتری نسبت به آنهایی که اختلال یادگیری دارند و به مراکز مراجعه نمی کنند، برخوردارند.

برای پاسخ به فرضیه (1-1) پژوهش از آزمون t مستقل استفاده گردیده است که نتایج درجدول (2-4) نشان داده شده است.

جدول (2-4): نتایج آزمون t مستقل در ارتباط با تعیین قاطعیت اجتماعی دو گروه

متغیر	گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار	t	df	sig
قاطعیت اجتماعی	مراجع	26	23/19	7/16	2/15	51	0/036
	غیر مراجع	27	18/92	7/24			

نتایج جدول فوق حاکی از این است که دانش آموزان دارای اختلال یادگیری مراجعه کننده به مراکز اختلال یادگیری با میانگین (23/19)، انحراف استاندارد (7/16) و تعداد (26) نفر نسبت به دانش آموزان دارای اختلال یادگیری که به مراکز مراجعه نکردند، با میانگین (18/92)، انحراف استاندارد (7/24) و تعداد (27) نفر قاطعیت اجتماعی بیشتری دارند؛ که این مقادیر با درجه آزادی 51 و مقدار $t=2/15$ و با $p<0/05$ در سطح 0/95 تفاوت معنادار است. یعنی در سطح 0/05 فرضیه صفر رد می شود و فرضیه تحقیق تأیید می گردد، پس بین قاطعیت اجتماعی گروه مراجعه کننده و عدم مراجعه کننده به مراکز تفاوت معنی داری وجود دارد و میزان قاطعیت اجتماعی در گروه مراجعه کننده بیشتر است.

فرضیه (1-2): دانش آموزان دارای اختلال یادگیری که به مراکز مراجعه می کنند در موقعیت های اجتماعی عملکردی بهتری نسبت

به آنهایی که اختلال یادگیری دارند و به مراکز مراجعه نمی کنند، دارند.

برای پاسخ به فرضیه (1-2) پژوهش از آزمون t مستقل استفاده گردیده است که نتایج در جدول (3-4) نشان داده شده است.

جدول (3-4): نتایج آزمون t مستقل در ارتباط با تعیین عملکرد اجتماعی دو گروه

متغیر	گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار	t	df	sig
عملکرد اجتماعی	مراجع	26	18/61	7/93	1/94	51	0/056
	غیر مراجع	27	14/74	6/46			

نتایج جدول فوق حاکی از این است که دانش آموزان دارای اختلال یادگیری مراجعه کننده به مراکز اختلال یادگیری با میانگین (18/61)، انحراف استاندارد (7/93) و تعداد (26) نفر نسبت به دانش آموزان دارای اختلال یادگیری که به مراکز مراجعه نکردند، با میانگین (14/74)، انحراف استاندارد (6/46) و تعداد (27) نفر عملکرد اجتماعی نسبتاً بهتری دارند؛ که این مقادیر تفاوت با درجه آزادی 51 و مقدار $t=1/94$ و با $p>0/05$ در سطح 0/95 معنادار نیست. یعنی در سطح 0/05 فرضیه صفر تأیید می گردد و فرضیه تحقیق رد می شود، پس بین عملکرد اجتماعی گروه مراجعه کننده و عدم مراجعه کننده به مراکز تفاوت معنی داری وجود ندارد.

فرضیه (1-3): دانش آموزان دارای اختلال یادگیری که به مراکز مراجعه می کنند از جنبه های دوستی و صمیمیت بیشتری نسبت به آنهایی که اختلال یادگیری دارند و به مراکز مراجعه نمی کنند، برخوردارند.

برای پاسخ به فرضیه (1-3) پژوهش از آزمون t مستقل استفاده گردیده است که نتایج در جدول (4-4) نشان داده شده است.

جدول (4-4) : نتایج آزمون t مستقل در ارتباط با تعیین جنبه های دوستی و صمیمیت دو گروه

متغیر	گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار	t	df	sig
دوستی و صمیمیت	مراجع	26	28/07	11/45	2/02	51	0/048
	غیرمراجع	27	22/11	9/98			

نتایج جدول فوق حاکی از این است که دانش آموزان دارای اختلال یادگیری مراجعه کننده به مراکز اختلال یادگیری با میانگین (28/07) ، انحراف استاندارد (11/45) و تعداد (26) نفر نسبت به دانش آموزان دارای اختلال یادگیری که به مراکز مراجعه نکردند، با میانگین (22/11) ، انحراف استاندارد (9/98) و تعداد (27) نفر جنبه های دوستی و صمیمیت بیشتری دارند؛ که این مقادیر با درجه آزادی 51 و مقدار $t=2/02$ و با $p<0/05$ در سطح 0/95 تفاوت معنادار است. یعنی در سطح 0/05 فرضیه صفر رد می شود و فرضیه تحقیق تأیید می گردد، پس بین جنبه های دوستی و صمیمیت گروه مراجعه کننده و عدم مراجعه کننده به مراکز تفاوت معنی داری وجود دارد و میزان جنبه های دوستی در گروه مراجعه کننده بیشتر است.

فرضیه (4-1) : دانش آموزان دارای اختلال یادگیری که به مراکز مراجعه می کنند در کمک کردن یا گرفتن از دیگران نسبت به آنهایی که اختلال یادگیری دارند و به مراکز مراجعه نمی کنند، بهتر عمل می کنند.

برای پاسخ به فرضیه (4-1) پژوهش از آزمون t مستقل استفاده گردیده است که نتایج در جدول (4-5) نشان داده شده است.

جدول (4-5) : نتایج آزمون t مستقل در ارتباط با تعیین جنبه های کمک کردن یا کمک گرفتن دو گروه

متغیر	گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار	t	df	sig
کمک	مراجع	26	13/61	5/28	2/72	51	0/009

			5/28	9/66	27	غیر مراجع	کردن
--	--	--	------	------	----	--------------	------

نتایج جدول فوق حاکی از این است که دانش آموزان دارای اختلال یادگیری مراجعه کننده به مراکز اختلال یادگیری با میانگین (13/61)، انحراف استاندارد (5/28) و تعداد (26) نفر نسبت به دانش آموزان دارای اختلال یادگیری که به مراکز مراجعه نکردند، با میانگین (9/66)، انحراف استاندارد (5/28) و تعداد (27) نفر بیشتر به دیگران کمک می کنند یا از دیگران کمک می گیرند؛ که این مقادیر با درجه آزادی 51 و مقدار $t=2/72$ و با $p<0/01$ در سطح $0/99$ تفاوت معنادار است. یعنی در سطح $0/01$ فرضیه صفر رد می شود و فرضیه تحقیق تأیید می گردد، پس در کمک کردن یا کمک گرفتن از دیگران بین گروه مراجعه کننده و عدم مراجعه کننده به مراکز تفاوت معنی داری وجود دارد و میزان کمک کردن یا کمک گرفتن از دیگران در گروه مراجعه کننده بیشتر است.

فرضیه (5-1) پژوهش: دانش آموزان دارای اختلال یادگیری که به مراکز مراجعه می کنند در موقعیت های اجتماعی مشارکت بیشتری نسبت به آنهایی که اختلال یادگیری دارند و به مراکز مراجعه نمی کنند، دارند.

برای پاسخ به فرضیه (5-1) پژوهش از آزمون t مستقل استفاده گردیده است که نتایج درجدول (4-6) نشان داده شده است.

جدول (4-6): نتایج آزمون t مستقل در ارتباط با تعیین

مشارکت اجتماعی دو گروه

متغیر	گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار	t	df	sig
مشارکت اجتماعی	مراجع	26	22/38	8/88	0/89	51	0/37
	غیر مراجع	27	20/25	8/46			

نتایج جدول فوق حاکی از این است که دانش آموزان دارای اختلال یادگیری مراجعه کننده به مراکز اختلال یادگیری با میانگین (22/38) ، انحراف استاندارد (8/88) و تعداد (26) نفر نسبت به دانش آموزان دارای اختلال یادگیری که به مراکز مراجعه نکردند، با میانگین (20/25) ، انحراف استاندارد (8/46) و تعداد (27) نفر از مشارکت اجتماعی نسبتاً بیشتری برخوردارند؛ که این مقادیر با درجه آزادی 51 و مقدار $t=0/37$ و با $p>0/05$ در سطح 0/95 تفاوت معنادار نیست. یعنی در سطح 0/05 فرضیه صفرتأیید می گردد و فرضیه تحقیق رد می شود، پس در مشارکت اجتماعی بین گروه مراجعه کننده و عدم مراجعه کننده به مراکز تفاوت معنی داری وجود ندارد.

فرضیه (2): دانش آموزان دارای اختلال یادگیری که به مراکز مراجعه می کنند دارای خودکار آمدی تحصیلی بیشتری نسبت به آنهایی که اختلال دارند و به مراکز مراجعه نمی کنند، هستند.

برای پاسخ به فرضیه (2) پژوهش از آزمون t مستقل استفاده گردیده است که نتایج درجدول (7-4) نشان داده شده است. جدول (7-4): نتایج آزمون t مستقل در ارتباط با تعیین خودکارآمدی تحصیلی دو گروه

متغیر	گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار	t	df	sig
خودکارآمدی تحصیلی	مراجع	26	100/53	33/91	2/51	51	0/015
	غیر مراجع	27	78/29	30/40			

نتایج جدول فوق حاکی از این است که دانش آموزان دارای اختلال یادگیری مراجعه کننده به مراکز اختلال یادگیری با میانگین (100/53) ، انحراف استاندارد (33/91) و تعداد (26) نفر نسبت به دانش آموزان دارای اختلال یادگیری که به مراکز مراجعه نکردند، با میانگین (78/29) ، انحراف استاندارد (30/40) و تعداد (27) نفر خودکارآمدی تحصیلی

بیشتری دارند؛ که این مقادیر با درجه آزادی 51 و مقدار $t=2/51$ و با $p<0/05$ در سطح $0/95$ تفاوت معنادار است. یعنی در سطح $0/05$ فرضیه صفر رد می شود و فرضیه تحقیق تأیید می گردد، پس بین خودکارآمدی تحصیلی گروه مراجعه کننده و عدم مراجعه کننده به مراکز تفاوت معنی داری وجود دارد و میزان خودکارآمدی تحصیلی در گروه مراجعه کننده بیشتر است.

فرضیه (3): دانش آموزان دارای اختلال یادگیری که به مراکز مراجعه می کنند از بهداشت روانی بهتری نسبت به آنهایی که اختلال دارند و به مراکز مراجعه نمی کنند، برخوردارند.

برای پاسخ به فرضیه (3) پژوهش از آزمون t مستقل استفاده گردیده است که نتایج درجدول (4-8) نشان داده شده است.

جدول (4-8): نتایج آزمون t مستقل در ارتباط با تعیین

بهداشت روانی دو گروه

متغیر	گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار	t	df	sig
بهداشت روانی	مراجع	26	30/69	11/83	-3/31	51	0/002
	غیر مراجع	27	42/25	13/50			

نتایج جدول فوق حاکی از این است که دانش آموزان دارای اختلال یادگیری مراجعه کننده به مراکز اختلال یادگیری با میانگین (30/69)، انحراف استاندارد (11/83) و تعداد (26) نفر نسبت به دانش آموزان دارای اختلال یادگیری که به مراکز مراجعه نکردند، با میانگین (42/25)، انحراف استاندارد (13/50) و تعداد (27) نفر نمره بهداشت روانی کمتر و در نتیجه از بهداشت روانی بهتری برخوردارند؛ که این مقادیر با درجه آزادی 51 و مقدار $t=-3/31$ و با $p<0/01$ در سطح $0/99$ تفاوت معنادار است. یعنی در سطح $0/01$ فرضیه صفر رد می شود و فرضیه تحقیق تأیید می گردد، پس بین بهداشت روانی گروه مراجعه کننده و عدم مراجعه کننده به مراکز تفاوت

معنی داری وجود دارد و گروه مراجعه کننده به مراکز از بهداشت روانی بهتری برخوردارند.

فرضیه (3-1): دانش آموزان دارای اختلال یادگیری که به مراکز مراجعه می کنند علائم جسمانی کمتری نسبت به آنهایی که اختلال دارند و به مراکز مراجعه نمی کنند، دارند. برای پاسخ به فرضیه (3-1) پژوهش از آزمون t مستقل استفاده گردیده است که نتایج درجدول (4-9) نشان داده شده است.

جدول (4-9): نتایج آزمون t مستقل در ارتباط با تعیین علائم و شکایات جسمانی دو گروه

متغیر	گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار	t	df	sig
شکایات جسمانی	مراجع	26	8/19	4/11	-2/54	51	0/014
	غیرمراجع	27	10/96	3/80			

نتایج جدول فوق حاکی از این است که دانش آموزان دارای اختلال یادگیری مراجعه کننده به مراکز اختلال یادگیری با میانگین (8/19)، انحراف استاندارد (4/11) و تعداد (26) نفر نسبت به دانش آموزان دارای اختلال یادگیری که به مراکز مراجعه نکردند، با میانگین (10/96)، انحراف استاندارد (3/80) و تعداد (27) نفر نمره کمتری از شکایات جسمانی گرفتند؛ که این مقادیر با درجه آزادی 51 و مقدار $t = -2/54$ و با $p < 0/05$ در سطح 0/95 تفاوت معنادار است. یعنی در سطح 0/05 فرضیه صفر رد می شود و فرضیه تحقیق تأیید می گردد، پس در شکایات جسمانی بین گروه مراجعه کننده و عدم مراجعه کننده به مراکز تفاوت معنی داری وجود دارد و میزان شکایات جسمانی در گروه مراجعه کننده کمتر است و این گروه از وضعیت بهتری برخوردارند.

فرضیه (3-2): دانش آموزان دارای اختلال یادگیری که به مراکز مراجعه می کنند اضطراب کمتری نسبت به آنهایی که اختلال دارند و به مراکز مراجعه نمی کنند، دارند.

برای پاسخ به فرضیه (3-2) پژوهش از آزمون t مستقل استفاده گردیده است که نتایج درجدول (4-10) نشان داده شده است.

جدول (10-4): نتایج آزمون t مستقل در ارتباط با تعیین اضطراب دو گروه

متغیر	گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار	t	df	sig
اضطراب	مراجع	26	8/0	3/84	-2/35	51	0/023
	غیرمراجع	27	10/55	4/06			

نتایج جدول فوق حاکی از این است که دانش آموزان دارای اختلال یادگیری مراجعه کننده به مراکز اختلال یادگیری با میانگین (8/00)، انحراف استاندارد (3/84) و تعداد (26) نفر نسبت به دانش آموزان دارای اختلال یادگیری که به مراکز مراجعه نکردند، با میانگین (10/55)، انحراف استاندارد (4/06) و تعداد (27) نفر اضطراب کمتری دارند؛ که این مقادیر با درجه آزادی 51 و مقدار $t = -2/35$ و با $p < 0/05$ در سطح 0/95 تفاوت معنادار است. یعنی در سطح 0/01 فرضیه صفر رد می شود و فرضیه تحقیق تأیید می گردد، پس در اضطراب بین گروه مراجعه کننده و عدم مراجعه کننده به مراکز تفاوت معنی داری وجود دارد و میزان اضطراب در گروه مراجعه کننده کمتر است.

فرضیه (3-3): دانش آموزان دارای اختلال یادگیری که به مراکز مراجعه می کنند در کارکرد های اجتماعی (نارسانش وری اجتماعی) نسبت به آنهایی که اختلال دارند و به مراکز مراجعه نمی کنند، اختلال کمتری دارند.

برای پاسخ به فرضیه (3-3) پژوهش از آزمون t مستقل استفاده گردیده است که نتایج در جدول (11-4) نشان داده شده است.

جدول (11-4): نتایج آزمون t مستقل در ارتباط با تعیین کارکرد های اجتماعی دو گروه

متغیر	گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار	t	df	sig
اختلال	مراجع	26	9/30	3/53	-3/35	51	0/002

			2/94	12/26	27	غیر مراجع	درکارکرد اجتماعی
--	--	--	------	-------	----	--------------	---------------------

نتایج جدول فوق حاکی از این است که دانش آموزان دارای اختلال یادگیری مراجعه کننده به مراکز اختلال یادگیری با میانگین (9/30)، انحراف استاندارد (3/53) و تعداد (26) نفر نسبت به دانش آموزان دارای اختلال یادگیری که به مراکز مراجعه نکردند، با میانگین (12/26)، انحراف استاندارد (2/94) و تعداد (27) نفر در کارکرد های اجتماعی خود اختلال کمتری دارند؛ که این مقادیر با درجه آزادی 51 و مقدار $t = -3/35$ و با $p < 0/01$ در سطح 0/99 تفاوت معنادار است. یعنی در سطح 0/01 فرضیه صفر رد می شود و فرضیه تحقیق تأیید می گردد، پس از لحاظ اختلال در کارکرد اجتماعی بین گروه مراجعه کننده و عدم مراجعه کننده به مراکز تفاوت معنی داری وجود دارد و میزان اختلال در کارکرد اجتماعی در گروه مراجعه کننده کمتر است.

فرضیه (3-4): دانش آموزان دارای اختلال یادگیری که به مراکز مراجعه می کنند علائم افسردگی کمتری نسبت به آنهایی که اختلال دارند و به مراکز مراجعه نمی کنند، نشان می دهند.

برای پاسخ به فرضیه (3-4) پژوهش از آزمون t مستقل استفاده گردیده است که نتایج در جدول (4-12) نشان داده شده است.

جدول (4-12): نتایج آزمون t مستقل در ارتباط با تعیین

افسردگی دو گروه

متغیر	گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار	t	df	sig
افسردگی	مراجع	26	5/19	2/22	-3/35	51	0/002
	غیر مراجع	27	8/44	4/44			

نتایج جدول فوق حاکی از این است که دانش آموزان دارای اختلال یادگیری مراجعه کننده به مراکز اختلال یادگیری با میانگین (5/19) ، انحراف استاندارد (2/22) و تعداد (26) نفر نسبت به دانش آموزان دارای اختلال یادگیری که به مراکز مراجعه نکردند، با میانگین (8/44) ، انحراف استاندارد (4/44) و تعداد (27) نفر افسردگی کمتری دارند؛ که این مقادیر با درجه آزادی 51 و مقدار $t = -3/35$ و با $p < 0/01$ در سطح 0/99 تفاوت معنادار است. یعنی در سطح 0/01 فرضیه صفر رد می شود و فرضیه تحقیق تأیید می گردد، پس بین افسردگی گروه مراجعه کننده و عدم مراجعه کننده به مراکز تفاوت معنی داری وجود دارد و میزان افسردگی در گروه مراجعه کننده کمتر است.

فصل پنجم

نتیجه گیری و بحث

مقدمه :

هدف پژوهش حاضر مقایسه‌ی خودکارآمدی اجتماعی، خودکارآمدی تحصیلی و بهداشت روانی دانش آموزان دارای اختلال یادگیری در مراجعه و عدم مراجعه به مراکز اختلالات یادگیری بود. با توجه به اینکه تاکنون هیچ پژوهشی خودکارآمدی اجتماعی، خودکارآمدی تحصیلی و بهداشت روانی دانش آموزان با اختلال یادگیری را در مراجعه و عدم مراجعه به مراکز اختلالات یادگیری مورد مقایسه قرار نداده است، نتایج این پژوهش با پژوهش‌های دیگر که خودکارآمدی اجتماعی، خودکارآمدی تحصیلی و بهداشت روانی را در دانش آموزان دارای اختلال یادگیری با عادی مورد مقایسه قرار داده اند و همچنین پژوهش‌هایی که

به کارآمدی مراکز اختلالات یادگیری پرداخته اند، مورد بررسی قرار گرفته است.

نتیجه گیری و بحث:

فرضیه (1): دانش آموزان دارای اختلال یادگیری که به مراکز مراجعه می کنند خودکار آمدی اجتماعی بیشتری نسبت به آنهایی که اختلال یادگیری دارند و به مراکز مراجعه نمی کنند، دارند.

نتایج نشان داد بین خودکارآمدی اجتماعی دو گروه تفاوت معنی داری وجود دارد؛ بدین معنا که مراجعه دانش آموزان به مراکز اختلالات یادگیری باعث شده تا میزان خودکارآمدی اجتماعی آنها نسبت به گروهی که به مراکز مراجعه نکردند، افزایش یابد. نتایج این پژوهش با پژوهش های دیگر برای مثال پژوهش لطیفی و استکی آزاد (1391) که نشان دادند بازسازی شناختی قادر است به طور معنی داری به دانش آموزان دارای ناتوانی یادگیری در راستای افزایش خودکارآمدی عمومی، خودکارآمدی تحصیلی و خودکارآمدی اجتماعی کمک کند و پژوهش های بایرد، اسکوت، دیرینگ و هامیل (2009) و علایی خرایم، نریمانی و علایی خرایم (1391) که به مقایسه خودکارآمدی و خودکارآمدی اجتماعی دانش آموزان با ناتوانی یادگیری و عادی پرداختند و نشان دادند که دانش آموزان با ناتوانی یادگیری از خودکارآمدی اجتماعی پایینی برخوردارند، نزدیک و تقریباً همخوان است. همچنین نتایج این پژوهش با یافته های پژوهش نریمانی، رجبی، افروز و خوشخو (1390) که نشان داد مراجعه دانش آموزان با ناتوانی یادگیری به مراکز ویژه ناتوانی های یادگیری موجب بهبود علایم و پیشرفت درسی دانش آموزان دارای اختلالات یادگیری می گردد، همسو می باشد. دانش آموزان دارای اختلال یادگیری با توجه به شکست های متوالی که در زمینه تحصیلی و در ایجاد روابط با دیگران تجربه می کنند و معمولاً مورد تمسخر همسالان خود قرار می گیرند از خودکارآمدی اجتماعی پایینی برخوردارند، این دانش آموزان در مقایسه با دانش آموزان عادی، باورهای

خودکارآمدی کمتری دارند. دانش آموزان با اختلال یادگیری پس از مراجعه به مراکز اختلالات یادگیری و دریافت آموزش های ویژه که برای درمان اختلال یادگیری مورد استفاده قرار می گیرد؛ توانسته اند از میزان شکست های تحصیلی خود بکاهند. این دانش آموزان پس از موفقیت های نسبی که در اثر آموزش های ویژه کسب کرده اند به این باور رسیده اند که می توانند از عهده کارهای مختلف و تکالیف درسی خود برآیند، در مواجهه با مشکلات زود تسلیم نشوند، به تلاش خود تا رسیدن به نتیجه مطلوب ادامه دهند و به خوبی با دیگران روابط اجتماعی برقرار کنند و میزان خودکارآمدی اجتماعی خود را افزایش دهند. آموزش های ویژه که برای درمان اختلال یادگیری در مراکز اختلالات یادگیری مورد استفاده قرار می گیرد نیز مانند بازسازی شناختی که لطیفی و استکی آزاد (1391) به آن پرداخته اند، قادر است به دانش آموزان دارای اختلال یادگیری در راستای افزایش خودکارآمدی تحصیلی و خودکارآمدی اجتماعی کمک کند.

فرضیه (1-1): دانش آموزان دارای اختلال یادگیری که به مراکز مراجعه می کنند از قاطعیت اجتماعی بیشتری نسبت به آنهایی که اختلال یادگیری دارند و به مراکز مراجعه نمی کنند، برخوردارند.

نتایج نشان داد بین قاطعیت اجتماعی دو گروه تفاوت معنی داری وجود دارد؛ بدین معنا که مراجعه دانش آموزان به مراکز اختلالات یادگیری باعث شده تا میزان قاطعیت اجتماعی آنها نسبت به گروهی که به مراکز مراجعه نکردند، افزایش یابد. نتایج این پژوهش با یافته های پژوهش نریمانی و همکاران (1390) نزدیک و تقریباً همسو می باشد. دانش آموزان با اختلال یادگیری به دلیل اعتماد به نفس پایین در موقعیت های اجتماعی با تردید و عدم قاطعیت تصمیم گیری می کنند، که باعث بوجود آمدن مشکلات اجتماعی، عاطفی و تحصیلی برای آنها می شود. دانش آموزان با اختلال یادگیری که به مراکز مراجعه کردند پس از دریافت آموزش های ویژه و جلسه های مشاوره متعدد در جهت رفع اختلال یادگیری تلاش بیشتری از خود

نشان دادند، اعتماد به نفس از دست رفته خود را بدست آورده در هر موردی موضع خود را با اعتماد به نفس و آزادانه مطرح می سازند و با قاطعیت بیشتری عمل می کنند. این دانش آموزانی چون در موقعیت های اجتماعی با قاطعیت تصمیم گیری می کنند با مشکلات اجتماعی کمتری روبه رو هستند زیرا آنها قبل از اقدام به هر کاری تمامی جوانب آن را سنجیده و با درایت و تدبیر عمل می کنند و از رفتارهای پرخاشگرانه غیرضروری خودداری می کنند.

فرضیه (2-1): دانش آموزان دارای اختلال یادگیری که به مراکز مراجعه می کنند در موقعیت های اجتماعی عملکردی بهتری نسبت به آنهایی که اختلال یادگیری دارند و به مراکز مراجعه نمی کنند، دارند.

نتایج نشان داد بین عملکرد اجتماعی دو گروه تفاوت معنی داری وجود ندارد؛ بدین معنا که مراجعه دانش آموزان به مراکز اختلالات یادگیری باعث افزایش عملکرد اجتماعی آنها نسبت به گروهی که به مراکز مراجعه نکردند، نشده است. نتایج این پژوهش با پژوهش سیو و بریانت (2009) که نشان دادند شیوه های به کارگرفته شده در کاهش مشکلات دانش آموزان دارای اختلالات یادگیری، اثربخشی بالایی نداشته است. نزدیک و تقریباً همسو می باشد و با یافته های پژوهش نریمانی و همکاران (1390) و پژوهش رفاهی (1381) با عنوان گزارشی از کار موردی مشاوره در مرکز مشکلات ویژه یادگیری شهر شیراز، که نتایج حاصل از ارزیابی های اولیه و ثانویه حاکی از وجود تفاوت معنادار بین دو ارزیابی از نظر عملکرد تحصیلی و رفتاری دانش آموزان بود، تقریباً نا همسو می باشد. دانش آموزان با ناتوانی های یادگیری در موقعیت های اجتماعی عملکرد ضعیفی دارند، آنها ممکن است از نظر کلامی و عملی در حد بهنجار باشند اما در نیازهای اجتماعی اولیه در زندگی روزمره دچار مشکل می شوند و این قبیل نقایص ماهیتاً اجتماعی، موجب شکست آنها در

یادگیری و رفتارهای مناسب اجتماعی می‌گردد (جمشیدی و نراقی، 1381).

فرضیه (3-1): دانش آموزان دارای اختلال یادگیری که به مراکز مراجعه می‌کنند از جنبه های دوستی و صمیمیت بیشتری نسبت به آنهایی که اختلال یادگیری دارند و به مراکز مراجعه نمی‌کنند، برخوردارند.

نتایج نشان داد بین صمیمیت و جنبه های دوستی دو گروه تفاوت معنی داری وجود دارد؛ بدین معنا که مراجعه دانش آموزان به مراکز اختلالات یادگیری باعث شده تا میزان صمیمیت و روابط دوستانه آنها نسبت به گروهی که به مراکز مراجعه نکردند، افزایش یابد. نتایج این پژوهش با پژوهش نریمانی و همکاران (1390)، پژوهش موریس (2002) که نشان داد دانش آموزان دارای اختلالات یادگیری در مقایسه با دانش آموزان عادی در ایجاد و حفظ روابط دوستانه توانایی کمتری دارند و پژوهش استل، جونز، پیرل، آن آگر، فارمر و رودگین (2008) که نشان داد احساس تنهایی در دانش آموزان دچار اختلال یادگیری بیشتر است و معمولاً دارای سطوح بالایی از طرد اجتماعی و تنهایی می‌باشند، نزدیک و تقریباً همسو می‌باشد. دانش آموزان دارای اختلال یادگیری به دلیل نقص در مهارت‌های اجتماعی و بین فردی مؤثر، در بیشتر موارد توسط معلمان و همکلاسی‌های خود طرد می‌شوند، این دانش آموزان اغلب در قرار با دوستان خود دیر می‌رسند، وسایل خود را گم می‌کنند و وسایلی را که از دوستان خود به عنوان امانت می‌گیرند به موقع برنمی‌گردانند. همچنین، به دلیل مشکلات یادگیری بیشتر به قلب دست می‌زنند. بنابراین، این دانش آموزان اغلب از طرف همکلاسی‌ها و معلمان خود افرادی غیرقابل اعتماد شمرده می‌شوند (گیراد، 2001).

فرضیه (4-1): دانش آموزان دارای اختلال یادگیری که به مراکز مراجعه می‌کنند در کمک کردن یا گرفتن از دیگران نسبت به آنهایی که اختلال یادگیری دارند و به مراکز مراجعه نمی‌کنند، بهتر عمل می‌کنند.

نتایج نشان داد بین دو گروه در کمک کردن و کمک گرفتن از دیگران تفاوت معنی داری وجود دارد؛ بدین معنا که مراجعه دانش آموزان به مراکز اختلالات یادگیری باعث شده تا میزان کمک گرفتن و کمک رسانی آنها نسبت به گروهی که به مراکز مراجعه نکردند، افزایش یابد. نتایج این پژوهش با پژوهش نریمانی و همکاران (1390) و همچنین پژوهش برنان، برادشاو و ساویر (2009) که نشان دادند دانش آموزان دارای اختلال یادگیری از منزلت اجتماعی پایین، زورگویی و رفتارهای ضد اجتماعی برخوردارند، نزدیک و تقریباً همسو می باشد. دانش آموزان دارای اختلال یادگیری به دلیل خودباوری منفی و اعتماد به نفس پایین، غالباً از پذیرش کمک و هرگونه اقدامی جهت بهبود یادگیری خود سرباز می زنند. در واقع آنها فکر می کنند که تلاش دیگران برای گرفتار کردن و تحقیر آنهاست و در برابر این موضوع ایستادگی می کنند و دست به رفتارهای می زنند که مورد پذیرش در اجتماع نیست، مراجعه به مراکز باعث شده تا روابط حمایتی این دانش آموزان در زمینه های مثبت تقویت شود، احساس خودکارآمدی و اعتماد به نفس را در خود پرورش دهند و در تعاملات اجتماعی با سازگاری بهتری با افراد برخورد کنند و زمانی که نیاز به کمک دارند از دیگران کمک بخواهند و به کسانی که نیازمند کمک هستند، کمک برسانند.

فرضیه (5-1): دانش آموزان دارای اختلال یادگیری که به مراکز مراجعه می کنند در موقعیت های اجتماعی مشارکت بیشتری نسبت به آنهایی که اختلال یادگیری دارند و به مراکز مراجعه نمی کنند، دارند.

نتایج نشان داد بین مشارکت اجتماعی دو گروه تفاوت معنی داری وجود ندارد؛ بدین معنا که مراجعه دانش آموزان به مراکز اختلالات یادگیری باعث افزایش مشارکت اجتماعی آنها نسبت به گروهی که به مراکز مراجعه نکردند، نشده است. نتایج این پژوهش با پژوهش سیو و بریانت (2009) و همچنین پژوهش پلاتا، تراستی و گلاسگو (2005) که نشان داد دانش

آموزان دارای اختلالات یادگیری نسبت به همسالان خود به ویژه در فعالیت های تحصیلی بی میل هستند، نزدیک و همسو می باشد. دانش آموزان دارای ناتوانی یادگیری در مقایسه با دانش آموزان عادی در مواجهه با تعارضات بین فردی، در سه بعد ضعف دارند که شامل تفسیر سرخ های محیطی، تولید راه حل های جانشین برای حل تعارضات و ارزیابی راه حل های احتمالی می باشد به همین دلیل، این کودکان قادر به مشارکت رضایت بخش با دیگران نمی باشند و از موقعیت های مشارکتی اجتناب می کنند (هافمن، 2007، به نقل از لطیفی، ملکپور، مولوی و امیری، 1389).

فرضیه (2): دانش آموزان دارای اختلال یادگیری که به مراکز مراجعه می کنند دارای خودکار آمدی تحصیلی بیشتری نسبت به آنهایی که اختلال دارند و به مراکز مراجعه نمی کنند، هستند.

نتایج نشان داد بین خودکار آمدی تحصیلی دو گروه تفاوت معنی داری وجود دارد؛ بدین معنا که مراجعه دانش آموزان به مراکز اختلالات یادگیری باعث شده تا میزان خودکار آمدی تحصیلی آنها نسبت به گروهی که به مراکز مراجعه نکردند، افزایش یابد. نتایج این پژوهش با پژوهش های دیگر برای مثال پژوهش نریمانی و همکاران (1390) و پژوهش لطیفی و استکی آزاد (1391) که نشان دادند بازسازی شناختی قادر است به طور معنی داری به دانش آموزان دارای ناتوانی یادگیری در راستای افزایش خودکار آمدی عمومی، خودکار آمدی تحصیلی و خودکار آمدی اجتماعی کمک کند و پژوهش لاکي و مارگالیت (2006) که به مقایسه هیجانات اجتماعی، پیشرفت تحصیلی، میزان تلاش و ادراک خود در دانش آموزان دارای اختلال یادگیری و گروه عادی با میزان پیشرفت متفاوت پرداختند و دریافتند که دانش آموزان با اختلال یادگیری دارای سطح پایین تری از خودکار آمدی تحصیلی و احساس خلق مثبت و امید هستند، اما در مقابل سطح بالاتری از خلق منفی و احساس تنهایی را تجربه می کنند، نزدیک و تقریباً همخوان است.

دانش آموزان با اختلال یادگیری پس از مراجعه به مراکز اختلالات یادگیری و دریافت آموزش های ویژه که برای درمان اختلال یادگیری مورد استفاده قرار می گیرد؛ توانسته اند از میزان شکست های تحصیلی خود بکاهند. این دانش آموزان پس از موفقیت های نسبی که در اثر آموزش های ویژه کسب کرده اند، توانسته اند میزان خودکارآمدی تحصیلی خود را افزایش دهند.

فرضیه (3): دانش آموزان دارای اختلال یادگیری که به مراکز مراجعه می کنند از بهداشت روانی بهتری نسبت به آنهایی که اختلال دارند و به مراکز مراجعه نمی کنند، برخوردارند.

نتایج نشان داد بین بهداشت روانی دو گروه تفاوت معنی داری وجود دارد؛ بدین معنا که مراجعه دانش آموزان به مراکز اختلالات یادگیری باعث شده تا بهداشت روانی آنها نسبت به گروهی که به مراکز مراجعه نکردند، افزایش یابد. نتایج این پژوهش با پژوهش های دیگر برای مثال پژوهش نریمانی و همکاران (1390) و پژوهش لاد و تروپ-گردون (2003) که نشان دادند دانش آموزان دارای ناتوانی های یادگیری از سلامت روانی مطلوبی برخوردار نیستند، نزدیک و تقریباً همخوان است. دانش آموزان دارای اختلال یادگیری به دلیل وجود مشکلات زیاد در زندگی و مهارت های بین فردی ضعیف مورد تحقیر و سرزنش قرار می گیرند که این امر باعث تضعیف خودپنداره ی و کاهش عزت نفس آنها می شود و سلامت روان آنها را به مخاطره می اندازد. اغلب این دانش آموزان از شرایطی که سلامتی روانی و جسمانی آنها را تهدید می کند و ممکن است در آموزش و روابط اجتماعی آنها اختلال ایجاد کند، رنج می برند و سطوح بالایی از طرد اجتماعی را تجربه می کنند؛ به همین دلیل در معرض مشکلات شخصی و آشفته گی های روانی بیشتری قرار دارند (استل و همکاران، 2008). مراجعه دانش آموزان دارای اختلال یادگیری به مراکز اختلالات یادگیری و دریافت آموزش های ویژه و مشاوره های مختلف باعث شده تا اختلال یادگیری آنها بهبود یابد، از لحاظ تحصیلی به موفقیت های دست یابند، احساس موفقیت باعث می شود تا این دانش آموزان برداشت مطلوبی از خود داشته باشند، احساس خود ارزشمندی ناشی از موفقیت در

کارها و تأیید اطرافیان سبب می‌شود که این دانش آموزان هویت سالمی را پایه ریزی کند و احساس رضایت خاطر، تحمل ناکامی‌ها و رعایت حال دیگران در آن‌ها بنا نهاده شود، اعتماد بنفس خود را به دست آورند و از پس مشکلات زندگی خود برآیند در نتیجه آشفتگی‌های روانی آنها کاهش و بهداشت روانی آنها بهبود یابد.

فرضیه (1-3): دانش آموزان دارای اختلال یادگیری که به مراکز مراجعه می‌کنند علائم جسمانی کمتری نسبت به آنهایی که اختلال دارند و به مراکز مراجعه نمی‌کنند، دارند.

نتایج نشان داد بین علائم جسمانی دو گروه تفاوت معنی داری وجود دارد؛ بدین معنا که مراجعه دانش آموزان به مراکز اختلالات یادگیری باعث شده تا شکایات و علائم جسمانی آنها نسبت به گروهی که به مراکز مراجعه نکردند، کاهش یابد. نتایج این پژوهش با پژوهش‌های دیگر برای مثال پژوهش نریمانی و همکاران (1390) و پژوهش کاپرارا، باربارانلی، پاستورلی و سرون (2004) که نشان دادند سطح پایین خودکارآمدی با سطح بالای نشانه‌های اختلالات اضطرابی و نشانه‌های افسردگی و نیز رگه اضطرابی روان آزرده‌گرایی همراه بوده است و خودکارآمدی با بعضی از مولفه‌های سلامت روان نظیر افسردگی، اضطراب، حساسیت بین شخصی، خصومت، شکایت‌های جسمانی و پرخاشگری رابطه منفی دارد، نزدیک و تقریباً همسو می‌باشد. دانش آموزان دارای اختلال یادگیری به دلیل وجود مشکلات زیاد در زندگی و مهارت‌های بین‌فردی ضعیف مورد تحقیر و سرزنش قرار می‌گیرند، اغلب این دانش‌آموزان از شرایطی که سلامتی روانی و جسمانی آن‌ها را تهدید می‌کند، رنج می‌برند؛ به همین دلیل در معرض مشکلات شخصی و آشفتگی‌های روانی بیشتری قرار دارند (استل و همکاران، 2008). مراجعه دانش آموزان دارای اختلال یادگیری به مراکز اختلالات یادگیری باعث افزایش خودکارآمدی و در نتیجه باعث کاهش شکایت‌های جسمانی آنها شده است.

فرضیه (2-3): دانش آموزان دارای اختلال یادگیری که به مراکز مراجعه می کنند اضطراب کمتری نسبت به آنهایی که اختلال دارند و به مراکز مراجعه نمی کنند، دارند.

نتایج نشان داد بین اضطراب دو گروه تفاوت معنی داری وجود دارد؛ بدین معنا که مراجعه دانش آموزان به مراکز اختلالات یادگیری باعث شده تا میزان اضطراب آنها نسبت به گروهی که به مراکز مراجعه نکردند، کاهش یابد. نتایج این پژوهش با پژوهش های دیگر برای مثال پژوهش نریمانی و همکاران (1390) ، پژوهش هس ورز (2000) که نشان داد دانش آموزان دارای اختلالات یادگیری مشکلات هیجانی بیشتری از قبیل اضطراب و افسردگی را گزارش می کنند و پژوهش رضایی و سیف نراقی (1385) که به مقایسه ی ویژگیهای روان شناختی دانش آموزان نارسانویس و عادی پایه سوم ابتدایی پرداختند و نشان داد دانش آموزان نارسانویس در مقایسه با همسالان خود از افسردگی و اضطراب بیشتری برخوردارند، نزدیک و تقریباً همسو می باشد. دانش آموزان دارای اختلال یادگیری که به مراکز مراجعه کردند پس از دریافت آموزش های ویژه که برای درمان اختلالات یادگیری ارائه می شود، به موفقیت های نسبی تحصیلی دست می یابند، این موفقیت ها از شکست های پیاپی آنها جلوگیری می کند و در نتیجه عواطف مثبت این دانش آموزان افزایش یافته، نشانه های افسردگی و اضطراب کمتری از خود نشان می دهند.

فرضیه (3-3): دانش آموزان دارای اختلال یادگیری که به مراکز مراجعه می کنند در کارکرد های اجتماعی (نارسا کنش وری اجتماعی) نسبت به آنهایی که اختلال دارند و به مراکز مراجعه نمی کنند، اختلال کمتری دارند.

نتایج نشان داد بین اختلال در کارکردهای اجتماعی دو گروه تفاوت معنی داری وجود دارد؛ بدین معنا که مراجعه دانش آموزان به مراکز اختلالات یادگیری باعث شده تا کارکردهای اجتماعی آنها نسبت به گروهی که به مراکز مراجعه نکردند، افزایش یابد. نتایج این پژوهش با پژوهش های دیگر برای

مثال پژوهش نریمانی و همکاران (1390) و همچنین پژوهش لمنتز، والکبرگ، گودمن، فورود و بورج، (2011) که نشان دادند دانش آموزان دارای اختلالات یادگیری دچار اختلال های هیجانی، رفتاری و نارساکنش وری اجتماعی (اختلال در کارکرد اجتماعی) می باشند، نزدیک و همسو می باشد. دانش آموزان دارای اختلال یادگیری در کارکرد های اجتماعی خود دچار اختلال هستند وکوشش های بی نتیجه برای ماهرانه انجام دادن وظایف محوله به جای احساس موفقیت به احساس ناکامی و بیهودگی در این دانش آموزان منتهی می شود. تلاش های خنثی شده ی این دانش آموزان به جای ایجاد اعتماد به نفس باعث ایجاد پسخوراند تمسخرآمیز به خویشتن می گردد. این شکست ها در عین حال باعث می شود پاسخ های غرورآمیزی از والدین دریافت نشود و به تدریج احساس درماندگی آموخته شده در آنها بوجود آید و برکارکرد های اجتماعی آنها تاثیر گذارد. مراجعه این دانش آموزان به مراکز باعث می شود تا کوشش های آنها با توجه به برنامه ریزی های مشاورین مراکز برای انجام وظایف محوله (با توجه به توانایی آنها) بی نتیجه باقی نماند و آنها از پس کارهای خود برآیند، احساس ناکامی و بیهودگی در آنها تبدیل به احساس موفقیت شود، تأیید والدین و اطرافیان اعتماد به نفس را در آنها افزایش داده با اطمینان خاطر در انجام کارهای خود در اجتماع عمل کنند.

فرضیه (3-4): دانش آموزان دارای اختلال یادگیری که به مراکز مراجعه می کنند علائم افسردگی کمتری نسبت به آنهایی که اختلال دارند و به مراکز مراجعه نمی کنند، نشان می دهند.

نتایج نشان داد بین افسردگی دو گروه تفاوت معنی داری وجود دارد؛ بدین معنا که مراجعه دانش آموزان به مراکز اختلالات یادگیری باعث شده تا میزان افسردگی آنها نسبت به گروهی که به مراکز مراجعه نکردند، کاهش یابد. نتایج این پژوهش با پژوهش های دیگر برای مثال پژوهش نریمانی و همکاران (1390) ، پژوهش هس و رز (2000) ، رضایی و سیف نراقی (1385) و پژوهش

کاؤل و فورنس (1996) که طی یک مطالعه فراتحلیل در مورد مشکلات کودکان با اختلال یادگیری بیان کردند که آمار مشکلات اجتماعی مانند پایین بودن عزت نفس و خودکارآمدی، مشکلات عاطفی مانند افسردگی و مشکلات ارتباطی و بین فردی مانند پرخاشگری کودکان و نوجوانان با اختلالات یادگیری بالاتر از کودکان عادی است، نزدیک و تقریباً همسو می باشد. نگرش دانش‌آموزان دارای ناتوانی یادگیری نسبت به خودشان غالباً بسیار منفی است. احساس درونی آن‌ها نسبت به خود و واکنش‌هایی که از جهان بیرون دریافت می‌کنند، از دنیا تصویری ترسناک و ناامن و از خودشان فردی بی‌عرضه ترسیم می‌کند. آن‌ها به رضایت طبیعی حاصل از تشخیص، پیشرفت و یا مهر و محبت دست نمی‌یابند. بنابراین، دانش‌آموزان دارای ناتوانی یادگیری، احساس تنهایی و نشانه‌های اضطراب و افسردگی بالاتری را نسبت به دانش‌آموزان عادی تجربه می‌کنند. دانش‌آموزان دارای اختلال یادگیری که به مراکز مراجعه کردند پس از دریافت آموزش‌های ویژه که برای درمان اختلالات یادگیری ارائه می‌شود، به موفقیت‌های نسبی تحصیلی دست می‌یابند، این موفقیت‌ها از شکست‌های پیاپی آنها جلوگیری می‌کند و در نتیجه عواطف مثبت این دانش‌آموزان افزایش یافته، نشانه‌های افسردگی و اضطراب کمتری از خود نشان می‌دهند.

از مجموع این یافته‌ها می‌توان نتیجه گرفت که مراجعه دانش‌آموزان به مراکز اختلالات یادگیری باعث شده تا این دانش‌آموزان از خودکارآمدی اجتماعی، خودکارآمدی تحصیلی و بهداشت روانی بیشتری نسبت به گروه عدم مراجعه کننده برخوردار باشند و آموزش‌های ارائه شده در مراکز که برای درمان اختلال یادگیری این دانش‌آموزان مورد استفاده قرار می‌گیرد بر خودکارآمدی اجتماعی، خودکارآمدی تحصیلی و بهداشت روانی این دانش‌آموزان نیز تاثیرگذار بوده و آنها را تقویت کرده است. این دانش‌آموزان پس از شرکت در جلسات مشاوره با مشکل خود به جای موضع‌گیری، بطور عاقلانه ای برخورد کرده و در تلاش برای رفع آن بر آمدند و پس از دریافت آموزش‌های لازم به سطوح قابل قبولی از خودکارآمدی

اجتماعی، خودکارآمدی تحصیلی و بهداشت روانی رسیدند که گروهی عدم مراجعه کننده از آن برخوردار نبودند البته در عملکرد و مشارکت اجتماعی تفاوت معنادار بین دو گروه مشاهده نشد.

محدودیت‌های پژوهش

1. در این پژوهش گستره اختلالات یادگیری به طور کلی در نظر گرفته شده است و به طور اختصاصی به اختلالات یادگیری ویژه پرداخته نشده است.

2. ابزار به کار رفته در پژوهش حاضر محدود به پرسشنامه است که جنبه‌ی خودگزارشی دارد و بنابراین، ممکن است سوگیری‌هایی ایجاد شده باشد.

پیشنهاد‌های پژوهش

1. با توجه به کارایی مراکز اختلالات یادگیری در بهبود خودکارآمدی اجتماعی، تحصیلی و بهداشت روانی به معلمان و مدیران مدارس توصیه می‌شود که با شناسایی و ارجاع به موقع دانش‌آموزان دارای اختلال یادگیری به مراکز آموزشی اختلالات یادگیری، به آن‌ها در جهت بهبود علائم اختلال یادگیری و مشکلات ناشی از این اختلال کمک کنند.

2. پیشنهاد می‌شود که نتایج این پژوهش در ترکیب با یافته‌های پژوهش‌های مشابه در ایران برای تمهید یک برنامه تشخیصی و ترمیمی جهت بهبود اختلال یادگیری، خودکارآمدی اجتماعی، خودکارآمدی تحصیلی و بهداشت روانی به کار برده شود.

3. با توجه به کارایی مراکز اختلالات یادگیری در بهبود خودکارآمدی اجتماعی، تحصیلی و بهداشت روانی و شیوع بالای اختلالات یادگیری در جامعه، نتایج این گونه پژوهش‌ها باید در اختیار مراکز و سازمان‌های مربوط قرار گیرد تا آن‌ها بتوانند بر اساس یافته‌های پژوهش‌ها برنامه‌ریزی مناسبی داشته باشند. بنابراین، نتایج این پژوهش می‌تواند تلویحات

مهمی در زمینه طراحی و اجرای برنامه‌های آموزشی و ایفای بهداشت روانی دانش‌آموزان دارای اختلالات یادگیری داشته باشد.

4. به معلمان توصیه می‌شود به این موضوع توجه داشته باشند که کمک به دانش‌آموزان دارای اختلال یادگیری جهت افزایش باورهای خودکارآمدی، برای بهبود یادگیری و رشد اجتماعی بخش مهمی از آموزش این گروه از دانش‌آموزان می‌باشد.

5. معلمان باید توجه داشته باشند که گاهی با وجود تلاش زیاد جهت بهبود یادگیری این گروه از دانش‌آموزان، پیشرفت کمی حاصل می‌شود، حتی چیزهایی که کارکرد آنها تضمین شده بوده کارآمد واقع نمی‌شود. از تلاش‌های خود برای کمک به این دانش‌آموزان دست برندارند.

6. آگاهی به خانواده‌ها باید به عنوان یکی از اهداف اصلی مدارس و مراکز مربوطه مد نظر قرار گیرد، چرا که والدین آگاه با کمک متخصصان اختلالات یادگیری، قادر خواهند بود بستر محیطی مناسبی برای کودکانشان فراهم آورند.

پیشنهاد برای پژوهشگران آینده

1. با توجه به این که متغیرهای زیادی در ایجاد و تشدید اختلالات یادگیری نقش دارند. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی متغیرهای دیگر، برای مثال مهارت‌های اجتماعی، شایستگی اجتماعی و عزت نفس نیز مورد توجه قرار گیرند تا مشخص شود آموزش‌های ارائه شده در مراکز اختلالات یادگیری باعث بهبود این متغیرها می‌شود.

2. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی هر یک از انواع اختلالات یادگیری و متغیرهای مورد مطالعه به صورت مجزا مورد مطالعه قرار گیرد.

منابع فارسی

- 1) ابولقاسمی، عباس؛ رضایی جمالویی، حسن؛ نریمانی، محمد؛ زاهد بابلان، عادل. (1390). مقایسه شایستگی اجتماعی و مولفه های آن در دانش آموزان دارای ناتوانی یادگیری و دانش آموزان دارای پیشرفت تحصیلی پایین، متوسط و بالا. مجله ناتوانی یادگیری، دوره 1، شماره 1، صص 23-6.
- 2) احدی، حسن؛ کاکاوند، علیرضا. (1389). اختلالهای یادگیری (از نظریه تا عمل) به همراه راهکارهای عملی جهت رفع مشکلات رایج تحصیلی و یادگیری. تهران: انتشارات ارسباران.
- 3) احمدوند، محمد علی. (1389). بهداشت روانی. تهران: دانشگاه پیام نور، چاپ هشتم.
- 4) انجمن روانشناسی آمریکا. (2000). متن تجدید نظر شده ی چهارمین راهنمای تشخیصی و آمار اختلال های روانی. آوادیس یانس، هامایک؛ نیکخوی، محمدرضا. (1388). تهران: نشر سخن.
- 5) افروز، غلامعلی. (1385). مقدمه ای بر روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی. تهران: انتشارات دانشگاه تهران.
- 6) امیدار، احمد. (1384). نارسایی های ویژه در یادگیری. تهران: سخن گستر- نوای غزل.
- 7) باقري يزدي؛ بوالهري، جعفر؛ پیرویی، حمید. (1374). بررسی وضعیت سلامت روانی دانشجویان ورودی سال تحصیلی 73-74 دانشگاه تهران، فصلنامه اندیشه و رفتار، سال اول، شماره ی 4، 39-30.
- 8) بامدی، نرگس. (1392). ارتباط میان سبک های هویتی و دل بستگی به والدین و همسالان با میزان خودکارآمدی اجتماعی در میان دانش آموزان پایه سوم مقطع راهنمایی شهر زابل. پایان نامه کارشناسی ارشد رشته روان شناسی عمومی، دانشگاه سیستان و بلوچستان، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی.
- 9) بنی هاشم، سید عبدالله؛ غلام زاده صفار، حسین. (1391). آموزش و پرورش کودکان استثنایی. تهران: دانشگاه پیام نور، چاپ هفتم.
- 10) بهراد، بهنام. (1384). فراتحلیل شیوع ناتوانی های

- یادگیری در دانش آموزان ابتدایی ایران. فصلنامه پژوهش در حیطه کودکان استثنایی، 7 (4-5)، 436-417.
- 11) ترخان، مرتضی. (1391). اثربخشی آموزش گروهی مصون سازی در مقابل استرس بر خودکارآمدی اجتماعی و اضطراب اجتماعی افراد معتاد در حال ترک (NA). پژوهش های روانشناسی اجتماعی، دوره 2، شماره 5، صص 69-79.
- 12) جمشیدی، عصمت؛ سیف نراقی، مریم. (1381). مقایسه‌ی مهارت های اجتماعی دانش آموزان عادی و دانش آموزان دارای نارسایی های ویژه ی یادگیری. پژوهش در حیطه‌ی کودکان استثنایی، سال پنجم، شماره 1، صص 1-15.
- 13) حجازی، الهه، فارسی نژاد، معصومه و عسگری، علی. (1386). سبک های هویت و پیشرفت تحصیلی: نقش خودکارآمدی تحصیلی. فصلنامه روان شناسی، 4، 394-413.
- 14) حسینائی، علی؛ آقاجانی، احمد؛ نوفرستی، اعظم. (1389). شیوع ناتوانیهای خاص خواندن و نوشتن در دانش آموزان دوره ی ابتدایی. برگرفته از طرح پژوهشی سازمان آموزش و پرورش استان قم. (15)
- حق رنجبر، فرخ؛ کاکاوند، علیرضا؛ دانش، عصمت. (1390). مقایسه خودکارآمدی، اختلال هیجانی و احساس تنهایی در دانش آموزان دچار ناتوانی یادگیری و عادی. فصلنامه روان شناسی کاربردی، سال 5، شماره 4 (20)، صفحات 42-58.
- 16) خالقی، احمد. (1391). بهداشت روانی و نقش آن در مدارس. رشد مدیریت مدرسه، دوره دهم، شماره هیجدهم.
- 17) داوری، مزده؛ غلامعلی لواسانی؛ اژه ای، جواد. (1391). رابطه بین کمال گرایی و خودکارآمدی تحصیلی با اهداف پیشرفت دانش آموزان. مجله روانشناسی 63، سال 16، شماره 3، صص 267-282.
- 18) ذبیح الهی، کاظم؛ یزدانی ورزنه، محمد جواد؛ لواسانی، مسعود غلامعلی. (1391). خودکارآمدی تحصیلی و خودناتوان

- سازی در دانش آموزان دبیرستانی. مجله روان شناسی تحولی: روان شناسان ایرانی، سال نهم، شماره 34، صص 212-203.
- 19) رضایی، اکبر؛ سیف نراقی، مریم. (1385). مقایسه‌ی ویژگی‌های روان شناختی دانش آموزان نارسانویسی و عادی پایه سوم ابتدایی. مجله پژوهش در حیطه کودکان استثنایی، سال ششم، شماره 1. صفحات 497-514. (20 رفاهی، ژاله. (1381). گزارشی از کارموردی مشاوره در مرکز مشکلات ویژه یادگیری شهر شیراز. نشریه تعلیم و تربیت استثنایی، 43(13)-35.
- 21) ریاحی، محمد اسماعیل؛ علیوردی نیا، اکبر؛ بنی اسدی، محمدرضا. (1387). مجله علوم اجتماعی دانشکده ادبیات و علوم انسانی دانشگاه فردوسی مشهد. شماره دوم. صفحات 59-51.
- 22) زاده محمدی، علی، عابدی، علیرضا و خانجانی، مهدی. (1387). بررسی تأثیر هنر روان درمانگری با رویکرد روایت درمانگری بر خودکارآمدی و حرمت خود. فصلنامه روان شناسی، 4، 395-386.
- 23) زارع، مریم؛ لطیفیان، مرتضی و فولاد چنگ، محبوبه. (1392). مدل علی ابعاد دلبستگی و راهکارهای تنظیم هیجان با واسطه‌گری خودکارآمدی اجتماعی و خود افشاسازی. پژوهش‌های روانشناسی اجتماعی، دوره 3، شماره 11 صص 32-13.
- 24) زاهد، عادل؛ رجبی، سعید؛ امیدی، مسعود. (1391). مقایسه‌ی سازگاری اجتماعی، هیجانی، تحصیلی و یادگیری خود تنظیمی در دانش آموزان با و بدون ناتوانی یادگیری. مجله ناتوانی یادگیری، دوره 1، شماره 2/62-43.
- 25) شاه محمدی، داوود. (1380). بهداشت روانی گردهاگرد جهان. تهران: نشر صدا.
- 26) شریفی، پرویز. (1376). کودکان استثنایی. اصفهان. فدن.
- 27) شکر، امید؛ طولابی، سعید و غنایی، زیبا و همکاران. (1390). مطالعه روان سنجی پرسشنامه باورهای خودکارآمدی تحصیلی. مجله مطالعات آموزش و یادگیری، دوره سوم، شماره دوم صص 61-46. (28) شفیع آبادی، عبدالله؛ ناصری، غلامرضا. (1368). نظریه ای مشاوره و روان

- درمانی، مرکز نشر دانشگاهی، چاپ دوم .
- (29) شولتز، دوان؛ شولتز، سیدنی ال. (2005). نظریه های شخصیت. ترجمه ی سیدمحمدی، یحیی. (1388). نشر ویرایش، چاپ چهاردهم، ص461-462.
- (30) شهیم، سیما. (1382). مقایسه ی مهارت های اجتماعی و مشکلات رفتاری دانش آموزان با و بدون ناتوانی یادگیری در خانه و مدرسه. مجله روانشناسی و علوم تربیتی، سال 33، شماره 1، 121-138. (31) صالحی، مریم؛ جوانشیر، پریوش؛ سعیدی، معصومه؛ سادات شجاعی، میترا. (1386). اختلالات یادگیری در دانش آموزان و علل آن. فصلنامه بهورز، شماره چهارم.
- (32) صالحی نژاد کوویی، علی. (1392). رابطه نگرش مذهبی با سلامت روان و پیشرفت تحصیلی بین دانش آموزان سال دوم مقطع متوسطه شهرستان قشم. پایان نامه کارشناسی ارشد رشته تحقیقات آموزشی، دانشگاه سیستان و بلوچستان، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی.
- (33) صدیقی ارفعی، فریبرز؛ تمنایی فر، محمدرضا؛ دشتیان زاده، سمیه. (1390). مقایسه کودکان با و بدون ناتوانی یادگیری در آزمون دیداری-حرکتی بندر-گشتالت. مجله ناتوانی های یادگیری، دوره دوم، شماره 1، ص78-91.
- (34) طولابی، زینب؛ کریمی، شکوفه. (1391). بررسی رابطه ی بین هوش فرهنگی و خودکارآمدی اجتماعی (مطالعه موردی؛ دانشجویان دانشگاه ایلام. مجله فرهنگ در دانشگاه اسلامی، سال دوم، شماره 3.
- (35) طهماسیان، کارینه. (1386). اعتباریابی و هنجاریابی فرم ایرانی پرسشنامه خود اثرمندی SEQ-C کودکان و نوجوانان. فصلنامه روانشناسی کاربردی، شماره 5، ص1-29.
- (36) طهماسیان، کارینه؛ اناری، آسیه؛ صالح صدق پور، بهرام. (1388). اثر مستقیم خود اثرمندی اجتماعی در احساس تنهایی نو جوانان. مجله ی علوم رفتاری، شماره 2 (3)، ص97-93.

- 37) عرفانی، نصرالله. (1376). بررسی تنوع اختلالات یادگیری در بین دانش آموزان دوره ابتدایی استان کردستان. فصلنامه تعلیم و تربیت، سال سیزدهم، شماره 4، صص 59-86.
- 38) علایی خرایم، رقیه؛ نریمانی، محمد؛ علایی خرایم، سارا. (1391). مقایسه باورهای خودکارآمدی و انگیزه‌ی پیشرفت در میان دانش آموزان با و بدون ناتوانی یادگیری. مجله ناتوانی یادگیری، دوره 1، شماره 3/104-85. (39)
- کارگرشورکی، قنبر؛ ملک پور، مختار؛ احمدی، غلامرضا. (1389). بررسی اثربخشی آموزش مهارت‌های حرکتی ظریف بر یادگیری مفاهیم ریاضی در کودکان دارای اختلالات یادگیری ریاضی پایه ی سوم تا پنجم شهرستان میبد. فصلنامه ی رهبری و مدیریت آموزشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد گرمسار، 4 (3)، 105-126. (40) کرک، ساموئل؛ چالفانت، جیمز. اختلالات یادگیری تحولی و تحصیلی. رونقی، سیمین؛ خانجانی، زینب؛ وثوقی رهبری، میهن. (1377). تهران: سازمان آموزش و پرورش استثنایی.
- 41) کریمی، یوسف. (1380). اختلالات یادگیری. تهران: ساوالان.
- 42) کریمی، یوسف. (1387). اختلالات یادگیری. تهران: ساوالان، ویرایش دوم، چاپ ششم. (43) لرنر، ژانت دبلیو. (1997). ناتوانی های یادگیری. ترجمه ی دانش، عصمت. (1384). تهران: دانشگاه شهید بهشتی.
- 44) لطیفی، زهره؛ استکی آزاد، نسیم. (1391). اثربخشی بازسازی شناختی بر میزان خودکارآمدی اجتماعی، عاطفی، تحصیلی و خواندن دانش آموزان دارای ناتوانی یادگیری. پژوهش های روانشناسی اجتماعی، دوره 2، شماره 5، صص 80-98.
- 45) لطیفی، زهره؛ ملک پور، مختار؛ امیری، شعله؛ مولوی، حسین. (1389). اثربخشی مداخله رفتاری بر میزان تعارضات بین فردی، پاسخ های رفتاری، ادراک خودکارآمدی دانش آموزان با ناتوانی یادگیری. پژوهش در حیطه کودکان استثنایی، شماره 1، ص 1-10.

- 46) لواسانی، غلامعلی؛ آذرنییاد، آرش؛ مهمان پذیر، پریا؛ رضائیان، حمید. (1392). نقش خودکارآمدی تحصیلی و ابعاد اهمالکاری تحصیلی در پیش بینی میزان وابستگی به اینترنت. مجله جهانی رسانه- نسخه فارسی، دوره 8، شماره 2، صص 22-1.
- 47) مظاهر، لیلی. (1391). بررسی تأثیر بازی های رایانه ای بر هوش اجتماعی و خودکارآمدی تحصیلی نوجوانان پسر 15-12 ساله در شهر زاهدان. پایان نامه کارشناسی ارشد رشته تحقیقات آموزشی، دانشگاه سیستان و بلوچستان، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی.
- 48) معروفی، یحیی؛ یوسف زاده، محمدرضا؛ بخشکار، فاطمه. (1391). رابطه بین مهارت های تفکر انتقادی و سلامت روانی دانش آموزان دختر دوره ی پیش دانشگاهی شهر همدان. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشت درمانی همدان، دوره ی نوزدهم، شماره 1، صص 61-53.
- 49) نادری، عزت الله؛ سیف نراقی، مریم. (1364). اختلالات یادگیری. تهران: امیر کبیر.
- 50) نریمانی، محمد و رجبی، سوران. (1384). بررسی شیوع و علل اختلالات یادگیری در دانش آموزان دوره ی ابتدایی استان اردبیل. پژوهش در حیطه ی کودکان استثنایی، 5 (3)، 231-252.
- 51) نریمانی، محمد؛ رجبی، سوران؛ افروز، غلامعلی؛ صمدی خوشخو، حسن. (1390). بررسی کارآمدی مراکز ناتوانی یادگیری استان اردبیل در بهبود علایم اختلال یادگیری دانش آموزان. مجله ناتوانی یادگیری، دوره 1، 1/128-109.
- 52) نظری، سمیه؛ کوتی، الهام؛ سیاحی، حیدر. (1391). ملاک های تشخیصی یادگیری در مقیاس هوشی تجدید نظر شده وکسلر کودکان. مجله تعلیم و تربیت استثنایی، شماره 109، صص 45-36.
- 53) نوروبالا، احمدعلی. (1390). سلامت روانی- اجتماعی و راهکار های بهبود آن. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، سال هفدهم، شماره 2، صص 156-151.
- 54) والاس، جرالده؛ مک لافلین، جیمز. (1980). ناتوانی های

یادگیری. ترجمه ی تقی منشی طوسی، 1373. مشهد، انتشارات آستان
قدس رضوی.

55) هارون رشیدی ، همایون؛ جاهدیان پور فهیمه؛ عبده پور
الهام. (1389). اختلالات یادگیری غیر کلامی. تعلیم و تربیت
استثنایی، شماره 102، صص 13-24.

منابع لاتین

- 1) Altunsoy, S. & Çimen, O., Ekici, G. & Atıkcı, A. D, Gokmen, A. (2010). An assessment of the factors that influence biology teacher candidates' levels of academic self-efficacy. *Procedia Social and Behavioral Sciences* 2, 2377–2382.
- 2) Benight, C., & Bandura, A. (2004). Social cognitive theory of posttraumatic recovery: The role of perceived self-efficacy. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 1129-1148.
- 3) Bong, M., & Skaalvik, E. M. (2003). Academic self-concept and self-efficacy: How different are they really? *Educational Psychology Review*, 15, 1–40.
- 4) Estell, D.B., Jones, M.H., Pearl, R.A., Van Acker, R., Farmer, T.W., & Rodkin, P.R. (2008). Peer groups, popularity, and social preference: Trajectories of social functioning among students with and without learning disabilities. *Journal of Learning Disabilities*, 41 (1), 5-14.
- 5) Freilich, R., Shechtman, Z. (2010). The contribution of art therapy to the social, emotional, and academic Adjustment of children with learning disabilities. *The Arts in Psychotherapy*, 37, 97–105.
- 6) Girod, C. (2001). *Learning disabilities (diseases and disorders)*. San Diego: Lucent books.
- 7) Grant, P.A., & Grant, P.B. (2010). Educating Children with Specific Learning Disabilities. *International Encyclopedia of Education*, (3), 646-653
- 8) Heath, N.L., & Ross, S. (2000). Prevalence and expression of depressive symptomatology in students with and without learning disabilities. *Learning Disability Quarterly*, 23, 24–36.
- 9) Hill, R. (2005). *Learning Disabilities: A new Definition* Boston. Boston: Allyn and Bacon.

- 10) Hutchison, L. A. (2007). A pilot study of students self-perceptions of efficacy and engagement in the writing process. Doctoral Thesis, University of Cavolina.
- 11) Kaval, K., & Forness, S. (1996). Social skill deficits and learning disabilities: A met analysis. *Journal of Learning Disabilities*, 29, 226-237.
- 12) Kochmanski, A. J. (2010). Learning disabilities and communication deficits: Compensating for social incompetence. *Journal of LD and Social Competence*, 5, 1-15.
- 13) Ladd, G.W., & Troop-Gordon, W. (2003). The role of chronic peer difficulties in the development of children's psychological adjustment problems. *Child Development*, 74,1344 -1367.
- 14) Lockaye, T. D., & Margalit, M. (2006). Comparisons of achievement effort, and self-perceptions among student with learning disabilities and their peers from different achievement groups. *Journal of Learning Disabilities*, 9, 5-12.
- 15) Luszczynsky, A., Gutierrez-don, A. B., & Schwarzer, R. (2005). General selfefficacy in various domains of human functioning :Evidence from five countries. *International Journal of Psychology*, 40: 80-89.
- 16) Mihandoost, Zeinab. (2011). The survey of correlate causes of learning disabilities prevalence among elementary students. *Asian Social Science*, 7(7),194-198.
- 17) Mogasale, V. V., & Patil, V. D. (2011). Prevalence of specific learning disabilities among primary school children in a south Indian city. *Journal of Pediatrics*,79(3), 1-6.
- 18) Morris, S. (2002). Promoting social skills among students with nonverbal learning disabilities. *Journal of Council for Exceptional Children*, 34(3), 66-70.
- 19) Noshpitz, J. D., Harrison, S. I., & Spencer, F. C. (1998). *Basic handbook of child psychiatry*. New York: Basic Books.
- 20) Plata, M.,Trusty, J. & Glasgow, D. (2005). Adolescents with learning disabilities:Are they allowed to participate in activities? *Journal of Educational Research*, 98, 136-143.
- 21) Rodebaugh, T. L. (2006). Self-efficacy and social behavior. *Behavior Research and Therapy*, 44,1831-1838.
- 22) Schunk, D.H.(2008). Metacognition, self-regulation, and self-regulated

- learning: Research recommendations. *Educational Psychology Review*, 20, 463-467.
- 23) Seo, Y.J., Bryant, D. P. (2009). Analysis of studies of the effects of computer-assisted instruction on the mathematics performance of students with learning disabilities. *Computers & Education*, 53, 913–928.
- 24) Silver, A., & Hagin, R. (2002). *Disorders of learning in Childhood*. New York: John Wiley & Sons, Inc.
- 25) Sloan, D. B. (1996). The effect of positive self- talk training on perceptions of self-efficacy in students with specific learning disabilities. Doctoral Thesis, Mississippi State University.
- 26) Wigfield, A. & Eccles, J. (2000). The development of academic self-efficacy and achievement motivation, *Contemporary Education Psychology*, 20, 306-317.

پیوست (الف): پرسشنامه خودکارآمدی اجتماعی

نام و نام خانوادگی دانش آموز: _____						
سن:		کلاس:			مدرسه:	
جنسیت: _____						
تاریخ اجرا _____						
دستورعمل: همکار گرامی عبارات زیر را به همان صورت محاوره که نوشته شده برای دانش آموز خوانده و از او بخواهد تا تعیین کند که انجام هر یک از آن ها چه قدر برایش سخت یا آسان است و بعد گزینه ای که مطابق با سطح دشواریش است، علامت بزند.						
عبارت	غیر ممکن	بسیار سخت	سخت	کمی سخت	ساده	بسیار ساده
1. با پسریا دختری که نمیشناسی صحبت میکنی.						
2. تو گروهی که روی موضوع مورد علاقه بحث میکنن، نظرتو میگی.						
3. صبحانه تو با گروهی از بچه ها در حیاط مدرسه میخوری.						
4. با دانش آموزی که نمیشناسی، روی یه برنامه کار میکنی.						
5. کمک میکنی دانش آموز جدید						

						با دوستان احساس راحتی کنه.
						6. تجربته ی جالبتو با گروهی از بچه ها در میون میزاری.
						7. خودتو با موقعیت جدید انطباق میدی.
						8. برا برپایی یه جشن تو مدرسه داوطلب میشی.
						9. از گروهی که قصد رفتن به پارکو دارنند، میخوای تا باهاشون بری.
						10. وقتی برا کاری که انجام ندادی، متهمت کنند، روی بی گناهیست پافشاری می کنی.
						11. وقتی یکی از بچه های محبوبه کلاست تو رو به مهمونی دعوت کنه، می پذیری.
						12. در مذاکره موضع تو حفظ میکنی.
						13. در فعالیت های گروهی شرکت

						میکنی.
						14. کسی رو برای گذروندنه تعطیلات پیدا میکنی.
						15. لباسی رو که دوست داری، اگه متفاوت از لباسای بقیه هم باشه، میپوشی.
						16. به دانش آموزی که نوبتو رعایت نمیکنه تذکر میدی.
						17. وقتی کسی تو کلاس مسخرت میکنه، از خودت دفاع میکنی.
						18. به دانش آموزی که برا مدت کمی تو مدرستونه، کمک میکنی اوقات خوشی داشته باشه.
						19. به باشگاه مدرسه یاتیم ورزشی می پیوندی.
						20. احساستو به یکی دیگه میگی.
						21. از کسی میخوای تا روز پنج شنبه به خونتون بیاد.
						22. از فـردی میخوای تا باهات

						به پارک بیاد.
						23. به یه مهمونی کسه کسی رو نمیشناسی، میری.
						24. وقتی کمک نیاز داری، از یه دانش آموز میخواهی کمک کنه.
						25. با افراد همسنت (هم سن) دوست میشی.

پیوست (ب): پرسشنامه خودکارآمدی تحصیلی

نام و نام خانوادگی دانش آموز						کلاس:
جنسیت:						مدرسه:
تاریخ اجرا:						با سلام : همکار گرامی عبارات زیر را برای دانش آموز خوانده، و از او بخواهید با علامت گزینه مورد نظر میزان اطمینان خود را در انجام هریک از رفتارهای زیر نشان دهد.
خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد	عبارت	
					1. چقدر اطمینان داری بتونی وقتی معلم درس میده بطور صحیح یادداشت برداری کنی.	
					2. چقدر مطمئنی تو بحث های کلاسی شرکت کنی.	
					3. چقدر میتونی تو یه کلاس بزرگ به یه سوال جواب بدی.	
					4. چقدر اطمینان داری بتونی تو یه کلاس کوچک به یه سوال جواب بدی.	
					5. چقدر اطمینان داری بتونی	

					امتحان تستی (چند گزینه ای، صحیح-غلط یا جور کردنی) بدی.
					6.چقد اطمینان داری بتونی امتحان تشریحی بدی.
					7.چقد اطمینان داری یه انشاء خوب بنویسی.
					8.چقد اطمینان داری بتونی به موضوعهای مشکله یه سخنرانی به دقت گوش کنی.
					9.چقد اطمینان داری بتونی به یه دانش آموز درس بدی.
					10.چقد اطمینان داری بتونی یه مفهوم رو به دانش آموز دیگه توضیح بدی.
					11.چقد اطمینان داری از معلم بخوای مفهومی رو که نفهمیدی دوباره توضیح بده.
					12.چقد اطمینان داری تو بیشتر کلاسا نمره خوب بگیری.
					13.چقد اطمینان داری تا به حدی مطالعه کنی که متوجه مطلب بشی.
					14.چقد اطمینان داری تو انتخابات شورای دانش آموزی شرکت کنی.
					15.چقد میتونی در فعالیت های فوق برنامه (ورزشی، هنری) شرکت کنی.
					16.چقد اطمینان داری

				احترام معلمو (معلم) جلب کنی.
				17. چقد میتونی به طور منظم در کلاس حاضر شی.
				18. چقد میتونی تو کلاسای کسل کننده به طور منظم شرکت کنی.
				19. چقد اطمینان داری به معلم نشون بدی به کلاس توجه داری.
				20. چقد اطمینان داری بیشتر چیزایی رو که تو کتاب میخونی، بفهمی.
				21. چقد اطمینان داری بیشتر مطالب گفته شده تو کلاسو بفهمی.
				22. چقد اطمینان داری یه محاسبه ساده ریاضی رو انجام بدی.
				23. چقد اطمینان داری بتونی از رایانه استفاده کنی.
				24. چقد اطمینان داری بیشتر مطالب ریاضی رو یاد بگیری.
				25. چقد اطمینان داری بتونی با یه معلم برا آشنایی صحبت کنی.
				26. چقد اطمینان داری مطالب یه درس رو به درس دیگه ربط بدی.
				27. چقد اطمینان داری عقیده

					ی معلمو تو کلاس به چالش بکشی (مورد سوال قرار بدی).
					28. چقدر اطمینان داری از کتابخونه مفید استفاده کنی.
					29. چقدر اطمینان داری نمره های خوب بگیری.
					30. چقدر اطمینان داری به جای با عجله یادگرفتن مطالعه مداوم و آرام داشته باشی.
					31. چقدر اطمینان داری عبارات مشکل کتابای درسی رو بفهمی.
					32. چقدر اطمینان داری بر مطالب درسی که دوشش نداری تسلط پیدا کنی.

پیوست (ج): پرسشنامه بهداشت روانی

نام و نام خانوادگی	لطفاً سوالات زیر را بدقت مطالعه و در هر مورد گزینه ای را که فکر می کنید با وضعیت کنونی شما (از یک ماه پیش تا کنون) مطابقت دارد مشخص کنید.			
1	آیا از یک ماه گذشته تا به امروز احساس کرده اید که کاملاً خوب و سالم هستید ؟	الف: اصلاً معمول	ب: در حد معمول	ج: بیش از حد معمول
2	آیا از یکماه گذشته تا به امروز احساس کرده اید که به داروی تقویتی نیاز دارید ؟	الف: اصلاً معمول	ب: در حد معمول	ج: بیش از حد معمول
		د: به مراتب بیشتر از حد معمول		

3	آیا از یکماه گذشته تا به امروز احساس ضعف و سستی کرده اید ؟ الف: اصلاً ب: در حد معمول ج: بیش از حد معمول د: به مراتب بیشتر از حد معمول
4	آیا از یکماه گذشته تا به امروز احساس کرده اید که بیمار هستید ؟ الف: اصلاً ب: در حد معمول ج: بیش از حد معمول د: به مراتب بیشتر از حد معمول
5	آیا از یکماه گذشته تا به امروز سر درد داشته اید ؟ الف: اصلاً ب: در حد معمول ج: بیش از حد معمول د: به مراتب بیشتر از حد معمول
6	آیا از یکماه گذشته تا به امروز احساس کرده اید که سرتان را محکم با چیزی مثل دستمال بسته اید یا اینکه فشاری به سرتان وارد می شود ؟ الف: اصلاً ب: در حد معمول ج: بیش از حد معمول د: به مراتب بیشتر از حد معمول
7	آیا از یکماه گذشته تا به امروز احساس کرده اید که بعضی وقتها بدنتان داغ و یا سرد می شود ؟ الف: اصلاً ب: در حد معمول ج: بیش از حد معمول د: به مراتب بیشتر از حد معمول
8	آیا از یکماه گذشته تا به امروز اتفاق افتاده که بر اثر نگرانی دچار بی خوابی شده باشید ؟ الف: اصلاً ب: در حد معمول ج: بیش از حد معمول د: به مراتب بیشتر از حد معمول
9	آیا از یکماه گذشته تا به امروز شبها وسط خواب بیدار می شوید ؟ الف: اصلاً ب: در حد معمول ج: بیش از حد معمول د: به مراتب بیشتر از حد معمول
10	آیا از یکماه گذشته تا به امروز احساس کرده اید که دائماً "تحت فشار" هستید ؟ الف: اصلاً ب: در حد معمول ج: بیش از حد معمول د: به مراتب بیشتر از حد معمول

	معمول	د: به مراتب بیشتر از حد معمول
11	آیا از یکماه گذشته تا به امروز عصبانی و بد خلق شده اید ؟ الف: اصلاً ب: در حد معمول ج: بیش از حد معمول د: به مراتب بیشتر از حد معمول	
12	آیا از یکماه گذشته تا به امروز بدون هیچ دلیل قانع کننده ای هراسان و یا وحشت زده شده اید ؟ الف: اصلاً ب: در حد معمول ج: بیش از حد معمول د: به مراتب بیشتر از حد معمول	
13	آیا از یکماه گذشته تا به امروز متوجه شده اید که انجام هر کاری از توانایی شما خارج است ؟ الف: اصلاً ب: در حد معمول ج: بیش از حد معمول د: به مراتب بیشتر از حد معمول	
14	آیا از یکماه گذشته تا به امروز احساس کرده اید که در تمامی مدت عصبي هستید و دلشوره دارید ؟ الف: اصلاً ب: در حد معمول ج: بیش از حد معمول د: به مراتب بیشتر از حد معمول	
15	آیا از یکماه گذشته تا به امروز توانسته اید خودتان را مشغول و سرگرم نگه دارید ؟ الف: اصلاً ب: در حد معمول ج: بیش از حد معمول د: به مراتب بیشتر از حد معمول	
16	آیا از یکماه گذشته تا به امروز اتفاق افتاده که وقت بیشتری را صرف انجام کارها نمایید ؟ الف: اصلاً ب: در حد معمول ج: بیش از حد معمول د: به مراتب بیشتر از حد معمول	
17	آیا از یکماه گذشته تا به امروز بطور کلی احساس کرده اید که کارها را بخوبی انجام می دهید ؟ الف: اصلاً ب: در حد معمول ج: بیش از حد معمول د: به مراتب بیشتر از حد معمول	
18	آیا از یکماه گذشته تا به امروز از نحوه انجام کارهایتان احساس رضایت می کنید ؟	

	الف: اصلاً ب: در حد معمول ج: بیش از حد معمول د: به مراتب بیشتر از حد معمول
19	آیا از یکماه گذشته تا به امروز احساس کرده اید که نقش مفیدی در انجام کارها بعهده دارید ؟ الف: اصلاً ب: در حد معمول ج: بیش از حد معمول د: به مراتب بیشتر از حد معمول
20	آیا از یکماه گذشته تا به امروز توانایی تصمیم گیری درباره مسائل را داشته اید ؟ الف: اصلاً ب: در حد معمول ج: بیش از حد معمول د: به مراتب بیشتر از حد معمول
21	آیا از یکماه گذشته تا به امروز قادر بوده اید از فعالیتهاي روزمره زندگي لذت ببرید ؟ الف: اصلاً ب: در حد معمول ج: بیش از حد معمول د: به مراتب بیشتر از حد معمول
22	آیا از یکماه گذشته تا به امروز فکر کرده اید که شخص بی ارزشی هستید ؟ الف: اصلاً ب: در حد معمول ج: بیش از حد معمول د: به مراتب بیشتر از حد معمول
23	آیا از یکماه گذشته تا به امروز احساس کرده اید که زندگي "كاملاً" ناامید کننده است ؟ الف: اصلاً ب: در حد معمول ج: بیش از حد معمول د: به مراتب بیشتر از حد معمول
24	آیا از یکماه گذشته تا به امروز احساس کرده اید که زندگي ارزش زنده بودن را ندارد ؟ الف: اصلاً ب: در حد معمول ج: بیش از حد معمول د: به مراتب بیشتر از حد معمول
	آیا از یکماه گذشته تا به امروز به این مسئله فکر کرده اید که ممکن است دست به خودکشی بزنید ؟ الف: اصلاً ب: در حد معمول ج: بیش از حد معمول د: به مراتب بیشتر از حد معمول
26	آیا از یکماه گذشته تا به امروز احساس کرده اید که

	<p>چون اعصابتان خراب است نمی توانید کاری انجام دهید؟</p> <p>الف: اصلاً ب: در حد معمول ج: بیش از حد معمول د: به مراتب بیشتر از حد معمول</p>
27	<p>آیا از یکماه گذشته تا به امروز به این نتیجه رسیده اید که یکاش مرده بودید و کلا" از شر زندگی خلاص می شدید؟</p> <p>الف: اصلاً ب: در حد معمول ج: بیش از حد معمول د: به مراتب بیشتر از حد معمول</p>
28	<p>آیا از یکماه گذشته تا به امروز این فکر به ذهنتان رسیده است که بخواهید به زندگیتان خاتمه دهید ؟</p> <p>الف: اصلاً ب: در حد معمول ج: بیش از حد معمول د: به مراتب بیشتر از حد معمول</p>



The University of Sistan & Baluchestan
Graduate School

The Dissertation of M.Sc. in educational research

Title:

**A comparative study of social self-
efficacy, academic self-efficacy and
mental health students with learning
disabilities**

**Supervisor (Supervisors):
Dr. A. Heidarzadegan**

**Advisor:
Dr. V. Mehdi nezhad**

**Research by:
Seyed Javad Hosseini**

September. 2014

ABSTRACT

This study was conducted with the aim of a comparative investigation of social self-efficacy, academic self-efficacy and mental health of students with learning disabilities in referring and not referring to learning disabilities centers. Method This is a causal-comparative study. 53 students with learning disabilities (26 referred and 27 not referred) who were in fourth, fifth and sixth grade of primary schools of first and second district of Zahedan in education year of 2013-2014 were participated in this study, and they were selected through procedural sampling. The research data were collected through Kenly's youth social self-efficacy Persian translated Questionnaire (1989), Goldberg and Healers' 28 questions Questionnaire (1979) with the reliability coefficient of $\alpha = 0.96$ and $\alpha = 0.92$ respectively. Also Owen and Framen's students academic self-efficacy Questionnaire (1988) with Pearson's reliability coefficient of 0.82 was used in this study. Validity of Questionnaires was confirmed by a group of psychology and education professors. Independent samples T-test was used to analyze data.

Results showed a significant difference in the rate of social self-efficacy, academic self-efficacy and mental health of referred and not referred groups in a way that referred group had a better social self-efficacy, academic self-efficacy and mental health. But in social operation and partnership there was not a meaningful difference between two groups. According to the results we can conclude that referring to learning disabilities centers improves the learning disability problems and as a result improves social self-efficacy, academic self-efficacy and mental health of students with learning disabilities but doesn't have any effect on social operation and partnership.

Keywords: social self-efficacy, academic self-efficacy, mental health, learning disabilities.