

# مدل ساختاری کیفیت زندگی بر اساس اجتناب تجربی و معنای زندگی با میانجیگری سلامت معنوی در مادران کودکان نابینا و ناشنوا

- طاهره یحیی پور رضای کلایی، دانشجوی دکتری روان شناسی کودکان استثنایی، گروه روان شناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران
- حمده جابریوند\*، استادیار گروه روان شناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران
- فرزانه هومن، استادیار گروه روان شناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد شیراز، دانشگاه آزاد اسلامی، شیراز، ایران

• تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۰۲/۲۰ • تاریخ انتشار: فروردین و اردیبهشت ۱۴۰۳ • نوع مقاله: پژوهشی • صفحات ۵۷ - ۶۹

## چکیده

**زمینه و هدف:** این پژوهش با هدف تبیین مدل ساختاری کیفیت زندگی براساس اجتناب تجربی، معنای زندگی با میانجیگری سلامت معنوی در مادران کودکان نابینا و ناشنوا انجام شد.

**روش:** پژوهش حاضر، یک پژوهش کاربردی و از نوع همبستگی می باشد. جامعه آماری پژوهش، شامل تمامی مادران کودکان نابینا و ناشنوا شهرستان خرم آباد در سال ۱۴۰۰ بود که با توجه به میانگین پژوهش های قبلی و نیز تعداد متغیرها، جمعاً نمونه ای به حجم ۳۰۰ نفر با استفاده از روش نمونه گیری هدفمند در نظر گرفته شد. ابزار گردآوری اطلاعات شامل پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت - فرم کوتاه (۲۰۰۵)، پرسشنامه اجتناب تجربی (۲۰۱۱)، پرسشنامه معنای زندگی (۲۰۰۶)، پرسشنامه سلامت معنوی (۱۹۸۲) بود. تحلیل داده ها با نسخه ۲۴ نرم افزار SPSS و نسخه ۲۴ نرم افزار AMUS و با استفاده از روش تحلیل مدل یابی معادلات ساختاری (SEM) انجام شد.

**یافته ها:** متغیرهای سلامت معنوی، معنای زندگی، اجتناب تجربی دارای تأثیر معنادار در پیش بینی کیفیت زندگی مادران کودکان نابینا و ناشنوا داشتند ( $P=0/001$ ). همچنین سلامت معنوی رابطه بین اجتناب تجربی، معنای زندگی و کیفیت زندگی مادران کودکان نابینا و ناشنوا را به صورت منفی و معنادار میانجیگری می کند.

**نتیجه گیری:** با توجه به تأثیرگذاری متغیرهای مورد مطالعه بر پیش بینی کیفیت زندگی مادران کودکان نابینا و ناشنوا، باید برنامه ریزی و ایجاد زیرساخت های مناسب به منظور بهبود کیفیت زندگی مادران کودکان نابینا و ناشنوا به عمل آید.

**واژه های کلیدی:** اجتناب تجربی، سلامت معنوی، کیفیت زندگی، معنای زندگی

## مقدمه

نابینایی<sup>۱</sup> یکی از شایع‌ترین معلولیت‌ها در سراسر جهان است. براساس گزارش آژانس بین‌المللی پیشگیری از نابینایی، ۲۵۳ میلیون نفر در جهان دچار درجاتی از آسیب بینایی بوده که از این تعداد، ۳۶ میلیون نفر نابینا و ۲۱۷ میلیون نفر کم‌بینای متوسط یا شدید هستند. به‌طوری‌که در سال ۲۰۲۰ افراد زیاد دیگری به دلایل نه‌چندان مهم دچار نابینایی یا کم‌بینایی شده‌اند. همچنین، شنوایی یکی دیگر از مهمترین توانایی‌های حسی است که فقدان آن فرآیند سازش‌یافتگی انسان با محیط را دست‌خوش اختلال می‌کند (۱). براساس گزارش سازمان جهانی بهداشت، در سال ۲۰۱۱، ۳۶۰ میلیون نفر با آسیب شنوایی<sup>۲</sup> وجود دارند که ۳۲ میلیون نفر از آنها، کودکان ناشنوا هستند. افزون بر مشکلاتی که خود کودکان به‌واسطه مشکل نارسایی شنوایی خویش تجربه می‌کنند، مادران آنها نیز مشکلات هیجانی، روان‌شناختی و زناشویی مختلفی را تجربه می‌کنند (۲). مادران دارای فرزند ناتوان به‌دلیل مشکلات فرزند خود، کاهش تعامل با فرزند خویش و احساس گناه، مشکلاتی همچون افسردگی (۳) و خستگی (۴) را تجربه می‌کنند. این موضوع زمینه را برای تضعیف عملکرد مادر مهیا ساخته و سازش‌یافتگی و سلامت جسمی و روانی آنان را تهدید می‌کند. نتایج پژوهش‌ها نیز حاکی از مشکلات روان‌شناختی، هیجانی و اجتماعی در مادران دارای کودکان آسیب‌دیده‌ی شنوایی است (۵).

بدین ترتیب، کودک دارای معلولیت و چالش‌های ذاتی آن می‌تواند منجر به احساساتی در مادر از قبیل احساس خشم، عصبانیت، گناه، تنهایی و ناامیدی شود (۶) طبق گفته سازمان جهانی بهداشت، کیفیت زندگی<sup>۳</sup> نشان‌دهنده هدف، انتظارات، معیارها، آگاهی و دیدگاه‌های یک فرد نسبت به زندگی است (۷). به‌علاوه کیفیت زندگی با چندین عامل اقتصادی-اجتماعی مانند درآمد خانواده، سطح تحصیلات والدین و زمان کار و همچنین حمایت زناشویی، شبکه‌های اجتماعی و حمایت اجتماعی ارتباط دارد (۸). از این حیث، منابع محدود مادی، مشکلات اشتغال، ویژگی‌های کودک و عدم احترام و حمایت اجتماعی پایین، باعث پریشانی والدین و کاهش کیفیت زندگی آنها می‌شود (۹). این امر والدین کودکان آسیب‌دیده‌ی شنوایی

را معمولاً دچار احساس خستگی و افسردگی می‌کند و بر زندگی خانوادگی و شغلی آنها تأثیر می‌گذارد و کیفیت زندگی آنها را به‌طور قابل توجهی پایین‌تر از سایر افراد قرار می‌دهد (۱۰). صف‌آرا، خانابایی (۱۱) در پژوهش خود با عنوان "تأثیر آموزش مهارت‌های معنوی بر ارتقاء کیفیت زندگی و امید به زندگی مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی" به این نتیجه رسیدند که آموزش مهارت‌های معنوی تأثیر مثبتی در ارتقای کیفیت زندگی و امید به زندگی مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی داشته است.

عوامل مختلفی بر کیفیت زندگی در مادران کودکان نابینا و ناشنوا اثرگذارند که می‌توان به اجتناب تجربی<sup>۴</sup> اشاره نمود. اجتناب تجربی یک فرایند تنظیم هیجانی است که در تلاش‌های فرد برای تنظیم هیجانات، افکار، خاطرات یا حس‌های بدنی ناخوشایند، مؤثر است و به‌نظر می‌رسد باید به‌عنوان یک فرایند فراتشخیصی در نظر گرفته شود که در ایجاد و پیشرفت اختلالات هیجانی مؤثر بوده و می‌تواند در دراز مدت باعث افزایش پریشانی فرد شود (۱۲). اجتناب تجربی با تحمل پریشانی، توانایی تحمل تجارب منفی به‌طور معکوس ارتباط دارد (۱۳).

از طرفی، باوجود استرس در این مادران، معنای زندگی<sup>۵</sup> کاهش یافته و این امر کیفیت زندگی آنها را تحت تأثیر قرار می‌دهد. معنای زندگی، به نوعی به احساس ارتباط با خالق هستی، داشتن هدف در زندگی، تعقیب و نیل به اهداف با ارزش و رسیدن به تکامل مربوط است (۱۴). معنای زندگی در اصل ماهیت شناختی دارد زیرا دربردارنده‌ی باورهای افراد در مورد وجود یک هدف غایی در زندگی، اعتقاد به معنویات و زندگی اخروی است (۱۵). احساس معنا از طریق برآورده شدن نیازهای اولیه فرد در مؤلفه‌های هدفمندی، کارآمدی و خودارزشمندی تحقق می‌یابد (۱۴). معنای زندگی درواقع همان چیزی است که به زندگی ارزش می‌دهد و هرچه حضورش بیشتر باشد، ارزش آن نیز بیشتر است. جستجوی معنا نیز به اینکه افراد چقدر برای فهمیدن و درک هدف و ارزش زندگی اشتیاق دارند و برای آن تلاش می‌کنند، اشاره دارد (۱۶) معنادار بودن زندگی می‌تواند به‌عنوان یک مانع در برابر پیامدهای منفی استرس عمل نموده و از این‌رو برای عملکرد روانی افراد بسیار مهم است (۱۷).

1. Blindness  
2. Deafness  
3. Quality of life

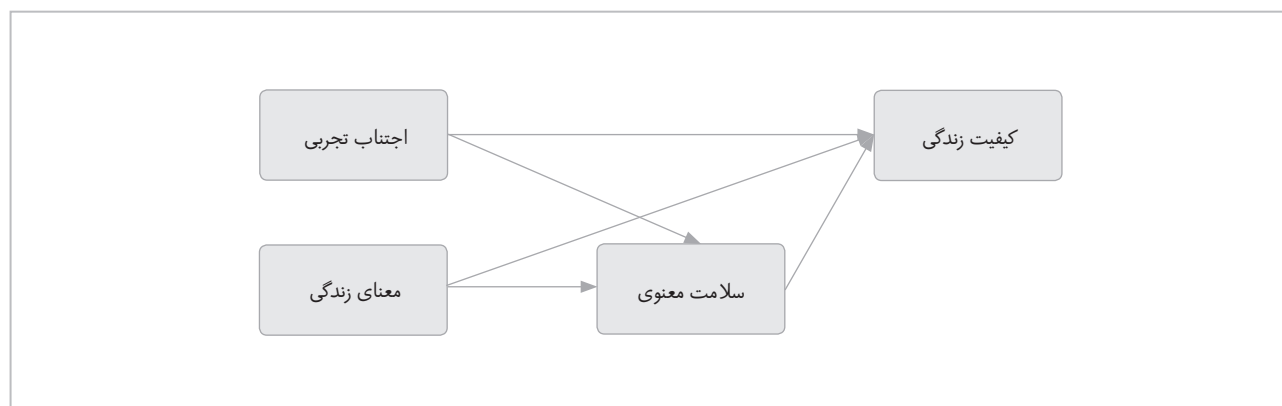
4. Avoid cognitive  
5. The meaning of life

بیانگر آن است که بدون سلامت معنوی، دیگر ابعاد زیستی، روانی و اجتماعی نمی‌توانند عملکرد درستی داشته باشند یا به حداکثر ظرفیت خود برسند و در نتیجه بالاترین سطح کیفیت زندگی دست‌یافتنی نخواهد بود. در سال‌های اخیر پژوهش‌ها در گستره‌ی وسیعی متوجه این موضوع شده‌اند که مذهب و معنویت چگونه بر جنبه‌های مختلف سلامت جسمی و روانی مؤثرند. برخی از پژوهشگران نشان داده‌اند که معنویت ارتباط فراوانی با سلامت کلی فرد دارد؛ به‌طوری‌که مذهب و معنویت منابع مهمی برای سازگاری با وقایع تنش‌زای زندگی در نظر گرفته می‌شوند (۲۲).

به‌طور کلی، درصد بالای استرس و تنش که در میان مادران کودکان با ناتوانی و معلولیت وجود دارد، باعث می‌شود که مادران با مطالبات و درخواست‌های بیشتری نسبت به دیگر مادران روبه‌رو شوند، که این افزایش مسئولیت‌ها در زمینه‌هایی همچون نیازهای مراقبتی این کودکان و فعالیت والدین برای سروسامان دادن و منظم کردن کارهای کودک در موقعیت‌هایی همچون مدرسه و خانواده، خود را نشان می‌دهد و مشکلات ارتباطی ایجاد می‌نماید. بسیاری از پژوهشگران رابطه بین کیفیت زندگی و صفات فردی را مورد بررسی قرار داده‌اند و عواملی را شناسایی کرده‌اند. این عوامل شامل میزان شناخت از خود؛ تنش‌های متحمل‌شده؛ دست‌یابی به اهداف زندگی؛ روش‌های مقابله و میزان سازگاری می‌باشند. به لحاظ اهمیت و دامنه‌ی فراگیر کیفیت زندگی، عوامل مؤثر بر آن همواره بررسی شده است. در این میان، نقش سازمان‌ها و نحوه‌ی ارتباطات اعضای آن با یکدیگر در شکل‌گیری کیفیت زندگی بسیار اساسی به‌نظر می‌رسد. اجرای این پژوهش از دو جنبه نظری و کاربردی

طبق تعریف سازمان جهانی بهداشت، سلامتی دارای ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی است. بُعد معنوی سلامتی یکی از ابعاد سلامتی است که برخی از صاحب‌نظران معتقدند توجه جدی به این بُعد بسیار ضروری است (۱۸). امروزه معنویت به‌عنوان یک بُعد انسانی و با درک نقشی که در بهبودی افراد دارد، به‌طور روزافزونی مورد توجه قرار گرفته است به‌طوری‌که به‌عنوان یک مفهوم اساسی برای برآورده شدن نیازهای روانی افراد شناخته شده است. معنویت یکی از ابعاد وجود انسان است که سبب خلق معنا در زندگی و الهام‌بخش فرد در رویارویی با مشکلات می‌شود. معنویت به‌عنوان یکی از جنبه‌های مهم از وجود آدمی، ارتباط مهمی با سلامت افراد دارد. می‌توان گفت بدون سلامت معنوی، دیگر ابعاد زیستی، روانی و اجتماعی نمی‌توانند عملکرد درستی داشته باشند یا به بیشترین ظرفیت خود برسند (۱۹). سلامت معنوی<sup>۱</sup> از ابعاد مهم سلامت انسان است که به‌طور کلی ارتباط هماهنگ و یکپارچه‌ای را بین نیروهای درون آدمی فراهم می‌کند و به ایجاد ثبات در زندگی، صلح، تناسب و هماهنگی و احساس ارتباط نزدیک با خویش، خدا، جامعه و محیط می‌انجامد. سلامت معنوی، یکپارچگی و تمامیت فرد را تعیین می‌کند و نقش زیادی در سلامت روانی و جسمی افراد دارد (۲۰). افرادی که از سلامت معنوی برخوردارند، افرادی توانمند، قوی، دارای قدرت کنترل و حمایت اجتماعی بیشتر هستند. سلامت معنوی در مقابله با ناامیدی نقش داشته و حتی به نوعی به زندگی پر از استرس و غمگین فرد و اطرافیان معنا و انگیزه می‌دهد و علاوه بر غلبه بر مشکلات روانی، سلامت معنوی حتی شاید بتواند بر برخی از مشکلات جسمی افراد نیز غلبه کند (۲۱). برخی از مطالعات

شکل ۱) مدل مفهومی پژوهش حاضر



1. spiritual health

حائز اهمیت می‌باشد. چنین الگویی به‌گونه‌ای مناسب روابط میان متغیرهای اجتناب تجربی، معنای زندگی، و سلامت معنوی را با کیفیت زندگی نشان می‌دهد. مطابق آنچه اشاره شد، عوامل مختلفی بر کیفیت زندگی مادران کودکان نابینا و ناشنوا اثرگذارند. اما در این پژوهش، به دنبال پیش‌بینی کیفیت زندگی مادران کودکان نابینا و ناشنوا براساس عواملی چون، اجتناب تجربی، معنای زندگی، و سلامت معنوی با استفاده از رویکرد ترکیبی مدل علی هستیم. بنابراین، مدل مفهومی پژوهش حاضر در شکل (۱) ارائه شده است.

## روش پژوهش

پژوهش حاضر، یک پژوهش کاربردی و از نوع همبستگی است. ابزار جمع‌آوری داده‌ها، شامل پرسشنامه‌های استاندارد که دارای اعتبار و روایی تأیید شده می‌باشند، بود. جامعه آماری پژوهش حاضر، شامل تمامی مادران کودکان نابینا و ناشنوا شهرستان خرم‌آباد در سال ۱۴۰۰ بود که با توجه به میانگین پژوهش‌های قبلی و نیز تعداد متغیرها جمعاً نمونه‌ای به حجم ۳۰۰ نفر با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس در نظر گرفته شد. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل کسب رضایت کتبی برای حضور در پژوهش، دامنه سنی بین ۲۲-۵۰ سال، داشتن حداقل مدرک تحصیلی سیکل، نداشتن اختلالات روانی، مادران دارای فرزند آسیب‌دیده‌ی بینایی و شنوایی از سطح متوسط به بالا بود و ملاک‌های خروج نیز شامل پاسخ ندادن به تمامی پرسش‌ها و عدم تمایل به ادامه همکاری بود. در این پژوهش با استفاده از روش معادلات ساختاری بر شاخص‌های اجتناب تجربی، معنای زندگی، با کیفیت زندگی با میانجی‌گری سلامت معنوی در مادران کودکان نابینا و ناشنوا مورد آزمون و تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

## ابزار پژوهش

ابزار مورد استفاده در این پژوهش پرسشنامه‌های استاندارد بودند. این پرسشنامه‌ها عبارت بودند از:

### پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (فرم کوتاه شده)

این پرسشنامه توسط گروهی از کارشناسان سازمان جهانی بهداشت در سال ۱۹۸۹ ساخته شد و دارای ۲۶ ماده است

که ۴ بُعد سلامت جسمانی، روانی، اجتماعی و محیط فیزیکی را می‌سنجد. این پرسشنامه، به‌عنوان یک پرسشنامه جامع مورد استفاده قرار می‌گیرد و در مجموع شامل کیفیت زندگی کلی و سطوح سلامت عمومی است. ماده‌های پرسشنامه، ۵ گزینه‌ای هستند که اصلاً برابر با ۱ و خیلی زیاد برابر با ۵ نمره گذاری می‌شود. لازم به ذکر است که ماده‌های ۳ و ۴ و ۲۶ به‌صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. حداقل نمره در این مقیاس ۲۶ و حداکثره ۱۳ می‌باشد. در نتایج گزارش شده توسط گروه سازندگان مقیاس کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت که در ۱۵ مرکز بین‌المللی این سازمان انجام شده، ضریب آلفای کرونباخ بین ۰/۷۳ تا ۰/۸۹ برای خرده‌مقیاس‌های چهارگانه و کل مقیاس گزارش شده است (۲۳). در پژوهش حاضر، پایایی این ابزار با استفاده از آلفای کرونباخ محاسبه و ۷۹ درصد گزارش شد.

## پرسشنامه اجتناب تجربی

پرسشنامه اجتناب تجربی گامز (۲۴) برای سنجش اجتناب تجربی افراد ساخته شده است و دارای ۲۵ پرسش است و هدف آن سنجش اجتناب تجربی از ابعاد مختلف واپس‌زنی افکار، جانشینی افکار، حواس‌پرتی، اجتناب از موقعیت‌ها و تبدیل تصور به فکر است. نمره‌گذاری در یک طیف ۵ درجه‌ای از کاملاً غلط تا کاملاً درست (۱ تا ۵) می‌باشد. برای به‌دست آوردن امتیاز کلی پرسشنامه، مجموع امتیازات همه پرسش‌ها با هم جمع می‌شوند. دامنه نمرات هر فرد بین ۲۵ تا ۱۲۵ خواهد بود. نمره پایین نشان‌دهنده اجتناب تجربی پایین و نمره بالا به معنای اجتناب تجربی بالا است. ضریب پایایی این پرسشنامه بین ۰/۷۱ تا ۰/۹۱ گزارش شده است (۲۴). در پژوهش حاضر، پایایی این ابزار با استفاده از آلفای کرونباخ محاسبه و ۸۳ درصد گزارش شد.

## پرسشنامه معنای زندگی

پرسشنامه ادراک معنای زندگی توسط استیگر و اوشی (۲۵) و در قالب ۱۰ پرسش طراحی شده است؛ که معنای حاضر در زندگی و جستجوی معنا در زندگی را می‌سنجد. پاسخ به هر پرسش با میزان موافقت یا مخالفت با یک عبارت در یک طیف ۷ درجه‌ای سنجیده می‌شود. کمترین نمره ۱۰ و بیشترین نمره ۷۰ می‌باشد. استیگر و اویشی (۲۵) در ۴ مطالعه، شواهدی را

به این مراکز مراجعه و پس از هماهنگی با مسئولان این مراکز، پژوهشگر با در دست داشتن مجوز به مراکز فوق مراجعه نموده و بعد از هماهنگی‌های لازم پژوهش به شرح زیر ادامه یافت. از روی پرونده‌های موجود در این مراکز و دریافت شماره تماس مادران و از بین مراجعان آنان ۲۹۸ نفر که داری فرزند ناشنوا و نایینا بودند و تمایل به همکاری داشتند، انتخاب شدند (البته لازم به توضیح است که تعداد آزمودنی‌ها در ابتدا ۳۰۰ مادر بود که طی روند پژوهش به ۲۹۸ نفر کاهش یافت). با مشخص شدن نمونه آماری پژوهش و هماهنگی با مسئولان ذیربط، طبق برنامه‌ریزی قبلی، پس از حضور اعضای نمونه در محل مناسب و برقراری ارتباط و کاهش حساسیت آزمودنی‌ها راجع به پرسشنامه‌ها دلایل انتخاب آنها، توضیحات لازم از سوی پژوهشگر ارائه شد و پرسشنامه‌های کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت فرم کوتاه‌شده، اجتناب تجربی، معنای زندگی، پرسشنامه سلامت معنوی توسط شرکت‌کنندگان تکمیل شد. لازم به ذکر است که به دلیل زیاد بودن تعداد نمونه پژوهش و همزمان بودن با شیوع بیماری همه‌گیر کرونا و مجازی شدن مدارس پژوهشگر برای یک سری از مادران پرسشنامه‌ها را به صورت مجازی ارسال نموده و مادران نیز در همان فضای مجازی به پرسشنامه‌ها پاسخ دادند. این پژوهش دارای گد اخلاق با شماره IR.IAU.AHVZ.REC.۱۴۰۱/۰۸۵ در تاریخ ۱۴۰۱/۳/۲۵ از کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز می‌باشد.

### یافته‌ها

در پژوهش حاضر ۲۹۸ شرکت‌کننده (۱۵۱ نفر (۵۰/۷ درصد) از شرکت‌کنندگان با مشکل نایینایی و ۱۴۷ نفر (۴۹/۳ درصد) با مشکل شنوایی، ۶۵ نفر (۲۱/۸ درصد) از مادران شرکت‌کننده کمتر از ۲۵ سال، ۹۲ نفر (۳۰/۹ درصد) ۲۶ تا ۳۰ سال، ۶۸ نفر (۲۲/۸ درصد) ۳۱ تا ۳۵ سال و ۷۳ نفر (۲۴/۵ درصد) بیشتر از ۳۵ سال داشتند. میزان تحصیلات ۹۵ نفر (۳۱/۹ درصد) از شرکت‌کنندگان زیر دیپلم، ۱۵۵ نفر (۵۲ درصد) دیپلم، ۱۹ نفر (۶/۴ درصد) فوق دیپلم و ۲۹ نفر (۹/۷ درصد) لیسانس و بالاتر بود. ۲۵۲ نفر (۸۴/۶ درصد) از شرکت‌کنندگان خانه‌دار و ۴۶ نفر (۱۵/۴ درصد) کارمند بودند. جدول (۱) میانگین، انحراف استاندارد و ضرایب همبستگی بین اجتناب تجربی، سلامت معنوی، کیفیت زندگی، معنای زندگی را نشان می‌دهد.

برای ثبات درونی، ثبات زمانی، ساختار عاملی و اعتبار آزمون معنای زندگی ارائه دادند که در یکی از این مطالعات اعتبار پرسشنامه برای خرده مقیاس معنای حاضر در زندگی ۸۶ درصد، برای خرده مقیاس جستجوی معنا در زندگی ۸۷ درصد و ضریب اعتبار کل آزمون ۷۰ تا ۸۴ درصد گزارش شده است. در پژوهش حاضر، پایایی این ابزار با استفاده از آلفای کرونباخ محاسبه شد و ۸۴ درصد به دست آمد.

### پرسشنامه سلامت معنوی

پرسشنامه سلامت معنوی توسط پالوتزین و الیسون (۲۶) ساخته شد و شامل ۲۰ پرسش و ۲ خرده مقیاس است. یکی سلامت مذهبی که بهزیستی ناشی از ارتباط با یک قدرت متعالی است و دیگری سلامت وجودی که عنصری روانی-اجتماعی است و بیانگر احساس فرد است از اینکه چه کسی است؟ چه کاری و چرا انجام می‌دهد و به کجا تعلق دارد؟ پرسش‌های فرد آزمون، مربوط به خرده مقیاس سلامت مذهبی بوده و میزان تجربه فرد از رابطه رضایت‌بخش با خدا را مورد سنجش قرار می‌دهد و پرسش‌های زوج، مربوط به خرده مقیاس سلامت وجودی است که احساس هدفمندی و رضایت از زندگی را می‌سنجد. مقیاس پاسخگویی به پرسش‌ها، لیکرت ۶ درجه‌ای از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم است. فاطمی و رضایی (۲۷)، ضرایب آلفای کرونباخ سلامت مذهبی و وجودی و کل مقیاس را به ترتیب برابر با ۰/۹۱، ۰/۹۱ و ۰/۹۳ گزارش کردند. در پژوهش حاضر، پایایی این ابزار با استفاده از آلفای کرونباخ محاسبه و ۸۶ درصد گزارش شد.

### روش

ابتدا مراحل اخذ مجوز انجام پژوهش و طرح مسئله در شورای اخلاق دانشگاه، صورت گرفت. سپس برای اجرای پژوهش، نامه‌ای از دانشگاه آزاد واحد اهواز برای آموزش پرورش استان لرستان و اداره بهزیستی استان لرستان گرفته شد. در مرحله بعد، پس از کسب مجوزهای لازم از اداره آموزش و پرورش استان لرستان و نیز اداره آموزش و پرورش استثنایی شهر خرم آباد، هماهنگی‌های لازم با اداره آموزش و پرورش استثنایی شهر خرم آباد، اداره بهزیستی خرم آباد، مدرسه استثنایی خرم آباد، انجمن نایینایان خرم آباد، مرکز توان بخشی خانواده و کودک ناشنوای نیوشا، کانون ناشنوایان خرم آباد صورت گرفت و پژوهشگر را معرفی نمودند. پژوهشگر

جدول ۱) ماتریس همبستگی، میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش حاضر

| متغیرهای پژوهش                       | ۱      | ۲      | ۳      | ۴      | ۵      | ۶      | ۷      | ۸      | ۹      | ۱۰     | ۱۱     | ۱۲     | ۱۳     | ۱۴    |
|--------------------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|-------|
| ۱. اجتناب تجربی - اجتناب رفتاری      | ۱      |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |       |
| ۲. اجتناب تجربی - پریشانی ناسازگاری  | ۰/۴۴** | ۱      |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |       |
| ۳. اجتناب تجربی - تعویق              | ۰/۵۷** | ۰/۴۸** | ۱      |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |       |
| ۴. اجتناب تجربی - حواس پرتی/فرونشانی | ۰/۵۵** | ۰/۷۲** | ۰/۶۱** | ۱      |        |        |        |        |        |        |        |        |        |       |
| ۵. اجتناب تجربی - انکار/سرکوبی       | ۰/۵۴** | ۰/۵۵** | ۰/۴۶** | ۰/۴۹** | ۱      |        |        |        |        |        |        |        |        |       |
| ۶. اجتناب تجربی - تحمل پریشانی       | ۰/۵۱** | ۰/۷۵** | ۰/۵۳** | ۰/۵۷** | ۰/۶۲** | ۱      |        |        |        |        |        |        |        |       |
| ۷. معنای زندگی - یافتن معنا          | ۰/۱۰   | ۰/۲۱   | ۰/۲۶   | ۰/۲۸   | ۰/۴۰   | ۰/۳۷   | ۱      |        |        |        |        |        |        |       |
| ۸. معنای زندگی - معنا در زندگی       | ۰/۰۸   | ۰/۱۷   | ۰/۲۹   | ۰/۳۰   | ۰/۲۸   | ۰/۳۲   | ۰/۴۶** | ۱      |        |        |        |        |        |       |
| ۹. سلامت معنوی - سلامت معنوی         | ۰/۲۱   | ۰/۲۸   | ۰/۲۷   | ۰/۲۰   | ۰/۴۱   | ۰/۳۶   | ۰/۴۱** | ۰/۴۱** | ۱      |        |        |        |        |       |
| ۱۰. سلامت معنوی - سلامت وجودی        | ۰/۱۶   | ۰/۲۵   | ۰/۴۰   | ۰/۲۷   | ۰/۲۴   | ۰/۳۸   | ۰/۴۶** | ۰/۵۱** | ۰/۷۱** | ۱      |        |        |        |       |
| ۱۱. کیفیت زندگی - سلامت جسمی         | ۰/۲۵   | ۰/۲۷   | ۰/۲۵   | ۰/۳۶   | ۰/۱۸   | ۰/۲۱   | ۰/۳۵** | ۰/۳۵** | ۰/۳۲** | ۰/۵۲** | ۱      |        |        |       |
| ۱۲. کیفیت زندگی - سلامت روان         | ۰/۲۶   | ۰/۳۰   | ۰/۱۱   | ۰/۲۷   | ۰/۱۹   | ۰/۳۵** | ۰/۳۸** | ۰/۴۱** | ۰/۵۵** | ۰/۴۲** | ۰/۴۶** | ۱      |        |       |
| ۱۳. کیفیت زندگی - سلامت اجتماعی      | ۰/۳۱   | ۰/۲۱   | ۰/۲۶   | ۰/۱۸   | ۰/۳۳   | ۰/۲۷   | ۰/۴۵** | ۰/۳۶** | ۰/۳۱** | ۰/۴۱** | ۰/۳۶** | ۰/۴۰** | ۱      |       |
| ۱۴. کیفیت زندگی - سلامت محیطی        | ۰/۱۵   | ۰/۱۰   | ۰/۲۱   | ۰/۲۴   | ۰/۱۶   | ۰/۳۱   | ۰/۳۹** | ۰/۲۲** | ۰/۴۸** | ۰/۲۵** | ۰/۳۰** | ۰/۲۹** | ۰/۳۲** | ۱     |
| میانگین                              | ۳۷/۷۱  | ۳۹/۰۶  | ۳۲/۶۷  | ۳۱/۶۸  | ۴۲/۶۶  | ۲۸/۲۴  | ۱۸/۱۵  | ۱۷/۶۲  | ۳۴/۳۲  | ۳۴/۸۵  | ۱۹/۶۱  | ۲۰/۶۷  | ۲۰/۸   | ۲۳/۹۸ |
| انحراف استاندارد                     | ۸/۱۴   | ۹/۳۸   | ۴/۹۸   | ۷/۴۲   | ۱۰/۰۵  | ۷/۱۱   | ۴/۷۷   | ۴/۴۷   | ۷/۱۱   | ۶/۷۰   | ۴/۶۶   | ۵/۰۰   | ۲/۲۳   | ۵/۳۸  |

\*\* P < 0/01 و \* P < 0/05



آنها کوچکتر از ۱۰ است. به منظور ارزیابی برقراری یا عدم برقراری مفروضه نرمال بودن توزیع چندمتغیری، از تحلیل اطلاعات مربوط به «فاصله ماهالانویس»<sup>۱</sup> استفاده شد. مقادیر چولگی و کشیدگی اطلاعات مربوط به فاصله مهلبوبایس به ترتیب برابر با ۱/۲۶ و ۳/۲۹ به دست آمد که نشان می دهد ارزش کشیدگی اطلاعات مزبور خارج از محدوده  $\pm 2$  قرار دارد.

جدول (۲) شاخص های برازندگی مدل اندازه گیری را نشان می دهد.

جدول (۱) ضرایب همبستگی بین متغیرها را نشان می دهد که براساس آن جهت همبستگی بین متغیرها منطبق بر انتظار و همسو با نظریه های حوزه پژوهش بود. مقادیر کشیدگی و چولگی همه مؤلفه ها در محدوده  $\pm 2$  قرار دارد. این یافته بیانگر آن است که مفروضه نرمال بودن توزیع داده های تک متغیری برقرار است. مفروضه همخطی بودن در بین داده های پژوهش حاضر برقرار است. زیرا که مقادیر ضریب تحمل متغیرهای پیش بین بزرگتر از ۰/۱ و مقادیر عامل تورم واریانس هر یک از

جدول (۲) شاخص های برازش مدل اندازه گیری

| شاخص های برازندگی          | مدل اندازه گیری | نقطه برش <sup>۲</sup> |
|----------------------------|-----------------|-----------------------|
| مجذور کای                  | ۱۵۲/۲۹          | -                     |
| درجه آزادی مدل             | ۷۱              | -                     |
| $\chi^2 / df$ <sup>۳</sup> | ۲/۱۵            | کمتر از ۳             |
| GFI <sup>۴</sup>           | ۰/۹۳۱           | ۰/۹۰ >                |
| AGFI <sup>۵</sup>          | ۰/۸۹۸           | ۰/۸۵۰ >               |
| CFI <sup>۶</sup>           | ۰/۹۵۷           | ۰/۹۰ >                |
| RMSEA <sup>۷</sup>         | ۰/۰۶۲           | ۰/۰۸ <                |

جدول (۲) نشان می دهد که شاخص های برازندگی حاصل از تحلیل عاملی تأییدی از برازش قابل قبول مدل اندازه گیری با داده های گردآوری شده حمایت می کنند ( $\chi^2 / df = 2/15$ ،  $CFI = 0/957$ ،  $GFI = 0/931$ ،  $AGFI = 0/898$  و  $RMSEA = 0/062$ ).

جدول (۳) بارهای عاملی استاندارد و غیراستاندارد مربوط به نشانگرها در مدل اندازه گیری را نشان می دهد.

جدول (۳) پارامترهای مدل اندازه گیری پژوهش در تحلیل عاملی تأییدی

| متغیر مکنون - نشان گر             | b     | $\beta$ | SE    | t        |
|-----------------------------------|-------|---------|-------|----------|
| اجتناب تجربی - اجتناب رفتاری      | ۱     | ۰/۶۹۶   |       |          |
| اجتناب تجربی - پریشانی ناسازگاری  | ۱/۰۷۷ | ۰/۶۷۰   | ۰/۱۰۲ | ۱۰/۵۳ ** |
| اجتناب تجربی - تعویق              | ۰/۶۳۴ | ۰/۷۵۶   | ۰/۰۵۴ | ۱۱/۷۶ ** |
| اجتناب تجربی - حواس پرتی/فرونشانی | ۰/۶۳۰ | ۰/۶۹۲   | ۰/۰۵۸ | ۱۰/۸۲ ** |
| اجتناب تجربی - انکار/سرکوبی       | ۱/۱۱۴ | ۰/۷۸۴   | ۰/۰۹۲ | ۱۲/۱۵ ** |
| اجتناب تجربی - تحمل پریشانی       | ۱/۱۰۶ | ۰/۷۷۶   | ۰/۰۹۲ | ۱۲/۰۴ ** |

1. Mahalanobis distance (D)

۲. نقاط برش براساس دیدگاه کلاین (۲۰۱۶)

3. normed chi-square

4. Goodness Fit Index

5. Adjusted Goodness Fit Index

6. Comparative Fit Index

7. Root Mean Square Error of Approximation

| متغیر مکنون - نشان‌گر       | b     | $\beta$ | SE    | t        |
|-----------------------------|-------|---------|-------|----------|
| معنای زندگی - یافتن معنا    | ۱     | ۰/۸۰۲   |       |          |
| معنای زندگی - معنا در زندگی | ۰/۹۷۳ | ۰/۸۱۷   | ۰/۰۸۲ | ۱۱/۸۰ ** |
| سلامت معنوی - سلامت مذهبی   | ۱     | ۰/۸۴۶   |       |          |
| سلامت معنوی - سلامت وجودی   | ۱/۰۶۰ | ۰/۸۴۹   | ۰/۰۶۹ | ۱۵/۳۸ ** |
| کیفیت زندگی - سلامت جسمی    | ۱     | ۰/۶۰۱   |       |          |
| کیفیت زندگی - سلامت روان    | ۱/۲۵۷ | ۰/۷۰۵   | ۰/۱۳۴ | ۹/۳۵ **  |
| کیفیت زندگی - سلامت اجتماعی | ۰/۴۸۱ | ۰/۶۰۶   | ۰/۰۵۷ | ۸/۳۹ **  |
| کیفیت زندگی - سلامت محیطی   | ۱/۲۹۳ | ۰/۶۷۲   | ۰/۱۴۳ | ۹/۰۴ **  |

\*\*P &lt; 0/01

**نکته:** بارهای عاملی استاندارد نشده مربوط به نشانگرهای اجتناب رفتاری، یافتن معنا، سلامت معنوی و سلامت جسمی با عدد ۱ تثبیت شده، بنابراین خطای استاندارد و نسبت بحرانی آنها محاسبه نشده است.

بارهای عاملی ۰/۷۱ و بالاتر از آن عالی، بارهای بین ۰/۶۳ تا ۰/۷۰ خیلی خوب، بارهای بین ۰/۵۵ تا ۰/۶۲ خوب، بارهای بین ۰/۴۵ تا ۰/۵۵ نسبتاً خوب، بارهای بین ۰/۳۲ تا ۰/۴۴ پایین و بارهای پایین‌تر از ۰/۳۲ ضعیف محسوب می‌شود. جدول (۴) شاخص‌های برازندگی مدل ساختاری را نشان می‌دهد.

جدول (۳) نشان می‌دهد که بزرگترین بار عاملی متعلق به نشانگر سلامت وجودی ( $\beta=0/849$ ) و کوچکترین بار عاملی متعلق به نشانگر سلامت جسمی ( $\beta=0/601$ ) است. بدین ترتیب با توجه به اینکه بارهای عاملی همه نشانگرها بالاتر از ۰/۳۲ بود، می‌توان گفت همه آنها از توان لازم برای اندازه‌گیری متغیرهای مکنون پژوهش حاضر برخوردارند.

جدول (۴) نشان می‌دهد که شاخص‌های برازندگی حاصل از تحلیل مدل از برازش قابل قبول آن با داده‌های گراوری شده حمایت می‌کنند ( $X^2/df=1/96$ ،  $CFI=0/961$ ،  $GFI=0/930$ ،  $AGFI=0/895$  و  $RMSEA=0/057$ ). جدول (۵) ضرایب مسیر در مدل ساختاری را نشان می‌دهد.

جدول (۴) شاخص‌های برازش مدل ساختاری

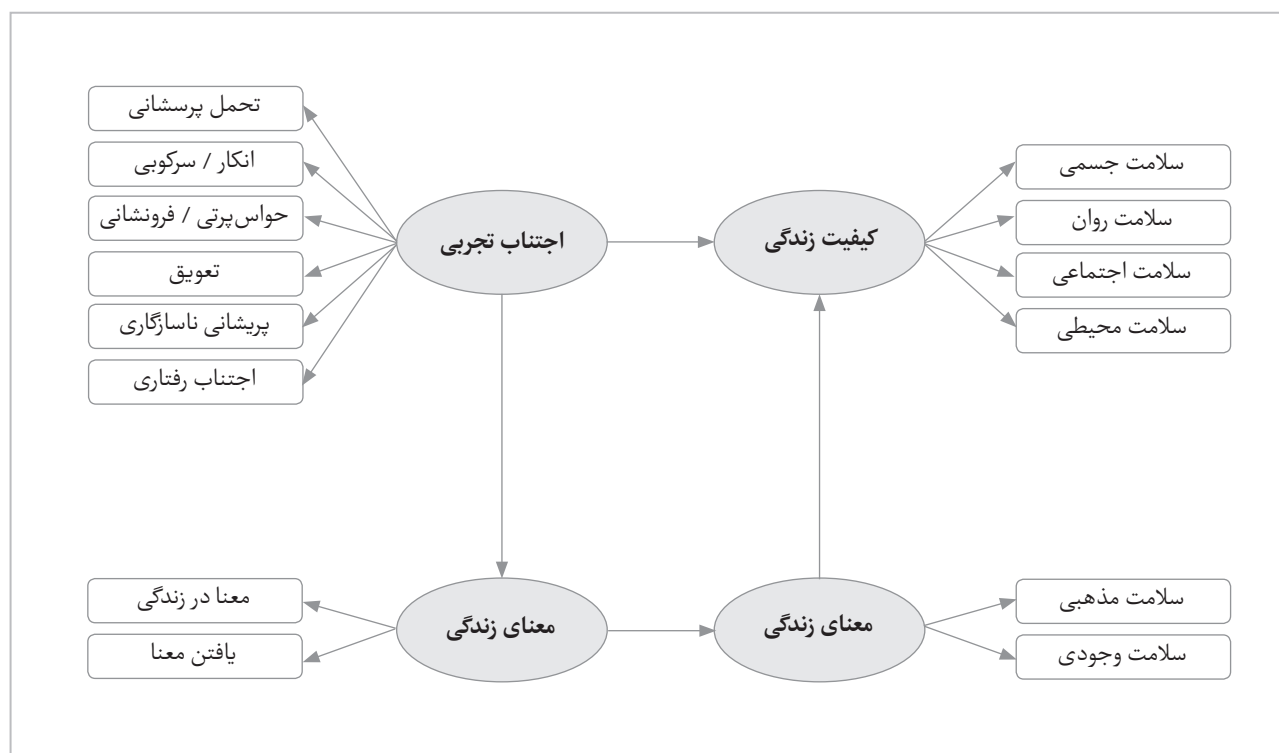
| شاخص‌های برازندگی | مدل ساختاری |
|-------------------|-------------|
| مجذور کای         | ۱۷۸/۵۱      |
| درجه آزادی مدل    | ۹۱          |
| $X^2/df$          | ۱/۹۶        |
| GFI               | ۰/۹۳۰       |
| AGFI              | ۰/۸۹۵       |
| CFI               | ۰/۹۶۱       |
| RMSEA             | ۰/۰۵۷       |



جدول ۵) ضرایب مسیر کل، مستقیم و غیر مستقیم بین متغیرهای پژوهش در مدل ساختاری

| اثر        | مسیر                                   | b      | S.E   | $\beta$ | p     |
|------------|----------------------------------------|--------|-------|---------|-------|
| مستقیم     | معنای زندگی $\rightarrow$ سلامت معنوی  | ۰/۴۸۶  | ۰/۱۳۷ | ۰/۲۸۲   | ۰/۰۰۱ |
|            | امیدواری $\rightarrow$ سلامت معنوی     | ۰/۰۹۵  | ۰/۰۱۹ | ۰/۲۷۶   | ۰/۰۰۱ |
|            | شفقت خود $\rightarrow$ سلامت معنوی     | ۰/۲۸۹  | ۰/۰۷۱ | ۰/۲۵۷   | ۰/۰۰۱ |
|            | اجتناب تجربی $\rightarrow$ سلامت معنوی | -۰/۳۱۵ | ۰/۱۰۰ | -۰/۲۳۸  | ۰/۰۰۱ |
|            | سلامت معنوی $\rightarrow$ کیفیت زندگی  | ۰/۱۱۲  | ۰/۰۳۰ | ۰/۳۶۹   | ۰/۰۰۱ |
|            | معنای زندگی $\rightarrow$ کیفیت زندگی  | ۰/۱۶۰  | ۰/۰۴۰ | ۰/۳۰۵   | ۰/۰۰۱ |
|            | امیدواری $\rightarrow$ کیفیت زندگی     | ۰/۰۳۴  | ۰/۰۰۶ | ۰/۳۲۶   | ۰/۰۰۱ |
|            | شفقت خود $\rightarrow$ کیفیت زندگی     | ۰/۰۱۷  | ۰/۰۲۳ | ۰/۰۴۸   | ۰/۴۷۶ |
|            | اجتناب تجربی $\rightarrow$ کیفیت زندگی | -۰/۰۵۶ | ۰/۰۲۷ | -۰/۱۳۸  | ۰/۰۴۳ |
|            | معنای زندگی $\rightarrow$ کیفیت زندگی  | ۰/۰۵۴  | ۰/۰۲۰ | ۰/۱۰۴   | ۰/۰۰۱ |
| غیر مستقیم | امیدواری $\rightarrow$ کیفیت زندگی     | ۰/۰۱۱  | ۰/۰۰۴ | ۰/۱۰۲   | ۰/۰۰۱ |
|            | شفقت خود $\rightarrow$ کیفیت زندگی     | ۰/۰۳۳  | ۰/۰۱۳ | ۰/۰۹۵   | ۰/۰۰۱ |
|            | اجتناب تجربی $\rightarrow$ کیفیت زندگی | -۰/۰۳۵ | ۰/۰۱۵ | -۰/۰۸۸  | ۰/۰۰۱ |
|            | معنای زندگی $\rightarrow$ کیفیت زندگی  | ۰/۲۱۴  | ۰/۰۳۹ | ۰/۴۰۹   | ۰/۰۰۱ |
| کل         | امیدواری $\rightarrow$ کیفیت زندگی     | ۰/۰۴۵  | ۰/۰۰۷ | ۰/۴۲۷   | ۰/۰۰۱ |
|            | شفقت خود $\rightarrow$ کیفیت زندگی     | ۰/۰۵۰  | ۰/۰۲۴ | ۰/۱۴۳   | ۰/۰۳۷ |
|            | اجتناب تجربی $\rightarrow$ کیفیت زندگی | -۰/۰۹۱ | ۰/۰۲۹ | -۰/۲۲۶  | ۰/۰۰۱ |
|            |                                        |        |       |         |       |

شکل ۲) پارامترهای استاندارد در مدل ساختاری پژوهش



جدول (۵) نشان می‌دهد که ضریب مسیر کل بین اجتناب تجربی و کیفیت زندگی منفی و معنادار است ( $P=0/001$ ،  $\beta=-0/226$ ). ضریب مسیر کل بین معنای زندگی و کیفیت زندگی مثبت و معنادار است ( $P=0/001$ ،  $\beta=0/409$ ). ضریب مسیر بین سلامت معنوی و کیفیت زندگی مثبت و معنادار است ( $P=0/001$ ،  $\beta=0/369$ ). ضریب مسیر غیر مستقیم بین اجتناب تجربی و کیفیت زندگی منفی و معنادار است ( $P=0/001$ ،  $\beta=-0/088$ ). ضریب مسیر غیر مستقیم بین معنای زندگی و کیفیت زندگی مثبت و معنادار است ( $P=0/001$ ،  $\beta=0/104$ ). شکل (۲) مدل ساختاری پژوهش در تبیین رابطه بین اجتناب تجربی، معنای زندگی با کیفیت زندگی مادران کودکان نابینا و ناشنوا براساس نقش میانجیگر سلامت معنوی را نشان می‌دهد.

شکل شماره ۲ نشان می‌دهد که مجموع مجذور همبستگی‌های چندگانه ( $R^2$ ) برای متغیر کیفیت زندگی برابر با  $0/64$  به دست آمده است، این موضوع بیانگر آن است که اجتناب تجربی، معنای زندگی و سلامت معنوی در مجموع  $64$  درصد از واریانس کیفیت زندگی مادران کودکان نابینا و ناشنوا را تبیین می‌کند.

## بحث و نتیجه‌گیری

هدف این پژوهش تعیین مدل ساختاری کیفیت زندگی براساس اجتناب تجربی، معنای زندگی با میانجیگری سلامت معنوی در مادران کودکان نابینا و ناشنوا بود. نتیجه پژوهش حاضر با پژوهش‌های طاهری و همکاران (۱۶)، مهدوی نور (۱۷) لیتیان<sup>۱</sup> و همکاران (۱۹)، طالب‌زاده و همکاران (۲۱) همسو می‌باشد.

در تبیین یافته می‌توان بیان نمود که این موضوع به دلیل ویژگی خاص فرزندان ناشنوا و نابینا و عدم پذیرش شرایط موجود است و این امر مادر را در معرض برداشت‌های منفی از موقعیت خود قرار داده و کیفیت زندگی آنها را کاهش می‌دهد. آموزه‌های معنوی منجر می‌شود تا افراد با راهبردهای متفاوتی، رخدادهای ناخوشایند و منفی زندگی را بررسی کنند. این امر باعث ایجاد تسلط بر خود و محیط شده و علاوه بر آن می‌تواند منجر به افزایش کیفیت زندگی و کاهش اضطراب شود (۲۸). از این حیث وقتی افراد با وضعیت خارج از کنترل روبه‌رو می‌شوند برای رهایی از این وضعیت به منبع جایگزین رو می‌آورند و در این شرایط معنویت به فرد کمک می‌کند تا حس کنترل

بیشتری را تجربه نماید و این امر به مقابله با شناخت‌های منفی در فرد کمک می‌نماید (۲۹). سلامت معنوی با کمک به افراد برای مقابله بهتر با عوامل استرس‌زای زندگی، از طریق مشارکت معنوی با نوع دوستی بیشتر، سپاسگزاری، بخشش و آرامش، سطح سازگاری افراد را افزایش می‌دهد (۳۰). مادران با فرزند ناشنوا با برآورده نشدن انتظارات‌شان مبنی بر داشتن فرزند سالم، احساس گناه، قضاوت‌های نادرست و رنج‌آور دیگران ممکن است بیشتر در معرض افسردگی قرار گرفته و انگیزه تلاش و موفقیت را در آنها بکاهد. بنابراین با اصلاح باورها و یافتن معنا در زندگی می‌توان نیروی بیشتری در این مادران ایجاد نمود، که مشکلات هیجانی را کمتر حس نمایند و با ایجاد انگیزه و قدرت به سوی اهداف متعالی پیش بروند (۳۱).

تأثیر آموزه‌های معنوی در راستای بهبود امید به زندگی با دیدگاه فرامادی به اصلاح و تغییر شناخت در افراد می‌پردازد و منجر به تأثیر مثبت بر شیوه تفسیر و معنا بخشی از رویدادهای آسیب‌رسان، ناکامی‌ها و سختی‌ها می‌شود. همچنین بهزیستی معنوی بر میزان افسردگی از طریق کاهش فاجعه‌آمیز درد (بهبود شناخت منفی) بر بیماری‌های مزمن نیز نقش دارد (۳۲). مادران کودک کم‌توان ذهنی رضایت کمتری از زندگی نسبت به سایر مادران دارای کودک عادی دارند مشکلات مادران کودکان با ناتوانی در حیطه جسمی می‌تواند به دلیل استرس ناشی از پیچیدگی مشکلات فرزندان و غیرقابل درمان بودن آنان باشد که تداوم این استرس منجر به مشکلات جسمی می‌شود همچنین بهبود سلامت جسمی مادران دارای فرزند با ناتوانی احتمالاً ناشی از مؤلفه کنترل خشم و آموزش ۲ سبک واکنش هیجان‌مدار و مسئله‌مدار به هنگام مواجهه با مشکلات و مثبت اندیشی (توانایی ارتباط سازنده با دیگران، دوست داشتن زندگی و شاد زیستن) می‌باشد. (۳۳).

همچنین، نتایج نشان داد که اجتناب تجربی و کیفیت زندگی مادران رابطه مستقیم دارد. در تبیین یافته‌های پژوهش می‌توان گفت اجتناب تجربی که به معنای گرایش فرد به پذیرفتن افکار، عواطف و تظاهرات رفتاری بدون تلاش برای اجتناب از آنهاست در مقابل پذیرش قرار می‌گیرد. اجتناب تجربی تحت عنوان یکی از علل آسیب‌شناسی انواع مختلف اختلالات روانی (از جمله خودکشی) شناخته شده است (۳۴). زندگی مادران دارای کودکان ناشنوا، کیفیت زندگی آنها را تحت تأثیر قرار می‌دهد. کیفیت زندگی میزان ادراک فرد از رفاه جسمی، روان‌شناختی و اجتماعی و همچنین میزان رضایت فرد از

بود. محدودیت دیگر پژوهش نمونه پژوهش حاضر ۳۰۰ نفر می‌باشد که بعد از جمع‌آوری پرسشنامه‌ها در زمان اجرای تحلیل آماری متوجه شدیم ۲ نفر از آنان پرسشنامه‌ها را با دقت پر نکرده‌اند و در نتیجه از پژوهش کنار گذاشته شدند. محدودیت پژوهش بروز بیماری همه‌گیر کرونا در دو سال اخیر می‌باشد که باعث افزایش استرس و کاهش کیفیت زندگی مادران می‌شد. بنابراین پیشنهاد می‌شود برای بهبود کیفیت زندگی مادران کودکان نابینا و ناشنوا، برنامه‌ریزی و ایجاد زیرساخت‌های مناسب به‌منظور توجه ویژه به متغیرهای معنای زندگی و سلامت معنوی صورت گیرد که ارتباط مستقیم با کیفیت زندگی آنان دارد. به‌دنبال گسترش برنامه توان بخشی مبتنی بر جامعه در سال‌های اخیر و تأکید آن بر مؤلفه توانمندسازی به‌عنوان مهمترین مؤلفه، اجرای برنامه توانمندسازی روان‌شناختی برای مادران اهمیت خود را نشان می‌دهد و می‌تواند گامی در جهت گسترش برنامه توان بخشی مبتنی بر جامعه و ارتقای کیفیت زندگی مادران دارای فرزند با ناتوانی باشد. نتایج این پژوهش بیانگر این نکته است که طراحی و اجرای چنین برنامه‌ای با رویکرد خانواده محور سبب بهبود سلامت جسمی و روابط اجتماعی مادران می‌شود و آنها را در پرورش فرزندشان بسیار کمک می‌کند.

### تعارض و منافع

نویسندگان هیچگونه تعارض منافی با یکدیگر ندارند.

موهبت‌های محیط زندگی است. بُعد عاطفی در آن به احساس خوشبختی و رضایت از زندگی؛ بُعد روانی به معنای دارا بودن یک زندگی غنی که از توانایی‌های فرد به‌دست آمده باشد و بُعد اجتماعی به احساس ارزشمندی اشاره دارد که براساس جامعه‌ای که فرد در آن زندگی می‌کند، ارزشمند شناخته شده باشد (۳۵). کیفیت زندگی حاصل یک ارزشیابی ذهنی است و خود فرد بهتر از هرکسی می‌تواند در مورد آن قضاوت کند. کیفیت زندگی ماهیت پویا دارد نه ایستا و همچنین کیفیت زندگی یک مفهوم چند بُعدی است و باید از زوایای مختلف سنجیده شود (۳۶). همچنین می‌توان این سازه را به ۴ بُعد عملکرد: جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی تقسیم کرد. هدف نهایی بهبود کیفیت زندگی، بهزیستی و شادی افراد است (۳۷). براساس پژوهش‌ها کیفیت زندگی و سلامت عمومی مادران کودکان کم شنوا پایین‌تر از مادران کودکان شنوا است. همچنین این مادران از اضطراب و افسردگی بیشتری در مقایسه با مادران کودکان شنوا رنج می‌برند و همچنین در نشانه‌های جسمانی و کارکرد اجتماعی مشکلات بیشتری را تجربه می‌کنند (۱۲).

همچنین، نتایج نشان داد که معنای زندگی و کیفیت زندگی مادران رابطه مستقیم دارد. در تبیین می‌توان گفت افرادی که بیشتر در جست‌وجوی معنا در زندگی‌شان هستند از کیفیت زندگی بالاتری نیز برخوردارند. به همین ترتیب حضور معنا در زندگی با کیفیت زندگی همبستگی نسبتاً قوی مثبت و معناداری دارد که نشان می‌دهد هرچه در زندگی فرد معنای بیشتری حضور داشته باشد فرد کیفیت زندگی بالاتری نیز دارد و البته برعکس. معنای زندگی در اصل ماهیت شناختی دارد زیرا در برگرفته‌ی باورهای افراد در مورد وجود یک هدف غایی در زندگی، اعتقاد به معنویات و زندگی اخروی است و در واقع داشتن معنا در زندگی، یکی از پیش‌بینی‌کننده‌های رفاه و رضایت از زندگی است (۳۱). فرانکل معتقد است که اگر افراد معنایی را تعقیب نکنند و هدفی را نداشته باشند احتمالاً به هر بیراهه‌ای منحرف خواهند شد چرا که انسان هدفمند بدون توجه به مسیرهای انحرافی جهت زندگی خود را تعیین می‌کند، تعالی نفس را تجربه می‌کند و با رضایت و آرامش روانی از زندگی خود بهره‌مند می‌گردد و سازگاری بهتری با تغییرات زندگی خواهد داشت (۱۴).

از مهمترین محدودیت‌های این پژوهش، عدم همکاری مناسب برخی از مدیران مراکز نگهداری کودکان نابینا و ناشنوا

## References

1. Bassey E, Ellison C & Walker R. Perception of blind rehabilitation services among adults with acquired blindness in Nigeria: Attention to functional goals. *British Journal of Visual Impairment*, 2019; 37(1), 6-16.
2. Pinquart M, Pfeiffer JP. Attainment of developmental tasks by adolescents with hearing loss attending special schools. *American Annals of the Deaf*, 2014; (159): 257-268. <https://www.jstor.org/stable/26234957>
3. Abbasi M, Bagian KahMarzi MJ, Ghasemi Jubeneh R, Darghi S. Comparison of hypothyriax, social anxiety and cognitive avoidance in mothers of students with and without special learning problems. *Exceptional Education*, 2015 ;6(134), 14 -5 <https://iranjournals.nlai.ir/handle/123456789/646742>.
4. Sittironnarit G, Emprasertsuk W, Wannasewok K. Quality of life and subjective burden of primary dementia caregivers in Bangkok, Thailand. *Asian Journal of Psychiatry*. 2020; 48, 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2019.101913>.
5. Derguy C, Roux S, Portex M, M'bailara K, an ecological exploration of individual, family, and environmental contributions to parental quality of life in autism. *Journal of Psychiatry Research*, 2018; 268, 87-93. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.07.006>.
6. Cappe É, Pedoux A, Poirier N, Downes N. rder: A comparative exploratory study between France, French-Speaking Belgium and Quebec Processus d'ajustement et qualité de vie des parents' d'un enfant ayant un trouble du spectre de l'autisme: une étude exploratoire comparative entre la France, la Belgique francophone et le Québec. *Journal of Psychologie Française*, 2019; (In Press). <https://doi.org/10.1016/j.psfr.2018.11.002>.
7. Jefferson FA, Shires A & McAloon J. Parenting Self-compassion: a Systematic Review and Meta - analysis. *Mindfulness* , 2020; 11(9), 2067 -2088. <https://doi.org/10.1007/s12671-020-01401-x>.
8. Cleare, S., Gumley, A., & O'Connor, R. C.. Self-compassion, self-forgiveness, suicidal ideation, and self-harm: A systematic review. *Clinical psychology & psychotherapy*, 2019; 1(1), 1 -20. <https://doi.org/10.1002/cpp.2372>.
9. Torbet S, Proev, M & Roberts RM. Self-compassion: a protective factor for parents of children with Autism Spectrum Disorder. *Mindfulness* , 2019; 10(12), 2492 -2506. <https://doi.org/10.1007/s12671-019-01224-5>. <https://link.springer.com/article/10.1007/s12671-019-01224-5>
10. Luhmann M, Necka EA, Schönbrodt FD & Hawkley LC. Is valuing happiness associated with lower well-being? A factor-level analysis using the Valuing Happiness Scale. *Journal of research in personality*, 2016; 60, 46-50. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2015.11.003>
11. Safara M, Khanbabai M, Khanbabai M. The effect of teaching spiritual skills on improving the quality of life and life expectancy of mothers with mentally retarded children. *Psychology of exceptional people*, 2019; 10(37): 161-180. doi: 10.22054/jpe.2020.43806.2009.
12. Quickert R, Vaughan T, MacDonald T. Noticing negativity Exploring the relationship between experiential avoidance and mood-relevant thinking. *Personality and Individual Differences*, 2020; 152, 109592. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2019.109592>
13. Jafari, F, Kharatzadeh, H, Hosseini, M, and Mohammadi, A. The relationship between emotion regulation difficulties and experiential avoidance with depression in vitiligo patients. *North Khorasan Journal of Medical Sciences*. 2018; 11(4): 77-71. URL: <http://journal.nkums.ac.ir/article-1-1972-fa.html>
14. King LA, Heintzelman SJ & Ward S J. Beyond the search for meaning: A contemporary science of the experience of meaning in life. *Current Directions in Psychological Science*, 2016; 25(4), 211-216. <https://doi.org/10.1177/0963721416656354>
15. Vohs KD, Aaker JL, & Catapano R. It's not going to be that fun: negative experiences can add meaning to life. *Current opinion in psychology*, 2019; 26, 11-14. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2018.04.014>
16. Taheri A, Marashi S A, Hamid N, Beshlideh K. The Effectiveness of Compassion-Focused Therapy on Psychological Well-Being and Meaning in Life of Mothers of Children With Intellectual and Developmental Disorders. *IJPCP* 2022; 28 (1) :20-33 URL: <http://ijpcp.iuums.ac.ir/article-1-3308-fa.htm>
17. Mahdavinoor S M M, Mollaei A, Abaresh Z, Mahdavinoor S H. The Meaning in Life and its Related Factors in Medical Sciences Students. *Avicenna Interdisciplinary J Relig Health* 2022; 1 (1) :50-56 URL: <http://aijrh.umsha.ac.ir/article-1-40-fa.html>
18. Van Solinge H, & Henkens K.. Subjective life expectancy and actual mortality: results of a 10-year panel study among older workers. *European Journal of Ageing*, 2018; 15, 155-164. <https://doi.org/10.1007/s10433-017-0442-3>.
19. Litalien M, Atari DO, Obasi I. The influence of religiosity and spirituality on health in Canada: A systematic literature review. *J Relig Health*. 2022; 61(1):373-414. [DOI:10.1007/s10943-020-01148-8]
20. Soltani F, Mardani-Hamooleh M, Seyedfatemi N, Haghani S, Hamidi H. Spiritual Well-being Among Mothers of Children With Autism in Tehran: A Descriptive Study. *IJN* 2022; 35 (135) :16-27 URL: <http://ijn.iuums.ac.ir/article-1-3478-fa.html>
21. Talebzadeh Sani H, Faramarzi S, Nadi M A. Structural relationships between parenting practices and happiness mediated by life satisfaction and quality of life in mothers of children with intellectual developmental disorder. *Journal of Psychological Science*. 2023; 22(121), 171-188. doi:10.52547/

- JPS.22.121.171URL: <http://psychologicalscience.ir/article-1-1773-fa.html>
22. Moreira WC, Nóbrega MDPSS, Lima FPS, Lago EC, Lima MO. Effects of the association between spirituality, religiosity and physical activity on health/mental health: a systematic review. *Rev Esc Enferm USP*. 2020; 54:e03631. [DOI:10.1590/s1980-220x2019012903631]
  23. Nasiri Habib Elah, checking the validity and reliability of the short scale of the quality of life of the World Health Organization and preparing its Iranian version, national seminar on students' mental health. Year: 2006.
  24. Moradi A, Barghini Irani Z, Baghian Kole Merz MJ, Kariminejad K, Bajit M. Determining the factor structure and psychometric properties of the Multidimensional Experiential Avoidance Questionnaire (MEAQ). *Social cognition*, 2016; 6(2): 57-82. [https://sc.journals.pnu.ac.ir/article\\_4422.html](https://sc.journals.pnu.ac.ir/article_4422.html)
  25. Steger MF, Frazier P, Oishi S, Kaler M. The meaning in life questionnaire: assessing the presence of and search for meaning in life. *Journal of counseling psychology*. 2006;53(1):80. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.53.1.80>
  26. Paloutzian R, Ellison C. Loneliness, spiritual well-being and the quality of life. In: Peplau D, Perlman D. *Loneliness: a sourcebook of current theory, research and therapy*. New York: John Wiley and Sons; 1982; p. 224-35. <https://cir.nii.ac.jp/crid/1130282270437919360>
  27. Seyed Fatemi N, Rezaei M, Gyuri A, Hosseini F. The effect of prayer on the mental health of cancer patients, *Faslanema Paish*, Year 5, Number 4, Fall 2006; pp. 295-304. URL: <http://payeshjournal.ir/article-1-732-fa.html>
  28. Antigoni, S. (2017). Mothers with disabled children in Cyprus: experiences and support. Unpublished doctoral dissertation, Institute of Education University of London. 2017:<http://discovery.ucl.ac.uk/10023393/1/Stylianou>
  29. Bahreinian A, Radmehr H, Mohammadi H, Bavadi B, Mousavi MR. The Effectiveness of the Spiritual Treatment Groupon Improving the Quality of Life and Mental Health in Women with Breast Cancer. *J Res Relig Health*. 2017;3(1).64-78. <https://doi.org/10.22037/jrrh.v3i1.12424>
  30. Başak, B., & Can, G. The relationships between self-compassion, social-connectedness, optimism and psychological resilience among low-income university students. *Elementary Education Online*, 2018;17(2), 768-785. <https://hdl.handle.net/20.500.11782/2686>
  31. Bassey, E., Ellison, C., & Walker, R. Perception of blind rehabilitation services among adults with acquired blindness in Nigeria: Attention to functional goals. *British Journal of Visual Impairment*, 2019;37(1), 6-16. <https://doi.org/10.1177/0264619618794748>
  32. Beath, S. V., & Wray, J. Health-Related Quality of Life and Cognitive Functioning in Pediatric Liver Transplant Recipients. 2020. <https://doi.org/10.1177/0264619618794748>
  33. Dreisoerner, A., Mareen Junker, N., & Van Dick, R. The Relationship Among the Components of Self-compassion: A Pilot Study Using a Compassionate Writing Intervention to Enhance Self-kindness, Common Humanity, and Mindfulness. *Journal of Happiness Studies* (2020) Cite this article <https://link.springer.com/article/10.1007/s10902-019-00217-4>
  34. Klein, D. E., Winterowd, C. L., Ehrhardt, M. D., Carter, J. C., Khan, O., & Mayes, S. The relationship of self-compassion and hope with quality of life for individuals with bleeding disorders. *Haemophilia*, 2020; 26(3), e66-e73. <https://doi.org/10.1111/hae.13959>
  35. Nygård, C., & Clancy, A. Unsung heroes, flying blind—A metasynthesis of parents' experiences of caring for children with special health-care needs at home. *Journal of clinical nursing*, 2018;27(15-16), 3179-3196. <https://doi.org/10.1111/jocn.14512>
  36. Rudnik A, Piotrowicz G, Basińska MA, Rashedi V. The importance of cognitive flexibility and flexibility in coping with stress for the quality of life in inflammatory bowel disease patients during biological therapy. A preliminary report. *Prz Gastroenterol* 2019; 14(2): 121-8. <https://doi.org/10.5114/pg.2018.81081>
  37. Yilmaz, M., & Cengiz, H. Ö. The relationship between spiritual well-being and quality of life in cancer survivors. *Palliative & supportive care*, 2020;18(1), 55-62.