

مقایسه ذهن آگاهی و سرسختی روان شناختی مادران کودکان نابینا و ناشنوا

- عزت اله قدم پور، استاد گروه روان شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه لرستان، خرم آباد، ایران
- حافظ پادروند*، دانشجوی دکتری روان شناسی تربیتی، دانشگاه لرستان، خرم آباد، ایران
- مسلم قبادیان، استادیار گروه علوم تربیتی، دانشگاه فرهنگیان، خرم آباد، ایران
- میثم صادقی، استادیار روان سنجی، گروه روان شناسی شناختی، مؤسسه آموزش عالی علوم شناختی، ایران
- اکبر رضایی فرد، استادیار، دانشگاه فرهنگیان شهید رجایی، شیراز، ایران

• تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۹/۲۹ • تاریخ انتشار: خرداد و تیر ۱۴۰۱ • نوع مقاله: پژوهشی • صفحات ۴۹ - ۵۶

چکیده

زمینه و هدف: بعد از تشخیص آسیب در کودکان، خانواده‌های آنها اغلب احساس‌هایی مانند شوک، سردرگمی، خشم، افسردگی، ناامیدی، احساس گناه، طرد، خجالت، احساس بی‌دفاعی و تنهایی را تجربه می‌کنند. هدف از این پژوهش مقایسه ذهن آگاهی و سرسختی روان شناختی مادران فرزندان ۷-۱۲ سال نابینا و ناشنوا شهر خرم آباد بود.

مواد و روش‌ها: روش این پژوهش توصیفی از نوع علی مقایسه‌ای بود. جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی مادران دارای فرزند ۷-۱۲ سال نابینا و ناشنوا شهر خرم آباد در سال ۱۴۰۰ بود. از میان جامعه آماری، تعداد ۵۰ مادر دارای فرزند نابینا و ۵۰ مادر دارای فرزند ناشنوا به روش نمونه‌گیری در دسترس به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند. به منظور جمع‌آوری داده‌های پژوهش از مقیاس ذهن آگاهی براون و ریان (۲۰۰۳) و پرسشنامه سرسختی روان شناختی لانگ و گولت (۲۰۰۳) استفاده شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش از تحلیل واریانس چندمتغیری (MANOVA) استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش نشان داد که مادران فرزندان نابینا نسبت به مادران فرزندان ناشنوا از ذهن آگاهی و سرسختی روان شناختی بیشتری برخوردارند.

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج حاصل از این پژوهش می‌توان گفت که وجود فرزند ناشنوا ممکن است با مشکلات روان شناختی چون: ذهن آگاهی پایین و سرسختی روان شناختی در مادران آنان همراه باشد.

واژه‌های کلیدی: ذهن آگاهی، سرسختی روان شناختی، نابینا، ناشنوا

مقدمه

وجود کودک با نیازهای ویژه می تواند اثرات عمیقی بر روی نحوه ی ارتباط یکایک افراد خانواده با هم داشته باشد (۱). بعد از تشخیص آسیب در کودکان، خانواده های آنها اغلب احساس هایی مانند شوک، سردرگمی، خشم، افسردگی، ناامیدی، احساس گناه، طرد، خجالت، احساس بی دفاعی و تنهایی را تجربه می کنند، بویژه زمانی که آسیب فرزندان به دلیل محرومیت از حس شنوایی و بینایی باشد. به نظر می رسد که این آسیب پذیری در خانواده ها بیشتر است، زیرا بینایی و شنوایی به عنوان دو کانال حسی در ارتباط با دنیای بیرون نقش حیاتی را ایفا می کنند (۲). در این میان، آسیب پذیری مادران نسبت به سایر اعضای خانواده بیشتر است (۳). یکی از مهم ترین دلایل آسیب پذیری بیشتر مادران نسبت به سایر اعضای خانواده، این است که مادران وقت بیشتری را صرف کودکان نموده و حضور آنها در خانه و محیط خانوادگی بسیار بیشتر از پدران است (۴). مادرانی که دارای فرزند با اختلالات ذهنی و جسمی هستند، چالش های ذهنی و اجتماعی را تجربه می کنند (۵).

از جمله متغیرهای روان شناختی که ممکن است در مادران دارای فرزندان نابینا و ناشنوا با محدودیت و مشکل همراه باشد، ذهن آگاهی^۱ است. ذهن آگاهی، هشیاری غیر قضاوتی، غیر قابل توصیف و مبتنی بر زمان حال نسبت به تجربه ای است که در یک لحظه ی خاص در محدوده ی توجه یک فرد قرار دارد؛ علاوه بر آن، این مفهوم اعتراف به تجربه یادشده و پذیرش آن را نیز شامل می شود (۶). در تعریفی دیگر، ذهن آگاهی فنی است که در ترکیب با مراقبه و جهت گیری های ذهنی خاص نسبت به یک تجربه، آگاه شدن نسبت به زمان حال، به نحوی غیر قضاوتی، با به حداقل رساندن درگیری در افکار و احساسات را تشویق می کند (۷). مورگان و همکاران نشان داده اند که هر چه ذهن آگاهی افزایش یابد به موازات آن، آرامش، عملکرد انطباقی، توانایی های عاطفی، مهارت های ادراکی، مدیریت و مهار احساسات خود و دیگران و نیز کیفیت زندگی افراد، افزایش پیدا می کند؛ در نتیجه وجود مهارت های ذهن آگاهی را می توان تضمین کننده سلامت روانی فرد دانست (۸).

تاکنون در پژوهشی به مقایسه ذهن آگاهی مادران دارای فرزند نابینا و ناشنوا پرداخته نشده است، با این حال، نتایج چندین پژوهش نشان می دهد که وجود آسیب های جسمانی و روانی با ضعف در ذهن آگاهی همراه هستند (۹). تبریزی و وحیدی در پژوهشی نشان دادند که مادران دانش آموزان با ناتوانی یادگیری در مقایسه با دانش آموزان عادی، ذهن آگاهی کمتری دارند (۱۰). بیات، مجدیان، گلپایگانی و رشادی در پژوهشی به این نتیجه رسیدند، مادرانی که کودکانشان روماتیسم دارند، دارای ذهن آگاهی پایینی نسبت به مادران کودکان عادی هستند (۱۱). کروسکا، میلر، روچ، کروسکا و اوهار^۲ در مطالعه ای به این نتیجه دست یافتند که مادران دارای کودکان با مشکلات خاص، از ذهن آگاهی کمتری برخوردارند (۱۲).

همانگونه که بیان شد، وجود فرزند با نیازهای ویژه در خانواده با استرس ها و آسیب های روانی متعددی برای اعضای خانواده بویژه مادران همراه است. در این میان از جمله متغیری که می تواند تنیدگی ها و آثار نامطلوب آنها را تعدیل کند، سرسختی روان شناختی^۳ است (۱۳). سرسختی با سلامت جسمی و روانی رابطه مثبت دارد و به عنوان یک منبع مقاومت درونی، تأثیرات منفی استرس را کاهش می دهد و از بروز اختلال های جسمی و روانی پیشگیری می کند (۱۴). سرسختی از جمله ویژگی های شخصیتی است که ابتدا مورد توجه کوباسا^۴ قرار گرفت. او سرسختی را مجموعه ای متشکل از ویژگی های شخصیتی می دانست که در مواجهه با حوادث فشارزای زندگی، به عنوان منبعی از مقاومت، به عنوان سپری محافظ عمل می کند (۱۵). مفهوم سرسختی، مفهومی بسیار مفید است که می تواند نشان دهد که فرد، حتی با داشتن یک فرزند معلول، می تواند سلامت روان خود را حفظ کند (۱۶). نتایج چندین پژوهش نشان می دهد که سرسختی روان شناختی با میزان آسیب ها و ناتوانی های جسمی و روانی در ارتباط است، برای نمونه: شعبان در پژوهشی نشان داد که نمرات سرسختی در دانش آموزان دختر نابینا بیشتر از دانش آموزان عادی است؛ بدین معنا که دانش آموزان نابینا از سرسختی بیشتری برخوردارند (۱۷). سعدی پور و همکاران در پژوهشی دریافتند که سرسختی روان شناختی در گروه کودکان با اختلال یادگیری خاص در مقایسه با گروه عادی کمتر

1. Mindfulness

2. Kroska, Miller, Roche, Kroska, & O'Hara

3. Psychological Hardiness

4. Kobasa

ابزارهای پژوهش

مقیاس ذهن آگاهی^۱: این مقیاس یک آزمون ۱۵ سوالی است که ریان و براون^۲ آن را به منظور سنجش سطح هشیاری و توجه نسبت به رویدادها و تجارب جاری در زندگی روزمره ساختند. سوال های آزمون سازه ذهن آگاهی را در مقیاس ۶ درجه ای لیکرت از نمره ۱ (تقریباً همیشه) تا ۶ (تقریباً هرگز) می سنجند. این مقیاس یک نمره کلی برای ذهن آگاهی به دست می دهد که دامنه آن از ۱۵ تا ۹۰ متغیر بوده و نمره بالاتر نشان دهنده ذهن آگاهی بیشتر است (۲۱). همسانی درونی سوال های آزمون براساس ضریب آلفای کرونباخ از ۰/۸ تا ۰/۸۷ گزارش شده است (۲۲). در پژوهش حاضر ضریب پایایی به دست آمده برای این مقیاس برابر با ۰/۷۹ بود.

پرسشنامه سرسختی روان شناختی لانگ و گولت^۳: این پرسشنامه خودگزارشی دارای ۴۱ سؤال است که بر اساس مفهوم سرسختی روان شناختی دارای ۳ خرده مقیاس تعهد، کنترل و چالش جویی است. عبارات پرسشنامه بر مبنای مقیاس لیکرت ۵ قسمتی از نمره ۱ به منزله کاملاً مخالف تا نمره ۵ به منزله کاملاً موافق نمره گذاری می شود. ۱۵ عبارت به صورت منفی نمره گذاری می شود. در مطالعه لانگ و گولت نتایج مربوط به سنجش پایایی مقیاس نشان داد که همبستگی بین نمرات کلی در پرسشنامه و همچنین نمره آزمودنی در خرده مقیاس های پرسشنامه در حد متوسط تا بالایی بوده و در مورد پایایی مربوط به بازآزمایی نیز ضریب همبستگی بین اجرای اول و دوم پرسشنامه $r=0.73$ بود. روشن و شاکری در پژوهشی به بررسی پایایی این پرسشنامه بر روی یک نمونه ۵۵۰ نفری از دانشجویان دانشگاه های تهران، شاهد و شهید بهشتی پرداختند، نتیجه پژوهش آنان میزان پایایی به دست آمده را برابر با ۰/۸۷ گزارش نمودند (۲۳). در پژوهش حاضر میزان پایایی با استفاده از روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۷۹ بود.

روش اجرا

به منظور اجرای پژوهش، ابتدا به سازمان بهزیستی استان لرستان مراجع شد، بعد از توضیح اهداف و اجرای پژوهش،

است (۱۸). در پژوهشی مشابه، ادیبی به این نتیجه رسید که سرسختی روان شناختی مادران دارای فرزندان با و بدون ناتوانی یادگیری با هم دارای تفاوت معنادار است (۱۹). مددی در پژوهشی نشان داد که سرسختی روان شناختی رابطه منفی با افسردگی و اضطراب دارد (۲۰).

وجود فرزندان با نیازهای ویژه در خانواده اثرات منفی و جبران ناپذیری را بر پیکره این نهاد اجتماعی برجا می گذارد. در این میان، مادر به دلیل نقش های زیادی که دارد، بیشتر در معرض ابتلا به آسیب های روان شناختی قرار دارد. از طرفی، مطالعات مختلف نشان داده اند که ضعف در ذهن آگاهی و سرسختی روان شناختی با آسیب های روان شناختی رابطه دارد. بنابراین می توان چنین نتیجه گرفت که مادران دارای فرزندان نایینا و ناشنوا ممکن است همانند دیگر گروه های دارای آسیب، در ذهن آگاهی و سرسختی روان شناختی با ضعف و محدودیت هایی همراه باشند. با این وجود، تاکنون در پژوهشی به بررسی و مقایسه ذهن آگاهی و سرسختی روان شناختی مادران دارای فرزندان نایینا و ناشنوا پرداخته نشده است. از این رو، هدف پژوهش حاضر بررسی و مقایسه ذهن آگاهی و سرسختی روان شناختی مادران فرزندان ۱۲-۷ سال نایینا و ناشنوی شهر خرم آباد بود.

روش

روش این پژوهش توصیفی و از نوع علی مقایسه ای بود. جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی مادران دارای فرزند ۱۲-۷ سال نایینا و ناشنوی شهر خرم آباد در سال ۱۴۰۰ بود. از میان جامعه آماری تعداد ۵۰ مادر دارای فرزند نایینا و ۵۰ مادر دارای فرزند ناشنوا به روش نمونه گیری در دسترس به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند. ملاک ورود شرکت کنندگان عبارت بود از جنسیت زن، دامنه سنی بین ۲۰-۴۰ سال، داشتن فرزند نایینا و ناشنوا در دامنه سنی ۱۲-۷ سال، داشتن سواد خواندن و نوشتن، تمایل و رضایت آگاهانه برای شرکت در آزمون. ملاک خروج شامل: عدم همکاری مناسب والدین در پاسخگویی کامل به پرسش های پرسشنامه ها بود.

1. Mindfulness

2. Kroska, Miller, Roche, Kroska, & O'Hara

3. Psychological Hardiness

4. Kobasa

روش تجزیه و تحلیل

اطلاعات پس از جمع آوری با استفاده از نرم افزار آماری SPSS تجزیه و تحلیل شدند. پس از جمع آوری اطلاعات، داده ها به کمک شاخص های توصیفی و تحلیل واریانس چندمتغیری مانوا و آزمون تی مستقل تجزیه و تحلیل شدند. برای مؤلفه های سخت رویی با توجه به اینکه ابعاد یک متغیر می باشند از تحلیل واریانس مانوا برای مقایسه استفاده شد و برای ذهن آگاهی با در نظر گرفتن تک مؤلفه ای بودن آن از آزمون تی مستقل برای مقایسه استفاده شد.

پرونده افرادی که با آسیب بینایی و شنوایی و در دامنه سنی ۷-۱۲ بودند، در اختیار پژوهشگران قرار گرفت. سپس به منظور اجرای پرسشنامه های پژوهش، مادران این فرزندان شناسایی شدند و در ادامه ضمن کسب رضایت و آگاه نمودن مادران از اهداف پژوهش و محرمانه بودن اطلاعات پژوهش و یافته های آن، پرسشنامه های ذهن آگاهی و سرسختی روان شناختی در اختیار آنان قرار گرفت و از آنان خواسته شد که به تمامی پرسش های پرسشنامه ها جواب بدهند. در پایان، تمامی پرسشنامه های تکمیل شده جهت تجزیه و تحلیل از شرکت کننده ها اخذ شد.

یافته ها

در جدول (۱) یافته های جمعیت شناختی افراد گروه های مورد مطالعه گزارش شده است.

جدول (۱) یافته های جمعیت شناختی به تفکیک دو گروه مادران کودکان نابینا و مادران کودکان ناشنوا

متغیر	فراوانی گروه مادران کودکان نابینا	درصد	فراوانی گروه مادران کودکان ناشنوا	درصد
سن	۲۹-۲۰ سال	۱۹	۲۱	۴۲
	۴۰-۳۰ سال	۳۱	۲۹	۵۸
تحصیلات	دیپلم و فوق دیپلم	۲۹	۳۱	۶۲
	لیسانس	۱۴	۱۳	۲۶
	فوق لیسانس و بالاتر	۷	۶	۱۲

۲۰ تا ۲۹ سال (۵۸ درصد) و ۲۹ نفر، ۳۰ تا ۴۰ سال (۵۸ درصد) بودند. در جدول (۲) یافته های توصیفی متغیرهای پژوهش گزارش شده است.

نتایج جدول (۱) نشان می دهد که در گروه مادران کودکان نابینا ۱۹ نفر، ۲۰ تا ۲۹ سال (۳۸ درصد) و ۳۱ نفر، ۳۰ تا ۴۰ سال (۶۲ درصد) هستند، اما در گروه مادران کودکان ناشنوا ۲۱ نفر،

جدول (۲) شاخص های توصیفی متغیرهای ذهن آگاهی و سرسختی روان شناختی در گروه های پژوهش

گروه	متغیر	میانگین	انحراف معیار	کجی	کشیدگی
مادران کودکان ناشنوا	ذهن آگاهی	۵۱،۸۰	۴،۴۵	-۰،۲۵	-۰،۳۳
	تعهد	۲۹،۴۰	۴،۷۳	-۰،۲۱	-۱،۱۰
	کنترل	۲۶،۱۶	۴،۸۷	۰،۸۱	۰،۴۱
	چالش جویی	۳۰،۵۶	۶،۲۰	۰،۳۸	-۰،۹۶
مادران کودکان نابینا	ذهن آگاهی	۵۷،۸۴	۴،۶۸	-۰،۷۴	۰،۲۰
	تعهد	۳۲،۹۲	۶،۴۰	-۰،۰۶	-۱،۳۵
	کنترل	۳۲،۹۲	۶،۳۶	-۰،۶۳	-۰،۷۱
	چالش جویی	۳۳،۰۰	۴،۵۴	۰،۱۱	-۱،۱۷

نرمال پیروی می‌کنند. برای بررسی تفاوت مادران کودکان نابینا و ناشنوا در ذهن‌آگاهی از آزمون t دو نمونه مستقل استفاده شد. نتایج آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس ذهن‌آگاهی در دو گروه معنادار به دست نیامد ($p > 0.05$ ، $F = 0.88$). این یافته نشان می‌دهد که واریانس این متغیر در گروه‌ها همگن می‌باشد. بنابراین در جدول (۱)، نتایج آزمون t دو نمونه مستقل با پیش‌فرض برابری واریانس‌ها گزارش شده است.

بر اساس نتایج جدول (۲)، نمرات میانگین نمرات متغیرهای ذهن‌آگاهی و سرسختی روان‌شناختی در گروه مادران کودکان نابینا نسبت به گروه مادران کودکان ناشنوا بیشتر است. قبل از اجرای آزمون تحلیل واریانس و تی مستقل، پیش‌فرض نرمال بودن داده‌ها با آزمون شاپیرو ویلک انجام شد. این پیش‌فرض حاکی از آن است که تفاوت مشاهده‌شده بین توزیع نمرات گروه نمونه و توزیع عادی در جامعه برابر با صفر است. نتایج این آزمون نشان داد که تمام آنها از توزیع

جدول (۳) شاخص‌های توصیفی گروه‌ها در متغیر ذهن‌آگاهی

گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار	تفاوت میانگین	آماره t	درجه آزادی	سطح معناداری
مادران کودکان ناشنوا	۵۰	۵۱٫۸۰	۴٫۴۵	۶٫۴۰	۶٫۶۲	۹۸	۰۰۰۱.
مادران کودکان نابینا	۵۰	۵۷٫۸۴	۴٫۶۷				

برابر می‌باشد. نتایج آزمون باکس برای بررسی برابری ماتریس کوواریانس متغیرهای وابسته در بین گروه ناشنوا و کنترل نیز نشان داد که ماتریس کوواریانس متغیرهای وابسته در دو گروه برابر است ($\text{Box } M = 3.73$, $F = 0.49$, $p = 0.78$). پس از بررسی پیش‌فرض‌های تحلیل واریانس چندمتغیری، نتایج آزمون نشان داد که بین دو گروه در مؤلفه‌های سخت‌رویی تفاوت معناداری وجود دارد ($\text{Wilk's Lambda} = 0.72$, $F_{3,96} = 12.39$, $p < 0.001$). برای بررسی این که گروه ناشنوا و کنترل در کدام یک از مؤلفه‌های سخت‌رویی با یکدیگر تفاوت دارند، در جدول (۴) نتایج تحلیل واریانس تک‌متغیری گزارش شده است.

با توجه به جدول (۳)، در ذهن‌آگاهی میانگین ذهن‌آگاهی مادران کودکان نابینا (۵۷/۸۴) به صورت معناداری بیشتر از میانگین ذهن‌آگاهی مادران کودکان ناشنوا (۵۱/۸۰) است ($t = 6.62$, $df = 98$, $p < 0.001$).

برای بررسی تفاوت مادران فرزندان نابینا و ناشنوا در مؤلفه‌های سخت‌رویی از تحلیل واریانس چندمتغیری استفاده شد. نتایج آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس متغیرهای وابسته در گروه‌ها نشان داد که واریانس مؤلفه‌های تعهد ($F_{1,98} = 3.06$, $p \leq 0.08$)، کنترل ($F_{1,98} = 2.98$) و چالش‌جویی ($F_{1,98} = 2.19$, $p \leq 0.34$) در گروه‌ها

جدول (۴) نتایج تحلیل واریانس تک‌متغیری تفاوت گروه ناشنوا و کنترل در مؤلفه‌های سخت‌رویی

مؤلفه	گروه	میانگین	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	F	p	اندازه اثر
تعهد	ناشنوا	۲۹٫۴۰	۳٫۵۲	۱٫۱۲	۹٫۷۸	۰٫۰۰۱	۰٫۱۰
	نابینا	۳۲٫۹۲					
کنترل	ناشنوا	۲۶٫۱۶	۶٫۷۶	۱٫۱۳	۳۵٫۶۱	۰٫۰۰۱	۰٫۲۷
	نابینا	۳۲٫۹۲					
چالش‌جویی	ناشنوا	۳۰٫۵۶	۲٫۴۴	۱٫۰۸	۶٫۰۵	۰٫۰۰۹	۰٫۰۸
	نابینا	۳۳٫۰۰					

نتایج جدول (۴) نشان می دهد، تفاوت بین دو گروه در سرسختی روان شناختی تأیید می شود. همانگونه که از نتایج این جدول ملاحظه می شود سطح معناداری حاصل شده برای مؤلفه های سرسختی روان شناختی در مقایسه با سطح معناداری ۰/۰۱۷ به دست آمده از اصلاح بنفرونی (تقسیم سطح معناداری ۰/۰۵ بر ۳ متغیر وابسته) کوچکتر می باشد. میزان تأثیر متغیر مستقل «معنادار بودن عملی» برای کل مؤلفه ها ۰/۴۶ بوده است، یعنی ۴۶ درصد کل واریانس یا تفاوت های فردی در سرسختی روان شناختی مربوط به نوع فرزند بوده است.

بحث و نتیجه گیری

این پژوهش با هدف مقایسه ذهن آگاهی و سرسختی روان شناختی مادران کودکان ۱۲-۷ سال نابینا و ناشنوا شهر خرم آباد انجام شد. نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل پژوهش نشان داد که بین ذهن آگاهی مادران دارای کودکان نابینا و ناشنوا تفاوت معناداری وجود دارد، به عبارت دیگر مادران دارای کودکان نابینا از ذهن آگاهی بیشتری نسبت به مادران دارای کودکان ناشنوا برخوردارند. تاکنون در پژوهشی به مقایسه ذهن آگاهی مادران دارای کودکان نابینا و ناشنوا اشاره نشده است. با این وجود، نتایج حاصل از این یافته پژوهش را می توان به نوعی همسو با یافته های تبریزی و وحیدی (۱۰) که نشان دادند مادران دانش آموزان با ناتوانی یادگیری در مقایسه با دانش آموزان عادی، ذهن آگاهی کمتری دارند؛ بیات، مجدیان، گلیاگانی و رشادی (۱۱) در پژوهشی به این نتیجه دست یافتند که مادران دارای کودکان دچار رماتیسم دارای ذهن آگاهی پایینی نسبت به مادران کودکان عادی هستند و کروسکا، میلر، روچ، کروسکا و اوهار (۱۲) که در مطالعه ای یافتند مادران دارای کودکان با مشکلات خاص، از ذهن آگاهی کمتری برخوردارند، دانست. نتایج هر یک از پژوهش های ذکر شده نشان دادند که ذهن آگاهی مادران به میزان اختلال و آسیب فرزندان آنان در ارتباط است. در تبیین این یافته پژوهشی می توان چنین استنباط نمود که مادران دارای فرزندان ناشنوا از آنجا که هرگز از کارکرد فرزندان خود راضی نمی شوند، و نسبت به این مسائل احساس گناه می کنند و به نوعی خود را مقصر می دانند، که کودکان آنها نمی توانند استانداردها و معیارهای آنها را برآورده سازند، دچار شکست و ناکامی می شوند. تمامی این عوامل در پائین آمدن

نمره ذهن آگاهی و سلامت روان آنها دخیل است (۲۴). همچنین می توان گفت که احتمالاً وجود فرزندان با اختلال شنوایی به دلیل دشواری در برقراری ارتباط با دیگر اعضای خانواده، منبع تنیدگی برای مادران محسوب می شوند که عامل کاهش سلامت روان شناختی در آنان است. وضعیت خاص افراد ناشنوا موجب می شود مادران آنها بسیار بیشتر از دیگر اعضای عادی خانواده برایشان وقت اختصاص دهند و به همین دلیل کمتر فرصت پرداختن به علائق شخصی، فعالیت های اجتماعی و افزایش مهارت ها را دارند، و مجموع این شرایط به ذهن آگاهی پائین در مادران منجر می شود (۱۰).

در ادامه نتیجه دیگر پژوهش نشان داد که بین سرسختی روان شناختی مادران دارای کودکان نابینا و ناشنوا تفاوت معناداری وجود دارد. به عبارت دیگر میزان سرسختی روان شناختی مادران دارای کودکان نابینا نسبت به مادران دارای کودکان ناشنوا بالاتر است. نتایج این فرضیه پژوهش به نوعی با یافته های شبان (۱۷) که نشان داد نمرات سرسختی در دانش آموزان دختر نابینا بیشتر از دانش آموزان عادی است؛ سعدی پور و همکاران (۱۸) که نشان دادند سرسختی روان شناختی در گروه اختلال یادگیری خاص در مقایسه با گروه عادی کمتر است؛ ادیبی (۱۹) که نشان داد سرسختی روان شناختی مادران دارای کودکان با و بدون ناتوانی یادگیری با هم دارای تفاوت معنادار است و مددی (۲۰) که نشان داد سرسختی روان شناختی رابطه منفی با افسردگی و اضطراب دارد، همسو است. در تبیین این یافته پژوهش می توان چنین گفت که شاخص های سلامت روان مانند امید به زندگی، جهت گیری مثبت، خوش بینی برون گرایی، احساس خودکارآمدی، رضایت بالا از زندگی، اعتماد به نفس که همگی به عنوان عوامل محافظ در سرسختی روان شناختی شناخته می شوند، در مادران دارای فرزند ناشنوا در مقایسه با مادران دارای فرزند نابینا پایین تر است و در مقابل عوامل خطرزا مانند فشار روانی، اضطراب و استرس، باورهای غیرمنطقی در این افراد بالا است که این دو عامل با هم میزان سرسختی روان شناختی و مقاومت پذیری را مشخص می کنند (۲۵). در تبیینی دیگر می توان استدلال کرد که در موضوعاتی مانند حرمت خود، شایستگی و استحکام شخصی، تحمل عواطف منفی، مهارگری و معنویت با شاخص های سلامت و آسیب پذیری روان شناختی و همچنین توان اجتماعی، توانمندی در حل مسئله، خودگردانی و احساس هدف مندی و باور به آیندهای روشن که همگی به نوعی سازه

References

1. Bhatia M, Bhatia S, Gautam P, Saha R, Kaur J. Burden assessment, psychiatric morbidity and their correlates in caregivers of patients with intellectual disability. *J East Asian Archive of Psychiatry*. 2015; 25(4): 63-159.
2. Da Paz, N. S., & Wallander, J. L. (2017). Interventions that target improvements in mental health for parents of children with autism spectrum disorders: A narrative review. *Clinical psychology review*, 51, 1-14.
3. Wood S, Bhatnagar S. Resilience to the effects of social stress: Evidence from clinical and preclinical studies on the role of coping strategies. *J Neurobiology of Stress*. 2015; 1 (4):164-173.
4. Madeleine S, Jenna H, Angela V, Barbara F. Family resiliency: A neglected perspective in addressing obesity in young children. *Childhood Obesity*. 2015; 11 (6): 664-673.
5. Caruso, J. M. (2017). Stress, Anxiety, and Depression Experienced by Parents of Children with Special Needs and Self-Care Techniques (Doctoral dissertation, College of Saint Elizabeth).
6. Janowski K, Łucjan P. P-133-Worry and mindfulness: the role in anxiety and depressive symptoms. *European Psychiatry*. 2012; 27(S1):1-15.
7. Potek R. Mindfulness as a school-based prevention program and its effect on adolescent stress, anxiety and emotion regulation: New York University; 2012.
8. Morgan NL, Ransford GL, Morgan LP, Driban JB, Wang C. Mindfulness is associated with psychological symptoms, self-efficacy, and quality of life among patients with symptomatic knee osteoarthritis. *Osteoarthritis Cartilage*. 2013; 21: S257-258.
9. Schutte, N. S., & Malouff, J. M. (2011). Emotional intelligence mediates the relation ship between mindfulness and subjective well-being. *Personality and Individual differences*, 5, 1116-1119.
10. Tabrizchi, N., Vahidi, Z. (2016). Comparing emotional regulation, mindfulness and psychological well-being in mothers of students with and without learning disabilities. *Journal of Learning Disabilities*. 4 (4), 124-118. [Persian]
11. Bayat, B., Majdian, W., Golpayegani, F., Rashadi. H. (2019). Comparing self-compassion, mental vitality and mindfulness in the mothers of the children with rheumatism and the mothers of normal ones. *Family Pathology, Counseling & Enrichment*. 5 (1), 91-106. [Persian]
12. Kroska, E.B., Miller, M.L., Roche, A.I., Kroska, S.K., O'Hara, M.W. (2018). Effects of traumatic experiences on obsessive-compulsive and internalizing symptoms: The role of avoidance and mindfulness. *Journal of Affective Disorder*, 225: 326-336.

روان‌شناختی سرسختی را افزایش می‌دهند، مادران دارای فرزند ناشنوا نسبت به مادران دارای فرزند نابینا ضعیف‌تر هستند. به‌طوری‌که همین عوامل، می‌توانند سرسختی کم را در مادران دارای فرزند ناشنوا توجیه کند (۲۶). اما مانند هر پژوهشی، پژوهش حاضر نیز با محدودیت‌هایی همراه بود که وجود آنها، تعمیم نتایج به دست آمده را نیازمند احتیاط بیشتری می‌نماید. از جمله دامنه این پژوهش تنها محدود به مادران دارای فرزند نابینا و ناشنوا بود، این پژوهش در شهر خرم‌آباد انجام شد، تنها ابزار مورد استفاده پرسشنامه بود که ممکن است در پاسخگویی به پرسش‌های این مقیاس‌ها سوگیری وجود داشته است. بنابراین پیشنهاد می‌شود ضمن اجرای این پژوهش در بین مادران دیگر گروه‌های دارای فرزندان با آسیب‌های جسمانی و روان‌شناختی، از ابزارهای بالینی دیگر همچون: مصاحبه، مشاهده و ... جهت سنجش و تشخیص متغیرهای روان‌شناختی این گروه از مادران استفاده شود. نتایج این پژوهش نشان داد که مادران دارای فرزند ناشنوا نسبت به مادران دارای فرزند نابینا از ذهن‌آگاهی و سرسختی روان‌شناختی پایین‌تری نسبت به مادران دارای فرزند نابینا برخوردار هستند، با توجه به نتایج این پژوهش به مشاوران و روان‌شناسان توصیه می‌شود که در جلسات مشاوره خود با مادران این کودکان، با ارائه آموزش‌هایی، به تقویت ذهن‌آگاهی و سرسختی روان‌شناختی آنان اقدام نمایند.

تشکر و قدردانی

نویسندگان این مقاله بر خود لازم می‌دانند که نهایت تشکر خود را از مادران عزیزی که دارای فرزندان نابینا و ناشنوا بودند، اعلام دارند که علی‌رغم مشغله‌های کاری فراوان، با شرکت در این پژوهش، ما را در انجام آن یاری نمودند.

تعارض منافع

بین نویسندگان این پژوهش هیچگونه تعارض منافی وجود ندارد.

13. Morgan JK, Brown J, Bray RM. Resilience as a moderating factor between stress and alcohol-related consequences in the Army National Guard. *Addictive Behaviors*. 2018; 80: 22-7.
14. Babolan AZ, Ghasempour A, Hassanzade S. The role of forgiveness and psychological hardiness in prediction of hope. *Knowledge & Research in Applied Psychology*. 2011; 12(3):45- 57. [Persian]
15. Kobasa SC. Hardiness, In H. Lindzey, M. Thapson and A. Spring (Eds.) *Psychology* (3rd ed). New York: Worgh Publishers; 1988.
16. Vance DE, Struzick TC, Masten J. Hardiness, successful aging, and HIV: Implications for social work. *Journal of Gerontological Social Work*. 2008; 51(3-4):260-83.
17. Shaban H. Comparative study of the relationship between self-esteem and psychological hardiness and self-efficacy in blind and normal secondary school female students in Tehran. [MA Thesis]. Tehran: Allameh Tabatabaee; 2012. [Persian].
18. Sadipour, I., Mirzaee Fandokht, O., Salmabadi, M., Safara, M. (2018). Comparison of Psychological Hardiness and Subjective Vitality between Ordinary Students and Students with Specific Learning Disorder. *Journal of Disability Studies*. 8: 80. [Persian]
19. Adeb, M. (2016). Comparison of psychological toughness and emotion regulation skills between mothers with children with learning disabilities and normal mothers. *The Second International Congress on Community Empowerment in the Field of Counseling, Family and Islamic Education*. [Persian]
20. Maddi, S. R. (2013). Hardiness as the Existential Courage to Grow Through Searching for Meaning. In *The Experience of Meaning in Life*, 227-239. Springer Netherlands.
21. Ryan RM, Brown KW. Addressing Fundamental Questions about Mindfulness. *Psychological Inquiry*. 2007; 18:272-281.
22. Chiesa A, Calati R, Serretti A. Does mind fullness training improve cognitive abilities? A systematic review of neuro psychological findings. *Clinical Psychology Review*. 2010; 10: 4-19.
23. Roshan, R., Shaker, R. (2010). Assessing the validity and reliability of a scale for measuring students' psychological toughness. *Scientific-Research Journal Of Shahed University*. 7 (40). 35-52. [Persian]
24. Junkin, S. E. (2007). *Yoga and self-esteem: exploring change in middle-age women* [Dissertation]. Saskatoon, Canada; University of Saskatchewan, 42-46.
25. Folkman S. *The Oxford Handbook of Stress, Health, and Coping*. Oxford University Press; 2010. 486 p.
26. Rostamoghli Z, Talebi Joybari M, Porzoor P. A comparison of attributional and resiliency style in students with specific learning disorders, blindness and normal. *Journal of learning disabilities*. 2015; 4(3):39-55. [Persian]