



سال پنجم • پاییز و زمستان ۹۸ • شماره ۱۱

Biannual Journal of Islamic Psychology  
Vol. 5, No. 11, Autumn & Winter 2020

## اثربخشی آموزش تاب‌آوری با رویکرد اسلامی بر سلامت روان و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی مادران کودکان کم‌شنوا

آیدا عبدالمجیدی \*

ماریه دهقان منشادی \*\*

زیبده دهقان منشادی \*\*\*

### چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی آموزش تاب‌آوری با رویکرد اسلامی بر سلامت روان و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی مادران کودکان کم‌شنوا صورت گرفت. مطالعه حاضر، مطالعه‌ای شبه آزمایشی و از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با دو گروه آزمایش و کنترل بود. ۳۰ نفر از مادران کودکان کم‌شنوا به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و پرسشنامه‌های سلامت عمومی گلدبرگ (۱۹۷۲) و انعطاف‌پذیری شناختی دنیس و وندروال (۲۰۱۰) را تکمیل کردند. سپس به صورت تصادفی، در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. گروه آزمایش ۵ جلسه هفتگی آموزش تاب‌آوری با رویکرد اسلامی را دریافت کرد و پس از پایان درمان، هر دو گروه پرسشنامه‌های مربوط را مجدداً تکمیل کردند. داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری تجزیه و تحلیل شد. یافته‌ها نشان داد آموزش تاب‌آوری با رویکرد اسلامی بر افسردگی، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و ادراک توجیه رفتار مادران کودکان کم‌شنوا تأثیر معنی‌داری دارد؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که تاب‌آوری با رویکرد اسلامی می‌تواند برای بهبود شرایط روان‌شناختی مادران کودکان کم‌شنوا مفید باشد.

**واژگان کلیدی:** تاب‌آوری با رویکرد اسلامی، سلامت روان، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، استثنایی

\* دانش‌آموخته کارشناسی ارشد مشاوره توانبخشی، دانشگاه آزاد اسلامی یزد

\*\* استادیار گروه مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی یزد | marieh.dehghan@gmail.com

\*\*\* دانش‌آموخته دکتری روانشناسی، پژوهشگر جهاد دانشگاهی شیراز

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۰۴/۲۸؛ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۱۰/۱۴

## مقدمه

سلامت روان، توانایی فردی و گروهی برای تعامل با یکدیگر و محیط است و از طریق ارتقاء بهزیستی ذهنی، افزایش توانایی‌های شناختی، عاطفی و رابطه‌ای و دستیابی به اهداف فردی و جمعی سازگار با عدالت، به کار گرفته می‌شود (رولینگ<sup>۱</sup>، مارتین<sup>۲</sup> و واکر<sup>۳</sup>، ۲۰۰۳). سازمان بهداشت جهانی سلامت روان را صرفاً نبود بیماری یا معلولیت نمی‌داند، بلکه حالت بهینه خوب بودن جسمی، روانی و اجتماعی تعریف می‌کند و شامل خوب بودن ذهنی، ادراک خودکارآمدی، استقلال و خودمختاری، کفایت و شایستگی، وابستگی میان نسلی و خودشکوفایی توانایی‌های بالقوه فکری و هیجانی می‌داند (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۱).

از سویی، نیازهای فیزیکی و روانی کودکان کم‌شنا و زمان و انرژی موردنیاز برای مراقبت از آن‌ها چالش‌های منحصر به فردی برای مادران به حساب می‌آید زیرا مادر، اولین شخصی است که به طور مستقیم با کودک ارتباط برقرار می‌کند و خبر ناشنوایی و کم‌شنوایی کودک به او اطلاع داده می‌شود (گوربوز<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۱۳). برای والدین کودکان کم‌شنا، بزرگ کردن فرزندان، با استرس عمده همراه است. والدین باید تلاش کنند تا با وضعیت فرزندان خود سازگار شوند و بتوانند آینده کودک را مدیریت کنند (مد داد<sup>۵</sup>، نور<sup>۶</sup>، یوسف<sup>۷</sup>، عبدالرحمان<sup>۸</sup> و زکریا<sup>۹</sup>، ۲۰۱۳). عموماً پس از شناسایی کم‌شنوایی کودک، والدین دچار غم و اندوه فراوان می‌شوند. تنها پس از پذیرش عامل کم‌شنوایی فرزند است که والدین به تدریج برای فرزندشان ارزش قائل می‌شوند و تلاش می‌کنند نیازهای زندگی را برآورده کنند (نریمانی، آقامحمدیان و رجبی، ۱۳۸۶). والدگری کودکان دارای مشکل شنوایی، چالش‌های طولانی مدتی دارد که باعث می‌شود والدین در معرض خطر افزایش استرس قرار گیرند (زیدمن‌زات<sup>۱۰</sup>، ماست<sup>۱۱</sup>، تاراچ<sup>۱۲</sup>، هاداد - اد<sup>۱۳</sup> و براند<sup>۱۴</sup>، ۲۰۱۶) و والدگری پراسترسی را تجربه

1. Rowling, L

2. Martin, G

3. Walker, L

4. Gurbuz, M. K

5. Md Daud, M. K

6. Noor, S. S

7. Yusoff, M. N

8. Abd Rahman, N

9. Zakaria, M. N

10. Zaidman-Zait, A

11. Most, T

11. Tarrasch, R

13. Haddad-Eid, E

14. Brand, D

کنند (کویتنر<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۱۰). اختلال شنوایی در کودک باعث می‌شود کیفیت زندگی در خانواده‌هایشان کم شده و فشار تحمیل شده بر آنان را افزایش دهد (گیلی<sup>۲</sup>، ۲۰۱۰). والدین کودکان کم‌شنوا نشانه‌های استرس، اضطراب مربوط به تنش و افسردگی بیشتری دارند (دوگان<sup>۳</sup>، ۲۰۱۰). سطح اضطراب صفت/حالت مادران دارای کودکان کم‌شنوا بالاست (بیلین<sup>۴</sup>، کوهادر<sup>۵</sup> و گو<sup>۶</sup>، ۲۰۱۵). مادران ممکن است استرس و نگرانی زیادی را حتی سال‌ها پس از شناسایی کم‌شنوایی فرزندشان تجربه کنند (پپ‌سیگل<sup>۷</sup>، سدی<sup>۸</sup> و یوشیناگا<sup>۹</sup>، ۲۰۰۲). نریمانی و همکاران (۱۳۸۶) دریافتند که به‌طور کلی به‌طور کلی سلامت روان مادران کودکان استثنایی پایین‌تر از مادران کودکان عادی است و آن‌ها در معرض افسردگی، اضطراب، روان‌پریشی، پرخاشگری و ترس مرضی بیشتری در مقایسه با مادران دیگر کودکان قرار دارند. همچنین برخی از پژوهش‌ها میزان سلامت روان مادران کودکان استثنایی (از جمله مادران کودکان کم‌شنوا) را پایین‌تر از مادران کودکان عادی گزارش کرده‌اند.

از طرفی، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی والدین در طی مشکلات کودکان ممکن است کاهش یابد. افزایش رفتارهای مشکل‌دار در کودکان، پذیرش روان‌شناختی را در والدین کاهش می‌دهد و باعث افزایش مشکلات روانی در آنان می‌شود (ویس<sup>۱۰</sup>، کاپادوسیا<sup>۱۱</sup>، مک مولین<sup>۱۲</sup>، ویسیلی<sup>۱۳</sup> و لونسکی<sup>۱۴</sup>، ۲۰۱۲). انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به توانایی تشخیص موقعیت و انطباق با خواسته‌های موقعیتی، آگاه ماندن و گشودگی در لحظه اکنون به‌گونه‌ای که فرد می‌تواند راهبردهای رفتاری را طبق خواسته‌های موقعیتی خود بشناسد، تغییر دهد و درگیر اقداماتی متناسب با ارزش‌های عمیق او شود (هیز<sup>۱۵</sup>، استروسال<sup>۱۶</sup> و ویلسون<sup>۱۷</sup>، ۲۰۱۲). انعطاف‌پذیری روان‌شناختی یکی از جنبه‌های اساسی سلامت روانی محسوب می‌شود. برای والدین، شکل دادن به این فرآیند به ارتقا فرزندپروری خانواده و حمایت از رفتارهای اجتماعی فرزندان

- |                       |                     |
|-----------------------|---------------------|
| 1. Quittner, A. L     | 2. Gilbey, P        |
| 3. Doğan, M           | 4. Bilsin, E        |
| 5. Çuhadar, D         | 6. Göv, P           |
| 7. Pipp-Siegel, S     | 8. Sedey, A. L      |
| 9. Yoshinaga-Itano, C | 10. Weiss, J. A     |
| 11. Cappadocia, M. C  | 12. Macmullin, J. A |
| 13. Vieceili, M       | 14. Lunskey, Y      |
| 15. Hayes, S. C       | 16. Strosahl, K     |
| 17. Wilson, K. G      |                     |

کمک می‌کند (کوبین<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۲۰). مطالعات نشان داده‌اند که انعطاف‌پذیری والدین می‌تواند بر مشکلات روان‌شناختی آنان از جمله افسردگی (استوتس<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۱۹) و بر شروع اختلالات خلقی و اضطرابی تأثیر بگذارد (اسپینهون<sup>۳</sup>، دروست<sup>۴</sup>، دو فویج<sup>۵</sup>، وان همرت<sup>۶</sup> و پینکس<sup>۷</sup>، ۲۰۱۶). همچنین، والدین کودکانی که دارای مشکل هستند، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی کمتری را تجربه می‌کنند. زارع بیدکی و جانگیری (۱۳۹۷) بیان کردند که انعطاف‌پذیری روان‌شناختی مادران کودکان مبتلا به اوتیسم پایین است. به‌علاوه، والدین کودکان با درد مزمن انعطاف‌پذیری روان‌شناختی پایینی دارند (تیمرس<sup>۸</sup>، سیمونز<sup>۹</sup>، هراندز<sup>۱۰</sup>، مک کراکن<sup>۱۱</sup> و والاس<sup>۱۲</sup>، ۲۰۱۹؛ روسکین<sup>۱۳</sup>، کمپل<sup>۱۴</sup>، استینسون<sup>۱۵</sup> و اهولا کوها<sup>۱۶</sup>، ۲۰۱۸). مطالعات مختلف رابطه بین انعطاف‌پذیری روان‌شناختی والدین را با پیامدهای روان‌شناختی کودکانشان نیز نشان داده است (وبلیامز<sup>۱۷</sup>، کیاروج<sup>۱۸</sup> و هون<sup>۱۹</sup>، ۲۰۱۲). در نقش والدین، معنای انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به‌طور خاص به توانایی والدین در پذیرش افکار، هیجانات و تکانه‌های منفی ناشی از تنش والدگری آنان اشاره دارد (براسل<sup>۲۰</sup> و همکاران، ۲۰۱۶). انعطاف‌پذیری روان‌شناختی والدین به‌عنوان تعدیل‌کننده در رابطه والدین با فرزندانشان نقش بازی می‌کند (مایر<sup>۲۱</sup> و ساندوز<sup>۲۲</sup>، ۲۰۱۵) و از آنجاکه رابطه والدین و مادران با کودکان کم‌شنوا حاوی اضطراب و تنش است، به نظر می‌رسد انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در آنان پایین است. از آنجاکه سلامت روان و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی ویژگی‌هایی هستند که تأثیر گسترده‌ای بر زندگی افراد می‌گذارد و والدین کودکان با اختلال شنوایی در این موارد مشکلاتی را نشان می‌دهند، ضروری است تا مداخلات مناسب در این زمینه اجرا شود.

- |                     |                     |
|---------------------|---------------------|
| 1. Coyne, L. W      | 2. Stotts, A. L     |
| 3. Spinhoven, P     | 4. Drost, J         |
| 5. De Rooij, M      | 6. Van Hemert, A. M |
| 7. Penninx, B. W    | 8. Timmers, I       |
| 9. Simons, L. E     | 10. Hernandez, J. M |
| 11. Mccracken, L. M | 12. Wallace, D. P   |
| 13. Ruskin, D       | 14. Campbell, L     |
| 15. Stinson, J      | 16. Ahola Kohut, S  |
| 17. Williams, K. E  | 18. Ciarrochi, J    |
| 19. Heaven, P. C    | 20. Brassell, A. A  |
| 21. Moyer, D. N     | 22. Sandoz, E. K    |

مداخلات مختلفی به منظور افزایش سلامت روان و مشکلات روان‌شناختی والدین کودکان با مشکلات جسمانی انجام شده است. از آنجاکه معنویت نقش مهمی را در سلامت روان افراد بازی می‌کند، محققان، مداخلات روان‌شناختی و معنوی را گسترش دادند و منابع معنوی را در مداخلات بالینی ادغام کردند. در این مداخلات، رویکردهایی را که جهت‌گیری معنوی دارند با درمان‌های روان‌شناختی از جمله شناختی - رفتاری، خانواده‌درمانی و غیره پیوند می‌زنند. یکی از رویکردهای اسلامی که به صورت تلفیقی مورد استفاده قرار می‌گیرد، درمان یکپارچه توحیدی است (شریفی نیا، ۱۳۹۲). در این شیوه تلاش می‌شود با ادغام فنون مختلف روان‌درمانی در آموزه‌های توحیدی - معنوی اسلام، ارزش‌هایی در فرد احیا شود که توان یکپارچه‌سازی و انسجام بخشیدن به کل شخصیت فرد را داشته باشد (شریفی نیا، ۱۳۸۸). این رویکرد علاوه بر در نظر گرفتن نقش معنویت، به علت انطباق با فطرت اصیل انسان، دارای اثرگذاری زیاد و ماندگاری بالا است (فقیهی، غباری بناب و قاسمی پور، ۱۳۸۶)؛ بنابراین، به نظر می‌رسد مداخلات تلفیقی رویکرد اسلامی، احتمالاً می‌تواند اثرات بیشتری را بر ویژگی‌های روان‌شناختی از جمله سلامت روان و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی داشته باشد. شریفی، احمدی و فاتحی زاده (۱۳۹۲) تأثیر سوگ درمانی شناختی - رفتاری با رویکرد اسلامی را بر سلامت عمومی خانواده داغ‌دیده نشان دادند. وارسته خو و جعفری (۱۳۹۴) نیز نشان دادند که آموزش تنظیم هیجان با رویکرد اسلامی موجب کاهش اضطراب زنان شهر اصفهان می‌شود. در پژوهش خیاطان مصطفوی، آقایی و گل پرور (۱۳۹۷) اثربخشی مدیریت استرس با محتوای معنویت درمانی ایرانی - اسلامی نیز بر استرس، اضطراب و افسردگی زنان مبتلا به فیرومیالژیا نیز نشان داده شد. اسماعیلی، جمالی، آقا سیدکریمی و علیمزادی (۱۳۹۶) نشان دادند که روان‌درمانی معنوی - مذهبی مبتنی بر آموزش اسلامی می‌تواند نگرش افراد را تغییر دهد و باعث ایجاد انعطاف‌پذیری، پذیرش مشکل و صبر در آنان شود. این تحقیقات حاکی از اثربخشی درمان‌های تلفیقی با رویکرد اسلامی بر سلامت روان و مشکلات روان‌شناختی افراد است. یکی از ویژگی‌هایی که می‌تواند کارکردهای روانی اعضای خانواده در قالب تفکر، خلق و رفتار را بهبود دهد و توان مقابله با مشکلات هیجانی و روان‌شناختی را افزایش دهد، تاب‌آوری است (آگایی<sup>۱</sup> و ویلسون<sup>۲</sup>، ۲۰۰۵). تاب‌آوری به‌عنوان عاملی رفتاری در زمینه‌های موقعیتی مختلف



مفهوم‌سازی می‌شود؛ بدین معنا که توانایی درگیر شدن مداوم در فعالیت‌های معنی‌دار زندگی است که باعث ارتقا کیفیت زندگی حال و آینده و سلامتی در هنگام پریشانی و درد می‌شود (گوبرت<sup>۱</sup> و ترومپتر<sup>۲</sup>، ۲۰۱۷). مطالعات بسیار اندکی درمان تلفیقی تاب‌آوری و رویکردهای اسلامی را بررسی کردند. عمری (۱۳۹۸) پژوهشی با هدف بررسی تأثیر آموزش تاب‌آوری با رویکرد اسلامی بر خوش‌بینی، شادکامی و امید به زندگی معلمان کودکان استثنایی شهر سبزوار نشان داد که آموزش تاب‌آوری با رویکرد اسلامی بر خوش‌بینی، شادکامی و امید به زندگی معلمان کودکان استثنایی مؤثر است. بخشی زاده، افروز، به پژوه، غباری بناب و شکوهی یکتا (۱۳۹۵) آموزش مهارت‌های تاب‌آوری مبتنی بر معنویت اسلامی را بر سلامت روانی و تاب‌آوری معنوی در مادران با کودکان آهسته‌گام (کم‌توان ذهنی) بررسی کردند. تحلیل داده‌ها با استفاده از روش تحلیل کوواریانس چند متغیره نشان داد که اجرای برنامه مداخله‌ای بر میزان سلامت روانی و مؤلفه‌های تاب‌آوری مبتنی بر معنویت اسلامی در مادران کودکان آهسته‌گام گروه آزمایشی در مرحله پس‌آزمون به‌طور معنی‌داری مؤثر بوده است. به‌عبارت‌دیگر آموزش مهارت‌های تاب‌آوری معنوی به کاهش علائم افسردگی و بهبود کارکرد اجتماعی و مؤلفه‌های تاب‌آوری معنوی مانند صبر، رضا، توکل و شکرگزاری منجر شده است. با توجه به مطالعات بسیار اندک در زمینه اثربخشی آموزش تاب‌آوری با رویکرد اسلامی بر عوامل روان‌شناختی مختلف، انجام پژوهش‌های بیشتر برای گسترش استفاده از این درمان بر متغیرهای مختلف و گروه‌های نمونه متفاوت ضروری به نظر می‌رسد.

از آنجاکه تاب‌آوری رابطه قوی و مثبتی با سلامت روان دارد (وو<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۱۸) و مداخلات متمرکز بر تاب‌آوری باعث افزایش سلامت روان می‌شود (دری<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۱۷) و از طرفی، مطالعات اخیر نشان دادند که انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، یکی از عوامل تاب‌آوری است (جنتیلی<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۱۹؛ برایان<sup>۶</sup>، ری - سانرود<sup>۷</sup> و هرون<sup>۸</sup>، ۲۰۱۵) و فردی که تاب آور نیست انعطاف‌پذیر نبوده و نمی‌تواند خود را مطابق تغییرات محیطی وفق دهد، بنابراین برای بررسی دقیق‌تر اثربخشی مداخله اسلامی، در این پژوهش بر آن شدیم تا مداخله تاب‌آوری را با رویکرد

1. Goubert, L

3. Wu, Q

5. Gentili, C

7. Ray-Sannerud, B

2. Trompetter, H

4. Dray, J

6. Bryan, C. J

8. Heron, E. A

اسلامی تلفیق کرده و آن را در گروه مادران کودکان کم‌شنوا اجرا کنیم تا جنبه‌های جدیدی از تلفیق این مداخلات کسب شود. از این رو، پژوهش حاضر به دنبال این است که آیا آموزش تاب‌آوری با رویکرد اسلامی به‌منظور بهبود سلامت روان و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در مادران دارای کودک کم‌شنوا می‌تواند مؤثر باشد یا خیر.

## روش پژوهش

پژوهش حاضر یک طرح شبه آزمایشی پیش‌آزمون و پس‌آزمون است.

جامعه آماری، نمونه و روش نمونه‌گیری: جامعه آماری شامل تمامی مادران کودکان کم‌شنوای شهر یزد در سال ۹۸ - ۹۷ است که تعداد ۳۰ نفر به‌صورت در دسترس، انتخاب شدند و به شیوه تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) قرار گرفتند. حجم نمونه بر اساس حداقل حجم نمونه قابل قبول در مطالعات آزمایشی که ۱۵ نفر در هر گروه است، انتخاب شد (کویین<sup>۱</sup> و کئو<sup>۲</sup>، ۲۰۰۲).

ملاک‌های ورود و خروج: ملاک‌های ورود به پژوهش شامل داشتن حداقل یک فرزند کم‌شنوا، رضایت و مشارکت داوطلبانه برای شرکت در پژوهش بود. معیارهای خروج نیز شامل وجود مشکلات روان‌پزشکی و مصرف دارو، غیبت بیش از یک جلسه و عدم همکاری در انجام تکالیف بود.

ابزارهای پژوهش: در پژوهش حاضر به‌منظور جمع‌آوری اطلاعات، ابزارهای زیر مورد استفاده قرار گرفتند:

پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ): برای بررسی سلامت روانی از پرسشنامه سلامت عمومی<sup>۳</sup> گلدبرگ (۱۹۷۲) استفاده شد که ۲۸ سؤال و چهار زیرمقیاس را در بردارد. این پرسشنامه بر اساس یک مقیاس چهار درجه‌ای لیکرت از ۰ تا ۴ نمره‌گذاری می‌شود. نمره ۰ تا ۷ نشانه سلامتی، ۷ تا ۱۴ در آستانه بیماری و ۱۴ تا ۲۱ وضعیت وخیم است. نمره کلی هر فرد از حاصل جمع نمرات چهار زیرمقیاس به دست می‌آید. فردی که در مجموع از چهار زیرمقیاس نمره ۰ تا ۲۸ دریافت می‌کند وضعیت سلامتی خوبی دارد، نمره ۲۸ تا ۵۶ وضعیت در آستانه بیماری بودن پاسخگورا نشان می‌دهد و فردی که نمره ۵۶ تا ۸۴ را کسب می‌کند از وضعیت وخیمی برخوردار است. گلدبرگ

1. Quinn, G. P

2. Keough, M

3. General Health Questionnaire

(۱۹۷۲) پایایی این پرسشنامه را ۰/۸۳ گزارش کرده است. تقوی (۱۳۸۰) پایایی پرسشنامه را از طریق سه روش دوباره سنجی، تصنیفی و آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۷۰، ۰/۹۳ و ۰/۹۰ گزارش کرده است. گلدبرگ (۱۹۷۲) روایی این پرسشنامه را ۰/۸۹ گزارش کرده است. روایی همزمان پرسشنامه سلامت عمومی از طریق اجرای همزمان با پرسشنامه میدلسکس<sup>۱</sup> (MHQ) انجام شده که ضریب همبستگی ۰/۵۵ بود. ضرایب همبستگی بین خرده آزمون‌های این پرسشنامه با نمره کل در حد رضایت‌بخش و بین ۰/۷۲ تا ۰/۸۷ متغیر بود (شیخ‌زاده قولنجی، ترخان، گلچین و زارع، ۱۳۹۳). در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ ۰/۹۴ به دست آمد.

**پرسشنامه انعطاف‌پذیری شناختی:** پرسشنامه انعطاف‌پذیری شناختی<sup>۲</sup> (CFI) توسط دنیس<sup>۳</sup> و واندروال<sup>۴</sup> (۲۰۱۰) معرفی شده و ابزار خودگزارشی کوتاه ۲۰ سؤالی است که برای سنجش نوعی از انعطاف‌پذیری شناختی که در موفقیت فرد برای چالش و جایگزینی افکار ناکارآمد با افکار کارآمدتر لازم است، به کار می‌رود. این پرسشنامه برای ارزیابی میزان پیشرفت فرد در کار بالینی و غیر بالینی و برای ارزیابی میزان پیشرفت فرد در ایجاد تفکر انعطاف‌پذیر در درمان شناختی - رفتاری افسردگی و سایر بیماری‌های روانی به کار می‌رود. در ایران و در پژوهش‌شماره، فرمندی و سلطانی (۲۰۱۴) سه زیر مقیاس برای این پرسشنامه به دست آمده است که عبارت‌اند از ادراک کنترل‌پذیری، ادراک توجیه رفتار، ادراک گزینه‌های مختلف. پرسشنامه بر اساس مقیاس ۷ درجه‌ای لیکرت نمره‌گذاری می‌شود. به این صورت که به گزینه کاملاً مخالفم نمره ۱، مخالفم ۲، کمی مخالفم ۳، نظری ندارم ۴، کمی موافقم ۵، موافقم ۶ و کاملاً موافقم ۷ داده می‌شود. کمترین و بیشترین نمره در این پرسشنامه به ترتیب ۲۰ و ۱۴۰ است. دنیس و واندروال (۲۰۱۰) پایایی پرسشنامه حاضر را به روش آلفای کرونباخ برای کل مقیاس، ادراک کنترل‌پذیری و ادراک گزینه‌های مختلف به ترتیب ۰/۹۱، ۰/۸۴ و ۰/۹۱ و با روش باز آزمایی به ترتیب ۰/۸۱، ۰/۷۵ و ۰/۷۷ به دست آوردند. در ایران شماره و همکاران (۲۰۱۴)، ضریب پایایی باز آزمایی کل مقیاس را ۰/۷۱ و خرده مقیاس‌های ادراک کنترل‌پذیری، ادراک گزینه‌های مختلف و ادراک توجیه رفتار را به ترتیب ۰/۵۵، ۰/۷۲ و ۰/۵۷ گزارش کرده‌اند. دنیس و وندر وال (۲۰۱۰)، در پژوهشی نشان دادند که

1. Middlesex Hospital Questionnaire

2. Cognitive Flexibility Inventory

3. Dennis, J. P

4. Vander Wall, J. S



پرسشنامه حاضر از ساختار عاملی، روایی همگرا و روایی همزمان مناسبی برخوردار است. روایی همزمان این پرسشنامه با پرسشنامه افسردگی بک، برابر با ۰/۳۹ - و روایی همگرای آن با مقیاس انعطاف‌پذیری شناختی مارتین و رایین ۰/۷۵ بود. پایایی آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر ۰/۷۹ به دست آمد.

**روش اجرا:** در پژوهش حاضر گردآوری اطلاعات به صورت میدانی و به کمک پرسشنامه انجام شد. پس از اخذ مجوزهای لازم، ۳۰ نفر از مادرانی که حداقل یکی از فرزندان آن‌ها کم‌شنوا بود و همچنین حداقل نمره را در دو پرسشنامه سلامت روان و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی گرفته بودند به عنوان نمونه انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. گروه آزمایش ۵ جلسه آموزش تاب‌آوری با رویکرد اسلامی را به صورت هفتگی و به مدت ۹۰ دقیقه دریافت کردند. پس از پایان جلسات مجدداً پرسشنامه‌ها در اختیار دو گروه قرار گرفت.

جدول ۱: محتوای جلسات درمانی تاب‌آوری مبتنی بر رویکرد اسلامی

جلسه	اهداف و شیوه اجرا
اول	معارفه شرکت‌کنندگان و آموزش همدلی: خوش آمدگویی به اعضای گروه و روشن‌سازی اهداف و قوانین و انتظارات از جلسه گروه، تعریف تاب‌آوری، آموزش تکنیک‌های همدلی، مطرح کردن موانع همدلی و ارائه تکلیف در منزل
دوم	صبر و تحمل: مرور تکالیف و بررسی آستانه تحمل اعضای گروه، آموزش راه‌های اصولی افزایش صبر، توصیه به اینکه در هنگام عصبانیت از تکنیک ۱۰+۳+۱ استفاده کنند <sup>۱</sup> ، توصیه به گفتن ذکر الا بذکر الله تطمئن القلوب
سوم	مدیریت خشم، اضطراب و تنیدگی: مرور تکالیف، آموزش مفهوم و نشانه‌های هیجانات، علل و پیامدهای خشم، اضطراب و تنیدگی، آموزش تکنیک تنفس عمیق برای تنظیم هیجانات، بحث و گفتگو در مورد هیجانات خود و چگونگی کنترل و تنظیم آن، شناخت هیجانات مثبت و منفی، ارائه نکاتی برای کنترل هیجانات و نحوه مدیریت هیجانات (خشم، اضطراب و تنیدگی)، ارائه تکلیف در منزل
چهارم	تقویت حرمت خود و تصمیم‌گیری: مرور تکالیف، کسب درک روشن از حرمت خود، فهم اهمیت و تأثیر حرمت خود در زندگی، بحث در مورد توانایی‌های فرد و شناسایی ضعف‌های خود در جهت رفع آن، ارائه گام‌هایی برای افزایش حرمت خود به دیگران، آموزش معیارهای صحیح یک تصمیم خوب، اهمیت و ارزش یک تصمیم درست در زندگی، عواقب و نتایج تصمیمات، توزیع کاربرگی با این مضمون: مسائل و مشکلاتی که در طول هفته با آن مواجه شده‌اید را بنویسید، تصمیم‌هایی که در طول هفته گذشته گرفته‌اید را بنویسید، ارائه تکلیف در منزل
پنجم	سرسختی: مرور تکالیف، تعریف سرسختی، آموزش معادله سلیگمن برای شادکامی، خوش‌بینی و امیدواری، توضیح درباره مهارت‌های زندگی از جمله مسئولیت‌پذیری و برقراری روابط اجتماعی و دوست‌یابی، ارائه آیات و احادیث درباره سرسختی در اسلام و نتایج آن.

۱. اعداد در این تکنیک به ترتیب بدین معناست که یک تلنگر به خود بزنید تا باعث شود از انجام عملی که در پی عصبانیت انجام می‌دهید بپرهیزید مثل: بس کن و آرام باش، سه نفس عمیق بکشید و از یک تا ده بشمرید، این تکنیک به مغز شما فرصت می‌دهد تا از حالت عصبانیت فاصله بگیرید و رفتار مناسب‌تری را انجام دهید.

ضمناً بنابر ملاحظات اخلاقی پژوهش، پژوهش برای مادران دانش‌آموزان توضیح داده شد و آنان آزادانه تصمیم گرفتند تا در این مطالعه شرکت کنند. رضایت‌نامه کتبی از شرکت‌کنندگان گرفته شد و محرمانه بودن اطلاعات نیز رعایت شد. پس از پایان جلسات گروه آزمایش، جلسات درمانی برای برخی از افراد گروه کنترل که تمایل داشتند نیز اجرا شد. آموزش تاب‌آوری مبتنی بر رویکرد اسلامی یک رویکردی تلفیقی است که شامل ۵ جلسه هفتگی ۹۰ دقیقه‌ای می‌شود و از دو برنامه اقتباس شده است: ۱. درمان یکپارچه توحیدی (جلالی تهرانی، ۱۳۸۳) که بر آموزه‌های اسلامی و تلفیق آن با یافته‌های روان‌شناسی تأکید می‌کند (شریفی نیا، ۱۳۹۲) ۲. تاب‌آوری هندرسون و میلستین (۱۹۹۷؛ به نقل از هندرسون، ۲۰۰۷). محتوای جلسات درمانی تاب‌آوری مبتنی بر رویکرد اسلامی در جدول ۱ آمده است.

#### یافته‌ها

رده سنی افراد شرکت‌کننده بین ۲۳ تا ۴۰ قرار داشت و دو گروه از نظر سنی هم‌تا شدند ( $t=0/9$ ,  $p<0/5$ ). افراد شرکت‌کننده از نظر تحصیلات در گروه آزمایش، ۶۰ درصد دیپلم و فوق‌دیپلم و ۴۰ درصد لیسانس بودند. وضعیت تحصیلی آنان در گروه کنترل نیز ۲۰ درصد زیر دیپلم، ۶۰ درصد دیپلم و فوق‌دیپلم و ۲۰ درصد لیسانس بود. نتایج آزمون خی دو نشان داد بین دو گروه از نظر تحصیلات تفاوت معنی‌داری وجود ندارد ( $p=0/13$ ,  $df=2$ ,  $\chi^2=4$ ). مادران گروه آزمایش ۶۰ درصد دختر داشتند و ۴۰ درصد پسر کم - شنوا داشتند و در گروه کنترل ۴۶/۷ درصد دختر و ۵۳/۳ درصد پسر کم شنوا و ۴۳/۳ درصد مادران دارای یک فرزند و ۶/۷ درصد دو فرزند کم - شنوا بودند. مادران گروه کنترل ۸۶/۷ درصد یک فرزند و ۱۳/۳ درصد دو فرزند کم‌شنوا داشتند. میانگین و انحراف استاندارد نمره پیش‌آزمون سلامت روان گروه آزمایش ۲۸/۷ و ۱۳/۵۳ و در پس‌آزمون ۲۳/۱۷ و ۹/۶۴ بود و نمره پیش‌آزمون سلامت روان گروه کنترل ۱۷/۷۳ و ۸/۷۳ و نمره پس‌آزمون ۲۰/۴۶ و ۱۳/۶۲ به دست آمد. میانگین و انحراف استاندارد نمره پیش‌آزمون انعطاف‌پذیری روان‌شناختی گروه آزمایش ۹۱/۱ و ۱۲/۲۷ و در پس‌آزمون ۱۰۲/۹۷ و ۱۱/۶۰ بود و نمره پیش‌آزمون انعطاف‌پذیری روان‌شناختی گروه کنترل ۹۴/۵۶ و ۱۰/۲۶ و در پس‌آزمون ۹۳/۷۳ و ۱۳/۴۶ به دست آمد.

قبل از بررسی ۴ سؤال پژوهش، برای رعایت پیش فرض‌های تحلیل کوواریانس از آزمون شاپیرو و ویلک (برای بررسی نرمال بودن نمرات در جامعه)، آزمون لوین (برای بررسی همگنی واریانس‌ها)، همگنی شیب رگرسیون و خطی بودن همبستگی متغیر پراش و متغیر مستقل استفاده شد. جدول ۲: نتایج آزمون شاپیرو و ویلک متغیرهای سلامت روان، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و ابعاد آن در مرحله پس‌آزمون

متغیر	گروه آزمایش		گروه کنترل	
	درجه آزادی	سطح معنی‌داری	درجه آزادی	سطح معنی‌داری
سلامت روان	۱۵	۰/۵۵	۱۵	۰/۳
علائم جسمانی	۱۵	۰/۱۵	۱۵	۰/۰۶
اضطراب	۱۵	۰/۰۷	۱۵	۰/۵۲
عملکرد اجتماعی	۱۵	۰/۸۷	۱۵	۰/۹۲
افسردگی	۱۵	۰/۰۸	۱۵	۰/۰۶
انعطاف‌پذیری روان‌شناختی	۱۵	۰/۴	۱۵	۰/۶
ادراک گزینه‌های مختلف	۱۵	۰/۹۹	۱۵	۰/۴۴
ادراک کنترل‌پذیری	۱۵	۰/۶۹	۱۵	۰/۴۵
ادراک توجیه رفتار	۱۵	۰/۰۶	۱۵	۰/۱۲

پیش از انجام تحلیل کوواریانس چندمتغیره (مانکوا) به بررسی نرمال بودن توزیع نمرات، همگنی واریانس‌ها، همگنی شیب رگرسیون و خطی بودن همبستگی متغیر پراش و متغیر مستقل در مرحله پس‌آزمون پرداخته شد. به منظور بررسی نرمال بودن داده‌ها از آزمون شاپیرو و ویلک استفاده شد و نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون در تمام متغیرهای سلامت روان، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و ابعاد آن به جز تأثیرات معنوی توزیع نرمال دارند. جدول ۳. آزمون لوین در متغیرهای سلامت روان، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و ابعاد آن در مرحله پس‌آزمون

متغیر	F	df1	df2	معنی‌داری
سلامت روان	۰/۶۹	۱	۲۸	۰/۴۱
علائم جسمانی	۰/۱۸	۱	۲۸	۰/۶۸
اضطراب	۰/۳۱	۱	۲۸	۰/۵۸
عملکرد اجتماعی	۳۷/۴	۱	۲۸	۰/۰۵



متغیر	F	df1	df2	معنی‌داری
افسردگی	۰/۵۹	۱	۲۸	۰/۴۵
انعطاف‌پذیری روان‌شناختی	۰/۰۰۲	۱	۲۸	۰/۹۶
ادراک گزینه‌های مختلف	۰/۵۲	۱	۲۸	۰/۴۸
ادراک کنترل‌پذیری	۰/۳۱	۱	۲۸	۰/۵۸
ادراک توجیه رفتار	۳/۰۸	۱	۲۸	۰/۰۹

آزمون لوین که به منظور بررسی همگنی واریانس‌ها استفاده شد نشان می‌دهد نمرات متغیرهای سلامت روان، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و ابعاد آن، پیش فرض همگنی واریانس‌ها را دارا است (جدول ۳).

جدول ۴. آزمون بررسی فرض همگنی شیب رگرسیون در متغیرهای سلامت روان،

انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و ابعاد آن در مرحله پس‌آزمون

متغیر	مجذور میانگین	F	df	معنی‌داری
سلامت روان	۱۴۶/۱۷	۷۳/۰۸	۲	۰/۳
علائم جسمانی	۵۹/۴۷	۵/۳۷	۲	۰/۰۶
اضطراب	۳۲/۵۲	۱/۹۵	۲	۰/۱۷
عملکرد اجتماعی	۱۳/۴۲	۰/۶۸	۲	۰/۵۲
افسردگی	۴۲/۹۸	۲/۹۵	۲	۰/۰۷
انعطاف‌پذیری روان‌شناختی	۲۰/۱۷	۱۰/۰۹	۲	۰/۹۱
ادراک گزینه‌های مختلف	۸۵/۵۱	۱/۶۳	۲	۰/۲۲
ادراک کنترل‌پذیری	۹۳/۰۱	۱/۰۹	۲	۰/۳۵
ادراک توجیه رفتار	۲/۷	۰/۳۷	۲	۰/۶۹

به منظور بررسی همگنی شیب رگرسیون، باید مقدار F تعامل بین متغیر همپراش و مستقل محاسبه شود. همان‌طور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، این شاخص برای سلامت روان، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و ابعاد آن معنی‌دار نیست که نشان‌دهنده برقراری مفروضه همگنی شیب‌های رگرسیون است ( $P < ۰/۰۵$ ).

جدول ۵: آزمون بررسی خطی بودن همبستگی متغیر پراش و متغیر مستقل متغیرهای سلامت روان،

انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و ابعاد آن در مرحله پس‌آزمون

متغیر	F	معنی‌داری
سلامت روان	۱۴/۱۱	۰/۰۰۱
علائم جسمانی	۱۶/۶	۰/۰۰۰
اضطراب	۱۰/۰۹	۰/۰۰۴
عملکرد اجتماعی	۲/۱۸	۰/۰۴
افسردگی	۱۸/۷۹	۰/۰۰۰
انعطاف‌پذیری روان‌شناختی	۱۷/۵۸	۰/۰۰۰
ادراک گزینه‌های مختلف	۲۰/۵۵	۰/۰۰۰
ادراک کنترل‌پذیری	۱۱/۱۳	۰/۰۰۲
ادراک توجیه رفتار	۹/۵	۰/۰۰۵

برای اثبات خطی بودن همبستگی متغیر همپراش و مستقل، باید مقدار F متغیر همپراش معنی‌دار باشد ( $P < 0/05$ ). همان‌طور که جدول ۵ نشان می‌دهد این مفروضه برای متغیرهای سلامت روان، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و ابعاد آن تأیید می‌شود.

به منظور بررسی تفاوت متغیرهای پژوهش در دو گروه آزمایش و کنترل از تحلیل کوواریانس چند متغیری استفاده شد.

جدول ۶: نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری (مانکوا) بر روی میانگین نمرات پس‌آزمون سلامت روان، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و ابعاد آن‌ها در مادران کودکان کم‌شنوا گروه‌های آزمایش و گواه با کنترل پیش‌آزمون

شاخص	متغیرها	مقدار	df فرضیه	df خطا	نسبت F	سطح معنی‌داری	مجدوراتا توان آماری
سلامت روان و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی		۰/۷۴۲	۲	۲۵	۴/۳۵	۰/۰۲	۰/۹۸
لامبدای ویلکز ابعاد سلامت روان		۰/۵۵	۴	۲۱	۴/۲	۰/۰۱	۰/۴۴
ابعاد انعطاف‌پذیری روان‌شناختی		۰/۷۲۳	۲/۹۳	۳	۲۳	۰/۰۴	۰/۳۷

نتایج آزمون‌های اثرهای درون‌گروهی برای متغیرهای سلامت روان و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در جدول ۶ نشان می‌دهد که آماره آزمون لامبدای ویلکز ( $F=4/35$ ) در تأثیرگذاری بر متغیرهای سلامت روان و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی گروه‌های آزمایش در سطح اطمینان ۰/۰۵ معنی‌دار است و می‌توان نتیجه گرفت که حداقل بین یکی از متغیرهای سلامت روان و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون تفاوت معنی‌داری وجود دارد. همچنین اثرات



درون گروهی ابعاد سلامت روان ( $F=۴/۲$ ;  $p=۰/۰۱$ )؛ و ابعاد انعطاف پذیری روان شناختی ( $F=۴/۵$ ;  $p=۰/۰۱$ ) حاکی از وجود تفاوت معنی دار بین ابعاد آن است.

گزارش تحلیل کوواریانس یک راهه به منظور تعیین اینکه کدام متغیرها در پیش آزمون و پس آزمون معنی دار بوده اند، بررسی شد.

جدول ۷: نتایج تحلیل کوواریانس یک راهه در متن مانکوا بر روی میانگین نمرات پس آزمون سلامت روان، انعطاف پذیری روان شناختی و ابعاد آن ها در مادران کودکان کم شنوا گروه های آزمایش و گواه با کنترل پیش آزمون

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معنی داری	مجدوراتا	توان آماری
سلامت روان	پیش آزمون	۶۹۷/۶۳۵	۱	۶۹۷/۶۳۵	۱۱/۹۵	۰/۹	۰/۰۲	۰/۰۵
	گروه	۱۴/۹۷۸	۱	۱۴/۹۷۸	۰/۲۵	۰/۶	۰/۰۱	۰/۰۷
	خطا	۱۵۱۶/۷۲۸	۲۶	۵۸/۳۳۶				
انعطاف پذیری روان شناختی	پیش آزمون	۸۴۳/۴۲۰	۱	۸۴۳/۴۲۰	۸/۴۱	۰/۰۰۷	۰/۳۴	۰/۷۹
	گروه	۸۴۷/۱۸۲	۱	۸۴۷/۱۸۲	۸/۴۵	۰/۰۰۷	۰/۳۴	۰/۷۹
	خطا	۲۶۰۵/۳۷۳	۲۶	۱۰۰/۲۰۷				

همان طور که نتایج جدول ۷ نشان می دهد، درمان تاب آوری با رویکرد اسلامی بر متغیر انعطاف پذیری شناختی با مقدار F محاسبه شده ۸/۴۵ معنی دار است ( $p<۰/۰۱$ ).

جدول ۸: نتایج تحلیل کوواریانس یک راهه در متن مانکوا بر روی میانگین نمرات پس آزمون ابعاد سلامت روان در مادران کودکان کم شنوا گروه های آزمایش و گواه با کنترل پیش آزمون

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معنی داری	مجدوراتا	توان آماری
علامه جسمانی	پیش آزمون	۴۷/۱۰۳	۱	۴۷/۱۰۳	۶/۲۲	۰/۰۵۱	۰/۲۰	۰/۵۶
	گروه	۷/۵۳	۱	۷/۵۳	۰/۹۹	۰/۳	۰/۰۴	۰/۱۶
	خطا	۱۸۱/۷۱۵	۲۴	۷/۵۷				
اضطراب	پیش آزمون	۷/۹۴۵	۱	۷/۹۴۵	۰/۸۹	۰/۳	۰/۰۳	۰/۱۴
	گروه	۱۸/۳۲۷	۱	۱۸/۳۲۷	۲/۰۵	۰/۱	۰/۰۷	۰/۲۸
	خطا	۲۱۴/۰۲۲	۲۴	۸/۹۱				
عملکرد اجتماعی	پیش آزمون	۴۴/۵۴۱	۱	۴۴/۵۴۱	۴/۶۱	۰/۲	۰/۱۶	۰/۲۴
	گروه	۰/۳۷	۱	۰/۳۷	۰/۰۷	۰/۷	۰/۰۳	۰/۰۵
	خطا	۲۳۱/۸۰۷	۲۴	۹/۶۵۹				
افسردگی	پیش آزمون	۱۱۹/۹۵۹	۱	۱۱۹/۹۵۹	۱۴/۱۶	۰/۰۰۱	۰/۳۷	۰/۹۵
	گروه	۵۲/۸۵۶	۱	۵۲/۸۵۶	۶/۲۴	۰/۰۲	۰/۲۰	۰/۶۶
	خطا	۲۰۳/۱۹۷	۲۴	۸/۴۶۷				

نتایج تحلیل واریانس یک راهه در جدول ۸ نشان می دهد که از بین ابعاد سلامت روان بر مادران کودکان کم شنوا، درمان تاب آوری با رویکرد اسلامی فقط بر افسردگی تأثیر معنی داری دارد

$$F=6/24, p<0/05$$

جدول ۹: نتایج تحلیل کوواریانس یکراهه در متن مانکوا بر روی میانگین نمرات پس آزمون ابعاد انعطاف پذیری روان‌شناختی در مادران کودکان کم‌شنوا گروه‌های آزمایش و گواه با کنترل پیش‌آزمون

متغیر		منبع تغییرات		مجموع مجزورات		درجه آزادی		میانگین مجزورات		مقدار F		سطح معنی‌داری		مجزوراتا		توان آماری	
ادراک‌گزینه‌های مختلف	پیش‌آزمون	۱/۱۵۹	۱	۱/۱۵۹	۱	۱/۱۵۹	۱	۰/۳۳	۰/۵۶	۰/۰۱	۰/۰۸	۰/۰۱	۰/۰۸	۰/۰۱	۰/۰۸	۰/۰۸	۰/۰۸
گروه		۰/۸۲۹	۱	۰/۸۲۹	۱	۰/۸۲۹	۱	۰/۲۴	۰/۶۲	۰/۰۱	۰/۰۷	۰/۰۱	۰/۰۷	۰/۰۱	۰/۰۷	۰/۰۷	۰/۰۷
خطا		۸۵/۸۸۱	۲۵	۳/۴۳۵	۲۵	۳/۴۳۵	۲۵										
ادراک کنترل‌پذیری	پیش‌آزمون	۶۲۹/۲۳۲	۱	۶۲۹/۲۳۲	۱	۶۲۹/۲۳۲	۱	۱۴/۶۱	۰/۰۵	۰/۲۶	۰/۵۵	۰/۲۶	۰/۵۵	۰/۲۶	۰/۵۵	۰/۵۵	۰/۵۵
گروه		۱۴۸/۹۸۳	۱	۱۴۸/۹۸۳	۱	۱۴۸/۹۸۳	۱	۳/۴۶	۰/۰۷	۰/۱۲	۰/۴۳	۰/۱۲	۰/۴۳	۰/۱۲	۰/۴۳	۰/۴۳	۰/۴۳
خطا		۱۰۷۶/۱۰۸	۲۵	۴۳/۰۴۴	۲۵	۴۳/۰۴۴	۲۵										
ادراک توجیه رفتار	پیش‌آزمون	۳۷۸/۴۳۱	۱	۳۷۸/۴۳۱	۱	۳۷۸/۴۳۱	۱	۱۳/۷۲	۰/۰۰۱	۰/۳۵	۰/۹۴	۰/۳۵	۰/۹۴	۰/۳۵	۰/۹۴	۰/۹۴	۰/۹۴
گروه		۱۷۶/۷۸۱	۱	۱۷۶/۷۸۱	۱	۱۷۶/۷۸۱	۱	۶/۴۱	۰/۰۱	۰/۳	۰/۶۸	۰/۳	۰/۶۸	۰/۳	۰/۶۸	۰/۶۸	۰/۶۸
خطا		۶۸۹/۲۱۳	۲۵	۲۷/۵۶۹	۲۵	۲۷/۵۶۹	۲۵										

نتایج تحلیل واریانس یکراهه در جدول ۹ نشان می‌دهد که از بین ابعاد سلامت روان بر مادران کودکان کم‌شنوا، درمان تاب‌آوری با رویکرد اسلامی فقط بر ادراک توجیه رفتار تأثیر معنی‌داری دارد ( $p<0/05, F= 6/41$ ).

### بحث و نتیجه‌گیری

نتایج نشان داد می‌دهد که آموزش تاب‌آوری با رویکرد اسلامی تأثیر معنی‌داری بر سلامت روان و ابعاد آن، به جز افسردگی، بر مادران کودکان کم‌شنوا ندارد ( $p<0/05$ ). این یافته‌ها با مطالعاتی از جمله شریفی و همکاران (۱۳۹۲)، وارسته خو و جعفری (۱۳۹۴)، خیاطان مصطفوی و همکاران (۱۳۹۷)، فاستر<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۱۸) و ون آکترن<sup>۲</sup>، لازیلو<sup>۳</sup>، لو<sup>۴</sup> (۲۰۱۸)، ناهمخوان است. سلامت روانی به معنای حالت بهینه خوب بودن جسمانی، روانی و اجتماعی است (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۱) و مادران با کودکان کم‌شنوا مشکلات زیادی را متحمل می‌شوند. این بعد از سلامتی، بعدی کلی محسوب می‌شود و به نظر می‌رسد درمان تاب‌آوری با رویکرد اسلامی در ۵ جلسه نمی‌تواند بر این جنبه روان‌شناختی مادران کودکان کم‌شنوا که زمان بیشتری را با کودکانشان سپری

1. Foster, K

2. Van Agteren, J

3. Iasiello, M

4. Lo, L

می‌کنند و از طرفی بار خانوادگی و اجتماعی گوناگونی را تحمل می‌کنند، تأثیر بگذارد و نیاز است تا جلسات بیشتری از آموزش تاب‌آوری با رویکرد اسلامی، بر مادران کودکان کم‌شنوا مورد آزمایش قرار بگیرد. همچنین اجرای جلسات درمان توسط پژوهشگر می‌تواند منجر به ایجاد سوگیری شود و در عدم اثربخشی درمان مؤثر باشد. تفاوت‌های فردی افراد شرکت‌کننده در دو گروه نیز می‌تواند عدم معنی‌داری سلامت روان را توجیه کند. به‌عنوان مثال ممکن است افرادی که در گروه کنترل شرکت کردند شرایط فردی، اجتماعی و روابط حمایتی مناسب‌تری نسبت به گروه آزمایش داشته باشند که می‌تواند در عدم معنی‌داری سلامت روان این دو گروه پس از اجرای جلسات درمانی تأثیر بگذارد.

با این حال، این آموزش می‌تواند بر افسردگی مادران اثرگذار باشد ( $p < 0/05$ ). سلیمانی نجف‌آبادی، پوبگین، قادری نجف‌آبادی و حدادی (۱۳۹۶) در پژوهشی با عنوان تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی با رویکرد اسلامی بر افسردگی، اضطراب و استرس زنان مبتلا به اختلالات روانی مزمن نشان دادند که این آموزش می‌تواند بر بهبود نمرات افسردگی تأثیر داشته باشد. شریفی و همکاران (۱۳۹۲) در پژوهش خود با عنوان تأثیر سوگ درمانی شناختی - رفتاری با رویکرد اسلامی بر سلامت عمومی خانواده‌های داغ‌دیده گزارش کردند که این درمان بر مؤلفه افسردگی سلامت روان در افراد داغ‌دیده مؤثر است. خیاطان مصطفوی و همکاران (۱۳۹۷) نیز اثربخشی مدیریت استرس با محتوای معنویت درمانی ایرانی - اسلامی را بر افسردگی زنان مبتلا به فیرومیالژیا نشان دادند. در تبیین این یافته شاید بتوان گفت از آنجاکه افسردگی یکی از درمان‌پذیرترین اختلالات روانی است و بین ۸۰ تا ۹۰ درصد از افراد مبتلا به افسردگی در نهایت به درمان پاسخ می‌دهند (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۰۵)؛ بنابراین آموزش تاب‌آوری با رویکرد اسلامی حتی در ۵ جلسه هم می‌تواند سریع‌تر از سایر متغیرهای سلامت روانی، بر مادران کودکان کم‌شنوا اثر بگذارد. این مادران می‌توانند تحت تأثیر درمان و حضور در گروه قرار بگیرند و بهبود افسردگی بیش از علائم جسمانی، اضطراب و یا عملکرد اجتماعی در این افراد قابل مشاهده و تشخیص است. آن‌ها از حالت‌های گوشه‌گیری و انزوا خارج می‌شوند و حضور فعال‌تری در جمع نشان می‌دهند. همچنین، راهبردهای شناختی تنظیم هیجان که کمتر انطباقی‌اند از جمله مقصر



دانستن خود، مصیبت بار تلقی کردن و تمرکز بر تفکر با جلوه‌هایی از هیجان و هیجانات منفی نظیر افسردگی رابطه معنی‌دار دارد (یوسفی، ۱۳۸۵). همان‌طور که بیان شد، مادران کودکان کم‌شنوا خود را مقصر می‌دانند و از داشتن کودک با اختلال شنوایی احساس شرمندگی می‌کنند (ابراهیمی، محمدی، محمدی، پیرزاده و محمودی، ۲۰۱۵). یکی از تکنیک‌های درمانی در پژوهش حاضر، تمرکز بر خشم، اضطراب، تنیدگی و تنظیم هیجان بود. به نظر می‌رسد هنگامی که مادران کودکان کم‌شنوا از راهبردهای تنظیم هیجان مؤثر استفاده می‌کنند، می‌توانند هیجانات منفی خود را بهتر مدیریت کنند که پیامد آن کاهش افسردگی در آنان است. افزایش تاب‌آوری باعث می‌شود احساس ناامیدی و تنهایی کمتر شود و افراد با این مهارت، به مشکل به‌عنوان مسئله‌ای که می‌توانند آن را کندوکاو کنند، تغییر دهند، تحمل کنند و یا به طرق دیگر حل کنند، نگاه کنند و همین موضوع و توان تحمل آن‌ها در برابر مشکلات سبب چشم‌انداز مثبت و خوش‌بینی آن‌ها به زندگی می‌شود (خزائلی پارسا، ۱۳۸۶). در تبیین دیگری می‌توان بیان کرد که مادران کودکان کم‌شنوا که دچار افسردگی می‌شوند، نمی‌توانند به‌خوبی برای زندگی خود برنامه‌ریزی کنند و زندگی برایشان معنی‌دار نیست (کافتراس<sup>۱</sup> و پسارا<sup>۲</sup>، ۲۰۱۲). همچنین، به نظر می‌رسد اضافه کردن عنصر مذهب به این درمان، افزایش معنادهی زندگی را در افراد افسرده چندبرابر می‌کند زیرا مسائل معنوی و الهی نیرویی است که می‌تواند فرد را دریافتن مفهومی منسجم و هدفمند از دنیا و معنی‌دار کردن زندگی یاری رساند؛ بنابراین، برنامه‌ریزی، کاهش ناامیدی، تلاش برای رسیدن به زندگی معنی‌دار باعث می‌شود افسردگی در این مادران کاهش یابد. افراد افسرده با استفاده از نشخوارهای فکری به دنیای درونی خود فرو می‌روند و افسردگی خود را تقویت می‌کنند، ذکر گفتن و یاد خدا بودن باعث می‌شود که فرد بتواند به نیروی برتر و قدرتمندی تکیه کند، خود را به دست او بسپارد و به‌جای فرار به دنیای درونی خود و نشخوارهای فکری که هسته اصلی افسردگی است، به دنیای بیرونی گرایش یابد؛ بنابراین تکیه بر یک مبدأ و اتصال به نیروی عظیم در مادران کودکان کم‌شنوا، می‌تواند افسردگی را در آنان کاهش دهد. مادران کودکان با مشکلات شنوایی، این مشکل کودک خود را عذاب الهی می‌دانند (ابراهیمی و همکاران، ۲۰۱۵). این تفکر منفی می‌تواند افسردگی و انزوای طلبی را در این مادران افزایش دهد. در



1. Kleftras, J

2. Psarra, E

آموزش تاب‌آوری با رویکرد اسلامی، به مادران یادآوری می‌شود که همگی ما در زندگی خود مورد امتحان الهی قرار می‌گیریم و برای پشت سر گذاشتن این امتحانات، ذکر خداوند و توکل به او، راه را هموار می‌کند. تغییر تفکر منفی مادران کودکان کم‌شنوا به فکر و چهارچوب ذهنی مثبت، می‌تواند افسردگی را در آنان کاهش دهد.

نتایج پژوهش حاضر همچنین نشان داد که آموزش تاب‌آوری با رویکرد اسلامی بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی مادران کودکان کم‌شنوا اثرگذار است ( $p < 0/05$ ). مطالعات اسماعیلی و همکاران (۱۳۹۶)، پاکنهام<sup>۱</sup>، مادسلی<sup>۲</sup>، براون<sup>۳</sup> و بارتون<sup>۴</sup> (۲۰۱۸) و فیلیپس<sup>۵</sup> (۲۰۱۱) با یافته‌های پژوهش همخوان است. اسماعیلی و همکاران (۱۳۹۶) نشان دادند که روان‌درمانی معنوی - مذهبی مبتنی بر آموزش اسلامی می‌تواند نگرش افراد را تغییر دهد و باعث ایجاد انعطاف‌پذیری می‌شود. در تبیین این یافته می‌توان گفت تولد کودک کم‌شنوا، برای خانواده و به‌خصوص مادر، شرایط دشواری را فراهم می‌کند به‌گونه‌ای که در این شرایط کنار آمدن با کودک مشکل‌دار، بسیار دشوار است. مادرانی که فرزندان با شرایط خاص دارند معمولاً خود را سرزنش می‌کنند، به‌شدت درگیر مشکل کودک می‌شوند، احساس می‌کنند که قربانی شرایط هستند و حتی ممکن است از مکانیسم‌های دفاعی ناسازگارانه و رشدنیافته مانند انکار، تحریف، خیال‌پردازی، دلیل‌تراشی، گوشه‌گیری و جز آن استفاده کنند که همه این علائم نشان از انعطاف‌پذیری شناختی کم این مادران دارد. یکی از تکنیک‌هایی که در جلسات درمانی بر آن تمرکز شد، تمرکز بر افزایش سرسختی بود. هنگامی که مادران کودکان کم‌شنوا می‌آموزند که چگونه در برابر استرس‌ها در شرایط مختلف زندگی عمل کنند و با این شرایط مقابله کنند، نسبت به محیط اطراف خود سازگارتر می‌شوند زیرا توانایی رویارویی با مشکلات را در خود می‌بینند. انعطاف‌پذیری روان‌شناختی می‌تواند فکر و رفتار فرد را در پاسخ به تغییرات شرایط محیطی سازگار کند (دیکستین<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۰۷). این موضوع نشان می‌دهد که این مادران، از نظر شناختی تا حدی انعطاف‌پذیر شده‌اند. ذکر گفتن هنگام عصبانیت، کنترل هیجانات منفی، افزایش صبر و تحمل و توکل به خداوند باعث آرامش فرد هنگام

1. Pakenham, K. I  
3. Brown, F. L  
5. Phillips, E. L

2. Mawdsley, M  
4. Burton, M. W  
6. Dickstein, D. P

روبرویی با مشکلات می‌شود. آرامش به افراد می‌کنند تا بتوانند بهتر تصمیم‌گیری کنند و هم‌زمان بازنمایی‌های متناقض یک رویداد را در نظر بگیرند که همان انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است. انعطاف‌پذیری شناختی می‌تواند منجر به سازگاری فکر و رفتار فرد در پاسخ به شرایط محیطی شود. مادران دارای فرزند استثنایی که تفکر انعطاف‌پذیر دارند، از توجیهات جایگزین استفاده می‌کنند، به‌صورت مثبت چارچوب فکری خود را بازسازی می‌کنند و موقعیت‌های چالش‌انگیز یا رویدادهای استرس‌زا را می‌پذیرند (شیخ‌الاسلامی، محمدی و سید اسماعیلی قمی، ۱۳۹۵). یکی دیگر از تکنیک‌هایی که در جلسات تاب‌آوری با رویکرد اسلامی به مادران کودکان کم‌شنوا آموزش داده شد حرمت خود و تمرکز بر توانایی‌ها و نقاط ضعف افراد بود. این آموزش‌ها به فرد کمک می‌کند تا بتواند توانایی‌هایش را بشناسد و از توانایی‌هایش برای تغییر یا ادامه رفتار در جهت ارزش‌هایش استفاده کند که همان انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است (توکلی و ایران‌منش، ۱۳۹۴). همچنین هنگامی که ظرفیت افراد برای مقابله، سازگاری و بهبودی از استرس و دشواری‌های زندگی افزایش می‌یابد، بهتر می‌توانند در شرایط دشوار منعطف عمل کنند و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به دست آورند.



از طرفی نتایج نشان داد که آموزش تاب‌آوری با رویکرد اسلامی نمی‌تواند بر بهبود ادراک گزینه‌های مختلف و ادراک کنترل‌پذیری مادران کم‌شنوا تأثیر معنی‌داری داشته باشد ( $p < 0.05$ ). این یافته با پژوهش اسماعیلی و همکاران (۱۳۹۷) همسو است. به نظر می‌رسد یک جلسه حل مسئله می‌تواند به بهبود کلی انعطاف‌پذیری کمک کند اما نمی‌تواند به‌طور خاص بر اینکه مادران کودکان کم‌شنوا چندین راه‌حل جایگزین را برای موقعیت‌های دشوار (ادراک گزینه‌های مختلف) انتخاب کنند، تأثیر بگذارد و این مادران به دلیل اینکه سال‌های زیادی را با کودکان مشکل‌دار گذرانده‌اند و از راه‌حل‌های مشخصی استفاده کرده‌اند، به جلسات حل مسئله بیشتری نیاز دارند تا بتوانند راه‌حل جایگزین را تشخیص دهند و از آن‌ها استفاده کنند.

مواجهه والدین با کم‌شنوایی کودک باعث استرس، نگرانی، درماندگی، پرخاشگری، شرم و احساس ننگ و طرد اجتماعی در والدین می‌شود (عمران‌حیدر<sup>۱</sup> و وقاراحمد<sup>۲</sup>، ۲۰۲۰؛ فردوس<sup>۳</sup>، مامتاز<sup>۴</sup>

1. Imran Haider, S. Y. E. D.

2. Waqar Ahmed, A. W. A. N

3. Firdous, N

4. Mumtaz, N

و ساکولین<sup>۱</sup>، پوری<sup>۲</sup> و سریواستاوا<sup>۳</sup>، ۲۰۱۷). احساس گناه، خشم، عصبانیت و ناامیدی احساس‌هایی هستند که والدین هنگام تشخیص مشکل شنوایی کودکان تجربه می‌کنند (گوربوز و همکاران، ۲۰۱۳). این احساسات بر ادراک والدین و به‌خصوص مادران که فشار و نگرانی بیشتری را تحمل می‌کنند (دوگان، ۲۰۱۰)، در قابل‌کنترل بودن موقعیت‌های دشوار و سخت تأثیر می‌گذارد و باعث می‌شود نتوانند ادراکی از کنترل‌پذیری موقعیت سخت داشته باشند. با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر، به نظر می‌رسد قبل از اینکه به مادران کمک شود تا موقعیت‌های دشوار را قابل‌کنترل درک کنند، می‌بایست بر احساسات متناقض و آمیخته آنان که موجب تأثیر بر افکار و رفتارهایشان می‌شود، تمرکز کرد تا بتوانند گره احساساتی که در درونشان وجود دارد را باز کنند و سپس به ادراک کنترل‌پذیری شرایط سخت برسند.

اثربخشی آموزش تاب‌آوری با رویکرد اسلامی بر ادراک توجیه رفتار مادران با کودک کم‌شنوا ( $p < 0/05$ ) را می‌توان این‌گونه تبیین کرد که اکثر والدین از نگرش افراد جامعه درباره کم‌شنوایی فرزندان ناراحت هستند (مولی و نعمتی، ۱۳۸۸). تاب‌آوری باعث می‌شود که همدلی در مادران کودکان کم‌شنوا افزایش یابد. وقتی در مانگر به‌صورت همدلانه با این مادران و مشکلاتشان همراه می‌شود، مادران کودکان کم‌شنوا در گروه احساس می‌کنند که تنها نیستند، احتمالاً می‌توانند بپذیرند که نگرش تمام جامعه و افراد درباره کم‌شنوایی کودکان شبیه به یکدیگر نیست و می‌توانند از دیدگاه افراد دیگر نیز به مسائل خود فکر کنند و خود را جای دیگران بگذارند که همان ادراک توجیه رفتار است. همچنین، پذیرش داشتن کودکی با مشکلات جسمی برای مادران دشوار است. مادران کودکان با مشکلات شنوایی احساس شرمندگی می‌کنند. آن‌ها گزارش کردند که نگاه اطرافیان را به‌صورت تمسخر برداشت می‌کنند (ابراهیمی و همکاران، ۲۰۱۵). آموزش تاب‌آوری با رویکرد اسلامی می‌تواند به فرد در برخورد و سازگاری با موقعیت‌های دشوار و تنش‌زای زندگی کمک کند، سرسختی، صبر و تحمل و توکل و توسل به خداوند را در وی افزایش دهد به‌گونه‌ای که فرد در برخورد با مشکلات، قدرتمند می‌شود و این قدرتمندی می‌تواند دیدگاه مثبتی را در وی ایجاد کند تا بتواند خود را جای دیگران بگذارد و ببیند آیا واقعاً دیگران وی را به خاطر داشتن کودک کم‌شنوا به

1. Saqulain, G

2. Puri, S

3. Srivastava, P

تمسخر می‌گیرند یا خیر.

در تبیینی دیگر می‌توان بیان کرد که درمان تاب‌آوری با رویکرد اسلامی می‌تواند بر تغییر معنای زندگی مادران کودکان با مشکلات شنوایی مؤثر باشد. این درمان موجب می‌شود که همان‌طور که فرانکل (۱۹۴۶) به نقل از فلدمن<sup>۱</sup> و اشنایدر<sup>۲</sup> (۲۰۰۵) می‌گوید انسان فعالیت‌های موردعلاقه‌اش را کشف کند و به آن‌ها بپردازد، با دیگران ملاقات کند و وجود معنا را در خود احساس کند. همچنین، هنگامی که فرد احساس می‌کند به منبعی لایزال پیوند خورده است و خود را متکی به چارچوب‌ها و تکیه‌گاه‌های گسترده و قابل اتکایی مانند مذهب و فلسفه‌ای که برای زندگی کردن انتخاب کرده است، می‌بیند، معنا را درمی‌یابد و آن را احساس می‌کند. وجود و احساس معنا در زندگی مانند کلیدی است که می‌تواند گره مشکلات زندگی را باز کند و باعث شود تا افراد کنش‌های مثبتی انجام دهند (فلدمن و اشنایدر، ۲۰۰۵). یکی از این کنش‌های مثبتی که در مادران کودکان با مشکلات شنوایی رخ می‌دهد، درک چندین توجیه جایگزین برای رویدادهای زندگی و رفتار و ادراک توجیه رفتار است.

**محدودیت‌ها:** به دلیل درگیری مادران با وضعیت تحصیلی کودکانشان و عدم تمایل به شرکت در دوره پیگیری، این دوره برگزار نشد. همچنین درمان مذکور فقط برای مادران اجرا شده است و در تعمیم نتایج به والدین باید احتیاط کرد.

**پیشنهادات:** برگزاری جلسات درمانی بیشتر، به‌طور مثال آموزش مهارت‌های زندگی و تنظیم هیجان در دو الی سه جلسه و اجرای دوره پیگیری کمک می‌کند تا بهتر بتوان درباره اثربخشی این درمان تصمیم‌گیری کرد. همچنین پیشنهاد می‌شود این درمان روی پدران کودکان کم‌شنوا نیز اجرا شود. از طرفی، برگزاری جلسات درمان تاب‌آوری با رویکرد اسلامی برای والدین کودکان با مشکلات جسمانی یا روان‌شناختی دیگر نیز می‌تواند در پیشبرد تحقیقات در این زمینه مؤثر باشد.

### فهرست منابع

اسماعیلی، فریا، جمالی، عبدالله. آقا سیدکریمی، سید مهدی و علیمردادی، عاطفه (۱۳۹۶). اثربخشی روان‌درمانی معنوی - مذهبی مبتنی بر آموزه‌های اسلام بر کیفیت زندگی، تاب‌آوری و چارچوب (ذهنیت) زنان دارای همسر معتاد. پژوهشنامه روان‌شناسی اسلامی، ۲ (۵)، ۱۱۸ - ۹۲.

1. Feldman, D. B

2. Snyder, C. R

تقوی، محمدرضا (۱۳۸۰). بررسی روایی و اعتبار پرسشنامه سلامت عمومی. مجله روان‌شناسی، ۳۸۱ - ۳۹۸، (۴)۵.

بخشی زاده، شهرزاد، افروز، غلامعلی، به پژوه، احمد، غباری بناب، باقر و شکوهی یکتا، محسن (۱۳۹۵). آموزش مهارت‌های تاب‌آوری مبتنی بر معنویت اسلامی بر سلامت روانی و تاب‌آوری معنوی در مادران با کودکان آهسته‌گام (کم‌توان ذهنی). ارمغان دانش، ۲۱ (۵)، ۴۹۲ - ۵۱۲.

عمری، نرجس (۱۳۹۸). تأثیر آموزش تاب‌آوری با رویکرد اسلامی بر خوش‌بینی، شادکامی و امید به زندگی معلمان کودکان استثنایی سبزوار سال ۹۸ - ۹۷. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد سبزوار.

شیخ‌الاسلامی، علی، محمدی، نسیم و سید اسماعیلی قمی، نسترن (۱۳۹۵). مقایسه استرس والدگری، شادکامی و انعطاف‌پذیری شناختی مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی و ناتوان یادگیری. مجله ناتوانی‌های یادگیری، ۱۹، ۲۵ - ۴۲.

توکلی، ماهگل و ایران‌منش، مژگان (۱۳۹۴). نقش خستگی شناختی بر کمال‌گرایی، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و راهبردهای مقابله با استرس. پژوهش‌های علوم شناختی و رفتاری، ۵ (۲)، ۱۲۶ - ۱۱۱.

جلالی تهرانی، سید محمدحسن (۱۳۸۳). توحید درمانی. نقد و نظر، ۹ (۳ و ۴)، ۴۸ - ۴۶.

خزائلی پارسا، فاطمه (۱۳۸۶). تاب‌آوری، ظرفیت غلبه بر دشواری‌ها، پایداری سرسختانه و بهسازی خویشتن. مرکز مشاوره دانشجویی: معاونت دانشجویی و فرهنگی.

خیاطان مصطفوی، صدیقه، آقایی، اصغر و گل پرور، محسن (۱۳۹۷). اثربخشی آموزشی مبتنی بر مدیریت استرس با محتوای معنویت درمانی ایرانی - اسلامی بر استرس، اضطراب و افسردگی زنان مبتلا به فیبرومیالژیا. روان‌شناسی سلامت، ۷ (۲۷)، ۸۰ - ۶۲.

زارع بیدکی، زهرا و جهانگیری، محمدمهدی (۱۳۹۷). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی مادران دارای کودکان مبتلا به اختلال اوتیسم. مجله دانشگاه علوم پزشکی اراک، ۲۱ (۷)، ۴۷ - ۳۹.

سلیمانی نجف‌آبادی، رسول، چوبگین، علی‌رضا، قادری نجف‌آبادی، مریم و حدادی، محبوبه (۱۳۹۶). تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی با رویکرد اسلامی بر افسردگی، اضطراب و استرس زنان مبتلا به اختلالات روانی مزمن. روان‌شناسی و دین، ۲ (۳۸)، ۴۰ - ۱۷.

شریفی، مرضیه، احمدی، سید احمد و فاتحی زاده، مریم (۱۳۹۲). تأثیر سوگ درمانی شناختی رفتاری با رویکرد اسلامی بر سلامت عمومی خانواده‌های داغ‌دیده. مطالعات اسلام و روان‌شناسی، ۷ (۱۲)، ۱۳۴ - ۱۱۳.

شریفی نیا، محمدحسین (۱۳۸۸). درمان یکپارچه توحیدی، رویکردی دینی در درمان اختلالات روانی. دوفصلنامه مطالعات اسلام و روان‌شناسی ۳ (۴)، ۸۲ - ۶۵.

شریفی نیا، محمدحسین (۱۳۹۲). الگوهای روان‌درمانی یکپارچه، با معرفی درمان یکپارچه توحیدی. تهران: پژوهشگاه حوزه و دانشگاه.

شیخ‌زاده قولنجی، فرشته، ترخان، مرتضی، گلچین، ندا و زارع، حسین (۱۳۹۳). اثربخشی آموزش تاب‌آوری گروهی بر مؤلفه‌های سلامت عمومی دانش‌آموزان دختر دبیرستانی. مطالعات روان‌شناختی، ۱۰ (۴)، ۷۱ - ۵۳.

فقیهی، علی‌نقی، غباری بناب، باقر و قاسمی پور، یدالله (۱۳۸۶). مقایسه الگوی چندوجهی اسلامی با مدل شناختی بک در درمان افسردگی. مطالعات اسلامی و روان‌شناسی، ۱ (۱)، ۸۶ - ۶۹.

نیرمانی، محمد، آقامحمدیان، حمیدرضا و رجبی، سوزان (۱۳۸۶). مقایسه سلامت روان مادران کودکان استثنایی و مادران کودکان عادی. اصول بهداشت روانی، ۹ (۳۳ - ۳۴)، ۲۴ - ۱۵.

نعمتی، شهرزاد و موللی، گیتا (۱۳۸۸). مشکلات فراروی والدین در پرورش فرزندان کم‌شنوا. شنوایی‌شناسی، ۱۸ (۲ - ۱)، ۱۱ - ۱.

وارسته خو، فاطمه و جعفری، مجتبی (۱۳۹۴). بررسی تأثیر آموزش تنظیم هیجان با رویکرد اسلامی بر کاهش اضطراب زنان شهر اصفهان. زن و مطالعات خانواده، ۷ (۲۹)، ۱۱۲ - ۱۰۱.

یوسفی، فریده (۱۳۸۵). بررسی رابطه راهبردهای شناختی تنظیم هیجان با افسردگی و اضطراب در دانش‌آموزان مراکز راهنمایی استعدادهای درخشان. فصلنامه کودکان استثنایی، ۶ (۴)، ۸۷۱ - ۸۹۲.

Addressing the rising prevalence of hearing loss (2018). Geneva: World Health Organization.

Available from: <http://www.who.int/pbd/deafness/estimates/en/> [cited 2019 Apr 2].

Agaibi, C. E., & Wilson, J. P (2005). Trauma, PTSD, and resilience: review of the literature. Trauma, Violence & Abuse, 6(3), 195-216.

Feldman, D. B. & Snyder, C. R. (2005). Hope and the meaningful life: Theoretical and empirical associations between goal-directed thinking and life meaning. Journal of social



- and clinical psychology, 24(3), 401-421.
- American Psychiatric Association (2005). Let's Talk Facts About Depression. <https://www.ndsu.edu/fileadmin/counseling/APAdepression.pdf>
- Bilsin, E. Çuhadar, D, & Göv, P (2015). A review of the relationship between the needs of mothers who have hearing impairment children and their state-trait anxiety levels. *J Pediatr Nurs*, 30(1), 254-61.
- Boerrigter, M. Vermeulen A. Marres, H, Mylanus, E. & Langereis, M (2019). Frequencies of Behavioral Problems Reported by Parents and Teachers of Hearing-Impaired Children with Cochlear Implants. *Front. Psychol.* 16, 1-10.
- Brassell, A. A. & et al (2016). Parent's psychological flexibility: Associations with parenting and child psychosocial well-being. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 5 (2), 111-120.
- Bryan, C. J. Ray-Sannerud, B. & Heron, E. A (2015). Psychological flexibility as a dimension of resilience for posttraumatic stress, depression, and risk for suicidal ideation among Air Force personnel. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 4 (4), 263-268.
- Coyne, L. W. et al (2020). First things first: Parent psychological flexibility and self-compassion during COVID-19. *Behavior Analysis in Practice*, 1, 1-7.
- Dennis, J. P. Vander, & Wall, J. S (2010). The cognitive flexibility inventory: Instrument development and estimates of reliability and validity. *Cogn Ther Res*, 34(3), 241-53.
- Dickstein, D. P. et al (2007). Cognitive flexibility in phenotypes of pediatric bipolar disorder. *Child adolesc*, 46(3), 341-355.
- Doğan, M (2010). Comparison of the Parents of Children with and without Hearing Loss in Terms of Stress, Depression, and Trait Anxiety<sup>2</sup>. *International Journal of Early Childhood*, 2(3), 231-253.
- Dray, J. & et al (2017). Systematic Review of Universal Resilience-Focused Interventions Targeting Child and Adolescent Mental Health in the School Setting. *J Am Acad Child*



Adolesc Psychiatry, 56(10), 813-824.

Ebrahimi, H. Mohammadi, E. Mohammadi, M. A. Pirzadeh, A. Mahmoudi, H (2015). Stigma in Mothers of Deaf Children. *Iran J Otorhinolaryngol*, 27(79), 109–118.

Elbeltagy, R (2020). Prevalence of Mild Hearing Loss in Schoolchildren and its Association with their School Performance. *Int Arch Otorhinolaryngology*, 24(1), 93-98.

Firdous, N. Mumtaz, N. & Saqulain, G (2019). Psychological stress among parents of hearing impaired versus intellectually disabled Pakistani children. *Journal of Islamabad Medical & Dental College*, 8(4), 176-180.

Foster, K. Shochet, I. Wurfl, A. Roche, M. Maybery, D. Shakespeare- Finch, J. & Furness, T (2018). On PAR: A feasibility study of the Promoting Adult Resilience programme with mental health nurses. *International journal of mental health nursing*, 27(5), 1470-1480.

Friborg, O. Barlaug, D. Martinussen, M. Rosenving, J. H. & Hjemdal, O (2005). Resilience in relation to personality and intelligence. *International Journal of Methods in Psychiatry Research*, 14, 29-42.

Gentili, C. et al (2019). Psychological Flexibility as a Resilience Factor in Individuals with Chronic Pain. *Front. Psychol.* 3, 1-12.

Gilbey, P (2010) Qualitative analysis of parents' experience with receiving the news of the detection of their child's hearing loss. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 74(3), 265-270.

Goldberg, D. P (1972). *The detection of psychiatric illness by questionnaire*. Oxford University Press: London.

Goubert, L. & Trompetter, H (2017). Towards a science and practice of resilience in the face of pain. *Eur. J. Pain*, 21, 1301–1315.

Gurbuz, M. K. et al (2013). Parental Anxiety and Influential Factors in the Family with Hearing Impaired Children: Before and After Cochlear Implantation. *Int Adv Otol*, 9(1), 46-54.



- Hayes, S. C. Luoma, J. B. Bond, F. W. Masuda, A. & Lillis, J (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behavior research and therapy*, 44(1), 1-25.
- Hayes, S. C. Strosahl, K. & Wilson, K. G (2012). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change*. New York, NY: Guilford Press.
- Henderson, N (Ed.) (2007). *Resilience in action: practical ideas for overcoming risks and building strengths in youth, families, and communities*. Paso Robles, CA: Resiliency in Action, Inc.
- Hinte, A. J. & Chandler, G. E (1999). Adolescent Resilience. *Journal of Nursing Scholarship*, 31,243-247.
- Imran Haider, S. Y. E. D. & Waqar Ahmed, A. W. A. N (2020). Caregiver Burden among Parents of Hearing Impaired and Intellectually Disabled Children in Pakistan. *Iranian Journal of Public Health*, 49(2), 249.
- Kleftaras, G. Psarra, E (2012). Meaning in life, psychological well-being and depressive symptomatology: A Comparative Study. *Psychology*, 3(4), 337-345.
- Mason, M. Singleton, A. & Webber, R (2007). The spirituality of young Australians. *International Journal of Children's Spirituality*, 12, 149-163.
- McCracken, L. M. & Gauntlett-Gilbert, J (2011). Role of psychological flexibility in parents of adolescents with chronic pain: Development of a measure and preliminary correlation analyses. *PAIN*, 152 (4), 780–785.
- Md Daud, M. K. Noor, S. S. Yusoff, M. N. Abd Rahman, N. & Zakaria, M. N (2013). Gender differences in coping skills of parents with hearing-impaired children. *B-ENT*, 9(4), 319-23.
- Mohanraj, B. & Selvaraj, I (2013). Psychological issues among hearing impaired adolescents. *Education Science and Psychology*, 2 (24), 16-27.
- Moyer, D. N. & Sandoz, E. K (2015). The Role of Psychological Flexibility in the Relationship between Parent and Adolescent Distress. *Journal of Child and Family Studies*, 24 (5),1406–1418.



- Niemensivu, R. Roine, R. P. Sintonen, H. & Kentala, E (2018). Health-related quality of life in hearing-impaired adolescents and children. *Acta otolaryngologic*, 138(7), 652-658.
- Pakenham, K. I. Mawdsley, M. Brown, F. L. Burton, N. W (2018). Pilot evaluation of a resilience training program for people with multiple sclerosis. *Rehabil Psychol*, 63(1), 29-42.
- Phillips, E. L (2011). Resilience, mental flexibility and cortisol response to the Montreal Imaging Stress Task in unemployed men. Doctoral Dissertation. Michigan: The University of Michigan.
- Pipp-Siegel, S. Sedey, A. L. & Yoshinaga-Itano, C (2002). Predictors of parental stress in mothers of young children with hearing loss. *Journal of deaf studies and deaf education*, 7(1), 1-17.
- Puri, S. & Srivastava, P (2017). Concerns and Challenges Faced by Parents of Children with Hearing Impairment: An Exploratory Analysis. *Journal of Disability Management and Rehabilitation*, 2(1), 28-33.
- Quinn, G. P. & Keough, M (2002). *Experimental design and data analysis for biologists*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Quittner, A. L. et al (2010). Parenting Stress among Parents of Deaf and Hearing Children: Associations with Language Delays and Behavior Problems. *Parent Sci Pract*, 10(2), 136-155.
- Rowling, L. Martin, G. & Walker, L (eds) (2003). *Mental Health Promotion and Young People: Concepts and Practice*. Roseville, NSW: McGraw-Hill Australia.
- Ruskin, D. Campbell, L. Stinson, J. & Ahola Kohut, S (2018). Changes in parent psychological flexibility after a one-time mindfulness-based intervention for parents of adolescents with persistent pain conditions. *Children*, 5(9), 1-20.
- Shareh, H. Farmani, A. & Soltani, E (2014). Investigating the reliability and validity of the Cognitive Flexibility Inventory (CFI-I) among Iranian University Students. *Journal of Practice in Clinical Psychology*, 2 (1), 4350.
- Sloan, D. M (2004). Emotion regulation in action: Emotional reactivity in experiential avoidance. *Behavior Research and Therapy*, 42(11), 1257-1270.



- Spinhoven, P. Drost, J. de Rooij, M. van Hemert, A. M. & Penninx, B. W (2016). Is experiential avoidance a mediating, moderating, independent, overlapping, or proxy risk factor in the onset, relapse and maintenance of depressive disorders? *Cognitive Therapy and Research*, 40(2), 150–163.
- Stevenson, J. Kreppner, J. Pimperton, H. Worsfold, S. & Kennedy, C (2015). Emotional and behavioral difficulties in children and adolescents with hearing impairment: a systematic review and meta-analysis Authors. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 24 (5), 477-496.
- Stotts, A. L. et al (2019). Psychological Flexibility and Depression in New Mothers of Medically Vulnerable Infants: A Mediation Analysis. *Maternal and child health journal*, 23(6), 821-829.
- Sturgeon, J. A. & Zautra, A. J (2013). Psychological resilience, pain catastrophizing, and positive emotions: perspectives on comprehensive modeling of individual pain adaptation. *Curr. Pain Headache Rep.* 17, 1-9.
- Tavakoli, M. I. & Mozghan, M (2015). The Role of Cognitive Fatigue on Perfectionism, Psychological Flexibility and Stress Coping Strategies. *Journal of Cognitive and Behavioral Sciences*, 5(2), 111-26.
- Timmers, I. Simons, L. E. Hernandez, J. M. McCracken, L. M. & Wallace, D. P (2019). Parent psychological flexibility in the context of pediatric pain: Brief assessment and associations with parent behaviour and child functioning. *European Journal of Pain*, 23(7), 1340-1350.
- Tull, M. T. Gratz, K. L. Salters, K. & Roemer, L (2004). The role of experiential avoidance in posttraumatic stress symptoms and symptoms of depression, anxiety, and somatization. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 192(11), 754-761.
- Van Agteren, J. Iasiello, M. & Lo, L (2018). Improving the wellbeing and resilience of health services staff via psychological skills training. *BMC research notes*, 11(1), 924.
- Weiss, J. A. Cappadocia, M. C. MacMullin, J. A. Vecili, M. & Lunsky, Y (2012). The impact

of child problem behaviors of children with ASD on parent mental health: The mediating role of acceptance and empowerment. *Autism*, 16(3), 261-74.

Williams, K. E. Ciarrochi, J. & Heaven, P. C (2012). Inflexible parents, inflexible kids: A 6-year longitudinal study of parenting style and the development of psychological flexibility in adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 41(8), 1053-1066.

World Health Organization Report (2001). *Mental health: New understanding, new hope*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

Wu, Q. et al (2018). Acculturation, resilience, and the mental health of migrant youth: a cross-country comparative study. *Public Health*, 162, 63-70.

Zaidman-Zait, A. Most, T. Tarrasch, R. Haddad-eid, E. & Brand, D (2016). The impact of childhood hearing loss on the family: Mothers' and fathers' stress and coping resources. *Journal of deaf studies and deaf education*, 21(1), 23-33

