

مقایسهٔ بهزیستی روانی و سبک‌های مقابله‌ای در مادران کودکان ناشنوا و عادی

عبداله قاسم پور^۱، ابراهیم اکبری^۲، مریم تقی پور^۱، زینب عظیمی^۲، ابراهیم رفاقت^۱

^۱ - گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

^۲ - گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران

چکیده

زمینه و هدف: خانواده‌های دارای کودکانی دچار نقص شنوایی، با چالش‌های متفاوتی روبه‌رو می‌شوند، و در این بین مادران به علت نقش سنتی مراقب، مسئولیت‌های بیشتری در قبال این کودکان دارند و در نتیجه، با مشکلات روان‌شناختی بیشتری مواجه می‌شوند. هدف از پژوهش حاضر، مقایسهٔ بهزیستی روان‌شناختی و سبک‌های مقابله‌ای در مادران کودکان ناشنوا و عادی بود.

روش بررسی: پژوهش حاضر از نوع علی‌مقایسه‌ای، پس‌رویدادی و گروه نمونه این پژوهش ۳۰ نفر از مادران دانش‌آموزان ناشنوا و ۳۰ نفر از مادران دانش‌آموزان عادی مدارس ابتدایی شهرستان اردبیل بودند که به‌صورت در دسترس انتخاب شدند. برای جمع‌آوری اطلاعات از پرسش‌نامه‌های بهزیستی روان‌شناختی ریف (۱۹۸۹) و سبک‌های مقابله‌ای بیلینگر و موس (۱۹۸۱) استفاده شد. از روش آماری آنالیز واریانس دوطرفه جهت تحلیل داده‌ها استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج پژوهش نشان داد که میزان بهزیستی روان‌شناختی و مؤلفه‌های آن در مادران کودکان ناشنوا به‌طور معنی‌داری پایین‌تر از مادران کودکان عادی بود (به ترتیب $p < 0.05$; $p < 0.01$) و همچنین از لحاظ سبک مقابله‌ای شناختی تفاوت معنی‌داری بین دو گروه وجود داشت ($p < 0.01$); به‌طوری که مادران کودکان ناشنوا کمتر از سبک مقابله‌ای شناختی استفاده می‌کردند.

نتیجه‌گیری: به‌نظر می‌رسد که فقدان حس شنوایی کودکان بر بهزیستی روان‌شناختی و سبک‌های مقابله‌ای مادرانشان تأثیر گذاشته، و تأثیر آن می‌تواند به‌صورت مشکلات روان‌شناختی و استفاده کمتر از سبک‌های مقابله‌ای سازگارانه قابل مشاهده باشد.

واژگان کلیدی: مادران کودکان ناشنوا، بهزیستی روان‌شناختی، سبک‌های مقابله‌ای

(دریافت مقاله: ۹۰/۹/۲۵، پذیرش: ۹۱/۴/۲۴)

مقدمه

چنین موقعیتی همهٔ اعضای خانواده آسیب می‌بیند و کارکردهای آنها مختل می‌شود، اما در این میان مادران، که به علت نقش سنتی مراقب، مسئولیت‌های بیشتری در قبال این کودکان دارند، با مشکلات روان‌شناختی بیشتری مواجه می‌شوند. فرض بر این است که مشکلات مربوط به مراقبت از چنین فرزندانی، والدین به‌ویژه مادر را در معرض خطر ابتلا به مشکلات مربوط به سلامت روانی و بهزیستی روان‌شناختی قرار می‌دهد (۳). Ryff (۱۹۸۹) با تأکید بر اینکه سلامتی چیزی فراتر از فقدان بیماری است، این مسئله را مطرح کرد که بهزیستی روانی به آنچه فرد برای بهزیستی به آن

تولد و حضور کودکی با نقص شنوایی چالش‌های منحصربه‌فرد و متفاوتی را برای خانواده فراهم می‌کند که احتمالاً ناامیدی، غمگینی، افسردگی، ناباوری و همچنین خشم و درماندگی، احساس گناه، شرم و حقارت را در پی خواهد داشت و افراد چنین خانواده‌هایی رفتارهای متفاوتی مانند پرخاشگری، گوشه‌گیری، طردکنندگی و اجتماع‌گریزی از خود نشان می‌دهند (۱). شواهد نشان می‌دهد که والدین کودکان ناشنوا، به احتمال بیشتری با مشکلات اجتماعی، اقتصادی و هیجانی که ماهیت مخرب و محدودکننده دارند، مواجه می‌شوند (۲). هرچند در

والدین کودکان عادی از سبک‌های مقابله‌ای هیجان‌مدار و کمتر از سبک‌های مقابله‌ای شناختی و مسئله‌مدار استفاده می‌کنند (۸). از آنجا که سلامتی، بهزیستی روانی و استفاده از سبک‌های مقابله‌ای کارآمد در مادران کودکان ناشنوا نقش مهمی در تربیت و سازگاری این کودکان دارند، هدف از این مطالعه، مقایسه بهزیستی روانی و سبک‌های مقابله با استرس در مادران کودکان ناشنوا و عادی بود.

روش بررسی

این پژوهش از نوع علی-مقایسه‌ای (پس‌رویدادی و مقطعی) بود. جامعه آماری آن کلیه مادران دانش‌آموزان عادی و ناشنوی مدارس ابتدایی شهر اردبیل در سال تحصیلی ۸۹-۸۸ بودند، که از این بین ۳۰ نفر از مادران کودکان ناشنوا و ۳۰ نفر از مادران کودکان عادی به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. این دو گروه از مادران از لحاظ سنی (۲۷ تا ۵۰ سال)، شغلی (خانه‌دار)، سطح اجتماعی-اقتصادی (متوسط)، وضعیت تحصیلی (هر گروه ۱۲ نفر ابتدایی، ۱۰ نفر راهنمایی، هفت نفر دبیرستان و یک نفر بالاتر از دبیرستان) همساز می‌شدند.

برای رعایت اصول اخلاقی، بعد از توافق با شرکت‌کنندگان و دریافت معیارهای ورود به پژوهش و تکمیل آگهیانه فرم رضایت‌نامه، پرسش‌نامه‌ها توسط مجریان پژوهش برای آنها خوانده و تکمیل می‌شد. معیارهای ورود به پژوهش عبارت بود از: ۱- رضایت برای شرکت در پژوهش و تکمیل پرسش‌نامه‌ها، ۲- داشتن سن ۲۷ تا ۵۰ سال و ۳- نداشتن سابقه اختلالات روان‌پزشکی.

در این پژوهش برای بررسی بهزیستی روانی و سبک‌های مقابله‌ای مادران کودکان ناشنوا و عادی از پرسش‌نامه‌های بهزیستی روانی Ryff و سبک‌های مقابله‌ای Billings و Moos (۹) استفاده شد.

Ryff پرسش‌نامه بهزیستی روانی را در سال ۱۹۸۹ ساخته و در سال ۲۰۰۲ مورد تجدید نظر قرار داده است. این پرسش‌نامه شش عامل خودمختاری، تسلط بر محیط، رشد فردی، ارتباط مثبت

نیاز دارد اشاره دارد. وی همچنین دریافت که محققان درباره معیارهایی از قبیل دیدگاه مثبت نسبت به خود (پذیرش خود)، توانایی ایجاد بافت‌هایی منطبق با وضعیت روانی خود (تسلط محیطی)، روابط گرم و قابل اعتماد با دیگران (روابط مثبت با دیگران)، احساس هدفمندی و جهت‌مندی (هدف در زندگی)، رشد پیوسته توانایی‌های بالقوه فردی (رشد فردی) و مستقل بودن (خودمختاری) اتفاق نظر دارند (۴). بررسی‌ها نشان داده‌اند که مادران کودکان ناشنوا و به‌طور کلی کودکان استثنایی، در مقایسه با مادران کودکان عادی، سطح سلامت عمومی و روانی کمتر و اضطراب، افسردگی و پرخاشگری بیشتری دارند (۳ و ۵). موللی و نعمتی (۲۰۰۹) در پژوهشی مروری نشان دادند که میزان سلامت روانی مادران کودکان ناشنوا در مقایسه با مادران کودکان عادی کمتر است (۳). Mitchel و Hauser-Cram (۲۰۰۸) دریافتند که مادران نوجوانان مبتلا به ناتوانی‌های رشدی، بهزیستی روانی کمتر و افسردگی بیشتری از خود نشان می‌دهند (۶). همچنین نریمانی و همکاران (۲۰۰۷) نشان داده‌اند که مادران کودکان کم‌توان ذهنی و ناشنوا از سلامت روانی کمتری نسبت به مادران کودکان عادی برخوردارند و میزان پرخاشگری در مادران دارای کودک ناشنوا بالاتر از سایر گروه‌هاست (۵).

یکی دیگر از متغیرهای روان‌شناختی مورد بررسی در این پژوهش، سبک‌های مقابله با استرس است. از دیدگاه Lazarus و Folkman (۱۹۸۴) سبک مقابله‌ای به تلاش‌های رفتاری و شناختی برای مدیریت، پیشگیری و کاهش استرس گفته می‌شود. این نظریه‌پردازان دو روش عمده مقابله با استرس را شناسایی کرده‌اند که عبارتند از: مقابله‌های متمرکز بر مسئله، که فعالیت‌های مستقیم مبتنی بر محیط و خود را در جهت رفع یا تغییر شرایطی که به‌عنوان تهدید ارزیابی می‌شوند دربرمی‌گیرد، و مقابله‌های متمرکز بر هیجان، شامل فعالیت‌ها یا افکاری که برای کنترل احساسات نامطلوب ناشی از شرایط استرس‌زا استفاده می‌شوند (۷). Paster و همکاران (۲۰۰۹) نشان دادند که والدین کودکان استثنایی از سبک‌های مقابله‌ای متفاوتی استفاده می‌کنند و هنگامی که با موقعیت‌های استرس‌زا مواجه می‌شوند بیشتر از

جدول ۱- میانگین و انحراف معیار امتیازهای آزمودنی‌های مادران کودکان عادی و ناشنوا در خرده‌مؤلفه‌های پرسش‌نامه‌های بهزیستی روان‌شناختی Ryff (۱۹۸۹) و سبک‌های مقابله‌ای Billings و Moos (۱۹۸۱)

p	میانگین (انحراف معیار) امتیازها		خرده مؤلفه‌ها	پرسش‌نامه‌ها
	مادران کودکان ناشنوا	مادران کودکان عادی		
۰/۰۳	۲۶/۳۰ (۷/۴۱)	۳۰/۶۶ (۸/۳۳)	خودمختاری	بهزیستی روان‌شناختی
۰/۰۳	۲۶/۹۰ (۶/۴۶)	۳۰/۵۶ (۷/۲۰)	تسلط محیطی	
۰/۰۰۱	۲۳/۷۳ (۶/۶۸)	۳۰/۱۶ (۶/۹۷)	رشد شخصی	
۰/۰۴	۲۶/۷۶ (۶/۸۳)	۳۰/۸۰ (۸/۳۵)	ارتباط مثبت	
۰/۰۳	۲۸/۲۰ (۷/۰۸)	۳۲/۶۰ (۸/۸۱)	پذیرش خود	
۰/۰۴	۲۹/۱۶ (۷/۶۱)	۳۳/۲۶ (۸)	هدفمندی در زندگی	
۰/۰۰۹	۱۶۱/۰۷ (۲۶/۲۳)	۱۸۸/۵۷ (۴۲/۸۵)	بهزیستی روان‌شناختی کلی	
۰/۰۰۱	۱۰/۹۰ (۳/۷۲)	۱۳/۸۰ (۲/۴۶)	شناختی	سبک‌های مقابله‌ای
۰/۵۰۳	۱۱/۵۰ (۲/۷۰)	۱۲/۴۶ (۲/۶۳)	رفتاری	
۰/۷۰۵	۸/۰۳ (۳/۳۸)	۷/۳۶ (۳/۲۹)	اجتنابی	

جمع‌آوری داده‌ها از نوع توصیفی بود و در چارچوب یک طرح علی-مقایسه‌ای (پس‌رویدادی) انجام شد. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۷ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در تجزیه و تحلیل اطلاعات علاوه بر آماره‌های توصیفی از آزمون آنالیز واریانس دوطرفه برای مقایسه دو گروه استفاده شد. قبل از استفاده از آزمون پارامتریک آنالیز واریانس دوطرفه، پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها با آزمون Levin مورد بررسی قرار گرفت. براساس نتایج، پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها در متغیرهای بهزیستی روانی و سبک‌های مقابله‌ای در دو گروه تأیید شد. این آزمون برای هیچ‌کدام از متغیرها معنی‌دار نبود، در نتیجه استفاده از آزمون‌های پارامتریک بلا مانع شناخته شد ($p > ۰/۰۵$).

یافته‌ها

نمونه‌ها شامل ۳۰ نفر از مادران کودکان ناشنوا و ۳۰ نفر از

با دیگران، هدفمندی در زندگی و پذیرش خود را می‌سنجد، و مجموع این شش عامل، نمره کلی بهزیستی روانی فرد را مشخص می‌کند. یاریاری و همکاران (۲۰۰۷) روایی محتوایی و سازه‌ای آزمون فوق را مطلوب و بالا گزارش کرده‌اند (۱۰). این آزمون نوعی خودسنجی است که در آن در یک مقیاس شش درجه‌ای از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم نمره‌گذاری می‌شود.

Moos و Billings پرسش‌نامه سبک‌های مقابله‌ای را در سال ۱۹۸۱ برای اندازه‌گیری شیوه‌های مقابله با استرس، طراحی و تدوین کرده‌اند. این پرسش‌نامه ۱۹ آیتم دارد که سه راهبرد مقابله‌ای شناختی (۶ آیتم)، رفتاری (۶ آیتم) و اجتنابی (۷ آیتم) را می‌سنجد. هر آزمودنی با انتخاب یکی از گزینه‌ها (هیچ‌وقت «صفر»، گاهی اوقات «یک»، اغلب اوقات «دو» و همیشه «سه») به پرسش‌های پاسخ می‌دهد (۱۰).

پژوهش حاضر به لحاظ هدف از نوع بنیادی و به لحاظ

نریمانی و همکاران (۲۰۰۷)، Mitchel و Hauser-Cram (۲۰۰۸) تقریباً همسو بوده است. نریمانی و همکاران (۲۰۰۷) در پژوهشی که روی ۷۸ نفر از مادران دارای کودکان استثنائی (که ناشنوایان را هم دربرمی‌گرفت) انجام دادند، به این نتیجه دست یافتند که از لحاظ سلامت روانی و علائم سلامت روانی یعنی افسردگی، اضطراب، پرخاشگری و ترس مرضی، تفاوت معنی‌داری بین مادران کودکان استثنائی و مادران کودکان عادی وجود دارد. Mitchel و Hauser-Cram (۲۰۰۸) در پژوهش خود روی ۷۳ مادر دارای کودکان استثنائی به این نتیجه دست یافتند که سطح استرس و افسردگی در این مادران بالا است. به‌طور کلی در پژوهش‌های فوق مشخص شده است که مادران کودکان استثنائی، از جمله کودکان ناشنوا، از سلامت روانی و بهزیستی روانی پایین‌تری نسبت به مادران کودکان عادی برخوردارند. در تبیین این یافته می‌توان گفت که بین بهزیستی روانی مادران و ناتوانایی‌های حسی فرزندان آنها رابطه تنگاتنگی وجود دارد. Jackson و همکاران (۲۰۱۰) خاطر نشان کردند که کودکان ناشنوا با ویژگی‌هایی همچون انزوایابی، تأخیر در گویایی و حتی ناگویایی کامل، بدبینی و زودرنجی باعث ایجاد مشکلات و آشفتگی‌های هیجانی و روانی در خانواده‌ها می‌شوند که در این میان مادران به خاطر نقش سنتی مراقب بیشتر تحت تأثیر این مشکلات و آشفتگی‌ها قرار می‌گیرند (۲). آنها همچنین در ادامه اظهار داشتند که بیشترین دغدغه والدین کودکان ناشنوا، ابتدا دست و پنجه نرم کردن با خود موضوع ناشنوایی فرزند و سپس بهبود مهارت‌های گفتاری اوست. ارتباطات اجتماعی این خانواده‌ها کمتر از خانواده‌های عادی است، و در آنها مشکلات مربوط به نگهداری فرزند ناشنوا، با میزان استرس و از هم پاشیدن بهزیستی روانی والدین به‌خصوص مادر، ارتباط نزدیکی دارد (۲). Naerde و همکاران (۲۰۰۰) به این نتیجه دست یافتند که نبود حمایت‌های عاطفی اطرافیان، خدمات اجتماعی نامناسب، و استرس مهم‌ترین عوامل مؤثر بر اضطراب و کاهش بهزیستی روانی مادران کودکان ناشنواست (۱۱). از طرفی دیگر، نریمانی و همکاران (۲۰۰۷) نشان دادند که مهم‌ترین مسئله، و شاید از مشکل‌آفرین‌ترین مسائل

مادران کودکان عادی بودند. میانگین و انحراف معیار سن آنها به‌ترتیب برای مادران کودکان ناشنوا ۳۵ و ۵/۴۰ و برای مادران کودکان عادی ۳۶ و ۵/۲۵ بود. در مجموع در هر دو گروه از مادران، ۱۲ نفر دارای تحصیلات ابتدایی، ۱۰ نفر دارای تحصیلات راهنمایی، هفت نفر دارای تحصیلات دبیرستانی و یک نفر دارای تحصیلات بالاتر از دبیرستان بودند.

نتایج تجزیه و تحلیل واریانس چندمتغیری برای اثرات گروه نشان داد که اثر گروه بر ترکیب خطی بهزیستی روانی و سبک‌های مقابله‌ای معنی‌دار است ($p < 0/001$). آزمون فوق‌قابلیت استفاده از آزمون آنالیز واریانس دوطرفه را مجاز نشان داد. نتایج نشان داد که حداقل بین یکی از زیرمؤلفه‌های متغیرهای مورد بررسی در مادران کودکان ناشنوا و عادی تفاوت معنی‌دار وجود دارد. نتایج آزمون آنالیز واریانس دوطرفه نشان داد که بین میانگین امتیازهای بهزیستی روانی و مؤلفه‌های آن و سبک مقابله‌ای شناختی در مادران کودکان ناشنوا و عادی تفاوت معنی‌دار وجود دارد (جدول ۱). تحلیل هر یک از متغیرهای وابسته نشان می‌دهد که بین دو گروه از لحاظ خودمختاری، تسلط محیطی، رشد فردی، ارتباط مثبت، پذیرش خود، و هدف در زندگی تفاوت معنی‌دار وجود دارد (در همه موارد $p < 0/05$). همچنین دو گروه تفاوت معنی‌داری در بهزیستی روانی کلی و سبک مقابله‌ای شناختی داشتند (در هر دو مورد $p < 0/01$)؛ در حالی که بین دو گروه از لحاظ سبک مقابله‌ای رفتاری و اجتنابی تفاوت معنی‌داری وجود نداشت ($p > 0/05$).

بحث

هدف از پژوهش حاضر، مقایسه بهزیستی روانی و سبک‌های مقابله‌ای در مادران کودکان ناشنوا و عادی بود. یافته‌های پژوهش نشان داد که دو گروه از لحاظ بهزیستی روانی (و مؤلفه‌های آن) و سبک مقابله‌ای شناختی با یکدیگر تفاوت دارند. نتایج پژوهش نشان داد که بهزیستی روانی و مؤلفه‌های آن در بین مادران کودکان عادی بالاتر و بیشتر از مادران کودکان ناشنواست. این یافته با نتایج پژوهش‌های موللی و نعمتی (۲۰۰۹)،

فعالیت‌های اجتماعی و افزایش مهارت‌ها دارند. بنابراین وضعیت بهزیستی روانی و مؤلفه‌های آن در مادران کودکان ناشنوا در مقایسه با مادران کودکان عادی پایین‌تر است.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که دو گروه از لحاظ سبک مقابله‌ای شناختی با یکدیگر تفاوت دارند. یافته‌ها بیانگر این بودند که مادران کودکان عادی بیشتر از مادران کودکان ناشنوا از سبک مقابله‌ای شناختی استفاده می‌کنند، که این یافته با نتایج پژوهش Paster و همکاران (۲۰۰۹) همسو است که در آن، والدین کودکان استثنایی کمتر از والدین کودکان عادی از سبک‌های مسئله‌مدار همچون سبک‌های شناختی استفاده می‌کردند. Gilbert (۱۹۹۹) معتقد است که والدین در برخورد با استرس‌ها و برای سازگاری با مشکلات از الگوهایی استفاده می‌کنند که شیوه‌های مقابله‌ای نام دارد (۱۳). اگر این شیوه‌های مقابله‌ای شامل برنامه‌ریزی، جستجوی حمایت اجتماعی-عاطفی و غیره باشد، شیوه مقابله‌ای به کار برده شده مفید است، اما اگر شامل رفتارهای منفی و انکار باشد، غیرمفید است. Lazarus و Folkman (۱۹۸۴) بیان می‌کنند که اگر افراد عامل استرس را قابل کنترل بدانند، بیشتر از مقابله متمرکز بر مسئله استفاده می‌کنند و در غیر این صورت به مقابله متمرکز بر هیجان روی می‌آورند (۷). در تبیین یافته‌های این پژوهش می‌توان گفت که طبق مدل Lazarus و Folkman (۱۹۸۴) در فرایند مقابله، مهارت‌های شناختی برای حل مسئله مورد استفاده قرار می‌گیرند. افراد با به کار بستن سبک مقابله‌ای کارآمد مسئله‌مدار، از مهارت‌های شناختی برای حل مسئله و فشار روحی خود استفاده می‌کنند. بر این اساس، راه‌های مقابله با مشکل مستقیماً بررسی می‌شوند و معمولاً با یافتن راه‌حل‌های مناسب برای مشکل، رضایت روانی حاصل می‌شود. از سوی دیگر این وضعیت باعث نظم و انسجام فکری می‌شود و آشفتگی هیجانی و روحی را کاهش می‌دهد. در سایه انسجام فکری و آرامش هیجانی به دست آمده، منبع فشار و استرس نیز بهتر شناسایی می‌شود و ممکن است قابل کنترل ارزیابی شود (۷). همان‌طور که می‌دانیم راهبرد مقابله‌ای مبتنی بر ارزیابی شناختی، یک راهبرد مقابله مؤثر و منطقی محسوب می‌شود و والدین

مربوط به یک کودک ناشنوا در خانواده، بُعد تربیتی اوست. از آنجا که بیشترین بار تربیتی بر عهده مادر است، وجود کودک ناشنوا می‌تواند موجب سنگینی این بار بر دوش مادر باشد، به‌ویژه که در فرهنگ ما مادر وقت بیشتری را در خانه سپری می‌کند (۵). بنابراین این بار تربیتی و ناکامی‌های پی‌درپی مادر در تربیت کودک ناشنوا ممکن است به کاهش بهزیستی روانی وی منجر شود. علاوه بر این، Baker و همکاران (۲۰۰۵) معتقدند که عواملی همچون شدت مشکلات و اختلالات رفتاری کودکان استثنایی و کارکرد مناسب خانواده و حضور هر دو والد در خانواده متغیرهای مهمی به‌شمار می‌روند که می‌توانند در احساس سلامت و بهزیستی روانی مادران کودکان استثنایی، از جمله مادران کودکان ناشنوا، مؤثر باشند (۱۲). Jackson و همکاران (۲۰۱۰)، و نریمانی و همکاران (۲۰۰۷) معتقدند که مادران کودکان استثنایی، از جمله مادران کودکان ناشنوا، به دلیل فرزند ناشنوی خود با چالش‌های جدیدی مواجه می‌شوند که نحوه واکنش اطرافیان و بستگان، یکی از آنهاست (۵ و ۲). Jackson و همکاران (۲۰۱۰) معتقدند که معمولاً آشنایان درک کمتری از موضوع دارند و واکنش‌های آنها عمدتاً به صورت دلسوزی و ترحم است. از این رو مادران معمولاً به نوعی انزوا و کناره‌گیری اجتماعی روی می‌آورند که سطح روابط صمیمانه و اجتماعی را کاهش می‌دهد. ضمن این که هر قدر ناشنوایی کودک آشکارتر و مشکلات رفتاری وی بیشتر باشد، این انزوا و کناره‌گیری اجتماعی افزایش خواهد یافت. خانواده‌های کودکان ناشنوا، به طور کلی، شبکه اجتماعی کوچکتری دارند (۲). علاوه بر این نریمانی و همکاران (۲۰۰۷) معتقدند که مادران کودکان ناشنوا به دلیل شرایط خاص فرزندشان، وقت کمتری برای برقراری روابط اجتماعی دارند (۵). به همین سبب می‌توان علت پایین بودن سطح مؤلفه‌های بهزیستی روانی در مادران کودکان ناشنوا را در محدودیت شبکه اجتماعی آنها، ارتباطات اجتماعی اندک و مشکلات فرزندانشان جستجو کرد. علاوه بر این، می‌توان گفت وضعیت خاص کودکان ناشنوا موجب می‌شود مادران آنها بسیار بیشتر از کودکان عادی برایشان وقت اختصاص دهند و به همین دلیل فرصت کمتری برای پرداختن به علایق شخصی،

به صورت جسمانی یا بدنی نشان می‌دهند. به عبارتی کاهش سازگاری و نیز اختلال در تنظیم خلق (کاهش شادکامی و به دنبال آن افسردگی) استفاده از راهبردهای مقابله‌ای متمرکز بر مهار جسمانی یا جسمانی‌سازی را افزایش می‌دهند (۱۵). علاوه بر این، نتایج نشان داد که از نظر سبک‌های مقابله‌ای رفتاری و اجتنابی تفاوت معنی‌داری بین دو گروه از مادران وجود ندارد. این یافته با نتایج پژوهش Paster و همکاران (۲۰۰۹) مغایر است. در این پژوهش Paster و همکاران (۲۰۰۹) نشان دادند که والدین کودکان استثنایی بیشتر از والدین کودکان عادی از سبک‌های ناکارآمد و کمتر از سبک‌های مقابله‌ای کارآمد استفاده می‌کنند. می‌توان دلیل مغایرت این یافته با یافته‌های پیشین را به جامعه‌ای که نمونه از آن انتخاب شد ربط داد. در بیشتر پژوهش‌های اشاره شده از هر دو والد (پدر و مادر) در نمونه استفاده شده است، در حالی که در پژوهش حاضر تنها از مادران به عنوان نمونه استفاده شد. علاوه بر این می‌توان به مشکلات فرزندان در پژوهش‌های فوق اشاره کرد. در این پژوهش‌ها از والدین کودکان مبتلا به کم‌توانی ذهنی و اختلالات رشدی (اوتیسم) استفاده شد که این اختلالات اثرات متفاوتی بر واکنش والدین نسبت به استرس دارند. مسائل فرهنگی و اجتماعی حاکم بر جوامع و ابزار اندازه‌گیری در پژوهش‌های فوق می‌تواند از دیگر عوامل مغایرت یافته فوق با یافته‌های پیشین باشد. همچنین، علت این امر را می‌توان به سازگار شدن مادران کودکان ناشنوا با مشکلات فرزندان خویش نسبت داد که به آنها کمک می‌کند از برخورد با مشکلات و استرس‌های ناشی از رسیدگی به کودک ناشنوا اجتناب نکنند.

نتیجه‌گیری

به نظر می‌رسد که مادران کودکان ناشنوا بهزیستی روانی پایین‌تری دارند و در برخورد با مشکلات کمتر از سبک‌های مقابله‌ای شناختی استفاده می‌کنند. براساس نتایج پژوهش حاضر، توجه به آموزش راهکارهای مقابله‌ای، تغییر باورها و اسنادهای مربوط به مقصر شناختن خود و پیشگیری از نا ارزنده‌سازی خود در مادران کودکان ناشنوا و آموزش تقسیم وظایف بین اعضای

کودکان ناشنوا در مقایسه با والدین کودکان عادی از راهبردهای مقابله‌ای کمتر مؤثر یا راهبردهای مقابله‌ای سطح پایین، نظیر انکار و اجتناب یا دچار احساس گناه شدن استفاده می‌کنند (۸). دادستان و همکاران (۲۰۰۷) بیان کردند که نقش والدین برای هر دو والد استرس‌زاست. در کشور ما مادران نقش مراقبت‌گری را در مقابل نیازهای جسمانی، عاطفی و اجتماعی کودکان به دوش می‌کشند و پدران کمتر با کودکان درگیر می‌شوند. مادران ساعت‌های بیشتری را با فرزند خود سپری می‌کنند، در حالی که پدران این مدت را در خارج از خانه به سر می‌برند (۱۴). این توجه و نظارت مداوم مادر بر کودک و آن هم کودک ناشنوا خود می‌تواند یک عامل عدم استفاده از سبک‌های مقابله‌ای شناختی در مادران کودکان ناشنوا باشد. Weiss (۲۰۰۲) نشان داد که شکایات جسمانی و مشکلات جسمانی‌سازی و تلاش برای جسمانی کردن مشکلات به عنوان یک راهبرد مقابله‌ای شایع در والدین کودکان استثنایی، به ویژه مادران، فراوان‌تر از والدین کودکان عادی است (۱۵). داشتن چنین فرزندی با مسائل خاص خود، به ویژه در فرهنگ ما، احساس گناه را در والدین به وجود می‌آورد و از آنجایی که اساساً احساس گناه توأم با هیجان است و فرهنگ ما نیز این هیجانات توأم با احساس گناه را تقویت می‌کند، باعث افزایش سطح هیجانی یا به اصطلاح هیجان‌پذیری در فرد می‌شود. وی همچنین بیان کرد که در تمام نظریه‌های کلاسیک هیجان، اعتقاد بر این است که هیجان نظامی است که بر نظام‌های دیگر اثر می‌گذارد و از آنها نیز متأثر می‌شود، و نیز این که هیجان‌ها انرژی‌دهنده یا انگیزشی هستند و ارتباط پیچیده‌ای با شناخت دارند. با افزایش هیجانات و به دنبال آن کاهش توانایی برای مهار صحیح آنها، سازگاری به هم می‌ریزد. این احساس گناه ظاهراً بر مهارت‌های درون‌فردی نیز اثر عمده‌ای می‌گذارد. از طرف دیگر، طبیعی است که والدین به تدریج دچار افسردگی و سایر اختلالات خلقی شوند، چرا که طبیعی است که داشتن فرزند ناشنوا بر مهارت‌های تنظیم و خلق نیز اثر بگذارد. برای کنار آمدن با شرایط موجود، والدین سعی در استفاده بیشتر از راهبردهای مقابله‌ای متمرکز بر مهار جسمانی دارند؛ یعنی در برخورد با موقعیت به جای مقابله مؤثر یا حل مسئله، آنها را

سیاسگزاری

در پایان از تمامی مادرانی که ما را در انجام این پژوهش یاری کردند، به‌ویژه مادران کودکان ناشنوا، کمال تشکر را داریم. همچنین از جناب آقای دکتر عباس ابوالقاسمی که در بخش آماری این پژوهش به ما یاری رساندند، تشکر و قدردانی می‌نماییم.

خانواده دارای کودک ناشنوا موجب بهبود مهارت‌های مقابله‌ای و افزایش بهزیستی روانی مادران می‌شود. براین اساس، ضرورت ایجاد زمینه‌های بیشتر حمایت اجتماعی از این مادران و کودکان بیش از پیش احساس می‌شود و پیشنهاد می‌شود که تحقیقات گسترده‌تری در این زمینه صورت گیرد.

REFERENCES

1. van Eldik T, Treffers PD, Veerman JW, Verhulst FC. Mental health problems of deaf Dutch children as indicated by parents' responses to the child behavior checklist. *Am Ann Deaf*. 2004;148(5):390-5.
2. Jackson CW, Wegner JR, Turnbull AP. Family quality of life following early identification of deafness. *Lang Speech Hear Serv Sch*. 2010;41(2):194-205.
3. Movallali G, Nemati Sh. Difficulties in parenting hearing-impaired children. *Audiol*. 2010;18(1):1-11. Persian.
4. Ryff CD. Happiness is everything, or is it? explorations of the meaning of psychological well-being. *J Pers Soc Psychol*. 1989;57(6):1069-81.
5. Narimani M, Aghamohammadian HR, Rajabi S. A comparison between the mental health of mothers of exceptional children and mothers of normal children. *J Fundam Ment Health*. 2007;9(33-34):15-24. Persian.
6. Mitchell DB, Hauser-Cram P. The well-being of mothers of adolescents with developmental disabilities in relation to medical care utilization and satisfaction with health care. *Res Dev Disabil*. 2008;29(2):97-112.
7. Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal, and coping. 1st ed. New York: Springer Publishing Company; 1984.
8. Paster A, Brandwein D, Walsh J. A comparison of coping strategies used by parents of children with disabilities and parents of children without disabilities. *Res Dev Disabil*. 2009;30(6):1337-42.
9. Yaryari F, Moradi AR, Yahyazade S. The relationship between emotional intelligence and locus of control with psychological well-being among students at Mazandaran university. *Quarterly Journal of Psychological Studies*. 2007;3(1):21-40. Persian.
10. Roberts JG, Browne G, Streiner D, Byrne C, Brown B, Love B. Analyses of coping responses and adjustment: stability of conclusions. *Nurs Res*. 1987;36(2):94-7.
11. Naerde A, Tambs K, Mathiesen KS, Dalgard OS, Samuelsen SO. Symptoms of anxiety and depression among mothers of pre-school children: effect of chronic strain related to children and child care-taking. *J Affect Disord*. 2000;58(3):181-99.
12. Baker BL, Blacher J, Olsson MB. Preschool children with and without developmental delay: behaviour problems, parents' optimism and well-being. *J Intellect Disabil Res*. 2005;49(Pt 8):575-90.
13. Gilbert MC. Coping with pediatric migraine. *Soc Work Health Care*. 1999;28(3):21-38.
14. Dadsetan P, Ahmadi Azghandi A, Hassanabadi HR. Parenting stress and general health: A research on the relation between parenting stress and general health among housewife - mothers and nurse - mothers with young children. *Journal of Iranian Psychologists*. 2007;2(7):171-84. Persian.

15. Weiss MJ. Harddiness and social support as predictors of stress in mothers of typical children, children with autism, and children with mental retardation. *Autism*. 2002;6(1):115-30.

Archive of SID