

اثر بخشی برنامه ذهن آگاهی از راه دور بر روی سلامت روان و روابط والد فرزندی مادران دارای کودک ناشنوای ۳ تا ۶ ساله

The effectiveness of a remote - learning mindfulness program on mental health and - child relationships with on mother of deaf children between 3-6 years old

Hoda Darzi

Master's student, psychology and education of exceptional children, University of Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran..

Guita Movallali

Associate Professor, Psychology and Education of Exceptional Children, University of Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.

هدی درزی*

دانشجوی کارشناسی ارشد، روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران.

گیتا موللی

دانشیار، روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران.

Abstract

Purpose:The aim of this study was to determine the effectiveness of a virtual mindfulness program on mental health and parent-child relationships of mothers of children with hearing loss or deafness or deafness of 3 to 6 years old.

Method: The statistical population of the present study includes all mothers of children with hearing loss or deafness diagnosis across the country who are members of the virtual group of the Butterflies Association (Iranian Association of Parents of Children with Hearing Impairment or Deafness Diagnosis). The total number of people is 423, of which 50 were selected in this study. There were 40 participants in the study and then they were randomly divided into control and experimental groups in two groups of 20 people. This is a quasi-experimental and applied study with advance Test - post-test was performed with the control group; **Result:**After replacing the groups, the mindfulness training protocol was performed in the experimental group for 8 sessions of 45 minutes. **Research tools;** Keys Mental Health Standard Questionnaire (2002) Short Form; The parent-child relationship questionnaire was Pianta (2011). To analyze the data, first, while describing the data and testing the

چکیده

در این تحقیق سعی بر آن شده است تا با توجه به ضرورت سلامت روان مادر و روابطش با کودک کم شنوای خود با استفاده از تکنیک های ذهن آگاهی که اثربخشی از خود نشان داده اند کمک شود تا بتوانند شرایط روانشناختی مطلوب تری برای خود و خانواده ایجاد کنند.

روش بررسی: برنامه ساختار یافته ای از تکالیف خانگی که شامل ۴۵ دقیقه تمرین روزانه، تمرینهای رسمی و در برخی روزها تمرینهای غیر رسمی ذهن آگاهی است و گاهی فرد به ثبت مشاهدات خود از تجارب روزانه اش میپردازد. بسیاری از برنامه ها شامل یک روز تمرین هدایت شده ذهن آگاهی در هفته هستند که در طی آن روز حس ماندگاری از تمرین ذهن آگاهی را تجربه میکنند. تأکید کلی در نیمه اول برنامه، بر فراگیری عدم توجه به تجارب درونی است.

ابزارها: پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک شامل سن و جنس و محل سکونت، تعداد فرزندان، مدت ازدواج، مدت زمان کم شنوایی کودک و نحوه تشخیص، وجود بیماری زمینه ای یا اثری در خانواده است. پرسشنامه استاندارد سلامت روانی کیز (۲۰۰۲)، از فرم بلند پیوستار سلامت روان مشتق شد و شامل ۱۴ سوالات و ۳ مولفه می باشد. طراحی شده است و بر اساس طیف شش گزینه ای لیکرت با سوالاتی

statistical assumptions, the analysis of covariance was performed using SPSS software. The results showed that mindfulness training ($P < 0.01$) was significant. The effect of mindfulness training on the mental health and parent-child relationships of mothers has been significant.

Result: As a result, it can be said that mindfulness training is about health The psyche of mothers with deaf and hard of hearing children can cause beneficial changes in the studied variables, and these trainings can be effective in improving and reducing the worries and anxieties of these mothers and increasing their comfort, so This method can be used to improve mother-child relationships.

Keywords: mental health, parent-child relationships, mindfulness, mothers with deaf children.

مانند (این احساس که کار یا چیز مهمی برای عرضه کردن به جامعه دارید.) به سنجش سلامت روانی می پردازد.

پرسشنامه روابط والد و کودک پینتا ۲۰۱۱: این پرسشنامه دارای ۳۳ سوال در ۴ مولفه است. و نمره گذاری آن براساس مقیاس ۵ درجه ای لیکرت (نمره ۵ برای قطعا صدق می کند و نمره ۱ برای قطعا صدق نمی کند) صورت می پذیرد مقیاس توسط پینتا برای اولین بار در سال ۱۳۹۴ ساخته شد و شامل ۳۳ ماده است که ادراک والدین را در مورد رابطه خود با کودکشان را مورد سنجش قرار می دهد.

نتایج: برنامه ی از راه دور ذهن آگاهی سبب بهبود سلامت روان و روابط والد فرزندی مادران کودکان ناشنوا ۳ تا ۶ ساله ناشنوا میشود

واژه های کلیدی: سلامت روان، روابط والدین و فرزند، ذهن آگاهی، مادران دارای کودکان ناشنوا.

پذیرش: فروردین ۱۴۰۱

دریافت: بهمن ۱۴۰۰

نوع مقاله: پژوهشی

مقدمه

کم شنوایی شایع ترین اختلال بدو تولد میباشد. کم شنوایی کودکان میتواند بر اثر عوامل مختلفی ایجاد شود بعنوان مثال: عوامل ژنتیکی، برخی عفونتهای، مشکلات حین تولد، داروهای خاص یا مسمومیت ها، تولد زودرس یا نارس، عفونتهای ویژه در دوران بارداری مانند، سیفیلیس و سرخجه. زمانی به فردی کم شنوا اطلاق می شود که در تست های شنوایی، حداقل ۲۵ دسی بل در یک گوش افت شنوایی داشته باشد. این معیار برای کودکان، افعی به میزان ۵ دسیبل است. توصیه میشود برای همه نوزادان در بدو تولد ارزیابی شنوایی صورت گیرد. کم شنوایی بصورت خفیف (۲۵ تا ۴۰ دسیبل)، متوسط (۴۱ تا ۵۵ دسیبل)، شدید (۵۶ تا ۷۰ دسیبل)، یا عمیق (بزرگتر از ۹۰ دسیبل) طبقه بندی میشود (شیارر، ۲۰۱۹).^۱

خانواده های کودکان ناشنوا، به ویژه والدین به شدت تحت تأثیر کم شنوایی کودک خود قرار میگیرند. پس از واکنش های اولیه در تشخیص ناشنوایی؛ آنها باید وارد روند سازگاری و انطباق با شرایط شوند زیرا ممکن است بسیاری از چالش های منحصر به فرد در مراقبت از کودکان با کم شنوایی در آن موقعیت ایجاد شود. همچنین در سال های بعد از تولد و تا قبل از ورود به مدرسه که کودک مراحل رشدی مهمی را پشت سر میگذارد و لازم است با مهارت های جدیدی دست و پنجه نرم کند، این کودکان به دلیل محدودیت های احتمالی و اینکه ظاهرا بدون مشکل به نظر میرسند هنگامی که در مهارت های اساسی و اصلی دچار مشکل میشوند استرس زیادی را به خانواده انتقال میدهند و این در هر مرحله از مراحل رشدی کودک میتواند بروز پیدا کند و اضطراب های جدید به همراه خود داشته باشد. با شروع هر دوره در هرچند سال یکبار این اضطراب ها بروز پیدا میکند در واقع این مشکلات محدود به بدو تولد نمیباشد و این استرس ها خودش را در هر مرحله از مراحل رشدی و تحصیلی و اجتماعی کودک نشان میدهد (موللی و همکاران، ۲۰۱۵).

¹ Shearer

در سال های اخیر روند روند رو به رشدی در درمان های مبتنی بر پذیرش ایجاد شده است که بر کنترل یا جنگیدن با مشکل، تمرکز نمی کند بلکه بر پذیرش تاکید دارد یکی از این برنامه ها برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی میباشد. کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی یک مداخله رفتاری است که بر مبنای توجه و تمرکز به خود استوار می باشد در این تکنیک افراد یاد می گیرند پذیرش و دلسوزی را به جای قضاوت کردن گسترش دهند و هوشیاری لحظه ی حاضر را به جای هدایت خودکار ایجاد کنند و شیوه های جدید پاسخ دادن به موقعیت ها را یاد بگیرند (معصومیان و همکاران، ۱۳۹۱).

ذهن آگاهی مهارتی است که به افراد در حال حاضر اجازه می دهد رویدادها را کمتر از آنچه که واقعاً هستند به حساب بیاورند هدف از ذهن آگاهی حالت تغییر آگاهی نیست بلکه یک حالت بدون ارزیابی و در نظر گرفتن واقعیت فعلی است رایج ترین روش ذهن آگاهی روش مبتنی بر پایه کاهش استرس است که در آن اعمال با تمرکز بر افکار احساسات و ادراک انجام می شود این روش نقش مهمی در کاهش اضطراب افسردگی علائم جسمی دارد به فرد کمک می کند تا احساسات منفی تجربه شده اش را متعادل کند و بتواند به طور موثر به ایفای نقش بپردازد همچنین به بهبود وضعیت روانی فیزیکی و عاطفی فرد و کاهش نشانه های اضطراب در بیماران افسردگی کمک می کند (دهنبی، ۲۰۱۷).

مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی^۲ توجه بالایی را در روان شناسی بالینی و سایر رشته های مرتبط با آن به خود جلب کرده است و تعداد زیادی از مطالعات تجربی، اثربخشی این مداخلات را در زمینه های بالینی و غیر بالینی تأیید می کنند بیشتر مفاهیم ذهن آگاهی که در مداخلات بالینی و پژوهش های غربی آورده می شود، ریشه در سنن دینی دارد اما کاربرد مراقبه ی ذهن آگاهی به عنوان شکلی از مداخله ی رفتاری برای مشکلات بالینی، با کارهای جان کابات زین^۳ آغاز شد که کاربرد این شیوه را در درمان بیماران مبتلا به درد مزمن کشف کرد؛ مداخله ای که اکنون با عنوان الگوی درمانی کاهش استرس براساس ذهن آگاهی (MBSR)^۴ شناخته می شود. (شعیری و میرزایی، ۱۳۹۷).

در ذهن آگاهی فرد در هر لحظه از روند ذهنی خود آگاه می شود و بعد از آگاهی روی دو شیوه ذهن که یکی انجام دادن و دیگری بودن است یاد می گیرد که ذهن خود را از یک شیوه به شیوه دیگر حرکت دهد این یادگیری مستلزم آموزش راهبردهای رفتاری- شناختی و فراشناختی است (سگال و همکاران، ۲۰۰۲).^۵

پرورش آگاهی به شیوه ذهن آگاهی باعث می شود بیماران به طور آشکارتری برانگیخته شدن و واکنش های نشخواری و منفی را مشاهده کنند و بتوانند از چنین الگوهای فکری تمرکززدایی کنند و آن ها را رویدادهای ذهنی ای بدانند که بازنماهای واقعیت نیستند. همچنین، ذهن آگاهی می تواند در رهاسازی افراد از افکار خودکار، عادات و الگوهای رفتاری ناسالم کمک کند و نقش مهمی در تنظیم رفتاری ایفا کند. در این شیوه درمانی می توان با تکنیک هایی همچون وارسی بدن، آگاهی از تنفس، حرکت و فعالیت های روزمره و فضا سازی در جلسه های هفتگی و گروهی، تمرین های ذهن آگاهی رسمی و غیررسمی را به مراجعان آموزش داد (رضوی زاده تبادکان و دیگران، ۱۳۹۷).

والدین کودکان کم شنوا لازم است اطلاعاتی در زمینه کم شنوایی کسب کند نیازهای اطلاعاتی والدین، نحوه پرورش فرزندان شان را تحت تاثیر قرار میدهد (موللی و نعمتی، ۱۳۸۸).

رابطه والدین و کودک یکی از قوی ترین پیش بینی های سازگاری کودک در بزرگسالی است. بسیاری از کودکان کم شنوا دارای خانواده شنوایی طبیعی هستند و این مسئله بر رابطه والدین و کودک تأثیر منفی می گذارد. با این حال، مطالعات در مورد مداخلات بر روی نمونه های بالینی با خطر بالا متمرکز شده است (کوهی و همکاران، ۲۰۱۶).

^۲ mindfulness

^۳ Kabat zin

^۴ Mindfulness based on stress reduction ، ذهن آگاهی بر اساس کاهش استرس

^۵ Segal

اثربخشی برنامه های ذهن آگاهی در درمان اضطراب و افسردگی موثر بوده و همچنین همتراز با اثربخشی درمان های شناختی رفتاری است (مانیکاواسگار^۶ و همکاران ۲۰۱۰)

آموزش مهارت های مبتنی بر ذهن آگاهی به کودکان و مراقبان آنها وسیله ای بالقوه برای بهبود روابط خانوادگی و کمک به کودکان در دستیابی به نتایج رشد مثبت تر از طریق افزایش توانایی در حفظ توجه و مدیریت احساسات است (هرنت^۷ و همکاران ۲۰۱۲).

تحقیقات اندک گذشته نشانگر تاثیر مثبت این برنامه ها برای والدین و کودکان بوده است. رشد برنامه های مداخله زودهنگام در طول ۳۰ سال گذشته تجربه های زبانی، شناختی و اجتماعی مهمی را برای کودکان ناشنوا و اطلاعاتی بالارزش برای سازمانهای حمایتی و والدین آنها فراهم کرده است. برنامه های مبتنی بر سلامت روان و رابطه کودکان و والدین میتواند والدین و علی الخصوص مراقبان اصلی را توانمند تر سازد و تعاملات درون خانوادگی را در خانواده های کودکان با نیازهای ویژه بهبود بخشد؛ همچنین سازگاری خانواده ها با چالش های مختلف ناشی از کم شنوایی در کودکان، تحت تأثیر منابع مقابله ای شخصی و اجتماعی آنها برای مدیریت این عوامل استرس زا و چالش ها است (زیدمن^۸ و همکاران، ۲۰۱۶)

در ابتدا درمان ذهن آگاهی پیشگیری از عود اختلال افسردگی استفاده می گردید اما به تدریج در سایر زمینه ها از جمله اختلال اضطراب فراگیر اختلال خلقی آمیخته با افسردگی مقاوم به درمان و بهبود سلامت روان بیماران سرطانی و همچنین مشکلات بی خوابی به کار گرفته شده است به نظر می رسد اثربخشی تکنیک های ذهن آگاهی مشکلات بیماران از جمله نسخه های ذهنی و نگرانی آنها را کاهش می دهد (فرحبخش و دهقانی، ۱۳۹۵).

با ورود کامپیوتر به زندگی انسانها و به موازات آن گسترش شبکه اینترنت، بسیاری از تعاریف و خدمات اجتماعی ما بیشترینمایان میگردد. در عصر حاضر گسترش سریع شبکه های محلی در سازمان ها و همچنین افزایش روز افزون کاربران اینترنت موجب پدیدار شدن چشم اندازهای نو در آموزش اثر بخش و خلاقانه و تحقق آرمان فرصت های برابرآموزشی با بهره گیری از سیستم مبتنی بر آموزش الکترونیکی گردیده است (افراسیابی و همکاران، ۱۳۹۵).

مداخله از راه دور می تواند راه موثرتری برای تضمین تداوم خدمات باشد با مداخله از راه دور کنسلی ها به حداقل می رسد. حتی اگر کودک یا والدین هم حال خوبی نداشته باشند جلسه می تواند بدون خطر انتقال بیماری تشکیل گردد و برای والدین یا کودکانی که از نظر پزشکی آسیب پذیرند و یا سیستم ایمنی ضعیفی دارند، این ویژگی آرامش بخش است (یاری بخت و همکاران، ۲۰۲۰).

امروزه استفاده از رایانه، زندگی بشر را در تمامی وجوه دگرگون ساخته است. مطالعات انجام شده در ارتباط با برنامه های توسعه یاغلب کشورها، نشان دهنده ی محوری بودن نقش فناوری اطلاعات و ارتباطات در اینگونه برنامه هاست. فناوری اطلاعات و ارتباطات را می توان به عنوان ابزاری نیرومند و قوی برای ارتقای کیفیت و کارایی آموزش مورد استفاده قرار داد، به گونه ای که شیوه های سنتی آموزش را دستخوش تغییر قرار دهد و دیگر نیازی به حضور فیزیکی در کلاس های درس نباشد (کیا، ۱۳۸۸). از آنجا که تکنولوژی راه دور و دور به تکامل خود ادامه می دهد، فرصت های جدیدی برای ارائه خدمات جدید برای تامین نیازهای زبانی، گفتار و زبان کودکانی که ناشنوا یا کم شنوا هستند رو به افزایش است. اغلب، خانواده ها در حال دریافت مجموعه ای از خدمات مرتبط با مراقبت بهداشتی از طریق استفاده از نرم افزار ویدیو کنفرانس و یک اتصال اینترنتی امن هستند (هوستون^۹، ۲۰۱۲).

⁶ Manikavasgar

⁷ Harnett, P. H

⁸ Zidman

⁹ Houston

این تکنولوژی ارزان تر، قابل اطمینان و قابل استفاده برای استفاده در لپ تاپ ها، کامپیوترهای تبلت و حتی گوشی های هوشمند است. متخصصان پزشکی، تشخیص، درمان و مشاوره بیمار را از طریق مدل های پزشکی از راه دور ارائه می کنند. (بیکر^{۱۰}، ۲۰۱۱) با پیشرفت تکنولوژی، روان شناسان به طور فزاینده ای این فرصت را دارند که با بیماران یا سایر کاربران خدمات روانی از طریق روش های سنتی کم تر درگیر شوند.

پزشکی از راه دور نه جدید است و نه غیر معمول. و امروزه در حوزه ی سلامت رفتاری و روانشناسی بسیار رشد کرده است در واقع پزشکی از راه دور موقعیت جدیدی را برای بیمار و مراجع فراهم میکند تا با ایجاد یک رابطه ی حسنه بین درمانگر و درمانجو خدمات مشاوره ی آنلاین، چت تصویری و... ارائه شود. مطالعات نشان می دهد که درمان از راه دور یک راه موثر برای ارتباط با مراجع است و در جوامع گوناگون مورد استفاده قرار گرفته است شواهد حاکی از اثربخشی استفاده آنلاین از مداخلات مرتبط با خانواده و درمان های اولیه روانی خانوادگی است (بورگیون^{۱۱}، ۲۰۲۰).

در این تحقیق سعی بر آن شده است تا با توجه به ضرورت سلامت روان مادر و روابطش با کودک کم شنوای خود با استفاده از تکنیک های ذهن آگاهی که اثربخشی از خود نشان داده اند کمک شود تا بتوانند شرایط روانشناختی مطلوب تری برای خود و خانواده ایجاد کنند.

این برنامه شامل مجموعه ای از روش ها و تمرینات است که اهم این روش ها شامل تمرکز و مراقبه و تمرین کنترل افکار و احساسات و مواردی از این قبیل است. این برنامه را کرین در سال ۲۰۰۹ طراحی کرده و پورحسین در سال ۱۳۸۸ اجرا کرده است همچنین توسط دانشمندان و تحقیقات بسیار دیگری نیز برنامه مورد استفاده قرار گرفته است. این برنامه با توجه به نیازهای والدین کودکان کم شنوا تغییراتی داده خواهد شد و مناسب این گروه تدوین میشود.

همچنین کریستین ولف^{۱۲} در سال ۲۰۱۵ در کتاب خود برنامه جامع جلسه به جلسه برای بالینگران برای اجرای ذهن آگاهی را آورده است در این پژوهش با استفاده از تمرینات رسمی و غیررسمی بیان شده توسط وی به آموزش ذهن آگاهی پرداخته می شود تمرین رسمی آن چیزی است که به طور سنتی به عنوان مدیتیشن شناخته می شود و مستلزم کنار گذاشتن زمانی است که در آن هیچ کار نکنیم به جز مدیتیشن و اسکن بدن. یک تمرین رسمی می تواند یک دقیقه تا چندین ساعت طول بکشد و به طور نشسته ایستاده دراز کشیده و در حال راه رفتن می توان انجام داد داد تمرین غیر رسمی زمانی است که ذهن آگاهی به طور کامل در زندگی روزمره جاری می شود و تمرکز در لحظه حال و هوشیاری نسبت به هیجانات و افکار تجربه می شود.

برنامه ساختار یافته ای از تکالیف خانگی که شامل ۴۵ دقیقه تمرین روزانه، تمرینهای رسمی و در برخی روزها تمرین های غیر رسمی ذهن آگاهی است و گاهی فرد به ثبت مشاهدات خود از تجارب روزانه اش میپردازد. بسیاری از برنامه ها شامل یک روز تمرین هدایت شده ذهن آگاهی در هفته هستند که در طی آن روز حس ماندگاری از تمرین ذهن آگاهی را تجربه میکنند.

تأکید کلی در نیمه اول برنامه، بر فراگیری عدم توجه به تجارب درونی است و اینکه آنچه را در برنامه رخ میدهد، مشاهده کنند.

آموزش های آرایه شده برای هر شرکت کننده از طریق آرایه رهنمودهای جلسه به جلسه و ضبط جلسات آموزشی، مرور تمرین های ذهن آگاهی در منزل هدایت و پشتیبانی میشود (کرین^{۱۳}، ۲۰۰۹)

¹⁰ Baker

¹¹ Burgoyne

¹² Christian Wolfe

¹³ crain

جامعه شامل کلیه ی مادران کودکان کم شنوای سراسر کشور که در گروه مجازی انجمن پروانه ها (انجمن والدین کودکان کم شنوای ایران) عضو هستند. مجموع افراد ۴۲۳ نفر است که در این تحقیق ۵۰ نفر انتخاب میشوند ۲۰ مادر دارای کودک کم شنوا ۳ تا ۶ سال به عنوان گروه آزمایش و ۲۰ نفر هم به عنوان گروه کنترل. با توجه به احتمال ریزش ۲۰ درصدی نمونه ها تعداد ۲۵ نفر در هرگروه انتخاب میشوند به طور کلی ۵۰ مادر به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم میگردد انتخاب نمونه ها به صورت در دسترس (عضویت پژوهشگر در کانال مجازی مادران و دسترسی به آنان) و اختصاص به گروه ها به صورت تصادفی (با استفاده از فایل تصادفی سازی شده قبل از شروع مداخله) میباشد. برای تعیین حجم نمونه از فرمول زیر استفاده و از اطلاعات مطالعه فرحبخش و دهقانی (۱۳۹۵) استفاده می شود.

$$n = ((z_{(1-\alpha/2)} + z_{(1-\beta)})^2 \sigma^2) / (\mu_1 - \mu_0)^2 = ((1.96 + 0.84)^2 \cdot 17.77^2) / (52 - 40.87)^2 = 20$$

که در آن احتمال خطای نوع اول توان آزمون نمونه کنترل و آزمایش ۲۰ نفر است اما به دلیل احتمال ریزش آزمودنی ها تعداد ۳۰ تن از افراد داوطلب انتخاب میشوند تا در صورت انصراف یا از بین رفتن آزمودنی ادامه روند پژوهش با مشکل رو به رو نشود

نمونه گیری به صورت در دسترس انجام می شود.

روش جمع آوری داده ها

این برنامه شامل مجموعه ای از روش ها و تمرینات است که اهم این روش ها شامل تمرکز و مراقبه و تمرین کنترل افکار و احساسات و مواردی از این قبیل است. این برنامه را کرین در سال ۲۰۰۹ طراحی کرده و پورحسین در سال ۱۳۸۸ اجرا کرده است همچنین توسط دانشمندان و تحقیقات بسیار دیگری نیز برنامه مورد استفاده قرار گرفته است. این برنامه با توجه به نیازهای والدین کودکان کم شنوا تغییراتی داده خواهد شد و مناسب این گروه تدوین میشود.

همچنین کریستین ولف در سال ۲۰۱۵ در کتاب خود برنامه جامع جلسه به جلسه برای بالینگران برای اجرای ذهن آگاهی را آورده است در این پژوهش با استفاده از تمرینات رسمی و غیررسمی بیان شده توسط وی به آموزش ذهن آگاهی پرداخته می شود تمرین رسمی آن چیزی است که به طور سنتی به عنوان مدیتیشن شناخته می شود و مستلزم کنار گذاشتن زمانی است که در آن هیچ کار نکنیم به جز مدیتیشن و اسکن بدن. یک تمرین رسمی می تواند یک دقیقه تا چندین ساعت طول بکشد و به طور نشسته ایستاده دراز کشیده و در حال راه رفتن می توان انجام داد تمرین غیر رسمی زمانی است که ذهن آگاهی به طور کامل در زندگی روزمره جاری می شود و تمرکز در لحظه حال و هوشیاری نسبت به هیجانات و افکار تجربه می شود.

برنامه ساختار یافته ای از تکالیف خانگی که شامل ۴۵ دقیقه تمرین روزانه، تمرینهای رسمی و در برخی روزها تمرینهای غیر رسمی ذهن آگاهی است و گاهی فرد به ثبت مشاهدات خود از تجارب روزانه اش میپردازد. بسیاری از برنامه ها شامل یک روز تمرین هدایت شده ذهن آگاهی در هفته هستند که در طی آن روز حس ماندگاری از تمرین ذهن آگاهی را تجربه میکنند. تأکید کلی در نیمه اول برنامه، بر فراگیری عدم توجه به تجارب درونی است و اینکه آنچه را در برنامه رخ میدهد، مشاهده کنند.

آموزشهای آرایه شده برای هر شرکت کننده از طریق آرایه رهنمودهای جلسه به جلسه و ضبط جلسات آموزشی، مرور تمرینهای ذهن آگاهی در منزل هدایت و پشتیبانی میشود (کرین، ۲۰۰۹)

این برنامه ی ۸ هفته ای و هر جلسه ۴۵ دقیقه است که افراد در آن در معرض آموزش فشرده ی هشیاری و تمرین آن میپردازند و با استفاده از فنون نیرومند هشیاری و یوگا منابع درد و رنج و اضطراب و مشکلات خود را التیام میبخشند

اثر بخشی برنامه ذهن آگاهی از راه دور بر روی سلامت روان و روابط والد فرزندی مادران دارای کودک ناشنوای ۳ تا ۶ ساله

طرح اولیه جلسات درمانی

جلسه اول: آشنایی

تکالیف جلسه: هدایت خودکار؛ تعیین اصول و قواعد دوره و مرزهای آن؛ شرکت کننده خود را معرفی میکند (درباره آنچه که او را به شرکت در مداخله ترغیب کرده و آنچه از فرآیند مداخله میخواهد صحبت میکنند) تمرینهای جلسه: خوردن یک کشمش همراه با ذهن آگاهی، تامل واریسی بدنی. تمرین خانگی: یک تامل واریسی بدنی ۴۵ دقیقه ای. معطوف کردن توجه به فعالیت روزمرهای همچون دوش گرفتن در هر روز خوردن یک وعده غذا در طول یک هفته توام با حالت ذهن آگاهی.

جلسه دوم: مقابله با موانع

تمرینات جلسه: تامل واریسی بدنی، ده دقیقه تنفس با ذهن آگاهی، معطوف کردن توجه به یک فعالیت روزمره به شیوه ای متفاوت ثبت گزارش روزانه از تجربه یک رویداد خوشایند.

جلسه سوم: ذهن آگاهی بر روی تنفس (و بر بدن در زمان حرکت)

انجام تامل در وضعیت نشسته متمرکز بر آگاهی از تنفس و بدن. این تمرینها میتوانند با یک تمرین کوتاه ذهن آگاهی دیداری یا شنیداری آغاز شوند. سه دقیقه فضای تنفس. تکالیف جلسه: شناسایی و ثبت تقویم تجربه های خوشایند - یا ثبت تجربه های ناخوشایند که در هفته چهارم مورد کاوش قرار میگیرد. تمرین خانگی: تمرین تنفس و کشش در روزهای اول، سوم و پنجم هفته، تمرین حرکت با حالت ذهن آگاهانه در روزهای دوم، چهارم، ششم یک هفته. ثبت گزارشی از تجربه یک رویداد ناخوشایند. انجام تمرین سه دقیقه فضای تنفس سه بار در هر روز

جلسه چهارم: ماندن در زمان حال

تمرین های جلسه: پنج دقیقه حضور ذهن دیداری یا شنیداری
تامل در وضعیت نشسته (آگاهی از تنفس، بدن، اصوات، افکار و آگاهی های بدون جهت گیری خاص)
فضای سه دقیقه ای تنفس - معرفی این روش به عنوان راهبردی مقابله ای برای استفاده در زمانهایی که شرایط احساسات دشواری را بر میانگیزاند، راه رفتن با حالت حضور ذهن. تکالیف جلسه: شناسایی آن چه تجربه های ناخوشایند محسوب میشوند. تعریف قلمرو افسردگی - یا حوزه دیگری که مشکل اعضا میباشد مانند خستگی مزمن، استرس و....
تمرین خانگی: تامل در وضعیت نشسته فضای سه دقیقه ای تنفس - طبق روال قاعدهای (سه بار در یک روز)
فضای سه دقیقه ای تنفس - به عنوان راهبردی مقابله ای (در زمانهای تجربه احساسات ناخوشایند)

جلسه پنجم: پذیرش و اجازه / مجوز حضور

تمرینهای جلسه: تامل در وضعیت نشسته - آگاهی از تنفس و بدن؛ تاکید بر چگونگی واکنشدهی به افکار، احساسات و حس های بدنی ایجاد شده؛ معرفی یک حالت دشوار در تمرین و کاوش اثراتش بر روی بدن و ذهن و سه دقیقه فضای تنفس. تکالیف جلسه: خواندن شعر میهمان خانه اثر مولانا و شناسایی مضمون آن در جلسه، تمرین بر روی کاوش الگوهای عادی واکنش و کاربرد بالقوه مهارت های حضور ذهن برای تسهیل پاسخ دهی بیشتر به تجربه زمان حال. تمرین خانگی: تامل در وضعیت نشسته سه دقیقه فضای تنفس - طبق روال قاعده ای (سه بار در هر روز) سه دقیقه فضای تنفس - به عنوان راهبرد مقابله ای در هر زمانی که شما پی به وجود احساسات ناخوشایند بردید)

جلسه ششم: فکرها نه حقایق

تمرین های جلسه: تامل در وضعیت نشسته - آگاهی از تنفس و بدن - به اضافه معرفی مشکل مربوط به تمرین و پی بردن به اثراتش بر روی بدن و ذهن سه دقیقه فضای تنفس
تکالیف جلسه: تمرین خلق ها، افکار و دیدگاهی جایگزین
مشخص کردن نشانه های برای عود که ممکن است برای هر فرد متفاوت باشد و برنامه ای عملی برای مقابله با آن، آماده کردن شرکت کنندگان برای پایان دوره.
تمرین خانگی: ۴۰ دقیقه انجام تمرین روزانه - کار کردن با ترکیب متفاوتی از سه تمرین اصلی؛ آگاهیابی با به کارگیری دامنه ای از تمرین های کوتاهتر، آگاهی یابی از طریق انجام تمرین با و بدون استفاده از سه دقیقه فضای تنفس-طبق روال قاعده ای (سه بار در هر روز)
سه دقیقه فضای تنفس-به عنوان راهبردی مقابله ای (در زمان تجربه احساسات ناخوشایند) و به عنوان اولین گام در توسعه نگرشی گسترده تر در ارتباط با افکار، بازگشایی در به سوی فکر، تعمق و کار بیشتر بر برنامه عملی پیشگیری از عود شخصی.

جلسه هفتم: چگونه میتوانیم به بهترین شکل از خود مراقبت کنیم؟

تمرین های جلسه: تامل در وضعیت نشسته - آگاهی از تنفس، بدن، اصوات، افکار و هیجان ها، سه دقیقه فضای تنفس و طرح مشکلی که درانجام تکلیف به وجود آمده و پی بردن به اثرات آن بر بدن و ذهن.
تکالیف جلسه: پی بردن به روابط بین فعالیت و خلق آماده کردن فهرستی از فعالیت های روزانه و تعیین اینکه کدامیک کسالت آور یا روحیه بخش است و کدامیک حسی از تسلط یا لذت را در فرد ایجاد میکند. شناسایی نشانگان عود و توسعه راه کارهایی برای مقابله با تهدید به عود/بازگشت مجدد.
تمرین خانگی: گزینش الگویی از تمامی انواع مختلف تمرین ها که بتوان پس از پایان برنامه آن را ادامه داد. فضای تنفس - بر طبق روال قاعده های و به عنوان راهبردی مقابله ای؛ پس از تمرین کشف راهی برای بازگشایی دری به انجام عمل ماهرانه، توسعه سامانه هشدار دهنده اولیه برای تشخیص عود، توسعه برنامه عملی که بتوان در مواجهه با پایین آمدن خلق از آن استفاده کرد.

جلسه هشتم: استفاده از آموخته ها برای کنار آمدن با وضعیت های خلقی در آینده تمرین های جلسه: تامل

وارسی بدنی به پایان رساندن تامل

تکالیف جلسه: مروری بر سامانه های هشدار اولیه و برنامه های عملی که برای استفاده در زمان هایی که خطر عود بالاست توسعه داده شده اند.

اثر بخشی برنامه ذهن آگاهی از راه دور بر روی سلامت روان و روابط والد فرزندی مادران دارای کودک ناشنوای ۳ تا ۶ ساله

مروری بر کل آنچه در دوره گذشت - چه چیزهایی در زندگیتان بیشترین ارزش را برایتان داشت که انجام این تمرین ها توانست به شما در رسیدن به آنها کمک کند؟ بحث درباره چگونگی حفظ نیروی حرکتی که در تمرین های رسمیو غیر رسمی توسعه داده شد. ارائه پرسشنامه هایی به شرکت کنندگان برای انعکاس نظرات خود درباره دوره تمرین خانگی: انتخاب برنامه ای برای تمرین خانگی که بتوان آن را تا ماه بعد ادامه داد.

جلسات ۸ جلسه است اما همچنین ۸ جلسه ی فرعی جبرانی برای مرور مطالب و جلوگیری از عقب افتادن والدین برای دسترسی به محتوا در بین هر جلسه برای مادرانی که احساس نیاز به تمرین بیشتر میکنند و یا در جلسه قبل غایب بوده اند اضافه میشود.

ابزارها

پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک شامل سن و جنس و محل سکونت، تعداد فرزندان ، مدت ازدواج، مدت زمان کم شنوایی کودک و نحوه تشخیص، وجود بیماری زمینه ای یا ارثی در خانواده است.

پرسشنامه استاندارد سلامت روانی کیز^{۱۴} (۲۰۰۲) فرم کوتاه (۱۴ سوالی)

پرسشنامه استاندارد سلامت روانی کیز (۲۰۰۲)، از فرم بلند پیوستار سلامت روان مشتق شد و شامل ۱۴ سوالات و ۳ مولفه می باشد. طراحی شده است و بر اساس طیف شش گزینه ای لیکرت با سوالاتی مانند (این احساس که کار یا چیز مهمی برای عرضه کردن به جامعه دارید.) به سنجش سلامت روانی می پردازد.

در این پرسشنامه ۳ مقیاس (خوشحالی، علاقمندی به زندگی و رضایت) برای نشان دادن احساسات و هیجانات (بهزیستی هیجانی)، ۶ آیتم (پذیرش خود، چیرگی بر مسئولیت ها در محیط، روابط مثبت با دیگران، رشد شخصی، خودمختاری، هدفمندی در زندگی) برای سنجیدن سلامت روانی و ۵ آیتم (مشارکت و کمک در اجتماع، انسجام با جامعه، شکوفایی اجتماعی، پذیرش اجتماعی و توجه و درک اجتماعی) جهت نشان دادن سلامت اجتماعی انتخاب شدند. حداقل امتیاز ممکن ۱۴ و حداکثر ۸۴ خواهد بود.

نمره بین ۱۴ تا ۲۸: میزان سلامت روانی در حد پایینی می باشد.

نمره بین ۲۸ تا ۵۶: میزان سلامت روانی در حد متوسطی می باشد.

نمره بالاتر از ۵۶: میزان سلامت روانی در حد بالایی می باشد.

روایی و پایایی پرسشنامه

روایی ابزار جمع آوری داده ها

اعتبار یا روایی با این مسئله سر و کار دارد که یک ابزار اندازه گیری تا چه حد چیزی را اندازه می گیرد که ما فکر می کنیم (سرمد و همکاران، ۱۳۹۰). در این پژوهش روایی پرسشنامه در پژوهش (بد خلیلی ورنکشی ، ۱۳۹۴) سنجیده شده است.

پایایی ابزارهای جمع آوری داده ها

قابلیت اعتماد یا پایایی یک ابزار عبارت است از درجه ثبات آن در اندازه گیری هر آنچه اندازه می گیرد یعنی اینکه ابزار اندازه گیری در شرایط یکسان تا چه اندازه نتایج یکسانی به دست می دهد (سرمد و همکاران، ۱۳۹۰). ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شده در پژوهش (خلیلی ورنکشی، ۱۳۹۴) برای این پرسشنامه بالای ۰/۷ برآورد شد.

پرسشنامه روابط والد و کودک پیانتا ۲۰۱۱:

این پرسشنامه دارای ۳۳ سوال در ۴ مولفه است. و نمره گذاری آن براساس مقیاس ۵ درجه ای لیکرت (نمره ۵ برای قطعاً صدق می کند و نمره ۱ برای قطعاً صدق نمی کند) صورت می پذیرد. مقیاس توسط پیانتا برای اولین بار در سال ۱۳۹۴ ساخته شد و شامل ۳۳ ماده است که ادراک والدین را در مورد رابطه خود با کودکشان را مورد سنجش قرار می دهد. این پرسشنامه توسط طهماسبیان و خرم آبادی (۱۳۸۶) ترجمه و روایی محتوی آن نیز توسط متخصصان ارزیابی شد (ابارشی، ۱۳۸۸). این مقیاس شامل حوزه های تعارض (۱۷ ماده)، صمیمیت (۱۰ ماده)، وابستگی (۶ ماده)، و رابطه مثبت کلی (مجموع تمام حوزه ها) می باشد (عابدی شاپور آبادی و همکاران، ۱۳۹۱). تعارض جنبه های منفی رابطه مانند کشمکش با یکدیگر، عصبانی شدن نسبت به یکدیگر، نافرمانی و عدم پذیرش مهار و غیر قابل پیش بینی بودن را در بر می گیرد (خدانهای و همکاران، ۱۳۹۱). صمیمیت به میزانی که والدین رابطه ی خود را با فرزندشان گرم، عاطفی و راحت برداشت می کنند، اطلاق می شود (دیسکرول^{۱۵} و پیانتا^{۱۶}، ۲۰۱۱). وابستگی، میزان وابستگی ناپهنجار مادر و کودک را مورد ارزیابی قرار می دهد (خدانهای و همکاران، ۱۳۹۱). رابطه مثبت کلی نیز بر روابط نزدیک و صمیمی والد- کودک تاکید دارد. مقیاس رابطه والد- کودک یک پرسشنامه ی خود گزارش دهی است و نمره گذاری آن براساس مقیاس ۵ درجه ای لیکرت (نمره ۵ برای قطعاً صدق می کند و نمره ۱ برای قطعاً صدق نمی کند) صورت می پذیرد. برای به دست آوردن نمره ی رابطه مثبت کلی در این مقیاس، می بایست نمرات سوالات حوزه های تعارض و وابستگی معکوس شوند (ابارشی، ۱۳۸۸). نمره ی بالا در هر یک از خرده مقیاس ها نشانگر وجود بیشتر مولفه های یاد شده است. شیوه نمره گذاری بر پایه مقایسه نمرات پیش آزمون با پس آزمون و معنادار بودن این تفاوت انجام می شود. این مقیاس برای سنجش رابطه والد- کودک در تمام سنین استفاده شده است (عابدی شاپورآبادی و همکاران، ۱۳۹۱). هر کدام از حوزه های تعارض، صمیمیت، وابستگی و رابطه مثبت کلی به ترتیب با آلفای کرونباخ ۰/۸۴، ۰/۶۹، ۰/۴۶ و ۰/۸۰ مشخص شدند (ابارشی، ۱۳۸۸). درپسکول و پیانتا (۲۰۱۱) در پژوهشی آلفای کرونباخ این پرسشنامه را در هر یک از مولفه های تعارض، نزدیکی، وابستگی و رابطه مثبت کلی به ترتیب ۰/۷۴، ۰/۶۹ و ۰/۸۰ گزارش کرده اند.

پس از اخذ مجوز های لازم نمونه از بین جامعه ی هدف انتخاب میشود. به اینصورت که محقق توسط ادمینها در گروه آنلاین والدین عضو خواهد شد و با ارسال پوسترهایی درمورد تحقیق و توضیحاتی به والدین علاقمند درخواست میکند داوطلبان به او پیام دهند و سپس گروهی مجزا برای داوطلبان شرکت در این تحقیق ایجاد خواهد شد. برای این منظور از نمونه گیری در دسترس استفاده خواهد شد سپس مراحل زیر به اجرا در خواهد آمد.

مرحله ی اول ابتدا تمامی داوطلبینی که تمایل به شرکت دارند و از شرایط ورود به آزمون برخوردارند انتخاب میشوند و فرم رضایت آگاهانه را پر میکنند. والدین بصورت تصادفی با فایل تصادفی سازی شده به دو گروه کنترل و مداخله تقسیم میشوند تقسیم به دو گروه کنترل و مداخله به صورت تصاو گروه مجازی برای ارتباط یا آنها تشکیل میشود. در دسترس خواهد بود که به هر دو پرسشنامه های اولیه دموگرافیک داده میشود.

¹⁵ Driscoll

¹⁶ Pianta

اثر بخشی برنامه ذهن آگاهی از راه دور بر روی سلامت روان و روابط والد فرزندی مادران دارای کودک ناشنوای ۳ تا ۶ ساله

در مرحله ی بعد جلسات ذهن آگاهی به ترتیب و میزانی که گفته شد برای گروه آزمایش برگزار میگردد و گروه کنترل با مطالب غیر مربوط به حوزه ی پژوهش ولی در حیطه روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی مواجه میشوند و در مرحله ی سوم پس از ثبت دوباره ی نتایج پرسشنامه ها نتایج جلسات ذهن آگاهی نیز ثبت و مقایسه می شود. در نهایت با استفاده از نمودار های مقایسه ای بین پیش آزمون و پس آزمون به آزمودنی ها نتایج پژوهش هارا بدون اسم و مشخصات محرمانه و صرفا برای آگاهی از نتایج جلسات ذهن آگاهی نشان خواهیم داد و توضیحات مربوط به معناداری یا عدم معناداری رابرایشان به صورت قابل درک در فضای مجازی مربوط به پژوهش بیان خواهیم کرد.

معیارهای ورود افراد به پژوهش:

-فارسی زبان و قادر به خواندن و نوشتن فارسی باشند

-شنوا باشند

-دارای کودک کم شنوای متوسط،شدید و عمیق (براساس پرسشنامه ی اولیه ای که مادر پر میکند)

- فرزندشان در محدوده ی سنی ۳ تا ۶ سال

-فرزندشان دارای سمعک یا کاشت حلزون یا هردو (بر اساس پرونده مرکز یا اظهار والدین)

-عدم وجود مشکلات رفتاری حاد(براساس پرسشنامه ای که مادر پر میکند)

-عدم وجود اختلال جسمی و رشدی در کودک به غیر از کم شنوایی

معیارهای خروج افراد به پژوهش:

-غیبت بیش از دو جلسه

-عدم تمایل به شرکت در برنامه

روش تجزیه و تحلیل داده ها

برای بیان داده های کیفی از فراوانی درصد و برای داده های کمی از $mean \pm SD$ استفاده می شود. برای مقایسه متغیرهای کیفی در بین گروه ها (مداخله/کنترل) آزمون کای دو یا آزمون دقیق فیشر و برای مقایسه متغیرهای کمی در بین گروه ها آزمون t-test یا من ویتنی مورد استفاده قرار می گیرد. برای بررسی نمره پیش آزمون و پس آزمون از آنالیز کواریانس استفاده می شود. برای بررسی نرمال بودن متغیرها از آزمون شاپیرووویلک استفاده می شود. سطح معنی داری ۰/۰۵ در نظر گرفته می شود. برای تجزیه و تحلیل داده ها از نرم افزار SPSS ورژن ۲۵ استفاده می شود.

تجزیه و تحلیل توصیفی داده ها

جدول ۱: شاخص های توصیفی متغیر برنامه ذهن آگاهی بهبود سلامت روان و روابط والد فرزندی مادران کودکان

متغیر	گروه	مرحله	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد
برنامه ذهن آگاهی	آزمایش	پیش آزمون	۲۵	۳۹/۵۳	۰/۸۹
		پس آزمون	۲۵	۴۱/۴۳	۱/۰۰۶
	کنترل	پیش آزمون	۲۵	۳۹/۷۰	۰/۷۴

۰/۷۵	۳۹/۷۱	۲۵	پس آزمون	آزمایش	سلامت روانی
۱/۲۵	۳۹/۷۶	۲۵	پیش آزمون		
۱/۰۴	۴۱/۰۶	۲۵	پس آزمون		
۱/۱۱	۳۹/۹۳	۲۵	پیش آزمون		
۱/۲۰	۴۰/۰۶	۲۵	پس آزمون	کنترل	روابط والد فرزند و مادران
۱/۴۴	۷۹/۳۰	۲۵	پیش آزمون		
۱/۶۳	۸۲/۵	۲۵	پس آزمون		
۱/۳۲	۷۹/۶۳	۲۵	پیش آزمون		
۱/۵۴	۷۹/۷۶	۲۵	پس آزمون	کنترل	

همان طور که جدول ۱ نشان می دهد، میانگین و انحراف معیار برنامه ذهن آگاهی در گروه آزمایش در قبل از استفاده از برنامه ۳۹/۵۳±۰/۸۹ و در بعد از استفاده از ۴۱/۴۳±۱/۰۶ و میانگین و انحراف معیار سلامت روان در قبل از استفاده از برنامه ذهن آگاهی ۳۹/۷۶±۱/۲۵ و در بعد از استفاده از برنامه ذهن آگاهی ۴۱/۰۶±۱/۰۴ میانگین و انحراف معیار روابط والد فرزند و مادران در قبل از استفاده از برنامه ذهن آگاهی ۷۹/۳۰±۱/۴۳ و در بعد از استفاده از برنامه ذهن آگاهی ۸۲/۵±۱/۶۳ میانگین می باشد که بیانگر تأثیر استفاده از برنامه ذهن آگاهی بر سلامت روان و روابط والد فرزند و مادران است.

جدول ۲ شاخص های توصیفی متغیر سلامت روان و روابط والد فرزند و مولفه های آن در قبل و بعد از استفاده از برنامه ذهن آگاهی

متغیر	گروه	مرحله	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد
بهزیستی هیجانی	آزمایش	پیش آزمون	۲۵	۲۵/۹۳	۰/۹۸
		پس آزمون	۲۵	۲۸/۱۶	۰/۶۴
	کنترل	پیش آزمون	۲۵	۲۵/۸۳	۰/۹۷
		پس آزمون	۲۵	۲۵/۹۳	۰/۹۸
سلامت روانی	آزمایش	پیش آزمون	۲۵	۲۲/۴۷	۱/۵۲
		پس آزمون	۲۵	۲۵/۷۶	۰/۷۷
	کنترل	پیش آزمون	۲۵	۲۲/۴۳	۱/۵۶
		پس آزمون	۲۵	۲۲/۴۴	۱/۵۷
سلامت اجتماعی	آزمایش	پیش آزمون	۲۵	۲۲/۷۷	۰/۷۷
		پس آزمون	۲۵	۲۵/۱۷	۰/۷۴
	کنترل	پیش آزمون	۲۵	۲۲/۸۳	۰/۷۹
		پس آزمون	۲۵	۲۲/۷۶	۰/۷۷
بهبود تعارضات	آزمایش	پیش آزمون	۲۵	۲۳/۷۶	۱/۴۵
		پس آزمون	۲۵	۲۳/۲۰	۱/۶۲
	کنترل	پیش آزمون	۲۵	۳۳	۱/۷۲

اثر بخشی برنامه ذهن آگاهی از راه دور بر روی سلامت روان و روابط والد فرزندی مادران دارای کودک ناشنوای ۳ تا ۶ ساله

۱/۱۰	۲۳/۵۷	۲۵	پس آزمون	
۲/۷۵	۹۵/۳۳	۲۵	پیش آزمون	آزمایش
۲/۱۸	۱۱۲/۱۰	۲۵	پس آزمون	
۲/۶۳	۹۴/۲۰	۲۵	پیش آزمون	کنترل
۲/۳۵	۹۴/۷۰	۲۵	پس آزمون	
۰/۷۴	۲۲/۷۶	۲۵	پیش آزمون	آزمایش
۰/۷۸	۲۵/۱۵	۲۵	پس آزمون	
۰/۸۰	۲۲/۸۵	۲۵	پیش آزمون	کنترل
۰/۷۷	۲۲/۷۶	۲۵	پس آزمون	
۱/۴۳	۲۴/۷۶	۲۵	پیش آزمون	آزمایش
۱/۶۲	۲۴/۲۰	۲۵	پس آزمون	
۱/۷۰	۳۳	۲۵	پیش آزمون	کنترل
۱/۲۱	۲۳/۵۷	۲۵	پس آزمون	

میزان صمیمیت

بهبود وابستگی

بهبود رابطه

همان طور که جدول ۲ نشان می دهد، میانگین و انحراف معیار بهزیستی هیجانی در گروه آزمایش در قبل از استفاده از برنامه ذهن آگاهی برابر $98/99 \pm 25/93$ و در بعد از استفاده از برنامه ذهن آگاهی $106/16 \pm 28/16$ و میانگین و انحراف معیار سلامت روانی در قبل از استفاده از ذهن آگاهی $112/10 \pm 22/47$ در بعد از استفاده از برنامه ذهن آگاهی $112/10 \pm 22/47$ و میانگین و انحراف معیار سلامت اجتماعی در قبل از استفاده از برنامه ذهن آگاهی $112/10 \pm 22/47$ و در بعد از استفاده از برنامه ذهن آگاهی $112/10 \pm 22/47$ و میانگین و انحراف معیار بهبود تعارضات در قبل از استفاده از برنامه ذهن آگاهی برابر $112/10 \pm 22/47$ و در بعد از استفاده از برنامه ذهن آگاهی برابر $112/10 \pm 22/47$ و میانگین و انحراف معیار میزان صمیمیت در قبل از استفاده از برنامه ذهن آگاهی برابر $112/10 \pm 22/47$ و در بعد از استفاده از برنامه ذهن آگاهی برابر $112/10 \pm 22/47$ و میانگین و انحراف معیار بهبود وابستگی در قبل از استفاده از برنامه ذهن آگاهی برابر $112/10 \pm 22/47$ و در بعد از استفاده از برنامه ذهن آگاهی برابر $112/10 \pm 22/47$ و میانگین و انحراف معیار بهبود رابطه در قبل از استفاده از برنامه ذهن آگاهی برابر $112/10 \pm 22/47$ و در بعد از استفاده از برنامه ذهن آگاهی برابر $112/10 \pm 22/47$ می باشد که بیانگر تأثیر استفاده از ذهن آگاهی بر سلامت روان و روابط والد فرزند مادری است.

بررسی مفروضه های تحلیل کواریانس جهت انجام تحلیل کواریانس

۱. نرمال بودن توزیع داده ها (آزمون کولموگروف - اسمیرنوف)

بسیاری از آزمون های آماری از جمله آزمون های پارامتریک بر مبنای نرمال بودن توزیع داده ها بنا نهاده شده اند و با این پیش فرض به کار می روند که توزیع داده ها در یک جامعه یا در سطح نمونه های انتخاب شده از جامعه مذکور از توزیع نرمال پیروی نماید. بنابراین تحلیلگر لازم است تا قبل از پرداختن به تحلیل های آماری بررسی متغیرها، نوع توزیع آن متغیرها را بداند. با آزمون کولموگروف - اسمیرنوف میتوان به این مهم دست یافت. فرضیه صفر در آزمون کولموگروف - اسمیرنوف عبارت است از پیروی داده ها از توزیع نرمال و فرضیه مقابل آن عبارت است از عدم پیروی داده ها از توزیع نرمال.

جدول ۳: نتایج آزمون نرمال بودن متغیرهای تحقیق

متغیر	گروه	مرحله	تعداد	آماره z	سطح معنی - داری (Sig)	نتایج آزمون
بهزیستی هیجانی	کنترل	پیش آزمون	۲۵	۰/۰۵۳	۱/۲۸	توزیع داده‌ها نرمال است
		پس آزمون	۲۵	۰/۹۵	۰/۳۲	توزیع داده‌ها نرمال است
	آزمایش	پیش آزمون	۲۵	۰/۱۰	۰/۲۰	توزیع داده‌ها نرمال است
		پس آزمون	۲۵	۰/۰۵۹	۱/۳۲	توزیع داده‌ها نرمال است
سلامت روانی	کنترل	پیش آزمون	۲۵	۰/۹۵	۰/۲۱	توزیع داده‌ها نرمال است
		پس آزمون	۲۵	۰/۱۲	۰/۲۰	توزیع داده‌ها نرمال است
	آزمایش	پیش آزمون	۲۵	۰/۱۱	۰/۲۰	توزیع داده‌ها نرمال است
		پس آزمون	۲۵	۰/۹۳	۰/۰۷	توزیع داده‌ها نرمال است
سلامت اجتماعی	کنترل	پیش آزمون	۲۵	۰/۹۴۲	۰/۳۳۷	توزیع داده‌ها نرمال است
		پس آزمون	۲۵	۰/۷۷۵	۰/۵۸۵	توزیع داده‌ها نرمال است
	آزمایش	پیش آزمون	۲۵	۱/۳۵۱	۰/۰۵۲	توزیع داده‌ها نرمال است
		پس آزمون	۲۵	۱/۱۰۲	۰/۱۷۶	توزیع داده‌ها نرمال است
بهبود تعارضات	کنترل	پیش آزمون	۲۵	۰/۰۶۰	۰/۲۰	توزیع داده‌ها نرمال است
		پس آزمون	۲۵	۰/۹۲۴	۰/۳۶۰	توزیع داده‌ها نرمال است
	آزمایش	پیش آزمون	۲۵	۰/۸۱۰	۰/۵۲۷	توزیع داده‌ها نرمال است
		پس آزمون	۲۵	۰/۰۸	۰/۱۹	توزیع داده‌ها نرمال است
صمیمیت	کنترل	پیش آزمون	۲۵	۰/۸۵۵	۰/۶۴	توزیع داده‌ها نرمال است
		پس آزمون	۲۵	۰/۵۴۲	۰/۴۵۷	توزیع داده‌ها نرمال است
	آزمایش	پیش آزمون	۲۵	۰/۰۸	۰/۹۳۱	توزیع داده‌ها نرمال است
		پس آزمون	۲۵	۰/۰۳۰۶	۱/۲۳	توزیع داده‌ها نرمال است
بهبود وابستگی	کنترل	پیش آزمون	۲۵	۰/۹۶	۰/۱۴	توزیع داده‌ها نرمال است
		پس آزمون	۲۵	۱/۱۰	۰/۱۷	توزیع داده‌ها نرمال است
	آزمایش	پیش آزمون	۲۵	۰/۰۷	۰/۰۸۸	توزیع داده‌ها نرمال است
		پس آزمون	۲۵	۰/۸۹	۰/۰۶۲	توزیع داده‌ها نرمال است
رابطه مثبت	کنترل	پیش آزمون	۲۵	۰/۹۹	۰/۳۶	توزیع داده‌ها نرمال است
		پس آزمون	۲۵	۰/۳۶	۰/۹۷	توزیع داده‌ها نرمال است

اثر بخشی برنامه ذهن آگاهی از راه دور بر روی سلامت روان و روابط والد فرزندی مادران دارای کودک ناشنوای ۳ تا ۶ ساله

آزمایش	پیش آزمون	۲۵	۰/۲۱	۱/۲۴	توزیع داده‌ها نرمال است
	پس آزمون	۲۵	۰/۵۴	۱/۳۲	توزیع داده‌ها نرمال است

مطابق جدول ۳ همان گونه که ملاحظه می شود در این آزمون، سطوح احتمال (مقدار P) در کلیه متغیرهای تحقیق بزرگتر از سطح خطا ۰.۰۵ می باشد. با توجه به مقدار P و عدم رد فرضیه صفر، توزیع داده ها منطبق بر توزیع نرمال قلمداد می گردد. در نتیجه، در آزمون فرضیات تحقیق از آزمونهای پارامتریک استفاده شده است.

۲. مفروضه برابری واریانس

به طور کلی فرض همگنی واریانس ها به دنبال بررسی این مسأله است که آیا نمونه ها از جامعه هایی با واریانس های مساوی انتخاب شده اند یا نه. هرگاه این فرض برآورده شود، داده های حاصل از این دو نمونه را می توان برای بدست آوردن برآوردی بدون اریب از واریانس جامعه، با یکدیگر ترکیب کرد. جهت بررسی همگن بودن واریانس متغیرهای پژوهشی از آزمون برابری خطای واریانس های لوین استفاده شد. براساس سطح معنی داری (Sig) بدست آمده در این آزمون، می توان در خصوص همگنی یا عدم همگنی واریانس ها قضاوت نمود. بدین طریق که اگر سطح معنی داری (Sig) بدست آمده بزرگتر از ۰.۰۵ باشد، واریانس ها برابرند و بالعکس. بررسی فرض همگنی واریانس ها برای نمونه مورد مطالعه در جدول ۴-۵ ارائه شده است.

جدول ۴: نتایج آزمون لوین در مورد پیش فرض تساوی واریانس های گروه ها در متغیرهای پژوهش شاخص آماری

شاخص آماری	آماره f	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معناداری
بهزیستی هیجانی	۲/۴۰	۱	۴۸	۰/۱۲
سلامت روانی	۳/۷۵	۱	۴۸	۰/۰۵۸
سلامت اجتماعی	۰/۱۶	۱	۴۸	۰/۶۸
بهبود تعارضات	۱/۵۸	۱	۴۸	۰/۲۱
صمیمیت	۱/۴۸	۱	۴۸	۰/۲۲
وابستگی	۰/۷۳	۱	۴۸	۰/۳۹
بهبود رابطه	۲/۵۹	۱	۴۸	۰/۱۱
ارتقا یادگیری	۰/۰۰۳	۱	۴۸	۰/۹۵

با توجه به جدول $F(۴)$ بدست آمده معنی دار نیست. چون میزان سطح معنی داری (Sig) بدست آمده برای تمامی متغیرهای تحقیق بیشتر از ۰.۰۵ بدست آمده است، می توان چنین استنباط کرد که واریانس ها همگن است. بنابراین تساوی واریانسها بر قراراست و اجرای کوواریانس امکانپذیر است.

۳. بررسی رابطه خطی بین متغیرهای تصادفی کمکی و متغیر وابسته



ج: تجزیه و تحلیل استنباطی داده ها

فرضیه اصلی: برنامه ی از راه دور ذهن آگاهی سبب بهبود سلامت روان و روابط والد فرزندی مادران کودکان ناشنوا ۳ تا ۶ ساله ناشنوا میشود.

جدول ۵: نتایج آزمون باکس برای بررسی مفروضه همگنی ماتریس پراکندگی (ماتریس واریانس - کوواریانس)

شاخص آماری	آماره باکس	آماره F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معناداری
گروه ها	۰/۲۵	۰/۸۳	۳	۶۰۵۵۲۰	۰/۹۶

با توجه به مقدار $(F(3, 605520) = 0.83, p = 0.96)$ ، آزمون همگنی ماتریس های پراکندگی معنادار نمی باشد.

جدول ۶: خلاصه اطلاعات تحلیل کواریانس متغیرهای پژوهش در گروه های آزمایش و کنترل برای آزمون اثر متقابل

منبع تغییرات اثر پیلای	مقدار آماره آزمون	مقدار F	درجه آزادی خطا	درجه آزادی فرض	سطح معنی داری
	۰/۹۴	۴۶۵/۲۹	۲	۴۵	۰/۰۰۰
لامبدا-ویلکز	۰/۰۵۶	۴۶۵/۲۹	۲	۴۵	۰/۰۰۰
اثر هوتلینگ	۱۶/۹۲	۴۶۵/۲۹	۲	۴۵	۰/۰۰۰
بزرگترین ریشه روی	۱۶/۹۲	۴۶۵/۲۶	۲	۴۵	۰/۰۰۰

اثر بخشی برنامه ذهن آگاهی از راه دور بر روی سلامت روان و روابط والد فرزندی مادران دارای کودک ناشنوای ۳ تا ۶ ساله

با توجه به داده های جدول ۶ و مقدار آزمون لامبدا ویلکز ($p = .000$, $F(2, 55) = 0.56$) نتیجه می گیریم که فرضیه مشابه بودن میانگین های دو گروه بر اساس متغیرهای وابسته (سلامت روان و روابط والد فرزندی) رد می شود. و تحلیل کوواریانس چند متغیری به طور کلی معنادار است.

جدول ۷: خلاصه تحلیل کواریانس چند متغیری سلامت روان و روابط فرزند والدی در گروه های آزمایش و کنترل

منبع	مجموع مجذور	درجه آزادی	میانگین مجذور	F	سطح معنی داری	بخش ران	توان آماری
پیش آزمون	۱/۲۸	۱	۱/۲۸	۰/۲۴	۰/۶۲	سلامت روان	۰/۰۷
گروه ها	۱۱۲/۷۸	۱	۱۱۲/۷۸	۵۷/۹۳	۰/۰۰۰		۱
خطا	۱۰۹/۰۰۵	۴۶	۱/۹۴				
پیش آزمون	۵/۴۴	۱	۵/۴۴	۱/۰۴	۰/۳۱	روابط والد فرزندی	۰/۱۷
گروه ها	۴۲۰۹/۰۹	۱	۴۲۰۹/۰۹	۸۰۸/۳۵	۰/۰۰۰		۱
خطا	۲۹۱/۵۹	۴۶	۵/۲۰				

همان گونه که در جدول فوق نشان داده شده است، با کنترل پیش آزمون، استفاده از برنامه ذهن آگاهی بر سلامت روان و روابط والد فرزندی در سطح خطای ۰/۰۵ تأثیر معنی داری دارد. بنابراین فرضیه اصلی پژوهش تأیید می شود. فرضیه اول: برنامه ی از راه دور ذهن آگاهی سبب بهبود سلامت روان کودکان ۳ تا ۶ ساله ناشنوا میشود

جدول ۸: نتایج آزمون باکس برای بررسی مفروضه همگنی ماتریس پراکندگی (ماتریس واریانس - کوواریانس)

شاخص آماری	آماره باکس	آماره F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معناداری
گروه ها	۲/۳۴	۰/۷۵	۳	۶۰۵۵۲۰	۰/۵۲

با توجه به مقدار ($p = .۵۲$, $F(3, 55) = 0.75$)، آزمون همگنی ماتریس های پراکندگی معنادار نمی باشد.

جدول ۹: خلاصه اطلاعات تحلیل کواریانس مولفه های سلامت روان در گروه های آزمایش و کنترل برای آزمون اثر متقابل

منبع تغییرات اثر پیلای	مقدار آماره آزمون	مقدار F	درجه آزادی خطا	درجه آزادی فرض	سطح معنی داری	اثر گروه
	۰/۵۸	۳۸/۴۰	۲	۴۵	۰/۰۰۰	
لامبدا-ویلکز	۰/۴۱	۳۸/۴۰	۲	۴۵	۰/۰۰۰	
اثر هوتلینگ	۱/۳۹	۳۸/۴۰	۲	۴۵	۰/۰۰۰	
بزرگترین ریشه روی	۱/۳۹	۳۸/۴۰	۲	۴۵	۰/۰۰۰	

با توجه به داده های جدول ۹، و مقدار آزمون لامبدا-ویلکز ($F(2, 41) = 41/0, p = .000$) نتیجه می گیریم که فرضیه مشابه بودن میانگین های دو گروه بر اساس متغیرهای وابسته مولفه های سلامت روان (بهزیستی هیجانی- سلامت روانی- سلامت اجتماعی) رد می شود. و تحلیل کواریانس چندمتغیری به طور کلی معنادار است.

جدول ۱۰: خلاصه تحلیل کواریانس چند متغیری مولفه های سلامت روان در گروه-های آزمایش و کنترل

منبع		مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری	اندازه اثر	توان آزمون
بهزیستی هیجانی	پیش آزمون	۸/۰۹	۱	۸/۰۹	۰/۷۰	۰/۱۱	۰/۱۷	۰/۱۹
	گروه ها	۴۹/۴۲	۱	۴۹/۴۲	۷۱/۵۲	۰/۰۰۰	۰/۵۶	۱
	خطا	۳۸/۷۰	۴۶	۰/۶۹				
سلامت روان سلامت اجتماعی	پیش آزمون	۲۰/۹۰	۱	۲۰/۹۰	۲/۳۶	۰/۱۶	۰/۲۸	۰/۰۹۶
	گروه ها	۱۷/۰۹	۱	۱۷/۰۹	۱۸/۲۹	۰/۰۰۰	۰/۲۴	۰/۹۸
	پیش آزمون	۱۵/۹۰	۱	۱۵/۹۰	۲/۳۴	۰/۱۵	۰/۲۶	۰/۰۹۶
	گروه ها	۱۷/۰۹	۱	۱۷/۰۹	۱۶/۲۹	۰/۰۰۰	۰/۲۴	۰/۹۸
	خطا	۵۲/۳۳	۴۶	۰/۹۳				

همان گونه که در جدول فوق نشان داده شده است، با کنترل پیش آزمون، استفاده از برنامه ذهن آگاهی بر مولفه های سلامت روان (بهزیستی اجتماعی- سلامت روان- سلامتی اجتماعی) در سطح خطای ۰/۰۵ تأثیر معنی داری دارد. بنابراین فرضیه اول پژوهش تأیید می شود.

فرضیه دوم: برنامه ی از راه دور ذهن آگاهی سبب بهبود روابط والد فرزندی مادران کودکان ناشنوا ۳ تا ۶ ساله ناشنوا میشود

جدول ۱۱: نتایج آزمون باکس برای بررسی مفروضه همگنی ماتریس پراکندگی (ماتریس واریانس-کواریانس)

شاخص آماری	آماره باکس	آماره F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معناداری
گروه ها	۱/۳۸	۲/۹	۱۰	۱۶۰۸۲/۸۶	۰/۱۲

با توجه به مقدار ($F(10, 16082/86) = 9/2, p = .12$)، آزمون همگنی ماتریس های پراکندگی معنادار نمی باشد.

جدول ۱۲: خلاصه اطلاعات تحلیل کواریانس مولفه های بهبود روابط والد فرزندی در گروه های آزمایش

و کنترل برای آزمون اثر متقابل

	منبع تغییرات	مقدار آماره آزمون	مقدار F	درجه آزادی خطا	درجه آزادی فرض	سطح معنی داری
اثر پیلای لامبدا-ویلکز اثر هوتلینگ	۰/۹۵	۲۴۴/۹۳	۴	۴۱	۰/۰۰۰	
	۰/۰۴	۲۴۴/۹۳	۴	۴۱	۰/۰۰۰	
	۱۹/۲۱	۲۴۴/۹۳	۴	۴۱	۰/۰۰۰	
	بزرگترین ریشه روی	۱۹/۲۱	۲۴۴/۹۳	۴	۴۱	۰/۰۰۰

اثر بخشی برنامه ذهن آگاهی از راه دور بر روی سلامت روان و روابط والد فرزندی مادران دارای کودک ناشنوا ۳ تا ۶ ساله

با توجه به داده های جدول ۱۲، و مقدار آزمون لامبدا-ویلکز ($p = .000$, $F(4,51) = 04/0$) نتیجه می گیریم که فرضیه مشابه بودن میانگین های دو گروه بر اساس متغیرهای وابسته (مولفه های روابط والد فرزندی (بهبود تعارضات- صمیمیت- وابستگی- رابطه مثبت) رد می شود. و تحلیل کواریانس چندمتغیری به طور کلی معنادار است.

منبع		مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری	اندازه اثر	توان آزمون
بهبود تعارضات	پیش آزمون	۰/۱۳	۱	۰/۱۳	۰/۱۹	۰/۶۵	۰/۱۹	۰/۰۷
	گروه ها	۷۵/۵	۱	۷۵/۵	۱۱۱/۷۴	۰/۰۰۰	۰/۶۷	۱
	خطا	۳۶/۴۸	۴۴	۰/۶۷				
میزان صمیمیت	پیش آزمون	۰/۶۱	۱	۰/۶۱	۰/۵۹	۰/۴۴	۰/۱۱	۰/۱۱
	گروه ها	۱۵۵/۷۶	۱	۱۵۵/۷۶	۱۵۰/۸۷	۰/۰۰۰	۰/۷۳	۱
	خطا	۵۵/۷۲	۴۴	۱/۰۳				
وابستگی مادران	پیش آزمون	۰/۰۸۵	۱	۰/۰۸۵	۰/۱۴	۰/۷۰	۰/۱۴	۰/۰۶۷
	گروه ها	۸۸/۲۷	۱	۸۸/۲۷	۱۵۵/۲۴	۰/۰۰۰	۰/۷۴	۱
	خطا	۳۰/۷۰	۴۴	۰/۵۶				
رابطه مثبت	پیش آزمون	۰/۰۸۸	۱	۰/۰۸۸	۰/۰۴	۰/۸۴	۰/۰۴	۰/۰۵۴
	گروه ها	۱۲۸۸/۸۵	۱	۱۲۸۸/۸۵	۵۸۷/۷۱	۰/۰۰۰	۰/۹۱	۰/۱۱
	خطا	۱۱۸/۴۲	۴۴	۲/۱۹				

همان گونه که در جدول فوق نشان داده شده است، با کنترل پیش آزمون، استفاده از برنامه ذهن آگاهی بر مولفه های روابط والد فرزندی (بهبود تعارضات- صمیمیت- وابستگی- رابطه مثبت) در سطح خطای ۰/۰۵ تأثیر معنی داری دارد. بنابراین فرضیه دوم پژوهش تأیید می شود. به بیانی دیگر استفاده از برنامه ذهن آگاهی بر مولفه های روابط والد فرزندی (بهبود تعارضات- صمیمیت- وابستگی- رابطه مثبت) تأثیر دارد

بحث و نتیجه گیری

فرضیه اصلی: برنامه ی از راه دور ذهن آگاهی سبب بهبود سلامت روان و روابط والد فرزندی مادران کودکان ناشنوا ۳ تا ۶ ساله ناشنوا میشود.

مقدار آزمون لامبدا ویلکز ($p = .000$, $F(2,55) = 056/0$) نتیجه می گیریم که فرضیه مشابه بودن میانگین های دو گروه بر اساس متغیرهای وابسته (سلامت روان و روابط والد فرزندی) رد می شود. و تحلیل کواریانس چند متغیری به طور کلی معنادار است.

با کنترل پیش آزمون، استفاده از برنامه ذهن آگاهی بر سلامت روان و روابط والد فرزندی در سطح خطای ۰/۰۵ تأثیر معنی داری دارد. بنابراین فرضیه اصلی پژوهش تأیید می شود.

فرضیه اول: برنامه ی از راه دور ذهن آگاهی سبب بهبود سلامت روان کودکان ۳ تا ۶ ساله ناشنوا میشود و مقدار آزمون لامبدا-ویلکز ($p = .000$, $F(2,55) = 41.0$) نتیجه می گیریم که فرضیه مشابه بودن میانگین های دو گروه بر اساس متغیرهای وابسته مولفه های سلامت روان (بهزیستی هیجانی- سلامت روانی- سلامت اجتماعی) رد می شود. و تحلیل کواریانس چندمتغیری به طور کلی معنادار است.

با کنترل پیش آزمون، استفاده از برنامه ذهن آگاهی بر مولفه های سلامت روان (بهزیستی اجتماعی- سلامت روان- سلامن اجتماعی) در سطح خطای ۰/۰۵ تأثیر معنی داری دارد. بنابرین فرضیه اول پژوهش تأیید می شود.

فرضیه دوم: برنامه ی از راه دور ذهن آگاهی سبب بهبود روابط والد فرزندی مادران کودکان ناشنوا ۳ تا ۶ ساله ناشنوا میشود و مقدار آزمون لامبدا-ویلکز ($p = .000$, $F(4,51) = 04.0$) نتیجه می گیریم که فرضیه مشابه بودن میانگین های دو گروه بر اساس متغیرهای وابسته (مولفه های روابط والد فرزندی (بهبود تعارضات- صمیمیت- وابستگی- رابطه مثبت) رد می شود. و تحلیل کواریانس چندمتغیری به طور کلی معنادار است.

مرور ادبیات مربوط به روانشناسی و آسیب شناسی نشان میدهد که موضوع تعامل مادر به فرزند از عمدهترین زمینههای مطالعه است. از آنجا که مادر نخستین مراقب کودک است و مراحل اولیه رشد، تأثیر قطعی بر شخصیت انسان دارد، و چون بسیاری از مشکلات روانشناختی ریشه در این تعامل دارند، تعامل بین مادر و فرزند مورد توجه خاص بوده است. وقتی از تعامل سخن میگوییم، منظورمان رابطه متقابلی است که بین والدین و فرزند وجود دارد و اینکه آنها بر یکدیگر اثر میگذارند. با مرور ادبیات رشد و تربیت کودک، معلوم میشود که سالیان مدید، باور مردم و حتی صاحب نظران بر آن بود که کودک موجودی منفعل است و تأثیری بر والدین و اطرافیان خود ندارد. ولی بعدها، یعنی در عصر حاضر، معلوم شد که نه تنها اینطور نیست، بلکه از همان روزها و هفته های نخست، کودک فعال، پویا و اثرگذار است.

منابع

- [1] Baker, D. C., & Bufka, L. F. (2011). Preparing for the telehealth world: Navigating legal, regulatory, reimbursement, and ethical issues in an electronic age. *Professional Psychology: Research and Practice*, 42(6), 405–411.
- [2] Burgoyne, N., & Cohn, A. S. (2020). Lessons from the transition to relational teletherapy during COVID-19. *Family Process*, 59(3), 974-988.
- [3] Crane, R. (2009). *Mindfulness Based Cognitive Therapy*. New York. Routledge press Actaneuro psychiatric. 76-91
- [4] Dehnabi, A., Radsepehr, H., & Foushtanghi, K. (2017). The effect of mindfulness-based stress reduction on social anxiety of the deaf. *Annals of Tropical Medicine and Public Health*, 10(5), 1248.
- [5] Harnett, P. H., & Dawe, S. (2012). The contribution of mindfulness-based therapies for children and families and proposed conceptual integration. *Child and adolescent mental health*, 17(4), 195-208.
- [6] Houston, K. T., Behl, D., & Walters, K. Z. (2012). Using telepractice to improve outcomes for children with hearing loss and their families
- [7] Ivanovski B, Malhi G. (2007). The Psychological and neurophysiological concomitants of mindfulness form meditation.
- [8] Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-Based Interventions in Context: Past, Present, and Future. *Clin Psychology Sci Pract* 10, 144–156. doi: 10.1093/clipsy.bpg016
- [9] Keyes, C. L. M., Wissing, M., Potgieter, J. P., Temane, M., Kruger, A.,
- [10] Koohi, R, Sajedi, F., Movallali, G. , Dann, M. & Soltani, P. (2016). Faranak Parent-Child Mother Goose Program: Impact on Mother-Child Relationship for Mothers of Preschool Hearing Impaired Children. *Iranian Rehabilitation Journal*, 14(4), 201-210.
- [11] Manikavasgar, V., Parker, G., Perich, T. (2010). Mindfulness based cognitive therapy & cognitive behavioral therapy as a treatment for non melancholic depression. *Journal Of Affective Disorders* .30:138-144
- [12] Mirzaee, E., & Shairi, M. R. (2018). Evaluation of effectiveness of mindfulness-based stress reduction model on Positive and Negative Affects and Depression syndrome. *medical journal of mashhad university of medical sciences*, 61(1), 864-876.
- [13] Movallali G., Amiri M., Yousefi-Afrashteh M., Morovatti Z. (2015) Parental Stress and Mental Health in Mothers of Children with Hearing Impairment: The Effectiveness of a Behavioral Training Program , *IOSR Journal of Humanities and Social Science (IOSR-JHSS)*, Vol 20 , Issue 7, VerV, PP 89-95.
- [14] Movallali G., Dousti M., Abedi-Shapourabadi S. (2015) The effectiveness of Positive Parenting Program (Triple P) on Mental Health of Parents of Hearing Impaired Children, *J Appl Environ Biol Sci*, Vol 5 , Issue 5S, PP 286-290
- [15] Razavizadeh Tabadkan, B. B. Z., Jajarmi, M., & Vakili, Y. (2019). The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on ruminative thoughts, perceived stress and difficulties in emotion regulation of women with type 2 diabetes. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 24(4), 370-383.
- [16] Segal, Z. V., Teasdale, J. D., Williams, J. M., & Gemar, M. C. (2002). The mindfulness-based cognitive therapy adherence scale: Inter-rater reliability, adherence to protocol and treatment distinctiveness. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 9(2), 131-138.

- [17] Shearer, A. E., Shen, J., Amr, S., Morton, C. C., & Smith, R. J. (2019). A proposal for comprehensive newborn hearing screening to improve identification of deaf and hard-of-hearing children. *Genetics in Medicine*, 21(11), 2614-2630.
- [18] Wolf, C., & Serpa, J. G. (2015). A clinician's guide to teaching mindfulness: The comprehensive session-by-session program for mental health professionals and health care providers. New Harbinger Publications.
- [19] Yaribakht, M., & Movallali, G. (2020). The Effects of an Early Family-centered Tele-intervention on the Preverbal and Listening Skills of Deaf Children Under tow Years Old. *Iranian Rehabilitation Journal*, 18(2), 1-1.
- [20] 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.

[۲۱] افراسیابی، زینب خاتون، و شیردل، محمود (۱۳۹۵). آموزش از راه دور، پنجمین کنفرانس بین المللی روانشناسی و علوم اجتماعی، تهران

[۲۲] خلیلی ورنکشی، امیر (۱۳۹۴). بررسی ویژگی های روانسنجی پرسشنامه سلامت روانی کیز (فرم کوتاه- ۱۴ گویه ای) و رابطه آن با پرسشنامه شادکامی، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران مرکزی

[۲۳] سرمد، زهره؛ حجازی، الهه؛ بازرگان، عباس (۱۳۹۰). روش تحقیق در علوم رفتاری، انتشارات آگاه.

[۲۴] طهماسبیان، کارینه؛ مهریار، امیر هوشنگ؛ بوالهری، جعفر و بیرشک، بهروز. (۱۳۷۶). بررسی آموزش مادران در کاهش اختلالات رفتاری کودکان. اندیشه و رفتار. ۳(۳): ۲۲-۲۷.

[۲۵] فرحبخش، عاطفه، و معصومه دهقانپان (۱۳۹۵). اثربخشی درمان ذهن آگاهی بر کیفیت خواب و سلامت روان زنان مبتلا به اختلالات بی خوابی، مجله طنین سلامت دوره چهارم شماره ۳

[۲۶] کیا، علی اصغر، ۱۳۸۸، نگاهی به آموزش الکترونیک، نشریه علوم اجتماعی، شماره ۲۴

[۲۷] معصومیان، سمیرا؛ گلزاری، محمود؛ شعیری، محمود؛ مومن زاده، سیروس (۱۳۹۱). اثربخشی برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش افسردگی بیماران مبتلا به کمردرد مزمن. فصلنامه علمی پژوهشی بیهوشی و درد دوره ۳ شماره

[۲۸] موللی، گیتا؛ نعمتی، شهروز (۱۳۸۸). مشکلات فراروی والدین در پرورش فرزندان کم شنوا، مجله شنوایی شناسی دوره ۱۸ شماره ۲.