

## Comparing the Self Esteem and Resilience among Blind and Sighted Subjects in Isfahan

Elham Kazemi. M.A.

psychology, Islamic Azad University of Isfahan (Khorasgan), Iran

### Abstract

The purpose of this study was to compare the self-esteem and resilience between blind and sighted subjects in Isfahan. It was a causal-comparative study. The population consisted of all 20 to 40 year-old blinds with high school diploma living in Isfahan in spring 2015. From among them, 60 persons (30 males and 30 females) were selected through convenience sampling method. Then, 60 sighted subjects were matched in terms of level of education, sex and age. Research tools included Rozenberg Self-esteem questionnaire (1965) and Connor-Davidson Resiliency questionnaire (2003). Data were analyzed through variance analyses. The results showed that there were no significant differences between sighted and blind subjects on resiliency but there was a significant difference between the two groups on self-esteem ( $P < 0.05$ ).

**Keywords:** self esteem, resiliency, blinds.

## مقایسه عزت نفس و تاب‌آوری بین افراد بینا و نابینای شهر اصفهان

الهام کاظمی

کارشناس ارشد روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان  
(خوراسگان)، اصفهان، ایران

### چکیده

این پژوهش با هدف مقایسه عزت نفس و تاب‌آوری بین افراد بینا و نابینای شهر اصفهان انجام شد. پژوهش از نوع علی-مقایسه‌ای است. جامعه آماری همه نابینایان مرد و زن ۲۰ تا ۴۰ ساله با تحصیلات بالای دیپلم تحت پوشش سازمان بهزیستی، در بهار ۱۳۹۴، در شهر اصفهان بودند. از این میان، ۶۰ نفر (۳۰ مرد و ۳۰ زن) با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ۶۰ نفر از افراد بینا از نظر تحصیلات، سن و جنس با گروه نابینا هم‌تا شدند. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه‌های عزت نفس روزنبرگ (۱۹۶۵) و تاب‌آوری کونور و دیویدسون (۲۰۰۳) بود. داده‌های حاصل با استفاده از نرم‌افزار SPSS19 و تحلیل واریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج نشان داد بین دو گروه بینا و نابینا در میزان تاب‌آوری تفاوت معناداری وجود ندارد، اما بین این دو گروه در متغیر عزت نفس تفاوت معناداری مشاهده شد ( $P < 0/05$ ).

**واژه‌های کلیدی:** عزت نفس، تاب‌آوری، نابینایان.

## مقدمه

(۲۰۰۴). عزت نفس پایین یک عامل خطرناک برای نتایج منفی در طول زندگی است (ایرول و اورث،<sup>۸</sup> ۲۰۱۱).

کسی که عزت نفس پایین دارد، اغلب منزوی می‌شود و یا اینکه در ناامیدی تلاش می‌کند تا به دیگران و خودش نشان دهد که فرد لایقی است. با تأمین سلامت و آرامش روانی و افزایش عزت نفس می‌توان از بروز بسیاری از مشکلات و آشفتگی‌های عاطفی و روانی سنین نوجوانی و جوانی پیشگیری کرد (آکله‌چی و مهری، ۱۳۹۰).

گرچه نتایج پژوهش‌های پیشین، مؤید آن بود که عزت نفس افراد بینا بیشتر از افراد نابینا است، با وجود این برخی از پژوهش‌ها نشان دادند که تفاوتی در میزان عزت نفس این دو گروه وجود ندارد. بنابراین، یکی از ضرورت‌های انجام این پژوهش بررسی دوباره آن در جامعه آماری مورد نظر است.

در پژوهش پاپادوپولوس (۲۰۱۴)، تأثیر خصوصیات فردی (جنسیت، وضعیت بینایی، سن)، سن در زمان از دست دادن بینایی، سطح تحصیلات، وضعیت اشتغال و توانایی در حرکت مستقل (بدون نیاز به کمک) بر منبع کنترل و عزت نفس جوانان دارای مشکلات بینایی بررسی شد. نتایج پژوهش نشان داد که پیش‌بینی‌کننده‌های عزت نفس، وضعیت بینایی و سن فرد در زمان از دست دادن بینایی و سطح تحصیلات است.

پاپادوپولوس، مونتوگومری و کروئوپولو<sup>۹</sup> (۲۰۱۳)، در پژوهش خود منبع کنترل و عزت نفس بزرگسالان دارای مشکلات بینایی و بزرگسالان بینا را مقایسه کردند. ۱۰۸ بزرگسال دارای مشکلات بینایی (نابینایی و یا بینایی پایین) و ۵۵ بزرگسال بینا در این پژوهش شرکت کردند. بزرگسالان بینا نمرات بالاتری را در عزت نفس نسبت به افراد نابینا و دارای بینایی پایین نشان دادند. نتایج پژوهش تفاوتی در نمرات منبع کنترل دو گروه نشان نداد.

سنیکار و گروم<sup>۱۰</sup> (۲۰۱۲)، پژوهشی را با هدف بررسی خود پنداره، عزت نفس و حمایت اجتماعی نوجوانان دارای نیازهای خاص انجام دادند. نتایج پژوهش نشان داد که محل تحصیل (تحصیل در مدارس عادی و مدارس مربوط به کودکان خاص)، و نوع ناتوانی بر خودپنداره، عزت نفس و حمایت اجتماعی اثرگذار است. همچنین رابطه معناداری بین خودپنداره و حمایت اجتماعی آنان مشاهده شد.

اختلال بینایی<sup>۱</sup> یک واژه کلی و نشان‌دهنده یک ناتوانی در دیدن است و ممکن است از لحاظ پزشکی خفیف و قابل اصلاح مانند نزدیک‌بینی یا دوربینی و یا شدید و غیر قابل اصلاح مانند کوری یا ضعف بینایی شدید باشد. با توجه به اینکه تقریباً یک سوم کل الیاف شبکه ارتباطات حسی انسان را رشته بینایی تشکیل می‌دهد، در حالی که چنین حالتی در هیچ یک از حواس دیگر مشاهده نمی‌شود، می‌توان انسان را موجودی بصری توصیف کرد تا سمعی. به همین علت نقص بینایی بیش از هر معلولیت دیگری موجب ناتوانی در انسان می‌شود (میلانی فر، ۱۳۸۶). ناتوانی تحرک مستقل نابینان، پیش‌بینی‌کننده تأخیر در رشد مهارت‌های زندگی روزانه و اجتماعی است (پاپادولوس، متسیو و آگالیوتیس<sup>۲</sup>، ۲۰۱۱). با توجه به اینکه مهارت‌های هیجانی و اجتماعی در ارتباط با دیگران آموخته می‌شوند و لازمه کسب بسیاری از این مهارت‌ها داشتن قدرت بینایی است، در نتیجه افراد نابینا به دلیل نقص بینایی خود، از به دست آوردن چنین تجربیاتی محروم هستند تجربیاتی که بر بالیدگی هیجانی و تعامل اجتماعی افراد نابینا تأثیر خواهد داشت (قمرانی و جعفری، ۲۰۰۴).

بدون بینایی درک فرد از دنیای اطرافش متفاوت خواهد بود و همین امر ممکن است به مشکلات عاطفی و اجتماعی مانند ناسازگاری، عدم فعالیت، بی‌علاقگی به دیگران، افسردگی و خودپنداره پایین در او منجر شود (ملکی تبار، خوش‌کنش و خدابخشی کولایی، ۱۳۹۰). بنابر اظهارات ولفی و ساکس<sup>۳</sup> (۱۹۹۷)، انزوای اجتماعی و نداشتن حمایت اجتماعی کافی در افراد دارای آسیب بینایی ممکن است به عزت نفس<sup>۴</sup> پایین در آنها منجر شود.

عزت نفس از دیدگاه اسمیت<sup>۵</sup> «ارزشیابی فرد درباره خود و یا قضاوت‌های شخص در مورد ارزش خویشتن» تعریف شده است. برای یک فرد نابینا، کفایت اجتماعی و مهارت‌های اجتماعی مناسب، عاملی کلیدی برای عزت نفس بالاتر، انجام رفتارهای مثبت و خودابرازی بیشتر و توانایی در پذیرش ناتوانی به‌عنوان بخشی از وجود خود است. انزوای اجتماعی و نداشتن حمایت اجتماعی کافی میان نوجوانان با آسیب بینایی ممکن است موجب عزت نفس پایین آنها شود (روزنهام<sup>۶</sup>، ۲۰۰۰؛ واگنر<sup>۷</sup>،

1. eyesight disorder  
3. Wolfe & Socks  
5. Smith  
7. Wagner  
9. Montgomery & Chronopoulou

2. Papadopoulos, Metsiou & Agaliotis  
4. self esteem  
6. Rosenblum  
8. Erol & Orth  
10. Senicar & Grum

متغیر دیگری که افراد نابینا را از آسیب روان‌شناختی حفظ می‌کند و در عین حال ممکن است در آنها مختل بشود، تاب‌آوری<sup>۷</sup> است (رستم اوغلی، طالبی جویباری و پرزور، ۱۳۹۴). در حالی که برخی از افراد دارای اختلال بینایی، با وجود اختلال خود زندگی غنی و مستقلی دارند، برخی دیگر حتی با آنکه به میزان اختلال با شدت کمتری مبتلا هستند، کیفیت زندگی پایین‌تری دارند (تریلو و دیکینسون<sup>۸</sup>، ۲۰۱۲؛ تنفورد، رابینسون، ناکس، مهتا و وانگ<sup>۹</sup>، ۲۰۱۱).

تاب‌آوری به‌عنوان سازگاری مثبت در واکنش به شرایط ناگوار تعریف شده است (والر<sup>۱۰</sup>، ۲۰۰۱). می‌توان تاب‌آوری را شامل حفظ آرامش در زمان فشار، انعطاف‌پذیری هنگام رویارویی با موانع، اجتناب از راهبردهای فرسایشی، حفظ خوش‌بینی و احساسات مثبت به هنگام دشواری‌ها و خلاص شدن از موانع درونی دانست. افراد تاب‌آور درجه‌هایی از سلامت و استقلال نشان می‌دهند. آنها قادر هستند که خودشان فکر کنند و آن را عملی سازند و هنگامی که از محیط خود انتقاد دارند، قادرند که نظر خود را به دیگران انتقال دهند. آنها احساسات خوبی نسبت به اطرافیان دارند و توانایی‌هایشان را برای تغییر دادن محیط باور دارند (الورد و بکگاردیان<sup>۱۱</sup>، ۲۰۰۶).

دو مؤلفه رایج در اغلب تعاریف تاب‌آوری وجود دارد: الف- فرد به موقعیت ناگوار پاسخ مثبت نشان می‌دهد. ب- فرد در این حین احساس قدرت اعتماد به‌نفس بیشتر و رشد بالاتری دارد (سیمون، ماری و اسمیت<sup>۱۲</sup>، ۲۰۰۵).

بیشتر پژوهشگران بر این باورند که تاب‌آوری نوعی ترمیم خود با پیامدهای مثبت هیجانی، عاطفی و شناختی است. افراد دارای تاب‌آوری بالا، به دلیل اعتماد به‌نفس و خودکارآمدی بالاتر می‌توانند نتایج بهتری کسب کنند (بهزادپور، سادات مطهری و گودرزی، ۱۳۹۲).

البته تاب‌آوری، فقط پایداری در برابر آسیب‌ها با شرایط تهدیدکننده و حالتی انفعالی در رویارویی با شرایط خطرناک نیست، بلکه شرکت فعال و سازنده در محیط پیرامونی خود است. می‌توان گفت تاب‌آوری، توانمندی فرد در برقراری تعادل زیستی - روانی، در شرایط خطرناک است (کانر و دیویدسون<sup>۱۳</sup>، ۲۰۰۳).

میشرا و سینگ<sup>۱</sup> (۲۰۱۲)، پژوهشی را با هدف مقایسه خودپنداره و اعتماد به‌نفس کودکان دارای نقص بینایی و کودکان بینا انجام دادند. نتایج پژوهش نشان داد که کودکان دارای نقص بینایی، خودپنداره و اعتماد به‌نفس ضعیف‌تری را نسبت به کودکان بینا دارند. ولی این تفاوت در بین پسران و دختران معنادار نبود.

لوپز - جاستیکا و کوردوبا<sup>۲</sup> (۲۰۰۶)، پژوهشی را با هدف بررسی خودپنداره در جوانان اسپانیایی دارای مشکلات بینایی (نارسایی شبکیه) انجام دادند. نتایج پژوهش حاکی از عزت نفس و خودپنداره پایین در نابینایان بود. همچنین کف<sup>۳</sup> (۲۰۰۲)، در بررسی سازگاری روانی - اجتماعی نوجوانان نابینا گزارش کرده است که مشکلات رفتاری، به‌ویژه مشکلات اجتماعی نوجوانان نابینا، به عزت نفس پایین، خودپنداره منفی و مهارت‌های اجتماعی ضعیف در آنها مربوط است. با وجود این در برخی پژوهش‌ها تفاوتی در میزان عزت نفس این دو گروه مشاهده نشد.

بوئن<sup>۴</sup> (۲۰۱۰)، پژوهشی را با هدف بررسی سطوح عزت نفس در میان ۶۰ نفر از کودکان دارای اختلال بینایی انجام داد. نتایج پژوهش نشان داد که ۷۰ درصد کودکان در سطح عزت نفس بالا و یا عادی قرار داشتند. همچنین دختران سطوح بالاتری از عزت نفس را در مقایسه با پسران نشان دادند.

گریفین - شیرلی و نس<sup>۵</sup> (۲۰۰۵)، پژوهشی را با هدف مقایسه عزت نفس و همدلی در افراد محدوده سنی قبل از نوجوانی دارای مشکلات بینایی و افراد بینا انجام دادند. نمونه‌ها شامل ۷۱ دانش‌آموز دارای مشکلات بینایی و ۸۸ دانش‌آموز بینا بود. تفاوت معناداری بین دو گروه دانش‌آموزان در سطوح عزت نفس و همدلی مشاهده نشد. هوره، کومولانن و آرو<sup>۶</sup> (۱۹۹۹)، نیز نشان دادند که رابطه معناداری بین عزت نفس نوجوانان دارای اختلالات بینایی و نوجوانان عادی وجود ندارد، ولی تفاوت معناداری بین عزت نفس نوجوانان نابینا دارای حمایت اجتماعی و عزت نفس نوجوانان نابینا بدون حمایت اجتماعی وجود دارد. نتایج پژوهش شبان قهرود (۱۳۹۱)، نشان داد که عزت نفس دانش‌آموزان نابینا بیشتر از دانش‌آموزان عادی است.

1. Mishra &amp; Singh

3. Kef

5. Griffin-shirley &amp; Nes

7. resiliency

9. Thetford, Robinson, Knox, Mehta &amp; Wong

11. Alvord &amp; Begardiana

13. Conner &amp; Davidson

2. Lopez-Justicia &amp; Cordoba

4. Bowen

6. Huurre, Komulainen &amp; Aro

8. Trillo &amp; Dickinson

10. Waller

12. Simon, Marby &amp; Smith

در محدوده سنی ۲۰ تا ۴۰ سال تحت پوشش سازمان بهزیستی شهر اصفهان، در بهار ۱۳۹۴ بودند. تعداد این افراد طبق گزارش بهزیستی اصفهان ۷۰ نفر بود که از بین آنها با روش نمونه‌گیری در دسترس تعداد ۶۰ نفر (۳۰ مرد و ۳۰ زن) انتخاب شد. ۶۰ نفر از افراد بینا نیز از نظر تحصیلات، جنس و سن با گروه نابینا از بین افراد عادی ساکن در شهر اصفهان هم‌تا شدند و در نهایت در دو گروه مستقل مورد مقایسه قرار گرفتند.

### ابزار سنجش

**پرسشنامه عزت نفس روزنبرگ<sup>۱</sup>:** روزنبرگ این پرسشنامه را در سال ۱۹۶۵ به منظور سنجش میزان عزت نفس افراد تهیه کرده است. این پرسشنامه دارای ۱۰ گویه است که براساس درجه‌بندی لیکرت از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم، درجه‌بندی شده است. ثبات و تکرارپذیری نتایج حاصل از این پرسشنامه خوب تا عالی گزارش شده است (می و وارن<sup>۲</sup>، ۲۰۰۲). رجبی و بهلول (۱۳۸۶)، پایایی این مقیاس را با کاربرد روش آلفای کرونباخ در کل نمونه دانشجویی ۰/۸۴، در دانشجویان پسر ۰/۸۷ و در دانشجویان دختر، ۰/۸۰ محاسبه کرده‌اند. در این پژوهش پایایی از طریق آلفای کرونباخ ۰/۷۱ به دست آمد.

دو نمونه از گویه‌های پرسشنامه به این شرح است: ۱- به‌طور کلی، از خودم راضی هستم. ۲- گاهی فکر می‌کنم که اصلاً به درد بخور نیستم.

**پرسشنامه تاب‌آوری کانر و دیویدسون<sup>۳</sup>:** این پرسشنامه را کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) برای اندازه‌گیری قدرت مقابله با فشار و تهدید تهیه کرده‌اند. این پرسشنامه ۲۵ گویه دارد که در یک طیف لیکرت بین صفر (کاملاً نادرست) تا چهار (همیشه درست)، نمره‌گذاری می‌شود (کانر و دیویدسون، ۲۰۰۴). محمدی (۲۰۰۵) این مقیاس را در ایران هنجاریابی کرده است. ضریب پایایی همسانی درونی از طریق ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس در دامنه‌ای از ۰/۶۸ تا ۰/۹۰ گزارش شده است. ضریب پایایی بازآزمایی این مقیاس ۰/۸۱ به دست آمده است. سامانی، جوکار و صحراگرد (۱۳۸۶)، ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس را در دانشجویان ۰/۸۷ به دست آورده‌اند. در این پژوهش پایایی از طریق آلفای کرونباخ ۰/۷۹ به دست آمد.

دو نمونه از پرسشنامه به شرح زیر است: ۱- من در برخورد با مسائل و مشکلات زندگی انعطاف نشان می‌دهم. ۲- هنوز در زندگی کارهایی هست که می‌خواهم انجام دهم.

الریکسون - اشمیدت، والاندرو و بایاسینی<sup>۱</sup> (۲۰۰۷)، در پژوهشی نشان دادند که تاب‌آوری متغیری است که موجب افزایش کیفیت زندگی در نوجوانان دارای معلولیت حرکتی می‌شود. استوارت و یوئن<sup>۲</sup> (۲۰۱۱)، عوامل روان‌شناختی مؤثر بر تاب‌آوری بر بیماران دارای مشکلات جسمی را مورد بررسی قرار دادند. نتایج پژوهش نشان داد که عوامل روان‌شناختی مؤثر بر تاب‌آوری، خودکارآمدی، عزت نفس، منبع کنترل درونی، خوش‌بینی، سرسختی روان‌شناختی، امید، خودتوانمندسازی، پذیرش بیماری هستند. راهبردهای مقابله‌ای مانند ارزیابی مثبت شناختی، معنویت و مقابله فعال نیز با تاب‌آوری رابطه معنادار داشتند.

زاترا، جانسون و داویس<sup>۳</sup> (۲۰۰۳)، برای بررسی عاطفه مثبت به‌عنوان یکی از منابع تاب‌آوری بر ۱۲۴ زن دارای اختلال درد مزمن، پژوهشی انجام دادند. نتایج پژوهش مؤید آن بود که افزایش عاطفه منفی با سطوح بالاتر درد رابطه معنادار دارد. در مقابل، سطوح بالاتر عاطفه مثبت با سطوح پایین‌تر درد رابطه معنادار داشت.

رستم اوغلی و همکاران (۱۳۹۴)، در پژوهشی با عنوان مقایسه سبک اسنادی و تاب‌آوری در دانش‌آموزان با اختلال یادگیری خاص، نابینا و عادی به این نتیجه رسیدند که بین دانش‌آموزان با اختلال یادگیری نابینا و دانش‌آموزان عادی در مؤلفه‌های سبک اسنادی تفاوت معنادار است. بدین صورت که این دانش‌آموزان سبک اسناد بدبینانه بیشتری و تاب‌آوری کمتری نسبت به دانش‌آموزان عادی دارند.

با توجه به آنچه مطرح شد و اهمیت دو متغیر عزت نفس و تاب‌آوری و همچنین با در نظر گرفتن این نکته که در مورد مقایسه همزمان مجموع متغیرهای عزت نفس و تاب‌آوری بین افراد بینا و نابینا، تا آنجا که پژوهشگر اطلاع دارد، پژوهشی در ایران منتشر نشده است. همچنین اینکه مطالعات در این زمینه دارای نتایج ضد و نقیض است. از این رو فرضیه‌های پژوهش عبارت‌اند از:

۱- بین میانگین نمرات عزت نفس افراد بینا و نابینای شهر اصفهان تفاوت معنادار وجود دارد.

۲- بین میانگین نمرات تاب‌آوری افراد بینا و نابینای شهر اصفهان تفاوت معناداری وجود دارد.

### روش

**روش پژوهش، جامعه آماری و نمونه:** پژوهش از نظر روش توصیفی، از نوع علی-مقایسه‌ای (پس‌رویدادی) است. جامعه آماری این مطالعه همه نابینایان (زن و مرد) دارای تحصیلات بالای دیپلم،

1. Alriksson-Schmidt, Wallander & Biasini  
3. Zautra, Johnson & Davis  
5. May & Warren

2. Stewart & Yuen  
4. Rosenberg's self-esteem scale  
6. Connor-Davidson Resilience Scale(CD-RISC)

**روش اجرا و تحلیل**

را یک فرد بینا می‌خواند و پاسخ‌های مورد نظر آنان ثبت می‌گردید) و نتایج براساس فرضیه‌های پژوهش، مورد تحلیل و بحث قرار گرفتند.

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS19 و روش تحلیل واریانس استفاده شد.

**یافته‌ها**

با توجه به جدول ۱، نمونه آماری پژوهش ۱۲۰ نفر (۶۰ نفر بینا و ۶۰ نفر نابینا) بود که از این تعداد در هر گروه بینا و نابینا ۳۰ مرد و ۳۰ زن بود.

برای اجرای پژوهش با همکاری اداره بهزیستی استان اصفهان و معرفی افراد نابینا توسط مسئولان این سازمان، گروه نابینا به شیوه در دسترس انتخاب و همچنین با مراجعه به سطح شهر اصفهان، با در نظر گرفتن معیارهای انتخاب نمونه‌های گروه نابینا (براساس تشابه ویژگی‌های جمعیت‌شناختی دو گروه) نمونه‌های افراد بینا از بین افراد عادی ساکن در شهر اصفهان با گروه نابینا هم‌تاسازی و انتخاب شدند و پس از ارائه توضیحات لازم به افراد بینا و نابینا همه پرسشنامه‌های پژوهش به‌صورت انفرادی تکمیل شد، (در مورد افراد نابینا پرسشنامه‌ها

**جدول ۱- میانگین و انحراف معیار متغیرهای مورد بررسی در دو گروه**

متغیر	گروه بینا		گروه نابینا		کل نمونه	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
سن	۳۱/۲۳	۴/۴۳	۲۸/۰۵	۴/۸۴	۲۹/۶۰	۴/۹۵
عزت نفس	۲۰/۵۸	۴/۴۹	۱۸/۰۵	۴/۷۶	۱۹/۳۲	۴/۷۸
تاب‌آوری	۵۹/۶۵	۱۴/۶۸	۵۹/۴۵	۱۴/۶۸	۵۹/۰۵	۱۳/۵۶

**جدول ۲- آزمون تحلیل واریانس برای بررسی تفاوت میانگین‌ها در دو گروه**

متغیر وابسته	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذورات
عزت نفس	۹۱/۹۰۶	۱	۹۱/۹۰۶	۴/۶۰۲	۰/۰۳۴	۰/۰۶
تاب‌آوری	۳/۴۸۶	۱	۳/۴۸۶	۰/۰۱۹	۰/۸۹۰	۰/۰۰۰

**بحث و نتیجه‌گیری**

هدف این پژوهش مقایسه عزت نفس و تاب‌آوری افراد بینا و نابینای شهر اصفهان است. همان‌طور که جدول ۲ نشان می‌دهد، بین عزت نفس دو گروه بینا و نابینا تفاوت معنادار وجود دارد و با مقایسه میانگین می‌توان گفت عزت نفس افراد بینا بیشتر از افراد نابیناست. نتایج به‌دست آمده در این پژوهش با نتایج پژوهش‌های پاپادوپولوس و همکاران (۲۰۱۳)، سنیکار و گروم (۲۰۱۲)، میشر و سینگ (۲۰۱۲)، لویز-جاستیکا و کوردوبا (۲۰۰۶)، و کف (۲۰۰۳)، همخوانی دارد. در تبیین این موضوع می‌توان گفت در واقع چنین به نظر می‌رسد که ناتوانی یا معلولیت نه فقط در جسم افراد معلول، بلکه بیشتر در طرز فکرها و نگرش‌های افراد مزبور و دیگر افراد جوامع مختلف

همان‌گونه که در جدول ۱ آمده است، میانگین سنی گروه بینا ۳۱/۲۳ سال (۴/۴۳) و گروه نابینا ۲۸/۰۵ سال (۴/۸۴) است. میانگین عزت نفس در گروه بینا ۳۱/۲۳ و در گروه نابینا ۲۸/۰۵ بود. همان‌طور که مشاهده می‌شود میانگین نمرات عزت نفس در گروه بینا بیشتر از گروه نابینا است. میانگین تاب‌آوری در گروه بینا ۵۹/۶۵ و در گروه نابینا ۵۹/۴۵ بود که تفاوت قابل ملاحظه‌ای در میزان تاب‌آوری این دو گروه مشاهده نمی‌شود. نتایج آزمون تحلیل واریانس در جدول ۲ آمده است.

نتایج تحلیل واریانس (جدول ۲) نشان می‌دهد که در میزان تاب‌آوری در دو گروه تفاوت معناداری وجود ندارد، اما در عزت نفس تفاوت میانگین‌ها معنادار است ( $P < 0/05$ ). یعنی بین دو گروه نابینا و بینا در عزت نفس تفاوت معناداری وجود دارد.

وجود دارد. این نگرش‌های منفی و موانع روانی - اجتماعی، سلامت روانی افراد با معلولیت را تحت تأثیر قرار می‌دهد و باعث می‌شود که آنها نسبت به سایر افراد عزت‌نفس و اعتماد به‌نفس پایین‌تری پیدا کنند.

ناتوانی تحرک مستقل نابینایان، پیش‌بینی‌کننده تأخیر در رشد مهارت‌های زندگی روزانه و اجتماعی آنها است. با توجه به اینکه مهارت‌های اجتماعی در ارتباط با دیگران آموخته می‌شوند و لازمه کسب بسیاری از این مهارت‌ها داشتن قدرت بینایی است، در نتیجه افراد نابینا به دلیل نقص بینایی خود، از دست آوردن چنین تجربیاتی محروم هستند، تجربیاتی که تأثیر زیادی بر عزت‌نفس آنها خواهد داشت. انزوای اجتماعی و نداشتن حمایت اجتماعی کافی در میان این افراد و عدم برخورداری از تسهیلات ویژه برای آموزش در راستای شغل آنها، مشکلات مربوط به ازدواج و تشکیل خانواده، و نگرش منفی جامعه نسبت به توانمندی آنها باعث عزت‌نفس پایین در آنها می‌شود. برخورداری از حس عزت‌نفس قوی، برای همه انسان‌ها به‌ویژه کودکان و نوجوانان دارای نیازهای ویژه ضروری است. عزت‌نفس به مثابه یک سرمایه ارزشمند حیاتی، از مهمترین عوامل پیشرفت و شکوفایی استعداد و خلاقیت‌هاست. افراد با ناتوانایی بینایی و یا دیگر ناتوانایی‌ها به مثابه دلیل نگرش‌های منفی والدین، تجارب منفی در برخورد با همسال‌های عادی و ناکامی پی در پی در مدرسه و دانشگاه، به‌تدریج دلسرد و سرخورده می‌شوند و توالی چنین شکست‌ها و مشکل‌ها موجب می‌شود، نسبت به خود احساس بی‌ارزشی کنند که ممکن است به آسیب در عزت‌نفس آنها منجر شود. افراد نابینا در موضوعاتی مانند حرمت خود، شایستگی و استحکام شخصی، تحمل عواطف منفی، مهارگری و معنویت با شاخص‌های سلامت و آسیب‌پذیری روان‌شناختی و همچنین توان اجتماعی، توانمندی در حل مسأله، خودگردانی و احساس هدفمندی و باور به آینده‌ای روشن که همگی به نوعی سازه‌ای روان‌شناختی عزت‌نفس را افزایش می‌دهند، نسبت به افراد عادی ضعیف‌تر هستند. به‌طوری که همین عوامل، عزت‌نفس پایین در این افراد را توجیه می‌کند. نتایج پژوهش با یافته‌های بوئن (۲۰۱۰)، گریفین - شیرلی و نس (۲۰۰۵)، هورره و همکاران (۱۹۹۹) و شبان قهرود (۱۳۹۱)، که نشان داد عزت‌نفس دانش‌آموزان نابینا از دانش‌آموزان عادی بالاتر است همخوان نیست. کوپر اسمیت عزت‌نفس را یک ارزشیابی فردی معرفی کرده است که معمولاً با توجه به خویشتن حفظ می‌شود. به این ترتیب عزت‌نفس عبارت است از قضاوتی فردی از شایستگی که ویژگی عام شخصیت است، نه یک

نگرش لحظه‌ای یا مختص به موقعیت‌های خاص. ماسن بر خلاف اسمیت بر این باور است که عزت‌نفس همواره ثابت نیست و عنوان می‌کند که آزمودنی‌های اسمیت کودکان دبستانی ۱۲-۱۰ ساله بودند و این دوره‌ای است که مفهوم خود نسبتاً پایدار به نظر می‌رسد (سلملیان و کاظم نژادلیلی، ۱۳۹۳). بنابراین می‌توان گفت که یکی از دلایل ناهمخوانی این پژوهش با مطالعات پیشین، تفاوت سن آزمودنی‌ها بوده است. کودکان تصویر پایداری از خود دارند و شکست در تعاملات بین فردی و ناتوانی در انجام بسیاری کارها را تجربه نکرده‌اند. اما با افزایش سن و رویارویی با ناکامی‌های پی در پی در محیط خانوادگی و کاری سبب دلسردی و کاهش عزت‌نفس آنها می‌شود.

همان‌طور که جدول ۲ نشان می‌دهد بین تاب‌آوری افراد بینا و نابینای شهر اصفهان تفاوت معنادار وجود ندارد. با نتایج یافته‌های پژوهش الریکسون و همکاران (۲۰۰۷)، زاترا و همکاران (۲۰۰۳) و رستم اوغلی و همکاران (۱۳۹۴) همخوانی دارد. تاب‌آوری سازگاری مثبت فرد در واکنش به شرایط ناگوار (آسیب‌ها و تهدیدات) است. البته تاب‌آوری، فقط پایداری در برابر آسیب‌ها یا شرایط تهدیدکننده و حالتی انفعالی در رویارویی با شرایط خطرناک نیست، بلکه شرکت فعال و سازنده در محیط پیرامونی خود است. به عبارتی می‌توان گفت تاب‌آوری، توانمندی فرد در برقراری تعادل زیستی - روانی، در شرایط خطرناک است (کانر و دیویدسون، ۲۰۰۳). در تبیین این موضوع می‌توان گفت برخی از صاحب‌نظران بر این باورند که تاب‌آوری افراد غیر ذاتی و قابل یادگیری است و به کمک آموزش و افزایش تجربه، تاب‌آوری گسترش می‌یابد. افراد نابینایی که در این پژوهش مورد بررسی قرار گرفتند در فاصله سنی ۲۰ تا ۴۰ سال بودند که نشان‌دهنده سن قابل قبولی برای بلوغ عاطفی و شکل‌گیری توانمندی‌های روانی است. بنابراین، می‌توان گفت آنها در این سال‌ها یاد گرفته‌اند تا با سختی‌ها و مشکلات کنار بیایند و مشکلات خود را با تکیه بر توانایی‌های خود حل کنند، شاید یکی از دلایل تفاوت نداشتن تاب‌آوری در بین افراد بینا و نابینا همین موضوع بوده است.

تاب‌آوری تحت تأثیر خانواده است. اعضای خانواده با افزایش بازخوردها و تقویت‌کننده‌ها و ارائه فرصت‌های تعاملی بیشتر به افراد نابینا، نه فقط می‌توانند قابلیت اجتماعی، مفهوم خود مثبت و عزت‌نفس را در آنان بیشتر کنند، بلکه می‌توانند تاب‌آوری آنان را نیز افزایش دهند. حمایت خانواده، بازخوردهای مناسب و تعامل بیشتر در خانواده، این افراد را در مقابل تأثیرات منفی رویدادهای زندگی مقاوم‌تر می‌کند و در نتیجه احتمال ابتلای آنان را به بیماری‌های جسمی و روانی کاهش می‌دهد.

بهبادپور، س.، مطهری، ز.س.، گودرزی، پ. (۱۳۹۲). رابطه بین حل مسأله و تاب‌آوری با میزان رفتارهای پرخطر در بین دانش‌آموزان دارای پیشرفت تحصیلی بالا و پایین. *مجله روان‌شناسی مدرسه*، ۲(۴)، ۲۵-۴۲.

رجبی، غ.، بهلول، ن. (۱۳۸۶). سنجش و پایایی مقیاس عزت نفس روزنبرگ در دانشجویان سال اول دانشگاه شهید چمران اهواز. *پژوهش‌های تربیتی و روان‌شناختی دانشگاه اصفهان*، ۳(۳)، ۳۳-۴۸.

رستم اوغلی، ز.، طالبی جویباری، م.، پرزور، پ. (۱۳۹۴). مقایسه سبک‌های اسنادی و تاب‌آوری در دانش‌آموزان با اختلال یادگیری خاص، نابینا و عادی. *مجله ناتوانی‌های یادگیری*، ۴(۳)، ۳۹-۵۵.

سامانی، س.، جوکار، ب.، و صحراگرد، ن. (۱۳۸۶). تاب‌آوری، سلامت روانی و رضایت از زندگی. *مجله روانپزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*، ۵۰(۳)، ۲۹۵-۲۹۰.

سلملیان، ز.، کاظم نژادلیلی، ا. (۱۳۹۳). همبستگی عزت نفس با موفقیت تحصیلی در دانشجویان. *پرستاری و مامایی جامع‌نگر*، ۴۴(۷۱): ۴۷-۴۰.

شبان قهرود، ه. (۱۳۹۱). بررسی مقایسه رابطه عزت نفس و سرسختی روان‌شناختی با خودکارآمدی در دانش‌آموزان نابینا و عادی مقطع راهنمایی شهر تهران. *پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه علامه طباطبایی تهران*.

ملکی تبار، ع.ر.، خوش‌کنش، ا.، و خدابخشی کولایی، آ. (۱۳۹۰). مقایسه خودپنداره و سازگاری اجتماعی در دانش‌آموزان پسر سالم و نابینا. *مجله تحقیقات علوم پزشکی زاهدان*، ۱۳ (ویژه‌نامه ۱): ۳۳.

میلانی فر، ب. (۱۳۸۶). *روان‌شناسی کودکان و نوجوانان استثنایی*، تهران، نشر قومس.

Alriksson-Schmidt, A.I., Wallander, J. & Biasini, F. (2007). Quality of life and resilience in adolescents with a mobility disability. *Journal of Pediatric Psychology*, 32(3), 370- 379.

Alvord, C.B., Bcgardiana, H. (2006). *Resiliency determinants and resiliency processes among female adult. Surn Child Sex Abuse*, 10:125-130.

Bowen, J. (2010). *Visual impairment and its impact on self-esteem. British Journal of Visual Impairment*, 28(1), 47-56.

Connor, K.M., Davidson, J.R.T. (2003). *Development of a new resilience scale: The conner- Davidson resilience scale (CD-RISC). Depression and Anxiety*, 18, 76-82.

Erol, R.Y., & Orth, U. (2011). *Self-esteem development from age 14 to 30 years: a longitudinal study. Journal of personality and social psychology*, 101(3), 607-619.

متغیرهای گوناگونی بر تاب‌آوری افراد اثرگذار است و وجود جمعی از این ملاک‌ها نیاز است تا میزان تاب‌آوری فرد در یک زمان تعیین شود. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که تنها بودن و یا نبودن منابع فردی، اجتماعی و شبکه‌ای برای پیش‌بینی میزان تاب‌آوری در افراد کافی نیست و اینکه این متغیرها چگونه با هم در ارتباط هستند نیز بر میزان تاب‌آوری اثر دارد. به عبارتی فقط داشتن بعضی از این منابع کافی نیست، بلکه تعامل بین این متغیرها داشتن یا نداشتن تاب‌آوری را تبیین می‌کند. تاب‌آوری، یک وضعیت ثابت نیست. افراد می‌توانند در شرایط مختلف و هنگامی که منابعشان تغییر می‌کند، تاب‌آوری بیشتر و یا کمتری نشان بدهند (تتفورد، بنت، هاگ، ناکس و رایبسون، ۲۰۱۵). با توجه به چند بُعدی بودن تاب‌آوری می‌توان نتیجه گرفت که افراد دارای منابع مختلفی برای توان مقابله با مشکلات و یا ناتوانی در مقابله با مشکلات هستند؛ از جمله حمایت اجتماعی، حمایت خانوادگی، توانایی مستقل بودن و داشتن و یا نداشتن اختلالات و بیماری‌های همراه. بنابراین از آنجا که فقط داشتن و یا نداشتن توان بینایی تعیین‌کننده میزان تاب‌آوری نیست و جمعی از این ملاک‌ها و چگونگی ارتباط این ملاک‌ها با هم تاب‌آوری را پیش‌بینی می‌کنند، بنابراین طبیعی است که تفاوتی در میزان تاب‌آوری این دو گروه مشاهده نشود.

این پژوهش مانند هر پژوهش دیگری با محدودیت‌هایی روبه‌رو بود؛ از جمله اینکه شرکت‌کنندگان در این پژوهش افراد بینا و نابینای شهر اصفهان و افراد با تحصیلات بالای دیپلم بودند. بنابراین در تعمیم نتایج به سایر گروه‌ها و شهرها بهتر است جانب احتیاط رعایت شود. یکی دیگر از محدودیت‌ها در این پژوهش این است که از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده شده است و توان آماری نیز محاسبه نگردیده است، بنابراین پیشنهاد می‌شود این پژوهش در جامعه وسیع‌تر و با تعداد نمونه بیشتر و در شهرهای دیگر کشور نیز انجام شود. همچنین پیشنهاد می‌شود متغیرهای روان‌شناختی دیگر در بین افراد بینا و نابینا مقایسه گردد و در پژوهش‌های آینده از سایر روش‌ها و ابزارهای سنجش (نظیر مصاحبه) استفاده شود تا نتایج دقیق‌تری ارائه دهند.

## منابع

آکله‌چی، م.، مهری، ع. (۱۳۹۰). بررسی عزت نفس در دانش‌آموزان دبیرستان‌های شهر سبزوار در سال تحصیلی ۸۹ - ۸۸. *فصلنامه علمی پژوهشی طلوع بهداشت*، ۱۰(۱)، ۲۸-۳۷.

- Ghomrani, A., Jafari, H.R. (2004). Introduction to Emotion Intelligence and blindness. *Journal of Expectional Educational Education*, 31, 25-30.
- Griffin-Shirley, N. & Nes, S.L. (2005). Self-esteem and Empathy in Sighted and Visually Impaired Preadolescents. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 99(5), 276-285.
- Huurre, T.M., Komulainen, E.J., & Aro, H.M. (1999). Social support and self-esteem among adolescents with visual impairments. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 93(1), 26-37.
- Kef, S. (2002). Psychosocial adjustment and themeaning of social support for visually impairedadolescents. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 96(1), 22-37.
- Lopez-Justicia, M.D., & Codoba, I.N. (2006). The self-concept of Spanish young adults with retinitis pimentos. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 100(1), 366-380.
- May, L.A., & Warren, S. (2002). *Measuring quality of life of persons with spinal cord injury: external and structural validity. Spinal Cord*, 40(7), 341-350.
- Mishra, V., & Singh, A. (2012). A comparative study of self-concept and self-confidence of sighted and visually impaired children. *EXCEL International Journal of Multidisciplinary Management Studies*, 2(2), 148-157.
- Papadopoulos, K. (2014). The impact of individual characteristics in self-esteem and locus of control of young adults with visual impairments. *Research in Developmental Disabilities*, 35(3), 671-675.
- Papadopoulos, K., Metsiou, K., Agaliotis, I. (2011). Adaptive behavior of children and adolescents with visual impairments. *Research in developmental disabilities*, 32, 1086-1096.
- Papadopoulos, K., Montgomery, A.J., Chronopoulou, E. (2013). The impact of visual impairments in self-esteem and locus of control. *Research in Developmental Disabilities*, 34, 4565-70.
- Rosenblum, L.P. (2000). Perception of the impact of visual impairment on the lives of adolescents. *Journal of visual Impairment & Blindness*, 94(7): 434-445.
- Rosenberg, M.(1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Senicar, M., & Grum, D.K. (2012). *Self-concept and social support among adolescents with disabilities attending special and mainstream schools*, Croatian Review of Rehabilitation Research, 48(1),73-83.
- Simon, J.B., Murphy, J.J., Smith, S.M. (2005). *Understanding and fostering family resilience. The family journal*, 13, 427-436.
- Stewart, D.E. & Yuen, T. (2011).A systematic review of resilience in the physically ill. *Psychosomatics*, 52(3), 199-209.
- Thetford, C., Bennett, K.M., Hodge, S., Knox, P.C., & Robinson, J. (2015). Resilience and vision impairment in older people. *Journal of aging studies*, 35, 37-48.
- Thetford, C., Robinson, J., Knox, P., Mehta, J., & Wong, D. (2011). Long-term access to support for people with sight loss. *British Journal of Visual Impairment*, 29(1), 46-59
- Trillo, A.H., & Dickinson, C.M. (2012). The Impact of Visual and Nonvisual Factors on Quality of Life and Adaptation in Adults with Visual Impairment Quality of Life in Low Vision. *Investigative ophthalmology & visual science*, 53(7), 4234-4241
- Wagner, E. (2004). Developmental and Implementation of a curriculum to Develop social competence for student with visual impairment in Germany. *Journal of Visual Impairment &Blindness*, 98, (11), 703-710.
- Waller, M.A. (2001). Resilience in ecosystemic context: Evolution of the child. *American Journal of Orthopsychiatry*, 71, 290-297.
- Wolffe, K., & Sacks, S.Z. (1997). The lifestyles of blind, low vision, and sighted youths: *A quantitative comparison. Journal of Visual Impairment and Blindness*, 91, 245-257.
- Zautra, A.J., Johnson, L.M. & Davis, M.C. (2003). Positiveaffect as source of resilience for women in chronic pain. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(2), 212-220.