

بررسی مقایسه‌ای حمایت اجتماعی ادراک شده و سلامت روان مادران کودکان با و

بدون آسیب شنوایی

حسین تقی زاده / کارشناس ارشد روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی / دانشگاه تهران

غلامعلی افروز / استاد دانشگاه تهران

چکیده:

مطالعات نشان می‌دهند که خانواده‌های دارای کودکان با آسیب شنوایی به ویژه مادران با مشکلات جسمانی و روان‌شناختی بیشتری مواجه می‌شوند. هدف این پژوهش، مقایسه حمایت اجتماعی ادراک شده و سلامت روان مادران کودکان با و بدون آسیب شنوایی بود. نمونه‌ی این پژوهش متشکل از ۱۰۰ مادر در شهرستان بابل بود که به صورت نمونه‌گیری خوشه‌ای انتخاب شدند. ابزار به کار گرفته شده، مقیاس چندبعدی حمایت اجتماعی ادراک شده و پرسشنامه سلامت عمومی بود. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها، از آزمون‌های تحلیل واریانس یک طرفه، ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه استفاده شد. یافته‌ها نشان داد که بین حمایت اجتماعی ادراک شده ($p < 0/003$)، و سلامت روان ($p < 0/005$) مادران کودکان با و بدون آسیب شنوایی تفاوت معناداری وجود دارد. بین حمایت اجتماعی ادراک شده با سلامت روان رابطه معناداری وجود دارد ($P < 0/01$). همچنین، حمایت اجتماعی ادراک شده توانست با ضریبی معادل ۰/۵۶ تغییرات سلامت روان را پیش‌بینی کند. با توجه به یافته‌های پژوهش، حمایت اجتماعی ادراک شده می‌تواند سلامت روان مادران کودکان با آسیب شنوایی را بهبود بخشد. لذا، توصیه می‌شود کارشناسان و مسئولان خدمات بهداشتی و درمانی به سلامت روان مادران کودکان با نیازهای ویژه از جمله، مادران کودکان با آسیب شنوایی بیشتر توجه کنند.

واژه‌های کلیدی: حمایت اجتماعی ادراک شده، سلامت روان، کودکان با آسیب شنوایی

مقدمه:

اهداف مشخص، روابط خانوادگی و اجتماعی مطلوب، کمک به هموعان و کنترل عواطف و احساسات خود می‌داند. الگوی راجرز از شخصیت سالم و سلامت روان، انسانی است بسیار کارآمد و با کنش و کارکرد کامل که از توانایی‌ها و استعدادهایش بهره می‌گیرد و دارای ویژگی‌هایی مانند آمادگی برای کسب تجربه، احساس تجربه، احساس آزادی و خلاقیت و آفرینندگی است (وردی، ۱۳۸۰؛ به نقل از محمدامینی و همکاران، ۱۳۸۷). مساله ناشنوایی تنها به منزله محرومیت از یک حس نیست و از آنجا که زبان عامل مهمی در برقراری روابط اجتماعی، آموزش و یادگیری علوم مختلف است و این افراد عملکرد محدودی در زبان دارند، بنابراین بدیهی است که مشکل دانش‌آموزان ناشنوا به مراتب بیشتر از صرف نقص حس شنوایی است (افروز، ۱۳۸۸). تعیین ناتوانی کودک اغلب به عنوان یک شوک شدید تلقی می‌شود و باعث تغییر در شرایط عادی زندگی، شغل و

بهداشت روانی^۱، یک زمینه تخصصی در محدوده‌ی روانپزشکی است و هدف آن ایجاد سلامت روان به وسیله پیشگیری از ابتلا به بیماری‌های روانی، کنترل عوامل موثر در بروز بیماری‌های روانی، تشخیص زودرس بیماری‌های روانی، پیشگیری از عوارض ناشی از برگشت بیماری‌های روانی و ایجاد محیط سالم برای برقراری روابط صحیح انسانی است. پس سلامت روان علمی است برای بهزیستی، رفاه اجتماعی و سازش منطقی با پیامدهای زندگی (میلانی فر، ۱۳۸۶). فرهنگ بزرگ روان‌شناسی لاروس^۲، سلامت روان را چنین تعریف می‌کند: «استعداد روان برای هماهنگی، خوشایند و مؤثر کار کردن، برای موقعیت‌های دشوار انعطاف پذیر بودن و برای بازیابی تعادل خود توانایی داشتن» (راضی، ۱۳۸۵). آدلر^۳ سلامت روان را داشتن

1- mental health

2- Laros

3- Adler

نتیجه رسیدند که خانواده‌های شنوای دارای فرزند با آسیب شنوایی، میزان استرس بسیار بیشتری نسبت به والدین کم‌شنوا دارند. احتمالاً مهم‌ترین عامل در سازگاری این خانواده‌ها میزان حمایت‌های اجتماعی است که از دیگران دریافت می‌کنند. هنگلر، واتسون، هیلن و مالون^۹ (۱۹۹۰) نشان دادند که میزان رضامندی زوجیت والدین نوجوانان کم‌شنوا، با میزان شنوایی فرزندانشان مرتبط است. بیتن کورت و هواهن^{۱۰} (۲۰۰۹) گزارش کردند که کیفیت پایین زندگی والدین به دلیل شرایط فرهنگی و اجتماعی ناشی از وجود کودک کم‌شنواست. نتایج پژوهش قراشی، سرنندی و فرید (۱۳۹۲) نشان داد که حضور کودک با آسیب شنوایی برای پدران و مادران استرس‌زا و تهدید کننده رضامندی زوجیت بوده و سطح رضامندی زوجیت والدین با کودک کم‌شنوا پایین‌تر از سطح رضامندی زوجیت والدین کودک عادی است و لزوم توجه و برنامه‌ریزی برای کاهش استرس والدین کودک کم‌شنوا با آسیب شنوایی را می‌طلبد.

پژوهش‌ها نشان داده‌اند، مادران دارای کودکان با نیازهای ویژه در مقایسه با پدران با مشکلات بیشتری برخورد کرده و بیشتر با مشکلات رفتاری فرزند خود درگیرند، به همین منظور هم استرس بیشتری را تجربه کرده و نیاز به حمایت بیشتری دارند

مولکی و نعمتی (۱۳۸۸) در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که وجود فرزند ناتوان به‌خصوص فرزند با آسیب‌شنوایی در خانواده، غالباً تجربه ناخوشایند و استرس‌زاست. همچنین تولد کودک با آسیب‌شنوایی برای بسیاری از والدین شنوا، احساساتی شبیه به داغ‌دیدگی به همراه دارد. همچنین، نتایج پژوهش شریفی درآمدی (۱۳۸۲) نشان داد که والدین این کودکان اعتقاد داشتند

روابط با فامیل می‌شود (آشوم و نیدهی^۱، ۲۰۰۴). همچنین، والدین کودکان ناتوان دارای حالات هیجانی ناپایدار، بیماری‌های روان‌شناختی، سوگ پایداری، ناسازگاری و انزوای اجتماعی هستند (چاندورکار^۲، ۲۰۰۲).

پژوهش‌های مختلف نشان می‌دهند والدین کودکان ناتوان، سلامت جسمانی و روان‌شناختی پایین‌تری دارند. بسیاری از آن‌ها دچار کم‌دردی، سردرد، میگرن، زخم معده، اضطراب، خشم، احساس گناه، اندوه، انزوای اجتماعی، کم‌خوابی و افسردگی می‌شوند (گولدمن، فیشر و هاثورن^۳، ۲۰۰۴). همچنین پژوهش‌ها نشان داده‌اند، مادران دارای کودکان با نیازهای ویژه در مقایسه با پدران با مشکلات بیشتری برخورد کرده و بیشتر با مشکلات رفتاری فرزند خود درگیرند، به همین منظور هم استرس بیشتری را تجربه کرده و نیاز به حمایت بیشتری دارند، در حقیقت وجود فرزند ناتوان، سازش‌یافتگی و سلامت جسمانی و روانی والدین، به‌خصوص مادران را تهدید کرده و غالباً تأثیر منفی بر رضامندی آن‌ها دارد (سالوویتا، ایتالینا و لینونن^۴، ۲۰۰۳، به نقل از گولدمن، فیشر و هاثورن، ۲۰۰۴). طبق بررسی‌های مایلندر^۵ و گلدین میدو^۶ (۱۹۹۱)، به‌نقل از شریفی درآمدی، (۱۳۸۲)، بیشتر والدین کودکان ناشنوا، واکنش‌های روانی از قبیل غم و اندوه دارند. این پژوهشگران نیز اظهار می‌دارند که معلولیت شدید شنوایی تأثیر روانی عمده‌تری در مقایسه با دیگر معلولیت‌های حسی دارند. مطالعه رمین و براون^۷ (۲۰۱۰) نشان می‌دهد که پدران و مادران کودکان با آسیب‌شنوایی سازگاری زناشویی کمتری نسبت به والدین کودکان عادی دارند. طی مطالعه‌ای موسست و زیدمن-زایت^۸ (۲۰۰۱) به این

- 1- Ashom & Nidhi
- 2- Chandorkar
- 3- Goldman, Fisher & Hawthorne
- 4- Salvita, Aytalina & Linunen
- 5- Mylander
- 6- Goldin - Meadow
- 7- Remine & Brown
- 8- Most & Zaidman-Ziat

9- Henggeler, Watson, Whelan & Malone
10- Bittencourt, Hoehne

مؤثر است. لذا در هنگام بررسی حمایت اجتماعی توجه به میزان درک بیمار از اهمیت خاصی برخوردار است (هلگستون و کوهن^۶، ۲۰۰۴). نظریه پردازان حمایت اجتماعی ادراک شده بر این امر اذعان دارند که تمامی روابطی که فرد با دیگران دارد حمایت اجتماعی محسوب نمی شوند. گاهی کمک‌هایی که به فرد می‌شود نامناسب و بد موقع است یا این که خلاف میل خود فرد است، لذا نه خود حمایت که بیشتر ادراک فرد از حمایت است که مهم است؛ بنابراین، عدم ادراک حمایت اجتماعی پیامدهای زیادی برای جامعه دارد. این امر موجب می‌شود که افراد وظایف خود را به درستی انجام ندهند و در عملکرد افراد جامعه اختلال پیش‌آید (آلن، مور، کوپرمینک و بل^۷، ۱۹۹۸). پژوهش‌های متعددی نشان داده‌اند که هر چه میزان حمایت اجتماعی افزایش یابد، سطح سلامتی نیز افزایش پیدا می‌کند و بالعکس. از این نگاه، داشتن سلامتی مشروط به داشتن حمایت اجتماعی است (قدسی، ۱۳۸۲). استرازدین و بروم^۸ (۲۰۰۸) در پژوهشی که انجام دادند، حمایت را به‌طور طبیعی سودمند دانستند و بیان کردند که حمایت اجتماعی موجب سلامت روان افراد می‌شود. نتایج پژوهش‌های لاندمن پیترز، هارتمن و ون-در^۹ (۲۰۰۵) نشان داد که سطوح بالاتر حمایت اجتماعی با سطوح پایین‌تر افسردگی و اضطراب، مرتبط است و تصور می‌شود که حمایت اجتماعی، به عنوان سپری ضربه‌گیر در مقابل استرس عمل می‌کند. نتیجه پژوهش کوکرهام^{۱۰} (۲۰۰۸) نشان داد که سن، جنس، میزان تحصیلات، تأهل، طبقه‌ی اجتماعی، محیط‌های اجتماعی و زمینه‌های اجتماعی همچون حمایت اجتماعی و شبکه روابط اجتماعی بر میزان سلامت روان بسیار مؤثر است.

بیشترین تأثیر که کودک ناشنوا بر خانواده گذاشته، احساس شرمساری و نگرانی است که میزان این احساس به شدت آسیب‌شنوایی فرزند نیز بستگی داشت. والدینی که فرزند آن‌ها دارای نقص‌شنوایی شدیدتری بود، احساس شرمساری و نگرانی بیشتری نیز می‌کردند. یافته‌های پژوهش همچنین نشان داد که عمده‌ترین تأثیراتی که کودک ناشنوا بر سایر فرزندان گذاشته است، به ترتیب خجالت، محبت و همکاری است. بارزترین واکنش اقوام و بستگان نسبت به خانواده کودک، ابراز عطف و دلسوزی، اجتناب و عدم معاشرت با خانواده کودک است.

یکی از مؤلفه‌های مهمی که ممکن است بر سلامت روان مادران کودکان با آسیب‌شنوایی تأثیرگذار باشد، حمایت اجتماعی^۱ است. حمایت اجتماعی به دو صورت حمایت اجتماعی دریافت شده^۲ (عینی) و ادراک شده^۳ (ذهنی) مورد مطالعه قرار می‌گیرد (حسام و همکاران، ۱۳۹۰). در حمایت اجتماعی ادراک شده، ارزیابی‌های فرد از دسترس بودن حمایت‌ها در مواقع ضروری و مورد نیاز بررسی می‌شود (گولاقت^۴، ۲۰۰۹). یا به عبارت دیگر، ادراک یا تجربه یک فرد از این که او را دوست دارند، از او مراقبت می‌کنند، به او حرمت و ارزش می‌دهند و او را بخشی از یک شبکه اجتماعی با مساعدت‌ها و تعهدات به شمار می‌آورند (تیلور^۵ و همکاران، ۲۰۰۶). درک حمایت از دریافت آن مهم‌تر است؛ به عبارت دیگر، درک و نگرش فرد نسبت به حمایت دریافت شده مهم‌تر از میزان حمایت ارائه شده به فرد است. نتایج مطالعه‌ای که دو نوع حمایت دریافت شده و ادراک شده را مقایسه کرد، نشان داد که حمایت اجتماعی ادراک شده به طور قوی در سازگاری با بیماری

6- Helgeston, & Cohen

7- Allen, Moore, Kuperminc, & Bell

8- Strazedin, & Broom

9- Landman-Peters, Hartman, & van der

10- Cockerham

1- social support

2- received

3- perceived

4- Gulaçt

5- Taylor

از ویژگی‌های خانوادگی، شیوه‌های فرزندپروری، روابط زناشویی و نیز توانمندی و ناتوانی‌های شناختی - عاطفی خودش اثر می‌پذیرد و اثر می‌گذارد؛ و این که آموزش و پرورش کودک بدون توجه به خانواده کار دشواری است (زاهدی، ۱۳۸۴). لذا، هدف از پژوهش حاضر مقایسه حمایت اجتماعی ادراک شده و سلامت روان مادران کودکان با و بدون آسیب شنوایی است.

پژوهش‌های متعددی نشان داده‌اند که هر چه میزان حمایت اجتماعی افزایش یابد، سطح سلامتی نیز افزایش پیدا می‌کند و بالعکس. از این نگاه، داشتن سلامتی مشروط به داشتن حمایت اجتماعی است

بدین ترتیب، با توجه به پژوهش‌ها و مطالعاتی که در سال‌های اخیر در مورد حمایت اجتماعی ادراک شده و تأثیرات آن بر سلامت جسمانی و روانی انجام شده و با توجه به هدفی که این پژوهش به دنبال آن است، فرضیات پژوهش به شرح زیر می‌باشد:

۱- بین حمایت اجتماعی ادراک شده و ابعاد آن در مادران کودکان با و بدون آسیب شنوایی تفاوت معناداری وجود دارد.

۲- بین سلامت روان و ابعاد آن در مادران کودکان با و بدون آسیب شنوایی تفاوت معناداری وجود دارد.

۳- بین حمایت اجتماعی ادراک شده و سلامت روان در مادران کودکان با و بدون آسیب شنوایی رابطه معناداری وجود دارد.

۴- حمایت اجتماعی ادراک شده و ابعاد آن به عنوان یک متغیر پیش بین، می‌تواند تغییرات متغیر ملاک یعنی سلامت روان را مورد پیش‌بینی قرار دهند.

روش:

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

با توجه به ماهیت موضوع پژوهش و با توجه به این

کارادیماس^۱ (۲۰۰۸) در پژوهش خود نشان داد افرادی که از حمایت اجتماعی برخوردارند در مقایسه با افرادی که از این موقعیت برخوردار نیستند، سلامت روانی بهتری دارند و در مشکلات روانی سریع‌تر بهبود می‌یابند. دیلی و لاندروز^۲ (۲۰۰۵) در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که بین حمایت و نزدیکی با خانواده و سلامت روان رابطه مثبت و معنادار یافتند. کیل و پاتریک^۳ (۲۰۰۵) گزارش دادند؛ افرادی که احساس تنهایی را تجربه می‌کنند، وقتی از حمایت اجتماعی برخوردار باشند بهتر با مشکلات کنار می‌آیند و سلامت روان آنها با سهولت بهتری امکان‌پذیر است. در مطالعه لانگلد^۴ (۲۰۱۱) نیز، مشخص شد که کیفیت حمایت اجتماعی ادراک شده با افزایش احساس همبستگی بین افراد، سبب بهبود سلامت روانی آنها می‌شود. در پژوهشی که قاسمی پور و جهانبخش (۱۳۸۸) به آن پرداختند، نشان دادند که بین منابع ساختاری و کارکردهای حمایت اجتماعی با سلامت روان رابطه معنی‌داری وجود دارد. در بین انواع کارکردهای حمایت اجتماعی، حمایت عاطفی و در بین منابع ساختاری حمایت اجتماعی، عضویت گروهی و پیوند قوی با سلامت روان رابطه معنی‌دار داشتند. پژوهشی توسط حسام و همکاران (۱۳۹۰) مورد بررسی قرار گرفت. و سرانجام این که نتایج پژوهش ریاحی، وردی‌نیا و پورحسین (۱۳۸۹) نشان داد، رابطه مستقیم و معناداری بین میزان حمایت اجتماعی و سلامت روان مشاهده شده است. این در حالی است که بین سلامت روان با میزان دینداری و طبقه اجتماعی رابطه معناداری مشاهده نشده است.

از آنجایی که امروزه یافته‌های ادبیات مربوط به چگونگی ارتباط والدین - کودک، به صراحت نشان داده اند که کودک یک موجود فعل پذیر مطلق نیست و

1- Karadimas
2- Dehle & Landers
3- Kilpatric
4- Langland

مقیاس چندبعدی حمایت اجتماعی ادراک شده (زیمت، دهلم، زیمت و فارلی^۱، ۱۹۸۸): مقیاس چندبعدی حمایت اجتماعی ادراک شده که یک ارزیابی ذهنی از بسندگی حمایت اجتماعی^۲ به عمل می‌آورد، به وسیله زیمت و همکاران (۱۹۸۸) طراحی شد. این مقیاس ادراکات از بسندگی حمایت اجتماعی را در سه منبع «خانواده»، «دوستان» و «افراد مهم زندگی» می‌سنجد. مقیاس چندبعدی حمایت اجتماعی ادراک شده به مثابه یک ابزار خودتیینی^۳ است. مقیاس چندبعدی حمایت اجتماعی ادراک شده شامل ۱۲ سؤال است که هر سؤال بر روی یک طیف پنج درجه‌ای از کاملاً مخالف (۱) تا کاملاً موافق (۵) درجه‌بندی می‌شود. در این مقیاس، هر چهار سؤال بر اساس منابع حمایت اجتماعی، به یکی از گروه‌های عاملی خانواده، دوستان و افراد مهم زندگی، منتسب شده است. گفتنی است که در این مقیاس، با افزایش نمره افراد، نمره آن‌ها در عامل کلی حمایت اجتماعی ادراک شده، افزایش نشان می‌دهد. علاوه بر این، از حاصل جمع نمره افراد در سؤالات هر مقیاس، نمره کلی افراد در هر یک از زیر مقیاس‌های سه‌گانه به دست می‌آید. نتایج مطالعه زیمت و همکاران (۱۹۸۸) با هدف بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس چندبعدی حمایت اجتماعی ادراک شده نشان داد که این ابزار برای بررسی حمایت اجتماعی ادراک شده روا و پایا است. نتایج مطالعه براور، امسلی، کاید، لوچنر و سیدات^۴ (۲۰۰۸) در بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس چندبعدی حمایت اجتماعی ادراک شده با استفاده از تحلیل عاملی تأییدی نشان داد که ساختار سه عاملی مقیاس چندبعدی حمایت اجتماعی ادراک شده (خانواده، دوستان و افراد مهم زندگی) برازش قابل قبولی با داده‌ها

که هدف پژوهش حاضر مقایسه حمایت اجتماعی ادراک شده و سلامت روان مادران کودکان با و بدون آسیب شنوایی بوده است، از روش پژوهش علی-مقایسه‌ای استفاده شده است.

جامعه آماری پژوهش حاضر را تمامی مادران دانش‌آموزان با آسیب شنوایی و عادی دوره دبستان شهرستان بابل (استان مازندران) در سال تحصیلی ۹۳-۹۲ تشکیل می‌دهند. حجم نمونه این پژوهش ۱۰۰ نفر است که از این تعداد، ۵۰ مادر دارای کودک با آسیب شنوایی و ۵۰ مادر دارای کودک عادی هستند. روش نمونه‌گیری به صورت تصادفی خوشه‌ای بود. به این طریق که ابتدا از میان تمام مدارس دوره دبستان ناشنوایان و عادی فهرستی تهیه شد و سپس از بین هر گروه یک مدرسه به صورت تصادفی انتخاب گردید و سرانجام از بین پایه‌های مختلف، پایه‌ی دوم ابتدایی به عنوان نمونه انتخاب شد که به صورت تصادفی (قرعه‌کشی) از بین دانش‌آموزان این پایه، ۵۰ نفر در گروه‌های مربوطه جای گرفتند.

ملاک‌های شمول افراد به منظور شرکت در پژوهش

عبارت‌اند از:

- ۱- عدم وجود مشکلات بینایی و ذهنی،
- ۲- طبقه سنی ۷-۹ سال،
- ۳- گروه مذکر.

ملاک‌های خروج از پژوهش نیز، شامل این موارد بودند:

- ۱- ابتلا به بیماری‌های عفونی و واگیر،
- ۲- شروع درمان دارویی یا انجام جراحی،
- ۳- جابجایی محل تحصیل یا محل زندگی،
- ۴- دریافت برنامه مداخله‌ای همزمان با این پژوهش که ممکن بود بر متغیرهای این پژوهش تأثیرگذار باشد.

ابزار پژوهش

برای جمع‌آوری اطلاعات در این پژوهش از ابزارهای

زیر استفاده شد:

- 1- Zimet, Dahlem, Zimet & Farley
- 2- adequacy of social support
- 3- self-explanatory
- 4- Bruwer, Emsley, Kidd, Lochner & Seedat

بودن زندگی، افکار خودکشی و آرزوی مردن و ناتوانی در انجام کارها.

نمره‌ی کل هر فرد از حاصل جمع نمرات چهار زیر مقیاس به دست می‌آید. نمرات بین ۱۴ تا ۲۱ در هر مقیاس، وخامت وضع آزمودنی در آن عامل را نشان می‌دهد. مرور مطالعات انجام گرفته در کشورهای مختلف جهان در زمینه اعتباریابی فرم‌های ۱۲، ۲۸ و ۶۰ سؤالی پرسشنامه سلامت عمومی دلالت بر روایی و پایایی بالای آزمون را داشته است (نوربالا، باقری یزدی و محمد، ۱۳۸۷). ویلکینسون و رنزولی^۲ (۱۹۸۹)؛ به نقل از سپهرمنش، ۱۳۸۷) روی ۴۳ پژوهش که این ابزار را به کار برده بودند فراتحلیل انجام دادند و به حساسیت ۰/۸۴ و ویژگی ۰/۸۴ دست یافتند. مطالعات اندکی در زمینه اعتباریابی پرسشنامه سلامت عمومی در ایران انجام گرفته است. پالاهنگ (۱۳۷۲) در بررسی اعتباریابی پرسشنامه ۲۸ سؤالی عمومی، بر اساس نمره گذاری سنتی، نمره برش ۶ و بر اساس نمره گذاری ساده لیکرت، نقطه برش ۲۲ را گزارش نموده و ضریب پایایی پرسشنامه (با روش بازآزمایی) ۰/۹۱ بوده است. از نظر گروه سنی نیز، این ابزار در پژوهش حق شناس، چمنی و فیروزآبادی (۱۳۸۵) بر روی دانش آموزان مقطع دبیرستان اجرا شده است.

روش اجرا

پس از ورود به مدرسه و انتخاب تصادفی دانش آموزان، با هماهنگی معلم و مدیر مدرسه پرسشنامه‌ها به آزمودنی‌ها ارائه گردید تا به مادران خود جهت تکمیل پرسشنامه‌ها تحویل دهند. بعد از یک هفته پرسشنامه‌ها از تمام آزمودنی‌ها جمع آوری شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار spss20 انجام گرفت. به این صورت که ابتدا اطلاعات توصیفی مانند میانگین و انحراف استاندارد محاسبه شد و سپس برای آزمودن فرضیه‌های پژوهش، از

دارد. در مطالعه شکری (۱۳۸۸) ضرایب آلفای کرانباخ عامل کلی حمایت اجتماعی ادراک شده و ابعاد سه گانه خانواده، دوستان و افراد مهم زندگی در نمونه ایرانی به ترتیب برابر با ۰/۸۹، ۰/۸۴، ۰/۸۵ به دست آمد.

پرسشنامه سلامت روان (GHQ-28): این پرسشنامه، شناخته‌ترین آزمون غربالگری است که تاکنون در روان پزشکی تأثیر بسیار زیادی بر پیشرفت پژوهش‌ها داشته است که توسط گلدبرگ^۱ (۱۹۸۹) برای تفکیک افراد مبتلا به اختلالات روانی از جمعیت مراجعه کننده به مراکز پزشکی عمومی ساخته شده است. سؤال‌ها در یک طیف چهار درجه‌ای (اصلاً، در حد معمول، بیشتر از حد معمول، همیشه) به روش لیکرت درجه بندی شده است که سؤال‌ها از راست به چپ از ۱ تا ۴ نمره گذاری می‌شود. در کل نمرات پایین نشان دهنده‌ی سلامت روان و نمرات بالا حاکی از فقدان سلامت روانی است.

این پرسشنامه، چهار مقیاس فرعی را در بر می‌گیرد که بدین شرح است:

الف) نشانه‌های جسمانی (بدنی): ۷ ماده را به خود اختصاص می‌دهد سردرد، احساس ضعف و سستی، احساس نیاز به داروهای تقویتی و احساس داغی یا سردی در بدن را مورد بررسی قرار می‌دهد.

ب) علائم اضطراب: ۷ ماده را به خود اختصاص می‌دهد. اضطراب، بی‌خوابی، تحت فشار بودن و عصبانیت و دل شوره را مورد بررسی قرار می‌دهد.

ج) اختلال در عملکرد اجتماعی: ۷ ماده را به خود اختصاص می‌دهد. توانایی فرد در انجام کارهای روزمره، احساس رضایت در انجام وظایف، احساس مفید بودن، قدرت یادگیری و لذت از فعالیت‌های روزمره زندگی را بررسی می‌کند.

د) علائم افسردگی: ۷ ماده را به خود اختصاص می‌دهد. احساس بی‌ارزشی، ناامیدی، احساس بی‌ارزش

ب) اطلاعات استنباطی: در این بخش داده‌های به دست آمده از پرسشنامه‌ها، به منظور تبیین ارتباط بین متغیرهای حمایت اجتماعی ادراک شده و سلامت روان در مادران کودکان با و بدون آسیب شنوایی، با استفاده از تحلیل واریانس یک طرفه، ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چند گانه مورد استنباط قرار می‌گیرد.

جدول ۲) خلاصه نتایج آزمون تحلیل واریانس یک طرفه حمایت اجتماعی ادراک شده و ابعاد آن

متغیر	شاخص‌ها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
حمایت اجتماعی ادراک شده (کل آزمون)	بین گروهی درون گروهی کل	۷۷/۲۳ ۵۴۳۶/۱۲ ۵۵۱۳۳/۳۶	۱ ۹۸ ۹۹	۴۳/۰۸ ۵۳/۱۹	۶/۷۳	۰/۰۰۳
حمایت اجتماعی خانواده	بین گروهی درون گروهی کل	۴۱/۴۳ ۱۱۸۷/۷۹ ۱۲۲۹/۲۲	۱ ۹۸ ۹۹	۳۰/۱۰ ۱۹/۵۰	۴/۰۵	۰/۰۰۱
حمایت اجتماعی دوستان	بین گروهی درون گروهی کل	۳۲/۲۳ ۱۰۵۴/۰۵ ۱۰۸۶/۲۸	۱ ۹۸ ۹۹	۲۳/۴۷ ۱۶/۰۴	۴/۰۰	۰/۰۰۵
حمایت اجتماعی افراد مهم زندگی	بین گروهی درون گروهی کل	۲۱/۱۱ ۱۲۸۶/۳۳ ۱۳۰۱/۴۴	۱ ۹۸ ۹۹	۱۷/۲۶ ۱۰/۴۴	۲/۶۹	۰/۰۶۶

با توجه به جدول شماره ۲، بین حمایت اجتماعی ادراک شده مادران کودکان با و بدون آسیب شنوایی متوسط تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0/003$)، $F=6/73$. به این ترتیب که بین ابعاد حمایت اجتماعی از طرف خانواده ($P < 0/001$)، دوستان ($P < 0/005$) تفاوت معناداری وجود دارد؛ در حالی که در بعد حمایت اجتماعی از طرف افراد مهم زندگی تفاوت معناداری وجود ندارد ($P < 0/066$).

آزمون تحلیل واریانس یک طرفه، ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چند گانه استفاده شد.

یافته‌ها:

الف: اطلاعات توصیفی: در این بخش ابتدا یافته‌های توصیفی مانند میانگین و انحراف استاندارد آزمودنی‌های دو گروه (مادران کودکان با و بدون آسیب شنوایی) مورد بررسی قرار می‌گیرد تا تفاوت‌های نمرات آزمودنی‌ها در متغیرهای حمایت اجتماعی ادراک شده و سلامت روان از نظر اطلاعات توصیفی مشخص گردد.

جدول ۱) خلاصه یافته‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه در دو گروه از مادران کودکان با و بدون آسیب شنوایی

گروه‌ها	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد
حمایت اجتماعی ادراک شده	مادران کودکان با آسیب شنوایی	۳۴/۶۵	۷/۸۶
	مادران کودکان بدون آسیب شنوایی	۴۰/۱۹	۱۱/۴۶
سلامت روان	مادران کودکان با آسیب شنوایی	۵۶/۲۱	۱۵/۳۳
	مادران کودکان بدون آسیب شنوایی	۴۳/۱۰	۸/۰۳

همان‌طور که در جدول شماره ۱ ملاحظه می‌شود، مادران کودکان بدون آسیب شنوایی در حمایت اجتماعی ادراک شده نسبت به مادران کودکان با آسیب شنوایی از میانگین بالاتری برخوردار هستند. در حالی که در متغیر سلامت روان، مادران کودکان با آسیب شنوایی از میانگین بالاتری نسبت به مادران کودکان بدون آسیب شنوایی برخوردار هستند. لازم به ذکر است که در مقیاس سلامت روان، میانگین بالاتر به منزله عدم سلامت روان می‌باشد.

جدول ۳) خلاصه نتایج آزمون تحلیل واریانس یک طرفه سلامت روان و ابعاد آن

متغیر	شاخص‌ها	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری
سلامت روان (کل آزمون)	بین گروهی	۳۲۴۶/۵۵	۱	۲۳۷۶/۴۳	۷/۰۳	۰/۰۰۵
	درون گروهی	۵۶۲۱/۰۴	۹۸	۱۶۲/۱۱		
	کل	۸۸۶۷/۵۹	۹۹			
اضطراب	بین گروهی	۲۱۳/۴۶	۱	۱۳۴/۷۶	۴/۱۱	۰/۰۰۱
	درون گروهی	۱۲۱۴/۳۲	۹۸	۷۶/۱۲		
	کل	۱۴۲۷/۷۸	۹۹			
افسردگی	بین گروهی	۱۵۴/۸۳	۱	۱۲۹/۰۳	۴/۵۳	۰/۰۰۰
	درون گروهی	۱۱۳۹/۰۵	۹۸	۳۹/۲۰		
	کل	۱۲۹۳/۸۸	۹۹			
اختلال در عملکرد اجتماعی	بین گروهی	۸۹/۲۶	۱	۸۸/۴۹	۳/۹۸	۰/۰۰۱
	درون گروهی	۱۰۱۲/۵۵	۹۸	۳۰/۸۵		
	کل	۱۱۰۱/۸۱	۹۹			
نشانگان جسمانی	بین گروهی	۱۰۱/۶۸	۱	۱۰۸/۱۰	۴/۱۲	۰/۰۰۴
	درون گروهی	۱۱۲۲/۹۹	۹۸	۳۵/۶۶		
	کل	۱۲۲۴/۶۷	۹۹			

همان گونه که در جدول شماره ۴ مشاهده می‌شود، بین حمایت اجتماعی ادراک شده با سلامت روان ارتباط معناداری وجود دارد ($t=0/71$) ($P<0/01$). به این معنی که، بین ابعاد حمایت اجتماعی ادراک شده یعنی حمایت خانواده ($t=0/60$) ($P<0/01$)، حمایت دوستان ($t=0/56$) ($P<0/01$) و حمایت افراد مهم‌زندگی ($t=0/53$) ($P<0/01$) با سلامت روان ارتباط معناداری وجود دارد. به عبارت دیگر، با افزایش میزان حمایت اجتماعی ادراک شده، میزان سلامت روان مادران دو گروه نیز افزایش پیدا خواهد کرد.

به منظور تبیین نقش هر کدام از متغیرهای پیش‌بین در متغیر ملاک (سلامت روان) از تحلیل رگرسیون چندگانه به روش همزمان استفاده شد که خلاصه نتایج آن در جداول شماره ۵ ارائه شده است.

جدول ۵) خلاصه نتایج تحلیل رگرسیون برای حمایت اجتماعی ادراک شده و سلامت روان

متغیرهای پیش‌بین	B	SE	Beta	t	سطح معناداری
حمایت اجتماعی خانواده	۰/۶۳۳	۰/۰۸۱	۰/۳۷۶	۴/۳۱	۰/۰۰۲
حمایت اجتماعی دوستان	۰/۵۸۷	۰/۰۷۳	۰/۳۳۱	۳/۸۹	۰/۰۰۰
حمایت اجتماعی افراد مهم زندگی	-۰/۰۹۰	۰/۰۱۵	-۰/۱۰۵	-۱/۳۲	۰/۱۴۵
حمایت اجتماعی ادراک شده (کل)	۰/۷۳۲	۰/۰۹۳	۰/۵۶۳	۷/۵۵	۰/۰۰۱

با توجه به جدول شماره ۵، حمایت اجتماعی از طرف خانواده ۰/۳۷، حمایت اجتماعی از طرف دوستان ۰/۳۳ از تغییرات سلامت روان را پیش‌بینی می‌کند و در مجموع، حمایت اجتماعی ادراک شده ۰/۵۶ از سلامت روان را پیش‌بینی می‌کند ($P<0/01$). به عبارت دیگر با افزایش یک نمره در مقیاس حمایت اجتماعی از طرف خانواده،

با توجه به جدول شماره ۳، بین سلامت روان (کل آزمون) مادران با و بدون آسیب شنوایی تفاوت معناداری وجود دارد ($F=5,03$) ($P<0/005$). به این ترتیب که در میان مادران دو گروه در ابعاد اضطراب ($P<0/001$)، افسردگی ($P<0/000$)، اختلال در عملکرد اجتماعی ($P<0/001$) و نشانگان جسمانی ($P<0/004$) تفاوت معناداری وجود دارد.

جدول ۴) ضرایب همبستگی پیرسون متغیرهای حمایت اجتماعی ادراک شده و سلامت روان

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵
خانواده	-				
دوستان	۰/۳۱*	-			
افراد مهم زندگی	۰/۴۰*	۰/۳۵*	-		
حمایت اجتماعی ادراک شده	۰/۷۸**	۰/۶۰**	۰/۵۷**	-	
سلامت روان	۰/۶۰**	۰/۵۶**	۰/۵۳*	۰/۷۱**	-

** $P < 0/01$ * $P < 0/05$

نتایج این پژوهش با نتایج پژوهش‌های گولدمن (۲۰۰۴)، سالوویتا، ایتالینا و لینونن (۲۰۰۳)، مایلندر و گل‌دین میدو (۱۹۹۱)، رمین و براون (۲۰۱۰)، موس‌ت و زی‌دمن - زایت (۲۰۰۱)، بیتن کورت و هواهن (۲۰۰۹)، استرازدین و بروم (۲۰۰۸)، لاندمن پیترز، هارتمن و ون در (۲۰۰۵)، کوکرهام (۲۰۰۸)، لانگلند (۲۰۱۱)، کارادیماس (۲۰۰۸)، دیلی و لاندروز (۲۰۰۵)، کیل پاتریک (۲۰۰۵)، قاسمی‌پور و جهانبخش (۱۳۸۸)، قراشی، سرندی و فرید (۱۳۹۲)، موللی و نعمتی (۱۳۸۸)، شریفی درآمدی (۱۳۸۱)، قدسی (۱۳۸۲)، ریاحی، وردی‌نیا و پورحسین (۱۳۸۹) همسو می‌باشد که حاکی از آن بودند بین سلامت روان مادران کودکان با و بدون آسیب شنوایی تفاوت معناداری وجود دارد؛ بدین معنی که مادران کودکان بدون آسیب شنوایی از سلامت روان بهتری برخوردارند و در برابر اختلالات روانی مانند اضطراب و افسردگی کمتر از مادران کودکان با آسیب شنوایی آسیب‌پذیرترند. همچنین، نتایج این پژوهش‌ها حاکی از آن بودند که بین حمایت اجتماعی ادراک شده و سلامت روان رابطه مثبت و معناداری دیده می‌شود و هرچه ادراک از حمایت اجتماعی بیشتر باشد، افراد از لحاظ سلامت روان وضعیت بهتری دارند. اما این نتایج پژوهش، با نتایج پژوهش حسام و همکاران (۱۳۹۰) مغایر است. یافته‌های این پژوهشگران نشان داد که حمایت اجتماعی ادراک شده با سلامت روان ارتباط معنی‌داری ندارد، اما رضایت از زندگی با سلامت روان ارتباط معنی‌داری دارد. در تبیین این نتایج می‌توان بیان کرد که حمایت اجتماعی ادراک شده ممکن است به دو طریق، اثرات زیان‌بخش فشارها را کاهش دهد. اولاً حمایت اجتماعی با واکنش کردن فرد علیه تجربه کردن فشارها قبل از این که رخ دهند، فشار روانی را کاهش می‌دهد. ثانیاً شبکه‌های حمایت اجتماعی، به عنوان سپری در مقابل فشار روانی عمل می‌کند. دانش و اطمینان از این که شخص می‌تواند هنگام فشار روانی به شبکه اجتماعی

دوستان و حمایت اجتماعی در کل، سلامت روان به ترتیب ۰/۳۷، ۰/۳۳ و ۰/۵۶ افزایش می‌یابد. همچنین، از بین ابعاد حمایت اجتماعی ادراک شده، حمایت اجتماعی از طرف خانواده می‌تواند پیش‌بینی کننده مناسبی برای تغییرات سلامت روان باشد ($P < 0/002$).

بحث

سلامت روان یکی از مقوله‌های مهم در مباحث روان‌شناسی و روان‌پزشکی است که هر ساله حجم زیادی از پژوهش‌ها را به خود اختصاص می‌دهد و عوامل مؤثر بر آن همواره مورد توجه روان‌شناسان بوده است. عوامل متعددی ممکن است بر سلامت روان تأثیر داشته باشند که از جمله‌ی آن‌ها می‌توان به حمایت اجتماعی ادراک شده اشاره کرد. پس از این که در یک خانواده، کودکی با آسیب شنوایی تشخیص داده می‌شود، عموماً والدین وارد مراحل سوگوری و غم می‌شوند و آسیب شنوایی فرزندشان را به عنوان از دست دادن یک کودک کامل و یک زندگی طبیعی برای او و اعضای خانواده در نظر می‌گیرند (موللی و نعمتی، ۱۳۸۸). لذا، هدف از این پژوهش، مقایسه حمایت اجتماعی ادراک شده و سلامت روان مادران کودکان با و بدون آسیب شنوایی بود. بدین منظور نمونه‌ای متشکل از ۵۰ مادر کودک با آسیب شنوایی و ۵۰ مادر کودک بدون آسیب شنوایی در دوره دبستان شهرستان بابل انتخاب و مورد مطالعه قرار گرفتند؛ که نتایج حاصل از آن نشان داد بین حمایت اجتماعی ادراک شده و سلامت روان مادران با و بدون آسیب شنوایی تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین، بین حمایت اجتماعی ادراک شده و سلامت روان نیز رابطه معناداری وجود دارد و حمایت اجتماعی ادراک شده به ویژه حمایت اجتماعی از سوی خانواده و دوستان می‌تواند تغییرات سلامت روان را به عنوان یک متغیر ملاک پیش‌بینی کند.

پناه ببرد، این امکان را به او می‌دهد تا وقایع زندگی را کمتر تهدیدکننده ارزیابی کند. در نهایت ادراک حمایت اجتماعی می‌تواند مقاومت مادران کودکان با آسیب‌شنوایی را در مقابل اثرات منفی عوامل فشارزا افزایش دهد و به این وسیله سلامت روان فرد بیش از پیش حفاظت و بهبود یابد. از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به این موارد اشاره کرد: با توجه به این که نمونه انتخاب‌شده مربوط به شهرستان بابل است، بنابراین در تعمیم نتایج به سایر نقاط کشور باید احتیاط کرد. در این پژوهش امکان کنترل سایر متغیرها که به نوعی با سلامت روان ارتباط دارند و بر آن تأثیر می‌گذارند (مانند تاب‌آوری، سبک‌های فرزندپروری و ...) فراهم نبوده است؛ و سرانجام این که پژوهش حاضر تنها در مورد حمایت اجتماعی ادراک شده و سلامت روان مادران کودکان با آسیب‌شنوایی در مقایسه با مادران کودکان بدون آسیب‌شنوایی انجام شده است و به سادگی نمی‌توان از تعمیم نتایج به دیگر گروه‌های مادران کودکان با نیازهای ویژه

سخن گفت. به دنبال این محدودیت‌ها، پیشنهادهایی به منظور انجام بهتر پژوهش‌های آینده در این زمینه به این شرح بیان می‌شود: میزان حمایت اجتماعی ادراک‌شده و سلامت روان مادران سایر گروه‌های کودکان و نوجوانان با نیازهای ویژه مورد بررسی قرار گیرد. همچنین، پژوهشی مشابه انجام شود که علاوه بر مادران، پدران نیز به عنوان یک متغیر در طرح پژوهش گنجانده شوند. این پژوهش در سایر مناطق انجام شود تا نتایج حاصل با یکدیگر مقایسه گردد. پیشنهاد می‌شود اجرای این پژوهش با دامنه سنی گسترده‌تر به منظور مطالعه تأثیر متغیرهای دیگر بر سلامت روان انجام گیرد. همچنین، پیشنهاد می‌شود کارگاه‌های آموزشی و دوره‌های ضمن خدمت برای متصدیان و کارکنان آموزش و پرورش به منظور آشنایی با اهمیت این متغیرها و آموزش آن‌ها با استفاده از راهبردها و مدل‌های مناسب به مادران برگزار شود تا زمینه افزایش و رشد سلامت روان در فرزند با آسیب‌شنوایی‌شان افزایش یابد.

منابع:

- افروز، غلامعلی. (۱۳۸۸). بررسی تحلیلی و مقایسه‌ای مبانی روان‌شناختی ویژگی‌های شناختی و روانی - اجتماعی جوانان نابینا و ناشنوا. *مجله روان‌شناسی و علوم تربیتی*، ۲، ۱۲-۱.
- بخشانی، نورمحمد؛ بیرشک، بهروز؛ عاطف و حید، محمد کاظم؛ بوالهروی، جعفر. (۱۳۸۲). ارتباط حمایت اجتماعی ادراک شده و رویدادهای استرس‌زای زندگی با افسردگی. *اندیشه و رفتار*، ۲، ۵۵-۴۹.
- پاشا شریفی، حسن. (۱۳۸۶). *نظریه‌ها و کاربرد آزمون‌های هوش و شخصیت*. (چاپ پنجم)، تهران: نشر سخن.
- پالانگ، حسن. (۱۳۷۲). بررسی همه‌گیرشناسی اختلالات روانی در شهر کاشان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی، دانشگاه علوم پزشکی تهران.
- حسام، مسلم؛ آسایش، حمید؛ قربانی، مصطفی؛ شریعتی، علیرضا؛ نصیری، حسین. (۱۳۹۰). ارتباط حمایت اجتماعی ادراک شده، سلامت روان و رضایت از زندگی در دانشجویان شاهد و ایثارگر دانشگاه‌های دولتی شهر گرگان. *مجله علمی دانشکده پرستاری و مامایی بویه گرگان*، ۱، ۴۱-۳۴.
- دستجردی، علیرضا. (۱۳۷۷). *هنجاریابی آزمون سلامت عمومی دانشجویان مراکز تربیت معلم*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تربیت مدرس.
- ریاحی، محمد اسماعیل؛ وردی‌نیا، اکبر علی؛ پورحسین، سیده زینب. (۱۳۸۹). بررسی رابطه بین حمایت اجتماعی و سلامت روان. *فصلنامه رفاه اجتماعی*، ۳۹، ۱۲۱-۸۵.
- راضی، اشرف. (۱۳۸۶). *بررسی رابطه حمایت اجتماعی و سلامت روانی جوانان*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد علوم اجتماعی، دانشگاه تهران.
- سپهرمنش، زهرا. (۱۳۸۷). سلامت روان و عوامل مرتبط با آن در زنان جوان شهر کاشان. *مجله زنان، مامایی و نازایی ایران*، ۲۳، ۴۱-۳۱.
- شریفی درآمدی، پرویز. (۱۳۸۲). تأثیر آسیب‌شنوایی کودک بر واکنش‌های عاطفی خانواده. *دانش و پژوهش در روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان (اصفهان)*، ۱۵، ۱۴۲-۱۲۱.

- شکوہی یکتا، محسن؛ پرند، اکرم. (۱۳۸۸). مبانی نظری ارزیابی و کاربرد آزمون‌های روانی و تربیتی. تهران: انتشارات تیمور زاده.
- شکری، امید؛ فراهانی، محمد نقی؛ کرمی نوری، رضا؛ مرادی، علیرضا. (۱۳۹۱). حمایت اجتماعی ادراک‌شده و تیدگی تحصیلی: نقش تفاوت‌های جنسی و فرهنگی. *مجله روانشناسی تحولی (روانشناسی ایرانی)*، ۳۴، ۱۵۶-۱۴۳.
- قدسی، علی محمد. (۱۳۸۲). بررسی جامعه‌شناختی رابطه‌ی بین حمایت اجتماعی و افسردگی. پایان‌نامه دکتری رشته جامعه‌شناسی، دانشگاه تربیت مدرس.
- قاسمی پور، مریم؛ جهانبخش، سحر. (۱۳۸۹). رابطه حمایت اجتماعی و سلامت روان در دانشجویان شهرستان خرم‌آباد. *فصلنامه علمی- پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی لرستان*، ۱، ۶۴-۵۷.
- قراشی، کریم؛ سرنندی، پرویز؛ فرید، ابوالفضل. (۱۳۹۲). مقایسه میزان استرس و رضایت مندی زناشویی در والدین کودکان کم شنوا و عادی. *مجله شنوایی شناسی*، ۲۲، ۲۴-۱۸.
- لهسایی، عبدالعلی و مرادی، گل مراد. (۱۳۸۶). رابطه‌ی سرمایه اجتماعی و سلامت روان در مهاجران. *مجله رفاه اجتماعی*، ۱۸۰، ۲۶-۱۶۱.
- محمدامینی، زرار؛ نریمانی، محمد؛ برهمند، اوشا؛ قراملکی، ناصر. (۱۳۸۷). رابطه هوش هیجانی با خودکارآمدی و سلامت روان و مقایسه آن‌ها در دانش‌آموزان ممتاز و متوسط. *فصلنامه دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی*، ۳۶ و ۳۵، ۱۲۲-۱۰۷.
- میانی فر، بهروز. (۱۳۸۸). *بهداشت روانی*. تهران: انتشارات قومس.
- موللی، گیتا؛ نعمتی، شهرز. (۱۳۸۸). مشکلات فراروی والدین در پرورش فرزندان کم شنوا. *مجله شنوایی شناسی*، ۱۸، ۱۱-۱.
- نوربالا، احمد علی؛ باقری یزدی، سید عباس؛ محمد، کاظم. (۱۳۸۷). اعتباریابی پرسشنامه ۲۸ سؤالی سلامت عمومی به عنوان ابزار غربالگری اختلالات روان‌پزشکی در شهر تهران. *مجله پژوهشی حکیم*، ۴، ۵۳-۴۷.
- Ashum, G., & Nidhi, S. (2004). Positive perceptions in parents of children with disability. *Asia Pacific Disability Rehabilitation Journal*, 15, 22-34.
- Allen, J. P., Moore, C., Kuperminc, G., & Bell, K. (1998). Attachment and adolescent psychosocial functioning. *Child Development*, 5, 1406-1419.
- Bittencourt, Z. Z., Hoehne, E. L. (2009). Quality of life of deaf people's relatives assisted in a rehabilitation center. *Cien Saude Colet*, 14, 1235-9.
- Chandorkar, H., Chakraborty, K. (2002). Psychological morbidity of parents of mentally retarded children. *India Journal of Psychiatry*, 47, 271-274.
- Cockerham, W. C. (2008). *Medical Sociology*. 10th edition. Prentice-Hall, Englewood Cliffs, N. J.
- Goldman, R. D., Fisher, L. J., Hawthorne, G. (2004). WHO survey of prevalence of mental health disorders? *JAMA*, 292, 2467-2468.
- Dehle, C., Landers, J. E. (2005). You can't always get what you want but can you get what you need? Personality traits and social support in marriage. *Journal of social and clinical psychology*. 24, 1051-1076.
- Gülaç, F. (2009). The effect of perceived social support on subjective well-being. *Proscenia (Social and Behavioral Sciences)*, 2, 3844-3849.
- Henggeler, S.W., Watson, S. M., Whelan, J. P., Malone, C. M. (1990). The adaptation of hearing parents of hearing-impaired youths. *Am Ann Deaf*, 135, 211-6.
- Helgeston, V. S., Cohen, S. (2004). Social support and adjustment to cancer: reconciling descriptive, correlational and intervention research. *Health Psychol*, 15(2), 135-148.
- Karadimas, E. C. (2008). Self-efficacy, social support and wellbeing: mediating role of optimism. *Personality and Individual Differences*, 40: 1281-1290.
- Kilpatrick, R. (2005). Support, social, relationships and mental health. *Physical Medicine and Rehabilitation*. 364-349.
- Langeland, E. (2011). The impact of social support on mental health service users' sense of coherence: A longitudinal panel survey. *International Journal of Nursing Studies*, 46, 30-37.
- Landman-Peeters, K., Hartman, M. C., van der Pomp, C. A. (2005). Gender differences in the relation between social support, problems in parent-offspring communication and depression and anxiety. *Social Sciences & Medicine*, 60, 2549-2559.
- Most, T., Zaidman-Ziat, A. (2001). The needs of parents of children with cochlear implants. *Volta Rev*, 103, 99-113.
- Strazdin, L., & Broom, D. (2008). The mental health costs and benefits of giving social support. *International Journal of Stress Management*, 14, 370-385.
- Remine, M. D, Brown, P. M. (2010). Comparison of the prevalence of mental health problems in deaf and hearing children and adolescents in Australia. *Aust N Z J Psychiatry*, 44, 351-357.
- Taylor, S. E., Sherman, D., Kim, H. S., Jarcho, J., Takagi, K., & Dunagan, M. S. (2004). Culture and social support: Who seeks it and why? *Journal of Personality and Social Psychology*, 87, 3.
- Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G. & Farley, G. K. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*, 52, 30-41.