

## مقایسه بهزیستی روانشناختی، پذیرش و سازگاری اجتماعی مادران دارای فرزند ناشنوا و کم‌شنوا با مادران دارای فرزند بهنجار

اسماعیل موسوی<sup>۱\*</sup>، طاهر علیزاده چهار برج<sup>۲</sup>، مریم یآوری کرمانی<sup>۳</sup>، رضا پور حسین<sup>۴</sup>

تاریخ وصول: ۱۳۹۳/۳/۴ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۶/۲

### چکیده

**زمینه و هدف:** داشتن فرزند ناشنوا و کم‌شنوا مشکلاتی را برای خانواده رقم می‌زند و باعث ایجاد استرس در اعضای خانواده بویژه مادران آن‌ها می‌شود. پژوهش حاضر با هدف مقایسه بهزیستی روانشناختی، پذیرش و سازگاری اجتماعی مادران افراد ناشنوا و کم‌شنوا با مادران دارای فرزند بهنجار شهر یاسوج در سال ۱۳۹۳ انجام شد.

**روش بررسی:** این مطالعه از نوع توصیفی مقایسه‌ای بود که بر روی ۴۰ نفر از مادران دارای فرزند ناشنوا و کم‌شنوا بهزیستی شهر یاسوج که با روش نمونه‌گیری در دسترس و ۴۰ نفر از گروه بهنجار جمعیت عادی که از طریق نمونه‌گیری تصادفی انتخاب شدند، انجام گردید. این دو گروه از لحاظ سن، تحصیلات و طبقه اقتصادی با یکدیگر یکسان‌سازی شدند. جمع‌آوری داده‌ها با استفاده از پرسشنامه بهزیستی روانشناختی، پرسشنامه سازگاری اجتماعی و پذیرش اجتماعی انجام گردید و داده‌ها با استفاده از نسخه ۲۱ نرم‌افزار SPSS و با آزمون تحلیل واریانس چند متغیره مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

**یافته‌ها:** نتایج تحلیل نشان داد که بین دو گروه مادران دارای فرزند ناشنوا و کم‌شنوا با گروه بهنجار تفاوت معنی‌داری وجود دارد ( $p < 0/001$ ) به طوری که با استفاده از تحلیل چند متغیری این تفاوت در متغیرهای بهزیستی روانشناختی و سازگاری اجتماعی مشاهده شده است ( $p < 0/001$ )؛ ولی در متغیر پذیرش اجتماعی بین دو گروه تفاوت معنی‌داری وجود نداشت ( $p > 0/05$ ).

**نتیجه‌گیری:** مادران دارای فرزند ناشنوا و کم‌شنوا از بهزیستی روانشناختی و سازگاری اجتماعی پایین‌تری نسبت به گروه بهنجار برخوردار بودند. بنابراین، اتخاذ راهکارهایی جهت ارتقای بهزیستی روانشناختی و سازگاری اجتماعی بهتر روانشناختی به‌عنوان سازه‌های مهم حوزه توان‌بخشی مادران افراد ناشنوا و کم‌شنوا ضروری به نظر می‌رسد.

**واژگان کلیدی:** بهزیستی روانشناختی، سازگاری اجتماعی، پذیرش اجتماعی، افراد ناشنوا و کم‌شنوا.

### مقدمه

با استرس دائمی رو به رو می‌سازد و آن‌ها را در معرض خطر سلامت روانی قرار می‌دهد (۳). ناشنوایی و افت شنوایی به طرق مختلفی بر زندگی فرد از جمله رشد اجتماعی اثر می‌گذارد. گستره وسیعی از تحقیقات، حکایت از این واقعیت دارد که والدین دارای کودکان کم‌شنوا نسبت به سایر والدین، ناسازگاری و استرس بیشتری را تحمل می‌کنند. بنابراین، تولد کودک ناشنوا در خانواده، مشکلاتی را برای اعضای خانواده رقم می‌زند و باعث استرس در آن‌ها بویژه مادران می‌شود (۴، ۵، ۶).

ناشنوایی و کم‌شنوایی در خانواده اختلال ایجاد می‌کند. با وجود این تفاوت، اساسی خانواده‌هایی که کودک معلول دارند با خانواده‌هایی که با بحران رو به رو می‌شوند، در مزمین بودن وضعیتی است که مادران کودکان معلول با آن دست‌به‌گریبان هستند. این خانواده‌ها باید به صورت شبانه‌روزی و برای سالیانتمادی از فرزندانشان مراقبت کنند. فشارها و استرس‌های ناشی از مراقبت دائم می‌تواند کشنده باشد و سبب فرسودگی جسمی و

طبق آمار اعلام‌شده از سوی معاونت توان‌بخشی سازمان بهزیستی کشور، در حدود دو میلیون و هشت هزار معلول در کشور وجود دارد. مراقبت از معلولین و بیماران در خانواده، چالش‌های بزرگی را برای آن‌ها به دنبال دارد (۱).

جرالد<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۱۰) معتقدند سلامت روانشناختی خانواده به‌عنوان کوچک‌ترین واحد اجتماعی وابسته به سلامت تک‌تک اعضای خانواده است (۲). بنا بر نظر کیروس<sup>۲</sup> (۲۰۰۰)، از دیدگاه خانوادگی، کم‌شنوایی پیچیده‌ترین ضایعه حسی است و والدین را

۱. کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه تهران، تهران، ایران

\* (نویسنده مسؤول) Email: ismail\_mousavi@yahoo.com

۲. کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه تهران، تهران، ایران

۳. گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور یاسوج، یاسوج، ایران

۴. گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه تهران، تهران، ایران

به طور کلی، سازگاری توانایی آمیزش، انطباق، مصالحه، همکاری و کنار آمدن با خود، محیط و دیگران تعریف شده است (۱۷). پذیرش اجتماعی، متغیر دیگری است که در مادران کودکان ناشنوا و کم شنوای مراکز توان بخشی در مقایسه با مادران بهنجار مورد بررسی قرار می گیرد، به طور خلاصه، پذیرش اجتماعی بر پاسخ ها و واکنش هایی دلالت می کند برخی افراد تمایل دارند در اجتماع مورد پسند واقع شوند و مطلوبیت اجتماعی کسب کنند (۱۸). چنانکه چانگ<sup>۲</sup> و همکاران نشان دادند که در خانواده هایی که کودک معلول دارند، جایگاه اجتماعی افراد خانواده معلول آسیب می بیند (۱۹). پذیرش اجتماعی را حرف زدن و رفتار مطابق انتظارات دیگران می نامند. گروهی از انسان ها همیشه مطابق با نظرات و اعتقادات خود صحبت می کنند و اگر از آن ها در مورد موضوعی سؤال شود، با صداقت به سؤالات پاسخ می دهند. آن ها در عقاید خود ثابت قدم هستند و در هر شرایطی پاسخ یکسان به سؤالات می دهند، حتی اگر پاسخ های داده شده منجر به طردشدگی آن ها گردد (۲۰). از نظر کیس<sup>۳</sup> پذیرش اجتماعی و شکوفایی با سلامت روان ارتباط دارد و می توان کیفیت ارتباط با جامعه را عضو پیوستگی و یکپارچگی فرد دانست (۲۱). افراد خانواده دارای کودکان معلول دچار انزوای اجتماعی، کاهش ارتباط خانوادگی، کاهش بهزیستی روانشناختی، حس تنهایی، افسردگی و اضطراب (۲۲)، عقب نشینی از زندگی واقعی، طلاق، کاهش شرکت در محافل محلی، کاهش یادگیری رفتارهای اجتماعی، ترس اجتماعی، ناسازگاری اجتماعی و افزایش رفتارهای ضد اجتماعی (۲۳، ۲۴، ۲۵) می شوند.

تعداد قابل ملاحظه ای از خانواده های ایرانی، اثرات منفی سرپرستی کودک معلول، همچنین فشارهای روانی، اجتماعی و مالی ناشی از داشتن افراد ناشنوا و کم شنوا را تجربه می کنند. با توجه به اینکه پژوهشی تاکنون در ایران در زمینه بهزیستی روانشناختی و سازگاری اجتماعی مادران کودکان ناشنوا در ایران انجام نشده است و از آنجا که نقش عمده و اصلی مراقبت از کودکان استثنایی بر عهده خانواده و بویژه مادر می باشد، لذا پژوهش حاضر باهدف مقایسه بهزیستی روانشناختی، پذیرش و سازگاری اجتماعی مادران افراد ناشنوا و کم شنوا با مادران دارای فرزند بهنجار شهر یاسوج انجام شد.

### روش بررسی

با توجه به هدف پژوهش حاضر مبنی بر مقایسه بهزیستی روانشناختی، پذیرش و سازگاری اجتماعی مادران کودکان بهنجار با مادران کودکان ناشنوا یا مراکز توان بخشی، روش پژوهش حاضر توصیفی و از نوع مقایسه ای بود. جامعه آماری این پژوهش شامل مادران دارای کودک ناشنوا و کم شنوای تحت پوشش

روانی مادران شود. علاوه بر این، ممکن است خانواده با مشکلات مالی رو به رو شود. میزان تنشی که خانواده تجربه می کند، احتمالاً به عواملی مانند تصور خانواده از شرایط موجود، حمایت اعضای خانواده و حمایت های اجتماعی بستگی دارد (۷).

به طور کلی داشتن فرزند ناشنوا و کم شنوا، تمام جنبه های زندگی فردی و اجتماعی مادران آن ها را تحت تأثیر قرار می دهد؛ بنابراین، عدم توجه کافی به مسائل بهداشت روانی، بهزیستی روانی، پذیرش و سازگاری اجتماعی این خانواده ها، می تواند به شیوع بیشتر و مزمن شدن اختلالات آن ها منجر شود. با توجه به اهمیت این مسأله هرگونه تلاشی که در راستای شناسایی و بررسی کیفیت زندگی و نحوه مدیریت این خانواده ها صورت گیرد و بهداشت روانی جامعه را ارتقا بخشند، ارزشمند می باشد (۸). مشاهدات روزمره روانشناسان و روان پزشکان نشان می دهد که وجود کودک معلول مسائل و مشکلاتی را در خانواده ها ایجاد می کند (۹ و ۱۰).

واضح است که نقش عمده و اصلی مراقبت از کودکان استثنایی بر عهده خانواده می باشد (۱۰). مطالعات نشان داده است که فشار ناشی از این مراقبت بر بستگان بیمار قابل توجه بوده و موجب تهدید سلامت روانی آن ها و کاهش بهزیستی روانشناختی و ناسازگاری اجتماعی و رضایتمندی آنان از زندگی می گردد. یکی از مهم ترین تأثیراتی که حضور کودک ناشنوا و کم شنوا بر خانواده می گذارد، از دست دادن آرامش و امنیت حاکم بر خانواده است. خانواده ای که تا قبل از این در محیط امن زندگی می کرد با وجود داشتن یک فرزند ناشنوا و کم شنوا نمی تواند آرامش و سازگاری قبلی خود را به طور کامل حفظ نماید (۱۱).

اعضای خانواده، قربانیان دوم معلولین هستند. آن ها مجبور می شوند احساسات، باورها و ارزش های خویش را بازبینی کنند و آنچه را قبلاً باعث شرم آن ها بوده تغییر دهند که همین موضوع، باعث تحمیل فشار روانی بر خانواده و اطرافیان می گردد. معمولاً فشار ناشی از مراقبت بیمار، به عهده یک یا دو نفر از اعضای خانواده می باشد. آن ها اغلب احساس انزوا، ناامیدی و عصبانیت می کنند (۱۲). حمایت از خانواده، کمکی به افراد ناشنوا و کم شنوا است تا با بیماری خویش کنار بیایند و امکان زندگی در کنار خانواده های خود را داشته باشند (۱۳ و ۱۴).

طبق آنچه ریف<sup>۱</sup> و همکاران از الگوی بهزیستی روانشناختی یا بهداشت روانی مثبت ارائه کرده اند، بهزیستی روانشناختی از شش عامل تشکیل می شود که شامل پذیرش خود، رابطه مثبت با دیگران، خودمختاری، زندگی هدفمند و تسلط بر محیط می باشد (۱۵). سازگاری اجتماعی که شامل سازگاری فرد با محیط اجتماعی است مؤلفه دیگری است که در مادران کودکان معلول به سبب کاهش تعاملات اجتماعی آسیب می بیند، این سازگاری ممکن است با تغییر دادن خود یا محیط به دست آید (۱۶).

بررسی می‌کند. این نقش‌ها شامل سازگاری در شغل، فعالیت‌های اجتماعی و فوق‌برنامه، روابط خویشاوندی، روابط زناشویی، نقش والدینی، روابط خانوادگی و وضعیت اقتصادی می‌شود. این مقیاس، شامل ۵۴ سؤال نهایی است که پاسخ‌دهندگان بنا بر شرایط خود، حداکثر به ۲۴ سؤال آن پاسخ می‌دهند. برای محاسبه نمره کل پرسشنامه، نمره همه سؤالات را باهم جمع کرده و بر تعداد سؤالاتی که آزمودنی به آن پاسخ داده است، تقسیم می‌شود. حداقل امتیاز در این آزمون ۲۴ و حداکثر امتیاز ۱۲۰ است. امتیاز بالا حاکی از این می‌باشد که آزمودنی از سازگاری اجتماعی نامطلوبی برخوردار است. ضریب پایایی این آزمون با روش دونیمه کردن و باز آزمایی به ترتیب ۰/۹۵ و ۰/۹۳ گزارش شده است (۳۰). پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر با استفاده از آلفای کرون باخ ۰/۸۱ به دست آمد.

پرسشنامه پذیرش اجتماعی مارلو و کراون<sup>۱</sup> در سال ۱۹۶۰ طراحی شده است. این مقیاس دارای ۳۳ سؤال است که به صورت صحیح و غلط پاسخ داده می‌شود. اشخاصی که بین صفر تا ۸ امتیاز به دست می‌آورند، از سطح پذیرش اجتماعی پایینی برخوردار بوده و احتمال دارد که طرد قرار شوند و اشخاصی که بین ۹ تا ۱۹ امتیاز به دست می‌آورند، به‌طور متوسط دارای پذیرش اجتماعی هستند و رفتارهای آن‌ها با قواعد هنجارهای اجتماعی سازگاری بالایی را نشان می‌دهد (۳۱). در تحقیق شرف‌الدین برای تعیین پایایی پرسشنامه یادشده از دو روش آلفای کرونباخ استفاده شده است که به ترتیب برابر با ۰/۷۰ و ۰/۶۷ می‌باشد و بیانگر ضرایب قابل قبول است (۳۲). از نظر اعتبار نیز این آزمون با سایر ابزارهای روانشناختی که برای اندازه‌گیری پذیرش اجتماعی طراحی شده‌اند، همبستگی بالا و قابل قبولی نشان داده است (۳۳).

پژوهشگر پس از اخذ مجوز از دانشگاه تهران جهت اجرای پرسشنامه‌ها در مراکز بهزیستی و ارائه معرفی‌نامه و دریافت اسامی افراد کم‌شنوا و ناشنوا و اخذ رضایت‌نامه کتبی، پرسشنامه‌ها را در اختیار آنان قرارداد. همچنین پژوهشگر از افراد نمونه به‌صورت کتبی رضایت آگاهانه جهت شرکت در پژوهش را دریافت نمود. پس از تکمیل پرسشنامه‌ها، داده‌ها استخراج و با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۱ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل داده‌ها، ابتدا از آمار توصیفی، شامل میانگین و انحراف معیار، سپس آمار استنباطی شامل تحلیل واریانس چندمتغیره استفاده شد.

## یافته‌ها

همه آزمودنی‌های پژوهش، زن و متأهل بوده و دامنه سنی آن‌ها بین ۲۸ تا ۴۷ سال بود. در گروه بهنجار ۱۶ نفر از این افراد در

بهزیستی شهر یاسوج در سال ۱۳۹۳ بود. نمونه، شامل ۴۰ نفر از مادران دارای فرزند کم‌شنوا و ناشنوا بود که به‌صورت در دسترس انتخاب شدند. مادران گروه بهنجار نیز ۴۰ نفر بودند که از جمعیت عادی شهر یاسوج (افراد مراجعه‌کننده به بهزیستی) و از طریق نمونه‌گیری تصادفی انتخاب گردیدند. همچنین از طریق مصاحبه با این افراد مشخص می‌شد که آن‌ها دارای هیچ‌گونه فرزند معلولی نیستند. مادران در این دو گروه از لحاظ سن، تحصیلات و وضعیت اقتصادی و اجتماعی با یکدیگر یکسان‌سازی شدند. لازم به ذکر است که تمامی مادران باسواد بوده و خودشان پرسشنامه را تکمیل کردند.

پرسشنامه اصلی بهزیستی روانشناختی ریف<sup>۱</sup> دارای ۸۴ سؤال با ۶ خرده مقیاس (هر خرده مقیاس ۱۴ سؤال) می‌باشد که محمد کوچکی و بیانی آن را ترجمه و هنجاریابی کردند (۲۷)؛ ولی در این پژوهش از فرم کوتاه شده این پرسشنامه استفاده شد که در سال ۱۹۸۰ طراحی گردیده و دارای ۱۸ سؤال با ۶ خرده مقیاس می‌باشد (هر خرده مقیاس شامل ۳ سؤال) که در یک مقیاس شش نقطه‌ای لیکرتی (از ۱= کاملاً مخالفم تا ۶= کاملاً موافق) طراحی گردیده است. خرده مقیاس‌های این پرسشنامه، شامل پذیرش خود<sup>۲</sup>، روابط مثبت با دیگران<sup>۳</sup>، خودمختاری<sup>۴</sup>، تسلط بر محیط<sup>۵</sup>، زندگی هدفمند<sup>۶</sup> و رشد فردی<sup>۷</sup> است. برای به دست آوردن نمره مربوط به هر خرده مقیاس باهم جمع می‌شود و با جمع امتیازات ۱۸ سؤال با یکدیگر، نمره کل بهزیستی روانشناختی فرد به دست می‌آید. حداقل امتیاز در این پرسشنامه ۱۸ و حداکثر امتیاز ۱۰۸ می‌باشد که نمرات بالاتر در این پرسشنامه نشانه بهزیستی روانشناختی بالاتر فرد است. ریف به‌منظور هنجاریابی مقیاس‌های بهزیستی روانشناختی، این پرسشنامه را روی ۳۲۱ نفری اجرا کرد. ضریب همسانی درونی ناشی از پایایی خرده مقیاس خودمختاری برابر با ۰/۷۶ و پذیرش خود ۰/۹۳ به دست آمد (۲۸). ضریب همبستگی این مقیاس بر اساس روش باز آزمایی برای کل آزمون ۰/۷۶ و برای مؤلفه‌های فرعی بین ۰/۶۷ تا ۰/۷۳ محاسبه گردید (۲۹). پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۳ به دست آمد.

پرسشنامه سازگاری اجتماعی<sup>۸</sup> توسط پیکل و ویسمن<sup>۹</sup> در سال ۱۹۷۴ طراحی شد که این پرسشنامه توسط میرزمانی (۱۳۷۸) به فارسی ترجمه شده است. این مقیاس یک مصاحبه نیمه ساختار مانند است که سازگاری اجتماعی را در ۷ حوزه اصلی

1. Ryffs psychological Well-Being Scales
2. Self-acceptance
3. Positive Relations
4. Autonomy
5. Enviromental mastery
6. Purpose in life
7. Personal Growth
8. Social Adjustment Scale
9. Paykel and Weissman

وارانس متغیرها برابر بوده و باهم تفاوت معنی‌داری ندارد ( $F=1/45$ ,  $p > 0/05$ )، بنابراین به‌کارگیری تحلیل واریانس چند متغیره مناسب تشخیص داده شد. همچنین نتایج آزمون برابری واریانس‌های لون<sup>۲</sup> برای هیچ‌یک از دو متغیرها معنی‌دار نبود و با رعایت سایر پیش‌فرض‌ها آزمون F با محدودیتی رو به رو نیست. نتایج پژوهش، بیانگر آن بود که بین دو گروه تفاوت معنی‌داری وجود دارد و این بدان معنی است که باید حداقل در یکی از متغیرهای بهزیستی روانشناختی، پذیرش و سازگاری اجتماعی تفاوت وجود داشته باشد (جدول شماره ۱). لذا جهت بررسی این یافته که این تفاوت مشاهده شده در تحلیل واریانس چند متغیره در کدام یک از متغیرهای بهزیستی روانشناختی، پذیرش و سازگاری اجتماعی است به بررسی تحلیل‌های تک متغیره پرداخته شد.

دامنه سنی ۲۸ تا ۳۶ سال و ۲۴ نفر هم در دامنه سنی ۲۸ تا ۳۶ سال بودند؛ اما در گروه مددجویان توان‌بخشی ۱۹ نفر در دامنه سنی ۲۸ تا ۳۶ سال و ۲۱ نفر در دامنه سنی ۳۷ تا ۴۷ سال قرار داشتند. همچنین گروه بهنجار از لحاظ تحصیلات، ۲۲ نفر دارای مدرک دیپلم، ۱۰ نفر دارای مدرک فوق‌دیپلم و ۸ نفر دارای مدرک لیسانس بودند. گروه مددجویان توان‌بخشی نیز از نظر تحصیلات ۲۵ نفر دارای مدرک دیپلم، ۱۰ نفر دارای مدرک فوق‌دیپلم و ۵ نفر دارای مدرک لیسانس بودند. از نظر اشتغال در گروه بهنجار ۳۲ نفر خانه‌دار و ۸ نفر شاغل در گروه مددجویان توان‌بخشی نیز ۳۶ نفر خانه‌دار و ۴ نفر شاغل بودند.

همچنین نتایج پژوهش نشان داد که در گروه مادران معلول میانگین و انحراف معیار بهزیستی روانشناختی، پذیرش اجتماعی و سازگاری اجتماعی به ترتیب  $4/71 \pm 4/28$ ،  $4/43/56 \pm 4/28$  و  $22/1 \pm 22/1$  و  $5/89 \pm 69/16$  بود. همچنین در گروه مادران بهنجار میانگین و انحراف معیار بهزیستی روانشناختی، پذیرش و سازگاری اجتماعی به ترتیب  $5/70 \pm 3/31$ ،  $68/36 \pm 21/45$  و  $8/84 \pm 42/84$  بوده است.

جهت استفاده از تحلیل واریانس چند متغیره از ماتریس کوواریانس باکس<sup>۱</sup> استفاده شد. نتایج این آزمون نشان داد

جدول (۱): تحلیل واریانس چند متغیره برای مقایسه بهزیستی روانشناختی، پذیرش و سازگاری اجتماعی در دو گروه

سطح معنی‌داری	مقدار F	ارزش	
۰/۰۰۱	۱۳۰/۳۹	۰/۸۷	اثر پیلاپی
۰/۰۰۱	۱۳۰/۳۹	۰/۱۲	لامبدای ویکلز
۰/۰۰۱	۱۳۰/۳۹	۶/۹۸	اثر هتلینگ
۰/۰۰۱	۱۳۰/۳۹	۶/۹۸	بزرگ‌ترین ریشه روی

۶۷ درصد واریانس تغییرات به‌وسیله متغیر گروه‌بندی تبیین گردید. توان آماری در هر دو متغیر گویای کفایت حجم نمونه در استفاده از تحلیل‌ها بود (جدول شماره ۲).

نتایج نشان داد که بین دو گروه در متغیرهای بهزیستی روانشناختی و سازگاری اجتماعی تفاوت معنی‌داری وجود دارد. این در حالی است که در متغیر پذیرش اجتماعی تفاوت معنی‌داری بین دو گروه مشاهده نشده است. در متغیرهای بهزیستی روانشناختی و سازگاری اجتماعی به ترتیب ۸۵ درصد و

جدول (۲): نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیره

منبع تغییر	متغیر	مجموع مجذورات	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	اندازه اثر	توان
گروه	بهزیستی روانشناختی	۹۲۷۵/۲۶	۹۲۷۵/۲۶	۳۴۴/۶۸	۰/۰۰۱	۰/۸۵	۱
	پذیرش اجتماعی	۱/۰۶	۱/۰۶	۰/۰۷۲	۰/۷۸	۰/۰۰۱	۰/۰۷
	سازگاری اجتماعی	۷۴۱۴/۸۱	۷۴۱۴/۸۱	۱۲۲/۷۳	۰/۰۰۰	۰/۶۷	۱
خطا	بهزیستی روانشناختی	۱۵۶۰/۷۳	۲۶/۹۰				
	پذیرش اجتماعی	۸۵۵/۸۶	۱۴/۷۵				
	سازگاری اجتماعی	۳۵۰۴/۰۳	۶۰/۴۱				
کل	بهزیستی روانشناختی	۱۹۸۸۹۶					
	پذیرش اجتماعی	۲۷۶					
	سازگاری اجتماعی	۱۹۸۷۴۳					

## بحث و نتیجه گیری

معلول بودن نیست و بیشتر تحت تأثیر مؤلفه‌هایی چون ویژگی‌های رشدی، ارثی و شیوه‌های فرزند پروری افراد قرار دارد. مقایسه بهزیستی روانشناختی، پذیرش و سازگاری اجتماعی مادران افراد ناشنوا و کم‌شنوا با مادران دارای فرزند بهنجار نشان داد که آن‌ها از بهزیستی روانشناختی و سازگاری اجتماعی پایین‌تری برخوردار هستند. تولد و حضور کودک استثنایی در هر خانواده‌ای می‌تواند رویدادی نامطلوب و چالش‌زا تلقی شود که احتمالاً تنیدگی، سرخوردگی، احساس غم و ناامیدی را برای اعضای خانواده به دنبال خواهد داشت. مطالعات نشان داده است که فشار ناشی از این مراقبت بر بستگان بیمار قابل توجه بوده و موجب تهدید سلامت روانی آن‌ها و کاهش بهزیستی روانشناختی و ناسازگاری اجتماعی و رضایتمندی آنان از زندگی می‌گردد. با توجه به نتایج پژوهش حاضر می‌توان دریافت که مادران دارای فرزند ناشنوا و کم‌شنوا در رویارویی با چالش‌های ناشی از تنش معلولیت کودکان دچار مشکلات عدیده‌ای هستند که بهزیستی روانشناختی و سازگاری اجتماعی و پذیرش اجتماعی آنان را متأثر می‌سازد، بنابراین، اتخاذ راهکارهایی جهت ارتقای بهزیستی روانشناختی، سازگاری اجتماعی در این خانواده‌های پرتنش ضروری به نظر می‌رسد.

لازم به ذکر است که ابزار گردآوری این پژوهش، پرسشنامه بود و این به نوبه خود یک محدودیت به حساب می‌آید؛ چون که ممکن است آزمودنی در پاسخگویی به برخی سؤالات سوگیری داشته باشد. با توجه به نتایج به دست آمده از این پژوهش، پیشنهاد می‌گردد که مراکز بهزیستی اهمیت و تأکید بیشتری بر آموزش خانواده‌ها و بیماران قائل شده و با تدوین برنامه‌های پیشگیرانه و درمانی با هدف بهبود بهزیستی روانشناختی و سازگاری اجتماعی آن‌ها در این زمینه تلاش نمایند. همچنین لزوم توجه ویژه (برنامه ریزان، مدیران و روانپزشکان و روانشناسان) به مسایل خانواده کودکان ناشنوا به ویژه مادران، مانند بهزیستی روانشناختی و سازگاری اجتماعی ضروری به نظر می‌رسد امید است که نتایج این پژوهش، راهگشای پژوهش‌ها بویژه توجه بیشتر به این موضوع باشد.

## تشکر و قدردانی

نویسندگان بر خود لازم می‌دانند از کلیه کارکنان سازمان بهزیستی و همچنین افرادی که در این پژوهش شرکت کردند، تشکر و قدردانی نمایند.

پژوهش حاضر باهدف مقایسه بهزیستی روانشناختی، پذیرش و سازگاری اجتماعی مادران افراد ناشنوا و کم‌شنوا با مادران دارای فرزند بهنجار شهر یاسوج انجام شد. بین دو گروه در متغیرهای بهزیستی روانشناختی و سازگاری اجتماعی تفاوت معنی‌داری وجود داشت؛ ولی در متغیر پذیرش اجتماعی تفاوت معنی‌داری بین دو گروه مشاهده نشد. در متغیرهای بهزیستی روانشناختی و سازگاری اجتماعی به ترتیب ۸۵ درصد و ۶۷ درصد واریانس تغییرات به وسیله متغیر گروه‌بندی تبیین گردید. یافته‌های پژوهش حاضر با یافته‌های کراتر و هیگر<sup>۱</sup> (۲۳) و ویندمن<sup>۲</sup> (۲۴) همسو، همسو، از طرفی یافته‌های این پژوهش در مورد مؤلفه پذیرش اجتماعی با یافته‌های چانگ ناهم‌سو بود (۱۹). وقتی فردی دارای فرزند ناشنوا و کم‌شنوا می‌شود، مهارت‌های سازگاری با محیط اطرافش را نیز به مرور زمان از دست می‌دهد. البته باید ذکر نمود که این فرآیند بیشتر، زمانی به چشم می‌آید که فرد با محیطی جدید یا تغییر یافته رو به رو شود. بدیهی است وقتی وی مهارت‌های لازم جهت برقراری تعاملات اجتماعی و در نتیجه آن سازگاری اجتماعی را کسب نکرده باشد، نسبت به گروه عادی دچار مشکلات بیشتری در این شرایط می‌شود. مرور شواهد تجربی نشان می‌دهد که مادران دارای فرزند ناشنوا و کم‌شنوا نسبت به مادران دارای فرزند عادی باید زمان بیشتری را جهت مراقبت و آموزش کودک خود مصرف کنند، در نتیجه، این مادران برای انجام فعالیت‌های خود ناتوان هستند و زندگی اجتماعی آن‌ها محدود می‌گردد که این امر بر بهزیستی روانشناختی و سازگاری اجتماعی آن‌ها تأثیر منفی می‌گذارد (۳۴، ۳۵، ۳۶). در ایران در زمینه بهزیستی روانی کودکان مبتلا به تالاسمی ماژور (۳۷) مورد بررسی قرار گرفت و نتایج نشان داد که حضور کودک با نیازهای ویژه در خانواده، بهزیستی روانشناختی خانواده را به گونه‌ای منفی تحت تأثیر قرار می‌دهد. همچنین نتایج پژوهش شریعی و داور منش نشان داده است که وجود یک فرزند دارای معلولیت به شدت بر سازگاری اجتماعی، سلامت روانی و بهزیستی روانشناختی مادران تأثیر می‌گذارد (۳۸).

در تبیین چرایی عدم تفاوت در مؤلفه پذیرش اجتماعی بین دو گروه مورد بررسی، باید اشاره نمود که افراد دارای پذیرش اجتماعی، دارای ویژگی‌هایی می‌باشند که به عنوان مثال، اگر از آن‌ها در مورد موضوعی سؤال شود؛ با صداقت به سؤالات پاسخ می‌دهند و در عقاید خود ثابت‌قدم هستند حتی اگر طردشدگی اجتماعی را به دنبال داشته باشد. پژوهشگر با دقت در این ویژگی‌ها معتقد است که این مؤلفه ارتباط چندانی با دارای کودک

**References:**

1. Soloman P. Interventions foe families of individuals with schizophrenia: Maximizing Outcomes for their Relatives. *Disease Management and Health Outcomes*. 2008;8(4):211-221.
2. Fiamenghi GA, Vedovato AG, Meirelles M, Himado ME. Mothers interaction with disabled infants: two case studies *Report infant Psychol*. 2010; 28:191-9.
3. Movallali G, Abdollahzadeh Rafi M, Nemati N. Comparison of general health status in mothers of hearing and hearing – impaired children. *Audial*. 2013; 22(2):33-9.[Persian].
4. Myers SM, Johnson CP. Management of children with autism spectrum disorders. *Pediatrics*. 2007;120(5):1162-82.
5. Koydemir S, Tosun Ü. Impact of autistic children on the lives of mothers. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*. 2009;1(1):2534-40.
6. Schieve LA, Blumberg SJ, Rice C, Visser SN, Boyle C. The relationship between autism and parenting stress. *Pediatrics*. 2007; 119(Supplement 1):S114-S21.
7. Seligman ME. *Authentic happiness: Using the new positive psychology to realize your potentialfor lasting fulfillment*. New York: Free Press; 2002.
8. Landau R, Amiel-Laviad R, Berger A, Atzaba-Poria N, Auerbach JG. Parenting of 7-month-old infants at familial risk for ADHD during infant's free play, with restrictions on interaction. *Infant Behavior and Development*. 2009;32(2):173-82.
9. Milanifar B. *Mental health*. Tehran, Ghomes publication. 2007. [Persian].
10. Nouri Khajavi M, Ardeshirzadeh M, Dolatshahi B, Afegh S. Comparison of psychological stress among caregivers. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2011; 14(1):84-80. [Persian].
11. Schmid R, Huttel G-U, Cording C, Spiessl H. Burden of caregivers of inpatients with bipolar affective disorder. *Psychiatrische Praxis*. 2007;34:S155-S6.
12. Ahmadi AR, AL-Dawood SA. Family participation in treatment and rehabilitation of chronic mental patients. *Welfare Organization*. Tehran publication Campus. 2007. [Persian].
13. McGlynn SM. Behavioral approaches to neuropsychological rehabilitation. *Psychological Bulletin*. 1990;108(3):420.
14. Luthans F, Luthans KW, Luthans BC. Positive psychological capital: Beyond human and social capital. *Business horizons*. 2004;47(1):45-50.
15. Moradi A, Taheri S. Evaluation of positive psychology in students (questionnaire). *Tehran: Danjeh publication*. 2004. [Persian].
16. Mousavi-Lotfi M, Akbari V, Safavi M. *Why Emotional Intelligence? Qum, Fnose Andisheh*. University of Medical Science Press. 2009. [Persian].
17. Fouladi A. *Peer counseling: Perspectives, concepts of mental health and skills 3th*, Tehran, tolue danesh Publication. 2004. [Persian].
18. Bagheri N. Effects of aerobic exercise on self-concepts, self-approval, happiness and social acceptance of women in Rasht. *Master Thesis of Psychology* .Azad university of ahvaz. 2005. [Persian].
19. Chang F-C, Chiu C-H, Lee C-M, Chen P-H, Miao N-F. Predictors of the initiation and persistence of Internet addiction among adolescents in Taiwan. *Addictive behaviors*. 2014;39(10):1434-40.
20. Sedigh Pour S, Mahmodian M, Salmanian H. Effect of training organic teaching s on improving social acceptance .*Interdisciplinary Organic studies*. 2009;1(2):17-26.[Persian].
21. Fiasse C, Nader-Grosbois N. Perceived social acceptance, theory of mind and social adjustment in children with intellectual disabilities. *Research in developmental disabilities*. 2012;33(6):1871-80.
22. Romano M, Truzoli R, Osborne LA, Reed P. The relationship between autism quotient, anxiety, and internet addiction. *Research in Autism Spectrum Disorders*. 2014;8(11):1521-6.
23. Kratzer S, Hegerl U. Is" Internet Addiction" a disorder of its own?--a study

- on subjects with excessive internet use. *Psychiatrische Praxis*. 2008;35(2):80-3.
24. Windham RC. The changing landscape of adolescent Internet communication and its relationship to psychosocial adjustment and academic performance: ProQuest; 2007.
  25. Cao F, Su L, Liu T, Gao X. The relationship between impulsivity and Internet addiction in a sample of Chinese adolescents. *European Psychiatry*. 2007;22(7):466-71.
  26. Shahbazi Rad A, Darikvand F. The relationship between Internet addiction with depression, mental health and demographic characteristics of Medical Science. 2010;22(4):1-8. [Persian].
  27. Bayani A, Godarzi H, Kouchaki MA. Reef Psychological well-being scale reliability and validity. *Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2008;4(2):146-151.[Persian].
  28. Ryff CD, Keyes CLM. The structure of psychological well-being revisited. *Journal of personality and social psychology*. 1995;69(4):719.
  29. Christensen LB. *Experimental Methodology*. Translated by Delavar A. Tehran, Roshd Publisher. 2008. [Persian].
  30. Saghi M, Rajai S. Adolescents perceptions of performance by adopting their relationship. *Andishe and Raftar*. 2008;3(10)71-82.[Persian].
  31. Ganji H. *Personality assessment Questionnaires*. Tehran, Savalan Publication. 2004. [Persian].
  32. Sarafodin H. Relationship between social anxiety, hope and social support with subjective Well-Being in Graduate Students in Science and Research Branch of Khozestan, MS thesis in General Psychology .Azad University of Ahvaz. 2004.[Persian].
  33. Samerei AA, Lalei Faz A. Efficacy of teaching life skills on family stress and social acceptance.The *Quarterly Journal of Fundamentals of Mental Health*. 2011;7(25-26):47-55. [Persian].
  34. Barlow JH, Ellard DR. The psychosocial well-being of children with chronic disease, their parents and siblings: an overview of the research evidence base. *Child: care, health and development*. 2006;32(1):19-31.
  35. Taylor ZE, Larsen-Rife D, Conger RD, Widaman KF, Cutrona CE. Life stress, maternal optimism, and adolescent competence in single mother, African American families. *Journal of family psychology*. 2010;24(4):468.
  36. Golan M. Parents as agents of change in childhood obesity—from research to practice. *International Journal of Pediatric Obesity*. 2006;1(2):66-76.
  37. Alavi A. Comparison of quality of life in children with thalassemia major and attunes of their parents in the city. 2012; 8(3):39-41.[Persian].
  38. Shariati MT, Davarmanesh A. Attitudes of parents of mentally retarded children and compare them in different cultural levels. Master's thesis. Shiraz University. 1991. [Persian].