

The Comparison of the Components of Psychological Well-Being in Mothers of Adolescents with and without Sensory Impairment

Setareh Shojaee*: Assistant professor, department of special education, college of psychology and educational sciences, University of Shiraz, Shiraz, Iran. bahareman@shirazu.ac.ir

Shahrooz Nemati: Assistant professor, department of psychology, college of psychology and educational sciences, University of Tabriz, Tabriz, Iran.

Mohammad Mehdi Teymouri Asfichi: M.A. department of special education, college of psychology and educational sciences, University of Shiraz, Shiraz, Iran.

Abstract

Introduction: Adolescents with sensory impairment, in addition to regular problems of other adolescents, have problems related to their impairment, so this situation can affect the stress and mental health of parents, in particular, mothers. Regarding the role of mothers' psychological well-being in shaping the behavior and character of adolescents and their social relationships, the purpose of this study was to compare the components of psychological well-being among mothers of adolescents with and without sensory impairments.

Methods: The research method was causal-comparative. The statistical population included all mothers who have an adolescent with and without sensory impairment of Shiraz in 2015. Ninety-one subjects including thirty-eight mothers that have an adolescent with sensory impairment were selected by convenience sampling method and fifty-three mothers that have an adolescent without sensory impairment were selected through multistage random sampling method. The Reef Psychological Wellbeing scale was used for measuring psychological wellbeing. MANOVA was used for data analysis by SPSS21.

Results: The results showed that mothers that have an adolescent with sensory impairment in subscales of self-acceptance, environmental mastery, positive relations with others, purpose in life, and autonomy were significantly lower than the mothers who have adolescents without sensory impairment. ($P < 0.001$) But there was no significant difference between the two groups in terms of personal growth. ($P > 0.05$)

Conclusions: Considering the significant difference between mothers of adolescents with and without sensory impairment in most of the components of psychological well-being, it is suggested to design and implement the necessary interventions for improving the psychological well-being of mothers of adolescents with sensory impairment.

Keywords

Components of Psychological Well-Being

Mothers

Adolescents With And Without Sensory Impairment

*Corresponding Author
Study Type: Original
Received: 01 May 2017
Accepted: 25 Dec 2021

Please cite this article as follows:

Shojaee S, Nemati S, and Teymouri Asfichi M. The comparison of the components of psychological well-being in mothers of adolescents with and without sensory impairment. *Quarterly Journal Of Social Work*. 2021; 10(2); 52-63

مقایسه مولفه‌های بهزیستی روان‌شناختی در مادران دارای نوجوان با و بدون آسیب حسی

ستاره شجاعی*: استادیار، بخش آموزش کودکان استثنایی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران. bahareman@shirazu.ac.ir

شهرزاد نعمتی: استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران.

محمد مهدی تیموری آسفیچی: کارشناسی ارشد، بخش آموزش کودکان استثنایی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران.

واژگان کلیدی

مولفه‌های بهزیستی
روان‌شناختی

مادران

نوجوانان با و بدون
آسیب حسی

چکیده

مقدمه: یک نوجوان دارای آسیب حسی افزون بر مساله‌های همسالان بدون آسیب، با مشکلات مربوط به داشتن آسیب حسی نیز روبه‌رو است، که این مشکلات می‌تواند بر میزان استرس و سلامت روانی والدین و به‌طور ویژه مادران تاثیر داشته باشد. با توجه به نقش بهزیستی روان‌شناختی مادران در شکل‌گیری رفتار و شخصیت نوجوانان و مناسبات اجتماعی خویش، هدف پژوهش حاضر مقایسه مولفه‌های بهزیستی روان‌شناختی در بین مادران دارای نوجوان با و بدون آسیب حسی بود.

روش: روش پژوهش علی-مقایسه‌ای بود. جامعه‌آماري شامل همه مادران دارای نوجوان با و بدون آسیب حسی شهر شیراز در سال ۱۳۹۴ بودند. نود و یک نفر شامل سی و هشت نفر از مادران دارای نوجوان با آسیب حسی با روش نمونه‌گیری در دسترس و پنجاه و سه نفر از مادران دارای نوجوان بدون آسیب حسی با روش نمونه‌گیری تصادفی چندمرحله‌ای به‌عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند. پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی ریف برای سنجش بهزیستی روان‌شناختی استفاده شد. از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره با استفاده از نرم افزار آماری SPSS21 برای تحلیل داده‌ها استفاده شد.

نتایج: نتایج نشان داد که مادران دارای نوجوان با آسیب حسی در خرده‌مقیاس‌های پذیرش خود، تسلط محیطی، رابطه مثبت با دیگران، داشتن هدف در زندگی و استقلال به‌طور معنی‌داری پایینتر از مادران دارای نوجوان بدون آسیب حسی هستند. ($P < 0/01$) اما در خرده‌مقیاس رشد فردی بین دو گروه تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد. ($P > 0/05$)

بحث و نتیجه‌گیری: با توجه به تفاوت معنی‌دار در بیشتر مولفه‌های بهزیستی روان‌شناختی بین مادران نوجوانان با و بدون آسیب حسی؛ پیشنهاد می‌گردد؛ جهت ارتقای بهزیستی روان‌شناختی مادران دارای نوجوان با آسیب حسی برنامه‌های مداخله‌ای ضروری طراحی و اجرا گردد.

* نویسنده مسوول

نوع مطالعه: پژوهشی

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۰۲/۱۱

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۱۰/۰۴

ستاره شجاعی، شهرزاد نعمتی و محمد مهدی تیموری آسفیچی. مقایسه مولفه‌های بهزیستی روان‌شناختی در مادران دارای نوجوان با و بدون آسیب حسی. فصلنامه مددکاری اجتماعی، ۱۴۰۰؛ ۱۰(۲): ۵۲-۶۳

نحوه استناد به مقاله:

مقدمه

ناتوانی یکی از واقعیت‌های جامعه انسانی است که در اغلب انسان‌ها گاه به صورت موقت و گاه به صورت همیشگی بروز پیدا می‌کند و می‌تواند عملکرد افراد را در زندگی روزمره تحت تاثیر قرار دهد. [۱]. بر اساس تعریف سازمان جهانی بهداشت، ناتوانی مقوله‌ای چندبعدی با ویژگی‌های زیر است: وجود اختلال، کاهش و یا فقدان عملکرد در یک یا چند عضو بدن، محدودیت در فعالیت‌ها، و وجود موانعی برای مشارکت فرد در جامعه. [۲] با توجه به این تعریف می‌توان گفت افراد دارای ناتوانی به سبب مشکلاتی که درگیر آن هستند نه تنها خود فشارهای بسیاری را تحمل می‌کنند بلکه اطرافیان به ویژه اعضا خانواده از جمله والدین و خواهران و برادران را نیز تحت تاثیر قرار می‌دهند. [۳] به بیان دیگر از همان بدو تولد که کودک به عنوان یک فرد دارای ناتوانی تشخیص داده می‌شود، اعضای خانواده به ویژه والدین را با واکنش‌های روان‌شناختی مختلفی مواجه می‌سازد، این واکنش‌ها می‌تواند دامنه‌ای از طرد یا پذیرش کامل، نفرت یا عشق و غفلت یا مراقبت کامل باشد. [۴] شایان ذکر است که میزان تاثیرپذیری و همچنین نوع واکنشی که هرکدام از والدین در مواجهه با فرزند دارای ناتوانیشان بروز می‌دهند، متفاوت است. [۵] در واقع مادران نسبت به حوادث استرس‌زای زندگی در مقایسه با پدران بیشتر تحت تاثیر قرار می‌گیرند، به ویژه زمانی که این رویداد استرس‌زا مربوط به اعضای خانواده باشد. [۶] مادران دارای فرزند با ناتوانی اغلب دچار مشکلاتی چون استرس و افسردگی می‌شوند و از زندگی زناشویی خود احساس نارضایتی دارند. [۵] این در حالی است که پدران دارای فرزند با ناتوانی بیشتر در ارتباط با زندگی اجتماعی محدود شده‌شان، آینده فرزند با ناتوانیشان، مساله‌های مالی و تاثیر کودک دارای ناتوانی بر سلامت اعضای خانواده، نگرانی‌هایی دارند. [۷]

به طور کلی مادران در مواجهه با فرزند دارای ناتوانیشان فشارهای جسمی و روانی بیشتری در مقایسه با پدران تحمل می‌کنند که این مساله به خاطر احساس مسوولیت بسیار بالایی است که این مادران در قبال فرزندانشان دارند. [۸] به همین دلیل میزان زیادی از وقت خود را صرف مراقبت از فرزند با ناتوانی خود می‌کنند، تا جایی که دیگر وقت کافی برای گذراندن اوقات فراغت و یا بودن در کنار سایر اعضای خانواده را ندارند. [۹ و ۱۰] به بیان دیگر مادران به دلیل نقش سنتی مراقب، مسوولیت‌های بیشتری در قبال فرزند با ناتوانی خود به عهده دارند که در نتیجه با فشار و مشکلات بیشتری مواجه می‌شوند. [۱۱] به طور کلی می‌توان گفت همه مادران گروه‌های مختلف کودکان با ناتوانی هنگامی که کودکانشان به عنوان یک فرد دارای ناتوانی تشخیص داده می‌شوند، به نوعی تحت تاثیر فشارهای ناشی از این واقعه قرار می‌گیرند. [۱۲ و ۱۳] یکی از این گروه‌ها، افراد دارای آسیب حسی هستند. افراد دارای آسیب حسی در یک یا چند حس از حواس پنجگانه دارای نارسایی هستند. [۱۴] در حوزه آسیب‌های حسی، آسیب بینایی و آسیب شنوایی دو تا از گروه‌های با درصد شیوع پایین اما مهم هستند. [۱۵ و ۱۶] بر اساس گزارش سازمان بهداشت جهانی تعداد کل افراد با آسیب شنوایی به سیصد و شصت میلیون نفر می‌رسد. [۱۷] طبق گزارش همین سازمان تعداد کل افراد با آسیب بینایی نیز دویست و هشتاد و پنج میلیون نفر است و این در حالی است که با افزایش طول عمر انسان‌ها پیش‌بینی می‌شود که آسیب‌های حسی رو به افزایش باشد. [۱۸] این افراد اگر چه در مقوله ناتوانی‌های با میزان بروز پایین قرار می‌گیرند، اما به دلیل نقش و اهمیت دو حس بینایی و شنوایی در انجام موفقیت‌آمیز فعالیت‌ها در زندگی از یک سو و وجود محدودیت‌های محیطی مختلف از سوی دیگر؛ خانواده را با چالش‌های بسیاری مواجهه می‌کنند. [۱۹] در واقع به دلیل اثراتی که آسیب بینایی و آسیب شنوایی بر کانون خانواده می‌گذارند از اهمیت ویژه‌ای برخوردارند. [۱۵ و ۱۶] آشکار است زمانی که فردی دارای ناشنوایی یا نابینایی تشخیص داده می‌شود، به سبب ناتوانی که درگیر آن است در مقایسه با افراد سالم بیشتر به حمایت اطرافیان و خانواده خود نیازمند است. [۲۰] در این میان با توجه به جایگاه مادر به عنوان مراقب اصلی، بیشترین حمایت‌ها از سوی او انجام می‌شود. [۵] در واقع بسیاری از نیازهای فرد ناشنوا یا نابینا از طریق مادر برطرف می‌شود اما مادران این کودکان به سبب تنش‌های ناشی از فرزندپروری، مدیریت رفتارهای چالش‌برانگیز کودکانشان، مشکلات اجتماعی، اقتصادی و هیجانی که اغلب ماهیت محدودکننده، مخرب و فراگیر دارند، به لحاظ سلامت روان در مخاطره قرار دارند. [۲۱ و ۲۲] به سبب اهمیت و پیچیدگی تأثیری که کودکان با ناتوانی و به تبع آن کودکان دارای نارسایی بینایی و شنوایی بر اعضای خانواده می‌گذارند باعث شده است پژوهشگران بسیاری موضوع سلامت روان اعضای خانواده افراد دارای ناتوانی به ویژه مادران (با تاکید بر ابعاد منفی سلامت روان) را مورد توجه قرار دهند تا جایی که پژوهش‌های بسیاری با محوریت این موضوع انجام شده است. [۲۳-۲۵ و ۶]

با توجه به پدیدآیی و گسترش روانشناسی مثبت، در سال‌های اخیر جنبه‌های مثبت سلامت روان مورد تأکید قرار گرفته است، [۲۶] به اعتقاد طرفداران روانشناسی مثبت، ویژگی‌هایی مانند سازگاری، شادمانی، اعتماد به نفس و ویژگی‌هایی از این قبیل، نشان‌دهنده سلامت روان است. [۲۷-۳۰] گروهی از روانشناسان با توجه به رویکرد روانشناسی مثبت‌نگر، سلامت روان را در قالب اصطلاح بهزیستی روان‌شناختی مفهوم‌سازی کرده‌اند. [۳۱-۳۳] در واقع این سازه، کارکرد مثبت روان‌شناختی سلامت روانی است و شامل واکنش‌های عاطفی-شناختی فرد نسبت به توانمندی و ویژگی‌های شخصی، پیشرفت کافی، تعامل کارآمد و موثر با محیط زندگی و اجتماع در فرایند زمان است. [۳۴] یکی از مهمترین مدل‌هایی که بهزیستی روان‌شناختی را مفهوم‌سازی و عملیاتی کرده است، مدل چند بعدی ریف و همکاران است. این مدل از طریق ادغام نظریه‌های مختلف رشد فردی مانند نظریه خود شکوفایی مزلو و نظریه مراجع محور راجرز و عملکرد سازگارانه مانند نظریه سلامت روانی مثبت جاهودا شکل گرفته و گسترش یافته است. ریف و همکاران با تلفیق میزان کوشش و علاقمندی‌های فردی در مواجهه با چالش‌های محیطی، شش مولفه پذیرش خود (توانایی دیدن و پذیرفتن قوت‌ها و ضعف‌های خود) تسلط محیطی (توانایی تنظیم و مدیریت امور زندگی، به‌ویژه مسایل زندگی روزمره) رابطه مثبت با دیگران (با داشتن ارتباط نزدیک و ارزشمند با افراد مهم؛ استعدادها و توانایی‌های بالقوه فرد در طی زمان و در طول زندگی بالفعل خواهد شد) و استقلال (توانایی پیگیری خواست‌ها و عمل براساس اصول شخصی؛ حتی اگر مخالف آداب و رسوم و تقاضاهای اجتماعی است) را برای توصیف و عملیاتی کردن بهزیستی روان‌شناختی طراحی و معرفی کرده‌اند. [۳۵]

وجود چنین نگرشی در دهه اخیر، باعث شده است که بهزیستی روان‌شناختی توسط پژوهشگران مورد مطالعه قرار گرفته و بر نقش بهزیستی روان‌شناختی در سلامت جسمی، سلامت روان‌شناختی و کیفیت زندگی تأکید شود. [۴۰-۳۶] با وجود این، یافته‌های پژوهشی حاکی از این است که بهزیستی روان‌شناختی اعضای خانواده افراد دارای ناتوانی به‌ویژه مادران دارای فرزند با ناتوانی نسبت به اعضای خانواده افراد بدون ناتوانی و مادران دارای فرزندان سالم به‌طور معنی‌داری پایینتر است. [۴۷-۴۱] بررسی ادبیات پژوهشی مربوط به بهزیستی روان‌شناختی در آموزش ویژه حاکی از آن است که این سازه بیشتر در حوزه ناتوانی‌های تحولی مورد بررسی قرار گرفته است. [۴۱ و ۵۰-۴۸] اگرچه‌اند. پژوهش‌هایی نیز بر روی والدین کودکان نابینا و ناشنوا به‌صورت جدا جدا انجام شده بود؛ [۴۶ و ۴۷] اما پژوهشی که بهزیستی روان‌شناختی را در بین مادران دارای نوجوان با آسیب حسی (نابینا یا ناشنوا) مورد مطالعه قرار داده باشد، مشاهده نشد. مطالعه بهزیستی روان‌شناختی مادران دارای نوجوان با آسیب حسی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است زیرا در دوره نوجوانی علاوه بر تغییرات قابل ملاحظه جسمی، شناختی و عاطفی؛ تعارضات بین نوجوان با والدین و بزرگسالان بیشتر می‌شود. [۵۱ و ۵۲] این در حالی است که یک نوجوان دارای آسیب حسی افزون بر مشکلات نوجوانان عادی؛ با مشکلات مربوط به داشتن آسیب حسی نیز روبه‌رو است. این مشکل کیفیت زندگی و رابطه والد-فرزند را با آسیب‌های جدی مواجه می‌سازد و باعث افزایش استرس، اضطراب و نارضایتی زناشویی در بین والدین می‌شود که نتیجه چنین شرایطی می‌تواند بهزیستی روان‌شناختی والدین به‌خصوص مادران را تحت تأثیر قرار دهد. [۴۶ و ۵۵-۵۳] پایین بودن بهزیستی روان‌شناختی مادران نیز به نوبه خود می‌تواند تربیت و سازگاری فرزند دارای آسیب حسی و سایر فرزندان را دچار آسیب کند و بر رشد عاطفی و اجتماعی و ارتباطی آن‌ها تأثیر منفی بگذارد و منجر به بروز اختلال‌های رفتاری، درون‌گرایی، مشکلات تحصیلی، دل‌بستگی ناایمن، اشکال در برقراری روابط با همسالان و مشکل در مهارت‌های حل مساله شود. [۵۶ و ۵۷]

با توجه به نقش بهزیستی روان‌شناختی مادران در شکل‌گیری رفتار و شخصیت نوجوانان و مناسبات اجتماعی خویش بسیار مهم است که تفاوت‌های بهزیستی روان‌شناختی مادران دارای نوجوانان با و بدون آسیب حسی مورد مطالعه قرار گیرد تا ضمن پر کردن کمبود پژوهش در این زمینه، اطلاعات بومی دقیقتری جهت استفاده برای مشاوره و توانبخشی و درمان فراهم شود و زمینه‌های لازم جهت اقدامات ویژه و اساسی از سوی سازمان‌های مسوول در ابعاد مشاوره، انجمن اولیا و مربیان و آموزش خانواده فراهم شود. به همین دلیل هدف پژوهش حاضر مقایسه مولفه‌های بهزیستی روان‌شناختی در بین مادران دارای نوجوان با و بدون آسیب حسی بود.

روش

پژوهش حاضر از نوع علی-مقایسه‌ای و جامعه‌آماری شامل همه مادران دارای نوجوان با و بدون آسیب حسی شهر شیراز در سال ۱۳۹۴ بودند. نمونه این پژوهش نود و یک نفر شامل سی و هشت نفر از مادران دارای نوجوان با آسیب حسی و پنجاه و سه نفر از مادران دارای نوجوان بدون آسیب حسی بودند که مادران دارای نوجوان با آسیب حسی به روش در دسترس انتخاب شدند و مادران دارای نوجوان بدون آسیب حسی با روش نمونه‌گیری تصادفی چند مرحله‌ای انتخاب شدند. بدین‌سان که پس از اخذ مجوزهای لازم برای انجام پژوهش و همچنین گرفتن معرفی‌نامه به همه مدارس و مراکز ویژه نابینایان و ناشنوایان تحت پوشش اداره آموزش و پرورش و بهزیستی شهر شیراز مراجعه شد و پس از شناسایی همه نوجوانان با آسیب حسی ده تا هجده ساله از مادرانشان خواسته شد تا در صورت تمایل در پژوهش مشارکت کنند که بدین روش سی و هشت پرسشنامه تکمیل شده از مادران دارای نوجوان با آسیب حسی (بینایی و شنوایی) گردآوری شد. شایان ذکر است که به دلیل محدودیت جامعه مادران دارای نوجوان با آسیب حسی (بینایی و شنوایی) انتخاب مدارس و مراکز ویژه نابینایان و ناشنوایان تحت پوشش اداره آموزش و پرورش و بهزیستی شهر شیراز به شیوه تمام شماری بود. یعنی همه مدارس و مراکز ویژه نابینایان و ناشنوایان تحت پوشش اداره آموزش و پرورش و بهزیستی شهر شیراز انتخاب شدند. برای انتخاب مادران دارای نوجوان بدون آسیب حسی، فهرست مدارس شهر شیراز تهیه شد و به‌طور تصادفی چهار مدرسه دخترانه و چهار مدرسه پسرانه (برای هر جنسیت دو دبیرستان و دو ابتدایی) انتخاب شد و با مراجعه به مدارس یاد شده به‌طور کاملاً تصادفی نوجوانان ده تا هجده ساله انتخاب شده و از مادران آن‌ها خواسته شد در صورت تمایل در پژوهش شرکت کنند که به این روش پنجاه و سه نفر انتخاب شدند.

ملاک‌های ورود و خروج

ملاک‌های ورود: داشتن فرزند نوجوان دوازده تا هجده ساله با و بدون آسیب حسی، و موافقت برای شرکت در پژوهش.
ملاک‌های خروج: مادرانی که شرایط مذکور را نداشتند یا فرزند نوجوانشان افزون بر آسیب حسی دارای معلولیت اضافی مثل کم‌توانی ذهنی یا اختلال‌های روانپزشکی بودند از پژوهش کنار گذاشته شدند.

ابزار پژوهش: فرم صد و بیست سوالی پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی ریف در مرکز علوم پزشکی دانشگاه و یسکانسین ساخته شد. [۵۸] در بررسی‌های بعدی فرم‌های کوتاه‌تر هشتاد و چهار سوالی، پنجاه و چهار سوالی و هجده سوالی نیز تدوین شد. فرم کوتاه پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی ریف هجده سوال دارد و شامل شش خرده‌مقیاس پذیرش خود، تسلط محیطی، رابطه مثبت با دیگران، داشتن هدف در زندگی، رشد فردی و استقلال است. در فرم کوتاه پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی ریف، پاسخ به هر یک از هجده سوال بر روی یک طیف لایکرت شش درجه‌ای از کاملاً مخالف تا کاملاً موافق نمره گذاری می‌شود. از نظر روایی، همبستگی فرم کوتاه پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی ریف هجده سوالی با مقیاس اصلی از هفتاد صدم تا هشتاد و نه صدم در نوسان بوده است. [۵۹ و ۶۰] پایایی کل مقیاس با استفاده از آلفای کرونباخ برابر با هفتاد و سه صدم و برای خرده‌مقیاس‌ها به ترتیب شصت و هفت صدم، هفتاد و دو صدم، شصت و پنج صدم، هشتاد و یک صدم، هفتاد و پنج صدم و هفتاد صدم گزارش شده است. [۶۱] همچنین در پژوهش دیگری، ضریب پایایی (همسانی درونی) با روش آلفای کرونباخ برای کل آزمون را برابر نود و چهار صدم و برای خرده‌آزمون‌ها بین شصت و سه صدم تا هشتاد و نه صدم و ضریب همبستگی به‌دست آمده بر اساس روش بازآزمایی برای کل آزمون هفتاد و شش صدم و برای خرده‌آزمون‌ها را بین شصت و هفت صدم تا هفتاد و سه صدم گزارش شده است. [۶۲] همتی و قرقانی روایی سازه به‌دست آمده بر اساس روش همبستگی بین کل آزمون و خرده‌آزمون‌های آن را برای خرده‌مقیاس پذیرش خود، تسلط محیطی، رابطه مثبت با دیگران، داشتن هدف در زندگی، رشد فردی و استقلال به ترتیب هشتاد و هشت صدم، نود صدم، هفتاد و یک صدم، هفتاد و پنج صدم، هفتاد و نه صدم و هفتاد صدم گزارش کرده‌اند. همچنین پایایی پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه نود و سه صدم گزارش کرده‌اند. [۶۳] شایان ذکر است که در پژوهش حاضر پایایی پرسشنامه یاد شده با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه هفتاد و یک صدم به‌دست آمد.

یافته‌ها

از کل نمونه نود و یک نفری شرکت کننده در این پژوهش، سی و هشت نفر دارای فرزند با آسیب حسی (بیست و سه نفر دارای فرزند با آسیب بینایی و پانزده نفر دارای فرزند با آسیب شنوایی) بودند که دامنه سنی آن‌ها سی و دو تا پنجاه و سه ساله با میانگین سنی چهل و یک و پنجاه و پنج صدم و انحراف استاندارد پنج و چهل و نه صدم بود. پنجاه و سه نفر دارای فرزند بدون آسیب حسی بودند که دامنه سنی آن‌ها بیست و هشت تا شصت و چهار ساله با میانگین سنی چهل و یک و بیست و هشت صدم و انحراف استاندارد پنج و پنجاه و هشت صدم بود.

با توجه به اطلاعات توصیفی آمده در جدول شماره یک مشاهده می‌شود که بر اساس نتایج آزمون کالموگروف-اسمیرنوف توزیع داده‌ها در همه مولفه‌های بهزیستی روان‌شناختی نرمال است. ($P \geq 0/05$) همچنین میانگین نمره مولفه‌های بهزیستی روان‌شناختی در مادران دارای نوجوان با آسیب حسی پایینتر از میانگین نمره مادران دارای نوجوان بدون آسیب حسی است. بنابراین در ادامه جهت آزمون فرض معنی‌داری از تحلیل واریانس چندمتغیره برای مقایسه میانگین نمره مولفه‌های بهزیستی روان‌شناختی در مادران دارای نوجوان با و بدون آسیب حسی استفاده شد که نتایج آن در جدول شماره دو آمده است. شایان ذکر است که پیش از انجام تحلیل واریانس چندمتغیره ابتدا برای بررسی پیش فرض همگنی واریانس‌ها از آزمون لوین استفاده شد که این آزمون برای هیچ کدام از متغیرها معنی‌دار نبود، ($P \geq 0/05$) در نتیجه استفاده از آزمون تحلیل واریانس بلا مانع است. همچنین برای بررسی همگنی ماتریس واریانس و کوواریانس از آزمون ام‌باکس استفاده شد و نتایج نشان داد که مقدار ام‌باکس معنی‌دار نیست ($P \geq 0/05$) و در نتیجه پیش فرض تجانس بین واریانس و کوواریانس متغیرهای وابسته در دو گروه برقرار است. بر اساس داده‌های مشاهده شده در جدول شماره دو اثر گروه بر ترکیب خطی متغیرهای وابسته معنی‌دار است. به همین دلیل برای بررسی اینکه این تاثیر بر کدام یک از متغیرهای وابسته معنی‌دار است از تحلیل واریانس دوطرفه استفاده شده است که نتایج آن در جدول شماره سه آمده است.

همان‌گونه که در جدول شماره سه ملاحظه می‌شود، تحلیل واریانس دوطرفه بین گروهی نشان می‌دهد که اثرات به‌دست آمده برای گروه در متغیر پذیرش خود، ($F=13/584, P<0/001$) تسلط محیطی، ($F=49/213, P<0/002$)، رابطه مثبت با دیگران، ($F=18/393, P<0/001$) داشتن هدف در زندگی، ($F=13/216, P<0/002$) و استقلال، ($F=15/049, P<0/001$) معنادار است. بدین صورت که مادران دارای نوجوان با آسیب حسی در خرده‌مقیاس‌های پذیرش خود، تسلط محیطی، رابطه مثبت با دیگران، داشتن هدف در زندگی، و استقلال به‌طور معنی‌داری پایینتر از مادران دارای نوجوان بدون آسیب حسی هستند ($P<0/001$) اما اثر گروه در متغیر رشد فردی ($F=3/560, P=0/062$) معنادار نیست. یعنی بین دو گروه در متغیر رشد فردی تفاوتی وجود ندارد.

جدول (۱) میانگین و انحراف استاندارد و نتیجه آزمون کالموگروف-اسمیرنوف برای نمره آزمون‌دهی‌ها در مولفه‌های بهزیستی روان‌شناختی

متغیرها		گروه مادران دارای نوجوان					
		بدون آسیب حسی			با آسیب حسی		
P	Z	میانگین	انحراف استاندارد	P	Z	میانگین	انحراف استاندارد
0/222	1/049	2/93	13/87	0/608	0/761	2/21	11/79
0/480	0/840	2/34	14/26	0/487	0/826	2/65	10/58
0/141	1/461	3/49	12/87	0/566	0/787	2/66	9/97
0/236	1/044	2/95	12/44	0/486	0/827	2/22	10/27
0/144	1/148	2/23	15/04	0/394	0/899	2/61	14/08
0/416	0/884	2/44	11/34	0/6	0/766	2/47	9/22

جدول (۲) نتایج آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره برای خرده‌مقیاس‌های مولفه‌های بهزیستی روان‌شناختی در در بین مادران دارای نوجوان با و بدون آسیب حسی

لامبدا و پلکز منبع	مقدار	F	Df فرضیه	Df خطا	p-value
گروه	0/538	12/045	6	84	0/001

جدول (۳) نتایج تحلیل واریانس دوطرفه برای هر یک از متغیرهای وابسته

منبع تغییرات	متغیر وابسته	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری
گروه	پذیرش خود	95/609	1	95/609	13/584	0/001
	تسلط محیطی	300/567	1	300/567	49/213	0/001
	رابطه مثبت با دیگران	185/390	1	185/390	18/393	0/001
	داشتن هدف در زندگی	94/425	1	94/425	13/216	0/001
	رشد فردی	20/345	1	20/345	3/560	0/062
	استقلال	90/650	1	90/650	15/049	0/001

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه بهزیستی روان‌شناختی در بین مادران دارای نوجوانان با و بدون آسیب حسی انجام شد. نتایج نشان داد که مادران دارای نوجوانان با آسیب حسی به جز رشد فردی در سایر خرده‌مقیاس‌های پذیرش خود، تسلط محیطی، رابطه مثبت با دیگران، داشتن هدف در زندگی، و استقلال در مقایسه با مادران دارای نوجوان بدون آسیب حسی به‌طور معنی‌داری پایینتر هستند. این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های [۴۴-۴۶ و ۴۷] همسو است و یافته‌های همدیگر را تایید می‌کنند.

دیگران مشکلات بیشتری نسبت به همسالان بدون آسیب خود دارند از این رو می‌توان پایین بودن نمره مادران در این خرده مقیاس را به تمایل نداشتن یا کم توانی فرزندان آن‌ها در برقراری این ارتباط نسبت داد.

در تبیین پایین بودن نمره خرده‌مقیاس استقلال و خودمختاری مادران دارای نوجوان با آسیب حسی نسبت به مادران دارای نوجوان بدون آسیب حسی می‌توان به این نکته اشاره کرد که هنگامی که کودک دارای آسیب حسی به دنیا می‌آید، با توجه به ناتوانیش یک سری نیازهای و چالش‌های ویژه خود را می‌طلبد که باید بر اساس آن تصمیم‌گیری شود. در واقع وجود ناتوانی مانعی برای تصمیم‌گیری آزادانه والدین است و والدین ممکن است برخی مواقع تصمیماتی را بگیرند که برخلاف میل آن‌ها باشد و یا حتی مجبور به پذیرش تصمیماتی که از سوی دیگران گرفته شده است باشند برای مثال کودک ناشنوای عمیقی که به سبب این نقص، از سوی کارشناسان مربوطه مجبور به تحصیل در مدرسه دانش‌آموزان با نیازهای ویژه باشد؛ در حالی که والدین او علاقمند به تحصیل فرزندشان در مدارس عادی هستند. این مساله می‌تواند حس استقلال و خودمختاری را در والدین دارای فرزند با آسیب حسی کاهش دهد. [۷۱ و ۷۲] همچنین وابسته بودن خود نوجوانان با آسیب حسی به دلیل کم توانیشان و نبود امکانات و فرصت‌های کافی برای کسب استقلال این نوجوانان احتمالاً می‌تواند دلیل دیگری برای پایین بودن میزان استقلال و خودمختاری در مادران آن‌ها باشد.

همچنین تبیین احتمالی که می‌توان برای پایین بودن نمره خرده‌مقیاس پذیرش خود مادران دارای نوجوان با آسیب حسی نسبت به مادران دارای نوجوان بدون آسیب حسی عنوان کرد، مربوط به ارزیابی و نگرشی است که این مادران نسبت به خودشان دارند. هنگامی که مادری فرزند دارای ناتوانی به

ماهیت و شدت ناتوانی و اثر آن بر کارکرد خانواده نشان می‌دهد که اگر چه ممکن است ناتوانی‌های تحولی شدید بیشترین تنش را از لحاظ مسوولیت بر والدین تحمیل کند؛ ولی والدین دارای کودکان با آسیب‌های حسی نیز تنش‌های بسیاری را در مورد فرزندپروری و آماده‌سازی آن‌ها برای زندگی مستقل تجربه می‌کنند. [۶۴] افزون بر این فقدان تجارب والدین، نبود حمایت عاطفی اطرافیان، خدمات اجتماعی نامناسب، هزینه‌های اضافی، بار سنگین مسوولیت در مورد آسیب حسی و تنش‌های زیاد والدین به‌خصوص مادران در مورد آموزش تجارب جدید و کمک به سازگاری فرزند با آسیب حسی، سلامت روانی و رضایت زناشویی را تحت تاثیر قرار می‌دهد. مجموعه این شرایط ممکن است بر فرایند رابطه والدین به‌خصوص مادر و کودک تاثیر منفی بگذارد و بهزیستی روان‌شناختی را به‌صورت تعاملی تحت تاثیر قرار دهد. [۶۸-۶۵] از سوی دیگر با استناد به دیدگاه‌های نظریه‌پردازان حوزه بهزیستی روان‌شناختی مانند ریف و همکاران باید خاطر نشان کرد که از منظر نگاه این نظریه‌پردازان، اغلب افرادی؛ دارای بهزیستی روانی بالا هستند که؛ عمدتاً هیجانات مثبت را تجربه می‌کنند و از وقایع و حوادث پیرامون خود ارزیابی مثبتی دارند همچنین این افراد در ارزشیابی استعدادها، توانایی‌ها و فعالیت‌های خود احساس رضایت می‌کنند و ارتباطات اجتماعی گسترده‌ای دارند. این در حالی است که بسیاری از مادران دارای نوجوان با آسیب حسی درگیر افکار منفی و استرس‌های ناشی از فرزند ناتوانشان هستند و کمتر فضای آرام و هیجانات مثبتی را تجربه می‌کنند. بنابراین طبیعی به نظر می‌رسد که این مادران سطح پایینی از بهزیستی روانی را تجربه کنند. در واقع مشکلات تحرک و وابستگی افراد با آسیب بینایی در زمینه تحرک و رفت و آمد؛ در عین حال مشکلات ارتباطی نوجوانان با آسیب شنوایی که در دوره نوجوانی می‌تواند بحران‌های این دوره را تشدید نماید می‌تواند استرس و فشار روانی مادران این افراد را افزایش و در نتیجه منجر به کاهش بهزیستی روان‌شناختی در آن‌ها شود.

در تبیین احتمالی نتایج این پژوهش مبنی بر پایین بودن نمره خرده‌مقیاس ایجاد رابطه مثبت با دیگران مادران دارای نوجوان با آسیب حسی نسبت به مادران دارای نوجوان بدون آسیب حسی، می‌توان چنین عنوان کرد که مادران دارای نوجوان با آسیب حسی به سبب وجود فرزند دارای ناتوانی، واکنش‌ها و درک نامناسبی که اطرافیان ممکن است در برابر این رویداد داشته باشند و همچنین مدت زمان زیادی که این مادران صرف رسیدگی به امور بهداشتی و درمانی فرزندانشان می‌کنند، مجبور به انزوا و کناره‌گیری از جامعه می‌شوند و در نتیجه رابطه خود را با اطرافیانشان محدود می‌کنند. [۶۹ و ۷۰] شایان ذکر است، هر چه شدت ناتوانی کودک یا نوجوان بیشتر باشد این نوع رفتار والدین چشمگیرتر است. [۱۱] از سوی دیگر خود نوجوانان با آسیب حسی چون در برقراری ارتباط با

است بسیاری از اهداف شخصی خود را فراموش کرده و تمام انرژی و وقت خود را به شکلی افراطی صرف مراقبت از فرزند دارای ناتوانیشان کنند. تا جایی که فرصت اندکی را برای پرداختن به علائق شخصی و فعالیت اجتماعی خود در نظر می‌گیرند. [۷۵ و ۷۶] در واقع این گروه از مادران اهداف شخصی خود را فدای اهداف مرتبط با فرزندان خود می‌نمایند و در جهت موفقیت فرزندانشان اهدافشان را تغییر می‌دهند.

همچنین در تبیین پایین بودن نمره خرده‌مقیاس تسلط محیطی مادران دارای نوجوان با آسیب حسی نسبت به مادران دارای نوجوان بدون آسیب حسی می‌توان چنین گفت که به سبب فقدان تجارب لازم و ناکارآمدی والدین برای مدیریت رفتارهای چالش برانگیز کودک با آسیب حسی، این مادران در کنترل اوضاع و شرایط محیطی پیش آمده احساس شکست می‌کنند. در حقیقت برای مدیریت یک کودک دارای نارسایی مادران به تنهایی نمی‌توانند از عهده آن برآیند و لازم است برای رسیدن به این هدف، حمایت‌های لازم را از سوی خانواده، اطرافیان و موسسات مربوطه دریافت کنند. حال در صورتی که این حمایت‌های اجتماعی کم‌رنگ شود، بهزیستی روان‌شناختی مادران به‌ویژه مولفه تسلط محیطی کاهش می‌یابد. [۱۹، ۷۶ و ۷۷] مادران افراد با آسیب حسی ساعت‌های طولانی از روز را صرف آموزش و برآوردن نیازهای فرزند با آسیب بینایی در زمینه تحرک، تحصیل و رفع نیازهای روزمره او و یا رفع مشکلات ارتباطی چه در حوزه درک زبان و چه در زمینه گفتار فرزند با آسیب شنوایی خود می‌نمایند. از این رو وقت کافی برای انجام خیلی از فعالیت‌های مورد علاقه یا مشکلات جانبی غیر از شرایط فرزند با آسیب را ندارند؛ از این رو به‌نظر می‌رسد با این دلیل است که حس می‌کنند بر محیط و شرایط اطراف خود تسلط کافی ندارند.

شایان ذکر است که در خرده‌مقیاس رشد فردی بین دو گروه تفاوت آماری معنی‌داری مشاهده نشد. در تبیین این یافته می‌توان بیان کرد که در الگوی بهزیستی روان‌شناختی ریف و سینگر رشد فردی، به داشتن انعطاف و آغوش باز نسبت به تجربیات جدید تعبیر شده است. [۵۹] این ویژگی به افراد کمک می‌کند تا از طریق کسب تجارب جدید و مواجهه با چالش‌های آن، به رشد شخصی خود کمک کنند. به‌نظر می‌رسد والدین دارای فرزند با آسیب حسی با تولد فرزند خود و مواجه شدن با چالش‌های رفتاری، آموزشی و روان‌شناختی، شرایطی را تجربه می‌کنند که این شرایط به رشد فردی آن‌ها کمک می‌کند. در این راستا شواهد پژوهشی از تأثیرات مثبت تولد کودکان با آسیب حسی بر کانون خانواده از جمله رشد معنوی و شخصی حمایت می‌کند. [۷۸ و ۷۹] بدین شکل که مادران نوجوانان با آسیب حسی با روبه‌رو شدن با انواع مشکلات روان‌شناختی، آموزشی، رفتاری و عاطفی فرزندانشان خواسته و ناخواسته به یادگیری مهارت‌ها و کسب توانمندی‌هایی می‌پردازند که به‌نظر می‌رسد در رشد فردی آن‌ها بی‌تأثیر نباشد. در پایان نتایج پژوهش حاضر

دنیا می‌آورد، مجموعه واکنش‌هایی از قبیل شوک، انکار، افسردگی، احساس گناه، خشم، اندوه و اضطراب، احساس خجالت و پنهان کردن کودک را بروز می‌دهند. [۷۳ و ۷۴] این مجموعه واکنش‌ها را وضعیت داغدیدگی می‌نامند که والدین به‌خصوص مادران آن را افسردگی مزمن گزارش می‌کنند. [۷۴] در چنین شرایطی کاملاً آشکار است که این مادران در پذیرش تصویر مثبتی از خود دچار مشکل باشند. افزون بر این، در تبیینی دیگر پایین بودن نمره خرده‌مقیاس پذیرش خود مادران دارای نوجوان با آسیب حسی می‌توان این‌گونه توجیه کرد که از عوامل موثر در پذیرش خود در مادران افراد با آسیب حسی، میزان کافی حمایت‌های اجتماعی و خانوادگی دریافتی و دسترسی به مشاوره‌های متناسب می‌باشد؛ این در حالی است که مادران افراد با آسیب‌های حسی به‌اندازه کافی از این امکانات برخوردار نیستند. [۷۱] از سوی دیگر احساس درماندگی در کمک به فرزندان با آسیب حسی در یادگیری مهارت‌های زندگی مستقل احتمالاً از سوی دیگر می‌تواند این عدم پذیرش را در این گروه از مادران ایجاد نماید. [۷۱ و ۷۲] در چنین شرایطی کاملاً آشکار است که این مادران در پذیرش تصویر مثبتی از خود دچار مشکل باشند. به‌منظور تبیین احتمالی یافته دیگر این پژوهش مبنی بر پایین بودن نمره مادران دارای نوجوانان با آسیب حسی نسبت به مادران دارای نوجوان بدون آسیب حسی در خرده‌مقیاس هدفمندی در زندگی می‌توان چنین بیان کرد که با توجه به اینکه همه انسان‌ها در زندگی دارای اهداف هستند و در راستای رسیدن به این اهداف قدم برمی‌دارند، والدین و به‌خصوص مادران دارای فرزند با آسیب حسی نیز از این قاعده مستثنی نیستند. اما با توجه به ماهیت چالش برانگیز نوجوانان با آسیب حسی و مغایر بودن این رویداد با انتظارات قبلی والدین، آن‌ها دچار تنش و آشفتگی می‌شوند و ممکن

را بر روی گروه یاد شده مورد مطالعه قرار دهند. در پایان پیشنهاد می‌شود مسوولان و متولیان آموزش کودکان و نوجوانان دارای آسیب حسی با طراحی و اجرای کارگاه‌ها و برنامه‌های آموزش خانواده در جهت بهبود مولفه‌های بهزیستی روان‌شناختی مادران افراد با آسیب حسی اقدام کنند. **سپاسگزاری:** از همه مادران دارای نوجوان با و بدون آسیب حسی شهر شیراز که ما را در اجرای این پژوهش یاری رساندند، صمیمانه سپاسگزاری می‌شود. **تضاد منافع:** بین نویسندگان هیچ‌گونه تعارضی در منافع وجود ندارد.

نشان داد که مادران دارای نوجوان با آسیب حسی در مولفه‌های بهزیستی روان‌شناختی به‌طور معنی‌داری پایینتر از مادران دارای نوجوان بدون آسیب حسی هستند. بنابراین طراحی و اجرای کارگاه‌ها و برنامه‌های آموزش خانواده در جهت بهبود مولفه‌های بهزیستی روان‌شناختی مادران دارای نوجوان با آسیب حسی بسیار ضروری است.

محدودیت‌ها: با توجه با اینکه پژوهش حاضر بر روی مادران دارای نوجوان با و بدون آسیب حسی در شهر شیراز انجام شده است. بنابراین، با توجه به نگرش‌های فرهنگی متفاوت در پذیرش آسیب حسی و همچنین نقش تاثیرگذار مولفه‌های حمایتی مختلف، تعمیم یافته‌های حاضر به سایر موقعیت‌های متفاوت می‌تواند با محدودیت همراه باشد. **پیشنهادها:** با توجه به محدودیت‌ها به پژوهشگران آینده پیشنهاد می‌شود که به انجام پژوهش‌های بیشتر در موقعیت‌های مختلف بر روی متغیرهای تاثیرگذار از جمله متغیرهای روانشناسی مثبت مبادرت ورزند. همچنین با توجه به یافته‌های پژوهش که بر پایین بودن بهزیستی روان‌شناختی مادران دارای نوجوان با آسیب حسی تاکید داشت؛ پیشنهاد می‌شود که عوامل تهدید کننده بهزیستی روان‌شناختی این گروه از والدین مورد بررسی قرار گیرد. علاوه بر این، مناسب است؛ پژوهشگران برنامه‌های مداخله‌ای مختلفی را برای بالا بردن بهزیستی روان‌شناختی مادران دارای نوجوان با آسیب حسی طراحی کنند و اثربخشی آن‌ها

منابع

References:

- Mishra AK, Gupta R. Disability index: A measure of deprivation among disabled. *Econ Polit Wkly*. 2006 Sep 23;40:26-9.
- World Health Organization. *World report on disability*. Geneva: World Health Organization. 2011.
- Gallagher S, Hannigan A. Depression and chronic health conditions in parents of children with and without developmental disabilities: The growing up in Ireland cohort study. *Res Dev Disabil*. 2014 Feb 28;35[2]:448-54.
- Hallahan DP, Kauffman JM, Pullen PC. *Exceptional learners: Pearson new international edition: an introduction to special education*. Pearson Higher Ed; 2013 Aug 28.
- Hallberg U. Differences in health and well-being of parents of children with disabilities. *Int J Qual Stud Health Well-being*. 2014;9: 243-264.
- Lee J. Maternal stress, well-being, and impaired sleep in mothers of children with developmental disabilities: A literature review. *Res Dev Disabil*. 2013 Nov 30;34[11]:4255-73.
- Gerstein ED, Crnic K, Blacher J, Baker BL. Resilience and the course of daily parenting stress in families of young children with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*. 2009 Dec 1;53[12]:981-97.
- Crnic K, Arbona AP, Baker B, Blacher J. Mothers and fathers together: Contrasts in parenting across preschool to early school age in children with developmental delays. *International Review of Research in Mental Retardation*. 2009 Dec 31;37:3-0.
- Olsson MB, Hwang CP. Depression in mothers and fathers of children with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*. 2001 Dec 1;45[6]:535-43.
- Singer GH. Meta-analysis of comparative studies of depression in mothers of children with and without developmental disabilities. *The American Journal on Mental Retardation*. 2006 May;111[3]:155-69.
- McConkey R, Truesdale-Kennedy M, Chang MY, Jarrah S, Shukri R. The impact on mothers of bringing up a child with intellectual disabilities: A cross-cultural study. *The International Journal of Nursing Studies*. 2008 Jan 31;45[1]:65-74.

12. Gallagher S, Whiteley J. The association between stress and physical health in parents caring for children with intellectual disabilities is moderated by children's challenging behaviours. *Journal of Health Psychology*. 2013 Sep;18[9]:1220-31.
13. Peer JW, Hillman SB. Stress and resilience for parents of children with intellectual and developmental disabilities: A review of key factors and recommendations for practitioners. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*. 2014 Jun 1;11[2]:92-8.
14. Hull City Council. Supporting children with sensory impairment. London:Routledge; 2016 Feb 12.
15. Malhotra S, Khan W, Bhatia MS. Quality of life of parents having children with developmental disabilities. *Delhi Psychiatry Journal*. 2012; 15[1]: 171-176.
16. Kirk S, Gallagher JJ, Coleman MR, Anastasiow NJ. Educating exceptional children. Cengage Learning; 2011.
17. World Health Organization. Deafness and hearing loss. Fact sheet. 2015 Mar;300.
18. World Health Organization. Prevention of blindness and visual impairment. Priority eye diseases. 2015.
19. Smith TE, Polloway EA, Patton JR, Dowdy CA, Doughty TT. Teaching students with special needs in inclusive settings. Pearson; 2015 Jan 16.20.
20. Guthrie DM, Declercq A, Finne-Soveri H, Fries BE, Hirdes JP. The health and well-being of older adults with dual sensory impairment[DSI] in four countries. *PLOS One*. 2016 May 5;11[5]:e0155073.
21. Margalit M, Raviv A, Ankonina DB. Coping and coherence among parents with disabled children. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. 1992 Sep 1;21[3]:202-9.
22. Stoneman Z, Gavidia-Payne S. Marital adjustment in families of young children with disabilities: Associations with daily hassles and problem-focused coping. *The American Journal on Mental Retardation*. 2006 Jan;111[1]:1-4.
23. Smith LE, Greenberg JS, Seltzer MM. Social support and well-being at mid-life among mothers of adolescents and adults with autism spectrum disorders. *The Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2012 Sep 1;42[9]:1818-26.
24. Emerson E, Hatton C, Llewellyn G, Blacker J, Graham H. Socio-economic position, household composition, health status and indicators of the well-being of mothers of children with and without intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*. 2006 Dec 1;50[12]:862-73.
25. Hauser RM, Springer KW, Pudrovskaya T. Temporal structures of psychological well-being: Continuity or change. In: *Meetings of the gerontological society of America*, Orlando, Florida 2005 Nov 14.
26. Seligman ME, Csikszentmihalyi M. Positive psychology: An introduction. Springer Netherlands; 2014.
27. Diener E, Suh EM. Culture and subjective well-being. MIT Press; 2000.
28. Seligman ME. Positive psychology, positive prevention, and positive therapy. *Handbook of Positive Psychology*. 2002.
29. Snyder CR, Lopez SJ. Oxford handbook of positive psychology. Oxford University Press, USA; 2009.
30. Deci EL, Ryan RM. Hedonia, eudaimonia, and well-being: An introduction. *Journal of Happiness Studies*. 2008 Jan 1;9[1]:1-1.
31. Seligman ME, Csikszentmihalyi M. Positive psychology: An introduction. Springer Netherlands; 2014.
32. Diener E, Oishi S, Lucas RE. Personality, culture, and subjective well-being: Emotional and cognitive evaluations of life. *The Annual Review of Psychology*. 2003 Feb;54[1]:403-25.
33. Huppert FA. Psychological well-being: Evidence regarding its causes and consequences. *Appl Psychol Health Well Being*. 2009 Jul 1;1[2]:137-64.
34. Karademas EC. Positive and negative aspects of well-being: Common and specific predictors. *Personality and Individual Differences - Journals*. 2007 Jul 31;43[2]:277-87.
35. Ryff CD, Singer B. Psychological well-being: Meaning, measurement, and implications for psychotherapy research. *Psychother Psychosom*. 1996 Jul 1;65[1]:14-23.
36. Wigtil CJ, Henriques GR. The relationship between intelligence and psychological well-being in incoming college students. *Psychol Well Being*. 2015 Dec 1;5[1]:1-12.
37. Cho J, Martin P, Margrett J, MacDonald M, Poon LW. The relationship between physical health and psychological well-being among oldest-old adults. *Journal of Aging Research*. 2011 Jun 5; 10, 1-8.
38. Joshi S, Kumari S, Jain M. Religious belief and its relation to psychological well-being. *The Journal of the Indian Academy of Applied Psychology*. 2008 Jul;34[2]:345-54.
39. Yamaoka K. Social capital and health and well-being in East Asia: A population-based study. *Social Science & Medicine*. 2008 Feb 29;66[4]:885-99.
40. Molaei Yasavoli H, Borjali A, Molaei Yasavoli M, Fadakar P. Predicting quality of life based on components of Ryff psychological wellbeing: Interventionist role of life satisfaction. *Journal of Counseling &*

Development. 2015;4[13]: 7-20.[Persian].

41. Eisenhower AS, Baker BL, Blacher J. Preschool children with intellectual disability: Syndrome specificity, behaviour problems, and maternal well-being. *Journal of Intellectual Disability Research*. 2005 Sep 1;49[9]:657-71.

42. Cox CR, Eaton S, Ekas NV, Van Enkevort EA. Death concerns and psychological well-being in mothers of children with autism spectrum disorder. *Research in Developmental Disabilities*. 2015 Nov 30;45:229-38.

43. Norlin D, Broberg M. Parents of children with and without intellectual disability: Couple relationship and individual well-being. *Journal of Intellectual Disability Research*. 2013 Jun 1;57[6]:552-66.

44. Bourke-Taylor H, Pallant JF, Law M, Howie L. Predicting mental health among mothers of school-aged children with developmental disabilities: The relative contribution of child, maternal and environmental factors. *Research in Developmental Disabilities*. 2012 Dec 31;33[6]:1732-40.

45. Mitchell DB, Hauser-Cram P. The well-being of mothers of adolescents with developmental disabilities in relation to medical care utilization and satisfaction with health care. *Research in Developmental Disabilities*. 2008 Apr 30;29[2]:97-112.

46. Sola-Carmona JJ, López-Liria R, Padilla-Góngora D, Daza MT, Sánchez-Alcoba MA. Anxiety, psychological well-being and self-esteem in Spanish families with blind children. A change in psychological adjustment? *Research in Developmental Disabilities*. 2013 Jun 30;34[6]:1886-90.

47. Ghasempour A, Akbari E, Taghipour M, Azimi Z, Refaghat E. Comparison of psychological well-being and coping styles in mothers of deaf and normally-hearing children. *Bimonthly Audiology-Tehran University of Medical Sciences*. 2012; 21[4]:9-51.[Persian]

48. Ekas NV, Lickenbrock DM, Whitman TL. Optimism, social support, and well-being in mothers of children with autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2010 Oct 1;40[10]:1274-84.

49. Abbeduto L, Seltzer MM, Shattuck P, Krauss MW, Orsmond G, Murphy MM. Psychological well-being and coping in mothers of youths with autism, down syndrome, or fragile X syndrome. *American Journal of Mental Retardation*. 2004 May;109[3]:237-54.

50. Essex EL, Seltzer MM, Krauss MW. Differences in coping effectiveness and well-being among aging mothers and fathers of adults with mental retardation. *American Journal of Mental Retardation*. 1999 Dec;104[6]:545-63.

51. Villarruel FA, Lerner RM. Development and context and the contexts of learning. *New Directions for Child and Adolescent Development*. 1994 Mar 1;1994[63]:3-10.

52. Schmied V, Tully L. Effective strategies and interventions for adolescents in a child protection context: Literature review. NSW Department of Community Services; 2009.

53. Orsmond GI, Seltzer MM. Siblings of individuals with autism spectrum disorders across the life course. *Developmental Disabilities Research Reviews*. 2007 Jan 1;13[4]:313-20.

54. Pontari B. Utilizing social networks to cope with social life: An effective strategy for the socially anxious? *Scien engine J*. 2001;62, 140-153.

55. Mallers MH, Charles ST, Neupert SD, Almeida DM. Perceptions of childhood relationships with mother and father: daily emotional and stressor experiences in adulthood. *Developmental Psychology*. 2010 Nov;46[6]: 1651-1662.

56. Kitzmann KM. Effects of marital conflict on subsequent triadic family interactions and parenting. *Developmental Psychology*. 2000 Jan;36[1]:3-19.

57. Frosch CA, Mangelsdorf SC, McHale JL. Marital behavior and the security of preschooler-parent attachment relationships. *Journal of Family Psychology*. 2000 Mar;14[1]: 144-156.

58. Ryff CD. Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1989 Dec;57[6]: 1069-1081.

59. Ryff CD, Singer B. Psychological well-being: Meaning, measurement, and implications for psychotherapy research. *Psychother Psychosom*. 1996 Jul 1;65[1]:14-23.

60. Ryff CD, Keyes CL. The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1995 Oct;69[4]: 719-727.

61. Sefidi FA, Farzad V. Validated measure of Ryff psychological well-being among students of Qazvin University of Medical Sciences. *Journal of Qazvin University of Medical Sciences*. 2012;1[62]:66-71.[Persian]

62. Zanjani Tabasi R. Construction and standardization of psychological well-being (Dissertation). Tehran University, 2004.[Persian]

63. Hemati Alamdarloo GH, Ghareghani Y. Comparison of psychological well-being of teachers of students with and without autism. *Congress of psychology, work and health*. Marvdash Azad University, 2013; 18-19.[Persian]

64. Hastings RP, Daley D, Burns C, Beck A. Maternal distress and expressed emotion: Cross-sectional and longitudinal relationships with behavior problems of children with intellectual disabilities. *American Journal on Mental Retardation*. 2006 Jan;111[1]:48-61.
65. Crnic KA, Booth CL. Mothers' and fathers' perceptions of daily hassles of parenting across early childhood. *Journal of Marriage and Family*. 1991 Nov 1:1042-50.
66. Marvin RS, Pianta RC. Mothers' reactions to their child's diagnosis: Relations with security of attachment. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. 1996 Dec 1;25[4]:436-45.
67. Crnic K, Low C. Everyday stresses and parenting. *Handbook of Parenting Volume 5 Practical Issues in Parenting*. 2002 Apr 12;242-267.
68. Heiman T, Berger O. Parents of children with Asperger syndrome or with learning disabilities: Family environment and social support. *Research in Developmental Disabilities*. 2008 Aug 31;29[4]:289-300.
69. Bromley J, Hare DJ, Davison K, Emerson E. Mothers supporting children with autistic spectrum disorders: Social support, mental health status and satisfaction with services. *Autism*. 2004 Dec;8[4]:409-23.
70. Jackson CW, Wegner JR, Turnbull AP. Family quality of life following early identification of deafness. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*. 2010 Apr 1;41[2]:194-205.
71. Hintermair M. Sense of coherence: A relevant resource in the coping process of mothers of deaf and hard-of-hearing children? *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*. 2004 Jan 1;9[1]:15-26.
72. Hintermair M. Parental resources, parental stress, and socioemotional development of deaf and hard of hearing children. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*. 2006 Sep 21;11[4]:493-513.
73. Blacher J. Sequential stages of parental adjustment to the birth of a child with handicaps: Fact or artifact? *Mental Retardation*. 1984 Apr 1;22[2]:55-67.
74. Kandel I, Merrick J. The child with a disability: Parental acceptance, management and coping. *Scientific World Journal*. 2007;7:1799-809.
75. Mikaili Mani F. The psychological comparison of mothers of mentally retarded and normal students in exceptional education. *Research Exceptional Children*. 2009;88[92]: 103-120.[Persian]
76. Meinzen-Derr J, Lim LH, Choo DI, Buyniski S, Wiley S. Pediatric hearing impairment caregiver experience: Impact of duration of hearing loss on parental stress. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*. 2008 Nov 30;72[11]:1693-703.
77. Movallali G, Nemati S. Difficulties in parenting hearing-impaired children. *Auditory and Vestibular Research*. 2009;15;18[1]:1-11.[Persian]
78. Hastings RP, Taunt HM. Positive perceptions in families of children with developmental disabilities. *American Journal on Mental Retardation*. 2002 Mar;107[2]:116-27.
79. Faramarz, S. Comparing the quality of life and psychological well-being in mothers of children with hearing loss and mothers of children with other special needs. *Auditory and Vestibular Research*. 2017;26[2]:86-92.