

## مقایسه حمایت اجتماعی ادراک‌شده، اضطراب و استرس مادران کودکان کاشت حلزونی، دارای سمعک و شنوایی عادی

فریده محمودی<sup>۱</sup>  
محمد عاشوری<sup>۲</sup>  
مجتبی انصاری شهیدی<sup>۳</sup>

### چکیده

**هدف:** پژوهش حاضر به منظور مقایسه حمایت اجتماعی ادراک‌شده، اضطراب و استرس مادران کودکان کاشت حلزونی، دارای سمعک و شنوایی عادی انجام شد. **روش:** پژوهش حاضر از نوع علی مقایسه‌ای بود. جامعه آماری این پژوهش را مادران کودکان کاشت حلزونی، دارای سمعک و شنوایی عادی تشکیل دادند. در این پژوهش ۶۰ مادر ۲۸ تا ۳۸ ساله شرکت کرده بودند به نحوی که آن‌ها به سه گروه ۲۰ نفری تقسیم شدند. گروه اول و دوم به ترتیب از مادران کودکان کاشت حلزون شده و دارای سمعک بودند که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شده بودند؛ در حالی که گروه سوم، مادران کودکان با شنوایی طبیعی بودند و به روش تصادفی ساده انتخاب شده بودند. ابزارهای این پژوهش مقیاس حمایت اجتماعی ادراک‌شده و مقیاس تعیین افسردگی، اضطراب، استرس بود. داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس چند متغیری تحلیل شد. **یافته‌ها:** یافته‌ها نشان داد که حمایت اجتماعی ادراک‌شده در مادران کودکان دارای سمعک به طور معناداری بیشتر از مادران کودکان کاشت حلزونی بود ( $P < 0/05$ ). اضطراب و استرس مادران کودکان دارای سمعک به طور معناداری کمتر از مادران کودکان کاشت حلزونی بود و شرایط مادران کودکان با شنوایی طبیعی نیز نسبت به این دو گروه بهتر بود ( $P < 0/05$ ). **نتیجه‌گیری:** حمایت اجتماعی ادراک‌شده مادران کودکان با شنوایی عادی بیشتر از مادران کودکان کاشت حلزونی و دارای سمعک و همچنین اضطراب و استرس آن‌ها کمتر بود؛ بنابراین در این حوزه به برنامه توان‌بخشی ویژه‌ای نیاز است تا حمایت اجتماعی ادراک‌شده افزایش و اضطراب و استرس مادران کودکان کاشت حلزونی و دارای سمعک کاهش یابد.

**کلیدواژه‌ها:** استرس، اضطراب، سمعک، کاشت حلزون

### مقدمه

مانده است. دو تا سه کودک از هر هزار کودک با آسیب شنوایی عمیق به دنیا می‌آیند. این اختلال دارای جنبه‌های پزشکی و روان‌شناختی است. از دیدگاه خانوادگی، آسیب شنوایی پیچیده‌ترین ضایعه حسی است. شناسایی آسیب شنوایی در کودک، خانواده را با بحران روبرو می‌کند (موللی، پورمحمدرضای تجربی و اسدی ملایری، ۱۳۹۲؛ موللی، امیری، یوسفی افراشته و مروتی، ۱۳۹۴). در سال‌های اخیر، پیشرفت در فناوری تجهیزات شنوایی از جمله

مادر شدن برای بیشتر زنان احساسات مثبتی به بار می‌آورد در عین حال ممکن است تأثیراتی منفی روی شاخص‌های سلامت روانی از جمله افسردگی<sup>۴</sup>، اضطراب<sup>۵</sup> و استرس<sup>۶</sup> ناشی از بار سنگین مسئولیت فرزند داشته باشد (رینی‌نولت<sup>۷</sup>، ۲۰۱۱). پرورش نوزادان و خردسالان حتی برای والدین تحصیل کرده طبقه متوسط دارای فرزند سالم و طبیعی وظیفه‌ای دشوار به شمار می‌رود. مادران به دلیل فشار ناشی از نیازهای روزمره کودکان خود بیش از پدران در معرض انواع آسیب‌های روان‌شناختی هستند. علیرغم پیشرفت‌های اخیر درمان‌های پزشکی، آسیب شنوایی هنوز هم یک چالش باقی

<sup>۱</sup> دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد ورامین، پیشوا، ایران (farideh.mahmoudi.1359@gmail.com)

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه نویسنده اول مقاله است.

<sup>۲</sup> استادیار، گروه روانشناسی و آموزش کودکان با نیازهای خاص، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

<sup>۳</sup> استادیار گروه روان‌شناسی، واحد نجف‌آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف‌آباد، ایران

تاریخ ارسال مقاله: ۱۳۹۶/۳/۱۲ تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۶/۷/۲

<sup>4</sup> Depression

<sup>5</sup> Anxiety

<sup>6</sup> Stress

<sup>7</sup> Renee Nolte

سبب می‌شود واکنش‌های هیجانی ناخوشایندی داشته باشند (زیدمن‌زیت و همکاران، ۲۰۱۶). در حقیقت، برخی از این مشکلات به حمایت اجتماعی ادراک‌شده<sup>۸</sup>، سطوح اضطراب و میزان استرس در آن‌ها مربوط می‌شود (هالاها، کافمن و پولن<sup>۹</sup>، ۲۰۱۵).

حمایت اجتماعی مفهومی چندبعدی است که به اشکال و طرق مختلفی تعریف شده است. برای مثال می‌توان آن را به‌عنوان یک منبع فراهم‌شده توسط دیگران به‌عنوان امکاناتی برای مقابله با استرس تعریف نمود (هینترمایر<sup>۱۰</sup>، ۲۰۰۶). بعضی از پژوهشگران حمایت اجتماعی را میزان برخورداری از محبت، همراهی، مراقبت، احترام، توجه و کمک دریافت شده توسط فرد از سوی افراد یا گروه‌های دیگر نظیر اعضای خانواده، دوستان و دیگران تعریف کرده‌اند و برخی حمایت اجتماعی را واقعیتی اجتماعی و برخی دیگر آن را ناشی از ادراک و تصور فرد می‌دانند (ریاحی، وردی‌نیا و پورحسین، ۱۳۸۹). استفاده از پروتز کاشت حلزون نسبت به سمعک به خدمات توان‌بخشی تربیت شنوایی و گفتاردرمانی و همچنین مشاوره بیشتری نیاز دارد چنین مسائلی سبب می‌شود ادراک مادران کودکان کاشت حلزون شده نسبت به مادران کودکان دارای سمعک متفاوت باشد (عاشوری و جلیل‌آبکنار، ۱۳۹۵). به‌طور کلی، یکی از مؤلفه‌های مهمی که بر خانواده‌های دارای فرزند با آسیب شنوایی تأثیرگذار است حمایت اجتماعی ادراک‌شده است (تقی‌زاده و افروز، ۱۳۹۳؛ شگری، فراهانی، کرمی نوری و مرادی، ۱۳۹۳؛ پون و زیدمن‌زیت<sup>۱۱</sup>، ۲۰۱۴). میزان حمایت اجتماعی ادراک‌شده مادران کودکان بدون آسیب شنوایی بیشتر از مادران کودکان با آسیب شنوایی است همچنین شاخص‌های سلامت روان از جمله افسردگی، استرس و اضطراب مادران کودکان بدون آسیب شنوایی کمتر از مادران کودکان با آسیب شنوایی گزارش شده است (تقی‌زاده و افروز، ۱۳۹۳).

اضطراب نوعی واکنش برای ادامه زندگی و بقا است که به ما می‌گوید از چه چیزی و با چه روشی اجتناب کنیم (تاش، واسیلیسکی و ویتشیر<sup>۱۲</sup>، ۲۰۱۵). احساس اضطراب در دوران مختلف زندگی، امری رایج و بهنجار است (ورهوون، بوگلز و ون‌دربروگن<sup>۱۳</sup>، ۲۰۱۲). استرس هم شرایطی است که در نتیجه تعارض میان فرد و محیط به وجود می‌آید و باعث ایجاد ناهماهنگی میان ملزومات یک موقعیت و منابع زیستی، روانی و اجتماعی فرد می‌شود (چن، چان، لیاو، چن و وو<sup>۱۴</sup>، ۲۰۱۳). محققان در حوزه سلامت روان، استرس را

کاشت حلزون<sup>۱</sup> و سمعک<sup>۲</sup> شرایط حمایتی نسبتاً مناسبی را برای کودکان با آسیب شنوایی و والدین آن‌ها فراهم کرده است (زیدمن‌زیت، موست، تاراچ، هادد-اید و برند<sup>۳</sup>، ۲۰۱۶).

کاشت حلزون<sup>۴</sup> به‌عنوان یک فناوری جدید در تجهیزات شنوایی، یک روش درمانی پذیرفته‌شده برای کودکان با ناشنوایی حسی-عصبی شدید تا عمیق است (فلیپس، حسن‌زاده، کوسانر، جین مارتین و دیبل<sup>۵</sup>، ۲۰۰۹) و از بهترین روش‌های درمانی برای این افراد محسوب می‌شود (روح‌پور، بی‌جن‌خان، حسن‌زاده و جلائی، ۱۳۸۹). حلزون کاشته شده، پروتزی شنیداری است که از طریق جراحی در گوش داخلی کاشته می‌شود و فیبرهای عصب شنوایی را برای تشخیص صدا در افراد با افت شنوایی حسی-عصبی شدید و عمیق تحریک می‌کند (پنگ<sup>۶</sup>، ۲۰۰۸). با عمل جراحی کاشت حلزون، سلول‌های مویی آسیب‌دیده کنار گذاشته و عصب شنوایی به‌طور مستقیم تحریک می‌شود (جوهان و نیپارکو<sup>۷</sup>، ۲۰۰۱). نمونه دیگری از وسایل کمک شنوایی که نسبت به کاشت حلزون قدمت زیادی دارد، سمعک است. سمعک بهترین وسیله کمک‌شنوایی برای افراد سخت‌شنوا و ابزاری الکترونیک است که صدا را تقویت می‌کند. سمعک صدا را از طریق میکروفون دریافت و امواج صوتی را به سیگنال‌های الکتریکی تبدیل می‌کند. تقویت‌کننده، صدای سیگنال را تقویت و آن را از طریق بلندگو به گوش ارسال می‌نماید (گلفاند، ۲۰۰۱). بدیهی است سمعکی وجود ندارد که در همه انواع کم‌شنوایی‌ها بتوان از آن استفاده کرد. نوع سمعک با ماهیت و گستردگی میزان کم‌شنوایی وابستگی مستقیم دارد (پالمر و اورتمن، ۲۰۰۵؛ کرک، گالاگر و کولمن، ۲۰۱۵).

والدینی که فرزندان با آسیب شنوایی آن‌ها از پروتز کاشت حلزون یا سمعک استفاده می‌کنند اگرچه ادراک شنیداری و وضوح کلامی فرزندان‌شان بیشتر می‌شود یا پس از عمل جراحی کاشت حلزون یا استفاده از سمعک، شنوایی از دست‌رفته آن‌ها تا حد قابل‌توجهی ترمیم می‌گردد (فرامرزی، محسنی‌اژه‌ای، ابطحی و سپهرنژاد، ۱۳۹۵) ولی معمولاً این والدین با مشکلات روان‌شناختی خاصی مواجه می‌شوند. بسیاری از مشکلات آن‌ها از ناآگاهی درباره اقدامات توان‌بخشی یا هزینه‌های جانبی وسایل کمک‌شنوایی ناشی می‌گردد. آن‌ها انتظار دارند که مشکلات فرزندان‌شان با استفاده از چنین تجهیزاتی به حداقل برسد. به نظر می‌رسد که چنین والدینی درک مناسبی از خدمات و حمایت‌های اجتماعی ندارند. همین امر

<sup>8</sup> Perceived social support

<sup>9</sup> Hallahan, Kauffman & Pullen

<sup>10</sup> Hintermair

<sup>11</sup> Poon & Zaidman-Zait

<sup>12</sup> Tush, Wasilewski & Wiltshire

<sup>13</sup> Verhoeven, Bogels & Van der Bruggen

<sup>14</sup> Chen, Chan, Liao, Chen & Wu

<sup>1</sup> Cochlear implants

<sup>2</sup> Hearing aids

<sup>3</sup> Zaidman-Zait, Most, Tarrasch, Haddad-eid & Brand

<sup>4</sup> Cochlear implants

<sup>5</sup> Phillips, Hasanzadeh, Kosaner, Jane Martin & Deibl

<sup>6</sup> Peng

<sup>7</sup> John & Niparko

رضامندی زوجیت والدین با کودک کم‌شنوا پایین‌تر از سطح رضامندی زوجیت والدین کودک عادی است و همچنین والدین کودکان کم‌شنوا نسبت به والدین کودک عادی، استرس بیشتری را تحمل می‌کنند. فلک‌الافلاکی و کلانترکوشه (۱۳۹۲) ضمن پژوهشی به این نتیجه رسیدند که بعضی از نگرانی‌های مادران کودکانی که کاشت حلزونی بعد از عمل جراحی از بین می‌رود و نسبت به زندگی خوش‌بین‌تر می‌شوند. علی‌اکبری دهکردی و همکاران (۱۳۸۹) نیز در مطالعه‌ای با هدف بررسی میزان استرس در مادران کودکان عادی، کم‌شنوا و سایر کودکان استثنایی به این نتیجه رسیدند که میزان استرس مادران کودکان کم‌شنوا و سایر کودکان استثنایی بیشتر از مادران دارای کودک عادی است.

رمین و براون<sup>۳</sup> (۲۰۱۰) در مطالعه خود نشان دادند که پدران و مادران کودکان با آسیب شنوایی سازگاری زناشویی کمتری نسبت به والدین کودکان عادی دارند و مشکلات سلامت روان از جمله اضطراب و افسردگی کودکان با آسیب شنوایی بیشتر از والدین کودکان عادی است. نانسی و ملون<sup>۴</sup> (۲۰۰۹) در پژوهشی به بررسی اثرات و پیامدهای حاصل از تشخیص آسیب شنوایی فرزندان و عمل کاشت حلزونی در افراد دچار افت شنوایی پرداختند. آن‌ها عنوان کردند که آسیب شنوایی می‌تواند استرس و اضطراب زیادی را به خانواده تحمیل کند و این میزان استرس و اضطراب در والدین کودکان کاشت حلزون شده بیشتر از والدین کودکان دارای سمعک است. نتایج پژوهش‌های کویینتر، بارکر، کروز، اسنل، گریملی و بوتری<sup>۵</sup> (۲۰۱۰)، هینترمایر (۲۰۰۶) و لدربرگ و گولداچ<sup>۶</sup> (۲۰۰۲) حاکی از آن بود که کم‌شنوایی کودکان می‌تواند منجر به استرس والدین و مشکلات هیجانی و اجتماعی آنان شود. در ضمن این پژوهش‌ها نشان دادند میزان استرس و حمایت اجتماعی را که این والدین احساس می‌کنند با والدین کودکان عادی قابل مقایسه نیست. بریزون<sup>۷</sup> (۲۰۰۱) در نتایج پژوهش خود عنوان کرده است که شیوع اختلال‌های روانی از جمله افسردگی، اضطراب و استرس در مادران کودکان دارای آسیب شنوایی در مقایسه با مادران کودکان دارای شنوایی بهنجار بیشتر است که علت آن به احتمال زیاد مربوط به این مسئله است که مراقبت اصلی از کودکان، به‌خصوص وقتی که فرزندان با نیازهای ویژه دارند بر عهده مادران است.

با توجه به بررسی‌های انجام‌شده در زمینه میزان حمایت اجتماعی ادراک‌شده، اضطراب و استرس مادران کودکان کاشت حلزونی و دارای سمعک با پژوهش‌های اندکی مواجه هستیم. بیشتر مطالعات انجام‌شده جهت بررسی رابطه حمایت اجتماعی ادراک‌شده یا

پاسخ فرد به وقایع یا تغییراتی که با موقعیت اجتماعی او متضاد و مخالف است تعریف می‌کنند. این پاسخ‌ها، یک یا چند واکنش شناختی، عاطفی، رفتاری و جسمانی را در پی دارند (کوپر، مک‌لانان، مدوس و بروکس - گان، ۲۰۰۹). اگر عوامل بروز استرس برای مدتی طولانی به قوت خود باقی بمانند ممکن است علائم این اختلال که معمولاً فیزیکی و عاطفی هستند در ما بروز کنند (اسکریمین، هاینس، آلتو، برونستین و آکسیا، ۲۰۰۹؛ زیدمن‌زیت و همکاران، ۲۰۱۶). استرس با رضایت از زندگی و مشکلات فرزندان ارتباط دارد. یکی از عوامل ایجاد استرس، تولد کودک با آسیب شنوایی است. چراکه ویژگی‌های فرزند و شرایط محیطی نقش تعیین‌کننده در استرس والدین دارد. از آنجایی که ناشنوایی یک اختلال پنهان است مجموعه‌ای از مشکلات آموزشی اجتماعی و روان‌شناختی را با خود به همراه دارد که برای والدین، به‌ویژه مادر استرس و اضطراب زیادی ایجاد می‌کند (علی‌اکبری دهکردی، کاکوجویاری، محتشمی و یکتاخواه، ۱۳۹۰؛ دوست‌زاده، همتی علمدارلو و شجاعی، ۱۳۹۵).

مروری بر ادبیات کودکان کاشت حلزونی یا داری سمعک و مادران آن‌ها نشان می‌دهد که پژوهش‌ها فاقد تمرکز بر نگرش و ادراک خانواده، مدرسه، همسایگان و عموم افراد جامعه نسبت آنان است (علی‌اکبری دهکردی و همکاران، ۱۳۹۰؛ فتحی‌آذر، ادیب و محبی، ۱۳۹۵). پژوهش‌هایی در خصوص حمایت اجتماعی ادراک‌شده، اضطراب و استرس در گروه‌های مختلف در ایران و خارج از کشور انجام‌شده است. در این راستا، فرامرزی، محسنی‌آژه‌ای، ابطی و سپهرنژاد (۱۳۹۵) در پژوهشی به بررسی رابطه استرس والد کودک با مهارت‌های رشدی و تحولی کودکان کاشت حلزون شده پرداختند. نتایج نشان داد که بین استرس والد کودک با رشد زبانی، اجتماعی و ارتباطی کودک رابطه منفی و معناداری وجود دارد. در پژوهش دیگری تقی‌زاده و افروز (۱۳۹۳) در مطالعه‌ای به بررسی مقایسه‌ای حمایت اجتماعی ادراک‌شده و سلامت روان مادران کودکان با و بدون آسیب شنوایی پرداختند. نتایج این پژوهش نشان داد که بین حمایت اجتماعی ادراک‌شده و سلامت روان مادران کودکان با و بدون آسیب شنوایی تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین حمایت اجتماعی ادراک‌شده توانست تغییرات سلامت روان را پیش‌بینی کند. قراشی، سرندی و فرید (۱۳۹۲) در پژوهشی با عنوان مقایسه میزان استرس و رضایتمندی زناشویی در والدین کودکان کم‌شنوا و عادی به این نتیجه رسیدند که حضور کودک با آسیب شنوایی برای پدران و مادران استرس‌زا و تهدیدکننده رضامندی زوجیت بوده و سطح

<sup>5</sup> Quintter, Barker, Cruz, Snell, Grimley & Botteri

<sup>6</sup> Lederberg & Golbach

<sup>7</sup> Berezon

<sup>1</sup> Cooper, McLanahan, Meadows & Brooks-Gunn

<sup>2</sup> Scrimin, Haynes, Altoe, Bornstein & Axia

<sup>3</sup> Remine & Brown

<sup>4</sup> Nancy & Mellon

کودکان می‌گذشت. برای جمع‌آوری اطلاعات از ابزارهای زیر استفاده شده است.

۱- مقیاس حمایت اجتماعی ادراک‌شده<sup>۱</sup>: این مقیاس به وسیله زیمت، دهلم، زیمت و فارلی<sup>۲</sup> (۱۹۸۸) طراحی شده است و ادراک حمایت اجتماعی از طریق سه منبع خانواده، دوستان و افراد مهم زندگی می‌سنجد. مقیاس چندبعدی حمایت اجتماعی ادراک‌شده شامل ۱۲ سؤال است که هر سؤال بر روی یک طیف پنج‌درجه‌ای از کاملاً مخالف (۱) تا کاملاً موافق (۵) درجه‌بندی می‌شود. در این مقیاس افزایش نمره افراد، نمره آن‌ها در عامل کلی حمایت اجتماعی ادراک‌شده را نشان می‌دهد. علاوه بر این از حاصل جمع نمره افراد در سؤالات هر مقیاس نمره کلی فرد در هر یک از زیر مقیاس‌های سه‌گانه به دست می‌آید. حداقل و حداکثر نمره در مقیاس مذکور به ترتیب ۱۲ و ۶۰ است. نتایج مطالعه براور، امسلی، کاید، لوچنر و سیدات<sup>۳</sup> (۲۰۰۸) در بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس با استفاده از تحلیل عاملی تأییدی نشان داد که ساختار سه عاملی این مقیاس (خانواده، دوستان و افراد مهم زندگی) برازش قابل قبولی با داده‌ها دارد. شکری (۱۳۸۸) ضرایب آلفای کرونباخ عامل کلی حمایت اجتماعی ادراک‌شده و ابعاد سه‌گانه آن (خانواده، دوستان و افراد مهم زندگی) در نمونه ایرانی به ترتیب برابر ۰/۸۹، ۰/۸۴ و ۰/۸۵ به دست آورده است (شکری، فراهانی، کرمی نوری و مرادی، ۱۳۹۱).

۲- مقیاس افسردگی، اضطراب، استرس<sup>۴</sup>: این مقیاس توسط لاویباند در سال ۱۹۹۵ طراحی شد. در این پژوهش از فرم ۲۱ سؤالی مقیاس استاندارد DASS-21 استفاده شد که شامل سه خرده‌مقیاس اضطراب، استرس و افسردگی می‌شود و هر خرده‌مقیاس هفت سؤال دارد که به‌صورت لیکرت طراحی شده است و دارای گزینه‌های اصلاً، کم، متوسط و زیاد می‌باشد. کمترین امتیاز مربوط به هر سؤال صفر و بیشترین نمره سه است و نمره نهایی هر خرده‌مقیاس از طریق مجموع نمرات سؤال‌های مربوط به آن به دست می‌آید. از آنجایی که فرم اصلی ۴۲ سؤالی و فرم کوتاه که ۲۱ سؤالی است نمرات به‌دست‌آمده از فرم ۲۱ سؤالی در دو ضرب می‌شوند. مقیاس DASS-21 در انگلیس بر روی تعداد زیادی از افراد مورد استفاده قرار گرفته و روایی و پایایی آن مورد تأیید قرار گرفته است (کرافورد و هنری<sup>۵</sup>، ۲۰۰۳). جهت تعیین پایایی مقیاس افسردگی، اضطراب، استرس از روش بازآزمایی استفاده گردید. به این ترتیب که تکمیل پرسشنامه مذکور در دو نوبت و به فاصله زمانی هفت روز برای افسردگی، اضطراب، استرس

اضطراب و استرس مادران کودکان ناشنوا و عادی انجام شده است. با اندکی بررسی در میان پژوهش‌های انجام‌شده می‌توان به این موضوع پی برد که کمتر مطالعه‌ای به‌طور ویژه به بررسی میزان حمایت اجتماعی ادراک‌شده، اضطراب و استرس مادران کودکان کاشت حلزونی و دارای سمعک پرداخته باشد. پس چیزی که اهمیت این مطالعه و خلاً پژوهشی در این حوزه را آشکار می‌سازد بررسی حمایت اجتماعی ادراک‌شده، اضطراب و استرس در مادران کودکان کاشت حلزونی و دارای سمعک است. چراکه به نظر می‌رسد مادران این کودکان، سطوح متفاوتی از چنین متغیرهایی را تجربه می‌کنند؛ زیرا عوامل مختلفی از قبیل وضعیت اجتماعی اقتصادی خانواده، نگرش اطرافیان، میزان برخورداری از حمایت‌ها و خدمات توان‌بخشی، میزان افت شنوایی، نوع وسیله کمک‌شنوایی و زمان استفاده از آن تأثیر بسزایی بر میزان حمایت اجتماعی ادراک‌شده، اضطراب و استرس در مادران کودکان کاشت حلزونی و دارای سمعک دارد. با توجه به موارد مطرح‌شده، هدف پژوهش حاضر این است که به مقایسه حمایت اجتماعی ادراک‌شده، اضطراب و استرس در مادران کودکان کاشت حلزونی و دارای سمعک بپردازد.

## روش

این پژوهش برحسب هدف از نوع کاربردی و برحسب روش از نوع علی مقایسه‌ای است. جامعه آماری این پژوهش را مادران کودکان کاشت حلزونی، مادران کودکان دارای سمعک و مادران کودکان عادی شهر تهران تشکیل می‌دادند. نمونه آماری این پژوهش شامل ۶۰ نفر در سه گروه می‌شد. گروه اول، مادران کودکان کاشت حلزونی؛ گروه دوم، مادران کودکان دارای سمعک و گروه سوم، مادران کودکان عادی بودند. در هر گروه ۲۰ نفر وجود دارد که گروه اول و دوم به روش نمونه‌گیری در دسترس از بیمارستان امیراعلم در منطقه یازده شهر تهران انتخاب گردید. گروه سوم نیز به روش نمونه‌گیری تصادفی ساده از مرکز پیش‌دبستانی گل یاس در منطقه دو شهر تهران انتخاب شد. آزمودنی‌ها به لحاظ وضعیت اقتصادی و اجتماعی در حد متوسطی قرار داشتند. سن مادران (۲۸ تا ۳۸ سال) و فرزندان آن‌ها (۳ تا ۶ سال)، جنسیت فرزندان (دختر) و همچنین میزان تحصیلات مادران (سیکل تا فوق‌لیسانس) از معیارهای ورود به پژوهش بود. داشتن هرگونه مشکلات خاص مانند افسردگی، اختلال‌های روانی یا مشکلات جسمی (بر اساس پرسشنامه اطلاعات جمعیت‌شناختی) و عدم زندگی با همسر و فرزندان از ملاک‌های خروج از پژوهش در نظر گرفته شد. لازم به ذکر است که حداقل یک سال از زمان کاشت حلزون یا استفاده از سمعک در

<sup>4</sup> Depression anxiety stress scales (DASS-21)

<sup>5</sup> Crawford & Henry

<sup>1</sup> Perceived social support scale

<sup>2</sup> Zimet, Dahlem, Zimet & Farley

<sup>3</sup> Bruwer, Emsley, Kidd, Lochner & Seedat

کودکان عادی بودند که میانگین و انحراف معیار سن گروه‌ها به ترتیب ۳۲/۴۱ و ۳۱/۱۱؛ ۳۱/۷۹ و ۲/۰۱؛ ۳۳/۰۷ و ۱/۹۸ بود. میانگین و انحراف معیار حمایت اجتماعی، اضطراب و استرس در هر سه گروه مادران کودکان کاشت حلزونی و دارای سمعک و عادی در جدول ۱ نشان داده شده است. نتایج این جدول حاکی از آن است که میانگین نمره‌های میانگین و انحراف معیار حمایت اجتماعی ادراک شده، اضطراب و استرس در هر سه گروه مادران کودکان کاشت حلزونی و دارای سمعک و عادی تفاوت دارند. به علت وجود سه متغیر وابسته (حمایت اجتماعی ادراک شده، اضطراب و استرس) در گروه‌های مورد مطالعه (مادران کودکان کاشت حلزونی و دارای سمعک و عادی) از آزمون آماری تحلیل واریانس چند متغیری<sup>۱</sup> (مانووا) استفاده شد. به همین منظور، ابتدا نرمال بودن توزیع داده‌ها با استفاده از آزمون آماری کلموگروف-اسمیرنوف بررسی و تأیید شد ( $P > 0.05$ ). بنابراین می‌توان جهت تحلیل داده‌ها از آزمون‌های پارامتریک استفاده کرد. نتایج آزمون ام. باکس بیانگر مفروضه همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس بود ( $F = 0.17$ ،  $F = 0.42$ ،  $Box's M > 0.05$ ). مفروضه همگنی واریانس‌ها در متغیرهای پژوهش نیز با استفاده از آزمون لون تأیید شد ( $F = 1/35$ ،  $F > 0.05$ )؛ بنابراین تمام مفروضه‌های آزمون آماری مانووا برقرار است و می‌توان جهت تحلیل داده‌ها از این آزمون استفاده کرد. به این منظور نتایج کلی تحلیل واریانس چند متغیری روی میانگین نمره‌های حمایت اجتماعی ادراک شده، اضطراب و استرس گروه‌ها توسط آزمون‌های چهارگانه تحلیل واریانس در جدول ۲ ارائه شده است.

به ترتیب ۰/۹۷، ۰/۷۱ و ۰/۷۴ به دست آمد. همچنین پایایی کل ابزار برابر با ۰/۷۴ بود (غفاری، احمدی، نبوی و معماریان، ۱۳۸۷).

برای اجرای پژوهش به بیمارستان امیراعلم و مرکز پیش‌دبستانی گل یاس مراجعه شد که آزمودنی‌ها جهت دریافت خدمات توان‌بخشی مراجعه کرده بودند. تعداد مادران کودکان کاشت حلزونی ۲۷ نفر، مادران کودکان دارای سمعک ۳۱ نفر و مادران کودکان عادی ۴۸ نفر بود که در انتخاب آزمودنی‌ها به معیارهای ورود و خروج از پژوهش توجه شد. مادران کودکان کاشت حلزونی دارای سمعک با روش نمونه‌گیری در دسترس و مادران کودکان عادی با روش تصادفی انتخاب شدند. در مرحله بعد، اهمیت و ضرورت پژوهش برای ریاست محترم بیمارستان امیراعلم و مرکز پیش‌دبستانی گل یاس و همچنین آزمودنی‌ها تشریح شد. در جلسه‌ای که با حضور آزمودنی‌ها یا مادران منتخب تشکیل گردید ضمن بیان هدف و اهمیت پژوهش از آن‌ها خواسته شد تا رضایت‌نامه کتبی جهت شرکت در پژوهش را تکمیل نمایند. سپس مادران منتخب مقیاس حمایت اجتماعی ادراک شده و مقیاس افسردگی، اضطراب، استرس را تکمیل کردند. لازم به ذکر است که هر پرسشنامه در یک مرحله اجرا شد. همچنین، فاصله زمانی ده دقیقه‌ای بعد از اجرای هر پرسشنامه برای استراحت در نظر گرفته شد. داده‌های پژوهش با استفاده از روش آماری تحلیل واریانس چند متغیری و آزمون تعقیبی توکی در نسخه بیست و دوم نرم‌افزار SPSS تحلیل شد.

#### یافته‌ها

شرکت‌کنندگان این پژوهش، شامل ۲۰ نفر از مادران کودکان کاشت حلزونی؛ ۲۰ نفر از مادران کودکان دارای سمعک و ۲۰ نفر از مادران

جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای وابسته پژوهش

متغیرها	مادران کودکان کاشت شده		مادران کودکان دارای سمعک		مادران کودکان با شنوایی عادی	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
حمایت اجتماعی	۲۹/۹۵	۱/۲۱	۳۳/۲۴	۱/۶۷	۳۸/۹۳	۲/۰۵
اضطراب	۱۳/۳۷	۱/۹۴	۹/۰۱	۱/۶۳	۶/۹۰	۱/۲۶
استرس	۲۶/۳۲	۱/۴۰	۱۹/۱۱	۱/۷۹	۱۳/۸۰	۱/۴۶

<sup>1</sup> Multiple analysis of covariance (MANCOVA)

## جدول ۲. نتایج کلی تحلیل واریانس چندمتغیری

نوع آزمون	مقدار	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	آماره F	مقدار احتمال
اثر پیلائی	۰/۷۹	۶	۱۱۴	۲۰/۵۱	<۰/۰۰۰۱
لامبدای ویلکز	۰/۴۷	۶	۱۱۲	۳۱/۴۷	<۰/۰۰۰۱
اثر هاتلینگ	۴/۱۳	۶	۱۱۰	۴۶/۸۳	<۰/۰۰۰۱
بزرگ‌ترین ریشه روی	۴/۰۹	۲	۵۷	۸۹/۰۷	<۰/۰۰۰۱

حلزونی و دارای سمعک و عادی) در حمایت اجتماعی ( $P < ۰/۰۰۰۵$ ) و ( $F = ۳۷/۹۹$ )، استرس ( $P < ۰/۰۰۰۵$  و  $F = ۲۹/۵۰$ ) و اضطراب ( $P < ۰/۰۰۰۵$ ) و ( $F = ۲۷/۱۴$ ) تفاوت معناداری داشتند. برای تعیین این که کدام یک از گروه‌ها در متغیرهای حمایت اجتماعی ادراک‌شده، اضطراب و استرس تفاوت بیشتری دارند از آزمون تعقیبی بنفرونی استفاده شد که نتایج آن در جدول ۴ گزارش شده است.

نتایج آزمون‌های چهارگانه که در جدول ۲ آمده است حاکی از آن است که گروه آزمایش و کنترل حداقل در یکی از متغیرهای حمایت اجتماعی ادراک‌شده، اضطراب یا استرس تفاوت معناداری دارند ( $P < ۰/۰۰۰۱$ ). به‌منظور پی بردن به این تفاوت، سه تحلیل واریانس یک‌راهه در متن مانووا انجام گرفت که نتایج آن در جدول ۳ آمده است. با توجه به نتایج این جدول، گروه‌ها (مادران کودکان کاشت

## جدول ۳. نتایج تفکیکی تحلیل کوواریانس چندمتغیری

متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	مقدار احتمال	مجذورات
حمایت اجتماعی	۸۹/۳۱	۲	۴۴/۶۵	۳۷/۹۹	<۰/۰۰۰۵	۰/۶۱
اضطراب	۴۳/۵۲	۲	۲۱/۷۶	۲۷/۱۴	<۰/۰۰۰۵	۰/۶۰
استرس	۳۵/۶۸	۲	۱۷/۸۴	۲۹/۵۰	<۰/۰۰۰۵	۰/۶۳

## جدول ۴. نتایج آزمون بنفرونی برای مقایسه میانگین نمره‌های گروه‌ها

متغیرها	گروه هدف	گروه مورد مقایسه	اختلاف میانگین‌ها	مقدار احتمال
حمایت اجتماعی	مادران کودکان عادی	مادران کودکان کاشت شده	۸/۹۸	۰/۰۰۰۵
		مادران کودکان دارای سمعک	۴/۶۹	۰/۰۰۰۵
	مادران کودکان کاشت شده	مادران کودکان دارای سمعک	۳/۹۹	۰/۰۰۲
اضطراب	مادران کودکان عادی	مادران کودکان کاشت شده	۱۲/۵۲	۰/۰۰۰۵
		مادران کودکان دارای سمعک	۵/۳۱	۰/۰۰۰۵
	مادران کودکان کاشت شده	مادران کودکان دارای سمعک	۷/۲۱	۰/۰۰۲

استرس	مادران کودکان عادی	مادران کودکان کاشت شده	۶/۴۷	۰/۰۰۰۵
		مادران کودکان دارای سمعک	۲/۱۱	۰/۰۰۰۵
	مادران کودکان کاشت شده	مادران کودکان دارای سمعک	۴/۳۶	۰/۰۰۰۲

مهم است (ورهوون و همکاران، ۲۰۱۲). استرس هم در اثر تعارض میان فرد و محیط به وجود می‌آید و باعث ایجاد ناهماهنگی میان ملزومات یک موقعیت و منابع زیستی، روانی و اجتماعی فرد می‌شود (چن و همکاران، ۲۰۱۳). با توجه به مطالب مطرح‌شده، به نظر می‌رسد میزان حمایت اجتماعی ادراک‌شده، اضطراب و استرس رابطه نزدیکی با یکدیگر داشته باشد. آنچه مهم‌تر است منابع حمایت اجتماعی ادراک‌شده، اضطراب و استرس است. معمولاً منابع اصلی این متغیرها در افراد مختلف، متفاوت است. مادران کودکان کاشت حلزونی، دارای سمعک و عادی هم به‌منظور حمایت از فرزند خویش در شرایط متفاوتی قرار دارند که به‌سادگی باهم مقایسه نمی‌شود (هینترمایر، ۲۰۰۶؛ کویینتر و همکاران، ۲۰۱۰). پس میزان حمایت اجتماعی ادراک‌شده، اضطراب و استرس این مادران با یکدیگر تفاوت دارد و به نظر می‌رسد سه متغیر ذکر شده بر یکدیگر تأثیر داشته باشند؛ بنابراین، احتمال می‌رود که در میزان حمایت اجتماعی ادراک‌شده، اضطراب و استرس مادران کودکان کاشت حلزونی، دارای سمعک و عادی تفاوت معناداری وجود داشته باشد.

در بررسی اولین فرضیه فرعی پژوهش مبنی بر این که میزان حمایت اجتماعی ادراک‌شده مادران کودکان کاشت حلزونی، دارای سمعک و عادی تفاوت دارد، مشخص شد میانگین نمرات حمایت اجتماعی ادراک‌شده مادران کودکان با شنوایی عادی به‌طور معناداری بیشتر از دو گروه دیگر بود. همچنین میانگین نمرات حمایت اجتماعی ادراک‌شده مادران کودکان دارای سمعک به‌طور معناداری بیشتر از مادران کودکان کاشت حلزونی بود. این یافته پژوهش حاضر با نتایج پژوهش‌های تقی‌زاده و افروز (۱۳۹۳)، فلک‌الافلاکی و کلانترکوشه (۱۳۹۲)، آرمسترانگ<sup>۲</sup> (۲۰۱۵)، رمین و براون (۲۰۱۰) و میکولازچک و لومینت (۲۰۰۸) همسو است.

در تبیین این یافته پژوهش می‌توان عنوان نمود که مادران کودکان عادی شبکه اجتماعی بزرگ‌تری را تشکیل می‌دهند و احتمالاً انسجام اجتماعی آنان بیشتر است. به همین دلیل حمایت اجتماعی ادراک‌شده بیشتری را تجربه می‌کنند درحالی که مادران کودکان دارای سمعک شبکه اجتماعی کوچک‌تری را تشکیل می‌دهند ولی با این حال سمعک نسبتاً رایج شده است و یک ابزار کمک‌شنوایی غیرتجهجمی است. از سوی دیگر، کاشت حلزون نیاز به خدمات توان‌بخشی زیادی در حوزه‌های تربیت شنوایی، گفتاردرمانی و

بر اساس نتایج جدول ۴ مشاهده می‌شود میانگین نمرات حمایت اجتماعی ادراک‌شده مادران کودکان با شنوایی عادی به‌طور معناداری بیشتر از دو گروه دیگر بود ( $P < 0/0005$ ). همچنین میانگین نمرات اضطراب و استرس مادران کودکان با شنوایی عادی به‌طور معناداری کمتر از دو گروه دیگر بود ( $P < 0/0005$ ). علاوه بر این، میانگین نمرات حمایت اجتماعی ادراک‌شده مادران کودکان دارای سمعک به‌طور معناداری بیشتر از مادران کودکان کاشت شده به دست آمد ( $P < 0/002$ ). همچنین میانگین نمرات اضطراب و استرس مادران کودکان دارای سمعک به‌طور معناداری کمتر از مادران کودکان کاشت شده بود ( $P < 0/002$ ).

### بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه حمایت اجتماعی ادراک‌شده، اضطراب و استرس در مادران کودکان کاشت حلزونی، دارای سمعک و عادی در شهر تهران صورت گرفت. نتایج حاصل از بررسی فرضیه اصلی پژوهش مبنی بر این که میزان حمایت اجتماعی ادراک‌شده، اضطراب و استرس مادران کودکان کاشت حلزونی، دارای سمعک و عادی در شهر تهران تفاوت معناداری وجود دارد بیانگر آن بود که میزان سه متغیر حمایت اجتماعی ادراک‌شده، اضطراب و استرس در سه گروه ذکر شده متفاوت است. این یافته با نتایج پژوهش‌های فرامرزی و همکاران (۱۳۹۵)، تقی‌زاده و افروز (۱۳۹۳)، قراشی و همکاران (۱۳۹۲)، کانگ و زائو<sup>۱</sup> (۲۰۱۳)، رمین و براون (۲۰۱۰) و بریزون (۲۰۰۱) همسو است.

در تبیین احتمالی این یافته پژوهش می‌توان عنوان کرد که یکی از مؤلفه‌های مهمی که بر خانواده‌های دارای فرزند با آسیب شنوایی تأثیرگذار است حمایت اجتماعی ادراک‌شده است (تقی‌زاده و افروز، ۱۳۹۳؛ شکری و همکاران، ۱۳۹۳). همچنین کم‌شنوایی کودکان می‌تواند منجر به استرس والدین و مشکلات هیجانی و اجتماعی آنان شود. به‌نحوی که میزان استرس مادران کودکان با آسیب شنوایی بیشتر و حمایت اجتماعی ادراک‌شده آن‌ها کمتر از والدین کودکان عادی شود (لدربرگ و گولدباچ، ۲۰۰۲). از طرفی، اضطراب نوعی واکنش برای ادامه زندگی و بقا است و به‌طور کلی، احساس اضطراب در دوران مختلف زندگی، امری رایج و بهنجار است ولی روش کنار آمدن با آن و این که از چه عاملی ناشی می‌شود بسیار

<sup>2</sup> Armstrong,

<sup>1</sup> Kong & Zhao

خدمات توان‌بخشی و هزینه‌های جانبی به این مسئله دامن می‌زند و آن را تشدید می‌کند. احتمال می‌رود اضطراب ماهیت تک‌بعدی، واحد و ثابتی نداشته باشد بلکه یک سازه پویا و چندبعدی باشد. از این رو مشکلات مربوط به کاشت حلزون که بیشتر از سمعک است سبب می‌شود میزان اضطراب مادران کودکان با شنوایی عادی کمتر از دو گروه دیگر و همچنین میزان اضطراب مادران کودکان دارای سمعک کمتر از مادران کودکان کاشت حلزونی باشد.

در بررسی سومین و آخرین فرضیه فرعی پژوهش مبنی بر این که میزان استرس مادران کودکان کاشت حلزونی، دارای سمعک و عادی تفاوت دارد، مشخص شد که میانگین نمرات استرس مادران کودکان با شنوایی عادی به‌طور معناداری بیشتر از دو گروه دیگر بود. همچنین میانگین نمرات استرس مادران کودکان دارای سمعک به‌طور معناداری بیشتر از مادران کودکان کاشت حلزونی بود. این یافته پژوهش حاضر با نتایج پژوهش‌های فرامرزی و همکاران (۱۳۹۵)، دوست‌زاده و همکاران (۱۳۹۵)، قراشی و همکاران (۱۳۹۲)، علی‌اکبری دهکردی و همکاران (۱۳۸۹)، آرمسترانگ (۲۰۱۵)، رمین و براون (۲۰۱۰)، میکولازچک و لومینت (۲۰۰۸) و بریزون (۲۰۰۱) همسو است.

در تبیین آخرین یافته پژوهش می‌توان گفت استرس والدین به شرایط یا موقعیت‌هایی اشاره دارد که در آن والدین با خواسته‌ها و ملزوماتی محیطی روبه‌رو می‌شوند که از منابع اجتماعی و شخصی که در اختیار دارند فراتر است یا به‌عبارت‌دیگر، توانایی کنترل شرایط یا موقعیت‌های پیش‌آمده و حتی توان فکر کردن به آن ندارند. در حقیقت، استرس والدین با پیامدهای منفی زیادی در ارتباط است (علی‌اکبری دهکردی و همکاران، ۱۳۹۰؛ توپل، گیرارد، پیرر، توکر و ووهر<sup>۳</sup>، ۲۰۱۱). امروزه به دلیل گسترش عوامل تنش‌زا و کاهش مقابله انسان در برابر آن‌ها استرس به پدیده‌ای پیچیده و بزرگ تبدیل شده است. افراد در ذهن خود معیاری دارند که طبق آن برای ارضای خود و رسیدن به پیشرفت تلاش می‌کنند. وقتی این سطح از حالت توازن خارج شود کمتر به آن اهداف و پیشرفت‌ها دست می‌یابند. علاوه بر این، اگر عوامل بروز استرس برای مدتی طولانی به قوت خود باقی بمانند ممکن است علائم این اختلال که معمولاً فیزیکی و عاطفی هستند در فرد بروز کنند (اسکریمین و همکاران، ۲۰۰۹؛ زیدمن‌زیت و همکاران، ۲۰۱۶). با توجه به مطالب مطرح‌شده و پیشینه پژوهش‌های انجام‌شده، استرس دارای نقشی محوری در توانایی شناختی و خودکارآمدی ایفا می‌کند. با توجه به این که مادران کودکان کاشت حلزون شده یا دارای سمعک به نحو مطلوبی از آموزش در رابطه با وسیله کمک‌شنوایی و یا توان‌بخشی در رابطه با نیازهای فرزند خود استفاده نمی‌کنند. عدم اختصاص خدمات بیمه و

خدمات روان‌شناختی دارد به همین جهت احتمال می‌رود میزان حمایت اجتماعی ادراک‌شده مادران کودکان دارای سمعک بیشتر از مادران کودکان کاشت حلزون شده باشد (تقی‌زاده و افروز، ۱۳۹۳؛ کویینتر و همکاران، ۲۰۱۰). بر اساس مطالب ذکرشده، به نظر می‌رسد مادران کودکان کاشت حلزونی یا دارای سمعک به میزان متفاوت از حمایت اجتماعی ادراک‌شده نیاز داشته باشند و همچنین سطح و نوع حمایت موردنیاز آن‌ها متفاوت از مادران کودکان عادی باشد. احتمال می‌رود در حمایت اجتماعی ادراک‌شده، ارزیابی‌های فرد از دسترس بودن حمایت‌ها در مواقع ضروری و موردنیاز مهم باشد. از آنجایی که کاشت حلزون شرایط خاصی دارد و هزینه خدمات و حمایت توان‌بخشی پس‌از آن بیشتر از سمعک است بنابراین احتمال می‌رود که میزان حمایت اجتماعی ادراک‌شده مادران کودکان با شنوایی عادی بیشتر از دو گروه دیگر و همچنین میزان حمایت اجتماعی ادراک‌شده مادران کودکان دارای سمعک بیشتر از مادران کودکان کاشت حلزونی باشد.

در بررسی دومین فرضیه فرعی پژوهش مبنی بر این که میزان اضطراب مادران کودکان کاشت حلزونی، دارای سمعک و عادی تفاوت دارد می‌توان عنوان کرد که میانگین نمرات اضطراب مادران کودکان با شنوایی عادی به‌طور معناداری کمتر از دو گروه دیگر بود. همچنین میانگین نمرات اضطراب مادران کودکان دارای سمعک به‌طور معناداری کمتر از مادران کودکان کاشت حلزونی بود. این یافته پژوهش حاضر با نتایج پژوهش‌های موللی و همکاران (۱۳۹۲)، فلک‌الافلاکی و کلانترکوشه (۱۳۹۲)، کانگ و زائو (۲۰۱۳)، نانسو و ملون (۲۰۰۹)، بریزون (۲۰۰۱) همسو است.

به‌منظور تبیین دومین یافته پژوهش حاضر می‌توان عنوان کرد اضطراب یک احساس هیجان‌آمیز عمومی و مبهم از دلواپسی است که با یک یا چند احساس جسمی و در صورت تداوم با مشکلات روانی دیگر همراه می‌گردد. از سوی دیگر، اختلال‌های اضطرابی نیز نشانه‌های پیچیده و متفاوتی دارند (بارتون، کارنر، سالی، بالدوین و ادواردز<sup>۱</sup>، ۲۰۱۴). همچنین، اختلال اضطرابی نوعی واکنش هیجانی است، نوعی احساس و ادراک ذهنی است که با پاسخ بدنی به تهدیدهای واقعی یا ادراک‌شده همراه است. زمانی که اضطراب به‌طور مکرر، مداوم و شدید باشد، در کارکرد روانی روزمره فرد اختلال ایجاد می‌کند (استرول<sup>۲</sup>، ۲۰۰۹). با توجه به مطالب ذکرشده، به نظر می‌رسد احساس هیجان‌آمیز عمومی و مبهم از دلواپسی یا اضطراب در مادران کودکان کاشت حلزونی بیشتر از مادران کودکان دارای سمعک و عادی باشد و در شناخت و پردازش صحیح هیجان‌های خود و دیگران با مشکلات بیشتری مواجه باشند. اضطراب ناشی از عمل کاشت حلزون و پیامدهایی از جمله نیاز به

<sup>3</sup> Topol, Girard, Pierre, Tucker & Vohr

<sup>1</sup> Barton, Karner, Salih, Baldwin & Edwards

<sup>2</sup> Strohle, A.



کنند؛ بنابراین ایجاد آگاهی در شنوایی‌شناسان، پزشکان، روان‌شناسان، معلمان و والدین نسبت به حمایت اجتماعی ادراک‌شده، اضطراب و استرس در والدین دارای فرزند با آسیب شنوایی از اهمیت قابل توجهی برخوردار است.

به‌طور کلی فراهم نمودن شرایط مطلوب برای اجرای پژوهش به‌دشواری میسر می‌گردد. از جمله این محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به موارد زیر اشاره کرد: عوامل مختلفی مانند تحصیلات و آگاهی والدین، سن والدین، نگرش اطرافیان، پذیرش کودکان با آسیب شنوایی از طرف خانواده و جامعه بر میزان حمایت اجتماعی ادراک‌شده، اضطراب و استرس مادران کودکان کاشت حلزونی و دارای سمعک تأثیر دارد. احتمالاً، این متغیرها در شهر تهران با سایر استان‌ها متفاوت است که تعمیم‌پذیری این نتایج را با دشواری مواجه می‌سازد؛ در این پژوهش از ابزارهای خودگزارش‌دهی استفاده شده است. در چنین روشی، ممکن است آزمودنی‌ها نسبت به پاسخگویی سوالات سوگیری داشته باشند و دقت نتایج کمتر شود؛ در نظر نگرفتن میزان آفت شنوایی و مدت‌زمان استفاده از ابزار کمک‌شنوایی؛ محدود کردن پژوهش به گروه خاصی از کودکان با آسیب شنوایی؛ کم بودن حجم نمونه که بیانگر احتیاط در تعمیم نتایج این پژوهش است.

پیشنهاد می‌شود که پژوهش‌های آتی ضمن توجه به مطالب ذکر شده، ویژگی‌های شخصیتی والدین، سن آن‌ها، جنسیت فرزندان و سطوح متفاوت آسیب شنوایی، با حجم نمونه بیشتری انجام شود تا دقیق‌تر بتوان به تفاوت‌ها پی برد و نتایج را تعمیم داد، از برنامه‌های مداخله‌ای در جهت بهبود حمایت اجتماعی ادراک‌شده و کاهش اضطراب و استرس والدین کودکان با آسیب شنوایی بهره گیرند. همچنین، پیشنهاد می‌شود که برنامه‌های آموزشی به‌صورت خدمات آموزشی و روان‌شناختی طراحی و در بیمارستان‌ها، مراکز کاشت حلزون و تجویز سمعک، مراکز پیش‌دبستانی و مدارس به‌طور رایگان ارائه شود تا بتوان از بسیاری از مشکلات پیشگیری نمود. از آنجایی که حمایت اجتماعی ادراک‌شده، اضطراب و استرس به فرایندهای رشدی آن‌ها بستگی دارد پیشنهاد می‌شود ارتباط این سه سازه در وهله‌های رشدی مختلف بررسی و مقایسه و تأثیرات رشدی به‌صورت طولی در رابطه با آن‌ها پیگیری شود. علاوه بر این، پیشنهاد می‌شود دوره‌های آموزشی ضمن خدمت آموزش حمایت اجتماعی ادراک‌شده و مدیریت استرس برای آشنایی معلمان، مدیران و شنوایی‌شناسان سایر کارکنان مراکز کاشت حلزون و تجویز سمعک برگزار شود.

هزینه بالای خدمات نیز این مسئله را برجسته‌تر می‌سازد. معمولاً وضعیت اقتصادی خانواده‌های چنین کودکانی مناسب نیست (متوسط و رو به پایین است) و این امر فقط بر میزان استرس آن‌ها به‌ویژه مادران می‌افزاید. پس غیرطبیعی نیست که میزان استرس مادران کودکان کاشت حلزون شده و دارای سمعک بیشتر از مادران کودکان عادی باشد. علاوه بر این که کاشت حلزون و خدمات توان‌بخشی قبل و پس‌از آن نسبت به سمعک هزینه هنگفتی دارد، شرایطی از قبیل آفت شنوایی حسی-عصبی شدید تا عمیق، سن مناسب (در حدود دوسالگی که سن زبان‌آموزی است مناسب‌تر می‌باشد)، سالم بودن سلول‌های عصبی گوش داخلی و استخوانی نشدن بخش حلزونی گوش داخلی دارد و همچنین یک ابزار کمک‌شنوایی ته‌اجمی هم محسوب می‌شود درحالی که سمعک، نوعی وسیله کمک‌شنوایی غیرته‌اجمی است؛ بنابراین، دور از انتظار نیست که میزان استرس مادران کودکان با شنوایی عادی کمتر از دو گروه دیگر و همچنین میزان استرس مادران کودکان دارای سمعک کمتر از مادران کودکان کاشت حلزونی باشد.

متخصصان، شنوایی‌شناسان و روان‌شناسان در دهه‌های اخیر در بررسی اضطراب و استرس مادران کودکان کاشت حلزونی و دارای سمعک به این نتیجه رسیده‌اند که بسیاری از مشکلات این افراد در تحلیل نادرست از هیجان‌های خود و دیگران، عدم احساس کنترل روابط، برخورد مناسب جهت رویارویی با موقعیت‌های دشوار، عدم آمادگی برای حل مشکلات و مسائل زندگی به شیوه مناسب ریشه دارد (عاشوری و جلیل‌آبکنار، ۱۳۹۵). بسیاری از یافته‌های پژوهشی نیز مشکلات مربوط به حمایت اجتماعی ادراک‌شده را به‌عنوان یکی از اساسی‌ترین عوامل معرفی می‌کنند که می‌تواند بر سایر ویژگی‌های روان‌شناختی از جمله اضطراب و استرس تأثیرگذار باشد؛ بنابراین، یکی از اصولی‌ترین اقدامات در حیطه آموزش و توان‌بخشی این والدین، به فراهم کردن حمایت اجتماعی و آموزش لازم در این زمینه مربوط می‌شود. بر اساس پژوهش‌های انجام‌شده، آموزش مدیریت استرس می‌تواند به کاهش اضطراب و استرس ناشی از شرایط خاص مثل داشتن فرزند با آسیب شنوایی کمک کند که این امر توجیه‌کننده ارتباط میان حمایت اجتماعی ادراک‌شده، اضطراب و استرس است (کرک، گالاگر و کولمن<sup>۱</sup>، ۲۰۱۵).

نتایج پژوهش حاضر می‌تواند برای همه شنوایی‌شناسان؛ پزشکان گوش، حلق و بینی؛ روان‌شناسان؛ معلمان ویژه و عادی؛ و تمامی دست‌اندرکاران نظام آموزش و توان‌بخشی کودکان با نیازهای ویژه و خانواده‌های آن‌ها تلویحات مفیدی در ارتباط با حمایت اجتماعی ادراک‌شده، اضطراب و استرس داشته باشد. به نظر می‌رسد برنامه‌ریزی‌هایی که مبتنی بر این متغیرهای اساسی باشند و آن‌ها را در رأس ابعاد و اهداف خود قرار دهد موفقیت قابل توجهی کسب

<sup>1</sup> Kirk, Gallagher & Coleman

## منابع

- فلک‌افلاکی، سعیده و کلانتر کوشه، سید محمد (۱۳۹۲). افسردگی، اضطراب و استرس در میان مادران کودکان سالم و مادران کودکان کاشت حلزونی. *فصلنامه مسائل اجتماعی و انسانی*، ۱(۵)، ۲۸-۳۳.
- قراشی، کریم و سرندی، پرویز و فرید، ابوالفضل (۱۳۹۲). مقایسه میزان استرس و رضایت‌مندی زنان‌شویی در والدین کودکان کم‌شنوا و عادی. *مجله شنوایی‌شناسی*، ۲۲(۱)، ۲۰-۲۴.
- موللی، گیتا و امیری، محسن و یوسفی افراشته، مجید و مروتی، ذکرااله (۱۳۹۴). استرس والدین و سلامت روان مادران با کودکان دارای آسیب شنوایی: بررسی برنامه‌های آموزشی رفتاری. *مجله علوم اجتماعی*، ۲۰(۷)، ۸۹-۹۵.
- موللی، گیتا و پورمحمدرضای تجربی، معصومه و اسدملایی، سعید (۱۳۹۲). بررسی تأثیر روش مداخله‌ای شناختی رفتاری بر سلامت عمومی و نشانه‌های افسردگی مادران کودکان کم‌شنوا. *نشریه تعلیم و تربیت استثنایی*، ۹(۱۲)، ۳۷-۴۵.
- Armstrong, E. N. (2015). *Study on the relationship between emotional intelligence and mental illness stigma*. Walden University, College of Social and Behavioral Sciences. Walden Dissertations and Doctoral Studies.
- Barton, S., Karner, C., Salih, F., Baldwin, D. S., & Edwards SJ. (2014). Clinical effectiveness of interventions for treatment-resistant anxiety in older people: a systematic review. *Health Technology Assessment*, 18(50), 21-86.
- Berezon, S. H. (2001). *My child has a cochlear implant: Exploring mothers' stories using narrative inquiry* [Thesis for master of nursing M.N]. [Victoria, British Columbia, Canada]: School of Nursing, University of Victoria, pp: 1-134.
- Bruwer, B., Emsley, R., Kidd, M., Lochner, C., & Seedat, S. (2008). Psychometric properties of the multidimensional scale of perceived social support in youth. *Comprehensive Psychiatry*, 49(2), 195-201.
- Chen, Y. A., Chan, K. C. H., Liao, P. J., Chen, C. K., & Wu, C. M. (2013). Parental stress in raising mandarin-speaking children with cochlear implants. *The Laryngoscope*, 123(5), 1241-1246.
- Cooper, C. E., McLanahan, S. S., Meadows, S. O., & Brooks-Gunn, J. (2009). Family structure transitions and maternal parenting stress. *J Marriage Fam*, 71(3), 558-574.
- Crawford, J. R., Henry, J. D. (2003). The depression anxiety stress scales (DASS). Normative data and latent structure in a large non-clinical sample. *Br J Clin Psychol*, 42, 111-131.
- Hallahan, D. P., Kauffman, J. M., & Pullen, P. C. (2015). *Exceptional learners: an introduction to*
- بیطرفان، سعید و عفت پناه، محمد و رادفر، میترا و رادفر، شکوفه (۱۳۹۳). بررسی مقایسه‌ای رفتار انطباقی در کودکان ناشنوا و کودکان با شنوایی طبیعی ۱۲ تا ۳۶ ماه. *مجله علمی پژوهشی پژوهان*، ۱۱۲(۳)، ۴۵-۵۱.
- تقی‌زاده، حسین و افروز، غلامعلی (۱۳۹۳). بررسی مقایسه‌ای حمایت اجتماعی ادراک‌شده و سلامت روان مادران کودکان با و بدون آسیب شنوایی. *مجله تعلیم و تربیت استثنایی*، ۱۴(۲)، ۷-۱۷.
- دوست‌زاده، مریم و همتی علمدارلو، قربان و شجاعی، ستاره (۱۳۹۵). اثربخشی مداخله‌ی بهنگام خانواده‌محور بر نشانگان استرس مادران کودکان با آسیب شنوایی. *فصلنامه سلامت روانی کودک*، ۱۳(۱)، ۸۱-۹۴.
- ریاحی، محمداسماعیل و وردی‌نیا، اکبرعلی و پورحسین، سیده‌زینب (۱۳۸۹). بررسی رابطه بین حمایت اجتماعی و سلامت روان. *فصلنامه علمی- پژوهشی رفاه اجتماعی*، ۱۰(۳۹)، ۸۵-۱۲۱.
- روح‌پرور، رحیمه و بی‌جن‌خان، محمود و حسن‌زاده، سعید و جلایی، شهره (۱۳۸۹). تجزیه و تحلیل آکوستیکی زمان شروع واک در کودکان کاشت حلزون شده و کودکان شنوا. *فصلنامه شنوایی‌شناسی*، ۱۹(۱)، ۳۹-۴۹.
- شکری، امید و فراهانی، محمدنقی و کرمی نوری، رضا و مرادی، علی‌رضا (۱۳۹۱). حمایت اجتماعی ادراک‌شده و تنیدگی تحصیلی: نقش تفاوت‌های جنسی و فرهنگی. *مجله روانشناسی تحولی (روان‌شناسی ایرانی)*، ۳۴، ۱۴۳-۱۵۶.
- عاشوری، محمد و جلیل‌آبکنار، سیده‌سمیه (۱۳۹۵). *دانش‌آموزان با نیازهای ویژه و آموزش فراگیر*. چاپ اول. تهران: انتشارات رشد فرهنگ.
- علی‌اکبری دهکردی، مهناز و کاکوجویاری، علی‌اصغر و محتشمی، طیبه و یکتاخواه، سرور (۱۳۹۰). میزان استرس در مادران کودکان هنجار، کم‌شنوا و سایر کودکان استثنایی. *مجله شنوایی‌شناسی*، ۱۲(۱)، ۱۳۰-۱۳۷.
- غفاری، سمیه و احمدی، فضل‌الله و نبوی، سید مسعود و معاریان، ربابه (۱۳۸۷). بررسی تأثیر تکنیک آرام‌سازی پیش‌رونده عضلانی بر افسردگی، اضطراب و استرس بیماران مبتلابه مولتیپل اسکلوزیس. *پژوهش در پزشکی (مجله پژوهشی دانشکده پزشکی)*، ۳۲(۱)، ۴۵-۵۳.
- فتحی‌آذر، اسکندر و ادیب، یوسف و محبی، مینا (۱۳۹۵). تجارب مادران کودکان دچار افت شنوایی عمیق بعد از کاشت حلزونی: یک مطالعه پدیدار شناختی. *مجله تعلیم و تربیت استثنایی*، ۱۶(۱)، ۳۱-۴۰.
- فرامرزی، سالار و محسنی‌آزهای، علی‌رضا و ابطحی، سید حمیدرضا و سپهرنژاد، مهسا (۱۳۹۵). رابطه استرس والد- کودک با مهارت‌های رشدی و تحولی کودکان کاشت حلزون‌شده. *فصلنامه توان‌بخشی*، ۱۷(۲)، ۱۱۸-۱۲۷.

- behavior problems. *Parent Sci Pract*, 10(2), 136-155.
- 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.
- Renee Nolte, S. (2011). The important of addressing stress of parent of hearing impaired children. Dissertation: *Washington University School of Medicine. Program in Audiology and Communication Sciences*.
- Scrimin, S., Haynes, M., Altoe, G., Bornstein, M. H., & Axia, G. (2009). Anxiety and stress in mothers and fathers in the 24 h after their child's surgery. *Child: care, health and development*, 35, 227233.
- Strohle, A. (2009). Physical activity, exercise, depression and anxiety disorders. *J Neural Transm*, 116, 777-784.
- Topol, D., Girard, N., Pierre, L., St. Tucker, R., & Vohr, B. (2011). The effects of maternal stress and child language ability on behavioral outcomes of children with congenital hearing loss at 18-24 months. *Early Human Development*, 87(1), 807-811.
- Tush, A., Wasilewski, S., & Wiltshire, E. (2015). *Managing anxiety*. Family Engagement Parent Workshop.
- Verhoeven, M., Bogels, S. M., & van der Bruggen C. C. (2012). Unique roles of mothering and fathering in child anxiety; moderation by child's age and gender. *Journal of Child Family Study*, 21, 331-343.
- Zaidman-Zait, A., Most, T., Tarrasch, R., Haddad-eid, E., & Brand, D. (2016). The Impact of childhood hearing loss on the family: Mothers' and fathers' stress and coping resources. *Journal Deaf Stud Deaf Educ*, 21(1), 23-33.
- special education* (13th Ed). Published by Pearson Education, Inc.
- Hintermair, M. (2006). Parental Resources, parental stress, and socioemotional development of deaf and hard of hearing children. *Journal of Deaf Studies & Deaf Education*, 11(4), 493-513.
- John, K., & Niparko, M.D. (2001). *Kids and cochlear implants: getting connected*. 1st ed. New York: Hopkins.
- Kirk, S., Gallagher, G., & Coleman, M. R. (2015). *Educating Exceptional Children* (14th Ed). Cengage Learning, Printed in the United States of America.
- Kong, F., & Zhao, J. (2013). Affective mediators of the relationship between trait emotional intelligence and life satisfactions in young adults. *Personality and Individual Differences*, 54(2), 197-201.
- Lederberg, A. R., Golbach (2002). Parenting stress and social support in hearing mothers of deaf and hearing children: a longitudinal study. *J Deaf Stud Deaf Educ*, 7(4), 330-345.
- Mikolajczak, M., & Luminet, O. (2008). Trait emotional intelligence and the cognitive appraisal of stressful events: An exploratory study. *Personality and Individual Differences*, 44(7), 1445-53.
- Nancy, K., & Mellon, M. S. (2009). Parental response to the diagnosis of hearing loss. In Niparko, J. K. (Eds) in *Cochlear Implants: Principles & practices*.
- Peng, S. C. (2008). Perception and production of speech intonation in pediatric cochlear implant recipients and children with normal hearing. *Journal of Ear and hearing*, 29(3), 336-351.
- Phillips, L., Hasanzadeh, S., Kosaner, J., Jane Martin, J., & Deibl, M. (2009). Comparing auditory perception and speech production outcomes: Non-language specific assessment of auditory perception and speech production in children with cochlear implants. *Journal of Cochlear Implants International*. 10(2), 92-102.
- Poon, B., & Zaidman-Zait, A. (2014). Social support for parents of deaf children: moving toward contextualized understanding. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 19, 176-188.
- Punch, R., & Hyde, M. (2010). Rehabilitation efforts & stress in parents of children with cochlear implant. *The Australian and New Zealand Journal of Audiology*, 32(1), 1-18.
- Quintter, A. L., Barker, D. H., Cruz, I., Snell, C., Grimley, M. E., & Botteri (2010). Parenting stress among parent of deaf and hearing children: association with language delays and

## 2

## Comparison of Perceived Social Support, Anxiety and Stress in Mothers of Children with Cochlear Implants, Hearing Aids and Normal Hearing

Farideh Mahmoudi<sup>1</sup>  
Mohammad Ashori<sup>2</sup>  
Mojtaba Ansari Shahidi<sup>3</sup>

### Abstract

**Aim:** The purpose of the present study was to comparing perceived social support, anxiety and stress in mothers of children with cochlear implants, hearing aids and normal hearing. **Methods:** The present research was a causal-comparative research. The study population included of mothers of children with cochlear implants, hearing aids and normal hearing. 60 mothers aged 28-38 years participated in this study. They were divided into three groups and each group contains 20 mothers. First and second group were selected, ordinarily, from mothers of children with cochlear implants and hearing aids by convenient sampling method; while that third group were selected from mothers of children with normal hearing by randomly method. The instruments of this research were perceived social support scale and depression anxiety stress scales (DASS-21). Data were analyzed by MANOVA. **Results:** findings showed that perceived social support in mothers of children with hearing aids was significantly more than the mothers of children with cochlear implants ( $P>0.05$ ). Anxiety and stress in these mothers were significantly less than the mothers of children with cochlear implants and Condition of mothers of normal hearing children was better than the others groups ( $P>0.05$ ). **Conclusion:** Perceived social support in mothers of children with normal hearing was more than the mothers of children with cochlear implants and hearing aids. Also, their anxiety and stress was less than the others. Therefore, requires specific rehabilitation program in order to increase perceived social support and decrease anxiety and stress in mothers of children with hearing impairment and hearing aids.

**Key words:** *Stress, Anxiety, Hearing aids, Cochlear implant*

<sup>1</sup> M.A. student in Psychology, Islamic Azad University, Varamin, Pishva Branch, Iran

<sup>2</sup> Assistant Professor, Department of Psychology and Education of Children with Special Needs, Faculty of Education and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran

<sup>3</sup> Assistant Professor, Department of Psychology, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran