

## مقایسه خود بیمارانگاری، حمایت اجتماعی، اضطراب اجتماعی و سلامت عمومی بین مادران دارای کودک عقب مانده ذهنی و عادی

فرح نادری<sup>۱</sup>، سحر صفرزاده<sup>۲</sup>، رویا مشاک<sup>۳</sup>

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۰/۰۲/۰۵

تاریخ بررسی مقاله: ۱۳۹۰/۰۲/۰۶

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۰/۰۳/۰۷

### چکیده

هدف از پژوهش حاضر، مقایسه خودبیمارانگاری، حمایت اجتماعی، اضطراب اجتماعی و سلامت عمومی بین مادران دارای کودک عقب مانده ذهنی و عادی شهر اهواز بود. نمونه شامل ۸۰ نفر از مادران کودکان عقب مانده ذهنی و ۸۰ نفر از مادران کودکان عادی بودند که به طور تصادفی ساده انتخاب شدند و با آزمونهای خودبیمارانگاری (AHT)، حمایت اجتماعی (Philips)، اضطراب اجتماعی (SAD) و (FNE) و سلامت عمومی (GHQ28) مورد ارزیابی قرار گرفتند. تحقیق حاضر از نوع علی - مقایسه ای بود و تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از روش تحلیل واریانس چند متغیری (مانوا) در سطح معنی داری  $p > 0/002$  نشان داد که بین مادران کودکان عقب مانده ذهنی و عادی از نظر خودبیمارانگاری، حمایت اجتماعی، اضطراب

1- استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات خوزستان-

2- دانشجوی دکتری و عضو هیئت علمی دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اهواز-

3- دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اهواز-

اجتماعی و سلامت عمومی تفاوت معنی دار وجود دارد. بنابراین، تمام فرضیه های پژوهش تأیید گردیدند.

### کلید واژگان:

اضطراب اجتماعی، حمایت اجتماعی، خودبیمارانگاری، سلامت عمومی، عقب مانده ذهنی.

Archive of SID

مقدمه

با پیشرفت علوم و به موازات آن، پیچیده تر شدن زندگی فردی و اجتماعی و متعاقباً بالا رفتن میزان استرس افراد، لزوم توجه به مسائل تنش زای روانی و عاطفی انسان ها بیش از پیش احساس می شود (کاپلان و همکاران، ۲۰۰۳). از سوی دیگر طبق نظر پژوهشگران، بسیاری از این مسائل با آغاز دوران بزرگسالی نمود پیدا کرده، که ممکن است عامل برخی از بیماری ها و اختلالات روانی باشند. از جمله این شرایط تنش زا؛ زندگی دور از خانواده، احساس اجبار برای اتخاذ یک تصمیم بزرگ و پذیرش مسئولیت شخصی به تنهایی است (هاران، ۲۰۰۴). بی تردید تولد و حضور کودکی با کم توانی ذهنی در هر خانواده ای می تواند به مثابه رویدادی نامطلوب و چالش زا موجب ایجاد تنیدگی، سرخوردگی و نومیدی شود. شواهد متعددی وجود دارد که نشان می دهند والدین کودکان دارای مشکلات هوشی، به احتمال بیشتری با مشکلات اجتماعی، اقتصادی و هیجانی که غالباً ماهیت محدودکننده، مخرب و فراگیر دارند، مواجه می شوند (هستینگز، ۲۰۰۲؛ خمیس، ۲۰۰۷)؛ این وضعیت بدون توجه به نوع فرهنگ و جامعه، شرایط را برای کاهش سلامت روانی و افزایش چالشها و مشکلات در خانواده فراهم می کند (شین و همکاران، ۲۰۰۶). در چنین موقعیتی گرچه همه اعضای خانواده و کارکرد آن آسیب می بیند (هرینگ و همکاران، ۲۰۰۴)؛ اما مادران به دلیل داشتن نقش سنتی "مراقب"، مسئولیتهای بیشتری را در قبال فرزند کم توان خود احساس می کنند و به عهده می گیرند که در نتیجه با فشارها و مشکلات روانی بیشتری مواجه می شوند (مک کانکی و همکاران، ۲۰۰۷). وجود کودک کم

1-Kaplan & et al

2-Haran

3-Hastings., Khamis

4-Shin & et al

5-Herring & et al

6-McConkey & et al

توان ذهنی در خانواده، با توجه به نیازهای مراقبتی خاص کودک، برای مادران که نسبت به بقیه، بیشتر با کودک سروکار دارند، منبع استرس است و بر سلامت روانی و سازگاری آنها نیز تأثیر می‌گذارد و کم‌توانی ذهنی نیز دارای وجوه چندگانه‌ای است که به فیزیولوژی و روان‌شناسی مربوط است. در واقع کم‌توانی ذهنی یک شرایط پیچیده ذهنی است، تولد کودک کم‌توان ذهنی به عنوان یک بحران می‌تواند به شکل عمیق‌تر، بر ارتباطها و کنشهای اعضای خانواده اثر بگذارد. خانواده‌هایی با روابط باز، مؤثر و دائمی که در نقشهایشان انعطاف پذیرند، بهتر می‌توانند با بحرانها سازگار شوند. نکته‌ای که در مورد استرس ناشی از معلولیت فرزند درخور ذکر است، آن است که بسیاری از والدین کودکان معلول نشانه‌های جسمانی (خودبیمارانگاری) ناشی از معلولیت فرزند از خود نشان می‌دهند (تاجری و بحیرایی، ۱۳۸۷). خودبیمارانگاری<sup>۱</sup> با احساس دلواپسی یا ترس از ابتلا به یک بیماری شدید مشخص می‌شود. بنابراین مشکل اصلی اضطراب بیمار است، اما طرز بیان آن با اختلالات اضطرابی دیگر متفاوت می‌باشد (برانند و همکاران<sup>۲</sup>، ۱۹۹۷، نقل از باوی، ۱۳۸۳). اشتغال ذهنی با نشانه‌های بدنی منجر به ناراحتی یا اختلال عمده بالینی در کارکرد اجتماعی، خانوادگی و سایر زمینه‌های مهم می‌شود (DSM-IV انجمن روانپزشکی آمریکا<sup>۳</sup>، ۱۹۹۴، ترجمه نیکخو و همکاران، ۱۳۷۷). بیماران مبتلا به خودبیمارانگاری در طول روز احساسات بدنی مشابهی با سایر انسانها دارند. این افراد توجه خود را به این احساسات معطوف کرده و حواس خود را بر روی آنها متمرکز می‌نمایند. تمرکز و توجه بیش از حد باعث می‌شود که این احساس در شخص ایجاد شود که این مواد خیلی شدیدتر و قویتر از آنچه که هستند بروز می‌نمایند. اشخاصی که زمینه‌ای برای تفسیر غلط این علامتها به

1-Hypochondriasis

2-Brand & et al

3-Diagnostic and Statistical of Mental Disorders, Fourth Edition

عنوان نشانه های بیماری در خود دارند [مثلاً داشتن کودک عقب مانده ذهنی]، دچار اضطراب بیشتری خواهند شد و با افزایش اضطراب عوارض بدنی شدیدتر و یک چرخه ناجور ایجاد خواهد شد (براند و همکاران، ۱۹۹۷؛ نقل از اتابک و همکاران، ۱۳۸۱). هنگامی که والدین دریابند چیزی در فرزندانشان غیر عادی است ضربه ای شدید بر آنها وارد می شود و در چنگال بی باوری و فشار گرفتار می آیند که در سراسر عمر والدین و فرزند معلول و نیز ارتباط در روابط عادی خانوادگی - اجتماعی سایه افکن خواهد بود. بنابراین طیف اثرات معلولیت فرزند تنها به اثرات روان شناختی که با فشار، سردرگمی، هیجان و اختلال در روابط خانوادگی - اجتماعی همراه است، محدود نمی شود، بلکه اثرات جسمانی عمیقی نیز بر والدین دارد (تاجری و بحیرایی، ۱۳۸۷). یافته های پژوهشها نشان داده اند که اثر ناتوان کنندگی و آسیب رسان حضور کودک کم توان ذهنی بر خانواده و به ویژه مادران، بستگی به عوامل مختلفی مانند نوع و شدت مشکل یا ناتوانی، جنسیت کودک، میزان حمایت‌های در دسترس خانواده و ویژگیهای شخصیتی افراد درگیر دارد (هرینگ و همکاران، ۲۰۰۶). حمایت اجتماعی اغلب به طور معمول به اعمال انجام شده برای یک نفر آشفته به وسیله افراد عمده از قبیل اعضای خانواده و دوستان، همکاران، خویشاوندان و همسایگان اطلاق می شود و این اعمال معمولاً کمک ابزاری، کمک اجتماعی - هیجانی و کمک اطلاعاتی را شامل می گردد (هاس<sup>۱</sup>، ۱۹۸۱، ترنر<sup>۲</sup>، ۱۹۸۳، نقل از توئیٹس<sup>۳</sup>، ۱۹۸۶). در کل حمایت اجتماعی، رضایت از زندگی را از دو طریق متأثر می سازد: اولین روش تأثیر مستقیم یا تأثیر عمومی حمایت اجتماعی بر رضایت از زندگی این است که بدون در نظر گرفتن میزان پریشانی تجربه شده از جانب فرد، بر رضایت از زندگی تأثیر می گذارد.

1-Hass

2-Terner

3-Thoits

روش دوم شامل تأثیر غیر مستقیم یا تأثیر میانجی است که از افراد در مقابل اثرات منفی در شرایط استرس زا محافظت می کند (وان لیون و همکاران، ۲۰۱۰). در واقع حمایت یک کمک دوجانبه است که موجب خلق تصور مثبت از خود، پذیرش خود، امیدواری، احساس عشق و رضایتمندی می گردد و اضطراب را کاهش می دهد و تمام اینها به فرد فرصت خود شکوفایی و رشد را می دهد (قنوتیان و همکاران، ۱۳۸۱). گرت، هاگینز، کونور و استرسیگوت<sup>۲</sup> (۲۰۰۵) طی تحقیقاتی نشان داده اند که وجود فرزند دارای اختلال روانی یا معلول، می تواند کنش وری خانواده را از نظم یافتگی نخستین آن خارج کند و با استرس، اضطراب و مشکلات گوناگون روبه رو کند. همچنین؛ نتایج مطالعه کارادماس<sup>۳</sup> (۲۰۰۷) نشان داده است که تنش و ناراحتیهای زندگی می توانند موجب به وجود آمدن نشانگانی مانند اضطراب و افسردگی در افراد خانواده شوند. اضطراب اجتماعی<sup>۴</sup> به عنوان تجربه ناراحت کننده در حضور دیگران تعریف شده (آریندل و همکاران، ۱۹۹۱) همچنین زمانی که تعارض باعث می شود که فرد احساس کند درمانده است و قادر به کنار آمدن نیست، این نوع اضطراب ایجاد می شود (روزنهان و همکاران، ترجمه سید محمدی، ۱۳۸۲). راجرز<sup>۵</sup> (۲۰۰۵) اضطراب را ناشی از عوامل مختلفی از جمله یادگیری در محیط و داشتن عقاید غلط و اغراق آمیز می داند. گارسیا<sup>۸</sup> (۲۰۰۴) نیز دریافت که سرزنش افراطی خود هنگام مواجهه با مشکلات یکی از راهبردهای ناکارآمد در مقابل اضطراب است که در زنان بیشتر دیده می شود (استات،<sup>۹</sup> ترجمه جلیلود، ۱۳۸۳). روانشناسان اجتماعی اعتقاد دارند

1-Van leeuwen, & et al

2-Grant., Huggins., Connor., & Streissguth

3-Karademas

4-Social anxiety

5-Arrindell & et al

6-Rosenhan & et al

7-Rajers

8-Garcia

9-Statt

اضطراب که عاملی مخرب و نابود کننده است می تواند باعث کاهش رضایت از زندگی افراد باشد. اضطراب اجتماعی به اضطراب یا هراس که در موقعیت های میان فردی یا عملکردی ایجاد می شود، اطلاق می شود. افراد دارای اضطراب اجتماعی بالا از ارزیابی منفی دیگران نسبت به خود و یا انجام عملی که باعث شرمندگی شود، بیمناک اند. تحقیقات حاکی از آن هستند که اضطراب مرتبط با احساسات و رفتارها و نشانه های عدم رضایت از دیگران همراه است. تئوریهای شناختی در زمینه اضطراب حاکی از آن هستند که توجه انتخابی به تهدیدها، اضطراب را شدیدتر کرده و قضاوت در زمینه رویدادهای اجتماعی را به انحراف می کشاند (تایلر و بومیا و آمیر<sup>۱</sup>، ۲۰۱۰). نلسون و ایزرائیل<sup>۲</sup> (۲۰۰۰) اضطراب را تجربه ای همگانی انسانی می دانند که دارای خصوصیت انتظار ترسناک از یک حادثه ناخوشایند می باشد. ترس متضمن یک سنجش واقع گرایانه از خطر است. در این بین از جمله عواملی که در بهبود چنین وضعیتی برای این گروه از جامعه مؤثر می باشد، کمک به تقویت سلامت عمومی<sup>۳</sup> (جسمانی و روانی) آنها است. در کل این مؤلفه به عنوان دربرگیرنده دو رکن سلامتی، لازمه یک زندگی مفید، مؤثر و رضایت بخش فردی است و در عین حال سلامت عمومی افراد یک جامعه، خصوصاً اقشار مؤثر و سازنده آن، لازمه پویایی، بالندگی و اعتلای آن اجتماع است (پاکیزه، ۱۳۸۷). برخی از نتایج حاکی از پایین بودن وضعیت سلامت روان شناختی مادران کودکان کم توان ذهنی است که احتمالاً وجود کودک کم توان ذهنی به عنوان عامل آسیب زننده به این متغیر می تواند عمل کند (میکائیلی، ۱۳۸۷) در تأیید مطالب بالا تحقیقاتی انجام گرفته است که به شرح زیر می باشد.

تحقیقات و بررسی های وان لیون و همکاران (۲۰۱۰)، حاکی از آن است که داشتن

1-Taylor, Bomyea & Amir

2-Nelson & Israel

3-General Health

حمایت اجتماعی می تواند در رضایت از زندگی افراد تأثیرگذار باشد. بدیهی است که انسانها در هنگام گرفتاریها به حمایت اطرافیان و دوستان خود نیاز دارند تا احساس امنیت کنند. لذا هرچه حمایت اجتماعی دیگران بیشتر باشد رضایت از زندگی شان نیز بیشتر است.

طبق تحقیقاتی، کوکرهام<sup>۱</sup> (۲۰۰۸) گزارش داد که سن، جنس، میزان تحصیلات، تأهل، طبقه اجتماعی، محیط های اجتماعی و زمینه های اجتماعی همچون حمایت اجتماعی و شبکه روابط اجتماعی بر میزان سلامت عمومی بسیار مؤثر می باشد.

کارادیماس<sup>۲</sup> (۲۰۰۸) در پژوهشی دریافت افرادی که از حمایت اجتماعی برخوردارند در مقایسه با افرادی که از این موقعیت برخوردار نیستند، سلامت روانی بهتری دارند و در مشکلات روانی سریعتر بهبود می یابند.

یافته های تحقیق اوتسی و همکاران<sup>۳</sup> (۲۰۰۶) حاکی از آن است که با افزایش توانایی روانشناختی و حمایت اجتماعی، استرس و احساس تنهایی کاهش یافته و سلامت روان و کیفیت زندگی افراد مطلوب می شود.

بویر و همکاران<sup>۴</sup> (۲۰۰۶) و دیلی و لاندرز<sup>۵</sup> (۲۰۰۵) در پژوهشهای خود بین حمایت و نزدیکی با خانواده و سلامت عمومی رابطه مثبت و معنادار یافتند.

کاشدان و همکاران<sup>۶</sup> (۲۰۰۶) در پژوهشی تحت عنوان اضطراب اجتماعی و احساس ذهنی بهزیستی افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه نشان داد که افرادی که دچار PTSD<sup>۷</sup> هستند و در معرض اضطراب اجتماعی قرار دارند، احساس ذهنی بهزیستی شان رو به کاهش می نهد.

1-Cockerham

2-Karadimas

3-Utesy

4-Bovier & et al

5-Dehle & Landers

6-Kashdan & et al

7-posttraumatic stress disorder



کیل پاتریک<sup>۱</sup> (۲۰۰۵) گزارش دادند؛ افرادی که احساس تنهایی را تجربه می کنند، وقتی از حمایت اجتماعی برخوردار باشند بهتر با مشکلات کنار می آیند و سلامت روانی آنها با سهولت بهتری امکان پذیر است.

بررسیهای انجام یافته ایزنهاور، بیکر و بلاکر<sup>۲</sup> (۲۰۰۵) نشان داده اندمادران دارای فرزندکم توان ذهنی در مقایسه با مادران کودکان عادی سطح سلامت عمومی و روانشناختی پایین تر واضطراب وافسردگی بالاتری دارند.

در تحقیق انج و همکاران<sup>۳</sup> (۲۰۰۵) نتایج نشان داد که بین رضایت از زندگی و اختلال اضطراب اجتماعی رابطه منفی معنی داری وجود دارد.

استارسوویک و همکارانش<sup>۴</sup> (۲۰۰۱؛ نقل از اتابک و همکاران، ۱۳۸۱) ارتباطی قوی بین خودبیمارانگاری و اختلال هراس پیدا کردند. آنها حدس زدند که مشخصه های خودبیمارانگاری ممکنست ناشی از شدت اختلال هراس باشد یا اینکه خودبیمارانگاری ممکنست به اختلال گذر هراس مرتبط باشد.

نلسون و ایزرائیل<sup>۵</sup> (۲۰۰۰) در تحقیقات خود دریافتند وقتی که اضطراب پیش می آید شخص متوجه احساسات جسمانی ناخوشایندی می شودکه خود به افکار منفی تری می انجامد و احساس اضطراب را افزایش می دهد.

یافته های مطالعه مارگالیت، راویو و آن کونینا<sup>۶</sup> (۱۹۹۲) حاکی از این بوده است که والدین کودکان ناتوان، منابع حمایتی کمتری دارند.

کلارک و آرکوویتاس<sup>۶</sup> (۱۹۹۰، نقل از بهارلویی، ۱۳۷۷) تحقیقی در زمینه رابطه بین اضطراب اجتماعی و خودارزیابی از عملکرد بین فردی انجام دادند، نتیجه تحقیقات

1-Kilpatric

2--Eisenhower., Baker., Blacher

3-Eng & et al

4-Starcevice & et al

5-Margalit., Raviv., Ankonina

6-Clark & Arkovitiias

نشان داد، افرادی که دارای اضطراب اجتماعی بالایی بودند نسبت به کسانی که دارای اضطراب اجتماعی پایین هستند، جنبه های مثبت عملکرد خود را کمتر از حد معمول ارزیابی می کنند.

عسگری، نادری و شرف الدین (۱۳۸۸) طی تحقیقی نشان دادند که بین اضطراب اجتماعی و حمایت اجتماعی با احساس ذهنی بهزیستی در زنان رابطه چندگانه معنادار وجود دارد.

تاجری و بحیرایی (۱۳۸۷) در تحقیق خود بیان داشته اند که بسیاری از والدین کودکان معلول از خود نشانه های جسمانی عصبیت نشان می دهند.

قائدی و همکاران (۱۳۸۷) طی تحقیقی دریافتند که بین سلامت روان و استفاده از مکانیزمهای مقابله ای مناسب و حمایت اجتماعی رابطه مثبت معنادار وجود دارد. در تحقیق دیگری که توسط باقرزاده و همکاران (۱۳۸۲) انجام شد، بین خودبیمارانگاری و متغیرهای اضطراب و افسردگی رابطه معناداری بدست آمد.

اتابک و همکاران (۱۳۸۱) نیز در تحقیق خود، بین خودبیمارانگاری با جنسیت، سن، میزان تحصیلات، شغل، تأهل، تعداد فرزندان خانواده، دارا بودن وسیله نقلیه، ابتلا به بیماری جدی در دوران کودکی رابطه معناداری یافتند.

در تحقیق حسین نژاد (۱۳۷۵؛ نقل از تاجری و بحیرایی، ۱۳۸۷) در زمینه اثر کودک معلول بر مادران، سطوح بالایی از استرس، نشانگان افسردگی، از هم گسیختگی خانواده، فرصت کمتر برای خود و همچنین سلامت جسمانی و خلقی سطح پایین را گزارش می کنند.

در کل، نظر به اینکه آسیب پذیری در مقابل استرسها و مشکلات در گروه مادران دارای کودک عقب مانده ذهنی، به دلیل داشتن منابع حمایتی کمتر، نسبت به مادران کودکان عادی، بیشتر تخمین زده می شود، بررسی و مقایسه خود بیمار انگاری،

حمایت اجتماعی، اضطراب اجتماعی و سلامت عمومی این دو گروه، از ضرورت‌های این پژوهش به حساب می‌آید. لذا هدف از پژوهش حاضر دادن پاسخ علمی به این پرسش است که آیا بین مادران دارای کودک عقب مانده ذهنی و عادی از لحاظ میزان خودبیمارانگاری، حمایت اجتماعی، اضطراب اجتماعی و سلامت عمومی تفاوت وجود دارد؟

#### ▀ فرضیه پژوهش

بین مادران کودکان عقب مانده ذهنی و عادی از لحاظ مؤلفه های خودبیمارانگاری، حمایت اجتماعی، اضطراب اجتماعی، سلامت عمومی تفاوت وجود دارد.

#### ▀ روش پژوهش

نمونه و روش نمونه گیری: در این پژوهش جامعه آماری شامل کلیه مادران دارای کودک عقب مانده ذهنی و عادی شهر اهواز بودند. نمونه شامل ۱۶۰ نفر (۸۰ مادر کودک عقب مانده ذهنی و ۸۰ مادر کودک سالم) بودند. نمونه مادران کودکان عقب مانده ذهنی، با توجه به کل حجم جامعه این گروه و طبق جدول مورگان<sup>۱</sup>، شامل ۸۰ نفر می باشد که از بین ۶ مرکز روزانه و ۲ مرکز شبانه روزی مربوط به کودکان استثنایی به روش تصادفی ساده انتخاب شدند. برای انتخاب مادران کودکان عادی نیز، ابتدا شهر اهواز را به چهار منطقه تقسیم و سپس ۲ منطقه انتخاب کرده و از مادران دارای فرزند سالم حاضر در بیمارستانها، اماکن عمومی، پارکها، مساجد و منازل شخصی (واقع در بخشهایی از آن مناطق) آزمودنیها به صورت تصادفی در دسترس انتخاب و از آنها آزمون به عمل آمد.

1-Morgan

### ▀ ابزار اندازه گیری

مقیاس خودبیمارانگاری (AHT<sup>۱</sup>): این آزمون دارای ۴۵ ماده است که ۳۵ ماده اولیه آن عامل اول یعنی شکایتهای بدنی و اشتغالات ذهنی را می سنجد و ۱۰ ماده بعدی عامل دوم یعنی ترس و نگرانی را مورد بررسی قرار می دهد. این آزمون از پاسخهای بلی و خیر تشکیل شده است (احدی و پاشا، ۱۳۸۱). برای اجرای اعتباریابی دو پرسشنامه AHT و MMPI همزمان روی گروه نمونه که ۵۷ نفر بودند اجرا شد. ضریب همبستگی بدست آمده ( $r=0/484$ ) بود که در سطح  $0/01/0$  معنی دار است و برای اجرای پایایی آزمون خودبیمارانگاری اهواز (AHT) پس از ۶ هفته دوباره روی ۵۱ نفر از آزمودنیهای نمونه اولیه که ۳۵ زن و ۱۶ مرد بودند اجرا شد و ضرایب همبستگی بین نمره های آنها در دو نوبت محاسبه گردید. ضرایب بازآزمایی برای کل آزمودنیها  $0/67/0$  ( $p < 0/01/0$  و  $N=51$ ) به دست آمد (نقل از باوی، ۱۳۸۳).

مقیاس حمایت اجتماعی فیلیپس<sup>۲</sup>: پرسشنامه حمایت اجتماعی توسط واکس و همکاران<sup>۳</sup> (۱۹۸۶) تهیه گردیده است. این مقیاس دارای ۲۳ ماده می باشد. در نمونه دانشجویان ایرانی ضریب ثبات درونی کل مقیاس حمایت اجتماعی  $0/70$  است. ناخدادناک (۱۳۷۷) ضرایب پایایی پرسشنامه حمایت اجتماعی را در سه روش آلفای کرونباخ  $0/76$ ، تنصیف  $0/55$  و گاتمن  $0/84$ ، محاسبه نموده است. در نمونه دانشجویان ایرانی ضرایب اعتبار کل مقیاس حمایت اجتماعی  $0/70$  گزارش کرده اند (باوی، ۱۳۸۳).

مقیاس اضطراب اجتماعی (SAD<sup>۴</sup> و FNE<sup>۵</sup>): این مقیاس دارای ۵۸ ماده و دو

1-Ahwaz Haypochondriasis Test

2- Philips Social Support

3-Wooks et al

4-Social Avoidance and Distress

5-Fear Negative evaluation

مؤلفه اجتناب و پریشانی اجتماعی و ترس از ارزیابی منفی می باشد. واتسون و فرند<sup>۱</sup> (۱۹۶۹) اعتبار این پرسشنامه را برای اجتناب اجتماعی برابر ۶۸/۰ و برای ترس از ارزیابی منفی برابر ۷۸/۰ گزارش کردند. آنها همچنین با استفاده از آزمون اضطراب آشکار تیلور<sup>۲</sup> (۱۹۵۳) پایایی پرسشنامه ترس از ارزیابی منفی و اجتناب اجتماعی را مورد بررسی قرار دادند که ضرایب همبستگی برای این دو پرسشنامه به ترتیب برابر ۶۰/۰ و ۵۴/۰ گزارش شد (نقل از مهرابی زاده هنرمند و همکاران، ۱۳۷۸).

مقیاس سلامت عمومی گلدبرگ<sup>۳</sup> (GHQ28): این آزمون ۲۸ ماده دارد و توسط گلدبرگ در سال ۱۹۷۲ ساخته شد. این مقیاس به صورت لیکرتی اختلالات افسردگی، اضطراب، جسمانی سازی و اختلال در کارکرد اجتماعی را می سنجد. آلفای کرونباخ شاخص همسانی درونی سؤالات برای نسخه ایرانی این پرسشنامه ۰/۹ می باشد. میزان همبستگی بین آزمون و دوباره آزمون در حدود ۰/۶۸ گزارش داده شده است (ملکوتی و همکاران<sup>۴</sup>، ۲۰۰۷).

#### ▀ داده های پژوهش

یافته های توصیفی: یافته های توصیفی این پژوهش در جدول شماره ۱ ارائه شده است.

1-Watson & Friend

2-Taylor

3-General Health Questionnaire(Goldberg)

4-Malakouti et al

جدول شماره ۱- میانگین، انحراف معیار، حداقل و حداکثر نمره خود بیمارانگاری، حمایت اجتماعی، اضطراب اجتماعی و سلامت عمومی مادران کودکان عقب مانده ذهنی و عادی

| تعداد | حداکثر نمره | حداقل نمره | انحراف معیار | میانگین | شاخص آماری     |                              |
|-------|-------------|------------|--------------|---------|----------------|------------------------------|
|       |             |            |              |         | متغیر          | گروه                         |
| ۸۰    | ۲۹          | ۲          | ۷/۹۲         | ۱۳/۸۹   | خودبیمارانگاری | مادران کودکان عقب مانده ذهنی |
| ۸۰    | ۲۳          | ۸          | ۳/۲۱         | ۱۸/۲۷   | حمایت اجتماعی  |                              |
| ۸۰    | ۴۳          | ۵          | ۱۰/۲۳۳       | ۱۷/۳۶   | اضطراب اجتماعی |                              |
| ۸۰    | ۶۲          | ۱۲         | ۱۳/۷۳۲       | ۳۴/۴۰   | سلامت عمومی    |                              |
| ۸۰    | ۲۹          | ۲          | ۵/۹۷۸        | ۱۰/۵۷   | خودبیمارانگاری | مادران کودکان عادی           |
| ۸۰    | ۲۳          | ۸          | ۳/۰۰۶        | ۱۹/۳۴   | حمایت اجتماعی  |                              |
| ۸۰    | ۴۰          | ۴          | ۷/۴۴۸        | ۱۴/۰۵   | اضطراب اجتماعی |                              |
| ۸۰    | ۶۲          | ۱۲         | ۱۵/۵۱۲       | ۳۹/۱۴   | سلامت عمومی    |                              |

همانطوری که در جدول شماره ۱- ملاحظه می شود در متغیر خود بیمارانگاری، میانگین و انحراف معیار به ترتیب برای مادران کودکان عقب مانده ذهنی ۱۳/۸۹ و ۷/۹۲، مادران کودکان عادی ۱۰/۵۷ و ۵/۹۷۸، در متغیر حمایت اجتماعی، مادران کودکان عقب مانده ذهنی ۱۸/۲۷ و ۳/۲۱، مادران کودکان عادی ۱۹/۳۴ و ۳/۰۰۶، در متغیر اضطراب اجتماعی، مادران کودکان عقب مانده ذهنی ۱۷/۳۶ و ۱۰/۲۳۳، مادران کودکان عادی ۱۴/۰۵ و ۷/۴۴۸، در متغیر سلامت عمومی، مادران کودکان عقب مانده ذهنی ۳۴/۴۰ و ۳۹/۱۴، مادران کودکان عادی ۱۳/۷۳۲ و ۱۵/۵۱۲ می باشد.

یافته های پژوهش

جدول شماره ۲- نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری (مانوا) روی نمرات خودبیمارانگاری، حمایت اجتماعی، اضطراب اجتماعی و سلامت عمومی مادران کودکان عقب مانده ذهنی و عادی

| نام آزمون               | مقدار | DF فرضیه | DF اشتباه | F     | سطح معنی داری (p) |
|-------------------------|-------|----------|-----------|-------|-------------------|
| آزمون اثر پیلاپی        | ۰/۱۰۴ | ۴        | ۱۵۵       | ۴/۴۹۹ | ۰/۰۰۲             |
| آزمون لامبدای ویلکز     | ۰/۸۹۶ | ۴        | ۱۵۵       | ۴/۴۹۹ | ۰/۰۰۲             |
| آزمون اثر هتلینگ        | ۰/۱۱۶ | ۴        | ۱۵۵       | ۴/۴۹۹ | ۰/۰۰۲             |
| آزمون بزرگترین ریشه روی | ۰/۱۱۶ | ۴        | ۱۵۵       | ۴/۴۹۹ | ۰/۰۰۲             |

همان طوری که در جدول ۲- ملاحظه می شود سطوح معنی داری همه آزمونها، قابلیت استفاده از مانوا را مجاز می شمارد. این امر بیانگر آن است که بین مادران دارای کودک عقب مانده ذهنی و عادی حداقل از لحاظ یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معنی داری وجود دارند ( $p = 0/002$ ,  $F = 4/499$ ). برای پی بردن به تفاوت مذکور، نتایج حاصل از تحلیل واریانس یکراهه در متن مانوا در جدول شماره ۳- نشان داده شده است.

۳۰ مقایسه خود بیمارانگاری، حمایت اجتماعی، اضطراب اجتماعی و سلامت عمومی ...

جدول شماره ۳- نتایج اثرات بین آزمودنی ها از لحاظ نمرات خودبیمارانگاری، حمایت اجتماعی، اضطراب اجتماعی و سلامت عمومی مادران کودکان عقب مانده ذهنی و عادی

| متغیرها        | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | F     | سطح معنی داری |
|----------------|---------------|------------|-----------------|-------|---------------|
| خودبیمارانگاری | ۴۳۸/۹۰۶       | ۱          | ۴۳۸/۹۰۶         | ۸/۹۱۴ | ۰/۰۰۳         |
| حمایت اجتماعی  | ۴۵/۱۵۶        | ۱          | ۴۵/۱۵۶          | ۴/۶۷۰ | ۰/۰۳۲         |
| اضطراب اجتماعی | ۴۳۸/۹۰۶       | ۱          | ۴۳۸/۹۰۶         | ۵/۴۸۰ | ۰/۰۲۰         |
| سلامت عمومی    | ۸۹۷/۷۵۶       | ۱          | ۸۹۷/۷۵۶         | ۴/۱۸۳ | ۰/۰۴۲         |

با توجه به یافته های جدول ۳- مشاهده می شود که بین مادران دارای کودک عقب مانده ذهنی و عادی از لحاظ مؤلفه خودبیمارانگاری تفاوت معنی داری وجود دارد ( $F=۸/۹۱۴$ ,  $p=۰/۰۰۳$ ). به عبارت دیگر با توجه به میانگین سلامت عمومی در گروه مادران دارای کودک عقب مانده ذهنی (۸۹/۱۳) و عادی (۵۷/۱۰) میزان خود بیمارانگاری در گروه مادران دارای کودک عقب مانده ذهنی بیشتر از گروه مادران دارای کودک عادی می باشد.

در عین حال با توجه به یافته های جدول فوق مشاهده می شود بین مادران دارای کودک عقب مانده ذهنی و عادی از لحاظ مؤلفه حمایت اجتماعی تفاوت معنی داری وجود دارد ( $F=۴/۶۷۰$ ,  $p=۰/۰۳۲$ ). به عبارت دیگر با توجه به میانگین حمایت اجتماعی در گروه مادران دارای کودک عقب مانده ذهنی (۲۷/۱۸) و عادی (۳۴/۱۹) میزان حمایت اجتماعی در گروه مادران دارای کودک عقب مانده ذهنی کمتر از گروه مادران دارای کودک عادی می باشد.



با توجه به یافته های جدول ۳- مشاهده می شود که بین مادران دارای کودک عقب مانده ذهنی و عادی از لحاظ مؤلفه اضطراب اجتماعی تفاوت معنی داری وجود دارد ( $F=5/480, p=0.20/0$ ). به عبارت دیگر با توجه به میانگین اضطراب اجتماعی در گروه مادران دارای کودک عقب مانده ذهنی (۳۶/۱۷) و عادی (۰۵/۱۴) میزان اضطراب اجتماعی در گروه مادران دارای کودک عقب مانده ذهنی بیشتر از گروه مادران دارای کودک عادی می باشد.

همچنین با توجه به یافته های جدول فوق مشاهده می شود بین مادران دارای کودک عقب مانده ذهنی و عادی از لحاظ مؤلفه سلامت عمومی تفاوت معنی داری وجود دارد ( $F=4/183, p=0.42/0$ ). به عبارت دیگر با توجه به میانگین سلامت عمومی در گروه مادران دارای کودک عقب مانده ذهنی (۴۰/۳۴) و عادی (۱۴/۳۹) میزان سلامت عمومی در گروه مادران دارای کودک عقب مانده ذهنی کمتر از گروه مادران دارای کودک عادی می باشد.

#### بحث و نتیجه گیری

طبق یافته های حاصل از این تحقیق مشخص شد بین این دو گروه از مادران از لحاظ مؤلفه های خود بیمارانگاری، حمایت اجتماعی، اضطراب اجتماعی و سلامت عمومی تفاوت معنی داری وجود دارد. پس فرضیه پژوهش حاضر تأیید شد.

نتایج حاصل از این فرضیه با یافته های تحقیقات قبلی؛ وان لیون و پوست و وان آسبک و همکاران (۲۰۱۰)، کوکرهام (۲۰۰۸)، کارادیماس (۲۰۰۸)، اوتسی و همکاران (۲۰۰۶)، بویر و همکاران (۲۰۰۶)، دیلی و لاندروز (۲۰۰۵)، کیل پاتریک (۲۰۰۵)، ایزنهاور، بیکر و بلاکر (۲۰۰۵)، انج و همکاران (۲۰۰۵)، استارسویک و همکارانش (۲۰۰۱)، نلسون و ایزرائیل (۲۰۰۰)، نادری و شرف الدین (۱۳۸۸)، فائدی و همکاران

(۱۳۸۷)، تاجری و بحیرایی (۱۳۸۷)، باقرزاده و همکاران (۱۳۸۲)، اتابک و همکاران (۱۳۸۱)، در تحقیق حسین نژاد (۱۳۷۵) همخوانی وجود دارد.

در تبیین یافته های حاضر چنین می توان استنباط کرد که؛ والدین کودک عقب مانده ذهنی مخصوصاً مادران چنین کودکانی نسبت به مادران کودکان عادی به دلیل صدمات شایان مربوط به عواقب داشتن و نگهداری سخت این کودکان و فرسایش شدید در برخورد با محیط بیرون، تحمل کم در برابر فشار روانی ناشی از داشتن فرزند عقب مانده ذهنی داشته و استفاده نابجا از مکانیسم های دفاعی انکار می نماید که این نکته خود در برخی مواقع عامل مهمی در ایجاد اختلالات روانشناختی از جمله خودبیمارانگاری می باشد. خودبیمارانگاری که با احساس دلواپسی یا ترس از ابتلا به یک بیماری شدید تشخیص داده می شود، توسط مادران کودکان عقب مانده ذهنی صرفاً جهت کم کردن تمرکز بر مشکل کودکشان و کاهش اضطراب ناشی از این اتفاق استفاده می شود و در واقع چنین مادرانی از طریق احساس بیماریهای مختلف و تلاش برای ابراز آنها میزان آسیب های روانی خود را کاهش می بخشند.

از سوی دیگر در تحقیق حاضر مشاهده شد بین مادران دارای کودک عقب مانده ذهنی و عادی از لحاظ مؤلفه حمایت اجتماعی تفاوت معنی داری وجود دارد. احتمالاً وجود کودک عقب مانده ذهنی به دلیل حالت شوکی که در والدین ایجاد می نماید و در پی آن والدین برای از بین بردن چنین حالتی تلاش زیاد کرده و پس از درمانهای بسیار متوجه عدم تغییر این حالت در کودکشان می شوند، افسرده شده و نسبت به مشکلات و فشارها آسیب پذیر می شوند و تمایل به دریافت حمایت از سوی دیگران دارند. اما در این بین به دلیل ناتوانایی در حل مشکلات کودک، احساس سرخوردگی و تنهایی و بی پناهی کرده و در عین حال این احساس، کاهش احساس دریافت حمایت اجتماعی را در پی داشته و ضربات روحی، روانی، اجتماعی و ارتباطی مهلکی را بر والدین و مخصوصاً



پرستاری و تربیت فرزندان از مشکلات بیشتری برخوردار هستند. این فشار عظیم و تحمل این موقعیت طاقت فرسا هر لحظه والدین، مخصوصاً مادر را که در ارتباط نزدیکی با کودک قرار دارد در معرض بیماریهای روانی و جسمانی آسیب پذیر کرده و به راحتی میزان سلامت عمومی ایشان را کاهش می دهد.

Archive of SID



### منابع

- ۱- اتابک، م. ، باقرزاده انصاری، ز. ، باوی، س. ، بهرامی، م. ، تقی زاده، ژ. ، خیبر، ش. ، طباطبایی نژاد، م. ، طرفی سعیدی نژاد، ز. ، عسگری فروشانی، م. ، علیدوست، ا. ، مقامیان، س. ، مهری، ل. (۱۳۸۱). بررسی رابطه خودبیمارانگاری با پیشایندهای تشکیل دهنده آن در بین زنان و مردان شهرستان اهواز. پایان نامه کارشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی-واحد اهواز.
- ۲- احدی، ح. ، پاشا، غ. ر. (۱۳۸۱). ساخت و اعتباریابی مقیاسی برای سنجش اختلال هیپوکندریا در شهرستان اهواز، مجله دانش و پژوهش، اصفهان.
- ۳- استات، دی. آی. (۱۳۸۳). کاربرد روانشناسی در تئوریهای مدیریت. ترجمه حسین جلیوند، سبزوار، انتشارات دانشگاه تربیت معلم، چاپ اول.
- ۴- انجمن روان پزشکی آمریکا، (۱۹۹۴). DSM-IV راهنمای تشخیصی و آماری اختلالهای روانی. ترجمه محمدرضا نیکخو، هامایاک آوادیس یانس، سیامک نقشبندی، مالک میرهاشمی، محی الدین غفرانی، ۱۳۷۷، تهران، انتشارات سخن، چاپ سوم.
- ۵- باقرزاده، ف. ، روشنی، خ. ، لیلی زاده، ع. ، معطوف، م. ، موسوی، س. ، نظری، ن. (۱۳۸۲). رابطه خودبیمارانگاری و اختلالات روانی در دانشجویان. پایان نامه کارشناسی روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی-واحد اهواز.
- ۶- باوی، س. (۱۳۸۳). رابطه بین خودبیمارانگاری با حمایت اجتماعی در بین زنان و مردان شهرستان اهواز. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی-واحد اهواز.
- ۷- بهارلویی، ر. (۱۳۷۷). رابطه کمالگرایی، هماهنگی مؤلفه های خودپنداشت، جایگاه مهار با اضطراب اجتماعی در دانشجویان با توجه به نقش تعدیل کننده حمایت اجتماعی. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی - واحد اهواز.

- ۸- پاکیزه، ع. (۱۳۸۷). بررسی مقایسه ای سلامت روانی دانشجویان و تأثیر فعال سازی مفهوم معنویت بر آن. مجموعه مقالات چهارمین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان، خرداد، ۱۳۸۷، دانشگاه شیراز، ص ۸۱-۸۴.
- ۹- تاجری، ب. ، بحیرایی، ا. ر. (۱۳۸۷). بررسی رابطه استرس، نگرش مذهبی و آگاهی با پذیرش کودکان پسر کم توان ذهنی در مادران. مجله پژوهش در حیطه کودکان استثنایی، سال هشتم، شماره دوم، صص: ۲۲۴-۲۰۵.
- ۱۰- روزنهان، دی. ال. ، سلیگمن، ام. ای. پی. (۱۳۸۲). روانشناسی نابهنجاری آسیب شناسی روانی، ترجمه یحیی سیدمحمدی، تهران، نشر ساوالان، جلد اول، چاپ چهارم.
- ۱۱- عسگری، پ. ، فرح، ن. ، شرف الدین، ه. (۱۳۸۸). رابطه اضطراب اجتماعی و حمایت اجتماعی با احساس ذهنی بهزیستی در دانشجویان زن. مجله زن و فرهنگ، سال اول، شماره دوم، زمستان ۱۳۸۸، دانشگاه آزاد اسلامی- واحد اهواز، ص ۴۸-۵۸.
- ۱۲- قائدی، غ. ح. ، یعقوبی، ح. ، امیدی، ع. ، ظفر، م. ، بخشی، ش. (۱۳۸۷). مقایسه ی سلامت روان، مکانیزم های مقابله ای، حمایت اجتماعی و احتمال خودکشی و سوء مصرف مواد در دانشجویان ورودی جدید دانشگاه شاهد در سال ۱۳۸۶. مجموعه مقالات چهارمین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان، دانشگاه شیراز، ص ۳۴۷-۳۵۰.
- ۱۳- قنوتیان، م. ، جمشیدی میانرود، ل. ، نوروزی ده میران، و. (۱۳۸۱). بررسی رابطه بین سلامت روان با تفکر پارارنوئید و حمایت اجتماعی در دانشجویان دختر و پسر دانشگاه آزاد اسلامی - واحد اهواز. پایان نامه کارشناسی روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی - واحد اهواز.
- ۱۴- مهربابی زاده هنرمند، م. ، نجاریان، ب. ، بهارلو، ر. (۱۳۷۸). رابطه کمالگرایی

و اضطراب اجتماعی در دانشجویان. مجله علمی-پژوهشی روانشناسی، سال سوم، شماره ۳، ص ۲۴۸-۲۳۱.

15-Arrindell, W. A. , Sanerman, R. , Hageman, W. J. & Pickersgill, M. J. (1991). Correlates of assertiveness in normal & clinical samples: A multidimensional approach. Behaviour Research & therapy, Vol, 12(4), 153-282.

16-Bovier. P. A, Chamot, E. & Pereger, T, V. (2006). Perceived stress, Internal resources and social support as determinants of health among young adults. Quality. F Life Research, 13: 161-170.

17-Cockerham, W. C. (2008). Medical Sociology. 10th edition. Prentice-Hall, Englewood Cliffs, N. J.

18-Dehle, C, Landers, J, E. (2005). You cant always get what you want but can you get what you need? Personality traits and social support in marriage. Journal of social and clinical psychology. 24 (7), 1051-1076.

19-Eisenhower, A. S. , Baker, B. L. , Blacher, J. (2005). Preschool children with intellectual disability: Syndrome specificity, behavior problems, and mental well-being. Journal of Intellectual Disability Research, 49, 657-671.

20-Eng, W. , Coles, M. E. , Heimberg, R. G. & Safren, S. A. (2005). Domains of life satisfaction in social anxiety disorder: Relation to symptoms and response to cognitive behavioral therapy. Journal of

۳۸ مقایسه خود بیمارانگاری، حمایت اجتماعی، اضطراب اجتماعی و سلامت عمومی ... Anxiety Disorders, 19: 143-156.

21-Garcia – Garau, E. (2004). Adolescent boys and girls show different Predispositions for eating disorders. *Woman's Health Weekly*, 6,22-94.

22-Grant, T. , Huggins, J. , Connor, P. , & Streissguth, A. (2005). Quality of life and psychosocial profile Among young women with fetal Alcohol spectrum Disorders. *Mental Health Aspects of Developmental Disability* , 8,33-39.

23-Haran, C. (2004). The real world: recognizing mental illness in young adults. Retrieved November 8, 2006, [http:// www.yourhealthportal.com/focus-faculty](http://www.yourhealthportal.com/focus-faculty).

24-Herring, S. , Gary, J. , Taffe,K. , Sweeney, D. & Eifeld, S. (2006). Behaviour and emotional problems in toddlers with pervasive developmental delay: associations with parental mental health and family functioning. *Journal of Intellectual Disability Research*, 12, 874-882.

25-Hastings, R. P. (2002). Parental stress and behaviour problems of children with developmental disability. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 27, 149-160.

26-Jacques, R. (2006). Family issues. *Psychiatry*, 5, 337-340.

27-Karademas, E. (2007). Positive and negative aspects of well-being: Common and specific predictors. *Personality and Individual*



Differences, 43,277-287.

28-Kashdan, T. B. , Julian, T. , Merritt, K. , & Uswatte, G. (2006). Social anxiety and posttraumatic stress in combat veterans: Relations to well-being and character strengths. *Behavioral Research and Therapy*, 44: 561-583.

29-Kaplan, H. I. , Sadock, B. J. , Grebb, J. A. (2003). Contributions of the psychosocial sciences to human behavior in: *Synopsis of psychiatry*. Baltimore: Williams and Wilkins, 157-206.

30-Karadimas, E. C. (2008). Self-efficacy, social support and well-being: mediating role of optimism. *Personality and Individual Differences*, 40: 1281-1290.

31-Khamis, V. (2007). Psychological distress among parents of children with mental retardation in the United Arab Emirates. *Social Science & Medicine*, 64, 850-857.

32-Kilpatric, Rosemary. (2005). Support, social, relationships and mental health. *Physical medicine and Rehabilitation*. 364-349.

33-Margalit, M. , Raviv, A. , Ankonina, D. B. (1992). Coping and coherence among parents with disabled children. *Journal of Clinical Child Psychology*, 21, 202-209.

34-McConkey, R. , Truesdale-Kennedy, M. , Chang, M. , Jarrah, S. , & Shukri, R. (2007). The impact on mothers of bringing up a child with intellectual disabilities: A cross-cultural study. *International Journal of*

Nursing Studies(in syndrome, fragile x syndrome, and schizophrenia.

Journal of Autism & Developmental Disorders, 34, 41-48.

35-Nelson, R. W. & Israel, A. C. (2000). Behavior disorders of childhood. Newjersey: Prentic-Halline.

36-Rajers, K. (2005). Irrational beliefs and anxiety. Http: //www. rajers. persionblog. com (4,5,December).

37-Shin, J. , Nhan, N. V. , Crittenden, K. S. , Flory, H. D. T. & Ladinsky, J. (2006). Parenting stress of mothers of young children with cognitive delays in Vietnam. Journal of Intellectual Disability Research, 50, 748-760.

38-Taylor, C. T. , Bomyea, J. , & Amir, N. (2010). Attentional bias away from positive social information mediates: The link between social anxiety and anxiety vulnerability to a social stressor. Journal of Anxiety Disorders, 24(4): 403-408.

39-Thoits, P. A. (1980). Social support as coping assistance. Journal of consulting and clinical psychology.

40-Utesy, Shown; Lanier, Yzette; Williams, Otis; Bolden, Mark; Lee, Angela. (2006). Moderator effects of cognitive ability and social support on the relation between race-related stress and quality of life. Retrieved February 28, 2007, http: //www. allacademic. com/cultural. diversity and ethnic minority psychology.

41-Van leeuwen, M. C. , Post, W. M. , Van Asbeck, W. F. , Vander

Woude, H. V. , Groot, S. , & Lindeman, E. (2010). Social support and life satisfaction in spinal cord injury during and up to one year after inpatient rehabilitation. *Journal of psychology*, pp. 265-271.



Archive of SID