


Social Support and Mental Health: A Study among the Blind and Visually Impaired People in Kashan City

- Mohammad Ganji**  * Associate Professor of Sociology, Faculty of Humanities, Kashan University, Kashan, Iran
- Narges Nikkhah Ghamsari**  Associate Professor of Sociology, Faculty of Humanities, Kashan University, Kashan, Iran
- Amin Heydarian**  PhD student in Sociology, Kashan University, Kashan, Iran
- Masoud Ghaffari**  PhD in Sociology, Kashan University, Kashan, Iran

Extended Abstract:

1. Introduction

Without visual perception, an individual's perception of their surrounding society will be different. This difference can lead to emotional, behavioral, and social problems such as incompatibility, limited social activity, lack of love and intimacy towards others, depression, and a weak sense of self-worth, which can threaten their mental health. Based on social cognitive approaches to health, mental health is not just a biological or psychological phenomenon but also has social dimensions. The main objective of this study is to investigate the theoretical and empirical relationship between social support and mental health among blind and visually impaired individuals in Kashan city. Accordingly, the questions of this research are: What is the level of mental health among blind and visually impaired individuals in Kashan city? To what extent are blind and visually impaired individuals in Kashan city receiving various types of social support? And can social support have an impact on the mental health of blind and visually impaired individuals in Kashan city? In general, the hypotheses of this study are that there is a positive relationship between “family support”, “friend support”, “significant other support”, and “social support (total dimensions)” and “mental health” among blind and visually impaired individuals.

* Corresponding Author: m.ganji@kashanu.ac.ir

How to Cite: Ganji, M.; Nikkhah Ghamsari, N.; Heydarian, A.; Ghaffari, M. (2026). Social Support and Mental Health: A Study among the Blind and Visually Impaired People in Kashan City, *Journal of Counseling and Psychotherapy Culture*, 17(65), 227-253. DOI: 10.22054/qccpc.2025.80828.3341

2. Literature Review

Previous empirical studies have shown a relationship between the concepts of social support and the mental health of individuals. According to sociological approaches, supportive actions from family, friends, and others can significantly enhance the social aspect of mental health, thereby leading to emotional and psychological well-being. A review of previous studies in Iran indicates that despite the high prevalence of research on mental health, there has been limited empirical research on the mental health of blind and visually impaired individuals. Furthermore, the existing studies have primarily focused on psychological analyses and explanations from a micro-level perspective, while paying less attention to the social determinants of mental health for individuals with visual impairments.

3. Methodology

The survey method was employed to answer the research questions and test the hypotheses. The target population included all blind and visually impaired individuals who were members of the blind community in Kashan city during the data collection period (summer 2022), totaling 652 individuals. Using Sample Power software, a sample size of 211 was determined and selected. The research instrument was a researcher-made questionnaire. After establishing face validity, reliability was estimated using Cronbach's alpha and composite reliability coefficients. For this purpose, 35 questionnaires were used in the preliminary test phase. Since the obtained coefficients for all variables were above 0.7, it can be concluded that the questionnaire used in this study was a reliable and valid tool.

4. Results

The descriptive findings indicate that the mean of the variables “family support”, “significant other support,” and “mental health” were higher than the median, indicating that these variables are reported at an above-average level. However, the mean of the variables “friend support”, and “social support (total dimensions)” were lower than the median, indicating a below-average situation for these variables. The results of hypothesis testing show that there is a significant and direct relationship between the variables of “family support”, “friend support”, “significant other support”, and “social support (total dimensions)”, on the one hand, and “mental health”, on the other, at a confidence level of 99%. Moreover, the results of multiple regression analysis indicate that three independent variables out of four that had a significant correlation with mental health in the correlation test are present in the regression equation. These variables are, in order, “friend support”, “family support”, and “significant other support”. Overall, considering the standardized beta coefficients, the effect of “friend support” ($\beta = .38$) was the strongest, followed by “family support” ($\beta = .23$), and

“significant other support” ($\beta = .16$). Therefore, the variable “friend support” has the highest direct effect, and the variable “significant other support” has the lowest direct effect among the significant independent variables in the regression model.

To develop the empirical model, a structural equation modeling approach was used. In this model, the variables of “family support” (with 4 items); “friend support” (with 4 items); “significant other support” (with 4 items); “social support” (with 12 items from all dimensions); “emotional well-being” (with 3 items); “mental well-being” (with 6 items); “social well-being” (with 5 items); and “mental health” (with 14 items from all dimensions) were present, and most of the factor loadings of the items exceeded 0.5 (Figure 1). Then, using the bootstrapping method, the significance of the estimated path coefficients for each variable was examined.

Figure 1. Structural Model of the Relationship Between Social Support and Mental Health

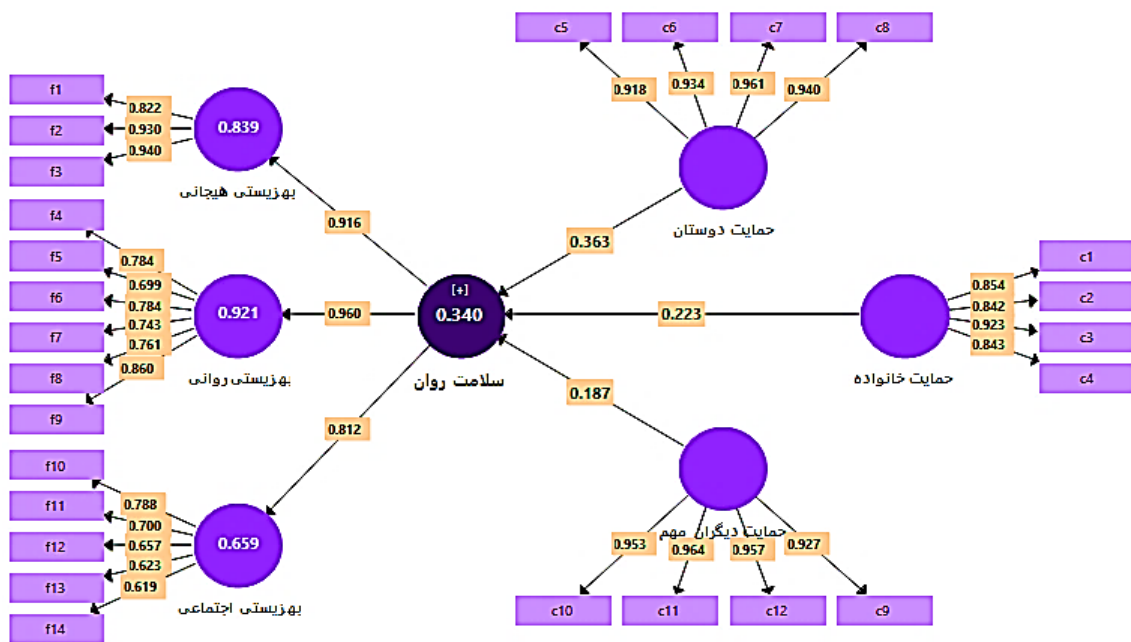


Table 1. Evaluation of the Internal Model of the Research Based on the Significance of Direct Effects

Variables	Path coefficients	T	Sig.	Result
Friend support	0.363	5.989	0.000	Confirmed
Family support	0.223	3.066	0.002	Confirmed
Significant other support	0.187	2.410	0.016	Confirmed

Results show that all path coefficients are significant. Additionally, the estimate of

effect size (f^2) and predictive power (Q^2) of the structural model indicate that the effect size of the variable “friend support” is moderate (0.175) and other variables have a low effect size. Furthermore, the predictive power of the model is moderate with a value of 0.164. Finally, the general fit index of the model (SRMR) is 0.09, indicating a good fit.

5. Conclusion

Overall, the evidence obtained confirms all research hypotheses, which is consistent with previous studies and theoretical discussions. In particular, the variable of social support is of great importance. This indicates that friends, through their tangible support in providing suggestions and information, and by creating a sense of reassurance, strengthen the individual's sense of worth and help improve their mental health. This can be rooted in the tendency of visually impaired individuals towards intra-group interactions and friendships, especially among members of their community. In other words, here we are faced with the link and cohesion of visually impaired individuals and individuals with low vision as a factor in mutual understanding. Therefore, the results suggest that social support and peer support have a significant impact on this group.

Acknowledgments

The researchers of this article would like to express their utmost gratitude and appreciation to the blind and visually impaired community of Kashan city, as well as all questionnaire respondents and participants in this study.

Keywords: Mental Health, Social Support, Family Support, Friend Support, Significant Others Support.



حمایت اجتماعی و سلامت روان: مطالعه‌ای در میان نابینایان و کم‌بینایان شهر کاشان

محمد گنجی * | دانشیار جامعه‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه کاشان، کاشان، ایران

نرگس نیکخواه قمصری | دانشیار جامعه‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه کاشان، کاشان، ایران

امین حیدریان | دکترای جامعه‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه کاشان، کاشان، ایران

مسعود غفاری | دکترای جامعه‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه کاشان، کاشان، ایران

چکیده

سلامت روان نابینایان و کم‌بینایان، به وضعیت عمومی و عاطفی اشاره دارد که فرد را به واسطه آسیب بینایی در معرض افزایش استرس و اضطراب، احساس تنهایی و احساس ناتوانی قرار می‌دهد. در این شرایط، برخورداری از حمایت‌های اجتماعی به‌عنوان یکی از مهم‌ترین تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت روان به شمار می‌رود. هدف اصلی پژوهش حاضر مطالعه رابطه بین حمایت اجتماعی و سلامت روان نابینایان و کم‌بینایان شهر کاشان است. روش این پژوهش از نوع پیمایشی و جامعه آماری آن شامل اعضای جامعه نابینایان و کم‌بینایان شهر کاشان (برابر با ۶۵۲ نفر) است، که از این میان تعداد ۲۱۱ نفر به‌عنوان حجم نمونه آماری انتخاب شده‌اند. نتایج آزمون فرضیه‌ها نشان می‌دهد که بین متغیرهای «حمایت خانواده»، «حمایت دوستان»، «حمایت دیگران مهم» و «حمایت اجتماعی (مجموع ابعاد)» با متغیر «سلامت روان» ارتباط مستقیمی در سطح اطمینان ۹۹ درصد وجود دارد. همچنین، نتایج حاصل از تحلیل چندمتغیره رگرسیونی، بیان‌گر تأثیر مستقیم «حمایت دوستان»، «حمایت خانواده» و «حمایت دیگران مهم» بر متغیر سلامت روان بود که به‌طور کلی توانسته‌اند ۳۴ درصد از واریانس متغیر وابسته را تبیین نمایند. به‌علاوه، نتایج مدل‌یابی معادله ساختاری واریانس محور بیان‌گر آن است که حجم اثر متغیر «حمایت دوستان» در حد متوسط و سایر متغیرها در حد کم است. در مجموع، توان پیش‌بینی‌کنندگی مدل در سطح متوسط ارزیابی شده است. این مقاله با ارائه پیشنهادهایی جهت تقویت حمایت‌های اجتماعی از نابینایان و کم‌بینایان و نیز ارتقاء سطح سلامت روان آن‌ها به پایان می‌رسد.

کلیدواژه‌ها: سلامت روان، حمایت اجتماعی، حمایت خانواده، حمایت دوستان، حمایت دیگران مهم، جامعه نابینایان و کم‌بینایان کاشان.

مقدمه

سلامت روان مفهومی است که برای توصیف سطوح شناختی و هیجانی رفاه و آسایش و نیز عدم اختلال روانی به کار می‌رود (کردگار و جاویدی، ۱۳۹۶). سازمان بهداشت جهانی، سلامت روان را قابلیت ارتباط موزون و هماهنگ با دیگران، تغییر و اصلاح محیط فردی و اجتماعی و حل تضادها و تمایلات شخصی به‌طور منطقی، عادلانه و مناسب تعریف کرده و بیان می‌دارد که سلامت روان، صرفاً نداشتن بیماری‌های روانی نیست، بلکه توان واکنش در برابر انواع گوناگون تجربیات زندگی به‌صورت انعطاف‌پذیر و معنادار است (ریاحی، علی‌وردی‌نیا و پورحسین، ۱۳۸۹). سلامت روان عبارت است از وضعیتی که در ضمن آن، فرد، توانایی بالقوه خود را برای انجام دادن وظایف شخصی و اجتماعی به کار گرفته و در نتیجه این وضعیت، هم به بالفعل کردن استعدادهای درونی اقدام کرده و هم قادر شده است که با اجتماع کنار بیاید (جرفی، ۱۴۰۴). از این رو، سلامت روان بخشی تفکیک‌ناپذیر از سلامت و بهزیستی فردی و اجتماعی قلمداد می‌شود (فیاض، قاسمی، حسینی، فیاض و مصلحی، ۱۴۰۴).

طی سال‌های گذشته، ابعاد و مؤلفه‌های مفهوم سلامت روان نیز همچون دیدگاه‌های نظری پیرامون آن، از گوناگونی و تنوع قابل ملاحظه‌ای برخوردار بوده است. برای مثال، گلدبرگ^۱ و هیلیر^۲ (۱۹۷۹) با تأکید بر سنجش ضعف سلامت روان، از خرده‌مقیاس‌هایی نظیر «نشانه‌های جسمانی»، «اضطراب و بی‌خوابی»، «اختلال کارکرد اجتماعی» و «افسردگی شدید» در پرسشنامه خود بهره می‌برند؛ اما ریف^۳ (۱۹۹۵) بر مبنای مطالعات خود، شش عامل اصلی را در تعریف سلامت روان شناسایی نموده که عبارت‌اند از پذیرش خود، داشتن رابطه مثبت با دیگران، داشتن استقلال شخصیتی، داشتن تسلط بر محیط، دارا بودن هدف در زندگی و رشد فردی. در این میان، کی‌یس^۴ (۲۰۰۵) با رویکردی جدید خود تلاش نمود تا با مطرح نمودن الگویی جامع از سلامت روان، بر ترکیبی از دو بعد عدم وجود بیماری روانی و نیز برخورداری از سطوح مطلوبی از بهزیستی هیجانی و روانی تأکید کند. در مدلی که او ارائه می‌دهد، پژمردگی روانی شامل افرادی می‌شود که اگرچه دچار بیماری روانی نیستند، اما از سطوح بهزیستی روانی پایینی برخوردارند. همچنین، شکوفایی روانی افرادی را دربر می‌گیرد که مبتلا به بیماری روانی نیستند، اما سطوح بهزیستی روانی بالایی دارند.

به سبب وجود یک رویکرد غالب محیط‌نگر در دهه ۱۹۶۰ میلادی، محیط علت اصلی ناراحتی‌های فیزیکی و روانی محسوب می‌شد و یکی از متغیرهای اجتماعی که مورد نظر محققان قرار گرفت، حمایت اجتماعی بود.

-
1. Goldberg, D. P.
 2. Hillier, V. F.
 3. Ryff, C. D.
 4. Keyes, C.

درواقع، انتظار می‌رفت که حمایت اجتماعی بتواند توضیح دهد که چرا عده‌ای از مردم در برابر استرس‌ها ضعیف ظاهر می‌شوند، درحالی‌که عده‌ای دیگر، با وجود آنکه به همان اندازه دچار استرس می‌گردند، در برابر آن از خود مقاومت نشان می‌دهند. پس از آن، مطالعات تجربی تأیید نمودند افرادی که بیشتر در محیط‌های حمایت‌گرانه به سر می‌برند، از لحاظ روانی نیز نسبت به سایر افراد در وضعیت بهتری قرار دارند، چرا که حمایت اجتماعی اثر مستقیمی بر سلامت روان فرد، خانواده و جامعه دارد (فروغی، ۱۳۸۹). شواهد فزاینده‌ای وجود دارد که حاکی از نقش حمایت اجتماعی در سلامت جسمی و روانی است. لذا در سال‌های گذشته پژوهشگران علاقه زیادی به این مفهوم نشان داده‌اند (بیانی، امیر احمدی و اسماعیلی، ۱۴۰۲).

حمایت اجتماعی به‌عنوان ساختار شبکه اجتماعی فرد، منابع آشکاری که روابط بین فردی ممکن است فراهم کنند و نیز کارکردهای حمایتی این روابط بین فردی تعریف شده است (نوریس^۱، دیدیموس^۲ و کایسلر^۳، ۲۰۲۵). درواقع حمایت اجتماعی، از طریق ایفای نقش واسطه‌ای میان عوامل تنش‌زای زندگی و بروز مشکلات جسمی و روانی و همچنین تقویت شناخت افراد، باعث کاهش تنش شده و میزان بقا و سطح کیفیت زندگی را در افراد افزایش می‌دهد (عبود و مهاجران، ۱۴۰۴).

دایمتهو^۴ (۱۹۹۱) حمایت اجتماعی را دریافت کمک یا حمایت از جانب افرادی نظیر دوستان، خانواده و همسایگان به شمار می‌آورد که می‌تواند به‌صورت مادی و یا غیرمادی (یادآوری‌هایی مبنی بر ارزشمندی شخص) باشد؛ به‌عبارت‌دیگر، حمایت اجتماعی به رفتارها یا نگرش‌های نوع‌دوستانه‌ای اشاره دارد که فرد از سوی خانواده و محیط اجتماعی خود دریافت می‌کند و این امر به ارتقای کارکرد اجتماعی و تعاملات اجتماعی او یاری می‌رساند (مانیتسا^۵ و دویکو^۶، ۲۰۲۰). به اعتقاد سارافینو (۱۴۰۱) نیز حمایت اجتماعی به مراقبت، محبت، عزت، تسلی و کمکی اطلاق می‌شود که سایر افراد یا گروه‌ها به فرد عرضه می‌کنند. این حمایت را ممکن است منابع گوناگونی مانند همسر، خانواده، اقوام، دوستان، همکاران، پزشکان یا سازمان‌های اجتماعی به عمل آورند. درمجموع، حمایت اجتماعی سازه‌ای چندبعدی بوده و ناظر به ادراک فرد از موردحمایت قرار گرفتن، دوست داشته شدن و ارزشمند بودن است (غلامی جم، تکفلی، کمالی، اسلامیان، علوی و علی‌نیا، ۱۳۹۷). سارافینو (۱۴۰۱) با بررسی مطالعات گذشته، پنج نوع از حمایت اجتماعی را تشخیص می‌دهد که عبارت‌اند از: ۱. حمایت عاطفی (ابراز همدردی، توجه، محبت و علاقه نسبت به فرد)، ۲. حمایت ارزشی (ابراز احترام، تشویق یا موافقت

1. Norris, L. A.
2. Didymus, F. F.
3. Kaiseler, M.
4. DiMatteo, M. R.
5. Manitsa, L.
6. Doikou, M.

با نظرها یا احساسات فرد و ارزیابی مثبت فرد)، ۳. حمایت مادی (کمک‌های مستقیم مالی یا خدماتی به فرد)، ۴. حمایت اطلاعاتی (توصیه کردن، پیشنهاد دادن یا جهت دادن به زندگی شخص) و ۵. حمایت شبکه‌ای (احساس عضویت در گروهی با علائق و فعالیت‌های اجتماعی مشترک).

حمایت اجتماعی مطلوب می‌تواند احساس تنهایی را کاهش داده یا موجب رضایت از زندگی شود (قائدی و یعقوبی، ۱۳۸۷) و یا استرس را در افراد کاهش دهد (همتی راد و سپاه‌منصور، ۱۳۸۷) و سلامت روان فرد را بهبود بخشد. همچنین، شبکه تعاملات و حمایت اجتماعی عوامل مهمی برای تجربه‌های مثبت و دریافت پاداش محسوب می‌شوند که سرانجام به احساس خودارزشمندی و عزت‌نفس افراد منجر می‌گردند (خباز، بهجتی و ناصری، ۱۳۹۰). حمایت اجتماعی به‌طور فزاینده‌ای به‌عنوان یک منبع مهم برای ارتقای بهزیستی روان‌شناختی به شمار می‌رود (جعفری، تجلی، قنبری‌پناه و شهرياری احمدی، ۱۴۰۲). به در همین رابطه، ورنر^۱ (۲۰۰۵) تأکید می‌کند که عزت‌نفس و خودکارآمدی، بیشتر از هر چیز دیگری از طریق روابط حمایتی ارتقاء پیدا می‌کنند. در مجموع، افراد دارای تجربه فقدان و ناکامی، در صورت بهره‌مندی از حمایت اجتماعی، به توان بالاتری در سازگاری خود با شرایط بحرانی دست می‌یابند. از این رو، حمایت اجتماعی به‌مثابه مانعی در برابر آسیب‌های روانی و جسمانی و استرس‌های زندگی عمل می‌کند (پورآقا رودبرده، کافی و رضایی، ۱۳۹۱).

به‌طور کلی، مفروضاتی که به بیان کیفیت رابطه بین حمایت اجتماعی و سلامت روان می‌پردازند عبارت‌اند از فرضیه تأثیرات مستقیم و فرضیه محافظت. فرضیه تأثیرات مستقیم اعلام می‌دارد که حمایت اجتماعی در مواقع غیر استرس‌زا و همین‌طور استرس‌زا عموماً مفید است (تیلور، ۱۳۹۹). به باور فلمینگ^۲ و باوم^۳ (۱۹۸۶) حمایت اجتماعی، زمینه عضویت بیشتر افراد در شبکه‌های اجتماعی گوناگون (دوستی، خانوادگی و همسایگی) را فراهم آورده و سطح سلامت را ارتقاء می‌دهد. آن‌ها در مدل نظری خود، بیان می‌کنند که صرف برخورداری از حمایت اجتماعی برای سلامتی مفید بوده و فقدان چنین حمایتی با پیامدهای منفی بر سلامتی همراه است. در مقابل، رویکرد تأثیر غیرمستقیم یا فرضیه سپر (ضربه‌گیر)، عنوان می‌کند حمایت اجتماعی عمدتاً زمانی که سطح استرس شخص بالاست بر سلامت روان مؤثر است (تیلور، ۱۳۹۹). مطابق این نظریه، حمایت اجتماعی از افراد در برابر بیماری‌ها و رویدادهایی که فشار روانی را تشدید می‌کنند محافظت می‌کند.

آسیب‌بینایی، اصطلاحی کلی است که طیف متنوعی از اختلالات مرتبط با بینایی از نابینایی مطلق تا کم‌بینایی را در برمی‌گیرد؛ اما به‌طور کلی، می‌توان نابینایی را عدم توانایی فرد در دیدن و تشخیص تصاویر و اشیاء

1. Werner, E. E.
2. Fleming, R.
3. Baum, A.

تعریف نمود. بر اساس گزارش سازمان بهداشت جهانی، در حال حاضر نزدیک به ۲۹۰ میلیون فرد دارای آسیب‌های بینایی در سراسر جهان وجود دارد که حدود یک‌پنجم این جمعیت را نابینایان و بقیه را افراد کم‌بینا و مبتلا به سایر اختلالات بینایی تشکیل می‌دهند. در این میان، ۲۲۳ هزار و ۲۰۹ فرد دارای آسیب‌های بینایی تحت پوشش سازمان بهزیستی ایران قرار دارند که ۱۳/۵ درصد معلولان کشور را تشکیل می‌دهند (سازمان بهزیستی کشور، ۱۴۰۲). همچنین مطابق با آمارهای ارائه‌شده از سوی جامعه نابینایان و کم‌بینایان کاشان، این مرکز ۶۵۲ عضو دارد که از این تعداد، ۲۴ درصد نابینا و ۵۴ درصد کم‌بینا هستند. سایر اعضا نیز به عارضه یک چشمی و نیمه‌بینا مبتلا هستند (جامعه نابینایان و کم‌بینایان کاشان، ۱۴۰۰).

بررسی مطالعات تجربی پیشین در ایران نشان می‌دهند که این تحقیقات غالباً معطوف به مطالعه شرایط، اقدامات و انتخاب‌های افراد بدون آسیب جسمانی بوده و موضوعات مرتبط با سلامت روانی و اجتماعی گروه‌های خاص و افراد معلول به‌ویژه نابینایان کمتر مورد توجه قرار گرفته‌اند (گنجی، نیکخواه قمصری، حامی کارگر و غفاری، ۱۴۰۱). از این رو با توجه به کاستی‌های مطالعاتی موجود در این زمینه، ضرورت دارد تا به بررسی و واکاوی هرچه بیشتر ابعاد و زوایای سلامت گروه‌های خاص از جمله نابینایان و کم‌بینایان پرداخته شود. در همین راستا، مرتبط‌ترین شواهد تجربی حاکی از آن هستند که بین حمایت اجتماعی و سلامت روان دانشجویان (ریاحی و همکاران، ۱۳۸۹)، سلامت روانی والدین کودکان نابینا و ناشنوا (بحری، دهقان منشادی و دهقان منشادی، ۱۳۹۳؛ غلامی‌جم، تکفلی، کمالی، اسلامیان، علوی و علی‌نیا، ۱۳۹۷)، ابعاد روانی و اجتماعی کیفیت زندگی معلولین جسمی حرکتی (خسروی، راهب، عرشی و اقلیما، ۱۳۹۴؛ فراهانی، محمدیان، ملک‌پور و عابدی، ۱۳۹۷) رابطه مستقیم وجود دارد.

اما مروری بر پژوهش‌های صورت گرفته در جهان بیان‌گر دقت و تمرکز بیشتری است که این مطالعات در بررسی رابطه بین ابعاد گوناگون حمایت اجتماعی با سلامت روان افراد نابینا داشته‌اند. برای نمونه سیمارلی^۱ و برنر^۲ (۲۰۰۵) در بررسی سلامت نابینایان، استدلال می‌کنند که بیشترین فراوانی در بعد حمایت اجتماعی مثبت، به دریافت حمایت عملی از اعضای خانواده اختصاص داشته و بیشترین فراوانی در بعد حمایت اجتماعی منفی (کمبود حمایت) به نادیده گرفتن توانایی‌های پاسخگویان تعلق داشته است. نتایج پیمایش گرت^۳ و سمدما^۴ (۲۰۱۱) نیز بیان‌گر آن است که بین متغیرهای حمایت اجتماعی، افسردگی و رضایت از زندگی با متغیر احساس سلامتی (در ابعاد جسمی، روانی، اقتصادی، خانوادگی و اجتماعی) بزرگ‌سالان دارای اختلالات بینایی رابطه

1. Cimarolli, V. R.
2. Boerner, K.
3. Guerette, A. R.
4. Smedema, S. M.

معناداری وجود دارد. پینکوآرت^۱ و فایفر^۲ (۲۰۱۱) در یک مطالعه مروری فراتحلیل با بررسی ۱۹۸ پژوهش به این نتیجه رسیدند که افراد (به‌ویژه سالمندان) دارای اختلالات بینایی، نسبت به افراد عادی، احساس کیفیت زندگی و سلامت روانی کمتری را تجربه می‌کنند. در این میان، عواملی نظیر مداخلات حمایت‌گرانه روان‌شناختی و پیشرفت در درمان و فناوری‌های کم‌بینایی هم نقش مهمی در کاهش اثرات منفی دارند.

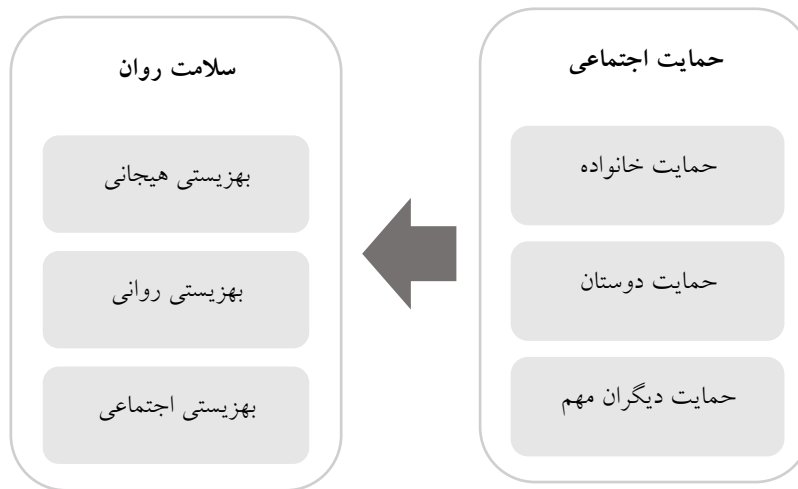
یافته‌های مطالعه کدا^۳، مانما^۴، یمین^۵، میتسوئی^۶، آندو^۷، جسمین^۸ و تکدا^۹ (۲۰۱۹) در ژاپن حاکی از آن است که بین حمایت اجتماعی دریافت شده از سوی خانواده و سلامت روان ورزشکاران کم‌بینا رابطه وجود دارد. همچنین، یافته‌های تحقیق پاپادوپولوس^{۱۰} و پاپاکونستانتینو^{۱۱} (۲۰۲۰) نشان می‌دهد پاسخگویی که حمایت اجتماعی عملی مثبت بیشتری از دوستان خود دریافت کرده بودند، علائم افسردگی کمتری را گزارش کردند. علاوه بر این، علائم افسردگی کمتر با دریافت حمایت اجتماعی عملی منفی کمتری نیز همراه بود. کنگ^{۱۲}، گائو^{۱۳}، شو^{۱۴}، شائو^{۱۵}، ما^{۱۶}، هه^{۱۷}، ژانگ^{۱۸}، شو^{۱۹} و کو^{۲۰} (۲۰۲۱) معتقدند که دانشجویان کم‌بینایی که در معرض خطر افزایش تنهایی قرار دارند آسیب‌پذیرتر از سایرین هستند و در این میان، دو متغیر وضعیت اختلال بینایی و ارتباط با والدین به‌طور قابل‌توجهی با احساس تنهایی مرتبط هستند. امرسون^{۲۱}، فورچون^{۲۲}، لولین^{۲۳} و استنکلیف^{۲۴} (۲۰۲۱) نیز در یک تحلیل ثانویه به این نتیجه رسیدند که افراد دارای ناتوانی به‌طور قابل‌توجهی بیشتر از افراد غیر معلول، سه شاخص تنهایی، ضعف حمایت اجتماعی ادراک‌شده و انزوای اجتماعی مذکور را تجربه

-
1. Pinquart, M.
 2. Pfeiffer, J. P.
 3. Kohda, Y.
 4. Monma, T.
 5. Yamane, M.
 6. Mitsui, T.
 7. Ando, K.
 8. Jesmin, S.
 9. Takeda, F.
 10. Papadopoulos, K.
 11. Papakonstantinou, D.
 10. Kong, L.
 11. Gao, Z.
 12. Xu, N.
 13. Shao, S.
 14. Ma, H.
 15. He, Q.
 16. Zhang, D.
 17. Xu, H.
 18. Qu, H.
 19. Emerson, E.
 20. Fortune, N.
 21. Llewellyn, G.
 22. Stancliffe, R.

کردند و از میان شاخص‌های تعامل اجتماعی ضعیف، تنهایی بیشترین تأثیر را در کاهش سلامت عمومی معلولان داشته است. نکته‌ای که توسط ون مونستر^۱، ون در آ^۲، ورستراتن^۳ و ون نیسپن^۴ (۲۰۲۱) نیز مورد تأیید قرار گرفته است. آن‌ها در مطالعه خود به شاهدی دست یافتند که نشان می‌دهد اختلال بینایی و نابینایی می‌توانند مستقیماً بر ناتوانی جسمی و محدودیت در فعالیت‌های روزمره تأثیر بگذارند و منجر به افزایش علائم افسردگی و اضطراب شوند. اخیراً نیز چوی^۵ (۲۰۲۴) در پژوهش خود به این نتیجه می‌رسد که نابینایی به‌عنوان یک وضعیت مزمن شدید بر وضعیت روان‌شناختی فرد تأثیر می‌گذارد. با توجه به تأثیر محدودیت در فعالیت‌های اجتماعی و وظایف روزانه و کاهش ورودی‌های اطلاعات دیداری قابل‌دسترس، می‌توان علائم شدید افسردگی در این گروه را درک کرد.

بر اساس پیشینه نظری و شواهد تجربی که در بالا مرور شد، می‌توان الگوی مفهومی زیر را برای هدایت پژوهش حاضر ارائه نمود. این الگو پیشنهاد می‌کند که حمایت اجتماعی به‌طور مستقیم به‌عنوان یک عامل مهم در حفظ و ارتقای سلامت روان در میان افراد دچار اختلالات بینایی عمل می‌کند (شکل ۱).

شکل ۱. الگوی مفهومی پژوهش



به‌طور کلی، نتایج مطالعات پیشین نشان‌دهنده تأثیر چندوجهی حمایت اجتماعی بر سلامت روان افراد دارای آسیب بینایی است. این تأثیر در ابعاد مختلف زندگی فردی، خانوادگی و اجتماعی این افراد قابل مشاهده است. با این حال، علی‌رغم وجود شواهد تجربی متنوع در سطح جهان، در ایران مطالعات محدودی به‌طور خاص به

1. van Munster, E. P. J.
2. van der Aa, H. P. A.
3. Verstraten, P.
4. van Nispen, R. M. A.
5. Choi, S.

بررسی این رابطه در میان نابینایان و کم‌بینایان پرداخته‌اند. این کمبود مطالعاتی، اهمیت انجام پژوهش‌های بیشتر برای بررسی دقیق‌تر ابعاد مختلف حمایت اجتماعی و تأثیر آن بر سلامت روان این گروه خاص را برجسته می‌سازد.

از آنجاکه آسیب‌های بینایی می‌تواند محدودیت‌های قابل توجهی در تعاملات اجتماعی و استقلال فردی ایجاد کند، درک چگونگی تأثیر منابع حمایتی مختلف (خانواده، دوستان و دیگران مهم) بر سلامت روان این افراد، می‌تواند به طراحی مداخلات مؤثرتر برای ارتقای کیفیت زندگی آنان منجر شود. علاوه بر این، با توجه به افزایش روزافزون جمعیت دارای اختلالات بینایی در جهان و ایران، ضرورت مطالعه نظام‌مند عوامل مؤثر بر سلامت روان این افراد بیش‌ازپیش احساس می‌شود. پژوهش حاضر با تمرکز بر جامعه نابینایان و کم‌بینایان شهر کاشان، به دنبال کمک به پر کردن این خلأ پژوهشی است. نتایج این پژوهش می‌تواند علاوه بر افزودن به دانش نظری درباره رابطه بین حمایت اجتماعی و سلامت روان در افراد دارای آسیب بینایی، رهنمودهای کاربردی مهمی برای متخصصان توان‌بخشی، مددکاران اجتماعی، روان‌شناسان، سیاست‌گذاران و خانواده‌های افراد نابینا و کم‌بینا فراهم آورد و به بهبود برنامه‌های حمایتی و ارتقای کیفیت زندگی این گروه کمک کند.

به‌طور کلی پرسش اصلی پژوهش حاضر بیان می‌دارد که آیا بین دریافت حمایت‌های اجتماعی (نظیر حمایت خانواده، دوستان و دیگران مهم) و سطح سلامت روان نابینایان و کم‌بینایان شهر کاشان رابطه مستقیم وجود دارد؟ که در ذیل آن به سنجش میزان هر یک از مفاهیم مذکور و ابعاد آن‌ها نیز پرداخته می‌شود.

روش

روش پژوهش حاضر از نوع پیمایشی و جامعه‌آماری آن شامل تمامی نابینایان و کم‌بینایانی است که در عضویت جامعه نابینایان شهر کاشان بوده‌اند. برابر آمارهای اعلام شده از سوی جامعه نابینایان کاشان، تعداد نابینایان این شهر برابر با ۶۵۲ نفر است. همچنین، تعیین حجم نمونه با استفاده از نرم‌افزار سمپل پاور^۱ صورت گرفته است. جهت برآورد حجم نمونه از پارامتر «همبستگی» (مبتنی بر فرضیه اصلی پژوهش) استفاده شده است. پیش‌فرض‌های تعیین حجم نمونه در نرم‌افزار عبارت‌اند از: ۱. احتمال خطای نوع اول (آلفا) حداکثر ۰/۰۵ باشد، ۲. احتمال خطای نوع دوم (بتا) حداکثر ۲۰ درصد باشد (توان آزمون: ۰/۸۰) و ۳. حجم نمونه در سطحی قرار گیرد که توان تشخیص حداقل ۰/۰۵ همبستگی در جامعه آماری را داشته باشد. در نهایت، نرم‌افزار تعداد ۲۱۰ نمونه را برآورد نموده است.

روش نمونه‌گیری این پژوهش از نوع نمونه‌گیری غیر احتمالی و به صورت سهمیه‌ای است. شیوه نمونه‌گیری مطالعه حاضر به این شکل بوده که ابتدا تعداد ۲۲۰ پرسشنامه به پرسشگران ارائه گردید و پس از انجام فرایند گردآوری داده‌ها، پرسشنامه‌های فاقد اعتبار و ناقص حذف گردیدند. در انتها تعداد ۲۱۱ پرسشنامه جهت تجزیه و تحلیل‌های آماری انتخاب شدند. محاسبات آماری این تحقیق با استفاده از نرم‌افزارهای SPSS26 و Smart PLS3 انجام شده است.

لازم به ذکر است که به سبب ناتوانی پاسخگویان در بینایی، پرسشنامه‌ها به صورت شفاهی (در جلسات حضوری در دفتر جامعه نابینایان و کم‌بینایان کاشان و یا تلفنی) و توسط پرسشگران برای پاسخگویان خوانده و تکمیل شده‌اند. همچنین برای پاسخگویان با ناتوانی‌های چندگانه (نظیر برخورداری هم‌زمان از ناتوانی‌های بینایی و ذهنی)، پرسش‌ها در صورت لزوم ساده‌سازی شده و ضمن حفظ محتوا، با مثال‌های ملموس ارائه گردید تا اطمینان حاصل شود که درک مناسبی از آن‌ها دارند. برای پاسخگویانی که هم نقص بینایی و هم نقص شنوایی داشتند، از پرسشگر با مهارت ویژه استفاده شده است. تمامی مصاحبه‌ها با شرکت کنندگانی که دارای ناتوانی‌های چندگانه بودند، به صورت حضوری انجام شده است.

لازم به ذکر است که مدل اندازه‌گیری مطالعه حاضر با استفاده از ۷ متغیر پنهان در قالب یک مدل اندازه‌گیری انعکاسی بوده است. جهت برآورد اعتبار مدل در سطح متغیرهای پنهان از دو معیار اعتبار هم‌گرا بر اساس شاخص AVE^۱ و اعتبار ممیز بر اساس شاخص نسبت HTMT^۲ استفاده شده است. از آنجا که مقدار اعتبار هم‌گرا برای تمامی متغیرها بالاتر از حدنصاب ۰/۴ و مقدار اعتبار ممیز برای تمامی متغیرها در ماتریس کمتر از ۱ بوده می‌توان نتیجه گرفت که متغیرهای پنهان مدل از اعتبار هم‌گرا و ممیز مناسبی برخوردارند. به‌منظور برآورد میزان اعتماد مدل اندازه‌گیری، از ضریب قابلیت اعتماد ترکیبی^۳ استفاده شده است. مقدار این ضریب برای تمامی متغیرها، بالاتر از حدنصاب در نظر گرفته شده (۰/۷) قرار داشته است که نشان از مطلوبیت میزان قابلیت اعتماد ابزار سنجش متغیرها دارد. در ادامه به بررسی دقیق‌تر ابزارهای سنجش تجربی پژوهش پرداخته شده است.

ابزارهای پژوهش

چک‌لیست ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و زمینه‌ای: پرسش‌های این بخش به صورت محقق‌ساخته و توسط پژوهشگران تنظیم شده و شامل متغیرهای «جنس»، «سن»، «تحصیلات»، «وضعیت تأهل»، «محل سکونت»،

1. Average Variance Extracted (AVE)
2. Heterotrait-Monotrait Ratio (HTMT)
3. Composite Reliability

«وضعیت اشتغال»، «وضعیت زندگی»، «وضعیت بینایی»، «علت ناینایی یا کم‌بینایی»، «برخورداوری از سایر ناتوانی‌ها» و «احساس نگرانی از پیشروی ناتوانی» می‌شود.

پرسشنامه حمایت اجتماعی^۱: مقیاس چندبعدی حمایت اجتماعی ادراک‌شده توسط زیمت^۲، دالم^۳، زیمت^۴ و فارلی^۵ (۱۹۸۸) طراحی شده و حاوی ۱۲ گویه است. این پرسشنامه دربردارنده سه بعد «حمایت خانواده»، «حمایت دوستان» و «حمایت دیگران مهم» است. آن‌ها هر بعد را توسط ۴ گویه و با استفاده از طیف لیکرت پنج‌درجه‌ای از کاملاً مخالف تا کاملاً موافق موردسنجش قرار دادند. میزان قابلیت اعتماد (با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ) کل مقیاس در پژوهش زیمت و همکاران (۱۹۸۸) برابر با ۰/۸۸ و برای ابعاد حمایت خانواده، حمایت دوستان و حمایت دیگران مهم به ترتیب ۰/۸۷، ۰/۸۵ و ۰/۹۱ گزارش شده است. در بررسی مقدماتی ویژگی‌های روان‌سنجی این پرسشنامه در نمونه‌هایی از دانشجویان و جمعیت عمومی ایرانی ضرایب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس برابر با ۰/۹۱ و سه مؤلفه آن یعنی حمایت خانواده، حمایت دوستان و حمایت دیگران مهم به ترتیب برابر با ۰/۸۷، ۰/۸۹ و ۰/۸۳ محاسبه شد و ضرایب همسانی درونی مقیاس چندبعدی حمایت اجتماعی ادراک‌شده را مورد تأیید قرار داد (بشارت، ۱۳۸۶). در این پژوهش، میزان قابلیت اعتماد ترکیبی کل پرسشنامه حمایت اجتماعی برابر با ۰/۹۰ برآورد شده است.

پرسشنامه سلامت روان^۶: مقیاس سه‌بعدی سلامت روان توسط کی‌یس (۲۰۰۲) طراحی و ارائه شده و دارای ۱۴ گویه است. این مقیاس برگرفته از فرم بلند پیوستار سلامت بوده و شامل سه بعد «بهبودی هیجانی» (۳ گویه)، «بهبودی روانی» (۶ گویه) و «بهبودی اجتماعی» (۵ گویه) است. کی‌یس هر گویه را با استفاده از طیف لیکرت شش‌درجه‌ای (از هرگز تا هر روز) موردسنجش قرار دادند. میزان قابلیت اعتماد (با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ) کل مقیاس در پژوهش وسترهاف^۷ و کی‌یس (۲۰۱۰) برابر با ۰/۸۹ و برای ابعاد بهبودی هیجانی، بهبودی روانی و بهبودی اجتماعی به ترتیب ۰/۸۳، ۰/۸۳ و ۰/۷۴ گزارش شده است. نتایج پژوهش جهانگیری‌زاده منجیلی (۱۳۹۰) در برآورد قابلیت اعتماد فرم کوتاه پیوستار سلامت روان (با ۱۴ گویه) بر روی افراد بزرگ‌سال در شهر تهران نشان می‌دهد که میزان آلفای کرونباخ برای کل مقیاس برابر با ۰/۹۰ و برای ابعاد بهبودی هیجانی، بهبودی روانی و بهبودی اجتماعی به ترتیب ۰/۸۲، ۰/۸۴ و ۰/۷۶ بوده است. در پژوهش حاضر، میزان قابلیت اعتماد ترکیبی

1. Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS)

2. Zimet, G. D.

3. Dahlem, N. W.

4. Zimet, S. G.

5. Farley, G. K.

6. Mental Health Continuum - Short Form (MHC-SF)

7. Westerhof, G. J.

کل پرسشنامه سلامت روان برابر با ۰/۹۲ برآورد شده است.

یافته‌ها

یافته‌های توصیفی متغیرهای زمینه‌ای نشان می‌دهند که بیشترین درصد پاسخگویان از نظر «جنس» به پاسخگویان زن (با ۵۸/۳ درصد)، از نظر «سن» در گروه سنی ۳۱ تا ۴۰ سال (با ۳۰/۳ درصد)، از نظر «محل سکونت» به ساکنان شهر (با ۸۵/۸ درصد)، از نظر «وضعیت تأهل» به متأهلین (با ۶۴/۹ درصد)، از نظر «وضعیت زندگی» به صورت زندگی با همسر و فرزندان (با ۶۰/۷ درصد)، از نظر «وضعیت اشتغال» به غیرشاغلین (با ۷۳ درصد) و از نظر «میزان تحصیلات» به مقطع زیر دیپلم (با ۴۸/۸ درصد) اختصاص داشته است (جدول ۱).

جدول ۱. توصیف متغیرهای زمینه‌ای پژوهش

درصد	فراوانی	متغیر		درصد	فراوانی	متغیر	
۲۷	۵۷	شاغل	وضعیت اشتغال	۴۱/۷	۸۸	مرد	جنس
۷۳	۱۵۴	غیر شاغل		۵۸/۳	۱۲۳	زن	
۳۰/۳	۶۴	با خانواده پدری	وضعیت زندگی	۸/۵	۱۸	کمتر از ۲۰	سن
۰/۹	۲	با خانواده همسر		۱۴/۷	۳۱	۳۰ تا ۳۱	
۶۰/۷	۱۲۸	با همسر و فرزندان		۳۰/۳	۶۴	۴۰ تا ۴۱	
۵/۲	۱۱	مجردی		۲۱/۳	۴۵	۵۰ تا ۴۱	
۲/۸	۶	سایر		۲۵/۱	۵۳	بیشتر از ۵۰	
۱۲/۸	۲۷	بی سواد	میزان تحصیلات	۸۵/۸	۱۸۱	شهر	محل سکونت
۴۸/۸	۱۰۳	زیر دیپلم		۱۴/۲	۳۰	روستا	
۲۶/۵	۵۶	دیپلم		۲۷/۵	۵۸	مجرد	وضعیت تأهل
۰/۵	۱	کاردانی		۶۴/۹	۱۳۷	متأهل	
۸/۱	۱۷	کارشناسی		۴/۷	۱۰	فوت همسر	
۳/۳	۷	کارشناسی ارشد		۲/۸	۶	متارکه	
۲۴/۲	۵۱	ناتوانی حرکتی	برخورداری از سایر ناتوانی‌ها	۱۷/۱	۳۶	نابینای مطلق	وضعیت بینایی
۵/۲	۱۱	ناتوانی شنوایی		۴۱/۲	۸۷	کم‌بینا	
۴/۳	۹	ناتوانی ذهنی		۱۵/۶	۳۳	نیمه بینا	
۶۶/۴	۱۴۰	هیچ کدام		۲۶/۱	۵۵	یک چشمی	
۱۴/۲	۳۰	اصلاً	احساس نگرانی از پیشروی ناتوانی	۳۵/۵	۷۵	از ابتدای تولد	علت نابینایی یا کم‌بینایی
۵/۲	۱۱	کم		۲۵/۶	۵۴	بر اثر حادثه	
۶/۲	۱۳	تا حدی	پیشروی ناتوانی	۳۷	۷۸	بر اثر بیماری	
۱۵/۶	۳۳	زیاد					

متغیر	فراوانی	درصد	متغیر	فراوانی	درصد
سایر موارد	۴	۱/۹	خیلی زیاد	۸۴	۳۹/۸
			بدون پاسخ	۴۰	۱۹

توصیف سایر متغیرهای مرتبط با ویژگی‌های نابینایان و کم‌بینایان در جدول ۳ نشان می‌دهد که بیشترین درصد پاسخگویان از نظر «وضعیت بینایی» به وضعیت نابینای قانونی یا کم‌بینا (با ۴۱/۲ درصد)، از نظر «علت نابینایی یا کم‌بینایی» به ناتوانی بر اثر بیماری (با ۳۷ درصد) و از نظر «برخورداری از سایر ناتوانی‌ها» در وضعیت بدون هیچ ناتوانی دیگر (با ۶۶/۴ درصد) تعلق داشته است. همچنین، پاسخگویان احساس نگرانی زیادی نسبت به پیشروی ناتوانی خود داشته‌اند.

جدول ۲. آماره‌های توصیفی متغیرهای اصلی پژوهش

متغیر	حداقل	حداکثر	میانه	میانگین	انحراف معیار	میزان T	سطح معناداری
حمایت خانواده	۱	۵	۳	۳/۵۱	۱/۰۷۹	۶/۸۵۶	۰/۰۰۰
حمایت دوستان	۱	۵	۳	۲/۷۳	۱/۲۴۰	-۳/۱۷۸	۰/۰۰۲
حمایت دیگران مهم	۱	۵	۳	۳/۳۹	۱/۳۲۶	۴/۲۴۸	۰/۰۰۰
حمایت اجتماعی	۱	۵	۳	۲/۹۹	۰/۷۸۵	-۰/۱۵۳	۰/۸۷۸
بهبودی هیجانی	۱	۵	۳	۳/۳۳	۱/۰۶۶	۴/۴۲۳	۰/۰۰۰
بهبودی روانی	۱	۵	۳	۳/۴۰	۰/۸۹۳	۶/۴۳۸	۰/۰۰۰
بهبودی اجتماعی	۱	۵	۳	۳/۱۱	۰/۷۳۹	۲/۲۰۴	۰/۰۲۹
سلامت روان	۱	۵	۳	۳/۲۷	۰/۷۹۵	۴/۹۵۵	۰/۰۰۰

بر اساس جدول ۲، میانگین متغیرهای «حمایت خانواده» و «حمایت دیگران مهم»، «بهبودی هیجانی»، «بهبودی روانی»، «بهبودی اجتماعی» و «سلامت روان» بالاتر از حد میانه بوده و بنابراین، این متغیرها در سطح متوسط رو به بالا گزارش می‌شوند؛ اما میانگین متغیرهای «حمایت دوستان» و «حمایت اجتماعی» پایین‌تر از حد میانه بوده و در نتیجه نشان از ضعف حمایت در ابعاد مذکور دارد. همچنین، این جدول نشان می‌دهد که میزان T (تک نمونه‌ای) برای تمامی متغیرها (به‌غیر از متغیر حمایت اجتماعی (مجموع ابعاد) در سطح اطمینان ۹۹ درصد معنادار است.

جدول ۳. آزمون فرضیه‌های پژوهش

متغیر	حمایت خانواده	حمایت دوستان	حمایت دیگران	حمایت اجتماعی
بهزیستی هیجانی	۰/۳۷۸**	۰/۴۵۲**	۰/۴۰۰**	۰/۵۴۶**
بهزیستی روانی	۰/۳۴۶	۰/۴۸۷**	۰/۳۶۰**	۰/۵۰۱**
بهزیستی اجتماعی	۰/۳۵۱*	۰/۳۷۹**	۰/۲۸۵**	۰/۴۴۹**
سلامت روان	۰/۴۰۵**	۰/۵۰۱**	۰/۳۷۶**	۰/۵۵۵**

جدول ۳ به آزمون رابطه میان متغیرهای مستقل با متغیر سلامت روان (آزمون فرضیه‌ها) می‌پردازد. بر اساس این جدول، بین متغیرهای «حمایت خانواده»، «حمایت دوستان»، «حمایت دیگران مهم» و «حمایت اجتماعی (مجموع ابعاد)» با متغیر «سلامت روان (مجموع ابعاد)» ارتباط معنادار و مستقیمی در سطح اطمینان ۹۹ درصد وجود دارد. همچنین، در این جدول به رابطه بین متغیرهای مستقل با هر یک از ابعاد متغیر سلامت روان نیز اشاره شده است. به‌منظور محاسبه معادله پیش‌بینی میزان سلامت روان از تکنیک رگرسیون گام‌به‌گام استفاده شده است (جدول ۴).

جدول ۴. عناصر اصلی تحلیل رگرسیونی برای پیش‌بینی سلامت روان نابینایان و کم‌بینایان

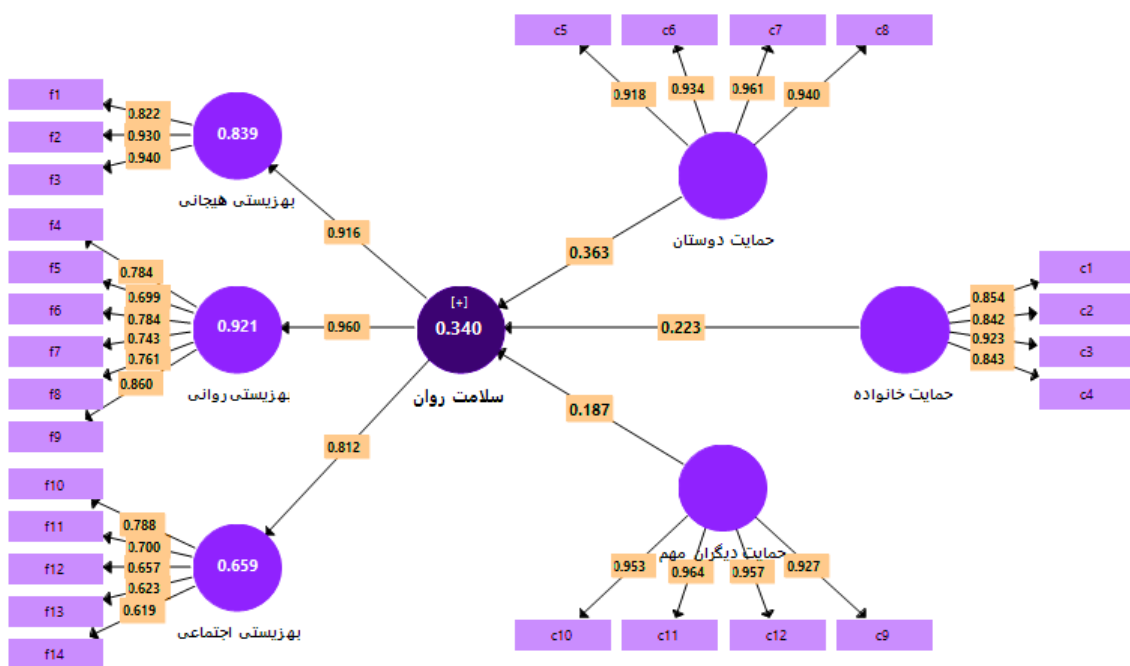
مراتب ورود متغیرها	گام اول	گام دوم	گام سوم
متغیرهای وارد شده	حمایت دوستان	حمایت خانواده	حمایت دیگران مهم
R	۰/۴۹۴	۰/۵۶۸	۰/۵۸۶
R ²	۰/۲۴۴	۰/۳۲۳	۰/۳۴۳
R ² تعدیل شده	۰/۲۴۰	۰/۳۱۶	۰/۳۳۴
خطای استاندارد	۰/۶۹۳	۰/۶۵۸	۰/۶۴۹
B	۰/۲۴۷	۰/۱۶۹	۰/۰۹۸
Beta	۰/۳۸۱	۰/۲۳۱	۰/۱۶۴
T	۶/۲۷۶	۳/۶۰۱	۲/۵۲۹
Sig. (T)	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۱۲

از میان متغیرهای مستقلی که در بخش آزمون ضریب همبستگی دارای رابطه‌ی معنادار با سلامت روان بوده‌اند، سه متغیر در معادله رگرسیونی حضور دارند. این متغیرها به ترتیب عبارت‌اند از «حمایت دوستان»، «حمایت خانواده» و «حمایت دیگران مهم». بر اساس جدول مذکور، ضریب تعیین (R²) به‌دست آمده در گام آخر نشان می‌دهد که سه متغیر وارد شده به معادله در مجموع می‌توانند حدود ۰/۳۴۳ (۳۴ درصد) از واریانس سلامت روان را پیش‌بینی یا تبیین نمایند. در مجموع، با توجه به بتای استاندارد شده، اثر «حمایت دوستان» برابر با ۳۸ درصد، اثر «حمایت خانواده» برابر با ۲۳ درصد و اثر «حمایت دیگران مهم» برابر با ۱۶ درصد است؛ بنابراین، متغیر «حمایت

دوستان» از بیشترین اثر مستقیم و متغیر «حمایت دیگران مهم» از کمترین اثر مستقیم در بین متغیرهای مستقل معنادار در مدل رگرسیونی برخوردارند.

به منظور مدلیابی معادله‌ی ساختاری داده بنیاد لازم است تا پس از آزمون مدل بیرونی (ارزیابی اعتبار و اعتماد متغیرها)، مدل درونی که نشان‌دهنده ارتباط بین متغیرهای پنهان پژوهش است، ارائه شود. در این مدل، متغیرهای حمایت خانواده (با ۴ گویه)، حمایت دوستان (با ۴ گویه)، حمایت دیگران مهم (با ۴ گویه)، حمایت اجتماعی (با ۱۲ گویه از مجموع ابعاد)، بهزیستی هیجانی (با ۳ گویه)، بهزیستی روانی (با ۶ گویه)، بهزیستی اجتماعی (با ۵ گویه) و سلامت روان (با ۱۴ گویه از مجموع ابعاد) حضور داشته و میزان بارهای عاملی اکثریت گویه‌ها از ۰/۵ بالاتر بوده است (شکل ۱).

شکل ۱. مدل ساختاری رابطه بین حمایت اجتماعی و سلامت روان



ارقام درج شده روی هر پیکان در شکل یک، بیان‌گر بتا یا ضریب مسیر حاصل از معادله‌ی رگرسیونی میان متغیرها است. اعداد داخل هر دایره نیز نشان‌دهنده مقدار ضریب تعیین (R^2) برای هر یک از متغیرهای درون‌زا است. در ادامه، برای بررسی میزان معناداری ضرایب مسیر برآورد شده برای هر یک از متغیرهای مدل از عملیات خودگردان‌سازی^۱ استفاده شده است (جدول ۵).

1. Bootstrapping

جدول ۵. ارزیابی مدل درونی پژوهش بر مبنای معناداری اثرات مستقیم

مسیر	ضرایب مسیر	آماره T	معناداری
حمایت دوستان <--- سلامت روان	۰/۳۶۳	۵/۹۸۹	۰/۰۰۰
حمایت خانواده <--- سلامت روان	۰/۲۲۳	۳/۰۶۶	۰/۰۰۲
حمایت دیگران مهم <--- سلامت روان	۰/۱۸۷	۲/۴۱۰	۰/۰۱۶

نتایج نشان می‌دهد که ضرایب مسیر تمامی روابط معنادار است؛ به عبارت دیگر، مقدار آماره‌ی T از ۱/۹۶ بزرگ‌تر و میزان معناداری از ۰/۰۵ کوچک‌تر است. در نتیجه در مدل ساختاری مذکور، بین سه متغیر «حمایت دوستان»، «حمایت خانواده»، «حمایت دیگران مهم» و متغیر «سلامت روان» ارتباط معناداری وجود دارد. در ادامه، به منظور بررسی حجم اثر و توان پیش‌بینی کنندگی مدل ساختاری از مقدار f Square استفاده می‌شود. در واقع، حجم اثر به بیان سهم هریک از متغیرهای مستقل در ضریب تعیین (R^2) می‌پردازد^۱. همچنین، با توجه به مقدار Q^2 توان پیش‌بینی کنندگی مدل برای متغیر وابسته (سلامت روان) مورد بررسی قرار می‌گیرد^۲.

جدول ۶. ارزیابی حجم اثر و توان پیش‌بینی کنندگی مدل

متغیر	f Square	Q^2
حمایت دوستان	۰/۱۷۵	۰/۱۶۴
حمایت خانواده	۰/۰۶۰	
حمایت دیگران مهم	۰/۰۴۱	

نتایج ارائه شده در جدول ۸ نشان می‌دهد که حجم اثر متغیر «حمایت دوستان» در حد متوسط و سایر متغیرها در حد کم است. به علاوه، مقدار Q^2 برابر با ۰/۱۶۴ به دست آمده که توان پیش‌بینی کنندگی مدل را در سطح متوسط ارزیابی می‌کند. در نهایت جهت برآزش کلیت مدل از شاخص SRMR^۳ استفاده شده است. از آنجا که میزان این شاخص برابر با ۰/۰۹ به دست آمده و این میزان کمتر از نقطه‌ی برش آن یعنی ۰/۱۰ (هنسلر^۴، دایکسترا^۵، سرستد^۶، رینگل^۷، دیامانتوپولوس^۸، استراوب^۱ و کالانتون^۲) قرار دارد؛ بنابراین،

۱. بر مبنای معیار کوهن، مقدار ۰/۰۲ برابر با حجم اثر کم؛ مقدار ۰/۱۵ برابر با حجم اثر متوسط و مقدار ۰/۳۵ برابر با حجم اثر زیاد تفسیر می‌شود.
 ۲. این شاخص در سه سطح پایین (در صورتی که در محدوده ۰/۰۲ باشد)، متوسط (در صورتی که در محدوده ۰/۱۵ باشد) و بالا (در صورتی که در محدوده ۰/۳۵ باشد) مورد ارزیابی قرار می‌گیرد.

3. Standardized Root Mean Square Residual (SRMR)
4. Henseler, J.
5. Dijkstra, T. K.
6. Sarstedt, M.
7. Ringle, C. M.
8. Diamantopoulos, A.

می‌توان نتیجه گرفت که مدل از برازش مطلوبی برخوردار است.

بحث و نتیجه‌گیری

بدون حس بینایی، ادراک فرد از جامعه پیرامونی‌اش متفاوت خواهد بود و همین امر می‌تواند به مشکلات عاطفی، رفتاری و اجتماعی نظیر عدم سازگاری، فعالیت اجتماعی اندک، فقدان محبت و صمیمیت نسبت به دیگران، افسردگی و احساس خودارزشمندی ضعیف در وی منجر شود. پژوهش حاضر سعی نمود تا در جهت پاسخ به این پرسش‌آغازین، به مطالعه نظری و تجربی رابطه بین حمایت اجتماعی و سلامت روان نایب‌نایان و کم‌بینایان شهر کاشان پردازد.

مبتنی بر یافته‌های بخش توصیفی، میانگین متغیرهای «حمایت خانواده» و «حمایت دیگران مهم»، «بهبودی هیجانی»، «بهبودی روانی»، «بهبودی اجتماعی» و «سلامت روان» بالاتر از حد میانه بوده و بنابراین، این متغیرها در سطح متوسط رو به بالا گزارش می‌شوند؛ اما میانگین متغیرهای «حمایت دوستان» و «حمایت اجتماعی» پایین‌تر از حد میانه بوده و در نتیجه نشان از ضعف حمایت در ابعاد مذکور دارد. این نتایج بر اساس آزمون T (تک نمونه‌ای) برای تمامی متغیرها (به‌غیر از متغیر حمایت اجتماعی در مجموع ابعاد) در سطح اطمینان ۹۹ درصد معنادار است.

آزمون فرضیه‌ها حاکی از آن بود که بین متغیرهای «حمایت خانواده»، «حمایت دوستان»، «حمایت دیگران مهم» و «حمایت اجتماعی (مجموع ابعاد)» با متغیر «سلامت روان» ارتباط معنادار و مستقیمی در سطح اطمینان ۹۹ درصد وجود دارد. همچنین، نتایج حاصل از تحلیل چندمتغیره رگرسیونی، بیان‌گر تأثیر مستقیم «حمایت دوستان»، «حمایت خانواده» و «حمایت دیگران مهم» بر متغیر سلامت روان بود که در مجموع، توانسته‌اند ۳۴ درصد از واریانس سلامت روان نایب‌نایان و کم‌بینایان شهر کاشان را تبیین نمایند. به‌علاوه، نتایج مدل‌یابی معادله ساختاری واریانس‌محور بیان‌گر آن است که حجم اثر متغیر «حمایت دوستان» در حد متوسط و سایر متغیرها در حد کم است. در مجموع، توان پیش‌بینی‌کنندگی مدل در سطح متوسط ارزیابی شده است.

آزمون نخستین فرضیه پژوهش نشان می‌دهد که بین دو متغیر حمایت خانواده و سلامت روان نایب‌نایان و کم‌بینایان رابطه‌ی مستقیمی وجود دارد. خانواده اصلی‌ترین مکان تجمع و انتقال حمایت اجتماعی است.

محیط خانوادگی که در آن حداقل یکی از والدین صمیمی و حمایت‌کننده باشد و امکان پرورش رابطه دلبستگی خوب بین کودک و والد را فراهم کند، می‌تواند به‌عنوان یک عامل محافظتی کلیدی در برابر فشارهای روانی عمل نماید؛ بنابراین، ارتباط مؤثر و تقسیم نقش‌های خانوادگی بین اعضای خانواده تأثیر معناداری بر سطح سلامت روان دارد (محمدپور، حاجی‌علیزاده و برقی‌ایرانی، ۱۴۰۳).

این نتیجه همسو با دیدگاه‌های صاحب‌نظرانی همچون فلمینگ و باوم (۱۹۸۶) بوده و یافته‌های حاصل از پژوهش‌های بحری و همکاران (۱۳۹۳)، غلامی‌جم و همکاران (۱۳۹۷) و کنگ و همکاران (۲۰۲۱) را مورد تأیید قرار می‌دهد. درواقع اگرچه دو مطالعه نخست هدف حمایت از والدین کودکان دارای ناتوانی بینایی را دنبال می‌کنند، اما انتظار می‌رود که این حمایت‌ها درنهایت به حمایتگری والدین و اعضای خانواده از این کودکان بیانجامد.

تأیید فرضیه دوم پژوهش، به‌منزله وجود رابطه معنادار بین حمایت دوستان و سلامت روان نابینایان و کم‌بینایان است. این یافته به این معناست که دوستان با حمایت‌های ملموس خود به شکل منابع مادی، ارائه پیشنهادها و حمایت اطلاعاتی و ایجاد حس اطمینان به فرد موجب تقویت حس ارزشمندی فرد شده و به بهبود سلامت روان او کمک می‌کنند. همچنین، از نتایج مطالعه ریاحی و همکاران (۱۳۸۹)، خسروی و همکاران (۱۳۹۴) و پایادوپولوس و پایاکنستانینو (۲۰۲۰) پشتیبانی می‌کند. از سوی دیگر، نتایج مدل‌یابی معادله ساختاری گویای آن بود که نقش حمایتگری دوستان در میان سایر ابعاد حمایت اجتماعی پررنگ‌تر است. این نکته می‌تواند ریشه در گرایش نابینایان و کم‌بینایان به تعاملات و دوستی‌های درون‌گروهی و به‌ویژه در بین اعضا را تبیین نماید؛ به‌عبارت‌دیگر، در اینجا با آسیب بینایی به‌مثابه عاملی در درک متقابل، پیوند و انسجام نابینایان و کم‌بینایان مواجهیم. ازاین‌رو بدیهی است که حمایت دوستان و هموعان اثرگذاری بیشتری برای این قشر به همراه داشته باشد.

نتایج به‌دست‌آمده ذیل فرضیه سوم، بیانگر آن است که با افزایش یا کاهش میزان حمایت دریافت‌شده از سوی دیگران مهم، باید انتظار داشت که سلامت روان نابینایان و کم‌بینایان تقویت و یا تضعیف شود. این یافته، بیان می‌دارد که دیگران مهم (همچون گروه‌های مرجع) به‌عنوان یک منبع حمایت اجتماعی، تقویت‌کننده و ارائه‌دهنده بازخوردهای مثبت و فرصت‌های تعاملی بیشتر بوده و به افزایش عزت‌نفس و سازگاری اجتماعی افراد و درنهایت بهبود سلامت روان آن‌ها منجر شود. ازاین‌رو، مؤید نتایج مطالعه خسروی و همکاران (۱۳۹۴) در این زمینه به حساب می‌آید.

سرانجام، آزمون فرضیه پایانی این تحقیق مبنی بر رابطه معنادار بین مجموع ابعاد حمایت اجتماعی و

سلامت روان نشان داد که این دو متغیر نیز از رابطه معنادار و مستقیمی در سطح اطمینان ۹۹ درصد برخوردارند. این یافته ضمن تأکید مجدد بر نظریه فلمینگ و باوم (۱۹۸۶)، با نتایج تمامی مطالعات پیشین (ریاحی و همکاران، ۱۳۸۹؛ بحری و همکاران، ۱۳۹۳؛ خسروی و همکاران، ۱۳۹۴؛ غلامی جم و همکاران، ۱۳۹۷؛ فراهانی و همکاران، ۱۳۹۷؛ سیمارلی و برنر، ۲۰۰۵؛ گرت و سمدما، ۲۰۱۱؛ پینکوارت و فایفر، ۲۰۱۱؛ پاپادوپولوس و پاپاکستانتینو، ۲۰۲۰؛ کنگ و همکاران، ۲۰۲۱؛ امرسون و همکاران، ۲۰۲۱؛ ون مونستر و همکاران، ۲۰۲۱؛ چوی، ۲۰۲۴) همسویی دارد. حمایت اجتماعی یک منبع روان‌شناختی مهم است که به افراد کمک می‌کند با استرس کنار بیایند، آن‌ها را در برابر رویدادهای منفی زندگی محافظت کند، مهارت‌های سازگاری اجتماعی‌شان را بهبود بخشد و تاب‌آوری آن‌ها را افزایش دهد (ساردوهان ییلدیریم^۱، آلتینداغ کوماش^۲ و یازیقی اوغلو^۳، ۲۰۲۵).

به‌طور کلی پیشنهادهای این پژوهش مبتنی بر نتایج بخش تجربی برای دو متغیر حمایت اجتماعی و سلامت روان است که عبارت‌اند از: ۱. لازم است تا جامعه نایبانیان و کم‌بینانیان با برنامه‌ریزی مناسب به ارائه برنامه‌های متنوع سالیانه پردازد. این برنامه‌ها می‌توانند با همکاری سایر ارگان‌ها (مانند اداره فرهنگ و ارشاد و اداره ورزش و جوانان شهر کاشان) در زمینه‌های فرهنگی، ادبی، مهارت‌های هنری، مسابقات ورزشی و اردوهای تفریحی ارائه گردند. این امر علاوه بر نشاط اجتماعی، خلق انگیزه، حس مثبت زندگی و درنهایت ارتقاء سطح سلامت روان این قشر، می‌تواند زمینه‌های لازم برای گردهم‌آیی اعضا و نشست‌های صمیمی میان آن‌ها را فراهم آورده و به تقویت حس برخورداری از حمایت اجتماعی (به‌ویژه در بعد حمایت دوستان) بیانجامد. ۲. توجه بیشتر به نقش روان‌شناسان، مشاوران و مددکاران اجتماعی از طریق برگزاری دوره‌های منظم آموزشی و جلسه‌های مشترک با اعضای جامعه نایبانیان و کم‌بینانیان. برگزاری این جلسات می‌تواند ضمن ارائه خدمات مشاوره‌ای برای اعضا، حس امید به آینده و انگیزه لازم جهت کنشگری بیشتر در فضای اجتماعی شهر را فراهم نماید. همچنین، برگزاری نشست‌های مستمری که در آن افراد نابینا و کم‌بینای مجرب به بیان تجربه‌های زندگی اجتماعی و شغلی خود پردازند نیز می‌تواند الگوی مناسبی برای جوانان نابینا و کم‌بینا و از بسیاری از آزمون و خطاها در مسیر زندگی آنان بکاهد. بدیهی است که ضرورت دارد تا در این نشست‌ها از جامعه‌شناسان، روان‌شناسان و افراد کارآفرین بهره گرفته شود. ۳. اگرچه اکثر مطالعات تجربی، از جمله پژوهش حاضر، به دریافت حمایت‌های گوناگون اجتماعی به‌منظور ارتقای سطح

1. Sardohan Yildirim, A. E.
2. Altındağ Kumaş, Ö.
3. Yazicioğlu, T.

سلامت افراد توجه نموده‌اند، اما ضرورت دارد تا شیوه‌های نوین ارائه حمایت‌های اجتماعی به گروه‌های خاص (همچون نابینایان و کم‌بینایان) در سطوح خرد و کلان مورد بررسی و واکاوی قرار گیرد. موضوعی که می‌تواند در قالب طرح‌های پژوهشی آتی، مورد توجه جامعه نابینایان و کم‌بینایان شهر کاشان قرار گیرد.

سپاسگزاری

نویسندگان این مقاله، از جامعه نابینایان و کم‌بینایان شهر کاشان و نیز تمامی پرسشگران و مشارکت‌کنندگان در این پژوهش کمال سپاسگزاری و قدردانی را دارند.

تعارض منافع

نویسندگان اعلام می‌دارند هیچ‌گونه تعارض منافی در این پژوهش وجود ندارد.

ORCID

Mohammad Ganji

Narges Nikkhah Ghamsari

Amin Heydarian

Masoud Ghaffari



<https://orcid.org/0000-0003-2123-4431>



<https://orcid.org/0000-0002-3984-8450>



<https://orcid.org/0009-0002-8188-7987>



<https://orcid.org/0000-0002-8890-7349>

منابع

- بحری، لیلا؛ دهقان منشادی، ماریه و دهقان منشادی، زبیده. (۱۳۹۳). بررسی نقش پیش‌بینی‌کنندگی تاب‌آوری و حمایت اجتماعی در سلامت روانی والدین کودکان نابینا و ناشنوا. *مجله تعلیم و تربیت استثنایی*، دوره چهاردهم، شماره ۱، ۱۲-۵.
- بشارت، محمدعلی. (۱۳۸۶). ویژگی‌های روان‌سنجی و ساختار عاملی مقیاس چندبعدی حمایت اجتماعی ادراک‌شده. گزارش پژوهشی، دانشگاه تهران.
- بیانی، علی؛ امیر احمدی، رحمت‌اله و اسماعیلی، علیرضا. (۱۴۰۲). تجارب زیسته جوانان معنادار از نقش حمایت اجتماعی در پیشگیری از عود اعتیاد. *فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی*، دوره چهاردهم، شماره ۵۶، ۶۷-۱۰۱.
- پورآقارودبرده، فاطمه؛ کافی، موسی و رضایی، سجاد. (۱۳۹۱). ارتباط احساس غربت و حمایت اجتماعی ادراک‌شده با سلامت روان دانشجویان تازه‌وارد. *مجله روان‌شناسی بالینی و شخصیت (دانشور رفتار)*، دوره نوزدهم، شماره ۶، ۳۶-۲۷.
- تیلور، شلی‌ای. (۱۳۹۹). *روان‌شناسی سلامت* (ویراست نهم)، ترجمه یحیی سیدمحمدی، تهران، نشر روان.
- جامعه نابینایان و کم‌بینایان کاشان. (۱۴۰۰). *آمارهای سالانه نابینایان و کم‌بینایان شهر کاشان*، گزارش منتشر نشده.
- جرفی، حسن. (۱۴۰۴). بررسی اثربخشی رنگ‌آمیزی ماندالا بر اضطراب امتحان، سلامت روان و توجه در دانش‌آموزان مقطع متوسطه اول شهر اصفهان. *فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی*، شماره شانزدهم، دوره ۶۲، ۱۷۱-۱۹۸.
- جعفری، نصرت؛ تجلی، پریسا؛ قنبری‌پناه، افسانه؛ شهرداری احمدی، منصوره. (۱۴۰۲). شناخت مدل علی بهزیستی روان‌شناختی دانش‌آموزان دارای نارسایی شنیداری بر اساس سبک‌های دلبستگی، جو عاطفی خانواده، حمایت اجتماعی و نقش میانجی امید به زندگی. *مطالعات روان‌شناختی نوجوان و جوان*، دوره چهارم، شماره ۱، ۱۸۲-۱۹۷.
- جهانگیری‌زاده منجیلی، فائزه. (۱۳۹۰). بررسی عملی بودن اعتبار و روایی فرم کوتاه پیوستار سلامت روان بر روی افراد بزرگ‌سال در شهر تهران. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی.
- خباز، محمود؛ بهجتی، زهرا و ناصری، محمد. (۱۳۹۰). رابطه حمایت اجتماعی و سبک‌های مقابله، با تاب‌آوری در پسران نوجوان. *مجله روان‌شناسی کاربردی*، دوره پنجم، شماره ۴، ۱۰۸-۱۲۳.
- خسروی، نسرين؛ راهب، غنچه؛ عرشی، ملیحه و اقلیما، مصطفی. (۱۳۹۴). بررسی ارتباط بین حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی معلولین جسمی - حرکتی مراکز آموزشی رعد. *مجله توان‌بخشی*، دوره شانزدهم، شماره ۲، ۱۷۶-۱۸۵.
- ریاحی، محمد اسماعیل؛ علی‌وردی‌نیا، اکبر و پورحسین، زینب. (۱۳۸۹). بررسی رابطه بین حمایت اجتماعی و سلامت روان. *مجله رفاه اجتماعی*، دوره دهم، شماره ۳۹، ۸۵-۱۲۱.
- سارافینو، ادوارد پ. (۱۴۰۱). *روان‌شناسی سلامت*، ترجمه الهه میرزایی، تهران، انتشارات رشد.
- سازمان بهزیستی کشور. (۱۴۰۲). *آمار نابینایان تحت پوشش بهزیستی*، قابل دسترسی در:

<https://www.behzisti.ir/news/91837>

عبود، علی حمزه و مهاجران، بهناز. (۱۴۰۴). الگوی هوش هیجانی، هوش معنوی و حمایت اجتماعی با خلاقیت و انگیزش تحصیلی دانش‌آموزان با میانجیگری خودسازی. *مجله علوم روان‌شناختی*، دوره بیست و چهارم، شماره ۱۴۷، ۱۷۵-۱۹۷.

غلامی‌جم، فاطمه؛ تکفلی، مرضیه؛ کمالی، محمد؛ اسلامیان، ایوب؛ علوی، زهره و علی‌نیا، وهاب. (۱۳۹۷). مرور نظام‌مند پژوهش‌های مربوط به حمایت اجتماعی از والد/والدین کودکان دارای معلولیت. *مجله توان‌بخشی*، دوره نوزدهم، شماره ۲، ۱۲۶-۱۴۱.

فراهانی، علی؛ محمدیان، احمدیار؛ ملک‌پور، مختار و عابدی، احمد. (۱۳۹۷). رابطه خودناتوان‌سازی و حمایت اجتماعی با کیفیت زندگی در افراد نابینا. *مجله مطالعات ناتوانی*، دوره هشتم، شماره ۱۵، ۷۳. فروغی، مریم. (۱۳۸۹). بررسی رابطه ساده و چندگانه بین عوامل خانوادگی و تاب‌آوری فرزندان دبیرستانی شهر اصفهان، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه اصفهان.

فیاض، ریحانه؛ قاسمی، فاطمه؛ حسینی، سیده اسماء؛ فیاض، فاطمه؛ مصلحی، حامد. (۱۴۰۴). بررسی انتقادی محتوای برنامه و خدمات عرصه سلامت روان در نظام مراقبت‌های اولیه بهداشتی با روش واسازی و تحلیل انتقادی. *پژوهش در دین و سلامت*، دوره یازدهم، شماره ۱، ۵۲-۶۴.

قاعدی، غلامحسین و یعقوبی، حمید. (۱۳۸۷). بررسی رابطه بین ابعاد حمایت اجتماعی ادراک‌شده و ابعاد بهزیستی در دانشجویان دختر و پسر. *مجله ارمغان دانش*، دوره سیزدهم، شماره ۲، ۶۹-۸۱.

کردگار، طیبه و جاویدی، حجت‌اله. (۱۳۹۶). رابطه بین هوش هیجانی، سلامت روان و استرس شغلی مادران با سلامت روان دانش‌آموزان دختر متوسطه دوره اول. *مجله زن و جامعه*، دوره هشتم، شماره ۲، ۱۲۹-۱۴۵. گنجی، محمد؛ نیکخواه قمصری، نرگس؛ حامی کارگر، فاطمه و غفاری، مسعود. (۱۴۰۱). عاملیت سلامت‌محور و موانع ادراک‌شده تحقق سلامت در زنان نابینا و کم‌بینا. *پژوهشنامه مددکاری اجتماعی*، دوره نهم، شماره ۳۱، ۲۰۷-۲۴۳.

محمدپور، حکیمه؛ حاجی‌علیزاده، کبری؛ برقی‌ایرانی، زیبا. (۱۴۰۳). تدوین مدل‌یابی معادلات ساختاری الگوهای ارتباطی والدین با سلامت روان در نوجوانان با میانجی‌گری نظم‌جویی شناختی هیجان و ذهن‌آگاهی. *مجله علوم روان‌شناختی*، دوره بیست و سوم، شماره ۱۳۹، ۱۲۵-۱۴۳.

همتی راد، گیتی و سپاه‌منصور، مژگان. (۱۳۸۷). رابطه بین استرس و حمایت اجتماعی در دانشجویان دانشگاه‌های تهران. *اندیشه و رفتار در روان‌شناسی بالینی*، دوره دوم، شمار ۷، ۷۹-۸۶.

References

- Cimarolli, V. R., & Boerner, K. (2005). Social Support and Well-being in Adults who are Visually Impaired. *Visual Impairment & Blindness*, 99(9), 521-534. <https://doi.org/10.1177/0145482X0509900904>

- Choi, S. (2024). The Relationship Between Time-Related Characteristics of Visual Impairment and Psychological Symptoms in Adults Who Are Blind. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 118(5), 324-335. <https://doi.org/10.1177/0145482X241287798>
- DiMatteo, M. R. (1991). *The psychology of health, illness, and medical care: An individual perspective*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Emerson, E., Fortune, N., Llewellyn, G., & Stancliffe, R. (2021). Loneliness, social support, social isolation and wellbeing among working age adults with and without disability: Cross-sectional study. *Disability and health*, 14(1), 100965. <https://doi.org/10.1016%2Fj.dhjo.2020.100965>
- Fleming, R., Baum, A. (1986). *Social Support and Stress: The Buffering Effects of Friendship*. In: Derlega, V.J., Winstead, B.A. (eds) Friendship and Social Interaction. Springer Series in Social Psychology. Springer, New York, NY.
- Goldberg, D. P., & Hillier, V. F. (1979). A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological medicine*, 9(1), 139-145. <https://doi.org/10.1017/s0033291700021644>
- Guerette, A. R., & Smedema, S. M. (2011). The Relationship of Perceived Social Support with Well-Being in Adults with Visual Impairments. *Visual Impairment & Blindness*, 105(7), 425-439. <https://doi.org/10.1177/0145482X1110500705>
- Henseler, J., Dijkstra, T. K., Sarstedt, M., Ringle, C. M., Diamantopoulos, A., Straub, D. W., Calantone, R. J. (2014). Common Beliefs and Reality About PLS: Comments on Rönkkö and Evermann (2013). *Organizational Research Methods*, 17(2), 182-209. DOI: <https://doi.org/10.1177/1094428114526928>
- Keyes C. (2002). The mental health continuum: from languishing to flourishing in life. *Health and Social behavior*, 43(2), 207-222. <https://doi.org/10.2307/3090197>
- Keyes, C. (2005). Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *consulting and clinical psychology*, 73(3), 539-548. <https://doi.org/10.1037/0022-006x.73.3.539>
- Kohda, Y., Monma, T., Yamane, M., Mitsui, T., Ando, K., Jesmin, S., & Takeda, F. (2019). Mental Health Status and Related Factors Among Visually Impaired Athletes. *Clinical medicine research*, 11(11), 729-739. <https://doi.org/10.14740/jocmr3984>
- Kong, L., Gao, Z., Xu, N., Shao, S., Ma, H., He, Q., Zhang, D., Xu, H., & Qu, H. (2021). The relation between self-stigma and loneliness in visually impaired college students: Self-acceptance as mediator. *Disability and health*, 14(2), 101054. <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2020.101054>
- Manitsa, I., & Doikou, M. (2020). Social support for students with visual impairments in educational institutions: An integrative literature review. *British Journal of Visual Impairment*, 40(1), 29-47. <https://doi.org/10.1177/0264619620941885>
- Norris, L. A., Didymus, F. F., & Kaiseler, M. (2024). Perceived and received social support functions among UEFA B licensed women football coaches. *International Journal of Sport and Exercise Psychology*, 23(3), 467-486. <https://doi.org/10.1080/1612197X.2024.2315198>
- Papadopoulos, K., & Papakonstantinou, D. (2020). The Impact of Friends' Social Support on Depression of Young Adults with Visual Impairments. *Disability, Development and Education*, 67(5), 484-496. <https://doi.org/10.1080/1034912X.2019.1620922>
- Pinquart, M., & Pfeiffer, J. P. (2011). Psychological well-being in visually impaired and unimpaired individuals: A meta-analysis. *British Journal of Visual Impairment*, 29(1), 27-

45. <https://doi.org/10.1177/0264619610389572>
- Ryff, C. D. (1995). Psychological Well-Being in Adult Life. *Current Directions in Psychological Science*, 4(4), 99-104. <https://doi.org/10.1111/1467-8721.ep10772395>
- Sardohan Yildirim, A. E., Altındağ Kumaş, Ö., & Yazicioğlu, T. (2025). Social support, resilience and life satisfaction in families with special needs children. *Journal of pediatric nursing*, 80, 16-23. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2024.11.001>
- van Munster, E. P. J., van der Aa, H. P. A., Verstraten, P., & van Nispen, R. M. A. (2021). Barriers and facilitators to recognize and discuss depression and anxiety experienced by adults with vision impairment or blindness: a qualitative study. *BMC health services research*, 21(1), 749. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06682-z>
- Werner, E. E. (2005). *What Can We Learn about Resilience from Large-Scale Longitudinal Studies?* In S. Goldstein & R. B. Brooks (Eds.), *Handbook of resilience in children* (pp. 91–105). Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Westerhof, G. J., & Keyes, C. (2010). Mental Illness and Mental Health: The Two Continua Model Across the Lifespan. *Journal of adult development*, 17(2), 110–119. <https://doi.org/10.1007/s10804-009-9082-y>
- Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Personality Assessment*, 52(1), 30–41. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5201_2

استناد به این مقاله: گنجی، محمد،، نیکخواه قمصری، نرگس،، حیدریان، امین،، غفاری، مسعود. (۱۴۰۵). حمایت اجتماعی و سلامت روان: مطالعه‌ای در میان نابینایان و کم‌بینایان شهر کاشان، فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی، ۱۷(۶۵)، ۲۲۷-۲۵۳. DOI: 10.22054/qccpc.2025.80828.3341



Counseling Culture and Psychotherapy is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License.