

سلامت روان و امید به زندگی زنان نابینا در مقایسه با زنان بینا

کامروز فتحی^۱

سپه‌لا بهاری^۲

علی نقی اقدسی^۳

شعله لیوارجانی^۴

تاریخ پذیرش: ۹۹/۰۶/۲۶

تاریخ دریافت: ۹۹/۰۵/۲۱

چکیده

هدف از پژوهش حاضر، بررسی سلامت روان و امید به زندگی زنان نابینا در مقایسه با زنان بینا بود. روش پژوهش حاضر، توصیفی از نوع علی مقایسه‌ای بود. جامعه آماری مطالعه شامل زنان نابینا و بینایان شهر تبریز در ۱۳۹۸-۱۳۹۹ بود. نمونه‌ای به حجم ۸۰ نفر در مرحله نخست به شیوه نمونه‌گیری در دسترس (۴۰ نفر از زنان بینا و ۴۰ نفر از زنان نابینا) انتخاب شدند و سپس، در دو گروه مستقل تحت عنوان نابینا و بینا مورد مقایسه قرار گرفتند. مقیاس سلامت عمومی (GHQ-۲۸) و امید به زندگی اسنایدر (۱۹۹۱) توسط آزمودنی‌ها تکمیل شد. داده‌های حاصل با آزمون تحلیل واریانس یک‌سویه تجزیه و تحلیل شد. نتایج نهایی نشان داد که در میزان امید به زندگی و ابعاد تفکر عامل و مسیرها در گروه نابینایان و بینایان تفاوت معناداری وجود ندارد ($p > 0/05$). همچنین، نتایج نشان داد که در میزان سلامت روان در گروه نابینایان و بینایان تفاوت معناداری وجود دارد ($p < 0/05$). علاوه بر این، نتایج حاکی از آن بود که از میان ابعاد سلامت روان، در میزان بعد علائم جسمانی و علائم اضطرابی و بی‌خوابی و افسردگی بین دو گروه نابینا و بینا تفاوت معناداری وجود دارد ($p < 0/05$). با توجه به نتایج پژوهش، می‌توان اذعان داشت که با وجود پایین بودن میزان سلامت روان در افراد نابینا، میزان امید به زندگی در افراد نابینا و بینا تفاوتی وجود ندارد و میزان امید به زندگی افراد نابینا تقریباً با افراد بینا به دلیل افزایش دایره‌های دوستی و شبکه‌های خانوادگی و اجتماعی یکسان است.

واژه‌های کلیدی: سلامت روان، امید به زندگی، زنان نابینا، زنان بینا

۱. کارشناس ارشد، گروه مشاوره، واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران.

۲. کارشناس ارشد، گروه مشاوره، واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران.

۳. استادیار، گروه مشاوره، واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران (نویسنده مسئول) aghadasi@iaut.ac.ir

۴. استادیار، گروه روانشناسی، واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران.

مقدمه

نابینایی یکی از شدیدترین ناتوانایی‌هایی است که فرد، خانواده و جامعه را تحت تأثیر قرار می‌دهد (کارت، مک‌لن، گوسری، مرکر و اسمیت^۱، و نابینایی به‌عنوان فقدان یا عدم توانایی بینایی یا عدم درک محرک بینایی تعریف شده است (پینگارت و پفیفر^۲، ۲۰۱۳). اختلال بینایی یک اختلال گسترده‌ای است که برای بیان ضعف حس بینایی یا نابینایی کامل به کار می‌رود. از نظر قانونی، فردی قانوناً نابینا به شمار می‌رود که بینایی وی کمتر از ۲۰ روی ۲۰۰ باشد و از نظر آموزشی، فرد نابینا از حس لامسه و شنوایی به‌عنوان کانال‌های اصلی یادگیری استفاده می‌کند (مایر-راکو، هاگو، اوجام، یوسیتالو و تیمونن^۳، ۲۰۱۵). امروزه داده‌های قابل‌توجهی در مورد شیوع نابینایی و سایر اختلالات نقص بینایی به‌دست آمده است. میزان شیوع اختلال نابینایی در کشورهای در حال توسعه، از هر هزار نفر، ۱۰-۲۲ نفر است اما میزان شیوع این اختلال در کشورهای توسعه‌یافته از هر هزار نفر، ۳۰-۴۰ نفر است (بالات، داگانگون، یاووز، دمیر و کایلاپ^۴، ۲۰۱۱). همچنین، بر اساس پیش‌بینی‌های اخیر سازمان بهداشت جهانی، حدوداً ۴۰ میلیون نفر در دنیا نابینا و حدوداً ۳۵ میلیون نفر در جهان از نظر بینایی آسیب‌دیده و به حمایت مالی و اجتماعی نیازمندند (هاشمی، یکتا، جعفرزاده‌پور، دوستدار، استادی مقدم و کبودزاده، ۲۰۱۷؛ نقل از دهقان، کبودی، علیزاده، حیدری شرف، ۲۰۲۰).

نقش حواس مختلف انسان در احساس، درک و دانستن چیزهایی که دروازه دانش بشر است، دارای اهمیت است. یکی از مهم‌ترین حواس از بین حواس پنج‌گانه، حس بینایی است که بخشی از فعالیت‌های یادگیری، آموزشی، ارتباطی و عاطفی با این حس انجام می‌شود. بنابراین تأثیر عدم حس بینایی بر وضعیت روانی اجتماعی فرد غیرقابل‌انکار است (دهقان و همکاران، ۲۰۲۰). حس بینایی برای جهت‌گیری بهینه در زندگی کارکردی و اجتماعی و تأثیر آن بر سلامت اجتماعی و روان فرد حائز اهمیت است. انسان در درجه اول برای بقا، انگیزه بصری دارد و به نظر می‌رسد حدوداً ۸۰ درصد از فعالیت‌های انسان به بینایی وابسته است. بر این مبنای، اختلال بینایی منجر به محدودیت در همه جنبه‌های زندگی فردی و اجتماعی می‌شود (آگوستد^۵، ۲۰۱۷).

در سال‌های اخیر، علم روان‌شناسی، دیدگاه‌های مختلفی در مورد ماهیت انسان دارد، یکی از این دیدگاه‌ها، دیدگاه روانشناسی انسان‌گرایانه است. در واقع، این دیدگاه، معتقد به آزادی، تغییرپذیری و عقلانیت انسان است (وینفیلد، گیل، تیلور و پیکلتون^۶، ۲۰۰۹). رویکرد جدیدی در روانشناسی تحت

۱. Court, Mclean, Guthrie, Mercer & Smith

۲. Pinquart & Pfeiffer

۳. Meyer-Rochow, Hakko, Ojamo, Uusitalo & Timonen

۴. BOLAT, DOĞANGÜN, YAVUZ, DEMİR & KAYAALP

۵. Augestad

۶. Winefield, Gill, Taylor & Pilkington

عنوان روانشناسی مثبت با الهام از تمرکز بر ظرفیت‌ها و اراده انسان ناشی از استعداد انسانی مطرح شده است (کامپتن و هافمن^۱، ۲۰۱۲). این رویکرد، به جای پرداختن به بیماری‌ها و اختلالات، توانایی‌ها، نقاط قوت انسان‌ها از جمله سلامت روان و امید به زندگی را بررسی می‌کند (موهان و کلکارنی^۲، ۲۰۱۸).

هر نوع اختلال می‌تواند منجر به فشارهای روان‌شناختی، افسردگی، از دست دادن حقوق و مزایا و حمایت اجتماعی، تغییرات سبک زندگی و قطع روابط و انزوای اجتماعی شود (هانی، هانی، لولین و کاریکویی^۳، ۲۰۱۰؛ نقل از براری و غفاری، ۱۳۹۴). افزون بر این، محققان اذعان دارند که از بین اختلالات مختلف، اختلال بینایی بر یادگیری مفاهیم، ارتباطات و تعاملات اجتماعی، رشد زبان، تحرک، مشارکت در فعالیت‌های اجتماعی و سلامت روان تأثیر منفی می‌گذارد (بلات و همکاران، ۲۰۱۱). بنا به اظهارات پینگارت و پلیر (۲۰۱۱) اختلال بینایی موجب محدودیت برای تعامل با دیگران و محیط اجتماعی می‌شود. در نتیجه، این محدودیت‌ها ممکن است منجر به کاهش سلامت روان در افراد نابینا شود. علاوه بر این، افراد با اختلالات بینایی به دلیل عدم بینایی، درکشان از دنیای اطرافشان متفاوت است و به این دلیل ممکن است با مشکلاتی روبرو شوند که موجب آشفتگی عاطفی و عدم سلامت روان در آن‌ها شود (آگوستد، ۲۰۱۷). طبق برخی گزارش‌ها، به نظر می‌رسد در افراد نابینا نسبت به جمعیت نرمال، احتمال بالاتری برای ابتلا به مشکلات روانی، تمایل به گوشه‌گیری و اضطراب وجود دارد (هیلد، واندر، هانی، برندا، پنیکس و همکاران^۴، ۲۰۱۵). دلایل مختلفی برای عدم سلامت روان در افراد نابینا وجود دارد که از بین دلایل مختلف، رایج‌ترین دلایل عبارت‌اند از عدم تحرک و جابه‌جایی (کف، هاکس و هابکاس^۵، ۲۰۰۰)، تنهایی (حدیدی و آل - خطیب^۶، ۲۰۱۳)، عدم فرصت‌های مناسب برای یادگیری مهارت‌های اجتماعی (هاتلن^۷، ۲۰۰۴)، وابستگی به دیگران (آگوستد، ۲۰۱۷)، عدم مشارکت در فعالیت‌های اوقات فراغت (آگستد و جیانگ^۸، ۲۰۱۵) است. شایان ذکر است، سلامت روان از دیدگاه کارشناسان سازمان بهداشت جهانی، توانایی داشتن روابط هماهنگ با دیگران، تغییر و اصلاح محیط فردی، اجتماعی، حل منطقی، منصفانه و مناسب، حل تعارضات و خواسته‌های شخصی تعریف شده است (انجمن روانی آمریکا، ۲۰۱۳). سلامت روان نشان‌دهنده عدم وجود بیماری روانی نیست بلکه تعریف

۱. Compton & Hoffman
۲. Mohan & Kulkarni
۳. Honey, Honey, Llewellyn & Kariuki
۴. Hilde, vander, Hannie, Comijs, Brenda & et all
۵. Kef, Hox & Habekothe
۶. Hadidi & Al Khateeb
۷. Hatlen
۸. Augestad & Jiang

سلامت روان اشاره به واکنش منعطف فرد در برابر تجارب مختلف زندگی دارد (برونس، فلاندرس و آگستد، ۲۰۱۵).

پیشینه پژوهش، در زمینه بروز اختلالات خلقی و عدم سلامت روان در افراد نابینا نسبت به جمعیت نرمال متناقض است (ریندولدز^۲، ۱۹۹۴؛ نقل از آگوستد، ۲۰۱۷). پژوهش هریس و لرد^۳ (۲۰۱۶) حاکی از پایین بودن سلامت روان در افراد نابینا در مقایسه با افراد عادی بود. به عبارت دیگر، نتایج پژوهشی هریس و لرد (۲۰۱۶) نشان داد که افرادی که دچار نقص بینایی می‌شوند، واکنش‌های مختلف عاطفی، اجتماعی، شناختی و رفتاری را تجربه می‌کنند. شواهد پژوهشی راهی، کامبرلند و پکهام^۴ (۲۰۰۹) مؤید این بود که افراد با اختلالات بینایی، در پیش‌بینی رفتارها و واکنش‌های دیگران از طریق بیان چهره دیگران مشکلاتی دارند که این نیز موجب کاهش سلامت روان در افراد نابینا می‌شود. علی‌رغم نتایج این پژوهش‌ها، وان نیسپن، بایر، هاجیمارکس، رینگنز و وان رنز^۵ (۲۰۰۹) در پژوهشی سلامت روان ۲۹۶ نفر از نابینایان را بررسی نمودند و به این نتیجه رسیدند که افراد نابینا اختلالات خلقی از قبیل افسردگی و اضطراب و سایر اختلالات خلقی دیگر را نداشته و سطح کیفیت زندگی و سلامت روان نرمالی را دارا بودند. پروین و خان^۶ (۲۰۱۶) در پژوهشی، سلامت روان افراد دارای مشکلات بینایی و عادی را بررسی نمودند و ۱۰۰ نفر از افراد نابینا و بینا در این پژوهش شرکت کرده بودند. نتایج پژوهشی بیانگر این بود که تفاوت معناداری بین این دو گروه از نظر میزان سلامت روان وجود داشت و سلامت روان افراد بینا در مقایسه با افراد نابینا پایین بود. رینلدوز (۱۹۹۴؛ نقل از آگوستد، ۲۰۱۷) در پژوهشی نشان داد که بین دو گروه نابینا و بینا از نظر سلامت روان تفاوت وجود ندارد. همچنین، نتایج پژوهشی عاشوری، شجاعی و فتاحیان (۱۳۹۶) نشان داد که از میان ابعاد سلامت روان، میزان استرس و اضطراب در نابینایان بیشتر از بینایان است و تفاوت معناداری بین این دو گروه از نظر میزان افسردگی وجود ندارد.

از سوی دیگر، پیشینه پژوهش، در زمینه رابطه بین نوع جنسیت و سلامت روان در نابینایان و بینایان متناقض است. به عنوان مثال، برخی از پژوهش‌ها اشاره به آمارهای موجود شیوع بالای مشکلات روانی به‌ویژه افسردگی در میان جوانان دختر در محدوده ۰/۱۶ تا ۰/۳۰ دارند (بکشو و رابیسون^۷، ۲۰۱۱؛ نقل از شکیب، طهماسبی و نوروزی، ۱۳۹۳). همچنین، مشکلات رفتاری - عاطفی در ایران، در دختران نسبت به پسران شیوع بالاتری دارد (صادقیان، مقدری کوشا و گرچی، ۲۰۱۰؛ نقل از شکیب و همکاران،

۱. Brunes, Flanders & Augestad

۲. Reynolds

۳. Harris & Lord

۴. Rahi, Cumberland & Peckham

۵. Hilde, Hannie, Brenda, Penninx, van Rens & Nispen

۶. Parveen, A., & Khan

۷. Baksheev, Robinson, Cosgrave, Baker & Yung

۱۳۹۳). نتایج پژوهش کارت، مک کلین، گوساری، مرکر و اسمیت^۱ (۲۰۱۴) نشان داد که میزان سلامت روان نابینایان مرد و زن در مقایسه با بینایان زن و مرد پایین است و تفاوت معناداری بین سلامت روان در هر دو جنس وجود ندارد و میزان سلامت روان در هر دو جنس تقریباً یکسان است. در راستای نتایج این پژوهش، مهلکشمی و ماداسمی^۲ (۲۰۱۷) به بررسی سلامت روان بین زنان نابینا و بینا پرداختند. یافته‌های پژوهشی حاکی از آن بود که زنان نابینا در مقایسه با زنان بینا سلامت روان پایینی دارند و به دلیل مشکلات بینایی، مشکلاتی در تحرک و جابه‌جایی و تأمین نیازهای خود هستند و میزان سازگاری روانی زنان نابینا در مقایسه با زنان بینا پایین است.

افزون بر این، محققان در پژوهش‌های مختلفی نشان داده‌اند که یکی دیگر از متغیرهایی که با سلامت روان در ارتباط است، امید به زندگی است (استیلس، چادویسک و کاپوتی^۳، ۲۰۱۵). بنا به اظهارات آرامپاتزی، بورگر، استاوپولوس و تای^۴ (۲۰۱۹) افرادی که به سطح بالایی از موفقیت دست پیدا می‌کنند، میزان سلامت روان‌شان ارتقاء می‌یابد. در واقع، با افزایش امید به زندگی در افراد، احساسات مثبت افزایش یافته و فرد مقاومت بیشتری در شرایط منفی خواهد داشت و میزان آشفتگی‌های روانی در فرد کاهش می‌یابد. یافته‌های برخی از پژوهش‌ها حاکی از آن است که میزان امید به زندگی بین افراد با ناتوانی (جسمانی و ذهنی، اختلالات یادگیری و ناشنوایی) در مقایسه با افراد عادی پایین است (ماجر، نوسلدر، مکنباچ، کلیجیس و بال^۵، ۲۰۱۱). امید به زندگی، افراد با ناتوانی را از آسیب‌های روان‌شناختی محافظت می‌کند و آن جزئی از ابعاد روانشناسی مثبت به شمار می‌آید (توماس و بارنس^۶، ۲۰۱۰؛ چی، چن، لی، کیم، جانگ، و مون^۷، ۲۰۱۹). امید به زندگی به‌عنوان یک نقطه قوت روان‌شناختی است که موجب ارتقاء سلامت روان در افراد با ناتوانی می‌شود (فلمن و اسنایدر^۸، ۲۰۰۵). افراد بی‌شماری تمایل شدید دارند که به امید به زندگی فعالانه دست یابند ولی مشخص نیست که این خواسته در افراد برآورده شود (مارتین^۹، ۲۰۱۱). شناخته‌شده‌ترین تعریف در زمینه امید به زندگی متعلق به اسنایدر^{۱۰} (۲۰۰۰) است. به عقیده اسنایدر (۲۰۰۰) امید به زندگی برای دستیابی به اهداف نقش مهمی دارد و از نظر وی، امید به زندگی

۱. Court, McLean, Guthrie, Mercer & Smith

۲. Mahalakshmi & Madasamy

۳. Stoyles, Chadwik & Caputi

۴. Arampatzi, Burger, Stavropoulos & Tay

۵. Majer, Nusselder, Mackenbach, Klijs & van Baal

۶. Thomas & Barens

۷. Choi, Chun, Lee, Kim, Jeong, & Moon

۸. Feldman & Snyder

۹. Martin

۱۰. Snyder

به‌عنوان گذرگاهی برای دستیابی به اهداف با وجود مشکلات و موانع تعریف می‌شود (و اسنایدر^۱، ۲۰۰۵). همچنین، امید به زندگی موجب انگیزش شناختی فعال می‌شود که به فرد کمک می‌کند تا توانایی غلبه بر موانع و مشکلات را داشته باشد و شانس فرد برای دستیابی به موفقیت‌های بیشتر افزایش یابد (کاترین^۲، ۲۰۰۸؛ نقل از خدابخشی کلایی و همکاران، ۲۰۱۷). به معنای دیگری، افراد امیدوار کسانی هستند که در رسیدن به اهداف‌شان پایدار و خلاق هستند (آوی، ریچارد، لوسانس و مهاتری^۳، ۲۰۱۱). در این راستا، اسنایدر (۲۰۰۰) اذعان دارد که امید به زندگی زمانی نیرومند است که فرد هدف‌های ارزشمندی را در نظر گرفته و با داشتن موانع چالش‌برانگیز، احتمال دستیابی به آن‌ها در میان مدت وجود داشته باشد. تحقیقات انجام‌شده در زمینه مقایسه امید به زندگی بین افراد نابینا و بینا اندک شمار است و بر روی ناتوانی‌های مختلف انجام شده است. به‌عنوان مثال، سیادتیان، مستأجران و قمرانی (۱۳۹۱) در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که تفاوت معناداری بین امید به زندگی ناشنویان و شنویان وجود دارد. به‌عبارت‌دیگر، میزان امید به زندگی در افراد ناشنوا نسبت به افراد شنوا پایین است. همچنین، یافته‌های پژوهشی خدابخشی کلایی، اسماعیلی‌فر و فاسقی نژاد (۱۳۹۴) نشان داد که تفاوت معناداری بین امیدواری افراد نابینا، ضایعات نخاعی و افراد نرمال وجود ندارد.

در حالت کلی، سلامت روان و امید به زندگی موجب شادی، خوشبختی، تعادل در زندگی فرد و تاب‌آوری فرد نابینا می‌شود و فرد نابینایی که از لحاظ عاطفی و روانی سالم باشد، از بروز بسیاری از اختلالات و آشفتگی‌های روانی مانند افسردگی حفظ می‌شود و از عهده مشکلات زندگی برخوردار می‌گردد (اسمیت، سگال و سگال^۴، ۲۰۱۱).

دامنه پژوهش‌ها در زمینه مقایسه سلامت روان و ابعاد آن بین زنان نابینا و بینا در ادبیات پژوهشی جهان شناخته شده است اما در ایران انجام نگرفته است. همچنین، با بررسی پژوهش‌های مختلف در زمینه امید به زندگی و ابعاد آن، به این نتیجه رسیده‌ایم که مقایسه امید به زندگی بین زنان نابینا و بینا در ادبیات پژوهشی جهان و ایران شناخته شده نیست. همین امر باعث می‌شود که ضرورت تحقیق بیش‌ازپیش آشکار شود. در نتیجه، هدف اصلی این پژوهش، بررسی مقایسه سلامت روان و امید به زندگی بین زنان نابینا و بینا است. با توجه به هدف پژوهش، دو فرضیه مطرح می‌شود: ۱- بین سلامت روان زنان با نابینا و بینا تفاوت معناداری وجود دارد ۲- بین امید به زندگی زنان نابینا و بینا تفاوت معناداری وجود دارد.

روش‌شناسی پژوهش

۱. Feldman & Snyder
۲. Catrin
۳. Avey, Reichard, Luthans & Mhatre
۴. Smith, M., Segal, R., Segal

روش این پژوهش توصیفی از نوع علی - مقایسه‌ای بود. جامعه آماری این پژوهش شامل همه زنان نابینا و زنان بینا شهر تبریز در سال ۱۳۹۸-۱۳۹۹ بودند. بنا به نظر محققان تعداد حجم نمونه در تحقیقات علی مقایسه‌ای حداقل ۱۵ نفر است. بر این مبنا، نمونه‌ای به حجم ۸۰ نفر به شیوه نمونه‌گیری در دسترس از شهر تبریز انتخاب شدند و دو گروه از نظر تعداد، جنسیت و سن (۴۰ نفر از زنان بینا و ۴۰ نفر از زنان نابینا) هم‌تاسازی شدند و در دو گروه مستقل تحت عنوان زنان نابینا و زنان بینا مورد مقایسه قرار گرفتند. لازم به ذکر است که پرسشنامه‌ها توسط پژوهشگر به دلیل شرایط نابینایان به صورت تلفنی و حضوری پرسش شد و توسط پژوهشگر تکمیل شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌های آماری از نرم‌افزار SPSS 21 استفاده شد و روش تجزیه و تحلیل داده‌های آماری این پژوهش، روش تحلیل واریانس چند متغیره بود. در پژوهش فوق از ابزارهای زیر جهت گردآوری داده‌ها استفاده شد

ابزار پژوهش

مقیاس سلامت روان

برای اندازه‌گیری سلامت روان در این پژوهش از مقیاس سلامت عمومی (GHQ-28) استفاده شد. این مقیاس برای سنجش سلامت روانی آزمودنی‌ها به کار می‌رود که از ابزارهای شناخته شده روان‌پزشکی در جمعیت عمومی است و برای شناسایی اختلالات روانی غیرسایکوتیک در شرایط گوناگون استفاده می‌شود. این مقیاس توسط گلدبرگ در سال ۱۹۷۲ ساخته شد. ابتدا تعداد سؤالات این مقیاس ۶۰ سؤالی بود. سپس سازمان بهداشت جهانی (۱۹۹۶) برای استفاده در فرهنگ‌های مختلف و در کشورهای درحال توسعه، ۲۸ سؤال از ۶۰ سؤال استخراج کرد. این مقیاس، شامل ۲۸ گویه است که از آزمودنی‌ها خواسته می‌شود تا نظرات خود را در قالب ۴ بخش اصلاً، در حد معمول، بیش‌ازحد معمول، به‌مراتب بیش‌ازحد معمول مشخص نمایند. این مقیاس، ۴ بعد علایم جسمانی (گویه ۱ تا ۷)، علایم اضطرابی و بی‌خوابی (گویه ۸ تا ۱۴)، اختلال کارکردهای اجتماعی (گویه ۱۵ تا ۲۱)، علایم افسردگی (گویه ۲۲ تا ۲۸) را می‌سنجد. همچنین، نقطه برش این مقیاس ۲۲ است (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۱). پایایی کل این مقیاس در ایران توسط نظیفی، مکرمی، اکبری تبار، فرجی کوجردی، رهی و تبریزی (۱۳۹۲) ۰/۹۲ و پایایی ابعاد این مقیاس به ترتیب ۰/۸۶، ۰/۸۸، ۰/۷۴، ۰/۸۹، ۰/۹۲ به دست آمده است. پایایی کل مقیاس سلامت روان در پژوهش حاضر ۰/۸۷ به دست آمد. در پژوهش حاضر، روایی همبستگی ابعاد علایم جسمانی، علایم اضطرابی و بی‌خوابی، اختلال کارکردهای اجتماعی و علائم افسردگی با نمره کل به ترتیب ۰/۸۰، ۰/۷۸، ۰/۲۳ و ۰/۷۱ و پایایی کل مقیاس سلامت روان از طریق آلفای کراباخ ۰/۶۸ و پایایی ابعاد به ترتیب ۰/۷۰، ۰/۷۲، ۰/۷۱ و ۰/۷۹ به دست آمد.

مقیاس امید به زندگی

برای اندازه‌گیری امید به زندگی در این پژوهش از مقیاس امید به زندگی اسنایدر (۱۹۹۱) استفاده شد. این مقیاس توسط اسنایدر در سال ۱۹۹۱ ساخته شد و دارای ۱۲ سؤال است که آزمودنی‌ها نظرات خود را در قالب ۴ بخش کاملاً غلط، تا حدودی غلط، تا حدی درست، کاملاً درست مشخص نمایند. این مقیاس دارای ۲ خرده مقیاس شامل تفکر عامل (گویه‌های ۲، ۹، ۱۰، ۱۲) و خرده مقیاس مسیرها (گویه‌های ۱، ۴، ۷، ۸) و گویه‌های ۱۱، ۶، ۵، ۳ به‌عنوان سؤالات انحرافی برای افزایش دقت آزمون هستند که در هنگام محاسبه نمرات آزمودنی‌ها حذف می‌شود (اسنایدر، ۲۰۰۰). پایایی کل این مقیاس در پژوهش کوهساریان (۱۳۸۷) ۰/۸۰ گزارش شده است. پایایی ابعاد این مقیاس به ترتیب ۰/۸۲ و ۰/۷۹ در پژوهش غباری بناب، لواسانی و رحیمی (۲۰۰۷) به دست آمده است (نقل از کرمانی و همکاران، ۱۳۹۰). در پژوهش حاضر، روایی ابعاد تفکر عامل و مسیرها از طریق روش همبستگی با نمره کل به ترتیب ۰/۸۸ و ۰/۸۴ و پایایی کل مقیاس از طریق روش آلفای کراباخ در پژوهش حاضر ۰/۶۹ و ابعاد تفکر عامل و مسیرها به ترتیب ۰/۷۲ و ۰/۶۷ به دست آمد.

یافته‌ها

در این بخش، یافته‌های توصیفی مربوط به جمعیت‌شناختی پژوهش به‌صورت تفکیکی در جدول شماره ۱ آورده شده است.

جدول ۱. توزیع فراوانی متغیرهای جنسیت، سن زنان نابینا و بینا

گروه‌ها	جنسیت		سن	
	تعداد	درصد	سن	تعداد
زنان نابینا	۴۰	۳۸/۱	زیر ۳۰ سال	۸
			بالای ۳۰ سال	۳۰/۵
زنان بینا	۴۰	۳۸/۱	زیر ۳۰ سال	۸
			بالای ۳۰ سال	۳۰/۵

همان‌گونه که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، ۴۰ نفر از افراد نمونه نابینا و ۴۰ نفر از افراد نمونه بینا بودند. علاوه بر این، از نظر سن، توزیع سن در گروه نابینا و بینا، ۷/۶ درصد زیر ۳۰ سال و ۳۰/۵ درصد بالای ۳۰ سال سن داشتند.

جدول ۲: میانگین و انحراف استاندارد نمره آزمودنی‌های نابینا و بینا در سلامت روان و امید به زندگی

بینایان		نابینایان		متغیرها
انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	
۷/۳۴	۸۶/۷۰	۱۰/۸۶	۵۵/۱۲	سلامت روان
۲/۶۲	۲۴/۴۲	۳/۸۷	۱۴/۹۲	علائم جسمانی
۲/۸۹	۲۲/۸۷	۴/۸۶	۱۵/۱۲	علائم اضطرابی و بی‌خوابی
۲/۸۱	۱۷/۳۰	۴/۵۷	۱۸/۶۷	اختلال کارکرد اجتماعی
۴/۳۵	۹/۴۰	۳/۰۱	۲۲/۱۰	علائم افسردگی
۲/۵۵	۲۷/۴۰	۳/۰۲	۲۶/۹۰	امید به زندگی
۱/۸۹	۱۳/۵۲	۱/۵۶	۱۳/۶۵	تفکر عامل
۱/۵۴	۱۳/۳۷	۱/۴۴	۱۳/۷۵	مسیرها

همان‌گونه که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، میانگین متغیر سلامت روان، علائم جسمانی، علائم اضطرابی و بی‌خوابی، اختلال کارکرد اجتماعی و علائم افسردگی گروه بینا به ترتیب ۸۶/۷۰، ۲۴/۴۲، ۲۲/۸۷ و ۱۷/۳۰، ۱۴/۹۲، ۱۵/۱۲، ۱۸/۶۷، ۲۲/۱۰ و میانگین این متغیرها در گروه نابینایان به ترتیب ۵۵/۱۲، ۱۴/۹۲، ۱۵/۱۲، ۱۸/۶۷، ۲۲/۱۰، ۹/۴۰ است. بر این مبنا، تفاوت فراوانی در میزان متغیر سلامت روان و ابعاد آن بین دو گروه وجود دارد. همچنین، نتایج جدول ۱ نشان می‌دهد که میانگین متغیر امید به زندگی، تفکر عامل و مسیرها گروه بینایان به ترتیب ۲۷/۴۰، ۱۳/۶۵ و ۱۳/۷۵ است. همچنین، میانگین متغیرهای امید به زندگی، تفکر عامل و مسیرها گروه نابینایان به ترتیب ۲۶/۹۰، ۱۳/۵۲ و ۱۳/۳۷ است. بر این اساس، تفاوت قابل‌ملاحظه‌ای در میزان متغیر امید به زندگی و ابعاد تفکر عامل و مسیرها بین دو گروه نابینایان و بینایان وجود ندارد. به‌منظور بررسی تفاوت بین دو گروه نابینا و بینا در میزان سلامت روان و ابعاد آن و امید به زندگی و ابعاد آن از روش تحلیل واریانس چندمتغیره استفاده گردید که برای این منظور، ابتدا به بررسی مفروضه‌های این آزمون پرداخته می‌شود. بررسی آزمون کولموگروف اسمیرنوف، نرمال بودن توزیع نمرات را در بین گروه‌ها را تأیید می‌کند. در نتیجه استفاده از آزمون تحلیل واریانس چند متغیره بلامانع است.

آزمون فرضیه‌ها

جدول ۳. شاخص‌های آماری چندمتغیره در تحلیل واریانس (سلامت روان)

متغیر	اثر	ارزش	F	df فرضیه	df خطا	P
سلامت روان	گروه	لامبدای ویلکز	۰/۲۲	۱۳۴/۶۷	۷۵/۰۰۰	۰/۰۰۰

بر اساس داده‌های مشاهده‌شده در جدول ۳ شاخص لامبدای ویلکز که اثر نوع گروه بر ترکیب خطی متغیرهای وابسته امید به زندگی را نشان می‌دهد، معنادار نیست. برای بررسی این که تأثیر هر دو گروه بر کدامیک از متغیرهای وابسته معنادار است، از تحلیل واریانس چندمتغیره استفاده شده است که نتایج آن در جدول ۴ مشاهده می‌شود.

جدول ۴: خلاصه اطلاعات آزمون تحلیل واریانس چند متغیره نمرات سلامت روان و خرده مقیاس‌های آن در دو گروه زنان نابینا و بینا

منبع تغییرات	متغیرها	مجموع مجذورات	Df	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
منبع تغییرات	سلامت روان	۱۶۳۳۰/۶۱	۱	۱۶۳۳۰/۶۱	۱۸۹/۹۲	۰/۰۰۰
	علائم جسمانی	۱۸۰۵/۰۰	۱	۱۸۰۵/۰۰	۱۶۴/۷۵	۰/۰۰۰
	علائم اضطرابی و بی‌خوابی	۱۲۰۱/۲۵	۱	۷۴/۹۱	۱۱/۲۲	۰/۰۰۰
گروه‌ها	اختلال کارکرد اجتماعی	۳۷/۸۱	۱	۸۷/۸۱	۲/۶۲	۰/۱۰
	افسردگی	۳۲۲۵/۸۰	۱	۳۲۲۵/۸۰	۲۲۹/۷۴	۰/۰۰۰
خطا	سلامت روان	۶۷۰۶/۷۷	۷۸	۸۵/۹۸		
	علائم جسمانی	۸۵۴/۵۵	۷۸	۱۰/۹۵		
	علائم اضطرابی و بی‌خوابی	۱۲۵۰/۷۵	۷۸	۱۶/۰۳		
	اختلال کارکرد اجتماعی	۱۱۲۳/۱۷	۷۸	۱۴/۴۰		
	افسردگی	۱۰۹۵/۲۰	۷۸	۱۴/۰۴		

نتایج تحلیل واریانس چندمتغیره در جدول ۴ نشان می‌دهد که در میزان سلامت روان بین دو گروه زنان نابینا و بینا تفاوت معناداری وجود دارد ($p < 0/05$). علاوه بر این، یافته‌های جدول ۳ نشان می‌دهد که از میان ابعاد سلامت روان، فقط در میزان بعد علائم جسمانی، علائم اضطرابی و بی‌خوابی، افسردگی بین دو گروه نابینا و بینا تفاوت معناداری وجود دارد ($p < 0/05$).

جدول ۵: شاخص‌های آماری چندمتغیره در تحلیل واریانس (امید به زندگی)

متغیرها	اثر	ارزش	F	df فرضیه	df خطا	P
امید به زندگی	گروه	لامبدای ویلکز	۰/۹۸۳	۲/۰۰۰	۷۷/۰۰۰	۰/۵۲۲

همچنین، شاخص لامبدای ویلکز که اثر نوع گروه بر ترکیب خطی متغیرهای وابسته امید به زندگی را نشان می‌دهد، معنادار نیست. برای بررسی این که تأثیر هر دو گروه بر کدام یک از متغیرهای وابسته معنادار نیست، از تحلیل واریانس چندمتغیره استفاده شده است که نتایج آن در جدول ۶ مشاهده می‌شود.

جدول ۶: خلاصه اطلاعات آزمون تحلیل واریانس چند متغیره نمرات امید به زندگی و خرده مقیاس‌های آن در دو گروه زنان نابینا و بینا

منبع	متغیرها	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
تغییرات	امید به زندگی	۵/۰۰۰	۱	۵/۰۰۰	۰/۶۳۸	۰/۴۲۷
گروه‌ها	تفکر عامل	-/۳۱۳	۱	-/۳۱۳	۰/۱۰۴	۰/۷۴۸
	مسیرها	۲/۸۱۳	۱	۲/۸۱۳	۱/۲۵۴	۰/۲۶۶
	امید به زندگی	۶۱۱/۲۰۰	۷۸	۷/۸۳۶		
خطا	تفکر عامل	۲۳۵/۰۷۵	۷۸	۳/۰۱۴		
	مسیرها	۱۷۴/۸۷۵	۷۸	۲/۲۴۲		

همانطوری که نتایج تحلیل واریانس چندمتغیره در جدول ۶ مشاهده می‌شود که در میزان امید به زندگی، تفکر عامل و مسیرها در زنان نابینا و بینا تفاوت معناداری وجود ندارد ($p > ۰/۰۵$).

بحث و نتیجه‌گیری

هدف این پژوهش مقایسه سلامت روان و امید به زندگی زنان نابینا و بینا بود. نتایج این پژوهش مبین این بود که تفاوت معناداری از نظر میزان سلامت روان بین دو گروه نابینا و بینا وجود دارد. به عبارت دیگر، میزان سلامت روان در زنان بینا بالاتر از زنان نابینا بود. در توجیه یافته‌های این پژوهش می‌توان ادعان داشت که نابینایی همانند سایر معلولیت‌ها، موجب محدودیت‌های عملکردی، جسمانی، شناختی و اجتماعی می‌شود که این محدودیت‌ها منجر به کاهش سلامت روان در افراد نابینا می‌شود (هالت - لانستاد، اسمیت و لایتون^۱، ۲۰۱۰). محققان ادعان دارند که یکی از دلایلی که می‌تواند موجب کاهش سلامت روان در افراد نابینا شود، واکنش‌های نامناسب اجتماعی اطرافیان است. به معنای دیگر، افراد بینا اطلاع زیادی در زمینه نوع تعاملات اجتماعی با افراد نابینا نداشته و این نیز موجب واکنش منفی و نامناسب از سوی فرد نابینا به فرد بینا خواهد شد (پروین و خان، ۲۰۱۶).

۱. Holt-Lunstad, Smith & Layton

نتیجه دیگر پژوهش نشان داد که تفاوت معناداری از نظر میزان علائم جسمانی بین دو گروه زنان نابینا و بینا وجود دارد. به عبارت دیگر، میزان علائم جسمانی در گروه بینا بالاتر از گروه نابینا است. در تبیین نتایج این پژوهش می‌توان بیان کرد که نابینایی با وجود اینکه تأثیر منفی بر جنبه‌های مختلف جسمی، شناختی، عاطفی و اجتماعی می‌گذارد و فرد نابینا را با محدودیت‌هایی روبرو می‌کند، اما با توجه به نگرش مثبت مربیان و والدین، توانایی تحرک و جابه‌جایی، شرکت در فعالیت‌های مختلف اجتماعی باعث شده است که افراد نابینا در مقایسه با افراد بینا سلامت روان بالا و علائم جسمانی پایینی را (از قبیل احساس خستگی، تلقین‌پذیری منفی، تپش قلبی) تجربه کنند.

افزون بر مطالعات فوق، یافته‌های پژوهش نشان‌دهنده آن بود که تفاوت معناداری از نظر میزان اختلال اضطرابی و بی‌خوابی بین دو گروه زنان نابینا و بینا وجود دارد. به عبارت دیگر، میزان اختلال اضطرابی و بی‌خوابی در گروه بینا بالاتر از گروه نابینا است. در این راستا، نتایج پژوهشی پروین و خان (۲۰۱۶) نشان داد که نقص بینایی تنها یک عامل اضطراب و اختلال بی‌خوابی است. به عبارت دیگر، افراد بینا با وجود بینایی سالم در مقایسه با افراد نابینا، اضطراب و بی‌خوابی را متحمل می‌شوند. در واقع، افراد بینا با وجود بینایی سالم نگرانی، هول شدن، کج‌خلقی، بی‌قراری، تپش شدید قلب، بی‌ثباتی را تجربه می‌کنند که آثار نامطلوبی در دوران زندگی فرد بر جای می‌گذارد.

علاوه بر نتایج بالا، نتایج نشان داد که تفاوت معناداری از نظر میزان اختلال کارکرد اجتماعی بین دو گروه زنان نابینا و بینا وجود ندارد. در تبیین نتایج این پژوهش می‌توان بیان کرد که زنان نابینا با وجود محدودیت‌های بینایی، به دلیل شبکه گسترده خانوادگی، دوستی‌های گسترده، تشویق بزرگسالان برای مستقل شدن، انجام دادن کارها به صورت مستقل، احساس خودکفایتی و شایستگی در هنگام انجام کارها، اختلال کارکرد اجتماعی پایین و سلامت روان بالایی را همانند افراد بینا دارند (کف و دیویس^۱، ۲۰۰۴). همچنین، برخی از تحقیقات مبین این هستند که یکی از دلایلی که موجب کاهش اختلال کارکرد اجتماعی در افراد نابینا همانند افراد بینا می‌شود، شناخت صحیح اطرافیان و اطرافیان فرد نابینا نسبت به شرایط خاص نقص بینایی فرد نابینا، نحوه برخورد صحیح اطرافیان و خانواده با فرد نابینا، نگرش مثبت اطرافیان نسبت به فرد نابینا و اجازه حق انتخاب به فرد نابینا برای انجام دادن امورات زندگی و عدم وابسته شدن فرد نابینا توسط اطرافیان می‌شود (آگوستد، ۲۰۱۷)

شایان ذکر است، یافته دیگر پژوهش بیانگر این بود که تفاوت معناداری از نظر میزان افسردگی بین دو گروه زنان نابینا و بینا وجود دارد. میزان افسردگی در گروه زنان نابینا بیشتر از گروه بینا است. در تبیین نتایج این پژوهش می‌توان بیان کرد که نابینایی تأثیر منفی بر شغل، چگونگی گذراندن اوقات فراغت و استقلال فرد می‌گذارد. در نتیجه، فرد دوره‌ای از غم، اندوه، افسردگی و سلامت روان پایینی نسبت به

۱. Kef & Dekovic

همسالان عادی را تجربه خواهد کرد (نیمان، دیب، ویکتور و گانسی^۱، ۲۰۱۲). علی‌رغم نتایج این پژوهش، آسیب بینایی به‌خودی‌خود نیز موجب ناسازگاری و افسردگی افراد نابینا نمی‌شود. آنچه واکنش‌های هیجانی نامناسب را به وجود می‌آورد، نگرش اطرافیان و نحوه رفتار با افراد نابینا است (عاشوری و جلیل‌آبکنار، ۱۳۹۵؛ نقل از عاشوری و همکاران، ۱۳۹۶). برخی از پژوهش‌ها گزارش کرده‌اند که نقص بینایی تنها یک عامل افسردگی است و عواملی چون بیکاری، عدم تعیین هدف مناسب، عدم گذراندن تفریح مناسب، مشغله‌های خانوادگی و محیطی نیز اثرگذار است. (بلات و همکاران، ۲۰۱۱).

همچنین، نتایج دیگر این پژوهش مبین این بود که تفاوت معناداری از نظر میزان امید به زندگی و ابعاد آن بین دو گروه زنان نابینا و بینا وجود ندارد. نتایج این پژوهش با نتایج پژوهشی خدابخشی کلایی و همکاران (۱۳۹۴) همسو است و بررسی مقایسه امید به زندگی در بین زنان نابینا و بینا در پژوهش‌های خارجی انجام نشده است. در توجیه یافته‌های این پژوهش می‌توان اذعان داشت که با توسعه سبک زندگی، کیفیت زندگی خوب، نگرش مثبت دیگران نسبت به افراد با ناتوانی‌های مختلف، گستردگی دایره دوستی و شبکه‌های خانوادگی و اجتماعی، میزان امید به زندگی در آن‌ها نیز افزایش می‌یابد. افزایش میزان امید به زندگی، تفکر عامل و مسیرها موجب ارتقاء سلامت روان، جسمانی، نگرش مثبت و روابط و معاشرت اجتماعی گسترده می‌شود (ماجر و همکاران، ۲۰۱۱). به عقیده اسنایدر (۲۰۰۰) امید به زندگی به‌طور مؤثری بر بسیاری از حوزه‌های زندگی تأثیرگذار است، زیرا افراد امیدوار بهتر قادرند تا هدف‌های مؤثری را تعیین کنند و تصمیمات مناسبی درباره این هدف‌ها اتخاذ کنند. یافته‌های پژوهشی نشان می‌دهد که امیدواری بالاتر یک فرد به‌طور مثبت باعث نفس و شایستگی ادراک‌شده و به‌طور منفی با نشانه‌های افسردگی رابطه دارد. در این راستا، امید به زندگی عبور از موانع و مشکلات را برای فرد با ناتوانی تسهیل می‌کند و کمک می‌کند که فرد با شرایط خاص خود روبرو شده و توانایی غلبه با آن را پیدا کند (کندی، مارش، لاوی، شرت و رگرس^۲؛ ۲۰۰۰؛ نقل از خدابخشی کلایی، مسلانانژاد، ممکنیراد، ۲۰۱۷).

با توجه به یافته‌های این پژوهش می‌توان اذعان داشت که نابینایی موجب محدودیت‌های عملکردی، جسمانی، شناختی و اجتماعی می‌شود و این به نوبه خود بر میزان سلامت روان افراد نابینا در مقایسه با افراد بینا تأثیر منفی می‌گذارد. با وجود این که ادبیات پژوهش اشاره به رابطه مثبت و معنادار بین سلامت روان و امید به زندگی دارد اما با وجود پایین بودن میزان سلامت روان در افراد نابینا، میزان امید به زندگی در افراد نابینا و بینا تفاوتی وجود ندارد و میزان امید به زندگی افراد نابینا تقریباً با افراد بینا به دلیل افزایش دایره‌های دوستی و شبکه‌های خانوادگی و اجتماعی یکسان است. بنابراین، آگاهی دادن به افراد

۱. Nyman, Dibb, Victor & Gosney

۲. Kennedy, Marsh, Lowe, Grey, Short & Rogers

جامعه نسبت به شرایط خاص افراد نابینا و داشتن نگرش مثبت نسبت به افراد نابینا موجب افزایش سلامت روان در افراد نابینا می‌شود.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان بیان کرد که از آنجاکه آزمودنی‌های این پژوهش از بین معلولیت‌های مختلف، گروه نابینایان بودند که با گروه بینایان از نظر متغیر سلامت روان و امید به زندگی، مقایسه شوند، بنابراین، تعمیم‌دهی آن به سایر گروه‌های نیازهای ویژه باید با احتیاط صورت گیرد. از دیگر محدودیت‌های این پژوهش می‌توان اظهار نمود که به دلیل محدودیت زمانی، تعداد گروه نمونه پژوهش کم بود، بنابراین، تعمیم‌دهی آن به جمعیت گسترده نابینایان و بینایان باید محتاطانه انجام شود. علاوه بر این، آزمودنی‌های پژوهش از بین زنان نابینا و بینا انتخاب شد. بنابراین، در تعمیم آن به گروه مردان بایستی با احتیاط انجام شود. با توجه به محدودیت‌های پژوهش، می‌توان پیشنهاد نمود که مقایسه سلامت روان و امید به زندگی بین گروه‌های مختلف نیازهای ویژه و عادی اجرا گردد. همچنین، موضوع این پژوهش، در گروه نمونه گسترده‌تری انجام شود. علاوه بر این، بایستی این پژوهش در بین مردان نابینا و بینا انجام شود. همچنین، پیشنهاد می‌شود که برنامه‌های مداخلاتی مناسب برای افراد نابینا تدوین شود تا میزان سلامت روان و امید به زندگی افزایش یابد. علاوه بر این پیشنهاد می‌شود که کارگاه‌هایی جهت آشنایی افراد بینا نسبت به شرایط خاص افراد نابینا، نحوه برخورد با افراد نابینا و ایجاد شبکه‌های گسترده اجتماعی و دوستی برگزار شود.

Referanc

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of men tal disorders (5th ed.)*. Arlington, VA: American Psychiatric Association.

Arampatzi, E., Burger, M., Stavropoulos, S., & Tay, L. (2019). The role of positive expectations for resilience to adverse events: Subjective well-being before, during and after the Greek bailout referendum. *Journal of Happiness Studies*, 1–31.

Ashuri, M., Shojaei, S., & Fattahian, F. (2017). A Comparative Study of Depression, Anxiety and Stress in Blind and Normal People, *Journal of Exceptional Child Empowerment*, 8 (4), 71-8. (In Persian).

Augestad, L. B. (2017). Mental Health among Children and Young Adults with Visual Impairments: A Systematic Review, *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 411-425.

Augestad, L. B., & Jiang, L. (2015). Physical activity, physical fitness, and body composition among children and young adults with visual

impairment. *The British Journal of Visual Impairment*, 33(3), 167–182.

Avey, J. B., Reichard, R. J., Luthans, F., & Mhatre, K. H. (2011). Meta-analysis of the impact of positive psychological capital on employee attitudes, behaviors, and performance. *Human Resource Development Quarterly*, 22(2), 127–152.

Berary, B., & Gaffari, M. (2015). Mental health of the physically disabled compared to normal people: A study based on psychopathological and positive psychology approaches, *Journal of Disability Studies*, 5(11), 281–288. (In Persian).

BOLAT, N., DOĞANGÜN, B., YAVUZ, M., DEMİR, T., & KAYAALP, L. (2011). Depression and anxiety levels and self-concept characteristics of adolescents with congenital complete visual impairment, *Turkish Journal of Psychiatry*, 2(4), 1-6.

Brunes, A., Flanders, W. D., & Augestad, L. B. (2015). The effect of physical activity on mental health among adolescents with and without self-reported visual impairment: The Young-HUNT study. *British Journal of Visual Impairment*, 33(3), 189–199.

Choi, S.U., Chun, Y.S., Lee, J.K., Kim, J.T., Jeong, & Moon, N.J. (2019). Comparison of vision-related quality of life and mental health between congenital and acquired low-vision patients, *Eye*, 33(4), 1540–1546

Compton, W.C., & Hoffman, E. (2012). *Positive Psychology: The Science of happiness and flourishing*. International Edition ed United Kingdom: Cengage Learning.

Court, H., McLean, G., Guthrie, B., Mercer, S., & Smith, J.S. (2014). Visual impairment is associated with physical and mental comorbidities in older adults: a cross-sectional study, *BMC Med*, 17(12)181-188.

Dehghan, F., Kaboudi, M., Alizadeh, Z & Heidarisharaf, P. (2020). The relationship between emotional intelligence and mental health with social anxiety in blind and deaf children, *Cogent Psychology*, 7(1), 1-10.

Feldman, D.B., & Snyder, C.R. (2005). Hope and the meaningful life: Theoretical and empirical associations between goal-directed thinking and life meaning. *Journal of Social and Clinical Psychology*. 2005; 24(3):401-21.

Kermani, Z., Khodapnahi, M. K., & Heidari, M. (1390). Psychometric Properties of Snyder Omid Scale, *Journal of Applied Psychology*, 5 (3), 7-23.

KHodabakhshi Kolai, A., Ismailifar, A., & Fasqinejad, M. (2015). . Comparison of meaning of life and hope in spinal cord injury disabled, blind and non-disabled people, *Journal of Rehabilitation Research in Nursing*, 1 (3), 54-64. (In Persian).

Khodabakhshi-Koolae, A., Mosalanejad, L., Gholami, M., Massah, O. (2017). Effectiveness of group hope therapy on the psychological indicators in women with addicted husbands. *Iranian Journal of Rehabilitation*; 15(1):15-22.

Hadidi, M. S., & Al Khateeb, J. M. (2013). Loneliness among students with blindness and sighted students in Jordan: A brief report. *International Journal of Disability, Development and Education*, 60(2), 167-172.

Hatlen, P. H. (2004). Is social isolation a predictable outcome of inclusive education? *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 98(11), 676-724.

Holt-Lunstad, J., Smith, T.B., & Layton, J.B. (2010). Social relationships and mortality risk: a meta-analytic review. *PLoS Med*.

Hilde, P. A., Hannie, C.C., Brenda, W. J. H., Penninx, G. H. M. B., van Rens, R.M.A., & Nispen, V (2015). Major Depressive and Anxiety Disorders in Visually Impaired Older Adults, *Investigative Ophthalmology & Visual Science*, Vol.56, 849-854.

Kef, S., & Dekovic, M. (2004) The role of parental and peer support in adolescents well-being: a comparison of adolescents with and without a visual impairment. *Journal of Adolescents*, 27(4),453-466.

Kef, S., Hox, J. J., & Habekothe, H. T. (2000). Social networks of visually impaired and blind adolescents: Structure and effect on well-being. *Social Networks*, 22, 73-91.

Mahalakshmi, M., & Madasamy, V. (2017). Study on Mental Health of Visually Handicapped Women, *Journal of Social Work Education & Practice* ,2(3), 25-29.

Mohan, R., & Kulkarni, M. (2018). Resilience in Parents of Children with Intellectual Disabilities, *Psychology and Developing Societies*, 30 (1), 19-43.

Majer, L. M., Nusselder, W., Mackenbach, J.P., Klijs, B., van Baal, P. H. M. (2011). Risk Associated With Disability: A Population-Based Record Linkage Study, *Am J Public Health*, 101(12): 9–15.

Meyer-Rochow, V.B., Hakko, H., Ojamo, M., Uusitalo, H., Timonen, M. (2015). Suicides in Visually Impaired Persons: A Nation-Wide Register-Linked Study from Finland Based on Thirty Years of Data, *Plos one* 10(10), 1-12.

Nazifi, M., Makrami, H.R., AkbariTabar, A.A., Faraji Kojerdi, M., Rahi, A., & Tabrizi, R. (2012). Validity, Validity and Factor Structure of Persian Translation General Health Questionnaire 28 questions in hospitals affiliated to Kerman University of Medical Sciences, *Journal of Fasa University of Medical Sciences*, 3 (4), 336-342. (Iran Persian.).

Nyman, S.R., Dibb, B., Victor, C.R, Gosney, M.A. (2012). Emotional well-being and adjustment to vision loss in later life: a metasynthesis of qualitative studies. *Disability and Rehabilitation*, 34(12):971-81.

Parveen, A., & Khan, S. (2016). A Comparative Study of Mental Health of Normal and Visually Challenged Adolescents, *The International Journal of Indian Psychology*, 3(4), 177-184.

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.

Rahi, J.S., Cumberland, P.M., Peckham, C.S. (2009). Visual impairment and 300 vision-related quality of life in working-age adults: findings in the 301 1958 British birth cohort *Ophthalmology*.

SHakib, Z., Tahmasebi, R., & Norozi, A. (2013). Factors affecting the mental health of high school girls in Bushehr based on social cognition theory, *Iranian Journal of Health Education and Health Promotion*, 2 (2), 131-142. (In Persian).

Siadatian, H., Mostajeran, M., & Gamarani, A. (2012). A Comparative Study of Life Expectancy and Optimism in Deaf and Hard of Hearing Students, *Journal of Exceptional Education*, 112 (14), 18-26. (In Persian).

Smith, M., Segal, R., Segal, J. (2011). Improving emotional health. *Health guide*.

Snyder, C. R. (2000). *Handbook of hope*. San Diego: Academic Press.

Stoyles, G., Chadwik, A., & Caputi, P. (2015), Purpose in Life and Well-Being: The Relationship Between Purpose in Life, Hope, Coping, and Inward Sensitivity Among First-Year University Students, *Journal of Spirituality in Mental Health* , 17(2), 119-134.

Thomas, R., & Barends, M.P. (2010).Life expectancy for people with disabilities, *Neurorehabilitation*, 27(2):201-209 .

Van Nispen, R.M, de Boer, M.R., Hoeijmakers, J.G., Ringens, P.J., & van Rens, G.H. (2009). Co-morbidity and visual acuity are risk factors for health-related quality of life decline: five-month follow-up EQ-5D data of visually impaired older patients. *Health Qual Life Outcomes*, 7:18.

Winefield, H.R., Gill, T.K., Taylor, A.W., & Pilkington, R.M. (2012). Psychological well-being and psychological distress: is it necessary to measure both? *Psychol Well Being Theory Res Pract.*;2(1):3.

World Health Organization Report (2001). *Mental health: New understanding, new hope*. Geneva, Switzerland:World Health Organization.