MEJDS. 2022; 12:48.

Published online 2022 Jul. **Original Article**

Development of a Depression Model for Hearing-Impaired People Based on Attachment Styles and Psychological Capital Mediated by Perceived Social Support

Nazari Chafjiri M[1], *Abolghasemi Sh[2], Zarbakhsh Bahri M[2]

Author Address
1. PhD in Student General Psychology, Department of Psychology, Tonekabon Branch, Islamic Azad University, Tonekabon, Iran;
2. Associate Professor, Department of Psychology, Tonekabon Branch, Islamic Azad University, Tonekabon, Iran.
***Corresponding Author Email**: sh.abolghasemi@toniau.ac.ir

Received:2021 November 24**; Accepted:** 2022 May 17

Abstract

Background & Objectives: Depression is a mental disorder whose main characteristic is having a state of anxiety in different situations for at least two weeks. Traumatic experiences and a disturbing family environment can be effective in the onset of depressive symptoms, so attachment injuries are among the main underlying factors in the formation of a depressive disorder. Positive psychological capital is a positive psychological state of life that includes productivity, hope, optimism and self–efficacy. Social support has been cited as a predictor of hope and an increased ability to cope with stress and difficult situations. Adolescents with hearing impairments due to physical disabilities and the resulting deprivations are often unable to form social and mutual relationships with their peers, and their emotional and social adjustment is difficult. Therefore, the quality of attachment with peers is low. This study aimed to develop a model for depression in hearing–impaired people based on attachment styles and psychological capital mediated by perceived social support.

Methods: This research is a correlational analytic study using structural equation modeling. The study's statistical population comprised 1466 people with hearing impairments with active files in the Deaf Center of Rasht City, Iran, under the auspices of the Welfare Organization of Gilan Province, in 2020. A sample of 305 people was selected from the study population using a simple random sampling method. According to Klein (1998), if structural equation modeling is used, about 15 samples are needed for each manifest variable. Since there were 15 manifest variables in this study, 255 people were needed, but considering the possible dropout, 305 people were selected as the final sample. The inclusion criteria were mild to profound hearing impairment, no history of serious physical or psychological problems, no use of psychological medication, and no use of psychological therapies. The exclusion criteria included providing incomplete information and not answering all the questions of the questionnaires. Data collection tools were Psychological Capital Questionnaire (Luthans et al., 2007), Multidimensional Perceived Social Support Scale (Zimet et al., 1988), Beck Depression Inventory–II (Beck et al., 1996), and Parent–Peer Attachment Scale (Armsden & Greenberg, 1987). For data analysis, mean and standard deviation indices were used at the level of descriptive statistics. Inferential analysis of data was performed using the Pearson correlation coefficient and structural equation modeling in SPSS software version 22 and LISREL version 8.80. The Bootstrap test was used to evaluate the mediating relationships. The significance level of the tests was considered 0.05.

Results: Findings showed that parental attachment (β=0.64, p<0.001) and psychological capital (β=0.61, p<0.001) had a positive and direct effect on perceived social support. Also, parental attachment (β=–0.38, p<0.001) and psychological capital (β=–0.41, p<0.001) had an inverse effect on depression. The indirect effect of parental attachment on depression was equal to β=–0.52 (p<0.001). The indirect effect of psychological capital on depression was equal to β=–0.49 (p<0.001). Good fit indices also supported the optimal fit of the research model with the collected data (RMSEA=0.035, AGFI=0.93).

Conclusion: Based on the findings of this study, perceived social support has a mediating role in the relationship between attachment styles and psychological capital with depression in people with hearing impairment.

Keywords: Depression, Attachment style, Psychological capital, Perceived social support.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-02-19]

Copyright © 2022, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

مجله مطالعات ناتوانی ۱۴۰۱؛ (۱۲):۴۸.

انتشار برخط خرداد ۱۴۰۱ مقاله پژوهشی اصیل

تدوین مدل افسردگی افراد آسیب‌دیدهٔ شنوایی براساس سبک‌های دلبستگی و سرمایهٔ روان‌شناختی با میانجی‌گری حمایت اجتماعی ادراک‌شده

منصور نظری چافجیری[۱]، *شهنام ابوالقاسمی[۲]، محمدرضا زربخش بحری[۲]

توضیحات نویسندگان

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی عمومی، گروه روان‌شناسی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران؛

۲. دانشیار، گروه روان‌شناسی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران.

***رایانامهٔ نویسندهٔ مسئول:** sh.abolghasemi@toniau.ac.ir

تاریخ دریافت: ۳ آذر ۱۴۰۰؛ **تاریخ پذیرش:** ۲۷ اردیبهشت ۱۴۰۱

چکیده

زمینه و هدف: تجارب آسیب‌زا و محیط خانوادگی آشفته می‌تواند در بروز نشانه‌های افسردگی مؤثر باشد. مطالعهٔ حاضر با هدف تدوین مدل افسردگی افراد آسیب‌دیدهٔ شنوایی براساس سبک‌های دلبستگی و سرمایهٔ روان‌شناختی با میانجی‌گری حمایت اجتماعی ادراک‌شده انجام شد.

روش‌بررسی: روش این پژوهش، تحلیلی از نوع همبستگی و مدل‌سازی معادلات ساختاری بود. جامعهٔ آماری پژوهش را افراد آسیب‌دیدهٔ شنوایی دارای پروندهٔ فعال در کانون ناشنوایان شهر رشت زیر پوشش سازمان بهزیستی استان گیلان در سال ۱۳۹۹ به تعداد ۱۴۶۶ نفر تشکیل دادند. حجم نمونه براساس تعداد متغیرهای آشکار، ۳۰۵ نفر تعیین شد که با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب شدند. ابزارهای جمع‌آوری داده‌ها شامل پرسش‌نامهٔ افسردگی بک ـ ویرایش دوم (بک و همکاران، ۱۹۹۶)، مقیاس دلبستگی والدین ـ همسالان (آرمسدن و گرینبرگ، ۱۹۸۷)، پرسش‌نامهٔ سرمایهٔ روان‌شناختی (لوتانز و همکاران، ۲۰۰۷) و مقیاس چندبُعدی حمایت اجتماعی ادراک‌شدهٔ (زیمت و همکاران، ۱۹۸۸) بود. تحلیل داده‌ها با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون و روش مدل‌سازی معادلات ساختاری در نرم‌افزارهای SPSS نسخهٔ ۲۲ و لیزرل نسخهٔ ۸/۸۰ صورت گرفت. سطح معناداری آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد، دلبستگی والدین (β=۰/۶۴، p<۰/۰۰۱) و سرمایهٔ روان‌شناختی (β=۰/۶۱، p<۰/۰۰۱) دارای اثر مثبت و مستقیم بر حمایت اجتماعی ادراک‌شده بودند. دلبستگی والدین (β=-۰/۳۸، p<۰/۰۰۱) و سرمایهٔ روان‌شناختی (β=-۰/۴۱، p<۰/۰۰۱) اثر منفی و معکوس بر افسردگی داشتند. اثر غیرمستقیم دلبستگی والدین بر افسردگی برابر با (β=-۰/۵۲، p<۰/۰۰۱) بود. اثر غیرمستقیم سرمایهٔ روان‌شناختی بر افسردگی برابر با (β=-۰/۴۹، p<۰/۰۰۱) به‌دست آمد. همچنین شاخص‌های نکویی برازش از برازش مطلوب الگوی پژوهش با داده‌های گردآوری‌شده حمایت کردند (AGFI=۰/۹۳، RMSEA=۰/۰۳۵).

نتیجه‌گیری: براساس یافته‌های این پژوهش نتیجه گرفته می‌شود، حمایت اجتماعی ادراک‌شده در رابطهٔ بین سبک‌های دلبستگی و سرمایهٔ روان‌شناختی با افسردگی افراد با آسیب شنوایی نقش میانجی دارد.

کلیدواژه‌ها: افسردگی، سبک دلبستگی، سرمایهٔ روان‌شناختی، حمایت اجتماعی ادراک‌شده.

حق انتشار محفوظ است © ۱۴۰۱، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار ـ غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-02-19]

۱ مقدمه

افسردگی[1]، اختلالی روانی به‌شمار می‌رود که مشخصهٔ اصلی آن داشتن حالت پریشانی در وضعیت‌ها و موقعیت‌های مختلف به‌مدت حداقل دو هفته است (۱). تجارب آسیب‌زا و محیط خانوادگی آشفته می‌توانند در بروز نشانه‌های افسردگی مؤثر باشند (۲)؛ به‌طوری‌که آسیب‌های دلبستگی[2] به‌عنوان یکی از عوامل زمینه‌ساز اصلی در شکل‌گیری اختلال افسردگی تأیید شده است (۳). بالبی در نظریهٔ دلبستگی بیان می‌کند، کیفیت دلبستگی ازطریق الگوهای شناختی و فعال درونی منجربه بروزیافتن یا بروزنیافتن اختلال‌های عاطفی‌هیجانی می‌شود (۴). پژوهش خانجانی و همکاران نشان داد، سبک‌های دلبستگی ناایمن می‌توانند به‌واسطهٔ نظریهٔ ذهن نشانه‌های اختلال افسردگی را پیش‌بینی کنند (۵). همچنین هیراستون و همکاران دریافتند، علائم افسردگی پس از زایمان در رابطهٔ بین سبک‌های دلبستگی و پیوند، نقش میانجی دارد (۶). ازجمله توانمندی‌های روان‌شناختی مهم، سرمایهٔ روان‌شناختی است که به‌نظر می‌رسد در مقابله با افسردگی نیز مؤثر باشد (۷).

سرمایه‌های روان‌شناختی مثبت[3]، حالتی روان‌شناختی مثبت به زندگی و شامل تاب‌آوری[4]، امید[5]، خوش‌بینی[6] و خودکارآمدی[7] است (۸). تاب‌آوری عبارت است از تطابق مثبت در واکنش به شرایط ناگوار برای پشت سر گذاشتن مشکلات زندگی حتی وقتی شرایط نامطلوب و سخت وجود دارد (۹). خوش‌بینی انتظار تعمیم‌یافته‌ای است که برمبنای آن پیامدهای خوب در سراسر حیطه‌های مهم زندگی رخ می‌دهد (۱۰). خودکارآمدی احساس شایستگی، کفایت و قابلیت کنارآمدن با زندگی و میزان ادراک از درجهٔ کنترلی بر زندگی است (۱۱). افرادی‌که مقابله و رویارویی بهتری با شرایط تنش‌زا دارند، بهتر می‌توانند بهزیستی روان‌شناختی خود را حفظ کنند (۱۲). پژوهش باکر و همکاران نشان داد، سرمایهٔ روان‌شناختی با پاسخ انطباقی به افسردگی ارتباط مثبت دارد (۱۳). اورگان و همکاران دریافتند، سرمایهٔ روان‌شناختی مثبت بر علائم افسردگی تأثیر منفی می‌گذارد (۱۴). از عواملی‌که از پیشرفت علائم سوء مانند افسردگی و اضطراب پیشگیری می‌کند، حمایت اجتماعی[8] است که نه‌تنها بر سلامت و بهزیستی افراد، بلکه بر سیستم ایمنی آن‌ها نیز اثر مثبت دارد (۱۵).

حمایت اجتماعی با ایجاد احساس تعلق و وابستگی به دیگران باعث بهبود کیفیت زندگی، رضایت از زندگی، رفتارهای مرتبط با سلامت و مانند این‌ها می‌شود (۱۶). حمایت اجتماعی به‌منزلهٔ فاکتور پیشگویی‌کنندهٔ امید و افزایش توانایی سازگاری با استرس و شرایط سخت عنوان شده است (۱۷). مطالعات سینتیا لاگزدون و همکاران (۱۸) و تامبگ و همکاران (۱۹) مشخص کرد، سطوح حمایت اجتماعی ادراک‌شده عامل مهمی در کاهش خطر افسردگی است. موقر و همکاران دریافتند، حمایت اجتماعی با نقش میانجی سبک‌های اسنادی می‌تواند مدل مطلوبی برای پیش‌بینی افسردگی در کودکان باشد (۲۰).

آنچه در پژوهش حاضر مدنظر پژوهشگران قرار گرفته، مطالعه روی افراد با آسیب شنوایی است. افراد دارای آسیب شنوایی در ارتباطات اجتماعی خود مشکلات زیادی را ازقبیل انزوای اجتماعی، دوستان اندک و سپری‌کردن وقتشان در تنهایی، تجربه می‌کنند. کودکان ناشنوا به‌عنوان جمعیتی درمعرض خطر در رشد شایستگی و صلاحیت اجتماعی، در نظر گرفته می‌شوند. مشکلات این افراد در موقعیت‌هایی که آسیب‌پذیری آن‌ها را بیشتر می‌کند، می‌تواند به ناتوانی‌شان در تشخیص نشانه‌های منفی رفتار اجتماعی دیگران، نسبت داده شود و بی‌توجهی به این گروه از افراد با نیازهای خاص علاوه‌بر به‌خطر انداختن سلامت روان آن‌ها، خانواده و جامعه را نیز دچار آسیب می‌کند. از سوی دیگر ضرورت پژوهش حاضر از آن لحاظ بود که آسیب شنوایی همچنین فرایند اجتماعی‌شدن را تحت‌تأثیر قرار می‌دهد. فقدان مهارت‌های اجتماعی کافی میان افراد دارای آسیب‌های بینایی و شنوایی ممکن است مشکلات زیادی را مانند انزوای اجتماعی، افسردگی و مشکلات روانی‌اجتماعی متعدد به‌وجود آورد. نوجوانان با آسیب شنوایی به‌دلیل نقص جسمی و محرومیت‌های ناشی‌از آن اغلب قادر به ایجاد رابطهٔ اجتماعی و متقابل با همسالان نیستند و سازش‌یافتگی عاطفی و اجتماعی آنان با دشواری روبه‌رو است؛ بنابراین کیفیت دلبستگی با همسالان نیز باکاهش همراه است؛ ازاین‌رو پژوهش حاضر با هدف تدوین مدل افسردگی افراد آسیب‌دیدهٔ شنوایی براساس سبک‌های دلبستگی و سرمایهٔ روان‌شناختی با میانجی‌گری حمایت اجتماعی ادراک‌شده انجام شد.

۲ روش‌بررسی

روش پژوهش حاضر تحلیلی از نوع همبستگی و مدل‌سازی معادلات ساختاری بود. جامعهٔ آماری پژوهش را افراد آسیب‌دیدهٔ شنوایی دارای پروندهٔ فعال در کانون ناشنوایان شهر رشت زیر پوشش سازمان بهزیستی استان گیلان در سال ۱۳۹۹ به تعداد ۱۴۶۶ نفر تشکیل دادند. از بین جامعهٔ پژوهش نمونه‌ای به تعداد ۳۰۵ نفر و با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی ساده (براساس قرعه‌کشی) انتخاب شدند. بنا به نظر کلاین، اگر از مدل‌سازی معادلات ساختاری استفاده شود، حدود پانزده نمونه برای هر متغیر آشکار لازم است (۲۱). ازآنجاکه در این پژوهش، پانزده متغیر آشکار وجود داشت، به تعداد ۲۲۵ نفر نیاز بود؛ اما برای اطمینان بیشتر و درنظرگرفتن ریزش احتمالی، ۳۰۵ نفر به‌عنوان نمونهٔ نهایی انتخاب شدند. ملاک‌های ورود شرکت‌کنندگان به پژوهش شامل داشتن آسیب شنوایی از خفیف تا عمیق، نداشتن سابقهٔ مشکلات جسمانی و روان‌شناختی جدی، مصرف‌نکردن داروی روان‌شناختی و استفاده‌نکردن از درمان‌های روان‌شناختی بود. ملاک‌های خروج شرکت‌کنندگان از پژوهش ارائهٔ اطلاعات ناقص و

1. Depression
2. Attachment pathologies
3. Positive psychological capitals
4. Resiliency
5. Hope
6. Optimism
7. Self-efficacy
8. Social support

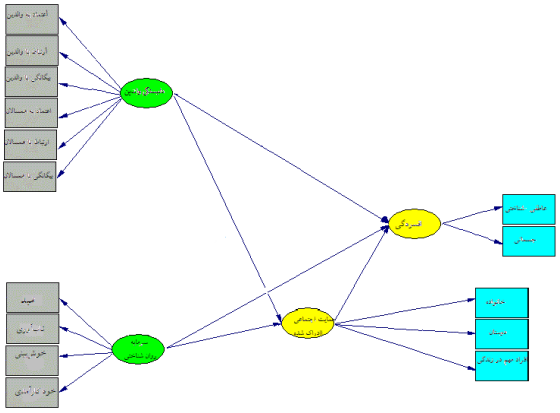
[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-02-19]

پاسخ‌ندادن به تمامی سؤالات پرسش‌نامه‌ها در نظر گرفته شد.
ملاحظات اخلاقی پژوهش حاضر به‌شرح ذیل بود: به شرکت‌کنندگان دربارهٔ هدف پژوهش و کارکرد پژوهش اطلاعاتی به‌شکل کتبی ارائه شد و در صورت تمایل و تکمیل فرم رضایت آگاهانه در پژوهش مشارکت کردند؛ این اطمینان به افراد داده شد که تمام اطلاعات محرمانه هستند و برای امور پژوهشی استفاده خواهند شد؛ به‌منظور رعایت حریم خصوصی، نام و نام خانوادگی شرکت‌کنندگان ثبت نشد.
برای جمع‌آوری داده‌ها ابزارهای زیر به‌کار رفت.
ـ پرسش‌نامهٔ افسردگی بک ـ ویرایش دوم[1] : پرسش‌نامهٔ افسردگی بک ـ ویرایش دوم توسط بک و همکاران در سال ۱۹۹۶ برای سنجش میزان افسردگی تدوین شد (۲۲). این پرسش‌نامه ۲۱ سؤال چهارگزینه‌ای با دامنهٔ نمره‌گذاری بین صفر تا سه دارد و مجموع نمرات بین صفر تا ۶۳ متغیر است. کسب نمرهٔ بیشتر در پرسش‌نامه نشان‌دهندهٔ شدت بیشتر افسردگی است. این ابزار دو عامل عاطفی‌شناختی و جسمانی را می‌سنجد. در پرسش‌نامه چندین گروه سؤال وجود دارد و هر سؤال بیان‌کنندهٔ حالتی در فرد است. کسب نمرهٔ بیشتر در پرسش‌نامه بیانگر افسردگی بیشتر و کسب نمرهٔ کمتر نشان‌دهندهٔ افسردگی کمتر است (۲۲). بک و همکاران، روایی پرسش‌نامه را با استفاده از روش تحلیل عاملی تأیید کردند (RMSEA=۰/۰۲۶، AGFI=۰/۹۳) و ضریب آلفای کرونباخ پرسش‌نامه را ۰/۸۷ و پایایی آن را به‌روش بازآزمایی ۰/۶۰ به‌دست آوردند (۲۲). در ایران، استفان ـ دابسون و همکاران، روایی سازه و تحلیل عاملی آن را تأیید کردند (RMSEA=۰/۰۵۹، AGFI=۰/۹۰) و ضریب پایایی را به‌روش آلفای کرونباخ ۰/۹۲ به‌دست آوردند (۲۳).
ـ مقیاس دلبستگی والدین ـ همسالان[2]: این مقیاس توسط آرمسدن و گرینبرگ در سال ۱۹۸۷ به‌صورت خودگزارشی طراحی شد که به سنجش امنیت روان‌شناختی درنتیجهٔ ارتباط با افرادی معین، می‌پردازد (۲۴). در هر بخش از آن موادی وجود دارد که دلبستگی را در سه زیرمقیاس اعتماد، ارتباط و بیگانگی بررسی می‌کند. نمره‌گذاری در دامنه‌ای سه‌درجه‌ای از همیشه نادرست=نمرهٔ یک تا همیشه درست=نمرهٔ سه، انجام می‌شود. حداقل نمره در این مقیاس ۵۳، حداکثر ۱۵۹ و میانگین نمرات (نمرهٔ برش) ۱۰۶ است (۲۴). در پژوهش آرمسدن و گرینبرگ، روایی این مقیاس با استفاده از روش تحلیل عاملی به تأیید رسید (RMSEA=۰/۰۱۶، AGFI=۰/۹۵) و پایایی آن با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ در دامنهٔ بین ۰/۶۶ تا ۰/۸۶ گزارش شد (۲۴). در ایران، ناصری محمدآبادی و همکاران، روایی این ابزار را با استفاده از تحلیل عاملی تأییدی، تأیید کردند (RMSEA=۰/۰۶۵، AGFI=۰/۹۰) و ضریب آلفای کرونباخ را برای زیرمقیاس اعتماد به والدین ۰/۷۴، ارتباط با والدین ۰/۷۳ و بیگانگی از والدین ۰/۶۹ به‌دست آوردند. همچنین در نسخهٔ همسالان، اعتماد به همسالان ۰/۷۸، ارتباط با همسالان ۰/۶۲ و بیگانگی از همسالان ۰/۶۲ بود (۲۵).
ـ پرسش‌نامهٔ سرمایهٔ روان‌شناختی[3]: پرسش‌نامهٔ سرمایهٔ روان‌شناختی توسط لوتانز و همکاران در سال ۲۰۰۷ ساخته شد (۲۶). این پرسش‌نامه شامل ۲۴ سؤال و چهار مؤلفهٔ خودکارآمدی، امیدواری، تاب‌آوری و خوش‌بینی است. هر مؤلفه شش گویه دارد و آزمودنی به هر گویه در مقیاس شش‌درجه‌ای از کاملاً مخالفم (نمرهٔ یک) تا کاملاً موافقم (نمرهٔ شش)، پاسخ می‌دهد. دامنهٔ نمرات پرسش‌نامه بین ۲۴ تا ۱۴۴ است. کسب نمرهٔ بیشتر در پرسش‌نامه به‌معنای سرمایهٔ روان‌شناختی مطلوب‌تر است (۲۶). در پژوهش لوتانز و همکاران، روایی پرسش‌نامه با استفاده از روش تحلیل عاملی تأیید شد (RMSEA=۰/۰۲۵، AGFI=۰/۹۵) و پایایی خرده‌مقیاس‌های آن با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ بین ۰/۸۴ تا ۰/۹۱ به‌دست آمد (۲۶). علی‌پور و همکاران در پژوهشی میزان پایایی خرده‌مقیاس‌های پرسش‌نامه را بین ۰/۸۵ تا ۰/۸۹ گزارش کردند. همچنین روایی پرسش‌نامه به‌کمک تحلیل عاملی بررسی شد و تأیید کرد که این پرسش‌نامه شامل چهار مؤلفهٔ امید، تاب‌آوری، خوش‌بینی و خودکارآمدی است (RMSEA=۰/۰۶۱، AGFI=۰/۹۱) (۲۷).
ـ مقیاس چندبُعدی حمایت اجتماعی ادراک‌شده[4]: این مقیاس توسط زیمت و همکاران در سال ۱۹۸۸ برای اندازه‌گیری میزان حمایت اجتماعی ادراک‌شدهٔ چندبُعدی ساخته شد (۲۸). این مقیاس، ابزاری دوازده‌عبارتی است که به‌منظور ارزیابی حمایت اجتماعی ادراک‌شده از سه منبع خانواده (جملات ۳، ۴، ۸، ۱۱)، دوستان (جملات ۶، ۷، ۹، ۱۲) و افراد مهم در زندگی (جملات ۱، ۲، ۵، ۱۰) تشکیل شده است. نمره‌گذاری پرسش‌نامه به‌روش لیکرت هفت درجه‌ای از یک (کاملاً مخالفم) تا هفت (کاملاً موافقم) صورت می‌گیرد (۲۸). در مطالعهٔ زیمت و همکاران، روایی این مقیاس با استفاده از روش تحلیل عاملی تأیید شد (RMSEA=۰/۰۱۴، AGFI=۰/۹۵). همچنین پایایی مقیاس به‌روش آلفای کرونباخ برای کل مقیاس برابر با ۰/۹۳، خرده‌مقیاس‌های خانواده ۰/۹۱، دوستان ۰/۸۹ و افراد مهم زندگی ۰/۹۱ به‌دست آمد (۲۸). در پژوهش باقریان سرارودی و همکاران، نتایج تحلیل عاملی مشخص کرد، درصد واریانس توضیح داده‌شده توسط سه عامل در نمونهٔ بیمار و نمونهٔ سالم به‌ترتیب ۷۷/۸۷ درصد و ۷۸/۵۵ درصد است که روایی مناسب پرسش‌نامه را نشان می‌هد. ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۴ برای نمرهٔ کل مقیاس و ۰/۹۰، ۰/۹۳ و ۰/۸۵ به‌ترتیب برای دوستان، افراد مهم و زیرمقیاس‌های خانواده از نمونهٔ بیمار و ۰/۹۲ برای نمرهٔ کل مقیاس و ۰/۸۹، ۰/۹۲ و ۰/۸۷ برای دوستان، افراد مهم و خانواده از نمونهٔ سالم به‌دست آمد. پایایی بازآزمایی در طی یک دورهٔ دوماهه ۰/۸۴ برای مقیاس و ۰/۷۳، ۰/۷۸ و ۰/۸۴ به‌ترتیب برای دوستان، افراد مهم و زیرمقیاس‌های خانواده از نمونهٔ سالم بود (۲۹).
مدل مفهومی پژوهش در شکل ۱ ارائه شده است. در راستای تحلیل استنباطی، روش ضریب همبستگی پیرسون، مدل‌سازی معادلات ساختاری و برازندگی الگوی پیشنهادی براساس شاخص مجذور

1. Beck Depression Inventory-II
2. Parent-Peer Attachment Scale
3. Psychological Capital Questionnaire
4. Multidimensional Perceived Social Support Scale

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-02-19]

خی‌دو، شاخص نکویی تطبیقی[1] (CFI)، شاخص نکویی برازش[2] (GFI)، شاخص نکویی برازش تعدیل‌شده[3] (AGFI) و ریشهٔ خطای میانگین مجذورات تقریب[4] (RMSEA) استفاده شد. برای ارزیابی روابط واسطه‌ای، آزمون بوت‌استرپ و به‌منظور بررسی نرمال‌بودن داده‌ها، آزمون کولموگروف‌اسمیرنف به‌کار رفت. تحلیل‌های مذکور با بهره‌گیری از نرم‌افزارهای SPSS نسخهٔ ۲۲ و LISREL نسخهٔ ۸/۸۰ صورت گرفت. سطح معناداری آزمون‌ها در این پژوهش، ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.



شکل ۱. مدل مفهومی رابطهٔ بین افسردگی، سبک‌های دلبستگی، سرمایهٔ روان‌شناختی و حمایت اجتماعی ادراک‌شده

۳ یافته‌ها

براساس اطلاعات جمعیت‌شناختی، ۱۶۶ نفر (۵۴/۴درصد) از نمونهٔ پژوهش را زنان و ۱۳۹ نفر (۴۵/۵درصد) را مردان تشکیل دادند. از نظر تحصیلات، تعداد ۳۹ نفر (۱۲/۷درصد) بین سیکل تا دیپلم، تعداد ۱۳۶ نفر (۴۴/۵درصد) دارای تحصیلات دیپلم و ۱۳۰ نفر (۴۲/۶درصد) دارای تحصیلات بیشتر از دیپلم بودند. جدول ۱ شامل آمار توصیفی برای همهٔ متغیرهای به‌کاررفته در تحقیق است.

جدول ۱. آمار توصیفی متغیرهای تحقیق

متغیر	میانگین	انحراف معیار	K-S	مقدار احتمال
اعتماد به والدین	۲/۶۹	۰/۴۸	۱/۱۸۱	۰/۱۵۴
ارتباط با والدین	۲/۴۸	۰/۴۷	۱/۱۷۰	۰/۱۷۰
بیگانگی با والدین	۲/۶۳	۰/۵۴	۱/۲۳۲	۰/۰۹۶
اعتماد به همسالان	۲/۷۵	۰/۵۴	۰/۸۹۰	۰/۴۰۷
ارتباط با همسالان	۳/۱۹	۰/۵۳	۱/۱۸۵	۰/۱۵۱
بیگانگی با همسالان	۲/۸۷	۰/۵۳	۱/۱۵۵	۰/۱۷۹
عاطفی‌شناختی	۱/۱۷	۰/۵۵	۱/۲۷۶	۰/۰۷۷
جسمانی	۲/۷۵	۰/۶۴	۱/۱۷۱	۰/۱۶۸
خانواده	۴/۲۳	۰/۶۹	۱/۱۰۷	۰/۱۹۱
دوستان	۳/۶۵	۰/۸۶	۱/۱۲۳	۰/۱۸۵
افراد مهم در زندگی	۴/۲۶	۰/۷۰	۱/۱۲۵	۰/۱۸۲
امید	۲/۵۰	۰/۹۵	۱/۲۲۵	۰/۱۰۴
تاب‌آوری	۲/۳۰	۰/۹۶	۱/۱۹۹	۰/۱۴۷
خوش‌بینی	۲/۶۳	۰/۸۹	۱/۱۲۹	۰/۱۸۱
خودکارآمدی	۲/۵۱	۰/۹۵	۱/۲۱۱	۰/۱۸۲

در جدول ۱، میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش مشاهده می‌شود. نتایج آزمون کولموگروف‌اسمیرنف (K-S) نشان داد، تمامی متغیرهای پژوهش از توزیع نرمال برخوردار بودند. همچنین ضریب همبستگی پیرسون مؤلفه‌های متغیرهای دلبستگی والدین، حمایت اجتماعی ادراک‌شدهٔ چندبُعدی و سرمایهٔ روان‌شناختی با افسردگی بررسی شد و مشخص کرد، تمامی خرده‌مقیاس‌های متغیرهای پژوهش

[1]. Comparative fit index
[2]. Goodness of fit index
[3]. Adjusted goodness of fit index
[4]. Root mean square error of approximation

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-02-19]

به‌جز دلبستگی والدین دارای همبستگی منفی و معنادار با نمرهٔ افسردگی است ($p<۰/۰۵$). در جدول ۲، شاخص‌های نکویی برازش الگوی مسیر شده است.

جدول ۲. شاخص‌های نکویی برازش مدل تحلیل مسیر

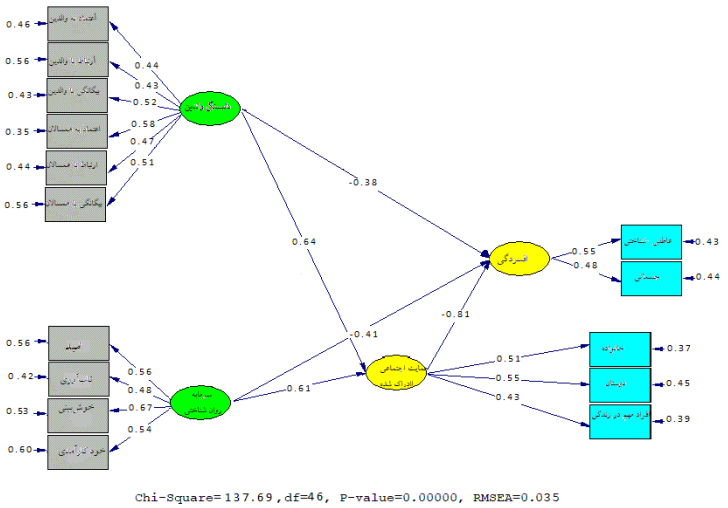
شاخص‌های نکویی برازش	نسبت مجذور خی به درجهٔ آزادی[1]	ریشهٔ خطای میانگین مجذورات تقریب	شاخص نکویی برازش تعدیل‌شده	شاخص نکویی برازش	شاخص نکویی تطبیقی
الگوی مسیر	۱/۶۲	۰/۰۳۵	۰/۹۳	۰/۹۱	۰/۹۱

جدول ۲ نشان می‌دهد، شاخص‌های نکویی برازش از برازش مطلوب الگو با داده‌های گردآوری‌شده حمایت کرده است.

جدول ۳. برآوردهای ضرایب اثر مستقیم، غیرمستقیم و کل متغیرهای برون‌زای دلبستگی والدین و سرمایهٔ روان‌شناختی بر حمایت اجتماعی ادراک‌شده (وابستهٔ میانی) و متغیر افسردگی (وابستهٔ اصلی)

مسیر	اثر مستقیم	اثر غیرمستقیم	اثر کل	خطای معیار برآورد (اثر مستقیم)	مقدار احتمال		
					اثر مستقیم	اثر غیرمستقیم	اثر کل
دلبستگی والدین بر حمایت اجتماعی ادراک‌شده	۰/۶۴	–	۰/۶۴	۰/۰۸	<۰/۰۰۱	–	<۰/۰۰۱
دلبستگی والدین بر افسردگی	–۰/۳۸	–۰/۵۲	۰/۱۹	۰/۰۹	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱
سرمایهٔ روان‌شناختی بر حمایت اجتماعی ادراک‌شده	۰/۶۱	–	۰/۶۱	۰/۰۹	<۰/۰۰۱	–	<۰/۰۰۱
سرمایهٔ روان‌شناختی بر افسردگی	–۰/۴۱	–۰/۴۹	۰/۲۰	۰/۱۳	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱
حمایت اجتماعی ادراک‌شده بر افسردگی	–۰/۸۱	–	–۰/۸۱	۰/۱۲	<۰/۰۰۱	–	<۰/۰۰۱

باتوجه به جدول ۳، دلبستگی والدین ($\beta=۰/۶۴$، $p<۰/۰۰۱$) و سرمایهٔ روان‌شناختی ($\beta=۰/۶۱$، $p<۰/۰۰۱$) دارای اثر مثبت و مستقیم بر حمایت اجتماعی ادراک‌شده بودند. همچنین دلبستگی والدین ($\beta=-۰/۳۸$، $p<۰/۰۰۱$) و سرمایهٔ روان‌شناختی ($\beta=-۰/۴۱$، $p<۰/۰۰۱$) اثر منفی و معکوس بر افسردگی داشتند. براساس جدول ۳، اثر غیرمستقیم دلبستگی والدین بر افسردگی برابر با ($\beta=-۰/۵۲$، $p<۰/۰۰۱$) بود. اثر غیرمستقیم سرمایهٔ روان‌شناختی بر افسردگی برابر با ($\beta=-۰/۴۹$، $p<۰/۰۰۱$) به‌دست آمد. نتایج الگوی مسیر اندازه‌گیری‌شدهٔ روابط بین دلبستگی والدین، سرمایهٔ روان‌شناختی، حمایت اجتماعی ادراک‌شده و افسردگی در شکل ۲ ارائه شده است.



شکل ۲. الگوی مسیر مدل برازش‌شدهٔ روابط بین دلبستگی والدین، سرمایهٔ روان‌شناختی، حمایت اجتماعی ادراک‌شده و افسردگی با برآورد ضرایب استاندارد

۴ بحث

مطالعهٔ حاضر با هدف تدوین مدل افسردگی افراد آسیب‌دیدهٔ شنوایی براساس سبک‌های دلبستگی و سرمایهٔ روان‌شناختی با میانجی‌گری حمایت اجتماعی ادراک‌شده انجام شد. نتایج پژوهش نشان داد، بین سبک‌های دلبستگی و سرمایه‌های روان‌شناختی با افسردگی افراد آسیب‌دیدهٔ شنوایی با میانجی‌گری حمایت اجتماعی ادراک‌شده رابطهٔ معنادار وجود داشت. ازآنجاکه در مدل‌های میانجی، فرض بر این است که متغیر میانجی به‌عنوان رابط بین متغیر درون‌داد با متغیر برون‌داد قرار می‌گیرد و بر رابطهٔ بین آن‌ها تأثیر می‌گذارد، به تبیین رابطهٔ دوسویه بین

[1]. χ^2/df

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-02-19]

سبک‌های دلبستگی، سرمایهٔ روان‌شناختی و حمایت اجتماعی ادراک‌شده با افسردگی افراد با آسیب شنوایی پرداخته شد؛ اما پیش ازاین، به مطالعات همسو و ناهمسو اشاره شده است.

دربارهٔ رابطهٔ بین سبک‌های دلبستگی با افسردگی افراد با آسیب شنوایی پژوهشی همسو یافت نشد؛ اما مطالعاتی در تأیید این رابطه انجام گرفته است که می‌توان به پژوهش‌های لینارس و همکاران (۲) و مارگانسکا و همکاران (۳) اشاره کرد. آن‌ها آسیب‌های دلبستگی را از عوامل زمینه‌ساز اصلی در شکل‌گیری اختلال افسردگی عنوان کردند. پژوهش خانجانی و همکاران نشان داد، سبک‌های دلبستگی ناایمن می‌توانند به‌واسطهٔ نظریهٔ ذهن نشانه‌های اختلال افسردگی را پیش‌بینی کنند (۵). همچنین هیراستون و همکاران دریافتند، علائم افسردگی پس از زایمان در رابطهٔ بین سبک‌های دلبستگی و پیوند، نقش میانجی دارد (۶). در تبیین این رابطه می‌توان گفت که دلبستگی، عنصر اساسی تحول طبیعی انسان به‌شمار می‌رود و نشان‌دهندهٔ فرایندی دوسویه از ارتباطات هیجانی است. به بیان دیگر همهٔ افراد تحت‌تأثیر پیوندهای دلبستگی خود قرار دارند؛ اما اینکه این تأثیرات مثبت یا منفی، سالم یا بیماری‌زا باشد، به کیفیت پیوند دلبستگی در رابطه‌ای خاص وابسته است (۳۰)؛ ازاین‌رو مطابق با نظر بالبی، پیوند والدـ کودک بافت غیرقابل‌جایگزینی برای رشد هیجانی و اجتماعی کودک در کل زندگی فراهم می‌آورد و بیشتر مشکلات دوران کودکی و بزرگسالی، ناشی‌از تجارب دوران کودکی است (به‌نقل از ۳۱). براساس نظر بالبی، سبک دلبستگی موجب شکل‌گیری خودپندارهٔ فرد می‌شود (به‌نقل از ۳۰). افراد دلبستهٔ ایمن، دارای نوعی ادراک مثبت از خود هستند. این خودپنداره به فرد اجازه می‌دهد تا در زمان برخورد با شرایط تنش‌زا، کنترل هیجانی و شناختی خود را از دست ندهد و بتواند شرایط تنش‌زا را در کنترل خود درآورد و در مقابله با افسردگی به‌عنوان سپری حمایتی عمل کند (۳۰).

همچنین دربارهٔ رابطهٔ معنادار سرمایهٔ روان‌شناختی با افسردگی، پژوهش باکر و همکاران با مطالعهٔ حاضر همسوست که نشان داد سرمایهٔ روان‌شناختی با پاسخ انطباقی به افسردگی ارتباط مثبت دارد (۱۳). برگیم و همکاران بیان کردند، برخورداری از سرمایهٔ روان‌شناختی، افراد را قادر می‌سازد تا علاوه‌بر رویارویی بهتر دربرابر موقعیت‌های استرس‌زا، کمتر دچار تنش شوند و سلامت روان‌شناختی بیشتری داشته باشند (۳۲). در همین راستا، پژوهش اورگان و همکاران مشخص کرد، سرمایهٔ روان‌شناختی مثبت بر علائم افسردگی تأثیر منفی دارد (۱۴). در تبیین این رابطه می‌توان گفت، سرمایهٔ روان‌شناختی شامل درک فرد از خویشتن، داشتن هدف برای دستیابی به موفقیت و تاب‌آوری دربرابر مشکلات و معضلات زندگی است. برخورداری از سرمایهٔ روان‌شناختی، افراد را قادر می‌سازد تا علاوه‌بر رویارویی بهتر دربرابر موقعیت‌های استرس‌زا، کمتر دچار تنش شوند، درمقابل مشکلات از توان بیشتری برخوردار باشند، به دیدگاه روشنی دربارهٔ خود دست یابند و کمتر تحت‌تأثیر مشکلات روزمره قرار گیرند (۳۳)؛ بنابراین، افراد برخوردار از سرمایهٔ روان‌شناختی زیاد، دارای سلامت روان‌شناختی بیشتر نیز هستند. به‌نظر می‌رسد افرادی که بتوانند مقابله و رویارویی بهتری با شرایط تنش‌زا داشته باشند، بهتر می‌توانند بهزیستی روان‌شناختی خود را حفظ کنند و کمتر دچار افسردگی می‌شوند (۳۰). علاوه‌براین، سرمایهٔ روان‌شناختی می‌تواند به رشد و گسترش تعامل و روابط بین‌فردی افراد کمک کند و به آن‌ها این امکان را می‌دهد تا از منابع اجتماعی و حمایتی در خانواده و دوستان بهره برند و کمتر تحت‌تأثیر فشارها و معضلات قرار گیرند. سرمایه‌های روان‌شناختی به زندگی فرد معنا می‌بخشند، تلاش فرد را برای تغییر موقعیت‌های فشارزا تداوم می‌دهند و فرد را برای غلبه بر افسردگی مهیا می‌کنند؛ درنتیجه می‌توانند سلامت روان افراد را تبیین کنند (۳۴).

مطالعات سینتیا لاگزدون و همکاران (۱۸) و تامبگ و همکاران (۱۹) نشان داد، سطوح حمایت اجتماعی ادراک‌شده عامل مهمی در کاهش خطر افسردگی است. موقر و همکاران دریافتند، حمایت اجتماعی با نقش میانجی سبک‌های اسنادی می‌تواند مدل مطلوبی برای پیش‌بینی افسردگی در کودکان باشد (۲۰). همچنین، براساس نتیجهٔ پژوهش منتظر و همکاران، در زنان مبتلا به سرطان پستان که افسردگی کمتر از متوسط داشتند، حمایت اجتماعی زیاد بود (۳۵). در تبیین این رابطه می‌توان گفت، حمایت اجتماعی، کمکی دوجانبه است که سبب ایجاد خودپندارهٔ مثبت، خویشتن‌پذیری، احساس عشق و عزت‌نفس می‌شود. براساس نظریهٔ خودتعیین‌گری، حمایت اجتماعی به فرد فرصت خودشکوفایی، رشد و پویایی می‌دهد؛ درنتیجه افراد برخوردار از حمایت اجتماعی، کمتر افسردگی را تجربه می‌کنند. باعث می‌شود افراد باور کنند که مورد عشق، مراقبت، احترام و ارزش دیگران هستند و اینکه به شبکه‌ای با تعهدات دوسویه تعلق دارند (۳۶). حمایت اجتماعی می‌تواند احساس خوب‌بودن و بهزیستی روان‌شناختی را در فرد افزایش دهد و به‌عنوان روشی برای کنارآمدن با تنهایی و ناامیدی و غلبه بر افسردگی به‌شمار می‌رود (۳۷).

در جمع‌بندی کلی می‌توان بیان کرد، درصورتی‌که افراد با آسیب شنوایی از سرمایهٔ روان‌شناختی کافی برخوردار باشند، خوش‌بینانه‌تر عمل می‌کنند، امید به تطابق با محیط در آن‌ها افزایش می‌یابد و تاب‌آوری و خودکارآمدی در آنان رشد پیدا می‌کند. این روند می‌تواند رویارویی با ناملایمات زندگی را آسان کند، کیفیت زندگی را ارتقا بخشد و موجب کاهش افسردگی شود. همچنین، افراد با آسیب شنوایی که مراقبت کافی از والدین و دوستان خود دریافت می‌کنند، دلبستگی ایمن دارند. دلبستگی ایمن موجب می‌شود فرد با آسیب شنوایی احساس تعلق، دوست داشته شدن و مورد پذیرش دیگران قرارداشتن کند؛ درنتیجه خود را متعلق به شبکه‌ای از روابط با حمایت اجتماعی می‌داند که همچون سپر حفاظتی از وی در ناملایمات و چالش‌هایی که به‌واسطهٔ نقصان حسی خود در پیش دارد، محافظت می‌کند؛ به‌علاوه سلامت روان و کاهش ابتلا به افسردگی را برای او به‌دنبال دارد.

باتوجه به نتایج به‌دست‌آمده، اتخاذ روش‌های مناسب برای شناسایی عوامل خطر و تداوم‌بخش افسردگی در افراد با نقایص حسی به‌ویژه آسیب شنوایی و درنهایت پیشگیری یا تعدیل این عوامل خطر ازطریق ملاحظات بالینی، مفید و سودمند به‌نظر می‌رسد. همچنین، باتوجه به محدودبودن نمونهٔ بررسی‌شده به افراد با آسیب شنوایی در کانون ناشنوایان شهر رشت، بهتر است مشابه این پژوهش در جامعهٔ آماری متفاوتی مطالعه صورت گیرد.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-02-19]

۵ نتیجه‌گیری

براساس یافته‌های پژوهش نتیجه گرفته می‌شود، حمایت اجتماعی ادراک‌شده در رابطهٔ بین سبک‌های دلبستگی و سرمایهٔ روان‌شناختی با افسردگی افراد با آسیب شنوایی نقش میانجی دارد؛ ازاین‌رو می‌توان با اتخاذ روش‌های مناسب برای شناسایی عوامل خطر و تداوم‌بخش افسردگی در افراد با نقایص حسی به‌ویژه آسیب شنوایی و پیشگیری یا تعدیل این عوامل خطر، ازطریق ملاحظات بالینی، مفید و سودمند اقدام کرد.

۶ تشکر و قدردانی

از همکاری مجدانهٔ مدیران کانون ناشنوایان شهر رشت زیر پوشش سازمان بهزیستی استان گیلان که ما را در این پژوهش یاری کردند، صمیمانه تشکر و قدردانی فراوان می‌کنیم.

۷ بیانیه‌ها

تأییدیهٔ اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

شرکت‌کنندگان دربارهٔ هدف پژوهش و کارکرد پژوهش اطلاعاتی به‌شکل کتبی ارائه شد و در صورت تمایل و تکمیل فرم رضایت آگاهانه در پژوهش مشارکت کردند؛ این اطمینان به افراد داده شد که تمام اطلاعات محرمانه هستند و برای امور پژوهشی استفاده خواهند شد؛ به‌منظور رعایت حریم خصوصی، نام و نام خانوادگی شرکت‌کنندگان ثبت نشد. همچنین مجوز اجرای پژوهش حاضر بر گروه مطالعه‌شده از کانون ناشنوایان شهر رشت زیر پوشش سازمان بهزیستی استان گیلان با شماره نامهٔ ۱۱۱ صادر شده است.

رضایت برای انتشار

این امر غیر قابل اجرا است.

در دسترس بودن داده‌ها و مواد

همهٔ نویسندگان مقاله به داده‌های پژوهش دسترسی دارند و پژوهشگران می‌توانند در صورت لزوم ازطریق مکاتبه با ایمیل نویسندهٔ مسئول مقاله (sh.abolghasemi@toniau.ac.ir) به این اطلاعات دسترسی پیدا کنند.

تضاد منافع

این مقاله برگرفته از رسالهٔ دکتری نویسندهٔ اول در رشتهٔ روان‌شناسی عمومی در دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن است. نویسندگان اعلام می‌کنند هیچ‌گونه تضاد منافعی ندارند.

منابع مالی

تأمین منابع مالی از هزینه‌های شخصی بوده و توسط هیچ نهاد یا سازمانی تأمین نشده است.

مشارکت نویسندگان

نویسندهٔ اول داده‌های به‌دست‌آمده را آنالیز و تفسیر کرد. نویسندگان دوم و سوم در نگارش نسخهٔ دست‌نوشته همکار اصلی بودند. همهٔ نویسندگان نسخهٔ دست‌نوشتهٔ نهایی را خواندند و تأیید کردند.

References

1. Capaldi DM, Kim HK, Richards CS, O'Hara MW. Comorbidity of depression and conduct disorder. In: Richards CS, O'Hara MW; editors. The Oxford handbook of depression and comorbidity. Oxford university Press; 2014.
2. Linares L, Jauregui P, Herrero-Fernández D, Estévez A. Mediating role of mindfulness as a trait between attachment styles and depressive symptoms. J Psychology. 2016;150(7):881–96. https://doi.org/10.1080/00223980.2016.1207591
3. Marganska A, Gallagher M, Miranda R. Adult attachment, emotion dysregulation, and symptoms of depression and generalized anxiety disorder. Am J Orthopsychiatry. 2013;83(1):131–41. https://doi.org/10.1111/ajop.12001
4. Bowlby J. Attachment and loss: retrospect and prospect. Am J Orthopsychiatry. 1982;52(4):664–78. https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1982.tb01456.x
5. Khanjani Z, Mahmoud Alilou M, Ahmadi Z. Structural relationships between attachment styles and depression: the mediational role of theory of mind. Journal of Modern Psychological Researches. 2020;15(58):205–20. [Persian] https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_11085_1292.html?lang=en
6. Hairston IS, Handelzalts JE, Assis C, Kovo M. Postpartum bonding difficulties and adult attachment styles: the mediating role of postpartum depression and childbirth-related PTSD: postpartum bonding and adult attachment styles. Infant Ment Health J. 2018;39(2):198–208. https://doi.org/10.1002/imhj.21695
7. Rashidi Koochi F, Najafi M, Mohammadyfar MA. The role of positive psychological capital and the family function in prediction of happiness in high school students. Positive Psychology Research. 2016;2(3):79–95. [Persian] https://ppls.ui.ac.ir/article_21553_en.html
8. Kim KJ, Yoo MS. The influence of psychological capital and work engagement on intention to remain of new graduate nurses. JONA: The Journal of Nursing Administration. 2018;48(9):459–65. https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000000649
9. Masten AS, Powell JL. A Resilience framework for research, policy, and practice. In: Cicchetti D; editor. Resilience and vulnerability: adaptation in the context of childhood adversities. Cambridge University Press; 2003.
10. Jafari Baghkheirati A, Ghahremani L, Keshavarzi S, Kaveh MH. The effect of optimism training through educational movies on the students' social competence. Journal of Health Education and Health Promotion. 2014;2(1):57–64. [Persian] http://journal.ihepsa.ir/article-1-116-en.html
11. Bandura A. Self-efficacy mechanism in psychobiologic functioning. In: Schwarzer R; editor. Self-efficacy: thought control of action. Bristol, Pa: Taylor & Francis; 1992.
12. Nyqvist F, Forsman AK, Giuntoli G, Cattan M. Social capital as a resource for mental well-being in older people: a systematic review. Aging Ment Health. 2013;17(4):394–410. https://doi.org/10.1080/13607863.2012.742490
13. Bakker DJ, Lyons ST, Conlon PD. An exploration of the relationship between psychological capital and depression among first-year doctor of veterinary medicine students. J Vet Med Educ. 2017;44(1):50–62. https://doi.org/10.3138/jvme.0116-006R

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-02-19]

14. Urgan S, Atar Yilmaz A, Erdoğan P, Mayis O, Bafra U, Fakültesi I; et al. The relationship between working anxiety, stress and depression with positive psychological capital at 2020 covid-19 world pandemic. Igdir University Journal of Social Sciences. 2020:441–72.
15. Oh H, Lee EO. Caregiver burden and social support among mothers raising children with developmental disabilities in South Korea. Intl J Disabil Dev Educ. 2009;56(2):149–67. https://doi.org/10.1080/10349120902868624
16. Liu RT, Hernandez EM, Trout ZM, Kleiman EM, Bozzay ML. Depression, social support, and long-term risk for coronary heart disease in a 13-year longitudinal epidemiological study. Psychiatry Res. 2017;251:36–40. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.02.010
17. Denewer A, Farouk O, Mostafa W, Elshamy K. Social support and hope among Egyptian women with breast cancer after mastectomy. Breast Cancer: Basic and Clinical Research. 2011;5:BCBCR.S6655. https://doi.org/10.4137/BCBCR.S6655
18. Cynthia Logsdon M, Birkimer JC, Simpson T, Looney S. Postpartum depression and social support in adolescents. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2005;34(1):46–54. https://doi.org/10.1177/0884217504272802
19. Tambağ H, Turan Z, Tolun S, Can R. Perceived social support and depression levels of women in the postpartum period in Hatay, Turkey. Nigerian Journal of Clinical Practice. 2018;21(11):1525–30.
20. Movaghar M, Mirza Hoseini H, Zargham Hajebi M. A model for explaining depression based on the direct role of social support through the mediation of dysfunctional attitude in children. Middle Eastern Journal of Disability Studies. 2019;9:120. [Persian] https://jdisabilstud.org/article-1-1247-en.html
21. Kline RB. Structural equation modeling. New York: The Guilford Press; 1998.
22. Beck AT, Steer RA, Brown GK. Beck Depression Inventory. Second edition. London, UK: Pearson; 1996.
23. Stefan-Dabson K, Mohammadkhani P, Massah-Choulabi O. Psychometrics characteristic of Beck Depression Inventory-II in patients with major depressive disorder. Archives of Rehabilitation. 2007;8:82. [Persian] http://rehabilitationj.uswr.ac.ir/article-1-135-en.html
24. Armsden GC, Greenberg MT. The inventory of parent and peer attachment: individual differences and their relationship to psychological well-being in adolescence. J Youth Adolescence. 1987;16(5):427–54. https://doi.org/10.1007/BF02202939
25. Nasery Mohammadabadi A, Askari A, Bahrami F, Sadegh R, Abedi J. Standardization and validation of Inventory of Parent and Peer Attachment-Revised (IPPA-R) in children. Research in Clinical Psychology and Counseling. 2013;2(2):25–40. [Persian] https://tpccp.um.ac.ir/article_30265.html?lang=en
26. Luthans F, Avolio BJ, Avey JB, Norman SM. Positive psychological capital: measurement and relationship with performance and satisfaction. Personnel Psychology. 2007;60(3):541–72. https://doi.org/10.1111/j.1744-6570.2007.00083.x
27. Alipor A, Akhundi N, Sarami Forushi GR, Arab Shibani K. Alidation and verification of factor structure of psychological asset questionnaire in Iran Khodro diesel experts. Journal of Psychological Studies. 2014;10(3):95–110. [Persian] https://psychstudies.alzahra.ac.ir/article_1781_10.html?lang=en
28. Zimet GD, Dahlem NW, Zimet SG, Farley GK. The multidimensional scale of perceived social support. J Pers Assess. 1988;52(1):30–41. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5201_2
29. Bagherian-Sararoudi R, Hajian A, Ehsan HB, Sarafraz MR, Zimet GD. Psychometric properties of the Persian version of the multidimensional scale of perceived social support in Iran. Int J Prev Med. 2013;4(11):1277–81.
30. Wang Y, Li D, Sun W, Zhao L, Lai X, Zhou Y. Parent-child attachment and prosocial behavior among junior high school students: moderated mediation effect. Acta Psychologica Sinica. 2017;49(5):663–79. https://doi.org/10.3724/SP.J.1041.2017.00663
31. Golparvar M, Khabazian B. The relationship between narcissistic personality and vulnerable attachment with bullying and psychological capital. Clinical Psychology and Personality. 2016;13(2):139–48. [Persian] https://dx.doi.org/10.22070/13.2.139
32. Bergheim K, Nielsen MB, Mearns K, Eid J. The relationship between psychological capital, job satisfaction, and safety perceptions in the maritime industry. Safety Science. 2015;74:27–36. https://doi.org/10.1016/j.ssci.2014.11.024
33. Pathak D, Joshi G. Impact of psychological capital and life satisfaction on organizational resilience during COVID-19: Indian tourism insights. Current Issues in Tourism. 2021;24(17):2398–415. https://doi.org/10.1080/13683500.2020.1844643
34. Fang S (Echo), Prayag G, Ozanne LK, De Vries H. Psychological capital, coping mechanisms and organizational resilience: insights from the 2016 Kaikoura earthquake, New Zealand. Tour Manag Perspect. 2020;34:100637. https://doi.org/10.1016/j.tmp.2020.100637
35. Montazer M, Katani MR, Sefidmooy Azar A, Mobaraki-Asl N, Dorosti A. The relationship between social support and depression in patients with breast cancer. Iranian Quarterly Journal of Breast Disease. 2019;12(1):58–66. [Persian]
36. Tengku Mohd TAM, Yunus RM, Hairi F, Hairi NN, Choo WY. Social support and depression among community dwelling older adults in Asia: a systematic review. BMJ Open. 2019;9(7):e026667. http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2018-026667
37. Eagle DE, Hybels CF, Proeschold-Bell RJ. Perceived social support, received social support, and depression among clergy. J Soc Pers Relat. 2019;36(7):2055–73. https://doi.org/10.1177/0265407518776134

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-02-19]