

Research Article

Stress coping strategies in hearing-impaired students

Bahman Akbari¹, Zohreh Teymori¹, Shahnam Abolghasemi², Hamidreza Khorshidiyan²

¹- Department of Psychology, Faculty of Psychology & Educational Sciences, University of Tehran, Iran

²- Department of Psychology, Faculty of Human Sciences, Islamic Azad University, Tonekabon Branch, Tonekabon, Iran

Received: 8 February 2012, accepted: 1 August 2012

Abstract

Background and Aim: The majority of people experience problems and stressors, such as job layoffs and illnesses during their lives. However, the way people cope with stress varies. According to previous research, use of effective coping strategies can significantly reduce stress and tension. The aim of the present study was to investigate the effectiveness of stress coping strategies on hearing-impaired students.

Methods: This is a quasi-experimental study with pre-test, post-test, and control group. The sample consisted of 40 hearing-impaired male students of guidance and high schools of the city of Sari, Iran, in the years 2010 and 2011. They were randomly selected and assigned to two experimental and control groups (n=20). The data collection tool was the General Health Questionnaire-28. The experimental group was administered eight sessions of stress coping strategies based on cognitive-behavioral techniques two hours weekly. Data were analyzed using statistical indices including mean, standard deviation, and two-way analysis of variance.

Results: There was a significant difference between the pre-test and post-test scores in the subscales of somatic symptoms, anxiety and insomnia, depression, and social function ($p<0.05$). Moreover, after the eight sessions the rate of general health of the experimental group was higher than the control group.

Conclusion: Stress coping strategies based on cognitive-behavioral techniques increased the general health of hearing-impaired people. Therefore, stress management training should be developed and expanded as an appropriate intervention.

Keywords: Stress, general health, stress coping strategies, hearing disorder, hearing-impaired students

بررسی اثر روش مقابله با استرس در دانش‌آموزان کم‌شنوا

بهمن اکبری^۱، زهره تیموری^۱، شهنام ابوالقاسمی^۲، حمیدرضا خورشیدیان^۲

^۱ - گروه روان‌شناسی عمومی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، ایران

^۲ - گروه روان‌شناسی عمومی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تنکابن، تنکابن، ایران

چکیده

زمینه و هدف: اکثر افراد مشکلات و عوامل استرس‌زایی چون بیکاری، بیماری و غیره را در زندگی تجربه می‌کنند اما اینکه افراد مختلف چگونه با این شرایط استرس‌زا مقابله می‌کنند از فردی به فرد دیگر متفاوت است. طبق پژوهش‌های صورت گرفته استفاده از راهبردهای مقابله‌ای مؤثر در کاهش استرس و تنش افراد تأثیر به‌سزایی دارد. اثربخشی روش مقابله با استرس در دانش‌آموزان کم‌شنوا هدف پژوهش حاضر بود.

روش بررسی: این پژوهش از نوع نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه شاهد است. ۴۰ دانش‌آموز کم‌شنوای در حد ۴۰ تا ۱۲۰ دسی‌بل در مدارس ویژه شهر ساری مقاطع راهنمایی و دبیرستان، در سال تحصیلی ۹۰-۸۹ به روش نمونه‌گیری داوطلبانه در دسترس با گمارش تصادفی در گروه‌ها انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه ۲۰ نفره، مورد و شاهد، قرار گرفتند. ابزار اندازه‌گیری آزمون سلامت عمومی ۲۸ سؤال **Goldberg** بود. گروه مورد به مدت هشت جلسه دو ساعته تحت آموزش روش‌های مقابله با استرس مبتنی بر فنون شناختی-رفتاری قرار گرفتند. برای آنالیز داده‌ها از شاخص‌های آماری میانگین، انحراف معیار و تحلیل آنالیز واریانس دوطرفه استفاده شد.

یافته‌ها: بین امتیازهای پیش‌آزمون-پس‌آزمون در خرده‌مقیاس علائم جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی، کارکرد اجتماعی و افسردگی تفاوت معنی‌داری دیده شد ($p < 0.05$). به طوری که سلامت عمومی گروه مورد پس از خاتمه جلسات درمانی، بیشتر از گروه شاهد بود.

نتیجه‌گیری: راهبردهای مقابله با استرس مبتنی بر نظریه شناختی-رفتاری باعث افزایش سلامت عمومی افراد آسیب‌دیده شنوایی می‌شد بنابراین لازم است آموزش کنترل استرس به‌عنوان یک مداخله مناسب گسترش یابد.

واژگان کلیدی: استرس، راهبرد مقابله با استرس، سلامت عمومی، آسیب شنوایی، دانش‌آموز کم‌شنوا

(دریافت مقاله: ۹۰/۱۱/۱۹، پذیرش: ۹۱/۵/۱۱)

مقدمه

افراد از کیفیت زندگی و سلامت روان بهتری برخوردارند. در مقابل، افرادی که از راهبردهای هیجانی یا اجتنابی استفاده می‌کنند بیشتر در معرض فرسودگی عاطفی، هیجانی و نگرشی (دگرسان‌بینی خود) قرار می‌گیرند (۲).

یکی از مهم‌ترین عوامل مؤثر در پیشرفت تحصیلی دانش‌آموزان سلامت جسمانی و روانی آنان است، چنانچه یکی از حواس کودک، بنا به هر علتی، دچار نقص و اختلال شود، به تدریج افت تحصیلی در کودک نمایان می‌شود و همراه با آن

افزایش و ارتقای سلامت عمومی مستلزم آموزش روش دستیابی به سبک زندگی سالم، رفتارهای مقابله‌ای سازگارانه و نیز کمک به افراد در معرض خطر برای پرهیز از رفتارهای پرخطر است (۱). مطالعات نشان داده است افرادی که خود را به مجموعه‌ای از مهارت‌ها و توانمندی‌های مقابله‌ای تجهیز کرده‌اند در رویارویی با مشکلات موفق‌ترند. استفاده از پاسخ‌های مقابله‌ای مؤثر، به آنها در غلبه بر مشکلات جسمانی و روانی، روابط بین فردی، اجتماعی و تعارضات فردی کمک می‌کند، در نتیجه این

نویسنده مسئول: تهران، بزرگراه جلال آل احمد، روبه‌روی کوی نصر، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، گروه روان‌شناسی عمومی، کد پستی:

تلفن: ۰۲۱-۶۱۱۱۷۴۴۰، E-mail: Teymori.z@gmail.com

محسوب می‌شود و از سوی دیگر خود زمینه‌ساز فضای روانی سالمی است که در پرتو آن شناخت و ارزیابی درست موقعیت تنش‌زا، برای انتخاب راهکار مقابله‌ای مؤثر، میسر می‌شود (۹). در کل با توجه به پژوهش‌های صورت گرفته و نیز نقش به‌سزای راهبردهای مقابله‌ای بر سلامت عمومی، انتخاب جمعیت هدف و نحوه برنامه‌ریزی درست متناسب با ویژگی‌های آنها از اهمیت فوق‌العاده‌ای برخوردار است. نتایج بررسی‌ها نشان می‌دهد ناشنوایی شایع‌ترین نقص حسی-عصبی در انسان است و از هر ۱۰۰۰ کودک یک کودک با کم‌شنوایی شدید تا عمیق به دنیا می‌آید. از سویی علل محیطی و ژنتیکی هر کدام سهمی حدود ۵۰ درصد در ناشنوایی دارند (۱۰) نتایج یک بررسی در ایران نشان داده است ۷۰ درصد علل ناشنوایی در ایران غیرژنتیکی است (۱۱). هدف از این پژوهش تعیین اثربخشی روش مقابله با استرس بر سلامت عمومی دانش‌آموزان آسیب‌دیده شنوایی مدارس ویژه ساری بود.

روش بررسی

این پژوهش از نوع نیمه‌تجربی و به همراه طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون بود. نمونه پژوهش شامل ۴۰ دانش‌آموز پسر ۱۴ تا ۱۷ ساله در مقاطع راهنمایی و دبیرستان با میزان کم‌شنوایی ۴۰ تا ۱۲۰ دسی بل و فاقد دیگر معلولیت‌ها مانند نابینایی، کم‌توانی ذهنی، اختلال یادگیری، گفتاری و زبانی، بیش‌فعالی/نقص توجه و اوتیسم بود که به‌صورت تصادفی انتخاب و در دو گروه ۲۰ نفره جایگزین شدند. ابزار اندازه‌گیری برای بررسی سلامت عمومی افراد پرسش‌نامه ۲۸ سؤالی Goldberg (General Health Questionnaire: GHQ-28) بود (۱۲).

GHQ اولین بار توسط Goldberg و Hillier (۱۹۷۹) در طیف لیکرت طراحی شده است و چهار خرده‌مقیاس علائم جسمانی، اضطراب، افسردگی و اختلال در عملکرد اجتماعی را بررسی می‌کند. در این پرسش‌نامه، هر مقیاس دارای هفت پرسش و هر پرسش دارای چهار گزینه است. پرسش‌هایی از قبیل: آیا از یک ماه گذشته تا به امروز احساس ضعف و سستی کرده‌اید؟

ممکن است عوارض و مشکلات روانی دیگری مانند احساس حقارت، خودکم‌بینی، ادراک خودمنفی و عدم اعتماد به نفس نیز به وجود آید. از این رو با توجه به اینکه عموماً محدودیت مانع بروز توانایی‌ها و شکوفایی استعداد انسان می‌شود و آسیب شنوایی یا نقص شنوایی نیز به‌صورت مانع و محدودیتی بر سر راه افراد قرار می‌گیرد، باید این مشکل را از بدو تولد به‌طور منطقی مدیریت کرد، تا آثار سوء آن هرچه بیشتر کاهش یابد و فرد مبتلا به این نقص بتواند در جامعه زندگی کند و عضو مفیدی برای اجتماع باشد (۳).

نتایج پژوهش‌ها حاکی از آن است که بسیاری از کودکان آسیب‌دیده شنوایی که در روابط اجتماعی دارای مشکل هستند و یا توسط همسالان عادی خود مورد پذیرش واقع نمی‌شوند در معرض ابتلا به انواع ناهنجاری‌های رفتاری، عاطفی و تحصیلی قرار دارند (۴). Lemos (۲۰۰۲) معتقد است که موفق‌تر بودن عده‌ای از دانش‌آموزان و داشتن رفتار حفاظتی بیشتر نسبت به سایرین، مربوط به مسئله تنظیم هیجانی در آنهاست. او نشان داده است که از طریق برنامه آموزشی خاصی می‌توان به آن تنظیم هیجانی دست پیدا کرد (۵).

Anderson و همکاران (۲۰۰۰) پژوهشی درباره وضعیت روانی کودکان آسیب‌دیده شنوایی انجام دادند و نشان دادند که کودکان ناشنوا بیشتر از همسالان خود در معرض ابتلا به افسردگی و اضطراب هستند (۶). آنها در یک بررسی دیگر، در ایالات متحده امتیازهای حالت اضطراب تعدادی از دانش‌آموزان دبیرستانی که آموزش آرام‌سازی رفتاری یا آرام‌سازی عضلانی تدریجی دیده بودند را با امتیازهای گروه شاهد مقایسه کردند. نتایج نشان داد که گروهی که آموزش آرام‌سازی دیده بودند اضطراب کمتری نسبت به دانش‌آموزان آموزش‌ندیده داشتند (۷).

تحول عاطفی و اجتماعی دانش‌آموزان آسیب‌دیده شنوایی، ظرفیت آنها را برای تمرکز بر فعالیت‌های تحصیلی، بهبود سلامت روانی و کاهش مشکلات رفتاری افزایش می‌دهد (۸). بنابراین سلامت روانی در یک تعامل دوطرفه، از سویی از نتایج انتخاب و استفاده از راهبردهای مقابله‌ای، مؤثر و متناسب با تغییر و تنش

جدول ۱- محتوای جلسات آموزشی

| جلسه | موضوعات | عناوین محتوای آموزشی |
|------|---|--|
| ۱ | ارزیابی اولیه و مصاحبه بالینی | آشنایی با اعضای گروه و سعی در برقراری حسن رابطه با آنها، معرفی روش با تأکید بر تأثیر عوامل روان‌شناختی بر وضعیت جسمانی |
| ۲ | حل مسئله | آشنایی با مفهوم حل مسئله، انواع مقابله‌های مسئله‌مدار و هیجان‌مدار، مقابله‌های هیجان‌مدار سازگاران و ناسازگاران، پیش‌فرض‌های مقابله مسئله‌مدار سازنده، گام‌های مقابله مسئله‌مدار |
| ۳ | مدیریت خشم | تعریف خشم، سبک‌های برقراری ارتباط، تفاوت خشم و پرخاشگری، شناخت علایم در هنگام خشم، موقعیت‌ها، شرایط و افراد خشم‌برانگیز، روش‌های مدیریت خشم |
| ۴-۵ | تنیدگی و مقابله‌های سازگاران | شناسایی نشانه‌ها و عوامل تنیدگی، عواطف و افکار منفی خودکار، راه‌های مقابله با تنیدگی، آرام‌سازی و تصویرسازی ذهنی هدایت شده، مراقبه |
| ۶ | مقابله با هیجانات منفی و بازسازی شناختی | مفهوم خلق منفی، نام‌گذاری احساسات، شناسایی رابطه بین افکار و احساسات، شناسایی خطاهای شناختی، تکنیک‌های چالش با افکار منفی |
| ۷ | شیوه‌های برقراری ارتباط مؤثر | آموزش قاطعیت در رفتار، پی بردن به اختلاف رفتار قاطع، تهاجمی و انفعالی، ارائه سبک‌های برقراری ارتباط و انتخاب بهترین سبک |
| ۸ | مرور جلسات، تعمیم آموخته‌ها | مرور جلسات، تأکید بر استفاده از آموخته‌های جلسات آموزشی برای مقابله سازگاران، بررسی افکار منفی و نحوه چالش با آنها، بررسی دستاوردهای شخصی خود |

همزمان این پرسش‌نامه با چک لیست ۹۰ سؤالی علائم مرضی، نشان داد که همبستگی معنی‌داری بین امتیازهای افراد در مقیاس‌های فرعی دو آزمون وجود دارد (۱۳).

آزمودنی‌های گروه آزمایش طی هشت جلسه تحت آموزش روش‌های مقابله با استرس مبتنی بر فنون شناختی-رفتاری قرار گرفتند. محتوای این جلسات برگرفته از منابع مرتبط و با پشتوانه پژوهشی بود (۱۴). جدول ۱ محتوای جلسات آموزش را نشان می‌دهد.

قبل از بررسی تحلیلی نتایج، در رابطه با پیش‌فرض‌های لازم برای استفاده از مدل آماری آنالیز واریانس دوطرفه اطمینان حاصل شد. با استفاده از آزمون لوین، واریانس گروه مورد و شاهد در متغیر سلامت عمومی و کلیه زیرمقیاس‌های آن در سطح ۰/۰۵ معنی‌دار نبود، بنابراین استفاده از آزمون آنالیز واریانس دوطرفه مشکلی نداشت.

تحلیل داده‌ها بر اساس امتیازهای پیش‌آزمون-پس‌آزمون

مربوط به خرده‌مقیاس علائم جسمانی، آیا از یک ماه گذشته تا به امروز عصبانی و بدخلق شده‌اید؟ مربوط به خرده‌مقیاس اضطراب، آیا از یک ماه گذشته تا به امروز از نحوه انجام کارهایتان احساس رضایت کرده‌اید؟ مربوط به خرده‌مقیاس اختلال در کارکرد اجتماعی و آیا از یک ماه گذشته تا کنون احساس کرده‌اید که زندگی کاملاً ناامیدکننده است؟ مربوط به خرده‌مقیاس افسردگی است. حداقل امتیاز در این مقیاس ۲۸ و حداکثر آن ۱۱۲ است. امتیازهای بیشتر حاکی از مشکلات بیشتر در سلامت عمومی افراد است. از ۲۸ عبارت پرسش‌نامه موارد یک الی هفت مربوط به خرده‌مقیاس علائم جسمانی است. موارد ۸ الی ۱۴ علائم اضطراب و اختلال خواب را بررسی می‌کنند و موارد ۱۵ الی ۲۱ مربوط به ارزیابی علائم کارکرد اجتماعی هستند، و نهایتاً موارد ۲۲ الی ۲۸ علائم افسردگی را می‌سنجند (۱۲).

حساسیت و ویژگی این آزمون در پژوهش نوربالا و همکاران (۲۰۰۹) به ترتیب برابر ۸۴/۷ و ۹۳/۷ بود. بررسی اعتبار

جدول ۲- میانگین و انحراف معیار امتیاز خرده‌مقیاس‌ها در دو گروه قبل و بعد از مداخله و میزان تغییرات ایجاد شده

| خرده‌مقیاس | میانگین (انحراف معیار) امتیاز گروه شاهد | | | میانگین (انحراف معیار) امتیاز گروه مورد | | |
|-------------------|---|--------------|---------------|---|--------------|---------------|
| | قبل | بعد | میزان تغییرات | قبل | بعد | میزان تغییرات |
| جسمانی سازی | ۳۰/۰۸ (۲/۴۲) | ۲۴/۰۲ (۲/۸۴) | -۸/۸۳ (۷/۱۷) | ۳۰/۰۸ (۲/۴۲) | ۲۴/۴۶ (۲/۴۹) | -۸/۸۳ (۷/۱۷) |
| اضطراب | ۳۴/۴۱ (۳/۱۱) | ۳۱/۰۵ (۳/۰۸) | -۱۰/۷۶ (۹/۸۰) | ۳۴/۴۱ (۳/۱۱) | ۲۵ (۲/۱۷) | -۱۰/۷۶ (۹/۸۰) |
| افسردگی | ۸۹/۶۶ (۲/۸۰۶) | ۸۹ (۳/۱۳) | -۱۰/۸۲ (۹/۶۳) | ۸۹/۶۶ (۲/۸۰۶) | ۸۴/۱۶ (۳/۱۸) | -۱۰/۸۲ (۹/۶۳) |
| بدکارکردی اجتماعی | ۲۲/۵ (۱/۵۰۷) | ۲۲/۵ (۱/۸۵) | -۵/۵۳ (۵/۱۵) | ۲۲/۵ (۱/۵۰۷) | ۱۸/۸۳ (۱/۱۱) | -۵/۵۳ (۵/۱۵) |

گروه شاهد ۰/۳۵-، اضطراب با میانگین امتیاز تفاوت گروه مورد ۱۰/۷۶- و گروه شاهد ۲/۹۵-، افسردگی با میانگین امتیاز تفاوت در گروه مورد ۱۰/۸۲- و گروه شاهد ۲/۳۰- و در نهایت میانگین امتیاز تفاوت کارکرد نادرست اجتماعی در گروه مورد ۵/۵۳- و گروه شاهد ۴/۸۰- بود. میانگین شاخص کلی برای گروه مورد ۱۸/۶۵- با انحراف معیار ۱۸/۷۵ و برای گروه شاهد ۰/۵۱- با انحراف معیار ۳/۵۶ بود.

نتایج آزمون آنالیز واریانس دوطرفه در جدول ۳ ارائه شده است. همان‌گونه که ملاحظه می‌شود اثربخشی روش مقابله با استرس بر ارتقاء سلامت عمومی افراد ۰/۶۲ است که مربوط به عضویت گروهی و یا تأثیر مداخله گروه است. توان آماری برابر ۰/۹۵ است که مطلوب بوده و نشان می‌دهد دقت آزمون آماری در کشف تفاوت‌های موجود ۹۵ درصد است. همچنین تأثیر معنی‌داری در تمام زیرمقیاس‌های سلامت عمومی وجود داشت، به‌عبارتی دیگر درمان موجب بهبود افسردگی، اضطراب، کارکرد نادرست اجتماعی و جسمانی‌سازی در دانش‌آموزان کم‌شناخته شده است.

بحث

این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی روش مقابله با استرس بر سلامت عمومی دانش‌آموزان آسیب‌دیدهٔ شنبویی در مدارس ویژه صورت گرفته است. بررسی نتایج پژوهش حاضر

دربارهٔ کلیهٔ متغیرهای پژوهش صورت گرفت. از محاسبهٔ شاخص‌های آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) برای ارائهٔ اطلاعات توصیفی استفاده شد. سپس با استفاده از روش‌های آماری استنباطی (آنالیز واریانس دوطرفه) تفاوت‌های موجود بین دو گروه پژوهش بررسی شد. برای مقایسهٔ میانگین امتیازهای دو گروه مورد و شاهد، قبل و بعد از مداخله، از آزمون معنی‌داری تفاوت (F اثرات بین گروهی) استفاده شد.

یافته‌ها

کلیهٔ دانش‌آموزان شرکت‌کننده در این پژوهش پسر بودند، و ۵۹/۸ درصد نمونه‌ها در گروه سنی ۱۶ و ۱۷ سال و مابقی در گروه سنی ۱۴ و ۱۵ سال قرار داشتند. ۷۲ درصد آنان ساکن شهر، سطح تحصیلات ۲۸ درصد پدران لیسانس و بالاتر و سطح سواد مادران سیکل و زیر دیپلم (۴۵/۳ درصد) بود.

جدول ۲ شاخص‌های توصیفی، شامل میانگین و انحراف معیار خرده‌مقیاس‌های سلامت عمومی در دو گروه مورد و شاهد را نشان می‌دهد. همان‌گونه که در جدول مشاهده می‌شود در کلیهٔ متغیرها گروه مورد بالاترین میانگین امتیاز تفاوت (تفاوت امتیازهای پیش‌آزمون-پس‌آزمون) را دارا بود. امتیازهای پایین‌تر نشان‌دهندهٔ وضعیت سلامتی بهتر و امتیازهای بالاتر نشان‌دهندهٔ وضعیت سلامتی بدتر در آزمودنی‌هاست. در شاخص‌ها به‌ترتیب جسمانی‌سازی، با میانگین امتیاز تفاوت در گروه مورد ۸/۸۳- و

جدول ۳- نتایج آنالیز واریانس دوطرفه دو گروه در متغیر سلامت عمومی و زیرمقیاس‌های آن

| متغیرها | منبع تغییر | F | p | مجذور اتا | توان آزمون |
|-------------------|------------|--------|-------|-----------|------------|
| جسمانی‌سازی | پیش‌آزمون | ۳۴/۸۱ | ۰/۰۰۱ | ۰/۶۳ | ۱ |
| | گروه | ۱۰/۰۰۴ | ۰/۰۰۳ | ۰/۳۵ | ۰/۸۸ |
| اضطراب | پیش‌آزمون | ۲۳/۱۸ | ۰/۰۰۱ | ۰/۲۹ | ۰/۸۸ |
| | گروه | ۱۳/۱۴۵ | ۰/۰۰۱ | ۰/۵۶ | ۰/۸۹ |
| افسردگی | پیش‌آزمون | ۴۷/۲۶ | ۰/۰۰۱ | ۰/۷۰ | ۱ |
| | گروه | ۲۰/۲۳ | ۰/۰۰۱ | ۰/۵۳ | ۰/۹۹ |
| بدکارکردی اجتماعی | پیش‌آزمون | ۲۰/۷۸ | ۰/۰۰۱ | ۰/۵۱ | ۰/۹۹ |
| | گروه | ۷/۰۴ | ۰/۰۰۱ | ۰/۲۶ | ۰/۷۱ |
| سلامت عمومی | پیش‌آزمون | ۲۶/۵۰ | ۰/۰۰۱ | ۰/۵۷ | ۰/۹۹ |
| | گروه | ۱۳/۱۴۵ | ۰/۰۰۲ | ۰/۶۲ | ۰/۹۵ |

داشتند (۷). بررسی Lemos در سال ۲۰۰۲ نشان داد که از طریق برنامه‌های آموزشی خاص می‌توان مسائل تنظیم هیجانی را به دانش‌آموزان یاد داد، و Gresham در سال ۱۹۸۱ به این نتیجه رسید که تحول عاطفی و اجتماعی دانش‌آموزان آسیب‌دیده شنواپی، در بهبود سلامت روانشناختی و کاهش مشکلات رفتاری آنان اثرگذار است (۸ و ۵).

استرس یک واکنش فیزیولوژیکی به استرس‌زاهای محیطی است. عامل ایجاد فشار، باعث برانگیختن پاسخ می‌شود. انسان‌ها برای مقابله سازگارانه با موقعیت‌های تنش‌زا و کشمکش‌های زندگی نیاز به آموختن برخی مهارت‌ها دارند. دیدگاه روان‌شناسان شناختی به ویژه Lazarus و Folkman (۱۹۸۴) در مورد استرس و سلامت روانی این است که فشارهای روانی به شناخت فرد از خود و محیط بستگی پیدا می‌کند. در نظریه آنان فشار روانی هنگامی حاصل می‌شود که فرد دریابد که شرایط طوری است که بر او فشار بیش از حد وارد می‌کند و ممکن است سلامت روانی را در معرض خطر قرار دهد. آنها راهبردهای مقابله

نشان داد که تفاوت معنی‌داری بین امتیازهای پیش‌آزمون-پس‌آزمون دو گروه مورد و شاهد در خرده‌مقیاس‌های علائم جسمانی، اضطراب، کارکرد اجتماعی و افسردگی و در کل سلامت عمومی دانش‌آموزان کم‌شنا پس از اجرای مداخلات شناختی-رفتاری وجود دارد. بررسی و مقایسه نتایج به‌دست‌آمده از این پژوهش با مطالعات گذشته نشان می‌دهد که استفاده از سبک‌های مقابله‌ای سازگارانه از قبیل مدیریت استرس مبتنی بر نظریه شناختی-رفتاری در برابر عوامل استرس‌زا و هیجانات منفی عامل مهمی در شکل‌گیری سلامت روانی و جسمانی افراد است (۱). یافته‌های حاصل از این پژوهش در راستای پژوهش‌های قبلی بوده و با نتایج آن مطابقت دارد. Power و Halamandaris در سال ۱۹۹۹ در بررسی خود امتیازهای اضطراب دانش‌آموزان دبیرستانی را که آموزش آرام‌سازی رفتاری یا آرام‌سازی عضلانی تدریجی دریافت کرده بودند، با امتیازهای گروه شاهد مقایسه کردند و نتایج نشان داد گروهی که آموزش آرام‌سازی دیده بودند، در مقایسه با دانش‌آموزان آموزش ندیده اضطراب کمتری

مهمترین علل شیوع اختلال شنوایی در مطالعه آنان بود. با توجه به اثرپذیری سلامت عمومی افراد به‌ویژه افراد آسیب‌دیده شنوایی از موارد مذکور، شاید بتوان از طریق ارائه برنامه‌های آموزشی خاص به دانش‌آموزان، کاهش عوامل استرس‌زا و تنش‌های محیطی و عوارض حاصل از مسئله استرس، شرایط بهبود عملکرد تحصیلی و اجتماعی آنان را فراهم کرد.

محرومیت از یک کنش مهم و حیاتی شناختی-روانی مثل شنیدن، ناگزیر مشکلات خاص شناختی و روانی و اجتماعی را به‌دنبال خواهد داشت. برخلاف حس بینایی که همواره با دو مانع جدی حائل و تاریکی مواجه است، گستره کنش‌های صوتی جامع و فراگیر است و برای شنیدن نه تاریکی و نه حائل نمی‌تواند مانع باشد. بنابراین برای جبران چنین کمبود بزرگی در این افراد و تأمین نیاز اساسی روانی آنها مانع جدی وجود ندارد و می‌توان با ارتباط مستمر عاطفی، تقویت اعتماد به نفس، ایجاد نشاط درونی، تنظیم برنامه‌های جامع آموزشی، فرهنگی و اجتماعی مبتنی بر ویژگی‌ها و نیازهای روانی آنان زمینه‌های استرس، اضطراب و افسردگی را در آنان کاهش داد و احساس توانمندی آنها را مضاعف کرد. در نتیجه دانش‌آموز کم‌شنوا می‌تواند اهداف منطقی‌تر و مثبت‌تری را برگزیند و اگر در مسیر تحقق این اهداف با مسئله‌ای روبرو شود، بی‌آنکه دچار ناراحتی روانی شود با آن کنار آید. آموزش کنترل استرس می‌تواند باعث کاهش اضطراب و افسردگی و نیز کاهش افت تحصیلی شده و در نهایت منجر به کاهش مشکلات روانی، تقویت ارتباط بین فردی و رفتارهای سالم شود (۹).

با توجه به کمبود نمونه‌های دختر، جامعه آماری مورد مطالعه این پژوهش دانش‌آموزان پسر با میزان کم‌شنوایی ۴۰ تا ۱۲۰ دسی بل در مدارس ویژه راهنمایی و دبیرستان شهر ساری بود و به همین دلیل تعمیم آن به سایر جوامع آماری منطقی به نظر نمی‌رسد. از دیگر محدودیت‌های این پژوهش نبود مکان مناسب برای برگزاری جلسات آموزشی بود.

در راستای این پژوهش و به منظور افزایش اعتبار بیرونی و محدودیت‌های ذکر شده پیشنهاد می‌شود نمونه مورد مطالعه در

با استرس را در دو طبقه کلی به این شرح تقسیم‌بندی کرده‌اند راهبرد مقابله مسئله‌مدار (اداره کردن) که به‌موجب آن افراد دقیقاً به رویداد استرس‌زا توجه می‌کنند و می‌کوشند اقدامات مؤثری انجام دهند، و دیگری روش مقابله هیجان‌مدار (کم‌اثر کردن) که به‌موجب آن افراد سعی می‌کنند واکنش هیجانی خود را ضعیف کنند. گفته می‌شود که راهبردهای مسئله‌مدار مؤثرترند (۱۵).

پژوهش‌ها نشان داده است که افزایش استفاده از پاسخ‌های مقابله‌ای هیجان‌مدار با افزایش اضطراب، آسیب جسمانی و خلق افسرده و کاهش استفاده از پاسخ‌های مقابله‌ای مسئله‌مدار با افزایش اختلال در عملکرد اجتماعی مطابقت دارد (۱). براساس یافته‌های پژوهش حاضر دانش‌آموزان آسیب‌دیده شنوایی که از فنون شناختی-رفتاری استفاده می‌کنند از سلامت روانی بالاتری برخوردار خواهند بود. نتایج این پژوهش حاکی از آن بود که میزان سلامت عمومی دانش‌آموزان بعد از خاتمه جلسات آموزشی افزایش می‌یابد. برنامه روش‌های مهارت مقابله و کنترل استرس شامل برقراری روابط بین فردی مناسب و مؤثر، کنترل هیجانات، مدیریت داشتن بر شرایط تنش‌زا و حل‌کردن هرچه بهتر مسائل و مشکلات می‌تواند در دانش‌آموزان آسیب‌دیده شنوایی مؤثر باشد. در سایه تأمین چنین هدفی توانایی روانی اجتماعی افراد دچار افت شنوایی افزایش پیدا می‌کند. با ارتقای توانایی‌های روانی، اجتماعی می‌توان سطح بهداشت روان در این گروه را بالا برد و از بروز آسیب اجتماعی پیشگیری کرد. از طرفی برخی از افراد در رویارویی با مسائل زندگی فاقد توانایی‌های لازم هستند و همین امر باعث آسیب‌پذیری آنان می‌شود. به نظر می‌رسد از عواملی که باعث موفق‌تر بودن عده‌ای از دانش‌آموزان و داشتن رفتار حفاظتی بیشتر نسبت به سایرین می‌شود کنترل استرس در این افراد باشد (۶).

نتایج پژوهش حاجلو و انصاری (۲۰۱۱) در بررسی میزان شیوع اختلال ناشنوایی و علل مرتبط با آن نشان داد که شیوع این اختلال با میزان درآمد خانواده، تحصیلات والدین، محل سکونت فرد و تجربه حادثه (ضربه یا تصادف) ارتباط دارد (۱۰). همچنین محرومیت‌های بهداشتی، اقتصادی، فرهنگی و آموزشی از

با توجه به نتایج به دست آمده از این پژوهش تفاوت معنی‌داری بین امتیازهای پیش‌آزمون-پس‌آزمون گروه آزمایش در خرده‌مقیاس‌های علائم جسمانی، اضطراب، کارکرد اجتماعی و افسردگی و در کل سلامت عمومی دانش‌آموزان کم‌شنوا نسبت به گروه شاهد پس از اجرای مداخلات شناختی رفتاری وجود داشت. بنابراین راهبردهای مقابله‌ای استرس مبتنی بر نظریه شناختی-رفتاری باعث افزایش سلامت عمومی افراد آسیب‌دیده شنوایی می‌شود و باید آموزش کنترل استرس به عنوان یک مداخله مناسب توسعه و گسترش داده شود.

سپاسگزاری

از جناب آقای عبداللهی‌فر و سایر همکاران محترم مدارس پسرانه راهنمایی و متوسطه امام صادق (ع) در شهرستان ساری و نیز کلیه دانش‌آموزان شرکت‌کننده در این پژوهش تشکر و قدردانی می‌شود.

پژوهش‌های آتی از هر دو جنس انتخاب شود. همچنین نظر به اینکه استفاده از پرسش‌نامه‌های خودسنجی دارای سوگیری یادآوری و حافظه است، استفاده از سنجش‌های رفتاری علاوه بر خودگزارش‌دهی (پرسش‌نامه)، می‌تواند منجر به اعتماد بیشتر به نتایج پژوهش شود. با توجه به دامنه تعمیم‌پذیری محدود نتایج، بر اهمیت انجام مطالعات تکمیلی تأکید می‌شود. در مجموع، از آنجایی که ضرورت حفظ و ارتقای بهداشت روان در دانش‌آموزان آسیب‌دیده شنوایی مدارس ویژه به علت شرایط سنی و حساسیت‌های دوران رشد به ویژه در شرایط خوابگاهی احساس می‌شود، برنامه‌ریزی بیشتر در این زمینه، برگزاری جلسات آموزشی برای والدین این دانش‌آموزان و توسعه مراکز مشاوره و استفاده از افراد متخصص برای راهنمایی و کمک به حل مشکلات و مسائل روانی دانش‌آموزان کم‌شنوا و خانواده‌های درگیر در مدارس ویژه پیشنهاد می‌شود.

نتیجه‌گیری

REFERENCES

- Jane-Llopis E, Anderson P. Mental health promotion and mental disorder prevention across European member states: a collection of country stories. 2nd ed. Luxembourg: European Communities; 2006.
- Cavanagh K, Shapiro DA. Computer treatment for common mental health problems. *J Clin Psychol*. 2004;60(3):239-51.
- Farajollahi M, Sarmadi MR, Taghdiri nooshabadi A. Academic achievement and behavioral difficulties in male students. *Research on Exceptional Children*. 2009;9(3):273-81. Persian.
- Eron LD. The development of aggressive behavior from the perspective of a developing behaviorism. *Am Psychol*. 1987;42(5): 435-42.
- Lemos MS. Social and emotional processes in the classroom setting: a goal approach. *Anxiety Stress Coping*. 2002;15(4):383-400.
- Anderson G, Olsson E, Rydell AM, Larsen HC. Social competence and behavioral problems in children with hearing impairment. *Audiology*. 2000;39(2):88-92.
- Halamandaris KF, Power KG. Individual differences, social support and coping with the examination stress: a study of the psychosocial and academic adjustment of first year home students. *Pers Individ Dif*. 1999;26(4):665-85.
- Gresham FM. Social skills training with handicapped children: a review. *Rev Educ Res*. 1981;51(1):139-76.
- Carver CS, Pozo C, Harris SD, Noriega V, Scheier MF, Robinson DS, et al. How coping mediates the effect of optimism and distress: a study of women with early stage breast cancer. *J Pers Soc Psychol*. 1993;65(2):375-

- 90.
10. Hajloo N, Ansari S. Prevalence and causes of hearing handicap in Ardabil province, Western Iran. *Audiol.* 2011;20(1):116-27. Persian.
11. Daneshmandan N, Atar H, Rahgozar M. The cause of sensorineural hearing loss in children 0 to 16 years old. *Iran J Otorhinolaryngol.* 2001;13(3-4):12-8. Persian.
12. Goldberg DP, Hillier VF. A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychol Med.* 1979;9(1):139-145.
13. Noorbala AA, Bagheri yazdi SA, Mohammad K. The validation of general health questionnaire- 28 as a psychiatric screening tool. *Hakim Res J.* 2009;11(4):47-53. Persian.
14. World Health Organization. Prevention and promotion in mental health. Geneva: Department of Mental Health and Substance Dependence; 2002.
15. Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal and coping. New York: Springer; 1984.