

## بررسی مقایسه‌ای امید به زندگی و خوشبینی در دانش‌آموزان ناشنوا و شنوا

سیدحسین سیادتیان / کارشناس ارشد روان‌شناسی کودکان با نیازهای خاص، دانشگاه اصفهان  
مریم مستاجران / کارشناس روان‌شناسی کودکان با نیازهای خاص، دانشگاه اصفهان  
دکتر امیر قمرانی / استادیار گروه روان‌شناسی کودکان با نیازهای خاص، دانشگاه اصفهان

### چکیده

هدف از پژوهش حاضر بررسی مقایسه‌ای امید به زندگی و خوشبینی در دانش‌آموزان راهنمایی دختر ناشنوا و شنوای شهر اصفهان بود. روش پژوهش از نوع علی-مقایسه‌ای بود. بر این اساس تعداد ۶۰ نفر از دانش‌آموزان دختر در مقطع راهنمایی (۳۰ نفر دانش‌آموز ناشنوا و ۳۰ نفر دانش‌آموز شنوا) به طور تصادفی انتخاب و پرسشنامه هشت سوالی جهت گیری به زندگی شیر و کارور (۱۹۸۵) و مقیاس خود گزارشی امید اسنایدر (۱۹۹۱) بزرگسالان را تکمیل کردند. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها علاوه بر استفاده از شاخص‌های آمار توصیفی، آزمون T دو گروه مستقل و ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد. یافته‌ها نشان داد که تفاوت میانگین به دست آمده بین دو گروه در مقیاس امید برابر ۷/۰۴ بود که نشان از نمره بالاتر دانش‌آموزان شنوا از ناشنوا بوده است. علاوه بر این، تفاوت میانگین دو گروه در متغیر خوشبینی برابر ۲ بود و نشان از نمره بالاتر دانش‌آموزان شنوا در مقیاس خوشبینی از دانش‌آموزان ناشنوا بوده است. از سوی دیگر نتایج آزمون t نشان داد که تفاوت بین دو گروه در متغیرهای بین سن، امید به زندگی و خوشبینی معنادار است. بر اساس نتایج به دست آمده دانش‌آموزان ناشنوا در مقایسه با دانش‌آموزان شنوا آسیب‌پذیری بیشتری در متغیرهای امید و خوشبینی داشته‌اند و متعاقب این مسئله باید تحت خدمات روان‌شناختی و مشاوره‌ای قرار گیرند. از آنجا که اعتقاد بر آن است که سازه‌های روان‌شناسی مثبت از جمله امید می‌تواند از افراد در برابر رویدادهای استرس‌زا حمایت کند، به نظر می‌رسد که تدوین و اجرای برنامه‌های پیشگیرانه برای دانش‌آموزان ناشنوا مفید فایده باشد. علاوه بر این یافته‌های مطالعات گوناگون نشان می‌دهد که خوشبینی اثر مطلوب روی سلامتی و رفتارهای سازشی دارد که در مقابله با موقعیت‌های استرس‌زا، افراد را یاری می‌کند و باید در گروه ناشنوا تلاش در جهت ارتقای آن صورت گیرد.

**واژه‌های کلیدی:** امید به زندگی، خوشبینی، دانش‌آموزان ناشنوا

### مقدمه

شنوا، اغلب بیشتر قربانی سوء استفاده جسمانی، عاطفی و جنسی قرار می‌گیرند (ناتسون<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۰۴؛ وام<sup>۴</sup>، ۲۰۰۴؛ سالیوان<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۰۰) که این مسئله احتمال بروز مشکلات سلامت روان را در طول زندگی آنها افزایش می‌دهد (دانز<sup>۶</sup> و همکاران، ۱۹۹۸؛ مک میلان<sup>۷</sup> و همکاران، ۲۰۰۱؛ رید<sup>۸</sup>، ۱۹۹۸). تقریباً نیمی از علل ناشنوایی عوامل ارثی است (میلانی‌فر، ۱۳۸۶).

کودکان معلول به دلیل نقص جسمی و محرومیت‌های

آسیب شنوایی<sup>۱</sup> شرایط چند وجهی است، که دارای جنبه‌های مختلف پزشکی و اجتماعی می‌باشد. افراد آسیب دیده به دو دسته تقسیم می‌شود: افراد سخت شنوا، که از دست دادن شنوایی می‌تواند بر زندگی روزانه آنها تأثیر بگذارد، اما می‌توانند از باقی مانده شنوایی خود جهت برقراری ارتباط تحت شرایط مطلوب، چه با وسایل شنیداری و چه بدون وسایل شنیداری استفاده کنند؛ افراد ناشنوا<sup>۲</sup> که قادر به درک گفتار از طریق حس شنیداری خود، حتی به هنگام استفاده از وسایل شنیداری نیستند. کودکان سخت‌شنوا و ناشنوا علاوه بر تجربه موانع ارتباطی، نسبت به کودکان

3. Knutson, J.

4. Kvam, M.

5. Sullivan, P.

6. Downs, W.

7. MacMillan, H

8. Read, J.

1. Hearing Impairmant.

2. Deaf

احساس گوشه‌گیری و انزواطلبی، بالطبع منجر به اضطراب اجتماعی و رگه‌های قابل توجه افسردگی می‌شود. از نظر حافظه بصری (دیداری)، جوانان ناشنوا تفوق و برتری خاصی به همسالان خود ندارند. قدرت تمرکز و دامنه توجه بصری ایشان نیز در مقایسه با افراد نابینا محدود بوده و بیشترین مشکل را در ارتباط با تفکر انتزاعی دارند (افروز، ۱۳۸۸).

بررسی وضعیت روانی و اجتماعی نوجوانان و جوانان ناشنوا بیانگر این حقیقت است که اعتماد به نفس ضعیف، احساس ناامنی اجتماعی، انزواطلبی، اضطراب فراگیر، فقر انگیزشی و افسردگی و برخی پرخاشگری‌های موقعیتی و انتخابی (نسبت به نزدیکان)، از جمله ویژگی‌های بارز رفتاری و شخصیتی بسیاری از ایشان است. در این راستا نتایج حاصل از یک پژوهش در داخل کشور نشان داد که دانش‌آموزان ناشنوا در مقایسه با همتایان شنوای خود احساس تنهایی بیشتری می‌کنند (نوری ثمرین، ۱۳۸۵). احساس تنهایی با برخی ویژگی‌های روان‌شناختی مانند: عزت نفس پایین، اسناد بیرونی موفقیت‌ها، خجالت<sup>۳</sup>، شرم، درون‌گرایی و پرخاشگری<sup>۴</sup> مرتبط است (روتنبرگ<sup>۵</sup>، ۲۰۰۴).

افراد ناشنوا در خلوت و جمع احساسی از غربت و تنهایی دارند. چراکه محرومیت از نعمت صوت، پیوندهای روانی - اجتماعی را به حداقل می‌رساند و احساس گسستگی و رهاشدگی روانی از محیط اطراف، احساس گوشه‌گیری و انزواطلبی، بالطبع منجر به اضطراب اجتماعی و رگه‌های قابل توجه افسردگی می‌شود.

در واقع اضطراب و افسردگی مهم‌ترین ویژگی‌های قابل توجه در بین افراد ناشنوا است. باید توجه داشت که سبب شناسی چنین افسردگی پایدار و فراگیر در شاکله شخصیتی افراد ناشنوا جهت اتخاذ تدابیر درمانی مؤثر

ناشی از آن، اغلب قادر به ایجاد رابطه اجتماعی و متقابل با همسالان و بزرگسالان نیستند و سازگاری عاطفی و اجتماعی آنان با دشواری روبه‌رو است. این کودکان معمولاً منزوی و درونگرا هستند. مطالعه مهارت اجتماعی دانش‌آموزان معلول، به ویژه نابینایان و ناشنوایان مورد توجه پژوهشگران بوده است. بیشتر پژوهش‌ها، نابینایان و به خصوص ناشنوایان را دارای کاستی مهارت‌های اجتماعی گزارش کرده‌اند (بایر<sup>۱</sup>، ۱۹۹۱).

با این وجود، آثار روانی مبتلایان به اختلالات شنوایی به مراتب بیشتر از آثار روانی مبتلایان اختلالات بینایی است. کودک ناشنوا بیشتر در معرض اختلالات روانی قرار دارد و درصد خودکشی در ناشنوایان بیشتر از نابینایان است، مردم همیشه سعی می‌کنند به نحوی به نابینایان کمک کنند ولی ناشنوایان را مسخره می‌کنند (بیابانگرد، ۱۳۸۴).

پژوهشگران بسیاری دریافته‌اند که کودکان ناشنوا در مقیاس بلوغ اجتماعی وایلند نسبت به کودکان شنوای همسال خود نمرات پایین‌تری دریافت می‌دارند (بیابانگرد، ۱۳۸۴). دلایل مختلفی در مورد مهارت‌های اجتماعی پایین افراد ناشنوا در مقایسه با افراد شنوا وجود دارد. از آنجا که بررسی‌های مختلف نشان نمی‌دهند که کودکان یا نوجوانان ناشنوا و نابینا ناسازگار هستند، می‌توان نتیجه گرفت که نابینایی و ناشنوایی الزاماً همراه با ناسازگاری نیستند (صادقی نژاد، ۱۳۶۸). کاتز فورس<sup>۲</sup> (۱۹۹۱) علت ناسازگاری افراد نابینا و ناشنوا را بیشتر به علت طرز برخورد جامعه با آنان می‌داند.

افراد ناشنوا در خلوت و جمع، احساسی از غربت و تنهایی دارند. چراکه محرومیت از نعمت صوت، پیوندهای روانی - اجتماعی را به حداقل می‌رساند و احساس گسستگی و رهاشدگی روانی از محیط اطراف،

3. Shy.

4. Aggression.

5. Rotenberg.K.

1. Bieber, A.

2. Ocutfurse, G.

بسیار مهم و حیاتی است. در حقیقت، ریشه اصلی پدیده افسردگی در افراد ناشنوا محرومیت ایشان از نعمت صوت و شنیدن است. صوت چندین نقش اساسی در حیات فردی و اجتماعی انسان دارد. صوت و قدرت شنیداری در تکوین شخصیت و تحول شناختی، روانی و اجتماعی انسان نقش فوق العاده سترگی را دارد (افروز، ۱۳۸۸).

کودکان ناشنوا یا سخت شنوا با مشکلاتی در بعد سلامت روان همانند کودکان شنوا یا به میزان بیشتر مواجه می شوند. اکثر مطالعات نشان دادند که کودکان ناشنوا نسبت به کودکان شنوا در معرض خطر بیشتری از بعد کارکرد سلامت روان می باشند. این کودکان می توانند دامنه وسیعی از اختلال های روان پزشکی مانند افسردگی، مشکلات اجتماعی و تفکر تا رفتارهای پرخطرگرانه و بزهکارانه را داشته باشند. وان الدیک<sup>۱</sup> (۲۰۰۴)، ۲۳۸ کودک ناشنوا را با استفاده از سیاهه رفتاری کودک مورد بررسی قرار داد. نتایج نشان دهنده مشکلات درونی سازی، برون سازی، گوشه گیری، اضطراب/ افسردگی، شکایت جسمانی مشکلات اجتماعی، مشکلات تفکر، مشکلات توجه، رفتار پرخطرگرانه و رفتارهای بزهکارانه، در این کودکان بوده است. میزان شیوع مشکلات عاطفی - رفتاری در کودکان ناشنوا به میزان ۲/۶ برابر بالاتر، نسبت به کودکان شنوا بوده است.

از سوی دیگر در سال های اخیر رویکرد جدید در حوزه روان شناسی پدیدار شده است که به "روان شناسی مثبت"<sup>۲</sup> معروف است. روان شناسی مثبت را علم بررسی توانمندی ها و نقاط قوت انسانی می دانند (اسنایدر، ۲۰۰۰). از جمله متغیرهای مطرح در روان شناسی مثبت، امید<sup>۳</sup> و خوشبینی<sup>۴</sup> می باشند. امید را که سازه ای بسیار نزدیک به خوش بینی است،

اسنایدر<sup>۵</sup> (۲۰۰۰) به عنوان سازه ای شامل دو مولفه مفهوم سازی کرده است: ۱. توانایی طراحی گذرگاه هایی به سوی هدف های مطلوب به رغم موانع موجود ۲. کارگزار انگیزش برای استفاده از این گذرگاه ها، امید مجموع این دو مولفه است. طبق این مفهوم سازی، امید هنگامی نیرومند است که هدف های ارزشمندی را در برگیرد و با داشتن موانع چالش انگیز ولی نه بر طرف نشدنی، احتمال دست یابی به آنها در میان مدت وجود داشته باشد. جایی که ما به رسیدن به هدف ها اطمینان داریم، امید غیر ضروری است جایی که مطمئن هستیم به هدف نخواهیم رسید، در این صورت نوید می شویم.

امید با سلامت روانی و جسمی که با انواع مقیاس ها مانند پاسخ مثبت به مداخله پزشکی، سلامت ذهنی، خلق مثبت، پرهیز از رویدادهای پرفشار زندگی، نشاط و شادکامی در امور زندگی و مساله گشایی همبستگی مثبت دارد و آنها را پیش بینی می کند (کار<sup>۶</sup>، ترجمه پاشا شریفی و همکاران، ۱۳۸۴). علاوه بر این خوشبینی یکی از خصوصیات مثبت انسان است که طی دو دهه گذشته توجه ویژه ای را در روان شناسی به خود جلب کرده است. خوشبینی به نوعی از جهت گزینی اشاره دارد که در آن معمولاً پیامدهای مثبت مورد انتظارند و این پیامدها به عنوان عوامل ثابت، کلی و درونی در نظر گرفته می شوند (پترسون<sup>۷</sup>، ۲۰۰۰) به نقل از شهنی ییلاق (۱۳۸۳). خوشبینی و به طور کلی، باورهای مثبت بر بیماری و سلامت روانی و جسمانی انسان تأثیر زیادی می گذارند (شهنی ییلاق ۱۳۸۳).

با توجه به اهمیت امید و خوشبینی در سلامت روانی و اجتماعی افراد و با عطف نظر به اینکه تاکنون در ایران پژوهشی جهت بررسی خوشبینی و امید به زندگی در افراد ناشنوا صورت نگرفته، سؤالات اصلی پژوهش حاضر

1. Van Eldik.
2. Positive Psychology.
3. Hope.
4. Optimism.

5. Snyder, C.
6. Carr.
7. Peterson.

**مقیاس امید بزرگسالان اسنایدر**

یک مقیاس خود گزارشی دارای ۱۲ سؤال و دو خرده مقیاس عامل و گذرگاه می‌باشد. سؤالات به صورت چهار گزینه‌ای و در یک پیوستار ۴ درجه‌ای (کاملاً غلط=۱ و کاملاً درست=۴) می‌باشد. دامنه نمرات بین ۸ تا ۳۲ می‌باشد. ۴ سؤال مربوط به خرده مقیاس عامل، ۴ سؤال مربوط به خرده مقیاس گذرگاه است و ۴ سؤال انحرافی بوده و نمره گذاری نمی‌شود. مجموع نمرات خرده مقیاس‌های عامل و گذرگاه، نمره کل امید را مشخص می‌کند. شواهد اولیه در مورد اعتبار و پایایی این آزمون توسط اسنایدر و همکاران فراهم شده است. آلفای کرونباخ آن بین ۰/۷۴ تا ۰/۸۴ و پایایی بازآزمایی آن در یک دوره ۱۰ هفته‌ای ۰/۸۰ به دست آمده است. تحلیل عامل اکتشافی و تأیید الگوی دو عاملی (عامل و گذرگاه) مقیاس را تأیید کرده‌اند. روایی و پایایی این مقیاس در ایران در پژوهش علاءالدینی (۱۳۸۷) تأیید شده است. لازم به ذکر است که در این پژوهش از نمره کل پرسشنامه امید استفاده شد.

### آزمون جهت‌گیری زندگی (LOT)

یک مقیاس ۸ سؤالی است که جهت اندازه‌گیری خوش‌بینی، ۴ سؤال بیانگر خلق خوش‌بینانه و ۴ سؤال بیانگر خلق بدبینانه طراحی شده است. پاسخ دهندگان در یک طیف ۵ درجه‌ای (کاملاً مخالف=۰ و کاملاً موافق=۴) به پرسشنامه پاسخ می‌دهند در این راستا نمره بالاتر گویای خوش‌بینی بیشتر فرد می‌باشد. روایی و پایایی این مقیاس در پژوهش خدابخشی (۱۳۸۳) مطلوب ارزیابی شده است. ضریب آلفای کرونباخ به دست آمده در پژوهش شیرر ۰/۷۰ و در طول زمان ثبات خوبی گزارش نموده است (شیرر، ۱۹۸۵). لازم به ذکر است که در این پژوهش از نمره کل این پرسشنامه جهت‌گیری زندگی استفاده شد.

بر این اساس می‌باشد که ۱- آیا مولفه امید به زندگی در دانش‌آموزان ناشنوا در مقایسه با دانش‌آموزان شنوا پایین‌تر است؟ ۲- آیا مولفه خوشبینی در دانش‌آموزان ناشنوا در مقایسه با دانش‌آموزان شنوا پایین‌تر است؟ ۳- آیا تغییرات سن در میزان امید به زندگی و خوشبینی دانش‌آموزان ناشنوا تأثیر دارد؟

## روش

### جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه دانش‌آموزان دختر ناشنوا و شنوای مقطع راهنمایی شهر اصفهان بوده‌اند.

نمونه آماری شامل ۶۰ نفر دانش‌آموز دختر شهر اصفهان (۳۰ نفر دانش‌آموز دختر ناشنوا؛ ۳۰ نفر دانش‌آموز دختر شنوا) بوده‌اند. جهت اجرای پژوهش در دانش‌آموزان ناشنوا پس از مراجعه به مدرسه راهنمایی دخترانه، در جلسه‌ای تحت عنوان مشاوره دانش‌آموزان ناشنوا، تعداد دانش‌آموزان مورد نیاز به صورت تصادفی انتخاب شدند. پس از آن دانش‌آموزان شنوا از مدارس عادی و به میزان ۳۰ نفر براساس روش هم‌تاسازی انتخاب شدند.

جهت ارائه پرسشنامه‌ها پس از جلب اعتماد بین پژوهشگر و شرکت‌کنندگان، هماهنگی و رضایت خانواده این افراد، توضیحات پژوهشگر در جهت آشنایی شرکت‌کنندگان با روند پژوهش و لزوم پاسخ صادقانه به آنها، پرسشنامه ارائه شد.

## ابزار

در این پژوهش جهت ارزیابی خوش‌بینی پرسشنامه هشت سؤالی جهت‌گیری به زندگی شیرر و کارور (۱۹۸۵) و جهت سنجش امید، مقیاس خود گزارشی امید اسنایدر (۱۹۹۱) شامل دوازده سؤال، استفاده شد.

## روش پژوهش

پژوهش حاضر از نوع روش‌های علی - مقایسه‌ای و بررسی ارتباط با سن بوده که نتایج حاصل از هر سؤال پژوهش به تفکیک در جدول ۱، ۲، ۳ ارائه گردیده است.

## تجزیه و تحلیل داده‌ها

## مقایسه امید به زندگی و خوشبینی در دانش‌آموزان

## ناشنا و شنوا

سؤالات اول و دوم پژوهش در خصوص مقایسه امید و خوشبینی در دانش‌آموزان ناشنوا و شنوا بود. به منظور پاسخگویی به این سؤالات شاخص‌های توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و آزمون  $t$  برای گروه‌های مستقل استفاده شد. نتایج این تحلیل در جدول ۱ و ۲ ارائه شده است.

جهت تجزیه و تحلیل یافته‌ها، از آمار توصیفی و آمار استنباطی شامل آزمون  $t$  و ضریب همبستگی پیرسون با نرم افزار SPSS استفاده شد.

## یافته‌ها

هدف از پژوهش حاضر بررسی مقایسه‌ای دو مولفه

جدول شماره ۱: مقایسه میانگین و انحراف معیار دو گروه دانش‌آموزان ناشنوا و شنوا در دو مولفه امید به زندگی و خوشبینی

متغیر	گروه	آزمودنی	میانگین	انحراف معیار	خطای انحراف معیار
امید	شنوا	۳۰	۱۶/۴	۳/۴	۰/۶۳
	ناشنوا		۲۳/۴	۳/۶	۰/۷۱
خوشبینی	شنوا		۴/۵۶	۳/۹۴	۰/۷۲
	ناشنوا		۲/۵۶	۳/۰۶	۰/۶۳

بر اساس نتایج به دست آمده از جدول ۱، تفاوت میانگین دو گروه دانش‌آموزان ناشنوا و شنوا در متغیر امید، ۷ می‌باشد که نشان از تفاوت هر دو گروه در متغیر امید به زندگی می‌باشد؛ به عبارت دیگر سطح امید به زندگی در گروه ناشنوا پایین‌تر از گروه شنوا می‌باشد. علاوه بر این تفاوت میانگین دو گروه در متغیر خوشبینی نیز ۲ می‌باشد که نشان از این است که سطح خوشبینی دانش‌آموزان گروه ناشنوا پایین‌تر از دانش‌آموزان شنوا است. به منظور بررسی تفاوت بین دو گروه از آزمون  $t$  مستقل استفاده شد. نتایج این تحلیل در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول شماره ۲: نتایج آزمون  $t$  برای مقایسه نمرات در بین دانش‌آموزان ناشنوا و شنوا در دو متغیر امید به زندگی و خوشبینی

متغیر	گروه	تفاضل میانگین	درجه آزادی	t	سطح معناداری	
امید	شنوا	۷/۰۴	۵۸	۰/۵۲	۰/۰۳	
	ناشنوا					
خوشبینی	شنوا	-۰/۶۱		۳/۷۸	۰/۰۴	
	ناشنوا					

بر اساس نتایج جدول شماره ۲،  $t$  به دست آمده در متغیر امید به زندگی برابر  $۰/۵۲$ ، و نیز در متغیر خوشبینی  $۳/۷۸$  می باشد؛ که در هر دو متغیر نیز معنادار می باشد ( $p < ۰/۰۵$ ). و نشان از تفاوت معنادار دو گروه دانش آموزان شنوا و ناشنوا در نمرات امید به زندگی و خوشبینی می باشد.

### رابطه بین سن و امید به زندگی و خوشبینی

سؤال سوم پژوهش بدین شرح بود که آیا تغییرات سن همبستگی پیرسون استفاده شد. نتایج این تحلیل در جدول در میزان امید به زندگی و خوشبینی دانش آموزان ناشنوا شماره ۳ ارائه شده است.

جدول شماره ۳: بررسی همبستگی امید به زندگی و خوشبینی با سن در گروه دانش آموزان ناشنوا

متغیر	ضریب همبستگی	سطح معناداری
امید به زندگی	$-۰/۰۷$	$۰/۷$
خوشبینی	$۰/۰۷$	$۰/۳$

بر اساس نتایج جدول فوق، رابطه بین سن و متغیرهای امید به زندگی ( $-۰/۰۷$ ) و خوشبینی ( $۰/۰۷$ ) ضعیف و فاقد معناداری می باشد بر اساس این یافته ها سن با امید به زندگی و خوشبینی رابطه نداشته است به عبارت دیگر با افزایش سن دانش آموزان ناشنوا، امید به زندگی و خوشبینی آنها تغییر معنی داری نمی کند.

### بحث

تامبس<sup>۴</sup>، ۲۰۰۴؛ اید<sup>۵</sup> و همیان، ۲۰۰۴؛ هایندلی<sup>۶</sup>، ۲۰۰۵) همخوان است. در تبیین این یافته می توان به این نکته اشاره نمود که در زمینه فردی، ناشنوایی موجب تأخیر در گویایی و حتی لالی کامل، انزواطلبی، بدبینی و زود رنجی می شود (میلانی فر، ۱۳۸۶). همچنین باید به این موضوع استناد نمود که محرومیت از نعمت شنیداری تنها به مشکلات جسمانی خلاصه نمی شود و فرد ناشنوا محکوم به رنج بردن از عضلات همراه با ناشنوایی می باشد. (کاتز فورس، ۱۹۹۱).

تبیین دیگری که می توان با استفاده از ویژگی های دوره

هدف از پژوهش حاضر بررسی مقایسه ای امید به زندگی و خوش بینی به دانش آموزان ناشنوا و شنوا بود. بر اساس یافته های این پژوهش افراد ناشنوا در مولفه امید به زندگی و خوشبینی نمره ی پایین تری را نسبت به دانش آموزان شنوا کسب نموده اند. این یافته ها با مطالعات گوناگونی که در اکثر کشورها با استفاده از روش ها و ملاک های گوناگون، میزان شیوع مشکلات سلامت روان را در افراد ناشنوا به طور معناداری بیشتر از افراد شنوا برآورد کرده اند (دی گریف<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۲؛ وال الدیک، ۲۰۰۴؛ والیس<sup>۲</sup> و همیان<sup>۳</sup>، ۲۰۰۳؛

3. Clausen, T.

4. Tambs, K.

5. Eide, A.

6. Hindly, P.

1. De Graff, R.

2. Wallis, D.

خوشبینی نسبت به آینده می‌گردد، چراکه تیس<sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۰۷) پژوهش‌های خود نشان دادند که تجربه‌های مثبت می‌توانند تأثیر نقصان‌ها و کمبودها را از بین ببرند.

از راه‌های دیگری که می‌توان در افزایش سطح امید و خوشبینی در افراد ناشنوا از آن نام برد، امید درمانی است که شروین<sup>۳</sup> و همکاران (۲۰۰۶) در پژوهش خود اظهار داشتند که طی ۸ جلسه دو ساعته گروه درمانی مبتنی بر امید، میزان تفکر عامل معنای زندگی و عزت نفس و شادکامی افزایش می‌یابد، در حالی که نشانه‌های اضطراب و افسردگی کاهش می‌یابد. علاوه بر این رآب<sup>۴</sup> (۲۰۰۷) می‌نویسد که آموزش امید تا اندازه معینی خاصیت پیشگیری دارد. برای نمونه، اسنایدر و همکاران نشان داده‌اند که امید با اضطراب همبستگی منفی دارد و مانع تصورات آسیب‌پذیری و اختلالات اضطرابی می‌شود.

افراد امیدوار عوامل و گذرگاه‌های بیشتری برای دنبال کردن اهداف خود دارند و وقتی با مانعی برخورد می‌کنند می‌توانند انگیزه خود را حفظ کرده و از گذرگاه‌های جانشین استفاده کنند. اما افراد ناامید به دلیل اینکه عوامل و گذرگاه‌های کمی دارند در برخورد با موانع به راحتی انگیزه خود را از دست داده و دچار هیجان‌های منفی می‌شوند که این امر به نوبه خود منجر به افسردگی می‌شود.

شاید مهمترین مشکل در بحث ارائه خدمات سلامت روان به افراد ناشنوا، در دسترس نبودن خدمات سلامت روان برای این افراد باشد. بسیاری از والدین و افراد ناشنوا از منابع خدماتی جامعه در زمینه سلامت روان آگاهی کافی ندارند و نگرانی مهم‌تر این است که بسیاری از متخصصان سلامت روان با ناشنوایی و زبان اشاره آشنایی

نوجوانی و همچنین ویژگی‌های مولفه‌هایی نظیر امید و خوشبینی ارجاع داده این است که ترسیم هدف در زندگی، امیدواری نسبت به آینده، خوشبینی و دیگر مولفه‌های مثبت در زندگی فردی و اجتماعی، مستلزم داشتن ابتدایی‌ترین سطوح سلامت جسمانی از قبیل شنیداری است، که باعث گردیده این افراد نه تنها از رسیدن به مولفه‌های مثبت محروم گردند بلکه با چرخش معکوس دچار اختلالات شایع در حوزه روان‌شناختی گردند.

یافته دیگر پژوهش این بود که تغییرات سنی دختران ناشنوا در میزان امید به زندگی و خوشبینی این گروه تأثیری نداشته و در تبیین این یافته می‌توان به این نکات اشاره نمود که روند ناامیدی و کاهش خوشبینی در این دانش‌آموزان به صورت تدریجی شکل گرفته و شکست‌هایی که در زمینه‌های فردی و اجتماعی برای فرد ناشنوا صورت می‌گیرد منجر به ناامیدی و فقدان خوشبینی می‌گردد و نمی‌توان منتظر زمان معینی از علائم ناامیدی و فقدان خوشبینی در افراد ناشنوا بود.

افراد امیدوار عوامل و گذرگاه‌های بیشتری برای دنبال کردن اهداف خود دارند و وقتی با مانعی برخورد می‌کنند می‌توانند انگیزه خود را حفظ کرده و از گذرگاه‌های جانشین استفاده کنند. اما افراد ناامید به دلیل اینکه عوامل و گذرگاه‌های کمی دارند در برخورد با موانع به راحتی انگیزه خود را از دست داده و دچار هیجان‌های منفی می‌شوند که این امر به نوبه خود منجر به افسردگی می‌شود (اسنایدر، ۲۰۰۰). در واقع ناامیدی مولفه اصلی افسردگی است (آبرامسون متالسکی و آلوی ۱۹۸۹). بر همین اساس ارائه مداخلات روان‌شناختی و مشاوره‌ای به دانش‌آموزان ناشنوا و خانواده‌هایشان ضروری می‌شود. از نمونه‌های مداخلات می‌توان به ایجاد تجارب مثبت برای دانش‌آموزان ناشنوا اشاره نمود. که به افزایش امیدواری و

2. Tice, D.

3. Sherwin, E.

4. Raab, K.

1. Abramson & Metalesky & Alloy.

ندارند که این مسئله می تواند به تشخیص نادرست و ارائه خدمات نادرست و ارائه خدمات نامناسب تر منجر شود (خان زاده، ۱۳۸۶). بر این اساس پیشنهاد می گردد با تأسی از رویکرد تخصص طلبی و متخصصان امر آموزش ویژه، پژوهش ها به سوی بررسی توانمندی های بالقوه و به فعل - رسانی و فراهم آوردن تجربیات مثبت افراد ناشنوا هدایت گردد.

در پایان با توجه به اینکه ما در یک جامعه اسلامی هستیم می توانیم از منابع معتبر اسلامی در جهت ارتقای امید و خوش بینی استفاده نماییم، چراکه اسلام دین خوش بینی و امیدواری است و حتی در منابعی ناامیدی را کفر به خداوند متعال نام برده اند. از سوی دیگر با توسل به مقام حکمت خداوند در جهت حذف انزوای طلبی و عزت - گزینی افراد معلول گام برداریم.

## منابع

- افروز، غلامعلی، (۱۳۸۸). مبانی روان شناختی ویژگی های شناختی و روانی اجتماعی جوانان نابینا و ناشنوا. مجله روان شناسی و علوم تربیتی، (۲)، ۱-۱۲.
- کار، آلن (۱۳۸۷). روان شناسی مثبت: علم شادمانی و نیرومندی های انسان مترجم: پاشاشریفی، حسن، نجفی زند، باقر ثنائی، جعفر، تهران: نشر سخن.
- بیابانگرد، اسماعیل (۱۳۸۴). مقایسه مهارت های اجتماعی دانش آموزان دختر دبیرستانی نابینا، ناشنوا و عادی شهر تهران. پژوهش در حیطه کودکان استثنایی، سال پنجم، (۱).
- حسین خاتزاده فیروزجاه، عباسعلی (۱۳۸۶). کارکرد سلامت روان در افراد ناشنوا. مجله تعلیم و تربیت استثنایی (۷۲)، ۳۴-۴۵.
- خدابخشی، هدی، کجباف، محمدباقر، عریضی، محمد (۱۳۸۳). هنجاریابی، پایایی و روایی مقیاس خوشبینی در شهر اصفهان. پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی عمومی. دانشگاه اصفهان. دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی.
- شهنی بیلاق، منیجه، موحد، احمد، شکر کن، حسین. (۱۳۸۳). رابطه علی بین نگرش های مذهبی، خوشبینی، سلامت روانی و سلامت جسمانی در دانشجویان دانشگاه شهید چمران اهواز. مجله علوم تربیتی و روان شناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز، (۱ و ۲)، ۱۹-۳۴.
- علاءالدینی، زهره، کجباف، محمدباقر، مولوی حسین (۱۳۸۷). بررسی ویژگی روان سنجی مقیاس امید بزرگسالان و امید در حیطه خاص، پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی، دانشگاه اصفهان. دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی.
- نوری ثمرین، شهرام (۱۳۸۵). مقایسه میزان احساس تنهایی دانش آموزان ناشنوا با هم تایان عادی خود در شهرستان اهواز. مجله تعلیم و تربیت استثنایی، (۶۲ و ۶۳)، ۳-۷.
- Abramson, L.Y. & Metalsky, G.I. and Alloy, C.B. (1989). Hopelessness, depression: A theory-based subtype of depression. *Psychological Review*, 96, 358-372.
- Bieber, A., & Shut, f. (1991). The use of derama to skills, *Journal of visual impairment and blindness*, 85, 340-355.
- Clausen, T. (2003). *Nar horelsen suigter (When hearing fails)*. Kobenhavn, Denmark: Social for skning sinstituttey (in Danish).
- De Graff, R., & Bilj, R. V. (2002). Determinants of mental distress in adults with a severe auditory impairment: differences between prelingual and postlingual deafness. *Psychosomatic Medicine*, 64, 61- 70.
- Downs, W. R., & Harrison, L. (1998). Childhood maltreatment and the risk of substance problems in later life. *Health & Social Care in Community*, 6, 35-46.
- Eide, A. H. Gundersen, T. (2004). *Horselshemmede i arbeidslivet (Hearing impaired in labour market)*. Oslo, Norway: SINTEF Helse rapport (in Norwegian).



- Hindly, P.A.(2005). Mental health problems in deaf children. [www.elsevier.com](http://www.elsevier.com).
- Knutson, J. F&. Johnson, C. R. & Sullivan, P. M. (2004). Disciplinary choices of mothers of deaf children and mothers of normally hearing children. *Child Abuse & Neglect*, 28, 925-937.
- Kvam, M.H. &. Loeb, M., & Tambs, K. (2006). Mental health in deaf adults: Symptpm of anxiety and depression among hearing and deaf Individuals. USA: Oxford University Press.
- MacMillan, H., & Fleming, J. E., & Streiner, D. L., & Lin, E., & Boyle, H., Jamieson, E., et al. (2001). Childhood abuse and lifetime psychopathology in a community sample of Ontario residents. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1878- 1883.
- Ocutsfurse, G. (1991). A social goal perspective on children, s social competence. *Journal of emotional and behavioral disorders*, 7, 721-729.
- Read, J. (1998). Child abuse and severity of disturbance among adult psychiatric inpatients. *Child Abuse and Neglect*, 22, 359-368.
- Raab, K.A. (2007). *Fostering Hope in a psychiatric Hospital*. Royal Ottawa: Health Care.
- Rotenberg, K., & Makdonald, J., & ketie, K., & Emily, V.(2004). The relationship between loneliness and interpersonal trust during childhood. *Journal of Genetic psychology*, 6, 16-20.
- Scheier, M.F., & Carver, C.S. (1985).Optimism, Coping, and health: Assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychology*, 4, 219-247.
- Sherwin, E.D., & Elliott, T.R., & Rybarczyk, B.D., & Frank, R.G., & Hanson, S. and Hoffman, J. (2006). Negotiating the reality of care giving: hope, burnout and nursing. *Journal of social and clinical psychology*, 11, 129-139.
- Snyder, C. R. (2000). *Handbook of hope*. San Diego: Academic Press.
- Sullivan, P. & Knutson, J. F. (2000). Maltreatment and disabilities: A population- based epidemiological study. *Child Abuse and Neglect*, 24, 1257-1273.
- Tambs, K. (2004). Moderate effects of hearing loss on mental health and subjective well-being: Results from the Nord-Trondelag Hearing Loss Study. *Psychosomatic Medicine*, 66, 776-782.
- Tice, D. M. (2007). Restoring the self: Positive affect helps improve selfregulation following ego depletion, *Journal of Experimental Social Psychology*, 43, 379-384.
- Van Eldik, T., & Traffers, P.D., & Veerman, J.W.Verhulst, F, C. (2004). Statistics.Retrieved November 29, 2004 from <http://www.nimh.nih.gov>Mental health problems of deaf dutch children as indicated by parents responses to the child behavior checklist. *American Annals of the Deaf*, 148, 390-396.
- Wallis, D., & Musselman, C. & Mackay, S. (2004). Hearing mothers and their deaf children: the relationship between early, ongoing mode match and subsequent mental health functioning in adolescents. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 9, 2-14.