

وضعیت سلامت روان در دانش آموزان ناشنوا و شنوا

دکتر فخرالسادات قریشی راد، استاد گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شهید مدنی، تبریز، آذربایجان

چکیده:

زمینه: در مطالعه حاضر، نوجوانان شنوا و ناشنوی دختر و پسر شهر تبریز از نظر سلامت عمومی مورد مقایسه قرار گرفته‌اند.

روش: نمونه پژوهش شامل ۱۰۰ دانش‌آموز ناشنوا و شنوای دختر و پسر مدارس ناشنوایان و شنوایان شهر تبریز می‌باشد. برای سنجش متغیر سلامت عمومی (نشانه‌های بدنی، اضطراب و بی‌خوابی، نارسا کنش‌وری اجتماعی و افسردگی وخیم) از پرسشنامه سلامت عمومی گلدبرگ (GHQ-۲۸) استفاده شد. روش آماری مورد استفاده تحلیل واریانس یک راهه بود.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که نوجوانان شنوا و ناشنوا در متغیر سلامت عمومی تفاوت معناداری دارند و سطح سلامت عمومی نوجوانان ناشنوا از نوجوانان شنوا و پسران ناشنوا از دختران ناشنوا پایین‌تر است.

نتیجه‌گیری: نوجوانان ناشنوا نسبت به نوجوانان شنوا، نشانه‌های بدنی، اضطراب، بی‌خوابی و نارسا کنش‌وری اجتماعی بیشتری دارند. اما در متغیر افسردگی وخیم بین دو گروه تفاوت معنادار مشاهده نشد.

واژه‌های کلیدی: نوجوان، ناشنوا، سلامت عمومی

مقدمه

آموزشی و یادگیری علوم مختلف است، بدیهی است که مشکل دانش‌آموز ناشنوا به مراتب بیشتر از ضایعه ناشنوایی صرف است (افروز، ۱۳۷۹). نهایت این که ناشنوایی پیامدهای روانی، عاطفی، شخصیتی، شناختی و اجتماعی خاص خود را به دنبال دارد و شناخت این پیامدها می‌تواند ما را در برخورد با این گروه از نوجوانان و هدایت آنان یاری کند. برای رسیدن به این موفقیت نباید به ناشنوایی به عنوان یک نقص یا بیماری نگاه کرد، بلکه باید ناشنوایی را در متن جامعه مورد بررسی قرار داد تا شانس موفقیت افراد ناشنوا افزایش یابد (رحیمی، ۱۳۹۱).

شنوایی یکی از مهم‌ترین توانایی‌های حسی است که فقدان آن فرایند سازش یافتگی انسان با محیط را دستخوش اختلال می‌کند و موجب کم‌توانی ذهنی و تأخیر در تحول فرایندهای ذهنی می‌شود. می‌توان گفت که وجود نارسایی در مجاری دریافت اطلاعات از محیط پیرامون، می‌تواند به از کار افتادن آن بخش از سازمان عالی عصبی که به امر پردازش این دسته از اطلاعات اختصاص دارد، منجر شود و تفاوت‌های زیادی بین نوجوانان شنوا و ناشنوا را به وجود آورد. از سوی دیگر دانش‌آموزان ناشنوا نه تنها از نظر رشد عمومی ضعیف هستند بلکه در طول زندگی از نظر مهارت‌های برقراری ارتباط زبانی مانند درک مفاهیم و معانی کلمات، صحبت کردن، خواندن و نوشتن همواره دچار مشکلات عمده و کندی قابل ملاحظه‌ای می‌باشند. اصلی‌ترین محدودیت کودک آسیب دیده شنوایی که دشواری‌های دیگر را برای او ایجاد می‌کند ضعف گنجینه واژگان است (علیخانی، بذرافشان و رستگارپور، ۱۳۹۳). از آنجا که زبان عامل مهمی در برقراری روابط اجتماعی،

پژوهش‌های انجام شده در راستای تأثیرات جنبه‌های بدنی بر ابعاد روان‌شناختی نشان می‌دهند که کوچک‌ترین دگرگونی‌های جسمانی می‌توانند تغییرات بسیاری را در ادراک فرد از جهان خارج ایجاد کنند (اسلامی نسب، ۱۳۷۲). ناشنوایان نیز که دارای ناتوانی بدنی و معلولیت حسی‌اند در طول زندگی با مشکلات روانی، اجتماعی و شناختی متعددی روبه‌رو هستند و از نظر سلامت عمومی^۱

1. general health

روی^{۱۰} (۲۰۱۰) نیز گزارش کردند که کودکان ناشنوا و معلول حرکتی در مقایسه با کودکان شنوا و سالم در زمینه تمام مهارت‌ها در مقیاس ارزش‌های زندگی تفاوت معنی داری دارند.

نظریه‌های عنوان شده در زمینه روان‌شناسی ناتوانی بدنی^{۱۱}، از جمله نظریه روان‌شناسی فردی آدلر، نظریه تصویر بدنی شیلدر^{۱۲} و نظریه روان‌شناسی بدنی بارکر^{۱۳} نیز موید این مسأله هستند که از دست دادن عضوی از بدن یا اختلال در کارکرد آن موجب به هم خوردن تعادل روانی فرد می‌شود. فرض آدلر این است که ناتوانی بدنی موجب می‌شود که فرد ناایمنی و وابستگی بیشتری احساس کند و به واسطه آن، بیشتر احساس رنج کند و موجب می‌شود در این رابطه به طور ناهشیار به تنگناهای زندگی خویش پی ببرد. به نظر شیلدر تصویر بدنی عبارت است از تصویر روانی از بدن شخص که مشتمل است بر تصاویری از اوضاع داخلی و خارجی بدن است؛ این تصویر شامل باز خوردها، عواطف و واکنش‌های شخصی فرد نسبت به بدن خویش بوده و هر گونه تحریف در آن منجر به بیماری و ناتوانی می‌شود (به نقل از مک دانیل^{۱۴}، ۱۹۷۶). اصل روان‌شناسی بدنی بر مبنای تعریف بارکر (به نقل از همان منبع) عبارت است از "مطالعه تغییراتی در بدن که بر موقعیت روان‌شناختی فرد تاثیر می‌گذارد". بر این اساس بین بدن و رفتار، ارتباط و هم‌پوندی متقابل وجود دارد و این دو به طور کامل به هم وابسته اند. بدین ترتیب، ابعاد اهمیت بررسی سلامت عمومی نوجوانان شنوا و ناشنوا آشکار می‌گردد. با توجه به این که در این زمینه در ایران پژوهشی صورت نگرفته است، بر آن شدیم تا در حد امکان به بررسی دقیق این مسأله بپردازیم و در این راستا دو هدف عمده را مد نظر قرار دادیم:

در معرض خطر قرار می‌گیرند. پژوهش‌های انجام شده نیز نشان داده‌اند که سطح سلامت افراد ناشنوا نسبت به افراد شنوا پایین‌تر است، برای مثال لین^۱ (۱۹۸۸) دریافت که افراد ناشنوا از لحاظ اجتماعی، کم تجربه، منزوی، نافرمان، سرکش، زود باور و متکی بوده و از لحاظ هیجانی و عاطفی، جنجال برانگیز، مضطرب، افسرده، احساساتی، روان آزرده، نگران و تهییج پذیرند. جونز و لوب^۲ (۲۰۱۰) به این نتیجه رسیدند که افراد ناشنوا در مقایسه با شنوا از سطح سلامتی پایینی برخوردارند؛ وابسته‌تر بوده و از لحاظ اجتماعی سازش‌نا یافته‌تر و دارای ناهنجاری خلقی بیشتری هستند. بیتن کورت و همکاران^۳ (۲۰۱۱)، آستی و همکاران^۴ (۲۰۱۰) و گریشام^۵ (۱۹۸۴)، فریمن و همکاران^۶ (۱۹۷۵) و وستانیس^۷ و همکاران (۱۹۹۷) نیز به این نتیجه رسیدند که ناشنویان در مقایسه با شنویان از لحاظ اجتماعی ناپخته‌ترند؛ مقایسه این افراد با سایر افراد استثنایی (نابینایان) نشان داد که این گروه دارای عزت‌نفس پایین‌تر، رفتارهای مثبت پایین‌تر و مهارت‌های اجتماعی کمتری نسبت به افراد نابینا هستند (محمودی، ۱۳۹۲). حسینیان، پورشهریاری و کلانتری (۱۳۸۶) هم نشان دادند که ناشنویان در مقایسه با همتایان شنوای خود از عزت‌نفس پایین‌تر برخوردار بوده و فاقد مهارت‌های اجتماعی معینی برای تعامل موفق با همسالان خود هستند. یافته‌های اشلینگر^۸ (به نقل از لین، ۱۹۸۸) و لی^۹ و همکاران (۱۹۸۹) نشان دادند که افراد ناشنوا بیشتر از همسالان شنوای خود دچار آشفتگی هیجانی می‌شوند و در صد افسردگی در آنها بیشتر است. راژندران و

1. Lane
2. Jonas, Loeb
3. Bittencourt
4. Mesiboy
5. Greshom
6. Freeman, Malkins & Hatings
7. Vostains
8. Schlesinger
9. Leigh

10. Rajendran, Roy
11. Body disability
12. Schilder's body image
13. Barker's somatopsychology
14. Mc Daniel

دانش آموزان مناطق پنج گانه آموزش و پرورش تبریز که همتای گروه ناشنوا بودند به طور تصادفی و به شیوه نمونه گیری چند مرحله ای انتخاب شدند.

به منظور بررسی سلامت عمومی نوجوانان شنوا و ناشنوا، از پرسشنامه سلامت عمومی گلدبرگ (۱۹۷۲) استفاده شد. پرسشنامه سلامت عمومی یک پرسشنامه سرندی^۲ مبتنی بر روش خود گزارش دهی است که در مجموعه بالینی با هدف ردیابی اختلالات روانی غیر سایکوتیک قرار داشتند و دارای چهار زیر مقیاس است: زیر مقیاس A: نشانه های بدنی، B: اضطراب و بی خوابی، C: کنش وری اجتماعی، خواسته های حرفه ای و مسائل زندگی و D: در بر گیرنده مواردی که با افسردگی عمده و گرایش شخص به خودکشی مرتبط است (گلدبرگ، ۱۹۷۲، به نقل از دادستان، ۱۳۷۷). روایی و اعتبار این پرسشنامه در پژوهش های مختلف در ایران مورد تایید قرار گرفته است. تقوی (۱۳۸۰) ضریب پایایی را از طریق باز آزمایی برای کل پرسشنامه ۰/۷۲ و باروش تنصیف برای کل مقیاس ۰/۹۲ و برای خرده آزمون های آن به ترتیب ۰/۸۶، ۰/۸۴، ۰/۶۸ و ۰/۷۷ را محاسبه کرده است. سپهوند و همکاران (۱۳۸۵)، نیز به ترتیب ۰/۸۰، ۰/۸۳، ۰/۶۶ و ۰/۸۵ را به دست آوردند. نتایج مطالعات انجام شده در مورد اعتبار^۳ آزمون سلامت عمومی، نشان می دهد که متوسط حساسیت آن را برابر با ۸۴ درصد بین ۷۷ درصد تا ۸۹ درصد (ویلیامز^۴، ۱۹۸۸، به نقل از بهرامی، ۱۳۷۸) و مقدار پایایی آزمون را بالا گزارش کرده اند.

برای جمع آوری داده ها، پس از دریافت مجوز از اداره کل آموزش و پرورش استان آذربایجان شرقی و نیز اداره آموزش و پرورش استثنایی تبریز به مدارس و کلاس های انتخاب شده در مقطع متوسطه (شاخه کار و دانش) مراجعه شد و قبل از اجرای پرسشنامه به زبانی ساده نحوه

۱ شناسایی تفاوت سلامت عمومی نوجوانان ناشنوا و شنوا.

۲ شناسایی تفاوت سلامت عمومی نوجوانان ناشنوا دختر و پسر و پاسخگویی به این سؤال ها که آیا بین نوجوانان ناشنوا و شنوا از لحاظ سلامت عمومی تفاوت وجود دارد؟ آیا سلامت عمومی در جنسیت های مختلف متفاوت است؟

ناشنوا به کسی گفته می شود که در هنگام تولد و قبل از فراگیری زبان مادری دچار اختلال شنوایی شده باشد و میزان شنوایی او در حدی باشد که نتواند زبان مادری را مانند افراد شنوا از محیط خود بیاموزد (امیدوار، ۱۳۶۸). در این پژوهش ناشنوا به کسی گفته می شود که سطح متوسط آستانه شنوایی وی ۹۰ دسی بل یا بیشتر باشد و منظور از شنوا، دانش آموزان شاغل به تحصیل در مدارس عادی هستند. سلامت عمومی یعنی سطح سازش یافتگی روانی فرد و فقدان نشانه های آسیب شناختی روانی. در این پژوهش منظور از سلامت عمومی آن چیزی است که به وسیله پرسشنامه سلامت عمومی گلدبرگ^۱ سنجیده می شود.

روش بررسی:

جامعه آماری این پژوهش از تمامی دانش آموزان دختر و پسر شنوا و ناشنوا (۱۵ تا ۱۹ ساله) مقطع دبیرستان (شاخه کار و دانش) مدارس عادی و استثنایی شهر تبریز در سال تحصیلی ۸۶-۱۳۸۵ تشکیل شده بود.

نمونه آماری پژوهش، شامل ۱۰۰ نفر بود که ۲۵ نفر از بین دانش آموزان ناشنوا عمیق آموزشگاه پسرانه مردانی آذر و ۲۵ نفر از بین دانش آموزان ناشنوا عمیق آموزشگاه دخترانه باغچه بان (۲) در مقطع دبیرستان (شاخه کار و دانش) به شکل نمونه قابل دسترس انتخاب شدند؛ ۵۰ نفر (۲۵ نفر دختر و ۲۵ نفر پسر) نیز از بین

2. Screening
3. Validity
4. Williams

1. Goldberg

جدول (۲) نتایج تحلیل واریانس نمره‌های سلامت عمومی در نوجوانان شنا و ناشنوا

ابعاد آزمون	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مقدار F
سلامت عمومی کل	بین گروه‌ها	۱۶۸۱	۱۶۸۱	۱	۹/۴۱
	درون گروه‌ها	۱۷۴۸۹/۰۴	۱۷۸/۴۵	۹۸	
	کل	۱۹۱۷۰/۰۴		۹۹	
نشانه‌های بدنی	بین گروه‌ها	۲۷۲/۲۵	۲۷۲/۲۵	۱	۱۱/۸۷
	درون گروه‌ها	۲۲۴۶/۳۴	۲۲/۹۲	۹۸	
	کل	۲۵۱۸/۵۹		۹۹	
اضطراب و بی‌خوابی	بین گروه‌ها	۹۲/۱۶	۹۲/۱۶	۱	۵/۰۹
	درون گروه‌ها	۱۷۳۲/۰۸	۱۸/۰۹	۹۸	
	کل	۱۸۶۵/۲۴		۹۹	
نارساکنش‌وری اجتماعی	بین گروه‌ها	۵۷/۷۶	۵۷/۷۶	۱	۴/۸۸
	درون گروه‌ها	۱۱۵۹/۰۸	۱۱/۸۲	۹۸	
	کل	۱۲۱۶/۸۴		۹۹	
افسردگی	بین گروه‌ها	۳۷/۲۱	۳۷/۲۱	۱	۱/۷۷
	درون گروه‌ها	۲۰۵۰/۹۸	۲۰/۹۸	۹۸	
	کل	۲۰۸۸/۱۹		۹۹	

بر اساس داده‌های جدول (۲)، تفاوت معنادار بین سلامت عمومی نوجوانان شنا و ناشنوا وجود دارد و نشان‌دهنده سلامت عمومی پایین‌تر گروه ناشنوا از گروه شنا است. همچنین تفاوت معنادار در نشانه‌های بدنی، اضطراب و بی‌خوابی و نارساکنش‌وری اجتماعی نوجوانان شنا و ناشنوا، تفاوت معنادار به دست آمد. در نتیجه با توجه به تفاوت میانگین‌ها نمره نشانه‌های بدنی، اضطراب و بی‌خوابی و نارساکنش‌وری اجتماعی گروه ناشنوا بیشتر از گروه شنا است، اما بین افسردگی عمده نوجوانان شنا و ناشنوا تفاوت معنادار مشاهده نشد و از نظر افسردگی عمده دو گروه وضعیت یکسان داشته‌اند.

جدول (۳) نتایج تحلیل واریانس نمره‌های سلامت عمومی در ناشنویان پسر و دختر

ابعاد آزمون	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مقدار F
سلامت عمومی	بین گروه‌ها	۲۴۴۹/۹۵	۲۴۴۹/۹۵	۱	۲۰/۳۳
	درون گروه‌ها	۴۹۰۴/۳۹	۱۲۰/۴۹	۴۹	
	کل	۸۳۵۴/۳۵		۵۰	

بر اساس داده‌های جدول (۳) بین سلامت عمومی نوجوانان ناشنویان دختر و پسر تفاوت معنادار مشاهده شد،

تکمیل پرسشنامه برای همه دانش‌آموزان توضیح داده شد. این پرسشنامه به صورت گروهی برای دانش‌آموزان دختر و پسر شنا و به صورت انفرادی (به دلیل کم بودن خزانه لغات، با زبان اشاره و توسط معلمان مربوطه) برای دانش‌آموزان ناشنوا اجرا شد. پژوهش حاضر غیرآزمایشی و از نوع علی-مقایسه‌ای بوده و با توجه به موضوع و اهداف پژوهش، جهت بررسی تفاوت‌های بین گروه ناشنوا و شنا در متغیرهای سلامت عمومی و جنسیت، از آزمون تحلیل واریانس یک‌راهه استفاده شده است.

نتایج

به منظور مقایسه توصیفی داده‌های به دست آمده از اجرای آزمون ۲۸-GHQ، میانگین، انحراف استاندارد، پایین‌ترین و بالاترین نمره‌ها با آزمودنی‌ها مورد بررسی قرار گرفت که نتایج حاصله در جدول (۱) آمده است.

جدول (۱) آمار توصیفی ابعاد سلامت عمومی در دو گروه ناشنوا و شنا

ابعاد آزمون	گروه‌ها	تعداد	میانگین	انحراف معیار	حد اکثر نمره
نشانه‌های بدنی	شنا	۵۰	۵/۵۶	۳/۹	۱۷
	ناشنوا	۵۰	۸/۸۶	۵/۵۳	۳۳
	کل	۱۰۰	۷/۲۱	۵/۰۴	۳۳
اضطراب و بی‌خوابی	شنا	۵۰	۶/۳	۴/۳۲	۱۵
	ناشنوا	۵۰	۸/۲۲	۴/۱۷	۱۶
	کل	۱۰۰	۷/۲۶	۴/۳۴	۱۶
کنش‌وری اجتماعی	شنا	۵۰	۶/۷۸	۳/۳۲	۱۶
	ناشنوا	۵۰	۸/۳	۳/۵۵	۱۵
	کل	۱۰۰	۷/۵۴	۳/۵	۱۶
افسردگی	شنا	۵۰	۵/۴۸	۴/۸۲	۱۷
	ناشنوا	۵۰	۶/۷	۴/۳۱	۱۵
	کل	۱۰۰	۶/۰۹	۴/۵۹	۱۷
سلامت عمومی کل	شنا	۵۰	۲۴/۰۴	۱۳/۸۸	۵۳
	ناشنوا	۵۰	۳۲/۲۴	۱۲/۸۱	۵۶
	کل	۱۰۰	۲۸/۱۴	۱۳/۹۱	۵۶

برای آزمون تفاوت سلامت عمومی، نشانه‌های بدنی، اضطراب و بی‌خوابی، نارساکنش‌وری اجتماعی و افسردگی در بین نوجوانان شنا و ناشنوا، آزمون تحلیل واریانس یک‌راهه مورد استفاده قرار گرفت.

تاثیر گذار دیگر نسبت داد که از آن جمله می‌توان به حمایت‌های افراطی، طرد فرزند و یا غفلت و بی‌توجهی نسبت به وی اشاره کرد.

این پژوهش مبین فزونی نشانه‌های بدنی نوجوانان ناشنوا نسبت به نوجوانان شنوا است؛ به عبارتی ناشنوایی منجر به بروز نشانه‌های بدنی بیشتر در نوجوانان می‌شود. مطالعاتی که بتوان نتایج این پژوهش را با نتایج آنها مقایسه کرد در دسترس نبود. به نظر می‌رسد که در این زمینه خاص، پژوهشی صورت نگرفته است. اما با توجه به مبانی نظری پژوهش می‌توان احتمال داد که تجسم پایدار برخی افراد مانند ناشنوایان از وضعیت جسمانی خود، می‌تواند دچار اختلال شود. اختلال‌هایی که ناشی از مشکلات روانشناختی و نارسایی‌های جسمانی هستند، در ادراک حسی آن‌ها مشکلاتی را پدید می‌آورند و این به نوبه خود باعث افزایش نشانه‌های بدنی در آن‌ها می‌شود. یافته‌های مطالعه حاضر نشانگر آن است که اضطراب و بی‌خوابی نوجوانان ناشنوا بیشتر از نوجوانان شنوا است که این یافته با پژوهش‌های جونز و لوب^۶ (۲۰۱۰)، لین (۱۹۸۸) و فریمن و همکاران (۱۹۷۵) هماهنگ است. این پژوهشگران در پژوهش‌های خود به این نتیجه رسیدند که افراد ناشنوا، مضطرب‌تر از افراد شنوا هستند. محدود بودن ارتباط‌های اجتماعی در افراد ناشنوا، قضاوت‌های نادرست افراد جامعه و تجربه‌های ناکام کننده ناشنوایان در موقعیت‌های خانوادگی / تحصیلی / شغلی، منجر به پایین آمدن عزت نفس و احساس کهنتری می‌شود (محمودی، ۱۳۹۲؛ حسینیان و همکاران، ۱۳۸۶) به نظر می‌رسد که پایین بودن سطح حرمت خود، ترس از عدم پذیرش توسط دیگران، احساس کهنتری به علت نقص بدنی، ناتوانی در ایجاد هماهنگی بین گفتار و رفتار خود با دیگران و ادراک فرد ناشنوا از ناتوانی در مقابله با فشارهای محیطی، در او ایجاد اضطراب می‌نماید. البته

به این معنی که میانگین نمره سلامت عمومی گروه ناشنوایان پسر بیشتر از گروه ناشنوایان دختر است، در نتیجه سلامت عمومی ناشنوایان پسر پایین‌تر از ناشنوایان دختر است.

بحث و نتیجه گیری

نتایج حاصل از اجرای پرسشنامه سلامت عمومی گلدبرگ نشان داد که بین سلامت عمومی نوجوانان شنوا و ناشنوا تفاوت معنادار وجود دارد و سلامت عمومی نوجوانان ناشنوا پایین‌تر از سلامت عمومی نوجوانان شنوا است. این یافته با یافته‌های فریمن و همکاران (۱۹۷۵) و میداو^۱ و اشلزینگر (به نقل از میندل و ورنون^۲، ۱۹۸۷) هماهنگ است. این پژوهشگران نشان دادند که سطح سلامت عمومی نوجوانان ناشنوا پایین‌تر از نوجوانان شنوا است، در حالی که با نظرات چیس و فرناندز^۳ (۱۹۸۰)، کوپر^۴ (۱۹۷۶)، الیوت (۱۹۸۷)، هاری و داتیز^۵ (۱۹۸۵) و ورنون (۱۹۷۶)، به نقل از لین (۱۹۸۸) ناهمخوان است.

در این پژوهش

ناشنوا به کسی گفته می‌شود که

سطح متوسط آستانه شنوایی وی ۹۰ دسی بل یا بیشتر باشد

و منظور از شنوا، دانش‌آموزان شاغل به تمصیل

در مدارس عادی هستند

تردیدی نیست که ناشنوایی آثار سویی بر فرد دارد. اما عوامل فرهنگی و اجتماعی نظیر نوع بازخورد به معلولیت (چه از سوی فرد ناشنوا و چه از طرف خانواده و جامعه) در تشدید یا کاهش این آثار سوء مؤثرند و متفاوت بودن یافته‌های پژوهشی در مورد سلامت عمومی ناشنوایان را می‌توان به تفاوت عوامل فرهنگی و اجتماعی و عوامل

1. Meadow
2. Mindol & Vernon
3. ChesS & Fernands
4. Cooper
5. Harry & Dietz

6. Jonas, Loeb

ویرمن^۱ (۲۰۰۴) و حسینیان و همکاران (۱۳۸۶) ناهمخوان است. آن‌ها در مطالعات خود به این نتیجه رسیدند که افراد ناشنوا در مقایسه با همسالان شنوای خود بیشتر دچار افسردگی می‌شوند و در تمامی زمینه‌های مورد بررسی تفاوت معناداری با کودکان شنوا دارند. با وجود این ورنون و آندروز (به نقل از مارسچورک، ۱۹۹۳) معتقدند که فراوانی افسردگی شدید در افراد ناشنوا، نوعاً پایین‌تر از جامعه کلی است. علت ناهمخوانی پژوهش‌های ذکر شده با پژوهش حاضر ممکن است ناشی از عواملی نظیر متفاوت بودن ابزارهای پژوهشی، گروه سنی مورد پژوهش، نوع و میزان ناشنوایی آزمودنی‌ها باشد.

عواملی از قبیل
سافتار زیست شناختی و ژنتیکی ضعیف پسران
نسبت به دختران و نیز توقعات و انتظارات بیشتر خانواده و
جامعه از پسران در سلامت عمومی آنها
بی‌تاثیر نیست.

آخرین یافته پژوهش حاضر مبین آن است که بین سلامت عمومی ناشنوایان دختر و پسر نیز تفاوت معناداری وجود دارد، به این معنی که سلامت عمومی ناشنوایان پسر پایین‌تر از سلامت عمومی ناشنوایان دختر است. این یافته با پژوهش بیتن کورت (۲۰۱۱) همخوانی دارد.

این پژوهشگر نیز به این نتیجه رسیده بود که سطح سلامت عمومی ناشنوایان دختر تا حدودی بالاتر از سطح سلامت عمومی ناشنوایان پسر است. بنابراین شاید بتوان گفت که عامل جنسیت بر سلامت موثر می‌باشد. عواملی از قبیل ساختار زیست شناختی و ژنتیکی ضعیف پسران نسبت به دختران و نیز توقعات و انتظارات بیشتر خانواده و جامعه از پسران در سلامت عمومی آنها بی‌تاثیر نیست.

نتایج پژوهش حاضر مؤید این مطلب است که

آسیب شنوایی به‌طور غیرمستقیم موجب محدودیت‌هایی در نوع ارتباط شده و منجر به کاهش عزت نفس و خودپنداره در فرد می‌گردد (رحیمی، ۱۳۹۱).

یافته‌های پژوهش حاضر در ارتباط با نارساکنش‌وری اجتماعی، حاکی از آن است که نارساکنش‌وری اجتماعی نوجوانان ناشنوا بیشتر از نوجوانان شنوا است که با نتایج پژوهش‌های لین (۱۹۸۸)، فریمن و همکاران، جونز و لوب (۲۰۱۰)، بیتن کورت و همکاران (۲۰۱۱)، آیستی و همکاران (۲۰۱۰)، راژندران و روی (۲۰۱۰)، گریشام (۱۹۸۲) مک‌گیدی و بلانک (به نقل از آنشیا و همکاران، ۱۹۹۳) و وستانیس و همکاران (۱۹۹۷) هماهنگ است. یافته‌های این پژوهشگران نشان می‌دهند که افراد ناشنوا در مقایسه با افراد شنوا، وابسته‌تر و از لحاظ اجتماعی سازش‌نا یافته‌ترند. این یافته را می‌توان با در نظر گرفتن عوامل تربیتی و محیطی تبیین نمود. به عبارتی، والدینی که تقریباً همواره به جای فرزندانشان تصمیم می‌گیرند و فرصت عمل آزادانه را از آن‌ها سلب می‌کنند، موجب می‌شوند که کودکان، افرادی منزوی، خجول، متکی و فاقد اعتماد به نفس بار آیند. چنین پیامدهای تربیتی زمانی تقویت می‌شوند که همراه با نوعی معلولیت باشد که در فرهنگ ما واکنش‌های ترحم‌آمیز را برمی‌انگیزد و نه تنها بیشتر کارهای یک معلول از طرف اعضای خانواده انجام می‌گیرد، بلکه در جامعه نیز چنین بازخوردهایی دیده می‌شود. در نتیجه به نارساکنش‌وری، متکی بودن و غیر اجتماعی بودن فرد ناشنوا منجر می‌گردد.

یافته دیگر پژوهش حاضر مبین آن است که بین افسردگی عمده نوجوانان شنوا و ناشنوا تفاوت معنادار وجود ندارد. این یافته با نظر میداو (به نقل از هالاهان و کافمن، ۱۹۹۱) هماهنگ بود. به نظر میداو، میزان آشفتگی‌های عاطفی در بین کودکان دارای نارسایی شنوایی بیش از افراد شنوا نیست. اما این یافته با پژوهش‌های لین (۱۹۸۸)؛ لی و همکاران (۱۹۸۹) و وان‌الدیک تریفرز،

نوجوانان ناشنوا ممکن است به دلیل فقدان شنوایی در برخی از زمینه‌های رفتاری و شخصیتی، از قبیل نشانه‌های بدنی، خلق و هیجان، خواب و کنش‌وری اجتماعی، دچار مشکل شوند. اما نکته‌ی مهم این است که تفاوت بین سلامت عمومی نوجوانان شنوا و ناشنوا، به‌ویژه بالا بودن میزان نشانه‌های بدنی، نارساکنش‌وری اجتماعی و اضطراب و بی‌خوابی نوجوانان ناشنوا نسبت به نوجوانان شنوا در پژوهش حاضر را نباید صرفاً حمل بر ناشنوایی آنان نمود، بلکه باید به عواملی از قبیل شیوه‌های فرزندپروری

والدین، نگرش اطرافیان نسبت به ناشنوایی، بازخورد اجتماعی نسبت به افراد ناشنوا، میزان تسهیلات اجتماعی و اقتصادی، بازخورد فرد ناشنوا نسبت به ناشنوایی خود و میزان توجه به تعلیم و تربیت این افراد نسبت داد. مدارس باید شرایط موفقیت آموزشی و خودکارآمدی را برای این دانش‌آموزان فراهم کنند.

پیشنهاد می‌شود برای ارتقای سلامت و خودارزشمندی ناشنوایان، آموزش‌های خانواده و خود دانش‌آموزان به صورت گسترده اجرا گردد.

منابع

- استورا، جی بی (۱۳۷۷). تنیدگی یا استرس، بیماری جدید تمدن، ترجمه/پریخ دادستان. تهران، رشد، صص ۱۷۹-۱۸۶.
- افروز، غلامعلی (۱۳۷۹). مقدمه‌ای بر روان‌شناسی و آموزش و پرورش کودکان استثنایی، تهران: انتشارات دانشگاه تهران.
- امیدوار، احمد (۱۳۶۸). بررسی تحول هوش در دانش‌آموزان ناشنوا، پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشگاه آزاد تهران.
- بهرامی احسان، هادی (۱۳۷۸). بررسی مؤلفه‌های بنیادین سازش یافتگی آزادگان ایرانی، پایان‌نامه دکترا، دانشگاه تربیت مدرس.
- پالاهنگ، حسن (۱۳۷۴). بررسی همه‌گیرشناسی اختلال‌های روانی در شهر کاشان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم پزشکی ایران، انستیتو روان‌پزشکی.
- تقوی، سید محمدرضا (۱۳۸۰). بررسی روایی و اعتبار پرسشنامه سلامت عمومی. *مجله روان‌شناسی*، ۵(۲۰): ۳۸۱-۳۹۳.
- حسینیان، سیمین، پورشهریاری، پری سیما و نصراله کلانتری، فاطمه (۱۳۸۶). رابطه بین شیوه‌های فرزندپروری مادران و عزت نفس دانش‌آموزان ناشنوا و شنوا. *پژوهش در حیطه کودکان استثنایی*، ۷(۴): ۳۸۴-۳۶۷.
- رحیمی، سعید (۱۳۹۱). آموزش خودکارآمدی به دانش‌آموزان ناشنوای هنرستانی. *نشریه تعلیم و تربیت استثنایی*، ۱۱۰: ۷۱-۷۸.
- سپهوند، تورج، گیلانی، بیژن، زمانی، رضا (۱۳۸۵). رابطه سبک‌های اسناد با رخدادهای استرس‌زای زندگی و سلامت عمومی. *پژوهش‌های روان‌شناختی*، ۹(۳ و ۴): ۴۶-۳۳.
- سلامی، علی (۱۳۷۲). *روان‌شناسی جانبازی و معلولیت*، تهران: انتشارات صفی‌علیشاه.
- علیخانی، مرتضی، بذرافشان، صابره و رستگارپور، حسن (۱۳۹۳). تاثیر کتاب‌های غیردرسی بر بهبود تمیز شنیداری کودکان آسیب‌دیده شنوایی. *نشریه تعلیم و تربیت استثنایی*، ۱۲۷(۴): ۲۴-۳۶.
- محمودی، احمد (۱۳۹۲). مقایسه عزت نفس و مهارت اجتماعی دانش‌آموزان ناشنوا و نابینا در مقطع راهنمایی تحصیلی شهرستان کرج. *نشریه تعلیم و تربیت استثنایی*، ۱۱۷(۴): ۲۰-۲۸.

Antia.S.D; Kreimeger, K.M; Ekiredge. N (1993). Promoting Social Interaction between young children with hearing impairments and their peers. *Exceptional Children*, 60:3-8.

Bailly D, Dechoulydenclave MB, Lauwerier L. (2003). Hearing impairment and psychopathological disorders in children and adolescents. *Review of the recent literature, Encephale*, 29(4, 1):329-37.

Bittencourt ZZ, Françoço M. F., Monteiro C. R., Francisco D.D. (2011). Deafness, *social network and*

social protection. , 16 (1):769-76.

- Rajendran V, Roy FG. (2010). Comparison of health related quality of life of primary school deaf children with and without motor impairment. *Italian Journal of Pediatrics*, 12;36:75.
- Eigsti HJ, Chandler L, Robinson C, Bodkin AW. (2010). A longitudinal study of outcome measures for children receiving early intervention services, *Pediatr Phys Ther*, 22(3):304-13.
- Freeman. R.D; Malkin, S.F; Matings, J.O. (1975). Psychosocial problems of deaf children and their families: A comparative Study. *Am Ann Deaf*, 120(4):391-405.
- Greshom. F. (1984). Social skills and self-efficacy for exceptional children, *Except Child*, 51(3):253-61.
- Hallahan, D.P Kauffman, J.M. (1991). Exceptional Children: introduction to special education. *Prentice Hall*. 4th edition.
- Jonas BS, Loeb M. (2010). Mood disorders and physical functioning difficulties as predictors of complex activity limitations in young U.S. adults. *Disabil Health J*. 3(3):171-8.
- Kingsnorth S, Healy H, Macarthur C. (2007). Preparing for adulthood: a systematic review of life skill programs for youth with physical disabilities, *J Adolescent Health*, 41(4):323-32.
- Lane, H. (1988). Is there a psychology of deaf? *Exceptional children*, 55(1):7-19.
- Leigh. 1: Robins, C. J; Welkowitz, J.; Bond. R.N. (1989). Toward greater understanding depression in deaf individuals. *American Annals of the Deaf* 134:JIL
- Marschork, M. (1993). Psychological development of deaf children. *Oxford university press*.
- McDaniel, J.W. (1976). Physical disability and human behavior. New York: *Pergamon Press*. 2th edition.
- Mindel. E.D: Vernon, M. (1987). They grow in silence: understanding (deaf children and adults. *Shoal Creek Boulvard Austin Texas*.
- Van Eldik T, Treffers PD, Veerman JW, Verhulst FC. (2004). Mental health problems of deaf Dutch children as indicated by parents' responses to the child behavior checklist. *Am Ann Deaf*. 148(5):390-5.
- Voslainis. F: Hayes, M., Du-Feu, M., Warren, J. (1997). Detection behavioral and emotional problems in deaf children and adolescents: Comparison of two rating scales. *Journal of Child Care-Health Development*. 23(3):233-46.