

مقایسه میزان کفایت اجتماعی، خودکارآمدی و بهزیستی روانی در دانش‌آموزان نابینا، ناشنوا و عادی

عزت‌اله قدم‌پور*، فرناز رادمهر**، لیلا حیدریانی***

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۶/۱۹ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۳/۱۳

چکیده

هدف پژوهش حاضر مقایسه میزان کفایت اجتماعی، خودکارآمدی و بهزیستی روانی در دانش‌آموزان نابینا، ناشنوا و عادی بود. جامعه آماری این پژوهش کلیه دانش‌آموزان دختر نابینا، ناشنوا و عادی شهر خرم‌آباد در سال تحصیلی ۹۵-۱۳۹۴ بود؛ که با استفاده از روش علی-مقایسه‌ای از هر گروه (نابینا، ناشنوا، عادی) ۳۰ نفر به شیوه هم‌تناسازی با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب شدند. مقیاس‌های بهزیستی روان‌شناختی ریف (RSPWB)، خودکارآمدی بن‌دورا و کفایت اجتماعی فلنر اجرا شد. نتایج نشان داد که بین گروه‌های نابینا، ناشنوا و عادی از نظر میزان کفایت اجتماعی، خودکارآمدی و بهزیستی روانی با یکدیگر تفاوت معنی‌داری وجود داشت

* دانشیار روانشناسی تربیتی دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، ایران (نویسنده مسئول). ghadampour.e@lu.ac.ir

** دانشجوی دکتری روانشناسی دانشگاه رازی، کرمانشاه، ایران. radmehr.p12@gmail.com

*** دانشجوی دکتری روانشناسی تربیتی دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، ایران. yousefvand69@gmail.com

($P < 0/001$). به نحوی که میزان کفایت اجتماعی، خودکارآمدی و بهزیستی روانی در دانش‌آموزان عادی بیشتر از دانش‌آموزان نابینا و ناشنوا است. از سویی میزان کفایت اجتماعی، خودکارآمدی و بهزیستی روانی در دانش‌آموزان نابینا بیشتر از دانش‌آموزان ناشنوا است. با توجه به شیوع بالای نابینایی و ناشنوایی در جامعه، نتایج این‌گونه تحقیقات باید در اختیار مراکز و سازمان‌های مختلف مربوطه قرار گیرد تا آن‌ها بتوانند بر اساس نتایج پژوهش، برنامه‌ریزی مناسبی داشته باشند.

واژه‌های کلیدی: کفایت اجتماعی، خودکارآمدی، بهزیستی روانی، دانش‌آموزان

بیان مسئله

حواس مختلف انسان از لحاظ اهمیتی که در امر احساس، ادراک و شناخت امور دارند در حقیقت دروازه‌های دانش و دانایی انسان تلقی می‌گردند. مهم‌ترین حواس انسان بینایی و شنوایی است و فعالیت‌های یادگیری، آموزشی، ارتباطی، هیجانی به‌طور گسترده با این دو حس در ارتباط‌اند، بنابراین تأثیر فقدان آن‌ها بر وضعیت اجتماعی-روانی فرد غیرقابل انکار است (بیگدلی و الهی، ۱۳۹۳).

یکی از مهارت‌هایی که در افراد نابینا و ناشنوا دچار آسیب می‌شود، کفایت اجتماعی^۱ است. کفایت اجتماعی توانایی عملکرد انسان در اجرای استقلال شخصی و مسئولیت‌پذیری اجتماعی است (کاظمی و دیگران، ۱۳۹۰) هسته مرکزی کفایت اجتماعی مهارت‌های ارتباطی است؛ زیرا از طریق مهارت‌های ارتباطی مؤلفه‌های دیگر کسب می‌شود (جعفری‌باغ خیراتی و دیگران، ۱۳۹۳). از طرفی هم کفایت اجتماعی پایه و اساسی برای گسترش طیفی از پیامدهای مطلوب از قبیل اعتماد به نفس، رفاه اجتماعی، کیفیت دوستی، مسئولیت‌پذیری جنسی، پذیرش توسط همسالان و شایستگی‌های کاری

۱. social competence

است (چانگ و لی^۱، ۲۰۱۰). گریشام^۲ (۱۹۸۱) نشان داد که موفقیت در تعاملات اجتماعی نیازمند برخورداری از کفایت اجتماعی می‌باشد و دانش‌آموزانی که رفتار اجتماعی ضعیف دارند، وقتی وارد مدرسه می‌شوند با مشکلاتی نظیر طرد هم‌تاهای، مشکلات رفتاری و موفقیت تحصیلی پایین روبه‌رو هستند. فقدان کفایت اجتماعی کافی میان افراد دارای آسیب بینایی و شنوایی ممکن است مشکلات زیادی از قبیل انزوای اجتماعی؛ افسردگی، مشکلات روانی-اجتماعی متعدد و ... را به وجود آورد. در نتیجه برای این افراد که از کفایت اجتماعی ضعیفی برخوردارند، آموزش صحیح به‌منظور کمک به بهبود مهارت‌ها به‌نحوی که بتوانند از تعاملات اجتماعی لذت ببرند و نسبت به خود احساس خوبی داشته باشند، الزامی به نظر می‌رسد (محمودی، ۱۳۹۲).

دلایل مختلفی در مورد کفایت اجتماعی پایین افراد نابینا و ناشنوا در مقایسه با افراد عادی وجود دارد. از آن‌جا که بررسی‌های مختلف نشان نمی‌دهند که کودکان یا نوجوانان نابینا و ناشنوا ناسازگار هستند، می‌توان نتیجه گرفت که نابینایی و ناشنوایی الزاماً همراه با ناسازگاری نیستند (صادقی‌نژاد، ۱۳۸۴). کاتزفورس^۳ (۱۹۹۱) علت ناسازگاری افراد نابینا و ناشنوا را بیشتر به علت طرز برخورد جامعه با آنان می‌داند. شناخت مسائل و مشکلات افراد مبتلا به نقایص بینایی و شنوایی وظیفه مهم روانشناسان، مشاوران و متخصصان تعلیم و تربیت است. کودکان معلول به دلیل نقص جسمی و محرومیت‌های 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. به‌عبارت‌دیگر، نوجوانان نابینا بین احساس نیاز به کمک دیگران و احساس نیاز به استقلال در تعارض هستند که ناتوانی در حل آن تأثیر بسزایی بر سلامت روانی آن‌ها در آینده خواهد داشت.

۱. Cheung & Lee

۲. Gresham

۳. katzeforse

همچنین افراد نابینا از مشکلات هیجانی عمده‌ای همچون افسردگی، ترس، غم، ناامیدی، انزوای اجتماعی و احساس عدم‌کفایت رنج می‌برند (اوسلی و دیگران، ۲۰۰۶ به نقل از بیگدلی و الهی، ۱۳۹۳). همان‌طور که نابینایی منجر به مشکلات فراوانی برای افراد می‌شود، آسیب‌های شنوایی نیز بسیاری از سازگاری‌های انسان را با محیط زندگی‌اش تحت تأثیر قرار داده و موجب تأخیر در رشد و پردازش فرایندهای ذهنی و روانی می‌شود. نتایج پژوهش‌های مختلف مهارت‌های اجتماعی ضعیف، روابط اجتماعی مشکل‌دار، خود پنداره ضعیف، ناهنجاری‌های رفتاری و عاطفی، مشکلات تحصیلی و ... را در کودکان و نوجوانان ناشنوا نشان داده‌اند (فوجیکی و برنیتون، ۲۰۰۹). همچنین پژوهشگران و صاحب‌نظران عنوان می‌کنند که میزان خودمحموری، لجبازی، افسردگی، اضطراب، بدبینی و درون‌گرایی در نوجوانان ناشنوا بیش‌تر از میزان طبیعی بوده و آن‌ها توقع بیش‌ازحدی از اطرافیان و محیط زندگی خود دارند (حاج‌بابایی و دهقانی، ۱۳۸۶). انزوای اجتماعی و فقدان حمایت اجتماعی کافی میان نوجوانان با آسیب بینایی و شنوایی ممکن است به خودکارآمدی پایین در آن‌ها منجر شود. خودکارآمدی به معنای قضاوت و نگرش فرد از خود دلالت می‌کند. افراد با بررسی نحوه کنار آمدن با استانداردها و ارزش‌های موردنظر خود و مقایسه چگونگی عملکرد خود با دیگران به این قضاوت دست می‌یابند. خودکارآمدی بر همه افکار، ادراکات، هیجانات، ارزش‌ها و اهداف شخصی نفوذ دارد و کلید رفتار وی می‌باشد (لاورنس، ۲۰۰۶). بنابراین خودکارآمدی هسته مرکزی ساختارهای روان‌شناختی فرد است که وی را در برابر اضطراب محافظت نموده و آسایش خاطر وی را فراهم می‌آورد. خودکارآمدی سپر محافظ در مقابل فشارهای روانی است که از فرد در برابر وقایع فشار آور منفی زندگی حمایت می‌کند. فردی که به توانایی‌های خود ایمان دارد به‌راحتی قادر است با تهدیدها و وقایع فشار آور بیرونی بدون تجربه برانگیختگی منفی و ازهم‌پاشیدگی سازمان روانی مواجهه گردد (محمودی، ۱۳۹۲). مسئله خودکارآمدی در تصمیم‌گیری دانش‌آموزان از مهم‌ترین مسائل آن‌ها بعد از پایان تحصیلات است (رحیمی، ۱۳۹۱). افزایش

خودکارآمدی یکی از بارزترین منابعی است که افراد دارای آسیب بینایی و شنوایی، می‌توانند در اختیار داشته باشند. پژوهش‌ها نشان داده‌اند، افراد دچار اختلال بینایی و شنوایی که از خودکارآمدی زیاد برخوردارند خیلی مؤثرتر می‌آموزند، روابط سودبخش‌تری را برقرار می‌کنند، بهتر می‌توانند از فرصت‌ها استفاده کنند، مولد بوده و خودکفا می‌باشند (گلداستین و مورگان^۱، ۲۰۰۴).

بنا به اعتقاد ولفی و ساکس^۲ (۲۰۰۶) فقدان کفایت اجتماعی میان نوجوانان با آسیب بینایی و شنوایی ممکن است به خودکارآمدی پایین در آن‌ها منجر شود. خودکارآمدی بر سطح عملکرد افراد تأثیر می‌گذارد و عاملی مهم در شناخت دانش، مهارت و بینش افراد از خود است (نوکاریزی و دهقانی، ۱۳۹۲). همچنین عقاید خودکارآمدی بر انتخاب، تلاش، مقاومت، و عملکرد اثر می‌گذارد (پیمان و پیمان، ۱۳۹۰). خودکارآمدی به قضاوت افراد در ارتباط با توانایی‌هایشان برای به نتیجه رساندن سطوح طراحی‌شده عملکرد اشاره دارد (سنگ^۳ و دیگران، ۲۰۱۰) و در محیط‌های تحصیلی، به باورهای دانش‌آموز در ارتباط با توانایی انجام وظایف درسی تعیین‌شده، اشاره دارد. دانش‌آموزانی که باور دارند می‌توانند در تحصیل موفق باشند، به توانایی خود اطمینان بیشتری دارند در نتیجه تلاش و پشتکار بیشتری را در انجام وظایف درسی نشان می‌دهند (بندورا^۴، ۱۹۹۷). طبق پژوهش‌های انجام‌شده، کوچک‌ترین دگرگونی‌های جسمانی می‌توانند تغییرات بسیاری را در ادراک فرد از جهان خارج ایجاد کنند. دانش‌آموزان نابینا و ناشنوا نیز که دارای ناتوانی بدنی و معلولیت حسی‌اند در طول تحصیل و زندگی با مشکلات روانی، اجتماعی و شناختی متعددی روبه‌رو هستند و از نظر بهزیستی روانی در معرض خطر قرار می‌گیرند (قریشی راد، ۱۳۹۳).

۱. Goldstein & Morgan

۲. Wolffe & Sacks

۳. Sang

۴. Bandoura

بر اساس مطالعات انجام شده، بهزیستی روانی افراد استثنایی نسبت به افراد عادی پایین تر است، برای مثال لین^۱ (۱۹۸۸) دریافت که افراد استثنایی از لحاظ اجتماعی، کم تجربه، منزوی، نافرمان، سرکش، زودباور و متکی بوده و از لحاظ هیجانی و عاطفی، جنجال برانگیز، مضطرب، افسرده، احساساتی، روان آزوده، نگران و تهییج پذیرند. جونز و لوپ^۲ (۲۰۱۰) به این نتیجه رسیدند که افراد ناشنوا در مقایسه با افراد عادی و شنوا از سطح بهزیستی پایینی برخوردارند. در این جا بهزیستی به معنای نبود مشکلات و ناملایمات نیست، بلکه نحوه کنار آمدن با چالش های زندگی و چگونگی برخورد با آنها است که تعیین کننده بهزیستی فرد است (صراف پور، ۱۳۹۰). افراد دچار نقص بینایی و شنوایی به علت تجسم پایدار از وضعیت جسمانی خود، دچار اختلالات روان شناختی می شوند که این امر وضعیت بهزیستی روانی آنها را مورد تهدید قرار می دهد. از طرفی هم این افراد به علت نشانه های بدنی، اضطراب، بی خوابی، نارساکنش وری اجتماعی بیشتری دارند که این مسئله نیز بر وضعیت بهزیستی روانی آنان بی تأثیر نیست (قریشی راد، ۱۳۹۳).

بنابراین، نابینایی و ناشنوایی پیامدهای روانی، عاطفی، شخصیتی، شناختی و اجتماعی خاص خود را به دنبال دارد و شناخت این پیامدها می تواند ما را در برخورد با این گروه از دانش آموزان و هدایت آنان یاری کند. برای رسیدن به این موفقیت نباید به نابینایی و ناشنوایی به عنوان یک نقص یا بیماری نگاه کرد، بلکه باید نابینایی و ناشنوایی را در متن جامعه مورد بررسی قرارداد تا شانس موفقیت افراد نابینا و ناشنوا افزایش یابد (رحیمی، ۱۳۹۱). چراکه دانش آموزان دارای تفاوت های فراوانی هستند که در آموزش نقش اساسی دارد، آنها از نظر کفایت اجتماعی، خودکارآمدی و بهزیستی روانی با یکدیگر تفاوت های مهمی دارند، در برابر مشکلات و چالش ها نیز با شیوه های متفاوتی برخورد می کنند، بنابراین شناسایی این عوامل در رفع مشکلات و نارسایی ها در سیستم

۱. Lane

۲. Jonas & Loeb

آموزشی مهم است (نریمانی و دیگران، ۱۳۹۲). با توجه به نتایج پژوهش‌های مختلف که نشان می‌دهند دانش‌آموزان نابینا و ناشنوا در مقایسه با دانش‌آموزان عادی، کفایت اجتماعی، خودکارآمدی و سلامت روانی کمتری دارند و همچنین نرخ بالاتری از مشکل‌های تحصیلی، عاطفی و اجتماعی نسبت به کودکان عادی دارا می‌باشند که این عوامل نه تنها به نوبه خود به شکست تحصیلی منجر می‌شوند بلکه به افزایش احساس سرخوردگی، خشم، غم یا شرم نیز منجر می‌شود که این مسئله می‌تواند اضطراب، افسردگی و یا خود پنداره پایین را به دنبال داشته باشد (فریلیچ و شچمن، ۲۰۱۰). و نظر به این‌که در زمینه کفایت اجتماعی، خودکارآمدی و بهزیستی روانی دانش‌آموزان نابینا و ناشنوا و مقایسه وضعیت آنان با دانش‌آموزان عادی کمتر تحقیق شده است، این موضوع مورد مطالعه قرار گرفت.

مروری بر تحقیقات انجام شده در داخل

در مطالعه حاضر به منظور آشنایی بیش‌تر با مفاهیم و ابعاد متنوع موضوع مورد مطالعه به تعدادی از پژوهش‌هایی که با موضوع ما مرتبط هستند، اشاره می‌شود.

- سیادتیان و دیگران (۱۳۹۳) در پژوهشی با عنوان بررسی مقایسه‌ای سرزندگی در دانش‌آموزان با و بدون نقص شنوایی نشان دادند که دانش‌آموزان ناشنوا نسبت به دانش‌آموزان عادی از سرزندگی و به تبع آن از سلامت روانی کمتری برخوردارند.

- حسینیان و دیگران (۱۳۸۶) با بررسی رابطه بین شیوه‌های فرزند پروری مادران و عزت‌نفس دانش‌آموزان ناشنوا و شنوا نشان دادند که ناشنوایان در مقایسه با هم‌تایان شنوای خود از خودکارآمدی پایین‌تر برخوردار بوده و فاقد مهارت‌های اجتماعی معینی برای تعامل موفق با همسالان خود هستند.

- هاشمی نصرت‌آباد و بیرامی (۱۳۹۲) در مطالعه خود با عنوان مقایسه کفایت اجتماعی و خودکارآمدی تحصیلی دانش‌آموزان دارای نیازهای ویژه در سه شیوه آموزش تلفیقی، استثنایی و عادی مطرح نمودند که دانش‌آموزان نابینا و ناشنوا نسبت به دانش‌آموزان عادی از کفایت اجتماعی و خودکارآمدی تحصیلی پایین‌تری برخوردارند.
- کچوری‌مازندرانی (۱۳۹۰) در بررسی مقایسه کیفیت زندگی و سلامت عمومی بین دختران ۱۵ تا ۱۸ ساله ناشنوا، نابینا و عادی به این نتیجه دست‌یافت که میزان کیفیت زندگی و سلامت عمومی دختران نابینا و ناشنوا از دختران عادی کمتر است.
- شمسایی، اشترانی و اشترانی (۱۳۹۳) در مطالعه‌ای که در زمینه مقایسه رضایت از زندگی دانش‌آموزان نابینا و ناشنوا با دانش‌آموزان مدارس عادی شهر همدان در سال ۱۳۹۲ انجام دادند، نشان دادند که میزان رضایت از زندگی دانش‌آموزان نابینا و ناشنوا کمتر از دانش‌آموزان عادی است، پس در مداخلات روان‌شناختی مربوط به سلامت روانی، دانش‌آموزان نابینا و ناشنوا نیاز به توجه جدی‌تری دارند.
- بیگدلی و الهی (۱۳۹۳) در پژوهشی با عنوان بررسی و مقایسه هوش هیجانی دانش‌آموزان نابینا و ناشنوی دوره دبیرستان استان زنجان به این نتیجه رسیدند که دانش‌آموزان نابینا و ناشنوا از سطح هوش هیجانی متوسطی برخوردارند که این سطح متوسط نمی‌تواند یاریگر آن‌ها در کفایت اجتماعی و مهارت‌های ارتباطی آن‌ها باشد.
- قریشی راد (۱۳۹۳) با بررسی وضعیت سلامت روان در دانش‌آموزان ناشنوا و شنوا، نتیجه گرفت که دانش‌آموزان ناشنوا در مقایسه با دانش‌آموزان شنوا از سلامت روان کمتری برخوردارند.
- دانشفر (۱۳۹۲) در مقایسه مهارت‌های اجتماعی و کیفیت زندگی در دانش‌آموزان مبتلا به مشکلات دیداری (نابینا و نیمه‌بینا) و عادی نتیجه گرفت که دانش‌آموزان

مقایسه میزان کفایت اجتماعی، خودکارآمدی ... ۲۲۷

نابینا در مقایسه با دانش‌آموزان عادی از مهارت‌های اجتماعی پایین‌تری برخوردار هستند.

مروری بر تحقیقات انجام‌شده در خارج

- راجندران و روی^۱ (۲۰۱۰) در بررسی مقایسه کیفیت زندگی در کودکان ناشنوا و کودکان مبتلا به اختلال حرکتی با کودکان عادی 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 معنی‌داری دارند.
- روسنبلام^۲ (۲۰۰۰) با بررسی ادراک تأثیر نقص بینایی بر زندگی نوجوانان دریافت که نوجوانان نابینا در ارتباطات اجتماعی خود مشکلات زیادی از قبیل انزوای اجتماعی دارند.
- آرو و باندی^۳ (۲۰۰۷) در پژوهش خود با بررسی آموزش مهارت‌های اجتماعی برای نوجوانان، دریافتند که نوجوانان ناشنوا مشکلات اجتماعی بسیاری دارند و درخطر ابتلا به افسردگی و مشکلات روانی-اجتماعی قرار دارند.
- دولینسکا^۴ (۲۰۱۷) با بررسی مقایسه عملکرد اجتماعی و آموزشی دانش‌آموزان نابینا با دانش‌آموزان عادی، نشان داد که تفاوت معناداری بین این دو گروه وجود دارد.

۱. Roy & Rajendran

۲. Rosenblum

۳. Aro & Bundy

۴. Dolinska

- کردستانی، دانشفر و راستی (۲۰۱۴) با مقایسه کیفیت زندگی و مهارت‌های اجتماعی در دانش‌آموزان نابینا و عادی تفاوت معناداری را بین این دو گروه نشان دادند.

- هادی شنیکات^۱ (۲۰۱۵) در مطالعه‌ای با عنوان مقایسه هوش هیجانی در بین دانش‌آموزان نابینا و عادی، تفاوت معناداری را بین دو گروه نشان داد، به این صورت که دانش‌آموزان نابینا در روابط میان فردی و کفایت اجتماعی در سطح پایین‌تری از دانش‌آموزان عادی هستند.

- لین (۱۹۸۸) با پژوهش در زمینه آیا روانشناسی ناشنوایان وجود دارد؟ دریافت که افراد ناشنوا از لحاظ اجتماعی، کم‌تجربه، منزوی، نافرمان، سرکش، زودباور و متکی بوده و از لحاظ هیجانی و عاطفی، جنجال‌برانگیز، مضطرب، افسرده، احساساتی، روان آزرده، نگران و تهییج‌پذیرند.

- جونز و لوب (۲۰۱۰) با مطالعه اختلالات خلقی و مشکلات عملکرد فیزیکی به‌عنوان پیش‌بینی‌کننده محدودیت‌های پیچیده در فعالیت بزرگسالان و جوانان به این نتیجه رسیدند که افراد ناشنوا در مقایسه با افراد شنوا از سطح سلامتی روانی پایینی برخوردارند؛ وابسته‌تر بوده و از لحاظ اجتماعی سازش‌نا یافته‌تر و دارای ناهنجاری‌های خلقی بیش‌تری هستند.

- بیتنکارت^۲ و دیگران (۲۰۱۱) در مطالعه‌ای مبنی بر بررسی ارتباطات اجتماعی و حمایت اجتماعی دانش‌آموزان ناشنوا به این نتیجه دست‌یافتند که ارتباطات اجتماعی ناشنوایان از سطح پایین‌تری برخوردار است.

- ایجستی^۳ و دیگران (۲۰۱۰)؛ گریشام (۱۹۸۴)، فریمن^۱ و دیگران (۱۹۷۵) و وستانیس^۲ و دیگران (۱۹۹۷) نیز به این نتیجه رسیدند که کودکان ناشنوا در

۱. hadi Shnikat

۲. Bittencourt

۳. Eigsti

مقایسه با کودکان شنوا از لحاظ اجتماعی ناپخته‌ترند؛ مقایسه این افراد با افراد نابینا نشان داد که این گروه دارای خودکارآمدی پایین‌تر، رفتارهای مثبت پایین‌تر و مهارت‌های اجتماعی کمتری نسبت به افراد نابینا هستند (محمودی، ۱۳۹۲).

- کنستانتینوس، کاترینا و اونیس^۳ (۲۰۱۱) در مطالعه‌ای مبنی بر بررسی رفتار سازگاران کودکان و نوجوانان با اختلالات بینایی به این نتیجه دست‌یافتند که کودکان و نوجوانان نابینا و ناشنوا از مشکلات روانی- اجتماعی بیش‌تری برخوردارند و همچنین سطوح سازگاری پایین‌تری دارند.

مروری بر نقد تحقیقات انجام‌شده

در تحقیقات انجام‌شده به جنبه توصیفی بیشتر از جنبه تحلیلی پرداخته‌شده است. برخی از این تحقیقات به صرفاً مقایسه یکی از متغیرهای یادشده پرداخته‌اند. اما تحقیق جامعی که به مقایسه سه مفهوم مهم کفایت اجتماعی، خودکارآمدی و بهزیستی روانی به شیوه‌ای علمی و روش‌مند پرداخته باشد صورت نگرفته است. از طرف دیگر مطالعات انجام‌شده محدود به مقایسه یک یا نهایتاً دو جامعه آماری شده است، به این صورت که هرکدام از متغیرهای پژوهش حاضر در جامعه ناشنوا و عادی و یا نابینا و عادی و یا صرفاً فقط در یک جامعه بررسی شده است و انجام پژوهشی که به صورت جامع هر سه متغیر یادشده را در هر سه جامعه نابینا، ناشنوا و عادی مورد بررسی قرار دهد غفلت شده است.

مبانی نظری

۱. Friman

۲. Voslainis

۳. Konstantions Katerina & Ioannis

کفایت اجتماعی

کفایت اجتماعی، نظام پیچیده‌ای از شناخت‌ها، انگیزه‌ها، توانایی‌ها، سنت‌ها، مهارت‌ها و نیز تجربه‌های اجتماعی است. تراور^۱ و دیگران (۱۹۷۸) معتقد هستند که کفایت اجتماعی، داشتن مهارت‌های رفتار اجتماعی است. درباره کفایت اجتماعی می‌توان گفت که در پیشگیری از بیماری‌های جسمی و روانی نقش اساسی ایفا می‌کند. بر این اساس، فردی که دارای کفایت اجتماعی است، می‌تواند از قابلیت‌های فردی و شرایط محیطی خود استفاده مؤثری کند و به‌خوبی می‌تواند این قابلیت‌ها و توانایی‌ها را توسعه دهد. رویکرد مشابهی وجود دارد که می‌گوید کفایت اجتماعی، شخص را قادر می‌کند تا رفتارهای اجتماعی موردنظر را انجام دهد و روابط بین فردی‌اش را به‌گونه‌ای تقویت کند که به علایق و منافع دیگران هم احترام بگذارد. تراور و دیگران (۱۹۷۸) بیان داشته‌اند که اگر شخصی بتواند بر رفتار دیگران، به طریقی تأثیر بگذارد که از نظر اجتماعی مقبول است، دارای کفایت اجتماعی قلمداد می‌شود (بابسیک^۲، ۲۰۰۸). قابلیت‌ها و کفایت‌های اجتماعی، بر پایه استعدادهای عاطفی و هیجانی شکل می‌گیرند. برای مثال، کسانی که تأثیرات اجتماعی عمیقی بر جای می‌گذارند، بر نحوه ابراز احساسات خود، نظارت دقیقی دارند، با ذکاوت خود را با راه‌هایی هماهنگ می‌کنند که دیگران واکنش نشان می‌دهند. از این‌رو همواره می‌توانند عملکرد اجتماعی خود را به‌خوبی تنظیم کنند، به‌گونه‌ای که مطمئن شوند تأثیر مطلوب بر جای گذاشته‌اند (گلמן^۳، ۱۹۹۵).

خودکارآمدی

۱. Teraver
۲. Babosik
۳. gholman

خودکارآمدی به‌طور مستقیم با رفتارهای سالم در ارتباط است و روی رفتارهای سالم در جهت رسیدن به اهداف، تأثیر می‌گذارد. خودکارآمدی روی چالش‌هایی که افراد با آن مواجه می‌شوند، اثر می‌گذارد. افراد با خودکارآمدی قوی اهداف مشکل‌تری را انتخاب می‌کنند، آن‌ها روی موقعیت‌ها و شرایط توجه می‌کنند به‌جای آن‌که به موانع اهمیت دهند (اسپارزر و لوزنکا، ۲۰۰۷).

خودکارآمدی روی میزان استقامت، تعهد و تلاش برای دست‌یابی به هدف، اثر می‌گذارد (اسپارزر، ۱۹۹۲) و این‌که ما معیارهای رفتارمان را تا چه اندازه‌ای درست برآورده کرده باشیم احساس خودکارآمدی ما را تعیین می‌کند. خودکارآمدی پایین، می‌تواند انگیزه را نابود کند، آرزوها را کم کند، با توانایی‌های شناختی تداخل کرده و تأثیر نامطلوبی بر سلامت جسمانی بگذارد (شولتز، ۱۹۹۸). به‌عبارت‌دیگر، خودکارآمدی یکی از عوامل شخصیتی است که در پیشرفت تحصیلی دانش‌آموزان نقش مهمی ایفا می‌کند. خودکارآمدی به معنای انتظار فرد از قابلیت خود به‌منظور سازمان‌دهی و اجرای رفتارهای مورد نیاز برای انجام موفقیت‌آمیز یک وظیفه است (بندورا، ۱۹۹۷) که بر کیفیت روانی انسان و ویژگی‌های عاطفی وی، چگونگی قضاوت او از خود و میزان کارایی‌اش مؤثر است. این مفهوم که در نظریه بندورا مطرح شده است، به احساس شایستگی، کفایت و قابلیت کنار آمدن با زندگی و موفقیت علمی اشاره دارد. خود تلقی و اعتقاد به توانایی‌های فردی و اعتماد به نفس، نقش انکارناپذیری در تقویت عملکرد فردی و گروهی دارد. خودکارآمدی یکی از سازوکارهای مؤثر اقدامات و عملکرد انسان به شمار می‌رود و اثر آن در تحقیقات آزمایشگاهی مورد تأیید قرار گرفته است. خودکارآمدی ابتدا حالت ادراکی و شناختی دارد.

۱. Schwarzer & Luszczynska

۲. Schultz

در خودکارآمدی ادراکی، فرد قبل از رویارویی با مسائل، به نوعی قضاوت در مورد توانایی‌های خود دست می‌زند. در نتیجه، خودکارآمدی در ابتدا حالت ادراکی دارد و موقعی که در عمل اجرا می‌شود، به خودکارآمدی واقعی تبدیل می‌گردد. فرد خودکارآمد، به صورت مداوم به خودارزیابی می‌پردازد، نقاط ضعف و قوت خود را می‌شناسد و آن‌ها را رفع یا تقویت می‌کند. خودکارآمدی و انتظار از پیامدهای رفتار و عوامل اجتماعی فرهنگی به همراه هم بر هدف‌ها و ابعاد گوناگون آن، مانند زمان‌بندی، سطح هدف و ... اثرگذار هستند، هدف‌ها نیز بر رفتار فرد مؤثرند و آن را جهت می‌دهند. خودکارآمدی و انتظار از پیامدهای رفتار، علاوه بر اثر غیرمستقیم، به صورت مستقیم نیز بر رفتار اثر می‌گذارد. افرادی که خودکارآمدی بالایی دارند، می‌کوشند از فرصت‌ها استفاده کنند و موانع و تهدیدها را رفع کنند. افراد دارای خودکارآمدی بالا، از احساس کنترل زیادی بر محیط پیرامون خود برخوردارند و اصطلاحاً مرکز کنترل درونی دارند. در حالی که افراد دارای خودکارآمدی پایین، از مرکز کنترل بیرونی برخوردارند و محیط را بر سرنوشت خود حاکم می‌دانند (ارول^۱، ۲۰۰۴).

بهبودی روانی

بهبودی روانی مستلزم درک چالش‌های وجودی زندگی است (طباطبایی نسب و محمودی، ۱۳۹۴). بهبودی روانی مستلزم یک حالت عاطفی درونی است که به عنوان پاسخی روانی به محیط خارجی به وجود می‌آید (لمرگارد و لاریدسن^۲، ۲۰۰۸). احساس بهبودی هم دارای مؤلفه‌های عاطفی و هم مؤلفه‌های شناختی است. افراد با احساس بهبودی بالا به طور عمده‌ای هیجانات مثبت را تجربه می‌کنند و از حوادث و وقایع پیرامون خود ارزیابی مثبتی دارند، در حالی که افراد با احساس بهبودی پایین، حوادث و موقعیت زندگی‌شان را نامطلوب ارزیابی می‌کنند و بیش‌تر هیجانات منفی

۱. Ergul

۲. Lemmergaard & Lauridsen

نظیر اضطراب، افسردگی و خشم را تجربه می‌کنند (مایرز و داینر^۱، ۱۹۹۵). اغلب اوقات بهزیستی روانی به بهزیستی ذهنی اشاره دارد، اما ممکن است با آن متفاوت باشد. بهزیستی برحسب کیفیت و کمیت مؤلفه‌هایی تعریف می‌شود که بر اساس آن زندگی خود را لذت‌بخش می‌بینند؛ به عبارت دیگر، این‌که افراد چگونه زندگی خود را ارزیابی می‌کنند، به بهزیستی مربوط می‌شود. بهزیستی روانی به این حقیقت اشاره دارد که افراد قادر هستند تعیین کنند که آیا به زندگی خوشایند که وابسته به معیارهای موفقیت است رسیده‌اند یا خیر.

چارچوب نظری

بنا بر نظر رودباق^۲ (۲۰۰۶) میزان خودکارآمدی، تعیین‌کننده رفتار افراد در موقعیت‌های اجتماعی می‌باشد. افراد دارای خودکارآمدی بالا، روابط اجتماعی موفق‌تری دارند اما افرادی که احساس خودکارآمدی پایینی دارند تمایل کمی برای ارتباط با دیگران نشان می‌دهند. این افراد به شدت به دیگران احساس وابستگی می‌کنند و ارتباطات ناموفقی دارند (به نقل از فولادچنگ، ۱۳۹۱). در اینجا طبق نظر بندورا، خودکارآمدی عاملی مهم در نظام سازنده شایستگی انسان است. انجام وظایف از سوی افراد مختلف با مهارت‌های مشابه در موقعیت‌های متفاوت به صورت ضعیف، متوسط و یا قوی و یا توسط یک فرد در شرایط متفاوت به تغییرات باورهای خودکارآمدی آنان وابسته است. به همین دلیل، احساس خودکارآمدی، افراد را قادر می‌کند تا با استفاده از مهارت‌ها در برخورد با موانع، کارهای فوق‌العاده‌ای انجام دهند. عملکرد مؤثر هم به داشتن مهارت‌ها و هم به باور در توانایی انجام آن مهارت‌ها نیازمند است. بندورا خودکارآمدی را به عنوان عقیده به توانایی‌های فرد در سازمان‌دهی و اجرای یکسری اعمال مورد نیاز برای رسیدن به یک هدف و به قضاوت‌هایی در مورد این‌که

۱. Myers & Diener

۲. Roudbagh

چقدر یک نفر، خوب می‌تواند روش‌های مورد نیاز برای رویارویی با شرایط آینده را به کار ببرد، می‌پردازد (بندورا، ۱۹۸۲). بندورا برانگیختگی فیزیولوژیکی و هیجانی را به‌عنوان یکی از منابع مهم در شکل‌گیری باورهای خودکارآمدی معرفی می‌کند. این مطلب بیانگر نقش متغیرهای روان‌شناختی در شکل‌گیری باورهای خودکارآمدی است. وی معتقد بود هر چه سطح برانگیختگی فیزیولوژیکی هیجانی ما بالاتر باشد، احساس کارایی و خودکارآمدی ما پایین‌تر است (اصغری و دیگران، ۱۳۹۳). لی^۱ و دیگران (۲۰۱۳) اعلام داشتند خودکارآمدی با ارتباطات مثبت با همسالان مانند عواطف مثبت در موقعیت‌های اجتماعی و مدیریت عواطف و هیجانات منفی مرتبط است. کاپرا^۲ و دیگران (۲۰۱۰) نیز نشان دادند که سطوح بالای خودکارآمدی در ارتباطات اجتماعی می‌تواند سازگاری شناختی- عاطفی در کودکان و نوجوانان را حفظ کند. همچنین خودکارآمدی بالا با توان بیش‌تر مقابله با رفتارهای پرخطر برای سلامت همراه است (ما^۳ و دیگران، ۲۰۰۶).

پژوهش‌های متعددی نشانگر رابطه خودکارآمدی با کفایت اجتماعی، پذیرش همسالان، روابط اجتماعی موفق، افزایش عملکرد تحصیلی و افسردگی پایین است (راسکوکاس^۴ و دیگران، ۲۰۱۵). بندورا (۲۰۰۰) معتقد است که فرد برای کسب اطلاعات، تصمیم‌گیری، حل مشکلات، مدیریت محیط و تمام فرایندهایی که خودکارآمدی فردی را تعیین می‌کنند، به قابلیت‌های مهمی نیاز دارد که شامل قابلیت رمزگذاری، قابلیت جایگزینی، قابلیت دوراندیشی، قابلیت خودسامانی و قابلیت خود اندیشی هستند. به‌زعم بندورا افراد به‌وسیله این قابلیت‌ها در رفتارهای خود، بیش‌ازپیش

۱. Li

۲. Caprara

۳. Ma

۴. Raskauskas

فعال خواهند شد و قادر می‌شوند تا عملکردهای فردی خود را بهبود ببخشند. این ظرفیت‌ها در کنترل اتفاقاتی که بر زندگی تأثیر می‌گذارد، تأثیر زیادی دارند.

کودکان دارای نقص شنوایی و بینایی به دلیل نقص جسمی و محرومیت‌های ناشی از آن، اغلب قادر به ایجاد رابطه اجتماعی و متقابل با همسالان و بزرگسالان نیستند و سازگاری عاطفی و کفایت اجتماعی آنان با دشواری روبه‌رو است. در پژوهش حاضر طبق نظر فلنر (۱۹۹۰) کفایت اجتماعی به‌نوعی مهارت‌ها، توانایی سازگاری و مسئولیت‌پذیری اجتماعی اشاره دارد. به اعتقاد فلنر کفایت اجتماعی دارای چهار مؤلفه است:

۱) مهارت‌های شناختی که شامل خزانه اطلاعات و مهارت‌های پردازش و کسب اطلاعات، توانایی تصمیم‌گیری، باورهای کارآمد و ناکارآمد و سبک‌های اسنادی است.

۲) مهارت‌های رفتاری که شامل ایفای نقش، مذاکره، ابراز وجود، مهارت‌های محاوره‌ای برای شروع و تداوم تعامل‌های اجتماعی، مهارت‌های فراگیری و یادگیری رفتار دوستانه با دیگران می‌شود.

۳) مهارت‌های هیجانی مؤلفه دیگری است که برای برقراری روابط مثبت با دیگران، ایجاد و گسترش اعتماد و روابط حمایتی دوطرفه، شناسایی و پاسخ‌دهی مناسب به علائم هیجانی در روابط اجتماعی یا مدیریت استرس لازم است.

۴) مهارت‌های انگیزشی که شامل ساختار ارزشمند فرد، سطح رشد اخلاقی، احساس اثربخشی و کنترل فرد و احساس خودکارآمدی می‌شود.

پژوهش‌های تحولی گسترده نشان داده‌اند که تبجر در کفایت اجتماعی-هیجانی با بهزیستی بیشتر و عملکرد بهتر در مدرسه همراه است و شکست در رسیدن به کفایت در این حیطه‌ها می‌تواند به مشکلات متعدد شخصی، اجتماعی و تحصیلی منجر شود (به نقل از دارلاک، ویزبرگ، دایمنیکی، تیلور و شلینگر، ۲۰۱۱). بر اساس نتایج برخی

پژوهش‌ها، آثار روانی مبتلایان به اختلالات شنوایی به مراتب بیش‌تر از آثار روانی مبتلایان به اختلالات بینایی است؛ علاوه بر این پژوهشگران دریافته‌اند که کودکان با نقص شنوایی نسبت به شنوای همسال خود نمرات پایین‌تری در مقیاس بلوغ اجتماعی و اینلند دریافت می‌دارند؛ افراد دارای نقص شنوایی در خلوت و جمع احساسی از غربت و تنهایی دارند، چرا که محرومیت از نعمت صوت، پیوندهای روانی- اجتماعی را به حداقل می‌رساند و باعث گسستگی و رهاشدگی روانی از محیط اطراف، احساس گوشه‌گیری و انزواطلبی، اضطراب اجتماعی و رگه‌های قابل‌توجه افسردگی می‌شود که به موازات آن بهزیستی روانی آنان را تحت شعاع قرار می‌دهد. از نظر حافظه بصری (دیداری)، کودکان دارای نقص شنوایی تفوق و برتری خاصی به همسالان خود ندارند. قدرت تمرکز و دامنه بصری ایشان نیز در مقایسه با افراد نابینا محدود بوده و بیش‌ترین مشکل را در ارتباط با تفکر انتزاعی دارند (افروز، ۱۳۸۸).

همچنین نتایج یک پژوهش حاکی از آن بود که دانش‌آموزان با نقص شنوایی در مقایسه با همتایان شنوای خود احساس تنهایی بیش‌تری را تجربه می‌کنند (نوری‌ثمرین، ۱۳۸۵). در حوزه بهزیستی روانی نظریه‌هایی ارائه شدند که از نظر مثبت به افراد نگرستند. در اینجا نظریه ریف که از مهم‌ترین نظریه‌های حوزه بهزیستی روانی به شمار می‌رود مورد بررسی قرار می‌گیرد. ریف^۱ (۱۹۹۵) مدل خود از بهزیستی روانی را تلاش برای رشد و پیشرفت در جهت تحقق بخشیدن به توانایی‌های بالقوه فرد می‌داند. در روان‌شناسی بهزیستی به‌عنوان عملکرد مطلوب انسان تعریف می‌شود (نل^۲، ۲۰۱۱). خودمختاری، رشد شخصی، تسلط بر محیط، هدفمندی در زندگی، داشتن ارتباط مثبت با دیگران و پذیرش خود مؤلفه‌های تشکیل‌دهنده بهزیستی روانی در مدل ریف هستند (ریف، ۱۹۸۹). زمانی خودمختاری به وجود می‌آید که فرد خود را دلیل پیامدهای فعالیت خود تشخیص دهد. رشد شخصی، یعنی این‌که افراد برای رسیدن به سطوح

۱. Ryff

۲. Nel

بالای عملکرد روانی باید به صورت پیوسته در جنبه‌های متفاوتی از زندگی رشد کنند. این موضوع بیانگر آن است که فرد به طور مداوم در کارها درگیر شود و مشکلات را حل کند تا به موجب آن توانایی‌هایش را گسترش دهد. تسلط بر محیط به معنی توانایی فرد برای مدیریت زندگی است. با این توصیف، فردی که حس تسلط بر محیط دارد، می‌تواند در جنبه‌های مختلف محیط مداخله کند، تغییر دهد و ارتقا بخشد. داشتن درک روشنی از هدف در زندگی، احساس جهت‌یابی و هدفمندی پایه سلامت روانی به شمار می‌رود. این مقیاس نیز به کمک ویژگی‌هایی مانند احساس هدفمندی و جهت‌یابی در زندگی و تجربه احساس معنا در زندگی گذشته و حال مشخص می‌شود (ریف، ۱۹۸۹).

فرضیه‌های پژوهش

۱. بین میزان کفایت اجتماعی دانش‌آموزان نابینا، ناشنوا و عادی تفاوت وجود دارد.
۲. بین میزان خودکارآمدی دانش‌آموزان نابینا، ناشنوا و عادی تفاوت وجود دارد.
۳. بین میزان بهزیستی روانی دانش‌آموزان نابینا، ناشنوا و عادی تفاوت وجود دارد.

روش پژوهش

روش پژوهش حاضر توصیفی از نوع علی-مقایسه‌ای است. جامعه آماری این پژوهش کلیه دانش‌آموزان دختر نابینا، ناشنوا و عادی شهر خرم‌آباد در سال تحصیلی ۹۵-۱۳۹۴ می‌باشد. با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی ساده از هر گروه نابینا و ناشنوا ۳۰ نفر دانش‌آموز انتخاب شدند. ۳۰ نفر دانش‌آموز عادی نیز به شیوه هم‌متاسازی بر اساس پایه تحصیلی، تحصیلات والدین، درآمد خانواده و منطقه سکونت مشابه دانش‌آموزان نابینا و ناشنوا بودند از همان منطقه به نمونه تحقیق اضافه شدند. به این ترتیب نمونه این پژوهش را ۹۰ دانش‌آموز دختر نابینا، ناشنوا و عادی تشکیل می‌داد. در مورد انتخاب ۹۰ نفر نمونه (۳۰ نفر برای هر گروه) باید اشاره کرد که در روش علی-مقایسه‌ای باید هر

زیرگروه حداقل ۱۵ نفر باشد و برای این که نمونه انتخاب شده، نماینده واقعی جامعه باشد و اعتبار بیرونی بالایی داشته باشد، تعداد نمونه ۹۰ نفر در نظر گرفته شد (دلاور، ۱۳۹۰).

از دانش آموزان به منظور همکاری دعوت می شد و توضیحات لازم توسط همکاران پژوهشگر درباره چگونگی همکاری و طول مدت زمانی که برای تکمیل پرسشنامه ها لازم بود و این که اطلاعات به صورت فردی گزارش نخواهد شد و محرمانه است به آزمودنی ها داده شد. در صورت اعلام رضایت، پرسشنامه ها در اختیار آنان برای تکمیل شدن قرار می گرفت. نحوه انجام و تکمیل پرسشنامه ها در پژوهش حاضر این گونه بود که برای دانش آموزان ناشنوا و عادی پرسشنامه ها در اختیارشان قرار می گرفت و پس از مطالعه و همراه بارانمایی های پژوهشگر پرسشنامه ها را تکمیل می نمودند ولی در ارتباط با دانش آموزان نابینا اطلاعات لازم توسط پژوهشگر بر اساس نظرات خود آزمودنی ها تکمیل می شد. برای تحلیل داده های حاصله، علاوه بر روش های آمار توصیفی از روش آماری تحلیل واریانس چند متغیری استفاده شد.

در پژوهش حاضر، از ابزارهای زیر جهت گردآوری داده ها استفاده گردید:

۱) **مقیاس بهزیستی روان شناختی ریف (RSPWB):** این پرسشنامه را ریف در سال ۱۹۸۰ طراحی نمود. در این پژوهش از فرم ۱۸ سؤالی استفاده گردید. در این مقیاس پاسخ به هر سؤال بر روی یک طیف شش درجه ای (از کاملاً مخالف تا کاملاً موافق) مشخص می شود. بیانی، محمد کوچکی و بیانی (۱۳۸۷) پس از انطباق دادن این پرسشنامه، مناسب با فرهنگ ایرانی، روایی و پایایی مطلوبی را برای این مقیاس نشان دادند؛ آنان میزان ضریب پایایی محاسبه شده این پرسشنامه را ۰/۸۲ گزارش نمودند. میزان پایایی در پژوهش حاضر با استفاده از آلفای کرونباخ، ۰/۶۹ به دست آمد.

۲) **مقیاس خودکارآمدی بندورا:** در این پژوهش برای سنجش خودکارآمدی از پرسشنامه ۲۵ سؤالی بندورا (۲۰۰۰) استفاده گردید. این پرسشنامه در طیف پنج درجه ای

لیکرت تدوین شده است. نمره گذاری سؤالات از ۱ تا ۵ (کاملاً موافقم ۵ و کاملاً مخالفم ۱) انجام می شود. کسب نمره بالاتر نشانگر خود کارآمدی بالا است. اعتبار و روایی ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه در پژوهش مرتضوی (۱۳۸۳) از مجموع داده های ایرانی (N=۸۹۵) محاسبه شده، ۰/۹۲ می باشد. در پژوهش حاضر نیز میزان پایایی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۸ به دست آمد.

۳) مقیاس کفایت اجتماعی فلنر: این پرسشنامه از ۴ عامل تشکیل شده بود: عامل مهارت های رفتاری (۳۴ گویه، طیف نمره دهی ۲۳۸-۳۴)، عامل آمایه های انگیزش و انتظارات (۷ گویه، طیف نمره دهی ۴۹-۷)، عامل مهارت های شناختی (۳ گویه، طیف نمره دهی ۲۱-۳) و عامل کفایت هیجانی (۳ گویه، طیف نمره دهی ۲۱-۳). در کل پرسشنامه ۴۷ گویه داشت. کسب نمره بالا نشان دهنده بالا بودن کفایت اجتماعی و برعکس در دانش آموزان می باشد. مقیاس پاسخ دهی برای این ۴ عامل از نوع لیکرت ۷ سطحی (کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم) با نمره دهی ۱ تا ۷ بود. نمره دهی به سؤالات ۳، ۶، ۸، ۹، ۱۱، ۱۲، ۱۵، ۱۶، ۲۱، ۲۵، ۲۶، ۲۸، ۳۲، ۳۶، ۳۷، ۳۸، ۴۳، ۴۴، ۴۵ (از کاملاً موافقم- ۱ تا کاملاً مخالفم- ۷) بود. در بقیه سؤالات برعکس (کاملاً موافقم- ۷، کاملاً مخالفم- ۱) نمره دهی داده شد. ضریب پایایی و آلفای کرونباخ این پرسشنامه به ترتیب برابر ۰/۸۹ و ۰/۸۸ گزارش شده اند که نشان دهنده پایایی قابل قبول پرسشنامه حاضر است (جعفری باغ خیراتی و دیگران، ۱۳۹۳).

یافته های پژوهش

میانگین و انحراف معیار سنی دانش آموزان شرکت کننده در این پژوهش $13/87 \pm 1/36$ بود. طبق نتایج به دست آمده، بیشترین میزان تحصیلات پدر در دانش آموزان نابینا، راهنمایی (۳۰/۴) و ناشنوا، ابتدایی (۲۸/۶) و در دانش آموزان عادی، دبیرستان و دیپلم (۳۸/۶) بود. شغل اکثر پدران در دانش آموزان نابینا کارمند (۲۹/۸) و ناشنوا، کارگر و

۲۴۰ پژوهشنامه مددکاری اجتماعی، سال سوم، شماره ۹، پاییز ۱۳۹۵

آزاد (۳۰/۰۲) و در دانش‌آموزان عادی، کارمند (۴۸/۹) بود. شغل اکثر مادران دانش‌آموزان نابینا خانه‌دار (۸۲/۹) و در دانش‌آموزان ناشنوا خانه‌دار (۷۱/۹) و در دانش‌آموزان عادی نیز خانه‌دار (۵۲/۵) بود.

جدول ۱ میانگین و انحراف معیار سه گروه نابینا، ناشنوا و عادی از نظر کفایت اجتماعی، خودکارآمدی و بهزیستی روانی را نشان می‌دهد.



مقایسه میزان کفایت اجتماعی، خودکارآمدی ... ۲۴۱

جدول ۱- میانگین و انحراف معیار گروه‌ها در کفایت اجتماعی و خُرده مؤلفه‌های آن (مهارت‌های رفتاری، انگیزش و انتظارات، مهارت‌های شناختی و کفایت هیجانی)، خودکارآمدی و بهزیستی

روانی

| متغیرها | گروه | تعداد | میانگین | انحراف معیار |
|-------------------|--------|-------|---------|--------------|
| کفایت اجتماعی | نابینا | ۳۰ | ۱۸۸/۱۵ | ۲۲/۰۸ |
| | ناشنوا | ۳۰ | ۱۷۹/۶۴ | ۱۶/۴۷ |
| | عادی | ۳۰ | ۲۰۲/۴۶ | ۱۸/۰۲ |
| مهارت‌های رفتاری | نابینا | ۳۰ | ۱۳۵/۵۳ | ۱۶/۹۹ |
| | ناشنوا | ۳۰ | ۱۳۳/۶۲ | ۱۴/۸۷ |
| | عادی | ۳۰ | ۱۴۲/۲۴ | ۱۵/۶۲ |
| انگیزش و انتظارات | نابینا | ۳۰ | ۲۹/۱۵ | ۴/۲۳ |
| | ناشنوا | ۳۰ | ۲۶/۶۱ | ۴/۲۸ |
| | عادی | ۳۰ | ۳۱/۰۵ | ۳/۴۱ |
| مهارت‌های شناختی | نابینا | ۳۰ | ۱۱/۱۷ | ۲/۷۳ |
| | ناشنوا | ۳۰ | ۹/۵۵ | ۲/۰۳ |
| | عادی | ۳۰ | ۱۳/۵۳ | ۲/۷۲ |
| کفایت هیجانی | نابینا | ۳۰ | ۱۲/۳۰ | ۳/۱۸ |
| | ناشنوا | ۳۰ | ۹/۸۶ | ۲/۹۱ |
| | عادی | ۳۰ | ۱۵/۶۴ | ۲/۸۱ |
| خودکارآمدی | نابینا | ۳۰ | ۹۱/۵۰ | ۹/۸۰ |
| | ناشنوا | ۳۰ | ۸۷/۸۶ | ۶/۴۴ |
| | عادی | ۳۰ | ۱۱۶ | ۱۷/۱۴ |
| بهزیستی روانی | نابینا | ۳۰ | ۶۷/۸۵ | ۵/۴۲ |
| | ناشنوا | ۳۰ | ۵۹/۷۵ | ۳/۶۲ |
| | عادی | ۳۰ | ۷۲/۸۷ | ۹/۰۲ |

با توجه به مندرجات جدول ۱ چنین استنباط می‌شود که میزان کفایت اجتماعی و خرده مؤلفه‌های آن (مهارت‌های رفتاری، انگیزش و انتظارات، مهارت‌های شناختی و کفایت هیجانی)، خودکارآمدی و بهزیستی روانی در دانش‌آموزان عادی بیش از دانش‌آموزان نابینا و ناشنوا است. از سویی میزان کفایت اجتماعی، خودکارآمدی و بهزیستی روانی در دانش‌آموزان نابینا بیش از دانش‌آموزان ناشنوا است. به‌منظور بررسی تفاوت بین سه گروه آزمودنی‌ها در میزان کفایت اجتماعی و خرده مؤلفه‌های آن، خودکارآمدی و بهزیستی روانی از روش آماری تحلیل واریانس چند متغیری استفاده شد که برای این منظور، ابتدا به بررسی مفروضه‌های این آزمون پرداخته می‌شود. بررسی آزمون کولموگروف اسمیرنوف، نرمال بودن توزیع نمونه‌ها در بین گروه‌ها را تأیید می‌کند. همچنین با توجه به نتایج به‌دست‌آمده از آزمون لوین برای بررسی برابری واریانس‌های خطا می‌توان گفت پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها برای هر سه متغیر، کفایت اجتماعی ($F=15/1$, $p=0/32$)، خودکارآمدی ($F=29/8$, $p=0/06$) و بهزیستی روانی ($F=16/4$, $p=0/10$) برقرار است. در جدول ۲ تفاوت میانگین متغیرهای کفایت اجتماعی، خودکارآمدی و بهزیستی روانی در بین گروه‌ها ارائه‌شده است.

جدول ۲- نتایج تحلیل واریانس چند متغیری نمرات کفایت اجتماعی و خرده مؤلفه‌های

آن، خودکارآمدی و بهزیستی روانی در دانش‌آموزان نابینا، ناشنوا و عادی

| متغیرها | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | F | سطح معناداری |
|-------------------|---------------|------------|-----------------|-------|--------------|
| کفایت اجتماعی | ۷۹۸۰/۱۱ | ۲ | ۳۹۹۰/۰۵ | ۱۱/۰۴ | ۰/۰۰۱ |
| مهارت‌های رفتاری | ۲۸۴۹/۸۷ | ۲ | ۱۴۲۴/۹۳ | ۹/۲۹ | ۰/۰۰۱ |
| انگیزش و انتظارات | ۲۱۳۶/۹۳ | ۲ | ۱۰۶۸/۴۶ | ۸/۶۹ | ۰/۰۱ |

مقایسه میزان کفایت اجتماعی، خودکارآمدی ... ۲۴۳

| | | | | | |
|-------|-------|---------|---|----------|------------------|
| ۰/۰۱ | ۷/۹۸ | ۱۰۴۹/۳۲ | ۲ | ۲۰۹۸/۶۴ | مهارت‌های شناختی |
| ۰/۰۱ | ۹/۰۱ | ۱۲۰۶/۸۷ | ۲ | ۲۴۱۳/۷۵ | کفایت هیجانی |
| ۰/۰۰۱ | ۴۸/۸۲ | ۷۰۲۶/۴۵ | ۲ | ۱۴۰۵۲/۹۰ | خودکارآمدی |
| ۰/۰۰۱ | ۳۱/۸۴ | ۱۳۱۵/۷۶ | ۲ | ۲۶۳۱/۵۳ | بهبودی روانی |

طبق اطلاعات جدول ۲، گروه‌های نابینا، ناشنوا و عادی از نظر میزان کفایت اجتماعی، خودکارآمدی و بهبودی روانی ($P > 0/001$) و مهارت‌های رفتاری، انگیزش و انتظارات، مهارت‌های شناختی و کفایت هیجانی ($P > 0/001$) با یکدیگر تفاوت معنی‌داری دارند.

در راستای تعیین منابع تفاوت گروه‌ها (نابینا، ناشنوا و عادی) از نظر میزان کفایت اجتماعی و خرده مؤلفه‌های آن، خودکارآمدی و بهبودی روانی از آزمون شفه استفاده شد. داده‌های مربوط به این آزمون در جدول ۳ گزارش شده است.

جدول ۳- نتایج زوجی گروه‌های نابینا، ناشنوا و عادی در میزان کفایت اجتماعی و خرده مؤلفه‌های آن، خودکارآمدی و بهبودی روانی

| متغیر | گروه- گروه | تفاوت میانگین‌ها | خطای استاندارد | سطح معناداری |
|------------------|----------------|------------------|----------------|--------------|
| کفایت اجتماعی | نابینا- ناشنوا | ۸/۵۱ | ۴/۹۰ | ۰/۰۸ |
| | نابینا- عادی | ۱۴/۳۱ | ۴/۹۰ | ۰/۰۱ |
| | عادی- ناشنوا | ۲۲/۸۲ | ۴/۹۰ | ۰/۰۰۱ |
| مهارت‌های رفتاری | نابینا- ناشنوا | ۱/۹۱ | ۴/۰۸ | ۰/۶۳ |
| | نابینا- عادی | ۶/۷۱ | ۴/۰۸ | ۰/۰۵ |
| | عادی- ناشنوا | ۸/۶۲ | ۴/۰۸ | ۰/۰۱ |

| | | | | |
|-------|------|-------|----------------|----------------------|
| ۰/۲۱ | ۱/۸۳ | ۲/۵۴ | نابینا- ناشنوا | انگیزش و انتظارات |
| ۰/۳۱ | ۱/۸۳ | ۱/۹۰ | نابینا- عادی | |
| ۰/۰۵ | ۱/۸۳ | ۴/۴۴ | عادی- ناشنوا | |
| ۰/۳۴ | ۱/۰۵ | ۱/۶۲ | نابینا- ناشنوا | مهارت‌های شناختی |
| ۰/۱۹ | ۱/۰۵ | ۲/۳۶ | نابینا- عادی | |
| ۰/۰۵ | ۱/۰۵ | ۳/۹۸ | عادی- ناشنوا | |
| ۰/۰۹ | ۲/۱۹ | ۲/۴۴ | نابینا- ناشنوا | کفایت هیجانی |
| ۰/۰۵ | ۲/۱۹ | ۳/۳۴ | نابینا- عادی | |
| ۰/۰۱ | ۲/۱۹ | ۵/۷۸ | عادی- ناشنوا | |
| ۰/۲۴ | ۳/۰۹ | ۳/۶۲ | نابینا- ناشنوا | خودکارآمدی |
| ۰/۰۰۱ | ۳/۰۹ | ۲۴/۵۰ | نابینا- عادی | |
| ۰/۰۰۱ | ۳/۰۹ | ۲۸/۱۳ | عادی- ناشنوا | |
| ۰/۰۰۱ | ۱/۶۵ | ۸/۱۰ | نابینا- ناشنوا | بهزیستی روانی |
| ۰/۰۱ | ۱/۶۵ | ۵/۰۲ | نابینا- عادی | |
| ۰/۰۰۱ | ۱/۶۵ | ۱۳/۱۲ | عادی- ناشنوا | |

با توجه به اطلاعات جدول ۳ چنین استنباط می‌شود که تفاوت میانگین میزان کفایت اجتماعی گروه نابینا نسبت به گروه ناشنوا از نظر آماری معنی‌دار نیست ولی این تفاوت میانگین در گروه نابینا و ناشنوا با گروه عادی از نظر آماری معنی‌دار است به طوری که میانگین کفایت اجتماعی در گروه عادی (۲۰۲/۴۶) بیش از گروه نابینا (۱۸۸/۱۵) و ناشنوا (۱۷۹/۶۴) است. همچنین تفاوت میانگین میزان مهارت رفتاری گروه نابینا نسبت به گروه ناشنوا از نظر آماری معنی‌دار نیست ولی این تفاوت میانگین در گروه نابینا و ناشنوا با گروه عادی از نظر آماری معنی‌دار است به طوری که میانگین مهارت رفتاری در گروه عادی (۱۴۲/۲۴) بیش از گروه نابینا (۱۳۵/۵۳) و ناشنوا

مقایسه میزان کفایت اجتماعی، خودکارآمدی ... ۲۴۵

(۱۳۳/۶۲) است. تفاوت میانگین میزان انگیزش و انتظارات گروه نابینا نسبت به گروه ناشنوا و نابینا با گروه عادی از نظر آماری معنی‌دار نیست ولی این تفاوت میانگین در گروه عادی با گروه ناشنوا از نظر آماری معنی‌دار است به طوری که میانگین انگیزش و انتظارات در گروه عادی (۳۱/۰۵) بیش از گروه ناشنوا (۲۶/۶۱) است، تفاوت میانگین میزان مهارت‌های شناختی گروه نابینا نسبت به گروه ناشنوا و نابینا با گروه عادی از نظر آماری معنی‌دار نیست ولی این تفاوت میانگین در گروه عادی با گروه ناشنوا از نظر آماری معنی‌دار است به طوری که میانگین مهارت‌های شناختی در گروه عادی (۱۳/۵۳) بیش از گروه ناشنوا (۹/۵۵) است.

همچنین تفاوت میانگین میزان کفایت هیجانی گروه نابینا نسبت به گروه ناشنوا از نظر آماری معنی‌دار نیست ولی این تفاوت میانگین در گروه نابینا و ناشنوا با گروه عادی از نظر آماری معنی‌دار است به طوری که میانگین کفایت هیجانی در گروه عادی (۱۵/۶۴) بیش از گروه نابینا (۱۲/۳۰) و ناشنوا (۹/۸۶) است. از سویی تفاوت میانگین خودکارآمدی گروه نابینا نسبت به گروه ناشنوا از نظر آماری نیز معنی‌دار نبود ولی این تفاوت میانگین در گروه نابینا و ناشنوا با گروه عادی از نظر آماری معنی‌دار است به طوری که میانگین خودکارآمدی در گروه عادی (۱۱/۶) بیش از گروه نابینا (۹۱/۵۰) و ناشنوا (۸۷/۸۶) است. همچنین میانگین میزان بهزیستی روانی در گروه نابینا و ناشنوا تفاوت معنی‌دار داشت به گونه‌ای که میانگین بهزیستی روانی در گروه نابینا (۶۷/۸۵) بیش از گروه ناشنوا (۵۹/۷۵) می‌باشد. از طرف دیگر تفاوت میانگین بهزیستی روانی گروه نابینا و ناشنوا با گروه عادی از نظر آماری معنی‌دار است به طوری که این مقدار میانگین در گروه عادی (۷۲/۸۷) بیش از گروه نابینا (۶۷/۸۵) و ناشنوا (۵۹/۷۵) است.

بحث و نتیجه‌گیری

در این پژوهش سعی شده است که کفایت اجتماعی، خودکارآمدی و بهزیستی روانی در سه گروه دانش‌آموزان نابینا، ناشنوا و عادی مورد مقایسه قرار گیرد. در پاسخ‌گویی به فرضیه اول پژوهشی مبنی بر مقایسه کفایت اجتماعی در سه گروه دانش‌آموزان نابینا، ناشنوا و عادی با استناد به نتایج تحلیل داده‌ها می‌توان گفت که کفایت اجتماعی در سه گروه دانش‌آموزان نابینا، ناشنوا و عادی متفاوت است و در نتیجه فرضیه پژوهشی مبنی بر وجود تفاوت در کفایت اجتماعی سه گروه، تأیید می‌شود. شاخص‌های توصیفی مربوط به نمرات کفایت اجتماعی در سه گروه دانش‌آموزان نابینا، ناشنوا و عادی نشان می‌دهد که میانگین کفایت اجتماعی دانش‌آموزان عادی بالاتر از دانش‌آموزان نابینا و ناشنوا است. از طرفی هم میانگین کفایت اجتماعی دانش‌آموزان نابینا نسبت به ناشنوا کمی بالاتر می‌باشد. یکی از دلایل این امر این است که در دوران یادگیری مهارت‌های اجتماعی، کودکان ناشنوا همانند کودکان نابینا از برقراری رابطه با محیط عاجزند، قادر به فهم کامل توضیحات اطرافیان و مربیان نیستند و نمی‌توانند نیازهای خود را بیان کنند. نتایج این یافته با یافته‌های پژوهشی لین (۱۹۸۸)، بیتنکارت و دیگران (۲۰۱۱)، ایستی و دیگران (۲۰۱۰)، گریشام (۱۹۸۴)، فریمن و دیگران (۱۹۷۵)، ویسانیس و دیگران (۱۹۹۷) و بیابانگرد (۱۳۸۴) هماهنگ و همسو می‌باشد.

میزان توانایی فرد در کفایت اجتماعی به‌طور مستقیم به رشد اجتماعی فرد و کمیت و کیفیت رفتارهای اجتماعی مطلوبی که از خود نشان می‌دهد، مربوط می‌شود، چرا که کفایت اجتماعی پدیده‌ای پویا و مهارتی ساخت‌مند است که در فرایند ارتباطات فردی و مقایسه‌های اجتماعی تحقق پیدا می‌کند؛ در این روند، افراد با همانندسازی توانمندی‌های خویش با گروه‌های همگن و همسال، زمینه بهبود رفتارها، واکنش‌ها و روابط خویش با دیگران را مهیا می‌کنند؛ از این رو شکل‌گیری، ظهور و تداوم این مهارت‌ها مستلزم حضور مستمر در روابط پویا و فعال بین فردی است و در این راستا بسیاری از مهندسان رفتار در دهه‌های اخیر، به نقش موقعیت‌های آموزشی در

شکل‌گیری ادراکات کفایت اجتماعی تأکید ورزیده‌اند (ریچاردسون^۱، ۲۰۰۶). بنابراین، نقص بینایی و شنوایی از مهم‌ترین نقایص حسی هستند که فرآیند اجتماعی شدن را تحت تأثیر قرار می‌دهند. اهمیت شنوایی در حدی است که اگر میزان ناشنوایی چندان هم شدید نباشد، باز می‌تواند در همه جنبه‌های رشد زبان تأثیر بسزایی داشته باشد.

گروه نسبتاً بزرگی از مربیان افراد ناشنوا معتقدند که تعداد زیادی از مسائلی که در زمینه روابط اجتماعی برای ناشنوایان به وجود می‌آید در اصل معلول نقایصی است که در تکلم آنان وجود دارد. کودک ناشنوا به طریقی با کودک عادی متفاوت است. چنین کودکانی از لحاظ تفکر، دیدن، شنیدن، اجتماعی شدن حرکات و به‌ویژه صحبت کردن تفاوت‌های زیادی با کودکان عادی دارند (محمودی، ۱۳۹۲). در این‌جا نوع شغل والدین هم می‌تواند تأثیرگذار باشد؛ گروه‌های انسانی و کسانی که از نارسایی‌ها و کمبودهای مهم و اساس مانند غذا، بهداشت، مسکن، بیکاری و ... رنج می‌برند به گسترده‌ترین شکل ممکن از ناهنجاری‌ها رنج می‌برند. درصد مردودی و ضعف تحصیلی در بین کودکانی که بدون صبحانه به مدرسه می‌روند، بیش‌تر از کودکانی است که این شرایط را ندارند. در خانواده‌های سطح پایین، چون والدین از تحصیلات پایین برخوردارند و مشاغل سخت یا شغل مناسب ندارند، در رسیدن به تربیت فرزندان با مشکل روبه‌رو می‌شوند. بیکاری و نداشتن درآمد مناسب ریشه بسیاری از مسائل اجتماعی و فرهنگی است.

در تبیین فرضیه دوم پژوهش، با استناد به نتایج تحلیل داده‌ها می‌توان گفت به‌طور کلی میانگین خودکارآمدی در دانش‌آموزان عادی بالاتر از دانش‌آموزان نابینا و ناشنوا است. پس می‌توان چنین نتیجه‌گیری نمود که خودکارآمدی در سه گروه دانش‌آموزان عادی، نابینا و ناشنوا متفاوت است و در نتیجه فرضیه دوم پژوهش مبنی بر وجود تفاوت در خودکارآمدی سه گروه تأیید می‌شود. به‌گونه‌ای که میانگین نمرات

خودکارآمدی دانش‌آموزان عادی بیش‌تر از دو گروه نابینا و ناشنوا است. در ارتباط با میزان خودکارآمدی دو گروه نابینا و ناشنوا نیز طبق نتایج تحلیل یافته‌ها می‌توان گفت که میزان خودکارآمدی دانش‌آموزان نابینا بیش‌تر از دانش‌آموزان ناشنوا می‌باشد، این یافته نیز با پژوهش حسینیان و دیگران (۱۳۸۶) هماهنگ و همسو می‌باشد. در تبیین این یافته می‌توان گفت، نابینایی و ناشنوایی یک واقعیت روان‌شناختی است که در زندگی یک فرد نفوذ کرده و او را دچار محرومیت حسی و ناتوانی در کسب تجارب دنیای واقعی می‌کند؛ آسیب نابینایی و ناشنوایی خود به‌طور مستقیم باعث ضعف خودکارآمدی نمی‌شود بلکه محدودیت‌هایی که در نوع ارتباط وجود دارد باعث کاهش خودکارآمدی می‌شود (دبورا، ۱۹۸۸)؛ به این صورت که، خودکارآمدی یکی از عوامل مهم در ایجاد رابطه مطلوب اجتماعی با همسالان است که در تعامل با همسالان به شکل ارزیابی کودک از توانایی خود برای متقاعد کردن همسالانش به‌گونه‌ای که احساسات و رفتار آن‌ها را به شیوه‌ای اجتماع‌پسند تحت تأثیر قرار دهد، شکل می‌گیرد (علامه، شهنی‌بیلاق، حاجی‌یخچالی و مهربانی‌زاده هنرمند، ۱۳۹۴).

بنابراین، کوچک‌ترین دگرگونی‌های جسمانی می‌توانند تغییرات بسیاری را در ادراک فرد از جهان خارج و توانایی‌های خود ایجاد کنند. دانش‌آموزان نابینا و ناشنوا نیز که دارای ناتوانی بدنی و معلولیت حسی‌اند در طول تحصیل و زندگی با مشکلات روانی، اجتماعی و شناختی متعددی روبه‌رو هستند و از نظر خودکارآمدی در معرض خطر قرار می‌گیرند؛ اما توجه به توانایی‌های کودکان استثنایی زمینه را برای تغییر نگرش جامعه نسبت به آن‌ها فراهم می‌کند که فراتر از نقصی که دارند به آن‌ها نگاه کنند، آگاهی از تفاوت‌های میان خودکارآمدی دانش‌آموزان نابینا و ناشنوا با دانش‌آموزان عادی می‌تواند افق جدیدی پیش‌روی برنامه‌ریزان و دست‌اندرکاران آموزش و پرورش بگشاید

تا برنامه‌ها و روش‌های آموزشی را بیش‌ازپیش متناسب با ویژگی‌های دانش‌آموزان استثنایی تنظیم کنند.

در ارتباط با فرضیه سوم پژوهش نیز نتایج حاکی از تفاوت معنادار میزان بهزیستی روانی سه گروه دانش‌آموزان نابینا، ناشنوا و عادی است، یعنی میانگین بهزیستی روانی دانش‌آموزان عادی بیش‌تر از دو گروه دانش‌آموزان نابینا و ناشنوا است. پس فرضیه سوم پژوهش نیز مبنی بر وجود تفاوت میانگین بهزیستی سه گروه، تأیید می‌شود. در این‌جا نیز میانگین بهزیستی روانی دانش‌آموزان نابینا به استناد نتایج تحلیل یافته‌ها از دانش‌آموزان ناشنوا بیش‌تر می‌باشد. این یافته با پژوهش روزن‌بام (۲۰۰۰)، آرو (۲۰۰۷)، روی و روجندران (۲۰۱۰)، شمسایی و دیگران (۱۳۹۲) و ابوالفتوح (۱۹۹۳) هماهنگ و همسو می‌باشد. ابوالفتوح در پژوهش خود به مطالعه فاکتورهای روانی-اجتماعی کودکان نابینا و ناشنوا پرداخت. بر طبق پژوهش وی در بچه‌های ناشنوا مشکل اصلی در برقراری ارتباط و در بچه‌های نابینا مشکل اصلی، سخنی در راه رفتن است. بنابراین افسردگی و اضطراب یکی از مشکلاتی است که دامن‌گیر بچه‌های معلول می‌شود که به دنبال آن بهزیستی روانی آنان نیز تحت شعاع قرار می‌گیرد.

نتایج این تحقیق همچنین با نتایج تحقیق براون^۱ (۲۰۱۱) که تأثیر اختلال بینایی را بر کیفیت زندگی در چهار عامل ۱- محدودیت در فعالیت‌ها ۲- منابع اقتصادی ۳- منابع اجتماعی ۴- منابع روانشناسی شامل خود اثربخشی بررسی کرد همخوانی دارد. وی نتیجه گرفت که سطوح بالای اختلالات بینایی با نشانه‌های افسرده‌کنندگی بیش‌تر و رضایت از زندگی پایین‌تر ارتباط دارد و این عوامل هر یک سهمی در تأثیر اختلال بینایی بر کاهش بهزیستی روانی دارند. زیرا بهزیستی روانی به‌عنوان حالتی از سلامتی قلمداد می‌شود که فرد به مدد آن به توانایی‌های خود پی می‌برد، بر استرس‌های طبیعی زندگی اش غلبه می‌کند، می‌تواند به‌طور مؤثر کار کند و قادر به همکاری و ارتباط با

دیگر افراد است (خاری‌آرانی، آسایش، علی اکبرزاده‌آرانی و زارع‌سروری، ۱۳۹۲)؛ اما نقایص بینایی و شنوایی به‌عنوان یک حالت کمبود که فرد از خود در اجتماع و در زمینه‌های مختلف در مقایسه با دیگران درک می‌کند میزان بهزیستی روانی وی را تحت شعاع قرار می‌دهد. به نظر می‌رسد که در این‌جا میزان تحصیلات والدین تأثیرگذار باشد. هر چه والدین از سطح سواد و آگاهی بیش‌تری برخوردار باشند با کسب آگاهی و مطالعه منابع مختلف بهتر می‌توانند با شرایط پیش‌آمده در خصوص معلول بودن فرزندشان، کنار بیایند و همچنین با مشارکت تمام اعضای خانواده و با ایجاد جوی مناسب، بهزیستی روانی فرزندان نابینا و ناشنوا را تأمین می‌کنند.

بنابراین با توجه به نتایج حاصل‌شده می‌توان گفت که نابینایی و 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 دانش‌آموزان و هدایت آنان یاری کند. برای رسیدن به این موفقیت نباید به نابینایی و ناشنوایی به‌عنوان یک نقص یا بیماری نگاه کرد، بلکه باید نابینایی و ناشنوایی را در متن جامعه موردبررسی قرارداد تا شانس موفقیت افراد نابینا و ناشنوا افزایش یابد (رحیمی، ۱۳۹۱)؛ چرا که این دانش‌آموزان دارای تفاوت‌های فراوانی هستند که در آموزش نقش اساسی دارد، آن‌ها در برابر مشکلات و چالش‌ها با شیوه‌های متفاوتی برخورد می‌کنند (نریمانی و دیگران، ۱۳۹۲)؛ همچنین نتایج پژوهش‌های مختلف، مهارت‌های اجتماعی ضعیف، روابط اجتماعی مشکل‌دار، خود‌پنداره ضعیف، ناهنجاری‌های رفتاری و عاطفی، مشکلات تحصیلی و ... را در دانش‌آموزان استثنایی نشان داده‌اند (فوجیکی^۱ و دیگران، ۲۰۰۹). پس شناسایی این عوامل در رفع مشکلات و نارسایی‌ها در سیستم آموزشی مهم و قابل‌توجه است.

پیشنهادها

- برگزاری کارگاه‌های آموزشی در زمینه مدیریت استرس برای والدین این دانش‌آموزان و ارائه خدمات و امکانات توان‌بخشی و آموزشی از طرف سازمان‌های اجتماعی، این نوع حمایت‌ها و خدمات در جامعه باعث ارتقای دانش‌آموز آسیب‌دیده در ابعاد مختلف می‌شود.
- طراحی و تدوین برنامه‌های آموزشی خانواده‌محور با هدف آموزش برای همه خانواده‌ها به‌ویژه خانواده‌های دارای دانش‌آموزان نابینا و ناشنوا و ایجاد زمینه برای ارتباط و تعامل والدین با مسائل و مشکلات مشترک بسیار ضروری است.
- به نظر می‌رسد که در کلاس‌های آموزش ویژه، برنامه‌های آموزشی و پرورشی بیش‌تر به بعد مهارت‌های تحصیلی تأکید می‌کنند و وقت و هزینه کمتری صرف آموزش مهارت‌ها و کفایت اجتماعی می‌شود، در نتیجه این دانش‌آموزان با کمبود مواجه هستند، پیشنهاد می‌شود که آموزش مهارت و کفایت اجتماعی جز برنامه آموزشی قرار گیرد.
- به‌منظور ارتقای سطح سلامت روان، مهارت‌های اجتماعی و کیفیت زندگی دانش‌آموزان استثنایی، مسئولان و دست‌اندرکاران آموزش و پرورش استثنایی باید با آگاهی از خود پنداره و سلامت عمومی این دانش‌آموزان به شناخت و حل مسائل آنان پرداخته و برنامه‌ریزی‌های دقیق‌تری در جهت ایجاد انطباق و سازگاری بهتر آنان با شرایط و رویدادها از طریق تغییر نظام ارزش‌ها و رشد خودباوری انجام دهند.
- اصلی‌ترین کنش تعلیم و تربیت باید این باشد که دانش‌آموزان عادی را به رشد ممکن و مطلوب‌شان رسانیده و دانش‌آموزان مبتلا به اختلالات نابینایی و ناشنوایی را تحت مراقبت‌های ویژه قرار دهد و به این طریق مسیر رشد آنان را هموار سازد. مدارس باید شرایط موفقیت آموزشی و خودکارآمدی را برای این دانش‌آموزان فراهم کنند.

- برای ارتقای سلامت و خودارزشمندی نابینایان و ناشنوایان، باید آموزش‌های خانواده و خود دانش‌آموزان به صورت گسترده اجرا گردد.
- پیشنهاد می‌شود معلمان و کارشناسان نیز انرژی خود را معطوف به شناسایی و کار روی توانایی‌های دانش‌آموزان نابینا و ناشنوا کنند و نابینایی و ناشنوایی را یک وضعیت خاص فرهنگی یا اجتماعی در نظر بگیرند تا این‌که شخص نابینا یا ناشنوا را از افراد ناقص بدانند.
- با استناد به نتایج حاصل از این مطالعه، سیاست‌گذاران سلامت و بهزیستی با برنامه‌ریزی‌های مدون و نیازسنجی‌های اولیه می‌توانند درصدد کاهش مشکلات ناشی از نقایص نابینایی و ناشنوایی این کودکان برآیند و در جهت پیشگیری از آن، راهکارهای اساسی را با برنامه‌ریزی‌های قابل‌دسترس ارائه و در نتیجه موجب ارتقاء سلامت این کودکان، خانواده و جامعه گردند. همچنین فراهم نمودن امکانات مراقبتی و توان‌بخشی در منزل، مدرسه و مراکز توان‌بخشی، در راستای بهبود سلامت کودک و خانواده می‌تواند گام مؤثری در جهت کاهش مشکلات خانواده‌های دارای کودک معلول باشد.
- با توجه به شیوع بالای نابینایی و ناشنوایی در جامعه، نتایج این‌گونه تحقیقات در اختیار مراکز و سازمان‌های مختلف مربوطه قرار گیرد تا آن‌ها بتوانند بر اساس نتایج تحقیق، برنامه‌ریزی مناسبی داشته باشند.
- همچنین تحقیقاتی صورت گیرد که دانش‌آموزان نابینا، ناشنوا و عادی، دختر و پسر، هر دو گروه مورد پژوهش و بررسی قرار گیرند و امکان مقایسه دختران و پسران نیز در این متغیرها فراهم شود تا تأثیر عامل جنسیت مشخص‌تر شود.
- به‌طورکلی با توجه به پایین بودن کفایت اجتماعی، خودکارآمدی و بهزیستی روانی در بین دانش‌آموزان با نقص بینایی و شنوایی، به نظر می‌رسد ارتقای کفایت اجتماعی، خودکارآمدی و بهزیستی روانی این گروه باید در سرلوحه اهداف متخصصان تعلم و تربیت کودکان با نیازهای خاص قرار گیرد.

منابع

- اصغری، فرهاد؛ سعادت، سجاد؛ عاطفی کرجوندانی، ستاره و جانعلی‌زاده کوکنه، سحر. (۱۳۹۳). رابطه بین خودکارآمدی تحصیلی با بهزیستی روان‌شناختی، انسجام خانواده و سلامت معنوی در دانشجویان خوارزمی. *مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی*، شماره ۱۴.
- افروز، غلامعلی. (۱۳۸۸). مبانی روان‌شناختی ویژگی‌های شناختی و روانی-اجتماعی جوانان نابینا و ناشنوا. *مجله روانشناسی و علوم تربیتی*، شماره ۱۲.
- بیابانگرد، اسماعیل (۱۳۸۴). مقایسه مهارت‌های اجتماعی دانش‌آموزان نابینا، ناشنوا و عادی، *پژوهش در حیطه کودکان استثنایی*، شماره ۵.
- بیگدلی، الیاس و الهی، طاهره (۱۳۹۳). بررسی و مقایسه هوش هیجانی دانش‌آموزان نابینا و ناشنوای دوره دبیرستان استان زنجان، *تعلیم و تربیت استثنایی*، شماره ۱۴ (۴) پیاپی ۱۲۶.
- پیمان، نوشین و پیمان، نسیم (۱۳۹۰). بررسی ارتباط خودکارآمدی با مهارت تفکر انتقادی دانشجویان دانشکده بهداشت (P) دانشگاه علوم پزشکی مشهد، *مجله افق توسعه آموزش پزشکی*، شماره ۴.
- جعفری‌باغ خیراتی، علیرضا؛ قهرمانی، لیلا؛ کشاورزی، ساره و کاوه، محمدحسین. (۱۳۹۳). تأثیر آموزش خوش‌بینی از طریق نمایش فیلم بر کفایت اجتماعی دانش‌آموزان، *فصلنامه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت*، شماره ۲.
- حسینیان، سیمین؛ پورشهریاری، پری‌سیما و نصر‌اله کلاتری، فاطمه. (۱۳۸۶). رابطه بین شیوه‌های فرزند پروری مادران و عزت‌نفس دانش‌آموزان ناشنوا و شنوا. *پژوهش در حیطه کودکان استثنایی*، شماره ۷.
- دلاور، علی. (۱۳۹۰). *مبانی نظری و عملی پژوهش در علوم انسانی و اجتماعی*. تهران: انتشارات رشد.
- رحیمی، سعید؛ غباری‌بناب، باقر؛ شکوهی‌یکتا، محسن؛ حسن‌زاده، سعید (۱۳۸۹). بررسی تأثیر آموزش مبتنی بر نظریه هوش‌های چندگانه گاردنر بر خودکارآمدی شغلی دانش‌آموزان ناشنوای هنرستانی، *پایان‌نامه کارشناسی ارشد* دانشگاه تهران، دانشکده روان‌شناسی.
- سیادتیان، سید حسن؛ عطایی، مریم؛ قمرانی، امیر. (۱۳۹۳). بررسی مقایسه‌ای سرزندگی در دانش‌آموزان با و بدون نقص شنوایی، *تعلیم و تربیت استثنایی*، شماره ۱۴.

- شمسایی، فرشید؛ اشترانی، فاطمه؛ اشترانی، الهام. (۱۳۹۲). مقایسه رضایت از زندگی دانش‌آموزان نابینا و ناشنوا با دانش‌آموزان مدارس عادی شهر همدان در سال ۱۳۹۲، *مجله علمی پژوهان*، شماره ۱۳.
- صادقی‌نژاد، مهدی. (۱۳۶۸). *اصول آموزش و پرورش نابینایان*. مرکز تربیت معلم بلال حبشی.
- صراف‌پور، ربابه (۱۳۹۰). *رواسازی آزمون عواطف مثبت و منفی (PANAS) و بررسی رابطه آن با بهزیستی روانی و خودکارآمدی در بین دانشجویان دانشگاه آزاد واحد تهران مرکزی*، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی، دانشکده روان‌شناسی و علوم اجتماعی.
- طباطبایی نسب، سید عباد اله و محمودی اعظم. (۱۳۹۴). ارتباط بین سلامت روان و فرسودگی شغلی کارکنان ستادی و معاونت‌های دانشگاه علوم پزشکی یاسوج، *ارمغان دانش*، شماره ۲۰.
- فولادچنگ، محبوبه. (۱۳۹۱). نقش واسطه‌گری خودکارآمدی در رابطه بین ابعاد فرزند پروری و مهارت‌های اجتماعی. *پایان‌نامه کارشناسی ارشد*، دانشگاه شیراز، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی.
- قریشی راد، فرخ‌السادات. (۱۳۹۳). وضعیت سلامت روان در دانش‌آموزان ناشنوا و شنوا، *تعلیم و تربیت استثنایی*، سال چهاردهم، شماره ۶- پی‌اپی ۱۲۸.
- کاظمی، رضا؛ مؤمنی، سویل و کیامرثی، آذر (۱۳۹۰). بررسی اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی بر کفایت اجتماعی دانش‌آموزان مبتلا به اختلال ریاضی، *مجله ناتوانی‌های یادگیری*، شماره ۱.
- محمودی، احمد. (۱۳۹۲). مقایسه عزت‌نفس و مهارت اجتماعی دانش‌آموزان ناشنوا و نابینا در مقطع راهنمایی تحصیلی شهرستان کرج. *نشریه تعلیم و تربیت استثنایی*، شماره ۱۱۷.
- نریمانی، محمد؛ عینی، مجتبی؛ دهقان، حمیدرضا؛ غلامزاده، حانیه و صفاری‌نیا، مجید (۱۳۹۲). مقایسه پنج عامل بزرگ شخصیتی و خودکارآمدی در دانش‌آموزان تیزهوش و عادی، *مجله روان‌شناسی مدرسه*، شماره ۲.
- نوری‌ثمرین، شهرام. (۱۳۸۵). مقایسه میزان احساس تنهایی دانش‌آموزان ناشنوا با همتایان عادی خود در شهرستان اهواز. *تعلیم و تربیت استثنایی*.
- نوکریزی، محسن و دهقانی، کلتوم (۱۳۹۲). تأثیر مهارت‌های سواد اطلاعاتی بر خودکارآمدی دانشجویان دانشگاه بیرجند، *پژوهش‌نامه کتابداری و اطلاع‌رسانی*، شماره ۳.

مقایسه میزان کفایت اجتماعی، خودکارآمدی ... ۲۵۵

- هاشمی نصرت‌آباد، تورج؛ بیرامی، ناصر. (۱۳۹۲). مقایسه کفایت اجتماعی و خودکارآمدی تحصیلی دانش‌آموزان دارای نیازهای ویژه در سه شیوه آموزش تلفیقی، استثنایی و عادی. فصلنامه پژوهش‌های نوین روان‌شناختی، شماره ۸.

- Bandura, A. (1982). Self- efficacy mechanism in human agency. *American Psychology*, 37(2): 122-147.
- Bandura, A. (1997). *Self- efficacy: the Exercise of control*. 1 st ed. New York: Freeman company
- Bandura, A. (2000). Exercise of human agency through collective efficacy. *Current Direction in Psychological Science*, 9(3): 75- 78.
- Bieber, A., & Shut, F. (1991). The social outcomes of mainstreaming: sociometric assessment and beyond. *Journal Exceptional Children Quarterly*. 12: 12-39.
- Cutsfurse, G. (1991). A social goal *perspective on children's social competence*. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*. 7: 721-729.
- Cheung, C.K., & Lee, T.Y. (2010). Improving social competence through character education. *Evaluation and program planning*. 33(3): 255- 63.
- Durlak, J.A., Weissberg, R.P., Dymnicki, A.B., Taylor, R.D., & Schellinger, K. B. (2011). The impact of enhancing students social and emotional learning: A meta- analysis of school- based universal interventions. *Child Development*, 82(1): 405- 432.
- Goldestein H., & Morgan L. (2004). *Social interaction and models of friendship development*. Available site: [http/ www.eric.com](http://www.eric.com)
- Gresham, F.M. (1981). Social skills training with handicapped children. *A reeves River Edit carom Research*, 51: 139- 176.
- Jonas, B.S., & Loeb, M. (2010). Mood disorders and physical functioning difficulties as predictors of complex activity limitations in young U. S. adults. *Disable Health journal*. 3(3): 171- 8.
- Lane, H. (1988). *Is there a psychology of deaf?* *Exceptional children*. 55(1): 7- 19.

- Lemmergaard, J., Lauridsen, J. (2008). The ethical climate of Danish firms: A discussion and enhancement of the ethical climate model. *Journal of Business Ethics*; 80: 653-675.
- Sang G, Valcke, M, Braak J, Tondeur Jo. (2010). Student teachers thinking processes and IC T integration: predictors of prospective teaching behaviors with educational technology. *Computers and Education*; 13: 45- 61.
- Abolfotouh MA., & Telmesani A. (1993). *A study of some psycho-social characteristics of blind and deaf male students in Abha City, Asir region, Saudi Arabia*. public health; 107(4): 261- 269.
- Aro K.L., & Bundy K.A. (2007). *Social skills training for young adolescents*. New York: Dover: 233- 242.
- Babosik Z. (2008). *Social competence. practice and theory in systems of education*. 3(1): 23- 26.
- Golman, D. (1995). Emotional intelligence: why it can matter more IQ, new york, Bantam Book.
- Bieber A, Shut F. (1991). The use of derma to skills. *Journal of visual impairment and blindness*. 85: 340- 355.
- Bittencourt Z.Z., Francozo M F., Monteiro C. r., Francisco D.D. (2011). *Deafness social network and social protection*; 16(1): 769- 76.
- Brown R.I., & Barrett A.E. (2011). Visual impairment and quality of life among older adults: an examination of explanation for the relationship. *Journal of Gerontology B psychology Sciences*; 66(3): 364- 373.
- Caprara G.V., Gerbino M., Paciello M., Di Giunta L., & Pastorelli C. (2010). Interaction depression and delinquency in late adolescence: The role of regulatory emotional and interpersonal self-efficacy beliefs. *European Psychologist*; 15: 34- 48.
- Deborah A.L. (1998). *An evaluation of the CID perceived self- competence Questionnaire*. Washington university central institute for the deaf independent study.

- Eigsti H.L., Chandler L., Robinson C, Bodkin A. W. (2010). A longitudinal study of outcome measures for children receiving early intervention services, *pediatric psychology therapy*; 22(3): 304- 13.
- Ergul H. (2004). Relationship between student characteristics and academic achievement in distance education and application student of anisole university, *Turkish online Journal of distance education*; 5(2): 81- 90.
- Fojiki, M., & Brinton, B. (2009). Social skills of children with specific language impairment. *Brigham Young University*, Provo, U, T.
- Freeman R.D., Malkin S.F., Matings J.O. (1975). *Psychology problems of deaf children and their families: A comparative study*. Am Ann Deaf; 120(4): 391- 405.
- Freilich R., & shechtman Z. (2010). The contribution of art therapy to the social, emotional, and academic adjustment of children with learning disabilities. *The Arts in psychotherapy*; 37(2): 97- 105.
- Greshom F. (1984). Social skills and self- efficacy for exceptional children. *Except Child*; 51(3): 253- 61.
- Li C., Dang J., He. S., & Li H. (2013). Shyness and loneliness: The multiple mediating effects of selfefficacy. *Acta psychological Sonica*; 45: 1251- 1260.
- Ma, GX., fang, CY., Knauer, CA., Tan, T., & Shive, SF. (2006). Tobacco dependence, risk perceptions and self- efficacy among Korean- American smokers. *Addictive Behaviors*; 31: 1776- 1784.
- Myers, D.G., & Diener, E. (۱۹۹۵). *Who is happy? Psychological science*, ۶: ۱۰- ۱۹.
- Ocutfurse, G. (1991). A social goal perspective on children's social competence. *Journal of emotional and behavioral disorders*, 7: 721- 729.
- Nel, L. (2011). *The psychological experiences of master degree students in professional psychology programs: An interpretative phenomenological analysis*. Thesis in fulfillment of the requirements for the degree. Department of Psychology Faculty of The Humanities: University Of The free State Bloemfontein. 48- 84.

- Rajendran V., Roy F.G. (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.
- Raskauskas J., Rubiano SH., Offen I., & Wayland AK. (2015). *Do social self-efficacy and self- esteem moderate the relationship between peer victimization and academic performance?* Retrieved from: [http/link.springer.com](http://link.springer.com).
- Rosenblum L.P. (2000). Perception of the impact of visual impairment on the live of adolescents. *Journal of Visual Impairment & Blinding*: 434- 447.
- Ryff, C.D. (1995). Psychological well- being in adult life. *current direction in psychological science*. 4: 100- 104.
- Ryff, C.D. (1989). Happiness is everything, or is it? exploration on the meaning of psychological well- being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57: 1069- 1081.
- Schultz D.A. (1998). *Personality theories*. Translated by: S. Y. Mohammadi. Tehran: Virayesh press.
- Schwarzer R., & Luszczynska A. (2007). Health behavior constructs: Theory, measurement, and research. *National Cancer Instate Website*. Retrieved from: [http/dccps.cancer.gov/brp/constructs/self-efficacy/index.html](http://dccps.cancer.gov/brp/constructs/self-efficacy/index.html).SD.C: Hemisphere.
- 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 Clear- Health Development*; 23(3): 233- 46.
- Wolffe F., & Sacks, S.Z. (2006). The life style of blind,, low vision and sighted youths: a quantitative comparison. *Journal of visual impairment & blindness*: 245- 257.



پروپوزیشن گاہ علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

The Comparison of Social Competence, self-efficacy and Psychological well-being in Blind, Deaf and Normal Students

Ezatolah Ghadampour^١, Farnaz Radmehr^٢, Leila Heydariyani^٣

Received: 10/9/2017

Accepted: 6/3/2018

Abstract

The aim of this study was to comparison of social competence, self-efficacy and psychological well-being in blind, deaf and normal students. The statistical population of this study was all blind, deaf, and normal girl students in Khorramabad city during the academic year 2013-14; that using thecausal-comparative method from each group (blind, deaf, normal) 30 individuals were selected using a simple random sampling method. Was done Ryff Psychological well-being, Bandura's self-efficacy and Felner social competence Scales. The results showed that there was a significant difference between blind, deaf and normal groups in amount of social competence, self-efficacy and psychological well-being in ($p<0/001$). So that the amount of social competence, self-efficacy and Psychological well-being more in normal students from blind and deaf students. On the one hand the amount social competence, self-efficacy and Psychological well-being in blind students is more than deaf students. Due to the high prevalence of blindness and deafness in society, the results of such research should be available to relevant centers and organizations so that they can plan well based on the results of the research.

Keywords: Social Competence, Self-efficacy, Psychological well-Being, Students

^١. PhD educational psychology, lorestan university, khoramabad, iran. ghadampour.e@lu.ac.ir

^٢. Ph.D student psychology, razi university, kermanshh, iran. radmehr.p12@gmail.com

^٣. Ph.D student educational psychology, lorestan university, khoramabad, iran. yousefvand69@gmail.com