

## مقایسه سرمایه‌گذاری عاطفی در بدن، عوامل حمایت‌های فردی و رفتارهای کنار آمدن با مشکلات کودکان نابینا و ناشنوا شهر تبریز

پریا امنایی<sup>۱</sup>، علی شاکردولق<sup>۲</sup>

تاریخ دریافت: ۹۶/۰۹/۱۸

تاریخ پذیرش: ۹۷/۰۲/۰۹

### چکیده

هدف این پژوهش مقایسه سرمایه‌گذاری عاطفی در بدن، عوامل حمایت‌های فردی و رفتارهای کنار آمدن با مشکلات در میان دانش‌آموزان نابینا و ناشنوا شهر تبریز بود. روش پژوهش توصیفی از نوع علی-مقایسه‌ای بود. جامعه پژوهش را کلیه کودکان نابینا و ناشنوا موجود در مدارس استثنایی شهر تبریز به تعداد ۷۴۲ نفر در نیمسال اول سال تحصیلی ۹۷-۱۳۹۶ تشکیل می‌دادند که از بین آن‌ها ۱۵۰ نفر با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. برای گردآوری داده‌ها از سه پرسشنامه سرمایه‌گذاری بدن، رفتارهای مقابله‌ای کودکان و عوامل حمایت‌کننده فردی استفاده شد. نتایج پژوهش نشان داد از بین مؤلفه‌های سرمایه‌گذاری عاطفی در بدن، تنها در زیر متغیر تصور و احساس در مورد بدن از بین مؤلفه‌های عوامل حمایت‌های فردی فقط در زیر مؤلفه توانش اجتماعی و در میان مؤلفه‌های رفتارهای مقابله‌ای با مشکلات فقط در زیر مؤلفه کنار آمدن ویرانگر در کودکان نابینا و ناشنوا تفاوت معناداری وجود داشت. این نتایج تلویحات مهمی در زمینه‌ی آموزش و ارتقای بهداشت روانی دانش‌آموزان نابینا و ناشنوا دارد و می‌تواند راهبردهای آموزشی، تربیتی و کاربردی ارزنده‌ای به خانواده‌ها، مسئولین و کارشناسان مسائل تربیتی ارائه نماید.

**واژگان کلیدی:** سرمایه‌گذاری عاطفی در بدن، عوامل حمایت‌های فردی، رفتارهای کنار آمدن با مشکلات، کودکان نابینا و ناشنوا

۱. کارشناسی ارشد گروه روان‌شناسی کودکان استثنایی، واحد ارومیه، دانشگاه آزاد اسلامی، ارومیه، ایران.

۲. استادیار گروه روان‌شناسی، واحد ارومیه، دانشگاه آزاد اسلامی، ارومیه، ایران. (نویسنده مسئول)  
ali.shaker2000@gmail.com

## مقدمه

بدون بینایی، ادراک و تفکر از خود و افراد پیرامون بسیار متفاوت خواهد بود که همین امر می‌تواند به مشکلات عاطفی و اجتماعی مانند عدم سازگاری، عدم فعالیت، فقدان علاقه به دیگران، افسردگی و خودپنداره پایین در آن‌ها منجر شود (ملکی‌تبار، خوش‌کنش، خدابخشی خدایی<sup>۱</sup>، ۲۰۱۲). یکی دیگر از معلولیت‌های مورد بررسی در پژوهش حاضر، ناشنوایی است در افراد کم‌شنوا و ناشنوا به دلیل ناتوانی در برقراری ارتباط مطلوب و احساس بی‌کفایتی، احتمال ابتلا به اختلالات روان‌شناختی افزایش می‌یابد. همچنین کم‌شنوایی منجر به کاهش کیفیت زندگی، گوشه‌گیری، کاهش فعالیت‌های اجتماعی و احساس طرد شدن می‌شود (پینکوآرت و پفیفر<sup>۲</sup>، ۲۰۱۴). نکته مهم این است که کودکان نابینا و ناشنوا اگرچه به اختلالات حسی دچار هستند، ولی وضعیت روانی آنان متفاوت است و هرکدام عوارض روانی مخصوص به خود را دارند (کالدرون و گرینبرگ<sup>۳</sup>، ۲۰۱۱). پیامدهای روانی اجتماعی آسیب‌های شنوایی و بینایی به‌ویژه طی سال‌های اخیر مورد توجه پژوهشگران قرار گرفته است. پیامدهای روانی اجتماعی اشاره دارد به سلامت هیجانی که برخی مفاهیم روان‌شناختی مهم از قبیل سلامت روانی، کیفیت زندگی، افسردگی، اضطراب و نیز برخی مفاهیم اجتماعی مانند عملکرد اجتماعی، حمایت اجتماعی و احساس تنهایی را در بر می‌گیرد (نیمان، دیب، ویکتور و گوسنی<sup>۴</sup>، ۲۰۱۲). به‌طور کلی افراد ناشنوا و نابینا گروهی هستند که فقدان حواس بینایی و شنوایی، محدودیت‌هایی را بر زندگی آن‌ها اعمال نموده و آن‌ها را با مشکلات متعددی مواجه می‌نماید. پژوهش‌های مختلف به مشکلات متعدد روانی - اجتماعی و سازگاری‌های سطوح پایین در افراد نابینا و ناشنوا اشاره نموده‌اند (کنستانتینوس، کاترینا و اونیس<sup>۵</sup>، ۲۰۱۱). خودکشی نیز در این افراد بخصوص افراد مبتلا به اختلالات شنوایی بیشتر است. سیادیتیان و همکاران (۱۳۹۱) عنوان می‌دارند که کودکان ناشنوا بیشتر در معرض اختلالات روانی قرار دارد و درصد خودکشی

- 
1. Maleki-Tabar
  2. Pinquart & Pfeiffer
  3. Calderon & Greenberg
  4. Nyman, Dibb, Victor, & Gosney
  5. Konstantinos, Katerina. & Ioannis

در ناشنویان بیشتر از نابینایان است و مردم همیشه سعی می‌کنند به نحوی به نابینایان کمک کنند ولی ناشنویان را مسخره می‌کنند.

رفتارهای خود تخریبی<sup>۱</sup> یا آسیب رساندن به خود طبق تعریف، اقدامی مهلک یا غیر مهلک عمدی است که فرد با علم به خطرناک بودن آن به انجامش مبادرت می‌ورزد و نتایج زیان‌بخش را نصیب خود نموده و حتی مستقیم و یا غیرمستقیم خانواده، اطرافیان و حتی در معنای وسیع کلمه جامعه را از نتایج مخرب آن متضرر می‌کند. عادت‌های خود تخریبی ممکن است نه تنها باعث به وجود آمدن بیماری شود، بلکه می‌تواند زندگی خوب جسمانی و روانی فرد را تحت تأثیر قرار دهد (تونتی<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۱۰). دونالد و راجر<sup>۳</sup> (۲۰۱۱) در پژوهشی با عنوان رابطه بین رفتارهای خود تخریبی، نارضایتی از بدن و خودکشی در نوجوانان به این نتیجه رسیدند که بین نارضایتی از بدن و رفتارهای خود تخریبی رابطه جود دارد و نوجوانانی که از بدن خود ناراضی هستند اقدام به آسیب زدن به خود و خودکشی می‌کنند. کایچنر، فرر، فورنس و زانینی<sup>۴</sup> (۲۰۱۱) نیز در پژوهش خود با عنوان رفتارهای خود تخریبی و عقاید خودکشی در نوجوانان دبیرستانی و ارتباط آن با رفتارهای مقابله‌ای به این نتیجه رسیدند که شیوع رفتارهای خود تخریبی ۱۱/۴ درصد است و برای افکار خودکشی نیز ۱۲/۵ درصد است و بین دختران و پسران تفاوت معناداری وجود ندارد. این پژوهشگران نتیجه گرفتند که بین رفتارهای خود تخریبی و خودکشی نوجوانان دبیرستانی ارتباط وجود دارد. هر چه رفتار خود تخریبی بیشتر باشد. اقدام به خودکشی نیز زیادتر خواهد بود و رفتار مقابله‌ای و راهبردهایی که برای مقابله با این افکار به کار می‌برند بستگی به شدت این رفتار است. نگرش نسبت به بدن همواره به‌عنوان یک عامل خطر بالقوه برای خود تخریبی و خودکشی نوجوانان است (مویلی کامپ و براوش<sup>۵</sup>، ۲۰۱۲). اکتان<sup>۶</sup> (۲۰۱۷) از دانشگاه ترابوزان ترکیه در پژوهشی با عنوان بررسی ارتباط بین رفتار خود تخریبی، تصویر بدنی و عزت‌نفس به این نتیجه رسید که بین تصویر بدنی و عزت‌نفس نوجوانان رابطه معنی‌داری وجود دارد و تصویر بدنی و عزت‌نفس، پیش‌بینی

1. Self-Destructive Behavior

2. Tonetti

3. Donald & Roger

4. Kirchner, Ferrer, Forn, & Zanini

5. Muehlenkamp & Brausch

6. Oktan

کننده‌های رفتار خودخواهانه می‌باشند. نلسون و جنیفر<sup>۱</sup> (۲۰۱۲) در پژوهش با عنوان رفتار خود تخریبی و نگرش‌های منفی به بدن نشان دادند هر چه نگرش نسبت به بدن منفی باشد رفتار خود تخریبی به مراتب بیشتر است. همچنین بین نگرش مردان و زنان به بدن و رفتارهای خود تخریبی تفاوت وجود دارد و این در زنان بیشتر است. یکی از نگرش‌های مثبتی که می‌تواند مانع از رفتارهای خود تخریبی و خودکشی در افراد شود میزان سرمایه‌گذاری است که افراد در بدن خود انجام می‌دهند. سرمایه‌گذاری بدن<sup>۲</sup> به احساس فرد نسبت به تصویر بدن، مراقبت از بدن و محافظت از بدن و راحتی در تماس بدنی اشاره دارد (مارکو<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۱۷). سرمایه‌گذاری عاطفی بدن نشان‌دهنده نوع سازگاری فرد با محیط و جامعه اطراف خود است، سرمایه‌گذاری بر روی بدن هر فرد، جهت همراهی یا عدم همراهی با دنیای مدرن است و به علت تأکید روزافزون بر خودکشی مطرح شده است، چرا که به تجربیات بدنی فردی که دست به خودکشی می‌زند مربوط می‌شود. از آنجایی که رفتار خودکشی شامل حمله فیزیکی به بدن است و اعتقاد بر این است که چنین حمله‌هایی می‌تواند نگرش و احساس فرد نسبت به بدنش مربوط باشد. بنابراین در اختیار داشتن روشی که برای مقابله با این رفتار خطرناک سودمند باشد دارای اهمیت است. سرمایه‌گذاری عاطفی نه تنها برای شناسایی تجربیات بدنی مرتبط با تمایل به خود تخریبی و احتمال خودکشی مفید واقع می‌شود، بلکه برای کشف رفتارهای ناهنجار مرتبط نیز می‌تواند مورد استفاده قرار گیرد مثل (اختلال در خوردن، سوءمصرف مواد و مسائل مربوط به استفاده جسمی و جنسی) (میول وی هیل، نیمس و ویرکن<sup>۴</sup>، ۲۰۰۴). سرمایه‌گذاری بدن شامل چهار بعد تصور (احساسات و نگرش‌ها) از بدن خود، راحتی و لمس بدن توسط دیگران، مراقبت از بدن و محافظت از بدن خود می‌شود. از این رو تصویر بدن<sup>۵</sup> را می‌توان یک نگرش چندبعدی راجع بدن خود به‌ویژه شکل، اندازه و زیبایی آن تعریف کرد (کش<sup>۶</sup>، ۲۰۱۱). نوجوانان مبتلا به اختلالات بینایی و معلولیت‌های دیگر از جمله ناشنوایانی که در سنین رشد هستند، ممکن است مشکلات مربوط به تصویر بدنی

- 
1. Nelson & Jennifer
  2. Body Image Subscale
  3. Marco
  4. Mulvihill, Németh & Vereecken
  5. Body Image
  6. Cash

مثبت را با خود به همراه داشته باشند (شپارد، ایسر و کینگستون<sup>۱</sup>، ۲۰۰۵؛ ورثیم و پاکستن<sup>۲</sup>، ۲۰۱۱)؛ اما نارضایتی از بدن سبب تجربه افکار منفی و عدم اعتماد به نفس در فرد می‌شود (دیتمار<sup>۳</sup>، ۲۰۰۸) و پیامدهایی چون اضطراب، افسردگی، انزوای اجتماعی، اختلالات روانی، تضعیف خودپنداره و عزت‌نفس را در پی دارد و در نهایت منجر به مسائلی نظیر کم‌اشتهایی، پراشتهایی روانی، تغییر نامتعادل وزن، اختلال در خواب، فقدان نیرو و آشفتگی روانی می‌شود که همگی نشانگان اختلال در سلامت عمومی را نشان می‌دهد (پاشا، نادری و اکبری، ۱۳۸۷). از طرفی، نوجوانانی که از بدن خود راضی هستند سطوح بالاتری از اعتماد به نفس را تجربه می‌کنند و به‌طور کلی احساس مثبت و خوب بودن را دارند (رقیبی و میناخانی، ۱۳۹۰). مارکو و همکاران (۲۰۱۷) در پژوهشی با عنوان رابطه بین سرمایه گذاری بدن و اختلال خوردن در زنان مبتلا به این اختلال به این نتیجه رسید که بین این دو متغیر ارتباط وجود دارد. قائینی، موسوی، میرزایی و همکاران (۱۳۹۵) نیز در پژوهشی با عنوان رابطه بین علائم افسردگی، هراس اجتماعی و وسواس فکری - عملی با اختلال بدشکلی بدن به این نتیجه رسیدند بین هراس اجتماعی، علائم وسواس فکری - عملی، علائم افسردگی با اختلال بدشکلی بدن ارتباط وجود دارد. تاجیک زاده، صادقی و رئیس کریمیان (۱۳۹۵) در پژوهشی با عنوان رابطه ترس از تصویر بدن و نشخوار ذهنی در دانشجویان دختر نشان داد که همبستگی مثبت معنی‌داری بین نشخوار ذهنی و ترس از تصویر بدن دختران وجود دارد. موند، واندن برگ، باتل و هانن<sup>۴</sup> (۲۰۱۲) در پژوهش خود به بررسی چاقی و رابطه‌ی آن با بهزیستی عاطفی و نارضایتی بدنی در ۳۶۶ نفر از دختران و ۴۴۰ نفر از پسران سنین ۱۲ تا ۱۷ سال پرداختند، نتیجه‌ی این پژوهش چنین بود که چاقی با کاهش عزت‌نفس و افزایش حالات افسردگی و در نهایت با نارضایتی بدنی در ارتباط بوده و بهزیستی عاطفی افراد با چاقی و نارضایتی بدنی کاهش خواهد داشت و این نتایج در دختران و پسران یکسان بوده است. چاکر و کاربول<sup>۵</sup> (۲۰۱۵) در پژوهشی در کشور ترکیه

- 
1. Sheppard , Eiser & Kingston
  2. Wertheim & Paxton
  3. Dittmar
  4. Mond, Van Den Berg, Boutelle & Hannan
  5. Cakar & Karayol

نشان دادند که عزت‌نفس و تصویر مثبت از بدن بر رضایت ذهنی افراد تأثیر مثبت می‌گذارد.

از سویی دیگر شناسایی ویژگی‌های مقابله‌ای یکی از موضوع‌های مورد بررسی در نوجوانان می‌باشد که کمبود در این زمینه می‌تواند پیامدهای زیانباری مانند افسردگی و خودکشی را به دنبال داشته باشد. به نظر می‌رسد میزان و نوع مقابله نوجوان با مشکلات، بیشتر از نوع مشکل، در میزان آسیب‌زایی مؤثر باشد. اگرچه هر تغییری اعم از بزرگ یا کوچک فشارزا تلقی می‌شود و فرد را وادار به مقابله می‌کند، با وجود این، فشارها همیشه بد و ناخوشایند نیستند. در واقع شاید بتوان گفت که فشارهای روانی و حتی شدت آن‌ها در نوع خود، بد و ناسازگارانه نیستند بلکه مهم چگونگی مقابله با این شرایط است، بنابراین راهبردهایی که فرد برای مقابله انتخاب می‌کند، جزئی از نیمرخ آسیب‌پذیری وی محسوب می‌شوند (فرامرزی و همکاران، ۱۳۹۲). کودکان معلول به دلیل نقص جسمی، حسی و محرومیت‌های ناشی از آن، اغلب قادر به ایجاد رابطه اجتماعی و متقابل با همسالان و بزرگسالان نیستند و از استرس رنج می‌برند (پاس کولینی و ماریوتی<sup>۱</sup>، ۲۰۱۲) و سازگاری عاطفی و اجتماعی آنان با دشواری روبرو است. این کودکان معمولاً منزوی و درون‌گرا هستند (سیادتیان و همکاران، ۱۳۹۱).

استرس و راهبردهای مواجهه با آن در گروه‌های مختلف موضوع بررسی فراوان پژوهشی در دهه‌های اخیر بوده است (کواچن<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۱۴). مهارت کنار آمدن، به عنوان فعالیت و شناخت‌هایی که نیازهای پراسترس را مدیریت می‌کند تعریف شده است (بریتنی کونل<sup>۳</sup>، ۲۰۰۸). همزمان با رشد کودکان، مهارت‌های کنار آمدن در آن‌ها بیشتر اصلاح شده و اختصاصی‌تر می‌شود و سبک‌های مقابله‌ای کودکان در ارتباط با اندوه و بلا و سازگاری است. علیرغم اهمیت و مفهوم پاسخ‌های مقابله‌ای کودکان، استاندارد قابل قبولی برای اندازه‌گیری مهارت‌های مقابله‌ای کودکان وجود ندارد (بریتنی کونل، ۲۰۰۸). مرور ادبیات پژوهش نشان می‌دهد که برای اثبات و کمیت راهبردهای کنار آمدن، کودکان و نوجوانان از نظر نوع سبک کنار آمدن متفاوت هستند. هرچند یافته‌ها کاملاً ثابت نبوده‌اند اما رویارویی کودکان کم‌سن‌تر با استرس احتمالاً مشابه با استفاده از

- 
1. Pascolini & Mariotti
  2. Xuechen
  3. Brittany Cornell

روش‌های کنار آمدن است درحالی که کودکان بزرگ‌تر احتمالاً روش‌های شناختی مثل حل مسئله را بکار می‌برند (اسمیت اسپنبرگ، اسپینارد و همکاران<sup>۱</sup>، ۲۰۰۶). توافق عمومی بر این است که راهبردهای تمرکز بر مشکل، شناخت یا نزدیک شدن به مشکل بطور عمومی با سازگاری بهتر در رابطه است کنار آمدن هیجان مدار یا اجتناب، اضطراب و اندوه بیشتری همراه است. برخی پژوهشگران عنوان می‌دارند که کنار آمدن مسئله محور برای پیشایندهای قابل کنترل مناسب‌تر است اما کنار آمدن هیجان مدار، در واقع برای پیشایندهای غیر قابل کنترل که افراد نمی‌توانند تغییری در محیط به وجود آورند و تنها می‌تواند در خودشان تغییر ایجاد کنند مناسب‌تر است (کرونی، توری، بلونت<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۰۹). بررسی‌های گسترده نشان‌دهنده‌ی راهبردهای ویژه‌ای در افراد به‌منظور مواجهه با استرس بوده است. کیوما، سورن و اندر ویز<sup>۳</sup> (۲۰۱۳) در پژوهش خود عنوان کردند بین راهبردهای مقابله‌ای با علائم اضطراب رابطه وجود دارد و هر چه استرس و اضطراب بیشتر باشد سبک‌های مقابله‌ای کودکان ویرانگر خواهد شد. سورن، اندر ویز و نورdstوک<sup>۴</sup> (۲۰۱۳) در پژوهش به این نتیجه رسیدند که استرس در تعیین نوع سبک مقابله‌ای و کنار آمدن کودکان با مشکلات نقش دارد. استفیانا، رابرت، رودیکا و آدریان<sup>۵</sup> (۲۰۱۴) عنوان کردند که هرگاه میزان اضطراب کودک افزایش یابد، نیاز او به استفاده از رفتارهای مقابله‌ای برای کنترل استرس نیز افزایش خواهد یافت. بریتنی و هرناندز<sup>۶</sup> (۲۰۰۸) سه سبک مقابله‌ای انحراف از مشکل و برگرداندن توجه از مسئله‌ی موجود (شامل خیال‌پردازی و تفکر مثبت، حمایت‌ها و رویه‌های موجود در خانواده، برگرداندن توجه و فعالیت‌های معنوی مثل دعا، ورزش یا بازی به‌منظور فراموشی) سبک مقابله‌ای در جهت بهبود مشکل به کمک تلاش برای حل مسئله و یا بیان کردن احساسات و سبک مقابله‌ای مخرب یا ویرانگر که پاسخ‌های ناسازگارانه در مواجهه با عامل استرس‌زا است. این موارد شامل رفتارها خود تخریبی و یا تخریب اشیاء می‌شود. طرح‌واره ناسازگاری نابینایان به واسطه سه دسته عوامل شکل می‌گیرد که عبارتند از: اول عوامل خانوادگی (نظیر مهارت‌های والدینی

- 
1. Smith., Eisenberg, Spinrad, et al
  2. Chorney, Torrey, Blount, et al
  3. Keoma, Thorne & Andrews,
  4. Nordstokke
  - 5 Stefania, Róbert, Rodica, & Adrian
  6. Britney & Hernández.

نامناسب و توقعات نابجای آن‌ها)، دوم عوامل فردی و هیجانی (مانند عزت‌نفس پایین) و سوم عوامل مدرسه‌ای (از قبیل فقدان محیط حمایتی و نبود آموزش مهارت‌های ضروری اجتماعی برای کنار آمدن با بحران‌ها) (بریتنی و هراندز، ۲۰۰۸). بدین ترتیب نوع محیط کودک نابینا می‌تواند بر سازگاری وی در ابعاد گوناگون تأثیر قطعی داشته باشد به‌ویژه اگر اختلال بینایی این سازگاری‌ها را پیچیده‌تر کند (وانگ، هالورسن، ایسمان و واترلو، ۲۰۱۰).

در دو دهه اخیر، تاب‌آوری و عوامل بازدارنده و تقویت‌کننده آن از مباحث اصلی در پژوهش‌های مربوط به کودکان و نوجوانان بوده است. تاب‌آوری عاملی است که به افراد در رویارویی و سازگاری با موقعیت‌های سخت و تنش‌زای زندگی کمک می‌کند (وایت، دریور و وارن<sup>۲</sup>، ۲۰۱۰). ابوالقاسمی و توکلی (۲۰۱۰) تاب‌آوری را صفتی ذاتی در نظر گرفته و افراد تاب‌آور را غیر آسیب‌پذیر و با ویژگی‌های منحصر به فرد می‌پنداشتند. تاب‌آوری یک توانمندی ذاتی نبوده و قابل دستیابی است (ریاحی، محمدی، نوروزی و ملکی تبار، ۲۰۱۵) و زمانی حاصل می‌شود که عوامل حفاظتی مناسب به‌رغم وجود عوامل خطرزا در زندگی افراد تاب‌آور حضور داشته باشند. بنابراین تمرکز اصلی پژوهش‌ها در حوزه تاب‌آوری شناسایی اسنادها و شرایط مؤثر در رشد تاب‌آوری است (ماتسن و وایت<sup>۳</sup>، ۲۰۱۰). چنین متغیرهایی به عنوان عوامل حفاظتی یا ارتقاء دهنده یا ترغیب و تسهیل‌کننده تاب‌آوری مفهوم‌سازی شده‌اند این عوامل حفاظتی را می‌توان در سه سطح طبقه‌بندی کرد: عوامل فردی، عوامل خانوادگی و عوامل اجتماعی (ون هی، میونگ جینگ و کیل سو<sup>۴</sup>، ۲۰۱۶). دو عامل در رشد تاب‌آوری اثر دارد عوامل مخاطره‌آمیز محیطی، روان‌شناختی و زیست‌شناختی که آسیب‌پذیری فردی را افزایش می‌دهد و عوامل حمایتی فردی، اجتماعی و خانوادگی که از اثرگذاری آسیب‌ها و خطرات محیطی جلوگیری می‌کند. عوامل حمایتی ظرفیت تاب‌آوری فرد را در هر زمان بالا می‌برد. توجه به عوامل حمایتی این موضوع را روشن می‌کند که چرا برخی بچه‌ها می‌توانند خودکارآمدی و اعتماد به‌نفس خود را هنگام مواجهه با مشکلاتی که موجب

- 
1. Wang, Halvorsen, , Eisemann & Waterloo
  2. White, Driver & Warren
  3. Masten & Wright
  4. Weon-Hee, Myoung-Jin & Kil-Soo



تسلیم دیگران می‌شود حفظ کنند (زینا، ۲۰۱۶). عوامل حمایت‌کننده‌ی فردی را عواملی می‌دانند که سبب می‌شوند فرد در محیط‌های پرخطر دارای شخصیت سالم و رشد اجتماعی مناسب باشد. ممکن است نبود یا ضعف این عوامل به سلامت شخصیت و رشد اجتماعی فرد آسیب بزند. اختلال در هر یک از عوامل حمایت‌کننده‌ی فردی می‌تواند به بروز اختلالات بسیاری منجر شود که اگر والدین یا روانشناسان دیر متوجه این اختلالات در افراد شوند شاید هیچ‌گاه نتوان آن را جبران نمود (اوکانل، بوات و وارنر<sup>۲</sup>، ۲۰۰۹). بهره‌ی هوشی، عزت نفس، احساس خودکارآمدی، خوشبینی، خلاقیت، حل مسئله و کفایت اجتماعی از عوامل حمایتی فردی؛ کیفیت روابط در خانواده و شیوه‌ی فرزندپروری از عوامل خانوادگی؛ دوستان، معلمان، همسایگان و مدارس از عوامل اجتماعی و سازمان‌ها و نهادهای مذهبی از عوامل مرتبط با جامعه است. بررسی‌ها نشان دادند این عوامل در دو گروه تاب‌آور و غیر تاب‌آور تفاوت معنی‌دار دارند (کیم، لی، یو، لی و پوینگ<sup>۳</sup>، ۲۰۰۵). عوامل حمایتی پاسخ‌نوجوانان را به عوامل خطرآفرین که موجب بروندهای خطرآفرین می‌شود تعدیل می‌کنند، پیامدهای منفی را تغییر و افراد را قادر می‌سازند تا فشارهای زندگی را در کنترل داشته باشند (روتز و ریسیلینس<sup>۴</sup>، ۲۰۰۷). با توجه به شیوع نسبتاً بالای نایبایی و ناشنوایی در جهان و متفاوت بودن سرمایه‌گذاری عاطفی در بدن و رفتارهای کنار آمدن با مشکلات کودکان و عوامل حمایتی فردی برای نایبایان و ناشنوایان در فرهنگ‌های گوناگون، انجام یک بررسی در این زمینه، گامی در جهت آشنایی بیشتر با مشکلات آن‌ها، برنامه‌ریزی‌های صحیح و اقدام مناسب در زمینه بالا بردن کیفیت مراقبت‌های موجود می‌باشد. در نتیجه این پژوهش درصدد پاسخ به این پرسش اساسی است که آیا بین سرمایه‌گذاری عاطفی در بدن، رفتارهای کنار آمدن با مشکلات و عوامل حمایت‌کننده فردی در کودکان نایبنا و ناشنوای شهر تبریز تفاوتی وجود دارد؟

- 
1. Zina
  2. O'connell, Boat & Warner
  3. Kim, Lee, , Yu, , Lee & Puig
  4. Rutter & Resilience

## روش

روش پژوهش مطالعه‌ی علی-مقایسه‌ای بود. جامعه آماری شامل تمام کودکان نابینا و ناشنوای نواحی یک، سه و پنج آموزش و پرورش شهر تبریز بود که در بین ماه‌های فروردین تا اردیبهشت سال تحصیلی ۹۶-۹۷ در این مدارس مشغول تحصیل بودند. به علت عدم دسترسی به تمامی این کودکان و عدم همکاری آن‌ها تعداد ۱۵۰ نفر با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس از دانش‌آموزان نابینا و ناشنوا به عنوان نمونه انتخاب شدند. معیار ورود به این پژوهش دانش‌آموزان ناشنوا، کم‌شنوا بالای ۷۰ دسیبل، نابینا و کم‌بینای شدید مقطع متوسطه اول و دوم و دامنه سنی ۱۶ سال و پایین‌تر بودند و معیار خروج عدم رضایت جهت ادامه همکاری و کسانی که به‌طور ناقص به پرسش‌نامه‌ها پاسخ داده‌اند.

ابزار گردآوری داده شامل سه پرسشنامه استاندارد به شرح زیر بودند:

مقیاس سرمایه‌گذاری بدن: این مقیاس توسط آور باخ و مایکیو لیسر<sup>۱</sup> (۱۹۹۸) ساخته شده است. این پرسشنامه شامل ۴ خرده مقیاس است: الف) تصور، احساس و نگرش فرد در مورد بدن ب) راحتی در لمس کردن ج) مراقبت از بدن و د) محافظت از بدن در قالب ۲۴ گویه است که برای سنجش سرمایه‌گذاری عاطفی کودکان در بدنشان ساخته شده است. به‌ویژه مواردی که مربوط به رفتارهای خود تخریبی می‌شود. شیوه نمره‌گذاری به صورت ۵ درجه‌ای لیکرت (کاملاً مخالف = ۱ تا کاملاً موافق = ۲) می‌باشد. روایی صوری و محتوایی پرسشنامه مورد تأیید اساتید و متخصصین قرار گرفت و پایایی این مقیاس دارای همسانی درونی خوب تا عالی است که با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۷۵ برای تصور از بدن، ۰/۸۵ برای لمس بدن، ۰/۸۶ برای مراقبت از بدن، ۰/۹۲ برای محافظت از بدن به دست آمد. ضریب پایایی پرسشنامه در این پژوهش با استفاده از روش آلفای کرونباخ بر کل پرسشنامه ۰/۸۰۴ به دست آمد و ۰/۸۰۱ برای تصور از بدن، ۰/۷۹۲ برای لمس بدن، ۰/۷۰۵ برای مراقبت از بدن، ۰/۸۰۶ برای محافظت از بدن به دست آمد.

مقیاس عوامل حمایت‌کننده فردی<sup>۲</sup>: این شاخص توسط اسپرینگر و فیلیس (۱۹۹۷) توسعه داده شده است. دارای ۷۱ گویه در ۳ حیطه (تعهد اجتماعی<sup>۳</sup>، توانش فردی<sup>۴</sup> و

1. Orbach & Mikulincer
2. Individual Protective Factors Index
3. Social Bonding
4. Personal Competence

توانش اجتماعی<sup>۱</sup>) و ۱۰ بعد یا زیر مقیاس را مورد نظر قرار می‌دهد. حیطه تعهد اجتماعی دارای سه زیرمقیاس (مدرسه، خانواده و هنجارهای موافق اجتماعی<sup>۲</sup>)، حیطه توانش فردی شامل چهار زیر مقیاس (خودپنداره<sup>۳</sup>، خودکنترلی<sup>۴</sup>، خودکارآمدی<sup>۵</sup> و دیدگاه مثبت<sup>۶</sup>) و حیطه توانش اجتماعی شامل سه زیر مقیاس (جرأت‌ورزی<sup>۷</sup>، اطمینان<sup>۸</sup> و همکاری<sup>۹</sup>) و یک زیر مقیاس اضافه (با ده عبارت) نیز برای بررسی نگرش نوجوانان نسبت به الکل و مواد مخدر در این مقیاس گنجانده شده است. که نوجوانان در یک طیف لیکرت ۵ درجه‌ای (۱= کاملاً مخالفم تا ۵= کاملاً موافقم) به سؤالات پاسخ می‌دهند. این شاخص در آغاز به عنوان ابزاری جهت ارزیابی میزان موفقیت برنامه پیشگیری در نوجوانان و کودکان ۱۰ تا ۱۶ ساله ساخته شد و پس از آن در بسیاری از پژوهش‌های دیگر مورد استفاده قرار گرفت. به‌منظور بررسی ویژگی‌های روانسجی این شاخص، بر روی دو گروه از نوجوانان ۱۰ تا ۱۶ سال و نوجوانان ۱۵ تا ۱۸ ساله آمریکایی اجرا شده و ضریب پایایی این پرسشنامه بطور کلی ۰/۹۳ به دست آمد.

نسخه فارسی شاخص عوامل حمایت‌کننده فردی در پژوهش آگنج، هنرپروران و رفاهی (۱۳۹۰) با کاربرد روش ترجمه - ترجمه وارون تنظیم شده است. روایی محتوایی و صوری نسخه نهایی مورد تأیید استادان متخصص واقع شد. پس از این مرحله گویه‌هایی که با زمینه فرهنگی جامعه ایرانی هماهنگی نداشتند (گویه‌های مربوط به نگرش نوجوانان نسبت به الکل و مواد مخدر)، حذف شدند و در نهایت ابزار مورد نظر با ۶۱ گویه در بین نمونه توزیع و پس از تکمیل، گردآوری شد. در پژوهش آگنج و همکاران (۱۳۹۰) تحلیل عاملی به شیوه مؤلفه‌های اصلی، نشانگر ساختار چهار عاملی توانش شخصی، توانش اجتماعی، تعهد اجتماعی و انسجام اجتماعی بود. ضریب پایایی پرسشنامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۹۶، ۰/۸۲، ۰/۸۶ و ۰/۷۷ به دست آمد. در این پژوهش

1. Social Competence
2. Pro-Social Norms
3. Self-Concept
4. Self-Control
5. Self-Efficacy
6. Positive Outlook
7. assertiveness
8. Confidence
9. Cooperation

نیز روایی صوری و محتوایی پرسشنامه مورد تأیید اساتید و متخصصین روانشناسی واقع شد و پایایی آن با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۸۹۸، عامل توانش فردی، ۰/۸۴۱، توانش اجتماعی ۰/۸۶۶، تعهد اجتماعی، ۰/۸۰۹ و انسجام اجتماعی ۰/۸۲۷ به دست آمد.

مقیاس رفتارهای مقابله‌ای کودکان: این مقیاس در سال ۲۰۰۸ توسط هرنازدر ساخته شده است. شامل ۵۷ سؤال و ۳ زیرمقیاس است که برای ارزیابی رفتارهای کنار آمدن در کودکان و نوجوانان ۱۰ تا ۱۶ سال تهیه شده است. زیر مقیاس اول انحراف از مشکل، زیر مقیاس دوم کنار آمدن با مشکل در جهت بهبود آن، زیر مقیاس سوم کنار آمدن ویرانگر بود. شیوه نمره‌گذاری این پرسشنامه چهار درجه‌ای لیکرت می‌باشد به این معنی که برای پاسخ هرگز عدد ۱، برای پاسخ برخی مواقع عدد ۲، برای پاسخ بیشتر مواقع عدد ۳، برای پاسخ تقریباً همیشه عدد ۴ در نظر گرفته شده است. میزان پایایی برای هر سه عامل و ترکیب آن‌ها به ترتیب برای زیرمقیاس انحراف از مشکل ۰/۹۳، کنار آمدن با مشکل در جهت بهبود آن ۰/۸۸، کنار آمدن با ویرانگر ۰/۸۷ و ترکیب سه عامل ۰/۹۴ به دست آمد (هرنازدر، ۲۰۰۸). در این پژوهش نیز روایی صوری و محتوایی پرسشنامه مورد تأیید اساتید و متخصصین روانشناسی واقع شد و پایایی آن با استفاده از روش آلفای کرونباخ بر کل پرسشنامه ۰/۸۳۱ و برای عامل انحراف از مشکل ۰/۸۱۲، کنار آمدن با مشکل در جهت بهبود آن ۰/۸۴۶ و کنار آمدن ویرانگر ۰/۸۰۳ به دست آمد.

تحلیل نتایج با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۱۹ و در دو سطح توصیفی و استنباطی انجام شد. در سطح آمار توصیفی از آماره‌هایی نظیر فراوانی، درصد، میانگین و انحراف استاندارد استفاده گردید. در سطح آمار استنباطی برای بررسی مقایسه بین دو گروه از تحلیل واریانس دوره و تحلیل واریانس مانوا استفاده شد.

## یافته‌ها

جدول ۱. ویژگی‌های جمعیت شناختی نمونه آماری

ابعاد	فراوانی	درصد فراوانی
جنسیت		
پسر	۵۹	۳۹/۳
دختر	۹۱	۶۰/۷
گروه		
ناشناوا	۵۸	۳۸/۷

۶۱/۷	۹۲	نابینا	سن
۱۹/۳	۲۹	۱۲ سال	
۲۰	۳۰	۱۳ سال	
۲۲/۷	۳۴	۱۴ سال	
۱۶/۶	۲۵	۱۵ سال	
۲۱/۷	۳۲	۱۶ سال	

همان طور که در جدول ۱ مشاهده می شود تعداد پسران ۵۹ و دختران ۹۱ نفر می باشد که از این تعداد ۵۸ نفر ناشنوا و ۹۲ نفر نابینا بودند که در دامنه سنی ۱۲ تا ۱۶ سال قرار داشتند.

جدول ۲. نتایج میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش

مؤلفه ها	جنسیت	تعداد	میانگین / انحراف معیار
سرمایه گذاری عاطفی بدن	پسر	۵۸	۰/۲۹۱±۳/۳۹۹
	دختر	۹۲	۰/۳۷۱±۳/۵۲۰
عوامل حمایت های فردی	پسر	۵۸	۰/۲۴۳±۰/۲/۷۴۴
	دختر	۹۲	۰/۱۸۵±۲/۸۰۸
رفتار کنار آمدن با مشکلات	پسر	۵۸	۰/۳۱۷±۲/۲۴۷
	دختر	۹۲	۰/۳۰۱±۲/۳۶۸

نتایج جدول ۲ آمار توصیفی نشان داد که میانگین نمرات دختران در مؤلفه های سرمایه گذاری عاطفی بدن، عوامل حمایت های فردی و رفتار کنار آمدن با مشکلات بالاتر از میانگین پسران می باشد. با توجه به اینکه سطح معناداری در آزمون برابری واریانس (آزمون لوین) تمام مؤلفه های بیشتر از ۰/۰۵ می باشد نشان دهنده برابری واریانس ها است. بنابراین می توان از آزمون تحلیل واریانس دوره استفاده کرد

جدول ۳. آزمون تحلیل واریانس دوره برای بررسی و مقایسه مؤلفه ها

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	R Squared
سرمایه گذاری عاطفی بدن	جنسیت	۱	۰/۵۲۹	۴/۵۰۷	۰/۰۳۵	۰/۰۳۰
	خطا	۱۷/۳۷۷	۰/۱۱۷			
	کل	۱۸۲۶/۹۳۴	۱۵۰			
عوامل حمایت های	جنسیت	۱	۰/۱۴۱	۳/۸۲۲	۰/۰۵۲	۰/۰۲۵
	خطا	۵/۴۴۱	۰/۰۳۷			
	کل	۱۴۷	۱۴۷			

فردی	کل	۱۱۵۹/۹۰۳	۱۴۹		
رفتار کنار آمدن با مشکلات	جنسیت	۰/۵۲۸	۱	۰/۵۲۸	
	خطا	۱۴/۰۲۴	۱۴۸	۰/۰۹۵	۵/۵۶۸
	کل	۸۲۲/۶۴۵	۱۵۰		۰/۰۳۶

نتایج آزمون تحلیل واریانس دوراهه نشان داد که بین متغیرهای سرمایه‌گذاری عاطفی بدن و رفتار کنار آمدن با مشکلات با توجه به جنسیت آن‌ها تفاوت معناداری وجود دارد ولی بین عوامل حمایت‌های فردی در بین دو گروه تفاوت معناداری وجود ندارد به طوری که میانگین دختران در مؤلفه‌های سرمایه‌گذاری عاطفی و متغیر رفتار کنار آمدن با مشکلات بالاتر از پسران بود.

جدول ۴. آزمون برابری واریانس‌ها لون

متغیر	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معناداری	
توانش فردی	۰/۰۰۴	۱	۱۴۸	۰/۹۵۱	
توانش اجتماعی	۰/۵۴۲	۱	۱۴۸	۳۵۰/۰	عوامل حمایت‌های فردی
تعهد اجتماعی	۰/۰۲۲	۱	۱۴۸	۰/۸۸۳	
انسجام اجتماعی	۱/۵۶۶	۱	۱۴۸	۰/۲۱۳	
انحراف از مشکل	۰/۱۰۵	۱	۱۴۸	۷۴۶/۰	رفتارهای کنار آمدن با مشکلات
کنار آمدن با مشکل	۰/۰۸۹	۱	۱۴۸	۷۶۶/۰	
کنار آمدن ویرانگر	۱/۳۲۰	۱	۱۴۸	۰/۲۵۲	
تصور در مورد بدن	۲/۵۱۹	۱	۱۴۸	۰/۱۱۵	
راحتی در لمس کردن	۲/۶۱۷	۱	۱۴۸	۰/۱۰۸	سرمایه‌گذاری عاطفی در بدن
مراقبت از بدن	۲/۸۲۶	۱	۱۴۸	۰/۰۹۵	
محافظة از بدن	۰/۶۹۰	۱	۱۴۸	۴۰۷/۰	

با توجه به اینکه سطح معناداری در تمام مؤلفه‌های بیشتر از ۰/۰۵ می‌باشد نشان‌دهنده برابری واریانس‌ها است. همچنین از آزمون باکس برای بررسی اینکه آیا داده‌ها فرض همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس را زیر سؤال می‌برد یا خیر استفاده شد که با توجه به سطح معناداری ۰/۲۰۲ که بزرگ‌تر از ۰/۰۵ می‌باشد نتیجه گرفته شد که این فرض زیر سؤال نمی‌رود و بیانگر این است که توزیع فرض همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس رعایت شده است.

جدول ۵. آزمون مانووا برای بررسی و مقایسه مؤلفه‌ها در دو گروه

سطح معناداری	F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات نوع III	متغیر وابسته	
۰/۴۸۱	۰/۴۹۹	۰/۰۳۳	۱	۰/۰۳۳	توانش فردی	
۰/۰۱۲	۶/۵۴۱	۰/۴۲۹	۱	۰/۴۲۹	توانش اجتماعی	عوامل حمایت‌های فردی
۰/۳۵۲	۰/۸۷۲	۰/۰۶۳	۱	۰/۰۶۳	تعهد اجتماعی	
۰/۳۵۰	۰/۸۷۸	۰/۰۸۷	۱	۰/۰۸۷	انسجام اجتماعی	
۰/۶۴۲	۰/۲۱۷	۰/۰۱۸	۱	۰/۰۱۸	انحراف از مشکل	
۰/۱۰۲	۲/۷۰۸	۰/۳۲۵	۱	۰/۳۲۵	کنار آمدن با مشکل	رفتارهای کنار آمدن با مشکلات
۰/۰۱۹	۵/۶۵۰	۰/۱۹۶	۱	۱/۱۹۶	کنار آمدن ویرانگر	
۰/۰۳۲	۴/۶۷۵	۱/۴۱۸	۱	۱/۴۱۸	تصور در مورد بدن	
۰/۶۲۰	۰/۲۴۷	۰/۰۹۸	۱	۰/۰۹۸	راحتی در لمس کردن	سرمایه گذاری عاطفی در بدن
۰/۵۴۸	۰/۳۶۳	۰/۰۷۸	۱	۰/۰۷۸	مراقبت از بدن	
۰/۹۲۲	۰/۰۱۰	۰/۰۰۵	۱	۰/۰۰۵	محافظت از بدن	

با توجه به جدول ۵ سطح معناداری در متغیرهای توانش فردی ( $p=۰/۴۸۱$ )، تعهد اجتماعی ( $p=۰/۳۵۲$ )، انسجام اجتماعی ( $p=۰/۳۵۰$ )، انحراف از مشکل ( $p=۰/۶۴۲$ )، کنار آمدن با مشکل ( $p=۰/۱۰۲$ )، راحتی در لمس کردن ( $p=۰/۶۲۰$ )، مراقبت از بدن ( $p=۰/۵۴۸$ ) و محافظت از بدن ( $p=۰/۹۲۲$ ) بزرگ‌تر از  $(p>۰/۰۵)$  می‌باشد بنابراین بین دو گروه در این زیرمقیاس‌ها تفاوت معناداری وجود ندارد. تنها در زیرمقیاس تصور و احساس در مورد بدن ( $p=۰/۰۳۲$ )، کنار آمدن ویرانگر ( $p=۰/۰۱۹$ ) و توانش اجتماعی ( $p=۰/۰۱۲$ ) تفاوت معناداری وجود دارد.

### بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر مقایسه سرمایه‌گذاری عاطفی در بدن، رفتارهای کنار آمدن با مشکلات و عوامل حمایتی فردی در میان کودکان نابینا و ناشنوا شهر تبریز بود. نتایج آزمون تحلیل واریانس دوراهه نشان داد که بین متغیرهای سرمایه‌گذاری عاطفی بدن و رفتار کنار آمدن با مشکلات با توجه به جنسیت آن‌ها تفاوت معناداری وجود دارد ولی بین عوامل حمایت‌های فردی در بین دو گروه تفاوت معناداری وجود ندارد. میانگین دختران در مؤلفه‌های سرمایه‌گذاری عاطفی و متغیر رفتار کنار آمدن با مشکلات بالاتر از پسران بود.

در تبیین این یافته‌ها باید عنوان داشت دختران و پسران راهبردهای متفاوتی را در برابر استرس تجربه می‌کنند و دختران نسبت به پسران بیشتر به دنبال راهبرد مقابله‌ای و کنار آمدن با مشکلات در جهت بهبود هستند و در رؤیا رویی با مشکلات خود، کوشش در پیدا کردن راه‌حل دارند و می‌خواهند خودشان مشکل را حل کنند. از سویی دیگر می‌تواند نشان‌دهنده تنهایی آنان در رویارویی با مشکلات باشد. یکی دیگر از دلایل تفاوت بین دختران و پسران در رفتار کنار آمدن با مشکلات این است که پسران بیشتر از دختران به تجارب عاطفی خود توجه نشان می‌دهند و بیشتر از آنان بر غم و ناراحتی خود متمرکز می‌شوند و برای مقابله با آن از راهبردهای غیر انطباقی سود می‌جویند (گارفسکی، تیردس کرایج و همکاران، ۲۰۰۴). پژوهشگران ارزیابی شناختی بر این باورند که فرایندهای ارزیابی شناختی، پاسخ‌های ذهنی و رفتاری نسبت به موقعیت استرس‌زا را پیش‌بینی می‌کند (رنجبرنوشری و همکاران، ۱۳۹۲). بنابراین، در تبیین تفاوت دو گروه در راهبردهای مقابله‌ای می‌توان ذکر کرد که دختران هنگام برخورد با یک استرس‌زای محیطی به‌جای استفاده از راهبردهای کنار آمدن با موقعیت مشکل‌دار، در انتخاب سبک و الگوی مقابله‌ای مناسب ناتوان هستند. بنابراین آموزش راهبردهای مقابله‌ای مناسب به دختران می‌تواند منجر به بهبود حل مسئله و کاهش تنش افراد شود و در نتیجه افراد بهتر بتوانند منبع استرس را شناسایی کرده و حل کنند. عوامل زیادی می‌تواند بر راهبرد کنار آمدن با مشکلات تأثیرگذار باشد یکی از این عوامل هوش هیجانی است چرا که ثابت شده است که افرادی که هوش هیجانی بالایی دارند در مقابله با استرس از موفقیت بیشتری



برخوردارند زیرا این افراد حالات هیجانی خود را به‌طور دقیق ارزیابی می‌کنند و می‌دانند که چگونه و در چه زمانی احساسات خود را بیان کنند و به‌طور مؤثری حالات خلقی خود را تنظیم کنند (سپهریان آذر، ۱۳۸۶). همچنین می‌توان گفت که سازگاری مسئله‌ای است که مختص انسان نمی‌باشد و هر موجود زنده‌ای به فراخور وجود خود و به اقتضای طبیعت و مرحله تکاملی که به آن دست یافته، ناچار است به طریقی که تضمین‌کننده حیات و بقای اوست خود را با محیط پیرامون سازگار نماید (فتحی، رضاپور و یاقوتی آذر، ۱۳۸۹). بدین منظور انسان به عنوان موجودی اجتماعی همواره درصدد کسب مهارت‌هایی جهت تسهیل ارتباط خود با دیگران بوده تا به این ترتیب به سازگاری با محیط نائل شود. سازگاری، تمایل ذاتی روان‌شناختی برای کنار آمدن با چالش‌های زندگی (مری بسیل<sup>۱</sup>، ۲۰۱۱) و جریانی پویاست که به پاسخ فرد نسبت به محیط و تغییراتی که در آن رخ می‌دهد اشاره دارد. سازگاری موجب تسلط فرد بر محیط اطراف شده و از طریق هماهنگی ساختن افراد با تغییرات روزمره باعث می‌شود که فرد بتواند زندگی‌اش را در صلح و آرامش سپری کند. فرد سازگار از سلامت روان، مهارت‌های اجتماعی و قدرت انطباق با محیط برخوردار است (هومن، کوشکی و قاسمی، ۱۳۸۹). لذا در تبیین نتیجه این پژوهش می‌توان رشد اجتماعی زنان، اجتناب از تنهایی و انزوا، تمایل به کسب مقبولیت اجتماعی و تمایل آنان به برقراری ارتباط نزدیک و صمیمی با دوستان و خانواده به‌منظور کسب حمایت آن‌ها از جمله عوامل مؤثر بر سازگاری و کنار آمدن با مشکلات بیشتر دختران نسبت به پسران دانست.

بخش دوم نتایج نشان داد که بین دختران و پسران در زمینه سرمایه‌گذاری عاطفی بدن (جهت‌گیری ظاهر) تفاوت معناداری وجود دارد و میانگین سرمایه‌گذاری بدن دختران بیشتر از پسران بود به این معنی که زنان به اینکه ظاهرشان به نظر دیگران چگونه ارزیابی می‌شود و چگونه به نظر می‌رسد اهمیت بیشتری می‌دهند. زنان توجه زیادی به ظاهرشان به‌ویژه صورتشان دارند و وقت زیادی را صرف آراستن خود می‌کنند و شاید به خاطر همین سرمایه‌گذاری بیشتر بر بدن است که زنان جوان، رضایتمندی بالاتری از بدنشان نسبت به هم‌تایان مرد گزارش نموده‌اند. در این مورد تفاوت فرهنگی قابل‌مشاهده است بدین معنی که بر طبق نتایج پژوهشات انجام شده در جوامع غربی زنان گرچه

---

1. Mary Basil

سرمایه‌گذاری بیشتری بر روی بدنشان انجام می‌دهند با این حال رضایتمندی کمتری از بدنشان گزارش کرده‌اند (هارگویز و تیگه مان، ۲۰۰۶). شاید مهم‌ترین دلیل این تفاوت فرهنگی مربوط به انتظارات اجتماعی شدید راجع به بدن ایدئال برای زنان و نیز درونی کردن آن توسط زنان و دختران در جوامع غربی باشد که باعث می‌شود حتی با مقادیر بالای سرمایه‌گذاری بدن هنوز آنان احساس کنند که بین بدن واقعی و بدن ایده‌آل‌شان فاصله وجود دارد و نتیجه این ارزیابی، بالاتر بودن میزان نارضایتی از تصویر بدن، علی‌رغم سرمایه‌گذاری زیاد بر روی بدن می‌باشد.

همچنین زنان بدن خود را به عنوان سرمایه، نقاب، جایگاه هویت و جایگاه کسب لذت و آرامش ادراک کردند؛ بنابراین، راهبردهایی که برای کنش در پیش گرفتند نیز اولویت ظاهر، توجه وسواس گونه به ظاهر، توجه به واکنش‌ها و رفتارهای دیگران را شامل می‌شود. زنان، زیبایی ظاهر را اولویت قرار می‌دهند که این امر، توجه وسواس گونه نسبت به بدن را باعث می‌شود. ادراک زنان از عوامل اجتماعی و فرهنگی مانند هنجارها، جامعه‌پذیری و رسانه تأثیر گرفته است در نتیجه واکنش‌ها و رفتارهای دیگران در کنش‌های روزمره برای آن‌ها اهمیت دارد و سعی می‌کنند بدن خود را در ارتباط با کنش‌های اطرافیان تنظیم کنند. ریاحی (۱۳۹۱) نشان داد متغیرهای سرمایه‌گذاری بدن، شرم از بدن، پایش بدن و عزت نفس به‌طور معناداری با رضایت‌مندی از تصویر بدن ارتباط دارند. همچنین، تفاوت‌های جنسیتی معناداری در تأثیرگذاری متغیر شرم از بدن مشاهده شد یعنی علاوه بر سرمایه‌گذاری بدن و عزت نفس، متغیر شرم از بدن بخشی از متغیر خودشیء‌انگاری، پیش‌بینی کننده میزان رضایت‌مندی از بدن در بین زنان (نه مردان) بوده است که نشان‌دهنده اثرات شدیدتر انتظارات اجتماعی راجع به بدن ایده‌آل روی زنان و درونی کردن آن در مقایسه با مردان است. یکی دیگر از دلایل این تفاوت می‌تواند این باشد که امروزه برای بسیاری از زنان، بدن مانند سرمایه عمل می‌کند. این نوع ادراک از بدن حاصل تفکری عقلانی است کودک در فرایند جامعه‌پذیری درمی‌یابد که بدنش سرمایه محسوب می‌شود. زن‌ها از سرمایه بدنی برای رسیدن به مقاصدشان استفاده می‌کنند. زنان از بدن به عنوان سرمایه در زمینه‌های ازدواج و کسب موفقیت اقتصادی و اجتماعی استفاده می‌کنند. زنان بیش از هر زمان دیگری تلاش می‌کنند تا به موفقیت‌های اقتصادی و اجتماعی

دست یابند. آن‌ها تلاش می‌کنند تا تحصیل کنند و شرایط شغلی و مالی مناسبی به دست آورند. بنابراین با خروج زنان از منزل برای کسب موقعیت اجتماعی بهتر، بر بدن، آراستگی و زیبایی آن‌ها تأکید بیشتری می‌شود. در واقع در استفاده از بدن خود به عنوان سرمایه اقتصادی و اجتماعی مسئله دیگری که به آن توجه می‌شود بحث فردی و شخصی بودن این موفقیت‌ها است. در واقع برای رشد فردگرایی در جامعه و ارزش یافتن موفقیت‌های فردی، زنان نیز در تلاش هستند به این موفقیت‌ها دست یابند که در این راه از بدن خود نیز استفاده می‌کنند.

همچنین نتایج دیگر پژوهش نشان داد که در مقیاس سرمایه گذاری بدن فقط در خرده مقیاس تصور و احساس در مورد بدن میانگین دانش آموزان نابینا و ناشنوا تفاوت معنی‌داری وجود دارد. به عبارت دیگر دانش آموزان نابینا نسبت به دانش آموزان ناشنوا تصور و احساس در مورد بدن بهتری برخوردارند. این نتایج همسو با نتایج پژوهش‌های پاشا و همکاران (۱۳۸۷)، فریزن و هولم کویست<sup>۱</sup> (۲۰۱۰)، اسدی، رضایی و ترابی (۱۳۸۸)، امینی، افروز، شریفی درآمدی و هومن (۱۳۹۱)، هالدر و داتا<sup>۲</sup> (۲۰۱۲)، سوسیک، گیلر و استاینگر<sup>۳</sup> (۲۰۰۸) است. کودکان نابینا و ناشنوا اگرچه به اختلالات حسی دچار هستند، ولی وضعیت روانی آنان متفاوت است و هرکدام عوارض روانی مخصوص به خود را دارند با آنکه جامعه به اختلالات شنوایی کمتر از اختلالات بینایی اهمیت می‌دهد. با این حال، آثار روانی مبتلایان به اختلالات شنوایی به مراتب بیشتر از آثار روانی مبتلایان به اختلالات بینایی است. کودکان ناشنوا بیشتر در معرض اختلالات روانی قرار دارند و حتی ثابت شده که خودکشی در ناشنویان به مراتب بیشتر از نابینایان است. در زمینه فردی موجب انزوای، بدبینی و در زمینه تحصیلی موجب تنبلی غیرواقعی و عقب‌افتادگی‌های کاذب تحصیلی می‌شود. همچنین طبق نتایج پژوهشات، نوجوانی دوره‌ای است که در طی آن اهمیت به ظاهر فیزیکی، پیش شرط خوبی برای تأیید اجتماعی از سوی همسالان است (ورثیم و پاکستن، ۲۰۱۱). اما نارضایتی از بدن سبب تجربه افکار منفی و عدم اعتماد به نفس در فرد می‌شود (دیتمار، ۲۰۰۸) و پیامدهایی چون اضطراب، افسردگی، انزوای اجتماعی، اختلالات روانی، تضعیف خودپنداره و عزت نفس را در پی دارد و در نهایت

1. Frisén & Holmqvist

2. Halder & Datta

3. Sosic, Gieler & Stangier

منجر به مسائلی نظیر کم‌اشتهایی، پراشتهایی روانی، تغییر نامتعادل وزن، اختلال در خواب، فقدان نیرو و آشفتگی روانی می‌شود که همگی نشانگان اختلال در سلامت عمومی را نشان می‌دهد (پاشا و همکاران، ۱۳۸۷). از طرفی نوجوانانی که از بدن خود راضی هستند سطوح بالاتری از اعتماد به نفس را تجربه می‌کنند و به‌طور کلی احساس مثبت و خوب بودن را دارند (مارخام، تامپسون و بلوینگ<sup>۱</sup>، ۲۰۰۵؛ کلسای، هازل و وامبولدت<sup>۲</sup>، ۲۰۰۵) در واقع می‌توان گفت ظاهر یکی از بخش‌های بسیار مهم خودپنداره محسوب می‌شود (رقیبی و میناخانی، ۱۳۹۰). چرا که بدن قابل مشاهده‌ترین قسمت خود و خودآگاهی فرد است (کش، ۲۰۰۴). آگاهی فرد معلول نسبت به بدن خود و تصویر ذهنی که نسبت به آن دارد در شکل‌گیری خودآگاهی تأثیر مهمی دارد. بعد از تشکیل خودآگاهی و شناخت تصویر ذهنی از بدن، فرد معلول یا نسبت به خود احساس مطلوبی دارد که در این صورت فرد دارای حرمت نفس و احترام و ارزش نسبت به خود است و معلولیت خود را تنها یک محدودیت می‌داند و یا احساس حقارت و نامطلوبی نسبت به خود دارد که در این صورت فرد، معلولیتش را یک نقص جدی می‌داند و از انظار مخفی می‌کند. مطالعه فریزن و هولم کویست (۲۰۱۰) نشان داد افرادی که از ظاهر خود رضایت کافی دارند، بدن خود را به‌صورت کارآمدتر درک می‌کنند و نقایص بدنی خود را می‌پذیرند. اسدی و همکاران (۱۳۸۸) در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که جرأت‌ورزی در افراد نابینا کمتر از افراد بینا است و نابینایان افسردگی، اضطراب و فشار روانی بالاتری نسبت به افراد بینا دارند. هالدر و داتا (۲۰۱۲) دریافتند که افراد مبتلا به اختلال بینایی رضایت کمتری از بدن خود نسبت به جمعیت عمومی و همسالان دارند که احتمالاً دلیل آن نقص در بینایی است. امینی و همکاران (۱۳۹۱) در پژوهش خود به این نتیجه دست یافتند که تفاوت معناداری در اضطراب، پرخاشگری، افسردگی و سازش نیافتگی در دو گروه (ناشنوا و عادی) مشاهده می‌شود. آسیب‌های بینایی می‌تواند موجب بروز مشکلاتی در ارتباط و تعاملات روزمره فرد مبتلا شود و او را بیشتر در معرض فشارهای عصبی، احساس ناایمنی و اضطراب قرار دهد. الگوهای رفتاری افراد نابینا و افراد بینا شباهت زیادی به هم دارد. از این رو می‌توان گفت که عامل محرومیت حسی بر روند عوامل چندگانه شخصیت، مهارت‌های مقابله‌ای،

1 Markham, Thompson & Blowing

2 Kelsay, Hazel & Wamboldt

نهایتاً سطح اضطراب اجتماعی اثرگذار است. افراد نابینا به دلیل محرومیت حسی که دارند نسبت به افراد بینا اضطراب اجتماعی بیشتری دارند و کمتر با دیگران ارتباط برقرار می‌کنند (سوسیک و همکاران، ۲۰۰۸). همچنین این افراد در مقایسه با افراد بهنجار رضایت کمتری از تصویر بدنی خود دارند (هالدر و داتا، ۲۰۱۲). به‌طور کلی می‌توان گفت که افراد نابینا به دلیل اینکه با محیط ارتباط دیداری ندارند و نمی‌توانند محیط و اطراف خود را ببینند همواره با یک ترس و اضطراب از اینکه با شیء یا جسمی برخورد داشته باشند دست‌وپنجه نرم می‌کنند بنابراین همواره به محافظت از بدن خود از آسیب‌دیدگی اهمیت بیشتری می‌دهند. کودکان با مشکلات حسی با توجه به سطح ارتباط‌های کمتری که با دیگران و محیط اطرافشان برقرار می‌کنند، نمی‌توانند تصویر درستی از بدن خود داشته باشند و معمولاً عزت و اعتماد به نفس پایین‌تری نسبت به سایر همسالان خود دارند. لذا پیشنهاد می‌شود مدارس و خانواده‌ها، مربیان آموزشی با فراهم آوردن محیط‌های تفریحی سالم برای ناشنوایان، آموزش آن‌ها در خصوص بدن و اهمیت آن، حمایت اجتماعی از آن‌ها، بهبود کیفیت زندگی آن‌ها، تقویت حس ارزشمندی در آن‌ها، افزایش اعتماد به نفس و ایجاد صمیمیت عاطفی در آن‌ها و از همه مهم‌تر جامعه‌پذیر کردن آن‌ها و نگرش آن‌ها نسبت به بدن خود را بهبود ببخشند.

بخش دیگری از نتایج این پژوهش نشان داد که در مقیاس کنار آمدن با مشکل فقط در خرده مقیاس کنار آمدن ویرانگر تفاوت معناداری بین دانش‌آموزان نابینا و ناشنوا وجود دارد و دانش‌آموزان ناشنوا نسبت به دانش‌آموزان نابینا میانگین بالاتری داشتند. این نتیجه با یافته‌های رستم اوغلی، طالبی جویباری و پرزور (۱۳۹۴)، قریب (۱۳۹۴)، آلما، واندر می، فیستما<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۱۱)، شید<sup>۲</sup> (۲۰۰۶)، واترز و کنورز<sup>۳</sup> (۲۰۰۷)، کارتر و فلد<sup>۴</sup> (۲۰۰۴)، چن و کریو<sup>۵</sup> (۲۰۰۹)، آزاب، کمال و عبدالرحمان<sup>۶</sup> (۲۰۱۵) همسو است.

1. Alma, VanderMei, Feitsma et al
2. Shield
3. Wauters & Knoors
4. Carter & Feld
5. Chen & Crewe
6. Azab, Kamel & Abdelrhman

کنار آمدن و سازگاری با محیط اجتماعی مستلزم مجموعه‌ای از مهارت‌های حل مسئله بین شخصی است که نمی‌توان آن‌ها را به وسیله آزمون‌های رایج هوش یا آزمون‌های شخصیت اندازه‌گیری کرد. حل مسئله بر یک فرآیند رفتاری - شناختی دلالت دارد که پاسخ‌های بالقوه مؤثر در طیف وسیعی از موقعیت‌ها تعریف کرد. از نظر هرماندز (۲۰۰۸)، کودکان و نوجوانان با افزایش سن به‌طور سازش بافته‌تری مهارت‌های کنار آمدن را می‌آموزند و بیشتر وادار خواهند بود که راهبردهای کنار آمدن را در موقعیت‌های ویژه دنبال کنند. بنابراین می‌توانند بین مهارت‌های شناختی و رفتاری که مناسب می‌دانند نوسان داشته باشند (هرماندز، ۲۰۰۸). نتایج به دست آمده از پژوهش امینی و همکاران (۱۳۹۱) نشان داد که کودکان ناشنوا در مقیاس‌های اصلی از قبیل اضطراب، پرخاشگری، افسردگی، تکانش‌گری و سازش نایافتگی نسبت به کودکان عادی دارای تفاوت معناداری می‌باشند. از آنجایی که کودکان ناشنوا معمولاً سبک مقابله‌ای ویرانگری بیشتری نسبت به نابینایان داشتند می‌توان گفت که نافرمانی مقابله‌ای اختلال رفتاری است که با فوران خشم، قانون‌شکنی یا سرپیچی هدفمند و بحث‌و جدل مشخص می‌شود. این اختلال که در پسرها بیش از دختران اثر می‌گذارد معمول‌ترین اختلال رفتاری اوان و میانه‌ی کودکی است. به نظر می‌رسد شیوع این اختلال میان کودکان ناشنوا بالاتر باشد، اما این شیوع با این حقیقت که هم‌پوشانی زیادی بین رفتارهای مرتبط با اختلال نافرمانی مقابله‌ای و رفتارهای نارسایی توجه/ بیش‌فعالی، اختلال طیف درخودماندگی، اضطراب و افسردگی وجود دارد، پیچیده‌تر می‌شود. فوران خشم در کودکان و نوجوانان، بخش هنجار رشد است، اما در کودکان دارای اختلال نافرمانی مقابله‌ای شدیدتر، مکررتر و طولانی‌تر است. اگرچه کودکان ناشنوا ممکن است اختلال نافرمانی مقابله‌ای داشته باشند، بسیاری به دلیل ناکامی ناشی از این که نمی‌توانند به‌طور مؤثری ارتباط برقرار کنند دچار فوران خشم هستند (ابراهیمی و بهنوئی‌گدنه، ۱۳۸۹). در پژوهش آلما و همکاران (۲۰۱۱) نتایج نشان داد بین ویژگی‌های مرتبط با آسیب بینایی از قبیل شدت و طول مدت آسیب با احساس تنهایی رابطه وجود دارد. در پژوهش شید (۲۰۰۶) میزان احساس تنهایی در افراد با آسیب شنوایی، ۲۴ درصد در مقابل ۱۴ درصد در افراد عادی گزارش شده است. واترز و کنورز (۲۰۰۷) گزارش کرده‌اند که افراد با آسیب شنوایی در مقایسه با هم‌تایان شنوای خود عموماً تعداد دوستان کمتری دارند و احساس طرد شدن و مورد بی‌توجهی قرار گرفتن از طرف

همسالان در آن‌ها بیشتر است که به تدریج زمینه منزوی شدن و احساس تنهایی را در آن‌ها فراهم می‌کند. از سویی دیگر، افراد با آسیب‌های شنوایی و بینایی در مقایسه با افراد عادی در معرض برجسب‌های اجتماعی منفی بیشتری قرار دارند که تأثیر نامطلوبی بر رشد شایستگی اجتماعی‌شان خواهد گذاشت (کارتر و فلد، ۲۰۰۴). همچنین، افراد مبتلا به آسیب‌های شنوایی در مهارت خود ابرازگری نسبت به هم‌تایان عادی خود تحت فشار بیشتری قرار دارند (چن و کریو، ۲۰۰۹). در پژوهش آزاب و همکاران (۲۰۱۵) که در کشور مصر انجام گرفت مشخص شد که افراد با آسیب شنوایی در مقایسه با افراد دارای شنوایی بهنجار، مشکلات هیجانی و اجتماعی بیشتری را تجربه می‌کنند. قریب (۱۳۹۴) در پژوهشی نشان داد بین دانش‌آموزان نابینا و ناشنوا از نظر سازگاری کلی و از نظر سازگاری هیجانی و سازگاری تحصیلی تفاوت معناداری وجود دارد به طوری که دانش‌آموزان نابینا نسبت به دانش‌آموزان ناشنوا در سازگاری هیجانی نمرات بالاتری را کسب کردند ولی در سازگاری تحصیلی دانش‌آموزان ناشنوا نسبت به دانش‌آموزان نابینا نمرات بالاتری را کسب کردند ولی در بین دانش‌آموزان نابینا و ناشنوا در مدارس ویژه و تلفیقی از نظر سازگاری کلی و از نظر سازگاری هیجانی، اجتماعی و تحصیلی تفاوت معناداری مشاهده نشد. همچنین تعامل بین متغیرهای نوع آسیب‌دیدگی (نابینا، ناشنوا) و نوع مدرسه (ویژه، تلفیقی) معنادار نبود. در مطالعه‌ای رستم اوغلی و همکاران، (۱۳۹۴) به این نتیجه رسیده‌اند که دانش‌آموزان مبتلا به ناتوانی یادگیری و نابینا، در اسناد درونی - بیرونی، اسناد کلی - اختصاصی و تاب‌آوری با دانش‌آموزان عادی تفاوت معناداری دارند. در پژوهش مدرس مقدم و حاتمی (۱۳۹۳) مقایسه میانگین نمرات سازگاری اجتماعی دانش‌آموزان بینایان و نابینایان نشان داد که تفاوت معنی‌داری بین بینایان و نابینایان از لحاظ آماری وجود ندارد. نتایج میانگین سازگاری اجتماعی بین دختران نابینا و پسران نابینا از نظر آماری معنی‌دار نبود. مهارت‌های ارتباطی ضعیف به‌ویژه با همسالان ممکن است به مشکلات همراه با احساس همدلی و حل مسئله‌ی اجتماعی، نبود مهارت‌های موردنیاز برای پرداختن به موقعیت‌هایی که کودک ناشنوا ممکن است احساس کند فراموش کرده، بد فهمیده یا احمقانه رفتار کرده، منجر شود. همچنین در خلال سال‌های آغازین کودکی، وقتی والدین کودکان ناشنوا در نتیجه‌ی مشکلات ارتباطی ناشی از نداشتن زبان روان مشترک، احتمالاً بیشتر از تنبیه بدنی استفاده کرده باشند الگوسازی رفتارهای پرخاشگرانه می‌تواند درون

بافت خانواده رخ دهد. بطور کلی می‌توان اذعان داشت فوران خشم در کودکان و نوجوانان بخش هنجار رشد است اما در کودکان ناشنوا به دلیل اینکه با مشکل شنوایی نمی‌توانند به راحتی با دیگران ارتباط برقرار کنند شدیدتر است به عبارتی به دلیل ناکامی ناشی از این که نمی‌توانند به‌طور مؤثری ارتباط برقرار کنند به جای کنار آمدن منطقی با مشکل، دچار فوران خشم هستند. ناتوانی در تنظیم هیجان می‌تواند عامل مهمی در ایجاد اختلالات اضطرابی باشد. ادراک کنترل اضطراب نقش بسزایی در تداوم اختلال دارد. افراد دچار مشکلات هیجانی پاسخ‌های مقابله‌ای ناسازگار بیشتری از خود نشان می‌دهند (تورتلا فیلو، بال و ساشی<sup>۱</sup>، ۲۰۱۰). بنابراین پیشنهاد می‌شود با آموزش‌های کنترل هیجان توسط مربیان مدارس و خانواده‌ها زمینه‌های بروز عصبانیت دانش‌آموزان بخصوص ناشنویان را کاهش دهند. آموزش کنترل هیجان این امکان را برای کودکان و نوجوانان فراهم می‌آورد تا مشکلات موجود را با اولیای خود در خانه و مدرسه در میان بگذارند و پیش از بروز عصبانیت، توجه آنان را به‌سوی مسئله جلب کند. از این رو پدر یا مادری که می‌کوشد قدرت شناخت و کنترل هیجان‌ها را در کودک و نوجوان خود پرورش دهد به حفظ سلامت و بهداشت روان خود نیز کمک می‌کند.

بخش آخر پژوهش نشان داد که در متغیر حمایت‌کننده‌های فردی بین دانش‌آموزان نابینا و ناشنوا فقط در زیر مؤلفه‌ی توانش اجتماعی (جرأت‌ورزی، اطمینان و همکاری) تفاوت معناداری وجود داشت و میانگین گروه ناشنوا در مقایسه با گروه نابینا بیشتر بود به این معنی که عملکرد گروه ناشنوا در جرأت‌ورزی، اطمینان و همکاری بهتر از گروه نابینا بود. جرأت‌ورزی پاسخی است که در جستجوی تعادل مناسبی بین انفعال و پرخاشگری است. مهارت جرأت‌ورزی شامل گرفتن حق خود و ابراز افکار، احساسات و اعتقادات خویش به نحوی مناسب، مستقیم و صادقانه می‌دانند به‌نحوی که حقوق دیگران را پایمال نکند. جرأت‌ورزی به‌واسطه رابطه‌ی مستقیم و نیرومندی که با عزت نفس و خودمختاری دارد قادر است توان‌بخشی این کودکان را در حیطه‌های گوناگون با تحول مواجه سازد. کودکان و افراد نابینا از جمله افرادی هستند که علیرغم برخورداری از توانایی‌های ذهنی و شناختی مناسب، به دلیل فقدان مهارت‌های اجتماعی مناسب با مشکلات روان‌شناختی مختلفی از جمله اضطراب و افسردگی دست‌وپنجه نرم می‌کنند. این افراد به‌طور خواسته

---

1. Tortella-Feliu, Balle & Sesé



و یا ناخواسته از تعاملات اجتماعی کنار می‌روند و این انفعال، آغاز و مقدمه‌ی مشکلات ارتباطی در سال‌های بعد است. بر اساس میزان آسیب‌دیداری ممکن است فاقد مجال و توانایی اکتساب مهارت‌های اجتماعی از راه مشاهده‌ی رفتار سایرین در موقعیت‌های اجتماعی همانند دیگران باشند. افراد دچار آسیب‌های دیداری که مهارت‌های اجتماعی لازم را نیز به دست آورده‌اند هنوز ممکن است در عملکرد مناسب در زمینه‌های بین فردی با مشکل مواجه شوند که این امر می‌تواند ناشی از نشانه‌های ناکامی موقعیتی، فقدان بازخوردهای صادقانه از تعاملات، رفتارهای نامناسب افراد بینا و وجود نگرش‌های منفی در قبال افراد دچار آسیب‌های دیداری در جامعه باشد.

افراد نابینا ممکن است بر اساس تعاملات منفی با افراد بینا، شناخت‌ها و عواطف معیوبی را توسعه دهند که استفاده از این مهارت‌های اجتماعی را در شرایط زندگی واقعی دچار بازداری می‌کند. عدم جرأت‌ورزی نشان‌دهنده‌ی بی‌احترامی و بی‌توجهی شخص به نیازهای خویشان است و در واقع حاوی این پیام است که شخص حاضر است به خاطر پرهیز از گفتگو، به ارتباط خود با دیگران خاتمه دهد و متأسفانه چون این کناره‌گیری با کمترین مخالفت همراه است، راحت‌تر نیز به نظر می‌رسد (کلینکه، ۱۹۹۹، ترجمه محمدخانی، ۱۳۸۶). کناره‌گیری افراد نابینا از دامنه روابط اجتماعی به همان نسبت فرصت‌های لازم برای پرورش مهارت جرأت‌ورزی را از آن‌ها می‌گیرد و این رشد نیافتگی، گرایش آن‌ها را برای کناره‌گیری بیشتر می‌کند. نتایج این پژوهش حاکی از آن است که افراد نابینا در مهارت جرأت‌ورزی پایین‌تر از گروه مقایسه بوده و این تفاوت معنی‌دار است. شهمیر نوری (۱۳۹۲) در پژوهشی نشان داد که از میان عوامل حمایت‌کننده فردی دو عامل توانش فردی و توانش اجتماعی و از میان مؤلفه‌های هوش هیجانی ارزیابی از هیجان‌ات و مهارت‌های اجتماعی در بین نوجوانان کار و خیابان کمتر از نوجوانان عادی است. محمدخانی و نوجوان (۱۳۹۱) در پژوهش خود عنوان می‌دارند که عوامل حمایت‌های فردی در دو گروه دانش‌آموزان ناشنوا و نابینا متفاوت نیست. از آنجا که کناره‌گیری از دامنه‌ی روابط اجتماعی، به راحتی قادر است شخص را از منبع غنی و مهمی از تقویت‌ها و پاداش‌های بین فردی محروم سازد، بروز میزان بالاتر افسردگی و متعاقب آن کاهش عزت نفس در افراد نابینا چندان دور از ذهن نیست. بنابراین زمانی که کودکان در مهارت اجتماعی ضعیف باشند به تبع آن نمی‌توانند به دیگران اطمینان داشته باشند، دوست

ندارند به دیگران کمک کنند، علاقه‌ای به همکاری گروهی نشان نمی‌دهند و در انجام وظایف خود دچار مشکل هستند. لذا می‌توان گفت که کودکان نابینا به دلیل اینکه ارتباط دیداری با دنیای بیرون ندارند و بدون کمک سایرین در انجام کارهای شخصی دچار مشکل می‌شوند و معمولاً وابسته به کمک‌های دیگران هستند، حس جرات‌ورزی مانند سایر افراد در آن‌ها خشکانده شده و این باعث می‌شود به توانایی‌های خود واقف نباشند و به تبع آن دچار افسردگی و اضطراب شوند که این نیز خود باعث عدم اطمینان و عدم همکاری آن‌ها با افراد جامعه می‌شود. به نظر می‌رسد کودکان ناشنوا چون نسبت افراد نابینا در انجام کارهای خود کمتر دچار مشکل هستند و عدم وابستگی آن‌ها به دیگران کمتر از نابینایان است احساس کفایت بیشتری نسبت به این گروه دارند. بنابراین پیشنهاد می‌گردد معلمان، خانواده‌ها و مدارس استثنائی شهر تبریز بر حمایت‌هایی (همچون مشارکت دادن آن‌ها در فعالیت‌های کلاسی و گروهی، دادن مسئولیت‌ها به آن‌ها، کمک به آن‌ها در جهت انجام فعالیت‌ها، کمک به ریسک کردن آن‌ها در انجام فعالیت‌ها) از نابینایان تأکید داشته باشند تا زمینه برای تاب‌آوری، افزایش اعتماد به نفس، خودکارآمدی این افراد را افزایش دهند. پژوهش پیش رو نیز مانند هر پژوهش دیگری خالی از محدودیت نبود که از جمله آن‌ها می‌توان گفت این پژوهش فقط در میان نابینان و ناشنویان شهر تبریز بود، بنابراین در تعمیم آن به سایر جوامع باید احتیاط لازم را داشت همچنین محدودیت‌های مثل عدم کنترل متغیرهای مزاحم و مداخله‌گر و عدم تفکیک میزان و سطح‌بندی میزان ناشنوایی و نابینایی دانش‌آموزان در این پژوهش وجود داشت که پژوهشگران آینده لازم است این محدودیت‌ها را در نظر داشته باشند.

### منابع

ابراهیمی، ق؛ بهنوئی گدنه، ع. (۱۳۸۹). سرمایه‌ی فرهنگی، مدیریت ظاهر و جوانان (مطالعه‌ی دختران و پسران شهر بابلسر). *مجله زن در توسعه و سیاست*، ۸ (۳)، ۱۷۶-

۱۵۳.

اسدی، ج؛ رضایی، ر؛ ترابی، آ. (۱۳۸۸). بررسی و مقایسه جرات‌ورزی، اضطراب، افسردگی و فشار روانی در افراد نابینا و بینا. *مجله تعلیم و تربیت استثنائی*، ۹۳ (۴)،

۳-۱۳.

امینی، د؛ افروز، غ؛ شریفی درآمدی، پ؛ هومن، ح. (۱۳۹۱). شناخت اختلالات و مشکلات هیجانی کودکان ناشنوا با استفاده از تست نقاشی خانه-درخت-آدم و تست آدم در مقایسه با کودکان عادی استان همدان. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات سلامتی درمانی همدان*، ۲۰ (۶۷)، ۴۹-۵۸.

پاشا، غ؛ نادری، ف؛ اکبری، ش. (۱۳۸۷). مقایسه تصویر بدنی، شاخص حجم بدنی، سلامت عمومی و خودپنداره بین افرادی که جراحی زیبایی انجام دادند، افراد متقاضی جراحی زیبایی و افراد عادی شهرستان بهبهان. *(یافته‌های نو در روان‌شناسی روان‌شناسی اجتماعی)*، ۲ (۷)، ۸۰-۶۱.

تاجیک زاده، ف؛ صادقی، ر؛ رئیس کریمیان، ف. (۱۳۹۵). رابطه‌ی ترس از تصویر تن و نشخوار ذهنی در دانشجویان دختر. *مجله علمی علوم پزشکی صدرا*، ۱ (۳)، ۱۹۸-۱۸۹.

رستم اوغلی، ز؛ طالبی جویباری، م؛ پرزور، پ. (۱۳۹۴). مقایسه سبک‌های اسنادی و تاب‌آوری در دانش‌آموزان با اختلال یادگیری خاص، نابینا و عادی، *مجله ناتوانایی و یادگیری*، ۴ (۳)، ۳۹-۵۵.

رقیبی، م؛ میناخانی، غ. (۱۳۹۰). ارتباط مدیریت بدن با تصویر بدنی و خودپنداره. *مجله دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی*، ۱۲ (۴)، ۷۲-۸۱.

ریاحی، م.آ. (۱۳۹۱). بررسی تفاوت‌های جنسیتی در میزان رضایتمندی از تصور از بدن. *فصلنامه زن در توسعه و سیاست*، دوره ۹، ش ۳، ۳۳-۵۰.

رنجیرنوشری، ف؛ محمود علیلو، م؛ اسدی مجره، س؛ قدرتی، ی؛ نجارمبارکی، س. (۱۳۹۲). مقایسه راهبردهای مقابله با استرس، کمال‌گرایی و خودکارآمدی در افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد و افراد بهنجار. *فصلنامه اعتیاد پژوهی سوءمصرف مواد*، ۷ (۲۵)، ۳۹-۵۶.

سپهریان آذر، ف. (۱۳۸۶). *هوش هیجانی از EQ تا IQ*. ارومیه: انتشارات جهاد دانشگاهی واحد آذربایجان غربی.

سیادتیان، ح؛ مستاجران، م؛ قمرانی، آ. (۱۳۹۱). بررسی مقایسه‌ای امید به زندگی و خوشبینی در دانش‌آموزان ناشنوا و نابینا. *نشریه تعلیم و تربیت استثنایی*، ۲۷ (۴)، ۲۶-۱۸.

- شهمیرنوری، پ. (۱۳۹۲). مقایسه عوامل حمایت‌کننده فردی و هوش هیجانی در بین دو گروه نوجوانان کار و خیابان و عادی. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی، دانشکده علوم اجتماعی.
- فتحی، آ؛ رضاپور، ی؛ یاقوتی آذر، ش. (۱۳۸۹). تعیین رابطه بین نیازها بنیادین و حمایت اجتماعی با سازگار اجتماعی. *مطالعات امنیت اجتماعی*، ۷(۱)، ۱۴۶-۱۳۵.
- فرامرزی، س؛ عابدی، م؛ کریمی، م. (۱۳۹۲). رابطه سبک‌های مقابله ای با افسردگی پسران و دختران نوجوان. *مجله پژوهش‌های علوم شناختی و رفتاری*، ۳(۲)، ۳۶-۱۷.
- قائینی، آ؛ موسوی، آ؛ میرزایی، ر؛ ستوده زاده، ص. (۱۳۹۵). رابطه بین علائم افسردگی، هراس اجتماعی و وسواس فکری با اختلال بدشکلی بدن در بین مراجعه کنندگان به کلینیک‌های زیبایی شهر تهران. *مجله علوم پزشکی صدررا*، ۴(۲)، ۱۴۸-۱۳۷.
- قریب، م. (۱۳۹۴). مقایسه سازگاری و خودکارآمدی تحصیلی دانش‌آموزان ناشنوا و نابینا در مدارس ویژه و تلفیقی. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه فردوسی مشهد، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی.
- کلینکه، ک، آ. (۱۹۹۹). *مجموعه‌ی کامل مهارت‌های زندگی*. ترجمه‌ی محمدخانی (۱۳۸۶)، تهران: رسانه تخصصی.
- مدرس مقدم، ع؛ حاتمی، ج. (۱۳۹۳). مقایسه میزان سازگاری اجتماعی در کودکان نابینا و عادی در مدارس ابتدایی شهر مشهد. *طلوع بهداشت یزد*، ۳۱(۱)، ۱۱۴-۱۰۴.
- هومن، ح؛ کوشکی، ش؛ قاسمی، ل. (۱۳۸۹). بررسی عملی بودن، اعتبار، روایی و نرمیابی آزمون پاره تست سازگاری فردی و رابطه آن با سلامت روان در دانش‌آموزان دوره اول دبیرستان. *پژوهش‌ات روانشناختی*، ۲(۸)، ۱۰۲-۸۷.
- Abolghasemi, A., Taklavi Varaniab, S. (2010). "Resilience & Perceived stress: Predictors of life satisfaction in the students of success & Failure". *Procedia social and behavioral Sciences*, 2 (1), 748-752.
- Alma, M. A., VanderMei, S. F., Feitsma, W. N., Groothoff, J. W., Van Tilburg, T. G., Suurmeijer, T. P. B. M. (2011). "Loneliness and self-management abilities in the visually impaired elderly", *Journal of Aging and Health*, 23(5), 843-861.
- Azab, S. N., Kamel, A., Abdelrhman, S. S. (2015). "Correlation between Anxiety Related Emotional Disorders and Language Development in Hearing-Impaired Egyptian Arabic Speaking Children", *Journal of Communication Disorders, Deaf Studies & Hearing Aids*, 3(137), 1-6.

- Britney, D. V., Hernández, A. Z. (2008). Emotional intelligence training & its implications for stress, health & performance", *Stress & Health*, 19(4), 233-239.
- Brittany Cornell, Hernandez. (2008). "*The children's coping behavior questionnaire: development and validation*". A Thesis master of Arts, Louisiana State University and Agricultural and mechanical college, The Department of Psychology.
- Çakarc, F, S., Karayo, S, S. (2015). "The Impact of Body Image and Self-Esteem on Turkish Adolescents' Subjective Well-Being". *Psychology Research*, September, Vol. 5, No. 9, 536-551
- Calderon, R., Greenberg, M. (2011). *Social and emotional development of deaf children: family, school, and program effects*", in: Marschark M, Spencer PE, editors. *Oxford Handbook of Deaf Studies, Language, and Education*. Vol. 1. 2<sup>nd</sup> ed., New York: Oxford University Press; 2011, 188-199.
- Carter, W. C., Feld, S. L. (2004). "Principles relating social regard to size and density of personal networks, with applications to stigma". *Social Networks*, 7 (2), 323-329.
- Cash, T. F. (2011). "Crucial considerations in the assessment of body image", In T. Cash & L. Smolak (Eds.), *Body image: A handbook of science, practice, and prevention* (129-137). New York, NY: Guilford.
- Cash, T. F., Phillips, K. A., Santos, M. T., Hrabosky, J. I. (2004). Measuring "negative body image": validation of the Body Image Disturbance Questionnaire in a nonclinical population" *Body image*, 1(4), 363-372.
- Chen, R. K., Crewe, N. M. (2009). "Life satisfaction among people with progressive disabilities", *Journal of Rehabilitation*, 19 (3), 50-58.
- Chorney, J. M., Torrey, C., Blount, R., McLaren, C.E., Chen, W. P., Kain, Z. N. (2009). "Healthcare provider and parent behavior and children's coping and distress at anesthesia induction", *Anesthesiology*, 111(6), 1290-1296.
- Dittmar, H. (2008). "*Consumer culture, identity and well-being: The search for the material good life and body perfect*", In R. Brown (ed.), *European monograph in social psychology*. East Sussex: Psychology Press.
- Donald, E., Greydanu, s., Roger, W. A. (2011). "The relationship between deliberate self-harm behavior, body dissatisfaction, and suicide in adolescents: current concepts". *J Multidiscip Healthc*, (1) 4, 183-189.
- Frisén, A., Holmqvist, K. (2010). "What characterizes early adolescents with a positive body image? A qualitative investigation of Swedish girls and boys". *Body image*, 7(3), 205-212.
- Garnefski, N., Teerds, J., Kraaij, V., Legerstee, J., Kommer, T. V. D. (2004). "Cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: differences between males and females". *Personality and Individual Differences*, 9(4), 267-276.
- Halder, S., Datta, P. (2012). "An exploration into self-concept: A comparative analysis between the adolescents who are sighted and blind in India". *British Journal of Visual Impairment*, 30(1), 31-41

- Hargreaves, D. A., Tiggemann, M. (2006). Body Image Is for Girls? A Qualitative Study of Boys' Body Image. *Journal of Health Psychology*, 11(4), 567-576.
- Kelsay, K., Hazel, N. A., Wamboldt, M. Z. (2005). "Predictors of body dissatisfaction in boys and girls with asthma", *Journal of Pediatric Psychology*, 30(6), 522-531.
- Keoma, J., Thorne, J. J. W., Andrews, D. (2013). "Relations among Children's Coping Strategies and Anxiety: The Mediating Role of Coping Efficacy". *The Journal of General Psychology*, 140 (3), 115-125.
- Kim, T., Lee, S. M., Yu, K., Lee, S., Puig, A. (2005). "Hope and meaning of life as influences on Korean adolescents' resilience: Implications for counselors". *Asia Pacific Education Review*, 6 (2), 143-52.
- Kirchner, T., Ferrer, L., Forns, M., Zanini, D. (2011). "Self-harm behavior and suicidal ideation among high school students. Gender differences and relationship with coping strategies." *Actas EspPsiquiatr*, 39(4):226-35.
- Konstantinos, P., Katerina, M., Ioannis, A. (2011). "Adaptive behavior of children and adolescents with visual impairments". *Research in Developmental Disabilities*, 32 (3), 1086-1096.
- Maleki-Tabar, A., Khoshkonesh, A., Khodabakhshi-Koolae, A. (2012). "Comparing the self- concept and social adjustment among blind and healthy male students", *Zahedan Journal of Research in Medical Sciences*, 13(1), 32-34.
- Marco, J. H., Cañabate, M., García-Alandete, J., Llorca, G., Real-López, M., Beltrán, M., Pérez, S. (2017). "Body image and nonsuicidal self-injury: Validation of the Body Investment Scale in participants with eating disorders", *Clin Psychol Psychother*. 2017 Sep 18.
- Markham, A., Thompson, T. and Blowing, A. (2005). "Determinants of Body- Image Shame". *Personality and Individual Differences*. 38, 1529-1541.
- Mary Basil, N. (2011). »Ethnic Group, Age and Gender Differences in Social Adjustment of Teenagers in Nigeria«. *International Journal of Psychological Studies*, 3(1);58-68.
- Masten, A. S., Wright, M. (2010). Resilience over the Lifespan: *Developmental Perspectives on Resistance, Recovery*. In: Reich, J. W., Zautra. A. J., Hall, J. S. *Handbook of adult resilience*. The Guilford Press, New York, London, 213-237.
- Mond, J., Van Den Berg, P., Boutelle, K., Hannan, P. (2011). "Obesity, Body Dissatisfaction and Emotional Well-Being in Early and Late Adolescence: Finding from the Project EAT Study." *Journal of Adolescent Health*, 12 (4), 373-378.
- Muehlenkamp, J. J., Brausch, A. M. (2012). "Body image as a mediator of non-suicidal self-injury in adolescents". *Journal of Adolescence*, 9 (3), 1-9.
- Mulvihill, C., Németh, A., Vereecken, C. (2004). "Body image, weight control and body weight. In: Currie et al (Eds): *Young people's health*

- in context*". Health Behaviour in School-aged Children Study (HBSC): international report from the 2001/02 survey. WHO. 120-129.
- Nelson, A., Jennifer J. M. (2012). "Body Attitudes and Objectification in Non-Suicidal Self-Injury: Comparing Males and Females", *Journal Archives of Suicide Research*, 16(1), 1-12.
- Nyman, S. R., Dibb, B., Victor, C. R., & Gosney, M. A. (2012). "Emotional well-being and adjustment to vision loss in later life: a meta-synthesis of qualitative studies". *Disability and Rehabilitation*, 34(12), 971-981.
- O'connell, M. D., Boat, T., Warner, K. E. (2009). "*Preventing mental, emotional and behavioral disorders among young people: progress and possibilities*". DC: national academy press.
- Oktan, V. (2017). Self-Harm Behaviour in Adolescents: Body Image and Self-Esteem. *Journal of Psychologists and Counsellors in Schools*, 27(2), 177-189.
- Pascolini, D., Mariotti, S. P. (2012). "Global estimates of visual impairment: 2010". *British Journal of Ophthalmology*, 95(5): 614-618.
- Pinquart, M., Pfeiffer, J. P. (2014). "Attainment of developmental tasks by adolescents with hearing loss attending special schools", *American Annals of the Deaf*, 40 (3), 257-268.
- Riahi, M., Mohammadi, N., Norozi, R., Malekitabar, M. (2015). The Study of the Relationship between Academic Self-efficacy and Resilience in High School Students. *Academic Journal of Psychological Studies*, 4 (3), 59-65.
- Rutter, M. (2007). "Resilience, competence and coping". *Child Abuse and Neglect*, 31(3), 205-209.
- Sheppard, L., Eiser, C., Kingston, J. (2005). "Mothers, perceptions of children's quality of life following early diagnosis and treatment for retinoblastoma", *Child: Care, Health and Development*, 31(2), 137-142.
- Shield, B. (2006). "*Evaluation of the social and economic costs of hearing impairment*", A Report for *Hear-It AISBL*.
- Smith, C. L., Eisenberg, N., Spinrad, T. L., Chassin, L., Morris, A. S., Kupfer, A., Liew, J., Cumberland, A., Valiente, C., Kwok, O. M. (2006). "Children's coping strategies and coping efficacy: relations to parent socialization, child adjustment, and familial alcoholism", *Development and Psychopathology Journal*, 18(2), 445-69.
- Sosic, Z., Gieler, U., Stangier, U. (2008). "Screening for social phobia in medical in-and outpatients with the German version of the Social Phobia Inventory (SPIN)", *Journal of Anxiety Disorders*, 22(5), 849-59.
- Stefania, D., Róbert, B., Rodica, C., Adrian, B. (2014). "The Mediating Role of Coping Strategies between Achievement Goals and Competitive Anxiety in Elite Sport" A Path Analytic Study, 18(2), 125-132.
- Thorne, K. J., Andrews, J. J., Nordstokke, D. (2013). "Relations among children's coping strategies and anxiety: the mediating role of coping efficacy". *The Journal of General Psychology*, 140(3), 204-223.

- Tonetti, L., Adan, A., Caci, H., Depascalis, V., Fabbri, M., Natale, V. (2010). "Morningness- eveningness preference and sensation seeking", *European Psychiatry*, 25(2), 111-115.
- Tortella-Feliu, M., Balle, M., Sesé, A. (2010). "Relationships between negative affectivity, emotion regulation, anxiety, and depressive symptoms in adolescents as examined through structural equation modeling" *Journal of Anxiety Disorders*, 24 (7), 686-93.
- Wang, C. E., Halvorsen, M., Eisemann, M., Waterloo, K. (2010). "Stability of dysfunctional attitudes and early maladaptive schemas: a 9-year follow-up study of clinically depressed subjects" *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 11 (1), 389-96.
- Wauters, L. N., Knoors, H. E. T. (2007). "Social integration of deaf children in inclusive settings", *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 4(1), 21-36.
- Weon-Hee, M., Myoung-Jin, K., Kil-Soo, C. (2015). Influence of Academic Resilience, Self-Efficacy and Depression on College Life Adjustment in Korea's Nursing College Students". *Indian Journal of Science and Technology*, 8(19), 1-4.
- Wertheim, E. H., Paxton, S. J. (2011). "Body image development in adolescent girls. In T. F. Cash & L. Smolak (Eds.), *Body image: A handbook of science, practice, and prevention*", (76-84.). New York, NY: Guilford.
- White, B., Driver, S., Warren, A. M. (2010). "Resilience and indicators of adjustment during rehabilitation from a spinal cord injury". Department of kinesiology health promotion and recreation. *University of north Texas. Rehabilitation psychology*, 14 (3), 23-32.
- Xuechen, D., Junsheng, L., Robert, J., Coplan, X. Ch., Dan, Li., Biao, S. (2014). "Self-reported shyness in Chinese children: Validation of the Children's Shyness Questionnaire and exploration of its links with adjustment and the role of coping" *Personality and Individual Differences*, 17 (4), 180-185.
- Zina, D. Z. (2016). "*The Relationship between Resilience and Academic Success among Bermuda Foster Care Adolescents*". Dissertation Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of, Doctor of Philosophy. Counseling Psychology.