

اثربخشی مهارت‌های مثبت‌اندیشی بر افزایش شادکامی نوجوانان دختر کم‌شنوا

محمد رستمی^۱، دکتر سیدجلال یونسی^۲، فرزانه بیات‌شهبازی^۳، شفیق مهربان^۴، دکتر گیتا

مولی^۵، دکتر داریوش فرهود^۶ و دکتر کبر بیگلریان^۷

تاریخ دریافت مقاله: ۹۲/۶/۳۰ تاریخ پذیرش مقاله: ۹۲/۸/۴

چکیده

مقدمه: آسیب شنوایی می‌تواند کیفیت زندگی نوجوانان کم‌شنوا را تحت تأثیر قرار دهد و به انزوای اجتماعی و افسردگی منجر شود. هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی آموزش گروهی مهارت‌های مثبت‌اندیشی بر افزایش شادکامی نوجوانان دختر کم‌شنوا بود.

روش: روش پژوهش از نوع آزمایشی (طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل) بود. از میان دانش‌آموزان دختر کم‌شنوای دبیرستانی واقع در جنوب تهران، ۲۴ دختر به روش نمونه‌گیری چندمرحله‌ای انتخاب و به صورت تصادفی در گروه آزمایش و کنترل گماشته شدند. گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه تحت آموزش مهارت‌های مثبت‌اندیشی قرار گرفت. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌ی شادکامی آکسفورد و برای تحلیل داده‌ها از تحلیل کواریانس استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که آموزش مهارت‌های مثبت‌اندیشی بر افزایش شادکامی دختران کم‌شنوا تأثیر معناداری داشته است ($p < 0/01$).

نتیجه‌گیری: آموزش مهارت‌های مثبت‌اندیشی روش مناسبی جهت مداخلات روانشناختی در نوجوانان دختر کم‌شنوا است.

کلیدواژه‌ها: مهارت‌های مثبت‌اندیشی، شادکامی، کم‌شنوایی، نوجوانان

شیوه‌ی ارجاع‌دهی به این مقاله: محمد، رستمی، سیدجلال، بیات‌شهبازی، فرزانه، مهربان، شفیق، مولی، گیتا، فرهود، داریوش، و بیگلریان، اکبر (۱۳۹۲). اثربخشی مهارت‌های مثبت‌اندیشی بر افزایش شادکامی نوجوانان دختر کم‌شنوا. دوفصلنامه‌ی روانشناسی بالینی کودک و نوجوان، ۱(۱): ۴۱-۵۴.

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران

۲. نویسنده‌ی مسئول: استادیار، گروه مشاوره، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران (jounesi@uswr.ac.ir)

۳. کارشناس کودکان استثنائی، دانشگاه تهران

۴. دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران

۵. استادیار، گروه روانشناسی و آموزش کودکان استثنائی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران

۶. استادیار، گروه ژنتیک، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران

۷. استادیار، گروه آمار، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران

مقدمه

از نظر انجمن بین‌المللی ناشنوایی اصلاح «کم‌شنوا» به آن دسته از افرادی اطلاق می‌شود که شنوایی‌شان به حدی نیست که برای پردازش اطلاعات به آن تکیه و از آن استفاده کنند (پاتل^۲؛ ۲۰۱۰). نتایج نشان می‌دهد که ناشنوایی شایع‌ترین نقص حسی عصبی در انسان است و از هر ۱۰۰۰ کودک یک کودک با کم‌شنوایی شدید یا عمیق به دنیا می‌آید. این کودکان در بیش از ۹۰ درصد موارد، از خانواده‌هایی متولد می‌شوند که هیچ تجربه‌ی کم‌شنوایی در خانواده و اعضای آن وجود ندارد. برای بیشتر این خانواده‌ها، فرزندشان نخستین فرد کم‌شنوایی است که تاکنون دیده‌اند (موللی و نعمتی، ۱۳۸۸). تحقیقات نشان می‌دهد که عوامل محیطی و ژنتیکی تقریباً ۵۰ درصد در مشکلات شنوایی نقش دارند (اکبری، تیموری، ابوالقاسمی و خورشیدیان، ۱۳۹۲).

اغلب، نوجوانی را دوره‌ی دشواری از زندگی در نظر می‌گیرند. نوجوانی همچنین زمانی برای گرفتن تصمیمات بزرگ برای آینده است. به علاوه‌ی این مشکلات، در این دوره‌ی حساس، داشتن یک اختلال شنوایی وضعیت را دشوارتر می‌کند (سالی، آرسل و بلگین^۳؛ ۲۰۰۹). تحقیقات نشان می‌دهد که مشکلات سلامت روان در نوجوانان کم‌شنوا ۱/۵ برابر شایع‌تر از نوجوانان بدون مشکل شنوایی است (والکر^۴؛ ۲۰۱۳). نوجوانان کم‌شنوا، ارتباطات ضعیف منجر به سطوح پایینی از دانش هیجانی^۵ و مهارت‌های مقابله‌ای ضعیف می‌شود. از طرفی اختلالات عاطفی، همچون اضطراب، ممکن است در نتیجه عزت نفس پایین و مسائلی مرتبط

¹ National Association For The Deaf

² Patel

³ Sahli, Arslan & Belgin

⁴ Walker

⁵ literacy

با هویت در نوجوانان کم‌شنوا ایجاد شود. شکست تحصیلی و مشکلات ارتباط با گروه همسالان، همچون انزوا نیز می‌تواند مسبب اضطراب در مدرسه باشد. در این میان نقش مهم خانواده را نمی‌توان در اضطراب کودکان کم‌شنوا از نظر دور داشت. مشکلات در خانواده ارتباط مستقیمی با مشکلات ارتباطی دارد که این خود باعث ایجاد دشواری بیشتر در حل مسائل ارتباطی به خاطر ارتباطات ضعیف و کج‌فهمی می‌باشد. در کل، این کودکان اغلب مشکلات فراوانی در بیان و توصیف احساسات و تجارب خود دارند که همین مسأله ممکن است موجب نمایان شدن مشکلات هیجانی به صورت مشکلات رفتاری شود (والکر، ۲۰۱۳).

هرچند پژوهش‌های انگشت‌شماری خصوصاً در ایران در رابطه با مشخصات روان‌شناختی افراد با آسیب شنوایی وجود دارد، اما در سطح کلی و جهانی آنچه که راجع به افراد کم‌شنوا اشاره شده است، افسردگی را در این افراد تأیید کرده است. به عنوان مثال، تنسن، رایف، کوونبرگ، ساد، بریر و فریجنز (۲۰۱۱) نشان دادند که نوجوانان کم‌شنوا، میزان بالاتری از افسردگی را نسبت به نوجوانان شنوا تجربه می‌کنند. همین پژوهشگران مشکلات ارتباطی، تنش‌های خانوادگی و پیش‌داوری‌های اجتماعی را به عنوان عوامل افسردگی و مشکلات رفتاری شدید نوجوانان کم‌شنوا بیان کرده‌اند. به عبارتی، فقدان شنوایی، باعث محرومیت و یا تأخیر در رشد اجتماعی می‌شود و این درحالی است که رشد اجتماعی صحیح، در پروراندن عزت نفس و شادکامی نقش بسزایی دارد.

استوارت، واتسون، کلارک، ایمیر و دیری (۲۰۱۰) بیان می‌دارند که شادکامی^۳ یکی از حوزه‌های شایع تحقیقات روانشناسی مثبت‌نگر^۴ است و اخیراً به

^۱ Theunissen, Rieffe, Kouwenberg, Soede, Briaire & Frijns

^۲ Stewart, Watson, Clark, Ebmeier & Deary

^۳ happiness

^۴ positive psychology

طور وسیع در حوزه‌ی کودک و نوجوان مورد مطالعه قرار گرفته است. آنان معتقدند شادکامی و شادی اصیل، شناسایی و پرورش بنیادی‌ترین قابلیت‌ها و استفاده از آن‌ها در عشق، فرزندپروری و کار روزمره است و همین قابلیت‌ها و فضیلت‌ها، به عنوان حفاظی در مقابل مشکلات و اختلالات روان‌شناختی عمل کرده و می‌تواند کلید رسیدن به بهبودی باشد (استورات و همکاران، ۲۰۱۰). در رابطه با اجزاء و مؤلفه‌های شادکامی، اعتقاد بر این است که شادکامی دارای ۳ مؤلفه‌ی اصلی است: ۱- میزان و درجه‌ی عاطفه‌ی مثبت، ۲- فقدان احساسات منفی همچون افسردگی و اضطراب و ۳- سطح متوسطی از رضایت‌مندی طی یک دوره‌ی خاص از زندگی (استورات و همکاران، ۲۰۱۰). کابو، سلیگمن، پترسون، داینر، ماتيو، زاک، چاپمن و تامسون (۲۰۱۱) معتقدند که نوجوانان در آموزش شادکامی و مثبت‌اندیشی تشویق می‌شوند تا تجربه‌های مثبت و خوب خود را بازشناسند و نقش آن‌ها در افزایش و ارتقای احترام به خود و عزت نفس را دریابند و با این حال، توانایی شناخت جنبه‌های مثبت دیگران را کسب کنند. آنان همچنین می‌آموزند تا در جهان، موضعی فعال اتخاذ کنند و زندگی خود را شخصاً شکل دهند، نه این که هر آنچه بر سرشان می‌آید را به گونه‌ای منفعل بپذیرند.

والکر (۲۰۱۳) اشاره می‌کند که در کار با نوجوانان کم‌شنوا، تمرکز اولیه بر افزایش دانش هیجانی و تنظیم هیجانی اغلب پیش از سایر درمان‌های تخصصی‌تر، لازم و ضروری می‌باشد. خانواده‌درمانی اغلب مفید است درحالی که مداخلات درمان‌شناختی-رفتاری و روش بازپردازش حساسیت حرکات چشم ممکن است در کودکان کم‌شنوا نیاز به تحقیقات بیشتری داشته باشد. در حال حاضر اظهار می‌شود روش‌های درمانی که حالت‌های مثبت ایجاد می‌کنند، در کاهش دادن و

¹ Kobau, Seligman, Peterson, Diener, Matthew, Zack, Chapman & Thompson

². Eye Movement Desensitization Reprocessing

تسکین افسردگی کودکان و نوجوانان مؤثر هستند. برای نمونه، استوارت و همکاران (۲۰۱۰) در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که نوجوانان با سطوح بالای شادکامی، مشکلات هیجانی و رفتاری کمتری را تجربه می‌کنند. همچنین سلیگمن، رشید و پارکس (۲۰۰۷) در پژوهشی با استفاده از روان‌درمانی مثبت‌نگر با جمعیت‌های از نظر بالینی افسرده، دریافتند که شناسایی نیروهای اختصاصی شخص و یافتن راه‌های استفاده از آن‌ها منجر به کاهش و تثبیت افسردگی می‌شود (بورنز، ۲۰۱۰). در پژوهشی دیگر، کابو و همکاران (۲۰۱۱) نشان داده‌اند که می‌توان مهارت‌های لازم برای برخوردار بودن از خوش‌بینی و مثبت‌نگری مبتنی بر واقعیت را به کودکان و نوجوانان آموزش داد و آن‌ها را در برابر مسائل و مشکلات ایمن‌سازی روانی کرد. خدایاری فرد (۱۳۷۹) بیان کرد که درمان مبتنی بر تقویت برداشت‌های مثبت شخصی، به افزایش توصیف‌های مثبت فرد از خود می‌انجامد و موجب افزایش اعتماد به نفس و کاهش افسردگی می‌شود.

با توجه به ماهیت ناتوان‌کننده‌ی مشکلات شنوایی و پایین بودن شاخص‌های سلامت روان در این گروه عظیم که درحقیقت معلولیت پنهانی را تجربه می‌کنند و همچنین عدم وجود مطالعاتی پیرامون شادکامی در افراد ناشنوا، انجام پژوهش درمانی در مورد شادکامی افراد کم‌شنوا بسیار ضروری به نظر می‌رسد. بنابراین این پژوهش، با هدف بررسی اثربخشی آموزش مهارت‌های مثبت‌اندیشی بر افزایش شادکامی نوجوانان دختر کم‌شنوا انجام گرفته است.

روش

روش تحقیق: این پژوهش از نوع مداخله‌ای و به روش تجربی و با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل انجام گرفت. در این پژوهش آموزش

! Seligman, Rashid & parks

? Burns

گروهی مهارت‌های مثبت‌اندیشی به عنوان متغیر مستقل و شادکامی، به عنوان متغیر وابسته در نظر گرفته شد.

شرکت‌کنندگان در پژوهش: جامعه‌ی آماری شامل کل دانش‌آموزان

آموزشگاه‌های مربوط به کم‌شنوایان دختر مقاطع دبیرستان واقع در جنوب تهران در سال تحصیلی ۹۲-۱۳۹۱ بود. نمونه‌ی پژوهش شامل ۲۴ نفر (۱۲ نفر گروه آزمایش و ۱۲ نفر گروه کنترل) از دانش‌آموزان دختر آموزشگاه‌های انتخاب‌شده‌ی جنوب تهران بود که در سه پایه‌ی اول، دوم و سوم دبیرستان با روش نمونه‌گیری چندمرحله‌ای انتخاب شدند و سپس به صورت تصادفی در گروه‌های آزمایش و کنترل جایگزین شدند. لازم به ذکر است انتخاب حجم نمونه براین اساس تعیین گردیده است که در گروه‌های حدود ۱۲ نفر به همراه یک رهبر، فرصت مناسبی را برای تعامل با دیگران و در مقابل حداقل زمان را برای فعالیت‌های فردی و احساس مهم بودن در گروه فراهم می‌کند (کوری و کوری، ۲۰۰۶). ملاک‌های ورود و خروج در این پژوهش عبارتند از:

- ۱- نمره‌ی شادکامی کمتر از ۴۰ در پرسشنامه‌ی شادکامی آکسفورد، ۲- ضریب هوشی در محدوده‌ی ۹۰ تا ۱۱۰، ۳- نداشتن سابقه‌ی بستری در بیمارستان‌های روانی (براساس پرونده‌های مشاوره‌ای)، ۴- نداشتن پرونده‌ی بیماری‌های روانپزشکی و تشخیص سایر اختلالات روانی، ۵- عدم سابقه‌ی سوء مصرف مواد مخدر (براساس پرونده‌های مشاوره‌ای)، ۶- تحت درمان روش‌های اثربخشی دیگر نبودن و ۷- تمایل و رغبت برای شرکت در پژوهش. ملاحظات اخلاقی نیز در این پژوهش شامل: حضور داوطلبانه‌ی اعضا در جلسات برنامه‌ی مشاوره‌ی گروهی، تکمیل نمودن پرسشنامه‌ها با میل و رغبت توسط اعضا، برنامه‌ریزی مناسب برای اجرای جلسات

مشاوره به گونه‌ای که مزاحم تدریس دبیران و برنامه‌های مدرسه نگردد، نگهداری اطلاعات و نام افراد به صورت محرمانه و برگزاری جلسه برای گروه کنترل بعد از اتمام پژوهش.

ابزار گردآوری داده‌ها: در این پژوهش پرسشنامه‌ی زیر برای جمع‌آوری

داده‌ها استفاده شد:

پرسشنامه‌ی شادکامی آکسفورد: این پرسشنامه توسط آرجیل و لو (۱۹۸۹) و بر اساس پرسشنامه‌ی افسردگی بک^۱ ساخته شده است. پرسشنامه‌ی شادکامی آکسفورد شامل ۲۹ گویه است که هر گویه امتیاز بین صفر تا ۳ را دارا می‌باشد. حداقل نمره در این پرسشنامه صفر و حداکثر آن ۸۷ می‌باشد (بیانی، ۲۰۰۸). مؤلفه‌های مورد سنجش این پرسشنامه عبارت‌اند از: رضایت از زندگی، حرمت خود، بهزیستی فاعلی، رضایت خاطر و خلق مثبت. آرجیل و لو (۱۹۸۹) پایایی این پرسشنامه را به کمک ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۰ و پایایی بازآزمایی آن را طی هفت هفته ۰/۷۸ گزارش کرده‌اند. روایی همزمان این پرسشنامه با استفاده از ارزیابی دوستان افراد درباره‌ی آنها ۰/۴۳ محاسبه شده است و اعتبار سازی آن با استفاده از عاطفه‌ی مثبت، خشنودی و عاطفه‌ی منفی به ترتیب ۰/۳۲، ۰/۵۷، ۰/۵۲- گزارش شده است. همبستگی این پرسشنامه با مقیاس عاطفه‌ی مثبت بردابرن ۰/۳۲، با شاخص رضایت از زندگی آرجیل ۰/۵۷ و با پرسشنامه‌ی افسردگی بک ۰/۵۲- محاسبه شده است (آرجیل و لو، ۱۹۸۹؛ به نقل از بیانی، ۲۰۰۸). در پژوهشی در ایران نیز با ۲۵ نفر از دانشجویان، آلفای کرونباخ ۰/۹۳ به دست آمد. همچنین همسانی درونی برای گروه مردان و زنان به ترتیب برابر ۰/۹۴ و ۰/۹۰ و پایایی بازآزمایی پس از ۷ هفته ۰/۷۸ به دست آمد (بیانی، ۲۰۰۸).

^۱ Argyle & LU

^۲ Beck Depression Inventory

روش مداخله: گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه (هر هفته دو جلسه‌ی ۴۵ دقیقه‌ای) آموزش مهارت‌های مثبت‌اندیشی دریافت کردند. آموزش مهارت‌های مثبت‌اندیشی با استفاده از دستورالعمل کابو و همکاران (۲۰۱۱) و همچنین کار^۱ (۲۰۰۴) صورت گرفت و خلاصه‌ی محتوای جلسات به شرح زیر می‌باشد:

جلسه‌ی اول: اجرای پیش‌آزمون، معرفی و شناسایی اعضا به یکدیگر، معرفی ماهیت و اهداف برنامه، شرایط اجرا و طول دوره برای گروه و نیز تشکیل دو گروه ۴ نفری برای شروع کار در جلسه‌ی دوم.

جلسه‌ی دوم: هر فردی روی یک کاغذ تمامی نقاط قوت خود را یادداشت می‌کند. بدیهی است این کار با آرامش و همراه با تمرکز انجام می‌گیرد.

جلسه‌ی سوم: هر فردی حداقل دربارهی پنج تجربه یا خاطره‌ی خوب خود فکر می‌کند و عناوین آن‌ها را یادداشت می‌کند.

جلسه‌ی چهارم: هر فرد اهمیت نسبی نقاط قوت مطرح‌شده در مرحله‌ی اول و دوم را به ترتیب اولویت مشخص می‌کند، از بین نقاط مطرح‌شده ۵ تا ۸ توانمندی را که نقاط قوت قابل اتکا خوانده می‌شود انتخاب و شواهد و معیارهایی ارائه می‌کند دال بر این که باارزش‌ترین نقاط قوت او قابل اتکاء وی هستند.

جلسه‌ی پنجم: هر یک از اعضا به نوبت اولین خاطره یا تجربه‌ی مثبت خود را بازگو می‌کند. این کار برای تمام اعضای گروه تکرار می‌شود تا هر عضوی تمام خاطره‌های نوشته‌شده را بازگویی کند. هنگامی که یکی از اعضای گروه به بیان خاطره و تجربه‌ی مثبت خود می‌پردازد، بقیه‌ی اعضای گروه نقاط مثبت گوینده را در شرح آن تجربه به دقت یادداشت می‌کنند. بدیهی است در حین گوش کردن تماس چشمی برقرار است.

¹. Carr

جلسات ششم و هفتم: ادامه‌ی بازگویی خاطرات.

جلسه‌ی هشتم: در این جلسه، گوینده نقاط قوتی را که گروه در او تشخیص داده است را از زبان خود آنها می‌شنود و از آنها تشکر می‌کند. هر عضوی فهرست نقاط مثبت خود را تحویل می‌گیرد و با نقاط مثبت ارائه کرده در ابتدای شروع دوره مقایسه می‌کند و به نقاط مشترکی می‌رسد. در پایان، اعضای گروه به درک جدیدتری از خود دست می‌یابند و در آینده اتکای بیشتری بر نقاط شناسایی شده خواهند داشت. در آخر این جلسه، پس از آزمون به عمل آمد.

روند اجرای پژوهش: در ابتدا از میان آموزشگاه‌های مربوط به ناشنوایان در

شهرستان تهران، یک مرکز دخترانه مقطع دبیرستان که تعداد کافی دانش‌آموزان را جهت انجام پژوهش دارا بود (حداکثر ۵۰ نفر) در جنوب تهران انتخاب گردید. سپس در آموزشگاه انتخاب‌شده بر روی دانش‌آموزان سه کلاس اول، دوم و سوم دبیرستان پرسشنامه‌ی شادکامی آکسفورد به عنوان پیش‌آزمون به اجرا درآمد. ۲۴ نفری که نمره‌ی شادکامی آن‌ها زیر ۴۰ (متوسط و کمتر، ۴۲ - ۴۰) بود انتخاب شدند. در مرحله‌ی بعدی افراد انتخاب‌شده به صورت تصادفی در دو گروه ۱۲ نفره آزمایش و کنترل گماشته شدند. لازم به ذکر است که با کمک مدیران مدارس انتخاب‌شده فرم‌هایی جهت رضایت والدین و دانش‌آموزان تهیه گردید و پس از کسب رضایت کتبی از والدین و دانش‌آموزان پیگیری مراحل پژوهش آغاز گردید. همچنین پیش از آغاز پژوهش، با مراجعه به پرونده‌های دانش‌آموزان برگزیده‌شده نمره‌های ضریب هوشی آنان بررسی شد. این کار جهت اطمینان از تناسب ضریب هوشی اعضای گروه و همچنین حذف اثر متغیر هوش انجام گرفت. در مرحله‌ی بعد، از معلمان متخصص در این زمینه کمک گرفته شد تا در این زمینه همکار پژوهشگر باشند. سپس درمان ۸ جلسه‌ای بر روی گروه آزمایش آغاز شد و در این مدت گروه کنترل مداخله‌ای را دریافت نکرد. در پایان دوره، بعد از گذشت

۴۸ ساعت از اتمام مداخله، بار دیگر پرسشنامه‌ی شادکامی آکسفورد بر روی هر دو گروه کنترل و آزمایش اجرا گردید و داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS و آزمون تحلیل کوواریانس تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها

در این پژوهش ۲۴ نوجوان کم‌شنا در جلسات درمانی شرکت کردند که به طور مساوی در دو گروه ۱۲ نفری آزمایش و کنترل جایگزین شدند. میانگین نمره‌ی شادکامی دختران در پیش‌آزمون ۳۲/۰۴ و در پس‌آزمون ۳۸/۹۱ به دست آمد (جدول ۱).

جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد پیش‌آزمون و پس‌آزمون شادکامی گروه آزمایش و گروه کنترل

گروه	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
آزمایش	میانگین انحراف استاندارد ۳۲/۱۶ ۱/۰۲	میانگین انحراف استاندارد ۴۵/۰۸ ۲/۹۹
کنترل	میانگین انحراف استاندارد ۳۱/۹۱ ۱/۳۱	میانگین انحراف استاندارد ۳۲/۳۳ ۱/۴۳
کل	میانگین انحراف استاندارد ۳۲/۰۴ ۱/۱۶	میانگین انحراف استاندارد ۳۸/۹۱ ۷/۸۷

با توجه به عدم معناداری نتایج آزمون لوین برای بررسی پیش‌فرض برابری واریانس‌ها ($p < ۰/۵۲۵$; $f = ۰/۲۷۵$) و عدم معناداری آزمون کلمگروف-اسمیرنف برای نرمال بودن توزیع داده‌ها ($p < ۰/۰۵۴$; $K.S = ۱/۳۴۵$) می‌توان گفت که شرط برابری واریانس‌ها رعایت شده و توزیع داده‌های مربوط به شادکامی نیز نرمال می‌باشد.

همانطور که در جدول ۲ ملاحظه می‌شود اثر گروه یا مداخله با حذف و کنترل متغیر پیش‌آزمون از لحاظ آماری معنادار است ($p < ۰/۰۱$) و ضریب اتا برابر ۰/۹۱).

بنابراین با توجه به میانگین پس‌آزمون دو گروه آزمایش و کنترل می‌توان گفت که آموزش مهارت‌های مثبت‌اندیشی بر افزایش شادکامی دختران کم‌شنوا تأثیر معناداری داشته است.

جدول ۲. خلاصه‌ی نتایج تحلیل کوواریانس جهت مقایسه پس‌آزمون شادکامی دختران کم‌شنوا در گروه آزمایش و کنترل با حذف اثر پیش‌آزمون

منبع	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	p
متغیر هم‌پراش (پیش‌آزمون)	۱	۹/۹۶۸	۲/۰۱۹	۰/۱۷۰
گروه	۱	۱۰۰۸/۷۳۵	۲۰۴/۲۷۹	۰/۰۰۱
خطا	۲۱	۴/۹۳۸		
کل	۲۴			

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر، تعیین بررسی توانبخشی روانی مبتنی بر آموزش مهارت‌های مثبت‌اندیشی بر افزایش شادکامی نوجوانان دختر با مشکل کم‌شنوایی بود. پس از اجرای آموزش مهارت‌های مثبت‌اندیشی در ۸ جلسه، یافته‌ها از اثربخشی آموزش مهارت‌های مثبت‌اندیشی بر افزایش شادکامی دانش‌آموزان کم‌شنوا حکایت می‌کند.

با توجه به محدود شدن پژوهش در مورد اثربخشی مهارت‌های مثبت‌اندیشی بر دانش‌آموزان کم‌شنوا، می‌توان گفت که این نتیجه، در راستای یافته‌های کابو و همکاران (۲۰۱۱)، استوارت و همکاران (۲۰۱۰)، سلیگمن و همکاران (۲۰۰۷)، ذکر شده توسط بورنز، (۲۰۱۰) می‌باشد. به عنوان نمونه، کابو و همکاران (۲۰۱۱) نشان دادند که میزان افسردگی در کودکانی که آموزش مهارت‌های تفکر و رفتار

خوش‌بینی را دریافت نموده اند، تا ۵۰ درصد کاهش یافته است. همچنین نتایج پژوهش حاضر با نتایج خدایاری فرد (۱۳۷۹) هماهنگ می‌باشد. خدایاری فرد (۱۳۷۹) نشان داد مداخله‌ی مبتنی بر تقویت برداشت‌های مثبت شخصی، می‌تواند موجب افزایش توصیف‌های مثبت فرد از خود و اعتماد به نفس و کاهش افسردگی شود.

کابو و همکاران (۲۰۱۱) بیان می‌کنند از جمله استراتژی‌هایی که به طور موفقیت‌آمیزی باعث افزایش پایدار شادکامی می‌شود، شناسایی و استفاده از ظرفیت‌های درونی در راه‌های جدیدتر می‌باشد. نوجوانان از طریق مهارت‌های مثبت‌اندیشی تشویق می‌شوند تا تجربه‌های مثبت و خوب خود را بازشناسند و نقش آن‌ها در افزایش و ارتقای احترام به خود و عزت نفس را دریابند و با این حال، توانایی شناخت جنبه‌های مثبت دیگران را کسب کنند. آنان می‌آموزند تا در جهان، زندگی خود را شخصاً شکل دهند، موضعی فعال اتخاذ کنند و نه این که هر آنچه بر سرشان می‌آید را به گونه‌ای منفعل بپذیرند (کابو و همکاران، ۲۰۱۱).

در تبیین نتایج این پژوهش، می‌توان گفت که کابو و همکاران (۲۰۱۱) بیان کردند که در آموزش مهارت‌های مثبت‌اندیشی شرایطی برای نوجوانان فراهم می‌شود که از آن طریق می‌توانند ضمن بازشناسی و یادآوری تجربه‌های مثبت خودشان، از جنبه‌های مثبت دیگران نیز آگاهی یابند که این به نوبه‌ی خود، در افزایش حس احترام به خود و شادکامی دانش‌آموزان مؤثر است. علاوه بر این، می‌توان گفت که نوجوانان ناشنوا به علت ضعف در مهارت‌های ارتباطی و دارا بودن مشکلاتی در بیان احساس و تجارب خود، فرصت کمی برای بحث راجع به خود و در نتیجه شناسایی ظرفیت‌ها و قابلیت‌های خود به عنوان یکی از منابع اتکاء شخص در زندگی دارند؛ زیرا این فرصت در موقعیت گروهی فراهم می‌شود و نوجوان کم‌شنوا در یک فضای مملو از احترام، قادر به بیان احساسات و تجارب

خود و دریافت بازخورد از اعضای گروه می‌شود. این وضعیت مطابق با روانشناسی مثبت‌نگر، موجب آشکار شدن نقاط قوت و مثبت شخص برای خودش و در نتیجه کاهش افسردگی و افزایش سایر مؤلفه‌های سلامت روان از جمله شادکامی می‌شود.

از جمله محدودیت‌های این پژوهش، انجام این پژوهش در بین دختران نوجوان کم‌شنوا بوده است و تعمیم نتایج به جامعه‌ی نوجوانان پسر دارای مشکل شنوایی باید با احتیاط صورت گیرد. بنابراین در رفع محدودیت بالا در تحقیقات آینده، پیشنهاد می‌شود که انجام چنین پژوهشی در میان نوجوانان پسر دارای مشکل کم‌شنوایی نیز انجام گیرد. بر اساس نتایج به دست آمده از پژوهش حاضر، آموزش مهارت‌های مثبت‌اندیشی می‌تواند روش مناسبی در مداخلات روان‌شناختی برای نوجوانان کم‌شنوای دختر باشد. بنابراین در مراکز تخصصی روان‌درمانی و مشاوره و مخصوصاً مراکز مشاوره مربوط به کودکان استثنایی، می‌توان از یافته‌های این پژوهش برای پیشگیری از افسردگی و افزایش شادکامی کودکان و نوجوانان کم‌شنوا استفاده کرد. از پیشنهادهای دیگر این پژوهش این است که آموزش مهارت‌های مثبت‌اندیشی و خوش‌بینی به صورت یک برنامه‌ی منظم و مدون در طول سال تحصیلی به دانش‌آموزان دارای مشکل کم‌شنوایی ارائه شود، تا بتوان از این طریق به کاهش مشکلات روانشناختی در آنان کمک نمود.

منابع

- اکبری، بهمن، تیموری، زهره، ابوالقاسمی، شهنام، و خورشیدیان، حمیدرضا (۱۳۹۲). بررسی اثر روش مقابله با استرس در دانش‌آموزان کم‌شنوا. *شنوایی‌شناسی*. ۲۲(۱): ۴۹-۴۱.
- خدایاری‌فرد، محمد (۱۳۷۹). کاربرد مثبت‌نگری در روان‌درمانگری با تأکید بر دیدگاه اسلامی. *مجله روانشناسی و علوم تربیتی*، ۶۰(۲۵): ۱۴۰-۱۶۴.

موللی، گیتا، و نعمتی، شهروز (۱۳۸۸). مشکلات فراروی والدین در پرورش فرزندان کم‌شنوا.

شنوایی‌شناسی، ۱۸(۱-۲): ۱-۱۱.

- Argyle, M. & Martin C. J. (1989). *Happiness as a Function of Personality and Social Encounters*. In J. M. Innes & J. P. Forgas (Eds), *Recent Advantage in Social Psychology: An International Perspective*. North Holland: Elsevier. (Pp. 73-95).
- Bayani, A. A. (2008). Test-retest reliability, internal consistency, and construct validity of the Farsi version of the Oxford Happiness Inventory. *Psychological Report*, 103, 139-144.
- Burns, W. G. (2010). *Happiness, Healing, Enhancement Your Casebook Collection Applying Positive Psychology in Therapy*. Published by John Wiley & Sons, Inc, Hoboken, New Jersey. Published simultaneously in Canada; page: 5.
- Carr, A. (2004). *Positive psychology: The science of happiness and human strengths*. USA, New York. Brunner-Rutledge Publishers.
- Corey, M., & Corey G. (2006). *Groups: process and practice*. 9th ed. USA, Thomson brook/cole Publishers.
- Kabau, R., Seligman, E. P., Peterson, CH., Diner, Ed., Zack M.M., Chapman, D. & Thompson, W. (2011). Mental health promotion in public health: perspectives and strategies from positive psychology. *American Journal of Public Health*. 101, 1-9.
- Patel, J. V. (2010). Communicating with deaf people. Risk of ill health is increased. *BMJ (clinical research .ed)*. 341:c5986.
- Sahli S., Arslan U., & Belgin E. (2009). Depressive Emotioning in Adolescents with Cochlear Implant and Normal Hearing. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 73, 1774-1779.
- Stewart, E. M., Watson, R., Clark, A., Ebmeier, P. K., & Deary, j. (2010). A hierarchy of happiness? Mokken scaling analysis of the Oxford Happiness Inventory. *Personality and Individual Differences*, 48, 845-848.
- Theunissen SC., Rieffe C., Kouwenberg M., Soede W., Briaire JJ., & Frijns JH. (2011). Depression in Hearing- Impaired Children. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 75, 1313-1317.
- Walker, R. (2013). Child mental health and deafness. *Paediatrics and Child Health*, 23, 438-442.