

اثربخشی آموزش مهارت زندگی بر سلامت روان دانش آموزان کم‌شنا

محمد عاشوری^۱، *سیده سمیه جلیل‌آبکنار^۲، سعید حسن‌زاده^۳، معصومه پورمحمدرضای تجربی^۴

چکیده

هدف: هدف این پژوهش بررسی اثربخشی آموزش مهارت زندگی بر سلامت روان دانش‌آموزان کم‌شناهای شهرستان‌های تهران بود.

روش بررسی: پژوهش حاضر، یک مطالعه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون و گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش را دانش‌آموزان کم‌شناهای دوم و سوم متوسطه شهرستان‌های تهران تشکیل دادند. برای انتخاب آزمودنی‌ها از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد، به طوری که در این پژوهش ۴۰ دانش‌آموز شرکت داشتند. آزمودنی‌ها به صورت تصادفی به دو گروه ۲۰ نفری تقسیم شدند (یک گروه آزمایش و یک گروه کنترل). گروه آزمایشی، آموزش مهارت‌های زندگی را در ۹ جلسه دریافت کردند در حالی که به گروه کنترل این آموزش ارائه نشد. ابزارهای استفاده شده در این پژوهش آزمون هوشی و کسلر بزرگسالان و پرسش‌نامه سلامت عمومی بود. اطلاعات جمع‌آوری شده با استفاده از تحلیل کوواریانس چند متغیری تحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که بعد از مداخله، میانگین نمرات سلامت روان گروه آزمایش به طور معناداری بیشتر از گروه کنترل بود ($P < 0/05$). هم‌چنین نمرات سلامت روان گروه آزمایش در خرده‌مقیاس‌های علائم جسمانی، اضطراب، نقص در عملکرد اجتماعی و افسردگی معنادار بود ($P < 0/05$).

نتیجه‌گیری: برنامه آموزشی مهارت زندگی باعث بهبود سلامت روان دانش‌آموزان کم‌شنا شد و علائم جسمانی، اضطراب، نقص در عملکرد اجتماعی و افسردگی آنان را کاهش داد. بنابراین برنامه‌ریزی برای ارائه آموزش مهارت زندگی به این دانش‌آموزان اهمیت ویژه‌ای دارد.

کلیدواژه‌ها: مهارت زندگی، سلامت روان، کم‌شنا

۱- دانشجوی دکتری روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشگاه تهران، تهران، ایران
 ۲- دانشجوی کارشناسی‌ارشد روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران
 ۳- دکتری روان‌شناسی، دانشیار دانشگاه تهران، تهران، ایران
 ۴- دکتری روان‌شناسی، استادیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران

دریافت مقاله: ۹۱/۰۹/۲۷
 پذیرش مقاله: ۹۱/۱۱/۰۲

* آدرس نویسنده مسئول:

ورامین، پیشوا، خیابان توحید، خیابان شهدای مدرسه، المهدی ۴، پلاک ۹

* تلفن: ۰۲۶۷۲۸۷۸۰ (۲۱) ۹۸+

* رایانامه:

haneye_00@yahoo.com



مقدمه

سلامتی از بدو پیدایش بشر و در قرون و اعصار متمادی، مطرح بوده است، اما هر گاه سخنی از آن به میان آمده عموماً بعد جسمی آن مدنظر قرار گرفته و کمتر به سایر ابعاد سلامتی به خصوص بعد روانی آن توجه شده است (۱). بر اساس تعریف سازمان بهداشت جهانی^۱ (۲۰۰۵) سلامتی صرفاً نبود بیماری یا ناتوانی نیست، بلکه حالتی از آسایش جسمانی، روانی و اجتماعی است. هم‌چنین سلامت روان^۲ را به حالتی از آسایش که فرد توانایی‌های خود را می‌شناسد، می‌تواند با فشارهای معمولی زندگی مقابله نماید، به گونه‌ای ثمربخش و با بهره‌وری کار کند و در محیط زندگی خود نقشی ایفا نماید، تعریف نموده است (۲). توجه روزافزون به موضوع بهداشت و سلامت روان در هیچ جا محسوس تر و چشمگیرتر از متون مربوط به نیازهای بهداشت روانی کودکان و نوجوانان نیست (۳). توجه بیشتر به مسایل مربوط به بهداشت روانی و انطباق سازنده برای این جمعیت در حال رشد، به اعتبار این برداشت منجر شده که اکتساب یا فراگیری مهارت‌ها و کفایت‌های متناسب با سن نه تنها برای انطباق موفقیت‌آمیز در خلال مرحله کنونی رشد کودک و نوجوان، بلکه به عنوان مبنایی ضروری جهت ارتقای توانمندی‌های فردی و اجتماعی که برای سیر موفقیت‌آمیز مراحل بعدی رشد الزامی هستند، از اهمیت اساسی برخوردار است (۴). در این میان کودکان آسیب دیده شنوایی^۳ به دلیل محدودیت‌هایی که در برقراری ارتباط با سایر افراد جامعه دارند در تعاملات اجتماعی مناسب با همسالان و بزرگسالان در موقعیت‌های گوناگون مشکلاتی زیادی دارند، بنابراین یکی از اهداف اصلی آموزش کودکان آسیب دیده شنوایی، توجه به بهداشت و سلامت روان آنها است (۵).

از دیدگاه خانوادگی، کم‌شنوایی پیچیده‌ترین ضایعه حسی است (۶). کم‌شنوایی^۴ به فردی اطلاق می‌شود که با بهره‌گیری از وسایل کمک شنوایی بتواند از باقیمانده شنوایی خود در پردازش و فرایندسازی اطلاعاتی که از طریق شنیدن به دست می‌آید، استفاده کند. دامنه شنوایی افراد کم‌شنو در محدوده ۳۵ تا ۶۹ دسی‌بل است (۷). بیشترین نقص شنوایی در کودکان آسیایی ۲/۶ در هر هزار تولد و در مورد کودکان غیر آسیایی ۰/۷ در هر هزار تولد گزارش شده است (۸). متأسفانه در کشور ما، آمار دقیقی از میزان کم‌شنوایی و ناشنوایی موجود نیست (۹). کم‌شنوایی می‌تواند بر سلامت جسمی، روانی و اجتماعی افراد تاثیر گذاشته و موجب ضعف خودباوری، زودرنجی، انزواطلبی^۵، ناامیدی، افسردگی^۶ و

اضطراب^۷ آنها شود (۱۰). در افراد کم‌شنو به دلیل ناتوانی در برقراری ارتباط مطلوب و احساس بی‌کفایتی، احتمال ایجاد اختلالات روانشناختی افزایش می‌یابد (۱۱). کم‌شنوایی منجر به کاهش کیفیت زندگی، گوشه‌گیری^۸، کاهش فعالیت‌های اجتماعی و احساس طرد شدن می‌گردد و در پی این اختلالات احتمال افسردگی و اضطراب در افراد کم‌شنو افزایش می‌یابد. این موارد ارائه خدمات آموزشی و توانبخشی را ضروری می‌نماید (۱۲).

سازمان بهداشت جهانی، مهارت‌های زندگی^۹ را مجموعه‌ای از مهارت‌های روانی و اجتماعی و میان فردی تعریف کرده که به افراد کمک می‌کند تا آگاهانه تصمیم بگیرند، مهارت‌های ارتباطی^{۱۰}، شناختی^{۱۱}، هیجانی^{۱۲} خوبی داشته باشند و زندگی سالم و پرباری را همراه با احساس کفایت و رشد شناختی و هیجانی تجربه کنند (۱۳، ۱۴).

شرایط در حال گذر جامعه، زندگی اجتماعی کودکان کم‌شنو را با مسائل و پیچیدگی‌های خاصی مواجه نموده است. در این شرایط یکی از مهم‌ترین شاخص‌هایی که می‌تواند بالندگی و بهداشت روانی آنان را در مواجهه با مشکلات آینده حفظ و تقویت نماید سلامت روان است (۱۵). مهارت زندگی به کودک کمک می‌کند تا با دیگران رابطه اثربخش داشته باشند. اغلب کودکان در ارتباط با اطرافیان (والدین، خواهران، برادران و همسالان) این مهارت را بدون تلاش فرا می‌گیرند (۱۶). ولی کودکان کم‌شنو به این دلیل که نمی‌توانند به طور خود به خودی و بدون کمک دیگران مهارت‌های اجتماعی را بیاموزند، اغلب با عکس‌العمل‌های منفی از سوی بزرگسالان و کودکان دیگر رو به رو می‌شوند (۵). به نظر می‌رسد آموزش مهارت‌های زندگی در ایجاد و افزایش توانمندی‌هایی مانند تصمیم‌گیری، ایجاد انگیزه در خود، پذیرش مسئولیت، ارتباط مثبت با دیگران، ایجاد عزت نفس مثبت، حل مشکل، خودنظم‌دهی^{۱۳}، خودکفایتی^{۱۴} و سلامت روان دانش‌آموزان مؤثر باشد (۱۳، ۱۷). بنابراین، آموزش مهارت‌های زندگی به دانش‌آموزان کم‌شنو کمک می‌کند، تا تصمیم مناسبی را در موقعیت‌های مختلف اتخاذ نماید و از طرفی رشد مهارت‌های زندگی از طریق یادگیری را می‌توان زیربنای پیشگیری از مشکلات روانی و اجتماعی این دانش‌آموزان دانست، بر این اساس آموزش مهارت‌های زندگی ضروری به نظر می‌رسد و لزوم برنامه‌ریزی جهت اجرای آن اهمیت ویژه‌ای می‌یابد.

در سال‌های اخیر، ارزیابی و آموزش مهارت‌های زندگی به کودکان مورد توجه متخصصان روان‌شناسی و تعلیم و تربیت

1- World health organization

2- Mental health

3- Hearing impaired

4- Hearing loss

5- Seclusiveness

6- Depression

7- Anxiety

8- Withdrawal

9- Life skills

10- Communicative

11- Cognitive

12- Emotional

13- Self regulation

14- Self competence



قرار گرفته است. از این رو پژوهش‌های متعددی در زمینه تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر سلامت روان کودکان در سنین مختلف و گروه‌های مختلف انجام شده است. یاراحمدیان (۱۳۹۱) در پژوهش خود مبنی بر اثربخشی اجرای برنامه آموزش کفایت اجتماعی^۱ بر بهبود توانمندی‌های فردی و اجتماعی و سلامت روان دانش‌آموزان دختر سال اول دبیرستان در منطقه ۱۴ تهران عنوان کرد که بر اثر اجرای برنامه آموزش کفایت اجتماعی، توانمندی‌های فردی و اجتماعی دانش‌آموزان گروه آزمایش در چهار بعد شناختی، رفتاری، هیجانی و انگیزشی افزایش یافته و به دنبال آن با کاهش علائم جسمانی، اضطراب و بیخوابی، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی موجب ارتقای سلامت عمومی آنان نیز شده است (۱۷). مهوش ورنو سفادرائی، ادیب سرشکی و موللی (۱۳۹۱) در پژوهشی، تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر میزان مهارت‌های اجتماعی دانش‌آموزان پسر کم‌شنوای اول تا سوم راهنمایی شهر اراک را بررسی کردند. آنها گزارش کردند که گروه آزمایش نسبت به گروه شاهد عملکرد بهتری داشت و مهارت‌های اجتماعی، همکاری، مهارت ابراز وجود و خویشتن‌داری (مهار خود) به طور معناداری افزایش یافت (۱۸). امانی، برجعلی و سهرابی (۱۳۸۹) اثربخشی آموزش مهارت زندگی بر بهبود سلامت روان دانش‌آموزان دختر سال سوم متوسطه شهر سمنان دارای والد با سبک فرزندپروری استبدادی را بررسی کردند. نتایج تحقیق آنها نشان داد که قبل و بعد از آموزش در ابعاد نشانه‌های بدنی و اضطراب و نمره کل سلامت روانی تفاوت معناداری وجود دارد، ولی در دو بعد عملکرد اجتماعی و افسردگی تفاوت دو گروه معنادار نبود (۱). صالح‌پور (۱۳۸۷) در پژوهشی اثربخشی مهارت‌های مدیریت استرس را بر افزایش سلامت عمومی دانش‌آموزان دختر سال سوم متوسطه شهرستان کاشمر را بررسی کردند. آنها گزارش کردند که مهارت‌های مدیریت استرس باعث افزایش سلامت عمومی، کاهش علائم اضطراب و بیخوابی، کاهش علائم اختلال در عملکرد اجتماعی و کاهش افسردگی نوجوانان می‌شود (۱۹). حاج‌امینی، اجلی، فتحی آشتیانی، عبادی، دیبایی و دلخوش (۱۳۸۷) در مطالعه خود در رابطه با تأثیر آموزش مهارت زندگی بر واکنش مهارت‌های هیجانی نوجوانان عنوان کردند که پس از آموزش در بعد استرس و اضطراب و نمره کل واکنش‌های هیجانی تفاوت معناداری به دست آمد، اما در بعد افسردگی تفاوت معنادار نبود (۲۰). باراس و کیشور کومار (۲۰۱۰) در پژوهش خود با آموزش مهارت‌های زندگی به دانش‌آموزان در مدرسه‌ای در هند به این

نتیجه رسیدند که رفتار اجتماعی مثبت، عزت نفس، سازگاری و مقابله مناسب آنان مخصوصاً با معلمان و در مدرسه بهبود یافته است (۲۱). لارارای و کاسرس (۲۰۰۹) در پژوهشی با عنوان تعیین اثربخشی مهارت‌های زندگی به دانش‌آموزان دبیرستان پرو، با آموزش سه مهارت ارتباط، عزت نفس، جرات‌ورزی و تصمیم‌گیری به این نتیجه رسیدند که افزایش معناداری در مهارت‌های ارتباط مؤثر و جرات‌ورزی در گروه آزمایش به وجود آمد (۲۲). نتایج پژوهش پاول، لپکینگ و هیبرت (۲۰۰۵) نشان داد که برنامه آموزش مهارت‌های تصمیم‌گیری و حل مسأله، احساس کفایت و سلامت روان فرزندان طلاق را افزایش می‌دهد (۲۳). کورینک و پاپ (۲۰۰۴) در مروری بر پژوهش‌های انجام شده دریافتند که بسیاری از تعاریف به رفتارهای کلامی و غیرکلامی مانند کلمات، تظاهرات صوتی و فعالیت‌هایی اشاره می‌کنند که به هنگام استفاده در تعامل با همسالان و بزرگسالان منجر به پیامدهای اجتماعی مثبت می‌شوند (۲۴). بریان (۲۰۰۲) دریافت که کودکان آسیب دیده شنوایی به وسیله همسالان عادی خود به عنوان افرادی غیر اجتماعی، نگران، مضطرب و عصبی توصیف شده‌اند. آنها عقیده داشتند که این کودکان منزوی هستند و ممکن است این انزوا ناشی از عوامل مختلفی چون عدم توانایی در برقراری ارتباط کلامی مؤثر، مشکل در کاربرد مهارت‌های اجتماعی و عدم کنترل هیجانات باشد (۲۵). شواهد تجربی اندکی وجود دارد که به طور قطع تعیین کند کدام یک از مهارت‌ها برای افزایش تعاملات مثبت دانش‌آموزان آسیب دیده شنوایی دارای بیشترین اهمیت هستند. نتایج پژوهش‌ها حاکی از آن است که بسیاری از کودکان آسیب دیده شنوایی که در روابط اجتماعی دارای مشکل هستند و یا توسط همسالان عادی خود مورد پذیرش واقع نمی‌شوند در معرض ابتلا به انواع ناهنجاری‌های رفتاری، عاطفی و تحصیلی قرار دارند (۲۶). به عنوان مثال مشخص شده که نقص مهارت‌های اجتماعی در دوران کودکی با مشکلات سازگاری در دوره‌های بعدی، اختلال سلوک و بزهکاری در سنین نوجوانی، ترک تحصیل از مدرسه و مشکلات بهداشت روانی در بزرگسالی رابطه دارد (۲۷). با توجه به نتایج پژوهش‌های گزارش شده احتمال می‌رود که آسیب شنوایی، سلامت و بهداشت روانی دانش‌آموزان کم‌شنوا را تهدید کند و افراد کم‌شنوا در مقایسه با همسالان شنوای خود، سطح تحمل و شکست پایین‌تری داشته باشند (۲۸). بنابراین، تردیدی نیست که ضعف یا فقدان شنوایی باعث محدودیت در توانایی‌های هوشی فرد و بالطبع محدودیت در تعاملات اجتماعی



خروج از مطالعه داشتن هرگونه معلولیت دیگر (مانند: نابینایی، عقب‌ماندگی ذهنی، اختلال رفتاری بر اساس پرونده تحصیلی) غیر از کم‌شنوایی بود.

برای جمع‌آوری اطلاعات از ابزارهای زیر استفاده شده است. الف) آزمون هوش و کسلر بزرگسالان تجدید نظر شده^۱: این مقیاس در سال ۱۹۴۹ تهیه شد و در سال‌های ۱۹۷۴ و ۱۹۸۶ مورد تجدید نظر قرار گرفت، مشتمل بر ۱۲ خرده آزمون است که به صورت فردی اجرا می‌شود و سه نمره هوش‌بهر ارائه می‌دهد: ۱- هوش‌بهر کلامی، ۲- هوش‌بهر غیرکلامی و ۳- هوش‌بهر کلی. مقیاس فارسی آن برای دانش‌آموزان عادی سنین ۱۶ سال به بالا تهیه گردیده است. ضریب پایایی به شیوه دو نیمه کردن برای خرده‌آزمون‌های کلامی و غیرکلامی با استفاده از ضریب همبستگی تصحیح شده اسپیرمن - براون^۲ محاسبه گردیده که از ۰/۴۲ تا ۰/۹۸ در نوسان و میانه ضرایب نیز ۰/۶۹ ذکر شده است. ضریب پایایی آزمون فوق از طریق بازآزمایی محاسبه گردیده است که دامنه‌ای از ۰/۴۴ تا ۰/۹۴ داشته است. میانه ضرایب پایایی نیز ۰/۷۳ به دست آمده است. جهت تعیین روایی، این مقیاس با مقیاس پیش‌دبستانی و دبستانی و کسلر مقایسه شده و ضرایب همبستگی بین هوش‌بهرهای کلامی، غیرکلامی و کلی در مقیاس به ترتیب ۰/۸۴، ۰/۷۴ و ۰/۸۵ گزارش شده است (۳۰).

ب) پرسش‌نامه سلامت عمومی^۳: این پرسش‌نامه (۲۸GHQ) در سال ۱۹۷۹ توسط گلدبرگ و هیلر ساخته شده است که ۲۸ سؤال دارد. پرسش‌نامه مذکور دارای ۴ مقیاس است که به ترتیب عبارتند از علائم جسمانی، اضطراب، نقص در عملکرد اجتماعی و افسردگی. هر یک از این مقیاس‌ها دارای ۷ سؤال است. نمره‌گذاری آن بر اساس مقیاس لیکرت از «۰» (بیشتر از همیشه) تا «۳» (خیلی بدتر از همیشه) است، نمره ۲۳ و بالاتر نشانگر عدم سلامت روانی و نمره پایین‌تر از ۲۳ بیانگر سلامت روانی است (۳۱). گلدبرگ (۱۹۹۳) روایی و پایایی این پرسش‌نامه را به ترتیب ۰/۸۹ و ۰/۸۳ گزارش کرده است (۱). در ایران نیز یعقوبی و همکاران (۱۳۸۷) پایایی آن را با استفاده از بازآزمایی ۰/۸۸ و روایی خرده مقیاس‌های آن را ۰/۵۵ گزارش نمودند (۳۲). هم‌چنین پالانگ اعتبار این پرسش‌نامه را ۰/۹۱ گزارش نمود و مقادیر آلفای کرونباخ را برای علائم جسمانی ۰/۸۴، اضطراب ۰/۷۸، نقص در عملکرد اجتماعی ۰/۷۹ و افسردگی ۰/۸۱ برآورد کرده است (۳۳). جهت انجام پژوهش، از مدیریت آموزش و پرورش استثنایی شهرستان‌های تهران، معرفی‌نامه برای ورود به مدارس دریافت شد. جهت رعایت نکات اخلاقی پژوهش، پس از کسب رضایت

و بالاخره منجر به آسیب‌پذیری سلامت روان کودکان کم‌شنوا شود. احتمالاً با توجه به اهمیت و نقش آموزش مهارت زندگی در سلامت روان افراد، به ویژه دانش‌آموزان کم‌شنوا، آموزش مهارت زندگی به این دانش‌آموزان اهمیت خاصی دارد. از طرفی دیگر با این که اخیراً مطالعه، مقایسه و آموزش مهارت زندگی به دانش‌آموزان با نیازهای خاص، مورد توجه بسیاری از محققان قرار گرفته و در این زمینه پژوهش‌های زیادی انجام شده است، ولی به نظر می‌رسد که هنوز دانش‌آموزان کم‌شنوا مورد غفلت واقع شده‌اند. به عبارت دیگر، بیشتر پژوهش‌ها که در مورد سلامت و بهداشت روانی ناشنوایان و کم‌شنوایان انجام شده‌اند فقط به مقایسه سلامت روان آنها پرداخته و در نهایت آنها را در مقایسه با هم‌تایان عادی خود با سلامت روانی پایین گزارش کرده‌اند، ولی به آموزش مهارت‌های زندگی به این دانش‌آموزان پرداخته‌اند، یا از برنامه‌های آموزشی و توانبخشی در این زمینه به نحو مطلوبی استفاده نشده است. بدیهی است که بدون تعیین و ارزشیابی سلامت روانی دانش‌آموزان کم‌شنوا و پی بردن به نقاط ضعف آنان، تهیه و تنظیم برنامه‌های آموزشی، پرورشی و توانبخشی مفید و جامع، امکان‌پذیر نخواهد بود و احتمالاً نتایج مؤثری نخواهد داشت، بنابراین، هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی بر سلامت روان دانش‌آموزان کم‌شنوا است.

روش بررسی

در این پژوهش که از نوع مطالعات آزمایشی است از طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل استفاده شد. جامعه آماری این تحقیق از کلیه دانش‌آموزان پسر کم‌شنوای دوم و سوم متوسطه مدارس استثنایی ورامین، شهر ری و پاکدشت در سال تحصیلی ۱۳۹۱ تشکیل شده بود. برای انتخاب آزمودنی‌ها از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد. نمونه مورد مطالعه شامل ۴۰ دانش‌آموز کم‌شنوا با میانگین سنی ۱۸/۴۱ و انحراف معیار ۰/۴۴ بود. آزمودنی‌ها از نظر بهره هوشی (با استفاده از آزمون هوش و کسلر دانش‌آموزان) و سن هم‌تا شدند و زوج‌های هم‌تا به صورت تصادفی در دو گروه ۲۰ نفری قرار گرفتند، به دلیل استفاده از روش پژوهش آزمایشی حداقل حجم مطلوب برای هر یک از گروه‌ها ۱۵ نفر است (۲۹). انتساب گروه‌ها به کنترل و مداخله در سطح مدرسه محل تحصیل نیز به طور تصادفی صورت پذیرفت، به طوری که آزمودنی‌های کنترل و مداخله در مدارس استثنایی ورامین، شهر ری حضور داشتند. در واقع این دو گروه با هم تعامل نداشتند. در ضمن معیارهای



موضوع که دیگران نمی‌توانند در آنها احساسی ایجاد کنند بلکه خود آنها این کار را انجام می‌دهند. جلسه پنجم: ب) شناسایی هیجان‌ناخوشایند و آموختن شیوه‌های کنار آمدن اثربخش با این هیجان‌ناخوشایند و آموزش روش‌های کنار آمدن با مسخره شدن و طرد شدن.

محتوای آموزش جلسه ششم و هفتم کاملاً مرتبط و مکمل یکدیگر بود. جلسه ششم: رشد اجتماعی: الف) شناسایی رفتارهایی که بیانگر همکاری هستند و تمرین این رفتارها، روابط بین فردی مؤثر و تصمیم‌گیری درست. جلسه هفتم: ب) آموزش مهارت‌هایی برای مدیریت اثربخش اختلافات، شناسایی رفتارهایی که می‌توانند موجب کنار گذاشته شدن، مسخره شدن و تحقیر شدن شوند و آموزش دیدن درباره جهان بیرونی از نگاه دیگران.

محتوای آموزش جلسه هشتم و نهم کاملاً مرتبط و مکمل یکدیگر بود. جلسه هشتم: رشد شناختی: الف) شناسایی انتخاب‌ها و مشخص کردن میزان اهمیت آنها، جداسازی باورهای معقول از نامعقول، آموزش روش‌های استفاده از باورهای معقول در موقعیت شخصی و توجه به پیامدهای مثبت و منفی تصمیمات. جلسه نهم: ب) مقابله با استرس و هیجان.

در پایان جلسات آموزش مهارت‌های زندگی، هر دو گروه به عنوان پس‌آزمون توسط پرسش‌نامه سلامت عمومی مجدداً مورد ارزیابی قرار گرفتند. داده‌های به دست آمده از این دو موقعیت آزمون برای هر دو گروه با استفاده از تحلیل کوواریانس چند متغیری در نرم افزار SPSS ۱۶ تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها

به منظور بررسی تأثیر آموزش مهارت زندگی بر سلامت روان دانش‌آموزان کم‌شنوا از تحلیل کوواریانس استفاده شد. بعد از بررسی و تأیید نرمال بودن متغیرهای پژوهش، به منظور رعایت مفروضه همگنی واریانس در گروه‌ها از آزمون لون استفاده شد که نتایج آن برابری واریانس‌ها را تأیید کرد ($P=0/980$). در جدول ۱، تحلیل کوواریانس گروه آزمایش و کنترل در پس‌آزمون ارزیابی شده است.

کتبی از والدین دانش‌آموزان شرکت‌کننده در پژوهش و جلب همکاری دانش‌آموزان، پژوهش صورت گرفت. به مسئولان مدرسه و والدین دانش‌آموزان شرکت‌کننده در این پژوهش اطمینان داده شد که اطلاعات استخراج شده و نام دانش‌آموزان به صورت محرمانه باشد، نتایج حاصل از پژوهش در سطح کلی (متوسط) گروه‌ها به منظور حفظ اسرار شخصی و عدم تجاوز به حریم خصوصی افراد گزارش شود تا برای پیشبرد اهداف تعلیم و تربیت در اختیار روانشناسان و متخصصان آموزش و پرورش و مراکز آموزش کودکان کم‌شنوا قرار گیرد.

در اولین مرحله پژوهش پرسش‌نامه سلامت عمومی به عنوان پیش‌آزمون اجرا شد، در مرحله بعدی، گروه آزمایش در ۹ جلسه آموزشی ۴۵ دقیقه‌ای به صورت گروهی شرکت کردند. هر یک از اعضای گروه آزمایش شیوه‌های لازم برای کسب مهارت‌های زندگی را دریافت کردند ولی در گروه کنترل مهارت‌های زندگی آموزش داده نشد. مربی گروه آزمایش با استفاده از تجربه و تخصص پژوهشگر، آموزش‌های لازم در خصوص اجرای مهارت‌های زندگی را در ۳ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای دریافت کرد ولی مربی گروه کنترل این آموزش‌ها را دریافت نکرد، هم‌چنین هر دو معلم از نظر سن، گذراندن دوره‌های آموزشی و سوابق تحصیلی تقریباً یکسان بودند.

محتوای جلسات آموزشی در گروه آزمایش به شرح زیر بود. جلسه اول: آشنایی دانش‌آموزان با برنامه آموزش مهارت‌های زندگی و اهداف آن.

محتوای آموزش جلسه دوم و سوم کاملاً مرتبط و مکمل یکدیگر بود. جلسه دوم: رشد خود: الف) شناسایی جنبه‌ها و ویژگی‌های مثبت دانش‌آموز، توانایی فرق گذاشتن بین خطا کردن و خطا کار بودن. جلسه سوم: ب) تشخیص ویژگی‌هایی که فرد آنها را دوست دارد یا ندارد، تشخیص این که احساس انسان‌ها در مقاطع مختلف رشد تغییر می‌یابد.

محتوای آموزش جلسه چهارم و پنجم کاملاً مرتبط و مکمل یکدیگر بود. جلسه چهارم: رشد هیجانی: الف) فهم این که دیگران هم احساس طرد شدن و تنهایی می‌کنند، آموزش روش‌های اثربخش کنار آمدن با طرد و احساس تنهایی، مفهوم‌سازی این

جدول ۱- تحلیل کوواریانس نمرات کلی پس‌آزمون سلامت روان گروه آزمایش و کنترل

منبع اثر	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	آماره F	مقدار احتمال	مجذور اتا
پیش‌آزمون	۸۸/۷۵۰	۱	۸۸/۷۵۰	۴۲/۹۰۵	<۰/۰۰۱	۰/۵۳۷
گروه	۱۸۹۵/۵۷۷	۱	۱۸۹۵/۵۷۷	۹۱۸/۲۵۳	<۰/۰۰۱	۰/۹۶۱
خطا	۷۶/۳۸۰	۳۷	۲/۰۶۲			
واریانس کل	۸۳۹۲۳/۰۰	۴۰				



سلامت روان دانش‌آموزان کم‌شنوا می‌شود مثبت است. اکنون به بررسی اثربخشی آموزش مهارت زندگی بر خرده مقیاس‌های سلامت روان می‌پردازیم، شاخص‌های توصیفی مربوط به خرده مقیاس‌های سلامت روان در دو گروه آزمایش و کنترل در موقعیت پیش‌آزمون و پس‌آزمون در جدول ۲، ارائه شده است.

در این تحلیل، متغیر پیش‌آزمون به دلیل همبستگی با پس‌آزمون کنترل شده است. با توجه به جدول ۱، گروه اثر معناداری بر نمرات پس‌آزمون داشته است ($P < 0/001$)، که با در نظر گرفتن مجذور اتا، می‌توان گفت ۹۶٪ این تغییرات ناشی از تأثیر برنامه مداخله در گروه آزمایش است. بنابراین، پاسخ سؤال اصلی پژوهش مبنی بر این که آیا آموزش مهارت زندگی سبب بهبود

جدول ۲- شاخص‌های آماری خرده مقیاس‌های سلامت روان ($n=40$)

متغیرها	مرحله	گروه آزمایش		گروه کنترل	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
علایم جسمانی	پیش‌آزمون	۱۰/۱۰	۰/۱۷	۱۰/۲۰	۰/۱۷
	پس‌آزمون	۶/۵۵	۰/۲۱	۱۰/۲۰	۰/۲۱
اضطراب	پیش‌آزمون	۱۳/۶۵	۰/۳۰	۱۳/۳۰	۰/۳۰
	پس‌آزمون	۹/۸۵	۰/۳۱	۱۳/۳۰	۰/۳۱
نقص در عملکرد اجتماعی	پیش‌آزمون	۱۲/۷۰	۰/۲۵	۱۲/۵۵	۰/۲۵
	پس‌آزمون	۹	۰/۲۵	۱۲/۷۵	۰/۲۵
افسردگی	پیش‌آزمون	۱۵/۵۵	۰/۲۴	۱۶	۰/۲۴
	پس‌آزمون	۱۳/۰۵	۰/۲۶	۱۵/۹۰	۰/۲۶

واریانس-کوواریانس را تأیید کرد ($P=0/629$). هم‌چنین سلامت روان دانش‌آموزان کم‌شنوا، در دو گروه آزمایش و کنترل در خرده مقیاس‌های علایم جسمانی، اضطراب، نقص در عملکرد اجتماعی و افسردگی در پیش‌فرض‌های آماری «اثر پیلایی، لامبدای ویلکز، اثر هاتلینگ و بزرگترین ریشه روی» مورد محاسبه قرار گرفت که نتایج آن در جدول ۳، ارائه شده است.

نتایج جدول ۲، نشان می‌دهد میانگین هر چهار خرده مقیاس سلامت روان پیش از مداخله و پس از مداخله تغییر یافته است. به علت وجود یک متغیر مستقل (آموزش مهارت زندگی) و چهار متغیر وابسته (علایم جسمانی، اضطراب، نقص در عملکرد اجتماعی و افسردگی) از آزمون آماری تحلیل کوواریانس چند متغیری (MANCOVA) استفاده شد. آزمون باکس فرض همگنی

جدول ۳- نتایج کلی تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای خرده مقیاس‌های سلامت روان

نوع آزمون	مقدار	فرضیه درجه آزادی	خطای درجه آزادی	آماره F	مقدار احتمال
اثر پیلایی	۰/۹۷۱	۴	۳۱	۲/۵۹۴	<0/001
لامبدای ویلکز	۰/۰۲۹	۴	۳۱	۲/۵۹۴	<0/001
اثر هاتلینگ	۳۳/۴۶۵	۴	۳۱	۲/۵۹۴	<0/001
بزرگترین ریشه‌روی	۳۳/۴۶۵	۴	۳۱	۲/۵۹۴	<0/001

به منظور پی‌بردن به این تفاوت، از آزمون مانکوا استفاده شد که نتایج آن در جدول ۴، آمده است.

نتایج آزمون‌های چهارگانه تحلیل واریانس که در جدول ۳، آمده است، نشان داد که گروه آزمایش و کنترل حداقل در یکی از چهار خرده مقیاس سلامت روان تفاوت معناداری دارند ($P < 0/001$).



جدول ۴- نتایج تفکیکی تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای خرده مقیاس‌های سلامت روان

منابع تغییر	متغیرهای وابسته	مجموع مجدورات	درجه آزادی	میانگین مجدورات	آماره F	سطح معناداری	مجدورات
پیش‌آزمون	علایم جسمانی	۱۸۷۰۹۳	۱	۱۸۷۰۹۳	۴۳/۴۶۷	<۰/۰۰۱	۰/۵۶۱
	اضطراب	۵۳/۸۲۲	۱	۵۳/۸۲۲	۱۲۶/۵۷۳	<۰/۰۰۱	۰/۷۸۸
	نقص در عملکرد اجتماعی	۲۵/۲۶۹	۱	۲۵/۲۶۹	۴۶/۱۵۲	<۰/۰۰۱	۰/۵۷۶
	افسردگی	۳۴/۷۱۸	۱	۳۴/۷۱۸	۸۰/۲۶۸	<۰/۰۰۱	۰/۷۰۲
	علایم جسمانی	۱۲۰/۱۵۷	۱	۱۲۰/۱۵۷	۲۸۷/۶۶۹	<۰/۰۰۱	۰/۸۹۵
گروه	اضطراب	۱۳۰/۶۵۴	۱	۱۳۰/۶۵۴	۳۰۷/۲۵۸	<۰/۰۰۱	۰/۹۰۰
	نقص در عملکرد اجتماعی	۱۴۱/۷۸۲	۱	۱۴۱/۷۸۲	۲۵۷/۹۵۴	<۰/۰۰۱	۰/۸۸۴
	افسردگی	۵۳/۳۴۴	۱	۵۳/۳۴۴	۱۲۳۳۳۱	<۰/۰۰۱	۰/۸۴۰

و خودکارآمدی را دربرمی‌گیرد، در اثر تعامل شخص با محیط منجر به خودتوانمندسازی اجتماعی و در نهایت ارتقا بهداشت روانی می‌گردد، بنابراین در راستای این اهداف چیزی که بیش از پیش به طور ویژه در دانش‌آموزان کم‌شنوا اهمیت می‌یابد آموزش مهارت‌های زندگی است (۵). در نتیجه اگر دانش‌آموزان کم‌شنوا را با برنامه آموزشی مهارت‌های زندگی به مسیر مناسب هدایت کنیم از عوامل تهدیدکننده سلامت روان آنان کاسته می‌شود و برخی از مشکلاتی را که کم‌شنوایی برای جامعه و خصوصاً خانواده این افراد ایجاد می‌کند، کاهش می‌یابد.

نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس چندمتغیری درباره اثربخشی آموزش مهارت زندگی بر خرده مقیاس‌های سلامت روان (علایم جسمانی، اضطراب، نقص در عملکرد اجتماعی و افسردگی) دانش‌آموزان کم‌شنوا دوم و سوم متوسطه نشان داد که آموزش مهارت زندگی بر خرده مقیاس‌های علایم جسمانی، اضطراب، نقص در عملکرد اجتماعی و افسردگی در بهبود سلامت روان دانش‌آموزان کم‌شنوا اثر مثبت و معناداری داشته است. این یافته با نتایج پژوهش‌های پاول، لیکینگ و هیبرت (۲۰۰۵)، یاراحمدیان (۱۳۹۱) و صالح‌پور (۱۳۸۷) مبنی بر اثربخشی آموزش مهارت زندگی بر هر چهار خرده مقیاس علایم جسمانی، اضطراب، نقص در عملکرد اجتماعی و افسردگی در بهبود سلامت روان دانش‌آموزان همخوان است (۱۷، ۱۹، ۲۳). در تبیین این یافته می‌توان اظهار داشت از آن جایی که دانش‌آموزان کم‌شنوا در برخی از جنبه‌های رشد و تحول، به ویژه در زمینه بهداشت و سلامت روان مشکلاتی دارند، نسبت به کودکان عادی چالش‌های بیشتری را تجربه می‌کنند و در بسیاری اوقات عامل اصلی مشکلات آنها در برقراری ارتباط مؤثر و انطباق با محیط پیرامونی، عدم استفاده درست از مهارت‌ها است (۳۴). علاوه بر این، بخش عمده‌ای از مشکلات دانش‌آموزان کم‌شنوا که منجر به خودتوان‌سازی در

همان طور که نتایج جدول ۴، نشان می‌دهد با در نظر گرفتن نمرات پیش‌آزمون به عنوان متغیرهای همپراش: تفاوت بین مهارت زندگی دانش‌آموزان کم‌شنوای دوم و سوم متوسطه در خرده مقیاس‌های علایم جسمانی، اضطراب، نقص در عملکرد اجتماعی و افسردگی در دو گروه آزمایش و کنترل معنادار است ($P < 0/001$). با توجه به مجدورات، می‌توان گفت که در هر یک از خرده مقیاس‌های علایم جسمانی، اضطراب، نقص در عملکرد اجتماعی و افسردگی به ترتیب ۸۹٪، ۹۰٪، ۸۸٪ و ۸۴٪ این تغییرات ناشی از تأثیر مداخله است.

بحث

نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس درباره تأثیر آموزش مهارت زندگی بر سلامت روان دانش‌آموزان کم‌شنوا دوم و سوم متوسطه نشان داد که بین میانگین نمرات پس‌آزمون سلامت روان دانش‌آموزان کم‌شنوا در گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد، بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که آموزش مهارت زندگی در بهبود سلامت روان دانش‌آموزان کم‌شنوا تأثیر مثبت داشته است. این یافته با نتایج پژوهش‌های باراس و کیشور کومار (۲۰۱۰)، پاول، لیکینگ و هیبرت (۲۰۰۵)، یاراحمدیان (۱۳۹۱)، امانی، برجلی و سهرابی (۱۳۸۹)، صالح‌پور (۱۳۸۷) و حاج‌امینی، اجلی، فتحی آشتیانی، عبادی، دیبایی و دلخوش (۱۳۸۷) مبنی بر اثربخشی آموزش مهارت زندگی بر سلامت روان دانش‌آموزان همسو است (۱، ۱۷، ۲۰، ۲۱، ۲۳).

در تبیین این یافته که آموزش مهارت‌های زندگی بر سلامت روان دانش‌آموزان کم‌شنوا اثربخشی مثبت و معناداری داشته است، می‌توان عنوان کرد که مهارت‌های زندگی شامل نظم‌بخشی به عاطفه، کنترل فشار روانی، برقراری ارتباط، کنترل احساس‌ها و خودکنترلی می‌شود و از طرفی ساختار ارزشی، رشد اخلاقی،



بر لزوم تداوم آموزش‌ها و تکرار و تمرین مهارت‌های آموخته شده تا حد تسلط کامل تأکید کرده‌اند. بنابراین، اگر بتوان برنامه مدون‌تری را طرح کرد که در قالب آن زمان کافی برای آموزش اجزای مختلف مهارت‌های زندگی فراهم شود و فرصت لازم در اختیار آزمودنی‌ها قرار گیرد، به طور یقین شاهد تغییر معنادارتر رفتار افراد در حیطه‌های مختلف خواهیم بود. البته نکته قابل توجه دیگر بدیع بودن پژوهش حاضر است و در رابطه با این موضوع در دانش‌آموزان کم‌شنوا پژوهشی یافت نشد. در اکثر پژوهش‌ها فقط به مقایسه سلامت روان مادران یا دانش‌آموزان عادی پرداخته شده است. جهت اظهار نظر در این زمینه به پشتوانه‌های پژوهشی قوی‌تری نیاز است و به طور جدی نیازمند مطالعات وسیع‌تری هستیم.

محدودیت‌هایی که این پژوهش از نظر روش‌شناختی با آن مواجه بوده است، عبارتند از: محدود کردن پژوهش به الگو و نوع خاصی از مداخله و گروه خاصی از کودکان و ابزار خاصی برای جمع‌آوری داده‌ها، هم‌چنین با توجه به محدودیت زمانی، محقق برای اجرای آزمون پیگیری فرصتی نیافت. پس باید در تعمیم نتایج احتیاط کرد. لذا جهت پژوهش‌های آتی پیشنهاد می‌شود که پژوهش بر روی سایر گروه‌های کودکان با نیازهای خاص انجام گیرد، در بررسی سلامت روان به انواع برنامه‌های آموزشی توجه شود، تأثیر مداخلات بر روی سایر ویژگی‌های کودکان کم‌شنوا در سنین مختلف مورد بررسی قرار گیرد. هم‌چنین با در نظر گرفتن زمانی جهت اجرای آزمون پیگیری می‌توان اطلاعات جامع‌تری نسبت به میزان اثربخشی این آموزش‌ها در طولانی مدت کسب کرد. علاوه بر این با توجه به یافته‌های پژوهش پیشنهاد می‌شود تا برای دانش‌آموزان کم‌شنوا برنامه‌های آموزش مهارت زندگی به صورت خدمات آموزشی، روان‌شناختی و درمانی تدوین و به طور رسمی در مراکز خاص به آنها عرضه شود.

نتیجه‌گیری

در مجموع یافته‌های این پژوهش نشان داد که آموزش مهارت زندگی در بهبود سلامت روان و هر چهار خرده‌مقیاس آن (علایم جسمانی، اضطراب، نقص در عملکرد اجتماعی و افسردگی) در دانش‌آموزان کم‌شنوای دوم و سوم متوسطه تأثیر چشمگیری داشت. با توجه به این که یکی از اهداف آموزش دانش‌آموزان کم‌شنوا کمک به ارتقا بهداشت و سلامت روان آنها است، در این میان استفاده از برنامه آموزشی مهارت زندگی برای این دانش‌آموزان بسیار مفید خواهد بود. به طور کلی نتایج حاصل از پژوهش بر اهمیت استفاده از برنامه آموزشی مهارت زندگی جهت بهبود سلامت روان تأکید دارد. بنابراین، آن دسته از آموزش‌هایی که بتواند به این جنبه از اهداف بپردازد در بالابردن سلامت روان این دانش‌آموزان مؤثر است.

آنان می‌شود، در ارتباط با عملکرد و رفتار در زندگی شخصی و اجتماعی آنها است، این دانش‌آموزان، به این دلیل که نمی‌توانند به طور خود به خودی و بدون کمک دیگران مهارت‌های زندگی را بیاموزند، فقط در صورت برخورداری از آموزش مناسب خواهند توانست همانند همسالان عادی خود به برخی از سطوح اکتسابی مهارت‌های اجتماعی دست یابند (۵). بنابراین، آموزش مهارت‌های زندگی به کودکان کم‌شنوا نقشی حساس در کسب سلامت روان و خرده‌مقیاس‌های آن دارد و آنچه سبب پیوند مطلوب یادگیری مهارت‌های زندگی و سلامت روان می‌گردد، یادگیری مهارت چگونه زیستن است.

نتایج این مطالعه با یافته‌های پژوهش امانی و همکاران (۱۳۸۹) اثر بخشی آموزش مهارت زندگی بر بهبود سلامت روان دانش‌آموزان دختر سال سوم متوسطه شهر سمنان دارای والد با سبک فرزندپروری استبدادی در خرده‌مقیاس‌های علایم جسمانی و اضطراب همسو ولی در دو خرده‌مقیاس عملکرد اجتماعی و افسردگی ناهمسو بود (۱). هم‌چنین این نتایج با یافته‌های پژوهش حاج امینی و همکاران (۱۳۸۷) در خرده‌مقیاس‌های علایم جسمانی، اضطراب، نقص در عملکرد اجتماعی همسو ولی در خرده‌مقیاس افسردگی ناهمسو بود (۲۰).

در تبیین عدم وجود ارتباط معنادار آماری نتایج پژوهش حاضر، در دو خرده‌مقیاس عملکرد اجتماعی و افسردگی با یافته‌های پژوهش امانی و همکاران (۱۳۸۹) و خرده‌مقیاس افسردگی در پژوهش حاج امینی و همکاران (۱۳۸۷) می‌توان به چند نکته اصلی اشاره نمود: نخست آن که نمونه مورد هر دو پژوهش فوق دانش‌آموزان عادی بودند و صرف آموزش مهارت‌های زندگی که یک نوع برنامه پیشگیرانه جهت ارتقای سلامت است، قادر به کاهش افسردگی و بهبود عملکرد اجتماعی در این نوع نمونه‌ها نخواهد بود. ولی نمونه پژوهش حاضر دانش‌آموزان کم‌شنوا هستند، افسردگی و ضعف در عملکرد اجتماعی از ویژگی‌های این دانش‌آموزان است و افت شنوایی تأثیر بسزایی در آنها دارد (۳۴)، افراد کم‌شنوا در مقایسه با همسالان شنوای خود، سطح تحمل و شکست پایین‌تری دارند (۲۸). بنابراین، اگر برای آنها برنامه آموزشی مناسبی تدارک دیده شود احتمال می‌رود که نسبت به دانش‌آموزان عادی، افسردگی آنها کاهش بیشتر و عملکرد اجتماعی شان بهبود بیشتری یابد. هم‌چنین در دو پژوهش ناهمسو، سهم محتوای آموزشی که با کاهش افسردگی و بهبود عملکرد اجتماعی مرتبط باشد اندک و می‌توان گفت در نظر گرفته نشده بود. انتظار می‌رفت اگر محتوای آموزشی به طور اختصاصی‌تری تعریف شده بود، دوره آموزشی می‌توانست تأثیر چشمگیری بر نتایج دو مطالعه مذکور داشته باشد. دومین علت احتمالی این ناهمخوانی را می‌توان به کوتاه بودن دوره آموزشی نسبت داد. پیشنهاد دهندگان آموزش مهارت‌های زندگی همواره



منابع

1. Amani S, Borjali A, Sohrabi F. Investigate of the effectiveness of life skills training on improving health mental of girl students in high school. conference of children and adolescent psychology. Islamic Azad University of Kermanshah Branch; 2010, pp: 1-17.
2. World health organization. Promoting mental health. A report of the world health organization, Department of mental health and substance abuse in collaboration with the Victorian health promoting foundation and the University of Melbourne Geneva, Switzerland; 2005.
3. Afroz Gh. [An introduction of psychology and education of exceptional children (Persian)]. 28th edition. Tehran: University of Tehran; 2010, pp: 72-74.
4. Rabinke M, Datillo F. Cognitive therapy in the children and teenagers. Alaqgheband R. (Persian translator) 3th edition. Tehran: Boghe; 2000, pp: 74-77.
5. Jalilabkenar SS. [Social skills training to hearing impaired students (Persian)]. Journal of Exceptional Education. 2009; 104: 66-72.
6. Movallali G, Afroz GH, Hasanzadeh S, Malakooti B. [Evaluation of the effects of Persian cued speech practice upon speech discrimination scores of hearing impaired children (Persian)]. Journal of Audiology. 2010; 19 (2): 39-46.
7. Seif Naraghi M, Naderei A. [Psychology and education exceptional children (Persian)]. 5th edition. Tehran: Arasbaran; 2006, pp: 121-125.
8. Martini A, Stephens D, Read AP. (1996). Genetic and hearing impaired. London: Whurr Publishes Ltd; 1996, pp: 234-236.
8. Nader H, Ansari S, [Investigate of prevalence rate auditory disorder and causes in Ardebil (Persian)]. Journal of Audiology. 2011; 1 (20): 116-127.
9. Hosenabadi R, Share H, Sheabanizadeh A, Emamjomeh H, Vakili Y, Mirmomeni G. [The effect of cochlea implement on distraction, depression, anxiety and mental health hearing loss adult after of language training (Persian)]. Journal of Rehabilitation. 2007; 9 (2): 15-19.
10. Kushalnagar P, Krull K, Hannay J, Metha P, Caudle S, Oghalai J. Intelligence, parental depression and behavior adaptability in Deaf children being considered for cochlear implantation. Journal of Deaf Study Deaf Education. 2007; 21 (3): 364-369
11. Arlinger S. Negative consequences of uncorrected hearing loss- a review. Journal of Audiology. 2003; 42 (2): 17-20.
12. American association of mental retardation. definition, classification, and systems of supports, 10th edition. Washington, DC; 2007, pp: 200-201.
13. Momeni S. [Investigate of the effectiveness of life skills training on the social competence and communication skills of students with dyscalculia (Persian)]. Thesis for master of science in educational psychology. Islamic Azad university branch Ardebil; 2010, pp: 116-122.
14. Smith D. Introduction to special education: Teaching in an age of opportunity. 4th edition. Needhan, Allyn & Bacon; 2001, pp: 36-38.
12. Powless D, Elliot S. Assessment of social skills, Journal of School Psychology. 2001; 28 (1): 29-33.
13. Yarahmadiyan N. [Improving individual social ability and general health of adolescent through enhancement of social competence (Persian)]. Journal of Behavioral Science. 2012; 6 (3): 279-288.
14. Mahvashevermosfaderani A, Adibsereshki N, Movallali G. [The effectiveness of life skills training on the social skills of hearing impaired secondary school students in inclusive schools (Persian)]. Journal of Research on Rehabilitation Science. 2012; 8 (3): 477-488.
15. Salehpour M. [The effectiveness of stress management skills training on the improving of general health on girl students of Kashmir province (Persian)]. Thesis for master of science in psychology. Allameh Tabatabaei University; 2007, pp: 89-94.
16. Hajamini Z, Ajali A, Fathiashtiyani A, Ebadi A, Dibaie M. Delkosh M. [Investigate of the effectiveness of life skills training on the emotional reaction adolescent (Persian)]. Journal of Behavioral Science. 2007; 3 (2): 263-269.
17. Bharath, S & Kishore-Kumar KV. Empowering adolescents with life skills education in schools-School mental health program: Does it work? Indian Journal Psychiatry. 2010; 52 (4): 344-349.
18. Larrauri RC, Caceres JL. Determining the efficacy of a high- school life-skills' programmer in Huancavelica, Peru. Journal Rev Salud Publican (Bogota). 2009; 11 (2): 181-169.
19. Paul M, Lipking J, Hiebert B. Effects divorce on self-efficacy children in china. University Illinois extension; 2005.
20. Korinek L, Popp A. Collaborative mainstream integration of social skills with academic instruction. Preventing School Failure. 2004; 41 (4): 148-160.
21. Bryan S. Teaching exceptional children: Promoting social skills among students with nonverbal learning disabilities. Boston: Houghton Mifflin; 2002.
22. Eron L. The development of aggressive behavior from the perspective of a development behaviorism. Journal of American Psychologist. 2000; 42 (6): 435-442.
23. Eisenberg N, Fabes, RA, Murphy B, Masz KP, smith M, carbon M. The role of emotionally and regulation in children's social functioning: A longitudinal study. Child development, 2003; 66 (11): 1360-1384.
24. Gijantali S. A comparative study of the personality characteristics of primary school student with learning disabilities and their non-learning disabled peers. Journal of Research in Childhood Education. 2004; 22 (2) 85-93.
25. Gall M, Borg W, Gall j. Quantitative and qualitative methods of research in psychology and educational science. Nasr A. (Persian translator) first edition. Tehran: Samt; 2007, pp: 324-327.
26. Shahim S. Standardization of Wechsler intelligence scale revised for children in Iran. Shiraz: Shiraz University Publication; 1994.
27. Kaviani H, Mousavi A, Mohit A. [Interview and mental tests (Persian)]. Tehran: Sana; 2001.
28. Yaghobi h, Ghaedi Gh, Omidi A, Kahani Sh, Zafar M. [Primary study of validation and cut off detriment General Health Questionnaire (GHQ-28) (Persian)]. Conference fourth mental health of students; 2008, pp: 489-492.
29. Palahang H. [Investigate of the mental disorder epidemiology in kashan city (Persian)]. Journal of Thought and Behavior. 1996; 2 (4): 19-27.
30. Hardman M, Drew C, Egan W. Human exceptionality. Society, school, and family. Alizadeh H, Ganji K, Yousefi Looyeh M, Yadegari F. (Persian translator) 7th edition. Tehran: Dangeh; 2007, pp: 237-241.

Effectiveness of Life Skill Instruction on the Mental Health of Hearing Loss Students

Ashoori M. (M.Sc.)¹, *Jalilabkenar S. (M.Sc.)², Hasanzadeh S. (Ph.D.)³, Pourmohamadreza Tajrishi M. (Ph.D.)⁴

Receive date: 17/12/2012
Accept date: 21/01/2013

- 1- Ph.D. Student of Educational Psychology and Exceptional Children Education, University of Tehran, Iran
- 2- M.Sc. Student of Psychology and Exceptional Children Education. University of Social Welfare & Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran
- 3- Ph.D. of Psychology. Assistant Professor, University of Tehran, Iran
- 4- Ph.D. of Psychology. Assistant Professor, University of Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran

*Correspondent Author Address:
No. 9, 4th Almahdi, Shohadaye Madrese Street, Tohid Avenue, Pishva, Varamin, Iran.

*Tel: +98 (21) 36728780

*E-mail: haneye_00@yahoo. com

Abstract

Objective: The purpose of the present research was to investigation of the effectiveness of life skill instruction on the mental health of students with hearing loss in Tehran province.

Materials & Methods: The present research was an experimental study by pre-test, post-test design with control group. The study population included of male students with hearing loss from second and third level of high schools in Tehran province. Subjects were selected by in available method. Forty students participated in the study. Subjects were divided into two groups by randomly (experimental and control group), each of group was consisted of 20 students. Experimental group received life skill training in 9 sessions while control group did not. The instruments of present research were Wechsler Intelligence Scale for adult and General Health Questionnaire. The obtained data were statistically analyzed by Mancova.

Results: The findings of this research showed that there was significant increase in mental health scores of experimental group in the post intervention in comparison with control group ($P < 0.05$). Also mental health scores of experimental group was significantly in somatic symptoms, anxiety, deficiency in social performance and depression ($P < 0.05$).

Conclusion: The life skill instructional program led to improvement of the mental health of hearing loss students and decreased somatic symptoms, anxiety, deficiency in social performance and depression. Therefore, planning for providing of social competence instruction is of a particular importance.

Keywords: Life skill, Mental health, Hearing loss