

Biannual Journal of Applied
Counseling
2016, 6 (1), 37-58
Received: 24 Sep 2016
Accepted: 04 Dec 2016

دوفصلنامه مشاوره کاربردی
۳۷-۵۸، ۶ (۱)، ۱۳۹۵
دریافت: ۹۵/۰۷/۳
پذیرش: ۹۵/۰۹/۱۴

آموزش مهارت‌های اجتماعی بر افزایش سازگاری عاطفی، سلامت روان و حرمت خود
دانش‌آموزان کم‌توان جسمی- حرکتی

The social skills training on emotional adjustment increasing, mental
health and self-esteem of students with physical-mobile disability

Ziba Brghie Irani
Mohammad Javad Bagiyar Kulehmarz
Fatemh Sharifi

زیبا برقی ایرانی*
محمدجواد بیگیان کوله‌مرز**
فاطمه شریفی

Abstract

The aim of this study was to investigate the social skills training on emotional adjustment improving, mental health and self-esteem of students with physical-mobile disability. The current research was of semi-experimental type with pretest and post-test design and control group. The population of this study included all 14 to 18 years old students with physical-mobile disability in Tehran provenience at rehabilitation, educational services and rehabilitation centers: 30 disabled 14-18 years old students were select using simple random sampling method and were randomly assigned to experimental (n=15) and control groups (n=15). They completed Bell Adjustment Inventory (BAI), General Health Questionnaire (GHQ-28), and Rosenberg Self-esteem Scale (SES). The data were analyzed using analysis of covariance statistical method through SPSS-21 software. The results indicated that social skills training had significant and positive effect on the emotional improving, mental health and self-esteem of students with physical-mobile disability. These results have direct and implied clinical applications on prevention setting and emotional adjustment improving, mental health, and self-esteem of students with physical-mobile disability.

Keywords: social skills training, emotional adjustment, mental health, self-esteem, physical-mobile disabled, students

چکیده

هدف این پژوهش بررسی آموزش مهارت‌های اجتماعی بر افزایش سازگاری عاطفی، سلامت عمومی و حرمت خود دانش‌آموزان کم‌توان جسمی- حرکتی بود. پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل جامعه‌ی این پژوهش شامل کلیه دانش‌آموزان کم‌توانی جسمی- حرکتی ۱۴ تا ۱۸ ساله استان تهران در مراکز توانبخشی حرفه‌ای، خدمات آموزشی و توانبخشی بود که ۳۰ نفر از کودکان کم‌توان جسمی- حرکتی با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب و به‌طور تصادفی به گروه‌های آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) واگذار شدند. آن‌ها سیاهه سازگاری عاطفی بل (BAI)، پرسشنامه سلامت عمومی گلدبرگ (GHQ-28) و مقیاس حرمت خود روزنبرگ (SES) پاسخ دادند. داده‌ها به روش آماری تحلیل کوواریانس و با استفاده از نرم‌افزار SPSS-۲۱ تحلیل شدند. نتایج نشان داد که آموزش مهارت‌های اجتماعی اثر مثبت و معنی‌داری به رشد عاطفی، سلامت عمومی و حرمت خود دانش‌آموزان کم‌توان جسمی- حرکتی داد. این نتایج، کاربردهای بالینی مستقیم و ضمنی مهمی در زمینه‌ی پیشگیری و بهبود سازگاری عاطفی، سلامت روان و حرمت دانش‌آموزان کم‌توان جسمی- حرکتی دارد.

واژه‌های کلیدی: مهارت‌های اجتماعی، سازگاری عاطفی، سلامت عمومی، حرمت خود، کم‌توان جسمی- حرکتی، دانش‌آموزان

kimia2010@gmail.com

* استادیار گروه روانشناسی دانشگاه پیام نور، تهران (نویسنده مسئول)

** دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی، دانشگاه رازی کرمانشاه

*** دانش‌آموخته کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد گرمسار

مقدمه

معلولیت واقعی است انکارناپذیر و به عنوان یک پدیده اجتماعی از ادوار گذشته تاکنون در جوامع وجود داشته است. با این وجود، مفهوم معلولیت توسط سازمان بهداشت جهانی^۱ در طبقه بندی بین المللی ناتوانی کارکردی و سلامت، به عنوان یک اصطلاح چتری برای آسیب ها، محدودیت های کارکردی و محدودیت های مشارکتی مطرح شده است (کاراسکو، ۲۰۱۱). از جمله این معلولیت ها، معلولیت جسمی حرکتی است که برون و ترنر (۲۰۱۰) معلولیت های جسمی و حرکتی را به عنوان یک آسیب که یک یا بیش از یکی از فعالیت های عمده زندگی فرد را محدود می کند، تعریف کرده اند. تخمین زده می شود که ۱۰ درصد جمعیت دنیا با یک معلولیت زندگی می کنند (اسپنسر، ۲۰۰۷). نتایج مطالعات نشان می دهد که افراد دارای معلولیت جسمی حرکتی از وضعیت سلامت روان، عزت نفس پایین تر، رضایتمندی کمتر از سلامت، سطوح بالای افسردگی و سطوح پایین از حمایت های عاطفی و مشارکت و تعهدات اجتماعی برخوردار هستند (نوسک، هوکس و سوایدن، ۲۰۱۳).

در سال های اخیر، وضعیت عزت نفس کودکان و نوجوانان مورد توجه متخصصان روان شناسی و تعلیم و تربیت قرار گرفته است. از این رو پژوهش های متعددی در زمینه ی تأثیر آموزش مهارت های اجتماعی بر بهبود عزت نفس کودکان و نوجوانان در سنین مختلف و گروه های مختلف انجام شده است (یزدخواستی، ۱۳۹۰). عزت نفس از مهمترین جنبه های شخصیت و تعیین کننده ویژگی های رفتاری (صدرالسادات، ۱۳۸۰، به نقل از مرادی، قنبری هاشم آبادی و آقامحمدیان شعیب، ۱۳۹۰) و شکوفایی انسان است و بیشتر صاحب نظران آن را عامل مهم و اساسی در سازگاری عاطفی و اجتماعی می دانند (لی^۲، ۱۹۹۴، به نقل از نوانکو، اوکچی و پرینس، ۲۰۱۵). هانتز (۲۰۰۶؛ دوروتی، ۲۰۱۲)، عزت نفس را دیدگاه فرد نسبت به خود از جهات جسمانی، روانی و هیجانی یاد می کند. فرانکن^۳ (۱۹۹۴، به نقل از صدرالسادات، ۱۳۸۰)، عزت نفس را غرور و افتخاری می داند که وقتی فرد نقایص خود را برطرف می کند به او دست می دهد. بنابراین عزت نفس متغیر مهمی است که با عوامل مختلفی ارتباط داشته و بر رفتارهای آشکار فرد تأثیر می گذارد (کوپر اسمیت^۴، ۱۹۶۷، به نقل از ماروک، ۲۰۰۶). عزت نفس که چهارمین نیاز از سلسله مراتب نیازهای مزلو است، به انسان اعتماد و استقلال می بخشد (فرایسون، ۲۰۰۸). نتایج پژوهش ها نشان می دهد که عزت نفس پایین پیامدهایی مانند اضطراب و افسردگی (کاپلان، ۱۹۹۶)، اختلال های جسمی روانی (فرانک، ریدت و هاور، ۲۰۰۷)، رفتارهای انحرافی (کاپلان، ۱۹۹۶) و ریشه بسیاری از ناهنجاری های روانی است که در میان افراد انسانی دیده می شود (مرادی، ملک پور، امیری، مولوی و نوری، ۱۳۹۱).

کمبود یا روابط اجتماعی که در نتیجه سازگاری اجتماعی نامطلوب رخ می دهد، می تواند روی انگیزه

1. World Health Organization
2. Lee
3. Franken
4. CooperSmith

و سلامت روان فرد تأثیر منفی بگذارد (جورج و اکپانگ، ۲۰۱۲). سلامت روان به‌عنوان تطابق مؤثر با خود و محیط و انتخاب بهترین راه‌حل‌ها در هنگام مواجهه با مشکلات تعریف شده است. سلامت روان به مفهوم احساس درونی خوب بودن و اطمینان از کارآمدی، اتکا و اعتماد به خود، قابلیت رقابت، دوست داشتن دیگری، شکوفایی استعداد و توانایی فکری و هیجانی است (اویبوده، ۲۰۱۵). سلامت انسان به معنای رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی تعریف شده است. بر این اساس، یکی از سه رکن مهم سلامت انسان‌ها، سلامت روان است که در تعامل با سلامت جسمانی و اجتماعی باعث سلامت کلی می‌شود (کمالی و حسنی، ۱۳۹۲). سلامت، کیفیتی است که تعریف آن دشوار و اندازه‌گیری واقعی آن تقریباً ناممکن است. بنابر تعریف سازمان بهداشت جهانی (۲۰۰۱) سلامت عمومی، حالتی از رفاه و بهبودی است که هر فرد بتواند توانایی‌های بالقوه خودش را تحقق بخشد، با استرس‌های معمول در زندگی مقابله کند، به شکل مثمر ثمر و سازنده‌ای به کار و فعالیت بپردازد و در اجتماعی که به آن تعلق دارد، نقشی مؤثر ایفا کند.

یکی از متغیرهایی که احتمالاً به دلیل وجود مشکلات حرکتی مختل می‌شود، سازگاری اجتماعی و هیجانی^۱ می‌باشد. سازگاری اجتماعی به معنای سازش شخص با محیط اجتماعی است که این سازگاری می‌تواند به وسیله وفق دادن خود با محیط یا تغییر محیط اطراف برای رفع نیازها و رسیدن به مطلوب ایجاد شود. شرط بقای زندگی انسان جنبه اجتماعی آن است. رشد اجتماعی افراد در تعامل با دیگران و پذیرش مسئولیت‌های اجتماعی شکل می‌گیرد (عدلی، حیدری، زارعی و صادقی‌فرد، ۲۰۱۳). سازگاری هیجانی را می‌توان شامل سلامت روانی خوب، رضایت از زندگی شخصی و هماهنگی میان احساس‌ها، فعالیت‌ها و افکار دانست. به عبارت دیگر، سازگاری هیجانی یعنی مکانیزم‌هایی که توسط آنها، فرد ثبات عاطفی پیدا می‌کند (یارمحمدیان و شرفی‌راد، ۱۳۹۰) و در نهایت توانمندی‌ها و شایستگی‌های اجتماعی و هیجانی از عوامل تعیین‌کننده و تأثیرگذار بر سازگاری تحصیلی^۲ محسوب می‌شوند (خدایاری فرد، چشمه‌نوشی، رحیمی نژاد و فراهانی، ۱۳۹۰). به‌طورکلی، سازگاری توانایی آمیزش، انطباق، مصالحه، همکاری و کنار آمدن با خود، محیط و دیگران تعریف کرده‌اند (فولادی، ۱۳۸۳). نتایج نشان می‌دهد کودکان و نوجوانان دارای مشکلات حرکتی در مهارت‌های بین‌فردی (لاد و تروپ-گردون، ۲۰۰۳؛ کرنیچ، گاز و هافمن، ۲۰۰۵)، عملکرد روانی ضعیف، احساس گناه، خودپنداره منفی، ناامیدی، عزت‌نفس پایین، انزوا و رضایتمندی پایین از زندگی (امرسون و لیولین، ۲۰۰۸)، پردازش اطلاعات اجتماعی (بومینگر و کیمهی-کیند^۳، ۲۰۰۸)، سطوح بالایی از طرد اجتماعی و تنهایی (دوین، سیهاجس، آمارو و هولمبرگ، ۲۰۱۱)، مشکلات سازگاری (ایوانز، مولیت، ویست و فرانز، ۲۰۰۵؛ جنآبادی، عیسی زادگان، کرجی و دادکان، ۲۰۱۴) دارای مشکلاتی هستند.

1. social and emotional adjustment
2. academic adjustment
3. Bauminger & Kimhi-Kind

بنابر این کودکانی که مهارت‌های اجتماعی مناسبی دارند در ایجاد رابطه با همسالان (آشر و تیلور، ۲۰۰۱) و یادگیری در محیط آموزشی (والکر و هوپس، ۲۰۰۳؛ عاشوری، جلیل آبکنار، غباری‌بناب و حبیب‌پور، ۱۳۹۲) موفق‌تر از کودکانی هستند که فاقد این مهارت هستند. مهارت‌های اجتماعی کودکان و نوجوانان بخشی از مسأله اجتماعی شدن آنان است و اجتماعی شدن جریانی است که در آن هنجارها، مهارت‌ها، انگیزه‌ها، نگرش‌ها و رفتار فرد شکل می‌گیرد. مهارت‌های اجتماعی می‌تواند به‌عنوان مهارت‌های لازم برای تطبیق با نیازهای اجتماعی و نیز حفظ روابط بین‌فردی رضایت‌بخش تعریف شود (عاشوری و همکاران، ۱۳۹۲). روابط اجتماعی جنبه اصلی زندگی افراد است (لد^۱، ۲۰۰۶، به نقل از حسین‌خانزاده، ۱۳۹۲) و والدین نقش اصلی را در تحول اجتماعی افراد ایفا می‌کنند (واکاری و مارشاک، ۱۹۹۷؛ باتن، اکس و الکساندر، ۲۰۱۴). مهارت‌های اجتماعی، مهارت‌هایی هستند که به افراد اجازه می‌دهند تعامل مثبتی را با دیگران شروع کرده و ادامه دهند و شامل مهارت‌هایی مانند برقراری ارتباط، حل مسئله، جرأت آموزی^۲، تصمیم‌گیری، خودمدیریتی^۳ و روابط با همسالان است (سیون و یولداس، ۲۰۰۷؛ کریستوفرسون و وناسکویوک، ۲۰۰۸؛ هریس، ۲۰۱۴) و توانایی انجام رفتارهایی است که در توانمندسازی یک فرد برای کسب قابلیت اجتماعی مهم هستند (اسپنس^۴، ۱۹۹۵، به نقل از خوشحال رودپشتی و حسین‌خانزاده، ۱۳۹۴). این مهارت‌ها نه‌تنها برای موفقیت و تطبیق و سازش یافتگی در مدارس اهمیت دارند (گیلیام و شاهار، ۲۰۰۶؛ گیلیام، ۲۰۰۸)، بلکه یک اثر مهم بر تحول انسان به‌ویژه، در موفقیت و سازش یافتگی انسان در بزرگسالی دارند (رایموندو، کارپیتو، پیرا، مارکوس، پیتو، لیما و ریریو، ۲۰۱۲). کودکان فاقد مهارت‌های کافی اجتماعی، در مخاطره طرد گروه همسالان، مشکلات رفتاری و ضعف در پیشرفت تحصیلی قرار دارند (گیلیام، ۲۰۰۸). کلید پیشگیری از بسیاری از ناتوانی‌های مرتبط با تحول زبان، کمک والدین در برقراری ارتباط مناسب با کودکان در دوران نوزادی و طفولیت است (حسین‌خانزاده، ۱۳۹۲). نتایج پژوهش‌های مختلف نشان داده‌اند که آموزش مهارت‌های اجتماعی به این کودکان، سازگاری فردی- اجتماعی، افزایش همکاری، ابراز وجود و خویشن‌داری را به‌طور بالقوه‌ای بهبود می‌بخشد (مهوش، ۱۳۹۱؛ خوشحال رودپشتی و حسین‌خانزاده، ۱۳۹۴).

پژوهش‌های متعدد بیانگر این هستند که آموزش مهارت‌های اجتماعی باعث کاهش اضطراب، افزایش فعالیت‌های اجتماعی، افزایش سلامت روان، بهبود حرمت نفس و غیره می‌شود. پورنا، میشل، اسکات، اسمیت، هوپر و کاوین (۲۰۱۴) نشان دادند که آموزش مهارت‌های اجتماعی سبب کاهش اضطراب، افزایش فعالیت‌های اجتماعی، بهبود حرمت نفس و استفاده از راهبردهای مقابله‌ای مناسب می‌گردد نتایج پژوهش تیفانی، اُترو، روچیل، اسپاتز، مریل و بلینی (۲۰۱۵) نشان داد که آموزش مهارت‌های اجتماعی به پسران و دختران مبتلا به سندرم درخودمانده باعث بهبود روابط بین‌فردی و

1. Led
2. assertive
3. self-management
4. Spense

سلامت روان افراد مبتلا می‌شود. عاشوری و همکاران (۱۳۹۲) نشان دادند که آموزش مهارت‌های اجتماعی بر عزت‌نفس خود، اجتماعی، خانوادگی و تحصیلی نوجوانان با کم‌توانی ذهنی اثر مثبت و معنی‌داری دارد. حاتمی‌فرد، کافی‌ماسوله و خوش‌روش (۱۳۹۰) دریافتند که برنامه‌ی آموزش مهارت ابراز وجود والدین برافزایش سازگاری اجتماعی و پیشرفت تحصیلی فرزندان آنان اثر مثبت داشته است. همچنین آموزش مهارت‌های حل مسأله بر سازگاری اجتماعی اثر مثبت داشته است ولی بر پیشرفت تحصیلی اثر نداشته است. خلعتبری، قربان شیروودی، رهبر طارم‌سری، کیخای فرزانه (۱۳۸۹) دریافتند که آموزش مهارت عذرخواهی بر ابزار وجود و سلامت روان دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی، متفاوت از اثربخشی آموزش مهارت، دوری از آزار و اذیت است و آموزش مهارت عذرخواهی و دوری از آزار بر میزان ابراز وجود و سلامت روان مؤثر است. ویسکوسی‌لاوا و پراسکو (۲۰۱۳) در یک مطالعه فرا تحلیل به این نتیجه رسیدند که آموزش مهارت‌های اجتماعی گامی مؤثر در جهت کاهش اختلال‌های روان‌پزشکی مانند اختلال‌های سازنا یافتگی، اختلال‌های خلقی و اضطرابی است. یگانه (۱۳۹۳) دریافت که در مرحله پس‌آزمون و پیگیری، بین گروه‌های آزمایش و کنترل در کنش‌وری سازشی و اختلال‌های هیجانی-رفتاری تفاوت معناداری وجود دارد. نریمانی، بگیان‌کوله‌مرز و عباسی (۱۳۹۳) نشان دادند که آموزش مهارت‌های اجتماعی مبتنی بر پردازش شناختی منجر به بهبود روابط بین‌شخصی دانش‌آموزان مبتلا به ناتوانی‌های یادگیری خاص می‌شود. برقی ایرانی، بختی و بگیان‌کوله‌مرز (۱۳۹۴) نیز نشان دادند که آموزش مهارت‌های اجتماعی مبتنی بر پردازش شناختی منجر به بهبود بهزیستی هیجانی، اجتماعی و روانشناختی و کاهش نشانه‌های مرضی دانش‌آموزان مبتلا به اختلال سلوک می‌شود.

در مجموع با توجه به نتایج پژوهش‌ها، کمبود یا فقدان روابط اجتماعی که در نتیجه سازگاری اجتماعی نامطلوب رخ می‌دهد، می‌تواند روی انگیزه و سلامت روان فرد تأثیر منفی بگذارد (جورج و اکپانگ، ۲۰۱۲) و موجب عملکرد روانی ضعیف مانند احساس گناه، خود پنداره منفی، ناامیدی، عزت‌نفس پایین، انزوا و رضایتمندی پایین از زندگی شود (امرسون و لیولین، ۲۰۰۸). لذا با توجه به پژوهش‌ها درمی‌یابیم که مطالعات فراوانی در مورد اثربخشی آموزش مهارت‌های اجتماعی بر بهبود عزت‌نفس، سازگاری هیجانی و سلامت روان افراد در گروه‌های مختلف و به صورت کلی انجام شده است ولی پژوهش‌های بسیار اندکی در این زمینه به نوجوانان با کم‌توانی حرکتی اختصاص یافته است. از طرف دیگر، در بسیاری از مواقع عامل اصلی مشکلات نوجوانان با کم‌توانی حرکتی در برقراری ارتباط مؤثر و سازگار با محیط پیرامونی و عدم استفاده درست از مهارت‌های اجتماعی در حیطه‌های مختلف (ارتباط، مراقبت از خود، زندگی در خانه، خود رهبری، سلامت و ایمنی و اوقات فراغت) است. بنابراین، رفتارهای سازش‌نا یافته آن‌ها منجر به مشکلات روان‌شناختی در همه ابعاد زندگی‌شان شده و تأثیر نامطلوبی بر تعامل آن‌ها با سایر افراد می‌گذارد. بر این اساس به آموزش برنامه‌هایی تأکید شده است که عزت‌نفس، سلامت روان و سازگاری هیجانی نوجوانان با کم‌توانی حرکتی را به نحو مطلوبی بهبود بخشد (عاشوری و همکاران، ۱۳۹۲). از این رو پیشنهادهای آموزشی مختلفی در زمینه‌ی بهبود عزت‌نفس، سلامت روان و

سازگاری هیجانی آن‌ها توسط متخصصان ارائه شده است، که آموزش مهارت‌های اجتماعی نمونه‌ای از این موارد به شمار می‌رود. بنابراین، هدف این پژوهش بررسی اثربخشی آموزش مهارت‌های اجتماعی بر بهبود رشد عاطفی، سلامت عمومی و حرمت خود در نوجوانان با کم‌توانی جسمی- حرکتی ۱۴ تا ۱۸ ساله استان تهران بود. سؤال‌های این پژوهش عبارتند از: ۱- آیا آموزش مهارت‌های اجتماعی منجر به بهبود سازگاری عاطفی نوجوانان با کم‌توانی جسمی- حرکتی می‌شود؟ ۲- آیا آموزش مهارت‌های اجتماعی منجر به افزایش سلامت روان نوجوانان با کم‌توانی جسمی- حرکتی می‌شود؟ و ۳- آیا آموزش مهارت‌های اجتماعی تأثیری در بهبود حرمت خود نوجوانان با کم‌توانی جسمی- حرکتی دارد؟

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

پژوهش حاضر نیمه‌تجربی از نوع طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل است. جامعه‌ی این پژوهش شامل تمامی نوجوانان دختر کم‌توان جسمی- حرکتی ۱۴ تا ۱۸ ساله استان تهران بود که در سال تحصیلی ۹۵-۱۳۹۴ در مراکز توانبخشی حرفه‌ای (رشد و بچه‌های آسمان) خدمات آموزشی و توانبخشی دریافت می‌کردند. ۳۶ نوجوان کم‌توان جسمی- حرکتی از بین دو مرکز رشد و بچه‌های آسمان به روش نمونه‌گیری تصادفی ساده و معیارهای ورود (زندگی با والدین و بستری نبودن، موافقت برای شرکت در طرح پژوهشی، دامنه سنی ۱۴ تا ۱۸ سال و نداشتن اختلال‌های هیجانی و رفتاری بر اساس ملاک‌های پنجمین ویرایش راهنمایی تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۱ (DSM-IV) (توکلی و فدائی، ۱۳۹۴) و خروج (غیبت در جلسه‌های آموزشی، داشتن آسیب شنوایی، بینایی، اختلال‌های یادگیری، اختلال‌های هیجانی و رفتاری و داشتن سایر اختلال‌های همبود مانند صرع که منجر به وقفه آموزشی شود و شرکت همزمان در جلسات مشاوره و روان‌درمانی و روان‌پزشکی) برگزیده شدند. به‌منظور رعایت ملاحظات اخلاقی، به مسئولین مراکز و والدین آزمودنی‌های شرکت‌کننده در پژوهش اطمینان داده شد که اطلاعات به دست آمده از پژوهش به صورت محرمانه و بی‌نام مورد استفاده قرار گیرد، به‌منظور حفظ اسرار شخصی و عدم تجاوز به حریم خصوصی افراد، نتایج در سطح کلی (میانگین) گروه‌ها گزارش شود و برای مقاصد تربیتی در اختیار روان‌شناسان، متخصصان آموزش و پرورش، بهزیستی و مراکز آموزش و توانبخشی کودکان با کم‌توانی جسمی- حرکتی قرار گیرد. همچنین، در مورد عدم ضرر و زیان ناشی از شرکت در پژوهش، اطلاعات کامل در اختیار شرکت‌کنندگان قرار گرفت و آن‌ها آزاد بودند که هر زمان که بخواهند از ادامه همکاری در پژوهش اجتناب نمایند. در پایان پژوهش نیز یک کارگاه سه روزه برای گروه کنترل برگزار و در مورد رفتارها و مهارت‌های اجتماعی با آن‌ها بحث شد و در همین راستا یک جزوه آموزشی تهیه و در اختیار آن‌ها قرار گرفت. در ادامه از میان ۳۶ شرکت‌کننده ۳ نفر از هر گروه (۶ نفر) از پژوهش خارج شدند. در حین اجرای مداخله، غیر از

1. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition

شرکت‌کننده‌هایی که به دلیل درخواست شخصی از پژوهش خارج شدند، در نهایت در هر گروه ۱۵ نفر باقی ماندند.

ابزار اندازه‌گیری

به‌منظور بررسی متغیرهای پژوهش از سه ابزار پژوهش زیر استفاده گردید.

پرسشنامه سازگاری بل^۱ (BAI): این پرسشنامه توسط بل در سال ۱۹۶۲ ساخته شد و شامل ۱۶۰ سؤال در ۵ خرده‌مقیاس ۳۳ سؤالی است (سازگاری عاطفی، اجتماعی، خانه و سلامتی). سؤالات به صورت بلی و خیر پاسخ داده می‌شوند و برای هر سؤال اگر صحیح پاسخ داده شود نمره یک و اگر غلط پاسخ داده شود نمره صفر در نظر گرفته می‌شود. به این ترتیب دامنه نمرات هر خرده‌مقیاس بین ۰ تا ۳۲ است. هرچه افراد نمره کمتری در پرسشنامه سازگاری بل کسب کنند سازگاری بیشتری دارند و بالعکس. آقاپور حصیری (۱۳۹۳) ضرایب پایایی دونیمه کردن برای خرده‌مقیاس‌های سازگاری عاطفی ۰/۹۴، اجتماعی، ۹۳، آموزشی ۰/۹۶ و سازگاری کل ۰/۹۵؛ قاسمی (۱۹۹۸) ضرایب پایایی بازآزمایی مؤلفه‌های پنجگانه این پرسشنامه از ۰/۷۰ تا ۰/۹۳ و ضرایب آلفای کرونباخ آن از ۰/۷۴ تا ۰/۹۳ و بل (۱۹۶۲)، ۱۹۶۱، به نقل از فتحی آشتیانی، (۱۳۸۸) برای خرده‌مقیاس‌های سازگاری در خانه، بهداشتی، اجتماعی، عاطفی و شغلی و برای کل پرسشنامه به ترتیب ۰/۹۱، ۰/۸۱، ۰/۸۸، ۰/۹۱، ۰/۸۵ و ۰/۹۴ گزارش کرده‌اند. همچنین، این پرسشنامه از روایی تفکیکی مناسبی برای جداسازی افراد نوروپیک و بهنجار برخوردار است. در پژوهش حاضر فقط از خرده‌مقیاس سازگاری عاطفی استفاده شد که ضریب پایایی تصحیف آن با روش تصحیف اسپیرمن- براون ۰/۸۹ به دست آمد.

مقیاس عزت‌نفس روزنبرگ^۲: مقیاس عزت‌نفس روزنبرگ (۱۹۶۵)، عزت‌نفس کلی و ارزش شخصی را اندازه می‌گیرد. این مقیاس شامل ۱۰ عبارت کلی است که میزان رضایت از زندگی و داشتن احساس خوب در مورد خود را می‌سنجد (صلصالی و سیلورستون، ۲۰۰۳). به نظر بورت و رایت (۲۰۰۲) مقیاس عزت‌نفس روزنبرگ (SES) یکی از رایج‌ترین مقیاس‌های اندازه‌گیری عزت‌نفس بوده و مقیاس معتبری در نظر گرفته می‌شود زیرا برای عزت‌نفس از مفهومی مشابه با مفهوم ارائه شده در نظریه‌های روان‌شناختی درباره «خود» استفاده می‌کند. این مقیاس به‌منظور ارائه یک تصویر کلی از نگرش‌های مثبت و منفی درباره خود به وجود آمده است (روزنبرگ، ۱۹۷۹، به نقل از بورت و رایت، ۲۰۰۲). هر گزاره‌ی این مقیاس شامل یک مقیاس چهار گزینه‌ای (از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم) است که دامنه‌ی آن از ۱ تا ۴ مرتب شده است. به‌علاوه، کمینه و بیشینه نمره‌ی آن ۱۰ و ۴۰ است، که نمره‌های بالاتر بیانگر میزان بالای عزت‌نفس است. روزنبرگ (۱۹۶۵)، (به نقل از صلصالی و سیلورستون، ۲۰۰۳) ضرایب آلفای کرونباخ و بازآزمون این مقیاس را ۰/۹۰ و ۰/۷۰؛ ماکیکانگاس، گینو و فلدت (۲۰۰۴)؛ برای مردان

1. Bell Adjustment Inventory
2. Rosenberg Self-esteem Scale

۰/۸۷ و برای زنان ۰/۸۶ و رجبی و بهلول (۱۳۸۶) ضرایب پایایی آلفای کرونباخ این مقیاس در کل نمونه ۰/۸۴، در دانشجویان پسر ۰/۸۷ و در دانشجویان دختر ۰/۸۰ گزارش نمودند.

پرسشنامه سلامت عمومی^۱ (GHQ-28): گلدبرگ در سال ۱۹۷۲ پرسشنامه سلامت عمومی را برای غربالگری اختلال‌های روانی غیر سایکوتیک در مراکز درمانی و جامعه طراحی و تدوین نموده است. فرم اصلی این پرسشنامه شامل بر ۶۰ سؤال است که آزمودنی باید پاسخ‌های خود را بین چهار درجه (خیر، کمی، زیاد و خیلی) و یا (بیشتر از همیشه، کمتر از همیشه و خیلی بیشتر از همیشه) مشخص کند. فرم‌های کوتاه‌تر ۱۲، ۲۰، ۳۰، ۴۴ و ۶۰ ماده‌ای این مقیاس نیز تهیه شده است (هندرسون، ۱۹۹۰، به نقل از اوتادی، ۱۳۸۰). فرم ۲۸ ماده‌ای این پرسشنامه دارای چهار خرده مقیاس و هر خرده مقیاس دارای ۷ سؤال است: ۱- نشانگان جسمانی (ماده‌های ۱ تا ۷)، ۲- نشانگان اضطرابی (ماده‌های ۷ تا ۱۴)، ۳- نارساکنش‌وری اجتماعی (ماده‌های ۱۴ تا ۲۱) و ۴- نشانگان افسردگی (ماده‌های ۲۱ تا ۲۸)، (تقوی، ۱۳۸۰). با توجه به روش‌های مختلف نمره‌گذاری این پرسشنامه، در پژوهش حاضر با استفاده از روش (لیکرت نمره‌گذاری شده است. لازم به توضیح است که هر چه نمره آزمودنی بالاتر باشد، فرد از سلامت روان پایین‌تری برخوردار است.

تقوی (۱۳۸۰) همسانی درونی مقیاس‌های GHQ را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای علایم جسمانی ۰/۸۵، علایم اضطراب و بی‌خوابی ۰/۸۷، اختلال در عملکرد اجتماعی ۰/۷۹ و علایم افسردگی و خیم ۰/۹۱ و میناکاری، زالی، میناکاری، حیدری و عرب علیدوستی (۱۳۸۵) ۰/۹۱ کل پرسشنامه و برای چهار خرده مقیاس آن از ۰/۷۸ تا ۰/۹۰ گزارش کرده‌اند.

روند اجرای پژوهش

پس از بیان ضرورت پژوهش برای مدیران مراکز توانبخشی حرفه‌ای مورد نظر، به کودکان و والدین آنان در رابطه با مطالعه اطلاعات لازم داده شد و از آن‌ها رضایت نامه کتبی مبنی بر شرکت در پژوهش اخذ شد. ابتدا تمامی شرکت‌کننده‌ها پرسشنامه سازگاری عاطفی، سلامت روان و حرمت خود را تکمیل کردند و نمره‌های آن‌ها به‌عنوان پیش‌آزمون در نظر گرفته شد. سپس به‌طور تصادفی در یکی از دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۸ نفر) قرار گرفتند. مهارت‌های اجتماعی توسط یک روان‌شناس با مدرک کارشناس ارشد روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی در سه جلسه یک ساعتی فرا گرفته شد و با استفاده از روش ایفای نقش در ۱۷ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای طی دو ماه و هفته‌ای دو جلسه کودکان گروه آزمایش تحت مداخله آموزشی قرار گرفتند و گروه کنترل در یک کارگاه سه روزه در مورد رفتارها و مهارت‌های اجتماعی شرکت نمودند. ضمناً ۳ نفر از هر گروه از ادامه شرکت در جلسه‌ها انصراف دادند و تعداد هر گروه به ۱۵ نفر تقلیل یافت (جمعاً ۳۰ نفر).

1. General Health Questionnaire

خلاصه جلسه‌های برنامه آموزش مهارت‌های اجتماعی (والکر و هوپس، ۲۰۰۳)

جلسه اول. آشنایی با عناصر برنامه (مربی، شرکت‌کنندگان و چهارچوب برنامه).

جلسه دوم. پرداختن به مفهوم ارتباط (تعریف، روش‌های برقراری ارتباط و کنش‌های آن).

جلسه سوم. جمع‌بندی مفهوم ارتباط و سپس آشنایی کلی با مهارت‌های مربوط به کلاس درس.

جلسه چهارم. مهارت‌های مربوط به کلاس درس؛ پرداختن به مهارت گوش دادن (تعریف، تفاوت بین گوش دادن و شنیدن، آشنایی با دو مقوله مهارت‌های توجه و پیگیری به‌عنوان دو قسمت از مهارت‌های گوش دادن فعال).

جلسه پنجم. ادامه مهارت‌های مربوط به کلاس درس؛ پرداختن به مهارت اطاعت از دستورات معلم (تعریف، تشریح منطق زیربنایی ارائه دستور از جانب معلم، بحث پیرامون لزوم پیروی از دستورات شفاهی و کتبی معلم).

جلسه ششم. ادامه مهارت‌های مربوط به کلاس درس؛ پرداختن به مهارت ارائه بهترین کار (تعریف، بحث پیرامون پیروی از دستورالعمل‌های معلم و پاکیزه نوشتن، شناسایی موارد مثبت و منفی مؤثر بر ارائه بهترین کار).

جلسه هفتم. ادامه مهارت‌های مربوط به کلاس درس؛ پرداختن به مهارت پیروی از مقررات کلاس درس (تعریف، شناسایی قوانین کلاس درس، بحث پیرامون منطق زیربنایی و لزوم اجرای قوانین کلاس درس، بحث پیرامون مواردی که به رعایت قوانین منجر می‌گردد و همچنین مواردی که باعث ضعف و اخلاف در اجرای قوانین کلاس درس می‌شود، پرداختن به پسخوراند رعایت و عدم رعایت مقررات کلاس).

جلسه هشتم. جمع‌بندی مهارت‌های مربوط به کلاس درس و آشنایی کلی با مهارت‌های اساسی برقراری تعامل.

جلسه نهم. مهارت‌های اساسی برقراری تعامل؛ پرداختن به مهارت ارتباط غیرکلامی (تعریف ارتباط غیرکلامی و کنش‌های آن، پرداختن به مؤلفه‌های ارتباط غیرکلامی، آشنایی با زبان بدن و توانا شدن در تفسیر آن).

جلسه دهم. ادامه مهارت‌های اساسی برقراری تعامل؛ پرداختن به مهارت‌های مکالمه (آشنایی و بحث پیرامون مهارت‌های گوش دادن (مرور جلسه چهارم)، مهارت‌های پاسخ دادن، توانایی ادامه مکالمه و رعایت نوبت).

جلسه یازدهم. جمع‌بندی مهارت‌های برقراری تعامل و آشنایی با مهارت‌های اساسی مربوط به همراهی با دیگران.

جلسه دوازدهم. پرداختن به مهارت‌های سازش با دیگران (تعریف مفهوم سازش و کنش‌های آن، تشریح منطق زیربنایی لزوم انتخاب دقیق کلمات و جملات در برقراری یک ارتباط مطلوب، بحث پیرامون دلایل پیروی از مقررات، بحث پیرامون شیوه‌های صحیح تماس داشتن (تماس اجتماعی و تماس دوستانه) و پیام‌های آن.

جلسه سیزدهم. جمع‌بندی مهارت‌های همراهی با دیگران و سپس آشنایی کلی با مهارت‌های دوست‌یابی.

جلسه چهاردهم. مهارت‌های دوست‌یابی؛ تعریف مفهوم دوست‌یابی و محاسن آن، تشریح منطق زیربنایی لزوم ظاهر آراسته، لب‌خند زدن، تعریف و تمجید کردن، پیش‌قدم شدن در دوستی و دعوت کردن.

جلسه پانزدهم. جمع‌بندی مهارت‌های دوست‌یابی و سپس آشنایی کلی با مهارت‌های مقابله‌ای.

جلسه شانزدهم. مهارت‌های مقابله‌ای؛ تعریف و کنش‌های آن، تشریح منطق زیربنایی مهارت‌های مقابله‌ای، جلوگیری از پایمال شدن حقوق خود و بیان آزادانه مواضع خود در روابط بین‌فردی، معرفی روش‌های متفاوت مقابله‌ای.

جلسه هفدهم. مرور و تمرین مهارت‌های آموخته شده و جمع‌بندی مهارت‌های مقابله‌ای.

شیوه کار در هر جلسه به این ترتیب بود که ابتدا مربی توضیحاتی پیرامون محور هر جلسه می‌داد، مهارت مورد نظر در هر جلسه توسط مربی و اعضای گروه مورد بحث قرار می‌گرفت، سپس مهارت آموزش داده شده توسط اعضای گروه اجرا و تمرین می‌شد، بازخورد و تصحیح رفتار توسط اعضای گروه و مربی به عمل می‌آمد، مهارت مربوط به هر جلسه پس از اصلاح و تصحیح رفتار، تشویق و تقویت رفتارهای صحیح به‌طور مجدد اجرا می‌شد و در نهایت محتوای آموزشی هر جلسه مورد جمع‌بندی قرار گرفته و در راستای مهارت آموخته شده تکلیفی برای منزل جهت تعمیم ارائه می‌شد. پس از پایان جلسات آموزشی، مجدداً همه آزمودنی‌ها با استفاده از پرسش‌نامه‌های سازگاری هیجانی، سلامت روان و عزت‌نفس مورد ارزیابی قرار گرفتند و نمرات آن‌ها به‌عنوان پس‌آزمون در نظر گرفته شد.

تجزیه و تحلیل داده‌ها

در این پژوهش برای تحلیل داده‌ها از شاخص‌های آماری مانند میانگین و انحراف معیار و برای پاسخ دادن به سه سؤال پژوهش از تحلیل کوواریانس با توجه به رعایت مفروضه‌های زیربنایی آن و با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS-۲۲ استفاده گردید.

یافته‌ها

همان‌طور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، گروه آزمایش پس از دریافت مداخله نسبت به گروه

جدول ۱

میانگین و انحراف معیار متغیرهای سازگاری عاطفی، سلامت روان و حرمت خود در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیر	آزمایش				کنترل			
	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M
سازگاری عاطفی	۱/۱۸	۱۶/۶۰	۰/۹۸	۱۰/۶۰	۱۶/۸۶	۱/۳۰	۱۵/۶۰	۰/۹۸
حرمت خود	۱/۵۸	۱۷/۶۶	۱/۰۶	۲۵	۱۸/۳۳	۱/۰۴	۱۹/۲۶	۱/۱۶
نشانیان جسمانی	۱/۵۰	۱۲/۵۳	۷/۱۳	۱/۲۴	۱۲/۸۶	۱/۲۴	۱۱/۶۰	۰/۹۱
نشانیان اضطرابی	۱/۲۰	۱۳/۲۰	۷/۲۶	۱/۶۲	۱۲	۱/۴۰	۱۱/۴۶	۰/۸۳
نارساکنش‌وری اجتماعی	۱/۵۹	۱۴/۴۶	۱۰/۱۳	۲/۰۶	۱۲/۳۳	۱/۴۹	۱۱/۱۳	۱/۲۴
افسردگی	۱/۵۵	۱۱/۱۳	۸/۰۶	۰/۸۸	۱۲/۴۰	۱/۲۹	۱۱/۶۶	۱/۰۴

کنترل از سازگاری عاطفی، سلامت روان و حرمت خود بهتری برخوردار است. نتایج آزمون مفروضه نرمال بودن شاپیرو ویلکز^۱ نشان داد که متغیرهای سازگاری عاطفی ($P=0/759$)، حرمت خود ($P=0/458$)، نشانیان جسمانی ($P=0/545$)، نشانیان اضطراب ($P=0/388$)، نارساکنش‌وری اجتماعی ($P=0/689$)، افسردگی ($P=0/674$) و سلامت روان ($P=0/412$) تابع توزیع نرمال هستند؛ مفروضه آزمون ام باکس برای هر یک از متغیرهای فوق‌الذکر ($P=0/178$ ، $F=1/27$ و $BOX=35/01$) معنی‌دار نبود و بیانگر این است که شرط همگنی ماتریس‌های واریانس-کواریانس برقرار است؛ نتایج مفروضه آزمون‌های همگنی واریانس‌های لون در مورد متغیرهای سازگاری عاطفی ($P=0/384$)، عزت‌نفس ($P=0/523$) و خرده مقیاس‌های افسردگی ($P=0/460$)، اضطراب ($P=0/08$)، نارساکنش‌وری اجتماعی ($P=0/331$) و شکایات جسمانی ($P=0/364$) حاکی از برابری واریانس‌های دو گروه آزمایش و کنترل است؛ مفروضه رابطه خطی بین پیش‌آزمون‌های سازگاری عاطفی، سلامت روان و حرمت خود، به‌عنوان متغیرهای کمکی (کواریت‌ها)^۲ و پس‌آزمون‌های آنها به‌عنوان متغیرهای وابسته در خرده مقیاس رشد عاطفی ($P=0/483$)، حرمت خود ($r=0/11$ ، $P=0/518$)، نشانیان جسمانی ($r=0/10$ ، $P=0/503$)، نشانیان اضطراب ($r=0/24$ ، $P=0/136$)، نارساکنش‌وری اجتماعی ($r=0/26$ ، $P=0/099$) و افسردگی ($r=0/87$ ، $P=0/027$) تأیید نگردید؛ مفروضه عدم هم خطی بودن چندگانه^۳ بین متغیرهای کمکی (کواریت‌ها) نشان داد که متغیرهای کمکی (کواریت‌ها یا پیش‌آزمون‌ها) با یکدیگر همبستگی بالای ۰/۹۰ ندارند؛ و بالاخره، مفروضه همگنی شیب خط رگرسیون، یعنی، تعامل گروه و پیش‌آزمون (متغیر کواریت) در متغیرهای فوق تأیید گردید.

نتایج آزمون لامبدای ویلکز^۴ نشان داد که اثر گروه بر ترکیب متغیرهای رشد عاطفی، عزت‌نفس و

1. Shapiro Wilks
2. covariate
3. multicollinearity
4. Wilks Lambda

سلامت روان معنی دار می باشد [$P \leq 0/001$ ، $F(6 \text{ و } 23) = 12/07$ ، $Wilks = 0/288$] که بیانگر این است که می توان برای تحلیل داده ها از آزمون پارامتریک تحلیل کوواریانس استفاده کرد.

جدول ۲

نتایج آزمون تحلیل کوواریانس بین گروه های آزمایش و کنترل پس از حذف اثر پیش آزمون در متغیرهای مورد مطالعه

مؤلفه	SS	df	MS	F	P	Eta
سازگاری عاطفی	۱۸۷/۵۰	۱	۱۸۷/۵۰	۱۹۳/۰۱	$P \leq 0/001$	۰/۸۷
حرمت خود	۲۴۶/۵۳	۱	۲۴۶/۵۳	۱۹۷/۶۰	$P \leq 0/001$	۰/۸۷
نشانگان جسمانی	۱۴۹/۶۳	۱	۱۴۹/۶۳	۱۲۵/۶۹	$P \leq 0/001$	۰/۸۱
نشانگان اضطرابی	۱۳۲/۳۰	۱	۱۳۲/۳۰	۷۹/۳۸	$P \leq 0/001$	۰/۷۳
نارساکنش وری اجتماعی	۷/۵۰	۱	۷/۵۰	۲/۵۷	$P \leq 0/120$	۰/۰۸۴
افسردگی	۹۷/۲۰	۱	۹۷/۲۰	۱۰۳/۶۱	$P \leq 0/001$	۰/۷۸۰

همان طور که در جدول ۲ ملاحظه می شود، با کنترل پیش آزمون بین دختران گروه آزمایش و کنترل در خرده مقیاس سازگاری عاطفی ($F=193/01$) و متغیرهای حرمت خود ($F=197/60$) و خرده مقیاس های سلامت روان از جمله، نشانگان جسمانی ($F=125/69$)، نشانگان اضطراب ($F=79/38$) و افسردگی ($F=103/61$) در سطح آماری $P \leq 0/001$ تفاوت معنی داری وجود دارد. البته تفاوت های مشاهده شده در این متغیرها به نفع تأثیر مثبت آموزش مهارت های اجتماعی در گروه آزمایش است. اما در مؤلفه نارساکنش وری اجتماعی از سلامت روان بین دختران کم توان جسمی - حرکتی گروه های آزمایش و کنترل تفاوتی دیده نمی شود ($F=2/57$ ، $p=0/120$).

بحث

هدف تحقیق حاضر بررسی آموزش مهارت های اجتماعی بر بهبود سازگاری عاطفی، سلامت روان و حرمت خود دانش آموزان دختر کم توان جسمی - حرکتی بود. نتایج نشان داد که آموزش مهارت های اجتماعی باعث بهبود سازگاری عاطفی دانش آموزان کم توان جسمی - حرکتی می شود که با تحقیقات خوشحال رودپشتی و حسین خانزاده (۱۳۹۴)، باری و همکاران (۲۰۱۳)، حاتمی فرد و همکاران (۱۳۹۰) و نریمانی و همکاران (۱۳۹۳) همسو است، به طوری که نتایج تمامی این تحقیقات مانند تحقیق حاضر بیانگر مؤثر بودن آموزش مهارت های اجتماعی بر سازگاری عاطفی دانش آموزان می باشد و در تبیین این نتایج می توان گفت، شناخت و مهارت اجتماعی فرایندی است که کودکان و نوجوانان را قادر می سازد تا رفتار دیگران را درک و پیش بینی کنند، رفتار خود را کنترل نمایند و تعاملات اجتماعی خود را تنظیم

کنند. کودکان کم‌توان جسمی- حرکتی پس از رسیدن به سن تحصیل با توجه به اینکه از نظر هوشی مشکلی ندارند ولی مشکلات جسمانی ممکن است بر رشد عاطفی، تأثیر بگذارد. لذا آموزش مهارت‌های اجتماعی که شامل، مراحل رمزگشایی اجتماعی، تصمیم‌گیری اجتماعی، عملکرد اجتماعی و ارزیابی اجتماعی است می‌تواند با به‌کارگیری هر یک از این مؤلفه‌ها در فرآیند آموزش باعث سازگاری اجتماعی، عاطفی و تحصیلی شود. که این روش‌ها در رویکرد آموزش مستقیم نظیر الگوسازی، نقش بازی کردن و تمرین مورد استفاده قرار می‌گیرند. این آموزش‌ها سبب می‌شود که افراد با اختلال حرکتی و سایر اختلال‌ها به‌منظور پیدا کردن کار، تداوم شغل، موفقیت، زندگی مستقل در جامعه و انطباق هر چه بیشتر با جامعه به‌کارگیرند (باری و همکاران، ۲۰۱۳). از سوی دیگر، شرکت در جلسات آموزش مهارت‌های اجتماعی موجب شد تا دانش‌آموزان کم‌توان جسمی- حرکتی مشکل خود را بپذیرند و به‌طور منطقی با آن مواجه شوند. احتمالاً بیان تجارب موفق و ناموفق در حضور افرادی که با فرد ویژگی مشترک زیادی دارند، به وی احساس خودنظارتی، صمیمیت، مسئولیت‌پذیری و خودکار آمدی می‌دهد. بنابراین آموزش مهارت‌های اجتماعی برای اولین بار این فرصت را برای کودکان فراهم کرده است که بلافاصله با مشکل خود مواجه شوند و احساس کنند مهارت‌هایی دارند که علی‌رغم وجود مشکلات حرکتی، امکان برقراری یک ارتباط لذت بخش را برای آنها ایجاد می‌کند (بریان، ۲۰۱۰). لذا کاهش رفتارهای کناره‌گیری و افزایش سازگاری عاطفی، شاید به این دلیل باشد که در جلسات گروه، مشارکت عملی و کلامی افراد برای پیدا کردن راه‌حل به شدت مورد توجه قرار گرفته و رفتارهای مطلوب و پاسخ‌های دانش‌آموزان تشویق شده است (برقی‌ایرانی و همکاران، ۱۳۹۴). این حالت احتمالاً به کسب تجربه‌ی مثبت و بهبود نگرش دانش‌آموزان به دیگران، بهبود سازگاری عاطفی و کاهش کناره‌گیری وی انجامیده است. راهبردهای شناختی برای این دانش‌آموزان گامی در جهت اصلاح شناخت کودکان است و به آنها کمک می‌کند تا از نقش «یک فرد شکست خورده» بیرون بیایند. انتخاب اهداف اجتماعی نامناسب، مانند کناره‌گیری کودکان مبتلا به کم‌توانی حرکتی می‌تواند نشانگر پذیرفته نشدن یا نادیده گرفته شدن آنها از سوی همسالان باشد (بریان، ۲۰۱۰).

همچنین نتایج نشان داد که آموزش مهارت‌های اجتماعی باعث افزایش حرمت‌خود دانش‌آموزان دختر کم‌توان جسمی- حرکتی می‌شود. نتایج این مطالعه با پژوهش‌های خلعتبری و همکاران (۱۳۸۹)، ویسکوسی‌لاوا و پراسکو (۲۰۱۳)، یگانه (۱۳۹۳) و عاشوری و همکاران (۱۳۹۲) همسو می‌باشد. بنابراین می‌توان گفت، حرمت‌خود خصیصه‌ای است که به نظر می‌رسد در رفاه روان‌شناختی نقش بسزایی دارد؛ چرا که اثرات نامطلوب محیطی را که از لحاظ اجتماعی و اقتصادی و آموزشی حمایت‌کننده نیستند را خنثی می‌کند (عاشوری و همکاران، ۱۳۹۲). از سوی دیگر، افزایش حرمت خود دانش‌آموزان کم‌توان جسمی- حرکتی در مرحله پس‌آزمون را احتمالاً می‌توان به شرکت آنان در برنامه آموزش مهارت‌های اجتماعی نسبت داد. زیرا که دانش‌آموزان در برنامه آموزش مهارت‌های اجتماعی نسبت به احساس‌های

و عواطف خود آگاهی یافته و شیوه مواجهه با انتقاد، شیوه بیان ناراضایتی، شیوه امتناع و عدم پذیرش یک پیشنهاد یا یک تقاضا، تعریف کردن از رفتارهای مطلوب دیگران و مشارکت کردن در امور گروهی را یاد گرفته و تمرین کرده‌اند. که مرور این تمرین‌ها به صورت تکالیف خانگی و بحث‌های گروهی زمینه را برای افزایش حرمت‌خود فراهم می‌کند. همچنین در طول برنامه آموزش مهارت‌های اجتماعی با ارائه اطلاعات لازم و انجام تکالیف مناسب، مانند نحوه تعامل‌های اجتماعی مناسب، تمرین آهنگ صدا، حرکات بدنی و برقراری ارتباط با نگاه، موجب افزایش حرمت‌خود و مبارزه با توقعات غیر واقع‌گرایانه و ملاحظات ارزشی و اخلاقی غیر منطقی، در دانش‌آموزان شرکت‌کننده می‌شود. دانش‌آموزانی که در این پژوهش در برنامه آموزش مهارت‌های اجتماعی شرکت داشتند، یاد گرفتند با اتخاذ رفتارهای جرأت‌مندانه در تعامل‌های اجتماعی به موفقیت‌های بیشتری نائل آیند. این موفقیت‌ها به نوبه خود باعث ارزیابی مثبت فرد از خود و نیز تغییر نگرش آن‌ها نسبت به معلولیت جسمی- حرکتی می‌شود و بر حرمت‌خود آن‌ها تأثیر مثبت می‌گذارد (دی‌بورا و همکاران، ۲۰۱۴). این افراد با مطرح کردن احساس‌ها، عقاید و افکار خود، احساس خوبی نسبت به خود پیدا می‌کنند و به درون ریزی عواطف و هیجان‌های خود خاتمه می‌دهند و این امر منجر به سازگاری اجتماعی و افزایش پذیرش خود این افراد می‌شود. این تغییر در وضعیت حرمت‌خود آن‌ها سبب شده است تا روش‌های منطقی‌تری برای حل مسایل خود یافته و بتوانند با آرامش بیشتری وضعیت خود را دنبال کنند (چوایرو، بیت، کوتچیک و پرایس، ۲۰۱۶). آموزش مهارت‌های اجتماعی توانسته است، روش‌های مواجهه آن‌ها را با دشواری‌های زندگی و چالش‌های مربوط به مشکلات جسمانی- حرکتی تغییر داده و دیدگاه‌های تازه‌تری را جایگزین کنند. بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که آموزش مهارت‌های اجتماعی، روش مؤثر و مفیدی است برای اینکه افراد کم‌توان جسمی- حرکتی بتوانند احساس‌های مثبت یا منفی خود را به راحتی بیان و خودشان را ابراز کنند و با کسب مهارت‌های لازم به خود باوری و حرمت‌خود لازم دست یابند.

یافته آخر نشان داد که آموزش مهارت‌های اجتماعی افزایش سلامت‌روان دانش‌آموزان کم‌توان حرکتی مؤثر بوده است که با نتایج پژوهش‌های خلعتبری و همکاران (۱۳۸۹)، ویسکوسی‌لاوا و پراسکو (۲۰۱۳)، یگانه (۱۳۹۳) و عاشوری و همکاران (۱۳۹۲) هماهنگ می‌باشد و در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت، دانش‌آموزان کم‌توان جسمی- حرکتی چون از مهارت‌های اجتماعی پایین، روابط بین شخصی ضعیف (امرسون و لیولین، ۲۰۰۸)، بهزیستی روانشناختی و جسمانی پایین، مشکلات قابل توجه در سازگاری شخصی، هیجانی و تنظیم هیجانات دارند (جنابادی و همکاران، ۲۰۱۴) که این امر سبب افسردگی، اضطراب، مشکلات در به خواب رفتن و شکایات جسمانی می‌شود. با آموزش مهارت‌های اجتماعی این دانش‌آموزان از یادگیری مهارت‌های برقراری ارتباط اجتماعی، تنظیم و مدیریت هیجان‌ها و هنر دوست‌یابی برخوردار می‌شوند و چون بلافاصله پس از انجام رفتار دوستانه از طرف گروه و درمانگر بازخورد مثبت دریافت نمودند، تداوم اهداف مطلوب‌تر اجتماعی افزایش و داشتن احساس ناخوشایند به

همسالان کاهش یافته است. در واقع، تفاوت فردی کودکان در روابط اجتماعی، شناختی و هیجانی به سطح پذیرش آن‌ها از سوی همگنان و خانواده ارتباط دارد. هرچه سطح رابطه به همسالان بیشتر باشد، کودک اهداف اجتماعی گرایانه (که مهمترین آنها حل مسأله‌ی اجتماعی است) بیشتری را انتخاب خواهد کرد. اگرچه این دانش‌آموزان از خود کارآمدی پایین و هیجانات منفی بیشتری برخوردارند (امرسون و لیوین، ۲۰۰۸) اما نتایج نشان داد که رفتارهای نامطلوب اجتماعی پس از دریافت آموزش مهارت‌های اجتماعی در این افراد کاهش یافته است. از سوی دیگر، مرور شفاهی تکلیف جلسه‌ی قبل در شروع جلسه، بیانگر این بود که دانش‌آموزان مهارت‌های آموخته شده را بیشتر در منزل، در ارتباط با اعضای خانواده و به ویژه مادر به کار ببرند که شاید نوعی امنیت روانی و همدلی بالاتری بین والد-کودک صورت بپذیرد (نریمانی و همکاران، ۱۳۹۳) که این امر زمینه را برای رشد عاطفی، سلامت روان و حرمت خود فراهم می‌کند.

نتیجه‌گیری

در مجموع، برنامه آموزشی به کار رفته در پژوهش حاضر بر عملیاتی کردن مهارت‌های آموزش داده شده و کاربرد آن‌ها در بافت زندگی واقعی تأکید دارد چرا که مشکل اصلی کودکان و نوجوانان با کم‌توانی حرکتی در تعمیم مهارت‌های آموخته شده و کاربرد آن‌ها در زندگی روزمره است. به این ترتیب سعی شده است که بین آموخته‌ها و کاربردی کردن آن‌ها ارتباط برقرار شود. هدف از آموزش نوجوانان کم‌توان حرکتی، کمک به آن‌ها در یادگیری مهارت‌های مورد نیاز برای زندگی روزمره است، در این میان استفاده از برنامه‌های آموزشی مهارت‌های اجتماعی با تأکید بر افزایش سازگاری عاطفی، سلامت روان و حرمت‌خود برای این افراد بسیار مفید خواهد بود. هدف کاربردی دیگر پژوهش حاضر، آگاه کردن معلمان، مربیان از سطوح مختلف هدف‌های آموزشی و نقش مهم عملیاتی کردن یادگیری مهارت‌های اجتماعی است، که تنها در این صورت بهبود چشمگیری در نتایج فعالیت‌های آموزشی و توانبخشی آنان حاصل خواهد شد و یادگیرنده فرصت می‌یابد که مهارت‌های کاربردی را در خود پرورش دهد، در نتیجه این توانایی، منجر به بهبود سازگاری عاطفی، سلامت‌روان و حرمت‌خود در آن‌ها می‌گردد. بنابراین، آگاهی دادن به والدین و مربیان در خصوص نقش و اهمیت آموزش مهارت‌های اجتماعی کاربردی، تأثیر بسزایی در بهبود سازگاری عاطفی، سلامت‌روان و حرمت‌خود نوجوانان با کم‌توانی حرکتی خواهد داشت. محدود شدن پژوهش به تعداد کمی از شرکت‌کننده‌ها، گروه خاصی از کودکان با معلولیت جسمی-حرکتی و عدم اجرای آزمون پیگیری به دلیل محدودیت زمانی، تعمیم‌پذیری نتایج این پژوهش را با دشواری مواجه می‌سازد. به هر حال باید تعمیم نتایج این پژوهش به مراکز توانبخشی دیگر در سایر شهرستان‌ها یا استان‌ها با احتیاط صورت گیرد. پیشنهاد می‌شود که پژوهش‌های آتی به بررسی اثربخشی سایر برنامه‌های آموزشی بر رشد عاطفی، سلامت روان و حرمت‌خود افراد با کم‌توانی حرکتی

بپردازند. شایسته است که تأثیر آموزش مهارت‌های اجتماعی بر روی سایر ویژگی‌های کودکان و نوجوانان با کم‌توانی جسمی-حرکتی مورد بررسی قرار گیرد. همچنین مطالعه حاضر در نمونه‌های دیگری از جمعیت‌های اقتصادی-اجتماعی متفاوت انجام شود. برای بررسی ماندگاری در مداخله ارائه شده، مراحل زمانی مختلفی، جهت پیگیری میزان اثربخشی مداخله در نظر گرفته شود. در نهایت، پیشنهاد می‌شود که برنامه آموزش مهارت‌های اجتماعی به صورت خدمات آموزشی و روان‌شناختی تدوین و در مراکز توانبخشی به افراد با کم‌توانی حرکتی ارائه گردد.

منابع

- اوتادی، مریم. (۱۳۸۰). *تأثیر اشتغال زنان بر سلامت روان همسرانشان*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، راهنمایی و مشاوره، دانشگاه الزهرا (س).
- آقایورحصیری، سید فاطمه. (۱۳۹۳). *ویژگی‌های روانسنجی پرسشنامه سازگاری و رابطه آن با هوش هیجانی دختران دبیرستانی شهر بابل*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد سنجش و اندازه‌گیری (روانسنجی)، دانشکده روان‌شناسی و علوم اجتماعی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکز.
- برقی ایرانی، زیبا؛ بختی، مجتبی و بگیان کوله مرز، محمد جواد. (۱۳۹۴). *اثربخشی آموزش مهارت‌های اجتماعی مبتنی بر پردازش شناختی بر بهزیستی اجتماعی، هیجانی، روانشناختی و کاهش نشانه‌های کودکان اختلال سلوک*. *دوفصلنامه علمی پژوهشی شناخت/اجتماعی*، ۴ (۱)، ۱۵۷-۱۷۶.
- پورسید، سیدرضا؛ حبیب‌الهی و سعید فرامرزی، سالار. (۱۳۸۹). *اثربخشی برنامه آموزش مهارت‌های زندگی بر میزان سازگاری دانشجویان نابینا و کم‌بینا*. *مجله راهبردهای آموزش*، ۳ (۱)، ۷-۱۱.
- تقوی، سید محمدرضا (۱۳۸۵). *بررسی روایی و اعتبار پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ) بر روی دانشجویان دانشگاه شیراز*. *دوماهنامه علمی-پژوهشی دانشور رفتار دانشگاه شاهد*، ۱۵ (۲۸)، ۱-۱۳.
- تقوی، محمدرضا. (۱۳۸۰). *بررسی روایی و اعتبار پرسش‌نامه سلامت عمومی*. *مجله روانشناسی*، ۴ (۵)،

توکلی، امی تیس و فدائی، فرید. (۱۳۹۴). *راهنمای مصاحبه بالینی بر مبنای DSM-5*. تهران: انتشارات ابن‌سینا

حاتمی‌فرد، کافی‌ماسوله و خوش‌روش. (۱۳۹۰). اثربخشی آموزش مهارت حل مسئله و مهارت ابراز وجود والدین بر میزان سازگاری اجتماعی و پیشرفت تحصیلی فرزندان آنان. *فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی*، ۲ (۷)، ۶۷-۸۳.

حسین‌خانزاده، عباسعلی (۱۳۹۲). *آموزش مهارت‌های اجتماعی به کودکان و نوجوانان*، انتشارات رشد فرهنگ: تهران.

خدایاری فرد، محمد؛ چشمه‌نوشی، میترا؛ رحیمی‌نژاد، عباس و فراهانی، حجت اله. (۱۳۹۰). اثربخشی آموزش مؤلفه‌های هوش هیجانی بر سازگاری اجتماعی و صمیمیت اجتماعی. *مجله روانشناسی*، ۱۵ (۴)، ۳۵۳-۳۶۸.

خلعتبری، جواد؛ قربان‌شیرودی، شهره؛ رهبر طارم‌سری، خدیجه و کیخای‌فرزانه، محمدمجتبی. (۱۳۸۹). مقایسه‌ی اثربخشی آموزش مهارت‌های اجتماعی بر ابراز وجود و سلامت روان دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی. *فصلنامه روانشناسی تربیتی دانشگاه آزاد اسلامی تنکابن*، ۱ (۴)، ۷۱-۸۶.

خوشحال‌رودپشتی، وجیهه و حسین‌خانزاده، عباسعلی (۱۳۹۴). تأثیر آموزش مهارت‌های ارتباط مؤثر والد‌محور بر مهارت‌های اجتماعی کودکان کم‌شنوا. *تعلیم و تربیت استثنایی*، ۱۵ (۶)، ۴۵-۵۵.

رجبی، غلامرضا و بهلول، نسرين. (۱۳۸۶). سنجش پایایی و روایی مقیاس عزت‌نفس روزنبرگ در دانشجویان سال اول دانشگاه شهید چمران. *پژوهش‌های تربیتی و روانشناختی دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه اصفهان*، ۳ (۲)، ۴۸-۳۳.

سلیمی، سیدحسن. (۱۳۷۶). بررسی عزت‌نفس در نوجوانان دارای مشکلات رفتاری، *مجله‌ی روانشناسی*، ۱ (۲)، ۳۸-۲۳.

صدرالسادات، سیدجلال. (۱۳۸۰). عزت‌نفس در افراد با نیازهای ویژه. تهران: انتشارات سازمان بهزیستی و توانبخشی.

عاشوری، محمد؛ جلیل‌آبکنار، سیده سمیه؛ غباری‌بناب، باقر و حبیب‌پور، سمیه. (۱۳۹۲). تأثیر آموزش مهارت‌های اجتماعی بر بهبود عزت‌نفس نوجوانان با کم‌توانی ذهنی. *پژوهش در علوم توانبخشی*، ۹ (۶)، ۹۵۵-۹۶۸.

فولادی، عزت‌الله. (۱۳۸۳). *مشاوره همتایان: چشم‌اندازها، مفاهیم بهداشت روان و مهارت‌ها*. چاپ سوم، تهران: انتشارات طلوع دانش.

قاسمی کهریز سنگی، غلام‌علی؛ صالحی، حمید و حیدری، لیلا. (۱۳۹۱). تأثیر یک برنامه حرکات ریتمیک بر توانایی‌های ادراکی-حرکتی کودکان کم‌توان ذهنی آموزش‌پذیر. *نشریه رشد و یادگیری حرکتی-ورزشی*، ۴ (۱)، ۷۵-۹۲.

قاسمی، محمد (۱۳۷۷). *روایی و پایایی پرسشنامه سازگاری بل*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم تحقیقات تهران.

کمالی، سمیه و حسنی، فریبا. (۱۳۹۲). رابطه راهبردهای مقابله با استرس و هوش هیجانی با سلامت روانی در دانش‌آموزان دختر شرکت‌کننده در کلاس‌های کنکور. *مجله علوم رفتاری*، ۷ (۱)، ۱۵-۱۶.

گنجی، حمزه. (۱۳۸۱). *ارزشیابی شخصیت*. پرسشنامه‌ها. نشر ساوالان: تهران.

مرادی شهربانک، فاطمه؛ قنبری هاشم‌آبادی، بهرام‌علی و آقامحمدیان شعیب‌اف، حمیدرضا. (۱۳۸۹). بررسی اثربخشی واقعیت‌درمانی به شیوه گروهی برافزایش میزان عزت‌نفس دانشجویان دانشگاه فردوسی مشهد. *مطالعات تربیتی و روانشناسی*، ۱۱ (۲)، ۲۲۷-۲۳۹.

مرادی، اعظم و رضایی دهنوی، صدیقه. (۱۳۹۱). بررسی مقایسه‌ای اثربخشی آموزش‌های گروهی عزت‌نفس، خودکارآمدی و انگیزش پیشرفت بر عزت‌نفس زنان با معلولیت جسمی-حرکتی ۱۸-۳۵ ساله شهر اصفهان در سال ۱۳۸۷. *روانشناسی افراد/استثنایی*، ۲ (۵)، ۶۵-۹۸.

میناکاری، محمود، زالی، محمدرضا؛ میناکاری، محمد؛ حیدری، محمود و عرب علیدوستی، فاطمه (۱۳۸۵). بررسی کیفیت زندگی مربوط به سلامت در مبتلایان به نشانگان روده تحریک‌پذیر. دو فصلنامه *روانشناسی معاصر*، ۱ (۲)، ۱۳-۲۳.

نریمانی، محمد؛ بگیان‌کوله‌مرز، محمدجواد و عباسی، مسلم. (۱۳۹۳). اثربخشی آموزش مهارت‌های اجتماعی مبتنی بر پردازش شناختی بر بهبود کیفیت روابط بین فردی دانش‌آموزان دارای ناتوانی‌های یادگیری خاص. *پژوهش‌های روانشناسی/اجتماعی*، ۴ (۱۳)، ۷۷-۱۵۱.

وحدت‌نیا، فاطمه. (۱۳۸۴). *بررسی مقایسه‌ای عزت‌نفس-خودپنداره و رضایت زنانشویی در زنان آزار دیده توسط همسر و زنان غیرآزار دیده شهر تهران*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه شهید بهشتی.

یارمحمدیان، احمد و شرفی‌راد، حیدر. (۱۳۹۰). تحلیل رابطه‌ی بین هوش هیجانی و سازگاری اجتماعی در نوجوانان. *جامعه‌شناسی کاربردی*، ۲۲ (۴)، ۳۵-۵۰.

یزدخواستی، فریبا. (۱۳۹۰). بررسی رابطه مهارت‌های اجتماعی و ویژگی‌های شخصیتی دانش‌آموزان عادی و دارای لکنت مدارس ابتدایی شهر اصفهان و مقایسه این دو متغیر در دو گروه. *پژوهش در علوم توانبخشی*، ۷ (۴)، ۵۳۲-۵۳۹.

یگانه، طیبیه. (۱۳۹۳). اثربخشی آموزش مهارت‌های اجتماعی بر کنش‌وری سازشی و اختلال‌های هیجانی- رفتاری دانش‌آموزان. *روانشناسی تحولی: روان‌شناسان ایرانی*، ۱۰ (۴۰)، ۴۰۹-۴۱۹.

- Asher, S., & Taylor, A. (2001). The social outcomes of mainstreaming: Sociometrist assessment and beyond. *Exceptional Children Quarterly*, 12(1), 12-39.
- Batten, G.; Oakes, P. M., & Alexander, T. (2014). Factors associated with social interactions between deaf children and their hearing peers: A systematic literature review. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 19, 285-302.
- Bauminger, N., & Kimhi-Kind, I. (2008). Social information processing, security of attachment, and emotion regulation in children with learning disabilities. *Journal of Learning Disabilities*, 41(6), 315-332.
- Brown, R. L., & Turner, R. J. (2010). Physical disability and depression. *Journal of Aging and Health*, 22(7), 977- 1000.
- Bryan, T. (2010). *Effectiveness of cognitive process Approached social skills training program of research in learning disabilities*. In H. L. Swanson (Ed.), *Handbook the assessment of learning disabilities* (pp. 285-312). Austin, Tex: Pro-Ed.
- Burnet, S., & Wright, K. (2002). *The relationship between connectedness with family and self-esteem in University students*. Department of Sociology, Furnam University.
- Carrasco, R., Eser, E., Hao, Y., Mcpherson, K. M., Green, A., Kullmann, L., ... & Hawthorne, C. (2011). The quality of care and support (QOCS) for people with disability: Development and psychometric properties. *Research in Developmental Disabilities*, 32(3), 1212-1225.
- Coiro, M. J., Beth, A., & Kotchick, J. P. (2016). Youth social skills groups: A training platform for promoting graduate clinician interprofessional competence. *Journal of Interprofessional Education & Practice*, 4, 82-92.
- Coopersmith, S (1967). *The antecedent of self-esteem*. New York: W. H. Freeman; 27-8.
- Crnic, K. A., Gaze, C., & Hoffman, C. (2005). Cumulative parenting stress across the preschool period relations to maternal parenting and child behavior at age 5. *Journal of Infant and Child Development*, 14 (2), 117-132.
- Deborah, C., Beidel, Candice, A., Alfano, Michael, J., Kofler, Patricia, A., Rao, Lindsay. S., Nina, W. S. (2014). The impact of social skills training for

- social anxiety disorder: A randomized controlled trial. *Journal of Anxiety Disorders*, 28 (8) 908–918.
- Devine, K. A., Holbein, C. E., Psihogios, A. M., Amaro, C. M., & Holmbeck, G. N. (2011). Individual adjustment, parental functioning and perceived social support in Hispanic and non-Hispanic white mothers and fathers of children with Spina Bifida. *Journal of Pediatric Psychology*, 8, 1-10.
- Dorothy R. (2012). *Keys of education of the basic life skills in the children and adolescent*. Trans. Qytasy A. 1st ed. Tehran: Saberlin Publication.
- Emerson, E., & Liewellyn, G. (2008). Mental health of Australian mothers and fathers of young children at risk of disability. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 32, 53-59.
- Evans, S.W., Mullett, E; Weist, M. D. L., & Franz. K (2005). Feasibility of the mind matters' school mental health promotion program in American schools. *Journal of Youth and Adolescence*, 34, 51-58.
- Franck, E., De Raedt, R., & Houwer, D. (2007). Implicit but not explicit self-esteem predicts future depressive symptomatology. *Behavior Research and Therapy*. 45(10), 2448-2455.
- Frieson, T. C. (2008). Relationship Between hope and self-esteem in renal Transplant Recipients. *Transplantation Proceeding*, 29, 3739-3740.
- George, N. I., & Ukpog, D. E. (2012). Adolescents' sex differential social adjustment problems and academic performance of junior secondary school students in Uyo Metropolitan City. *International Journal of Business and Social Science*, 3(19), 245-251.
- Goldberg, D. P., & Hillier V. F. (1979). A Scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychology Medical*, 9(1), 139-45.
- Harris, L.G. (2014). *Social-emotional development in children with. Hearing loss*. A thesis submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of Master of Science in the College of Health Sciences at the University of Kentucky.
- Jenaabadi, H., Issazadegan, A., Gorgij, H. C., & Dadkan, A. A. (2014). The relationship between emotional intelligence, mental hygiene and social adjustment of mentally retarded children's parents and normal children's parents. *International Journal of Psychology and Behavioral Research*, 3(4), 243-251.
- Kaplan, H. B.(1996). *Psychological stress from the perspective of self-theory*. In H.B. Kaplan (Ed). *Psychological stress*. Academic press.
- Ladd, G.W., & Troop-Gordon, W. (2003). The role of chronic peer difficulties in the Development of children's psychological adjustment problems. *Child Development*, 74(11), 1344 –1367.

- Makikangas, A., Kinnunen, U., & Feldt, T. (2004). Self-esteem, Dispositional optimism, and health: Evidence from cross-lagged data on employee. *Journal Of Research in Personality*, 38, 556-575.
- Mruk, C. J (2006). *Self-esteem research, theory, and practice: Toward a positive psychology of self-esteem*. New York: Springer.
- Nosek, M. A., Hughes, R. B., & Swdiund N. (2013). Self- esteem and women with disabilities. *Social Science Medical*, 56 (8), 1737-1747.
- Nwankwo, C. B., Okechi and, B. C., & Prince O. (2015). Relationship between perceived Self-esteem and psychological well-being among student athletes. *Academic Research Journal of Psychology and Counselling*, 2(1), 8-16.
- Oyebode, F. (2015). *Normality and mental health*. In J. D. Wright (Ed.), *International encyclopedia of the social & behavioral sciences* (second Edition) (pp. 1-4). Oxford: Elsevier.
- Poorna, K., Michael, M. Scott., R. Smith, M., Hopper, D., & Kavin, S. (2014). July Conceptual model for quality of life among adults with congenital or early deafness. *Disability and Health Journal*, 12, 123-212.
- Raimundo, R., Carapito, E., Pereira, A. I., Marques Pinto, A., Lima, M. L., & Ribeiro, M. T. (2012). School Social Behavior Scales: An adaptation study of the Portuguese version of the Social Competence Scale from SSBS-2. *Spanish Journal Psychology*, 15(3), 1473-84
- Salsali, M., & Silverston, P . H. (2003). *Low self –esteem and demographic factors and psychosocial stressors in psychiatric patient's* .Annals of General Hospital Psychiatry. Full text retrieved February 11, from PubMed central database.
- Sideridis, G. D. (2006). Understanding low achievement and depression in children with learning disabilities: A goal orientation approach. *International Review of Research in Mental Retardation*, 31(4), 163–203.
- Spencer T. (2007). The role of research in the lives of people with disability. Too little too late? The exceptional parent. *European Journal of Developmental Psychology*, 37(5), 78- 82.
- Tiffany, L., Otero, M., Rochelle, B., Schatz, S., Anna, C., Merrill, B., & Scott, B. (2015). Social skills training for youth with Autism spectrum disorders: A follow-up. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 24, 99–115.
- Vyskocilova, J., & Prasko, J. (2013). Social skills training in psychiatry. *Activitas Nervosa Superior Rediviva*, 54,159-170.

Walker, D., & Hopes J. (2003). *Matson evaluation of social skills with youngsters*. 1st ed. Cambridge, McGraw-Hill.

Word Health Report. (2001). *Mental Health. New understanding*. New Hope. Word Health Organization.