

مقایسه‌ی عدم تحمل بلا تکلیفی و تنظیم هیجان در مادران دختران ناشنوا و شنوا

سجاد علمردانی صومعه^۱، محمد نریمانی^۲

تاریخ وصول: ۹۴/۵/۱۰

تاریخ پذیرش: ۹۴/۷/۱

چکیده

مادران کودکان ناشنوا مشکلات روانی، اجتماعی و سازگاری بسیار زیادی در مقایسه با سایر والدین کودکان استثنایی دارند، با توجه به این موضوع، هدف این پژوهش، مقایسه‌ی عدم تحمل بلا تکلیفی و تنظیم هیجان در مادران دختران ناشنوا و شنوا بود. روش این پژوهش علی مقایسه‌ای است. جامعه‌ی آماری این پژوهش را کلیه‌ی مادران دختران ناشنوایی که فرزند آن‌ها در مدارس ابتدایی استثنایی شهر تبریز در سال ۹۲-۹۳ مشغول تحصیل هستند، تشکیل دادند. تعداد ۲۵ نفر مادر دختر ناشنوا و ۲۵ نفر مادر دختر شنوا که به روش نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب شده بودند، به پرسش‌نامه‌ها پاسخ دادند، برای تحلیل داده‌ها نیز از آزمون تحلیل واریانس چند متغیری استفاده شد. نتایج نشان داد که بین دو گروه مادران دانش‌آموزان دختر ناشنوا و شنوا، از نظر عدم تحمل بلا تکلیفی، تفاوت معناداری وجود دارد، به این صورت که میانگین نمرات عدم تحمل بلا تکلیفی در مادران دختر ناشنوا بالاتر از مادران دختر شنوا بود. همچنین در متغیر تنظیم هیجان، بین مادران دانش‌آموزان دختر ناشنوا و شنوا تفاوت معناداری مشاهده شد. این نتایج لزوم اثر پذیری شناخت عمیق دانش‌آموزان ناشنوا و به ویژه والدینشان را آشکار کرده و می‌تواند تلویحاتی برای برنامه‌ریزی‌های مناسب برای آموزش و پرورش استثنایی داشته باشد تا با برنامه‌ریزی صحیح و دادن خدمات مشاوره‌ای مناسب و ایجاد فضای حمایتی (اجتماعی و روانی) هم برای دانش‌آموزان ناشنوا و هم والدین آن‌ها، سعی شود که برای آن‌ها محیط‌هایی فراهم کرد که بتوان در این محیط اهداف خود را پیگیری کنند.

واژگان کلیدی: ناشنوایی، مادران دختران ناشنوا، مادران دختران شنوا، عدم تحمل بلا تکلیفی،

تنظیم هیجان.

۱. کارشناس ارشد روانشناسی دانشگاه محقق اردبیلی (نویسنده مسؤل) s_a_sl39@yahoo.com

۲. استاد روانشناسی دانشگاه محقق اردبیلی

مقدمه

امروزه خانواده به عنوان نظامی تعاملی و وابسته به هم مطرح می‌شود که فرد فرد اعضای آن ارتباط متقابل با یکدیگر دارند (ریف و تروات^۱، ۲۰۰۶)، به همین خاطر یکی از طبیعی‌ترین گروه‌هایی که می‌تواند نیازهای انسان را ارضا کند، خانواده است. وظیفه‌ی خانواده مراقبت از فرزندان و تربیت آن‌ها، برقراری ارتباطات سالم اعضا با هم و کمک به استقلال کودکان است، حتی اگر کودک ناشنوایی داشته باشد (افروز، ۱۳۷۶). ناشنوایی نوعی اختلال حسی عصبی است که بیش از ۱۲۰ میلیون نفر در سراسر دنیا از آن رنج می‌برند، این اختلال سالانه حدود ۱۵۰ میلیون دلار هزینه به بار آورده که یکی از اهداف سازمان بهداشت جهانی تشویق کشورها به پیشگیری از ناشنوایی در قالب طرح‌های بین‌المللی از جمله کاهش سن تشخیص و انجام آن در بدو تولد می‌باشد (فیروزبخت و همکاران، ۱۳۸۶) براساس آمار جهانی میزان شیوع ناشنوایی، یک تا سه مورد در هر هزار نوزاد است (کوزک و گراندفست^۲، ۲۰۰۹) و اهمیت تشخیص زودرس ناشنوایی از سالیان پیش مشخص شده است (کامینگز، فردریکسون و هارکر^۳، ۲۰۰۵). شنوایی حسی کلیدی در رشد ارتباط و ارتباط، اساس یادگیری است. کودکی که نتواند ارتباط برقرار کند نمی‌تواند یاد بگیرد و به این ترتیب رشد شخصی و اجتماعی او دچار آسیب جدی خواهد شد. تقریباً ۹۰ درصد اطلاعاتی که کودک دریافت می‌کند از طریق اصواتی است که به طور تصادفی می‌شنود. از طرفی ۳۰ درصد کودکانی که اختلال یادگیری دارند به نوعی دچار کم‌شنوایی هستند (یوشیکاوا، آکید، کدو و کوبایاشی^۴، ۲۰۰۴) و آسیب شنوایی موجب نوعی تنبلی غیرواقعی و عقب ماندگی ذهنی کاذب تحصیلی می‌شود (فرج‌اللهی، سرمدی و تقدیری نوش آبادی، ۱۳۸۸) که احتمالاً همه‌ی این‌ها تأثیرات بدی بر روی هیجان و سبک زندگی والدین این کودکان خواهد گذاشت.

-
1. Rieffe & Terwogt
 2. Kozak & Grundfast
 3. Cummings, Fredrickson & Harker
 4. Yoshikawa, Ikeda, Kudo & Kobayashi

کودکان دارای معلولیت حسی بدلیل اتخاذ زندگی کم تحرک عموماً از ضعف آمادگی جسمانی رنج می‌برند (لیبرمن و مک‌هوا، ۲۰۰۷ و ابروسکا، زیرچوسکا و گاولیک^۲، ۲۰۰۷). تولد و حضور کودکی با نقص شنوایی چالش‌های منحصر به فرد و متفاوتی را برای خانواده فراهم می‌کند که احتمالاً ناامیدی، غمگینی، افسردگی، ناباوری و همچنین خشم و درماندگی، احساس گناه، شرم و حقارت را در پی خواهد داشت و افراد چنین خانواده‌هایی رفتارهای متفاوتی مانند پرخاشگری، گوشه‌گیری، طردکنندگی و اجتماع‌گریزی از خود نشان می‌دهند (مرفی، کریستین، کپلین و یانگ^۳، ۲۰۰۷؛ ون ای‌الدیگ، تریفرز، ورمن و ورهوست^۴، ۲۰۰۴).

شکی نیست که فقدان اطلاعات شنیداری مشکلاتی در تعاملات میان مادران شنوا و کودکان کم‌شنوا ایجاد می‌کند (دیگاکومو و همکاران^۵، ۲۰۱۳). موللی (۱۳۸۶)، حبیبی عسگرآباد، رشیدی و متولی‌پور (۱۳۸۸) و علی اکبری دهکردی، کاکوجویاری، محتشمی و یکتاخواه (۱۳۹۰) در پژوهشی نشان دادند میزان اضطراب در مادران دارای فرزند ناشنوا بالاتر از مادران بدون فرزند ناشنوا است که همین اضطراب زیاد باعث بد شدن عملکرد و تحمل نکردن برخی بلا تکلیفی‌ها می‌شود.

عدم تحمل بلا تکلیفی نوعی سوگیری شناختی است که بر چگونگی دریافت، تفسیر و واکنش فرد به یک موقعیت نامطمئن در سطوح هیجانی، شناختی و رفتاری تاثیر می‌گذارد (دوگس، اسکورتز و فرانسیس^۶، ۲۰۰۴). افرادی که نمی‌توانند بلا تکلیفی را تحمل کنند، موقعیت‌های بلا تکلیفی را تنش برانگیز، منفی و فشارزا توصیف می‌کنند و سعی می‌کنند از این موقعیت‌ها اجتناب کنند و اگر در این موقعیت‌ها قرار بگیرند، کارکردشان دچار مشکل می‌شود (بوهر^۷ و دوگس، ۲۰۰۲).

1. Lieberman & McHugh
2. ebrowska, Zwierzchowska & Gawlik
3. Murphy, Christian, Caplin & Young
4. Van Eldik, Treffers, Veerman & Verhulst
5. De Giacomo
6. Dugas, Schewartz & Francis
7. Buher

همچنین نتایج پژوهش قاسم پور، اکبری، عظیمی و رفاقت (۲۰۱۲) نشان داد که میزان بهزیستی روانشناختی و مؤلفه‌های آن در مادران کودکان ناشنوا به طور معنی‌داری پایین‌تر از مادران کودکان عادی بود که به نظر می‌رسد که فقدان حس شنوایی کودکان بر بهزیستی روان‌شناختی و سبک‌های مقابله‌ای مادرانشان تأثیر گذاشته و تأثیر آن می‌تواند به صورت مشکلات روانشناختی و استفاده‌ی کمتر از سبک‌های مقابله‌ای سازگارانه قابل مشاهده باشد. در پژوهشی دیگر نتایج بر این نکته اشاره داشت که ناشنوایی سلامت عمومی دانش‌آموزان را کم می‌کند که این نیز طبیعتاً بر خانواده و محیط آن تأثیر دارد (اکبری، تیموری، ابوالقاسمی و خورشیدیان، ۲۰۱۳).

شواهد نشان می‌دهد که والدین کودکان ناشنوا، به احتمال بیشتری با مشکلات اجتماعی، اقتصادی و مخصوصاً هیجانی که ماهیت مخرب و محدودکننده دارند، مواجه می‌شوند (جکسون، وگنر و ترن بال^۱، ۲۰۱۰). یافته‌های چندین مطالعه نشان می‌دهد که کودکان ناشنوا مشکلاتی در تشخیص هیجان‌ها دارند (لادو، هیتون، روست، هیلز و دروله^۲، ۲۰۱۰). از این رو تنظیم هیجان، بخش مهمی از زندگی هر فرد را به خود اختصاص می‌دهد و تعجب آور نیست که آشفتگی در هیجان و تنظیم آن می‌تواند منجر به اندوهگینی و حتی آسیب روانی شود (آمستاتر^۳، ۲۰۰۸). در بررسی قواعد تظاهری در کودکان کم‌شنوا می‌توان اذعان کرد الگوی پاسخ‌دهی کودکان ناشنوا ناشی از ناتوانی آنان از بیان کردن دلایل خود در این موقعیت‌ها (فهم و درک هیجانی) است (موللی و ایمانی، ۱۳۹۴). بازنگری در چهارمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانپزشکی نشان داد که بیش از ۵۰ درصد از اختلالات محور یک و ۱۰۰ درصد اختلالات محور دو، دلالت بر نقص‌هایی در تنظیم هیجان دارد (گروس و لوینسون^۴، ۱۹۹۷). تنظیم هیجان به فرایندهایی اشاره می‌کند که به وسیله‌ی آن ما بر این که چه هیجان‌هایی را تجربه کنیم، چه موقع آن‌ها را تجربه کنیم و چگونه آن‌ها را بیان کنیم تأثیر می‌گذارد (سزیگیل، بوزنی و بازینسکا^۵، ۲۰۱۲).

-
1. Jackson, Wegner & Turnbull
 2. Ludlow, Heaton, Rosset, Hills & Deruelle
 3. Amstadter
 4. Levenson
 5. Szczygiel, Buczny & Bazinska

به طور کلی، استرس در والدین به شرایط یا موقعیت‌هایی منجر می‌شود که در آن والدین با خواسته‌ها و ملزوماتی محیطی روبه‌رو می‌شوند که از منابع اجتماعی و شخصی که در اختیار دارند فراتر است (کوپر، مک لاناها، میدوز و بروکس گان^۱، ۲۰۰۹) و با توجه به این که کم‌شنوایی پراسترس‌ترین معلولیت است (فروغان، موللی، سلیمی و اسدملایری، ۲۰۰۷) پس وقتی در یک خانواده کودک کم‌شنوا یا ناشنوا تشخیص داده شد، عموماً والدین وارد مرحله‌ای شبیه سوگواری و غم می‌شوند، و کم‌شنوایی فرزندشان را به مثابه از دست دادن یک کودک کامل و یک زندگی هنجار برای او و کل خانواده در نظر می‌گیرند (موللی و نعمتی، ۲۰۰۹) که این هم بر هیجان و هم بر نوع سبک تعامل فرد تاثیر دارد، همانطور که شواهد دیگر نشان داد والدین کودکان ناشنوا فشار روانی یا استرس بیشتری را تجربه می‌کنند که این استرس با ناهنجاری‌های رفتاری و افسردگی، وضعیت اجتماعی و اقتصادی، جنس، شغل و درآمد، سازگاری زناشویی و بهزیستی روانی مرتبط است (دبراسکا و پیسولا^۲، ۲۰۱۰؛ دمپسی، کین، پنل، اوریلی و نیرلند^۳، ۲۰۰۹؛ موللی و نعمتی، ۲۰۰۹؛ آسبرگ، وگل و بوورز^۴، ۲۰۰۸؛ فروغان، موللی، سلیمی و اسدملایری، ۲۰۰۷؛ مرفی، کریستین، کپلین و یانگ، ۲۰۰۷؛ کوهسالی، میرزمانی، محمدخانی و کریم لو، ۲۰۰۷؛ نریمانی، محمدیان و رجبی، ۲۰۰۷؛ هندریکس، دمور، اوود و سولبرگ^۵، ۲۰۰۰).

حضور یک کودک استثنایی، تأثیرات منفی بسیاری بر روابط خانوادگی می‌گذارد (برک، بریک و نواک^۶، ۲۰۰۷). پستر، برند و این و والش^۷ (۲۰۰۹) نشان دادند که والدین کودکان استثنایی از سبک‌های مقابله‌ای متفاوتی استفاده می‌کنند و هنگامی که با موقعیت‌های استرس‌زا مواجه می‌شوند بیشتر از والدین کودکان عادی از سبک‌های مقابله‌ای هیجان‌مدار و کمتر از سبک‌های مقابله‌ای شناختی و مسئله‌مدار استفاده می‌کنند.

1. Cooper, McLanahan, Meadows & Brooks-Gunn
2. Dabrowska & Pisula
3. Dempsey, Keen, Pennell, O'Reilly & Neilands
4. Asberg, Vogel & Boewrs
5. Hendriks, De Moor, Oud & Savelberg
6. Berek, Breek & Novak
7. Paster, Brandwein & Walsh

همچنین دبیریان، محمودی، وطن خواه (۱۳۹۲) نشان دادند که بین هوش معنوی و سلامت روانی مادران کودکان ناشنوا و عادی تفاوت معناداری وجود دارد و هوش معنوی می تواند پیش بینی کننده ی سلامت روانی این مادران باشد.

البته تناقضاتی در برخی تحقیقات دیده می شود از جمله در پژوهش مظاهری و صادقی (۱۳۸۴) نتایج نشان داد نمرات سلامت عمومی مادران کودکان عادی با مادران کودکان ناشنوا تفاوت معناداری ندارد. یا در پژوهشی دیگر به صورت غیر مستقیم ملک پور، فراهانی، آقایی و بهرامی (۱۳۸۵) نشان دادند تفاوتی در میزان فشار روانی و هیجان در مادران کودکان عقب مانده و عادی وجود ندارد.

ناشنوایی اثرات گسترده ای در توسعه عملکرد اجتماعی، عاطفی و شناختی دارد و میزان مشکلات رفتاری و احساسی در کودکان ناشنوا حدود ۲ برابر بیشتر از کودکان شنواست (فلینگر، هولزینگر و پولارد، ۲۰۱۲). کودکان ناشنوا نسبت به کودکان عادی کمتر و کوتاه تر با مادرانشان تعامل دارند. علاوه بر این، تعامل کودکان ناشنوا با همسالانشان هم پایین است و کمتر در بازی با آنها شرکت می کنند، و متفاوت تر هیجانانشان را ابراز می کنند (ودل مونیگ و لوملی، ۲، ۱۹۸۰). از همین رو توجه به این مقوله و ارتباط آن با سلامتی، بهزیستی روانی مادران کودکان ناشنوا در تربیت و سازگاری این کودکان از اهمیت بنیادی برخوردار است. در راستای شناسایی عوامل موثر در چنین روابطی پژوهش حاضر با هدف مقایسه ی عدم تحمل بلا تکلیفی و تنظیم هیجان در بین مادران دختران ناشنوا و شنوا انجام گرفت.

روش پژوهش

روش نمونه گیری، جامعه و نمونه آماری: روش پژوهش حاضر علی - مقایسه ای از نوع مقطعی - مقایسه ای است. جامعه ی آماری این پژوهش شامل کلیه ی مادران دختران ناشنوایی که فرزند آنها در مدارس ابتدایی استثنایی شهر تبریز در سال ۹۳-۹۲ مشغول تحصیل بودند، تشکیل می دهد. براساس لیست اخذ شده از سازمان آموزش و پرورش استثنایی استان

1. Fellingner, Holzinger & Pollard
2. Wedell-Monnig & Lumley

آذربایجان شرقی (شهر تبریز) تعداد ۲۵ نفر (با توجه به قانون حداقل حجم نمونه در تحقیقات علی-مقایسه‌ای که برای هر گروه ۱۵ نفر ذکر شده است (دلاور، ۱۳۸۷)، برای افزایش اعتبار تحقیق ۲۵ نفر به عنوان نمونه انتخاب شد)، به طور تصادفی ساده از لیستی که اداره‌ی آموزش استثنایی استان آذربایجان شرقی در اختیار قرار داد، به عنوان نمونه‌ی دختر ناشنوا (که هدف پژوهش بررسی دو متغیر در مادران آن‌ها بود) انتخاب شد. بعلاوه در انتخاب مادران دختران عادی یا شنوا (۲۵ نفر) سعی شد که از نزدیک‌ترین مدرسه به مدرسه‌ی کودکان استثنایی که مادران آن‌ها در تحقیق شرکت کرده‌اند، استفاده شود تا با توجه به ویژگی‌های آن‌ها از نظر اجتماعی، اقتصادی و نیز میزان هوشبهر و مقدار آسیب شنوایی، تا حد امکان هم‌تا شده باشند. در رابطه با ملاک‌های ورود و خروج افراد به پژوهش حاضر لازم به ذکر است که کلیه‌ی آزمودنی‌هایی که در مطالعه شرکت کردند، با توجه به تشخیص کارشناسان سازمان آموزش استثنایی و پرسشنامه‌ی خودارزیاب تاریخچه فردی، خانوادگی، کم شنوایی و پزشکی سازمان بهزیستی انتخاب شدند.

ابزار: ۱. آزمون عدم تحمل بلا تکلیفی: آزمون بلا تکلیفی (فریستون، ریوما، ریتارته، دوگاس و لادوسور، ۱۹۹۴) ۲۷ آیتم دارد که مربوط به غیرقابل قبول بودن بلا تکلیفی و ابهام است و معمولاً منجر به ناکامی، استرس و ناتوانی برای انجام عمل می‌شود. این آزمون با یک مقیاس لیکرتی پنج درجه‌ای (هرگز، بندرت، گاهی اوقات، اغلب اوقات و همیشه) پاسخ داده می‌شود و هر یک از گزینه‌ها به ترتیب ۱، ۲، ۳، ۴ و ۵ نمره می‌گیرند. نوع فرانسوی این آزمون همسانی درونی ($\alpha = 0/91$) و ضریب پایایی بازآزمایی با فاصله‌ی چهار هفته بسیار خوبی ($r = 0/78$) دارد. ضریب اعتبار این آزمون معنی‌دار و رضایت‌بخش گزارش شده است (فریستون و همکاران، ۱۹۹۴). مقیاس بلا تکلیفی در سال ۲۰۰۲ توسط باهر و دوگاس مجدداً اعتباریابی شد.

ضریب آلفای کرونباخ و ضریب پایایی بازآزمایی (بعد از ۵ هفته) این مقیاس به ترتیب ۰/۹۴ و ۰/۷۴ گزارش شده است. ضریب همبستگی این مقیاس با پرسشنامه نگرانی ($r = 0/60$)، افسردگی بک ($r = 0/59$) و اضطراب بک ($r = 0/55$) معنی‌دار به دست آمده است

($P < ۰/۰۰۱$). در پژوهش حاضر، آلفای کرونباخ برابر با $۰/۷۸$ به دست آمد. در بررسی مجدد باهر و دوگاس (۲۰۰۲) برای تحلیل عوامل چهار عامل دیگر به دست آمد که عبارتند از:

عامل اول: ناتوانی برای انجام عمل: ۱، ۹، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۲۰، ۲۲، ۲۵

عامل دوم: استرس آمیز بودن بلا تکلیفی: ۲، ۴، ۳، ۵، ۶، ۷، ۱۷، ۲۶، ۲۴

عامل سوم: منفی بودن رویدادهای غیرمنتظره و اجتناب از آنها: ۸، ۱۰، ۱۱، ۱۹، ۲۱

عامل چهارم: بلا تکلیفی در مورد آینده: ۱۶، ۱۸، ۲۳، ۲۷

۲. پرسشنامه‌ی نظم جویی شناختی هیجان: این پرسشنامه توسط گارنفسکی و همکاران در کشور هلند تدوین و دارای دو نسخه انگلیسی و هلندی است. این پرسشنامه یک ابزار خود گزارشی ۳۶ سوالی است که جهت شناسایی راهبردهای مقابله‌ای شناختی افراد مورد استفاده قرار می‌گیرد. پرسشنامه‌ی نظم جویی شناختی هیجان برای افراد بالای ۱۲ سال (هم افراد بهنجار هم جمعیت‌های بالینی) ساخته شده و از پایه‌ی تجربی و نظری خوبی برخوردار بوده و دارای ۹ خرده مقیاس ملامت خویش، پذیرش، نشخوارگری، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، دیدگاه پذیری، فاجعه سازی و ملامت دیگران می‌باشد. هر سوال در مقیاس لیکرت ۵ نقطه‌ای از ۱ (تقریباً هرگز) تا ۵ (تقریباً همیشه) درجه بندی می‌شود و هر خرده مقیاس شامل چهار ماده می‌باشد. نمره کل هر خرده مقیاس از طریق جمع کردن نمره ماده‌ها به دست می‌آید. بنابراین دامنه‌ی نمرات هر خرده مقیاس از ۴ تا ۲۰ خواهد بود. نمرات بالا در هر خرده مقیاس، بیانگر میزان استفاده‌ی بالا از راهبرد در مقابله با وقایع استرس‌زا و منفی است. نسخه‌ی فارسی پرسشنامه‌ی نظم جویی شناختی هیجان در فرهنگ ایرانی توسط "حسنی" مورد هنجاریابی قرار گرفته است. در این مطالعه، پایایی مقیاس بر اساس روش‌های همسانی درونی (با ضرایب آلفای کرونباخ در دامنه $۰/۷۶$ تا $۰/۹۲$)، و باز آزمایی (با دامنه همبستگی $۰/۵۱$ تا $۰/۷۷$) و اعتبار پرسشنامه‌ی مذکور از طریق تحلیل مؤلفه‌های اصلی با استفاده از چرخش واریماکس، همبستگی بین خرده مقیاس‌ها (با دامنه همبستگی $۰/۳۲$ تا $۰/۶۷$) و اعتبار ملاکی مطلوب گزارش شده است (حسنی، ۱۳۹۰). در

پژوهش حاضر، آلفای کرونباخ کل پرسشنامه نظم جویی شناختی هیجان برابر با ۰/۸۴ به دست آمد.

برای جمع آوری اطلاعات لازم برای این پژوهش بعد از اخذ مجوزهای لازم با مدارس مربوطه، مراجعه و بعد از انتخاب نمونه آماری، پرسشنامه‌های عدم تحمل بلا تکلیفی و تنظیم هیجان به صورت انفرادی توسط مؤلف این پژوهش روی والدین آنها اجرا گردید و داده‌های جمع آوری شده نیز با استفاده از آزمون تحلیل واریانس چند متغیره MANOVA تحلیل شد و جهت تحلیل آنها از نرم افزار آماری SPSS17 استفاده شد.

یافته‌های پژوهش

تعداد ۲۵ نفر مادر دانش آموز دختر ناشنوا و ۲۵ نفر مادر دانش آموز دختر شنوا با میانگین (انحراف معیار) سنی ۱۱/۴۸ (۱/۰۱) در این پژوهش شرکت داشتند. در هر گروه ۲۵ نفر مادر دختر ناشنوا و شنوا از کلاس چهارم و پنجم ابتدایی انتخاب شده بودند. جدول ۱ میانگین و انحراف استاندارد نمرات آزمون عدم تحمل بلا تکلیفی و تنظیم هیجان مادران دانش آموزان دختر ناشنوا و شنوا را در گروه‌های مورد مطالعه نشان می‌دهد.

جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای عدم تحمل بلا تکلیفی و تنظیم هیجان مادران

دانش آموزان دختر ناشنوا و شنوا

شاخص	گروه	میانگین	انحراف استاندارد
آزمون عدم تحمل بلا تکلیفی	مادران دختر ناشنوا	۹۴/۸۰	۱۱/۳۹
	مادران دختر شنوا	۷۲/۲۸	۱۴/۹۵
آزمون تنظیم هیجان	مادران دختر ناشنوا	۹۱/۶۸	۱۱/۵۰
	مادران دختر شنوا	۹۹/۱۶	۱۲/۸۳

همان طور که در جدول ۱ ملاحظه می‌شود، میانگین آزمون عدم تحمل بلا تکلیفی، در مادران دانش آموزان دختر ناشنوا ۹۴/۸۰ و در مادران دانش آموزان دختر شنوا ۷۲/۲۸ می‌باشد. همچنین میانگین نمرات آزمون تنظیم هیجان مادران دانش آموزان دختر ناشنوا ۹۱/۶۸ و میانگین آزمون تنظیم هیجان مادران دانش آموزان دختر شنوا ۹۹/۱۶ می‌باشد.

قبل از استفاده از آزمون پارامتریک تحلیل واریانس چند متغیری، جهت رعایت فرض‌های آن، از آزمون باکس (P=۰/۱۲، F=۱/۶۷) و لوین (عدم تحمل بلاتکلیفی = P=۰/۸۳، F=۰/۰۴ و تنظیم هیجان = P=۰/۱۹، F=۱/۷۶) استفاده شد. این آزمون برای هیچکدام از متغیرها معنی‌دار نبوده، در نتیجه استفاده از آزمون‌های پارامتریک بلامانع است.

بر اساس جدول ۲، اثر گروه بر ترکیب خطی متغیرهای وابسته معنادار است (P=۰/۰۰)، یک متغیر وابسته با یکدیگر تفاوت معنادار دارند. این معناداری بیانگر آن است که دو گروه حداقل در یک متغیر وابسته با یکدیگر تفاوت معنادار دارند.

جدول ۲. نتایج آزمون‌های معناداری بر اثر اصلی متغیر گروه بر متغیرهای وابسته MANOVA

متغیر	آزمون	ارزش	F	P
گروه	پیلایی-بارتل	۰/۵۲۰	۲۵/۴۶۳	۰/۰۱۱
	لامبدای ویلکز	۰/۴۸۰	۲۵/۴۶۳	۰/۰۱۱
	اثر هتلینگ	۱/۰۸۴	۲۵/۴۶۳	۰/۰۱۱
	بزرگترین ریشه روی	۱/۰۸۴	۲۵/۴۶۳	۰/۰۱۱

با توجه به معنادار بودن اثر لامبدای ویلکز، به مقایسه گروه‌ها در دو متغیر عدم تحمل بلاتکلیفی و تنظیم هیجان پرداخته شد (جدول ۳).

جدول ۳. نتایج تحلیل واریانس چند متغیری روی میانگین عدم تحمل بلاتکلیفی و تنظیم هیجان مادران دانش‌آموزان دختر ناشنوا و شنوا

متغیر وابسته	منبع	SS	DF	MS	F	P
عدم تحمل بلاتکلیفی	گروه	۶۳۳۹/۳۸۰	۱	۶۳۳۹/۳۸۰		
	خطا	۸۴۸۳/۰۴۰	۴۸	۱۷۴/۷۳۰	۳۵/۸۷۰	۰/۰۰۱
	کل	۳۶۳۷۶۹/۰۰۰	۵۰			
تنظیم هیجان	گروه	۶۹۹/۳۸۰	۱	۶۹۹/۳۸۰		
	خطا	۷۱۲۶/۸۰۰	۴۸	۱۴۸/۴۷۵	۴/۷۱۰	۰/۰۳۵
	کل	۴۶۳۰۷۵/۰۰۰	۵۰			

نتایج تحلیل واریانس در جدول ۳ نشان می‌دهد که، بین دو گروه در میانگین نمرات عدم تحمل بلاتکلیفی (F=۳۵/۸۷۰)، تفاوت معناداری وجود دارد (P=۰/۰۰۱) و نمرات آن‌ها نشان

می‌دهد که متغیر عدم تحمل بلا تکلیفی در مادران دانش آموزان دختر ناشنوا، به طور معنادار بیشتر از مادران دانش آموزان دختر شنواست. همچنین در میانگین نمرات تنظیم هیجان ($F=4/710$)، تفاوت معناداری وجود دارد و میانگین نمرات نشان می‌دهد که تنظیم هیجان مادران دانش آموزان دختر شنوا، به طور معناداری بیشتر از مادران دانش آموزان دختر ناشنوا است ($p=0/035$) که نمرات بالای مقیاس تنظیم هیجان، بیانگر میزان استفاده‌ی بالا از راهبرد در مقابله با وقایع استرس‌زا و منفی است (حسنی، ۱۳۹۰).

بحث و نتیجه‌گیری

حضور کودک معلول، باعث بروز اختلافات و ناسازگاری‌های زناشویی، آسیب به سلامت و تعادل خانواده می‌شود و حتی به عملکرد نادرست خانواده و والدین می‌انجامد (مینوچین^۱، ۲۰۰۱). اولین شخصی که به طور مستقیم با کودک معلول روبه‌رو می‌شود، مادر است. او به دلیل نگهداری دائم و نیاز به فراهم کردن شرایط ویژه رشد کودک خود، دچار استرس و فشارهای روانی شدیدی می‌شود. همین مسأله سلامت جسمی و روانی او را به خطر می‌اندازد (حجازی، افروز و صبحی، ۲۰۰۹). فشار روانی در مادران کودکان ناشنوا، به مراتب بیشتر از مادران کودکان عادی است (هینترمیر^۲، ۲۰۰۶). ناشنوا، فردی است که حس شنوایی او برای ارتباطات محاوره‌ای معمول در زندگی روزمره، مفید و قابل استفاده نیست (افروز، ۲۰۰۹). از آنجایی که پژوهش‌ها نشان می‌دهند کودکان ناشنوا در مقایسه با کودکان عادی، دارای مشکلات رفتاری و هیجانی بیشتری هستند (هیندلی^۳، ۲۰۰۵). هدف پژوهش حاضر، مقایسه‌ی عدم تحمل بلا تکلیفی و تنظیم هیجان در مادران دختران ناشنوا و شنوا بود. نتایج پژوهش نشان داد که بین دو گروه مادران دانش آموزان دختر ناشنوا و شنوا، از نظر عدم تحمل بلا تکلیفی تفاوت معناداری وجود دارد. این یافته به صورت مستقیم همسو با نتایج پژوهش‌های موللی (۱۳۸۶)؛ علی اکبری دهکردی، کاکوجویباری، محتشمی و یکتاخواه

1. Minuchin
2. Hintermair
3. Hindley

(۱۳۹۰)؛ و به صورت غیر مستقیم با نتایج قاسم پور، اکبری، عظیمی و رفاقت (۲۰۱۲) و اکبری، تیموری، ابوالقاسمی و خورشیدیان (۲۰۱۳) همخوانی دارد و این نتیجه احتمالاً بیانگر این حقیقت است که مادران دختران ناشنوا بیشتر دچار سوگیری شناختی هستند که همیشه بوسیله ی فقدان یا ناکارآمدی دانش ایجاد می‌گردد که مربوط به عوامل درونی فرد است که فرد نمی‌تواند آن را کنترل کند (ولز، شباتز و کریمن^۱، ۲۰۰۴) و این افراد دربارهی حوادث آینده دیدی منفی و نگران دارند و بر این باورند که نامطمئن بودن، یک ویژگی منفی است که باید از آن دوری کرد. همچنین آن‌ها در موقعیت‌های مبهم در عملکردشان مشکل دارند (بوهر و دوگس، ۲۰۰۲).

چنین نتیجه‌ای طبق نظر حبیبی عسگرآباد، رشیدی و متولی پور (۱۳۸۸)، دال بر این است که مادران دختران ناشنوایی که بلا تکلیفی دارند، اضطراب زیادی متحمل می‌شوند و این سطح از اضطراب باعث می‌شود که فرد موقعیت‌های زندگی را فشارزا تلقی کند؛ به بیان دیگر، تفاوت افراد مضطرب و سالم به میزان پذیرش آن‌ها نسبت به موقعیت‌های مبهم در زندگی واقعی و میزان تحمل این موقعیت‌ها برمی‌گردد؛ پیش بینی می‌شود افراد مضطرب موقعیت‌های منفی و مبهم احتمالی را غیر قابل قبول دانسته، از نگرانی به عنوان راهبرد اصلی برای کاهش سطح بلا تکلیفی خود بهره می‌برند (دویی و لاداسر^۲، ۲۰۰۸). از این رو می‌توان به این نکته اشاره کرد که باید با بهبود میزان و کیفیت و نوع تدریس و مطالبات معلمان تاثیرات لازم را روی کودکان ناشنوا گذاشت تا بالطبع با بهبود عملکرد آن‌ها، سلامت روانی والدین آن‌ها نیز افزایش یافته و این همان نکته‌ای است که باید روان‌شناسان و مربیان و متخصصان آموزش و پرورش بر آن توجه داشته باشند.

نتایج این پژوهش همچنین نشان داد که بین مادران دختران ناشنوا و شنوا از نظر تنظیم هیجان تفاوت معناداری وجود دارد، به طوری که مطابق نتایج پژوهش حاضر نمرات تنظیم هیجان مادران دختران شنوا به طور معنی داری بالاتر بوده و تنظیم هیجان آن‌ها بیشتر از مادران دختران ناشنوا است و هر چه نمره‌ی تنظیم هیجان بالاتر باشد، این بدان معناست که فرد از

1. Volz, Schubotz & Cramon
2. Dupuy & Ladouceur

راهبردها و راهکارهای تنظیم هیجان به نحو خوبی استفاده می‌کند. این یافته بصورت مستقیم با نتایج پژوهش‌های، جکسون، و گنر و ترن بال (۲۰۱۰)؛ موللی و نعمتی (۲۰۰۹)؛ دبراسکا و پیسولا (۲۰۱۰)؛ دمپسی و همکاران (۲۰۰۹)؛ آسبرگ و همکاران (۲۰۰۸)؛ فروغان و همکاران (۲۰۰۷)؛ مرفی و همکاران (۲۰۰۷)؛ کوهسالی و همکاران (۲۰۰۷)؛ نریمانی و همکاران (۲۰۰۷)؛ هندریکس و همکاران (۲۰۰۰)؛ پستر و همکاران (۲۰۰۹) همخوانی دارد. حضور کودک ناشنوا در سه جنبه اقتصادی، اجتماعی و هیجانی خانواده را تحت تأثیر پیامدهای خود قرار می‌دهد. راهبردهای مثبت تنظیم هیجان می‌توانند افراد را در مقابل عوامل برهم زننده‌ی سلامت محافظت کنند و خطر ناسازگاری‌های هیجانی و عملکردی را کاهش می‌دهد (گارنفسکی و کرایج، ۲۰۰۳). نتایج بیانگر این مساله است که چون مادران دختران ناشنوا، به طور مستقیم با کودک ارتباط برقرار می‌کنند و اولین شخصی است که با این مورد و وضع کودک در این شرایط مواجه می‌شود و به محض آگاهی از معلولیت فرزند خود، تمام آرزوها و امیدها به یاس مبدل می‌شود و مشکلات جدیدی شروع می‌شود که باید والدین به ویژه مادر، آن را متحمل شود (نریمانی، محمدیان و رجبی، ۲۰۰۷). نتایج این مطالعات نشان می‌دهد که وجود کودک معلول و استثنایی به عنوان یک متغیر مستقل بر دشواری‌های تنظیم شناختی در والدین کودکان استثنایی اثری منفی می‌گذارد. والدین چنین کودکانی احساسات مختلفی از جمله سردرگمی، تلخ کامی، تکذیب و انکار، افسردگی، ناامیدی و بسیاری از احساسات منفی متفاوت را تجربه می‌کنند که این خود بر میزان رفتار سرسختانه والدین این دانش آموزان تأثیر منفی می‌گذارد و در نهایت باعث مشکلات بیشتری در تنظیم (آسچر و همکاران ۲، ۲۰۱۰). یافته‌ی پژوهش ارفع، قمرانی و یارمحمدیان (۱۳۹۴) نشان داد که با کاهش دشواری‌های تنظیم شناختی-هیجانی می‌توان میزان رضایت از زندگی و سرزندگی را در گروه والدین کودکان ناشنوا افزایش داد؛ این بدین معناست که با استفاده از راهبردهای مثبت تنظیم هیجان، مادران کودکان ناشنوا خود را در مقابل بسیاری از ناملايمات مقاوم می‌سازند.

-
1. Garnefski & Kraaij
 2. Ascher

همچنین یافته‌ی این پژوهش به طور غیر مستقیم با نتایج تحقیق، کوپر، مک لاناها، میدوز و بروکس گان (۲۰۰۹)؛ آمستاتر (۲۰۰۸)؛ گروس و لوینسون (۱۹۹۷)؛ دبیریان و همکاران (۱۳۹۲)، که معتقد است مادران با تنظیم هیجان‌شان، بهتر می‌توانند در مقابل استرس، افسردگی، ناراحتی و پریشانی مقابله کنند و سلامت روانی شان را در حد مطلوبی نگه دارند تا زندگی‌شان بیشتر با رویدادهای مثبت همراه شود و در تصمیم‌گیری‌های مربوط به آینده‌ی زندگی خود، بهتر عمل می‌کنند، چون از راهبردهایی درست در مقابله با استرس‌های زندگی استفاده می‌کنند و با نتایج مظاهری و صادقی (۱۳۸۴)؛ ملک پور و همکاران (۱۳۸۵) مغایرت دارد که بیان می‌کنند بین نمرات سلامت روانی، فشار روانی در میان مادران کودکان ناشنوا و شنوا تفاوت معناداری وجود ندارد که عدم تفاوت معنادار را می‌توان به دلیل جامعه، نمونه و شرایط زمانی و مکانی متفاوت در پژوهش‌های یادشده تبیین کرد.

پژوهش کنونی می‌تواند مسئولان، برنامه ریزان و متخصصان آموزش و پرورش را به سمتی هدایت کند که آن‌ها موجبات تحصیل و رفاه بیشتر افراد ناشنوا را فراهم آورند و بالطبع مادران آن‌ها با احساس راحتی و امنیتی که از موفقیت کودک استثنایی شان می‌کنند، میزان استرس و پریشانی‌شان کاهش یافته و از راهبردهای هیجانی صحیح و مساله مدار استفاده می‌کنند و سلامتی، بهزیستی روانی و استفاده از سبک‌های مقابله‌ای کارآمد در مادران کودکان ناشنوا باعث می‌شود کودکان نیز از آن‌ها و با بودن در کنار آن‌ها احساس امنیت روانی و سازگاری اجتماعی بکنند. بدیهی است که گام اول موفقیت در این برنامه، شناخت عمیق دانش‌آموزان ناشنوا و اولیا و مربیان و مدیران و به ویژه والدینشان آن‌هاست، تا با برنامه ریزی صحیح و دادن خدمات مشاوره‌ای مناسب و ایجاد فضای حمایتی (اجتماعی و روانی) هم برای دانش‌آموزان ناشنوا و هم برای والدین آن‌ها، سعی شود که برای آن‌ها محیط‌هایی فراهم شود که بتوان در این محیط اهداف خود را پیگیری کرد که این نکته در مورد احیای هر دو متغیر وابسته‌ی پژوهش (عدم تحمل بلا تکلیفی نکردن و بکارگیری درست و بجای هیجان) مساله‌ی مهمی است. استفاده از نمونه کم، استفاده از پرسشنامه خود گزارشی برای تعیین عضویت گروهی و ناتوانی در کنترل برخی متغیرهای مزاحم محدودیت‌های

عمده مطالعه حاضر بودند.

بنابراین با تاکید بر اهمیت نقش این عوامل لزوم اجرای تحقیقات گسترده‌تر با توجه بیشتر به مسایل فوق پیشنهاد می‌شود و ضرورت ایجاد زمینه‌های بیشتر حمایت اجتماعی از این مادران و کودکان بیش از پیش احساس می‌شود و توصیه می‌شود تحقیقات گسترده‌تری در این زمینه‌ها صورت گیرد.

منابع

- اکبری، بهمن. تیموری، زهره. ابوالقاسمی، شهنام. خورشیدیان، حمیدرضا. (۲۰۱۳). بررسی اثر روش مقابله با استرس در دانش‌آموزان کم‌شنوا، *مجله‌ی مقاله‌ی پژوهشی، دوره‌ی ۲۲، شماره‌ی ۱، ص ۴۹-۴۱*.
- ارفع، مریم. قمرانی، امیر. یارمحمدیان، احمد. (۱۳۹۴). مقایسه‌ی سرزندگی، سازگاری زناشویی و دشواری‌های تنظیم شناختی - هیجانی والدین با کودکان ناشنوا و عادی. *مجله‌ی تحقیقات علوم رفتاری، ۱۳(۲)، ۳۳۱-۳۴۲*.
- افروز، غلامعلی. (۱۳۷۶). *مقدمه‌ای بر آموزش و پرورش کودکان استثنایی*. چاپ نهم، تهران: دانشگاه تهران، ص ۲۳.
- حبیبی عسگرآباد، مجتبی. رشیدی، ابوالفضل. متولی‌پور، عباس. (۱۳۸۸). مقایسه تنیدگی فرزند پروری مادران کودکان پسر عادی و استثنایی، *مجله‌ی تحقیقات علوم رفتاری، دوره‌ی ۷، شماره‌ی ۲، ص ۲۳-۱۶*.
- حسینی، جعفر. (۱۳۹۰). بررسی اعتبار و روایی فرم کوتاه پرسشنامه نظم جویی شناختی هیجان. *مجله‌ی تحقیقات علوم رفتاری، سال ۹(۴)، بهار ۹۰، ص ۲۲۹-۲۴۰*.
- دبیریان پروین. محمودی غلامرضا. وطن خواه حمیدرضا. (۱۳۹۲). مقایسه‌ی هوش معنوی و سلامت روانی مادران دارای کودکان ناشنوا، نابینا و عادی. *تعلیم و تربیت استثنایی، جلد ۳، شماره‌ی ۱۱۶، ص ۱۶-۲۵*.
- دلاور، علی. (۱۳۸۷). *روش تحقیق در روان‌شناسی و علوم تربیتی*، انتشارات ویرایش.

- فرج‌اللهی، مهران. سرمدی، محمدرضا و تقدیری نوش آبادی، امیر. (۱۳۸۸). مقایسه‌ی عملکرد تحصیلی و رفتاری دانش‌آموزان پسر کم‌شنوای مدارس استثنایی و تلفیقی، پژوهش در حیطه‌ی کودکان استثنایی، سال نهم، شماره‌ی ۳، ص ۲۸۱-۲۷۳.
- فیروزبخت، محسن. افتخار اردبیلی، حسن. مجلسی، فرشته. انصاری دزفولی، مسعود. رحیمی، عباس، اسماعیل‌زاده، منصور. (۱۳۸۶). بررسی شیوع کم‌شنوایی در مراکز استان‌های کشور. *مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی*، ۵(۴)، ۹-۱.
- قاسم‌پور، عبدالله. اکبری، ابراهیم. تقی‌پور، مریم. عظیمی، زینب. رفاقت، ابراهیم. (۲۰۱۲). مقایسه‌ی بهزیستی روانی و سبک‌های مقابله‌ای در مادران کودکان ناشنوا و عادی، *مجله‌ی مقاله‌ی پژوهشی، دوره‌ی ۲۱، شماره‌ی ۴، ص ۵۹-۵۱*.
- موللی، گیتا. (۱۳۸۶). اضطراب در والدین کودکان عادی و ناشنوا، ششمین کنگره شنوایی‌شناسی.
- ملک‌پور، مختار. فراهانی، حجت‌اله. آقایی، اصغر. بهرامی، علی. (۱۳۸۵). تاثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر کاهش فشار روانی مادران کودکان عقب‌مانده‌ی ذهنی و عادی، *مجله‌ی پژوهش در حیطه‌ی کودکان استثنایی*، سال ششم، شماره‌ی ۲، ص ۶۷۶-۶۶۱.
- مظاهری، محمدعلی. صادقی، منصوره‌السادات. (۱۳۸۴). مقایسه سلامت عمومی مادران کودکان عقب‌مانده ذهنی، نابینا، ناشنوا و معلول جسمی - حرکتی، *فصلنامه‌ی خانواده‌پژوهی*، سال اول، شماره ۳، ص ۲۷۸-۲۶۹.
- علی‌اکبری دهکردی، مهناز. کاکوجویاری، علی‌اصغر. محتشمی، طیبه. یکتاخواه، سرور. (۱۳۹۰). میزان استرس در مادران کودکان هنجار، کم‌شنوا و سایر کودکان استثنایی، *شنوایی‌شناسی، دوره‌ی ۲۰، شماره‌ی ۱، ص ۱۳۶-۱۲۹*.

- Amstadter, A. (2008). Emotion regulation and anxiety disorders. *Anxiety Disorders*, 22, 211-221.
- Afrouz, Gh A. (2009). *Introduction to the psychology and education of exceptional children*. Tehran: Tehran University Publications. Persian.
- Ascher, E A. Sturm, V E. Seider, B H. Holley, S R. Miller Bruce, L. Levenson R W. (2010). Relationship satisfaction and emotional language in frodementia and alzheimer disease patients d spusal cregiers. *Alzheimer Disease & Associated Disorders*, 24(1): 49-55.

- Asberg, K. K. Vogel, J. J. Boewrs, C. A. (2008). Exploring correlates and predictors of stress in parents of children who are deaf: implications of perceived social support and mode of communication. *J Child Fam Stud*. 17(4):486-99.
- Berek, J. Breek, S. Novak, V. (2007). *Gynecology*. 14th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, p. 359, 351–352, 601, 1278, 1301–11.
- Buher, K. Dugas, MJ. (2002). The intolerance of uncertainty scale: Psychometric properties of the English version. *Behav Res Ther*. 40: 931-945.
- Buhr, K. & Dugas, M. J. (2002). Investigating the construct validity of intolerance of uncertainty and its unique relationship with worry. *Anxiety Disorder*, 20, 222-236.
- Cooper, CE. McLanahan, SS. Meadows, SO. Brooks-Gunn, J. (2009). Family structure transitions and maternal parenting stress. *J Marriage Fam*. 71(3):558-74.
- Cummings, CW. Fredrickson, JM. Harker, LA. et al. (2005). *Otolaryngology head and neck surgery*. 2nd ed. USA. New York: W.B. Saunders Company. 456-486.
- De Giacomo, A. Craig, F. D'Elia, A. Giagnotti, F. Matera, E. Quaranta N. (2013). Children with cochlear implants: cognitive skills, adaptive behaviors, social and emotional skills. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 77(12):1975-9.
- Dugas, MJ. Schewartz, A. Francis, K. (2004). Intolerance of uncertainty, worry, and depression. *Cognitive ther res*; 28: 835-842.
- Dupuy, J. B. & Ladouceur, R. (2008). Cognitive processes of generalized anxiety disorder in co-morbid generalized anxiety disorder and major depressive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 505-514.
- Dempsey, I. Keen, D. Pennell, D. O'Reilly, J. Neilands, J. (2009). Parent stress, parenting competence and family-centered support to young children with an intellectual or developmental disability. *Res Dev Disabil*. 30(3):558-66.
- Dabrowska, A. Pisula, E. (2010). Parenting stress and coping styles in mothers and fathers of pre-school children with autism and Down syndrome. *J Intellect Disabil Res*. 54(3):266-80.
- Ebrowska, A. Zwierzchowska, A. Gawlik, K. (2007). The Dynamics of Maximal Aerobic Efficiency in Children and Adolescents with Hearing and Visual Impairment. *JHK*. 17: 50-62.
- Freeston, M. H. Rheauma, J. Litarte, H. Dugas, M.J. Ladouceur, R. (1994). Why Do People Worry? *Personality and Individual Difference*, 17, 791-802.
- Foroughan, M. Movallali, G. Salimi, M. Asad-Malayeri, S. (2007). The effectiveness of a group counseling program on the mental health of parents of hearing impaired children. *Audiol*. 15(2):53-60. Persian.

- Fellinger, J. Holzinger, D. Pollard, R. (2012). Mental health of deaf people, *Lancet*, 379(9820):1037-1044.
- Gross, J. J. Levenson, R. W. (1997). Hiding feelings: the acute effects of inhibiting negative and positive emotion. *Journal of Abnormal Psychology*, 106, 95-103.
- Garnefski, NS. Kraaij, V. (2003). Relationships between cognitive strategies of adolescents and depressive symptomatology across different types of life events. *J Youth Adolesc*, 10(32):401 -8.
- Hendriks, AH. De Moor, JM, Oud, JH. Savelberg, MM. (2000). Perceived changes in well-being of parents with a child in a therapeutic toddler class. *Res Dev Disabil*. 21(6):455-68.
- Hindley, P. (2005). Mental health problems in deaf children, *Current Paediatrics*, 15: 114-9.
- Hintermair, M. (2006). Parental resources, parental stress, and socioemotional development of deaf and hard of hearing children. *J Deaf Stud Deaf Educ*, 11(4), 493-513.
- Hejazi, M. Afrouz, Gh. A. Sobhi, A. (2009). Investigate characteristics of biological, psychological and social of parents more than an exceptional child. *Journal of Psychology and Educational Sciences*, 39(2): 123-45. Persian.
- Jackson, CW. Wegner, JR. Turnbull, AP. (2010). Family quality of life following early identification of deafness. *Lang Speech Hear Serv Sch*. 41(2):194-205.
- Kozak, AT. Grundfast, KM. (2009). Hearing loss. *Otolaryngol Clin North Am*. 42(1):79-85.
- Kouhsali, M. Mirzamani, SM. Mohammad Khani, P. Karimlou, M. (2007). Comparison of social adjustment between mothers of educable mentally retarded girls and mothers of normal girls in Kashan. *J Rehab*. 8(2):40-5. Persian.
- Lieberman, LJ. McHugh, E. (2007). Health Related Fitness of Children Who Are Visually Impaired. *J Vis Impair Blind*. 95(5): 272-87.
- Ludlow, A. Heaton, P. Rosset, D. Hills, P. Deruelle, C. (2010). Emotion recognition in children with profound and severe deafness: do they have a deficit in perceptual processing?, *J Clin Exp Neuropsychol*. 32(9):923-8.
- Movallali, G. Nemati, Sh. (2009). Difficulties in parenting hearing-impaired children. *Audiol*. 18(1-2):1-11. Persian.
- Movallali, G. Imani, M. (2015). Emotional development in deaf children: facial expression, emotional understanding, display rules, mixed emotions, and theory of mind. *Audiol*. 23(6):1-16. Persian.
- Minuchin, S. (2001). *Families and Family Therapy*. 1 st ed. Trans. Baqir Sanaei M. Tehran: Amir Kabir. Persian.

- Murphy, NA. Christian, B. Caplin, DA. Young, PC. (2007). The health of caregivers for children with disabilities: caregiver perspectives. *Child Care Health Dev.* 33(2):180-7.
- Narimani, M. Agha Mohammadian, HR. Rajabi, S. (2007). A comparison between the mental health of mothers of exceptional children and mothers of normal children. *J Fundamentals Ment Health.* 9(33-34):15-24. Persian.
- Paster, A. Brandwein, D. Walsh, J. (2009). A comparison of coping strategies used by parents of children with disabilities and parents of children without disabilities. *Res Dev Disabil.* 30(6):1337-42.
- Rieffe, C. Terwogt, MM. (2006). Anger communication in deafchildren. *Cognitive and Emotion.* 20(8): 1261-73.
- Szczygie, D. Buczny, J. Bazinska, R. (2012). Emotion regulation and emotional information processing: The awareness. *J Personality and Individual Differences, moderating effect of emotional,* 52: 433-437.
- Van Eldik, T. Treffers, PD. Veerman, JW. Verhulst, FC. (2004). Mental health problems of deaf Dutch children as indicated by parents' responses to the child behavior checklist. *Am Ann Deaf.* 148(5):390-5.
- Volz, KG. Schubotz, RI. Cramon, YV. (2004). Why am I unsure? Internal and external attributions of uncertainty dissociated by fMRI. *NeuroImag;* 21: 848-857.
- Wedell-Monnig, J. Lumley, JM. (1980). Child deafnes and mother-child interaction. *Child Dev.* 51(3):766-74.
- Yoshikawa, S. Ikeda, K. Kudo, T. Kobayashi, T. (2004). The effects of hypoxia, premature birth, infection, ototoxic drugs, circulatory system and congenital disease on neonatal hearing loss. *Auris Nasus Larynx,* 31(4):361-8.