

مهارت‌های اجتماعی، رضایت از زندگی و جایگاه مهار در دانش‌آموزان دارای نارسایی شنوایی، بینایی و عادی

ایران داودی^۱، رقیه مزارعی کاسکانی^۲، مهناز مهرایی زاده هنرمند^۳

چکیده

هدف این پژوهش مقایسه مهارت‌های اجتماعی، رضایت از زندگی و جایگاه مهار در دانش‌آموزان دارای نارسایی شنوایی، نارسایی بینایی و عادی در مقطع راهنمایی و دبیرستان شهر اهواز بود. نمونه پژوهش حاضر ۱۲۹ نفر، شامل ۵۰ دانش‌آموز دارای نارسایی شنوایی، ۲۸ دانش‌آموز دارای نارسایی بینایی و ۵۱ دانش‌آموز عادی بود که با پر کردن پرسشنامه‌های مهارت‌های اجتماعی، رضایت از زندگی و جایگاه مهار در این پژوهش شرکت کردند. طرح پژوهش علی-مقایسه‌ای بود و جهت آزمون فرضیه‌ها از تحلیل واریانس چندمتغیری استفاده شد. یافته‌ها بیان گر این بود که بین سه گروه تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($P < 0/001$). بین سه گروه در متغیرهای مهارت‌های اجتماعی و جایگاه مهار تفاوت معنی‌داری وجود داشت و در نتیجه افراد عادی نسبت به افراد دارای نارسایی شنوایی و نارسایی بینایی مهارت‌های اجتماعی بالاتری داشته و از جایگاه مهار درونی تری برخوردار بودند، در پیگیری نتایج، این یافته به دست آمد که تفاوت مهارت‌های اجتماعی در مقایسه دانش‌آموزان دارای نارسایی شنوایی و بینایی معنی‌دار و به نفع گروه دارای نارسایی بینایی بود. در مورد جایگاه مهار نیز پیگیری نشان دهنده تفاوت معنی‌دار جایگاه مهار بیرونی در مقایسه گروه عادی و گروه دارای نارسایی شنوایی و به نفع گروه دارای نارسایی شنوایی بود، اما در متغیر رضایت از زندگی تفاوت معنی‌داری بین سه گروه مشاهده نشد. کاربرد یافته‌ها در مقاله مورد بحث قرار گرفته است.

واژگان کلیدی: رضایت از زندگی، جایگاه مهار، مهارت‌های اجتماعی، نارسایی شنوایی و نارسایی بینایی.

Email: davoudi_i@scu.ac.ir

۱. استادیار گروه روان‌شناسی دانشگاه شهید چمران اهواز

۲. کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی دانشگاه شهید چمران اهواز

۳. استاد گروه روان‌شناسی دانشگاه شهید چمران اهواز

نارسایی بینایی و شنوایی تأثیر عمیقی بر رشد و پیامدی مضر برای سلامت روان فرد، هم در کودکی و هم در بزرگسالی دارد (دافیو و فرگوسن^۱، ۲۰۰۳). مطالعه‌های گوناگون در همه کشورها با استفاده از روش‌ها و ملاک‌های گوناگون، میزان شیوع مشکلات سلامت روان را در افراد ناشنوا به صورت معنی‌داری بیشتر از افراد عادی برآورد کرده‌اند (دی‌گرف و بلیچ^۲، ۲۰۰۲، والیس، میوسلمن و مک‌کای^۳، ۲۰۰۴، گلاس^۴، ۲۰۰۳، تامس^۵، ۲۰۰۴، اید و گاندرسون^۶، ۲۰۰۴، هایندل^۷، ۲۰۰۵؛ همه به نقل از خانزادفیروز‌جاه، ۱۳۸۶). نتایج مطالعه نانوک، اردوگان، آتیک، اوگور و سیمسکیلماز^۸ (۲۰۰۶) نشان داده است که گروه دانش‌آموزان ناشنوا به طور معنی‌داری مشکلات درون‌نمود^۹ بیشتری را نسبت به همسالان عادی خود نشان می‌دادند. بیشترین تفاوت‌ها مربوط به نشانه‌های اضطراب، افسردگی و شکایت‌های جسمی بوده است.

نارسایی بینایی نیز می‌تواند بر خصوصیات رفتاری و روان‌شناختی فرد تأثیراتی داشته باشد. پژوهش بر روی دانش‌آموزان مبتلا به نارسایی بینایی نشان داده است که این افراد، مشکلات قابل توجهی در رفتارهای سازگاری کلی (پارسونز^{۱۰}، ۱۹۸۷) ارتباطات (جیمز و استانوویک^{۱۱}، ۲۰۰۷)، مهارت‌های زندگی روزمره (لوئیس و لسلاین^{۱۲}، ۲۰۰۳؛ به نقل از محمد صالح و زینال^{۱۳}، ۲۰۱۰) و اجتماعی شدن (لیفشیتز، هن و ویس^{۱۴}، ۲۰۰۷) نشان می‌دهند. عمده‌ترین تفاوت دانش‌آموزان دارای نارسایی بینایی با دانش‌آموزان بینا در زمینه مهارت‌های اجتماعی است. (تاتل^{۱۵}، ۱۹۸۱؛ به نقل از ورتس، کالاتا و تامکینز^{۱۶}، ۲۰۰۷،

-
1. Dafeu & Fergusson
 2. D Graff & Bilj
 3. Wallis, Musselman, & MacKay
 4. Clausen
 5. Tambs
 6. Edi & Gandersen
 7. Hindley
 8. Nounuk, Erdogan, Atik, Ugur, & Semisekilmaz
 9. Internalizing
 10. Parsons
 11. James & Stoyanvik
 12. Lewis & Leslin
 13. Mohamad Saleh & Zainal
 14. Lifshitz, Hen, & Weiss
 15. Tattle
 16. Werts, Culatta, James, & Tompkins

ترجمه امیری مجد، ۱۳۸۹). هاتلن و کوری (۱۹۸۷) بیان می‌کنند که نارسایی در درونداد بینایی، افراد با نارسایی بینایی را به ویژه در رشد یادگیری مهارت‌های اجتماعی و رشد رفتار آن‌ها تحت تأثیر قرار می‌دهد.

دانش‌آموزان با نیازهای ویژه، کم و بیش دارای نارسایی‌هایی در زمینه مهارت‌های اجتماعی هستند و این گونه نارسایی‌ها، پیش‌بینی‌کننده انواع مختلفی از مشکلات عاطفی، شخصیتی، سازگاری و تحصیلی کوتاه مدت و درازمدت می‌باشد (گرشام، سوجایی و هورنر^۲، ۲۰۰۱، تریف^۳، ۲۰۰۷). کودکان ناشنوا در خطر زندگی منزوی و از دست دادن بحث اجتماعی و مشارکتی هستند و این سرانجام باعث بحران درون‌شخصی برای فرد ناشنوا می‌شود (کاترین و رود^۴، ۲۰۰۰؛ نوری، ۱۳۸۵؛ الحاجین^۵، ۲۰۰۴).

نتایج پژوهش بیابانگرد (۱۳۸۴) نشان داد مهارت‌های اجتماعی دانش‌آموزان دارای نارسایی شنوایی و بینایی به طور معنی‌داری پایین‌تر از دانش‌آموزان عادی است. منظور از مهارت‌های اجتماعی هر گونه رفتاری است که انجام دادن آن موجب تقویت مثبت و دریافت پاداش می‌شود (مانند سلام کردن، رعایت نوبت، در نظر گرفتن دیدگاه و عقیده دیگران و غیره). متأسفانه همه کودکان (از جمله کودکان با نارسایی بینایی و شنوایی) موفق به فراگیری این مهارت‌ها نمی‌شوند. مطابق با نظریه رفتاری، تولید و نشان دادن مهارت‌های اجتماعی خوب باید پیامدهای رفتاری مثبتی به دنبال داشته باشد، در حالی که کمبود مهارت‌های اجتماعی، باید با پیامدهای اجتماعی منفی مرتبط باشد. این پیامدهای اجتماعی در شبکه‌ای آشکار از حالت‌های مثبت و منفی بهزیستی روانی قرار می‌گیرد (سگرین و تیلور^۶، ۲۰۰۷).

یکی از شاخص‌های مهم بهداشت روان، میزان رضایت از زندگی^۷ است. مراد از رضایت از زندگی، نگرش فرد، ارزیابی عمومی نسبت به کلیت زندگی خانوادگی و تجربه آموزشی است (دینر، سان، لوکاس و اسمیت^۸، ۱۹۹۴؛ به نقل از زکی، ۱۳۸۶). بهزیستی

-
1. Hatlan & Curry
 2. Sujai & Horner
 3. Trief
 4. Catrin & Roth
 5. Elhageen
 6. Segrin & Taylor
 7. life satisfaction
 8. Diener, Sun, Lucas, & Smith

روانی^۱ شامل سه مؤلفه مجزا شناخته شده است: دو مؤلفه اول اشاره به بعد عاطفی و هیجانی این سازه دارند و بعد سوم که همان رضایت از زندگی است، اشاره به جنبه شناختی این مفهوم دارد (آندرس و ویدی^۲، ۱۹۷۶؛ به نقل از دینر، رابرت، امونس و گریفین^۳، ۱۹۸۴). با توجه به این که رضایت از زندگی، یک متغیر مهم برای سبک زندگی است که سلامتی را هدایت می‌کند، این امر برای هر شخصی مهم است، به خصوص برای افرادی که مجبورند در شرایطی ویژه و جدا از افراد عادی و تحت مشکلات زیادی زندگی کنند (هینترمایر^۴، ۲۰۰۸). گیلمن، استربروک و فری^۵ (۲۰۰۴) در این باره می‌گویند که نوجوانان ناشنوا و کم شنوا نسبت به همسالان شنوای خود در تمامی زمینه‌ها به طور کلی رضایت از زندگی کمتری را ادراک می‌کنند. اوسلی، مک‌گین، اسلوان، استالوی و ولس^۶ (۲۰۰۱) نیز در تحقیقی به این نتیجه رسیدند که آسیب بینایی می‌تواند با ناتوانی عملکردی همراه باشد و این نارسایی حسی می‌تواند با محدود کردن تحرک و فعالیت، پرورش وابستگی به دیگران و کاهش احساس بهزیستی همراه باشد.

کاشلانگار^۷ و همکاران (۲۰۱۱) در مطالعه‌ای گزارش می‌کنند که تعامل میان نوجوانان ناشنوا و کم شنوا با نوجوانان عادی خیلی کم است و دوستی‌های صمیمی نیز به ندرت بین آن‌ها اتفاق می‌افتد. تأثیرات رفتاری طرد همسالان اغلب به صورت پایین آمدن عزت نفس، اعتماد به نفس پایین و بالا رفتن جایگاه مهار بیرونی نشان داده شده است (استرمن^۸، ۲۰۰۰؛ وینر و میلر^۹، ۲۰۰۶؛ هر دو به نقل از کنت، کول مارتین، رایبنهاوس و پاول^{۱۰}، ۲۰۰۹). از دیگر مفاهیم مورد پژوهش در این تحقیق جایگاه مهار^{۱۱} است. مک دونالد^{۱۲} (۱۹۷۰) در تعریف جایگاه مهار در کتاب «جایگاه مهار درونی - بیرونی و نگرش نسبت به ناتوانی» می‌گوید که در سال‌ها پیش یک روانشناس اجتماعی به نام فریتزهایدر^{۱۳} (۱۹۵۸)

1. mental health
2. Andrew & Withey
3. Robert, Emmonns, & Griffin
4. Hintermair
5. Gilman, Easterbrooks, & Frey
6. Owsley, Mc Gin, Sloan, Stalvey, & Wells
7. Kushlangar
8. Osterman
9. Weiner & Miller
10. Kenneth, Coll Martin, Robinhaas, & Powell
11. locus of control
12. Mac Donald
13. Fritz Heider

ابراز داشت که ارتباط وابسته‌ای بین توانستن و تلاش کردن وجود دارد. یک شخص تلاش نمی‌کند، اگر اعتقاد داشته باشد که نمی‌تواند. یک متغیر شخصیتی مرتبط با این موضوع جایگاه مهار درونی-بیرونی است (راتر^۱، ۱۹۵۴؛ به نقل از مک دونالد، ۱۹۷۰). راتر (۱۹۶۶) جایگاه مهار را عبارت از انتظار کلی فرد از نتایج یک رویداد تعریف می‌کند که یا در درون یا در فراسوی (بیرون) کنترل و فهم شخصی وی وجود دارد. افرادی که معتقدند کنترل زیادی بر تقویت‌هایشان دارند، درونی‌ها نامیده می‌شوند و آنهایی که معتقدند زندگی‌شان توسط، بخت، اقبال و یا افراد قدرتمند کنترل می‌شود بیرونی‌ها نامیده می‌شوند. پژوهش‌ها ارتباط مثبتی بین جایگاه مهار درونی، سلامت و سازگاری اجتماعی (اورنگی، یوسلیانی و زرنقاش^۲، ۲۰۱۱)، سازگاری هیجانی-فردی و اجتماعی (استرادا، داپوکس و وولمن^۳، ۲۰۰۶)، احساس بهزیستی روانی، موفقیت و میزان کمتر مشکلات سلامت روان (لیو، کوریتا، یوچياما، اوکاوا، لیو و ما^۴، ۲۰۰۰)، رضایت از زندگی (هاورث^۵ و همکاران، ۱۹۹۷؛ به نقل از سوزا و لیبومیرسکی^۶، ۲۰۰۱) و وضعیت سلامت روان (کارایورت و دیکل^۷، ۲۰۰۸؛ هال و کوکران^۸، ۱۹۸۷) نشان داده‌اند.

مرور پیشینه پژوهشی در دسترس نشان می‌دهد که بررسی متغیرهای روان‌شناختی مانند مهارت‌های اجتماعی، رضایت از زندگی و جایگاه مهار در افراد دارای نارسایی شنوایی و بینایی کمتر مورد توجه بوده است، در حالی که ممکن است تأثیر نارسایی حسی بر رشد و نمو این ویژگی‌ها مؤثر باشد. بنابراین، پژوهش حاضر به منظور مقایسه این مجموعه متغیرها در دانش‌آموزان با نارسایی شنوایی، نارسایی بینایی و عادی اجرا گردید تا با هدف تعیین تفاوت بین دانش‌آموزان با نارسایی شنوایی، بینایی با عادی از نظر مهارت اجتماعی، رضایت از زندگی و جایگاه مهار درونی و بیرونی، به این سؤال پاسخ گوید که آیا از لحاظ رضایت از زندگی، مهارت‌های اجتماعی و جایگاه مهار بین افراد با نارسایی بینایی، شنوایی و عادی تفاوتی وجود دارد یا خیر.

1. Rotter
2. Owrangi, Yousliani, & Zamaghash
3. Estrada, Dupoux, & wolman
4. Liu, Kurita, Uchiyama, Okawa, Liu, & Ma
5. Haworth
6. Sousa & Lyubomirsky
7. Karayurt & Dicle
8. Hale & Cochran

۱. بین مهارت‌های اجتماعی در دانش‌آموزان دارای نارسایی شنوایی، بینایی و عادی تفاوت وجود دارد.
۲. بین رضایت از زندگی در دانش‌آموزان دارای نارسایی شنوایی، بینایی و عادی تفاوت وجود دارد.
۳. بین جایگاه مهار درونی در دانش‌آموزان دارای نارسایی شنوایی، بینایی و عادی تفاوت وجود دارد.
۴. بین جایگاه مهار بیرونی در دانش‌آموزان دارای نارسایی شنوایی، بینایی و عادی تفاوت وجود دارد.

روش

این پژوهش یک پژوهش توصیفی از نوع علی-مقایسه‌ای است. جامعه آماری در این پژوهش کلیه دانش‌آموزان راهنمایی و دبیرستانی دارای نارسایی شنوایی، نارسایی بینایی و عادی شهر اهواز بود. نمونه پژوهش ۱۲۹ نفر شامل، ۵۰ دانش‌آموز دارای نارسایی شنوایی، ۲۸ دانش‌آموز دارای نارسایی بینایی و ۵۱ دانش‌آموز عادی بود. با توجه به این که تعداد کل دانش‌آموزان دارای نارسایی بینایی (مدارس استثنایی و تلفیقی) ۳۶ نفر بود، که از این تعداد، ۱۳ نفر در مدرسه استثنایی مشغول به تحصیل بودند و بقیه در مدارس تلفیقی مشغول به تحصیل بودند برای انتخاب نمونه‌ی دارای نارسایی بینایی هم مدرسه دانش-آموزان با نیازهای ویژه (مدرسه شوریده شیرازی) و هم مدارس تلفیقی در چهار ناحیه انتخاب شدند و بر همین اساس، برای نمونه دارای نارسایی شنوایی نیز هم مدارس دانش‌آموزان با نیازهای ویژه (مدرسه یگانه و ذوالفقاری) و هم مدارس تلفیقی در نظر گرفته شدند. دانش‌آموزان دارای نارسایی شنوایی از همان مدارس تلفیقی انتخاب شدند که دانش‌آموزان دارای نارسایی بینایی نیز از آن‌جا انتخاب شدند و نمونه‌ی عادی نیز به همین صورت انتخاب شد. به این ترتیب روش نمونه‌گیری گروه دارای نارسایی بینایی به صورت تمام‌شمار و برای گروه دارای نارسایی شنوایی و عادی روش تصادفی ساده بود. در جریان اجرای پژوهش هر آزمودنی که بیش از ۲۰ درصد سؤال‌های پژوهش را بدون پاسخ رها کرده بود از تحلیل داده‌ها حذف شد. برای هر یک از آزمودنی‌ها سن، جنس، مقطع تحصیلی، پایه تحصیلی، ناحیه تحصیلی، نوع آسیب و نوع مدرسه (ویژه یا تلفیقی) پرسیده شد. جدول ۱ ویژگی‌های سنی آزمودنی‌ها را نشان می‌دهد.

جدول ۱ میانگین، انحراف معیار، کمترین و بیشترین سن آزمودنی‌ها

بیشترین سن	کمترین سن	انحراف معیار	میانگین	آماره نمونه
۱۸	۱۳	۱/۳۲	۱۶/۶۹	دارای نارسایی شنوایی
۱۸	۱۲	۲/۰۹	۱۴/۷۲	دارای نارسایی بینایی
۱۸	۱۲	۱/۷۳	۱۴/۶۰	عادی

جدول ۲ توزیع فراوانی افراد بر اساس مقطع و پایه‌ی تحصیلی

دبیرستان	راهنمایی	مقطع تحصیلی / پایه‌ی تحصیلی
۲۹	۲۱	اول
۱۸	۲۶	دوم
۱۴	۲۱	سوم
۶۱	۶۸	کل

ابزار پژوهش: در این پژوهش از ابزارهای زیر استفاده شد.

۱. مقیاس ارزیابی مهارت‌های اجتماعی ماتسون^۱: این مقیاس جهت ارزیابی مهارت‌های اجتماعی کودکان توسط ماتسون و اولوندلیک (۱۹۸۳؛ به نقل از خانجانی، ۱۳۸۵) تهیه شده و در سال ۱۳۸۴ توسط به پژوه ترجمه شد، شامل ۶۲ سؤال و دارای یک مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت است که هر آزمودنی خود را در هر مقوله از هیچ وقت (۱) تا همیشه (۵) درجه‌بندی می‌کند. اکتساب نمره‌های بالاتر در این آزمون، نشان‌دهنده مهارت‌های اجتماعی بالاتر است. برای این مقیاس، ۵ عامل فرعی در قالب پنج عامل جداگانه عامل مهارت اجتماعی مناسب^۲، عامل رفتارهای نامناسب اجتماعی^۳ عامل تکانشی عمل کردن

1. Matson Evaluation of Social Skills with Youngster (MESSY)
2. Appropriate Social Skills
3. Inappropriate Social Skills

و سرکش بودن^۱ (پرخاشگری)، عامل اطمینان زیاد به خود داشتن^۲ (برتری طلبی) و رابطه با همسالان^۳ تعیین شد.

در پژوهش به پژوه، خانجانی، حیدری و شکوهی نیا (۱۳۸۶) میزان اعتبار ۰/۸۰ و در پژوهش یوسفی و خیر (۱۳۸۱) روایی سازه به دست آمده از طریق تحلیل عوامل، مقدار ضریب KMO، ۰/۸۶ و میزان پایایی با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۶ گزارش شده است، در پژوهش خانجانی (۱۳۸۵) نیز میزان پایایی این آزمون، با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۸ به دست آمد. در پژوهش حاضر میزان پایایی این مقیاس با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۱ به دست آمد و برای تعیین روایی پرسشنامه از روش تحلیل مواد استفاده شد. ضرایب حاصل خرده مقیاس مهارت اجتماعی مناسب بین ۰/۲۷ تا ۰/۶۲ ($P=0/01$)، برای رفتار های غیر اجتماعی بین ۰/۲۱ تا ۰/۶۴ ($P=0/05$)، برای خرده مقیاس پرخاشگری و رفتارهای تکانشی بین ۰/۱۷ تا ۰/۵۳ ($P=0/05$)، برای برتری طلبی در طیف ۰/۲۸ تا ۰/۴۵ ($P=0/01$) و در خرده مقیاس رابطه با همسالان در طیف ۰/۲۲ تا ۰/۴۶ ($P=0/01$) قرار داشت. نتایج حاکی از روایی مطلوب پرسشنامه مهارت های اجتماعی ماتسون می باشد.

۲. مقیاس چندبعدی رضایت از زندگی دانش آموزان^۴: مقیاس چند بعدی رضایت از زندگی، آزمونی مداد-کاغذی است که توسط هیوبنر^۵ (۲۰۰۰؛ به نقل از زکی، ۱۳۸۶) ساخته و مورد ارزیابی قرار گرفت. این مقیاس دارای ۴۰ گویه است که پنج حیطه از زندگی دانش آموزان را در بر می گیرد که عبارتند از: (۱) خانواده (۲) دوستان (۳) مدرسه (۴) محیط زندگی (۵) خود. نمره گذاری مقیاس به صورت لیکرت ۶ درجه ای (=۱ کاملاً مخالفم تا ۶ کاملاً موافقم) است. این مقیاس نخستین بار در ایران توسط زکی (۱۳۸۶) هنجاریابی شده است.

گیلمن و هیوبنر (۲۰۰۰) در تحقیقی با استفاده از آلفای کرونباخ ضریب پایایی ۰/۹۱ را برای این مقیاس به دست آوردند. زکی (۱۳۸۶) پایایی این مقیاس را با توجه به آلفای کرونباخ بر روی ۲۰۰ آزمودنی ۰/۸۶ بدست آورد. در پژوهش شغابی (۱۳۸۶) نیز ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۰ و روایی از طریق همبسته کردن مقیاس با مقیاس رضایت از زندگی

1. Impulsive/Recalcitrant
2. Overconfident
3. Peer relationship
4. Students Life Satisfaction Scale (MSLSS)
5. Huebner

دینر (۲۰۰) ۰/۵۶ گزارش شده است. در پژوهش حاضر میزان پایایی این مقیاس از روش آلفای کرونباخ (۰/۹۴) به دست آمد. برای تعیین روایی پرسشنامه از روش تحلیل مواد استفاده شد که ضرایب همبستگی پرسشنامه رضایت از زندگی در طیف ۰/۲۳ تا ۰/۶۲ (P= 0/01) قرار داشت. نتایج حاکی از روایی مطلوب این پرسشنامه می‌باشد.

پرسشنامه چند بعدی جایگاه مهار لونسون^۱: مقیاس چند بعدی جایگاه مهار در سال ۱۹۷۳ به منظور مشخص ساختن نوع جایگاه مهار افراد توسط لونسون ساخته شد و در سال ۱۳۷۳ توسط فراهانی به فارسی ترجمه شد. این پرسشنامه از نوع مداد-کاغذی و شامل سه زیر مقیاس و ۲۴ عبارت است. سه زیر مقیاس آزمون عبارتند از: مقیاس درونی، افراد قدرتمند، مقیاس شانس. در این پژوهش با جمع زیر مقیاس‌های شانس و افراد قدرتمند نمره مقیاس کنترل بیرونی به دست آمد. نمره گذاری مقیاس به صورت لیکرت ۶ درجه‌ای (از به شدت موافق=۳+ تا به شدت مخالف=۳-) می‌باشد.

در مطالعات مختلف همسانی درونی زیر مقیاس‌های این ابزار (۰/۷۸ تا ۰/۶۴ = α) به دست آمده است (لونسون، ۱۹۷۴؛ به نقل از رودنبری و رنک^۲، ۲۰۱۰). روایی همزمان یا تقارنی مقیاس‌های درونی، افراد قدرتمند و شانس از طریق مقایسه با مقیاس درونی-بیرونی راتر و نیز مقایسه با مقیاس تمایلات اجتماعی مارلو-کراون، پرسشنامه شخصیتی کالیفرنیا و شخصیتی ۱۶ عاملی کتل به اثبات رسیده است (لونسون، ۱۹۷۳). پایایی نسخه فارسی در پژوهش فراهانی و کوپر (۱۳۷۴) برای مقیاس‌های درونی، افراد قدرتمند و شانس به ترتیب ۰/۵۲، ۰/۷۱ و ۰/۶۸ به دست آمده است. در پژوهش حاضر میزان پایایی این مقیاس از طریق روش آلفای کرونباخ برای زیر مقیاس مهار بیرونی ۰/۹۱، زیر مقیاس مهار درونی ۰/۶۲، شانس ۰/۸۲ و برای زیر مقیاس افراد قدرتمند ۰/۸۷ و کمترین میزان همسانی درونی در زیر مقیاس مهار درونی در گروه دارای نقص بینایی به دست آمد ۰/۲۵.

در پژوهش حاضر برای تعیین روایی پرسشنامه از روش تحلیل مواد استفاده شد و ضرایب حاصل در خرده مقیاس مهار درونی در طیف ۰/۲۵ تا ۰/۳۶ (p=۰/۰۱) و در خرده مقیاس‌های شانس و افراد قدرتمند (مهار بیرونی) در طیف ۰/۳۴ تا ۰/۵۸ (p=۰/۰۱) قرار داشت. نتایج حاکی از روایی مطلوب پرسشنامه جایگاه مهار لونسون می‌باشد.

1. Multidimensional Locus of Control Scales Levenson
2. Roddenberry & Renk

شیوه اجرای پژوهش: شیوهی اجرای پژوهش برای آزمودنی‌های دارای نارسایی شنوایی و بینایی، فردی و به این صورت بود که برای هر دانش‌آموز دارای نارسایی بینایی یک آزمون گر سؤال‌ها گزینه‌های مربوط به آن را می‌خواند و دانش‌آموز جواب مورد نظر خود را بیان می‌کرد و آزمون گر گزینه مورد نظر را در پرسشنامه علامت می‌زد، برای هر فرد دارای نارسایی شنوایی نیز یک رابط آشنا به زبان اشاره سؤال‌های پرسشنامه و گزینه‌های مربوط به آن را تا حد امکان و تا جایی که مفهوم سؤال‌ها تغییر نکند، توضیح می‌داد و خود دانش‌آموز پاسخ مورد نظر را در پرسشنامه علامت می‌زد. برای دانش‌آموزان عادی نیز اجرای پژوهش به صورت گروهی بود. به این صورت که در هر کلاس آزمون - گر پرسشنامه‌ها را پخش می‌کرد و هر جا که دانش‌آموزان با سؤالی برخورد می‌کردند، توضیح لازم داده می‌شد.

نتایج

روش آماری مورد استفاده در این پژوهش، تحلیل واریانس چند متغیری می‌باشد.

جدول ۳ میانگین و انحراف معیار، کمترین و بیشترین نمره‌های مقیاس مهارت‌های اجتماعی، رضایت از زندگی و جایگاه مهار

متغیر	گروه	میانگین	انحراف معیار	کمترین نمره	بیشترین نمره
مهارت‌های اجتماعی	نارسایی شنوایی	۲۲۹	۲۰/۵	۱۷۶	۲۶۴
	نارسایی بینایی	۲۴۲	۱۵/۶	۲۱۰	۲۷۰
	عادی	۲۴۲	۲۱/۷	۱۷۹	۲۷۲
رضایت از زندگی	نارسایی شنوایی	۲۰۶	۱۶/۷	۱۵۷	۲۳۱
	نارسایی بینایی	۲۱۳	۲۰/۱	۱۷۵	۲۴۰
	عادی	۲۱۴	۲۱/۸	۱۳۱	۲۴۰
جایگاه مهار درونی	نارسایی شنوایی	۳۷/۲	۵/۷	۲۰	۴۷
	نارسایی بینایی	۳۶/۴	۴/۶	۲۸	۴۵
	عادی	۴۰/۹	۴/۸	۳۰	۴۰
جایگاه مهار بیرونی	نارسایی شنوایی	۵۳/۵	۱۰/۹	۳۲	۷۲
	نارسایی بینایی	۵۲/۶	۱۲/۳	۲۵	۷۷
	عادی	۴۴/۵	۱۷/۴	۱۵	۷۷

جدول ۴ نتایج حاصل از مانوا بر روی میانگین‌های نمره‌های مهارت‌های اجتماعی، رضایت از زندگی، جایگاه مهار درونی و بیرونی در آزمودنی‌های سه گروه

نام آزمون	مقدار	F	df فرضیه	df خطا	سطح معنی داری
اثر پیلاچی	۰/۲۴۷	۴/۳۶	۸	۲۴۸	<۰/۰۰۱
لامبدای ویلکر	۰/۷۶۷	۴/۳۷	۸	۲۴۶	<۰/۰۰۱
اثر هتلینگ	۰/۲۸۷	۴/۳۷	۸	۲۴۴	<۰/۰۰۱
بزرگترین ریشه روی	۰/۲۰۰	۶/۱۹	۴	۱۲۴	<۰/۰۰۱

همان‌طور که در جدول شماره ۴ مشاهده می‌شود همه‌ی آزمون‌های مانوا در سطح $P < 0/001$ معنی‌دار می‌باشند. بنابراین فرضیه ۱ پژوهش حاضر مبنی بر این بین مهارت‌های اجتماعی، رضایت از زندگی و جایگاه مهار درونی و بیرونی در دانش‌آموزان دارای نارسایی شنوایی، نارسایی بینایی و عادی تفاوت وجود دارد، تأیید می‌شود. بر این اساس می‌توان گفت که دست‌کم در یکی از متغیرهای وابسته (مهارت‌های اجتماعی، رضایت از زندگی، جایگاه مهار درونی و بیرونی) بین گروه‌های دارای نارسایی شنوایی، نارسایی بینایی و عادی تفاوت معنی‌دار وجود دارد. جهت پی‌بردن به این تفاوت در مرحله بعد از طریق تحلیل واریانس یک‌راهه در متن مانوا بررسی شد که نتایج حاصل از آن در جدول شماره ۵ ارائه شده است.

جدول ۵ نتایج حاصل از آنوا در متن مانوا بر روی میانگین‌های نمره‌های مهارت‌های اجتماعی، رضایت از زندگی، جایگاه مهار درونی و بیرونی آزمودنی‌های سه گروه

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری	مجذورات
مهارت‌های اجتماعی	۴۷۳۷/۱	۲	۲۳۶۸/۵	۵/۸	۰/۰۰۴	۰/۰۸۵
رضایت از زندگی	۲۰۱۳/۸	۲	۱۰۰۶/۹	۲/۶	۰/۰۷۷	۰/۰۴۰
جایگاه مهار درونی	۵۰۰/۲	۲	۲۵۰/۱	۹/۴	<۰/۰۰۱	۰/۱۳۰
جایگاه مهار بیرونی	۲۳۵۱/۹	۲	۱۱۷۵/۹	۵/۸	۰/۰۰۴	۰/۰۸۵

بر اساس جدول شماره ۵ مشاهده می‌شود که مقدار F مربوط به متغیر رضایت از زندگی معنی‌دار نبوده و بنابراین بین سه گروه دارای نارسایی شنوایی، نارسایی بینایی و

عادی از نظر متغیر رضایت از زندگی تفاوت معنی دار وجود ندارد. اما تفاوت سه گروه در متغیرهای مهارت‌های اجتماعی، جایگاه مهار درونی و جایگاه مهار بیرونی معنی دار است. بنابراین فرضیه ۱-۱ که می‌گوید: بین مهارت‌های اجتماعی در دانش‌آموزان دارای نارسایی شنوایی، بینایی و عادی تفاوت وجود دارد، فرضیه ۱-۳ مبنی بر این که بین جایگاه مهار درونی در دانش‌آموزان دارای نارسایی شنوایی، بینایی و عادی تفاوت وجود دارد و فرضیه ۱-۴ که بیان می‌دارد که بین جایگاه مهار بیرونی در دانش‌آموزان دارای نارسایی شنوایی، بینایی و عادی تفاوت وجود دارد تأیید شدند و فرضیه ۱-۲ (بین رضایت از زندگی در دانش‌آموزان دارای نارسایی شنوایی، بینایی و عادی تفاوت وجود دارد) پژوهش حاضر رد شد. در مرحله بعد برای مقایسه زوجی میانگین‌های نمره‌های مهارت‌های اجتماعی، جایگاه مهار درونی و بیرونی آزمودنی‌های سه گروه از آزمون پیگیری شفه استفاده شد.

جدول شماره ۶ نتایج آزمون شفه برای مقایسه زوجی میانگین‌های نمره‌های مهارت‌های اجتماعی و جایگاه مهار درونی و بیرونی آزمودنی‌های سه گروه

متغیر	مقایسه	معنی داری
مهارت اجتماعی	نارسایی شنوایی و نارسایی بینایی	*
	نارسایی شنوایی و عادی	*
	نارسایی بینایی و عادی	
جایگاه مهار درونی	نارسایی شنوایی و نارسایی بینایی	
	نارسایی شنوایی و عادی	*
	نارسایی بینایی و عادی	*
جایگاه مهار بیرونی	نارسایی شنوایی و نارسایی بینایی	
	نارسایی شنوایی و عادی	*
	نارسایی بینایی و عادی	

همان‌طور که جدول ۶ نشان می‌دهد نتیجه آزمون شفه در مهارت‌های اجتماعی بین دو گروه دارای نارسایی شنوایی و نارسایی بینایی و دو گروه دارای نارسایی شنوایی و عادی معنی دار و با توجه به میانگین نمره افراد (جدول ۳) به نفع گروه دارای نارسایی بینایی و عادی است. در جایگاه مهار درونی بین دو گروه دارای نارسایی شنوایی و عادی و دو گروه دارای نارسایی بینایی و عادی تفاوت‌ها معنی دار و در هر دو مقایسه به نفع گروه عادی است (جدول ۳) و در جایگاه مهار بیرونی تفاوت‌ها بین دو گروه دارای نارسایی

شنوایی و عادی معنی‌دار و با توجه به میانگین‌ها به نفع گروه دارای نارسایی شنوایی است (جدول ۳).

بحث

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که بین مهارت‌های اجتماعی دانش‌آموزان دارای نارسایی شنوایی، نارسایی بینایی و عادی تفاوت معنی‌دار وجود دارد. نتایج آزمون پیگیری نشان داد که افراد دارای نارسایی شنوایی مهارت اجتماعی پایین‌تری نسبت به افراد عادی دارند که این نتایج با نتایج پژوهش فوجیکی و برینتون^۱ (۲۰۰۹)، بیابانگرد (۱۳۸۴) و کاپلی و تینا^۲ (۱۹۹۵) همخوانی دارد. در تبیین این مسئله باید خاطر نشان کرد که در دوران یادگیری مهارت‌های اجتماعی، کودکان دارای نارسایی شنوایی از برقراری رابطه با محیط عاجزند، قادر به فهم کامل توضیحات اطرافیان و مربیان نیستند و نمی‌توانند نیازهای خود را بیان کنند (هالاها و کافمن، ۱۹۹۷؛ ترجمه ماهر، ۱۳۷۸). از طرفی طبق نظریه پردازشگری اطلاعات اجتماعی کریک و داج^۳ (۱۹۹۹؛ به نقل از بیابانگرد، ۱۳۸۴)، برای این که تعامل اجتماعی به صورت مناسب تحقق یابد لازم است که محرک‌های اجتماعی به درستی رمزگردانی شده و با دیگر اطلاعات مربوطه مقایسه و تفسیر گردد. بنابراین هرچه محرک‌های اجتماعی بهتر پردازش شود، لیاقت و مهارت اجتماعی کودک بیشتر و تعامل او با دیگران موفقیت‌آمیزتر خواهد بود. کودکان دارای نارسایی شنوایی با توجه به آسیبی که دارند در پردازش‌گری اطلاعات با مشکل روبرو هستند و همین امر باعث نارسایی در مهارت‌های اجتماعی آن‌ها می‌شود بنابراین یکی از پیامدهای اصلی نارسایی شنوایی فقر عملکرد روان‌شناختی و محدود شدن رفتارهای اجتماعی است (توماس^۴، ۱۹۹۲). البته در زمینه متغیرهای مرتبط با مهارت‌های اجتماعی مثل احساس تنهایی (نوری، ۱۳۸۵؛ استیبرگ، سالیوان و مونتویا^۵ ۱۹۹۹؛ الحاجین^۶، ۲۰۰۴) و درک اجتماعی (جاهدیان پور، البرزی و رشیدی، ۱۳۸۸) نیز که نشان‌دهنده تفاوت معنی‌دار این متغیرها در افراد عادی نسبت به افراد دارای نارسایی شنوایی است، نیز می‌تواند مؤید یافته پژوهش حاضر باشد.

1. Fujiki & Brinton
2. Cappelli & Tina
3. Crick & Dodge
4. Thomas
5. Steiberg, Sullivan, & Montoya
6. Elhageen

همچنین آزمون پیگیری نشان داد که افراد دارای نارسایی شنوایی مهارت اجتماعی ضعیف تری نسبت به افراد دارای نارسایی بینایی دارند که این یافته موافق با یافته بیابانگرد (۱۳۸۴) است. در تبیین این مسئله باید یادآوری کرد که مهارت‌های ارتباطی کودکان آسیب‌دیده بینایی به اندازه مهارت‌های ارتباطی کودکان ناشنوا، تحت تأثیر قرار نمی‌گیرد و آسیب نمی‌پذیرد و شنوایی آشکارا اهمیت بیشتری در یادگیری دارد تا بینایی. همچنین ممکن است که محرک‌های مهم، بهتر و آسان‌تر به کودک نابینا قابل ارائه باشد تا به شخصی که ناشنوا است (بیابانگرد، ۱۳۸۴).

آزمون پیگیری همچنین نشان داد که در مقایسه مهارت‌های اجتماعی بین دانش‌آموزان عادی و دانش‌آموزان دارای نارسایی بینایی تفاوت معنی‌داری وجود ندارد و این یافته با یافته پژوهش‌های بیابانگرد (۱۳۸۴) و شهیم (۱۳۸۱) ناهمخوان است، البته در این دو پژوهش از فرم معلمان پرسشنامه مهارت‌های اجتماعی گرشام و الویت استفاده شده است و شاید یکی از دلایل تفاوت یافته پژوهش حاضر با یافته‌های پیشین تفاوت پرسش‌نامه‌ها باشد و یکی دیگر از دلایل این امر می‌تواند این موضوع باشد که در پژوهش حاضر چون از پرسشنامه مهارت‌های اجتماعی ماتسون که به صورت خودگزارشی می‌باشد استفاده شد و خود دانش‌آموزان به پرسش‌نامه‌ها پاسخ می‌دادند و معمولاً وقتی خود فرد به ارزیابی خود می‌پردازد خصوصیات مثبت خود را بیشتر و خصوصیات منفی خود را کمتر از آن چه که وجود دارد ارزیابی می‌کند.

نتایج نشان داد که بر خلاف پیش‌بینی، بین سه گروه دارای نارسایی شنوایی، نارسایی بینایی و عادی از نظر رضایت از زندگی تفاوت معنی‌داری دیده نشد. این یافته با یافته‌های گیلمن، استربرک و فری^۱ (۲۰۰۴) ناهمخوان است. البته پژوهش‌ها نشان داده است که وقتی رضایت از زندگی از نظر عینی (از نظر شرایط بیرونی مثل میزان درآمد، وضعیت مسکن، شبکه‌های دوستی و غیره) بررسی می‌شود، افراد آسیب‌دیده کیفیت زندگی کمتری را نسبت به افراد عادی گزارش می‌کنند (دیجکرز^۲، ۱۹۹۷؛ به نقل از گورت و میلر اسمدما^۳، ۲۰۱۱). وقتی کیفیت زندگی افراد آسیب‌دیده، از نظر ذهنی (قضاوت افراد در مورد رضایت زندگی با توجه به کل زندگی یا حیطه‌های ویژه آن مثل رضایت از

1. Gilman, Easterbrooks, & Frey

2. Dijkers

3. Guerette & Miller Smedma

زندگی، رضایت از خانواده و رضایت از تجربه‌های تحصیلی) با افراد عادی مقایسه شود، در افراد ناتوان میزان کمتری از کیفیت زندگی مشاهده نمی‌شود (بیشوپ^۱، ۲۰۰۵؛ به نقل از گورت و میلر اسمدما، ۲۰۱۱). با توجه به این که رضایت از زندگی به بعد شناختی و ذهنی کیفیت زندگی تعلق دارد پس چنین نتیجه‌ای چندان دور از انتظار نمی‌باشد که بین رضایت از زندگی افراد دارای نارسایی شنوایی و بینایی با افراد عادی تفاوت معنی‌داری دیده نمی‌شود.

نتایج حاکی از آن است که بین افراد دارای نارسایی شنوایی و بینایی و افراد عادی از نظر جایگاه مهار درونی و بیرونی تفاوت معنی‌داری وجود دارد. در پیگیری تفاوت موجود بین سه گروه در جایگاه مهار درونی-بیرونی از آزمون شفه استفاده شد و نتیجه این آزمون نشان داد که در مقایسه جایگاه مهار درونی بین گروه‌ها تفاوت‌ها بین دو گروه دارای نارسایی شنوایی و عادی به نفع افراد عادی معنی‌دار بود و در مقایسه بین دو گروه دارای نارسایی بینایی و عادی نیز تفاوت به نفع گروه عادی معنی‌دار بود. یعنی این که افراد عادی نسبت به گروه دارای نارسایی شنوایی و گروه دارای نارسایی بینایی از جایگاه مهار درونی-تری برخوردارند، ولی بین دو گروه دارای نارسایی شنوایی و نارسایی بینایی از نظر جایگاه مهار درونی تفاوت معنی‌داری دیده نشد. در جایگاه مهار بیرونی نیز تفاوت‌ها فقط در مقایسه بین دو گروه دارای نارسایی شنوایی و عادی معنی‌دار و به نفع گروه دارای نارسایی شنوایی بود، یعنی گروه دارای نارسایی شنوایی نسبت به گروه عادی جایگاه مهار بیرونی-تری داشتند، ولی در مقایسه دو گروه دارای نارسایی شنوایی و نارسایی بینایی و دو گروه دارای نارسایی بینایی و گروه عادی تفاوت معنی‌داری دیده نشد. بنا بر اطلاعات در دسترس تاکنون پژوهشی که به بررسی جایگاه مهار و حتی سبک‌های اسناد در افراد دارای نارسایی حسی پردازد، انجام نشده است ولی در تبیین این یافته‌ها می‌توان به جمله مک دونالد (۱۹۷۰) اشاره کرد که بیان کرد از جمله افرادی که در معرض خطر بیرونی شدن جایگاه مهار قرار دارند آسیب‌دیدگان جسمی هستند. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که افراد آسیب‌دیده، نسبت به افراد عادی مشکلات اجتماعی و عملی بیشتری تجربه می‌کنند. این نکته نیز در پژوهش‌های مختلف پذیرفته شده است که مشکلات اجتماعی و عملی در این افراد باعث کاهش سطح فعالیت در آن‌ها نسبت به افراد عادی می‌شود و خطر مربوط به

مشکلات سلامت روان و افسردگی را در آن‌ها افزایش می‌دهد (ناتسون، جانس و سالیوان^۱، ۲۰۰۴؛ مارسچارک^۲، ۲۰۰۷؛ به نقل از گنتزل^۳، ۲۰۰۷؛ تامبس^۴، ۲۰۰۴؛ نیشیناگا، چی، کازوسا، تاکاتا و دوی^۵، ۲۰۰۷؛ وونگ^۶ و همکاران، ۲۰۰۹). یکی از سازه‌های شناختی که با افسردگی مرتبط است، جایگاه مهار است. چندین مطالعه به ارتباط بین افسردگی و جایگاه مهار دست یافته‌اند و بیان کرده‌اند که مراتب بالای افسردگی با مراتب بالاتر جایگاه مهار بیرونی مرتبط است (هوک و پیج^۷، ۲۰۰۲؛ بنسون و دیتز^۸، ۱۹۹۲؛ عبدالمنافی، بشارت، فراهانی و خدایی^۹، ۲۰۱۱). بنابراین در تبیین یافته پژوهش حاضر می‌توان بیان کرد که با توجه به میزان بالای مشکلات سلامت روان و افسردگی در افراد آسیب‌دیده، بیرونی بودن جایگاه مهار در این افراد قابل انتظار است.

از جمله محدودیت‌های این پژوهش این است که این پژوهش بر روی نمونه‌ی دانش‌آموزی در دوره راهنمایی و دبیرستان صورت گرفت بنابراین تعمیم نتایج آن به گروه‌های تحصیلی و سنی دیگر و یا جمعیت غیر دانش‌آموزی باید با احتیاط صورت گیرد. در این پژوهش همچنین به علت علی-مقایسه‌ای بودن طرح، کنترل همه‌ی متغیرهای مرتبط مانند سن، هوش، وضعیت اقتصادی-اجتماعی، درجه معلولیت و غیره دشوار بود. با توجه به این محدودیت در تعمیم نتایج، احتیاط ضروری است.

در پایان پیشنهاد می‌شود توجه بیشتری به ویژگی‌های روان‌شناختی افراد مبتلا به نارسایی حسی شده و برنامه‌هایی برای ارتقای سلامت روان شناختی این افراد در نظر گرفته شود. همچنین با توجه به نقش آموزش و پرورش در شکل-گیری ویژگی‌های روان-شناختی افراد، پیشنهاد می‌شود در مدارس از همان سال‌های نخست تحصیلی برنامه‌هایی جهت آموزش مهارت‌های اجتماعی به دانش‌آموزان دارای نارسایی حسی صورت گیرد و آموزش مهارت‌های اجتماعی مثل آموزش خواندن و نوشتن در این افراد مورد توجه قرار گیرد. آموزش والدین و مدارس افراد مبتلا به نارسایی حسی در زمینه شکل‌دهی جایگاه

1. Knuston, Johnson, & Sullivan
2. Marschark
3. Gentzel
4. Tambs
5. Nishinaga, Chi, Kazusa, Takata, & Doi
6. Wong
7. Hooock & Page
8. Benson & Deeter
9. Abdolmanafi, Besharat, Frahani, & khodaii

مهار فرزندان آسیب دیده خود و سوق دادن آن‌ها به سمت جایگاه مهار درونی از دیگر پیشنهاد‌های این پژوهش می‌باشد.

منابع

- به پژوه، ا.، خانجانی، م.، حیدری، م.، و شکوهی نیا، م. (۱۳۸۶). بررسی اثر بخشی آموزش مهارت‌های اجتماعی بر عزت نفس دانش‌آموزان نابینا. *فصلنامه پژوهش در سلامت روان‌شناختی*، دوره اول، شماره سوم، ص ۳۷-۲۹.
- بیابانگرد، ا. (۱۳۸۴). مقایسه مهارت‌های اجتماعی دانش‌آموزان نابینا، ناشنوا و عادی. *پژوهش در حیطه کودکان استثنایی*. سال پنجم (۱): ۱۴-۱.
- جاهدیان پور، ف.، البرزی، ش.، و هارون الرشیدی، ه. (۱۳۸۸). مقایسه درک اجتماعی و ابعاد آن در دانش‌آموزان با و بدون اختلال شنوایی. *دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی*. سال هفتم (۴): ۱۵۴-۱۲۹.
- خانجانی، م. (۱۳۸۵). بررسی اثربخشی آموزش مهارت‌های اجتماعی بر بهبود عزت نفس دانش‌آموزان پسر نابینا، پایان نامه کارشناسی ارشد رشته روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران.
- خانزاد فیروزجاه، ع. (۱۳۸۶). کارکرد سلامت روان در افراد ناشنوا. *مجله تعلیم و تربیت استثنایی*. ۷۳: ۴۵-۳۴.
- زکی، م. (۱۳۸۶). اعتباریابی مقیاس چندبعدی رضایت از زندگی دانش‌آموزان. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*. سال سیزدهم (۱): ۵۷-۴۹.
- شهیم، س. (۱۳۸۱). بررسی مهارت‌های اجتماعی در گروهی از دانش‌آموزان نابینا از نظر معلمان. *مجله روانشناسی و علوم تربیتی*. ۳۲ (۱): ۱۳۹-۱۲۱.
- شغابی، م. (۱۳۸۹). *رابطه صفات شخصیت، هوش هیجانی و یادگیری خودراهبرد با رضایت از زندگی و عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان دختر سال سوم دبیرستان‌های دولتی شهر بوشهر*. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی تربیتی، دانشگاه شهید چمران اهواز.
- هالاها، د.، و کافمن، ج. (۱۹۹۷). *روانشناسی کودکان استثنایی*. ترجمه ماهر، ف. انتشارات رشد.
- فراهانی، م.، و کوپر، ام. (۱۹۹۳). مکان کنترل یک بعدی است یا چند بعدی؟ داده‌هایی بر اساس ترجمه‌های فارسی مقیاس L-E راتر و مقیاس‌های C, P, I لونسون. *پژوهش‌های روان‌شناختی*، دوره سوم. شماره ۳ و ۴.
- نوری، ش. (۱۳۸۵). مقایسه میزان احساس تنهایی دانش‌آموزان ناشنوا. *مجله تعلیم و تربیت استثنایی*. ۶۲ و ۶۳: ۷-۳.
- ورس، م.، کالاتا، ر.، و تامکینز، ج. (۲۰۰۷). *زمینه آموزش کودکان استثنایی*. ترجمه امیری مجد، م. (۱۳۸۹)، انتشارات شهر آب.

- یوسفی، ف.، و خیر، م. (۱۳۸۱). بررسی پایایی و روایی مقیاس سنجش مهارت‌های اجتماعی ماتسون و مقایسه عملکرد دختران و پسران دبیرستانی در این مقیاس. *مجله علوم اجتماعی و انسانی دانشگاه شیراز*، دوره ۱۸، شماره ۲، ص ۱۴۸-۱۵۸.
- Abdolmanafi, A., Besharat, M. A., Farahani, H., & Khodaii, M. R. (2011). The moderating role of locus of control on the relationship between anger rumination and depression in patients with major depression disorder. *Social and Behavioral Sciences*, 30, 302-306.
- Benson, L. T., & Deeter, T. E. (1992). Moderators of the relation between stress and depression in adolescents. *School Counselor*, 39, 189-194.
- , & Roth. M. F. (2000). Language and theory of mind .Catrin, E. M deafened children with cochlear implants: development in prelingually a preliminary investigation. *Cochlear Implants international*, 7(1), 1-14.
- Cappelli, M. D., & Tina, M. (1995). Social development of children with hearing impairments who are integrate in to general education classrooms. *The Volta Review*, 97, 197-208.
- Diener, E., Robert, A., Emmons, R. J., & Griffin, L. Sh. (1984). The satisfaction with life scale. *Journal Of Personality Assessment*, 49, 453-471.
- Dufeu, M., & Fergussen, K. (2003). Sensory impairment and mental health. *Advances in Psychiatric Threatment*, 9, 95-105.
- Elhageen, A. A. (2004). Effect of interaction between parental treatment styles and peer relations in classroom on the feeling of loneliness among deaf children in Egyptian schools. *University of Tubingen*.
- Estrada, L., Dopoux, E., & Wolman, C. (2006). The relationship between locus of control and personal emotional adjustment and social adjustment to college life in students with and without learning disabilities. *College Student Journal*, 40, 43-54.
- Fujiki, M., & Brinton, B. (2009). Effect of interaction between parental treatment styles and peer relations in classroom on the feeling of loneliness among deaf children in Egyptian schools. *University of Tubingen*.
- Gentzel, H. (2007). *Deaf adolescents: finding a place to belong*. Oxford, Ohio.
- Gersham, F. M., Sugai, G., & Horner, R. H. (2001). Interpreting outcomes of social skills training for students with high-incidence disabilities. *Exceptional Children*, 67, 331-344.
- Gilman, R., Easterbrooks, S., & Frey, M. (2004). A preliminary study of multidimensional life satisfaction among deaf/hard of hearing youth across environmental setting. *Social Indicators Research*, 66, 143-164.
- Guerette, A. R., & Miller smedma, S. (2011). The relationship of perceived social support with well-bing in adults in with visual impairments.

- Journal of Visual Impairment & Blindness*, 425-436.
- Hale, W. D., & Cochran, C. D. (1987). The relationship between locus of control and self-reported Psychopathology. *Journal of Social Psychology*, 127, 31-37.
- Hatlen, P. H., & Curry, S. A. (1987). In support of specialized programs for blind and visually impaired children: The Impact of Vision Loss on Learning. *Journal of Visual Impairment and Blindness*, 8, 7-13.
- Hintermair, M. (2008). Self-esteem and satisfaction with life of deaf and hard of hearing people- a resource-oriented approach to identity work. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education, Published by Oxford University Press*, 278-300.
- Hoock, g. R., & Page, A. C. (2002). Predicting outcomes of group cognitive behavioral therapy for patients with affective and neurotic disorders. *Behavioral Modification*, 26, 648-658.
- James, D. M., & Stojanovik, V. (2007). Communication skills in blind children: a preliminary investigation. *Child: Care, Health and Development*, 33, 4-10.
- Karayurt, O., & Dicle, A. (2008). The relationship between locus of control and mental health status among baccalaureate nursing students in turkey. *Social Behavior and Personality*, 36(7) , 919-930.
- Kenneth, M., Coll martin, M., Rabinhaas., & Powell, S. (2009). An exploratory study of psychosocial risk behavior of adolescents who are deaf or hard of hearing: comparisons and recommendations. *Journal of American Annoys of the Deaf*, 154 (1) , 30-35.
- Knutson, J. F., Johnson, C. R., & Sullivan, P. M. (2004). Disciplinary choices of mothers of deaf children and mothers of normally hearing children. *Child Abuse & Neglect*, 28, 925-937.
- Kushlanagar, P., Topolski, T. D., Schick, B., Edwards, T. C., Skalicky, A. M., & Patrick, D. L. (2011). Mode of communication, perceived level of understanding, and perceived quality of life in youth who are deaf or hard of hearing. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education, Published by Oxford University Press*, 512-523.
- Levenson, H. (1973). Multidimensional locus of control in psychiatric patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 41, 397-404.
- Liu, X., Kurita, H., Uchiyama, M., Okawa, M., Liu, L., & Ma, D. (2000). Life events, locus of control and behavioral problems among chines adolescents. *Journal of Clinical Psychology*, 56, 1565-1577.
- Lifshitz, H., Hen, I., & Weisse, I. (2007). Self-concept, adjustment to blindness and quality of friendship among adolescents with Visual impairments. *Journal of Visual impairment and blindness*, 101, 96-107.
- Macdonald, Jr. (1970). Internal-external locus of control and attitude toward disability. *American personnel and guidance association new orients*.
- Mohamad saleh, N., & Zainal, K. (2010). How and why the visually impair

- students socially behave the way they do. *Journal of Procedia Social and Behavioral Sciences*, 9, 850-863.
- Nishinaga, M., Chi, S., Kazusa, Y., Takata, J., & Doi, Y. (2007). Geriatric syndrome: Slightly reduced visual and hearing impairments reduce activities daily living (ADL) and quality of life (QOL) in the community-dwelling elderly. *Nippon Ronen Igakkai Zasshi*, 44, 302-304.
- Nonuk, N., Erdogan, A., Atik, L., Ugur, M. B., & Semisekilmez, O. (2006). Evaluation of behavioral and emotional the child behavior checklist. *Neurology Psychiatry and Brain Research*, 2, 59-64.
- Owsley, C., Mc Gwin, G., Sloan, M. E., Stalvey, B. T., & Wells, J. (2001). Timed instrumental activities of daily living tasks: relationship to visual function in older adults. *Optometry and Vision Science*, 78, 359-359.
- Owringi, A., Yousliani, G., & Zarnaghash, M. (2011). The relationship between the desired disciplinary behavior and family functioning locus of control and self esteem among high school students in cities of Tehran province. *Social and Behavioral Sciences*, 30, 2438-2488.
- Parsons, S. (1987). Locus of control and adaptive behavior in visually impaired children. *Journal of Visual Impairment and Blindness*, 81, 429-432.
- Roddenberry, A., & renk, K. (2010). Locus of control and self-efficacy; potential mediators of stress, illness, and utilization of health services in college students. *Journal of Child Psychiatry Human Development*, 41, 353-370.
- Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for interval versus external control of reinforcement. *Journal of Psychological Monographs*, 80, 1-28.
- Segrin, C., & Taylor, M. (2007). Positive interpersonal relationships mediate the association between social skills and psychological well being. *Journal of Personality and Individual Differences*, 43, 637-646.
- Sousa, L., & Lyubomirsky, S. (2001). *Life satisfaction*. In J. Worell (Ed.), *Encyclopedia of women and gender: Sex Similarities and Differences and the Impact of Society on Gender*, 2, 667-676.
- Steiberg, A. G., Sullivan, V. G., & Montoya, L. A. (1999). Loneliness and social isolation in the work place for deaf individual during transition years a preliminary investigation. *Journal of Applied Rehabilitation Counseling*, 30, 22-30.
- Tambs, K. (2004). Moderate effects of hearing loss on mental health and subjective well-being: results from the nord- Trondelage hearing loss study. *Psychosomatic Medicine*, 66, 776-782.
- Trief, E. (2007). The use of tangible cues for children with multiple disabilities and visual impairment. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 29, 613-619.

Wong, H. B., Machin, D., Tan, S. B., Wong, T. Y., & Saw, S. M. (2009). Visual impairment and its impact on health-related quality of life in adolescents. *American Journal of Ophthalmology*. 147, 505-511.