

Effectiveness of Video Modeling Training on Cognitive Emotion Regulation of Mothers and Behavioral Problems of Deaf Children

Mohammad Ashori*¹, Ghasem Norouzi², Fatemeh Khonsari³

1. PhD, Assistant Professor, Department of Psychology and Education of Children with Special Needs, Faculty of Education and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran
2. PhD, Assistant Professor, Department of Psychology and Education of Children with Special Needs, Faculty of Education and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran
3. MA. Student of Psychology and Education of Children with Special Needs, Faculty of Education and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran

Received: 2019.April.25 Revised: 2019.July.09 Accepted: 2019.October.07 Published Online: 2019.October.12

ABSTRACT

Background and Aims: Video modeling training program is becoming a more practical method to improve cognitive emotion regulation of mothers and behavioral problems of deaf children and using this program has been associated with desirable outcomes. The purpose of the present research was to investigate the effectiveness of video modeling training on cognitive emotion regulation of mothers and behavioral problems of deaf children in Isfahan city.

Material and Methods: A semi-experimental study with pre-test, post-test design, and control group was conducted. Participants were 24 deaf children from rehabilitation center of Mother Child selected via convenient sampling method, who were then divided into experimental and control groups, each group consisting of 12 children. The experimental group participated in video modeling training in 8 sessions (two sessions weekly; each for 40 minutes), while the control group did not take part in any training. The instruments used in this research were cognitive emotion regulation questionnaire and child behavior checklist (CBCL). The obtained data were analyzed using analysis of covariance test in SPSS, version 24.

Results: The results showed that video modeling training had a significant effect on the cognitive emotion regulation of mothers and behavioral problems of deaf children in the experimental group post-intervention ($P < 0.001$).

Conclusion: Considering the obtained findings, it is suggested that beside other educational and rehabilitation methods for deaf children, video modeling training program be implemented, too.

Keywords: Video modeling; Cognitive emotion regulation; Behavioral problems; Deaf children

How to cite this article: Mohammad Ashori, Ghasem Norouzi, Fatemeh Khonsari. Effectiveness of Video Modeling Training on Cognitive Emotion Regulation of Mothers and Behavioral Problems of Deaf Children. *J Rehab Med.* 2020; 9(2):239-248.

اثربخشی آموزش مدل‌سازی ویدئویی بر تنظیم شناختی هیجان مادران و مشکلات رفتاری کودکان ناشنوا

محمد عاشوری^{۱*}، قاسم نوروزی^۲، فاطمه خونساری^۳

۱. استادیار، گروه روان‌شناسی و آموزش کودکان با نیازهای خاص، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران
 ۲. استادیار، گروه روان‌شناسی و آموزش کودکان با نیازهای خاص، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران
 ۳. دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی و آموزش کودکان با نیازهای خاص، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

پذیرش مقاله ۱۳۹۸/۰۷/۱۵

بازنگری مقاله ۱۳۹۸/۰۴/۱۸

دریافت مقاله ۱۳۹۸/۰۲/۰۵

چکیده

مقدمه و اهداف: برنامه آموزشی مدل‌سازی ویدئویی به عنوان روشی نوین و کاربردی برای بهبود تنظیم شناختی هیجان مادران و مشکلات رفتاری کودکان ناشنوا مطرح شده است و استفاده از آن با نتایج مطلوبی همراه است. پژوهش حاضر به منظور بررسی اثربخشی آموزش مدل‌سازی ویدئویی بر تنظیم شناختی هیجان مادران و مشکلات رفتاری کودکان ناشنوا در شهر اصفهان انجام شد.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر، یک مطالعه شبه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و گروه شاهد بود. در این پژوهش ۲۴ نفر از کودکان ناشنوا شرکت داشتند که به روش نمونه‌گیری در دسترس از مرکز توانبخشی مادر کودک آوا انتخاب شدند. آزمودنی‌ها به دو گروه آزمایش و شاهد تقسیم شدند؛ به نحوی که هر گروه از ۱۲ نفر تشکیل شده بود. گروه آزمایش در ۸ جلسه آموزش مدل‌سازی ویدئویی (هفته‌ای ۲ جلسه؛ هر جلسه ۴۰ دقیقه) شرکت کردند، درحالی‌که به گروه شاهد این آموزش ارائه نشد. ابزارهای استفاده‌شده در این پژوهش پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان و فهرست مشکلات رفتاری کودک بودند. داده‌های به‌دست‌آمده با استفاده از تحلیل کوواریانس تک‌متغیری در نسخه ۲۴ نرم‌افزار SPSS تحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج تحقیق حاضر نشان داد که آموزش مدل‌سازی ویدئویی در مرحله بعد از مداخله بر تنظیم شناختی هیجان مادران و مشکلات رفتاری کودکان ناشنوا در گروه آزمایش تاثیر مثبت و معناداری داشت ($P < 0.001$).

نتیجه‌گیری: با توجه به یافته‌های به‌دست‌آمده در پژوهش حاضر، پیشنهاد می‌شود که در کنار سایر روش‌های آموزشی و توان‌بخشی کودکان ناشنوا، برنامه آموزشی مدل‌سازی ویدئویی نیز به کار برده شود.

واژه‌های کلیدی: مدل‌سازی ویدئویی؛ تنظیم شناختی هیجان؛ مشکلات رفتاری؛ کودکان ناشنوا

نویسنده مسئول: محمد عاشوری، استادیار، گروه روان‌شناسی و آموزش کودکان با نیازهای خاص، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان،

اصفهان، ایران

آدرس ایمیل: m.ashori@edu.ui.ac.ir

مقدمه و اهداف

کودکان ناشنوا^۱ یکی از گروه‌های افراد با نیازهای ویژه هستند که از افت شنوایی رنج می‌برند.^[۱] ناشنوایی یکی از آسیب‌های حسی با شیوع پایین و همچنین رایج‌ترین آسیب حسی-عصبی است.^[۲] در افراد ناشنوا به دلیل ناتوانی در برقراری ارتباط مطلوب و احساس بی‌کفایتی، احتمال ایجاد اختلالات روان‌شناختی و مشکلات رفتاری افزایش می‌یابد. علی‌رغم پیشرفت‌های اخیر درمان‌های پزشکی، آسیب شنوایی هنوز هم یک چالش باقی مانده است. دو تا سه کودک از هر هزار کودک با آسیب شنوایی عمیق به دنیا می‌آیند.^[۳] ناشنوایی منجر به کاهش کیفیت زندگی، گوشه‌گیری، کاهش فعالیت‌های اجتماعی و مشکلات رفتاری^۲ می‌گردد و در پی این موارد به نظر می‌رسد مشکلات هیجانی^۳ والدین کودکان ناشنوا به‌ویژه مادران آنها افزایش یابد.^[۴]

در واقع، مشکلات رفتاری کودکان به‌ویژه در اولین سال‌های زندگی با نحوه تعامل و رفتار مادر ارتباط دارد^[۵] و به این ترتیب، رفتارهای نامناسب و چالش‌برانگیز کودک سبب کاهش اعتمادبه‌نفس مادر می‌شود.^[۶] گاهی مشکلات رفتاری فرزندان، سلامت روانی اعضای خانواده را به چالش می‌کشد. مادران به دلیل فشار ناشی از نیازهای روزمره کودکان خود بیش از پدران در معرض آسیب‌های وابسته سلامتی قرار می‌گیرند^[۷]، چرا که مادر به عنوان عضو اصلی خانواده، کارکردها و مسئولیت‌های مختلفی را در رابطه با فرزند بر عهده دارد^[۸] و شناسایی آسیب شنوایی در کودک، خانواده را با بحران روبرو می‌کند.^[۹]

یکی از شاخص‌هایی که در بهبود ویژگی‌های روان‌شناختی خانواده موثر است، تنظیم شناختی هیجان است. مشکلاتی که فرزندان با آن مواجه می‌شوند، در ابزار هیجان والدین هم تاثیر می‌گذارد و گاهی باعث مشکلات هیجانی می‌شود.^[۱۰] تنظیم شناختی هیجان یعنی توانایی فرد در روبرو شدن با هیجان منفی (وقتی نمی‌توان هیجان منفی را تغییر داد) به جای اجتناب از آن در حالت پریشانی و درک توأم با شفقت (تشویق و آرام کردن خود) جهت رسیدن به اهداف مهم^[۱۱]، درحالی‌که مشکلات هیجانی نوعی نارسایی خلقی است که باعث ناتوانی در پردازش شناختی اطلاعات هیجانی و تنظیم هیجان‌ها می‌شود.^[۱۲] و^[۱۳] توانایی آگاهی، شناسایی و نام‌گذاری هیجان‌ها، تفسیر درست احساسات بدنی مربوط به هیجان، درک برانگیختگی هیجانی، تعدیل فعالانه هیجان منفی در رسیدن به احساس بهتر، پذیرش هیجان منفی در زمان لزوم تحمل آن از مهارت‌های تنظیم هیجانی هستند. دو مولفه مهم تنظیم هیجانی شامل ارزیابی مجدد مثبت و تجربه و بیان هیجان مثبت می‌تواند به کارکرد بین فردی بهتر و بهزیستی روان‌شناختی و فردی منجر شود.^[۱۴] و^[۱۵]

مشکلات رفتاری کودکان موجب مشکلات هیجانی در والدین می‌شود.^[۱۶] یکی از برنامه‌های آموزشی که می‌تواند مشکلات رفتاری کودکان و مشکلات هیجانی والدین را کاهش دهد، برنامه آموزشی مدل‌سازی ویدئویی^۵ است. استفاده از فیلم و ویدئو در آموزش یکی از تکنیک‌های آموزشی است که بر اساس نظریه یادگیری مشاهده‌ای آلبرت بندورا به وجود آمده است.^[۱۵] و^[۱۶] طرفداران نظریه یادگیری مشاهده‌ای اعتقاد دارند که باید در مدل‌سازی ویدئویی از مدل یا الگو به عنوان یک ابزار آموزش مهارت‌های خودمراقبتی و مهارت‌های ارتباطی و اجتماعی استفاده شود.^[۱۷] انسان از طریق مشاهده و مدل‌سازی شروع به یادگیری رفتارهای مختلفی می‌کند. نظریه یادگیری اجتماعی بندورا حاکی از آن است که برای یادگیری هر رفتاری لازم است از دیگران یا از مدل‌ها تقلید شود.^[۱۸] روش آموزشی مدل‌سازی ویدئویی در خانه، مدرسه و سایر مکان‌های مختلف کاربرد دارد. این روش، بازخورد فوری و تکرارپذیری را برای یادگیری موثر فراهم می‌کند. مدل‌سازی ویدئویی انواع مختلفی دارد که شامل مدل‌سازی ویدئویی مقدماتی، خودمدلی ویدئویی، مدل‌سازی دیدگاه مورد نظر و رهنمود ویدئویی می‌شود.^[۱۹] با استفاده از مدل‌سازی ویدئویی می‌توان مهارت‌های عاطفی، رفتاری، شناختی، تحصیلی، ارتباطی و اجتماعی کودکان را تقویت کرد. مدل‌سازی ویدئویی برای پژوهش‌های مورد-مفرد و گروهی مناسب است. از مدل‌سازی ویدئویی به نحو گسترده‌ای در بخش‌های خانگی و مدرسه در دوره‌های تحصیلی مختلف از پیش‌دبستانی تا دبیرستان استفاده می‌شود.^[۲۰] پژوهش‌ها نشان داده‌اند تماشای مدل‌سازی ویدئویی یک تکنیک آموزشی قوی است. با اینکه مدل‌سازی ویدئویی برای تکالیف غیرتحصیلی در سطح گسترده‌ای به کار می‌رود، ولی متخصصان به طور فزاینده‌ای در حال استفاده از آن در کلاس‌های درس و بررسی اثربخشی این برنامه آموزشی هستند.^[۲۱]

برنامه مدل‌سازی ویدئویی به منظور رشد اجتماعی کودکان و کاهش مشکلات رفتاری آنها طراحی شده است که مبتنی بر همکاری و ارتباط از طریق مدل‌سازی است. از مدل‌سازی ویدئویی به عنوان یک برنامه مداخله‌ای استفاده می‌شود که مشکلات رفتاری کودکان با نیازهای ویژه، به‌خصوص کودکان اوتیسم، کم‌شنوا و نابینا را به نحو قابل توجهی بهبود می‌بخشد. نظریه یادگیری سازنده‌گرایی فردی که از نظریه پیازه متأثر است از مدل‌سازی به عنوان ارتباط ذهن و دست، و استفاده از استعاره و تخیل حمایت می‌کند.^[۲۲] مدل‌سازی باعث رشد مهارت‌های اجتماعی کودکان می‌شود و بهبود تعامل با همسالان، تقویت تخیل و خلاقیت، افزایش مشارکت در کار گروهی، تسهیل رابطه

مدل‌سازی ویدئویی بر تنظیم شناختی هیجان مادران و مشکلات رفتاری کودکان ناشنوا است.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر از نوع مطالعات شبه‌آزمایشی است که در آن از طرح پژوهشی پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه شاهد استفاده شد. جامعه آماری پژوهش حاضر از کودکان ناشنوی شهر اصفهان تشکیل شد. نمونه آماری این پژوهش شامل ۲۴ نفر از مادران کودکان ناشنوی ۶ ساله بود که به روش نمونه‌گیری در دسترس از مرکز توانبخشی مادر کودک آوا در شهر اصفهان در سال تحصیلی ۹۷-۱۳۹۶ انتخاب شدند. میانگین افت شنوایی آزمودنی‌ها در هر دو گوش در دامنه ۵۰ تا ۸۰ دسی‌بل بود و در هر دو گوش از سمعک استفاده می‌کردند. انتساب گروه‌ها به آزمایش و شاهد نیز به طور تصادفی انجام شد؛ به این ترتیب که بر اساس ملاک‌های ورود و خروج پژوهش و به صورت تصادفی، ۱۲ نفر به گروه آزمایش و ۱۲ نفر از آزمودنی‌ها به گروه شاهد اختصاص یافت. به دلیل استفاده از روش پژوهش شبه‌آزمایشی حجم مطلوب برای هر یک از گروه‌ها ۱۰ نفر است.

ملاک‌های ورود به پژوهش، وجود آسیب شنوایی حسی-عصبی، دامنه سنی ۶ سال، بهره هوشی ۸۰ تا ۱۰۰، استفاده از سمعک در هر دو گوش به مدت حداقل دو سال، زندگی کردن کودک با والدین، شنوا بودن والدین دارای تحصیلات سیکل تا فوق لیسانس بود. معیارهای خروج از مطالعه نیز داشتن هر گونه اختلال یا معلولیت از جمله اختلال رفتاری، آسیب بینایی، کم‌توانی ذهنی و آسیب‌های جسمانی به جز ناشنوایی، استفاده از خدمات توانبخشی، مشاوره و روان‌شناختی از سایر مراکز در حین اجرای پژوهش و غیبت بیش از یک جلسه در برنامه مداخلاتی بود. برای جمع‌آوری اطلاعات از ابزارهای زیر استفاده شده است:

پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان (Cognitive Emotion Regulation Questionnaire): این پرسشنامه را Kraaij و Garnefski^[۳۱] طراحی کرده‌اند که یک ابزار ۱۸ ماده‌ای است و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان‌ها را در پاسخ به حوادث تهدیدکننده و تنیدگی‌زای زندگی در اندازه‌های پنج درجه‌ای لیکرتی از نمره ۱ (هرگز) تا نمره ۵ (همیشه) برحسب ۹ عامل می‌سنجد: خودسرزنشگری؛ دیگرسرزنشگری؛ تمرکز بر فکر/نشخوارگری؛ فاجعه‌نمایی؛ کم‌اهمیت‌شماری؛ تمرکز مجدد مثبت؛ ارزیابی مجدد مثبت؛ پذیرش؛ تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی. پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان از دو مقیاس تشکیل شده است: مقیاس راهبردهای غیرانطباقی (سازش‌نایافته) از چهار عامل نخست و همچنین مقیاس راهبردهای انطباقی (سازش‌یافته) از پنج عامل آخر را تشکیل می‌شود. حداقل و حداکثر نمره در هر زیرمقیاس به ترتیب ۲ و ۱۰ است و نمره بالاتر نشان‌دهنده استفاده بیشتر فرد از آن راهبرد شناختی محسوب می‌شود. بشارت و بزازیان^[۳۲] پایایی پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان را به روش آلفای کرونباخ در دامنه ۰/۸۷ تا ۰/۹۳ و روایی

والد-کودک و غلبه بر گوشه‌گیری اجتماعی را به دنبال دارد.^[۳۳] در این راستا، یافته‌های پژوهش Cattik و Ergenekon^[۳۴] نشان داد که افراد کم‌توان ذهنی با آموزش از طریق مدل‌سازی ویدئویی توانستند به نحو مطلوبی از منابع و امکانات محلی استفاده کنند و مشکلات رفتاری آنها کاهش یافت. نتایج پژوهش Ozcan و Merdan^[۳۵] حاکی از آن بود که آموزش مدل‌سازی ویدئویی بر مهارت‌های زندگی روزمره و مشکلات رفتاری به کودکان اتیسم تأثیر قابل توجهی داشت. یافته‌های پژوهش Avcioglu^[۳۶] نشان داد که آموزش مدل‌سازی ویدئویی به کودکان کم‌توان ذهنی دبستانی سبب بهبود مهارت‌های ارتباطی و مشکلات رفتاری آنها شد. نتایج پژوهش Wert و Neisworth^[۳۷] نیز حاکی از بهبود مشکلات رفتاری و مهارت‌های رفتاری آزمودنی‌ها بر اثر اجرای برنامه آموزشی خودمدل‌سازی ویدئویی بود. یافته‌های پژوهش محمدپور و اسماعیل‌پور^[۳۸] حاکی از آن بود که برنامه مربیگری رفتار و هدایت از طریق مدل‌سازی بر اختلال اضطراب جدایی کودکان پیش‌دبستانی اثر مثبت و قابل توجهی داشته است. نتایج پژوهش ترابی و گرمی‌زاده شیرازی^[۳۹] بیانگر اثربخشی مثبت و قابل توجه آموزش مهارت‌های اجتماعی به دانش‌آموزان دارای اختلالات طیف اتیسم از طریق الگوسازی ویدئویی بود. نتایج پژوهش اکبری و رجب بلوکات^[۳۳] حاکی از اثربخشی مثبت و قابل توجه لگوی آموزشی به عنوان نوعی مدل‌سازی بر خلاقیت و مهارت اجتماعی کودکان کم‌شنوا بود که در این راستا، مشکلات هیجانی مادران نیز بهبود یافت. یافته‌های پژوهش عاشوری و سفری^[۳۰] بیانگر اثر معنادار لگودرمانی به عنوان نوعی مدل‌سازی بر مهارت‌های اجتماعی، رفتار اجتماعی مناسب، رفتار غیراجتماعی، پرخاشگری و رفتار تکانشی، برتری‌طلبی و اطمینان زیاد به خود داشتن، ارتباط با همسالان در کودکان کم‌شنوا و کاهش مشکلات هیجانی مادران آنها بود.

با بررسی‌های انجام‌شده پژوهش‌های اندکی به ارزیابی اثربخشی آموزش مدل‌سازی ویدئویی بر مشکلات رفتاری کودکان ناشنوا و تنظیم شناختی هیجان مادران آنها پرداخته‌اند. بیشتر مطالعات انجام‌شده در این حوزه در مورد کودکان کم‌توان ذهنی و اتیسم انجام شده است و تاکنون پژوهش‌های بسیار اندکی به صورت مستقیم به بررسی اثربخشی برنامه آموزشی مدل‌سازی ویدئویی در کودکان ناشنوا پرداخته‌اند. با اندکی بررسی در میان پژوهش‌های انجام‌شده می‌توان به این موضوع پی برد که احتمال می‌رود که آموزش برنامه مدل‌سازی ویدئویی بر تنظیم شناختی هیجان مادران و مشکلات رفتاری کودکان ناشنوا تأثیر داشته باشد. با توجه به آنچه عنوان شد، چیزی که اهمیت این مطالعه و خلاء پژوهشی در این حوزه را آشکار می‌سازد، بررسی اثربخشی آموزش مدل‌سازی ویدئویی بر تنظیم شناختی هیجان مادران و مشکلات رفتاری کودکان ناشنوا است، چرا که به نظر می‌رسد مشکلات رفتاری کودکان ناشنوا از طریق آموزش دیداری مدل‌سازی ویدئویی کاهش یابد و در همین راستا تنظیم شناختی هیجان مادران آنها بهبود یابد؛ بنابراین، هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی آموزش

یزدخواستی و عریضی^[۳۴] ضریب اعتبار آلفای کرونباخ را برای این فهرست مشکلات رفتاری در سه فرم والدین، معلم و کودک به ترتیب ۰/۹۰، ۰/۹۳ و ۰/۸۲ به دست آوردند و در مورد اعتبار سازه همبستگی خرده‌مقیاس‌های بخش مشکلات رفتاری-هیجانی با نمره کلی این بخش در سه نسخه والدین، معلم و کودک به ترتیب ۰/۸۸-۰/۶۲، ۰/۹۱-۰/۴۴ و ۰/۸۵-۰/۵۱ و همبستگی خرده‌مقیاس‌های بخش مهارت‌ها با نمره کلی این بخش در سه نسخه والدین، معلم و کودک به ترتیب ۰/۸۲-۰/۲۴، ۰/۹۳-۰/۷۷ و ۰/۸۷-۰/۶۴ گزارش کرده‌اند. در پژوهش حاضر، ضرایب آلفای کرونباخ مقیاس مشکلات رفتاری درونی‌سازی و برون‌سازی شده و مقیاس مشکلات کلی به ترتیب ۰/۸۷، ۰/۹۲ و ۰/۸۹ بود.

برای اجرای پژوهش از سازمان بهزیستی استان اصفهان، معرفی‌نامه دریافت شد و با مدیریت مرکز توانبخشی مادر کودک آوا هماهنگ شد. اهمیت و ضرورت پژوهش حاضر برای مدیر مرکز و مادران کودکان ناشنوا بیان شد. بعد از انتخاب آزمودنی‌ها بر اساس ملاک‌های ورود و خروج پژوهش و جایگزینی در گروه آزمایش و شاهد، ابتدا به مادران درباره نحوه پر کردن پرسشنامه‌ها توضیح داده شد. آنها در اولین مرحله پژوهش فهرست مشکلات رفتاری کودک و پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان را به عنوان پیش‌آزمون تکمیل کردند. پژوهشگران بر نحوه اجرای پرسشنامه‌ها نظارت داشتند. در مرحله بعد، گروه آزمایش در ۸ جلسه آموزشی ۴۰ دقیقه‌ای (هفته‌ای ۲ جلسه) که در مرکز توانبخشی مادر کودک آوا برگزار شد، شرکت کردند، ولی برای گروه شاهد هیچ آموزشی ارائه نشد. محتوای جلسات آموزشی که به صورت گروهی اجرا شد، در جدول ۱ ارائه شده است.

آن در دامنه ۰/۷۳ تا ۰/۸۷ گزارش کرده‌اند. در این پژوهش، ضرایب آلفای کرونباخ راهبردهای سازش‌نایافته و سازش‌یافته به ترتیب ۰/۷۶ و ۰/۸۲ بود.

فهرست مشکلات رفتاری کودک (Child Behavior Checklist or CBCL): این پرسشنامه با ۱۱۳ گویه، بخشی از نظام مبتنی بر ارزشیابی Achenbach است که انواع مشکلات رفتاری کودکان و نوجوانان ۶-۱۸ ساله را از دیدگاه والدین، معلم یا کودک در شش ماه گذشته در ۸ عامل اضطراب/افسردگی، گوشه‌گیری/افسردگی، شکایت‌های جسمانی، مشکلات اجتماعی، مشکلات تفکر، مشکلات توجه، نادیده گرفتن قواعد و رفتار پرخاشگرانه ارزیابی می‌کند. در این پژوهش از فرم والدین استفاده شد. فهرست مشکلات رفتاری کودک از سه مقیاس تشکیل شده است: مقیاس مشکلات رفتاری درونی‌سازی‌شده از سه عامل نخست و همچنین مقیاس مشکلات برون‌سازی‌شده از دو عامل آخر را تشکیل می‌شود. عامل‌های باقی‌مانده نیز تحت عنوان مشکلات دیگر طبقه‌بندی می‌شود. مقیاس مشکلات کلی نیز شامل همه گویه‌ها به جز گویه‌های ۲ و ۴ (آلرژی و آسم) می‌باشد. پاسخ به سوال‌ها به صورت لیکرت ۳ گزینه‌ای از ۰ تا ۲ می‌باشد؛ بدین ترتیب که نمره صفر به مواردی تعلق می‌گیرد که هرگز در رفتار کودک وجود ندارد، نمره یک به مواردی داده می‌شود که گاهی اوقات در کودک مشاهده می‌شود و نمره دو نیز به مواردی داده می‌شود که بیشتر مواقع یا همیشه در رفتار کودک وجود دارد. پایای آزمون-بازآزمون مقیاس‌ها بین ۰/۹۳ تا ۱ به دست آمده است. ضرایب کلی اعتبار با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۹۷ و با استفاده از اعتبار بازآزمایی ۰/۹۴ گزارش شده است. روایی محتوایی، روایی ملاکی و روایی سازه نیز مطلوب گزارش شده است.^[۳۳]

جدول ۱. محتوای جلسات آموزش برنامه مدل‌سازی ویدئویی

جلسه	هدف	محتوای جلسات
۱	مفهوم‌سازی و توصیف تنیدگی، علائم و پیامدهای آن و تصویرسازی ذهنی مثبت	پژوهشگر به معرفی شرایط تشکر و تغییرات ناشی از آن در افراد می‌پردازد. پژوهشگر به افراد ایجاد تغییرات ذهنی مثبت را آموزش می‌دهد.
۲	آموزش آرامش‌دهی و تنش‌زدایی	پژوهشگر الگوهای آرامش‌دهی در شرایط تنش‌زا را ارائه می‌دهد.
۳	آشنایی با مفاهیم بازسازی‌شناختی، نقش افکار در ایجاد تنیدگی و ارتباط افکار با احساسات و رفتار	پژوهشگر افراد را به سمت شناسایی افکار و احساسات موثر در شرایط تشکر هدایت می‌کند.
۴	آشنایی با ویژگی‌های افکار خودآیند منفی و خطاهای شناختی	پژوهشگر افراد را به شناسایی افکار منفی که به طور ناآگاهانه به ذهن وارد می‌شود، هدایت می‌کند.
۵	مهارت‌های مقابله	آموزش مهارت‌های مقابله با تنیدگی و چگونگی مقابله با افکار منفی
۶	خودگویی‌های هدایت‌شده	آموزش خودگویی‌های هدایت‌شده و نقش خودگویی‌های منفی در ایجاد تنیدگی
۷	تمرکز فکر و تکنیک‌های توجه‌برگردانی	پژوهشگر تکنیک‌های توجه‌برگردانی و تمرکز فکر را آموزش می‌دهد.
۸	مدیریت زمان و حل مساله اجتماعی	آموزش مدیریت زمان در هنگام بروز تنیدگی و حل مساله اجتماعی
۹	مهارت‌های خودنظم‌جویی و نظارت بر خودکارآمدی	آموزش مهارت‌های خودنظم‌جویی در شرایط تنیدگی و نظارت بر خودکارآمدی جهت مقابله با تنیدگی
۱۰	تمرین مهارت‌ها	تمرین مهارت‌های آموخته‌شده و لزوم به‌کارگیری این مهارت‌ها در هنگام برخورد با موقعیت‌های تشکر

(زنده) و غیرانسانی (غیرزنده) فیلم‌هایی تهیه و به آزمودنی‌ها نشان داده شد. علاوه بر این، برخی مهارت از طریق الگوبرداری از رفتار مربی یا همسالان به صورت زنده و به همراه فیلم برداری و پخش مجدد آموزش داده شد. به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی، علاوه بر دریافت رضایت کتبی از والدین آزمودنی‌ها و محرمات ماندن اطلاعات، پس از پایان پژوهش کارگاهی دو روزه برای گروه شاهد برگزار شد و یک جلسه آموزشی درباره برنامه مداخلاتی به آنها داده شد. در پایان جلسات آموزش، هر دو گروه به عنوان پس‌آزمون با استفاده از فهرست مشکلات رفتاری کودک و پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان بار دیگر مورد ارزیابی قرار گرفتند. داده‌های به‌دست‌آمده از این دو موقعیت (پیش‌آزمون و پس‌آزمون) برای دو گروه با استفاده از تحلیل کواریانس چندمتغیری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. جهت تحلیل داده‌ها از نسخه ۲۴ نرم‌افزار آماری SPSS استفاده شد.

یافته‌ها

یافته‌های جمعیت‌شناختی بیانگر آن بود که میانگین سن آزمودنی‌ها و انحراف معیار آن در گروه آزمایش به ترتیب ۵/۳۴ و ۰/۶۲ بود. همچنین میانگین سن آزمودنی‌ها و انحراف معیار آن در گروه شاهد به ترتیب ۵/۲۷ و ۰/۴۸ بود. شاخص‌های توصیفی مربوط به مشکلات رفتاری کودک (مشکلات رفتاری درونی‌سازی‌شده، برون‌سازی‌شده و مشکلات کلی) و تنظیم شناختی هیجان (راهبردهای سازش‌یافته و سازش‌نیافته) در دو گروه آزمایش و شاهد در موقعیت پیش‌آزمون و پس‌آزمون در جدول ۲ ارائه شده است.

برنامه مدل‌سازی ویدئویی که بر یادگیری مشاهده‌ای تاکید دارد، برای یادگیرندگان بازخورد فوری و تکرارپذیری را فراهم می‌سازد. در این برنامه از تکنیک‌های مدل‌سازی ویدئویی مقدماتی، خودمدلی ویدئویی، مدل‌سازی دیدگاه مورد نظر و رهنمود ویدئویی استفاده شد. مبانی نظری برنامه مدل‌سازی ویدئویی برگرفته از نظریه یادگیری مشاهده‌ای بندورا می‌باشد و پژوهش‌های Meister و Salls^[۱۵]، Caliskan و Bicen^[۱۷] و جلیل‌آبکنار و عاشوری^[۱۶] استفاده شده است. مدل‌سازی ویدئویی به عنوان یک روش آموزشی دیداری است که نقش قابل توجهی در آموزش کودکان با نیازهای ویژه از جمله کودکان ناشنوا در داخل و خارج از کشور دارد. معلمان با استفاده از مدل‌سازی ویدئویی می‌توانند مهارت‌های تحصیلی دانش‌آموزان را در حوزه‌های خواندن، نوشتن و ریاضی تقویت کنند.^[۹] علاوه بر این، مدل‌سازی ویدئویی در آموزش مهارت‌های خودیاری و کاهش مشکلات رفتاری تاثیر قابل توجهی دارد. بدون تردید، در این راستا روش آموزشی مدل‌سازی ویدئویی می‌تواند موثر واقع شود.^[۲۵] مدل‌سازی ویدئویی یکی از درمان‌های نوین و کوتاه‌مدت است که در آن، فرد ویدئویی از مدلی که رفتار یا مهارت هدف را انجام می‌دهد، به منظور یادگیری آسان مشاهده می‌کند و آن رفتار یا کار را انجام می‌دهد. در مدل‌سازی ویدئویی از راهنماهای دیداری استفاده می‌شود و یک راهبرد موثری برای آموزش افراد عادی به طور عام و افراد با نیازهای ویژه از جمله کودکان ناشنوا به طور خاص است.^[۳۰] در برنامه مدل‌سازی ویدئویی از روش‌های ایفای نقش و روش نمایشی به صورت فیلم استفاده شد؛ به این ترتیب که برای آموزش مهارت‌ها و مفاهیم مورد نظر از مدل‌های انسانی

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی متغیرهای وابسته

متغیرها	موقعیت	گروه آزمایش		گروه شاهد	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
مشکلات رفتاری	درونی‌سازی	۱۱/۳۴	۲/۰۳	۱۱/۴۱	۲/۱۹
	پس‌آزمون	۹/۲۴	۱/۹۸	۱۱/۴۴	۲/۱۱
	برونی‌سازی	۱۷/۳۹	۳/۱۰	۱۷/۸۴	۲/۹۷
	پس‌آزمون	۱۴/۳۷	۳/۰۷	۱۷/۰۶	۳/۱۲
	کلی	۳۶/۳۲	۴/۱۱	۳۵/۹۳	۴/۱۳
	پس‌آزمون	۲۸/۰۷	۳/۸۹	۳۶/۰۲	۳/۶۷
راهبردهای تنظیم هیجان	سازش‌یافته	۳/۴۵	۰/۳۶	۳/۶۱	۰/۳۷
	پس‌آزمون	۳/۹۶	۰/۴۲	۳/۶۳	۰/۲۹
	سازش‌نیافته	۳/۱۳	۰/۲۵	۲/۳۱	۰/۳۸
	پس‌آزمون	۲/۶۰	۰/۳۱	۲/۳۴	۰/۲۴

ویدئویی) و دو متغیر وابسته مشکلات رفتاری درونی‌سازی-شده و برون‌سازی‌شده از یک آزمون آماری تحلیل کواریانس چندمتغیری، برای تحلیل متغیر وابسته مشکلات رفتاری کلی از یک آزمون آماری تحلیل کواریانس تک‌متغیری و همچنین برای تحلیل دو متغیر وابسته راهبردهای تنظیم

میانگین و انحراف استاندارد نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون متغیرهای پژوهش دو گروه آزمایش و شاهد در جدول ۲ ارائه شده است. ابتدا نرمال بودن توزیع داده‌ها با استفاده از آزمون آماری کلموگروف-اسمیرنوف مورد بررسی و تأیید قرار گرفت ($P > 0/05$). برای تعدیل اثر پیش‌آزمون و به علت وجود یک متغیر مستقل (آموزش مدل‌سازی

کرد ($P > 0.05$)؛ بنابراین مفروضه‌های آزمون آماری تحلیل کوواریانس چندمتغیری برقرار است. به این منظور، متغیرهای مشکلات رفتاری درونی‌سازی شده و برون‌سازی شده در گروه آزمایش و شاهد در پیش‌فرض آماری بزرگ‌ترین ریشه روی مورد محاسبه قرار گرفت ($P = 0.001$ و $F = 2/18$)؛ بنابراین گروه آزمایش و شاهد حداقل در یکی از متغیرها تفاوت معناداری دارند. به منظور پی‌بردن به این تفاوت، از آزمون آماری تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شد که نتایج هر یک در جدول ۳ آمده است.

جدول ۳. نتایج تفکیکی تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای مشکلات رفتاری درونی‌سازی و برون‌سازی شده

منابع تغییر	متغیرهای وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	نسبت F	سطح معناداری	مجذورات
گروه	مشکلات درونی‌سازی	۱۲۴/۱۹	۱	۱۲۴/۱۹	۸/۱۸	۰/۰۰۱	۰/۵۶
	مشکلات برون‌سازی	۱۳۹/۳۳	۱	۱۳۹/۳۳	۱۱/۰۶	۰/۰۰۱	۰/۶۱

مورد بررسی قرار گرفت و حاکی از آن بود که تعامل بین شرایط و پیش‌آزمون معنادار نمی‌باشد ($P < 0.13$) و $F = 1/41$ ؛ یعنی داده‌ها از همگنی شیب رگرسیون حمایت کرد. نتایج آزمون لون نشان‌دهنده برقراری فرض همگنی واریانس‌ها بود ($P < 0.11$ و $F = 0/062$). بنابراین مفروضه‌های آزمون آماری تحلیل کوواریانس تک‌متغیری برقرار است که نتایج آن در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیری نمره پس‌آزمون مشکلات رفتاری

منابع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	نسبت F	سطح معناداری	مجذورات	توان آماری
پیش‌آزمون	۶۲/۸۳	۱	۶۲/۸۳	۷/۲۴	۰/۰۲	۰/۲۶	۰/۸۰
گروه	۵۸۹/۰۲	۱	۵۸۹/۰۲	۶۳/۲۷	۰/۰۰۱	۰/۶۴	۰/۹۱
خطا	۲۹۶/۶۷	۲۱	۱۴/۱۲				

($P = 0.001$). نتایج آزمون لون نیز برقراری فرض همگنی واریانس‌ها در همه متغیرها را تأیید کرد ($P > 0.05$)؛ بنابراین مفروضه‌های آزمون آماری تحلیل کوواریانس چندمتغیری برقرار است. به این منظور، متغیرهای مشکلات رفتاری درونی‌سازی شده و برون‌سازی شده در گروه آزمایش و شاهد در پیش‌فرض آماری بزرگ‌ترین ریشه روی مورد محاسبه قرار گرفت ($P = 0.001$ و $F = 2/18$)؛ بنابراین گروه آزمایش و شاهد حداقل در یکی از متغیرها تفاوت معناداری دارند. به منظور پی‌بردن به این تفاوت، از آزمون آماری تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شد که نتایج هر یک در جدول ۵ آمده است.

جدول ۵. نتایج تفکیکی تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای راهبردهای سازش‌یافته و سازش‌نیافته

منابع تغییر	متغیرهای وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	نسبت F	سطح معناداری	مجذورات
گروه	راهبردهای سازش‌یافته	۱۳۲/۰۸	۱	۱۳۲/۰۸	۲۱/۵۴	۰/۰۰۱	۰/۶۲
	راهبردهای سازش‌نیافته	۱۱۷/۳۵	۱	۱۱۷/۳۵	۱۷/۶۰	۰/۰۰۱	۰/۵۷

شناختی هیجان سازش‌یافته و سازش‌نیافته از یک آزمون آماری تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شد. برای تعیین تأثیر برنامه مدل‌سازی ویدئویی بر مشکلات رفتاری درونی‌سازی شده و برون‌سازی شده، آزمون باکس فرض همگنی واریانس-کوواریانس را تأیید کرد که برابر با $Box's M = 10/13$ و $P = 0/23$ بود. مفروضه شیب خط رگرسیون برای متغیرها و خطی بودن رابطه متغیرها برقرار بود. آزمون کرویت بارلت حاکی از وجود همبستگی کافی بین متغیرهای وابسته بود ($P = 0/001$). نتایج آزمون لون نیز برقراری فرض همگنی واریانس‌ها در همه متغیرها را تأیید

با توجه به نتایج جدول ۳، گروه اثر معناداری بر نمرات پس‌آزمون مشکلات درونی‌سازی ($F = 8/18$) و مشکلات برون‌سازی ($F = 11/06$) داشته است ($P < 0.001$). با توجه به مجذور اتا می‌توان بیان کرد به ترتیب ۵۶ و ۶۱ درصد تغییرات هر یک از متغیرهای مشکلات درونی‌سازی و برون‌سازی از شرکت آزمودنی‌ها در برنامه مدل‌سازی ویدئویی ناشی می‌شود. برای تعیین تأثیر برنامه آموزشی مدل‌سازی ویدئویی بر مشکلات رفتاری کلی، مفروضه همگنی شیب خط رگرسیون

با توجه به نتایج جدول ۴، گروه اثر معناداری بر نمرات پس‌آزمون مشکلات رفتاری کلی داشت ($P < 0.001$) و $F = 63/27$. بر اساس مجذور اتا می‌توان عنوان کرد که ۶۴٪ تغییر متغیر مشکلات رفتاری کلی به علت اثر مداخله است. برای تعیین تأثیر برنامه مدل‌سازی ویدئویی بر راهبردهای تنظیم شناختی هیجان سازش‌یافته و سازش‌نیافته، آزمون باکس فرض همگنی واریانس-کوواریانس را تأیید کرد که برابر با $Box's M = 11/32$ و $P = 0/29$ بود. مفروضه شیب خط رگرسیون برای متغیرها و خطی بودن رابطه متغیرها برقرار بود. آزمون کرویت بارلت حاکی از وجود همبستگی کافی بین متغیرهای وابسته بود

با توجه به نتایج جدول ۵، گروه اثر معناداری بر نمرات پس‌آزمون راهبردهای سازش‌یافته ($F=21/54$) و راهبردهای سازش‌نیافته ($F=17/60$) داشته است ($P<0/001$). با توجه به مجذور اتا می‌توان بیان کرد به ترتیب ۶۲ و ۵۷ درصد تغییرات هر یک از متغیرهای مشکلات درونی‌سازی و برونی‌سازی از شرکت آزمودنی‌ها در برنامه مدل‌سازی ویدئویی ناشی می‌شود.

بحث

هدف پژوهش حاضر، بررسی تاثیر آموزش مدل‌سازی ویدئویی بر تنظیم شناختی هیجان مادران و مشکلات رفتاری کودکان ناشنوا بود. بخشی از یافته‌های این پژوهش که بیانگر اثربخشی آموزش مدل‌سازی ویدئویی بر مشکلات رفتاری کودکان ناشنوا بود، با یافته‌های پژوهش Cattik و Ergenekon^[۲۴] در خصوص تاثیر آموزش مدل‌سازی ویدئویی بر مشکلات رفتاری کودکان اتیسم همخوانی داشت. با نتایج پژوهش Merdan و Ozcan^[۲۵] مبنی بر تاثیر آموزش مدل‌سازی ویدئویی بر مهارت‌های زندگی روزمره و مشکلات رفتاری کودکان اتیسم همسو است. همچنین با یافته‌های پژوهش Avcioglu^[۲۶] مبنی بر اثربخشی مدل‌سازی ویدئویی بر مهارت‌های ارتباطی و مشکلات رفتاری کودکان کم‌توان ذهنی همسو بود. علاوه بر این، با نتایج پژوهش‌های Wert و Neisworth^[۲۷]، محمدپور و اسماعیل‌پور^[۲۸] و ترابی و گرمی‌زاده شیرازی^[۲۹]، عاشوری و سفری^[۳۰] همسو است.

برای تبیین این یافته که آموزش مدل‌سازی ویدئویی بر مشکلات رفتاری کودکان ناشنوا موثر بود، می‌توان گفت یکی از عمده‌ترین مشکلات کودکان ناشنوا، مشکل در برقراری ارتباط است و همین امر حساسیت و زودرنجی آنها را تشدید می‌کند و به دنبال آن مشکلات رفتاری این کودکان بیشتر می‌شود.^[۲] علاوه بر این، نخستین و مهم‌ترین کانال ارتباطی این کودکان و همچنین بیشترین میزان یادگیری آنها از طریق بینایی است. از طرفی دیگر، یکی از رویکردهای آموزشی که در نظریه بندورا ریشه دارد، آموزش مدل‌سازی ویدئویی است که نوعی آموزش دیداری است.^[۱۶] در حقیقت، مدل‌سازی ویدئویی رویکردی ساختارمند است که فرآیندهای یادگیری و ارتباط طبیعی کودکان را پایه‌ریزی می‌کند. درمانگران از طریق مدل‌سازی ویدئویی به کودکانی که مشکلات رفتاری زیادی دارند یا مهارت‌های اجتماعی آنها ضعیف است، رفتارهای سازگارانه‌تری را می‌آموزند.^[۳۵] همچنین مدل‌سازی ویدئویی مانند روان‌درمانی و مشاوره برای بزرگسالان عمل می‌کند و راهی است که به کودکان در یادگیری مهارت‌های اجتماعی و رفتارهای سازشی یاری می‌رساند^[۴]؛ بنابراین، دور از انتظار نیست که آموزش مدل‌سازی ویدئویی در کودکان ناشنوا موجب کاهش مشکلات رفتاری آنها شود.

به منظور تبیین این یافته که آموزش مدل‌سازی ویدئویی بر تنظیم شناختی هیجان مادران کودکان ناشنوا تاثیر قابل توجهی داشت، می‌توان عنوان کرد طبیعی است که مشکلات شنوایی کودکان بر شرایط خانواده تاثیر بگذارد و خانواده را با

بحران مواجه سازد.^[۹] علاوه بر این، شرایط زندگی و تحصیل می‌تواند این وضعیت را پیچیده‌تر کند و وضعیت عاطفی و شناختی والدین را تهدید می‌کند، چرا که کودکان ناشنوا در حوزه‌های زبان و گفتار و برقراری ارتباط با مشکلات عمده‌ای مواجه هستند و تاثیر نامطلوب بر تنظیم شناختی هیجان والدین می‌گذارد.^[۴] از طرفی دیگر، تنظیم شناختی هیجان نقشی محوری در همه جنبه‌های عملکرد انسان دارد و نقش حیاتی در شیوه‌هایی که افراد با تجارب نشاط‌آور یا استرس‌زا مختلف مقابله می‌کنند، ایفا می‌نماید.^[۳۲] به نظر می‌رسد اگر بتوان از آثار منفی ناشنوایی بر روابط خانوادگی کاست، به دنبال آن تنظیم شناختی هیجان والدین به‌ویژه مادران ارتقاء می‌یابد. تلاش برنامه آموزشی مدل‌سازی ویدئویی هم در این راستا است تا مهارت‌های اجتماعی و ارتباطی را از طریق مدل‌سازی آموزش دهد، چرا که بهترین کانال یادگیری برای کودکان ناشنوا همان کانال دیداری است؛ بنابراین دور از انتظار نیست که آموزش مدل‌سازی ویدئویی بر تنظیم شناختی هیجان مادران کودکان ناشنوا تاثیر مطلوب و قابل توجهی بگذارد.

نتیجه‌گیری

در مجموع، مدل‌سازی ویدئویی برای همه گروه‌های کودکان با نیازهای ویژه در خانه، مدرسه و سایر مکان‌های آموزشی قابل استفاده است. از آنجایی که این روش آموزشی جالب و جذاب است، بازخورد فوری فراهم می‌کند و به سادگی قابل تکرار است و نقش قابل توجهی در آموزش و یادگیری دارد. کاربرد مدل‌سازی ویدئویی محدود به زمان و مکان نیست و آموزش از طریق آن ساده بوده و به هزینه زیادی نیاز ندارد. محدودیت‌هایی پژوهش حاضر عبارتند از حجم نمونه اندک، انجام پژوهش در مورد کودکان ناشنوا در دامنه سنی ۵ تا ۶ سال، استفاده از طرح پژوهشی نیمه‌آزمایشی و شیوه نمونه‌گیری در دسترس که قابلیت تعمیم نتایج را کاهش می‌دهد. همچنین با توجه به محدودیت زمانی، پژوهشگر برای اجرای آزمون پیگیری فرصتی نیافت. پس باید در تعمیم نتایج احتیاط کرد؛ لذا جهت پژوهش‌های آتی پیشنهاد می‌شود که پژوهش با حجم نمونه بیشتر و در دامنه سنی متفاوت انجام شود، زمانی جهت اجرای آزمون پیگیری در نظر گرفته شود، به متغیرهایی از جمله میزان آفت شنوایی، ابزار کمک‌شنوایی، نوع آسیب شنوایی و جنسیت توجه شود و از طرح پژوهشی آزمایشی و روش نمونه‌گیری تصادفی استفاده گردد. علاوه بر این، پیشنهاد می‌شود برنامه آموزش مدل‌سازی ویدئویی به کودکان ناشنوا به صورت خدمات آموزشی و روان‌شناختی در مراکز آموزشی و توانبخشی ارائه گردد.

تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله از تمام کسانی که ما را در انجام پژوهش حاضر یاری کردند، به‌ویژه کودکان ناشنوای مرکز توانبخشی مادر کودک آوا در شهر اصفهان که در این پژوهش شرکت داشتند، قدردانی می‌گردد.

منابع

- Landsberger SA, Diaz DR. Inpatient psychiatric treatment of deaf adults: demographic and diagnostic comparisons with hearing inpatients. *Psychiatry Serve* 2010; 61: 196-199.
- Kirk S, Gallagher G, Coleman MR. *Educating exceptional children*. 14th edition. Massachusetts: Wadsworth Publishing; 2015.
- Zaidman-Zait A, Most T, Tarrasch R, Haddad-eid E, Brand D. The Impact of childhood hearing loss on the family: Mothers' and fathers' stress and coping resources. *Journal Deaf Study Deaf Education* 2016; 21(1): 23-33.
- Hallahan DP, Kauffman JM, Pullen PC. *Exceptional learners: An introduction to special education*. 14th edition. New Jersey: Pearson Education; 2018.
- Esbjörn BH, Normann N, Christiansen BM, Reinholdt-Dunne ML. The efficacy of group metacognitive therapy for children (MCT-c) with generalized anxiety disorder: An open trial. *Journal of Anxiety Disorders* 2018; 53: 16-21.
- Bulgan C, Ciftci A. Psychological adaptation, marital satisfaction, and academic self-efficacy of international students. *Journal of International Students* 2017; 7(3): 687-702.
- Lawyer G. Deaf education and deaf culture: Lessons from Latin America. *American Annals of the Deaf* 2018; 162(5): 486-498.
- Cook BG, Ruhaak AE. Causality and emotional or behavioral disorders: An introduction. In P. Garner, J. M. Kauffman, & J. G. E. Elliott (Eds.), *Sage Handbook of emotional and behavioral Difficulties* (2nd Ed.) (pp. 97-108). London: Sage Publications; 2014.
- Ashori M, Ghasemzadeh S. The effectiveness of mental immunization training on alexithymia, self-determination and life orientation of adolescents with hearing impairment. *Journal of Psychological Studies* 2018; 14(2): 7-23. [In Persian].
- Karukivi M, Tolvanen M, Karlsson L, Karlsson H. Is alexithymia linked with marital satisfaction or attachment to the partner? A study in a pregnancy cohort of parents-to-be. *Compr Psychiatry* 2014; 55(5): 1252-1257.
- Gregoire S, Lachance L, Taylor G. Mindfulness, mental health and emotion regulation among workers. *International Journal of Wellbeing* 2015; 5(4): 96-119.
- Stasiewicz PR, Bradizza CM, Gudleski GD, Coffey SF, Schlauch RC, Bailey ST. et al. The relationship of alexithymia to emotional dysregulation within an alcohol dependent treatment sample. *Addictive Behaviors* 2012; 37(4): 469-476.
- Serafini G, Gonda X, Pompili M, Rihmer Z, Amore M, Engel-Yeger B. The relationship between sensory processing patterns, alexithymia, traumatic childhood experiences, and quality of life among patients with unipolar and bipolar disorders. *Child Abuse Negl* 2016; 62: 39-50.
- Alizadeh A, Kazemi Galogahi MH, Gamali Z, Barati M, Azizi M. The role of Emotional Regulation and Spirituality on Occupational Stress in Military Nurses. *NPWJM* 2014; 2(2):17-22. [In Persian].
- Meister C, Salls J. Video modeling for teaching daily living skills to children with autism spectrum disorder: A pilot study. *Journal of Occupational Therapy, Schools, & Early Intervention* 2015; 8(4): 307-318.
- Ashori M, Jalil-Abkenr SS. *Students with special needs and inclusive education*. 2st edition. Tehran: Roshd-e Farhang; 2018. [In Persian].
- Caliskan S, Bicen H. Determining the perceptions of teacher candidates on the effectiveness of MOODLE used in flipped education. *Procedia Comput. Sci* 2016; 102: 654-658.
- Ozcan D, Bicen H. Giftedness and technology. *Procedia Computer Science* 2016; 102: 630-634.
- Aldi C, Crigler A, Kates-McElrath K, Long B, Smith H, Rehak K, Wilkinson L. Examining the effects of video modeling and prompts to teach activities of daily living skills. *Behavior analysis in practice* 2016; 9(4): 384-388.
- Franzone E, Collet-Klingenberg L. Overview of video modeling. Madison, WI: The National Professional Development Center on Autism Spectrum Disorders, Waisman Center, University of Wisconsin; 2008.
- Hart JE, Whalon KJ. Using video self-modeling via iPads to increase academic responding of an adolescent with autism spectrum disorder and intellectual disability. *Education and Minting in Autism and Developmental Disabilities* 2012; 47(4): 438-446.
- Pouretamad HR, Tazakore Tavasoli Sh, Shiri S, Banijamali Sh. The effectiveness lego therapy on improvement social skills and reduction symptoms of children with high performance autism. *J Appl Psychol* 2017; 2(42): 195-214. [In Persian]
- Akbari S, Rajab Blokati M. The effectiveness educational lego on the social skill and creativity of hearing loss children with cochlear implant. *J Abtekar & Creativity in Human Sciences*. 2017; 7(1): 101-124. [In Persian].
- Çattik EO, Ergenekon Y. Effectiveness of video modeling combined with auditory technology support in teaching skills for using community resources to individuals with intellectual disabilities. *Education & Science / Egitim ve Bilim* 2018; 42(193): 237-257.
- Merdan F, Ozcan D. Effectiveness of video modeling for teaching daily living skills to

- children with autism spectrum disorder. *International Journal of Scientific Study* 2017; 5(8): 271-278.
26. Avcioglu H. Effectiveness of video modelling in training students with intellectual disabilities to greet people when they meet. *Educational Sciences: Theory & Practice* 2013; 13(1): 466-477.
27. Wert BY, Neisworth JT. Effects of video self-modeling on spontaneous requesting in children with autism. *Journal of Positive Behavior Interventions* 2003; 5: 30-34.
28. Mohammadpour M, Esmailpour Kh. The efficacy of coaching approach behavior and leading by modeling on separation anxiety disorder among preschool children. *Shefay Khatam* 2016; 5(1): 29-39. [In Persian].
29. Torabi F, Geramizadehshirazi N. Introduction to teaching social skills to students with autism spectrum disorders through video modeling. *Exceptional Education* 2015; 6 (128): 40-45. [In Persian].
30. Ashori M, Safari M. The effectiveness of Lego therapy on the social skills of preschool children with hearing loss. *J Res Rehabil Sci* 2018; 14(2): 117-25. [In Persian].
31. Garnefski N, Kraaij V. Cognitive emotion regulation questionnaire development of a short 18-item version (CERQ-short). *Personality and Individual Differences* 2006; 41: 1045-1053.
32. Besharat MA, Bazzazian S. Psychometric properties of the cognitive emotion regulation questionnaire in a sample of Iranian population. *Advances in Nursing & Midwifery* 2014; 84(84): 61-70. [In Persian].
33. Achenbach TM, Rescorla LA. Manual for the ASEBA school-age forms & profiles. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center of Children, Youth & Families; 2001.
34. Yazdkhasti F, Oreyzi H. Standardization of child, parent and teacher's forms of child behavior checklist in the city of Isfahan. *IJPCP* 2011; 17(1): 60-70. [In Persian].
35. Charlop MH, Gilmore L, Chang GT. Using video modeling to increase variation in the conversation of children with autism. *Journal of Special Education Technology* 2008; 23(3): 47-66.