

## مقاله های مروری

تهیه و تنظیم: شهناز شبانی / کارشناس ارشد روان‌شناسی کودکان استثنایی

### خوانندگان گرامی

شاید ندانید که در حال حاضر بیش از ۴۰ نشریه داخلی به طور مستقیم یا غیرمستقیم مطالبی درباره کودکان استثنایی به چاپ می‌رسانند. تعدد نشریات و تنوع مقاله‌های مندرج در آنها از ابعاد مختلف پزشکی، روان‌شناسی، مشاوره، مددکاری، توان‌بخشی و آموزش به موضوع کودکان با نیازهای ویژه پرداخته و میل به اطلاع از آنها را در علاقمندان به این حوزه علمی بیش از گذشته کرده است؛ جای بسی خوشحالی است.

با این حال باید پذیرفت که با وجود اشتیاق فراوان علاقمندان به اطلاع از مطالب مندرج در این نشریه‌ها باز عوامل متعددی سبب می‌شود که نتوانند به نحو مقتضی به اصل مقاله‌ها دست یابند.

نشریه‌ی تعلیم و تربیت استثنایی به منظور پاسخگویی به این نیاز خوانندگان خود تصمیم دارد که از این پس در هر شماره صفحه‌ای را به درج خلاصه‌ی مقاله‌های مفید سایر نشریه‌های علمی اختصاص داده تا به سهم خود گام کوچکی در این راستا برداشته باشد. امید است خوانندگان گرامی ما را از نظریات خود در این خصوص محروم نساخته و با ارایه‌ی پیشنهادهای مفید ما را در دستیابی به اهداف جدیدمان یاری رسانند.

### مقایسه سطح ادراک شنیداری و وضوح کلامی بعد از کاشت حلزون

### در بیماران پره لیستگوال مبتلا به کم شنوایی عمیق ارثی و غیر ارثی

### مراجعه کننده به بیمارستان حضرت رسول اکرم (ص)

دکتر احمد دانشی، دکتر مهدی بدالزاده، دکتر بریر حسن زاده، دکتر شاهرخ محمدی، ساجدولین امام جمعه، دکتر محمد ابراهیمی

#### مقدمه

می‌باشد. در مطالعات بسیاری جهت مقایسه عوامل مؤثر بر پیشبرد نتایج کاشت حلزون، سطح ادراک شنیداری و وضوح کلامی مورد ارزیابی قرار می‌گیرند تا بتوانند معیارهایی جهت انتخاب کاندیدهایی مناسب‌تر به دست آورند. چندین مطالعه حاکی از نتایج خوب انجام کاشت حلزون قبل از سن شروع به سخن گفتن بوده است.

در مواردی، از قابلیت خوب استفاده از این پروسه در مبتلایان به کم شنوایی‌های مادرزادی سخن به میان آمده است. اما در مجموع بیشتر مقالات بر یافتن یک محدوده سنی مناسب جهت انجام این پروسه متمرکز بوده‌اند. ولی واقعاً هیچ مطالعه مقایسه‌ای بین گروه‌های مختلف جهت یافتن برتری یکی بر دیگری انجام نشده است تا راه‌گشای

در حال حاضر میزان شیوع کم‌شنوایی عمیق در ایران سه هزارم می‌باشد، یعنی حجمی بالغ بر ۱۸۰۰۰۰ نفر که ۱۰ درصد آنها را کودکان زیر ۶ سال تشکیل می‌دهند، این کودکان از وسایل پیشرفته کمک شنوایی مانند سمعک‌های پیشرفته بهره‌چندانی نمی‌برند و اکثر آنها کاندیدای بالقوه‌ای جهت کاشت حلزون محسوب می‌شوند. دستگاه کاشت حلزون یکی از محصولات پیشرفته قرن بیستم است که به صورت درمان پذیرفته شده‌ای برای انواع کم‌شنوایی عمیق و شدید در آمده است.

تحقیقات مختلف نمایانگر وجود یک دوره پر اهمیت در سال‌های اولیه برای کسب رضایت بخش زبان و گفتار

کمک به انتخاب کاندیدهای مناسب تر باشد و براساس آنها بتوان کاشت حلزون را برای بیمارانی انتخابی استفاده کرد که از این پروسه پر هزینه سود بیشتری ببرند

### روش

این مطالعه مقطعی به صورت سرشماری بر روی ۳۲۲ بیمار کمتر از ۷ سال (پره لینگوال) و مبتلا به کم شنوایی عمیق (عدم توانایی درک اصوات صوتی در شدت صوتی حداقل ۹۰ دسی بل) انجام شده است. این افراد که از سال ۱۳۷۱ تا ۱۳۸۳ به مرکز کاشت حلزون در بیمارستان حضرت رسول اکرم (ص) تهران مراجعه کرده بودند. جهت تعیین سطح ادراک شنیداری از آزمون استاندارد CDA<sup>۲</sup> و آزمون استاندارد کلمات دوسیلابی مورد استفاده قرار گرفت و همچنین جهت تعیین سطح وضوح کلامی از آزمون ادراک شنیداری و وضوح کلامی از سه آزمونگر دوره دیده و مجرب جهت نمره دهی استفاده شده و سپس میانگین سه نمره محاسبه و منظور گردیده است. آزمون های فوق در حدود ۲ سال بعد از انجام کاشت حلزون بر روی بیماران صورت گرفته است.

### برخی از یافته های پژوهش

در این مطالعه ۱۳۷ نفر (۴۲/۵ درصد) از بیماران فوق کم شنوایی ارثی و ۱۸۵ نفر (۵۷/۵ درصد) کم شنوایی غیر ارثی داشتند. میانگین سنی بیماران بررسی شده در زمان کاشت حلزون برابر ۷۱/۲۸ ماه با انحراف ۳۶/۰۳ بود که ۵۰ درصد افراد کمتر از ۶۶ ماه (۵/۵) سال سن داشتند. میانگین طول مدت کم شنوایی در افراد بررسی شده ۶۰/۱ ماه با انحراف معیار ۳۵/۲۷ بود.

در افراد دارای کم شنوایی غیر ارثی با علت مشخص، هیپوکسی در مورد (۲۱/۷ درصد)، داروهای اتوتوکسیک در ۱۳ مورد (۱۸/۸ درصد)، منژیت در ۱۲ مورد (۱۷/۴ درصد) و سرخچه در ۱۰ مورد (۱۴/۵ درصد) به ترتیب شایع ترین علل بودند.

در بیماران مبتلا به کم شنوایی ارثی بعد از ۲ سال کاشت حلزون، تنها ۳ نفر (۲/۲ درصد) هنوز قادر به کشف صداهای محیطی نبودند. ۴۵ نفر (۳۲/۸ درصد) سطح شنیداری در حد درک عبارت بدون لبخوانی بودند.

میانگین امتیازهای ادراک شنیداری کلمات دو سیلابی از لیست (الف) در این بیماران برابر ۴۷/۷۹ درصد با انحراف معیار ۳۷/۲۲ و از لیست (ب) برابر ۳۴/۵۷ درصد با انحراف معیار ۳۳/۵ و میانگین مجموع آنها برابر ۴۵/۷۸ درصد با انحراف معیار ۳۴/۷۳ بود.

به طور مشابه، بیماران مبتلا به کم شنوایی غیر ارثی بعد از ۲ سال کاشت حلزون، ۴ نفر (۲/۲ درصد) هنوز قادر به کشف صداهای محیطی نبودند. ۷۳ نفر (۳۹/۵ درصد) دارای سطح ادراک شنیداری در حد درک عبارت بدون لبخوانی بودند و ۱۹ نفر (۱۰/۳ درصد) توانایی درک مکالمات بدون لبخوانی و ۱۶ نفر (۸/۶ درصد) توانایی مکالمه تلفنی با یک گوینده آشنا را داشتند. میانه سطح ادراک شنیداری در بیماران مبتلا به کم شنوایی ارثی برابر درک عبارت بدون لبخوانی بود. میانگین امتیازهای ادراک شنیداری کلمات دو سیلابی از لیست (الف) در این بیماران برابر ۴۷/۲۸ درصد با انحراف معیار ۳۶/۰۹ و از لیست (ب) برابر ۴۴/۴۵ درصد با انحراف معیار ۳۲/۶۹ و میانگین مجموع آنها برابر ۴۶/۲۸ درصد با انحراف معیار ۳۳/۸۵ بود.

بعد از ۲ سال از کاشت حلزون در بیماران مبتلا به کم شنوایی ارثی، ۴۸ نفر (۳۵ درصد) از افراد مورد بررسی دارای سطح وضوح کلامی در حد گفتار پیوسته غیر واضح و ۴۳ نفر (۳۱/۴ درصد) سطح وضوح کلامی گفتار پیوسته واضح برای افراد دارای توجه کافی، ۱۹ نفر (۱۳/۹ درصد) سطح کلامی گفتار پیوسته واضح برای افراد دارای کمی توجه و ۱۶ نفر (۱۱/۷ درصد) سطح وضوح کلامی پیوسته برای همه بودند. همچنین در بیماران مبتلا به کم شنوایی غیر ارثی، ۶۸ نفر (۳۶/۸ درصد) از افراد مورد بررسی دارای سطح وضوح کلامی در حد گفتار پیوسته غیر واضح و ۵۳ نفر (۲۸/۶ درصد) سطح وضوح کلامی گفتار پیوسته واضح برای افراد دارای توجه کافی، ۲۸ نفر (۱۵/۱ درصد) سطح وضوح کلامی گفتار پیوسته واضح برای افراد دارای کمی توجه و ۲۰ نفر (۱۰/۸ درصد) سطح وضوح کلامی پیوسته واضح برای همه بودند. میانه سطح وضوح کلامی در هر دو گروه مبتلا به کم شنوایی ارثی و غیر ارثی برابر گفتار پیوسته واضح برای افراد دارای توجه کافی بود.

و غیر ارثی برابر گفتار پیوسته واضح برای شخصی که کمی توجه کند و بتواند لب خوانی کند، بود. بدین ترتیب به نظر می‌رسد مطابق یافته‌های این پژوهش، ارثی و غیر ارثی بودن کم‌شنوایی به عنوان عاملی کمک کننده جهت پیشگویی و یا انتخاب کاندیدهای عمل کاشت حلزون نمی‌باشد و یا حداقل معیارهای مورد استفاده در این مطالعه جهت تعیین ارثی و غیر ارثی بودن کم‌شنوایی در بیماران فوق، ممکن است معیارهای مناسبی برای این منظور نباشد.

پره لینگوال به معنی مشکلات شنوایی است که به هنگام تولد یا اوایل زندگی و قبل از فراگیری زبان حادث شده‌اند.

1. Prelingually
2. (category of Auditory Performance)

متن کامل این مقاله در مجله دانشگاه علوم پزشکی ایران، دوره سیزدهم / شماره ۵ / بهار ۱۳۸۵ به چاپ رسیده است.

در مجموع بین دو نوع کم‌شنوایی و غیر ارثی از نظر تعداد الکترودهای داخل شده اختلاف آماری معنی دار با  $p=0.47$  وجود داشته است و گروه مبتلا به کم‌شنوایی غیر ارثی تعداد الکترودهای داخل شده بیشتری را داشته‌اند که ممکن است ناشی از تکنیک‌های عمل جراحی و یا اختلاف آناتومیکی بر حسب نوع کم‌شنوایی باشد اما در هر صورت این عامل می‌تواند به عنوان عامل مخدوش کننده در این مطالعه مطرح باشد. بین دو گروه مبتلا به کم‌شنوایی ارثی و غیر ارثی از نظر فراوانی سطوح مختلف ادراک شنیداری و میانگین درصد ادراک شنیداری کلمات دوسیلابی اختلاف آماری معنی دار به دست نیامد. میانه سطح ادراک شنیداری در هر دو گروه کم‌شنوایی ارثی و غیر ارثی برابر درک عبارت بدون لب خوانی بود. همچنین بین افراد دارای کم‌شنوایی ارثی و غیر ارثی از نظر فراوانی سطوح مختلف وضوح کلامی، اختلاف آماری معنی دار به دست نیامد. میانه سطح وضوح کلامی در هر دو گروه کم‌شنوایی ارثی

## بررسی تحولی نظریه ذهن در کودکان کم توان ذهنی خفیف و کودکان عادی ۷ تا ۹ ساله

امیر قمرانی / کارشناس ارشد کودکان استثنایی / دکتر شهلا البرزی، دانشیار دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه شیراز

مقدمه

۱. سن و نظریه‌های ذهن  
 بسیاری از پژوهش‌گران در بررسی‌های خود دریافته‌اند که کودکان مسن‌تر کارکرد بهتری از جوان‌ترها دارند (مک لارن و اولسون<sup>۱</sup>، ۱۹۹۳؛ راف من و کنین<sup>۲</sup>، ۱۹۹۶؛ برگرفته از بلوم<sup>۳</sup>، ۲۰۰۳؛ هاپه<sup>۴</sup>، ۱۹۹۵؛ جن کینز و آستینگ تون<sup>۵</sup>، ۱۹۹۶؛ موریس و همکاران<sup>۶</sup>، ۱۹۹۹؛ اسپرلینگ، والز و هیل<sup>۷</sup>، ۲۰۰۰). برای نمونه در پژوهش هاپه (۱۹۹۵)؛ آزمودنی‌های آوتیستیک ۷ تا ۱۸ ساله در مقایسه با گروه ۳ تا ۶ ساله، آزمودنی‌های عقب‌مانده ۱۸ ساله در مقایسه با گروه ۳ تا ۸ ساله و آزمودنی‌های عادی ۴ تا ۹ ساله در مقایسه با گروه ۱ تا ۳ ساله در پژوهش جن

نظریه ذهن<sup>۱</sup> نخستین بار توسط پریماک و وودراف<sup>۲</sup> (۱۹۷۸) در نوشتار "آیا شامپانزه‌ها نیز نظریه ذهن دارند؟" مطرح شد. این پژوهشگران نظریه ذهن را برای اشاره به توانایی فرد در استناد احساس‌ها، باورها، نیت‌ها و افکار (حالت‌های ذهنی) به دیگران و در پی آن پیش‌بینی رفتار دیگران به کار بردند. به سخن دیگر نظریه توانایی فرد برای درک حالت‌های ذهنی<sup>۳</sup> دیگران (کول و میچل<sup>۴</sup>، ۲۰۰۰)، یا خواندن ذهن<sup>۵</sup> دیگران (زان شایان<sup>۶</sup>، ۲۰۰۳) است. این توانایی به فرد کمک می‌کند تا با نگرش به احساس‌ها، باورها و نیت‌های دیگران، توصیف و تبیین درستی از رفتارشان داشته باشد (هاپه<sup>۷</sup>، ۱۹۹۵).

کینز و آستینگ تون (۱۹۹۶) کارکرد بهتری در تکلیف‌های نظریه ذهن داشته‌اند.

## ۲. جنیست و نظریه ذهن

برخی از صاحب‌نظران بر این باورند که دختران مهارت بیشتری در آزمون‌های نظریه ذهن دارند. هیوز و دان<sup>۱۴</sup> (۱۹۹۸)، با یک بررسی طولی در یک دوره ۱۳ ماهه، نظریه ذهن، درک هیجان، و حالت‌های ذهنی ۵۰ کودک (۲۰ دختر و ۳۰ پسر) را در سنین ۳ سال و ۱۱ ماه، ۴ سال و ۶ ماه و ۵ سال بررسی کردند. یافته‌ها همبستگی معناداری میان سازه‌های بررسی شده نشان داد. افزون بر این، مشخص شد که دختران حالت‌های ذهنی پیشرفته‌تری از پسران دارند.

## ۳. عقب‌ماندگی ذهنی و نظریه ذهن

می‌توان نخستین پژوهش انجام شده درباره نظریه ذهنی عقب‌ماندگی ذهنی را پژوهش بارون - کوهن و همکاران (۱۹۸۵)، برگرفته از سیگل من (۱۹۹۹) دانست. این پژوهشگران چند کودک ۴ تا ۵ ساله‌ی اوتیستیک، کم‌توان ذهنی (با نشانگان داون<sup>۱۵</sup>) و عادی را با "تکلیف سالی و آن"<sup>۱۶</sup> (گونه‌ای از تکلیف‌های باور نادرست اولیه) بررسی کردند. آنان نتیجه گرفتند که مشکلات شدید کودکان اوتیستیک در زمینه‌ی تعامل‌های اجتماعی برآمده از نداشتن نظریه ذهن است. همچنین بررسی‌ها نشان داد که توانایی‌های نظریه ذهن در دو گروه کم‌توان ذهنی و عادی تفاوت معناداری با هم ندارد.

## ۴. جایگاه اقتصادی - اجتماعی و نظریه ذهن

پی‌یرز و موزز<sup>۱۷</sup> (۲۰۰۳) در پژوهشی برای شناسایی تأثیر متغیرهای جمعیت شناختی<sup>۱۸</sup> و شیوه‌های فرزندپروری والدین بر نظریه ذهن کودکان پیش دبستانی، ۱۴۲ کودک را با تکلیف‌های نظریه ذهن، شامل درک‌ها، باور، گرایش و درک هیجان‌ها بررسی کردند. یافته‌های آنها نشان داد که از میان ویژگی‌های جمعیت شناختی، به ترتیب تحصیلات پدر و درآمد پیش‌بینی کننده‌های معناداری برای نظریه ذهن کودکان هستند.

کول و میچل (۲۰۰۰) نیز در پژوهش خود نشان دادند که جایگاه اقتصادی - اجتماعی عاملی مهم جهت کارکرد در تکلیف‌های نظریه ذهن است. آنان تأثیر تعداد خواهرها و برادرها را بر تحول نظریه ذهن و فرایندهای کنترل اجرایی ۱۱۹ کودک ۳ تا ۵ ساله بررسی کردند و دریافتند که بر خلاف پیش‌بینی‌ها، تعداد خواهرها و برادرها ارتباط معناداری با کارکرد در تکلیف‌ها ندارد. پژوهشگران در تبیین یافته‌های خود به تأثیر نامستقیم میزان درآمد و تحصیلات پایین والدین گروه نمونه اشاره کردند.

## روش

جامعه آماری این پژوهش همگی کودکان ۷ تا ۹ ساله‌ی دختر و پسر کم‌توان ذهنی خفیف مراکز آموزش کم‌توان ذهنی و کودکان عادی مدارس شهرستان شیراز است. علت گزینش گروه سنی ۷ تا ۹ سال، بر پایه‌ی رویکرد رشدی و چند بعدی فلاول و همکاران<sup>۱۹</sup> از نظریه ذهن (۱۹۹۳)؛ برگرفته از موریس و همکاران (۱۹۹۹) بوده است که براساس آن پیشرفت در سطوح نظریه ذهن، به احتمال فراوان در سن ۷ تا ۹ سالگی انجام می‌شود.

از جامعه آماری پژوهش، به روش نمونه‌گیری طبقه‌ای، نمونه‌ای با ۸۰ کودک (۴۰ کودک کم‌توان ذهنی و ۴۰ کودک عادی) از هر دو جنس، در چهار گروه سنی (۷ تا ۷/۵ ساله ۷ تا ۸ سال؛ ۸ تا ۸/۵ سال و ۸/۵ تا ۹ سال)، با نسبت برابر گزیده شدند.

روش تحقیق این پژوهش از گونه‌ی پژوهش‌های علی - مقایسه‌ای (پس رویدادی) است.

## ابزار پژوهش

در این پژوهش نمونه‌ی ۳۸ پرسشی آزمون نظریه ذهن به کار گرفته شد. این آزمون را استیرمن (۱۹۹۴) برگرفته از موریس و همکاران (۱۹۹۹) برای سنجش نظریه ذهن در کودکان عادی و مبتلایان به اختلال فراگیر رشد با سن ۵ تا ۱۲ سال طراحی کرد. این آزمون آگاهی‌هایی در باره گستره‌ی درک اجتماعی، حساسیت و بینش کودک و همچنین میزان و درجه‌ای که وی می‌تواند احساس‌ها و افکار دیگران را بپذیرد فراهم می‌آورد. این آزمون سه خرده آزمون را در بر می‌گیرد که عبارت‌اند از:

آزمون، دختران و پسران با هم تفاوت معناداری ندارند. همچنین تعامل جنسیت و نوع آزمودنی معنادار نبود. یافته‌ی دیگر پژوهش نشان می‌دهد که متغیر نوع آزمودنی (کم‌توان ذهنی / عادی) جدا از همبستگی دو سوبه‌ی جنسیت و نوع آزمودنی، با کارکرد در کل آزمون نظریه ذهن همبستگی معنادار دارد. به سخن دیگر میان آزمودنی‌های کم‌توان ذهنی و عادی، در کارکرد کلی در آزمون نظریه ذهن، تفاوتی معنادار به سود گروه عادی وجود دارد.

۳. در زمینه توان پیش‌بینی کنندگی هر یک از متغیرهای طبقه‌بندی اقتصادی-اجتماعی، جنسیت و سن در کارکرد کلی آزمون نظریه ذهن در کودکان عقب‌مانده و عادی، یافته‌ها نشان داد که متغیرهای سنی و تحصیلات پدر، به طور مستقیم کارکرد در آزمون نظریه ذهن را پیش‌بینی می‌کند و الگوی این پیش‌بینی در افراد کم‌توان ذهنی و عادی یکسان است.

در مجموع یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد که کودکان کم‌توان ذهنی، همانند اوتیستیک‌ها، دیرتر از کودکان عادی به تحول در نظریه ذهن می‌رسند که این دیرکرد به ویژه در ارتباط با سطوح پیشرفته‌ی نظریه محسوس‌تر است.

متن کامل این مقاله در مجله مطالعات روان‌شناختی،

دانشکده‌ی علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه

الزهر(س)، دوره‌ی ۱، شماره ۴ و ۵، پاییز و زمستان ۱۳۸۴

، صص ۷-۳۰ به چاپ رسیده است.

۱. خرده آزمون یک- نظریه ذهن مقدماتی، یعنی نظریه ذهن سطح اول یا بازشناسی عواطف و وانمود؛ با ۲۰ پرسش.

۲. خرده آزمون دو- اظهار اولیه‌ی یک نظریه ذهن واقعی، یعنی نظریه ذهن سطح دوم یا باور نادرست اولیه و درک باور نادرست؛ با ۱۳ پرسش.

۳. خرده آزمون سه- جنبه‌های پیشرفته‌تر نظریه ذهن، یعنی نظریه ذهن سطح سوم یا باور نادرست ثانویه یا درک شوخی؛ با ۵ پرسش.

این آزمون محدودیت زمانی ندارد. زمان لازم برای اجرای آن ۱۵ دقیقه برای کودکان عادی و ۲۰ دقیقه برای کودکان کم‌توان ذهنی برآورد شده است.

### یافته‌های پژوهش

۱. در زمینه بررسی روند تحول نظریه ذهن در کودکان ۷ تا ۹ ساله‌ی کم‌توان ذهنی و عادی و یافته‌ها نشان داد که در هر دو گروه کم‌توان ذهنی و عادی، روند تحول نظریه ذهن با توجه به سن، صعودی است. یعنی هر دو گروه آزمودنی‌های کم‌توان ذهنی هیچ یک از گروه‌های سنی و در آزمودنی‌ها با افزایش سن به سطح بالاتر نظریه ذهن می‌رسند، با این تفاوت که در آزمودنی‌های کم‌توان ذهنی هیچ یک از گروه‌های سنی و در آزمودنی‌های عادی گروه سنی ۷ تا ۷/۵ سال به سطح سوم نظریه ذهن رسیدند.

۲. در زمینه بررسی تعامل جنسیت و نوع آزمودنی (عقب‌مانده/عادی) یافته‌ها نشان داد که در کارکرد کلی در

### زیر نویس‌ها:

- |                               |   |  |
|-------------------------------|---|--|
| 1. Theory of mind             | 8. Macloren . R. & Olson , D.                 | 13. Spelving , R.A, Aalls, R. T & Hill, L.A. |
| 2. Premack , D.& Woodruff, G. | 9. Ruffman, T., & keenan T. R.                | 14. Hughes , C. & Dunn. J .                  |
| 3. Mental State               | 10. Bloom, M.                                 | 15. Down,s syndrome                          |
| 4. Cole, k, & Mitchell , P.   | 11. Jenkins, J . M., & Astington , J. W.      | 16. Sally and Ann Task                       |
| 5. Mind Reading               | 12. Muris , P ., Steerneman , P . , Meesters, | 17. Pears, k. C., Mosses, L. J.              |
| 6. Zunshine                   | C., Mercke Ibach, H., Horselenbrg,R           | 18. Demographic Values                       |
| 7. Happe, F. G. E             | Van den Hogen, T., & Van Dongen. L.           | 19 Father's Education                        |