

## مروری نظامدار بر مشکلات رفتاری و هیجانی در کودکان با آسیب شنوایی

فاطمه نیک خو<sup>۱</sup>/ استادیار دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی / دانشگاه علامه طباطبائی

سعید حسن زاده<sup>۲</sup>/ دانشیار دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی / دانشگاه تهران

### چکیده:

**زمینه:** محرومیت از حس شنوایی در سال‌های اول زندگی می‌تواند منجر به تأخیر در رشد مهارت‌های زبانی، ارتباطی، اجتماعی-هیجانی و شناختی شود. در مقاله حاضر با مرور پژوهش‌های منتشر شده در زمینه مشکلات رفتاری و هیجانی کودکان با آسیب شنوایی در پی پاسخ به سه سؤال خواهیم بود. آیا شیوع مشکلات رفتاری و هیجانی در جمعیت کودکان با آسیب شنوایی از شنوایی بیشتر است؟ در صورت پاسخ مثبت، چه متغیرهایی با مشکلات رفتاری و هیجانی در کودکان با آسیب شنوایی همبسته است؟ چالش‌های ارزیابی و تشخیص مشکلات رفتاری و هیجانی در این کودکان کدامند؟ چه راهکارها و برنامه‌های مداخله‌ای مؤثر را می‌توان در جهت کاهش مشکلات رفتاری و هیجانی کودکان با آسیب شنوایی پیشنهاد داد؟ در پژوهش حاضر چهارده مقاله منتشر شده در بانک‌های اطلاعاتی Science Direct و Google Scholar, PubMed و Science Direct در بازه زمانی ۲۰۰۷ تا ۲۰۱۷ مورد بررسی قرار گرفتند.

**نتیجه‌گیری:** نتایج نشان داد میزان شیوع مشکلات رفتاری و هیجانی در جمعیت کودکان با آسیب شنوایی از شنوایی بیشتر است و این کودکان به لحاظ میزان شیوع گروه همگنی نیستند. همچنین الگوی پاسخ‌دهی کودکان با آسیب شنوایی به ارزیابی‌ها ممکن است نه حاکی از مشکلات آن‌ها در درک حالت ذهنی بلکه ناشی از ناتوانی آن‌ها در بیان دلایلشان برای مشخص کردن رفتار و هیجانات در موقعیت‌های تشریح شده باشد. راهکارها و برنامه‌های مداخله‌ای در اصلاح رفتار و بهبود مهارت‌های ارتباطی و هیجانی کودکان با آسیب شنوایی مؤثر است.

**واژه‌های کلیدی:** کودکان با آسیب شنوایی، مشکلات رفتاری، مشکلات هیجانی

### مقدمه

شناختی و تحصیلی طبقه‌بندی کرد. کودکان با آسیب شنوایی ممکن است به علت مشکلات ارتباطی از خود پنداره ضعیف‌تری نسبت به هم‌تایان شنوایشان برخوردار باشند و بر حسب‌گذاری‌های اجتماعی منجر به کاهش اعتماد به نفس آنها شود (۷).

در این مقاله با استناد به پیشینه‌های نظری و شواهد پژوهشی، ابتدا به بررسی نقش رشد گفتار و زبان در شکل‌گیری مهارت‌های هیجانی و ارتباطی پرداخته و سپس با مرور پژوهش‌های صورت گرفته از سال ۲۰۰۷ تاکنون در زمینه مشکلات رفتاری و هیجانی کودکان با آسیب شنوایی در پی پاسخ به سه سؤال زیر هستیم:

۱. آیا شیوع مشکلات رفتاری و هیجانی در جمعیت کودکان با آسیب شنوایی از شنوایی بیشتر است؟ در صورت پاسخ مثبت، چه متغیرهایی با مشکلات رفتاری و هیجانی

تجربه‌های اولیه شنیداری بر رشد مهارت‌های ارتباطی، شناختی و اجتماعی و توانایی کودک در برقراری ارتباط با دیگران و ابراز و کنترل هیجان مؤثر است (۱)، محرومیت از حس شنوایی در سال‌های اولیه و به تبع آن تاخیرهای جبران‌ناپذیر در جنبه‌های بیانی و دریافتی زبان (۲ و ۳)، منجر به تأثیر منفی در کسب مهارت‌های ارتباطی (۴)، اجتماعی-هیجانی (۵) و شناختی (۶) می‌شود.

به‌طورکلی مشکلات کودکان ناشنوای پیش از سن زبان‌آموزی<sup>۳</sup> را می‌توان در چند حیطه مهارت‌های ارتباطی (زبان بیانی و زبان دریافتی)، اجتماعی، هیجانی،

1- Fatemeh Nikkhoo, Ph.D/ Assistant Professor at Psychology and Education Faculty, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran

2- Saeid Hassanzadeh, Ph.D/ Associate Professor at Psychology and Education Faculty, University of Tehran, Tehran, Iran. (Email:shasanz@ut.ac.ir)

3- Prelingual deaf children

در این پژوهش با استناد به نتایج به دست آمده از مقالات ذکر شده، ابتدا تأثیر آسیب شنوایی بر رشد مهارت‌های اجتماعی و هیجانی بررسی شده و عوامل مؤثر در بروز مشکلات رفتاری و هیجانی در کودکان با آسیب شنوایی به تفکیک مورد بحث قرار می‌گیرد، سپس به چالش‌ها و محدودیت‌های ارزیابی مشکلات رفتاری پرداخته در نهایت راهکارهایی در جهت کاهش مشکلات رفتاری و هیجانی کودکان با آسیب شنوایی پیشنهاد می‌شود.

## آسیب شنوایی و رشد مهارت‌های ارتباطی-هیجانی

تولد کودک با آسیب شنوایی خانواده را با شرایط جدیدی روبرو می‌سازد و والدین و دیگر اعضای خانواده بایستی انواع تغییرات را برای سازگاری با حضور یک عضو جدید پذیرا شوند. بیش از نود درصد کودکان با آسیب شنوایی در خانواده‌هایی با والدین شنوا متولد می‌شوند (۱۴) و برای بیش‌تر خانواده‌ها، فرزندشان نخستین فرد ناشنوایی است که تاکنون دیده‌اند. لذا برای والدین پذیرش آسیب شنوایی آسان نیست. خانواده بدون آمادگی هیجانی قبلی، تشخیص آسیب شنوایی فرزند را می‌شنود و به دنبال آن، هر چه سریع‌تر باید در زمینه تهیه وسایل کمک شنوایی و برنامه‌های توان‌بخشی تصمیم‌گیری کند. تأثیر هیجانی آسیب شنوایی ممکن است بر الگوی تعاملی والد-فرزند تأثیر منفی بگذارد. برای مثال والدین ممکن است با تصور این‌که کودکشان قادر به شنیدن نیست کمتر کودکان خود را در معرض محرکات شنیداری قرار دهند و یا با او سخن بگویند (۱۵). این در حالی است که بر اساس نظریه دلبستگی Bowlby پیوند عاطفی مادر-کودک نقش بسزایی در خودتنظیم‌گری عاطفی، اجتماعی و رفتاری کودک دارد و مسئول تنظیم تجربه‌های هیجانی و رفتاری کودک است (۱۶). مهارت‌های ارتباطی و رشد زبان توانایی کودک را در خودتنظیمی و تنظیم هیجانات منفی افزایش می‌دهند (۱۷). از طریق بازخوردهای زبانی و کلامی کودک متوجه شود هیجاناتش چگونه بر دیگران تأثیر می‌گذارد و زبان تفکر به عنوان عامل تسهیل‌کننده و میانجی روابط اجتماعی و کنترل رفتار عمل می‌کند

در کودکان با آسیب شنوایی همبسته است؟

۲. چالش‌های ارزیابی و تشخیص مشکلات رفتاری و هیجانی در این کودکان کدامند؟

۳. چه راهکارها و برنامه‌های مداخله‌ای مؤثر را می‌توان در جهت کاهش مشکلات رفتاری و هیجانی کودکان با آسیب شنوایی پیشنهاد داد؟

آسیب شنوایی در سال‌های اولیه زندگی امکان دستیابی به محیط غنی زبانی را محدود می‌سازد، بنابراین در کودکان با آسیب شنوایی معمولاً مراحل طبیعی رشد گفتار و زبان با تأخیر ظاهر شده و یا مختل می‌گردد (۸). این مشکلات منجر به کاهش توانایی کودک در برقراری ارتباط با دیگران و نیز درک روابط اجتماعی متقابل شده (۹) و تأخیر ایجاد شده در رشد زبان در نتیجه آسیب شنوایی مشکلات روان‌شناختی از قبیل اضطراب و افسردگی را افزایش می‌دهد (۱۰). پژوهش‌های متعددی حاکی از شیوع بالاتر مشکلات رفتاری در کودکان با آسیب شنوایی در مقایسه با همسالان شنوا است (۱۱ و ۱۲). برای مثال در پژوهش صورت گرفته توسط Niclasen و Dammeyer میزان شیوع مشکلات رفتاری در کودکان با آسیب شنوایی ۴۰-۲۰ درصد بالاتر در مقایسه با کودکان شنوا گزارش شده است (۱۳).

## روش

پژوهش حاضر با جستجوی نظام‌دار مقاله‌های موجود در سایت‌های PubMed, Google Scholar, Science Direct و با استفاده از کلیدواژه‌های deafness, hearing impairment emotional problem و behavioral problem انجام شد. در بررسی مقدماتی فهرستی از عناوین و چکیده مقالات موجود در سایت‌های مورد نظر مربوط به سال‌های ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۷ تهیه و به منظور تعیین موضوعات مرتبط، مورد بررسی قرار گرفتند. در ابتدا ۳۰ مقاله انتخاب شدند که ۱۶ مقاله به دلیل عدم پاسخگویی به سوالات مطرح شده در پژوهش حاضر، حذف شدند و در نهایت تعداد مقالات مرتبط با پژوهش حاضر به ۱۴ مقاله کاهش یافت.

۱۸). در نتیجه تاخیرات زبانی ممکن است منجر به بروز مشکلات رفتاری شود. در کودکان با آسیب شنوایی میزان شیوع مشکلات رفتاری بالاتر گزارش شده است (۲۱-۱۹). شیوع مشکلات رفتاری برون ریز مانند پرخاشگری در کودکان با آسیب شنوایی ۳۰ تا ۵۰ درصد (در مقایسه با ۳-۱۸ درصد در کودکان شنوا) و مشکلات رفتاری درون ریز مانند افسردگی و اضطراب ۲۸-۳۵ درصد (در مقایسه با ۲-۱۷ درصد در کودکان شنوا) می باشد (۲۲). فاکتورهای خطر سازی که احتمال شیوع مشکلات رفتاری و هیجانی را در کودکان با آسیب شنوایی افزایش می دهند در سه دسته زیستی، روانی و اجتماعی طبقه بندی می شوند که در صورت شناسایی این عوامل می توان تأثیرات آن ها را کاهش داد (۲۳). خلاصه ای از عوامل خطر ساز در جدول ۱ ذکر شده است.

جدول ۱ - خلاصه ای از عوامل خطر ساز در میزان شیوع مشکلات رفتاری-هیجانی (والکر، ۲۰۱۳)

ردیف	عوامل خطر ساز
۱	مشکلات فیزیکی، به ویژه بیماری های عصبی حاد و مزمن
۲	مشکلات ارتباطی
۳	مشکلات روانی والدین
۴	قوانین متغیر و نامشخص در محیط زندگی
۵	سوء استفاده هیجانی، جسمی و جنسی
۶	شکست تحصیلی و آموزشی
۷	وزن کم هنگام تولد و آسیب های حین زایمان
۸	تأخیرات رشدی
۹	اختلافات خانوادگی یا جدایی والدین
۱۰	شکست در روابط اجتماعی و عدم تطابق با شرایط و نیازهای جدید
۱۱	طرد از گروه همسالان

## عوامل تأثیرگذار در بروز مشکلات رفتاری و هیجانی در کودکان با آسیب شنوایی

**زمان تشخیص و مداخله:** تشخیص و مداخله زودهنگام آسیب شنوایی، استفاده از وسایل کمک شنیداری مناسب و برنامه های منسجم توان بخشی نقش بسزایی در

رشد مهارت های ارتباطی و قابلیت های اجتماعی-هیجانی کودکان با آسیب شنوایی دارند. مداخله زودهنگام منجر می شود کودکان با آسیب شنوایی در دوران کودکی انزوای کمتری را تجربه کنند (۲۴). زمانی که کودکان بتوانند از کلمات برای بیان علایق، نیازها، احساسات استفاده کنند، بهتر می توانند رفتارشان را برای انطباق با انتظارات اجتماعی تنظیم کنند. در واقع می توان گفت احتمال ایجاد مشکلات رفتاری و هیجانی در کودکان با آسیب شنوایی که تأخیر زبانی بیشتری دارند در مقایسه با کودکان با آسیب شنوایی دارای رشد زبانی مناسب بیشتر است، زیرا این کودکان مهارت های خود نظم دهی و خودتنظیمی را که در واقع پایه و اساس رشد کارکردهای اجرایی است به خوبی فرامی گیرند و افکار و احساسات منفی خود را از طریق رفتارشان نشان می دهند (۲۵). کودکان با آسیب شنوایی در مقایسه با کودکان شنوا به محیط زبانی غنی تری برای یادگیری مهارت های ارتباطی نیاز دارند و دستیابی به تجربه های شنیداری و زبانی زودهنگام برای رشد گفتار، مهارت های شناختی، کنترل هیجان، تصمیم گیری و سازمان دهی اطلاعات ضروری است (۲۶). مداخله زودهنگام منجر به بهبود ادراک شنیداری و تولید گفتار (۲۷)، مهارت های شناختی (۲۸)، رفتارهای سازشی (۲۹) و قابلیت های اجتماعی و هیجانی (۳۰) کودکان با آسیب شنوایی می شود.

پژوهش Loy و همکاران (۲۰۱۰) نشان می دهد ویژگی های روان شناختی کودکانی که زود تحت عمل کاشت حلزون قرار گرفته اند مشابه همسالان شنوایشان است و مهارت هایی مانند خود نظم دهی، خودکنترلی، ارتباط با همسالان و نیز مهارت های اجتماعی با کاشت زودهنگام بهبود می یابد (۳۱). از طرفی ارتباط بین مهارت های شناختی و رفتارهای سازشی کودکان با آسیب شنوایی در پژوهش انجام شده توسط Kushalnager و همکاران تأیید شده است (۳۲). پژوهش Oghalai و همکاران نیز مؤید نقش مداخلات زودهنگام و خانواده محور بر بهبود رفتارهای سازشی کودکان با آسیب شنوایی است؛ به گونه ای که رفتارهای سازشی کودکانی که تحت عمل کاشت حلزون قرار می گیرند و از مداخلات توان بخشی که در آن خانواده

**وضعیت شنوایی والدین:** پژوهش Meadow در زمینه مهارت‌های اجتماعی کودکان با آسیب شنوایی حاکی از تفاوت رشد اجتماعی نسل اول (کودکان با آسیب شنوایی دارای پدر و مادر شنوا) و نسل دوم (کودکان با آسیب شنوایی دارای پدر و مادر ناشنوا) است به گونه‌ای که کودکان با آسیب شنوایی نسل دوم از مهارت‌های اجتماعی و هیجانی بهتری برخوردارند. مدو علت این تفاوت را واکنش‌های منفی والدین شنوا در هنگام مواجهه با آسیب شنوایی در فرزندشان و تأخیر در برقراری ارتباط با کودک با آسیب شنوایی عنوان می‌کند (۴۱). والدین ناشنوا از همان بدو تولد کودک ناشنوا رفتارهای سازگارانه بیشتری را نشان داده و با استفاده از علائم و اشارات با کودک خود ارتباط برقرار می‌کنند. در حالی که عدم پذیرش آسیب شنوایی توسط بسیاری از والدین شنوای کودکان با آسیب شنوایی ممکن است منجر به تعویق یادگیری زبان و مهارت‌های ارتباطی و از دست رفتن دوره حساس و مهم زبان‌آموزی شود. پژوهش MacKay و Musselman, Wallis نشان‌دهنده اهمیت دلبستگی ایمن و تعاملات اولیه والد-کودک بر سازگاری‌های رفتاری و مهارت ارتباطی کودکان با آسیب شنوایی است. به نظر می‌رسد تعاملات دوجانبه والد نوزاد در قالب صداسازی‌های پیش‌کلامی، تماس چشمی و لمس بدنی، پایه‌ای را در جهت رشد مهارت‌های اجتماعی و هیجانی کودک فراهم ساخته و این نگرش را در کودک ایجاد می‌کند که والدین همواره حامی و پاسخگو به نیازهای آن‌ها می‌باشند (۴۲). کودکان با آسیب شنوایی که در سال‌های اولیه در معرض محرکات و تعاملات بینایی از قبیل تماس چشمی قرار نگیرند در رشد مهارت‌های عاطفی و خودتنظیمی با مشکل مواجه می‌شوند (۳۲). وجود مشکل در خودتنظیمی که یکی از عملکردهای کارکرد اجرایی است منجر می‌شود این کودکان در برون‌سازی مناسب هیجانات و رفتارها با مشکل مواجه شوند. این موضوع مؤید نقش تعاملات اولیه در کاهش مشکلات رفتاری و سازگاری اجتماعی این کودکان است (۴۳).

**اختلالات همراه:** همراهی آسیب شنوایی با سایر ناتوانی‌ها احتمال بروز مشکلات رفتاری، هیجانی و مشکلات مدرسه را افزایش می‌دهد (۴۴). حدود سیصد نوع آسیب

نقش اصلی را دارد بهره می‌برند مشابه همتایان شنوایشان است (۳۲). در بسیاری از پژوهش‌ها نقش مؤثر کاشت حلزون شنوایی در کاهش فراوان مشکلات هیجانی، اجتماعی و رفتاری کودکان با آسیب شنوایی تأیید شده است (۳۴ و ۲۲). برای مثال در پژوهش انجام‌شده بر روی کودکان پیش‌دبستانی کاشت حلزون شده مشخص شد که میزان شیوع مشکلات رفتاری این کودکان یک سال پس از عمل کاشت حلزون شنوایی با همتایان شنوایشان تفاوتی ندارد (۳۵). در برخی پژوهش‌ها شیوع بالاتر مشکلات رفتاری و هیجانی بالاتر در کودکان با آسیب شنوایی کاشت شده در مقایسه با همتایان شنوایشان گزارش شده است (۳۶ و ۳۷). برای مثال در پژوهش Stevenson و همکاران تأثیر تشخیص زودهنگام آسیب شنوایی و کاشت حلزون شنوایی بر رشد زبانی تأیید شده اما اثربخشی آن بر کاهش مشکلات رفتاری کودکان با آسیب شنوایی مشخص نشده است. به نظر می‌رسد شیوع بالای مشکلات رفتاری گزارش‌شده توسط والدین در پژوهش ذکر شده ناشی از عدم تعامل مؤثر والد-کودک و مشکل کودکان در درک دستورات والدین و بیان صحیح خواسته‌ها و نیازهایشان هست.

#### متغیرهای والدگری: متغیرهای والدگری، پیش‌بینی

کننده‌های مناسبی برای خودتنظیمی مثبت در کودکان است. تعامل نامناسب والد کودک، شیوه فرزند پروری افراطی (مستبدانه در مقابل سهل‌گیرانه) و عدم دستیابی صحیح به مراقبت‌های بهداشتی در شیوع بالای مشکلات رفتاری در کودکان با آسیب شنوایی مؤثر است. رابطه والد-کودکی که فاقد کیفیت و دلبستگی مناسب و همراه با امرونی‌های متضاد مانند دخالت‌های زیاد، منفی‌گرایی و یا کنترل تنبیه‌گرانه باشد موجب افزایش مشکلات خودتنظیمی، تکانش‌گری، عدم شایستگی، کاستی توجه و بیش‌فعالی و مشکلات رفتاری می‌شود (۳۸). از طرفی بین میزان استرس والدین و شیوع مشکلات رفتاری در کودکان با آسیب شنوایی همبستگی وجود دارد. شواهد پژوهشی متعددی مبنی بر استرس بیش‌ازحد متوسط والدین این کودکان وجود دارد (۴۰ و ۳۹) که این استرس غالباً پیامد مسئولیت‌های روزمره در مراقبت از کودک است.

شنوایی سندرم میک شناخته شده است که شایع ترین آن‌ها سندرم آشر<sup>۱</sup>، پندرد<sup>۲</sup>، جرول<sup>۳</sup> و واردنبرگ<sup>۴</sup> است. در برخی سندرم‌ها احتمال وجود مشکلات ذهنی و رفتاری بیشتر است، برای مثال در سندرم CHARGE که مشکلات بینایی، شنوایی و تأخیر رشدی مشاهده می‌شود احتمال وجود مشکلات رفتاری، سازگاری اجتماعی و مشکلات هیجانی بالاتر است. همچنین در سندرم پندرد که آسیب شنوایی پیش رونده به همراه کم‌کاری تیروئید همراه است میزان شیوع مشکلات رفتاری و یادگیری ۵۰ درصد گزارش شده است. در بیشتر موارد خانواده تجربه قبلی از آسیب شنوایی ندارد و کودک ناشنوا اولین موردی است که دیده است. حمایت‌های اجتماعی از خانواده در پذیرش کودک با ناتوانی در کاهش مشکلات رفتاری کودک مؤثر است (۲۳).

**شدت آسیب شنوایی:** رابطه شدت آسیب شنوایی و شیوع مشکلات رفتاری چالش برانگیز است. در برخی پژوهش‌ها ارتباط اندکی بین شدت آسیب و شیوع مشکلات رفتاری و هیجانی گزارش شده است (۴۶ و ۴۵). در حالی که در سایر پژوهش‌ها، نتایج قابل تأمل و بررسی بیشتر است. در برخی پژوهش‌ها مشکلات بیشتری در زمینه سازگاری اجتماعی و مشکلات رفتاری در دانش آموزان با آسیب شنوایی شدید و عمیق نسبت به همسالان عادی گزارش شده، در حالی که در دانش آموزان با آسیب شنوایی متوسط و خفیف این نتیجه به دست نیامده است (۴۸ و ۴۷). برای مثال در پژوهش صورت گرفته توسط Fitzpatrick و همکاران مشکلات زبانی بالاتر در کودکان با آسیب شنوایی شدید و عمیق پیش دبستانی علت شیوع بیشتر مشکلات رفتاری این گروه از کودکان در مقایسه با همسالان عادی گزارش شده است.

از طرفی در تعدادی از مطالعات صورت گرفته، احتمال وجود مشکلات رفتاری هیجانی در کودکان با آسیب شنوایی خفیف و متوسط بالاتر از کودکان با آسیب شنوایی شدید و عمیق گزارش شده است (۴۹). برای مثال در پژوهشی که توسط Wake و همکاران (۲۰۰۴) انجام شد والدین کودکان ۷ تا ۸ ساله با آسیب شنوایی خفیف و متوسط، در مقایسه با والدین کودکان با آسیب شنوایی شدید، مشکلات بیشتری را در ارتباط با فرزندانشان گزارش کردند. شاید دلیل مشکلات هیجانی کمتر کودکان با آسیب شنوایی شدید و عمیق در مقایسه با خفیف و متوسط در پژوهش‌های ذکر شده، خود پنداره بهتر و ارتباط بیشتر و مناسب این کودکان با همسالان به دلیل جایابی مناسب آموزشی است. شاید بتوان گفت عدم تشخیص به موقع آسیب شنوایی خفیف و متوسط به دلیل قابل مشاهده نبودن مشکلات عمده در گفتار و زبان و نیز آگاهی اندک والدین نسبت به لزوم ارائه خدمات توان بخشی و مشاوره‌ای در افزایش احتمال بروز مشکلات رفتاری در این کودکان مؤثر است. همچنین به نظر می‌رسد آنچه در بروز مشکلات رفتاری و هیجانی کودکان با آسیب شنوایی نقش تعیین کننده دارد صرفاً رشد زبان دریافتی، تسلط بر نحو و خزانه واژگان نیست بلکه بدون در نظر گرفتن شدت آسیب شنوایی، مهارت‌های ارتباطی کودک که متأثر از تشخیص و مداخله زود هنگام و کیفیت تعامل اولیه والد-کودک است در وجود یا عدم وجود مشکلات رفتاری در کودکان با آسیب شنوایی نقش تعیین کننده دارد (۵۱).

**تفاوت‌های جنسیتی:** رشد مهارت‌های اجتماعی و ارتباطی در دختران و پسران از سال‌های نخستین زندگی متفاوت است. برخی پژوهش‌های صورت گرفته حاکی از تفاوت در میزان شیوع و تظاهرات بالینی مشکلات رفتاری در دختران و پسران هست (۵۲ و ۳۱). با توجه به تأثیر آسیب شنوایی بر تعامل کودک با محیط اجتماعی و نیز نقش تفاوت‌های جنسیتی در چگونگی ارتباط اجتماعی و واکنش‌های فردی، این سؤال مطرح می‌شود که آیا مشکلات رفتاری و هیجانی در کودکان با آسیب شنوایی از تفاوت‌های جنسیتی تأثیر می‌پذیرد یا خیر؟ در زمینه تأثیر تفاوت‌های جنسیتی در بروز مشکلات رفتاری افراد با

۱-Usher یک بیماری ژنتیکی است که باعث جهش ژنی ایجاد شده و باعث چند معلولیت مهم از جمله آسیب شنوایی، اختلال بینایی و نیز اختلال در تکلم افراد و اختلالات تعادلی می‌گردد.

۲-Pendred سندرم پندرد با نام‌های مختلف شناخته شده است از قبیل: سندرم ناشنوایی-گواتر، اختلال شنوایی و گواتر و همچنین نقصان ژنتیکی در تیروئید. این سندرم خود را به صورت ناشنوایی در کودکی و ناتوانایی در ورود ید در غده تیروئید و همچنین رشد ناقص حلزون گوش نشان می‌دهد.

۳-Jervell سندرم جرول یکی از اشکال سندرم QT است که یک اختلال ارثی است که علاوه بر اختلال آریتمی قلبی، اختلالات شنوایی را نیز بدنبال دارد.

۴-Waardenburg سندرم واردنبرگ یک بیماری ژنتیکی نادر است که علائم مختلفی می‌تواند داشته باشد؛ از ناشنوایی کامل گرفته تا مشکلات کوچک در سیستم عصبی و مشکلاتی در رنگدانه‌های بدن. این بیماری اولین بار در سال ۱۹۵۱ توصیف و معرفی شد.

آسیب شنوایی تحقیقات اندکی صورت گرفته که در برخی پژوهش‌ها تفاوتی بین مردان و زنان در سنین بزرگسالی به لحاظ شیوع مشکلات رفتاری گزارش نشده است (۵۴ و ۵۳)، در حالی که تحقیق صورت گرفته توسط Leigh و همکاران نشان‌دهنده تفاوت جنسیتی در مهارت‌های ارتباطی و خودتنظیمی در کودکان با آسیب شنوایی در سن سه‌سالگی است، به‌گونه‌ای که عملکرد دختران در ارزیابی‌های مربوط به خودکنترلی و مهارت‌های ارتباطی بهتر از پسران گزارش شده است (۴۵). در پژوهش Laugen و همکاران، شکایت والدین دارای فرزند پسر با آسیب شنوایی از مشکلات رفتاری فرزندشان در مقایسه با والدین دارای فرزند دختر با آسیب شنوایی بالاتر گزارش شده است (۵۱). به نظر می‌رسد مشکلات رفتاری پسران با آسیب شنوایی در قالب اختلالاتی مانند کاستی توجه، بیش‌فعالی و رفتارهای تکانشی بروز پیدا می‌کند که در مقایسه با اختلالاتی از قبیل اضطراب، افسردگی و اختلالات خلقی که در دختران با آسیب شنوایی شیوع بالاتری دارد، در سنین پایین‌تری شناسایی و نشانه‌های بالینی مشخص می‌شوند (۵۵).

از طرفی محیط‌های اجتماعی به‌گونه‌ای متفاوت به پسران و دختران واکنش نشان می‌دهند، به این معنی که پسران و دختران، حتی در خانواده یکسان با هم محیط‌های اجتماعی متفاوتی را تجربه می‌کنند؛ برای مثال، با وجودی که دختران و پسران در میزان شیوع کمرویی تفاوتی با یکدیگر ندارند، به نظر می‌رسد پسران هنگام ابراز کمرویی با واکنش‌های منفی‌تری نسبت به دختران مواجه می‌شوند (۵۶). همچنین از آنجایی که پسران در اغلب موارد مشکلات رفتاری را به‌صورت رفتارهای آشکار مانند پرخاشگری نشان می‌دهند ممکن است در مقایسه با دختران که معمولاً مشکلات هیجانی با تظاهر بالینی کمتری دارند خدمات پزشکی و درمانی زودتر و بیشتری را دریافت کنند.

#### محیط آموزشی: یکی از نکات مورد بحث در ارتباط

با مشکلات رفتاری و بهداشت روانی کودکان با آسیب شنوایی، جایابی آموزشی بوده است. برخی از پژوهش‌ها

حاکمی از بهبود مهارت‌های هیجانی و ارتباطی کودکان با آسیب شنوایی شاغل به تحصیل در مدارس استثنایی که از زبان اشاره برای برقراری ارتباط استفاده می‌کنند در مقایسه با کودکان با آسیب شنوایی شاغل به تحصیل در مدارس عادی است (۵۷ و ۱۳). در این پژوهش‌ها ذکر شده که استفاده از زبان اشاره به این کودکان کمک می‌کند در سال‌های نخستین زندگی مهارت‌های ارتباطی خود را به‌طور طبیعی‌گسترش دهند و جایابی این کودکان در مدارس استثنایی و تحصیل در کنار افراد مشابه در نگرش مثبت افراد نسبت به خود و خود پنداره آن‌ها به‌عنوان فرد با آسیب شنوایی مؤثر است. همچنین پژوهش‌های متعددی از تأثیر کاشت حلزون شنوایی و تحصیل کودکان در مدارس عادی بر بهداشت روانی بالاتر کودکان با آسیب شنوایی حمایت می‌کنند (۵۹ و ۵۸). برای مثال در پژوهش صورت گرفته توسط Pisoni و همکاران بر کارکرد اجرایی کودکان با آسیب شنوایی شاغل به تحصیل در مدارس عادی و با آسیب شنوایی، مشخص شد که کودکان با آسیب شنوایی شاغل در مدارس عادی از عملکرد بالاتری برخوردارند و ضعف در کارکرد اجرایی سبب بروز مشکلات رفتاری و کاهش در قابلیت‌های ارتباطی می‌شود. برخلاف نتیجه گزارش شده در این پژوهش، در مطالعه صورت گرفته توسط Cook و همکارانش مشخص شد کودکان کاشت حلزون شده شاغل به تحصیل در مدارس عادی علی‌رغم پیشرفت تحصیلی تقریباً برابر با همسالان شنوا، نداشتن دوست صمیمی و تنهایی را گزارش کرده و در کارکردهای اجتماعی هیجانی و ارتباطی با مشکل روبرو هستند (۶۰).

امروزه تشخیص بهنگام آسیب شنوایی به‌مدد تکنیک‌های غربالگری و تشخیصی و پیشرفت در تکنولوژی وسایل کمک شنوایی اعم از سمعک یا کاشت حلزون شنوایی، منجر به بهبود مهارت‌های زبانی و ارتباطی کودکان با آسیب شنوایی و افزایش تعداد دانش‌آموزان با آسیب شنوایی در مدارس عادی می‌شود؛ بنابراین عملاً شاهد حضور دانش‌آموزانی در مدارس استثنایی هستیم که به دلایلی همچون وجود مشکلات شناختی به همراه آسیب شنوایی، تشخیص و مداخله پس از سن زبان‌آموزی، شرایط فرهنگی و تحصیلات خانوادگی که

و عوامل متعددی مانند انتظارات والدین، شیوه فرزند پروری، چگونگی تفسیر رفتار والدین و تاب آوری آن‌ها در مشکلات در نحوه گزارش عملکرد کودکان توسط آن‌ها سهیم است (۵۴ و ۱۰).

همچنین الگوی پاسخ‌دهی کودکان با آسیب شنوایی به ارزیابی‌ها ممکن است نه حاکی از مشکلات آن‌ها در درک حالت ذهنی بلکه ناشی از ناتوانی آن‌ها در بیان دلایلیشان برای مشخص کردن رفتار و هیجانات در موقعیت‌های تشریح شده باشد. در ارزیابی‌ها اگرچه سعی می‌شود ماهیت تکالیف به روشنی برای کودک توضیح داده شود، اما پاسخ به چرایی رفتارها و هیجانات نیازمند آن است که کودک جملات پیچیده‌تری را به کاربرد. به عبارتی ممکن است کودک نحوه رفتار صحیح و دلایل اجتماعی آن را بداند اما بیانش دشوار باشد که توجه به این موضوع به‌ویژه در آزمون‌های تشریحی حائز اهمیت است. آنچه بایستی در ارزیابی در نظر گرفت آن است که کودک با آسیب شنوایی در سیستم و بافت پیچیده‌ای زندگی می‌کند که شامل خانواده، مدرسه و اجتماع است؛ بنابراین بایستی در ارزیابی به همه موارد توجه کرده و در تفسیر نتایج، رفتار کودک را در محیط‌های متعدد مدنظر قرارداد. خلاصه پژوهش‌های بررسی‌شده در جدول ۲ نشان داده شده است.

جدول ۲- خلاصه پژوهش‌های بررسی‌شده در بازه زمانی ۲۰۰۷-۲۰۱۷

ردیف	پژوهشگران	نتایج	بانک اطلاعاتی
۱	شاه و همکاران (۲۰۱۷)	مشکلات افراد با آسیب شنوایی در احساسات و هیجانات به عدم تسلط کافی آن‌ها به زبان اعم از اشاره و شفاهی مربوط است. از طرفی آگاهی اندک متخصصان در نحوه برقراری ارتباط با افراد با آسیب شنوایی، روند ارزیابی و تشخیص مشکلات هیجانی و رفتاری در این گروه را با مشکل روبرو می‌سازد.	Science Direct
۲	لاگن و همکاران (۲۰۱۶)	آنچه در بروز مشکلات رفتاری و هیجانی کودکان با آسیب شنوایی نقش تعیین‌کننده دارد صرفاً رشد زبان دریافتی، تسلط بر نحو و خزانه واژگان نیست بلکه بدون در نظر گرفتن شدت آسیب، مهارت‌های ارتباطی کودک که متأثر از تشخیص و مداخله زودهنگام و کیفیت تعامل اولیه والد-کودک است در وجود یا عدم وجود مشکلات رفتاری در کودکان با آسیب شنوایی مؤثر است.	Google Scholar

منجر به مشارکت ضعیف والدین در امر تشخیص و توان بخشی می‌شود قادر به حضور در مدارس عادی و استفاده از خدمات آموزشی در کنار همسالان شنوا نیستند، از این رو در بررسی و مقایسه مشکلات رفتاری و هیجانی در کودکان با آسیب شنوایی شاغل به تحصیل در مدارس عادی و استثنایی با دو گروه همگن روبرو نیستیم. به نظر می‌رسد عامل تعیین‌کننده در بروز مشکلات رفتاری این کودکان، جایابی آموزشی نیست، به عبارتی در بررسی مشکلات رفتاری و هیجانی دانش‌آموزان با آسیب شنوایی علاوه بر گسترش توانایی‌های زبانی، بایستی قابلیت‌هایی همچون خودکارآمدی یا خودکنترلی نیز مورد توجه قرار گیرند. در پژوهش Stevenson و همکاران مشخص شد تفاوت‌های قابل توجهی که در حال حاضر در میان دانش‌آموزان با آسیب شنوایی در مهارت‌های ارتباطی و اجتماعی وجود دارد به دلیل نوع مدرسه نیست، بلکه تفاوت‌های فردی بین دانش‌آموزان از قبیل هوش، مهارت‌های زبانی، بافت اجتماعی و وجود یا عدم وجود سایر معلولیت‌ها نقش تعیین‌کننده دارد (۶۱).

## ارزیابی مشکلات رفتاری در کودکان با آسیب شنوایی

ارزیابی مشکلات رفتاری در کودکان با آسیب شنوایی پیچیده و چالش‌برانگیز است. در بسیاری از موارد عدم آگاهی و توانایی متخصصان از چگونگی برقراری ارتباط با کودکان با آسیب شنوایی، روند ارزیابی، تشخیص، تفسیر نتایج و مداخله را با دشواری‌هایی روبرو می‌سازد (۶۲). یکی از مسائل عمده در تفسیر پژوهش‌های انجام‌شده، ماهیت ناهمگون کودکان با آسیب شنوایی به لحاظ شدت، نوع آسیب، سبب‌شناسی، سن شروع، سن تشخیص ناشنوایی، مهارت‌های ارتباطی و بافت فرهنگی است. مسئله دیگر نامناسب بودن ابزارهای به‌کاررفته جهت ارزیابی سلامت روانی بوده است که تفسیر نتایج را به‌ویژه برای دانش‌آموزان غیر انگلیسی‌زبان با مشکل مواجه می‌سازد. از طرفی بیشتر پژوهش‌هایی که شیوع مشکلات رفتاری در کودکان با آسیب شنوایی را بالاتر گزارش می‌کنند متکی بر گزارش‌های والدین بوده‌اند

Google Scholar	عامل تعیین‌کننده در بروز مشکلات رفتاری کودکان با آسیب شنوایی، جابایی آموزشی نیست، به عبارتی در بررسی مشکلات رفتاری و هیجانی دانش‌آموزان با آسیب شنوایی علاوه بر گسترش توانایی‌های زبانی، قابلیت‌هایی همچون خودکارآمدی یا خودکنترلی نیز بایستی موردتوجه ویژه قرار گیرند و مهارت‌های ارتباطی این کودکان در نحوه تعامل با همسالان و سازگاری اجتماعی آن‌ها نقش عمده‌ای دارد.	کیو و مینچل (۲۰۱۲)	۹
PubMed	احتمال وجود مشکلات رفتاری هیجانی در کودکان با آسیب شنوایی خفیف و متوسط بالاتر از کودکان با آسیب شنوایی شدید و عمیق هست. در این پژوهش، یکی از دلایل مشکلات هیجانی کمتر کودکان با آسیب شنوایی شدید و عمیق در مقایسه با خفیف و متوسط، خود بنداره بهتر و ارتباط بیشتر و مناسب این کودکان با همسالان به دلیل جابایی مناسب آموزشی ذکر شده است.	تايل و همکاران (۲۰۱۱)	۱۰
PubMed	ویژگی‌های روان‌شناختی کودکانی که زود تحت عمل کاشت حلزون قرار گرفته‌اند مشابه همسالان شنوایشان است و مهارت‌هایی مانند خود نظم دهی، خودکنترلی، ارتباط با همسالان و نیز مهارت‌های اجتماعی با کاشت زود هنگام بهبود می‌یابد.	لوی و همکاران (۲۰۱۰)	۱۱
Google Scholar	کودکان با آسیب شنوایی کاشت حلزون شده شاغل به تحصیل در مدارس عادی علی‌رغم پیشرفت تحصیلی تقریباً برابر با همسالان شنا، نداشتن دوست صمیمی و تنهایی را گزارش کرده و در کارکردهای اجتماعی هیجانی و ارتباطی با مشکل روبرو هستند.	کوک و همکاران (۲۰۰۸)	۱۲
Google Scholar	سازگاری اجتماعی کودکان با آسیب شنوایی که قبل از سن ۶ ماهگی در معرض ارتباط مناسب دیداری و شنیداری قرار بگیرند بیشتر است و کودکان با آسیب شنوایی دارای والدین شنا به دلیل دسترسی نامناسب به زبان و ارتباط اولیه، با مشکلات رفتاری و هیجانی بیشتری در مقایسه با کودکان ناشنای دارای والدین ناشنواروبرو هستند.	کاتلاک و همکاران (۲۰۰۷)	۱۳
Google Scholar	همراهی آسیب شنوایی با سایر ناتوانی‌ها احتمال بروز مشکلات رفتاری، هیجانی و مشکلات مدرسه را افزایش می‌دهد. از طرفی بین میزان آسیب شنوایی و مشکلات سازگاری اجتماعی همبستگی وجود دارد.	برنبرگ و برگلند (۲۰۰۷)	۱۴

## راهکارهایی در جهت کاهش مشکلات رفتاری کودکان با آسیب شنوایی

- آموزش مهارت‌های اجتماعی: یادگیری مهارت اجتماعی موجب می‌شود کودک فرایندهای مسئولیت‌پذیری را درک کرده و در مقابل خواسته‌های منفی و فشارهای دیگران برای انجام رفتارهای هنجارشکنانه

ردیف	پژوهشگران	نتایج	بانک اطلاعاتی
۳	تیکلاسن و دامیر (۲۰۱۶)	میزان شیوع مشکلات رفتاری در کودکان با آسیب شنوایی در مقایسه با هم‌تایان شنوایشان ۲۰-۴۰ درصد بالاتر هست. همچنین کودکان با آسیب شنوایی شاغل به تحصیل در مدارس استثنایی که از زبان اشاره برای برقراری ارتباط استفاده می‌کنند در مقایسه با کودکان با آسیب شنوایی شاغل به تحصیل در مدارس عادی از رشد ارتباطی و هیجانی بالاتری برخوردارند.	Google Scholar
۴	چانو و همکاران (۲۰۱۵)	شیوع مشکلات رفتاری برون‌ریز مانند پرخاشگری در کودکان با آسیب شنوایی ۳۰ تا ۵۰ درصد (در مقایسه با ۱۸-۳۰ درصد در کودکان شنا) و مشکلات رفتاری درون‌ریز مانند افسردگی و اضطراب ۲۸-۳۵ درصد (در مقایسه با ۱۷-۲۰ درصد در کودکان شنا) هست. همچنین در کودکان با آسیب شنوایی که به‌طور میانگین از عمل کاشت حلزون آن‌ها ۸ سال می‌گذشت رفتارهای درون‌ریز و برون‌ریز مشابه هم‌تایان شنوایشان بود. به نظر می‌رسد حمایت‌های اجتماعی، توان‌بخشی بعد از عمل کاشت حلزون شنوایی در بروز یا عدم بروز مشکلات رفتاری در کودکان با آسیب شنوایی کاشت حلزون شده نقش تعیین‌کننده‌ای دارد.	Science Direct
۵	لیگ و همکاران (۲۰۱۵)	نتیجه این پژوهش حاکی از نقش تفاوت جنسیتی در مهارت‌های ارتباطی و خودتنظیمی در کودکان با آسیب شنوایی در سن سه‌سالگی است. به‌گونه‌ای که عملکرد دختران در ارزیابی‌های مربوط به خودکنترلی و مهارت‌های ارتباطی بهتر از پسران گزارش شده است.	Google Scholar
۶	هینتر مایر (۲۰۱۳)	وجود مشکل در خودتنظیمی که یکی از عملکردهای کارکرد اجرایی است منجر می‌شود کودکان با آسیب شنوایی در برون‌سازی مناسب هیجانات و رفتارها با مشکل مواجه شوند. این موضوع مؤید نقش تعاملات اولیه در کاهش مشکلات رفتاری و سازگاری اجتماعی کودکان با آسیب شنوایی است.	Google Scholar
۷	والکر (۲۰۱۳)	در برخی سندرم‌ها احتمال وجود مشکلات ذهنی و رفتاری بیشتر است، برای مثال در سندرم CHARGE که مشکلات بینایی، شنوایی و تأخیر رشدی مشاهده می‌شود احتمال وجود مشکلات رفتاری، سازگاری اجتماعی و مشکلات هیجانی بالاتر است.	Science Direct
۸	اکالا و همکاران (۲۰۱۲)	نتیجه این پژوهش مؤید نقش مداخلات زود هنگام و خانواده محور بر بهبود رفتارهای سازشی کودکان با آسیب شنوایی است؛ به‌گونه‌ای که رفتارهای سازشی کودکانی که تحت عمل کاشت حلزون قرار می‌گیرند و از مداخلات توان‌بخشی که در آن خانواده نقش اصلی را دارد بهره می‌برند مشابه هم‌تایان شنوایشان است.	PubMed



مقاومت به خرج دهد و نه بگوید. در خلال آموزش مهارت‌های اجتماعی، بایستی فرد جرئت ورزی نیز بیاموزد تا با حقوق خود آشنا شده و موقعیت‌هایی که بایستی از خود دفاع کند را فراگیرد (۶۳).

**۲. راهبرد حل مسئله:** فقدان مهارت‌های شناختی حل مسئله موجب بروز رفتارهای خشونت آمیز در کودکان می‌شود. در کودکانی که در مواجهه با مسائل مختلف قادر نیستند به راه‌حل‌های گوناگون بیندیشند و نمی‌توانند پیامدهای عمل خود را پیش‌بینی کنند، با احتمال شیوع رفتارهای خشونت آمیز بیشتر است (۶۴). راهبرد حل مسئله به افراد کمک می‌کند قبل از پاسخ تکانشی در مورد آنچه در صدد انجام آن هستند تأمل کنند.

**۳. شرطی‌سازی کنشگر و یادگیری مشاهده‌ای:** در نظریه شرطی‌سازی کنشگر زمانی که فرد مهارت‌های اجتماعی مناسب مانند دوست‌یابی، برقراری ارتباط مؤثر، ابراز وجود، کنترل خشم و غیره را کسب کند و در موقعیت‌های اجتماعی مانند محیط خانه و مدرسه به کار گیرد و با پیامدهای مثبت آن از قبیل حمایت اجتماعی، توجه و دادن حق انتخاب و احساس کارآمدی روبرو شود تمایل بیشتر به تکرار و انجام آن مهارت در سطح گسترده‌تری پیدا می‌کند. از طرفی بر اساس نظریه یادگیری مشاهده‌ای بندورا<sup>۱</sup>، یادگیری رفتار جدید فقط از طریق مشاهده صورت می‌گیرد و لازم نیست مشاهده‌کننده آن رفتار را انجام دهد و پی‌آمد مطلوب یا نامطلوب آن را شخصاً تجربه کند، بنابراین چنانچه محیط زندگی واقعی الگوی مناسب رفتاری برای کودکان با آسیب شنوایی باشد به‌گونه‌ای که در این محیط رفتار مناسب پاداش دریافت کند و رفتارهای نامناسب مانند پرخاشگری نه تنها پاداشی دریافت نکنند بلکه مورد نكوهش واقع شود، کودک شیوه رفتار مناسب و صحیح را می‌آموزد.

#### ۴. قوانین مشخص، واضح و با حدود مرز معین:

برخی والدین به غلط تصور می‌کنند برقراری نظم و پیروی از قوانین بایستی برای کودکان با آسیب شنوایی انعطاف بیشتری داشته باشد و عنوان می‌کنند کودک من به خاطر وجود مشکل شنوایی به اندازه کافی سختی تحمل می‌کند، بنابراین بایستی او را آزاد بگذارم، این در حالی است که وجود نظم حاکم بر فعالیت روزانه و نیز اجرای قوانین و محدودیت‌های مشخص، شفاف و متناسب بنا محدودده سنی کودکان، در کاهش مشکلات رفتاری آن‌ها نقش بسزایی دارد.

#### ۵. دارودرمانی:

این رویکرد درمانی با در نظر گرفتن اثرات جانبی داروها، به‌ویژه در مواردی که علاوه بر آسیب شنوایی سایر اختلالات نیز مشاهده می‌شود در کنار سایر روش‌ها مؤثر است.

#### ۶. در جهت کاهش مشکلات رفتاری دانش

**آموزان با آسیب شنوایی می‌توان موارد زیر را به معلمان توصیه کرد:**

۱. شرایطی که سبب بروز مشکلات رفتاری در دانش آموز می‌شود شناسایی کنید. برای مثال اگر در کلاس با دانش آموز پرخاشگری روبرو هستید شرایطی را شناسایی کنید که میزان پرخاشگری دانش آموز افزایش می‌یابد.

۲. پس از شناسایی شرایط، سعی در تغییر یا اصلاح وضعیت موجود نمایید. برای مثال اگر میزان عدم توجه دانش آموز به مطالب درسی در شرایطی که او در کنار پنجره نشسته افزایش می‌یابد جای نشستن او را تغییر دهید و یا اگر میزان پرخاشگری دانش آموزی در دقایق پایانی کلاس افزایش می‌یابد در بین آموزش مفاهیم درسی، دقایقی را به استراحت دانش آموزان اختصاص دهید و یا در دقایق پایانی کلاس به فعالیت‌های مورد علاقه دانش آموزان پردازید.

بتوانند از شرایط موجود بیشترین بهره را ببرند ضروری به نظر می‌رسد. در ذیل به برخی موارد که توجه به آنها در کلاس درس در کاهش مشکلات آموزشی و رفتاری دانش آموزان با آسیب شنوایی نقش بسزایی دارد اشاره می‌شود:

**نور کلاس:** نور زیاد یا ناکافی کلاس زمینه را برای بروز مشکلات آموزشی و رفتاری فراهم می‌سازد. اگر نور کلاس به اندازه‌ای باشد که موجب بازتاب از روی تخته یا میز دانش آموز شود تمرکز دانش آموزان کاهش می‌یابد. از طرفی بیشتر دانش آموزان با آسیب شنوایی برای برقراری ارتباط و لب خوانی نیازمند به محرکات بینایی هستند که نور کافی و مناسب شرایط انتقال اطلاعات از کانال بینایی و شنوایی فراهم می‌سازد.

**صداهاى محیطی:** محیط پرسر و صدا منجر به کاهش درک گفتاری در دانش آموزان با آسیب شنوایی می‌شود. شرایط کلاس بایستی به گونه‌ای باشد که تا حد امکان نسبت سیگنال به نویز بالا بوده و سروصدای محیطی و مزاحم حذف شوند؛ بنابراین استفاده از جاذب‌های صوتی مانند کف‌پوش، پرده‌های نسبتاً ضخیم و یا دیوار پوش‌های مناسب در بهبود شرایط آکوستیکی کلاس و افزایش توجه دانش آموزان به مفاهیم درسی مؤثر است.

**چینش صندلی:** چینش صندلی‌ها بایستی به گونه‌ای باشد که دانش آموزان با آسیب شنوایی، به ویژه دانش آموزان با مشکلات رفتاری به راحتی بتوانند معلم و همچنین تخته کلاس را ببینند. به طور کلی شرایط کلاس بایستی به گونه‌ای باشد که میزان تعامل معلم و دانش آموزان به بیشترین حد ممکن برسد.

**نظم حاکم بر وسایل:** در کلاس منظم و ساختار یافته که هر چیز در سر جای خودش قرار داشته باشد و هر زمانی به انجام کار معین و مشخصی اختصاص داشته باشد مشکلات رفتاری دانش آموزان کاهش می‌یابد.

۳. مهارت‌های جدید را به دانش آموز بیاموزید و شرایطی را فراهم‌سازید که او بابت انجام رفتارهای مناسب مورد تشویق قرار گیرد. برای مثال برخی دانش آموزان با آسیب شنوایی در ترسیم تصاویر و اشکال تبحر زیادی دارند. سعی کنید با تشویق و بزرگنمایی این مهارت، محبوبیت دانش آموز را در میان سایر همکلاسی‌ها افزایش دهید و در مقابل به رفتارهای نامناسب او توجهی نشان ندهید.

۴. ارتباط خود را با والدین بیشتر کنید. بررسی کنید که رفتار نامناسب کودک در چه محیط‌هایی غیر از مدرسه وجود دارد و مطمئن شوید رفتار نامناسب صرفاً واکنشی به شرایط نامطلوب محیط آموزشی نیست. در برخی موارد وجود پاره از مشکلات در مدرسه مانند عدم پذیرش دانش آموز با آسیب شنوایی از سوی همسالان (به ویژه در مدارس عادی) یا شکست‌های پی‌درپی تحصیلی سبب بروز یا تشدید ناسازگاری رفتاری دانش آموز در محیط مدرسه می‌شود که با اصلاح شرایط و مداخله به موقع، میزان رفتارهای نامناسب کاهش می‌یابد.

۵. رابطه دانش آموز با سایر همسالان در شرایط گوناگون مانند زنگ تفریح، محیط کلاس و ساعات ورزش در نظر بگیرید و سعی کنید در قالب بازی‌ها و فعالیت‌های گروهی تعامل دانش آموزان با یکدیگر را افزایش دهید.

۶. شرایط فیزیکی کلاس اعم از چینش صندلی، نظم وسایل موجود در کلاس، نور و صداهاى محیطی در یادگیری دانش آموز نقش مؤثری دارد. از طرفی بین میزان پیشرفت تحصیلی و مشکلات رفتاری دانش آموزان ارتباط وجود دارد به گونه‌ای که با بهبود عملکرد تحصیلی، مشکلات رفتاری کاهش می‌یابد. همچنین دانش آموز با آسیب شنوایی ممکن است مشکلات جانبی دیگری مانند مشکلات جسمی داشته باشد که فراهم ساختن محیط با حداقل محدودیت به گونه‌ای که تمامی دانش آموزان

## بحث و نتیجه گیری

در این مطالعه پس از مرور پیشینه‌های نظری و شواهد پژوهشی به دنبال پاسخ به سه سؤال بوده‌ایم. اول اینکه آیا شیوع مشکلات رفتاری و هیجانی در جمعیت کودکان با آسیب شنوایی از شنوا بیشتر است؟ در صورت پاسخ مثبت، چه متغیرهایی با مشکلات رفتاری و هیجانی در کودکان با آسیب شنوایی همبسته است؟ دوم آنکه چالش‌های ارزیابی و تشخیص مشکلات رفتاری و هیجانی در این کودکان کدامند؟ و در نهایت چه راهکارها و برنامه‌های مداخله‌ای مؤثر را می‌توان در جهت کاهش مشکلات رفتاری و هیجانی کودکان با آسیب شنوایی پیشنهاد داد؟

آسیب شنوایی فرد را با مجموعه‌ای از پیامدهای نامطلوب احتمالی در زمینه‌های یادگیری، بهداشت روانی، کارکرد اجتماعی و شناختی، پیشرفت تحصیلی و محدود شدن فرصت‌های روبرو می‌کند. باین‌حال، نمی‌توان گفت که آسیب شنوایی به‌خودی‌خود به‌طور حتم موجب بروز چنین پیامدهای منفی است. آسیب شنوایی در بافت پیچیده اجتماعی و خانوادگی رخ می‌دهد و تاثیر آسیب شنوایی بر رشد هیجانی و اجتماعی افراد با شرایط متفاوت، یکسان نیست؛ بنابراین صرف وجود آسیب شنوایی الزاماً موجب بروز مشکلات رفتاری نخواهد شد و کودکان با آسیب شنوایی به لحاظ میزان شیوع مشکلات رفتاری و هیجانی گروه همگنی نیستند؛ عوامل متعددی از قبیل سن تشخیص و مداخله، شدت آسیب شنوایی، متغیرهای مربوط به فرزند پروری، وضعیت شنوایی والدین، تفاوت‌های جنسیتی و محیط آموزشی در وجود یا عدم وجود مشکلات رفتاری و هیجانی مؤثر است. یکی عوامل اثرگذار بر رشد رفتاری و هیجانی کودکان با آسیب شنوایی سن تشخیص و مداخله است. تشخیص زودهنگام آسیب شنوایی منجر می‌شود کودکان تعامل مناسبی را با سایرین داشته و در دوران کودکی انزوای کمتری را تجربه کنند. همچنین زمانی که کودکان بتوانند از کلمات برای بیان علایق، نیازها، احساسات استفاده کنند، بهتر می‌توانند رفتارشان را برای انطباق با انتظارات اجتماعی تنظیم کنند.

صرف‌نظر از شدت آسیب، یکی از عوامل تعیین‌کننده در مهارت‌های هیجانی و ارتباطی کودک با آسیب شنوایی، کیفیت تعامل اولیه کودک با والدین در سال‌های نخستین زندگی است و کودکان با آسیب شنوایی که از روزهای اولیه پس از تولد در قالب صداسازی‌های پیش‌کلامی، تماس چشمی و لمس بدنی با والدین خود ارتباط برقرار کنند و در معرض محیط غنی شنیداری قرار گیرند از مهارت‌های اجتماعی و هیجانی بالاتری برخوردارند؛ زیرا اکتساب زبان و مهارت‌های ارتباطی در طی سال‌های اولیه، توانایی‌های فرد را در نیازهای ارتباطی، اظهارات و ابراز عواطف کنترل می‌کند. همچنین الگوی پاسخ‌دهی کودکان با آسیب شنوایی به ارزیابی‌ها ممکن است نه‌حاکمی از مشکلات آن‌ها در درک حالت ذهنی بلکه ناشی از ناتوانی آن‌ها در بیان دلاییشان برای مشخص کردن رفتار و هیجانات در موقعیت‌های تشریح شده باشد. در ارزیابی‌ها اگرچه سعی می‌شود ماهیت تکالیف به‌روشنی برای کودک توضیح داده شود، اما پاسخ به چرایی رفتارها و هیجانات نیازمند آن است که کودک جملات پیچیده‌تری را به‌کاربرد. آنچه بایستی در ارزیابی در نظر گرفت آن است که کودک با آسیب شنوایی در یک سیستم و نظام زندگی می‌کند که شامل خانواده، مدرسه و اجتماع وسیع‌تر است بنابراین بایستی در ارزیابی به همه موارد توجه کرده و در تفسیر نتایج همه را مدنظر قرارداد. به نظر می‌رسد با استفاده از راهکارهایی مانند آموزش مهارت‌های اجتماعی، راهبرد حل مسئله، شرطی‌سازی کنشگر و یادگیری مشاهده‌ای، قوانین مشخص با حدود مرز معین، دارودرمانی در موارد مزمن و پیچیده و همچنین اصلاح شرایط و محیط آموزشی مانند نظم حاکم بر کلاس، بهبود شرایط آکوستیکی کلاس و برنامه ریزی برای به حداکثر رسیدن تعامل معلم - دانش آموز، می‌توان گام‌های مؤثری در جهت اصلاح رفتارهای نامناسب و بهبود مهارت‌های ارتباطی و هیجانی کودکان با آسیب شنوایی برداشت.

## References

1. Koo D, Crain K, LaSasso C, Eden GF. Phonological awareness and short-term memory in hearing and deaf individuals of different communication backgrounds. *Ann NY Acad Sci.* 2008; 1145(25): 83-9.
2. Boons J, Brokx I, Dhooge J, Frijns L, Peeraer A, Vermeulen J, et al. Predictors of spoken language development following pediatric cochlear implantation. *Ear Hear.* 2012; 33(5): 617-39.
3. Huttunen K, Valimaa T. Parents' views on changes in their child's communication and linguistic and socio-emotional development after cochlear implantation. *J Deaf Stud Deaf Educ.* 2010; 15(4): 383-404.
4. Tye- Murray N. *Foundation of aural rehabilitation.* (4th ed). Washington University: School of Medicine. 2015.
5. Netten A, Rieffe C, Theunissen S, Soede w, Dirk E. Early identification: language skills and social functioning in deaf and hard of hearing preschool children. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2015; 79(12): 2221-26.
6. Kral A, O'Donoghue G. Profound deafness in childhood. *N Engl J Med.* 2010; 363: 1438-50.
7. Hull H. *Introduction to aural rehabilitation* Abingdon: Plural Publishing; 2010, pp: 138-71.
8. Eisenberg L, Martinez A, Sennaroghi G, Osberger M. Establishing new criteria in selecting children for cochlear implantation: Performance of "platinum" hearing aid users. *Ann Otol Rhinol Laryngol.* 2000; 109(12): 30-32.
9. Kennedy C, McCann D, Campbell M, Law C, Mullee M, Petrou S, Watkin P, et al. Language ability after early detection of permanent childhood hearing impairment. *N Engl J Med.* 2006; 18(35): 2131-41.
10. Brown M, Cornes A. Mental health of deaf and hard of hearing adolescents: what the students say. *J Deaf Stud Deaf Educ.* 2015; 20(0): 75-81.
11. Bottcher L, Dammeyer J. Disability as a risk factor? Development of psychopathology in children with disabilities. *Res Dev Disabil.* 2013; 34(10): 3607-17.
12. Fellinger J, Holzinger D, Pollard R. Mental health of deaf people. *Lancet.* 2012; 379(9820): 1037-44.
13. Niclasen J, Dammeyer J. Psychometric properties of the strengths and difficulties questionnaire and mental health problems among children with hearing loss. *J Deaf Stud Deaf Educ.* 2016; 21(2): 129-40.
14. Qi S, Mitchell R. Large-Scale Academic Achievement Testing of Deaf and Hard-of-Hearing Students: Past, Present, and Future. *J Deaf Stud Deaf Educ.* 2012; 17(1): 1-18.
15. Cole E, Flexer C. *Children with hearing loss: developing listening and talking.* San Diego: plural.2008.
16. Bowlby J. *Separation, anxiety and anger.* In: attachment and loss. New York: Basic Books; 1973.
17. Vallotton C, Ayoub C. Use your words: The role of language in the development of toddlers' self-regulation. *Early Child Res Q.* 2011; 26(2):169-81.
18. Sadoski M. A dual coding view of vocabulary learning. *RWQ.* 2005; 21(3): 221-38.
19. Barker D, Quittner A, Fink N, Eisenberg S, Tobey E, Niparko J. Predicting behavior problems in deaf and hearing children: The influences of language, attention, and parent-child communication. *Dev Psychopathol.* 2009; 21(2): 373-92.
20. Quittner A, Barker D, Cruz I, Snell C, Grimley M, Botteri M. Parenting stress among parents of deaf and hearing children: associations with language delays and behavior problems. *Parent Sci Pract.* 2010; 10(2): 136-55.
21. Theunissen S, Rieffe C, Kouwenberg M, De Raeve L, Soede W, Briaire J. Behavioral problems in school-aged hearing-impaired children: the influence of sociodemographic, linguistic, and medical factors. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2013; 23(3):187-96.
22. Chao W, Lee L, Liu T, Tsou Y, Chan K. Behavior problems in children with cochlear implants. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2015; 79(5): 648-53.
23. Walker R. Child mental health and Deafness. *Paediatr Child Health.* 2013; 23(10):438-42.
24. Hassanzadeh S, Nikkhoo F. Effect of Navayesh parent-based comprehensive rehabilitation program on the development of early language and communication skills in deaf children aged 0-2 years. *Rehabilitation.* 2016; 17(4): 326-37. [Persian].
25. Wheeler A, Archbold S, Gregory S, Skipp A. Cochlear Implants: The young people's perspective. *J Deaf Stud Deaf Educ.* 2007; 12(3): 303-16.
26. Vandam M, Sophie E, Ambrose M, Moeller P. Quantity of parental language in the home environments of hard-of-hearing 2-year-olds. *J Deaf Stud Deaf Educ.* 2012; 17(4): 402-20.
27. Martines F, Martines E, Ballacchino A, Salvago P. Speech perception outcomes after cochlear implantation in prelingually deaf infants: The Western Sicily experience. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2013; 77(5): 707-13.
28. Giacomo A, Craig F, D'Elia A, Giagnotti F, Matera E, Quaranta N. Children with cochlear implants: Cognitive skills, adaptive behaviors, social and emotional skills. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2013; 77(12): 1975-79.
29. Schorr E, Roth F. Quality of life for children with cochlear

- implants: Perceived benefits and problems and the perception of single words and emotional sounds. *J Speech, Lang Hear Res.* 2009; 52(1): 141-52.
30. Punch R, Hyde M. Social participation of children and adolescents with cochlear implants: a qualitative analysis of parent, teacher, and child interviews. *J Deaf Stud Deaf Educ.* 2011; 16(4): 474-93.
31. Loy B, Warner A, Czyz L, Tong E, Tobey P. The children speak: an examination of the quality of life of pediatric cochlear implant users. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2010; 142(2): 247-53.
32. Kushalnagar P, Krull K, Hannay J, Mehta P, Caudle S, Oghalai J. Intelligence, parental depression, and behavior adaptability in deaf children being considered for cochlear implantation. *J Deaf Stud Deaf Educ.* 2007; 12(3): 335-49.
33. Oghalai J, Caudle S, Bentley B, Abaya H, Lin J, Baker D. Cognitive outcomes and familial stress after cochlear implantation in deaf children with and without developmental delays. *Otol Neurotol.* 2012; 33(6): 947-56.
34. Edwards L, Khan S, Broxholme D, Langdon. Exploration of the cognitive and behavioral consequences of pediatric cochlear implantation. *Cochlear Implants Int.* 2007; 7(2): 61-76.
35. Khan S, Edwards L, Langdon D. The cognition and behavior of children with cochlear implants, children with hearing aids and their hearing peers: a comparison. *Audiol. Neurotol.* 2005; 10(2): 117-26.
36. Knutson J, Ehlers S, Wald R, Tyler R. Psychological consequences of pediatric cochlear implant use. *Ann Otol Rhinol Laryngol.* 2000; 185: 109-11.
37. Stevenson J, McCann D, Law C, Mullee M, Petrou S, Worsfold S, Kennedy C. The effect of early confirmation of hearing loss on the behaviour in middle childhood of children with bilateral hearing impairment. *Dev Med Child Neurol.* 2011; 53(3): 269-74.
38. Amraie K, Hassanzadeh S, Afrooz G. Predicting behavioral problems of children with cochlear implant hearing based on language development and secure attachment: the mediating role of self-regulation. *J Clin Psychol.* 2015; 9(37): 7-16. [Persian].
39. Alexandra L, Quittner D, Barker I, Carolyn S, Mary E, Grimley M. Parenting stress among parents of deaf and hearing children: Associations with language delays and behavior problems. *Parenting: Sci Pract.* 2010; 10(2): 136-55.
40. Burger T, Spahn C, Richter B, Eissele S, Löhle E, Bengel J. Parental distress: The initial phase of hearing aid and cochlear implant fitting. *Am Ann Deaf.* 2005; 150(1): 5-10.
41. Meadow K. Early manual communication in relation to the deaf child's intellectual, social, and communicative functioning. *J Deaf Stud Deaf Educ.* 2005; 10(3): 321-29.
42. Wallis D, Musselman C, MacKay S. Hearing mothers and their deaf children: The relationship between early, ongoing mode match and subsequent mental health functioning in adolescence. *J Deaf Stud Deaf Educ.* 2004; 9(1): 2-14.
43. Hintermair M. Executive functions and behavioral problems in deaf and hard-of-hearing students at general and special schools. *J Deaf Stud Deaf Educ.* 2013; 18(3): 344-59.
44. Brunnberg E, Berglund M. Self-rated mental health, school adjustment, and substance use in hard-of-hearing adolescents. *J Deaf Stud Deaf Educ.* 2008; 13(3): 324-35.
45. Leigh G, Ching T, Crowe K, Cupples L, Marnane V, Seeto M. Factors affecting psychosocial and motor development in 3-year-old children who are deaf or hard of hearing. *J Deaf Stud Deaf Educ.* 2015; 20(3): 331-42.
46. Fellingner J, Holzinger D, Sattel H, Laucht M, Goldberg D. Correlates of mental health disorders among children with hearing impairments. *Dev Med Child Neurol.* 2009; 51(8): 635-41.
47. Balen R, Blyth E, Calabretto H, Fraser C, Horrocks C, Manby M. Involving children in health and social research 'human becomings' or 'active beings'? *Childhood.* 2006; 13(1): 29-48.
48. Fitzpatrick E, Crawford L, Ni A, Durieux-Smith, A. A descriptive analysis of language and speech skills in 4- to 5-year-old children with hearing loss. *Ear Hear.* 2011; 32(5): 605-16.
49. Topol D, Girard N, Pierre L, Tucker R, Vohr B. The effects of maternal stress and child language ability on behavioral outcomes of children with congenital hearing loss at 18-24 months. *Early Hum Dev.* 2011; 87(12): 807-11.
50. Wake M, Hughes E, Poulakis Z, Collins C, Rickards F. Outcomes of children with mild-profound congenital hearing loss at 7 to 8 years: a population study. *Ear Hear.* 2004; 25(1): 1-8.
51. Laugen N, Jacobsen K, Rieffe C, Wichstrome L. Predictors of psychosocial outcomes in hard-of-hearing preschool children. *J Deaf Stud Deaf Educ.* 2016; 21(3): 259-67.
52. Tanidir C, Adaletli H, Gunes H, Kilicoglu A, Mutlu C, Bahali M, Uneri. Impact of gender, age at onset, and lifetime tic disorders on the clinical presentation and comorbidity pattern of obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. *J Child Adolesc Psychopharmacol.* 2015; 25(5): 425-31.
53. Hintermair M. Prevalence of socio-emotional problems in deaf and hard of hearing children in Germany. *Am Ann Deaf.* 2007; 152(3): 320-30.
54. Van Eldik T. Mental health problems of Dutch youth with hearing loss as shown on the youth self-report. *Am Ann Deaf.* 2005; 150(1): 11-16.
55. Rutter M, Caspi A, Moffitt T. Using sex differences in psychopathology to study causal mechanisms: Unifying issues

- and research strategies. *J Child Psychol Psychi.* 2003; 44(8): 1092-115.
56. Doey L, Coplan R, Kingsbury M. Bashful boys and coy girls: A review of gender differences in childhood shyness. *Sex Roles.* 2014; 70(7): 255-66.
57. Swanwick R, Dammeyer J, Hendar O, Kristoffersen A, Salter J. Shifting contexts and practices in sign bilingual education in northern Europe. In M. Marschark, H. Knoors, & G.Tang (Eds.), *Bilingualism and bilingual education* (pp. 465-494). New York, NY: Oxford University Press. 2014.
58. Pisoni D, Conway C, Kronenberger W, Henning S, Anaya E. Executive function, cognitive control and sequence learning in deaf children with cochlear implants. In M. Marschark & P. E. Spencer (Eds.), *Oxford handbook of deaf studies, language, and education* (pp. 439-457). New York: Oxford University Press. 2010, pp: 424-44.
59. Theunissen S, Rieffe C, Netten A, Braire J, Soede W, Schoones J, Frijns J. Psychopathology and its risk and protective factors in hearing-impaired children and adolescents: A systematic review. *JAMA Pediatrics.* 2014; 168(2): 170-77.
60. Cook C, Gresham F, Kern L, Barreras B, Thornton S, Crews S. Social skills training for secondary students with emotional and/or behavioral disorders: a review and analysis of the meta-analytic literature. *J Emot Behav Disord.* 2008; 16(3): 131-44.
61. Stevenson J, Kreppner J, Pimperton H, Worsfold S, Kennedy C. Emotional and behavioural difficulties in children and adolescents with hearing impairment: A systematic review and meta-analysis. *Eur Child Adolesc Psychi.* 2015; 24(5): 477-96.
62. Saha R, Sharma A, Srivastava M. Psychiatric assessment of deaf and mute patients – A case series. *Asian J Psychiatr.* 2017; 25(1): 31-5.
63. Symon J. Expanding interventions for children with autism parents as trainers. *J Posit Behav Interv.* 2005; 7(3):159-73.
64. Jacobs L, Turner L, Faust M, Stewart M. Social problem solving of children with and without mental retardation. *J Dev Phys Disabil.* 2002; 14(1): 37- 50.