

بررسی چالش‌های فراروی الگوی فرزندپروری والدین دارای فرزندان کم‌شنوا و ارائه

راهکارهای مناسب

محمد رحمان پور / دانشجوی دکتری علوم تربیتی دانشگاه اصفهان و مدرس دانشگاه پیام نور

چکیده:

کم‌شنوایی یکی از ناتوانی‌های رایج در میان کودکان به‌شمار می‌رود که علاوه بر ایجاد مشکلاتی برای کودک در زمینه شخصی و اجتماعی و یادگیری، مسائلی را نیز برای والدین در زمینه چگونگی پرورش آنها به وجود می‌آورد که برای برون رفت از این مسائل، باید برنامه‌ها و مداخلات پیشگیرانه انجام گیرد. هدف از این نوشتار این است که با استفاده از روش تحلیلی-استنباطی، ضمن تشریح کم‌شنوایی و علل مرتبط با آن، مسائل مربوط به الگوی فرزندپروری والدین در پرورش کودکان کم‌شنوا بررسی شده و راهکارهایی برای مواجهه با این مسائل توصیه شود. طبق نتایج، معمولاً والدین در مواجهه با کودکان کم‌شنوا از دو الگوی فرزندپروری مسئولانه و کناره‌گیرانه تبعیت می‌کنند. الگوی اول با پذیرش و تلاش در جهت کاهش مشکل همراه می‌باشد اما الگوی دوم، عدم پذیرش و عدم تلاش در جهت حل مشکل را به همراه دارد. راهکارهای ارائه شده در این نوشتار شامل دو دسته است. اول، شامل توجه جدی به اجرای برنامه غربالگری شنوایی و انجام مشاوره‌های قبل از ازدواج به عنوان پیشگیری اولیه و دوم، مشاوره با والدین کودکان کم‌شنوا در خصوص نحوه پرورش آنان، به عنوان پیشگیری ثانویه می‌باشد.

واژه‌های کلیدی: الگوی فرزندپروری، کم‌شنوایی

مقدمه

می‌شوند. برای بیشتر این خانواده‌ها، فرزندشان نخستین فرد کم‌شنوایی است که تاکنون دیده‌اند و لذا احساسات آنها به تجربیات افراد پس از یک داغدیدگی شباهت دارد و البته خود را با مسوولیتی بسیار حساس و دشوار مواجه می‌بینند. اهمیت قضیه زمانی بیشتر روشن می‌شود که پرورش فرزند حتی برای والدین تحصیل کرده طبقه متوسط و دارای فرزند سالم و طبیعی نیز وظیفه‌ای سنگین به شمار می‌رود و الگوی فرزندپروری آنان را تحت تاثیر قرار می‌دهد (ماسون و ماسون^۳، ۲۰۰۹).

اغلب مراقبت‌هایی که در محیط‌های خارج از خانه، در مراقبت از کودکان دارای نارسایی‌های رشدی از جمله کودک کم‌شنوا به عمل می‌آید به واسطه کیفیت پایین ارائه خدمات، مشکلاتی را برای خانواده و کودک به وجود می‌آورد. مراقبت از کودکان در چنین شرایطی، این گروه از افراد را در طول دوران بزرگسالی در معرض خطر سلامت روانی قرار می‌دهد (منزن^۴، ۲۰۰۸). آنچه در مورد پرورش کودکان کم‌شنوا می‌دانیم بیشتر مربوط به

سیستم شنوایی یکی از مهم‌ترین مکانیسم‌های حساس و از جمله زمینه‌های توانمندی در انسان به‌شمار می‌رود (دروور و آوراها^۱، ۲۰۱۰). کاهش شنوایی و کم‌شنوایی از شایع‌ترین نقص‌های حسی در انسان است که از هر ۱۰۰۰ تا ۲۰۰۰ نوزاد یک مورد را تحت تاثیر قرار می‌دهد (فروغمند و همکاران، ۱۳۹۰). شنوایی حسی کلیدی در رشد ارتباط و اساس و پایه یادگیری است. کودکی که نتواند ارتباط برقرار کند نمی‌تواند یاد بگیرد و به این ترتیب رشد شخصی و اجتماعی او دچار آسیب جدی خواهد شد (پروینگ و همکاران^۲، ۲۰۰۵). وجود یک فرزند ناتوان در خانواده غالباً تجربه‌ای ناخوشایند است و والدین را در معرض استرس قرار می‌دهد (فروغان و همکاران، ۱۳۸۵). نکته مهم این است که اغلب کودکان کم‌شنوا یا حتی ناشنوا، در خانواده‌های سالم متولد می‌شوند که طبق برآوردهای انجام شده بیش از نود درصد از کل این کودکان در خانواده‌هایی با والدین شنوا متولد

3. Mason & Mason
4. Meinzen

1. Dror & Avraham
2. Parving & et al

آمارهای موجود ۲۰/۷۱ تولد زنده به ازای هر ۱۰۰۰ نفر می‌باشد که احتمالاً سالانه حدود ۴۰۰۰ شیرخوار مبتلا به کم‌شنوایی متولد می‌شوند که نیمی از آنان در گروه نوزادان پرخطر قرار دارند (عبداللهی فحیم و نظری، ۱۳۸۶). طبق یک دسته‌بندی، می‌توان کم‌شنوایی را به چهار دسته تقسیم کرد:

الف- ملایم (۲۶-۴۰ دسی‌بل)،

ب- متوسط (۴۱-۵۵ دسی‌بل)،

ج- نسبتاً شدید (۵۶-۷۰ دسی‌بل) و

د- شدید (۷۱ به بالا) (حاجلو و انصاری، ۱۳۹۰).

مسئله مهم‌تر در مطالعه و بررسی کم‌شنوایی، عوامل موثر بر شیوع آن است. رابطه معلولیت با عوامل آن از نظریه شبکه علیتی تبعیت می‌کند (بونیتا و همکاران^۴، ۲۰۰۷).

اغلب مراقبت‌هایی که

در محیط‌های خارج از خانه، در مراقبت از کودکان

دارای نارسایی‌های رشدی از جمله کودک کم‌شنوا به عمل

می‌آید به واسطه کیفیت پایین ارائه خدمات، مشکلاتی را

برای خانواده و کودک به وجود می‌آورد. مراقبت از کودکان در

چنین شرایطی، این گروه از افراد را در طول دوران بزرگسالی

در معرض خطر سلامت روانی قرار می‌دهد

درباره علل یا عوامل منجر به کم‌شنوایی مطالعات زیادی انجام شده است که هر کدام به دسته‌ای از این عوامل پرداخته‌اند. از جمله این عوامل می‌توان به انواع بیماری‌ها (عبداللهی فحیم و نظری، ۱۳۸۶، جعفری، ۱۳۸۹)، عوامل محیطی (حاجلو و انصاری، ۱۳۹۰) و عوامل ژنتیکی (فروغ‌مند و همکاران، ۱۳۹۰، ویلمز^۵، ۲۰۰۰)، اشاره کرد. به منظور تشریح بهتر عوامل کم‌شنوایی، می‌توان آنها را در جدول زیر خلاصه کرد:

مواردی است که مشکل یا چالش‌هایی وجود دارد. چالش‌های رشد روان‌شناختی و اجتماعی ما را به شناسایی محیط‌های خانوادگی نه چندان مطلوب آنها می‌کشاند و یا رشد زبانی و قدرت سازگاری ضعیف بسیاری از آنان را به شیوه‌های نادرست تعامل والدین-فرزند نسبت می‌دهند (دالزل و همکاران^۱، ۲۰۰۷). هرچه میزان کم‌شنوایی کودک بیشتر می‌شود، والدین پرورش او را متفاوت‌تر می‌دانند. البته داشتن فرزند کم‌شنوای دیگر در منزل نیز بر نگرش والدین موثر است. والدین این کودکان در هر مرحله جدید از زندگی فرزند خود (ورود به مدرسه، نوجوانی، فارغ‌التحصیلی، ازدواج و غیره) بار دیگر دچار مشکلاتی در ارتباط با فرزند خویش می‌شوند که والدین کودکان سالم کمتر با آن مواجه‌اند (موللی و نعمتی، ۱۳۸۸). این امر نشان می‌دهد که الگوی فرزندپروری کودکان کم‌شنوا در محیط خانه از اهمیت بسیار زیادی برخوردار است. لذا به منظور حفظ سلامت روانی کودکان کم‌شنوا و همچنین آگاهی والدین در خصوص چگونگی کمک به کودکان خود در محیط خانه، این مقاله با استفاده از روش تحلیلی-استنباطی به بررسی چالش‌های فراروی الگوی فرزندپروری والدین دارای کودکان کم‌شنوا پرداخته است.

کم‌شنوایی و علل آن

کم‌شنوایی به عنوان کاهش توانایی درک اصوات می‌باشد و جزو شایع‌ترین معلولیت‌ها به شمار می‌رود (مهل و تامسون^۲، ۲۰۰۱). جای تعجب است که پس از چهار دهه تاکید بر اهمیت توجه به کم‌شنوایی، اطلاعات ناچیزی درباره شیوع آن در دسترس است. شیوع این عارضه در نوزادان حدود ۲ تا ۵ در ۱۰۰۰ تولد زنده می‌باشد (نورتن و پرکنز^۳، ۲۰۰۶). میزان تولد در ایران طبق

1. Dalzell & et al
2. Mehl & Thomson
3. Norton & Perkins

4. Bonita & et al
5. Willems

جدول ۱- عوامل موثر رایج در کم شنوایی کودکان

کم شنوایی ارثی (پدر، مادر و نسل بالاتر)	ارثی	عوامل ارثی - ژنتیکی
ازدواج فامیلی (درجه یک و درجه دو...)		
سندرمی (به دنبال ابتلا به بیماری و همراه با سایر علائم)	ژنتیکی	
غیر سندرمی (بک ژن منفرد بدون ظهور سایر علائم)		
جنسیت نوزاد		
سن بالای مادر هنگام بارداری	بیماری ها	
بیماری که نیازمند بستری در مراقبت های ویژه (NICU) باشد		
عفونت های داخل رحمی (سیتومگالوویروس، سیفلیس، زونا، توکسوپلاسموز یا سرخچه)		
عفونت های پس از تولد مانند مننژیت باکتریایی		
اختلالات پیشرونده عصبی		
موارد بیماری منتهی به تعویض خون	عوامل مربوط به تولد	
زایمان پرخطر و مشکل		
نوع زایمان (طبیعی یا سزارین)		
وزن موقع تولد کمتر از ۱۵۰۰ گرم		
بدشکلی های مادرزادی لاله و مجرای گوش		
ضربه به سر هنگام تولد یا پیش از آن		
مصرف مواد مخدر یا مشروبات توسط مادر		
مصرف داروهای خطر آفرین (مانند داروهای اتوتوکسیک)		
تردید والدین نسبت به وضعیت شنوایی		عوامل مربوط به بارداری و مراقبتی
تغذیه نامناسب مادر در دوران بارداری		
عدم مراقبت های بهداشتی و پزشکی از مادر		

همان گونه که مشاهده می شود عوامل زیادی می تواند در شیوع کم شنوایی دخالت کنند و آن را سبب شوند که می توان آنها را در دو دسته کلی عوامل محیطی و ژنتیکی قرار داد. اکثر پژوهش ها نیز به طور گسترده تاثیر متعامل عوامل محیط و عوامل ژنتیک را مورد بررسی قرار داده اند (درور و آوراها، ۲۰۱۰، یورگاسن^۱، ۲۰۰۷).

الگوی فرزندپروری

پرداختن به الگوهای فرزندپروری به طور ویژه توسط بامریند^۲ صورت گرفت که برای دهه ها، مطالعاتی را برای تدوین چارچوب مفهومی آن به انجام رساند (هاب تایت^۳

4. Alizadeh & Andreis

1. Yorgason
2. Baumrind
3. Hubbs-Tait

۲۰۱۲، یوسفیا^۶ و همکاران، ۲۰۱۱، کازدین و وایتلی^۷، ۲۰۰۵). بامریند (۲۰۱۳) معتقد است که الگوی مقتدرانه بیشتر کودک- محور بوده و در راستای برآوردن نیازهای آنان می‌باشد و انتظارات از کودکان در حد بالایی می‌باشد. در مقابل، الگوی استبدادی، والدین- محور بوده و بیشتر متکی بر زور و اجبار روانی از سوی والدین و نیز مداخله فزاینده آنان می‌باشد. شیوه‌های مختلف فرزندپروری والدین در دو بعد با یکدیگر تفاوت دارند. بعد اول توقع^۸ و کنترل و بعد دوم، پذیرندگی^۹ و اجابت-کنندگی^{۱۰}. ترکیب گوناگون دو بعد توقع / کنترل و پذیرندگی / اجابت‌کنندگی چهار شیوه فرزندپروری مقتدرانه^{۱۱}، مستبدانه^{۱۲}، سهل‌گیرانه^{۱۳} و کناره‌گیر^{۱۴} را به وجود می‌آورند (برنز^{۱۵}، ۲۰۰۸).

جدول ۲- خلاصه‌ای از تأثیرات شیوه‌های مختلف فرزندپروری

↑ پذیرندگی / اجابت‌کنندگی	↑ توقع / کنترل	شیوه مقتدرانه
↓ پذیرندگی / اجابت‌کنندگی	↑ توقع / کنترل	شیوه مستبدانه
↑ پذیرندگی / اجابت‌کنندگی	↓ توقع / کنترل	شیوه سهل‌گیرانه
↓ پذیرندگی / اجابت‌کنندگی	↓ توقع / کنترل	شیوه کناره‌گیر

همان‌گونه که مشاهده می‌شود، می‌توان دریافت که مطلوب‌ترین نتایج که سبب سازگاری‌های مختلف در فرزندان می‌شود و رشد همه‌جانبه آنان را در پی دارد، با شیوه مقتدرانه والدین در ارتباط است. والدین کودکان به سبب آن که به‌طور منطقی و عادلانه در شیوه مذکور با آنها برخورد می‌کنند و از حقوق آنان حمایت می‌کنند، می‌تواند به سازگاری‌ها و رشد روانی این کودکان بیانجامد. اما شاید بیشترین زیان را الگوی کناره‌گیر ایجاد

هیجانی سالم محسوب می‌شود، ناکام بمانند. بشارت^۱ و همکاران (۲۰۱۱) نیز معتقدند که الگوهای فرزندپروری والدین به الگوهای تعامل آنان در قبال فرزندانشان اشاره دارد. این الگوی تعامل، به ایجاد یک جو احساسی در خانواده منجر می‌گردد که به واسطه آن رفتارهای والدین قابل درک و شناسایی است. شیوه‌های فرزندپروری را به سه دسته شیوه تقسیم می‌کنند. فرزندپروری سهل‌گیرانه^۲ (یک الگوی فرزندپروری است که والدین به نسبت کمتر دستور می‌دهند و به کودکان اجازه می‌دهند احساس‌شان را آزادانه بروز دهند، کنترل روی رفتار کودکان ندارند، در منضبط کردن و تشویق کودکان چندان جدی نیستند، از کنترل پرهیز می‌کنند و بر اطاعت پافشاری نمی‌کنند)، شیوه فرزندپروری مستبدانه^۳ (الگوی بسیار محدود کننده فرزندپروری است که والدین قوانینی سخت تعیین می‌کنند، انتظار اطاعت مطلق و دقیق دارند، به ندرت به کودک توضیح می‌دهند، اغلب جهت کسب اهداف روی تنبیه تأکید می‌کنند، به شدت کودکان را کنترل می‌کنند، سعی می‌کنند فرزندان را وادار به رعایت ارزش-های سنتی مانند احترام به مراجع قدرت، کار و حفظ نظم و سنت می‌کنند، با فرزندان خود کمتر همدلی می‌نمایند) و شیوه فرزندپروری اقتدار منطقی^۴ (الگوی انعطاف‌پذیری است که والدین به کودکان آزادی قابل ملاحظه‌ای می‌دهند. در عین حال با ارائه دلایل منطقی برای محدودیت‌هایی که ایجاد می‌کنند دقیق هستند، مراقبت می‌کنند که کودکان این راهنمایی‌ها را به کار گیرند. این والدین نسبت به نیازها و نظرات کودکان پاسخگو و حساس هستند و اغلب از نظرات آنها در تصمیمات مربوط به خانواده استفاده می‌کنند) (میلر^۵ و همکاران،

6. Yousefia
7. Kazdin & Whitley
8. Demanding
9. Accepting
10. Responsive
11. Democratic
12. Authoritarian
13. Permissive
14. Uninvolved
15. Berns

1. Besharat
2. Uninvolved
3. Authoritarian
4. Authoritative
5. Miller

از آنها تبعیت می‌کنند، دو الگوی کناره‌گیر و مسئولانه را استنباط کرد. در الگوی کناره‌گیر، والدین ممکن است با معلولیت به عنوان یک امر غیرعادی برخورد کنند. در چنین الگویی، کودکان کم‌شنوا توسط والدین تحت استرس پرورش می‌یابند که این خود همانند منابع استرس اضافی در خانواده عمل می‌کند.

مطلوب‌ترین نتایج که سبب سازگاری‌های مختلف در فرزندان می‌شود و رشد همه‌جانبه آنان را در پی دارد، با شیوه مقتدرانه والدین در ارتباط است

این چرخه روابط خانوادگی، کارایی والدین و کودک و توانایی مقابله با مشکلات ناشی از معلولیت را بسیار متأثر می‌کند و ارتباط والد-کودک در چنین خانواده‌هایی خدشه دار می‌شود (فروغان و همکاران، ۱۳۸۵). بعضی از والدین احساس می‌کنند که پرورش فرزند کم‌شنوا بر دوش آنها سنگینی می‌کند و والدین شاید بسیار زود خسته شده و کناره‌گیری کنند و بخواهند که فقط مادر/پدر باشند و نه یک معلم یا مربی (موللی و نعمتی، ۱۳۸۸). همچنین در الگوی کناره‌گیر، چنانچه والدین خود را از نیازهای کودک کم‌شنوا کنار بکشند، ممکن است کودک در معرض تحریکات متناسب زبانی و گفتاری قرار نگرفته و همین محرومیت به ویژه در چند سال اول زندگی اثرات زیانبار و مخربی در کسب مهارت‌های خواندن، نوشتن، پیشرفت تحصیلی، رشد شناختی و اجتماعی کودک خواهد داشت (آلپینر و مک‌کارتی^۴، ۲۰۰۲، واهر و همکاران^۵، ۲۰۰۴). حال اگر دو الگوی مسئولانه و کناره‌گیر یا بی‌تفاوت را به عنوان دو الگوی فرزندپروری متفاوت در نظر داشته باشیم، می‌توان نقش هر کدام را در پرورش کودک کم‌شنوا به صورت زیر ارائه داد:

چراکه در این الگو، والدین مسائل و مشکلات قبول ندارند و یا از بسیاری از مسئولیت‌ها و تعهدات در قبال کودکشان سرباز زنند. طبق نتایج برخی از پژوهش‌ها، هر یک از الگوهای فرزندپروری با یکی از والدین (پدر یا مادر) تناسب بیشتری دارد. برای مثال، مادران بیشتر خواهان اتخاذ الگوی مقتدرانه بوده و کمتر تمایل به الگوی استبدادی و یا سهل‌گیرانه دارند. در مقابل، پدران بیشتر به الگوی مقتدرانه و سهل‌گیرانه تمایل بیشتری دارند و سازگاری کمتری با الگوی مستبدانه دارند (رینالدی و هاو^۱، ۲۰۱۲).

چالش‌های الگوی فرزندپروری والدین کودکان کم‌شنوا

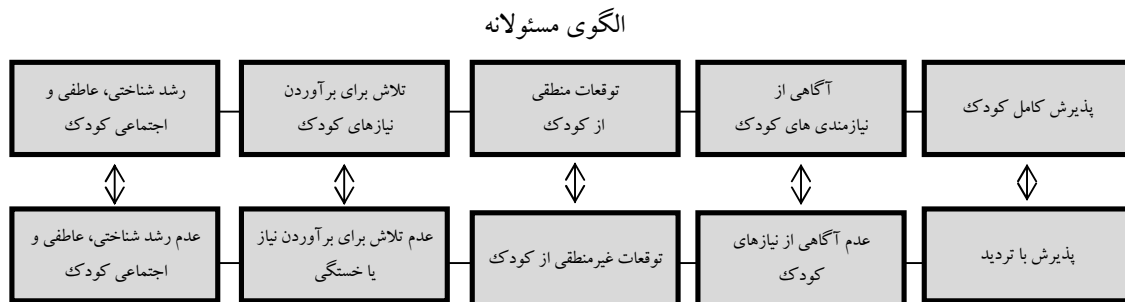
در شناسایی مشکلات کودکان کم‌شنوا در ابعاد روانی، اجتماعی و شناختی، باید متوجه محیط‌های خانوادگی نه چندان ناکارآمد بود و شاید بسیاری از این مسائل را به شیوه‌های نادرست تعامل والدین-کودک نسبت داد (پلسو و ولفسون و اپستین^۲، ۲۰۰۶). این در حالی است که خانواده به عنوان نخستین و منحصر به فردترین نهاد اجتماعی، سلامت و موفقیت هر جامعه را مرهون سلامت و رضایتمندی اعضای آن دانسته و روابط مثبت درون خانواده، از دوام، عمق و شدت زیادی برخوردار است (گلدبرگ و گلدبرگ^۳، ۲۰۰۲). نقش ارتباطات درون خانوادگی مانند الگوی والدین باهم، والدین-فرزندان و فرزندان با یکدیگر، در شکل‌گیری شخصیت افراد و توان سازگاری آنها و در نهایت بروز رفتارهای مناسب اجتماعی و روانی شایان توجه است (حسینیان و همکاران، ۱۳۸۶).

از چهار الگوی فرزندپروری اشاره شده، می‌توان دو الگوی مهم را که بیشتر والدین دارای کودکان کم‌شنوا

4. Alpiner & McCarthy
5. Vohr & et al

1. Rinakdi & Howe
2. Plessow- Wolfson & Epstein
3. Goldberg & Goldberg

شکل ۱- مقایسه دو الگوی والد- فرزند در ارتباط با پرورش کودک کم شنوا



الگوی کناره گیری یا بی تفاوت

کم شنوای خود دچار مشکل اند. این وضعیت به ویژه در خانواده هایی به چشم می خورد که مادر بسیار بیشتر از پدر درگیر مسائل فرزند کم شنوای خود است (ماسون و ماسون، ۲۰۰۹).

مادر بیشتر متمایل به الگوی مقتدرانه و یا سهل گیرانه است، اما پدر تابع الگوی مستبدانه است. برای مثال، یکی از مسائل والدین مربوط به تصمیم گیری هایی نظیر انتخاب روش ارتباطی، نوع مدرسه، نوع سمعک و غیره در ارتباط با فرزند کم شنوای خود است. ناهماهنگی بین تصمیم های اتخاذ شده توسط والدین گاه اشکالاتی ایجاد می کند. از سوی دیگر، در بیشتر خانواده ها، اتخاذ تصمیم درست و مسئولیت کارها به طور کلی به مادر سپرده می شود. اما این مسئولیت ها از سوی همسر وی غالباً نادیده گرفته می شود و او را مورد حمایت خود قرار نمی دهد. نقش اضافی که بر دوش والدین کودکان کم شنوا است، دست و پنجه نرم کردن با هیجانات خود، همسر و دیگر اعضای خانواده و از سویی، اجبار به اتخاذ تصمیم های خاص و سرنوشت ساز آنان را تحت فشارهای بسیار قرار می دهند (موللی و نعمتی، ۱۳۸۸).

ب- عدم اتخاذ الگوی فرزندپروری مناسب

تشخیص کم شنوایی شدید در یک کودک پیامدهای گوناگونی بر کل خانواده دارد. هدف اصلی در این

همان گونه که مشاهده می شود، در الگوی مسئولانه، والدین، کم شنوایی کودک را به عنوان یک ناتوانی اما نه غیرعادی که نتوان بر آن چیره شد، می پذیرند و لذا سعی در برآوردن نیازهای وی نموده و کودک را در معرض محرک های لازم جهت رشد همه جانبه، قرار می دهند. اما در الگوی کناره گیری، والدین در درجه اول کم شنوایی را امری غیرعادی پذیرفته و کمترین تلاش را برای کنار آمدن با کودک انجام داده و از اندک تلاش خود به زودی خسته شده و کنار می کشند که این امر موجبات رشد نایافتگی و حتی تشدید معلولیت کودک را به همراه دارد.

اگرچه نمی توان مسائل و مشکلات والدین کودکان کم شنوا را به همه آنها عمومیت داد، اما برخی از این مسائل عمده تر و مهم هستند که در زیر به مهمترین آنها می پردازیم.

الف- ناهماهنگی بین الگوی پدر و مادر

ناهماهنگی بین الگوی فرزندپروری پدر و مادر در ارتباط با کودک کم شنوا، رفتارهای انضباطی و تادیبی آنها را تحت تاثیر قرار می دهد (کنوتسون و همکاران، ۲۰۰۴). بسیاری از والدین کودکان کم شنوا در ارتباط با تربیت و آموزش انضباط و بایدها و نبایدها به فرزند

1. Knuston & et al

می آید. اما در برخی خانواده‌ها وضعیت به گونه‌ای دیگر است و خواهران/ برادران کودک کم شنوا با درک نیازهای او و درک فشار وارده به والدین خود، تجربه‌ای مثبت به وجود می‌آورند و روحیه همکاری و همدلی در خانواده به شدت تقویت می‌شود (موللی و نعمتی، ۱۳۸۸).

د- عدم درک دیگران

والدین کودکان کم شنوا غالباً از برخورد افراد جامعه، فامیل، دوستان و اطرافیان در مورد فرزند خود، همچنین از پیشنهادات، نصیحت‌ها و اندرزهای آنان و یاسوء تفاهم آنها و دیدگاه‌های نادرستشان در مورد فرزند خود دچار رنجش و ناراحتی می‌شوند. عکس العمل‌های افراد نسبت به کودک کم شنوا در مجامع عمومی و عدم درک و پذیرش او برخی اوقات سبب ناراحتی شدید والدین شده و آنان را به انزوا و دوری جستن از دیگران و ترک برخی ارتباطات می‌کشاند. این موضوع در جوامع اقلیت بیشتر به چشم می‌خورد. گرچه خانواده‌ها با کم شنوایی فرزند کنار می‌آیند اما بیشتر آنها از نگرش اطرافیان و جامعه نسبت به کم شنوایی فرزند خود ناراحت‌اند (موللی و نعمتی، ۱۳۸۸). البته نگرش والدین نیز به این مسائل بیشتر می‌افزاید. برای مثال، والدینی که نسبت به کودک خود نگرش مساعدی ندارند، به احساس بی‌ارزشی و عدم عزت‌نفس در کودک منجر می‌شود (مک آرتور^۱، ۲۰۰۵).

ه- مسائل مالی

هزینه‌های درمانی و توان‌بخشی کم شنوایی، فشار اقتصادی زیادی را بر خانواده تحمیل می‌کند (هال و مولر^۲، ۲۰۰۱). در واقع این هزینه بار اضافی بر دوش خانواده در ارتباط با فرزند خود وارد کرده و سبب ایجاد مشکلاتی دو چندان در خانواده می‌شود (موللی و نعمتی،

موقعیت حفظ تعاملات بهنجار و مناسب در محیط خانه است که بر عهده همه اعضای خانواده است. عموماً پس از شناسایی کم شنوایی کودک، والدین وارد مرحله سوگواری و غم می‌شوند و از الگوی مناسب و ثابتی جهت مواجهه با مشکل برخوردار نیستند. در واقع، در این نوع چالش، الگوی فرزندپروری والدین بی‌سامان و از روند خاصی تبعیت نمی‌کند. نخستین مرحله، انکار والدین است که تصور می‌کنند تشخیص اشتباه بوده است (الگوی سهل‌گیرانه). سپس به دنبال درمان‌های مختلف می‌روند و کودک را از یک متخصص به متخصص دیگر می‌برند. پس از آن وارد مرحله خشم، غم و تاسف، احساس گناه و ناامیدی می‌شوند (الگوی کناره‌گیرانه). این در حالی است که تنها پس از پذیرش کامل کم شنوایی فرزند است که والدین به تدریج برای فرزندشان ارزش قائل می‌شوند و او را به خاطر خودش دوست دارند. احتمالاً مهمترین عامل در سازگاری این خانواده‌ها میزان حمایت‌های اجتماعی است که از دیگران دریافت می‌کنند. اما باید تاکید کرد که احساسات والدین گذراست و آنها پس از رفع شوک‌های اولیه، تلاش می‌کنند اطلاعات بیشتری به دست آورده و با کم شنوایی کنار بیایند (موللی و نعمتی، ۱۳۸۸).

ج- تاثیر منفی بر سایر فرزندان

زمان، انرژی و هزینه‌های زیادی که اجباراً صرف کودک کم شنوا می‌شود؛ مستقیماً بر روی دیگر فرزندان خانواده (خواهران و برادران) نیز تاثیر می‌گذارد. زیرا این رفتارهای متفاوت سبب بروز حس حسادت و ناراحتی و رنجش در آنان می‌شود. برقراری تعادل لازم بین روابط فرزندان گاه بسیار مشکل می‌شود و در بسیاری از موارد برای دیگر فرزندان خانواده ملموس و قابل درک نیست. همچنین گاه دیگر فرزندان مایل به بازی و برقراری ارتباط با کودک کم شنوا نیستند و بین آنها فاصله به وجود

1. Mac Artor
2. Hall & Mueller

نوزادان شده است (واتکین^۱، ۲۰۱۰). پایه‌های این توجه از زمان اعلامیه سازمان جهانی بهداشت (WHO) پی‌ریزی شده است که طبق آن تمامی نوزادان پیش از ترخیص از بیمارستان باید تحت آزمایش‌های غربالگری شنوایی قرار گیرند. غربالگری، عبارت است از استفاده از آزمون‌ها، معاینات یا دیگر روش‌های سریع و ساده‌ای که بتواند در جمعیت وسیعی از افراد، کسانی که احتمالاً اختلال مورد نظر را دارند از افرادی که احتمالاً آن اختلال را ندارند، شناسایی کرده و افراد مشکوک و نیازمند ارزیابی‌های تشخیصی دقیق‌تر را شناسایی نماید (جعفری، ۱۳۹۰).

با توجه به این که در حدود ۳۰-۲۰ درصد کودکان کم‌شنوا در بدو تولد علامتی نداشته و در دوران شیرخوارگی به کم‌شنوایی مبتلا هستند، از این رو انجام برنامه‌های غربالگری شنوایی نوزادان باید به صورت همگانی اجرا شوند تا تعداد موارد شناسایی کم‌شنوایی به صورت قابل توجهی افزایش یابد. در حال حاضر، سازمان‌های بسیاری در سراسر جهان اجرای برنامه‌های ملی غربالگری شنوایی نوزادان را در بدو تولد و پیش از ترخیص از بیمارستان مورد تاکید و تصویب قرار داده‌اند و نرخ اجرای برنامه‌های ملی غربالگری شنوایی نوزادان از یک شتاب و رشد صعودی برخوردار بوده است (فرهادی و همکاران، ۱۳۸۵).

در ایران طرح غربالگری شیرخواران زیر ۳ ماه از سال ۱۳۸۶ در بخش اطفال و نوزادان بیمارستان خاتم الانبیاء آغاز شد و هم‌اکنون این طرح به‌طور چشمگیری در سراسر کشور اجرا می‌شود و حتی تا سن ۶ ماهگی به‌عنوان بهترین سن تشخیص انجام می‌گیرد. این امر دست والدین را برای سنجش شنوایی نوزاد و انجام مراحل بعدی درمان و مداخله را بازتر گذاشته است. این برنامه از یک تیم کارشناسی با عناوین زیر تشکیل شده است:

1. Watkin

۱۳۸۸). برای مثال، طبق برآوردهای انجام شده هزینه‌هایی که صرف یک فرد کم‌شنوا از بدو تولد تا بزرگسالی می‌شود (هزینه‌های آموزشی، پزشکی، شنوایی‌شناسی و هزینه‌های دیگر) بسیار زیاد است. همچنین طبق گزارشات، هزینه درمانی توان‌بخشی کودکانی که از بدو تولد ناشنوا شده‌اند، نسبت به کودکانی که پس از ۶-۳ سالگی برخوردار از شنوایی طبیعی کم‌شنوا شده‌اند، در حدود ۵ درصد کمتر است (جعفری، ۱۳۹۰).

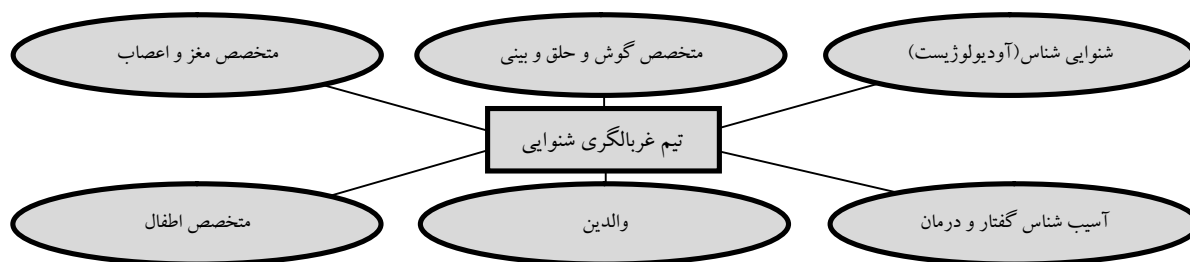
راهکارهای برخورد با کم‌شنوایی کودکان

کودکان کم‌شنوا معمولاً از هر نظر سالم هستند و نقص شنوایی نباید باعث جداسازی و طرد آنها از جامعه شود. اما آنچه بیش از هر چیزی اهمیت دارد این است که با راهکارهایی بتوانیم به شیوه صحیح و درخور با این معضل برخورد مناسب داشته باشیم و با نهادینه کردن این راهکارها، قدم بزرگی در جهت سلامت زیستی و روانی خانواده‌های دارای فرزندان کم‌شنوا برداریم. این راهکارها در دو بعد ارائه می‌شود که یکی در راستای پیشگیری اولیه و دیگری در راستای پیشگیری ثانویه و کاهش اثرات منفی فرزندان کم‌شنوا می‌باشد.

الف- برنامه غربالگری شنوایی

عدم تشخیص و مداخله زودهنگام کم‌شنوایی منجر به تاخیر در رشد گفتار و زبان می‌شود. همچنین اتکاء والدین و تشخیص کم‌شنوایی به‌صورت غیرفعال، باعث می‌شود که تشخیص قطعی کم‌شنوایی شدید و عمیق تا سن ۱۲ الی ۱۳ ماهگی و مداخله درمانی تا سن ۱۸ الی ۱۹ ماهگی به تعویق بیفتد (نورتن و پرکنز، ۲۰۰۶). به همین دلیل است که تشخیص و مداخله زودهنگام اساسی‌ترین راه برخورد با معضل کم‌شنوایی می‌باشد. خوشبختانه به‌خصوص در سال‌های اخیر با عنایت به پیشرفت فن‌آوری‌های جدید، توجه شایانی به امر غربالگری

شکل ۱- تیم غربالگری شنوایی نوزادان



۳- مرحله مداخله درمانی به موقع: بعد از آنکه نوزاد

در دو مرحله قبلی به عنوان نوزاد مشکل دار تشخیص داده شد باید اقدامات درمانی انجام گیرد و بهترین زمان آن قبل از ۶ ماهگی است و شکل انجام آن خانواده محور است. در این مرحله تجویز سمعک و پیگیری عملکرد آن، در اولویت است.

۴- مرحله توان بخشی: در این مرحله که از اهمیت

بسزایی نیز برخوردار است، تیم تخصصی و از جمله والدین، خدمات توان بخشی، مشاوره‌ای و باز توانی و آموزش‌های لازم را برای کودک کم شنوا فراهم می‌آورند تا بر مسائل کم شنوایی غلبه و خانواده‌ها را از عواقب منفی و زیان بار مصون نگه دارند.

جدول ۳- فرایند غربالگری شنوایی و افراد دخیل در آن

فعالیت	افراد دخیل	مرحله
انجام آزمون ABR یا OAE	والدین- شنوایی سنج	غربالگری
انجام آزمون AABR	والدین- شنوایی سنج- متخصص گوش و حلق و بینی	تشخیص
تجویز سمعک و پیگیری	والدین- شنوایی سنج- متخصص گوش و حلق و بینی- متخصص اطفال	مداخله درمانی
خدمات مشاوره، گفتار درمانی و مشاوره	والدین- شنوایی سنج- متخصص گوش و حلق و بینی- متخصص اطفال- متخصص مغز و اعصاب- آسیب شناس گفتار و زبان- مشاور	توان بخشی

همانگونه که مشاهده می‌شود، افراد و گروه‌های

زیادی در فرایند غربالگری شنوایی نوزادان درگیرند که این نشان از اهمیت و حساس بودن قضیه دارد. در این فرایند نقش والدین به عنوان اولین اشخاص مسئول در زمینه انجام تست شنوایی نوزاد، مهمترین و برجسته‌ترین نقش بوده و در صورتی که آنها تعهد و مسئولیت انجام آن را برعهده بگیرند، این فرایند با موفقیت همراه خواهد بود. اما در صورتی که بنا به دلایلی والدین حساسیت شنوایی را نادیده بگیرند و یا توجه کمی به آن نشان دهند، حتی در صورت بروز مشکل در زمینه شنوایی نوزاد، از انجام و پیگیری مشکل توسط سایر افراد متخصص دخیل در حوزه شنوایی به خصوص کارشناسان مراحل اولیه تشخیص، سرباز می‌زنند و فرایند تشخیص و مداخله را با شکست و یا دشواری مواجه خواهند کرد.

فرایند مذکور شامل سه مرحله است:

۱- مرحله غربالگری (آزمون اولیه): مرحله اول که قبل

از ترخیص از بیمارستان صورت می‌گیرد و معمولاً در ۶ یا ۴۸ ساعت اول تولد انجام می‌گیرد. آزمون انتخابی در این مرحله OAE و ABR می‌باشد.

۲- مرحله تشخیص (آزمون تخصصی): زمانی انجام

می‌شود که نوزاد در مرحله اول سالم تشخیص داده نشده و نیاز به آزمون دقیق‌تری باشد. AABR^۱ آزمون این مرحله می‌باشد.

1. Automated-Auditory Brainstem Response

هم حالت پیشگیری اولیه و هم ثانویه را به خود بگیرد.

مشاوره قبل از ازدواج (پیشگیری اولیه): این نوع مشاوره معمولاً قبل از ازدواج صورت می‌گیرد که به عنوان مشاوره ژنتیک نیز مشهور است. فرض زیربنایی این نوع مشاوره این است که ناتوانی‌هایی که کودک به صورت مادرزادی با خود همراه دارد، عامل اصلی ناتوانی‌های وی را در دوران بلوغ و بزرگسالی رقم می‌زنند که ناشی از عوامل ژنتیکی است (کنوتسون، ۲۰۰۴). زن‌ها دارای ترکیبات گوناگونی هستند که برخی از ترکیبات آن باعث ناتوانی و کم‌شنوایی در نوزادان می‌شود (درور و آوراها، ۲۰۱۰). لذا مشاوره ژنتیک باعث می‌شود تا از نوع ازدواج‌هایی که الگوها و ترکیب‌های ژنی خطرناک را موجب می‌شوند، ممانعت شود. لذا با مشاوره ژنتیک قبل از ازدواج، به‌خصوص ازدواج‌های خویشاوندی، می‌توان از بسیاری از کم‌شنوایی‌های شایع پیشگیری کرد (فروغ‌مند و همکاران، ۱۳۹۰). همچنین این نوع مشاوره شامل مشاوره و توصیه به زوجین در زمینه انجام آزمایش‌های خونی، مصرف نکردن دارو بدون تجویز پزشک، جلوگیری از صدمات جسمی در دوران بارداری، مبادرت به زدن واکسن سرخجه، عدم عفونت و عدم کمبود اکسیژن مادر قبل از بارداری، خواهد بود. آنچه در این زمینه شاید بیشتر از هر چیز دیگری مهم باشد، توسعه فرهنگ انجام مشاوره‌های ژنتیکی و جدی گرفتن آن از سوی آحاد جامعه و احتیاط در زمینه ازدواج‌های مشکوک است.

مشاوره بعد از ازدواج (پیشگیری ثانویه): این نوع

مشاوره بعد از ازدواج و زمانی انجام می‌گیرد که به علت عدم توجه به مشاوره ژنتیک و یا دیگر عوامل خطرزا، نوزاد کم‌شنوا متولد شده و وارد محیط خانواده می‌شود و لذا این نوع مشاوره با والدین و در زمینه نحوه برخورد با مسائل کم‌شنوایی کودک انجام می‌گیرد تا از بسیاری از عواقب منفی دامنه‌دارتر که ممکن است کودک و

همان‌گونه که جدول شماره ۳ نشان می‌دهد، غربالگری و مداخله شنوایی یک فرایند چهار مرحله‌ای است که نیازمند دخالت افراد و انجام فعالیت‌های متنوع است. هرچه مراحل بالاتر می‌رود، افراد بیشتر و خدمات تخصصی‌تر نیاز است. اگرچه در هر مرحله شاید افراد گوناگون با انجام فعالیت‌های گوناگون انجام گیرد، اما در هر مرحله افراد خاص و انجام یک فعالیت از اهمیت و فوریت بیشتری برخوردار است که در صورت انجام صحیح و مهم‌تر از هر چیزی انجام به موقع آن، باعث می‌شود تا شاید نیازی به مراحل بالاتر که طبعاً هزینه بردارتر و دشوارتر خواهد بود، نباشد. نکته قابل تامل در جدول این است که در تمامی مراحل والدین نقش اصلی را بازی می‌کنند. این نشان از آن دارد در صورتی که والدین متعهد شوند تا مسئولیت فرایند بهبودی کودک کم‌شنوای خود را برعهده بگیرند، برای این کار از هیچ تلاش و مداخله‌ای در مورد کودک خود دریغ نخواهند کرد.

در کل، اهمیت برنامه غربالگری و مداخله به عنوان یک راهکار در این است که انجام به موقع آن باعث می‌شود که در درجه اول از کم‌شنوایی و عواقب منفی و تبعات آن مصون ماند و یا در صورت بروز این عارضه بتوان به موقع برنامه مداخله و درمان را در ماه‌های اولیه زندگی کودک - که امکان پذیرتر از هر مرحله دیگر است، به انجام رساند و از متحمل شدن بسیاری از هزینه‌های اضافی خودداری کرد.

ب- مشاوره

از آنجا که تولد کودک کم‌شنوا در خانواده از نظر روانی، والدین را با مسائل و مشکلاتی مواجه می‌سازد، لذا وجود برنامه مشاوره در کنار برنامه غربالگری می‌تواند به عنوان یک راهکار مکمل و بسیار مهم، از بسیاری از این مسائل و مشکلات در درجه اول ممانعت کرده و در درجه دوم از شدت آنها بکاهد. به این ترتیب مشاوره می‌تواند

شنوایی اگرچه عارضه‌ای شایع می‌باشد اما برای بیشتر والدین داشتن فرزند کم‌شنوا به ویژه برای والدینی که اولین فرزند آنها چنین عارضه‌ای دارد، بسیار مشکل بوده و گاه آنها را با استرس‌ها و ناراحتی‌هایی مواجه می‌کند. طبق تحلیل‌های صورت گرفته در این نوشتار، پرورش کودک کم‌شنوا در عین حال که شبیه به پرورش هر کودک دیگری است، جنبه‌های بسیار متفاوت هم دارد که منشاء بسیاری از مشکلات و مسائل در الگوی فرزندپروری والدین است. وجود کودک کم‌شنوا الگوی روابط والد-فرزند را تغییر داده والدین را علاوه بر مسائل مالی، از لحاظ هماهنگی و سازگاری با یکدیگر یا دیگر فرزندان، با مشکل مواجه کرده است. الگوهای فرزندپروری مورد بحث در این نوشتار نشان می‌دهد که والدین معمولاً در مواجهه با فرزندان خود از چهار الگو تبعیت می‌کنند. در الگوی مقتدرانه، والدین انتظارات منطقی خود را از فرزندان بیان می‌کنند و در عین اقتدار، درجایی که لازم باشد به کودکان اجازه ابراز و خودکاری می‌دهند. کودکان نیز متعاقباً از ویژگی پذیرندگی و اجابت بالایی برخوردارند. در الگوی مستبدانه، والدین به ویژه پدران بیشتر تمایل دارند که همه چیز را به کنترل خود در آورند و برای این کار ممکن است از زور و اجبار نیز استفاده کنند و کمتر نیازها و علایق کودکان را درک می‌کنند. در این الگو اجابت و پذیرندگی کم و یا اگر وجود داشته باشد به خاطر وجود عامل زور و اجبار است. والدینی که الگوی سهل‌گیرانه را اتخاذ می‌کنند، برعکس الگوی مستبدانه، هر نوع اختیار و آزادی را برای کودک خود تصور می‌کنند و حداقل کنترل را بر رفتار و اعمال او دارند. لذا در این الگو اجابت و پذیرندگی کودک در حداقل قرار می‌گیرد و خود را مقید به تبعیت از دستورات و راهنمایی‌های والدین خود نمی‌بیند. در نهایت در الگوی کناره‌گیر، توقع و کنترل والدین نسبت به کودکان در حداقل قرار می‌گیرد و خود را در قبال مسائل و مشکلات

خانواده وی را تهدید کند، جلوگیری کرده و مسائل والدین را به حداقل کاهش دهد. این نوع مشاوره در دو بعد مشاوره اطلاع‌رسانی و مشاوره تسهیلی انجام می‌گیرد. مشاوره اطلاع‌رسانی برعهده متخصص توان‌بخشی و مشاوره تسهیلی و روان‌شناختی برعهده روان‌شناس کارآموده است. مشاوره اطلاع‌رسانی، ارائه اطلاعاتی کامل پیرامون خود معلولیت است که والدین را با شرایط کودک خود و اثرات معلولیت آشنا می‌کند (فروغان و همکاران، ۱۳۸۵). نکته مهم در این زمینه، دریافت اطلاعات درست و کامل از سوی والدین و ارائه اطلاعات در زمان مناسب توسط متخصص یا مشاور است. برای مثال، ارائه اطلاعات در مراحل اولیه تشخیص در زمینه کاشت حلزون و یا سمعک، ممکن است والدین را با استرس بیشتری مواجه کند. راهکار مناسب در این زمینه ارائه اطلاعات به تدریج و در زمانی است که والدین واقعا به آن نیاز دارند (جعفری، ۱۳۹۰). اما تاکید مشاوره تسهیلی بر آشنا کردن فرد با احساسات و هیجانات منفی و اختلالات تهدیدکننده سلامت روانی است (استوارت^۱، ۲۰۰۶). یکی از موثرترین شیوه‌های درمانی رویکرد شناختی-رفتاری نام دارد که به افراد کمک می‌کند نگرش‌های خود را پیرامون خود و جهان اطراف بشناسد، مورد انتقاد قرار دهند و به تصحیح آنها بپردازند (فروغان و همکاران، ۱۳۹۰). لذا این برنامه به والدین کودکان کم‌شنوا کمک خواهد کرد تا با مشکل مزبور کنار آمده و آن را بپذیرند و در نهایت به صورت مناسب و کاملاً طبیعی با آن برخورد کنند و خود را از گزند آسیب‌های ناشی از چنین استرسی مصون دارند. و در راستای فراهم‌سازی امکانات پیشرفت و موفقیت کودک خود گام بردارند.

نتیجه‌گیری

باعنایت به بررسی انجام گرفته می‌توان گفت که کم-

1. Stewart

مشکل را اتخاذ خواهند کرد. این راهکارها، بر اهمیت مداخله زودهنگام و مناسب و قبول تعهد والدین نسبت به اجرایی کردن آنها ناظر است. این مداخلات شامل انجام غربالگری شنوایی و تشخیص زودهنگام عارضه شنوایی می‌باشد که خوشبختانه امروزه با پیشرفت فن‌آوری‌های موجود امکان آن به خوبی فراهم شده است و نیز انجام مشاوره‌های لازم با خانواده‌ها به عنوان یک راهکار بسیار مهم می‌باشد. این مشاوره‌ها در درجه اول و بنا به فوریت و اهمیت، نخست قبل از ازدواج و به منظور آگاهی دادن به والدین از عواقب منفی ازدواج‌های خطرناک به ویژه ازدواج‌های فامیلی انجام می‌گیرد و در درجه دوم به منظور پیشگیری از عواقب منفی دامنه‌دارتر کودک کم شنوای متولد شده انجام می‌گیرد تا کم شنوایی را نه به عنوان یک امر غیرعادی و استرس‌زا بلکه به عنوان یک عارضه شایع و عادی تلقی کرده و با پذیرش طبیعی آن و نگرش مثبت نسبت به عارضه در راستای سلامت و موفقیت کودک خود در مراحل بعدی زندگی به خصوص در زمینه تحصیلی گام بردارند.

کودک مقید ندانسته و لذا میزان اجابت و پذیرندگی نیز در میان کودکان بسیار پایین است. براساس نتایج، والدین کودکان کم‌شنوا که از الگوی کناره‌گیرانه استفاده می‌کنند، از نیازها و علایق کودک خود آگاهی نداشته و کمتر معلولیت کودک خود را می‌پذیرند. در این حالت آنها تلاشی برای مواجهه با مشکلات کودک خود انجام نداده و علاوه بر رشد جسمانی، رشد اجتماعی و عاطفی کودک را با چالش مواجه می‌کنند. برعکس، در الگوی مسئولانه، والدین با پذیرش معلولیت فرزند خود، تلاش‌های خود را متمرکز بر حل مشکلات او می‌نمایند و تمام سعی خود را برای برآوردن نیازهای وی انجام داده و موجبات رشد اجتماعی، روانی و جسمانی وی را فراهم می‌سازند. می‌توان گفت که تغییر الگوی پرورش والد-فرزند، از الگوی بی‌تفاوت و کناره‌گیر به الگوی مسئولانه و اقتدار طلبانه موجب می‌شود که والدین با مسئله کودک کم‌شنوا بهتر کنار آیند؛ چرا که با تبعیت از این الگو در درجه اول والدین معلولیت و ناتوانی کودک خود را پذیرفته و در درجه دوم راهکار مناسب رویارویی با

منابع:

- حاجلو، نادر و انصاری، اسماعیل (۱۳۹۰). بررسی میزان شیوع اختلال شنوایی و علل مرتبط با آن در استان اردبیل، مجله شنوایی شناسی، شماره ۱، صص: ۱۱۷-۱۲۷.
- حسینیان، سیمین، پورشهریاری، مه‌سیما و نصرآ... کلانتری، فاطمه (۱۳۸۶). رابطه بین شیوه‌های فرزندپروری مادران و عزت‌نفس دانش‌آموزان دختر ناشنوا و شنوا، مجله پژوهش در حیطه کودکان استثنایی، شماره ۴، صص: ۳۶۷-۳۸۴.
- جعفری، زهرا (۱۳۹۰). غربالگری شنوایی در نوزادان: شناسایی و مداخله زودهنگام کم شنوایی، قابل دسترسی در: www.Pdffactory.com
- عبداللهی فحیم، شهین و نظری، محمدرضا (۱۳۸۶). تعیین فراوانی و علل کم شنوایی در نوزادان پرخطر بستری شده در بخش‌های نوزادان شهر تبریز، مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز، شماره ۳، صص: ۷۷-۸۲.
- فراهی، محمد، محمودیان، سعید، محمد، کاظم و دانشی، احمد (۱۳۸۵). مطالعه مقدماتی طرح ملی غربالگری شنوایی نوزادان ایران در بیمارستان‌های شهید اکبرآبادی و میرزا کوچک خان تهران، مجله پژوهشی حکیم، شماره ۳، صص: ۶۵-۷۵.
- فروغان، مهشید، موللی، گیتا، سلیمی، مجید و ملایری، سعیداسد (۱۳۸۵). بررسی تاثیر مشاوره بر سلامت روانی والدین و کودکان کم‌شنوا، مجله شنوایی-شناسی، شماره ۲، صص: ۵۳-۶۰.
- فروغ مند، علی محمد، گله داری، حمید، محمودیان، غلامرضا، راسخ، عبدالرحمن و غوابش، جاسم (۱۳۹۰). بررسی توزیع الگوهای کم شنوایی ارثی در کم شنوایان مراجعه کننده به مرکز مشاوره ژنتیک سازمان بهزیستی اهواز، مجله شنوایی شناسی، شماره ۲، صص: ۷۳-۷۸.
- موللی، گیتا و نعمتی، شهبروز (۱۳۸۸). مشکلات فراروی والدین در پرورش فرزندان کم‌شنوا، مجله شنوایی شناسی، شماره ۲، دوره ۱۸، صص: ۱-۱۱.

- Alizadeh, H & Andries, C (2004). *Interaction of parenting styles and attention deficit hyperactivity in Iranian parents*. Child & Family Behaviour Therapy, (24), pp: 37- 52.
- Alpiner, I. G & McCarthy, P. H (2002). *Rehabilitative audiology: children and adults*. 3d Edition Lippincott, pp: 83-106.
- Baumrind, D. (2013). *Authoritative parenting revisited. History and current status Authoritative parenting. Synthesizing nurturance and discipline for optimal child development* (pp. 11–34).
- Berns, R. M (2006). *Child family, school, community*. Belmont publisher U.S.A.
- Besharat, M. A., Azizi, K., & Poursharifi, H. (2011). *The relationship between parenting styles and children's academic achievement in a sample of Iranian families*, Procedia Social and Behavioral Sciences, 15: 1280–1283.
- Bonita, R, Beaglehole, R & Kjellstrom, T.(2007). *Basic epidemiology*. 2ed, Geneva: World Health Organization.
- Dalzell, J, Nelson, H, Haigh, C, Williams, A & Monti, P(2007). *West Cheshire Hearing Advisory and Support Team (HAST). Involving families who have deaf children using a family needs survey: A multi-agency perspective*. Child Care Health Dev, 33(5), pp: 576- 585.
- Dror, A. A, & Avraham, K. b(2010). *Hearing impairment: a panophy of genes and functions*, Cel Press, (68), pp: 293-308.
- Goldberg, H, & Goldberg, T (2002). *Counseling today's family* (third ed). Books/Cole publishing Co.
- Hall, J. W & Mueller, H. G (2001). *Audiologists desk reference*. Volume1. San diego: SingularPublishing Group, INC. pp: 441-485.
- Hubbs-Tait, L., Dicken, K. L., Sigman-Grant, M., Jahns, L., & Mobley, A. R. (2013). *Relation of parenting styles, feeding styles and feeding practices to child overweight and obesity*. Direct and moderated effects, Appetite, (71): 126-136.
- Knuston, J. F, Johnson, C. R, Sullivan, P. M (2004). *Disciplinary choices of mothers of deaf children and mothers of normally hearing children*. Child Abuse Negl, 28(9), pp: 925- 937.
- Mason, A, Mason, M (2007). *Psychologic impact of deafness on the child and adolescent*. Prim Care, 34(2), pp: 407-426.
- McArtor, A & Jouhn, D(2005). *Hearing impairment*. Retrieved from: www. Kidshealth.org.
- Mehl, L. A & Thomson, V(2001). *Newborn hearing screening: The great omission*. Pediatr, 101(1).
- Meinzen, D. J, Lim, L. H, Choo, D. I, Buyniski, S, Willey, S (2008). *Peditric hearing impairment caregiver experience: impact of duration of hearing loss on parenta stress*. Int J Pediatr Otorhinolaryngol, 72(11), pp: 1693-1703.
- Miller, A. L., Lambert, A. D., & Neumeister, K. L. S. (2012). *Parenting Style, Perfectionism, and Creativity in High- Ability and High- Achieving Young Adults*, Journal for the Education of the Gifted, 35(4): 344-365.
- Norton, S. j & Perkins(2006). *Early diagnosis and detiction of infant hearing impairment*. Otolaryngology Head and neck, (4), pp: 4387-4397.
- Parving, A. Hauch, A. M & Christensen, B(2005). *Hearing loss in children-epidemiology, age at identification and causes through 30 years*. Ugeskr Laeger, 165(6), pp: 574-579.
- Plessow-Wolfson, S & Epstein(2006). *The experience of story reading: deaf children and hearing mothers interactions at story time*. Am Ann Deaf, 150(4), pp: 369- 378.
- Rinaldi, C. M., & Howe, N. (2012). *Mothers' and fathers' parenting styles and associations with toddlers' externalizing, internalizing, and adaptive behaviors*, Early Childhood Research Quarterly, (27): 266-273.
- Stewart. D, Law. M, Burke-Gaffney. J, Missiuna. C, Rosenbaum. P, King. G.(2006). *Keeping it together: an information KIT for parents of children and youth with special needs*. Child Care Health Dev, 32(4), pp: 493-500.
- Vohr, B. R, Oh, W, Stewart, E. J, et al(2004). *Comparison of costs and referral of 3 nuiversal newborn hearing screening protocols*. J Pediatr, 139(2), pp: 238- 244.
- Watkin, P. M(2010). *The value of the neonatal hearing screen*, Paediatrics and Child Health, pp: 37-41.
- Willems, p. J(2000). *Genetic causes of hearing loss*. N Engl Med, 342(15), pp: 1101- 1109
- Yorgason, A. A, Wangerman, P, & jentsch, T. G(2009). *Potassium ion movement in the inner ear*.Insight from genetic disease models.Physiology(Bethesda), (24), pp: 307-316.
- Yousefia, S., Soltani Far, A., & Abdolahian, E. (2011). *Parenting stress and parenting styles in mothers of ADHD with mothers of normal children*, Procedia - Social and Behavioral Sciences, (30): 1666 – 1671.