

# انتخاب رویکرد ارتباطی مناسب برای کودک کم‌شنوا

دکتر گیتا موللی\* / استادیار دانشگاه / مرکز تحقیقات توان‌بخشی اعصاب اطفال / دانشگاه علوم‌پهزیستی و توان‌بخشی

سیده‌زهرا سیدنوری / کارشناس ارشد روان‌شناسی / دانشگاه گیلان

## چکیده

**زمینه:** همواره طی سال‌ها، تلاش‌های بسیاری صورت گرفته تا بهترین و مناسب‌ترین رویکرد برای آموزش زبان به افراد کم‌شنوا معرفی شود اما هنوز توافقی کلی صورت نگرفته است و این مباحث و اختلاف‌نظرها هنوز هم در همه دنیا ادامه دارد. در کشور ما هم وضع به همین ترتیب است، با این تفاوت که بسیاری از رویکردها هرگز اجرا نشده یا با نقایص بسیار همراه است. برخی مراکز و سازمان‌ها فقط یک روش و برخی ترکیبی از روش‌ها را برمی‌گزینند. در این میان تکلیفی برای خانواده سردرگم مشخص نمی‌شود و متخصصان و سازمان‌های مختلف هر یک نظر ویژه خود را می‌گویند. این در حالی است که باید گزینه‌های مختلف برای والدین مشخص شود تا با توجه به نیمی‌رخ تحولی و توانایی‌های کودک، بهترین و مناسب‌ترین روش برای او انتخاب شود.

**روش:** مقاله حاضر با استفاده از روش تحلیلی-توصیفی و مطالعه کتابخانه‌ای انجام شد، به این ترتیب که اطلاعات مختلف در مورد موضوع پژوهش از منابع اطلاعاتی متفاوت شامل مقاله‌ها، کتاب‌های دانشگاهی و منابع علمی داخلی و خارجی از پایگاه‌های معتبر جست‌وجوی علمی مانند مگ‌ایران، الزویر، وایلی، پاب‌مد و موتور جست‌وجوی گوگل و پژوهشگر اطلاعات مربوط به بازده زمانی سال‌های ۲۰۰۳ تا ۲۰۱۶، گردآوری و موردتوصیف، تبیین و بحث قرار گرفت.

**نتیجه‌گیری:** تلاش بر این است با مداخله و شناسایی به‌موقع کودکان با آسیب شنوایی و دادن آگاهی از رویکردهای مختلف ارتباطی به والدین بتوان عملکرد کودک با آسیب شنوایی را هم‌سطح عملکرد کودکان بدون آسیب شنوایی ارتقا داد. باید یادآوری شود که هیچ رویکردی بر رویکردهای دیگر برتری ندارد و بهترین رویکرد برای کودک، رویکردی است که بتواند از آن به خوبی استفاده کند و با شرایط، نیمی‌رخ تحولی و مهارت‌های ارتباطی او سازگار باشد. در این مقاله سعی شده ضمن بررسی پژوهش‌های پیشین به نظرهای علمی مطرح‌شده در مورد رویکردهای ارتباطی پرداخته شود و رویکردهای آموزشی و توان‌بخشی افراد با آسیب شنوایی موردبررسی و بحث قرار گیرد.

**واژه‌های کلیدی:** رویکرد ارتباطی، کودک، کم‌شنوا

## مقدمه

افراد با آسیب شنوایی زود هنگام شناسایی نمی‌شوند و به خدمات تشخیصی و مداخله‌ای مناسب دسترسی ندارند (۳). این در حالی است که شواهد نشان می‌دهد بسیاری از کودکان کم‌شنوا در صورتی که به مداخله‌های جامع و زود هنگام دسترسی داشته باشند، ظرفیت مشابهی برای یادگیری زبان و تمایل به برقراری ارتباط دارند (۴، ۵، ۶ و ۷). در واقع به روشنی مشخص شده که تشخیص زود هنگام و مداخله‌ای مناسب گامی مهم و موثر در راستای مدیریت مشکلات ارتباطی این کودکان است (۸).

به روشنی ثابت شده است که اثرات آسیب شنوایی فراگیر هستند و کیفیت زندگی فرد با آسیب شنوایی و نزدیکانش را تحت تاثیر قرار می‌دهند (۱). براساس آمار منتشر شده توسط مرکز بیماری‌های ایالات متحده آمریکا، آسیب شنوایی، شایع‌ترین آسیب هنگام تولد است. طبق این آمار، در هر هزار تولد، از هر ۳ نوزاد، یکی با آسیب شنوایی متولد می‌شود (۲). براساس گزارش سازمان بهداشت جهانی، بسیاری از

\* Email: drgmovallali@gmail.com

کارشناسان و متخصصان لازم است با والدین در این انتخاب همراهی کنند. در این جا روش تازه‌ای ارایه می‌شود که شامل چند مرحله و به این ترتیب است:

\* ابتدا باید اطلاعاتی جامع و مفصل پیرامون همه روش‌های ارتباطی در اختیار والدین قرار گیرد.

\* سپس خانواده کودک کم‌شنوا و متخصصان و کارشناسان باید دور هم جمع شوند، موقعیت منحصر به فرد کودک بررسی و به همه سوال‌های موجود پاسخ داده شود. مهم‌ترین موضوع در این میان جمع‌آوری اطلاعاتی دقیق در مورد خود کودک است. همچنین نیمرخ رشد و تحول کودک و همه اطلاعات مربوط به او لازم است به دست آید. این اطلاعات همراه با مشاهدات والدین به آن‌ها کمک می‌کند دست به انتخابی آگاهانه بزنند.

به تازگی چارچوبی در دانشگاه گالودت مطرح شده که نگاهی جدید به این انتخاب دارد. رویکردهای ارتباطی در طیفی قرار دارند که شامل نقطه اصلی و تعداد بسیار زیادی رویکرد در طول این طیف است. این نقطه اصلی عبارتند از:

\* روش‌های کاملاً دیداری (یعنی تکیه فرد کاملاً بر اطلاعات بینایی‌اش است): زبان اشاره

\* روش‌های بیشتر دیداری با استفاده اندکی از اطلاعات شنوایی: بیشتر زبان اشاره + اندکی ارتباط کلامی

\* روش‌هایی که از اطلاعات دیداری (زبان اشاره) و شنوایی (گفتار) به یک میزان استفاده می‌کنند: استفاده از زبان اشاره و ارتباط کلامی به یک میزان

\* روش‌های بیشتر شنوایی از طریق گفتار: با استفاده اندکی از اطلاعات بینایی (از طریق اشاره یا گفتارخوانی) برای واضح‌تر کردن گفتار استفاده می‌کنند. در این روش‌ها درک گفتار و استفاده از فونمی از قبیل آموزش گفتارخوانی میسر است: بیشتر ارتباط کلامی همراه با اندکی اشاره برای وضوح بیشتر کلام است.

\* روش‌های کاملاً شنوایی (تاکید اصلی بر اطلاعات شنوایی از طریق زبان گفتاری است اما از نشانه‌های

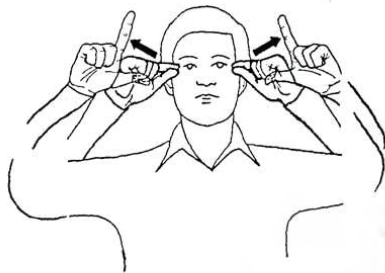
از آغاز روند آموزش افراد آسیب‌دیده شنوایی و کم‌شنوا در جهان، بحث پیرامون انتخاب بین روش‌های شفاهی و اشاره در میان بوده و اکنون نیز هست. در آخرین ویرایش کتاب شنوایی‌شناسی بالینی که یکی از معتبرترین کتاب‌های مرجع شنوایی‌شناسی است، چنین آمده است (۹): «رویکردها و روش‌های ارتباطی مختلفی در دست است که شواهد نشان داده هر یک برای برخی از کودکان بسیار موثر واقع می‌شوند. تلاش‌های بسیاری شده است که روشی کلی برای انتخاب روش ارتباطی مناسب در اختیار کارشناسان و والدین قرار داده شود.» اما صرف‌نظر از نوع رویکرد و روش ارتباطی، توافق پژوهشگران بر این است که با در نظر گرفتن برخی عوامل می‌توان کاری کرد که روش ارتباطی موفق‌تری داشته باشیم (۱۰). مهم‌ترین عامل کودک کم‌شنوا، دسترسی زودهنگام او به ارتباطی کامل و به کارگیری تمام و کمال آن روش ارتباطی است. بسیار مهم است که کودک افرادی را هم در خانواده و هم در بیرون خانواده به عنوان الگو در دسترس داشته باشد تا از همان روش ارتباطی استفاده کند که آن‌ها استفاده می‌کنند. در مورد نوزادان و خردسالان کم‌شنوا لازم است زمان زیادی برای آموزش راهبردهای مورد استفاده به آنان اختصاص داده شود تا ضامن موفقیت برنامه باشد. همچنین کارشناس مربوطه باید به طور کامل به کار خود و روش ارتباطی مورد نظر وارد باشد. مشارکت والدین نیز بسیار حایز اهمیت است. در واقع میزان آگاهی و نگرش والدین نسبت به کودک با آسیب‌شنوایی می‌تواند نقش عمده‌ای در کنار آمدن او با ناتوانی خود، شناسایی و تشخیص زودهنگام و سرانجام گرفتن تصمیمات مناسب برای مدیریت این مشکل داشته باشد. بنابراین، این امر می‌تواند از آسیب‌های احتمالی مربوط به ارتباط نداشتن با دیگران جلوگیری کند.

### انتخاب روش ارتباطی

پس از شناسایی کم‌شنوایی و در آغاز روند توان‌بخشی، لازم است والدین تصمیم بگیرند از چه رویکردی تمایل دارند برای فرزند خود استفاده کنند.

روش دوم ارایه واژه‌ها یا مفاهیم از راه اشاره است. اشاره‌ها به جای بیان تک‌تک حروف، اندیشه‌ها یا واژه کامل را بیان می‌کنند. هر اشاره دارای ۴ ویژگی به شرح زیر است: ۱) مکان دست‌ها، ۲) شکل دست‌ها، ۳) حرکت دست‌ها در موقعیت‌های گوناگون و ۴) جهت کف دست‌ها (۱۲).

شکل ۲. روش اشاره (برگرفته از بنیاد پژوهش‌های آسپ دیدگان‌شنوایی ایران) (۱۳)



تعجب

در سال‌های اخیر برای آموزش کودکانی که کاهش شنوایی چشمگیری دارند، توجه بسیاری به استفاده از رویکرد ۲زبانی - ۲فرهنگی<sup>۵</sup> شده است. این رویکرد بر استفاده از ۲ زبان الف (زبان اشاره آمریکایی و ب) زبان مادری خانواده (برای مثال: انگلیسی یا اسپانیایی) تمرکز می‌کند. زبان اشاره آمریکایی به طور معمول به عنوان زبان نخست آموخته می‌شود (۱۴). در زبان اشاره آمریکایی، حالات چهره و زبان بدن می‌توانند معانی گوناگون و ویژگی‌های زبرنجیری را منتقل کنند و چنانچه برای واژه یا مفهومی ویژه اشاره‌ای وجود نداشته باشد، از الفبای دستی استفاده می‌شود. کودکانی که باقی‌مانده شنوایی اندکی دارند یا آن‌ها که بهره‌ناچیزی از سمعک می‌برند و اغلب در استفاده از این روش موفق هستند، زبان مادری خانواده به عنوان زبان دوم کودک از طریق خواندن، نوشتن و صحبت کردن آموخته شده و احترام به فرهنگ آسپ دیدگان‌شنوایی نیز تدریس می‌شود (۱۲).

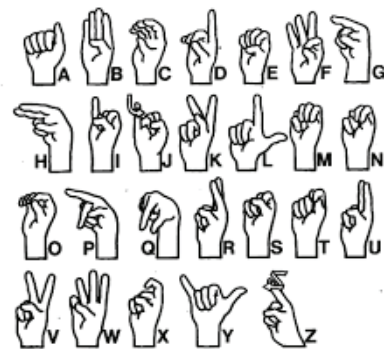
در مقابل روش‌های دستی، روش‌هایی که بیشتر بر انتقال زبان از راه گوش‌دادن و حرف‌زدن تمرکز

بنیایی هم‌اندکی استفاده می‌شود، فقط استفاده از ارتباط کلامی (۹). نکته مهم این است که در این نوع تعریف، روش‌ها مشخص نمی‌شوند و تاکید فقط بر کودک و مشخصات ارتباطی او است.

روش‌های برقراری ارتباط را می‌توان در ۳ مقوله روش‌های دستی<sup>۱</sup> (آن‌ها که بر استفاده از ایما و اشاره تاکید می‌کنند)، روش‌های شفاهی<sup>۲</sup> (آن‌ها که بر گفتار تاکید دارند) و ارتباط کلی یا همزمان<sup>۳</sup> (زبان اشاره و گفتار به صورت همزمان استفاده می‌شوند) تقسیم کرد (۱۱). اگرچه به طور معمول از این ۳ دسته کلی استفاده می‌شود اما هر دسته‌بندی دارای چندین روش مختلف است (۱۲).

در ارتباط دستی از زبان اشاره به عنوان روش اولیه برقراری ارتباط استفاده می‌شود. ارتباط دستی برای ارایه واژه‌ها از ۲ شیوه مختلف استفاده می‌کند. روش نخست هجی انگشتی<sup>۴</sup> یا هجی کردن واژه‌ها، حرف به حرف با استفاده از الفبای دستی است که در آن هر شکل دست، مطابقت یک به یکی با الفبای نوشتاری دارد. اگرچه هجی انگشتی روش ارتباطی کارآمد و دقیقی است اما کم‌اثرترین شکل ارتباط دستی است. در این روش هر حرف و واژه باید ایجاد شود که موجب می‌شود این روش نسبتاً روش ارتباطی مشکلی باشد. امروزه هجی انگشتی برای بیان اسامی ویژه، اصطلاحات فنی و رویدادهای بدون اشاره به عنوان مکمل تمام شکل‌های ارتباط دستی استفاده می‌شود.

شکل ۱. الفبای انگلیسی به روش هجی انگشتی



1. Manual Method
2. Oral Method
3. Simultaneous
4. Finger spelling

5. Bilingual - Bicultural

می‌کنند به عنوان روش‌های شفاهی شناخته می‌شوند. چندین رویکرد مختلف برقراری ارتباط از راه گوش دادن و حرف زدن وجود دارد که مهم‌ترین آن‌ها عبارتند از شنیداری-کلامی<sup>۱</sup> و شنیداری-شفاهی<sup>۲</sup> (۱۴). رویکرد شنیداری-کلامی با تاکید بر اهمیت سمعک مناسب یا دیگر شنیدافزارها (مانند کاشت حلزونی) به کودک کمک می‌کند فقط از باقی مانده شنوایی تقویت شده‌اش برای رشد زبان و گفتار استفاده کند (۱۵). این رویکرد بر گوش دادن تمرکز می‌کند، بنابراین استفاده از گفتارخوانی را تشویق نمی‌کند. از آن‌جا که در رویکرد شنیداری-کلامی، استفاده از باقی مانده شنوایی به بیشترین حد می‌رسد، کودک می‌تواند با استفاده از زبان و گفتار شفاهی ارتباط برقرار کرده و از به کارگیری هر نوع اشاره طبیعی صرف نظر کند. از این‌رو کودک برای موفقیت در این روش باید شنوایی قابل استفاده داشته باشد، همچنین در نوزادی تشخیص کم‌شنوایی صورت گرفته باشد و همان زمان سمعک تجویز شده باشد. هدف برنامه‌های شنیداری-کلامی، عادی‌سازی کودک در برنامه‌های آموزش عادی در زودترین زمان ممکن است. عادی‌سازی در برنامه‌های آموزش عادی می‌تواند مهارت‌های اجتماعی کودک را بالا برده و او را در رشد الگوهای طبیعی گفتار و زبان توانا کند (۱۴). رویکرد شنیداری شفاهی نیز بر فناوری (همچون استفاده از سمعک و کاشت حلزونی) برای استفاده بیشتر از باقی مانده شنوایی برای توسعه زبان گفتاری تاکید دارد. اما تفاوت آن با رویکرد شنیداری-کلامی در انتقال زبان، تشویق کودک به لب‌خوانی برای تکمیل اطلاعات شنیداری است (۱۴). گفتار نشانه‌دار<sup>۳</sup>، یکی دیگر از روش‌های زبان شفاهی است که بر استفاده از نشانه‌ها همراه با زبان گفتاری و گفتارخوانی تمرکز می‌کند. ماهیت این روش به گونه‌ای است که به کودک کمک می‌کند لب‌ها را کاملاً ببندد. اطلاعاتی که از لب‌ها و دستان گوینده به فرد داده می‌شود، زبان گفتاری را به صورت

شکل ۳. نشانه‌های گفتار نشانه‌دار فارسی (۱۷)



رویکرد ارتباط کلی از همه روش‌ها برای برقراری ارتباط بهره می‌گیرد. این روش شامل ترکیبی از گفتار، نوشتار، زبان اشاره، ایماها، گفتارخوانی، استفاده از فناوری (سمعک و کاشت حلزونی) و استفاده از باقی مانده شنوایی کودک هستند (۱۵). فلسفه ارتباط کلی، حق هر کودک

1. Auditory / Verbal (Acoupedic Approach)
2. Auditory / Oral
3. Cued Speech



این روش آنچه در زبان شفاهی گفته می‌شود، اشاره هم می‌شود. برای نمونه، وقتی پسری می‌گوید «گره موش را گرفت»، به ترتیب به «گره»، «موش»، «را» و «گرفتن» اشاره خواهد کرد (۱۴). در جدول زیر رویکردهای ارتباطی، فلسفه‌های آموزشی، زبان‌ها و سیستم‌های ارتباطی معمول همراه با تعریف هر یک آورده شده است:

آسیب‌دیده‌شنوایی یا کم‌شنوا را برای برقراری ارتباط با هر روشی که سودمند تشخیص داده شود، به رسمیت می‌شناسد. در برخی موارد، گفتار ممکن است در پیام تأکید شود و در موارد دیگر اشاره مورد تأکید قرار می‌گیرد. به طور معمول استفاده از اشاره‌ها مطابق ساختار نحوی زبان شفاهی، رمزگذاری با دست نامیده می‌شود. در

### جدول ۱. رویکردهای ارتباطی (به منظور انتخاب توسط والدین)

هدف اصلی	رویکرد ارتباطی
تسلط کامل به زبان اشاره پیش از یادگیری زبان گفتاری	۲ زبانگی - ۲ فرهنگی - زبان اشاره
ایجاد روش آزاد و ساده در ارتباط بدون هیچ محدودیت	ارتباط کلی
بهبود توانایی گفتاری به ویژه تکیه بر سمعک و دیگر کمک‌افزارها، استفاده از بینایی در صورت نیاز	رویکرد شفاهی - شنیداری
بهبود توانایی گفتاری از طریق استفاده از سمعک، دسترسی کامل به زبان گفتاری	گفتار نشانه‌دار
اهمیت تجویز زود هنگام سمعک مناسب یا دیگر شنیدافزارها، بهبود توانایی گفتاری برای توانایی یکپارچه‌سازی در جامعه	رویکرد کلامی - شنیداری

کودک رویکرد ارتباطی خود را تغییر می‌دهند (۱۰). این تغییر گاه ناشی از اطلاعات جدیدی است که به دست می‌آورند و گاه نیز مشاهدات عینی آن‌ها از وضعیت کودک و مهارت‌های زبانی و ارتباطی او آنان را به سمت رویکرد دیگری سوق می‌دهد. در حقیقت همان‌طور که انجمن والدین و خانواده مطرح می‌کند «روشی که کودک بتواند از آن به خوبی استفاده کند و با شرایط او سازگار باشد، درست‌ترین روشی است که می‌توانید برای او انتخاب کنید». در کل برای انتخاب رویکرد ارتباطی باید به ترجیحات والدین، نیمرخ تحول و مهارت‌های ارتباطی کودک و داده‌های عینی تیم کارشناس و متخصصی که کار مداخله را برعهده دارند، توجه داشت. گراول و اوگارا<sup>(۱۸)</sup> تعدادی از عوامل موثر برای انتخاب گزینه‌های ارتباطی برای کودکان کم‌شنوا - آسیب‌دیده‌شنوایی را فهرست کردند که برخی از مهم‌ترین عوامل به طور گسترده‌ای در زیر بررسی می‌شوند:

اکنون که برنامه‌های غربالگری شنوایی به ما اجازه تشخیص کم‌شنوایی را در بدو تولد داده، الگوی پیشنهادی برای انتخاب رویکرد ارتباطی برای هر شیرخوار کم‌شنوا شامل این مراحل است:

- ۱) والدین آگاهانه روشی را انتخاب می‌کنند. این انتخاب با توجه به اطلاعات جامعی صورت می‌گیرد که در اختیار آنان قرار داده شده است.
- ۲) کارشناسان و والدین از طریق مشاهدات رسمی و غیررسمی، نیمرخ تحول کودک را ترسیم می‌کنند.
- ۳) روش مورد استفاده کودک در ارتباطات خودانگیخته و روزمره (ازپیش تعیین نشده) مورد مشاهده قرار می‌گیرد.
- ۴) کارشناسان این مشاهدات را ثبت می‌کنند، مورد تجزیه و تحلیل قرار می‌دهند و اطلاعات آن را در اختیار خانواده می‌گذارند.
- ۵) والدین بار دیگر رویکرد ارتباطی مورد استفاده خود را بازنگری می‌کنند و در صورتی که نتایج مورد رضایت آن‌ها قرار نگرفته بود، آن را تغییر می‌دهند. بسیاری از خانواده‌ها در همان سال نخست تولد

۲ عامل خانوادگی اند که در رشد ارتباطی کودک با کاشت حلزونی موثر هستند (۲۱).

**ج) استفاده از سمعک و کاشت حلزونی:** بخش اعظم گزینه‌های ارتباطی نیازمند این هستند که کودکان به جنبه‌های صوتی و آکوستیک کلام، از طریق کمک‌افزارهای شنوایی یا کاشت حلزونی شنوایی دسترسی داشته باشند تا توسعه زبان کلامی و گفتاری در آن‌ها تسهیل شود. بیشتر کودکانی که کم‌شنوایی خفیف یا شدید دارند، از برخی ابزارهای متداول برای تقویت شنوایی استفاده می‌کنند تا زبان و گفتار را دریافت کنند و صداهای محیط را بشنوند. شواهدی در دست است که نشان می‌دهد گذاشتن کاشت حلزونی در اوایل کودکی (۲ تا ۳ سالگی) برای کودکان با کم‌شنوایی‌های عمیق و شدید، منجر به توسعه گنجینه واژگان و افزایش درک آن‌ها نسبت به کودکانی که در سنین بالاتر این کار را انجام دادند (۴ تا ۵ سالگی)، می‌شود. این امر همچنین فاصله بین سن تقویمی و زبانی کودکان آسیب‌دیده شنوایی و هم‌تایان عادی آن‌ها را کم می‌کند. لازم است بلافاصله پس از تشخیص کم‌شنوایی، سمعک - وسیله تقویت شنوایی مناسب برای وی تجویز شود (۱۸). نتایج پژوهش پیانسی، اسکورپسی، گیانانتونی، میکاردی، رسکا و مارسلا<sup>۵</sup> روی ۴۴ کودک که در ۱۵ تا ۳۳ ماهگی کاشت حلزونی دریافت کردند، نشانگر توسعه زبان گفتاری در این کودکان بود (۲۲).

**د) فهم‌پذیری کلام:** مدارک و شواهد بسیاری مبتنی بر این موضوع وجود دارد که کودکانی که آموزش دیده‌اند تا با استفاده از یک روش گفتاری - کلامی ارتباط برقرار کنند، نسبت به افرادی که از روش زبان اشاره استفاده می‌کنند، در سنین بالاتر فهم‌پذیرتر صحبت می‌کنند. همچنین کودکانی که از ابزارهای کمک‌شنوایی استفاده می‌کنند نسبت به کودکانی که از این ابزارها استفاده نمی‌کنند، فهم‌پذیرتر صحبت می‌کنند و تعداد آواهای آن‌ها بیشتر است (۱۸).

**ر) وجود ناتوانی‌های دیگر:** خانواده‌هایی که

**الف) سن تشخیص:** مداخله‌های درمانی زودهنگام مبتنی بر خانواده که براساس زبان صورت می‌گیرد باید حداکثر در ۶ تا ۱۱ ماهگی آغاز شده باشد، زیرا نتایج این درمان‌ها، در مورد امتیازات و نمرات زبان کودکان و دانش آموزشی که در اوایل کودکی و در این دوران مورد درمان قرار گرفتند، بسیار بهتر از مداخله‌های درمانی است که در سنین بالاتر انجام شده است (۱۸). نتایج پژوهش یوشیناگایانو<sup>۱</sup> و همکاران نشان داد کودکان ۵ ساله‌ای که مداخله درمانی را در ۲ سالگی دریافت کرده بودند، نسبت به گروه نمونه‌ای که زودتر تحت درمان قرار گرفته بودند نمرات و امتیازات بسیار کمتری را در گنجینه واژگان و استدلال شفاهی کسب کردند (انحراف معیار ۱ تا ۱/۵). در پژوهش‌های جدید نشان داده شده کودکانی که پیش از ۶ ماهگی در برنامه‌های مداخله قرار گرفته‌اند، زبان و گفتاری بسیار بهتر از کودکانی داشته‌اند که پس از ۶ ماهگی برنامه‌های توان‌بخشی‌شان آغاز شده است (۱۸). نتایج مطالعه سوگایا و همکاران<sup>۲</sup> نشان داد تشخیص زودهنگام شنوایی و مداخله موثر در دستیابی به درک گفتار و رشد زبان متناسب با سن در کودکان کم‌شنوا نقش مهمی دارد (۱۹).

**ب) مشارکت خانواده:** مشارکت خانواده بالاترین تاثیر را در انتخاب گزینه‌های ارتباطی برای کودکان کم‌شنوا داشته است و بسیاری از پژوهش‌های پیشین از این مسئله پشتیبانی کرده‌اند (۱۸). نتایج پژوهش وهر، پیر، تپل، جودین - کروزیک، بلوم و توکر<sup>۳</sup> که روی ۴۰ کودک شنوا و ۳۱ کودک کم‌شنوا انجام شد، نشان داد کلمات تولیدشده توسط کودکان شنوا به طور معناداری از کلمات تولیدشده توسط کودکان کم‌شنوا بیشتر بود. نتایج این پژوهشگران نشان داد تنیدگی مادر با کاهش مداخله‌های کلامی و توجه مثبت مرتبط بود، در حالی که فضای مادرانه بهتر با کیفیت و هدایت‌کننده با تولید کلمات بیشتر ارتباط داشت (۲۰). آیزنبرگ و هدف<sup>۴</sup> بیان کردند مشارکت والدین و خودکارآمدی

1. Yoshinaga-Itano

2. Sugaya

3. Vohr, Pierre, Topol, Jodoin-Krauzyk, Bloome & Tucker

4. Eisenberg & Hodapp

5. Pianesi, Scorpecci, Giannantonio, Micardi, Resca, & Marsella

روشن، روش‌های تاییدشده و جدیدترین پژوهش‌های موجود بود تا بتواند با توجه به تفاوت‌های فرهنگی و خانوادگی به عنوان مرجعی برای همه دست‌اندرکاران، کارشناسان و خانواده‌های کودکان آسیب‌دیده‌شنوایی - کم‌شنوا فهم‌پذیر و در دسترس باشد. این کنگره بار دیگر در ژوئن ۲۰۱۶ در اتریش برگزار شد و سند تهیه شده مورد تاکید قرار گرفت. این سند شامل ۱۰ اصل کلی است که هر اصل شامل جزئیات و وظایف مجریان و روش‌های اجرایی در فرآیند مداخله‌های زود هنگام به شرح زیر است (۱۱، ۲۴، ۲۵ و ۲۶):

**اصل نخست:** دستیابی سریع و زود هنگام به خدمات درمانی است. این اصل بیان می‌کند برنامه مداخله باید بر اساس جدول زمانی و بلافاصله پس از غربالگری اولیه شروع شود.

**اصل دوم:** تاکید بر مشارکت خانواده در تمام مراحل درمانی است تا مجریان با شناسایی نگرانی‌ها و نقاط قوت خانواده، حمایت‌های لازم را با هدف ارتقای عملکرد خانواده و برای ادامه مشارکت‌ها فراهم کنند.

**اصل سوم:** حق تصمیم‌گیری آگاهانه در مورد شیوه درمانی خانواده را گوشزد می‌کند. وظیفه مجریان ارایه اطلاعات و تجربیات لازم و بیان مزایا و معایب هر تصمیم است تا خانواده را نسبت به گرفتن تصمیمی مستقل و درست حمایت کند.

**اصل چهارم:** حمایت‌های اجتماعی و عاطفی خانواده توسط متخصصان را بیان می‌کند. در این اصل مجریان وظیفه دارند فرصت‌هایی برای آشنایی خانواده‌ها با خانواده‌های دیگر همچنین ارتباط با بزرگسالی که دارای آسیب‌شنوایی است، فراهم آورند تا در قالب یک گروه از حمایت‌های عاطفی و اجتماعی بهره بگیرند.

**اصل پنجم:** تعامل کودک با اعضای خانواده مدنظر است. مجریان و متخصصان باید با آموزش‌هایی در خصوص زبان اشاره، شیوه تعاملات روزمره، چگونگی تحریک زبانی و پاسخگویی فعال به درخواست‌های ارتباطی کودک فضای خانواده را برای تعامل سالم با کودک آماده کنند.

کودکی دارند که غیر از مشکلات شنوایی، مشکلات دیگری هم دارد، در انتخاب روش برقراری ارتباط با چالش‌های بیشتری مواجه می‌شوند. بیش از ۴۰ درصد کودکان کم‌شنوا، دچار مشکلات دیگری نیز هستند (۱۸). نتن<sup>۱</sup> و همکاران دریافتند که توانایی‌های زبانی و ارتباطی اولیه تشخیص داده شده کودکان آسیب‌دیده‌شنوایی و کم‌شنوا با همسالان شنوای‌شان همتراز نیست. این نتایج همچنین نشان داد در مقایسه با نمرات هنجار شده از کودکان شنوا، والدین کودکان آسیب‌دیده‌شنوایی و کم‌شنوا، عملکرد اجتماعی پایین‌تر و مشکلات رفتاری بیشتری در فرزندشان گزارش کردند. این پژوهش همچنین نشان داد توانایی‌های ارتباطی با عملکرد اجتماعی بهتر و مشکلات رفتاری کمتر رابطه داشت (۲۳).

### روش تشخیصی مبتنی بر انتخاب گزینه ارتباطی

هیچ گزینه منحصربه‌فردی وجود ندارد که برای همه کودکان مناسب باشد و انتخاب یک روش ارتباطی مانع تغییر یا اصلاح آن در برخی مقاطع دوران کودکی نمی‌شود. نیازهای کودک و خانواده ممکن است تغییر کند یا نتایج ارزیابی تشخیصی در حوزه‌های مختلف ممکن است نشان‌دهنده این باشد که تغییر در روش برقراری ارتباط می‌تواند توسعه مهارت زبانی را تسهیل کند. این روش شامل ارزیابی منظم (۱) پیشرفت - نبود پیشرفت در توانایی‌های ارتباطی کودک، (۲) میل خانواده برای برقراری ارتباط بیشتر بین اعضای خانواده، (۳) تغییر یا پیشرفت در حساسیت شنوایی، (۴) انتخاب خانواده برای استفاده از یک فناوری جایگزین و (۵) شناسایی نیازهای حسی و شناختی می‌شود (۱۸).

در ژوئن ۲۰۱۴، جمعی از برجسته‌ترین پژوهشگران، متخصصان و کارشناسان توان‌بخشی کودک آسیب‌دیده‌شنوایی - کم‌شنوا در کنگره‌ای با نام مداخله‌های زود هنگام خانواده‌محور<sup>۲</sup> در کشور اتریش گرد هم آمدند. هدف این گردهمایی هم‌صدا شدن و به تصویب رساندن سندی معتبر و قانونی بر اساس اصول

1. Netten

2. family-centered early interventions

کیفیت خدمات ارائه شده به کودک را افزایش دهند. اغلب مشاوره با والدین نیز بر عهده شنوایی شناس است. برخی از شنوایی شناسان تربیت شنوایی کودک را انجام می‌دهند. اطلاعاتی که هنگام اجرای برنامه‌های تربیت شنوایی به دست می‌آید برای گفتاردرمانگران و مربیان کودک کم‌شنوا حایز اهمیت بسزایی بوده و لازم است شنوایی شناسان در همه برنامه‌های آموزشی، توان‌بخشی و مداخله زودهنگام حضور فعال داشته باشند.

### بحث و نتیجه‌گیری

دانش و نگرش والدین درباره کودک کم‌شنوا، نقش مهمی در گرفتن تصمیم برای شناسایی و مدیریت اولیه این مسئله تعیین می‌کند (۲۷). به طور معمول، والدین با کم‌شنوایی آشنا نیستند. بیشتر آن‌ها زمانی که خبر از دست دادن شنوایی فرزندشان را می‌شوند، شوکه می‌شوند (۲۸). افزون بر تشخیص زودهنگام، انتخاب یک رویکرد ارتباطی مناسب برای کودک کم‌شنوا بسیار حایز اهمیت است.

نکته مهمی که می‌توان به آن اشاره کرد این است که یافته‌های جدید حاکی از آن است که سن مداخله و فشرده‌گی آن مهم است، نه رویکرد مورداستفاده (۲۶). در واقع همه رویکردها مناسب هستند و هیچ رویکرد واحدی برای همه کودکان کارایی ندارد. به بیان دیگر می‌توان گفت روشی که کودک بتواند از آن به خوبی استفاده کند و با شرایط سازگار باشد، درست‌ترین روشی است که می‌توانید برای او انتخاب کنید. عوامل متعددی در انتخاب شیوه‌های ارتباطی برای کودک آسیب‌دیده‌شنوایی تاثیر دارد اما مهم‌ترین عامل دسترسی زودهنگام کودک به ارتباطی کامل و به کارگیری تمام و کمال آن روش ارتباطی است. مشارکت والدین و میزان مشارکت آنان در برنامه‌های مداخله‌ای نیز بسیار حایز اهمیت است (۱۵). مشارکت خانواده، استفاده از سمعک یا کاشت حلزونی، فهم‌پذیری کلام و وجود ناتوانی‌های دیگر نیز از جمله عواملی است که می‌تواند در انتخاب رویکرد ارتباطی برای کودک آسیب‌دیده‌شنوایی تاثیر داشته باشد.

**اصل ششم:** لزوم استفاده از فناوری‌های کمکی و حمایتی ارتباطی (مانند سمعک، کاشت حلزونی، نرم‌افزارهای جدید، وسایل ارتباط دیداری و...) برای کودک و آموزش آشنایی هر یک را حق خانواده می‌داند. مجریان باید با کمک متخصصان وظیفه این آگاهی را بر عهده بگیرند و استفاده از این فناوری‌ها را در فرآیند درمان بگنجانند.

**اصل هفتم:** به برنامه مداخله هنگام احتیاج به مجریانی آموزش دیده در زمینه کار با کودک آسیب‌دیده‌شنوایی و خانواده کودک تاکید دارد. به این منظور باید در طول فرآیند مداخله، آموزش و ارزیابی مداوم و نظارت بر مجریان با تکیه بر استانداردهای از پیش تعیین شده صورت گیرد.

**اصل هشتم:** تاکید بر کار گروهی دارد. اعضای گروه شامل روان‌شناسان، گفتاردرمانگران، روان‌پزشک، متخصصان گوش، گلو و بینی، شنوایی شناس و کاردرمان است و خانواده نیز در همه کارهای گروهی حضور دارد و گاهی بسته به نیاز کودک ممکن است گروه تغییر کند.

**اصل نهم:** نظارت و ارزیابی دقیق و مستمر از سیر پیشرفت و تحول کودک و رضایت خانواده است و با توجه به داده‌های حاصل از ارزیابی، تغییر شیوه مداخله‌ها الزامی است.

**اصل دهم:** نظارت بر اجرای برنامه‌های مداخله است. بر اساس این اصل، ارزیابی‌های مستمر از کیفیت برنامه‌ها، ارزیابی کیفیت رابطه کودک و خانواده همچنین ارزیابی کار مجریان باید در همه طول فرآیند مداخله صورت گیرد.

### نقش شنوایی شناس

شنوایی شناسان نقشی بسیار حیاتی در این میان بر عهده دارند، چراکه وظیفه شناسایی زودهنگام کم‌شنوایی کودک و پس از آن تجویز سمعک و کمک‌افزارهای شنوایی و مشاوره با والدین را بر عهده دارند. شنوایی شناسان می‌توانند نقشی کلیدی در برنامه‌های آموزشی و مداخله‌ای کودک کم‌شنوا داشته باشند و



با پیشرفت فن آوری و شناسایی زودهنگام کم شنوایی از طریق برنامه‌های غربالگری شنوایی، این امکان برای کودکان کم شنوا ایجاد شده که به سطوح تحصیلی دست یابند و پیش از این هرگز ممکن نبوده است. لازم است برنامه‌های مداخله‌ای برای نوزادان کم شنوا در همان هفته‌های نخست تشخیص کم شنوایی آغاز شود.

اکنون زمان آن رسیده است که مریبان، گفتار درمانگران و شنوایی‌شناسان همگی چشم‌اندازهایی با استانداردهای بسیار بالا برای کودکان کم شنوا در نظر گیرند. برای رسیدن به این هدف باید خدمات مناسب در اختیار کودک و خانواده قرار گیرد و کارشناس و والدین با کمک یکدیگر روش ارتباطی مناسبی برای کودک انتخاب کنند (۱۴ و ۱۱).

افزون بر این، ترجیحات والدین، نيمرخ تحول کودک و مهارت‌های ارتباطی کودک نیز از عوامل دیگری است که می‌تواند در انتخاب رویکرد ارتباطی کارا و مناسب برای کودک کم شنوا حایز توجه باشد (۱۵).

خانواده کودک کم شنوا آزاد است خود تصمیم بگیرد که از چه روشی استفاده کند اما وظیفه متخصصان است که دید روشنی از همه روش‌های موجود به آن‌ها بدهد، زیرا هر کودک کم شنوا با توجه به ظرفیت‌ها، توانایی‌ها و علایق خود و خانواده‌اش می‌تواند روش ارتباطی و رویکرد آموزشی خود را داشته باشد. امروزه با همه گیر شدن برنامه‌های شناسایی و مداخله زودهنگام، وظیفه کارشناسان و متخصصان کشور سنگین تر شده و بار مسئولیت بیشتری به منظور ارایه خدمات بهتر برای کودکان کم شنوا بر دوش آن‌هاست (۱۶).

#### References:

1. Scarinci N, Worrall L, Hickson L. The effect of hearing impairment in older people on the spouse. *Int J Audiol*. 2008; 47(3):141-151.
2. Movallali G, Kheiri M, Hasanaand B. Evaluation of the effectiveness of Persian cued speech software on speech skills of preschool children with hearing impairment. *Journal of International Academic Research for Multidisciplinary*. 2015; 3(6): 113-128.
3. Ravi R, Yerraguntla K, Gunjawate DR, Rajashekhar B, Lewis LE, Guddattu V. Knowledge and attitude (KA) survey regarding infant hearing loss in Karnataka, India. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*. 2016; 85: 1-4.
4. Alyami H, Soer M, Pottas L. Deaf or hard of hearing children in Saudi Arabia: status of early intervention services. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2016; 86:142-149.
5. Apuzzo ML, Yoshinaga-Itano C. Early identification of infants with significant hearing loss and the Minnesota Child Development Inventory. *Semin Hear*. 1995; 16(2):124-139.
6. VanDam M, Ambrose ES, Pat Moeller M. Quantity of Parental Language in the Home Environments of Hard-of-Hearing 2-Year-Olds. *J Deaf Stud Deaf Educ*. 2012; 17(4): 402-420.
7. Pimperton H, Blythe H, Kreppner J, Mahon M, Peacock JL, Stevenson J, Terleksi E, et al. The impact of universal newborn hearing screening on long-term literacy outcomes: a prospective cohort study. *Arch Dis Child*. 2014; 101(1):1-7.
8. Lin H, Yang CH, Chiang Y, Hung P, Yang EY, Wang L, Lin G. Effect of identification and intervention age on language development for mandarin-speaking deaf children with high family involvement. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2011; 75(3): 904-414.
9. Yoshinaga-Itano ch, Uhler CM. Intervention, Education, and Therapy for Children with Hearing Loss. In: Katz J, Chasin M, English E, Hood LJ, Tillery KL. Editors. *Handbook of clinical audiology*. 7th Ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health; 2015.

10. Sedey A. Communication approach used by children in Colorado. Unpolished raw data; 2003.
11. Pat Moeller M, Carr G, Seaver L, Stredler-Brown A. Best Practices in Family-Centered Early Intervention for Children Who Are Deaf or Hard of Hearing: An International Consensus Statement. *J Deaf Stud Deaf Educ.* 2013; 18(4): 429-445.
12. Ebrahimi A.A. Manual communication approaches. *Journal of Exceptional Education.* 2013; 114: 52-57. [Persian]
13. The Iranian deaf studies foundation. [Internet]. [Cited 2016] Available from: <http://www.idsf.ir/maghalat/rabet-zaban-eshareh/579-rabet-nashenava.html>
14. Ebrahimi A.A. Communication methods for the deaf. *Journal of Exceptional Education.* 2010; 104: 47-51. [Persian]
15. Karimi Vahid F, Skandari Z, Asgharpoor Basim P. Educational approaches and rehabilitation in children with hearing impaired. *Journal of Exceptional Education.* 2012; 113: 57-67. [Persian]
16. Movallali G. Rafi A. Cued speech: full access to spoken language for the hearing impaired. *Audiol.* 2012; 21(2):1-18. [Persian]
17. Movallali G. Cued speech. Tehran: University of social welfare and rehabilitation sciences; 2013. [Persian]
18. Gravel JS, O'Gara J. Communication options for children with hearing loss. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews.* 2003; 9(4): 243-251.
19. Sugaya A , Fukushima K , Kasai N , Kataoka Y , Maeda Y , Nagayasu Y , Toida N , et al. Impact of early intervention on comprehensive language and academic achievement in Japanese hearing-impaired children with cochlear implants. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2015; 79(12): 2142-2146.
20. Vohr B, Pierre LST, Topol D, Jodoin-Krauzyk J, Bloome J, Tucker R. Association of maternal communicative behavior with child vocabulary at 18-24 months for children with congenital hearing loss. *Early Human Development.* 2010; 86(4): 255-260.
21. DesJardin JL, Eisenberg LS, Hodapp RM. Sound beginnings: Supporting families of young deaf children with cochlear implants. *Infant & Young Children.* 2006; 19: 179-189.
22. Pianesi F, Scorpecci A, Giannantonio S, Micardi M, Resca A, Marsella P. Prelingual auditory-perceptual skills as indicators of initial oral language development in deaf children with cochlear implants. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2016; 82(3): 58-63.
23. Netten AP, Rieffe C, Theunissen S CPM, Soede W, Dirks E, Korver AMH, Konings S, et al. Early identification: Language skills and social functioning in deaf and hard of hearing preschool children. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2015; 79(12): 221-2226.
24. Baldwin R. Decision Making: Facilitation Strategies that support informed choices, FCEI 2016 Conference ,Austria, Bad Ischl;2016.
25. Chai B, Sedey A, Yoshinaga-Itano C. Sign language and spoken language :Expressive language development in bilingual pediatric cochlear implant recipients, FCEI 2016 Conference, austria, Bad Ischl; 2016.
26. Holzinger D, Moeller MP, Carr G, Seaver L, Yoshinaga-Itano C. International follow-up survey on FCEI principles and practices, FCEI 2016 Conference, austria, Bad Ischl;2016.
27. Olusanya BO, Luxon LM, Wirz SL. Maternal view on infant hearing loss in a developing country. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2006; 70(4): 619-623.
28. Hintermair M. Parental resources, parental stress, and socio-emotional development of deaf and hard of hearing children. *J Deaf Stud Deaf Educ.* 2006; 11(4):493-513.