مقایسهٔ تأثیر مداخله به‌هنگام و دیرهنگام در رشد اجتماعی دانش‌آموزان دارای نیازهای ویژه شنوایی

فریبرز قویدل[۱]، ناهید شفیعی[۲]،حجت پیرزادی[۳]

تاریخ دریافت: ۹۲/۵/۱۵ تجدیدنظر: ۹۲/۹/۲ پذیرش نهایی:۹۳/۲/۲۱

چکیده

هدف: این پژوهش، تأثیر مداخله به‌هنگام و دیرهنگام را بر رشد اجتماعی دانش‌آموزان آسیب دیدهٔ شنوایی مقایسه می‌کند. **روش:** پژوهش به صورت توصیفی و از نوع علی-مقایسه‌ای بوده وجامعهٔ آماری آن شامل ۱۷۸ نفر از دانش‌آموزان آسیب دیده شنوایی هستند. برای انتخاب حجم نمونه از روش تصادفی استفاده شد. برای جمع‌آوری داده‌ها از یک پرسشنامه محقق ساخته و یک پرسشنامهٔ استاندارد استفاده شد و به پرونده پزشکی و توانبخشی دانش‌آموزان استناد گردید. فرضیه‌های تحقیق به روش آزمون آماری t مستقل مورد تحلیل قرار گرفتند.**یافته‌ها:** نتایج نشان داد که متغیرهای سن تشخیص کم شنوایی و خدمات توانبخشی با رشد اجتماعی دانش‌آموزان، ارتباط معنی‌داری دارد. **نتیجه گیری**: مداخله‌های زود هنگام با رشد اجتماعی دانش‌آموزان آسیب دیدهٔ شنوایی ارتباط معنی‌دار دارد.

واژه‌های کلیدی : مداخلهٔ زود هنگام، رشد اجتماعی، گفتار درمانی، تربیت شنوایی

۱. **نویسنده مسئول:** فوق لیسانس برنامه‌ریزی آموزشی
۲. عضو هیئت علمی دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اسلامشهر
۳. دانشجوی دکتری روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشگاه علامه طباطبایی

Comparing the Effect of Early and Late Interventions on Social Development in Students with Hearing Loss

Fariborz Ghavidel, M. A [1] **Nahid Shafi'ee,** M. A [2]
Hojat Prizadi, M. A[3]

Received: 6. 8. 13 Revised: 23.11.13 Accepted: 11.5.14

Abstract

Objective: This study compares the effect of early and late interventions on social development in students with hearing loss. **Method:** It is descriptive-comparative research. The statistical population involved 178 students with hearing loss. To select the sample, random method was used. To collect the data, an author-made questionnaire and a standard questionnaire (Grisham) were used. There was referral to the students' medical and rehabilitation records. The research hypotheses were analyzed by independent T Test. **Results:** The results showed that the age of hearing loss diagnosis and the age of speech therapy has a significant relationship with students' social development. **Conclusion:** There is a significant relationship between early intervention and social development in children with hearing loss.

Keyword: early intervention, social development, speech therapy, hearing training

1. **Corresponding author:** M. A in Educational planning (Email: Fariborz_ghavidel@yahoo.com
2. Faculty Member of Islamic Azad University, Eslamshahr University
3. Ph.D Candidate for Psychology and Education of Exceptional Children Allameh Tabatabaei University

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-19]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1393.14.1.6.5]

مقدمه

گوش دادن اولین مهارت زبانی است که فرد در جریان رشد خود فرا می‌گیرد. اگر این مهارت تحت تأثیر آسیب‌دیدگی شنوایی قرار گیرد لطمات اساسی بر مهارتهای زبانی وارد خواهد آمد. (کاکو جویباری، سرمدی و شریفی، ۱۳۸۹). دانش‌آموزان کم‌شنوا به دلیل کاهش شنوایی از نظر مهارتهای ارتباط زبانی نظیر درک مفاهیم و معنای کلمات دچار اشکال عمده و کندی رشد قابل ملاحظه‌ای هستند (پال[1]، ۱۹۹۸ نقل از هانت و مارشال، ۱۹۹۹). مداخلهٔ زودهنگام اصطلاحی است که اغلب برای توصیف برنامه‌ها و راهبردهای آموزش اولیه به‌کار می‌رود و این راهبردها با هدف ایجاد تأثیرات متفاوت و زمینه‌سازی پیشرفت آیندهٔ کودک، طراحی می‌شود (نوتبرون، ۲۰۰۶). مداخلهٔ زودهنگام یا به‌هنگام یعنی روند پیش-بینی،شناسایی و پاسخ به خواست‌ها و نگرانی‌های خانواده به منظور به حداقل رساندن آثار منفی بالقوه و به حداکثر رساندن رشد طبیعی وسالم کودک نوپا (رحیمی وکریم پور۱۳۸۶). نظر به اینکه دوران اولیه کودکی، در زندگی هر فردی، زمان حساس و مهمی است، برای کودکان دارای آسیب شنوایی، این دوره، اهمیت اساسی و حیاتی دارد(لوترمن، ۱۹۹۹، به نقل از جعفری و ادکی، ۱۳۸۱) به عبارت دیگر، مداخله‌های اولیه در مورد این دسته از کودکان، سنگ زیربنای آموزشها و توانبخشی های بعدی است (رینولدز، ۲۰۰۴). چرا که اگر در تشخیص بموقع افت شنوایی کودک، تأخیر صورت گیرد و آن هم بالطبع موجب تأخیر در تجویز بموقع سمعک و دریافت خدمات توانبخشی و آموزشی شود، در مراحل بعدی، این کمبود، به‌هیچ‌وجه، جبران‌پذیر نخواهد بود. (مولّلی، ۱۳۸۱).

در گذشته، نبود یک برنامهٔ خاص و سازمان یافته‌ای، برای شناسایی زودهنگام کم‌شنوایی[2] در کودکان و ارائه زود هنگام برنامه‌های درمانی، آموزشی و توانبخشی به آنها موجب می‌شد تا آنها دوران اولیه و سنین حساس زبان آموزی را بدون اینکه درمعرض این خدمات قرارگیرند، پشت سر گذارند لذا در تکلم و بیان، به تأخیر بیفتند و بعدها در بسیاری از مسائل فردی، اجتماعی، عاطفی، روانی و بخصوص در مدرسه، با مشکلات عدیده‌ای مواجه شوند (لوترمن ۱۹۹۹، به نقل از جعفری و ادکی، ۱۳۸۱).

با توجه به اینکه تأخیر در تشخیص زودهنگام کم‌شنوایی در کودکان، تأثیرات شدیدی بر رشد و توسعه زبان وگفتار، مهارتهای اجتماعی و ارتباطی و نیز وضعیت روانی و عاطفی فرد و خانواده دارد (عشایری ملایری، ۱۳۸۴) به نظر می‌رسد تشخیص زودهنگام کم‌شنوایی و خدمات توانبخشی[3] بموقع، بتواند از این تأثیرات ناگوار، جلوگیری کند یا آنها را به میزان چشمگیری کاهش دهد (همان منبع).

مداخله‌های زودهنگام مبیّن نوعی نظام حمایتی-آموزشی است که می‌کوشد از ابتدای تولد یا از نخستین فرصت ممکن، با شناسایی کودکان دارای آسیب شنوایی، کودک و خانواده او را مورد حمایت، آموزش و توانبخشی قراردهد (آژانس اروپایی توسعه نیازهای ویژه، ۲۰۰۶).با توجه به اینکه در برنامه‌های مداخله‌ای و توانبخشی، نقش والدین و در نتیجه آموزش و مشاوره آنها تأثیرگذارتر از اقدامات دیگر است (مولّلی، ۱۳۸۱؛ حسن‌زاده و خداوردیان، ۱۳۷۹) لذا فراهم آوردن زمینه برای اجرای این پروتکل، در درجهٔ اول مستلزم دادن آگاهی‌ها و آموزش‌های لازم به خانواده‌ها است؛ زیرا توجه به برنامه‌های مداخله‌ای و آموزش‌های زودهنگام می‌تواند انرژی‌ها و انگیزه‌های سرشار خانواده‌ها را پیش از سرکوب شدن، در آغاز در مسیری درست به کار گیرد و با ایجاد نگرشی صحیح از برنامه‌های توانبخشی و آموزشی، احساس امنیت و شایستگی را در کودک و خانواده او افزایش دهد و در نتیجه موجبات رشد و پیشرفت همه‌جانبهٔ کودک در زمینه‌های فردی، اجتماعی، عاطفی، زبانی و تحصیلی را فراهم آورد. (رینولدز،۲۰۰۶). بنابراین دادن آگاهی‌های لازم به خانواده‌ها و نیز کمک به

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-19]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1393.14.1.6.5]

برنامه‌ریزان، کارشناسان و متخصصان آموزش و توانبخشی کودکان دارای آسیب شنوایی، ضرورت هر چه بیشتر انجام پژوهش و عرضهٔ پیشنهادهای کافی را در این زمینه، آشکارتر می‌سازد.

نگاهی گذرا به تجربه‌های گذشته در زمینه آموزش و پرورش کودکان کم‌شنوا، نشان می‌دهد که بهترین راه برای کمک به پیشرفت همه‌جانبهٔ آنها، شناسایی زودرس کم‌شنوایی و اجرای برنامه‌های مداخله‌ای زود هنگام است (لوترمن، ۱۹۹۹).

در پژوهش دیگری که السمن، ماتکین و سابو[۴] (۱۹۹۷ به نقل از احمدی، ۱۳۷۵) انجام دادند، گزارش شد که بسیاری از کودکان دچار کم‌شنوایی خفیف یا متوسط، حتی تا سن ورود به مدرسه نیز شناسایی نشده‌اند و در هنگام ورود به مدرسه و در اثر غربالگری شنوایی یا عدم پاسخ به صدا در کلاس درس، شناسایی شده‌اند و این عامل مشکلات عدیده‌ای را گریبانگیر خود کودک، خانواده و مربیان آنها ساخته است. دروگن[۵] (۱۹۹۷، به نقل از مولّلی، ۱۳۸۱) بیان می‌کند که تشخیص و مداخلهٔ زودرس، سبب بهبود مهارتهای ارتباطی کودک می‌شود و آثار مثبتی بر روی جنبه‌های فردی، اجتماعی وی دارد، همچنین سوتن و سکاتلون[۶] (۱۹۹۹، به نقل از مولّلی، ۱۳۸۱). نشان می‌دهد که این عامل (تشخیص و مداخلهٔ زودهنگام) تأثیرات زیانبار معلولیت کم‌شنوایی را در جنبه‌های زبانی، گفتاری و تحصیلی کودک، به حداقل می‌رساند. براساس یافته‌های کارنی و مولر[۷] (۱۹۹۷، به نقل از عشایر و ملایری، ۱۳۸۴) تشخیص و مداخله کم‌شنوایی و ثبت نام کودک در برنامه‌های مداخله‌ای اولین و بهترین راه مقابله با کاهش پیامدهای کم‌شنوایی است و نتایج این برنامه‌ها، حاکی از مؤثر بودن آنها در کاهش میزان تأخیر در گفتار کودکان و نگرانی خانواده‌هاست. لارسون و مانکوویتز[۸] (۱۹۹۰، به نقل از عشایری و ملایری، ۱۳۸۴). در تحقیق بر روی ۶۰۰ کودک کم‌شنوا، به فواید مداخله زودهنگام اشاره و ذکر می‌کنند که کودکانی که در سنین پایین‌تر در برنامه‌های مداخله‌ای شرکت می‌کنند، بهرهٔ بیشتری از این برنامه‌ها می‌برند.

دانشمندان (۱۳۸۳) در مطالعه‌ای که در آن به تأثیر توانبخشی بر رشد گفتار و زبان کودکان کم‌شنوا پرداخته، نشان می‌دهد که سن پایین تشخیص، باقیمانده شنوایی، تماس با زبان مادری در ماههای اولیه پس از تولد و همکاریهای والدین، از عوامل مؤثر در رشد و توسعه مهارتهای زبانی و گفتاری کودکان محسوب می‌شوند. کاکو جویباری (۱۳۸۱) به منظور مداخلهٔ زودهنگام در پژوهشی با عنوان "اثر آموزشهای والدین در توانمندی زبانی کودک دچار نقص شنوایی" به این نتیجه دست یافته است که در اثر آموزشهای والدین، میزان آگاهی آنها پیرامون مهارت زندگی با فرزند، افزایش می‌یابد و این آگاهی نیز به نوبه خود، از طرفی باعث پذیرش نقص شنوایی فرزند و از طرف دیگر موجب رشد شنیداری و گفتاری کودکان وبالطبع افزایش توانمندی زبانی آنها می‌شود گرین‌اشتاین (۱۹۷۵) ۳۰ کودک زیر ۲سال ناشنوا را که در یک دورهٔ آموزشی ثبت نام کرده بودند تا پایان سن ۳سالگی مورد مطالعه قرار داد.وی دریافت که کودکانی که قبل از سن ۱۶ماهگی در دوره‌های آموزشی ثبت نام کرده‌اند نسبت به همتایان خود که پس از ۱۶ ماهگی ثبت نام کرده‌اند، از توانش زبانی بالاتری برخوردار هستند (به نقل از جعفری وادکی، ۱۳۸۱). مداخله‌های زودهنگام، اثر بهبود تراکمی دارند و هر گونه سرمایه‌گذاری بر روی مداخله‌های اولیه و پیش-دبستانی، با بازدهی دو چندان در دوره‌های بعدی، خود را نمایان می‌سازد و هر گونه کم توجهی و غفلت نسبت به آن باعث بروز محدودیت‌ها و مشکلات مضاعفی می‌شود که حل و فصل آن‌ها باعث تحمیل هزینه‌های دو چندان می‌گردد. (همگن، ۲۰۰۵ و هان ۱۹۹۸) در مطالعه‌ای نشان دادند که مداخله‌های زودهنگام اعم از تشخیص زودرس، تجویز به موقع سمعک و ارائهٔ برنامه‌های توانبخشی به موقع و مؤثر در جهت تقویت شنیداری، سبب بهبود وضعیت شناختی،

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-19]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1393.14.1.6.5]

زبانی، گفتاری و رفتاری کودکان کم شنوا در سال‌های بعدی شده است (به نقل از مؤللی،۱۳۸۱).

همچنین یوشیناگا و ایتانو (۱۹۹۸) نشان دادند که کودکان دارای مهارتهای شناختی طبیعی که پیش از ۶ ماهگی به عنوان سخت‌شنوا و ناشنوا شناسایی شوند، در صورت مداخلهٔ به‌موقع و مناسب می‌توانند مهارت‌های زبانی خود را به حدود طبیعی برسانند(به نقل از جعفری و ادکی،۱۳۸۱). عشایری و ملایری (۱۳۸۴) در جریان تحقیقی با عنوان بررسی سنین تردید، تشخیص، استفاده از سمعک و مداخله در کودکان ناشنوا که روی ۸۶ کودک ناشنوای دو طرفه زیر ۶ سال انجام داده‌اند، به این نتیجه رسیده‌اند که هر چه کم‌شنوایی کودک در سن پایین‌تری تشخیص داده شود، فرصت بیشتری برای رشد و توسعهٔ زبان طبیعی در اختیار خواهد بود، زیرا تأخیر در تشخیص کم شنوایی، رشد و توسعه زبان و گفتار، مهارت‌های اجتماعی، پیشرفت تحصیلی، وضعیت روانی کودک و خانواده او را به شدت متأثر می‌نماید.

آشر و تیلور (۱۹۸۱)بیان نمودند: کودکانی که مهارت اجتماعی کافی کسب کرده‌اند در ایجاد رابطه با همسالان موفق‌تر از کودکانی هستند که فاقد این مهارت می‌باشند.فرتی، کاوالیر، مورفی و مورفی (۱۹۹۳) به این نتیجه رسیدند که آموزش مهارت‌های اجتماعی باعث افزایش یکپارچه‌سازی افراد دارای ناتوانی با افراد عادی می‌شود. کورینک و پاپ (۲۰۰۴) در مروری بر پژوهش‌های انجام شده دریافتند که بسیاری از تعاریف به رفتارهای کلامی و غیرکلامی مانند کلمات،تظاهرات صوتی و کارهایی اشاره می‌کنند که به هنگام استفاده در تعاملات با همسالان و بزرگسالان منجر به پیامدهای اجتماعی مثبت می‌شوند. در تعریفی دیگر،مهارت‌های اجتماعی اغلب به عنوان مجموعهٔ پیچیده‌ای از مهارت‌ها در نظر گرفته شده است که شامل ارتباط، حل مسئله و تصمیم‌گیری،جرأت‌ورزی،تعاملات با همسالان وگروه و خودمدیریتی می‌شود.(لانیس و فروسینی،۲۰۰۸)

تفاوت یا تأخیر در اکتساب زبان، فرصت‌های تعامل اجتماعی را محدودتر می‌کند. کودکان ناشنوا وقتی می‌کوشند با همسالان شنوا ارتباط برقرار کنند با چالش‌های سازگاری بیشتری مواجه می‌شوند و این در حالی است که معمولاً گفتگو با همسالان راحت‌تر به نظر می‌رسد.

موریس (۲۰۰۲)در پژوهشی نشان داد که آموزش مهارت‌های اجتماعی نه تنها جنبه‌های اجتماعی زندگی کودکان آسیب دیده اجتماعی را بهبود می‌بخشد،بلکه می‌تواندمهارت‌های آموزشی آن‌ها را به طور بالقوه بهبود بخشد. همچنین پژوهش‌های دیگر نیز هر کدام بر ارائهٔ برنامه‌های آموزشی و توانبخشی کودکان کم‌شنوا بویژه در سنین اولیه و دوران حساس زبان‌آموزی تأکید داشته‌اند (مؤللی، ۱۳۸۱؛ لطفی و جعفری، ۱۳۸۲؛ دانشمندان ۱۳۸۳؛ اکبرلو ، ۱۳۸۱).

به طور کلی، هدف از مداخلهٔ زودهنگام، ایجاد فرصت رشد یک سیستم موثر در کودک دچار افت شنوایی است.لذا تأکید اصلی مداخلهٔ زودهنگام، ارائهٔ و تدارک اطلاعات و مهارت‌های مقتضی و مورد نیاز در والدین و خانواده برای ایجاد ارتباط طبیعی با طفل می‌باشد.زمان بحرانی و حیاتی برای رشد و تکامل مغز در حیطهٔ یادگیری زبان از تولد تا سه سالگی است. بدون تشخیص زودهنگام افت شنوایی و مداخله،کودک به احتمال زیاد در اوان زندگی فرصت رشد ارتباطی و اجتماعی را از دست می‌دهد (رحیمی و کریم‌پور،۱۳۸۶) .

توجه به برنامه‌های مداخله‌ای و آموزش‌های زودهنگام می‌تواند انرژی‌ها و انگیزه‌های سرشار خانواده‌ها را پیش از سرکوب شدن و در آغاز، در مسیری درست به کار گیرد و با ایجاد نگرش صحیح از برنامهٔ توانبخشی و آموزشی، احساس امنیت و شایستگی را در کودک و خانواده، افزایش دهد و خوگیری کودک با برنامه‌های توانبخشی را تسهیل و تقویت نماید(اصغری نکاح، ۱۳۸۵).از سوی دیگر، توجه به اجرای برنامهٔ غربالگری شنوایی به عنوان یک قدم

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-19]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1393.14.1.6.5]

مؤثر در زمینهٔ شناسایی و مداخله در کودکان دچار آسیب شنوایی و تأکید این پروتکل مبنی براینکه نوزادان بلافاصله پس از تولد باید در معرض سنجش شنوایی قرار گیرند، مستلزم این است که والدین برای آگاهی از سلامت شنوایی فرزندشان درهمان روزهای اولیه، تحت آموزش‌های لازم قرار بگیرند و از تأثیر غیرقابل‌انکار تشخیص زودرس کم‌شنوایی در موفقیت-های آیندهٔ کودک آگاهی کسب نمایند.

روش

در پژوهش حاضر با توجه به موضوع، اهداف و فرضیه‌های پژوهش، روش پژوهش توصیفی از نوع همبستگی انتخاب گردید. در این تحقیق با توجه به اهداف و ماهیت موضوع پژوهشی، رشد مهارت‌های اجتماعی دانش‌آموزان به عنوان متغیر ملاک و متغیرهای سن تشخیص کم شنوایی ، سن شروع و شرکت در خدمات توانبخشی(تربیت شنوایی، گفتاردرمانی و آموزش خانواده) به عنوان متغیر پیش‌بین در نظر گرفته شده است.

جامعهٔ آماری این تحقیق، کلیهٔ دانش‌آموزان آسیب دیده شنوایی آموزشگاه‌های دورهٔ ابتدایی استثنایی استان گیلان (اعم از دختر و پسر) در سال تحصیلی ۹۰/۹۱ است که تعداد آنان ۱۷۸ نفر و از این تعداد، ۷۱ نفر دختر و ۱۰۷ نفر پسر هستند.

برای تعیین حجم نمونه با استفاده از روش تصادفی ابتدا استان گیلان به ۳منطقه(شرق –غرب-مرکز) تقسیم شده و از هر منطقه ۴ آموزشگاه به تصادف مشخص و از هرآموزشگاه، ۵ نفر(مجموعاً ۶۰ نفر) انتخاب و مورد بررسی قرار گرفت. با توجه به اینکه مداخلهٔ به هنگام تولد تا ۳ سالگی تعریف شده بود، بنابراین افراد نمونه به صورت گروهی تقسیم شدند. برای جمع آوری اطلاعات و تجزیه و تحلیل داده‌ها در راستای رسیدن به اهداف پژوهش از دو نوع پرسشنامهٔ محقق ساخته و استاندارد مهارت‌های اجتماعی‌گری شام و همچنین مراجعه به پروندهٔ پزشکی/توانبخشی دانش‌آموزان استفاده شد.

پرسشنامه‌ای که برای اولیا تنظیم شده بود، از دو قسمت اطلاعات عمومی و سئوالات اختصاصی تشکیل شده است که در کل ۱۵ پرسش می‌باشد. گزینه‌های مربوط به قسمت اول هر یک دارای کد بوده و ارزش مبنایی خاصی ندارند. اما پرسش‌های ۸ سؤال مربوط به قسمت دوم هر کدام شامل ۵ گزینه می‌باشد که به ترتیب از شمارهٔ ۱ تا ۵ کد گذاری شده‌اند. برای سنجش مهارت‌های اجتماعی از مقیاس درجه بندی مهارت اجتماعی گری شام و الیوت(۱۹۹۰)استفاده شد. این مقیاس رفتار اجتماعی دانش آموز را از دید ارزیاب بررسی می‌کند.این مقیاس، فراوانی رفتارهای موثر بر رشد کفایت اجتماعی و تطابق دانش‌آموز را در خانه و مدرسه اندازه گیری می‌کند.این مقیاس شامل ۳ فرم ویژه ارزیابی توسط والدین، معلم و دانش‌آموزان برای مقاطع پیش‌دبستانی تا دانشگاهی است.هریک از مقیاس‌ها را می‌توان با هم یا به تنهایی به کار گرفت. در این پژوهش، از فرم معلمین ویژهٔ مقطع ابتدایی استفاده می شود.فرم معلم دارای ۳۰ پرسش سه نمره‌ای (با گزینه‌های هرگز، گاهی و همیشه) است. محتوای این مقیاس در برگیرندهٔ دو بخش اصلی مهارت‌های اجتماعی و مشکلات رفتاری است. در این پژوهش، فقط از بخش مهارت‌های اجتماعی آن که مشتمل بر رفتارهایی نظیر همکاری (رفتارهایی مانند کمک به دیگران و پیروی از قوانین و مقررات)، ابراز وجود (شامل رفتارهایی مانند درخواست اطلاعات از دیگران، معرفی خود و واکنش نسبت به دیگران) و خودکنترلی (شامل رفتارهایی که در موقعیت‌های بحرانی بروز پیدا می‌کند، مانند پاسخ مناسب به خشم دیگران) است، استفاده می‌شود.

پس از اجرای آزمون بر اساس درجه‌بندی پاسخگوها در مقیاس لیکرت سه نقطه‌ای، سه نمره حاصل می شود،به این ترتیب: هرگز=۰، گاهی =۱، همیشه =۲. پس از جمع نمرات تمام گزینه‌ها نمرات خام حاصل می‌گردد که نمرات خام برای هر فرد بین حداقل و حداکثر ۶۰ در نوسان می‌باشد. اعتبار این

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-19]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1393.14.1.6.5]

مقیاس با استفاده از روش بازآزمایی وآلفای کرونباخ برابر با۰/۹۴ گزارش شده است(گری شام و الیوت، ۱۹۹۰). در ایران نیز ضریب اعتبار این مقیاس با استفاده از روش ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۰ گزارش شده است (شهیم،۱۳۸۱).همچنین در این پژوهش، برای محاسبهٔ روایی از روش روایی صوری(با اخذ نظرات اساتید راهنما، مشاور و دیگر صاحب نظران) استفاده گردید و مورد تأیید قرار گرفت.

جدول۱- عملکرد گروه نمونه در متغیرهای پیش‌بین و ملاک

افراد نمونه	سن تشخیص (به سال)	سن شرکت در تربیت شنوایی	سن شرکت در گفتار درمانی	سن شروع آموزش والدین	نمرهٔ مهارت اجتماعی
۱	۴	۴	۵	۴	۳۵
۲	۱	۱	۲	۲	۴۶
۳	۱	۳	۳	۳	۴۷
۴	۲	۲	۲	۲	۴۳
۵	۲	۲	۲	۳	۴۳
۶	۴	۴	۴	۴	۴۴
۷	۱	۴	۳	۳	۴۴
۸	۱	۵	۵	۳	۳۴
۹	۲	۳	۳	۲	۵۱
۱۰	۲	۳	۳	۲	۵۳
۱۱	۴	۵	۵	۵	۲۶
۱۲	۱	۲	۲	۱	۴۹
۱۳	۱	۲	۲	۳	۵۱
۱۴	۱	۲	۳	۳	۴۲
۱۵	۲	۳	۲	۲	۵۱
۱۶	۲	۲	۲	۲	۳۳
۱۷	۵	۵	۵	۵	۲۹
۱۸	۴	۵	۵	۵	۲۹
۱۹	۴	۴	۴	۴	۲۱
۲۰	۴	۵	۵	۵	۳۲
۲۱	۳	۳	۳	۳	۴۲
۲۲	۲	۳	۳	۲	۴۶
۲۳	۴	۴	۴	۴	۴۱
۲۴	۲	۵	۴	۴	۲۰
۲۵	۱	۳	۳	۳	۵۱
۲۶	۱	۵	۵	۵	۵۴
۲۷	۱	۵	۵	۵	۳۸
۲۸	۱	۵	۵	۵	۳۱
۲۹	۱	۵	۵	۵	۲۸
۳۰	۱	۲	۲	۲	۳۹
۳۱	۴	۵	۵	۵	۳۲
۳۲	۳	۲	۲	۲	۳۶
۳۳	۲	۳	۳	۳	۴۱
۳۴	۲	۲	۳	۲	۳۹
۳۵	۴	۴	۴	۴	۴۷
۳۶	۲	۳	۳	۲	۳۹
۳۷	۴	۵	۵	۵	۲۶
۳۸	۴	۵	۵	۵	۲۸
۳۹	۵	۵	۵	۵	۳۶
۴۰	۴	۵	۵	۵	۳۲
۴۱	۱	۲	۳	۲	۳۴
۴۲	۴	۵	۵	۵	۳۵
۴۳	۵	۵	۵	۵	۲۶
۴۴	۵	۵	۵	۵	۳۸
۴۵	۳	۵	۵	۵	۳۳
۴۶	۲	۲	۳	۳	۴۲
۴۷	۴	۵	۴	۴	۳۶
۴۸	۴	۵	۴	۴	۲۵
۴۹	۲	۴	۴	۴	۲۳
۵۰	۲	۳	۳	۳	۴۹
۵۱	۲	۲	۲	۲	۴۸
۵۲	۱	۳	۳	۲	۵۲
۵۳	۲	۲	۳	۲	۱۸
۵۴	۲	۳	۲	۱	۴۸
۵۵	۱	۲	۲	۲	۵۱
۵۶	۴	۴	۴	۴	۲۲
۵۷	۲	۲	۳	۳	۴۹
۵۸	۲	۲	۳	۲	۴۶
۵۹	۱	۱	۱	۱	۳۹
۶۰	۴	۴	۵	۴	۲۹

یافته‌ها

فرضیهٔ اول:بین سن تشخیص دانش‌آموزان ناشنوا و رشد اجتماعی آنان تفاوت وجود دارد.

جدول ۲-نتایج آزمونt مستقل برای سن تشخیص کم شنوایی و رشد اجتماعی

گروه	میانگین	t	درجهٔ آزادی	سطح معنی‌داری
مداخله به هنگام	۴۲/۱۸۵	۴/۸۶۵	۵۸	۰/۰۰۰
مداخله دیرهنگام	۳۱/۴۵۴			

همان‌طور که در جدول ۲ دیده می‌شود، میزان t بدست آمده از مقایسهٔ میانگین دو گروه در سطح ۰/۰۱ از لحاظ آماری معنی‌دار است. (p=0/000 و t=۴/۸۶۵). بنابراین با ۹۹درصد می‌توان نتیجه گرفت که میزان رشد اجتماعی دانش‌آموزانی که کم شنوایی آنان به موقع تشخیص داده شده بیشتر از گروهی است که کم شنوایی آنان دیرتر تشخیص داده شده است.

فرضیهٔ دوم: بین سن شرکت در برنامه‌های تربیت شنوایی و رشد اجتماعی دانش‌آموزان ناشنوا تفاوت وجود دارد.

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-19]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1393.14.1.6.5]

جدول ۳-نتایج آزمونt مستقل برای سن شرکت در برنامه های تربیت شنوایی و رشد اجتماعی

گروه	میانگین	t	درجهٔ آزادی	سطح معنی‌داری
مداخلهٔ به هنگام	۴۳/۹۳۴	۵/۷۳۲	۵۸	۰/۰۰۰
مداخلهٔ دیرهنگام	۳۲/۴۶۵			

همان‌طور که در جدول ۳ دیده می‌شود، میزان t بدست آمده از مقایسهٔ میانگین دو گروه در سطح۰/۰۱ از لحاظ آماری معنی‌دار است. (p=0/000 و T=۵/۷۳۲). بنابراین با ۹۹درصد می‌توان نتیجه گرفت که میزان رشد اجتماعی دانش‌آموزانی که برنامه‌های تربیت شنوایی آنان به موقع شروع شده بیشتر از گروهی است که برنامه های توانبخشی آنان دیرتر شروع شده است.

فرضیهٔ سوم: بین سن شرکت در برنامه‌های گفتاردرمانی و رشد اجتماعی دانش‌آموزان آسیب‌دیده شنوایی تفاوت وجود دارد.

جدول ۴-نتایج آزمونt مستقل برای سن شرکت در برنامه‌های گفتاردرمانی و رشد اجتماعی

گروه	میانگین	t	درجهٔ آزادی	سطح معنی‌داری
گفتاردرمانی به هنگام	۴۳/۹۳۵	۶/۰۵۰	۵۸	۰/۰۰۰
گفتاردرمانی دیرهنگام	۳۴/۰۶۸			

همان‌طور که در جدول ۴ دیده می‌شود، میزان t بدست آمده از مقایسه میانگین دو گروه در سطح ۰/۰۱ از لحاظ آماری معنی‌دار است. (p=0/000 و T=۶/۰۵۰). بنابراین با ۹۹درصد می‌توان نتیجه گرفت که میزان رشد اجتماعی دانش‌آموزانی که برنامه‌های گفتاردرمانی آنان به موقع شروع شده بیشتر از گروهی است که برنامه‌های تربیت شنوایی آنان دیرتر شروع شده است.

فرضیهٔ چهارم: بین زمان شروع آموزش‌های والدین و رشد اجتماعی دانش‌آموزان آسیب دیدهٔ شنوایی تفاوت وجود دارد.

جدول ۵-نتایج آزمونt مستقل برای زمان شروع آموزش‌های والدین و رشد اجتماعی

گروه	میانگین	T	درجهٔ آزادی	سطح معنی‌داری
آموزش به هنگام والدین	۴۳/۶۲۵	۵/۸۳۷	۵۸	۰/۰۰۰
آموزش دیر هنگام‌والدین	۳۴/۰۷۱			

همان‌طور که در جدول ۵ دیده می‌شود، میزان t بدست آمده از مقایسهٔ میانگین دو گروه در سطح ۰/۰۱ از لحاظ آماری معنی‌دار است. (p=0/000 و T=۵/۸۳۷). بنابراین با ۹۹ درصد می توان نتیجه گرفت که میزان رشداجتماعی دانش‌آموزانی که والدین آنان زودتر در برنامه‌های آموزشی و توانبخشی شرکت نموده‌اند بیشتراز گروهی است که والدین آنان دیرتر در این آموزشها شرکت داشته‌اند.

بحث و نتیجه گیری

مقدار t بدست آمده در مورد رابطهٔ بین سن تشخیص کم شنوایی و رشد اجتماعی دانش‌آموزان با p=۰/۰۰۰<۰/۰۱ در سطح اطمینان ۹۹ درصد معنی-دار است و ضمن تأیید فرضیه، نشان می‌دهد که بین این دو متغیر ارتباط معنی‌دار وجود دارد. یعنی هر چه سن تشخیص کم شنوایی پایین‌تر باشد، دانش‌آموزان از رشد اجتماعی بالاتری برخوردارند.این نتیجه در یافته‌های دروگن(۱۹۹۸) که در مطالعه‌ای نشان می-دهد، تشخیص زودرس کم‌شنوایی سبب بهبود مهارت‌های ارتباطی کودک گردیده و اثرات مثبتی روی جنبه‌های فردی، اجتماعی و آموزشی وی دارد، مشاهده می‌شود. هدف اصلی زبان برقراری ارتباط است و برای این که کودکان ناشنوا بتوانند ارتباط مؤثر و مفیدی با دیگران برقرار کنند باید زبان گفتاری را فرا بگیرند و هرچه در زمینهٔ کسب مهارت‌های کلامی و استفاده از این مهارت توانایی بیشتری داشته باشند، می‌توانند ارتباط بهتری با همسالان عادی خود برقرار کرده و از این طریق مهارت‌های گفتاری خود را نیز تقویت نمایند و این امکان‌پذیر نیست، مگر باشناسایی به موقع کم‌شنوایی دانش‌آموزان آسیب دیدهٔ شنوایی.

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-19]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1393.14.1.6.5]

این نتایج با یافته‌های بلاوهاسپرز و همکاران (۲۰۰۷)، مهونی (۲۰۰۴)، کلبرگ(۲۰۰۰) همخوانی دارد.

مقدار t بدست آمده در مورد رابطهٔ بین سن شروع شرکت در برنامه‌های تربیت شنیداری و رشد اجتماعی با P=۰/۰۰<۰/۰۱ در سطح اطمینان ۹۹ درصد معنی-دار است و نشان می‌دهد که ارتباط معنی‌دار (رابطه از نوع معکوس) وجود دارد . یعنی هر چه کودک در سنین پایین‌تری در برنامه‌های تربیت شنیداری حضور داشته و تحت این برنامه قرار گیرد، در آینده از رشد اجتماعی بالاتری برخوردار می‌شود. این نتیجه با یافته‌های یوشیناگا و ایتانو (۱۹۹۸) وگری شام و همکاران(۲۰۰۱) بوت روید (۱۹۸۵) ،(هاسن استپ وتوبی) (۱۹۹۱) مطابقت دارد. به علاوه، در پژوهش امامی (۱۳۷۸) با موضوع بررسی اثرات تربیت شنوایی بر فرایند رشد گفتار و زبان کودکان نیز نشان داده شده است که بهره گیری از تربیت شنوایی و گفتاردرمانی در سال‌های اولیهٔ زندگی کودکان و در دوران زبان‌آموزی، در رشد زبان و گفتار که بخشی از مهارت‌های اجتماعی آنان است تأثیر قابل ملاحظه‌ای دارد.

هر چه کودکان در سنین پایین‌تری در برنامهٔ تربیت شنیداری ثبت نام و در آن حضور یابند، از لحاظ رشد مهارتهای اجتماعی موفق‌تر خواهند بود(لانیس و فروسینی،۲۰۰۸).

تفاوت یا تأخیر در اکتساب زبان، فرصت‌های تعامل اجتماعی را محدودتر می‌کند. کودکان ناشنوا وقتی می‌کوشند با همسالان شنوا ارتباط برقرار کنند؛ چالش‌های سازگاری بیشتری مواجه می‌شوند و این در حالی است که معمولاً گفتگو با همسالان راحت‌تر به نظر می‌رسد.هنگامی که رشد زبان گفتاری در سال اول زندگی آغاز می‌شود،امکان مواجههٔ طبیعی‌تر با تفاسیر مادر در مورد اشیاء و پدیده‌های جالب توجه برای کودک وجود دارد و همچنین کودک قادر به کنترل و حفظ کیفیت بسیاری از آواسازی‌های انعکاسی خود و غان‌وغون تکراری خویش در طول سال اولیهٔ زندگی خواهد شد (اولر، ایلر، بال، کارنی ۱۹۸۵).

مقدار t بدست آمده در مورد رابطهٔ بین سن شروع شرکت در برنامه‌های گفتاردرمانی و رشد اجتماعی با P=۰/۰۰<۰/۰۱ در سطح ۹۹ درصد معنی‌دار است و در واقع بین سن بهره‌گیری از گفتار درمانی و رشد اجتماعی دانش‌آموزان ارتباط معنی‌دار (از نوع معکوس) وجود دارد، یعنی هر چه کودکان در سنین پایین‌تری در برنامهٔ گفتار درمانی ثبت نام و در آن حضور یابند، از لحاظ رشد مهارت‌های اجتماعی موفق-تر خواهند بود(لانیس و فروسینی، ۲۰۰۸). این نتیجه با یافته‌های اکبرلو و حسن‌زاده (۱۳۸۰)، یوشیناگا و ایتانو(۱۹۹۸)، گری شام(۱۹۸۲) و رضازاده (۱۳۹۰) همخوانی دارد.

مقدار t بدست آمده در مورد رابطهٔ بین سن شروع شرکت در برنامه‌های آموزش والدین و رشد اجتماعی در شرایط p=۰/۰۰<۰/۰۱ و در سطح اطمینان ۹۹ درصد معنی دار است و نشان می دهد که بین رشد اجتماعی و سن شروع آموزش‌های والدین رابطه وجود دارد. این نتیجه در تحیقات مشابهی از جمله هاوزرکرم (۲۰۰۷) که بر لزوم حمایت‌های تخصصی و آموزشی والدین درجهت افزایش مهارت‌های اجتماعی فرزندان ناشنوای آنان تأکید داشته است، قابل مشاهده است. به علاوه، کاکوجویباری(۱۳۸۱) در مطالعه‌ای با عنوان اثر آموزش والدین در توانمندی زبانی کودکان دچار نقص شنوایی، به یک نتیجه گیری مشابه دست یافته است. محقق در این پژوهش نشان می دهد که در اثر آموزش والدین، میزان آگاهی آنها پیرامون مهارت زندگی با کودک افزایش می‌یابد و این آگاهی نیز به نوبه خود از طرفی باعث پذیرش نقص شنوایی فرزند از طرف والدین و از طرف دیگر موجب رشد مهارت‌های گفتاری و شنیداری و در نتیجه افزایش توانمندی زبانی کودکان می گردد.همچنین با یافته‌های فالکونر (۲۰۰۷)، کلبرک (۲۰۰۰) که بر مشارکت والدین ناشنوا در برنامه‌های توانبخشی تاکید دارند و یافته‌های

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-19]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1393.14.1.6.5]

آشر و تیلور (۱۹۸۱)، گرینسپن و شولتز (۱۹۸۱) و کازدین (۱۹۷۸) منطبق است. رشد اجتماعی افراد بطور کلی بستگی به نحوهٔ ارتباط آنها با دیگران دارد. همچنین افرادی که در محیط زندگی با او ارتباط دارند، نقش اساسی در میزان رشد اجتماعی دارند که در این میان، نقش والدین از دیگران برجسته‌تر است. به طور مثال، کودکان ناشنوایی که دارای والدین ناشنوا هستند با توجه به اینکه از ابتدا از مزیت رشد زبان طبیعی خود یعنی زبان اشاره برخوردارند نسبت به کودکان ناشنوای دارای والدین شنوا، اجتماعی‌تر هستند.

بطور کلی در تحقیق حاضر متوسط سن تشخیص کم شنوایی، استفاده از سمعک و شرکت در کلاس‌های تربیت شنوایی، استفاده از خدمات گفتاردرمانی و آموزش والدین به ترتیب ۲/۵ سالگی، ۳/۶ سالگی، ۳/۵ سالگی و ۳/۵ سالگی و ۳/۳ سالگی بدست آمده است که با سنین مطرح شده از طرف کمیتهٔ مشترک شنوایی کودکان جهان(JCIH) فاصله زیادی دارد. در این بیانیه تأکید شده است که تمامی کودکان باید تا قبل از ۳ ماهگی مورد ارزیابی شنوایی قرار بگیرند و حداکثر تا سن ۶ ماهگی برنامه‌های مداخله‌ای باید در مورد آنها به اجرا در بیاید. اقدامات اخیر انجام شده در ایران در رابطه با شناسایی و مداخلهٔ کم‌شنوایی مطابق با یافته‌های عشایری و همکاران(۱۳۸۴) است که سن مداخله را حدود ۲۲ ماهگی گزارش داده‌اند، با اینکه نسبت به اقدامات انجام شده در برخی کشورها از جمله یافته‌های هاریسون و راش(۱۹۹۶)، پرندرگاست، نلسون لارتز و کاسون فیدلر (۲۰۰۲) و اوزسب، سوینک و بلژین (۲۰۰۵) از وضعیت پایین‌تری برخوردار است، ولی نسبت به یافته‌های قبلی از جمله احمدی (۱۳۷۱) و لطفی و جعفری(۱۳۸۲)، روند خوبی در زمینهٔ تشخیص و مداخلهٔ کم‌شنوایی داشته است. نکته دیگر اینکه، یافته‌های تحقیق حاضر که در استان گیلان بدست آمده است، در مقایسه با یافته‌های عشایری و همکاران که در شهر تهران حاصل شده است، مشخص می‌کند که درگذشته در زمینهٔ تشخیص و مداخله در استان گیلان فعالیت‌های کمتری انجام گردیده است و لذا در این رابطه باید اقدامات اساسی و جدی‌تری صورت بگیرد. در زمینهٔ تشخیص کم شنوایی، سازمان بهزیستی با مساعدت مراکز بهداشتی، درمانی و بیمارستان‌های استان گام‌های موثری در سال‌های اخیر برداشته که کلیهٔ نوزادان در۴۸ ساعت اول پس از تولد مورد ارزیابی شنوایی قرار گرفته و مراکز آموزش و پرورش استثنایی پس از تشخیص، آمادهٔ پذیرش نوآموزان و والدین آنان جهت آموزش می‌باشد.

تقدیر و تشکر

از اساتید گرامی و اولیای دانش‌آموزان آسیب دیدهٔ شنوایی آموزشگاه‌های استثنایی استان گیلان که بدون کمک این عزیزان، انجام این پژوهش میسر نبود ،تشکر و قدردانی می‌شود.

یادداشت‌ها

1) Pall
2) Early identification
3) Rehabilitation
4) Alesman- Matkin- Sabo
5) Drogen
6) Suten- Sekatlon
7) Carney- moeller
8) Larson Mankovitz

منابع

احمدی، مهناز. (۱۳۷۱) . بررسی سن تشخیص کم‌شنوایی و عوامل وابسته درگروهی از دانش‌آموزان مدارس ناشنوایان باغچه‌بان تهران. مجلهٔ شنوایی‌شناسی، ۳ و۲، ۶۱-۵۷.

اصغری نکاح، سید محسن. (۱۳۸۵). ضرورت و جایگاه مداخلهٔ زود-هنگام و آموزش پیش‌دبستانی برای کودکان دارای نیازهای ویژه. نشریهٔ تعلیم و تربیت استثنایی،۱۱،۷۴-۳.

امامی، فرانک. (۱۳۸۷). بررسی اثرات تربیت شنوایی در فرایند رشد گفتار و زبان کودکان ناشنوای زیر۷ سال شهر همدان. مجلهٔ دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی،۵۲،۲۵-۴۸.

اکبرلو، ناصر و حسن زاده سعید.(۱۳۸۱).بررسی میزان دسترسی و استفاده از سمعک در مدارس ناشنوایان شهر تهران.فصلنامه پژوهش در حیطهٔ کودکان استثنایی،۲۶۶،۳،۲-۲۵۵.

جعفری، زهرا و ادکی، فاطمه.(۱۳۸۱).توانبخشی شنوایی.چاپ اول، تهران: موسسهٔ چاپ سامان

حسن‌زاده، سعید و خداوردیان، سهیلا(۱۳۷۹). *توانبخشی شنیداری کلامی کودکان دارای آسیب شنوایی*. انتشارات آموزش و پرورش استثنایی.

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-19]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1393.14.1.6.5]

دانشمندان، نعیمه.(۱۳۸۳).بررسی تأثیر توانبخشی شنوایی بر رشد گفتار و زبان کودکان کم‌شنوای شدید و عمیق مراجعه کننده به مراکز بهزیستی. مجلهٔ دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی،۴،۳۶۰-۳۵۳.

رحیمی، فرزاد وکریم پور، مصطفی(۱۳۸۶)پنج‌گانه‌ای بر کشف و مداخله زودهنگام شنوایی. تهران،نشر دلفین.

رضازاده، علی.(۱۳۹۰).مقایسهٔ تحول یافتگی زبان و رشد اجتماعی دانش‌آموزان آسیب دیدهٔ شنوایی در مدارس ابتدایی ویژه و تلفیقی.پایان نامهٔ کارشناسی ارشد،دانشگاه آزاد واحد قوچان.

شهیم،سیما.(۱۳۸۱).بررسی مهارت‌های اجتماعی در گروهی از دانش-آموزان نابینا از نظر معلمان.مجلهٔ روانشناسی و علوم تربیتی. ۳۲.۱،۱۲۱-۱۳۹.

عشایری،حسن و ملایری،سعید.(۱۳۸۴).بررسی سن تردید، تشخیص، استفاده از سمعک و مداخله در کودکان ناشنوا.مجلهٔ دانشگاه علوم پزشکی، ۱۴، ۵۵،۱۵۷-۱۴۹.

کاکوجویباری،علی‌اصغر(۱۳۸۱).مجموعه مقالات نظری و تحقیقی دربارهٔ زبان،نشر مشاهیر.

کاکوجویباری، علی‌اصغر.(۱۳۸۱). اثر آموزش والدین در توانمندی زبانی کودکان دچار نقص شنوایی واحدهای آموزشی ۵ و ۷ باغچه‌بان تهران. تهران: پژوهشکده تعلیم و تربیت استثنایی.

کاکوجویباری، علی اصغر، سرمدی، محمدرضا و شریفی، اعظم (۱۳۸۹). مقایسه سواد خواندن در دانش‌آموزان آسیب دیده شنوایی و دانش‌آموزان با شنوایی هنجار. دوفصلنامه شنوایی شناسی، ۱۹، ۱، ۳۰-۲۳.

لطفی، یونس و جعفری، زهرا(۱۳۸۲). بررسی سن تشخیص کم شنوایی در کودکان کم شنوای زیر ۶ سال مراجعه‌کنندهٔ به مراکز توانبخشی در سطح کشور،مجلهٔ دانشور.

موللی، گیتا (۱۳۸۱). نقش تشخیص زودهنگام کم شنوایی بر رشد گفتار و زبان،دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.

Asher,S.R &Taylor,A.R(1981).The social out comes of maaainstraeaming: sociomeric assessment and beyond.Exceptional children auarterly,1,12-30.

Blauw-Hospers,C.H . V.B. de Graaf-paters, T. Dirks, A.F. Bos and M. Hadders-Algra.(2007).Does early intervention in infants at high risk for a developmental motor disorder improve motor and cognitive development? Neuroscience& biobehaavioral Reviews Article in press.

Boothroyd, A.(1985)Auditory capacity and generalization of speech skills. In J.

Auditory capacity and generalization of speech skills. In J. Bothroyd, A.(1985)

Clark, Grame M., Robert S.C. Cowan, and Richard Dowell (1997) Cochlear Implantation for Infonts and Children. New York: Singular Publishing Group . Printed by John Wiley & Son.Inc.

European Agency For Development in special Needs Education. (2006). Early childhood Intervention Project. Downloaded from : http://www.european-agency.org.

Ferretti, R. P., Cavalier, A. R., Murphy, M. J., Murphy, R. (1993).The self-management of skills by persons with maental retardation. Research in developmental disaaabilities, 14,189-205

Greenspan, S.8 Sholttz B.(1981)Why mentally retarded aadaults loose their jobs: social cpmpetence asa factor in work adjustment Applied research in mental retardation,ZPP.23.-38.

Gresham,F.M.,Sugai,G & Horner, R.H. (2001). Interpreting outcomes of social skills training for students with high –includence disabilities.

Harrison Roush J. Age of suspicion, identification and intervention for infants and young children with hearing loss: A national study. Ear Hear 1996; 17: 55-62.

Hasonstab, M.s., S & Tobey, E.A (1991). Language development in children. Ear and Hearing Disorders, 43 (3), 380-391.

Hauser-Cram ,Penny, Tina M. Durand and Marji Erickson Warfield .(2007). Early feeling about school and later academic outcomes of children with speciaaal needs living in povety. Early childhood Research Quaarterly Aticle in press.

Hintermair M. Parental resources, parental stress, and socioemotional development of deaf and hard of hearing children. J Deaf Stud Deaf Educ. 2006;11(4):493-513.

Hunt, N.,& Marshall ,K. (1999).Exceptional children and youth.2nded. Boston: Houghton Mifflin Company.

Kazdin, A.E. (1978). History of behavior modification Experimental foundation of ontemporary research. Baltimor,MD: University park press.

Kleberg ,Agenta,. Bjorn Westrup and Karin Stjernqvist.(2000). Developmental outcome, child beahaviour and mother-child interaction at 3 year of age following Newbon Individualized Developmental Care and Intervention Program (NIDCAP) Intervention . Eaaarly Human Development Volume 60 Issue 2. Dev. 1995;18(2):145-53.

Korinek, L.&, Popp. A.(2004). Collaborative Mainstream Integration of Social Skills with Academic Instruction Preventing School Failure,41(4).148 .

Loannis, A. & Efrosini, K. (2008). Nonverbal social interaction skills of children with learning disabilities. Research indevelopmental disabil-ities, 29, 1-10.

luternan D.kurtzer-whitel, seewald RE (1999) .The young Deaf child. Baltimore:York pres.35-55.

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-19]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1393.14.1.6.5]

Mahoney, Gerald.&C. Wheeden and Frida Perales.(2004). Relatonship of preschool special education outcome to instructional practices and parent-child interaction .Research in Developmental Volume 25,Issue 6.

Morris, S.(2002). Promoting social skills among students with nonverbal learning disabilities. Teaching Exceptional Children,34(3),66-70. disabilities. 20, 441-448.

Nutbrown, cathy. (2006). Key concepts in Early childhood Education. Frist published. SAGE Publications Itd.

Oller,D.K,Eilers,R.e.Bull, D. H.&Carney, A.E. (1985). Prespeech vocalization of a deaf infant: A comparison with normal metaphonological development. Journal of speech and Hearing Research, 27,47-63.

Ozcebe E, sevinc S,Belgin E. (2005) The suspicion, identification, amplification and intervention in children with hearing loss. Int, J pediatroto rhinolaryngol 60-7.

Prendergast SG, Nelson Lartz M, Casson Fiedler BC.Ages of diagnosis, amplification, and early intervention ofinfants and young children with hearing loss: Findings from parent interviews. Am Ann Deaf 2002; 147: 24-9.

Reynolds, Arthur J. (2004).Research on early childhood interventions in the confirmatory mode. Children and youth services Review: 26, 1.

Yoshinaga-I tanoc, Apuzzo, M,coulter D , Stredler-Brown A.The Effect of early identification of heaving loss on Developmental . outcomes paper presented at the third annul Infant Hearing screening seminar, providence , RI, 1998.

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-19]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1393.14.1.6.5]

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-19]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1393.14.1.6.5]

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-19]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1393.14.1.6.5]