پژوهش در حیطه کودکان استثنایی/ سال نهم، شماره ۴، ۱۳۸۸ / ۳۶۶-۳۵۷
Research on Exceptional Children, 2010, Vol.9, No. 4, 357-366

ارتباط مداخله‌های زودهنگام با موفقیت تحصیلی دانش‌آموزان آسیب‌دیدهٔ شنوایی

دکتر علی اصغر کاکوجویباری[1] ، دکتر مسعود گنجی[2] ، جعفر صمدی فر[3*]

تاریخ دریافت: ۸۸/۲/۱۲ تجدید نظر: ۸۸/۴/۲۷ پذیرش نهایی: ۸۸/۶/۲۰

چکیده

هدف: این پژوهش به منظور مطالعه ارتباط برخی از مداخله‌های زودهنگام با موفقیت تحصیلی دانش‌آموزان دارای آسیب شنوایی انجام گرفته است. **روش**: پژوهش به صورت توصیفی و از نوع همبستگی است و جامعه آماری آن شامل ۹۰ نفر از دانش آموزان آسیب‌دیدهٔشنوایی دوره ابتدایی (۵۷ نفر پسر و ۳۳ نفر دختر) است که در سال تحصیلی ۸۷- ۱۳۸۶ در آموزشگاههای ویژه شهر اردبیل مشغول به تحصیل بودند. برای تعیین حجم نمونه با استفاده از جدول اچ.اس. بولا، تعداد ۴۵ نفر پسر و ۲۵ نفر دختر با رعایت تناسب جنسی از جامعه به‌صورت تصادفی انتخاب شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها، از دو پرسشنامه محقق‌ساخته و نیز از پروندهٔ پزشکی و توانبخشی دانش آموزان استفاده شد و فرضیه‌های تحقیق به روش آزمون آماری ضریب همبستگی پیرسون مورد تحلیل قرارگرفتند. **یافته‌ها**: نتایج پژوهش نشان داد که بین هریک از متغیرهای سن تشخیص کم‌شنوایی، سن شروع استفاده از وسایل کمک شنوایی(سمعک)، سن بهره‌گیری از برنامه‌های تربیت شنوایی و گفتار درمانی و نیز سن شروع آموزشهای والدین با موفقیت تحصیلی دانش‌آموزان، ارتباط معنی دار (همبستگی منفی) وجود دارد. همچنین بین متغیرهای استفاده مداوم از سمعک، میزان حضور دانش‌آموزان در برنامه‌های تربیت شنوایی و گفتار درمانی، همکاریهای والدین با تیم توانبخشی، تحصیلات والدین و وضعیت اقتصادی خانواده‌ها با موفقیت تحصیلی همبستگی مثبت معنی‌داری مشاهده شد. **نتیجه‌گیری**: مداخله‌های زودهنگام با موفقیت تحصیلی دانش‌آموزان ارتباط معنی‌دار دارد و موجب پیشرفت تحصیلی آنها می‌شود، اما متوسط سنین مداخله‌ها در جمعیت تحت مطالعه در حد قابل قبولی نیست و هنوز با سنین مطرح شده از جانب کمیته مشترک جهانی فاصله زیادی دارد.

واژه‌های کلیدی : *مداخله زودهنگام ، آسیب‌دیدهٔ شنوایی ، موفقیت تحصیلی*

مقدمه

مداخلهٔ زودهنگام[1]؛ 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).

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

۱- استادیار دانشگاه پیام نور تهران
۲- استادیار دانشگاه محقق اردبیلی
*۳- **نویسنده رابط**: کارشناس ارشد برنامه‌ریزی درسی دانشگاه پیام نور تهران ۰۴۵۱ - ۴۴۴۱۳۱۱ (Email : samadifar_j۵۶@yahoo.com)

سمعک و دریافت خدمات توانبخشی و آموزشی شود، در مراحل بعدی، این کمبود، به‌هیچ‌وجه، جبران‌پذیر نخواهد بود. (مولّلی، ۱۳۸۴).

در گذشته، نبود یک برنامهٔ خاص و سازمان یافته‌ای، برای شناسایی زودهنگام کم‌شنوایی[۲] 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).

باتوجه 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[۳] بموقع، بتواند از این تأثیرات ناگوار، جلوگیری کند یا آنها را به میزان چشمگیری کاهش دهد (همان منبع).

در این زمینه، به تازگی آموزش و پرورش استثنایی و سازمان بهزیستی برنامه‌های پیش دبستانی در قالب مداخله‌های زودهنگام و خدمات اولیه را اجراکرده‌اند که بی‌شک می‌تواند از بسیاری از مسائل ومشکلات پیش آمده، جلوگیری کنند.(اصغری نکاح، ۱۳۸۶) 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 تأثیر گذارتر 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 خانواده‌هامی 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 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).

هان و همکاران[۴] (۱۹۹۸، به نقل از جعفری و ادکی، ۱۳۸۱). در پژوهشی نشان دادند که مداخله‌های زودهنگام و مؤثر توانبخشی در جهت تقویت شنیداری، سبب بهبود وضعیت زبان آموزی، گفتاری و رفتاری کودکان در سالهای بعدی می‌شود. همچنین آنها در بررسی دیگری به این نتیجه رسیدند که کودکانی که زودتر شناسایی می‌شوند، مهارتهای درکی، اجتماعی و زبانی بهتری دارند و همهٔ این موارد، به کودک کمک می‌کند تا در آینده، بتواند به‌راحتی در کلاسهای تلفیقی عادی و در محیطهای بازتر و ارزان‌تر تحصیل کند. در بررسیهایی که یوشیناگا و ایتانو (۱۹۹۸، به نقل از احمدی، ۱۳۷۵) انجام دادند، گزارش شد که کودکان با مهارتهای شناختی طبیعی که پیش از ۶ ماهگی به عنوان

سخت‌شنوا شناسایی می‌شوند، درصورت مداخلهٔ بموقع و مناسب، می‌توانند در سنین پایین، مهارتهای زبانی خود را به حدود طبیعی برسانند؛ در پژوهش دیگری که السمن، ماتکین و سابو[5] (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[6] (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[7] (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[8] (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[9] (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، بهره 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

نتایج پژوهش امامی (۱۳۷۸) با عنوان اثرات تربیت شنوایی بر رشد گفتار و زبان کودکان ناشنوا نیز حاکی از مؤثر بودن دریافت خدمات تربیت شنوایی در رشد مهارتهای گفتاری و زبانی این کودکان است. همچنین اشتری (۱۳۷۹) در پژوهشی بیان می‌کند که برنامه‌های توانبخشی موجب تسهیل آموزشی و عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان می‌شود. اکبرلو (۱۳۸۱) در پژوهش خود به این نتیجه دست یافت که به‌طور متوسط، حدود دو سال وقفهٔ زمانی بین سن تشخیص کم‌شنوایی و دریافت سمعک وجود دارد که منجر به اتلاف زمان بحرانی زبان آموزی می‌شود و در نهایت تأثیرات سوء در جنبه‌های ارتباطی، زبانی و تحصیلی بر جای می‌گذارد. در حالی که احمدی (۱۳۷۵) در پژوهش خود با عنوان" بررسی سن تشخیص کم‌شنوایی و عوامل وابسته به آن" نشان داده است که متوسط سن تشخیص کم‌شنوایی در جمعیت تحت مطالعه، ۳/۶ سال می‌باشد، لطفی و جعفری (۱۳۸۱)در پژوهشی که با همین عنوان انجام داده‌اند، متوسط سن تشخیص کم‌شنوایی را حدود ۲ سال ذکر کرده و عشایری و ملایری (۱۳۸۴) در بررسی تحت "عنوان بررسی سنین تردید، تشخیص کم‌شنوایی" استفاده از سمعک و مداخله، متوسط این سنین را در سطح نسبتاً بهتری، گزارش کرده‌اند.

با ملاحظه‌ای بر تحقیقات پیشین، در این پژوهش

فرضیه‌های زیر مورد بررسی قرار می‌گیرد:

۱- بین سن تشخیص کم‌شنوایی و موفقیت تحصیلی دانش‌آموزان آسیب‌دیدهٔ شنوایی ارتباط معنی‌داری وجود دارد.

۲- بین سن شروع استفاده از وسایل کمک شنوایی[۱۰] (سمعک) و موفقیت تحصیلی دانش‌آموزان، همبستگی وجود دارد.

۳- بین سن شروع شرکت در برنامه تربیت شنوایی و موفقیت تحصیلی دانش‌آموزان رابطه وجود دارد.

۴- بین سن شروع بهره‌گیری از گفتار درمانی و موفقیت تحصیلی دانش‌آموزان، رابطه وجود دارد.

۵- بین زمان شروع آموزشهای والدین و موفقیت تحصیلی دانش‌آموزان آسیب‌دیدهٔ شنوایی، همبستگی وجود دارد.

روش پژوهش

با توجه به موضوع، اهداف و فرضیه‌های پژوهش، روش پژوهش توصیفی از نوع همبستگی انتخاب شده است که در این تحقیق، موفقیت تحصیلی دانش‌آموزان به عنوان متغییر وابسته و متغیرهای سن تشخیص کم‌شنوایی، سن شروع استفاده از سمعک، سن شروع شرکت در برنامهٔ تربیت شنوایی، سن بهره‌گیری از گفتار درمانی و زمان شروع آموزشهای والدین، به عنوان متغیرهای مستقل در نظر گرفته شده‌اند.

جامعه، نمونه و روش نمونه گیری

جامعه آماری عبارت است از کلیه دانش‌آموزان آسیب دیدهٔ شنوایی که در دوره ابتدایی در آموزشگاههای ویژه شهر اردبیل (اعم از دختر و پسر) در سال تحصیلی ۸۷-۸۶ تحصیل می‌کردند که شامل ۹۰ نفر (۵۷ نفر پسر و ۳۷ نفر دختر) بودند نمونه آماری این پژوهش شامل ۷۰ نفر (۴۵ نفر پسر و ۲۵ نفر دختر) بود. برای تعیین حجم نمونه، با استفاده از جدول اچ. اس. بولا، تعداد ۴۵ نفر پسر و ۲۵ نفر دختر با رعایت تناسب جنسی، از جامعه به‌صورت تصادفی انتخاب شدند و مورد بررسی قرار گرفتند.

ابزار گردآوری داده‌ها

برای گردآوری داده‌ها و اطلاعات، از دو پرسشنامه محقق ساخته یکی برای تکمیل از سوی اولیای دانش‌آموزان و دیگری جهت تکمیل به‌وسیلهٔ شنوایی‌شناسان آموزشگاههای تحت مطالعه و نیز از طریق رجوع به پرونده پزشکی و توانبخشی دانش‌آموزان استفاده شده است. از هر دو پرسشنامه محقق‌ساخته جهت تعیین سن تشخیص کم‌شنوایی، سن شروع استفاده از سمعک، سن شروع شرکت در برنامهٔ تربیت شنوایی، سن بهره‌گیری از گفتاردرمانی و زمان شروع آموزشهای والدین، بهره گرفته شده است. جهت افزایش پایایی و اعتبار پرسشنامه، محقق اقدام به یافتن میزان همبستگی بین دو پرسشنامه فوق کرد که با توجه به تحلیل به دست آمده، تناسب بین سؤالات از همبستگی بسیار بالا برخوردار بوده است؛ برای مثال، تطبیق و مقایسه بین دو پرسشنامه فوق نشان داد که بین سؤالات مربوط به سن تشخیص کم‌شنوایی، سن شروع استفاده از سمعک و سن شروع اقدامات توانبخشی، به ترتیب با مقدار همبستگی r=۰/۵۰۶ ، r=۰/۷۱۳ و r=۰/۶۹۵ ارتباط معنی‌دار وجود دارد. لازم به ذکر است که جهت تعیین معیار موفقیت تحصیلی از میانگین معدلهای نیمسال اول و دوم دانش‌آموزان،در سال تحصیلی ۸۷-۶ استفاده شد.

یافته‌ها

۱-یافته‌های توصیفی :

برخی از یافته‌های توصیفی پژوهش به شرح زیر است:

تحلیل اطلاعات حاصل از پرسشنامه‌های پژوهش در ارتباط با سن تشخیص کم‌شنوایی نشان داد که از بین نمونه آماری تحت بررسی، کم‌شنوایی ۱۱/۴

درصد از دانش‌آموزان در سن زیر یک سالگی، ۵۰ درصد از آنها بین یک تا دو سالگی، ۲۵/۷ درصد در فاصله زمانی میان دو تا سه سالگی، ۱۱/۴ درصد بین سه تا چهار سالگی و کم‌شنوایی ۱/۴ درصد از دانش‌آموزان بالاتر از چهار سالگی تشخیص داده شده است.

تحلیل داده‌ها در رابطه با مقایسه بین سن تشخیص کم‌شنوایی و سن دریافت سمعک، نشان داد که ۲۰ درصد از دانش آموزان بلافاصله پس از تشخیص کم‌شنوایی سمعک دریافت نموده‌اند، ۱۰ درصد از آنها شش ماه بعد از تشخیص،۴۰ درصد یکسال پس از تشخیص کم‌شنوایی،۱۴/۳ درصد دو سال پس از تشخیص و ۱۵/۷ درصد سه سال بعد از تشخیص کم‌شنوایی سمعک دریافت نموده اند.

همچنین تحلیل اطلاعات حاصل از پرسشنامه در مورد سن شروع بهره‌گیری از مداخله‌های تربیت شنوایی و گفتاردرمانی، نشان داد که هیچ‌کدام از دانش‌آموزان تا سن قبل از دو سالگی، این برنامه‌ها را دریافت نداشته‌اند، ۱۸/۶ درصد از آنها بین دو تا سه‌سالگی در این برنامه‌ها شرکت کرده‌اند، ۲۸/۶ درصد بین سه تا چهار سالگی، ۲۴/۳ درصد در فاصله زمانی میان چهار تا پنج سالگی و ۲۸/۶ درصد بعد از پنج‌سالگی در برنامه‌های توانبخشی، شرکت داشته‌اند.

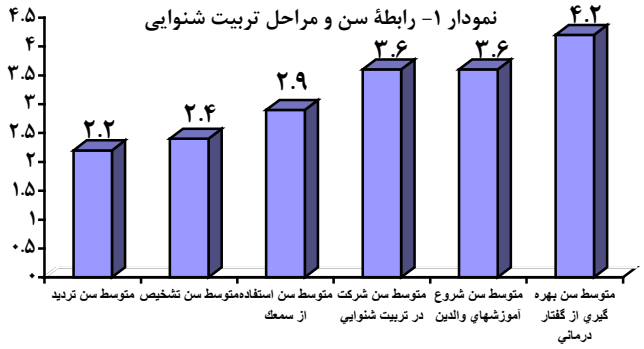
در ارتباط با سن شروع آموزشهای والدین، این نتیجه به‌دست آمد که ۲/۹ درصد از والدین تا سن دو سالگی فرزندشان شرکت در کلاسهای آموزشی و مشاوره را آغاز کرده‌اند، ۵/۷ درصد از آنها در فاصله بین دو تا سه سالگی فرزندشان شروع به دریافت این آموزشها نموده‌اند، ۴۰ درصد بین سن سه تا چهار سالگی فرزند، ۳۱/۴ درصد بین سن چهار تا پنج سالگی فرزند، و ۲۰ درصد از آنها بعد از سن پنج سالگی فرزندشان استفاده از این آموزشها را آغاز کرده‌اند.

محقق در بخشی از گزارشهای توصیفی، متوسط سنین مداخله‌های زودهنگام را بررسی کرده که در جدول ۱ نشان داده شده است.

جدول ۱- متوسط سنین مداخله‌های زودهنگام

متوسط سن تردید کم‌شنوایی	متوسط سن تشخیص کم‌شنوایی	متوسط سن استفاده از سمعک	متوسط سن شرکت در برنامه تربیت شنوایی	متوسط سن بهره گیری از گفتار درمانی	متوسط سن شروع آموزشهای والدین
۲/۲± ۱/۷ سال	۲/۴ ± ۱/۷ سال	۲/۹ ± ۲/۵ سال	۳/۶ ± ۲/۱ سال	۴/۲ ± ۱/۶ سال	۳/۶ ± ۱/۸ سال

همان‌طور که ملاحظه می‌شود متوسط سن تردید ۲/۲ سال، سن تشخیص کم‌شنوایی ۲/۴ سال، سن شروع استفاده از سمعک ۲/۹ سال، سن شروع شرکت در برنامه تربیت شنوایی ۳/۶ سال، سن دریافت گفتار درمانی ۴/۲ سال و سن شروع آموزشهای والدین ۳/۶ سال است که بین هر یک از آنها ارتباط معنی دار وجود دارد.این نتایج در نمودار زیر نیز آمده است



۲-یافته‌های استنباطی :

فرضیه اول:

بین سن تشخیص کم‌شنوایی و موفقیت تحصیلی دانش‌آموزان آسیب‌دیدۀشنوایی، ارتباط معنی‌دار وجود دارد. برای پاسخ به این فرضیه از روش همبستگی پیرسون استفاده شد و یافته تحلیل نشان داد که این فرضیه مورد تأیید است که نتایج در جدول زیر نشان داده شده است.

جدول۲- بررسی معنی‌داری رابطه بین سن تشخیص کم‌شنوایی و موفقیت تحصیلی

	موفقیت تحصیلی
سن تشخیص کم‌شنوایی	r=-۰/۵۲۶ Sig=۰/۰۱ N=۷۰

چنانچه ملاحظه می‌شود مقدار r=-۰/۵۲۶ به‌دست آمده با در نظر گرفتن N=۷۰ و p<۰/۰۱ در سطح اطمینان ۹۹ درصد معنی‌دار است و بنابراین بین سن تشخیص کم‌شنوایی و موفقیت تحصیلی رابطه معنی‌دار(از نوع رابطه معکوس) وجود دارد؛ یعنی هر چه سن تشخیص کم‌شنوایی پایین‌تر باشد، دانش‌آموز از موفقیت تحصیلی بالاتری برخوردار است .

فرضیه دوم:

بین سن شروع استفاده از وسایل کمک‌شنوایی (سمعک) و موفقیت تحصیلی دانش‌آموزان، همبستگی وجود دارد. در پاسخ به این فرضیه نیز از روش ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد و چنانچه جدول ۲ نشان می‌دهد مقدار r=-۰/۴۷۰ به‌دست آمده با N=۷۰ و p=<۰/۰۱ در سطح اطیمنان ۹۹ درصد معنی‌دار است و در واقع بین سن شروع استفاده از سمعک و موفقیت تحصیلی همبستگی منفی، وجود دارد؛ یعنی هر چه سن شروع استفاده از سمعک پایین‌تر باشد، دانش‌آموز از لحاظ تحصیلی،موفقیت بیشتری خواهدداشت(جدول ۳).

جدول۳- همبستگی بین سن شروع استفاده از سمعک و موفقیت تحصیلی

	موفقیت تحصیلی
سن شروع استفاده از سمعک	r=-۰/۴۷۰ Sig=۰/۰۱ N=۷۰

فرضیه های سوم و چهارم:

- بین سن شروع شرکت در برنامه تربیت شنوایی[۱۵] و موفقیت تحصیلی دانش‌آموزان، رابطه وجود دارد.

- بین سن شروع بهره‌گیری از گفتاردرمانی[۱۲] و موفقیت تحصیلی دانش‌آموزان، رابطه وجود دارد.

در پاسخ به هر دو فرضیه فوق، از روش همبستگی پیرسون بهره گرفته شد و تحلیل نشان داد که هر دو فرضیه مورد قبول است که نتایج در جدول زیر نشان داده شده است.

جدول۴- همبستگی بین موفقیت تحصیلی و دو متغیر سن شروع تربیت شنوایی و سن بهره‌گیری از گفتار درمانی

	سن شروع تربیت شنوایی	سن بهره‌گیری از گفتار درمانی
موفقیت تحصیلی	r=-۰/۶۴۸ Sig=۰/۰۱ N=۷۰	r=-۰/۶۹۰ Sig=۰/۰۱ N=۷۰

همان‌طور که جدول ۴ نشان می‌دهد در مورد فرضیه سوم تحقیق، مقدار همبستگی r=-۰/۶۴۸ و در فرضیه چهار r=-۰/۶۹۰ است که با در نظر گرفتن N=۷۰ و p=<۰/۰۱ به‌دست آمده با این شرایط در سطح ۹۹ درصد معنی‌دار هستند و می‌توان نتیجه گرفت که این رابطه در هر یک از فرضیه‌های فوق از نوع همبستگی منفی است؛ یعنی هرچه سن شروع شرکت در برنامه‌های تربیت شنوایی و گفتار درمانی پایین‌تر باشد، به همان اندازه دانش‌آموزان، از موفقیت بالاتری از نظر تحصیلی برخوردار بوده‌اند.

فرضیه پنجم:

بین زمان شروع آموزشهای والدین و موفقیت تحصیلی دانش‌آموزان آسیب‌دیدۀشنوایی همبستگی وجود دارد. در این فرضیه که با روش ضریب

همبستگی پیرسون تحلیل شد؛ مقدار همبستگی به‌دست آمده r=-۰/۶۴۳ با N=۷۰ و p=۰/۰۰<۰/۰۱ در سطح اطمینان ۹۹ درصد معنی‌دار است. لذا بین این دو متغیر نیز رابطه معنی‌دار (از نوع همبستگی معکوس) وجود دارد یعنی هر چه آموزشهای والدین در سنین پایین‌تر فرزند صورت بگیرد، دانش‌آموزان از موفقیت تحصیلی بالاتری برخوردار می‌شوند(جدول ۵).

جدول ۵- بررسی رابطه معنی‌داری بین موفقیت تحصیلی و سن شروع آموزشهای والدین

	موفقیت تحصیلی
سن تشخیص کم‌شنوایی	r=-۰/۶۴۳ Sig=۰/۰۰ N=۷۰

۳-یافته‌های جانبی

براساس یافته‌های جانبی پژوهش، بین موفقیت تحصیلی دانش‌آموزان آسیب‌دیدهٔ‌شنوایی و میزان تحصیلات والدین و نیز وضعیت اقتصادی خانواده همبستگی مثبت وجود دارد؛ یعنی هر چه میزان تحصیلات والدین بالاتر باشد و خانواده‌ها وضعیت اقتصادی بهتری داشته باشند، فرزندان آنها از عملکرد تحصیلی بالاتری برخوردارند. (جدول۶)

جدول ۶- ارتباط موفقیت تحصیلی دانش‌آموزان آسیب دیدهٔ شنوایی با میزان تحصیلات والدین و وضعیت اقتصادی خانواده

	میزان تحصیلات پدر	میزان تحصیلات مادر	وضعیت اقتصادی خانواده
موفقیت تحصیلی	r=۰/۵۰۳ Sig=۰/۰۰ N=۷۰	r=۰/۴۲۰ Sig=۰/۰۰ N=۷۰	r=۰/۵۴۴ Sig=۰/۰۰ N=۷۰

همچنین بررسی رابطه میزان استفاده مداوم از سمعک، میزان حضور دانش‌آموز در برنامه‌های توانبخشی و میزان همکاریهای والدین با موفقیت تحصیلی دانش‌آموزان، نشان می‌دهد که مطابق جدول ۷ این رابطه از نوعی همبستگی مثبت معنی‌دار برخوردار است و ملاحظه می‌شود که هرچه میزان این متغیرها بیشتر باشد، دانش‌آموزان از پیشرفت تحصیلی بالایی برخوردار می‌شوند.

جدول ۷- رابطهٔ موفقیت تحصیلی دانش‌آموزان آسیب‌دیدهٔ شنوایی با متغیرهای توانبخشی

	استفاده مداوم از سمعک	میزان حضور دانش آموز در برنامه‌های توانبخشی	میزان همکاریهای والدین
موفقیت تحصیلی	r=۰/۷۱۹ Sig=۰/۰۰ N=۷۰	r=۰/۶۷۰ Sig=۰/۰۰ N=۷۰	r=۰/۶۸۱ Sig=۰/۰۰ N=۷۰

همان‌طور که ملاحظه می‌شود، در بین برنامه‌های توانبخشی، متغیر استفاده مداوم از سمعک با مقدار r=۰/۷۱۹ بیشترین تأثیر مثبت را در موفقیت تحصیلی دانش‌آموزان دارد و کمترین تأثیر مربوط به میزان تحصیلات مادر و برابر با r=۰/۴۲۰ است

بحث و نتیجه‌گیری

در تحلیل فرضیه اول، مقدار همبستگی(r=-۰/۵۲۶) به‌دست آمده نشان می‌دهد که بین سن تشخیص کم‌شنوایی و موفقیت تحصیلی ارتباط معنی‌دار(از نوع معکوس) وجود دارد؛ یعنی هر چه قدر آسیب شنوایی کودکان سریع‌تر و در سنین پایین‌تر تشخیص داده شود، از موفقیت تحصیلی بالاتری در آینده برخوردار می‌شوند. این نتیجه می‌تواند با یافته‌های دروگن (۱۹۹۸ به نقل از موللی، ۱۳۸۱) که در پژوهشی نشان داده تشخیص و مداخله زودرس سبب بهبود مهارتهای ارتباطی کودک می‌شود و تأثیرات مثبتی بر روی جنبه‌های فردی، اجتماعی، و آموزشی وی دارد، مطابقت داشته باشد. السمن، ماتکین و سابو (۱۹۸۷ به نقل از احمدی، ۱۳۷۵) نیز در تحقیق مشابهی مشخص کرده‌اند که وضعیت شنوایی کودکان، هرچه سریع‌تر انجام گیرد، به همان اندازه از موانع و مشکلات بعدی، کاسته می‌شود. همچنین ملاحظه می‌شود که نتیجه این فرضیه به نتایج پژوهشی مینایی و ویسمه (۱۳۸۰) که سن وقوع کم‌شنوایی را از عوامل مؤثر در پیشرفت تحصیلی عنوان کرده است و مؤللی (۱۳۸۱)

که این عامل را از عوامل تأثیرگذار در رشد مهارتهای زبانی کودکان ذکر کرده است، نزدیک است.

تحلیل فرضیه دو نشان می‌دهد که همبستگی بدست آمده مبیّن این است که بین سن شروع استفاده از سمعک و موفقیت تحصیلی، همبستگی منفی وجود دارد؛ یعنی هر چه کودکان در سنین پایین‌تری سمعک، دریافت و از آن استفاده کنند، به همان اندازه از موفقیت تحصیلی بالاتری در آینده، برخوردار می‌شوند. این نتیجه در یافته اشتری (۱۳۷۹) به این صورت بیان شده است که استفاده بموقع و مناسب از سمعک موجب بهبود عملکرد آموزشی دانش‌آموزان می‌شود. همچنین مینایی و ویسمه (۱۳۸۰) میزان استفاده از سمعک و بهره‌گیری پیوسته از آن را از عوامل مؤثر در پیشرفت تحصیلی، بیان کرده‌اند. این نتیجه در پژوهش اکبرلو (۱۳۸۱) و نظری (۱۳۸۲) نیز به این صورت بیان شده است که وقفه زمانی ایجادشده بین سن تشخیص کم‌شنوایی و دریافت سمعک منجر به اتلاف زمان بحرانی زبان آموزی شده و تأثیرات سوئی را در جنبه‌های فردی، اجتماعی، و آموزشی کودک، بر جای می‌گذارد.

براساس یافته‌های فرضیه‌های سوم و چهارم پژوهش، سن شروع شرکت در برنامه تربیت شنوایی با مقدار r=-۰/۶۴۸ و سن بهره‌گیری از گفتار درمانی با مقدار r=-۰/۶۹۰ نشان‌دهنده وجود نوعی همبستگی منفی با موفقیت تحصیلی است؛ یعنی هر چه این سن پایین‌تر باشد به عبارت دیگر مداخله‌های تربیت شنوایی و گفتار درمانی، سریع‌تر انجام گیرد، دانش‌آموزان از موفقیت تحصیلی بالاتری، برخوردار می‌شوند. این نتیجه در پژوهش یوشیناگا و ایتانو (۱۹۹۸به نقل از جعفری و ادکی، ۱۳۸۱) به این صورت بیان شده است که مداخله‌های توانبخشی، زمینه را برای تسهیل یادگیری دانش‌آموزان فراهم می‌کند. بیش از این امامی (۱۳۷۸) در پژوهش خود با عنوان "بررسی اثرات تربیت شنوایی بر گفتار و زبان" نشان داده بود که بهره گیری از تربیت شنوایی، موجب رشد گفتار و توسعه مهارتهای زبانی می‌شود.

تحلیل فرضیه پنج نشان می‌دهد که بین زمان شروع آموزشهای والدین و موفقیت تحصیلی دانش‌آموزان آسیب‌دیدهٔشنوایی، رابطه معنی‌دار منفی (همبستگی معکوس) وجود دارد؛ یعنی هر چه این آموزشها و مشاوره‌ها در سنین پایین‌تر فرزند صورت گیرد، دانش‌آموزان از لحاظ تحصیلی، عملکرد بهتری دارند. این نتیجه در تحقیقات هان و همکاران (۱۹۹۸ به نقل از عشایری و ملایری، ۱۳۸۴) و لوترمن (۱۹۹۹) به این شکل بیان شده است که مشاوره و آموزشهای والدین، موجبات رشد زبانی و توسعه گفتار در کودک را فراهم می‌کنند. کاکوجویباری (۱۳۸۱) در جریان پژوهشی با عنوان "تأثیر آموزشهای والدین در توانمندی زبانی کودک دچار نقص شنوایی" نیز به نتیجه گیری مشابهی دست یافت و نشان داد که در اثر آموزش والدین، میزان آگاهی آنها پیرامون مهارت زندگی با فرزند، افزایش می‌یابد و این آگاهی نیز موجب پذیرش نقص شنوایی و رشد و توسعه شنیدار و توانمندیهای زبانی کودک می‌شود.

همچنین در نتیجه تحلیل یافته‌های جانبی تحقیق مشخص شد که بین موفقیت تحصیلی دانش‌آموزان و متغیرهای میزان تحصیلات والدین و وضعیت اقتصادی خانواده‌ها، ارتباط معنی‌دار مثبت وجود دارد؛ یعنی هر چه میزان این مداخله‌ها بیشتر باشد، دانش‌آموزان از لحاظ تحصیلی، عملکرد بهتری از خود نشان می‌دهند. این یافته در پژوهش لطفی و جعفری (۱۳۸۱) در تحقیقی با عنوان "بررسی سن تشخیص کم‌شنوایی" به این صورت بیان شده است که میزان تحصیلات والدین و وضعیت اقتصادی آنها، بر متوسط سنین تردید و تشخیص کم‌شنوایی، تأثیر می‌گذارد و موجب تسریع در روند مداخله‌ای از طرف آنها می‌شود.

همان‌طور که در یافته‌های جانبی ملاحظه می‌شود متغیرهایی همچون میزان استفاده مداوم از سمعک، میزان حضور دانش‌آموزان در برنامه‌های توانبخشی و میزان همکاریهای والدین با تیم توانبخشی نیز با موفقیت تحصیلی رابطه دارد و با نوعی همبستگی مثبت نشان می‌دهند که هرچه این متغیرها بیشتر

باشند، دانش‌آموزان، از موفقیت تحصیلی بهتری برخوردار می‌شوند.

محقق در قسمتی از یافته‌های توصیفی پژوهش، متوسط سنین مداخله‌های زود هنگام را بررسی کرده است؛ به طوری که در این تحقیق، متوسط سنین تردید ۲/۲ سال و تشخیص کم‌شنوایی۲/۴سال، سن استفاده از سمعک ۲/۹ سال، سن شروع شرکت در برنامه تربیت شنوایی۳/۶ سال،سن بهره‌گیری از خدمات گفتار درمانی۴/۲ سال و متوسط سن شروع آموزشهای والدین ۳/۶ سال نشان داده شده است. مقایسه این سنین با یافته‌های موکاری و همکاران (۱۹۹۹) که در مالزی متوسط سنین تشخیص کم‌شنوایی را بالاتر از ۳ سال و مداخله را بالاتر از ۵ سال گزارش داده بودند و نیز در مقایسه با نتایج پژوهش احمدی (۱۳۷۵) که متوسط سن تشخیص را حدود ۳ سالگی اعلام کرده بود، از وضعیت بهتری برخوردار است. اما نتایج به‌دست آمده در این پژوهش در مقایسه با یافته اوزسب، سوینگ و بلگین (۲۰۰۵) که در ترکیه متوسط سن تشخیص کم‌شنوایی را ۱/۵ سالگی و سن مداخله را ۲ سالگی گزارش دادند، همچنین در مقایسه با یافته‌های لطفی و جعفری (۱۳۸۱) که در آن متوسط سنین تردید(۱۹/۴ماه)، تشخیص کم‌شنوایی(۲۵/۹ ماه)، سن مداخله(۳۴ ماه)، و یافته عشایری و همکاران (۱۳۸۴) در پژوهشی با عنوان "بررسی سنین تردید، تشخیص، تهیه سمعک و مداخله کم‌شنوایی" که متوسط این سنین را به ترتیب ۱۲/۶ ماه،۱۵/۳ ماه،۲۰/۴ ماه و ۲۳/۳ ماه گزارش داده است، نشان می‌دهد که متوسط این سنین در جمعیت تحت مطالعه پژوهش حاضر، نسبت به یافته‌های فوق، از وضعیت ضعیف و پایین‌تری برخوردار هستند. البته پژوهش لطفی و جعفری(۱۳۸۱) و همچنین ملایری و جعفری (۱۳۸۴) در شهر تهران انجام گرفته است، هر چند که نسبت به نتایج صورت گرفته در خارج از کشور از جمله (هاریسون و راش[۱۳]،۱۹۹۶؛ پرندرگاست و دیگران،۲۰۰۲؛ اوزسب و دیگران، ۲۰۰۵ به نقل از عشایری و ملایری، ۱۳۸۴) از سطح پایین‌تری برخوردار است و از سنین توصیه شده از طرف کمیته مشترک شنوایی کودکان جهان[۱۴] (JCIH) فاصله زیادی دارد، اما نسبت به سنین گزارش‌شده، در پژوهش حاضر و نتایج پژوهشهای قبلی، وضعیت مطلوب و روند بهتری دارند. و به نظر می‌رسد که در شهرمورد مطالعه بایستی در رابطه با طرح غربالگری شنوایی و برنامه‌های مداخله‌ای زود هنگام، اقدامات اساسی و جدی‌تری صورت بگیرد. محقق در بخشی از یافته‌های توصیفی، به بررسی علت بروز آسیب شنوایی پرداخته و به این نتیجه دست یافته است که در جمعیت تحت مطالعه پژوهش، زمینه ارثی(۱۰ درصد)، ازدواج فامیلی درجه اول ودوم(۶۱/۴ درصد)،ابتلا به بیماری در نوزادی(۲۰ درصد)و مصرف دارو توسط مادر در دوران حاملگی و سایر حوادث(هر کدام ۴/۳ درصد) است که در مقایسه با یافته‌های صادقی و همکاران (۱۳۸۴)، لطفی و جعفری (۱۳۸۱) و عشایری و ملایری (۱۳۸۴) مشخص می‌شود که بیشترین آمار علت کم‌شنوایی مربوط به ازدواج فامیلی دور و نزدیک و زمینه ژنتیکی به‌ویژه در قالب ازدواجهای فامیلی، عامل تأثیرگذار در بروز آسیبهای شنوایی است که خود در رابطه با پیشگیری و یا کاهش میزان آن، نیاز به بحث بیشتری دارد.

یادداشتها

1) Early intervention
2) Early identification
3) Rehabilitation
4) Hann
5) Alesman- Matkin- Sabo
6) Drogen
7) Suten- Sekatlon
8) Carney- moeller
9) Larson Mankovitz
10) Assistive listening devices
11) Auditory training
12) Speech pathology
13) Harrison-Roush
14) Joint committee on infant hearing

منابع

اشتری، پرویز(۱۳۷۹). *بررسی تأثیر نوع برنامه های توانبخشی قبل از دبستان بر وضعیت تحصیلی دانش آموزان تلفیقی با آسیب شنوایی، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.*

احمدی، مهناز(۱۳۷۵). *بررسی سن تشخیص کم شنوایی و عوامل وابسته در گروهی از دانش‌آموزان ناشنوایان باغچه‌بان*. تهران: انتشارات دانشکده توان بخشی و علوم پزشکی ایران.

اصغری نکاح، سید محسن(۱۳۸۶). "ضرورت و جایگاه مداخله زودهنگام و آموزش پیش‌دبستانی برای کودکان دارای نیازهای ویژه،" *نشریه تعلیم و تربیت استثنایی، شماره ۷۴*.

اکبرلو، ناصر(۱۳۸۰). *بررسی میزان دسترسی و استفاده از سمعک در مدارس ناشنوایان شهر تهران* انتشارات پژوهشکده کودکان استثنایی.

امامی، فرانک(۱۳۸۱). "بررسی اثرات تربیت شنوایی در فرایند رشد گفتار و زبان کودکان ناشنوای زیر ۷ سال شهر همدان *مجله دانشگاه علوم پزشکی*، سال نهم، شماره سوم.

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

دانشمندان، نعیمه(۱۳۸۳). *بررسی تأثیر توانبخشی شنوایی بر رشد گفتار وزبان کودکان کم شنوای شدید و عمیق مراجعه کننده به مراکز بهزیستی*. دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.

صادقی،عبدالرحیم، صنعتی، محمد حسین، الستی، فاطمه و هاشم‌زاده، مرتضی(۱۳۸۴). "بررسی عوامل ژنتیکی و محیطی ناشنوایی در ۳۵۴ خانواده دارای ناشنوا در استانهای قم و مرکزی" *فصلنامه توانبخشی*، دوره ششم،۸

عشایری، حسن و ملایری، سعید(۱۳۸۴). "بررسی سنین تردید،تشخیص، استفاده از سمعک و مداخله در کودکان ناشنوا" *فصلنامه توانبخشی*، دوره اول، شماره سوم.

کاکوجوبیاری، علی اصغر(۱۳۸۱). *مجموعه مقالات نظری و تحقیقی دربارهٔ زبان*، نشر مشاهیر.

گورابی، خسرو (۱۳۸۱). *ضروریات شنوایی شناسی*. انتشارات بهنام فر.

لطفی، یونس و جعفری، زهرا(۱۳۸۲). "بررسی سن تشیخص کم شنوایی در کودکان کم شنوای زیر ۶ سال مراجعه کننده به مراکز توانبخشی در سطح کشور" مجله دانشور، ۶۹.

لوترمن، دیوید(۱۳۸۱). توانبخشی شنوایی، ترجمه زهرا جعفری، و فاطمه ادکی، نوبت اول، انتشارات طبیب.

مؤللی، گیتا(۱۳۸۱). *نقش تشخیص زود هنگام کم‌شنوایی بر رشد گفتار و زبان*. دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.

مینایی، اصغر، ویسمه، علی اکبر و حسن زاده، سعید (۱۳۸۰)."عوامل مؤثردرپیشرفت‌تحصیلی دانش‌آموزان کم شنوای تلفیقی مدارس ابتدایی شهر تهران" *پژوهش در حیطه کودکان استثنایی*، سال دوم، شماره۲، ۱۸۶.

نظری، منصور(۱۳۸۲). *بررسی میزان استفاده از سمعک و عوامل مرتبط با عدم استفاده مستمر آن در کودکان کم شنوای زیر ۵ سال تحت پوشش بهزیستی شهرستان رشت، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی*.

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

Joint committee on infant Hearing. Year (2000) position statement: principles and quidlines for early detection and intervention programs. *Pediatrics* 2000; 106(4): 798-817.

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

Mukari sz, Vandort S,Ahmad K , saim L , mohamad As. (1999) “Parents awareness and knowledge of the special needs of their hearing – impaired child” . *med J Malaysia*:45 (1):70-98.

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

Ozcebe E, sevinc S,Belgin E. (2005) “the of suspicion, identification, amplification and intervention in children with hearing loss. Int” J pediatr Otorhinolaryngol: 60-7.

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, (1998).”The Effect of early identification of heaving loss on Developmental”. o*utcomes paper presented at the third annul Infant Hearing screening seminar, providence , RI*,.380-387.