تأثیر مداخله زودهنگام هیجانی-اجتماعی بر رشد اجتماعی کودکان کم‌شنوای پایین‌تر از ۳ سال

▫ **زهرا صادق اکمل**، کارشناسی ارشد روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی، گروه روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی، تهران، ایران
▫ **گیتا مولّلی***، دانشیار، مرکز تحقیقات توان‌بخشی اعصاب اطفال، دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی، تهران، ایران
▫ **فیروزه ساجدی**، دانشیار، مرکز تحقیقات توان‌بخشی اعصاب اطفال، دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی، تهران، ایران
▫ **غلامرضا قائد امینی هارونی**، مرکز تحقیقات مدیریت رفاه اجتماعی، دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی، تهران، ایران

نوع مقاله: پژوهشی ● صفحات ۴۹ - ۵۸

چکیده

زمینه و هدف: کودکان کم‌شنوا به‌دلیل محدودیت‌های ارتباطی بیش از همتایان شنوای خود در مهارت‌های اجتماعی دچار شکست می‌شوند که این امر، به نوبه خود می‌تواند مهارت‌های اجتماعی کودک را در آینده به‌شدت متأثر کند. با نظر به اهمیت این موضوع و نیاز به چنین برنامه‌هایی در مداخلات زودهنگام این کودکان، هدف از پژوهش حاضر، تعیین تأثیر برنامه مداخله زود هنگام هیجانی-اجتماعی بر رشد اجتماعی کودکان دچار کم‌شنوای پایین‌تر از ۳ سال بود.

مواد و روش‌ها: در این پژوهش شبه آزمایشی با طرح پیش آزمون و پس آزمون با یک گروه کنترل، ۱۶ کودک کم‌شنوا از مرکز گفتار درمانی آترا کرج به روش هدفمند و با در نظر گرفتن ملاک‌های ورود و خروج انتخاب شدند. ابزار مورد استفاده پرسشنامه رشد اجتماعی وایلند بود. داده‌های به‌دست آمده با استفاده از تحلیل کوواریانس و در نسخه ۲۰ نرم افزار SPSS تحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج تحلیل کواریانس نشان داد، برنامه مداخله هیجانی- اجتماعی اثر معناداری بر رشد اجتماعی کودکان کم‌شنوا داشت ($p < ۰/۰۰۰۱$) و موجب ارتقای وضعیت رشد اجتماعی کودکان در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل شد.

نتیجه‌گیری: به‌نظر می‌رسد مداخله زودهنگام هیجانی-اجتماعی می‌تواند موجب بهبود رشد اجتماعی این کودکان شود. با توجه به اهمیت نقش مهارت‌های اجتماعی در زندگی، توصیه می‌شود در بسته‌ی مداخله‌های زودهنگام این کودکان، برنامه‌هایی با هدف بهبود وضعیت هیجانی-اجتماعی آنان گنجانده شود.

واژه‌های کلیدی: کم‌شنوا، مداخله زود هنگام، مداخله هیجانی-اجتماعی، مهارت‌های اجتماعی

* Email: Drgmovallal@gmail.com

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-01-30]

مقدمه و اهداف

کم‌شنوایی شایع‌ترین نقص مادرزادی است. تقریباً از هر ۱۰۰۰ تولد، یک نوزاد با کم‌شنوایی شدید تا عمیق پایدار حسی عصبی متولد می‌شود (۱) و چهارمین علت معلولیت در سطح جهان است (۲). شواهد نشان می‌دهد که کودکان کم‌شنوا در طی سال‌های اولیه‌ی تحول، طیف وسیعی از نقص در رشد اجتماعی را نشان می‌دهند (۳). مهارت‌های اجتماعی، رفتارهای خاصی هستند که یک فرد برای عملکرد شایسته بر روی یک تکلیف اجتماعی انجام می‌دهد (مانند مهارت های گوش دادن فعال، ارتباط متقابل، توجه نکردن و ...) و رفتارهایی که باید آموزش داده شوند، یاد گرفته شوند و انجام شوند (۴). مهارت اجتماعی عبارت است از توانایی ایجاد ارتباط متقابل با دیگران در زمینه‌ی خاص اجتماعی به‌طوری که در عرف جامعه قابل قبول و ارزشمند باشد (۵). در مطالعه‌ای که بر روی کم‌شنوایان انجام شده است چنین به‌نظر می‌رسد که اضطراب، افسردگی و مشکلات اجتماعی آنان نسبت به افراد شنوا بیشتر است (۶). کودکان کم‌شنوا و سخت‌شنوا در برقراری روابط دوستانه با همسالان خود دچار مشکل هستند (۸-۷). اکتساب مهارت‌های اجتماعی در کودکان، بخشی از مسئله‌ی اجتماعی شدن آنان است و اجتماعی شدن جریانی است که در آن هنجارها، مهارت‌ها، انگیزه‌ها، نگرش‌ها و رفتار فرد شکل می‌گیرد. از آنجا که مهارت‌های اجتماعی بیشتر به‌عنوان مجموعه‌ی پیچیده‌ای از مهارت‌ها در نظر گرفته می‌شود و به تبع آن، رشد مهارت‌های اجتماعی به‌عنوان مهارت‌های لازم برای تطبیق با نیازهای اجتماعی و نیز حفظ روابط بین‌فردی رضایت‌بخش تعریف می‌شود، بیشتر کودکان در ارتباط با اطرافیان (والدین، خواهران، برادران و همسالان) این مهارت‌ها را بدون تلاش و به‌طور خودبه‌خود فرا می‌گیرند ولی این کودکان در این زمینه مشکلاتی دارند، به همین دلیل بیشتر آنان با عکس‌العمل منفی از سوی بزرگسالان و کودکان دیگر روبه‌رو می‌شوند (۹). کودکان کم‌شنوا مشکلات هیجانی-اجتماعی بیشتری نسبت به همتایان خود تجربه می‌کنند؛ مانند کیفیت پایین زندگی، سطح پایین بهداشت روانی، افسردگی، اضطراب، و سایر مشکلات رفتاری (۱۰). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که کودکانی که زبان مشترک برای ارتباط با والدین و اعضای خانواده‌شان دارند (منظور کودکان ناشنوای دارای والد ناشنوا) در مهارت‌های عاطفی و اجتماعی خود عملکردی مانند همتایان شنوای خود دارند (۱۱). ارتباط با بزرگسالان ناشنوا نیز عامل مهمی در موفقیت‌های اجتماعی این کودکان محسوب می‌شود که غالباً در نظر گرفته نمی‌شود و والدینشان تمایلی به این ارتباط نشان نمی‌دهند. همچنین این کودکان اغلب فاقد مهارت‌های اجتماعی ضروری برای تعاملات مثبت و هدفمند هستند. این مسئله ممکن است باعث شود این کودکان توسط همسالان عادی کمتر مورد پذیرش قرار بگیرند (۱۲). گیل[1] و همکاران در پژوهش خود (۲۰۲۰) اشاره کرده‌اند که والدین نقشی اساسی در کسب مهارت‌های اجتماعی مناسب این کودکان دارند. از آنجا که، بیش از ۹۰ درصد کودکان دچار کم شنوایی والدین شنوا دارند و این والدین غالباً با ناشنوایی آشنا نبوده و درکی از رفتارهای این کودکان ندارند، هم مهارت‌های والدگری آنها متأثر گشته و هم نمی‌توانند در ارتقای مهارت‌های اجتماعی فرزندشان به‌درستی عمل کنند (۱۳). نتایج پژوهش‌های مختلف نشان داده‌اند که مداخله و آموزش زودهنگام به این کودکان، سازگاری فردی-اجتماعی و رشد اجتماعی آنان را به‌طور بالقوه بهبود می‌بخشد. دنهم[2] و برتون[3] در پژوهشی نشان دادند، مداخله هیجانی-اجتماعی در کاهش مشکلات رفتاری، کاهش احساسات منفی و رفتار افسرده‌گونه، کاهش رفتارهای آشفته و پرخاشگری کلامی و فیزیکی تأثیر داشته و باعث افزایش صلاحیت اجتماعی و افزایش دانش هیجانی، یادگیری حل مسئله، افزایش همدلی و کنترل تکانه در کودکان می‌شود (۱۴). پژوهش قویدل، شفیعی و پیرزادی (۱۳۹۳) نشان داد که مداخله‌ی زود هنگام با رشد اجتماعی کودکان کم‌شنوا ارتباط معناداری دارد (۱۵). در مطالعه‌ای دیگر، خوشحال رود پشتی و خانزاده (۱۳۹۴) نشان دادند، آموزش مهارت‌های اجتماعی می‌تواند به‌عنوان یک برنامه‌ی آموزشی کارآمد در جهت کمک به افزایش مهارت‌های اجتماعی این کودکان از بدو تولد مورد استفاده قرار گیرد (۱۶). در همین راستا، از جمله عواملی که بر برنامه‌های توان‌بخشی تأثیر می‌گذارند، می‌توان خصوصیات کودک، ویژگی‌ها و حمایت‌های خانواده، سن کودک، مشخصات برنامه‌های توان‌بخشی، مدل ارتباطی، و متغیرهای آموزشی را نام برد (۱۸-۱۷). در بین این عوامل، میزان درگیر

1. Gale
2. Denham
3. Burton

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-01-30]

بودن خانواده در برنامه (۱۹) و سن کودک، بیشترین نقش را دارند. حتی سطح مشارکت بالای خانواده در برنامه‌های توان‌بخشی می‌تواند تأخیر توان‌بخشی زودهنگام را تاحدودی جبران کند (۲۰).

با توجه به شیوع کم‌شنوایی و تأثیر آن بر تمام ابعاد مهم زندگی فردی از جمله مهارت‌های اجتماعی و تأکید کمیته مشترک شنوایی کودکان[1] درخصوص برنامه‌های تشخیص و مداخلات زودهنگام کم‌شنوایی؛ کلیه کودکان کم‌شنوا باید پیش از ۳ ماهگی، شناسایی شده و برنامه مداخله زودهنگام، پیش از ۶ ماهگی آغاز شود (۲۱)، لزوم مداخلات زود هنگام در سنین پایین‌تر را دو چندان کرده است. یکی از اصول اساسی مداخله‌ی زودهنگام، خانوادگی بودن خدمات است. والدین مهم‌ترین عامل در روند مداخله هستند (۲۲). با توجه به اینکه کودک زمان زیادی از وقت خود را با والدینشان می‌گذراند ارائه مداخله‌ی خانواده محور بسیاری از مشکلات پیش روی این خانواده‌ها را برطرف می‌کرده، و احساس امنیت و شایستگی را در کودك و خانواده، می‌تواند، افزایش دهد (۲۳) بنابراین انجام این پژوهش می‌تواند برای خانواده‌های کودکان کم‌شنوا، مربیان و متخصصان سودمند باشد. با توجه به اهمیت مداخلات زودهنگام در سنین پایین‌تر و با توجه به اینکه هنوز سن مداخله در ایران بالاست (۲۴) لزوم توجه به مداخلات روان شناختی و خانواده محور در بهبود مهارت‌های اجتماعی، در این مطالعه به بررسی تأثیر مداخله هیجانی- اجتماعی بر رشد اجتماعی کودکان کم‌شنوای زیر ۳ سال، پرداخته شد.

مواد و روش‌ها

این پژوهش از نوع شبه‌آزمایشی بود. برای کارآزمایی بالینی در این پژوهش از طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل استفاده شد. جامعه آماری پژوهش حاضر را تمامی کودکان کم‌شنوای زیر ۳ سال مراجعه‌کننده به مرکز آترا در شهر کرج تشکیل می‌دادند. پژوهشگران در بسیاری از مطالعات، به‌دلیل محدودیت‌های زمانی و مالی تعداد آزمودنی‌های یک نمونه را محدود می‌کنند، به‌همین دلیل به‌منظور تعیین حداقل حجم نمونه مورد نیاز برای پژوهش‌های آزمایشی و شبه‌آزمایشی در هر یک از گروه‌های آزمایشی و کنترل، ۱۵ نفر پیشنهاد شد (۲۵). بنابراین نمونه پژوهش شامل ۱۶ کودک پایین‌تر از ۳ سال بود که به شیوه‌ی نمونه‌گیری هدفمند، از بین کودکان مراجعه کننده به مرکز گفتار درمانی آترا شهر کرج در سال ۹۷-۱۳۹۶ انتخاب شدند. بر همین اساس، نمونه انتخاب‌شده در برگیرنده‌ی ۱۶ مادر-کودک کم‌شنوا که با در نظر گرفتن ملاک‌های ورود (کودکان کم‌شنوا-مادر شنوا، کودکان کم‌شنوای زیر ۳ سال به‌همراه مادر، تک زبانه و فارسی زبان بودن) و خروج (شرکت در جلسات آموزشی مشابه، وجود هر گونه بیماری عصبی رشدی (مثل کم‌توانی ذهنی، فلج مغزی)، یا حسی (مثل آسیب بینایی)، غیبت پیاپی بیش از ۲ جلسه انتخاب شد که در نهایت ۸ نفر در گروه مداخله (طیف سنی ۱-۰، ۲-۱، ۳-۲ سال، به‌ترتیب ۱ نفر، ۲ نفر و ۵ نفر) و ۸ نفر در گروه کنترل (طیف سنی ۲-۱ و ۳-۲ سال به‌ترتیب ۲ نفر و ۶ نفر) قرار گرفتند.

ابزار

ابزار مورد استفاده در این پژوهش، پرسشنامه رشد اجتماعی وایلند بود. این پرسشنامه، یک مقیاس تحولی است. این مقیاس توسط ادگار وایلند تهیه و در سال ۱۹۶۵ در آن تجدید نظر کلی به‌عمل آمد. مقیاس رشد اجتماعی وایلند یکی از مقیاس‌های اندازه‌گیری توانایی‌های رشد یابنده است و میزان مسئولیت‌پذیری و توانایی فرد را در تأمین نیازهای عملی می‌سنجد. گرچه این مقیاس گستره سنی تولد تا بالاتر از ۲۵ سال را در بر می‌گیرد و تا ۱۲ سال برای هر سال، سوال‌های مجزا دارد، اما از ۱۲ سالگی به بعد، سوالات مشترک است. با این حال، معلوم شده است که کارآمدی آن در سنین پایین‌تر، به‌ویژه در گروه‌های کم‌توان ذهنی به حداکثر می‌رسد. این مقیاس دارای ۱۱۷ ماده است که به گروه‌های یک ساله تقسیم می‌شود. در هر ماده، اطلاعات مورد نیاز نه از طریق موقعیت‌های آزمون بلکه از طریق مصاحبه با آگاهان یا خود آزمونی به‌دست می‌آید و با توجه به نمره‌ی شخص، روی مقیاس می‌توان سن اجتماعی و بهره اجتماعی او را محاسبه کرد. بررسی روایی این پرسشنامه بر پایه شیوه‌های بررسی پیشرفت رشدی نمرات، بیانگر روایی این مقیاس در ایران است. مقیاس رشد اجتماعی وایلند روی ۶۲۰ نفر هنجاریابی شده است. ضریب پایایی با بازآزمایی ۱۲۳ نفر ۹۲ درصد گزارش شده است؛ با این توضیح که فاصله‌ی بازآزمایی از یک تا ۹ ماه بوده است (۲۶). همچنین توکلی و همکاران فرم زمینه‌یابی مقیاس رشد اجتماعی وایلند را در ایران هنجاریابی و ضرایب بازآزمایی را بین ۸۰ تا ۹۰ درصد گزارش کرده‌اند (۲۷).

1. joint committee on infant hearing=JCIH

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-01-30]

روش اجرای پژوهش

برای اجرای این پژوهش، پس از کسب مجوز از دانشگاه از بین تعداد والدین کودکان کم‌شنوایی که در سال ۹۷ در مرکز گفتار درمانی آترا کرج حضور داشتند و دارای شرایط لازم برای شرکت در این پژوهش بودند، نمونه‌ای به حجم ۱۶ نفر انتخاب شد و آزمودنی‌ها به‌صورت تصادفی در گروه مداخله (۸ مادر-کودک) و گروه کنترل (۸ مادر-کودک) جایگزین شدند. پس از اجرای پیش‌آزمون، برنامه مداخله هیجانی-اجتماعی که قبلاً پژوهشگر دوره‌های آن را در مرکز توان‌بخشی شنوایی فرانک گذرانده بود، به‌مدت ۸ جلسه در ۲ ماه و هر جلسه ۹۰ دقیقه، به مادر و کودکان گروه مداخله آموزش داده شد. گروه کنترل هیچ برنامه‌ای دریافت نکرد و فقط پیش‌آزمون به‌عمل آمد. لازم به ذکر است که در گروه مداخله هیچ‌یک از افراد از سمعک استفاده نمی‌کردند. در گروه کنترل، ۱۲/۵ درصد افراد در هر دو گوش از سمعک استفاده می‌کردند و ۸۷/۵ درصد نیز از سمعک استفاده نمی‌کردند. از لحاظ توزیع این متغیر در دو گروه، تفاوت آماری معناداری وجود نداشت (p=۰/۳۰۲). ۱۲/۵ درصد افراد گروه مداخله در یک گوش و ۷۵ درصد در هر دو گوش کاشت حلزون انجام داده و ۱۲/۵ درصد نیز کاشت حلزون نداشتند. در گروه کنترل، ۵۰ درصد افراد در هر دو گوش کاشت حلزون انجام داده بودند و ۵۰ درصد نیز کاشت حلزون انجام نداده بودند. از لحاظ توزیع این متغیر در دو گروه، تفاوت آماری معناداری وجود نداشت (p=۰/۲۰۲). همچنین لازم به ذکر است که در ابتدای انجام پژوهش، جهت رعایت ملاحظات اخلاقی، ضمن جلب رضایت آگاهانه اعضای نمونه و توضیح اهداف پژوهش، تأییدیه اخلاقی از کمیته اخلاق دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی تهران گرفته شد. همچنین به افراد شرکت‌کننده اطمینان داده شد که اطلاعات حاصل از این پژوهش به‌صورت گروهی مورد تحلیل قرار گرفته و برای اهداف پژوهش علمی استفاده شده و کاملاً محرمانه باقی خواهد ماند. در نهایت، گروه گواه در فهرست انتظار برای دریافت مداخله قرار گرفتند. در پژوهش حاضر برای تحلیل داده‌های به‌دست آمده در بخش توصیفی از شاخص‌های میانگین و انحراف استاندارد و در بخش استنباطی از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده شد. تحلیل داده‌ها با استفاده از نسخه ۲۰ نرم افزار آماری SPSS صورت گرفت.

معرفی برنامه مداخله‌ای

بیشتر مداخلات خانواده‌محور براساس نظریه‌های تحولی و رشدی و مبنای نظری رفتاری/ یادگیری (به‌عنوان مثال، نظریه رفتاری شناختی، نظریه یادگیری اجتماعی، تحلیل رفتار کاربردی، نظریه یادگیری اجتماعی شناختی) و نظریه دلبستگی استوار هستند. براساس مداخلات زودهنگام، خانواده‌محوری به فلسفه ارائه خدمات اشاره دارد. هدف همه این مداخلات، تأثیرگذاری بر رشد عاطفی- اجتماعی کودک از طریق آموزش، پشتیبانی از والدین یا سایر مراقبان اصلی است و برای کودکان در معرض خطر طراحی شده‌اند و محتوای مشترک همه آنها تعاملات حساس و پاسخگو بین والدین و کودک، مهارت‌های مدیریت رفتار، مهارت‌های آموزش تنظیم عاطفی و شایستگی اجتماعی است (۲۸). در پژوهش حاضر، مداخله زودهنگام هیجانی-اجتماعی، طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای در مرکز گفتار درمانی آترا به‌صورت گروهی اجرا شد. در روند برنامه آموزشی از وسایل کمک آموزشی مانند اسباب بازی، عروسک، کتاب قصه، شعر استفاده شد و از بازی‌های تعاملی و تمرین‌های گروهی کوچک، گفت‌وگوی فعال و ایفای نقش بهره گرفته شد. برای استخراج برنامه مداخله از منابع و مقالات معتبر داخلی و خارجی و برنامه‌های آموزشی معتبر دنیا مانند برنامه‌های مرکز تارالی[1] کشور استرالیا (۲۹)، برنامه‌های مرکز TACSEI [2] (۳۰)، برنامه غنچه‌ها (۳۱)، برنامه درسی مهارت‌های اجتماعی حسین خانزاده (۳۲) و برنامه‌های آموزشی و بازپروری برای کودکان زیر ۵ سال (۳۳) استفاده شد. محتوای جلسات آموزشی برای گروه مداخله در جدول (۱) آورده شده است.

جدول ۱) هدف و محتوای برنامه مداخله هیجانی-اجتماعی

جلسه	هدف	مجتوا
۱	معرفی برنامه و آشنایی با کودکان و والدین کم‌شنوا	توضیح درباره اهداف و ساختار جلسات، برنامه‌ریزی جلسات

1. Taralye
2. Technical Assistance Center on Social Emotional Intervention

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-01-30]

جلسه	هدف	مجتوا
۲	آموزش مهارت دعوت کردن و مشارکت در بازی‌ها و تعامل با دیگران	بازی گرفتن اسباب بازی و برگرداندن آن مانند عروسک و ماشین، دالی بازی
۳	آموزش بازی‌های صدادار و حسی، بازی با قوطی، عروسک‌های پلاستیکی نرم	استفاده از جغجغه‌های پایه‌دار، حیوانات عروسکی، توپ، بازی با قوطی در مقابل آینه، بازی تقلید صداها
۴	آموزش ارتباط برقرار کردن با دیگران و سهیم شدن با دیگران	خمیربازی گروهی، توپ بازی گروهی
۵	آموزش مهارت تشخیص احساس خود و دیگران	نمایش حالت چهره با استفاده از داستان گویی از تصاویر
۶	آموزش مهارت همکاری با دیگران	بازی‌های گروهی مانند قایم باشک، خاله بازی، عمو زنجیرباف
۷	آموزش بازی‌های گروهی و رعایت نوبت	توپ و عروسک‌های شنی، اسباب بازی‌های جهنده، گذاشتن مهره یا حلقه در درون میله، ورق زدن کتاب عکس دار بزرگ به نوبت
۸	آموزش بازی‌های انگشتی	بازی لی لی لی حوضک (شعر و داستان‌های کودکانه)

یافته‌ها

در این مطالعه، ۸۷/۵ درصد شرکت‌کنندگان گروه مداخله دختر و ۱۲/۵ درصد پسر بودند و ۵۰ درصد گروه کنترل دختر و بقیه پسر بودند. میانگین سن دختران در نمونه مورد بررسی ۲۲/۲ و در گروه پسران ۲/۲۷ بود. میانگین سن مادران در گروه مداخله برابر با ۳۵/۷ سال و در گروه کنترل برابر با ۳۶/۵ سال بود. از لحاظ توزیع متغیر ترتیب تولد، در گروه مداخله ۸۷/۵ درصد فرزند دوم و ۱۲/۵ درصد فرزند آخر بودند. در گروه کنترل نیز ۱۲/۵ درصد فرزند اول، ۷۵ درصد فرزند دوم و ۱۲/۵ درصد نیز فرزند آخر بودند. از لحاظ توزیع متغیر تحصیلات مادر، در گروه مداخله ۳۷/۵ درصد از مادران بی‌سواد، ۵۰ درصد سیکل و ۱۲/۵ درصد دارای مدرک دیپلم بودند. در گروه کنترل نیز ۳۷/۵ درصد از مادران بی‌سواد، ۵۰ درصد سیکل و ۱۲/۵ درصد دارای مدرک دیپلم بودند. از لحاظ توزیع متغیر شغل مادر، در گروه مداخله ۸۷/۵ درصد از مادران خانه‌دار و ۱۲/۵ درصد دارای شغل آزاد بودند. در گروه کنترل نیز تمامی مادران خانه‌دار بودند. از لحاظ توزیع متغیر شغل پدر، تمامی پدران در هر دو گروه مداخله و کنترل دارای شغل آزاد بودند. از لحاظ توزیع این متغیرها بین دو گروه مداخله و کنترل تفاوت آماری معناداری وجود نداشت.

یافته‌های توصیفی مربوط به رشد اجتماعی در دو گروه مداخله و کنترل در دو زمان پیش‌آزمون و پس‌آزمون در جدول (۲) آمده است. نتایج جدول (۲) نشان می‌دهد که میانگین نمرات رشد اجتماعی در گروه مداخله، در مقایسه با گروه کنترل، افزایش بیشتری در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون داشته است.

جدول۲) وضعیت متغیر رشد اجتماعی در دو مرحله اندازه گیری به تفکیک گروه مداخله و کنترل

متغیر	گروه	مرحله	میانگین	انحراف استاندارد
رشد اجتماعی	کنترل	پیش‌آزمون	۶۸/۸۲	۱۳/۲۱
		پس‌آزمون	۷۶/۹۳	۱۱/۰۴
	مداخله	پیش‌آزمون	۷۱/۷۳	۱۰/۸۹
		پس‌آزمون	۱۱۸/۹۳	۱۵/۹۳

همچنین جهت مقایسه نمرات پیش‌آزمون نمره رشد اجتماعی در دو گروه مداخله و کنترل از آزمون t مستقل استفاده شد. نتایج آزمون نشان داد بین وضعیت رشد اجتماعی دو گروه در مرحله پیش‌آزمون تفاوت آماری معناداری وجود نداشت (p=۰/۶۳۸) که نتایج آن در جدول (۳) ارائه شده است.

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-01-30]

جدول ۳) نتایج آزمون t مستقل جهت مقایسه نمرات پیش‌آزمون رشد اجتماعی در دو گروه مداخله و کنترل

متغیر	آماره t	Df	۲۲۷
رشد اجتماعی	۰/۴۸۱	۱۴	۰/۶۳۸

برای بررسی تأثیر مداخله هیجانی-اجتماعی بر رشد اجتماعی کودکان کم‌شنوا از آزمون آماری کوواریانس استفاده شد که در جدول (۴) آمده است. با توجه به نتایج تحلیل کوواریانس بین میانگین تعدیل شده نمره وضعیت رشد اجتماعی در دو گروه مداخله و کنترل، تفاوت آماری معناداری وجود داشت [F(13،1) =۴۶/۲۰۳ ؛ p < ۰/۰۰۰۱ ، Eta2=۰/۷۸۰]. به عبارت دیگر، مداخله صورت گرفته موجب بهبود وضعیت رشد اجتماعی در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل شد. با توجه به ضریب مجذور اتا (۰/۷۸) تفاوت ایجاد شده بین دو گروه در اثر مداخله انجام گرفته حدود ۷۸ درصد بود.

جدول۴) نتایج تحلیل کوواریانس جهت بررسی اثر مداخله انجام گرفته بر رشد اجتماعی

منبع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	P	ضریب مجذور اتا
نمره پیش‌آزمون رشد اجتماعی	۸۴۷/۳۸۴	۱	۸۴۷/۳۸۴	۶/۱۷۹	۰/۰۲۷	۰/۳۲۲
گروه (آزمایشی-کنترل)	۶۳۳۶/۶۸۲	۱	۶۳۳۶/۶۸۲	۴۶/۲۰۳	<۰/۰۰۱	۰/۷۸۰
خطا	۱۷۸۲/۹۲۲	۱۳	۱۳۷/۱۴۸	--	--	--

میانگین نمرات تعدیل‌شده متغیر رشد اجتماعی به تفکیک گروه مداخله و گروه کنترل در جدول (۵) ارائه شده است. میانگین تعدیل شده در گروه کنترل برابر ۷۷/۸۷ و در گروه مداخله برابر ۱۱۷/۹۹ است که نشان می‌دهد مداخله صورت گرفته اثر معناداری بر رشد اجتماعی در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل داشته است. میزان این افزایش نیز براساس ضریب مجذور اتا برابر ۰/۷۸ درصد است.

جدول ۵) میانگین تعدیل شده نمره رشد اجتماعی به تفکیک دو گروه مداخله و کنترل

گروه	میانگین	*Se	فاصله اطمینان ۹۵ درصد	
			حد پائین	حد بالا
مداخله	۱۱۷/۹۹۹	۴/۱۵۸	۱۰۹/۰۱۷	۱۲۶/۹۸۱
کنترل	۷۷/۸۷۰	۴/۱۵۸	۶۸/۸۸۸	۸۶/۸۵۲

*خطای معیار میانگین

بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر مداخله هیجانی-اجتماعی بر رشد اجتماعی کودکان کم‌شنوای پایین‌تر از ۳ سال انجام شد. نتایج تحلیل داده‌های این پژوهش نشان داد که مداخله هیجانی-اجتماعی در افزایش رشد اجتماعی کودکان کم‌شنوا مؤثر است. بررسی مروری لاکنر[1] و موحدازرحیولی[2] (۲۰۱۹) که در یازده مقاله خود نتایجی مبنی بر تأثیر برنامه مداخله هیجانی-اجتماعی در بهبود مهارت‌های اجتماعی کودکان گزارش کرده‌اند، همسو است (۳۴). این پژوهشگران معتقد بودند برای موفقیت در مدرسه و زندگی، افراد باید یاد بگیرند که چگونه احساسات خود را درک و مدیریت کنند و چگونه با دیگران کنار بیآیند و قضاوت خوبی داشته باشند. کودکان و نوجوانانی که کم‌شنوا هستند، مدت‌ها است که به‌عنوان یک جمعیتی در نظر گرفته می‌شوند که با خطر عدم رشد مهارت‌های هیجانی- اجتماعی مناسب سن مواجه هستند، بنابراین بین سال‌های ۱۹۹۶ تا ۲۰۱۷ با مرور و جمع‌بندی ۸۱۹ مقاله، که در مجموع ۱۱ مقاله در زمینه‌ی

1. Luckner
2. Movahedazarhouligh

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-01-30]

مداخله اجتماعی و هیجانی کودکان و نوجوانان کم‌شنوا مورد بررسی و گزارش قرار گرفته است.

این یافته با نتایج پژوهش دنهم و برتون (۱۹۹۷) مبنی بر تأثیر برنامه مداخله زودهنگام هیجانی-اجتماعی بر افزایش صلاحیت اجتماعی و کاهش مشکلات رفتاری کودکان همسو است (۱۴). دنهم و برتون در یک مداخله‌ی هیجانی- اجتماعی برای کودکان ۴ سال به بالا، با هدف آموزش معلمان برای انجام فعالیت‌های مرتبط با ایجاد روابط اجتماعی، درک عاطفی و حل مسائل اجتماعی در یک دوره ۳۲ هفته‌ای به این نتیجه دست یافتند که کودکانی که مداخله دریافت کرده بودند، کاهش احساسات منفی، مشارکت بیشتر و ابتکار بیشتر در فعالیت‌های مثبت با همسالان را نشان داده‌اند.

نتایج بررسی حاضر همچنین با نتایج پژوهش قویدل، پیرزادی و شفیعی (۱۳۹۳) نیز همسو است. قویدل و همکاران نشان دادند که متغیرهای سن تشخیص کم‌شنوایی و خدمات توان‌بخشی با رشد اجتماعی، ارتباط معناداری دارد (۱۵). این پژوهش، تأثیر مداخله زودهنگام و دیرهنگام را بر رشد اجتماعی کودکان مقایسه کرده است و نشان دادند مداخله‌های زودهنگام با رشد اجتماعی کودکان ارتباط معناداری دارد.

همچنین این یافته با نتایج پژوهش امرایی و همکاران (۱۳۹۱) مبنی بر تأثیر برنامه آموزش خانواده‌محور بر بهبود مهارت‌های اجتماعی کودکان کاشت حلزون همسو است. در نتیجه افزایش مهارت‌های اجتماعی کودکان به‌طورکلی با نتایج فرضیه حاضر همسو است. یکی از تبیین‌های احتمالی در مورد یافته پژوهش حاضر نظریه رفتارگرایی در شکل کنشگر آن است. در نظریه شرطی سازی کنشگر، زمانی که فرد مهارت‌های اجتماعی متناسب با موقعیت مانند دوست‌یابی، ابراز وجود، برقراری ارتباط و غیره را کسب می‌کند و در موقعیت‌های اجتماعی خانواده و مدرسه به‌کار می‌گیرد و با پیامدهای مثبت آن یعنی توجه و حمایت اجتماعی مواجه می‌شود، تمایل بیشتری برای تکرار و انجام آن مهارت در سطح گسترده را پیدا می‌کند (۳۵).

نتایج بررسی حاضر همچنین به‌طور ضمنی با یافته‌های موللی، جلیل آبکنار و عاشوری (۱۳۹۴) همسو است. آنها اثربخشی بازی‌درمانی گروهی بر مهارت‌های اجتماعی کودکان دارای کم‌شنوایی را مورد بررسی قرار دادند که نتیجه مطالعه نشان داد بازی‌درمانی گروهی می‌تواند مهارت‌های اجتماعی کودکان کم‌شنوا را بهبود بخشد. مطالعه منشی زاده و همکاران (۱۳۹۰) در تأثیر نقش مداخلات توان‌بخشی کاشت حلزون بر مهارت‌های اجتماعی کودکان با این پژوهش همخوانی دارد (۳۶). همچنین با پژوهش نصرالله [1] و همکاران (۲۰۲۰) همسو نیست (۳۷). نتیجه این پژوهش نشان داده است که عملکرد این کودکان در بیشتر زمینه‌ها مانند همسالان شنوا می‌باشد و نیازمند پژوهش‌های تکمیلی و طولی در زمینه مداخله و شناسایی زودهنگام است. نتایج بیشتر پژوهش‌ها نشان می‌دهد که تشخیص و مداخله زودهنگام به احتمال زیاد تأثیرات مثبت قابل توجهی بر مهارت‌های اجتماعی این کودکان داشته است.

در تبیین یافته‌های این پژوهش می‌توان به نظریه‌ی یادگیری مشاهده‌ای بندورا که بر الگودهی تکیه دارد، اشاره کرد. بندورا معتقد است که کودک از طریق مشاهده‌ی رفتارهای دیگران مهارت‌های مختلف را می‌آموزد. به‌دلیل اینکه کودکان در طی برنامه مداخله‌ای هیجانی-اجتماعی، فرصت کافی داشتند تا مهارت‌های اجتماعی را به‌طور واقعی تمرین کنند یعنی در طول جلسات با مشاهده رفتار دیگران، تقلید و الگوبرداری از رفتارهای همتایان و مادر، در تعامل با گروه همسالان به موفقیت نائل شدند و توانستند تعامل مثبت و متقابل در بازی با همتایان و والدین نشان دهند و رفتارهای اجتماعی آنها افزایش یافت.

ریشه‌های اجتماعی شدن کودک برای ورود به جامعه‌ی بزرگ‌تر منوط به آموزش‌های صحیح والدین در دوران کودکی است. در واقع، این‌گونه می‌توان تبیین کرد که، آموزش والدین در مورد اینکه یاد بگیرند کودک آنها، مانند دیگر فرزندان عادی نیاز به آموزش مهارت‌های اجتماعی مانند همکاری با دیگران، استقلال، همدلی، بازی و مشارکت، آموزش قواعد و قوانین دارند و کم‌شنوایی کودک دلیلی بر منزوی شدن او از جامعه و نقش‌های اجتماعی نیست. همچنین از آنجا که مادر یا سرپرست کودک، محور رفتارهای اجتماعی اولیه کودک محسوب می‌شود و گسترش ارتباط کودک با دیگران در خانه یا بیرون از آن تدریجی است و کودک باید نحوه ایجاد ارتباط با دیگران را از طریق الگوبرداری از والدین بیآموزد؛ یعنی کودک مهارت‌های اجتماعی را از والدین تقلید یا الگو برداری می‌کند. به‌دلیل نقش مهم و اساسی والدین در برنامه‌های مداخله زود هنگام کودکان کم‌شنوا، این برنامه‌ها (۳۸) غالبا با حضور و مشارکت والدین و به‌صورت برنامه‌های والد-کودک اجرا می‌شود. در بررسی حاضر که به‌صورت برنامه‌ای شاد و مفرح و

1. Nassrallah

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-01-30]

با حضور والدین صورت گرفت، در کنار خواندن شعر و لالایی، به آموزش والدین درخصوص مهارت‌های اجتماعی پرداخته شد. وجود گروهی از والدین در کنار کودکان و رد و بدل کردن اطلاعات، فضایی دلنشین و در عین حال آموزنده ایجاد می‌کرد که در عین حال که برای کودکان الگوهای مفیدی ایجاد می‌کرد، زمینه معاشرت آنان با هم و با بزرگ‌ترها را نیز فراهم می‌کرد و به‌صورت غیرمستقیم مهارت‌های اجتماعی آنان را بهبود می‌بخشید. نمونه دیگر برنامه‌هایی مشابه مانند برنامه مادر-کودک فرانک نیز نتایجی مشابه را گزارش کرده‌اند (۳۹). مهارت‌های اجتماعی در این‌گونه برنامه‌ها عملاً توسط کودکان تمرین می‌شود و والدین انگیزه کافی برای انجام تمرین‌های آموخته شده در طول جلسات در منزل را داشتند. همچنین از آنجا که والدین با استفاده از قواعد و فرامین، سطحی از مهارگری و اقتدار را روی کودکان ایجاد می‌کنند، در حالی که همسالان نفوذ خود را از طریق قواعدی که از طریق بازی و همکاری به‌وجود آمده اند، بنا می‌کنند در طول جلسات نیز والدین به‌همراه کودکان خود فرصت کافی داشتند، مهارت‌های اجتماعی مانند رعایت قواعد، نوبت و قوانین بازی‌های ساده و مشارکت با دیگران را از طریق الگودهی، ایفای نقش، استفاده از بازی‌های اجتماعی تمرین کنند و رشد اجتماعی کودکان بهبود یافت. یکی دیگر از دلایل احتمالی اثربخش بودن برنامه مداخله هیجانی- اجتماعی بر رشد مهارت‌های اجتماعی، این است که اکتساب و به‌کارگیری مهارت‌های اجتماعی عاملی است که ارتباطات بین فردی بر مبنای آن ساخته می‌شود و کودکانی که مهارت‌های اجتماعی را به‌طور واقعی تمرین می‌کنند و به شایستگی مورد استفاده قرار می‌دهند، به‌طور قطعی قادر خواهند بود به گروه همتایان وارد شوند و در فعالیت دوستیابی، به موفقیت دست یابند. از سوی دیگر، برقراری تعامل موفق و مثبت در بازی با همسالان، بیانگر آن است که کودکان توانسته‌اند دامنه‌ی گسترده‌ای از رفتارهای اجتماع‌پسندانه را از خود نشان دهند. کودکانی که پس از شرکت در برنامه مداخله هیجانی- اجتماعی، می‌توانند قواعد اجتماعی گروه همتایان را به‌خوبی یاد بگیرند و روابط قوی و مستحکم با اجتماع برقرار کنند، به احتمال زیاد سطح بالایی از مهارت‌های اجتماعی را در خود پرورش داده‌اند. از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به مشکلات موجود در دسترسی به نمونه بیشتر اشاره کرد که تعمیم پذیری آن را به دیگر شهرهای ایران و دیگر کودکان استثنایی کاهش می‌دهد. همچنین، کمبود پیشینه مطالعاتی مرتبط با پژوهش از دیگر محدودیت‌های پژوهش بود. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی با لحاظ کردن این موارد بر توان تعمیم پذیری و غنای اطلاعات به‌دست آمده افزوده شود و آزمون پیگیری به عمل آید.

نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر تأثیر مداخله هیجانی-اجتماعی بر رشد اجتماعی کودکان دارای کم‌شنوایی را نشان داد. کودکانی که مداخلات زود هنگام هیجانی-اجتماعی را دریافت می‌کنند رشد اجتماعی بهتری کسب می‌کنند و روابط مثبت و سالم‌تری با والدین خود خواهند داشت. رشد اجتماعی افراد به‌طور کلی بستگی به نحوه‌ی 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 و با آموزش والدین میزان آگاهی آنها از مهارت‌های اجتماعی افزایش یافته و باعث توانمندی اجتماعی کودکان در آینده می‌شود و هر چه در سنین پایین‌تر برنامه‌های تشخیص و مداخله زودهنگام آغاز شود، رشد و یادگیری بسیاری از مهارت‌ها از جمله مهارت‌های اجتماعی تسهیل می‌گردد. زیرا سن طلایی اکتساب مهارت‌های زبانی و ارتباطی، عاطفی و اجتماعی دوران حساس کودکی می‌باشد و به‌دلیل اینکه بیشتر این کودکان، به‌خودی‌خود نمی‌توانند بسیاری از مهارت‌های اجتماعی را بیآموزند (۴۰) گنجاندن اینگونه برنامه‌ها در مداخلات زود هنگام کودکان کم‌شنوا به‌نظر بسیار مفید و ضروری می‌رسد.

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد رشته روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی نویسنده اول مقاله است و نویسندگان از والدین مشارکت‌کننده در این پژوهش و نیز مراکز توان‌بخشی آترا، آوا، آموزشگاه باغچه بان کرج، مرکز فرانک و مرکز تارالی در استرالیا کمال تشکر را دارند.

تضاد منافع

انجام این پژوهش برای نویسندگان هیچ‌گونه تضاد منافع نداشته است.

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-01-30]

References

1. Canale, A., Favero, E., Lacilla, M., Recchia, E., Schindler, A., Roggero N., & Albera, R.. Age at diagnosis of deaf babies: a retrospective, analysis highlighting the advantage of newborn hearing screening. International journal of pediatric otorhinolaryngology. 2006; 70(7): 1283-1289.
2. World Health Organization. Addressing the rising prevalence of hearing loss.2018 .
3. Aplin, Y. 'Psychological Evaluation of Adults in the Cochlear Implant Program', American Annals of the Deaf. 1993;138(5): 415–419 .
4. Cook. C. R., Gresham, F. M., Kern, L., Barreras, R. B., Thornton, S., & Crews, C. R.. Social skills training for secondary students with emotional and behavior disorders. Journal of Emotional and Behavioral Disorders. 2008; (16): 131-144
5. Spence, S. H. Social skills training with children and young people: therapy, evidence and practice. Child and Adolescent Mental Health. 2003; 8(2): 84-96.
6. Eldik, T., Treffers, P. D. A., Veerman, J. W., & Verhulst, F. C. Mental health problems of deaf Dutch children as indicated by parents_ responses to the child behavior checklist. American Annals of the Deaf. 2004;148(5): 390–394.
7. Kluwin, T.N., Stinson, M.S., & Mason Coloarossi, G. Social processes and outcomes of in-school contact between deaf and hearing peers. Journal of Deaf Studies and Deaf Education. 2002; 7(3): 200-213.
8. Rieffe. C. Torwogt. M. M. .Deaf Children's Understanding of Emotions: Desires Take Precedence. Journal Child Psychology & Psychiatry.2000; Vol,41, No,5, PP, 601-608.
9. Movallali, G., Jalil-Abkenar, S. S., & Ashori, M. The efficacy of group play therapy on the social skills of pre-school hearing-impaired children. REHABILITATION.2015; 16(1) [In Persian].
10. Netten AP, Rieffe C, Theunissen SC, Soede W, Dirks E, Korver AM, Konings S, Oudesluys-Murphy AM, Dekker FW, Frijns JH, DECIBEL Collaborative study group. Early identification: Language skills and social functioning in deaf and hard of hearing preschool children. International journal of pediatric otorhinolaryngology. 2015; Dec 1;79(12):2221-6.
11. Kushalnagar, P., Topolski, T. D., Schick, B., Edwards, T. C., Skalicky, A. M., & Patrick, D.L .Mode of communication, perceived level of understanding, and perceived quality of life in youth who are deaf or hard of hearing. Journal of Deaf Studies and Deaf Education, 2011,6(4): 512-523
12. Gale E. Collaborating With Deaf Adults in Early Intervention. Young Exceptional Children. 2020 Jul 23:1096250620939510.
13. Hintermair M, Sarimski K, Lang M. Preliminary evidence assessing social–emotional competences in deaf and hard of hearing infants and toddlers using a new parent questionnaire. The Journal of Deaf Studies and Deaf Education. 2017 Apr 1;22(2):143-54.
14. Denham, S. A., & Burton, R. A social-emotional intervention for at-risk 4-year-olds. Journal of School psychology. 1996; 34(3): 225-245.
15. Gwaidel F, Shafiee N, and Pirzadi H. Comparison of the effect of timely and late intervention on social development of students with hearing impairments. Exceptional children's Quarterly.2014; 14(1) .[In Persian]
16. Khoshhal Roodposhtie, V., & Khanzade H, A. A. The Impact of Effective Communication Skills Training on Parents of Children with Hearing Loss on Social Skills of Children .Journal of Exceptional Education.2015; 6(134): 45-55 [In Persian].
17. Hassanzadeh, S. Psychology and education of deaf children. Tehran: Samat Publications;1388 [In Persian].
18. Geers.E Ann (2002). Factors Affecting the Development of Speech, Language, and Literacy in Children With Early Cochlear Implantation, Language, Speech, and Hearing Services in Schools Vol.33 172-183.
19. Amrai C (1390). Development and effectiveness of family-centered social skills training program on interaction Social benefits of cochlear implants. Master Thesis in Exceptional Child Psychology and Education. University of Tehran. [In Persian].
20. Moeller. M. P (2000). arly Intervention and Language Development in Children Who Are Deaf and Hard of Hearing. Pediatrics ;106;e43
21. Joint Committee on Infant Hearing. Year 2000 position statement: principles and guidelines for early detection and intervention programs. Pediatrics 2000; 106(4): 798-817.
22. Moeller, M. P., Carr, G., Seaver, L., Stredler-Brown, A., & Holzinger, D. Best practices in family-centered early intervention for children who are deaf or hard of hearing: An international consensus statement. The Journal of Deaf Studies and Deaf Education. 2013; 18(4): 429-445.
23. Decker, K. B., & Vallotton, C. D. Early intervention for children with hearing loss: Information parents receive about supporting children's language. Journal of Early Intervention.2016; 38(3): 151-169.

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-01-30]

24. Jafari, Z., Malayeri, S., & Ashayeri, H. The ages of suspicion, diagnosis, amplification, and intervention in deaf children. International journal of pediatric otorhinolaryngology. 2007; 71(1): 35-40.
25. Gall M, Borg W, Gall j. Quantitative and qualitative methods of research in psychology and educational science [Nasr A, Arizi H, Abolghasemi M,Pakseresht MJ, Kiamanesh A, Bagheri Kh, et al. Persian translator]. 1st edition. Tehran: Samt; 2003.
26. Parstar, A. Vineland Social Growth Scale, Tehran. Navid Intelligence Company; 1388. [In Persian].
27. Tavakoli, M A, Baqoli, H, Bolandamat, H R, Boalehri, J, and Birshak, B. Standardization of the guessing form of the scale for measuring the adaptive behavior of the Netherlands in Iran. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology.2000; 5 (4): 27-37 [In Persian].
28. Powell D, Dunlap G. Family-Focused Interventions for Promoting Social-Emotional Development in Infants and Toddlers with or at Risk for Disabilities. Roadmap to Effective Intervention Practices# 5. Technical Assistance Center on Social Emotional Intervention for Young Children. 2010 Sep.
29. center the Oral Language Centre for Deaf Children. [homepage on the Internet]. Australia:2019. Available from: http:// www.taralye.vic.edu.au.
30. Powell D, Dunlap G. Evidence-Based Social Emotional Curricula and Intervention Packages for Children 0-5 Years and Their Families. Roadmap to Effective Intervention Practices# 2. Technical Assistance Center on Social Emotional Intervention for Young Children. 2009 Jun.
31. center faranakclinic.com [homepage on the Internet]. Tehran: 2019. Available from: http://www faranakclinic.com
32. Khanzadeh, H. Teaching Social Skills to Children and Adolescents. Tehran: Roshd Farhang Publications; 2013. [Persian]
33. Acres A. Evaluation, educational planning and rehabilitation of children from birth to 5 years old. Torabi Milani F. (Persian translator). Tehran: Samt; 2009.
34. Luckner JL, Movahedazarhouligh S. Social–Emotional Interventions with Children and Youth Who are Deaf or Hard of Hearing: A Research Synthesis. The Journal of Deaf Studies and Deaf Education. 2019 Jan 1;24(1):1-0.
35. Amrai K, Hassanzadeh S, Afrooz G A, Pirzadi H. The effect of family-oriented social skills training program on cochlear implant users. Audiology. 2012, 21(3): 103-109
36. Hashemi, S B, Monshizadeh, L, and Saffarinia, M. Comparison of the effect of cochlear implant surgery, its subsequent rehabilitation program and the role of age in promoting the social development of deaf children aged 6-9 years in Fars cochlear implant center with normal children. Jundishapur Scientific Medical Journal.2012; 11 (2): 177-184 [In Persian].
37. Nassrallah F, Tang K, Whittingham J, Sun H, Fitzpatrick EM. Auditory, Social, and Behavioral Skills of Children With Unilateral/Mild Hearing Loss. The Journal of Deaf Studies and Deaf Education. 2020 Apr 5;25(2):167-77.
38. Muse C, Harrison J, Yoshinaga-Itano C, Grimes A, Brookhouser PE, Epstein S, Buchman C, Mehl A, Vohr B, Moeller MP, Martin P. Supplement to the JCIH 2007 position statement: Principles and guidelines for early intervention after confirmation that a child is deaf or hard of hearing. Pediatrics. 2013 Apr 1;131(4):e1324-49.
39. Koohi, R, Sajedi, F., Movallali, G., Dann, M. & Soltani, P. Faranak Parent-Child Mother Goose Program: Impact on Mother-Child Relationship for Mothers of Preschool Hearing Impaired Children. Iranian Rehabilitation Journal. 2016; 14(4): 201-210.
40. Jalil-Abkenar SS, Ashouri M, Afrooz GHA. [The effect of social behaviors training on improvement of the social skills of adolescents with intellectual disability. Journal of Rehabilitation. 2013; 14(3):31-40. (Persian)].

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-01-30]