

مروری بر مطالعات پیرامون مشکلات رفتاری افراد کم‌شنوا

گیتا موللی^۱، فاطمه ترابی^۲، الهام توکلی^۲

^۱ - گروه روان‌شناسی کودکان استثنائی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران

^۲ - گروه روان‌شناسی کودکان استثنائی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران

چکیده

زمینه و هدف: مطالعات نشان می‌دهد افراد کم‌شنوا بیشتر از افراد شنوا به مشکلات روان‌پزشکی از جمله مشکلات رفتاری مبتلا هستند. هدف مطالعه حاضر، مروری بر پژوهش‌های انجام گرفته در زمینه مشکلات رفتاری افراد کم‌شنوا و بررسی میزان شیوع، علل بروز و رویکردهای مداخله‌ای برای پیشگیری و کاهش مشکلات رفتاری در این گروه بود.

یافته‌های اخیر: مرور بر مطالعات انجام شده در سال‌های ۱۹۹۱ تا ۲۰۱۳ نشان داد شیوع مشکلات رفتاری در گروه کم‌شنوایان بیش از گروه شنوا برآورد شده است. چهار عامل نقص زبانی، مشکلات ارتباطی، نقش والدینی، و طرز نگرش و باورهای فرد و جامعه نسبت به مسئله کم‌شنوایی در بروز مشکلات رفتاری این گروه دخیل بودند.

نتیجه‌گیری: با توجه به شیوع بالای مشکلات رفتاری در گروه کم‌شنوایان باید برای پیشگیری مشکلات رفتاری به راهکارهای ضروری توجه شود؛ به این منظور می‌توان به تشخیص زودهنگام نقص شنوایی، افزایش قابلیت دسترسی افراد کم‌شنوا به خدمات سلامت و بهداشت، بالا بردن سطح آگاهی فرد کم‌شنوا در مورد توانمندی‌های خود، افزایش آگاهی و مهارت لازم در مربیان، کارکنان و متخصصان، و اجرای برنامه‌های تغییر رفتار اشاره کرد.

واژگان کلیدی: مشکلات رفتاری، گروه کم‌شنوا، گروه شنوا

(دریافت مقاله: ۹۲/۱۰/۱۸، پذیرش: ۹۳/۱/۳۰)

مقدمه

مراقبتی دارای مشکلاتی هستند و خدماتی که به این گروه ارائه می‌شود بسیار محدود است؛ این عوامل می‌تواند موجب شود که افراد با نقص شنوایی نسبت به گروه شنوا بیشتر در معرض مشکلات رفتاری باشند (۹).

۱۵ تا ۲۶ درصد جمعیت جهان مبتلا به نقص شنوایی هستند، Bubbico و همکاران (۲۰۰۷) این میزان را در کشورهای جهان سوم بالاتر گزارش کردند (۱۰). تقریباً در هر ۲۷۰۰ تولد یک کودک با نقص شنوایی متولد می‌شود و شیوع این اختلال در سال اول زندگی افزایش می‌یابد و به حدود یک نفر در ۱۰۰۰ نفر می‌رسد (۱۱) براساس گزارش Bubbico و همکاران (۲۰۰۷) از هر ۱۰۰۰ نفر، ۷ نفر دچار کم‌شنوایی شدید تا عمیق هستند که معمولاً

Guttmannova و همکاران (۲۰۰۷) معتقدند که عملکرد رفتاری هر فرد کلید اساسی برای رشد و پیش‌بینی کننده سازگاری وی در آینده است (۱). Pastor و همکاران (۲۰۱۲) گزارش کردند مشکلات هیجانی و رفتاری در دوران کودکی شیوع بالایی دارند (۲) و اغلب پیامدهای منفی روی عملکرد تحصیلی، روابط اجتماعی و رشد آنها دارد (۳و۲). کودکان و نوجوانان با نقائص شنوایی بیشتر از جمعیت شنوا در معرض مشکلات رفتاری هستند (۴و۷-۲). با این وجود در گزارش‌های مربوط به وزارت بهداشت و سازمان‌های غیردولتی انگلستان (۸) و همچنین در مطالعات مرتبط با جامعه کم‌شنوایی در استرالیا عنوان شده است که افراد کم‌شنوا در دستیابی به مراکز سلامت روان و خدمات

پرخاشگری، بیش‌فعالی، کج‌خلقی، تخطی از قوانین، سوء مصرف مواد، تنش (ناراحتی) روانی، نارضایتی از زندگی و رفتارهای وابسته به خودکشی در زیر مجموعه مشکلات رفتاری در نظر گرفته شده است (۱۶).

واژه‌های متعددی برای افراد با نقص شنوایی استفاده می‌شود؛ به‌عنوان مثال، «سخت‌شنوا»، «ناشنوا» و «کم‌شنوا» (۸). کم‌شنوایی با ملاک‌های مختلفی هم‌چون سنجش شنوایی، سن شروع کم‌شنوایی و سبک‌های ارتباطی قابل تعریف است. سن شروع کم‌شنوایی بر مهارت و اکتساب زبان اثرگذار است، کم‌شنوایی قبل از رشد زبان بر مهارت‌های اجتماعی و روانشناختی فرد تأثیر منفی بیشتری می‌گذارد (۱۵). Turner و همکاران (۲۰۰۷) زبان اشاره و روش‌های لب‌خوانی را به‌عنوان سبک‌های ارتباطی معمول در افراد کم‌شنوا معرفی کرده‌اند (۸). در مطالعه مروری حاضر، تمامی اشکال کم‌شنوایی مد نظر قرار گرفته است.

شناخت ویژگی‌های رفتاری، توانمندی‌ها و مشکلاتی که افراد با نقص شنوایی با آن روبرو هستند، به‌منظور پیشگیری از مشکلات رفتاری، افزایش مهارت‌های اجتماعی در جهت بالا بردن توانایی این گروه برای زندگی شخصی، تحصیلی و اجتماعی و همچنین کاهش سوء برداشت از رفتارهای این گروه و به‌دنبال آن کاهش طرد شدن از گروه‌های اجتماعی بسیار اهمیت دارد. از این رو شناسایی علل مشکلات رفتاری در گروه کم‌شنوایان به‌منظور پیشگیری از بروز مشکلات و ارائه تدابیر مناسب در این افراد ضروری به‌نظر می‌رسد. مطالعه مروری حاضر سه هدف عمده را دربر دارد:

- ✓ بررسی میزان شیوع مشکلات رفتاری در گروه کم‌شنوایان
- ✓ بررسی علل بروز مشکلات رفتاری در گروه کم‌شنوایان
- ✓ بررسی رویکردهای مداخله‌ای برای کاهش و پیشگیری از بروز مشکلات رفتاری در گروه کم‌شنوایان

روش بررسی

کم‌شنوایی در آنها قبل از شکل‌گیری زبان اتفاق افتاده است (۱۰). نقص در یک حس یا حواس می‌تواند مشکلاتی در زندگی فرد ایجاد کرده و آسیب‌پذیری وی را در مقابل اختلالات افزایش دهد (۱۲). Wallis و همکاران (۲۰۰۴) کم‌شنوایی را عامل مهمی برای بروز گستره وسیعی از اختلال‌های روانپزشکی همانند اختلال دلبستگی، اسکیزوفرنی و مشکلات رفتاری می‌دانند (۴) که با رشد شناختی، هیجانی و اجتماعی ناهمگنی توأم است، نقص شنوایی بر عملکرد رفتاری فرد تأثیر خواهد گذاشت (۱۳ و ۱۴). در اغلب مطالعات مشکلات رفتاری و هیجانی در افراد کم‌شنوا بیش از افراد عادی گزارش شده است (۱۰). تعیین میزان شیوع مشکلات رفتاری در گروه کم‌شنوا بسیار دشوار است، وجود ناتوانی‌های دیگر، نبود ابزارهای مناسب برای تشخیص و ارزیابی، نبود متخصصان سلامت روان که دارای مهارت لازم برای ارتباط با افراد کم‌شنوا باشند برخی از دلایل این دشواری است (۱۵).

مشکلات رفتاری و کم‌شنوایی دارای تعاریف متعددی هستند. مشکلات رفتاری معمولاً به رفتارهایی اشاره دارد که با توجه به سن فرد با هنجارها، انتظارات و فرهنگ جامعه تناسب لازم را ندارد (۱۵ و ۱۶) و میزان، شدت یا دوام این رفتارها سبب می‌شود ایمنی فرد و دیگران به‌خطر افتد (۱۵). اغلب مطالعات مشکلات رفتاری را به رفتارهای درون‌سازی شده و برون‌سازی شده طبقه‌بندی کرده‌اند (۳۱ و ۳۲)؛ Guttmanova و همکاران (۲۰۰۷) معتقدند که مشکلات رفتاری درون‌سازی شده تحت کنترل هیجان‌ها هستند (۱) و شامل رفتارهای گوشه‌گیری اجتماعی، کم‌ارزشی، افسردگی، اضطراب، شکایت‌های روان‌تنی است (۳۱) و مشکلات رفتاری برون‌سازی شده به رفتارهایی اشاره دارد که تحت کنترل هیجان‌ها نیستند و رفتارهای ضداجتماعی، پرخاشگری، بیش‌فعالی، کج‌خلقی و تخطی از قوانین را در بر دارد (۱). Nock و همکاران (۲۰۰۶) نیز مشکلات رفتاری را دربرگیرنده رفتارهایی هم‌چون رفتارهای خودجرحی، تلاش برای خودکشی، اقدام به خودکشی و اختلال سوء مصرف مواد می‌داند. بر همین اساس در این مطالعه مشکلات گوشه‌گیری اجتماعی، کم‌ارزشی، افسردگی، اضطراب، و رفتارهای ضداجتماعی،

در این مطالعه مروری سعی شد تمامی مطالعات پژوهشی درباره مشکلات رفتاری و کم‌شنوایی مورد بررسی قرار گیرد. به این منظور از موتور جستجوی گوگل، سایت‌های SID, Eric Pubmed, Springer link, Project muse, Sage, استفاده شد. واژه‌های کلیدی که در سایت‌های ذکر شده شامل کم‌شنوایی، مشکلات رفتاری، واژه‌های مرتبط با کم‌شنوایی همانند نقص شنوایی، فقدان شنوایی و واژه‌هایی که در برگرفته انواع مشکلات رفتاری همچون افسردگی، خودکشی، سوء مصرف مواد، اضطراب، نارضایتی از زندگی و غیره بود. در این مطالعه مروری سعی شد تمام پژوهش‌های فارسی‌زبان و انگلیسی‌زبان در خصوص مشکلات رفتاری در جمعیت کم‌شنوا از سال ۱۹۹۱ تاکنون مورد بررسی قرار گیرد. مرور بر مطالعات پیشین در ایران حاکی از آن بود که درباره افراد دچار نقص شنوایی مطالعات متعددی انجام پذیرفته است اما در زمینه مشکلات رفتاری مورد نظر در این مطالعه مروری پژوهش‌های بسیار اندکی در سایت‌های الکترونیکی ثبت شده است، از این رو مطالعه مروری بر مطالعات فارسی و انگلیسی‌زبان قابل دسترس در سایت‌های اینترنتی تمرکز دارد، و مقاله‌های پژوهشی که مربوط به قبل از سال ۱۹۹۱ بودند مورد بررسی قرار نگرفتند، باید خاطرنشان کرد که ممکن است مقالات دیگری با موضوع مشکلات رفتاری در گروه کم‌شنوایان وجود داشته است که یا در سایت‌های اینترنتی انتشار نیافته‌اند و یا در دسترس نگارندگان مقاله حاضر نبوده‌اند.

در مجموع در مورد موضوع مشکلات رفتاری در گروه کم‌شنوا تعداد محدودی مقاله پژوهشی قابل دسترس در سایت‌های اینترنتی وجود داشت و از این تعداد محدود نیز در برخی موارد تنها قسمت چکیده مقاله قابل دریافت بود. در کل تعداد مقالات انگلیسی‌زبان که با موضوع مطالعه، ارتباط مستقیم داشت و برای نویسنده قابل دریافت بود ۲۵ مورد (۲۰ مقاله کامل و ۵ چکیده مقاله) بود که در جدول ۱ به صورت خلاصه گزارش شده است. این مطالعات بین سال‌های ۱۹۹۱ تا ۲۰۱۳ انتشار یافته‌اند، ۷ مطالعه در هلند، ۵ مطالعه در آمریکا، ۴ مطالعه در انگلستان انجام گرفته است و در هر یک از کشورهای آلمان، نروژ، سوئد، اتریش، چین، ترکیه،

امارات متحده عربی ۱ مطالعه انجام شده است و در دو مطالعه دیگر کشور محل مطالعه ذکر نشده است. در ادامه مطالعات انجام شده در زمینه مشکلات رفتاری در افراد ناشنوا مرور شده است. در ایران نیز تنها ۳ پژوهش در زمینه موضوع مطالعه در دسترس نگارندگان مقاله حاضر بوده است که در جدول ۲ به صورت خلاصه گزارش شده است.

میزان شیوع مشکلات رفتاری گروه کم‌شنوایان

مطالعه مروری حاضر در گروه کم‌شنوا نشان داد شیوع مشکلات رفتاری در این گروه بیش از افراد شنوا است، به بیان دقیق‌تر مشکلات درون‌سازی شده (۱۷-۱۹) از جمله مشکلات افسردگی (۲۵-۲۸)، مشکلات اضطراب (۲۷-۲۵)، گوشه‌گیری اجتماعی (۱۳)، نارضایتی از زندگی (۲۸، ۲۲ و ۲۹)، ناراحتی و تنش روانی (۲۵-۳۱ و ۲۹)؛ و مشکلات برون‌سازی شده (۱۷ و ۱۸) از جمله پرخاشگری، بیش‌فعالی، رفتارهای ضداجتماعی (۳۱ و ۳۲) و رفتارهای خودکشی (۸) در گروه کم‌شنوایان بیش از گروه شنوا است تنها در مطالعه Black و Glickman (۲۰۰۶) میزان شیوع سوء مصرف مواد در گروه کم‌شنوایان نسبت به گروه شنوا کمتر گزارش شد (۲۶).

نوع مدرسه عامل قابل توجهی است که به عنوان عامل اثرگذار در میزان شیوع مشکلات رفتاری در نظر گرفته شده است، به گونه‌ای که میزان شیوع مشکلات رفتاری افراد کم‌شنوا در مدارس ویژه در مقایسه با دانش‌آموزان کم‌شنوا در مدارس فراگیر بیشتر گزارش شده است (۳۳، ۳۱، ۳۱ و ۴۵). در خصوص بررسی علل بروز مشکلات رفتاری در گروه کم‌شنوایان تعداد محدودی از مقاله‌ها به آن پرداخته‌اند. با مرور مطالعات، چهار عامل نقص زبانی (۳، ۱۳)، مشکلات ارتباطی (۱۹ و ۳۳)، نقش والدینی (۳۶ و ۳۷) باورها و طرز نگرش فرد کم‌شنوا (۳۳ و ۳۸) مطرح شد.

با توجه مطالعات انجام شده تعداد اندکی از مطالعات میزان شیوع دقیق مشکلات رفتاری در این گروه را تعیین کرده‌اند از جمله van Eldik (۲۰۰۵) که شیوع مشکلات رفتاری درون‌سازی شده و برون‌سازی شده را در گروه کم‌شنوایان ۲ تا ۳ برابر گروه

جدول ۱- خلاصه مطالعات مرور شده در خصوص مشکلات رفتاری در افراد کم‌شنوا

نویسنده	هدف مطالعه	نمونه مطالعه	ابزارهای استفاده شده	نتیجه مطالعه
Watt و Davis (۱۹۹۱)	ارزیابی افسردگی در دانش‌آموزان کم‌شنوا	۵۰ دانش‌آموز کم‌شنوا و ۶۰ دانش‌آموز شنوا	مقیاس تجدید نظر شده افسردگی بک	سطح افسردگی در دانش‌آموزان کم‌شنوا بیش از دانش‌آموزان شنوا بود اما این میزان از نظر آماری معنی‌دار نبود.
van Eldik (۱۹۹۴) (چکیده مقاله)	مقایسه مشکلات رفتاری پسران کم‌شنوا با پسران شنوا	۴۱ پسر کم‌شنوا و تعداد زیادی کودک شنوا (۶ تا ۱۱ سال)	چک لیست رفتاری آخن‌باخ	مشکلات رفتاری درون‌سازی شده و برون‌سازی شده بیش از گروه عادی بود.
Quittner و Mitchell (۱۹۹۶) (چکیده مقاله)	بررسی مشکلات رفتاری و مشکلات توجه در کودکان با نقص شنوایی	۶۴ کودک کم‌شنوا (۶ تا ۱۴ سال)	پرسش‌نامه تداوم عملکرد و چک لیست رفتاری	دوسوم کودکان با نقص شنوایی در توجه مشکل داشتند و مشکلات رفتاری برون‌سازی شده در گروه کم‌شنوا نسبت به گروه شنوا توسط والدین و معلمان بیشتر گزارش شده بود.
Leigh و Anthony (۱۹۹۹)	بررسی افسردگی در افراد کم‌شنوا و سخت‌شنوا	۱۲ کم‌شنوا و ۲۶ سخت‌شنوا (۲۱ تا ۶۵ سال)	مقیاس تجدید نظر شده افسردگی بک	میزان افسردگی در افراد کم‌شنوا نسبت به افراد سخت‌شنوا کمتر بود ولی این تفاوت از نظر آماری معنی‌دار نبود.
Szakowski و Brubaker (۲۰۰۰) (چکیده مقاله)	بررسی روابط نقش والدینی و مشکلات رفتاری	۳۹ کودک کم‌شنوا و ۳۷ کودک شنوا (۳ تا ۸ سال)	پرسش‌نامه والدین مقیاس رفتاری کودک	والدین کم‌شنوا نسبت به والدین کودکان شنوا مشارکت والدینی کمتری در مسائل مربوط به کودک کم‌شنوای خود داشتند. شیوع مشکلات رفتاری در کودکان کم‌شنوا بالاتر بوده که با عدم کفایت والدین ارتباط داشت.
Leigh و Tolbert (۲۰۰۱)	بررسی اعتبار مقیاس افسردگی بک نسخه ۲ برای دانشجویان کم‌شنوا	۵۳ دانشجوی کم‌شنوا	مقیاس افسردگی بک نسخه ۲	شیوع افسردگی در دانشجویان کم‌شنوا بالا بود به‌گونه‌ای که ۲۶ درصد از دانشجویان کم‌شنوا دارای افسردگی حاد بودند، ۳۰ درصد قیلاً تحت درمان بوده‌اند و ۱۱ درصد از داروهای ضدافسردگی استفاده می‌کردند.
De Graaf و Bijl (۲۰۰۲)	بررسی سلامت روان در دو گروه ناشنوای پیش‌زبانی و پس‌زبانی	۵۲۳ فرد کم‌شنوا	پرسش‌نامه سلامت عمومی و چک لیست علائم مشکلات	ناراحتی و تنش روانی در افراد کم‌شنوا بیش از افراد شنوا و در زنان کم‌شنوا بیش از مردان کم‌شنوا بود.
Werngren-Elgström و همکاران (۲۰۰۳)	بررسی جنبه‌های افسردگی و بی‌خوابی در افراد سالخورده ناشنوا	۲۶ زن و ۱۹ مرد سالخورده کم‌شنوا	پرسش‌نامه کیفیت زندگی، مقیاس افسردگی و مقیاس خواب	یک‌سوم افراد سالخورده نشانه‌ای از افسردگی و دوسوم دارای مشکل خواب بودند که هر دوی این عوامل روی بهزیستی شخصی فرد و کیفیت زندگی وی تأثیر منفی داشت.
van Eldik و همکاران (۲۰۰۴)	مقایسه نرخ مشکلات رفتاری/هیجانی گروه کم‌شنوایان با گروه شنوا	۲۲۸ کودک کم‌شنوا و ۲۰۱۸ کودک شنوا (۴ تا ۱۸ سال)	چک لیست رفتاری کودک، مقیاس هوش و کسلر و مقیاس سطح تعاملی کودک	شیوع مشکلات رفتاری در کودکان کم‌شنوا به میزان ۲/۶ بار بیشتر از کودکان شنوا بود.
Fellinger و همکاران ۲۰۰۵ (چکیده مقاله)	ارزیابی سطح تنش روانی و کیفیت زندگی در جامعه کم‌شنوایان	۲۳۱ فرد کم‌شنوا	مقیاس علائم رفتاری، مقیاس سلامت عمومی و مقیاس کیفیت زندگی	کیفیت زندگی در حیطه روانی و جسمانی افراد کم‌شنوا به‌طور معنی‌داری پایین‌تر از جمعیت عادی و تنش‌های هیجانی در افراد کم‌شنوا بیشتر بود.
van Eldik (۲۰۰۵)	شیوع مشکلات رفتاری درون‌سازی شده و برون‌سازی شده و مشکلات سلامت روان در گروه کم‌شنوایان دو تا سه برابر گروه مشکلات سلامت روان در افراد کم‌شنوا	۲۰۲ نوجوان کم‌شنوا (۱۱ تا ۱۸ سال)	مقیاس خودگزارشی جوانان آخن‌باخ	شیوع مشکلات رفتاری درون‌سازی شده و برون‌سازی شده و مشکلات سلامت روان در گروه کم‌شنوایان دو تا سه برابر گروه شنوا بود.
Glickman و Black (۲۰۰۶)	بررسی وضعیت سلامت روان در بیماران کم‌شنوا بستری شده	۶۴ بیمار کم‌شنوا و ۱۸۰ بیمار شنوا	DSM-IV-TR، مقیاس سطح شناختی و مقیاس درجه‌بندی زبان	اختلال اضطراب، اختلال خلقی و شخصیتی در بیماران کم‌شنوا بیش از بیماران شنوا بود، اما میزان شیوع اختلال سوء مصرف مواد در گروه کم‌شنوایان نسبت به گروه شنوا کمتر گزارش شد.

ادامه - جدول ۱- خلاصه مطالعات مرور شده در خصوص مشکلات رفتاری در افراد کم‌شنوا

نویسنده	هدف مطالعه	نمونه مطالعه	ابزارهای استفاده شده	نتیجه مطالعه
Connolly و همکاران (۲۰۰۶)	مروری بر مطالعات انجام شده در خصوص افسردگی در جمعیت کم‌شنوایان	---	---	شیوع افسردگی در جمعیت کم‌شنوایان بیش از جمعیت عادی بود.
Konuk و همکاران (۲۰۰۶)	بررسی شیوع اختلال‌های رفتاری، هیجانی در کودکان و نوجوانان کم‌شنوا	۷۲ کودک و نوجوان کم‌شنوا و ۴۵ کودک و نوجوان شنوا (۶ تا ۱۸ سال)	چک لیست رفتاری کودکان	مشکلات رفتاری درون‌سازی شده در گروه کم‌شنوایان بیشتر از گروه عادی گزارش شد و شیوع مشکلات رفتاری، هیجانی در جمعیت کم‌شنوا ۳۱ درصد گزارش شد که ۱/۵ برابر جمعیت شنوا بود.
Terwogt و Rieffe (۲۰۰۶)	بررسی ابزار خشم کودک کم‌شنوا نسبت به همسالان خود	۲۱ کودک کم‌شنوا و ۳۶ کودک شنوا	داستان‌های هیجانی	کودکان کم‌شنوا نسبت به کودکان شنوا خشم خود را بی‌پرده و مستقیم نشان می‌دهند و بر این باورند که واکنش خشم آن‌ها بر تداوم روابط تأثیری نخواهد داشت و شاید همین امر سبب طرد شدن و عدم تداوم دوست‌یابی در این گروه شده است.
Hintermair (۲۰۰۷)	مقایسه شیوع مشکلات اجتماعی-هیجانی در گروه کم‌شنوایان با گروه شنوا	۲۱۳ کودک کم‌شنوا و ۹۳۰ کودک شنوا	پرسش‌نامه نقاط قوت و ضعف	مشکلات بیش‌فعالی، اختلال سلوک، مشکلات هیجانی و رفتارهای ضداجتماعی و مشکلات با همسالان در گروه کم‌شنوایان بیشتر از کودکان شنوا بود.
Barker و همکاران (۲۰۰۹)	بررسی تأثیر زبان، توجه، تعامل والد-کودک، بررسی مشکلات رفتاری در کودکان کم‌شنوا	۱۱۶ کودک کم‌شنوا و ۶۹ کودک شنوا (۱/۵ تا ۵ سال)	مقیاس زبانی، پرسش‌نامه رشد تعاملی، گزارش‌های والدین و مشاهده فیلم	شیوع مشکلات رفتاری در کودکان کم‌شنوا بیشتر بود و نقص کلامی در این خصوص نقش داشت.
Prevatt و Li (۲۰۱۰)	مقایسه ترس و اضطراب بین کودکان کم‌شنوا و عادی	۶۱ دانش‌آموز کم‌شنوا و ۶۴ دانش‌آموز شنوا	مقیاس تجدید نظر شده اضطراب و پرسش‌نامه ترس	اضطراب و افسردگی در گروه کم‌شنوایان بیش از گروه شنوایان گزارش شده است.
Stevenson و همکاران (۲۰۱۰)	بررسی رابطه رشد زبان و مشکلات رفتاری در گروه کم‌شنوایان	۱۲۰ کودک کم‌شنوا و ۶۰ کودک شنوا (میانگین سنی ۸ سال)	مقیاس مشکلات رفتاری	کودکان با نقص شنوایی مشکلات رفتاری بیشتری نسبت به کودکان شنوا از خود نشان می‌دادند و بین رشد ضعیف مهارت‌های ارتباطی با افزایش مشکلات رفتاری ارتباط وجود داشت.
Sartawi و همکاران (۲۰۱۱)	بررسی مشکلات رفتاری در دانش‌آموزان با ناتوانی	۲۹۷ دانش‌آموز ناتوان	بررسی پرونده فرد و گزارش‌های والدین	بیش از نیمی از افراد با نقص شنوایی دارای مشکلات رفتاری هستند، با این وجود شیوع مشکلات رفتاری در گروه کم‌شنوایان نسبت به سایر ناتوانی‌ها به‌جز ناتوانی‌های جسمانی کمتر بود.
Stevenson و همکاران (۲۰۱۱)	بررسی رابطه رشد زبان و مشکلات رفتاری در گروه کم‌شنوایان	۱۲۰ کودک کم‌شنوا و ۶۳ کودک شنوا (۴ تا ۱۲ سال)	مقیاس مهارت‌های زندگی روزمره، مقیاس اجتماعی بودن و مقیاس مشکلات رفتاری	کودکان با نقص شنوایی در مهارت‌های روزمره زندگی و مقیاس اجتماعی بودن نمره کمتری نسبت به کودکان شنوا دریافت کردند. هرچه زمان تشخیص زودتر رخ دهد و مداخلات ارائه گردد مشکلات رفتاری کودکان کاهش می‌یابد.
Theunissen و همکاران (۲۰۱۱)	بررسی شیوع افسردگی در کودکان با نقص شنوایی	۸۳ کودک کم‌شنوا و ۱۱۷ کودک شنوا	مقیاس افسردگی کودکان، مقیاس مقابله و پرسش‌نامه خلق‌و‌خو	علائم افسردگی در کودکان با نقص شنوایی بیش از کودکان شنوا است. به‌وسیله راهبردهای مقابله‌ای می‌توان افسردگی این گروه را درمان کرد.
Theunissen و همکاران (۲۰۱۳)	بررسی مشکلات رفتاری کودکان با نقص شنوایی و مقایسه با کودکان شنوا	۱۲۹ کودک شنوا و ۱۳۲ کودک کم‌شنوا	مقیاس هوشی، آزمون زبان و پرسش‌نامه مشکلات رفتاری	کودکان با نقص شنوایی پرخاشگری، بیش‌فعالی، نقص توجه، اختلال نافرمانی، اختلال سلوک و ناراحتی‌های روانی را بیشتر از گروه شاهد از خود نشان دادند.

حقیقت به علت نبود مهارت ارتباطی مناسب بین والد و کودک کم‌شنوا این کودکان بیشتر به عنوان کودکان نافرمان، گوشه‌گیر، ناامید معرفی می‌شوند (۱۵).

در برخی موارد هم‌پوشی رفتارهای کم‌شنوایی با برخی از علائم مشکلات رفتاری این تصور را به وجود می‌آورد که فرد مبتلا به مشکلات رفتاری است. به عنوان مثال در ملاک تشخیصی DSM-IV رفتارهایی هم‌چون گوش نکردن به صحبت دیگران، پاسخ دادن به پرسش قبل از پایان یافتن آن و قطع کردن صحبت دیگران نشانه‌ای از اختلال بیش‌فعالی-نقص توجه است. درحالی‌که کودک کم‌شنوا ممکن است متوجه نشود که فرد در حال صحبت کردن است یا به دلیل ندیدن صورت گوینده پرسش را تمام شده بیندارد و پاسخی نامرتبب دهد، به علت ضعف در مهارت‌های زبانی افتراق بین رفتارهای کم‌شنوایی و بیش‌فعالی-نقص توجه دشوار است اما می‌توان از ویژگی‌هایی همانند ترک نکردن صندلی در کلاس درس، جست و خیز نکردن بیش از حد، تحمل داشتن برای رعایت نوبت متوجه شد که کودک اختلال بیش‌فعالی-نقص توجه ندارد (۴۱) و در توضیحی دیگر براساس یافته Orberg و Lukomski (۲۰۱۱) می‌توان چنین عنوان کرد افراد کم‌شنوا برای کسب اطلاعات از محیط پیرامون خود از استراتژی‌های رمزگشایی دیداری استفاده می‌کنند و به همین دلیل توجه آن‌ها به پیرامون خود بسیار زیاد است و برای کسب اطلاعات، محیط اطراف را بیش از حد بررسی می‌کنند و این امر سبب می‌شود که به فرد برچسب بیش‌فعال و کم‌توجه زده شود (۴۰).

بررسی علل بروز مشکلات رفتاری در گروه کم‌شنوایان

با وجود توضیحات بالا در مورد شیوع مشکلات رفتاری نباید منکر این قضیه شد که برخی از عوامل سبب می‌شود مشکلات رفتاری در گروه کم‌شنوایان بیش از گروه شنوا گزارش شود. در این مطالعه مروری نقص زبانی، مشکلات ارتباطی، نقش والدینی، باورها و طرز نگرش جامعه و فرد کم‌شنوا به عنوان عوامل مهم در بروز مشکلات رفتاری این گروه شناخته شد. والدین شنوا در برقراری ارتباط مؤثر با فرزند کم‌شنوای خود توانمند نبوده و

شنوا اعلام کرده است (۱۸)، van Eldik و همکاران (۲۰۰۴) نیز شیوع مشکلات رفتاری کودکان کم‌شنوا را ۲/۶ بار بیشتر از کودکان شنوا گزارش کرده‌اند (۳۶)؛ Konuk و همکاران (۲۰۰۶) شیوع مشکلات رفتاری، هیجانی در جمعیت کم‌شنوا ۱/۵ برابر جمعیت شنوا بیان کردند (۱۹)؛ Turner و همکاران (۲۰۰۷) میزان شیوع رفتارهای خودکشی را در جمعیت کم‌شنوا ۳۰ درصد بیشتر از جمعیت شنوا اعلام کردند (۸).

با توجه به مروری بر مطالعات تعیین میزان دقیق شیوع مشکلات رفتاری در جمعیت کم‌شنوا به علت مشکلات کلامی این گروه بسیار دشوار است، زیرا در فرآیند تشخیص و ارزیابی مشکلات رفتاری افراد کم‌شنوا دشواری‌هایی وجود دارد. اگرچه مقیاس‌ها، روش‌های مصاحبه و ابزارهای تحقیقاتی در جمعیت عادی پیشرفت داشته است اما در جمعیت ناشنوایان پیشرفتی در این زمینه دیده نشده است (۱۹). Cole و Zdanowicz (۲۰۱۰) بر این باورند که دانش کم متخصصان در خصوص مسئله کم‌شنوایی و ابزارهای تشخیصی نامناسب ممکن است سبب شود که احتمال خطا در میزان شیوع برآورد شده وجود داشته باشد (۳۹). مطالعه Austen و Jeffery (۲۰۰۷) نشان داد معمولاً برای مصاحبه تشخیصی از مهارت‌های ارتباطی و زبانی استفاده می‌شود که کم‌شنوایان در این زمینه مشکل دارند (۱۵) و Connolly و همکاران (۲۰۰۶) اظهار داشتند در صورتی‌که پرسش‌نامه به زبان اشاره ترجمه شود روایی و پایایی پرسش‌نامه کاهش یافته و همین امر بر نتیجه مطالعه اثرگذار است (۲۴). در برخی دیگر از مطالعات، مقیاس‌ها توسط والدین و معلمان تکمیل می‌شوند، باید توجه کرد که ۹۰ درصد کودکان کم‌شنوا در خانواده شنوا متولد می‌شوند (۳۸ و ۱۱،۴) و خانواده نسبت به کودک کم‌شنوا حساسیت بیشتری نشان می‌دهد (۲۲) و عملکردهای رفتاری کودک کم‌شنوا را بیشتر از کودکان شنوا گزارش می‌دهد به گونه‌ای که گزارش والدین از مشکلات رفتاری کودک کم‌شنوا ۲۵ تا ۲۸ درصد است درحالی‌که در خصوص کودک شنوا ۲ تا ۱۷ درصد است (۳). درک نکردن رفتار فرد کم‌شنوا توسط خانواده و والدین شنوا می‌تواند دلیلی برای گزارش مشکلات رفتاری در این گروه باشد (۴۰). در

جدول ۲- خلاصه مطالعات مرور شده در ایران در خصوص مشکلات رفتاری در گروه کم‌شنوایان

نویسنده	هدف مطالعه	نمونه مطالعه	ابزارهای استفاده شده	نتیجه مطالعه
به‌پژوه و همکاران (۲۰۰۵)	بررسی مهارت‌های اجتماعی دانش‌آموزان کم‌شنوا در مدارس تلفیقی و استثنایی	۳۰ دانش‌آموز کم‌شنوا در مدارس ویژه و ۳۰ دانش‌آموز کم‌شنوا در مدارس عادی	مقیاس درجه‌بندی مهارت‌های اجتماعی دانش‌آموزان	دانش‌آموزان کم‌شنوا در مدارس کمتری نسبت به دانش‌آموزان کم‌شنوا در مدارس تلفیقی داشتند اما این تفاوت از لحاظ آماری معنی‌دار نبود.
فرج‌اللهی و همکاران (۲۰۰۹)	مقایسه عملکرد تحصیلی و رفتاری دانش‌آموزان پسر کم‌شنوای مدارس استثنایی و تلفیقی	۱۲۰ دانش‌آموز پسر	آزمون هوشی، ارزیابی رفتاری و پرسش‌نامه دموگرافیک	دانش‌آموزان کم‌شنوا در مدارس استثنایی در مقایسه با دانش‌آموزان در مدارس تلفیقی دارای افسردگی کمتر و رفتار ضداجتماعی بیشتر بودند.
اکبری و همکاران (۲۰۱۳)	بررسی اثر روش مقابله با استرس در دانش‌آموزان کم‌شنوا	۴۰ دانش‌آموز کم‌شنوا با شنوایی در حد ۴۰ تا ۱۲۰ دسی‌بل	آزمون سلامت عمومی Goldberg	پس از مداخلات شناختی-رفتاری در علائم جسمانی، اضطراب، کارکرد اجتماعی، افسردگی و در کل سلامت عمومی تغییرات مثبتی مشاهده شد.

قادر نیستند نیازهای کودک خود را درک کنند و یا قوانین والدینی و اجتماعی را به شیوه مؤثر به آن‌ها آموزش دهند؛ این ناهماهنگی بین استراتژی والدین و کودک سبب شده والدین عملکرد کودک کم‌شنوای خود را نامطلوب ببینند و آن را به‌عنوان مشکل رفتاری تلقی کنند (۳). در برخی موارد خانواده بیش از حد فرد کم‌شنوا را مورد حمایت قرار می‌دهد به‌گونه‌ای که به وی اجازه مشارکت در فعالیت‌های اجتماعی را نمی‌دهد و این امر سبب عدم رشد اجتماعی و آستانه پائین خشم، اضطراب و ناامیدی در این افراد می‌شود (۲۷). رفتارهای بیش‌حمایتی یا کنترل‌گر والدین مانع رشد راهکارهای حل مسئله در فرزند کم‌شنوا می‌شود (۴۲).

رشد زبان در افراد کم‌شنوا با تأخیر همراه است. تأخیر رشد زبانی سبب بروز مشکلاتی مانند انزوای اجتماعی، اعتماد به نفس پائین، اضطراب، نقص توجه و رفتارهای ضداجتماعی می‌شود (۴۱).

تأخیر رشد زبان تنها مشکلات کلامی و ارتباطی ایجاد نمی‌کند بلکه سبب رشد ناقص تئوری ذهن می‌شود (۱۵). زیرا فرد به‌طور عادی در معرض زبان قرار نگرفته و دارای فرصت‌های مکالمه‌ای نبوده است (۴۳). فردی که در تئوری ذهن مشکل داشته باشد در درک تجارب هیجانی خود و دیگران نقص دارد (۳۸، ۱۱ و ۴۳)؛ دشواری در تئوری ذهن سبب نقص شایستگی هیجانی شده و فرد در شناخت و تنظیم هیجان‌ها با مشکل روبه‌رو می‌شود و این امر سبب ایجاد دشواری در تعامل وی با دیگران به‌ویژه هم‌سالان می‌شود (۳۸). باورها و طرز نگرش جامعه و خود فرد به مسئله کم‌شنوایی می‌تواند علتی برای بروز مشکلات رفتاری باشد؛ فرد کم‌شنوا با این نگرش که ناتوان است نسبت به دنیای پیرامون خود ترس و اضطراب بیشتری را دارد (۵). برچسب‌هایی که جامعه به افراد ناتوان از جمله افراد کم‌شنوا وارد می‌کند می‌تواند سبب

به‌ویژه مادران که وقت بیشتری را صرف پرورش فرزندان خود می‌کنند به‌بار می‌آورد (۴۷). آموزش به والدین می‌تواند در کاهش مشکلات رفتاری فرد کم‌شنوا مؤثر واقع شود. اگر والدین دلیل رفتارهای کودک خود را متوجه شوند بهتر تفاوت بین رفتار و مشکلات رفتاری را درک می‌کنند و به‌دنبال راه‌های درمان مؤثر خواهند رفت (۴۸). برای مثال درباره رفتارهای خودجرحی کودک، به والدین توضیح داده شود که کوبیدن سر می‌تواند نشانه‌ای از وجود سردرد یا دندان درد در کودک باشد یا فرد به‌دلیل این که قادر نیست احساسات و تفکرات خود را به اشتراک بگذارد، احساس خستگی و گیجی کرده و کج خلقی از خود نشان می‌دهد (۱۵ و ۴۱). جلسات گروهی می‌تواند سبب افزایش آگاهی والدین از استراتژی‌ها و رفتارهای کودک شود (۴۱). به‌منظور حفظ سلامت روانی کودکان کم‌شنوا باید به والدین درباره چگونگی کمک به کودک کم‌شنوا در محیط خانه آگاهی داد، زیرا ثبات هیجانی و رفتاری اجتماعی کودکان متأثر از روابط کودک-والدین است (۴۲). سلامت عمومی مادران کودکان کم‌شنوا پائین‌تر از مادران کودکان شنوا است و میزان اضطراب، افسردگی، ناراحتی‌های جسمانی و ناکارآمدی اجتماعی در مادران دارای فرزند کم‌شنوا بیشتر است (۴۷). پرند و موللی (۲۰۱۱) به‌منظور بالا بردن دانش و مهارت‌آموزی تنظیم، کارگاه‌های مدیریت استرس را به‌منظور بهبود سلامت روانی مادران کودکان با آسیب شنوایی پیشنهاد کردند که از این طریق می‌توان تعامل و روابط مادر با فرزند کم‌شنوا را بهبود بخشید (۴۹). برنامه‌های مناسب می‌تواند به افراد کم‌شنوا کمک کند تا هیجان‌های خود و دیگران را بشناسند. برنامه مداخله‌ای راهبردهای تفکر جایگزین پیشرفته سبب افزایش درک هیجانی، مهارت‌های حل مسئله اجتماعی و خودمدیریتی می‌شود و یکی از مزیت‌های این برنامه مشارکت والدین و معلمان است (۴۱). Dyck و Denver (۲۰۰۳) «برنامه چهره‌های جالب» را برای شناخت و درک هیجان‌های خود و دیگران به‌عنوان برنامه‌ای تأثیرگذار معرفی کردند (۵۰). در این برنامه از چهره‌های متفاوت با هیجان‌های ترس، غم، شادی، و خشم استفاده می‌شود و کودک از طریق مشاهده چهره و توضیح‌هایی که دریافت می‌کند، رفتار مؤثر

احساس تنهایی، افسردگی، ناامیدی در این گروه شود و احتمال سوء مصرف مواد را در این گروه افزایش دهد (۹). Fellingner و همکاران (۲۰۱۲) یکی دیگر از علت‌های مهم بالا بودن شیوع مشکلات رفتاری در گروه کم‌شنوا در دسترس نبودن مراکز سلامت روان و یا مشکلات فرد در برقراری ارتباط با کارکنان مراکز بهداشتی می‌دانند که سبب ترس، عدم اعتماد، ناامیدی و اضطراب در این گروه می‌شود و فرد را از درمان و پیگیری مشکلات خود باز می‌دارد (۴۴).

بررسی رویکردهای مداخله‌ای برای کاهش و پیشگیری از بروز مشکلات رفتاری در گروه کم‌شنوایان

برخی از مطالعات مرور شده در این مقاله پیشنهاداتی برای کاهش و پیشگیری از بروز مشکلات رفتاری در گروه کم‌شنوایان داشتند که متأسفانه به‌صورت جامع مطرح نشده‌اند. افزایش آگاهی و آموزش مهارت لازم در مربیان، کارکنان و متخصصان برای برخورد مؤثر و مناسب با گروه کم‌شنوایان (۳۳ و ۳۲، ۸)، تشخیص زودهنگام کم‌شنوایی و ارائه خدمات و مداخلات مناسب (۱۳ و ۸)، افزایش قابلیت دسترسی به خدمات سلامت روان همانند مشاوره (۳۳ و ۳۲، ۸)، بالا بردن سطح آگاهی افراد کم‌شنوا به‌ویژه توانمندی‌های (۳۳ و ۳۲، ۸)، آموزش و اجرای برنامه‌های تغییر رفتار (۳۲ و ۴۶)، می‌توانند در پیشگیری یا کاهش مشکلات رفتاری در این گروه دخالت داشته باشد.

با توجه به شیوع بالای مشکلات رفتاری جمعیت کم‌شنوایان و دلایل احتمالی آن در این قسمت، پیشنهاداتی در جهت پیشگیری و یا کاهش مشکلات رفتاری ارائه شده است. غربالگری زودهنگام به‌ویژه هنگام تولد می‌تواند سبب تشخیص به‌موقع نقص شنوایی شده و برنامه‌های مداخله و خدمات مناسب در اسرع وقت ارائه شود تا از مشکلات مربوط به رشد کودک به‌ویژه تأخیر رشد کلامی وی جلوگیری یا کاسته شود (۱۳ و ۱۴)، نباید فراموش کرد که مهارت زبان دریافتی و بیانی فرد روی رشد هیجانی نقش مهمی دارد (۳۸). تولد و پرورش کودکان کم‌شنوا، غالباً مشکلات و احساسات روان‌شناختی خاصی را برای والدین

می‌توانند به اعضای جامعه در خصوص مسأله کم‌شنوایی اطلاع‌رسانی کنند، نگرش افراد را تغییر دهند و آگاهی افراد به‌ویژه والدین را در مورد این گروه افزایش دهند(۹).

نتیجه‌گیری

به‌عنوان جمع‌بندی نهایی می‌توان گفت شیوع مشکلات رفتاری در گروه کم‌شنوایان نسبت به جمعیت شنوا بیشتر است اما در خصوص تفاوت بین دو گروه ابهاماتی همانند تأثیر نبود ابزارهای تشخیصی مناسب افراد با نقص شنوایی و مشکلات ارتباطی این گروه وجود دارد؛ از این رو برای تشخیص مشکلات رفتاری در گروه کم‌شنوایان نباید به مصاحبه، و پرسش‌نامه اکتفا کرد بلکه باید اطلاعات گسترده‌ای از فرد کم‌شنوا و اطرافیان وی جمع‌آوری نمود. دلیل اصلی مشکلات رفتاری در گروه کم‌شنوایان هنوز به‌طور دقیقی شناخته شده نیست ولی در مجموع به عواملی همانند نقش والدینی، نقص زبانی، مشکلات ارتباطی، تئوری ذهن، نگرش نسبت به مسئله کم‌شنوایی، وجود مشکلات دسترسی به خدمات مراکز سلامت روان که می‌توانند سبب بروز یا افزایش مشکلات رفتاری در جمعیت کم‌شنوایان گردند، اشاره شده است. نتیجه مطالعه مروری حاضر می‌تواند برای سازمان‌های دولتی، مراکز خدماتی و مؤسسات خیریه‌ای به‌منظور شناسایی توانمندی‌ها و مشکلاتی که افراد با نقص شنوایی با آن روبرو هستند، بسیار مؤثر واقع شود و براساس نتیجه این مطالعه تدابیر با شناخت بیشتری درنظر گرفته شود تا از بروز مشکلات متعدد از جمله مشکلات رفتاری جلوگیری شود.

از هیجان خاص را درک می‌کند(۴۳). Suarez (۲۰۰۰) نیز آموزش مهارت‌های اجتماعی را برای افزایش مهارت‌های حل مسئله اجتماعی و رفتارهای جرأت‌ورزی مفید دانست(۵۱). آموزش مهارت‌های زندگی بر عملکرد افراد دچار ناتوانی خاص مؤثر بوده است، از این رو با آموزش مهارت‌های زندگی می‌توان مهارت‌های اجتماعی افراد کم‌شنوا را بهبود بخشید. این آموزش می‌تواند موجب تغییر در نگرش و باورهای فرد شود و تغییر در نگرش نیز تغییر رفتار را به‌دنبال دارد(۵۲). تغییر باورها و آگاهی فرد کم‌شنوا از توانمندی‌های خود و همچنین بالا بردن امیدواری می‌تواند از طریق افزایش خودکارآمدی به‌وسیله تمرین‌های شناختی و برنامه‌های آموزشی صورت پذیرد(۴۹). Crocker و Edwards (۲۰۰۸) اظهار داشتند در کودکان کم‌شنوایی که مهارت زبان اشاره یا کلام محدود دارند برای شناسایی هیجان‌ها می‌توان از نقاشی استفاده کرد. خمیر بازی، بندکردن مهره‌ها، بادکردن بادکنک، پازل درست کردن می‌تواند دامنه توجه کودک را افزایش دهد. در بزرگسالان درمان‌های گروهی، درمان‌های شناختی رفتاری می‌تواند در کاهش مشکلات رفتاری و تغییر نگرش مؤثر واقع شود(۴۱). Roberts و Mugavin (۲۰۰۷) حضور دانش‌آموزان کم‌شنوا در مدارس فراگیر را عاملی برای کاهش محدودیت‌های اجتماعی در آن‌ها می‌دانند که کاهش ترس و اضطراب را به‌همراه دارد. تحصیل در مدارس ویژه و شبانه‌روزی باعث منزوی شدن فرد از جامعه و محدود کردن وی از ارتباط با دنیای افراد شنوا شده و ترس، اضطراب، گوشه‌گیری اجتماعی را در آن‌ها افزایش دهد. رسانه‌های گروهی همانند برنامه‌های تلویزیونی و رادیویی

REFERENCES

1. Guttmanova K, Szanyi JM, Cali PW. Internalizing and externalizing behavior problems scores: cross-ethnic and longitudinal measurement invariance of the behavior problem index. *Educ psychol meas.* 2008;68(4):676-94.
2. Pastor PN, Reuben CA, Duran CR. Identifying emotional and behavioral problems in children aged 4-17 years: United States, 2001-2007. *Natl Health Stat Report.* 2012;(48):1-17.
3. Barker DH, Quittner AL, Fink NE, Eisenberg LS, Tobey EA, Niparko JK, et al. Predicting behavior problems in deaf and hearing children: the influences of language, attention, and parent-child communication. *Dev*

- Psychopathol. 2009;21(2):373-92.
4. Wallis D, Musselman C, MacKay S. Hearing mothers and their deaf children: the relationship between early, ongoing mode match and subsequent mental health functioning in adolescence. *J Deaf Stud Deaf Educ.* 2004;9(1):2-14.
5. Bailly D, Dechouydelencave MB, Lauwerier L. Hearing impairment and psychopathological disorders in children and adolescents. Review of the recent literature. *Encephale.* 2003;29(4 Pt 1):329-37. French.
6. Stevenson J, McCann D, Watkin P, Worsfold S, Kennedy C; On behalf of the Hearing Outcomes Study Team. The relationship between language development and behaviour problems in children with hearing loss. *J Child Psychol Psychiatry.* 2010;51(1):77-83.
7. Achenbach TM, Dumenci L, Rescorla LA. Are American children's problems still getting worse? A 23-year comparison. *J Abnorm Child Psychol.* 2003;31(1):1-11.
8. Turner O, Windfuhr K, Kapur N. Suicide in deaf populations: a literature review. *Ann Gen Psychiatry.* 2007;6:26.
9. Roberts B, Mugavin J. Alcohol and other drug use in the Australian deaf community: A needs assessment. Fitzroy, Victoria: Turning point alcohol and drug centre; 2007.
10. Bubbico L, Rosano A, Spagnolo A. Prevalence of prelingual deafness in Italy. *Acta Otorhinolaryngol Ital.* 2007;27(1):17-21.
11. Hindley PA. Mental health problems in deaf children. *Current paediatrics.* 2005;15(2):114-9.
12. Ohre B, von Tetzchner S, Falkum E. Deaf adults and mental health: a review of recent research on the prevalence and distribution of psychiatric symptoms and disorders in the prelingually deaf adult population. *International Journal On Mental Health And Deafness.* 2011;1(1):3-23.
13. Stevenson J, McCann DC, Law CM, Mullee M, Petrou S, Worsfold S, et al. The effect of early confirmation of hearing loss on the behaviour in middle childhood of children with bilateral hearing impairment. *Dev Med Child Neurol.* 2011;53(3):269-74.
14. Kennedy CR, McCann DC, Campbell MJ, Law CM, Mullee M, Petrou S, et al. Language ability after early detection of permanent childhood hearing impairment. *N Engl J Med.* 2006;354(20):2131-41.
15. Austen S, Jeffery D. Deafness and challenging behavior: the 360° perspective. 1st ed. England: John Wiley & Sons Ltd; 2007.
16. Nock MK, Joiner TE Jr, Gordon KH, Lloyd-Richardson E, Prinstein MJ. Non-suicidal self-injury among adolescents: diagnostic correlates and relation to suicide attempts. *Psychiatry Res.* 2006;144(1):65-72.
17. van Eldik TT. Behavior problems with deaf Dutch boys. *Am Ann Deaf.* 1994;139(4):394-9.
18. van Eldik T. Mental health problems of Dutch youth with hearing loss as shown on the Youth Self Report. *Am Ann Deaf.* 2005;150(1):11-6.
19. Konuk N, Erdogan A, Atik L, Ugur MB, Simsekyilmaz O. Evaluation of behavioral and emotional problems in deaf children by using the child behavior checklist. *Neurol Psychiatr Brain Res.* 2006;(13):59-64.
20. Watt JD, Davis FE. The prevalence of boredom proneness and depression among profoundly deaf residential school adolescents. *Am Ann Deaf.* 1991;136(5):409-13.
21. Leigh I, Anthony S. Parent bonding in clinically depressed deaf and hard-of-hearing adults. *J Deaf Stud Deaf Educ.* 1999;4(1):28-36.
22. Leigh IW, Anthony-Tolbert S. Reliability of the BDI-II with deaf persons. *Rehabil Psychol.* 2001;46(2):195-202.
23. Werngren-Elgström M, Dehlin O, Iwarsson S.

- Aspects of quality of life in persons with prelingual deafness using sign language: subjective wellbeing, ill-health symptoms, depression and insomnia. *Arch Gerontol Geriatr*. 2003;37(1):13-24.
24. Connolly CM, Rose J, Austen S. Identifying and assessing depression in prelingually deaf people: a literature review. *Am Ann Deaf*. 2006;151(1):49-60.
25. Kvam MH, Loeb M, Tambs K. Mental health in deaf adults: symptoms of anxiety and depression among hearing and deaf individuals. *J Deaf Stud Deaf Educ*. 2007;12(1):1-7.
26. Black PA, Glickman NS. Demographics, psychiatric diagnoses, and other characteristics of North American deaf and hard-of-hearing inpatients. *J Deaf Stud Deaf Educ*. 2006;11(3):303-21.
27. Li H, Prevatt F. Deaf and hard of hearing children and adolescents in China: their fears and anxieties. *Am Ann Deaf*. 2010;155(4):458-66.
28. Mitchell VT, Quittner LA. Multimethod study of attention and behavior problems in hearing-impaired children. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 1996;25(1):83-96.
29. Fellingner J, Holzinger D, Dobner U, Gerich J, Lehner R, Lenz G, et al. Mental distress and quality of life in a deaf population. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2005;40(9):737-42.
30. de Graaf R, Bijl RV. Determinants of mental distress in adults with a severe auditory impairment: differences between prelingual and postlingual deafness. *Psychosom Med*. 2002;64(1):61-70.
31. Theunissen SC, Rieffe C, Kouwenberg M, de Raeve LJ, Soede W, Briaire JJ, et al. Behavioral problems in school-aged hearing-impaired children: the influence of sociodemographic, linguistic, and medical factors. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2014;23(4):187-96.
32. Hintermair M. Prevalence of socioemotional problems in deaf and hard of hearing children in Germany. *Am Ann Deaf*. 2007;152(3):320-30.
33. Theunissen SC, Rieffe C, Kouwenberg M, Soede W, Briaire JJ, Frijns JH. Depression in hearing-impaired children. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2011;75(10):1313-7.
34. Behpazhouh A, Hejazi E, Hossein Khanzadeh AA, Ghobari Bonab B. A comparison of social skills of partially hearing impaired students in integrated versus nonintegrated schools. *Journal of Psychology And Education*. 2005-2006;35(2):63-83. Persian.
35. Farajollahi M, Sarmadi MR, Taghdirinooshabadi A. Comparing educational and behavioral performance in hearing-impaired boy students in atypical and integrated schools. *Research on Exceptional Children*. 2009;9(3):273-81. Persian.
36. van Eldik T, Treffers PD, Veerman JW, Verhulst FC. Mental health problems of deaf Dutch children as indicated by parents' responses to the child behavior checklist. *Am Ann Deaf*. 2004;148(5):390-5.
37. Brubaker RG, Szakowski A. Parenting practices and behavior problems among deaf children. *Child Fam Behav Ther*. 2000;22(4):13-28.
38. Rieffe C, Terwogt MM. Anger communication in deaf children. *Cogn Emot*. 2006;20(8):1261-73.
39. Cole P, Zdanowicz N. Does it exist?: "a psychopathology of deafness". *Psychiatr Danub*. 2010;22 Suppl 1:S114-6.
40. Oberg E, Lukomski J. Executive functioning and the impact of a hearing loss: performance-based measures and the Behavior Rating Inventory of Executive Function (BRIEF). *Child Neuropsychol*. 2011;17(6):521-45.
41. Edwards L, Crocker S. Psychological processes in deaf children with complex

- needs: an evidence-based practical guide. 1st ed. London & Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers; 2008.
42. Movallali G, Nemati S. Difficulties in parenting hearing-impaired children. *Audiol.* 2009;18(1-2):1-11. Persian.
43. Knutson JF, Johnson CR, Sullivan PM. Disciplinary choices of mothers of deaf children and mothers of normally hearing children. *Child Abuse Negl.* 2004;28(9):925-37.
44. Fellinger J, Holzinger D, Pollard R. Mental health of deaf people. *Lancet.* 2012;379(9820):1037-44.
45. Akbari B, Teymori Z, Abolghasemi S, Khorshidiyan H. Stress coping strategies in hearing-impaired students. *Audiol.* 2013;22(1):41-9. Persian.
46. Sartawi A, ALMuhairy OA, Abdat MR. Behavioral problems among students with disabilities in United Arab Emirates. *International Journal for Reseach in Education.* 2011;(29):1-15.
47. Movallali G, Abdollahzadeh Rafi M, Nemati S. Comparison of general health status in mothers of hearing and hearing-impaired children. *Audiol.* 2013;22(2):33-9. Persian.
48. Gourley L, Wind C, Henninger EM, Chinitz S. Sensory processing difficulties, behavioral problems, and parental stress in a clinical population of young children. *J Child Fam Stud.* 2013;22(7):912-21.
49. Parand A, Movallali G. The effect of teaching stress management on the reduction of psychological problems of families with children suffering from hearing-impairment. *Journal of Family Research.* 2011;7(1):23-34. Persian.
50. Dyck MJ, Denver E. Can the emotion recognition ability of deaf children be enhanced? A Pilot Study. *J Deaf Stud Deaf Educ.* 2003;8(3):348-56.
51. Suárez M. Promoting social competence in deaf students: the effect of an intervention program. *J Deaf Stud Deaf Educ.* 2000;5(4):323-33.
52. Mahvashe Wernofaderani A, Adibsereshki N, Movallali G. The effectiveness of life skills training on the social skills of hearing impaired secondary school students in inclusive schools. *Journal of Research in Rehabilitation Sciences.* 2012;8(3):477-88. Persian.

Review Article

Behavioral problems in deaf populations: a literature review

Guita Movallali¹, Fatemeh Torabi², Elham Tavakoli²

¹- Department of Psychology and Education of Exceptional Children, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran

²- Department of Psychology and Education of Exceptional Children, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Allameh Tabatba'ee University, Tehran, Iran

Received: 8 January 2014, accepted: 19 April 2014

Abstract

Background and Aim: Studies have found that deaf individuals have higher rates of psychiatric disorders, such as behavioral problems, than those who can hear. The aim of this review was to provide a summary of the literature on behavioral problems, with specific reference to deaf individuals. The objectives of the review were to establish the prevalence of behavioral problems in deaf populations; describe the risk factor for behavioral problems in deaf populations; and describe approaches to intervention and behavioral problems prevention that have been used in deaf populations.

Recent Findings: A review of articles published between 1991 and 2013 showed that the prevalence of behavioral problems in deaf people is higher than that of hearing people. Risk factors for behavioral problems in deaf populations include language impairments, communication problems, the role of parents, and the community's beliefs and attitudes regarding the issue.

Conclusion: Given the high prevalence of behavioral problems in deaf people, the effectiveness of prevention strategies should be examined. Consequently, it would be advantageous to increase the availability of specialist mental health services, promote deaf awareness including their abilities, promote awareness and skills development among teachers, staff, and specialists and implement behavior change programs.

Keywords: Behavioral problems, deaf populations, hearing populations

Please cite this paper as: Movallali G, Torabi F, Tavakoli E. Behavioral problems in deaf populations: a literature review. *Audiol.* 2014;23(5):14-26. Persian.

Corresponding author: Department of Psychology and Education of Exceptional Children, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Allameh Tabatba'ee University, Sh. Hemmat High Way, Dehkadeh Olampic, Tehran, 1489684511, Iran. Tel: 009821-44737511, E-mail: ftorabi1385@gmail.com