

پدیده ترخیص کودکان کم‌شناختار از خدمت تربیت شنوایی از دیدگاه شنوایی‌شناسان

مینا باقری موسوی^۱، *نیکتا حاتمی‌زاده^۲، سعید ملایری^۳

چکیده

هدف: بسیاری از کودکان کم‌شناختار پس از تشخیص، برای دریافت خدمت تربیت شنوایی ارجاع می‌شوند. هدف پژوهش آن بود که پدیده ترخیص از خدمات تربیت شنوایی کودکان کم‌شناختار مورد کنکاش و شناسایی قرار دهد.

روش بررسی: در این پژوهش کیفی که در تهران انجام شد، برای جمع‌آوری داده‌ها از شیوه مصاحبه عمیق نیمه‌ساختار یافته با شنوایی‌شناسان باتجربه استفاده شد. برای دستیابی به شنوایی‌شناسان با تجربه در ارائه خدمات توانبخشی تربیت شنوایی به کودکان کم‌شناختار ترکیبی از شیوه‌های نمونه‌گیری هدفمند و گلوله برفی به کار برده شد. نمونه‌گیری تا آنجا ادامه یافت که اشباع داده‌ها حاصل شد، و این زمانی بود که تعداد مصاحبه‌شوندگان بالغ بر ۸ نفر شدند. متونی مشتمل بر دست‌نوشته‌هایی که در طول مصاحبه از نکات مهم فراهم شده و پیاده‌سازی متن از نوار ضبط شده مصاحبه‌ها تهیه شد. طی فرآیند کدگذاری-استخراج گویه مفاهیم شکل گرفتند. کدها در گروه‌های بزرگ‌تر تم‌ها و خوشه‌ها دسته‌بندی شدند.

یافته‌ها: برخی از مصاحبه‌شوندگان «تکامل توانایی‌های گوش دادن» و «دریافت خدمات تربیت شنوایی» را دو مقوله متمایز از یکدیگر نمی‌پنداشتند. به نظر می‌رسد «تمایل و یا محدودیت‌های خانواده» تنها معیار تعریف شده و مشخص مورد اتفاق نظر مشارکت‌کنندگان برای پایان دادن به جلسات درمانی بود. نتایج نشان داد بیشتر مشارکت‌کنندگان بر این باور نبودند که لزوماً می‌بایست برای برنامه ارائه خدمات تربیت شنوایی نقطه پایانی در نظر داشت. هر چند مشارکت‌کنندگانی که باور داشتند که می‌بایست نقطه‌ای را برای ترخیص توانجو از خدمت تربیت شنوایی تعریف کرد، وسایل موجود ارزیابی مهارت‌های شنوایی کودکان را به عنوان وسیله‌ای برای بر مبنای آن بتوان برای پایان دادن به جلسات تربیت شنوایی تصمیم گرفت ناکارآمد می‌دانستند.

نتیجه‌گیری: نبود اتفاق نظر در مورد ضروری بودن داشتن برنامه ترخیص از خدمت تربیت شنوایی، عدم کارایی ابزارهای سنجش مهارت‌های شنوایی موجود در ارزیابی توانایی‌ها و تعیین آمادگی توان‌جویان برای ترخیص تنگناهایی است که در مدیریت کارای توانبخشی کودکان شنوایی شده در برنامه کشوری غربال شنوایی نوزادان، وجود دارد.

کلیدواژه‌ها: تربیت شنوایی، ترخیص، کودکان کم‌شناختار

- ۱- کارشناس ارشد مدیریت توانبخشی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران
- ۲- بوردا تخصصی اطفال، MPH؛ مرکز تحقیقات توانبخشی اعصاب اطفال، گروه آموزشی مدیریت توانبخشی، دانشیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران
- ۳- کاندیدای دکترای شنوایی‌شناسی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران

دریافت مقاله: ۹۱/۰۴/۲۰

پذیرش مقاله: ۹۱/۱۱/۰۹

* آدرس نویسنده مسئول:

تهران، اوین، بلوار دانشجو، خیابان کودکان، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، گروه مدیریت توانبخشی.

* تلفن: ۲۲۱۸۰۱۳۲ (۲۱) ۹۸+

* رایانامه: nikta_h@yahoo.com

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه دانشجویی می‌باشد.



مقدمه

شنوایی یکی از حواس پنجگانه انسان است که نه تنها توانایی ارزیابی دنیای اطراف را فراهم می‌آورد، بلکه برقراری ارتباط با محیط اطراف را امکان‌پذیر می‌سازد. حال اگر سیستم شنوایی صدمه ببیند می‌تواند بر سلامت، توانایی برقراری ارتباط، پیشرفت تحصیلی و توانمندی کاری و اجتماعی تأثیر سوء بگذارد (۱). براساس برآوردها از هر یک هزار نوزاد، دو تا سه نفر با کم‌شنوایی و یا ناشنوایی به دنیا می‌آیند (۱). چنانچه میانگین آستانه‌های شنوایی برای سه فرکانس ۲، ۱ و ۰/۵ کیلوهرتز در یک کودک بیش از ۵ دسی بل و در یک بزرگسال بیش از ۲۵ دسی بل افت شنوایی باشد، آن فرد کم‌شنوا تلقی می‌شود (۲). کم‌شنوایی به هر میزان و در همه سنین پی‌آمدهای گسترده‌ای به دنبال دارد (۳). این نقص، توان فرد را در سازگاری با محیط می‌کاهد و از جمله معلولیت‌های مهم ارتباطی تلقی می‌شود (۴). حس شنوایی در زندگی روزمره اهمیت خاصی دارد و افراد از طریق این حس، مهارت ارتباط برقرار کردن با دیگران را کسب می‌کنند (۳). میزان بروز اختلالات ارتباطی در افراد دچار معلولیت شنوایی بیش از سایر معلولیت‌ها است. در واقع یادگیری که اساسی‌ترین توانایی انسان است، تحت تأثیر کاهش حس مهم شنوایی دچار اختلال می‌گردد (۴).

در اجرای برنامه غربالگری شنوایی جهانی که راهی برای کاستن از عواقب کاهش شنوایی است، اولین گام تشخیص زودهنگام احتمال وجود اختلال شنوایی و ارجاع کودک برای دریافت خدمات تشخیصی تکمیلی و در صورت نیاز مداخله زود هنگام است. گام دوم شامل انجام پیگیری‌های تشخیصی و در صورت تأیید وجود مشکل، فراهم نمودن امکانات درمانی - توانبخشی مناسب است. گام دوم بخشی لاینفک از برنامه غربالگری جهانی است و برای اجرایی شدن آن وجود برنامه مداخله و راهبری جامع ضروری است (۵).

در کشور ایران، کمیته مشترک غربالگری شنوایی کودکان و شیرخواران، از سال ۱۳۸۲ فعالیت خود را آغاز نموده است و در حال حاضر غربال شنوایی نوزادان در سطح وسیع در سراسر کشور انجام می‌شود. کودکان کم‌شنوای شناسایی شده جهت انجام مداخلات به‌هنگام به مراکز توانبخشی ارجاع داده می‌شوند و خدمات توانبخشی شنیداری دریافت می‌کنند (۱). توانبخشی شنیداری شامل بکار بستن مجموعه‌ای از شیوه‌های گوناگون و ارائه مجموعه‌ای از خدمات است که هدف آنها تسهیل برقراری ارتباط دریافتی و بیانی مناسب بین افراد کم‌شنوا با سایرین و تداوم این ارتباط است (۵). «توانبخشی شنیداری به‌هنگام» کودکان کم‌شنوا شامل تجویز سمعک، برنامه مشاوره با والدین و برگزاری

جلسات آموزشی، تربیت شنیداری و گفتار درمانی است (۷). یکی از خدمات توانبخشی شنیداری تربیت شنیداری است که با هدف آموزش به‌کارگیری بهتر شنوایی ارائه می‌گردد. تربیت شنیداری به معنای آموزش مهارت‌های شنیداری است که شامل مهارت‌های کشف صدا، تمیز صدا، شناسایی و درک کلام هستند. با کسب این مهارت‌ها، کودک توانایی درک شنیداری گفتار را بدست می‌آورد. تربیت شنیداری سبب افزایش شنوایی نمی‌شود، اما باعث می‌شود توانایی فرد در استفاده بهینه از باقیمانده شنوایی افزایش یابد؛ به این معنا که توجه و درک او از اصوات افزایش یابد. به عبارتی دیگر هدف تربیت شنیداری تبدیل توانایی‌های شنیداری بالقوه کودک به توانایی‌های بالفعل است (۶). در ایران غربال شنوایی نوزادان و انجام مداخلات به‌هنگام یکی از برنامه‌های کلان پیشگیری از معلولیت‌ها و توانبخشی کشور می‌باشد که در دهه کنونی آغاز شده است (۱). در دستورالعمل‌های اجرایی برنامه غربالگری کشوری هر چند معیارهای دقیقی برای شناسایی و ارجاع درج گردیده، اما پروتکل توانبخشی مشخصی مرقوم نشده و معیارهای ارزیابی میزان پیشرفت توانایی‌های کودک در اثر دریافت توانبخشی و هم‌چنین معیارهای پایان دادن به ارائه خدمت تربیت شنوایی برای کودکان کم‌شنوا مندرج نشده است و این امر تلویحاً به عهده کارشناسان مربوطه گذاشته شده است.

هم‌چنین از مهمترین ویژگی‌های نظام سلامت کارآمد، ارائه خدمات سلامت با کیفیت بالا است که عبارت است از خدماتی که بیماران می‌خواهند (کیفیت از دید بیمار) و خدماتی که برایشان لازم است (کیفیت حرفه‌ای)، که در زمان مناسب و توسط فرد مناسب با استفاده از کمترین منابع و بدون خطا ارائه می‌گردد (۷). بدین ترتیب می‌توان گفت خدمات توانبخشی نیز مانند کلیه خدمات نظام سلامت از این قاعده مستثنی نمی‌باشد و لازم است مشخص شود چه کسانی می‌بایست خدمت توانبخشی را دریافت کنند و چگونه اثربخشی برنامه مورد سنجش قرار گیرد و بالاخره در چه زمانی خدمت کافی ارائه شده و می‌بایست پایان ارائه خدمت اعلام گردد. تنها این گونه است که می‌توان فرآیند ارائه خدمت را مورد ارزیابی قرارداد و هدف ارتقاء مستمر ارائه خدمت را دنبال کرد. با مرور مقالات هر چند شاهد پژوهش‌هایی بودیم که حاکی از اثربخشی برنامه‌های مداخله توانبخشی شنیداری زود هنگام بودند، اما کمتر به پژوهش‌هایی برخوردیم که در آنها به ابزارهای اندازه‌گیری توانایی‌های گوش دادن، معیارهای ارزیابی پیشرفت و متعاقباً شاخص‌های ترخیص از فرآیند سیستماتیک تربیت شنیداری پرداخته باشند. این در حالی است که وجود ابزاری برای اندازه‌گیری نتایج و وجود شاخص‌هایی که پس از انجام اندازه‌گیری بتوان در مورد نتیجه بدست آمده قضاوت کرد،



گفتگو را روند بحث در طول مصاحبه تعیین می‌کرد و براساس تجارب بدست آمده در هر مصاحبه در پرسش‌نامه تغییراتی اعمال می‌شد تا گویاتر و جامع‌تر گردد. به این ترتیب که پرسش‌نامه نیمه‌ساختاریافته‌ای که در مصاحبه اول مورد استفاده قرار گرفت شامل ۷ سوال بود. اما در طول مصاحبه و هم‌چنین با مرور متن پیاده شده مصاحبه، به نظر رسید، احتمالاً برداشت مشارکت‌کنندگان از سوالات بحث مطابق پیامی که پژوهشگر قصد انتقال آن را داشت نبوده، چرا که پاسخ‌هایی که ارائه شده بود، کلی بودند و از دقتی که مورد انتظار پژوهشگر بود، فاصله داشتند. بنابراین در ۳ مصاحبه بعدی در طول مصاحبه توضیحاتی اضافه به افراد مورد مصاحبه داده شد و سوالات پرسش‌نامه مورد جرح و تعدیل قرار گرفتند. در ۲ مصاحبه بعدی از پرسش‌نامه اصلاح و تکمیل شده که حاوی ۱۰ سوال باز بود، استفاده شد. هر چند تحلیل داده‌های مصاحبه‌ها در تبیین و روشن کردن فرآیند کلی ترخیص و تجربه ترخیص کارگشا بود، اما به ارائه توضیحی درباره معیارهای ترخیص منجر نشدند. برای رسیدن به اطلاعات دقیق‌تر از پدیده ترخیص و معیارهایی که برای وقوع ترخیص به کار می‌روند، یک سوال باز یازدهمی به پرسش‌ها اضافه شد. در آن سوال از مصاحبه‌شونده درخواست می‌شد، یکی از توان‌جویانی را که برایش توانبخشی شنیداری انجام داده و ترخیص شده است، قصه توانبخشی و رسیدن به تصمیم ترخیص وی را شرح دهد و در حین شرح مطلب سعی می‌شد، که با سوالات مکمل و یادآوری و جمع‌بندی ذهنی، بیان معیارهایی که در عمل باعث گرفتن تصمیم ترخیص شده بود، برای مصاحبه‌شونده تسهیل شود. این شیوه عمل در ۲ مصاحبه هفتم و هشتم لحاظ شد. بعد از انجام ۸ مصاحبه و مرور متن پیاده شده مصاحبه‌ها ملاحظه شد با بالا بردن دقت سوالات و تسهیل بیان تجارب و ارائه توضیحات تکمیلی از سوی پژوهشگر، اطلاعات جدیدی گردآوری نشد و با تکراری بودن داده‌های استخراج شده از مصاحبه‌ها، پژوهش‌گر قانع شد، که از طریق ادامه انجام مصاحبه با افراد بیشتر، اطلاعات جدیدی به دست نخواهد آمد (رسیدن به اشباع داده‌های حاصل از مصاحبه با افرادی که تجربه زیادی در تربیت شنیداری دارند). متون ضبط شده پیاده‌سازی شدند. از متون پیاده‌سازی شده و دست‌نوشته‌های تهیه شده در حین مصاحبه گویه‌ها^۵ استخراج و مکتوب شدند. مکتوبات بدست آمده و نوشته‌هایی که در طول مصاحبه جمع‌آوری شده بودند رمزگشایی^۶ شدند و در قالب تم‌ها و خوشه‌ها جای گرفتند و به این ترتیب مفاهیم استخراج شد.

یک جزء اصلی در چارچوب برنامه خدمات توانبخشی به شمار می‌رود (۸). با گذشت بیش از شش سال از شروع اجرای کشوری برنامه غربال شنوایی کودکان و مراجعه نوزادان کم‌شنوای بسیار برای انجام مداخلات به‌هنگام به کارشناسان شنوایی‌شناسی، هر چند شنوایی‌شناسان بطور مدون و در قالب برنامه غربالگری - مداخله به‌هنگام، معیارهای سنجش و ارزیابی فرآیند تربیت شنیداری را دریافت نکرده بودند، انتظار می‌رفت در مواجهه با نیاز به ارزیابی تأثیر خدماتی که ارائه داده بودند در تجربه به راه‌هایی برای پاسخ به این نیاز دست یافته باشند. از این رو بر آن شدیم که در پژوهشی کیفی، به تبیین فرآیند تصمیم‌گیری در مورد ترخیص کودکان کم‌شنوا از جلسات مستمر تربیت شنیداری بپردازیم.

روش بررسی

این پژوهش جستجوگرانه با استفاده از شیوه‌های کیفی به اجراء درآمد. سه روش متداول جمع‌آوری داده‌ها در تحقیقات کیفی مشاهده، مصاحبه و تحلیل اسناد^۱ است (۹). در این پژوهش کیفی برای جمع‌آوری اطلاعات از مصاحبه نیمه‌ساختار یافته و عمیق استفاده شد. در این پژوهش برای انتخاب مشارکت‌کنندگان ابتدا از نمونه‌گیری هدفمند^۲ استفاده شد. به این ترتیب که برای دستیابی به افراد صاحب‌نظر در قدم اول با ارائه معرفی‌نامه دانشگاه به انجمن علمی شنوایی‌شناسی ایران و سازمان بهزیستی کشور در مورد افراد صاحب‌نظر کسب اطلاع شد، و با ایشان مصاحبه حضوری انجام گرفت. سپس برای دستیابی هر چه بیشتر به افراد صاحب‌نظر از روش گلوله برفی^۳ استفاده شد. به این معنا که از هر فرد صاحب‌نظر مورد مصاحبه درخواست شد اگر افراد دیگری، که در زمینه تربیت شنیداری کودکان صاحب‌نظر و تجربه‌اند را می‌شناسد، برای مصاحبه به پژوهشگر معرفی کند. نمونه‌گیری زمانی متوقف شد که پژوهشگر پاسخ‌های تقریباً یکسانی از مصاحبه‌شوندگان در مصاحبه نیمه‌ساختاریافته دریافت کرد (داده‌ها به اشباع^۴ رسید) و مصاحبه با اشخاص بیشتری به نظر راه‌گشا نمی‌رسید. بر این اساس تعداد مشارکت‌کنندگان به ۸ نفر رسید. لازم به ذکر است که به دلیل اشکال فنی که در ضبط یکی از مصاحبه‌ها پیش آمد، در مورد آن مصاحبه برای تحلیل فقط از دست‌نوشته‌های حین مصاحبه، استفاده شد.

در طی انجام مصاحبه با اجازه و رضایت افراد مورد مصاحبه، کلیه مکالمات و پرسش‌ها و پاسخ‌ها ضبط گردید. هم‌چنین در طول مصاحبه نکات مورد توجه نت‌برداری شد. برای انجام مصاحبه از پرسش‌نامه نیمه‌ساختاریافته کمک گرفته شد. اما ریز محتوای



یافته‌ها

مصاحبه شد. مشخصات مشارکت‌کنندگان و ویژگی‌های برنامه توانبخشی و ارزیابی و توان‌جویان دریافت‌کننده خدمت ایشان در جدول ۱ آمده است.

در این پژوهش با ۸ نفر شنوایی‌شناس که تجربه کاری ایشان در زمینه تربیت شنیداری از ۴ تا ۱۵ سال در سطح شهر تهران بود،

جدول ۱. مشخصات مشارکت‌کنندگان و ویژگی‌های برنامه توانبخشی و ارزیابی و توان‌جویان دریافت‌کننده خدمت ایشان

کد شنوایی‌شناس (مصاحبه شونده)	نوع مرکز ارائه خدمت		روش تربیت شنیداری بکار گرفته شده	تجربه کاری در زمینه تربیت شنیداری	ابزار سنجش مورد استفاده برای ارزیابی پیشرفت توانجو	شدت کم‌شنوایی کودکان دریافت‌کننده خدمت تربیت شنیداری
	دولتی یا دانشگاهی (عضو هیات علمی دانشگاه)	خصوصی				
A	*	*	شنیداری- کلامی	۱۵ سال	سنجش رشد نیوشا	متوسط، شدید، عمیق
B	*	*	اربر	۱۵ سال	آزمون مدرس و توانا	متوسط، شدید، عمیق
C	*	*	اربر	۱۴ سال	آزمون مدرس و نیوشا	عمیق
D	*	*	اربر	۱۵ سال	—	عمیق
E	*	*	شنیداری- کلامی	۱۰ سال	سنجش رشد مهارت‌های نیوشا	شدید، عمیق
F	*	*	اربر	۴ سال	—	متوسط، شدید
G	*	*	نیوشا، اربر	۱۰ سال	ابزار تعیین سطح نیوشا	شدید، عمیق
H	*	*	اربر	۱۰ سال	—	متوسط، شدید، عمیق

۱- مفهوم تربیت شنیداری و مراحل چهارگانه آن: به نظر می‌رسید یکی از عوامل عمده در تصمیم‌گیری درمانگران برای ترخیص کودکان کم‌شنوا از خدمت تربیت شنیداری، تعریف آنها از مفهوم تربیت شنیداری و وسعت مفهومی: هر مرحله از دید درمانگران بود. اینکه دامنه تعریف تا کجا ادامه می‌یابد و اینکه تا کجای این گستره نیاز به ارائه خدمت تربیت شنیداری دارد؟ به طور مثال در این رابطه درمانگر A می‌گوید: تربیت شنیداری جزئی از مجموعه فعالیت‌هایی است که ما از آن تحت عنوان توانبخشی شنیداری نام می‌بریم. فکر می‌کنم یک نکته مهم است که قبل از اینکه این کارها را انجام دهیم باید به آن پردازیم، اگر ما اینگونه نگاه کنیم که تربیت شنیداری تمام آن کاری نیست که برای یک کودک کم‌شنوا می‌توان انجام داد و در واقع توانبخشی شنیداری را یک کار توانبخشی چند جزئی^۱ و چند رشته‌ای^۲ در نظر بگیریم (A.۴)

همان‌گونه که ملاحظه می‌شود، ۶ نفر از ۸ مشارکت‌کننده از شیوه اربر برای تربیت شنیداری استفاده می‌کردند، که یک نفر شیوه نیوشا را نیز بکار می‌برد و دو نفر از شیوه شنیداری-کلامی استفاده می‌کردند. ابزار رشد نیوشا، تست مدرس، تست توانا، و تعیین سطح نیوشا را در ارزیابی توان‌جویان بکار می‌بردند. تمرکز کاری مشارکت‌کنندگان از نظر شدت کم‌شنوایی توان‌جویان از تنوع زیادی برخوردار بود. برخی عمدتاً افراد کم‌شنوای عمیق را توانبخشی می‌نمودند، در حالیکه برخی طیف گسترده‌ای از کم‌شنویان از شدت متوسط گرفته تا عمیق را تحت پوشش خدمت تربیت شنیداری داشتند. براساس تجزیه و تحلیل متون مصاحبه‌های مشارکت‌کنندگان در پژوهش دیدگاه مشارکت‌کنندگان در مورد مفهوم ترخیص و عواملی که می‌توانستند در فرآیند تصمیم‌گیری برای اعلام زمان خاتمه درمان نقش داشته باشند، در ۸ تم دسته‌بندی و شرح داده شد.



است مرزی فائل هستند یا خیر؟ می‌تواند در فرآیند تصمیم‌گیری برای خاتمه درمان موثر باشد. به طور مثال در این رابطه درمانگر B می‌گوید: همیشه شما روی مهارت‌های شنوایی کار کنید و مهارت‌های زبانی را کنار بگذارید، این ۲ تا اینقدر بهم وابسته است که گاهی ممکنه ما آنقدر مهارت زبانی را اهمیت دهیم که مهارت شنوایی را کم‌رنگ‌تر ببینیم. بنابراین نمی‌شود بحث زبان را جدا از مهارت شنوایی در نظر گرفت (b.۱۵).

و درمانگر C در این باره معتقد است که: اینکه خیلی از برنامه‌های تربیت شنیداری با لب‌خوانی هم همراه است. (ولی باید بین این دو مرزی وجود داشته باشد) چون خیلی از همکارهای ما این مرز را رعایت نمی‌کنند و کار گفتار درمان را انجام می‌دهند. من به این معتقدم که این مرز باید رعایت شود. اگر بدون لب‌خوانی نتوانم یک سری مهارت‌ها را آموزش دهم، توصیه می‌کنم برای کسب این مهارت‌ها به گفتار درمانی مراجعه شود (c.۹).

۴- قابلیت ابزارهای رایج سنجش مهارت‌های شنوایی برای استفاده در تصمیم‌گیری در خاتمه ارائه خدمت: قابلیت ابزارهای موجود سنجش مهارت‌های شنوایی و میزان دقت آنها در ارزیابی مهارت‌ها و اعلام پایان زمان مناسب برای ترخیص از خدمت مورد تردید است. چند شاهد از این مدعا:

یکی از معیارها همان تستهای تعیین سطح مهارت‌های شنیداری هستند مانند تست نپوشا، تست مدرس، تست توانا، ولی در نهایت من تجربه خودم را در نظر می‌گیرم یعنی سعی می‌کنم در جاهایی که دچار مشکل هستند به آنها کمک کنم. ما تست را می‌گیریم و می‌گوییم بچه به این سطح رسیده، ولی باقی قضایا بر می‌گردد به تجربه من درمانگر که تشخیص بدهم که واقعا بچه به آن سطح رسیده یا نه؟ (cv, ۸۰)

از آزمون سنجش رشد نپوشا استفاده می‌کنیم که امتیاز ۱۳-۱۰ دارد و سعی مان بر این است که واقعا آن مهارت در آنجا به اندازه عدد ۱۳ باشد. اما اگر کودک امتیاز ۱۳ را به دست آورد ولی احساس کنم که مهارت‌هایش به اندازه ۱۳ نیست، من خودم در آن شرایط ۱۳ را نمی‌زنم ولی ممکن است گاهی همکار من ۱۳ را بزند براساس آن آیت‌ها. یعنی باید از این دقیق‌تر تعریف شود (ev, ۸۰).

۵- واضح و دقیق و یکسان نبودن معیارهای تصمیم‌گیری برای ترخیص از جلسات مستمر: در پاسخ به این سوال که (در صورتی که تا کنون کودکان کم‌شنوایی را از خدمت تربیت شنیداری ترخیص کرده‌اید، چه معیارهایی در این تصمیم‌گیری نقش مهمتری داشته‌اند؟) مطالب زیر عنوان شد. در واقع این

درمانگر C بر این باور است که: تربیت شنیداری به اعتقاد من یک هنر است، حالا جدای از علمی که باید در نظر گرفت. یعنی ببینید پایه آن علم است. ولی اینکه شما از چه فرآیندی استفاده کنید، شخصاً اعتقاد من این است که هرگز نمی‌شود، یک متد یا یک روش را برای یک بچه استاندارد کرد (c.۲) و به طور مثال دیدگاه آنها در مورد مفهوم یکی از مراحل تربیت شنیداری:

مثلاً مهارت کشف را در نظر بگیریم، زمانی واجد ارزش است که می‌گوییم پیشرفت، و این که بچه کشف شنوایی انجام داده است که بچه بتواند خود انگیخته در بافت زمینه^۱ این کار را انجام دهد و مهم‌تر اینکه مثلاً بتواند در محیط پرسروصدا این کار را در حد قابل انتظار انجام دهد (a.۱۰).

در واقع کشف پایه شناخت یک صدا است و به نظر من برای بچه‌هایی که گفتم، در مرحله کشف وقت صرف کردن خیلی ارزش دارد. من روی آن نهایت دقتش خیلی تمرکز دارم (b.۱۴).

۲- ابهام در مصداق داشتن مفهوم «ترخیص» در فرآیند تربیت شنیداری: تعریف درمانگران از مفهوم ترخیص و نگرش آنها در مورد این فرآیند نیز یکی از عوامل تعیین‌کننده در تصمیم‌گیری برای اعلام خاتمه درمان به شمار می‌رود.

نظر درمانگر a: به یک نگاه در واقع کودک کم‌شنوا هیچ وقت از برنامه توانبخشی فارغ‌التحصیل نمی‌شود، فقط فشرده‌گی برنامه از نظر زمانی تغییر می‌کند و مدت زمانی که باید گذاشته شود مقداری تغییر می‌کند. به تجربه من بخواهید بگوئید هیچ موقع چیزی را به نام پایان یافتن نمی‌دانم ما بر بهبود مهارت گوش دادن تاکید می‌کنیم. اینکه بگوییم مهارت گوش دادن کودک ختمش فرا رسید این به راحتی برای آدم عادی هم نمی‌توان گفت چه رسد به کودک کم‌شنوا که نیازمند کمک و بهبود و تمرین است (a.۵).

و درمانگران d و b در این باره می‌گویند: من هیچوقت به مریضم نمی‌گویم تمام شد. این بچه مبتلا به کاهش شنوایی است چطور بگویم تمام شده. اگر بگویم تمام شده یعنی تو همه مهارت‌هایت را بدست آورده‌ای (b.۱۹).

به نظر من ترخیص معنا ندارد، چون بچه‌هایی را که ترخیص کردم و بعد از چند سال آمده‌اند و متأسفانه دیدم که تمام زحماتم بر باد رفته و کودک خیلی از مهارت‌هایش را از دست داده است (d.۱).

۳- ابهام مرز بین تربیت شنیداری با زبان بیانی و گفتار: به نظر می‌رسد این موضوع که آیا درمانگران بین تمارین ارائه شده در فرآیند تربیت شنیداری و تمارین مربوط به فرآیند زبان بیانی و گفتار که در حیطه سایر رشته‌های توانبخشی (گفتار درمانی)



فرآیند تصمیم‌گیری برای خاتمه درمان باشد. در این رابطه به چند مورد از نظرات مشارکت‌کنندگان اشاره می‌شود.

اگر بهترین شرایط را در نظر بگیریم همه اینها (کودکان با کاهش شنوایی عمیق، شدید، متوسط) باید به مرحله درک برسند، عمیق‌ها کمتر ولی متوسط و شدیدها قطعاً می‌رسند (g.۳).

باکیس‌هایی که من همیشه داشتم بارها مشاهده کردم که رسیدن به پایان تمرینات درکی برای بچه‌های با کاهش شنوایی شدید تقریباً ممکن است، ولی برای کاهش شنوایی عمیق همیشه به این راحتی گفت (b.۷).

هر چه که کم‌شنوایی کم‌تر باشد، بهترند. شدیدها خیلی خوبند. برای متوسط‌ها بهترین حالت را داریم. شدید خوب جواب می‌دهد، اگر سمعکش خوب باشد چند ماهه راه می‌افتد عمیق کم جواب می‌دهد و عمیق کلاً برایش تربیت شنیداری توصیه نمی‌شود. چون در نهایت نمی‌تواند گفتار داشته باشد (f.۷).

۷- نظر، تمایل، محدودیت‌ها و همکاری خانواده:

در بررسی متون مصاحبه‌ها به نظر می‌رسید تصمیم‌گیری خانواده‌ها برای ادامه یا قطع درمان و یا مشارکت آنها در طول درمان یکی از مهمترین فاکتورهای خاتمه یا ادامه درمان است:

مهمترین مشکل ما در این فرآیند، والدین بچه هستند که باید با او در منزل کار کنند. ما نهایتاً ۱ تا ۲ ساعت با بچه هستیم و اگر والدین کار نکنند با بچه، انگار اصلاً با او کار نشده و فایده‌ای ندارد (h.۳).

من ۳ تا کیس دارم که گفتیم نباید ولی با اصرار خانواده می‌آیند (c.۸)

در شرایط خاص، مثلاً شرایط خانواده طوری بوده که هر هفته نمی‌تواند بیاید، آن کاری را که می‌گویی انجام نمی‌دهد و پیگیری ندارد. خوب در این شرایط تربیت اجباری بوده (e.۲).

و عدم تمایل والدین یا مشکلات والدین و قطع درمان از طرف والدین. طولانی شدن تعداد جلسات (۲ سال، ۳ سال) و کار کردن با کودک و مشکلات فرهنگی خانواده مانع از مشارکت می‌شود و قطع درمان می‌شود (h.۳).

بحث

در آغاز این پژوهش بر این تصور بودیم که با مصاحبه با شنوایی‌شناسانی که سالها علم و تجربه خود را صرف ارائه خدمت تربیت شنیداری به کودکان کم‌شنوا کرده‌اند، خواهیم توانست به معیارهای مشخصی برای ترخیص دست‌یابیم و برای مصاحبه خود پرسش‌نامه‌ای نیمه‌ساختاریافته طراحی کردیم. پس از انجام یکی دو مصاحبه و مرور متن‌های آن دیدیم که با پاسخ

معیارها، معیارهای نانوشته‌ای بود که برخی درمانگران ممکن بود در ترخیص توان‌خواهان به کار گیرند.

در برنامه‌های سازمان‌یافته واقعاً می‌شود یک سری ملاک‌های خاتمه آموزش را دید. برنامه‌های غیر سازمان‌یافته که در واقع یک جورایی کمتر هم می‌شود ساز و کار ورود به برنامه و خروجش را دید. بنابراین یک جورایی انگار داره ریش و فیچی را دست درمانگر می‌دهد این‌که بچه دیگر نیاز ندارد. به مدد همون تجربه‌اش می‌تواند بگوید، خاتمه درمان است. در برنامه‌های غیرساختاریافته معیار خاتمه درمان از فرآیند تربیت شنیداری ۷۰ تا ۸۰ درصد مهارت‌های گوش دادن (listening) کودک عادی همسن خودش (a.۱۵).

وقتی بچه می‌تواند سوالات را در مجموعه باز پاسخگو باشد، خوب نیازش به درمانگر خیلی کمتر می‌شود یا برطرف می‌شود. و یا وقتی می‌بینید بچه‌ای در یک سطحی می‌ماند و دیگه تکان نمی‌خورد، پیش می‌آید مثلاً کودک با کاهش شنوایی عمیق را وارد مرحله‌ای کردید (در مجموعه نیمه باز) ولی دیگر با وجود همه کارها پیشرفتی نمی‌کند، خوب می‌توان درمانش را قطع کرد (c.۶).

خوب اگر ما بخواهیم ملاک‌های ایده‌آل را برای ترخیص در نظر بگیریم از نظر سطح رشدی و سطح زبانی باید تقریباً هم سطح هم‌سن‌های خودشان باشند، خوب این خیلی ایده‌آل‌گرایانه است اما به طور کلی اگر چند مهارت را بچه داشته باشد، تا حدودی می‌شود او را ترخیص کرد. این است که خوب بصورت کلی مثلاً یک حد ساده از مهارت سوال و جواب را باید داشته باشد یا حد معقولی که حداقل به مکالمه رسیده باشد. حتماً حروف اضافه وارد گفتارش شده باشد. از نظر پیچیدگی ساختار جمله، حداقل تا حد حرف اضافه پیش رفته باشد یا از نظر مفاهیم شناختی، مفاهیمی که برای پیش‌دبستانی‌ها است حداقل در حد کلی اطلاعات داشته باشد (e.۶).

در حقیقت باید مایل استن‌های رشدی را در نظر بگیریم، مثلاً بچه در ۳ سالگی فرض کن باید اینقدر واژگان داشته باشد، بچه کلاس اول باید اینقدر واژگان داشته باشد، آیا ما به این واژگان رسیدیم یا نه؟ معمولاً نرسیدیم. ولی وقتی می‌بینیم بچه به حالت پلاتو رسیده و زیاد پیشرفت نمی‌کند، یا باید روش را عوض کنیم یا می‌توانیم یک جوری آنرا ببندیم دیگر (f.۴).

۶- پیش‌بینی نتایج مورد انتظار از تربیت شنیداری کودک براساس شدت کاهش شنوایی او (متوسط، شدید، عمیق): همچنین به نظر می‌رسد پیش‌بینی نتایج درمان کودک کم‌شنوا بر حسب میزان کاهش شنوایی او (متوسط، شدید و عمیق) یکی از عوامل مهم در



طبیعی برخوردار باشند و از وسایل کمک شنیداری مناسب استفاده نمایند و نیز خانواده آنان در فرآیند درمان، مشارکت فعال داشته باشند، با دریافت خدمت توانبخشی مناسب نتایج زبانی و شنیداری مطلوبی را می‌توان انتظار داشت و این کودکان نیز می‌توانند توانایی (کشف، تمایز و شناسایی و درک شنیده‌ها و گفتار قابل فهم) را بدست آورند. اما در مورد نتایج دریافت خدمت تربیت شنیداری در کودکان کم‌شنوای عمیق نمی‌توان با اطمینان پیش بینی کرد. البته لازم به ذکر است که هیچیک از درمانگران محدوده زمانی خاصی برای دوره درمانی این سه گروه مطرح نکردند.

اگر بهترین شرایط را در نظر بگیریم همه این‌ها (کودکان با کاهش شنوایی عمیق، شدید، متوسط) باید به مرحله درک برسند، عمیق‌ها کمتر ولی متوسط و شدیدها قطعاً می‌رسند. ولی بچه‌های عمیقی را هم داشتیم که با شناسایی به موقع و مداخله زود هنگام و حمایت خانواده به این مرحله رسیده‌اند (g.۳).

هر چه که کم‌شنوایی کم‌تر باشد، بهترند. شدیدها خیلی خوبند. برای متوسط‌ها بهترین حالت را داریم. شدید خوب جواب می‌دهد، عمیق کم جواب می‌دهد و عمیق کلاً برایش تربیت شنیداری توصیه نمی‌شود، چون در نهایت نمی‌تواند گفتار داشته باشد (f.۷).

هم‌چنین یکی از مهمترین فاکتورهایی که مشارکت‌کنندگان در تحقیق در پایان دادن به جلسات رسمی تربیت شنیداری به آن اشاره داشتند تصمیم‌گیری خانواده‌ها بود. تا آنجا که هر زمان خانواده به هر دلیلی تصمیمی برای قطع یا ادامه درمان اتخاذ

می‌کرد، سایر عوامل مانند نظر درمانگر مبنی بر نیاز کودک به ادامه یا قطع درمان کمتر مورد توجه واقع می‌شد. بدین ترتیب تصمیم نهایی زمان ترخیص را خانواده اتخاذ می‌کرد. این یافته همسو با گفته پیکل^۲ و پرواز^۳ است که در پژوهشی تحت عنوان پیشرفت مهارت‌های حل مساله در مشکلات کلینیکی عنوان داشتند که در مرکز توانبخشی هنگامی که درمانگر بیماری را توانبخشی می‌کند، به طور تلویحی قراردادی بین بیمار و متخصص توانبخشی مذکور بسته می‌شود به طوری که ممکن است انتظارات و توقعات درمانگر از درمان براساس اهداف بیمار و خانواده او شکل گیرد (۱۰).

عدم تمایل والدین یا مشکلات والدین و قطع درمان از طرف والدین، طولانی شدن تعداد جلسات و کار کردن با کودک و مشکلات فرهنگی خانواده مانع از مشارکت می‌شود و باعث قطع درمان می‌شود (h.۳).

ملاک‌های ترخیص در ایران را یک مقداری محدودیت‌های زمان

واضح به سوال خود فاصله بسیار داریم. این مساله را محتمل دانستیم که شاید تعریف عملیاتی ما از واژه «ترخیص از خدمت» با مشارکت‌کنندگان متفاوت است و قادر به انتقال پیام خود نیستیم. بنابراین در هر مصاحبه با توجه به نکات کلیدی به دست آمده از مصاحبه‌های قبلی، سعی کردیم سوالات را با وضوح بیشتری طرح نمایم. پس از انجام مصاحبه‌های بعدی و پیاده‌سازی و تحلیل تدریجی محتوی متن مصاحبه به این دید دست یافتیم که اصولاً این مطلب که ارائه خدمت تربیت شنیداری لزوماً می‌بایست پایانی داشته باشد، مورد اتفاق نظر مشارکت‌کنندگان نبود. به همین دلیل غالباً واژه «ترخیص» مورد پسند آنان واقع نمی‌شد و «کاهش تمرکز بر جلسات تربیت شنیداری»، برای آنان مفهومی پذیرفته‌شده‌تر بود. شاید دلیل این امر برای برخی از مصاحبه‌شوندگان این بود که مرز خاصی بین تکامل توان گوش دادن و دریافت خدمت تربیت شنیداری قائل نبودند و یا حتی آنها را منطبق بر هم می‌دانستند.

تجربه من را بخواهید بگویند، هیچ موقع چیزی را به نام پایان یافتن نمی‌دانم ما بر بهبود مهارت گوش دادن تاکید می‌کنیم. اینکه بگوییم مهارت گوش دادن کودک ختمش فرا رسید، این را به راحتی برای آدم عادی هم نمی‌توان گفت، چه رسد به کودک کم‌شنوا که نیازمند کمک و بهبود و تمرین است. یعنی ما پیش و مانتورینگ را دائماً نیاز داریم بسته به تغییر تکنولوژی، ولی تا سن قبل از ۵ سالگی. الان دیدگاهم این است که فقط باید در کنار مهارت گفتاری و زبانی قطع^۱ به معنای از فشرده‌گی خارج شدن است (a.۱۳).

من هیچوقت به مریضم نمی‌گویم تمام شد. این بچه مبتلا به کاهش شنوایی است چطور بگویم تمام شده. اگر بگویم تمام شده یعنی تو همه مهارت‌هایت را بدست آورده‌ای (b.۱۹).

بچه کم‌شنوا هر چه باهاش کار کنی جای رشد دارد. بخاطر اینکه بچه غیر کم‌شنوا هم جای رشد دارد، یا مثلاً بچه کم‌شنوایی که ما بگویم ایده‌آل است درست با همسن و سال‌های غیر ناشنوایش همسان شود، خیلی به ندرت پیش می‌آید (f.۳).

یکی از اطلاعات مورد نیاز برای تعیین معیارهای ترخیص آن است که بدانیم با انجام توانبخشی بهترین نتیجه قابل انتظار چیست. براساس متن گفتگوها، می‌توان کودکان دچار کم‌شنوایی متوسط را گروهی همگن دانست و در صورت دریافت توانبخشی مناسب، انتظار داشت همه آنها توانایی کشف، تمایز و شناسایی و درک مفاهیم شنیده شده را کسب نمایند. هم‌چنین از کودکانی که دچار کم‌شنوایی شدید هستند، در صورتی که از بهره‌هوشی



قرار می‌دهیم. و گوشش را با این فیلتر سازگار کنیم (a.۱۴). اما صرف نظر از این مسائل حتی اگر قرار بود قائل به این باشیم که پایان دادن به خدمت تربیت شنیداری می‌تواند به دلایلی غیر از آنچه که مصاحبه‌شوندگان بدان اشاره کرده بودند مانند عدم تمایل خانواده‌ها، مشکلات مالی خانواده‌ها، مشکل زمانی کودک و فرا رسیدن زمان رفتن به مدرسه و یا خستگی درمانگر و خانواده از طولانی شدن فرآیند درمان (که گاهاً با پیشرفت چندانی در مهارت‌های شنیداری و کلامی کودک همراه نبوده) باشد در این صورت باید ابزاری وجود داشته باشد که در مانگر بتواند براساس آن روند پیشرفت کودک و میزان اثرگذاری دریافت خدمت را با آن بسنجد و وی را قادر سازد تا با مقایسه روند پیشرفت کودک با روند مورد انتظار که از پیش تعیین شده، لزوم ادامه یا قطع درمان را اعلام نماید. برای پی بردن به این مسئله و اینکه آیا این ابزار وجود دارد؟ و در صورت وجود، کاربرد آن در تصمیم‌گیری‌های درمانگران به چه میزان است؟ نظر درمانگران را جویا شدیم. مثلاً مشارکت‌کننده e در مورد استفاده از ابزار برای سنجش مهارت‌های کودکان کم‌شنوا در طول و پایان درمان این‌گونه پاسخ می‌دهد: از آزمون سنجش رشد نیشا استفاده می‌کنیم... اگر کودک امتیاز ۱۳ را به دست آورد ولی احساس کنم که مهارت‌هایش به اندازه ۱۳ نیست، من خودم در آن شرایط ۱۳ را نمی‌زنم ولی ممکن است گاهی همکار من ۱۳ را بزند براساس آن آیت‌ها. یعنی باید از این دقیق‌تر تعریف شود (A, 8, ev).

یا مشارکت‌کننده c این‌گونه بیان می‌کند: تست‌های تعیین سطح مهارت‌های شنیداری مانند تست نیشا، تست مدرس، تست توانا، ولی در نهایت من تجربه خودم را در نظر می‌گیرم یعنی کودکی حتی نمره آورد، من فقط به این دلیل ترخیص نمی‌کنم. سعی می‌کنم در جاهایی که دچار مشکل هستند به آنها کمک کنم مثلاً در برخی از زیرآزمون‌های درک مطلب که ساخته شده از یک سری پرسش‌ها است: مثلاً اسمت چی؟ اسم بابات چی؟ اگر کودکی تمام این‌ها را پاسخ بدهد طبق آن باید بگوییم تربیت شنیداری انجام نشود ولی من می‌گویم باید تربیت شنیداری انجام شود. چون این بچه در سن مدرسه در تمایز و شناسایی حروف دچار مشکل می‌شود (C.۱۱).

کودک با کاهش شنوایی عمیق را وارد مرحله‌ای کردید (در مجموعه نیمه باز) ولی دیگر با وجود همه کارها پیشرفتی نمی‌کند، خوب می‌توان درمانش را قطع کرد (C.۵). بچه‌های شدید تا عمیق معمولاً مشکل‌شان حل نمی‌شود و باید روی مفاهیم انتزاعی با آنها مخصوصاً پیش از مدرسه باید خیلی کار کرد (h.۲).

خانواده است که تعیین می‌کند که خوب مثلاً وقتی بچه مدرسه می‌رود دیگر آن فرصت را نداریم که با خیال راحت برایش برنامه بدهیم و او هم پیگیری کند (e.۲). البته تمام شدن برنامه بستگی به شرایط خانواده هم دارد، مثلاً خانواده مشکل هزینه دارد و یا قادر نیست شرایط را ادامه دهد. و گرنه می‌توان برنامه را ادامه داد و مهارت‌های سخت‌تری را با کودک کار کرد. یعنی فعالیت می‌تواند ادامه پیدا کند و اینطور نیست که بگوییم حتماً متوقف شود (g.۴). من ۳ تا کیس دارم که گفتم نباید ولی با اصرار خانواده می‌آیند (C.۸).

در بررسی متون مصاحبه‌ها هم چنین این موضوع به چشم می‌خورد که اکثر مصاحبه‌شوندگان قائل به این موضوع بودند که حتی در صورت ترخیص و قطع جلسات هفتگی، بازگشت توان‌جویان به منظور ارزیابی‌های دوره‌ای و در صورت نیاز برگزاری مجدد جلسات در دوره‌های کوتاه مدت الزامی است، البته هر یک از این درمانگران دلایل متفاوتی را برای ضرورت پیگیری‌های دوره‌ای بیان می‌کردند، از جمله این‌که: (۱) کودکان مدتی پس از پایان درمان مهارت‌هایی که در طول درمان کسب کرده‌اند را از دست می‌دهند و همواره نیاز به بازآموزی و تجدید دوره دارند.

ولی نامنظم این ارتباط را باید داشته باشد، یعنی توی برنامه‌تان باید این را بگنجانید. که مثلاً فرض کنید (توانجو) که ممکن است این مدت سال مرتب آمده و ما به این اهداف رسیده‌ایم ولی اگر من جای شما باشم می‌گویم مثلاً ۶ ماه دیگر بیا برای چی؟ برای ارزیابی مجدد و به نظرم به خاطر این‌که مهارت‌هایی که بدست می‌آید خیلی دشوار به دست می‌آید ولی از دست دانش خیلی راحت است و من خیلی وقت‌ها دیدم زحمت‌ها خیلی راحت به هدر می‌رود به همین دلیل این نکته را به کارتون اضافه بکنید، که ممکن توی هیچ برنامه‌ای الان نباشد. مثلاً شما می‌توانید ۲ تا ۶ ماه، ۳ یا ۴ تا ۶ ماه، ۲ تا یکسال کودک را همه جانبه هم از نظر شنوایی و هم جنبه‌های دیگر مورد ارزیابی قرار دهید (b.۶).

به نظر من ترخیص معنا ندارد، چون بچه‌هایی را که ترخیص کردم و بعد از چند سال آمده‌اند و متأسفانه دیدم که تمام زحماتم بر باد رفته و کودک خیلی از مهارت‌هایش را از دست داده است (d.۱). (۲) هنگامی که کودک شرایط جدیدی را تجربه می‌کند، نیاز به ارزیابی و برگزاری جلسات جدید دارد.

مثلاً کودک وارد محیط جدیدی می‌شود که درکی از آن ندارد، که باید بر گردد و چند جلسه با او کار شود (h.۳).

هر بار فرد کم‌شنوای فیلتراسیون شنوایی‌اش تغییر می‌کند یعنی سمعش تغییر کرد، ۲۰ جلسه، ۱۰ جلسه، ۱۵ جلسه برای او تربیت شنیداری



تصمیم‌گیری برای ترخیص از خدمت تربیت شنیداری نمایان
نساخت. از عواملی که به نظر می‌رسد در این امر نقش داشته‌اند،
آن بوده که ضرورت ترخیص از تربیت شنیداری مورد اتفاق
نظر شنوایی‌شناسان نبوده، و هم‌چنین درمانگران ابزارهای سنجش
مهارت‌های شنوایی را در ارزیابی توانایی و تعیین آمادگی
توان‌جویان برای ترخیص قابل اعتماد نمی‌دانند.

وقتی می‌بینیم بچه به حالت پلاتو رسیده و زیاد پیشرفت نمی‌کند،
یا باید روش را عوض کنیم یا می‌توانیم یک جوری آن را ببندیم
دیگر (f.4).

نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه حاضر به جز تمایل و محدودیت‌های خانواده در
ادامه توانبخشی، معیار واضح و مورد اتفاق نظر دیگری را در

منابع

- 1-Rahimi F. [Early Hearing Loss Detection And Intervention (persian)]. Sary: Moalefin; 2007.
- 2-Katz J, Medwetsky L, Burkard R, Hood L. Hand Book Of Clinical Audiology. United States Of America: 2009.
- 3-Clark.M .Language Through Living For Hearing- Impaired Children. Kako Joybary A.(Persian translator). Tehran: Edjucation Of Exceptional Children;1999.
- 4-Luterman.D .Aural Rehabilitation Identification And Therapy Of Deaf Children Younger Than 3 Years.Tehran: Tymorzadeh-Tayeb,2002.
- 5-Ebrahimi A.Children Aural Rehabilitation .Tehran:Danzehh ,2008.
- 6-nezhad nakh.atayee m.hadizadeh f. Clinical Governance and Clinical Services Excellence esfahan: esfahan University of Medical Sciences and Health Services2008.
- 7-Implementation Wgsp. Outcome Measurementfor Rehabilitation Services1996.
- 8-Delavar A. Research Methods in Psychology and Educational Sciences.Tehran: Virayesh 2005
- 9-Barrows H. Developing Clinical Problem-Solving Skills A Guide To More Effective Diagnosis And Treatment1992.

The Topic of Discharge from Auditory Training Service: The Audiologists' Perspective

Bagheri Mousavi M. (M.Sc.)¹, *Hatamizadeh N. (M.D.)², Malayeri S. (M.Sc.)³

Receive date: 10/07/2012

Accept date: 28/01/2013

1-M.Sc. in Rehabilitation Management, University of Social Welfare & Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran

2-Pediatric, MPH, Pediatric Neurorehabilitation Research Center, Rehabilitation Management Departments, Associate Professor of University of Social Welfare & Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran

3-Ph.D. Candidate in Audiology, University of Social Welfare & Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran

*Correspondent Author Address: Rehabilitation Management Department, University of Social Welfare & Rehabilitation Sciences, Koodakyar Alley, Daneshjoo Blvd, Evin, Tehran, Iran.

*Tel: +98 (21) 22180132

*E-mail: nikta_h@yahoo.com

«This Article is resulted from a Student's Thesis»

Abstract

Objective: Following diagnosed as hearing impaired many children are referred for auditory training as a part of rehabilitation program. The aim of the study was to explore the issue of discharging of hearing impaired children from auditory training program.

Materials & Methods: This qualitative study was carried out in Tehran city using semi-structured deep interviews with experienced audiologists. A combination of purposive and snowball sampling techniques were used to reach audiologists experienced in auditory training. Interviews were continued to the point of data saturation, which occurred after interviewing the 8th interviewee. Transcripts based on interviewer's notes of important points during the interviews and audiotapes were analyzed. Meanings were generated during a code-and-retrieve process and codes grouped together under larger themes and clusters.

Results: Some interviewee did not perceive 'listening abilities development' and 'receiving auditory training services' as different entities. It seems that willingness of family and their limitations' were the only well determined and agreed-upon criteria for ending the auditory training sessions. Results cleared that most participants did not believe that auditory training programs should necessarily come to an end. However participants who believe in necessity of defining a point for termination of training sessions, referred to current assessment tools for children's auditory skills as inefficient for use in discharge decision making.

Conclusion: Non agreement of audiologists on the necessity of planned discharge from the auditory training and inefficiency of auditory skills assessment tools, could be challenging dilemma in national neonatal hearing screening program in terms of rehabilitation management.

Keywords: Auditory training, Discharge, Hearing impaired children