

بررسی مقایسه ای رفتار انطباقی در کودکان ناشنوا و کودکان با شنوایی طبیعی ۱۲ تا ۳۶ ماه

سعید بیطرفان^۱، محمد عفت پناه^{۲*}، میترا رادفر^۳، شکوفه رادفر^۴

چکیده

مقدمه: کاهش شنوایی در کودکان معمولاً سبب افت عملکردی چشمگیری در آنها می گردد. از طرفی توان بروز رفتارهای انطباقی متناسب در سنین مختلف، برای برخورداری از زندگی بهنجار ضروری می باشد. این مطالعه با هدف مقایسه رفتار انطباقی کودکان ناشنوا و کودکان با شنوایی طبیعی ۱۲ تا ۳۶ ماه انجام شده است.

روش کار: در این مطالعه مورد-شاهدی که بر روی ۴۰ کودک ناشنوا و ۴۰ کودک سالم انجام شد، نمره تطابق رفتاری در دو گروه مقایسه شد. سنجش رفتار انطباقی بر اساس پرسشنامه واینلند صورت گرفت.

نتایج: در گروه سنی ۱۲-۲۴ ماهه، نمره رفتار انطباقی در دو گروه مورد و شاهد متفاوت بود ($P = 0/007$) در حالیکه در سن بالاتر (۲۴-۳۶ ماهه) هرچند نمره گروه شاهد بالاتر بود، اما اختلاف آماری معناداری وجود نداشت ($P > 0/05$).

بحث و نتیجه گیری: به نظر می رسد با پذیرش کودک ناشنوا از طرف والدین و اطرافیان در طی زمان، نحوه تعامل با کودک ناشنوا مناسبتر شده و به کودک کمک می کند تا رفتارهای انطباقی متناسب با سن خود را بروز دهد.

کلید واژه ها: ناشنوایی، رفتار انطباقی، کودک

^۱ دستیار اطفال، بیمارستان ضیاییان، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

^۲ استادیار، فوق تخصص روانپزشکی اطفال، بیمارستان ضیاییان، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

^۳ دانشیار، گروه اطفال بیمارستان امام حسین ع، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

^۴ استادیار، گروه روانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بقیه اله، تهران، ایران

آدرس الکترونیک نویسنده مسئول: Amoozesh.bz@gmail.com

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۲/۱۰/۸

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۳/۲/۱۴

مقدمه

نقص شنوایی از شایعترین نقص های حسی در انسان است. میزان شیوع آن، یک مورد در هر ۱۰۰۰ تا ۲۰۰۰ نوزاد می باشد (۱). بدلیل کمبود منابع اطلاعات سلامتی، در کشورهای جهان سوم و همچنین ماهیت کم شنوایی که معمولاً بصورت معلولیتی پنهان می باشد، بدست آوردن آمار و ارقام صحیح تعداد افراد مبتلا به کم شنوایی، دشوار است. معمولاً تشخیص نقص شنوایی به دلایلی از جمله فقدان نمود ظاهری، ناآشنا بودن خانواده باعلایم اولیه و عدم اطلاع از مراکز ارائه خدمات با تاخیر صورت می گیرد. بر اساس مطالعه ای در ایران، میانگین سن تردید به کم شنوایی در حدود ۷ ماهگی و زمان تشخیص در حدود ۹ ماهگی بوده است که با معیارهای جهانی فاصله دارد (۲).

هر کودکی از ابتدای زندگی برای رفع نیازهایش باید رفتارهایی متناسب با اطراف خود را بروز دهد. بدین ترتیب یادگیری رفتارهای انطباقی از همان بدو تولد آغاز می شود و رفتارهای کودک بتدریج متناسب با نیاز های وی و شرایط محیط اطراف پیشرفت می کند. منظور از رفتار انطباقی کلیه مهارتهای فرد در انجام امور روزانه زندگی خود است (۳). در این بین وجود هرگونه مشکل جسمی و روحی می تواند مانعی در تکامل رفتارهای انطباقی کودک ایجاد کند. ناشنوایی اثرات نامطلوبی بر رشد گفتار، زبان و شناخت بر جای می گذارد (۴). برای یک کودک ناشنوا، توسعه ارتباط و زبان گفتاری بسیار دشوار است، زیرا زمانی که کودک قادر به شنیدن نیست تمامی فرایندها و تعاملات توسعه تدریجی زبان مختل می شود. از آنجا که کودک ناشنوا با فرصت های کمتری برای گوش دادن در مواجهه است، در توسعه نظام آوایی زبان شکست می خورد (۵). اختلال شنوایی در شیرخواری که هنوز بایستی زبان یاد بگیرد بیشترین اثر را دارد؛ بنابراین شناسایی، تشخیص، تشریح و درمان بایستی هرچه زودتر انجام شود. سازمان بهداشت جهانی توصیه می کند کشورها برای ارائه و اجرای برنامه هایی در قالب طرح ملی پیشگیری از اختلال شنوایی تلاش نمایند (۶).

علاوه بر تشخیص به موقع ناشنوایی، دریافت مداخلات مناسب نیز در پیش بینی پیامدهای ناشنوایی بر زندگی کودک تاثیر بسزایی دارد. مشخص شده است در کودکانی که مشکل ناشنوایی آنها در سن کمتر از ۶ ماهگی تشخیص داده شده است

و در فاصله کوتاهی بعد از تشخیص مداخلات را دریافت کرده اند، توانایی زبانی آنها با کودکانی که در سن بالاتر تشخیص داده شده و خدمات مداخله ای اولیه را دریافت کرده اند، قابل مقایسه می باشد (۷). وجود هرگونه مشکل جسمی و روحی از جمله ناشنوایی می تواند مانعی در تکامل رفتارهای انطباقی کودک به وجود آورد. برای کودکانی که فاقد ارتباطات دیداری و کسب زبان در طی سالهای اولیه کودکی هستند تاخیر در حوزه های چند گانه در عملکرد تطابقی دیده شده است. این اتفاق مکرراً در زمانی که والدین شنوا ارتباطات دیداری محدودی را با کودکان کم شنوای خود دارند اتفاق می افتد (۸). از طرفی توسعه هوشیاری و اکتساب زبانی نرمال در کودکان ناشنوا این امکان را فراهم می کند تا آنها به صورت مناسب راهنماهای اجتماعی را درونی کنند و در طی تعاملات خود از آنها استفاده نمایند. مطالعات محدودی در رابطه با تاثیر ناشنوایی بر رفتارهای انطباقی کودکان ویژه کودکان سنین پایین انجام شده است. از این رو این مطالعه با هدف بررسی تاثیر ناشنوایی بر رفتار انطباقی کودکان ۱ تا ۳ ساله انجام شده است.

روش کار

این پژوهش مورد شاهدهی در طی سال ۱۳۸۷ تا ۱۳۸۹ انجام شد. گروه مورد شامل ۴۰ کودک ۳-۱ ساله مبتلا به ناشنوایی بود که در طول دوره مطالعه، به بخش کاشت حلزون بیمارستان های بقیه ا...، شهدای تجریش و امام حسین(ع) شهر تهران مراجعه کرده بودند. در گروه شاهد، ۴۰ کودک طبیعی انتخاب شده از بین کودکان مهدکودک بیمارستان های امام حسین و شهدای تجریش قرار داشتند. مواردی که دچار مشکل روانی بودند از هر دو گروه و موارد دچار اختلال جسمی و شنوایی از گروه شاهد حذف شدند. سایر معیارهای خروج از مطالعه، وجود سایر مشکلات جسمانی، قرار نداشتن در محدوده سنی ۱۲ تا ۳۶ ماهگی و عدم رضایت والدین جهت شرکت در مطالعه بود.

طبیعی بودن شنوایی در گروه شاهد به وسیله تست OAE و ادیومتری به اثبات رسید. برای این منظور ابتدا ۶۳ کودک معاینه شدند و پس از خروج کودکان با مشکلات جسمی یا سن خارج از سن مورد مطالعه، ۵۲ کودک توسط دو نفر کارشناس شنوایی سنجی به روش های OAE و ادیومتری بررسی شدند که در

آزاد بودند و در گروه شاهد ۱۴ نفر (۳۵٪) از پدران این وضعیت را داشتند و تفاوت دو گروه معنی دار بود ($P < 0/05$). تحصیلات ۶ مورد (۱۵٪) از پدران در گروه مورد بالاتر از دیپلم، ۱۱ نفر (۲۷/۵٪) دیپلم و ۲۳ مورد (۵۷/۵٪) کمتر از دیپلم بود، در حالیکه در گروه شاهد، ۲۶ نفر از پدران (۳۲/۵٪) دارای تحصیلات بالاتر از دیپلم بودند، ۳۱ نفر (۳۸/۸٪) دیپلمه و ۲۳ نفر (۲۸/۸٪) کمتر از دیپلم بودند. بر این اساس تفاوت دو گروه از نظر میزان تحصیلات پدر، تفاوت معنی داری را نشان می دهد ($P < 0/05$).

جدول ۱: مقایسه نمره تطابق رفتاری کودکان در دو گروه مورد و شاهد بر اساس گروه سنی و جنس آنها

| P | میانگین و انحراف معیار | | متغیر | |
|------|------------------------|---------|-------|-----|
| | شاهد | مورد | | |
| 0/07 | 111/53 ± 14/26 | (4/56) | ۱-۲ | سن |
| | | 102/05 | سال | |
| 0/09 | 102/50 ± 13/82 | (13/66) | ۲-۳ | سن |
| | | 103/13 | سال | |
| 0/15 | 107/53 ± 13/97 | (7/36) | دختر | جنس |
| | | 104/23 | | |
| 0/15 | 107/39 ± 15/76 | (11/11) | پسر | جنس |
| | | 101/56 | | |

در رابطه با میزان تحصیلات مادران نتایج نشان داد که در گروه مورد ۵ نفر از مادران (۱۲/۵٪) دارای تحصیلات بالاتر از دیپلم، ۱۳ نفر (۳۲/۵٪) دیپلمه و ۲۲ نفر (۵۶٪) دارای تحصیلات کمتر از دیپلم بودند. در گروه شاهد، ۲۳ نفر از مادران (۵۷/۵٪) دارای تحصیلات بالاتر از دیپلم، ۳۰ نفر (۳۷/۵٪) دیپلم و ۲۲

نهایت ۴۰ کودک به عنوان کودک سالم در گروه شاهد قرار گرفتند.

برای سنجش رفتارهای انطباقی کودکان از پرسشنامه واینلند استفاده شد (۹). این مقیاس که توسط ادگارد واینلند تهیه شده است، ادراک والدین را از عملکرد فردی و اجتماعی کودک مورد سنجش قرار می دهد. پرسشنامه واینلند در مطالعات متعددی مورد استفاده قرار گرفته و روایی و پایایی آن مورد تایید می باشد. از جمله در مطالعه Kushalnagar ضریب پایایی این پرسشنامه برای آیتم های مختلف از ۰/۸۰ تا ۰/۹۰ گزارش شده است (۱۰). از آنجا که رفتار انطباقی در جمعیت های مختلف و بر اساس درخواست های محیط زندگی فرد، می تواند کاملا متفاوت باشد، توکلی و همکاران طی مطالعه ای در ایران، گزارش کردند که این مقیاس از پایایی و روایی رضایت بخشی برخوردار است (۱۱).

افراد برای شرکت در این مطالعه اجباری نداشتند و در هر زمان در صورت عدم تمایل می توانستند از مطالعه خارج شوند. به والدین کودکان اطمینان داده شد که اطلاعات به دست آمده از آنها و کودکشان به صورت محرمانه خواهد بود و اطلاعات به دست آمده بر اساس کد اختصاص یافته به هر فرد، مورد تحلیل قرار می گیرد.

داده ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS نسخه ۱۱/۵ و آزمون های آماری کای اسکور و تی مستقل تجزیه و تحلیل شدند. ضریب اطمینان مطالعه ۹۵ درصد بود و سطح معنی داری کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

نتایج

گروه مورد شامل ۴۰ کودک ناشنوا بود که ۱۵ مورد آنها (۳۷/۵٪) دختر بودند. در گروه شاهد که متشکل از ۴۰ کودک ۱۲ تا ۳۶ ماهه سالم بود، ۲۲ مورد (۵۵٪) دختر بودند. میانگین سنی کودکان در گروه مورد و شاهد $1/4 \pm 0/5$ سال بود. در ۲۰ درصد گروه مورد، خانواده دارای کودک ناشنوای دیگر نیز بود. در گروه مورد ۳۸ نفر از مادران (۹۵٪) خانه دار بودند در حالیکه در گروه شاهد تعداد مادران خانه دار ۵ مورد (۱۲/۵٪) بود. تفاوت دو گروه از نظر وضعیت شغل مادر معنی دار بود ($P < 0/05$). در گروه مورد ۲۸ نفر از پدران (۷۰٪) دارای شغل

ناشنوایی کودک خود می شوند، احساسات هیجانی بسیار منفی را تجربه می کنند. این والدین با تشخیص ناشنوایی کودک، اغلب از لمس و بیان چهره ای به جای صداها در ارتباطات خود با کودک استفاده می کنند. این در حالی است که کودکان ناشنوا برای یادگیری مهارت های زبانی، نیاز به تکرار و تمرین به مراتب بیشتر از کودکان طبیعی دارند (۱۴). رشد زبانی کودک ناشنوا به دلیل عدم دریافت صداها و تقویت آن توسط اطرافیان دچار اختلال می گردد.

کودکان ناشنوا اگر در کنار دریافت مداخلات خاص، به حد کافی گفتار را بشنوند توانایی فراگیری زبان مادری خود را دارند (۱۵). در یک مطالعه طولی، از ۲۰ کودک شنوا و ناشنوا مشخص شد که رفتارهای تطابقی متأثر از حمایت خانوادگی و ارتباطات و رابطه مادر و کودک است. واکنش والدین مانند تنش و انکار می تواند سرعت مداخلات را کاهش دهد (۱۶).

توسعه هوشیاری و اکتساب زبانی طبیعی در کودکان ناشنوا اجاره می دهد تا آنها به صورت مناسب راهنماهای اجتماعی را درک نمایند. کودکانی که فاقد ارتباطات دیداری و کسب زبان در طی سالهای اولیه کودکی هستند، تاخیر در چندین حوزه عملکرد تطابقی دیده شده است. از طرفی تشخیص تاخیری ناشنوایی کودکان و تاخیر در شروع خدمات مداخله ای اولیه با کاهش مهارت های زبانی و رسایی ارتباطات پیوند دارد (۱۷). بدون تعامل ارتباطی کودکان ناشنوا کلمات مرتبط با هیجانات را یاد نمی گیرند و بنابراین قادر نیستند تا نیازها و خواست های خود را بیان کنند. وقتی کودکان قادر به خود تنظیمی درونی نباشند، شروع به بیرونی کردن هیجانات و تفکرات خود از طریق رفتار ها می نمایند. مطالعات نیز نشان می دهد در کودکان ناشنوایی که زبان تاخیری دارند، مشکلات رفتاری رایج تر و شدیدتر است. به علاوه مشخص شده است شروع اولیه و هماهنگ در ارتباط به کار رفته توسط والدین (مانند علایم زبانی، راهنمایهای بیانی و یا کلمات شنیداری) در سلامت روانی بهتر در کودکان ناشنوا تاثیر دارد. نتایج یک مطالعه بر روی دانش آموزان ناشنوا نشان داد، آنها بیش از کودکان طبیعی از اضطراب و افسردگی رنج می برند (۱۸).

نتایج این فرض را مطرح می کند که مادران در اوایل تشخیص ناشنوایی کودک خود از کانال ارتباطی غیر زبانی و اشاره استفاده می کنند. اما والدین به مرور زمان مشکل ناشنوایی کودک خود را

نفر (۲۷/۵٪) زیر دیپلم بودند. بنابراین دو گروه از نظر میزان تحصیلات مادر نیز تفاوت معنی دار داشتند ($P < 0/05$). تحلیل های آماری مربوط به نمره رفتار انطباقی کودکان در دو گروه مورد و شاهد در جدول شمار ۱ دیده می شود. نتایج این تحلیل ها نشان داد که در دو جنس تفاوت معنی داری از نظر رفتار انطباقی بایکدیگر ندارد ($P > 0/05$). در گروه سنی ۱ تا ۲ سال نمره رفتار انطباقی به میزان معناداری ($P = 0/007$) در گروه مورد کمتر از گروه شاهد بود (۱۰۲/۰۵ در برابر ۱۱۱/۵۳)؛ درحالیکه در گروه سنی ۲ تا ۳ سال (۱۰۳/۱۳ در برابر ۱۰۲/۵۰) اختلاف آماری معناداری دیده نشد ($P > 0/05$).

بحث و نتیجه گیری

این مطالعه نشان داد، در گروه سنی ۲-۱ سال کودکان ناشنوا دارای مهارت های تطابق رفتاری کمتری نسبت به همسالان سالم خود هستند، هر چند در سن بالاتر (۳-۲ سال) تفاوتی بین دو گروه دیده نشد. در مطالعه Kushalnagar و همکاران مشخص شد که نمره رفتار انطباقی کودکان ناشنوا پایین تر از نرمال است (۱۰). همچنین در مطالعه بیابانگرد مشخص شد که مهارت های اجتماعی نوجوانان ناشنوا به دلیل ناتوانایی در برقراری ارتباط با محیط و عدم درک کامل محتوای ارتباطی پایین تر از نوجوانان نابینا و عادی بود (۱۲).

شواهدی وجود دارد که نشان می دهد واکنش های تطابقی کودکان ناشنوا تحت تاثیر عواملی از جمله نحوه مقابله والدین، افسردگی والدین، بهره هوشی کودک و دریافت مداخلات در سن مناسب قرار می گیرد (۱۰، ۱۳). مروری بر مطالعات اخیر نشان می دهد که رابطه ای بین ارتباطات، شناخت، رفتار و عملکرد هیجانی والدین و پیامدهای عملکردی کودکان ناشنوا وجود دارد (۱۰).

در مطالعه حاضر تطابق رفتاری کودکان ۲-۱ ساله در مقایسه با کودکان سالم پایین تر بود. کاهش توانایی تطابق رفتاری در کودکان ناشنوا در مقایسه با کودکان سالم ممکن است در نتیجه عدم دسترسی کافی این کودکان به ارتباطات و زبان از طرف والدین آنها باشد زیرا زبان عامل مهمی در رشد شناختی و یادگیری کودک است و ناشنوایی کودک تاثیر عمیقی بر رشد شناختی او می گذارد. اغلب والدین پس از اینکه مشکل

منابع

[1] Foroughmand A, Galehdari H, Mohammadian G, Rasekh A, Ghavabesh J. The first survey of distribution of inherited deafness patterns in individuals referred to genetic center of Ahvaz welfare organization, Southern Iran. *Audiol.* 2011; 20 (2): 72-78. (In Persian).

[2] Jeddi Z, Jafari Z, Motasaddi Zarandy M. Ages of hearing loss diagnosis and cochlear implantation in hearing impaired children. *Audiol.* 2012; 21 (2): 78-86. (In Persian).

[3] Bradley V, Buntinx WHE, Coulter DL, Craig EPM, Gomez SC, Lachapelle Y, et al. The renaming of mental retardation: Understanding the change to the term intellectual disability. *Intellectual and Developmental Disabilities.* 2007; 45 (2):116-124.

[4] Kazemtarghi M, Keshavarzi Arshadi F, Salehi M. The comparison of primary verbal, nonverbal and mathematical concept formation in 4-6-year-old children with normal and impaired hearing. *Audiol.* 2011; 20 (1): 9-15. (In Persian).

[5] Firouzbakjt M, Eftekhari H, Majlesi F, Rahimi A, Ansari M, Esmailzadeh M. Prevalence of neonatal hearing impairment in province capitals. *Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research.* 2007; 5 (4): 1-9. (In Persian).

[6] Nekahm D, Weichbold V, Welzl-Mueller K, Hirst-Statlmann A. Improvement in early detection of congenital hearing impairment due to universal newborn hearing screening. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2001; 59 (1): 23-28.

[7] Yoshinaga-Itano C, Apuzzo ML. The development of deaf and hard of hearing children identified early through the high-risk registry. *Am Ann Deaf.* 1998; 143 (5): 416-24.

[8] Koester LS. socioemotional Eiat, development of deaf infants. *Early Development and Parenting*, 3. Early interactions and the socioemotional development of deaf infants. *Early Dev Parenting.* 1994; 3: 51-60.

پذیرفته و به طرز موثری با آن مقابله نموده اند. بنابراین به نظر می رسد سبک های مقابله والدین و نیز مشکلاتی از جمله افسردگی والدین به واسطه تاثیر روی کیفیت ارتباطات با کودک عامل تعدیل کننده ای در میزان مهارت های تطابقی کودکان ناشنوا داشته باشد.

والدین کودکان ناشنوا با مشکلات متعددی روبرو هستند. مشکلاتی از جمله پذیرش ناتوانی کودک، مسائل مالی و خستگی ناشی از مراقبت کودک می تواند منجر به افسردگی والدین شود. شواهد نشان می دهد که والدین با شنوایی هنجاری استرس بیشتری نسبت به والدینی که خود مشکلات شنوایی دارند متحمل می شوند (۱۹).

این نتایج خاطر نشان می کند که مداخلات باید بر افزایش کمیت ارتباطات و داده های زبانی دریافت شده توسط کودک متمرکز شود. در هنگام ارائه خدمات به کودکان ناشنوا همزمان باید به موضوعاتی از جمله پذیرش والدین و درمان مشکلاتی مانند افسردگی آنها نیز توجه نمود تا میزان سازگاری آنها با مسائل کودکان ناشنوا و در نتیجه توانایی های کودک افزایش یابد. والدین کودکان ناشنوا نیاز دارند تا اطلاعات درستی در زمینه نحوه برخورد با مشکل فرزند خود کسب نمایند.

از محدودیت های این مطالعه می توان به محدود بودن موارد همسان سازی بین گروه مورد و شاهد اشاره نمود. همانگونه که نتایج نشان داد، کودکان گروه شاهد از خانواده هایی با سطح زندگی بالاتر، شغل مناسب تر پدر و تحصیلات بالاتر والدین برخوردار بودند. اینگونه تفاوت ها می تواند در رابطه با نتایج تحقیق تورش ایجاد نماید. بنابراین پیشنهاد می شود در مطالعات آتی متغیرهای همسان سازی مهم دیگر نظیر سطح تحصیلات والدین لحاظ شود.

تشکر و قدردانی

نویسندگان مقاله مراتب سپاس و قدردانی خود را از کلیه والدینی که در انجام این تحقیق صمیمانه همکاری نمودند، اعلام می دارند.

- [14] Locke J, Bogin B. Language and life history: a new perspective on the development and evolution of human language. *Behav Brain Sci.* 2006; 29 (3): 259-280.
- [15] Golpour L, Nilipour R, Roshan B. A comparison between morphological and syntactic features of 4 to 5 years old in education severe to profound hearing impaired and normal children *Audiology.* 2007; 15 (2): 23-29. (In Persian).
- [16] MacTurk RH, Meadow-Orlans KP, Koester LS, Spencer PE. Social support, motivation, language, and interaction. A longitudinal study of mothers and deaf infants. *Am Ann Deaf.* 1993; 139 (1): 19-25.
- [17] Moeller MP. Early intervention and language development in children who are deaf and hard of hearing. *Pediatrics.* 2000; 106 (3): E43.
- [18] Konuk N, Erdogan A, Atik L, Ugur MB, Simseyilmaz O. Evaluation of behavioral and emotional problems in deaf children by using the child behavior checklist. *Neurol Psychiatry Brain Res.* 2006; 13 (2): 59-64.
- [19] Movallali G, Nemati S. Difficulties in parenting hearing-impaired children. *Audiology.* 2009; 18 (2):1-11. (In Persian).
- [9] Sparrow SS, Balla DA, Cicchetti DV, Vineland, scales. ab, Service. *Vineland adaptive behavior scales.* 1984.
- [10] Kushalnagar P, Krull K, Hannay J, Mehta P, Caudle S, Oghalai J. Intelligence, parental depression, and behavior adaptability in deaf children being considered for cochlear implantation. *J Deaf Stud Deaf Educ.* 2007; 12 (3): 335-349.
- [11] Tavakkoli M, Baghooli H, Ghamat Boland H, Bolhari J, Birashk B. Standardizing Vineland adaptive behavior scale among Iranian population. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology.* 2000; 5 (20): 27-36. (In Persian).
- [12] Biabangard E. A comparison of social skills between blind, deaf and normal high school femail students in Tehran. *Reasearch on exceptional children.* 2005; 5 (1): 55-68. (In Persian).
- [13] Aliakbari Dehkordi M, Asghar Kakojoibari A, Mohtashami T, Yektakhah S. Stress in mothers of hearing impaired children compared to mothers of normal and other disabled children. *Audiol.* 2011; 20 (1): 128-36. (In Persian).

Comparative study of adaptive behavior in children with normal hearing and deaf children 12 to 36 months

Abstract

Background and Objectives: Hearing loss in children is a main cause of malfunction in them. On the other hand, adaptive Behavior includes the age-appropriate behaviors necessary for people to live normally and in daily life. The objective of this study was to compare the adaptive behaviors of 12-36 months deaf and normal children.

Method: In this case- control study, we compared adaptive behaviors score of 40 deaf children with 40 normal children. Adaptive behaviors were measured using Vineland scale.

Results: In 12 to 24 month children, there was a significant difference between two groups ($P=0.007$). However, in 24 to 36 month children there was no significant difference between the two groups ($P > 0.05$).

Conclusions: It seems that parental acceptance of children's hearing losses can lead to an improvement in adaptive behaviors of their children.

Keywords: Deafness, adaptive behaviors, child