



کارکرد سلامت روان در افراد ناشنوا

پدیدآورده (ها) : حسین خان زاده فیروز جاه، عباس علی
علوم تربیتی :: تعلیم و تربیت استثنائی :: آذر 1386 - شماره 72
از 34 تا 45

آدرس ثابت : <http://www.noormags.ir/view/fa/articlepage/715073>

دانلود شده توسط : عمومی user2314
تاریخ دانلود : 13/04/1395

مرکز تحقیقات کامپیوتری علوم اسلامی (نور) جهت ارائه مجلات عرضه شده در پایگاه، مجوز لازم را از صاحبان مجلات، دریافت نموده است، بر این اساس همه حقوق مادی برآمده از ورود اطلاعات مقالات، مجلات و تألیفات موجود در پایگاه، متعلق به "مرکز نور" می باشد. بنابر این، هرگونه نشر و عرضه مقالات در قالب نوشتار و تصویر به صورت کاغذی و مانند آن، یا به صورت دیجیتالی که حاصل و بر گرفته از این پایگاه باشد، نیازمند کسب مجوز لازم، از صاحبان مجلات و مرکز تحقیقات کامپیوتری علوم اسلامی (نور) می باشد و تخلف از آن موجب پیگرد قانونی است. به منظور کسب اطلاعات بیشتر به صفحه [قوانین و مقررات](#) استفاده از پایگاه مجلات تخصصی نور مراجعه فرمائید.



پایگاه مجلات تخصصی نور

www.noormags.ir

کارکرد سلامت روان در افراد ناشنوا

نویسنده: ساسان حسینی حامد، دانشجوی دکتری روان‌شناسی و

آموزش کودکان استثنای دانشگاه تهران

چکیده

کارکرد روانی سالم، یک جنبه مهم در زندگی همه کودکان و نوجوانان می‌باشد. هنگامی که کودک ناشنوا یا سخت شنوا است، سلامت روان ممکن است در توسعه مهارت‌های ضروری در جهت این که کودک عضو فعالی در کلاس درس یا جامعه باشد، پیچیده تر و مهم‌تر باشد. پژوهش‌هایی که سلامت اجتماعی - عاطفی را بررسی کردند، بر بافت‌ها و فرضیه‌های گوناگونی تمرکز کردند. این مسأله با این واقعیت پیچیده تر می‌شود که مشخص کردن تعریف روشن برای کارکرد سلامت روان و میزان شیوع، دشوار است. بنابراین هدف از این مقاله بررسی میزان شیوع مشکل‌های سلامت روان در افراد ناشنوا و عادی، عوامل پیش‌بینی‌کننده و خدمات سلامت روان در افراد ناشنوا می‌باشد.

مقدمه

افراد با ناتوانی، با مشکل‌های اجتماعی و عملی بیشتری از آنچه که افراد عادی تجربه می‌کنند، روبه‌رو می‌شوند. این نکته نیز در پژوهش‌های مختلف پذیرفته شده است که مشکل‌های اجتماعی و عملی در این افراد، باعث کاهش سطح فعالیت در آنها نسبت به افراد عادی می‌شود و خطر مربوط به مشکل‌های سلامت روان را در آنها افزایش می‌دهد (تیس^۱ و همکاران، ۱۹۹۴؛ کالیز و

واکس^۲، ۲۰۰۰؛ اید و رویزامب^۳، ۲۰۰۲؛ ترنر و بیستر^۴، ۱۹۹۰).

یک دسته از افراد با ناتوانی، ناشنوایان می‌باشند. آسیب شنوایی^۵، شرایط چند وجهی است، که دارای جنبه‌های مختلف پزشکی و اجتماعی می‌باشد. افراد آسیب دیده شنوایی به دو دسته تقسیم می‌شوند: افراد سخت شنوا^۶، که از دست دادن شنوایی می‌تواند بر زندگی روزانه آنها تأثیر بگذارد، اما می‌توانند از باقی مانده شنوایی خود جهت برقراری ارتباط تحت شرایط مطلوب، چه با وسایل شنیداری و چه بدون وسایل شنیداری استفاده کنند؛ و افراد ناشنوا^۷، که قادر به درک گفتار از طریق حس شنیداری خود، حتی به هنگام استفاده از وسایل شنیداری نیستند. کودکان ناشنوا و سخت شنوا؛ علاوه بر تجربه موانع ارتباطی، نسبت به کودکان عادی، اغلب بیشتر قربانی سوء استفاده جسمانی، عاطفی و جنسی قرار می‌گیرند (ناتسون، جانسن و سالیوان^۸، ۲۰۰۴، وام^۹، ۲۰۰۴؛ سالیوان و ناتسون، ۲۰۰۰)؛ که این مسأله احتمال بروز مشکل‌های سلامت روان را در طول زندگی آنها افزایش می‌دهد (دائز و هریسون^{۱۰}، ۱۹۹۸؛ مک میلان^{۱۱} و همکاران، ۲۰۰۱؛ رید^{۱۲}، ۱۹۹۸). عواملی مانند فزونی مشکلات عضوی، رفتاری، تأخیر در دسترسی به خدمات، و عوامل مرتبط با شکست تحصیلی و سوء استفاده‌های مختلف نیز در توجیه فزونی مشکلات سلامت روان در افراد ناشنوا

ذکر شده است (دیوفیو و فرگوسن^{۱۳}، ۲۰۰۳). پژوهش‌های گوناگون، میزان‌های شیوع متفاوت از مشکل‌های سلامت روان در افراد ناشنوا و هلت‌شناسی‌های گوناگون را مطرح کردند، بنابراین در این مقاله ضمن ارایه تعریفی روشن از سلامت روان و میزان شیوع مشکلات سلامت روان در افراد عادی و ناشنوا، عوامل پیش‌بینی‌کننده و پژوهش‌های گوناگون انجام شده در این زمینه، و انواع اختلال‌های روانی و خدمات مختلف سلامت روان در افراد ناشنوا مورد بحث قرار می‌گیرد.

تعریف و میزان شیوع

تلاش برای تعریف سلامت روان می‌تواند تا حد زیادی مشکل و فرایند تکنیکی به حساب آید. اگر متخصصان در مورد عوامل تشکیل‌دهنده سلامت روان به دیدگاه مشترکی برسند، در آن صورت می‌توان خدمات مناسب‌تری برای افراد فراهم کرد. در ساده‌ترین صورت، سلامت روان می‌تواند به عنوان بهزیستی روانی تعریف شود. مرکز خدمات سلامت روان^{۱۴} که بخشی از بخش خدمات انسانی و سلامت روان ایالات متحده^{۱۵} می‌باشد، سلامت روان را این گونه تعریف کرده است: سلامت روان یعنی این که چگونه یک شخص به هنگام مواجهه با موقعیت‌های زندگی، فکر، احساس، و عمل می‌کند. سلامت روان یعنی این که چگونه افراد به خودشان، زندگی‌شان، و افراد دیگری که در زندگی آنها هستند؛ می‌نگرند، چالش‌ها و مشکلات خود را ارزیابی می‌کنند و انتخاب‌هایی را انجام می‌دهند. سلامت روان هم چنین کنترل تنیدگی، ارتباط با افراد دیگر و تصمیم‌گیری‌ها را در بر می‌گیرد (اداره خدمات سلامت روان و سوء استفاده از مواد، ۲۰۰۴).

بر طبق موسسه ملی سلامت روان^{۱۶} (۲۰۰۱)، ۲۱ درصد از افراد سنین ۱۸ سال و بالاتر آمریکا، از اختلال روانی قابل‌شناسایی رنج می‌برند. با این حال مطالعه‌های گوناگون در همه کشورها با استفاده از روش‌ها و ملاک‌های گوناگون، میزان شیوع مشکلات سلامت روان را در افراد ناشنوا به طور معنی‌داری بیشتر از افراد عادی برآورد کردند (دی‌گرف و ویلیج^{۱۷}، ۲۰۰۲؛ وان‌الدیک^{۱۸}، ۲۰۰۴؛ والیس، میوسلمن و مک‌کای^{۱۹}، ۲۰۰۴؛ کلاسن^{۲۰}، ۲۰۰۳؛ تامبس^{۲۱}، ۲۰۰۴؛ اید و گاندرسون^{۲۲}، ۲۰۰۴؛ هایندلی^{۲۳}، ۲۰۰۵). میزان شیوع مشکلات سلامت روان در افراد ناشنوا بر اساس مطالعه‌های هایندلی و همکاران در سال ۱۹۹۴، ۳۱ درصد؛ هایندلی (۲۰۰۰) ۴۰ تا ۵۰ درصد در مقابل ۲۵ درصد در جمعیت عادی؛ وان‌الدیک و همکاران، ۱۵ تا ۳۱ درصد؛ و وان‌الدیک (۲۰۰۴)، ۴۳ تا ۵۰ درصد گزارش شده است. هم‌چنین برخی مطالعه‌ها تفاوت معناداری را گزارش نکردند (مانند رابرتز^{۲۴} و هایندلی، ۱۹۹۹؛ به نقل از وام و همکاران، ۲۰۰۶).

به هر جهت افراد ناشنوا
پیشن از اکتساب زبان، کیفیت
زندگی بهتر و تصویر مثبت‌تری
از خود نشان می‌دهند

اما آنچه را که در بحث میزان شیوع مشکلات سلامت روان در افراد ناشنوا مهم می‌باشد؛ این است که برخی از افراد ناشنوا از زبان اشاره و برخی دیگر از زبان گفتاری و برخی دیگر از گفتار نشانه‌دار^{۲۵}، استفاده می‌کنند. بنابراین فراهم کردن مقیاسی که بتواند برای چنین جمعیت ناهمگونی مورد استفاده

مطرح هستند. پژوهش‌های گوناگون چهار دسته از عوامل میزان و شکل آسیب شنوایی، روش ارتباطی، موقعیت و عملکرد مدرسه و مشارکت والدین را در بحث عوامل پیش‌بینی‌کننده سلامت اجتماعی - عاطفی در کودکان و نوجوانان ناشنوا مطرح کردند (هایندلی و همکاران، ۱۹۹۴)، که ضمن توضیح هر یک از این عوامل به پژوهش‌های دیگر انجام شده در زمینه سلامت روان در افراد ناشنوا می‌پردازیم.

میزان و شکل آسیب شنوایی

آسیب‌شنوایی می‌تواند به صورت‌های گوناگون از سطح خفیف، تا متوسط، شدید و عمیق رخ دهد. علاوه بر این، آسیب می‌تواند در هر دو گوش، مشابه یا متفاوت باشد. عامل مهم دیگر، سن آغاز آسیب شنوایی می‌باشد. کودکی که در ابتدای تولد ناشنوا است، تجربه‌های بسیار متفاوتی را نسبت به کودکی که در سنین بعدی ناشنوا شده است، دارا خواهد بود. ادبیات پژوهش به طور قراردادی فردی را که در سن ۳ سالگی یا بعد از آن ناشنوا شده است را ناشنوای پس از اکتساب زبان^{۲۸}؛ و آنهایی که ناشنوا متولد می‌شوند یا قبل از سه سالگی ناشنوا می‌شوند، را به عنوان ناشنوای پیش از اکتساب زبان^{۲۹}، نامیدند (اسکیرمر^{۳۰}، ۲۰۰۱).

برخی از پژوهشگران پیش‌آگاهی مثبت‌تری را برای افراد ناشنوای پس از اکتساب زبان در زمینه‌های پیشرفت آموزشی و توانایی خواندن در نظر گرفتند. به هر جهت افراد ناشنوا پیش از اکتساب زبان، کیفیت زندگی بهتر و تصویر مثبت‌تری از خود را

قرار گیرد، بسیار دشوار می‌باشد. بنابراین برخی افراد مانند آنهایی که در مهارت‌های ارتباطی ضعیف هستند، یا از روش‌های جایگزین ارتباطی استفاده می‌کنند، یا دارای ناتوانی‌های اضافی هستند، اغلب اوقات روی هم رفته از مطالعه حذف می‌شوند و بی‌تردید یک فرد ناشنوا با معلولیت اضافی، ممکن است کارکرد روانی پیچیده‌تری را نسبت به یک فرد صرفاً ناشنوا داشته باشند. مشکل دیگر در برآورد میزان مشکلات سلامت روان در افراد ناشنوا به هنگام اندازه‌گیری کارکرد روانی در آنها به وجود می‌آید؛ چراکه باید از گروه کنترل (افراد شنوا) در پژوهش استفاده کرد و چنین مقایسه‌ای عملاً مستلزم استفاده از روش‌های مشابه مانند آزمون یا پرسش‌نامه می‌باشد؛ که استفاده از ابزارهای مشابه بر روی دو گروه غیر مشابه، بی‌تردید روایی داده‌ها را به مخاطره می‌اندازد؛ هر چند که در اکثر بررسی‌ها سعی شده است، همه افراد مورد مطالعه از لحاظ درک اطلاعات مشکلی نداشته باشند؛ مانند استفاده از زبان اشاره (دی‌گرف و بیجیل، ۲۰۰۲)؛ ارتباط گفتاری یا ارتباط همزمان^{۳۱} (میوسلمن، موتیلال^{۳۲} و مک‌کای، ۱۹۹۶)؛ یا وسایل نوشتاری (دی‌گرف و بیلیج، ۲۰۰۲)، برای افراد ناشنوا، تا بتوانند منظور آزمونگر را درک کنند.

عوامل پیش‌بینی‌کننده سلامت اجتماعی - عاطفی و بررسی پژوهش‌های انجام شده

تحول عاطفی و اجتماعی فرایند پیچیده‌ای است که متأثر از عوامل بسیاری است. برخی از این عوامل مانند نقش مشارکت والدین برای اکثر کودکان مشترک است. با این حال هنگامی که یک کودک ناشنوا یا سخت‌شنوا است، عوامل مؤثر دیگری نیز

نشان می دهند (دی گراف و بیلج، ۲۰۰۲). این نتایج باعث شده است که این سوال مطرح شود، آیا بزرگسالان ناشنوای پیش و پس از اکتساب زبان، تفاوت هایی را در کارکرد روانی دارا می باشند؟ در سال ۲۰۰۲، دی گراف با مصاحبه های رودررو با افراد ناشنوا، تفاوت های موجود در اختلال های روانی را بین افراد ناشنوای پیش و پس از اکتساب زبان مورد بررسی قرار داد. در این مطالعه افراد فاقد مهارت های ارتباطی از نمونه حذف شدند. مصاحبه از طریق زبان اشاره، گفتاری، یا وسایل نوشتاری مطابق با ترجیح فرد مورد مطالعه انجام شده بود. نتایج نشان داده است که بزرگسالان ناشنوای پیش از اکتساب زبان، سطوح پایین تری از اختلال روانی را نسبت به افراد ناشنوای پس از اکتساب زبان نشان دادند. پژوهشگران فرض کردند که این نتیجه می تواند ناشی از چگونگی نگرستن بزرگسالان ناشنوای پس از اکتساب زبان در مورد خودشان باشد. بزرگسالان ناشنوای پس از اکتساب زبان با احتمال بیشتری خود را معلول یا ناشنوا می پندارند. هم چنین نتایج نشان داده است که مشکلات ارتباطی منجر به اختلال روانی در هر دو گروه شده بود، با این حال مشکلات گفتارخوانی با اختلال روانی فقط در بزرگسالان ناشنوای پس از اکتساب زبان مرتبط بوده است. برای هر دو گروه ناشنوا، مشکلات ارتباطی منجر به اجتناب از تعاملات اجتماعی و در نهایت انزوای اجتماعی شده است. هر دو گروه الگوهای مشابهی از اختلال روانی را بر پایه عزت نفس و پذیرش آسیب شنوایی نشان دادند، به طوری که در هر دو گروه، عزت نفس پایین تر و پذیرش آسیب شنوایی نشان دادند، به طوری که در هر دو گروه عزت نفس پایین تر و پذیرش کمتر آسیب شنوایی عوامل

پیش بینی کننده اختلال روانی بوده است. یافته های پژوهشی با الزام های مهمی در مورد تاثیر میزان آسیب شنوایی بر سلامت روانی همراه بوده است، دیگر گزارش کرده است که میزان آسیب شنوایی به طور معنادار بر میزان اختلال روانی موثر نبوده است. این نکته بدین معنی است که میزان آسیب شنوایی با میزان نارساکنشی روانی مرتبط نیست. افراد با میزان و شکل آسیب یکسان، از لحاظ کارکرد روانی ممکن است متفاوت عمل کنند؛ و به طور مشابه، افراد با آشفتگی روانی مشابه ممکن است آسیب های شنوایی متفاوتی داشته باشند. در هر صورت متخصصان باید در نظر داشته باشند که در تلاش برای تعیین عوامل خطرزای مرتبط با آشفتگی روانی، میزان آسیب شنوایی مؤثر نبوده است، بلکه مسایل ارتباطی و سن وقوع ناشنوایی با کارکرد روانی مرتبط بوده است که باید در آرایه خدمات مدنظر قرار گرفته شود.

روش ارتباطی

نقش ارتباط در زندگی افراد ناشنوا و سخت شنوا یکی از اصلی ترین ابعاد می باشد که به دو صورت اصلی شنیداری / شفاهی و اشاره می باشد. در روش اول کودک تشویق می شود تا با استفاده از وسایل کمک شنیداری، از باقی مانده شنوایی خود استفاده کند، ولی در روش دوم از زبان اشاره برای برقراری ارتباط استفاده می شود. والدین از عوامل متفاوتی جهت انتخاب یکی از این دو روش تاثیر می پذیرند، مانند دشواری در یادگیری زبان اشاره که یکی از این عوامل می باشد (والیس، ۲۰۰۴). جدای از عدم برتری هیچ یک از این دو روش بر دیگری، باید یادآور شد که دوره نوجوانی زمان دشواری برای

همه افراد می باشد و بررسی ها نشان دادند که نوجوانان ناشنوا و سخت شنوا مشکل های روانی بیشتری را نسبت به همسالان شنوای خود تجربه می کنند (دیگرف و بیلج، ۲۰۰۲؛ وان الدیک، ۲۰۰۴؛ والیس، ۲۰۰۴).

**سلامت روان یعنی این که
چگونه یک شخص به هنگام مواجهه با
موقعیت های زندگی، فکر، احساس
و عمل می کند**

برخی پژوهش ها براساس موقعیت آموزشی، دانش آموزانی را که از روش های شفاهی / شنیداری در کلاس های درس تلفیقی استفاده می کردند را با دانش آموزانی که با روش های اشاره در موقعیت های مجزا شده آموزش می دیدند را مورد مقایسه قرار دادند و نتایج نشان دادند که دانش آموزان تلفیقی از کارکرد روانی بالاتری برخوردار بودند (والیس، ۲۰۰۴). با این حال این داده ها تصویری ناکامل از عوامل موثر بر کارکرد روانی افراد ناشنوا را برای ما ترسیم می کنند. مثلا نادرست است فرض کنیم که همه دانش آموزانی که از زبان اشاره در موقعیت های جداسازی شده استفاده می کنند، قادر به برقراری ارتباط از طریق اشاره در خانه هستند. چرا که تفاوت های بین دانش آموزان و والدینی که قادر به زبان اشاره هستند و آن دسته از والدینی که قادر به استفاده از زبان اشاره نیستند، در پژوهش باید کنترل شود. بنابراین والیس (۲۰۰۴) یادآور شده است که الگوی ارتباطی مشابه بین کودک و والدین در کارکرد روانی کودک بسیار مهم می باشد. به طور کلی نتایج پژوهش والیس نشان داده است، دانش آموزانی که دارای الگوی ارتباطی مشابهی با

والدین خود هستند از کارکرد روانی سالم تری برخوردار هستند، هر چند که عواملی مانند میزان آسیب شنوایی و ناتوانی های اضافی باید در پژوهش ها مد نظر باشد. والیس هم چنین در پژوهش خود نتیجه گرفت که عدم هماهنگی ارتباطی بین کودک و والدین با رفتارهای برونی سازی مانند بزهکاری و پرخاشگری مرتبط است، چرا که کودکان ممکن است روش های مناسب و نامناسب عمل کردن در موقعیت های معین را یاد بگیرند که این مسأله می تواند پرخاشگری و بزهکاری را در آنها دامن زند. با این حال باید یادآور شد که سبک ارتباطی، هنوز مسأله حل نشده برای متخصصان زیربط می باشد. طرفداران هر روش اغلب ادعا می کنند که شیوه های آنها منجر به پیشرفت تحصیلی و سازش یافتگی بهتر می شود. اما آنچه که در کارکرد سلامت روان در افراد ناشنوا مهم است، نوع روش ارتباطی در آنها نیست، بلکه روش ارتباطی مشترک بین والدین و کودک مهم می باشد. دانش آموزانی که با والدین خود از لحاظ روش ارتباطی هماهنگ نیستند، در معرض خطر بیشتری برای توسعه اختلال های روانی با بیشترین خطر در حوزه رفتارهای برونی قرار دارند.

موقعیت و عملکرد مدرسه

تأثیر تجارب مدرسه بر بهزیستی عاطفی دانش آموز را نمی توان نادیده گرفت. با تدوین قوانین، سامانه های مدارس عمومی هم اکنون ملزم هستند تا خدمات مؤثری را برای همه دانش آموزان بدون توجه به ناتوانی آنها فراهم کنند. این نکته بدین معنی است که دانش آموزان ناشنوا می توانند با کمک وسایل شنیداری در مدارس عمومی آموزش ببینند

پژوهش وارد شد. نتایج نشان داد کودکانی که والدین آنها مهارت های ارتباطی خوبی نداشتند، مشکلات رفتاری برونی سازی بالاتری را نشان دادند. در نتیجه والدینی که تلاش های خود را در جهت توسعه مهارت های ارتباطی متمرکز می کنند، خطر داشتن کودکان با مشکلات عاطفی - اجتماعی را کاهش می دهند. نتایج هم چنین نشان داده است که مشارکت والدین می تواند در کاهش تنیدگی روانی کمک کند و منجر به تحول اجتماعی - عاطفی بهتر در کودکان ناشنوا و سخت شنوا شود.

معرفی برخی پژوهش های انجام شده در مورد کارکرد سلامت روان در افراد ناشنوا

دیوفیو و فرگوسن (۲۰۰۳) در پژوهشی با عنوان آسیب حسی و سلامت روان؛ با بررسی مطالعه های انجام شده به نتایج زیر دست یافتند:

✓ ماهیت و سطح مشکلات سلامت روان در افراد ناشنوا مشابه با جمعیت عادی می باشد.

✓ مشکلات عصب شناختی مرتبط با علت ناشنوایی می تواند به طور نامناسبی بر کارکرد روانی افراد ناشنوا تاثیر گذارد.

✓ میزان بروز اسکیزوفرنی در افراد ناشنوا مشابه با جمعیت عادی است. افراد ناشنوا با اسکیزوفرنی توهم هایی را به شکل های مختلف مانند توهم های شنیداری تجربه می کنند که برخی وقت ها توهم های شنیداری به صورت وزوز کردن گوش شروع می شوند (دیوفیو و مک کنا، ۱۹۹۹).

✓ افراد ناشنوا ممکن است به طور آشکار عقاید عجیبی (باورهای هذیانی) درباره کارکرد بدن خود، الکتریسته، پلیس و یا روش های پزشکی مانند الکتروآنسفالوگرام داشته باشند.

(میوسلمن و همکاران، ۱۹۹۶). در هر صورت جایدهی آموزشی می تواند نقش مهمی در کارکرد عاطفی افراد ناشنوا بازی کند. میوسلمن و همکاران (۱۹۹۶) در پژوهشی ۷۲ فرد ناشنوا را در سه گروه مورد مطالعه قرار داد. افراد گروه اول فقط در کلاس های ناشنوا شرکت می کردند (موقعیت آموزشی مجزا)؛ افراد گروه دوم در یک الی چهار کلاس با افراد عادی هم کلاس بودند (نیمه تلفیقی)، و افراد گروه سوم در پنج کلاس یا بیشتر با افراد عادی هم کلاس بودند (تلفیق تقریباً کامل). ۸۸ فرد شنوا نیز جهت مقایسه وارد پژوهش شدند. نتایج نشان داد که دانش آموزان ناشنوای جداسازی شده، پایین ترین میزان سازش را در بین همه گروه های دانش آموزان شنوا و ناشنوا دارا بودند. دانش آموزان ناشنوای تلفیقی و نیمه تلفیقی سطح یکسانی از کفایت اجتماعی را نشان دادند. بنابراین نتیجه گرفته شد که سازگاری اجتماعی با موقعیت آموزشی مرتبط می باشد.

مشارکت والدین

مشارکت والدین در آموزش کودک عنصری اساسی و در ورای مرزهای حیطه مدرسه می باشد. برای کودکان ناشنوا و سخت شنوا، حمایت یا کوتاه فکری بسیاری از جنبه های کارکرد رفتاری - عاطفی کودک را متأثر می سازد. کالدردن^{۳۱} (۲۰۰۰) در پژوهشی ۲۸ کودک با آسیب شنوایی را که تحت برنامه مداخله اولیه بودند را مورد بررسی قرار داد. عواملی مانند آسیب شنوایی کودک، سطح آموزشی مادر، مهارت های ارتباطی کنونی مادر با کودک خویش و استفاده مادر از خدمات اضافی بیشتر از آنچه که در برنامه مداخله اولیه رایج می شد، در

وام، لوب^{۳۳}، و تامبیز (۲۰۰۶) در پژوهشی با هدف بررسی سلامت روان در بزرگسالان ناشنوا، دو گروه از افراد عادی و افراد ناشنوا را مورد بررسی قرار دادند و در پایان نتیجه گرفتند که مشکلات سلامت روان در افراد ناشنوا به طور معناداری بیشتر از افراد عادی بود. لوی، گلس و الیوت^{۳۳} (۱۹۹۵) در پژوهش خود دریافتند که آنهایی که شنوایی خود را در سه سالگی یا بعد از آن از دست می دهند، ممکن است کیفیت زندگی پایین تری را نسبت به آنهایی که شنوایی خود را در ماه‌های اول زندگی از دست می دهند، تجربه کنند.

در پژوهشی دیگری گرف و بیجل (۲۰۰۲)، از ۵۲۳ بزرگسال دارای آسیب شنوایی بیشتر از ۶۰ دسی بل در گوش بهتر مصاحبه به عمل آوردند. نتایج نشان داد که در میان زنان پاسخ دهنده، ۳۲/۴ درصد با نقص شنوایی شدید قبل از سه سالگی و ۴۳/۲ درصد با نقص شنوایی بعد از سه سالگی، نشانه‌های پریشانی‌های روانی را اعلام کردند. این میزان در میان پاسخ دهندگان مرد، به ترتیب ۲۷/۱ درصد و ۲۷/۷ درصد بوده است. این مولفان با مقایسه نتایج پژوهش خود با پژوهش‌های دیگر نتیجه گرفتند که وضعیت‌های سلامت روان در میان افراد سخت شنوا و ناشنوا نسبت به افراد عادی پایین تر می‌باشد.

خدمات سلامت روان

توجه به نیازهای سلامت روان در افراد ناشنوا موضوعی پیچیده اما بسیار مهم می‌باشد. نگرانی اصلی مربوط به شیوه ارتباط می‌باشد. بسته به روش ارتباطی مراجع، درمانگر ممکن است قادر به تعامل مستقیم با او نباشد. این مسأله تفسیر وضعیت روانی را

از آنجایی که سنجش اختلال‌های تفکر در افراد ناشنوا حتی برای متخصصان آشنا به زبان اشاره بسیار مشکل می‌باشد، اندازه اختلال تفکر فقط هنگامی آشکار می‌شود که ارتباط بیمار با درمان بهبود یابد (تاکر^{۳۳}، ۱۹۹۴).

افراد ناشنوا به خاطر استفاده از زبان اشاره که دارای تظاهرهای صورتی بسیار آشکار می‌باشند، ممکن است هیجانی یا پرخاشگر به نظر رسند. افراد ناشنوا طیفی از ویژگی‌های شخصیتی را به صورت‌های مختلف دارا هستند که در هر فرهنگی، تفسیر خاص خود را به همراه دارد.

در پژوهشی دیگر، نانوک و همکاران (۲۰۰۶)، میزان شیوع مشکلات عاطفی و رفتاری را در ۷۲ دانش آموز ناشنوی سنین ۶ تا ۱۸ سال در یک مرکز شبانه روزی مورد بررسی و با گروه کنترل مقایسه کردند. نتایج نشان داده است که گروه دانش آموزان ناشنوا به طور معناداری مشکلات درونی‌سازی بیشتری را نسبت به گروه کنترل نشان دادند. بیشترین تفاوت‌ها مربوط به نشانه‌های اضطراب/افسردگی و شکایت‌های جسمانی بوده است. نوجوانان ناشنوی سنین ۱۲ و ۱۸ سالگی به طور معناداری نمره‌های بالاتری را در اضطراب/افسردگی و شکایت‌های جسمانی بر اساس مقیاس سیاهه رفتاری، نسبت به کودکان سنین ۶ تا ۱۱ سال نشان دادند. علاوه بر این دختران به طور معناداری نمره‌های بیشتری را در افسردگی/اضطراب و شکایت‌های جسمانی نسبت به پسران ناشنوا به دست آوردند. تحلیل همبستگی نشان داد که میزان آسیب شنوایی، پیشرفت تحصیلی و سطح ارتباط با هیچ یک از مشکلات عاطفی یا رفتاری مرتبط نبوده است.

در افراد ناشنوا به مخاطره می‌اندازد، بنابراین فراهم کردن روش‌های موفقیت‌آمیز ارتباطی بین مراجع و درمانگر گام اول در تامین نیازهای افراد ناشنوا و سخت‌شنوا می‌باشد.

به طور کلی طیفی از مداخله‌های سلامت روان می‌تواند برای کودکان ناشنوا و خانواده‌های آنها مورد استفاده قرار گیرد. عوامل خاصی را که در این ارتباط باید مدنظر داشت عبارتند از: توانایی و روش ارتباطی کودک و قابلیت ارتباطی خانواده، سطح تحولی کودک و ارزیابی میزان درک کودک از عواطف، نظریه ذهن و دیگر شاخص‌های روان‌شناختی. این نکته نیز مهم است که خدمات سلامت روان برای افراد ناشنوا باید از طریق جامعه صورت گیرد. بدین معنی که تلاش‌های وسیع‌تری باید در سطح جامعه علاوه بر مداخله‌های در سطح فردی صورت گیرد و این فرض نادرست است که در نظر بگیریم کودک ناشنوا با مشکلات سلامت روان، همانند کودک هادی و به همان سادگی درمان می‌شود.

شاید مهم‌ترین مشکل در بحث ارزیابی خدمات سلامت روان به افراد ناشنوا، در دسترس نبودن خدمات سلامت روان برای این افراد باشد. بسیاری از والدین و افراد ناشنوا از منابع خدماتی جامعه در زمینه سلامت روان آگاهی کافی ندارند و نگرانی مهم‌تر این است که بسیاری از متخصصان سلامت روان با ناشنوایی و زبان اشاره آشنایی ندارند که این مساله می‌تواند به تشخیص نادرست و ارزیابی خدمات نامناسب‌تر منجر شود. بریفا^{۳۵} (۱۹۹۹) مصاحبه‌هایی را با ۱۱ فرد ناشنوا که دارای اختلال روانی تشخیص داده شده بودند و خدمات مربوطه را دریافت کردند و متخصصانی که به آنها خدمات سلامت روان ارائه

داده بودند، به عمل آورد. این مصاحبه‌ها با کمک رابط زبان اشاره صورت گرفته بود. بریفا دریافت که بسیاری از ارزیابی‌های استفاده شده برای تشخیص بیماری‌های روانی در افراد ناشنوا نامناسب بود. متخصصان ممکن است جنبه‌های زبان اشاره یا تجربه‌های ناشنوا را به صورت غیر منطقی و یا به عنوان تفکر اختلال‌آمیز، تفسیر نادرست انجام دهند. برای متخصصان با دانش کافی از ناشنوایی، استفاده از رابط ممکن است انطباق کاملاً مناسبی برای مراجعان ناشنوا به نظر رسد. مشکل اینجا است که تعداد رابطان کارآموزده به خصوص در حوزه بیماری‌های روانی و روان‌پزشکی تا حد زیادی محدود می‌باشد.

آموزش متخصصان سلامت روان دربارۀ اختلال شنوایی در موفقیت امر درمان و ارزیابی خدمات مناسب بسیار مهم می‌باشد. بعضی وقت‌ها متخصصان فرضیه‌های نادرستی را درباره ناشنوایی و جامعه ناشنوایان دارا هستند. کوپر، روز و ماسون^{۳۶} (۲۰۰۳) در پژوهشی عوامل تعیین‌کننده نگرش‌های متخصصان سلامت روان را نسبت به افراد ناشنوا مورد بررسی قرار دادند. پرسش‌نامه‌ای به ۱۲۰ نفر از متخصصان سلامت مانند روان‌پزشکان، پرستاران، روان‌شناسان، کاردرمان‌گران و غیره ارائه شده بود. عواملی مانند ساعات تماس با افراد ناشنوا و میزان شناخت درباره ناشنوایی مورد آزمایش قرار گرفت. برای متخصصانی که آموزش‌هایی را در زمینه ناشنوایی و مشکلات ناشنوایان دریافت کرده بودند و برای متخصصان جوان‌تر و زنان نگرش‌های مثبت‌تری به دست آمد. پژوهش هم چنین نشان داد که همبستگی

زیادی بین نگرش مثبت و تعداد ساعات تماس با افراد ناشنوا وجود داشته است.

خدمات سلامت روان برای کودکان

کودکان ناشنوا یا سخت شنوا با مشکلاتی در بعد سلامت روان همانند کودکان عادی یا به میزان بیشتر مواجه می شوند. اکثر مطالعه‌ها نشان دادند که کودکان ناشنوا نسبت به کودکان عادی در معرض خطر بیشتری از بعد کارکرد سلامت روان می باشند. این کودکان می توانند دامنه وسیعی از اختلال های روان پزشکی مانند افسردگی، مشکلات اجتماعی و تفکر تا رفتارهای پرخاشگرانه و بزهکارانه را داشته باشند. وان الدیک (۲۰۰۴)، ۲۳۸ کودک ناشنوا را با استفاده از سیاهه رفتاری کودک مورد بررسی قرار داد. نتایج نشان دهنده مشکلات درونی سازی، برونی سازی، گوشه گیری، اضطراب/ افسردگی، شکایت های بدنی، مشکلات اجتماعی، مشکلات تفکر، مشکلات توجه، رفتار پرخاشگرانه و رفتارهای بزهکارانه، در این کودکان بوده است. میزان شیوع مشکلات عاطفی _ رفتاری در کودکان ناشنوا به میزان ۲/۶ برابر بالاتر نسبت به کودکان عادی بوده است.

اما نگرانی اصلی که هم چنان باقی است چگونگی ارزیابی و درمان این کودکان می باشد. بسیاری از موضوع های مطرح شده برای بزرگسالان ناشنوا و سخت شنوا در مورد کودکان نیز صادق می باشد. ارتباط، نگرانی اصلی می باشد، به طوری که کودکان از دامنه وسیعی از روش های ارتباطی استفاده می کنند و متخصصان باید تلاش زیادی را جهت درک مناسب انجام دهند. برقراری ارتباط به همان اندازه که در درمان مهم می باشد، بسیار بیشتر

در ارزیابی و تشخیص دارای اهمیت است. مثلا بیماری هایی مانند اسکیزوفرنی و اختلال های تفکر باید توسط متخصصی ارزیابی شود که در تحلیل محتوای پیام اشاره کودک ناشنوا دارای قابلیت کافی باشد. به طور خاص متخصص باید درباره نحوه نشان دادن و بروز این اختلال های به سبک زبان اشاره تسلط کافی داشته باشد. یکی دیگر از مسایلی که متخصصان در تشخیص کودکان ناشنوا و سخت شنوا با آن روبه رو هستند، میزان شیوع ناتوانی اضافی در این افراد می باشد. تقریبا ۳۰ درصد از کودکان ناشنوا دارای ناتوانی های اضافی می باشند (روبرتز و هاینسلی، ۱۹۹۹). مثلا کودک با نشانگان آشرف، ناشنوی مادرزادی است که بینایی را در طول ۱۰ الی ۲۰ سال اول زندگی از دست می دهد. این آسیب حسی دوگانه، تاثیر عمده ای را بر توانایی ارتباطی کودک می گذارد. در چنین مواردی همه متخصصان مربوطه باید با مشارکت هم، مناسب ترین تشخیص و درمان را برای کودک فراهم کنند. اهمیت کیفیت مداخله برای کودکان ناشنوا و سخت شنوی دارای مشکلات سلامت روان نباید کم ارزش تلقی شود. یکی از مهم ترین گام ها فراهم کردن آموزش هایی برای متخصصان و کارکنان درباره مسائل کودکان و نوجوانان ناشنوا و سخت شنوا می باشد. تلاش هایی نیز باید صورت گیرد تا فن آوری مناسبی در دسترس کودکان و خانواده های آنها قرار گیرد. بالاخره این که همان طوری که پژوهش ها نشان دادند، نقش رابط زبان اشاره در حوزه سلامت روان و در کنار متخصص به هنگام کار با کودکان ناشنوا و سخت شنوا بسیار مهم می باشد.

نتیجه گیری

مشکلات روش شناختی همراه می باشد. مشکلات در عدم درک ارتباطات کلامی آزمایشگر و فرد ناشنوا به خاطر فقدان مهارت های ارتباطی و تجربه های ارتباطی برخی از آزمایشگران نیز به این مساله دامن می زند. علاوه بر این اندازه گیری نشانه های روان پزشکی با روش هایی همراه است که تا اندازه زیادی کلامی بوده و برای کودکان شنوا استاندارد شده اند. مجموعه این مشکلات ممکن است تبیین کننده گزارش های متفاوت ۱۵ تا ۶۰ درصد میزان شیوع اختلال روانی در کودکان با آسیب شنوایی باشد (بیلی و همکاران، ۲۰۰۳).

به طور کلی، همان طوری که در این مقاله بررسی شده است می توان نتیجه گیری کرد که افراد با آسیب شنوایی در معرض خطر بیشتری جهت ابتلا به مشکلات سلامت روان می باشند (کوام و همکاران، ۲۰۰۶) و کمتر پژوهشی این نتیجه را به دنبال داشت که میزان شیوع مشکلات سلامت روان در افراد ناشنوا کمتر از افراد هادی است. مگر برخی مطالعه ها که تفاوت معنی داری را بین این دو گروه گزارش نکردند (رابرتز و هایندلی، ۱۹۹۹؛ کوام و همکاران، ۲۰۰۶). متغیرهای گوناگونی باید در بررسی کارکرد سلامت روان در افراد ناشنوا به صورت های مختلف مورد بررسی قرار گیرند. این متغیرها عبارت اند از: میزان آسیب شنوایی، سن وقوع ناشنوایی، معلولیت های اضافی، شیوه های ارتباطی کودک و والدین، موقعیت آموزشی، سن و جنس افراد ناشنوا. برخی از این متغیرها که در پژوهش های مختلف مورد بررسی قرار گرفتند در این مقاله آورده شد. با این حال باید یاد آور شد که تحول عاطفی و اجتماعی در ناشنوایان فرایند پیچیده ای است، و پژوهش های زیادی باید در این زمینه جهت روشن

تاثیر عصب روان شناختی ناشنوایی بر کودکان از جنبه های مختلف توسط پژوهشگران مورد بررسی قرار گرفته است و نتایج نشان داد که کودکان با آسیب شنوایی از گذرگاه های تحولی تقریباً متفاوتی نسبت به کودکان عادی عبور می کنند (بیلی و همکاران، ۲۰۰۳). بازنگری مطالعه های انجام شده نشان می دهد که پژوهشگران روابط بین آسیب شنوایی و اختلال های روانی را در کودکان و نوجوانان به صورت میزان شیوع، ویژگی های بالینی و عوامل علت شناختی، پویایی های خانواده و تعامل های والدین - کودک مورد بررسی قرار دادند. آن چه که در اکثر این پژوهش ها به دست آمد، نشان دهنده این است که میزان مشکلات مربوط به سلامت روان در کودکان و بزرگسالان ناشنوا نسبت به افراد هادی بیشتر می باشد. در این که افراد ناشنوا در معرض خطر بیشتر جهت ابتلا به انواع مختلف اختلال های روانی می باشند شکی نیست؛ اما باید این سوال را از خود پرسیم که آیا ناشنوایی فی نفسه به بروز اختلال های روانی در افراد دامن می زند یا این که عوامل بسیاری در این میان به صورت میانجی نقش ایفا می کنند.

پژوهش های مختلف، نقش عوامل متعددی مانند سن وقوع ناشنوایی، میزان آسیب شنوایی، نقش والدین و شیوه های ارتباط را مورد بررسی قرار دادند. اما تاثیر تعاملی این عوامل و بررسی همزمان آنها در یک پژوهش مورد بررسی قرار نگرفته است. همچنین بحث چگونگی تشخیص و ارزیابی این افراد به خاطر مسایل خاص ارتباطی آنها هم چنان باقی است. بدین معنی که سنجش اختلال های روان پزشکی در کودکان با آسیب شنوایی با برخی

شدن مساله صورت گیرد. در پایان یادآوری این نکته ضروری است که با توجه به ویژگی‌های فرهنگی و اجتماعی هر جامعه و نقش این عوامل در توصیف و تبیین سلامت روان، باید در تعمیم دهی نتایج پژوهش‌های کشورهای دیگر اکتفا نکنیم.

زیرلویس‌ها:

- | | |
|---|-------------------------------|
| 1.Services | 13.Simultaneous Communication |
| 2.United States Department of Health and Human Services | 14.Mootilal |
| 3.National Institute of Mental Health(NIMH) | 15.Postlingually Deaf |
| 4.De Graff & Bilj | 16.Prelingually Deaf |
| 5.Van Eldik | 17.Schirmer |
| 6.Wallis , Musselman & MacKay | 18.Caldren |
| 7.Clausen | 19.Tacker |
| 8.Tambs | 20.Loeb |
| 9.Eide & Gundersen | 21.Luey,Glass,&Elliot |
| 10.Hindley | 22.Briffa |
| 11.Roberts | 23.Cooper,Rose,&Mason |
| 12.Cued Speech | 24.Bailly |



منابع:

- Bailly, D.; Dechouly Delenclave, M.B., Lauwerier, L. (2003). Hearing Impairment and Psychopathological Disorders in Children and Adolescent. *Review of the recent literature; Encephale*, 4-329-337.
- Briffa, D. (1999). Deaf and mentally ill: are their needs being met? *Australian Psychiatry*, 7,7-10.
- Calderon, R. (2000). Parental involvement in deaf childrens education programs as a predictor of child's language, early reading, and social - amotional development. *Journal of Deaf Studles and Deaf Education*, 5,140-155.
- Chwalisz, K., & Vaux, Aa. (2000). Social support and adjustment to disability: In R. G. Frank & T. R. Elliot (Eds.), *Handbook of rehabilitation psychology* (pp. 537-552). Washington, DC: American Psychological Association.
- Clausen, T. (2003). *Nar horelsen sulgter* (When hearing fails).Kobenhavn, Denmark: Socialforskningsinstitutet (in Danish).
- Cooper, A. E., Rose, J., & Mason, O. (2003).Mental health professionals attitudes towards people who are deaf. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 13, 314-319.
- De Graff, R., & Bilj, R. V. (2002).Determinants of mental distress in adults with a severe auditory impairment: differences between prelingual and postlingual deafness. *Psychosomatic Medicine*, 64,61- 70.
- Downs, W. R., & Harrison, L. (1998). Childhood maltreatment and the risk of substance problems in later life. *Health & Social Care in Community*, 6, 35-46.
- Du Feu, M. & McKenna, P. (1999). Prelingualt profoundly deaf schizophrenic patients who hear voices: a phenomenological analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 97, 1-9.
- Du Feu, M & Fergusson, K.(2003).Sensory impairment and mental health, *Advances in Psychiatric Treatment*, 9,95-103.
- Eide, A. H., & Gundersen, T. (2004). *Hørseishemmede i arbeidslivet* (Hearing impaired in labour market). Oslo, Norway: SINTEF Helse rapport (in Norwegian).

- Eide, A. H., & Roysamb, E. (2002). The relationship between level of disability, psychological problems, social activity, and social networks. *Rehabilitation Psychology*, 47, 165-183.
- Hindley, P. (2000). Child and adolescent psychiatry. In *Mental Health and Deafness* (eds P. Hindley & N. Kitson), chapter 3. London: Whurr Publishers.
- Hindly, P.A. (2005). Mental health problems in deaf children. *www.elsevier.com*.
- Hindley, P., Hill, P., McGuigan, S., & Kitson, N. (1994). Psychiatric disorder in deaf and hearing impaired children and young people: A prevalence study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35, 917-934.
- Knutson, J. F., Johnson, C. R., & Sullivan, P. M. (2004). Disciplinary choices of mothers of deaf children and mothers of normally hearing children. *Child Abuse & Neglect*, 28, 925-937.
- Kvam, M.H., Loeb, M., Tambs, K. (2006). Mental health in deaf adults: Symptom of anxiety and depression among hearing and deaf individuals. *Oxford University Press*.
- Luey, H. S., Glass, S., & Elliot, H. (1995). Hard of hearing or deaf: Issues of ears, language, culture, and identity. *Social Work*, 40, 177-182.
- MacMillan, H., Fleming, J. E., Streiner, D. L., Lin, E., Boyle, H., Jamieson, E., et al. (2001). Childhood abuse and lifetime psychopathology in a community sample of Ontario residents. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1878-1883.
- Musselman, C., Mootilal, A., & Mackay, S. (1996). The social adjustment of deaf adolescents in segregated, partially integrated and mainstreamed settings. *Journal of Deaf Studies & Deaf Education*, 1, 52-63.
- Nonuk, N; Erdogan, A.; Atik, L; ugur, M.B; Simsek yilmaz, o; (2006). Evaluation of Behavioral and Emotional the Child Behavior Checklist, *Neurology Psychiatry and Brain Research*; 2, 59-64.
- Read, J. (1998). Child abuse and severity of disturbance among adult psychiatric inpatients. *Child Abuse and Neglect*, 22, 359-368.
- Roberts, C., & Hindly, P. (1999). Practitioner review: The assessment and treatment of deaf children with psychiatric disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 2, 151-165.
- Schirmer, B. R. (2001). *Psychological, Social, and Educational Dimensions of Deafness*. Boston: Allyn and Bacon.
- Sullivan, P., & Knutson, J. F. (2000). Maltreatment and disabilities: A population-based epidemiological study. *Child Abuse and Neglect*, 24, 1257-1273.
- Tambs, K. (2004). Moderate effects of hearing loss on mental health and subjective well-being: Results from the Nord-Trøndelag Hearing Loss Study. *Psychosomatic Medicine*, 66, 776-782.
- Tate, D., Kriech, N., Maynard, F., Paterson, C., Forchheimer, M., Roller, A., et al. (1994). Coping with the late effects differences between depressed and non-depressed polio survivors. *American Journal of Physical Mental & Rehabilitation*, 73, 27-35.
- Thacker, A. J. (1998) Formal communication disorder. Sign language in deaf people with schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 165, 818-823.
- Turner, R. J., & Beiser, M. (1990). Major depression and depressive symptomatology among the physically disabled. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 178, 343-350.
- United States Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Mental Health Services (2004) *Mental Health Dictionary*. Retrieved November 29, 2004 from <http://www.mentalhealth.samhsa.gov/>
- United States Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Institute of Mental Health (2001) *Statistics*. Retrieved November 29, 2004 from <http://www.nimh.nih.gov/>
- Van Eldik, T., & Traffers, P.D., & Veerman, J.W., & Verhulst, F.C. (2004). Mental health problems of deaf Dutch children as indicated by parents responses to the child behavior checklist. *American Annals of the Deaf*, 148, 390-396.
- Wallis, D., Musselman, C., & Mackay, S. (2004). Hearing mothers and their deaf children: the relationship between early, ongoing mode match and subsequent mental health functioning in adolescents. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 9, 2-14