

بررسی گری های اطفال

دکتر محسن متمد *

اشخاص نسبت به ممالک دیگر ، مخصوصاً امریکا و اروپا
زیادتر باشد .

علل این ازدیاد تعداد نسبی گریها را میتوان بطریق
زیر بیان کرد :

عدم توجه والدین نسبت به بهداشت و پیشگیری
بیماریهای ارثی و مادرزادی و عدم آشنائی با این بیماریها
در سطح وسیع توده های مردم ، زیادی بیماریهای عفونی
مخصوصاً عفونتهای گوش و حلق و بینی . کمبود مراکز
تشخیص و درمان و پرورش اطفال کر ، لذا کمک به فراموش
شدن این بچه ها حتی در تهران میکند . بیشتر اطباء در
موقع معاینه و تشخیص یک بچه کر ، او را به امید خدا یا
معجزه رها میکنند .

با مقدمه بیان شده ، در اینجا سعی خواهد شد که
روی تشخیص زود ، امکان درمان و یا آموزش گریها تاکید
شود . آشنائی اطباء ، مسئولان امر و پدر و مادرها با این اصل
که میتوان از وقوع بیشتر گریها جلوگیری کرد و یا آنها
را معالجه نمود و یا لاقلاً آنها را طوری تربیت کرد که
بتوانند عضوی مفید در جامعه باشند ، راه را برای بنیان
گذاری موسسات و کلینیکهای مورد نظر و لازم باز خواهد
کرد .

چگونگی تکلم اطفال .

لازمه صحبت کردن در بچه ها : برای اینکه طفلی
بتواند سخن گفتن یاد بگیرد ، باید شنوائی کامل داشته باشد ،
مخصوصاً بچه ای که از نظر روانی ، هوشی و جسمی سالم است ،
تکلم را در سن دوسالگی و گاهی زودتر فرامیگیرد ، بشرطی
که دائماً طرف صحبت و تکلم دیگران قرار بگیرد و صحبت
آنها را بشنود . معمولاً مادر با کلماتی ساده ، خوش لحن و
قابل فهم با بچه سخن میگوید و این کلمات در ماههای اولیه
زندگی طفل در آرام کردن و مطمئن ساختن او نقش مهمی
بازی میکنند و نیز یک پیوند آشنائی بین مادر و بچه بوجود

گری عارضه ایست که در تمام دنیا مورد توجه قرار
گرفته است و روز بروز متخصصین و اطباء وقت و نیروی
بیشتری برای جلوگیری و معالجه آن و پرورش اطفال کر
بکار میبرند . چون علاوه بر اینکه یک بچه با گری کامل
از مصاحبت دیگران و درک صحبت ایشان و توانائی تکلم
محروم میباشد ، بلکه از اجتماع دوری گزیده و دیواری
بین او و مردم دوروبرش کشیده میشود . این بچه ها زبون ،
شکست خورده و غمگین میباشند . و بجای پیشرفت در اجتماع ،
در بیشتر موارد ، عضوی زائد و باری بردوش اجتماع میباشد ،
در بچه هایی که گری نسبی دارند باز هم مسئله همین طور
میباشد ، تعلیم و تربیت بچه عقب میافتد ، و طفل نمیتواند
صحبت و حرفهای دیگران را بطور کامل درک کند و این
مسئله به عقب افتادگی بچه کمک میکند . سابقاً این گونه بچه ها
را که پیشرفتی در تعلیم و تربیتشان بوجود نمیآمد ، جزء
اطفال عقب مانده روانی بحساب میآوردند ، در صورتیکه
امروزه با پیشرفت علم اودیولوژی نکات بسیاری در مورد
این اشخاص روشن شده است و در نتیجه مسائل بگونه ای دیگر
طرح و بررسی گردیده است . این اطفال کاملاً تحت معاینه
قرار گرفته ، اندازه گری و ناراحتی شان معلوم میگردد .

آماري که از کشورهای مختلف در دسترس داریم
گاهی شگفت آور میباشد . مثلاً در امریکا تعداد کسانی که
بگونه ای ناراحتی شنوائی دارند بین ۱۰ تا چهارده میلیون
نفر آمار داده شده است .

آمار منتشره از بریتانیا بیشتر مقرون به حقیقت
میباشد . طبق آماري که در سال ۱۹۵۴ توسط

Social Survey Division of the Central office
of Information

داده شده است بالغ بر ۱۷۶۵۰۰۰ نفر مبتلا به انواع ضعف
شنوائی و یا گری کامل میباشند .

در ایران هنوز آماري که قابل اطمینان باشد در
دسترس ما نیست ، ولی بنظر میرسد که تعداد نسبی این گونه

میآورند . با بزرگ شدن بچه تکرار این کلمات باعث ذخیره شدن این لغات در مرکز یادگیری مغزی اوشده و ذخیره لغوی او را بوجود میآورند .

بچه اسکنت اولین تکلم خود را با این کلمات بنا میکند : ماما - آره - نه - بابا - آب و غیره
تکرار این کلمات از یکطرف ، وسادگی و آسانی تلفظ شان از طرف دیگر به یادگیری بچه کمک میکند و طفل بتدریج سخن گفتن یاد میگیرد .

در مواردی دیده شده است اطفالی بدون هیچگونه عیب و نقصی دیر صحبت میکند ، در بیشتر موارد ، محروم ماندن بچه از صحبت دیگران این حالت را ایجاد میکند . چون مادری که شبانه روز مشغول کار و فعالیت است و دقایق کمی را میتواند با بچه خود سخن گوید و بچه از صحبت دیگران محروم است ، نمیتواند در وجود آوردن ذخیره لغوی ذهنی بچه کمکی بکند و بچه را در سخن گفتن یاری دهد ، لذا بچه تکلم کردن را یاد نمیگیرد .

فیزیولوژی شنوایی و تقسیم بندی انواع کریها :

از نظر فیزیولوژیکی گوش بدو قسمت تقسیم میشود :

۱ - دستگاه انتقال Transmission صوت

۲ - دستگاه درک Perception صوت

قسمت اول از لاله گوش ، مجرای گوش خارجی ، پرده تمپان ، استخوانهای کرچک گوش میانی و پنجره بیضوی تشکیل شده است ، قسمت دوم از حنزون ، اورگان کورتی ، عصب هشتم و هسته ها و مرکز شنوایی مغزی بوجود آمده است .

اختلال در فونکسیون و کار قسمت اول ایجاد کری انتقال میکند . این قسمت از گوش در حیوانات آبزی وجود ندارد . اختلال در قسمت دوم ایجاد کری درکی یا عصبی میکند .

تقسیم بندی مذکور در بالا ، کریها را از نقطه نظر فیزیولوژیک و ساختمان آناتومیک بررسی میکند . ولی بعضی از کلینیسین ها تقسیم بندیهای دیگری را هم بکار میبرند مثلا تقسیم بندی کریها از نظر شدت کری و یا از نظر علت بوجود آورنده آن . در اینجا بیشتر روی اصل تقسیم بندی فیزیولوژیک تکیه خواهد شد ، ولی ضمنا به علل بوجود آورنده کریها ، برای شرح برنامه و روش معالجه و نیز پیشگیری اشاره زیادی خواهد شد .

لذا ، دریک بچه کر ، علاوه بر تعیین وجود کری ، و مشخص کردن نوع آن که آیا انتقالی و یا عصبی است و یا مخلوطی از این دونوع میباشد ، باید به علت بوجود آمدن آنهم توجه کرد .

علت کریها :

از نقطه نظر اتیولوژی کریها را بدودسته ارثی

و اکتسابی تقسیم بندی میکنیم :

کریهای ارثی : کریهای هستند که در اثر اختلالات ژنتیکی ایجاد میشوند . ممکن است این ژنها غالب یا مغلوب باشند . در موارد بسیار نادر ممکنست ناهنجاری کروموزومی باعث ایجاد این نوع کریها باشد .

کریهای اکتسابی : این کریها را بر حسب اینکه در زمان جنینی یا بعد از تولد بوجود میآیند ، به طریق زیر تقسیم بندی میکنند :

کریهای قبل از تولد Prc-Natal

کریهای حین تولد Peri-Natal

کریهای بعد از تولد Post-Natal

کریهای پره ناتال Pre-Natal بیشتر در اثر عفونتها و مسمومیت های مادر در زمان حاملگی ، مخصوصا سه ماهه اول حاملگی بوجود میآید .

ابتلاء مادر به سرخچه و یا مسمومیت های دوران حاملگی و یا داروهای مصرف شده در این دوره ، ممکنست باعث ایجاد ناهنجاریهای مادرزادی ، از جمله کری گردد مثلا سرخچه مادر ممکنست کری ، ناهنجاری قلبی و یا چشمی ایجاد کند .

کریهای Peri-Natal ممکنست در اثر عدم سازگاری RH خون پدر و مادر و یا دیر دنیا آمدن بچه و یا سیانوز شدن بچه و غیره بوجود بیآید .

در ناسازگاری RII پدر و مادر در اثر بالای بودن تیتر بیلروبین خون کرن ایکتروس Kernicterus ایجاد میشود که منجر به کری طفل میگردد .

کریهای Post-Natal:

بیشتر در اثر بیماریهای عفونی دوران طفولیت کری ایجاد میشود . مثل مننژیت ، سرخک ، اوریون ، تیفوئید ، آنفلوآنزا و نیز عفونتهای گوش میانی مثل اوتیت های چرکی ، اوتیت سرروز و غیره ...

در سی سال اخیر توجه زیادی به دعوات ناسازگاری فاکتور RH و سرخچه زمان حاملگی شده است . در نوع اول تهدیش شدن پیگمانهای صفر اوی روی هسته های مغزی شنوایی باعث کری شده و در دومی اثر ویروس سرخچه در روی اورگان کورتی است که کری ایجاد میکند .

در آمارهای متعددی که در دسترس ما هست ، علت کریها با تفاوت جزئی که باهم دارند ، تقریبا یکسان میباشد .

Frazer در آماری که از ۲۳۵۵ بچه کر بدست میدهد ، ۱۳۸ نفرشان بعلت سرخچه مادرزادی ، ۷۴۸ نفر بعالت ژنتیکی به کری مبتلا بوده اند .

از این علل ژنتیکی ، ۲۰۱ نفر باژن غالب Dominant و ۵۱۵ نفر با ژن مغلوب Recessive و ۳۲ نفر با علل ژنتیکی کمپنکس مبتلا به کری بوده اند . درپیش ۸۵۳ نفر علت مشخصی پیدا نشده است .

شایانی به درمان و آموزش طفل میکند . وتشخیص هرچه دیرتر بعمل آید ، آموزش بچه دیرتر شروع شده ، وممکنست حتی نتیجه بخش هم نباشد .

معاینه :

در معاینه اطفال از نظر شنوائی باید تمام اشکالات موجود را در نظر گرفت باید توجه کرد که تشخیص بیشتر ناراحتی های بچه ، بعلت عدم رابطه طبیعی بین طفل وطیبب بسیار مشکل است . طفل نمیتواند صحبت کند ، یا ناراحتی خود را نشان دهد . ویابطور طبیعی با اشاره ، عدم شنوائی خود را حالی کند . از طرف دیگر کسانی که با چنین اطفالی رابطه نداشته اند نمیتوانند بآسانی به ناراحتی او پی ببرند در هر حال ، در معاینه وتشخیص کوری اطفال مدت معاینه ، شکیبائی و دقت ، عوامل اساسی تشخیص میباشد . طیبب و کسانی که مستقیما با اطفال کر تماس دارند ، باید شکیبیا و صبور بوده و دقت و بردباری زیادی داشته باشند ، عجله نکنند ، وبلا بچه طرح دوستی بریزند . بارها دیده شده است که طفل بعلت ترس از طیبب ویا عدم شکیبائی طیبب ، با او همکاری نکرده ومانع از آزمایشهای لازم شده ودر نتیجه شنوائی طفل اندازه گرفته نشده است .

در بیشتر مراکز اودیولوژی دنیا از پوشیدن لباس ویونیفرم بیمارستانی خودداری میشود . اشخاصی که با اطفال کار میکنند ، وضع آنها را درک میکنند ، وبچه ها را می فهمند ومیتوانند اعتماد بچه را از هر نظر قبل از شروع معاینات پزشکی و اودیولوژیک جلب کنند . بهر حال به کلینیک بیشتر جنبه محل بازی وسرگرمی داده میشود تا جنبه پزشکی . معمولا سعی میشود که بچه را چندین بار بدون اینکه معاینه ای از او بشود به دیدن کلینیک بیاورند ، بعد از اینکه بچه کاملا با محیط آشنائی پیدا کرد ، اشخاص را شناخت ، وبآنها اعتماد کرد ، آنوقت معاینات شروع میشود . در موقع معاینه هم به طفل اجازه داده میشود که باتمام وسائل معاینه بازی کند ، آنها را لمس نماید ودر نتیجه باصطلاح ترسش بریزد و با محیط احساس آشنائی کند . ضمن این رفت وآمدها ، علاوه براینکه اخلاق ، رفتار و وضع روحی بچه تحت نظر گرفته میشود ، سئوالاتی هم از پدرومادر و اطرافیان در مورد وضع بچه ، وجود کوری در خانواده ، وضع زمان حاملگی مادر ، مصرف داروها وغیره در زمان حاملگی ، ازدواج های فامیلی ، حوادث زمان زایمان ، بیماریهای دوره کودکی طفل ، واکسیناسیون وغیره کاملا بعمل میآید و یادداشت میگردد . در بیشتر مراکز فرمهای چاپی مخصوص این نوع سئوالات وجود دارد .

مادری که اولین بچه اش کر باشد ، معمولا بعلت عدم تجربه در بچه داری ، دیرتر وکمتر از مادرانی که چندین بچه دارند ، متوجه این نقیصه میشود وبیشتر ناراحتی طفل را به عقب ماندگی روحی او تعبیر میکند ، گاهی مادر

همین شخص دریک آمار دیگر در سال ۱۹۶۴ در ۱۵۰۹ طفل کوری که مورد مطالعه قرار داده است ، ۳۲ نفر بعلت سرخچه مادرزادی ، ۶۲ نفر بعلت کرن ایکتروس و ۱۰۶ نفر بعلت مننژیت به کوری مبتلا بوده اند علل ژنتیکی جمعا ۶۸۵ نفر را مبتلا کرده است .

در آمار دیگری که از Robert, J., Ruben

در سال ۱۹۷۰ منتشر شده از ۱۳۴ نفر بچه کر ، ۶۴ نفر بعلت اکتسابی مبتلا بوده اند که از این عده ۲۷ نفر بعلت سرخچه مادری و ۱۲ نفر بعلت نارس بودن طفل Prematurity به کوری مبتلا بوده اند . در ۴۴ نفر علت نامعلوم بوده و در ۲۶ نفر علت ژنتیکی بیان گردیده است .

در بررسی این علل ، باید به محل بررسی وآمارگیری وضع خانواده ها بهداشت ژنتیکی ، وازهمه بالاتر شیوع بعضی بیماریها ومصرف بعضی از داروها توجه کرد .

در استرالیا در سال ۱۹۴۶ از ۱۳۰ بچه ای که با عوارض سرخچه ای از مادر متولد شده بوده اند ، ۱۱۱ نفر به کوری ، ۳۸ نفر به ناراحتی قلبی ، ۲۳ نفر ناراحتی چشمی داشته اند . ممکنست دو ویا هر سه ناهنجاری در بچه بچه تواما وجود داشته باشد .

یا در زمان مصرف تالیدوماید Thalidomide

علاوه بر ناهنجاری های دیگر ناهنجاری گوش و شنوائی هم در بچه ها بوجود آمد که بیشتر بعلت اثر روی متابولیسیم اسید گلوتامیک و متابولیسیم گروه ویتامینهای B میباشد که مثل یک کوآنزیم Co. Enzyme اثر میکند وباعث ایجاد ناهنجاریهای مادرزادی میشود که ممکنست مانع از رشد گوش شده ویا انحراف رشد ایجاد نماید .

در هر حال علت هرچه باشد ، زیاد بودن تعداد مبتلایان به کوری های ارثی ونیز اکتسابی زمان حاملگی واضح میباشد . لذا اطلاع از زمینه ژنتیکی پدر و مادر ، بهداشت ازدواج ونیز جلوگیری از مصرف بعضی از داروها در زمان حاملگی ومانع شدن از ابتلاء مادر به بعضی از بیماریها مثل سرخچه وآگاهی از ریسک کرن ایکتروس بچه در ناسازگاری RH میتوان تاحدی از تعداد بچه هایی که کر بدنیا میآیند کاست . معاینه وتشخیص اطفال کر :

در اول این بحث دومسئله قابل یادآوری است . این دومسئله به تشخیص زودرس ودر نتیجه کمک به طفل کر دست آوردن نتایج بهتر کمک میکند . این دومسئله عبارتند از :

۱ - در فکر ناراحتی وضایعه بودن . این مسئله کمک میکند که دنبال ضایعه بگردیم وپیدا بکنیم . یعنی طیبب عمومی ویا والدینی که بفکر وجود کوری وامکان تشخیص آن در سنین بچگی میباشد ویا پدر ومادری که باین مسئله آگاهی دارند ، کوچکترین علامت در کم شنوائی بچه آنها را به طیبب راهنمائی میکنند وکمک بزرگی است در تشخیص کوری .

۲ - باید همیشه در نظر داشت که تشخیص زود کمک

اینکه اندازه شنوایی هر دو گوش بطور جداگانه اندازه گرفته میشود ، نوع کوری ، فرم اودیولوژیک آن و شکاف موجود بین شنوایی هوایی و استخوانی بدست میآید . در نتیجه به شروع ، روش و ادامه معالجه و آموزش طفل کمک فراوانی میکند .

بعد از شش سالگی ، علاوه بر آزمایشهای اودیولوژیک و آزمایشهای معمول دیگر امتحانات دیپازنی هم بعمل میآید . این امتحانات مزیتی بر امتحانات اودیولوژیکی ندارند ، ولی وقت کمتری صرف آن میشود و از طرف دیگر در کلینیکهای معمولی هم بعمل میآید . آزمایشهای دیپازنی معمولی در کلینیک عبارتند از آزمایش رینی Renne ، Weber و آزمایش ABC یا Absolute Bone Conduction . تفسیر امتحانات دیپازنی دقیق و تاحدی مشکل است . با اینحال یک کلینیسین و اوتولارنگولوژیست مجرب میتواند از روی این آزمایشها نوع کوری ، اندازه و شدت آن و لزوم استفاده از اودیوگرام را تشخیص دهد .

علاوه بر آزمایشهای اودیوگرافی و دیپازنی ، میتوان از وسائل ساده مثل صدای تک تک ساعت ، صدای نجوا ، صحبت معمولی هم استفاده کرد . اودیوگرام معمولی با اینکه نوع کوری ، شدت آن و شکاف موجود بین شنوایی هوایی و استخوانی را نمایان میسازد ، ولی نمیتواند حد شنوایی بیمار را نسبت به کلمات Intelligibility نشان دهد .

در این موارد میتوان از دستگاه اودیومتری کلامی Speech-Audiometry استعانت جست . باین وسیله میتوان حد درک کلامی اطفال بزرگتر را بررسی کرد . در آزمایش شنوایی علاوه بر دقت بوضع شنوایی و نوع کوری باید حد درک کلامی بچه هم مورد توجه قرار گیرد .

درجه کوری : کوری ممکنست از کوری کامل تا کم شنوایی جزئی فرق بکند . کربهای عصبی مادرزادی معمولاً شدید بوده ، و کربهای انتقالی که در اثر اوتیت های میانی حاد و اوتیت سرور ایجاد میشوند ، خفیف تر میباشند . در هر حال در هر نوع کوری باصطلاح کامل عصبی ، جزیره های شنوایی چندی وجود دارد که عملاً در آموزش و یاددهی بچه های کر از این جزایر و باقی ماندهای شنوایی استفاده میشود .

در اوتیت های میانی درجه کوری ممکنست در حدود ۳۰-۲۵ دسی بل باشد که در بچه هایی که بمدارس بچه های طبیعی مراجعه میکنند ، ممکنست باعث عقب افتادگی از نظر ریاضیات ، ادبیات و یا درسهای نظری دیگر باشد .

تشخیص افتراقی : وقتی با طفلی که مشکوک به کوری است روبرو شویم باید ب فکر ناراحتی های زیر باشیم و آنها را از کوری تفکیک کنیم .

۱ - عقب ماندگی روانی

۲ - ضایعات مغزی

۳ - عدم ثبات عاطفی

۴ - محروم ماندن بچه از شنیدن صحبت دیگران

Deprivation و در نتیجه یاد نگرفتن تکلم . این مسئله

اظهار می دارد که شنوایی بچه طبیعی بوده و حتی صحبت هم میکرد است ، و یکدفعه از شنیدن و صحبت کردن مانده است . با پرسش های دقیق میتوان پی برد که طفل در این موقع به بیماریهایی نظیر سرخک ، مننژیت ، اوریون و یا یک تب بدون علت مبتلا بوده است که تشخیص صحیح داده نشده و با مصرف آنتی بیوتیکها بیماری خفه شده و لذا تشخیص صحیح مسلم نشده است و در نتیجه طفل در اثر این بیماری به کوری مبتلا شده است .

گاهی بعضی از والدین نمیتوانند بخود بقبولانند که فرزندشان کر بدنیا آمده است لذا سعی میکنند که هر چیز و اتفاق کوچکی را که در زندگی او وجود داشته است ، علت کوری بچه قلمداد کنند .

معاینه طفل : بعد از آشنائی کامل بچه با محیط و تکمیل پرسشها ، باید بچه را از جوانب زیر مورد معاینه و مطالعه قرار داد .

گوش و حلق و بینی ، بیماریهای مادرزادی ، روان شناسی و اندازه گیری بهره هوشی طفل . سپس به معاینه شنوایی طفل می پردازیم :

معاینه شنوایی در اطفال با سن طفل ، با وضع روانی ، بهره هوشی و در شرایط مختلف فرق میکند .

معاینه در شش ماه اول زندگی: بارفلکس مورو Moro میتوانیم به وجود شنوایی در پیش بچه ها پی ببریم یعنی بچه با شنیدن صدای بلند ، ناگهان تکان خورده و دست و پای خود را روی شکم جمع میکند . این واکنش ، فلکس مورو نامیده میشود . طفل بعداً نسبت به صداهای آشنا ، مثل صدای اسباب بازی ، بهم خوردن قاشق و فنجان ، جغ جغه Rattles و واکنش نشان میدهد . واکنش بچه ممکنست خیلی کم محسوس باشد ، مثل بهم زدن پلکها ، یا مختصر لبخند و یا گره کردن ابروها ، چیزیکه یک طیبب باید حتما در نظر داشته باشد ، اینست که ممکنست واکنش بچه منفی باشد . این بدان معنی است که : واکنش بصورت از کار دست کشیدن بچه در اثر شنیدن صوت و یا صدائی باشد . این واکنش را واکنش منفی مینامیم .

از یک سالگی به بعد تا سه سالگی ، معاینه بچه مشکل تر میشود . چون بچه شروع میکند که راه برود و نمیتوان او را در یک جا نگه داشت و توجه او را به چیزی جلب کرد . با اینحال میتوان از رفتار بچه وضع تکلم ، تعداد لغاتی که بکار میبرد ، پی به وضع شنوایی او برد . در این سن صدازدن اسم طفل یکی از روشهای معمولی معاینه است ، بعلاوه میتوان از وسائل صوتی مثل گریلوفون ، طبل و غیره استفاده کرد . باید در این گونه آزمایشهای شنوایی دقت کافی کرد که لرزش کف اطاق ممکنست توجه بچه را جلب کند و بنظر ما چنین برسد که طفل صدای اسبابهای معاینه را شنیده است .

از سه تا شش سالگی از بیمار اودیولوژی شرطی بعمل میآوردند . باین امتحان که مستلزم حوصله و دقت و صرف وقت بیشتری است ، نتایج بهتری بدست میآید . باین وسیله علاوه بر

تعلیم و تربیت کودکان کرولال و اطفالی که ضعف شنوایی دارند بوجود آمده است. با اینحال در بیشتر نقاط دنیا، موقعی که طفل کری را می بینند بعلت عدم وجود مؤسسات درمانی و آموزشی و کمبود کادر تخصصی و یا عدم آشنائی به امکان استفاده از وسائل مدرن آموزش و پرورش، او را غیر قابل معالجه و تربیت میدانند.

منظور ما از تشخیص زود، معالجه و آموزش بموقع این اطفال میباشد، لذا بعد از تشخیص میتوان اقدامات زیر را جهت درمان و آموزش این اطفال بعمل آورد.

۱ - اشخاصیکه بوسائل جراحی یا داروئی قابل درمان هستند، معالجه میشوند. البته این گونه معالجات باید توأم با آموزش اودبولوژیک بچه باشد.

۲ - کسانی که کریشان بوسائلی قابل معالجه نیست، تحت آموزش مخصوص قرار میگیرند. این اطفال با متدهای سمعی و بصری، سمعکهای همگانی، وسائل الکترونیکی مدرن، کلاسها و مدارس مخصوص کرها، تحت نظر متخصصین مربوطه آموزش می بینند. باین وسیله، هم از باقی ماندهها و جزایر شنواییشان بهره میگیریم و هم باین بیماران لبخوانی Lip Reading و نیز خواندن و نوشتن را یاد میدهیم. امروزه دیگر متد قدیمی Manualism یعنی حرف زدن با حرکات انگشتها از بین رفته است و بیشتر تکیه متخصصین معطوف بر استفاده از لب و بکار انداختن جزایر شنوایی میباشد تا بتوانند باین وسیله بچه را آموزش دهند که هم خود تکلم کند و هم تکلم دیگران را درک کند. ما در این جا از ذکر مسائل تکنیکی دقیق صرف نظر میکنیم و فقط نکات مهم زیر را یادآوری میکنیم:

الف: تشخیص زود.

ب: بلافاصله بعد از تشخیص شروع به بررسی وضع خانوادگی و روانی بچه کرده و نیز امکانات معالجه طبی، جراحی و آموزشی را در نظر میگیریم.

ج: یادآوری نقش اساسی والدین در آموزش اطفال و جلب توجه و همکاری آنها. چون بدون همکاری آنها امکان پیشرفت در آموزش وجود نخواهد داشت. در بعضی از کشورها، مجلات و کتابهای مخصوص اطفال کر و والدین آنها منتشر میشود که در این انتشارات علاوه بر اینکه طرق متعدد علمی و عملی آموزش اطفال کر به والدین یاد داده میشود، نظریات و روشهای را که والدین اطفال در تربیت بچه هایشان اعمال میکنند منتشر میکنند. باید به مادران یاد داد که چگونه با بچه کر حرف بزنند و نیز تأثیر صحبت و تکلم زیاد با بچه کر را به ایشان گوشزد کرد.

مادر و اطرافیان میتوانند از اسباب بازیها، آئینه و وسائل روزمره زندگی برای آموزش کودکشان استفاده کنند. مثلاً مادر جلو آئینه می ایستد بطوریکه در موقع تکلم بچه متوجه حرکات لبهای او در آئینه باشد. باین وسیله بانسان دادن اسباب بازیها به طفل و نام بردن آنها بچه را به فراگیری لب خوانی و یادگیری تکلم راهنمایی میکند.

مخصوصاً در اطفالی که مادر کار میکند و بچه در گوشه ای فراموش میشود و یا در بچه هائی که در محیطی که در ارتباطات بین افراد خانواده و یا افراد خانواده و محیط خارج بیشتر از یک زبان بکار میرود بار می آیند، صادق است.

۵ - عدم درک کلامی مادرزادی Congenital Auditory Imperception در بعضی از اطفال

دیده میشود. این اطفال جملات و کلمات را میشنوند ولی معنی آنها را درک نمیکنند، این ناهنجاری بنام دیگری هم نامیده میشود که عبارتست از کری مادرزادی کلمات

Congenital Word Deafness

۶- تاخیر فامیلیال تکلم Familial Delay of Speech

یا دیرزبان باز کردن فامیلیال در پیش بچه ها: بعضی بچه ها در بعضی از خانواده های مشخص دیرتر زبان باز میکنند. مک هیو Mac Hugh از موثر آل کودکانی را که بطور طبیعی تکلم نمیکردند بررسی کرده و نتیجه زیر را بدست میدهد.

۵۰ درصد کر، ۲۹ درصد ضایعات مغزی، ۱۳ درصد عقب ماندگی روانی و ۸ درصد عدم ثبات عاطفی داشته اند.

درمان و آموزش

از نقطه نظر درمان و پیشگیری است که ما اهمیت زیادی به اتیولوژی کرها میدهیم تعداد بسیاری از اطفال کر بعلل ارثی و مادرزادی کر بدنیا می آیند. با آموزش صحیح مادران - با جلوگیری از ازدواج کسانی که امکان بوجود آمدن ناهنجاریهای ارثی در پیش اطفالشان وجود دارد، با بهداشت زمان حاملگی و غیره میتوانیم تا حدی جلو ناهنجاریهای ارثی و مادرزادی را بگیریم. از طرف دیگر با درک موقعیت و زمینه ژنتیکی مادر و پدر و نیز با در نظر گرفتن بیماریهای زمان حاملگی میتوان به تشخیص زود کری بچه هدایت شده، و او را زودتر تحت درمان و آموزش مخصوص قرارداد.

در پیش آنهائیکه در اثر ناراحتیهای گوش خارجی یا میانی به کری مبتلا هستند، میتوان با اعمال جراحی و یا با درمان عفونت و غیره کری را از بین برده و در نتیجه به شنوایی بچه کمک کرد. مثل اوتیت های چرکی میانی یا اوتیت سروز.

در صورتیکه کری قابل درمان از راه داروئی یا جراحی نباشد، باید در اینگونه موارد از وسائل تعلیم و تربیت، سمعک، وسایل الکترونیکی و نیز روشهای آموزشی فردی و دسته جمعی استفاده کرد.

لازم به یادآوری نیست که تشخیص زود و بموقع کلید درمان و آموزش صحیح و ثمر بخش میباشد. بیشتر اعتقاد بر این است که باید تشخیص و شروع درمان قبل از سه سالگی باشد و الا نتیجه رضایت بخش بدست نمی آید.

درسالهای اخیر پیشرفتهای زیادی در امر آموزش،

فعال و مفید باشند . من شرح نسبتاً مفصلی در مورد علت کریها نوشته‌ام چون تشخیص اتیولوژیک علاوه بر کمک به درمان و آموزش طفل ، در پیشگیری کریها هم اهمیت بخصوص دارد .

در این مقاله علاوه بر تکیه به تشخیص اتیولوژیک ، کریها از نقطه نظر ضعف و شدت مورد مطالعه قرار گرفته و از وسائل تشخیص کلینیکی نام برده شده و اشاره‌ای به درمان و آموزش بچه کر شده است .

از شرح تکنیکهای پیچیده و دقیق معاینه و معالجه طفل خودداری شده است و بطور خلاصه نقش اساسی تشخیص زود ، و مؤسسات و والدین طفل در تربیت او بررسی گردیده است .

رویه‌مرفته در تمام نقاط دنیا ، کلینیکها ، مؤسسات و مدارس مخصوص اطفال کر بقدری محدود هستند که اگر والدین این اطفال نخواهند و نتوانند به تربیت بچه خود کمک کنند ، پیشرفت مهمی در امر آموزش این اطفال بچشم نخواهد خورد ، لذا این کلینیکها و مؤسسات علاوه بر تشخیص و آموزش و درمان اطفال کر ، والدین آنها را برای آموزش و تربیت بچه شان آماده می‌سازند .

خلاصه : کری عارضه‌ایست که در تمام دنیا مورد توجه قرار گرفته است . با فراهم شدن امکانات تشخیص و درمان ، عده بسیاری از اطفالی که کروزال می‌باشند ، شانس معالجه ، و فراگیری تکلم را پیدامیکنند و باین وسیله میتوانند از انزوای خود بیرون آمده و وارد اجتماع شده و عضوی

CHILDREN'S DEAFNESS

This is an article about children's deafness, its ethiology, diagnosis, treatment, and educational treatment. Here I have given a brief account about the deafness itself and its individual and social complications, also it's impression on the psychological well being of the child. Then I have discussed, rather in detail, the ethiology of children's deafness and I have given some statistics about the ethiological factors involved in producing children's deafness.

In the diagnosis, a paragraph has been devoted to the advantages of early diagnosis and there is a talk about the parts of physician, parents and otolaryngologist in diagnosing the defect and the results of their co-operation.

At the end, without referring to the detailed technical instruments and problems, an account has been given of the ways of education of these children and giving them the chance of being a useful, active and normal members of the society.

References

1. J. F. Neil Et Al., British Medical Journal, 8th. January, 1966. P. 75.
2. The Preschool Deaf Child, A. A. Mac Gibbon, the Newzealand Medical Journal, No. 306. Aprril 1956. Vol. LV.
3. The Deaf Child, E. Whetnall and D. B. Fry. Villiam Heinemann, Medical Books Ltd., 1964.
4. Deafness, J. Chalmers Ballantyne, J. and A. Churchill Ltd., London, 1960.
5. A Clinical and Experimental Study. Eugene, N. Myers and Joel M. Bernstein Arch of Otolaryngology Vo. 82, Nov. 1965.
6. Sensorineural Hearing Loss, Ciba Foundation Symposium, page 28. J. A. Chiurchill, 1970.
7. R. J. Ruben, and D. Rozychi, Arch Otolaryngo. Vol. 91, May 1970.
8. G. R. Frazer, Research in Deafness, Oxford Blackwell, 1964.
9. Cavin Livingstone, Research in Deafness, Oxford Blackwell.
10. H. Maurer and C. J. Partsch, Year Book of Ear, Nose and Throat, Year Book Medical Publications, 1964-1965.