

## توان بخشی خردسالان ناشنوا: راهنمای جامع درمانگران و والدین

سعید حسن زاده و فاطمه نیک خو، تهران: ارجمند، ۱۳۹۶، چاپ اول، ۲۳۲ صفحه.

امیرعباس ابراهیمی<sup>۱</sup>

### ۱. بررسی شکلی

کتاب *توان بخشی خردسالان ناشنوا: راهنمای جامع درمانگران و والدین* تألیف دکتر سعید حسن زاده و دکتر فاطمه نیک خو به وسیله کتاب ارجمند در قطع رقعی به چاپ رسیده و از طرح جلد مناسبی برخوردار است. نشانه‌های سجاوندی و قواعد نگارشی در آن رعایت و در هفت فصل همراه با منابع انگلیسی تا اندازه‌ای جدید، واژه‌نامه انگلیسی-فارسی و پیوست تنظیم شده است. فصل‌های چاپ نخست کتاب به ترتیب عبارتند از: فصل یکم: بررسی دستگاه شنوایی و انواع افت شنوایی، فصل دوم: سمعک، فصل سوم کاشت حلزون شنوایی، فصل چهارم: مهارت‌های پیش کلامی، فصل پنجم: توان بخشی شنیداری، فصل ششم: تنیدگی روانی و پذیرش ناشنوایی، فصل هفتم: دلبستگی و تعامل والد-کودک ناشنوا. نخست اشکالات عمده کتاب و سپس نقاط ضعف و قوت هر فصل مورد نقد قرار خواهد گرفت.

### ۲. بررسی محتوایی

#### فصل یکم: بررسی دستگاه شنوایی و انواع افت شنوایی

- وقتی آستانه‌های شنوایی کمتر از ۲۰ دسی بل باشد افت شنوایی در نظر گرفته می‌شود (ص ۱۸). در صورتی که در کودکان بالاتر بودن آستانه‌های شنوایی از ۱۵ دسی بل درست است (این موضوع در صفحه ۲۱ تا حدی اصلاح شده است) (جری و داوون<sup>۲</sup>، ۲۰۱۴: ۴۰).
- برحسب شدت آسیب، ناشنوایی به درجات خفیف، متوسط، ... طبقه‌بندی می‌شود (ص ۱۸). در شنوایی‌شناسی ناشنوایی خفیف (slight deafness) نداریم. به جای آن باید از درجات کم‌شنوایی (hearing loss) نام برد (کم‌شنوایی خفیف). ضمن آنکه اشاره‌ای به کم‌شنوایی

---

۱. دکترای شنوایی‌شناسی، وزارت آموزش و پرورش.

۲. Jerry L. Northern and M.P. Downs

- ملایم<sup>۱</sup> (۲۵-۳۰ دسی‌بل) نشده است در کودکان کم‌شنوایی ۳۰-۵۰ دسی‌بل متوسط، ۵۰-۷۰ دسی‌بل شدید و ۷۰+ دسی‌بل عمیق در نظر گرفته می‌شود (همان).
- در تعریف افت شنوایی حسی-عصبی آورده شده: این نوع ناشنوایی (ص ۱۹)، لزوماً افت شنوایی حسی-عصبی موجب ناشنوایی نمی‌شود، بلکه ممکن است موجب کم‌شنوایی شود.
  - جدول ۱-۱ (ص ۲۶). با توجه به اینکه مؤلفان گرامی در صفحه ۱۰ اشاره کرده‌اند کتاب ویژه کودکان زیر ۲ سال نوشته شده بسیاری از اجزای این جدول به عنوان مثال، آموزش راهبردهای ارتباطی (آموزش راهکارهایی جهت افزایش مهارت‌های ارتباطی افراد ناشنوا)، یا آموزش لبخوانی برای سنین بالاتر طراحی شده‌اند که مؤلفان گرامی توجهی به آن نداشته‌اند. علاوه بر این، با مراجعه به اصل مقاله چنین دسته‌بندی مشاهده نشد (۴).
  - شکل ۵-۱ (ص ۲۸) تجویز سمعک و کاشت بر اساس شدت افت دقیق نیست. بر اساس شکل این گونه به نظر می‌رسد که کم‌شنوایی فرد استفاده‌کننده از سمعک باید در محدوده کمتر از ۷۰ دسی‌بل باشد و اگر کم‌شنوایی این فرد در محدوده بیش از این مقدار باشد نامزد استفاده از سمعک نیست. در صورتی که با توجه به پیشرفت فناوری بسیاری از افراد با ۹۰ دسی‌بل کم‌شنوایی کاربر سمعک هستند.

### فصل دوم. سمعک

- اطلاعات این فصل برای والدینی که تازه دارای فرزند ناشنوا شده‌اند می‌تواند سودمند باشد اما با توجه به عنوان کتاب راهنمای جامع درمانگران و والدین حرفی برای گفتن ندارد.

### فصل سوم: کاشت حلزون شنوایی

- در سال ۱۹۸۰ اولین جراحی کاشت تک‌کاناله در کودکان توسط لوکس‌فورد روی کودکان انجام شد (ص ۴۵). با توجه به عدم وجود منبع درون‌متنی و پانویس نکردن لوکس‌فورد امکان جست‌وجوی درستی این نوشته با صرف زمان بسیار تأیید نشد. مطابق منابع نخستین جراحی کاشت کودکان به دکتر ویلیام هاوس<sup>۲</sup> نسبت داده می‌شود (آیزنبرگ و هوس<sup>۳</sup>، ۱۹۸۲ و آیزنبرگ، ۲۰۱۵).

---

۱. Mild

۲. Dr. William House

۳. Eisenberg, L. S., & House, W. F.

۱. در سال ۱۹۹۵ کاشت حلزون چندکاناله در ملیورن انجام شد (ص ۴۵). اما تاریخ کاشت چندکاناله به ده سال پیش از این تاریخ برمی‌گردد (سارانت، ۲۰۱۲)؛
۲. در صفحه ۴۶ این جمله تکرار شده است: «مستلزم ارائه برنامه‌های جامع و بین‌رشته‌ای است که همکاری جراح گوش، شنوایی‌شناس، گفتاردرمانگر، و معلم ناشنوایان را در کنار والدین ضروری می‌سازد» (ص ۴۵).

#### فصل چهارم: مهارت‌های پیش‌کلامی

- در این فصل مطالب خوبی در مورد مهارت‌های پیش‌کلامی آورده شده است اما در صفحه ۵۷ گفته شده «رشد مهارت‌های شنیداری را می‌توان در قالب مرحله‌های زیر طبقه‌بندی کرد». مؤلفان گرامی اشاره‌ای نکرده‌اند این موارد مراحل سلسله مراتب رشد شنیداری FAPI است (استردلر-براون، ۲۰۰۴). در ضمن با توجه به هدف کتاب که کودکان زیر دو سال است اشاره‌ای نکرده‌اند که مرحله حافظه کوتاه‌مدت برای کودکان بالای دو سال مطرح است (مدوتسکی، بوکارد، و هود، ۲۰۰۹).

#### فصل پنجم: توان‌بخشی شنیداری

- در بخش اصول برقراری ارتباط با کودک ناشنوا تمرین‌های خوبی ارائه شده است که شوربختانه منبع آنها مشخص نیست.
- در بخش برنامه‌های مداخله خانواده‌محور (ص ۷۵) رویکرد شنیداری/کلامی (AVT) جزء برنامه‌های مداخله خانواده‌محور دسته‌بندی شده که به هیچ وجه درست نیست. رویکرد شنیداری/کلامی همان‌طور که از نامش پیدا است جزء روش یا رویکردهای ارتباطی شفاهی است (بیتی، ۲۰۰۶). همچنین در صفحه ۷۸ عنوان شده برنامه SKI-HI برنامه تربیت شنوایی است. در حالی که این برنامه یک برنامه جامع مداخله زود هنگام خانواده‌محور است که علاوه بر برنامه شنیداری دارای برنامه سمعک در خانه، برنامه برقراری ارتباط و برنامه فراگیری زبان نیز هست (واتکینز و کلارک، ۱۹۹۳).

- 
1. Sarant, J.
  2. Stredler- Brown
  3. Medwetsky, L., Burkard, R. F., & Hood, L. J.
  4. Beattie, R. G.
  5. Watkins S., Clark T.

### فصل ششم: تنیدگی روانی والدین و پذیرش ناشنوایی

- در این فصل چرخه سوگ بدون ذکر منبع به صورت «اندوه، بی کفایتی، خشم، احساس گناه و پذیرش» عنوان شده. مطابق بیشتر منابع نخستین مرحله سوگ انکار یا شوک است و نه اندوه که خود اشاره به سوگ دارد. کوبلر-راس<sup>۱</sup> روند سوگ را در پنج گام توضیح داد: ۱. انکار، ۲. خشم، ۳. چانه زنی، ۴. افسردگی، و ۵. پذیرش. مطابق نظر شونتز<sup>۲</sup> در واکنش به بحران والدین نخست دچار شوک می شوند (کرو<sup>۳</sup>، ۱۹۹۷).

### فصل هفتم: دلبستگی و تعامل والد-کودک ناشنوا

- در این فصل مطالب سودمندی درباره دلبستگی است اما مرجع جدول ۱-۷ مشخص نشده است (ص ۱۸۱).

#### پیوست‌ها

- پیوست ۱: الف. منبع «نحوه اجرای آزمون» مشخص نیست. ب. جدول ۱ مشخص نشده است.  
- پیوست ۲: منبع هیچ کدام از جدول‌ها مشخص نیست.  
- پیوست ۵: الف. منبع جدول‌ها مشخص نیست. ب. جدول ۱۶ سیاهه CSBSP فرم کودک/نوزاد (ص ۲۲۷) که ترجمه درست آن بازبینی (checklist) شیرخوار/نوپای CSBSP می‌شود. toddler به معنای نوپا است و سیاهه معادل فارسی inventory است.

### ۳. ارزشیابی کلی و پیشنهادها

نخستین نقدی که بر کتاب وارد است به کاربردن واژه «جامع» است. کتاب توان بخشی جامع خردسالان ناشنوا پس از بررسی نقاط قوت و ضعف برنامه‌های توان بخشی رایج تألیف شد (ص ۱۰). واژه جامع در عنوان کتاب نیز به چشم می‌خورد. در این مورد دو نکته لازم به ذکر است. کتابی با ۲۳۰ صفحه نمی‌تواند کتابی جامع در زمینه توان بخشی کودکان ناشنوا باشد. دوم، هیچ اشاره‌ای به نقاط ضعف دیگر برنامه‌های توان بخشی نشده است. این کتاب، برنامه نیست که با دیگر برنامه‌ها مقایسه شده، علاوه بر این مشخص نشده کدام برنامه‌ها. در این چند سطر شاهد اغراق آن هم از نوع علمی بدون هیچ سند و مدرکی هستیم.

---

1. Elizabeth Kübler- Ross (1969)  
2. Shontz (1965)  
3. Crow T.A.

از مهم‌ترین اشکالات کتاب به موارد زیر می‌توان اشاره کرد:

۱. کتاب فاقد پانویس است و هیچ اصلاح یا نام خاصی (به جز چهار مورد) پانویس نشده است.
۲. در هیچ جای متن کتاب، اختصارات به طور کامل نوشته نشده است. به عنوان نمونه: SNHL، MHL (ص ۱۹).
۳. به جز چند مورد، منبع مطالب در متن مشخص نشده است.
۴. منبع‌نویسی دقیق و علمی نیست مثلاً، در صفحه ۱۹۷  
Katz, J. (2009). *Handbook of clinical audiology*. (5<sup>th</sup> ed). Lippincott: William & Wilkins.

که درست آن به این شکل است:

Medwetsky, L., Burkard, R. F., & Hood, L. J. (2009). *Handbook of clinical audiology*. (5th ed). J. Katz (Ed.). Wolters Kluwer, Lippincott William & Wilkins.

ضمن اینکه آخرین ویراست این کتاب در سال ۲۰۱۵ به چاپ رسیده و در دسترس است که بهتر بود مورد استناد قرار می‌گرفت. یا منبع

Hull, H. (2010). *Introduction to aural rehabilitation*. (2nd ed). Plural Publishing.

(ص ۱۹۷) که درست آن به این شکل است:

Hull, R. H. (2013). *Introduction to aural rehabilitation*. (2nd ed). Plural Publishing.

در سال چاپ کتاب و نام نویسنده Reymond دقت کافی صورت نگرفته است.

۵. منبع برخی از جدول‌ها مانند جدول ۱-۶ یا ۱-۵ و هیچ‌کدام از شکل‌ها مشخص نیست.
۶. از برابرنهادهای رایج فارسی و مصوبات گروه واژه‌گزینی شنوایی‌شناسی فرهنگستان زبان و ادب فارسی استفاده نشده است. مثلاً، مؤلفان گرامی از اصطلاح «تنیدگی روانی» استفاده کرده‌اند این اصطلاح نه تنها پانویس نشده در واژه‌نامه نیز آورده نشده که برای خواننده مشخص کند مؤلفان تنیدگی را معادل چه واژه‌ای به کار برده‌اند. به علاوه، استفاده از واژه «تنیدگی روانی» این پرسش را ایجاد می‌کند آیا تنیدگی غیرروانی هم داریم؟ فرهنگستان زبان و ادب فارسی برای واژه Stress، که احتمالاً مدنظر مؤلفان گرامی بوده «فشار روانی» را تصویب کرده است.

مثال دیگر، افت شنوایی متوسط تا شدید که بهتر بود از اصطلاح افت شنوایی نیمه‌شدید از مصوبات گروه واژه‌گزینی شنوایی‌شناسی فرهنگستان استفاده می‌شد. برخی از موارد دیگر عبارتند از:

صفحه	واژه به کار رفته	پیشنهاد
۱۴	وستیبول	بهتر بود به جای آن واژه فارسی دهلیز استفاده می‌شد.
۱۵	عصب کوکلنار و عصب وستیبولار	بهتر بود از معادل فارسی آنها عصب حلزونی و عصب دهلیزی استفاده می‌شد.
۲۶	ساختاریافته و نیمه‌ساختاریافته	در زبان فارسی سازمان‌یافته و نیمه‌سازمان‌یافته به کار می‌رود.
۲۶	لب‌خوانی	اصطلاح درست «گفتارخوانی» است.
کل کتاب	ناتوانی (inability)	به جای آن از واژه کم‌توانی (disability) باید استفاده شود (از مصوبات گروه واژه‌گزینی شنوایی‌شناسی فرهنگستان).
۳۵	گوشی	رایج نیست. مشخص نیست به کدام بخش از سمعک اشاره می‌کند.
۲۵	پاسخ شنوایی پایدار	پاسخ حالت پایای شنوایی مصوبه گروه واژه‌گزینی شنوایی‌شناسی فرهنگستان است.
۱۸	شنوایی طبیعی	واژه درست شنوایی هنجار است.

۷. استفاده از اصطلاحات بیگانه. مثلاً، رندم ص ۲۰۸؛

۸. اشتباهات نگارشی: مثلاً، مربوطه (مربوط درست است)، واتکین ص ۷۹ (watkins درست است).

۹. یک‌دست نبودن متن و واژه‌نامه. مثلاً، اتواکوستیک امیژن در متن ص ۲۳ و گسیل صوتی در واژه‌نامه، یا کاشت حلزون شنوایی در متن و کاشت حلزون در واژه‌نامه.

۱۰. در بخش واژه‌نامه اشتباهات زیر به چشم می‌خورد:
- ✓ نخست آنکه بسیاری از اصطلاحات کتاب در این بخش آورده نشده است،
  - ✓ معادل «گسیل صوتی» طبق مصوبه گروه شنوایی‌شناسی فرهنگستان «گسیله صوتی» است.
  - ✓ معادل «جهت‌یابی» طبق مصوبه گروه شنوایی‌شناسی فرهنگستان «مکان‌یابی» است.
  - ✓ معادل "Infant" خردسال نوشته شده در حالی که این واژه به معنای «شیرخوار» است؛
  - ✓ معادل «تمایز شنیداری» طبق مصوبه گروه شنوایی‌شناسی فرهنگستان «تمیز شنیداری» است.
  - ✓ معادل «رویکرد شنیداری/کلامی AVT» طبق مصوبه گروه شنوایی‌شناسی فرهنگستان «درمان شنیداری/کلامی» است.
  - ✓ بهتر است به جای «سیستم مرکزی شنوایی» از اصطلاح «دستگاه مرکزی شنوایی» استفاده شود.
  - ✓ معادل "Total communication" به جای ارتباط کامل بهتر است از «ارتباط کلی رایج» که مصوبه گروه شنوایی‌شناسی فرهنگستان است استفاده شود.
  - ✓ معادل‌سازی برای واژه‌ها و اصطلاحات تخصصی و خارجی صورت نگرفته است، مثلاً «اتولوژی» (گوش‌پزشکی همانند چشم‌پزشکی).
۱۱. سال منابع به فارسی تایپ شده است، برای نمونه (katz, ۲۰۰۹).
- در کل علی‌رغم کمی و کاستی‌های برشمرده شده کتاب دارای نقاط قوتی هست که به آنها اشاره شد و می‌تواند تا اندازه‌ای پاسخگوی نیازهای درمانگران و والدین باشد.

### فهرست منابع

- حسن‌زاده، سعید؛ نیک‌خو، فاطمه (۱۳۹۶). توان‌بخشی خردسالان ناشنوا: راهنمای جامع درمانگران و والدین. تهران: انتشارات ارجمند.
- فرهنگ واژه‌های مصوب فرهنگستان زبان و ادب فارسی. هزار واژه پزشکی، جلد یکم و دوم (۱۳۹۰-۱۳۹۳). تهران: انتشارات فرهنگستان زبان و ادب فارسی.

- Jerry L. Northern and M.P. Downs, *Hearing in Children* (6<sup>th</sup> ed) . (2014), San Diego: Plural Publishing, Inc.
- Prendergast, S. G., & Kelley, L. A. (2002). Aural rehab services: Survey reports who offers which ones and how often, and by whom. *The Hearing Journal*, 55(9), 30-34.
- Eisenberg, L. S. (2015). The contributions of William F. House to the field of implantable auditory devices. *Hearing research*, 322, 52-56.
- Eisenberg, L. S., & House, W. F. (1982). Initial experience with the cochlear implant in children. *The Annals of otology, rhinology & laryngology. Supplement*, 91(2 Pt 3), 67-73.
- Sarant, J. (2012). Cochlear implants in children: A review. In *Hearing loss*. InTech.
- Medwetsky, L., Burkard, R. F., & Hood, L. J. (2009). *Handbook of clinical audiology*. (5<sup>th</sup> ed). J. Katz (Ed.). Wolters Kluwer, Lippincott William & Wilkins.
- Beattie, R. G. (2006). The oral methods and spoken language acquisition in *Advances in the Spoken Language Development of Deaf and Hard-of-Hearing Children* by Spencer, P. E and Marschark, Marc. Oxford: Oxford University Press.
- Watkins S., Clark T. (1993). SkI\*-HI Model: A Resource Manual: Family-Centered Home-Based Program for Infants, Toddlers & School Aged Children with Hearing Impairment.
- Crow T.A. (1997). Emotional Aspect of Communicative Disorders. In T.A. Crowe (Ed). *Application of Counseling in Speech-Language Pathology*. Williams & Wilkins.