



نشریه توانبخشی

بچه‌های آسمان

ماهنامه اجتماعی فرهنگی • سال سوم • شماره ۳۱
تیر ۱۴۰۱ • قیمت ۳۰ هزار تومان

عید قربان مبارک





بچه‌های آسمان

موسسه خیریه

نگهداری و توانبخشی

معلولین بی‌سرپرست

www.bachehayeeaseman.org

عید قربان نذری برای آسمان

طریق صفحات مجازی نیز از حمایت نیکوکاران عزیز برخوردار بودند.

در این بین اپلیکیشن های پرداخت سکه و فن آواکارت در نوبت های مختلف در جهت حمایت از موسسه خیریه بچه های آسمان پوش پرداخت نذورات قربانی به صورت آنلاین رفتند و همچنین هنرمندان خوب کشورمان از طریق صفحات مجازی حمایت معنوی خود را از بچه های آسمان اعلام نمودند.

در روز عید قربان علاوه بر موارد ذکر شده سایت های مختلف پربازدید همچون آپارات و نماوا بئر طرح عید قربان متعلق به خیریه بچه های آسمان را در سایت خود منتشر نمودند.

عید قربان فرصتی شد برای تجربه ی احسان، بخشش و همدلی تا در این روز مبارک با انجام کار نیک لبخند بر لبان همدیگر بنشانیم و شادی این عید را با افراد معلول بی سرپرست تقسیم کنیم.

موسسه خیریه بچه های آسمان به مانند سال های گذشته میزبان مهربانان خود بود. نیکوکاران گرمای با اهدای نذورات قربانی خود به بچه های آسمان آن ها را در مسیر نگهداری، توانبخشی و مصرف گوشت روزانه یاری نمودند.

خیریه بچه های آسمان علاوه بر میزبانی از خیرین گرمای که در دفاتر موسسه حاضر می شدند از

پیام مدیرعامل



عید قربان یکی از پرشکوه ترین اعیاد الهی است، عیدی که باید غم هایمان را قربانی شادی کنیم، غرور و تکبر را کنار بگذاریم و مهربان باشیم؛ خوبی را تمرین کنیم همانطور که خداوند در این روز به ما نعمت بخشید.

موسسه خیریه بچه های آسمان در روز عید قربان برای تمامی شما عزیزان حال خوب، دلخوشی های هر چند کوچک با امیدهای بزرگ برایتان آرزو می کند. همانطور که در تمامی این روزهای مبارک لطف خدا و مهربانی نیکوکاران ارجمند همراه بچه های آسمان بود و در روز عید قربان با اهدای نذورات خود ما را در تامین، نگهداری و توانبخشی بچه های معلول بی سرپرست یاری نمودند.



فهرست مجله

۱. پیام مدیرعامل و عید قربان ۵
۲. ذهنی جامانده ۶
۳. آسیب شناسی ۱۱
۴. ناشنوایی ۱۹
۵. عید غدیر ۲۴
۶. معرفی فیلم ۲۵
۷. معرفی کتاب ۲۷



سال سوم
شماره سی و یک
تیر ۱۴۰۱

نشریه توانبخشی بچه های آسمان
رویکرد نشریه: اجتماعی - فرهنگی - توانبخشی

صاحب امتیاز:
موسسه خیریه بچه های آسمان کامران

مدیر مسئول:
احمد رضا نقابی

سر دبیر:
احمد رضا نقابی

گرافیک و صفحه آرایی:
آتلیه طراحی بچه های آسمان

چاپ و نشر:
چاپخانه اسوه هنر

نشانی: قیصریه، بلوار اندرزگو، نبش
اشکستانپور شمالی، پلاک ۴۳، طبقه ۳،
واحد ۵ تلفن: ۰۲۱-۲۶۶۵۸۱۰۱

آدرس سایت:
www.bachehayeaseman.org

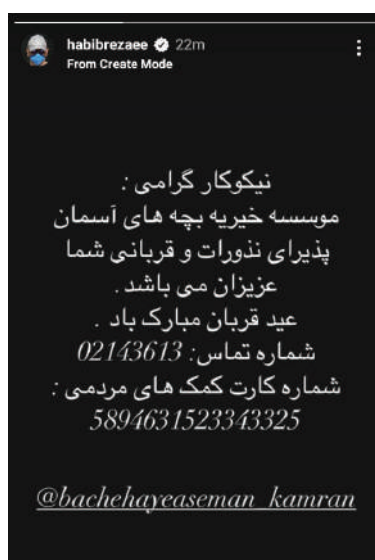
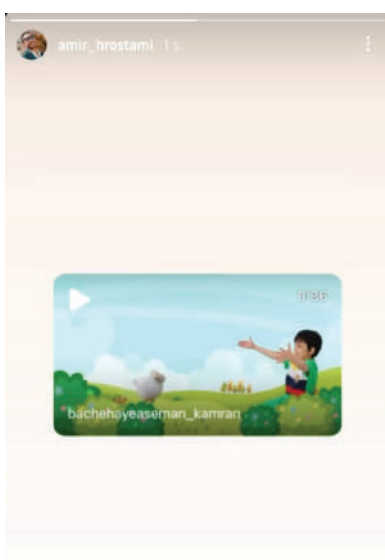
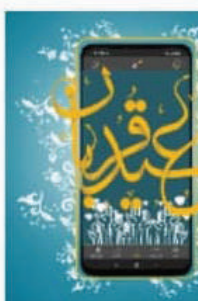
اینستاگرام:
bachehayeaseman_kamran

ایمیل:
info@bachehayeaseman.org

عید قربان مبارک

بامهربانی حامی نیازمندان باشیم

نذر مهربانی



ذهنی جامانده

کم توانی ذهنی به انگلیسی **Intellectual Disability** که به آن عقب ماندگی ذهنی (**Retardation Mental**) هم می گفتند، در ذهن بیشتر افراد با مفهوم آی کیو و هوشیهر گره خورده است و اولین چیزی که با شنیدن عقب ماندگی یا کم توانی ذهنی به فکرمان میرسد، پایین بودن هوش است. درست است که یکی از ویژگی های افراد کم توان ذهنی پایین بودن هوش آنهاست اما این تمام ماجرا نیست! اگر دنبال اطلاعات جامعی درمورد کم توانی ذهنی هستید، خواندن این مقاله را به شما توصیه میکنیم.

کم توانی ذهنی چیست؟

بهتر است بدانیم برای این افراد دیگر عبارت ”عقب مانده ی ذهنی“ استفاده نمی شود. بر طبق استاندارد جهانی، عبارت کم توان ذهنی جایگزین اصطلاح عقب مانده ی ذهنی شده است. برای آسان تر شدن تعریف کم توانی ذهنی، بهتر است ابتدا خصوصیات کلیدی آن را بشناسیم. از نظر علمی، فرد کم توان ذهنی دو ویژگی اصلی زیر را دارد:

الف) ”کارکرد ذهنی“ یا ”هوش“ پایین تر از حد میانگین جامعه

ب) مشکل یا کمبود در ”رفتارهای سازشی“ یا »مهارت های لازم برای زندگی روزمره«

حالا ببینیم منظور از هوش و رفتارهای سازشی چیست:

هوش یا کارکرد ذهنی

هوش به قابلیت ذهنی افراد در یادگیری، استدلال کردن، تصمیم گیری، حل مسئله، برنامه ریزی، تفکر انتزاعی، درک انگاره های پیچیده، قضاوت، درک امور

زندگی و قابلیت های دیگر این چنینی گفته می شود.

هر چه هوش فرد پایین تر باشد توانایی او در قابلیت هایی که گفتیم، مثل یادگیری، کمتر خواهد بود. مثلاً یک فرد کم توان که بهره هوشی کمتر از عادی دارد، برای یادگیری در مقایسه با افراد دارای هوش معمولی نیاز به تکرار و تمرین بیشتری دارد؛ برای حل مساله نیاز به زمان طولانی تری دارد؛ درک مسایل انتزاعی یا پیچیده برایش دشوارتر است و...

رفتارهای سازشی یا انطباقی این رفتارها در واقع مهارت های لازم برای زندگی روزمره هستند. مثلاً لباس پوشیدن، آماده کردن یک وعده غذایی، رفتن به مدرسه یا سر کار، تمیز کردن اتاق یا خانه، حرف زدن موثر با دیگران و هر مهارت دیگری که فرد جهت انطباق پیدا کردن با محیط دور و برش یاد میگیرد و انجام می دهد. از آنجایی که این رفتارها در طی رشد فرد و از دوران کودکی تا بزرگسالی به تکامل میرسند، بسته به سن فرد، رفتارهایی را که سنش اقتضای کند باید از او انتظار داشته باشیم نه بیشتر!

کودک یا فرد کم توان در انجام این رفتارها به شکل کارآمد مشکل دارد و کفایت مندی لازم را در انجام این رفتارها از خود نشان نمی دهد. همچنین ممکن است این کودکان رفتارهای نامناسبی هم مثل خودآزاری و پرخاشگری داشته باشند. یا اینکه کنترلشان روی بعضی رفتارهایشان کم باشد و باعث آذیت دیگران شود.

با این همه توضیح، نهایتاً به چه کسی کم توان ذهنی میگوییم؟

با توجه به آن چه مطرح شد، فرد کم توان یا عقب مانده ذهنی کسی است که:

توانایی و استعداد کافی برای یادگیری ندارد

در درک امور مربوط به زندگی دچار مشکل است

نمی تواند با شرایط و محیط اطرافش به راحتی سازگاری و تطابق پیدا کند

مهارت مناسب برای زندگی روزمره را ندارد

نیاز به کمک، حمایت و آموزش بیشتری دارد

و بهره هوشی اش پایین (معمولاً کمتر از ۷۰) است.

ارزیابی و تشخیص کم توانی ذهنی وقتی تشخیص کم توانی ذهنی روی یک فرد گذاشته می شود که این سه مورد در او صدق کند:

بروز این اختلال قبل از ۱۸ سالگی باشد. یعنی به کسی که بعد از ۱۸ سالگی، مثلاً در اثر یک تصادف، کارکرد ذهنی اش دچار مشکل شده باشد، کم توان ذهنی نمیگوییم.

بهره ی هوشی فرد پایین تر از میانگین جامعه باشد. بهره هوشی یا آی کیو با تست های خاصی سنجیده می شود. میانگین نمره بهره هوشی افراد در جهان

۱۰۰ می باشد و بیشتر مردم بهره هوشی ای بین ۸۵ تا ۱۱۵ دارند. افرادی که بهره هوشی بالاتر از این مقدار دارند افراد با هوش برتر و افرادی هم که بهره هوشی شان از این مقدار پایین تر است، افراد دیرآموز (با بهره هوشی بین ۷۰ تا ۹۰) و کم توان ذهنی (پایین تر از ۷۰-۷۵) شمرده می شوند. به طور کلی شخصی که نمره بهره هوشی اش کمتر از ۷۰-۷۵ باشد کم توان ذهنی یا عقب مانده ذهنی شمرده می شود.

فرد حداقل در دو مورد از حیطه های رفتارهای سازشی یا انطباقی محدودیت داشته باشد. این حیطه ها شامل مواردی چون برقراری ارتباط با دیگران، زندگی در منزل، مدیریت خود، کار، مهارت های تحصیلی، تفریح، مهارت های اجتماعی و بین فردی، مراقبت از سلامت و امنیت خود و استفاده از امکانات جامعه می باشند.

برای ارزیابی رفتار انطباقی کودک، روانپزشک یا یک کارشناس متخصص مهارت های روزمره او را مشاهده کرده و با همسالانش مقایسه می کند یا از طریق مصاحبه با مراقبین و اطرافیان فرد و



ارزیابی های بالینی دیگر به اطلاعات مناسب دست می یابد.

ویژگی های کودکان کم توان ذهنی بیشتر کودکان کم توان ذهنی از نظر ظاهری تفاوت چندانی با سایر کودکان ندارند. البته عده ای از کودکان کم توان ذهنی که دارای سندرم های خاص هستند (مانند سندرم داون، میکروسفالی، هیدروسفالی و...)، به لحاظ ظاهری هم علائم بالینی دارند.

این کودکان از نظر رشدی در بیشتر موارد تاخیر دارند. مثلاً نسبت به کودکان عادی نشستن، سینه خیز رفتن و پاگرفتن را دیرتر کسب می کنند یا به لحاظ گفتاری دیرتر به حرف زدن می رسند. و به طور کلی آهسته تر از کودکان عادی مهارت های مختلف را کسب می کنند.

کودکان کم توان از نظر کارکردی معمولاً موفق نمی شوند مهارت هایی را که پایه ی یادگیری می شوند به خوبی کسب کنند. برخی از این مهارت ها عبارتند از:

پردازش حسی و ادراک:

هر حسی که بدنمان از محیط دریافت می کند، برای اینکه قابل استفاده شود، باید در مغز به خوبی پردازش شود و سازماندهی و تفسیر گردد. و به این صورت ذهنمان به آنها معنی دهد تا بتوانیم از آن حس ها اطلاعات کسب کنیم و آنها را بفهمیم.

در کودکان با کم توانی ذهنی، اغلب این پردازش و ادراک به خوبی انجام نمی گیرد. به عنوان مثال کودکی که در پردازش حسی دچار اختلال است ممکن است به برخی حس ها کمتر یا بیشتر از حد معمول واکنش نشان دهد. مثلاً با شنیدن صدای یک ماشین گوش خود را بگیرد یا جیغ بزند.

همچنین کودکی که در ادراک بینایی مشکل دارد ممکن است با وجود داشتن چشم های سالم، نتواند لباسش را از داخل یک قفسه شلوغ پیدا کند چون به لحاظ ذهنی نمی تواند به خوبی اشیا را از پس

زمینه شان تشخیص دهد و جدا کند.

هماهنگی حرکات درشت:

منظور از هماهنگی حرکات درشت توانایی انجام درست، روان و ظریف حرکات بزرگ و درشت نظیر دویدن، نشستن، برخاستن، حمل کردن و جابجایی اشیا و... می باشد که می تواند در کودکان کم توان دچار ایراد باشد.

این کودکان ممکن است نتوانند به خوبی حرکات بدنشان را سازماندهی کنند. مثلاً اینکه به سختی بنشینند و برخیزند یا این که ممکن است حین حرکت به دیگران برخورد کنند همچنین در انجام بازی هایی مانند لی لی، پرش جفت پا، گرفتن و انداختن توپ ممکن است مهارت کافی نداشته باشند.

کودک دارای کم توانی ذهنی در انجام کارهایی که نیاز به هماهنگی دوطرف بدن دارد دچار مشکل است؛ مانند پدال زدن، باز کردن در قوطی، ریختن آب در لیوان درحالی که با یک دست پارچ آب را گرفته و با دست دیگر لیوان را نگه داشته است.

کودک کم توان معمولاً در حفظ یک وضعیت حرکتی مشکل دارد؛ مثلاً این که مدتی بنشیند و به حرفهای آموزگار گوش دهد یا مدتی پای تخته سیاه بایستد و روی آن بنویسد برایش دشوار است.

هماهنگی حرکات ظریف:

کنترل حرکتی ظریف قابلیت برای اجرای حرکات ریز به صورت دقیق و روان با دست و انگشتان می باشد.

بریدن با قیچی، گرفتن مداد، نقاشی کشیدن، نوشتن، نخ کردن دانه های تسبیح، ورق زدن کتاب، استفاده از قاشق و چنگال و... همگی نمونه هایی از حرکات ظریف می باشند که در کم توانان ذهنی با مشکل مواجهند.

گفتار و زبان:

تکامل زبان برای یادگیری و تعامل موثر بسیار کلیدی است. یکی دیگر از حوزه هایی که در کودکان کم توان دچار مشکل است گفتار و زبان آنهاست. خصوصیات

که در این رابطه ممکن است در کودکان کم توان مشاهده کنیم میتواند شامل موارد زیر باشد:

در بیان نیازها و خواسته هایشان مشکل دارند

از زبان مختصر و جملات کوتاه استفاده می کنند

اشتباه های دستوری دارند

در به کار بردن بسیاری از کلمات مشکل دارند

اغلب، کلمات را توصیف می کنند یا از کلمات جانشین مانند "این"، "آن" یا "انجا" استفاده می کنند

خوب به حرفهای دیگران گوش نمی دهند

در گوش دادن و فعالیت به طور همزمان مشکل دارند و....

جنبه های اجتماعی و عاطفی:

یک کودک با نوجوان عادی به تدریج در طی رشد با پشت سر نهادن چالش ها به طور موفقیت آمیز و دریافت تشویق دیگران احساس عزت نفس و خود ارزشمندی را به دست می آورد. ولی این دسته از کودکان به علت ناکامی های مکرر از دریافت این گونه احساس ها محروم می مانند.

کودکان کم توان ذهنی به خاطر مشکلاتی که دارند، به راحتی در جمع همسالان خود پذیرفته نمی شوند. گاهی آشکارا طرد می شوند چرا که فاقد مهارت های اجتماعی پایه ای هستند که آنها را قادر می کند با دیگران دوست شوند و معاشرت کنند.

کودکان کم توان علاوه بر مشکل در مهارت های پایه ی یادگیری و یژگی های دیگری مانند توجه و تمرکز پایین، حافظه ضعیف، محدودیت در تفکر انتزاعی و استدلال، دشواری در انجام فعالیت های روزانه و... دارند.

اختلالات شایعی که یکی از علایم آنها کم توانی ذهنی است

همان طور که گفتیم کودکان کم توان

ذهنی اغلب از نمای ظاهری تفاوت چندانی با دیگر کودکان ندارند. اما بعضی سندرم ها و اختلالات هم هستند که باعث کم توانی ذهنی می شوند و علایم ظاهری هم دارند. سخن درباره ی هر کدام از این اختلالات بسیار است و توضیح هر کدام به تنهایی مقاله ای می طلبد بنابراین در ادامه تنها به بررسی مختصر بعضی از این اختلالات می پردازیم.

سندروم داون

علت ایجاد سندروم داون اختلالی ژنتیکی و کروموزومی است. این افراد در سلولهایشان یک کروموزوم اضافه دارند و آمار نشان می دهد که درصد زیادی از کودکان کم توان ذهنی را تشکیل می دهند.

کودکان با تشخیص سندروم داون مراحل رشد ذهنی و جسمی را نسبت

به کودکان عادی دیرتر و با تاخیر سپری می کنند.

افراد مبتلا به سندروم داون انحراف چشم، زبان بزرگ، قد کوتاه، موهای لخت، اغلب عضلاتی شل و تعادلی ضعیف دارند. علاوه بر موارد ذکر شده بیماری های قلبی و ریوی در بین افراد با این تشخیص شایع است و ابتلا به بیماری های عفونی و تنفسی نسبت به افراد عادی سریعتر اتفاق می افتد. در این افراد درجات مختلفی از کم توانی ذهنی دیده می شود.

میکروسفالی

میکروسفالی یک بیماری مغزی نادر است. در افراد مبتلا به میکروسفالی، دور سر به دلایلی از حد طبیعی کمتر است و طبعاً مغزشان هم کوچکتر است. این اختلال ممکن است در بدو تولد خود را نشان دهد یا اینکه تا چند سال اول



زندگی تشخیص داده نشود. البته در بسیاری از موارد، در سه ماهه سوم بارداری با سونوگرافی قابل تشخیص می باشد. بسته به این که چه قسمتی از مغز خوب تشکیل نشده، علایم می تواند متفاوت باشد. این افراد دور سر کم و پیشانی کوچک و شیب دار رو به عقب دارند که با نمودار استاندارد رشدی دور سر مطابق نیست.

علاوه بر علامت دور سر این افراد معمولاً علایمی مثل گریه های با صدای بلند، عضلات اسپاستیک (سفت)، تشنج و فعالیت بیش از حد دارند. در اغلب موارد فرد دچار میکروسفالی، کم توان ذهنی است ولی با این وجود ۱۵ درصد افراد مبتلا هوش طبیعی دارند.

هیدروسفالی

اختلال هیدروسفالی که آن را تحت عنوان آب آوردگی مغز هم می شناسند، اختلالی است ناشی از افزایش حجم مایع مغزی نخاعی انباشته شده در بطن ها و سایر حفره های مغز.

در حالت عادی مایعی به نام مایع مغزی نخاعی در اطراف سراسر مغز و نخاع در جریان است. این مایع وظایفی از جمله تغذیه و حفاظت از سیستم عصبی مرکزی را بر عهده دارد. حالا اگر به دلایلی مثل انسداد مسیر این مایع یا تولید بیش از اندازه آن توسط مغز، حجمش افزایش یابد، باعث تورم مغز و آسیب به قسمت هایی از مغز می شود.

اگر شروع بیماری در سنین پایین کودکی اتفاق بیافتد چون درزهای جمجمه هنوز باز است، منجر به افزایش غیر طبیعی اندازه دور سر می شود. ممکن است باعث علایمی مانند اختلالات حسی حرکتی، تعادلی و ذهنی در آنها شود.

شروع این بیماری گاهی حتی ممکن است در سنین بالاتر و پس از بسته شدن درز های جمجمه باشد که بیشتر تعادل و حافظه را درگیر می کند.

در صورتی که این بیماری در نوزادی

تشخیص داده شود و آب اضافه ی مغز با روش های درمانی خاص خودش تخلیه گردد، عوارض کمی به جا خواهد گذاشت و حتی ممکن است کودک بعدها از نظر ذهنی تقریباً طبیعی باشد و تفاوت چندانی با همسالانش نداشته باشد.

اختلالات متابولیکی

در این دسته از اختلالات، بدن کودک نمی تواند بعضی از مواد مثل پروتئین ها، قند و یا چربی را به درستی استفاده کند. در نتیجه با سوخت و ساز نامناسب مواد زایدی در بدن تولید می شود که صدمات قابل توجهی را به مغز می رساند و تمام جنبه های رشد ذهنی، جسمی و حرکتی و... کودک را تحت تاثیر قرار می دهد.

ولی اگر در روزهای اول پس از تولد تشخیص داده شود و رژیم غذایی مناسب برای کودک تجویز گردد، می توان تا حد

هنوز علت مشخصی برای ایجاد این عارضه شناخته نشده است لذا والدین باید از همان دوران نوزادی به عکس العمل های کودک توجه کنند و در صورت مشاهده ی علایمی مانند بی قراری زیاد، گریه های مداوم، دل درد شدید و یا خواب آلودگی بیش از حد، برای بررسی بیشتر نوزاد به پزشک مراجعه کنند.

اختلالات طیف اوتیسم

درصد قابل توجهی از این کودکان مشکل ذهنی ندارند ولی چون تعداد زیادی از مراجعینی که تشخیص اوتیسم دارند، ممکن است کم توانی ذهنی هم داشته باشند، توضیح مختصری هم در رابطه با این نوع اختلال می دهیم.

این اختلالات تحت عنوان اختلالات نافذ رشدی هم خوانده می شوند زیرا جنبه های مختلف رشد را تحت تاثیر قرار می دهند. ولی شاید بتوان گفت مهمترین ویژگی این افراد تاخیر یا انحراف در رشد مهارتهای اجتماعی، شناختی و ارتباط کلامی و غیر کلامی است.

در واقع عدم برقراری صحیح ارتباط با

محیط و اطرافیان است که باعث شده است نام کودکان در خود فرو مانده (اوتیسم) را برای آنها انتخاب کنند.

از دیگر علایم مهم این دسته از کودکان انجام یکسری حرکات تکراری و رفتارهای کلیشه ای نظیر چرخیدن به دور خود، بال بال زدن، تکرار کردن یکسری صداهای خاص و... می باشد.

نشانه های این اختلال در سنین مختلف متفاوت است ولی معمولاً این نشانه ها از زمان تولد تا ۳۶ ماهگی کودک ظاهر می شوند.

اختلالات موجود در این طیف از جمله مواردی هستند که به محض تشخیص باید درمان و برنامه توانبخشی برای آنها شروع شود.

علل ایجاد کم توانی ذهنی

هر چیزی که با رشد طبیعی و نرمال مغز تداخل ایجاد کند می تواند از جمله علل ایجاد کم توانی ذهنی باشد. ولی علت در بیشتر موارد نامشخص است و تنها در یک سوم موارد می توانیم علت کم توانی را به یکی از موارد زیر نسبت دهیم:

عوامل ژنتیکی: همانطور که قبلاً توضیح داده شد اختلالاتی مانند سندرم داون و اختلالات متابولیک منشا ژنتیکی دارند و باعث کم توانی ذهنی می شوند. لذا در خانواده هایی که سابقه ی اختلالات ژنتیکی دارند گرفتن تست های ژنتیک قبل از بارداری توصیه می شود. تست های دیگری هم مانند اولتراسوند و آمنیوسنتز وجود دارند که میتوان حین بارداری انجام داد و به جست و جوی نشانه های کم توانی ذهنی در جنین پرداخت. البته این تست ها ممکن است که اختلال را تشخیص دهند ولی برای تصحیح آنها کاری نمی توان کرد.

عوامل مربوط به دوران بارداری: از مواردی که در این دوران با نمو مغز جنین در تداخل است میتوان مصرف الکل و مواد مخدر، سوء تغذیه مادر و بیماری های عفونی مادر را نام برد. بنابراین مهم است

که در این دوره حساس، مادران از سوء مصرف داروها اجتناب کنند. مکمل های غذایی و ویتامین های لازم را دریافت کنند. خود را در برابر بیماری های عفونی واکسینه کنند و مراقبت های لازم و سالم را برای جنین فراهم کنند. عوامل مربوط به حین زایمان: اگر نوزاد بسیار نارس به دنیا بیاید یا اینکه در طی زایمان برای مدتی هر چند کوتاه از اکسیژن محروم شود، احتمال ایجاد کم توانی ذهنی وجود دارد.

بیماری یا آسیب های بعد از تولد: عفونت هایی مانند مننژیت، سیاه سرفه یا حتی سرخک می تواند منتهی به کم توانی ذهنی شود. ضربه های شدید وارد به سر، تجربه های نزدیک به غرق شدن، سوء تغذیه، عفونت های مغزی و قرار گرفتن در معرض مواد سمی از دیگر مواردی هستند که باعث کم توانی ذهنی می شوند. پس مراقبت های مربوط به نوزاد یا کودک، واکسینه کردن و ملاحظه علایم و نیازهای وی، باید مورد توجه مادران قرار گیرد.

دلایل ناشناخته: همانطور که اشاره شد در دو سوم موارد، دلیل ایجاد عقب ماندگی ذهنی شناخته شده نیست بنابراین پیشگیری از آنها هم ممکن نیست.

انواع کم توانی ذهنی

سطوح کم توانی ذهنی را با اصطلاحات خفیف، متوسط، شدید و عمیق دسته بندی می کنند:

خفیف:

این افراد در کسب مراحل رشدی نسبت به بقیه کندترند و مهارت های اجتماعی و مهارت های روزمره زندگی را دیرتر کسب می کنند. می توانند مهارت های عملی زندگی را یاد بگیرند که به آنها کمک کند بتوانند یک زندگی عادی را با حداقل کمک از طرف دیگران بگذرانند و کارهایشان را خودشان انجام بدهند و حتی تحت تحصیلات ویژه در مدرسه

آموزش ببینند. متوسط:

افراد با کم توانی متوسط نسبت به گروه قبلی به کمک و نظارت بیشتری نیاز دارند. اما با آموزش و تمرین طی جلسات درمانی می توان آنها را قادر کرد تا از خود مراقبت کنند، مستقلاً به مکان های آشنا سفر کنند و نیز مهارت های پایه ای برای حفظ سلامت و امنیت خودشان را بیاموزند.

شدید:

کم توانی شدید خودش را در تاخیر های شدید رشدی نشان می دهد. این افراد اغلب می توانند حرف دیگران را بفهمند ولی خودشان مهارت ارتباطی قوی ندارند و نمی توانند خوب حرف بزنند.

علی رغم مسایلی که مطرح کردیم معمولاً با تکرار و تمرین زیاد می توان روتین های ساده زندگی را به آنها آموزش داد ولی برای زندگی در اجتماع باید تحت نظارت شدید باشند.

عمیق:

اغلب افرادی که در این سطح از کم توانی هستند مبتلا به سندرم های مادرزادی هستند. این افراد زندگی کاملاً وابسته ای دارند و نمی توانند مستقل زندگی کنند و در ساده ترین کارهای شخصی خودشان به کمک و نظارت مستقیم نیاز دارند. همچنین توانایی خیلی محدودی در برقراری ارتباط دارند و اغلب مشکلات جسمانی هم دارند.

توانبخشی و درمان عقب ماندگی ذهنی همانطور که گفتیم اصطلاح عقب ماندگی ذهنی برای این کودکان دیگر استفاده نمی شود. در واقع در رابطه با درمان کم توانی ذهنی باید گفت که درمان دارویی خاصی برای این موضوع وجود ندارد. ولی این موضوع نباید ما را از توانمند سازی آنها و کمک رساندن به آنها غافل سازد.

به طور کلی خدمات درمانی را که برای کم توانان ذهنی ارائه می شود، می توانیم به سه محور تقسیم کنیم:

محور اول درمان، عواملی را که سبب

تشدید کم توانی می شوند هدف می گیرند. مثلاً در یک فرد مبتلا به فنیل کتنوری (یک نوع اختلال متابولیک)، می توان با تنظیم رژیم غذایی مناسب، پروتئین فنیل آلانین را که زمینه ساز اختلال و کم توانی ذهنی است کاهش داد.

محور دوم اختلالات مختلفی را که با کم توانی ذهنی همراه می شوند هدف می گیرد و از این طریق به افزایش عملکرد فرد می پردازد؛ مثلاً در کم توانان ذهنی اختلالات روانی مختلف شیوع دارد که باید درمان و مدیریت شوند.

محور سوم به مداخله ی زود هنگام روی جنبه های ذهنی، تحصیلات و ویژه، آموزش مهارت های مختلف، توانمند سازی و حمایت اجتماعی این افراد می پردازد و از این طریق می کوشد تا کیفیت زندگی آنها را افزایش دهد.

اعضای اصلی تیم درمان، توانبخشی و آموزش کودکان کم توان ذهنی عبارتند از:

پزشکهای متخصص اطفال

روانپزشکی و مغز و اعصاب

کاردرمان

گفتاردرمان

روانشناس

معلمین کودکان استثنایی و خانواده آنها

ارتباط اعتیاد و اسکیزوفرنی

هزاران سال است که انسان ها برای درمان بیماری ها، تسکین دردها و بهبود رنج های روانی از مواد استفاده می کنند. در خلال قرن ها افراد برای تغییر حالت های روانی، بهبود حالت خلقی، احساس لذت، تغییر ادراک یا کاهش اضطراب به مصرف مواد روی آورده اند. اما نقش مواد روان فعال ساز در جامعه کنونی بسیار پیچیده و اغلب با مباحثات هیجانی شدیدی همراه است. اگر چه تبیین ها و نظریه ها درباره آثار مصرف مواد از بسیاری از قلمرو های تحقیق مانند پزشکی، روانپزشکی، روانشناسی، حقوق و زیست شناسی برخاسته اند، اما به رغم پژوهش های گسترده هنوز هم بسیاری از جنبه های رفتاری مصرف مواد برای ما قابل درک نیستند. مسئله مصرف مواد یکی از مشکلات اصلی جهان کنونی است و در حال حاضر بیش از سرطان یا ایدز دل مشغولی متخصصان بهداشت جهانی را برانگیخته است و هزینه های مادی و

معنوی سرسام آوری را در جوامع تحمیل می کند.

استفاده از مواد مخدر باعث می شود تا تغییراتی در جسم و ذهن مصرف کننده به وجود آید و زندگی وی حین اعتیاد به این ماده و پس از آن همراه با اختلال و مشکلات باشد. بیماری اسکیزوفرنی علاوه بر اینکه در ژنتیک افراد بیمار وجود دارد، ممکن است تا فرد با مصرف برخی از مواد روان گردان از جمله الکل و حشیش دچار این بیماری شود و از لحاظ ذهنی دچار اختلالات شدید اسکیزوفرنی شود.

طبقه بندی مواد روان فعال ساز:

مواد روان فعال ساز را می توان در چهار مقوله اصلی طبقه بندی کرد.

توهم زا

محرك

الكل

مخدر

تعیین روابط بین مصرف مواد با ارتکاب جرایم به علت تعامل عوامل زیر بسیار

مشکل است آثار دارو شناختی ماده که بر پیامد شیمیایی آن بر بدن دلالت دارد ویژگی های روانشناختی مصرف کننده و بالاخره شرایط روانی اجتماعی مصرف مواد درباره آثار دارو روان شناختی شامل ضوابط سیستم عصبی مانند انتقال دهندگان عصبی در نورون ها، وزن بدن، ترکیب خون و ضوابط عصبی فیزیولوژیکی دیگری است که تاثیر آنها در پیامد های شیمیایی مواد معنادار است.

متغیر های روانشناختی در برگیرنده خود شخص به هنگام مصرف مواد، تجربه های پیشین وی و انتظار هایش درباره تاثیر ماده مصرف شده هستند.

متغیر های روانی اجتماعی به جو اجتماعی که در چهار چوب آن فرد به مصرف مواد می پردازد، اشاره دارند. حضور، انتظارها، ویژگی های خلقی و رفتار افراد دیگر همگی می توانند در واکنش های یک شخص نسبت به مواد موثر باشند. بنابراین برای درک آثار هر ماده، باید به متغیر های دارو شناختی، روان شناختی و روانی اجتماعی توجه





شود.

مواد توهم زا

ال اس دی، مسکالین، سایلو سایبین، فن سیکلیدین، کتامین، ماری جوانا و حشیش در مقوله مواد توهم زا قرار دارند این مواد شیمیایی حالت هوشیاری را با تغییر واقعیت دگرگون می کنند و به بیان دیگر جهانی متفاوت را به جای جهان کنونی می نشانند

مواد محرک

آمفتامین و کوکائین که دارای آثار بسیار مشابهی هستند به عنوان محرک های سیستم عصبی طبقه بندی شده اند آمفتامین ها بخشی از گروه داروهای ترکیبی هستند که تحت عنوان آمینها شناخته شده اند در حالی که کوکائین یک ماده شیمیایی است که از گیاه کاکا استخراج می شود آمین ها بر سیستم عصبی سمپاتیک یعنی بخشی از سیستم عصبی خودمختار که فرد را به جنگ یا گریز از یک موقعیت ترسناک برمی انگیزد اثر می کنند آمین ها را معمولاً به سه مقوله اصلی و اکسین تقسیم می کنند که از آن میان از همه ضعیف تر است.

مواد مخدر

اصطلاح مواد مخدر که اغلب به غلط برای نامیدن تمام مواد غیر قانونی به کار می رود در بسیاری از افراد واکنش های منفی بسیار شدیدی بر می انگیزد و با جرم متداعی می شود. در حالی که این اصطلاح به مقوله ای از مواد پوشش می دهد که از افیون یا تریاک به دست می آیند یا آنکه به صورت مشابه در آزمایشگاه های دارو شناختی ساخته می شوند. مواد مخدر را بر اساس روش آماده کردن آنها می توان به سه دسته بزرگ تقسیم کرد:

مخدر طبیعی: مانند تریاک

مخدر های نیمه ترکیبی: مانند هروئین مخدر های ترکیبی که تماماً در آزمایشگاه ها ساخته می شوند: مانند متادون، میریدین و فنازو سین.

تمام این مواد به گونه ای مشابه اثر می کنند و کاهش درد، تنش زدایی، ایجاد حالت آرامش و خواب را در پی دارند. با آن که مواد مخدر به شدت اعتیاد آورند اما بسیاری از معتادان به تریاک دارای زندگی موفقیت آمیز و مولدی هستند بدون آنچه این اعتیاد زندگی روزمره آنها را از هم بپاشد. به بیان دیگر می توان گفت مصرف کنندگان تریاک دارای یک ریخت شخصیتی معین نیستند. مانند تمامی مواد مخدر، هروئین نیز آرام بخش سیستم عصبی مرکزی است و در بسیاری از مصرف کنندگان به ایجاد ابهام ذهنی، حالت های رویا مانند، خواب سبک توام با خواب دیدگی های پر شور و احساس رضایت متعالی منجر می شود. بدن فرد نسبت به یک احساس گرمانفوپذیر می گردد و در انتهای اعضا احساس سنگینی به وجود می آید، تمایل به فعالیت جسمانی بسیار اندک است و مصرف کننده ترجیح می دهد که بی حرکت و بدون تماس در گوشه ای بنشیند

رفتارهای ناسالم مانند سیگار کشیدن، نوشیدن الکل و مصرف مواد مخدر غالباً در دوران نوجوانی شروع می شود. این رفتارها با افزایش بیماری و مرگ و میر ارتباط دارد و نشان دهنده چالش های عمده بهداشت عمومی است (چانگ و علاوه بر این، این رفتارها با اختلالات روانپزشکی در نوجوانان مرتبط است (Saban & Flisher, ۲۰۱۰؛ سوء

مصرف مواد و سلامت روان

مواد مخدر و مغز

مغز انسان

مغز انسان پیچیده ترین اندام بدن است. این توده سه کیلویی ماده خاکستری و سفید در مرکز همه فعالیت های بشری قرار دارد- برای رانندگی با ماشین، لذت بردن از غذا، تنفس، خلق شاهکار هنری و لذت بردن از فعالیت های روزمره به آن نیاز دارید. مغز عملکردهای اصلی بدن

شما را تنظیم می کند، شما را قادر می سازد تا هر آنچه را که تجربه می کنید تفسیر کرده و به آن پاسخ دهید و رفتار شما را شکل می دهد. به طور خلاصه، مغز شما شما هستید - هر آنچه که فکر می کنید و احساس می کنید، و آنچه

کار فکری چگونه است؟

مغز اغلب به یک کامپیوتر فوق العاده پیچیده و پیچیده تشبیه می شود. به جای مدارهای الکتریکی روی تراشه های سیلیکونی که دستگاه های الکترونیکی ما را کنترل می کنند، مغز از میلیاردها سلول به نام نورون تشکیل شده است.

به مدارها و شبکه ها سازماندهی می شوند. هر نورون به عنوان یک کلید کنترل کننده جریان اطلاعات عمل می کند. اگر یک نورون سیگنالهای کافی از سایر سلولهای عصبی دریافت کند که به آنها متصل است، شلیک می کند و پیام خود را ارسال می کند و به سایر نورونهای موجود در مدار سیگنال می دهد.

مغز از قسمتهای زیادی با مدارهای به

هم پیوسته تشکیل شده است که همه آنها به صورت تیمی با هم کار می کنند. مدارهای مختلف مغز مسئول هماهنگی و انجام عملکردهای خاص هستند. شبکه های عصبی سیگنال هایی را به یکدیگر و در بین قسمت های مختلف مغز، نخاع و اعصاب بقیه بدن (سیستم عصبی محیطی) به جلو و عقب ارسال می کنند. برای ارسال پیام، یک نورون یک انتقال دهنده عصبی را به شکاف (یا سیناپس) بین آن و سلول بعدی رهاسازی می کند. انتقال دهنده عصبی از سیناپس عبور می کند و به گیرنده های روی نورون گیرنده متصل می شود، مانند کلیدی در قفل. این امر باعث تغییراتی در سلول دریافت کننده می شود. مولکولهای دیگر به نام حمل کننده، انتقال دهنده های عصبی را باز یافت می کنند (یعنی آنها را به درون نورونی که آنها را آزاد کرده است، بازگردانند)، در نتیجه سیگنال بین نورونها را محدود یا خاموش می کنند.

مواد مخدر چگونه در مغز کار می کنند؟ داروها با نحوه ارسال، دریافت و پردازش



سیگنالها از طریق انتقال دهنده های عصبی تداخل دارند. برخی از مواد مخدر مانند ماری جوانا و هروئین می توانند نورون ها را فعال کنند زیرا ساختار شیمیایی آنها شبیه یک انتقال دهنده عصبی طبیعی در بدن است. این اجازه می دهد تا داروها به نورون ها متصل شده و فعال شوند. اگرچه این داروها مواد شیمیایی مغز را تقلید می کنند، اما مانند نوروترانسمیتر طبیعی، نورون ها را فعال نمی کنند و منجر به ارسال پیام های غیر طبیعی از طریق شبکه می شوند.

داروهای دیگر، مانند آمفتامین یا کوکائین، می توانند باعث شوند که نورون ها مقادیر زیادی از انتقال دهنده های عصبی طبیعی را آزاد کرده یا با تداخل در حمل کننده ها از باز یافت طبیعی این مواد شیمیایی مغز جلوگیری کنند. این امر ارتباط عادی بین نورون ها را تقویت یا مختل می کند.

قسمتهای مغز که با استفاده از دارو متأثر شده اند کدام اند؟

مواد مخدر می توانند مناطق مهم مغز را که برای عملکردهای حیاتی ضروری هستند تغییر دهند و می توانند مصرف اجباری مواد مخدر را که اعتیاد را مشخص می کند، تحریک کنند. مناطق مغز تحت تأثیر مصرف مواد مخدر عبارتند از:

█ گانگلیون های پایه، که نقش مهمی در شکل های مثبت انگیزش ایفا می کنند، از جمله تأثیرات لذت بخش فعالیت های سالم مانند غذا خوردن، معاشرت و رابطه جنسی، و همچنین در شکل گیری عادات و روالها دخیل هستند. این مناطق یک گره کلیدی از چیزی است که گاهی اوقات "مدار پاداش" مغز نامیده می شود. مواد مخدر بیش از حد این مدار را فعال کرده و سرخوشی این دارو را بالا می برد. اما با قرار گرفتن مکرر، مدار با حضور دارو سازگار می شود، حساسیت آن را کاهش می دهد و احساس لذت از هر چیزی غیر از دارو را دشوار می کند.

آمیگدال توسعه یافته در احساسات استرس زامانند اضطراب، تحریک پذیری و ناراحتی نقش دارد، که مشخصه ترک اعتیاد پس از محو شدن زیاد دارو است و در نتیجه فرد را ترغیب می کند تا دوباره به دنبال دارو باشد. این مدار با افزایش مصرف مواد حساس می شود. با گذشت زمان، فرد مبتلا به اختلال مصرف مواد برای تسکین موقت این ناراحتی از داروها استفاده می کند تا اینکه زیاد احساس درد کند.

قشر پیش پیشانی توانایی تفکر، برنامه ریزی، حل مشکلات، تصمیم گیری و کنترل خود را بر تکانه ها دارد. این همچنین آخرین قسمت مغز است که بالغ می شود و نوجوانان را بیشتر آسیب پذیر می کند. تغییر تعادل بین این مدار و مدارهای گانگلیون پایه و آمیگدال گسترده باعث می شود فرد مبتلا به اختلال مصرف مواد به طور اجباری با کاهش کنترل ضربه، به دنبال دارو باشد. برخی از داروها مانند مواد افیونی سایر قسمتهای مغز را مختل می کنند، مانند ساقه مغز، که عملکردهای اساسی حیاتی مانند ضربان قلب، تنفس و خواب را کنترل می کند. این تداخل توضیح می دهد که چرا مصرف بیش از حد می تواند باعث تنفس افسرده و مرگ شود.

افراد چگونه از داروها لذت می برند؟ لذت یا سرخوشی - که از مواد مخدر زیاد است - هنوز به درستی درک نشده است، اما احتمالاً شامل افزایش ترکیبات سیگنال دهنده شیمیایی از جمله مواد مخدر طبیعی بدن (اندورفین) و دیگر انتقال دهنده های عصبی در بخش هایی از گانگلیون های پایه (مدار پاداش) است. هنگامی که برخی داروها مصرف می شوند، می توانند باعث افزایش انتقال دهنده های عصبی بسیار بیشتر از انفجارهای کوچکتر شوند که به طور طبیعی در ارتباط با پاداش های سالم مانند خوردن، شنیدن یا پخش موسیقی

، فعالیت های خلاقانه یا تعامل اجتماعی ایجاد می شود.

زمانی تصور می شد که افزایش انتقال دهنده عصبی دوپامین به طور مستقیم باعث ایجاد سرخوشی می شود، اما دانشمندان اکنون فکر می کنند که دوپامین بیشتر با این که ما را به انجام فعالیت های لذت بخش (تقویت کننده) ترغیب کند، بیشتر با ایجاد لذت مستقیم ارتباط دارد.

دوپامین استفاده از دارو را تقویت می کند؟

احساس لذت این است که چگونه یک مغز سالم رفتارهای مفید مانند غذا خوردن، معاشرت و رابطه جنسی را شناسایی و تقویت می کند. مغز ما برای افزایش احتمال انجام فعالیت های لذت بخش طراحی شده است. انتقال دهنده عصبی دوپامین در این مورد مرکزی است. هر زمان که مدار پاداش با یک تجربه سالم و لذت بخش فعال شود، انفجار دوپامین نشان می دهد که اتفاق مهمی در حال رخ دادن است که باید به خاطر سپرده شود. این سیگنال دوپامین

باعث ایجاد تغییراتی در اتصال عصبی می شود که باعث می شود بدون فکر کردن در مورد این فعالیت، بارها و بارها آن را تکرار کنید و منجر به شکل گیری عادات شود.

همانطور که داروها سرخوشی شدیدی ایجاد می کنند، موج دوپامین را نیز افزایش می دهند و ارتباط بین مصرف دارو، لذت ناشی از آن و همه نشانه های خارجی مرتبط با این تجربه را به شدت تقویت می کنند. افزایش شدید دوپامین به مغز می آموزد که به دنبال اهداف و فعالیت های سالم تر به دنبال دارو باشد.

نشانه هایی که در زندگی روزمره فرد یا محیط آن با مصرف مواد مخدر در ارتباط است، به دلیل تغییر در مدار پاداش، می تواند هوس های غیرقابل کنترل را در هر زمان که فرد در معرض این نشانه ها قرار می گیرد، تحریک کند، حتی اگر خود دارو در دسترس نباشد. این "فلکس" آموخته شده حتی در افرادی که سالها از مواد مخدر استفاده نکرده اند، می تواند مدت زیادی دوام بیاورد. به عنوان مثال، افرادی که به مدت یک دهه بدون

مواد مخدر بوده اند، هنگام بازگشت به محله یا خانه قدیمی که در آن مواد مخدر استفاده می کردند، هوس می کنند. مانند دوچرخه سواری، مغز به خاطر می آورد.

علم اعتیاد چرا مواد مخدر اعتیادآورتر از پاداش های طبیعی است؟

برای مغز، تفاوت بین پاداش های معمولی و پاداش مواد مخدر را می توان به تفاوت بین کسی که در گوش شما نجوا می کند و کسی در میکروفون فریاد می زند، تشبیه کرد. درست همانطور که صدا را در یک رادیو خیلی زیاد کم می کنیم، مغز کسی که از مواد مخدر سوء استفاده می کند با تولید انتقال دهنده های عصبی کمتر در مدار پاداش یا کاهش تعداد گیرنده های دریافت کننده سیگنال تنظیم می شود. در نتیجه، توانایی فرد برای لذت بردن از فعالیتهای طبیعی (به عنوان مثال تقویت کننده) نیز کاهش می یابد.

به همین دلیل است که شخصی که از مواد مخدر سوء استفاده می کند،



سرانجام احساس تخت می کند، بدون انگیزه، بی روح و/یا افسرده است و نمی تواند از چیزهایی لذت ببرد که قبلاً لذت بخش بوده است. در حال حاضر، فرد باید به مصرف دارو ادامه دهد تا حتی یک سطح پاداش معمولی را تجربه کند - که این مشکل را بدتر می کند، مانند یک دور باطل. همچنین، فرد اغلب نیاز به مصرف مقادیر بیشتری از دارو برای تولید مقدار زیاد دارویی دارد - اثری که تحت عنوان تحمل شناخته می شود.

عواقب اعتیاد به مواد مخدر؟

افراد مبتلا به اعتیاد اغلب دارای یک یا چند مشکل مرتبط با سلامتی هستند که می تواند شامل بیماری های ریوی یا قلبی، سکتة مغزی، سرطان یا بیماری های روانی باشد. اسکن تصویربرداری، اشعه ایکس قفسه سینه و آزمایش خون می تواند اثرات مخرب استفاده طولانی مدت از دارو را در بدن نشان دهد.

به عنوان مثال، در حال حاضر به خوبی شناخته شده است که دود تنباکو می تواند باعث سرطان های زیادی شود، مت آمفتامین می تواند مشکلات شدید دندان را ایجاد کند که به نام دهان دهان شناخته می شود و مواد مخدر می تواند منجر به مصرف بیش از حد و مرگ شود. علاوه بر این، برخی از داروها، مانند داروهای استنشاقی، ممکن است به سلول های عصبی اعم از مغز یا سیستم عصبی محیطی (سیستم عصبی خارج از مغز و نخاع) آسیب برسانند یا از بین ببرند.

مصرف مواد مخدر همچنین می تواند خطر ابتلا به عفونت ها را افزایش دهد. HIV و هپاتیت C (یک بیماری جدی کبدی) می توانند از طریق استفاده از تجهیزات تزریق یا رابطه جنسی ایجاد شوند.

آیا مصرف دارو باعث اختلالات روانی می شود؟

مصرف مواد مخدر و سایر اختلالات روانی اغلب در کنار هم وجود دارند. در برخی

موارد، اختلالات روانی مانند اضطراب، افسردگی یا اسکیزوفرنی ممکن است قبل از اعتیاد ظاهر شوند. در موارد دیگر، مصرف مواد مخدر ممکن است باعث تحریک یا بدتر شدن این شرایط سلامت روانی شود، به ویژه در افرادی که آسیب پذیری خاصی دارند.

برخی از افراد مبتلا به اختلالات مانند اضطراب یا افسردگی ممکن است برای کاهش علائم روانپزشکی از دارو استفاده کنند. این ممکن است اختلال روانی آنها را در دراز مدت تشدید کند و همچنین خطر ایجاد اعتیاد را افزایش دهد. درمان برای همه شرایط باید همزمان انجام شود.

اسکیزوفرنی چیست؟ اسکیزوفرنی (روان گسیختگی) سندرومی بالینی شامل آسیب شناسی روانی متغیر اما عمیقاً ویرانگر است که شناخت، هیجان، ادراک و سایر جنبه های رفتار را درگیر می کند. بروز این تظاهرات در افراد مختلف و در طول زمان متغیر است. اما تاثیر بیماری همواره شدید و معمولاً دیرپاست.

تاریخچه: تا قرن نوزدهم اسکیزوفرنی به عنوان اختلالی طبی که ارزش درمان و بررسی را داشته باشد مطرح نشده بود. دو تن از مشاهیر عمده روانپزشکی و نورولوژی که این اختلال را مطالعه کردند، امیل کراپلین و اوگن بلولر بوده اند. یک روانپزشک فرانسوی به نام بندیکت مورل اصطلاح دمانس بریکوز یا دمانس زودرس را برای بیماران تباهی یافته ای به کار برد که بیماری شان در نوجوانی شروع شده بود.

اسکیزوفرنی یک بیماری مزمن روانی است که توهم، اختلال در گفتار، مشکل در تفکر و بی انگیزگی را در فرد مبتلا ایجاد کرده و زندگی شخصی و اجتماعی او را تحت شعاع خود قرار می دهد. در حال حاضر درمان دقیق و کاملی برای اسکیزوفرنی وجود ندارد اما با تجویز دارو برای فرد مبتلا می توان میزان آن را

کاهش داد و احتمال عود کردن آن را از بین برد.

برخی ها گمان می کنند که بیماری اسکیزوفرنی یک اختلال روانی است که چند شخصیتی را در افراد بیمار به وجود آورده و باعث آسیب رساندن به دیگران می شوند اما این ادعا صحیح نیست و این افراد خطری برای دیگران به وجود نمی آورند.

در کل می توان گفت که این بیماری بیشتر تأثیر خود را بر روی خود فرد مبتلا می گذارد و باعث ایجاد ناتوانی در وی خواهد شد به همین خاطر افراد مبتلا در شرایط کنونی علم پزشکی نیازمند به مراقبت و درمان مادام العمر هستند هر چند که تشخیص به موقع و درمان تحت نظر پزشک از بروز عوارض جدی جلوگیری کرده و زندگی عادی را در بیمار به وجود خواهد آورد.

طیف اسکیزوفرنی و اختلالات روان پریشی دیگر

طیف اسکیزوفرنی و اختلالات روان پریشی دیگر، اختلالاتی مانند اسکیزوفرنی، اختلالات شخصیت اسکیزوتایپی، اختلال هذیانی، اسکیزوافکتیو، اسکیزوفرنی فرم، اختلالات روان پریشی کوتاه مدت اختلال روان پریشی ناشی از مواد / دارو اختلال روان پریشی ناشی از بیماری جسمانی و کاتاتونی را شامل می شود.

ملاک های تشخیصی DSM5 برای اسکیزوفرنی:

دو ملاک زیر (یا تعداد بیشتر)، هر یک برای مدت زمان قابل ملاحظه ای در طول دوره یک ماهه وجود دارد (یا کمتر اگر با موفقیت درمان شده باشد).

هذیان ها توهمات گفتار آشفته مثل انحراف گفتار یا گسیختگی مکرر رفتار بسیار آشفته یا کاتاتونیک نشانه های منفی یعنی کاهش ابراز

هیجانی یا بی ارادگی

مشخصه ی این اختلالات ناهنجاری در حداقل یک مورد از پنج زمینه زیر است: قبل از هر چیز لازم است تا سایکوز را تعریف کرد سایکو عبارت است از مجموعه ای از نشانه های متفاوت که می توانند در فرد ترس و سردرگمی به وجود آورند و دو مورد از مهمترین آنها هذیان ها و توهمات هستند.

هذیان

هذیان باور ثابت غلطی است که با وجود شواهد مغایر، پذیرای تغییر نبوده و هماهنگ با فرهنگ فرد نیست. محتوای هذیان هائی تواند انواع موضوعات را در بر داشته باشد (مثل گزند و آسیب، جسمانی، مذهبی، بزرگ منشی، انتصاب و پوچ نگاری).

هذیان گزند و آسیب: یعنی اعتقاد به اینکه فرد توسط شخصی سازمانی یا گروهی مورد اذیت و آزار قرار می گیرد. هذیان انتصاب: اعتقاد به این که حرکات ایما و اشاره، اظهارات و علایم محیطی و غیره به فرد بیمار مربوط می باشد.

هذیان بزرگ منشی (خود بزرگ بینی): باور فرد به اینکه توانایی، ثروت یا شهرت استثنایی دارد.

هذیان پوچ انگاری یا نیست انگاری: به باورهایی اشاره دارد که در آن فرد معتقد است که فاجعه عظیمی رخ خواهد داد.

توهمات

توهمات تجارب ادراکی هستند که در غیاب هر گونه محرک خارجی رخ می دهند. آنها شفاف و روشن بوده و همان قدرت و تأثیر ادراکات طبیعی را دارند و تحت کنترل ارادی فرد قرار ندارند. توهم ممکن است در تمام حواس دیده شود ولی در اسکیزوفرنی و اختلالات مرتبط، توهمات شنوایی از سایر انواع، شایع تر است. در برخی از بسترهای فرهنگی، توهم می تواند شکل طبیعی از تجارب مذهبی قلمداد شود. توهمات زمان به خواب رفتن یعنی (هیپنوگوزیک)

و توهمات هنگام برخاستن از خواب (هیپنوپامپیک) جزو موارد طبیعی تلقی می شوند.

تفکر و گفتار آشفته

تفکر آشفته معمولاً از گفتار فرد استنباط می شود. امکان دارد فرد از یک موضوع به موضوع دیگر جابجا شود (انحراف افکار یا تداعی های سست و نامنسجم). جوابها به سوالات ممکن است به طور غیر مستقیم مرتبط یا کاملاً بی ربط باشند (حاشیه ای بودن). چون گفتار به طور خفیف آشفته شایع و غیر اختصاصی است، این نشانه باید به قدر کافی شدید باشد که ارتباط موثر را مختل کند.

رفتار حرکتی بسیار آشفته یا نابهنجار (از جمله کاتاتونی)

رفتار حرکتی بسیار آشفته یا نابهنجار می تواند خود را به شیوه های مختلف آشکار سازد که از حماقت بچگانه تا سراسیمگی غیرقابل پیش بینی گسترش دارد. مشکلات می توانند در هر نوع رفتار هدفمند مورد توجه قرار گیرند که به مشکلاتی در انجام دادن فعالیت های روزمره منجر می شوند.

نشانه های منفی:

نشانه های منفی بخش قابل ملاحظه ای از بیماری مرتبط با اسکیزوفرنی را توجیه می کنند، ولی در اختلالات روان پویشی دیگر کمتر برجسته هستند. دو نشانه منفی در اسکیزوفرنی خیلی برجسته اند: کاهش ابزار هیجانی و بی ارادگی. کاهش ابزار هیجانی، کاهش هایی را در ابراز هیجانات در چهره، تماس چشمی، آهنگ صدا و حرکات دست، سر و صورت که معمولاً تأکید هیجانی به گفتار می دهند شامل می شود. بی ارادگی کاهش انگیزش در فعالیتهای هدفمندی است که خود فرد آنها را آغاز می کند. امکان دارد فرد برای مدت طولانی بنشیند و به شرکت کردن در کار یا فعالیت های اجتماعی، علاقه کمی نشان دهد. نشانه های منفی دیگر عبارتند از فقدان گفتار،

فقدان احساس لذت و فقدان معاشرت. فقدان گفتار با کاهش صحبت کردن آشکار می شود. فقدان احساس لذت کاهش توانایی لذت بردن از محرک های مثبت یا کاهش یادآوری لذتی است که قبلاً تجربه شده است. عدم معاشرت به بی علاقتی آشکار به تعامل های اجتماعی اشاره دارد و ممکن است با بی ارادگی ارتباط داشته باشد اما می تواند جلوه ای از فرصت های محدود برای تعامل های اجتماعی نیز باشد.

کانابیس (ماری جوانا، حشیش، علف هرز، شربت مخدر) یک ماده روان گردان کاهش دهنده فعالیت بدن است که می تواند موجب بروز علائم روان پریشی موقت و در برخی موارد اختلالات روان پریشی نظیر اسکیزوفرنی شود. همچنین الکل با افزایش احتمال ابتلا به روان پریشی و اسکیزوفرنی در ارتباط است. در افرادی که از مصرف کنندگان شدید حشیش در سن ۱۸ سالگی بودند احتمال ابتلا به اسکیزوفرنی در طی ۱۵ سال در مقایسه با افرادی که این ماده را مصرف نمی کردند، بیش از ۶۰۰٪ بیشتر بود. تخمین زده می شود که بین ۸ تا ۱۳ درصد از کل موارد اسکیزوفرنی

مربوط به مصرف ماری جوانا و حشیش در طول سنین نوجوانی است. خطر زمانی بیشتر می شود که مواد مخدر توسط افراد زیر سن ۲۱ سال مصرف می شود، زمانی که مغز انسان به سرعت در حال رشد بوده و به طور خاص آسیب پذیر می باشد.

یک رابطه سببی میان مصرف حشیش، الکل و افزایش خطر ابتلا به اسکیزوفرنی یافت شده است. افراد دارای هر گونه زمینه بیولوژیکی به بیماری اسکیزوفرنی از قبیل سابقه خانوادگی یا بیماری روحی، در معرض بیشترین خطر هستند.

آیا مصرف حشیش موجب اسکیزوفرنی می شود؟

روان پریشی به شماری از بیماری های روانی اشاره دارد که در آن افراد در بیان واقعیت و توهم با مشکل مواجه هستند. فرد مبتلا به روان پریشی ممکن است صداهایی را بشنود که در واقعیت وجود ندارد (توهم)، یا به مسائلی معتقد باشد که صحت ندارند (هذیان). اسکیزوفرنی نوعی از روان پریشی است. گزارشاتی از تجربه علائم اسکیزوفرنی توسط فرد پس از مصرف مقادیر بالایی ماری جوانا یا مصرف ماری جوانا بیش از حد معمول همیشگی ارائه شده است. این مورد



نادر است و علائم، اگر چه در زمان وقوع ترسناک به نظر می رسند، با قطع مصرف ماری جوانا به طور معمول از بین می روند. ثابت شده است که ماری جوانا موجب تشدید علائم روان پریشی در افرادی می شود که در حال حاضر از یک اختلال روان پریشی مانند اسکیزوفرنی رنج می برند. مصرف حشیش در دوران نوجوانی احتمال ابتلا به علائم اسکیزوفرنی در بزرگ سالی را افزایش می دهد. شواهد نشان می دهد که ماری جوانا ممکن است به نوعی موجب بروز اسکیزوفرنی در افرادی شود که در حال حاضر در معرض خطر ابتلا به این اختلال قرار دارند، اگر چه این ارتباط قطعی نیست. مصرف حشیش ممکن است یک مؤلفه یا عامل مشارکت کننده باشد که با سایر عوامل شناخته شده و ناشناخته تعامل کرده و به اسکیزوفرنی منجر می شود. افراد مستعد اسکیزوفرنی، از قبیل افراد دارای سابقه خانوادگی ابتلا به این بیماری، باید شدیداً از مصرف ماری جوانا منع شوند. افراد مبتلا به اختلالات روان پریشی باید به شدت منع شده و برای کاهش و یا قطع مصرف حشیش به آنها کمک شود.

تأثیر حشیش بر افراد مستعد اسکیزوفرنی

برخی از عوامل احتمال ابتلا به اختلال روان پریشی را در مراحل از زندگی افزایش می دهد. این عوامل عبارت اند از آرایش ژنتیکی، سلامت مادر در دوران بارداری، عوارض ناشی از تولد، سوءاستفاده از کودک، برخی از انواع آسیب های سر و عفونت، سوء مصرف مواد مخدر، زندگی در مناطق شهری و مواجهه با استرس بالا و شرایط نامساعد اجتماعی. اگر در حال حاضر با چنین زمینه هایی مواجه هستید، مصرف حشیش در شما می تواند منجر به بیماری شود. تأثیر حشیش بر افراد مستعد و غیر مستعد متفاوت می باشد. به عبارت دیگر، جوانانی

که از لحاظ ژنتیکی مستعد اسکیزوفرنی هستند. افراد دارای سابقه خانوادگی اختلالات روان پریشی باید در نظر داشته باشند که مصرف حشیش در دوران نوجوانی حکم بازی کردن با آتش را برای آنها دارد. برای مثال، یک مباحثه شایع علیه قانونی بودن مصرف ماری جوانا این است که این ماده با افزایش خطر روان پریشی در ارتباط است. اگر چه این رابطه سببی هنوز ثابت نشده است، اما این انتقادات به این معنا است که مصرف حشیش به روان پریشی منجر می گردد. مشخص نیست که آیا این رابطه موردی است یا اینکه افراد مبتلا به اختلالات روان پریشی به نوعی مصرف کننده مواد مخدر هستند.

افرادی که ماری جوانا مصرف می کنند و حامل گونه خاصی از ژن AKTI هستند، ژنی که آنزیمی را کدگذاری می کند که بر ارسال سیگنال دوپامین در جسم مخطط تأثیر می گذارد، در معرض خطر بالای ابتلا به اسکیزوفرنی هستند. جسم مخطط ناحیه ای از مغز است که هنگام وجود محرک های خاص، فعال شده و به ترشح دوپامین می پردازد. خطر ابتلا به روان پریشی در افراد دارای این گونه از ژن که به طور روزانه ماری جوانا مصرف می کردند در مقایسه با مصرف کنندگان تفننی یا افرادی که مصرف کننده نبودند، هفت برابر بیشتر بود. خطر ابتلا به اسکیزوفرنی در میان بزرگسالانی که در نوجوانی ماری جوانا مصرف می کردند و نیز حامل گونه خاصی از ژن برای آنزیم کاتکول متیل ترانسفراز بودند، آنزیمی که موجب تضعیف انتقال دهنده های عصبی مانند دوپامین و نوراپی نفرین می شود، بیشتر است. هم چنین ثابت شده است که مصرف ماری جوانا موجب تشدید سیر بیماری در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی می شود. ماری جوانا می تواند به ایجاد یک واکنش روانی حاد در مصرف کنندگان، به ویژه در دوزهای بالا، که به اسکیزوفرنی

مبتلا نمی‌باشند، منجر گردد، اگرچه این تأثیر با قطع مصرف از بین می‌رود. مصرف حشیش و تجربه علائم روان‌پریشی علاوه بر عوارض ناشی از مقادیر بالا، مصرف حشیش، حتی در دوزهای پایین، می‌تواند به بروز پارانوئا، هذیان و توهم در افرادی که به بیماری روحی مبتلا نیستند، منجر گردد. علاوه بر این مصرف حشیش می‌تواند موجب تشدید علائم روان‌پریشی در افراد مبتلا به نوعی از بیماری مانند اسکیزوفرنی شود، حتی زمانی که بیماری آن‌ها ثابت بوده و به درمان واکنش نشان می‌دهد. بنابراین ترک اعتیاد به مواد مخدر در مرحله اول برای بیماران مبتلا که درگیر اعتیاد نیز هستند، در اولویت درمان است.

الکل و اسکیزوفرنی افراد مبتلا به اسکیزوفرنی که الکل مصرف می‌کنند، شاهد عود مکرر علائم روان‌پریشی خود هستند و مصرف الکل مشکلاتی را در روابط خانوادگی و دوستانه آن‌ها نیز ایجاد می‌نماید. این افراد ممکن است به دستگاه‌های قضایی جنایی راه پیدا کرده و موجب تخریب شخصیت خود شوند. خطر ابتلا به بیماری‌های جسمی از جمله فشار خون بالا، بیماری قلبی، سکته مغزی و زخم معده نیز در این افراد افزایش می‌یابد. علاوه بر این سوءمصرف الکل ممکن است موجب بروز مشکلاتی در محل کار، در صورت شاغل بودن فرد، مشکلات مالی و آسیب‌های احتمالی مانند سقوط شود. شاید یکی از بزرگ‌ترین تهدیداتی که الکل برای فرد مبتلا به اسکیزوفرنی به همراه دارد، این است که موجب ایجاد احساس خوشبختی موقت در فرد شده و او را از ضرورت مقابله با مشکلات پیچیده زندگی که ناشی از بیماری بی‌رحم اسکیزوفرنی است، باز می‌دارد. مقابله با مشکلات معمول ناشی از بیماری روان‌پریشی و در نهایت غلبه بر آن‌ها جز با تمرکز فرد

عمده‌ای بر بروز رفتارهای خطرناک دارد. سوءمصرف مواد داروها به طور مستقیم ایجاد اسکیزوفرنی نمی‌کنند اما مطالعات سبب شناسی زیستی اسکیزوفرنی نشان داده‌اند که سوءمصرف داروها ریسک پیشرفت و ابتلا به اسکیزوفرنی یا اختلالات مشابه را افزایش می‌دهد. داروهای مشخصی مثل حشیش، کوکائین، LSD یا آمفتامین‌ها احتمالاً علائم اسکیزوفرنی در افراد مشکوک را تحریک می‌کنند. استفاده از آمفتامین‌ها یا کوکائین ایجاد سایکوز می‌کند و باعث عود بیماری در افرادی می‌شود که اخیراً یک حمله را پشت سر گذاشته‌اند. سه مطالعه‌ی بزرگ و اصلی نشان داده‌اند که نوجوانان زیر پانزده سال که به طور مداوم مصرف حشیش و سایر مواد دارند، بیش از چهار برابر سایرین در معرض ابتلا و پیشرفت اسکیزوفرنی تا سن ۲۶ سالگی قرار دارند.



چی گفتی؟

ناشنوایی شایع ترین معلولیتی است که افراد با آن متولد می‌شوند و تقریباً ۲۵ درصد از ناشنوایی‌ها در ابتدای تولد نامشخص باقی می‌مانند. به ناتوانی کامل یا جزئی در شنیدن صداها اختلال شنوایی (ناشنوایی یا کم‌شنوایی) گفته می‌شود.

میزان این اختلال ممکن است ملایم، متوسط، شدید یا عمیق باشد. فرد مبتلا به کم‌شنوایی ملایم ممکن است درک گفتار مشکلاتی داشته باشد، به‌ویژه اگر صداها زبانی در اطراف وجود داشته باشد. افراد دارای کم‌شنوایی متوسط برای درک گفتار نیاز به سمعک دارند.

افراد مبتلا به کم‌شنوایی شدید تا عمیق برای برقراری ارتباط با دیگران از سمعک و لب‌خوانی کمک می‌گیرند. افرادی هم که کم‌شنوایی عمیق دارند، هیچ چیزی نمی‌شنوند و می‌توانند از سمعک، دستگاه کاشت حلزون و لب‌خوانی یا زبان اشاره کمک بگیرند.

در ایالات متحده، حدود ۱۵ درصد از افراد بالای ۱۸ سال مبتلا به درجاتی از کم‌شنوایی هستند.

علل کم‌شنوایی و ناشنوایی برخی از بیماری‌ها یا شرایطی که می‌تواند باعث کم‌شنوایی شود عبارتند از:

آبله مرغان

سیتومگالوویروس

اورپون

مننژیت

بیماری سلول داسی شکل

سیفلیس

بیماری لایم (lyme)

دیابت، مطالعات نشان داده است که مبتلایان به دیابت به احتمال زیاد دچار نوعی کم‌شنوایی هستند

درمان سل با استرپتومایسین، که گمان

می‌رود یک عامل خطر اساسی باشد

کم‌کاری تیروئید

آرتروز

برخی از سرطان‌ها

نوجوانان در معرض دود سیگار

گوش در برخی از ظریف‌ترین

استخوان‌های بدن قرار دارد و آسیب به

پرده گوش، گوش میانی یا گوش داخلی

به دلایل مختلف می‌تواند باعث کم

شنوایی و ناشنوایی شود.

کم‌شنوایی و ناشنوایی

مهم است که بین سطوح مختلف کم

شنوایی تفاوت قائل شوید.

کم‌شنوایی: کاهش توانایی شنیدن

صداها.

ناشنوایی: هنگامی که شخص قادر به

درک گفتار از طریق شنیدن نیست،

حتی وقتی صدا تقویت شود. فرد ناشنوا

همچنین قادر به تشخیص صدا نیست.

سیستم شنوایی چگونه کار می‌کند؟

امواج صوتی وارد گوش می‌شوند،

به مجرای گوش خارج می‌روند

و به پرده گوش که مرتعش می‌شود،

برخورد می‌کنند. ارتعاشات ناشی از پرده

گوش به سه استخوان معروف به نام

استخوانچه‌های گوش میانی منتقل

می‌شوند.

این استخوانچه‌ها ارتعاشات را تقویت

می‌کنند، ارتعاشات تقویت شده توسط

سلول‌های کوچک مو مانند در حلزون

دریافت می‌شود.

سپس اطلاعات از سلول‌های موئی و

از طریق عصب شنوایی به مغز ارسال

می‌شوند. مغز داده‌ها را پردازش می‌کند و

به عنوان صدا تفسیر می‌کند.

انواع کم‌شنوایی

سه نوع کم‌شنوایی وجود دارد:

کم‌شنوایی انتقالی

این بدان معناست که ارتعاشات از گوش

خارجی به گوش داخلی (حلزون) منتقل

نمی‌شود. این نوع کم‌شنوایی می‌تواند به

دلایل مختلف بروز کند، از جمله:

تجمع بیش از حد جرم گوش

گوش چسبناک (glue ear)

عفونت گوش همراه با التهاب و تجمع

مایع

پارگی پرده گوش

نقص در عملکرد استخوانچه‌های گوش

میانی

ناهنجاری در پرده گوش

عفونت گوش می‌تواند باعث آسیب شود،

که این امر می‌تواند عملکرد پرده گوش را

کاهش دهد. استخوانچه‌ها ممکن است در

اثر عفونت، ضربه یا به هم جوش خوردن

دچار اختلال شوند.

کم‌شنوایی حسی عصبی

کم‌شنوایی حسی عصبی در اثر اختلال

در عملکرد گوش داخلی، حلزون، عصب

شنوایی یا آسیب مغزی ایجاد می‌شود.

علت این نوع کم‌شنوایی معمولاً آسیب

سلول‌های موئی در حلزون است. با بالا

رفتن سن، سلول‌های موئی بعضی از

عملکردهای خود را از دست می‌دهند و

شنوایی بدتر می‌شود.

قرار گرفتن طولانی مدت در معرض سر

و صدای بلند، به‌ویژه صداها با فرکانس

بالا، یکی دیگر از دلایل عمده آسیب به

سلول‌های موئی است. سلول‌های موئی

آسیب‌دیده را نمی‌توان جایگزین کرد.

اکنون، تحقیقات به دنبال استفاده از

سلول‌های بنیادی برای رشد سلول‌های

موئی جدید است.

ناشنوایی (کری) حسی عصبی ممکن

است در نتیجه ناهنجاری‌های مادرزادی،

عفونت گوش داخلی یا ضربه به سر ایجاد

شود.

کم‌شنوایی آمیخته

این نوع کم‌شنوایی ترکیبی از کم‌شنوایی

انتقالی و حسی عصبی است. عفونت‌های

طولانی مدت گوش می‌توانند هم به

پرده گوش و هم به استخوانچه‌ها آسیب

وارد کنند. گاهی اوقات، مداخله جراحی

ممکن است شنوایی را بازگرداند، اما

همیشه مؤثر نیست.

ناشنوایی و گفتار

کم شنوایی با توجه به زمان بروز آن، توانایی گفتار را تحت تأثیر قرار می دهد. کم شنوایی قبل از زبان آموزی عدم توانایی شنیدن کامل یا جزئی قبل از یادگیری گفتار و زبان است. فردی با کم شنوایی قبل از زبان آموزی با ناهنجاری مادرزادی متولد شده یا شنوایی را در دوران نوزادی از دست داده است. در بیشتر موارد، افراد مبتلا به کم شنوایی قبل از زبان آموزی دارای والدین و خواهر و برادر شنوا هستند. همچنین بسیاری از آنها در خانواده هایی متولد می شوند که از قبل زبان اشاره بلد نبودند. در نتیجه، آنها نیز تمایل به پیشرفت آهسته زبان دارند. اگر قبل از ۴ سالگی برای کودکان مبتلا به ناشنوایی قبل از زبان آموزی، کاشت حلزون انجام شود، می توانند زبان شفاهی را با موفقیت یاد بگیرند.

زبان شفاهی و توانایی استفاده از نشانه های اجتماعی خیلی به هم مرتبط هستند. به همین دلیل است که کودکان مبتلا به کم شنوایی، به ویژه کسانی که کم شنوایی شدید دارند، نه تنها ممکن است رشد تأخیری زبان را تجربه کنند، بلکه رشد اجتماعی کندتر را نیز تجربه می کنند. در نتیجه، کودکانی که کم شنوایی قبل از زبان آموزی دارند، ممکن است از نظر اجتماعی منزوی شوند، مگر اینکه به موقع از سمعک یا دستگاه کاشت حلزون استفاده کنند و در کلاس های توانبخشی شرکت کنند.

کم شنوایی پس از زبان آموزی بیشتر افراد کم شنوا مبتلا به کم شنوایی پس از زبان آموزی هستند. آنها قبل از ابتلا به کم شنوایی، زبان گفتاری را یاد گرفته اند. عوارض برخی از داروها (داروهای اتوتوکسیک)، ضربه، عفونت یا بیماری ممکن است باعث از دست رفتن حس شنوایی شود.

در بیشتر افراد مبتلا به کم شنوایی پس از زبان آموزی، کم شنوایی به تدریج شروع

می شود.

اعضای خانواده، دوستان و معلمان ممکن است قبل از دیگران متوجه مشکل شنوایی شوند. با توجه به شدت کم شنوایی، فرد ممکن است مجبور به استفاده از سمعک، دریافت کاشت حلزون یا یادگیری لب خوانی شود. افرادی که کم شنوایی را تجربه می کنند، با توجه به زمان بروز آن و مدت زمان پیشرفت آن با چالش های مختلفی روبرو هستند. آنها ممکن است مجبور شوند از تجهیزات کمک شنوایی استفاده کنند، تحت عمل جراحی قرار بگیرند، زبان اشاره و لب خوانی را یاد بگیرند و از دستگاه های مختلف ارتباطی استفاده کنند. احساس انزوای یک مشکل شایع است که گاهی اوقات می تواند منجر به افسردگی و تنهایی شود. این وضعیت همچنین ممکن است برای اعضای خانواده، عزیزان و نزدیکان، که باید با کم شنوایی سازگاری داشته باشند، چالش هایی ایجاد کند. سوء تفاهم نیز ممکن است روی روابط فرد مبتلا به اختلال شنوایی و سایر دوستان و نزدیکان تأثیر گذارد.

کم شنوایی یک طرفه و دوطرفه در کم شنوایی یک طرفه، فقط یک گوش دچار اختلال شنوایی است، در حالی که در موارد دوطرفه هر دو گوش دچار اختلال شنوایی است. چنانچه فرد مبتلا به اختلال شنوایی یک طرفه باشد، مشخص کردن منبع صدا ممکن است دشوارتر باشد، وقتی با کسانی که در هر دو گوش خوب می شنوند، مقایسه شود. همچنین درک آنچه دیگران می گویند وقتی سر و صدای زیادی در محیط هست، ممکن است سخت باشد.

در محیط های نسبتاً ساکت، فرد مبتلا به کم شنوایی یک طرفه از نظر توانایی های ارتباطی تقریباً فردی که شنوایی طبیعی در هر دو گوش دارد، یکسان است.

نوزادانی که با کم شنوایی یک طرفه

متولد می شوند دچار تأخیر در رشد گفتار می شوند. ممکن است در مدرسه تمرکز آنها کمتر باشد. در فعالیت های اجتماعی نیز ممکن است چالش بیشتری نسبت به افراد دارای شنوایی طبیعی در هر دو گوش داشته باشند.

علائم اختلال شنوایی بستگی به علت آن دارد. برخی از افراد بدون توانایی شنیدن متولد می شوند، در حالی که برخی دیگر ناگهان به دلیل تصادف یا بیماری کم شنوا یا ناشنوا می شوند. در برخی از افراد، علائم کم شنوایی ممکن است به تدریج با گذشت زمان پیشرفت کند و همراه با وزوز گوش باشد.

اختلال شنوایی در نوزادان علائم زیر ممکن است نشان دهنده مشکل شنوایی باشد:

در سن ۴ ماهگی، کودک سر خود را به سمت صدای نمی چرخاند. تا سن ۱۲ ماهگی، کودک هنوز هیچ کلمه ای را بیان نکرده است.

رفلکس استارتل (بازشدن و دور شدن ناگهانی دست ها و انگشتان از بدن) با صدای بلند و ناگهانی مشاهده نمی شود.

شیر خوار هنگامی که می تواند شما را

ببیند به شما پاسخ می دهد اما وقتی دور از چشم هستید و نام او را صدا می زنید کمتر پاسخ می دهد یا اصلاً پاسخ نمی دهد.

به نظر می رسد نوزاد فقط از صداهای خاصی آگاه است.

اختلال شنوایی در کودکان این علائم ممکن است در کودکان مشاهده شود:

کودک در ارتباطات شفاهی از کودکان هم سن خود عقب است.

کودک مدام می گوید ”چی؟“

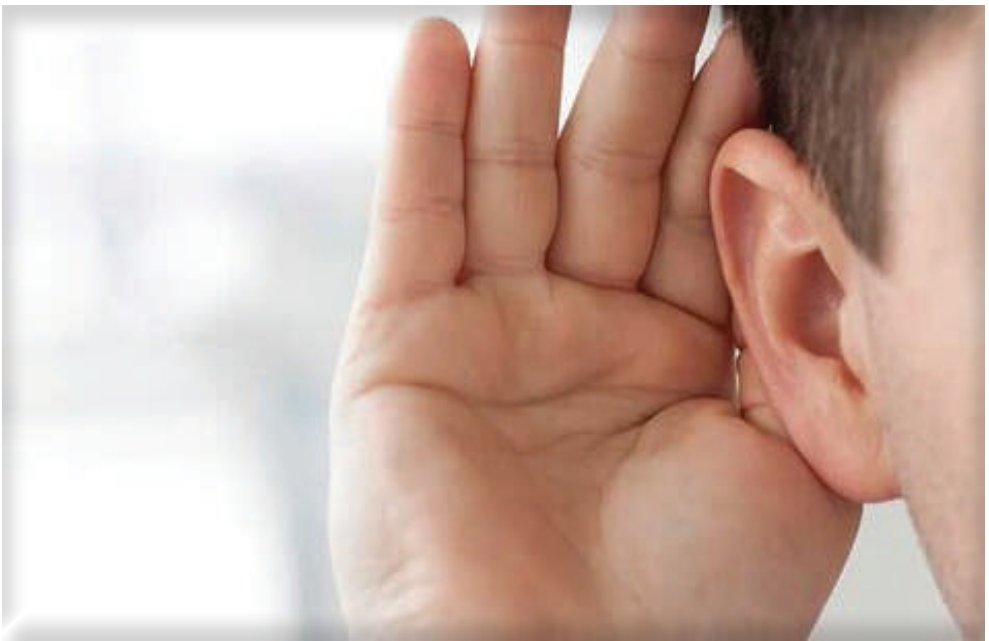
کودک با صدای بسیار بلند صحبت می کند و تمایل دارد صداهایی بلندتر از حد عادی تولید کند.

وقتی کودک صحبت می کند، صحبت هایش واضح نیست.

میزان کم شنوایی

میزان کم شنوایی به چهار سطح تقسیم بندی می شود:

کم شنوایی ملایم: فرد فقط می تواند صداهای بین ۲۵ تا ۳۹ دسی بل (dB) را تشخیص دهد. آنها ممکن است در درک کلماتی که دیگران می گویند، مشکل پیدا کنند، به خصوص اگر صدای پس زمینه زیاد باشد.



کم شنوایی متوسط: فرد فقط می تواند صداهای بین ۴۰ تا ۶۹ دسی بل را تشخیص دهد. استفاده از حس شنوایی به تنهایی و بدون استفاده از سمعک بسیار دشوار است.

کم شنوایی شدید: فرد فقط صداهای بلندتر از ۷۰ تا ۸۹ دسی بل را می شنود. این افراد برای برقراری ارتباط باید از سمعک استفاده کنند و از حس بینایی هم برای لب خوانی کمک بگیرند.

کم شنوایی عمیق: هر کسی که نتواند صداهای کمتر از ۹۰ دسی بل را بشنود، کم شنوایی عمیق دارد. برخی از افراد مبتلا به کم شنوایی عمیق، نمی توانند به هیچ وجه چیزی را بشنوند. ارتباط با استفاده از زبان اشاره، لب خوانی یا خواندن و نوشتن انجام می شود.

تشخیص کم شنوایی بیمارانی که احساس کم شنوایی می کنند، ابتدا باید به پزشک مراجعه کنند.

پزشک با بیمار صحبت خواهد کرد و چندین سؤال در مورد علائم از جمله زمان شروع و بدتر شدن میزان آن سوال می کند، و اینکه آیا فرد همراه با کم شنوایی احساس درد دارد.

معاینه پزشک با استفاده از اتوسکوپ، داخل مجرا و پرده گوش را معاینه می کند. موارد زیر ممکن است در طول معاینه تشخیص داده شود:

انسداد ناشی از یک شی خارجی

تجمع جرم گوش

عفونت در مجرای گوش

عفونت در گوش میانی، در صورت وجود برآمدگی در پرده گوش.

کلیستاتوم، رشد پوست در پشت پرده گوش در گوش میانی.

مایع در مجرای گوش

پارگی پرده گوش

پزشک در مورد شنوایی سؤال خواهد کرد، از جمله:

آیا اغلب از مردم می خواهید آنچه را که گفتند را تکرار کنند؟

آیا درک مکالمات تلفنی سخت است؟

آیا صدای زنگ در را نمی شنوید؟ اگر چنین است، آیا این اتفاق مکرر رخ می دهد؟

وقتی چهره به چهره با مردم صحبت می کنید، آیا باید تمرکز کنید؟

آیا تا به حال کسی به شما گفته است که ممکن است مشکل شنوایی داشته باشید؟

آیا اغلب تشخیص اینکه صدا از کجا می آید دشوار است؟

وقتی چند نفر در حال گفتگو هستند، آیا درک این موضوع که یکی از آنها به شما چه می گوید، سخت است؟

آیا اغلب به شما گفته می شود که صدای تلویزیون و رادیو خیلی بلند است؟

آیا درک صدای مردها از خانم ها آسان تر است؟

آیا بیشتر روز را در یک محیط پُرسر و صدا می گذرانید؟

آیا صدای وزوز، فش فش یا زنگ از گوش خود می شنوید؟

آیا از مکالمه های گروهی خودداری می کنید؟

تست غربالگری عمومی

ممکن است پزشک از بیمار بخواهد یک گوش را بپوشاند و از او درباره چگونگی شنیدن کلمات گفته شده در شدت های مختلف توضیح بخواهد، همچنین حساسیت به سایر صداهارابررسی کند.

اگر پزشک به مشکل شنوایی مشکوک باشد، فرد را به شنوایی شناس (ادیولوژیست) ارجاع می دهد.

آزمایش های بعدی که انجام خواهد شد، عبارتند از:

تست دیاپازون:

آن همچنین به آزمایش رین (Rinne) معروف است. دیاپازون یک وسیله فلزی دو شاخه است که هنگام ضربه، صدا تولید می کند. تست های ساده دیاپازون

ممکن است به پزشک در تشخیص وجود کم شنوایی و اینکه مشکل از کجاست، کمک کند. دیاپازون مرتعش‌شده را روی استخوان ماستوئید پشت گوش قرار می‌دهد. از بیمار خواسته می‌شود وقتی دیگر صدایی را نمی‌شنود، بگوید. سپس، دیاپازون که هنوز هم ارتعاش دارد را در ۱ تا ۲ سانتی‌متری مجرای گوش قرار می‌دهد. از بیمار دوباره سؤال می‌شود که آیا او می‌تواند صدای دیاپازون را بشنود. از آنجاکه انتقال هوایی از انتقال استخوانی بیشتر است، بیمار باید بتواند ارتعاش دیاپازون را بشنود. اگر او در این مرحله نتواند آن را بشنود، بدان معنی است که انتقال استخوانی نسبت به انتقال هوایی برتری دارد.

این مسئله نشانگر مشکلی در رسیدن امواج صوتی از طریق مجرای گوش به حلزون است.

شنوایی‌سنجی:

بیمار هدفون روی گوش‌هایش می‌گذارد و صدا به یک گوش ارسال می‌شود. طیف‌های مختلفی از صداها با شدت و فرکانس‌های مختلف به بیمار ارائه می‌شود. هر بار که صدا شنیده می‌شود، بیمار علامت می‌دهد.

هر صدا در شدت‌های مختلف ارائه می‌شود، به این ترتیب شنوایی‌شناس می‌تواند تشخیص دهد که در آن شدت، صدا در آن لحظه دیگر شنیده نمی‌شود. همین تست با کلمات نیز انجام می‌شود. شنوایی‌شناس کلمات را در شدت‌های مختلف (بر حسب دسی‌بل) بیان می‌کند تا جایی که فرد دیگر نشنود.

تست مرتعش‌کننده استخوانی: این مورد برای یافتن چگونگی عبور صدا از استخوان‌ها استفاده می‌شود. مرتعش‌کننده استخوان روی ماستوئید قرار می‌گیرد. هدف این است که عملکرد عصبی که این سیگنال‌ها را به مغز منتقل می‌کند، اندازه‌گیری شود.

غربالگری شنوایی کودک‌کان

آکادمی اطفال آمریکا (AAP) توصیه می‌کند که کودک‌کان تست‌های شنوایی را در مواقع زیر انجام دهند:

قبل از شروع مقطع دبستان

در سن ۶، ۸ و ۱۰ سالگی

حداقل یک بار وقتی که در مقطع دبیرستان هستند

تست شنوایی نوزادان

تست گسیل‌های صوتی گوش (OAE) شامل قرار دادن یک پروب کوچک در مجرای گوش خارجی است. معمولاً در حالی که کودک آرام است، انجام می‌شود. این پروب صداهایی را می‌فرستد، سپس صداهای برگشتی (اکو) از گوش داخلی را بررسی می‌کند.

اگر اکو وجود نداشته باشد، ممکن است کودک لزوماً مشکل شنوایی نداشته باشد، اما پزشکان برای اطمینان از این موضوع و کشف این مسئله نیاز به انجام آزمایشات بیشتر مانند **ABR** دارند.

درمان کم شنوایی و ناشنوایی

روش‌های درمانی مختلفی برای افراد مبتلا به انواع کم شنوایی در دسترس است. درمان به علت و شدت کم شنوایی بستگی دارد.

کم شنوایی حسی‌عصبی قابل درمان نیست. چنانچه سلول‌های موئی حلزون آسیب ببینند، ترمیم نمی‌شوند. با این حال، روش‌ها و درمان‌های مختلفی می‌تواند به بهبود کیفیت زندگی کمک کند.

سمعک

سمعک‌ها انواع مختلفی دارند. آنها در طیف وسیعی از اندازه، تکنولوژی و سطح قدرت تولید می‌شوند. سمعک‌ها کم شنوایی را درمان نمی‌کنند، بلکه صدا را تقویت می‌کنند تا فرد کم شنوا بتواند گفتار را واضح‌تر بشنود و درک کند.

سمعک‌ها از میکروفون، تقویت‌کننده، بلندگو و باطری تشکیل شده‌اند. امروزه، آنها بسیار کوچک و مخفی هستند و می‌توانند درون گوش قرار گیرند.

سمعک برای فردی که کم شنوایی عمیق دارد یا ناشنوا است، مناسب نیست.

شنوایی‌شناس برای اطمینان از مناسب بودن اندازه سمعک از گوش قالب‌گیری می‌کند. سپس با توجه به نیازهای شنوایی سمعک را تنظیم می‌کند.

انواع سمعک:

سمعک پشت‌گوشی

سمعک نامرئی

سمعک داخل‌مجرا

سمعک داخل‌گوشی

سمعک **RIC** یا **RITE**

کاشت حلزون

اگر پرده گوش و گوش میانی به درستی کار کنند، کاشت حلزون ممکن است برای فرد مفید باشد.

در عمل جراحی کاشت حلزون، الکترودهای نازکی درون حلزون قرار می‌گیرند. این الکترودها عصب شنوایی را با انرژی الکتریکی و از طریق ریزپردازنده کوچکی که در زیر پوست در پشت گوش قرار دارد، تحریک می‌کنند.

کاشت حلزون برای کمک به بیمارانی است که اختلال شنوایی آنها ناشی از آسیب به سلول‌های موئی در حلزون است. آن معمولاً باعث بهبود درک گفتار می‌شود. جدیدترین دستگاه‌های کاشت حلزون به بیماران کمک می‌کنند از موسیقی لذت ببرند، گفتار را بهتر درک کنند و در هنگام شنا از پردازنده‌های خود استفاده کنند. طبق آمار موسسه ملی بهداشت (NIH)، از سال ۲۰۱۲ حدود ۵۸۰۰۰ بزرگسال و ۳۸۰۰۰ کودک در ایالات متحده تحت عمل جراحی کاشت حلزون قرار گرفته‌اند. سازمان بهداشت جهانی (WHO) می‌گوید تقریباً ۲۱۹۰۰۰ نفر در سطح جهان از آن استفاده می‌کنند که بیشتر آنها در کشورهای صنعتی هستند. قسمت خارجی دستگاه شامل: میکروفون: صدا را دریافت می‌کند. پردازنده گفتار: این قسمت صداهایی

را که بیشتر مهم است، از جمله گفتار را اولویت‌بندی می‌کند. سیگنال‌های صوتی الکتریکی به کانال‌ها تقسیم می‌شوند و از طریق یک سیم بسیار نازک به فرستنده ارسال می‌شوند.

فرستنده: این قسمت کویل (coil) است. در پشت گوش خارجی قرار دارد و سیگنال‌های صوتی پردازش شده را به دستگاه داخلی کاشته‌شده منتقل می‌کند.

در داخل:

جراح گیرنده و محرک را در استخوان زیر پوست قرار می‌دهد. سیگنال‌ها به تکانه‌های (ایمپالس‌ها) الکتریکی تبدیل می‌شوند و از طریق سیم‌های داخلی به الکترودها ارسال می‌شوند.

حداکثر ۲۲ الکترود داخل حلزون کار گذاشته می‌شود. تکانه‌ها به اعصاب و سپس مستقیم به مغز فرستاده می‌شوند. تعداد الکترودها به تولیدکنندگان دستگاه کاشت بستگی دارد.

کودکان معمولاً در هر دو گوش دستگاه کاشت حلزون دارند، در حالی که بزرگسالان تمایل دارند فقط یکی داشته باشند.

زبان اشاره و لب خوانی

برخی از افراد مبتلا به اختلال شنوایی ممکن است در گفتار و همچنین درک گفتار دیگران مشکلاتی داشته باشند.

درصد بالایی از افراد مبتلا به اختلال شنوایی می‌توانند سایر راه‌های برقراری ارتباط را یاد بگیرند. لب خوانی و زبان اشاره را می‌توانند جایگزین یا مکمل ارتباط شفاهی باشد.

طیف وسیعی از زبان‌های اشاره وجود دارد که در برخی موارد با یکدیگر خیلی متفاوت هستند.

لب خوانی

همچنین به عنوان گفتارخوانی شناخته می‌شود، لب خوانی روشی برای درک زبان گفتاری با تماشای حرکات لب، صورت و زبان گوینده است.

افرادی که بعد از فراگیری صحبت کردن دچار اختلالات شنوایی شده‌اند می‌توانند سریع لب خوانی را یاد بگیرند. این مورد برای کسانی که کم شنوا به دنیا می‌آیند، صدق نمی‌کند.

زبان اشاره

این زبانی است که از علائم ساخته‌شده با دست‌ها، صورت و وضعیت بدن استفاده می‌کند، اما صدایی ندارد. این روش بیشتر توسط افراد ناشنوا استفاده می‌شود.

انواع مختلفی از زبان اشاره وجود دارد. زبان اشاره انگلیسی (BSL) با زبان اشاره آمریکایی (ASL) خیلی متفاوت است. به عنوان مثال، زبان اشاره انگلیسی از الفبای دو دست استفاده می‌کند، در حالی که زبان اشاره آمریکایی از الفبای یک دست استفاده می‌کند.

برخی از کشورها از زبان اشاره معرفی‌شده توسط مبلغان استفاده می‌کنند. به عنوان مثال زبان اشاره نروژی در ماداگاسکار استفاده می‌شود.

زبان اشاره کاملاً متفاوت از زبان گفتاری است و دستور زبان در زبان اشاره انگلیسی همانند زبان انگلیسیی گفتاری نیست. زبان اشاره آمریکایی از لحاظ گرامر بیشتر شبیه به زبان گفتاری ژاپنی است تا زبان گفتاری انگلیسی.

پیشگیری

هیچ چیز نمی‌تواند از مشکلات شنوایی ناشی از اختلالات هنگام تولد یا کم شنوایی ناشی از بیماری یا حوادث جلوگیری کند.

با این حال، برخی اقدامات می‌تواند انجام شود تا احتمال ابتلا به کم شنوایی شما کاهش یابد.

سیستم شنوایی و گوش ممکن است به چندین روش مختلف دچار آسیب شود. قرار گرفتن طولانی‌مدت در معرض صداهای بیشتر از ۸۵ دسی‌بل (مانند ماشین چمن زنی) در نهایت می‌تواند باعث کاهش شنوایی شود.

اقدامات زیر ممکن است به شنوایی شما

کمک کند:

تلویزیون، رادیو، موسیقی و اسباب‌بازی‌ها: صدا را خیلی زیاد بلند نکنید. کودکان به اثرات مخرب موسیقی با صدای بلند حساس هستند. اسباب‌بازی‌های صدادار می‌توانند شنوایی کودک‌کان را در معرض خطر قرار دهند.

هدفون‌ها: استفاده از هدفون و هندزفری با صدای بلند می‌تواند باعث آسیب به سلول‌های موئی گوش داخلی و کم شنوایی شود.

بهداشت حرفه‌ای: اگر در محیط‌های پر سر و صدا کار می‌کنید، از قالب‌های ضدصوت یا محافظ گوش استفاده کنید. مکان‌های تفریحی: اگر به کنسرت‌های پاپ، مسابقات اتومبیلرانی، سایر رویدادهای پرسر و صدای روید، از قالب‌های ضدصوت استفاده کنید.

گوش پاک کن: از گوش پاک کن برای تمیز کردن گوش‌ها استفاده نکنید. استفاده از آن ممکن است به پرده گوش شما آسیب برساند.



عید غدیر مبارک باد

عید غدیر از بزرگ‌ترین اعیاد شیعیان و روز هجدهم ذی‌حجه که پیامبر اکرم (ص) به دستور خدا، امام علی (ع) را به مقام خلافت و امامت منصوب کرد. واقعه غدیر در سفر حجة الوداع سال دهم هجری و در سرزمین غدیر خم روی داد.

در احادیث شیعه تعبیری هم چون عید الله اکبر (بزرگ‌ترین عید الهی)، عید اهل بیت محمد (ص)، و اشرف الاعیاد (والا ترین عید) برای این روز به کار رفته است.

پیامبر (ص) در ۲۴ یا ۲۵ ذی‌القعدة سال ۱۰ هجری همراه با هزاران نفر برای به جای آوردن مناسک حج، از مدینه به طرف مکه حرکت کرد. از آنجا که این حج، آخرین حج پیامبر (ص) بود به حجة

الوداع مشهور شد. وقتی اعمال حج پایان یافت و پیامبر (ص) همراه مسلمانان مکه را ترک و به طرف مدینه حرکت کرد، ۱۸ ذی‌الحجه به غدیر خم رسیدند. جبرئیل آیه تبلیغ را بر پیامبر (ص) نازل کرد و از جانب خداوند، به رسول خدا (ص) امر نمود تا علی (ع) را به عنوان ولی و وصی بعد از خود، به مردم معرفی کند.

حسان بن ثابت اولین کس بود که در حضور پیامبر اکرم (ص) و در روز غدیر به گرامیداشت این روز در میان جمعیت مسلمانان حاضر در غدیر خم برخاست و اشعار خود را که با اجازه پیامبر سروده بود با صدای بلند خواند.

فیاض بن محمد بن عمر طوسی روایتی نقل می‌کند که امام رضا (ع) روز غدیر

را عید می‌گرفته است. ایشان گروهی از اصحاب را برای افطار نزد خود نگاهداشت و برای خانواده آن‌ها غذا هدایا و لباس و حتی کفش و انگشتر فرستاد.

به گفته امینی در سال ۲۵۹ ق در قم احمد بن اسحاق قمی نماینده امام حسن عسکری (ع) مراسم جشنی در روز غدیر در خانه خود برگزار کرده بود. مسعودی متوفای ۳۴۶ ق تاریخ‌نگار قرن چهارم قمری در التنبیه و الاشراف نوشته است که فرزندان و شیعیان امام علی (ع) این روز را بزرگ می‌دارند. کلینی متوفای ۳۲۸ ق محدث قرن چهارم نیز در روایتی جشن گرفتن شیعیان را نقل کرده است.

حکومت آل بویه نیز برای نشان دادن جایگاه این عید، آن را تعطیل و جشن عمومی اعلام کرده و نهادهای حکومتی و مردم را به برگزاری جشن‌ها و آذین‌بندی شهرها ترغیب کرد. آنان در این جشن‌ها از طبل و شیپور استفاده می‌کردند، به زیارت مشاهده مشرفه می‌رفتند و نماز عید اقامه کرده و شتر قربانی می‌کردند و شب هنگام آتش روشن کرده به جشن و شادی می‌پرداختند. چنان که گردیزی این روز را جزو روزهای بزرگ اسلامی و اعیاد شیعیان برشمرده است.

در مصر خلفای فاطمی عید غدیر را رسمیت دادند و در ایران از سال ۹۰۷ ق که شاه اسماعیل صفوی به سلطنت رسید، عید غدیر از اعیاد رسمی است. در سال ۴۸۷ ق بیعت با مستعلی بن مستنصر از حاکمان مصر در روز عید غدیر خم صورت گرفته است.

در ایران روز عید غدیر تعطیل رسمی است. در سال‌های اخیر روز عید غدیر در برخی استان‌های عراق همچون کربلا، نجف و ذی‌قار تعطیل رسمی اعلام شده است.

شیعیان شب عید غدیر را نیز بزرگ شماره‌ده و شب زنده‌داری می‌کنند.

بمباران عشق

درخت گردو دست روی موضوعی به شدت مهم و دهشتناک گذاشته و در همین مسیر موفق شده تا با کارگردانی مستندنما و پر جزئیات سکانس‌های بمباران شیمیایی تا حد خوبی مخاطب را از عمق دردناکی و فاجعه‌آمیز بودن این رخداد در سر دشت همراه کند. در کنار این، باید به بازی درخشان (پیمان معادی) که تمام ریزه‌کاری لازم برای حضور در نقش یک مرد خانواده‌دوست را به اجرا گذاشته، اشاره کرد که برگ درخشانی دیگر در کارنامه بازی‌اش را رقم زده است. فیلم درخت گردو اما از چند نقطه کلیدی لطمه خورده، یکی فیلمنامه نه‌چندان قوام‌یافته و منسجمش که پر ایراد است و بی‌چفت و بسط و دیگری بازی باسمه‌ای و مضحک (مهران مدیری) که به وضوح تلاش کرده تا خوب باشد و هر چه بیشتر تلاش کرده کمتر نتیجه گرفته است.

مهدویان به واسطه ساخت فیلم‌هایی مثل فیلم ماجرای نیمروز یک و دو به خوبی ثابت کرده به مدد همراهی فیلمبردار همیشگی‌اش یعنی (هادی بهروز) و شناخت و درک درستش از اندازه نماها، حرکات و محل قرارگیری دوربین، هدایت بازیگران در صحنه و بهره‌گیری از طراحی صحنه دقیق و جلوه‌های ویژه، می‌تواند کنترل کاملی بر صحنه برای خلق موقعیت‌های باورپذیر و پرتنش و چالش مستندنما داشته باشد. این ویژگی در فیلم درخت گردو هم ساری و جاری است. اما این ویژگی‌ها به تنهایی نمی‌تواند منجر به ساخت یک فیلم خوب شود. همان ویژگی‌هایی که ماجرای نیمروز یک را تبدیل به اثری استاندارد در سینمای ایران کرد، در فیلم درخت گردو به شکلی ناقص استفاده و نتیجه اثری دوپاره شده است.

دچار عذاب وجدان است، مخاطب را در موقعیتی قرار دهد که ناانتهانگران بخشیده شدن یا نشدن شخصیت توسط خودشان و اطرافیان باشد، اما وزن موقعیت (قادر) و (مریم) که مبتنی بر یک رخداد واقعی است، چنان بر داستان موازی (احمد) و (هما) می‌چربد که مخاطب به‌زحمت می‌تواند این دوقطبی پیش برنده را درک کند. نتیجه اینکه حضور احمد در موقعیت‌های مختلف باسمه‌ای و پیوست شده به کار از آب درآمده است.

البته در وقوع چنین نقیصه‌ای اختلاف سطح بازی پیمان معادی و مهران مدیری با آن لکنت مبتدیانه و مصنوعی هم تأثیر شگرفی داشته و هر دق ربازی معادی



کاش دنیا دست زن ها بود

می‌سازد.

از سویی دیگر باید دنباله‌ی خط فکریِ راوی داستان، زری را پی گرفت. داستان از میانه‌ی ذهنیات و ادراکات زری روایت می‌شود. هم اوست که از گفته اعتراض گونه‌ی شوهرش در مجلس عقد بیمناک می‌شود. زری که با رویه‌ای محافظه کارانه از شوهرش می‌خواهد جوانب احتیاط را رعایت کند، اندکی بعد از سوی شوهر و پسرش، ترسو خوانده می‌شود. این زن که در پی حفظ حریم امن خانه‌اش است، از دنیا هیچ نمی‌خواهد جز آرامش و امنیت. اما ناگزیر است با شوهرش همپا شود، چه آنکه یوسف مسئولیتی بزرگ‌تر از زری بر شانه دارد و در قبال رعایایش احساس وظیفه می‌کند. چهار چوب امن یوسف حریمی است که می‌باید به دور رعایایش کشیده شود.

داستان ادامه می‌یابد.

یوسف از وضع موجود به تنگ آمده، تمام زمینداران و ارباب‌ها برای سود بیشتر، آذوقه و محصول مازاد خود را به قوای بیگانه می‌فروشند اما در این میان این یوسف است که صدای مردم شده، که بیداد را بر نمی‌تابد و حاصر نمی‌شود در انبارهای غله‌اش را بر اجنبی بگشاید آن هم در شرایطی که مردم چند شبانه روز چیزی برای خوردن ندارند. از طرفی خان‌های قشقایی قصد دارند تا از طریق معامله‌ای با قوای انگلیس برای به پا خاستن علیه حکومت مرکزی سلاح تدارک ببینند. یوسف و همفکرانش چنین آشوبی را در میانه‌ی این قحطی و آشفته‌گی صلاح نمی‌دانند. دیدگاه یوسف خط تلاقی چندین دیدگاه مختلف است و شاید همین امر باشد که از او سیایش

سووشون روایت عشق و فداکاری است. روایت یوسف‌ها که برای استقلال این مرز و بوم جنگیدند، روایت سیلوش‌هایی که خونشان به ناحق زمین را سرخ کرد و روایت زری‌هایی که تا ابد داغی بر سینه خواهند داشت، به رنگ خون، به لطافت عشق واز جنس فداکاری.

رمان سووشون داستان سووشون در بحبوحه‌ی جنگ جهانی دوم روایت می‌شود، آنگاه که نیروهای انگلیسی وارد مرزهای جنوبی ایران شده‌اند و سوای از اعلام بی طرفی ایران، بدون خون و خونریزی مملکت را تصاحب کرده‌اند.

مدخل ورودی داستان قطعه‌ای است کوچک از تمام آنچه خواننده می‌بایست تا انتها بداند. جشن عروسی دختر حاکم است و همه دعوت شده‌اند. زری و یوسف هم که کارا کترهای پیش برنده‌ی داستان هستند در این جمع حاضرند. یوسف با دلخوری و زری با نگاهی نقادانه مجلس را از نظر می‌گذرانند. ناهمگونی مجلس عقد از همان ابتدا توی ذوق می‌زند! مدعوین که نیمی بیگانه‌اند با لهجه‌ی غریب خود مضحکه‌ای به پا کرده‌اند. خوش خدمتی صنف نانوا بیشتر از همه چشم‌ها را به خود می‌خواند. نان سنگکی به آن بزرگی آن هم در میانه‌ی قحطی، درست وقتی که نیمی از مردم شهر نان خشکی ندارند که سق بزنند.

یوسف اربابی است آگاه، تحصیلکرده در فرنگ و سرد و گرم روزگار چشیده است. با دیدن این شور با ذهنش بهم می‌ریزد، او که همیشه در مقام معلم و مراقب رعیتش بوده نمی‌تواند این قبیل بزرگنمایی‌ها را تاب بیاورد. سخنانی که بین یوسف معترض و زری رد و بدل می‌شود نمونه‌ای تکرار شونده است که تا یک سوم انتهای

بازگشتش به روستا و حضور بر بالین پدر که تا آخرین لحظه با مرگ می‌جنگد تا شاید فرزندش را ببیند، هم تیر خلاصی است به شعاری و نمادین و گل درشت شدن پایان‌بندی فیلم.

درخت گردو فیلم مهمی است و در مورد موضوع بسیار مهمی سخن می‌گوید که حتما و قطعاً باید در خاطر و حافظه تمام ایرانیان و حتی جهانیان باقی بماند. مراد تراژدی بمباران شیمیایی سردشت و دیگر شهرهای گُردنشین است، اما از حیث سینمایی یک‌دست و همگن نیست و به لحاظ کیفی چنان پر نوسان و چندپاره است که دوست‌داشتنش کار چندان راحتی نیست.

در می‌آید که چندان کمکی به حال و روز فیلم نمی‌کند.

در این میان تنها می‌ماند بازی پر جزئیات و دقیق و همراهی برانگیز پیمان معادی که یک‌تنه باید بار فیلم را به دوش بکشد. از سوی دیگر اصرار فیلمنامه به تاکید بر سرنوشت گُردهای ایران که از همیشه تا به امروز مظلوم واقع شده‌اند هم چنان که باید در فیلم حل نشده است و به‌وضوح از فیلم بیرون می‌زند.

در واقع تاکید بر حضور کولبرها در ابتدای فیلم و امتداد همان حضور در انتهای فیلم و البته حضور قادر در دادگاه لاهه برای خون‌خواهی گُردهای کشته شده به واسطه بمباران شیمیایی و گفتن این دیالوگ که «ما گُردهای اگر امیدمون رواز دست می‌دادیم تا الان از بین رفته بودیم» در عین حال که دغدغه مهم و شریفی است، اما تبدیل به فیلمنامه نشده و به نحوی به فیلم پیوست شده. ماجرای گم شدن فرزند تازه متولد شده قادر که نام ژینا (زندگی) بر او نهاده‌اند و انتظار برای

قابل درک و همراهی برانگیز است، اجرای مدیری پس زننده و دافعه برانگیز از آب درآمده است. این را هم باید اضافه کرد که خط داستانی افزوده شده به خط داستان واقعی کم‌مایه و کم‌مق است و توان برابری با آن را ندارد. از طرفی شاید تلاش برای پایبندی به داستان اصلی فیلمنامه نویسی را از ایجاد گره‌های داستانی تازه و ایجاد پیچ‌وتاب‌های دراماتیک برای جذاب‌تر شدن داستان دور نگه داشته است.

در دو قطبی ترسیم‌شده در فیلمنامه بناست هما که پیش‌تر فرزندش مینا را از دست داده است، این بار تمام تلاشش را صرف نجات جان فرزندانش شیمیایی شده (قادر) کند، بلکه به لحاظ روانی التیام پیدا کند و همزمان احمد تلاش کند فرزندش که مریم باردار است را زنده به دنیا آورد تا حال بهتری پیدا و خاطره‌اش بابت کوتاهی که منجر به مرگ فرزندش شد را فراموش کند. اما این همه چنان خلاصه شده و چندپاره در فیلم به نمایش



فیلمنامه



سووشون

سیمین دانشور



زری که در ابتدا محافظه کارانه تمام کوشش خود را برای حفظ امنیت خانواده به کار می برد، در انتهای داستان، با جهان بینی ای نو پا جای پای شوهرش می گذارد و سیلوش وار به دور از ترس به استقبال خطر می رود. او که با بزرگترین ترسش روبه رو شده دیگر بیمی از هیچ فقدانی ندارد. از این رو ختم خط داستانی در صحنه ای تشییع پیکر یوسف در شهر نمود بیرونی تغییر جهان بینی زری است. آنگاه که با برادر شوهر خود فروخته ای خود رو در رو می شود و حاضر نیست حتی یک قطره از خون این قربانی مقدس پایمال شود

جملاتی از متن رمان سووشون بعضی آدم ها عین یک گل نایاب هستند، دیگران به جلوه شان حسد می برند. خیال می کنند این گل نایاب تمام نیروی زمین را می گیرد. تمام درخشش آفتاب و تری هوارا می بلعد و جارا برای آنها تنگ کرده، برای آنها آفتاب و اکسیژن باقی نگذاشته. به او حسد می برند و دلشان می خواهد وجود نداشته باشد. یا عین ما باش یا اصلا نباش. (رمان سووشون - صفحه ۱۴)

خوب که فکرش را می کنم می بینم همه ی مادر تمام عمرمان بچه هایی هستیم که به اسباب بازی هایمان دل خوش کرده ایم و وای به روزی که دلخوشی هایمان را از ما می گیرند، یا نمی گذارند به دلخوشی هایمان برسیم. (رمان سووشون - صفحه ۶۷)

خاندانم که بر باد رفت یوسف برایم نوشت. خواهر سعی کن روی پای خودت بایستی. اگر افتادی، بدان که در این دنیا هیچ کس خم نمی شود دست ترا بگیرد بلندت کند. سعی کن خودت پا شوی. (رمان سووشون - صفحه ۷۷)

آدم با کسی در زندگی های قبلی دمخور بوده، بعد از او جدا شده. هی به دنیا می آید تا او را پیدا کند. فراق می کشد و انتظار می کشد، وقتی پیدایش کرد و شناختش مگر می تواند ولش کند؟ (رمان سووشون - صفحه ۷۸)

آدمیزاد چیست؟ یک امید کوچک، یک واقعه خوش چه زود می تواند از نو دست و دلش را به زندگی بخواند؟ اما وقتی همه اش تودهنی و نومیدی است، آدم احساس می کند که مثل تفاله شده،

لاشه ای، مرداری است که در لجن افتاده. (رمان سووشون - صفحه ۱۴۶)

ما غیر از آرزوهای بزرگ تقصیری نداشتیم. (رمان سووشون - صفحه ۱۷۹)

اگر آدم گناه کرد و موفق شد، آن گناه به عقیده خودش و دیگران گناه نیست ولی اگر موفق نشد، آن وقت گناه گناه است و باید جبران کرد. (رمان سووشون - صفحه ۱۸۳)

کاش دنیا دست زن ها بود، زن ها که زاییده اند یعنی خلق کرده اند و قدر مخلوق خودشان را می دانند. قدر تحمل و حوصله و یکنواختی و برای خود هیچ کاری نتوانستن را. شاید مردها چون هیچ وقت عملا خالق نبوده اند، آنقدر خود را به آب و آتش می زنند تا چیزی بیافرینند. اگر دنیا دست زن ها بود، جنگ کجا بود؟ (رمان سووشون - صفحه ۱۹۳)

شماره کارت برای پرداخت مبالغ:



بانک پاسارگاد: ۵۰۲۲۲۹۱۹۰۰۰۴۵۷۳۱



بانک رفاه: ۵۸۹۴۶۳۱۵۲۳۳۴۳۳۲۵



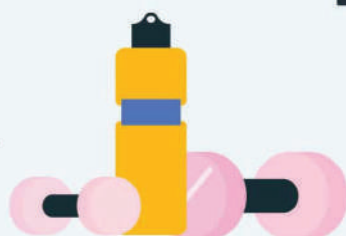
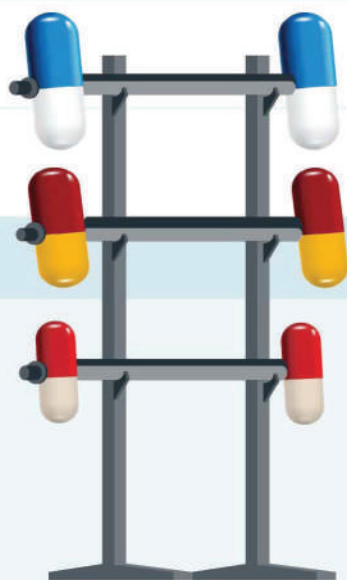
بانک سپه: ۵۸۹۲۱۰۷۰۴۴۰۲۶۳۳۷



بچه‌های آسمان
موسسه خیریه
نگهداری و توانبخشی
معلولین بی سرپرست



bachehayeeasman.org



کمک کنین تا توان قلک بچه های آسمان به هزینه دارو برسه

دریافت رایگان قلک: ۴۳۶۱۳-۲۱