

الأبعاد الشخصية للفقد السمعي لدى المسنين

تأليف

د. تشارلين كامبف

ترجمة

د. محمد السعيد أبو حلاوة

¹ Charlene M. Kampfe (2003).

Intrapersonal Aspects of Hearing Loss in Persons Who Are Older,

المكتبة الإلكترونية

أطفال الخليج ذوي الاحتياجات الخاصة

www.gulfkids.com

مقدمة:

يعد الفقد السمعي واحداً من الحالات المرضية الأربعة الأكثر شيوعاً بين كبار السن (U.S. Department of Health and Human Services, 1991) ويزيد معدل فقد السمع بصورة كبيرة مع التقدم في العمر (Wax&DiPietro,1984) إذ تشير نتائج الإحصائيات الرسمية في الولايات المتحدة الأمريكية سنة 1989 إلى أن معدل الفقد السمعي لدى الأشخاص الذين تتراوح أعمارهم بين سن 45 إلى 64 حوالي 13% وبين سن 64 إلى 74 حوالي 24% في حين يصل هذا المعدل لدى من هم فوق سن 75 إلى 36% (National Center for Health Statistics, 1990).

في حين وجدت نتائج دراسات أخرى أن شيوع فقد السمع لدى المسنين أعلى مما تشير إليه البحوث المسحية الرسمية إذ قد يصل معدل فقد السمع بين كبار السن إلى حوالي 50% أي أن 50% تقريباً من كبار السن يعانون من درجة أو أخرى من الفقد السمعي (Wax & Di Pietro,1984) بل قد يعاني 74% من الفقد السمعي (Davis,1983) . ونتيجة أن نسبة كبار السن الذين لديهم فقداً سمعياً كبيرة في تزايد يحتاج مقدمي الرعاية لهم وأعضاء أسرهم وهم شخصياً إلى تفهم الأبعاد والدلالات الشخصية والاجتماعية لهذه الحالة لذا ستهدف من المقال الحالي تناول المعلومات المتعلقة بالخبرات الشخصية والتطبيقات النفسية الاجتماعية المرتبطة بفقد السمع في مرحلة الشيخوخة. علي أمل إدراكنا للانفعالات والصعوبات التي يواجهها الأشخاص الذين يعانون من هذه الحالة.

أولاً: الخلفية النظرية.

علي الرغم من تعدد المصطلحات المستخدمة لوصف الفقد السمعي في مرحلة الطفولة (مثل: الصمم الولادي؛ الصمم المتأخر؛ الفقد السمعي المكتسب) فإن مصطلح الفقد السمعي الناتج عن التقدم في العمر Presbycusis¹ هو المصطلح الأكثر استخداماً لوصف فقد السمع لدى المسنين (Agnew,1986;Brooks,1989;Kampfe&Smith,1997), ويشير مصطلح الفقد السمعي الناتج عن الشيخوخة إلى مجال واسع من المشكلات المرتبطة بتدهور أو تضاؤل الحالة السمعية (Hull,1977;Stein&Bienenfeld;Williams). ويعتقد أن الفقد السمعي لدى المسنين ينتج عن مجموعة من المتغيرات منها متغيرات مرتبطة بالتغيرات البدنية أو العضوية العامة المرتبطة بالضعف الناجم عن التقدم في العمر (Agnew;Brooks;McFarland&Cox; Williams) أو نتيجة نقص عنصر الزنك (Shambaugh,1989). أو نتيجة تعاطي عقاقير دوائية معينة (Agnew;Brooks). أو نتيجة الوراثة أو الظروف البيئية السيئة أو غير ذلك من الظروف الصحية (McFarland & Cox). ويعتقد أن الفقد السمعي الناتج عن التغيرات البدنية ذات طابع تدريجي بطيء لدرجة أنه عادة ما لا يدرك الشخص الفقد السمعي أو معرفة مدى تأثيره (Stein&Bienenfeld). وقد يصعب الحصول علي كثير من المعلومات فيما يتعلق بالفقد السمعي الناتج عن التقدم في العمر بسبب تنوع واتساع نطاق التغيرات الفسيولوجية المرتبطة بتدهور الوظائف البدنية العامة نتيجة كبر السن. ومع ذلك يوجد عديد من الفروض المتعلقة بالأبعاد الفسيولوجية للفقد السمعي الناتج عن الشيخوخة: إذ تعد الأذن الداخلية وخاصة القوقعة والممرات العصبية الواصلة إلى المخ المجالات الأساسية لعملية التدهور في الوظائف البدنية السمعية. فتلف أو تضرر الأذن

¹ تستخدم عبارة (الفقد السمعي الناتج عن التقدم في العمر) أو عبارة (الفقد السمعي الناتج عن الشيخوخة) كترجمة لمصطلح Presbycusis بالتبادل لتعطي نفس المعني أو الدلالة.

الداخلية يفضي إلي فقد سمعي حسي عصبي يصعب معه سماع الأصوات ذات الترددات العالية (Brooks, 1989; McFarland & Cox, 1985; Williams, 1984). ويؤثر الفقد السمعي للأصوات ذات الترددات العالية علي القدرة علي سماع الحروف أو الأصوات الساكنة ولما كان للأصوات أو الحروف الساكنة أهمية كبيرة في الكلام لكونها تمثل عناصر أساسية له فإن عدم سماع هذه الحروف يفضي إلي معاناة الحالة من صعوبة في فهم الحوارات المنطوقة خاصة إذا تمت في سياق ترتفع فيه الضوضاء (Hallberg, Erlandsson, & Carlsson, 1992). وفيما يتعلق بالأبعاد النفسية لمثل هذا الفقد السمعي (عدم سماع الأصوات أو الحروف الساكنة) نجد أنها مرتبطة إلي حد بعيد بالفهم الخاطئ لدلالة الكلام المسموع نتيجة عدم سماع حروف معينة من الكلمات مما يضطر معه الشخص إلي تخمين المعني وبالتالي عدم اكتمال دائرة التواصل مع الآخرين أو انتظام هذه الدائرة في إطار علاقات سوء الفهم.

وعادة ما يصيب الفقد السمعي الناتج عن الشيخوخة كلا الأذنين (Willimas, 1984) ولكن تختلف شدة الإصابة من أذن إلي أخرى. علي سبيل المثال ربما تتعرض الأذن اليمنى لمؤثرات أو ظروفًا بيئية ناتجة عن الضوضاء المرتبطة بالعمل نتيجة أن صوت الضوضاء يؤثر أكثر عليها وربما يحدث التدهور في السمع نتيجة التعرض للضوضاء بصورة منفصلة أو بصورة مرتبطة مع التدهور الناتج عن التقدم في العمر.

وبالإضافة إلي صعوبة السمع الفعلية التي يعاني منها ذوي الفقد السمعي الحسي العصبي فإنهم ربما يعانون كذلك من تشوش أو تحريف واضح فيما يقدرون علي سماعه بالفعل من الكلام. ونتيجة لذلك حتى عندما يسمعون الكلام ربما لا يقدرون علي فهمه وقد يسيئون فهمه مما يوقعهم في مشاكل أثناء التفاعل الاجتماعي مع الآخرين (McFarlan & Fox, 1985).

أكثر من ذلك ربما يساء تفسير الأصوات الخارجية مما يترتب عليه الإدراك المشوش أو الخاطئ للهاديات أو العلامات البيئية (Hull, 1977; Luey, 1980; Ramsdell, 1978). وينتج عن مثل هذه المشاكل ما يشار إليه بالتباين في السمع أو التباين السمعي (وفيه يبدو الشخص قادراً علي السمع في بعض الأحيان وغير قادر علي السمع في أحيان أخرى) وتجدر الإشارة إلي أن التباين في الإدراك السمعي يختلف حسب: الظروف البيئية المختلفة؛ وفق الظروف الذاتية للشخص؛ وحسب طبيعة ونوعية ظروف العلاقات الاجتماعية المتبادلة بين الأشخاص. فمن الظروف البيئية الشائعة التي قد تؤثر بصورة كبيرة علي حدة السمع: الإضاءة غير المناسبة (Kampfe, 1990) تشوش الموجات الصوتية نتيجة التداخل (Brinson, 1983) وجود أصوات خارجية مثل المحادثات الجماعية والضوضاء (صوت مكيف الهواء؛ صوت ماكينة غسل الأطباق أو المكنسة الكهربائية أو الموسيقى) (Hallberg, et al., 1992; Thomsett & Nickerson, 1993). وتشمل المتغيرات الشخصية التي قد تؤثر علي حدة السمع: مدي الألفة بسياق المحادثة أو الحوار (Kampfe; Thomsett & Nickerson). مستوي الطاقة الحيوية للفرد (Luey; Orleans, 1987; Thomsett & Nickerson) تعاطي أدوية معينة (Thomsett & Nickerson). حدة البصر (Brinson; Luey, Belser, & Glass, n.d.) وغير ذلك من المتغيرات النفسية والفسولوجية (Luey; Thomsett & Nickerson).

ويتأثر الفهم أو الإدراك السمعي بصورة كبيرة بعدد من المتغيرات المرتبطة بالعلاقات الاجتماعية المتبادلة مع الآخرين مثل: القدرة التعبيرية؛ درجة الوضوح؛ وسرعة أو بطء المتحدث (Kampfe, 1990) مدي الألفة بين أطراف العلاقة الاجتماعية إضافة إلي طبيعة العلاقة بين أطراف التفاعل الاجتماعي (Orlans; Thomsett & Nickerson).

ومن المشكلات الصحية المصاحبة للفقد السمعي الناتج عن الشيخوخة الدوار أو الدوخة والطنين أو صفير الأذن (Agnew, 1986; David & Trehub, 1989; Thomas, 1984). والدوار هو اضطراب في التوازن يتراوح بين البسيط والشديد (Rakel, 1994). أما الطنين فهو إحساس بصوت مزعج مثل رنين الجرس أو الصفير في إحدى الأذن أو كليهما أو في الرأس ذاتها تتراوح شدته أيضاً بين البسيط إلي الشديد (Hallberg & Erlandsson, 1993). ويمكن أن

ينتج عن الدوار والطنين حالة من الوهن أو الخمول البدني العام للشخص (Agnew;Gant&Kampfe,1997;Rakel). ويعد مرض منيير Meniere,s disease من الحالات المرضية الشائعة التي يصاحبها دوار وطنين بالأذن ويشار إلي مرض منيير هنا بصورة خاصة لكونه من الحالات المرضية المعروفة والمشخصة والتي تختلف بصورة ما عن الأسباب المؤدية إلي الفقد السمعي الناتج عن التقدم في العمر. وتتضمن هذه الحالة المرضية تجمع كثيف لسائل بالأذن الداخلية يفضي إلي الدوار والطنين وتضاؤل القدرة السمعية بصورة تدريجية خاصة القدرة علي سماع الأصوات ذات الترددات المنخفضة (Gant&Kampfe,1997;Martin,1994;Miyamoto,1986;Rakel,1994). وقد يعاني المسن من تعدد في الحالات المرضية المرتبطة بالتقدم في السن إضافة إلي مرض منيير مثل هؤلاء الأشخاص يكون لديهم فقداً سمعياً لكل من الأصوات مرتفعة ومنخفضة الترددات إضافة إلي الدوار والطنين.

ثانياً الاعتبارات النفسية للفقد السمعي الناتج عن الشيخوخة.

يمكن توزيع الاعتبارات أو الدلالات النفسية للفقد السمعي الناتج عن التقدم في العمر علي فئتين: اعتبارات أو دلالات ذاتية أو شخصية، واعتبارات أو دلالات ذات طابع خاص بالعلاقات الاجتماعية المتبادلة مع الآخرين². وبسبب ضيق المساحة المتاحة للمقال الحالي يركز في هذا الصدد علي الاعتبارات أو الدلالات الذاتية أو الشخصية (أي دلالات الفقد السمعي بالنسبة للشخص أو الحالة المصابة به) وعلي الرغم من الإشارات الضمنية أو الخفية للأبعاد أو الدلالات الاجتماعية للفقد السمعي قد يكون من المفيد لمن يريد المزيد الرجوع إلي كتابات (Smith&Kampfe,1997;Kampfe&Smith,in press).

وظائف السمع.

يمكن تفهم مدي تأثير الإعاقة السمعية علي البناء النفسي والعلاقات الاجتماعية للمبتلي بها بالتعرف أولاً علي الوظائف العادية للسمع. ويحدد رامسدل (1978) ثلاث مستويات نفسية للسمع هي: المستوي الأولي أو الأساسي أو الابتدائي؛ مستوي الإشارات والتحذيرات؛ والمستوي الرمزي.

المستوي الأولي أو الأساسي.

يتضمن المستوي الأولي أو الابتدائي للسمع إدراك الشخص للأصوات الصادرة من جسده (التنفس؛ حركات الجسد) وغير ذلك من الأصوات التي توجد في خلفية السياق الذي يتواجد فيه (مثل دقات المنبه؛ وصرير أو صوت تحرك الكراسي) وتزود مثل هذه الأصوات الشخص بالإحساس بوجوده الذاتي ويكونه جزءاً من البيئة التي يتواجد فيها (Ramsdell,1978). وبدون مستوي السمع الأولي أو الابتدائي ربما يشعر المرء بانفصاله عن ذاته وعن العالم من حوله. ويفضي مثل هذا الإحساس - الانفصال عن الذات والعالم - إلي معاناة الشخص من عزلة و/أو فقدان القدرة علي الحركة وفقدان الحس بالتغيرات من حوله وبالتالي تأثر مجمل مكونات البناء النفسي لمثل هذا الشخص. إذ ربما يعاني مثل هذا الشخص من الاكتئاب فقد أمكن إثبات وجود علاقة بين الاكتئاب والفقد السمعي ذو المستوي الأولي أو الابتدائي (Luey,1980;Ramsdell).

² يميل معظم المتخصصون إلي ترجمة عبارة Interpersonal relationships إلي العلاقات بين الشخصية. ونري من جانبنا أن الترجمة الأكثر دقة والأقرب إلي دلالة هذه العبارة يتمثل في العلاقات الاجتماعية المتبادلة مع الآخرين.

مستوي الإشارات والتحذيرات.

يتضمن مستوى الإشارات والتحذيرات الإدراك الشعوري للبيئة الخارجة عن إطار المجال البصري للشخص (Luey,1980;Ramsdell). وعند هذا المستوى يكون الصوت بمثابة إشارة أو علامة لأحداث تقع (مثل اقتراب وقع أقدام؛ صوت فرامل السيارات) والوعي بهذه الأصوات أو الإدراك الصوتي عند مستوى الإشارات والتحذيرات لا ينبه المرء لوجود أحداث بيئية معينة ولكن ينبهه كذلك إلي اتجاه ودلالة مثل هذه الأحداث مما يمكنه من اتخاذ قرارات فيما يتعلق بالتهديدات البيئية وبالتالي تنشيط أو استثارة الفعل المناسب.

وربما يشعر الأشخاص ذوي الفقد السمعي لمستوي الإشارات أو التحذيرات بالارتباك والحيرة والافتقار للحس بالمكان والزمان مما قد يجعله عاجزاً عن معرفة هويته الذاتية كما أن مثل هؤلاء الأشخاص دائمى الإحساس بزيادة احتمالات تعرضهم للمخاطر والصعاب مما يهيئ ظروفاً طبيعية لتخليق القلق المزمن وظهور أعراض ما يعرف بمتلازمة الضغط العام (Brinson,1983;Hull,1977;Luey,1980;Ramsdell). ويسهم هذا المستوى السمعي - مستوى الإشارات والتحذيرات - في تعايش الشخص مع واستمتاعه بالخبرات الجمالية للحياة (مثل الموسيقى؛ صوت المياه الجارية أو خرير المياه؛ وصوت تغريد الطيور) وافتقار الشخص لمثل هذا المستوى السمعي يجعله علي غير صلة بمتع ومباهج الحياة الطبيعية المتاحة لعادي السمع (Brinson,1983;Hull,1977;Luey,1980;Ramsdell). وربما لا يتمكن ذوي الفقد السمعي لهذا المستوى من استخدام أو الاستفادة من مختلف أدوات أو فنيات الاسترخاء (مثل التسجيلات الصوتية أو الخبرات الطبيعية) المتاحة لعادي السمع لتقليل وطأة الضغوط والقلق.

المستوي الرمزي.

يتضمن المستوى الرمزي التواصل مع الآخرين وهو المستوى الذي يقدره معظم الناس بالفقد السمعي (Ramsdell,1978). وبسبب أن المهارات اللغوية لدي كبار السن تكون قد تكونت أو اكتسبت قبل الفقد السمعي (Schein&Delk,1974). ربما يكون للفقد السمعي الناتج عن الشيخوخة تأثير محدود علي الكلام. ومع ذلك قد يعاني مثل هؤلاء الأشخاص من بعض الصعوبات بسبب أن الفقد السمعي يؤثر علي القدرة علي ضبط إيقاع ودرجة أو شدة الصوت إضافة إلي احتمال عدم ضبط أو السيطرة علي أو حتى سماع الأصوات المقترنة بالتنفس وبالتالي قد يكون الكلام مشوشاً وهو غالباً ما يميز كلام ذوي الفقد السمعي البسيط (Silverman&Calvert,1978).

وقد سبقت الإشارة إلي أن الفقد السمعي الناتج عن التقدم في العمر يؤثر بصورة دالة علي فهم الكلام خاصة إذا كان فقداً سمعياً شديداً . وانخفاض القدرة علي فهم الكلام يؤثر بصورة شديدة علي قدرة المصاب به علي فهم الآخرين والتواصل معهم. وبالتالي فإن للفقد السمعي عند المستوى الرمزي تأثيراً مأساوياً علي الحياة الانفعالية والاجتماعية للمبتلي به (Brinson,1983;Hull,1977;Kampfe &Smith,in press;Ramsdell,1978;Smith&Kampfe,1997;Williams,1984) وذلك لأن العزلة الشديدة عن الآخرين وندرة التواصل معهم وتضاؤل اللانقاء بالأصدقاء وأعضاء الأسرة تضيق نطاق الخبرة الاجتماعية أمام فاقد السمع ومن غير المستبعد كما تثبت عديد من الدراسات اقتران كل ذلك بمشاعر الإحباط؛ الغضب؛ الاستياء؛ والعجز واليأس (Kampfe&Smith;Luey,1980;Orlans,1987).

الاستجابة للفقد السمعي.

لا شك أن فقدان الشخص للقدرة التي يعتمد عليها في التعايش مع الآخرين إضافة إلي ما قد يصاحب الإعاقة السمعية الناتجة عن الشيخوخة من اعتلال عام في الصحة البدنية وتناقص الحيوية والنشاط (مثل افتقار الإحساس بالأمان؛ عدم الاستمتاع بمباهج الحياة العادية التي كانت

متاحة لهم من قبل الفقد السمعي؛ صعوبات التفاعل مع الآخرين) ربما تفضي بالشخص إلي الأسي والحزن الشديد. وبالتالي تعد الفاجعة أو الأسي الاستجابة الطبيعية لتدهور وضعف القدرة السمعية وربما يكون من الضروري والحال كذلك معالجة كل صور الفقد المصاحبة لتدهور الطاقة السمعية للفرد إذا ما أريد مساعدة مثل هذا الشخص علي تجاوز أو علي الأقل التعايش مع خبرة الفقد السمعي (Elliot,1978). والاستجابات التالية للتغيرات المصاحبة أو المرتبطة بفقد السمع الناتج عن التقدم في العمر ربما يصح التعامل معها ودراستها استناداً إلي ما يعرف بنظريات رد الفعل للأزمة أو الصدمة Crisis Reaction Theories (Kubler,1969;Shontz,1965). أو استناداً إلي الأفكار المتعلقة بعملية الأسي أو الفاجعة Mourning Process التي تحدث لأباء الأطفال عادي السمع حال وبعد معرفتهم بأن أطفالهم صماً أو ضعاف السمع(Luterman,1979).

وعلي الرغم من عدم الاتفاق في التراث السيكولوجي علي المصطلحات؛ تتالي العملية؛ عدد المراحل يصف عديداً من الكتاب الحالات أو المراحل الانفعالية المتعلقة بالفقد السمعي(Kubler- (Ross,1969;Livneh,1991;Luterman,1979;Shontz,1965). إذ تتضمن الحالات الانفعالية المصاحبة للفقد السمعي: الصدمة؛ الإدراك والتحقق؛ التعامل الدفاعي؛ الاعتراف والتسليم؛ والتكيف أو التعايش. وفيما يتعلق بالصدمة فنجد أنها حالة يعتقد أن يعاني منها الشخص مباشرة عقب وقوع حدث ذو دلالة أو أهمية بالنسبة له إذ تنتاب الفرد حالة من الذهول العام لدرجة تجعله كفاقد الإحساس أو الوعي أو كأنه في حالة من الخدر العام(Shontz,1965). وقد لا يمر الأشخاص ذوي الفقد السمعي الناتج عن التقدم في العمر بهذه الحالة أي حالة الفاجعة أو الأسي لأن طبيعة الفقد السمعي الناتج عن التقدم في العمر تدريجي ويحدث ببطء مما يعطي الشخص الفرصة للتوافق التدريجي مع الفقد السمعي.

أما الإدراك أو التحقق فيشير إلي وقت اكتشاف وتأكيد الشخص من أن حالة الفقد السمعي التي لديه دائمة وشديدة وبالتالي يصاحب هذه المرحلة مشاعر كثيرة مثل: الخوف؛ الذنب؛ الاكتئاب؛ العجز؛ الحيرة والارتباك؛ التوتر العام؛ و/أو الغضب (Luey,1980;Orlans,1987;Schontz).

بينما يسمي التعامل الدفاعي أيضاً الإنكار وهو أسلوب تعامل يتبعه الشخص في محاولة لتخفيف المشاعر المؤلمة المصاحبة للمرحلة السابقة وربما يكون الإنكار الحيلة الدفاعية الأكثر انتشاراً بين ذوي الفقد السمعي الناتج عن التقدم في العمر ويعزي ذلك في جزء منه إلي أن طبيعة الفقد السمعي الناتج عن الشيخوخة كما سبق الإشارة تدريجي وبطئ وبالتالي قد لا يسهل إدراكه بسهولة(Stein,&Bienenfeld,1992).

في حين تمتاز مرحلة الاعتراف والتسليم أو القبول بالتفهم الواقعي للفقد السمعي إضافة إلي تناقص الانفعالات والمشاعر المؤلمة المصاحبة للمراحل السابقة.

أما التكيف أو التعايش فيتضمن التوافق الإيجابي أو البناء مع الفقد السمعي وخلال هذه المرحلة يحدد الأشخاص المصابون به طرق التوافق مع المصاعب أو القيود التي يفرضها ذلك الفقد. وربما لا يمر كل الأشخاص المصابون بالفقد السمعي الناتج عن التقدم في العمر بهذه المراحل بنفس الترتيب السابق (Luterman, 1979; Kalish, 1977; Kampfe & Smith, 1997; Luey, 1980). وقد لا يصل البعض منهم أبداً إلي مرحلة التكيف أو التعايش بل ربما يرتد بعض من الأشخاص الذين يصلون إلي مرحلة التكيف أو التعايش إلي المراحل الأولية خاصة إذا تواجدوا أو تعرضوا لمواقف ضاغطة أو مهددة لأمنهم وسلامتهم النفسية والبدنية. وتعتمد عملية الاستجابة للفقد السمعي في إطار المراحل السابقة علي كثير من المتغيرات أهمها علي الإطلاق تفسيرات أو إدراكات الأشخاص لدلالات الفقد السمعي بالنسبة لهم ويرتبط هذا التفسير أو

الإدراك بطبيعة الحال بالأسلوب المعرفي وبنوعية المعتقدات والمخططات المعرفية التي يستند إليها الأفراد في تفسير والتعامل مع الأحداث والمواقف الحياتية المختلفة (Kampfe, 1998; Kampfe & Smith). وبناء على ذلك من المهم بالنسبة لأخصائي التأهيل أن يفترضون إن استجابات الأشخاص للفقد السمعي ذات طابع مميز وفريد بالنسبة لكل شخص على حدة.

متطلبات استعادة الطاقة الحيوية.

يتطلب توافق أو علي الأقل تعايش كبار السن المصابون بالفقد السمعي كثيراً من الطاقة والتركيز (Luey, 1980; Orleans, 1987; Rezen & Hausman, 1985). فكبار السن ذوي المهارات المعرفية والتوافقية الجيدة يتعلمون بسرعة تحصيل أنفسهم من التأثيرات السلبية للفقد السمعي ويزيدون من إمكانات الاستفادة من هامش الطاقة أو فائض الطاقة السمعية والحيوية التي لديهم (Butler & Lewis, 1977).

وعليه على الرغم من أن المسنين يعانون من تضائل عام في مستوى الطاقة الحيوية بسبب عملية التقدم في العمر فإن معظمهم قادرون على تطوير آليات توافق تعويضية إلا أن هذه الآليات على العكس من ذلك ربما يحتاج الشخص المسن ذو الفقد السمعي إلى مستوى من الطاقة الحيوية أعلى من المستوى الذي كان لديه قبل الفقد السمعي وذلك لأن الفقد السمعي يستلزم طاقة زائدة ليتمكن المصاب به من التفاعل مع البيئة (Rezen & Hausman; Thomas, 1984). وعندما يقترب الفقد السمعي بالضعف العام الناتج عن التقدم في العمر أو الناتج عن غير ذلك من حالات بدنية أو إعاقة تنخفض الطاقة الحيوية العامة بصورة قد تفاقم من التأثير السلبي بالضغط مثل ردود الأفعال الانفعالية لمختلف صيغ الفقد والتوافق مع ردود أفعال الأسرة والأصدقاء. وربما يعاني كبار السن نتيجة تواجدهم في مثل هذه الظروف من الإجهاد الانفعالي وسرعة التعب بسبب تزايد متطلبات التكيف مع هذه المواقف وعليه يمكن القول بصفة عامة أن كبار السن المصابون بالفقد السمعي نتيجة الشيخوخة أقل نشاطاً وحيوية مقارنة بحالتهم قبل الإصابة بالفقد السمعي.

ثالثاً: خاتمة.

بسبب شيوع الفقد السمعي بين المسنين وبسبب تأثيرات هذا الفقد السلبية على الفعالية الشخصية والاجتماعية لهم قد يستفيد أعضاء الأسرة ومقدمي الرعاية للمسنين والمسنين أنفسهم من تفهم الدلالات النفسية للفقد السمعي ومن تفهم تأثير الفقد السمعي على العلاقات الاجتماعية المتبادلة للذين يعانون منه مع الآخرين. وعادة ما يعاني المسنون بالإضافة إلى التغييرات البدنية التي تفضي إلى تدهور القدرة السمعية من الطنين أو صفير الأذن والدوار. وللفقد السمعي عند المستوى الأولي أو الابتدائي أو عند مستوى التحذيرات والإشارات أو عند المستوى الرمزي تأثيرات ودلالات نفسية واجتماعية عديدة بالنسبة للأشخاص المسنين المصابين به. وربما يستجيب المسن الذي يعاني من فقد وظائف السمع بصيغ استجابات تدرج أو تتطور تبعاً لمراحل معينة متشابهة إلى حد بعيد مع مراحل استجابة الأشخاص العاديين لخبرات الحياة العادية مثل: خبرة وفاة شخص عزيز؛ التعايش أو التوافق مع العجز أو الإعاقة؛ وردود أفعال الأبناء عند وعقب اكتشافهم لإصابة آبائهم بالصمم. وتتطلب ردود الأفعال للمعانة من الطنين والدوار طاقة وجهداً إضافياً مما قد يستنزف الطاقة الحيوية للجسد ناهيك عن متطلبات التوافق من تناقص القدرة السمعية.

في ضوء ما تم تناوله في هذا المقال يلاحظ أننا تعمدا الإشارة إلي التنوع في شدة الحالات المرضية المصاحبة لعملية التدهور أو الضعف في الحالة السمعية للمسن نتيجة التقدم في العمر وما يقترن بذلك من عوامل تحلل وانخفاض أو تدهور في الوظائف البدنية بصورة عامة كما تمت الإشارة كذلك إلي التنوع في الاستجابات التي تصدر عن الأشخاص الذين يمرون بمثل هذه الخبرات. وبالتالي يجب عند التعامل مع الشخص المسن ذو الفقد السمعي اعتباره حاله فردية ربما يعاني أو لا يعاني من الأبعاد أو الجوانب الذاتية أو الشخصية للفقد السمعي التي أشير إليها بمعنى أن الفقد السمعي لا يعني معاناة المسن المصاب به تلقائياً وبالضرورة من الدلالات أو التضمينات النفسية الذاتية السابقة إذ توجد متغيرات أخرى بطبيعة الحال قد تخفف أو تزيد من التأثير السلبي لخبرة الفقد السمعي.

وإذا ما وضعنا التزايد المتوقع في أعداد كبار السن في المجتمعات المعاصرة نتيجة ارتفاع متوسط العمر - لأسباب عديدة - فإن الفقد السمعي الناتج عن التقدم في العمر يتوقع أن تتزايد أعداد المصابين به من كبار السن. ويصبح الأمر والحال كذلك من المتوقع أن يتعامل خبراء التأهيل مع أعداد متزايدة ممن يعانون من هذه الحالة وبالتالي يجب أن تولي الأبعاد أو الجوانب الذاتية للفقد السمعي الناتج عن الشيخوخة اهتماماً كبيراً.

المراجع:

- (1) Agnew, J. (1986). Tinnitus: An overview. *Volta Review*, 88, 215-221.
- (2) Brinson, W. S. (1983). Speechreading in practice. In W. J. Watts (Ed.), *Rehabilitation and acquired deafness* (pp. 205-218). London: Croom Helm.
- (3) Brooks, D. (1989). The adult hearing-impaired. In D. N. Brooks (Ed.), *Adult aural rehabilitation* (pp. 1-17). London: Chapman & Hall.
- (4) Butler, R. N., & Lewis, M. L. (1977). *Aging and mental health*. St. Louis: C. V. Mosby.
- (5) David, M., & Trehub, S. E. (1989). Perspective on deafened adults. *American Annals of the Deaf*, 133, 200-204.
- (6) Davis, A. C. (1983). Hearing disorders in the population: First phase findings of the MRC National Study of Hearing. In M. E. Luterman & M. P. Haggard (Eds.), *Hearing science and hearing disorders*. London: Academic Press.
- (7) Elliott, H. (1978). Acquired deafness: Shifting gears. Paper presented at a Workshop for Deafened Adults of the Hearing Society for the Bay Area and the Deaf Counseling, Advocacy and Referral Agency, San Francisco.
- (8) Gant, N. D., & Kampfe, C. M. (1997). The social and psychological challenges faced by persons with Meniere's Disease. *Journal of Applied Rehabilitation Counseling*, 28 (4), 40-49.
- (9) Glass, L. E. (1985). Psychosocial aspects of hearing loss in adulthood. In H. Orlans (Ed.), *Adjustment to adult hearing loss* (pp. 167-178). San Diego: College-Hill Press.
- (10) Hallberg, L. R.-M., & Erlandsson, S. I. (1993). Tinnitus characteristics in tinnitus complainers and noncomplainers. *British Journal of Audiology*, 27, 19-27.
- (11) Hallberg, L. R.-M., Erlandsson, S. I., & Carlsson, S. G. (1992). Coping strategies used by middle-aged males with noise-induced hearing loss, with and without tinnitus. *Psychology and Health*, 7, 273-288.
- (12) Hull, R. H. (1977). *Hearing impairment among the elderly*. Lincoln, NE: Cliffs Notes.
- (13) Kalish, R. A. (1977). *The later years: Social applications of gerontology*. Monterey, CA: Brooks/Cole.
- (14) Kampfe, C. M. (1990). Communicating with persons who are deaf: Some practical suggestions for rehabilitation specialists. *Journal of Rehabilitation*, 56, 41-45.
- (15) Kampfe, C. M. (1998). Variability in response to late hearing loss. Manuscript in preparation. Tucson, AZ: University of Arizona
- (15) Kampfe, C. M., & Smith, S. M. (1997). Older persons' psychological reactions to presbycusis. *Southwest Journal on Aging*, 13, 53-59.
- Kampfe, C. M., & Smith, S. M. (in press). Late onset hearing loss: Strategies for effective counseling. *Journal of Adult Development and Aging: Practice*.
- (16) Kubler-Ross, E. (1969). *On death and dying*. New York: MacMillan.

- (17) Livneh, H. (1991). A Unified approach to existing models of adaptation to disability. In R.P. Marinelli & A.E. Dell Orto *The psychological and social impact of disability* (3rd ed.). New York: Springer.
- (18) Luey, H. S. (1980). Between worlds: The problems of deafened adults. *Social Work in Health Care*, 5, 253-265.
- (19) Luey, H. S., Belser, D., & Glass, L. (n.d.) *Beyond refuge: Coping with vision and hearing loss in later life*. Sands Point, NY: Helen Keller National Center for Deaf Blind Youth and Adults.
- (20) Luterman, D. (1979). *Counseling parents of hearing-impaired children*. Boston: Little Brown.
- (21) Martin, F. (1994). *Introduction to audiology* (5th ed.). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- (22) McFarland, W., & Cox, B.P. (1985). *Aging and hearing loss: Some commonly asked questions*. Washington, DC: Gallaudet College/National Information Center on Deafness.
- (23) Miyamoto, R. (1986). Meniere's disease. *Indiana Medicine*, 79, 961-965.
- (24) National Center for Health Statistics. (1990). Current estimates from the national health interview survey, 1987 (Current Vital Health Statistics Series 10, No. 176). Washington, DC: Author.
- (25) Orlans, H. (1987). Sociable and solitary responses to adult hearing loss. In J. G. Kyle (Ed.), *Adjustment to acquired hearing loss: Analysis, change and learning: Proceedings of a conference held in University of Bristol* (pp. 95-112). Bristol: Center for Deaf Studies, University of Bristol.
- (26) Oyer, H. J., & Oyer, E. J. (1985). Adult hearing loss and the family. In H. Orlans (Ed.). *Adjustment to adult hearing loss* (pp. 139-154). San Diego: College-Hill Press.
- (27) Rakel, R. (1994). *Conn's current therapy*. Philadelphia: W. V. Saunders.
- (28) Ramsdell, D. A. (1978). The psychology of the hard-of-hearing and deafened adult. In H. Davis & S. R. Silverman (Eds.), *Hearing and deafness* (4th ed.) (pp. 499-510). New York: Holt, Rinehart, & Winston.
- (29) Rezen, S. V., & Hausman, C. (1985). *Coping with hearing loss; A guide for adults and their families*. New York: Dembner Books.
- (30) Schein, J. D., & Delk, M. T. (1974). *The deaf population of the United States*. Silver Spring, MD: National Association of the Deaf.
- (31) Shambaugh, G. E. (1989). Clinical vignette: Zinc: The neglected nutrient. *The American Journal of Otology*, 10, 156-160.
- (32) Shontz, F. C. (1965). Reactions to crisis. *Volta Review*, 67, 364-370.
- (33) Silverman, R. S., & Calvert, D. R. (1978). Conversation and development of speech. In H. Davis & S. R. Silverman (Eds.), *Hearing and deafness* (pp. 388-399). New York: Holt, Rinehart, & Winston.
- (34) Smith, S. M. (1986). *Rehabilitation, aging and employment: Perspectives for the rehabilitation counselor and employer-An action paper*. Rehabilitation and Aging (Mary Switzer Monograph No. 11). Washington, DC: National Rehabilitation Association.
- (35) Smith, S. M., & Kampfe, C. M. (1997). Interpersonal/relationship implications of hearing loss in persons who are older. *Journal of Rehabilitation*, 63, 15-21.
- (36) Smith, S. M., & Kampfe, C. M. (1998). *Management of the patient with presbycusis*. Manuscript in preparation. Tucson, AZ: University of Arizona.
- (37) Stein, L. M., & Bienenfeld, D. (1992). Hearing impairment and its impact on elderly patients with cognitive, behavioral, or psychiatric disorders: A literature review. *Journal of Geriatric Psychiatry*, 25, 145-156.
- (38) Thomas, A. (1984). *Acquired hearing loss: Psychological and psychosocial implications*. London: Academic Press
- (39) Thomsett, K., & Nickerson, E. (1993). *Missing words: The family handbook on adult hearing loss*. Washington DC: Gallaudet University Press.
- (40) U.S. Department of Health and Human Services. (1991). *Aging America: Trends and projections*, (1991 ed.). (No. FCoA 91-28001) Washington, DC: Author.
- (41) Wax, T., & Di Pietro, L. J. (1984). *Managing hearing loss in later life*. Washington, DC: National Information Center on Deafness, Gallaudet College and the American-Speech-Language Hearing Association.
- (42) Williams, P. S. (1984). *Hearing loss: Information for professionals in the aging network*. Washington, DC: Gallaudet College/National Information Center on Deafness.