

تمهيد:

تعد الإعاقة السمعية الأكثر شيوعاً بين الإعاقات لدى البشر، فهناك طفل واحد تقريباً من كل ألف طفل يولد مصاباً بضعف في السمع يؤثر سلباً على تطور مهارات اللغة الطبيعية، ويتمتع الأطفال الصم والذين يعانون من صعوبات في السمع هذه الأيام بفرصة تحقيق القدرة على التواصل (من خلال الإيماءات أو الحديث، أو كلاهما معاً)، والقدرة على تحقيق النجاح الأكاديمي في المدرسة أكثر من أي وقت مضى، وهناك مجال واسع لقبول الأطفال الصم أو الذين يعانون من صعوبات في السمع في الفعاليات المختلفة في المجتمع. وعلى الرغم من كل المكاسب والنجاح الذي تم تحقيقها لذوي الإعاقات السمعية، إلا أن هناك خلافات عدة حول هذه الفئة تتمحور حول أمرين رئيسيين هما : ماذا نعلمهم ؟ وكيف نعلمهم ؟ فبعض أفراد المجتمع لا يزال لا يتقبل فكرة التفاهم بالإشارة، وهناك بعض المتخصصين في مجال الصم يوصون باستخدام اللغة المنطوقة معهم بدلاً من الإشارة وهناك آخرون يفضلون لغة الإشارة أو كليهما .

نشأة وتطور السمع عند الإنسان :

تتشكل الأذن وتظهر في جسم الإنسان كعضو من أعضائه في الشهر الرابع من الحمل، ثم تستطيع السمع بعد ذلك، وبعد فترة بسيطة من الولادة يستجيب الطفل للمتغيرات الصوتية من حوله، ثم بعد ذلك يبدأ بتحريك رأسه بحثاً عن مصدر الصوت وإتجاهه، وفي حوالي الشهر السادس يتمكن من تمييز الأصوات ويستطيع التمييز بين صوت الرجل وصوت المرأة، وبين صوت امرأة أخرى، وفي الشهرين السابع والثامن تظهر لديه ردود أفعال للأصوات حتى إذا ما أنهى عامه الأول تمكن من تكوين مهارات الاستماع، وتولد لديه الإنتباه التلقائي. ويستمر التطور حتى يصبح الطفل قادراً على استقبال اللغة والتعامل معها وبها في التواصل مع الآخرين، ويتقدم العمر تبدأ حاسة السمع في التضاؤل بسبب تدهور وظائف الخلايا العصبية السمعية.

تشريح الأذن

بما أن الإعاقة السمعية مرتبطة بخلل فسيولوجي يصيب الجهاز السمعي لذلك يجب التعرف على أجزاء هذا الجهاز ووظيفة كل جزء، يتكون الجهاز السمعي من الأذن الخارجية والأذن الوسطى والأذن الداخلية .

"the outer ear " الأذن الخارجية "

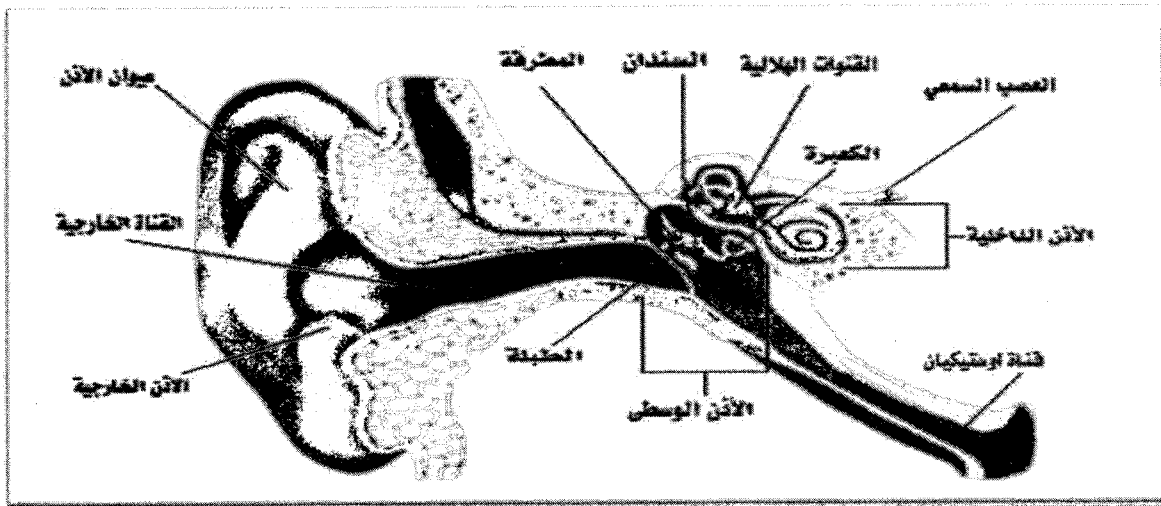
يتكون هذا الجزء من الصيوان والقناة السمعية الخارجية والصيوان هو الجزء الخارجي الظاهر من الأذن ووظيفته تجميع الموجات الصوتية وتسهيل دخولها إلى الأذن الخارجية وهي عبارة عن ممر ضيق توجد فيه غدد تفرز المادة الصمغية التي تحمي الأذن من الجراثيم والأوساخ ، وينتهي الممر بطلبة الأذن التي تعتبر جزء من الأذن الوسطى .

"the middle ear " الأذن الوسطى "

وهي تجويف مليء بالهواء للمحافظة على توازن الضغط على طبلة الأذن وذلك من خلال قناة استاكيوس المرتبطة بالحلق فتغير الضغط يجعل الهواء يمر في الداخل أو الخارج من خلال هذه القناة ، وتشمل الأذن الوسطى على الطبلة والعظيماث الثلاث وهي المطرقة والسندان والركاب، إن وظيفة هذه العظيماث نقل الذبذبات الصوتية من الطبلة إلى النافذة البيضاضوية.

"the inner ear " الأذن الداخلية "

وتشتمل على جزئين أساسيين هما القنوات شبه الهلالية ووظيفتها حفظ التوازن وتزويد الدماغ بمعلومات عن حركة الرأس وموضعه والإحساس بالسرعة وهي عبارة عن ثلاث قنوات شبه دائرية مليئة بالسائل وتقع في الجزء الأعلى من الأذن الداخلية، أما الجزء الآخر من الأذن الداخلية القوقعة وهي جزء حلزوني الشكل يحتوي عددا كبيرا جدا من الشعيرات وعن طريق القوقعة يتم تحويل الصوت إلى موجات كهربائية لتنتقل عن طريق العصب السمعي إلى الدماغ.



العصب السمعي الموصول للمخ، والفقدان السمعي يتراوح مداه من الحالة المعتدلة إلى أقصى حالة من العمق والتي يطلق عليها الصمم.

كما يتم تعريف الإعاقة السمعية بأنها تلك التي تحول دون أن يقوم الجهاز السمعي عند الفرد بوظائفه أو تقلل من قدرة الفرد على سماع الأصوات المختلفة، وتتراوح الإعاقة السمعية في شدتها من الدرجات البسيطة والمتوسطة التي ينتج عنها ضعف سمعي إلى الدرجات الشديدة جداً والتي ينتج عنها الصمم.

وحيث أن الإعاقة السمعية تشمل الصمم الكلي بالإضافة إلى الصمم الجزئي (ضعف السمع) فإن إيضاح مفهوم الإعاقة السمعية يقتضي بالتالي إيضاح مفهومي الصمم وضعف السمع، ويمكن عرض ذلك فيما يلي:

أ. مفهوم الصمم Deafness

يعرف الصمم بأنه فقد السمع بدرجة تنتج عنه اضطرابات في التواصل يتطلب معالجة علاجية أو تعليمية، والأصم هو الطفل الذي تمنعه إعاقته السمعية من اكتساب المعلومات اللغوية عن طريق حاسة السمع باستخدام السماعات الطبية أو بدونها.

يعرف بأنه الفرد الذي يعاني من عجز سمعي إلى درجة فقدان سمعي 70 ديسبل فأكثر تحول دون اعتماده على حاسة السمع في فهم الكلام سواء أكان ذلك باستخدام السماعات أم بدونها.

ب. ضعف السمع Hard of hearing

يعرف ضعف السمع بأنهم أولئك الذين يكون لديهم قصور سمعي أو بقايا سمع، ومع ذلك فإن حاسة السمع لديهم تؤدي وظائفها بدرجة ما، ويمكنهم من تعلم الكلام واللغة سواء باستخدام المعينات السمعية أو بدونها.

وهناك العديد من التعريفات للإعاقة السمعية تختلف باختلاف المنظور الذي يتم تناولها من خلاله:

التعريف الوظيفي : يعتمد على مدى تأثير فقدان السمع على إدراك وفهم اللغة المنطوقة، فالإعاقة السمعية تعني انحرافاً في السمع يحد من القدرة على التواصل السمعي اللفظي وشدة الإعاقة السمعية إنما هي نتاج لشدة الضعف في السمع وتفاعله مع عوامل أخرى.

فالصمم: يعني أن حاسة السمع غير وظيفية لأغراض الحياة اليومية الأمر الذي يحول دون القدرة على استخدام حاسة السمع لفهم الكلام واكتساب اللغة.

أما الضعف السمعي : فيعني أن حاسة السمع لم تفقد وظائفها بالكامل فعلى الرغم من أنها ضعيفة إلا أنها وظيفية بمعنى أنها قناة يعتمد عليها لتطور اللغة .

التعريف الطبي: يؤكد على ما فقده الفرد من سمع باختبارات السمع حيث يعرف الأصم على

أنه من يفقد سمعاً قدره 90 ديسبل "وحدة صوتية" أو أكثر ، والطفل الأصم هو الذي لا

يستطيع السماع حتى لو استخدم مكبرات صوت أو معينات صوتية، أما الطفل ضعيف السمع فهو ما يقل عن 90 ديسبل ويمكنه الاستفادة من مكبرات الصوت أو معينات الصوتية.

التعريف التربوي : الأصم فهو الطفل الذي لا يستطيع أن يكتسب اللغة سواء باستخدام المعينات الصوتية أو بدونها لأن حاسته السمعية لا تؤدي وظيفتها . أما الضعيف السمع فهو الطفل الذي يستطيع أن يكتسب المعلومات اللغوية لوجود بقايا سمع وخاصة إذا استخدم المعينات الصوتية .

- تصنيفات الإعاقة السمعية:

تختلف تصنيفات الإعاقة السمعية باختلاف الأساس الذي يقوم عليه التصنيف , ويتم عرضه فيما يلي:

(1)- التصنيف الطبي:

تصنف الإعاقة السمعية حسب التشخيص الطبي لطبيعة الخلل الذي يمكن أن يصيب الجهاز السمعي إلى مايلي:

أ- الإعاقة السمعية التوصيلية Conductive Hearing

تحدث نتيجة وجود مشكلات أو عيوب في قناة التوصيل السمعي مثل إصابة الأجزاء الموصلة للسمع بالأذن الوسطى، أو حدوث ثقب في طبلة الأذن، أو وجود التهابات صديدية أو غير صديدية وأورام في الأذن الوسطى، أو تكديس المادة الشمعية الدهنية في قناة الأذن الخارجية، وجميع هذه الاضطرابات تعوق مسار الصوت في القناة السمعية، ويمكن علاج هذا النوع باستخدام المعينات السمعية أو بعض الإجراءات الجراحية.

ب- الإعاقة السمعية الحس عصبية Sensorineural Hearing

يشير هذا المصطلح إلى حالات الضعف السمعي الناتجة عن أي اضطراب في الأذن الداخلية أو حوث تلف في العصب السمعي الموصل إلى المخ مما يستحيل وصول الموجات الصوتية إلى الأذن الداخلية، وينتج هذا النوع من الإعاقة عن خلل في القوقعة أو خلل في العصب القحفي الثامن، وفي هذه الحالة فإن الجراحة أو العقاقير الطبية غير مفيدة وكذلك أيضاً السماعات الطبية غالباً ما تكون قليلة الفائدة، كما يحتاج إلى تدخل تربوي مكثف خاصة في تنمية مهارات التواصل لديه.

ج- الإعاقة السمعية المركزية Central Hearing

ترجع إلى إصابة المركز السمعي في المخ بخلل مما يؤدي إلى عدم القدرة على تمييز المؤشرات السمعية أو تفسيرها، فيحدث تفسير خاطئ لما يسمعه الإنسان لأن المشكلة ترتبط بتوصيل السياتلات

العصبية من جذع الدماغ إلى القشرة السمعية الموجودة في الفص الصدغي في الدماغ، وذلك نتيجة أورام أو أي تلف دماغي آخر ، وفي هذا النوع تكون المعينات السمعية ذات فائدة محددة.

(د)- الإعاقة السمعية المختلطة أو المركبة Mixed Hearing

يجمع هذا الشكل بين الإعاقة السمعية التوصيلية والإعاقة السمعية الحس عصبية، وهو الأمر الذي يجعل من الصعب علاج هذه الحالة نظراً لأنه إذا ما تم علاج فقدان السمع التوصيلي فإنه يصعب علاج فقد السمع الحس عصبى.

- التصنيف حسب العمر الذي حدثت فيه الإعاقة السمعية:

يصنف الإعاقة السمعية حسب توقيت الإصابة على أساس لغوي إلى ما يلي:

(أ)- صمم ما قبل اكتساب اللغة Prelingul Deafness

يشير إلى حالات الصمم التي تحدث منذ الولادة أو في مرحلة سابقة على تطور اللغة والكلام عند الطفل، ويعتقد أن سن ثلاث سنوات هو السن الفاصل، وتكمن المشكلة هنا في أن الطفل لا يستطيع اكتساب اللغة والكلام بطريقة طبيعية، وبالتالي يجد صعوبة في إنتاج اللغة واستخدام الكلام كطريقة للتواصل ، لذلك فهو يحتاج إلى تعلم اللغة بصرياً وغالباً ما يستخدم أساليب التواصل اليدوية.

(ب)- صمم ما بعد اكتساب اللغة Postlingual Deafness

يشير إلى حالات الصمم التي تحدث بعد سن الثالثة، حيث يكون الطفل قد اكتسب مهارة اللغة والكلام، وهؤلاء الأفراد قادرون على إنتاج اللغة نظراً لاكتسابها قبل الإصابة بالصمم مع ضرورة توفير المعينات السمعية حتى تتم عملية التواصل بشكل فعال وغالباً ما يعمل على تنمية أساليب التواصل الشفهية لديهم .

التصنيف حسب درجة فقدان السمع :

تصنف الإعاقة السمعية في ضوء درجة فقدان السمع كدلالة على القدرة على سمع وفهم الكلام والتي يمكن قياسها بالأساليب الموضوعية أو المقاييس السمعية لتحديد عتبة السمع التي يستقبل عندها المفحوص الصوت ، وعلى ضوء ذلك يمكن تحديد نوع ودرجة فقدان الإعاقة السمعية، وفي هذا النوع من التصنيف يستخدم مصطلح الوحدات الصوتية الديسبل والذي يرمز له بـ (db) ، ومصطلح الهرتيز (hertz) ، وهو ترددات الصوت لقياس حساسية الأذن للصوت .

والجدول يوضح توزيع ذوي الصعوبات السمعية إلى فئات تبعا لدرجة فقدان السمع وفق معايير المنظمة العالمية، كما يبين العلاقة المتوقعة بين درجة فقدان السمع والقدرة على سمع وفهم الكلام .

جدول العلاقة بين درجة فقدان السمعى مقاسة بالديسبل والقدرة على سماع الأصوات وفهم

الكلام

درجة فقدان	درجة الصعوبة	الأثر المتوقع على سماع الأصوات وفهم الكلام
40_25	بسيطة	يعاني الفرد من صعوبة في سماع الأصوات الخافتة أو فهم الحديث العادي من مسافات بعيدة ، وعلى هذا الأساس يجد الطفل أنه من الصعب عليه متابعة المناقشات التي تتم داخل الصف .
70_41	متوسطة	يمكن للمصاب أن يسمع الكلام والمحادثة وجها لوجه عن مسافة قريبة جدا منه ، ويفقد التلميذ المصاب حوالي 50% مما يدور في المناقشة الصفية إذا لم تتم بصوت مرتفع نسبيا أو لم يتسن له متابعتها بصريا وعن قرب ، وفي العادة يكون المحصول اللغوي للتلميذ ضعيفا ويطلق عليهم ضعيفو السمع ، لديهم صعوبات في السمع لكنهم قادرون على التعلم في المدراس العادية باستخدام المعينات السمعية.
90_71	شديدة	رغم أن المصاب قد يسمع الأصوات المرتفعة جدا والتي

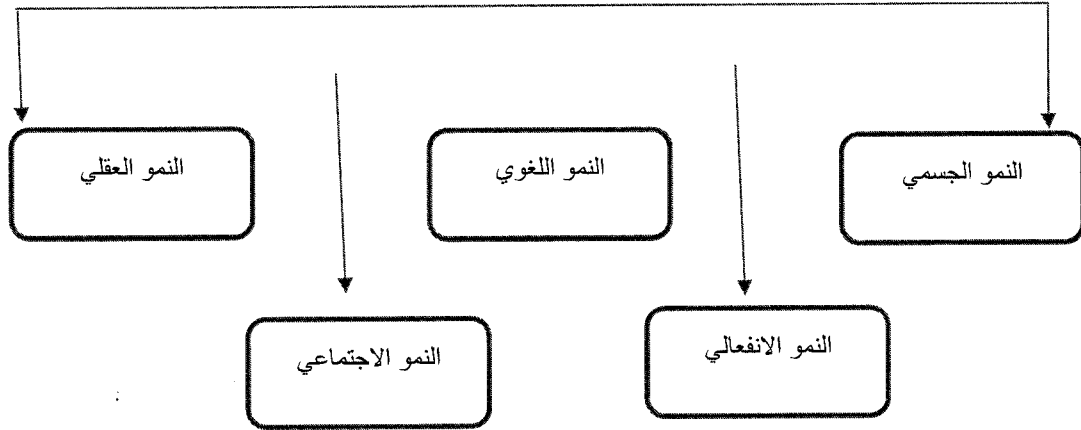
لا تبعد أكثر من قدم واحد عن أذنه ، إلا أنه لا يتمكن من إدراك العديد من الاصوات والكلمات ، في حين يواجه صعوبات واضحة في النطق والكلام ، ويكون لديه مشاكل في التواصل وتعلم اللغة ويحتاج لخدمات تربوية متخصصة .		
قد يسمع الفرد المصاب بعض الأصوات المرتفعة جدا ويحس باهتزازات الصوت لكنه لا يسمعه في معظم الأحيان، وبالتالي يعد الإبصار هو الوسيلة الأساسية بدلا من السمع للتواصل مع الآخرين، وبالنسبة للكلمات التي قد يصدرها فإنه من الصعب فهمها ، وهو بحاجة لخدمات تربوية متخصصة .	شديدة جداً	90 _ فما فوق

خصائص ذوي الإعاقة السمعية:

إن ذوي الإعاقة السمعية لا يمثلون فئة متجانسة حيث أن لكل فرد خصائصه الفردية وترجع مصادر الاختلاف إلى نوع الإعاقة، وعمر الفرد عند حدوثها، وشدة الإعاقة وسرعة حدوثها، ومقدار العجز السمعي، وكيف يمكن الاستفادة من منه، ووضع الوالدين السمعي، وسبب الإعاقة، والفئة الاجتماعية والاقتصادية التي تنتمي إليها الأسرة وغير ذلك....
ولهذه الإعاقة تأثير ملحوظ على الخصائص النمائية المختلفة لدى الفرد، لأن مراحل النمو مترابطة ومتداخلة.

وقد تتباين علاقة الإعاقة السمعية ببعض مظاهر النمو لدى الطفل ذوي الإعاقة السمعية من خلال استعراض التأثير والتأثر الحادث من جانب كل مظهر من مظاهر النمو على حدة ويظهر ذلك من خلال التناول التالي:

الإعاقة السمعية وعلاقتها ببعض مظاهر النمو لدى الطفل ذوي الإعاقة السمعية



وتوجد خصائص يشترك فيها ذوي الإعاقة السمعية مع أقرانهم السامعين، وأخرى تفرضها طبيعة الإعاقة السمعية، حيث تؤثر على كافة مناحي حياتهم الشخصية والاجتماعية والتعليمية الأمر الذي يحتم ضرورة التعرف على هذه الخصائص ومن الخصائص المميزة للمعاقين سمعياً مايلي:

الخصائص الجسمية والحركية:

أن الإعاقة السمعية تؤثر على بعض مظاهر النمو الجسدي والحركي للمعاق سمعياً نظراً لما تفرضه من قيود على اكتشاف البيئة المحيطة وعلى النمو الحركي، وذلك ما يعني حرمان الشخص المعاق سمعياً من حصوله على التغذية الراجعة السمعية مما يؤثر سلباً على وضعه بالفراغ وعلى حركات جسمه، ولذلك فإن بعض المعاقين سمعياً تتطور لديهم أوضاع جسمية خاطئة. أما النمو الحركي لهؤلاء الأشخاص فهو متأخر مقارنة بالنمو الحركي للأشخاص غير السامعين، كما يلاحظ التأخر النسبي للنمو الحركي ونقص اللياقة البدنية، وللتغلب على الآثار السلبية الناتجة عن الإعاقة السمعية على النمو الجسدي ينبغي التركيز على التدريب الحركي الموجه والمتواصل لدى الطفل، وبخاصة الأعضاء المتعلقة بجهاز الكلام والسمع كالصدر والحلق والرتنين والأحبال الصوتية والفم وذلك حتى لا تصاب تلك الأعضاء بنوع من الركود.

ولقد أثبتت الدراسات الحديثة أنه لا يوجد فرق بين الأصم والعادي في خصائص النمو الجسدي من حيث معدل النمو والتغيرات الجسمية في الطول والوزن في جميع مراحل النمو التي يمر بها الطفل ذوي الإعاقة السمعية فهو كنظيره العادي تماماً، ولهذا لا توجد فروق ظاهرة بالنسبة للمتطلبات الجسمية لدى الإعاقة السمعية والعادي وكل ما يظهر من فروق بينها هو أثر الإعاقة السمعية على بعض العادات الجسمية الخاصة بذوي الإعاقة السمعية.

المتطلبات التربوية للنمو الجسمي لذوي الإعاقة السمعية:

- العمل على استغلال جميع الحواس الأخرى (البصر، اللمس، والتذوق، والشم) في العملية التعليمية وهذا يقتضي الاهتمام بالوسائل التعليمية والتنوع فيها بالقدر الذي يناسب ذوي الإعاقة السمعية وما يوجد بينها من فروق واضحة.
- استخدام الأجهزة التعليمية الحديثة في العملية التعليمية.
- إتاحة الفرصة للتدريب على التنفس لتنشيط وتقوية العضلات التي تسهم في إحداث الصوت وتعود استعمال الصم في دفع هواء الزفير.
- التدريب السمعي للمحافظة على بقايا السمع لدى الأطفال ذوي الإعاقة السمعية وتقويتها واستغلالها.
- التدريب على إخراج الأصوات بنغمات متفاوتة حتى يتمكن الطفل من فهم ذوي الإعاقة السمعية نوع النغمة.

إن أي خلل يصب الجهاز السمعي وعدم دخول وخروج الصوت في هذا الجهاز السمعي بسبب عدم استخدام نتيجة تعطله، يؤدي بدوره لمشكلات بالجهاز التنفسي، نتيجة تلقائية الهواء في الجهاز السمعي ومن ثم تعطل في جهاز النطق لديه، واضطراب عملية التنفس بشكل غير طبيعي، ومن ثم وجود انتباه للأفعال والمؤثرات الصوتية وبالتالي فإنه قد يفنق الاستجابة التلقائية الطبيعية والمباشرة للمثير الصوتي، ويتخذ قدرة أقل من تلك التي لدى عاديي السمع.

الخصائص اللغوية:

يعد النمو اللغوي من أكثر مظاهر النمو تأثراً بالإعاقة السمعية، فهناك علاقة طردية بين درجة الإعاقة السمعية ومظاهر النمو اللغوي، حيث كلما زادت درجة الإعاقة السمعية كلما زادت المشاكل اللغوية للطفل.

جوانب اضطراب التواصل والنمو اللغوي والكلام لدى ضعاف السمع في الآتي:

- 1- التوقف عن المناغاة بعد بدئها، وذلك يعود إلى غياب التغذية الراجعة.
- 2- تتأثر قدرة الأطفال ضعاف السمع على تعلم اللغة والكلام بدرجة فقدان السمع، حيث كلما زادت درجة فقدان السمع زادت المشاكل اللغوية.
- 3- قد يصبح الطفل ضعيف السمع لا ينطق، ويفقد قدراته اللغوية السابقة إذا لم تتوافر له فرص التدريب والتدخل اللغوي المبكر التي تتركز على استغلال البقايا السمعية وتنمية مهاراته الحسية.

هناك انخفاض في أداء المعوقين سمعياً على اختبارات الذكاء اللفظية في حين يكون على الأدائية أفضل، لذا لا تُعد درجتهم المنخفضة على اختبارات الذكاء مؤشر على تدني قدرتهم العقلية لتأثرها بالقصور اللغوي لديهم.

ويتوقف نمو كل عناصر اللغة على تغيرات النمو للجهاز العصبي المركزي، وإن من الطبيعي إذا لم يسمع شخص ما اللغة المنطوقة العادية فإنه لا يستطيع أن يتكلم بفهم وإدراك، ويشوب كلامه

ضجيج بدائي تميزه نغمات مشحونة بالانفعالات، ومن ثم فإن طبيعة اللغة لدى الأطفال ذوي الإعاقة السمعية تعتمد على تحليل نوع الأخطاء التي يرتكبها هؤلاء الأطفال وعددها أثناء كتابتهم للغة المحصلة. وحيث أن اللغة وسيلة لتفاعل الإنسان مع بيئته التي يعبر من خلالها عن أفكاره ورغباته وميوله، فإن السمع هو حاله وسيطة للكلمة، والتي تعبر عن معنى هو نتاج العقل وليس الخيال، ومعاناة ذوي الإعاقة السمعية من صعوبات تتعلق بالمعاني الكلية للكلمات بسبب أن حاسة السمع هي النافذة الأولية لاستقبال المعاني والتصورات الكلية.

ومن هؤلاء الأطفال من حدثت إعاقته في سن مبكرة ومنهم من حدث صممه في سن متأخرة بعد أن تعلم الكلام، وهذا النوع من الصمم يقتصر أثره على عدم القدرة على فهم الكلام المسموع وصعوبة في التعبير عن أفكاره بصورة مناسبة بالإضافة إلى الحرمان من تعلم مفردات وكلمات جديدة.

وبصفة عامة يؤثر الصمم على اللغة المكتوبة لدى ذوي الإعاقة السمعية بما يلي:

الجمال لدى ذوي الإعاقة السمعية يقوم بتكوين وبناء جمل بسيطة وغير مركبة.

لا يستخدم ذوي الإعاقة السمعية جملاً كثيرة في الكتابة.

التركيبات اللغوية للأصم غير مترابطة ومفككة.

ذوي الإعاقة السمعية يقع في الكثير من الأخطاء اللغوية عند الكتابة.

ومما سبق يتضح أن الطفل ذوي الإعاقة السمعية قد يتسم بضعف لغة الحديث لديه، وذلك لوجود خلل أو اضطراب في إيقاع الكلمة وقوتها وطبقته إلا أن تدريب الطفل على بعض العلامات الإيقاعية للكلام باستخدام حاسة البصر - مع المبالغة في حركة الشفاه، والتي تعد طريقاً لتمارين الطفل على اللغة بمدرجاتها، فالطفل الأصم يتذكر الكلمات التي لها مقابل في لغة الإشارة كما أن لديه القدرة على تذكر الأشكال أكثر من تذكره الأرقام، وهو يسر بذبذبات الصوت عن الجدل من خلال مرورها في الجهاز العصبي، إلا أن هناك فئات يستطيعون من خلال التدريبات والتمارين اكتساب قدرة كبيرة على الكلام بالرغم من كونهم من ذوي الإعاقة السمعية.

الخصائص المعرفية:

- لا يوجد إجماع بين الباحثين حول تأثير الإعاقة السمعية على الأداء العقلي لذوي الإعاقة السمعية (حيث أن الحرمان الحسي يؤثر بطريقة ما على النمو العقلي وبالتالي فالنمو العقلي يتأثر بالسلب بسبب الحرمان السمعي، وهذا لا يعني تأخر القدرات العقلية تماماً للمعاقين سمعياً عن أقرانهم السامعين، حيث تعتبر عمليات التفكير متشابهة بين المعوقين سمعياً والسامعين، ويتأخر الأطفال المعوقين سمعياً عن أقرانهم عادي السمع في المهام العقلية التي تحتاج إلى مهارات لغوية فقط.

- أن فقدان السمع لا يؤثر تأثيراً مباشراً على الذكاء ولكنه يؤدي إلى افتقاد اللغة المنطوقة، حيث يحقق الأطفال المعوقين سمعياً درجات مرتفعة في الذكاء غير اللفظي عن الذكاء اللفظي.
- أن الأشخاص المصابين بفقدان السمع لا يوجد لديهم عيوب في الذكاء، ولا يوجد دليل على أن نموهم المعرفي أقل من النمو المعرفي للسامعين، حيث أنهم يستطيعون القيام بالوظائف المعرفية ضمن الدى الطبيعي للذكاء.
- الأطفال ضعاف السمع يعانون من ضعف في فهم المعلومات بسبب الإعاقة السمعية ويمكن علاج ذلك باستخدام وسائل سمعية وبصرية مناسبة أثناء توصيل المعلومات إليه.

وتتعدد الدراسات والتفسيرات التي حاولت البحث في الخصائص المعرفية للمعاقين سمعياً حيث توجد وجهتا نظر مختلفتين حول طبيعة الخصائص العقلية والمعرفية للمعاقين سمعياً يرى أصحاب وجهة النظر الأولى أن الإعاقة السمعية تؤثر تأثيراً سلبياً على القدرات العقلية للفرد المعاق سمعياً لما يعانيه من ضعف القدرة على الانتباه والقابلية الشديدة للتشتت وضعف القدرة على إدراك المفاهيم المجردة، وأنهم متأخرون في النمو العقلي بمتوسط يتراوح بين 3-4 سنوات عن الطفل أقرانهم السامعين وذلك يرجع إلى بطء تعلم اللغة. بينما يرى أصحاب وجهة النظر الأخرى إلى عدم وجود علاقة بين الإعاقة السمعية والذكاء، فقد تضاربت البحوث التي استخدمت فيها اختبارات ذكاء عملية، أو غير لفظية بشأن ذكاء المعاقين سمعياً، حيث انتهى بعضهم إلى أن مستوى ذكاء المعاقين سمعياً يقل عن ذكاء السامعين بحوالي عشرة إلى خمسة عشر نقطة، وانتهى البعض الآخر إلى عدم وجود فروق في الذكاء بين المعاقين سمعياً وعاديين السمع، ولا يعني حصول المعاقين سمعياً على درجة منخفضة في اختبارات الذكاء أنهم أقل ذكاء من غيرهم، ولكن يرجع ذلك لعدم توافر طرق التعليم الفعالة وعدم تزويدهم بالإثارة المناسبة، وحرمانهم من الخبرات التي يتمتع بها أقرانهم السامعين عن طريق حاسة السمع.

المتطلبات التربوية للنمو المعرفي:

- ربط الكلمات التي يتعلمها ذوي الإعاقة السمعية بمدلولاتها الحسية.
- تحقيق مبدأ التكرار المستمر في تعليمه.
- استخدام الوسائل التعليمية البصرية لأن ذوي الإعاقة السمعية يسمعون بعيونهم.
- إتاحة الفرصة لذوي الإعاقة السمعية لتحقيق النجاح والشعور بالثقة والأمان.
- عدم مقارنة ذوي الإعاقة السمعية بغيره من التلاميذ ومتابعة تقدمه بمقارنة انتاجه وتحصيله.

وانطلاقاً مما سبق فإن القدرات العقلية لذوي الإعاقة السمعية تتأثر سلباً نتيجة إصابته بالإعاقة، وذلك بسبب نقص المثيرات الحسية في البيئة، مما يترتب عليه قصور في مدركاته، ومحدودية في مجاله المعرفي، كما لا بد من التركيز إلى أنه لا توجد اختلافات جوهرية بين الأطفال ضعاف السمع وأقرانهم السامعين في القدرات العقلية، ويقرر بأن هؤلاء قادرون على الانخراط في السلوك المعرفي، ولكن ينبغي تعريضهم لخبرات لغوية أكثر.

الخصائص الاجتماعية والانفعالية:

تعد اللغة أحد الأشكال الأساسية للتواصل والتفاعل الاجتماعي إذ أن القصور اللغوي قد يؤثر سلبا في النضج الاجتماعي ابتداء من الأسرة إلى البيئة المحلية التي يعيش فيها ثم المدرسة، فهي التي تؤدي إلى توثيق الصلة والاتصال البشري بمختلف الأنشطة الاجتماعية والتكيف وفق متطلبات السلوك الاجتماعي المقبول . لذلك فإن أحد وظائف اللغة هي الوظيفة الاجتماعية بالإضافة إلى الجانب الفكري حيث يمكن للفرد من خلال اللغة أن يترجم العمليات العقلية المتنوعة، لذلك يمكن القول أن أدائهم اجتماعيا أقل من أداء أقرانهم السامعين ، كما أن قبولهم بشكل عام أقل من أقرانهم السامعين .

وإذا استقرأنا الواقع الذي نعيش فيه فنحن نرى أن الطفل الذي يمتلك قدرة لغوية والذي يطلق عليه في لغتنا العامية (ملسون) أكثر قبولا من الناحية الاجتماعية من قرينه الآخر الأقل لغة وخاصة في مرحلة الطفولة المبكرة . فكيف الحال إذا قارنا بين المعاقين سمعيا وأقرانهم السامعين .

والفرد كائن اجتماعي يجب أن يتعامل مع من يريحه دون عناء والتعامل مع المعاقين سمعيا من حيث قصورهم اللغوي قد يجعل الآخر السامع يعاني من حالة جهد أثناء التواصل، فكلاهما لا يستطيع أن يفهم الثاني فهما كاملا مما يؤدي بكليهما إلى التراجع عن الثاني . لذلك نجد أن المعاقين سمعيا وخاصة الصم ينسحبون من أقرانهم السامعين، وقد يتصفون بالعزل لكنهم وفي ذات الوقت يقتربون جدا من بعضهم البعض للغة المشتركة بينهما (لغة الإشارة) اضافة إلى أنهم يعانون من نفس المشكلة لذلك فهناك قول غالبا ما نردده وهو " شبيه الشيء منجذب إليه"، إن العلاقة الوثيقة بين الجانب الاجتماعي والجانب الانفعالي تجعل كل منهما يصب في الثاني. فالمعاق سمعيا قد يعاني من الناحية الانفعالية لافتقاره اللغة التي تؤدي وظيفة نفسية تعبيرية ذاتية ومن خلالها يستطيع أن ينفس عن مشاعره وأحاسيسه وانفعالاته .

لذلك فقد يؤدي به الحال إلى العزلة والانسحاب والشعور بالشك نتيجة لعدم فهمه ما يقال والشعور بنقص الثقة، وأمر طبيعي أن يؤدي ذلك إلى الشعور بشكل عام بمفهوم ذات منخفض، وقد يميل السلوك العدواني وخاصة الجسدي كتعبير عن الأنا الداخلية، وأكثر

عرضة للاضطراب النفسية من أقرانهم السامعين حيث ينتابهم أحيانا شعور الغضب ،
والقلق، واللاتوازن في مواجهة المشكلات.

المتطلبات التربوية للنمو الاجتماعي:

- يحتاج ذوي الإعاقة السمعية للشعور بالتقبل ممن حوله في الأسرة والمدرسة والمجتمع لما للتقبل الاجتماعي من دور كبير في تحقيق نمو التوازن الانفعالي.
- عدم التدخل المتعسف في اختيار المجال المهني الذي سيعده للمهنة التي سيكسب بها عيشه.
- تعويده على تحمل المسؤولية وإتاحة الفرصة للممارسة حتى يتعلم كيف يخدم نفسه ويخدم البيئة المحيطة به.
- تشجيعه على تكوين علاقات جديدة مع جماعة الرفقاء.
- تعويده على الاستقلال العاطفي عن الوالدين والكبار.
- تكوين قيم سلوكية تتفق والفكرة العملية الصحيحة عن العالم المتطور الذي يعيش الفرد في إطاره.

طرق التواصل مع المعاقين سمعياً:

تعد طرق التواصل والتفاهم مع الأطفال المعوقين سمعياً من القضايا المهمة التي يتعرض لها بناء أي برنامج تعليمي لهم، وتحتاج تربية المعوقين سمعياً وتعليمهم وتأهيلهم الاجتماعي إلى تدريبهم على طرق اتصال فعالة تتلاءم مع درجات إعاقاتهم بغرض تمكينهم من التعبير عن أحاسيسهم وأفكارهم واحتياجاتهم، والتفاعل مع بعضهم البعض ومع الآخرين والاندماج في الحياة الاجتماعية.

وفيما يلي عرض لأهم أساليب التواصل التي يمكن استخدامها في تعليم الأطفال المعوقين سمعياً:

أولاً: طرائق التواصل الشفوي Oral Method

يمثل الكلام قناة التواصل الرئيسية في هذه الطرق، وذلك لأنها تجعل الأشخاص المعوقين سمعياً أكثر قدرة على فهم الكلمات المنطوقة من خلال الإفادة من التعليمات والإيماءات الناجمة عن حركة شفاه المتكلم. ويتضمن هذا الأسلوب التواصل استخدام البقايا السمعية من خلال:

(1)- طريقة التدريب السمعي Auditory Training

يقصد بالتدريب السمعي للمعاق سمعياً تحقيق الاستفادة القصوى من البقايا السمعية لدى الأطفال المعوقين سمعياً، وتعتمد على سماع الأصوات وتقليدها، وتعمل على اكسابهم مهارات التواصل

اللفظية من خلال التركيز على استغلال البقايا السمعية وتنميتها، ويتم ذلك عن طريق تدريب الأذن على الاستماع والتمييز بين الأصوات المختلفة أو الكلمات أو الحرف الهجائية باستخدام الطرق والدلائل المناسبة، وخاصة الدلائل البصرية.

وهي من أقدم طرق تدريب المعاقين سمعياً على اكتساب المهارات الاتصالية اللغوية، وتلائم تلك الطريقة ضعف السمع الذين كان بإمكانهم التقاط بعض الأصوات سواء باستخدام المعينات السمعية أم بدونها أكثر من الصم الذين لا يسمعون.

وتهدف طريقة التدريب السمعي إلى مايلي بناءً على ما ذكره كلاً من :

- تنمية مهارات الإصغاء والانتباه للمثيرات.
- تطوير قدرة الطفل على السمع، وتطوير نموه اللغوي .
- تنمية القدرة على التمييز السمعي بين الأصوات البيئية والأصوات اللغوية وخاصة بين الأصوات المتشابهة.
- تنمية القدرة على التذكر السمعي.
- استثارة البقايا السمعية وتنميتها.
- تنمية إحساس الطفل بالأصوات المحيطة بالاستعانة بالتقنيات السمعية المناسبة.

وهناك بعض النقاط التي يجب مراعاتها في برامج التدريب السمعي لضمان نجاحها وحتى يستفيد منها التلاميذ المعاقين سمعياً:

- البدء بالتدريب مباشرة بعد الكشف عن الإعاقة السمعية لدى الطفل.
- تطوير برامج رسمية للتدريب السمعي باستخدام أدوات تضخيم الصوت وربط الكلمات المنطوقة بالأشياء الدالة عليها.
- التدريب السمعي يكون أكثر فعالية إذا اقترن بالبصر أو اللمس وربط الكلمات المنطوقة بالأشياء الدالة عليها.
- التدريب السمعي المنظم قد يجعل الطفل أكثر قبولاً للسماعة الطبية، لأنه يزوده بخبرات ذات معنى.
- يجب أن تكون طبيعة التدريب السمعي معتمدة على القدرات السمعية للطفل وهذا يتطلب تقييم السمع بشكل متكرر.
- انعدام الضوضاء، وتهيئة بيئة مناسبة للاستماع الجيد.
- تزداد فعالية التدريب السمعي كلما بدأ التدريب بعمر مبكر .

(2)- طريقة قراءة الشفاه Lip Reading

تقوم على تدريب الأطفال المعاقين سمعياً وخاصة ضعاف السمع على الملاحظة البصرية الدقيقة وتوجيه انتباههم إلى وجه المتحدث وإيماءاته، ومراقبة حركات فمه وشفتيه أثناء قيامه بنطق مختلف الكلمات، وكذلك تعتمد هذه الطريقة على فهم تعبيرات الوجه، وهناك ثلاث طرق مختلفة لتعليم قراءة الشفاه تتضح في ما يلي:

- الطريقة التحليلية: حيث يتم تجزئة الكلمة إلى مقاطع لفظية حيث يتعلم الطفل نطق طق الحروف الساكنة والمتحركة ثم يتعلم نطق مجموعة من الحروف المتحركة مع الأصوات الساكنة وهكذا ثم يجمع هذه المقاطع لتكوين كلمة كاملة.
- الطريقة التركيبية: وهي عكس الطريقة السابقة، تهتم بالوحدة الكلية والمعنى والفهم حيث يتم تعليم الطفل فهم معنى النص أولاً ثم تمييز الكلمات المكونة للنص ثم الحروف المكونة للكلمات طريقة تقوم على إبراز الأصوات المرئية أولاً ثم الأصوات المنغمة بعد ذلك

وأن عملية تعليم قراءة الشفاه تمر بثلاث مراحل هي كمايلي:

- مرحلة التطلع إلى الوجه: وفيها يطلب من الطفل المعاق سمعياً التطلع إلى وجه الآخرين للتعرف عليهم ودراسة ما يقولون.
- مرحلة الربط: وهي مرحلة بدء الفهم وفيها يربط الطفل بين ما يراه على الوجه من تعبيرات وبين الموقف.
- مرحلة الفهم المعنوي: وهي مرحلة الفهم المجرد التي لا تعتمد على مواقف يدركها الطفل بحواسه أثناء التحدث إليه وإنما تعتمد على الكلام فقط.

ثانياً: طرق التواصل اليدوي Manual Communication

في أسلوب التواصل اليدوي تحل فيه لغة الإشارة والتهجئة بالأصابع محل النطق، وتعد هذه الطريقة مناسبة مع الأطفال الصم، وكذلك ذوي الإعاقة السمعية الشديدة الذين لا يمكنهم سماع ما يدور حولهم حتى باستخدام المعينات السمعية، وتعتمد هذه الطريقة على حاسة الإبصار وذلك من خلال استخدام الإشارات الوصفية والحركات اليدوية كبديل عن اللغة اللفظية.

ومن أشكال التواصل اليدوي لغة الإشارة والتهجئة بالأصابع:

1- لغة الإشارة Sing Language

وهي عبارة عن لغة تعتمد على الإشارات اليدوية اللغوية حيث تعد لغة الإشارة اللغة الفطرية الأولى للصم وهي وسيلتهم للتفاهم والتواصل وتبادل الخبرات ونقل المعارف فيما بينهم، وهي عبارة عن رموز مرئية إيمائية تستعمل بشكل منظم ويتم تشكيلها عن طريق تحريك الذراعين واليدين في أوضاع مختلفة ولغة الإشارة لغة متكاملة قائمة بذاتها وليست ترجمة للغة المنطوقة وإنما هي لغة تواصل مرئية ترتبط بالبيئة التي يعيش فيها الطفل وتحل فيها العين محل الأذن في استقبال الرسالة وتحل حركات الأيدي محل الكلمات المنطوقة وتعطينا حركات الجسم وتعابير الوجه إشارات مرئية تحل محل التلوين الصوتي، ولها نظام لغوي محدد له قواعده التي تنقسم إلى قسمين:

- أ- قائمة المفردات التي يتم تعلمها من خلال حركات محددة.
- ب- قائمة الجمل والكلمات الحركية.

وتصنف الإشارات بلغة الإشارة إلى نوعين:

(1) – إشارات وصفية أو دالة:

وهي إشارات لها مدلول معين يرتبط بأشياء حسية ملموسة في ذهن الطفل ذوي الإعاقة السمعية ويقوم بالتعبير عنها بالإشارة، فهي إشارات تلقائية تصف فكرة معينة مثل رفع اليدين للتعبير عن الطول، فتح الذراعين للتعبير عن الكثرة وغيرها

(2) إشارات غير وصفية:

هي إشارات ذات دلالات خاصة متفق عليها داخل ثقافة مجتمع الصم ومعلميهم وذويهم، وهي بمثابة لغة خاصة فيما بينهم، وعند ما تسأل الطفل الأصم عن مدلول تلك الإشارات لا تجد إجابات شافية ولا تملك إلا أن تستخدمها كما هي.

(2)- طريقة أبجدية الأصابع Fingers Spelling

هي إشارات حسية مرئية يدوية للدلالة على الحروف الهجائية، وتستعمل بطريقة متفق عليها، وتتألف من عدد أشكال اليد ويحمل كل منها قيمة حرف من الحروف الهجائية مكتوباً، إذ يقوم ذوو الإعاقة السمعية بنقل هجاء الكلمات على نحو مرئي كما لو كانت مكتوبة في الهواء، ويمكن بواسطتها التعبير عن الأسماء أو الأفعال التي تكون صعبة التعبير باستخدام لغة الإشارة، إذ يتم الجمع بين لغة الإشارة وهجاء الأصابع لتكوين جمل مفيدة ذات معنى ودلالة.

ثالثاً: طريقة التواصل الكلي: Total communication

ظهرت هذه الطريقة لمحاولة التغلب على أوجه القصور الذي من الممكن أن يكون موجوداً في طرق التواصل الأخرى مع المعاقين سمعياً، حيث أن هذه الطريقة تقوم على الدمج بين الطرق السمعية والشفهية واليدوية لتنمية المهارات اللغوية وذلك لضمان تواصل أكثر فعالية وإتاحة الفرصة أمام ذوي الإعاقة السمعية للتعبير أكثر عن مشاعرهم وحاجاتهم.

وتعد هذه الطريقة من أكثر الطرق شيوعاً في وقتنا الحاضر في برنامج ومراكز التربية الخاصة للإعاقة السمعية لاشتمالها على الميزات الآتية :

- تعمل على الاستغلال أي بقايا سمعية ف إدراك الأصوات من خلال استخدام الأجهزة السمعية، بذلك تسهل التواصل اللفظي .
- تعمل على تلافي عيوب طريقة القراءة الشفاه عن طريق دمجها بالاتصال اليدوي .
- يزيد من كفاءة لغة الإشارة .
- يستطيع الأصم من خلالها اكتساب لغة الإشارة بسرعة أكبر .
- ينصح باستخدامها مع الأطفال ذوي الإعاقة السمعية في المراحل العمرية المبكرة

وأن استخدام طريقة التواصل الكلي في تعليم الأطفال المعوقين سمعياً لها دور إيجابي في عملية فهم واكتساب المفاهيم والمعلومات، كما أن لها دور إيجابي في تذكر الإشارات واستخدامها للتفاعل

مع المعلمة ومع الأطفال الآخرين، وتساعد هذه الطريقة أسرة الطفل المعاق سمعياً أو الأصم على التواصل الإيجابي معه حتى في حال فقدهم استخدام لغة الإشارة، مما يجعل الوالدين قادرين على شرح وتوضيح العديد من الأمور للطفل الأصم مما يجعله أكثر توافقاً وانسجاماً مع الطبيعة المحيطة.

ويتضح مما سبق أنه تتعدد الطرق التي يستطيع الطفل ذوي الإعاقة السمعية التواصل من خلالها بطريقة التواصل الكلي لها مميزات عديدة عن طرق التواصل الأخرى مع ذوي الإعاقة السمعية فهي تتضمن استغلال البقايا السمعية لذوي الإعاقة السمعية وتتيح للفرد العادي أخذ مميزات كل طريقة من طرق التواصل الأخرى وتجنب عيوبها مما يؤدي لتواصل أكثر فعالية مع المعاق سمعياً. أما طريقة التدريب السمعي تناسب الأطفال ضعاف السمع لأنها تركز على استغلال البقايا السمعية، كما أنها تساعد ضعاف السمع على تنمية مهارات الاستماع والوعي بالأصوات والتمييز بين الأصوات أو الكلمات أو الحروف الهجائية.

بينما طريقة اليدوية مثل هذه الطرق من التواصل لها أهمية خاصة في المجال التربوي والتعليمي ولكن هناك صعوبة في هذه الطريقة وهي تتمثل في أن لغة الإشارة تختلف من دولة إلى أخرى ومن منطقة إلى أخرى.

ومن خلال الاستعراض السابقة للطرق الشفهية نلاحظ أن الطرق الثلاثة تكمل بعضها البعض وكلاً منها يكمل الآخر لنجاح عملية التواصل مع المعوقين سمعياً، فكلما قلت درجة فقدان السمع كلما كان التدريب السمعي أفضل، وكلما زادت درجة فقدان كانت قراءة الكلام والشفاه أفضل وعلى ذلك فالطفل الأصم لا يجدي معه استعمال تدريبات السمع.

العوامل التي تحكم تأثير نقص السمع وهي كما يأتي :

أ. العوامل المتعلقة بالطفل نفسه وأهمها :

1. سن ظهور الإعاقة السمعية عند الطفل .
2. فترة اكتشاف الإعاقة السمعية .
3. نوع الإعاقة السمعية.
4. شدة الإعاقة السمعية ضعف سمع شديد أو متوسط أو بسيط .
5. فاعلية استخدام المعينات السمعية
6. سمات وخصائص شخصية الطفل .
7. قدرات الطفل العقلية.
8. وجود إعاقة مصاحبة والتي تعني تعدد الإعاقات عند الطفل كإعاقة العقلية، فقدان البصر ، الشلل الدماغي وغيرها إلى جانب إعاقته السمعية .

ب. العوامل المتعلقة بالبيت وأهمها :

1. أوضاع البيت الاجتماعية كأنسجام الابوين والحالة الاقتصادية.
2. حالات الاعاقة السمعية بين افراد الاسرة.
3. القدرة اللغوية عند الأسرة.
4. العلاقة بين الطفل المعاق سمعيا وبقية أفراد الأسرة
5. حجم الأسرة.
6. الارشادات التربوية التي تتلقاها الأسرة من المختصين .
7. مدى التزام الأسرة بتنفيذ الارشادات .
8. صحة الابوين .
9. التوافق الاجتماعي والاتزان العاطفي لافراد الاسرة .

أ. العوامل المتعلقة ببيئة الطفل خارج البيت وأهمها :

1. نوع المدرسة التي يدرس بها الطفل هل هي خاصة بالمعاقين سمعيا أم عادية، أم فصول خاصة في المدارس .
2. التأهيل العلمي والتربوي للمعلمين الذين يقومون بتعليم الأطفال المعاقين سمعيا .
3. علاقة الطفل بأقرانه في المدرسة والبيئة المحلية .
4. علاقة الطفل بمن هو أكبر سنا منه .
5. وسائل الإعلام المسموعة والمرئية والمقروءة .

وسائل تكنولوجيا التأهيل السمعي:

تعمل المساعدات التكنولوجية بالنسبة لضعاف السمع والصم على استعادة بعض وظائف السمع من خلال توفير وسائط بديلة للاتصال مع الآخرين أو ممارسة الحياة، وهذه الأدوات هي عبارة عن السمات الطبية التي تساعد ضعاف السمع على استغلال البقايا السمعية. والتي تعمل على تضخيم الأصوات لتسمح للشخص سماعها بشكل أسهل وضمن المدى الطبيعي، وبالشكل الذي يساعد ضعاف السمع على الاستفادة وحضور برامج التعليم العام أن استخدام السماعات الطبية لا يعني شفاء الفرد من الإعاقة السمعية ولكنها تساعد على استغلال البقايا السمعية لديهم.

المعينات السمعية:

السماعة الطبية

مصطلح سماعة الأذن: هو جهاز صغير كهربائي صوتي، يمكن تركيبه على الأذن أو خلفها أو بداخلها ووظيفته تكبير الصوت لمساعدة ضعيف السمع وكبار السن على السمع.

وهي جهاز يساعد ضعيف السمع على تعويض ما قد فقده من سمع، وتعتمد درجة المساعدة على شدة فقدان السمع، ويتم التوصية بها من قبل أخصائي السمعيات بعد إجراء فحوص خاصة.

المعينة السمعية مضخم الكتروني مُصغّر له ثلاثة عناصر أساسية: ميكروفون، ومضخم، ومستقبل، والبطارية التي هي تعد مصدر الطاقة، يوجد أيضاً معدل صوت يسمح للفرد بزيادة أو إنقاص ربح المعينات السمعية.

إن الميكروفون هو مهتز يتحرك استجابةً لضغط الأمواج الصوتية في البيئة المحيطة، ويقوم المضخم بتعزيز الإشارة الإلكترونية التي يتم إيصالها إلى المستقبل، ومن ثم يقوم المستقبل بتحويل الإشارة الإلكترونية إلى إشارة صوتية لكي يتم تقديمها لغشاء الطبل.

يجب تدريب المعلمين الذين يتعاملون مع الأطفال ضعاف السمع ممن يرتدون معيناً سمعياً على كيفية استخدام المعينات السمعية المتطورة في غرفة الصف (كيفية ارتدائها- كيفية تغيير البطارية، كيفية المحافظة عليها، كيفية معرفة أن المعين يعمل أو متوقف... وغيرها من الأمور التي يجب على المعلم أن يكون ملماً بها.

القوقعة الإلكترونية (زراعة القوقعة) :

القوقعة الإلكترونية هي جهاز إلكتروني مصمم لالتقاط الأصوات وفهم الكلام المحيط بالأشخاص الذي يعانون فقد السمع الحسي العصبي، وضعف السمع لدى هؤلاء الأشخاص عادة ما يكون شديداً إلى عميق في كلتا الأذنين، وهؤلاء الأشخاص لا يمكنهم الاستفادة من استخدام المعينات السمعية التقليدية حيث أن هذه المعينات السمعية غالباً ما تكون ذات قدرة محدودة على تحسين التقاط الكلام وفهمه بالنسبة لهم، وهذا الأمر لا يرجع إلى عدم قدرة المعينات السمعية على تكبير الأصوات بالصورة المطلوبة ولكن السبب يرجع إلى تلف الخلايا الحسية المسؤولة عن السمع، ولذلك فإن الأصوات التي تم تكبيرها عن طريق المعينات السمعية التقليدية لا تصل إلى مراكز الإحساس بالسمع في المخ وبالتالي فإن هؤلاء الأشخاص لا يستفيدون من هذه الأجهزة التقليدية في تحسين السمع، ومن هنا يأتي دور جهاز القوقعة الإلكترونية حيث يعمل على تخطي الخلايا السمعية التالفة أو المفقودة بقوقعة الأذن ومن ثم إثارة العصب السمعي مباشرة.

الفرق بين هذا الجهاز والأجهزة الأخرى من المعينات السمعية:

تعد أجهزة السمع العادية (السماعات الطبية) هي مجرد أدوات مكبرة فقط صُممت لتكبر أو توضح الأصوات.

أما الأشخاص الذين لم يستفيدوا من المعينات السمعية، لأن البقايا السمعية غير كافية، كون الشعيرات العصبية الحسية السمعية في القوقعة قد تلفت أو تشوهت فلم يصل الصوت إلى العصب السمعي، لذا فإن جهاز القوقعة الإلكترونية يتخطى هذه الشعيرات لينشط العصب السمعي مباشرة.

شروط زراعة القوقعة الإلكترونية:

- وجود نقص سمع حسي عصبي عميق ثنائي الجانب، ولا يوجد تعارض طبي.
- أن يتلقى جميع المرشحين للزرع القوقعي تجربة مع المعينات السمعية قبل الخضوع للزرع لتحديد إمكانية وجود استفادة حقيقية من المعينات السمعية وهذا يتطلب أن لا تقل التجربة (3-6 أشهر).
- إضافة إلى (القدرات العقلية، العمر " ألا يتجاوز الثلاث سنوات"، عدم وجود إعاقة مصاحبة، سلامة العصب السمعي، البيئة الداعمة سمعياً) لضمان تحقيق تطور معرفي وأكاديمي بعد مرحلة التأهيل السمعي.

نظام تعديل التردد الـ FM (Frequency Modulating Systems):

هي أجهزة مصممة للاستخدام الفردي خاصة بكل طفل على حدة وغالباً ما تكون مرتبطة بالمعين السمعي الشخصي الخاص بالطفل، ومن الممكن أن تستخدم في المنزل أو في صفوف الدمج في المدارس العادية.

تتألف أنظمة (FM) من جزأين، ميكروفون – ناقل، ومضخم مستقبل، يكون الميكروفون متصلاً بالحافظة التي تحوي ناقل (FM) أو مٌحتوى فيها، ويرتدي الشخص المتكلم (المعلم مثلاً) الميكروفون والناقل، تُرسل الإشارات من الناقل إلى المستقبل باستعمال موجات (FM) الراديوية، والمستمع الذي يرتدي المضخم والمستقبل يلتقط الإشارات المُرسلة، عادة يكون المستقبل متصلاً بأذن المستمع عن طريقة سماعات رأسية، أو بالوشائع الناقلة الخاصة بالمعينات السمعية عبر حلقة توضع حول العنق وتنقل الإشارة، وهذه الوسيلة مفيدة بشكل خاص بالنسبة للأطفال، حيث يمكن دمجها مع المعينات السمعية التقليدية.

- من يستخدم جهاز الـ FM: يعتبر نظام FM من أنظمة السمع الفردية بمعنى أن تعديل أجهزة الاستقبال وضبطها يتم تبعاً لطبيعة وشدة فقدان السمع الذي يعاني منه الطفل.
- يمكن استخدام هذه الأجهزة مع المعين السمعي التقليدي والبعض من هذه الأجهزة تجمع بين المعين السمعي وتقنية FM في الوقت نفسه.

- يمكن ضبطها لكي تلائم بيانات سمعية مختلفة مثل غرفة الصف أو قاعة كبيرة أو من أجل سماع نقاش بين عدة طلاب في غرفة الصف أو السماع من جهاز تسجيل.

فوائد استخدام جهاز الـ FM:

- يعد نظام FM المستخدم في مدارس تعليم الأطفال المصابين بنقص السمع أو المستخدمة في الصفوف الدراسية العادية التي يدرس بها هذه الفئة من الأطفال ذات فائدة عظيمة للطفل، حيث يعمل هذا النظام على توصيل الإشارة الصوتية إلى أذن الطفل دون توصيل أصوات الضجيج المحيطة به وبالتالي تمكنه من سماع شرح المعلم بشكل واضح ومفهوم.
- استخدام نظام FM في الصف يسهل عملية دمج الأطفال المصابين بنقص السمع في إطار التعليم العام حيث يمكن هذه الفئة من الأطفال من متابعة شرح المعلم وسماعه بشكل أفضل مما هو الحال باستخدام المعينات السمعية .
- من الممكن لنظام FM أن يكون مفيداً للأطفال الذين لديهم اضطرابات أخرى غير حاسة السمع مثل اضطراب عجز الانتباه والتركيز أو صعوبات التعلم (صعوبة تعلم القراءة) والذين بالرغم من وجود قدرات سمع عادية يجدون صعوبة في تمييز أو سماع كلام المدرس بوضوح أو في تمييز الكلام في بيئة سمعية تحتوي على أصوات الضجيج.
- وتشير الكثير من الدراسات إلى أن الطفل الذي لديه ضعف سمع بسيط جداً (على الحدود 25ديسبل) لا يستطيع سماع 10% من كلام المدرس إذا كان بعيداً عنه أكثر من ثلاثة أقدام أو في حالة وجود أصوات ضجيج في الصف.
- الطفل المصاب بضعف السمع البسيط (من 26-40 ديسبل) يفقد ما بين 25-50% من كلام المدرس ما لم يكن هناك تكبير مناسب للصوت حيث أن الأطفال الذين غالباً ما يكون لديهم فقدان سمع على الترددات العالية لا يمكنهم سماع جميع الأصوات الساكنة المهموسة .
- وتوضح المشكلة بشكل أكبر عند الأطفال الذين يعانون من فقدان سمع متوسط (40 إلى 70 ديسبل) بحيث لا يمكنهم سماع من 50 إلى 75% من كلام المعلم في الصف.
- الأطفال الذين يعانون من فقدان سمع شديد (من 70 إلى 90 ديسبل) والأطفال الذين يعانون من فقدان سمع عميق (أعلى من 90 ديسبل) لا يمكنهم سماع المعلم على الإطلاق دون وجود تكبير مناسب للصوت.

مفهوم البيئة السمعية وتأثيرها على الاستماع:

- هناك مجموعة من العوامل تؤثر على البيئة السمعية في غرفة الصف بحيث تجعلها ذات بيئة سمعية جيدة أو على العكس من ذلك، من هذه العوامل تشير إلى :
- أصوات الضجيج في غرفة الصف:
 - يعتبر الصوت من أصوات الضجيج في غرفة الصف في حالة كونه يؤثر على قدرة الأطفال على الإنصات أو الاستماع والانتباه السمعي، من الممكن أن تكون أصوات الضجيج ذات مصدر داخلي بمعنى أن مصدرها غرفة الصف التي يتواجد بها الطفل مثل أصوات أجهزة التكييف وتبريد الهواء أو صوت جهاز الحاسب الآلي أو أصوات حركة المقاعد التي يجلس عليها الطلبة أو جهاز عرض الشرائح Projectors ، ومن الممكن أن يكون مصدر الضجيج

خارجي مثل أصوات حركة السير الكثيفة في الشارع المجاور أو غرفة الموسيقى المجاورة للصف الدراسي، أو صالة الرياضة أو قاعة الاحتفالات القريبة من الصف الدراسي أو أعمال بناء وتشبيد تجري بالقرب من المدرسة وغير ذلك من الأمور . وهناك وسائل كثيرة يلجأ لها المختصون للتخفيف من أصوات الضجيج في الغرفة الدراسية مثل وضع ملصقات خاصة على أرجل المقاعد والطاولات (يمكن وضع كرة تنس فارغة) للتخفيف من الصوت عند تحرك هذه المقاعد واختيار الصفوف الدراسية بحيث تكون بعيدة عن مصادر أصوات الضجيج، وعدم استخدام أجهزة ذات صوت مرتفع داخل الحجرة الدراسية وغير ذلك من الأمور - ارتداد الصوت أو انعكاسه:

ينتقل الصوت على شكل موجات صوتية في الهواء وعندما تصل هذه الموجه إلى جدران الغرفة ترتد عنها، والصوت المرتد هو الصوت الذي ينعكس عن جدران غرفة الصف أو القاعة بعد توقف مصدر الصوت، وكل من الصوتين الأصلي والمرتد يصلان إلى أذن الطفل وقد يحدث تداخل بينهما مما يعيق سماع المعلم أو فهم كلامه. حيث أن أصوات المد أو العلة تكون أعلى من الأصوات الساكنة بمقدار 10-15 ديسبل وبالتالي تغطي هذه الأصوات على الأصوات الساكنة .

ويحدث كذلك أن يسمع الطفل الأصوات المرتدة في الفواصل الزمنية التي تكون بين كلمة وأخرى أو بين مقطع لفظي وآخر وبذلك يصبح الكلام غير واضح أو مفهوم وينطبق ذلك على الطفل ذو القدرات السمعية العادية والطفل المصاب بحاسة السمع. وأكثر ما تتضح مشكلة الأصوات المرتدة في القاعات الكبيرة مثل صالات التدريب الرياضي وقاعات الاحتفالات في المدرسة، لذلك تتم اتخاذ إجراءات معينة للحد من انعكاس الصوت أو تقليل الفترة الزمنية لانعكاس الأصوات إلى الحد الأدنى.

دمج ذوي الإعاقة السمعية في المدارس:

يعد دمج ذوي الاعاقات المختلفة في المجتمع أحد الخطوات المتقدمة التي أصبحت برامج التأهيل المختلفة تعتبرها هدف أساسي لتأهيل ذوي الاحتياجات الخاصة حديثاً.

مفهوم الدمج:

يعرف بكونه حالة تهيو أو استعداد تام لدى المهتمين بذوي الإعاقة السمعية من أولياء الأمور والمعلمين لتوفير تعليم المعوقين داخل البيئة التعليمية لكل المتعلمين الآخرين حيث يوجد الجدوى من هذا الدمج سواء في المدرسة أو المنزل العادي والبيئة المحلية. والمقصود بأسلوب الدمج هو تقديم كافة الخدمات والرعاية لذوي الاحتياجات الخاصة في بيئة بعيدة عن العزل وهي بيئة الفصل الدراسي العادي بالمدرسة العادية، أو في فصل دراسي خاص بالمدرسة العادية أو فيما يسمى بغرف المصادر والتي تقدم خدماتها لذوي الاحتياجات الخاصة لبعض الوقت كما أن الدمج الشامل لذوي الإعاقة السمعية في البيئات التربوية العادية يمثل تحدياً جديداً بالنسبة لجميع المربين، وقد أسفرت النتائج التي ترتبت على ذلك تأثيرات كبيرة على جميع الطلاب سواء كانوا ذوي الإعاقة السمعية أو عاديين. ويكمن مفهوم عملية الدمج في كون الأفراد ذوي الإعاقة السمعية يجب أن يكونوا جزءاً مستوعباً ومشاركاً وليس فقط في الفصل الدراسي العادي بل في الأنشطة المدرسية عموماً.

وإن مفهوم الدمج من الاتجاهات الحديثة في التربية الخاصة ويضاف إلى أن الدمج يعني ضرورة أن يقضي ذوي الاحتياجات الخاصة أطول وقت ممكن في الفصول العادية مع إمدادهم بالخدمات الخاصة الضرورية.

أنواع الدمج:

أ. الدمج الكلي: ويشار به إلى دمج ذوي الصمم الجزئي (ضعاف السمع) ممن لديهم بقايا سمعية أو يستطيعون السمع بالسماعات في الصف العادي مع أهمية وجود تركيز من المعلم العادي.

ب. الدمج الجزئي: ويشير إلى دمج ذوي الصمم الكلي (الصم) ممن ليس لديهم أي بقايا سمعية (صمم تام) في صف خاص داخل المدرسة العادية ليتلقى التعليم على يد معلم مختص في هذا المجال مع ضرورة استخدام وسائل ومعينات خاصة، ويتم اختلاطهم في بعض الحصص مثل التربية البدنية والتربية الفنية وفي الأنشطة اللامنهجية مثل الترفيه.

الأهداف التي يمكن أن يقدمها الدمج لذوي الإعاقة السمعية:

1. إن وضع الطلاب ذوي الإعاقة السمعية في المدارس يعكس الفلسفة التربوية الإنسانية ويزيل عنهم وصمة المسميات مثل الصم، الصم والبكم، ..) حيث يتم التعامل مع الطفل كإنسان عادي.
2. الاستفادة من الخدمات التي تقدم لأقرانهم أقرانهم السامعين بالإضافة إلى خدمات مساعدة خاصة إذا كان الأمر يحتاج إلى ذلك.
3. زيادة فرص الانتقال من مرحلة إلى أخرى حسب النظام التعليمي العادي والمُعترف به لدخول الجامعات.
4. إن تواجد الطلاب ذوي الإعاقة السمعية بالمدارس يزيد من الوعي عند الطلاب والأفراد حول قدرات الطفل ذي الإعاقة السمعية وبالتالي إمكانية التعامل معهم بشكل صحيح وطبيعي.
5. إن تواجد ذوي الإعاقة السمعية بالمدارس يعمل على زيادة فرص اكتساب الخبرات والمهارات المعرفة من الطلاب أقرانهم السامعين، والإمكانيات المادية الكثيرة، والأنشطة المتعددة حيث ينعكس ذلك إيجابياً على تحصيلهم الدراسي.
6. أن تواجد الطلاب ذوي الإعاقة السمعية بالمدارس سيزيد من فرص التفاعل الاجتماعي وبالتالي التعلم للسلوك الإيجابي من الأفراد أقرانهم السامعين مما يساهم من تقبل المجتمع لهم.
7. إن دخول الطلاب ذوي الإعاقة السمعية بالمدارس قد يزيد من ثقتهم بأنفسهم وتقديرهم لذاتهم، وهذا التحول يؤيد فكرة ذوي الإعاقة السمعية عن أنفسهم غير المعوقين وأنهم عاديون ولكنهم يتحدثون لغة الإشارة ويستطيعون فهم ما يقال.
8. إن الجوانب الإيجابية في الأفراد ذوي الإعاقة السمعية أكثر من الجوانب السلبية، وعملية الدمج تتيح الفرصة لإظهار الجوانب الإيجابية ذوي الإعاقة السمعية وللأفراد أقرانهم السامعين.

9. إن تواجد الطلاب ذوي الإعاقة السمعية بالمدارس سوف يتيح فرصة كبيرة لانتشار لغة الإشارة بين أقرانهم السامعين ، مما يزيد التواصل بينهم وينعكس ذلك على تحسين عملية التواصل ونقل المعرفة والخبرة المختلفة.
10. إن عملية الدمج تعطي جميع الطلاب ذوي الإعاقة السمعية فرصة التعلم وذلك بسبب توفر المدارس في كل الأماكن.
11. إن عملية دمج ذوي الإعاقة السمعية بالمدارس والفصول العادية تفرض على الأفراد أقرانهم السامعين إعادة النظر في مواقفهم تجاه المعوقين بشكل عام وذوي الإعاقة السمعية بشكل خاص.
12. إن عملية دمج الطلاب ذوي الإعاقة السمعية بالمدارس تخلصهم من وصمة الإعاقة حيث تساهم بزيادة مشاركة الأهل واهتمامهم بأطفالهم ذوي الإعاقة السمعية وتخلصهم من الشعور بالدونية عند متابعتهم لاحقاً.

أنماط الدمج:

تختلف أساليب الدمج للمعوقين من بلد إلى آخر حسب إمكانيات كل منها وحسب نوع الإعاقة ودرجتها، بحيث يمتد من مجرد وضع المعوقين في فصل خاص ملحق بالمدرسة العادية إلى إدماجهم كاملاً في الفصل الدراسي العادي مع إمدادهم بما يلزم من خدمات خاصة.

1. الفصول الخاصة: حيث يلتحق الطفل بفصل خاص بذوي الإعاقة السمعية ملحق بالمدرسة العادية في بادئ الأمر، مع إتاحة الفرصة أمامه للتعامل مع أقرانه أقرانهم السامعين بالمدرسة أطول فترة ممكنة من اليوم الدراسي.
2. غرفة المصادر: حيث يوضع الطفل في الفصل الدراسي العادي بحيث يتلقى مساعدة خاصة بصورة فردية في حجرة خاصة ملحقة بالمدرسة حسب جدول يومي ثابت. وعادة ما يعمل في هذه الصفوف معلم أو أكثر من معلمي التربية الخاصة الذين أعدوا خصيصاً للعمل مع الأطفال ذوي الإعاقة.
3. المساعدة داخل الفصل: وفيه يلحق الطفل بالفصل الدراسي العادي، مع تقديم الخدمات اللازمة له داخل الفصل حتى يمكن للطفل أن ينجح في هذا الموقف، وقد يتضمن هذه الخدمات استخدام الوسائل التعليمية أو الأجهزة التعويضية أو الدروس الخاصة للطفل في المنزل.

المتطلبات التربوية لدمج ذوي الإعاقة السمعية في المدارس:

أولاً: يجب أن تقوم عملية دمج ذوي الإعاقة السمعية في المدارس على استراتيجيتين منفصلتين:

الاستراتيجية الأولى: يجب أن تقوم عملية دمج ذوي الإعاقة السمعية الذين لم يدخلوا المدرسة بعد، بحيث تقدم لهم خدمات التدخل المبكر.

الاستراتيجية الثانية: وتكون للأطفال ذوي الإعاقة السمعية الموجودين فعلاً بالمدارس الخاصة بهم والمراكز التأهيلية والتي تعمل على تهيئة هؤلاء الطلاب ذوي الإعاقة السمعية لدمجهم بالمدرسة

العادية بعد تجهيزها مادياً وبشرياً ونفسياً واجتماعياً وتعليمياً لدرجة تحد من المشكلات والصعوبات واحتمالات الفشل.

ثانياً: إن سياسة دمج ذوي الإعاقة السمعية في المدارس تجعلنا نعيد النظر في إعادة هيكلة النظام الوظيفي للمؤسسة المختصة بحيث تستطيع أن تقدم خدمات ضرورية مساندة لعملية وسياسية الدمج سواء لأطفال ما قبل المدرسة أو ما بعدها من خلال:

1. توفير برامج تتضمن: " خدمات إرشادية لزيادة الوعي بالإعاقة السمعية، خدمات طبية لتشخيص الإعاقة والعلاج الطبي الجراحي وتقديم كل ما هو جديد بالإضافة إلى توفير واستخدام المعينات السمعية واحتياجاتها القليلة، خدمات لغوية ذات مستويات لعلاج الآثار المترتبة من الإعاقة على النمو اللغوي للطفل لتخفيف من آثار الإعاقة على الأسرة إضافة إلى خدمات إرشادية تدريبية لتدريب الطفل والأسرة لأساليب تربية الطفل ذوي الإعاقة السمعية، وخدمات اجتماعية لحل المشكلات السلوكية التي تواجه ذوي الإعاقة السمعية، ولا بد من تقديم تغذية راجعة من خلال تقديم خدمات تقييمية شاملة للأطفال ذوي الإعاقة السمعية في ضوء ظروفهم الاجتماعية والاقتصادية.

2. توفير دو حضانة ورياض أطفال لذوي الإعاقة السمعية: تركز أساساً على تكوين مهارات لغوية واجتماعية وتعليمية تؤهل هؤلاء الأطفال لدخول المدرسة العادية بأفضل شكل متاح.

ثالثاً: إن عملية دمج ذوي الإعاقة السمعية بالمدارس يلزم استخدام الأساليب التدريجية وأن يأخذ شكلاً يحقق لهم الفائدة من عملية الدمج وإمكانية وجود فصل خاص لذوي الإعاقة السمعية في المدارس يمثل بوابة الدخول للمدراس العادية لتتعرف من خلاله على المشكلات والصعوبات التي تواجه الطلاب ذوي الإعاقة السمعية .

رابعاً: إن عملية دمج الطلاب ذوي الإعاقة السمعية بالمدارس تتطلب اختيار المتميزين من ذوي الإعاقة السمعية ممن تتوفر فيهم الشروط الآتية:

- الطلاب ضعاف السمع المتميزون ويستخدمون المعينات السمعية ويتحدثون الكلام الصوتي بوضوح.
- الطلاب المتميزون في الأنشطة والمواد التعليمية وفي المستوى التحصيلي التعليمي.
- من لديهم خبرات اجتماعية وسلوكيات إيجابية مناسبة لسلوك أقرانهم السامعين .
- من لديهم استقرار نفسي واجتماعي أفضل وتقبل أسري.

خامساً: إن عملية دمج ذوي الإعاقة السمعية تتطلب تهيئة نفسية واجتماعية وسلوكية وتعليمية قبل الدخول للمدرسة والفصل العادي في الجوانب التالية:

- التأكيد على زيادة الثقة بأنفسهم وتقبل ذواتهم بهدف زيادة الدافعية والرغبة في قبول التحدي مع الأفراد أقرانهم السامعين وتقليل الشعور بالدونية.
- عرض لبعض المشكلات والمواقف التي يمكن أن يتعرضوا لها عند دخولهم المدرسة وكيفية حدوثها وأسبابها وطرق التغلب عليها.

- عمل خطة نشاط لتبادل الزيارات بين طلاب المدرسة العادية وطلاب المدرسة الخاصة بذوي الإعاقة السمعية بهدف تحقيق تعارف متبادل وتكوين صداقات لتعديل اتجاهاتهم السلبية نحو بعضهم البعض.

سادساً: أن من متطلبات عملية الدمج تهيئة الطلاب أقرانهم السامعين والعاملين فيها على كافة مستوياتهم الفنية والتدريسية والإدارية والعمالية لاستقبال الطلاب ذوي الإعاقة السمعية وتوفير لهم المعلومات الكافية عن الإعاقة السمعية وسلوكياتهم ومشكلاتهم وتربيتهم واحتياجاتهم مع توضيح الجوانب الايجابية لديهم وكذلك الجوانب السلبية وذلك من خلال برامج إرشادية.

سابعاً: يجب أن تحقق عملية الدمج أهدافها وذلك من خلال:

- التنفيذ الدقيق والأمين لمتطلبات عملية الدمج بعد عملية التخطيط والتهيئة لكل عناصر عملية الدمج من طلاب ذوي الإعاقة السمعية والطلاب أقرانهم السامعين والمدرسة والكادر العامل والأسرة.
- أن يؤهل الطفل ذوي الإعاقة السمعية تأهيلاً مناسباً لدمجه في المدارس قبل دخوله هذه المدارس.
- إعطاء عملية الدمج الفرصة الكافية لتحقيق أهدافها بالظروف الطبيعية ومن ثم تقييمها لمعرفة جوانب القصور وتلافيها فيما بعد.

طبيعة العلاقة بين درجة فقدان السمع وكل من القدرة على السمع وفهم

الكلام والاحتياجات التربوية الخاصة والبديل التربوي المناسب

درجة فقدان السمع	درجة الصعوبة السمعية	القدرة على السمع وفهم الكلام	الاحتياجات التربوية	البديل التربوي المناسب
15-0 ديسبل	السمع في حدوده الطبيعية	لا يوجد مشكلة في السمع وفهم الكلام	لا شيء	صف عادي
25-16 ديسبل	بسيطة جداً	صعوبة في سماع بعض الأصوات	معينة سمعية علاج سمعي ولغوي	صف عادي
40-26 ديسبل	بسيطة	يستطيع سماع أجزاء من الحديث	جميع ما سبق	صف عادي
65-41 ديسبل	متوسطة	صعوبة في سماع معظم الأصوات	جميع ما سبق	خدمات تربوية خاصة
90-66 ديسبل	شديدة	لا يستطيع سماع شيء من الأحاديث	جميع ما سبق	صف خاص أو مدرسة خاصة بالمعوقين سمعياً
90 ديسبل فأكثر	شديدة جداً	لا يستطيع سماع شيء من الأحاديث	جميع ما سبق	مدرسة خاصة بالمعوقين سمعياً

فوائد عملية الدمج:

إن للدمج فوائد ومزايا متعددة منها:

1. **فوائد الدمج للطفل ذوي الإعاقة السمعية:** إن دمج الأطفال ذوي الإعاقة السمعية مع أقرانهم السامعين سوف يكون له آثار إيجابية، كما أن الطفل ذوي الإعاقة السمعية عندما يشترك في فصول الدمج ويلقي الترحيب والتقبل من الآخرين، فإن ذلك يعطيه الشعور بالثقة بالنفس، ويشعره بقيمته في الحياة ويتقبل إعاقته، ويدرك قدراته وإمكانياته في وقت مبكر، ويشعر بانتمائه إلى أفراد المجتمع الذي يعيش فيه.
 2. **فوائد الدمج للأطفال أقرانهم السامعين:** يؤدي الدمج إلى تغيير اتجاهات الطفل العادي نحو الطفل بالإضافة إلى أنه يساعد الطفل العادي على أن يتعود على تقبل الطفل المعاق ويشعر بالارتياح مع أشخاص مختلفين عنه، وقد أوضحت الكثير من الدراسات على إيجابية الأطفال أقرانهم السامعين عندما يجدون فرصة للعب مع الأطفال المعاقين باستمرار وفق نظام الدمج هناك فرصة لعمل صداقات بين الأشخاص المختلفين.
 3. **فوائد الدمج للآباء:** إن نظام الدمج يشعر الآباء بعدم عزل الطفل ذوي الاحتياجات الخاصة عن المجتمع، كما أنهم يتعلمون طرقاً جديدة لتعليم الطفل، وعندما يرى الوالدين تقدم الطفل الملحوظ وتفاعله مع الأطفال أقرانهم السامعين فإنهما يبدأن التفكير في الطفل أكثر وبطريقة واقعية، كما أنهما يشاهدون أن كثيراً من تصرفاته مشابهة لسلوكيات جميع الأطفال الذين في مثل سنه وبهذه الطريقة تتحسن مشاعر الوالدين تجاه طفلهما، وكذلك تجاه أنفسهما.
 4. **فوائد الدمج الأكاديمي:** إن للدمج فوائد تربوية وأكاديمية لكل من الطلاب والمعلمين، فالأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في مواقف الدمج الشامل يحققون انجازاً أكاديمياً مقبولاً بدرجة كبيرة في الكتابة، وفهم اللغة " الاستقبالية والتعبيرية" أكثر مما يحققون في مدارس التربية الخاصة في نظام العزل.
 5. **الفوائد الاجتماعية:** فوائد الدمج من الناحية الاجتماعية متعددة، فالدمج ينبه كل أفراد المجتمع إلى حق المعوق في إشعاره بأنه إنسان وعلى المجتمع أن ينظر له على أنه فرد من أفرادهم وأن الإعاقة ليست مبرراً لعزل الطفل عن أقرانه أقرانهم السامعين وكأنه غريب وغير مرغوب فيه.
- وهنا يمكن الإشارة إلى أهمية حدوث الدمج في مرحلة رياض الأطفال للطفل ذوي الإعاقة السمعية بداية من أسرة الطفل ثم مع المحيط وفي الروضة، إلى أهمية إعداد الأسرة وتجهيزها لتقبل عملية الدمج إضافة لتعديل اتجاهات المجتمع لتقبل الدمج والتفاعل الإيجابي معه، وأخيراً إحداث توازن بين الدمج على المستوى الأسري والمدرسي للطفل.

دور المعلم في تحسين مهارات التواصل الاجتماعي لدى الأطفال ذوي الإعاقة السمعية:

للمعلم دور كبير وفاعل في إيصال المعلومات وتوضيحها، كما أنه قادر على تعليم الطفل المعاق سمعياً بكل سهولة، وهو يساعده أيضاً على الشعور بذاته وأنه يعيش في مجتمع يحترم وجوده وكيانه كفرد ضمن المجموعة.

إن دور معلم التربية الخاصة يختلف عن دور المعلم العادي، فهو يتعامل مع فئة من التلاميذ على أساس خصائصهم النفسية والسلوكية واحتياجاتهم وميولهم، مع تنفيذ الأنشطة التي تتناسب مع مستوياتهم وظروفهم. علماً أن هناك مجموعة من الاعتبارات على المعلم أن يأخذ بها وهي: إن الطفل ذي الإعاقة السمعية يعاني فقط من نقص أو تعطل في حاسة السمع وبالتالي عليه أن يقدم المعلومات بطريقة محسوسة وشيقة من خلال التركيز بشكل رئيسي على حاسة البصر وباقي الحواس وتشجيعه على النطق بمدولات هذه الأشياء الحسية، أن يعطي للطفل شعوراً بالأمان وثقة بالنفس، ومراعاة الفروق الفردية بين التلاميذ المعاقين سمعياً وأن يغير طريقة التدريب على النطق بحسب إمكانيات كل طفل منهم، تصحيح الأخطاء مع التحلي بالصبر بدون إنزال عقاب مباشر على أي خطأ يصدر عن الطفل المعاق سمعياً.

التأهيل المهني لذوي الإعاقة السمعية:

يعرف التأهيل المهني بأنه تلك المرحلة من عملية التأهيل المتصلة والمنسقة التي تشمل توفير خدمات مهنية مثل التوجيه المهني والتدريب المهني والاستخدام الاختياري بقصد تمكين الأشخاص من ذوي الإعاقة من ضمان عمل مناسب، والتأهيل عملية تتضافر فيها جهود فريق من المختصين في مجالات مختلفة لمساعدة الشخص المعاق على تحقيق أقصى ما يمكن.

وبما أن عملية التأهيل عملية مستمرة والتأهيل المهني جزء من هذه العملية فهي تهدف إلى تحقيق الكفاية الاقتصادية عن طريق العمل والاشتغال بمهنة أو حرفة أو وظيفة والاستمرار بها، كما تشمل هذه العملية المتابعة ومساعدة ذوي الإعاقة على التكيف والاستمرار والرضا عن العمل، والاستفادة من قدراتهم الجسمية والعقلية والاجتماعية والمهنية والإفادة الاقتصادية بالقدر الذي يستطيعونه، وتحقيق ذواتهم وتقديرهم لها وإعادة ثقتهم بأنفسهم، وتحقيق التكيف المناسب والاحترام المتبادل بينهم وبين أفراد المجتمع باعتبارهم أفراداً منتجين فيه، وهو يساعد على ممارستهم لحقوقهم الشرعية خاصة مجال الحصول على الأعمال التي تتناسب مع استعداداتهم وإمكاناتهم.

التشغيل المهني للمعوقين سمعياً:

التشغيل هو إيجاد فرصة عمل للفرد المعوق سمعياً تمكنه من الحصول على دخل منتظم لقاء ما يبذله من جهد أو يقدمه من خبرة في مجال السلع والخدمات، والهدف الرئيسي تأمين عمل مناسب، والاحتفاظ به، بحيث يتناسب هذا العمل مع قدراتهم ومهاراتهم وخبراتهم مع وجود الإعاقة السمعية.

والتشغيل هو قمة العملية التأهيلية ومحصلتها، فالمعوق سمعياً يستطيع من خلال العمل أن يحقق عملية اندماج اجتماعي اقتصادي في جميع الأنشطة الحيوية.

أسس التأهيل المهني للمعوقين سمعياً ومشكلاته:

1. تحديد حاجة المعوق سمعياً للالتحاق بمركز التأهيل المهني، ودراسة مدى قابليته للاستفادة من خدمات التأهيل.
2. تحديد نوع الخدمات المقدمة إلى المعوق سمعياً.
3. تحديد الإعاقة السمعية ومستواها وشدها والأجهزة السمعية التعويضية المساعدة في وجودها.
4. تحديد القدرات والتعرف على الاتجاهات والدوافع وتحليل أنماط الشخصية.
5. تأثير الإعاقة السمعية على الفرد والأشخاص المحيطين به.
6. تحديد المعلومات المتوافرة عن العامل، وعن نوع العامل.
7. إيجاد برامج تأهيل يوائم بين التدريب وحاجات السوق.
8. متابعة المعوق سمعياً أثناء التدريب وأثناء الخدمة بعد التأهيل.
9. تحقيق التعزيز الإيجابي في مختلف المراحل والتغذية الراجعة.
10. دراسة ظروف العمل من حيث مكان العمل داخل المعمل وخارجه ودرجة الحرارة والرطوبة وأنواع الروائح وأسلوب التهوية.
11. ملاحظة أنواع المخاطر المحتملة سواء أكانت من نوع ميكانيكي أو كهربائي أو كيميائي أو إشعاع أو تسمم.
12. دراسة ظروف العمل المعوق سمعياً من حيث مكان العمل داخل المعمل وخارجه ودرجة الحرارة والرطوبة وأنواع الروائح وأسلوب التهوية.
13. دراسة ظروف العمل للمعوق سمعياً وعمله لوحده أو ضمن العمال وحاجته للتفاهم والتخاطب معهم.

14. إيجاد نوع من الحماية المهنية والأمن الصناعي وذلك بتخصيص إشارات ضوئية عند وقوع الخطر بدلاً من الاشارات الصوتية والأجراس.

15. إجراء تقويم مستمر لوضع العامل مع وضع برنامج متابعة خاص لمعرفة مدى نجاح تدريبه وتأهيله ومدى انعكاسه على قدرته الانتاجية.

يكون التأهيل المهني باتباع الخطوات التالية:

أولاً: كشفت الكثير من الدراسات عن المنافسة المميزة للعاملين الصم والحققة أن عدد الصم العاملين كشف عن ارتفاع متوسط الدخل لديهم عن سواهم من المعوقين، هذا النجاح الظاهر لا يعود إلى خدمات إعادة التأهيل المهني السليم فقط ولكن إلى ما يتمتع به الصم من ذكاءات ومهارات ووعي بالخبرات المهنية السابقة في مدارس الصم، وبالرغم من ذلك فإن معظم التوظيف يشيع فيما بينهم، وأسباب هذه المواقف المعقدة تعود جذورها إلى:

1. عدم إتاحة الخدمات المطلوبة لهم أو لرداءة الخدمات المقدمة لهم ونوعيتها.
 2. صعوبة عملية إعادة التأهيل المهني لهم فهو يحتاج إلى طرق وأساليب وإمكانات عما هو متبع مع أقرانهم السامعين .
 3. صعوبات كثيرة في عملية التوافق الشخصي لصعوبة عملية الاتصال والاتجاهات السالبة نحوهم.
 4. عدم توافر الاستشاري المهني (المرشد المهني) الجيد لنجاح عمليات إعادة التأهيل المهني.
 5. قصور في الثقافة المهنية لدى معظم الأفراد المعوقين سمعياً.
 6. عدم توافر مهن كافية ومتعددة ليتم اختيار مهنة مناسبة منها، وتكون مطلوبة في سوق العمل.
 7. التطور التكنولوجي الممثل في الاتجاه الآلي سواء في الأدوات أو المعدات المتطورة وصعوبة ذلك على الصم.
 8. قصور في منهجية عملية التدريب المهني بما يناسب والمهن المتوافرة في سوق العمل.
 9. الدور السلبي الذي يلعبه الفرد المعوق سمعياً في عملية إعادة التأهيل المهني.
- ثانياً: يتطلب إعادة التأهيل المهني إعادة النظر في خصائص الأفراد المعوقين سمعياً والخدمات المتاحة لهم وإجراءات اختيارهم وعملية الإرشاد الحقيقة والمتابعة لهم ولذلك يجب أن يدرك الاستشاري المهني (المرشد المهني) أن:

1. الأفراد المعوقين سمعياً بصفة أساسية لهم المزايا والعيوب نفسها التي تميز البشر بصفة عامة.
2. الصمم يترك بعض الآثار السلبية على بعض الوظائف مما يجعل القدرات والإنجازات والدافعية متباينة.

3. المتخصصين في التوجيه المهني والمجالات المرتبطة فيه يكشفون عن أن الأفراد الصم يملكون المدى والتنوع في الذكاء مثل أقرانهم السامعين ويستطيعون في التعبير عنه لكن ينقصهم الإنجاز التعليمي.

4. يراعى عدم مقارنة المستويات التعليمية التي يمتلكها الأفراد الصم بمدى كفايتهم من حيث القدرات والمهارات العملية كما يجب الاحتراس من ذلك فهذا يرتبط بين الطفل وعدد سنوات الدراسة.

5. القدرة اللغوية لدى معظم الأفراد الصم لم تمكنهم من التحدث مع الاستشاري المهني أو مستخدميهم ولا يجب اعتبار عدم التحدث معياراً أساسياً لتقييم القدرات والمهارات العملية للفرد والتأكيد على أن كثيراً من الصم يفهمون ولكن لا يمكنهم التحدث، وللأسف فإن بعض لاستشاريين المعنيين يعدون عدم القدرة على الكلام الصوتي مثل الجهل تماماً.

6. الكلام أساس غير ضروري في بعض أنماط الحياة

معوقات استخدام المعوقين وتشغيلهم:

1. انحصار عمليات إعادة التأهيل والتدريب على الفرص المهنية المتاحة بالمدارس والمراكز التعليمية، وعدم انفتاحها على إمكانات المجتمع الحقيقية.

2. عدم قبول المعوقين سمعياً كإعطاء الحقوق لهم والتطلعات نفسها من جانب أقرانهم السامعين بالشكل الكافي، فمعظم الأفراد أقرانهم السامعين لهم اتجاهات سلبية نحو المعوقين سمعياً.

3. إن أكثر الأفراد المعوقين يعيشون في مناطق ريفية بعيدة عن المدينة التي توجد فيها معظم فرص العمل.

4. عدم إعادة دمج المعوقين سمعياً بطريقة شاملة من خلال نظام كامل من التدابير العلاجية والنفسية والاجتماعية والمهنية في الوقت المناسب.

قائمة المراجع:

- ❖ الغزالي، كمال عبد الحميد، (2010)، تربية وتعليم المعوقين سمعياً.
- ❖ الزريقات، ابراهيم عبدالله فرج، (2013)، الإعاقة السمعية " مبادئ التأهيل السمعي واللغوي والكلامي"
- ❖ شلتوت، دعاء محمد ابراهيم، (2013)، الإعاقة السمعية بين النظرية والتطبيق.
- ❖ السعيد، هلا، (2016)، الإعاقة السمعية " دليل علمي وعملي"
- ❖ الجوالدة، فؤاد عبد الحميد، (2017)، الإعاقة السمعية.
- ❖ غانم، محمد حسن، (2018)، الإعاقة السمعية

الفصل الخامس التدخل المبكر والوقاية من الإعاقة السمعية

تمهيد:

من المعروف أن التدخل المبكر يلعب دوراً حيوياً وبارزاً في منع أو الحد والتقليل من الآثار السلبية للإعاقات، ولذلك يقع على كاهل أولياء الأمور والمعلمين في المدارس واجب الكشف عن الإعاقة السمعية لدى الطفل أو الكشف عن إمكانية حدوث الإعاقة السمعية للطفل مستقبلاً.

ومن أجل ذلك وضع الأخصائيون عدداً من المؤشرات والمظاهر السلوكية التي تشير إلى وجود أو احتمال حدوث الإعاقة السمعية وفيما يلي عرض لأهم هذه المؤشرات:

1. إدارة الرأس نحو مصدر الصوت عند الإصغاء للكلام.
2. ظهور إفرزات صديدية من الأذن أو احمرار في الصيوان.
3. التشنج والارتباك عند حدوث أصوات جانبية.
4. الميل للحديث بصوت مرتفع.
5. استخدام الإشارات في المواقف التي يكون فيها الكلام أكثر فاعلية.
6. الصعوبة الواضحة في فهم التعليمات وطلب إعادتها.
7. عيوب في نطق الأصوات وخاصة حذف الأصوات الساكنة من الكلام.
8. الالتزام بنبرة واحدة عند التحدث، أو حذف بعض الحروف.
9. الحرص على الاقتراب من مصادر الصوت ورفع صوت التلفاز والمذياع بشكل مزعج للآخرين.
10. عدم الانتباه والاستجابة للمتكلم عندما يتكلم بصوت طبيعي.
11. الشكوى من آلام في الأذن أو صعوبة في السمع ورنين مستمر في الأذن.
12. ضعف في التحصيل بشكل عام وخصوصاً في الاختبارات الشفهية.
13. عدم المشاركة في الأنشطة والنشاطات وخصوصاً تلك التي تركز على استخدام حاسة السمع واللغة الشفهية (Smith, 2001).

تعريف التدخل المبكر وأهميته:

أولاً: تعريف التدخل المبكر

يمكن تعريف التدخل المبكر للطفولة على أنه: "اتساق الجهود النظامية المدعمة لإعانة الأطفال الصغار المعوقين والأطفال المعرضين للخلل في النمو منذ فترة الولادة وحتى سن الخامسة وأيضاً مساعدة أسرهم" (Samuel A.Kirk, et al, 1993: 85).

ويمكن القول أن التدخل المبكر هو تلك الإجراءات أو الجهود أو البرامج التي تنفذ في سبيل الحيلولة دون حدوث نتيجة ضارة أو التقليل من شدتها أو زيادة فاعلية هذه الجهود أو الإجراءات أو البرامج عن طريق التدخل في وقت أسبق بدرجة كافية عن الوقت الذي اعتاد معظم الناس أن يبحثوا فيه عن مساعدة" (الشناوي، 1997: 559).

كذلك فإن التدخل Intervention يعني التعامل مع مشكلة تعوق الطفل سواء من ناحية إمكانياته في التكيف مع نفسه أو الآخرين من حوله، سواء كان ذلك في مجال الأسرة أو المدرسة أو العلاقة مع الزملاء والمحيطين بحيث يؤدي هذا التدخل إلى التغلب على المشكلة أو التقليل من أثارها السلبية ولتحقيق أفضل توافق ممكن بين الطفل وأسرته وبيئته (عبد الحميد، 1999، 37).

والتدخل المبكر: "هو ما يطلق على كل الأطفال المعرضين للمخاطر الخاصة بالنمو أو العجز عن النمو، والتدخل يكون في الفترة ما بين لحظة التشخيص قبل الولادة والفترة التي يصل فيها الطفل لسن المدرسة، وهذا يتضمن العملية كلها ابتداءً من إمكانية التعرف المبكر والتتبع حتى لحظة التدريب والإرشاد" (www.Natural.com 2001).

ويشير تعريف آخر إلى أن التدخل المبكر: "هو الإسراع قدر الإمكان في تقديم الخدمات الوقائية والعلاجية الشاملة مثل خدمات الوقاية والرعاية الصحية الأولية وكذلك الخدمات التأهيلية والتربوية والنفسية اللاحقة ولا يقتصر توجيه تلك الخدمات على الأطفال المعنيين أنفسهم وإنما يشمل أيضاً أسرهم والتدخل على مستوى البيئة والمجتمع المحلي".

يؤكد تعريف آخر على أن التدخل المبكر هو مجموعة الجهود التي تبذل في تحديد الأطفال الذين يكونون أكثر تعرضاً لخطر التخلف أو الإعاقة قبل وأثناء وبعد الولادة وفي تشخيص حالاتهم منذ مرحلة الرضاعة مع توفير الرعاية لهم ولأسرهم في سنوات الطفولة الأولى (شقيز، 2002، 141).

ومما سبق يمكن القول بأن:

التدخل المبكر هو تلك الإجراءات والبرامج التي تتم للأطفال ذوي الحاجات الخاصة منذ لحظة التشخيص قبل الولادة وحتى يصل الطفل إلى سن المدرسة ويتضمن ذلك العملية كلها بداية من إمكانية التعرف المبكر على الحالات وتتبعها حتى مرحلة التدريب والإرشاد وتعتمد العملية بشكل أساسي على الوالدين والبيئة المحيطة.

ثانياً: أهمية التدخل المبكر

يمر الطفل المعاق سمعياً بنفس مراحل النمو الارتقائي التي يمر بها الطفل الطبيعي إلا أن الطفل المعاق سمعياً يحتاج إلى مجهود أكثر وفترة أطول للتدريب على اكتساب المهارات المختلفة لمراحل النمو التي يمر بها الطفل الطبيعي ويجب أن نشير إلى أن تدريب الطفل المعاق سمعياً على هذه المهارات في مرحلة مبكرة من العمر يساعد على اكتساب تلك المهارات في وقت مبكر وبالتالي تقليل الفجوة بينه وبين الطفل الطبيعي عن طريق التعرف على احتياجاته وتوفيرها له مما ينعكس على قدرة الطفل على الاعتماد على نفسه والتفاعل مع المجتمع المحيط به وبالتالي تقبل الأسرة والمجتمع له. (محمد، 1999)

وترجع أهمية التدخل المبكر إلى أنه يساعد الأطفال الذين يعانون من تأخر في النمو على تحقيق مستويات متقدمة من الوظائف الإدراكية والاجتماعية، كما أنه يمنع أيضاً العيوب الثانوية عند الأطفال ذوي الإعاقة. (Samuel A. Kirk et. al. 1993: 88) وقد أثبتت الأبحاث التي تمت على نمو الطفل أن معدل النمو والتعليم الإنساني هي عملية أكثر سرعة في سن الروضة، وقد أصبح وقت التدخل مهماً عندما يتعرض

الطفل إلى خطر فقد فرصة التعلم خلال مرحلة الإعداد القصوى فإذا لم تفتنم هذه المراحل التي يكون فيها لديه القدرة على التعلم سيواجه الطفل صعوبة في تعلم بعض المهارات مع مرور الوقت.

وللتدخل المبكر تأثير هام على الوالدين والأخوة وكذلك الطفل المعوق سمعياً فالأسرة التي لديها طفل معوق دائماً ما تشعر بالإحباط والعزلة عن المجتمع ويزيد توترها ويأسها وإحساسها بالعجز، فالضغط الناتج عن وجود طفل معوق سمعياً يؤثر على مدى مساعدة الأسرة له ويؤثر على تقدم ونمو الطفل، والتدخل المبكر ينتج ويسبب تحسين معاملة الوالدين تجاه أنفسهم وأطفالهم مما يكسبهم المعلومات والمهارات اللازمة لتعليم أطفالهم بالإضافة إلى قضاء وقت الفراغ معهم بجانب العمل. والمجتمع هو المستفيد فالطفل الذي ينمو ويتعلم يكتسب القدرة على الاعتماد على النفس ويقلل من الاعتماد على المؤسسات الاجتماعية وهذا يحقق فائدة اجتماعية واقتصادية (www.Kidsource.com 2000).

ومن مراجعة هيوارد وأورلانسمكي لمئات الدراسات حول أهمية التدخل المبكر في رعاية الأطفال المعرضين للتخلف أو التأخر العقلي تبين تحسن حالات كثيرة في النمو العقلي والاجتماعي والانفعالي واللغوي والحركي كما تبين من هذه المراجعة أن التدخل المبكر له تأثير كبير على المدى البعيد (مرسي، 1996: 225).

ولقد بينت البحوث العلمية أن التدخل المبكر يساعد الأطفال فهو يخفف تأثيرات حالة الإعاقة وهو يحقق ذلك أسرع من التدخل المتأخر (Hayden, 1997: 160).

فمن متابعة الأطفال الذين حصلوا على الرعاية المبكرة وجد أن معظمهم كانوا تلاميذ عاديين في المدارس الابتدائية والإعدادية والثانوية ولم يلتحق منهم بالتربية الخاصة إلا نسبة قليلة، أما الأطفال الذين لم يجدوا الرعاية المناسبة فقد ازدادت حالات بعضهم سوءاً في مرحلة الطفولة الوسطى والمتأخرة وارتفعت بينهم نسبة التخلف العقلي وبطء التعليم والانحرافات السلوكية.

يضاف إلى هذا ما أشارت إليه دراسات أخرى من أن التدخل المبكر يسهم في تخفيض تكاليف رعاية الطفل المتخلف عقلياً (مرسي، 1996: 225).

فالجدوى الاقتصادية لبرامج التدخل المبكر أفضل بكثير من التدخل المتأخر والتي تؤدي إلى إمكانية دمج الأطفال ذوي الحاجات الخاصة مع الأطفال العاديين بنجاح (3: 1990: Guralnick) (161: 1997: Hayden).

أهداف برامج التدخل المبكر للصم وأهميتها في حياة الأفراد المعوقين سمعياً :

أولاً: أهداف برامج التدخل المبكر للصم

1. تطوير لغة الطفل المعوق سمعياً وتنمية قدرته على الكلام منذ أصغر سن ممكن.
2. تطوير القدرات الحركية العامة والدقيقة للطفل.
3. مساعدة الطفل على الاستفادة من قدراته السمعية المتبقية بأقصى ما تسمح به حالته عن طريق استخدامها المعينات السمعية ومكبرات الصوت والتدريب السمعي.
4. تعليم الأطفال لغة الشفاه في سن مبكرة من أجل مساعدتهم على إدراك اللغة المنطوقة.
5. اكتساب اللغة وتتميتها بالوسائل المتنوعة سواء أكانت الوسائل لفظية أم شفوية أم لغة إشارية.
6. تطوير المهارات الاجتماعية وذلك بفعل التصرف المناسب في المواقف الاجتماعية والتواصل مع الآخرين والقيام بالمهارات الحياتية اليومية.
7. تطوير القدرة البصرية لدى الطفل المعاق سمعياً بسبب اعتماده عليها في إدراك وتمييز المثيرات (القريوتي، 2003، حسين، 2005).

ثانياً: أهمية التربية المبكرة في حياة الأفراد المعوقين سمعياً



أولاً: إن مرحلة الطفولة المبكرة هي فترة نمو حرجة يكون الفرد فيها في ذروة استعداده وقابليته للنمو والتطور والتغير، ويعد الاكتشاف المبكر للحالات أساساً لوضع البرامج التربوية المختصة بالتدريبات السمعية وتدريبات النطق والكمالات وتطوير المهارات الاجتماعية ودعم واستغلال أية قدرات سمعية متبقية لديه. وأن تعلم اللغات في هذه المرحلة يتناسب والنشاط الفسيولوجي العصبي للدماغ، ويكون التعلم أسهل وأكثر فعالية حيث يظهر النطق الطبيعي الجيد في هذه المرحلة، ولهذا العمر تأثير كبير على التذكر اللغوي من الأعمار التالية.

ثانياً: توفير المثيرات البيئية الملائمة والمتغيرات المحيطة التي تقدمها برامج التربية المبكرة لذوي الإعاقة السمعية والتي تعمل على الوقاية من أخطار مضاعفة حالة الإعاقة على الفرد.

ثالثاً: التربية المختصة المبكرة تساعد الأسرة على تقبل وتفهم حالة الطفل وتوفير له جواً تعليمياً مناسباً، حيث تتعلم الأسرة كيفية التعامل مع طفلها قبل أن تتطور لديه أنماط سلوكية وردود فعل غير مناسبة وتساعد الأخوة والأخوات على التفاعل والتواصل بطريقة فعالة مع أخيه الموقوع سمعياً وتساعدهم على التكيف من النواحي النفسية والاجتماعية مع حالة الإعاقة.

رابعاً: تشير الأبحاث والدراسات إلى أن تقديم الخدمات التربوية بوقت مبكر للأطفال الموقعين سمعياً يعمل على خفض التكاليف والنفقات ويقلل من الحاجة لمراكز التربية المختصة المعروفة بتكاليفها الباهضة.

خامساً: يتأثر التقدم الذي يحرزه الأطفال المستفيدون من برامج التربية المبكرة بعدة عوامل منها شدة الإعاقة وخصائص الطفل الموقوع ومدة وفترة تربيته فكلما كانت درجة الإعاقة بسيطة وتمتع الفرد بخصائص تكيفية مناسبة وفترة التربية المبكرة أطول وأكثر زاد ذلك من درجة تكيفه وإظهاره تغيرات سلوكية طويلة المدى نسبياً (الغريوتي، 2003).

مبررات التدخل المبكر:

فيما يلي أهم مبررات التدخل المبكر:

1. تشير نتائج الدراسات والأبحاث إلى وجود فترات نمائية حرجية خاصة في السنوات الخمس الأولى من حياة الطفل حيث يكون الطفل أكثر عرضة وحساسية وتأثراً بالخبرات المحيطة وبالتالي فإن تقديم خدمات مبكرة يمكن أن يطور الأنماط الأولى من التعليم والسلوكيات التي تعتبر في حد ذاتها قاعدة رئيسية لجميع مهارات النمو اللاحقة (Howard, A., 1992, I: 99).
2. أهمية المؤثرات البيئية والمتغيرات المحيطة في تشكيل عملية التعلم خاصة أن القدرات العقلية غير ثابتة في مرحلة ما بعد الولادة مباشرة، فالنمو ليس نتاج البيئة الوراثية فقط ولكن البيئة الاجتماعية تلعب دوراً حاسماً، لذلك فإن

- تزويد الطفل بالخبرات المبكرة سيساعد في تنمية قدراته المختلفة ، فالتعليم في السنوات المبكرة أسهل وأسرع من التعليم في أي مرحلة عمرية أخرى.
 3. في ظل عدم توفر برامج الرعاية المبكرة فإن ظروف الإعاقة وحالات الأطفال المعرضين للخطر يمكن أن تؤثر بطريقة سلبية على تعلم الطفل وتنمية قدراته.
 4. يحتاج الأهل إلى مساعدة مبكرة ومتخصصة لتكوين أنماط بنائه ومنظمة من العلاقة الأسرية مع طفلهم لكي يستطيعوا تزويده بالرعاية الكافية والإثارة والتدريب في تلك الفترة النمائية الحرجة فالمدرسة ليست بديلاً للأسرة فالآباء هم معلمون لأطفالهم ذوي الحاجات الخاصة.
 5. تؤكد الدلائل على الجدوى الاجتماعية والاقتصادية الناتجة عن تقديم الخدمات المبكرة خاصة في التقليل من الأعباء المادية المترتبة على تأخيرها أو عدم تقديمها مبكراً وكذلك في إمكانية التخفيف من هذه المشكلات الاجتماعية اللاحقة فالتدخل المبكر يسهم في تجنب الوالدين وطفلهما ذو الحاجة الخاصة مواجهة صعوبات نفسية هائلة لاحقة.
 6. إن تدهوراً نمائياً قد يحدث لدى الطفل ذو الحاجة الخاصة بدون التدخل المبكر مما يجعل الفروق بينه وبين أقرانه الطبيعيين أكثر وضوحاً مع مرور الأيام.
 7. تتداخل مظاهر النمو حتى يمكن القول أن عدم معالجة الضعف في أحد جوانب النمو حال اكتشافه قد يقود إلى تدهور في جوانب النمو الأخرى. ولقد شهدت العقود الماضية تطوير نماذج مختلفة لتقديم خدمات التدخل المبكر للأطفال ذوي الحاجات الخاصة الصغار في السن والأطفال المعرضين للخطر.
- (Fewell, A. & Rebecca, C. 1996, 233-234) (Lee, P., 1993, 58: 103)

ويذكر الخطيب والحديدي (2004) أن مبررات التدخل المبكر تتمثل في النقاط

التالية:

1. إن السنوات الأولى في حياة الأطفال المعوقين الذين لا يقدم لهم برامج تدخل مبكر إنما هي سنوات حرمان وفرض ضائقة وربما تدهور نمائي أيضاً.
2. إن التعلم الإنساني في السنوات المبكرة أسهل وأسرع من التعلم في أية مرحلة عمرية أخرى.
3. إن والدي الطفل المعوق بحاجة إلى مساعدة في المراحل الأولى لكي لا تترسخ لديهم أنماط تشبث غير بناءة.
4. إن التأخر النمائي قبل الخامسة من العمر مؤشر خطر فهو يعني احتمال معاناة المشكلات المختلفة طوال الحياة.
5. إن النمو ليس نتاج البنية الوراثية فقط ولكن البيئة تلعب دوراً حاسماً.
6. إن التدخل المبكر جهد مثمر وهو ذو جدوى اقتصادية حيث أنه يقلل النفقات المخصصة للبرامج التربوية الخاصة اللاحقة.
7. إن الآباء معلمون لأطفالهم المعوقين وأن المدرسة ليست بديلاً للأسرة.
8. إن معظم مراحل النمو الحرجة والتي تكون فيها القابلية للنمو والتعلم في ذروتها تحدث في السنوات الأولى من العمر.
9. إن تدهوراً نمائياً قد يحدث لدى الطفل المعوق بدون التدخل المبكر مما يجعل الفروق بينه وبين أقرانه غير المعوقين أكثر وضوحاً مع مرور الأيام.
10. إن مظاهر النمو متداخلة وعدم معالجة الضعف في أحد جوانب النمو حال اكتشافه قد يقود إلى تدهور في جوانب النمو الأخرى.

نستنتج مما سبق:

أن التدخل المبكر يسهم في تجنيد الوالدين وطفلهما المعوق مواجهة صعوبات نفسية هائلة لاحقة.

وذكر كل من (Haydon & Pious, 1997). أن هناك العديد من المبررات للتدخل

المبكر، منها:

1. إن التدخل المبكر يخفف من الآثار السلبية للإعاقة.
2. إن التدخل المبكر يزود الأطفال بأساس متين للتعليم التربوي والاجتماعي للمراحل العمرية اللاحقة.
3. هناك جدوى اقتصادية للتدخل المبكر أكثر من التدخل المتأخر.
4. إن معظم مراحل النمو الحرجة تحدث في السنوات الأولى من العمر.
5. إن التعليم الإنساني في السنوات الأولى أسرع وأسهل من التعلم في أية مراحل عمرية أخرى.
6. إن النمو ليس نتاج الوراثة فقط ولكن البيئة تلعب دوراً حاسماً وفعالاً أيضاً مما يزيد أهمية التدخل المبكر.
7. إن للتدخل المبكر أثراً بالغاً في تكيف الأسرة والتخفيف من الأعباء المادية والمعنوية نتيجة وجود حالة الإعاقة لديها.

التدخل المبكر للمعوقين سمعياً:

يشمل التدخل المبكر تقديم خدمات متنوعة طبية واجتماعية وتربوية ونفسية للأطفال دون السادسة من أعمارهم الذين يعانون من إعاقة أو تأخر نمائي أو الذين لديهم قابلية للتأخر أو الإعاقة.

حالات الإعاقة الأكثر استفادة من التدخل المبكر:

يمكن تصنيف حالات الإعاقة التي تستطيع الاستفادة من خدمات التدخل المبكر إلى سبع مجموعات وفق ما ذكره بيجو (Bijou, 1968):

1. الأطفال الأكثر عرضة للإصابة من الناحية:
 - الفطرية مثل الأطفال المصابين بمتلازمة داون (المنغولية).
 - البيئية.
 - الطبية والبيولوجية.

2. الأطفال المتأخرون نمائياً.
 3. الأطفال المصابون حركياً.
 4. الأطفال الذين يعانون من اضطرابات في التواصل.
 5. الأطفال الذين يعانون من مشكلات سلوكية.
 6. الأطفال شديدي الاضطراب الانفعالي مثل حالات فصام الطفولة.
 7. الأطفال المصابون في أحد الجوانب الحسية التالية:
 - السمعية.
 - البصرية.
 - السمعية والبصرية معاً. (القريوتي وآخرون، 1995، ص: 466).
- ويرى بريان (Bryan, 1991) أنه ينبغي على برامج التدخل المبكر أن تولي اهتماماً كبيراً بتطوير المهارات الاجتماعية والانفعالية للأطفال المعوقين للأسباب التالية:
1. إن مظاهر العجز في السلوك الاجتماعي - الانفعالي تظهر لدى جميع فئات الإعاقة بأشكال مختلفة وينسب مختلفة.
 2. إن العجز في المهارات الاجتماعية - الانفعالية يزداد إذا لم يقدم تدخلاً علاجياً فعالاً.
 3. إن العجز في المهارات الاجتماعية - الانفعالية يؤثر بشكل سلبي على النمو المعرفي واللغوي لدى الطفل.
 4. إن مثل هذا الاضطراب في مراحل الطفولة يعطي مؤشراً غير مطمئن لنمو الطفل المستقبلي فهو يعني احتمال حدوث مشكلات تكيفية في مراحل العمر اللاحقة.

الصعوبة في المهارات الاجتماعية تؤثر بشكل سلبي وواضح على الأطفال المعوقين سمعياً وتؤدي إلى شعورهم باليأس والإحباط، ويؤدي ذلك لوجود صعوبة في تفكيكهم أو تقبلهم من قبل المعلمين والأقران الأمر الذي يؤدي إلى تطور المزيد من المشكلات الاجتماعية والتكيفية.

هل يشكل التدخل المبكر مشكلة في الدول النامية؟

لقد لخص تقرير اليونسيف الصادر عام (1989) المشكلات ذات العلاقة

بمجالَي الوقاية والتدخل المبكر في الدول النامية بما يلي:

1. انعدام أو عدم كفاية البرامج القائمة حول الوقاية أو العوامل المسببة للإعاقة.
2. انخفاض الوعي الصحي والتعليمي لدى نسبة عالية من السكان.
3. إن غالبية السكان في الدول النامية هم من الفئات المحرومة.
4. اعتبار خدمات الوقاية والمعالجة للمعوقين في أدنى سلم الأولويات لدى الكثير من المجتمعات النامية.
5. غياب المعلومات الدقيقة حول الإعاقة وأسبابها والوقاية منها لدى المجتمعات النامية.

مشاريع وبرامج التدخل المبكر العالمية الحديثة:

نتيجة لصدور تشريعات طالبت بشكل مباشر بضرورة التدخل المبكر في سن مبكرة وخصوصاً في عامي (1967 و 1973) فقد تمخض عن هذه التشريعات وما تلاها من قوانين متلاحقة دعم وتوفير عشرين برنامجاً في التدخل المبكر من أصل أكثر من مائتي برنامج ثم تقديمهم في العقدَين الماضيين من أبرزها:

- مشروع بورتيج (Portage Project).
 - مشروع هيت ستارت (Heat Start Project).
- وفيما يلي عرض لأهم البرامج التي لاقت رواجاً عالمياً ألا وهو مشروع البورتيج.

مشروع بورتيج (Portage Project):

يعد مشروع بورتيج في التدخل المبكر والمطور عام (1968) والذي تم تنفيذه من قبل شيرر وشيرر (Shearer & Shearer, 1978) من أكثر البرامج التي لاقت رواجاً واستحساناً ليس فقط على مستوى الولايات المتحدة الأمريكية وإنما على المستوى الدولي أيضاً، فقد تم التحقق من مدى فعاليتها في مختلف البيئات والظروف وفي العديد من دول العالم مثل قطاع غزة، والهند والفلبين واليابان وإنجلترا وبلدان أخرى، ويعتبر

هذا النموذج أيضاً أحد البدائل الإبداعية والفعالة التي أسهمت خلال العقدين الماضيين في توفير الخدمات التربوية العلاجية لحالات الإعاقة المختلفة وأسرههم وذلك ضمن بيئة الطفل الطبيعية المتمثلة في منزله، ويتمتع هذا النموذج باستراتيجية مرنة وناحجة يمكن توظيفها في مختلف البيئات الثقافية والاجتماعية من خلال حذف أو تعديل بعض الفقرات لكي تتلاءم مع أية معطيات محلية، ومن ثم تنظيمه للأنشطة والمهام وتقديمها بشكل متسلسل وفردى، إضافة إلى تلك المميزات فإن نظام بورتيج ينفرد بسهولته ويسر استخدامه نظراً لأن متطلباته وكذلك الأعباء التي يفرضها على العاملين أو على أسر المعاقين تعتبر محدودة وليست مرهقة.

ومن ناحية أخرى فإن الملامح الرئيسية لبرنامج بورتيج في التدخل المبكر تتمثل في أن إجراءاته العلاجية وأنظمته التربوية تنقل التركيز من الأسرة على أنها متلقية ومستقبلة فقط للخدمات إلى كونها مشاركاً رئيسياً في اتخاذ القرارات المتعلقة بنمط تلك الخدمات والأنشطة المصاحبة لها، وقد استفاد العديد من المهتمين والمؤسسات والجهات المعنية ببرامج المعوقين من هذا التوجه الخلاق الذي يعتمد على استراتيجيات فعالة في التدريس الموصوف (Precision teaching) وما يتم تقديمه من خدمات مجتمعية رسمية أو غير رسمية وذات تكلفة مادية منخفضة.

ونظراً لما تمت الإشارة إليه من أهمية ومبررات قوية تدل على فعالية مشروع بورتيج في التدخل المبكر، فإن طرحه من حيث تطوره ومناقشة مضامينه الرئيسية وتجارب استخدامه من قبل بعض الدول النامية مثل: الفلبين وموريشوس ونيبال سوف يساعد تلك الجهات التي ترغب في تقديم خدمات مبكرة من توظيفه والاستفادة منه بشتى الطرق والوسائل، فمن الأهمية بمكان ملاحظة أن الهدف الأولي للبرنامج كان يتلخص منذ البداية في إنشاء صفوف لحالات الأطفال الذين يعانون من إعاقات معينة في المجتمعات الريفية في منطقة وسكنسن وذلك منذ الولادة وحتى سن السادسة، ولدى تنفيذ البرنامج وفق أهدافه الأولية تلك فقد واجه العديد من المشكلات منها ما يتعلق بالمواصلات وعدم رغبة بعض الأسر في وضع أطفالها في فصول خاصة في سن مبكرة،

وكذلك شدة الإعاقة لدى بعض الأطفال وصعوبة التعامل معهم، ونتيجة لوجود مثل تلك الظروف المتعلقة معظمها في صفوف تواجد الأطفال في غرفة الصف، فقد بدأ منذ السنة الثانية للمشروع في وصول المدرّس لتلك الحالات بدلاً من إحضارهم للمؤسسة، وبالتالي بدأ البرنامج بتوفير الخدمات المجتمعية عن طريق قيام ثلاثة مدرسين بزيارات أسبوعية مدتها ساعة ونصف لما مجموعه أربعون أسرة.

وقد مر تطوير مشروع بورتيخ بالعديد من المراحل والتجارب التي ساعدت في وصوله إلى صورته الحالية، فقد كان للأنشطة والأهداف التي وصفت من قبل العاملين في البرنامج منذ المرحلة الأولى لتطويره دور كبير في صياغة المنهاج الأولي للمشروع، وقد اعتمد المشروع في المرحلة الأولى التي امتدت ثلاث سنوات على الأسس والمبادئ التالية:

1. يشكل الوالدان أكثر الأفراد فعالية في تقديم الخدمات التربوية لأطفالهم.
2. يعتبر المنزل أفضل بيئة للتعلم الطبيعي للطفل.
3. تخصص الملفات لكل من الأطفال وأولياء أمورهم وذلك نظراً للفروق القائمة فيما بين كل حالة منهم.
4. إتاحة المجال لاختيار أي من أساليب التدريس من مثل الأساليب النمائية المتسلسلة أو استخدام المدخل السلوكي في المعالجة.
5. تتخذ القرارات بناءً على المعلومات والبيانات المتوافرة في السجلات من أجل ضبط ومتابعة مدى النجاح في تنفيذ المهمات.
6. لقاءات أسبوعية فيما بين فريق العمل في البرنامج لمتابعة تنفيذ البرنامج أو أية مشكلات أخرى.
7. يمكن أن يصبح الوالدان أكثر فاعلية وإسهاماً في نجاح البرنامج بعد تلقيهما التدريب الملائم والإشراف المباشر.

استمر تنفيذ البرنامج على المستوى المحلي وتوسعت خدماته لتشمل مناطق ومراكز أخرى، ففي الفترة الواقعة بين عامي (1972 و 1975) تم تدريب عدد أكبر

من العاملين وبناء علاقات إيجابية مع العديد من مشروعات التدخل المبكر المشابهة، وقد كان تركيز فترة التوسع هذه للمشروع ضمن المرحلة الثانية منذ عام (1975) على الوصول إلى أعداد أكبر من فئات المجتمع المحرومة وتقديم مناهج أكثر تطوراً، وقد تم التحقق من ذلك من خلال التعاون مع مشروع (Head Start)، إضافة إلى ذلك فقد بدأ نهاية عام (1975) في الانتشار عالمياً كما تمت الإشارة إلى ذلك سابقاً.

أما من حيث التوجهات الحالية والمستقبلية لمشروع بورتيج فقد أوضح (جيسن 1988) أنها تقع ضمن الأطر التالية:

1. توجيه الخدمات المجتمعية العلاجية نحو الأطفال الرضع وأسرههم وخاصة حالات الذين يعانون من إعاقات شديدة أو متعددة أو من يعانون من إصابات وأمراض مزمنة.
2. تطوير المناهج الصفية المصممة لحالات الإعاقة البسيطة والمتوسطة منذ سن الثانية وحتى السادسة، وتهدف هذه البرامج المقدمة في أوضاع الدمج المختلفة إلى تنمية مهارات الكفاية الاجتماعية والاستقلالية وتغذية مشاعر احترام الذات.
3. تطوير برامج تدريبية تعتمد على تنمية الكفايات اللازمة وتشتمل في نفس الوقت على ستة نماذج وجوانب تدريبية ذات علاقة بالاتجاهات والمهارات اللازمة للعاملين في مؤسسات التربية الخاصة.
4. التركيز باستمرار على تطوير المصادر والمواد التعليمية والأنشطة والمهارات المختلفة بحيث يمكن لأولياء الأمور الاستفادة المستمرة منها (القريوتي وآخرون، 1995).

تفريد برامج التدخل المبكر ومراحل هذه العملية:

أولاً: تفريد برامج التدخل المبكر

يقوم التدخل المبكر على أساس الفروق الفردية بين الأطفال في النمو فكل طفل فريد من نوعه والبرنامج الذي يناسب طفلاً قد لا يناسب غيره بنفس الدرجة فكل طفل

في حاجة إلى برنامج خاص به، يقابل حاجاته ويناسب ظروفه الأسرية وعلى هذا الأساس يوضع برنامج مكتوب لكل طفل يشترك في إعدادة وتنفيذه الأخصائيون ووالدا الطفل، ويتضمن عادة الآتي:

- مستوى نمو الطفل الحالي.
- الأهداف السنوية (البعيدة) والشهرية (القريبة).
- الخدمات التعليمية التي يحتاجها الطفل.
- إمكانية استفادة الطفل من التعليم المادي.
- معايير تقويم تقدم الطفل أثناء البرنامج.
- مواعيد بدء الخدمات ومدة كل منها وأماكن تقديمها.
- مواعيد مراجعة البرنامج (مرسي، 1996، 220 - 221).

ثانياً: مراحل عملية التدخل المبكر

تتكون عملية التدخل المبكر من عدة مراحل هي: التعرف، الاكتشاف، التدريب، الإرشاد وبالرغم من أنها مراحل مرتبة ترتيباً منطقياً إلا أنه عند التطبيق يندمجوا مع بعضهم ولا يمكن التفريق بينهم بسهولة، وتفصل المراحل المذكورة سابقاً فيما يلي:

- التعرف (التحقق): ملاحظة العلامات الأولى أو الإرشادات التي تنبه أن الطفل معرض لخطر النمو أو أنه في تقدم شاذ.
- الاكتشاف: عن طريق بحث هذه العلامات والإرشادات بطريقة منظمة لكافة السكان والتي تتضمن برامج مسحية مثل تحليل الفينيل كيتونوريا واختبارات كشف الإعاقة السمعية واضطرابات النمو ولا تمثل مخرجات هذه الاختبارات التشخيص بل يتم تحويل الأطفال لعمل فحوصات تشخيصية أخرى.

- التشخيص: ويكون نتيجة جود الإعاقة في النمو بجانب معرفة الأسباب المسببة لها ، والتشخيص يأخذ مكانه في الترتيب بعد التعرف على العلامات والإشارات التي تعتبر الطفل معرض لخطر أو انحراف النمو.
- التدريب: كل الأهداف المباشرة للأنشطة المؤثرة في الطفل وبيئته صممت لخلق ظروف أفضل للنمو. هذه الأنشطة تتضمن تثبيبه وتنمية مجالات النمو، الأنشطة التعليمية وخدمات إضافية عن طريق أخصائيين في الطب، العلاج المهني، العلاج الطبيعي، التخاطب، السمعيات والتغذية.
- الإرشاد: وهو كل أشكال التدريب والاستشارة المتاحة للأباء، الأسرة، الأسرة المفككة، والإمداد بالمعلومات عامة (2001، www.eurlyoid.net).

طرق الوقاية من الإعاقة:

سوف تتضح صورة الوقاية من الإعاقة بشكل أفضل إذا عرضت في ضوء مستويات الإعاقة الثلاثة وهي:

أ. الوقاية الأولية:

وهي جملة الإجراءات التي تهدف إلى الحيلولة دون حدوث نقص في السمع أو فقد للبصر، وذلك من خلال تحسين مستوى الرعاية الصحية الأولية.

إجراءات الوقاية في هذا المستوى:

1. التخطيط لمرحلة ما قبل الحمل (الكشف عن حالات عدم توافق العامل الرايزيسي، إجراء الاختبارات الكشفية للتأكد من عدم الإصابة بأمراض معدية أو مزمنة، الحصول على المطاعيم اللازمة).
2. تطعيم الأطفال ضد أمراض الطفولة سواء الفيروسية منها أو البكتيرية (الحصبة الألمانية، التكايف، التهاب السحايا...).
3. امتناع الأم عن تناول العقاقير الطبية أثناء الحمل دون استشارة الطبيب.
4. مراجعة الأم للأطباء بشكل دوري والحصول على رعاية صحية منتظمة.
5. الإرشاد الصحي.

6. إزالة المخاطر البيئية.

7. توعية الجماهير.

ب. الوقاية الثانوية:

وهي جملة الإجراءات التي تسعى لمنع تطور حالة الضعف إلى حالة عجز وذلك من خلال الكشف المبكر والتدخل العلاجي المبكر.

إجراءات الوقاية في هذا المستوى:

1. الكشف المبكر عن نقص السمع عند الأطفال.
2. توفير المعينات السمعية عند الحاجة.
3. تقديم خدمات التدخل المبكر.
4. المعالجة الطبية والجراحية المناسبة عند اللزوم.

ج. الوقاية الثالثة:

وهي جملة الإجراءات التي تهدف إلى منع تفاقم حالة العجز وتطورها إلى حالة إعاقة، وذلك من خلال تعزيز القدرات المتبقية لدى الفرد والحد من التأثيرات السلبية للعجز لديه.

إجراءات الوقاية في هذا المستوى:

1. تقديم خدمات التربية الخاصة والتأهيل.
2. تعديل اتجاهات الأسرة والمجتمع.
3. تقديم خدمات الإرشاد والتدريب الأسري.
4. توفير فرص الدمج الاجتماعي. (الخطيب، 2005، عبيد، 2001)

إستراتيجيات التدخل المبكر وبعض نماذجها :

أولاً: إستراتيجيات التدخل المبكر

يتم التدخل المبكر وفقاً لإستراتيجيات ثلاثة :

1. عملية توسيطية (RE-Mediation): ويكون التدخل بتعديل في سلوك الطفل في سياق عمليات النمو والتكيف به برامج التدخل الطبي أو التعليمي أو السلوكي.

2. تعديل مفاهيمه وتعويضه (RE- Definition): بتعديل إدراكات وممارسات الوالدين للطفل نحو الطفل.
 3. إعادة تعليم الوالدين (RE- Education): لرعاية الطفل وتحسين قدرة الوالدين وكفاءتهم في التعامل مع الطفل.
- كما تحدد الاستراتيجيات المتبعة في تقديم خدمات التدخل المبكر في الآتي:
1. إستراتيجية التدريب المنزلي Home Based Programs: تقوم هذه الإستراتيجية على تقديم خدمات التدخل المبكر في المنزل وتؤكد على تحمل الأسرة للدور وللعبة الرئيسة في تنفيذ الخدمات العلاجية والتربوية للطفل بعد تزويدها بالمهارات والوسائل اللازمة لذلك.
 2. إستراتيجية مراكز التدخل المبكر Center Based Programs: تقوم على إنشاء مراكز خاصة يتوفر فيها عدد من المتخصصين اللازمين وتستقبل هذه المراكز وتقدم لهم التدريب والخدمات الأخرى اللازمة، وهناك أشكال من المراكز:
- مراكز تدريب للطفل دون مشاركة من الأهل في هذه العملية.
 - مراكز تدريب الطفل بمشاركة الأهل: وتقدم هذه المراكز خدماتها التدريبية للأطفال إلا أنها تشترط على الأهل الحضور والمساهمة في عملية التدريب لعدد معين من المرات.
 - مراكز تدريب الوالدين: وتقوم باستقبال الوالدين وأبنائهم وفي البداية يتم تدريب أولي على كيفية العمل مع الطفل ومن ثم يقوم الوالدان بمواصلة التدريب بإشراف المتخصصين في المركز.
3. إستراتيجية المركز الخاص المصاحب بتدريب منزلي.
 4. إستراتيجية التدريب المنزلي الذي يعقبه تدريب في المركز: وتقوم على تقديم التدريب المنزلي خاصة في المنتين الأوليين من عمر الطفل ومن ثم إلحاقه بمركز التدخل المبكر حتى يبلغ سن الخامسة.

5. استراتيجية مركز تتبع نمو الطفل *Child development Monitoring*: وتتلخص هذه الاستراتيجية في إنشاء سجل وطني للمواليد والأطفال دون الخامسة الأكثر عرضة للإعاقة ومتابعة نموهم بشكل دوري من خلال مراكز خاصة تنشأ لهذا الغرض أو من خلال برامج عيادات الأمومة والطفولة أو المراكز الصحية. (عبد القادر، 2002، 85: 86) (سند، 1998، 98: 109)

ثانياً: بعض النماذج للتدخل المبكر

1. التدخل المبكر في المراكز: وفقاً لهذا النموذج تقدم خدمات التدخل المبكر في المركز أو المدرسة وتتراوح أعمار الأطفال المستفيدين من الخدمات من سنتين إلى ست سنوات وليس بالضرورة أن يتم تنفيذ برامج التدخل المبكر في مراكز متخصصة بخدمة الأطفال المعوقين إذ قد تنفذ هذه البرامج في الحضانات ورياض الأطفال العادية تحقيقاً لمبدأ الدمج، ومن حسنات هذا النموذج قيام فريق متعدد التخصصات بتخطيط وتنفيذ الخدمات وإتاحة الفرص للطفل للتفاعل مع الأطفال الآخرين ومن سيئاته مشكلات توفير المواصلات والصعوبات المرتبطة بها والتكلفة المادية العالية.
2. التدخل المبكر في المنزل: في العادة تقوم مربية أو معلمة أسرية مربية جيداً بزيارة المنزل من مرة إلى ثلاث مرات أسبوعياً وخلافاً للتدخل المبكر في المراكز والذي يستخدم عادةً في المدن فإن التدخل المبكر في المنزل يستخدم عادةً في الأماكن الريفية والنائية حيث لا يوجد إلا أعداد قليلة من الأطفال المعوقين.
3. التدخل المبكر في كل من المركز والمنزل: يلتحق الأطفال في المراكز لأيام محدودة ويقوم الاختصاصيون بزيارات منزلية لهم ولأولياء أمورهم مرة أو مرتين في الأسبوع حسب طبيعة حالة الطفل وحاجات الأسرة.

4. التدخل المبكر من خلال تقديم الاستشارات: يقوم أولياء الأمور بزيارة دورية إلى المركز حيث يتم تقييم ومتابعة أداء الأطفال وتدريب أولياء أمورهم ومناقشة القضايا المهمة معهم.
5. التدخل المبكر في المستشفيات: ويكون ملائماً للتعامل مع مرضى الشلل الدماغي والصلب المفتوح والإصابات الدماغية.
6. التدخل المبكر من خلال وسائل الإعلام: يستخدم هذا النموذج التلفاز أو المواد المطبوعة أو الأفلام أو الأشرطة، لتدريب أولياء الأمور ولإيصال المعلومات المفيدة لهم (زريقات، 2003).

الفئات المستهدفة في برامج التدخل المبكر:

من الصعب على المتخصصين تحديد الفئات المستهدفة للتدخل المبكر وذلك للأسباب الآتية:

- الطبيعة المعقدة والمتباينة لنمو الأطفال.
 - عدم توفر أدوات التقييم المناسبة.
 - عدم توفر بيانات دقيقة عن نسبة الانتشار.
 - عدم توفر المعرفة الكافية حول العلاقة بين العوامل الاجتماعية والبيولوجية من جهة والإعاقة من جهة أخرى (Shankoff & Meisels, 1991, 21: 25).
- وعلى الرغم من ذلك يمكن تحديد الفئات المستهدفة في برامج التدخل المبكر فيما يلي:

1. الأطفال أصحاب الحالات الجينية الذين يتبين من تشخيصهم أن حالتهم ينتج عنها إعاقة أو تأخر في النمو.
2. الأطفال المعرضين لخطر بيولوجي بسبب إصابة أمهات الولادة أو بعدها مثل الأطفال الخدج.
3. الأطفال المعرضون لخطر بيئي نتيجة لظروفهم المحيطة (الفقر) الذي ينتج عنه إعاقة أو تأخر.

الاعتبارات التنظيمية لبرامج التدخل المبكر وأساليب ممارستها التنفيذية :

أولاً: الاعتبارات التنظيمية لبرامج التدخل المبكر

يتم تحديد الاعتبارات التنظيمية لبرامج التدخل المبكر فيما يلي:

1. أهمية الخبرة المبكرة.
2. أهمية الدور الذي تلعبه أسرة الطفل المعوق سمعياً لتعليمه.
3. أهمية تحسين كفاية الأسرة وتقوية كيانها كمساعد في حل مشكلة الطفل المعوق سمعياً.
4. أهمية توظيف قدرات آباء الأطفال المعوقين سمعياً بالشكل المناسب ضمن إطار عمل الفريق للمساهمة في حل مشكلات أطفالهم.
5. تحسين العلاقة الوالدية بالمعوق سمعياً خطوة أساسية في برامج التدخل المبكر.
6. تضمين الدعم الأسري في برامج التدخل المبكر يضاعف من تأثير تلك البرامج.
7. أن تتضمن أهداف التدخل المبكر أهدافاً عمومية (صحة المعوق النفسية، تهيئة البيئة الأسرية... إلخ) إلى جانب اهتمامها بالجوانب النمائية للمعوق.
8. أهمية التحديد الدقيق للمصطلحات والمفاهيم المستخدمة في ممارسات التدخل المبكر.
9. أهمية توفير أدوات تقييم موضوعية دقيقة تمكن القائمين على برامج التدخل المبكر من تقييم التقدم والتحسين في شخصية المعوق.
10. لا بد أن تشمل برامج التدخل المبكر تطويراً وتعديلاً لظروف البيئة المحيطة بالمعوق والتي قد تكون معوقة.
11. أهمية البرامج الوقائية.
12. أفضل البرامج هي التي تؤمن للمعوق حياة طبيعية وسط أهله وذويه لتجنبه الهزات النفسية.
13. ضرورة أن لا تكتفي برامج التدخل المبكر بالتغيير في النمو المعرفي للمعوق سمعياً وأن تركز أيضاً على تغيير الأداء الكيفي للأسرة في علاقاتها وفي مدى قدرتها الاستقلالية (قنديل، 2000) (47 - 27، 1998، Bailey, et, al.).

ثانياً: أساليب الممارسة التنفيذية لبرامج التدخل المبكر

وتحدد في الآتي:

- أهداف مكتوبة للبرنامج وأساليب محددة لقياس نتائجه.
- أساليب متابعة الأداء لكل معوق وحاجاته.
- سبل تحديد الأهداف لكل معوق على حده وللأسرة أيضاً.
- طرق محددة لتحديد مفهوم الدعم الأسري إجرائياً وتحديد خدمات المعوقين إجرائياً.
- طرق محددة لتقويم العلاقات التفاعلية في الأسرة.
- أسلوب تدوين الملاحظات حول الاستجابات الكيفية للمعوق.
- ترجمة الملاحظات إلى إجراءات وأفكار وبخاصة ما يتعلق بمزاج المعوق وعلاقته بوالديه.
- إجراءات بشأن تنفيذ الممارسات في ضوء تخصصات مختلفة واتخاذ قرارات موحدة بروح الجماعة سواء فيما يتعلق بحل الخلافات في الرأي أو في اتخاذ القرارات بشأن المعوق.
- خطة إجرائية لضمان تنفيذ التدخل المبكر بطريقة علمية وبحثية وتتضمن إجراءات جمع المعلومات الكمية والكيفية، إجراءات قبول المعوق في البرنامج، وخطة متابعة الجهود مستقبلاً.
- التأكيد على مشاركة الآباء والأخصائيين وفهم وتشجيع الأهداف التي يضعها الوالدان للأسرة وإيصال المعلومات المتخصصة بطريقة مفهومة وفهم الفروق الثقافية لأسر المعوقين.
- تحسين الخدمات والتيسيق فيما بينها والتوعية بالخدمات المتوافرة في المجتمع والاستفادة من نماذج الخدمات والبرامج الناجحة وتسهيل عمليات التواصل بين المؤسسات المختلفة.

فريق العمل في برامج التدخل المبكر:

الأطفال المعوقين سمياً هم أطفال لديهم خصائص ومواطن ضعف متباينة إلى حد كبير فحاجاتهم وحاجات أسرهم متعددة ومعقدة وليس باستطاعة أي تخصص بمفرده أن يتقنها ويعمل على تلبيتها بشكل متكامل، ولذلك فهناك حاجة للعمل من خلال فريق متعدد التخصصات مع الأطفال المعاقين وأسرهم، والحاجات الفريدة الموجودة لدى الطفل في مجالات النمو اللغوي والعقلي والحركي والاجتماعي- الانفعالي والعناية بالذات هي التي تقرر طبيعة التخصصات التي ينبغي توافرها في الفرق والأدوار المتوقعة من كل تخصص. (Fox, et. al., 1994, 243-257)

لذلك فإن نجاح التدخل المبكر يعتمد على الخدمات التي يقدمها أخصائيون

عديدون من بينهم:

- أخصائي الوراثة. Geneticist
- أخصائي النساء والتوليد. Gynecologist
- أخصائي طب الأطفال. Pediatrician
- أخصائي الأسنان. Dentist
- أخصائي العيون. Ophthalmologist
- المختبر. Clinical Pathologist
- أخصائي التغذية. Nutritional Doctor
- أخصائي القياس السمعي. Audiologist
- الأخصائي النفسي. Psychologist
- الأخصائي الاجتماعي. Social Worker
- أخصائي اضطرابات الكلام واللغة. Speech & Language Pathologist
- أخصائي العلاج الطبيعي. Physical Therapist
- أخصائي العلاج الوظيفي. Occupational Therapist
- المعرضة. Nurse

- المعلمات والمعلمون. Teachers
- معلمات ومعلمو التربية الخاصة. Special Education Teacher
- أولياء الأمور. Parents

وتشير الدراسات إلى وجود نقص كبير في الكوادر المؤهلة للعمل مع الأطفال ذوي الحاجات الخاصة صفار السن وأسرهم حتى في الدول المتقدمة التي حققت فيها التربية الخاصة إنجازات كبيرة في العقود الماضية (Steyton & Johnson, 1990, 325: 353)

الكفايات اللازمة للعاملين في فرق التدخل المبكر ووظائفها :

أولاً: الكفايات اللازمة للعاملين في فرق التدخل المبكر

تشمل الكفايات اللازمة للعاملين في فرق التدخل المبكر النواحي التالية :

- معرفة مراحل النمو الطبيعي وغير الطبيعي في الطفولة.
- القدرة على معرفة أعراض الإعاقة المختلفة وتطبيق أدوات التقييم الرسمية وتفسير نتائجها. (Buyse, et. al., 1998, 84-169)
- القدرة على ملاحظة سلوك الأطفال.
- القدرة على توظيف الأساليب غير الرسمية في تشخيص مشكلة النمو.
- القدرة على تحديد أهداف طويلة المدى وأهداف قصيرة المدى في مجالات النمو والتعليم قبل المدرسي.
- القدرة على تصميم وتنفيذ الأنشطة التعليمية الفردية والجماعية للأطفال صفار السن.
- القدرة على فهم مبدأ الفروق الفردية بين الأطفال وتلبية احتياجات كل طفل وفقاً لذلك.
- القدرة على العمل بفاعلية ضمن فريق متعدد التخصصات.
- القدرة على تجنيد وتدريب مساعدي المعلمين والمتطوعين والمتدربين وغيرهم لدعم برامج التدخل المبكر.
- القدرة على تنظيم البيئة التعليمية للأطفال على نحو يشجعهم على التواصل والاكتشاف.

- القدرة على إرشاد الأسر وتدريبها للعمل على مشاركتها في برامج التدخل المبكر.
 - فهم الفلسفة الكامنة وراء المناهج المستخدمة.
- والبرامج التدريبية المتخصصة غالباً ما يقوم على تخطيطها وتنفيذها أقسام متنوعة مثل التربية الخاصة والعلاج الطبيعي والعلاج الوظيفي والتمريض.
- (Bailey, et. al., 1998, 26-35) (Bennett, et. al., 1997, 31-115)

ثانياً: وظائف فريق التدخل المبكر

تقوم فرق التدخل المبكر خاصة في مرحلة الطفولة المبكرة بالوظائف الأساسية التالية:

1. عمليات التقويم للطفل وأسرته Assessment Process:

حيث يتم تحديد الحاجات الخاصة بكل طفل وكل أسرة عن طريق التقويم الذي يستخدمه فريق التدخل المبكر، ويتنوع عدد أعضاء هذا الفريق وفقاً لمتطلبات كل موقف فعلى سبيل المثال قد يتطلب التقويم التشخيص تدخلاً أكثر عمقاً لعدد معين من المهنيين ذوي تخصصات علمية مختلفة بينما قد لا يطلب التقويم عند إجراء المراجعة ربع السنوية لمتابعة تقدم الطفل سوى المهنيين الذين يقدمون الخدمة اليومية للطفل. ويتفق بناء فريق التقويم الفعال مع بناء فريق حل المشكلة الذي أشار إليه كل من لارسون ولافتسو الذي يتطلب مستوى عالٍ من الثقة بين أعضائه ويبان عمل يركز على القضايا لا الحلول المقررة سلفاً ويتفق مع التفريد الذي يتميز به بروتوكول التقويم.

2. تخطيط التدخل Planing Intervention:

تخطيط التدخل عادة ما يتم في سياق تخطيط برنامج التعليم الفردي أو الخطة الفردية لخدمة الأسرة، ويتنوع أيضاً عدد المشاركين في فريق التخطيط تبعاً لرغبة الأسرة في أن يقتصر على من يقدمون الخدمات فقط أو رغبته في إضافة مهنيين آخرين للاستعانة بهم في تقديم استشارة لعملية تخطيط الخدمة لضمان شموليتها، ويتطابق بناء الفريق الإبداعي مع وظيفة تخطيط التدخل التي يقوم بها فريق التدخل المبكر

والتي تركز على اكتشاف الإمكانيات والبدايل الجديدة ويتميز فيها الفريق بالاستقلالية في التفكير بما ييسر تحديد نتائج فريدة ومرنة ومجموعة واضحة من مستويات الأداء المعيارية ويجب أن يكون لدى فريق تقديم الخدمة المبكرة القدرة على الاستجابة لمجموعة من الأبعاد المتعلقة باحتياجات الطفل والأسرة مثل ثقافة الأسرة وأساليب التدخل الطبيعية والنتائج الوظيفية.

3. تقديم الخدمة للطفل والأسرة Delivery Service:

يتنوع أعضاء فريق التدخل المبكر ومقدمي الخدمة باستمرار تبعاً لتغير احتياجات الطفل وأسرته فقد يضم الفريق أعضاء أساسيين مسؤولين عن تقديم الخدمة وأعضاء استشاريين يقدمون خدمات مباشرة أو غير مباشرة للطفل أو لأي شخص آخر مرافق له عند الطلب. ويتحمل فريق تقديم الخدمة مسؤولية تنفيذ خطة محددة جيداً كما هو الحال بالنسبة للفريق التكتيكي ولديه مجموعة من مستويات الأداء المعيارية ومهام وأدوار محددة بوضوح ويؤمن بناء الفريق فعالية كل عضو فيه وفعالية الفريق ككل. (علي، 2002، 46 - 47)

المقومات الأساسية لبرنامج المعوقين سمعياً ودور الأسرة في تنشئة الطفل:

أولاً: المقومات الأساسية لبرنامج المعوقين سمعياً

ينبغي للمسؤولين عن وضع وتصميم برامج التدخل المبكر الملائمة لصغار الأطفال الصم الذين لم يبلغوا بعد سن المدرسة العمل على أن تهدف هذه البرامج بصفة أساسية إلى تسهيل نموهم اللغوي وبناء وتأسيس وتطوير مهاراتهم اللغوية والتواصلية، ولكي نضمن لهذه البرامج فرصة النجاح في تحقيق هذا الهدف فإنها ينبغي أن تقوم على المقومات الرئيسية التالية:

- إتاحة بعض الإستراتيجيات التي يمكن للمسؤولين الاختيار من بينها لتقديم الخدمات الإرشادية والتربوية والتدريبية للصغار الصم وآبائهم.
- إرشاد الآباء وتوعيتهم بأهمية الكشف المبكر عن أطفالهم المعوقين سمعياً والصعوبات التي قد تعترضهم في سبيل هذا الكشف.

- إرشاد الآباء وتوجيههم إلى السبل الكفيلة بالتعامل بفعالية مع أطفالهم المعوقين سمعياً، وإلى كيفية مساعدة أطفالهم من خلال البرنامج على تنمية مهاراتهم في اللغة والتواصل.
- تقديم الإرشاد النفسي والعلاجي للآباء الذين قد يحملون إلى البرنامج مشاعر سلبية أو مَرَضِيَّة ناجمة عن ابتلاء أحد أفراد أسرهم بكارثة الصمم، والتي قد تؤثر على تعاملهم بفعالية مع أطفالهم.
- اختيار المدرسين الأكفاء الذين تلقوا تدريباً وإعداداً جيداً للعمل في هذا البرنامج.
- وضع خطة لتدريب هؤلاء الصغار على التواصل في المنزل مع أسرهم وذويعهم، وبناء منهاج لتنمية مهاراتهم في اللغة والتواصل قائم على أساس من مبادئ النمو اللغوي العادي وأساسه، وفي إطار من الأوضاع والخبرات المنزلية والأسرية الطبيعية التي ينمو في ظلها الأطفال العاديين.
- إتاحة عدد من الطرق والبدائل التواصلية التربوية التي يمكن للمعلمين والآباء الاختيار من بينها بما يلائم خصائص واحتياجات وإمكانات كل طفل من أطفالهم.
- تزويد كل طفل مشترك في البرنامج بمعين سمعي ملائم يكفل له تكبير الصوت وتضخيمه (المسفي، 2003).

وفيما يلي سوف نتناول بالإيضاح والتفصيل كل مقوم من هذه المقومات:

المقوم الأول: في نطاق هذه المقومات عموماً، ولكي يتم لبرنامج التدخل المبكر تحقيق أقصى قدر ممكن من النجاح في مساعدة صغار الأطفال الصم على تنمية مهارات اللغة والتواصل في السنوات المبكرة من عمرهم فإن المختصين في إعدادة وتصميمه (Streng et al., 1978) قد اقترحوا عدداً من الأطر والبدائل الإستراتيجية مثل "المدرس الزائر Visiting Teacher" و "الوضع المنزلي المدرسي School-House Setting" والتي

يمكن كذلك لكل ثقافة من الثقافات المختلفة الاختيار من بينها بما يلائم إمكاناتها وتطلعاتها ومنظوماتها الخاصة من القيم الدينية والاجتماعية والثقافية والتربوية.

المقوم الثاني: يتطلب الإسراع العاجل في مساعدة صغار الأطفال المعوقين سمعياً على تنمية مهارات اللغة والتواصل ضرورة تبصير آبائهم بأهمية التعرف المبكر على فقدان السمع لدى هؤلاء الصغار واكتشافه في وقت مبكر قبل أن تستفحل خطورة الآثار المترتبة عليه.

وفي أول مرة يلتقي فيها الآباء بالمختصين العاملين في البرنامج ينبغي إرشادهم وتوجيههم إلى أن الكشف المبكر عن إعاقة الطفل الأصم وتشخيصها ومعالجتها طبيياً - إن أمكن - يعدّ الخطوة الجوهرية الأولى لتهيئة أفضل الظروف الممكنة للتدخل المبكر لتنمية مهاراته اللغوية والتواصلية.

إذا ينبغي إرشادهم إلى أن الطفل الوليد عندما لا يستجيب للأصوات العالية ولا يبدي قدرة على الكلام في الوقت المناسب فإن من حوله ينزعون عادة إلى استنتاج أن هنالك أمراً غير عادي يحدث مع هذا الطفل. غير أن معظم الرُّضّع من الأطفال الصم لا يكادون يقلّون عن أقرانهم من الأطفال العاديين في التنبه والاستجابة لأبائهم وأمهاتهم وأشقائهم، حيث تعوضهم حاستا البصر واللمس وأحاسيس ومشاعر أخرى عما يعانونه من عجز عن السمع، مما يعني أن الآباء والأمهات لا يكتشفون بسهولة أن أطفالهم يعانون من مشكلة في حاسة السمع (الدعاطي، 2004).

وحتى إذا عُرض الطفل الرضيع على أزياب التشخيص المختصين في قياس السمع واختباره فإنه من المحتمل ألا يدركوا أنه طفل أصم، لأنه يستخدم سائر حواسه ويستجيب للضوضاء المنبعثة من حوله باستجابات سلوكية لا تختلف عن سلوك أقرانه من الصغار العاديين المتمتعين بسمع سليم.

المقوم الثالث: ويشمل هذا المقوم إرشاد الآباء المنضمين للبرنامج وتوجيههم إلى السبل الكفيلة بالتعامل بفعالية مع أطفالهم المعوقين سمعياً، وإلى كيفية مساعدة أطفالهم من خلال البرنامج على تنمية مهاراتهم في اللغة والتواصل.

وفي لقاءاتهما الأولى بالعاملين في البرنامج فإن أول ما يتبادر إلى ذهن الوالدين بعد أن يتحققا من أن طفلهما أصم هو ما إذا كان سيتعلم الكلام أم لا، ولذلك فإن السؤال الأول الذي يطرحانه عادة هو "هل سيتكلم طفلي؟" ونظراً إلى أنه من الصعب دائماً أن نعرف كيف سيتم للطفل الأصم اكتساب مهارات الكلام فإنه ينبغي للعاملين في برامج التدخل المبكر أن يتوخوا جانب الحيطة والحذر من إعطاء جواب قاطع عن هذا السؤال، وأن يستعينوا عن ذلك بتركيز اهتمام الوالدين على ما يمكنهما عمله من أجل مساعدة طفلهم على النمو نفسياً ولغوياً وتواصلية واجتماعية في المستقبل القريب.

ويوصي المختصون بالألا يكون دور الآباء والأمهات في هذا البرنامج التدريسي نسخة شبيهة بدور المعلمين العاملين فيه، والذين يستخدمون أنشطة ومواد ووسائل قد تكون غريبة نوعاً ما عن البيئة المنزلية الطبيعية لمدة ساعة واحدة أو نصف ساعة يومياً فعلى التقيض من ذلك ينبغي تشجيع الآباء على القيام باستمرار بممارسة أنشطة تواصلية طبيعية تستثير في أطفالهم تعلم اللغة والتواصل.

المقوم الرابع: أما المقوم الرابع من مقومات برنامج التدخل المبكر لتنمية مهارات اللغة والتواصل لدى الأطفال الصم فهو يتعلق بتقديم الإرشاد النفسي والعلاجي لمن يحتاجه من الآباء بما يضمن تكوين اتجاه إيجابي سليم نحو أطفالهم الصغار المعوقين سمعياً، وبما يساعدهم على التخلص من اتجاهاتهم السلبية أو مشاعرهم المرصية الناجمة عن إصابة أحد أفراد أسرهم بالصمم، وعلى الرغم من أن هذا الجانب الإرشادي العلاجي من برنامج التدخل المبكر لتنمية مهارات اللغة والتواصل غير معهود في نظمنا التربوية الخاصة، وعلى الرغم كذلك مما يستلزمه هذا الجانب من تكاليف باهظة وجهود متخصصة إلا أنه ينبغي للمسؤولين عن برامج تربية المعوقين سمعياً الاقتناع بأن الثمار المرجوة من ورائه تفوق إلى حد كبير تلك التكاليف والجهود اللازمة لتقديمه، خاصة وأنه يسهم في التعامل بفعالية مع المرحلة المبكرة من حياة

الطفل الأصم والتي تعتبر أخصب الفترات وأمنها لمعالجة مشكلاته في اللغة والتواصل (الشناوي، 1998).

ومن المهم أن يبيدي أعضاء الفريق العامل في البرنامج اهتماماً لا بوالدي الطفل الأصم فقط، بل وأن يهتموا كذلك بأفراد أسرته بأكملها بحيث يشمل ذلك أشقاء الطفل وأقاربه وأعضاء أسرته الممتدة كأجداده وجداته وغيرهم.

المقوم الخامس: ويتعلق بتعريف الآباء بالخطط والاستراتيجيات الكفيلة بتشجيع أطفالهم على اكتساب مهارات اللغة والتواصل وتعلمها.

فعندما ينضم الآباء إلى هذا البرنامج فإنه يجدد بالعاملين فيه تقديم تعليمات لهم فور انضمامهم فيما يتعلق بالأنشطة التي هم على وشك القيام بها مع أطفالهم لمساعدتهم على تعلم التواصل واكتساب مهارات اللغة، وينبغي تقديم تلك التعليمات بشكل عاجل لكل والدين مصحوبة بإرشادهما وتوجيههما، وبطرق مختلفة تضمن لهما بعض النجاح، ويعتبر تعليم الوالدين وإرشادهما بصفة فردية في بداية البرنامج من أكثر الطرق فعالية وتدعياً لنجاحه، ومع مرور الوقت وشعور الوالدين بألفة كافية وارتياح أكثر للفعاليات والأنشطة التي يتضمنها البرنامج فإنه ينبغي السماح لهما بالانضمام إلى الأنشطة الجماعية التي يقوم بها من سبقوهما إليها من آباء وأمهات (Northcott, 1977).

المقوم السادس: أما المقوم السادس من مقومات برنامج التدخل المبكر لتتمة مهارات اللغة والتواصل لدى بالغي الصغر من الأطفال الصم فهو يتعلق بنوعية المدرسين الذين يعملون في هذا البرنامج من حيث إعدادهم وتدريبهم المهني، ذلك أنه من الضروري لكل من يعتزم العمل فيه - أو بالأحرى في أية مرحلة من مراحل تربية وتعليم الأطفال الصم - أن يكون قد تم إعداده وتدريبه بشكل مكثف للعمل مع الصغار من هؤلاء الأطفال، وأن يكون كذلك قد تلقى تعليماً وتدريباً ملائمين، ولديه معرفة كافية بأسس ومظاهر النمو في اللغة والكلام لدى الأطفال العاديين بوصفها الأساس الذي ينبنى عليه المضمون التطبيقي لبرامج تنمية لغة الأطفال الصم وتسهيل اكتسابهم

لها، إذ لم يعد من الممكن لأي مدرس أن يعمل مع أية فئة من الأطفال الذين أعيقت لغتهم عن النمو وهو غير مُلمّ على الإطلاق بشيء من أسس نمو اللغة واكتسابها لدى الأطفال العاديين، أو أن يكون قد ألمّ فقط بالحد الأدنى من المعرفة بهذه الأسس مما يعد في نظر المربين المختصين إماماً سطحياً لا يكفي لتأهيله للعمل في هذا البرنامج (Strang et al., 1985).

المقوم السابع: أما فيما يتعلق بالمقوم السابع لبرنامج التدخل المبكر لتنمية مهارات اللغة والتواصل لدى صغار المعوقين سمعياً فإنه يتركز في ضرورة إتاحة عدد من طرق التواصل والاختبارات والبدائل التعليمية (التربوية) التي يمكن للمعلمين والآباء الاختيار من بينها بما يتلاءم مع خصائص واحتياجات وإمكانات كل طفل أصم على حدة. وتجدر الإشارة إلى أنه لم يعد أحد من المختصين في تربية الصم يؤمن بما كان شائعاً في الماضي من تزويد كل الأطفال الصم بخبرات تربوية واحدة أو بمنهج تعليمي موحد يسير عليه الجميع مهما كانت الفروق بينهم، كما لم يعد مقبولاً أن نستخدم في تدريبهم وتعليمهم جميعاً طريقة تواصل واحدة فقط Communication Modality (كلمة الإشارة وحدها) دون غيرها من طرق التواصل، إذ إن هذا الاتجاه يتعارض تماماً مع مفهوم "التعليم الفردي Individualization Of Instruction"، كما يتعارض مع مبدأ التطبيع الاجتماعي Social Naturalization الذي يعتبر الهدف الأسمى لكل البرامج المهتمة بذوي الحاجات الخاصة.

لذلك يجب أن يوفر للعاملين فيه وأولياء الأمور المنضمين إليه إمكانية تحقيق هذا الهدف عن طريق طرح بدائل عديدة من طرق التواصل Communication Modalities سواء أكانت هذه البدائل لفظية شفوية، أم يدوية إشارية، أم تواصل كليا.

المقوم الثامن: أما المقوم الثامن والأخير من مقومات إنشاء أي برنامج تدخل مبكر لبناء وتأسيس وتنمية مهارات اللغة والتواصل فهو تدريب صغار المعوقين سمعياً على استخدام المعينات السمعية بشكل مطّرد وثابت، والإفادة منها في بناء وتنمية

مهاراتهم في اللغة والتواصل، إذ ينبغي أن تتوفر في هذا البرنامج منظومة كاملة من الخدمات الأوديولوجية (السمعية) بحيث تتضمن الخدمات التالية:

- تقييم دقيق لقدرات الطفل وأدائه السمعي وما يتوفر لديه من بقايا سمعية، وتشخيص واع لطبيعة قصوره السمعي.
- استعدادات وأجهزة خاصة لقياس الأداء السمعي للطفل بشكل دوري بعد أن يتم تزويده بمعين سمعي Hearing Aid (سماعة).
- تسهيلات وأجهزة خاصة لتقدير فعالية المعين السمعي (السماعة) الذي رُوِّد به الطفل وتقييم أدائه الوظيفي تقيماً إلكترونياً.
- متابعة تعليمية أوديولوجية مستمرة.

وتجدر الإشارة إلى أن التقييم السمعي الأدق والأفضل، بل واختيار المعين السمعي الأكثر تلازماً مع درجة قصور السمع وطبيعته قد لا يجديان الطفل أي نفع أو فائدة ما لم يتعاون المدرس والوالد معاً على تطبيع الطفل على الاستفادة بأقصى ما يمكنه من معينه المكبر للصوت؛ إذ من المعلوم أن مجرد تأكيد المعلم أو الوالدين من أن الطفل يرتدي سماعته (معينه السمعي) في صباح كل يوم قبل أن يغادر منزله للذهاب إلى البرنامج (أو المدرسة) ويعد وصوله إليه لا يعني أنه يستخدمها بشكل فعال في استثمار بقاياها السمعية والإفادة منها في تنمية مهاراته اللغوية وبخاصة مهارات الاستماع أو قراءة الشفاه. (الدماطي، 2004)

ثانياً: دور الأسرة في تنشئة الطفل

الأسرة هي المؤسسة الاجتماعية الأولى التي تلعب الدور الأساسي في تربية الطفل وتلقينه القيم الأخلاقية والمعلومات المتنوعة لتساعده على بناء تكوينه المعرفي وتحديد معاملاته مع الآخرين (شقيز، 1999، 132).

فالأسرة تؤدي دوراً بالغ الأهمية تجاه الطفل حيث تقوم بتحويله من كائن بيولوجي إلى كائن اجتماعي، كما أن لها دوراً مؤثراً في عملية التنشئة الاجتماعية وتوفير الرعاية

الاجتماعية والنفسية للطفل والإشباع المنتظم لحاجاته ودوافعه البيولوجية والسيكولوجية مما يؤدي إلى تحقيق النمو السوي والتوافق الاجتماعي.

وإذا كانت التنشئة الاجتماعية للطفل تتم من خلال مؤسسات ووكالات اجتماعية وثقافية متعددة فإن الأسرة تقف في مقدمة هذه المؤسسات وتحجز لنفسها الإسهام الأكبر في هذه العملية (سكافا، 1999: 97).

كما أن الوالدان والطفل يؤثر كل منهما على الآخر فالأم تزواج بين سلوكها وبين المستوى الارتقائي للطفل وفي نفس الوقت تحاول أن تستثير لديه مستويات أعلى من السلوك والطفل يرتقي وينمو من خلال أمه (مليكة، 1998: 42 - 43).

اتجاهات الأسرة نحو الطفل ذي الحاجات الخاصة وكيفية تغيير اتجاهات الوالدين نحوه:

أولاً: اتجاهات الأسرة نحو الطفل ذي الحاجات الخاصة

هناك توقعات يحتفظ بها الوالدان خاصة بأطفالهما حديثي الولادة فإذا ما حدث عكس ذلك تكون النتيجة مشاعر مختلفة من الخوف والألم، خيبة الأمل، الشعور بالذنب والارتباط والعجز والقصور (يوسف، 2000: 34).

إن أول رد فعل للوالدين هو شعورهم (بالصدمة) حيث ينتابهما مشاعر الرفض وينكران وجود أي مشكلة لدى الطفل، ثم تأتي مرحلة الإدراك والفهم حيث يدركان أن هناك مشكلة لدى طفلهما ويصاحب ذلك قلق شديد واكتئاب ثم مرحلة الانسحاب أو التراجع حيث يرغب الوالدان في التراجع وترك كل شيء يقوم به شخص آخر غيرهما وفي النهاية تأتي مرحلة الاعتراف والقبول وهي المرحلة الأخيرة في الأزمة النفسية التي يمر بها الوالدان ولكن لا نستطيع قول ذلك بشكل قاطع حيث يظل الوالدان يتعميان دائماً لو أن طفلهم ليس لديه مشكلة حتى يمكنهما التكيف مع الحقائق (صانق، 2002).

ومما سبق يمكن تلخيص أهم ردود الفعل الشائعة لدى الوالدين فيما يلي:

- القلق، الشعور بالذنب والإحباط، واليأس، والعجز عن مواجهة الموقف.
- التشكيك في التشخيص.
- الاعتراف بإعاقة الطفل دون تبصير المشكلة.
- التبصير بمشكلة الطفل وقبول إعاقته والسعي إلى تعليمه وتأهيله.

ثانياً: كيفية تغيير اتجاهات الوالدين نحو الطفل

يمكن أن يتم تغيير اتجاهات الوالدين نحو الطفل ذو الحاجات الخاصة عن طريق:

- إدراك الوالدين لإمكانيات وقدرات الطفل وتقديرهم لها دون التركيز على جوانب الضعف فقط.
 - إتاحة الفرصة للطفل للتفاعل والاحتكاك مع أقرانه الطبيعيين في نفس المرحلة العمرية.
 - وضع توقعات واقعية لأداء الطفل في ضوء قدراته وإمكانياته.
 - إتاحة الفرصة للطفل لتنمية التعليم الذاتي المباشر والذي يشمل المشاركة في انتقاء الأهداف وتحديدها.
 - البحث عن الخدمات التعليمية التي تعمل على تعزيز وتطوير إمكانيات الطفل وعلاج أوجه القصور والضعف بصورة مبكرة كلما أمكن ذلك.
- فالطفل ذو الحاجات الخاصة غالباً ما يمكنه الحياة بصورة مستقلة عن الآخرين وممارسة عمل أو حرفة يتكسب منها حيث أن النجاح في الحياة لا يعتمد فقط على الذكاء إنما يعتمد على القدرات المختلفة والنضج الاجتماعي والانفعالي (عبد الحميد، 1999: 39).

أهمية دور الأسرة في برامج التدخل المبكر والمبادئ التي يقوم عليها التعاون بينها وبين الفريق:

أولاً: أهمية دور الأسرة في برنامج التدخل المبكر

إن التدخل المبكر الفعال لن يتحقق دون تطوير علاقات مع أولياء الأمور يكون أساسها المشاركة في تخطيط الخدمات واتخاذ القرارات بشأنها مما يتطلب تعود الأخصائيين المهنيين العمل مع الأسرة، فإدراك الأخصائيين لصدق المنظور الأسري يجعلهم يتنازلون عن جزء من هيمنتهم على الأسرة والعمل على المشاركة الفعالة للأسرة في برامج التدخل المبكر (McDonnell, et. al., 1995: 107).

وتتضح أهمية دور الأسرة في برامج التدخل المبكر فيما يلي:

- لا يؤخذ في الاعتبار أي برنامج للأطفال ذوي الحاجات الخاصة إلا مع وجود تأثير فعال للوالدين في تعليم أبنائهم.
- تؤكد برامج التدخل المبكر على أهمية اشتراك الأسرة مع الأخصائيين في تقييم قدرات وإمكانيات الطفل وتحديد الأهداف الخاصة بالبرامج مما يزيد من فاعلية البرامج.
- يشترك الوالدان مع الأخصائيين في وضع أولويات الاحتياجات سواء للطفل أو الأسرة.
- مشاركة الأسرة في تخطيط التدخل ورقابة التقدم بناءً على المعلومات القائمة على الملاحظة والتدخل في الأنشطة اليومية.
- بعض برامج التدخل المبكر تعتمد بشكل كبير على التدريب في المنزل والمشاركة الأساسية للأسرة وهي من أفضل برامج التدخل المبكر.
- دور الأم في تدريب أمهات آخرين وتعديل اتجاهاتهم نحو طفلهم ذو الحاجة الخاصة ومساعدتهم على تقبله (Tumbull, et. al., 1994: 14) (McWilliam, 1996:185).

ثانياً: المبادئ التي يقوم عليها التعاون بين فريق التدخل المبكر والأسرة

1. توجيه التقويم والتدخل عن طريق مصالح الأسرة وأولوياتها.
2. على الأخصائيين المهنيين تزويد الأسرة بالمعلومات التي تساعد على القيام بدورها في صنع القرار.
3. حساسية التقويم والتدخل للاختلافات الفردية من حيث احترامه لقيم الأسرة ومعتقداتها وأنماط حياتها.
4. للطفل ذو الحاجة الخاصة حاجات كبيرة إلا أن حاجات أسرته أكبر.

5. تكيف الطفل ذو الحاجة الخاصة يعتمد لدرجة كبيرة على دعم الأسرة له وتفهيمها لحاجاته وخصائصه.
6. وراء كل طفل ذو حاجات خاصة أسرة ذات حاجات خاصة، كما أن هناك فروق فردية كبيرة بين الأطفال وفروق كبيرة بين الأسرة والأخصائيين غالباً ما يهتمون بتلبية حاجات الطفل ولا يهتمون بتلبية حاجات الأسرة.
7. أسرة الطفل ذو الحاجة الخاصة بحاجة إلى قسط من الراحة والدعم والإرشاد والتوجيه بدون إحساسها بالضعف.
8. غالباً ما تعبر أسرة الطفل ذو الحاجة الخاصة عن اعتقادها بأن الأخصائيين لا يفهمون مشكلاتها ومشاعرها الحقيقية.
9. لا يستطيع أي أخصائي مهما بلغت مهاراته أن يلبي بمفرده جميع حاجات أسرة الطفل ذو الحاجة الخاصة.
10. الاجتماع مع الأب والأم كلهما سمحت الظروف والاستماع إليهما وتزويدهم بالمعلومات عن طفلتهما وتشجيعهما على الشعور بأنهما أصحاب القرارات النهائية بشأن طفلتهما.
11. التصرف بطريقة لبقة أمام الوالدين وعدم انتقاد الآخرين أمامهما أو الشكوى من الآباء الآخرين.
12. إعطاء الوقت الكافي للوالدين لفهم مشكلة طفلهم وعدم اتهام الوالدين أو إشعارهما بأنهما السبب في مشكلة طفلتهما والنظر إلى مشكلة الطفل من وجهة نظر والديه وتفهم الصعوبات التي يواجهونها.
13. تجنب استخدام المصطلحات التي لا يعرفها الوالدان واستخدام اللغة الدارجة التي يستطيعان فهمها.
14. مساعدة الوالدين على تحقيق أهداف واقعية ممكنة وتجنب التعامل مع كل الأسر بنفس الطريقة.
15. تقديم إجابات علمية وموضوعية لأسئلة الوالدين (علي، 2002: 16 - 25).

أسس ومبادئ التدخل المبكر والوقاية من الإعاقة السمعية:

أولاً: التدخل المبكر والوقاية من الإعاقة السمعية

يقصد بالتدخل المبكر بمفهومه العام الإسراع قدر الإمكان في تقديم الخدمات الوقائية والعلاجية الشاملة مثل: خدمات الوقاية، والرعاية الصحية الأولية، وكذلك الخدمات التأهيلية والتربوية والنفسية اللاحقة، ولا يقتصر توجيه تلك الخدمات على الأطفال المعنيين أنفسهم وإنما يشمل أيضاً أسرهم والتدخل على مستوى البيئة والمجتمع المحلي، حيث يكون الغرض من خدمات الرعاية المبكرة وبرامجها التقليل من الحواجز والعوائق المتواجدة في البيئة المحلية، وكذلك في تطوير وتحسين إجراءات السلامة المتوفرة محلياً، إضافة إلى إمكانية شمولها على تعزيز وتطوير برامج التوعية الاجتماعية للتقليل من الآثار السلبية المترتبة على الإعاقة السمعية.

وبالتحديد، فإن منظمة اليونسيف قد لخصت المشكلات الخاصة التي تعاني منها الدول النامية في مجال الوقاية والتدخل المبكر، في النقاط التالية:

1. انخفاض الوعي الصحي والاجتماعي والتعليمي لدى نسبة عالية من السكان.
2. وجود نسبة عالية من أفراد المجتمع يمكن اعتبارها من صلب الفئات المحرومة أو التي لا تتلقى المستويات الدنيا من الخدمات الضرورية.
3. غياب المعلومات الدقيقة حول الإعاقة وأسبابها والوقاية منها وعلاجها لدى غالبية أفراد المجتمع.
4. انعدام أو عدم كفاية البرامج الملائمة حول الوقاية، أو العوامل المسببة للإعاقة، وندرة الخدمات اللازمة للحد من الإعاقة وخاصة في مجال الوقاية والرعاية الصحية والأولية.
5. وجود عوائق مادية وجغرافية مثل عدم توفر الدعم المادي اللازم واتساع المسافات بين المناطق الجغرافية المختلفة.
6. غياب التنسيق فيما بين البرامج الأولية المتوفرة محلياً، سواء كانت اجتماعية أو تعليمية أو صحية.

7. ندرة استغلال المصادر المحلية بشكل أمثل.
 8. اعتبار خدمات الوقاية والمعالجة للمعوقين في أدنى سلم الأولويات لدى كثير من المجتمعات النامية.
- وعلى الرغم من فداحة هذه المشكلات وضخامتها ، فإنه يمكن تخفيضها أو الحد منها بدرجة كبيرة في حال الالتزام ببعض الأسس والمبادئ العامة التالية وما يصاحبها من تفاصيل وخطوات إجرائية لاحقة :
1. يعتبر التوسع في الخدمات وتنمية برامج الرعاية المبكرة أمراً حيوياً يجدر تعزيزه بحيث تصبح تلك الجهود جزءاً رئيساً من خطط التنمية الوطنية المصممة خصيصاً لتطوير جميع المرافق والخدمات الصحية والتعليمية والاجتماعية.
 2. بذل جهود نوعية للمحافظة- بأقصى درجة ممكنة- على النمو الطبيعي للطفل ، وتشكل الأسرة أداة رئيسة لنجاح هذا الإجراء عندما يتم تنمية قدراتها ودعم إمكاناتها في التعامل الأمثل مع مشكلات الإعاقة لدى طفلها.
 3. على المؤسسات المحلية المختلفة سواء كانت تابعة لجهات رسمية أم تطوعية ، أن تلعب دوراً مسؤولاً في تنظيم وتنسيق جهودها وتوجيه خدماتها ، ودعمها المادي والمعنوي لكل من الأسر والأطفال أنفسهم ، ويتطلب ذلك العمل الجاد من قبل الاختصاصيين في توفير المواد التدريبية والبرامج والمعلومات اللازمة للعاملين لدى تلك المؤسسات.
 4. تهيئة الكوادر المتخصصة للعمل على تدريب الأسر والأطفال ذوي الحاجات التربوية الخاصة.
 5. التركيز أولاً وقبل كل شيء على الوقاية من الإعاقة.
 6. الاهتمام بالتعرف المبكر على الحالات والإسراع ما أمكن في تقديم الخدمات العلاجية الملائمة ، ولتحقيق ذلك فإن الأمر يتطلب إثراء وتطوير

برامج الخدمات الأساسية المتوفرة محلياً، ومن ثم استقلالها والاستفادة منها في تنفيذ تلك البرامج.

ويتفق مع تلك الأسس والمبادئ ما أقره المجلس التنفيذي لليونسيف سنة (1980) من اقتراحات وغيرها من التوصيات المقدمة لمؤتمر الأسكوا المنعقد في عمان (1989). وقد ركزت تلك المقترحات على ضرورة تنفيذ إستراتيجية موسعة للوقاية من الإعاقة، وإعادة التأهيل.

واعتمدت هذه الإستراتيجية على ثلاثة عناصر أساسية هي:

1. الوقاية الفعالة من اعتلالات الأطفال، وذلك من خلال التطعيم ضد الأمراض المعدية وتوفير مواد غذائية إضافية للحد من الاضطرابات الناشئة عن النقص في فيتامين (أ) واليود، واتخاذ التدابير اللازمة للحد من الإصابات الناتجة عن الحمل أو الولادة أو الحوادث.
2. الكشف المبكر عن الحالات والتدخل للحد من آثار العوق.
3. الاعتماد على العائلة والمجتمع كإداة أولية لتوصيل الخدمات للأطفال المعوقين.

وتؤكد هذه المقترحات أيضاً على ضرورة وضع إجراءات أفضل لمتابعة ورصد حالات الولادة قبل الولادة وأثناءها وبعدها، ويمكن لوحدة العناية الأولية وغيرها من هيئات الخدمات الصحية والمجتمعية أن تلعب دوراً فعالاً في هذا الخصوص، ولا تقتصر تلك المتابعة على توفير التغذية، والتطعيم، والخدمات الصحية المختلفة، بل تصل إلى ضرورة التدخل المبكر قبل أن تؤدي تلك الظروف إلى احتمال حدوث إعاقات أو إصابات بدنية وعقلية أو اضطرابات انفعالية، وتتسجم توجيهات اليونسكو (1989) المقدمة إلى المؤتمر نفسه مع تلك الاقتراحات، حيث أشارت إلى أن الشكل الأول من التدخل التربوي يكمن في نوعية تلك الخدمات أولاً والتربية الموجهة نحو الوقاية من حالات الإعاقة ثانياً، فقد أصبح من المعروف أن كثيراً من العلل أو الإعاقات أو الإصابات يمكن منعها أو تخفيفها إلى حد كبير إذا كانت الأسر المعنية تتمتع بدرجة

كافية من الوعي بالإجراءات الصحية المتوفرة محلياً وسبل الاستفادة منها، وكذلك يمكن الوقاية من كثير من حالات العوق الناتجة عن حوادث العمل والمروور في حال تنفيذ التعليمات الإدارية والفنية، وزيادة الوعي بكافة الإجراءات الوقائية اللازمة.

ثانياً: الأسس والمبادئ الأساسية في التدخل المبكر

وفي ضوء ما سبق، فإنه يمكن اقتراح عدد من الأسس والمبادئ والعناصر الأساسية في التدخل المبكر على نحو يشمل كلاً من مرحلة الخدمات الوقائية والمرحلة التشخيصية والمرحلة العلاجية والتربوية وأية اعتبارات أخرى لاحقة.

1. مرحلة الوقاية:

لقد اختلفت النظرة الحديثة لمفهوم الوقاية عما كانت عليه سابقاً، فحسب المفهوم الشمولي الذي تبنته منظمة الصحة العالمية (WHO, 1970) فإن الوقاية لم تعد تقتصر على تلك الإجراءات التي تحد من احتمال حدوث الإعاقة، بل أصبحت تشتمل على إجراءات تهدف إلى منع تطور الحالة إلى درجة من العجز والإعاقة، وكما أشار القريوتي وزملاؤه (2001) في عرضه لمفهوم الوقاية وفق تعريف منظمة الصحة العالمية لعام (1976)، فإنه يقصد بها: "مجموعة من الإجراءات والخدمات المقصودة والمنظمة التي تهدف إلى الحيلولة دون/ أو الإقلال من حدوث الخلل أو القصور المؤدي إلى عجز في الوظائف الفسيولوجية أو السيكولوجية، وكذلك الحد من الآثار السلبية المترتبة على حالات العجز بهدف إتاحة الفرصة للفرد كي يحقق أقصى درجة ممكنة من التفاعل المثمر والبناء مع بيئته ومجتمعه، وذلك بأقل درجة ممكنة من المحددات. إضافة إلى توفير كافة الفرص والإمكانات الملائمة بشكل يسمح للفرد بالاقتراب ما أمكن من حياة العاديين، وقد تكون تلك الإجراءات والخدمات ذات طابع طبي أو اجتماعي أو تربوي أو تأهيلي".

2. مرحلة التشخيص:

يقصد بالتشخيص هنا تحديد طبيعة المشكلة أو الإعاقة التي يعاني منها الطفل على نحو تستدعي حالته التدخل المبكر، وتقديم الخدمات العلاجية اللاحقة، ويسمح

التشخيص الملائم باتخاذ القرار والإجراءات القانونية المتعلقة بوصف الحالة وتحديد المكان التربوي المناسب عندما تثبت حاجتها لتلقي مثل تلك الخدمات، ونظراً لخطورة التشخيص وأهميته في نفس الوقت، فقد حددت معايير وخطواته وإجراءاته من قبل عدد كبير من المراجع العلمية والدراسات والأبحاث المستفيضة، ويمكن تلخيص معايير التشخيص وإجراءاته وفق مراحلها المختلفة، وعلى الأخص عند الكشف عن الحالات وتحديد علاجها وكذلك عند تشخيصها، ويعتبر الكشف عن الحالات التي تستدعي التدخل المبكر في مقدمة إجراءات التشخيص وأول خطواته العملية نحو تحديد وتحويل الأطفال ممن هم في سن ما قبل المدرسة إلى برامج التشخيص والعلاج المناسبة، وتهدف هذه العملية إلى تشجيع المختصين من تربويين وأطباء وأخصائيين اجتماعيين على القيام بمراجعة وتدقيق جميع حالات الأطفال التي تراجعهم، ودراسة جميع الجوانب الصحية والنمائية والأكاديمية. وكذلك ظروف الطفل وبيئته الاجتماعية بشكل يسمح بتحويل من تستدعي حالته إلى تلقي خدمات تشخيصية وعلاجية مبكرة.

وغالباً ما يتم الكشف عن الأطفال الذين يعانون من إعاقات جسدية وصحية واضحة عن طريق الأطباء، ومن خلال إجراء بعض الفحوص المخبرية أو تطبيق الاختبارات النفسية والتربوية في بعض الأحيان، وبما أن الإصابة أو الإعاقة تكون قد حدثت بالفعل، فإن أهمية كشف هذه الحالات يكمن في التحويل والجهة التي سيتم التحويل إليها بالفعل لتلقي الخدمات التدريبية والعلاجية الملائمة، أما الأطفال الأكثر عرضة للإصابة فهم لا يعانون من اضطرابات ظاهرة، لكن تاريخهم الطبي والتطوري يستدعي مراقبتهم ومتابعة حالاتهم، ويعتبر البعض منهم أكثر عرضة للإصابة من الناحية الصحية أو البيولوجية، وبذلك يقع على عاتق الأطباء والمؤسسات الصحية المختلفة مسؤولية توفير الخدمات الإرشادية والتوجيهية المناسبة لأسر هذه الحالات من مثل المتابعة الطبية وإمكانية الوصول إلى برامج المسح والتقييم الشامل للأطفال، أما البعض الآخر فهم أكثر عرضة من الناحية الاجتماعية والبيئية، ويمكن الوصول إلى

المعلومات التي تؤكد وجود هذه الحالات من خلال الاستعانة بالجيران أو الأصدقاء أو الجمعيات الخيرية، وتلعب مؤسسات الخدمات الاجتماعية المتواجدة في البيئة المحلية دوراً بارزاً في خدمات التحويل وتقديم المشورة اللازمة في مثل هذه الحالات.

3. مرحلة المعالجة وتقديم الخدمات:

تأتي هذه المرحلة بعد التأكد من حاجة الطفل للخدمات العلاجية المتخصصة. ويمكن تنفيذ هذه البرامج حسب المفهوم التربوي من قبل مدرس التربية الخاصة، وذلك وفق خطة تربوية علاجية تلبي الحاجات الفردية لكل حالة، ولا تقتصر هذه الخطة على المهارات التربوية وإنما يجب أن تشمل على المهارات الأخرى الضرورية لكل حالة مثل خدمات أخصائي النطق أو العلاج الطبيعي أو الخدمات الطبية، وعليه، فإن تصميم هذه الخطة وتنفيذها يتطلب الاستعانة بمختلف التخصصات والخبرات التي تستدعيها طبيعة الحالة. وقبل تحديد البرامج الملائمة، فإنه يلزم تحديد المهمات التي يستطيع الطفل إتقانها. فعلى سبيل المثال: فإن معلومات التشخيص العامة الواردة في تقرير التشخيص لا تعتبر كافية بالنسبة للمدرس عندما يرغب في تصميم الخطط التربوية والعلاجية، مما يستدعي إجراء تقييم تربوي شامل يحدد مستوى الأداء الحالي للطفل، ويسهم بالتالي في تطوير الخطة الفردية وفق ذلك المستوى.

وتعتبر مسؤولية إجراء هذا النوع من التقييم من مسؤوليات المختصين الذين سيقع على عاتقهم لاحقاً تنفيذ برامج الطفل، مثل معلم الفصل وأخصائي الخدمات المساندة، مثل: (معالج النطق، المعالج المهني، أخصائي الإدراك الحركي... إلخ) هذا ويجب أن يشمل التقييم التربوي على حالة الطفل النمائية ومستوى مهاراته في كل من:

- النمو الحركي.
- المهارات اللغوية.
- مهارات العناية بالذات.
- النمو المعرفي.
- النمو الانفعالي.

- مهارات ما قبل المدرسة.
- المهارات الحياتية اليومية.

ومن المتوقع أن تسهم هذه المعلومات في إعداد الخطة الفردية. وأخيراً فإن توفير مراكز الأمومة والطفولة، وتحسين دورها يعتبر عنصراً حيوياً في تعزيز مرحلة المعالجة وتطوير الخدمات الوقائية، ولا يقتصر دور هذه المراكز على إجراءات الوقاية، بل يشتمل على خدمات الرعاية الصحية الأولية أيضاً (السرطاوي والصمادي، 1998: 22 - 23).

معوقات اندماج الأفراد ذوي الإعاقة السمعية في أسرهم:

مما لا شك فيه أن المعاملة المبنية على أسس التفهم والتقبل للمعاق تزيد من مستوى تكيفه الاجتماعي وأن معرفة الآباء بطرق وأساليب التواصل مع المعاق وتوفير كافة الظروف والمثيرات التربوية يزيدان من مستوى تحصيله الأكاديمي، فإذا تتبعه الأهل إلى هذه العوامل وعملوا على تحقيقها، فسوف يندمج المعاق سمعياً في جو الأسرة بسهولة ويسر.

إن مفهوم الاندماج الاسري يشير الى إعادة بناء نظام الأسرة بما يساعد في استيعاب المعاق سمعياً وزيادة فرص مشاركته في أنشطتها المتنوعة والتواصل الإيجابي مع أفرادها. هذا وتعتبر الأسرة المؤسسة الأولى التي تحتضن الطفل وهي مسؤولة عن القيام بأدوارها الأساسية من تربية وتعليم وتوفير كافة السبل لنجاح البرامج التربوية والتأهيلية والعلاجية للطفل، وهذا الدور منوط بالأسرة تجاه أبنائها سواء أكانوا يعانون من صعوبة ما أم لا يعانون، وتتجلى أهمية دور الأسرة إذا كان الطفل ذا حاجة خاصة، وقد أثبتت الدراسات أن الأسرة تؤثر بشكل حاسم على نمو طفلها، فإذا قامت الأسرة بوظائفها بشكل مناسب فإن تأثيرها سوف ينعكس بشكل إيجابي على نمو الطفل (الخطيب 1995، أبو النصر، 1995).

ويرى المؤلف أن ردود فعل الأسرة نحو طفلها تبدأ منذ لحظة الحمل وقبل أن يخرج الطفل إلى هذا العالم حيث يسيطر على الأم في كثير من الحالات المخاوف

والشكوك بشأن ولادة طفلها الجديد، وقد تخاف من أنها سوف تواجه مشكلات أثناء الولادة، وهل ستكون الولادة طبيعية أو غير طبيعية، وتزداد درجة مخاوف الأم إذا كانت واعية بمخاطر الحمل ومشكلاته أو إذا تعرضت لخبرات سابقة، وسواء أكانت الولادة طبيعية أم تعرضت الأم لصعوبات أثناء الولادة فسوف ينتج عنها ولادة طفل قد يكون طبيعياً بكل خصائصه، وقد يعاني من خلال أو مشكلات تظهر بعد الولادة مباشرة أو في مراحل العمر اللاحقة.

إن نجاح المعوق أو إخفاقه في الاندماج لا يرتبط بخصائصه فقط بل يرتبط باتجاهات الأسرة نحو الاعاقة.

يعتبر دور الوالدين من الأمور الهامة جداً في تطور النمو النفسي للأفراد المعاقين سمعياً، فالمواقف السلبية كالرفض والإهمال والياس والقلق والاستخفاف بقدراته وتجريحه والنظر إليه نظرة دونية وبأنه إنسان أقل قدرة ومكانة مقارنة بإخوانه، وعدم السماح له بالمشاركة والإيمان أن العمل معه مضيعة للوقت، وفقدان الأمل منه نظراً لعجزه فكل هذه المواقف وغيرها تعطل عملية اندماج المعاق سمعياً في أسرته، وتغلق الطريق أمامه كي ينشأ النشأة الطبيعية المناسبة وتجعله يعيش على هامش الحياة بعيداً عن النسق الاجتماعي الذي يعيش فيه، وهو ما أكدته أيضاً التوجهات الحديثة في التربية الخاصة من التركيز على أهمية دور الأسرة في إعادة اندماج المعاق سمعياً بالمجتمع.

وهناك العديد من الدراسات التي تناولت مستوى الاندماج الأسري للمعاقين سمعياً، فدراسة المرطواوي وسيمالم (1990) بينت أهمية التعاون بين الأسرة والعاملين في رعاية المعاقين، وأوضحت الدراسة أهمية الوسائل والأساليب وطرق التدريب المختلفة التي يمكن استخدامها مع أولياء الأمور لتشجيعهم على أداء دورهم كأولياء أمور ومربين تربيون لأبنائهم، مما يساعد في زيادة إدماج المعاق في جو الأسرة نتيجة لفهم أولياء أمور المعاقين لظروف وإمكانات أولادهم وإمكانية المشاركة في تدريبهم وعلاجهم والتغلب على إحباطاتهم المتكررة.

كذلك أجرت يحيى (1999) دراسة للتعرف على المشكلات التي يواجهها ذوو المعاقين عقلياً وسمعيّاً وحركياً الملتحقين بالمراكز الخاصة بهذه الإعاقات بالأردن وتكونت عينة الدراسة من (90) أسرة في مدينة عمان ممن يلتحق أحد أبنائها بمؤسسة خاصة للعناية بالإعاقة منها (30) أسرة لأطفال معاقين إعاقة عقلية، و (30) أسرة لأطفال معاقين إعاقة حركية، و (30) أسرة لأطفال معاقين إعاقة سمعية. أظهرت نتائجها أن ترتيب المشكلات لدى أهالي المعوقين كانت: المشكلات الانفعالية والاجتماعية وآخرها المشكلات الاقتصادية، وأظهرت نتائج تحليل التباين وجود فروق في المشكلات الانفعالية لذوي المعاقين تعزى إلى نوع الإعاقة ولم تظهر هناك فروق في المشكلات الأخرى تعزى لهذا المتغير، كما لم تشر النتائج إلى وجود فروق دالة في المشكلات التي يواجهونها بحيث يمكن أن تعزى لمتغير عمر المعاق أو جنسه، لكنها وجدت أثراً للتفاعل بين العمر ونوع الإعاقة في المشكلات الاقتصادية.

وقد أجرى فتحي (1998) دراسة على عينة مكونة من آباء وأمهات المعوقين سمعيّاً لمعرفة مشكلات إدماج الطفل المعوق سمعيّاً في أسرته وكيفية التغلب عليها وقد أظهرت نتائجها أن مشكلات الدمج تتمثل في الأبعاد التالية وهي مرتبة ترتيباً تنازلياً حسب أهميتها:

1. الاستخفاف من جانب الأسرة بنمو الطفل المعوق سمعيّاً.
2. اضطرابات مواقف التواصل بين الطفل المعوق سمعيّاً وأسرته.
3. الحالة النفسية والانفعالية التي تعيشها الأسرة.
4. اتجاهات وسلوك الأسرة تجاه الطفل المعوق سمعيّاً.
5. تدني مستوى الخدمات المقدمة للأسرة لمساعدتها.
6. عدم وعي الأسرة بالمعلومات الخاصة بالإعاقة السمعية والمعوق سمعيّاً.
7. طبيعة وخصائص شخصية الطفل المعوق سمعيّاً عند التعامل معه.

وفي الأردن سعت دراسة الحديدي والصمادي والخطيب (1994) إلى تحديد أشكال الضغوط التي تعرض لها أسر الأطفال المعوقين والمتغيرات المرتبطة بها على عينة مكونة من (144) أسرة لديها أطفال معوقون عقلياً أو سمعياً، أو حركياً و (48) أسرة ليس لديها أطفال معوقون، فقد بينت نتائج الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الضغوط النفسية بين أسر الأطفال المعوقين من جهة وأسرة الأطفال غير المعوقين من جهة أخرى، وتبين أن أكثر الأسر تعرضاً للضغوط النفسية هي أسر الأطفال المتخلفين عقلياً يليها أسر الأطفال المعوقين سمعياً، فأسر الأطفال المعوقين حركياً فأسر الأطفال المعوقين بصرياً.

أما الدراسات الأجنبية فإن كويي قد وجد (Cowie, 1987) أن وجود معاق سمعياً في الأسرة يعمل على خلق مشكلات بين أفراد الأسرة، فقد أشارت دراسته إلى أن هناك علاقة دالة إحصائية بين وجود الحالة والمشكلات المختلفة، ويرجع كويي أسباب تلك المشكلات إلى صعوبة التواصل مع المعوق سمعياً مما يؤدي إلى تعب الطرفين من عملية التواصل، وصعوبة استخدام المعاق سمعياً اللغة المنطوقة التي يتواصل من خلاله الأهل.

كذلك فقد قام فريمان وآخرون (Freeman et.al, 1975) بإجراء دراسة على (120) أسرة من أسر المعاقين سمعياً، حيث أشارت نتائجها إلى أن المشكلات النفسية والاجتماعية للأسرة تظهر من جراء وجود معاق سمعياً بالأسرة، وأشارت النتائج إلى أن وجود المشكلات النفسية والاجتماعية تعزى إلى عمر المعاق.

أما فينستين (Feistain, 1983) فقد أشارت إلى أن مشكلات الأسرة الاجتماعية والنفسية الناشئة عن تعامل الأسرة مع الطفل تنعكس آثارها السلبية على المعوق سمعياً بحيث تعوق عملية الفهم وتؤخر النمو اللغوي لديه.

وقام فاربر وبيلاكمان (Farber & Blackman, 1956) بإجراء دراسة للتعرف على أثر الإعاقة في العلاقات الأسرية وقد وجد أن جنس المعاق يؤثر على درجة التكامل والتكيف في الحياة الأسرية بين الوالدين.

وخلصت دراسة سيفرت (Sefrt, 1970) إلى أن وجود معاق سمعياً بالأسرة يفرض عليها اتخاذ أساليب معينة في التنشئة الاجتماعية، حيث أظهرت الدراسة أن الأسر التي يعاني أحد أفرادها من الإعاقة السمعية تميل إلى الحماية الزائدة والاهمال والتدليل والتفرقة والنبذ، وهذه الأساليب آثار سلبية على نمو شخصية المعاق سمعياً، ومستوى نضجه الاجتماعي والنفسي.