

محاضرات السنة الثالثة أرطوفونيا

الإعاقة السمعية وأساليب التكفل

الأستاذة الدكتورة/جنات قالي

السنة الجامعية: 2022/2023

فهرس المحتويات

الصفحة	الموضوع
7-5	المقدمة:
11-9	أولاً: تعريف الإعاقة السمعية
12	1- أسباب الإعاقة السمعية
13	1.1- الأسباب المكتسبة
14	2.1- الأسباب الوراثية
14	2- تصنيفات الإعاقة السمعية
15	2-1- التصنيف حسب مكان الإصابة
17-16	2-2- التصنيف حسب درجة فقدان السمع
18	3- أعراض الإعاقة السمعية
21-19	4- الوقاية من الإعاقة السمعية
25-22	ثانياً: أثر الإعاقة السمعية على جوانب النمو المختلفة
25	1- النمو الجسمي والحركي
25	2- النمو المعرفي
26	3- النمو الاجتماعي والانفعالي
27	4- النمو اللغوي
36-29	5- الخصائص اللغوية عند المعاقين سمعياً
29-28	6- الخصائص النفسية والاجتماعية لذوي الإعاقة السمعية
38-37	ثالثاً: طرق القياس السمعي لأطفال المعاقين سمعياً
41-38	1- التشخيص السمعي
41	2- الفحص السمعي
43-42	3- قياس النغمات النقية
43	4- القياسات السمعية الرسمية وغير الرسمية
50-48	5- الاختبارات التربوية لقياس المهارات اللغوية للمعاقين سمعياً

53-51	رابعاً: التكفل المبكر
53	1- تعريف التكفل المبكر
54	2- أهمية التكفل المبكر للأطفال المعاقين سمعياً
55	3- أهداف التكفل المبكر
57	4- خدمات التكفل المبكر لآباء الأطفال المعاقين سمعياً
62	5- دور الأسرة في نجاح برنامج التكفل المبكر
66-64	6- خصائص نجاح برنامج التدخل المبكر لذوي الإعاقة السمعية
68-67	خامساً: طرق التواصل عند المعاقين سمعياً
69	1- تعريف التواصل
70	2- الطفل الأصم اتصالاً ولغة
71	3- التواصل الشفهي
71	4- طريقة تعدد الحواس
72	سادساً: طرق العلاج وأساليب التكفل
73	1.6- تعريف
74	2.6- إرشاد وتوجيه الأولياء
76	3.6- التدريب السمعي
77	4.6- الطريقة الصوتية
79	5.6- التكفل الفردي
82	7.6- الزرع القوقعي
82	8.6- لمحة تاريخية عن زراعة القوقعة
83	9.6 تعريف الزرع القوقعي
84	7- تصنيفات الزرع القوقعي
86	7.1- شروط زراعة القوقعة
88	2.7- آلية زراعة القوقعة
89	7.3- العوامل المؤثرة على نجاح عملية زراعة القوقعة
90	7.4- التكفل الأرطوفوني لحاملي الزرع القوقعي

94	5.7- نتائج الزرع القوقعي
95-93	6.7- المشاكل التي يعاني منها زارعو القوقعة
96	- الخاتمة
100-97	قائمة المراجع

مقدمة:

تساعد الحواس الخمسة الشخص من جمع المعلومات الداخلية أو الخارجية المحيطة به، وتعد حاسة السمع من أهم هذه الحواس في جمع الخبرات، كما تعد أولهم نشأتها، بحيث تتكون لدى الجنين منذ الشهر الخامس وتكون قادرة على سماع كل الأصوات الخارجية وكذا دقات قلب الأم ولذا ينصح بإسماع الجنين القرآن الكريم أو الموسيقى حتى تطور لديه الذاكرة السمعية. كما تعد حاسة السمع جد مهمة في حياة الفرد حيث تعد الأداة الأولى والهامة في اكتساب اللغة التي تعد ضرورية في الاتصال والتواصل بين الأشخاص. إن عمل حاسة السمع منذ المرحلة الجنينية على سماع الأصوات والكلمات التي ينطق بها من حوله تثري رصيده اللغوي وتثيره مما يمكنه من اكتساب اللغة التي تساعده على اكتساب اللغة المكتوبة لاحقاً. ويتعرض أي شخص لفقدان هذه الحاسة لسبب من الأسباب وراثية كانت أو مرضية : كأن يتعرض إلى حادث يؤدي به إلى إتلاف هذه الحاسة وقد يكون الإلتلاف جزئياً أو كلياً، بسيطاً أو شديداً مما ينتج عنها إعاقة سمعية ويمكن أن تكون أثناء فترة الحمل أو بعد الولادة، أو قبل اكتساب اللغة أو بعد اكتسابها.

لقد تطور الاهتمام بذوي الإعاقة السمعية وذلك من خلال إمدادهم لهم بالخدمات التربوية والتأهيلية، بالاعتماد على المناهج والطرق المناسبة والأساليب الحديثة في التكفل و التدخل التربوي، مع توظيف نتائج الدراسات والبحوث في مجال التربية الخاصة لصالح هؤلاء الأشخاص.

تعتبر الإعاقة السمعية من فئة الإعاقات الرئيسية التي تؤثر على الشخص الذي يعاني منها كما تؤثر على أسرته والمجتمع الذي يعيش فيه، لأن حاسة السمع لها مساس مباشر بعملية التعلم وعمليات التواصل والتفاعل الاجتماعي مع الآخرين. إن التطور الذي حصل في المجالات الطبية، التربوية والاجتماعية قد انعكس بشكل كبير ومباشر على الخدمات التي تقدم للأشخاص المعاقين سمعياً. لقد تطورت الأجهزة والأدوات والإجراءات التي يمكن من خلالها التعرف على الكشف المبكر عن الإعاقة السمعية، كما تطورت الوسائل والمعينات السمعية للوصول بهم إلى أقصى درجة ممكنة من اكتساب اللغة وتطوير المهارات اللغوية لتنمية قدراتهم

المعرفية التي تسمح لهم بالمشاركة في نشاطات مجتمعهم، و الذي يعد بدوره من أكبر التحديات التي تواجه المختصين والمهتمين بهذه الفئة.

مقدمة

لم يعد الاهتمام بالمعوقين سمعيا مقتصرًا على تقديم الخدمات الطبية، العلاجية، الاجتماعية، والرعاية وإنما تركز أيضا على تلبية حاجاتهم الأساسية في التعلم والعمل والاندماج في مجتمع السامعين والمشاركة في الحياة العملية، من هنا قد تنوعت أساليب التكفل و التعلم وكذا التواصل مع المعاقين سمعيا.

وأجريت العديد من الدراسات حول فاعلية تلك الأساليب وتبلورت وجهات نظر عملية حول أفضل وسائل التعليم وأنجعها مع الأشخاص المعاقين سمعيا على ضرورة تقديم خدمات تربية وتأهيلية و تقريبيهم من أقرانهم السامعين.

من خلال هذا الكتاب ومعتمدين على العديد من المنظرين والممارسين في ميدان الإعاقة السمعية نحاول تزويد المهتمين بهذه الفئة بالمعلومات الأساسية عن الإعاقة السمعية وكيفية التكفل بها، لأن الطفل الأصم الذي ليس باستطاعته معالجة اللغة عبر حاسة السمع يستعصى عليه مواجهة الصعوبات في استخدام تواصل فعال مع الأشخاص السامعين، حيث لا تقتصر الإعاقة السمعية على الشخص نفسه ولكنها تمتد لتطال الوالدين والأسرة بأكملها.

ومما جعل الصورة أكثر تعقيد هو أن الوالدين لا يعرفان إلا القليل عن الصمم أو عن كيفية التعامل بطريقة بناءة مع الأبناء الصم، ليس ذلك فحسب، بل عليهما أن يبذلا مجهودا كبيرا للتخلص من المعتقدات الخاطئة التي ربما تكون قد تطورت لديهما عن الصمم ومضامينه، فتلك المعتقدات التي تشكل في ظل غياب المعلومات كثيرا ما تنطوي على أفكار غير واقعية واتجاهات سلبية نحو الأشخاص الصم.

إن العديد من المشكلات لا ترتبط بالإعاقة ذاتها بمقدار ما ترتبط بنظرة الناس إلى الشخص الأصم وتوقعاتهم به واتجاهاتهم نحوه وللأسف أن نظرة الكثيرين في المجتمع للإعاقة قد تمثل عوائق إضافية تحول دون تمكن الشخص المعاق من التكيف ودون قيامه بدوره في المجتمع إلى الحد الأقصى الممكن.

توخيا لتقديم معلومات شاملة وحديثة عن الشخص الأصم وعن طرائق التكفل به فقد اشتمل كتاب الإعاقة السمعية وأساليب التكفل على جانبين: جانب يهتم بالإعاقة السمعية وتعارفها، أسبابها، درجاتها، أعراضها والوقاية منها والجانب الثاني حول أساليب التكفل.

الفصل الأول

الإعاقة السمعية

أولاً: تعريف الإعاقة السمعية

1- أسباب الإعاقة السمعية

1-1- الأسباب المكتسبة

1-2- الأسباب الوراثية

2- تصنيفات الإعاقة السمعية

2-1- التصنيف حسب مكان الإصابة

2-2- التصنيف حسب درجة فقدان السمع

3- أعراض الإعاقة السمعية

4- الوقاية من الإعاقة السمعية.

اختلفت وجهات نظر الباحثين والمختصين حول الإعاقة السمعية باختلاف المدارس النظرية والتطبيقية، ولذا نجد عند تعريف الصمم عدة مصطلحات مثل: إعاقة سمعية، قصور سمعي، أو نقص سمعي، صمم، بكم، وحسب الدراسات تكون هذه المصطلحات تتفق في ظاهرها على أنها تدل على كل شخص يعاني من صعوبات في سماع الأصوات.

أولاً: تعريف الإعاقة السمعية:

علينا أن نفرص في أمرين وهما مصطلح "الإعاقة" ومصطلح القصور أو النقص، يرى مزايا أن القصور أو النقص ذو أصل جسدي يخص الجسم، فهو الحرمان من وظيفة عضو ما أما الإعاقة هي الأثر والنتيجة، وهي الصعوبة التي يواجهها الفرد نظراً لحالته، وتتمثل هذه الصعوبة بالخصوص في صعوبة تكيفه لظروف المحيط ويقول: "والتربية تتجه نحو الإعاقة" (Ducif,1995,p,1).

1- يعرف لويد الإعاقة السمعية على أنها "انحراف في السمع يحد من القدرة على التواصل السمعي اللفظي" (الخطيب، 1997، ص، 16).

قد استخدم كلمة انحراف السمع للدلالة على أن هناك إحساساً سمعياً لكنه منحرف عن العادي، أي قد ترتفع عتبة السمع لديهم، وهذا الانحراف لا يعيق سماع الأصوات اللغوية فقط وإنما أيضاً سماع أصوات الطبيعة الأخرى، وهذا ما يعيق اتصاله البشري والمادي.

أما لافورن فلا يختلف تعريفه كثيراً عن لويد فيعرف الإعاقة السمعية على أنها اضطراب حسي سمعي في إدراك الأنماط الصوتية، ويمكن أن تكون هناك إعاقة سمعية دون أن يكون هناك صمم إذا هي تخص السمع" (Lafon,1958,p,14).

وقد كان تعريف لافون من بين التعاريف التي ميزت بوضوح وظيفة السمع والاضطرابات التي تصيبها ويعتبر الصمم من درجات أو أنواع الإعاقة السمعية، وبذلك يكون الطفل الأصم يتمتع

ببقايا سمعية تمكنه من اكتساب اللغة مهما كانت درجة فقدان السمع وذلك بعد تجهيزه بالمعينات السمعية.

كما يوافق مكتب **B I A P** استعمال مصطلح الإعاقة السمعية بدل من الصمم الذي يعتبر مطلقاً، بحيث يرى هو الآخر في أنه لا يمكن الفصل بين السمع ومختلف درجات فقدان السمع، فهناك حضور دائم للسمع المتبقي الذي يمكن قياسه، والصمم الكلي نادراً جداً، واعتبار الأطفال الذين يعانون من قصور في السمع كمجتمع متجانس خطأً منهجي شائع في أغلب الدراسات التي تهتم بهذا المجال فالمعاقدون سمعياً يختلفون حسب النوع والدرجة. (Piéron,1987,p,141).

2- تعريف الصمم أو الأصم:

يعرف سلامي (Sillamy) الصمم بأنه "ضعف أو ضياع جزئ أو كلي للسمع" (Sillamy, 2006,p259).

إن هذا التعريف عام جداً حتى أنه يتبادر إلى الذهن أنه يقصد به الإعاقة السمعية لا صمم، فهو لم يحدد لنا درجة هذا فقدان السمع.

وهناك تعريف آخر لفتحي السيد عبد الرحيم يعرف فيه المصابين بالصمم بقوله: هم الأطفال الذين لا تؤدي لديهم حاسة السمع وظائفها للأغراض العادية في الحياة. (السيد ، 1982، ص، 214).

رغم أن هذا التعريف يضيف شيئاً جديداً وهو اضطراب في وظائف السمع أي هذا الاضطراب لا يمس السمع فقط وإنما الإدراك السمعي لمختلف الأصوات وهذا حسب الكاتب أنه يعيق الفرد في حياته.

أما محمد كامل يرى أن هو ذلك الطفل الذي حرم من حاسة السمع منذ الولادة أو هو الذي فقدتها بمجرد تعلم الكلام (كامل، 1996، ص، 215).

ويذهب (تیبوروندال, Thibaut et Rondal) إلى وضع تعريف أدق لهذا المصطلح حيث يقولان: أن الأصم هو الشخص الذي يكون سمعه المتبقي 70 ديسبال أو أكثر، وهذا يجعل من المستحيل فهم كلام عن طريق الأذن فقط مع أو بدون معينات سمعية (Thibaut et Rondal, 1996, p, 270).

لا شك في أن هذا التعريف شامل نوعا ما فهو لا يعتبر أي شخص تضطرب لديه حاسة السمع شخص أصم، إنما حدد درجة يمكننا أن نحكم من خلالها على هذا الشخص الأصم وهي أن يكون سمعه المتبقي 70 ديسبال أو أكثر، وكل الأصوات التي تكون أقل من هذه القيمة لا يستطيع سماعها مثل صوت موسيقى هادئة، صوت محادثة عادية حيث تتراوح شدتها بين 50 إلى 60 ديسبال وهذا مع أو دون استعمال معينات سمعية.

نعرف المعاق سمعيا ذلك الشخص الذي لم يتمتع بسمع صوت أمه منذ الولادة ويكون نتيجة عوامل وراثية، يرقان نووي، التهابات فيروسية، أو التهاب السحايا أو نتيجة التهابات لم تعالج جيدا أو سموم وضعت في أذن الطفل لإزالة الألم، ويكون ذلك قبل أو بعد اكتساب اللغة.

* تعريف ضعف السمع:

- عرف (الليقاني والقريشي) ضعف السمع على أنه "الأفراد الذين يشكون ضعف في السمع وفي قدرتهم على الاستجابة للكلام المسموع، استجابة تدل على إدراكهم لما يدور حولهم، شرط أن يقع مصدر الصوت في حدود قدرتهم السمعية (الليقاني والقريشي، 1994، ص، 16).

- أما المسموعة العربية العالمية تعرف ضعف السمع: إن الأشخاص المصابين بضعف السمع يستطيعون سماع وفهم بعض الكلام على الأقل في العادة، وخاصة إذا كان عاليا في درجة كافية إلا أنهم قد يعجزون على سماع بعض الأصوات الأخرى يسمعونها مشوشة فعلا. (الموسوعة العربية العالمية، 1999، ص 139).

- يرى لافون أن ضعف السمع هو: "الشخص الذي يدرك الكلام عن طريق السمع لكن ليس لديه القدرة الكافية للتحصل على الشكل الصحيح للكلام، فهو إذن يخص إدراك الكلام (Lafon,1958,p,14).

والتعريف الذي نراه أكثر دقة لتيبو ورونдал حيث يقولان "أن ضعيف السمع هو: كل شخص يكون السمع المتبقي لديه 35 إلى 69 ديسبال وهذا يجعل من الصعب لكن ليس من المستحيل فهم الكلام عن طريق الأذن فقط، مع أو بدون معينات سمعية.

(Thibaut et Rondal,1996,p,270).

نعرف ضعف السمع هو "الشخص الذي تصله الذبذبات الصوتية ولكن لا يدركها أو يدرك بعضها، بالتالي نجده يقترب من المتكلم بغية الاستماع جيدا أو يضع يده حول الصوان كي يستقطب الأصوات جيدا.

1- أسباب الإعاقة السمعية:

إن الإعاقة السمعية ترجع إلى سببين إما مكتسب ويرجع السبب إلى أن الطفل يولد سليم ومعافى ولكن لأسباب مرضية، حوادث أو عقاقير، التهاب السحايا، ارتفاع درجة الحرارة، تسمم فقد سمعه أو فقد جزء منه.

أو أسباب وراثية ويولد الطفل معاقا سمعيا ويرجع ذلك إلى الوالدين أي أحدهما أو كلاهما يعاني من هذه الإعاقة أو أحد أقاربهم وتكون محمولة على الجينات.

1-1- الأسباب المكتسبة:

تكون ناتجة عن مرض كالتهاب السحايا، الحسبة الألمانية ارتفاع درجة الحرارة، الصدمات الدماغية أثناء الولادة، التسمم بالعقاقير، التهاب الأذن الوسطى، اليرقان النووي الراجع لتعارض عامل الريزيبي بين الأم والجنين وعدم تغيير دم المولود عند ولا دته وبالتالي تكون نواة الخلايا

الرمادية قد تحطمت وبالتالي ينتج عنها الصمم وشلل جزئي أو كلي يمس الأعضاء العليا أو

الإعاقة السمعية

السفلى أو كليهما معا.

1-2- الأسباب الوراثية:

قد ينشأ طفل في الأسرة يعاني من صمم بسبب أحد الوالدين أو كلاهما يكون حامل لجين الإعاقة السمعية حيث يكون منقولا على جينات سائدة وبالتالي يولد الطفل بإصابة في الأذن الداخلية أو في العصب السمعي مما ينتج عنه صمم عميق في غالب الأمر، أو يولد الطفل وفي

أذنه سائل ولم ينتبه الوالدان لعرضه على طبيب الأنف والأذن والحنجرة لتجفيف الأذن عند الولادة مباشرة ما ينتج عنه صمم عميق.

2- تصنيفات الإعاقة السمعية:

تصنف الإعاقة السمعية حسب (الإعاقة وراثية أو مكتسبة) ومكان الإصابة (الأذن الخارجية، الوسطى، الداخلية أو المراكز العصبية) وحسب درجة فقدان السمع كما نهتم بظهورها مقارنة بالغة (قبل اكتساب اللغة، أو بعد اكتساب اللغة).

2-1- التصنيف حسب مكان الإصابة:

تصنف الإعاقة السمعية حسب مكان الإصابة إلى:

-إعاقة سمعية توصيلية (إرسالية) وإعاقة سمعية حسية عصبية (إدراكية) وإعاقة سمعية مركزية.

1- الإعاقة السمعية التوصيلية (الإرسالية): تنتج الإعاقة السمعية التوصيلية عن أي اضطراب في الأذن الخارجية أو الوسطى (الصوان، القناة الخارجية، غشاء الطبلة والعظيمات الثلاثة) يمنع أو يحد نقل الموجات أو الطاقة الصوتية إلى الأذن الداخلية (الخطيب، 1979، ص 29).

في الحالة الطبيعية يدخل الصوت عبر الأذن الخارجية ويمر في قناة الأذن إلى الطبلة حيث تهتز استجابة للصوت وتحرك العظيقات الثلاثة الدقيقة في الأذن الوسطى تسمى (الركاب، المطرقة والسندان) التي تنقل في حالة سلامتها الاهتزازات إلى الأذن الداخلية ثم ينقلها العصب

الإعاقة السمعية

القحفي الثامن إلى المنطقة الصدغية في الدماغ وتترجم الأصوات إلى كلمات وفي حالة خلل أي عضو يكون هناك تشوه في توصيل الاهتزازات الصوتية مما ينتج عنه صمم جزئي أو كلي.

2- الإعاقة السمعية الحسية العصبية (الإدراكية): تعتبر الأخطر كون الإصابة في الأذن الداخلية أو العصب السمعي (العصب القحفي الثامن) الذي يربط بين الأذن الداخلية والدماغ وتحتوي الأذن الداخلية على عضو السمع الحقيقي المسمى عضو كورتي الذي يحول الاهتزازات المنقولة إلى الأذن الداخلية إلى نبضات كهربائية إلى العصب السمعي ثم الي الدماغ ويمكن أن ينشأ التلف في أي واحدة من هذه الأنسجة نتيجة عوامل كثيرة. (الموسوعة العربية العالمية، 1999، ص 140).

هناك نوع من الإعاقة السمعية المختلفة تجمع بين خصائص الفئتين السابقتين أي (الإعاقة السمعية التوصيلية والإعاقة السمعية العصبية).

3- الإعاقة السمعية المركزية: تضم الاضطرابات السمعية الناتجة عن إصابة المسالك أو المراكز العصبية السمعية بما في ذلك مناطق في جذع الدماغ والمهاد البصري أو القشرة المخية السمعية الموجودة في الفص الصدغي وذلك نتيجة وجود أورام أو تلف دماغي. (Piéron,1987,p4).

عندما تكون الإعاقة السمعية مركزية أي العصب القحفي الثامن لا يؤدي وظيفته، لا ينصح القيام بالعملية الجراحية لزرع القوقعة، إلا أن الكفل الكلاسيكي مع المعينات السمعية يعطي نتائج مشجعة.

4- الفقدان السمعي الوظيفي:

قد يتظاهر بعض الأطفال بوجود الفقدان السمعي لديهم، وقد يوصف الفقدان السمعي في مثل هذه الحالات بالفقدان السمعي الوظيفي أو غير العضوي أو الزائف، وقد يبالغ الأطفال بإظهار

الإعاقة السمعية

الفقدان السمعي أو يتظاهرون بوجوده في أذن دون أخرى أو كلا الأذنين ويظهر الأطفال ذوي الفقدان السمعي غير العضوي السلوكيات الآتية: أطنان أو إسهاب في الكلام. اندفاعية في الحديث، عزلة زائدة وتجنب الاختلاط بالآخرين، لا مبالاة بما يقوله الآخرون بسبب عدم سماعه أو عدم فهم ما يقال، مبالغة في عدم سماع تعويضية، فقد يطالب مثلا بعض العاملين في المصانع بتعويضات لإصابتهم بالفقدان السمعي بسبب تعرضهم للانزعاج وهذا قد يؤدي إلى سوء استخدام الوسائل والمصادر الخاصة بتقييم السمع لإثبات مطالبهم وقد يلجأ الأطفال ذوي الفقدان السمعي الوظيفي إليه لتبرير تدني التحصيل لديهم في المدارس أو للحصول على الانتباه وقد تكون الفكرة لديهم بسبب متشابه للبرامج المقدمة للأطفال المصابين بالإعاقة السمعية أو بسبب الانتباه الذي يقدمه الآباء لأبنائهم المصابين بالالتهابات في الأذن الوسطى، ويحتاج هؤلاء إلى اكتشاف الفقدان السمعي الوظيفي (الزريقات، 2005، ص 116).

2-2- التصنيف حسب درجة الفقدان السمعي:

التصنيف المعمول به في أغلب الأحيان هو تصنيف (BIAP) الذي يصنف الصمم إلى أربعة مجموعات على أساس التصنيف الوظيفي للسمع، والذي ممكن توقعه على مستويات مختلفة من الفقدان كما قيست بوحدات الديسيبال "Decibele Db" وهي تصنيفات تستند على متوسطات النغمة الصافية إذ يعتمد على كمية السمع للذبذبات 2000، 1000، 500 وحدة صوتية تقاس بالهرتز (HZ) وهي مدى ذبذبات الكلام.

تصنف بذلك الإعاقات السمعية كما يلي:

سمع عادي أو قريب من العادي عندما يكون الفقدان السمعي في التوترات الحوارية أكبر من 20 ديسيبال وهذا الفقدان السمعي لا يخلف صعوبات في إدراك الكلام.

1- إعاقة سمعية خفيفة: فقدان سمعي ما بين 20-40 ديسبال وعناصر الكلام غير مدركة كلها.

2- إعاقة سمعية متوسطة: فقدان سمعي ما بين 40-70 ديسبال لا يدرك الكلام إلا إذا كان ذو شدة عالية، ويعاني صاحبه من عدة صعوبات في فهم الكلام ويسوء حاله يوم بعد يوم إن لم

الإعاقة السمعية

يعجل بالمعينات السمعية.

3- إعاقة سمعية حادة: فقدان سمعي ما بين 70-90 ديسبال الكلام لا يدرك إلا إذا كان ذو شدة عالية والتجهيز إجباري.

4- إعاقة سمعية عميقة: فقدان سمعي أكبر من 90 ديسبال لا يدرك الكلام حتى في شدة عالية وقد يصاحبه بكم إذ لم يتلق الطفل كفالة مبكرة مع التجهيز، وإذا تجاوز الفقدان السمعي 100 ديسبال نتكلم عن صمم كلي أو ما يسمى بالكوفوز وانتقال المعلومات الصوتية يكون ضعيف جداً، لا يتعرف الشخص على أي منبه صوتي.

5- الصمم الهستيري: وهو فقدان سمعي لا شعوري يعود إلى ضغوطات انفعالية غير محتملة شديدة وغير طبيعية، قد تكون تمارض وتظاهر بالصمم مع وجود السمع بصورة طبيعية أو صمم وظيفي غير مرتبط بتلف عضوي أو عيب في الأذن، من الممكن أن يكون الصمم الهستيري نفسي المنشأ ولكنه في الغالب فإنه عرض تحويلي وكذلك يوجد الصمم التقليدي الناشئ عن عوامل نفسية غير عضوية بفعل قوى نفسية غير واعية من المصاب. (زمزمي، 2010، ص 89).

درجة الإعاقة وتأثيرها على فهم الكلام واللغة والبرامج اللغوية الملائمة

البرامج والاحتياجات التربوية	تأثير السمع على فهم الكلام واللغة	درجة الإعاقة
- يستفيد من السماع.	يجد الطفل صعوبة في	

<ul style="list-style-type: none"> - ضرورة تنمية الحصيلة اللغوية. - تصحيح الكلام. - تنمية البقايا السمعية والتواصل البصري. - يحتاج إلى تعليم قراءة الشفاه. - يحتاج تدريبات فردية للكلام. 	<p>سماع الأصوات البعيدة والمنخفضة.</p>	<p>خفيفة (20-40) DB</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------	-------------------------

الإعاقة السمعية

<ul style="list-style-type: none"> - يحتاج إلى مدرس أو فصل تربية خاصة. - مساعدة خاصة في مهارات اللغة وتنمية المفردات، القراءة والكتابة. الخ. - معينات سمعية فردية وتدريبية عليها. - تعلم قراءة الشفاه. - تنمية البقايا السمعية والتواصل البصري. 	<ul style="list-style-type: none"> - يجب أن تكون المحادثة بصوت عال حتى تفهم. - تتزايد الصعوبات في المواقف التعليمية التي تتطلب المشاركة الجماعية. - كلام متدهور. - ضعف في الحوار اللفظي. ثروة لغوية ضعيفة 	<p>متوسط (40-70) DB</p>
<ul style="list-style-type: none"> - التجهيز السمعي إجباري. - الكفالة مبكرة. - تكثيف الكفالة الأطفونينية الفردية والجماعية. 	<ul style="list-style-type: none"> - لا يسمع الأصوات العالية ولكن يحس بالذبذبات. قد يصاحبه بكم. - يعتمد على الرؤية في فهم الكلام. - انعدام التخاطب اللفظي. 	<p>حاد (70-90) DB</p>

3- أعراض الإعاقة السمعية:

الأعراض الظاهرة للمصاب بالإعاقة السمعية تشمل:

- استجابة الشخص للصوت غير ثابتة، قد يسمع كلمة بوضوح بينما لا يستطيع فهم كل الكلام.
- تأخر الطفل في تطور اللغة والكلام.
- يرفع صوت الراديو والتلفاز دون وجود ضجة حوله.
- عجز الطفل عن تنفيذ التوجيهات.
- دائم الاستفسار بعبارات مثل ماذا؟ عند سؤاله عن شيء أو عند توجيه الكلام إليه.

الإعاقة السمعية

- عدم استجابة الشخص عند مناداته حتى لو كان في النداء تحذير من الخطر أو توصيل أمر يهمه إلى مسامعه.

- يرفع الشخص صوته عند الكلام دون مبرر. (اليوبي، 2010، ص 20).

4- الوقاية من الإعاقة السمعية:

يقصد بالوقاية مجموعة الإجراءات الطبية، النفسية، الاجتماعية، الإعلامية والنظامية، التي تهدف إلى منع الإصابة بالإعاقة، أو الحد منها، اكتشافها في وقت مبكر والتقليل من الآثار المترتبة عليها.

تعتمد الوقاية من الصمم وضعف السمع على مدى إدراك وفهم العوامل المسببة للإعاقة والعلامات التحذيرية وأثارها المباشرة وغير المباشرة على الجانب النفسي والاجتماعي والتعليمي، وعلى أساس هذه المعرفة الكافية يتم إعداد البرامج الوقائية من حدوث القصور الوظيفي لحاسة السمع والتخفيف من أثاره والحد منه لأكبر درجة ممكنة، وذلك أن خدمات الوقاية يجب أن

تشمل منع حدوث فقدان وتطور الإصابة بالفقدان السمعي إلى عجز ومنع تطور العجز
للإعاقة وبالتالي تكون مستويات الوقاية كما أشار عبد الحي (2008) على النحو التالي:

*المستوى الأول: هو منع حدوث العوامل المسببة للصمم وضعف السمع، مما يوجب القيام
بنشاط بارز في ميدان الإعلام لزيادة إدراك الناس ومعرفتهم للعوامل المسببة للصمم وضعف
السمع، ومعرفة المؤثرات على حدوث صمم أو ضعف السمع، وبيان آثار الصمم المباشر وغير
المباشر، مثل أحد المضادات الحيوية واللقاحات اللازمة لمنع حدوث الصمم وضعف السمع مثل
لقاحات الحصبة الألمانية والتهاب الحاد، والكشف عن حالات عدم توافق العامل الرايزيسي
وتقديم الرعاية الطبية في حالة وجود إصابة في الأذن: نظافة الأذن، وعدم تعرض الطفل
للأصوات العالية والحادة.

الإعاقة السمعية

كما يمكن أن تكون الإجراءات في هذا المستوى بدعم برامج رعاية الأمومة والطفولة مع التركيز
على فحص الراغبين في الزواج، والتنقيف الصحي والغذائي للأم الحامل، والتوعية ضد استخدام
العقاقير الطبية دون استشارة الطبيب، وتجنب إدمان المخدرات أو تناول الكحول.

* المستوى الثاني: ويركز هذا المستوى على الكشف المبكر عن حالات الإصابة أو القصور
السمعي لدى الأطفال والرعاية الطبية من كشف وتشخيص وعلاج إصابات الأذن، وتقديم
المعينات السمعية المناسبة لكل حالة من حالات فقدان السمع وفي الوقت المبكر والاستفادة
من التقدم الطبي والتكنولوجي لخدمة الصم وضعاف السمع، والاهتمام بالتدخل المبكر وأهمية
الأسر بالخدمات المقدمة من خلاله.

* المستوى الثالث: الإسراع بعملية إعادة التأهيل الشامل، الطبي، التربوي، الاجتماعي والمهني
للحيلولة دون حدوث معانات تهدف إلى تحقيق توافق نفسي، اجتماعي، مهني، وفرص عمل

مناسبة لهم، وتقديم تسهيلات في خدمات المجتمع بشكل عام تعمل على دمجهم، وتوفير فرص عمل حقيقية مناسبة لقدرات الأفراد الصم وإمكاناتهم، لتحقيق قدر كبير من الاستقلال الاقتصادي، وتقديم دورات تثقيفية للأفراد السامعين عن الصم ولغة الإشارة والتواصل معهم عموماً، والعمل على تعديل اتجاهات المجتمع نحو الصم وضعاف السمع. (الوهيب، 2008، ص 29، 30، 31).

- يمكن أن يكون الطفل داخل مدرسة صغار الصم حتى يضمن له خدمات وقائية، علاجية، تأهيلية، نفسية وتربوية تهدف إلى:
- 1- التوعية من الحد من انتشار الإعاقات.
 - 2- التكفل بالإعاقات ما أمكن في مرحلتها المبكرة.
 - 3- الإسهام في دمجهم في المجتمع.

الإعاقة السمعية

كما يتعلم وسائل تواصل أخرى مثل لغة الإشارة والخاصة بالجماعة التي ينتمي إليها وكذا المنطقة التي توجد بها مدرسة صغار المعوقين سمعياً، كما تسمح له الفرصة من بناء علاقة مع أقرانه من نفس الإعاقة وبالتالي لا يشعر بالوحدة والتهميش.

الفصل الثاني

أثر الإعاقة السمعية
على جوانب النمو
المختلفة

أثر الإعاقة السمعية على جوانب النمو المختلفة

ثانياً: أثر الإعاقة السمعية على جوانب النمو المختلفة

- 1- النمو الجسمي والحركي
- 2- النمو المعرفي.
- 3- النمو الاجتماعي والانفعالي.
- 4- النمو اللغوي.
- 5- خصائص اللغوية عند المعاقين سمعياً.
- 6- الخصائص النفسية والاجتماعية لذوي الإعاقة السمعية.

أثر الإعاقة السمعية على جوانب النمو المختلفة

ثانياً: أثر الإعاقة السمعية على جوانب النمو المختلفة

1- النمو الحسي والحركي: تضع مشكلات التواصل التي يعانيها المعاقون سمعياً حواجز وعوائق كبيرة أمامهم لاكتشاف البيئة والتفاعل معها، وإذا لم يزود المعاق سمعياً باستراتيجيات بديلة للتواصل، فإن الإعاقة السمعية قد تفرض قيوداً على النمو الحركي، كما أن فقدان السمع يحرم الفرد من الحصول على التغذية الراجعة عن سلوكه مما يؤثر على وضعه في الفراغ، وعلى حركات جسمية خاطئة. إن حركة الشخص السامع تراقب بواسطة حاسة السمع وهذا ما يفتقد إليه الطفل المعاق سمعياً حيث يفتقر إلى المراقبة السمعية أثناء عملية المضغ نجده يحدث صوت مزعج أثناء الأكل، كما يلتصق حذاءه على الأرض، أثناء المشي ويحد ضجيج لا يتقبله السامع وعليه تعمل التربية النفسية الحركية على تصحيح عملية المشي وكذا

المضغ. كما نلاحظ عند الطفل الصغير المعاق سمعيا عدم ضبط الاتزان عندما يكون واقفا يكون مائلا نوعا ما.

2- النمو المعرفي: ينمو ذكاء الطفل المعاق سمعيا حسب الرعاية والاستثارة التي يقدمها له محيطه، إن استفادة الطفل المعاق سمعيا بالتكفل المبكر يمكنه من تنمية قدراته الفكرية والمعرفية وينمي عنده التجريد، ويتمكن من تعدي الحواجز والمخاطر مبكرا، كما يساعده التكفل المبكر من تنمية ميكانيزمات تساعده على التغلب على المخاوف، وكذا اكتساب القواعد الأساسية لاكتساب اللغة المنطوقة وتنمي عنده حاسة البصر التي تعتبر الحاسة التعويضية لحاسة السمع وتلعب دور النقاط المعلومات بدرجة كبيرة إلى أن نلاحظ توسع في حذقة العين عند الأطفال المستفيدين من الكفالة المبكرة

أشارت الكثير من الدراسات والبحوث إلى أن مستوى ذكاء الأشخاص المعوقين سمعيا كمجموعة لا يختلف عن مستوى ذكاء العاديين، وأن هناك جدلا مستمرا حول أثر الإعاقة السمعية على النمو المعرفي، حيث يعتبر البعض أن النمو المعرفي لا يعتمد على اللغة بالضرورة ولذلك يؤكد هؤلاء على أن المفاهيم المتصلة باللغة هي وحدها الضعيفة لدى المعاقين سمعيا، بينما يرى البعض الآخر من الباحثين أن النمو المعرفي يعتمد على اللغة وبما أن اللغة هي أكثر ضعفا بين مظاهر النمو المختلفة لدى المعوق سمعيا، فهم يعتقدون أن النمو المعرفي يتأثر بالضرورة.

كما أشارت دراسات أخرى أن المعاقين سمعيا لديهم قابلية للتعلم والتفكير التجريدي ما لم يكن لديهم تلف دماغي مرافق للإعاقة (الخطيب، 1998 والحديدي 2003)، فالأشخاص المعوقون سمعيا يقومون بالوظائف المعرفية ضمن المدى الطبيعي للذكاء ويظهر من نفس التباين في امتلاك القدرات العقلية كما هي موجودة لدى الأشخاص السامعين (الشاهين، 2008، ص 8).

3- النمو الاجتماعي والانفعالي: إن النمو الاجتماعي والانفعالي لدى الطفل المعوق سمعيا يتوافق حسب التنشئة الاجتماعية للشخص المعاق، وجوده في بيئة تؤمن بقدراته و اكتساباته وكذا تسعى إلى تحقيق ميوله ورغباته الاجتماعية والانفعالية كأن يوضع مبكرا في رياض الأطفال ويدمج مع الأطفال السامعين وتسهر الأسرة ومربية الروضة على مساعدته لنسج علاقة حميمة مع أقرانه السامعين في هذه الحالة يمكن أن يتطور في محيط اجتماعي يحقق له الطمأنينة وجو عاطفي مقبول يخفف من توتره وقلقه، ويعيش طفولة سعيدة مملوءة بالمشيرات

والنشاطات التي تدعم فكره وتزيد في ذكائه وتتمى تواصله الاجتماعي والانفعالي. وتمهد إلى مراهقة سليمة من العنف والاضطرابات النفسية التي قد تجلب له و لأسرته المشاكل.

4- النمو اللغوي: تتميز الإعاقة السمعية بمشاكل لغوية وذلك حسب درجة الإصابة ونوعها، ويمكن الإشارة إلى بعض الجوانب السلبية منها:

*1 انعدام أو نقص القدرة على التخاطب اللفظي.

*2 صعوبة فهم اللغة الشفهية للآخرين.

*3 عدم استيعاب اللغة الاستقبالية.

*4 انعدام اللغة التعبيرية، وان وجدت في حالات الصمم الجزئي أو الخفيف تكون مضطربة وغير مفهومة.

كما تتأثر اللغة حسب درجة الإصابة وكذا مكانها بالعوامل التالية حسب النصيري 2004

أثر الإعاقة السمعية على جوانب النمو المختلفة

كالآتي:

1°- درجة الإعاقة السمعية.

2°- طرق التواصل المستخدمة (الطرق الشفهية، الطرق الاشارية أو كلاهما).

3°- الدمج الأكاديمي مع أقرانهم السامعين العاديين.

4°- الخلفية الثقافية اللغوية.

5°- وجود إعاقات مصاحبة.

6°- العمر عند الإصابة بالإعاقة السمعية قبل أو بعد اكتساب اللغة. (النصيري، 2004، ص

8).

5- الخصائص اللغوية عند المعوقين سمعياً:

إن تطور اللغة الأولية عند الأطفال المعاقين سمعياً أعقد منها عند السامعين وعملية وصف الكلام من المهمات الصعبة جداً نظراً لآثار الإعاقة السمعية السلبية على مجال النمو اللغوي وعند وصف عملية تطور اللغة عند ذوي فقدان السمع لا بد من أخذ قضيتين: طبيعة مداخلات اللغة هل هي لغة منطوقة أم لغة إشارة أم إيماءات؟ وطبيعة طرق التواصل المستخدمة معهم هل هي شفوية يدوية أم شفوية منطوقة، أم يدوية؟ لكون طبيعة اللغة وطريقة تواصلها اللتين تحددان أي الحواس الممكن الاعتماد عليها أثناء عملية اكتساب اللغة، ودرست هذه المراحل عند الأطفال السامعين والمعوقين سمعياً، لقد أظهرت الدراسات أن الأطفال السامعين يناغون حسب طبيعة المرحلة النمائية المنتظمة التي يمرون بها وذلك خلال الشهور الأولى من حياتهم، وعلى سبيل المثال يقوم الأطفال الرضع بإنتاج أصوات العلة البسيطة وبعد ذلك تظهر عندهم مقاطع صوتية مكونة من حرف ساكن وآخر من أحرف العلة مثل (كا، دا، ما) وهذا النوع من المناغاة ضروري لسببين:

- أولهما: إعادة الطفل لمقاطع هي فرصته الأولى لإنتاج الأصوات أو المقاطع الصوتية.

أثر الإعاقة السمعية على جوانب النمو المختلفة

- ثانيهما: على الجانب الاجتماعي، حيث تعتبر المناغاة بداية استجابة الأهل للطفل الذي يظهر محاولات للتواصل وفي العديد من الكتب والمقالات التي تكتب حول الأطفال المعاقين سمعياً تظهر صعوبة الإجابة على السؤال الذي يدور حول مناغاة الطفل فاقد السمع ويزيد الارتباك والتشويش بسبب عدم دقة الملاحظات المتوفرة التي يقدمها الأهل والأشخاص غير المدربين العاملين في مجال سلوك الأطفال فاقد السمع، إلا أن الدارسين لمجال الإعاقة السمعية توصلوا إلى أن الطفل فاقد السمع يبدأ المناغاة مبكراً، حتى لو لم يسمع مناغاته وهذا النمط من الأصوات المبكرة هو سلوك طبيعي يظهر عند الأفراد بغض النظر عن ظروف البيئة أو السمع عندهم، حيث تعتبر المناغاة عند أي رضيع أصم كان أو سامع عبارة عن استثارة

اللعب المتدفق في حلق الرضيع ويحدث أصوات من خلال الهواء الذي يخرج من الرئة شرط أن يكون الطفل في حالة إشباع ونشوة، تأتي الأم مقلدة رضيعها وتتفاعل معه خلال إصدار هذه الأصوات وبالتالي تحدث فرحة وتفاعل بين الرضيع وأمه مما يخلق لديه تغذية راجعة وبالتالي تتطور هذه الأصوات عندا لرضيع السامع إلى أن تصير لغة وتختفي عند الطفل الأصم مع تطور السن.

كما يضيف حنفي سنة 2007 على أن فاقد السمع يصدر أصوات مثلهم مثل السامعين، لكن بعد الشهور الأولى يقل تكرارهم وتوزيعهم للأصوات بينما تزيد مع تقدم السن عند أقرانهم السامعين، سواء من حيث الكم أو الكيف، وذلك بفضل التغذية الراجعة والتعزيز من طرف الأم حتى ولو اكتشف فاقدو السمع في وقت مبكر وقدمت لهم الخدمات المساندة من معينات وتدريب سمعي مكيف، إن مناغاتهم تختلف عن مناغاة السامعين، قد يكررون المناغاة لكنها تقل عما يظهره أقرانهم السامعون ويظهر الفرق هنا في تحول المناغاة عند السامعين إلى أصوات ومقاطع كلامية بينما يتوقف فاقدو السمع عند هذه المرحلة ما لم تقدم لهم برامج خاصة تساعده على تنمية اللغة.

كما يمكن إضافة بعض الخصائص اللغوية للمعوق السمعي في النقاط التالية:

- طبقة صوت عالية، وقد تكون مهموسة وذلك لعدم وجود مراقبة صوتية فمية تمكن المعاق سمعيا من التأكد بأن رسالته مسموعة ومفهومة.

-صوته خالي من النغمة ويتميز بإيقاع ضعيف ومجرى كلامه بطيء

- يتميز نطقه ب صعوبة في إنتاج الأحرف المتحركة أكثر من الساكنة، كما يحذف بعضها ويشوه البعض الآخر مما ينتج عنه رطانة وكلام غير مفهوم.

6- الخصائص النفسية والاجتماعية عند المعوقين سمعيا:

لا يوجد فرق بين الطفل السامع والطفل الأصم من حيث البنية البيولوجية، حيث يمتلك الطفل الأصم كل أجهزة استقبال الكلام وكذا جميع حواسه سليمة إلا حاسة السمع ولذا نجده في مرحلة الطفولة يمرح ويلعب مع قرينه السامع دون مشكلة، كما يتبادل معه المشاعر والعواطف بطريقة عادية، إلا أن مشاكله النفسية والاجتماعية تظهر وبقوة كلما كبر وذلك كونه يرى في العنف

والقوة طريقة ليفرض وجوده داخل الجماعة وخاصة بين الأشخاص السامعين، أو داخل الأسرة التي يكون هو الوحيد فاقد لحاسة السمع، نجده كثير القلق والعدوانية، يعاني من اضطراب في النوم، يتصف بسلوكات غير مقبولة من طرف المجتمع والأسرة حيث يتعلم السرقة، والكذب، سريع الغضب، يميل إلى إشباع رغباته بطريقة سريعة ومباشرة و يلجأ إلى العدوانية ويتملكه الغضب، كما يعاني من الشعور بالنقص وهضم حقوقه ويحاول استرجاعها بالعناد وعدم الامتثال إلى الأوامر.

تتفاقم مشاكل الطفل الأصم في سن المراهقة، حيث ينتابه الشعور بالنقص والدونية وخاصة عند تواجده بين السامعين، وذلك لعجزه على التفاعل معهم وتظهر لديه ردود أفعال سلبية ويظهر هذا السلوك عند الإناث أكثر منه عند الذكور، لان الذكور يكونون جماعات، ويتواصلون فيما بينهم وينظمون خرجات ورحلات وكذا فرق رياضية، كما يتواصلون فيما بينهم عن طريق الإشارة أو يتفقون على نظام تواصل بينهم، عكس البنات المعاقات سمعياً يتواجدن في المنزل ويتقلص التواصل عندهم بحكم التربية والبيئة المتواجدين فيها، حيث تمنعهن أسرهن من الخروج كما يطرأ عندهم جانب الخوف من المستقبل. إن كل هذه الخصائص تختلف من شخص إلى آخر كل حسب ديناميته الفردية ودرجة تقبله لإعاقته ودرجة الإعاقة ونوعها وتقبلها من طرف المحيط الذي يعيش فيه، ومدى تقبل الأسرة للطفل المعاق سمعياً وإعاقته

لا يرى حنفي (2004) اختلاف بين الطفل الأصم و الطفل السامع في شيء من الخصائص الجسمية، إلا أن الطفل السامع أكثر قدرة على التمكن من تدفق النفس والصوت، وهذا بخلاف الطفل الأصم الذي لا يمكنه التحكم في إصدار الأصوات بسبب فقدان السمع.

ولما كان الكلام أسرع وسيلة للاتصال بين فرد وآخر وبين الكبير والصغير، فالطفل الأصم الذي حرم من حاسة السمع يحتاج إلى من يعينه على كسر عالمه الصامت، ويحتاج إلى أساليب تربية تتسم بالصبر حتى يتعلم، وهذا لا يأتي إلا إذا أحس الطفل الأصم بالانتماء للجماعة والثقة والنجاح وهو ما يجب أن توفره له البيئة المدرسية التربوية، كما يحتاج إلى معلم أعد إعداد مناسب يثبت الأمن والطمأنينة في نفس هذا الطفل حتى تؤتي البيئة المدرسية التربوية ثمارها. (حنفي، 2004، ص33).

1.6 المعاش النفسي والتربوي للطفل المعاق سمعياً :

غالباً ما يعيش الطفل المعاق سمعياً نفسية صعبة، لانعدام المحيط الذي ينسجم فيه نفسياً واجتماعياً، نتيجة افتقاره أداة الاتصال اللغوي التي تساعد على فهم الطفل لمحيطه وتجاوبه مع مختلف المثبرات وبالتالي لا يمكنه إيصال أفكاره والتعبير عن كل مشاعره مما قد يؤثر على توازنه النفسي أثناء مراحل نموه، حيث يتعرض لمشاكل وصعوبات للاتصال مع محيطه، وبالتالي يعرف بتمركزه حول ذاته وبشعوره بعدم الطمأنينة والقلق والعدوانية.

فحسب " كولان COLIN" فإن " الطفل الأصم يكون شخصاً حزينا أو على حافة الانهيار بسبب نقص الاتصال لديه وعدم اندماجه الطبيعي في عالم السالمين سمعياً (COLIN,1996,P89)

ولقد دلت الأبحاث حسب ما جاء به بدر الدين كمال عبده، " أن الأطفال الذين يعانون من الصمم منذ ولادتهم يظهرون انحرافاً أكبر في النمو الانفعالي عن أولئك الذين يصابون بالصمم بعد فترة من النمو، ويظهر ذلك في الذكور أكثر منه في الإناث. (عبده، 2001، ص 123)

2.6- التوافق النفسي للطفل المعاق سمعياً :

يعاني الطفل المعوق عامة والطفل الأصم خاصة من سوء توافق حياته، فهو يشعر أنه غير عادي وأنه مختلف عن الآخرين من إخوته وجيرانه وزملائه، فهو قد يعاني من سوء توافق ذاتي وأسرّي ومدرسي واجتماعي، لأنه يشعر بأنه غير مقبول في هذه الأوساط بسبب عاهته، فينظر إليه نظرة سلبية قد تكون أخطر وقعة من العاهة نفسها، فالمعاق سمعياً بحاجة إلى الرعاية الوالدية والاجتماعية بالدرجة التي تمكنه من الحياة بشكل عادي ، وتشعره بأهميته وبوجوده الإنساني في مجتمعه مما يساعده على حل مشاكله النفسية وتكيفه وتوافقته نفسياً واجتماعياً.

"فالطفل المعاق سمعياً في محاولته التوافق مع العالم الذي يعيش فيه قد يتخذ تكيفه إحدى الصور التالية: إما أن يقبل أن يعيش كفرد ذي إعاقة وإما أن ينعزل عن أفراد المجتمع متجنباً أي تفاعل شخصي واجتماعي مع الآخرين فإذا اختار لنفسه الأسلوب الأول كان لزاماً عليه أن يواجه المجتمع وهو محروم من الوسائل التي تيسر له الاتصال، ويحدث نتيجة لذلك أن يعيش على هامش الجماعة وفي تلك الحالة يواجه الكثير من مواقف الشعور بعدم الأمن عندما يحاول الاختلاط بالغير فهو في حيرة دائمة لأنه لا يعرف ما إذا كان كلامه مفهوماً أو ما يقال له قد فهمه على حقيقته أم يختار الأسلوب الثاني العزلة فسوف يعيش طول حياته في فراغ لا يشعر بمتعة الحياة" (الببلاوي، 2002، ص 56)

وهكذا يتضح أن الأمر ليس مجرد عدم القدرة على الكلام بسبب انقطاع التغذية الرجعية ولكن الواقع يشير إلى عكس ذلك، فالعجز عن الكلام ليس إلا اضعف الآثار التي يمكن أن تنتج عن

الإعاقة السمعية، فالتعبير عن النفس وعن المشاعر والأفكار، والتواصل مع المحيط هي أساس عملية التفاعل الاجتماعي وما يتصل بها من بناء الشخصية وقيام العلاقات الاجتماعية، والتي هي كلها المسئولة عن معاش اجتماعي ونفسي متوازن وفيما يخص شخصية الطفل الأصم ونتائج تطبيق الاختبارات الإسقاطية - والتي يصعب غالبا إجراؤها مع الصم لصعوبة التواصل اللغوي، وذلك بهدف الكشف عن الخصائص الشخصية للصم فلقد استخدم "ليون LYON" (1934) استمارة الشخصية "لثرستون" ووجد أنهم يعانون من اضطراب في الشخصية بأكثر مما يعاني غير الصم، وهو نفس ما توصلت إليه "برونشفيك" (1936)

"BRUNCHWIG"؛ كذلك فإن "ليفين Levine" (1960) قد وجدت من خلال

استخدام مقياس الروشاخ على مجموعة مكونة من واحد و ثلاثين (31) طفلا أصم مقارنين بمائة طفل يسمعون، وجدت أن الأطفال الصم لديهم اضطرابات في الشخصية والتوافق النفسي والاجتماعي وفي التحصيل الدراسي. (يونس، 1991، ص 119) ويرى بعض الباحثين بخصوص دراسة شخصية المعاق سمعيا، "أن أنسب وسيلة للكشف عن دوافعهم وصراعاتهم ومشكلاتهم النفسية عموما، هي ملاحظتهم وهم يمارسون حياتهم بتلقائية من خلال مختصين مدربين على مثل هذا النوع من العمل، كما أن ملئ استمارة تاريخ الحالة، وتقديم بيانات لها أهميتها في دراسة خصائص شخصية الطفل الأصم. (يونس، 1991، ص 120)

ويبقى تطبيق الاختبارات النفسية عموما الإسقاطية خصوصا على فئة الصم من أصعب الأمور على الباحث في مجال علم النفس لفقر هذه الوسائل لجانب يقيس فعلا الخصائص النفسية المكونة لشخصية الأصم رغم صعوبة تواصله اللفظي وهذا يعني أن لديه حياة نفسية داخلية، بحاجة إلى أن يعبر عنها ولو بطريقة اللغة الاشارية

فقياس شخصية الأصم سواء كان طفلا أو راشدا حسب عبد المنعم الحفني عملية صعبة بسبب صعوبة التواصل والفهم ، ويرى أنه من العملي استخدام الاختبارات الإسقاطية وأنه يكاد يكون هناك إجماع على أن كل حالة صمم لها مواصفات الشخصية التي قد يظهرها الاختبار. غير أن القياس قد يتوخى الإحاطة بالمدى الذي يكون عليه تقبل الأصم لعاهته، وتأثيرها في شخصيته وتكوينها، واتجاهه وميوله وأسلوبه في التوافق بين الإعاقة والعالم من حوله، وطاقته على تحمل الإحباط، والقوة التي يكون عليها أناه، ومستوى القلق الذي يعاني منه ، والصورة التي رسمها لنفسه نتيجة العاهة التي لحقت سمعه ، والصورة التي يتصور أنها له عند الناس، وتكيفه

مع ذلك كله وتوافقه الحالي أو المرتجى، وانفعالاته وسلوكه مع والديه وإخوته وزملائه ، وأطبائه، ومع الجنس الآخر ،ويبدو أن الأصم يعاني كطفل من عزلة قد تفرضها عليه الظروف، ولم يفرضها على نفسه وقد تمنعه من الدخول في خبرات جديدة تثري شخصيته وتزيد معلوماته، و يؤكد علماء النفس أن موقف الطفل الأصم تحدده معاملة أبويه ومدرسيه له، فإذا كانوا من النوع الذي لا يظهر الضيق بعاهة الطفل ويدفعه إلى مواقف إيجابية تزيد من خبراته ومعلوماته و مفرداته اللغوية ، فإن الطفل يتجاوب بالتعلم بسرعة و تثري شخصيته كأبي من أقرانه ، وإذا كانوا من النمط الذي لا طاقة له على العطاء ، فإن الطفل الأصم سيشتد سخطه على حالته، ويثور على وضعه، ويتوجه بطاقته إلى العدوان، ويكره أبويه والمدرسين وزملائه، ويبرر فشله بالعاهة المصاب بها. (الحفني، 1995 ، ص 458-460)

وكحوصلة فإن مفهوم شخصية المعوق سمعياً ينتج عن نظرة المجتمع التي تختلف من بيئة إلى أخرى، لأن المفاهيم السائدة ، والأحكام والثقافة الاجتماعية هي المحددة لهذه النظرة التي غالباً ما تتميز بالسلبية والشفقة وتتجه نحو التهميش والإقصاء لهذه الفئة سواء بشكل مباشر أو غير مباشر بسبب الاختلاف الحسي أو الحركي أو العقلي ونقص التفاعل الاجتماعي واختلاف بعض السلوكيات.

"ولقد لخص "كليمك KLIEMKE " السمات السلوكية التي تنتج عن الإصابة بالإعاقة في الآتي:

أ- الشعور الزائد بالنقص:

وهو الشعور برفض الذات ومن ثم كراهيتها لتتولد عند المعوق شعور بالدونية مما يعاق تكيفه الاجتماعي السليم.

ب-الشعور الزائد بالعجز:

وهو الاستسلام للإعاقة وقبولها ليتولد لدى الفرد إحساس بالضعف والاستسلام له مع سلوك سلبي اعتمادي.

ت-عدم الشعور بالأمن:

وهو إحساس بالقلق والخوف من الأوهال، وقد يكون لهذا الشعور أعراض ظاهرة كالتوتر والأزمات الحركية والتقلب الانفعالي، أو أعراض غير ظاهرة كالاضطرابات السيكوسوماتية

عدم الاتزان الانفعالي:

وهو عدم تناسب الانفعال مع الموقف وقد يتطور هذا الشعور إلى توألد مخاوف وهمية تؤدي إلى أحد نماذج العصاب أو الذهان .

أ- سيادة مظاهر السلوك الدفاعي:

كالإنكار والتعويض والإسقاط والتبرير، والسمة الدفاعية للمعوق تكون بمثابة حماية لذاته المهتدة دائماً من الآخرين. " (فهمي، 1995، ص 159)

وهذا ما أثبتته العديد من الدراسات حول تأثير و مضاعفات الإعاقة على مختلف جوانب النمو فالإعاقة سواء كانت جسمية أو حسية أو عقلية فلها انعكاسات سلبية واضحة على سلوك الفرد وتصرفاته .

3.6 الأنماط السلوكية و احتياجات الأطفال المعاقين سمعياً :

أ- الأنماط السلوكية للأطفال المعوقين سمعياً

تؤثر حالة الشخص الجسمية في توافقه الانفعالي والاجتماعي، ونتيجة لذلك يجد صعوبة في العلاقات الاجتماعية وفي العمل المدرسي، فبعد مراجعة الكتابات النفسية التي تناولت فقدان السمع انتهى "بركنيدج" و"فينست" إلى أنه " كثيرا ما يساء فهم الشخص الأصم أو ثقيل السمع، فقد يعتبر شخصا ذا قدرة عقلية منخفضة وبالتالي يتعرض للإهمال ويصبح منظوبا وحيث أنه لا ينتبه، فقد يعتبر غير مبال، عنيد ومهمل وغير مؤدب والصفات التي تشيع نسبتها للأصم من قبل المعلمين الذين يقيمون بالتدريس له، أنه كسول عقليا وغير منتبه.

(عبد، 2001، ص 124)

وقد أوضحت الدراسات أن فقدان الاتصال ليس هو الخسارة الوحيدة للشخص الأصم حيث أن الصمم ينتج عنه أضراراً سيكولوجية أكثر شدة من الصعوبة في الاتصال إذ يفرض فقدان الفرد لعضو من أعضاء حسه قيوداً تخلف طبيعتها وقوتها وفقاً لعضو الإحساس المتأثر، وأوضح قيود الإنسان الصمم الذي يمنعه من سماع الكلمة المنطوقة وبالرغم من إمكانيات البعض للاعتماد على القراءة الشفاه، إلا أنها تلزم أن تكون المناقشة مرئية وموجهة ومباشرة " ويلجأ المعوق طفلاً كان أو بالغاً إلى مقارنة نفسه بالآخرين و يكتشف أنه مختلفاً عنهم وأنه يشعر بالعجز وقلة الحيلة في مواقف لا تشكل أية مشكلة بالنسبة للآخرين ولكنه يحس بالعجز لأنه معاق ولأنه غير قادر على تغيير وضع لا يرضى عنه أو القيام بعمل يريد أن يقوم به، زياد أنه قد يشعر بالتعاسة لأنه لا يستطيع أن يقوم بدوره في الوسط الذي يتحرك فيه كما كان يجب أن يكون، زيادة على أنه كثيراً ما ينتابه الإحساس بالخجل لأن عاهته شوهت صورته الجسمية فيحاول إخفاءها و الابتعاد عن الآخرين أو الحقد عليهم، كل هذا يزعزع بناءه النفسي و قد يعرضه للمرض النفسي و يدفعه إلى أنماط مختلفة من السلوك اللا توافقي أي أنماط السلوك المنتقدة في جماعته لأنها مرضية و غير سوية و أول ما يتأثر بهذا الوضع هو مفهومه عن

ذاته فيحط من قدر نفسه و تتباعد المسافة بين ذاته الواقعية -جسمية كانت أم نفسية - و بين مفهومه عن ذات الآخرين، فالإعاقة لها أثران مشتركان : فقدان الذات وفقدان في العلاقات مع الآخرين". (عبده،2001،ص125)

ب-بمعنى أن الإعاقة تؤثر سلبا على صورة الذات ، فيبدو الشخص مختلفا بالنسبة لنفسه وبالنسبة لغيره من العاديين الذين لا يفهمون في اغلب الأحيان معنى الإعاقة ودلالاتها

6.4- الاحتياجات الاجتماعية والنفسية للطفل المعوق سمعيا:

حين تشبع الحاجات البيولوجية بشكل متوازن، تظهر لدى الفرد الدوافع المختلفة نحو إشباع مجموعة من الاحتياجات المتصلة بتوافقه وتكيفه مع نفسه ومع الآخرين، فيشعر بحاجته أن يكون آمنا داخل مجتمعه، ومنتشيا إليه، فيتولد حينئذ إحساس بأنه مقبول، فيحقق ذاته من خلال تقدير الآخرين له ومشاركتهم في الأعمال والأنشطة المختلفة، ويمكن إيجاز مجموعة الاحتياجات النفسية للمعاق سمعيا في نقطتين هامتين هما:

• الحاجة إلى الأمن والمحبة:

"لاشك أن الطفل المعوق يظل دائما في حاجة للشعور بالأمن و المحبة تلازمه مدى حياته نتيجة إعاقته التي تحتم عليه الاعتماد على من حوله، و خاصة المعوقين سمعيا نظرا لفقدانهم وسيلة الاتصال الأساسية بينهم و بين أفراد المجتمع. (عبده ،2001،ص 138)

• الحاجة إلى تحقيق الذات :

"لا يتأثر تحقيق الذات للطفل المعاق سمعيا إلا من خلال مشاركته في الأعمال التي يستطيع أن يكون منتجا و نافعا فيها لا لنفسه فقط بل للآخرين من أفراد مجموعته، و كذا المشاركة في نواحي النشاط وفقا لقدرته و طاقته و العمل على اندماجه داخل الجماعات المختلفة ، مع تدريب أفراد تلك الجماعات على تقبل المعوق و معاملته مما يساعده على الإحساس بالانتماء للجماعة.(عبده،2001،ص139)

و خلاصة القول أن مجموعة احتياجات الأسم عديدة لا تقتصر فقط على الجانب النفسي و الاجتماعي ، بل توجد منها التعليمية ، و التدريبية ، و التأهيلية ، و هي كل متكاملة و لا يمكن فصل بعضها عن بعض إلا بغرض الدراسة كونها متداخلة و تكمل بعضها البعض ، كما أن نسبتها تختلف من طفل إلى آخر و من مجتمع إلى آخر.

6.5-المطالب التربوية للنمو عند الأطفال المعاقين سمعيا:

أ- المطالب التربوية للنمو الجسمي:

- تقبل الطفل المعاق سمعيا لمتغيرات النمو الجسمي.

- استغلال جميع الحواس في العملية التعليمية و النواحي الحياتية.
 - التدريب المستمر علي التنفس لتنشيط العضلات و الحبال الصوتية لإحداث الصوت.
 - تدريب علي قراءة الشفاه و تدريب اللسان عن النطق.
- إتاحة الفرصة أمام المعاق سمعيا لتدريب يديه و جسمه علي الأساليب التدريبية المختلفة .
(سليمان،1998،ص115)

ب-المطالب التربوية للنمو اللغوي:

يواجه الطفل المعاق سمعيا مشكلة مزدوجة. فإنه عليه أن يتعلم اللغة في المدرسة أولا و هذا يستغرق الكثير من الوقت التعليمي الثمين و بالتالي فان تعلم المادة الدراسية و الطرائق تدريسها التي يتلقاها الطفل المعاق سمعيا في المواقف التعليمية تصبح ذات أهمية ثانوية مقارنة بالأطفال العاديين. و من هنا فإنه للتغلب علي هذه المشكلة ينبغي ان يكون لدي الطفل المعاق سمعيا الاستعداد اللغوي عند الدخول الحاضنة. (سليمان،1998،ص115)

ت-المطالب التربوية للنمو العقلي:

- مراعاة مبداء تعزيز التعليم و الظروف الفردية بين المعاقين سمعيا داخل فصل واحد.
- تحقيق مبدأ التكرار المستمر المقصود في المواقف التعليمية.
- اختيار الألفاظ المألوفة السهلة و ضرب الأمثلة من الحياة.
- الاهتمام بالنواحي العملية في المواقف التعليمية.
- مراعاة المبدأ المنطقي عند التدريس.

ربط ما يتعلمون من ألفاظ و غيرها بمدلولات حسية و إتاحة الزمن الأكبر للتعلم مقارنة مع العادي. (سليمان،1998،ص115،116)

الفصل الثالث

طرق القياس السمعي
للأطفال المعوقين سمعياً

ثالثاً: طرق القياس السمعي للأطفال المعوقين سمعياً:

- 1-التشخيص السمعي.
- 2- قياس النغمات النقية.
- 2-1- القياسات السمعية الرسمية وغير الرسمية.
- 3- أجهزة إرسال الذبذبات المعدلة.
- 4- الاختبارات التربوية المستخدمة في قياس المهارات اللغوية للمعاقين سمعياً.

ثالثاً: طرق القياس السمعي للأطفال المعوقين سمعياً:

تهدف القياسات السمعية إلى تقدير درجة فقدان السمع، و كذا معرفة مكان الإصابة المؤدية إلى الإعاقة السمعية و هناك عدة أنواع من هذه القياسات؛ قياسات موضوعية لا تتطلب المشاركة الواعية للمفحوص، و قياسات ذاتية تتطلب مشاركة المفحوص و هناك قياسات سمعية صوتية تستخدم منبها صوتيا نقياً تقابلها قياسات سمعية لفظية تستخدم منبه صوت الكلام.

1- التشخيص السمعي:

يتم تشخيص الصمم من طرف طبيب مختص في أمراض الأنف والحنجرة أو طبيب الأعصاب وذلك بواسطة أدوات فحص طبية دقيقة.

قبل أن يتم التشخيص هناك مرحلة هامة مفعمة بالقلق والحيرة والتشاور بين الأولياء وذلك عند الكشف بان طفلهم يعاني من مشكلة تقلل من استجاباته والتي تلاحظ يوميا وفي أوقات مختلفة مثل أوقات النوم والاستيقاظ والتي تستدعي الحيرة والتي تدفع بهم إلى الطبيب ووضع أسئلة هامة للطبيب ليحيبهم عنها مع إقناعهم والحدة من توترهم عند إعطائهم التفسير اللازمة وتتمثل في ملاحظة بعض السلوك وحسب مراحل النمو كالتالي:

من الميلاد حتى سن الثالثة يمكننا أن نلاحظ نوع من السلوكات تنبؤنا بوجود صمم خاصة إذا كان لديهم من يعاني من صمم داخل الأسرة

- عدم الاستجابة للضحج

- النوم العميق

- رد فعل إيجابي تجاه الاهتزازات و اللمس. بعدها تتطور

- لا يوجد هناك نطق.
- ظهور نوع من الاتصال بالإشارة.
- غياب الكلام المنطوق
- الطفل لا ينتبه إلى الأشياء التي تكون خارج مجاله البصري
- إصدارات صوتية غير مراقبة.
- تأخر في الكلام
- صعوبات في النطق كبيرة في النطق، و كذا عزوف الطفل عن تقليد الأصوات.
- اضطرابات في السلوك العلائقي.
- صعوبات حركية
- مرحلة اكتساب اللغة تراجع التعبير اللفظي
- اضطرابات في الكلام المنطوق
- تغير في السلوك يظهر في العدوانية و الخوف أو الفرع خاصة في الليل.
- أما خلال مرحلة التمدرس فقد تظهر على الطفل بعض السلوكات أهمها:
- صعوبات تعلم القراءة أو صعوبات مدرسية تؤدي إلى تأخر دراسي رغم القدرة العقلية العادية.
- إخفاق الطفل المتكرر في فهم التعليمات و تنفيذها؛ و قد يطلب إعادة ما يقال له من كلام.
- عدم تجاوب الطفل مع المحادثات الجارية من حوله و تقادي الاندماج مع الآخرين.
- قد يتحدث الطفل بصوت أعلى مما يتطلبه الموقف.
- قد يقترب الطفل كثيرا من الأجهزة الصوتية و يرفع درجة الصوت بشكل غير عادي و مزعج.

2-الفحص السمعي:

تجرى الفحوصات الطبية حسب عمر الشخص، وفي وضعيات مختلفة، إذا كان رضيعاً فيتم له الفحص السمعي وهو على ركبتي أحد الوالدين، أو على ذراعي أحدهما، ويمكن أن يكون مستلقي على السرير، ويمكن إجراء الفحوصات وهو يقض وان كان كثير الحركة يمكن تنويمه، ويقوم الطبيب بإرسال أمواج صوتية.

نتيجة اهتزاز الأجسام وتكون سرعتها حوالي 760 ميلاً في الساعة والأمواج الصوتية تحتوي على الذبذبات التي تقاس تردداتها بالهرتز وينتقل الصوت عبر السوائل والأجسام الصلبة وتستطيع أذن الإنسان التقاط الأصوات التي تتراوح مستوى ذبذبتها من (20-20.000) هيرتز أما ذبذبة صوت الإنسان فتتراوح ما بين (100-8000) هيرتز وكلما زادت ذبذبات الصوت كلما أصبح الصوت عالياً أما شدة الصوت تقاس بالديسيبال، يتحرك غشاء الطبلة إلى الأمام وإلى الخلف نتيجة وصول الذبذبات الصوتية إليه، وعندما تتحرك طبلة الأذن الوسطى وعندما يتحرك الركاب يؤدي إلى حدوث تموجات في السائل الموجود في القوقعة وعندما يتحرك سائل القوقعة يؤثر على انحناء الخلايا الشعرية الموجودة في عضو كورتى الذي يقود بدوره التنشيط النهايات العصبية التي ترسل سيالات أو إشارات عصبية عبر العصب السمعي إلى الدماغ الذي بدوره يقوم بمعالجة المعلومات الواردة إليه وتفسيرها والتعامل معها حسب هول (Hole 1993) إن آلية السمع لدى الإنسان يمكن أن تكون من خلال الخطوات التالية:

- تدخل الموجات الصوتية قناة السمع الخارجية.
- تسبب الموجات ذات الضغوط المتغيرة اهتزازات طبلة الأذن.
- تضخم العظيومات الثلاث الموجات الصوتية أو الطاقة الصوتية الميكانيكية المتولدة وتنقلها إلى نهاية الركاب، حركة الركاب عند النافذة البيضاوية تنقل الطاقة الصوتية الميكانيكية إلى السائل اللمفاوي المحيطي في السلم الدهليزي.

- تمر الاهتزازات خلال الغشاء الدهليزي وتدخل السائل للمفاوي الداخلي لقناة القوقعة.
- الذبذبات المختلفة الاهتزازات في السائل للمفاوي الداخلي تثير خلايا مستقبلية مختلفة.
- وجود أيونات الكالسيوم والحوصلات في قاعدة داخلية المستقبلية تحرر الناقل العصبي.
- الناقل العصبي يثير نهايات الأنوية الحسية.
- النبضات السمعية تثير ألياف القوقعة للعصب القوقعي الدهليزي.

القشرة السمعية في الفص الصدغي تغيراً لنبضات الحسية، وهكذا فإن الجهاز السمعي جهاز حساس في قدرته على التقاط الأصوات الناعمة جداً وهو حساس جداً في التقاط التغيرات الصغيرة في الخصائص الصوتية ولها مجالاً ديناميكي واسعاً جداً وعندما نطلب من الجهاز السمعي أن يقوم بالمهام المعقدة من الاستماع إلى النطق فهو يقوم بها وفي ظروف متباينة.

إن تحديد درجة ونوع فقدان السمعي للطفل غاية في الأهمية، الهدف منها إعطاء الطفل المعين السمعي المناسب له مع تزويده بالحصص التدريبية الكافية والمكان التربوي المخصص له وبيان مدى احتياجه للخدمات المساندة، كل ذلك يتم من قبل أخصائي السمعيات بالتعاون مع الأسرة والمدرسة أو المعهد، ويوجد العدد من الطرق والأساليب التي يتم من خلالها القياس السمعي للأطفال.

3- قياس النغمات النقية:

يتم قياس النغمات النقية بالتعرف على العلاقة بين التوصيل الهوائي والتوصيل العظمي ومن ثم تحديد درجة فقدان السمعي للطفل، ويشير التركي (2005) فيما يلي إلى دور كلا منها:

- أ- التوصيل الهوائي: ويتم فيه تحديد متوسط عتبة السمع على ترددات ثلاثة وهي: 500، 1000، 2000 وهذه الترددات تمثل قدرة الأصم أو ضعيف السمع على سماع الكلام وفي العادة يستخدم متوسط النغمات النقية لوصف مقدار فقدان السمعي.

ب- التوصيل العظمي: ويتم فيه تقويم مدى وصول الصوت إلى الأذن عن طريق التوصيل العظمي باستخدام الرأس أو العظم الصدغي الذي يقع خلف الأذن.

وإذا اتفقت نتيجة التوصيل الهوائي فان الإعاقة السمعية تعتبر إعاقة حسية عصبية في الأذن الداخلية كون نتيجة اختبار التوصيل العظمي عادية ونتيجة اختبار التوصيل الهوائي تشير إلى فقدان سمعي فان الإعاقة أو فقدان السمع في الأذن الخارجية أو الوسطى.

4- القياسات السمعية الرسمية والغير الرسمية:

هناك طرق رسمية وأخرى غير رسمية، تعطي الطرق الرسمية قياسات دقيقة، من حيث تحديد عتبة السمع التي تمثل بداية سماع الأصوات عند الطفل أو الأفراد الكبار وتحديد مقدار فقدان السمع لدى الأطفال المعاقين سمعياً أما الطريقة غير الرسمية تعطي قياسات غير دقيقة إلا أنها تساعد الأهل والمختص الأروطفوني من متابعة الطفل وذلك من التحقق من مدى تقدم الطفل وهي غير مكلفة.

تعتمد على سلوك الطفل من حيث قدرة الانتباه وتختلف حسب السن، و حسب حالة الأطفال (الراحة أو التعب، واضطرابات في النوم)

- رغبة الوالدين في التعاون يمكن أن تكون منعدمة من كلا الوالدين أو عند أحدهما.

- موقف الأولياء: القلق، الإفراط في الحماية، الإهمال هذا يؤثر أيضا على سلوك الطفل.

أما بالنسبة للفاحص فإن الصعوبة الرئيسية تكمن في تقدير قيمة الاستجابات الملاحظة لدى الطفل.، حيث تلعب ذاتية المفحوص تجاه الفاحص دورا هاما يمكن أن يكون قبولا للمفحوص من طرف الفاحص ويتم فحصه بطريقة مقبولة و يتعاطف معه أو لا يجد الرغبة في التعامل معه مطلقا حسب مزاجه ونفسيته وفي هذه الحالة تتأثر النتائج وتكون غير موضوعية.

أ- القياسات السمعية الرسمية:

تستعمل القياسات الرسمية أو الموضوعية في تسجيل ردود فعل الطفل اتجاه المثيرات الصوتية و يتم ذلك عندما يكون الطفل نائماً أو تحت تخدير عام و لهذا فهي لا تستدعي سلوكه؛ و تعتبر هذه القياسات جد ضرورية بالنسبة للأطفال الصغار في السن.

ب- **الرسمية:** *طريقة استخدام جهاز قياس السمع "الأديومتر (Audiometer)" وفي هذه الطريقة يحدد أخصائي السمع عتبة القدرة السمعية بوحدات تسمى (Hertz) والتي تمثل عدداً لذبذبات الصوتية في كل وحدة زمنية، وبوحدات أخرى تعبر عن شدة الصوت تسمى (Decible, dB) ويقوم الأخصائي بقياس القدرة السمعية للفرد، بوضع سماعات الأذن على أذني المفحوص وكل أذن على حدا ويعرض على المفحوص أصوات ذات ذبذبات تتراوح من (125-8000) وحدة هيرتز، وذات شدة تتراوح من (من صفر إلى 110) وحدة ديسبل، ومن خلال ذلك يقرر الفاحص مدى التقاط المفحوص للأصوات ذات الذبذبات والشدة المتدرجة.

* طريقة استقبال الكلام وفهمه (Speech-Audiometry) وفي هذه الحالة يعرض الفاحص أمام المفحوص أصوات ذات شدة متدرجة ويطلب من المفحوص التعبير عن مدى سماعه وفهم لأصوات المعروضة عليه (الروسان، 2001).

الفحص الذي يمكن الأولياء من الاتصال بالمختص الأروطفوني ويكون من طبيب أخصائي في أمراض الأنف، الأذن والحنجرة أو طبيب الأعصاب ويسمى القياس السمعي العصبي (PEA) ونفضل دائماً هذا الأخير كونه أكثر دقة حيث وضع الطفل وبعد تنويمه تحت جهاز وترسل له ذبذبات صوتية تصل إلى الجهاز العصبي، فحص جد معمق بحيث يدلي حالة الإذن الداخلية (القوقعة والعصب السمعي) ويعتبر أكثر موضوعية إذا ما قورن بالفحوصات الأخرى التي تدخل فيها الحالة النفسية للطفل (الخوف، القلق، وعدم فهم المطلوب منه).

المضخات الصوتية وهذه المرحلة تسمى مرحلة تقييم المساعدات السمعية حيث تناقش كافة البدائل المرتبطة بالمضخات السمعية وأنواعها، وذلك بهدف اختيار البديل السمعي المناسب الذي يساعد الأفراد الصم على الاستغلال الأمثل للبقايا السمعية، حيث تعمل السماع

الطبية على تضخيم الأصوات لتسمح للشخص سماعها بشكل أوضح كما توفر لهم السماع الطبية سماع الأصوات بشكل جيد وتضمن المدى الطبيعي للمجال الصوتي وتساعد العديد من أفراد الصم من الاستفادة وحضور برامج التعليم العامة، والمشاركة في أنشطة المجتمع.

تشمل السماعات الطبية على:

ميكروفون لالتقاط الأصوات

مضخم لتضخيم الصوت

مستقبل لنقل الصوت المضخم الداخل الأذن.

بطاريات لتزويد الأجزاء الكهربائية بالطاقة.

هناك ثلاثة أنواع من السماعات الطبية

* خلف الأذن

* داخل الأذن الخارجي

* داخل القناة السمعية للأذن.

تتطلب المعينات السمعية الصيانة وشروط النظافة، ومراقبة تعبئتها.

ب - القياسات السمعية غير الرسمية:

تستعمل هذا النوع من القياسات بواسطة أدوات بسيطة وهي سهلة الاستعمال من طرف الوالدين أو من طرف القائمين على مساعدة الطفل الأصم مثل المختص النفسي، الارطوفوني وحتى الطبيب والمربي، تستعمل كأداة أولية عند الشعور أو الشك بان الطفل يعاني من صمم .

يوضح عبد الواحد سنة 2001 طريقة جد بسيطة تتمثل في استخدام ملعقة صغيرة وكوب زجاجي يضرب الكوب الزجاجي بالملقعة سوءا في الداخل أو من الخارج لإخراج صوت وتقريب الصوت الناتج من خلف أذن المفحوص، ونقربه بشكل تدريجي لمعرفة استجابته نحو سماع

الأصوات مع مراعاة الابتعاد تدريجياً ومعرفة الاستجابات المناسبة، وتحديد المسافات وتقدير المستوى السمعي (عبد الواحد، 2001).

*** طريقة الهمس:**

وتستخدم لقياس حدة السمع، وفيها ينطق الأخصائي مجموعة من الأعداد همساً ومن غير ترتيب ويقف الفاحص خلف الطفل أو جانبه لتلقي ترجمة الطفل للأصوات المهموسة عن طريقة قراءة الشفاه.

*** فحص وير:**

يقوم الأخصائي بوضع الشوكة الرنانة على جبهة المفحوص للتحقق من إمكانية سماع الصوت فإذا سمع عن طريق الأذن التي يعاني منها يكون فقدان للسمع عصبي، إما إذا لم تتغير درجة سماع الصوت، فإن التشخيص يدل على أن فقد السمع توصيلي.

*** فحص رينيه:**

ويلجأ إليها الأخصائي للمقارنة بين قياس السمع الهوائي بالقياس العظمي، فإذا كان المفحوص يسمع الذبذبات الصوتية بشكل أفضل عن طريق العظم يكون فقد السمع توصيلي، أما سمع المفحوص الذبذبات بصورة أفضل عن طريق الهواء فهذا مؤشر على سلامة الأذن الوسطى وإن فقد هنا حسي عصبي. (حنفي، 2003).

كما يضيف اللجمي في طريقة اختبار رينيه ما يلي: يعتمد على مقارنة مدة سماع الرنانة بالطريق العظمي BC والطريق الهوائي AC، تفرغ الرنانة بلطف و يوضع قدمها عند النائي الغشائي و عند انتهاء سماع صوتها نقوم بوضع شعبتها مقابل صيوان الأذن. في الأذن الطبيعية يسمع صوت الرنانة مرة ثانية فيقال أن السماع بالطريق الهوائي أطول من السماع بالطريق العظمي و يعود ذلك إلى عمل الأذن الوسطى في تسهيلها لمرور الاهتزازات الصوتية و تعتبر علامة رينيه عندئذ ايجابية، أما إذا لم يسمع صوت الرنانة ثانية عند نقلها من الطريق العظمي إلى الطريق الهوائي أي أن سماع صوتها بالطريق العظمي أطول منه بالطريق الهوائي

يدل ذلك على وجود إصابة بالجهاز الموصل للصوت، مجرى السمع أو الأذن الوسطى و يقال أن علامة رينييه سلبية، في هذا الاختبار تختبر كل أذن على حدة، للتأكد من أن الشوكة الرنانة تهتز بطرقها على الكوع لا تطرقها على أسطح صلبة لأن هذا سوف يصدر نغمات رنين ذات ترددات أعلى بكثير مما يجعل الاختبار بلا فائدة

ضعف قاعدة الشوكة الرنانة على الجنب و اسأل (هل تسمع الصوت) إذا كانت الإجابة نعم ضع الشوكة فوراً عند مدخل قناة الأذن بالضبط

في السمع الطبيعي أو الاختلال الحسي العصبي يكون الصوت أقوى أمام قناة الأذن و يسمى رنين ايجابي أما في اختلال السمع التوصيلي يحدث العكس فيكون الصوت على العظم أقوى و يسمى رنينا سلبيا (الجمي، 2018، ص 8)

* ساعة الجيب:

وتعتمد هذه الطريقة على تلك الدقات التي تصدرها ساعة كبيرة وهي أكبر حجماً من ساعة اليد، وتقرب الساعة من خلف أذن الطفل مع الابتعاد التدريجي عن الأذن لتقدير مستوى سمعه مراعاة الشروط الموضوعية والدقة في القياس. (عبد الواحد، 2001).

*- أجهزة إرسال الذبذبات المعدلة:

يستخدم لمساعدة المعاق سمعياً في الغرف الصفية الخاصة وبرامج الدمج على توفير البيئة الصوتية الضرورية لفهم الكلام.

أ- الدوائر السمعية: وهي عبارة عن أداة تنقل الصوت مباشرة من المصدر إلى أذن المستمع عبر سماعة طبية مصممة خصيصاً لهذا الغرض وقد تنقل الأصوات من خلال أسلاك الوصل أو عبر ترددات موجات المذياع الإذاعية والدوائر السمعية غير مكلفة وسهلة الوضع في غرف الصف

ب- أدوات الاتصال عن بعد:

أجهزة الاتصال عن بعد هي أجهزة مساعدة تحسن من تواصل ومهارات الاستماع للتلفاز مثل: العناوين، أجهزة الإنذار، تهدف هذه الأجهزة إلى توعية الصم بالأحداث المهمة في بيئاتهم من خلال استخدام حاسة البصر أو اللمس فوضوية الإنذار والاهتزازات تكون بمثابة إشارات التحذير من خطر الحريق مثلاً.

كذلك الزرع القوعي الذي يعتبر تقنية جد مهمة لدى الصم.

إن الفحوصات المجرية على الطفل، لا بد من التحقق منها من طرف المختص الأروطونى لأنه يقضى وقتاً طويلاً مع الطفل وبالتالي يستطيع ملاحظته في كل الأوقات وفي مختلف الوضعيات، مع كتابة تقارير دورية إلى الطبيب المختص حول وضعية الطفل ومدى استفادته من المعينات السمعية.

5- الاختبارات التربوية لقياس المهارات اللغوية للمعاقين سمعياً:

* مقياس ويمان للتمييز السمعي: ظهر هذا المقياس من قبل جوزيف ويب مان عام 1958 وطور عام 1978 ويهدف إلى تقييم المفحوص على البعد السمعي وخاصة في الأصوات المتجانسة ويصلح للفئات العمرية من (5-8) سنوات ويتألف من 40 زوجاً من الكلمات منها 30 زوجاً تختلف في واحدة من الأصوات المتجانسة، في حين لا تختلف 10 الباقية في أي صوت، وتتوفر في المقياس صورتان متكافئتان ويستغرق تطبيقه (10-15 دقيقة).

-يطبق من طرف المختص الارطوفونى أو معلم مختص في التربية الخاصة.

- يعتبر من المقاييس المقننة الفردية.

وصف المقياس: يتكون من 10 أزواج لا تختلف في واحدة من الأصوات المتجانسة بل وضعت للتمويه أمام المفحوص، وتختلف الأزواج من المفردات أما في أولها وعددها 13 زوج، أو وسطها وعددها 4 أزواج، أو آخرها وعددها 13 زوجاً.

تتوفر في المقياس صورتان متكافئتان مثال على ذلك:

موز - جوز	باص - باص	زيت - بيت
خروف - خروف	جامع - حامد	
شهرة - شجرة	رائد - قائد	
ثوب - ثور	بابا - بابا	

وقد تم تطوير هذا المقياس في البيئة الأردنية من قبل درديان 1993 وتتكون صورته النهائية من 30 زوجاً من المفردات المختلفة و 10 أزواج من المفردات المتشابهة وقد توصلت الدراسة إلى دلالات صدق وثبات مقبولة في البيئة الأردنية، فقد تم التوصل إلى صدق المحتوى وحسب معامل الثبات للمقياس بطريقة الإعادة على عينة مؤلفة من 45 مفحوصاً وبفاصل زمني قدره 7 أيام وقد بلغ معامل الثبات للمقياس 0.99.

* مقياس جولدمان فرستو ودكوك للتمييز السمعي:

ظهر هذا المقياس عام 1970 من قبل مؤلفيه جولد مان وفرستو ودكوك ويهدف هذا المقياس إلى قياس وتشخيص القدرة على التمييز السمعي للأفراد في الفئات العمرية من (4-70) سنة ويستغرق تطبيقه حوالي (20-25) دقيقة أما تصحيحه فيستغرق من 10 إلى 15 دقيقة ويتكون من 61 لوحة مصورة وأشرطة مسجلة ويطلب من المفحوص أن يشير إلى الصورة التي يسمع لفظها على شريط التسجيل وفق عدد من الإجراءات والتعليمات الخاصة بتطبيق المقياس.

*** مقياس لندامود للتمييز السمعي:**

ظهر هذا المقياس من قبل لندامود عام 1971، ويهدف هذا المقياس إلى تشخيص القدرة على التمييز السمعي وتحديد عدد وتسلسل الأصوات المسموعة في الفئات العمرية من سن ما قبل سنة وحتى سن الكبار، وهو من المقاييس المقننة ويطبق بطريقة فردية ويستغرق تطبيقه حوالي 10-15 دقيقة وكذلك تصحيحه.

إن الاختبارات التربوية المستخدمة في قياس المهارات اللغوية للمعاقين سمعياً، مقياس النمو اللغوي لقياس المهارات اللغوية للأطفال المعاقين سمعياً من الرضاعة وحتى خمس سنوات. (النصيري، 2004، ص 8-10).

الفصل الرابع

التكفل المبكر

رابعاً: التكفل المبكر

- 1- تعريف التكفل المبكر.
- 2- أهمية التكفل المبكر للأطفال المعاقين سمعياً.
- 3- أهداف التكفل المبكر.
- 4- خدمات التكفل المبكر لآباء الأطفال المعاقين سمعياً.
- 5- دور الأسرة في نجاح برنامج التكفل المبكر.
- 6- خصائص نجاح برنامج التدخل المبكر لذوي الإعاقة السمعية.

تمهيد:

يوفر التكفل المبكر الحقل الخصب لكل عمليات التدخل لمساعدة الشخص المصاب في جميع المجالات الطبية، النفسية والبيداغوجية، كما يساعد التكفل المبكر على إيجاد حلول مرنة تمكن الشخص من الخروج من مشكلته قبل أن تتعقد وتأخذ وقتا كبيرا في حلها دون ضمان نتائج ايجابية مرجوة.

يلعب التكفل المبكر دورا جديا هاما في اكتساب اللغة عند الطفل المعاق سمعيا، حيث يمتاز الجهاز العصبي للرضيع أو لدى طفل ثلاثة سنوات بالمرونة العصبية التي تسهل لديه الاستيعاب وتنمي قدراته المعرفية (الذاكرة، الانتباه، التفكير، واللغة).

1- تعريف التكفل المبكر:

* يعرف (هاردو، هيقوودرو، 1966) التكفل المبكر هو تقديم خدمات متنوعة طبية، اجتماعية وتربوية ونفسية لأطفال دون السادسة من أعمارهم الذين يعانون من إعاقة أو تأخر نمائي أو الذين لديهم قابلية للتأخر أو الإعاقة.

* حسب (الخطيب، 1998) أن من بين ما ينبغي للتكفل المبكر هو إعطاء برنامج يمكن الطفل من النمو الاجتماعي والعقلي واللغوي بالاستعانة أساسا بالتواصل البصري والتفاعل الاجتماعي مع آبائهم وأفراد أسرهم ومع غيرهم من أطفال الصم، ومع راشدين الصم كذلك والحصول على اختبارات وتدريبات سمعية ملائمة. (الخطيب، 1998، ص 165).

التكفل المبكر هو الرعاية النفسية العاطفية جد كافية والتربوية وكذا الطبية التي يوليها الآباء لأبنائهم بصفة عامة ولطفلم الذي يعاني من إعاقة بصفة عامة ومن بينها الإعاقة السمعية، وذلك منذ الولادة حتى سن سبع سنوات وبعدها يواصلون دريهم بالمرافقة.

2- أهمية التكفل المبكر لأطفال المعاقون سمعياً:

للتدخل المبكر ميزات كثيرة تمكن الطفل ضعيف السمع أو الأصم من اكتساب اللغة الشفوية وكذا تنمي قدراته العقلية وتمكنه من الإدماج مع أقرانه السامعين في جميع المجالات المدرسية، الرياضية وغيرها من المجالات التي تفتح له آفاقاً مستقبلية بعيدة عن الإحباط والخوف وكذا العدوانية ومن بين هذه الميزات نذكر الآتي:

* يوفر التدخل المبكر الطفل الأصم بصفة خاصة والطفل المعاق بصفة عامة ربح الوقت في اكتساب الاستقلالية والمبادئ الأولية لاكتساب اللغة، وذلك من خلال الأنشطة والألعاب اللازمة للتفاعل

* مرونة في اكتساب المعارف وربط علاقات عاطفية مع أقرانه السامعين.

* مساعدة الأولياء على تقبل إعاقة طفلهم وإدماجهم في برنامج الكفالة حتى يتعلموا طريقة المعاملة الصحيحة مع طفلهم

* تساعد الكفالة المبكرة الطفل على تنمية جميع جوانب النمو عندهم جملة واحدة وتتمثل هذه الجوانب في النمو الحسي الحركي، النفسي والعاطفي وهنا يتدخل فريق الاختصاص.

* يتحقق له الدمج المدرسي والاجتماعي لاحقاً.

* تخفيف عبء المصاريف على الأولياء من حيث تكاليف التغذية، الحفاظات وكذا النفقات للبرامج الخاصة.

* إمكانية استغلال قدرات الطفل العصبية، النفسية والعاطفية وذلك من خلال تطبيق برامج خاصة تضمن استثارة كل حواسه مما يجعله قادراً على الاستغلال الكلي لإمكاناته الفكرية والمعرفية

* يكسب التكفل المبكر الأسس الأولية لبناء اللغة المنطوقة ثم المكتوبة مما يساعد الطفل على الإدماج المدرسي والاجتماعي ثم المهني.

* توجيه أولياء أطفال الصم في تربية أبنائهم بطريقة صحيحة وسليمة مع إبراز نقاط الضعف والقوة التي يمتلكها أطفالهم حتى تتكون لديهم الشجاعة الكافية لتقبل أطفالهم، وتكون لديهم الرغبة في المشاركة في الكفالة وكذا المساهمة في بناء برامج خاصة.

3- أهداف التكفل المبكر:

تقدم خدمات التدخل المبكر للأطفال المصابين بالصمم وأسرهم مجموعة من الإجراءات الهادفة التي تعمل على الحد من الآثار السلبية للإعاقة كالأتي:

1- إثراء البقايا السمعية، وتكثيف حصص التربية السمعية باستراتيجيات محفزة للطفل تمكنه من التواصل مع الطفل السامع عن طريق نشاطات لعب مع أترابه كي يتحصل على استثارة حسية كاملة ومتنوعة. مما يمكن الطفل من بلوغ أقصى مستويات التحصيل خلال مرحلة الطفولة الأولى.

2- برمجة حصص لأولياء حتى يتمكنوا من تكثيف العمل في البيت وخارج المنزل مع تكاتف جهود الوالدين.

3- تحسيس الأولياء بأهمية الكفالة المبكرة والخدمات النوعية التي تقدمها للطفل ولأسرته.

4- إعطاء مبادئ أولية لتوضيح محتوى البرنامج وأهميته كي تولد الهمة عند الاولياء في تطبيق النشاطات المقترحة وهم على قناعة بأهمية فحوى البرنامج وما يمكن أن يساعد في تنمية المهارات اللغوية، المعرفية وكذا الاجتماعية للطفل الأصم.

5- التأكيد على الصرامة في استعمال المعينات السمعية والعناية بها، ومراقبة بطاريات الشحن وكذا نظافتها، كي تتم تنمية البقايا السمعية مما يمكنه اكتساب اللغة المنطوقة منذ الطفولة المبكرة ويتمكن من استعمالها في يومياته وكذا أثناء اللعب مع أترابه.

6- إجبار الأولياء على التواصل المستمر مع الطفل الأصم وذلك بمختلف طرق الإشارة، وكذا اللغة المنطوقة مصحوبة بالإشارة مع إجبار الطفل على استعمال الصوت المسموع لتفادي تعوده على الصوت المهموس لاحقا بعد ما يكتسب اللغة المنطوقة أثناء الكفالة الأرففونية .

7- إدماج الأولياء في العمل مع أبنائهم وذلك بتخصيص حصة كل أسبوع للأولياء يتم فيها توجيههم وكذا الإجابة عن أسئلتهم كي لا يبقوا في حيرة من أمرهم وإبراز دورهم الهام في التدخل لمساعدة أطفالهم، وتعتبر هذه الطريقة جد هامة في تنمية العلاقة العاطفية بين الطفل المعاق وأسرته وهي المثلى في تقبل الأولياء لإعاقة طفلهم، وملاحظة تطور ابنهم باستمرار.

8- الكفالة المبكرة تنمي النمو الحسي الحركي من خلال تمارين التربية النفسية الحركية كما تمكنه من الشعور بذاته ويضع لنفسه مرجع يستدخل من خلاله المفاهيم الفضائية الزمنية التي تعتبر القاعدة الأساسية في اكتساب اللغة المنطوقة والمكتوبة.

9- إن التمارين النفسية الحركية في سن مبكرة تزيل مشاكل مثل الزفير والشهيق، تصحيح عملية المضغ تكون بدون إصدار صوت مزعج التي ممكن أن تثبت عند الطفل وتخلق عنده تخلف في النمو وتعالج بطريقة جد معقدة في الكبر.

10- في سن مبكرة ومن خلال التمارين النفسية الحركية يتمكن الطفل من استدخال مفاهيم جد معقدة وفهم الأوامر مع تنفيذها على شكل لعب مثل (فوق، تحت، أمام، أصعد، أنزل، توقف) كل هذه المفاهيم تساعد على بناء اللغة.

11- في سن الطفولة و خلال الكفالة المبكرة تنمي عند الطفل التربية السمعية بحيث يتعرف على الشدة، المدة، الإيقاع يقوم بأدائها باستعمال وسائل تصدر أصوات مثل (المزمار، طبل، أصوات الحيوانات...).

لا يستطيع الطفل استدخال أي حركة هادفة إلا إذا قام بأدائها في وسط مجموعة على شكل لعب حيث غالبا يجد الطفل وضعية أو معنى لشيء يمسه وباقي الأطفال يقلدونه، تقول جاكلين ناديل "أن التقليد خلال ثلاث سنوات الأولى يعتبر وسيلة حوار بين الأطفال في نفس السن".

12- مساعدة الطفل بقدر الإمكان على التكيف مع البيئة.

13 التقليل من فرص الفشل عند الالتحاق بالمدرسة أو المراكز الخاصة.

إدماج الطفل الأصم في الروضة مجهزا بمعينات سمعية أو حامل للقوقعة السمعية الالكترونية داخل الروضة مع أقرانه السامعين وسهر المربيات على إجباره على اللعب معهم، تنمي لديه طرق التواصل وتعديل من سلوكه كما تعتبر فرصة للطفل العادي على تقبل الشخص الآخر أي الطفل الأصم والتعامل معه، مما يحمي الأصم من النعوت لاحقا عند إدماجه في المدرسة العادية، ويتمكن من الإدماج الكلي داخل المجتمع.

4- خدمات التكفل المبكر لآباء الأطفال المعوقين سمعياً:

إن أولياء أطفال الصم في حاجة ماسة إلى المساعدة النفسية وخاصة عند تلقي خبر التشخيص بأن طفلهم لا يسمع وبالتالي لا يتكلم ولا يتمدرس، كل هذه الأفكار تتبادر إلى أذهانهم اثر إعلامهم بالإعاقة. يعتبر الأمر لديهم صدمة نفسية قاهرة، فهم بحاجة إلى فريق طبي، نفسي أرطوفوني وبيداغوجي يقلل من ضغطهم النفسي.

لان مثل هذه الأمور قد تؤدي إلى انفصال الزوجين غالباً حين يلقي الزوج اللوم على زوجته بأنها غير قادرة على إنجاب أطفال عاديين، وأحياناً الوضع المادي المتدني للأسرة يزيد من مأساتها وشعورها بالذنب اتجاه طفلها بأنها غير قادرة على تقديم له أدنى الشروط للتكفل به، كل هذه الأمور تطلب مساعدة نفسية حتى تتمكن الأسرة من التعايش مع طفلها الأصم وإيضاح الأمور حول مستقبله الذي يعتبر مجهول بالنسبة لها.

-يساعد التكفل النفسي الأسرة على اتخاذ قرارات في تحدي هذه الإعاقة مع ضمان من طرف المختصين في هذا المجال لتقديم المساعدة والطرق المختلف للكفالة وتكوين الآباء في هذا المجال، مع تبسيط الأمور لهم وإعطائهم حقائق ووعود صادقة.

تبسيط أمر الإعاقة للآباء مع إعطائهم نماذج قد تم التكفل بها وتم إدماجها في المدرسة مع اكتساب اللغة ومعارف تمكنهم من تحقيق ذواتهم داخل الصف، يشجع الأولياء على الأخذ بأيدي

أطفالهم والدخول في عالم الإعاقة مع استعمال وسائل بسيطة في توضيح مرونة الجهاز العصبي والاستفادة منها في تنمية قدرات الطفل الجسمية، والنفسية، الاهتمام بمرحلة المناغاة وتنميتها واستغلال البقايا السمعية مبكرا مما يساعد الطفل على تنمية لغته المنطوقة وكذا طرق التواصل.

تحسيس الأولياء بأهمية الوقت في حياة الطفل المعوق سمعيا، وأن أي دقيقة عمل معه تعتبر إضافة إلى مكتسباته و مساعدته والبدء في الكفالة وتوضيح الأمور الغامضة خلال العمل معه، وإعطائهم توضيحات تدرجيا تساعد الطفل على التفاعل مع أسرته مما يرفع من معنويات الأسرة وتتشجعها على العمل مع ربح الوقت.

- الآباء بحاجة إلى الدعم النفسي والمعنوي مع ضمان لهم دورات تدريبية من طرف المختص النفسي وعقد لقاء الأولياء الذين لديهم أطفال يعانون من إعاقات مختلفة كي يطمئن بعضهم البعض ويستفيدون من تجارب بعضهم.

- يوضح المختصون بأن الإعاقة وضعية نسعى للتخفيف منها والعمل على إدماج صاحبها، ولكن ليس لدينا القدرة على إلغائها أو شفائها كليتا، كما يطلب من الأولياء تتدخل كل أفراد الأسرة وتتوسع إلى الأسرة الكبيرة (الجد والجددة، العم، الخال..) كل حسب مجهوده حتى لا يكون العبء على الوالدين فقط.

- إن وجود طفل يعاني من فقدان السمع في أي أسرة مشكلة تغير الجو الأسري وذلك كون الإعاقة تمس الجانب النرجسي للام التي تعتبر العضو المهم داخل الأسرة والتي تمد كل أفرادها بالطمأنينة والسعادة وأمر الإعاقة بالنسبة لها يشكل توترا في نفسياتها وتديرها لشؤون بيتها، فهي بحاجة إلى دعم نفسي يجدد قوتها وطاقتها لكي تستمر الحياة في جو يسوده الاطمئنان.

- الآباء بحاجة إلى طاقة ايجابية وإلى امل ينير لهم الطريق، وذلك بإبراز نقاط القوة التي يتمتع بها طفلهم والدور الإيجابي الذي يقدمه الطفل الأصم لأسرته، كي يتطور عندهم الفضول لاكتشاف مواطن القوة عندهم ويولوه الاهتمام والرعاية وبالتالي تتم استثارته يوميا.

-يسهر فريق تعدد الاختصاص على احترام الطفل الأصم وأسرته، مع الإنصات الجيد لاستفسارات الأولياء حول الأسئلة المستمرة دون الاستهزاء ببساطة السؤال أو تكراره لأنهم لم يستوعبوا الإجابة.

- توفير المساعدة و توجيه الأولياء إلى الأطباء المختصين أو طريقة استعمال المعينات السمعية، استعارتهم كتب تمدهم بالمزيد من المعلومات حول إعاقة طفلهم.

لا نستعمل كلمات طبية أو تقنية يصعب فهمها من طرف الأولياء بل استعمال لغة بسيطة يفهمها العامة.

-تخفيف العبء على الأولياء وذلك بدمج الطفل في دور الحضانة ورياض الأطفال حتى نعطي فرصة للام أن تهتم بأفراد الأسرة الآخرين كي لايشعروا بإهمال وتدبر شؤون بيتها.

-دعم ومشاركة الأسرة في كل ما هو جديد يخص الإعاقة، وربطها بجمعيات تخفف عليها المعاناة، وتقاسمها ألامها النفسية،مساعدتها على استغلال الروابط الالكترونية الخاصة بالإعاقة السمعية مما يمكنها من فتح نافذة على التطورات التكنولوجية الحديثة المساعدة في تنمية قدرات الطفل الأصم.

1.4- معاش الوالدين للإعاقة السمعية :

قد لا تؤثر الإعاقة السمعية على المصاب بها فقط ، بل حتى على المحيطين به من أفراد و لعل أقربهم الوالدين ، فالإعاقة تؤثر بالدرجة الأولى على نمو الطفل، وبالدرجة الثانية على استجابة ومعاش والديه، فنجد القلق من المظاهر الأولى التي تظهر وتسيطر عليهم بمجرد تشخيص حالة الصمم. وعادة ما يزداد هذا القلق بتقدم عمر طفلهم المعاق سمعيا، وذلك بشأن مستقبله الدراسي والعلمي، إضافة إلى فقدان وسيلة التبادل اللفظي مما يجعل عملية التواصل محدودة فيما بينهم. فميلاد طفل أصم يؤثر بشكل كبير على الحياة الأسرية وخاصة على

الأبوين فيخلق بعض التوتر والخوف والقلق خاصة لدى الأم، وهذا ما سيؤدي بهما إلى معاشة صراعات نفسية ومشاكل اجتماعية تكون استجاباتهم لها على النحو التالي:

أ- الرفض:

"يرفض الوالدان تقبل الإعاقة، فهي بمثابة الصدمة الكبيرة التي تنصب عليهم بغد الحلم الذي تحول إلى عبء يصعب تحمله، فينظر إلى الطفل المعاق على أنه عالة. ونتيجة لهذه الصدمة ينتاب الوالدان الشعور بالقلق مما سيؤثر على التوازن النفسي للطفل

(BUSQUET ,1978 , P180)

ب- الإحساس بالذنب :

يكون الإحساس بالدرجة الأولى عند الأم، حيث تعتبر نفسها السبب الرئيسي في إصابة ابنها، ولكي تخفف من إحساسها بالذنب تقوم بتركيز طاقتها واهتمامها بالعناية بطفلها المعاق فيبذل الوالدان كل جهودهم لتلبية حاجيات طفلهم، ويبالغون في ذلك إلى درجة القضاء على روح المبادرة عند الطفل وجعله يعتمد اعتمادا كلياً على أوليائه. "

ت- القبول وتقبل الإعاقة:

يحاول الأولياء تكوين علاقة طبيعية رغم الصدمة التي أصابتهم، فتلك الإرادة التي يظهرونها تخفف من حدة الشعور بالنقص عند الطفل المعاق سمعياً، لأنهم يتعاملون معه كأبي طفل

سالم

سمعياً حيث نجد الأولياء في بحث مستمر عن الطرق المثلى لتربية طفلهم وتشجيعه على

التعلم والاندماج في الوسط العادي." (Ibid,1978,p180)

و لكل من هذه الاستجابات الوالدية للإعاقة تأثير مباشر على المعاش النفسي والاجتماعي للطفل وعلى تربيته ومستقبله، وذلك باختلاف درجة تقبل الوالدين للإعاقة أو رفضهم

وتتضمن استجابات الأولياء نحو الإعاقة والطفل المعوق مجموعة من الديناميكيات والاتجاهات تؤدي دوراً مؤثراً في نمو شخصية الابن المعوق وتطورها وهي كالاتي :

ج- اتجاه الحماية الزائدة:

"وهو كالتسلط يسلب رغبة الابن في التحرر والاستقلال حيث لا تتاح للابن فرصة القيام بواجباته وما يخصه مما يؤثر على خبرته بالسلب وتخلق منه شخصاً قلقاً غير قادر على تحمل

المسؤولية. (عبده، 2001، ص67)

اتجاه الإهمال والنبذ:

"وقد يكون هذا الإهمال صريحا أو غير صريح وهذا يبني في روح الابن روح العدوان و زيادة الحساسية والإفراط بالشعور بالذنب وعدم الانتماء للأسرة." (كمال ، 2001 ، ص 67)

• اتجاه التدليل:

"والذي يظهر في التراخي والتهاون في معاملة الابن وعدم توجيهه لتحمل أي مسؤولية مناسبة، ويظهر التدليل أيضا في اهتمام الأسرة بإشباع احتياجات الابن في الوقت الذي تريده مهما كانت غير مشروعة، ومن ثم يتعود على الأخذ دون العطاء ولا يستطيع الشعور بالمسؤولية، ويتعرض سريعا للاضطراب عندما يواجه أي موقف عارض."

• اتجاه التذنب:

"وهو التآرجح بين الثواب والعقاب، واللين والقسوة مما يجعل الطفل في حيرة، دائم القلق فتخلق شخصية غير مستقرة."

• اتجاه التفرقة

"ويترتب عليه شخصية تتسم بالحد ملينة بالغيرة، والذي يحظى بالاهتمام تتكون لديه اتجاهات أنانية ولا يهتم بالآخرين." (كمال، 2001، ص 67)

كل هذه الاتجاهات والاستجابات الأسرية والتي تدعم التنشئة الاجتماعية ، قد تؤثر سلبا على شخصية الطفل المعاق وعلى علاقاته الاجتماعية وعلى تفاعله مع المجتمع مستقبلا ، لذا من المفروض أن يعنى بالطفل المعاق في وسطه الأسري المناسب، لأنه كغيره من الأطفال ، فهو كل متكامل، تتفاعل عناصر شخصيته البيولوجية والعقلية والنفسية والاجتماعية مع كل المثيرات الداخلية والخارجية، و تكون بالتالي شخص الطفل المعوق والمستقل بذاته كغيره من أفراد المجتمع .

وقد كشفت بعض الدراسات الميدانية على أن " اتجاهات الأسرة نحو ابنها المعوق تتمثل في عدة مراحل تبدأ بالصدمة عند الولادة وعند العلم بإعاقة الابن والمرحلة الثانية الإنكار، ويظهر في رفض أسرة إعاقة طفلها والتشكيك في رأي المتخصص وثالثا الغضب حين يتأكد لها بأن الابن يعاني من إعاقة ما، والمرحلة الرابعة الشعور بالذنب والحزن إزاء إعاقة طفلها لاعتقادها أنها السبب في الإعاقة."

فمن الملاحظ أن الوسط الاجتماعي الذي يعيش فيه الطفل المعاق قد يؤثر سلبا عليه وعلى جوانب نموه خاصة النفسية منها والاجتماعية والتواصلية، لكن قد تؤثر الجماعة أو الأسرة أو المجتمع إيجابيا خاصة فيما يتعلق بتقبل لمعاق لذاته ولإعاقته ولإعطائه فرصا سانحة لإثبات كيانه ووجوده في أسرته وفي مجتمعه وتكوين علاقات اجتماعية طبيعية مع الآخرين ، وتوفير

الفرص والمهارات الاجتماعية والتواصلية التي تحقق له النمو السليم، وتشبع حاجته للتعلم وللانتماء والاندماج في المجتمع. (كمال، 2001، ص 66)

5- دور الأسرة في نجاح برنامج التكفل المبكر:

حسب (فاند بارق وآخرون، 1972)، أن درجة فقدان السمع مهما كانت حدثها فإنها لا تؤثر في عملية الإدماج المدرسي بقدر ما يؤثر تأخر التكفل المبكر، الذي يعتبر القاعدة الأساسية في إعطاء حظ أوفر يمكن الطفل الأصم من اكتساب مستوى نمو معرفي ولغوي كاف للتعامل داخل فوج من الأطفال السامعين من نفس السن. (فاند بارق وآخرون 1972، ص 235). مثل هذا الرأي يدعم الأولياء ويزيد في تفاؤلهم مما يخلق لديهم إرادة تمكنهم من العمل والتعامل مع طفلهم، إعطاء الأمل لأولياء الطفل الأصم يزيدهم عزيمة وإصرار لكي يساعدوا أطفالهم، مثل هذه القوة الداخلية تولد قبول الأولياء لطفلهم الأصم، كما تجعلهم يبتكرون النشاطات، ويضحون بكل يشغلهم عن التكفل بطفلهم، وعليه فان رأي فاند بارق وزملائه سنة 1972 يعتبر محفزاً لأولياء أطفال الصم ويجدد من عزيمتهم، كما قام الباحثون بتجارب ميدانية في الولايات المتحدة الأمريكية بالتكفل المبكر

للأطفال الصم (في سن قبل سنتين) لمدة ثلاث سنوات وذلك لمعرفة مدى فائدة التكفل المبكر، توصلت المجموعة إلى أن مستوى اللغة عند هؤلاء الأطفال يعادل مستوى أطفال السامعين من نفس السن، فتوصلوا إلى إدماج (18) ثمانية عشر طفلاً من المجموعة التجريبية داخل مدرسة عادية في سن التمدرس.

هناك تجارب عديدة ومتنوعة في سنوات السبعينات حول التكفل المبكر وأهميته حيث تضيف مجموعة من الباحثين مثل (هورتن، كاستل، وارشول، نوكوث وآخرون، 1974) سر نجاح عملية التكفل المبكر تكمن في استغلال البقايا السمعية بواسطة المعينات السمعية وتنمية التربية السمعية وكذلك تدخل الأولياء في إثراء الوسط اللغوي لدى الطفل كما أنهم يشيرون إلى خطورة الاستعمال غير الجيد للمعينات السمعية، على الأولياء أن يثيروا بطريقة طبيعية اللذة الفمية السمعية عند الرضيع لأن هذه الأخيرة هي نفسها عند الطفل السامع. إن لم تجد استثارة فإنها تزول يوماً بعد يوم حتى تختفي. (Coll, 1978, p255).

حسب (بيكمان، 2001) تعتمد الخدمات الفعالة في التكفل المبكر على تطور علاقات عمل ايجابية مع الأسر، إن هذه العلاقة الإيجابية تعتبر ضرورية من أجل تحقيق نتائج فعالة لكل من الطفل والأسرة معاً، وقد عبر في نموذجه عن ذلك وقدم برهاناً على أنها شرط مسبق للمساعدة الفعالة، ويظهر تأثير دور الأسرة في البرامج الخاصة بالتكفل المبكر فيما يلي:

1- لا يؤخذ في الاعتبار أي برنامج تدخلي للطفل المعاق إلا مع وجود تأثير فعال من قبل الوالدين في المشاركة في النمو والارتقاء بقدراته، واستعداداته، وشخصيته وجميع جوانب النمو المتداخلة، فتدخلهم بفاعلية أمر هام وحيوي. إن المرونة والتفرد الذين يتصف بهما تدخل الآباء أمران بالغ الأهمية.

1°- قد يكون لاشتراك الآباء وتدخلهم تأثير إيجابي أيضاً في تعاملهم مع أطفالهم العاديين.

2°- هناك عدة مستويات للمشاركة من قبل الآباء، وعلى أساسها يطور الممارسون ومقدمو الرعاية برامجهم، بما يمكن من الانتقال من مستوى إلى آخر، أكثر تقدماً في التكفل.

ويؤكد (لافون، 1985) أن دور المشاركة والتعاون الفعال للآباء من حالة القلق التي يعيشونها أثر تنبئهم بالإعاقة، هنا يتمكن الأولياء من تقديم المساعدة لطفلهم مهما كان المستوى الثقافي والاقتصادي ضعيفاً إلا أن الجانب العاطفي يلعب دوراً فعالاً بحيث يدفع الأولياء إلى الابتكار كما يجعل الطفل حقلاً ثرياً بالعطاء يمكن الأولياء من إيجاد حلول أمام مشاكل مستعصية للطفل.

- العلاقة التبادلية بين الأولياء والأبناء والتي تتأثر بأنماط شخصية تفاعلية، تساعد الآباء على تعديل أساليب التنشئة والرعاية الصحية.

- العلاقة التشاركية الإيجابية بين الآباء والأبناء والمختصين تساعد في زيادة وتطوير تفهمهم لحاجات أبنائهم المعاقين وزيادة تقبلهم لهم وهذا يعود بفوائد على جميع الأطراف.

توفر ايجابية العلاقة بين الآباء والمختصين المرونة في تعلم الطرق والاستراتيجيات الأكثر ملائمة في تلبية حاجات أبنائهم خاصة فيما يتعلق بأنماط التنشئة الوالدية الفعالة، مما يحسن أداؤهم، ويسهل تعديل سلوكياتهم ومنها تصبح الفوائد المحتملة لمشاركة الوالدين في برامج التكفل المبكر متعددة الأبعاد، فبالنسبة للطفل تزيد في فرص نموه وتعلمه إمكانيات تعديل سلوكه، كما

توفر فرص تعميم الاستجابة وبذلك تصبح الخدمات المقدمة للطفل أكثر شمولية وعمقا وقدرة في الارتقاء والنمو بالنسبة له، كما يرى الوهيب سنة 2008 أن خدمة الأسر في منازلهم هو عمل تقوم به العديد من المجموعات المتخصصة خصوصا الممرضين وأخصائي الخدمة الاجتماعية والمعلمين وأصبحت الآن العديد من برامج الزيارات المنزلية متوفرة و تقدم خدمات للأطفال ذوي الإعاقة، حيث تركز برامج الزيارات المنزلية على تقديم دعم للآباء أو تعليمهم بعض المهارات. (الوهيب، 2008، ص 30).

التكفل المبكر

6- خصائص نجاح برنامج التدخل المبكر لذوي الإعاقة السمعية:

حسب رأي العديد من الباحثين والمهتمين بالصمم فإن نجاح أي برنامج تدخل مبكر يعتمد على عدة خصائص وكفاءات لا بد من توفرها ليكون برنامج نموذجي يقدم من خلاله خدمات مبكرة لذوي الإعاقة السمعية آخذين بالحسبان الخصائص الفردية لكل طفل أصم مع تحديد مواطن القوة والضعف لديه، كما أننا مجبرين على إتباع البرامج التعليمية للأطفال العاديين من خلال التدخل المبكر والاستراتيجيات التعليمية التي استوعبها الطفل مبكرا والتفاعلات الشخصية مع محتوى البرنامج وكذا مختلف المختصين، مما يزيد في تنمية قدراته العقلية والتعليمية ويرفع من درجة تكيفه في وسط مجتمع العاديين.

كي تتحقق عملية التدخل المبكر يجب أن نتحقق من العناصر التالية تجاه الأسرة والرضيع الأصم:

- تقييم الظروف الأسرية ومدى استجاباتها لعملية التكفل المبكر وما يمكن أن توفره من فرص متنوعة لنمو رضيعها
- التعرف على مدى قبول الأسرة لإعاقة الطفل ودرجة التفاعل الايجابي معه، أو مدى رفضه لها وعدم القدرة على تقديم الدعم النفسي والمادي له من أدوية، إطعام ولعب.

- قدرة الأسرة الاقتصادية وما يمكن أن توفره من تكاليف مادية للتكفل به.
- مستوى الأسرة التعليمي والثقافي الذي يمكنها من مواجهة الضغوطات النفسية التي تعيشها تجاه إعاقة طفلها وقدرتها على التحدي.

كل هذه العناصر تدرس وتحلل من طرف فريق متعدد التخصصات كي تتمكن من تقديم الدعم الجيد والكافي لأسرة الطفل الأصم، كما يقوم الفريق متعدد التخصصات بالتدخل الآتي حسب الوهيب سنة 2008

1- تقييم التطور للأطفال من المواليد الصغار وإعداد خطة الخدمات الأسرية والفردية والتي تشمل على الاحتياجات الاجتماعية والنفسية والصحية والاحتياجات التعليمية للأطفال وأسرهم.

التكفل المبكر

- 2- تطبيق استراتيجيات التدخل المرتكزة على الأسرة والتي تؤكد على الدور الفعال الذي تلعبه في تطوير طفلها باستعمال استراتيجيات الاستثارة التي تشمل على التوصيات ووقت الحاجة.
- 3- تطور مناهج وخطة تعليمية فعالة تتضمن التقنيات الملائمة والاستراتيجيات، المصادر، الأدوات، المواد، التجهيزات، والوسائل للأطفال.
- 4- إدارة البرامج وتطوير المهارات لمقدمي الخدمات الإشرافية في التدخل المبكر والطفولة المبكرة في التربية
- 5- تدافع لتوفير خدمات عالية الجودة لكل الأطفال ذوي فقدان السمع وأسرهم منتظمة البرامج في البيئة الأقل تقيدا. (الوهيب، 2008، ص 65).

إن نجاح برنامج التدخل المبكر لذوي الإعاقة السمعية يعتمد على فريق متعدد التخصصات من طبيب في الأذن، الأنف والحنجرة والذي يضمن دورات منتظمة في فحص الطفل حتى يضمن له الوقاية من الأمراض الفيروسية والموسمية التي قد تزيد من درجة الصمم بحكم ارتفاع درجة الحرارة التي قد تتسبب في التهاب الأذن الداخلية أو التهاب السحايا مما يزيد في إعاقة الطفل،

مختص في علم النفس العيادي، مختص في علم النفس التربوي وكذا أرتوفوني مدعين ببرامج ثرية بنشاطات تنمي الإدراك السمعي والبصري والقدرات العقلية لدى الرضيع والوليد بتوفير ألعاب هادفة وأخرى حرة للاستفادة من المرونة الذهنية لدية واستنارتها إلى درجة كبيرة، مكثفة ومستمرة وذلك بتأطير الأولياء لتعزيز مكتسبات الطفل وذلك من خلال دورات تدريبية مكثفة للأولياء يعتمد فيها على تكوين الأولياء لأنهم يعتبرون العمود الفقري أثناء عملية التدخل المبكر والتي تتطلب العمل المستمر ليلا نهار وفي كل وضعيات الطفل للعمل على اكتساب الاستقلالية في النوم، الأكل والنظافة مع استثارة البقايا السمعية باستمرار تنمية المناغاة، مهارات الحياة اليومية التي تمكنهم من التواصل مع الآخرين والتفاعل معهم لتحقيق فرص الإدماج مع السامعين مستقبلا.

الفصل الخامس

طرق التواصل عند
المعوقين سمعياً

خامسا: طرق التواصل عند المعوقين سمعيا:

1- تعريف التواصل.

2- الطفل الأصم اتصالا ولغة

3- التواصل الشفهي

4- طريقة تعدد الحواس

خامساً: طرق التواصل عند المعوقين سمعياً:

1- تعريف التواصل:

* يعرف (جمال الخطيب) التواصل على أنه "العملية التي تحول بها المعلومات والأفكار إلى عملية نشطة تتضمن جميع المعلومات وتحليلها وإرسالها لكل طرف من أطراف التواصل". (الخطيب، 2004، ص 167).

* يعرف (القريوطي وآخرون) التواصل هو "ما يربط بين الناس ويربطهم بأنشطتهم فمعظم السلوك الإنساني ينطوي على استخدام نسق رمزي فتتحدث برموز شفوية أو منطوقة ونكتب برموز مدونة أو مكتوبة، فضلاً عن أننا نستخدم الإشارات أو الحركات والأفعال من أجل التعبير عما نريد أمام مجموعة من الأفراد، فالإنسان لا يحتاج للتواصل فحسب ولا يستخدمه فقط، لكنه يجده من حوله في كل مكان وكل لحظة من لحظات حياته اليومية" (القريوطي وآخرون، 1990، ص 85).

يعتبر التواصل صفة من صفات الكائنات الحية، والذي يتم عبر قنوات مختلفة، وعبر إشارات كل حسب الرسالة التي يريد تبليغها. ويتكون من قطبين أساسيين هما المرسل والمستقبل من أجل تبليغ رسالة.

1°- المرسل: يعرف (جمال الخطيب، ومنى الحديدي) على أنه "هو الفرد الذي يريد أن يؤثر في الآخرين بشكل محدد، وبالتالي هو المسئول عن إعداد وتوجيه الأفكار والمعلومات، وعن تهيئة الظروف المناسبة المؤدية إلى تعديل سلوكهم للأفضل" (الخطيب، و الحديدي، 2003، ص 50).

2°- المستقبل: هو الفرد الذي يوجه له المرسل رسالته، كالصديق الذي يستمع لصديقه، أو التلاميذ الذين يستمعون لمعلمهم أو الطفل الذي يعاني من صعوبات محددة، كصعوبة النطق أو الحركة أو السمع أو التذكر. (الخطيب، الحديدي، 2003، ص 50).

3°- الرسالة: يعرف (الخطيب) الرسالة: "تشمل كل الموضوعات أو الأفكار أو المهارات والخصائص ذات الأهداف المحددة التي تحمل معاني يرغب المرسل في إيصالها للمستقبل، فشرح المعلم لموضوع معين لتلاميذه رسالة، وعلاج النطق الذي يقوم به المختص رسالة وعلى هذا الأساس الرسالة تختلف في أنواعها طبقاً لاختلاف محتواها". (الخطيب، 2004، ص 80).

4°- قناة التواصل: يعرف (عبد المطلب، وأمين القربوطي) قناة التواصل: وهي الأداة التي يمكن من خلالها إيصال رسالة من مرسل إلى مستقبل، وقد تكون أداة التواصل لفظية تتمثل في اللغة المنطوقة ونبرة الصوت ودرجة خشونته أو ليونته أو غيرها يمكن أن تكون غير لفظية مثل الإشارات التي تصاحب الكلام والإشارات التي تصاحب الكلام والإشارات. (عبد المطلب، القربوطي، 2001، ص 60).

تعتبر طرق التواصل قناة مركبة، ثلاثية الأقطاب وهي المرسل، المستقبل والرسالة، والعنصر الرئيسي فيها هو المرسل حيث يؤثر في رسالته على المستقبل للوصول إلى هدف محدد ويبلغه محتوى الرسالة الذي يحمل أخبار تدل على صاحب الرسالة أو طلب مساعدة من الأهل، الأصدقاء أو شركة معينة... وقد تكون إدارية موجهة إلى جهة معينة وتختلف كل رسالة في طريقة كتابتها ومحتواها حسب المرسل إليه، قد يكون المرسل حاملاً لإعاقة معينة كالصمم مثلاً وكذلك الحال بالنسبة إلى المرسل إليه وفي هذا الحال قد يتطلب أحدهما أو كلاهما مساعد لترجمة أو كتابة محتواها.

2- الطفل الأصم اتصالاً ولغة:

أشار الحديد حسب (الخطيب) إلى هذين المصطلحين اللذين يلتقيان في وحدة مهمة، مع الإشارة إلى أهمية التمييز بينهما فبدون اتصال لا توجد لغة لكن الاتصال شرط أساسي للتبادل الاجتماعي وليس بالضرورة التعبير باستخدام اللغة أي يمكن الاتصال بدون لغة الكلام. (الخطيب، 2004، ص 95).

3- التواصل الشفهي:

شروط الوصول إليه مضطرب بسبب النقص السمعي وفيها تظهر أهمية التدخل والمتابعة المبكرة للطفل تفادياً لحصول اضطرابات وإن نظرية التواصل الشفهي، حسب (عبد الحي، محمد فتحي) تتضمن طرق تدريس تستخدم الكلام وقراءة الشفاه ويتم التركيز حسب هذه الفلسفة على إيجاد بيئات مشابهة لبيئة الطلبة السامعين في المدارس العادية وإعطاء الأفراد تعلم الكلام، وفهمه من خلال اللغة المنطوقة. (عبد الحي، فتحي، 1998، ص 363).

يولي الباحثون في مجال النمو أهمية كبيرة للاستثارة البيئية المبكرة في تنظيم وظائف الحواس المختلفة لدى الفرد (تراب وآخرون، 2002) فتفاعل وتوائم مدخلات الحواس المختلفة يعتبر جزءاً مهماً في عملية النمو الطبيعية لذلك فإن من المتوقع أن يؤدي وجود خلل في إحدى حواس الفرد إلى إحداث خلل في النظام أو في وظائف الحواس الأخرى. وفي واقع الأمر هناك فرضيتان متعارضتان حول تأثير وجود خلل في إحدى الحواس، الفرضية الأولى والتي أطلقت عليها ثاربي وزملائها بنظرية العجز، تنص على أن وجود خلل في إحدى الحواس المختلفة تعتمد على بعضها البعض لأداء وظائفها بالشكل المطلوب، أما النظرية الأخرى التي أطلقت عليها ثاربي وزملائها تسمى فرضية التعويض فتقترح بأن وجود خلل في إحدى الحواس من شأنه أن يؤدي إلى زيادة في كفاءة أداء الحواس الأخرى لتعويض النقص الحاصل في الأداء نتيجة تعطل تلك الحواس، والجدير بالذكر هو أن كلتا الفرضيتين لها ما يدعمها من الدلائل العلمية. (ثابت، 2007، ص 204).

4- طريقة تعدد الحواس: إلا أن (كيركوكافات، 1988) يرى في طريقة تعدد الحواس بأنها تعتمد على الحواس الأربع البصر، السمع، والحاسة الحركية واللمس في تعلم القراءة. إن استخدام أسلوب الحواس المتعددة في التعليم سوف يعززه وحسنه، حيث ينطق الطفل الكلمة وبهذا يستخدم حاسة السمع ويشاهد الكلمة وبهذا يستخدم حاسة البصر وأن يتتبع الكلمة وبهذا يستخدم الحاسة الحركية وإذا تتبع الجملة بأصبعه فإنه يستخدم حاسة اللمس، ووفقاً لهذه الطريقة فإن كل شيء في بيئة الطفل عليه اسم أو كتابة وبالتالي يتم لفت انتباه الطفل إلى العلاقة بين شكل الكتابة والشيء المسمى وإلى العلاقة بين الكتابة والكلمة المنطوقة. (الزريقات، 2003، ص 226).

الفصل السادس

طرق العلاج وأساليب التكفل

سادسا: طرق العلاج وأساليب التكفل:

1.6- تعريف طرق العلاج وأساليب التكفل

2.6- إرشاد وتوجيه الأولياء.

3.6- التدريب السمعي.

4.6- الطريقة الصوتية.

5.6- التكفل الفردي.

6.7- الزرع ألقوقي.

6.8- لمحة تاريخية عن زراعة القوقعة.

6.9-تعريف الزرع القوقي.

7- تصنيفات الزرع القوقي.

7-1- شروط زراعة القوقعة.

7-2- آلية زراعة القوقعة.

7-3- العوامل المؤثرة على نجاح عملية زراعة القوقعة.

7-4- التكفل الأراطوفوني لحاملي الزرع القوقي.

7-5- نتائج الزرع القوقي .

7-6- المشاكل التي يعاني منها زارعي القوقعة.

الخاتمة

6-سادسا: طرق العلاج وأساليب التكفل:

إن تعدد طرق العلاج وأساليب التكفل بالطفل المعاق سمعيا تختلف باختلاف درجة الإعاقة السمعية، وكذا طريقة التدخل تكون حسب انتماء المختص الارطوفوني للجانب النظري والمنظرين الذين يتفق معهم حسب ميوله، هناك من يهتم بالطريقة الشفهية ويعتقد بقدرات الأصم وبتمتية البقايا السمعية لديه، ومنهم من يرى بضرورة الإشارة كوسيلة تواصل ويترك الطفل في عالمه الصامت، كما أن هناك فئة تهتم بالطريقة الكلية أي الطريقة الشفهية مع الإشارة. أما نحن وحسب ما استسقيناه من الخبرة الميدانية الطويلة بالتكفل بالطفل الأصم والتي تقارب الثلاثين عاما ننادي بالطريقة الكلية التي تمكن المعاق سمعيا من استعمال كل طرق التواصل.

6.1-تعريف طرق العلاج وأساليب التكفل:

هو تدخل الفريق الطبي والنفسي الارطوفوني للكشف المبكر عن الصمم لدى الرضيع، الطفل أو الرائد عند إصابته بالصمم سواء كان قبل، أثناء أو بعد الولادة أي في مختلف أعمار الشخص وتقديم المساعدة للأولياء لتقبل إعاقة طفلهم والتعايش معها وذلك بتقديم شروحات كافية عن تشريح وفيزيولوجية الأذن، والإصابات الجزئية أو الكلية التي تؤدي إلى فقدان السمع وكذا تقديم الحلول التي تطمئن الأولياء عن مصير طفلهم والتي تكون فعلية وليست وهمية وذلك بتقديم مختلف طرق التكفل التي تمكن الشخص الأصم من التمدرس والإدماج الاجتماعي والمهني مستقبلا.

و دور المختص الارطوفوني يتمركز حول النقاط التالية:

أ-مدى قدرة الطفل الأصم على التواصل اللفظي، وإمكانية الأولياء في تحقيق ذلك لان التواصل اللفظي يتطلب مجهود مكثف من طرف المختص الارطوفوني وكذا الوالدين وإمكانية تفرغهم لذلك وقدرتهم الاقتصادية وتحملهم عبئ مصاريف التجهيز وشراء الألعاب البيداغوجية وكذا توفير الخرجات البيداغوجية الميدانية كزيارة مكتب البريد، دار البلدية ومختلف المرفقات العمومية والاقتصادية لان تعليم الطفل في مرحلته العمرية الأولى يعتمد على كل ما هو ملموس وعلى تفاعلاته اليومية وكذا على التعليم الفرصي.

ب- التحقق من مصداقية القياس السمعي، لان وجود الطفل مع المختص الارطوفوني لمدة طويلة ولمرات متكررة في الأسبوع يجعله يتحقق من قدرات الطفل السمعية وذلك من خلال استجابة الطفل لنشاطات اللعب الحر وكذا الموجه وملاحظة استجابة الطفل لمختلف هذه النشاطات اللغوية والفكرية، وكذا مدى تفاعله داخل جماعة الرفاق.

6.2- إرشاد وتوجيه الأولياء:

يعتبر إرشاد وتوجيه الأولياء من أهم مراحل التكفل النفسي الارطوفوني، حيث يأخذ حصة كبيرة في بداية التكفل للتقليل من حدة الصدمة عندهم، وذلك بتقديم شرح فزيولوجية الأذن وتحديد منطقة الإصابة حسب نوع الصمم إرسالي أو إدراكي وإمكانية الطفل في اكتساب اللغة المنطوقة وذلك بتقديم شرحات بسيطة حسب مستواهم العلمي والثقافي مع التوضيح بفيديوهات وتقديم حالات تم التكفل بها من قبل، وكذا شرح القياس السمعي ودرجة فقدان السمع وأثره السلبي على اكتساب اللغة والتنشئة الاجتماعية للأصم. إن الأولياء في وضعية غامضة، تتطلب تفسير وتوضيح صحيح مبني على أدلة علمية مقنعة حتى يتم قبول طفلهم، والإعاقة التي تعتبر وضعية حال دائمة ومستمرة في الحياة الأسرية تتطلب القبول والتعايش معها، كي يتمكن الطفل من النمو في أسرة أقل توتر.

تكون حصص توجيه وإرشاد الوالدين في بداية التدخل النفسي الارطوفوني مكثفة، ثم تنقص تدريجيا إلى حصة في الأسبوع إلى أن تثبت إلى مرة كل خمسة عشر يوما إضافة إلى ما سبق ذكره نضيف التالي:

- شرح طريقة استعمال المعين السمعي والسهر على نظافته وشحن البطارية دوريا.

- على الأولياء إدراك أهميتهما في الكفالة بحكم أنهم متواجدون دائما مع الطفل، أن يستغلوا التعليم الفرصي في كل الأوقات. (أثناء الأكل، الاستحمام، التسوق وتغيرات الجو البارد، المطر، الشمس، الليل، النهار...)

- شرح عملية الكفالة، بأنها عملية روتينية بسيطة تتطلب المجهود المستمر ووسائل بسيطة حيث تستعمل أدوات المنزل وتستغل استغلالا جيدا حيث تعلمه كل أنواع الخضار والفواكه برائحتها وذوقها، كما تعلمه فرزها، كذا الاستفادة من أواني المطبخ وأدوات الحمام وكل ما هو موجود في البيت مع التكرار لان الطفل الأصم يمتاز بالنسيان، كي لا يدخل في العزلة.

- لا نشعر الآباء بعبء التكفل لوحدهم بل لابد أن يفهموا بأننا بجانبهم وندعمهم بالتقنيات ومختلف النشاطات، وان دورهم يتمثل في التعزيز وتكثيف العمل للحصول على نتائج مشجعة في وقت قليل.

-وعي الأولياء بمشكل طفلهم وتدخلم الفعال يحد من إعاقة الطفل ويساعد على إدماجه الأسري والاجتماعي، وهذا على الأولياء أن يدركوه جيدا كي تتوسع بؤرة تدخلم من الأم، الأب، الإخوة والجد والجددة، وكلما كان التدخل موسعا كان التواصل مكثفا حيث ينتفع الطفل عاطفيا، نفسيا واجتماعيا.

-قبول الأولياء لإعاقة ابنهم تمكنهم من التصدي لظاهرة الخجل الاجتماعي تجاه الإعاقة.

-خلق نشاطات لعب داخل الأسرة وبين الأطفال حتى يدمج بين أخوته ويتفاعل بينهم.

احتكاك الوالدين الدائم والمستمر مع طفلهما المعاق سمعيا يمكنهما من التعرف على احتياجاته وخلق طرق تواصل معه ويجعلهما في بحث عن كل ما هو جديد لنفعه ويخلق ليهما أسئلة واستفسارات للتعرف والتقرب منه أكثر.

6.3-التدريب السمعي:

يعتبر التدريب السمعي من أهم التقنيات العلاجية للطفل الأصم والتي يعتمد عليها المختص الارطوفوني ويعلمها للوالدين، لأنها تقوي البقايا السمعية عند الطفل الأصم، وتعطي نتائج فعالة .

يعلم المختص الارطوفوني الأولياء على كيفية استغلال البقايا السمعية والعمل على تنميتها يوميا ولعدة مرات وذلك بتدريبه على مهارة الاستماع وتوظيف كل ما يكتسبه من قدرة سمعية في تدريبه على التمييز بين الأصوات لمختلف الحيوانات الأليفة (صوت، قطة، كلب، خروف، بطة..). وذلك بعد التعرف عليها ثم إخفائها وإصدار صوتها ويطلب منه التعرف على الحيوان من خلال صوته، وتتطور النشاطات والتعرف على الأصوات تدريجيا حتى تصل إلى التعرف على أصوات الطبيعة مثل صوت (الريح المطر...) إلى أن نصل إلى التعرف على أصوات الأشخاص (الأم، الاب، الرضيع، الضحك، البكاء)

ويوجد ثلاثة مناهج للتدريب السمعي:

يرى الشاهين سنة 2007 ثلاثة مناهج للتدريب السمعي والتي نراها أساسيات لما لها من فائدة عند مختلف الإعاقات بصفة عامة والطفل الأصم بصفة خاصة، إذا كانت الكفالة مبكرة ودرجة الصمم خفيفة أو متوسطة دون استثناء الصمم العميق في حالة سلامة العصب السمعي الثامن ويقترح الشاهين التالي:

- منهج المحادثة الطبيعية: يقوم هذا المنهج على تدريب الطفل المعاق سمعيا على استقبال كلام المحادثة وفهمه في بيئة هادئة وطبيعية دون الاعتماد على رؤية شفاه المتكلم والهدف من ذلك تقوية حساسية السمع للأصوات الكلامية وفهمها للاستجابة لها.

- المنهج المنظم: يتم في هذا المنهج وضع أنشطة مخططة وقائمة من الكلمات والجمل لتكون موضوع التدريب السمعي ويتم تدريب الطفل على سماع الكلمات والاستجابة لها.

- منهج ممارسة المهنة المحددة: في هذا المنهج يتم تقديم أنشطة مثيرة للتدريب على مهارات التقاط الأصوات أو سماعها والتمييز السمعي والتعرف على الأصوات وإدراكها. (الشاهين، 2007، ص 17).

6.4- الطريقة الصوتية:

تتم فصل الطريقة الصوتية لبيتر جورينا مع التربية السمعية في تنمية القدرات السمعية وتدريب الطفل على النطق واكتساب اللغة المنطوقة والذي يكون دور الأم فيه محوريا حيث يعلم المختص الارطوفوني الأم على تنمية إمكانات التواصل مع طفلها وتشجعه على الكلام وذلك بشتى الطرق معتمداً بذلك على الإشارات التي تثبتها لديه بعد أن يكتسبها، وأن لا تغير الإشارات أو الحركات التي استعملتها مع الطفل في بداية تعليمه نطق الفونيم لأنها لو تغيرها بحكم أنها نستنها سوف تذبذب عنده الفهم.

يتمكن الوالدان من فهم إشارات وإيماءات طفليهما وذلك باستعمال مختلف الحواس واستثارتها قصد فهم ما يريده الطفل وإبلاغه الرسالة التي يريد الوالدان توصيلها له.

يقترح على الأم أن تضع طفلها على ركبتيها، لكي يشعر بالاهتزازات العظمية التي تحدث أثناء التكلم، كما تعلم الأم استعمال اللمس واللمس المقارن حتى يشعر الطفل بالاهتزازات الحنجرية أثناء إصدار الأصوات.

-توفير لعب تصدر أصوات مختلفة لحيوانات مثلا ومزينة بألوان مختلفة تساعد الطفل في الاستثارة السمعية.

-استغلال فرصة الاستحمام لمداعبة الطفل لاستثارة حواسه مما يساعده على الاسترخاء والشعور بالاهتزازات الحنجرية.

نقوم من خلال الطريقة الصوتية على استخراج الفونيمات معتمدين في ذلك على التدرج الصوتي، وكلما استخرجنا فونيم نربطه بالفونيم المستخرج سابقا حيث نتحصل على وحدات دون معنى أي (des logatomes) التي نقوم بتكرارها حتى ينطقها بطريقة صحيحة ثم يخزنها، كما نكتبها لكي ندعم عملية استنكار الفونيمات بالذاكرة البصرية التي تعمل على استرجاع الصورة التي اكتسبها المتعلم مع إمكانية تعلم القراءة والكتابة من خلال القدرة السريعة على الاستنكار الفونيمات

والكلمات، كتابة الفونيم المستخرج أمام الطفل يدركه بأن الشيء المنطوق يمكن كتابته وبالتالي يسهل لديه عملية القراءة كونه أدرك بأن المكتوب ما هو لفظي مخطط أو مصور، وكلما تطور الطفل في نطق الفونيمات نحاول ربطها بوحدات ذات معنى مأخوذة من المحيط مثل (ماما، بابا، باب، بوبي، بيببي، طاطا، بطاطا..) تحدث تفاعل بين الطفل وأسرته وتخلق فرحة كبيرة لدى الطرفين مما يساعد الطفل على التعلم أكثر ويشجع الوالدين على العمل المتواصل. نستمر في العمل تدريجياً إلى أن نصل بالطفل إلى نطق وقراءة جملة مفيدة ذات معنى والتي تخلق دعماً معنوياً جدياً قوي بين الطفل الأصم الذي حرم والديه من سماع كلمة ماما أصبح يقرأ الجملة التالية (بات بوبي أمام الباب) في مدة جد قصيرة من التكفل الارطفوني ويذكر السعد (2005) أن علماء اللغة وعلماء النفس يعارضون بشدة التخلي عن الطبقة الصوتية، لأن الأبحاث برهنت بوضوح على أن فهم كيفية ارتباط الحروف بالأصوات المركبة لها أهمية حاسمة في القراءة، وأن التعليم الذي يجعل قواعد القراءة الصوتية واضحة سيكون أكثر نجاحاً من التعليم الذي يأخذ بذلك. ولكي تكون الطريقة الصوتية مجدية لابد من دعمها بالاتي:

يتم تعزيز التربية السمعية بالإيقاع الجسمي من خلال عمل جماعي، حيث نشكل حلقات على سطح الأرض بواسطة أطواق ونطلب من الطفل أن يقفز كلمات أحس بضربة واحدة على الطبل ثم نعقد العملية إلى عدة ضربات ونجعل التباعد بين ضربة وأخرى ونلاحظ الأطفال إذا شعروا بالتباعد والاختلاف في شدة الضربات، هذه الطريقة تجعل الطفل شديد الانتباه، ويكون هذا النشاط جماعي ومختلط بأطفال معاقين سمعياً ويختلفون في درجة الإعاقة (خفيف، متوسط وعميق)، كما تخلق طريقة الإيقاع الجسمي حماس كبير بين الأطفال، لأن النشاط مقترح في شكل لعبة وكل طفل يريد أن يفوز ويتحصل على بطاقة الاستحسان من طرف المختص الارطفوني الذي من واجبه أن يظهر رضاه وفرحته كلما أدى الطفل جهداً مستحقاً، كما نطلب من الأم إعادة النشاط في المنزل مع أطفال سامعين حتى يثبت لديه

6.5 التكفل الفردي:

يتم التكفل الفردي بالطفل المعاق سمعيا داخل قاعة هادئة، دافئة، مضيئة، فيها مرآة، بساط، كراسي، ألعاب وأجهزة (Suvag) إذا كانت متوفرة، وكذا صورا لتدعيم الفهم لديه، تكون الحصص الفردية مبرمجة مرتين إلى ثلاث مرات في الأسبوع، وتدوم الحصة من نصف ساعة إلى ساعة وكلما استجاب الطفل وتفاعل نضيف في الوقت، مع تقادي الملل وذلك تتخلل الحصة بنشاطات لعب تروبية تزيد في ذكائه وتحببيه في الحصة، كما أن حضور الأم في هذه الحصة ممكن لكي تتعلم وتعيد الكرة في المنزل، نطلب منها الجلوس وراء الطفل وان لا تتدخل في أي أمر حدث بين المختص والطفل مثلا أن يرفض الطفل التجاوب أو أن يكون المختص صارما وجد متفاعل مع الطفل، عليها أن لا نتدخل أثناء هذا الانسجام، وأنت تكون حيادية وأن تحتفظ بأسئلتها واستفساراتها بعد الانتهاء من الحصة.

تعتبر حصة التكفل الفردي حصة وجه لوجه الطفل مع المختص الارطوفوني وعليه فهي ملتزمة بشروط وأهمها أن يكون المختص الارطوفوني مقتنعا كل الاقتناع بقدرات الطفل الايجابية التي يحسها الطفل ويراهما في عيني المختص، حيث يرى الباحثون والمهتمون بإعاقة الطفل أن نجاح الأطفال يكون مبني على ما ينتظره منه المربي، إذا كان ايجابيا وطموحا إلى درجة قليلة فان الطفل لا يصل إلى مستوى عال وإذا كان إيمان المربي أو المختص بقدرات الطفل عاليا وأماله واسعة فان الطفل يشعر بذلك ويراه في عينيه، ويكون له حافزا جد قوي. إن حصة الكفالة الفردية مفعمة بالطاقة الايجابية والنشاط والاطمئنان بين الطرفين، حيث يتم فيها التبادل العاطفي والمعرفي، كما يجب على المختص الارطوفوني أن ينتقل بين اللين والجدية حسب الموقف، لان الطفل الأصم يكون صعب الطبع أثناء استخراج الفونيمات وهذا الأمر يتطلب منه مجهودا كبيرا، هنا على المختص أن يكون صارما.

يتم خلال التكفل الفردي التقنيات التالية:

1- الفحص الفمي الوجهي اللساني: ويكون هذا الفحص على شكل تمارينات نقوم بها مع الطفل ونفحص من خلالها وضعية السقف الفمي مقعر، مسطح أو عادي.

طرق العلاج وأساليب التكفل

*اللسان: نلاحظ إذا كان حجم اللسان عادي، كبير ومختلف الوضعيات التي يمكن أن يتخذها داخل وخارج الفم. كما نلاحظ تحت اللسان إذا كان إشكالا نوجهه إلى طبيب الأنف والأذن والحنجرة لينظر فيه.

نطلب من الطفل أن يقوم بحركات اللسان داخل وخارج الفم أمام المرأة مقلدا المختص الجالس من ورائه.

*الشفتان: تأخذ وضعيات مختلفة مشكلتا الصائطات التالية (a , u ; i) كما نتحقق من قوة ضغط الشفاه وذلك بوضع ورقة بين شفتين المفحوص ونطلب منه أن يضغط عليها والمختص يحاول جذبها.

*الفك: نلاحظ مرونة الفك الأسفل وذلك بتحريكه ببطء ثم بسرعة، كما نطلب منه فتح وغلق الفم بسرعة ثم ببطء. (دائما عن تقليد وأمام المرأة).

*الخددين: ينفخ الخدان ثم يرجعهما إلى الحالة الطبيعية.

*الوجنتين: يحرك الطفل الوجنتين على شكل دائري ثم يعكس الأمر.

هنا نرى ضرورة المرأة في قاعة الارطوفونيا.

*تمارين الرقبة والرأس: تحريك الرقبة في كل الوضعيات (أمام، وراء، يمين، يسار، ثم دورة كاملة من اليمين إلى اليسار ثم العكس).

2- الاسترخاء: تتم عملية الاسترخاء عضو بعضو ومفصل بمفصل حتى نقضي على التشنجان ونهيئه إلى العمل.

طريقة استخراج الفونيم باتباع التدرج الصوتي: نستعمل لغة الأم لأنها تساعد الطفل على اكتساب النطق التلقائي وكذا الدمج الاجتماعي ثم ندخل تدريجيا اللغة العربية لان هدفنا الإدماج المدرسي مستقبلا.

طرق العلاج وأساليب التكفل

نبدأ تدريجيا في استخراج الصوائت ثم نربطها الصامتات إلى أن نحصل على مجموعة من الفونيمات تمكننا من تركيب كلمات بسيطة نربطها بصورة ونضعها في ألبوم صور الذي يبقى يصاحب الطفل طيلة استخراج مختلف الفونيمات، لما يكتسب الطفل عدد كبير من الفونيمات تدخل عملية اللعب بالبطاقات، هي لعبة جد شيقة ومفيدة تساعد الطفل على الحفظ والتركيز واكتساب الإملاء. نكتب كل ما اكتسبه الطفل على بطاقات ثم نبسط كل مرة أمامه ثلاثة بطاقات ونطلب منه تسليم واحدة التي ذكرنا الكلمة المكتوبة عليها ونظيف عدد البطاقات كلما تحققنا من مكتسب المجموعة الأولى، بعدها نقوم باختلاف الأدوار يلعب الطفل دور المختص حتى يتشجع على التواصل ويثبت عنده الاكتساب، لكي نمر إلى مرحلة أعقد وهي الإملاء، نملي على الطفل بعض الفونيمات وهو يجسدها بالعجين وذلك بعد تدريب مستمر.

من خلال هذه التقنيات نصل إلى تشكيل حوار بسيط بالدرجة تتخلله بعض الكلمات بالفصحى لكي يتعود على الأخذ والرد في المناقشة والحوار.

4° طرق التصحيح:

التطرق إلى طرق التصحيح من خلال الارتخاء والتقلص لعضلات النطق. ونحاول أن يدرك الطفل نفسه للخطأ وذلك عن طريق اللمس واللمس المقارن، عند نطقه للصائتة (a) بدلا من (ع) تصحيح هذا الخطأ يتم بوضع الصائتة في قمة العلو الصوتي المرافق للحركة مع

ارتفاع في الضغط والارتكاز على عضلات الحنجرة بالأصابع حتى يشعر بالاهتزازات ويفهم الفرق عند استخراج الصوائت، كذلك يفيد التمديد في عملية النطق حيث يسهل إصدار الصوت ويعطي نتائج جيدة وسريعة. في حالة الأطفال الذين يعانون من تقلص العضلات أثناء إصدار الصوت وتحقيقه يستحسن تغيير في مميزات حركة الفونيم واستخراجه بشكل مرتخي حتى

طرق العلاج وأساليب التكفل

ولو كان الفونيم نفسه متقلصا.

7- الزرع القوقعي:

يعتبر الزرع القوقعي تقنية تكنولوجية تساعد على نقل الذبذبات الصوتية بطريقة مبرمجة حسب عدد الالكترونات التي وضعت فيها لكنها مشوشة وغير واضحة، وكي تتم عملية الزرع يشترط أن يكون العصب السمعي أي العصب القحفي الثامن سليم، ولنجاح عملية الزرع يفضل أن يكون الطفل صغير السن وقد استفادة من التكفل الارطوفوني، ويكون لديه رصيد لغوي الذي يتطور بعد عملية الزرع القوقعي، كما يمكن أن تجرى عملية الغرس عند الكبار وتعطي نتائج مرضية لان لديهم لغة.

7-1- لمحة تاريخية عن زراعة القوقعة:

كانت البداية الفعلية المكتوبة حول زراعة القوقعة عام 1957 في فرنسا على يد Eyeirs, Djourmo لما المحاولات الأولى فقد بدأت في الولايات المتحدة الأمريكية عام 1961 حيث تم زراعة جهاز ذو قطب واحد لدى المريض، كما قام بزراعة عدة أجهزة أخرى في نفس السنة، أدت إلى تحسين السمع لديه إلا أنه لم يستطع فهم الكلام، لكن خلال عدة أسابيع تم تحسين الأجهزة بواسطة السيليكون وقد شجعت هذه النتائج على جعل أحد المهندسين ينفق عدة سنوات لتصميم كل الأقطاب الخارجية والأقطاب المزروعة.

وفي عام 1964 تمت محاولة ستانفورد لتحسين أجسام الخلايا في العقد العصبية بزرع مجموعة من ستة أقطاب في المركز الرئيسي للقوقعة حيث استطاع المرضى أن يميزوا إشارات. عدم

الاهتمام بنتائج هذه الأبحاث إلا بقدر ضئيل جدا خاصة بعد أن عقد المؤتمر الجراحي لزراعة القوقعة عام 1965 والذي كان منبرا للجدل من خلال السلبيات الناتجة عن استخدام هذه الطريقة، إلا أن هذا الجدل حمل العديد من الأطباء والباحثين على تجريب هذه الطريقة واختيارها، وهذا يظهر في عدد الدراسات والأبحاث التي أجروها فيما بعد ضمن ثلاثة أجيال، حيث ظهر الجيل الأول في عام 1969 حيث قام House بسلسلة من الاختبارات لزراعة القوقعة استخدم معها أنظمة قطبية مكونة من 5 أقطاب، إلا أنه لم يلاحظ أي تحسن في القدرة

طرق العلاج وأساليب التكفل

على تمييز الكلام لدى المرضى للمقارنة بنظام القطب الواحد، ونتيجة لتضارب نتائج الأبحاث

حول زراعة القوقعة، بقي المعنيين حذرين في استخدام هذه الطريقة خاصة مع غياب المقالات والأبحاث المنشورة في المجالات المتخصصة، إلا أنه في نهاية عام 1978 بدأ الاهتمام بأجهزة الإعلام مما أدى إلى تقديم عدة طلبات لتمويل الأبحاث حول زراعة القوقعة من قبل المركز الوطني الصحي.

وقد نشرت نتائج الأبحاث والتي أكدت أن بعض المرضى قد تحسنت قدرتهم على فهم الكلام كما زادت قدرة البعض على فهم أصوات البيئة، فضلا على أن زراعة القوقعة قد ساعدت على التحكم بأصواتهم، أما الجيل الثاني فقد بدأ ببداية الثمانينات من خلال زراعة الأقطاب المتعددة وقد حدث ذلك في الولايات المتحدة الأمريكية وفي استراليا وباريس، حيث أجريت العديد من الدراسات والتي أثبتت فعالية زراعة الأقطاب المتعددة في فهم الكلام وفي زيادة نمو الكلمات والجمل في حين أخذ الجيل الثالث اتجاه تطوير الأجهزة المستخدمة مع زراعة القوقعة، حيث قام المعهد القومي للصحة عام 1985 بتطوير معالج جديد يساعد زراعي القوقعة على فهم الكلام والحديث، كما أجريت تطورات أخرى عام 1986/1987 من قبل مجموعة من الشركات التي أثبتت أن مستخدمي هذه الأجهزة المتطورة قد حصلوا على علامات كاملة في اختبارات فهم الجمل، كما حصلوا على درجات في السمع تقارب السمع الطبيعي بعد أن أجريت عليهم اختبارات السمع. (Dorman.T, 2001, P59).

7-2- تعريف الزرع القوقعي:

الزرع القوقعي هو عبارة عن جهاز إلكتروني مصمم لالتقاط الأصوات للأشخاص الذين يعانون من فقدان السمع الحسي العصبي، عادة ما يكون شديداً أو عميقاً في كلتا الأذنين، وهؤلاء الأشخاص لا يمكنهم الاستفادة من استخدام المعينات السمعية التقليدية أيضاً إن هذه الأجهزة غالباً ما تكون ذات قدرة محدودة على تحسين التقاط الكلام والأصوات بالنسبة لهم، وهذا المجال لا يرجع إلى عدم قدرة المعينات السمعية على تكبير الأصوات بالصورة المطلوبة ولكن السبب

طرق العلاج وأساليب التكفل

يرجع إلى تلف الخلايا الحسية المسؤولة عن السمع أو عدم وجودها بقوقعة الأذن ولذلك فإن

الأصوات التي يتم 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 تحطيم الخلايا السمعية التالفة أو المفقودة بقوقعة الأذن ومن ثم إثارة العصب السمعي مباشرة.

* الغرسة القوقعية:

وهو الجزء الداخلي، يزرع في الأذن عن طريق عملية جراحية بالرأس خلف الأذن ولا يظهر في الخارج ويتكون من جزأين: "المستقبل والمنبه".

والغرسة القوقعية عبارة عن عبوة إلكترونية، يمتد من المستقبل أنبوب ضيق مصنوع من مادة مرنة تعرف بالاستاتيك توجد بها مجموعة من الإلكترونيات على شكل عقد، وهذا الأنبوب يثبت داخل القوقعة بالقرب من الأطراف العصبية ليتسنى له القيام بالتنبيه اللازم للعصب السمعي.

* سماعة الميكروفون:

تلتقط هذه السماعة الأصوات ويتصل بها مغناطيس صغير يجذب إلى مغناطيس آخر في الجزء المستقبل من الغرسة، التي يبقى الملف في مكانه بإحكام وتعتبر همزة وصل بين الجهاز

الخارجي والداخلي حيث تقوم بإيصال أصوات من الهواء الخارجي إلى المعالج ومن ثم نقل نتائج التحليل إلى المستقبل.

* جهاز معالجة الكلام:

هو عبارة عن حاسب آلي يحتوي على دوائر إلكترونية رقمية تقوم بترجمة الأصوات إلى إشارات كهربائية إلى عمليات البرمجة ويحتوي هذا الجهاز على مكان للبطارية، تعمل على توفير الطاقة اللازمة للتشغيل (Dument.A, 1996, P15).

7.3- تصنيفات الزرع القوقعي:

طرق العلاج وأساليب التكفل

يشير جرجر أن زراعة القوقعة تصنف ضمن مجموعتين:

* زراعة القوقعة للكبار:

الذين ولدوا صما أو أصيبوا بالفقدان السمعي بعد الولادة ويمكن أن يستفيدوا من زراعة القوقعة خصوصا كمساعدة لقراءة الشفاه (الزريقات، 2003، ص 40).

قد أثبتت الدراسات التي أجريت بهدف معرفة أثر زراعة القوقعة على الكبار الذين ولدوا صما أن هناك شكوك في مدى فهمهم الأصوات بعد عملية زراعة القوقعة وذلك لعدة أسباب أهمها:

أن الفرد لا يكون لديه ذاكرة حول أحرف العلة، وكيف تبدو كما أن الجهاز السمعي قد يكون مدمرا نتيجة حرمان الفرد من السمع لفترة طويلة وهكذا يؤثر إلى أن النظام السمعي لن يتجاوب مع الصوت، لأن حجم خلايا الجسم في المركز السمعي والجهاز العصبي تكون قد تقلصت هذا بالإضافة إلى أن عملية التحفيز التي تحدث خلال مرحلة الطفولة بغرض تشكيل الروابط العصبية، لن تنمو وتتطور بشكل طبيعي في غياب عملية التحفيز، ولذا يتوقع أن تكون استجاباتهم غير طبيعية لذا تشير معظم الدراسات أن الكبار الذين كانوا صما منذ الولادة قد سجلوا استجابات قليلة جدا للكلام بواسطة الزراعة في حين أشارت القليل من الدراسات أن عددا

قليلا من الأفراد قد حققوا تقدما في فهم الكلام في مستوى عالي مع أن العديد من الأفراد الذين لم يحصلوا على فهم الكلام يلبسون أو يركبون أجهزتهم يوميا ومرتاحين بها وذلك بسبب.

1- أن الجهاز يمكنهم من السمع.

2- أن الجهاز يساعد على سماع الكلام.

3- أن الجهاز يمكنهم من تمييز بعض الكلمات.

4- إن زراعة القوقعة تمكنهم من تنظيم إنتاج الكلام بشكل جيد فيؤدي إلى تحسين نوعية الصوت.

أما فيما يتعلق بالدراسات التي بحثت في زراعة القوقعة للكبار الذين أصيبوا بفقدان سمعي

طرق العلاج وأساليب التكفل

مكتسب فقد أثبتت الدراسات أنهم يستفيدون من زراعة القوقعة بشكل أكبر وذلك بسبب معرفتهم

بالأصوات وسماعهم لها من قبل ولذا نجدهم قادرين على سماع وتمييز الأصوات وفهم الكلام العادي، وسماع أصوات البيئة، إلا أن بعضهم أشار إلى أنهم قد يجدون بعض الصعوبات في سماع الأصوات ضمن المجموعات الكبيرة أو المسافات البعيدة ذات الحواجز كالأبواب، كما أنهم يجدون صعوبة في فهم كلام بعض الأطفال في مراحل عمرية معينة، أو في الحالات التي يقف فيها المتحدث في مكان لا يقابل فيه زراع القوقعة (Dorman.T.2001P.60).

تطوير اللغة الاستقبالية والتعبيرية وبما يوازي أو ينافس الأقران من نفس الجنس والعمر.

ضمان أن مهارات التواصل السمعية تساهم على نحو كامل في النمو الشامل للطفل.

ويعتمد التواصل الجيد على عوامل داخلية تشمل العوامل النفسية أو البيولوجية المكتسبة أو الموروثة والذكاء والشخصية، أما العوامل الخارجية تتضمن نوع القوقعة، والمعلومات المدركة المقدمة من قبل زراعة القوقعة.

* زراعة القوقعة للأطفال الصغار:

الأطفال الذين لديهم فقدان سمعي شديد جدا ولم يستفيدوا من السماعاات الطبية الاعتيادية ويمكنهم أن يستفيدوا من زراعة القوقعة.

وفي هذا الصدد أشارت الدراسات أن الأطفال الذين أجروا عملية زراعة القوقعة من مستخدمي لغة الإشارة والذين كانوا يعانون من صعوبة في فهم الكلام أن مهارات التواصل لديهم قد تحسنت بشكل ملحوظ وهذا ما أكده كل من كوين وستورات في الدراسات التي أجريها على أطفال يعانون منإعاقه سمعية شديدة، كما أضافت إلى أنه يمكن ملاحظة التحسن الملحوظ في مهارات التواصل والسمع، والكلام لزراعي القوقعة من خلال متابعتهم لفترات طويلة، خاصة وأن لغة الطفل تتحسن دوما مع تقدمه في العمر.

قد أثبتت الدراسات أنه كلما كان عمر الطفل صغيرا أثناء إجراء عملية زراعة القوقعة كلما كان ذلك أفضل وهذا ما أشارت دراسة من أن الأطفال الذين تقل أعمارهم عن خمس سنوات هم أكثر

طرق العلاج وأساليب التكفل

استفادة من زراعة القوقعة إذا ما قورنوا بغيرهم(الزريقات، 2003، ص 48).

7.4- شروط زراعة القوقعة:

هناك عدة شروط لترشيح الزرع القوقعي:

* التأكد من عدم وجود عوائق طبية جراحية أو تشوهات خلقية تمنع إجراء العملية أو قبول الجسم لها.

* أن يعاني الشخص من ضعف سمعي عصبي شديد أو عميق بكلتا الأذنين.

* سلامة القوقعة والعصب السمعي.

* يفضل أن لا يتجاوز عمر الطفل خمس سنوات عند الزرع القوقعي.

* التأكد من استفادة الحالة من المعين السمعي التقليدي بعد استخدامه لفترة زمنية كافية و بطريقة صحيحة (مدة ستة أشهر على الأقل).

* عدم تطور القدرات السمعية اللازمة لإكساب اللغة وتطويرها.

* توفر الدفعية والرغبة في الإلحاق ببرنامج تأهيلي طويل المدى مرتبط بتوقعات واقعية.

* التأكد من وجود قدرات عقلية لا تقل عن انحراف معياري واحد عن متوسط الذكاء في أي اختبار لفظي مقنن.

* التأكد من التعاون الجاد والاهتمام والمتابعة من أسرة الحالة ورغبتهم الشديدة والصادقة في البدء والاستمرار في فعاليات البرنامج.

* الالتزام بالمواعيد والتعليمات المعطاة لهم.

* العمر يلعب دورا أساسيا في نجاح زرع القوقعة. الكفالة المبكرة.

* وجود مراكز تأهيل سمعي ولغوي ومدارس ودمج في منطقة السكن ويتم ذلك من خلال

طرق العلاج وأساليب التكفل

إخضاع الطفل لبرامج علمية منظمة تقيس التطور الحاصل لحالة الطفل في كل المجالات بدقة

وموضوعية ويتم اتخاذ القرار الترشيح في اجتماع يشمل جميع العاملين بالفريق إضافة إلى أفراد الأسرة.

7.5-آلية زراعة القوقعة:

زراعة القوقعة مصممة لإثارة العصب السمعي مباشرة حيث تزرع أقطاب كهربائية في القوقعة، القطب الكهربائي الذي يكون ملحقا أو مربوطا مع دورة كهربائية مزروعة في العظم الصدغي، الإشارات الصوتية تستقل بواسطة ميكروفون ملحق أو مربوط مع مضخم بالغ التعقيد،

يرسل عندئذ إشارات للقطب بواسطة الدورة المزروعة، عندما يستقبل القطب الكهربائي الإشارة فإنه يزود بإشارات كهربائية للوقعة وبالتالي إثارة العصب السمعي (الزريقات، 2003، ص 44).

1° ضبط الجهاز:

يحتاج جهاز الزرع القوقعي إلى ضبط جد دقيق لكل الكترود، وذلك بين أسبوعين إلى ستة أسابيع بعد العملية، والمكلف بهذه هو أخصائي قياس السمع، في الحصة الأولى يتم تشغيل الجهاز، ثم يقوم المختص بفحص فردي لكل الكترود على حدا مع العلم أن كل الكترود مسئول على مجموعة من الحروف مثلا (أ) ممكن أن يكون مسموعا اذا تنبه الكترودين 14 و 17 قبل هذا (A) من طرف الأصم اذا كان هناك تنبيه الكترود 12 والتنشيط لا تكون هناك استجابة للشخص، وعلى الشخص ان يقوم بحركة في الوقت الذي يستقبل فيه الأصوات، والصوت المسموع تكون اشارته في الاول ذات مستوى أدنى ثم ذات مستوى أقصى، وتدم هذه الحصة حوالي 20 دقيقة أو أكثر، وذلك على حسب عدد الالكترودات واستجابة الشخص وضبط الجهاز يكون على عدة مراحل طوال مدة الكفالة. على المختص الارطوفوني أن يعطي تقريرا كاملا عن تطورات ونتائج المفحوص في المجال السمعي خلال مدة الكفالة

طرق العلاج وأساليب التكفل

وذلك من خلال ملاحظة ما اذا كان المفحوص يحتاج إلى ضبط أم لا

و تكون المراقبة كل شهر وبعد الحصول على مستوى جيد من الفهم دليل على الضبط الجيد، وفي

هذه الحالة تكون المراقبة كل سنة تقريبا (Annie, p 15).

7.6- العوامل المؤثرة على نجاح عملية زراعة القوقعة:

أجمع الباحثون على أن هناك عددا من العوامل التي قد تؤثر على نجاح زراعة القوقعة للمعاقين سمعيا من حيث الاستفادة وقد حصرها فيما يلي:

- العمر الذي أصيب فيه الشخص بالفقدان السمعي.
- المستوى التعليمي والأداء الأكاديمي للوالدين.
- مدى تأثير البيئة المنزلية على الشخص من حيث القبول والتقبل.
- الأسلوب أو الطريقة التي يستخدمها الشخص قبل إجراء العملية الجراحية.
- كثافة برنامج التدريب السمعي الذي يتلقاه بعد إجراء العملية (الزريقات، 2003، ص 46).

7.7- التكفل الأطفوني لحاملي الزرع القوقعي:

مهما كان نوع وخصائص المعينات السمعية، فإنها تصاحب دائما بتربية سمعية وشفهية مناسبة، والتي تتحقق مباشرة بعد الزرع القوقعي، وتتطور وتصبح نتائجها أحسن مع الوقت بتكيفها مع نمو الطفل، خاصة وأن الأطفال لا يستجيبون بنفس الطريقة للتنبيهات الصوتية الملتقطة، حتى ولو كانت حالتهم متشابهة لحد كبير، وتتمثل الكفالة الأطفونية أساسا في مختلف النشاطات والتمارين الخاصة بالتدريب السمعي على فك رموز المعلومات الصوتية الناتجة عن تشغيل الإلكترونيات المزروعة. نقتراح عموما ثلاثة حصص أسبوعيا في الشهرين الأولين ثم حصتين أسبوعيا وهذا طيلة العام الأول ثم متابعة على شكل تقييم يتم إجراءه مرة كل شهر، ويستند برنامج الكفالة الى مجموعة من المبادئ.

طرق العلاج وأساليب التكفل

*المتابعة المستمرة:

تكون المتابعة لدى الطفل لتكيف التجهيز السمعي بشكل مستمر حسب تطوره وحسب نتائج التقييم المرتبطة بمدى تقبل المعينات السمعية، تعديلها، فعاليتها، يجب أن تتابع باستمرار، يجب أن تتناسب حصص المراقبة السمعية والخصائص الإلكترونية-صوتية للجهاز مع تطور قدرات الطفل، وهذا بمساعدة فريق متعدد التخصصات، كما يجب الانتباه إلى الأخطار الناجمة عن الضغط الصوتي المرتفع وليست المراقبة السمعية وحدها كافية، إنما يجب مراقبة التطور اللغوي والعقلي للطفل بالإضافة إلى متابعة طبية متخصصة من طرف طبيب الأنف، الأذن والحنجرة بمعدل مرة واحدة في السنة على الأقل.

بعد العملية الجراحية يصبح المريض قادرا على سماع الأصوات وإنما بشكل مشوه وغير واضح. ووظيفة التأهيل مساعدة المريض على فهم هذه الأصوات مع دلالاتها المناسبة. وتسهل هذه العملية بوجود مخزون سابق من الكلمات. لذا يعطي التأهيل نتائج ممتازة في إصابات نقص السمع المكتسبة المتأخرة بسبب إمكانية المقارنة بين الأصوات الجديدة و المخزونات القديمة على مستوى النطق، إن الصوت يصل بعد فترة من التأهيل إلى نطق يماثل ما يتكلم به شخص لديه نقص سمع متوسط الشدة وباختصار إن التدريب الجيد بعد الزرع المتقن يوصلنا إلى نطق مقبول مما يسمح بمتابعة حياة اجتماعية نافعة. (Viro1,2000,p59).

7.8- المحافظة على جهاز القوقعة:

الاعتبارات والاحتياطات اليومية للمحافظة على جهاز القوقعة كالاتي:

- حفظ الأجزاء الخارجية للجهاز بعيدة عن الماء، ويمكن للطفل الاستحمام بعد نزع الجزء الخارجي من الجهاز.

- تجنب تعريض أجزاء الجهاز للكهرباء الساكنة ما أمكن مثل الشحنات التي تتولد عند لمس

طرق العلاج وأساليب التكفل

شاشة التلفزيون أو عند اللعب بالألعاب البلاستيكية أو عند لبس الملابس.

ممكن لأصحاب القوقعة المشاركة في معظم النشاطات اليومية، لكن تجنب الرياضة العنيفة، التي ممكن أن تسبب ضربة للرأس. ليس هناك حاجة لإغلاق القوقعة عند السفر جوا.

- يجب أن لا يمر المريض من خلال أجهزة الكشف عن المعادن الموجودة في المطارات والأسواق، لذلك يجب أن يحمل المريض بطاقة التعريف الخاصة بالجهاز.

توفر القوقعة الإلكترونية إحساس جيد بالسمع، لكنها لا تعيد السمع الطبيعي للمريض يفقد المريض قدرته على السمع عند إطفاء الجهاز.

الجزء الخارجي للقوقعة، جزءا أساسيا جدا ولا يمكن نزعها، لكن نستطيع الاستغناء عنه عند الحاجة إلى الاستحمام.

* تعتبر زراعة القوقعة التزاما مدى الحياة، لا يمكننا الاستغناء عنها مهما يتحسن الطفل، لأن تحسنه مقترن بوجود القوقعة الإلكترونية، عند إزالتها فإن التحسن يختفي.

* يجب أن ندرك أن ليس جميع زارعي القوقعة يحصلون على نفس الدرجة من الفائدة، حيث أن هناك عدة عوامل تؤثر على سرعة التعلم ومن أهمها (التأهيل الممتاز، ومعاونة الأهل).

* يجب أن يتحلى الأهل بالصبر، لأن مدة التأهيل تتطلب التزاما هائلا وتعاوننا كبيرا مع فريق زراعة القوقعة.

* يجب أن يعرف الأهل بأن مستوى سمع الطفل يتطور بالتدريج وكأنه طفل مولود حديثا.

* ليس هناك حاجة لتغيير الجزء الداخلي للجهاز مع نمو الطفل، لكن يمكن تحديث برمجة معالج الكلام عند الحاجة.

* يجب أن يوضع بعين الاعتبار بأن النتائج متفاوتة بين الصم بعد زراعة القوقعة لأن كل حالة تختلف عن الأخرى من حيث كمية السمع والنطق قبل العملية.

طرق العلاج وأساليب التكفل

ويساعد وجود المخزون المناسب من الكلمات على التسريع في عملية تأهيل الأصم وتغلبه على إعاقته مما يسهل عليه الاندماج في المجتمع وكذلك يتطلب على أهالي الصم إدراك الفترة الطويلة لمرحلة التأهيل وكيفية التعامل معه وتسهيل جميع الإجراءات لضمان نجاحها.

7.9- المشاكل التي يعاني منها زارعو القوقعة:

- 1- ارتفاع تكلفة الجهاز وعملية الزرع والتأهيل.
- عدم توفر مراكز التأهيل بشك كافي في كل بلد مما يؤدي إلى حدوث تغيرات كبيرة على المستوى العائلي، المادي والمهني، قد يستلزم على رب الأسرة تغيير محل الإقامة إلى مكان قريب من مراكز التأهيل.
- ارتفاع أسعار قطع الغيار التي تم استهلاكها باستمرار مع استعمال الجهاز.
- الجزء الخارجي من الجهاز قابل للتطوير.
- عشر سنوات مدة صلاحية الجهاز في معظم الأنواع ولكن هنالك من يستخدمها لأكثر من 20.
- آلات الجراحة الكهربائية قادرة على توليد جهد كهربائي ذو تردد كبير يمكن أن يؤدي إلى عطب في القوقعة أو القطب الكهربائي. و بالتالي لا يجب استخدام آلات الجراحة الكهربائية أحادية القطب في منطقة الرأس والعنق، ولكن يمكن استخدام آلات الجراحة الكهربائية ثنائية القطب شرط أن تكون بعيد بمسافة 10 سم عن القطب الكهربائي.
- لا يؤثر جهاز الحلاقة الكهربائي على القوقعة الإلكترونية، ولكن يجب أن تستشير الجراح قبل استعماله.
- يمكن استخدام أجهزة تنظيف طبقة الجير من الأسنان التي تعمل بالموجات فوق الصوتية.
- يمكن إجراء تصوير الأشعة على الأسنان لا توجد مشكلة.
- لا يجب عمل أشعة بالرنين المغناطيسي إلا في الحالات الطارئة، كما يجب استشارة الطبيب الذي عمل العملية والتنسيق بينه وبين طبيب الأشعة قبل عملها.

طرق العلاج وأساليب التكفل

- إن استخدام الهاتف الجوال يؤثر على الجهاز أحيانا ويسبب تداخل مع الإشارة السمعية بالجهاز وبالتالي يقيم الجوال قبل شرائه إذا كان يسبب مشاكل تداخل مع القوقعة.
- يمكن استخدام مجفف الشعر بعد إزالة الجزء الخارجي للقوقعة.
- يمكن استخدام صباغات الشعر بعد استشارة الجراح أنها ربما تسبب التهاب في مكان الجرح.
- يمكن استخدام أجهزة الألعاب التي تستخدم أدوات التحكم عن بعد، لأن الترددات الشائعة لهذه الألعاب بعيدة عن مجال تردد الجهاز.
- يمكن لزراع القوقعة الغوص لعمق 100 قدم تحت الماء ولكن لا يجب فعل ذلك إلا بعد استشارة الجراح.
- السماع العادية أفضل من القوقعة الإلكترونية في حالة الاستفادة منها.
- القوقعة تناسب الأطفال الذين أصيبوا بصمم منذ الولادة والكبار الذين فقدوا السمع بعد أن اكتسبوا اللغة ولكن بالنسبة للأطفال في الغالب أن الفائدة تقل كلما تأخرت زراعة القوقعة وخاصة بعد سن الخامسة. (الخويطر، السديري، 2010، ص 265).

7.8- النتائج الزرع القوقعي:

نشرت نتائج إيجابية بشكل عام فيما يتعلق بالنظرة العامة السليمة لعمليات الزرع القوقعي والكلام للأطفال الذين يستفيدون من التكفل المبكر لإعادة التأهيل والتكيف الجيد. هناك سلبيات هامة تتعلق بالفروقات الفردية. كما ثبت بالفعل أن الحصول على نتائج جيدة سواء في مجال السمع أو إنتاج الكلام يعتمد بعد العمل الجراحي على التأهيل، والذي يجب أن يستمر لفترة تطول أو تقصر وذلك حسب عمر المريض، سن حدوث الإصابة درجة تطور النطق.

طرق العلاج وأساليب التكفل

وقد تصل فترة التأهيل إلى سنوات عديدة، إجراء العمل الجراحي وإهمال التأهيل لا يؤدي إلى أية نتيجة إيجابية من ناحيتي السمع والنطق.

- بعد زرع القوقعة ,ومع التأهيل يأخذ الطفل التطور الطبيعي للنطق كما عند الأطفال الطبيعيين (حافظ 2006).

الخاتمة:

في السنوات الماضية كان الصمم مأساة يعيشها المجتمع بصفة عامة وأسرة الأصم بصفة خاصة، ويكبر حجمها كلما كبر الطفل وخاصة في الوسط العائلي السامع، أي لم يعرف أهله حالة صم من قبل، وهنا وسيلة التواصل بينه وبين عائلته تكون مبهمة، إلا أن الدراسات والبحوث الحالية أثبتت بأن مهما كانت درجة فقدان السمع مرتفعة فإن الحل موجود بواسطة التكفل والتجهيز المبكر والتي تعتبر طرائق بسيطة تمكن الطفل من اكتساب اللغة المنطوقة والمكتوبة وبالتالي متابعة الدراسة في المدرسة العادية التي تفتح له المجال الواسع للتواصل والدمج الاجتماعي والمهني.

إن إصابة حاسة السمع عند الشخص يستطيع تعويضها بحاسة البصر، إذا كان الشخص يعاني من الصمم دون إعاقة مصاحبة.

إن اكتساب اللغة المنطوقة والمكتوبة عند الطفل الأصم تمكنه من تفادي آفات الجنوح التي ممكن أن تصادفه مستقبلا، لأنه لا يستطيع التواصل مع أقرانه السامعين والذين يمثلون المجتمع الأكبر وبالتالي يطور عدوانية كبيرة اتجاههم.

قائمة المراجع

1- المراجع باللغة العربية

1. البيوني بن عبدة بن عبد الرحمان. (2010). دور التعليم العالي في تأهيل ذوي الاحتياجات الخاصة السمعية. مركز الدراسات. جامعة الملك سعود.
2. -الببلاوي إيهاب و محمد عبد الحميد أشرف. (2002). الإرشاد النفسي المدرسي. دار الكتاب الحديث، الإسكندرية.
3. ثابت محمد جعفر، (2007). الانتباه وخطأ الإدراك البصري وعلاقته بمستوى التحصيل الدراسي لدى المعوقين سمعياً. جامعة الملك سعود.
4. حنفي علي عبد النبي، (2002). مشكلات المعاقين سمعياً كما يراه معلمو المرحلة الابتدائية في ضوء بعض المتغيرات. كلية التربية. جامعة الزقازيق.
5. الحنفي عبد المنعم ، (1995)، علم النفس في حياتنا اليومية ، الموسوعة النفسية ، م 1 ، مكتبةمدبولي.
6. حنفي علي عبد النبي، (2004). أثر الالتحاق ببرنامج دراسي تخصصي في الإعاقة السمعية على تعديل اتجاهات معلمي المعوقين سمعياً وخفض مستوى اختراقاتهم النفسية. جامعة الملك سعود.
7. الحديدي، منى، الخطيب، جمال. (2004). تدخل مبكر، كلية العلوم التربوية.
8. الخطيب، جمال، محمد سعيد. (1997). الإعاقة السمعية، ط1، الأردن: المكتبة الوطنية.
9. الخطيب، جمال، الحديدي، منى. (2003). مناهج وأساليب التدريس في التربية الخاصة، ط2، مكتبة الفلاح.
10. الخويطر منيرة، والسديري. (2010). القوقعة الاصطناعية ودورها في التدخل المبكر، كلية العلوم الطبية التطبيقية، جامعة الملك سعود.
11. اللجمي تغريد. (2018). مقارنة المريض، اختبارات السمع، كلية الطب البشري

12. الدماطي عبد الغفار عبد الحكيم. (2010). برنامج التدخل المبكر لتنمية مهارات اللغة والتواصل لدى صغار الأطفال المعوقين سمعياً، جامعة الملك سعود.
13. زمزمي عبد الرحمان بن معتوق عبد الرحمان. (2008). تقنين اختبار تورانس التفكير الابتكاري الشكل (ب) على طلاب الصم وضعاف السمع في المرحلة المتوسطة، جامعة مكة المكرمة.
14. السيد فتحي عبد الرحيم. (1982). فعالية الألعاب التربوية في اكتساب بعض المفاهيم العلمية لأطفال مرحلة رياض الأطفال المعوقين سمعياً بالمملكة العربية السعودية، جامعة الملك سعود.
15. السعيد يونس أحمدو حنورة. (1991)، رعاية الطفل المعوق "، دار الفكر العربي، القاهرة
16. الشاهين لميس إحسان. (2008). فعالية برنامج تعليمي قائم على التعليم الفردي في تحسين مهارات القراءة. جامعة الأردن.
17. عبد الحي، فتحي. (1998). طرق الاتصال بالصم، ط1، دبي، دار القلم.
18. للقاني أحمد والقريشي. (1994). مناهج الصم (تخطيط، البناء، والتنفيذ)، القاهرة، عالم الكتب.
19. القريوطي، أمين، عبد المطلب. (2001). سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة، ط3، القاهرة، دار الفكر العربي..
20. السيد فهمي محمد. (1995). السلوك الاجتماعي للمعوقين "، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية،
21. الموسوعة العربية العالمية. (1999). ط2، المجلد 1 و 15، المملكة العربية السعودية كمؤسسة استعمال النشر والتوزيع.
22. النصير محمد بدر الدين فارس. (2004). تطوير مقياس النمو اللغوي لقياس المهارات اللغوية للأطفال المعوقين سمعياً من الرضاعة وحتى عمر خمس سنوات، جامعة الأردن.

23. الوهيب عادل بن سليمان. (2008). خدمات التدخل المبكر للأطفال الصم، جامعة الملك سعود.

24. الزريقات ابراهيم عبد الله. (2003). الإعاقة السمعية، ط1، عمان، دار وائل للنشر والتوزيع.

قائمة المراجع

2- المراجع باللغة الأجنبية

25. Coll.J. (1978), *l'enfant malentendant, le comprendre et l'aider*. Toulouse.Ed.EdouardRyivat.

26.Ducif.M.C. (1975). *Singularités psychologiques propres à l'»enfant sourd*, France. Ed.Mazéas.

27.Dument.A. (1996). *Implantation cochléaire, surdité et langage*. Bruxelles. Deboech.

28.Dorman.T. (1996) *Implantation cochléaire. Ed. abor*. La Belgique.

29.Lafon.J.C. (1985). *Les enfants déficients*. Masson. France.

30.Piéron.J.C. (1985). *L'enfant à audition d ficiante, aspects médicaux, éducatifs, sociologique, Acta-Rino- laryngologia*, France.

31.Sillamy.N. (2006), *Dictionnaire de psychologie*. Larousse. Paris.

32.Tibaut.J.P, Rondal.J.A. (1996). *Psychologie de l'enfant et de l'adolescent*. Ed. Labor. La Belgique.

33.Virol.B. (2000). *Psychologie de la surdité*. Université, de Boeck.