

دار المتنبي للطباعة والنشر شهادة لنشر

تشهد وتتشرف دار المتنبي للطباعة والنشر ب:
نشر وطباعة كتاب

الموسوم بـ:

مدخل إلى الإعاقة السمعية

تأليف

د. حميدة زموري

المسجل إداريا برقم الإيداع القانوني

ردمك 9 _ 42 _ 518 _ 9969 _ 978 (ISBN):

مدير دار النشر



دار المتنبي للطباعة والنشر



بتاريخ: 24 جانفي 2024

مقر دار النشر: حي تعاونية الشيخ المقراني
طريق اشبيليا مقابل جامعة محمد بوضياف
المسيلة - الجزائر

التواصل مع دار النشر: elmotanaby.dz@gmail.com
0773.30.52.82 / 0668.14.49.75

الهاتف:
فاكس: 035.35.31.03



Scan Our QR Code

د. حميدة زموري

أستاذ محاضر
جامعة محمد بوضياف - المسيلة



جانفي
2024

مدخل إلى .. الإعاقة السمعية



مدخل إلى الإعاقة السمعية

المؤلف في سطور ..

حميدة زموري أستاذ محاضر أ بقسم علم النفس كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية بجامعة محمد بوضياف بالمسيلة، متحصلة على شهادة الليسانس في علوم التربية تخصص إرشاد وتوجيه - جامعة المسيلة " جوان 2004... متحصلة على شهادة الماجستير في علم النفس تخصص إرشاد نفسي مدرسي من قسم علم النفس وعلوم التربية بجامعة الحاج لخضر باتنة 2007... متحصلة على شهادة الدكتوراه علوم في علم النفس تخصص علم النفس المدرسي من قسم علم النفس بجامعة باتنة، " سنة 2016. متحصلة على شهادة التأهيل الجامعي في تخصص علم النفس المدرسي بقسم علم النفس، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة محمد بوضياف بالمسيلة بتاريخ 2019. للباحثة العديد من المشاركات العلمية في شكل مقالات ومداخلات دولية ووطنية.

هذا الكتاب ..

كتاب مدخل إلى الإعاقة السمعية كتاب شامل احتوى على كل ما يتعلق بالإعاقة السمعية ابتداء من تحديد مفهوم هذه الإعاقة والمفاهيم ذات العلاقة بها، الى تصنيف الإعاقة وتحديد أسبابها ، كما تم تناول خصائص هذه الفئة واهم المشكلات النفسية والاجتماعية والتربوية، وحاولنا بعدها الاقتراب من الكتابات الحديثة من خلال تناول الجانب التربوي والتأهيلي لهذه الفئة، ومميزات البرامج التربوية الخصائص التي يجب إن تتوفر في معلمي ذوي الإعاقة السمعية ، وكان من الضروري بعدها تناول التكفل الطبي والتكنولوجي لهذه الفئة لما له من علاقة في تحسين المستوى الأكاديمي وحتى النفسي والاجتماعي. وجاء الفصل الأخير في الكتاب مركزا على الخدمات الإرشادية لهذه الفئة وذلك بعد تحديد الحاجات الإرشادية لهم وذلك لان تخطي صعوبات هذه الإعاقة يعتمد بشكل كبير على التكفل النفسي والبرامج الإرشادية المقدمة بما في ذلك الإرشاد الأسري والتكامل بين هذه الخدمات ، وتعزيز قنوات التواصل بين الجهات التي تقدم الخدمات.



حميدة زموري

ISBN: 978_9969_518_42_9



جميع الحقوق محفوظة ©
سنة النشر: 1445 هـ / 2024 م

مقر دار النشر: حي تعاونية الشيخ المقراني
طريق اشبيليا مقابل جامعة محمد بوضياف
المسيلة - الجزائر
التواصل مع دار النشر: elmotanaby.dz@gmail.com
الهاتف: 0773.30.52.82 / 0668.14.49.75
فاكس: 035.35.31.03



أمسج الرمز



Scan Our QR Code

مدخل إلى الإعاقة السمعية

د. حميدة زموري

بسم الله الرحمن الرحيم

مدخل إلى الإعاقة السمعية

المؤلف: د. حميدة زموري

• تنسيق داخلي للكتاب: دار المتني للطباعة والنشر

• مقاس الكتاب: 17/25

• الطبعة الأولى

• الناشر: دار المتني للطباعة والنشر

• الرقم الدولي الموحد للكتاب

• ISBN : 978 _ 9969 _ 518 _ 42 _ 9

• الإيداع القانوني: جانفي / 2024م

• الحقوق: جميع الحقوق محفوظة ©

• مقر الدار: حي تعاونية الشيخ المقراني / طريق إشبيلية

مقابل جامعة محمد بوضياف / المسيلة- الجزائر

• للتواصل مع الدار: elmotanaby.dz@gmail.com

• الموقع الإلكتروني: <https://elmotanaby.com>

• هاتف: 0668.14.49.75 / 0773.30.52.82

• فاكس: 035.35.31.03



د. حميدة زموري

مدخل إلى الإعاقة السمعية

2024

فهرس المحتويات

17.....	مقدمة
19.....	1. مفهوم الإعاقة
19.....	1.1. التعريف اللغوي
19.....	2.1. التعريف الاصطلاحي
21.....	2. الإعاقة السمعية
21.....	1.2. التعريف اللغوي
22.....	2.2. التعريف الاصطلاحي
22.....	1.2.2. التعريفات التربوية
24.....	2.2.2. التعريفات الطبية والوظيفية
29.....	3. مفاهيم لها علاقة بالإعاقة السمعية
30.....	1.3. العجز DISABILITY
30.....	2.3. الأطفال المعرضون للخطر
31.....	3.3. مفاهيم خاطئة حول الإعاقة السمعية
32.....	4. مدى انتشار الإعاقة السمعية
32.....	1.4. في العالم
35.....	2.4. انتشار الصمم في الجزائر
36.....	5. الاهتمام التاريخي بالصمم

39.....	6.بناء ووظيفة الجهاز السمعي
40.....	1.6. بناء الجهاز السمعي
40.....	1.1.6. الجهاز السَّمعي الطَّرْفِي
40.....	1.1.1.6. الأذن الخارجية
41.....	2.1.1.6. الأذن الوسطى
43.....	3.1.1.6. الأذن الداخلية "INNER EAR"
45.....	2.1.6. الجهاز السمعي المركزي
47.....	2.6. وظيفة الجهاز السمعي
47.....	1.2.6. المرحلة الأولى في الأذن الخارجية
47.....	2.2.6. المرحلة الثانية في الأذن الوسطى
47.....	3.2.6. المرحلة الثالثة في الأذن الداخلية
48.....	7.أسباب الإعاقة السمعية
48.....	1.7. العوامل الوراثية (الجينية)
49.....	1.1.7. متلازمة أعراض تريشر كولينز "TREACHER-COLLINS SYNDROME"
50.....	2.1.7. متلازمة أعراض واردنبرغ "WAARDENBURG SYNDROME"
51.....	3.1.7. متلازمة أشر-هولجرين "USHER-HALLGREN SYNDROME"، ومتلازمة داون "DOWN SYNDROME"
51.....	2.7. العوامل البيئية

51.....	1.2.7. الحصبة الألمانية التي تصاب بها الأم.
52.....	2.2.7. التهاب الأذن الوسطى "OTITIS MEDIA"
52.....	3.2.7. التهاب السّحايا "MENINGITIS"
52.....	3.7. العيوب الخلقية في الأذن الوسطى
52.....	4.7. الإصابات والحوادث
52.....	5.7. تجمع المادة الصّمغية
53.....	6.7. إصابة طرق الاتصال السمعي
53.....	7.7. إصابة طرق الاتصال الحسي العصبية
53.....	8.7. منيرز "MENIERE'S DISEASE"
53.....	9.7. تصلب الأذن "OTOSCLEROSIS"
55.....	8. تصنيف الإعاقات السّمعية
55.....	1.8. التصنيف حسب شدة فقدان السّمي
55.....	1.1.8. فقدان سمعي خفيف
56.....	2.1.8. فقدان سمع هامشي
56.....	3.1.8. فقدان سمعي متوسط
56.....	4.1.8. فقدان سمعي شديد
56.....	5.1.8. فقدان سمعي عميق
57.....	2.8. التصنيف حسب شدة فقدان السّمع "الخسارة السّمعية"

57.....	1.2.8. المستوى الأول
57.....	2.2.8. المستوى الثاني
57.....	3.2.8. المستوى الثالث
58.....	4.2.8. المستوى الرابع
58.....	3.8. التصنيف حسب العمر الذي حدث فيه الإعاقة
58.....	1.3.8. الصمم قبل تعلم اللغة "PRELINGUAL DEAFNESS"
59.....	2.3.8. الصمم بعد التعلم "POST-LINGUAL DEAFNESS"
59.....	4.8. التصنيف حسب وطبيعة موقع الإصابة
59.....	1.4.8. فقدان السَّمعي التوصيلي "CONDUCTIVE HEARING LOSS"
60.....	2.4.8. فقدان السَّمعي الحسي العصبي "SENSORINEURAL HEARING LOSS"
61.....	3.4.8. فقدان السَّمعي المختلط "MIXED HEARING LOSS"
61.....	4.4.8. ضعف السمع النفسي "PSYCHOSOCIAL HEARING LOSS"
62.....	5.4.8. فقدان السَّمعي المركزي "CENTRAL HEARING LOSS"
62.....	9. خصائص المعاق سمعياً
63.....	1.9. الخصائص اللُّغوية
64.....	2.9. الخصائص المعرفية (العقلية)
65.....	3.9. الخصائص الاجتماعية
69.....	4.9. الخصائص الانفعالية النفسية

72.....	5.9. الخصائص التربوية "التحصيل الأكاديمي"
74.....	6.9. الخصائص الجسمية والحركية
75.....	7.9. التكيف المهني
75.....	10. الوقاية من الإعاقة السمعية
77.....	11. تشخيص الإعاقة السمعية
77.....	1.11. مؤشرات، وأعراض الإعاقة السمعية
80.....	2.11. طرق قياس السمع
80.....	1.2.11. الطرق العلمية
80.....	1.1.2.11. طريقة القياس السمعي الدقيق (PURE-TONE AUDIOMETRY)
81.....	2.1.2.11. طريقة استقبال الكلام وفهمه (SPEECH AUDIOMETRY)
81.....	2.2.11. القياس السمعي للأطفال الصغار
82.....	3.11. الاختبارات التربوية المستخدمة في القياس السمعي
82.....	1.3.11. مقياس "ويتمان" للتمييز السَّمعي (WEPMAN AUDITORY DISCRIMINATION) (TEST, 1978)
82.....	2.3.11. مقياس "جولدمان فرستو ودكوك" للتمييز السَّمعي (GOLDMAN-FRISTOE) (TEST OF ARTICULATION)
82.....	3.3.11. مقياس "لندامود" السَّمعي (LINDAMOD AUDITORY CONCEPTUALIZATION TEST)
82.....	4.3.11. فحص التعزيز البصري "اختبار بافلوف" (VISUAL REINFORCEMENT)
83.....	4.11. عملية تبادل الأفكار والمعلومات

84.....	12. أساليب التواصل مع الصم
84.....	1.12. أساليب التواصل اللفظي (ORAL COMMUNICATION SKILL)
84.....	2.12. مهارة قراءة الشفاه ولغة الشفاه "لغة قراءة الكلام" (SPEACK READING SKILL/LIP)
84..... (RADING SKILL)
85.....	1.2.12. الطريقة التحليلية
85.....	2.2.12. الطريقة التركيبية
85.....	3.2.12. الصوتيات
85.....	4.2.12. الوحدة الكلية
86.....	3.12. مهارات التواصل اليدوي (MANUEL COMMUNICATION/SIGN LANGUAGE SKILLS)
87.....	1.3.12. الإشارة الوصفية
87.....	2.3.12. الإشارة غير الوصفية
88.....	4.12. مهارة التدريب السمعي
89.....	5.12. طريقة روشيستر (ROCHESTER METHOD)
89.....	6.12. مهارة التواصل الكلي (TOTAL COMMUNICATION SKILLS)
91.....	1.6.12. مميزات استخدام التواصل الكلي
92.....	13. التأهيل التكنولوجي والطبي للصُم
92.....	1.13. المُعينات السَّمعية من النمط الجسدي (HEARING AID POUCH)
93.....	1.1.13. معينات سمعية خلف الأذن (BEHIND-THE-EAR HEARING AIDS)

94.....	2.1.13. معين سمعي داخل الأذن (IN THE- EAR- AIDS):
95.....	3.1.13. معين سمعي من نمط كروس (CROS-AIDS)
96.....	4.1.13. معين سمعي من نمط كروس الثنائي (BI-CROS HEARING AIDS)
97.....	5.1.13. جهاز السوفاج (SUVAGUE)
97.....	1.5.1.13. جهاز سوفاج عادي
97.....	2.5.1.13. جهاز سوفاج بالأشعة تحت الحمراء (SUVAGUE INFRA ROUGE)
97.....	3.5.1.13. جهاز سوفاج صغير (MINI-SUVAGUE)
98.....	6.1.13. زراعة القوقعة
98.....	7.1.13. السّماعَة الخاصة بالتوصيل السمعي (عن طريق غشاء العظام)
99.....	8.1.13. سماعة (CROS TYPE)
99.....	9.1.13. سماعة مع نظارة
100.....	2.13. السماعات الجماعية
101.....	3.13. المعلم الافتراضي بالدي (BALDI)
101.....	4.13. معايير اختيار السماعة
101.....	1.4.13. العمر الزمني للمعوق سمعياً
102.....	2.4.13. جنس المُعاق سمعياً
102.....	3.4.13. نوع الإعاقة
102.....	4.4.13. شدة الإعاقة ومستواها

102.....	5.4.13. بقايا السَّمع عند المُعوق
102.....	6.4.13. الحالة الصحية لأذن المعوق
103.....	14. المشكلات التي تواجه الصم وضعاف السمع
103.....	1.14. مشكلة الاتصال
104.....	2.14. مشكلات خاصة بالتنشئة الاجتماعية
104.....	3.14. مشكلات تربية
105.....	4.14. مشكلات اقتصادية
106.....	5.14. مشكلات نفسية
106.....	6.14. مشكلات سلوكية
106.....	1.6.14. السلوك الفوضوي
107.....	2.6.14. سلوكيات إيذاء الذات
107.....	3.6.14. السلوك العدواني
107.....	15. الحاجات النفسية لذوي الاحتياجات الخاصة
107.....	1.15. الحاجة إلى الاستقلال
108.....	2.15. الحاجة إلى الإشراف في الأعمال المنزلية البسيطة
108.....	3.15. الحاجة إلى اللعب الحر
108.....	4.15. الحاجة إلى الصحة الجيدة
108.....	5.15. الحاجة إلى الاختلاط بالمجتمع والأطفال الآخرين (الانتماء)

108.....	6.15. الحاجة إلى الجو الأسري المستقر
109.....	7.15. الحاجة إلى العلاقة الطيبة بالأم
109.....	8.15. الحاجة إلى حب الوالدين
109.....	16. تربية المعاقين سمعياً
109.....	1.16. تربية المعاق سمعياً بصفة عامة
110.....	1.1.16. أهداف تعليم الأصم
111.....	2.1.16. مصادر اشتقاق الأهداف التربوية للمعاقين سمعياً
111.....	3.1.16. معلم-معلمة الأصم
111.....	1.3.1.16. الصفات الشخصية
111.....	2.3.1.16. الصفات العلمية
112.....	4.1.16. إعداد الفصول الدراسية
113.....	5.1.16. الوسائل التعليمية المساعدة
114.....	2.16. ظروف تربية الطفل المعاق سمعياً في الجزائر
114.....	1.2.16. لمحة تاريخية
116.....	2.2.16. المؤسسات الموجودة حالياً وشروط التكفل بها
116.....	1.2.2.16. المؤسسات المختصة (مدارس صغار الصم)
117.....	2.2.2.16.روضات الأطفال
118.....	3.2.2.16. الأقسام المندمجة

119.....	4.2.2.16. الأقسام العادية
123.....	17.تقويم ذوي الإعاقة السمعية
124.....	1.17. الفحوص المسحية (SCREENING)
125.....	18.إرشاد ذوي الإعاقات السمعية وأسرهم
126.....	1.18. الإرشاد التربوي
126.....	1.1.18. المستوى الأول: الأسلوب السّمي
127.....	2.1.18. المستوى الثاني متعلقٌ بالأسرة
128.....	2.18. أهمية إرشاد أسر ذوي الإعاقة السمعية
130.....	3.18. احتياجات أسر المعاقين سمعياً وأطفالهم
131.....	4.18. محاور برامج إرشاد أسر ذوي الاحتياجات الخاصة
132.....	1.4.18. محور الطفل نفسه
132.....	2.4.18. محور ولي أمر المُعاق سمعياً
133.....	3.4.18. محور أخوة الطفل المُعاق
133.....	4.4.18. محور المؤسسات والجمعيات (مراكز الأمومة والطفولة، المعاهد والمدارس والمراكز ... الخ)
134.....	5.18. خطوات نجاح برنامج إرشادي أسري للمعاقين سمعياً
134.....	6.18. الدور الوقائي للإرشاد الأسري للمُعوقين سمعياً
134.....	1.6.18. الوقاية الأولية

135.....	2.6.18. الوقاية الثانوية
135.....	3.6.18. الوقاية الثلاثية
135.....	7.18. دور الإرشاد الأسري في الوقاية من مشكلات المعوقين سمعياً
135.....	1.7.18. المحور الأول: المُعوق سمعياً (الأصم، ضعيف السَّمع)
136.....	2.7.18. المحور الثاني: أسر المعوقين سمعياً (الوالدين، الإخوة، الأقارب)
136.....	8.18. معوقات إرشاد أسر المعوقين سمعياً
137.....	1.8.18. معوقات ذات علاقة بالأسرة
137.....	2.8.18. معوقات ذات علاقة بالمُرشد
138.....	3.8.18. معوقات مجتمعية
139.....	خلاصة
141.....	المراجع المعتمدة

مقدمة

لقد وهب الله عزَّ وجل الإنسان مجموعةً من الأجهزة، وخصَّها بوظائف معينة لمساعدته على إدراك ما يدور حوله، وتمكينه من التكيف مع المحيط الذي يعيش فيه والتفاعل معه عطاءً وأخذاً، واستعمالها في تبادل الخبرات مع الآخرين كنوافذ يطلُّ منها على العالم الخارجي، وخاصة حاسة السَّمع التي لها دورٌ كبيرٌ في اكتساب اللُّغة والكلام، لأنَّ فاقِد السَّمع فاقِدٌ لعملية الاتصال، وهذا ما يؤثر لديه سلباً على كل مظاهر النُّمو النفسي، والاجتماعي، والانفعالي، والأكاديمي. ولقد تعدَّدت الكُتب والمقالات التي تعرَّضت لدراسة الإعاقات المختلفة، وبالأخص الإعاقة السَّمعية، لكنَّ هذه الكتابات رغم من زخمها، فقد جاءت في أغلبها شبه عمليات نسخٍ عن بعضها البعض.

وعلى هذا الأساس، سعيًا في هذا الكتاب إلى الخروج بخُلاصةٍ عن بعض هذه الكتابات الكلاسيكية، والاقتراب من الكتابات الحديثة التي تُركِّز على الجانب الإرشادي النفسي، والتأهيلي، والتربوي لهذه الإعاقة؛ ذلك أن الإعاقة السَّمعية قبل أن تكون تواصليةً ذات آثارٍ اجتماعية، فهي ذاتُ أصولٍ بيولوجية، ومظاهر نفسيةٍ لا يمكن إنكارهما، أو التغاضي عنهما؛ وعليه، فللنَّجاح في تخطي الصُّعوبات لهذه الإعاقة، يجب التركيز على الخدمات والبرامج الإرشادية المُقدَّمة لهذه الفئة ولأسرهم، وعلى التكامل بين هذه الخدمات.

د. حميدة زموري

1. مفهوم الإعاقة

1.1. التعريف اللغوي

اختلفت وجهات النّظر حول إعطاء تعريفٍ دقيقٍ للإعاقة بصفةٍ عامة، والإعاقة السّمعية بأنواعها بصفة خاصة، وهذا راجعٌ لتعدّد أسبابها وتصنيفاتها.

فقد ورد في معجم الوسيط في شرح مادة "عَوَقَ" (عَاقَهُ) عن الشيء - عَوْقًا: منعه وشغله عنه، فهو عائق. والجمع عُوقٌ للعائق، ولغيره: عَوَائِقُ، وهي عَائِقَةٌ والجمع وعَوَائِقُ. وعَوَائِقُ الدهر، شواغله وأحداثه.

(العيسوي، 1997، ص.43)

وكما يقال تَعَوَّقَ الرجل، إذا تَرَيَّث وأبطأ. عَوَّقَهُ آخر: حبسه وثبّطه.

أما في اللغة الفرنسية فنجد المرادفات التالية لفعل عَاقَ: handicaper: désavantager. (Larousse, 1997, p.202)

2.1. التعريف الاصطلاحي

وتجدر الإشارة إلى أن الإعاقة اصطلاحٌ شهد تعريفاتٍ كثيرةٍ منها:

تعريف "حامد عبد السّلام زهران" الذي يُشير للإعاقة، ومُشتقاتها اللفظية بـ "العاهة أو العجز، والإعاقة بمعنى وجود العطب، وتعدّد الإعاقات بتعدّد الجوانب التي تُصيبها؛ فهناك الإعاقة الجسميّة، الإعاقة اللّغويّة، الإعاقة البصريّة، وهناك الإعاقة المتعددة التي تحدث في جوانب متعددة." (العيسوي، 1997، ص.09)

وعُرفَت أيضاً بأنها: "حالةٌ من عدم القدرة على تلبية الفرد لمُتطلبات أداء دوره الطبيعي في الحياة المتصلة بعمره، وجنسه، وخصائصه الاجتماعية، والثقافية، وذلك نتيجة الإصابة أو العجز في أداء الوظائف الفسيولوجية، أو الاجتماعية". (عوادة، 2007، ص.12)

وعُرفَت أيضاً بأنها: "عيبٌ يرجع إلى العجز الذي يمنع الفرد، أو يحدُّ من قدرته على أداء دوره الطبيعي بالنسبة للسن، والجنس، والعوامل الاجتماعية، والثقافية". (لويس كامل، 1998، ص.09)

كما تُعرَّفُ بـ: "عدم قدرة الفرد على الاستجابة للبيئة، والتكيف معها نتيجة مُشكلاتٍ سلوكية، أو جسمية أو عقلية؛ والعجز هو الذي يُسبب هذه المشكلات عند تفاعل الفرد المصاب ببيئته". (القمش والمعاينة، 2007، ص.15)

أما المُعَوَّقُ فهو: "كلُّ شخصٍ ليس لديه قدرةٌ كاملةٌ على ممارسة نشاط، أو عدة أنشطةٍ أساسيةٍ للحياة العادية، نتيجة إصابة وظائفه الحسية، أو العقلية، أو الحركية عند إصابة وُلْدَ بها أو لحقت به بعد الولادة". (التوم، 1989، ص.14)

كما أن "منظمة العمل الدولية للإعاقة" عرّفت الشخص المُعَوَّق بأنه: "كلُّ فردٍ نُقصت إمكانياته للحصول على عملٍ مناسبٍ والاستقلال فيه، نُقصاً فعلياً نتيجةً لعاهةٍ جسمية، أو عقلية". (العوامل، 2003، ص.26)

وعليه، فالإعاقة هي كلُّ عجزٍ يؤدي بصاحبه إلى عدم القيام بالإعمال المُعتادة بالشكل العادي.

2. الإعاقة السمعية

1.2. التعريف اللغوي

جاء في تهذيب اللغة لصحابه "الأزهري"، الصَّمَمُ في الأذن ذهاب سميعها، وفي القناة اكتناز جوفها، وفي الحَجَرِ صلابته، وفي الأمر شدته؛ ويُقال: أُذُنٌ صَمَاءٌ، وَحَجَرٌ أَصَمٌ، وَفِتْنَةٌ صَمَاءٌ، وَجَمَعَ أَصَمٌ صَمٌّ وَصُمَّانٌ.

وقال الله عز وجل في وصف الكافرين: ﴿صُمٌّ بُكْمٌ عُمًى فَهُمْ لَا يَرْجِعُونَ﴾ البقرة (18).

والعرب يقولون: أَصَمَّ اللَّهُ صَدَى فُلَانٍ أَي: أَهْلَكَهُ اللَّهُ، وَالصَّدَى: الصوت الذي يَرُدُّهُ الْجَبَلُ إِذَا رَفَعَ فِيهِ الْإِنْسَانُ صَوْتَهُ، وَقَالَ امْرُؤُ الْقَيْسِ:

صَمَّ صَدَاها وَعَفَا رَسْمُها وَاسْتَعْجَمْتُ عَنْ مَنْطِقِ السَّائِلِ

(الأزهري _ الصمم _، 1997)

أما في لسان العرب، فالصَّمَمُ: انسداد الأذن وثقل السمع، صَمَّ، يَصُمُّ، وَصَمَمَ، بِإِظْهَارِ التَّضْعِيفِ نَادِرًا، صَمًّا، وَصَمَمًا وَأَصَمَّ وَأَصَمَّهُ اللَّهُ فَصَمَّ وَأَصَمَّ أَيْضًا بِمَعْنَى صَمَّ. قَالَ الْكَمِيتُ:

أَشْيَخًا، كَالْوَلِيدِ، بَرَسِمِ دَارِ تُسَائِلُ مَا أَصَمَّ عَنْ السُّوَالِ

(الأزهري _ الصمم _، 1997)

2.2. التعريف الاصطلاحي

لطالما كانت ولا زالت إعاقة الصّم محطّ اهتمام العديد من الباحثين من مختلف التخصصات: علمية، طبية، نفسية، إنسانية، تربوية، اجتماعية؛ هذا التعدد في نوعية المهتمين انعكس على التّعدد في التعريفات المتخصصة لهذه الإعاقة، فعرفها كلّ حسب اختصاصه، ولذلك لجأت من أجل استيعاب الموضوع إلى تقسيم التعريفات إلى تربوية، وإلى طبية وظيفية.

1.2.2. التعريفات التربوية

تعريف "عصام يوسف" (2007): "المُعاق سمعياً هو ذلك الشخص الذي لا يستطيع الاعتماد على حاسة السّمع لتعلم اللّغة أو الاستفادة من برامج التعليم المختلفة المقدمة للسامعين، وهو بحاجة إلى أساليب تعليمية تعوضه عن حاسة السّمع". (عصام يوسف ودرياس، 2007، ص.26)

كما عرفها "Ajuria guerra" (1982) تعريفاً تربوياً من خلال تعريفه للطفل الأصم بأنه: "ذلك الطّفل الذي لديه قدرةٌ سمعيةٌ غير كافية، بحيث لا تسمح له بتعلم لغةٍ محيطة، ولا المشاركة في النشاطات العادية التي تُوافق سنه، ولا مواصلة التعليم والاستفادة منه". (لعريبي، 2006، ص.07)

ومن بين التعريفات التربوية الأخرى نجد:

تعريف "Gallagher" (1979): حيث يُعرّف الطفل الأصمّ بقوله: "إن الطفل الأصمّ هو الذي لديه حاسة سمع غير قادرة على أداء وظيفتها العادية في الحياة".

كما يُعرّف "Baker" (1980) الطفل الأصمّ قائلاً: "الطفل الأصمّ من الناحية البيولوجية، هو الطفل الذي يعاني من عجز في السمع يُغير من أنماط سلوكه، ويُقلل من مستوى خبرته إذا ما قورنت بخبرات الطفل العادي". (Kirk & Gallagher, 1993, P.30)

تعريف "عبد المطلب القريطي" (2001): "الأطفال الصمّ هم الذين لا يمكنهم الانتفاع بحاسة السمع في أغراض الحياة العادية، سواء من فاقد السمع تماماً، أو من فقدوه بدرجة أعجزتهم عن الاعتماد على آذانهم في فهم الكلام واللغة، أو مَنْ أُصيبوا بالصمّ في طفولتهم المبكرة قبل أن يكتسبوا الكلام واللغة، أو مَنْ أُصيبوا بفقدان السمع بعد تعلمهم الكلام واللغة مباشرة، ولكن لدرجة أن آثار هذا التعلّم قد تلاشت تماماً، مما يترتب عليه في جميع الأحوال افتقاد المقدرة على الكلام وتعلم اللغة". (القريطي، 2001، ص.420)

أما "Wiliam et Al" (1997) يُعرّف الأصم بأنه: "الفرد الذي يعاني من عجز حسيّ يعوقُ استقباله وتجهيزه للمثيرات السّمعية، وبالتالي لا تكون لديه القدرة على استخدام حاسة السمع لفهم المثيرات السّمعية، ولا كلام الآخرين للتفاعل الاجتماعي معهم، وتكون درجة فقد السمع لديه كبيرة تعوقه عن فهم الكلام من خلال حاسة السمع (الأذن) وحدها، وهو يسمع كل ما يدور حوله بعينه من خلال حاسة البصر، أو وسائل الاتصال المرئي". (سعد وخليفة، 2007، ص.99)

تعريف "بدير عبد النبي عقل" (2003): "الأصم _الأبكم_ هو الفرد الذي فقد حاسته السَّمعية منذ ميلاده قبل اكتساب اللُّغة والكلام مباشرةً لدرجة أن آثار هذا التعلُّم قد تلاشت تماماً". (عقل، 2003، ص.37)

إن التعريفات السابقة تُركز كلها على تعريف الطفل الأصم انطلاقاً من النتائج المترتبة عن فقدان السَّمع وتُهمل في المقابل الحديث عن الصَّم في حد ذاته، وبالتحديد ركّزت على الجانب التربوي والتعليمي.

2.2.2. التعريفات الطبية والوظيفية

وبالرُّجوع إلى التعريفات الطبية، يَفصلُ الكثير من المتخصصين من بينهم:

"Delamer" (1961) تعريف الصَّم على أنه: "نقص، أو فقدان في السَّمع، أو إعاقةً متكررةً ناجمةً عن آفةٍ الجهاز السَّمعي الصَّوتي، كما قد تعود إلى الإصابة في الأذن الوسطى، الطبلة، أو قناة أوستاكيوس". (لعربي، 2006، ص.07)

وقد ركز "Delamer" على الأسباب العضوية للصَّم على أكثر من نواتجه؛ ولا يبتعد عنه كثيراً "Frederic Brin" (1997) فقد عرّف فقدان السَّمع، أو الصَّم بأنه: "فُقدان سمعيٍّ مهما كانت أهميته وأسبابه، فقد يكون عابراً أو حتمياً، وأحياناً تطورياً ذو نتائج متعددة: اضطراب في الاتصال قبل اللُّغوي عند الرضيع، غياب أو تأخر لغوي، اضطراب الكلام والصوت؛ وبما أن الصمم لا يُعالج دائماً دوائياً أو جراحياً، فإنه قد أصبح إعاقةً تتطلب كفالة". (F. Brin, 1997, P.186)

لقد حاول "Frederic Brin" أن يُبرز في تعريفه تأثر اللُّغة بإعاقة الصَّمم، وهذا بالتأكيد يعكس ميوله الأُطفونية.

ومن التعريفات التي يمكن أن نختصرها أيضاً:

تعريف "جابر عبد الحميد جابر" و"علاء الدين كفاقي" (1993) للصَّمم بأنه: "الغياب الجزئي أو الكلي، أو الفُقدان الكامل لحاسة السَّمع". (جابر عبد الحميد جابر، علاء الدين كافي "الصمم"، 1993)

تعريف "سعيد عبد العزيز" (2005): "يُشير هذا المفهوم إلى تباين في مستويات السَّمع التي تتراوح بين الضُّعف البسيط والشديد، فالشَّدِيد جداً يصيب الإنسان خلال مراحل نموه المختلفة، وهي إعاقةٌ تحرم الفرد من سماع الكلام المنطوق مع أو بدون استخدام المُعينات السَّمعية، وتشمل الأفراد ضعيفي السَّمع والأطفال الصُّم". (عبد العزيز، 2005، ص.175)

تعريف "عصام يوسف" (2007): "المعاق سمعياً هو الفرد الذي أُصيب جهازه السَّمعي بتلف، أو خللٍ عضوي منعه من استخدامه في الحياة العامة بشكل طبيعي كسائر الأفراد العاديين". (عصام يوسف ودرباس، 2007، ص.26)

وهذا الخلل قد يُصيب أجزاء الأذن الداخلية، الوسطى، والخارجية.

تعريف "Gallagher" (1967): "الأطفال الصُّم هم أولئك الأطفال الذين لديهم حاسة السَّمع غير قادرةٍ على أداء وظيفتها في الحياة العادية، والصَّمم قد يكون خُلقي وراثي، وقد يكون مكتسباً غير وراثي، يحدث نتيجةً لفقد حاسة السَّمع على إثر حادثةٍ أو إصابةٍ بمرض".

تعريف "Francier" (1976): "الطفل الأصم هو الذي يُعاني من الصمم منذ لحظة الولادة، أو في أي فترة من فترات الطفولة المبكرة".

تعريف "مصطفى فهمي" (1975): "الأصم هو الذي يُعاني عجزاً، أو اختلالاً يحول دون استفادته من حاسة السمع لأنها مُعطلة لديه، ويتعذر عليه أن يستجيب استجابة تدل على فهمه الكلام المسموع، ومن ثم فهو يعجز عن اكتساب اللغة بالطريقة العادية" (فهمي، 1975، ص.20)، يعتمد هذا التعريف على مدى العجز السمعي في فهم اللغة المنطوقة؛ والإعاقة بهذا المعنى تعني انحرافاً في السمع يحد من القدرة على التواصل السمعي اللفظي.

تعريف "Goldensour" (1984): "والأصم هو الذي لديه فقد كلي لحاسة السمع، ويعجز جهازه السمعي عن إحداث ذبذبات صوتية لأي مثير سمعي، ولا يُمكنه من الاستفادة منها في أغراض الحياة المختلفة حتى مع استخدام المعينات الصوتية". (مطر، 2002، ص.29)

تعريف "حبيب محمد حسيب" (2009): "الصم هم الأفراد الذين لا تؤدي حاسة السمع لديهم وظائفها العادية، وتضم: الصمم الولادي، وهم الذين يولدون فاقدين للسمع، والصمم المكتسب للذين يولدون بدرجة عادية من السمع، ثم تفقد حاسة السمع لديهم وظائفها لسبب أو لآخر". (محمد، 2004، ص.77)

من التعريفات السابقة يمكن القول أن الشّخص الأصم: "هو الذي يُعاني من عجزٍ حسيّ يعوقه عن استقبال المثيرات الصوتية بكل أو أغلب أشكالها، فهذا الشخص لا يكون قادراً على استخدام حاسة السمع لفهم الكلام، ويعتمد على حاسة البصر، أو وسائل الاتصال المرئية".

كما أنه طبقاً لتعريف "هيئة الأمم المتحدة" فالصمم: "هو فقدان السمع الذي يتعدى 80 ديسيبل أو عدم القدرة على التعرف على الأصوات في حالة استخدام الأجهزة السمعية المُعينة بدون اللجوء إلى استخدام الحواس الأخرى للاتصال بالآخرين".

تعريف "جابر عبد الحميد جابر" (1999): "الأصم هو الذي يعجز، أو يقصر إلى حدٍ هو عادةً 70 ديسيبل أو أكثر، وهذا يعوق دون فهم الكلام عن طريق الأذن وحدها باستخدام أو بدون استخدام مُعين سمعي، والشخص الثقيل السمع "Ahard of hearing" هو الذي يعجز سمعه إلى درجةٍ ما بين 35 و69 ديسيبل، تجعل من الصعب عليه فهم الكلام عن طريق الأذن وحدها؛ أي: بدون وعي سمعي أو به، وإن لم تمنع ذلك (movers, 1978). وللأعراض العملية، فإن الصمم يعني غيبة السمع في كلا الأذنين. والصمم يجدون صعوبةً كبيرةً في سماع الكلام الجوّاري بدون مساعدة معين أو وسيلة مُساعدة، وذوو التصور السمعي يجدون صعوبةً كبيرةً في الاستماع". (جابر، 1999، ص.34)

مما سبق، نستنتج أن مفهوم الإعاقة السمعية يُشير إلى المشكلات السمعية التي تتراوح شدتها من البسيط إلى المتوسط، ومن هنا يُعرّف الصمم تبعاً لدرجة فقدان السمع، فإذا كانت تزيد عن 70 ديسيبل للفرد، فهي تحوّل دون اعتماده على حاسة السمع في فهم الكلام باستخدام مُعينات صوتية سمعية؛ أما ضُعفُ السمع، فدرجة فقدان السمع فيه تزيد عن 35 ديسيبل، وتقل عن 70، فتجعل الفرد يعاني من صعوباتٍ في فهم الكلام باستخدام حاسة السمع فقط.

كما تُركِّزُ "هدى قناوي" (1982) في تعريفها للطفل الأصم من الناحية الطبية، فهي تُعرِّفُه من الناحية الطبية بقولها إنه: "ذلك الطفل الذي حُرِمَ من حاسة السَّمع منذ ولادته، إلى درجةٍ تجعل الكلام المنطوق مستحيل السَّمع مع أو بدون المُعينات السَّمعية، أو هو الذي فقد القدرة السَّمعية قبل تعلُّم الكلام، أو الذي فقدَها بمجرد أن تعلَّم الكلام لدرجة أن آثار التعلم فُقدت بسرعة؛ ومع أن الطفل يمكنه أن يُدرك ضربات الطُّبل، ويستجيب لصرخة، أو ينظر إلى طائرةٍ تمر فوق رأسه؛ إلا أنه من الناحية النفسية والتربوية والاجتماعية، يُعتَبَرُ أصمًّا إذا لم يفهم الكلام".

ويمكن الخروج بمفهومٍ شاملٍ للمُعاق سمعيًّا، يجمع بين التعريفات التربوية والتعريفات الطبية والوظيفية على النحو التالي: "المعاقون سمعيًّا، هم الذين فَقَدُوا حاسة السَّمع في المراحل الأولى من حياتهم قبل اكتسابهم اللغة والكلام، سواء كان من الصَّمم الكُلِّي أو الجزئي، ويترتب عن ذلك عدم استفادتهم من الحاسة من حيث أنهم لا يستطيعون التعلُّم بطريقةٍ عاديةٍ مثل أقرانهم السَّامعين، ممَّا يستدعي تدخل برامجٍ تربويةٍ إرشاديةٍ لتدارك العجز؛ أما ضعيف السَّمع، فهو الذي فَقَدَ سمعه إلى درجةٍ تؤدي إلى إعاقة النُّمو اللُّغوي الطبيعي لديه؛ ويتم التفريق بين هاتين الفئتين عن طريق مدى السَّمع الذي يقع سمعُ الطفل على درجةٍ من درجاته، ويستخدم جهازَ الإيدومتر.

3. مفاهيم لها علاقة بالإعاقة السمعية

بعد التطرق إلى مفهوم الإعاقة السمعية، كان من الضروري الإشارة إلى بعض المفاهيم التي لها علاقة بهذا المفهوم.

مفهوم الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة:

لقد أُطلق على هذه الفئة من الأفراد، عددٌ من المصطلحات لوصفهم كأفرادٍ يختلفون على الأطفال العاديين، والذين يحتاجون إلى الخدمات التربوية الخاصة.

إلا أنه يمكننا وضع تعريفٍ مبسطٍ يوضح المقصود بهذه الفئة من الأطفال كالتالي:

"يشير مصطلح الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، أو الأطفال غير العاديين، إلى تلك الفئة من الأطفال الذين ينحرفون انحرافاً ملحوظاً عن المتوسط العام للأفراد العاديين في نموهم العقلي والحسي والانفعالي والحركي واللغوي، مما يستدعي اهتماماً عاماً من المربين بهذه الفئة من حيث طرائق تشخيصهم، ودفع البرامج التربوية، واختيار طرائق التدريس الملائمة". (الحديدي، 1994، ص.08)

مما سبق، يُلاحظُ أن هذا المصطلح يشتمل على الأطفال الموهوبين، وكذلك المعوقين بفئاتهم المختلفة؛ وهناك مصطلحاتٌ عديدةٌ في ميدان التربية الخاصة لأوضاع الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، سنورد فيما يلي توضيحاتٍ لهذه المصطلحات.

1.3. العجز Disability

هو حالةٌ، تتصف بضعفٍ وظيفيٍّ على النمو السّوي، وتُنتجُ مشكلاتٍ جسميةٍ أو حسيةً، أو صعوباتٍ في التعلم، والتكيف الاجتماعي؛ وإذا فالعجز يشير إلى تدني الوظيفة (القمش والمعايطة، 2007، ص.17)، وذلك بسبب فقدان أحد أجزاء الجسم، أو أحد أعضائه ممّا يحدُّ من قدرة الفرد على أداء بعض المهمات كما يؤديها الفرد العادي؛ وهنا، فالمصطلح لا يشمل الموهوبين.

2.3. الأطفال المعرضون للخطر

يشيرُ هذا المصطلح إلى الأفراد غير المصابين حالياً بالعجز والإعاقة، لكن فرصتهم أكبر من غيرهم لاستفحال العجز لاحقاً، ويُستخدم المصطلح هذا عند الأطباء للإشارة إلى حالات الحمل التي من المُحتمل أن ينشأ عنها أطفالٌ عاجزون يواجهون مشكلاتٍ نمائية. (الصمادي وآخرون، 2003، ص.07)

ومصطلح الإعاقة يفرضه أكثر المجتمع، أو البيئة، أو الشخص نفسه، كالقوانين؛ أما العجز فهو مصطلحٌ عامٌّ يُعبّر عن أوجه التصور الوظيفي، والأطفال هم أكثر عرضةً لخطره، ومن المتوقع أن يكونوا عاجزين أو مُعاقين مستقبلاً.

3.3. مفاهيم خاطئة حول الإعاقة السمعية

هناك العديد من المفاهيم الخاطئة حول الإعاقة السمعية من أهمها:

ليس هناك صمم تام، فلا يوجد شخصٌ معاقٌ سمعياً كلياً؛ لكن للأسف، يوجد في كثيرٍ من تعبيرات بعض المختصين؛ فقد تكونُ درجةُ الإعاقة السمعية إعاقَةً سمعيةً شديدة، غير أنها لا تعني أنه فاقدُ السَّمْعِ كلياً، فعند مرور طائرة، أو أصواتٍ عاليةٍ بدرجةٍ معينة، يُحرِّكُ المعاقون سمعياً رؤوسهم، ما يدلُّ على إحساسهم بالصَّوت وسمعه، وربما مع تكرار الصَّوت، يعرفُ الصَّوت ويُفسره.

بتأخير التحاق الطفل سمعياً ببرامج التربية الخاصة، يُؤخَّرُ في تعلُّمه للمفاهيم والمفردات ...، مما يجعل الهوية بينه وبين من هم في عمره الزمني كبيرة، ولذلك لا بد من البدء في تدريب الطفل الأصم من مرحلة مبكرة في حياته، من خلال قيام الأسرة بمحاولة إكسابه المفاهيم المختلفة وتعليمه اللُّغة.

الإعاقة السمعية إعاقَةٌ حسية، تتصل بالأذن وأجزاءها المرتبطة بالمنطقة المسئولة عن السَّمْع في الدماغ، وليس هناك ربطٌ منطقيٌّ بين القُدَّرات الأخرى والإعاقة السمعية، فلا يعني أن المُعوق سمعياً معوقٌ عقلياً، فقد ينخفض أداء المُعوق سمعياً عن أداء أقرانه السَّامعين على اختبارات الذكاء بسبب تأخر نمو المفاهيم الناشئ عن الإعاقة السمعية لديه، لكن ليس ذلك راجعٌ إلى خللٍ في الدماغ، بل ربما يكون موهوباً إن لم تكن لديه إعاقَةٌ مزدوجة.

الإعاقة السَّمعية لا تعني الابتعاد عن الكلام، فقد يظن الكثير من الأفراد السَّامعين أن الإشارة هي الوسيلة الوحيدة للتعامل مع الأصم، وهذا لا ينطبق على الواقع، فقد يفهم الفرد الأصم بقراءة الشِّفاه أو الحركة أحياناً (الطريقة الكلية).

يمكن للمعاقين سمعياً مع التدريب الجيّد والمُبكر، أن ينافِسوا الطلبة السَّامعين، ويتعلموا المهارات التربوية والمهنية، بل ويمكن أن يبدعوا.

إن خصائص شخصية المعاق سمعياً تُثبَّت من طرف البيئة أو المحيط، وتصبح جزءاً من حياته؛ ونتيجة الابتعاد عن التعامل معه بصورة طبيعية، يتولد لديه الإحباط والعزلة والعدوانية. (سليمان، 1998، ص.61)

4. مدى انتشار الإعاقة السَّمعية

1.4. في العالم

الإعاقة السَّمعية هي الأقل انتشاراً بين المجتمعات مقارنة بالإعاقات البصرية والعقلية والحركية، ويمكن القول أن نسبة انتشارها 0,5 %، ونسبة انتشار الصَّمم 0,075 %، وهنا يعني أنه بين كل 100 شخص، هناك شخصٌ ضعيفُ السَّمع. (عبد العزيز، 2005، ص.175)

وفي الولايات المتحدة الأمريكية وحدها، هناك أكثر من مليوني شخصٍ مصابين بصممٍ شديدٍ جداً، والغالبية العظمى من الصُّم وثقيلي السَّمع، هم من الرّاشدين أو الكبار، والعدد الأكبر منهم يتجاوز سن 65 عاماً، علماً بأن الطلبة ثقيلو السَّمع، لا يحتاجون إلى برامجٍ تربويةٍ خاصة، بسبب إرشادهم أو

استفادتهم من السماعات الطبية التي تسمح لهم بالسماع جيداً وبشكل كاف، وأن يشاركوا في الأنشطة الأساسية بدون مساعدة إضافية، مُستثنين من هذه الإحصاءات؛ وقد تناقصت أعداد الإصابات بنسبة 12 % خلال عشر سنوات الأخيرة، وهذا يعود إلى الرعاية الصحية الجيدة، وتوفر المضادات الحيوية والأدوية للوقاية من الحصبة والسحايا، هذا بالإضافة إلى الوقاية من عدم توافق العامل الريزيسي (RH)، وعامل آخر عام هو التحسّن، وتطور تكنولوجيا السماعات الطبية، والتي فتحت المجال أمام العديد من الطلبة لأن يستفيدوا من التعليم الشفوي الصّفي دون الحاجة إلى برامج تربوية خاصة. (الزريقات، 2003، ص.61)

ويركز "Sillamy" بأنه في سنة 1985م، تم إحصاء 3600 حالة صمم موزعةً على الدّرجات المختلفة في فرنسا بنسبة 0,175 %، وأكدت "منظمة الصحة العالمية" OMS سنة 1998 إلى أن 45 مليون شخص فوق سن الثالثة في العالم، مُصابون بضعف السّمع ما بين المتوسط والشديد. (Sillamy, 2003, p.552)

جدول رقم (01): يبين انتشار الإعاقة السَّمعية في العالم

العمر	إناث	ذكور	عدد المعاقين سمعياً
0-4 ans	1,039	1,670	2,710
5-9 ans	1,352	2,174	3,527
10-14 ans	1,786	2,871	4,658
15-19 ans	1,805	2,901	4,707
20-24 ans	1,716	2,757	4,474
25-34 ans	3,236	5,194	8,427
35-44 ans	2,650	4,259	6,919
45-54 ans	2,102	3,337	5,840
55-64 ans	2,295	3,687	5,983
65-79 ans	3,836	6,164	10,00
80 à Ns	1,60	5,542	4,125
M.D	28	46	75
Total	23,420	37,626	61,048

Source: ONS/ RGPH 1998, Recensement Général De Population Et De L'habitat.

أما "Anderson Et Northen" فيُقدِّران نسبة انتشار الإعاقة السَّمعية بـ 09 آلاف، منها 01 بالألف من النوع الحسّي العصبي قبل عمر ثلاث سنوات في مرحلة ما قبل انتشار الإعاقة السَّمعية بمستوياتها المختلفة لدى الأطفال، وفي مرحلة ما قبل المدرسة تكون حوالي 1,5%. (Sillamy, 2003, p.252)

هذا ويؤكد "فاروق الروسان" أن نسبة الصّم قد تكون أكثر من هذا، فقد رجّح أن تكون النسبة 03 % من مجموع السّكان، ذلك أن هناك تغطية على الحالات في بعض الدول المتقدمة؛ ويذكر "جمال الخطيب" (2002) أن الإعاقة السّمعية قد تُمثل أكثر الإعاقات انتشاراً في الأوساط الفقيرة، وذلك لغياب الإمكانيات للتكفل ببعض الأمراض التي تُسبب الصّم، كالشلل الدماغى، والارتفاعات المضطربة لدرجات الحرارة. (الخطيب، 2002، ص.48)

2.4. انتشار الصمم في الجزائر

جاء في القرار الوزاري رقم 37 سنة 1990 عن وزارة التربية والتعليم الجزائرية التعريف التّالي للأطفال الصّم: "بأنهم الذين فقدوا حاسة السّمع، أو من كان سمعهم ناقصاً إلى درجة أنهم يحتاجون إلى أساليب تعليمية تُمكنهم من الاستيعاب دون مخاطبة كلامية." (وزارة التربية والتعليم، 1990، ص.09)

عند الحديث عن نسبة انتشار الصّم في الجزائر، فنلاحظ نوعاً ما وجود تقاربٍ بين نسبها والنّسب العالمية، ففي إحصائيات الديوان الوطني للإحصاء "ONS" الصادر سنة 2002 ظهر أنه من بين 1.605.160 معاق، تم تسجيل 61.046 إعاقة سمعية، أي بنسبة 0,2 % من مجموع السّكان، يُشكل الإناث منها 23.420 حالة، والذكور 37.626 حالة، أي 38 % نسبة الإناث، و62 % ذكور. (صحراوي، 2011، ص.89)

5. الاهتمام التاريخي بالصمم

لقد وجد المعاقون سمعياً عبر التاريخ الكثير من الإهمال وسوء المعاملة فقد حاول الإغريق التخلص من الصمم، كما فعل أيضاً الرومان اعتقاداً منهم بأنهم غير مناسبين للدولة الرومانية التي تهتم بتربية أفراد أقوياء (فهبي، 1994، ص.256)

هذا وقد حرم القانون الانجليزي الصُّم من الحقوق المدنية، كحق الملكية، والانتخاب، ولكن النظرة إلى الصِّم بدأت تتبدل من عصر النهضة (الزغبى، 2003، ص.152)

ووفقاً للجمعية الدولية (IVI 1998)، فإن الفلاسفة هم أول من اهتم بالرعاية والتواصل مع الصِّم، باعتبارهم فاقدين للتفكير والذكاء، ففي القرن 16 بدأ الرُّهبان الإسبان في محاولة إثبات إمكانية تربية الصِّم، مع إمكانية استعمال الإشارات في ذلك؛ أما في باقي أوروبا، فقد تابع العلماء محاولة فهم القُدُرات اللُّغوية الإشارية، مقابل أولئك الذين اعتمدوا القدرة اللِّفظية التي كانت مسيطرة أو ما يسمى (بالمنهج اللفظي)، والذين كان من هدفهم بكل بساطة، الوصول إلى أعلى اتصالٍ لفظيٍّ مع الصِّم عن طريق لغة الشِّفاه، والوظيفة الصوتية المكتسبة عن طريق الأُطفونيين.



P. P. de León

وقد كان المعاقون سمعياً أول الأشخاص من ذوي الاحتياجات الخاصة الذين قُدِّمت لهم خدمات تربوية وتأهيلية، وتمثل ذلك في مدرسة الصُّم التي أسسها الراهب الإسباني "**Pedro Ponce de León**" (1578) في القرن 16؛ ثم بدأت تظهر المدارس والمؤسسات الخاصة في مختلف أنحاء



S. Heinicke

أوروبا، أين سادت مدرستان لتعليم الصُّم، الأولى كانت تُركز على لغة الإشارة، وتبناها الفرنسي "**de L'Épée**" الذي أنشأ أول معبدٍ لتعليم الصُّم الكلام في باريس، أما المدرسة الثانية فكانت تؤكد على ضرورة استخدام الطريقة الشفوية، والكلام في تعليم الصُّم، وكان من دعاة هذه المدرسة الألماني "**Samuel**"، والبريطاني "**Thomas Braidwood**".



T. H. Gallaudet

وفي الولايات المتحدة الأمريكية، أنشأت "المدرسة الأمريكية لتعليم الصُّم" عام 1718 على يد "**Thomas H. Gallaudet**"، الذي أنشأ أول مؤسسة داخلية للصُّم في مدينة "هارتفورد" الأمريكية، وتُعرف الآن بـ "المؤسسة الأمريكية للصُّم"، وبعدها أنشأت كلية "جالوديت" في

واشنطن، وهي الكلية الوحيدة للصُّم في العالم. (القريوتي، 2006، ص.22)

أما في البلدان العربية، فلم تكن أقل حظاً في تقديم الدّعاية والاهتمام بالصّمم، إذ أن المتخصّص للخدمات التربوية التي تُبذل للمُعاقين سمعياً، يلاحظ تطوراً ملحوظاً في العشرية الأخيرة.

وتشير الدراسات التي أجراها "المكتب الإقليمي للجنة الشرق الأوسط لشؤون المُعاقين" (1984)، إلى أن عدد المؤسسات القائمة على تقديم الخدمات للصّمم في الدول العربية في شكلٍ متزايد. (الزغبى، 2003، ص.154)

وخلال النصف الأخير من القرن 19، نتج عن "حركة الإحسان"، بناء أول مجهودٍ لـ "منظمة الخدمة الاجتماعية في التأهيل المهني"، بالإضافة إلى أنشطة الرعاية الاجتماعية؛ وبعد الحرب العالمية الأولى، تزايد عدد المُصابين والعجزة، فصاحب ذلك تغيّر في نظرة المجتمعات للمُعاق، فظهرت بذلك العديد من الحركات لرعاية المُعاقين، واهتمت الحكومات بإصدار القوانين والتشريعات المختلفة التي تكفل حق الرعاية. (Oliver, 1983, P.102)

وفي القرن 20، تم فتح صفوفٍ خاصة في المدارس العادية لتعليم المُعاقين سمعياً، بالإضافة إلى الدراسة بالمؤسسات الخاصة. (الخطيب، 2002، ص.35-37)

6. بناء ووظيفة الجهاز السمعي

إن التفاعل بين المكونات الثلاث للجهاز الطّرقي والجهاز السّمي المركزي، تعطينا بما يسمى عملية السّمع.

وتتلخص آلية عمل هذه الأجهزة بأن تأتي الأمواج الصوتية، فيلتقطها لتهتزّ هذه الموجات، وتهتزّ معها العظيّمات في الأذن الوسطى، وتنتقل الموجات الصوتية من خلال الرّكّاب إلى نافذة الأذن الداخلية، التي تُكوّن هناك حركةً موجبةً تتناسب مع الممرّ المسقوف، حتى يصل إلى ألياف الخلايا الشّعيرية التي تكون حسّاسة بها، فتتأثر بها حسب شدّتها، فيحدث اهتزازٌ أو رنينٌ لهذه الخلايا، مما يجعلها تلامس الغشاء الغطائي، الأمر الذي يكون بمثابة منبّه عصبيّ، ينتج عنه سيّال عصبي كهروكيميائي ينتقل بواسطة العصب السّمي الثامن إلى المراكز المختصة في الدماغ، التي تقوم بتمييز الصوت (عبده وحلاوة، 2001، ص.106)، إحداها داخلية وتدعى "الكوة"، والأخرى بيضوية وتدعى "الكوة الدهليزية"، والكوّتان مُغطّيتان بغشاءٍ رقيقٍ للمحافظة عليهما.

والجزء الثاني من الأذن الوسطى هي "قناة أوستاكيوس"، وتصل هذه القناة بين الأذن الوسطى والبلعوم، حيث يدخل الهواء الجوّي، فتعمل هذه القناة على موازنة الضغط على جانبي الطبلّة، بدخول الهواء من الفم. (عصام يوسف ودرباس، 2007، ص.20)

1.6. بناء الجهاز السمعي

يُعتبر الجهاز السمعي عند الكثير من الأحياء، الوسيلة الأساسية التي يعتمد عليها الكائن الحي لحماية نفسه من الأخطار، وتحميل أمور حياته؛ أما عند الإنسان، فربما يُعتبر الجهاز السمعي من أهم الوسائل الرئيسية التي يعتمد عليها في حياته، وقد وردت حاسة السمع في القرآن الكريم، مُقدّمةً على الحواس الأخرى في أكثر من آية، كقوله تعالى: ﴿وَاللَّهُ أَخْرَجَكُمْ مِّن بُطُونِ أُمَّهَاتِكُمْ لَا تَعْلَمُونَ شَيْئًا وَجَعَلَ لَكُم السَّمْعَ وَالْأَبْصَارَ وَالْأَفْئِدَةَ لَعَلَّكُمْ تَشْكُرُونَ﴾ سورة النحل الآية (78).

وقوله أيضاً: ﴿وَهُوَ الَّذِي أَنشَأَ لَكُم السَّمْعَ وَالْأَبْصَارَ وَالْأَفْئِدَةَ قَلِيلًا مَّا تَشْكُرُونَ﴾ سورة المؤمنون الآية (78).

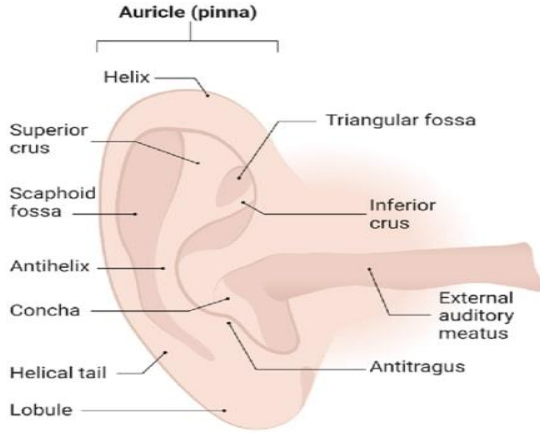
وقوله تعالى: ﴿وَلَا تَقْفُ مَا لَيْسَ لَكَ بِهِ عِلْمٌ إِنَّ السَّمْعَ وَالْبَصَرَ وَالْفُؤَادَ كُلُّ أُولَئِكَ كَانَ عَنْهُ مَسْئُولٌ﴾ سورة الإسراء آية (36).

ويتكون الجهاز السمعي للإنسان من ثلاثة أجزاء رئيسية هي:

1.1.6. الجهاز السمعي الطرقي

1.1.1.6. الأذن الخارجية

ويشكل الصيوان أهم جزء من الأذن الخارجية، وهو الجزء الخارجي الظاهر من الأذن، وهو كذلك عبارة عن غضروف، وظيفته تجميع الموجات الصوتية، وتسهيل دخولها إلى القناة السمعية، والتي هي عبارة عن ممر ضيق يبلغ طولها حوالي 03 سم، وهي تحتوي على مجموعة من الشعيرات الكثيفة، إضافة إلى غُدّة تُفرز المادة الصمغية التي تحمي الأذن من المؤثرات الخارجية كالغبار والأوساخ والحشرات، التي يُمكن أن تتسرّب إلى الأذن الوسطى، فتُسبّب لها الأمراض أو الالتهاب. (عصام يوسف ودرباس، 2007، ص.19)



الصورة رقم (01): رسم توضيحي للأذن الخارجية.

2.1.1.6. الأذن الوسطى

هي فراغٌ مليءٌ بالهواء، موجودٌ ضمن العظم الصدغي للجمجمة، تحتوي على سلسلةٍ من العُظيَّات الثلاث المتماسكة، والمعلّقة في الفراغ "**Ossicles**"، موصلةٍ ببطلة الأذن من النَّافذة البيضاوية "**oval window**"، يعمل تركيب الأذن الوسطى كجهاز مقاومة، وكجسرٍ بين موجات الضَّغط المحمولة هوائياً، والتي ترتطم ببطلة الأذن، والموجاتِ المتنقلة التي يحملها السَّائل من القوقعة. (الزريقات، 2003، ص.22)

ويتراوح حجم العظيّمات السّمعية، ما بين 01 إلى 02 سم³، وارتفاعها 15 ملم، وعرضها من 02 إلى 04 ملم؛ وهذه العُظيّمات هي:

أ. المطرقة "Hammer or Malles":

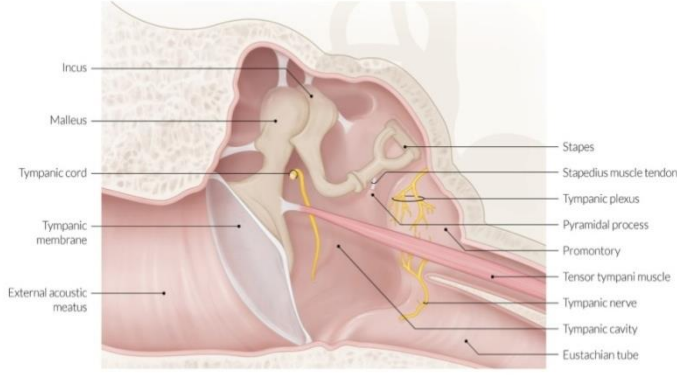
وهي أكبر العُظيّمات، حيث تصل هذه العُظيّمَة ما بين الطّبلَة والعُظيّمَة الثّانية (السندان) ثم الرّكّاب، ويتمثل دورها في نقل الدّبذبات الصّوتية من الطّبلَة إلى العُظيّمات الأخرى، والمحافظة على طبلَة الأذن من التمزّق أو التلف. (عصام يوسف ودرياس، 2007، ص.19)

ب. السندان "Incus":

ويعمل على إيصال الدّبذبات الصّوتية من المطرقة إلى الرّكّاب، وتتمفصل السّاق الطويلة للسّندان مع رأس الركاب. (الزريقات، 2003، ص.23)

ج. الرّكّاب "stirrup or stapes":

وتعمل هذه العُظيّمَة على إيصال الدّبذبات من السّندان إلى القوقعة عن طريق فتحتين.



الصورة رقم (02): رسم توضيحي للأذن الوسطى.

3.1.1.6. الأذن الداخلية "inner ear"

تتكون الأذن الداخلية من البنية السَّمعية والدهليزية، وهي أعقد الأجزاء على الإطلاق، توجد في التجويف الصدغي، وتتألف من:

أ. الدهليز "vestibule":

ويُساعد على نقل الدَّبذبات الصَّوتية مع المُحافظة على التوازن داخل الأذن، وتتكون من قسمين: الكيس (sacculus) والتربة (Utricle).

ب. القنوات الهلالية "Semicircular Canals":

القنوات الهلالية هي ثلاثة أنابيب ممتلئة ومتعامدة على بعضها البعض، بحيث يُمكنها الإحساس بدوران الرأس بسبب حركة السَّائل في تلك القنوات؛ وبناءً على اتجاه حركة الرأس، فإن حركة السَّوائل تكون أعظم في إحدى القنوات بالمقارنة مع حركة السوائل في القنوات الأخرى.

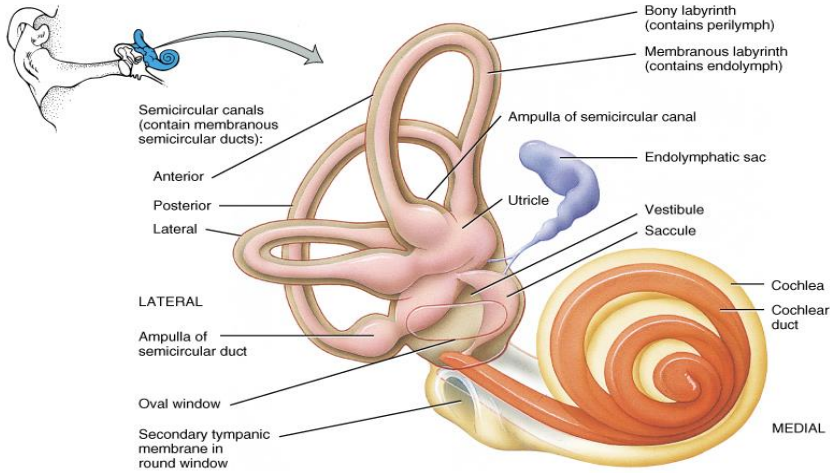
تحتوي القنوات الهلالية على خلايا مشعّرة تستجيب لحركة السّائل تلك، ترسل الخلايا المشعّرة نبضات عصبية تُخبر الدماغ حول اتجاه حركة الرأس، وبالتالي يقوم الدماغ بإعطاء الأوامر للجهاز الحركي لاتخاذ الوضعية المناسبة للحفاظ على التوازن.

ج. القوقعة "cochela":

وتحتوي على الإحساس بموجات الصّوت، ويُشكل المحور المركزي للقوقعة حيث يبرُزُ منه نتوءٌ عظميٌّ دقيق يُدعى بـ"الطبقة العظمية الحلزونية Osseous spiral lamina"، ويمتد داخل القوقعة؛ وتنقسم القناة القوقعية إلى ثلاثة أجزاء هي: السلم الدهليزي، عضو كورتي، كيس غشائي. (القذافي، 1988، ص.138)

وعن طريق القوقعة، يتم تحويل الصّوت إلى موجاتٍ كهربائية، تنتقل عن طريق العصب السّمعي إلى الدماغ. (القمش والمعايطة، 2007، ص 80)

أما وظيفة المادة الصّمغية، فتتمثل في إبقاء طبلة الأذن مرنة، وغير جافة، وزيادة حساسية الطبلة للذبذبات الصّوتية الداخلة إليها عن طريق الصيوان، ولها رائحة تُبعدُ الحشرات عن الأذن، إلا أن بقاء هذه المادة وتراكمها في الأذن لمدة طويلة، يؤدي إلى جفافها وإغلاق القناة السمعية. (عصام يوسف ودرباس، ص.19)

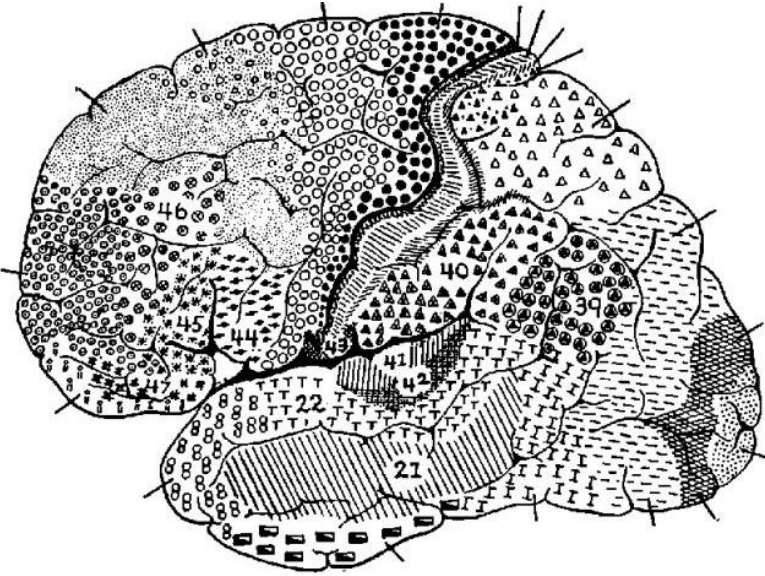


الصورة رقم (03): رسم توضيحي للأذن الداخلية.

2.1.6. الجهاز السمعي المركزي

ينقل عصب الدهليز السيالات النائشة في جهاز الدهليز بباطن الأذن، ويختص بالاتزان؛ تنتهي السيالة العصبية السائرة في العصب الثامن إلى النّخاع المستطيل، الذي يقوم بدوره وينقلها إلى القشرة الدماغية، وبالضبط إلى قشرة السّمع موزعاً إياها عبر المنطقة القشرية الخاصة بالسمّع؛ والجهاز العصبي السمعي يفوق كل الحواس بكثافة المحطات التي تستطيع نقل المعلومات إلى الشقّ الواحد، وتلّف مراكز السّمع في شقّ واحد، يؤدي إلى طرشٍ في أذنٍ واحدة، وفي الجهة المخالفة. (سليمان، 1998، ص.49)

تقوم المنطقة المشاركة رقم 22 باستلام المعلومات بشكلٍ نهائي من مناطق السَّمع الرئيسية 41 و42، وهي التي تتصل بفلقتي الهامة والجزيرة المجاورتين، حيث يتم التقرير النهائي للمُنبهات السَّمعية، وإن التقرحات في مؤخرة المنطقة 22 تُسبب خللاً في فهم الكلمات المسموعة من غير أن تُحدث طرشاً، وكأن المُصاب يسمع لغةً غريبةً عنه، وأما المنطقة 41 فتقع في عمق النتوء على الأخدود الجانبي، وهي أول من يستلم النبضات السَّمعية، وعند إثارة هذه المنطقة تبعثُ أصواتاً كالزئير أو الصفير. (إبراهيم الدر، 1994، ص.151)



الصورة رقم (04): رسم توضيحي للجهاز السمي المركزي.

2.6. وظيفة الجهاز السمعي

ونقصد بذلك آلية السَّمْع؛ فسماع الإنسان للأصوات يمر بثلاث مراحل هي كالآتي:

1.2.6. المرحلة الأولى في الأذن الخارجية

يقوم صيوان الأذن بالتقاط الذبذبات الصوتية وتجميعها، ثم تنتقل هذه الذبذبات عبر القناة السَّمعية إلى الطبلة التي يكون اهتزازها بحسب شدة وزخم الذبذبات الصوتية القادمة إليها.

2.2.6. المرحلة الثانية في الأذن الوسطى

تنتقل الذبذبات الصوتية من الطبلة إلى المطرقة المثبتة على جدار الطبلة من جهة الأذن الوسطى، وبحسب مبدأ عمل الدوافع، تنتقل الذبذبات إلى السِّندان ومن ثم إلى الرِّكَّاب، إلى أن تصل بصورة مضخمة ومركزة إلى الفتحة، أو النافذة البيضاوية، حيث تكون هناك نقطة الالتقاء بين الأذن الوسطى والأذن الداخلية، ومن هنا نرى أن وظيفة العُظيَّيمات، هي نقل الذبذبات وتضخيمها وتركيزها.

3.2.6. المرحلة الثالثة في الأذن الداخلية

وتجري العملية بالآلية التالية:

يقوم السائل للمفاوي الخارجي بنقل الذبذبات الصوتية إلى السلم الطبلي، ثم إلى السلم الوسطي، حيث تمتلئ هذه القناة بالسائل للمفاوي الداخلي، ونتيجة لوجود فرق في الجهد بين هذين السائلين، يتأثر الغشاء القاعدي الذي يحمل أنابيب جسم "كورتى" أثناء حركة الاهتزاز، فتتلامس

أنابيب "كورتى" مع الشُعيرات التي تغطي الغشاء السقيفي الذي يوجد في القناة الثالثة (السلم الدهليزي)؛ ونتيجة لوجود فرقٍ في الجهد بين القناة الوسطى والقناة الثالثة، تتولد تياراتٌ (سيالات عصبية)، تتلقفها الألياف والعُقد العصبية لتنقلها إلى المراكز الحسية بالدماع؛ ومعروفٌ أن جسم "كورتى" يعمل على حفظ التوازن بتحكّم مباشرٍ في المخيخ. (الروسان، 1994، ص.43-44)

7. أسباب الإعاقة السمعية

هناك العديد من الأسباب التي تؤدي إلى الإعاقة السمعية، والتي توصّل إليها العلم الحديث، إلا أنّ هناك حالاتٍ عديدةً ما زال لم يُعرف لها سببٌ محدد. وقد قسّم العديد من المختصين هذه الأسباب إلى أسباب وراثية وأسباب بيئية.

1.7. العوامل الوراثية (الجينية)

ومن بين أهم هذه الأسباب اختلاف العامل الريزيسي (rh) بين الأم والجنين، وهو عدم توافق دم الأم الحامل والجنين، ويحدث عندما يكون دم الجنين خالي من العامل الريزيسي ويكون لدى الأب هذا العامل، وقد يرث في هذه الحالة الجنين العامل الريزيسي ويكون لدى الأب، مما يجعل دم الأم يُنتج أجساماً مضادة، لأن دم الجنين مختلفٌ عن دمها، وهذه الأجسام المضادة تنقل إلى دم الطفل عبر المشيمة؛ ونتيجة لهذا، فإنها تُحدث مضاعفاتٍ متعددة، منها إصابة الطفل بالإعاقة السمعية. (القمش والمعاينة، 2007، ص.83)

ويعتبر العامل الريزيسي من أكثر الأسباب المسؤولة عن الصّمم الخَلقي (الولادي) الذي يُمثل 60 % تقريباً من حالات الصّمم. (سرحان، 2006، ص.110)

والمُلاحظ أن الصَّمم يحدث في بعض الأسر نتيجة الزواج من الأقارب على مرّ الأجيال المتعاقبة، وقد ينتقل أيضاً فقدان السَّمع الوراثي من والدين يتصفان بسمعٍ عادي، ولكنهما يحملان عوامل وراثية للصمم، هذا فضلاً على وجود عوامل جينية أخرى مثل:

1.1.7. متلازمة أعراض تريشر كولينز "Treacher-Collins syndrome"

وتتضمن أعراضها صغر حجم أذن الطفل، واتساع الفم وخلل في تكوين الأسنان، وارتجاع خلفي للذقن، وبعض العيوب الخَلقية في عظام الوجه.



الصورة رقم (05): أعراض متلازمة تريشر كولينز.

2.1.7. متلازمة أعراض واردنبرغ "*Waardenburg syndrome*"

وتتضمن أعراضها المتزامنة، وجود خصلة من الشعر الأبيض في مقدمة الرأس، وتلون العينين بلونين مختلفين، وبروز الأنف وخاصة من ناحية الوجنتين، وتقرُس الشِّفاه. (عبيد، 2000، ص.172)



الصورة رقم (06): أعراض متلازمة واردنبرغ.

بالإضافة إلى الإعاقات المزدوجة، كالإعاقة السَّمعية البصرية، فإن السَّبب الرئيس لهذه الإعاقة الحسّية المزدوجة _أي الصّم المصحوب بضعفٍ في الإبصار أو العى_ ما زال غير معروف.

إن حوالي 11 % من هؤلاء الأطفال، ترجع إصابتهم إلى حدوث تعقيدات قبل الولادة مباشرة.

حوالي 10 % من هؤلاء الأفراد، تكون الإصابة لديهم نتيجة عواملٍ وراثية، و 08 % ترجع إلى إصابة الأم أثناء فترة الحمل بمرضٍ أو مشكلةٍ صحية.

3.1.7. متلازمة أشر-هولجرين "*Usher-Hallgren Syndrome*". ومتلازمة داون "*Down syndrome*"

وهاتان المتلازمتان تحدثان بسبب عوامل جينية بالدرجة الأولى، وهما مسئولتان عن 50 % من حالات الإصابة بالإعاقة الحسية المزدوجة. (كمال، 2007، ص.24-25)



الصورة رقم (07): أعراض متلازمة داون.

2.7. العوامل البيئية

ويُقصد بالعوامل البيئية، العوامل التي تحدث بعد عملية الإخصاب، أي ما قبل مرحلة الولادة وأثناءها وبعدها، وأهم هذه الأسباب:

1.2.7. الحصبة الألمانية التي تصاب بها الأم

وهي مرضٌ فيروسي معدٍ، يُصيب الأم الحامل، ويُتلف الخلايا في العين والأذن والجهاز العصبي المركزي والقلب للجنين، وخاصة في الأشهر الثلاثة الأولى من الحمل، وهي سببٌ للكثير من الإعاقات، ومنها الإعاقة السَّمعية.

2.2.7. التهاب الأذن الوسطى "Otitis media"

وهو التهابٌ فيروسي أو بكتيري، يُسبب هذا الالتهاب زيادةً في إفراز السائل الالتهابي داخل الأذن، ممّا قد يُعيق طبلة الأذن عن الاهتزاز بسبب زيادة كثافة ولزوجة هذا السائل، فيُحدثُ ضعفاً سمعياً.

3.2.7. التهاب السحايا "Meningitis"

وهو التهابٌ فيروسي أو بكتيري؛ سببُ هذا الالتهاب تلفُ الأذن الداخلية، ممّا يؤدي إلى خللٍ واضحٍ في السَّمع. (حسن صالح، 1999، ص.134)

3.7. العيوب الخلقية في الأذن الوسطى

كالتشوهات في الطبلة، أو عظيمات المطرقة، والسندان والركاب، وكذلك التشوهات الخلقية في القناة السمعية، أو تعرّضها للالتهاب والأورام.

4.7. الإصابات والحوادث

ومن أمثلتها، ثقبُ الطبلة نتيجة التعرّض لأصواتٍ مرتفعةٍ جداً لفتراتٍ طويلة، أو إصابات الرأس، أو كسورٍ في الجمجمة، ممّا قد يُحدثُ نزيفاً في الأذن الوسطى، ويُسببُ ضعف السَّمع.

5.7. تجمع المادة الصمغية

التي يفرزها الغشاء الداخلي للأذن، وبالتالي تصلّبها، ممّا قد يؤدي إلى انسدادٍ جزئيٍّ للقناة السمعية، يحولُّ دون وصول الصوت إلى الداخل. (القمش والمعايطة، 2007، ص.84)

6.7. إصابة طرق الاتصال السّمي

ويُقصد بها، الإصابة في طُرُق الاتصال السّمي، أو التوصيلي، وغالباً ما تُؤدي الأسباب هنا إلى إصابة الأذن الخارجية والوسطى، مثل الحالة المُسمّاة "Atresia"، وتبدو صعوبة تشكيل قناة الأذن الخارجية، أو الالتهابات التي تُصيب قناة "أوستاكيوس"، أو سبب الحساسية، وتكون هنا الخسارة السّمية أقل من 60 ديسبل.

7.7. إصابة طرق الاتصال الحسي العصبية

وتبدو هذه الحالة في صعوبة فهم الكلام، أو اللّغة المنطوقة، أو طنين في الأذن نتيجة الإصابة في الأذن الداخلية. (القمش والمعاينة، 2007، ص.84)

8.7. منيرز "Ménière's disease"

ينتج المرض عن ضغط السّائل الموجود في الأذن، ويُحدِث الدوار، والرّنين في الأذن، والمرض غير قابلٍ للشّفاء لحد الآن، ويُصيب الشّباب أكثر من غيرهم.

9.7. تصلب الأذن "Otosclerosis"

يتمثل المرض بوجود عظم غير عاديّ في الأذن الوسطى، الأمر الذي يؤدي إلى تدهور تدريجيّ في السّمع؛ ويظهر المرض في أواخر مرحلة الطفولة، وقد يكون فقدان السّمي متوسطاً أو شديداً، ويحتاج إلى تدخلٍ جراحيّ بإزالة العظم الرّكابي. (العزة، 2001، ص.290)

وهناك أسباب أخرى:

- تناول الأم لبعض الأدوية، والعقاقير الضّارة أثناء الحمل.
 - تعاطي الأم للمخدرات والكحوليات.
 - إصابة الأم الحامل ببعض الأمراض مثل: أمراض التهاب الأغشية أو الجُدري، أو البول السُّكري.
 - الولادات المبكرة قبل اكتمال نمو المولود، ونقص المناعة لديه.
 - إصابة الطفل بالحمى المُخَيّة الشّوكية، والحصبة، والتيفوئيد، والدفتيريا، والحمى القرمزية، والأنفلونزا الحادة والمتكررة.
 - دخول بعض الأشياء الغريبة داخل الأذن أو القناة الخارجية، مثل الحصى والحشرات، والخرز والأوراق وغيرها.
 - اختناق الجنين أثناء الولادة، والتي قد تؤثر على نموّ الجنين لعدم كفاية الأكسجين، مما يترتب عنه موت الخلايا السّميّة، وإصابة الطّفل بالصّمم.
- (سرحان، 2006، ص.110)
- تسمُّم الحمل وارتفاع ضغط الدم، وإصابات الكلى.
 - استمرار القيء ونقص التغذية المناسبة للأم أثناء الحمل، وخصوصاً في الشهور الأولى.
 - التوائم أو صِغَرُ وزن الجنين.
 - التعرض للإشعاعات. (بطرس، 2007، ص.293)

8. تصنيف الإعاقات السَّمعية

هناك العديد من التصنيفات للإعاقة السَّمعية تبعاً للعديد من العوامل أهمها:

01. التصنيف حسب شدة فقدان السَّمعي. (القمش والمعاينة، 2007، ص.85)
02. التصنيف حسب شدة فقدان السَّمع "الخسارة السَّمعية".
03. التصنيف حسب العمر الذي حدثت فيه الإصابة السَّمعية.
04. التصنيف حسب موقع وطبيعة الإصابة.

1.8. التصنيف حسب شدة فقدان السَّمعي

يتم تصنيف الصَّم وضعف السَّمع إلى عدة مستوياتٍ وفقاً لشدة الصَّوت، بجهازٍ يسمى "الأديومتر"، وتسمى بـ "وحدات الديسيل"؛ وكلما زاد عدد الوحدات، كان الصَّوت عالياً وقوياً، والعكس صحيح؛ ومن أمثلة هذه التصنيفات ما يلي:

1.1.8. فقدان سمعي خفيف

تتراوح درجته من (20-30) ديسيل؛ والذين يعانون من هذه الدرجة، فئةٌ بينية بين عادي السَّمع، وثقيلي السَّمع، وهذه الفئة يمكنها تعلُّم اللُّغة والكلام عن طريق الأذن بالطريقة الاعتيادية.

2.1.8. فقدان سمع هامشي

تتراوح درجته بين (30-40) ديسبل؛ وبالرغم من أن هذه الفئة تُعاني من بعض الصعوبات في سماع الكلام ومتابعة ما يدور من حولهم من أحاديث عادية، إلا أنه يمكنهم الاعتماد على آذانهم في فهم الكلام، وتعلم اللُّغة. (الكيلاني والروسان، 2006، ص.51)

3.1.8. فقدان سمعي متوسط

تتراوح درجته بين (40-60) ديسبل؛ وتعاني هذه الفئة صعوباتٍ أكبر في اعتماد أفرادها على آذانهم في تعلم اللُّغة، ما لم يعتمدوا على بصرهم أكثر ليكون لهم كحاسةٌ مُساعدة، وما لم يعتمدوا أيضاً على بعض المُعينات السَّمعية المكثِّرة للصوت كالسَّماعات، والحصول على التدريب السَّمعي اللازم.

4.1.8. فقدان سمعي شديد

تتراوح درجته بين (60-75) ديسبل؛ ويحتاج أفراد هذه الفئة إلى خدماتٍ خاصة لتدريبهم على الكلام وتعلم اللُّغة، حيث يُعانون من صعوباتٍ كبيرةٍ في سماع الأصوات وتمييزها ولو من مسافةٍ قريبة، إضافة إلى عيوب النُّطق، ويُوصفون صُماً من وجهة النّظر التعليمية. (سرحان، 2006، ص.108-109)

5.1.8. فقدان سمعي عميق

تبلغ درجته 75 ديسبل فأكثر؛ وأفراد من هذه العينة لا يمكنهم الكلام في أغلب الوقت وتعلم اللُّغة، سواء بالاعتماد على آذانهم، أو حتى استخدام المُعينات السَّمعية.

2.8. التصنيف حسب شدة فقدان السَّمع "الخسارة السَّمعية"

يرى التربويون، أن الأصمَّ هو الذي بلغ عجزُه السَّمعي مقدار 70 ديسبل فأكثر، أما ثقليلو أو ضعف السَّمع فهم: أولئك الذين يعانون من صعوباتٍ أو قصورٍ في حاسة السَّمع تتراوح بين 30 إلى 70 ديسبل (سرحان، 2006، ص.109)، ويرى "مورز" (D. Moors, 2006) بأن المعاقين سمعياً يمكن أن يُصنَّفوا وفق التصنيفات التالية:

1.2.8. المستوى الأول

فقدان سمعي 35-54 ديسبل؛ والشخص في هذا التصنيف لا يتطلب صفّاً خاصاً، أو مدرسةً خاصة، ولكن يحتاج إلى مساعدةٍ خاصة، سمعيةٍ ونطقية.

2.2.8. المستوى الثاني

فقدان سمعي 55-69 ديسبل؛ والشخص وفقاً لهذا التصنيف، يحتاج إلى صفٍّ خاص، أو مدرسةٍ خاصة، كما يحتاج إلى مساعدةٍ في النُّطق والسَّمع واللُّغة.

3.2.8. المستوى الثالث

فقدان سمعي 70-89 ديسبل؛ الشخص في هذا التصنيف يحتاج إلى صفٍّ خاص، أو مدرسةٍ خاصة، كما يحتاج أيضاً إلى مساعدةٍ خاصةٍ في النُّطق والسَّمع واللُّغة، والجانب الأكاديمي.

4.2.8. المستوى الرابع

فقدان سمعي 90 ديسبل فما فوق؛ والشخص يحتاج إلى صفٍّ خاص، أو مدرسة خاصة، هذا بالإضافة إلى مساعدة خاصة نطقية وسمعية ولغوية وتربوية. (الزريقات، 2003، ص.57)

3.8. التصنيف حسب العمر الذي حدثت فيه الإعاقة

يُعتبر العمر الذي حدثت فيه الإصابة هاماً من حيث الأثر الذي تتركه الإعاقة السَّمعية على نمو واكتساب اللُّغة، والتَّعرض لخبرة الأصوات المختلفة في البيئة؛ ومن هنا نُقسِّم الإعاقة إلى قسمين (عصام يوسف ودرباس، 2007، ص.27)

1.3.8. الصَّمم قبل تعلم اللغة "Prelingual Deafness"

ويُسمى أيضاً بالصَّمم الولادي، وهو حدوث الإعاقة السَّمعية في وقتٍ مبكر، وقبل أن يكتسب الطفل اللُّغة، سواء كان الطفل لا يستطيع أن يكتسب اللُّغة، أو الكلام بطريقة طبيعية؛ فعندما لا يسمع الطفل، يحتاج في هذه الحالة أن يتعلم اللُّغة عن طريق حاسة البصر، أو إلى استخدام لغة الإشارة، وذلك لأن هذه الفئة فقدت قدرتها على الكلام لأنها لا تسمع، ولم تتعلم اللُّغة؛ ويُطلق عليهم (الصَّمم البُكم)، وهو من أشد أنواع الإعاقة السَّمعية، لأن المُعاق لم يتعرف على عالم الأصوات والكلمات، وبالتالي يكون أكثر اغتراباً وانعزالاً. (القمش والمعايطة، 2007، ص.86)

2.3.8. الصمم بعد التعلم "Post-lingual deafness"

يختلف هؤلاء الأفراد عن المجموعة السابقة في أنهم قادرون على استخدام الكلام في الاتصال (عصام يوسف ودرياس، 2007، ص.27)، ويُطلق هذا التصنيف على تلك الفئة من المُعاقين الذين فقدوا قدرتهم السَّمعية كلها، أو بعضها بعد اكتساب اللُّغة (القمش والمعايطة، 2007، ص.87)، وهو أقل حِدَّةً من الصَّمم قبل تكلُّم اللُّغة، لأنه يُكتَسَبُ في الطفل، وبالتالي يمكن أن يحتفظ بها إذا لقي الرعاية المناسبة.

4.8. التصنيف حسب وطبيعة موقع الإصابة

يعتمد التصنيف على موقع الإصابة، والجزء المُصاب من الجهاز السَّمعي، ويُقسَّم إلى ما يلي:

1.4.8. فقدان السَّمعي التوصيلي "Conductive Hearing Loss"

وينتج عن خللٍ في الأذن الخارجية والوسطى، وهو يحول دون نقل الموجات الصوتية إلى الأذن الداخلية، مما يؤدي بالفرد إلى صعوبة سماع الأصوات التي لا تزيد عن 60 ديسبل، ويستطيع الأفراد الذين يُعانون من هذا النوع من الإعاقة السَّمعية، سماع الأصوات المُرتفعة وتمييزها؛ واستخدام السَّماعات في مثل هذا النوع، يُفيد في مساعدة الأفراد على استعادة بعض قدراتهم السَّمعية. (القمش والمعايطة، 2007، ص.65)

أما عن أسباب هذه الإعاقة السّمعية التوصيلية، فربما تكون الأسباب بوجود صمغٍ كثيفٍ في القناة السّمعية أو أجسام غريبة، أو التهاباتٍ في الرِّكَّاب أو قناة "أوستاكيوس"، أو عدم وجود صيوان. (عصام يوسف ودرباس، 2007، ص.28)

ويتصف هؤلاء الأفراد بـ:

- كلامهم منخفض ويميلون لذلك.
- درجة فقدانهم السمع أقل من 70 ديسبل.
- شعور المصاب بوجود أصواتٍ منخفضة، ويمكن علاج هذا الضعف، والتقليل من آثاره بمعالجة السبب. (عصام يوسف ودرباس، 2007، ص.20)

2.4.8. الفقدان السّمي الحسي العصبي "Sensorineural Hearing Loss"

وينتج هذا الخلل في الأذن الداخلية، أو العصب السّمي؛ وتكمن المشكلة في هذا النوع أن موجات الصوت في الأذن الداخلية لا يتم تحويلها إلى شحنات كهربائية داخل القوقعة بسبب خلل فيها، أو قد ينتج عن الخلل في العصب السّمي، فلا يتم نقل موجات الصوت إلى الدماغ؛ وعادة فإن درجة الفقدان السّمي تزيد عن 70 ديسبل. (القمش والمعاينة، 2007، ص.86)

وتعود أسباب هذه الحالة للإصابة بأمراض مختلفة كالحصبة الألمانية، الإصابة بالحرارة العالية، نقص الأكسجين أثناء الولادة، بالإضافة إلى العوامل الوراثية. (عصام يوسف ودرباس، 2007، ص.29)

يُعاني هؤلاء الأفراد في هذا النوع من فقدان السّمي، من صعوبةٍ في فهم الأصوات، بالإضافة إلى عدم قدرتهم على سماعها، وإلى اضطراب نغمات الصّوت، وازدياد شدة الصوت بشكلٍ غير طبيعي، وعادة ما يتكلم الفرد بصوتٍ مرتفع ليسمع نفسه؛ وإن استخدام السّماعات في هذا النوع قليل الفائدة. (القمش والمعايطة، 2007، ص.86)

3.4.8. فقدان السّمي المختلط "Mixed Hearing Loss"

وهو في أجزاء الأذن الداخلية والخارجية والوسطى، ويُقصد بذلك: وجود ضعفٍ سمعيٍّ توصيليٍّ وحسيٍّ عصبيٍّ معاً، وقد يصعب علاج مثل هذه الحالات. (عصام يوسف ودرياس، 2007، ص.29)

وفي مثل هذه الحالة من فقدان، قد تكون هناك فجوةٌ كبيرةٌ بين التوصيل الهوائي، والتوصيل العظمي للموجات الصوتية، وقد تكون السّماعات مفيدةً لهم. (القمش والمعايطة، 2007، ص.86)

4.4.8. ضعف السمع النفسي "Psychosocial Hearing Loss"

وتنتج هذه الحالة عن الإصابة بالاضطرابات التحويلية، أو حالاتٍ هستيرية، مع وجود جهاز سمعيٍّ سليم، وتُعالجُ هذه الحالة في عياداتٍ نفسيةٍ تحت إشراف مختصين في علم النفس والإرشاد. (عصام يوسف ودرياس، 2007، ص.29)

5.4.8. فقدان السمع المركزي "Central Hearing Loss"

ينتج فقدان السمع المركزي في حالة وجود خللٍ في الممرات السمعية في جذع الدماغ أو المراكز السمعية، يحول دون تحويل الصوت من جذع الدماغ إلى المنطقة السمعية في الدماغ، أو عند إصابة الجزء المسئول عن السمع في الدماغ، وفي هذه الحالة، فإن السماعات تكون محدودة الفائدة لهؤلاء الأشخاص (القمش والمعايطة، 2007، ص.86)، ويُعتبر من أعقد أنواع فقدان السمع.

9. خصائص المعاق سمعياً

يعيش الطفل الأصم في عالمٍ خالٍ من أي صوتٍ يدفعه للشعور والإحساس بما يراه ويلمسه، فكلُّ شيء بالنسبة له ساكن، خالٍ من الرُّوح، والعطف، والحنان؛ فيبدوا وكأنه يعيش في عالمٍ غريبٍ لا صلة له به، كما أنه غير قادرٍ على السُّؤال عما يدور حوله، فيشعر بالخوف والتدُّمُّر والحيرة والغضب لعدم قدرته على فهم ما يدور حوله.

إن أصحاب الإعاقات السمعية لا يمثلون فئة متجانسة، حيث أنه لكل فردٍ خصائصه الفردية؛ وترجع مصادر الاختلاف إلى نوع الإعاقة، وعمر الفرد عند حدوثها، وشِدَّتِها، ومقدار العجز السمعي، ووضع الوالدين السمعي، والفئة الاجتماعية والاقتصادية التي تنتمي إليها الأسرة، وغير ذلك؛ ولهذه الإعاقة تأثيرٌ ملحوظٌ على الخصائص النمائية المختلفة لدى الفرد، لأن مراحل النمو مترابطةٌ ومتداخلة. (عبد العزيز، 2005، ص.183)

وفيما يلي، توضيحٌ لتلك الآثار على هذه الجوانب، مع ضرورة الإشارة إلى أن هذه الخصائص والصفات، تخصُّ المعاقين سمعياً كفاءةً، وليست خصائص مميزة لكلِّ فردٍ يُعاني من الإعاقة السَّمعية.

1.9. الخصائص اللُّغوية

من الطبيعي أن يتأثر النمو اللُّغوي لدى المُعاقين سمعياً، فهو يُعتبر من أكثر المجالات تأثراً بالإعاقة السَّمعية؛ ولا عجب في ذلك، حيث أن الصُّعوبة في جوانب النمو اللُّغوي، وخاصة اللفظي لديهم، ويرجع ذلك إلى غياب التغذية الراجعة لهم في مرحلة المُناغاة؛ إن الطفل السَّامع عندما يقوم بالمناغاة فإنه يسمع صوته، وهذا يُشكِّل له تغذيةً راجعة، فيستثمر في المُناغاة، في حين أن الطفل الأصم لا يسمع مناغاته، وبالتالي يتوقف عنها، ولا تتطور لديه اللُّغة، بالإضافة إلى عدم الحصول على استشاراتٍ طبيَّةٍ سمعية، أو تعزيزٍ من قبل الرُّاشدين، وبالتالي فإن الإعاقة السَّمعية لا تُوفِّر للطفل الأصم الحصول على نموذج لغويٍّ مناسبٍ يقوم بتقليده. (القمش والمعايطة، 2007، ص.90)

كما أن لغة هؤلاء الأطفال تتصف بفقرها البالغ قياساً بلغة الآخرين ممَّن لا يُعانون من هذه الإعاقة، وتكون خبرتهم اللُّغوية محدودة، وألفاظهم تدور حول الملموس، وجُمْلهم تتصف بالقصر والتعقيد، علاوة على كلامهم، واتصافهم بالنبرة غير العادية؛ إذ أنَّ هذه الإعاقة تتناسب طردياً مع مظاهر النمو اللُّغوي ومظاهر النُّمو العضوي. (عبد العزيز، 2005، ص.83)

ولا بُدَّ من الإشارة إلى اعتقادٍ خاطئٍ يتناوله الكثيرون، هو أن الصَّمم يؤدي بشكلٍ أوتوماتيكيٍّ إلى عدم القُدرة على الكلام؛ والرَّدُّ على ذلك، أن معظم المُعاقين سمعيًّا، لديهم بقايا سمعٍ يُمكن استغلالها بالرغم أن الإعاقة السَّمعية وخاصةً ذات الدرجة الشديدة، هي مُعَوِّقُ النمو اللُّغوي الطبيعي، لكن أكثر الصُّم يمكنهم تعلُّم بعض الفهم اللُّغوي، أو القدرة على التكلم من خلال الرِّعاية، والعناية، والتدريب السَّمعي الصحيح في البيت، وفي المؤسسات ذات العلاقة. (الظاهر، 2005، ص.130)

ويُشير مصطلح "الطفل الأصم الأبكم" إلى ارتباط ظاهرة الصُّم البكم، إذ يؤدي الصَّمم إلى البكم، خاصةً في الإعاقات السَّمعية الشديدة.

2.9. الخصائص المعرفية (العقلية)

ويُقصد بها، تأثير الإعاقة السَّمعية على القُدرات العقلية للفرد المُعاق، كما سبق الذِّكر من أن الإعاقة السَّمعية تؤثر على نمو الفرد اللُّغوي. وبما أن معظم علماء النفس والتربية يُشيرون إلى ارتباط القُدرة اللُّغوية بالقدرة العقلية، فمن البديهي أن يكون أداء الأفراد المُعاقين سمعيًّا على اختبارات الذكاء خاصة منها اللَّفظية، حسب ما يأتي: "إن اختبارات الذكاء بوصفها الحالي، والمُشجعة بالناحية اللَّفظية، لا تقيس قدراتِ الصُّم العقلية الحقيقية"، هذا وتُشير معظم الدِّراسات أنه لا توجد علاقةً قويَّةً بين درجة الإعاقة السَّمعية، ومعامل الذكاء، وقدرة المُعوقين سمعيًّا على التعلُّم والتفكير التجريدي، وأن لغة الإشارة هي بمثابة لغةٍ حقيقية. (Hallahan & Kauffman, 1994, p.92) (القمش والمعاينة، 2007، ص.92)

كما يُشير "سعيد عبد العزيز" إلى ضرورة تكييف اختبارات الذكاء لتكون أكثر دقةً في قياس ذكاء أفراد هذه الفئة، ويجب أن تُخصَّصَ لهم اختبارات ذكاءٍ غير لفظية إذا ما أُريد أن يُقاس ذكاؤهم بشكلٍ دقيق. (عبد العزيز، 2005، ص.184)

3.9. الخصائص الاجتماعية

وتتلخص فيما يلي:

01. عدم القدرة على إدراك الظواهر الطبيعية والحوادث اليومية، والقيم والعلاقات الاجتماعية، ولهذا يستحيل على الأصم أن يتفهم روح الدعابة، أو النكتة التي تُعبّر عنها التعبيرات الصوتية.

02. يميل المُعاق سمعياً إلى الاندفاعية والعدوانية نحو الآخرين، والتمركز حول الذات، كما أنه يميل إلى العزلة والانطواء. (سرحان، 2006، ص.112)

كما أشارت دراسة "براداوي" لوجود نقص الكفاية الاجتماعية، ودراسة "جريجور" إلى أن الأطفال الصُّم يميلون إلى الانسحاب من المشاركة الاجتماعية، وعدم القدرة على تحمُّل المسؤولية أكثر من الأطفال العاديين الذين شملتهم الدراسة. (عصام يوسف ودرياس، 2005، ص.51)؛ إذن يمكن القول أن المُعاق يُعاني من الاغتراب والانسحاب، وهذه خصائص الفئة ككل، ولا تنطبق على كل مُعاق.

03. إن عدم التطور اللُّغوي بصورةٍ طبيعية، لا يؤثر سلباً على مستوى ذكائه، وأن الاتزان اللُّغوي يُصاحبه اتزانٌ عقلي، والعكس صحيح. (Hallahan & (Kauffman, 1991, p.266-280

وعلى النقيض من ذلك، فإن العمر العقلي للطفل، والإعاقة السَّمعية أقل بحوالي عامين من الطفل العادي؛ ومرجع ذلك، إما لظروف بيئية، أو لأسباب عضوية، أو نتيجة الخدمات من المثيرات والخبرات المتاحة. (سعد وخليفة، 2007، ص.142)

04. فَقْدُ السَّمع يمثل تعطيلًا للجهاز السَّمعي، ويُمثل تعطيلًا لجزءٍ من الكل، ممّا يؤثر بدوره على القُدُرات العقلية بعملياتها المختلفة، ويُصبح نموها غير ناضجٍ وغير كامل، ولذلك يوصف ذوي الإعاقات السَّمعية بمهارة الحرفة العقلية ذات الذكاء الحاد. (محمد، 2004، ص.35)

05. تُعاني نسبة 11-33 % من المُعَوِّقين سمعيًا، من إعاقاتٍ أخرى مصاحبة، كالتخلُّف العقلي، أو صعوباتِ التعلُّم، أو الاضطرابات العصبية؛ وبالتالي فإن الانخفاض في درجات الذكاء قد يكون مرجعه وجود إعاقات أخرى. (إبراهيم، 2004، ص.457)

ولتطوير مظاهر النُّمو العقلي المعرفي لدى الأطفال المُعَوِّقين سمعيًا، يُقْتَرَح استخدام مثيراتٍ حسيّةٍ مُتعددة، ليس بالأصوات فقط، ولكن بالحركة والألوان والروائح، ولهذا فإن هؤلاء الأطفال بحاجةٍ إلى ألعابٍ وأنشطةٍ خاصةٍ في المراحل العمرية المُبكرة، وذلك باستخدام الخبرات: اللَّمسية، الحركية، البصرية، والسمعية المتنوعة. (الصدّيق، 2001، ص.11)

06. التكيُّف الاجتماعي لدى الطفل الأصم غير واضحٍ تمامًا.

07. يميل الأطفال الصُّم إلى الأعمال التي ليس لها اتصالٌ كبيرٌ مع الآخرين، أو المجتمع.

08. أثبتت اختبارات "فاينلد" للنُّضج الاجتماعي، أن المعاقين سمعياً أقلُّ نضجاً. (عصام يوسف ودرباس، 2007، ص.52)

إن أساليب التنشئة الاجتماعية الخاطئة، والمُتمثلة في تقديم الحماية الزائدة للمُعوق سمعياً، تلعب دوراً في مستوى نموه الاجتماعي، بحيث يُصبح اعتمادياً على الآخرين، كما أن هؤلاء الأطفال لهم فقرٌ في طرق الاتصال الاجتماعي، ويُعانون من الخجل والانسحاب، ويتَّصفون بتجاهل مشاعر الآخرين، ويُسيئون فهم تصرفاتهم، ويتصفون بالأنانية. (عبد العزيز، 2005، ص.185)

ومِمَّا يجدر ذكره أيضاً، أن الأشخاص المُعوقين سمعياً يميلون إلى التفاعل مع الأشخاص الذين يُعانون مما يعانون منه، وهم يفعلون ذلك أكثر من أية فئة من فئات الإعاقات المختلفة، ربما بسبب حاجتهم إلى التفاعل اجتماعياً، والشُّعور والقبول من الأشخاص الآخرين. (Kirk & Gallagher, 1989, p.94)

قد يختلف الاتصال باختلاف البيئة التي يتعلم فيها الطفل اللغة، حيث تُستخدمُ الأمهاتُ المُعاقاتُ سمعياً لغة الإشارة في التعامل مع أطفالهن المُعاقين سمعياً، وفي أغلب الأحيان يكون الأطفال المُعاقون سمعياً ذوو الأمهات الأصحاء لا يعرفون لغة الإشارة.

يتعلم الطفل المزيد من المعايير الاجتماعية في شكلٍ منظّم، ويتعلم أدواراً جديدة، فهو يتعلم الحقوق والواجبات وضبط الانفعالات، والتوفيق بين حاجاته وحاجات الغير، والتعاون والانضباط السلوكي، والثقافة باعتبار الثقافة مجموعةً من القيم، وطرق التعبير، والممارسات الدينية، وأن العوامل الثقافية تلعب دوراً بارزاً في النمو الاجتماعي، وتُشجع سلوكياتٍ معينة.

(Griffith & al, 1999, p.34-35)

من المتوقع أن تؤثر الإعاقة السّمعية على الخصائص النّمائية المختلفة، وذلك لأن مظاهر النّمو مرتبطةً ومتداخلة، فمن أهم خصائصها: الخصائص الاجتماعية والانفعالية؛ حيث يظهر أثر ضعف السّمع على تأخير نضج الطفل ضعيف السّمع اجتماعياً. فضعيف السّمع لا يدرك كيفية إخضاع رغباته لحاجات الجماعة، بل كل ما يهّمه أن يُشبع رغباته؛ وقد لا يستطيع إظهار مودته نحو الآخرين بسهولة، فهو غير ناضجٍ من الناحية الاجتماعية، وذلك بسبب عجزه بالتفاعل مع أفراد المجتمع؛ كما يعوّق ضعف السّمع فهم معنى الملكية العامة، واحترام ممتلكات الغير، كما يميلُ ضِعَافُ السّمع إلى الانسحاب، والانزواء عن المجتمع، فهو يشعر بالوحدة رغم وجوده مع الجماعة، ويُفضل اللّعب بمفرده. (Furth, 1996, p.80)

4.9. الخصائص الانفعالية النفسية

أما فيما يتعلق بالجوانب الانفعالية للمُعوقين سمعياً، فقد أشارت العديد من الدراسات إلى أن الأفراد المُعاقين سمعياً أكثر عرضةً للضغوط النفسية، والقلق، والتوتر مع أقرانهم العاديين؛ وتجدر الإشارة هنا إلى أن تأثير الإعاقة السَّمعية على الجوانب الانفعالية للفرد تختلف من فردٍ إلى آخر، إلا أن سوء التوافق الانفعالي لا يعني نتيجةً حتمية. (القمش والمعاينة، 2007، ص.94)

كما تتميز هذه الفئة بعدم الاستقرار العاطفي، ويتصف المُعاقون سمعياً بالإدعان للآخرين، والاكتئاب والقلق، والتهور وقلة توكيد الذات، والشكِّ بالآخرين، والسلوك العدواني، والسلبية، والتناقض. (عبد العزيز، 2005، ص.185)

وقد أكدت الدِّراسات التجريبية التي أُجريت على عيناتٍ من الأطفال الصُّم بأنهم يُعانون من الأعراض العُصبية والإنسحابية، وعدم قُدرةٍهم على تحمل المسؤولية، ومن بين هذه الدراسات:

دراسة "سيرنجي" (1938)، و"إدنا" (1957)، و"تايلور" (1962)، و"زينب إسماعيل" (1968)، و"الجناني" (1970)، و"مصطفى فهي" (1970)، و"عبد المطلب أمين" (1992)، و"زينب شقير" (1999). (إسماعيل، 2006، ص.32)

كما أن الأطفال الذين يُعانون من الصَّمَم منذ ولادتهم، يُظهرون انحرافاً أكبر في النّمو الانفعالي عن أولئك الذين يُصابون بالصَّمَم بعد فترة من النمو، ويظهر ذلك لدى الذُّكور أكثر من الإناث؛ وقد أكدت دراسة " H. R. Myklebust" عند مقارنته لشخصية الأطفال ذوي الإعاقات السَّمعية الموجودين بالمدارس العادية، والموجودين بالمدارس الخاصة، أنهم أكثر إحباطاً وصراعاً، وهو ناجمٌ عن موقف المدرسة التي تضمُّ المُصابين في السَّمع بالمنافسة مع الأطفال العاديين. (يونس وحنورة، 1999، ص. 75-78)

ولعل انخفاض أداء المعوقين سمعياً على اختبارات الذكاء اللَّفظية أكبر دليلٍ على قصورهم اللُّغوي، في حين أدائهم لاختبارات الذكاء الأدائية أفضل، كما أن الأطفال ذوي الإعاقة السَّمعية البسيطة على سبيل المثال، يواجهون مُشكلاتٍ في سماع الأصوات المُخفضة والبعيدة، أو في فهم موضوعات الحديث المختلطة، ويواجهون مُشكلاتٍ في فهم المحادثات الصفيّة، في حين أن أصحاب الإعاقة السَّمعية المتوسطة، يواجهون مُشكلاتٍ في فهم المُحادثات والمناقشات الجماعية لقلة وتناقص مُفرداتهم اللُّغوية، وصعوباتٍ في اللُّغة التعبيرية؛ أما ذوو الإعاقة السَّمعية الشديدة، فيواجهون مُشكلاتٍ في سماع الأصوات العالية وتمييزها، ومُشكلاتٍ في اللُّغة التعبيرية. (عبد العزيز، 2005، ص. 184)

من خلال دراسة (Jarvis & Riley, 2000, p.46) أن أسلوب الاتصال الفعال مع الأطفال الصُّم باللُّغة المناسبة (لغة الإشارة)، كان له دورٌ فعالٌ في تحسين توافق الأطفال مع الآباء، بعكس الوالدين الذين لم يستخدموا برنامج المساندة اللُّغوية في أسلوب تواصلهم الاجتماعي.

توضح دراسة (G. D. Dyer, 1993, p.1) بأن الأطفال ضعاف السمع غير ناضجين اجتماعياً، ومندفعين، ويتصفون بالأنانية ونقص الكفاءة الذاتية، واحترام ضعيف للذات، مع ظهور هذه المشاكل بشكل واضح في الطفولة الوسطى والمراهقة.

يُشير (Webster, 1986, p.89) بأن الأطفال ضعاف السمع أقل قدرة على العناية بمطالبهم الشخصية، وتنقصهم القدرة على التوجيه الذاتي، وأكثر اعتماداً على الآخرين.

التواصل اليدوي للأمهات مع أطفالهن ضعاف السمع يسهل نمو اللغة، والتحصيل المعرفي للطفل ضعيف السمع، وله تأثير إيجابي على التكيف النفسي والاجتماعي؛ حيث أن أهم مفاهيم التعلم عند الأطفال تنشأ من الوسط الاجتماعي، ولذلك فالأم مسؤولة على تأهيل طفلها ضعيف السمع على سلوكاته منذ أول اتصال لها به. (Knight & Swanwick, 1999, p.59)

ويذكر "هلهان وزملاؤه" (C. J. Holahan & other, 1981) ثلاثة آثار سلبية للإعاقة السمعية على نمو اللغة، وخاصة لدى الأفراد الذين يولدون صُمًا:

- لا يتلقى الطفل الأصم أي رد فعل سمعي من الآخرين، عندما يُصدر أي صوت من الأصوات.
- لا يتلقى الطفل الأصم أي تعزيز لفظي من الآخرين، عندما يُصدر أي صوت من الأصوات.
- لا يتمكن الطفل الأصم من سماع النماذج الكلامية من طرف الكبار كي يُقلدها.
- كما تتأثر مظاهر النمو اللغوي بدرجة الإعاقة السمعية، فكلما زادت درجة الإعاقة السمعية، زادت المشكلات اللغوية.

ومن أهم مظاهر القصور اللغوي لدى الأفراد المعوقين سمعياً بالإضافة إلى الصعوبة في اللفظ، أن لغتهم غير غنية، ومفرداتهم أقل، وجُمْلهم أقصر، وتوصف بالتركيز على الجوانب الحسية الملموسة مقارنةً بلغة العاديين، كما أن لديهم أخطاء في الكلام، وعدم اتساقٍ في نبرات الصوت.

كما أن الأفراد الصُّم البكم يعانون من مشكلاتٍ سلوكيةٍ تفوق المشكلات عند أقرانهم العاديين، كالسلوك العدواني، السلوك الفوضوي... الخ، كما تظهر المخاوف لدى البنات الصُّم أكثر من الذكور. (عصام يوسف ودرياس، 2007، ص. 51-52)

كما تتميز شخصية الأصم بالصَّلابَة، وعدم المرونة، وهذه السِّمة تؤثر في تحصيل الطفل الأكاديمي بالمقارنة مع العاديين. (سرحان، 2006، ص. 113)

5.9. الخصائص التربوية "التحصيل الأكاديمي"

إن التحصيل الأكاديمي لأفراد هذه الفئة غالباً ما يكون متدنٍ بالرغم من عدم انخفاض نسبة ذكائهم، وبالتحديد التحصيل القرائي هو الأكثر تأثراً بهذه الإعاقة، لذلك يأتي تحصيلهم الأكاديمي ضعيفاً، ويتناسب طردياً مع ازدياد المتطلبات اللغوية ومستوى تعقيدها، ويزداد ذلك سوءاً بسبب عدم فعالية أساليب التدريس. ولقد أشارت بعض الدراسات بأن 50 % من أفراد عينة هم في سن العشرين، كان مستوى قراءاتهم بقياس مستوى طلاب الصف الرابع أساسي، أو أقل من ذلك، و 15 % كانوا بمستوى الصف الثالث؛ أما في مادة الرياضيات، فكان مستوى أدائهم بمستوى الصف الثامن، وأن 15 % منهم كانوا بمستوى أداء الأشخاص غير الصُّم. وأشارت دراسات أخرى بأن لديهم صعوباتٍ في تعلم مادة العلوم، لأن لها علاقةً باللغة (عبد العزيز، 2005، ص. 185)، وبصفةٍ عامة، تحصيل هذه الفئة الأكاديمي يتأثر بعدة عوامل منها: شدة الإعاقة، القدرات العقلية، دعم الوالدين ومستواهم الاجتماعي والاقتصادي، والوسائل التعليمية، بالإضافة إلى العمر الذي حدثت فيه الإصابة.

إلى جانب ذلك، هناك عوامل أخرى لتطور التحصيل الدراسي لدى
المُعاقين سمعياً تتمثل في:

- عدم ملاءمة المناهج الدراسية لهم، حيث أنها مُصممة بالأصل للأفراد
السَّامعين.

- انخفاض الدَّافعية للتعليم، نتيجة ظروفهم النفسية الناجمة عن وجود
الإعاقة.

- عدم ملاءمة طرق التدريس (أساليب تدريس)، فهم بحاجةٍ إلى أساليب فعالة،
تناسب حاجاتهم المعرفية. (القمش والمعاينة، 2007، ص. 92-93)

ولقد قامت كلية "جالوديت" في الولايات المتحدة الأمريكية، بدراسةٍ
استهدفت إلى تحديد مستوى التحصيل الأكاديمي الذي يبلغه الطُّلاب الصُّم،
فتبين أن 50 % من هم في سنِّ العشرين كان مستوى قراءتهم الرابع ابتدائي أو
أقل من ذلك، ووجد أن 10 % فقط منهم كانوا بمستوى الصف الثامن أو أكثر
بالنسبة للرياضيات، فقد اتضح أن مستوى معظم الأشخاص الصُّم كان
بمستوى الصف الثامن، وأن أداء 10 % كان بمستوى أداء الأشخاص غير
الصُّم. (سعد وخليفة، 2007، ص. 162)

والاستنتاج العام المتعلق بالتحصيل الأكاديمي للطلاب الصُّم، هو أن
المشكلات والصعوبات الأكاديمية تزداد بازدياد شدة الإعاقة السَّمعية، مع العلم
أن التحصيل الأكاديمي يتغير بمتغيراتٍ أخرى غير شدة الإعاقة السَّمعية، مثل:
القدرات العقلية والشَّخصية، والدعم الذي يُقدمه الوالدان، والعمر عند
حدوث الإعاقة السَّمعية، والوضع السَّمعي للوالدين، والوضع الاقتصادي
والاجتماعي للأسرة. (القمش والمعاينة، 2007، ص. 93)

إلا أن ذلك لا يعني أن المُعاقين سمعياً لا يستطيعون تحصيل مستوياتٍ عليا من التحصيل الأكاديمي، فإذا أُتيحت لهم الفرص المناسبة من برامج تربويةٍ مركزةٍ، ووسائل وطرائق فعالة، فإنهم يستطيعون الحصول على درجاتٍ عليا مُشابهةٍ لأقرانهم العاديين.

حيث أشارت دراسة "موج وجيرز" (A. Geers, & J. Moog) إلى أن تقديم برنامج لمدة 03 سنوات في المرحلة الابتدائية للصُّم أدى إلى تحسين مستواهم التحصيلي بشكلٍ قريبٍ من أقرانهم السّامعين. (عصام يوسف ودرباس، 2007، ص.51)

6.9. الخصائص الجسمية والحركية

تؤثر الإعاقة السّمعية على حركة الأطفال، حيث يُعاني أفراد هذه الإعاقة من مشكلاتٍ في الاتصال تحول دون اكتشافهم للبيئة والتفاعل معها، لذلك يجب تزويدهم بالتدريب اللازم للتواصل؛ فإن الإعاقة السّمعية قد تفرض قيوداً على النمو الحركي لديهم، الأمر الذي يُطوّر لديهم أوضاعاً جسميةً خاطئة، كما أن نموهم الحركي يُعتبر متأخراً بالمقارنة مع الأسوياء، وذلك لأنهم لا يسمعون الحركة، وأنهم يشعرون بالأمن بسبب التصاق أقدامهم بالأرض، كما أن لياقتهم البدنية لا تكون بمستوى لياقة الأسوياء.

7.9. التكيف المهني

إن للُّغة وظائف كثيرة، فهي تُعبّر عن ذات الفرد وقدرته على التواصل وفهم الآخرين، وهي من أهم وسائل النمو المعرفي والعقلي والانفعالي. والنمو اللُّغوي يعتمد على تطور اللُّغة، ونموها لدى الفرد؛ فالمُعاقون سمعياً يجدون مشكلاتٍ تكيفية في الأسرة والعمل، ويُظهر أفراد هذه الإعاقة ميلاً نحو المهن التي لا تتطلب تواصلاً اجتماعياً، كالرسم والخياطة والنجارة والحدادة، فهم بحاجةٍ إلى برامج تربوية وتأهيلٍ مهنيّ ليستطيعوا اكتساب المهنة وكسب العيش. (عبد العزيز، 2005، ص.185-186)

وفي المقابل، فهم ينفرون من المهن التي يصعبُ التعبير عنها بلغة الإشارات، وتُعد أبجديةُ الأصابع كتكميلٍ لطريقة الإشارات، حيث يمكن الجمع بين لغة الإشارات والأصابع معاً لتكوين جملةٍ مفيدةٍ ذات معنى.

10. الوقاية من الإعاقة السمعية

إن الكثير من أسباب الإعاقة السمعية غير محددةٍ نشأتها، شأنها في ذلك شأن الإعاقات الأخرى، فما هو محدّد السبب لا يتجاوز 25 %، في حين هناك نسبةٌ كبيرةٌ مجهولة؛ ومع ذلك فإن الأخذ بالأسباب مهمٌ جداً لتجنب حدوث إعاقةٍ قدر الإمكان، أو التقليل من آثار حدوثها، وتكون الوقاية بالأخذ بالأسباب، وتجنبها بـ:

- منع حدوث الإعاقة، وذلك بمنع الأسباب المؤدية لها، وأهمها: العوامل الوراثية، إصابة الأم بالحصبة الألمانية، تناول الأم للعقاقير والتدخين، التعرض للأشعة، وسوء التغذية، وكبرُ عمر الأم...الخ.

- أما أثناء الولادة: تجنب نقص الأكسجين أثناء الولادة، ارتفاع نسبة المادة الصفراء في الدم (البيلوغوبين)، والنزيف أثناء الولادة، وتعرض الطفل للصدمات، والأمراض الخطيرة، والتسمُّم بالرصاص أو بغاز أول أكسيد الكربون، خصوصاً الأسر التي تسكن بالمناطق الصناعية.

- اختيار الزوج المناسب.

- الفحص الطبي قبل الزواج.

- استشارة الطبيب قبل الزواج.

- تباعد الأحمال.

- البعد أبعد ما أمكن عن زواج الأقارب، خصوصاً إذا كان ذلك متتالياً، أو وجود إعاقات في العائلة. (عصام يوسف ودرباس، 2007، ص.54)

- تعميم الطعوم (التلقيحات) الثلاثية ضد الحصبة، والحصبة الألمانية في جميع الأعمار الزمنية خاصة الإناث في سن الزواج.

- التوسع في إنشاء المراكز الطبية المتخصصة، والوحدات السمعية لإجراء الفحوص الدورية للأطفال، والاكتشاف المبكرُ لأمراض السمع، وتشخيص حالات الإعاقة السمعية.

- العمل على توفير الأجهزة، والمعينات السمعية، وتشجيع إنتاجها.

(سرحان، 2006، ص.115)

- اكتشاف الإعاقة بشكلٍ مبكرٍ يمنع من تفاقم الحالة، والتقليل من أثارها بشكلٍ كبير، إضافة إلى أن بعض الحالات إذا ما اكتُشفت مبكراً، يمكن علاجها والسيطرة عليها، ومنع حدوث الإعاقة، وهذا ما يتطلب العناية الطبية والكشف الطبي منذ الولادة، وحماية الأفراد من الأمراض التي يمكن أن تؤدي مضاعفاتها إلى حدوث الإعاقة السمعية.

- منع مضاعفات الإعاقة وتطورها، من خلال تقديم المساعدة للأفراد المُصابين لاستغلال قدراتهم، وتقديم برامج مكثفة لتعويضهم عن الخبرات والمفاهيم التي لم يستطيعوا بسبب إعاقتهم الحصول عليها.

- البعد عن العادات السيئة، مثل الاستماع إلى الأصوات العالية، واستخدام سماعات الأذن، مما يؤدي إلى ضعفٍ سمعي، ويجب استخدامُ وِاقِي الأصوات في الأعمال التي يوجد بها ضجيج. (عصام يوسف ودرباس، 2007، ص.54)

11. تشخيص الإعاقة السمعية

1.11. مؤشرات، وأعراض الإعاقة السمعية

توجد بعض المؤشرات والأعراض السلوكية التي قد تدلُّ على احتمالِ ضُعف أو فقد السَّمع لدى الأطفال ومنها:

- إخفاق الطفل في الكلام.
- عدم فهم الطفل، واستجابته للكلام، والنداء المتكرر عليه.
- انعدام تجاوب وتمييز الطفل للأصوات.
- وجود تشوهاتٍ خلقيةٍ في الأذن الداخلية.
- شكوى الطفل المتكررة من وجود طنينٍ في أذنيه.

- نزول إفرازاتٍ هديرية من الأذن.
- عزوف الطفل عن تقليد الأصوات.
- عدم استجابة الطفل للصّوت العالي، أو حتى الضوضاء الشديدة.
- اقتراب الطفل كثيراً من الأجهزة الصوتية، ورفع درجة الصّوت بشكلٍ غير عادي كالتلفزيون والراديو. (سرحان، 2006، ص.111)
- معاناة الطفل من بعض عيوب النطق، واضطرابات الكلام.
- تأخر الطفل دراسياً برغم قُدّراته العقلية العادية.
- حديث الطفل بصوتٍ أعلى بكثيرٍ ممّا يتطلبه الموقف.
- خلو تعبيرات وجه الطفل من الانفعال الملائم للكلام الموجه إليه، أو الحديث الذي يجري حوله.
- يبدو الطفل غافلاً متماسكاً فاطر الهمة شارد البال. (سرحان، 2006، ص.112)
- عندما يردُّ الطفل على سؤالٍ بكلامٍ لا علاقة له بما سُئِلَ عنه، أو يُكرر جزءاً من السؤال المطروح.
- عندما يستخدم كثيراً من التعبيرات الجسمية. (إيماءات الوجه، اليدين، حركة الجذع ...)
- حدوث تغير تدريجي، أو مفاجئٍ في نمط صوت الطفل بالارتفاع، أو الانخفاض.
- عندما يُركز الطفل بشدّة عينيه على شِفاهٍ من يتحدث إليه.
- عندما يُكرر الطفل لفظة (ها) أو (ماذا) عندما يُسأل، ويكرر جزءاً من السؤال الموجه إليه. (نيسان، 2009، ص.54-55)
- خروج صديدٍ من أذن المريض.
- مُعاناة المريض من احتقان الحلق، والرشح بشكلٍ متكرر.

- التهاب اللوزتين المتكرر.
- الشكوى من أصواتٍ في الرأس.
- يُراقب زملاؤه قبل البدء في العمل الصّفيّ.
- يرتبك، ويتوتر عندما يتكلم الآخرون. (العزة، 2001، ص.296-297)

مع العلم أنه قد تتداخل هذه المؤشرات والأعراض مع بعض الإعاقات الأخرى كالتخلّف العقلي، أو قد ترجع إلى عيوبٍ في جهاز النطق وليس الجهاز السّمي، أو قد ترجع إلى عوامل بيئية، مثل: أسلوب التنشئة.

ويُرى أن هناك اصطلاحاتٍ كثيرةً وتعبيراتٍ متعددةً للتعبير عن حالات الصّم المختلفة، مثل: أصم، أصم وأبكم، أبكم وشبه أصم، ثقیل السّمع، ضعيف السّمع، معاقّ سمعيّاً؛ وهناك أيضاً فئاتٌ مختلفةٌ من الصّم، بما فيها من فروقٍ فرديةٍ بين الصّم أنفسهم، وذلك يرجع إلى أسبابٍ نفسيةٍ وفيزيولوجيةٍ وتعليمية، منها: درجة فقدان السّمع، والسّن الذي حدث فيه الصّم، والخبرات السابقة، والتعليم الذي حصل عليه الأصمُّ من قبل، الأصمُّ الذي يؤثر في توافقه فيما بعد، وفي درجة تفاعله مع من حوله من أفراد؛ كما يلعب توجيه الأسرة دوراً هاماً في نمو الطفل، وتحديد شخصية الأصم وتقبّله لعجزه، ومدى محاولاته للتغلب على هذا العجز، كما تلعب وسائل الاتصال دوراً هاماً في تحديد الفرص الاجتماعية للأصم اعتماداً على مدى توافر الإمكانيات البديلة والتعويضية كالسماعة، وغيرها من أجهزةٍ مكملّةٍ لحالة العجز في حاسة السّمع.

2.11. طرق قياس السمع

ويمكن تقسيم طرق قياس السمع إلى قسمين:

الطرق البسيطة التقليدية: وهي التي يمكن أن يقوم بها الآباء، لكنها لا تعطي مؤشراً دقيقاً على ضعف السمع عند الفرد.

استجابة الأولياء للمثيرات السمعية المحيطة، وتستخدم أقل من سنتين، وتُسمى "طرق الفحص الانعكاسية" (réflexe d'orientation conditionnée)، وتتم عن طريق المناداة على اسمه وإصدار أصوات بجانبه، ورؤية مدى إمكانية توجيه إنتاجه لها.

استخدام "الساعة الدقاقة" (Watch-tick tests)، حيث تجري أولاً على أطفال عاديين بأخذ متوسط المسافة لسماع دقات الساعة، ثم تُطبق على الطفل الأصم بإغماض عينيه.

1.2.11. الطرق العلمية

ويقوم بذلك أخصائي في قياس القدرة السمعية audiologist وفيها طريقتان:

1.1.2.11. طريقة القياس السمعي الدقيق (Pure-tone audiometry)

وفي هذه الطريقة يُحدّد أخصائي السمع درجة/عتبة القدرة السمعية بوحدات تُسمى (hertz) والتي تُمثل عدداً من الذبذبات الصوتية تُسمى (decibel, dB)؛ ويتم هنا القياس بوضع سماعات الأذن لكل أذن على حدة، ويُعرض على المفحوص أصواتاً ذات ذبذبات تتراوح من (125-8000 Hz) ذات شدة تتراوح من صفر إلى 110 وحدة ديسبل، ومن خلال ذلك يُقرر الفاحص مدى التقاط المفحوص للأصوات ذات الذبذبات، والشدة المتدرجة.

2.1.2.11. طريقة استقبال الكلام وفهمه (Speech audiometry)

وفي هذه الطريقة يعرض الفاحص أمام المفحوص أصواتاً ذات شدة متدرجة، ثم يطلب منه أن يُعبّر عن مدى سماعه وفهمه للأصوات المعروضة عليه. (القمش والمعاينة، 2007، ص.88)

قبل التحدّث عن الطُّرق العلمية للقياس، لا بُد من الإشارة إلى الشُّروط الواجب مُراعاتها:

- الشروط المتعلقة بالفاحص، كالحالة النفسية، خبرته ومعرفته بالقياس وتفسير نتائج الاختبار.
- الشروط المتعلقة بالمفحوص: كالحالة النفسية والصّحية، وتقبله للفحص وعدم وجود التهاباتٍ أو أعراضٍ في الأذن تُسبب ضعفاً سمعياً مؤقتاً.
- شروط متعلقة بالجهاز كمعايينة الجهاز اليومية، ودرجة دقته.
- شروط متعلقة بغرفة الفحص المناسبة من حيث عزلها. (عصام يوسف ودرباس، 2007، ص.32)

2.2.11. القياس السمعي للأطفال الصغار

يتم الفحص السمعي للأطفال الرُّضع بالاعتماد على المنعكسات الأولية، إذ تُلاحظ استجاباتهم للأصوات العالية، ويمكن إجراء الفحص السمعي بالنسبة للأطفال الصِّغار عن طريق ما يُعرف بالقياس من خلال اللّعب، حيث توضع السّماعات على أذن الطفل، ويُقدّم له حديثٌ أو نغمةٌ بدرجاتٍ مختلفة الشّدة، ويُطلَبُ منه القيام بعملٍ مُحبَّبٍ له عند سماع الصّوت.

3.11. الاختبارات التربوية المستخدمة في القياس السمعي

في هذه الطريقة يستخدم الأخصائي اختبارات التمييز السمعي المقننة وأهمها:

1.3.11. مقياس "ويبان" للتمييز السمعي (*Wepman Auditory Discrimination Test*, 1978)

حيث يهدف هذا الاختبار إلى قياس قدرة المفحوص على التمييز السمعي بين ثلاث مجموعاتٍ من الكلمات المتجانسة، مُصمَّم للأعمار من 5-8 سنوات، ويُطبق بطريقةٍ فردية.

2.3.11. مقياس "جولدمان فرستو ودكوك" للتمييز السمعي (*Goldman-Fristoe Test of Articulation*)

3.3.11. مقياس "لندامود" السمعي (*Lindamod Auditory Conceptualization Test*)

ويُعتمد في هذه الاختبارات على الطرق الأدائية (القمش والمعايطة، 2007، ص.89)

4.3.11. فحص التعزيز البصري "اختبار بافلوف" (*Visual reinforcement*)

يُطبق هذا الاختبار على الأطفال في أعمارٍ مختلفةٍ حتى سن الثالثة، وفيما يلي وصفاً للاختبار.

يجلس الطفل في غرفة الفحص بمرافقة أحد الوالدين، ويكون الفاحص في غرفةٍ مقابلةٍ له، ومفصولةٍ عن غرفة الفحص، ويقوم بمراقبة حركات الطفل في غرفة الفحص من خلال الزجاج.

يصدر الفاحص أصواتاً من داخل غرفة الفحص بتردداتٍ مختلفة، ويقوم بإحداث إضاءةٍ ملفتةٍ لنظر الطفل "اشتراط كلاسيكي"

يُصدر الفاحص الصّوت بدون إضاءة، والطفل إذا سمع الصّوت، فإنه ينظر إلى مصدر الإضاءة بحكم الارتباط الشرطي السّابق، ويُعتبر المثير والاستجابة بمثابة مفردات الصوت لدى الطفل.

يُخَفِّضُ الفاحص من شدة الأصوات الصّادرة عنه حتى لا يتمكن المفحوص من الرّبط بين سماعه الصوت ورؤيته للإضاءة، وهذه الحالة تُسمى "تبعية الصوت عند المفحوص". (العزة، 2001، ص.296)

4.11. عملية تبادل الأفكار والمعلومات

وهو عمليةٌ نشطةٌ تشمل على استقبال الرسائل، وتفسيرها ونقلها للآخرين؛ وبالنسبة للصّم، تتعدد طرائق التواصل، وعلى العموم يمكن أن نلاحظ أسلوبين للتواصل مع الصّم.

الأسلوب الأول: يعتمد على تطوير مختلف اللّغات الخاصة بالصّم كلغة الإشارة، أو لغة الشّفاه.

الأسلوب الثاني: يُركز على تكنولوجيا التأهيل السّمعّي بالمُعينات السّمعية.

12. أساليب التواصل مع الصم

وعلى الرغم من كثرة الأبحاث لمعرفة أفضل أسلوب تواصلٍ بالنسبة للأطفال ذوي الإعاقات السَّمعية، إلا أن النتائج كانت مُتضاربة؛ فبعض الدراسات، أظهرت سيطرة البرامج السَّمعية-الشفوية، بينما دراساتٌ أخرى أظهرت أفضلية التواصل الكلي. (الزريقات، 2003، ص.224)

1.12. أساليب التواصل اللفظي (*Oral communication skill*)

تؤكد هذه المهارة على المظاهر اللفظية في البيئة، وتتخذ من الكلام الطريقة الأساسية لعملية التواصل، وتتضمن هذه الطريقة، تعلُّم الأفراد المُعاقين سمعياً الكلام من خلال الإيماءات، والدلالات من حركة شفاه المُتكلم، ولا يتم التواصل اللفظي بطريقةٍ فعالةٍ إلا من خلال استثمار البقايا السَّمعية، وباستخدام التدريب السَّمعي، وقراءة الشِّفاه؛ إن هذه الطريقة في التواصل، تُمكنُ الفرد المُعاق سمعياً من التواصل مع أقرانه السَّامعين، على العكس من لغة الإشارة التي تُسهِمُ في عزله. (القمش والمعاينة، 2007، ص.95)

2.12. مهارة قراءة الشفاه ولغة الشفاه "لغة قراءة الكلام" (*Speack*) (*Reading Skill/Lip Rading Skill*)

وهي عبارة عن معرفة الكلام من خلال ملاحظة الأصم لحركات الشِّفاه والفك واللسان للمُتكلم، وهي تتطلب القدرة على رؤية الشِّفاه والفك واللسان للمُتكلم بسرعة، على أن يستكمل الفرد ما لم يستطع رؤيته من حركات هذه الأعضاء، وذلك من خلال ملاحظات تعبيرات الوجه، والإشارات المُصاحبة، وطبيعة الموقف، والسياق اللُّغوي، فهي تعتمد على مهارة التخمين والفهم الجيد لِلُّغة. (سهير كامل أحمد، 2002، ص.226)

وبمعنى آخر، تُعتبر هذه الطريقة أو المهارة تفسيراً بصرياً للتواصل الكلامي، وهناك أربع (04) طرق لهذه المهارة:

1.2.12. الطريقة التحليلية

وفيها يُركز المُعاق سمعياً على كل حركةٍ من حركات شفّتي المُتكلم، ثم يُنظّمها معاً لتُشكل المعنى المقصود.

2.2.12. الطريقة التركيبية

وفيها يُركز المُعاق سمعياً على معنى الكلام أكثر من تركيزه على حركتي الشّفاة لكلِّ مقطعٍ من مقاطع الكلام.

3.2.12. الصوتيات

حيث تُركز هذه الطريقة على أجزاء الكلمة، فيتعلّم المُعاق سمعياً نطق الحروف الساكنة والحروف المتحركة.

4.2.12. الوحدة الكلية

تهتم هذه العملية بالعبارة أو القصة القصيرة التي يرويها المُتحدث، فلا تهتم بالطُّرق أو الكلمة أو الجملة. (فاروق الروسان، 1989، ص.147) (سعد وخليفة، 2008، ص.62)

ونجاح هذه الطُّرق يعتمد على نجاح عددٍ من الأمور أهمها:

- مدى فهم الفرد المُعاق سمعياً للمُثيرات البصرية المُصاحبة للكلام.
- مدى سرعة المتحدث ومدى أُلْفَة موضوع الحديث للمُعاق سمعياً.
- مدى مواجهة المُتحدث للمُعاق سمعياً، والقُدرة العقلية له. (القمش والمعاينة، 2007، ص.95-96)

وتُعتبر قراءة الشِّفاه عنصراً أساسياً عند مُعظم المعاقين سمعياً، وتحتاج قراءة الشِّفاه إلى أصوات، والمشكلة أن بعض الأصوات اللُّغوية قليلة الظُّهور، أو لا تظهر على شفاه المُتحدث، كما أن الذي يجعل الأمر صعباً أن بعض الأصوات اللُّغوية (الوحدات الكلامية الصغيرة)، تظهرُ بحركاتٍ سريعةٍ يصعب إتباعها، فالمُشكلة هنا أن هناك مظاهر بصريةً للكلام قليلة الظهور، ومشكلةٌ أخرى أن بعض الحركات تبدو متشابهة. (الزريقات، 2003، ص.228)

3.12. مهارات التواصل اليدوي (*Manuel Communication/Sign Language Skills*)

وتُعرف لغة الإشارة على أنها: "نظامٌ حسيٌّ بصريٌّ يدوي، يقوم على أساس الرِّبط بين الإشارة والمعنى." (القمش والمعاينة، 2007، ص.86)

هي نظامٌ من الرُّموز اليدوية الخاصة مثل: بعض الكلمات، أو المفاهيم، أو الأفكار التي تعتمد على الإبصار؛ وهي أكثرُ مُلاءمةً للأطفال الصِّغار، حيث يسهلُ عليهم رؤيتها والتقاطها، لأنها لا تتطلب تنسيقاً عضلياً دقيقاً، كما يمكن استخدامها مع طرق التواصل الأخرى لتزيد من فهم الأصم للكلام. (فهبي، 1998، ص.266)

وتعتمد هذه الطريقة على استخدام اليدين في التعبير، بدلاً من استخدام الطريقة اللفظية، وتُعتبر أكثر انتشاراً عند الصُّم، وهي عبارة عن نظام حسيّ بصريّ يدوي، يقوم على أساس الربط بين الإشارة والهدف؛ وتُقسَّم إلى ثلاثة أقسام:

1.3.12. الإشارة الوصفية

وهذه الإشارات التي يتعارف عليها مجتمع معين لوصف مفهوم أو فكرة، وتكون عادةً مُرافقةً للكلام، كرفع اليد للتعبير عن الطُّول، أو تنزيل اليد للدلالة على القصر، وهي الإشارات التي يستخدمها الشخص العادي الذي لا يعرف القاموس الإشاري في تعامله مع المُعاق سمعياً.

2.3.12. الإشارة غير الوصفية

وهي الإشارات التي تدلُّ على فعلٍ، أو مفهومٍ، أو صفةٍ، أو ضميرٍ؛ وتُعتبر هذه الإشارات لغةً خاصةً بالصُّم، كرفع الإصبع إلى الأعلى للدلالة على الصَّحيح، وللأسفل دلالة على الخطأ.

وهذا النظام تم تطويره في معظم الدول ليصبح لغةً لكلِّ دولة، أو قاموساً إشارياً خاصاً بها؛ وتُستخدم عادةً في نشرات الأخبار والبرامج التلفازية المختلفة. (الداهري، 2008، ص.125)

4.12. مهارة التدريب السمعي

ويُقصد بها تنمية مهارة الاستماع والتّمييز بين الأصوات والكلمات أو الحروف الهجائية لدى الأفراد المُعاقين سمعياً، باستخدام الطُّرق، والدلائل المناسبة، وخاصة الدلائل البصرية، والمغنيات السّمعية التي تُساعد في إنجاح هذه الطّريقة التي تهدف إلى ثلاثة أهداف:

- تنمية وعي الطفل الأصم للأصوات.
- تنمية مهارة التمييز الصّوتي لدى الطفل، وخاصةً بين الأصوات العامة غير الدقيقة.
- تنمية مهارة التمييز الصّوتي لدى الطّفل الأصم، وخاصةً بين الأصوات المُتباينة الدّقيقة. (القمش والمعاينة، 2007، ص.94)

ويستندُ هذا الأسلوب في التواصل على معظم حالات الإعاقة السّمعية. (الداهري، 2008، ص.129)

ولكي تكون برامج التدريب السّمعِي فعالة، لا بد من توافر مجموعةٍ من العوامل أهمها:

- الاستعانة بشكلٍ أساسي على حاسة للمس والبصر.
- أن تعتمد على القُدّرات السّمعية المُتبقية للطفل.
- البدء بالتدريب مباشرةً بعد الإعاقة السّمعية. (Hallahan & Kauffman, 1994, p.05)

5.12. طريقة روشيستر (Rochester Method)

وهي طريقة تعتمد على دمج هجاء الإصبع وقراءة الشِّفاه، حيث يقوم الأصمُّ باستخدام هجاء الأصابع للتعبير عن كلِّ كلمة، وهي طريقة غير منتشرة في مدارس الصُّم، لما وُجِّهَ إليها من انتقادات، حيث تؤدي إلى الملل من قيام الأصمِّ بالتعبير عن كلِّ حرف هجاءً بالأصابع، وكذلك شعور المجتمع أو المشاهد بالملل، لأن عليه التركيز بعينه على كلِّ حرف يتمُّ التعبير عنه بهجاء الإصبع. (اللقاني والقرشي، 1998، ص.74) (سعد وخليفة، 2008، ص.64)

6.12. مهارة التواصل الكلي (Total Communication Skills)

وهي تعني استخدام كلِّ طرق التواصل الممكنة، والتي تُتيح للأصم الفرصة الكاملة لتنمية مهارة اللُّغة، واستخدامها بشكلٍ تعبيرٍ أفضل، وهي تشمل كلَّ طرق التواصل من إشارات، شفاه، أصابع، إيماءات... الخ.

وهذه الطريقة هي أفضل طرق التواصل، حيث تُتيح للأصم استخدام الطريقة المناسبة وفق الموقف المناسب، أو إمكانياته، فضلاً عن تلافيتها عيوب الطُّرق السابقة.

وقد أظهر الصُّم الذين يستخدمون طريقة التواصل الكلية، درجاتٍ مُرتفعةٍ في التواصل عن أولئك الذين يستخدمون طرق التواصل الأخرى.

التواصل الكلي هي فلسفة تأخذ مزايا نماذج التواصل الشفويّة، واليدويّة، والسَّمعية لضمان تواصلٍ فعالٍ بين الأشخاص المُعاقين سمعياً.

فالتواصل الكليُّ فلسفة، وليس طريقةً في تعليم الأطفال الصُّم البكم، فلا يُوجد نموذجٌ يُركز عليه التواصل الكلي، فالفكرة هي استعمالُ أي وسيلةٍ لإيصال المفردات واللُّغة والأفكار بطريقة حرة وأكثر فعالية، وأصبح هناك حوالي 72 % من الطلبة يتعلَّمون باستعمال هذه الطريقة، وهذه الأخيرة تعتمدُ حسب كلٍّ من "كيردي وكليموفيتش" على المُعتقدات الرئيسية التالية:

- تُحقّق زيادة إمكانية التعلم من خلال استخدام طرقٍ متعددة الحواس.
- يجب أن يبدأ التواصل الكليّ عندما يشعر الطِّفل بأنه أصم، فعلى بيئته أن تُعلِّمه التواصل فورياً لتطوير لُغته.
- تشجيع استخدام كافة الأدوار السَّمعية، واليدوية، والبصرية. (الزريقات، 2003، ص. 238-239)
- وقد ظهرت هذه الطريقة نتيجةً للانتقادات التي وُجِّهت للطُّرق الأخرى، وأهمها:
 - صعوبة فهم الطِّفل الأصم للمتكلّم بطريقة لغة الشِّفاه، بسبب سرعة الحديث، أو مدى مواجهة الأصم.
 - صعوبة فهم الطِّفل الأصم للمتكلّم باستخدامه طريقة التدريب السَّمعي، بسبب مدى القُدرة السَّمعية المتبقية لدى الأصم، وكذا فعالية الوسائل السَّمعية.
 - صعوبة نشر لغة الإشارة، أو أبجدية الأصابع بين كل الناس، فالطفل الأصمُّ يفهم من الأشخاص الذين يُتقنون هذه اللُّغة فقط. (القمش والمعاينة، 2007، ص. 99)

1.6.12. مميزات استخدام التواصل الكلي

هناك العديد من المميزات لاستخدام التواصل الكلي مع المعاقين سمعياً، من أهمها ما يلي:

- أنها تُساعد على تحسين المهارات السَّمعية والشفوية.
- تمنح الفرصة للمُعاق سمعياً للتعبير عن احتياجاته ورغباته بكل الطرق الممكنة لذلك، وبالتالي تُقلل من العدوانية، وتنمية قدراتهم لأقصى درجة ممكنة، وزيادة تقدير الذات بالمقارنة مع أقرانهم ممن استخدموا طريقة التواصل الشفهي.

- إن لغة الإشارة تُساعد على دعم لغة الشِّفاه، فالمُعلم يتحدث داخل الفصل، وفي نفس الوقت يقوم بإصدار الإشارات المُعبِّرة عن كلامه، وعندها يقوم المُعاق سمعياً بتنظيم إشارته بطريقة شعورية، وبالتالي يُحسِّنُ كلامه، ويكوِّن قاموسه اللُّغوي.

- إن هجاء الأصابع يدعم القراءة والكتابة لدى المُعاقين سمعياً، وتتطلب هذه الطريقة مستوى من النُّضج والخبرات اللُّغوية التي تتطلبها القراءة والكتابة. (السعيد وآخرون، 2006، ص.87)

تجدر الإشارةُ إلى أن الأطفال الصِّغار الصُّم الذين يستعملون لغة الإشارة منذ الميلاد_أي من كان أبواهم أنفسهم مُتقني لغة الإشارة، ويستعملونها بشكل دائم_ يضبطون عناصر لغتهم الأم، حسب توزيع زمني مُشابهٍ عموماً لذلك المُتعلق بالأطفال غير الصُّم عندما يكتسبون اللُّغة المنطوقة.

13. التأهيل التكنولوجي والطبي للصُّم

تعمل المساعدة التكنولوجية بالنسبة للصُّم، على استعادة بعض وظائف السَّمع من خلال توفير وسائط بديلة للاتصال مع الآخرين، أو ممارسة أنشطة الحياة؛ هذه الأدوات والوسائل شهدت مؤخراً انتشاراً وتطوراً كبيرين، وعموماً يُمكن حصر أهم هذه الوسائل والأنظمة في التالي:

1.13. المُعينات السَّمعية من النمط الجسدي (*hearing aid pouch*)

وتُستخدم في حالات ضُعفِ السَّمع العصبي الشَّدِيد والحاد، وهي تُلبس على الصَّدر وتُوضع في جيبٍ خاصٍ بها، ومن حسناتها قِلَّة صغِيرها، وقُدْرَتها على تحمل الصَّدَمات، ورخيصة الثَّمَن، زيادةً على إمكانية استخدامها للجَهِتين معاً؛ ومن مساوئها الواضحة للعيان، أنها إن لم يَكُنْ لها جيبٌ يَمكُن أن ينزلق الطَّعام داخله. (العزة، 2001، ص.303-304)

يتميز هذا النوع من المُعينات السَّمعية بضخامته نسبياً، ويستعمل في الحالات الشَّديدة من الصَّمَم، تُحْمَلُ هذه المُعينات سواء على مستوى الصَّدر أو الظَّهر، وهي تملك قابلية التعديل في مستوى الطاقة، أو على مستوى النغمة الصَّوتية، وهي تتكون من ثلاثة أجزاء، كلُّ جزءٍ منها يُوضع داخل الأذن، وسلكِ التَّوصيل، إضافةً إلى الصُّندوق المُعالج. (يحي، 2006، ص.142-143)

1.1.13. معينات سمعية خلف الأذن (behind-the-ear hearing aids)

وهي عبارة عن جهازٍ صغيرٍ يُوضع خلف أذن المريض، مُزوّدٌ بأنبوبٍ صغيرٍ يوضع داخل الأذن، هذا النمط من المُعينات السَّمعية هو الأكثر انتشاراً، نظراً لفعاليتِه الكبيرة وجماليتِه؛ ومعظم مُعينات الأذن مجهزةٌ بميكروفوناتٍ مُوجَّهةٍ بمُعزّزاتٍ تتعلق بتقوية التقاط الكلام، لكن من بين عيوبها:

- حدوث صفير نتيجة حركة رأس المريض.
- تجعل الطفل يصرخ إذا كانت ذات طاقة كهربائية ضخمة.
- أن ضجيجها المفاجئ قد يتسبب في إطلاق الطِّفل صرخةً طويلة حادة.
- إمكانية سقوطها أثناء اللّعب.



الصورة رقم (08): معين سمعي خلف الأذن.

ومن حسناتها:

- تُساعد على التقليل من الأصوات المزعجة.
- صغيرة الحجم ومختلفة الألوان.
- شكلها مقبول، وتُستخدم لمختلف الإعاقات الشديدة والمتوسطة
- والبسيطة. (العزة، 2001، ص. 301-302)

2.1.13. معين سمعي داخل الأذن (*In The- Ear- Aids*):

وهذا النمط يُوضع داخل الأذن، مما يترتب عنه ايجابية ملاحظته من طرف الآخرين، إضافةً إلى إمكانية غياب سقوطه، فهو مُحكم التثبيت، وأما شكله، فيأخذ شكل فتحة الأذن، فيُلاحظ وكأنه سدادة قطنية داخل الأذن، ومن عيوبه صغر حجم أداة التحكم عن الصوت وضبطه، مما يجعل من الصعب على الأيدي الصغيرة غير المتسقة في حركتها أن تتعامل معه، وتُعطي هذه السّماعة في حالة الضّعف السّمعي البسيط؛ وهي نوعان:

- داخل الصيوان.
 - داخل قناة الأذن، وتكون صغيرة، ومنفعية.
- ومن مزاياها أنها صغيرة الحجم بارزة للعيان، ولا تتعرض للسقوط كما هو الحال بالنسبة للسّماعات خلف الأذن، ومن مساوئها أنها باهظة الثمن، وسريعة العطل بسبب إفرازات الأذن.



الصورة رقم (09): معين سمعي داخل الأذن.

3.1.13. معين سمعي من نمط كروس (*Cros-Aids*)

يعمل هذا النوع من المُعينات في حالة الصَّمم أحادي الجانب (أي في أذنٍ واحدة)، ويقوم هذا النمط من المُعينات بنقل الصَّوت من الأذن السَّيئة إلى الأذن السَّليمة، أي أنه يعمل تماماً كأذنٍ صناعية؛ وهو ينقسم إلى قسمين: في الجزء الأول يوجد ميكروفونٌ فوق الأذن الضَّعيفة، غير أنَّ صعوبته تكمن في عدم إمكانية تحديد مصدر الصَّوت، فيُوجَّهُ الطفلُ كلَّ انتباهه إلى جانب الأذن السَّليمة فقط.



الصورة رقم (10): معين سمعي نمط كروس.

4.1.13. معين سمعي من نمط كروس الثنائي (BI-CROS hearing aids)

له نفس مبدأ عمل النمط السابق، غير أنه يعمل في حالة وجود صممٍ في كلتا الأذنين، أو عندما تكون إحداهما أقل تضرراً من الأخرى، فيقوم تلقائياً بإعطاء تحديدٍ معياري تبعاً لضعف كلّ أذن، ولا يُعطيها نفس الحجم من التكبير.



الصورة رقم (11): معين سمعي نمط كروس الثنائي.

5.1.13. جهاز السوفاج (Suvague)

يُستخدم هذا الجهاز المزود بموزع للصّوت في الصُّفوف حسب عدد تلاميذ الصّف، بحيث يُوضع على الأذن، وتُوصل السّماعَة المُكبّرة للصّوت بداخل الأذن، وهو شبيهٌ بمكبرات الصّوت الموسيقية، وله ثلاثة أنواع:

1.5.1.13. جهاز سوفاج عادي

يُستخدم في التدريب على النُّطق مع سماعَة ومُذبذبة، بالإضافة إلى مرشّات لتنقية الصّوت، حتى يصل إلى الطِّفل ليحدّث عنده التغذية الراجعة لصوته.

2.5.1.13. جهاز سوفاج بالأشعة تحت الحمراء (Suvague Infra rouge)

هو مثل "السوفاج العادي" لكنه بدون أسلاك، فعند لبس الطّالب للسّماعَات التي تلتقط الصّوت من خلال مُشعّات مُركبة على الحائط في أركان الصّف الأربعة، وهذا الجهاز يُفيد في أنه يجعل الطِّفل حُرّاً في حركته أثناء تدريبه على بعض التمارين النفس_حركية.

3.5.1.13. جهاز سوفاج صغير (Mini-Suvague)

هو كالسوفاج العادي، غير أنه صغير الحجم، يمكن حمله مع الطّالب في المدرسة والبيت. (يعي، 2006، ص.150)

6.1.13. زراعة القوقعة

إن القوقعة المزروعة هي جهازٌ إلكتروني، يتم زرعُ جزءٍ صغيرٍ منه في القوقعة لتوفير التنبيه الكهربائي المباشر لعصب السَّمع، كما أنه يحتوي على أجزاءٍ خارجية، مثل معالج الكلام الموصول مع قطعة الرأس والميكروفون الذي يلتقط الأمواج الصوتية، يُحوّلُ المُعالج هذه الأمواج إلى إشاراتٍ كهربائية، ويُرسِلها إلى الجزء الداخلي، لتتحول إلى سيالة عصبية. وتُعتبرُ زراعة القوقعة من أحدث ما توصل إليه العلمُ الحديث، كمساعدةٍ لأولئك الذين يُعانون من صَمَمٍ كُلّي، أو شبه كُلّي. (يعي، 2006، ص.124)



الصورة رقم (12): زراعة القوقعة.

7.1.13. السَّماعة الخاصة بالتوصيل السمعي (عن طريق غشاء العظام)

تُركَّبُ هذه السَّماعة في حالة عدم وجود صيوانٍ للأذن المريض، أو في حالة ضَعف السَّمع؛ من بين محاسنها أنها تصلح في حالة عدم وجود صيوان، أو في حالة وجود التهاباتٍ في الأذن، ومن مساوئها أن المريض إلى نظارة، مع صعوبة السَّمع عن طريق العظم.

8.1.13. سماعة (Cros Type)

وهي عبارة عن ميكروفون يُوضع على الأذن، يُستعمل إما موصولاً بسماعة، وإما بشكلٍ مستقلٍ عن طريق توصيله بسلكٍ خلف الرأس أو مع جماعة، وتحتوي على مُضخِّمٍ ومُستقبلٍ، يوضعان على الجهة الأخرى.

حسنتها: تُحدِّدُ مواقع الأصوات، التقاط الذبذبات العالية، وتُستخدم هذه السَّماعة عندما تكون هناك أذنٌ واحدةٌ معطوبة.

مساوئها: غالية الثمن، لا يتقبلها المريض ببساطة. (عصام حمدي الصفدي، 2007، ص.66)

9.1.13 سماعة مع نظارة

وهي عبارة عن جهازٍ صغيرٍ يُركب على النظارة، يُوصل عبر أنبوبٍ صغيرٍ بقناة الأذن، وينقسم هذا الجهاز إلى قسمين:

أ. سماعةٌ بنظارة عن طريق الهواء: تُوصل بها قطعةٌ توضع في صيوان الأذن، ويمرُّ الصوت عن طريق الهواء.

ب. سماعة بنظارة عن طريق العظم: وفي هذا النوع لا توجد قطعةٌ متصلة، وينتقل الصوت عن طريق العظم.

من محاسنها، أنها غير ملفتة للنظر، تُريح المريض نفسياً، سهلة اللبس، مريحةٌ للمريض الذي يستعمل نظارات؛ ومن مساوئها، أنه لا يُمكن استخدامها دون لبس نظارة، وغالية الثمن.



الصورة رقم (13): سماعة مع نظارة.

2.13. السماعات الجماعية

تُستخدم في الصُّفوف الدراسية للأطفال المُعاقين سمعياً، حيث تُزود مجموعةً من الأطفال في آنٍ واحدٍ بمكبر للصَّوت، فيُثَبِّتُ المدرسُ لديه ميكروفوناً صغيراً، في حين يقوم الأطفال بتثبيت الأجهزة المُستقبلة التي تُمكنهم من سماع صوت المدرس بعد أن يتم تكبيره؛ لكن وعلى الرغم ممَّا لها من محاسن، فلها مساوئها أيضاً، سنلخص كل ذلك في التالي:

محاسنها: هي أقوى فعاليةً وتكبيراً للصَّوت، تُصدِرُ نوعيةً صوتيةً أفضل من المُعينات الفردية.

مساوئها: أنه يجب أن يرتبط ميكروفون المدرس، وسماعات الأطفال بالجهاز المُكبر للصَّوت عن طريق أسلاك ممتدة منه. (عصام حمدي الصفدي، 2007، ص.62)

3.13. المعلم الافتراضي بالدي (Baldi)

في قفزة جديدة في عالم التكنولوجيا، استطاعت مجموعة علماء من الولايات المتحدة الأمريكية وبريطانيا ابتكار شخصية افتراضية متحركة ثلاثية الأبعاد، يُمكنها مُساعدة الأطفال الصُّم في تطوير قدراتهم التخاطبية، وقد أطلقوا على هذه الشَّخصية اسم "بالدي"؛ ويقوم "بالدي" المُزود بفمٍ وأسنانٍ ولسان، بتحريك ملامح وجهه بشكلٍ دقيقٍ ومُتزامنٍ مع صوت الكلام الذي يتم سماعه، ويتميز "بالدي" بإمكانية تعديل البرنامج الخاص به حسب الطَّلب؛ ولقد بلغت تكلفة الأبحاث الخاصة بهذا الابتكار 1,8 مليون دولار، وتُستعمل هذه التخاطبية الآن في مدرسة "Tucker Maxon School" من الولايات المتحدة الأمريكية، حيث لُوحظ تقدُّمٌ مُثيرٌ في قدرات مُنتسبي هذه المدرسة، حيث إن "بالدي" شخصيةٌ افتراضية، فهو لا يَكَلُّ ولا يملُّ من تكرار التمارين، لهذا فهو يُعطي لِلطِّفْلِ إحساساً بالارتياح، ويُهيئ له فرصة الدِّراسة الدَّقيقة لحركات الوجه التي تُنتج الأصوات المختلفة. (يجي، 2006، ص.124)

4.13. معايير اختيار السّماعَة

ويتم اختيار السّماعَة وفق معاييرٍ معينة:

1.4.13. العمر الزمني للمعوق سمعياً

يمكن تركيب سماعَة لطفل ما قبل مرحلة المُناغاة، إذا كان لديه ضعفٌ سمعيٌّ عصبيٌّ شديد، وقد يُصاب الطِّفْل بضعفٍ في المراحل الأساسية من التعليم، لذلك يكون بحاجةٍ إلى سماعَةٍ للحفاظ على لُغته وصوته.

2.4.13. جنس المُعاق سمعياً

يكون تقبُّل الذُّكور لللبس السَّماعة الطَّبية أكبر من الإناث، فيُنصح لها بالسَّماعة الداخلية لأنها تكون مفيدة.

3.4.13. نوع الإعاقة

الطبيب هو الشَّخص المُخول بتحديد نوع الإعاقة والسَّماعة المناسبة.

4.4.13. شدة الإعاقة ومستواها

بحيث تتحكم شدة الإعاقة بنوع السَّماعة المناسبة لها.

5.4.13. بقايا السَّمع عند المُعوق

تُقدَّر أولى البقايا السَّمعية، ثم يُحدد نوع السَّماعة.

6.4.13. الحالة الصحيَّة لأذن المُعوق

هناك عدة عواملٍ تتحكم في تحديد نوع السَّماعة التي يحتاجها المُصاب بعدمِ وجودِ صيوان الأذن، وفق ما يأتي: حالة ضعف السَّمع المركزي، ضعف السَّمع، المُصاب بتخلُّفٍ عقليٍّ شديد، وجود شللٍ تام. (العزة، 2004، ص.305-306)

إذاً فالصَّم لا يعني فقدان السَّمع بشكلٍ تام كما يعتقدُه عامة الناس، لكن الأطفال الصُّم سيحتفظون بجزءٍ من سمعهم مهما كان بسيطاً، ممَّا يُبقي الأمل قائماً في نفوسهم ونفوس ذويهم على استثمار ما تبقى لديهم من هذه الحاسة وتنميتها والاستفادة منها في تربية الطفل، مع الاستعانة بما تُقدمه التكنولوجيا الحديثة من خدماتٍ في هذا المجال، كالسماعة الطبية، ومُكبرات الصوت؛ وقد مكَّنت هؤلاء المُعاقين من تحسين قُدراتهم السَّمعية المُتبقية لديهم تبعاً لما تبقى من قُدراتهم السَّمعية التي يعتمد عليها، وعلى نوع الإعاقة في تحديد درجة استفادتهم منها، فإذا كانت الإعاقة توصيلية، فإن الاستجابة للعلاج تكون بشكلٍ أفضل من الإعاقة العصبية، ويُلجأ أيضاً في هذا الحال إلى المُعينات مع الآخرين، سواء في الأسرة أو في محيط المدرسة والعمل.

14. المشكلات التي تواجه الصم وضعاف السمع

هناك العديد من المُشكلات التي يُعاني منها الصُّم وضعاف السَّمع، ويتلخص أهمها فيما يلي:

1.14. مشكلة الاتصال

تُعدُّ مشكلة أو صعوبة الاتصال من أهم المُشكلات التي يُعاني منها الذين يتعاملون مع المُعاقين سمعياً نظراً لعدم فهمهم، وهي تَحُدُّ من إمكانية تقديم المُساعدة والخدمات المختلفة لهم.

2.14. مشكلات خاصة بالتنشئة الاجتماعية

تلعب اللُّغة دوراً كبيراً في تعليم الطفل نتائج سلوكه، وشرح مختلف المواقف، ولا يستطيع الآباء والأمهات استرجاع آثار ناتجة عن خبراتٍ سابقةٍ مع الطفل، أو تحذيره من نتائج سلوكه، علاوة على صعوبة تعبير الطفل الأصم عن مشاعره، أو صعوبة تعليمه القيم الاجتماعية المختلفة، لذا نجد هناك صعوبةً في التفاهم مع شخصيته التي تتسم بالاندفاعية والتهور، مع تعرُّضه لنوباتٍ حادةٍ من الانفعالات، تجعله عرضةً للعقاب البدني، ورفض الآباء لمشاعره، أو الخضوع والاستجابة لجميع رغباته. (سرحان، 2006، ص.114)

3.14. مشكلات تربوية

عندما يلتحق الطفل الأصم بالمدرسة، تُجابهه صعوباتٌ كثيرةٌ تؤذيه وتُضايقه، وتجعله ينفر من المدرسة منذ أول اتصالٍ له بها؛ والواجب، أن تُراعى هذه الحالة بأن يُهيأَ لها، ومن تلك الصعوبات:

- خُلُوقها من الخبرات التي يحظى بها الطفل العادي عن اسمه وأسماء والديه، وأخوته وأقاربه، وأسماء الأشياء التي يستعملها، وأسماء الأدوات، ومحتويات الفصل، التي تبدو له غريبةً غير مألوفة. (القمش والمعايطة، 2007، ص.102)
- عدم التأزر بين السَّمع المفقود، والبصر الموجود، فالصُّور التي يراها لا معنى لها وليس لديه تفسير لها، ولا يعرف أين يضعها من المحسوسات الأخرى.
- معيشته في عالمٍ من السُّكون تجعله لا يتصور وجود عالمٍ تكون الأصوات عناصر هامةً في تكوينه، وضرورية للتعامل معه.

- خوفه من الآخرين لأنه لا يفهمهم ولا يفهمونه، وعدم قدرته على التجاوب معهم والاشتراك الإيجابي في نشاطهم.

- اقتصار خبرتهم على المحسوسات الجزئية المرتبطة ببعض الحواس السليمة، وحياته اليومية الصامتة.

- نقص القدرة على إدراك الرموز والمعاني الكلية، مثل خانات الأعداد، والنسب المئوية، لأنه ليس لها مكان في حياته الحسية والذهنية. (القمش والمعايطة، 2007، ص.103)

- بالإضافة إلى أن تعليم الصم يتطلب مدارس خاصة، ومدرسين مؤهلين ومُدرِّبين للتعامل مع هذه الفئة، يتسمون بصفات الحب والرغبة في المساعدة، بالإضافة إلى تعلّم طرق التواصل المختلفة بالصم وضعاف السمع، مع استخدام وسائل تعليمية خاصة، مثل: المرايا، والوسائل التوضيحية، بالإضافة إلى الرسم كوسيلة أساسية في التعلّم. (فهبي، 2007، ص.123)

4.14. مشكلات اقتصادية

وهي تكمن في إيجاد الأعمال التي تُوفّر لهم الدّخل الملائم، فيُصبحون عاليةً على أسرهم ومجتمعهم؛ لهذا فإن الاهتمام بعملية تأهيلهم مهنيّاً، ومُساعدتهم على إيجاد الأعمال التي تتناسب مع قُدّراتهم، يُساهم في مواجهة مُشكلاتهم الاقتصادية، ويعمل على تنمية ثقتهم في أنفسهم وفي الآخرين، ويُقلّل من حدة الاضطرابات النفسية التي يُعانون منها. (سرحان، 2006، ص.114-115)

كما أن المشكلات الاقتصادية تقف عائقاً أمام المُعاق في اقتناء المُعينات السَّمعية، أو إجراء بعض العمليات الجراحية المُكلفة، خاصةً بعد ثبات نجاحها مع تطور العلم.

5.14. مشكلات نفسية

مثل عدم الاتزان الانفعالي، والانطواء والشعور باليأس، والقلق، والحساسية المفرطة لتصرفات الناس، والشك الدائم في المحيطين به، وأحياناً تملكهم عقدة الاضطهاد، وغيرها من الاضطرابات النفسية؛ لذا تظهر على البعض منهم علاماتُ القسوة، وحُبِّ الذات، وعدم التعاطف مع الغير، وصعوبة التَّعامل معهم.

6.14. مشكلات سلوكية

بالإضافة إلى وجود مشكلاتٍ سلوكيةٍ كالسُّلوك النمطي، والذي يظهر في شكل استجاباتٍ مُتباينةٍ من الناحية الشَّكلية، إلا أنها تتشابه من حيث كونها ليست لها وظيفة هذا السُّلوك الشائع بين المُعاقين.

1.6.14. السلوك الفوضوي

وهو سلوكٌ يحول دون تأدية الفرد لوظائفه في غرفة الصَّف، ويتمثل في قيام الطفل بالتجوال داخل غُرفة الصَّف، وإلقاء أشياء، وخروجه من القسم، وغيرها من السُّلوكات غير المُنضبطة.

2.6.14. سلوكيات إيذاء الذات

فهي من أخطر السلوكيات التي تُشكل خطراً على المُعاقين ذوي الاحتياجات الخاصة، كضرب الرأس على الحائط، وشدِّ الشَّعر، ممَّا يُسبب ضرراً جسدياً.

3.6.14. السلوك العدواني

وقد يكون جسدياً أو رمزياً، ويشمل إيقاع الأذى بالآخرين، أو تخريب الممتلكات. (عبد العزيز، 2005، ص.200-205)

15. الحاجات النفسية لذوي الاحتياجات الخاصة

الطفل المُعاق له نفس الاحتياجات العميقة التي يحتاجها الطفل العادي، وهي أن يكون محبوباً ومرغوباً فيه، كما يحتاج إلى الإحساس بالأمان والانتماء إلى الآخرين، وإلى أن تكون علاقاتهم به طيبة، كما يحتاج إلى أن يكون نشطاً ومُبدعاً. (القريوتي، 2006، ص.115)

1.15. الحاجة إلى الاستقلال

يستطيع الطفل المُعاق سمعياً أن يكون غير مُعتمدٍ على والديه في العناية بنفسه، وفي إتباع العادات الصحية، كما أنه يستطيع أن يُساعد.

2.15. الحاجة إلى الإشراف في الأعمال المنزلية البسيطة

يجب أن يدرك الآباء، والمُعَلِّمون أن الطفل الأصم لن يصل إلى الاكتفاء الذاتي، بحيث يتخذ قراراتٍ جوهريةٍ بحاجة إلى الإشراف، والمُساندة النفسية. (علي عبد النبي حنفي، 2007، ص.105)

3.15. الحاجة إلى اللعب الحر

ينبغي على الوالدين إتاحة الفرصة لهم لِلْعِبِ الحُر، وذلك لأنه يَنمي الشُّعور بالراحة والاطمئنان في نفوسهم، كما يَنمي بعض المهارات لديهم.

4.15. الحاجة إلى الصحة الجيدة

فالطفل الأصم الذي يتمتع بصحةٍ جيدة، يستطيع مواجهة المشكلات اليومية، ويستطيع مقاومة المخاوف والقلق أكثر من الطفل العادي.

5.15. الحاجة إلى الاختلاط بالمجتمع والأطفال الآخرين (الانتماء)

يُساعد الاختلاط على النُّمو الاجتماعي للأطفال الصُّم، فيشعرون بانتمائهم إلى الجماعة، وفي ذلك شعورٌ بالأمن والاطمئنان.

6.15. الحاجة إلى الجو الأسري المستقر

وذلك بتحديد العلاقة الحسنة بين الوالدين، واهتمام الأولياء بالأطفال على حدٍ سواء.

7.15. الحاجة إلى العلاقة الطيبة بالأم

إن حُب الأم هو حجر الأساس لتوفير الصّحة النفسية للطفّل المُعاق كبقية الأطفال العاديين، وذلك بإشباع الحاجات الأولى له.

8.15. الحاجة إلى حب الوالدين

فالحُب هو الغذاء النفسي الذي تنمو وتتضح به الشّخصية، وذلك بإحاطته بجوِّ الدفء والاطمئنان، مع فهم حاجاته والقدرات الخاصة به. (فهم، 2003، ص.77)

16. تربية المعاقين سمعياً

1.16. تربية المعاق سمعياً بصفة عامة

ربما يعتقد العامة من الناس أن هناك أساليب غريبة وغير معروفة في تعليم الأصم، إلا أنه في حقيقة الأمر، يُعتمد في التعامل مع هذه الفئة، على أسس وقواعد تربوية، كما هي مع السّامعين، إلا أنه يتم الاهتمام بأساليب أخرى، كالتركيز على قراءة الشّفاه، لغة الإشارة، ووسائل تعليمية، ومُعينات صوتية، ومُعلمين خاصّين، وكذلك أهداف تربوية مختلفة.

وتنقسم عملية التربية لدى المعاقين إلى ثلاث مراحل هي:

1.1.16. أهداف تعليم الأصم

إضافة إلى الأهداف التربوية المحددة من قبل الجمعيات والهيئات العالمية، تُحدد أهدافاً أيضاً من قبل مسؤولي التربية والتعليم لتعليم ذوي الاحتياجات الخاصة أهمها:

- إعداد الطِّفْل الأصم للتعايش مع بيئته ومجتمعه.
- إعداد الطِّفْل الأصم للاعتماد على نفسه، وألا يكون عالَةً على الآخرين.
- تعليم الطِّفْل الأصم القراءة والكتابة، والمُحادثَة ضمن قُدراته وإمكاناته.
- تزويد الطِّفْل الأصم بالمعارف والمعلومات المختلفة التي تُساعدُه على الاستمرار في تعليمه وفهم بيئته.
- مساعدة الطِّفْل الأصم على النُّمو السوي جسماً، وعقلياً، واجتماعياً.
- تهيئة الطِّفْل الأصم مهنيّاً ضمن قدراته وإمكاناته.
- تنمية مهارات الاتصال مع الآخرين بالطريقة الشَّفوية ما أمكن.
- فهم البيئة المحيطة، والاستفادة من إمكانياتها في الاستقلال الذاتي، وخدمة المجتمع. (عصام يوسف ودرباس، 2007، ص.62)

إذاً ما نلاحظه أن الأهداف التربوية والتعليمية، تسعى إلى إلحاق المُعاق سمعياً بأمثاله العاديين، وعدم القيام بتسطير مثل هذه الأهداف لتطوير التفكير الإبداعي لديهم، خاصة في المجتمعات العربية، وهو ما يؤدي إلى خفض مستوى الطُّمُوح لدى هذه الفئة.

2.1.16. مصادر اشتقاق الأهداف التربوية للمعاقين سمعياً

- فلسفة المجتمع ونظرته إلى المُعاق.
- خصائص المُعاقين واحتياجاتهم.
- طبيعة المعرفة التي يشملها المنهج المُقدم للمُعاقين.
- الاتجاهات العالمية المُعاصرة.
- أساليب التواصل مع المُعاق. (سعيد، 2006، ص.110)

3.1.16. معلم-معلمة الأصم

لقد وُضعت شروطٌ محددةٌ من قبل مشاهير التعليم "بستالونزي وفروبل" (J. H. Pestalozzi & F. Fröbel) ومن أهمها:

1.3.1.16. الصفات الشخصية

الثَّبات الانفعالي، الصَّبْر والاحتمال، حبُّ العمل، التعامل مع المُعاقين، الاتجاه الإيجابي نحو الإعاقة، الوعي وسرعة البديهة.

2.3.1.16. الصِّفات العلمية

التخصص في مجال الإعاقة السَّمعية، القُدرة على التَّعامل مع المُعينات الصَّوتية، خبرةٌ كافيةٌ في التدريب الميداني، تأهيلٌ مناسبٌ في علم النَّفس وأساليب التدريس لتعليم الصُّم، مقدرةٌ على إعداد وتصميم الرسائل والاختبارات وتصحيحها. (عصام يوسف ودرباس، 2007، ص.64)



شكل رقم (01): هرم البدائل التربوية للمعاقين سمعياً.

4.1.16. إعداد الفصول الدراسية

وينبغي مُراعاة:

- اتساع مساحات الفصول الدراسية بما يسمح بتنظيم المقاعد والأدراج بكيفية تُتيح رؤية وجه المُعلم.
 - أن تكون الإضاءة كافية لتسهيل رؤية ملامح وتفاصيل وجه المُعلم وتعبيراته.
 - يُفضل أن تكون هيئة المقاعد على شكل حذوة حصان.
 - تجهيز الفصول الدراسية بالأجهزة السمعية، كالسماعات ومُقويات الصَّوت.
- (مقداد وآخرون، 2008، ص.250)

ومن أفضل تصاميم صفوف المُعوقين سمعيّاً، التصميمُ هلالِيّ الشّكل، أو اليّصف دائري، أو حذوة الحصان، حيث تُتيح هذه التصاميم للطلبة فرصة مشاهدة كلّ منهم الآخر بسهولة، ومُشاهدة المُعلم بما يُوفّر جواً مناسباً للتّعلم والتواصل بين أفراد المجموعة، وبينهم وبين معلمهم؛ وهنا يُمكن للطّالب أن يُنّي مهارات التواصل مع الآخرين، وكسر حواجز الخجل والخوف، ويُساعد التلميذ على تقليد النماذج الحوارية الصّفية، وفهم الأفكار وفك الغُموض الذي يُحيط بها، ونماذج التصاميم التالية ما هي إلا أمثلة على ذلك. (القريوتي، 2006، ص.212)

5.1.16. الوسائل التعليمية المساعدة

يجب أن يحتوي الصّف على الوسائل التعليمية التقليدية المُساعدة، لما لها من فائدة وفعالية في إنجاح العمل التربوي، وتقريب المفاهيم المُجردة إلى ذهن الطّالب.

- جهاز عرض أفلام وفيديو.
- مرايا.
- السُّبورة المُتحركة والثّابتة.
- المُجسمات. (الحقيقية والرمزية)
- الصُّور السّطحية.
- حاسوب تعليمي. (القريوتي، 2006، ص.217)

2.16. ظروف تربية الطِّفل المُعاق سمعياً في الجزائر

1.2.16. لمحة تاريخية

غداة الاستقلال، وحتى عام 1976م، لم تُوجد في الجزائر إلا مدرسةً مختصةً واحدة، أنشئت عام 1886م خلال الوجود الاستعماري، للتكفل التربوي بالطِّفل المُعاق سمعياً.

وقد احتوت البرامج التربوية والبيداغوجية للمُعاقين سمعياً لغاية عام 1976م على تعليم ابتدائيٍّ مُكثف، يُهيئهم لتعلُّم واستيعاب مهنٍ يدويةٍ كالخياطة، تصليح الأحذية، والنجارة، منذ بلوغهم سن الرابعة عشرة.

واستجابةً للطلب المتزايد على هذه المؤسسات، شُرِعَ عبر التراب الوطني في إنشاء عدة مدارس مختصةٍ مع بداية عام 1976م، حتى وصل عددها حالياً إلى 41 مدرسة صغار الصُّم. (المرسوم التنفيذي رقم 05-12، 2012، ص.13) وبالتوازي مع هذه الحركة التأسيسية، أُجريت تغييراتٌ معتبرةٌ على طرق الكفالة بالمُعاقين سمعياً، ألا وهي:

- تعريب التعليم، ولا سيما لغة إزالة البُكم.
- إدخال الطريقة الشَّفوية النغمية (Verbo-tonale).
- تطبيق نفس البرامج التعليمية للمدارس العادية (الأساسية) مع المُعاقين سمعياً.

فمن شأن هذه الإصلاحات، تعزيز الإدماج الاجتماعي للمُعاقين سمعياً وتحسين مستواهم المعرفي.

أما في سنة 1980م، فقد تميزت بالأهمية المُعطاة للتربية لما قبل المدرسة، وبداية سياسة إدماج المُعاقين سمعياً في الأوساط العادية: روضات الأطفال ثم بالمدارس الابتدائية، ويتعلق الأمر بمشروع تُشرف عليه مديرية الأعمال الاجتماعية، والمديرية الفرعية الاجتماعية والتضامن.

إن أول تجربةٍ للإدماج على مستوى روضات الأطفال، شُرع فيها سنة 1980م من طرف مؤسسةٍ كبيرة، ألا وهي "سوناطراك"، بفوجين يضم كلٌ منهما ثمانية أطفال، ثم تبنّت المشروع بعدها عدة مؤسسات، ومع ذلك يبقى عدد ما أنجز ضئيلاً ما دام في مستوى "أقل من عشرة".

حتى سنة 1991م، كان هدف هذا الإدماج، يتمثل في إزالة البَكم عند الأطفال المُعاقين سمعياً في سن ما قبل الدراسة (التحضيرية)، حتى يتسنى لهم مباشرة التعليم الابتدائي في سن السادسة بمدرسة مختصة.

إلا أنه لم يتم تحقيق النتائج المرجوة، وظل هذا الانقطاع في الاتصال اللُّغوي، الأمر الذي أدى إلى إنشاء الأقسام المندمجة انطلاقاً من سنة 1992م، لأن ذلك يسمح لهم بمواصلة الدِّراسة في وسط عادي، وبالتحاقهم بالمدارس الأساسية.

وهذه الأقسام هي في طور الانتشار مع صدور القرار الوزاري المشترك الصادر بتاريخ: 1998/11/10 عن وزارة التربية الوطنية، ووزارة العمل والحماية الاجتماعية والتكوين المهني، والذي يتضمن فتح أقسام خاصة بالأطفال ضعيفي الحواس (ناقصي السمع والمكفوفين) في المؤسسات التعليمية التابعة لقطاع التربية الوطنية. (الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، 1999/03/03، ص.16)

إن الهدف من الوجهة الجديدة هذه، والتي هي بصدد التعميم، إعطاء نفس الفرص الممنوحة لسالم السمع للوصول إلى مستوى الشهادات.

2.2.16. المؤسسات الموجودة حالياً وشروط التكفل بها

1.2.2.16. المؤسسات المختصة (مدارس صغار الصم)

حالياً تُعد هذه الأخيرة الأكثر انتشاراً على مستوى التراب الوطني، والتي تستقبل أكبر عددٍ من المعاقين سمعياً بسعةٍ تُقدر بـ 100 مكان، وهم يستفيدون من نوعين من الأنظمة، إما داخلي، أو نصف داخلي.

يُستقبل الأطفال بها ابتداءً من سن السادسة إلى غاية الثامنة عشرة، مهما كانت درجة الصمم لديهم، شرط ألا تكون هناك اضطراباتٌ مشتركة خطيرة.

تتكفل بالأطفال فرقةٌ مُتعددة الاختصاصات، مكونةٌ من مختصين في علم النفس (الأرطوفونيا، الإكلينيكي، والمختص التربوي) ومُعلمين مُختصين ومُربين.

2.2.2.16. روضات الأطفال

يُقبل الأطفال على مستوى روضات الأطفال في سنّ الثالثة إلى غاية السادسة، أو السابعة من عمرهم، وهم يُدمجون بصفة كلية بعدد لا يتجاوز طفلين في كل قسم، يتم توزيعهم حسب العمر في أحد الأقسام التالية:

- 03 سنوات بقسم الصغار.

- 04 سنوات بقسم المتوسطين.

- 05 سنوات بقسم الكبار.

إن نظام الإدماج هذا، يسمح لهم بالمشاركة في كل النشاطات المنظمة على مستوى الروضة، علاوةً على تربية مُتخصصة، يقوم بها مختصّ في علم النفس (الأرطوفونيا)، أو أستاذ مختص.

وتُعد النتائج المُحصل عليها منذ نشأة هذه الهيئات جدّ مشجعة، إذ تمكّن العشرات من الأطفال الالتحاق ومواصلة مشوارهم الدراسي بمدارس عادية.

مع ذلك، نُسجل بعض الصّعوبات التي قد تعترض المختص في عمله:

الإقبال المتأخر للأطفال: عددٌ كبيرٌ من الأطفال يلتحقون بالروضة في الرابعة والخامسة من العمر، الشيء الذي يُعيق إدماجهم الدراسي في سن السادسة.

نقص التعاون، سواءً من طرف الأولياء، أو من طرف المُربيات بروضات الأطفال.

3.2.2.16. الأقسام المندمجة

هي عبارة عن أقسام خاصة أنشئت بالمدارس الأساسية بفضل تعاون التربية الوطنية، تضم أطفالاً مُصابين بإعاقة سمعية في مختلف درجاتها المتوسطة والحادة أو العميقة والحاصلين على تربية تحضيرية (ما قبل مدرسية).

يبلغ عددهم من 08 إلى 10 أطفال في كل قسم، أين يتكفل بهم معلم مختص، وأخصائي في علم النفس (الأرطوفونيا)، الذي يضمن مساندة أرطوفونية وبيداغوجية مكثفة وضرورية.

يكون الاتصال مع السالمين سمعياً في أغلب الأحيان خارج أوقات الدُروس، وفي بعض الأحيان بالمشاركة في النشاطات اليدوية، أو الرياضية التي تدخل ضمن البرنامج الدراسي.

نظام الإدماج هذا ذا طابع انتقالي، إذ الغرض منه هو التحضير التدريجي لهذه الفئة من الأطفال للإدماج الكلي.

لكن تحقيق هذا الهدف قد يواجه بعض الصعوبات لعدم توافق الأقسام من حيث درجة الصَّمم، والمستوى اللُّغوي، الشيء الذي يُعرقل من وتيرة وسير التعليم، وكذا تطبيق البرنامج الدراسي.

4.2.2.16. الأقسام العادية

يتعلق الأمر بإدماجٍ فرديٍّ وكاملٍ لمُعاقِي السَّمع بالأقسام العادية، والذين تلقوا مسبقاً تكفلاً تربوياً على مستوى روضات الأطفال، العيادات الأَرطفونية، والأقسام المندمجة، وهم يَتَّبِعُونَ نفس المشوار الدراسي للأطفال سالمي السَّمع بالتوازي مع مُساندةٍ بيداغوجيةٍ فرديةٍ ودائمةٍ من طرف مختصٍّ في علم النفس (الأَرطفونيا)، أو أستاذٍ مختص، ويكون ذلك خارج أوقات الدروس.

إن نجاح نظام الإدماج هذا، له صلةٌ متينةٌ بالتعاون المتبادل والفعال بين المعلم، والمُختص المسئول على الطِّفل، ولا يتحقق ذلك بمدى تحقُّر الطِّفل نفسه، ولا بقدراته الفكرية واللُّغوية فقط، وإنما أيضاً ببعض الشُّروط الخاصة التي يجب أن تتوفر للطِّفل حتى يتسنى له متابعة الدروس بصفةٍ عادية، منها أخذُ مكانه في الصَّف الأول قبالة المعلم، استعمال صوتٍ جيد، وجود إضاءةٍ كاملةٍ تُسَهِّلُ العملية. (درقيني، 1999، ص.157)

ومن بين الصُّعوبات الملاحظة:

- رفض المعلم للطِّفل المُعاق سمعياً.
- اكتظاظ الأقسام.
- أقسامٌ غير مُكيِّفة.
- نقص التحفز عند الطِّفل، خاصةً عندما يُدمج في فوجٍ سالمي السَّمع الأصغر منه سناً.
- صعوبة تنظيم السَّنَد البيداغوجي، وذلك لنقص الأشخاص المُختصين بالمؤسسات العادية (الابتدائية).

تمكناً من استخراج عدة عواملٍ يُحتمل أن تكون لها مسؤوليةٌ متفوقةٌ على النتائج المحدودة فيما يخص المستوى الدراسي، والاندماج الاجتماعي للمُعاقين، هذه العوامل هي ذات طابعٍ اجتماعي اقتصادي وثقافي:

- غياب الكشف المبكر على مستوى مصالح الولادة، حماية الأمومة والطفولة PMI وطب الأطفال، وذلك راجع لنقص في:

- التحسيس بمشاكل المُعاق سمعياً عند الأطباء الممارسين في هذه المصالح.
- الموظفين المتخصصين والمؤهلين، خاصة خارج المدن الكبيرة.
- الوسائل السَّمعية على مستوى المصالح المعنية.
- غياب المؤسسات التربوية المبكرة، وذلك راجعٌ للاهتمام المتأخر بالتكفل بالطفل.

➤ نقص الإعلام، فبعض الأطباء والأولياء، والناس بصفةٍ عامة، يجهلون الطُّرق الحالية للتكفل بالطفل المُعاق سمعياً، خاصةً إذا ما تعلق الأمر بالتربية الماقبل-مدرسية. (التحضيرية)

➤ عدم كفاية العُدّة والوسائل المادية المُسخرة من طرف الدولة للمؤسسات التربوية، ولا سيما الأجهزة المُكبّرة للصّوت، علماً وأن عدداً كبيراً من الأطفال، هم من مستوى اجتماعي-اقتصادي ضعيف، ولا يُمكنهم الاستفادة من التجهيز السَّمعي.

➤ الفارق الموجود ما بين لغة التعليم بالمدارس، واللُّغة المُستعملة في الأوساط العائلية، فالْمُختصون المُتكلفون بالطفل والأولياء، يجدون أنفسهم بسبب ذلك أمام وضعيةٍ يصعب مواجهتها.

وغالباً ما يتعلق الأمر بالاختيار بين ثلاثة أنظمة لغوية مختلفة، والمتمثلة في (اللغة العامية، اللغة الأمازيغية، والعربية الفصحى)؛ ورغبةً في تعزيز المستوى المدرسي للطفل، فإن للعربية الفصحى الجانب الأوفر في الاستعمال، إلا أن هذه الوضعية لا تُشجع تعلم اللغة عند هذا الأخير، ذلك لأن وظيفة اللغة ذاتها تُصبح محصورةً في وسط ضيقٍ ألا وهو المدرسة.

وهكذا يتبين لنا ممّا سبق، كيف أن الطفل المُعاق سمعياً يخضع وبصفةٍ كليةٍ لما يُقدّمُ له في إطارٍ مُخصّصٍ يجعله عرضةً لكل الأخطاء والنقائص التربوية والبيداغوجية، إذا ما قُورن بالطفل العادي، وكيف أن مشكل الطّفل الجزائري، هو أيضاً مشكلٌ ثقافيٌّ اجتماعيٌّ اقتصاديٌّ، الأمر الذي يزيدُ من وضعيته تعقيداً.

ولتسوية بعضٍ من هذه الاختلالات القانونية والتنظيمية على مستوى هذه المؤسسات لتؤدي دورها وفق ما سَطَرَ لها من أهداف، جاء المرسوم التنفيذي رقم 05-12 المؤرخ في 04 جانفي 2012، يتضمن القانون الأساسي النموذجي لمؤسسات التربية والتعليم المُتخصصة للأطفال المُعوقين، في الجريدة الرسمية العدد 05 لسنة 2012.

وحسب المادة 23 هذا المرسوم، فإن هذه المؤسسات هي مؤسساتٌ عموميةٌ ذات طابعٍ إداري، تتمتع بالشّخصية المعنوية، وبالاستقلال المالي، وهي مؤسساتٌ تحت وصاية الوزير المكلف بالتضامن الوطني. (المرسوم التنفيذي رقم 05-12، 2012، ص.14)

المادة 10: "تستقبل مدارس الأطفال المُعوقين سمعيّاً الأطفال والمُراهقين المُصابين بصممٍ عميقٍ أو متوسط بهدف إدماج مدرسي واجتماعي ومهي." وذلك بهدف ضمان ما يلي (المرسوم التنفيذي رقم 05-12، 2012، ص.14-15):

- ضمان التعليم التحضيري والتعليم المتخصص باستعمال المناهج والتقنيات الملائمة.

- ضمان اليقظة وتنمية الوسائل والنفسية، والحركية لتعويض الإعاقة.

- ضمان المتابعة النفسية، والطبية والبيداغوجية.

- ضمان دعم ومرافقة الأطفال والمُراهقين في وضعٍ دراسيٍّ صعب، بتنظيم دروسٍ فرديةٍ للاستدراك والدعم.

- تطوير نشاطاتٍ ثقافيةٍ وترفيهية، والتسلية الملائمة تجاه الطفل، والمراهقين المُعاقين.

- تشجيع التفتح، وتحقيق كل الإمكانيات الفكرية، والعاطفية والجسدية والاستقلالية الاجتماعية، والمهنية للطفل والمراهق.

- ضمان مُرافقة الأسرة والطفل للمُعاق.

- المساهمة في إدماج الأطفال والمُراهقين المُعاقين سمعيّاً في المدرسي العادي، أو في التكوين المهني وضمان مُتابعته.

- ضمان التكفل الفردي والتربية السّمعية، وإعادة التربية اللُّغوية والقراءة الشّفوية، وتعلُّم الكلام وكذا لغة الإشارة.

17. تقويم ذوي الإعاقة السمعية

يتناول تقويم الإعاقة السمعية ثلاث عواملٍ تدخل في تعريف الإعاقة السمعية، وهي درجة الإعاقة، والعمر عند الإعاقة، ونوع الإعاقة السمعية.

ويمكن أن يكون للمُعلِّم دورٌ إيجابيٌّ في التعرف على الأطفال الذين يُشكُّ بأن لديهم إعاقةً سمعية لدرجةٍ ما، ومن الأمور التي يُمكن للمعلم أن يلاحظها ويستشف منها مؤشرات وجود إعاقة سمعية ما يلي:

- ملاحظة مُشكلاتٍ حسية ترتبط بالأذن، مثل شكوى الطفل من الألم وطنينٍ في أذنه.

- ملاحظة أخطاءٍ في النطق لأصوات اللُّغة.

- ملاحظة الطفل يُحرك رأسه ليتوجه نحو مصدر الصوت.

- يُكرر الطلب بإعادة الكلام الذي قيل قبل لحظات.

- لا يستجيب الطِّفل أو لا ينتبه عندما يُوجَّه إليه الكلام بصوتٍ هاديٍّ عادي.

- ملاحظة تردُّد الطفل في المشاركة في نشاطٍ يعتمد على الكلام أو الاستماع.

لكن هذا الدور الذي يؤديه المعلم، قد لا يُمثل تشخيصاً يوثق به، فلا بُد من قياس درجة الإعاقة السمعية والتعرف على نوعها، ويمكن إجراء تقويم تشخيصيٍّ مُتعمقٍ عن طريق الإحالة إلى الفحص الطبي المُتخصص وخبر القياسات السمعية، ويكون لمثل هذا التقويم أهميةٌ خاصةٌ في تصميم البرنامج التربوي الأكثر ملاءمة، وفي استقصاء إمكانيات الاستعانة بسماعات أذنٍ لتحسين مستوى السَّمع. (الكيلاني والروسان، 2009، ص.52)

تبدأ عملية التقويم بمحاولة الكشف عن مشكلةٍ لفتت انتباه المعلم، وإذا ما كانت المشكلة ذات علاقةٍ بحالةٍ إعاقة، تُتبع بتشخيصِ جوانب القوة والضعف في تعلم الطالب للمواد الأساسية الدراسية، واستقصاء الآثار المحتملة لبيئة التعلم، والبرنامج التربوي بمختلف مكوناته، وعلى العموم يمكن أن تسير عملية التقويم في المراحل التالية:

1.17. الفحوص المسحية (Screening)

وتجري هذه الفحوص بشكلٍ خاصٍ على الأطفال الملتحقين بالمدرسة للتعرف على حالات الإعاقة المحتملة، ويمكن أن تشمل هذه الفحوص فحوصاً طبيةً ونفسيةً وتربوية، تشمل درجة السَّمع والاستعداد للتعلم والتطور اللُّغوي... الخ، ويتم التركيز في ذلك على الحالات التي تحتاج التدخل مُبكراً، وتلك التي يتوفر لها إجراءات وقائية، أو الحالات من النوع الذي يحتمل نتائج فيها شيء من الخطورة.

يمكن أن يترتب على الفحوص المسحية عمليةُ إحالة (Referral) لعددٍ من الطلبة الأطفال لفحوصاتٍ مكثفةٍ عند أخصائيين خبراء، وتنتهي هذه الفحوصات بتشخيص أو تصنيف الحالة بشكلٍ أكثر تحديداً، ويتضمن التشخيص تحديد الحاجة إلى برنامجٍ علاجي.

بناءً على المعلومات التي يُتوصَّل إليها في مرحلة التشخيص، يتم وضع خطةٍ علاجيةٍ يمكن أن تكون بصورة "الخطة التربوية الفردية" (Individual Education Plan).

عند تطبيق الخطة العلاجية، يُرافقها تقويم تَقْدُم الطالب للكشف على ما إذا كان الطالب يُحرزُ تقدماً بالمستوى المُتوقع، وبما يُلبّي الأهداف الموضوعية.

يتم تقويم البرنامج التربوي الذي تُطبَّق فيه الخطة العلاجية، للتعرف على فعاليتها باستخدام أساليب التقويم المُختلفة المُقننة (Formal) وغير المُقننة (unformal). (الكيلاني والروسان، 2006، ص.39-40)

18. إرشاد ذوي الإعاقات السمعية وأسرهم

يهدف الإرشاد النفسي إلى مُساعدة الأفراد والجماعات على تنمية قُدْراتهم إلى أكبر قدرٍ ممكن، وإلى تقبُّل ذواتهم والتكيُّف مع المحيط الاجتماعي الذي يعيشون فيه، ولمَّا كانت هناك بعض الفئات التي تُعاني من بعض الإعاقات التي تتأثر بها ويتأثر بها ذووهم، كان لابدَّ من إرشاد ذوي أصحاب الإعاقة إلى الطُّرق التي يجب أن يتعاملوا بها معهم، ويمكن تلخيصها فيما يلي:

- التقبل. (عبد العزيز، 2004، ص.186-191)
- غالباً ما يترتب على ميلاد طفلٍ مُعوق سمعياً في الأسرة صدمةٌ نفسية، وما يترتب على ذلك من آثارٍ سلبيةٍ على الطفل والأسرة.
- قد تؤدي البيئة الأسرية إلى مُشكلاتٍ توافقية.
- قد تكون الأسرة مصدراً للإعاقة ذاتها، إذا لم تُوفّر لها مصادر الدعم والتقبل للمُعوق.
- قد تكون الأسرة عائقاً للمؤسسات التي تقدم خدماتٍ للمُعوقين سمعياً.
- حاجة الوالدين إلى التحدث مع الآخرين عن مُحاولاتهم الناجحة والفاشلة لضبط سلوك الطفل.

- حاجة الوالدين إلى معرفة المؤسسات التي تُقدِّم خدماتٍ طبيةٍ تربويةٍ نفسيةٍ تأهيليةٍ لطفلهم الأصم أو ضعيف السَّمع.
- الحاجة إلى طرح الأسئلة والحصول على الإجابات، والتي تُعتبر فرصةً للتنفيس الانفعالي عن مشاعرهم واتجاهاتهم نحو الطِّفل وإعاقته.
- الحاجة إلى خطةٍ تربويةٍ تُساعدهم على تغيير أنماط تفاعلهم مع طفلهم، وبالتالي إكسابهم مهاراتٍ جديدةٍ للتعامل معه. (بطرس، 2007، ص.275)

1.18. الإرشاد التربوي

تدريب الأطفال ذوي الإعاقة السَّمعية على التّواصل مع الآخرين، وينقسم هنا التدريب إلى عدة مستويات:

1.1.18. المستوى الأول: الأسلوب السَّمعي

يُركز هذا الأسلوب على استخدام المُعينات السَّمعية المناسبة لإعاقة الطِّفل السَّمعية في السنوات المُبكرة قدر الإمكان، لأنها الطريقة الوحيدة ليتعلم الطفل اللُّغة، بالإضافة إلى تدريبٍ سمعيٍّ للاستفادة من السَّمع المُتبقى لديه، وهذا يتطلب تعويد الطِّفل على ارتداء السَّماعة والعناية بها، وضبط درجة الصّوت حتى لا تُؤلمه أو تُسبِّب له الإزعاج، بالإضافة إلى معرفة الوالدين والإخوة معرفةً تامةً بكيفية استخدام السَّماعات الفردية، وملاحظة السَّماعة طوال الوقت.

ويحتاج التدريب السّمي إلى:

- مواجهة الطفل عند التحدث معه.
- سرد القصص بأسلوبٍ سهلٍ وشيقٍ وواضحٍ ومُعبرٍ، مع استخدام الصُّور والرُّسومات.
- استعمال الكلمات الواضحة، والابتعاد عن المترادفات خاصة في السنوات الأولى من العمر. (بطرس، 2007، ص.280)
- سماعُ أصواتٍ مختلفةٍ طوال اليوم، ومحاولة رؤية المصدر الذي يُحدثُ الصّوت.
- استخدام أسلوب الإعادة والتّكرار والتثبيت.
- أن تكون الخبرات المُصاحبةُ لاستخدام المُعينات السّمعية ذات معنى للطفّل المُعاق سمعيّاً.
- استخدام التعلّم العارض أو المنهج غير المكتوب، بمشاركة الطّفّل في مختلف المواقف سواء في المنزل أو خارجه.
- تشجيع الطفل على الاختلاط بالأطفال العاديين سمعيّاً.

2.1.18. المستوى الثاني متعلّق بالأسرة

ويتم فيه تشجيع الطفل ذو الإعاقة السّمعية على التحدث والاستماع، ويمكن استخدام أسلوب قراءة الكلام، ولتحقيق أهداف هذا المستوى يجب على الأسرة أن تُحقّق ما يلي:

- الاستماع الجيد للطفّل ومنحه الفرصة للتعبير عن أفكاره ومشاعره ومُتطلباته وطموحاته.

- جذب انتباه الطِّفل بوسائل متنوعة وبأسئلة استفهامية متنوعة.
 - التواصل غير اللفظي، واستخدام تعبيرات الوجه وحركات الجسم.
 - الاحترام المتبادل وبناء الثقة، بتأسيس علاقاتٍ صحيحةٍ مع الطِّفل وتقدير مشاعر واحترام أفكار الطِّفل.
 - الضبط وتعديل سلوك الطِّفل باستخدام النصيحة السلوكية في التعلم.
- (بطرس، 2007، ص.282-283)

2.18. أهمية إرشاد أسر ذوي الإعاقة السمعية

يُشير "شاكر قنديل" (1996) أن مشاعر الإحباط التي يشعر بها الوالدان قد تتحول إلى عدوانٍ في علاقتهما بالآخرين، نتيجة حالة الغضب المستمرة والتوتر، وقد يؤدي ذلك إلى العُزلة والابتعاد عن الآخرين، ومثل هذه الحالات قد تتحول إلى اكتئاب، ما لم يكن ثمة تدخلٌ لكسر حاجزِ العُزلة، وتسهيل عملية الانفتاح مع الغير. (قنديل، 1996)

وكذلك، يلعب الإرشاد الأسري دوراً وقائياً في التخفيف من ردود فعل الإخوة، والضُّغوط التي يتعرضون لها، ومن بين التدابير التي تُؤخذ لذلك هي:

- تشجيع الإخوة على التوكيد الذاتي، ومواجهة المواقف الصَّعبة بطرقٍ بناءة، وتزويدهم بالمعلومات اللازمة عن حالة الإعاقة، وحثهم على تقديم تلك المعلومات للآخرين.

- عدم التمييز في المعاملة لصالح الطِّفل المُعوق، وتجنُّب إسقاط الانفعالات النَّاتجة عن إعاقته على إخوته.

- قيام الاختصاصيين بتشجيع الأسرة على التعامل مع الأسر الأخرى التي لديها أطفالٌ مُعوقين، ومحاولة الإفادة من خبراتهم من خلال الإرشاد الجماعي، والاستفادة من خبرات وتجارب الأسر الأخرى.

- على المُرشِد ألا يُصر على حتمية تقبل الوالدين للإعاقة كحقيقة مُسلِّم بها دون مقاومةٍ أو اعتراض، لأن ذلك يتطلب جُهداً ووقتاً ومثابرة.

- كلما كان الوالدين لديهما معرفةٌ بطرق التواصل المختلفة لطفلهما الأصم، كلما انعكس ذلك على تقدير الأصم لذاته من ناحية، وشعور الوالدين بأن الإعاقة السَّمعية مجرد ضعفٍ في إحدى الحواس. (بطرس، 2007، ص.270)

ومن فوائد الإرشاد الأسري:

- تعريف الوالدين بقواعد التنشئة السويّة ومعاييرها لتجنب مصادر الإعاقة النفسية والسلوكية.

- تسهيل عمليات التكيف والسيطرة على المُشكلات المختلفة التي تواجه المُعوق وتسهيل عملية التواصل الاجتماعي.

- تفعيل دور الأسرة مع مؤسسة المجتمع، وما يُقدمه من خدماتٍ طبيّةٍ تربيةٍ اجتماعية، بدون الخجل من إعاقة الطفل.

- زياد قدرة الأسرة على التصدي للمُشكلات لزيادة تماسكها، وزيادة الدعم النفسي والمعنوي والمادي الذي تتلقاه الأسرة من الأقارب والمسؤولين المُتخصصين في تقديم مختلف أنواع الرعاية للأسرة.

- مشاركة أولياء الأمور في البرنامج التأهيلي للطفل، تزيد من فاعلية البرنامج، وتؤدي إلى استمرارية التقدم حتى بعد توقف التدريب.

- يُسهم الإرشاد الأسري لمساعدة الأسرة على تبني أنماط تفكيرٍ وأهدافٍ واقعيةٍ تتطلب من المُعوق تحقيقه. (بطرس، 2007، ص.274-275)

3.18. احتياجات أسر المعاقين سمعياً وأطفالهم

عند الحديث عن تلك المحاور، لابد أن نضع في الاعتبار أن تلك المحاور ما هي إلا ترجمةً لاحتياجات أُسر المعوقين سمعياً وأطفالهم، وتتمثل هذه الحاجات الرئيسية لأُسر الأطفال المُعوقين سمعياً فيما يلي:

- الحاجة للمعلومات عن إعاقة الطفل واحتياجاته، وكيفية مساعدته ضمن نطاقٍ روتينيٍّ للحياة اليومية، والحاجة للدعم من الأخصائيين طلباً للمساعدة والتوجيه، خاصةً عندما تكون الأُسر تحت وطأة الضُّغوط، وعدم القدرة على التعايش مع الإعاقة.

- الحاجات الاجتماعية وأهمية مُساعدة الوالدين على عدم الانسحاب والعُزلة الاجتماعية، وتشجيعهم على التفاعل الاجتماعي، وما يتطلب ذلك من مُساندةٍ كاملةٍ من المجتمع المحلي، ومن جميع المصادر المختلفة.

- الحاجة إلى الخدمات المُجتمعِيَّة التي تُلبّي احتياجاتهم، ومعرفة كيفية الوصول إلى تلك الخدمات الموجودة في المجتمع.

- الحاجات المالية المرتبطة بما تتطلبه إعاقة الطِّفل بفقد السَّمع من الحاجة إلى مُعيناتٍ سمعية، وتخطيطٍ سمعي، وتدريبٍ سمعي، وجلساتٍ تَخاطُب، وكل ذلك يُعدُّ عبئاً مالياً على الوالدين.

- الحاجة المُرتبطة بوظيفة الأسرة، وتحديد الأدوار، وإيجاد وتوفير أنظمة الدّعم الدّاخلي للأُسر، وإيجاد أنشطةٍ ترفيهية. (بطرس، 2007، ص.265)

ومن هنا، نصل إلى أن أولياء أمور الأطفال المعاقين في أشد الحاجة إلى الاحتياجات المادية، والتي تشمل الأمور المالية، والخدمات الطبية الترويحية، خدمات عامة، والخدمات المعرفية، والمجتمعية والاجتماعية، والتي تتضمن ضرورة التدخل المبكر مع أولياء الأمور لإرشادهم حول كيفية اكتشاف إعاقة أبنائهم مبكراً.

لا شك أن توافر المعلومات المتعلقة بمفهوم الإعاقة وخصائصها وفئتها وأسبابها وبرامج رعاية المعوقين كلها، تُساعد على تغيير الاتجاهات نحو المعاقين بصورة تجعل الناس عامةً وأولياء الأمور خاصةً، ينظرون إلى الإعاقة بواقعية، ومن ثم تتغير اتجاهاتهم نحوها لتُصبح أكثر إيجابية، مما يُساعدهم على تقبُّل الأبناء، وبذل مزيدٍ من الجُهد برعايتهم ومُساعدتهم، وتحقيق النمو المناسب لهم، الأمر الذي ينعكس بالإيجاب على إدراك الذات لأطفالهم ذوي الإعاقة السَّمعية.

4.18. محاور برامج إرشاد أسر ذوي الاحتياجات الخاصة

من البديهي أن هناك حاجةً مُلحةً لإرشاد أسر المعوقين سمعياً الذين هم في أشد الحاجة إلى معلوماتٍ عن إعاقة طفلهم، وتبصيرهم بالمؤسسات وجميع مصادر الخدمة في المجتمع المحلي، وليس المُهم توفير الحاجات المالية بقدر من يُرشِد ويُوَجِّه تلك الأسرة إلى أماكن الخدمة المُلائمة والمناسبة لإعاقة الطِّفل، والتي تُسهم في تأهيله، وليس سماع ما يتمنى الوالدين سماعه؛ وهكذا، حتى دور الأخصائيين فيما يُسمى بخطة الخدمات الأسرية الفردية، ليس دوراً مطلقاً في تحديد محتوى الخطة، بقدر ما هو دورٌ توجيهي، يُساعد الأسرة في تحديد أولوياتها بشكلٍ فعال. ولنجاح أي برنامجٍ إرشادي أسري، لابد أن نأخذ بالاعتبار المحاور التالية:

1.4.18. محور الطفل نفسه

ويتم فيه مراعاة ما يلي:

- تقييم وتشخيص الفقد السّمي للطفّل من حيث أسباب الإعاقة ودرجتها وتأثيرها على الكلام واللّغة والتواصل والتوافق الشخصي والاجتماعي، وعلى نُموه بوجهٍ عام. (بطرس، 2007، ص.266)
- تقييم مستوى الأداء الحالي من حيث جوانب القوة والضعف لديه.
- وضع الأهداف التدريبية له من خلال الخطة التربوية الفردية، بحيث يكون الهدف العام هو تسهيل التواصل للطفل، وتعريضه لقدراتٍ عاديةٍ وتنمية اللّغة لديه.
- تنفيذ البرامج التدريبية للطفّل بالتعاون مع الوالدين.

2.4.18. محور ولي أمر المُعاق سمعياً

- التعرّف على ردود أفعال الوالدين من حيث شعورهم بالقلق، الشّعور بالذنب، التشكّك في التشخيص، وحتى الاعتراف بالإعاقة، ولكن دون المعرفة بأبعادها، ثم التبصير بأبعاد الإعاقة، والسّعي للعلاج، ثم التعليم والتأهيل.
- الكشف عن المفاهيم الخاطئة عن الإعاقة السّمعية.
- معرفة التاريخ العائلي للأسرة.
- التعرّف على هموم الأسرة ومطالبها الحقيقية.
- التعرّف على أساليب التنشئة الأسرية المتبعة في تربية المُعوق سمعياً مع التأكيد على عدم التذبذب في المعاملة.
- تأثير الإعاقة السّمعية على الأدوار داخل الأسرة.

- تحديد احتياجات أولياء أمور المعوقين سمعياً.
- التدريب النظري عن طريق ملاحظة المُدرِّب مع الطفل، وحضور المحاضرات لإكسابه المعلومات في مجالات التدريب المختلفة، مع الاستعانة بنماذج من الأسر تُعدُّ بمثابة نماذج تحدي الإعاقة، أو مُسجلة في فيديو.
- تدريب عملي، من خلال المشاركة، وخاصة إذا تمت في صورة ورش عملٍ تجاه موضوعٍ ما يُمثلُ مشكلةً بالنسبة لتلك الأسر، وتبادل الآراء حول المشكلة. (بطرس، 2007، ص.267)
- تكوين مجموعات دعمٍ مُتبادلة عن طريق اللقاءات بين الأسر ببعضها، وعرض خبرة الأسر المدربة على الأسر الأخرى.
- تحديد الأهداف، الوسائل التعليمية، والأنشطة الملائمة لتحقيق الأهداف.
- توفير فرصٍ لمتابعة الأسر بعد البرنامج (زيارات منزلية).

3.4.18. محور أخوة الطفل المُعاق

- تحديد احتياجات الإخوة.
- التدريب من خلال اللقاءات والندوات.
- تكوين مجموعاتٍ مساندةٍ فيما بينهم، وعرضُ خبراتهم على أخوة آخرين.

4.4.18. محور المؤسسات والجمعيات (مراكز الأمومة والطفولة، المعاهد والمدارس والمراكز... الخ)

- وضع اتفاقٍ للتعاون المشترك.
- مُراعاة وضع وظروف المؤسسة أو الجمعية.
- تدريب العاملين نظرياً وعملياً على مستوى البرنامج.
- متابعة تنفيذ البرامج. (بطرس، 2007، ص.268)

5.18. خطوات نجاح برنامج إرشادي أسري للمعاقين سمعياً

- تحديد جوانب القوة لدى المُعوقين سمعياً من وجهة نظر الوالدين، الأخوة، المعلمين، الأقران.
 - تحديد الأوضاع البيئية (المعهد، البرنامج، المدرسة، النادي) التي تحدث فيها المشكلة، وكذلك المواقف، الأوقات، الأشخاص.
 - الكشف عن العوامل المسئولة عن تلك المشكلات ومُبرراتها من وجهة نظر كلّ فريق.
 - عقد ورش عمل، دوراتٍ تدريبية تكيّفية لتعديل السلوكات غير المرغوبة.
 - تدريب الوالدين على كيفية استخدام برامج تعديل السلوك، واقتراح جدولٍ زمنيٍّ مُحددٍ لمتابعة سلوك الأصم ضعيف السمع.
 - تفعيل دور المؤسسات والجمعيات التي تُقدِّم خدمات الأسرة.
- (بطرس، 2007، ص.268)

6.18. الدور الوقائي للإرشاد الأسري للمُعوقين سمعياً

- إن الإرشاد الأسري غير مرتبطٌ بمرحلةٍ معينةٍ من مراحل دورة حياة الأسرة، أو بمستوى معينٍ من مستويات الوقاية، والتي تشمل:

1.6.18. الوقاية الأولية

- والتي تتمثل في الإجراءات التي يُمكن اتخاذها للتخلص من أسباب الإعاقة والظروف المؤدية إليها، عن طريق إجراءات وقائيةٍ خلال مرحلة ما قبل الزواج والحمل والولادة، وأخيراً مرحلة ما بعد الولادة.

2.6.18. الوقاية الثانوية

والتي تتمثل في الكشف والتشخيص المبكر.

3.6.18. الوقاية الثلاثية

التي تتمثل في الإجراءات الوقائية التي تهدف إلى التقليل من الآثار السلبية المترتبة عن حالة القصور والعجز والتخفيف من حدّتها ومنع مضاعفاتها. (بطرس، 2007، ص.269)

7.18. دور الإرشاد الأسري في الوقاية من مشكلات المعوقين سمعياً

يتلخص عمل المرشد في محورين بالتوازي هما:

1.7.18. المحور الأول: المعوق سمعياً (الأصم، ضعيف السمع)

إنّ دور المرشد النفسي مُكمل لكلٍّ من دور المُعلم والأخصائي الاجتماعي والطبيب، والكلُّ يعمل من أجل تحقيق أهداف التربية الخاصة التي تتلخص في تهيئة فرص النمو الجسدي والنفسي والاجتماعي أمام المعوق، بالإضافة إلى مساعدته على الاستفادة ممّا هو موجود في بيئته.

2.7.18. المحور الثاني: أسر المعوقين سمعياً (الوالدين، الإخوة، الأقارب)

هذا المحور له دورٌ في تحسين الظروف البيئية التي يعيش فيها، وذلك من خلال تبصير المحيطين بإعاقته، وحاجته، وقدراته، وأهمية تقبلهم له، وحسن معاملتهم وتدريبهم على كيفية التعامل معه، والمهارات التي تسمح بتنمية المعوق من جميع النواحي (بطرس، 2007، ص.274)، وأن تقبل الأسرة للمُعوق سمعياً، هو مفتاحُ تقبل المجتمع له، وباعتبار أن أسرة الطِّفل المُعوق هي خيرٌ من يقوم بتوعية المجتمع، والمُناداة بحقوق الصُّم، لذا يُسهم الإرشاد الأسري في إتاحة الفرصة للأسرة والمُعوق سمعياً في إيجاد بيئةٍ أُسريةٍ قادرةٍ على التغلب على الإعاقة.

8.18. معوقات إرشاد أسر المعوقين سمعياً

بالرغم من أهمية الإرشاد الأسري، والنظر إلى المُعوق سمعياً على أنه جزءٌ من النظام الأسري، وأنه يتأثر ويُؤثر في هذا النظام، إلا أن هناك مجموعةً من المعوقات التي تقف أمامه، فيؤكد "فاروق صادق" أن أسرة المعوقين بصفةٍ عامة، تُعاني من مجموعةٍ من المعوقات التي تقف حائلاً في طريقة التأقلم مع الإعاقة، وتعزيز قنوات التواصل بينهما وبين الجهات التي تُقدم الخدمات، بالإضافة إلى مجموعةٍ من المعوقات يمكن تحديدها في المحاور التالية:

1.8.18. معوقات ذات علاقة بالأسرة

بالرغم من أهمية دور الأسرة إلا أن هناك بعض التحديات تواجه الإرشاد الأسري ومنها:

- عدم تعاون بعض أسر المُعوقين سمعياً في تنفيذ البرنامج التربوي الفردي لأطفالهم.
- التعاون غير المُستمر بين الأسرة والمركز، وعدم إكمال البرامج السابقة.
- تدني مستوى الوعي وتأخر اكتشاف إعاقة الطفل.
- قلة المعلومات لدى الأسرة عن الخدمات المتوفرة في المجتمع المحلي.
- عدم التحلي بالصبر والتحمل عند التعامل مع الأصم.
- افتقار أعضاء الأسرة بطرق التواصل (لغة الإشارة، قراءة الشفاه، هجاء الأصابع)، أو التواصل الكلي للمُعوقين سمعياً.

2.8.18. معوقات ذات علاقة بالمُرشد

هناك العديد من التحديات التي تُواجه المُرشد في مجال الإعاقة السَّمعية، وتُشكل عقبةً في تأدية المُرشد لدوره التربوي:

- تَعَقُّدُ السُّلوكِ الإنساني، خاصة مع حالات الإعاقة السَّمعية.
- افتقار المُرشد إلى المعايير اللازمة لممارسة المهنة وقلة الخبرة في المجال.
- عدم توافر العدد الكافي من المُرشدين.
- ضَعْفُ الإعداد الأكاديمي للمُرشد.

- عدم توافر التسهيلات المادية المُعينة للمرشد الأسري من كتبٍ ومراجع وأجهزة تدريب.

- نقص خبرة بعض المرشدين عن الإعاقة ومشاكلها تُضاعِفُ مشاكل الإعاقة لدى الصُّم. (بطرس، 2007، ص. 277-278)

3.8.18. معوقات مجتمعية

- قلة عدد النفسيين والأخصائيين في مجال الإرشاد الأسري للعمل مع أُسر المُعوقين سمعياً.

- قلة عدد المراكز التي تُقدم خدماتٍ تأهيلية مُلائمة.

- عدم توافر معلوماتٍ مركزيةٍ للخدمات والجهات التي تقدمها.

- عدم تقديم خدماتٍ متكاملةٍ من المؤسسة التي تُقدم هذه الخدمة، نتيجةً لطبيعة دورها ومهامها.

- قلة الاختبارات والمقاييس التي تُعطي رؤيةً شاملةً للأداء الأسري مُوجه الخدمة. (بطرس، 2007، ص. 278)

خلاصة

تُعتبر الإعاقة السَّمعية من أشدّ الإعاقات التي يُعاني منها الأفراد بسبب ما تُخلفه من أضرارٍ على مظاهر النُّمو عند الإنسان، خاصة إذا كانت الإعاقة قبل مرحلة اكتساب اللُّغة، أو كانت عميقة أو شديدة، فيفقدُ بذلك المُعاق سمعيّاً أداة التواصل الأساسية المُتمثلة في الكلام؛ ومن خلال ذلك، يفقد التفاعلَ مع بيئته ومحيطه، وهذا ما يُؤثر على اكتسابه للمعتقدات والقيم الاجتماعية، فيلجأ حينها إلى الانسحاب والانطواء حول نفسه، فيعيش في وحدةٍ وألم، ثم يمتد تأثير ذلك لينعكس بالضرورة على الجانب النفسي والوجداني للمُعاق، فيشعر بالنقص والدُّونية والاعتراب الاجتماعي، ويتحول الأمر بعد ذلك إلى تَوَلَّدِ مجموعةٍ من المُشكلات السلوكية كالعدوان، إن لم يجد التكفل النفسي المطلوب في أوانه، بالإضافة إلى الخسارة الأكاديمية التي قد تُعرقل مسار حياته العلمية، خصوصاً إذا لم يجد الدعم المادي، والمعنوي الكافي من طرف الأسرة والمحيطين به.

المراجع المعتمدة

المصادر:

القرآن الكريم.

المراجع باللغة العربية:

01. إبراهيم، مجدي عزيز. (2004). استراتيجيات التعليم وأساليب للتعليم. مصر: مكتبة الأنجلو المصرية.
02. إسماعيل، نبيه ابراهيم. (2006). سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة. مصر: مكتبة الأنجلو المصرية.
03. بطرس، حافظ بطرس. (2007). إرشاد ذوي الاحتياجات الخاصة وأسرهم. ط1. عمان، الأردن: دار الميسرة للنشر والتوزيع والطباعة.
04. التوم، عمر الشيباني. (1989). الرعاية الثقافية للمعاقين. طرابلس، ليبيا: الدار العربية للكتاب.
05. جابر، عبد الحميد جابر. (1999). التدريس والتعلم. ط1. القاهرة، مصر: دار الفكر العربي.
06. الحديدي، ماجدة صبيحي زكي. (1994). تطوير اختبار ذكاء للأطفال الصم في الأردن. أطروحة ماجستير. الأردن: الجامعة الأردنية.
07. حسن صالح، عبد المحي محمود. (1999). متحدو الإعاقة من منظور الخدمة الاجتماعية. مصر: دار المعرفة الجامعية للطبع والنشر والتوزيع.

08. حسيب محمد حسيب. (2004). فاعلية العلاج الانفعالي السلوكي في خفض مستوى القلق لدى المراهقين ذوي الإعاقة السمعية. رسالة دكتوراه غير منشورة. كلية التربية ببها. فرع جامعة الزقازيق
09. الخطيب، جمال. (2002). مقدمة في الإعاقة السمعية. عمان، الأردن: دار الفكر للطباعة للنشر والتوزيع.
10. الداهري، صالح حسن. (2008). أساسيات الإرشاد الزواجي والأسري. عمان، الأردن: دار صفاء للنشر والتوزيع.
11. الروسان، فاروق. (1994). رعاية ذوي الاحتياجات الخاصة. ط1. القدس، فلسطين: منشورات جامعة عبيد.
12. الزريقات، إبراهيم عبد الله فرج. (2003). الإعاقة السمعية. عمان، الأردن: دار وائل للنشر والتوزيع.
13. الزغبى، أحمد محمد. (2003). التربية الخاصة للموهوبين والمعوقين وسبل رعايتهم وإرشادهم. دمشق، سوريا: دار الفكر.
14. سرحان، نظيمة أحمد محمود. (2006). منهاج الخدمة الاجتماعية لرعاية المعاقين. ط1. القاهرة، القاهرة، مصر: دار الفكر العربي.
15. سعد، مراد علي، وخليفة وليد السيد. (2007). كيف يتعلم المخ الأصم. الإسكندرية، مصر: دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر.
16. سعد، مراد علي، وخليفة وليد السيد. (2008). الاتجاهات الحديثة في التربية الخاصة. الإسكندرية، مصر: دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر.

17. سعيد، محمد سعيد، وعبد الوهاب، فاطمة محمد، عبد القادر، محمد عبد القادر. (2006). برامج التربية الخاصة ومناهجها. ط1. القاهرة، مصر: علاء للكتب.
18. سليمان، عبد الرحمن سيد. (1998). سيكولوجية ذوي الحاجات الخاصة "ذوو الحاجات الخاصة _ المفهوم والفئات _". ج1. القاهرة، مصر: مكتبة زهراء الشرق.
19. صحراوي، عبد الله محمد. (2011). دراسات في التربية وعلم النفس "الإرشادات والتوجيه المدرسي، التكفل بذوي الاحتياجات الخاصة، التعليم التعاوني، التكيف الاجتماعي، التدريس لذوي صعوبات التعليم، التدريس بالممارسة والاكتشاف، العنف في المدرسة، البنائية والتعليم". ج1. الإسكندرية، مصر: المكتب الجامعي الحديث.
20. الصديق، محمد سيد. (2001). سيكولوجية المعاق وأساليب تواصله مع الآخرين: مجلة علم النفس. س15. ع57. مصر: الهيئة المصرية العامة للكتاب.
21. الصمادي، جميل، والناطور، ميادة، والشحومي، عبد الله. (2003). تربية الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة. ط1. الكويت: منشورات الجامعة العربية المفتوحة.
22. الظاهر، قحطان أحمد. (2005). مدخل إلى التربية الخاصة. ط1. عمان، الأردن: دار وائل للنشر والتوزيع والطباعة.
23. عبد العزيز، سعيد. (2005). إرشاد ذوي الاحتياجات الخاصة. عمان، الأردن: دار الثقافة.

24. عبده، بدر الدين كمال، حلاوة، محمد السيد. (2001). رعاية المعاقين سمعياً وحركياً. الإسكندرية، مصر: المكتب الجامعي الحديث.
25. عبيد، ماجدة السيد. (2000). تعليم الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة. ط1. عمان، الأردن: دار صفاء للنشر والتوزيع.
26. العزة، سعيد حسني. (2001). الإعاقة السمعية واضطرابات الكلام والنطق واللغة. عمان، الأردن: دار العلم والثقافة للنشر والتوزيع.
27. عصام يوسف، نمر، ودرياس، أحمد سعيد. (2007). الإعاقة السمعية "دليل عملي علمي للأباء والمربين" ط1. عمان، الأردن: دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.
28. عقل، بدير عبد النبي. (2003). أثر برنامج للإرشاد النفسي على القلق وتقدير الذات لدى عينة من المراهقين الصم البكم. رسالة ماجستير غير منشورة. مصر: كلية البنات جامعة عين شمس.
29. عوادة، صبحي. (2007). دمج المعاقين حركياً في المجتمع المحلي بيئياً واجتماعياً "دراسة حالة في محافظة نابلس". رسالة ماجستير. كلية الدراسات العليا. فلسطين: جامعة النجاح الوطنية.
30. العواملة، حابس. (2003). سيكولوجية الأطفال غير العاديين "الإعاقة الحركية". ط1. عمان، الأردن: الأهلية للنشر والتوزيع.
31. العيسوي، عبد الرحمن. (1997). العلاج السلوكي. بيروت، لبنان: دار الراتب الجامعية.
32. فهمي، محمد سيد. (1994). الفئات الخاصة. الإسكندرية، مصر: المكتب الجامعي الحديث.

33. فهيم، محمد سيد. (1998). أسس الخدمة الاجتماعية. الإسكندرية، مصر: دار المعرفة الجامعية.
34. فهيم، محمد سيد. (2007). التأهيل المجتمعي لذوي الاحتياجات الخاصة. ط1. الإسكندرية، مصر: دار الوفاء للنشر والتوزيع والطباعة.
35. فهيم، مصطفى. (1975). أمراض الكلام في علم النفس. مصر: مكتبة مصر للنشر والتوزيع.
36. فهيم، كدير. (2003). أبناؤنا ذوي الاحتياجات الخاصة وصحتهم النفسية. ط1. القاهرة، مصر: مكتبة الأنجلو المصرية.
37. القذافي، رمضان محمد. (1988). سيكولوجية الإعاقة. ط1. الجماهيرية الليبية: الدار العربية للكتاب.
38. القرار الوزاري المشترك المؤرخ في 10 ديسمبر 1999، المتضمن فتح أقسام خاصة بالأطفال ضعيفي السمع "ناقصي السمع والمكفوفين" في المؤسسات التعليمية التابعة لقطاع التربية الوطنية، الجريدة الرسمية، عدد 13، مؤرخ في 03 مارس 1999.
39. القريطي، عبد المطلب أمين. (2001). سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة. مصر: دار الفكر العربي.
40. القريوتي، إبراهيم أمين. (2006). الإعاقة السمعية. ط1. عمان، الأردن: دار يافا للنشر والتوزيع والطباعة.
41. القمش، مصطفى نوري، والمعايطة خليل عبد الرحمن. (2007). الاضطرابات السلوكية والانفعالية. ط1. عمان، الأردن: دار المسيرة.

42. قناوي، هدى محمد. (1982). الكتابة للطفل الأصم الحلقة الدراسية الاقليمية لعام 1982. ندوة الطفل المعوق. القاهرة: الهيئة المصرية العامة للكتاب.
43. كمال، طارق. (2007). الإعاقة الحسية المشكلة والتحدي. ب، ط. مصر: مؤسسة شباب الجامعة الإسكندرية.
44. الكيلاني، عبد الله، والروسان، زيد فاروق. (2006). التقويم في التربية الخاصة. ط1. عمان، الأردن: دار الميسرة للنشر والتوزيع والطباعة.
45. لعربي، نورية. (2006). الميكانيزمات النطقية لدى الأصم الناطق بالقبائلية 18-32 سنة "تناول لساني من خلال تكييف وتقنين اختيار النطق ل: ن. زلال على اللهجة القبائلية". مذكرة ماجستير في الأطفونيا. كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية الجزائر: جامعة الجزائر 2.
46. اللقاني، أحمد، والقرشي، أمير. (1999). مناهج الصمم. ط1. الإسكندرية، مصر: عالم الكتاب.
47. لويس كامل، مليكة. (1998). الإعاقات العقلية والاضطرابات الارتقائية. القاهرة، مصر: مكتبة النهضة العربية.
48. محمد، النوبي محمد. (2004). فعالية السيكدوراما في خفض حدة اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد وأثره في التوافق النفسي لدى ذوي الإعاقة السمعية. رسالة الدكتوراه غير منشورة. كلية التربية. مصر: جامعة الزقازيق.

49. المرسوم التنفيذي رقم 05-12، المؤرخ في مؤرخ في 04 جانفي 2012، المتضمن القانون الأساسي النموذجي لمؤسسات التربية والتعليم المتخصصة للأطفال المعوقين، الجريدة الرسمية، عدد 05، مؤرخ في 29 جانفي 2012.
50. مطر، عبد الفتاح رجب على محمد. (2002). فاعلية السيكدوراما في تنمية بعض المهارات الاجتماعية لدى الصم. أطروحة دكتوراه في علم النفس. كلية التربية. مصر: جامعة القاهرة، فرع بني سويف.
51. مقداد، محمد وآخرون. (2008). رعاية ذوي الاحتياجات الخاصة في الوطن العربي بين العزل والدمج. المؤسسة العربية للاستشارات العلمية والموارد البشرية.
52. نيسان، خالدة. (2009). الإعاقة السمعية من مفهوم تأهيلي. ط 1. عمان، الأردن: دار أسامة للنشر والتوزيع.
53. يحي، خولة أحمد. (2006). البرامج التربوية للأفراد وذوي الاحتياجات الخاصة. عمان، الأردن: دار المسيرة.
54. يونس، أحمد السعيد، وحنورة، مصري عبد الحميد. (1999). رعاية الطفل المعوق حسيا ونفسيا واجتماعيا. ط 1. القاهرة، مصر: دار الفكر العربي.

55. Brin, Frédérique Henry. (1997). Dictionnaire d'orthophonie. Paris, France: Ortho édition.
56. Furth, H. G. (1996). thinking without language, psychologie implication of deafness. now York. USA: free press.
57. Griffith, E. M, & Pennington, B. F, & Wehner, E. A, & Rogers, S. J. (1999). Executive functions in young children with autism. Child Development, 70 (4), 817–832.
<https://doi.org/10.1111/1467-8624.00059>.
58. Hallahan, D. P, & Kauffman, J. M. (1991). Exceptional Children. New Jersey, U.S: Prentice Hall PTR.
59. Hallahan, D. P, & Kauffman, J. M. (1994). Exceptional children «Introduction to special education». 6th ed. Boston: Allyn & Bacon.
60. Kirk, Samuel. A, & Gallagher, James. J. (1993). Educating exceptional children. USA: Houghton Mifflin College Div.
61. Oliver, Michael. (1983). Social Work with Disabled People. London, UK: Macmillan.
62. Petit Larousse illustré. (1996-1997). Paris, France: Larousse.
63. Sillamy, Norbert. (2003). Dictionnaire de Psychologie. Paris, France: Larousse VUEF.

