

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة محمد بوضياف بالمسيلة
كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
قسم علم النفس

الرقم التسلسلي:.....

رقم التسجيل:.....

أساليب التكفل النفسي لدى ذوي الاحتياجات الخاصة (الإعاقة السمعية)

مذكرة مكملة لنيل شهادة الليسانس في علم النفس

تخصص: علم النفس العيادي

إشراف الدكتور

- خطوط رمضان

إعداد الطالبتان:

- ملياني دنيا

- ملياني إيمان



بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



شكر وتقدير



بسم الله الرحمن الرحيم والصلاة والسلام على أشرف المرسلين سيدنا محمد
□ وعلى آله وصحبه أجمعين.

الحمد لله الذي وفقنا في دراستنا وأعانتنا على إتمام هذا العمل وعلمنا ما لم
□ نكن نعلم وكان فضله علينا عظيم.

نتقدم بالشكر الجزيل لوالدينا الكرام - أطال الله في عمرهما و أمدهما بالصحة
□ والعافية طافراف لنا من راحة حتى أتمنا هذا العمل على أكمل وجه.

كما نتقدم بأخلص كلمات الشكر والعرفان بأصدق معان التقدير والاحترام إلى
الأسناذ المشرف " خطوط رمضان " الذي لم يبخل علينا بإرشاداته ونصائحه

□ ونوجهاته السديدة الذي كان لها بالغ الأثر في إنجاز هذا العمل.

ونحنم شكرنا الخالص إلى كل من ساعدنا في إنجاز هذه المذكرة من قريب أو بعيد
□ ولو بكلمة طيبة.

□ ومن الله التوفيق

□

□ دنيا + إيمان



الإهداء



□ أحمدك ربي حمدا يليق بجلال وجهك وعظيم سلطانتك

لا يسعني في هذا المقام إلا أن أهدي هذا العمل إلى من قال فيهما الله عز وجل " وبالوالدين إحسانا " إلى أذن قلب في الوجود، إلى من جعل الله الجنة تحت أقدامها وارتبطت طاعتها بطاعة الخالق ، إلى من كان دعاؤها سر نجاحنا وحنانها بلسم جراحنا " أمي " بارك الله في

□ عمرها، وقدرنا على رد جميلها

إلى سقف البيت الذي يسر لنا طريق العلم وعلمنا حب العمل والصبر واطنابرة والذي ربانا

□ وأرادنا أن نبليح اطعالي " أبي " بارك الله في عمره

إلى سندنا وقودتنا ومرشد خطواتنا على درب العلم أخي " محمد " وعائلتنا التي نرعرعنا

□ معهم وبينهم إخوتي وأخواني كل واحد باسمه إلى كل الأهل والأقارب

إلى من أثار طريقنا في سبيل تحصيل العلم أسانئتنا عبر كل مراحل الدراسة

إلى كافة الأصدقاء الذين اتقينا بهم في درب الحياة

إلى كل من ذكرهم قلبنا ونسيهم قلمنا

إلى كل هؤلاء وباسمى معاني الوفاء.. نهدي ثمرة جهدنا.

دنيا



فهرس

المحتويات

فهرس المحتويات

الصفحة	العنوان
	الإهداء
	شكر وتقدير
	الفهرس
أ	مقدمة
الجانب النظري	
الفصل الأول: مدخل الدراسة	
5	الإشكالية
6	فرضيات الدراسة
7	أهمية الدراسة
7	أهداف الدراسة
8	أسباب اختيار الموضوع
8	مصطلحات الدراسة
9	الدراسات السابقة
الفصل الثاني: التكفل النفسي	
15	تمهيد
16	تعريف التكفل النفسي
17	مراحل التكفل النفسي
19	العلاج النفسي
22	أهداف العلاج النفسي
23	أنواع العلاج النفسي
23	أساليب التكفل النفسي
25	خلاصة

فهرس المحتويات

الفصل الثالث: الإعاقة السمعية	
27	تمهيد
28	جهاز السمع (تشريح الأذن، تشريح جهاز السمع)
30	تعريف الإعاقة السمعية
33	تصنيف الإعاقة السمعية
41	أسباب الإعاقة السمعية
42	خصائص المعاق سمعياً
51	أساليب الوقاية من الإعاقة السمعية
52	خلاصة
54	الخاتمة
56	المراجع

مقدمة

مقدمة:

تعتبر دراسات الطفولة والاهتمام بها من أهم المعايير التي يقاس بها تقدم المجتمع وتطوره، فالاهتمام بالطفولة هو اهتمام بمستقبل الأمة كلة، وإذا كان الاهتمام بالطفل يعني الكثير بالنسبة لكل المؤسسات التربوية والاجتماعية فإن الاهتمام بالطفل المعاق الذي ينحرف انحرافا ملحوظا عما نعتبره عاديا سواء من الناحية العقلية أو الانفعالية أو الاجتماعية أو الجسمية، بحيث يستدعي هذا الانحراف الملحوظ نوعا من الخدمات التربوية تختلف عما يقدم للأطفال العاديين.

وكذلك التقدم الذي شهده علم النفس والنجاحات التي توصل إليها على مهنة الأخصائي النفسي الإكلينيكي وعلى أدائه المهني إيجابيا، حيث أصبحت الخدمات النفسية العيادية مطلوبة بشكل كبير مقارنة بالماضي القريب، وذلك مرده إلى الفعالية الميدانية التي لم يعد يختلف فيها اثنان، ولم يقتصر تدخل الأخصائي النفسي فقط على الحالات المرضية الكلاسيكية التي تدرج ضمن الفئات المرضية المعروفة، ذهان، عصاب وحالات حدية بل أصبح يتعداها إلى مختلف المشكلات السلوكية والاستجابات النفسية لظروف معينة كمشكلة الطفولة والمراهقة أو المتعلقة بالتمدرس أو حالات كالإعاقة البصرية أو كالإعاقة السمعية وهذه الأخيرة عبارة عن مشكل أو خلل وظيفي يحول دون قيام الجهاز السمعي بوظائفه عند الفرد أو تتأثر قدرة الفرد على سماع الأصوات المختلفة بشكل سلبي ويشمل مصطلح الإعاقة السمعية الأصم وضعيف السمع.

كما إن معرفة الإصابة ودرجتها يساعد الأخصائي النفسي في استخدام الأساليب المناسبة لتكفل بالحالة وفق الخصائص المميزة لكل حالة من مبدأ الفروق الفردية فإن ذوي الاحتياجات الخاصة لهم رعاية شخصية وعلى الأخصائي النفسي في هذه الحالة إن يراعي التوافق النفسي للمعاق ومدى رضاه عن نفسه ومدى تأثير الإعاقة على نفسه من حوله من البيئة المحيطة والعمل على التنسيق بين حاجاته وسلوكه الهادف وتفاعله على بيئته وتحمل عناء الحاضر والمستقبل ومن هنا جاءت دراسة أساليب التكفل النفسي بالأصم (المقاييس والاختبارات) التي يستخدمها الأخصائي خلال العلاقة العلاجية مع الطفل الأصم لتهيئته إلى ممارسة حياته الخاصة والعامة دون عواقب مستهدفا تغيير سلوكه ليحدث علاقة أكثر توافقا بينه وبين نفسه من جهة، وبينه وبين البيئة من جهة أخرى.

وعلى هذا المنطلق جاء التدخل النفسي للتكفل بذوي الاحتياجات الخاصة مسألة ضرورية وأكيدة بالاعتماد على أساليب التكفل النفسي التي يستند عليها الأخصائي النفسي خلال دوراته العلاجية غير أن الطريقة المثلى لذلك ما تزال غير محددة نظرا لافتقار المؤسسات على الأدوات الكافية لعملية التكفل، حيث شمل عمل الأخصائيين هذه الفئة واستنتجنا ان الأخصائي النفسي عموما غير مزود بأساليب علاجية معينة للتكفل النفسي بحالات الصم وأنه غير مكون للتعامل معهم عيادي، مما يدفعه إلى ارتجال ومحاولة إيجاد السبل الإكلينيكية الأمثل في غالب الأحيان، وكذلك انتظاره للمؤسسة أن تبرمج له دورات تكوينية وتدريبية قد لا تكون إطلاقا ، من هذا المنطق أجريت دراسات عديدة حيث إن هذه الدراسات وأن كانت تمثل نقل التوعية في مجال الممارسة العيادية في علم النفس، غير إنها تبقى مع ذلك وغير مسايرة مع ثقافتنا وواقعنا المحلي، وهو ما جذبنا في هذا البحث إلى اقتراح اختبار الشجرة ورسم العائلة ومقياس وكسلر وبينيه وتوظيفها بأسلوب منظم ومخطط لتحقيق أغراض علاجية وتنموية كجزء من خطة العلاج التي تعتمد مع تطور الحالات وإغراض المعالج وحاجات الأصم الذي من حقه أن ينال الرعاية النفسية والاجتماعية ما يناله غيره من الأسوياء على أساس من العدل والمساواة وتكافؤ الفرص وان يندمج في مجتمعهم ويشارك في حياته بقدر ما تسمح به إعاقته وقدرته وإمكانياته وإن يتمتع المعاق بالحماية الكاملة وغيرها من الحقوق بناء على إعلان حقوق الإنسان الصادر عن الأمم المتحدة 1971 للمعاقين كنقطة تحول هام فالاتجاهات المجتمعات نحو أبنائهم وأن احد الأهداف التي يرى لها السيكولوجي هو أن يجعل صاحب الإعاقة يتقبل إعاقته في حدودها الحقيقية ، ومن أجل الاهتمام بكل جوانب البحث تم تقسيمه إلى ثلاث فصول :

الفصل الأول: تناولنا في هذا الفصل المقدمة، الإشكالية وفرضيات الدراسة ، أهمية البحث و أهدافه وأسبابه واشتمل على تعريف مصطلحات الدراسة والدراسات السابقة.

الفصل الثاني: تناولنا في هذا الفصل تعريف التكفل النفسي، مراحل ، أهدافه، أنواعه أساليبه، العلاج النفسي .

مقدمة

الفصل الثالث: تناولنا في هذا الفصل (تشریح ووظائف الجهاز السمعي، تعريف الإعاقة السمعية، تصنيف الإعاقة السمعية ، أسباب الإعاقة السمعية، أعراض الإعاقة السمعية، صعوبات طفل الأصم ، أساليب الوقاية من الإعاقة السمعية، خلاصة)

الفصل الأول

مدخل الدراسة

أولاً: الإشكالية.

ثانياً: الفرضيات

ثالثاً: أهمية الدراسة :

رابعاً: أهداف الدراسة :

خامساً: أسباب اختيار الموضوع

سادساً: مصطلحات الدراسة :

سابعاً: الدراسات السابقة :

الإشكالية :

إن الإعاقة السمعية عرفها الإنسان (ضعف السمع والصمم) منذ قديم الزمان ، ولقد ورد في القرآن الكريم قوله تعالى (صُمُّ بَكْمٌ عُمِّي فَهَمٌ لَا يَفْقَهُونَ) وتعتبر الإعاقة بمختلف أنواعها بأنها ظاهرة إنسانية اجتماعية في مختلف أنحاء العالم ولقد اختلف نظرة المجتمعات الى هذه الظاهرة الخاصة بالمعوقين من عصر لآخر فقد كانوا :

معزولين ومنبوذين عن باقي الأفراد حتى أنهم كانوا يقتلونهم عند بعض المجتمعات القديمة، كالمجتمع اليوناني القديم ، للاعتقاد بأنهم عالة على المجتمع وهم عاجزون عن خدمته، وبفضل التطورات المعرفية والعلمية والتكنولوجية التي شهدتها العالم انعكست ايجابيا على الاهتمام بالإنسان باعتباره رأس المال البشري الأهم مما أدى بالمجتمعات العالمية إلى جانب المنظمات الدولية المعنية للعمل على تطبيق مبدأ الديمقراطية والمساواة وتكافؤ الفرص وفق مجال التعليم خاصة من أجل الكشف عن الإبداع وتنميته ، وعلى اعتبارات الطفل المعوق يمثلون شركة من شرائح المجتمع ، إن الاهتمام بتربية الصم قد ظهر بعد القرن الخامس عشر ميلادي وقد كان المعوقين سمعيا أول الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة التي قدمت لهم الخدمات التربوية و التأهيلية وتمثل ذلك في مدرسة الصم التي أسسها "ديون" (عام 1978 De León) وأصبح مستوى الخدمات التربوية الخاصة على أي بلد مؤشرا موضوعيا.

فالإعاقة السمعية تؤدي إلى انعزال الفرد المعوق عن الحياة العادية وإذا لم تتخذ الخطوات اللازمة للتغلب على مثل هذا الانعزال فلزم هذه الإعاقة اختبارات عن الطفل تمثل عبئا عليه ، وخاصة وهو منعزل عن خبرات وفرص التعلم التي يتمتع الاطفال العاديين ، وكذلك فعليه ان يبذل جهدا مستمرا ومضاعفا لتحقيق أشياء يحققها الاطفال العاديين بسهولة ، وتشير الدراسات السيكولوجية الى ان هناك تأثير لقصور السمع عن المعاقين سمعيا وظهور سلوكيات غير تكيفية مثل سوء التكيف العاطفي وقد يؤدي الى اعراض سلوكية مضطربة (السعيد 2001) ويختلف التأثير من فرد لآخر باختلاف درجة الإعاقة

السمعية، والسن الذي حدثت فيه الإعاقة السمعية ، وطبيعة الخدمات والرعاية الأسرية والتربوية والتي توفرت له (سليمان 2001) ، فهذه الإعاقة تشكل للطفل صدمة نفسية مرتبطة بفكرة الصياغ لمستقبله فقد تسبب له تغيرات انفعالية ومعرفية مما تؤثر على مستوى توافقه النفسي والاجتماعي.

ونجد أن التكفل بهذه الفئة يهدف الى التقليل من حدة نتائجه إلا ان التكفل النفسي بذو الاحتياجات الخاصة لا يقل أهمية خاصة بالتكفل بالمعاق السمعي داخل المركز الخاص وضرورة التثبيت بدور الأخصائي النفسي له وإعدادهم وتكييفهم ذاتيا واجتماعيا وتربويا ومن هذا المنطلق جاءت الدراسة الحالية للوقوف على واقع التكفل النفسي لدى الطفل الأصم وبهذا جاءت اشكالية الدراسة كما يلي :

_ ماهي أساليب التكفل النفسي التي يستخدمها الأخصائي النفسي مع الأصم؟

ومن خلال ما سبق قد ارتأينا إلى ضرورة طرح تساؤلات فرعية كجزء من السؤال الرئيسي وكتكملة لمضمون البحث:

_ هل الأخصائي النفسي يطبق اختبار رسم الرجل مع الأصم؟

_ هل الأخصائي النفسي يطبق اختبار رسم الشجرة مع الأصم؟

_ هل الأخصائي النفسي يطبق العلاج باللعب مع الأصم؟

_ هل الأخصائي النفسي يطبق أسلوب تعديل السلوك مع الأصم؟

فرضيات الدراسة :

1-2- فرضية العامة :

يطبق الأخصائي النفسي اختبارات نفسية في التكفل بالأصم.

2-2- فرضيات جزئية :

_ يطبق الأخصائي النفسي اختبار رسم الرجل مع المعاق سمعيا.

_ يطبق الأخصائي النفسي اختبار رسم الشجرة مع المعاق سمعيا.

_ يطبق الأخصائي النفسي العلاج باللعب مع المعاق سمعيا.

_ يطبق الأخصائي النفسي أسلوب تعديل السلوك مع المعاق سمعياً.

أهمية الدراسة :

تكمن أهمية الدراسة في الكشف عن أساليب التكفل في إطار اهتمام الدولة بالرعاية والتربية ذوي الاحتياجات الخاصة عموماً والمعاقين سمعياً خصوصاً أسوة بأقرانهم السامعين، إذ أنها أصبحت العناية مطلباً إنسانياً وحقاً مشروعاً فقد اثبت الباحثون المختصون ان نسبة كبيرة من المعوقين سمعياً قابلين للتعلم يمكنهم التكيف النفسي والاجتماعي وكذلك بتدريبهم وتوجيههم بما يتفق قدراتهم .

بالإضافة إلى معرفة مدى البرامج التعليمية والتربوية للتحصيل التوافق والاعتماد على أنفسهم وتأهيلهم ودمجهم في المجتمع.

أهداف الدراسة :

كان الهدف الرئيسي من إجرائنا هذا البحث هو معرفة مدى وجود ارتباط بين التكفل النفسي و المعاق سمعياً خلال تلقيه التعليم في مدرسة الطفل المعاق سمعياً، وحتى نتمكن من احتواء هذا الهدف فإن أهداف دراستنا تمحورت فيما يلي :

1_ الرغبة في معرفة برنامج التكفل النفسي الذي ينتجه المختصون النفسيون قصد التكفل بهؤلاء المعاقين سمعياً .

2_ الكشف على أساليب التكفل النفسي بالمعاق سمعياً .

3_ معرفة أهم تقنيات التي يعتمد عليها الأخصائي النفسي العيادي في التكفل بالمعاق سمعياً .

4_ محاولة تغيير نظرة الأفراد من الإعاقة بصفة عامة .

5_ معرفة إن كان الأخصائي النفسي يراعي مبدأ الفروق الفردية في الأسلوب الذي يعتمد عليه عند التكفل بالطفل الأصم .

6_ معرفة ما إذا كان الأخصائي النفسي العيادي يواجه صعوبات في التكفل النفسي للطفل المعاق سمعياً .

أسباب اختيار الموضوع :

من بين الأسباب التي دفعتنا لاختيار هذا الموضوع هي :

- 1/ دمج المعاق سمعيا في المجتمع واكتسابه ثقة بالنفس .
- 2/ الرغبة في دراسة هذه الفئة من المجتمع وأساليب التكفل النفسي بها .
- 3/ معرفة مدى تفاعل هذه الفئة مع البرامج التربوية .
- 4/ محاولة اطلاع على التقنيات المعتمدة من قبل الأخصائي النفسي لهذه الفئة .

مصطلحات الدراسة :

1/ **أساليب التكفل النفسي** : هي الفنون والطرق التي يستخدمها الأخصائي النفسي خلال عملية التكفل النفسي مع الأصم إذ تشتمل الأساليب على أنواع كثيرة معرفية ، سلوكية ، تحليلية

نقصد بها تلك الاختبارات (اختبار رسم الرجل ، رسم الشجرة ، أسلوب تعديل السلوك ، العلاج باللعب) التي يستعملها الأخصائي النفسي خلال عملية التكفل النفسي للطفل الأصم ،

2/ **التكفل** : هو مجموعة يقوم بها المجتمع كهيئة لتحقيق مجموعة من الأهداف تسمح بالوصول الفرد الى ضمان حقوقه والإحساس بالعدالة وسط المجتمع ، وهو أيضا وسيلة نفسية اجتماعية لتوعية الفرد بذاته وانه قادر على التواصل مع الآخرين لتحقيق استقلالته من خلال تنمية القدرات والمهارات واستغلالها أحسن استغلال .

3/ **التكفل النفسي** : هو تقديم المساعدة للأصم الذي يعاني من الاضطرابات النفسية والسلوكية وذلك بغرض تغيير وجهة نظر للعالم الخارجي ذاته وفهمه لإعاقته وتقبلها والتعايش معها لأنها ترافقه طوال فترة حياته ويهدف هذا التكفل إلى مساعدة العميل على التوافق والتغلب على الضغوطات المختلفة التي تسببت الإعاقة السمعية .

4/ **نوي الاحتياجات الخاصة** : هم مجموعة من الأشخاص الذين يحتاجون إلى معاملة خاصة نتيجة لإصابتهم بنوع من الإعاقة حرمتهم من التأقلم ، وممارسة شؤون حياتهم مثل

الأصحاء ، ولذلك فهم بحاجة إلى معاملة خاصة حتى يتمكنوا من استيعاب الأمور التي تدور حولهم .

5/ الإعاقة : وتعرف بكونها " فقدان او تهميش او محدودية المشاركة في فعاليات وأنشطة وخبرات الحياة الاجتماعية عند مستوى مماثل للعاديين وذلك نتيجة العقبات والموانئ الاجتماعية والبيئية ". كما تعرف بانها " اصابة بدنية او عقلية او نفسية تسبب ضررا لنمو الطفل البدني او العقلي او كليهما ، وقد تؤثر في حالته النفسية وفي تطور تعليمه وتدريبه وبذلك يصبح من ذوي الاحتياجات الخاصة .

6/ الإعاقة السمعية : يشير إلى حالات فقدان السمع بأنواعها ودرجاتها المختلفة ، ويشمل المصطلح كلا من الصمم و ضعيف السمع .

_ ضعيف السمع: عرف (1996) موريس : ضعيف السمع بأنه الشخص الذي يتراوح مقدار فقدان السمع لديه ما بين (35-69) ديسيبل .

_ الأصم : عرف " موريس" الأصم : بأنه الشخص الذي يكون مقدار فقدان السمع لديه 70 ديسيبل أو أكثر ، ويعيق فهم الكلام من خلال الأذن وحدها ، مع أو بدون استعمال السماع الطبية .

7/ الطفل الأصم : وهو الذي لا يمكنه انتفاع في حاسة السمع في أغراض الحياة العامة سواء من ولد منهم فاقد السمع تماما ، او بدرجة عجزه فالاعتماد على أذنه في فهم الكلام وتعلم اللغة او من أصيب بالأصم بطفولته المبكرة قبل ان يكتسب الكلام واللغة ، من أصيب بفقدان السمع بعد تعلمه الكلام واللغة مباشرة لدرجة أن آثار هذا التعلم تلاشت تماما .

الدراسات السابقة :

1- دراسة بن صبان 2015 بعنوان : " الخصائص السيكومترية لاختبار جودناف - رسم الرجل - " ، هدفت الدراسة إلى كشف عن الخصائص السيكومترية لاختبار جودناف

(رسم الرجل) مع الأصم (معاق سمعياً) ، تتراوح أعمارهم ما بين 6 سنوات إلى 15 سنة وتوصلت الدراسة إلى:

- اختبار جودناف لرسم الرجل صادق على عينة المعاقين سمعياً .
- اختبار جودناف لرسم الرجل ثابت على عينة المعاقين سمعياً .

2- دراسة زينب إسماعيل (1968م) : إدماج المعاقين سمعياً في المجتمع وتكوين علاقات اجتماعية .

هدفت الدراسة لمعرفة كيفية إدماج ذوي الإعاقة السمعية في المجتمع وتكوين علاقات اجتماعية بينهم وقد كانت طبيعة الدراسة تجريبية ، ومجتمع الدراسة تطبيق عدد من الاختبارات الشخصية على أفراد العينة المكونة من (200) طفلاً واستخدمت الاستبانة والاختبار ومن أهم النتائج ، توصل الباحث إلى أن ذوي الإعاقة السمعية يعانون من صعوبة التواصل لتكوين علاقات اجتماعية ناضجة، فيميلون إلى الانزواء والانسحاب من المجتمع ويترافق ذلك بالاستقرار في أحلام اليقظة وهذه الأعراض تزداد حدة كلما زادت درجة النقص في السمع.

3- دراسة ناهد رقيق 2015 : بعنوان " البروفيل النفسي لدى الطفل الأصم من خلال اختبار رسم الشجرة " ، هدفت الدراسة إلى الكشف عن البروفيل النفسي للأصم (معاق سمعياً) وتكونت الدراسة الإكلينيكية على عينة (3) حالات بمدرسة المعوقين سمعياً - بسكرة - تتراوح أعمارهم من 9 إلى 12 سنة وتوصلت الدراسة إلى :

- إن من خصائص الطفل الأصم خاصية العدوان.
- إن من خصائص الطفل الأصم خاصية الخجل .

4- دراسة سحر عبد الله 2009: بعنوان " فعالية بعض فنيات العلاج السلوكي في تعديل السلوك العدواني لدى عينة من الأطفال الصم" هدفت الدراسة إلى التعرف على إمكانية تعديل السلوك العدواني لدى أطفال الصم من خلال بعض فنيات العلاج السلوكي وفعالية

فنيات العلاج السلوكي (التدعيم الايجابي) على تعديل السلوك العدوانى للأطفال الصم وتوصلت الدراسة إلى :

- توجد فروق ذات دالة إحصائية بين متوسطات درجات الأطفال الصم في المجموعة التجريبية (التدعيم الايجابي) والضابطة لصالح المجموعة التجريبية .

- توجد فروق ذات دالة إحصائية بين متوسطات درجات أطفال الصم في المجموعة التجريبية (حل المشكلات) والضابطة لصالح المجموعة التجريبية .

5- دراسة أحمد نبوي عيسى 2017 : بعنوان "فاعلية برنامج التدريب باللعب في تخفيف اضطراب العناد المتحدى للتلاميذ الصم والمعوقين (القابلية للتعلم) " هدفت الدراسة إلى معرفة فاعلية برنامج التدريب باللعب في تخفيف اضطراب العناد لدى مجموعتين من التلاميذ المعوقين سمعياً والتلاميذ المعوقين فكراً قابلي التعلم وتكونت العينة من 23 تلميذ منهم 12 تلميذ أصم، وتوصلت الدراسة إلى :

-توجد فروق ذات دالة إحصائية فالقياس البعدي عند مستوى دلالة (0.01) في الدرجة الكلية والمجالات الفرعية (سلوكات الغضب والتوتر والسلوك الجدلي ، والانتقام).

- لا توجد فروق ذات دالة إحصائية في القياس التتبعي لمجموعة تلاميذ الصم .

- لا توجد فروق ذات دالة إحصائية في مقدار تحسن التلاميذ كل مجموعة من المجموعتين عن الأخرى.

تعقيب:

تضمنت الدراسات السابقة اختبار رسم الرجل واختبار رسم الشجرة ، أسلوب تعديل السلوك ، العلاج باللعب حيث استخدمت الباحثة المنهج العيادي بتطبيق اختبار رسم الرجل جودناف على 6 حالات مستعملة الملاحظة والمقابلة العيادية أما الدراسة الثانية فقد تناولت معرفة كيفية إدماج ذوي الإعاقة السمعية في المجتمع وكذلك تم تطبيق عدد من الاختبارات الشخصية على أفراد العينة المكونة من (200) طفلاً ،الدراسة الثالثة فقد تناولت اختبار رسم الشجرة حيث طبقت دراسة ناهد على عينة من 03 حالات واستخدمت

في ذلك المنهج العيادي بأدواته المقابلة والملاحظة العيادية، الدراسة الرابعة (سحر) والتي تضمنت تنميات العلاج السلوكي في تعديل السلوك العدوانى على عينة من أطفال الصم واستخدمت في ذلك المنهج الوصفى ، والدراسة الأخيرة احمد نبوي والتي درست فعالية برنامج التدريب باللعب في تخفيف اضطراب العلاج المتحدي للتلاميذ الصم والمعوقين فكريا مستعملاً المنهج الوصفى على عينة من 23 تلميذ ، وتشابهت الدراسات السابقة مع دراساتنا في العينة والتي كانت فئة الصم واختلفت من حيث المتغيرات فالدراسة الأولى تناولت متغير خصائص السيكومترية أما الدراسة الثانية أتاحت الدراسات السابقة للباحثة فرصة في ربط الصلة بتنمية مهارات اللغة لدى الأطفال ذوي الإعاقة السمعية و الثالثة البر وفيل النفسى أما الرابعة والخامسة قد تناولتا فعالية كل من العلاج السلوكي في تعديل السلوك وبرنامج التدريب باللعب ، وهذا ما يجسد الأهمية لموضوع دراستنا .

الفصل الثاني

التكفل النفسي

تمهيد

- تعريف التكفل النفسي
 - مراحل التكفل النفسي
 - العلاج النفسي
 - أهداف العلاج النفسي
 - أنواع العلاج النفسي
 - أساليب التكفل النفسي
- خلاصة

تمهيد :

يعتبر التكفل وسيلة مواساة ومساعدة مختصة تقدم لذوي الاحتياجات الخاصة لتعديل بعض سلوكياتهم المضطربة إذ لا يقل هذا الأخير بالنسبة للطفل الأصم (المعاق سمعياً) أهمية عن غيره من ذوي الاحتياجات الخاصة باعتباره يصنف ضمن الأفراد الذين يحتاجون إلى رعاية خاصة وتكفل خاص نظراً إلى الخصائص والمميزات التي يحملها الطفل المعوق سمعياً ، وهذا الفصل سوف نتعرف على معنى التكفل النفسي.

1/ التكفل النفسي:

هو عملية الفحص والتشخيص والعلاج النفسي التي يقوم بها الأخصائي النفسي في وحدات الكشف والمتابعة المتواجدة بمدرسة الأطفال المعوقين سمعياً للتكفل بالطفل المعاق سمعياً.

2 - 1- تعريف التكفل النفسي :

(wolberg1967) على انه نوع من المعالجة المشكلات ذات الطبيعة العاطفية يقوم فيها الشخص مدرب ببناء علاقة مهنية مدروسة مع مريض ما ، وذلك بهدف إزالة أو تقليل الأعراض المتواجدة لديه والحد منها أو التدخل في الأنماط المضطربة من سلوكه أو تعزيز النمو والتطور في شخصيته . (بن سعيد زمعلاش ورأي عبد القادر ، 2007 ، ص 487).

- كما جاء في تعريف آخر على انه عبارة عن علاقة إنسانية أو علاقة علاجية بين شخصين احدهما يحتاج المساعدة بغية حل المشكلات التي تروقه أو عبور أزماته التي يعاني منها يسمى هذا الشخص مفحوص والشخص الآخر فيقدم المساعدة على أسس علمية ومهنية مدروسة ويسمى بالعلاج النفسي (بن فاضل سعاد ، 2013 ، 2012 ، ص 77).

- كما يعرفه أيضا انه مجموعة من التقنيات العلاجية والمواقف التي يستعملها الفاحص ، من اجل علاج أي اضطراب نفسي أو اضطرابات سلوكية معتمدا في ذلك أساليب نفسية في العلاج ، كما يبتعد قدر الإمكان عن الأدوية ، فيقوم في ذلك على الاختبارات النفسية ودراسة تاريخ الحالة المرضية ، للكشف عن السبب الحقيقي للمرض أو الاضطراب الذي يعاني منه هذا الشخص (حسن مصطفى عبد المعدلي ، 1998 ص 7)

- يمكن إن يعتبر التكفل النفسي وظيفة ذات طابع تعديلي يسعى إلى تعديل السلوك وفقا للمعايير وأي هي عملية لفهم إمكانيات الفرد و استعداداته و استخدامها في حل مشكلاته ، و وضع خطط لحياته من خلال فهمه لواقعه و حاضره و مساعدته في تحقيق أكبر قدر

من السعادة و الكفاية وتحقيق ذاته وصولاً إلى درجة من التوافق (سهل الكامل أحمد ، 1999 ص 07)

- كما عرفه المركز النفسي البيداغوجي للأطفال المعوقين ذهنياً (دقي 2 قسنطينة) هو عملية يقوم بها المجتمع متمثل في هيئة أو مؤسسة لتحقيق مجموعة من الأهداف ، تسمح بالوصول بالفرد إلى ضمان حقوقه و الإحساس بالعدالة في وسط المجتمع و هو وسيلة نفسية اجتماعية لتوعية الفرد بذاته و انه قادر على التواصل مع الآخرين لتحقيق استقلالته من خلال تنمية القدرات و المهارات و استغلالها أحسن استغلال المركز النفسي البيداغوجي للأطفال المعوقين ذهنياً دقي 2 قسنطينة).

- من خلال التعريفات السابقة يمكن القول أن التكفل النفسي هو وسيلة يعتمد عليها الأخصائي النفسي بهدف إقامة تواصل بينه و بين الشخص الذي يعاني من اضطرابات في التكيف مع الواقع أو من يعانون مشكلات نفسية أو سلوكية حيث يعمل الأخصائي على التكفل بالتشخيص الاضطرابات التي يعاني منها و تصنيفه لمحاولة معرفة الأسباب و من ثم تحديد الاستراتيجيات و طرق التدخل .

2- مراحل التكفل النفسي :

للتكفل النفسي عدة مراحل أساسية وهي :

أ - الفحص : examen ' L

تعريفه : يعتبر الفحص الدقيق حجر الزاوية للتشخيص الموفق و العلاج الناجح و يجب أن تكون عملية الفحص واضحة تماماً لدى المعالج ، من حيث أهميتها ، هدفها ، شروطها و مصادر المعلومات كالبينات و خطوات الفحص (حامد عبد السلام زهران ، 1997 ص 157) و نقصد بالفحص مجموع الخطوات التقنية المؤدية إلى تحديد مدى توازن الشخصية و مدى الحل الطارئ على هذا التوازن .

و يمكن القول كذلك أنه مجموع الخطوات التي تستطيع أن تساعدنا على تحديد خمسة متغيرات في شخصية المفحوص و هي :

- التعرف على اضطرابات الشخصية في حال وجودها .
 - تحديد الاضطرابات و تصنيفها ضمن جدول الدلالات المرضية
 - تحديد منشأ الاضطرابات - فهم أبعاد الشخصية و مدى نضجها
 - مقارنة التناسب بين الشخصية و العمر الزمني للمفحوص
- إن الفحص النفسي إذ ما استطاع أن يساعدنا على تحديد هذه المتغيرات فإنه يكون بذلك قد ساعدنا على التشخيص الموضوعي للاضطراب النفسي الذي يعاني منه المفحوص.

ب - التشخيص digmotic:

تعريفه : كلمة تشخيص جاءت من أصل إغريق يعني الفهم الكامل و هو يتطلب خطوات معينة تشتمل على الملاحظة و الوصف ، تحديد الأسباب ، التصنيف ، و التحليل الدينامي بقصد التوصل إلى افتراض دقيق عن طبيعة و أساس مشكلة المريض ، التشخيص هو تقويم شخصية العميل (قدراته وانجازاته ، سماته التي تساعد على فهم مشكلاته) (لويس كامل ملكة 1977 ص 47).

و في علم النفس الإكلينيكي : التشخيص يعني تقديم خصائص الفرد من حيث قدراته و سماته و أعراضه المرضية و درجة حدتها مبينا الأسباب المباشرة لنشأتها بغية الوقوف على حقيقة المشكلة التي يعاني منها المريض ، و إخضاعه لبرنامج علاجي مناسب لحالته (أديب محمد الخالدي 2006 ص 30) .

إذ مرض هو عملية هامة في العلاج النفسي و يعني السبيل الذي يتسني به للتعرف على أصل و طبيعة و نوع المرض و تتضمن عملية التشخيص العرف على ديناميات و شخصية المريض و أسباب و أعراض المريض (حامد عبد السلام زهران 1997 ص 172) .

فالتشخيص بالتالي نقصد به فحص الأعراض المرضية و استنتاج الأسباب ثم تجميع المعلومات و الملاحظات في صورة متكاملة و بالتالي تحديد نوع المرض و تقديم العلاج المناسب .

ج - العلاج : يتمثل الهدف النهائي للعلاج النفسي في مساعدة الفرد على التوافق من جديد و لذا لا بد على الأخصائي النفسي أن يمضي في تناوله المشكلة إلى أبعد من التشخيص وحده، و إلا كان العمل عميقا ينبغي إذن أن توضع خطة للعلاج و أن تكون هذه الخطة موضع التنفيذ .

د- التنبؤ : يمكن القول إن الفحص يتناول ماضي و حاضر العميل ، (ما حدث و ما يحدث) في حين أن التشخيص يتناول حاضر المريض (ما هو المريض) مع نظرتة إلى مستقبله أما بالنسبة للتنبؤ فهو يتناول مستقبل المرض (ماذا سيحدث) في ضوء ماضيه و حاضره و يتضمن المال الذي يتحدد في ضوءه بدايته و أسبابه و أعراضه و فحصه و تشخيصه و طريقة علاجه و شخصية المريض و توافقه و بيئته و ظروف حياته و صحته العامة .

عندما يقوم المعالج بتحديد التنبؤ يكون حاله مثل الطبيب الجراح الذي يحاول التنبؤ بمدى النجاح المحتمل أي جمال العملية التي سيقوم بإجرائها فيحدد نسبة النجاح المحتمل.
و- الأخصائي النفسي:

كان تصنيف الأخصائيين النفسيين أمثال بينيه ورو شاخ و ويكسلر لا يتجاوز كوم أخصائي قياس حيث ينحصر عملهم في تطبيق و تفسير الاختبارات النفسية فقط و منذ الحرب العالمية الثانية أصبح هناك تحولا كبيرا في تحديد ادوار مهام العاملين في مجال الصحة النفسية من أخصائيين نفسيين و أخصائيين اجتماعيين و أطباء نفسيين.

- الأخصائي النفسي أصبح يساهم في عملية التشخيص باستخدام المقاييس النفسية التشخيصية و الطبيب النفسي يقوم بعلاج المريض باستخدام أساليب العلاج النفسي

و الدوائي و الأخصائي الاجتماعي يساعد المريض كي يحصل على دعم كامل خارج البيئة العلاجية (schinderetal1987) .

إن تنوع وظائف و مسؤوليات الأخصائي النفسي الإكلينيكي داخل مؤسسات الصحة النفسية يجعل تحديد دوره بدقة أمرا صعبا ، وذلك فإن مهمة التقدير التشخيصي تكاد تكون هي المهمة الرئيسية التي يقوم بها الأخصائي النفسي الإكلينيكي (منظمة الصحة العالمية 1985) .

وفي الوقت الحاضر و كنتيجة لنبد النظام المؤسسي لاحتضان المرضى النفسيين تغيرت النظرة إلى الأخصائي النفسي و الأخصائي الاجتماعي و أصبح ينظر إليهما باعتبارهما يساهمان في العلاج النفسي و في وضع الخطط الخاصة بالرعاية اللاحقة (matthew1993) الاضطرابات النفسية و علاجها و عمل البحوث النفسية ، و تقديم الاستشارات النفسية للأفراد و المؤسسات العلاجية (عبد الستار إبراهيم 1988 ، حسن عبد المعطي 1993 spencer).

كذلك يحدد جولدنبيرج Goldernberg الأدوار التي يقوم بها الأخصائي النفسي الإكلينيكي في ما يلي:

- 1- عمل الاختبارات النفسية و المقابلات الإكلينيكية من أجل تشخيص الحالة
- 2- الإرشاد و العلاج النفسي للأفراد و الأزواج و الأسر و الجماعات
- 3- عمل البحوث النفسية عن نمو الشخصية و وظائفها و أسباب المرض النفسي و طرق العلاج النفسي و غيرها
- 4- اختبار تدريب الجماعات غير المهنية والمساعدين في مجال الصحة النفسية و الجماعة التطوعية والإشراف عليهم .
- 5- تقديم الاستشارات للمؤسسات العلاجية من أجل وضع برنامج للعلاج و الوقاية من الاضطرابات النفسية (P5 .Goldenberg 1973).

3- العلاج النفسي :

لم يصبح العلاج النفسي مجالاً من المجالات التطبيقية لعلم النفس بشكله الحالي إلا في بداية القرن العشرين ، و لم يكن مقصوراً على إزالة الأعراض المرضية التي يشكو منها المريض ، و إنما كان يعالج الاضطرابات السلوكية و الأمراض النفسية التي يعاني منها بعض الأفراد ، و التي تحول دون توافهم السليم في الحياة و التمتع بالصحة النفسية ، كما اهتم بتفسير طبيعة الأعراض للتخلص منها و معرفة الأسباب لإزالة آثارها ، و تشجيع استقلالية المريض و العمل على تحقيق شفائه من مرضه النفسي .

يعتبر برهام من أوائل ممارسي العلاج النفسي (مدرسة نانسي للعلاج بالتنويم المغناطيسي) ، ثم أخذت مدرسة التحليل النفسي زمام الأمور ، حتى نهاية الحرب العالمية الثانية تاركة مجال التحليل النفسي الحديث و مختلف الطرق العلاجية الأخرى كالعلاج السلوكي ، و المعرفي السلوكي ، المتمركز حول العميل و غيرها ..

: التكفل النفسي

3-1- تعريف العلاج النفسي :

إن العلاج النفسي ليس علاجاً للنفس و لكنه في العلاج بالنفس ، يتمثل بالمعنى الواسع للمصطلح في مجموع الطرق العلاجية المبنية على مبادئ نفسية ، و يتم ضمن إطار علاقة علاجية بين المعالج النفسي و العميل ، و يرمي إلى حل صراعات هذا الأخير الداخلية أو مع محيطه .

يدخل العلاج النفسي ضمن سيرورة تغيير و تحويل على مستوى شخصية الفرد و للعلاج النفسي تعريفات عديدة نذكر منها تعريفاً هما :

تعريف فريدمان و آخرون : نوع من العلاج للأمراض العقلية و الاضطرابات السلوكية ينشأ فيه المعالج عقداً مهنيًا مع المريض ، و من خلال اتصال علاجي محدد (لفظي أو غير لفظي) يحاول المعالج أن يخفف من اضطرابات المريض الانفعالية و تغيير أنماطه السلوكية سيئة التوافق ، و تنمية شخصيته و تطورها .

و هو تلك العملية العلاج التي يمارس من خلالها المعالج النفسي ألوان التأثير المختلفة على المريض أو مجموعة من المرضى ، و تأخذ تلك المؤثرات النفسية طابع التأثير حيث تتأثر بإحساءات محددة أو إشارات خاصة ترتبط بالحالة المرضية ، أو نظام تأثير البيئة الاجتماعية المحيطة بالمريض ، كما يعمل على إزالة الأعراض المرضية الموجودة أو تعديلها أو تعطيل أثرها ، مع مساعدة المريض على حل مشكلته الخاصة و التوافق مع بيئته و استغلال إمكاناته على خير وجه ، بالإضافة إلى تنمية شخصيته و دفاعها في طريق النمو النفسي الصحي ، بحيث يصبح المريض أكثر نضجا و قدرة على التوافق النفسي مستقبلا (حامد عبد السلام زهران ، 1997 ، ص 181)

كما عرفته إجلال محمد سرى بأنه : نوع من العلاج المتخصص ، تستخدم فيه طرق و أساليب نفسية العلاج المشكلات أو الاضطرابات أو الأمراض النفسية المنشأ بمدف حل المشكلات و إزالة الأعراض و الشفاء من المرض ، و نمو الشخصية و تحقيق أفضل مستوى ممكن من التوافق النفسي ، و التمتع بالصحة النفسية . (إجلال محمد سرى ، 2000، ص 83)

هو طريقة علاجية للاضطرابات النفسية أو الجسدية ، باستخدام الوسائل السيكولوجية المختلفة مثل العلاقة بين المعالج و المريض ، التنويم المغناطيسي ، الإيحاء ، الاشرط و إزالة الاشرط ، الاستبصار insight ... يوجد حاليا ما يزيد عن 400 طريقة للعلاج النفسي .

3-2- أهداف العلاج النفسي:

- تهدف كل عملية علاجية نفسية إلى تحقيق واحد أو أكثر من الأهداف التالية :
- 1- تعديل السلوك غير السوي للمريض ، و تعلم السلوك السوي ، و تحويل الخبرات المؤلمة إلى معلمة .
 - 2- إعطاء فرصة للمريض أن يتعلم أساليب متنوعة من السلوك المتوافق .
 - 3- تهيئة المناخ المشبع بالأمن النفسي ، و إزالة القلق و التخلص من السلوك المرضي

- 4- إزالة أسباب المرض و علاج أعراضه و حل المشكلات السيطرة عليها .
 - 5- تدعيم نواحي القوة و تلافي نواحي الضعف في الشخصية .
 - 6- تحقيق تقبل الذات و الآخرين ، مع إقامة علاقات اجتماعية سوية .
 - 7- تدعيم و بناء الشخصية و تكاملها .
 - 8- زيادة القدرة على حل الصراعات و التغلب على الاحباطات و مواجهة الحرمانات و تحمل الصدمات .
 - 9- و العمل على إتمام الشفاء
- 3-3- أنواع العلاج النفسي:**

للعلاج النفسي أنواع كثيرة تتعدد بتعدد الأطر النظرية له : علاج تحليلي ، علاج سلوكي ، علاج معرفي ، علاج جشطالتي ، علاج متمركز حول العميل ، علاج بالسيكودراما ، علاج بالفن ، علاج اسري نسقي ، علاج جماعي وغيرها.... كما ذكرنا سابقا يوجد حاليا ما يزيد عن 400 طريقة متعددة للعلاج النفسي .

4- أساليب التكفل النفسي :

4-1- اختبار رسم الرجل :

حيث يطلب من الفرد رسم صورة الرجل ، ولا يتم الاهتمام بالنواحي الجمالية للرسم ، بل تقدر الدرجة على أساس تفاصيل الجسم و الملابس و تناسب الملامح ، متكون من 51 مفردة ، فكل مفردة درجة واحدة ، ثم تجمع الدرجات ، لتعطي العلامة الخام تحول إلى علامة معيارية ثم إلى نسبة الذكاء ، و تستخرج العلامة المعيارية في شكل عمر عقلي بالشهور من الجداول التي أعدته الباحثة (أحمد عبد اللطيف أبو سعد ، 2009 ، ص456).

4-2- اختبار رسم الشجرة :

يعكس لرسم الانفصالية لصاحبه ، فامن الممكن مثلا تعيين الخط العصبي و العدواني الذي يؤدي إلى حد تمزيق الورقة أو تعيين الخط المتردد الذي لا يكاد أن يظهر

و دراسة الرسم من هذا المنظور لا تختلف عن علم دراسة الخط ، هذا ما أدى بعالم الخط (Max pubver) إلى قول الكتابة بوعي تعادل رسم الفرد بدون وعي (د محمد شلبي ، جدول لتحليل اختبار الرسم الشجرة حسب كوخ ستوار مطبوعات جامعة - متتوري قسنطينة)

4-3-العلاج باللعب :

يعرفه شبايفر : عملية متبادلة حيث يقوم المعالج المدرب فيها بشكل منظم باستخدام القدرة العلاجية للعب مثل (لعب الأدوار ، التواصل ، التفريغ الانفعالي) لمساعدة الطفل على التعامل مع المشكلات النفسية التي تواجهه ، والوقاية من مشكلات مستقبلية استخدمته ميلاني كلاين في علاج الأطفال كبديل للتداعي الحر في علاج الكبار وافترضت أن ما يفعله الطفل في اللعب الحر يرمز إلى الرغبات و المخاوف و المباحج والصراعات والهموم اللاشعورية و استخدمت دمي صغيرة تمثل أشخاص في اللعب الاسقاطي و طبقت (أنا فرويد) اللعب كأسلوب تعليمي علاجي مع الأطفال (حامد عبد السلام زهران ، الصحة النفسية و العلاج النفسي ، علاه الكتب للنشر و التوزيع القاهرة ، ط2005، 4 ، ص 319).

4 - 4- تعديل السلوك : نعني به تغيير السلوك غير المرغوب بطريقة مدروسة وهو نوع من العلاج السلوكي يعتمد على التطبيق المباشر المبادئ التعلم والتدعيمات الايجابية و السلبية بهدف تعديل السلوك غير مرغوب فيه .

ويمكن تعريفه على أنه مفهوم عام ومنهج علمي يعتمد على تطبيق إجراءات علاجية معينة ، الهدف منها ضبط المتغيرات المسؤولة عن حدوث السلوك ، وذلك لتحقيق الأهداف المرجوة من وراء هذا التعديل ، يحدث التكيف مع بيئة الفرد التي يعيش فيها (حمدي عبد الله عبد العظيم ، 2013 ، ص 26).

الخلاصة :

من خلال ما تناولناه في هذا الفصل حول التكفل النفسي الذي هو عبارة عن مجموع الخدمات النفسية التي تقدم للمعاق سمعياً ليتمكن من التخطيط لمستقبل حياته وفقاً لإمكاناته و قدراته الجسمية و ميوله بأسلوب يشجع حاجاته و تصوره لذاته ، فالتكفل النفسي ضرورة إنسانية و أخلاقية و دينية و اجتماعية تتمثل في صيانة الطفل المعاق سمعياً و حمايته و تدعيمه و المحافظة على العلاقات الاجتماعية الايجابية مع الناس و كذلك ضبط سلوكه و ترشيده و تصويبه و توجيهه نحو بناء ذاته و نفسه .

الفصل الثالث

الإعاقة السمعية

- تمهيد

- جهاز السمع (تشريح الأذن، تشريح جهاز السمع)

- تعريف الإعاقة السمعية

- تصنيف الإعاقة السمعية

- أسباب الإعاقة السمعية

- خصائص المعاق سمعياً

- أساليب الوقاية من الإعاقة السمعية

خلاصة

تمهيد:

لقد أنعم الله سبحانه وتعالى على الانسان بمجموعة من الحواس، كي يستطيع من خلالها الحصول على كل ما يحتاج من معلومات عن عالمه الخارجي، وتعتبر حاسة السمع من أهم هذه الحواس، وتعود هذه الأهمية في أنها تسمح للفرد في المشاركة الإيجابية في عملية اكتساب اللغة التي تعد أكثر أشكال الاتصال والتفاهم سهولة وشيوعا وسيادة بين الناس، حيث تسمح حاسة السمع للفرد سماع الأصوات والكلمات التي ينطق بها الآخرون من حوله فيشرع في محاكاتها وتقليدها مما يساعد بالتالي على تعلم اللغة السائدة في جماعته. ويفقدان الفرد لهذه الحاسة، فإنه لا يستطيع الاتصال أو التواصل مع الآخرين إلا بلغة بديلة كلغة الإشارة مثلا، مما يؤثر بشكل مباشر على نموه العقلي والنفسي والاجتماعي وتحصيله الاكاديمي.

وقد أشارت منظمة الصحة العالمية إلى أن 5 اطفال من بين كل ألف طفل حديث الولادة لديهم فقدان مؤثر في السمع، مما يشير إلى زيادة عدد المعوقين سمعيا وفقا للتقديرات العالمية (الزيات،2012،ص7)

سوف نعرض في هذا الفصل تعريفات الاعاقة السمعية، وتصنيفاتها المختلفة، وأخيرا خصائص المعوقين سمعيا.

1- تشريح ووظائف الجهاز السمعي:

1-1- الأذن وآلية السمع :

1-1-1- تشريح الأذن : يتكون الجهاز السمعي من ثلاثة أجزاء :

- الأذن الخارجية : تتكون من صوان الأذن ومجرى السمع المنتهي بغشاء (مجموعة من الألياف) ومهمة الأذن الخارجية تجميع الأصوات الخارجية ونقلها إلى الأذن الداخلية بواسطة طبلة الأذن (فاروق 1996 ص 193) وكذا التعرف على اتجاه إصدار الصوت (صبحي 1984 ص 249)

- الأذن الوسطى : تتكون من ثلاثة عظيمات من الخارج إلى الداخل على الترتيب هي : المطرقة ، السندان ، الركاب ، تتواجد على العظم الصدغي وهي متصلة بالبلعوم بواسطة قناة استاكيوس التي تلعب دور في نقل الهواء الخارجي بين الفم وطبلة الأذن (فاروق ، 1996 ، ص 193)

ومهمة الأذن الوسطى نقل الأمواج الصوتية من الهواء إلى السائل الموجود بالأذن الداخلية (صبحي ، 1984 ، ص 249)

- الأذن الداخلية : تتكون من جزء إمامي متعلق بالقوقعة وجزء خلفي المتمثل في الدهليز وهو جهاز توازن جسم الإنسان ، مهمة القوقعة تحويل الذبذبات الصوتية القادمة من الأذن الوسطى إلى إشارات كهربائية تنتقل إلى الدماغ بواسطة الأعصاب (فاروق ، 1996 ، ص 193)

الأعصاب تتكون من زوج من الأعصاب القحفين أو الجمجمة التي تتكون من عصب حلزوني قوقعي وعصب دهليزي الخاص بالتوازن ، تتواجد القوقعة داخل العظم الماستويدي الذي يحسها من الصدمات الخارجية (صبحي ، 1984 ، ص 250)

العصب الحلزوني القوقعي السمعي يوصل مختلف الإشارات إلى الجهاز العصبي المركزي أين تفسر المثيرات السمعية (فاروق ، 1996 ، ص 193)

1-1-2-آلية السمع :

تتمثل آلية السمع في انتقال المثير السمعي من الأذن الخارجية إلى الأذن الوسطى ومن ثم إلى الأذن الداخلية ، فالعصب السمعي ومنه إلى الجهاز العصبي المركزي ، حيث تفسر المثيرات السمعية (فاروق ، 1996 ، ص 193) ويمكن تجزئة الجهاز السمعي من الناحية الوظيفية إلى جزئين أساسيين سيتم شرحهما في العنصرين المواليين :

-الجزء الأول :

يختص بالنقاط الصوت وتوصيله إلى الأذن الداخلية بواسطة الهواء ، وتعمل الأذن الوسطى بواسطة غشاء الطبلة والعظيمات الثلاثة على تقوية الصوت حوالي عشرين مرة كما يمكن للصوت إن يصل إلى الأذن الداخلية ، لا عن طريق الأذن الخارجية أو الوسطى فقط ، ولكن عن طريق عظام الجمجمة كما إن عضلة الركاب تتقبض إذا زادت شدة الصوت لتحمي الأذن الداخلية من تأثير الصوت العالي الذي يؤدي إلى تآكل بعض الخلايا السمعية (ماجدة ، 2000 ، ص 28)

- الجزء الثاني :

أما هذا الجزء يقوم باستقبال الصوت وتحليله ، ويبدأ بشعيرات الخلايا السمعية والعصب السمعي ثم ينتهي بالمراكز السمعية العليا والذاكرة السمعية للمخ ، وتتمثل وظيفة الجزء الثاني في تمييز الأصوات ثم ينتهي بالمراكز السمعية العليا والذاكرة السمعية للمخ فتتمثل وظيفة الجزء الثاني بتمييز الأصوات وإدراكها ويتم ذلك أولاً على الأذن الداخلية داخل القوقعة وعند ذلك يتم تحليل طبقة لتردها حيث إن الخلايا المقسمة إلى مجموعات بحيث تختص كل مجموعة باستقبال موجات صوتية معينة ، كما إن هذه الخلايا متصلة بالعصب السمعي الثامن ، لذا فإن الصوت ينتقل عبره إلى المركز السمعي في المخ (ماجدة ، 2000 ، ص 29).

2- تعريف الإعاقة السمعية:

يرى عبد الواحد (2001) أن تقديم تعريف شامل وجامع للإعاقة السمعية له مشكلاته و من الصعب تحديده (عبد الواحد، 2001، ص65) حيث عرف موليكن (1982) Molick الإعاقة السمعية بأنها مستويات متفاوتة من الضعف السمعي تتراوح بين ضعف سمعي بسيط وضعف سمعي شديد جدا (Molick، 1982، p21)

في حين عرفها الدماطي (٢٠٠٠) بمنحيين إحداها كمي يهتم بمقدار الفقدان السمعي، فيعرف الفقدان السمعي الممتدة درجاته ما بين (٢٠) إلى (60) ديسبل بأنه ثقل في السمع يمكن لمن يعانون منه تعلم الكلام والاستفادة من المعينات السمعية. أما الفقدان السمعي الذي تتراوح درجاته من (60) ديسبل فأكثر، فأفراده يعتبرون صمة ولا يستطيعون اكتساب الكلام وتعلمه دون استخدام طرق و وسائل متخصصة (الدماطي، 2000، ص67).

أما عبد الحي (2001) فعرفها بأنها مصطلح يعني تلك الحالة التي يعاني منها الفرد نتيجة عوامل وراثية أو خلقية أو بيئية مكتسبة من قصور سمعي، يترتب عليه آثار اجتماعية أو نفسية أو الاثنيين معا، وتحول بينه وبين تعلم وأداء بعض الأعمال والأنشطة الاجتماعية التي يؤديها الفرد العادي بدرجة كافية، وقد يكون القصور السمعي جزئيا أو كلية شديدة أو متوسطة أو ضعيفة، وقد يكون مؤقتة أو دائما، وقد يكون متزايدة أو متناقصة أو مرحلية (عبد الحي، 2001، ص 31).

في حين يقسم الروسان (٢٠٠١) المعاقين سمعية إلى قسمين: الطفل الأصم كلية وهو الذي فقد قدرته السمعية في السنوات الثلاث الأولى من عمره، وكنتيجة لذلك لم يكتسب اللغة، والطفل الأصم جزئيا هو الذي فقد جزءا من قدرته السمعية، وكنتيجة لذلك فهو يسمع عند درجة معينة، وينطق اللغة وفق مستوى معين يتناسب ودرجة إعاقته السمعية (الروسان، 2001، ص 45).

أما الخطيب (2002) فيقتصر تعريفه للإعاقة السمعية على التعريف الوظيفي الذي يرى أن شدة الإعاقة السمعية هي نتاج لشدة الضعف في السمع، وتفاعله مع عوامل أخرى مثل العمر عند اكتشاف فقدان السمع، ومدى معالجته، والمدة الزمنية التي استغرقها حدوث فقدان السمع، ونوع الاضطراب الذي أدى إلى فقدان السمع وفاعلية الخدمات التأهيلية المقدمة، والعوامل الأسرية (الخطيب، 2002، ص 32).

ويعرفها هالاهان وكوفمان (2003) Koffman & Halahan المعوق سمعية بأنه الفرد الذي تكون حاسة السمع لديه وظيفية وفعالة للاستفادة منها في الحياة اليومية، وهذه الفئة تضم داخلها، الصمم الخلقي: وهم الأفراد الذين ولدوا بالإعاقة السمعية. والصمم العارض أو المكتسب وهم الذين ولدوا بحاسة سمع عادية ثم فقدوها بسبب مرض أو حادث (Kauffman & Hallahan، 2003، p52)

ومما سبق يمكن القول أن معظم التعريفات السابقة للإعاقة السمعية وإن اختلفت من حيث الصياغة والشكل إلا أنها قد تتفق من حيث المضمون، فإن الإعاقة السمعية تشير إلى درجات مختلفة من القصور السمعي مما يجعل الفرد يختلف في تفاعله مع المجتمع الخارجي بناء على هذا القصور . ومن خلال تعريفات الإعاقة السمعية نلاحظ أن لفظ الإعاقة السمعية يضم فئتي الصم وضعاف السمع وهما محور الدراسة الحالية ولهذا فقد عرف موريس (Moore،1996): ضعيف السمع بأنه الشخص الذي يتراوح مقدار فقدان السمع لديه ما بين (35-69) ديسيبل (Moore، 1996، p23)

وتكون البقايا السمعية كافية، وتمكنه - من خلال استعمال السماع الطبية- من فهم حديث الآخرين والتواصل معهم شفهيًا (Smith، 2004، p54)

ويعرف أبو السعود (2004) ضعيف السمع بأنه " ذلك الشخص الذي فقد جزء من سمعه- قبل أو بعد تعلم اللغة- بالرغم من أن حاسة السمع لديه تؤدي وظيفتها ولكن بكفاية أقل، ويحتاج إلى خدمات معينة خاصة به مثل : المعينات السمعية، والتدريب

السمعي، والخدمات الإرشادية والتعليمية، والعلاج الكلامي، وقراءة الكلام كي تساعده وتحافظ على بقايا سمعه" (أبو السعود، 2004، ص179)

ويرى القريوتي (2006) أن ضعيف السمع هو الشخص الذي لا تفقد حاسة السمع لديه وظيفتها بالكامل، مما يساعده على القيام بمعالجات ناجحة للمعلومات اللغوية، من خلال حاسة السمع سواء باستخدام المعينات السمعية أم بدونها، بغض النظر عما إذا كان الضعف منذ الولادة أو في المراحل العمرية اللاحقة (القريوتي، 2006، ص 28) مما سبق يمكن استخلاص أهم الخصائص التي يتصف بها ضعيف السمع بما يلي:

- يتراوح فقدان السمع لديه ما بين 35-69 ديسيبل.
 - أنه فقد جزءاً من سمعه قبل أو بعد تعلم اللغة وأن حاسة السمع تؤدي وظيفتها ولكن بكفاية أقل من الطبيعي.
 - القصور السمعي يجعله بحاجة لاستخدام معينات سمعية وإلى خدمات تعليمية وإرشادية.
 - يمكنه تعلم الكلام واللغة سواء باستخدام المعينات السمعية أو بدونها، إلا أن الكفاية تكون أفضل باستخدام المعينات السمعية.
- أما بالنسبة لتعريفات الصم :

فقد عرف موريس (Moorse، 1996) الأصم : بأنه الشخص الذي يكون مقدار فقدان السمع لديه 70 ديسيبل أو أكثر، ويعيق فهم الكلام من خلال الأذن وحدها، مع أو بدون استعمال السماع الطبية (Moorse ، 1996 ، p23).

وليس لديه القدرة على إدراك الأصوات في البيئة المحيطة حتى باستعمال السماع الطبية، كما أنه لا يستفيد من حاسة السمع كطريقة أولية لاكتساب المعلومات (Smith، 2004.p54)

ويعرف القريطي (2005) الصم بأنهم أولئك الذين لا يمكنهم الانتفاع بحاسة السمع في أغراض الحياة العادية، سواء منهم من ولدوا فاقدين السمع تماماً، أو بدرجة أعجزتهم عن الاعتماد على آذانهم في فهم الكلام وتعلم اللغة، أم من أصيبوا بالصمم في طفولتهم

المبكرة قبل أن يكتسبوا الكلام واللغة، أم من أصيبوا بفقدان السمع بعد تعلمهم الكلام واللغة مباشرة لدرجة أن آثار هذا التعلم قد تلاشت تماما، وهكذا قد يكون الصمم سابقة على اكتساب الكلام واللغة أو بعد تعلم الكلام واللغة (القريطي، 2005، ص299) ويذهب عيسى وخليفة (2007) إلى أن الأصم هو من فقد السمع كلية منذ الميلاد أو بعد الأسباب وراثية أو مكتسبة، ولا يمكن استخدام المعينات السمعية معه (عيسى وخليفة، 2007، ص95)

ويعرف رجب (2008) الأصم بأنه "الطفل الذي لا يصلح سمعه من الناحية العملية الوظيفية لمسايرة الأنشطة العادية أو لتحقيق فعالية الفرد الاجتماعية في الحياة العامة (رجب، 2008، ص19)

مما سبق يمكن استخلاص أهم الخصائص التي يتصف بها الأصم كالاتي:

- مقدار فقدان السمع لديه 70 ديسيبل أو أكثر.
- إنه فاقد تماما لوظيفة السمع ولا يمكنه الاستفادة منها في الحياة اليومية.
- إنه فقد حاسة السمع منذ ولادته أو قبل تعلم الكلام، وأن هذا الفقدان يعود للأسباب وراثية فطرية أو مكتسبة.
- لا يمكنه فهم الكلام المنطوق سواء باستعمال المعينات السمعية أو بدونها .

3-تصنيف الإعاقة السمعية:

إن وضع المعاقين سمعية في قالب واحد تحت مظلة الإعاقة السمعية هو خطأ جسيم تربوية، كونهم فئة غير متجانسة، ليس لهم نفس القدرات والخصائص والصفات. لذلك تحاول تصنيفات الإعاقة السمعية توضيح تلك الفروق الفردية بهدف وضع تلك الفئات في مجموعات متجانسة تقريبا لتحديد احتياجاتها التي تختلف من فئة إلى أخرى، والخدمات التربوية والتعليمية والتأهيلية المناسبة للحد من الآثار السالبة عندما نعاملهم كفئة واحدة. ويذكر الخطيب (2002) بأن التصنيفات العديدة للإعاقة السمعية تختلف عن

بعضها باختلاف الأساس التي يقوم عليه التصنيف، أي تعتمد على مهنة الأخصائي الذي يقوم بالتصنيف (الخطيب، 2002)

وقد جرت العادة أن تصنف الإعاقة السمعية تبعاً لأربعة معايير وهي:

- التصنيف حسب العمر عند الإصابة.

- التصنيف حسب موقع الإصابة .

- التصنيف حسب شدة الإصابة.

أولاً: التصنيف حسب العمر الذي حدثت فيه الإصابة:

يعتبر تحديد عمر الطفل وقت إصابته بالإعاقة السمعية من المتغيرات الأساسية لتحديد الآثار الناجمة عن تلك الإصابة، كما يساعد في تحديد طرق التواصل التي يمكن استخدامها مع الطفل من خلال الخدمات التربوية التي تقدم لهم. وقد صنف الباحثون الإعاقة السمعية حسب العمر الذي حدثت فيه الإعاقة على النحو التالي:

أ- الإعاقة السمعية قبل اكتساب اللغة Prelingual:

وتشير إلى حالات الإعاقة السمعية التي تحدث منذ الولادة أو في مرحلة عمرية سابقة على تطور اللغة والكلام عند الطفل، أي قبل سن الثالثة (القيوتي وآخرون، 2001، ص112) والتي بدورها تترك آثاراً سلبية على نمو الطفل اللغوي، لأنها تفقده كثيرة من المثيرات السمعية، مما يؤدي إلى محدودية خبراته وقلة تنوعها، ويكون غير قادر على تعلم الكلام واللغة. وهناك بعض الاتجاهات تعتقد إن صمم ما قبل اللغة عبارة عن حالة تتضمن إصابة الفرد بالإعاقة السمعية بعد الولادة نتيجة لحادث أو الإصابة بمرض، وفي هذه الحالة قد يبدأ الطفل بفقدان القدرات اللغوية التي تكون قد تطورت لديه إذا لم تقدم له خدمات تأهيلية خاصة، رغم أن الطفل في هذه الحالة تكون ولادته عادية من حيث القدرة على السمع (حنفي، 2003، ص 137) ويذكر الخطيب (2002) أن المشكلة هنا تكمن في أن الطفل لا يستطيع اكتساب اللغة والكلام بطريقة طبيعية، فعدم قدرته على سماع الكلام تعني عدم القدرة على تقليد كلام الآخرين ومراقبة كلامه، لذلك فهو يحتاج

إلى تعلم اللغة بصرية، وغالبا ما يستخدم أساليب التواصل اللغوية (الخطيب، 2002، ص 56)

ب- الإعاقة السمعية بعد اكتساب اللغة Postlingual:

وهي الإعاقة التي تحدث عند الطفل بعد تطور اللغة والكلام - أي بعد بلوغ الطفل سن الخامسة - حيث يكون قد توفرت لديه مجموعة من المفردات اللغوية (حنفي، ٢٠٠٣ ، ص 138) كما يطلق هذا التصنيف على تلك الفئة من المعاقين سمعية الذين فقدوا قدرتهم السمعية كلها أو بعضها بعد اكتساب اللغة، حيث تتميز هذه الفئة بقدرتها على الكلام لأنها سمعت وتعلمت اللغة (الروسان، ٢٠٠١، ص 143). إلا أن هذه المهارات اللغوية والكلامية قد تتدهور بسبب عدم مقدرته على سماع مستوى كلامه، ولذلك غالبا ما يعمل على تنمية أساليب التواصل الشفهية لديه (الخطيب، 2002). ويشير الخطيب (1998) إلى أن تأثيرات الصمم بعد اللغوي تعتمد على عدة عوامل من أهمها: شدة الصمم، وسرعة حدوثه، وشخصية الفرد وذكائه ونمط حياته (الخطيب، 1998، ص 27) وتصنف الإعاقة السمعية أيضا حسب العمر إلى:

- إعاقة سمعية ولادية: وهؤلاء الأطفال يحدث لديهم ضعف سمعي منذ لحظة الولادة، فهم لن يستطيعوا تعلم الكلام تلقائيا.

- إعاقة سمعية مكتسبة: وهؤلاء الأطفال يحدث لديهم الضعف السمعي بعد الولادة، وفي هذه الحالة قد يبدأ الأطفال بفقدان القدرة اللغوية التي تكون قد تطورت لديهم إذا لم تقدم لهم خدمات تأهيلية خاصة. (المخلافي، 2001، ص 25)

ثانيا : التصنيف الطبي حسب موقع الإصابة:

يرتبط هذا التصنيف بالجانب الطبي، حيث يتم تحديد الجزء المصاب في الجهاز السمعي الذي تسبب بالإعاقة السمعية، ويمكن تصنيف موقع الإصابة في الجهاز السمعي إلى إعاقة سمعية توصيلية، وإعاقة سمعية حسية - عصبية، وإعاقة سمعية مركزية، وإعاقة سمعية مختلطة. وتصنف الإعاقة السمعية حسب موقع الإصابة إلى:

أ- الإعاقة السمعية التوصيلية:

وينتج ذلك من خلل يصيب الأذن الخارجية والوسطى مع وجود أذن داخلية سليمة، وهذا أبسط أنواع ضعف السمع حيث تنحصر المشكلة في وجود عقبات تحول دون توصيل الأصوات إلى الأذن الداخلية، حتى يتم تفسير وتحليل هذه الأصوات بواسطة مناطق السمع العليا (الجبالي، ٢٠٠٢، ص 54)، وبشكل عام، فإن الأفراد الذين لديهم هذا النوع من الإعاقة السمعية يتمتعون بمقدرة جيدة على تمييز الأصوات العالية نسبية، ويميلون إلى التكلم بصوت منخفض لأنهم يسمعون أصواتهم جيدة أو بسهولة، حيث لا يتجاوز فقدان السمع لديهم (60) ديسبل، ويكون العلاج بالجراحة أو بالعقاقير الطبية فعالا في هذا النوع من الإصابة (رجب،، 2008، ص18)

ب- الإعاقة السمعية الحسية العصبية:

تنتج هذه الإعاقة عن خلل يصيب الأذن الداخلية أو المنطقة الواقعة بين الأذن الداخلية ومنطقة عنق المخ، مع وجود أذن وسطى وخارجية سليمتين. في هذا النوع من ضعف السمع تكون المشكلة في عملية تحليل وتفسير الأصوات وليس في توصيلها (الجبالي، ٢٠٠٢، ص 54). كما وتحدث الإعاقة السمعية الحس - عصبية من أي اضطراب أو تلف في الأذن الداخلية أو في العصب السمعي الموصل إلى المخ مما يستحيل معه وصول الموجات الصوتية مهما بلغت شدتها إلى المخ، أو وصولها محرفة (القيروتي وآخرون، ٢٠٠١، ص105). وهذا النوع لا يمكن علاجه طبية أو جراحية، بل إن الصوت لا يصبح واضحة حتى في حالة تضخمه، ولذلك فالمعينات السمعية ذات فائدة محدودة (حنفي، 2003، ص 139) وتساعد الاختبارات السمعية الفسيولوجية مثل فحص التردد السمعي القوقعي وقياسات جذع الدماغ والتخطيط الإلكتروني للقوقعة على التمييز بين الإعاقة السمعية العصبية و الحسية (زريقات، 2003، ص 46)

ج- الإعاقة السمعية المختلطة: Mixed Hearing impairment

ويجمع هذا الشكل من الإعاقة بين فقد السمع التوصيلي وبين الإعاقة الحس-عصبية، حيث تكون الإعاقة السمعية مختلطة إذا كان الشخص يعاني من إعاقة توصيلية وإعاقة حسعصبية في الوقت نفسه، وفي هذه الحالة قد يكون هنا فجوة كبيرة بين التوصيل الهوائي والتوصيل العظمي للموجات الصوتية، وقد يسمع الأشخاص المصابون بهذا النوع من الصمم أصوات متقطعة ومشوشة، وقد تكون السماعات الطبية مفيدة لهؤلاء الأشخاص، ولكن السمع لا يعود لوضعه الطبيعي (Glen, 1999, p55).

د- الإعاقة السمعية المركزية: Central Hearing impairment

تكون الإعاقة السمعية مركزية في حالة وجود خلل أو اضطراب يحول دون وصول الصوت من الممرات السمعية في جذع الدماغ إلى المراكز السمعية في الدماغ، وغالبا ما يعاني الأفراد الذين لديهم هذا النوع من الإعاقة السمعية من اضطرابات عصبية خطيرة تغطي على الضعف السمعي. وفي هذا النوع من الإعاقة تكون المعالجات الطبية والمعينات السمعية ذات فائدة محدودة. (موسى والعربي، 2007، ص145)

ن - الصمم الهستيرى: Hysterical

ويرجع إلى التعرض لخبرات وضغوط انفعالية شديدة صادمة و غير طبيعية أي أن سببه نفسي وليس له أي أساس عضوي (القريطي، 2005، ص32) وهي حالة تحتاج إلى معالجة نفسية (نيسان، 2009، ص15).

ثالثا : التصنيف حسب شدة الإصابة :

ويمكن تصنيفها إلى فئات خمس حسب تورنبول وآخرون (Turnball et al., 2002) وهي:

- الإعاقة السمعية البسيطة جدا : (slight) :

حيث يتراوح فقدان السمع بين (27-40) ديسيبل، وأهم ما يميز هذه الفئة أن لدى صاحبها صعوبة سماع الكلام الخافت أو الكلام عن بعد، أو تمييز بعض الأصوات،

ولا يواجه الفرد صعوبات تذكر في المدرسة، وقد يستفيد من المعينات السمعية والبرامج العلاجية. العزة، 2001، ص25)

الإعاقة السمعية البسيطة: (Mild)

ويتراوح شدة فقدان السمع بين (41-55) ديسيبل، ويستطيع الشخص الذي لديه هذا المستوى من فقدان السمع أن يفهم كلام المحادثة عن بعد (3-5) أمتار ولكن وجهها لوجه (Alpertini، 2000، ص124).

وقد يفوت الطالب حوالي 50% من المناقشة الصفية إذا كانت الأصوات خافتة أو عن بعد، وقد يحدث لديه بعض الانحرافات في اللفظ والكلام. ويجب إحالة هذا الشخص إلى التربية الخاصة لأنه قد يحتاج إلى الالتحاق بصف خاص مكيف، وقد تكون المعينات السمعية ذات فائدة. (الخطيب، 2004، ص171).

الإعاقة السمعية المتوسطة: (Moderate)

ويتراوح فيها فقدان السمع بين (56-70) ديسيبل، ولا يستطيع الشخص فهم المحادثة إلا إذا كانت بصوت عالي. ويواجه صعوبات كبيرة في فهم المناقشات الصفية الجماعية. وقد يعاني هذا الشخص من اضطرابات كلامية ولغوية وقد تكون ذخيرته اللفظية محدودة. ويحتاج هذا الشخص للالتحاق بصف خاص لمساعدته في اكتساب المهارات الكلامية واللغوية ويحتاج إلى معينات سمعية (المرجع السابق، ص171).

- الإعاقة السمعية الشديدة: (Severe)

ويتراوح فقدان السمع بين (71-90) ديسيبل. وصاحب هذه الإعاقة لا يستطيع سماع حتى الأصوات العالية. ولذلك فهو يعاني من اضطرابات شديدة في الكلام واللغة. وإذا حدث هذا فقدان السمع منذ السنة الأولى من عمر الطفل فإنه لن تتطور لديه القدرة اللغوية تلقائية. وهذا الشخص قد يحتاج إلى الالتحاق بمدرسة خاصة للمعوقين سمعية، ليحصل على تدريب سمعي وتدريب على قراءة الشفاه. كذلك فهو بحاجة إلى سماعة طبية (المرجع السابق، ص171).

- الإعاقة السمعية الشديدة جدا: (Profound)

ويتراوح فقدان السمع لدى الشخص (90) ديسيبل وأكثر (أبو النصر، 2005، ص75). وهذا المستوى من الضعف السمعي يشكل إعاقة شديدة، حيث أن الشخص قد لا يستطيع أن يسمع سوى بعض الأصوات العالية، إنه يعتمد على حاسة البصر أكثر من السمع، ويكون لديه ضعف واضح في الكلام واللغة. وهو قد يحتاج إلى دوام كامل في مدرسة للأشخاص الصم مزودة بالوسائل الخاصة وتستخدم أساليب خاصة لتطوير الكلام واللغة وتوظيف طرق التواصل اليدوي والتدريب السمعي (Kaufman، 2003، p54).

واستفادت الباحثة من هذا التصنيف في تحديد نسبة الخسارة السمعية لكل من الصم وضعاف السمع، حيث اعتبرت الباحثة في الدراسة الحالية أن من تتراوح نسبة الخسارة السمعية لديهم بين (35-69) ديسيبل هم من ضعاف السمع، وأن من تزيد نسبة الخسارة السمعية لديهم عن (70) ديسيبل هم من الصم، وذلك بما يتفق مع تعريف موريس (Moorse، 1996) الذي اعتمدته الباحثة أيضا في مصطلحات الدراسة.

رابعا: التصنيف التربوي :

يهتم هذا التصنيف بالربط بين درجة فقدان السمع وأثرها على فهم وتفسير الكلام وتمييزه في الظروف العادية، وعلى نمو المهارات الكلامية واللغوية لدى الطفل، وما يترتب على ذلك من احتياجات تربوية وتعليمية خاصة. ويصنف التربويون الإعاقة السمعية إلى الفئات التالية:

- الفئة الأولى : الأطفال الذين لا يحتاجون إلى تدابير تربوية خاصة سوى

إجلاسهم في مكان

مناسب في غرفة الصف وهم الذين يعانون من فقدان سمعي بسيط.

- الفئة الثانية: هم الذين لديهم القدرة على تلقي دروس فصلهم العادية شريطة إجلاسهم في مكان مناسب وتقديم تدريبات خاصة في الكلام وتعلم قراءة الشفاه مع تزويدهم بالمعينات السمعية.

الفئة الثالثة: هم الذين لا يملكون حاسة السمع بما يكفي لتعلم اللغة والكلام بدون آلة سمعية مساعدة ولكنهم يملكون بقية سمعية يمكن استغلالها في تربيتهم وتعليمهم وهم لا يمكنهم تعلم اللغة عن طريق الأذن المجردة من دون وسيلة مساعدة ولذلك يتم تعليمهم في صفوف خاصة بالصم على يد مدرسين خاصين لتدريبهم على تطوير اللغة ثم يطبق عليهم برامج تعليمية خاصة على غرار البرامج التي أنشئت للأطفال ضعاف السمع.

- الفئة الرابعة: هم الذين يعانون من صمم تام فهم لا يستطيعون سماع الأصوات بأذنيهم حتى مع استخدام المعينات السمعية لذلك يجب تعليمهم تعليماً خاصاً على يد مدرسين خاصين مدربين على تنمية وتطوير عملية التواصل مستخدمين طرق وأساليب متخصصة ويتم تقديم هذه الخدمات في فصول خاصة (عبيد، 2000، ص 39)

ومما سبق يتضح لنا أنه قد تعددت وتنوعت أنواع فقدان السمع، وذلك بناء لطبيعة الأساس الذي يعتمد عليه كل تصنيف، فهناك تقسيم يقوم على أساس وجود خلل أو إصابة بالجهاز السمعي وأخر على أساس توقيت حدوث الإصابة بالفقد، وثالث على أساس درجة السمع، ورابع صنف تبعاً للربط بين درجة فقدان السمع وأثره على فهم وتفسير الكلام وعلى نمو المهارات الكلامية واللغوية لدى الطفل، إلا أنها تشترك جميعها في تفسير مدى تأثير فقدان السمع على حياة الفرد المعاق سمعية. فالفقدان السمعي يمنع المعاق سمعياً من فهم كلام الآخرين ومحادثاتهم، مما يعرضهم لمواقف تثير لديهم مشاعر الإحباط الأمر الذي يقودهم إلى الانطواء والعزلة والخجل سواء من المعاقين سمعية أو من العاديين.

4-أسباب حدوث الإعاقة السمعية:

يرجع علماء النفس أسباب الصمم إلى عوامل كثيرة يمكن تصنيفها كما ذكرها كل من الشيخ و الأحمد (ص 42 ، 1998م) فيما يلي:

1- عوامل وراثية: وهي نادرة الحدوث وتنتقل عن طريق الجينات الموجودة في الكروموسومات الخلقية من الآباء والأجداد إلى الأبناء والأحفاد ولا يتعدى دورها نسبة 0.003.

2-عوامل ولادية: كإصابات الأم في الشهور الأولى للحمل بأمراض

مثل: مرض القلب أو مرض ماء العين (الكتاركتا) أو التهاب أغشية المخ.

3-عوامل بيئية مكتسبة: كإهمال الطبيب للأم أثناء الولادة أو الولادة المتعسرة التي قد يترتب عليها إصابة المولود بنزيف المخ أو نقص كمية الأوكسجين عند الولادة أو قد تكون نتيجة الحوادث كحوادث السيارات أو السقوط من أعلى أو الحمى الروماتيزمية أو الضعف العقلي أو الخلل في أعصاب المخ. ويسمى مثل هذا الصمم بالصمم الخلقى Congenital deafness ، وهناك سبب آخر للصمم المكتسب أو الصمم العارض أو العصبي وهو وجود عيب في أعصاب السمع أو وجود عيب في العضو الخاص بتوصيل الصوت. بينما يقسم الزريقات (ص 10 ، 2003م) أسباب الصمم إلى مجموعتين رئيسيتين هما:

الأولى: مجموعة الأسباب الخاصة بالعوامل الوراثية (الجينية) ، وخاصة اختلاف العامل الريصي بين الأم والجنين.

الثانية: مجموعة الأسباب الخاصة بالعوامل البيئية والتي تحدث بعد عملية الإخصاب أي قبل مرحلة الولادة، وأثناءها، وبعدها، مثل سوء تغذية الأم الحامل، وتعرض الأم الحامل للأشعة السينية، وخاصة الشهور الثلاثة الأولى من الحمل، وتعاطي الأم الحامل للأدوية والعقاقير دون استشارة الطبيب، وإصابة الأم الحامل بالحصبة الألمانية، والزهري،

ونقص الأوكسجين أثناء عملية الولادة والتهابات الأذن، والحوادث التي تصيب الأذن... الخ.

خصائص المعاقين سمعياً:

يرى جيسن وباتي (Beatie & Jessen ، 1990) بأنه على الرغم من وجود العديد من الدراسات التي تناولت جوانب النمو النفسي والمعرفي واللغوي للمعوقين سمعية، إلا أن نتائج البحوث كانت غير ثابتة وغير حاسمة، وذلك بسبب الفروق في طرق التداول بين الدراسات والتعقيدات الخاصة بتقييم النمو وطبيعة الإعاقة السمعية. كما إن الإعاقة السمعية ليس لها التأثير نفسه على جميع الأشخاص المعوقين سمعية، فهؤلاء الأشخاص لا يمثلون فئة متجانسة ولكل شخص خصائص فريدة، فتأثيرات الإعاقة السمعية تختلف باختلاف عدة عوامل منها: نوع الإعاقة السمعية، عمر الشخص عند حدوث الإعاقة، سرعة حدوث الإعاقة، القدرات السمعية المتبقية وكيفية الوضع السمعي للوالدين، سبب الإعاقة، الفئة الاجتماعية الاقتصادية وغير ذلك (الخطيب، 1998، ص84).

وترى الباحثة أنه للوصول لمعرفة جيدة عن المعاقين سمعياً، وللتمكن من مساعدتهم وتأمين حاجاتهم الاجتماعية والنفسية والتعليمية والتربوية والمجتمعية، لا بد لنا من التعرف إلى أثر الإعاقة السمعية على مظاهر النمو المختلفة لهم. وفيما يلي عرض لخصائص المعاقين سمعية.

الخصائص اللغوية: Lingual Characteristics

يعتبر تطور اللغة أمراً هاماً بالنسبة للأطفال المعاقين سمعية، ويحتاج الأطفال إلى تطوير لغتهم ما أمكن بهدف الوصول إلى النمو المناسب (صديق، 2001، ص 86) وأي تأخر في النمو اللغوي للطفل سوف يظهر ذلك في المراحل المتأخرة من العمر، ويتأثر الأطفال المعاقون سمعياً بمدى التدريب المبكر ونوعه، ومتى استخدمت المصاحمات الصوتية، والعوامل الذكائية والانفعالية والبصرية، وفقدان الدعم الأسري والثقافي، والعمر

عند التشخيص، وخدمات التدخل المبكر (Ramspott,silvester ، 095 ، 2007)
(Pareto).

وقد أشار هالهان وكوفمان (Kauffman & Hallhan ، 1981) إلى وجود ثلاثة آثار سلبية للإعاقة السمعية على النمو اللغوي، وبخاصة لدى الأفراد الذين يولدون صمّة وهي:

- عدم وصول أي رد فعل سمعي من قبل الآخرين للطفل الأصم عندما يصدر صوتاً من الأصوات.

- لا يوجد أي تعزيز لفظي من الآخرين لأي صوت يصدر عن الطفل الأصم (عبيد، 2000، ص312).

- ليس لدى الطفل الأصم إمكانية لسماع النماذج الكلامية من قبل الكبار كي يكررها ويقلدها وهذه الآثار تولد مشكلات لغوية مختلفة لدى المعاق سمعية، فقد ذكر حسن (2008) بأن أبرز مظاهر التأخر نمو اللغوي تكمن في مسالة الثروة اللغوية وتمركز ألفاظها حول الملموس وصعوبة فهم التعبيرات الاصطلاحية والمجردة وصعوبة إدراك الكلمات الوظيفية كأسماء الإشارة والضمائر والكلمات متعددة المعاني وظرف الزمان وظرف المكان فضلاً عن صعوبة فهم الجمل التي تحتوي على تعبيرات استفهامية أو مبنية للمجهول، أو الجمل ذات التراكيب المتعددة (حسن، 2008، ص 221). أي أن المعاقين سمعية يعانون من صعوبة في فهم اللغة الاستقبالية أما بالنسبة للغة التعبيرية فقد ذكر (Rachel، 2008) أنه وبالرغم من سلامة جهاز النطق عند المعاقين سمعية إلا أنهم يلفظون أصوات الكلام بطريقة غير صحيحة، فهم يجدون صعوبة في تكييف حجم أصواتهم، فيكون الصوت على وتيرة واحدة، إيقاعه ضعيفاً، ولديهم صعوبة في اكتساب بدايات الكلمات ونهايتها، ومشكلات في عدم تشديد الكلمات. كما يرى (فهيم، 1980) أن كلام ضعيف السمع يتسم بعدم النضوج وعدم القدرة على التحكم بالفترة الزمنية بين الكلمة والكلمة التي تليها، بمعنى أنه يقضي وقتاً أطول في نطق كلمة واحدة في حين أن الكلمة

التالية قد يسرع في نطقها، كما يمكن أن يكون هناك تداخل بين بعض الأصوات (فهمي، 1980، ص83).

ويذكر فتحي (1995) إن الدراسات والبحوث اهتمت بتقديم برامج لتحسين مهارات التواصل لدى الأطفال المعاقين سمعية، حيث اهتمت بتزويد الطفل المعاق سمعية بالمعرفة والخبرات واحتياجات التواصل، ونماذج لغوية وتعبيرية يحتذي بها الطفل المعاق سمعية في مواقف مشابهة لبيئة الطفل واستخدام التواصل الكلي، والتعامل مع الحياة اليومية لبيئة الطفل، واستخدام التغذية الراجعة، والمناقشة، والوصف، والقيام بالدور لتأثيرهم الإيجابي في نمو مهارات الاتصال (عبد الواحد، 1999، ص67)

الخصائص النفسية والاجتماعية: Social and Psychological Characteristics

يشير الخطيب (1999) أن الادعاء بوجود سيكولوجية خاصة للمعوقين سمعية إنما هو مجرد وهم. وهذا لا يعني أن الإعاقة السمعية لا تؤثر على الخصائص النفسية والانفعالية للشخص وإنما يعني أن تأثير الإعاقة السمعية يختلف اختلافا جوهريا من إنسان إلى آخر فالعوامل المحددة للبناء النفسي للشخص عديدة ومتنوعة. و يذكر موريس (Moore، 2001 ، p48)

أن ظهور المشكلات النفسية والتوافقية لدى المعوقين سمعية يكون نتيجة لكيفية تقبل الآخرين المحيطين بهم في بيئتهم لإعاقتهم وخاصة الوالدين. حيث تبين الدراسات أن الخصائص النفسية للمعوقين سمعية ترجع إلى تعرضهم لمواقف تتسم بالقسوة و التفرقة وإثارة الشعور بالنقص، والإهمال، والسخرية أو تتسم بالإشفاق والتعبير عن هذا الإشفاق أمامهم (التهامي، 2006، ص 51).

ويشير مورثان وريتشارد (Richarda orethan، 1980) إلى أن الأصم في الطفولة لا يشعر بحنان الأمومة وعطفها الدافئ، ويرجع ذلك إلى عدم سماعه صوت أمه وترانيمها خلال فترة عنايتها به وهو في حضانتها، ويضيف أن الأطفال الصم يعانون من

الإحباط نتيجة لعدم فهم الآخرين لهم، بسبب افتقارهم وسيلة التواصل (اللغة) حيث إننا نشرح للطفل العادي مثلا سبب رفض شيء ما، في حين أننا لا نفعل شيئا للأصم سوى أن يجيب بالرفض فيشعر بالإحباط لأنه لا يفهم سبب الرفض أو سبب معاقبته (حنفي، 2003، ص57). فالإعاقة السمعية تحد كثيرا من عالم خبرات الفرد وتحرمه من بعض المصادر التي يكون من خلالها شخصيته، وهذا من شأنه أن يجعل سلوكه جامدا ويواجه الكثير من مواقف الشعور بعدم الأمن، ويعيش في فراغ صامت مما يؤثر على توافقه النفسي (قوشم، 2004، ص64). وتؤكد ولش (Walsh، 1989) أن الأطفال و المراهقين المعاقين سمعيا يتسمون بانخفاض البروفایل السيكولوجي للشخصية مقارنة بالعاديين (Walsh -27، 1989، p31)

فقد وجد مايكليبيست أن حوالي 10% من المعاقين سمعية أقل نجاحا من الناحية الاجتماعية مقارنة بالأطفال العاديين (الخطيب، 2002، ص45) كما أنهم أقل قبولا من الأقران و يجدون صعوبة في إقامة علاقات صداقة (القريطي، 2001، ص 315). لذلك فهم يتجنبون مواقف التفاعل الاجتماعي في مجموعة ويميلون إلى المواقف التفاعل ضمن فرد واحد أو فردين (القريوتي وآخرون، 2001، ص 103). لكنهم يبدون قدرة كبيرة من التفاعل الاجتماعي مع أقرانهم المعوقين سمعية، وذلك بشكل يفوق ما يحدث بين فئات الإعاقات الأخرى (عبد الرحيم، 1990، ص 231). فهم أقل معرفة بقواعد السلوك المناسب، ويعانون من قصور واضح في المهارات الاجتماعية مما يجعلهم يميلون للوحدة والعزلة عن الأفراد المحيطين بهم، ويصبحون أكثر اعتمادية فيشعرون بتناقض بتقدير الذات (Murray، 2004، p69).

ويتسم المعاقين سمعية بالتصلب والجمود وعدم الثبات الانفعالي والتمركز حول الذات و ضعف النشاط العقلي والشعور بالنقص وأحلام اليقظة وهم أقل شعور بالحرية والانتماء و الاندفاعية والتهور، وعدم القدرة على ضبط النفس، والميل إلى الإشباع المباشر لحاجاتهم، و ارتفاع مستوى النشاط الزائد (القريطي، 2005، ص317). وتذكر

عبيد (2000) أن المعاقين سمعية يتصفون بالشك بالآخرين و الشعور بالقلق و عدم مشاركة الآخرين والهدوء و الغيرة من الآخرين و التشتت و عدم الانتباه والشعور بالتعاسة والتأخر في أداء المهمات (عبيد، 2000، ص318)، وأيضا يذكر سلومان (Sloman،1993) أن المعاقين سمعية غير ناضجين و انطوائيين، وأنهم أكثر خوف وقلقة وشكوى (Sloman ، 1993 ، p52).

الخصائص الجسمية و الحركية: Physical characteristics

يؤكد فرنش جانمسن (Frensh - Jansma ، 1982) بأن مشكلات التواصل التي يعانيها المعاقين سمعية تضع حواجز و عوائق كبيرة أمامهم لاكتشاف البيئة والتفاعل معها، وإذا لم يزود المعوق سمعية باستراتيجيات بديلة للتواصل فإن الإعاقة السمعية قد تفرض قيودا على النمو الحركي (Marchark ، 1997 . p89)

لذا فالأشخاص المعوقين سمعية لا يتمتعون باللياقة البدنية مقارنة مع الأشخاص العاديين، ويعاني المعاقين سمعية من اضطرابات في التآزر الحركي نحو 30% من مجموعة أطفال هذه الفئة، ونعني باضطراب التآزر الحركي والذي يمكن وصفه بأنه سلوك يتم وفقا لحركات منظمة ومخططة أو ما لدى الشخص من قدرة على السيطرة على أطرافه والتنسيق بينهما بسرعة ويسر (عبيد، 2000، ص313). فالإعاقة السمعية تفرض قيودا على النمو الحركي لديهم، من خلال حرمان المعاقين سمعية من الحصول على التغذية الراجعة السمعية (الصفدي، 2003، ص82)، الأمر الذي يطور لديهم أوضاعا جسمية خاطئة، فبعضهم يمشي بطريقة مميزة فلا يرفع قدميه عن الأرض، وذلك لأنهم لا يسمعون الحركة، وربما لأنهم يشعرون بالأمن عندما تبقى أقدامهم على اتصال دائم بالأرض (حسن، 1999، ص44).

ويرى جاكسون وآخرون (Jackson et، 1997) أنه يمكن التغلب على الآثار السلبية للإعاقة السمعية على النمو الجسمي منذ البداية، بالتدريب الحركي المتواصل للأطفال الصم، وخاصة الأعضاء المتعلقة بجهاز الكلام والسمع كالصدر والحلق والرئتين

و الحبال الصوتية والفم، كي لا تصاب هذه الأعضاء بالركود فيؤدي ذلك إلى اختلاف النمو الجسمي والحركي لهم.

(Jackson et, 1997,p179)

الخصائص المعرفية: Cognitive Characteristics

تتضارب الآراء حول مدى تأثير الإعاقة السمعية على القدرات المعرفية، فهناك من يرون أن للإعاقة السمعية تأثير سلبية على القدرات المعرفية، بينما يقرر آخرون أنه ليس ثمة علاقة واضحة للإعاقة السمعية على القدرات المعرفية، فعلى الجانب الأول يعتبر بنتر Pinnter أول من أشار إلى علاقة الحرمان الحسي بتخلف القدرات العقلية للأصم، حيث توصلت الدراسة إلى أن مستوى القدرات العقلية للمعاق سمعية في الصغر تكون أقل منها لدى الطفل العادي، ويعلل ذلك بأن الأمراض المسببة لحدوث الإعاقة السمعية أثرت على المخ، وبالتالي سببت التخلف العقلي. (عبدالرحيم، 1990، ص 232، 292).

ويرى قنديل (1995) أيضا بأن القدرات العقلية للمعاق سمعية تتأثر سلبا نتيجة إصابته بالإعاقة، وذلك بسبب نقص المثيرات الحسية في البيئة، مما يترتب عليه قصور في مدركاته، ومحدودية في مجاله المعرفي، بل أحيانا تأخر في نموه العقلي مقارنة بأقرانه من العاديين (قنديل، 1995، ص2).

وعلى الجانب الآخر ذكر مندل و فيرنون (Vernon & Mindel، 1974) أن نحو 50 دراسة مقارنة أجريت على مستويات الذكاء بين ضعاف السمع والأسوياء، وأثبت الإحصاء من هذه الدراسات أن ضعف السمع في حد ذاته لا يؤثر على نسبة الذكاء، وذلك على الاختبارات الأدائية، إلا أن هناك نوعيات معينة من بين فئات الضعف السمعي يتواجد بها خلل وعطب في الجهاز العصبي بالإضافة إلى الضعف السمعي، وتكثر في هؤلاء نسبة الضعف الفكري، مما يدل على أن الإصابة الدماغية هي التي تكمن وراء التخلف العقلي وليس الضعف السمعي، إضافة إلى أن القدرة على التفكير المجرد لا تختلف لدى ضعاف السمع عن العاديين، أطفالا كانوا أم مرهقين. ويؤيد هذا الاتجاه

وجود عدد كبير من الصم المتفوقين في الإحصاء والرياضيات (مندل وفيرنون، 1974، ص 157، 160). وكذلك فقد توصل روزنستين (Rosenstein) إلى أنه لا توجد اختلافات جوهرية بين الأطفال ضعاف السمع والعاديين في القدرات العقلية ويقرر بأن الأطفال قادرين على الانخراط في السلوك المعرفي، ولكن ينبغي تعريضهم لخبرات لغوية أكثر (أحمد وحنفوره، 1991، ص 120). ويضيف رشاد عبد العزيز (1992) أن تفوق الأطفال عاديا السمع على ذوي الإعاقة السمعية في بعض القدرات المعرفية و الابتكارية يرجع إلى عدة أسباب منها:

- أن البيئة الأسرية التي ينتمي إليها الفرد ذو الإعاقة السمعية لا تنمي خياله الابتكاري بحكم أنه فرد ذو إعاقة لا فائدة منها.

- كما أن البيئة المدرسية الخاصة للفرد ذو الإعاقة السمعية بيئة محبطة لا تشجعه ولا تقدم له المناخ المناسب الذي يعمل على التنشيط العقلي والدليل على ذلك أنه عند تحليل المناهج المخصصة له وجد أنها خالية من أية دعوة لتنمية الابتكار لديه (عبد العزيز، 1992، ص 254) وأضافت نتائج دراسة سارا وهادن (Sara and Hadyn، 2002) إلى أن حرمان المعوقين سمعية من التواصل واكتساب المهارات المعرفية يؤدي إلى ضعف في تطوير العمليات العقلية عند الأطفال المعوقين سمعياً.

(Sara، L.& Hadyn، 2002.p248).

ويمكن القول أن الفروق في الأداء بين ذوي الإعاقة السمعية وعادي السمع يعود إلى القصور الواضح في اختبارات الذكاء وخاصة اللفظية المقدمة لذوي الإعاقة السمعية لا إلى قدراتهم العقلية، ويعني ذلك أن اختبارات الذكاء بوضعه الحالي لا تقيس قدراتهم الحقيقية إلا إذا صممت بطريقة تناسبهم وبذلك يصعب اعتبارهم معاقين عقلياً . (الروسان، 1989، ص 124) استنتج فرون بعد مراجعته عدد من الدراسات التي أجريت حول ذكاء المعوقين سمعية أن معدل ذكائهم وإذا كان ينخفض عن معدل السامعين فإن أدائهم يتحسن ويصل إلى المستوى العادي على الجزء العملي من اختبار وكسلر لذكاء

الأطفال والذي لا يستلزم مستوى عالي من المهارات اللغوية (القريطي، 2005، ص320) ويؤكد زريقات أنه لا توجد عيوب ذكائية لدى المعاقين سمعية وبالتالي لا توجد محددات لقدراتهم المعرفية (زريقات، 2003، ص185). ونستنتج من ذلك أن ذكاء المعاقين سمعياً لا يختلف عن ذكاء السامعين وإنه قد يكون لديه تأخر في نمو بعض جوانب قدراته العقلية عن معدل النمو الطبيعي . إلا أن ذلك لا يعني وجود إعاقة عقلية لديهم، وإنما يعود إلى النقص الواضح لما تتعرض له هذه الفئة من خبرات لغوية وبيئية.

الخصائص الأكاديمية: Academic Characteristics

على الرغم من أن ذكاء الطلاب المعاقين سمعية ليس منخفضة إلا أن تحصيلهم العلمي عموماً منخفض بشكل ملحوظ عن تحصيل الطلاب العاديين. فالأداء الأكاديمي يعتمد كثيراً على التعلم اللغوي، ويظهر تأخرهم الدراسي خاصة في مجال التحصيل القرائي، ومثل هذا التأخر يزداد بزيادة شدة الضعف السمعي الذي يعاني منه المعاق سمعية (Karchmer & trybus، p53، 1977 .)

وقد وجد فيرت (Fuart، 1971) إن المتوسط العام لمستوى القراءة بالنسبة للتلاميذ المعاقين سمعية لا يتعدى الصف الثالث الابتدائي، كما أن المعاقين سمعية الذين بلغوا عمر السادسة عشرة لم يتجاوزوا في مهاراتهم القرائية أكثر من مستوى الصف الخامس الابتدائي، كما كانت حصيلتهم من المفردات اللغوية شبيهة بحصيلة تلميذ عادي في الصف الثالث الابتدائي (عبيد، 2000، ص 315) وبشكل عام، أشارت العديد من الدراسات إلى أن انخفاض المستوى العام للتحصيل الدراسي لدى المعوقين سمعية مقارن بنظرائهم العاديين يكون من ثلاثة إلى خمسة أعوام. ويزداد هذا التأخر مع زيادة السن، وأن أكبر تأخر دراسي يكون في القراءة ، وفهم الكلمات وال فقرات (Saratawi et al، 1998 ، p36)

وتزداد المشكلات الأكاديمية بازدياد شدة الإعاقة السمعية، وتتأثر بمدى تأثر القدرات العقلية، والشخصية والدعم الذي يقدمه الوالدان، والعمر عند حدوث الإعاقة

السمعية، والوضع السمعي للوالدين، والوضع الاقتصادي و الاجتماعي للأسرة
(Ysseldyke ، 1995 ، P63)

بالإضافة إلى عدم ملائمة المناهج الدراسية أو طرق التدريس أو تدني كفاءة
العاملين معهم أو انخفاض مستوى دافعيتهم، فالمعوقين سمعية يحتاجون إلى جهد أكبر
لتكييف البيئة التعليمية - بما تضمنه من برامج تربوية، و مناهج تعليمية، وكوادر
تدريسية- بما يتناسب مع إمكانيات وقدرات ونقاط الضعف والقوة لدى المعاقين سمعياً.
وقد عمدت الباحثة عند تطبيق أداة الدراسة مراعاة هذه الخصائص للمعاقين
سمعي. حيث تم طرح بنود الأداة على المعاقين سمعية (الصم) من قبل أخصائي لغة
الإشارة، الذي شرح لهم التعليمات، والبنود كل على حدا.
أما بالنسبة للمعاقين سمعية (ضعاف السمع) فقد طرحت الباحثة عليهم بنود الأداة
بمساعدة معلم الصف في المدارس الحكومية.

و مما سبق ترى الباحثة أن تأثير الإعاقة السمعية على الفرد ليس مجرد عدم القدرة علي
الكلام، ولكن الواقع يشير بعكس ذلك فالعجز عن الكلام ليس إلا أحد أضعف الآثار التي
يمكن أن تنتج عن الإعاقة السمعية، فهي تفرض عليه جداراً من العزلة و والانطواء
والخجل، وتقوده أيضاً إلى عدم النضج الاجتماعي والاعتمادية. فالشخص المعاق سمعية
لا يتلقى تغذية رجعية سمعية في تواصله مع الآخرين، وتعد عملية الاتصال هي الأساس
لعملية أخرى لها أهميتها وهي عملية التفاعل الاجتماعي، والتي تسمح للفرد بإقامة حياة
اجتماعية فعالة تؤثر بالتالي على مفهوم الذات لدى الفرد. وتأثير الإعاقة السمعية على
الفرد يختلف اختلافاً جوهرياً من إنسان إلى آخر، فالعوامل المحددة للبناء النفسي للشخص
عديدة ومتنوعة، لذلك فإن أثر الإعاقة السمعية في الفرد يعتمد على المعنى الذي تحمله
بالنسبة له.

أساليب الوقاية من الإعاقة السمعية:

بالرغم من أن الكثير من أسباب الإعاقة السمعية غير محددة شأنها في ذلك شأن الإعاقات الأخرى، فما هو محدد السبب؟ لا يتجاوز 25% و إن هناك نسبة كبيرة مجهولة، ومع ذلك فإن الأخذ بالأسباب مهم جدا لتجنب حدوث إعاقة قدر الإمكان أو التقليل من آثار حدوثها وتحولها إلى إعاقة، وتكون الوقاية بالأخذ بأسباب الإعاقة وتجنبها، وعند الحديث عن الوقاية من الإعاقة السمعية تأتي الإشارة إلى التدخل المبكر لاكتشاف الإعاقة، وتقسّم الوقاية من الإعاقة السمعية إلى ثلاث أقسام كما أوردها كل من (يوسف 2000م، ص 43-44) (والروسان 2000م، ص 30) (وعبيد 2000م، ص 35) فيما يلي:

الأول: منع حدوث الإعاقة من خلال الأخذ بالأسباب ومن أهمها:

- 1- الفحص الطبي قبل الزواج.
- 2- استشارة الطبيب قبل الزواج.
- 3- تباعد الأحمال.
- 4- البعد ما أمكن عن زواج الأقارب خصوصا إذا كان ذلك متكررا أو وجود إعاقات في العائلة.

الثاني: اكتشاف الإعاقة بشكل مبكر مما يمنع تفاقم الحالة وتقليل من آثارها بشكل كبير يتطلب هذا:

- 1- العناية الطبية والكشف الطبي منذ الولادة.
- 2- حماية الأفراد من الأمراض التي من الممكن بتضاعفها أن تؤدي إلى حدوث إعاقة سمعية.

الثالث: منع مضاعفات الإعاقة وتطورها من خلال:

- 1- تقديم المساعدات المكثفة للأفراد المصابين لاستغلال قدراتهم . وتقديم برامج مكثفة لتعويضهم عن الخبرات والمفاهيم التي لم يستطيعوا الحصول عليها بسبب اعاقتهم.

خلاصة :

نستخلص من خلال ما تقدم بان الأطفال المعاقين سمعيا هم أطفال عاديين غير أن الصمم إعاقة خطيرة جدا خاصة عندما يتعرضون لها لأنها تحد من نموهم اللغوي مما يؤثر على عملية الاتصال لديهم و هذا ما يؤكد ضرورة الكشف المبكر عن هاته الإعاقة ومعرفة أسبابها للوقاية من حدوثها مسبقا، وبالتالي يمكن الاستفادة من هذه المعلومات في مساعدة المعاق سمعيا وامكانية التكفل به نفسيا .

خاتمة

خاتمة:

في حدود امكانياتنا حاولنا جاهدين دراسة موضوع (أساليب التكفل النفسي لذوي الاحتياجات الخاصة- الإعاقة السمعية).

علما أن الموضوع لم يختر عشوائيا، وقد استغرقنا وقتا طويلا في ضبط متغيراته حتى استقر على ماهو عليه، والذي كنا نهدف من خلال دراسته الوصول إلى غاية واحد وهي تحقيق عمل يكون بمثابة لبنة تضاف إلى المجهودات الكثيرة التي تسعى كلها إلى تبديد الحوافز المفروضة، على ذوي الخصوصية عموما وعلى المعاق سمعيا خصوصا، فحاولنا إبراز هذا الهدف من خلال معرفتي ما إذا كانت هناك نواتج بين متغيرات هذه الدراسة التي تم ذكرها، وضعت البحث على السكة الحديدية، فقمنا بالتالي تحديد أسئلة الدراسة وفروضها وبنينا بالاستناد إلى الرصيد النظري الذي تم تجميعه وتبويبه في فصلين(فصل التكفل النفسي وفصل الإعاقة السمعية) مفصلين.

واستخلصنا بعد كل ذلك عدة نقاط: أن التكفل النفسي لا ينحصر فقط في فهم الحالات والاضطرابات النفسية التي يعاني منها الأصم، بل باستخدام الأساليب المناسبة التي تساعد في انجاح عملية التكفل، فالأصم له خصائص نوعية وعديدة ترسم منحى سلوكياته وتحدد معالم شخصيته وتؤثر على حياته النفسية والاجتماعية وهنا يكمل دور الأخصائي النفسي العيادي وخبرته وكفاءته في التعامل مع هاته الفئة، وأيضا يكون على قدر كاف من الخبرة للتعامل مع الأصم حيث أن لغة الإشارة هي الوسيلة الأولى للتواصل مع الأصم وكذلك لغة الشفاه وعلى الأخصائي أن يجيد هاته اللغة ويتقنها ليسهل عمله مع الأطفال الصم، وعلى غرار هذا لقد واجهنا عدة عقبات أثناء بحثنا نذكر منها:

ضيق الوقت وغلق المؤسسات بسبب تفشي جائحة وكورونا والذي منعنا من ممارسة الجانب التطبيقي للدراسة.

قائمة المصادر والمراجع

قائمة المراجع

ب- الكتب بالعربية

1. الجبالي حسني (2002): العميان والصم بين الاضطهاد والعظمة، سلسلة أصحاب الحقوق الخاصة، مكتبة الأنجلومصرية، القاهرة، مصر.
2. الخطيب جمال (1998)، مقدمة في الاعاقة السمعية، دار الفكر، عمان، الأردن.
3. _____ (2002)، مقدمو في الاعاقة السمعية، دار الفكر، عمان، الأردن.
4. _____ (2001)، الدليل الموحد لمصطلحات الإعاقة والتربية الخاصة والتأهيل، المكتب التنفيذي لمجلس وزراء الشؤون الاجتماعية بدول مجلس التعاون لدول الخليج العربي.
5. الخطيب جمال والحديدي منى (2004) التدخل المبكر في التربية الخاصة للطفولة المبكرة، ط2، دار الفكر، عمان .
6. الروسان فاروق (1996) سيكولوجية الاطفال غير العاديين مقدمة في التربية الخاصة، ط2، دار الفكر، عمان، الأردن.
7. _____ (2001): سيكولوجية الأطفال غير العاديين مقدمة في التربية الخاصة، ط3، دار الفكر للنشر والتوزيع، عمان.
8. _____ (1989): سيكولوجية الأطفال غير العاديين " مقدمة في التربية الخاصة، جمعية عمان للمطابع التعاونية، عمان، الأردن.
9. العزة سعيد حسني (2001): الإعاقة السمعية واضطرابات الكلام والنقط واللغة، الدار العلمية الدولية للنشر والتوزي، عمان، الأردن.
10. القريوتي إبراهيم أمين (2006): الإعاقة السمعية، دار يافا العلمية للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.

11. القريوتي يوسف وآخرون(2001) : المدخل إلى التربية الخاصة، ط2، دار القلم، عمان، الأردن.
12. القريطي عبد المطلب(2005): سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة، دار الفكر، القاهرة.
13. حمدي عبد الله عبد العظيم(2013)، برنامج تعديل السلوك ط1، الجيزة، مكتبة أولاد الشيخ للتراث.
14. زريقات إبراهيم(2003) الإعاقة السمعية، دار وائل للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
15. زهران حامد عبد السلام(1997) الصحة النفسية والعلاج النفسي، ط3، عالم الكتب، القاهرة.
16. سري إجلال محمد (2000) مرجع في علم النفس العلاجي، ط3، عالم الكتب، القاهرة.
17. عبد الرحيم فتحي (1990): سيكولوجية الأطفال الغير العاديين، ط2، دار القلم للنشر والتوزيع، الكويت.
18. عيسى مراد علي وخليفة وليد السيد(2007): كيف يتعلم المخ الأصم " النظرية والتطبيق سلسلة كيف يتعلم المخ ذوي الاحتياجات الخاصة، ط1، دار وفاء للطباعة والنشر، الاسكندرية، مصر.
19. أوشم أحمد عفت(2004): مهارات التدريس لمعلمي ذوي الاحتياجات الخاصة، مركز الكتاب للنشر، القاهرة.
20. عبد الواحد محمد فتحي عبد الحي(2001): الاعاقة السمعية وبرنامج اعادة التأهيل، دار الكتاب الجامعي، العين، الإمارات العربية المتحدة.
21. ماجدة السيد عبيد(2000): الإعاقة السمعية السامعيون بأعينهم، دار الصفاء للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.

22. مليكة لويس كامل(1977): علم النفس الاكلينيكي، المكتبة المصرية العامة، القاهرة.

ج- الكتب الأجنبية

1. Mollick, & etra, K(1982) *poor learning abilitu or poor hearing in education exceptional children, guilford,conn: dushkin publishing company.*
2. Hallahan,and koffman j(2003) *exceptional learners: introduction special edueation, 9th ed boston, newyork:allyn.and bacon.*
3. Moores ,d(1996) *education the deaf psychology princip les and practices. Gallaudet university u.s.a, houghton mifflin company.*
4. Glen,m(1999) *audiologist awareness compaign miyed hearing loss. Audiologiste caring for american hearing vol.55.56.*
5. Alpertini, j(2000) *advance in literacy research and practice ,jurnal deaf student and deaf education vol s ni .*

د- الرسائل الجامعية:

1. أبو سعود، شادي محمد السيد،(2004): فعالية برنامج إرشادي في خفض مستوى الاغتراب لدى المراهقين ضعاف السمع، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، جامعة عين شمس، مصر.
2. المخلافي صادق عبده سيف(2001): فعالية برنامج إرشادي في تخفيف السلوك العدوانى لدى عينة من الأطفال ضعاف السمع في الجمهورية اليمنية، رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة عين شمس، مصر.
3. حسن مرسيلينا شعبان(1999): حاجات الأولياء للتواصل مع الاطفال المعوقين سمعيا وعلاقتها ببعض المتغيرات، رسالة ماجستير، غير منشورة، كلية التربية، جامعة دمشق، سوريا.

4. رجب مصطفى محمد مصطفى(2008): فعالية بعض فنيات تعديل السلوك في تخفيف أعراض النشاط الزائد لدى المعاقين سمعياً، رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة المنوفية، مصر.

هـ- المجلات:

- 1.حنفي علي عبد النبي(2003): مشكلات المعوقين سمعياً، كما يدركها معلمو مرحلة الابتدائية في ضوء بعض متغيرات مجلة، كلية التربية، مجلد12، العدد 53.
- 2.قنديل شاكر(1995): سيكولوجية الطفل الأصم ومتطلبات إرشاده المؤتمر الدولي الثاني لمركز الإرشاد النفسي لأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة(الموهوبون، المعاقون) بحوث المؤتمر، المجلد الأول، جامعة عين شمس، 25-27 ديسمبر.

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة محمد بوضياف بالمسيلة

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم: علم النفس

المرجع: القرار الوزاري رقم: 933 المؤرخ في: 28 جويلية 2016 المحدد للقواعد المتعلقة بالوقاية من السرقات العلمية ومكافحتها

تصريح شرفي

خاص بالالتزام بقواعد النزاهة العلمية لإنجاز البحث

أنا الممضي أدناه.

السيد(ة): ملياي ليمات

الصفة: طالب، أستاذ باحث، باحث حائتم: طالبة

الحامل (ة) لبطاقة التعريف الوطنية رقم: 200340939

والصادرة بتاريخ: 24 - 04 - 2016

عن دائرة: المسيلة

المسجل (ة) بكلية: العلوم الإنسانية والاجتماعية قسم: علم النفس

والمكلف (ة) بإنجاز أعمال بحث (مذكرة التخرج، مذكرة ماستر، مذكرة دكتوراه، أطروحة دكتوراه). عنوانها:
الساليب المتكفل النفسي كدوي الإحتياجيات الخاصة

- الإيعازة السحرية -

أصرح بشرفي أنني ألتم بمراعاة المعايير العلمية والمنهجية ومعايير الأخلاقيات المهنية والنزاهة الأكاديمية المطلوبة في إنجاز البحث المذكور أعلاه.

التاريخ: 04 جويلية 2020

إمضاء المعني

30 أوت 2020
مقرر رئيس المجلس الشعبي البلدي
و بتفويض منه

زهين سفيان

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة محمد بوضياف بالمسيلة



كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم: علم النفس

المرجع: القرار الوزاري رقم: 933 المؤرخ في: 28 جويلية 2016 المحدد للقواعد المتعلقة بالوقاية من السرقات العلمية ومكافحتها

تصريح شرقي

خاص بالالتزام بقواعد النزاهة العلمية لإنجاز البحث

أنا الممضي أدناه،

السيد/الآنسة: ملياني دنيا

الصفة: طالب، أسكن في باحضر باحضر داعم: طالبة

الحامل (ة) لبطاقة التعريف الوطنية رقم: 201370531

والصادرة بتاريخ: 03 - 04 - 2017

عن دائرة: المسيلة

المسجل (ة) بكلية: العلوم الإنسانية والاجتماعية علم النفس

والمكلف (ة) بإنجاز أعمال بحث (مذكرة التخرج، مذكرة ماستر، مذكرة ماجستير، أطروحة دكتوراه)، عنوانها:

أساليب التكفل النفسي لذوي الإحتياجات

الخاصة - الإعاقة السمعية -

أصرح بشرفي أنني ألتزم بمراعاة المعايير العلمية والمنهجية ومعايير الأخلاقيات المهنية والنزاهة الأكاديمية المطلوبة في

إنجاز البحث المذكور أعلاه.

التاريخ: 03 جويلية 2020

إمضاء المعني

