

المجلد (١٥)، العدد (٥٢)، الجزء الأول، يناير ٢٠٢٣، ص ١ - ٥١

مدى توفر خدمات التدخل المبكر المقدمة للصم وضعاف السمع من وجهة نظر الأمهات بمنطقة مكة المكرمة

إعداد

أشواق بنت صالح بن سليم العتيبي أ.د/ علي بن عبدالنبي حنفي

أستاذة التربية الخاصة
جامعة أم القرى

باحثة ماجستير في التربية الخاصة
جامعة أم القرى

مدى توفر خدمات التدخل المبكر المُقدّمة للصم وضعاف السمع من وجهة نظر الأمهات بمنطقة مكة المكرمة

أشواق بنت صالح سليم العتيبي^(*) & أ.د/ علي بن عبد النبي حنفي^(**)

ملخص

يهدف هذا البحث إلى التعرف على مدى توفر خدمات التدخل المبكر المُقدّمة للصم وضعاف السمع من وجهة نظر الأمهات بمنطقة مكة المكرمة، وطُبق هذا البحث على (١١٣) من أمهات الصم وضعاف السمع، وصُممت استبانة في ضوء ما تمت صياغته من أهداف وأسئلة. واستخدم الباحثان المنهج الوصفي المسحي. وكشفت نتائج البحث عن عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مدى توفر خدمات التدخل المبكر المُقدّمة للصم وضعاف السمع، كذلك عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعزى إلى متغير كل من (المؤهل العلمي شدة الإعاقة، عمر الطفل).

الكلمات المفتاحية: خدمات التدخل المبكر، الصم، ضعاف السمع.

(*) باحثة ماجستير في التربية الخاصة – جامعة أم القرى.

(**) أستاذ التربية الخاصة – جامعة أم القرى.

The Availability of Early Intervention Services Provided to the Deaf and Hard of Hearing From the Point of View of Mothers in the Makkah Region

Ashwaq bint Saleh Al-Otaibi & Ali bin Abdul Nabi Hanafi

Abstract

This study aimed to determine the availability of early intervention services provided to the deaf and hard of hearing from the point of view of mothers in the Makkah region. The sample of the study included (113) deaf and hard-hearing mothers. A questionnaire was designed in the light of the objectives and questions formulated. The researcher used the descriptive survey approach. The results of the study showed that there are no statistically significant differences in the availability of early intervention services provided to the deaf and hearing impaired, as well as the absence of statistically significant differences attributed to the variables of (scientific qualification, disability severity, and age of the child).

Keyword's: Early Intervention, Deaf, Hard of hearing

المقدمة:

تعد مرحلة الطفولة القاعدة التي يُبنى عليها مستقبل الفرد، لأنها تعتبر من أهم مراحل النمو تأثيراً في تشكيل شخصيته، ففيها تتكون المفاهيم الأساسية، ويكون فيها الطفل منفتحاً لاستقبال الخبرات، وتخزين المعلومات، واكتساب المهارات الاجتماعية والثقافية والحياتية، كما يبدأ تشكيل الميول والاتجاهات، ما يحدد صورة سلوك الطفل مع الأفراد والبيئة المحيطة به. كما أن لمرحلة الطفولة دوراً رئيسياً في بناء شخصية مستقلة للإنسان، وإشباع حاجاته الجسمية والنفسية والاجتماعية (محمود، ٢٠٢١).

وتعتبر سنوات العمر الأولى بالنسبة لأعداد كبيرة من الأطفال المعاقين سنوات يصارعون فيها من أجل البقاء، وفترات تدهور نمائي، وضياح فرص يتعذر تعويضها في المراحل العمرية اللاحقة. وبدلاً من أن تكون مرحلة الطفولة مرحلة تطور، ولعب واستكشاف، واستمتاع كما هو الحال للأطفال العاديين فإنها غالباً ما تكون مرحلة معاناة، وحرمان لهم (صليحة، غنية، ٢٠٢١). وتزداد أهمية مرحلة الطفولة بشكل خاص مع الأطفال ضعاف السمع، حيث تفرض عليهم إعاقتهم السمعية قيوداً تحد من اكتسابهم الكثير من المفاهيم الثقافية والحياتية التي تعيق عملية التكيف مع المجتمع والبيئة المحيطة، ما يؤثر في جوانب النمو الاجتماعي للطفل ذي الإعاقة السمعية (محمود، ٢٠٢١).

لذا فقد ازداد الاهتمام بهذه الإعاقة في الآونة الأخيرة نتيجة الازدياد الكبير في عدد المعاقين؛ فحسب منظمة الصحة العالمية بلغ عدد المعاقين بالإعاقة السمعية ٤٦٦ مليون شخص على الصعيد العالمي، منهم ٣٤ مليون طفل، وذلك حسب إحصاءات عام ٢٠١٨ (وسام، ٢٠٢٠). وقد أشارت بعض الدراسات في الدول الغربية إلى أن نحو (٥٪) من طلاب المدارس لديهم ضعف سمعي، إلا أن هذا الضعف لا يصل إلى مستوى الإعاقة، أما بالنسبة للضعف السمعي الذي يمكن اعتباره إعاقة سمعية فتقدر نسبة انتشاره بقرابة (٥,٠٪)، وتقدر نسبة انتشار الصمم بنحو (٥,٧٥٪)، أما فيما يتعلق بالإعاقة السمعية في الدول النامية، فلا يستطيع أحد أن يقدم معلومات دقيقة عن أعداد الأطفال المعاقين سمعياً في الدول النامية، فقد أشارت بعض التقارير إلى أن نسبة حدوث الإعاقة السمعية بمستوياتها المختلفة قد تزيد على (٥٪) بل وقد تصل إلى (١٠٪) في بعض الدول النامية (الحربي، ٢٠١٩).

وقد ذكرت منظمة الصحة العالمية (٢٠٢١) أن ٥% من سكان العالم أي نحو ٤٦٦ مليون شخص يحتاجون إلى التأهيل لمعالجة فقدان السمع المسبب للإعاقة (٤٣٢ مليون بالغ، ٣٤ مليون طفل). ويُتوقع بحلول عام ٢٠٥٠، أن يعاني ما يقرب من ٢,٥ مليار شخص من درجة ما من فقدان السمع، وسوف يحتاج ما لا يقل عن ٧٠٠ مليون شخص إلى الخدمات التأهيلية المرتبطة بالسمع، أو واحد من كل عشرة أشخاص. وأن هناك أكثر من مليار شاب معرضون لمخاطر فقدان السمع الدائم (منظمة الصحة العالمية، ٢٠٢١).

أما عن الدول العربية فإنه لا توجد إحصاءات دقيقة وشاملة عن مدى انتشار الإعاقة السمعية، وهذا يدل على أن مشكلة الإعاقة السمعية لم تطرح نفسها بوصفها قضية اجتماعية تستحق التعامل معها على أساس من التخطيط الجيد لها لمواجهةها بشكل علمي، وإنما تواجه الآن بأسلوب جزئي (الحربي، ٢٠١٩). إلا أن تقرير منظمة الصحة العالمية عام ٢٠٢١ يشير إلى أن ٨٠% من الأشخاص المصابين بفقدان السمع المسبب للإعاقة يعيشون في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل (منظمة الصحة العالمية، ٢٠٢١).

وقد أشارت إحصائية أجريت في دولة الكويت إلى أن عدد طلاب الجامعة ذوي الإعاقة السمعية قد بلغ (٢٢) طالبًا جامعيًا لعام ٢٠١٨ بواقع (٤) طلاب من طلاب الإعاقة السمعية الصم والبكم، و(١٨) طالبًا من طلاب الإعاقة السمعية ضعاف السمع (الحربي، ٢٠١٩).

ويرتبط مع انتشار هذه الإعاقة تقديم خدمات التدخل المبكر. فإن الكشف والتدخل المبكر يضمن تقديم الجهود كافة، والإجراءات المنظمة التي تقوم بها مؤسسات المجتمع المختلفة لمنع حدوث الإعاقة أو الحد منها، أو منع تطورها إلى عجز دائم، بما في ذلك توفير الرعاية الضرورية لنمو الطفل، ومساعدته على تقادي الآثار السلبية للقصور الذي يواجهه في أي جانب من جوانب نموه (صليحة وغنيمة، ٢٠٢١).

وترى (الحربي، ٢٠١٩) أن مبررات تقديم الخدمات للطلاب ذوي الإعاقة السمعية تتلخص

فيما يلي:

١- إدماج هذه الفئات في المجتمع وجعلهم جزءًا لا يتجزأ من المجتمع.

٢- تنمية الثقة بأنفسهم وأنهم مصدر اهتمام ممن حولهم ومن المجتمع بأسره.

٣- تلبية احتياجات هذه الفئات.

٤- تهيئتهم لسوق العمل والاندماج مع الآخرين.

وفي ضوء ما سبق جاءت فكرة الدراسة الحالية التي تهدف إلى معرفة مدى توفر خدمات التدخل المبكر للضعاف السمع من وجهة نظر الأمهات بمنطقة مكة المكرمة، بهدف المساهمة في الاكتشاف المبكر للإعاقة السمعية، وتطوير الخدمات المقدمة لهؤلاء الأطفال وأسرهم، ومحاولة دمج الأسر في برامج وخدمات التدخل المبكر.

مشكلة البحث:

أولت المملكة العربية السعودية اهتمامًا خاصًا بالأشخاص ذوي الإعاقة وحقوقهم كما ورد في نظام رعاية المعاقين (٢٠٠٠) في المادة الثانية، الذي ينص على أن تتكفل الدولة بحق الأشخاص ذوي الإعاقة في خدمات الوقاية والرعاية والتأهيل، وتشجع المؤسسات والمجتمع على الإسهام في الأعمال الخيرية في مجال الإعاقة، وتقديم الخدمات لهذه الفئة عن طريق الجهات المختصة في جميع المجالات التدريبية والتأهيلية وغيرها، بما يتفق مع نوع الإعاقة ودرجتها ومتطلبات سوق العمل، ل يتم دمجهم وتوظيفهم بصفته حقًا من حقوقهم، في الأعمال التي تتناسب مع قدراتهم، ولتمكينهم من الحصول على دخل كباقي أفراد المجتمع (القرشي، ٢٠٢١).

كما اهتمت المملكة العربية السعودية برصد الإعاقات المختلفة، وأولت اهتمامًا خاصًا بذوي الإعاقات السمعية نتيجة زيادة أعداد المصابين بهذه الإعاقة، ونتيجة امتداد تأثيرها في جميع جوانب الشخصية والحياتية لهؤلاء الأشخاص. فتشير الإحصاءات الواردة بهيئة رعاية الأشخاص ذوي الإعاقة بالمملكة العربية السعودية إلى أن هناك نحو مليون ونصف شخص لديهم إعاقات من ٣٢ مليون، وتمثل الإعاقة السمعية منهم ٢٨٩,٣٥٥ شخص (هيئة رعاية الأشخاص ذوي الإعاقة، ٢٠١٦).

وقد أوضح التقرير السنوي لهيئة رعاية الأشخاص ذوي الإعاقة أن نسبة ذوي الإعاقة في المملكة العربية السعودية قد بلغت ٧,١% من إجمالي عدد سكان المملكة، منهم ٥٢,٢% من الذكور، و ٤٧,٨% من الإناث. وتمثل الإعاقة السمعية منها نسبة ١٤,٢١% (التقرير السنوي لهيئة رعاية الأشخاص ذوي الإعاقة، ٢٠٢٠).

وتبلغ نسبة انتشار الإعاقة السمعية بين السكان السعوديين ١,٤% من إجمالي السكان. (مسح ذوي الإعاقة، ٢٠١٧). وتشير الإحصاءات الواردة عن الهيئة العامة للإحصاء ٢٠١٧ إلى أن أعداد المصابين بإعاقات سمعية في بعض مدن المملكة العربية السعودية هي كالتالي: مدينة الرياض ٨٠٢٨٢ (٤٢٢٣٣ ذكراً، ٣٨٠٤٩ أنثى)، وفي نجران ٢١٨١ (١٢٤٩ ذكراً، ٩٢٣ أنثى)، وفي المدينة المنورة ٢١٨٠٠ (١٢٣٥٠ ذكراً، ٩٤٥٠ أنثى). وفي حائل ١٠٥١٧ (٥٣٩٤ ذكراً، ٥١٢٣ أنثى)، وفي الجوف ٣٦١١ (١٨٣٨ ذكراً، ١٧٧٣ أنثى). أما في مكة المكرمة محل الدراسة الحالية فقد وصلت الأعداد إلى ٦٦٥٥٦ (٣٢٨٤ ذكراً، و٣٣٧٧٢ أنثى) (مركز الملك سلمان لأبحاث الإعاقة، ٢٠١٧).

وتوجب هذه النسب من الانتشار ضرورة الرعاية والاهتمام بالبرامج المقدمة للصم وضعاف السمع، وتأهيلهم وتوفير جميع الخدمات المساندة؛ لتوفير بيئة مناسبة ومهيأة لهم لمواصلة حياتهم وتعليمهم بدون عقبات أو عوائق (الجهني، عيسى، نبوي، ٢٠٢١). وذلك من خلال عمليات التدخل المبكر الذي يشمل تخصصات متعددة، فهو ميدان يتمركز حول الأسرة، فيزودها بالإرشاد والتدريب ويوكل إليها دوراً رئيسياً في تنفيذ الإجراءات العلاجية. فبرامج التدخل الناجحة لا تعالج الأطفال بوصفها أفراداً معزولين، ولكنها تؤكد أن الطفل لا يمكن فهمه بصورة جيدة بمعزل عن الظروف الأسرية والاجتماعية التي يعيش فيها. كما تعمل على تقديم خدمات متنوعة طبية، ونفسية وتربوية كما تشمل خدمات الكشف والتشخيص المبكر والإرشاد والدعم الأسري والخدمات الوقائية (صليحة وغنبة، ٢٠٢١).

ومن نماذج التدخل المبكر في المملكة العربية السعودية، الجمعية السعودية للإعاقة السمعية التي تقدم خدماتها لذوي الإعاقات السمعية بمختلف مستوياتها، ومن هذه الخدمات الإعانات المالية والأجهزة الطبية المعينة وإعانة الزواج، وبطاقة إثبات الصم وضعاف السمع التي عن طريقها يحصلون على بعض التسهيلات والامتيازات (الجمعية السعودية للإعاقة السمعية، ٢٠٢٠).

ومن المهم لبرامج التدخل هذه دمج الأسر فيها ومعرفة رأي الأسر فيما يقدم لهم ولأبنائهم من ذوي الإعاقة السمعية، ويؤدي ذلك دوراً مهماً في تطوير هذه الخدمات وتحسينها وتلبية الاحتياجات المتعلقة بذوي الإعاقة وأسرهم. ويجب أن نولي اهتماماً كبيراً للتدخل المبكر في سياق

الأسرة عند الرضع والأطفال الصغار وأن نشجع الآباء ومقدمي الرعاية على المشاركة في أنشطة التأهيل (Yang, et al, 2015). وكما ذكر (Ehlert Coetzee, 2020) أنه لكي تنجح برامج التدخل المبكر فمن الضروري الحصول على آراء الوالدين فيما يتعلق بفقدان السمع عند الأطفال الصغار في مجموعة متنوعة من السياقات من أجل تحديد الخطوات العملية المطلوبة لتقديم الخدمات وإشباع الحاجات المختلفة لهم، ولتيسر قبولهم واندماجهم في هذه السياقات. وتعد الأم الأقرب للطفل بشكل عام وللطفل ذي الإعاقة بشكل خاص، لذا فإنه من المهم والضروري التوجه إلى الأمهات لمعرفة مدى وعيهم بالخدمات المتاحة لأطفالهم ورأيهم في هذه الخدمات.

ومن هنا انبثق التساؤل الرئيس حول:

«ما مدى توفّر خدمات التدخل المبكر للضعف وضعاف السمع من وجهة نظر الأمهات بمنطقة مكة المكرمة؟»

أسئلة البحث:

ويتفرع من السؤال الرئيسي الأسئلة الفرعية التالية:

- ١- ما مدى توفّر خدمات التدخل المبكر للضعف وضعاف السمع من وجهة نظر الأمهات بمنطقة مكة المكرمة؟
- ٢- هل توجد فروق في مدى توفّر خدمات التدخل المبكر للضعف وضعاف السمع من وجهة نظر الأمهات بمنطقة مكة المكرمة ترجع إلى متغير المؤهل العلمي؟
- ٣- هل توجد فروق في مدى توفّر خدمات التدخل المبكر للضعف وضعاف السمع من وجهة نظر الأمهات بمنطقة مكة المكرمة ترجع إلى متغير شدة الإعاقة؟
- ٤- هل توجد فروق في مدى توفّر خدمات التدخل المبكر للضعف وضعاف السمع من وجهة نظر الأمهات بمنطقة مكة المكرمة ترجع إلى متغير عمر الطفل؟

أهداف البحث:

يهدف البحث الحالي إلى التعرف على:

- ١- مدى توفّر خدمات التدخل المبكر للضعف وضعاف السمع من وجهة نظر الأمهات بمنطقة مكة المكرمة.

- ٢- الفروق في مدى توفر خدمات التدخل المبكر للصم وضعاف السمع من وجهة نظر الأمهات بمنطقة مكة المكرمة التي ترجع إلى المؤهل العلمي.
- ٣- الفروق في مدى توفر خدمات التدخل المبكر للصم وضعاف السمع من وجهة نظر الأمهات بمنطقة مكة المكرمة التي ترجع إلى شدة الإعاقة.
- ٤- الفروق في مدى توفر خدمات التدخل المبكر للصم وضعاف السمع من وجهة نظر الأمهات بمنطقة مكة المكرمة التي ترجع إلى عمر الطفل.

أهمية البحث:

الأهمية النظرية:

تكمن أهمية البحث في:

- ١- التعرف على مدى توفر خدمات التدخل المبكر للصم وضعاف السمع من وجهة نظر الأمهات بمنطقة مكة المكرمة.
- ٢- إثراء التراث البحثي بمعلومات حول الصمم وضعف السمع.
- ٣- توفير معلومات حول خدمات التدخل المبكر للصم وضعاف السمع.
- ٤- لفت الانتباه إلى واقع الخدمات التدخل المبكر لذوي الصم وضعف السمع.
- ٥- أهمية دمج الوالدين في خدمات التدخل المبكر للأطفال ذوي الصمم وضعف السمع.
- ٦- التعرف على الاحتياجات الخاصة بالصم وضعاف السمع وأسره.
- ٧- ندرة الدراسات التي تناولت معرفة الأمهات بخدمات التدخل المبكر المتاحة لأبنائهم من ذوي الإعاقات السمعية.

الأهمية التطبيقية:

- ١- إعداد برامج لتدخل مبكر أكثر فعالية للصم وضعاف السمع.
- ٢- دمج الوالدين والأمهات بشكل خاص في برامج التدخل المبكر للصم وضعاف السمع.
- ٣- تلبية الاحتياجات المختلفة للصم وضعاف السمع وأسره.

مصطلحات البحث:**١- الأصم:**

"هو الفرد الذي يعاني من فقدان سمعي يبدأ من ٧٠ ديسبل فأكثر، بعد استخدام المعينات السمعية؛ ما يحول دون اعتماده على حاسة السمع في فهم الكلام" (الدليل التنظيمي للتربية الخاصة، ٢٠١٥، ص ٩).

ويعرفه الباحثان إجرائياً بأنه: الشخص الذي لا يستطيع سماع الأصوات وفهمها بشكل طبيعى سواء باستخدام المعينات السمعية أو بدونها.

٢- ضعيف السمع:

"هو الشخص الذي يعاني من فقدان سمعي يتراوح بين ٣٥ و ٦٩ ديسبل بعد استخدام المعينات السمعية" (الدليل التنظيمي للتربية الخاصة، ٢٠١٥، ص ٩).

ويعرفه الباحثان إجرائياً بأنه: الشخص الذي يوجد لديه بقايا سمعية يستطيع من خلال استعمال السماع الطبية معالجة المعلومات اللغوية بنجاح من خلال حاسة السمع.

٢- التدخل المبكر:

"هو التدخل العاجل قبل ظهور الصعوبات، وذلك لمساعدة الأطفال ذوي الإعاقة وأسرهم فهو نظام خدمات تربوي وعلاجي ووقائي يقدم للأطفال منذ الأسابيع الأولى بعد ولادتهم خاصة لمن هم في خطر حسب المنظور العلمي الذي يعتمد على التاريخ الأسري، ومسار الحمل وحالة الولادة وما بعدها لتحديد ذلك" (الدليل التنظيمي للتربية الخاصة، ٢٠١٥، ص ١٤).

ويعرف الباحثان إجرائياً بأنه: خدمات تقدم للطفل وأسرته تشمل خدمات وقائية أو تربوية ونفسية قبل سن ٦ سنوات، ويكون التدخل على مستوى بيئة الطفل الطبيعية أو المجتمع من حوله.

حدود البحث:

الحدود الموضوعية: ركز البحث علي خدمات التدخل المبكر المقدمة للضعاف وضعاف السمع من وجهة نظر الأمهات بمنطقة مكة المكرمة.

الحدود المكانية: اقتصر البحث على منطقة مكة المكرمة.

الحدود الزمانية: خلال العام الدراسي ١٤٤٣هـ/١٤٤٤هـ.

الحدود البشرية: أمهات الضم وضعاف السمع في منطقة مكة المكرمة.

الإطار النظري والدراسات السابقة:

المحور الأول: مفهوم الإعاقة السمعية:

تعريف الإعاقة السمعية وتصنيفها:

تعرف الإعاقة السمعية بأنها "إصابة حاسة السمع بخلل أو تلف يؤدي لفقد القدرة على السمع، والعجز عن سماع الدفق المتصل والمتكرر من التبادل اللغوي. وقد تكون نتيجة لحرمان الفرد من حاسة السمع منذ الولادة، أو فقد القدرة السمعية قبل تعلم الكلام أو بعد تعلم الكلام (الحربي، ٢٠١٩). وينظر إلى الإعاقة السمعية أو القصور السمعي بصفته مصطلحا عاما يغطي مدى واسعاً من درجات فقدان السمع، يتراوح بين الصمم أو فقدان الشدید الذي يعوق عملية تعلم الكلام واللغة، والفقدان الخفيف الذي يعوق استخدام الأذن في فهم الحديث وتعلم اللغة والكلام، وهكذا يمكن التمييز بين فئتين للمعاقين سمعياً هما:

الأصم:

الذين يعانون من جميع مستويات فقدان السمع الدائم أو المؤقت من الخفيف إلى العميق في إحدى الأذنين أو كليهما (Welsh Government, 2019).

ضعاف السمع:

وهم كما تعرفهم (الحربي، سفاح، ٢٠١٩) بأنهم أشخاص يعانون عجزاً أو نقصاً في حاسة السمع بدرجة لا تسمح لهم بالاستجابة الطبيعية للأغراض التعليمية والاجتماعية، إلا باستخدام وسائل معينة (معينات سمعية).

أسباب الإعاقة السمعية:

تتعدد الأسباب المؤدية لانتشار الإعاقة السمعية، فقد تكون تلك الأسباب وراثية نتيجة لزواج الأقارب، وقد تكون نتيجة لمشكلات حدثت للأم في أثناء فترة الحمل؛ كتناول أدوية دون إشراف طبي وغيرها من المشكلات (الحربي، ٢٠١٩). ولخص (ليليا، زهير، ٢٠٢١) أسباب الإعاقة السمعية في الآتي:

١- العوامل الوراثية (الجينية): وأهم هذه الأسباب اختلاف العامل الريزيبي بين الأم والجنين

(RH) وهو عدم توافق دم الأم الحامل والجنين، ويحدث عندما يكون دم الجنين خال من

العامل الريزيسي، ويكون لدى الأب هذا العامل، فقد يرثه الجنين في هذه الحالة عن الأب؛ ما يؤدي إلى نقل دم الجنين إلى أمه، وخاصة أثناء الولادة، فينتج دم الأم أجساما مضادة لأن دم الجنين مختلف تماما عن دمها.

٢- الأسباب الخاصة بالعوامل البيئية: التي تحدث بعد عملية الإخصاب أي ما قبل وأثناء وبعد مرحلة الولادة، ومنها:

- الحصبة الألمانية التي تصيب الأم الحامل: وهي مرض فيروسي معد يصيب الأم الحامل ويتلف خلايا العين والأذن والجهاز العصبي المركزي والقلب للجنين، وخاصة في أشهر الحمل الثلاثة الأولى.
- التهاب الأذن الوسطى: وهو التهاب فيروسي أو بكتيري يسبب زيادة في إفراز السائل الهلامي داخل الأذن الوسطى؛ ما قد يحول دون اهتزاز طبلة الأذن بسبب زيادة كثافة ولزوجة هذا السائل ويحدث ضعفاً سمعياً.
- التهاب السحائي: التهاب فيروسي أو بكتيري يصيب الأغشية المحيطة بالدماغ، ويؤدي إلى تلف في الأذن الداخلية؛ ما يؤدي إلى خلل واضح في السمع.
- العيوب الخلقية في الأذن الوسطى: مثل التشوهات في الطبلة أو عظيمات المطرقة والسندان والركاب، ومنها أيضا التشوهات الخلقية في القناة السمعية أو تعرضها للالتهاب والأورام.
- الإصابات والحوادث: ومن أمثلتها ثقب في طبلة الأذن نتيجة التعرض لأصوات مرتفعة جداً لفترات طويلة، أو حدوث إصابات الرأس أو كسور في الجمجمة؛ ما قد يحدث ضعفاً في السمع نتيجة النزيف في الأذن الوسطى.
- تجمع المادة الصمغية: التي يفرزها الغشاء الداخلي للأذن، ومن ثمّ تصلبها، ما قد يؤدي إلى انسداد جزئي للقناة السمعية يمنع وصول الصوت إلى الداخل.
- سوء تغذية الأم الحامل، وتعرضها للأشعة السينية في الأشهر الأولى وتناولها للأدوية ونقص الأكسجين أثناء الولادة

تصنيف الإعاقة السمعية:

١- التصنيف وفقاً لمراسل تعلم وارتقاء اللغة:

فما تتركه الإعاقة السمعية من آثار على نمو واكتساب اللغة والمرور بخبرة التعرض للأصوات المختلفة يتوقف على المرحلة الذي حدثت فيه الإعاقة، ويمكن تصنيف الإعاقة وفقاً للمرحلة كما أوردها (ليليا، زهير، ٢٠٢١) فيما يلي: (صمم ما قبل تعلم اللغة): وفيه تحدث الإصابة في سن مبكرة قبل اكتساب الطفل اللغة سواء كانت الإعاقة ولادية أو مكتسبة. (صمم ما بعد تعلم اللغة): وهنا تحدث الإصابة بعد اكتساب اللغة وهذه الفئة تتميز بقدرتها على الكلام لأنهم سمعوا وتعلموا.

٢- التصنيف الطبي للإعاقة السمعية

من الناحية الطبية تشير الإعاقة السمعية إلى "نقص وفقدان السمع بحيث يكون هذا النقص السمعي في حالة ما إذا سُمع الصوت على بعد مسافة معينة فقط، ويكون هناك ضعف سمعي في حالة ما إذا تعذر سماع شخص إلا في أثناء الاحتكاك أو الاتصال القريب ثم نجد الصمم الكلي، وهذا في حالة انعدام سماع الصوت تماما" (وسام، ص ٣٠٢، ٢٠٢٠).

ووفقاً لتقرير حكومة ويلز (Welsh Government (2019) يمكن تصنيف درجة فقدان

السمع المقاسة بالديسيبل dB:

فقدان سمع خفيف: ٢١-٤٠ ديسيبل، فقدان سمع متوسط: ٤١-٧٠ ديسيبل،

فقدان سمع شديد: ٧١-٩٥ ديسيبل، فقدان سمع العميق: يزيد على ٩٥ ديسيبل.

٣- التصنيف حسب طبيعة وموقع الإصابة:

يعتمد هذا التصنيف على الجزء المصاب من الجهاز السمعي، ويقسم إلى ستة أنواع، وفقاً

لما ورد على موقع سمعي (<http://audialy.com>):

أ) **الفقدان السمعي التوصيلي (Conductive Hearing Loss):** والذي يحدث نتيجة خلل

في الأذن الخارجية والوسطى يمنع نقل الموجات الصوتية إلى الأذن الداخلية؛ ما يؤدي إلى

صعوبة سماع الأصوات الأقل من (٦٠) ديسيبل، ويستطيع من يعاني من هذا النوع من

الإعاقة السمعية سماع الأصوات المرتفعة وتمييزها. ويمكن مع هذا النوع من الفقدان

السمعي استخدام المعينات السمعية.

ب) **الفقدان السمعي الحسي العصبي (Hearing Loss Sensorineural):** ويحدث نتيجة وجود مشكلة في الأذن الداخلية التي لا تحول الشحنات الكهربائية داخل القوقعة بسبب خلل فيها، أو قد ينتج عن خلل في العصب السمعي فلا يتم نقل الموجات الصوتية إلى الدماغ، وعادة فإن درجة الفقدان السمعي في هذا النوع تزيد على (٧٠) ديسيبل.

ج) **الفقدان السمعي المختلط (Mixed Hearing Loss):** يحدث إذا كان الشخص يعاني من فقدان سمع توصيلي وفقدان سمعي حسي عصبي في ذات الوقت، وفي هذا النوع من الفقدان قد تكون هناك فجوة كبيرة بين التوصيل الهوائي والتوصيل العظمي للموجات الصوتية، وقد يكون استخدام السماعات والمعينات الصوتية مفيداً للأشخاص الذين يعانون من هذا النوع من الفقدان السمعي

د) **الفقدان السمعي المركزي (Central Hearing Loss):** وينتج هذا النوع في حالة وجود خلل في الممرات السمعية في جذع الدماغ أو المراكز السمعية، يمنع تحويل الصوت من جذع الدماغ إلى المنطقة السمعية في الدماغ، أو عند إصابة الجزء المسؤول عن السمع في الدماغ، وفي هذه الحالة فإن السماعات تكون محدودة الفائدة للأشخاص الذين يعانون من هذا الفقدان السمعي (دحود وزهير، ٢٠٢١).

هـ) **الصمم العصبي:** يتميز بتلف العصب السمعي، وهو نادر الحدوث ولكن يمكن التعامل معه باستخدام معينات سمعية.

٤- التصنيف التربوي.

بالنسبة للتصنيف التربوي فهو يميز بين فئتين من الإعاقة السمعية وهما الصم وتقيلو السمع.

أ) **الصم:** ويقصد بهم أولئك الذين يعانون من عجز سمعي (٧٠ ديسيبل وأكثر)، بحيث لا يمكنهم مباشرة الكلام وفهم اللغة اللفظية، ومن ثم يفقدون القدرة على التعامل بفاعلية في مواقف الحياة المختلفة، ويحدث ذلك على الرغم من استخدام معينات سمعية مكبرة للصوت، فهؤلاء الأفراد لا يمكنهم اكتساب المعلومات اللغوية أو تطوير المهارات الخاصة بالكلام واللغة من خلال حاسة السمع. وتحتاج هذه الفئة في تعليمهم إلى تقنيات وأساليب تعليمية ذات طبيعة، خاصة تمكنهم من الاستيعاب والفهم دون استخدام الكلام (وسام، ٢٠٢٠).

(ب) **ثقلو السمع:** وهم أولئك الذين يعانون من صعوبات أو قصور في حالة السمع يتراوح ما بين (٣٠ وأقل من ٧٠ ديسيبل)، لكنه لا يعوق فعالية اكتساب المعلومات اللغوية أو استخدام المعينات السمعية ويمكنهم استيعاب المناهج التعليمية المصممة للأطفال العاديين (وسام، ٢٠٢٠).

خصائص ذوي الإعاقة السمعية:

يختلف ذوو الإعاقة السمعية بعضهم عن بعض في عدد من الخصائص؛ نتيجة اختلاف الإعاقة السمعية وشدها، وهناك مجموعة من الخصائص المشتركة لهؤلاء الأطفال، وهي:

١- الخصائص اللغوية:

يعد تطور اللغة أمرًا مهمًا بالنسبة للأطفال ذوي الإعاقة السمعية، ويحتاج هؤلاء الأطفال إلى تطوير لغتهم قدر الإمكان بهدف الوصول إلى النمو المناسب، وأي تأخير في النمو اللغوي سوف يظهر تأثيره في المراحل المتأخرة من العمر. ويعاني ذوي الإعاقة السمعية من التأخر اللغوي، كما أن لديهم صعوبة في التعبير الشفهي وصعوبة في اتباع التوجيهات اللفظية (الحربي، ٢٠١٩). وقد أظهرت نتائج الدراسات وجود علاقة طردية بين درجة الإعاقة السمعية ومظاهر النمو اللغوي للطالب ضعيف السمع، فكلما ازدادت درجة الإعاقة السمعية زادت مشكلاته اللغوية، وذلك لوجود آثار سلبية تؤثر في نموه اللغوي، ويشمل ذلك: عدم تمكنه من سماع النماذج الكلامية من الكبار مما يعوق من إمكانية تقليده لها (عيسى، ٢٠١٧).

٢- الخصائص الحركية:

أشارت بعض الدراسات التي أجريت على أطفال يعانون من الإعاقة السمعية في المجال الرياضي إلى أن هؤلاء الأطفال يستطيعون ممارسة جميع أنواع الأنشطة الرياضية التي يمارسها الأسوياء دون إجراء أي تعديل في الملاعب أو الأدوات وغيرها، مع توفر نوعية خاصة من المدربين والمشرفين الرياضيين الذين يتميزون بالصبر وهذوء الأعصاب لحاجة هؤلاء الأطفال إلى تكرار الحركات والمهارات. ويجب أن يكون المدرب هنا على دراية وإجادة للغة الإشارة وقراءة الشفاه حتى يمكنه التعامل معهم وتوصيل المعلومة لهم وحتى يألفه هؤلاء الأطفال. (رابح، الدراجي، كمال، ٢٠١٩).

٣- الخصائص النفسية:

يتسم الأشخاص ذوو الإعاقة السمعية بانخفاض البروفيل السيكولوجي للشخصية مقارنة بالأشخاص العاديين. فيظهر كثيرٌ منهم التصلب والجمود وعدم الثبات الانفعالي وعدم القدرة على ضبط النفس، والتمركز حول الذات، والشعور بالنقص وأحلام اليقظة، كما يفقدون إلى مشاعر الانتماء والحرية، ويظهرون الارتفاع الزائد في مستوى النشاط والقلق، ويكثر لديهم الشك في الآخرين، ولا يظهرون سلوك التعاون والمشاركة مع الآخرين. (ليليا وزهير، ٢٠٢١). وترتبط الخصائص النفسية لذوي الإعاقة السمعية بحاجاتهم النفسية وطرق إشباعها والتأثيرات التي قد تحدث نتيجة لعدم إشباعها، وقد قسم (فرحات، ٢٠١٩). حاجات الأصم إلى حاجات فردية وحاجات اجتماعية وحاجات مهنية يمكن عرضهم كالتالي:

- **الحاجات الفردية: وتتمثل في:** حاجات بدنية للمحافظة على جسم الأصم، وذلك عن طريق ممارسة الرياضة وتناول الغذاء الجيد المتوازن والعناية الطبية بالأصم وتوفير الأجهزة التعويضية له، حاجات إرشادية من خلال الاهتمام بالعوامل النفسية للطفل الأصم ومساعدته على التكيف والتوافق النفسي وتنمية شخصيته، حاجات تعليمية ترتبط بتيسير تعليم وتأهيل الصم، وتوفير المعلم الكفاء ومناهج وطرق التدريس الخاصة بهذه الفئة، حاجات تدريبية وذلك بالتدريب على طرق الاستخدام الصحيحة للمعينات السمعية، وأيضا التدريب على الاستماع إلى الأصوات والتمييز بينها.
- **حاجات اجتماعية: وتتمثل في:** الحاجة لتكوين صداقات وإقامة علاقات مع أفراد مجتمعه ومعاملته معاملة تشعره بالقبول في المجتمع وأن له حقوقاً وعليه واجبات، حاجات أسرية فمعاملة الوالدين والأخوة له ذات دور مهم في تنمية شخصيته اجتماعيا ونفسيا وعقليا، حاجات اندماجية من خلال توفير فرص لذوي الإعاقة السمعية للاحتكاك والتفاعل مع الآخرين بهدف الوصول به إلى التكيف الاجتماعي.
- **حاجات مهنية: وتتمثل في:** احتياج ذي الإعاقة السمعية إلى التوجيه المهني المبكر على أن يكون مبنياً على أسس علمية من خلال مراعاة ميوله وقدراته وممارسته لتدريب مهني جيد، وحاجات دعمية من خلال مساعدته للحصول على الأجهزة السمعية التي تمكنه من التواصل الاجتماعي في مجال عمله وتعامله مع من حوله، إنشاء مؤسسات ومصانع لاستقبال الصم بعد مغادرتهم للمدرسة للعمل بها.

٤- الخصائص الاجتماعية:

اهتم الباحثون بدراسة الجانب الشخصي لذوي الإعاقة السمعية، ووجدوا أنهم يعانون من بعض الصعوبات في المهارات الاجتماعية، فقد لا يشاركون في التواصل الاجتماعي، وأنشطة التعلم، والتعلم التعاوني. كما وجدوا أن الأطفال الصم الذين يتعلمون بالطريقة الشفوية كانوا أكثر توافقًا اجتماعيًا من أقرانهم الذين يستخدمون طريقة الإشارة، وأن الأطفال الصم الذين ينتمون إلى أسر ليس بها أطفال صم آخريين كانوا أقل توافقًا من نظرائهم الذين توجد في أسرهم حالات صم أخرى (الحربي، ٢٠١٩). وقد أشار البعض إلى أن العزلة الاجتماعية التي يتعرض لها ذوو الإعاقة السمعية قد يكون لها جانب إيجابي في الطفل الأصم، فقد تولد ملكات فنية للتعبير عن مشاعره الدفينة، مثل النقش والنحت والطلاء؛ بل إن بعضهم أبدى تذوقًا للموسيقى من خلال إحساسه بالذبذبات المصاحبة لها (عبد الوافي، ٢٠٢١).

٥- الخصائص العقلية والمعرفية:

كشفت نتائج البحوث التي استخدمت مقاييس الذكاء عدم وجود فروق في مستوى الذكاء العملي بين ذوي الإعاقة السمعية والعاديين؛ فضعف السمع في حد ذاته لا يؤثر في نسبة الذكاء في الاختبارات الأدائية، وإن كانت هناك فروق بين المجموعتين، فقد يرجع إلى خلل وعطب في الجهاز العصبي، وتكثر بين هؤلاء نسبة الضعف الفكري. أما الفروق بين المجموعتين في الأداء اللفظي فيرجع إلى عدم ملائمة هذه الاختبارات لقياس ذكاء ذوي الإعاقة السمعية، والدليل على ذلك ارتفاع أدائهم على الجانب العملي، الذي لا يستلزم مستوى عاليًا من المهارات اللغوية. كما أشارت الدراسات إلى عدم وجود فروق في التفكير المجرد بين ذوي الإعاقة السمعية والعاديين (ليليا وزهير، ٢٠٢١). وأشارت الدراسات إلى أن الحرمان الحسي والسمعي الذي يتعرض له ذوو الإعاقة السمعية قد أحدث فروقًا بينهم وبين أقرانهم العاديين على عملية التذكر، فنجد العاديين يتفوقون على زملائهم من ذوي الإعاقة في تذكر المتتاليات العددية بينما يتفوق ذوي الإعاقة على العاديين في تذكر الأشكال والتصميمات والحركة (الملاح، ٢٠١٦).

٦- التحصيل الأكاديمي:

أشارت بعض الدراسات إلى أن فئة الإعاقة السمعية فئة تتسم ببطء من الناحية التعليمية والقدرة على التحصيل (رابح، الراجي، كمال، ٢٠١٩). فالأطفال الذين يولدون وهم مصابون بصمم حاد إلى عميق، أو أولئك الذين يصابون به خلال المرحلة الحرجة من ٠ - ٥ سنوات، يفشلون في اكتساب اللغة المنطوقة والتي تؤثر بدورها في التواصل ومهارات القراءة والكتابة والحساب (أبو شعبان، ٢٠١٦)، وذلك نتيجة تأخر نموهم اللغوي وتواضع مقدرتهم اللغوية، إضافة إلى تدني مستوى دافعتهم وعدم ملاءمة طرق التدريس المتبعة، ويبدو ذلك واضحًا في الانخفاض الملحوظ خاصة في معدل التحصيل القرائي (الحري، ٢٠١٩).

المحور الثاني: التدخل المبكر:**مفهوم التدخل المبكر:**

التدخل المبكر هو مجموعة شاملة من الخدمات المتنوعة والتي تشمل الخدمات الطبية والاجتماعية والتربوية والنفسية والتي تقدم للأطفال دون سن السادسة الذين يعانون من إعاقة أو تأخر نمائي أو الذين لديهم قابلية للتأخر (عيسى، ٢٠١٧). ويشير (Holzinger et al, 2022). إلى مفهوم أكثر شمولاً للتدخل المبكر هو نظام "الخدمات والدعم المتاح للرضع والأطفال الصغار الذين يعانون من تأخر في النمو ولأسرهم.

مفهوم التدخل المبكر للأطفال ذوي الإعاقة السمعية:

ونعني بالتدخل المبكر للأطفال المصابين بالإعاقات السمعية الخدمات التي تقدم لهم على في عدد من المجالات كالخدمات الطبية، كطب الأنف والأذن والحنجرة، وخدمات طب الأطفال التنموية (خاصة للأطفال الذين يعانون من إعاقات إضافية)، والخدمات السمعية (تقييم السمع وتركيب أجهزة السمع)، كما تشتمل برامج التدخل المبكر أيضًا على الخدمات التي تقدم للأسر بهدف بناء قدراتها. بالإضافة إلى ذلك، هناك الخدمات العلاجية (مثل التخاطب واللغة أو العلاج المهني) أو الإرشاد النفسي (Holzinger et al, 2022).

وفقاً للجمعية الوطنية للصم في الولايات المتحدة الأمريكية فإن خدمات التدخل المبكر للأطفال الصم وضعاف السمع وأسرهم تشمل الخدمات المقدمة للأسر كالتدريبات، والإرشاد الأسري، والزيارات المنزلية، وتعليم لغة الإشارة، والخدمات المقدمة للطفل وتشمل خدمات العلاج الطبيعي والعلاج الوظيفي، والخدمات الطبية لأغراض التشخيص، وخدمات التقييم، والكشف المبكر والخدمات النفسية، وخدمات تنسيق الخدمات، وخدمات النقل، والخدمات التعليمية (المحرمة، ٢٠١٩).

أهداف التدخل المبكر:

إن أفضل الخدمات المقدمة لذوي الإعاقة السمعية هي استقبال الأطفال الصم وضعاف السمع من عمر سنتين فأكثر، وتوفير الموارد البشرية والمادية، التي تؤدي إلى التطور والنمو، واستخدام طرق متقدمة في التشخيص والعلاج وإعادة التأهيل، وتقديم البرامج والاختبارات والمختبرات اللازمة، وتوفير الأساتذة وخبراء السمع لمساعدة الأطفال الصم لرفع مستواهم، وتقديم العلاج بشكل فعال واستخدام طرق وأساليب فعالة ليستفيدوا منها، وتوفير معلمين للغة الإشارة ذوي مهارة وخبرة لتعليم الصم وتوفير بيئة آمنة ومنظمة وصالحة لعملية التعلم والتعليم، والحرص على التواصل بين المعلمين والمعالجين والوالدين، وتحقيق تغييرات إيجابية لصالح الطالب ومن لديه أي مشكلات (الحربي، ٢٠١٩). ومن ثم تركز التدخلات وذلك وفقاً لتقرير حكومة ويلز (Welsh Government, 2019) على: تطور إنتاج الكلام واكتساب اللغة المنطوقة مستهدفاً مبادئ التعليم السمعي اللفظي الطبيعي. ويتم ذلك في سن مبكرة ويستوجب ذلك التشخيص المبكر، تدريب الوعي الصوتي والذاكرة العاملة لتحسين اكتساب اللغة المنطوقة. فهناك أدلة قوية على أن تطوير اللغة المنطوقة للأطفال الصم لا يمكن دعمه بشكل فعال إلا عند استهداف جوانب أخرى من التنمية المرتبطة باللغة مثل الوعي الصوتي والمهارات المعرفية، تعزيز جودة التفاعل بين الوالدين والطفل لأهمية تأثير التدخل اللغوي الذي ينفذه الوالدان على مهارات الاتصال للطفل الأصم. وذلك من خلال تقديم دورات منهجية للتدخل اللغوي، وذلك لأن ٩٠% من الأطفال الصم في أسر تسمع وليس لديهم خبرة سابقة مع الصم فمن المهم ضمان حصول أسرهم على الدعم الفعال والملائم منذ البداية، تعزيز التفاعل والتواصل بين جميع الأطراف المشاركة في عملية التدخل.

مبررات التدخل المبكر للأطفال الصم وضعاف السمع:

للتدخل المبكر في سنوات العمر الأولى أهمية كبيرة، وذلك لتأثير هذه السنوات وما يحدث بها من أحداث على حياة الفرد المستقبلية، ويورد المحزمة (٢٠١٩) عدد من مبررات التدخل المبكر للأطفال الصم وضعاف السمع ومنها:

تعتبر السنوات الأولى من عمر الطفل الذي لا يتلقى خدمات مبكرة سنوات حرامٍ للطفل وربما تشكل تدهورا نمائياً، يتسم التعليم في السنوات الأولى بالسهولة والسرعة مقارنة بالسنوات المتقدمة، حاجة والدي الطفل إلى المساعدة في السنوات الأولى حتى ترسخ لديهم أنماط تشئية بنائة، تداخل مظاهر النمو؛ ومن ثمَّ فإن عدم معالجة الضعف في أحد الجوانب قد يؤدي إلى تدهور الجوانب الأخرى، تيسير عملية دمج الطفل الأصم أو ضعيف السمع مع الطفل الطبيعي، الجدوى الاقتصادية للتدخل المبكر حيث تقلل النفقات المستقبلية للبرامج الخاصة، المساهمة في تكيف الأسرة وتخفيف الأعباء المادية والمعنوية نتيجة وجود طفل من ذوي الإعاقة.

أنواع التدخلات:

تشير الدراسات إلى أهمية التدخل المبكر؛ حيث أشارت إلى أنه يمكن تجنب أكثر من ٦٠٪ من اضطرابات فقدان السمع في العالم من خلال التدابير الوقائية. وبالمقارنة مع الاضطرابات التنموية الأخرى في الطفولة، فقد ثبت أن تأثير الإعاقة السمعية في نمو الطفل يتغير وينخفض من خلال تدابير التدخل. وتشير بعض الوثائق إلى أن أفضل ممارسات التدخل فاعلية هي التي تجمع بين أكثر من نوع من أنواع التدخل (التدخل الطبي السمعي ومشاركة الأسرة، في برنامج التدخل المبكر، التدخل التربوي) (Holzinger et al, 2022). ولأن الصمم حالة منخفضة الحدوث فلا يوجد عدد كبير من المعلمين أو الآباء أو مقدمي الرعاية على دراية كبيرة ومعرفة بهذا الاضطراب، لذلك يمارس المتخصصون دوراً استشارياً مهماً (Welsh Government, 2019). وعلى ذلك ينبغي أن يضم فريق العمل مع هؤلاء الأطفال مجموعة من الاختصاصيين والمؤهلين في المجالات المختلفة وهم أطباء الأطفال وأطباء الأنف والأذن والحنجرة، ومعلمين مؤهلين للصم، وأخصائي أمراض اللغة والكلام، وأخصائي السمع، وأخصائي العلاج المهني، وأخصائي العلاج الطبيعي، والأخصائي النفسي والأخصائي الاجتماعي والمرضات، والمعالج الأسري، وأخصائي التوجيه الحركي (المحزمة، ٢٠١٩).

فمشاركة الاختصاصات المهنية المختلفة في إعادة التأهيل، تضمن توفير رعاية جيدة لذوي الإعاقة السمعية، لذا يجب إشراك كل الأطراف التي لها علاقة بهذا الفرد أو الطفل بداية بالأسرة التي لها الدور الأول خاصة في الملاحظة والتنبه للأعراض الدالة على وجود خلل في الوظيفة السمعية، خاصة وأن هذه الأعراض من الصعب ملاحظتها خاصة لدى ضعاف السمع، ووصولاً إلى المجتمع المطالب بنسبة من الوعي والتفهم والمشاركة في عملية التواصل مع هذا الشخص، ومروراً بكل الفئات التي يتعامل معها ذوو الإعاقة السمعية كالمعلمين والمشرفين والاختصاصيين في مراكز الرعاية (وسام، ٢٠٢٠).

١- الأسرة في برامج التدخل المبكر:

يعد تدريب الوالدين في برامج التدخل المبكر مفتاح النجاح، وذلك لأن زهاء ٩٢% من الأطفال الصم وضعاف السمع يولدون لأبوين يسمعون، ما يؤدي إلى عدم تطابق اللغة المستخدمة بين الآباء والطفل. كما أن العديد من الأسر لا تدرك أهمية دورها في تسهيل ارتقاء اللغة عند الطفل. وقد تعتقد أنها غير قادرة على بناء اللغة بشكل فعال في الأطفال المصابين بالصمم وضعف السمع، وأن تلك مهمة المعلم وليس الآباء، ومن ثم ينبغي أن يتم التوجه في برامج التدخل نحو الآباء لمساعدتهم على تحقيق دورهم وواجبهم تجاه أبنائهم ذوي الإعاقة السمعية؛ حتى تزداد ثقتهم في أنفسهم، وفي قدراتهم على مساعدة أبنائهم ولكي يشاركوا في برامج التدخل المبكر لأطفالهم (Kulkarni & Gathoo, 2017).

أ) مستويات التدخل الأسري:

التدخل المبكر لأسر ذوي الإعاقة السمعية هو نظام مصمم لدعم أنماط التفاعل الأسري التي تعزز نمو الطفل بشكل أفضل. نتيجة أن الأطفال الصغار يقضون الجزء الأكبر من الطفولة المبكرة مع والديهم، فمن المنطقي أن يتولى الوالد دور المعلم الأول للطفل. وفي حالة الأطفال الذين يعانون من ضعف السمع، من المهم جداً تشجيع الآباء وإشراكهم وتدريبهم لتطوير مهارات الاتصال والتعامل مع أجهزة سمع أطفالهم. وتشير الأبحاث إلى أن النماذج التي تركز على الأسرة تكون أكثر إنسانية وأكثر احترماً لكرامة ومشاركة الوالدين؛ ما يؤدي إلى نتائج أفضل للأطفال. ومن ثم، لكي يتمكن الآباء من بناء معارفهم ومهاراتهم وثقتهم بصفتهن ميسرين أساسيين للغة، تحتاج مراكز التدخل المبكر إلى دعمهم وإعلامهم بطرق عملية وسهلة. (Kulkarni & Gathoo, 2017).

تعتمد تأثيرات التدخل المبكر على الأطفال المصابين بالإعاقات السمعية وأسرهم على نموذج عام لتدخل الطفولة المبكرة، ونماذج التدخل اللغوي التي ينفذها الوالدان. يتكون نموذج تطوير النظم العقلية (Guralnick, 2019) من ثلاثة مستويات مختلفة، بهدف إظهار الآليات التي تؤثر في نمو الطفل وهذه المستويات هي:

أ) **المستوى الأول:** المصادر الارتقائية لنمو الطفل (مثل المعرفة، واللغة، والجانب الحركي، والجانب الاجتماعي- الانفعالي) والعمليات التنظيمية (على سبيل المثال، الوظائف التنفيذية، والمعرفة الاجتماعية، والدافعية، وتنظيم الانفعال) التي تشكل الأساس الاجتماعي والكفاءة المعرفية للطفل.

ب) **المستوى الثاني:** أنماط تفاعل الأسرة ويتضمن ثلاثة أنواع من أنماط التفاعل في الأسرة (التفاعل المتبادل بين الوالدين والطفل، الخبرات المختلفة التي يمر بها الأطفال ودور الأسرة فيها، عوامل الصحة والسلامة التي توفرها الأسرة للطفل)، التي من خلالها يؤثر الآباء في نمو الأطفال (Guralnick, 2019)، فقد أشارت دراسة هل وآخرين 2018 إلى أن التواصل الأسري مثل المحادثات العفوية والاجتماعات الأسرية على الطعام أو في السيارة أو في الأنشطة الترفيهية مصدر مهم وسياق صحي للتعلم. كما تبين أن تحسن نطق اللغة لدى ضعاف السمع نتج عنه شعورهم بالطمأنينة، بينما يتسبب اضطرابات النطق لديهم في صعوبة فهم الآخرين لهم؛ ما يزيد من تعرضهم لسخرية الأقران، الأمر الذي يترتب عليه صعوبة في تكيفهم الاجتماعي (Hall et al, 2018).

ج) **المستوى الثالث:** هو موارد الأسرة، والذي يمكن الوالدين من التكيف مع خصائص الأطفال واحتياجاتهم، بما في ذلك الخصائص الشخصية للوالدين (على سبيل المثال، الصحة العقلية والجسدية، والقدرة على حل المشكلات، وأساليب المواجهة، والكفاءة والثقة المدركة، الاتجاه والاستعداد المعرفي)، الموارد المادية، وتشمل الموارد المالية للأسرة والدعم الاجتماعي المقدم لها. يركز التدخل الفعال في مرحلة الطفولة المبكرة على جميع المستويات الثلاثة، مع التركيز على أنماط التفاعل الأسرية المثلى، بما في ذلك التفاعل بين الوالدين والطفل (Guralnick, 2019).

أ) دور الأسرة في التواصل مع الطفل وضبط انفعالاته:

تستطيع الأسرة ضبط انفعالات الطفل ومشاعره والتقاط اهتماماته ومحاولات التواصل الفعال معه. فيشجع أسلوب التفاعل المتبادل على التواصل النشط للطفل؛ ومن ثمّ يكون له تأثير إيجابي على ارتقائه، ويقوم الآباء بشكل طبيعي بتعديل سلوكياتهم التواصلية مع احتياجات الطفل (Holzinger et al, 2022). ويحتاج الطفل عامة والطفل ذو الإعاقة السمعية خاصة إلى الشعور بالأمن والمحبة نتيجة إعاقته التي تحتم عليه الاعتماد على من حوله، نتيجة فقدته وسيلة الاتصال الأساسية بينه وبين أفراد المجتمع. ويقع عبء إشباع هذه الحاجة على الأسرة في المقام الأول (فرحات، ٢٠١٩). ولكي يتم ذلك يحتاج الآباء إلى ضبط لغة الإشارة عند الطفل ومحاولة جذب انتباهه بطرق مختلفة، ويمثل ذلك ضغطاً على الطفل أيضاً فعليه أن يكون منتبهاً طوال الوقت حتى يستطيع التقاط الإشارات. ومع عدم وعي الأسر بطبيعة الإعاقة وبأساليب التواصل مع الطفل قد يتبعون طرقاً واستراتيجيات غير فعالة، فقد لا يستخدمون إشارات بصرية مناسبة وكافية، ويتعجلون رد فعل الطفل ولا يمنحونه الوقت الكافي للرد، ويفترضون كذلك أن كل ما يحتاجه طفلهم هو التحفيز والتشجيع ويتواصلون مع الأبناء باتباع نهج تواصل توجيهي، وكل هذه الأشياء تؤثر في اكتساب الطفل للمفردات خاصة الأطفال الذين يستخدمون القوقعة الصناعية (Holzinger et al, 2022).

ب) دور الأسرة في إشباع الحاجة إلى تحقيق الذات لدى الطفل:

يتم إشباع حاجة الطفل إلى تحقيق الذات، وذلك من خلال مشاركته في الأعمال التي يستطيع أن يكون منتجاً ونافعاً فيها لنفسه وللآخرين، وكذا المشاركة في نواحي النشاط وفقاً لقدراته؛ ما يسهل اندماجه داخل الجماعات المختلفة، ويمكن أن تتيح له الأسرة ذلك من خلال مشاركته في الأنشطة المختلفة، وتوفير الإمكانيات والبيئة التي تساعده على أن يكون منتجاً وله دور واضح، حتى يستشعر أهميته ودوره لنفسه وأسرته ومجتمعه (فرحات، ٢٠١٩).

ج) دور الأسرة في النمو اللغوي للطفل:

ارتبطت التفاعلات الإيجابية بين الوالدين والطفل بمعدلات نمو أفضل للغة التعبيرية والاستقبالية، كما كان للتحفيز اللغوي الذي تقوم به الأمهات تأثير إيجابي على نمو اللغة عند

الطفل. فالمعاملة الوالدية تؤثر في تطور الطفل الاجتماعي والانفعالي. وتوصلت الدراسات إلى أن جودة التفاعل بين الوالدين والطفل لها تأثير كبير على النتائج اللغوية للطفل، وأن العلاقة الإيجابية والاهتمام المشترك وتقنيات اللغة التي يستخدمها الآباء مفيدة للنمو اللغوي للأطفال خاصة في المراحل العمرية المبكرة (Holzinger et al, 2022).

د) برامج التدخل المبكر المستندة إلى المنزل:

وتعتبر من أكثر أشكال التدخلات المبكرة؛ إذ إن العديد من الأبحاث تشدد على فاعلية البرامج التي تقوم بالتركيز على التنشئة الأسرية والتفاعل بين الآباء والأبناء وأثرها الإيجابي، وهناك أنواع من البرامج المستندة إلى المنزل منها:

الدعم الأسري:

ويؤكد الخدمات الأسرية المصممة تحديداً لمساعدة الأسرة ودعمها على تدبر المطالب المرتبطة برعاية الطفل ذي الإعاقة السمعية، فتقدم لهم معلومات عن الطفل ونموه وعن فرص التعلم والرعاية الروتينية والطائرة والرعاية الصحية، وتوفير التجهيزات وتدريب الوالدين على طرق تربية الطفل صحياً والدعم الاقتصادي ومعلومات وتسهيلات تتعلق بوسائل الانتقال وضروريات الحياة.

الزيارة المنزلية:

وهي خدمة تقدم للأسر في منازلهم ويقوم بها العديد من المجموعات المتخصصة مثل الممرضين وأخصائيي الخدمة الاجتماعية والمعلمين.

منازل الرعاية الصحية الأسرية النهارية:

تعد واسعة الانتشار في مجال خدمة الأطفال الصغار ذوي الإعاقة، وغالبا ما تتم مع أطفال الأسر المتدنية اقتصاديا.

برنامج معسكرات الأطفال والآباء:

هو أحد البرامج التقييمية الشاملة قصيرة المدى ويعمل البرنامج لخدمة الآباء ذوي الأطفال الصم وضعاف السمع منذ الميلاد، وحتى عمر أربع سنوات وفيه يتم إقامة الأسر في معسكرات لعدة أيام بينما يشارك أطفالهم في التقييمات السمعية والكلامية والنفسية. (المحزمة، ٢٠١٩).

١- التدخلات في مجال التعليم:

في السنوات العشر الماضية شهد مجال تعليم الصم تقديم تقنيين رئيسيين من المتوقع أن يكون لهما تأثير على المهارات الأكاديمية للأطفال الصم ونجاحهم في المدرسة. الأول هو إدخال فحص سمع حديثي الولادة. والثاني هو زيادة فعالية تكنولوجيا المعينات السمعية، بما في ذلك غرس القوقعة الصناعية. وفي المملكة المتحدة بدأ تنفيذ الفحص الشامل لحديثي الولادة في عام ٢٠٠٠، واكتمل في عام ٢٠٠٥؛ ما قد يقلل من متوسط عمر تشخيص ضعف السمع السابق للغة من ١٧ شهرًا إلى بضعة أسابيع (Welsh Government, 2019).

أ) الاستراتيجيات التدريسية لذوي الإعاقة:

ومن الصعب اختيار استراتيجية تدريس واحدة يعتمد عليها المعلم في عملية التدريس، في المدارس المدمجة، لذلك يجب أن يتم اختيار استراتيجيات تدريسية تلائم طبيعة الطلاب العاديين وذوي الإعاقة السمعية.

ويذكر المجلس الوطني للتربية الخاصة أنه يجب على المعلمين استخدام مجموعة متنوعة من استراتيجيات التدريس داخل الفصول الدراسية، وقد تم تحديد استراتيجيات تدريس معينة مفيدة لدمج الطلاب ذوي الإعاقة. ومن أمثلة الاستراتيجيات التدريسية استراتيجيات التعلم التعاوني، واستراتيجية حل المشكلات التشاركية، ويجب أن تكون طريقة تقديم التدريس في الفصل الدراسي السائد مرنة بما فيه الكفاية لتلبية المتطلبات المتنوعة لجميع الطلاب.

وقد اقترح المجلس الوطني للتربية الخاصة عددًا من الاستراتيجيات المعممة التي لا بُد من مراعاتها أثناء التدريس للطلاب ذوي الإعاقات:

أ) إدراك أن الطلاب ذوي الإعاقة لا يرغبون في معاملتهم بطريقة خاصة ومحددة؛ إذ إنَّ القيام بذلك قد يظهر إعاقتهم للطلاب الآخرين، وتسبب لهم بعضًا من أشكال الاهتمام التي قد لا يستطيعون التعامل معها.

ب) أن تكون الاتجاهات وردود الأفعال واحدة مع الطلاب ذوي الإعاقة والطلاب العاديين.

ج) أن تستغرق عملية التعلم وقتًا طويلاً لأن الطلاب ذوي الإعاقة يحتاجون وقتًا أطول لإتقان مفهوم أو تعلم مهارة معينة، كما يحتاجون إلى تكرار المعلومات عدة مرات وتعزيزها في نواحٍ كثيرة.

د) الحرص من الوقوع في فخ التركيز على نقاط ضعف الطلاب ذوي الإعاقة. ومع ذلك فمن المهم جدًا أن يكون المعلم على علم بذلك، وأن يسعى لتحديد نقاط القوة الفردية لكل طالب في الفصول الدراسية الخاصة به.

هـ) مساعدة الطلاب على فهم أن الدرجات والتقييم والتقويم تستند إلى أهداف محددة وفقًا للإمكانات الفردية. ويجب ألا يقترن التقييم بالقيود المفروضة على الطلاب بل على توقعاتهم. و) توفير فرص كبيرة للطلاب للتعلم من خلال جميع القدرات لديهم. وتنظيم مجموعة متنوعة من أنشطة التعلم التي يتم فيها تعزيز المناخ الاجتماعي للفصل الدراسي، ومن المهم أن يشعر الجميع بأنهم يساهمون في تلك الأنشطة.

ز) عدم وضع افتراضات غير ملائمة بناء على حالة الطلاب. فمثلًا، لا يجب افتراض أن الطالب الذي يجلس على كرسي متحرك هو طالب غير سعيد. أو أن طالبًا من ذوي صعوبات التعلم ليس موهوبًا في الفنون البصرية. كما لا يجب افتراض أن الأطفال ذوي الإعاقة معاقون في جميع المجالات. (Welsh Government, 2019)

ب) الاستراتيجيات التدريسية لذوي الإعاقة السمعية:

عادةً ما تركز التدخلات والأساليب في تعليم الصم على التدريس والبيئة التي توفر الوصول إلى ما يمكن التعرف عليه كأجزاء من المناهج الدراسية التقليدية (أي من خلال استخدام تدخلات وأساليب "الوصول إلى التعلم"). لذلك غالبًا ما تسعى هذه التدخلات والأساليب إلى تطوير الاتصال ومحو الأمية والتحصيل الأكاديمي بشكل عام. وتركز التدخلات والطرق الأخرى بشكل عام على تطوير المهارات التي يمكن التعرف عليها على أنها مهارات الاستقلال. ومن ثم، فإن هذه التدخلات والأساليب تسعى إلى تطوير قدرة الشباب على التنقل والوصول إلى بيئتهم المادية الاجتماعية (أي من خلال استخدام التدخلات والأساليب "التعلم للوصول"). ومن المسلم به أيضا أن هذه النتائج المستهدفة مترابطة. (Welsh Government, 2019)

وأشارت الدراسات إلى أن للحرمان من اللغة عواقب سلبية على المجالات التنموية، التي تعتمد على اكتساب اللغة في الوقت المناسب. بالإضافة إلى الآثار السلبية على تعليم الطفل.

ويؤثر الحرمان من اللغة أيضًا على الصحة العقلية والجسدية للسمع وإمكانية الوصول إلى الرعاية الصحية، من بين أمور أخرى. لذلك، هناك حاجة إلى سياسات تتفق مع اتفاقية الأمم المتحدة لحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة. تضمن مثل هذه السياسات التدخل المبكر وخدمات التعليم التي تشمل لغات الإشارة والبرامج ثنائية اللغة حيث تكون لغة الإشارة هي لغة التدريس (Murray, et al. 2019). ولذا فاستخدام لغة الإشارة من أهم الاستراتيجيات التدريسية المستخدمة مع ذوي الإعاقة السمعية، وفيما يلي عرض لبعض الاستراتيجيات التدريسية التي تستخدم مع ذوي الإعاقة:

استخدام لغة الإشارة:

غالبًا ما تتبنى التدخلات التعليمية للأطفال ذوي الإعاقة السمعية نهجًا واحدًا لاكتساب اللغة المنطوقة من خلال استخدام التكنولوجيا، مثل زرع القوقعة الصناعية. وتتجاهل هذه الأساليب عمومًا لغات الإشارة. على الرغم من عدم وجود ضمانات بأن الطفل سيكتسب الطلاقة في اللغة المنطوقة. تشير الأبحاث التي أجريت على الأطفال الذين لديهم زرع قوقعة صناعية ولا يستخدمون لغة إشارة إلى أن النتائج اللغوية متغيرة جدًا وهي أسوأ بشكل عام من أقرانهم غير الصم. على النقيض من ذلك، فإن الأطفال الذين تعلموا لغة الإشارة وقاموا بعملية زرع القوقعة الصناعية لديهم تطور لغوي في الوقت المناسب مشابه لأقرانهم غير الصم بل تجاوزوا أيضًا أقرانهم الذين لم يتعلموا لغة الإشارة وزرعوا قوقعة صناعية، لقد ثبت أن لغات الإشارة لها نفس الفوائد المعرفية العصبية مثل اللغة الطبيعية المنطوقة (Murray, et al. 2019).

وأوضحت الدراسات أن أنماط التدريب على الكلام بلغة الإشارة والتدريب على قراءة الشفاه Reading-Lip، والتدريب السمعي؛ تساعد جميعها على تحديد صوتيات (فونيمات) الملقن؛ ما ييسر على ضعاف السمع استخدامها في كلمات جديدة. وكان الأثر الإيجابي كبيرًا لصالح استخدام الكلام المرمز في تعليم اللغة لدى التلاميذ ضعاف السمع الذي استهدفتهم عمليات التدريب. كما أشارت إلى أهمية استخدام طريقة الكلام المرمز Cued Speech في ترجمة الرسالة المنطوقة إلى لغة بصرية، ما ييسر فهم ضعاف السمع لها، نتيجة أنها تجمع بين حركات الشفاه، وأشكال وأوضاع اليد للكلام المرمز لمخارج الحروف (عيسى، ٢٠١٧).

وعلى الرغم من أهمية لغة الإشارة حيث أثبتت الدراسات أن لغات الإشارة لها نفس الفوائد المعرفية العصبية مثل اللغة الطبيعية المنطوقة؛ تشير التقديرات إلى أن أقل من ٢٪ من ٣٤ مليون طفل أصم في جميع أنحاء العالم يتعلمون لغة الإشارة في مرحلة الطفولة المبكرة. لذلك، فإن معظم الأطفال الصم معرضون لخطر الحرمان من اللغة خلال الفترة الحرجة لاكتساب اللغة في السنوات الخمس الأولى من الحياة. وتشير أفضل التقديرات، من دراسة استقصائية شملت ٣٧٨٢٨ طالبًا، إلى أن أقل من ٦٪ من الأطفال الصم في الولايات المتحدة الأمريكية يمكنهم الوصول إلى لغة الإشارة في الطفولة المبكرة. (Murray, et al, 2019)

استخدام البرامج التكنولوجية على الحاسب الآلي:

أشارت الدراسات إلى أهمية استخدام استراتيجيات تدريسية قائمة على الحاسب الآلي في تعليم الأطفال ذوي الإعاقة السمعية؛ فقد أشارت دراسة عيسى (٢٠١٧) إلى فاعلية برنامج تدريبي حاسوبي للتدخل المبكر لدى ١٠ من الأطفال ذوي الإعاقة السمعية في تنمية الحصيلة اللغوية لهؤلاء الأطفال تحسين القراءة والكتابة وازدادت فرص نجاحهم التعليمي.

وفي دراسة عن التعرف على أثر برنامج تركيب الجملة أو العبارة المعتمد على الكمبيوتر في تطوير تركيب التلاميذ الصم وضعاف السمع للجملة، وتحديد ما إذا كان استخدام وصلات اللغة والتدخل وتقييم تركيب الجملة المنتج بواسطة أنظمة التعلم له أثر في طريقة تركيب الجمل لدى مستخدمي لغة الإشارة في أمريكا، وشارك فيها ١٤ من التلاميذ ذوي الإعاقة السمعية؛ أوضحت النتائج أن الاستخدام اليومي لبرنامج التدخل وتقييم تركيب الجملة أدى إلى تحسن قدرة التلاميذ على استخدام لغة الإشارة في تركيب الجمل (عيسى، ٢٠١٧).

كما طبقت دراسة الزهراني (٢٠٢١) برنامجًا تدريبيًا تقنيًا عبارة عن تطبيق يتم تحميله على الأجهزة اللوحية لزيادة الحصيلة اللغوية لدى الطالبات ضعيفات السمع بالصف الرابع الابتدائي، وتم تقييم البرنامج من خلال آراء المعلمات اللاتي يدرسن للطالبات ضعيفات السمع في جودة البرنامج في تحسين الأداء اللغوي للطالبات.

وقد أظهرت نتائج الدراسات نجاح التلاميذ ذوي الإعاقة السمعية في تعلم اللغة الإنجليزية، كلغة ثانية، وذلك بعد تدريس اللغة الإنجليزية لهم باستخدام برنامج كمبيوتر مطور تضمن شاشتين فيديو، إحداها لقراءة المفردات بطريقة الشفاه، والأخرى لتحويلها إلى لغة الإشارة، وأوصت الدراسة بتشجيع

المعلمين للتلاميذ ذوي الإعاقة السمعية في استخدام برامج الحاسوب في العملية التعليمية، وليس فقط في تعلم اللغة الإنجليزية، ولكن أيضا في تعلم جميع المواد الدراسية الأخرى (عيسى، ٢٠١٧).

الأنشطة التعليمية:

ويعد اختيار الأنشطة التعليمية المناسبة لطبيعة الطلاب من أهم الطرق المساعدة على تحسين التعلم داخل المنظومة التعليمية ورفع كفاءته. فاختيار الأنشطة التعليمية المناسبة لطبيعة الطلاب ذوي الإعاقة السمعية مهمة جدًا فمن خلالها يتم تحقيق الأهداف المرجوة من العملية التعليمية في تعليم الطلاب ذوي الإعاقة السمعية، وزيادة رغبتهم وحبهم للتعلم لذلك من المهم أن يختار المعلم تلك الأنشطة بعناية ودقة (الحري، ٢٠١٩).

التدخلات في المجال الطبي:

يعتمد النموذج الطبي الحيوي على ثلاثة مفاهيم هي العلاج والوقاية والمتابعة، ومن ثم فإن التثقيف الصحي يعتمد على توفير المعلومات حول الأمراض وكذلك كيفية علاجها والوقاية منها (Ehlert & Coetzer, 2020). وعلى هذا يشتمل المكون الطبي السمعي على التحديد المبكر للاضطراب وذلك من خلال فحص سمع حديثي الولادة، متبوعاً بأنظمة تتبع فعالة، وتشخيصات سمعية وتنموية للأطفال عالية الجودة، وتوفير مكبرات الصوت (مثل المعينات السمعية أو تقنيات الزرع)، بالإضافة إلى التوجيه الطبي على مر السنين (Holzinger et al, 2022).

أ) التشخيص المبكر:

ونتيجة تعدد وسائل الرعاية التي تشمل إعادة التأهيل من عدة نواحي وطرقها، يجب الانطلاق من أساس متين وصحيح وهو الكشف المبكر، والذي يزيد من احتمالات إعادة التأهيل والوصول إلى تحقيق تواصل واتصال (وسام، ٢٠٢٠).

ويعتبر برنامج الفحص الشامل للسمع لدى حديثي الولادة النموذج الأكثر تفضيلاً للكشف المبكر عن ضعف السمع؛ فتشير الأدلة إلى أن هذا النموذج نهج فعال من حيث التكلفة للكشف المبكر والفعال عن ضعف السمع. من خلال البرنامج انخفض عمر قياس ضعف السمع إلى ما

بين شهرين وثلاثة أشهر في البلدان المتقدمة. ولسوء الحظ لم ينتقل هذا التقدم إلى الدول النامية، حيث يوجد ثلثا أطفال العالم الذين يعانون من ضعف السمع. وبسبب الافتقار إلى التنفيذ الشامل والمنهجي لفحص سمع حديثي الولادة لا يزال التعرف على الأطفال الذين يعانون من ضعف السمع يتم في وقت متأخر، بعد سن ١٢ شهراً، إذ إنَّ هناك صعوبة في استخدام المعينات السمعية عندما يكون الأطفال أكبر من ٢٤ شهراً. (Maluleke, et al, 2019)

١- التدخل القائم على مراكز الرعاية:

وتقوم هذه البرامج على إحضار الأسرة طفلها المشترك في برامج التدخل المبكر لأحد المراكز حيث تقدم له الخدمة بواسطة مهنيين. ومن أنواع هذه البرامج ما يلي: مراكز الآباء-الطفل، التدخل المبكر التخصصي التقليدي، رعاية الطفل الطبية، رعاية الطفل النمائية، الدمج العكسي. (المحزمة، ٢٠١٧).

٢- برامج التدخل المبكر لذوي الإعاقة السمعية:

وهي برامج تستهدف ذوي الإعاقة السمعية بهدف تنمية مهاراتهم المختلفة وإعادة تكيفهم وتوافقهم مع إعاقتهم ومع المحيطين بهم، ثم مع الدائرة الأكبر من المجتمع، ويشتمل ذلك على برامج تعليمية، وبرامج تنمية المهارات الشخصية، وبرامج تنمية القدرات العقلية، ويقوم بعمل هذه البرامج الاختصاصيون في مراكز الرعاية كما يطبق هذه البرامج طلاب الماجستير والدكتوراه في الأماكن التي يتواجد فيها الطفل كمدارس التربية الخاصة، والمدارس المدمجة، ومراكز الرعاية، ومن هذه البرامج:

أ) برنامج مصادر الأطفال للسمع:

وتتلخص مهمة هذا البرنامج في إمداد الأسر ودعمها بالتدخل الذي يضع الأسرة محوراً للاهتمام في حال وجود أطفال ورضع ذوي إعاقة سمعية، كما يسعى إلى زيادة ورفع المهارات والمعارف لدى الخبراء الذين يخدمون ذلك المجتمع من الناس، وتعزيز الاتجاهات في للوصول إلى اكتشاف مبكر للإصابة بفقدان السمع، وقد صمم هذا البرنامج من أجل التقليل من التأثير الذي يتركه فقدان السمع لدى الأطفال ولرفع مستوى المعرفة عند الآباء، فيما يتعلق بأمور الصمم، ويتم فيه العمل فرداً - لفرد كما يشارك الآباء في المجموعات المساندة.

ومن خلال هذا البرنامج يمكن للآباء أن يختاروا ما بين المدخل الشفهي ومدخل لغة الإشارة مع التركيز على اللغة الشفهية، كما أن الآباء يحضرون فصول تعليم الإشارة التي يقدمها مركز مصادر الأطفال للسمع، والهدف من ذلك هو الوصول إلى تفاعل فعال بين الآباء والأطفال الصم وضعاف السمع.

(ب) برنامج روضة (تاير - ليندسلي) المتمركزة حول الأسرة:

ويعمل هذا البرنامج لخدمة الأطفال ذوي الإعاقة السمعية من عمر ١٨ شهر وحتى عمر ٣ سنوات فيجتمع الأطفال في إحدى الرياض ثلاث مرات أسبوعياً في الصباح الباكر. وفي أثناء ذلك يقضون ٢٠ دقيقة من العمل على التواصل مع أحد الاختصاصيين بشكل فردي. وفي أول الأمر يلاحظ الآباء الأطفال أثناء تفاعلهم بعضهم مع بعض، ومع المعلم في المجموعة وبعدها يقومون بالمشاركة في المجموعة. ويشارك الآباء في إحدى مجموعات المساندة مرة واحدة في الأسبوع. بينما يتم اللقاء مع الآباء الذين نقل أعمار أبنائهم عن ١٨ شهراً، ومع أطفالهم بشكل فردي حتى يصلوا إلى العمر المناسب للروضة. وفي هذا البرنامج يتم عرض مداخل التواصل الشفهي والكلي للآباء لكي يستخدموها مع أطفالهم مع ملاحظة عدم عرض لغة الإشارة كلغة أساسية للتواصل مع الأطفال الصغار (المحزمة، ٢٠١٩).

وهناك بعض البرامج الأخرى القائمة على رسائل أكاديمية تهدف إلى التدخل مع ذوي الإعاقة السمعية بهدف تحسينهم في جوانب الحياة كافة، ومن هذه البرامج:

١- دراسة عامر (٢٠١٤) التي قدمت برنامجاً للتدخل المبكر لتنمية المهارات ما قبل

الأكاديمية لدى الأطفال ذوي الإعاقة السمعية في ليبيا.

٢- دراسة عيسى (٢٠١٧) التي قدمت برنامجاً حاسوبياً تفاعلياً للتدخل المبكر لتنمية الحصيلة

اللغوية لدى الأطفال ذوي الإعاقة السمعية في جدة بالمملكة العربية السعودية.

٣- دراسة الزهراني (٢٠٢١) التي أعدت برنامجاً تدريبياً تقنياً وهو عبارة عن تطبيق

يتم تحميله على الأجهزة اللوحية لزيادة الحصيلة اللغوية لدى الطالبات ضعيفات

السمع بالصف الرابع الابتدائي.

الدراسات السابقة:

استهدفت دراسة الفواعير (٢٠١٥) تقويم خدمات التدخل المبكر لذوي الاحتياجات الخاصة في سلطنة عمان من وجهة نظر الأسر، وذلك من خلال (١) معرفة رأي أسر الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة حول مخرجات ومزايا برامج التدخل المبكر المقدمة لأطفالهم. (٢) تحديد الفروق الإحصائية في تقويم خدمات التدخل المبكر وفقاً إلى المتغيرات الديموغرافية للأسر المستفيدة من التدخل المبكر. (٣) تحديد المجال الأقل رضا لدى أسر الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في برامج التدخل المبكر. وقد اعتمد الأسلوب الكمي في جمع المعلومات باستخدام استبانة نتائج الأسرة أما عينة الدراسة فقد تكونت من أسر الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في جمعية التدخل المبكر للأطفال ذوي الإعاقة وعددها ٥٣ أسرة. وقد أشارت نتائج الدراسة إلى أن ٧٨% من أسر الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة كان تقييمهم إيجابياً لبرامج التدخل المبكر، و ٢٢% من الأسر كان تقييمهم سلبياً. ولم تكن هناك فروق ذات دلالة إحصائية في رأي الأسر حول خدمات التدخل المبكر وفقاً لمتغيري أولياء الأمور وجنس الطفل، في حين كانت هناك فروق ذات دلالة إحصائية وفقاً، لطبيعة الخدمات المقدمة. وكانت الأسر غير راضية عن نتائج وفوائد برامج التدخل المبكر في مجال معرفة حقوق الأسرة ومساندة الطفل من ذوي الاحتياجات الخاصة.

وسعت دراسة الرويلي (٢٠١٦). إلى الكشف عن تقييم مستوى فاعلية خدمات التدخل المبكر للأطفال ذوي اضطراب التوحد في المملكة العربية السعودية من وجهة نظر العاملين وأولياء الأمور، ولتحقيق أهداف الدراسة تم تطوير استبانة لتقييم مستوى فاعلية خدمات التدخل المبكر للأطفال ذوي اضطراب التوحد تكونت عينة الدراسة من (٢٢٤) فرداً منهم (٨١) معلماً تربوية خاصة وأخصائي خدمات مساندة في المؤسسات والمراكز الحكومية والخاصة في المملكة العربية السعودية (١٤٣) ولي أمر أظهرت نتائج الدراسة أن مستوى فاعلية خدمات التدخل المبكر المقدمة للأطفال ذوي اضطراب التوحد بالمملكة العربية السعودية، من وجهة نظر أولياء الأمور على الأداء بشكل كلي، وعلى جميع المجالات؛ جاء بدرجة فاعلية مرتفعة، باستثناء مجال "الخدمات الطبية والصحية والغذائية" جاء بدرجة فاعلية متوسطة. كما أشارت النتائج إلى أن مستوى فاعلية خدمات التدخل المبكر المقدمة للأطفال ذوي اضطراب التوحد من وجهة نظر العاملين على الأداة بشكل

كلي وعلى جميع المجالات جاءت بدرجة فاعلية مرتفعة باستثناء مجالي الخدمات الطبية والصحية والغذائية والخدمات الأسرية والاجتماعية جاء بدرجة فاعلية متوسطة. كما أشارت إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في آراء العاملين حول مستوى فاعلية خدمات التدخل المبكر المقدمة للأطفال ذوي اضطراب التوحد المتغيرات الجنس والمؤهل العلمي وعدد سنوات الخبرة وبينت نتائج الدراسة عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في آراء أولياء الأمور حول مستوى فاعلية خدمات التدخل المبكر المقدمة للأطفال ذوي اضطراب التوحد تعزى إلى متغيرات العمر والمؤهل العلمي ومستوى الدخل الشهري، ووجود فروق في آراء أفراد عينة أولياء الأمور حول مستوى فاعلية خدمات التدخل المبكر تعزى إلى متغير المستوى التعليمي للأهل لصالح المؤهل العلمي ماجستير، كما أظهرت النتائج عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين آراء (العاملين وأولياء الأمور) حول مستوى فاعلية خدمات التدخل المبكر في المجالات والأداة بشكل كلي.

وهدفت دراسة هويدي والخزاعلة (٢٠١٧) إلى تقييم خدمات التدخل المبكر في مراكز التربية الخاصة المقدمة للأطفال من ذوي الإعاقة من وجهة نظر أمهاتهم. تكونت عينة الدراسة من (١٤٠) من أمهات الأطفال من ذوي الإعاقة الملحقين بمراكز التربية الخاصة (حكومية وخاصة) في المملكة الأردنية الهاشمية خلال الفصل الدراسي الأول من العام (٢٠١٧). ولتحقيق هدف الدراسة طور الباحثان أداة مكونة من (٤٣) فقرة موجهة على أربعة أبعاد استخرجت لها دلالات صدق وثبات. وأشارت النتائج إلى أن تقييم الأمهات لخدمات التدخل المبكر. كان مرتفعاً على فقرات ومجالات المقياس. وأشارت النتائج أيضاً إلى وجود فروق في تقييم الخدمات التي متغير جهة الإشراف. على الأطفال ذوي الإعاقة. لصالح المراكز الخاصة. وأشارت النتائج إلى وجود فروق في تقييم مستوى خدمات التدخل المبكر. تبعاً لمتغير المستوى التعليمي للأهل. وذلك لصالح الأمهات الجامعيات.

وهدفت دراسة الشهري (٢٠١٨) إلى التعرف على معوقات الحصول على خدمات التدخل المبكر للأطفال ذوي الإعاقة من وجهة نظر أولياء أمورهم، والتعرف على الفروق بين طبيعة المعوقات وفقاً لمتغير (العمر - نوع الإعاقة) للطفل ذوي الإعاقة. واشتملت عينة الدراسة على (١٣٠) من أولياء الأمور بمدينة الرياض؛ حيث صُممت استبانة في ضوء ما صيغ من أهداف وأسئلة الدراسة. وأظهرت النتائج عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المستوى التعليمي للعينة

أو الدخل للعينة والمعوقات المؤسسية والمعوقات المجتمعية، بينما توجد فروق ذات دلالة إحصائية للمستوى التعليمي للعينة والدخل للعينة والمعوقات الأسرية. كما أظهرت النتائج عدم وجود فروق ذات ودلالات إحصائية بين نوع الإعاقة وبين المعوقات الأسرية والمعوقات المؤسسية والمعوقات المجتمعية. وعدم وجود فروق ذات دلالة بين فئات أعمار الأطفال عند الالتحاق بمراكز التدخل المبكر والمعوقات المجتمعية، بينما توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين فئات أعمار الأطفال عند الالتحاق بمراكز التدخل المبكر وبين المعوقات الأسرية والمعوقات المؤسسية.

وأجرت أبو خشيد والحديدي (٢٠١٩) دراسة هدفت إلى الكشف عن واقع خدمات التدخل المبكر المقدمة للأطفال المكفوفين الصم من وجهة نظر مقدمي خدمات التدخل المبكر، ومن وجهة نظر أسرهم. ولتحقيق أهداف الدراسة جرى الاعتماد على المنهج الوصفي التحليلي، وتكونت عينة الدراسة من (٢٠) موظفا ممن يقدمون خدمات التدخل المبكر للأطفال المكفوفين الصم، و(٢٠) أسرة من أسر الأطفال المكفوفين الصم. وجرى تطبيق استبانتين على عينة الدراسة: استبانة مقدمي خدمات التدخل المبكر للأطفال المكفوفين الصم واستبانة أسر الأطفال المكفوفين الصم. حيث جرى التحقق من صدق الاستبانتين وثباتهما الذي بلغ (٠,٨٩) و(٠,٨٣) على التوالي. وكشفت النتائج أن تقييمات مقدمي خدمات التدخل المبكر وأسر الأطفال المكفوفين الصم لخدمات التدخل المبكر كانت متوسطة، وأن تقييمهم لمجال التشخيص والتقييم وأدواته كبيرة وتقييمهم لمجال المناهج المكيفة للأطفال الصم المكفوفين كانت منخفضة، وأن تقييم مقدمي خدمات التدخل المبكر لمجال وجود الكوادر المدربة والخدمات التأهيلية كانت متوسطة، وأن تقييم أسر الأطفال المكفوفين لمجال تدريب الأسر وإشراكهم في إعداد الخطط في المنزل كانت متوسطة. وأوصت الباحثات بتوفير إدارة مركز تقديم خدمات التدخل المبكر. التدريب الكافي لأسر الأطفال ذوي الإعاقة السمعية والبصرية للتعامل معهم.

منهج البحث وإجراءاته:

تناول الباحثان منهج الدراسة ومجتمعها وعينتها، وكذلك أدوات الدراسة من خلال صدقها وثباتها، كما يحتوي كذلك على إجراءات الدراسة والأساليب الإحصائية التي استُخدمت في معالجة البيانات.

منهج البحث:

استُخدم المنهج الوصفي المسحي، وكما ذكره عبيدات (٢٠٠٣) بأنه: ذلك المنهج الذي يتضمن وصف الظاهرة وجمع البيانات مباشرةً من مجتمع أو عينة البحث؛ بقصد التعبير عنها كمياً وكيفياً، وتشخيص جوانب معينة دون الاقتصار على واحدة، وذلك لمناسبته لطبيعة الدراسة، حيث يستخدم لوصف الظواهر ولجمع معلومات حول ظروف معينة وفهم حالتها كما هي في الواقع، والعمل على تطويرها، كما يمكن من خلاله وضع النتائج بصورة رقمية معبرة، ومن ثم تفسير هذه الأرقام وتوضيح ما توصل إليه (المحمودي، ٢٠١٩). كما يمكن من خلال هذا المنهج جمع المعلومات المتعلقة بموضوع الدراسة كافة، ومن ثم استخلاص النتائج من خلال استبانة معدة لهذا الغرض.

مجتمع البحث وعينته:

يُعرف المجتمع بأنه: "المجموعة الكلية من العناصر التي يسعى الباحثان إلى أن تُعمم عليه النتائج ذات العلاقة بالمشكلة المدروسة" (النوح، ١٤٢٥ هـ ص ٨٠). وتكون مجتمع الدراسة من جميع أمهات الأطفال الصم وضعاف السمع في منطقة مكة المكرمة. تعرف العينة بأنها: "جزء من مجتمع البحث الأصلي، تختارها الباحثة بأساليب مختلفة، وتضم عددًا من الأفراد من المجتمع الأصلي" (نهبان، ١٤٣٠ ص ١٠٥). وقد اختيرت العينة من مجتمع الدراسة بطريقة عشوائية، حيث ذكر أبو علام (٢٠١٤) أنها تعد أفضل طريقة لاختيار العينة؛ لتجنب وجود تحيز في الاختيار. وقد بلغ عدد العينة العشوائية (١١٣) من أمهات الأطفال الصم وضعاف السمع في منطقة مكة المكرمة.

جدول (١)

توزيع عينة الدراسة بعد التطبيق حسب كل من المؤهل العلمي، شدة الإعاقة للطفل،

عمر الطفل عند تقديم خدمات التدخل المبكر، لكل منهم

شدة الإعاقة	بسيطة	متوسطة	شديدة	شديدة جداً	المجموع
التكرار	٣	١٩	٥٤	٣٧	١١٣
النسبة %	٢,٦٥	١٦,٨١	٤٧,٧٩	٣٢,٧٤	١٠٠
المؤهل العلمي	أقل من الثانوي	ثانوي	بكالوريوس	ماجستير	دكتوراه
التكرار	٥٣	١٤	٣٧	٩	١١٣
النسبة %	٤٦,٩٠	١٢,٣٩	٣٢,٧٤	٧,٩٦	١٠٠
عمر الطفل	(١١-٣) شهرا	٦ شهور - سنة	(٢-١) سنة	(٥-٣) سنة	٦ سنوات
التكرار	١٥	٢١	١٥	٢٨	٢٤
النسبة %	١٣,٢٧	١٨,٥٨	١٣,٢٧	٢٤,٧٨	٣٠,٠٩

يوضح الجدول (١) توزيع عينة الدراسة بعد التطبيق حسب شدة الإعاقة للطفل، وقد جاء في المرتبة الأولى من لديهم إعاقة شديدة، يليهم من لديهم إعاقة شديدة جداً، يليهم من لديهم شدة إعاقة متوسطة، ثم من لديهم إعاقة بسيطة، أما بالنسبة لتوزيع عينة الدراسة بعد التطبيق وفقاً للمؤهل العلمي لكل منهم، فجاء في المرتبة الأولى الحاصلين على مؤهل أقل من الثانوي، يليهم الحاصلين على بكالوريوس، يليهم الحاصلين على ثانوي، ثم الحاصلين على ماجستير، ولم يحصل أي من عينة الدراسة على دكتوراه. أما بالنسبة لتوزيع عينة الدراسة بعد التطبيق وفقاً لعمر الطفل عند تقديم خدمات التدخل المبكر، فجاء في المرتبة الأولى البالغين (٦ سنوات)، يليهم البالغين (٣-٥) سنوات، يليهم البالغين (٦ شهور- سنة)، ثم البالغين من العمر (٣- ١١) سنة، وكذلك (١- ٢) سنة حيث كان لهم نفس العدد في عينة الدراسة.

أداة البحث:

تعرف الأداة بأنها: "الوسيلة التي تجمع بها الباحثان معلومات تمكّنها من إجابة أسئلة الدراسة، واختبار فروضه" (العساف، ١٤٢٧هـ: ١٠٨). وتعرف أيضاً بأنها: "مجموعة من الأسئلة قد تكون مفتوحة أو مغلقة، أو كليهما (مغلقة ومفتوحة في آن واحد)، موجهة إلى أفراد مجتمع الدراسة؛ بهدف جمع معلومات ذات علاقة بأهداف وأسئلة وفروض الدراسة" (السريحي وآخرون، ٢٠٠٨: ٢٨٦-٢٨٧).

واستخدم الباحثان الاستبانة لجمع معلومات وبيانات الدراسة الحالية استبانة من إعدادها بعنوان "مدى توقّر خدمات التدخل المبكر للضعاف السمع من وجهة نظر الأمهات بمنطقة مكة المكرمة".

وقد تم بناء أداة البحث وفق الإجراءات التالية:

- ١- دراسة الإطار النظري ومراجعة الأدبيات التربوية، والمتعلقة بكل التدخل المبكر، الصم وضعاف السمع.
- ٢- مراجعة الدراسات السابقة والمتعلقة بكل من التدخل المبكر، الصم وضعاف السمع، ومنها (تركستاني، الرشيدى، ٢٠١٥؛ وأبو خشيدم والحديدي، ٢٠١٨؛ والشهري، ٢٠١٨؛ عامر، ٢٠١٤؛ Yang, et al., 2015؛ هويدي والخزاعلة، ٢٠١٧؛ الرويلي، ٢٠١٦).

٣- مراجعة بعض الأدوات الواردة في الدراسات السابقة؛ حيث أُقْبِسَتْ بعض المفردات والعبارات من تلك الأدوات، وعدلها الباحثان لتتناسب والعينة التي تُطبَّق عليها الاستبانة الحالية، بالإضافة إلى صياغة بعض العبارات والمفردات الجديدة.

٤- إضافة إلى خبرة الباحثين، ومن خلال الزيارات المتكررة للمكتبات المتخصصة، والاطلاع على قواعد المعلومات من خلال شبكة الإنترنت.

٥- سؤال المتخصصين للإفادة من آرائهم في بناء الاستبانة.

وقد أُعدَّت الاستبانة في صورتها الأولية وتكونت من:

- الجزء الأول من الاستبانة، ويتضمن البيانات الأولية للمستجيب (المستجيبة): وتضمنت: المؤهل العلمي، وشدة الإعاقة، وعمر الطفل عند تقديم خدمات التدخل المبكر.
- الجزء الثاني من الاستبانة، ويتضمن مؤشرات لتحديد مدى توفر خدمات التدخل المبكر للصم وضعاف السمع من وجهة نظر الأمهات بمنطقة مكة المكرمة، وجاء ذلك في محورين أساسيين، وهما، المحور الأول: مدى الوعي بأهمية خدمات التدخل المبكر، وعدد عباراته (١١) عبارة، والمحور الثاني: مدى توفر خدمات التدخل المبكر، وعدد عباراته (٧) عبارات.
- ومن ثمَّ تضمنت الاستبانة بشكلٍ كلي (١٨) عبارة.

المعيار الإحصائي:

اعتمدَ السلم الثلاثي لتصحيح أداة الدراسة، بإعطاء كل عبارة من عباراته درجة واحدة من بين درجاته الثلاثة (موافق، غير موافق، غير موافق بشدة) وهي تمثل رقمياً (٣، ٢، ١) على الترتيب، وتم تقسيم الفترة بين (٣-١) إلى ثلاثة مستويات (٢ / ٣ = ٠,٦٦)؛ أي إن طول الفترة (الخلية) لكل مستوى هو (٠,٦٦)، فكانت المستويات كما هي موضحة في الجدول (٢)

جدول (٢)

المحك المعتمد في البحث

طول الخلية	مستوى الموافقة	درجة الموافقة
من ١ إلى أقل من ١,٦٦	غير موافق بشدة	صغيرة
من ١,٦٧ إلى أقل من ٢,٣٣	غير موافق	متوسطة
من ٢,٣٣ إلى أقل من ٣	موافق	كبيرة

صدق الأدوات وثباتها:

١- صدق الاستبانة:

تم التأكد من صدق الاستبانة بعدة طرق من بينها ما يلي:

- الصدق الظاهرة لأداة الدراسة (صدق المحكمين): وذلك من خلال عرضها في صورتها الأولية على عدد (٧) من السادة الأساتذة في مجال التربية الخاصة وعلم النفس التربوي؛ لإبداء آرائهم حول عبارات الاستبانة، ومدى صحتها، وسلامة صياغتها ومناسبتها للفئة المستهدفة، وملاءمتها لمجال الدراسة. وقد أجمع المحكمون على سلامة الصياغة وارتباطها بمحاورها، واتفق بعضهم على حذف وتعديل وإضافة بعض العبارات، وقد تم ذلك من قبل الباحثان، خاصة في العبارات التي جاء عليها نسب اتفاق عالية (٨٠%) فأكثر، حيث كان المحور الأول يتضمن (١٤) عبارة، وتم حذف ثلاثة عبارات ليصبح (١١) عبارة فقط، وكذلك المحور الثاني يتضمن (٩) عبارات، وتم حذف عبارتين ليصبح (٧) عبارات فقط.
- الصدق البناء (صدق الاتساق الداخلي): لاستخراج دلالات صدق البناء للمقياس (صدق الاتساق الداخلي) فيما يتعلق مدى توفر خدمات التدخل المبكر للصم وضعاف السمع من وجهة نظر الأمهات بمنطقة مكة المكرمة، استخرجت معاملات ارتباط بيرسون (Pearson) بين درجة كل عبارة وبين الدرجة الكلية للمحور الذي تنتمي إليه العبارة، وكذلك معاملات ارتباط بيرسون (Pearson) بين درجة كل محور والاستبانة بشكل كلي، وبين درجة المحورين بعضها مع بعض في عينة استطلاعية من خارج عينة الدراسة تكونت من (٣٠) من أمهات الأطفال الصم وضعاف السمع في منطقة مكة المكرمة، والنتائج كما هي موضحة في الجدول الآتي:

جدول (٢)

يوضح معامل الارتباط بين درجة كل عبارة ودرجة المحور الذي تنتمي إليه العبارة (ن=٣٠)

مدى توفر خدمات التدخل المبكر		مدى الوعي بأهمية خدمات التدخل المبكر			
معامل الارتباط	العبارة	معامل الارتباط	العبارة	معامل الارتباط	العبارة
**٠,٦٩٠	١	**٠,٩٢٥	٧	**٠,٩٣٩	١
**٠,٩٠٨	٢	**٠,٩٥٤	٨	**٠,٨٣٣	٢
**٠,٨٥٠	٣	**٠,٦٦٨	٩	**٠,٩٥٤	٣
**٠,٩٣٠	٤	**٠,٨٥٣	١٠	**٠,٨٥١	٤
**٠,٨٧٤	٥	**٠,٨٧٦	١١	**٠,٧١٨	٥
**٠,٨٦٠	٦			**٠,٦٥٠	٦
**٠,٩٣٠	٧				

(** معامل الارتباط دال عند ٠,٠١)

يتضح من الجدول (٣) أن جميع معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة ودرجة المحور الذي تنتمي إليه دالة عند مستوى دلالة (٠,٠١)؛ ما يؤكد ارتباط العبارات بالمحور الذي تنتمي إليه، وهذا يدل على وجود اتساق داخلي لعبارات الاستبانة، ولذلك لم تُحدَف أي من هذه العبارات.

جدول (٤)

يوضح معامل الارتباط بين محور الاستبانة وبعضها وبين المحورين والدرجة الكلية للاستبانة (ن=٣٠)

معامل الارتباط	المحور	مدى الوعي بأهمية خدمات التدخل المبكر	مدى توفر خدمات التدخل المبكر	الاستبانة بشكل كلي
			**٠,٨٩٤	**٠,٩٧٧
				**٠,٩٦٩

(* معامل الارتباط دال عند ٠,٠٥)، (** معامل الارتباط دال عند ٠,٠١)

يتضح من الجدول (٤) أن معاملات الارتباط بين محور الاستبانة وبعضها وبين المحورين والاستبانة بشكل كلي جميعها دالة إحصائياً، ما يؤكد صدق البناء لمحوري الأداة المستخدمة في الدراسة.

٢- ثبات الاستبانة:

للتأكد من ثبات أداة الدراسة تم حساب معامل الثبات بالطرق الآتية:

أ) طريقة معامل ألفا كرونباخ:

يعتبر معامل ألفا كرونباخ α حالة خاصة من قانون كودر وريتشارد سون، وقد اقترحه كرونباخ ١٩٥١، ونوفاك ولويس ١٩٧٦، ويمثل معامل ألفا متوسط المعاملات الناتجة عن تجزئة الاستبيان إلى أجزاء بطرق مختلفة (عبد الرحمن، ٢٠٠٣: ١٧٦)، حيث تم تطبيق الاستبانة على مجموعة مكونة من (٣٠) من أمهات الأطفال الصم وضعاف السمع في منطقة مكة المكرمة، ومن ثم تم استخدام برنامج SPSS (V. 18) لحساب قيمة معامل ألفا كرونباخ للاستبانة من خلال حساب قيمة ألفا لكل محور من محوري الاستبانة، وكذلك للاستبانة بشكل كلي، كما هو موضح بالجدول (٥):

جدول (٥)

يوضح معاملات الثبات للاستبانة بطريقة معامل ألفا كرونباخ لكل محور من محاور الاستبانة (ن = ٣٠)

المحور	مدى الوعي بأهمية خدمات التدخل المبكر	مدى توفر خدمات التدخل المبكر	الاستبانة بشكل كلي
عدد العبارات	١١	٧	١٨
معامل ألفا كرونباخ	٠,٩٤٠	٠,٩٣٣	٠,٩٥٢

يتضح من الجدول (٥) أن معاملات الثبات جميعها مرتفعة في كل محور من محوري الاستبانة، ومن ثمَّ يمكن الوثوق في الاستبانة عند استخدامها بصفقتها أداة في الدراسة الحالية.

ب) طريقة التجزئة النصفية:

تعمل تلك الطريقة على حساب معامل الارتباط بين درجات نصفي الاستبانة، حيث تمَّ تجزئة الاستبانة إلى نصفين متكافئين، حيث يتضمن القسم الأول: درجات الأفراد في الأسئلة الفردية، في حين يتضمن القسم الثاني: درجات الأفراد في الأسئلة الزوجية، وبعد ذلك حسب الباحثان معامل الارتباط بينهما، ويوضح الجدول الآتي ما توصلت إليه الدراسة في هذا الصدد:

جدول (٦)

الثبات بطريقة التجزئة النصفية للاستبانة

المفردات	العدد	معامل ألفا كرونباخ	معامل الارتباط	معامل الثبات لسبيرمان براون	معامل الثبات لجتمان
الجزء الأول	٩	٠,٩٤٦	٠,٩٥٧	٠,٩٦٥	٠,٩٦٣
الجزء الثاني	٩	٠,٩٢٨			

يتضح من الجدول (٦) أنَّ معامل ثبات الاستبانة لسبيرمان وبران يساوي (٠,٩٦٥)، أمَّا معامل الثبات لجتمان يساوي (٠,٩٦٣)، وهو معامل ثبات يشير إلى أن الاستبانة على درجة عالية جدًّا من الثبات، ومن ثمَّ فإنَّها تعطي درجة من الثقة عند استخدامها بصفقتها أداة في الدراسة الحالية.

إجراءات البحث:

تسير خطوات الدراسة على النحو التالي:

١- أعدت في هذه المرحلة الاستبانة المستخدمة في تحديد مدى توفر خدمات التدخل المبكر للضعاف السمع من وجهة نظر الأمهات بمنطقة مكة المكرمة، واستخراج دلالات صدق وثبات مناسبة لها.

٢- أُرسِلَ نموذج تسهيل مهمة للجهات التي ستطبق فيها الأداة والحصول على موافقة بذلك.

٣- طُبِّقَت أداة الدراسة (الاستبانة) ووزَّعت على مجموعة من أمهات الأطفال الصم وضعاف السمع في منطقة مكة المكرمة.

٤- جُمِعت البيانات تمهيدًا لإدخالها حاسوبيًا.

٥- أُدخِلت البيانات حاسوبيًا، ومعالجتها إحصائيًا باستخدام برنامج SPSS V.18، واستُخرجت النتائج.

٦- حُلِّلت البيانات وفق المعالجة الإحصائية المناسبة.

الأساليب الإحصائية المستخدمة:

- استُخدم برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS V.18)؛ للقيام بتحليل البيانات الناتجة من عينة الدراسة، ويأتي تفصيل الأساليب الإحصائية المتبعة كما يأتي:
- 1- التكرارات والنسب المئوية لمعرفة خصائص مجتمع وعينة الدراسة، وتوزيعها حسب المتغيرات الديموغرافية.
 - 2- المتوسط الحسابي للتعرف على متوسط استجابة العينة على كل عبارة من عبارات محور الاستبانة، وترتيب الفقرات حسب المتوسط تنازلياً.
 - 3- الانحراف المعياري لمعرفة مدى انحراف استجابات عينة الدراسة لكل عبارة من عبارات الاستبانة حسب متغيرات الدراسة ولكل محور من محور الاستبانة عن متوسطها الحسابي وقياس التشتت.
 - 4- معامل الارتباط لبيرسون Pearson Correlation، لحساب معاملات الارتباط بين العبارات والدرجة الكلية للمحور الذي تنتمي إليه، وبين محور الاستبانة وبعضها وبينهما وبين الدرجة الكلية للاستبانة.
 - 5- استخدام معامل كرونباخ ألفا (Cronbach- Alpha)، وكذلك معاملات لسبيرمان وبراون، وجمتان للتحقق من ثبات أداة الدراسة.
 - 6- اختبار كروسكال واليس Kruskal-Wallis Test لدلالة الفرق بين متوسطي رتب استجابات عينة الدراسة من أمهات الأطفال الصم وضعاف السمع في منطقة مكة المكرمة، وفقاً لمتغيرات (المؤهل الدراسي - شدة الإعاقة للطفل - عمر الطفل عند تقديم خدمات التدخل المبكر).

عرض نتائج البحث ومناقشتها:

تناول الباحثان عرض النتائج التي توصلت إليها الدراسة ومناقشتها، فيما يتضمن تقديم بعض التوصيات، وكذا بعض البحوث والدراسات التي يُقترح تنفيذها مستقبلاً من قبل باحثين آخرين في ضوء ما أسفرت عنه الدراسة الحالية من نتائج.

أولاً: نتائج البحث ومناقشته:

السؤال الأول: مدى توفر خدمات التدخل المبكر للصم وضعاف السمع من وجهة نظر الأمهات بمنطقة مكة المكرمة؟

للإجابة عن هذا السؤال حسب الباحثان التكرارات والنسب المئوية والمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والرتب لنتائج درجات أفراد عينة الدراسة من أمهات الأطفال الصم وضعاف السمع في منطقة مكة المكرمة في كل عبارة من عبارات الاستبانة، ولمعرفة ذلك استُخدم الباحثان محوري الاستبانة التي تمثلت في الآتي: (مدى الوعي بأهمية خدمات التدخل المبكر، مدى توفر خدمات التدخل المبكر)، ويبرز الجدولين (٧)، (٨) النتائج مرتبة من الأكثر موافقة إلى الأقل، إضافةً إلى متوسط استجابات أفراد العينة بشكل كلي على كل محور من المحورين إجمالاً:

جدول (٧)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمحور مدى الوعي بأهمية خدمات التدخل المبكر (ن=١١٣)

درجة الموافقة	الانحراف المعياري	المتوسط	غير موافق بشدة		غير موافق		موافق		العبارة	الترتيب	الترتيب
			%	ك	%	ك	%	ك			
كبيرة	١٠٠,٠٠	٠,٠٠	٣,٠٠	٠	٠	٠	١٠٠,٠	١١٣	يساهم الفحص المبكر في الحد من المشاكل والمسببات للصم وضعاف السمع	٢	١
كبيرة	٩٩,٠٠	٠,١٦	٢,٩٧	٠	٢,٧	٣	٩٧,٣	١١٠	للخدمة الاجتماعية دور في تقبل الأسرة لطفلهم الأصم وضعيف السمع	٩	٢
كبيرة	٩٨,٣٣	٠,٢٣	٢,٩٥	٠	٥,٣	٦	٩٤,٧	١٠٧	يمارس الفحص المبكر أهمية كبرى في توعية الأسرة لحالة طفلهم	٣	٣
كبيرة	٩٨,٣٣	٠,٢٣	٢,٩٥	٠	٥,٣	٦	٩٤,٧	١٠٧	التدخل المبكر يساهم في تحديد الخدمة المناسبة لذوي الإعاقة	٦	٤
كبيرة	٩٨,٣٣	٠,٢٣	٢,٩٥	٠	٥,٣	٦	٩٤,٧	١٠٧	مدى توفر المعينات السمعية يحقق من نجاح التدخل المبكر بين الأسرة ومقدمي الخدمة	٨	٥
كبيرة	٩٧,٣٣	٠,٣٦	٢,٩٢	٢,٧	٣	٢,٧	٩٤,٧	١٠٧	تمارس المشاركة الأسرية في خدمات التدخل المبكر دوراً فعالاً في نجاحه	٤	٦
كبيرة	٩٧,٣٣	٠,٢٧	٢,٩٢	٠	٨,٠	٩	٩٢,٠	١٠٤	تساهم الزيارات المنزلية في السنوات الأولى في حصول الطفل على الخدمة المناسبة في المحيط الطبيعي (الأسرة)	١٠	٧
كبيرة	٩٦,٣٣	٠,٣٩	٢,٨٩	٢,٧	٣	٥,٣	٩٢,٠	١٠٤	استثمار البقيا السمعية لدى الطفل في السنوات المبكرة نوع من أنواع التدخل المبكر	٧	٨
كبيرة	٩٤,٦٧	٠,٤٩	٢,٨٤	٥,٣	٦	٥,٣	٨٩,٤	١٠١	تساهم خدمات التدخل المبكر في توعية الأسرة بأساليب التواصل التي من الممكن أن تستخدم مع الطفل الأصم أو ضعيف السمع	١	٩
كبيرة	٩٤,٦٧	٠,٤٩	٢,٨٤	٥,٣	٦	٥,٣	٨٩,٤	١٠١	تعليم لغة الإشارة يحقق التواصل الجيد بين الطفل وأسرته في المراحل الأولى من العمر	١١	١٠
كبيرة	٩٢,٦٧	٠,٤٥	٢,٨١	٢,٧	٣	١٣,٣	٨٤,١	٩٥	تعليم لغة الإشارة بشكل مبكر ينمي الحصيلة اللغوية للطفل الأصم	٥	١١
كبيرة	٩٧,٠٠	٠,٢٠	٢,٩١						محور مدى الوعي بأهمية خدمات التدخل المبكر بشكل كلي		

يوضح الجدول (٧) أن المتوسط الحسابي العام للمحور الأول بشكل كلي (مدى الوعي بأهمية خدمات التدخل المبكر) بلغ (متوسط = ٢,٩١، انحراف معياري = ٠,٢٠)؛ وجاءت الموافقة عليها بدرجة كبيرة.

ويكشف الجدول كذلك أن الفقرة (٢) التي تنص على: "يساهم الفحص المبكر في الحد من المشاكل والمسببات للصمم وضعف السمع" حققت أعلى متوسط للموافقة؛ حيث بلغ (متوسط = ٣,٠٠، انحراف معياري = ٠,٠٠)؛ ما يعني درجة موافقة كبيرة على هذه العبارة، حيث كان اختيار جميع أفراد عينة الدراسة على هذه العبارة بموافق.

كما يكشف الجدول كذلك أن الفقرة (٥) التي تنص على: تعليم لغة الإشارة بشكل مبكر ينمي الحصيلة اللغوية للطفل الأصم" حققت أقل متوسط للموافقة؛ حيث بلغ (متوسط = ٢,٨١، انحراف معياري = ٠,٤٥)، وقد حققت درجة موافقة كبيرة.

جدول (٨)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمحور مدى توفر خدمات التدخل المبكر (ن=١١٣)

الترتبة	الرقم	العبارة	موافق		غير موافق		المتوسط	الانحراف المعياري	الوزن	درجة الموافقة	
			١	٢	٣	٤					
١	٢	تتوفر في مركز التدخل المبكر جميع أشكال الدعم الاجتماعي للطفل وأسرته	٩٨	٨٦,٧	٦	٥,٣	٩	٨,٠	٢,٧٩	٠,٥٧	كبيرة
٢	٥	يوجد في مراكز التدخل خدمات معينات سمعية ومركز صيانة لها	٨٩	٧٨,٨	١٥	١٣,٣	٩	٨,٠	٢,٧١	٠,٦١	كبيرة
٣	١	يوجد في مراكز التدخل المبكر علاج اللغة والكلام للأطفال الصم وضعاف السمع	٨٦	٧٦,١	١٨	١٥,٩	٩	٨,٠	٢,٦٨	٠,٦٢	كبيرة
٤	٢	تتوفر في مراكز التدخل المبكر جميع أشكال الدعم النفسي للطفل وأسرته	٨٦	٧٦,١	١٨	١٥,٩	٩	٨,٠	٢,٦٨	٠,٦٢	كبيرة
٥	٦	زيارات المنزلية متوفرة لدى مراكز التدخل المبكر	٨٦	٧٦,١	١٨	١٥,٩	٩	٨,٠	٢,٦٨	٠,٦٢	كبيرة
٦	٤	تتوفر خدمات تعليم لغة الإشارة ليحقق التواصل الجيد بين الطفل وأسرته	٨٦	٧٦,١	١٥	١٣,٣	١٢	١٠,٦	٢,٦٥	٠,٦٧	كبيرة
٧	٧	تقدم مراكز التدخل المبكر الرعاية الشاملة للطفل وأسرته	٨٦	٧٦,١	١٥	١٣,٣	١٢	١٠,٦	٢,٦٥	٠,٦٧	كبيرة
		محور مدى توفر خدمات التدخل المبكر بشكل كلي							٢,٦٩	٠,٥٥	كبيرة

يوضح الجدول (٨) أن المتوسط الحسابي العام للمحور الثاني بشكل كلي (مدى توفر خدمات التدخل المبكر) بلغ (متوسط = ٢,٦٩، انحراف معياري = ٠,٥٥)؛ وجاءت الموافقة عليها بدرجة كبيرة.

ويكشف الجدول كذلك أن الفقرة (٣) التي تنص على: "تتوافر في مركز التدخل المبكر جميع أشكال الدعم الاجتماعي للطفل وأسرته" حققت أعلى متوسط للموافقة؛ حيث بلغ (متوسط = ٢,٧٩، انحراف معياري = ٠,٥٧)؛ ما يعني درجة موافقة كبيرة على هذه العبارة.

كما يكشف الجدول أن الفقرة (٧) التي تنص على: "تقدم مراكز التدخل المبكر الرعاية الشاملة للطفل وأسرته" حققت أقل متوسط للموافقة؛ حيث بلغ (متوسط = ٢,٦٥، انحراف معياري = ٠,٥٥)، وقد حققت درجة موافقة كبيرة.

ويعزى ذلك الى ان جميع أمهات ذوي الصم وضعاف السمع اجمعو على وجود خدمات التدخل المبكر المقدمة لأطفالهم بحيث جاءت موافقتهم بدرجة كبيرة وان قدمت لهم جميع اشكال الدعم الاجتماعي والرعاية الشاملة للطفل وأسرته ،حيث ان البحث الحالي توافق مع دراسة الرويلي.(٢٠١٦). في نتيجة السؤال فعالية او مدى توفر الخدمات، الا ان الفرق الوحيد او الاختلاف في متغير الجنس حيث ان البحث الحالي يتناول الأمهات وفي الدراسة المذكورة انفا أولياء الأمور والعاملين، وتناولت دراسة الفواعير(٢٠١٥).بان هناك فروق في طبيعة الخدمات المقدمة وكانت نتائج الدراسة غير راضين عن نتائج وفوائد برامج التدخل المبكر في مجال معرفة حقوق الاسرة ومساندة الطفل ذوي الاعاقة

السؤال الثاني: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (٠,٠٥) في مدى توفر خدمات التدخل المبكر للصم وضعاف السمع من وجهة نظر الأمهات بمنطقة مكة المكرمة ترجع إلى متغير المؤهل العلمي؟

للإجابة عن هذا السؤال حُسيب اختبار كروسكال واليس Kruskal-Wallis Test لدلالة الفرق بين متوسطي رتب استجابات أمهات الأطفال الصم وضعاف السمع في مدى توفر خدمات التدخل المبكر للصم وضعاف السمع، وفقاً لمتغير المؤهل العلمي، وظهرت النتائج كما هو موضح في الجدول (٩):

جدول (٩)

"نتائج اختبار كروسكال واليس Kruskal-Wallis Test لدلالة الفرق بين متوسطات رتب استجابات أمهات الأطفال الصم وضعاف السمع في مدى توفر خدمات التدخل المبكر للصم وضعاف السمع، وفقاً لمتغير المؤهل العلمي، عند درجات حرية = ٣)

المحور	أقل من الثاني	ثانوي	بكالوريوس	ماجستير	كاى سكوير كا	مستوى الدلالة
مدى الوعي بأهمية خدمات التدخل المبكر	٦٠,٢٨	٦٢,٨٩	٥٢,٦١	٥٠,٦٧	٣,٤١١	٠,٢٣٣ لا يوجد
مدى توفر خدمات التدخل المبكر	٦٢,٩٢	٥٨,٢٩	٥١,٦٩	٤١,٨٣	٥,٧٦٤	٠,١٢٤ لا يوجد
الاستبانة بشكل كلي	٦٣,١٤	٦٢,٠٤	٤٩,٨٦	٤٢,٢٣	٦,٧٢٩	٠,٠٨١ لا يوجد

يتضح من الجدول (٩): عدم وجود فرق دال إحصائياً عند مستوى $(\alpha \leq 0.05)$ بين متوسطات رتب استجابات أمهات الأطفال الصم وضعاف السمع في مدى توفر خدمات التدخل المبكر للصم وضعاف السمع، وفقاً لمتغير المؤهل العلمي.

ويعزى ذلك الى ان جميع الأمهات باختلاف مؤهلاتهم العلمية اجمعوا على استجابة واحدة وكانت نسبة الموافقة كبيرة حيث اختلف نتيجة هذا البحث مع دراسة هويدي والخزاعلة (٢٠١٧). بحيث جاءت نتيجة الدراسة الى وجود فروق يعزى لمتغير المستوى التعليمي للام لصالح الأمهات الجامعيات اما في هذا البحث فلا توجد فروق بين الاستجابات وكذلك اختلف هذا البحث مع دراسة الرويلي (٢٠١٦) في انه توجد فروق وفق لمتغير المستوى التعليمي للام لصالح المؤهل العلمي ماجستير، ويتميز هذا البحث في انه تختلف نتيجته مع الدراستين انف نكرهم

السؤال الثالث: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (٠,٠٥) في مدى توفر خدمات التدخل المبكر للصم وضعاف السمع من وجهة نظر الأمهات بمنطقة مكة المكرمة ترجع إلى متغير شدة الإعاقة؟

للإجابة عن هذا السؤال حُسيب اختبار كروسكال واليس Kruskal-Wallis Test لدلالة الفرق بين متوسطي رتب استجابات أمهات الأطفال الصم وضعاف السمع في مدى توفر خدمات التدخل المبكر للصم وضعاف السمع، وفقاً لمتغير شدة الإعاقة، وظهرت النتائج كما هو موضح في الجدول (١٠):

جدول (١٠)

” نتائج اختبار كروسكال واليس Kruskal-Wallis Test لدلالة الفرق بين متوسطات رتب استجابات أمهات الأطفال الصم وضعاف السمع في مدى توفر خدمات التدخل المبكر للصم وضعاف السمع، وفقاً لمتغير شدة الإعاقة، عند درجات حرية = ٣)

المحور	بسيطة	متوسطة	شديدة	شديدة جداً	كاي سكوير كا ^٢	مستوى الدلالة
	متوسط الرتب ن = ٣	متوسط الرتب ن = ١٩	متوسط الرتب ن = ٥٤	متوسط الرتب ن = ٣٩		
مدى الوعي بأهمية خدمات التدخل المبكر	٧٥,٠٠	٤٤,٩٢	٥٩,٠٦	٥٨,٧٤	٥,٥٨٦	٠,١٣٤ لا يوجد
مدى توفر خدمات التدخل المبكر	٨١,٠٠	٤٥,٣٢	٥٩,٢٨	٥٧,٧٣	٥,٣٣٣	٠,١٤٩ لا يوجد
الاستبانة بشكل كلي	٨٤,٠٠	٤٥,٢٤	٥٩,١٤	٥٧,٧٣	٥٥٤٠	٠,١٣٦ لا يوجد

يتضح من الجدول (١٠): عدم وجود فرق دال إحصائياً عند مستوى $(\alpha \leq 0.05)$ بين متوسطات رتب استجابات أمهات الأطفال الصم وضعاف السمع في مدى توفر خدمات التدخل المبكر للصم وضعاف السمع، وفقاً لمتغير شدة الإعاقة.

ويعزى ذلك الى ان جميع الأمهات اجمعوا على عدم وجود فروق وفق لمتغير شدة الإعاقة لدى الطفل حيث جاءت موافقه بدرجة كبيرة واختلفت هذا البحث مع دراسة الشهري (٢٠١٨) في نوع المتغير حيث ركز هذا البحث على شدة إعاقة الطفل بينما دراسة الشهري تناولت نوع الإعاقة

السؤال الرابع: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (٠,٠٥) في مدى توفر خدمات التدخل المبكر للصم وضعاف السمع من وجهة نظر الأمهات بمنطقة مكة المكرمة ترجع إلى متغير عمر الطفل؟

للإجابة عن هذا السؤال حُسيب اختبار كروسكال واليس Kruskal-Wallis Test لدلالة الفرق بين متوسطي رتب استجابات أمهات الأطفال الصم وضعاف السمع في مدى توفر خدمات التدخل المبكر للصم وضعاف السمع، وفقاً لمتغير عمر الطفل، وظهرت النتائج كما هو موضح في الجدول (١١):

جدول (١١)

"نتائج اختبار كروسكال واليس Kruskal-Wallis Test لدلالة الفرق بين متوسطات رتب استجابات أمهات الأطفال الصم وضعاف السمع في مدى توفر خدمات التدخل المبكر للصم وضعاف السمع، وفقاً لمتغير عمر الطفل، (عند درجات حرية = ٤)

مستوى الدلالة	كاي سكوير كاي	٦ سنوات	(٣-٥) سنة	(١-٢) سنة	٦ شهور - سنة	(٣-١١) شهرا	المحور
		متوسط الرتب ن = ٣٤	متوسط الرتب = ٢٨	متوسط الرتب ن = ١٥	متوسط الرتب ن = ٢١	متوسط الرتب ن = ١٥	
٠,١١٤ لا يوجد	٧,٤٥٢	٦٤,١٠	٥٩,٤١	٥٤,٨٠	٥٤,٥٧	٤٢,٠٠	مدى الوعي بأهمية خدمات التدخل المبكر
٠,٢٧٩ لا يوجد	٥,٠٨٥	٦٣,١٣	٤٩,٤٥	٥٦,٧٠	٦٢,٧١	٤٩,٥٠	مدى توفر خدمات التدخل المبكر
٠,٣١٦ لا يوجد	٤,٧٣١	٦٢,٨٧	٤٩,٧٧	٥٧,٩٠	٦٢,٥٠	٤٨,٦٠	الاستبانة بشكل كلي

يتضح من الجدول (١١): عدم وجود فرق دال إحصائياً عند مستوى $(\alpha \leq 0.05)$ بين متوسطات رتب استجابات أمهات الأطفال الصم وضعاف السمع في مدى توفر خدمات التدخل المبكر للصم وضعاف السمع، وفقاً لمتغير عمر الطفل.

ويعزى ذلك الى ان جميع الأمهات اتفقوا على انه لا توجد فروق في نوعية الخدمات المقدمة وفقاً لمتغير العمر واتفق هذا البحث مع دراسة الشهري (٢٠١٨) في انه لا توجد فروق ذات دلالة بين فئات اعمار الأطفال ذوي الإعاقة ولم يختلف هذا البحث مع أي دراسة تم ذكرها انفا

التوصيات:

- ١- الإسهام بشكل كبير في تعزيز شراكة الأسرة في برامج التدخل المبكر لكي يتم الوصول للطفل والأسرة بشكل كافٍ.
- ٢- مشاركة الأسرة في التخطيط لخدمات التدخل المبكر له أثر إيجابي على الطفل ومحيطه.
- ٣- عقد اجتماعات إيجابية بين الأسر والأمهات خصوصاً من ذوي الإعاقة السمعية لنشر الوعي فيما بينهم لعقد أنشطة وبرامج تناسب أطفالهم.

المراجع

أولاً: المراجع العربية:

- أبو اخشيدم، سحر، الحديدي، منى. (٢٠١٩). خدمات التدخل المبكر المقدمة للأطفال الصم المكفوفين من وجهة نظر مقدمي الخدمة وأسرهم. *المجلة التربوية الأردنية*، ٤(١)، ٢٦-٥٠.
- أبو شعبان، أسماء، محمد رضوان. (٢٠١٦). *المشكلات السلوكية لدى الأطفال ذوي الإعاقة السمعية والعادين في قطاع غزة*. [رسالة ماجستير، الجامعة الإسلامية]. قاعدة بيانات دار المنظومة.
- أبو علام، رجاء. (٢٠١٤). *مناهج البحث في العلوم النفسية والتربوية*: دار النشر للجامعات
- التقرير السنوي لهيئة الأشخاص ذوي الإعاقة (٢٠١٦). سحب من <https://apd.gov.sa/%d8%aa%d9%82%d8%a7%d8%b1%d9%8a%d8%b1/>
- الجمعية السعودية للإعاقة السمعية: <http://shi.org.sa>
- الجهني، عهد بنت خالد، بن عودة، عيسى، أحمد، بن نبوي، بن عبده. (٢٠٢٢). واقع الخدمات المساندة المقدمة للطالبات الصم وضعاف السمع من وجهة نظرهن ونظر أعضاء هيئة التدريس في بعض جامعات منطقة مكة المكرمة. *المجلة العربية لعلوم الإعاقة والموهبة*، ٦ (١٩) ١٧١-٢٠٤.
- الحري، مشاعل سفاح، مطارد. (٢٠١٩). واقع الخدمات التعليمية المقدمة للطلاب ذوي الإعاقة السمعية بجامعة الكويت من وجهة نظر أعضاء هيئة التدريس. *مجلة كلية التربية النوعية للدراسات التربوية والنوعية*، (٩) ص ١٦٤ - ١٩٥.
- رابح، صغيري، الدراجي، عروسي، كمال، نطاح. (٢٠١٩). دور النشاط الرياضي المكيف في تنمية بعض سمات الشخصية لدى المعاقين سمعياً. *مجلة الإبداع الرياضي*، ١٠(٢)، ١٣٦-١٥٧.
- الرويلي، عبد العزيز. (٢٠١٦). *تقييم فاعلية خدمات التدخل المبكر للأطفال ذوي اضطراب التوحد في المملكة العربية السعودية من وجهة نظر العاملين وأولياء الأمور*. [رسالة ماجستير، جامعة اليرموك].

الزهراني، أسماء بنت سعيد بن مبارك. (٢٠٢١). برنامج تدريبي مقترح قائم على (Make it) لزيادة الحصيلة اللغوية للطالبات ضعيفات السمع بالصف الرابع الابتدائي بمدينة جدة. *المجلة العربية لعلوم الإعاقة والموهبة*، ٥(١٦) ٣٥-٦٠.

السيرحي، حسن عواد، وآخرون. (٢٠٠٨). *التفكير والبحث العلمي*. مركز النشر العلمي.

موقع سمعي: <http://audially.com>

الشهري، خلود. (٢٠١٨). معوقات الحصول على خدمات التدخل المبكر من وجهة نظر للأطفال ذوي الإعاقة من وجهة نظر أولياء أمورهم. *مجلة أمورهم التربية الخاصة والتأهيل*، ٦(٢٥)، ١٢٤-١٥٩.

صليحة، لالوش، غنية، عيبب. (٢٠٢١). التدخل المبكر للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة. *مجلة سوسيلوجيا*، ٥(٢)، ١٣٤ - ١٤٩.

عامر، أمينة، محمد، عبد الله. (٢٠١٤). *فاعلية برنامج تدخل مبكر في تنمية المهارات ما قبل الأكاديمية لدى الأطفال ذوي الإعاقة السمعية في ليبيا*. [رسالة ماجستير، جامعة عين شمس] [g7904.pdf \(asu.edu.eg\)](http://asu.edu.eg/g7904.pdf)

عبد الرحمن، سعد. (٢٠٠٣). *القياس النفسي (النظرية والتطبيق)*. دار الفكر.

عبد الوافي، هشام. (٢٠٢١). *الإعاقة السمعية وخصائص المعاقين سمعياً*. ملتقى الوطني في البيئة الافتراضية حول ذوي الإعاقة بين التشريع وعلم النفس سحبت من

https://www.researchgate.net/publication/349380037_alaaqt_alsmyt_wkhsa_ys_almaqyn_smya_Hearing_Disability_and_Characteristics_of_Hearing-Impaired

عبيدات، ذوقان. (٢٠٠٣). *البحث العلمي مفهومه-أدواته-أساليبه*. إشرافات للنشر والتوزيع.

العساف، صالح حمد. (٢٠٠٦). *المدخل إلى البحث في العلوم السلوكية*، ط٤، الرياض: العبيكان.

عيسى، أحمد نبوي. (٢٠١٧). *فعالية برنامج حاسوبي تفاعلي للتدخل المبكر في تنمية الحصيلة اللغوية لدى التلاميذ المعاقين سمعياً في جدة*. *مجلة كلية التربية*، ١٧٢(١٣) ٥٩-٥٩.

فرحات، فوزي، سراوي، علي. (٢٠١٩). واقع الخدمات المقدمة للأطفال المعوقين سمعياً بالمدارس المتخصصة: مدرسة الأطفال المعوقين سمعياً بالرقبية ولاية الوادي - نموذجاً. مجلة الدراسات والبحوث الاجتماعية، (٣٠) ١٧٩ - ١٩٤.

الفواعير، أحمد. (٢٠١٥). تقويم خدمات التدخل المبكر لذوي الاحتياجات الخاصة في سلطنة عمان من وجهة نظر الأسر. مجلة الطفولة العربية، ١٧(٦٥)، ٣٥-٥٣.

القرشي، وعد بنت عبد ربه عابد، حنفي، علي بن عبد النبي. (٢٠٢١). واقع خدمات التأهيل المهني لذوي الإعاقة الفكرية من وجهة نظر العاملين وأولياء الأمور بمنطقة مكة، مؤسسة التربية الخاصة والتأهيل، (٨)، ٤٩-٩٩.

ليلى دحوح، زهير، بوضرسة. (٢٠٢١). الخدمات المقدمة لفئة الأشخاص ذوي الإعاقة السمعية. مجلة سوسولوجيا، ٥ (٢) ١٨٤ - ٢٠١.

المحزمة، محمد بن سعد. (٢٠١٩). التدخل المبكر للصم وضعاف السمع سحبت من

<https://shms.sa/authoring/123500%D8%A7%D9%84%D8%AA%D8%AF%D8%AE%D9%84%D8%A7%D9%84%D9%85%D8%A8%D9%83%D8%B1%D9%84%D9%84%D8%B5%D9%85%D9%88%D8%B6%D8%B9%D8%A7%D9%81-D8%A7%D9%84%D8%B3% D9%85%D8%B9/view>

محمود، أحمد، محمود، أحمد. (٢٠٢١). فاعلية برنامج باستخدام الوحدات التعليمية القائمة على الأنشطة المتكاملة في تنمية المهارات المرتبطة بالثقافة الجنسية وتدعيم الأمن النفسي لدى الأطفال ضعاف السمع. مجلة جامعة جنوب الوادي الدولية للعلوم التربوية، ٦، ٢١٠ - ٢٦٠.

المحمودي، محمد. (٢٠١٩). مناهج البحث العلمي (ط.٣). دار الكتب.

مسح ذوي الإعاقة. (٢٠١٧). الهيئة العامة للإحصاء سحب من

<https://apd.gov.sa/%d8%aa%d9%82%d8%a7%d8%b1%d9%8a%d8%b1>

مركز الملك سلمان لأبحاث الإعاقة. (٢٠٢٢). <https://www.kscdr.org.sa/ar/stats>

الملاح، تامر، المغاوري. (٢٠١٦). الإعاقة السمعية بين التأهيل والتكنولوجيا. الألوكة.

منظمة الصحة العالمية. (٢٠٢١). تقرير الصحة العالمية. سحبت من

<https://www.who.int/ar/news-room/fact-sheets/detail/deafness-and-hearing-loss>

نبهان، يحيى إسماعيل. (٢٠١٠). *مناهج البحث العلمي بين النظرية والتطبيق*. دار يافا العلمية للنشر والتوزيع.

النوح، مساعد عبد الله. (٢٠٠٥). *مبادئ البحث التربوي*. دار الرشد.

هويدي، طایل، الخزاعلة، أحمد. (٢٠١٧). تقييم خدمات التدخل المبكر المقدمة في مراكز التربية الخاصة المقدمة للأطفال المعاقين من وجهة نظر أمهاتهم. *مجلة جامعة عمان العربية للبحوث*، ١ (١)، ١٦١-١٣٨.

هيئة رعاية الأشخاص ذوي الإعاقة. (٢٠١٦): *سحبت من*

<https://apd.gov.sa/%d8%a7%d9%84%d8%a5%d8%ad%d8%b5%d8%a7%d8%a1%d8%a7%d8%aa/>

وزارة التعليم بالمملكة العربية السعودية. (٢٠١٥). *الدليل التنظيمي للتربية الخاصة، الرياض: مشروع الملك عبد الله بن عبد العزيز لتطوير التعليم العام*.

وسام، عداد. (٢٠٢٠). *الإعاقة السمعية (أسبابها، تشخيصها وطرق التأهيل)*. *المجلة العربية لعلوم الإعاقة والموهبة*، ٤ (١٣). ٣٠١ - ٣١٤.

ثانياً: المراجع الإنجليزية:

Ehlert, K. and Coetzee, C. (2020). Maternal knowledge and views regarding early hearing detection and intervention in children aged 0–5 years at a semi-urban primary care clinic in South Africa. *South African Journal of Communication Disorders*, ISSN: (Online) 2225-4765, (Print) 0379-8046, 1-8.

Guralnick, M.J. (2019). *Effective Early Intervention: The Developmental Systems Approach*. 1st ed.; Brookes Publishing: Newburyport, MA, USA, 2019; ISBN 9781681252896

Hall, W.,C., Smith, S.,R., Sutter, E.,J., DeWindt, L.,A.and Dye, D.,V. (2018). Considering parental hearing status as a social determinant of deaf population health: Insights from experiences of the “dinner table syndrome”. *PLoS One*. September 5;13(9).

- Holzinger, D., Hofer, J., Dall, M. and Fellingner, J. (2022). Multidimensional Family-Centred Early Intervention in Children with Hearing Loss: A Conceptual Model: Review, *J. Clin. Med*, 11, 1548. 1-21.
- Murray, J., J. , Hall, W., and Snoddon, K. (2019). Education and health of children with hearing loss: the necessity of signed languages, *Bull World Health Organ*. Oct 1; 97(10): 711–716.
- Welsh Government. (2019). *Support for children and young people with hearing impairment in educational settings*. This document can: Welsh Government’s website at gov.wales/additional-learning-needs
- Yang, Y., Liu, Y-H., Fu Fu, M., Li, C-L., Wang, L-Y., Wang, Q. and Sun, X-B. (2015). Home-based Early Intervention on Auditory and Speech Development in Mandarin-speaking Deaf Infants and Toddlers with Chronological Aged 7–24 Months. *Chinese Medical Journal*: August 20, Volume 128, 2202- 2207
- Kulkarni, K., A. and Gathoo, V., S. (2017). Parent Empowerment in Early Intervention Programmes of Children with Hearing Loss in Mumbai, India, Vol. 28, No.2,; 45- 58: www.dcidj.org