



المملكة العربية السعودية
جامعة الملك سعود
عمادة الدراسات العليا
كلية التربية
قسم التربية الخاصة

خدمات التدخل المبكر للأطفال الصم وضعاف السمع

أهميتها ومدى توفرها من وجهة نظر الاختصاصيين بمدينة الرياض

قدمت هذه الرسالة استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير في الآداب تخصص تربية خاصة

إعداد الطالب

عادل بن سليمان الوهيب
427121410

إشراف

الدكتور/علي بن حسن الزهراني

أستاذ مساعد بقسم التربية الخاصة جامعة الملك سعود

الفصل الدراسي الثاني 1430/1429 هـ

خدمات التدخل المبكر للأطفال الصم وضعاف السمع
أهميتها ومدى توفرها من وجهة نظر الاختصاصيين بمدينة
الرياض

إعداد:

عادل بن سليمان الوهيب

إشراف:

د. علي بن حسن الزهراني

نوقشت هذه الرسالة في يوم ١٠ شعبان ١٤٣٠ هـ وتاريخ ١٠ / ٥ / ١٤٣٠ هـ
أعضاء لجنة الحكم على الرسالة :
التوقيع:

مقرر.....	١- الدكتور علي بن حسن الزهراني
عضوا.....	٢- الدكتور طارق بن صالح الرئيس
عضوا.....	٣- الدكتور علي عبد رب النبي حنفي

إهداء

إلى والدتي ووالدي اللذان قدما لي الدعم صغيراً وكبيراً
أمدهما الله بالصحة والعافية

إلى زوجتي شكراً وعرفاناً

إلى أبنائي فيصل وحصه

والى إخواني وأخواتي احتراماً وتقديراً

إلى العاملين مع الصم وضعاف السمع

شكر وتقدير

الحمد لله والصلاة والسلام على رسول الله والشكر لله على أن وفقني لإتمام هذا العمل وأمدني بعونه وتوفيقه، ثم اشكر كل من ساهم في إتمام هذا العمل.

فاعترافا بالفضل والجميل يسرني ان أتقدم بخالص الشكر والتقدير لأستاذي سعادة الدكتور علي بن حسن الزهراني على كريم خلقه ،وحسن رعايته وتقديم توجيهاته واقتراحاته ،وتشجيعه المستمر التي كان لها الأثر البارز في إعداد هذه الرسالة.

كما أتوجه بالشكر والتقدير الى سعادة الدكتور طارق بن صالح الرئيس وسعادة الدكتور علي عبد رب النبي حنفي لقبولهما مناقشة هذه الرسالة وعلى ما قدماه لي خلال فترة الدراسة . كما أتوجه بالشكر والتقدير إلى السادة أعضاء هيئة التدريس بقسم التربية الخاصة من قام بتدريسي او توجيهي خلال فترة الدراسة .

ولا يفوتني أن أشكر جميع العاملين مع الأطفال الصم وضعاف السمع في برامج التدخل المبكر على اختلافها على حسن التعاون وتقديم أرائهم في أداة البحث.

وفي نهاية المطاف اشكر كل من قدم لي خدمة ممن لا يغيب عني أسمائهم ولا يتسع المجال لذكرهم فلهم من الشكر والتقدير وخالص الدعاء.

ملخص الدراسة:

هدفت الدراسة إلى التعرف على مدى أهمية خدمات التدخل المبكر للأطفال الصم وضعاف السمع ومدى توفرها من وجهة نظر الاختصاصيين بمدينة الرياض في كل من مركز السمع والكلام ومركز التشخيص والتدخل المبكر وروضات الأطفال المدمج بها صم و/أو ضعاف سمع، ووحدات التخاطب والسمع في كل من مستشفى العسكري والتخصصي والملك عبد العزيز الجامعي والحرس الوطني ومدينة الملك فهد الطبية .

واستخدم الباحث في هذه الدراسة المنهج الوصفي التحليلي حيث تم تصميم أداة للدراسة تكونت من (43) عبارة موزعة على محورين:

المحور الأول: أهمية خدمات التدخل المبكر للأطفال الصم وضعاف السمع
(32عبارة)

المحور الثاني: مدى توفر خدمات التدخل المبكر للأطفال الصم وضعاف السمع
(11عبارة)

وتكونت عينة الدراسة من (111) اختصاصي واختصاصية ممن يقدمون خدمات تدخل مبكر للأطفال الصم وضعاف السمع بمدينة الرياض.

وأوضحت نتائج الدراسة مايلي:

1- ما يتعلق بالمحور الأول (أهمية خدمات التدخل المبكر) بأن الاختصاصيين موافقين على أهمية خدمات التدخل المبكر للأطفال الصم وضعاف السمع حيث كانت أهميتها من وجهة نظرهم مرتبة تنازليا

على النحو التالي:

خدمة الفحص والتعرف المبكر ،خدمة تدريب الأسرة المبكر،خدمة الإرشاد الأسري المبكر،خدمة علاج اللغة والكلام،الخدمة الطبية المبكرة،خدمة تقديم المعينات السمعية المبكرة،الخدمة النفسية المبكرة،الخدمة الاجتماعية المبكرة ،خدمة الزيارات المنزلية ،خدمة تعليم لغة الإشارة المبكرة.

2-يما يتعلق بالمحور الثاني (مدى توفر خدمات التدخل المبكر للأطفال الصم وضعاف السمع) فكانت النتائج أن الاختصاصيين أ- موافقين على توفر خدمة علاج اللغة والكلام المبكرة فقط،

ب- غير موافقين على توفر ثلاث خدمات مرتبة تنازليا على النحو التالي:

-خدمة تعليم لغة الإشارة المبكرة للأطفال الصم فوق ثلاث سنوات

-خدمة تعليم لغة الإشارة للأطفال الصم من الميلاد -3سنوات

-خدمة الزيارات المنزلية

ج-موافقين إلى حد ما على توفر خدمات الفحص والتعرف المبكر والتدريب الأسري المبكر والإرشاد الأسري المبكر والخدمة النفسية المبكرة والخدمة الاجتماعية المبكرة والخدمة الطبية المبكرة وخدمة تقديم المعينات السمعية المبكرة.

3-أظهرت النتائج فيما يتعلق بالفروق ما يأتي:

أ-عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى 0.05 فأقل بين استجابات الاختصاصيين حول (أهمية خدمات التدخل المبكر) باختلاف متغير الجنس.

عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى 0.05 فأقل بين استجابات الاختصاصيين حول (أهمية خدمات التدخل المبكر) باختلاف متغير المؤهل العلمي.

عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى 0.05 فأقل بين استجابات الاختصاصيين حول (أهمية خدمات التدخل المبكر) باختلاف متغير التخصص.

عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى 0.05 فأقل بين استجابات الاختصاصيين حول (أهمية خدمات التدخل المبكر) باختلاف متغير سنوات الخبرة.

عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى 0.05 فأقل بين استجابات الاختصاصيين حول (أهمية خدمات التدخل المبكر) باختلاف متغير مكان الخدمة.

ب - عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى 0.05 فأقل بين استجابات الاختصاصيين حول (مدى توفر خدمات التدخل المبكر) باختلاف متغير الجنس.

عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى 0.05 فأقل بين استجابات الاختصاصيين حول (مدى توفر خدمات التدخل المبكر) باختلاف متغير المؤهل العلمي.

عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى 0.05 فأقل بين استجابات الاختصاصيين حول (مدى توفر خدمات التدخل المبكر) باختلاف متغير التخصص.

وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى 0.01 فأقل بين استجابات الاختصاصيين

أصحاب الخبرة الأقل (أقل من خمس سنوات) والاختصاصيين أصحاب الخبرة المتوسطة (

5 - 10 سنوات) حول (مدى توفر خدمات التدخل المبكر) لصالح الاختصاصيين أصحاب

الخبرة الأقل.

وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى 0.05 فأقل بين استجابات الاختصاصيين العاملين في المستشفيات والاختصاصيين العاملين في مراكز التدخل حول (مدى توفر خدمات التدخل المبكر) لصالح الاختصاصيين العاملين في المستشفيات.

وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى 0.01 فأقل بين استجابات الاختصاصيين العاملين في المستشفيات والاختصاصيين العاملين في رياض الأطفال حول (مدى توفر خدمات التدخل المبكر) لصالح الاختصاصيين العاملين في المستشفيات.

فهرس محتويات الدراسة

صفحة	الموضوع
أ	الإهداء
ب	شكر وتقدير
ج	ملخص الدراسة
د	فهرس محتويات الدراسة
هـ	قائمة الجداول
2	الفصل الأول : مدخل الدراسة
3	مقدمة الدراسة
5	مشكلة الدراسة
6	أسئلة الدراسة
7	أهمية الدراسة
7	أهداف الدراسة
8	حدود الدراسة
9	مصطلحات الدراسة
11	الفصل الثاني : الإطار النظري
12	الصمم وضعف السمع
13	تصنيف فقدان السمع
15	أسباب الصمم وضعف السمع
16	أعراض الصمم وضعف السمع
16	الوقاية من الصمم وضعف السمع
19	التدخل المبكر للأطفال الصم وضعاف السمع
19	نظرة تاريخية حول التدخل المبكر وتطوره
23	مفهوم التدخل المبكر
25	أهمية التدخل المبكر للأطفال الصم وضعاف السمع
26	أهداف التدخل المبكر للأطفال الصم وضعاف السمع
28	مرحلة الطفولة المبكرة
30	دور الأسرة في برامج التدخل المبكر للأطفال الصم وضعاف السمع

صفحة	الموضوع
34	برامج التدخل المبكر للأطفال ذوي الإعاقة
42	خدمات التدخل المبكر التي تقدم للأطفال الصم وضعاف السمع
43	فريق العمل في برامج التدخل المبكر للأطفال الصم وضعاف السمع
44	نماذج من برامج التدخل المبكر للأطفال الصم وضعاف السمع
44	برنامج مصادر الطفل السامع
45	برنامج سكاي هاي
45	برنامج روضة (تاير - ليندسلي) المتمركز حول الأسرة
46	برنامج زيارة الأطفال والاباء
47	مركز الكلام والسمع والصمم
48	برنامج insite للتدخل المبكر للأطفال المعوقين حسيّاً (سمعيّاً أو بصريّاً)
49	اختيار نموذج تقديم خدمات التدخل المبكر
51	كفاءات برامج التدخل المبكر للأطفال الصم ومؤشرات نجاحها
53	حاجات الآباء حول خدمات التدخل المبكر للأطفال الصم وضعاف السمع
55	حقائق التدخل المبكر للأطفال الصم وضعاف السمع
57	الفصل الثالث : الدراسات السابقة
58	دراسات تتعلق بخدمات التدخل المبكر للأطفال الصم وضعاف السمع
60	دراسات تتعلق بأهمية خدمات التدخل المبكر للأطفال الصم وضعاف السمع
68	دراسات تتعلق بوجهة نظر الاختصاصيين حول خدمات التدخل المبكر للأطفال الصم وضعاف السمع
73	الفصل الرابع : منهج الدراسة وإجراءاتها
74	منهج الدراسة
74	مجتمع الدراسة
75	عينة الدراسة
75	خصائص أفراد عينة الدراسة
79	أداة الدراسة
80	صدق أداة الدراسة
82	ثبات أداة الدراسة
82	إجراءات تطبيق أداة الدراسة

صفحة	الموضوع
83	أساليب المعالجة الإحصائية
85	الفصل الخامس : تحليل النتائج وتفسيرها
119	الفصل السادس : خلاصة الدراسة واستنتاجاتها وتوصياتها
128	المراجع
136	الملاحق
138	ملحق رقم (1) أداة الدراسة في صورتها الأولية
147	ملحق رقم (2) قائمة بأسماء المحكمين
149	ملحق رقم (3) أداة الدراسة في صورتها النهائية
154	ملحق رقم (4) خطابات طلب عدد الاختصاصيين
163	ملحق رقم (5) خطاب رئيس قسم التربية الخاصة لتطبيق أداة الدراسة على وحدات التخاطب في المستشفيات
165	ملحق رقم (6) خطاب عميد كلية التربية موجه إلى مدير تعليم البنات بمنطقة الرياض
167	ملحق رقم (7) خطاب مدير تعليم البنات بمنطقة الرياض موجه إلى مديرات روضات الأطفال المدمج بها صم أو ضعاف سمع

فهرس الجداول

رقم الجدول	الموضوع	صفحة
1	توزيع الاختصاصيين وفق متغير الجنس	75
2	توزيع الاختصاصيين وفق متغير المؤهل العلمي	76
3	توزيع الاختصاصيين وفق متغير التخصص	77
4	توزيع الاختصاصيين وفق متغير سنوات الخبرة	78
5	توزيع الاختصاصيين وفق متغير مكان الخدمة	78
6	معاملات ارتباط بيرسون لعبارات المحور الأول بالدرجة الكلية للمحور	81
7	معاملات ارتباط بيرسون لعبارات المحور الثاني بالدرجة الكلية للمحور	81
8	معامل ألفا كرونباخ لقياس ثبات أداة الدراسة	82
9	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والرتب التي توضح مدى أهمية كل خدمة من خدمات التدخل المبكر للأطفال الصم وضعاف السمع من وجهة نظر الاختصاصيين	87
10	التكرارات والنسب المئوية والمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية التي تحدد مدى أهمية كل خدمة من خدمات التدخل المبكر للأطفال الصم	88

	وضعا ف السمع من وجهة نظر الاختصاصيين	
101	استجابات الاختصاصيين على عبارات محور مدى توفر خدمات التدخل المبكر للأطفال الصم و ضعاف السمع من وجهة نظر الاختصاصيين بمدينة الرياض مرتبة تنازلياً حسب متوسطات الموافقة	11
106	نتائج اختبار " ت : Independent Sample T-test " للفروق بين استجابات الاختصاصيين طبقاً لاختلاف متغير الجنس	12
107	نتائج اختبار " تحليل التباين الأحادي: One Way ANOVA " للفروق بين استجابات الاختصاصيين باختلاف متغير المؤهل العلمي	13
108	نتائج اختبار " تحليل التباين الأحادي: One Way ANOVA " للفروق بين استجابات الاختصاصيين طبقاً إلى اختلاف متغير التخصص	14
109	نتائج اختبار " تحليل التباين الأحادي: One Way ANOVA " للفروق بين استجابات الاختصاصيين طبقاً إلى اختلاف متغير سنوات الخبرة	15
110	نتائج اختبار " تحليل التباين الأحادي: One Way ANOVA " للفروق بين استجابات الاختصاصيين طبقاً إلى اختلاف متغير مكان الخدمة	16
111	نتائج اختبار " ت : Independent Sample T-test " للفروق بين استجابات الاختصاصيين باختلاف الجنس	17
112	نتائج اختبار " تحليل التباين الأحادي: One Way ANOVA " للفروق بين استجابات الاختصاصيين باختلاف متغير المؤهل العلمي	18
113	نتائج اختبار " تحليل التباين الأحادي: One Way ANOVA " للفروق بين استجابات الاختصاصيين باختلاف متغير التخصص	19

114	نتائج اختبار " تحليل التباين الأحادي: One Way ANOVA " للفروق بين استجابات الاختصاصيين طبقاً إلى اختلاف متغير سنوات الخبرة	20
115	نتائج اختبار " شيفيه: Scheffe " لتحديد صالح الفروق بين استجابات الاختصاصيين باختلاف متغير سنوات الخبرة	21
116	نتائج اختبار " تحليل التباين الأحادي: One Way ANOVA " للفروق بين استجابات الاختصاصيين باختلاف متغير مكان الخدمة	22
117	نتائج اختبار " شيفيه: Scheffe " لتحديد صالح الفروق بين استجابات الاختصاصيين باختلاف متغير مكان الخدمة	23

الفصل الأول

مدخل الدراسة

الفصل الأول مدخل الدراسة

أولاً: مقدمة الدراسة:

تعد السنوات الأولى في حياة الطفل ذات أهمية في تعلم الكثير من المهارات واكتساب العديد من الخبرات الضرورية للمراحل اللاحقة إذ يطلق عليها المرحلة الحرجة (critical period)، والتي تعني أن هناك سنوات عمرية زمنية في حياة الطفل يكون فيها أكثر استعداداً للاستفادة من الخبرات البيئية واستغلالها إلى أقصى مستوى، إذ تعتبر السنوات الأولى فترة حرجية لاكتساب وتطور اللغة (توق، قطامي، عدس، 2003).

و تزداد أهمية هذه المرحلة مع الأطفال ذوي الإعاقة ، حيث أدركت الدول المتقدمة هذه الأهمية و طورت الخدمات المقدمة لذوي الإعاقة وأصبحت تقدم لهم الخدمات المختلفة والضرورية، وسنت القوانين في ذلك، ولم يعد الاهتمام مقتصرًا على الفرد أثناء التحاقه بالمدرسة وتقديم الخدمات له، بل أصبح يركز على تقديم الخدمات في السنوات الأولى من حياة الطفل، حيث طالب قانون تعليم الأفراد ذوي الإعاقة (IDEA) (The Individuals with Disabilities Education Act) بخدمات التدخل المبكر وضرورة توفيرها للأطفال ذوي الإعاقة وأسرهم بحيث تقدم هذه الخدمات في المحيط الطبيعي إلى أقصى حد ممكن (Younggren, 2005).

ولأهمية السنوات الأولى في حياة الأطفال ذوي الإعاقة من حيث التغلب على المشكلات اللاحقة ومواجهة الصعوبات ذكرت المنظمات الدولية والإقليمية المتخصصة أن حوالي 50 % من اضطرابات النمو والإعاقة قابلة للوقاية بإجراءات بسيطة وغير مكلفة نسبياً، وهذا يعني أهمية التعرف المبكر على الاضطرابات التي يعاني منها الطفل وتصميم برامج التدخل المبكر العلاجية والتعليمية (الخطيب والحديدي، 2005).

ومن ضمن فئات التربية الخاصة التي يجب تقديم خدمات التدخل المبكر لها فئة الأطفال الصم وضعاف السمع، إذ أن السنوات الأولى من حياة الطفل الأصم أو ضعيف السمع تعتبر الفترة الحرجة لتكوين وتطوير الكثير من المهارات المهمة والضرورية، كما إنها مرحلة مهمة من مراحل النمو اللغوي مما يجعل الاهتمام بهذه المرحلة أمراً بالغ الأهمية من حيث استثمارها بما يعود على الطفل الأصم أو ضعيف السمع بالفائدة وتجنب الكثير من الصعوبات في المستقبل.

بالإضافة إلى ذلك فإن للتدخل المبكر آثار إيجابية على المستوى الأكاديمي للأصم وضعيف السمع حيث أشار العلماء إلى إن تدني الصم وضعاف السمع في المستوى الأكاديمي وخاصة مهارات القراءة والكتابة يؤكد حاجة الصم وضعاف السمع إلى برامج تدخل مبكر (Golos, 2006).

ومن جهة أخرى فإن التطور في تربية وتعليم الصم يؤكد على أهمية التدخل المبكر عند تطبيق الاتجاهات الحديثة مثل التعليم الشفهي حيث أن برامج التدخل المبكر مهمة في تعلم السمع والكلام للأطفال الصم وضعاف السمع (الزهراني، 2007)، كما أن تبني الفلسفات الحديثة في تعليم الصم مثل ثنائي اللغة/ ثنائي الثقافة يؤكد على أهمية برامج التدخل المبكر لنجاح مثل هذه التوجهات الحديثة مما يستلزم على المهتمين الاهتمام ببرامج التدخل المبكر وتطوير ما هو قائم (الريس، 2006).

مما سبق يتضح أهمية خدمات التدخل المبكر للأطفال الصم وضعاف السمع وتوفيرها في السنوات الأولى، ومسايرة الدول المتقدمة في خدمة الأطفال الصم وضعاف السمع، من خلال توفير الخدمة الضرورية في أفضل وقت من عمر الطفل الأصم أو ضعيف السمع.

ثانياً: مشكلة الدراسة:

من الملاحظ أن الخدمات المقدمة للأطفال الصم وضعاف السمع في الدول المتقدمة تقدم بشكل فعال من خلال الاهتمام بالسنوات الأولى وتقديم خدمات مبكرة تساهم في دعم جوانب الاحتياج لدى الطفل الأصم أو ضعيف السمع في هذه الفترة الحرجة، حيث أن عدم استثمار هذه الفترة قد يسبب حرمان الطفل الأصم وضعيف السمع من فوائد عديدة تجعله يواجه صعوبات في المستقبل.

وقد ذكر ماريلين (Marilyn, 2002) أن الاكتشاف المبكر للفقدان السمعي بدون تقديم خدمات التدخل المبكر له آثار سلبية على كل من الأسرة والطفل، حيث إن أفضل البرامج التي تعمل على تحديد واكتشاف فقدان السمع تصبح غير فعالة إذا لم يتبعها الاشتراك في برنامج ملائم للتدخل المبكر في حينه، وإذا ما حدث تأخير وتأجيل في التدخل المبكر بعد اكتشاف الإصابة بفقدان السمع، فسوف يتسبب ذلك في إرباك الأسرة وتخطبها، كما قد تواجه الأسرة صعوبة في إيجاد المعلومات والخدمات التي يحتاجون إليها، مما يدفع بهم إلى حالة من الغضب والسخط كما أن النقص في الدعم والإرشاد قد يكون له تأثير سلبي ليس فقط على الأسرة ولكن أيضاً على تقدم الطفل وتطوره.

من جانب آخر أكد طلعت منصور أن كثيراً من ذوي الإعاقة بشكل عام والصم وضعاف السمع خاصة لا تتاح لهم الخدمات النفسية والتربوية في سن مبكر (حنفي 2007)، كما يلاحظ على مستوى الوطن أن كثير من الصم وضعاف السمع لا يحصلون على خدمات تدخل مبكر بشكل فاعل يساهم في تلبية احتياجاتهم في هذه الفترة، فبالنظر إلى مستوى الطفل الأصم أو ضعيف السمع عند التحاقه بالمدرسة من حيث الحصيلة اللغوية والكلام نجد أنها

متدنية بشكل يجعل الكثير من الصعوبات التي تواجه الطفل والمعلم في تحقيق الفاعلية في العملية التعليمية، وقد جاءت فكرة هذه الدراسة للوقوف على خدمات التدخل المبكر المقدمة للأطفال الصم وضعاف السمع من حيث الأهمية وتوفرها من وجهة نظر الاختصاصيين، ويمكن صياغة مشكلة الدراسة بالتساؤل الرئيسي التالي :

ما أهمية خدمات التدخل المبكر للأطفال الصم وضعاف السمع وما مدى توفرها من وجهة نظر الاختصاصيين؟

وتتفرع من هذا التساؤل الرئيسي أسئلة الدراسة .

(1) ما مدى أهمية خدمات التدخل المبكر للأطفال للصم وضعاف السمع من وجهة نظر الاختصاصيين بمدينة الرياض ؟

(2) ما مدى توفر خدمات التدخل المبكر للأطفال الصم وضعاف السمع من وجهة نظر الاختصاصيين بمدينة الرياض ؟

(3) هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.05) في وجهات النظر بين الاختصاصيين بمدينة الرياض حول مدى أهمية خدمات التدخل المبكر للأطفال الصم وضعاف السمع تعزى لمتغيرات (الجنس - المؤهل - التخصص - سنوات الخبرة - مكان الخدمة)؟

(4) هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.05) في وجهات النظر بين الاختصاصيين بمدينة الرياض حول مدى توفر خدمات التدخل المبكر للأطفال الصم وضعاف السمع تعزى لمتغيرات (الجنس - المؤهل - التخصص - سنوات الخبرة - مكان الخدمة)؟

ثالثاً: أهمية الدراسة:

1- الأهمية النظرية :

تكمن أهمية هذه الدراسة في قلة الدراسات في مجال التدخل المبكر للأطفال الصم وضعاف السمع في المملكة العربية السعودية بشكل خاص وعلى مستوى الوطن العربي بشكل عام مما يجعل هذه الدراسة إضافة جديدة في مجال البحث العلمي فيما يتعلق بأهمية خدمات التدخل المبكر للأطفال الصم وضعاف السمع والخدمات التي يجب أن توفر لهم في وقت مبكر

1- الأهمية التطبيقية:

من خلال الوقوف على مدى أهمية كل خدمة من خدمات التدخل المبكر التي يجب أن تقدم للأطفال الصم وضعاف السمع والوقوف على الخدمات المتوفرة للأطفال الصم وضعاف السمع من وجهة نظر الاختصاصيين بما يمكن صناع القرار في المملكة العربية السعودية من التعرف على جوانب القصور فيها و تطوير هذه الخدمات ومعالجتها وتوفير البرامج و الخدمات اللازمة والتي من شأنها استثمار الوقت المناسب من حياة الطفل الأصم أو ضعيف السمع، بما يعود على الطفل الأصم وضعيف السمع وعلى المجتمع بالفائدة ، وتقديم التوصيات والحلول للتغلب على الصعوبات التي تحول دون تحقيق الأهداف .

رابعاً: أهداف الدراسة :

تهدف هذه الدراسة إلى ما يلي:

1- التعرف على مدى أهمية خدمات التدخل المبكر للأطفال الصم وضعاف السمع من وجهة نظر الاختصاصيين.

2- التعرف على مدى توفر خدمات التدخل المبكر للأطفال للصم وضعاف السمع من وجهة نظر الاختصاصيين.

3- التعرف على ما إذا كان هناك فروق ذات دلالة في وجهات النظر بين الاختصاصيين حول مدى أهمية خدمات التدخل المبكر للأطفال للصم وضعاف السمع تعزى لاختلاف (الجنس - المؤهل - التخصص - سنوات الخبرة - مكان الخدمة).

4- التعرف على ما إذا كان هناك فروق ذات دلالة في وجهات النظر بين الاختصاصيين حول مدى توفر خدمات التدخل المبكر للأطفال للصم وضعاف السمع تعزى لاختلاف (الجنس - المؤهل - التخصص - سنوات الخبرة - مكان الخدمة).

خامساً: حدود الدراسة: تتحدد الدراسة الحالية بالمحددات التالية:

(أ) الحدود المكانية:

تم تطبيق هذه الدراسة على المراكز التي تقدم خدمات التدخل المبكر للأطفال الصم وضعاف السمع بمدينة الرياض وهي على النحو التالي:

- 1- مركز السمع والكلام التابع لإدارة التربية الخاصة(بنين).
- 2- مركز التشخيص والتدخل المبكر التابع لإدارة التربية الخاصة(بنات) .
- 3-رياض الأطفال الملحق بها فصول للصم وضعاف السمع.
- 4- وحدة السمع والتخاطب في مدينة الملك فهد الطبية.
- 5- وحدة السمع والتخاطب في المستشفى العسكري .
- 6- وحدة السمع والتخاطب في المستشفى التخصصي .
- 7-وحدة السمع والتخاطب في مستشفى الملك عبدالعزيز الجامعي.
- 8- وحدة السمع والتخاطب في مستشفى الحرس الوطني .

ب)الحدود الزمانية:

تم تطبيق هذه الدراسة خلال الفصل الدراسي الأول من العام 1430/1429هـ.

ج)الحدود البشرية:

تشمل هذه الدراسة الاختصاصيين العاملين بالمراكز التي تقدم خدمات للأطفال الصم وضعاف السمع بمدينة الرياض والمشار إليها في الحدود المكانية .

سادساً:مصطلحات الدراسة:

1-التدخل المبكر:

تقديم خدمات متخصصة على أيدي خبراء مختصين في التربية وأخصائي أمراض النطق، واللغة، ومدرسي الأطفال ضعاف السمع أو غيرهم من المختصين الذين يقدمون الخدمات التعليمية أو خدمات التواصل، مثل تحفيز النطق و اللغة والتدريب السمعي واستخدام لغة الإشارة...الخ(Jackson,2000).

التعريف الإجرائي للتدخل المبكر:

ويقصد به في هذه الدراسة الخدمات التي يجب إن تقدم في وقت مبكر (الميلاد وحتى ست سنوات) للطفل الأصم أو ضعيف السمع بواسطة اختصاصيين مؤهلين والتي أشارت إليها الجمعية الوطنية للصم بأمريكا(NED)وتشمل خدمات تدريب الأسرة وتقديم الإرشادات الأسرية والزيارات المنزلية ،خدمات التعرف والفحص المبكر،خدمات اللغة والكلام ، خدمات لغة الإشارة ،خدمات السمعيات ، الخدمات الطبية لأغراض التشخيص والتقييم ،الخدمات النفسية،خدمات التقنية المساعدة،الخدمات الاجتماعية.

2- الطفل الأصم :

هو الطفل الذي لديه فقدان سمعي من 70 ديسبل وأكثر ويعيق فهم الكلام من خلال الأذن وحدها باستعمال أو بدون استعمال السماع الطبية (Moores,1996).

التعريف الإجرائي للطفل الأصم :

ويقصد به في هذه الدراسة الطفل الذي يتراوح عمره من الميلاد الى ست سنوات الذي لديه فقدان سمعي كبير يحول دون استفادته من حاسة السمع في تمييز الأصوات والكلام حتى مع استخدام المعينات السمعية والذي تقدم له خدمات التدخل المبكر .

3- الطفل ضعيف السمع:

هو الطفل الذي يتراوح الفقدان السمعي لديه بين 35-69ديسبل ويسبب له صعوبة وليس إعاقة في فهم الكلام من خلال الأذن وحدها باستعمال أو بدون استعمال السماع الطبية (Moores,1996).

التعريف الإجرائي للطفل ضعيف السمع :

ويقصد به في هذه الدراسة الطفل الذي يتراوح عمره من الميلاد الى ست سنوات الذي لديه فقدان سمعي بسيط إلى متوسط يستفيد من المعين السمعي في سماع وتمييز الأصوات الكلام ولكن بصعوبة والذي تقدم له خدمات التدخل المبكر.

4- الاختصاصيين:

ويقصد بهم في هذه الدراسة الأشخاص الذين يقدمون خدمات مختلفة للأطفال الصم وضعاف السمع مثل أخصائي علاج اللغة والكلام - الأخصائي السمعي - معلم التربية الخاصة - الطبيب - الأخصائي النفسي - الأخصائي الاجتماعي) .

الفصل الثاني

الإطار النظري

الفصل الثاني الإطار النظري

أولاً :الصمم وضعف السمع :

سنتناول في هذا المبحث الصمم وضعف السمع من حيث المفهوم والتصنيفات والأسباب والأعراض وسبل الوقاية على النحو التالي:

ينقسم فقدان السمع إلى قسمين الصمم وضعف السمع ،وقد تم تعريف الأصم وضعيف السمع بتعريفات متعددة ، حيث يختلف التعريف باختلاف وجهة النظر التي تتناول التعريف حيث تم تعريف الطفل الأصم :بأنه الطفل الذي لديه فقدان سمعي من 70 ديسبل وأكثر ويعيق فهم الكلام من خلال الأذن وحدها باستعمال أو بدون استعمال السماعه الطبية(Moors,1996).

أما الطفل ضعيف السمع: فهو الطفل الذي يتراوح فقدان السمع لديه بين 35-69 ديسبل ويسبب له صعوبة وليس إعاقة في فهم الكلام من خلال الأذن وحدها باستعمال أو بدون استعمال السماعه الطبية(Moors,1996).

كما تم تعريف الشخص الأصم بأنه الفرد الذي تحول إعاقته السمعية دون قيامه بالمعالجة المتتالية للمعلومات اللغوية عن طريق السمع سواء استخدم في ذلك المعينات السمعية أو لم يستخدم أياً منها بالمرّة (هالاهاان وكوفمان،2008).

وتم تعريف الشخص ضعيف السمع بأنه ذلك الشخص الذي تظل لديه حال استخدام المعينات السمعية بعض بقايا السمع التي تكفي كي تمكنه من القيام بالمعالجة المتتالية للمعلومات اللغوية عن طريق السمع (هالاهاان وكوفمان،2008).

تصنيف فقدان السمع:

يصنف فقدان السمع تبعاً لثلاثة معايير فهناك من يصنفها حسب العمر عند الإصابة وهناك من يصنفها حسب موقع الإصابة وهناك من يصنفها حسب شدة فقدان السمع وسوف نتناول هذه التصنيفات على النحو التالي:

1- التصنيف حسب العمر عند الإصابة :

- فقدان سمعي قبل تنمية الكلام واللغة -المنطوقة أو لغة الإشارة - عند الطفل(قد يكون الصمم ولادياً أو مكتسباً في مرحلة عمرية مبكرة).

-فقدان سمعي بعد تنمية الكلام واللغة -المنطوقة - عند الطفل (قد يحدث تدريجياً في مرحلة عمرية متقدمة).

-فقدان سمعي بعد تنمية الكلام واللغة -المنطوقة - عند الراشدين (قد يحدث فجاءه أو تدريجياً في مرحلة عمرية متقدمة) (التركي،2005).

ومما لاشك فيه أن التربويون يولون اهتماماً كبيراً بالسن الذي حصل فيه فقدان السمع، إذ تعد العلاقة قوية بين فقد السمع وتأخر اللغة وهي الأساس هنا حيث أن كلما حدث فقدان السمع في وقت مبكر من حياة الطفل كلما واجه صعوبة أكبر في نمو اللغة حيث أن اكتساب اللغة أمراً حاسماً في هذا الإطار ويطلقون مصطلحان هما الصمم قبل اكتساب اللغة والصمم بعد اكتساب اللغة، ويختلف الخبراء في تحديد الدرجة التي تفصل بين الصمم قبل اكتساب اللغة والصمم بعد اكتساب اللغة حيث يعتقد بعضهم أن ذلك ينبغي أن يحدث في حوالي الشهر الثامن عشر من عمر الطفل، بينما يعتقد آخرون أن هذا الأمر يجب أن يكون في سن مبكر عن ذلك بكثير إذ

يجب أن يحدث في حوالي الشهر الثاني عشر من عمر الطفل ،او حتى في الشهر السادس عشر (هالاهان وكوفمان،2008).

2-التصنيف حسب موقع الإصابة :

-فقدان سمعي توصيلي :عبارة عن خلل يصيب الأذن الخارجية والوسطى (الصيوان،قناة الأذن الخارجية ،غشاء الطبلة ،العظيمات الثلاث) مع بقاء الأذن الداخلية سليمة وذلك بسبب تجمع المادة الشمعية ، وانفجار طبلة الأذن،وانسداد الأذن الوسطى ببعض السوائل والتشوهات الخلقية بالأذن الخارجية أو الوسطى .

-فقدان سمعي حسي عصبي:عبارة عن خلل يصيب الأذن الداخلية (القوقعة،العصب السمعي) وهناك أسباب شائعة لفقدان السمع الحس عصبي قبل أو أثناء الولادة كالوراثة ، وإصابات الرأس ،أو الرقبة وانقطاع الأوكسجين أثناء الولادة ،بالإضافة نقص وزن المولود عن 1500 جرام وهناك أسباب لفقدان السمع الحس عصبي بعد الولادة كالضجيج والتهاب السحايا وغيرها.

-فقدان سمعي مختلط: عبارة عن خلل يصيب الأذن الخارجية والوسطى والداخلية(فجوة كبيرة بين التوصيل الهوائي والتوصيل العظمي للموجات الصوتية) ويكون نتيجة لوجود خلل في أجزاء الأذن الثلاثة.

-فقدان سمعي مركزي :عبارة عن خلل يصيب الممرات السمعية في جذع الدماغ أو في المراكز السمعية في الدماغ(التركي،2005).

3-التصنيف حسب شدة الفقدان السمعي:يمثل هذا التصنيف شدة الفقدان السمعي من خلال قياس الحساسية للسمع بالديسبل decibel والذي يعد بمثابة تلك الوحدة التي يقاس بها الارتفاع النسبي للصوت، وتعتبر درجة الصفر على تدريج الديسبل هي النقطة التي يتمكن الشخص

العادي عندها من اكتشاف أضعف الأصوات وسماعها ،ويوضح كل رقم متوالي للديسبل لا يمكن للشخص أن يسمع الأصوات المختلفة عنده درجة معينة من فقد السمع (هالاهان وكوفمان،2008)، وبالتالي يصنف فقدان السمع حسب شدة فقدان السمع كالتالي:

- فقدان سمعي بسيط جدا : ويكون ما بين (25-40)ديسبل

- فقدان سمعي بسيط: ويكون ما بين (41-55)ديسبل

- فقدان سمعي متوسط : ويكون ما بين (56-70) ديسبل

-فقدان سمعي شديد : ويكون ما بين (71-90)ديسبل

-فقدان سمعي حاد:وتكون درجة فقدان السمع من 91ديسبل(التركي،2005).

أسباب الصمم وضعف السمع:

هناك مجموعة من الأسباب التي تؤدي إلى الصمم وضعف السمع لدى الأفراد، فقد تكون أسباب وراثية وتكون بسبب خلل في الكروموسومات أو وجود جين عند أحد الأبوين مسئول عن الصمم ،أو إصابة الأم الحامل بالحصبة الألمانية ،أو التهاب السحايا ،وعدم توافق العامل الرايزيسي ،أو إصابة الأذن الخارجية كوجود الشمع بكميات كبيرة في الأذن ،أو تعرض الطفل لثقوب في الطبلة نتيجة إدخال أدوات حادة أو التعرض لأصوات عالية أو غسيل الأذن بطريقة غير صحيحة أو تعرض الطفل لضربة على الوجه ،أو أمراض الأذن الوسطى كالتهابات الأذن الوسطى،أو التشوهات الخلقية ويمكن أن تكون في طبلة الأذن أو في العظيومات الثلاث ،أو قوقعة الأذن أو بالعصب السمعي أو في صيوان الأذن أو القناة السمعية الخارجية، ومن الأسباب الولادة المبكرة (الأطفال الخدج) ، ،وتناول الأم الحامل بعض العقاقير والأدوية والكحول والتسمم بالزئبق ،وإصابة الفرد بالتهابات الدماغ نتيجة فيروسات تصيب الدماغ أو ارتفاع درجة الحرارة أو الإصابة بالتهابات الغدة النكفية(Mumps)

، وإصابات وكدمات الولادة ونقص كمية الأوكسجين (Anoxia) للجنين أثناء الولادة أو بعدها ، والذي يتلف الخلايا العصبية (القريوتي، 2006).

أعراض الصمم وضعف السمع:

هناك العديد من الأعراض للصمم وضعف السمع تتمثل في الشكوى من وجود ألم في احد الأذنين، وطلب الفرد من الآخرين رفع أصواتهم بشكل عال ،أو إعادة الحديث، وإمالة الرأس نحو المتكلم ،أو وجود إفرازات في الأذن وتجمع بشدة من المادة الصمغية ، ووجود مشاكل في إصدار الأصوات خاصة الأصوات الساكنة (حنفي، 2003).

كما أن من الأعراض التي من الممكن أن تشير إلى وجود مشكلة في السمع أخطاء في النطق وعدم اتساق نغمة الصوت ووضع اليد حول إحدى الأذنين لتحسين القدرة على السمع وتفضيل استخدام الإشارات أثناء الحديث أو احمرار في الصيوان وعدم الاستجابة للأصوات العالية أو شكوى الطفل من طنين في الأذن (القريوتي ،الصمادي، السرطاوي، 1998).

الوقاية من الصمم وضعف السمع:

يقصد بالوقاية مجموعة الإجراءات الطبية والنفسية والاجتماعية والإعلامية والنظامية والتي تهدف إلى منع الإصابة بالإعاقة، أو الحد منها، واكتشافها في وقت مبكر ، والتقليل من الآثار المترتبة عليها (نظام رعاية المعوقين، 1421).

وتعتمد الوقاية من الصمم وضعف السمع على مدى إدراك وفهم العوامل المسببة للإعاقة والعلامات التحذيرية وأثارها المباشرة وغير المباشرة النفسية والاجتماعية والتعليمية ومشكلاتها ، وعلى أساس هذه المعرفة الكافية يتم إعداد البرامج الوقائية والعلاجية وتخطيطها ليس لمنع الصمم وضعف السمع وإنما يمتد إلى الوقاية من حدوث القصور الوظيفي لحاسة السمع أو التخفيف من أثاره والحد منه لأكبر درجة ممكنة ، ولذلك فأن خدمات الوقاية يجب أن

تشمل منع حدوث فقدان السمع وتطور الإصابة بالفقدان السمعى إلى عجز ومنع تطور العجز إلى إعاقة وبالتالي تكون مستويات الوقاية كما أشار عبدالحى (2008) على النحو التالي:

المستوى الأول:

هو منع حدوث العوامل المسببة للصمم وضعف السمع، مما يوجب القيام بنشاط بارز في ميدان الإعلام لزيادة إدراك الناس ومعرفتهم للعوامل المسببة للصمم وضعف السمع ومعرفة المؤشرات على حدوث صمم أو ضعف سمع وبيان آثار الصمم المباشرة وغير المباشرة، مثل اخذ المضادات واللقاحات اللازمة لمنع حدوث الصمم وضعف السمع مثل لقاحات الحصبة الألمانية والالتهاب السحائي والغدة النكافية، والكشف عن حالات عدم توافق العامل الرايزىسي (RH) وتقديم الرعاية الطبية في حالة وجود إصابة بالأذن، نظافة الأذن، عدم إدخال أية أدوات داخل الأذن، وعدم تعرض الطفل للأصوات العالية والحادة (عبدالحى، 2008).

كما يمكن أن تكون الإجراءات في هذا المستوى دعم برامج رعاية الأمومة والطفولة مع التركيز على فحص الراغبين في الزواج، والتتقيف الصحي والغذائي للأم الحامل، والتوعية ضد استخدام العقاقير الطبية دون استشارة الطبيب، وتجنب إدمان المخدرات أو تناول الكحول (مكتب المتابعة للشؤون الاجتماعية بدول الخليج، 1991).

المستوى الثاني :

و يركز هذا المستوى على الكشف المبكر عن حالات الإصابة أو القصور السمعي لدى الأطفال، والرعاية الطبية من كشف وتشخيص وعلاج إصابات الأذن كافة، وتقديم المعينات السمعية المناسبة لكل حالة من حالات فقدان السمع وفي الوقت المبكر، والاستفادة

من التقدم الطبي والتكنولوجي لخدمة الصم وضعاف السمع ،والاهتمام بالتدخل المبكر وأهمية وعي الأسر بالخدمات المقدمة من خلاله(عبدالحى،2008).

المستوى الثالث :

ويعني الإسراع بعملية إعادة التأهيل الشامل الطبي والتربوي والاجتماعي والمهني للحيلولة دون حدوث مضاعفات ،بهدف تحقيق توافق نفسي واجتماعي ومهني للفرد للتعامل مع بيئته بشكل أقرب إلى الطبيعي وتحقيق أعلى قدر من الاستقلالية والاندماج مع المجتمع مع وجود الصمم أو ضعف السمع ، وبالتالي قد تشمل الإجراءات في هذه المستوى تقديم خدمات تربوية تأهيلية ،وفرص عمل مناسبة لهم ،وتقديم تسهيلات في خدمات المجتمع بشكل عام تعمل على دمج الأفراد الصم وضعاف السمع ،وتوفير فرص عمل حقيقية ومناسبة لقدرات الأفراد الصم وإمكاناتهم ،لتحقيق قدر كبير من الاستقلال الاقتصادي، وتقديم دورات تثقيفية للأفراد السامعين عن الصمم ولغة الإشارة والتواصل معهم عموماً ،والعمل على تعديل اتجاهات المجتمع نحو الصمم وضعاف السمع(عبدالحى،2008).

ومن ضمن المراكز التي تقدم خدمات في هذه المستويات في المملكة العربية السعودية مركز الأمير سلمان لأبحاث الإعاقة والذي يقوم بإجراء البحوث في مجال الإعاقات ومنها الإعاقة السمعية وتشمل الأبحاث دراسات وقائية وعلاجية وتأهيلية تغطي تخصصات طبية واجتماعية وتربوية ونفسية ودراسات فنية وهندسة تهدف الى:

- 1- الاستفادة من البحث العلمي للحد من انتشار الإعاقات .
- 2- علاج الإعاقات ما أمكن في مراحلها المبكرة .
- 3- رعاية المعوقين طبياً وتربوياً ومهنياً.
- 4- الإسهام في تأهيل ذوي الإعاقة ودمجهم في المجتمع(الموسى،2008).

ثانيا :التدخل المبكر للأطفال الصم وضعاف السمع:

سيتم في هذا المبحث تناول التدخل المبكر للأطفال الصم وضعاف السمع من حيث تطوره ومفهومة ومبرراته واشكالة وأهدافه والاجراءات المتعلقة به وتقويمه.

نظرة تاريخية حول التدخل المبكر وتطوره:

يعتبر الاهتمام بتربية وتعليم الأطفال في السنوات المبكرة من الأمور التي نادى بها الدين الإسلامي وأولى العناية بها حيث ورد في القرآن الكريم والسنة النبوية ما يدل على أهمية العلم والتعلم، وبالتالي تعتبر تنمية القدرات المعرفية والنفسية والاجتماعية الأساسية في أثناء الطفولة المبكرة أمراً ذا أهمية قصوى فهذه القدرات تشكل اللبنة الأساسية التي تبنى عليها قدرات الأطفال الأخرى وتطورها في المراحل التالية كما أن تهيئتهم لتلقي العلم إنما هو حق للصغار والتقشير في ذلك يترتب عليه العديد من التداعيات السلبية في المستقبل(جامعة الأزهر،2005).

ومرت تربية وتعليم الطفولة المبكرة بالعديد من الإسهامات حيث ساعدت جهود العلماء والمنظرون التربويون على تشكيل تفكير معاصر حول الأطفال الصغار وهذه الجهود أسست العديد من الممارسات المستخدمة مع الأطفال ذوي الإعاقة والمعرضين للخطر مثل مارتن لوثر (1483-1564)وهو من الذين أكدوا على أهمية تعليم الأطفال والتربية التعويضية لهم ،أما جان جاك روسو (1712-1778) نادى بأهمية المنهج الطبيعي في تربية الأطفال الصغار وأكد على أهمية الخبرات الطبيعية في تطور قدرات الطفل، وينظر المؤرخون على أن روسو يقع في الخط الذي يقسم الفترات القديمة والمرحلة المعاصرة في التربية والتعليم ، وقد اثر روسو بأفكار مصلحين ومفكرين مثل بستالوزي Pestalozzi وفروبل

Froebel ومونتسوري Montessori وكذلك أولئك الذين ساهموا في الطفولة المبكرة المعاصرة (الزريقات، 2009).

وقد بدأت تربية وتعليم الأطفال ذوي الإعاقة مع ظهور الأنظمة والقوانين التشريعية في الولايات المتحدة الأمريكية حيث كانت الخدمات قبل عام 1975 غير مناسبة وبعد صدور القانون العام لتربية وتعليم الأفراد المعاقين 94/142، حيث فرض هذا القانون على جميع الولايات قبول الدعم المالي من الحكومة الفيدرالية للتربية الخاصة مقابل تقديم خدمة تربية وتعليمية مجانية مناسبة لذوي الاحتياجات التربوية الخاصة ولكن الأطفال في مرحلة الرضاعة والحضانة لم يشملهم هذا القانون وبالتالي فإن هؤلاء الأطفال سوف يخسرون فرصة العلاج خلال المرحلة النمائية الحرجة، وفي عام 1986 تم تعديل القانون العام للمعاقين 94/142 ليتضمن القانون العام رقم 99/457 الذي يتضمن حقوق الأطفال في مرحلة الرضاعة والحضانة ومرحلة ما قبل المدرسة للأطفال ذوي الاحتياجات التربوية الخاصة وأطفال الخطر، وفي عام 1990 كان هناك تغير جوهري في القانون العام للمعوقين رقم 94/142 حيث تضمن هذا التغيير جزئيين رئيسيين هامين هما:

جزء (B) تكون مسؤولية مدارس التعليم العادي توفير الخدمات للأطفال

المؤهلين الذين تتراوح أعمارهم من سن ثلاث سنوات الى سن الواحد والعشرين.

جزء (C) تقوم الولايات بتوفير خدمات للأطفال المؤهلين في مرحلة الرضاعة

والحضانة من الميلاد وحتى سن سنتين .

وقد أشار الكونجرس الأمريكي إلى مجموعة من المتطلبات كالتالي:

- تنمية قدرات الأطفال في مرحلة الرضاعة والحضانة والحد ممن يتأخر

وذلك نتيجة عدم تقديم الخدمة في الوقت المناسب .

- تخفيض التكلفة المادية إلى الحد الأدنى ويتضمن ذلك خدمات التربية

الخاصة والخدمات المساندة بعد تجاوز هؤلاء الأطفال مرحلة الرضاعة والحضانة

إلى سن المدرسة .

- تنمية المهارات الاستقلالية لهؤلاء الأطفال من خلال اعتمادهم على أنفسهم

بهدف دمجهم في المجتمع.

- تنمية قدرات الأهالي في التعامل مع أطفالهم خلال مرحلة الرضاعة

والحضانة .

- الرفع من كفاءة المؤسسات الحكومية وغير الحكومية ذات العلاقة في كل

ولاية في التعرف والتشخيص لكل حالة بشكل مناسب خاصة الأقليات وذوي الدخل

المحدود والقرى والهجر (التركي، 2005) .

و في الوقت الراهن تنص القوانين الفيدرالية على أن تتاح مجموعة من

خدمات التدخل المبكر لجميع الأطفال الرضع ، والأطفال الصغار الذين يتم تشخيصهم

على أنهم من ذوي الإعاقة وتتضمن مثل هذه الخدمات العديد من الأمور مثل التربية

الخاصة وعلاج اضطرابات اللغة والتخاطب والعلاج الجسمي وخدمات التشخيص

الطبي والعلاج الوظيفي.(هالاها،كوفمان،2008).

وقد أبدى الباحثون والممارسون في ميدان التربية الخاصة في السنوات

الأخيرة الاهتمام المتزايد ببرامج التدخل التربوي والعلاجي المبكر للأطفال ذوي

الإعاقة من خلال الاهتمام بتوسيع قاعدة برامج إعداد المعلمين قبل الخدمة لتشمل التربية الخاصة المبكرة وتطوير أدوات القياس الملائمة للمراحل العمرية المختلفة .

و تطورت برامج التدخل المبكر من حيث طبيعتها وأهدافها عبر ثلاث مراحل رئيسية:

-المرحلة الأولى: كان التدخل المبكر يركز على تزويد الأطفال الرضع ذو الاحتياجات الخاصة بالخدمات العلاجية وبالنشاطات التي تستهدف توفير الإثارة الحسية لهم.

-المرحلة الثانية: أصبح التدخل المبكر يهتم بدور الوالدين كمعالجين مساعدين كمعلمين لأطفالهم .

-المرحلة الثالثة: أصبح جل الاهتمام ينصب على النظام الأسري بوصفه المحتوى الاجتماعي الأكبر أثر على نمو الطفل ،حيث أصبح دعم الأسرة وإرشادها الهدف الأكثر أهمية(الخطيب،الحديدي،2005).

ولقد أكد القانون الأمريكي لتربية وتعليم الأفراد ذوي الإعاقة على ضرورة تقديم خدمات التدخل المبكر عند اكتشاف الصمم او ضعف السمع وتشخيصه وتشمل عناصر برنامج التدخل المبكر للأطفال الصم وضعف السمع وأسره على :

1-دعم الأسرة وتقديم معلومات عن الإعاقة السمعية وعن المدى المتوفر من الخيارات التربوية وطرق التواصل .

2-توفير البيئات التعليمية والخدمات المناسبة مع الأخذ بعين الاعتبار ما تفضله الأسرة وهذه الخدمات يجب أن تكون متمركزة حول الأسرة ومشتملة حاجات الطفل والأسرة وثقافتها.

3- نشاطات التدخل يجب أن تعزز تطور الطفل في مختلف الجوانب مع التركيز على اكتساب اللغة ومهارات التواصل .

4- خدمات التدخل المبكر يجب أن تشمل على مراقبة مستمرة لحالة الطفل الطبية والسمعية وحاجات المعينات السمعية وتطور مهارات التواصل (الزريقات 2009).

مفهوم التدخل المبكر :

هناك مجموعة من التعريفات للتدخل المبكر تناولها الباحثون ومن بين هذه التعريفات مايلي:

عرف بأنه تصميم وتنفيذ برامج تربوية خاصة لمرحلة الطفولة المبكرة وبرامج تدريبية وإرشادية لأسر الأطفال وخدمات مساندة عديدة كالتدريب واستثمار القدرات المتبقية واستخدام المعينات،...الخ(الخطيب،2001).

كما يشير مصطلح التدخل المبكر إلى إجراءات منظمة تهدف إلى تشجيع أقصى نمو ممكن للأطفال دون عمر السادسة من ذوي الإعاقة ،وتدعيم الكفاية الوظيفية لأسرهم. (هويدي ، 1997).

وعرفه كل من هاردان وايجن بأنه "مجموعة شاملة من الخدمات الطبية والاجتماعية والتربوية والنفسية تقدم للأطفال دون سن السادسة الذين يعانون من إعاقة أو تأخر نمائي أو الذين لديهم قابلية للتأخر أو الإعاقة.

كما عرفه كل من هالاهان وكوفمان بأنه العمل على التعرف مبكرا على التأخر والاضطرابات والإعاقات الموجودة عند الطفل ما أمكن ومن ثم تقديم البرامج التربوية الفاعلة له ،والخدمات المناسبة لحالته للعمل على زيادة كفاءته وقدرته والتقليل ما أمكن من نتائج الاضطرابات والإعاقة إضافة للخدمات المقدمة لأسرته لزيادة كفاءتها (يحيى ،2006).

وعرف بأنه الإسراع قدر الإمكان في تقديم الخدمات الوقائية والعلاجية الشاملة مثل خدمات الوقاية والرعاية الصحية الأولية وكذلك الخدمات التأهيلية والتربوية والنفسية اللاحقة ولا يقتصر توجيه تلك الخدمات على الأطفال المعنيين وإنما يشمل أسرهم والتدخل على مستوى البيئة والمجتمع المحلي"(السرطاوي، 1997).

كما أشار الزريقات (2009) إلى تعريف هيورد والذي يشير إلى انه جهود موجهة على مستوى المنزل والصف وتقدم خدمات تعويضية أو وقائية للأطفال المعرضين إلى خطر مشكلات التعليم والمشكلات السلوكية في حياتهم خصوصا خلال سنوات المدرسة الأساسية، وخدمات علاجية للمشكلات والعيوب النمائية القائمة أو الحاضرة اذ يجب أن يقدم التدخل المبكر خدمات التقييم والخدمات المتخصصة لخفض أو إزالة آثار الإعاقات المفترضة أو لوقاية النمو من المشكلات الأخرى،

وفي مجال الصم وضعاف السمع يقصد بالتدخل المبكر مصطلح عام يصف الحاجة إلى البدء بتقديم خدمات تأهيلية عندما يتم اكتشاف الإعاقة السمعية(الزريقات،2009).

ويعرف بأنه برامج العلاج والوقاية التي تقدم للأطفال ذوي الإعاقة في سن مبكرة جدا وتلعب الأسرة فيها دورا بارزا(السليطي،2003).

ويعرف مصطلح التدخل المبكر للصم وضعاف السمع على أنه تقديم خدمات متخصصة على أيدي خبراء مختصين في التربية وأخصائي أمراض النطق، واللغة، ومدرسي الأطفال ضعاف السمع أو غيرهم من المختصين الذين يقدمون الخدمات التعليمية أو خدمات التواصل، مثل تحفيز النطق و اللغة والتدريب السمعي واستخدام لغة الإشارة...الخ(Jackson,2000).

في ضوء ما سبق يمكننا تعريف التدخل المبكر للأطفال الصم وضعاف السمع بأنه تقديم خدمات مختلفة ضرورية للطفل الأصم أو ضعيف السمع وأسرهم في وقت مبكر من العمر لتحقيق أعلى درجة من الفاعلية في المستقبل.

أهمية التدخل المبكر للأطفال الصم وضعاف السمع :

للتدخل المبكر مبررات كثيرة تشير إلى أهمية تقديمه للطفل الأصم أو ضعيف السمع، ومن بين هذه المبررات ما يلي :

1- أن السنوات الأولى من عمر الطفل الذي لا يتلقى خدمات مبكرة تعد حرمان للطفل وربما تدهور نمائي .

2- سهولة وسرعة التعلم في السنوات الأولى مقارنة بالسنوات المتقدمة.

3- حاجة والدي الطفل إلى المساعدة في السنوات الأولى حتى لا ترسخ لديهم أنماط تنشئة غير بناءة .

4- أن مظاهر النمو متداخلة وعدم معالجة الضعف في أحد الجوانب قد يقود إلى تدهور في الجوانب الأخرى.

5- تسهيل عملية دمج الطفل ذو الاحتياج الخاص (الأصم أو ضعيف السمع) مع الطفل السامع في المستقبل (الخطيب،الحديدي.2005).

6- الجدوى الاقتصادية للتدخل المبكر من حيث تقليل النفقات المستقبلية للبرامج الخاصة حيث أشارت الدراسات المتعلقة ببرامج التدخل المبكر أن تكلفة رعاية الطفل منذ سن الولادة وحتى سن الثامنة عشر تقل بنسبة 40% تقريبا في حالة وجود تدخل مبكر (السرطاوي،1997).

7- تأثير البيئة والخبرات الأولية على النمو حيث أن نوعية بيئة الطفل وخبراته الأولية لهما تأثير على النمو والتعلم وعلى قدرة الطفل على تحقيق واستغلال كل إمكاناته وقدراته (هويدي، 1997).

8- أن التدخل المبكر بالنسبة للصم يعمل على إرساء الأساس لتحقيق مستوى أعلى للتعليم الأولي وجميع مراحل التعليم اللاحقة، فضلاً عن بلوغ مستويات أعلى في التعليم العام والمهني، ومن ثم يمهّد السبيل إلى الاندماج بالمجتمع اندماجاً كاملاً.

9- وجود إعداد كبيرة من حالات الصمم المتدرج خلال السنتين الأوليين ما بين الطفيف إلى الصمم التام وبالتدخل المبكر من خلال اكتشاف إصابتهم السمعية وتقديم البرامج المناسبة يمكن بسهولة أن يكتسبوا خلال سنوات عمرهم الأولى القدرة على الكلام والنطق الصحيح بصورة شبه طبيعية ومن ثم نستطيع تحويل الصمم إلى ضعف سمعي بسيط (عبدالحى، 2008).

10- المساهمة في تكيف الأسرة وتخفيف الأعباء المادية والمعنوية نتيجة وجود طفل ذا إعاقة (القريوتي، الصمادي، السرطاوي، 1998).

12- ثبت في الولايات المتحدة الأمريكية أنه عند تتبع تطور الأطفال الصم ممن تم اكتشاف حالاتهم وتقديم خدمات التدخل والدعم المبكر لهم خلال الستة شهور الأولى من العمر تتبعاً ممتداً في مقابل تطور غيرهم من الأطفال ممن تم اكتشاف حالاتهم في فترات لاحقة من العمر، كانت النتائج غاية في الإيجابية وحازت على اهتمام عالمي كبير (RIND, 2003).

أهداف برامج التدخل المبكر للصم وضعاف السمع:

تُقدّم خدمات التدخل المبكر للأطفال المصابين بالصمم المبكر وأسره من أجل:

- 1-تمكين أكبر عدد ممكن من الأطفال من دخول مرحلة التأسيس Foundation Stage بلغة تتناسب مع أعمارهم وباستراتيجيات تواصل من أجل بلوغ أعلى مستويات التحصيل في السنوات الأولى، ومن أجل تقديم أساس للدعم المتواصل فيما بعد.
- 2-تمكين الأسر على التصرف السليم لصالح أطفالهم و ذلك للعمل على تأكيد إدراكهم لآثار الصمم وإتاحة المعلومات المتميزة بالموضوعية وبالحيادية وبدقة المرجعية وبالتطوير.
- 3-تقديم النصائح والدعم للأسر في مراحل تنمية اللغة الأولية، وفي التواصل والنطق، وكذلك في التطور الاجتماعي عامة.
- 4-تأكيد استخدام المعينات السمعية الاستخدام الأمثل والحفاظ عليها داخل المنزل ، مثل الاستخدام الشخصي لأنظمة الذبذبة المعدلة FM والقوقعة السمعية الإلكترونية.
- 5-تأكيد التواصل الإشاري داخل المنزل، حيث تختار الأسرة إما استخدام لغة الإشارة المصحوبة باللغة المنطوقة أو استخدام لغة الإشارة.
- 6-مساعدة مستخدمي الخدمة في التواصل مع العائلات الأخرى من ذوي أطفال الصمم.
- 7-العمل على وضع هوية جديدة وإيجابية للصمم(RIND,2003).

كما تهدف إلى تطوير لغة الأصم وضعيف السمع وتنمية قدرته على الكلام منذ أصغر سن ممكن ، ،ومساعدة الطفل على الاستفادة من قدراته السمعية المتبقية بأقصى ما تسمح به حالته عن طريق استخدامه المعينات السمعية والتدريب السمعي ،وتعليم الأطفال الصم قراءة الكلام في سن مبكرة من أجل مساعدتهم على إدراك اللغة المنطوقة واكتساب اللغة وتنميتها بالوسائل المتنوعة سواء كانت الوسائل لفظية أم شفوية أم لغة إشارية ،وتطوير

المهارات الاجتماعية والتواصل مع الآخرين والقيام بالمهارات الحياتية اليومية (القمش، السعايدة، 2008).

مرحلة الطفولة المبكرة :

تعتبر السنوات الأولى من عمر الطفل بمثابة مرحلة مهمة لتكوين ونمو الكثير من الخصائص اللغوية، المعرفية، والانفعالية، الحركية، كما أن الفترة الحرجة من عمر الطفل هي السنوات الأولى وهي مهمة لنمو اللغة بشكل عام واللغة المنطوقة بشكل خاص (الزهراني، 2007).

وتقسم مرحلة الطفولة المبكرة من وجهة نظر التدخل المبكر إلى ثلاث مراحل :

- المرحلة الأولى : تمتد منذ الميلاد وحتى عمر 12 شهر ، ويطلق على الطفل في هذه المرحلة "الطفل الرضيع" Infant Child .

- المرحلة الثانية : وتمتد من عمر 12 شهر وحتى 36 شهر ، ويطلق على الطفل في هذه المرحلة "طفل الحضانة" Toddler Child .

- المرحلة الثالثة : وتشمل الفترة من 3 سنوات إلى 5-6 سنوات أي قبل الالتحاق بالمدرسة ، ويسمى الطفل في هذه المرحلة "طفل ما قبل المدرسة" Preschool Child (هويدي، 1997).

وذكر حنفي (2003) أن المربون أجمعوا على أهمية مرحلة ما قبل المدرسة على شخصية الأصم وضعيف السمع وأثرها الكبير في تربيته ، وقد أوصوا جميعاً بضرورة تعليم وتدريب الطفل بمجرد اكتشاف إعاقته ، والذي بدوره ينعكس على نمو الطفل لغوياً وكلامياً ومعرفياً ونفسياً واجتماعياً إلى درجة تصل إلى مستوى الطالب السامع .

كما تعد مرحلة رياض الأطفال بالسبب للأصم أو ضعيف السمع بأنها أكثر المراحل مرونة وقابلية للتأثيرات الخارجية وفرصة لتدارك أثر الصمم أو ضعف السمع ،حيث أنها تستقبل الصم وضعاف السمع في سن مبكرة والتي من الممكن أن تحقق الكثير من الخدمات المناسبة مثل توفير فرص اجتماعية مبكرة يتوافر فيها التفاعل لاكتساب مهارات لغوية ومهارات اتصال متكافئة ،واهتمام صحي مبكر من خلال قياسات سمعية ،وتدريب على النطق والكلام ،وإقامة تعاون مشترك بين المؤسسة وأولياء الأمور الطلاب الصم وضعاف السمع ومناقشة جميع الصعوبات والمشاكل مثل مشاكل استخدام المعينات السمعية ،ومشاكل التحدث مع الأطفال الصم وضعاف السمع ،ومشاكل المعرفة لدى الآباء حول الصمم وضعف السمع ،ومشاكل في تربية الأطفال الصم وضعاف السمع(عبدالحي ،2008).

و تتولد بعض التحديات نتيجة التعامل مع صغار الأطفال الصم وأسرهم حول خدمات التدخل والدعم المبكر عند التعامل الفعلي مع من هم في عمر الحضانة منذ اكتشاف الصمم فصاعدًا، وعلى وجه الخصوص، يتطلب التدرج في مراحل العمر منهم ما يلي:

-دعم تنمية مهارات اللغة والتواصل بما يناسب كل مرحلة من مراحل العمر، ومراقبة التقدم المحرز منذ مراحل المهد فصاعدًا.

- تقديم المعلومات بما يتوافق مع مدى التواصل والخيارات الأخرى المتاحة في نسق وبمعدل يلائم أسر الأطفال الصغار مع الإعداد لتقديم المزيد متى كان ذلك ملائمًا.

- تعزيز الاستخدام الأمثل للمعينات السمعية داخل المنزل في المراحل المبكرة جدًا لتناسب الأذن الصغيرة.

-دعم توحيد المعينات السمعية ولغة الإشارة (حيث يمثل ذلك الخيار المفضل لدى الأسر)، وذلك خلال المواقع اليومية المتكررة في حياة الطفل الصغير.

-التعامل الحسي المناسب بالمشاركة مع الآباء في حال بقاء العلاقة بين الأطفال والآباء
علاقة مرنة وحساسة.

-دعم القدرة على التكيف وتقبل نبأ الإصابة بالصمم الدائم على نحو يختلف عن المتعارف
عليه عادةً في حال أسر الأطفال المصابين بالصمم في مراحل متقدمة، على سبيل المثال: عن
طريق التوجه الإيجابي نحو الصمم المبكر لدى الأطفال الصغار وتأكيد تقدير الطفل واحترام
هويته(RIND,2003).

دور الأسرة في برامج التدخل المبكر للأطفال الصم وضعاف السمع:

يعتبر دور الأسرة في خدمات التدخل المبكر دوراً هاماً ومتعدد الأوجه والمسؤوليات ، إذ
أن دورها في الكشف المبكر عن الإعاقة و الوقاية منها من أهم الأدوار في خدمات التدخل
المبكر، ويتمثل دور الأسرة على النحو التالي :

دور الأسرة في الكشف المبكر عن الصمم وضعف السمع :

يرتبط التدخل المبكر باكتشاف الإعاقة بعد حدوثها بأسرع ما يمكن لذا فإن دور
الأسرة في الكشف المبكر عن أنماط النمو غير الطبيعية للطفل يمثل دور حاسماً في فاعلية
العلاج ،لهذا فإن وعي الآباء بخصائص النمو السوي للأطفال والخلفية التعليمية والثقافية لهم
يمكن أن تؤدي دوراً فاعلاً في مجال الكشف المبكر عن الإعاقة ،وبالتالي فإن المؤسسات التي
تعنى برعاية الطفولة تتحمل مسؤولية محو أمية الآباء والأمهات فيما يتعلق بصحة الطفل
والمخاطر البيئية،ومن المؤكد أن قيام الآباء أنفسهم بالكشف الدوري عن القدرات الحسية
والعقلية واللغوية لأطفالهم يعد أكثر فاعلية من البرامج الكشفية التي يتم تنفيذها على نطاق
واسع لمرة واحدة(السليطي،2003).

وهناك الكثير من المؤشرات التي يمكن أن تلفت نظر المحيطين بالطفل إلى وجود صمم أو ضعف سمع لديه، واستخدام الخبرات والتجارب اليومية في ذلك يمكن ان يؤدي إلى اكتشاف الصمم وضعف السمع كعدم استجابة الطفل لكلام المحيطين به، ويزداد الأمر صعوبة في الشهور الأولى من حياة الطفل وقبل العام الأول لعدم قدرة الطفل على التحدث والاستجابة الصوتية والكلامية إلا في حالة حدوث صوت قوي ومفاجئ انزعج منه كل الموجودين مع الطفل ولم ينزعج الطفل لسماع هذا الصوت المفاجئ المزعج (عبدالحى،2008).

دور الأسرة في الوقاية من الإعاقة :

تلعب الأسرة دوراً هاماً في الوقاية من الإعاقة ،حيث بين البحث العلمي أن هناك المئات من عوامل الخطر التي تكمن وراء الإعاقة ووعي الوالدين بمثل هذه العوامل يؤدي من الحد من إصابة الطفل بالإعاقة ،فعلى سبيل المثال هناك مجموعة من العوامل مرتبطة بمرحلة ما قبل الولادة ويمكن أن تؤثر عليه مثل تعرض الأم لأمراض خطيرة او تناول بعض العقاقير الطبية ،كما أن هناك مجموعة من العوامل المرتبطة بمرحلة الولادة مثل عسر الولادة ،أيضا هناك عوامل مرتبطة بمرحلة ما بعد الولادة كتعرض الطفل لأمراض خطيرة كالتهاب السحايا أو التهاب الأذن الوسطى أو الحمى الشديدة ،فالإهمال لمثل هذه الأمراض يعرض الطفل إلى احتمال كبير للإعاقة(السليطي،2003).

دور الأسرة في العلاج وتقديم الخدمات:

لما كانت الأسرة هي الشيء الثابت في حياة الطفل فإن التدخل المبكر والفعال لن يؤدي ثماره ولن يحقق نتائجه وأهدافه دون أن يكون هناك علاقة تفاعلية تشاركية مع الوالدين

وأُسرة الطفل من ذوي الإعاقة ، الأمر الذي يستلزم إعداد الوالدين للإسهام في هذه البرامج وليقوموا بدورهم بفاعلية .حيث تتحمل الأسرة المسؤولية الرئيسة في تدريب الطفل ، وهناك إجماع فيما بين الاختصاصيين في ميدان التدخل المبكر على أن البرامج والخدمات تكون أكثر فاعلية سواء بالنسبة للطفل وأسرته عندما تقدم على نحو يدعم ويطور مصادر الأسرة ومواطن القوة لديها ويلبي احتياجاتها وأولوياتها(السليطي،2003).

وقد بين قانون تعليم الأشخاص المعوقين (IDEA) أن أهداف إرشاد وتدريب الوالدين تتمثل في مساعدة الوالدين في فهم الاحتياجات الخاصة بطفلهم،و تزويد الآباء بمعلومات عن نمو وتطور الطفل(JOYCE,2004).

ويشير يحيى (2006) إلى مجموعة من الأدوار التي يمكن أن تقوم بها الأسرة في برامج التدخل المبكر وتشمل المشاركة في تحديد البدائل التربوية المبكرة المناسبة للطفل والمشاركة في تحديد الأهداف وتصميم الخطط التربوية والبرامج واتخاذ القرارات، والتقييم ،ومساعدة الاختصاصيين، وتكملة دورهم في المنزل، وحضور الاجتماعات والدورات التدريبية بصفة دورية ،والاطلاع على مصادر المعلومات، وآخر التطورات بطبيعة مشكلة الطالب(الصمم أو ضعيف السمع)والنقنيات والأبحاث والمنشورات العلمية ،ومساعدة الاختصاصيين في التقويم كتنغذية راجعة بهدف التطوير والتعديل.

وكما هو معلوم أن القوانين الفيدرالية تتطلب تطوير خطة فردية لتقديم الخدمات للأسرة وهي شبيهة بالبرنامج التربوي الفردي ولكنها توسع من بؤرة اهتمامها لتشمل الأسرة إضافة إلى الطفل حيث تتطلب هذه القوانين أن يتم تضمين

الأسرة في تطوير الخطة الفردية لتقديم الخدمات الأسرية حيث تتكون هذه الخطة من العناصر التالية:

1-تحديد المستوى الحالي للأداء الوظيفي للطفل في النمو العقلي المعرفي، والنمو الجسمي، والنمو اللغوي، والنمو النفس اجتماعي، ومساعدة الذات.

2-تحديد المصادر التي يمكن أن تستعين الأسرة بها، وأولوياتها، واهتماماتها فيما يتعلق بنمو الطفل.

3-تحديد النتائج الأساسية المتوقعة بالنسبة لكل من الطفل والأسرة والتي تضم كل من المحكات، والجراءات، وتوقيت قياس التطور أو التحسن .

4-تحديد الخدمات الخاصة المرتبطة بالتدخل المبكر والتي تعد ضرورية لإشباع حاجات الطفل والأسرة على أن يتضمن ذلك كل من التكرار، والحدة، والمكان، وأسلوب التقديم .

5-المواعيد المحددة لبداية ونهاية تقديم الخدمات .

6-تحديد أسم المسئول عن الحالة .

7-تحديد تلك الخطوات المطلوبة لحدوث انتقال سلس من برنامج التدخل المبكر إلى برنامج ما قبل المدرسة الذي يتم تقديمه للطفل(هالاها، كوفمان، 2008).

وقد أشار يحيى (2006) إلى العديد من الاقتراحات للعمل مع الأسرة في برامج التدخل المبكر:

-جعل مساعدة الأسرة هدف أساسي لأي نشاط تدخل مبكر بحيث يدرك الاختصاصي أهمية هذا الدور المهني ويتم توفير خدمات إدارية ومساندة .

-توسيع مفهوم اشترك الأسرة الفعال بحيث يسمح للأسرة أن تقوم بتعريف مشاركتها في البرنامج بطرق ذات معنى لها ،وان يحدد الأهل ما يناسبهم وهذه العملية تتضمن إشراك الوالدين من خلال عملية التقييم والتدخل .

-مساعدة ومساندة نظرة الأسرة المستقبلية من خلال الآمال والطموحات المستقبلية حيث أنها تساعد في عملية صنع القرار في تخطيط وتنظيم حياة الطفل وحياة الأسرة.

-مساعدة الأسرة في التعرف على مصادر أولوياتها واهتماماتها ،فلا يستطيع الاختصاصي تقييم حاجات الأسرة دون معرفة كيف تنظر الأسرة لحاجاتها ،لذلك يجب على الاختصاصي إشراك الوالدين في عملية التعرف على مصادر هذه الحاجات ومساعدتها في البناء عليها .

-معرفة طرق الاتصال المفضلة بين المركز والبيت وذلك لأن معظم الوالدين يفضلون طرق الاتصال غير الرسمية.

برامج التدخل المبكر للأطفال ذوي الإعاقة:

هناك مجموعة من برامج التدخل المبكر المقدمة للأطفال ذوي الإعاقة والتي تختلف باختلاف الظروف والاحتياجات وحالة الطفل وسوف نتناول هذه البرامج على النحو التالي:

1-برامج المراقبة:

تعتبر المراقبة النمائية تدخلا مبكرا فالكشف النمائي سوف يحدد بعض الأطفال الذين يحتاجون إلى تقييم إضافي وفق خطة أسرية فردية (IFSP) فقد تكون المراقبة النمائية المنتظمة للأطفال والمعلومات المتخصصة التي تقدم للآباء هي كل ما يلزم لوقاية هؤلاء الأطفال من التأخر النمائي المحتمل ،والاختصاصيين الذين

يتفاعلون مع الأطفال بانتظام مثل أخصائي الرعاية الصحية وفريق رعاية الطفل يجب أن يكون على كفاءة ويمتلكون مهارات متخصصة في تحديد الدلائل والعلامات الدالة على النمو غير الطبيعي، كما أن الكشف الذي يقوم بتحديد التأخر النمائي يجب ان يكون من قبل متخصصين سواء في القطاع العام أو الخاص ، وإذا فقدت الزيارات فإن القائمين على البرنامج يجب أن يتواصلوا عبر الهاتف لإعادة جدولة عملية المراقبة، وفي الوقت الحالي تتوفر العديد من البرامج التي تقدم خدمات المراقبة للأطفال بشكل عام وللأطفال المعرضين للخطر كما يوجد برامج لمراقبة الأم الحامل، ويتم تقديم برامج المراقبة للأطفال وأسرهم وذلك اعتمادا على الخصائص البيولوجية للطفل الرضيع والخصائص الديمغرافية والاقتصادية والاجتماعية للأسرة(الزريقات،2009).

2- البرامج المستندة إلى المنزل :

تعتبر الخدمات المستندة إلى المنزل من أكثر أشكال التدخلات المبكرة، فهناك العديد من الأبحاث التي تؤكد فاعلية البرامج التي تركز على التنشئة الأسرية والتفاعل بين الآباء والطفل وأثرها الايجابي(الزريقات،2009). وهناك أنواع من البرامج المستندة الى المنزل على النحو التالي:

أولا:الدعم الأسري :

والذي يؤكد على الخدمات والإمكانيات الأسرية المصممة تحديدا لمساعدة الأسرة ودعمها على تدبر المطالب المرتبطة برعاية الطفل حيث يفترض هذا المنحى أن أولياء الأمور الذين تتوفر لهم نظم دعم اجتماعي كافيه سيتعرضون لتوتر أقل

وستكون اتجاهاتهم نحو أطفالهم أفضل مما يؤدي إلى تفاعل أكثر مع الطفل وبالتالي تحسن الطفل وتطوره(الخطيب والحديدي، 2003).

و يعتبر الدعم الأسري عنصرا هاما في البرامج المركزة على المنزل والأسرة ،وقد كانت خدمات التدخل المبكر في الماضي تقدم الخدمات اعتمادا على الخدمات المتوفرة والمؤسسات التي تقدمها أكثر من تقديم الخدمات اعتمادا على احتياجات الطفل وأسرته وفي وقتنا الحاضر أصبحت احتياجات الأسرة تلقى الرعاية والاهتمام والتأكيد على إشباعها وفي منهجية التركيز على الأسرة فان الاختصاصيين والأسرة والمصادر الأخرى هم مساهمون متساوون في التدخل ،واستنادا إلى قانون تعليم الأفراد ذوي الإعاقة(IDEA) فان منهج دعم الأسرة يستخدم تعريف واسعا لاحتياجات الأطفال والأسر بما في ذلك الأدوات والدعم المعلوماتي والعاطفي لإشباع احتياجات الأسرة (الزريقات،2009).

وأنواع الدعم الرئيسة التي تقدم للأسرة هي: معلومات عن نمو الطفل وفرص التعلم ،والرعاية الروتينية والطارئة للطفل والرعاية الطبية وتوفير التجهيزات والمواد وتدريب الوالدين على الأساليب الصحية لتربية الطفل والدعم الاقتصادي ومعلومات وتسهيلات تتعلق بوسائل الانتقال وضروريات الحياة(هويدي،1997).

وحتى يتم مساعدة الأسرة في تحديد احتياجاتها التي تتطلب الدعم فإن التقييم الموجه إلى الأسرة يساعد في الكشف عن حاجاتها ،كما أنه يضمن تتبأ عن خطة الخدمات الأسرية الفردية وهكذا تصبح الأسرة جزاء من الحل وذلك بهدف تقويتها والتقليل من اعتمادها على الأخصائيين .

والدعم الذي يقدم قد يكون رسمي وقد يكون غير رسمي ،فالدعم الرسمي قد يكون من قبل المستشفيات وأخصائية الرعاية الصحية وأخصائية الخدمة الاجتماعية والمعلمون والمعالجين، أما الدعم غير الرسمي فيشتمل على الجيران ،والأندية والأقارب والمجموعات الجماعية(الزريقات،2009).

ثانيا :برامج الزيارة المنزلية :

إن خدمة الأسر في منازلهم هو عمل تقوم به العديد من المجموعات المتخصصة خصوصا الممرضين وأخصائي الخدمة الاجتماعية والمعلمين وقد أصبحت الآن العديد من برامج الزيارات المنزلية المتوفرة والتي تقدم خدمات للأطفال ذوي الإعاقة ،حيث تركز برامج الزيارات المنزلية على تقديم دعم للآباء أو تعليمهم بعض المهارات (الزريقات،2009).

ويشير معظم اختصاصي التدخل المبكر إلى أن تعليم أولياء الأمور وتدريبهم يشكل جزءا رئيسا من مسؤوليتهم المهنية بحيث ينبغي على العاملين في مجال التدخل المبكر معرفة المهارات التي يقدمونها لأولياء الأمور فيما يتعلق بما يجب عليهم أن يفعلوه وما يجب عليهم أن يجتنبوه(الخطيب والحديدي ،2003).

كما قد تستخدم البرامج المنزلية أساليب مثل النمذجة للتفاعل الايجابي بين الطفل والكبار،وتدريس أنشطة التعلم المناسبة لاحتياجات الطفل(هويدي،1997).

ثالثا : منازل الرعاية الصحية الأسرية النهارية :

وتعمل هذه العناصر غالبا مع الأطفال القادمين من أوضاع اقتصادية متدنية ،ومنازل الرعاية الأسرية النهارية كفاءتها اقل من تلك التي تقدم خدمات من قبل مجموعات متخصصة وذلك بسبب أن خبرات الأشخاص العاملين فيها اقل ، ومع ذلك فان منازل الرعاية النهارية الأسرية تعتبر واسعة الانتشار في مجال خدمة الأطفال الصغار ذوي الإعاقة، وهي تعتبر

أيضاً مصدراً في تقديم الخدمات إلا أن هذا المصدر لا يمتاز بالفاعلية اللازمة بسبب قلة الكفاءات ونوعية الخبرات التعليمية وقلة التدريب ومهارات العاملين في المنازل النهارية هذه في إشباع احتياجات الأطفال ذوي الإعاقة، وفي الوقت الحاضر أصبح التركيز على تحسين مقدرة الأسر في منازل الرعاية الأسرية النهارية فقد أظهرت الأبحاث فاعلية هذه المنازل التي تقدم خدمات للأطفال الرضع وأطفال في سن المشي، وإذا حصل الأشخاص العاملون في المنازل النهارية الأسرية على الدعم والمساعدة المتخصصة والتشجيع اللازم لتقديم رعاية نوعية فإن هذه المنازل سوف تصبح من الأماكن الجيدة في خدمة مدى واسع من أطفال ذوي الإعاقة خصوصاً ذوي الإعاقات البسيطة والمتوسطة (الزريقات، 2009).

ومن إيجابيات البرامج المستندة إلى المنزل أنها غير مكلفة اقتصادياً مقارنة بالبرامج المستندة إلى المركز، وأنها يوفر الخدمات للأطفال في بيئاتهم الطبيعية مما يساهم في تعميم المهارات المكتسبة، وأنها تشمل على مشاركة الأسرة الفاعلة في برنامج طفلها، أما السلبيات في هذه البرامج فتتمثل في الوقت الذي يستلزمه الانتقال إلى المنزل، ووضع قيود على الفرص المتاحة للطفل للتفاعل الاجتماعي، إضافة إلى عدم قدرة بعض أولياء الأمور على تدريب أطفالهم بشكل فاعل (الخطيب والحديدي، 2005).

3- البرامج المستندة إلى المركز:

وتعتمد البرامج المستندة إلى المركز على تقديم الخدمة من خلال إحضار الأسرة طفلها في برنامج تدخل مبكر في أحد المراكز حيث يتم تقديم الخدمة المطلوبة بواسطة مهنيين يتم التدخل على أساس فردي أو جماعة صغيرة العدد وتميل معظم المناهج إلى استخدام النماذج النمائية والعلاجية (هويدي، 1997).

أنواع البرامج المستندة إلى المركز :

أولاً: مراكز الآباء - الطفل:

في هذا النوع من البرامج تحضر الأم من 6 - 20 ساعة أسبوعياً خاصة بلقاءات مع المجموعات الأسرية في نمو مراكز الطفل وورش عمل خاصة في المجتمع والتفاعل مع الطفل وفريق تمريض الطفل ،كما تهدف مراكز الآباء - الطفل إلى تعليم الآباء مهارات التعامل مع الأطفال والاحتياجات النمائية للطفل والاحتياجات المستمرة للآباء ،ويلعب أخصائيو التدخل دوراً في توجيه الأنشطة لتحقيق الاحتياجات النمائية للأطفال الصغار ،وتلتقي مجموعة الأطفال مرة أو مرتين كل أسبوع من ساعة إلى ساعتين ،وتشمل خدمات التدخل الأساسية على خدمات الاستشارة وتدريب الآباء القائمين على خدمة الطفل ،وخدمات تدخل مبكر خاصة للطفل ،والعلاجات المتنوعة ،وخدمات التقييم (الزريقات، 2009).

ثانياً: رعاية الطفل النمائية:

هذا النوع من النماذج يقدم رعاية نمائية للطفل من خلال فريق عمل مدرب جيداً ولديه المهارات اللازمة ،ويهتم هذا النموذج بالبيئة المناسبة نمائياً ،وتقدم مراكز الرعاية النمائية للأطفال من مرحلة الرضاعة إلى سن المدرسة في معظم المجتمعات والدول ، وتتنوع البرامج النمائية ،ويسعى نموذج رعاية الطفل النمائية إلى توفير فرص متساوية للأطفال ذوي الإعاقة في الحصول على خدمات تدخل مبكر ،كما يسعى إلى زيادة القدرة في الوصول إلى التدخلات الخاصة والخدمات الداعمة اللازمة لتحقيق الاحتياجات الفردية للطفل ذي الحاجة الخاصة .

وفي العموم يعتبر الوصول الى خدمات تدخل نمائية عالية الجودة مشكلة في رعاية مراكز الطفل النمائية ،وهذه المشكلة نتج عنها ثلاث مشكلات متداخلة وهي إمكانية الوصول إلى أي من مراكز الرعاية ككل ،وكلفة الرعاية،وسلبيات أو مقيدات البرامج(الزريقات،2009).

ثالثا: الدمج العكسي:

مراكز الرعاية المنتظمة تقدم خدمات لذوي الإعاقة بمفردهم ولكن حين يتم إضافة الأطفال العاديون إلى الخدمات الخاصة فإنه يعود إلى الدمج العكسي ،وتخدم برامج الدمج العكسي الأطفال ذوي الإعاقة بشكل أوسع وقد تكون نسبة ذوي الإعاقة 40% مقابل 60% من العاديين ،والمعلم الذي يعلم الأطفال يكون غالبا مدربا في التربية الخاصة في الطفولة المبكرة ولديه خبرة مع الأطفال ذوي الإعاقة ويمتاز هذا النموذج بفائدة مزدوجة من حيث تقديم خدمات وتدخلات خاصة مكثفة وفي الوقت ذاته لدى الأطفال فرص التفاعل مع الأطفال العاديين (الزريقات،2009).

رابعا:نموذج التدخل المبكر المتخصص التقليدي :

ويقدم هذا النموذج خبرات متخصصة من قبل فريق متخصص وذو كفاءة ومهارة في تقديم خدمات التدخل المبكر لكل من الأطفال ذوي الاحتياجات والأطفال الصغار في أوضاع معزولة ،ويتم توفير كل من الخدمات التربوية والعلاجية المكثفة ،وربما يكون الأطفال ذوي الاحتياجات النمائية الشديدة أفضل خدمة تقدم لهم من خلال هذا النموذج ،كما يتطلب هذا النموذج أخصائيين مدربين ولديهم خبرات في تقديم الخدمات على مستوى عال من الجودة (الزريقات،2009).

خامسا: رعاية الطفل الطبية:

وفي هذا النموذج يتم توفير خدمات طبية للطفل من خلال فريق عمل ذي مهارة وكفاءة في تقديم الرعاية، وهذا المستوى من الدعم الطبي يمكن الأسر من عدم وضع أطفالهم في المستشفيات لمدة طويلة، ويعتبر نموذج رعاية الطفل الطبية نموذج يوصف بشكل متكامل من الطبيب وهو مناسب للأطفال الذين يتطلبون خدمات تريض وعلاج الأوكسجين وغيرها من الخدمات الطبية (الزريقات، 2009).

ومن ايجابيات البرامج المستندة إلى المركز قيام فريق متعدد التخصصات بتخطيط وتنفيذ الخدمات، وإتاحة الفرص للطفل للتفاعل مع الأطفال الآخرين، وتوفير الفرص لتوعية المجتمع المحلي بالأمور المتعلقة بالتدخل المبكر والحصول على الدعم اللازم سواء كان مادياً أو فنياً، أم سلبيات هذه البرامج فتتمثل في مشكلات توفير المواصلات والصعوبات المرتبطة بها، والكلفة المادية العالية وعدم مشاركة أولياء الأمور بفاعلية (الخطيب والحديدي، 2005).

4- البرامج المزجية (التي تجمع بين اثنين من البرامج):

وتزود هذه البرامج بحسنات وإيجابيات كل من البرنامجين مثل أن تقدم خدمة لطفل يعاني من شلل دماغي في مركز رعاية الطفل لمدة صباحية بينما يتلقى زيارات منزلية أسبوعية من أخصائي أمراض اللغة والكلام والمعالج الوظيفي، كما تبقى مشاركة الآباء عنصراً رئيساً في هذا المنهج الذي يمزج برنامجين عامل هام، فإن العديد من البرامج الموجودة الآن تتبنى المنهج المركز على الأسر في تقديم الخدمات أكثر من المنهج المركز على الطفل بهدف مساعدة الأسرة وتقوية مصادرها، ومن المهم الإشارة هنا بأن ما يناسب أسرة ما قد لا يناسب غيرها حيث يعتمد ذلك على احتياجات وخصائص الطفل والأسرة وكثافة الخدمات وخصائص الديمغرافية لمنطقة الخدمات، ويعتبر الجمع بين الخدمات المستندة إلى المركز والخدمات المستندة إلى المنزل نموذجاً فعالاً في تقديم خدمات التدخل المبكر. إلا أن قلة الدعم وقوائم

الانتظار للتدخل المستندة إلى المركز والمنزل (المزجية) يحدان من التدخلات الإضافية في هذا البرنامج ولذلك يصعب توفير هذا البرنامج لعدد واسع من الأسر وأطفالها (الزريقات، 2009).

خدمات التدخل المبكر التي تقدم للأطفال الصم وضعاف السمع:

أشارت الجمعية الوطنية للصم في الولايات المتحدة الأمريكية (NED) أن خدمات التدخل المبكر للأطفال الصم وضعاف السمع قد تتضمن تدريب الأسرة، الإرشاد الأسري، الزيارات المنزلية. التعليم الخاص، خدمات أمراض اللغة والكلام، خدمات السمعيات، خدمات لغة الإشارة، خدمات اللغة المرمزة، خدمات العلاج الوظيفي، خدمات العلاج الطبيعي، الخدمات النفسية، خدمات تنسيق الخدمات، الخدمات الطبية لأغراض التشخيص، خدمات التقييم والكشف والتعرف المبكر، خدمات طبية ضرورية لاستفادة الرضيع والصغير من خدمات التدخل المبكر، خدمات العمل الاجتماعي، خدمات التكنولوجيا والتقنية المساعدة، خدمات النقل (NAD, 2008).

وذكر الدماطي (2005) المقومات الأساسية التي يركز عليها برنامج تدخل مبكر مقترح لتنمية مهارات التواصل واللغة لدى صغار الصم وضعاف السمع والتي تشمل إرشاد الآباء وتوعيتهم بأهمية الكشف المبكر عن أطفالهم الصم أو ضعاف السمع والتعامل مع الصعوبات، ووضع خطة لتدريب هؤلاء الصغار على التواصل في المنزل مع أسرهم وذويهم، وبناء منهاج لتنمية مهارات اللغة والتواصل قائم على مبادئ النمو اللغوي للطفل السامع وأسس، وفي إطار من الأوضاع والخبرات المنزلية والأسرية الطبيعية التي ينمو في ظلها الأطفال السامعين، وإتاحة العديد من الاختيارات والبدايل التواصلية التربوية التي يمكن

للمعلمين والآباء الاختيار من بينها في تدريب أطفالهم ،وتزويد كل طفل مشترك في البرنامج بمعين سمعي ملائم يكفل له تكبير الصوت وتضخيمه.

فريق العمل في برامج التدخل المبكر للأطفال الصم وضعاف السمع:

أن فريق العمل القائم على الخدمات الصحية والاجتماعية يقدم إسهامات هامة في عدد من هذه المجالات، حيث إنه لا تقتصر المسؤولية على الجانب التعليمي فحسب، على سبيل المثال يؤدي أخصائي السمع عند الأطفال دور بالغ الأهمية في اكتشاف حالة الصمم وفي تصميم وإتاحة وإعداد صمامات الأذن، وفي وصف وفحص وحفظ المعينات السمعية، وكذلك في تدارس خيار زراعة القوقعة السمعية الإليكترونية مع الأسرة وغيرها (RIND,2003).

وقد يشمل فريق العمل في برامج التدخل المبكر مجموعة من الاختصاصيين و الموظفين المؤهلين ، بما في ذلك معلمي ذوي الإعاقة أخصائي أمراض اللغة والكلام ،أخصائي السمع، أخصائي العلاج المهني، أخصائي للعلاج الطبيعي ، الأخصائي النفسي، الأخصائي الاجتماعي ،المرضات ، المعالج الأسري، أخصائي البصريات ،أخصائي التوجه والحركة، أطباء الأطفال وغيرهم من الأطباء(NAD,2008).

وقد أشار مجموعة من العلماء إلى أن كثير من الاختصاصيين الذين يقدمون خدمات لديهم نقص في المهارات الأساسية والمعرفة الكافية إذ أن التدخل المبكر يحتاج إلى معرفة وخبرة في الصمم مثل كثير من المهارات(Rice&Lenihan2005).

نماذج من برامج التدخل المبكر للأطفال الصم وضعاف السمع :

سيتم وصف مجموعة من البرامج التي تقدم خدمات تدخل مبكر للأطفال الصم وضعاف

السمع وأسرهم من حيث أهدافها والمهام التي تقوم بها على النحو التالي :

برنامج مصادر الطفل السامع (Infant Hearing Resource) :

وتتلخص مهمة هذا البرنامج في إمداد ودعم الأسر بالتدخل المتمركز حول الأسرة ، في حال وجود أطفال ورضع معاقين سمعياً ،زيادة ورفع المهارات والمعارف لدى الخبراء الذين يخدمون ذلك المجتمع من الناس ،وتعزيز الاتجاهات والإجراءات في البلاد من أجل الوصول إلى تحديد مبكر للإصابة بفقدان السمع ،و تم تصميم هذا البرنامج من أجل التقليل من التأثير الذي يخلفه فقدان السمع لدى الأطفال ومن أجل رفع مستوى المعرفة عند الآباء فيما يتعلق بأمور الصمم، كما يتم في تلك البرامج القيام بالتقييم جميع المجالات ومراقبة الآباء للحالة السمعية لأطفالهم ، ويتم العمل فرداً - لفرد كما يشارك الآباء في مجموعات المساندة .

ويتم تصميم المنهج اللغوي بشكل يعزز التواصل والتطور من خلال اللغة المستخدمة في المنزل . ويمكن للآباء أن يختاروا بين المدخل الشفهي وبين مدخل اللغة الإنجليزية بالإشارة مع التركيز على اللغة الشفهية ،كما أن الآباء يحضرون فصول تعليم الإشارة الإنجليزية التي يقدمها مركز مصادر الأطفال للسمع (IHR) ،وقد يتم تقديم عناصر لغة الإشارة الأمريكية (American Saign Language) في الفصل خاصةً إذا كان المعلم من الصم، ويهدف الآباء من كل ذلك إلى الوصول إلى طرق فعالة من أجل التواصل مع أطفالهم (Gatiy, 1995).

برنامج سكاي هاى (SKI * HI):

ويتألف برنامج سكاي هاى من نموذج شامل ومدعم قائم على المنزل ومصمم لكى يستخدم مع الأطفال وأسرهم من خلال التنسيق بين المؤسسات، ويشتمل المنهج على ثلاث عناصر هى الخدمات الموجهة للأطفال وللأسر ، الإدارة ، الخدمات التدمجية والمساندة. ويتم تقديم الخدمات الموجهة للأطفال وللأسر من خلال مرشد الآباء ويتضمن ذلك إدارة المعينات السمعية ، تطوير برنامج للتواصل من أجل الطفل والأسرة داخل المنزل ، برنامج من أجل تطوير المهارات السمعية ، وطرق التواصل واللغة للأسر التي لديها صم أو ضعاف سمع (الحديث الشفهي ، الحديث التلمحي ، التواصل الكلى، لغة الإشارة الأمريكية). وبالنسبة لخدمات الدعم والمساندة فتتضمن الخدمات الطبية ، الخدمات السمعية ، والمواد التي يتم تقديمها للأسر ، ولبرنامج سكاي هاى عدة مهام مثل تدريب الأفراد الذين يقدمون النصح والإرشاد للآباء والذين يشرفون على عمل الآباء ، كما يصمم البرنامج المناهج ويقوم بنشرها ، كذلك يضع البرنامج المعايير التقييمية من أجل تطبيق النموذج فى المناطق الريفية والحضرية فى أنحاء البلاد (Gatiy, 1995).

وفي الوطن العربي تم تطبيق برنامج سكاي هاى عام 1992م في قطاع غزة من خلال جمعية الأطفال المعوقين حيث بلغ عدد المستفيدين من البرنامج 3000 طفل وأسرة ولكن لضعف الإمكانيات وظروف الاحتلال توقف العمل في البرنامج ولم يتم تعميمه عربيا (يحيى، 2006).

برنامج روضة (تاير - ليندسلى) المتمركزة حول الأسرة:

يعمل برنامج الروضة من أجل خدمة الأطفال ذوي فقدان السمع من عمر 18 شهر وحتى عمر ثلاث سنوات ، حيث يتقابل الأطفال فى إحدى الرياض ثلاث مرات إسبوعياً فى

الصباح الباكر، وفي أثناء ذلك يقضون عشرين دقيقة من العمل الفردي على التواصل مع أحد الاختصاصيين، وفي بداية الأمر يقوم الآباء بملاحظة الأطفال وهم يتفاعلون مع بعضهم البعض ومع المعلم في المجموعة، ثم بعد ذلك يقومون بالمشاركة كمعلمين في المجموعة. وبالإضافة إلى ذلك ، يشارك الآباء في إحدى مجموعات المساندة مرة أسبوعياً . أما الآباء الذين لديهم أطفال في عمر أقل من 18 شهر ، فيتم اللقاء معهم ومع أطفالهم بشكل فردي حتى يصلوا إلى عمر أكبر يناسب الروضة ، وفي هذا البرنامج يتم تقديم وعرض مداخل التواصل الشفهي والكلّي للآباء لكي يستخدموها مع أطفالهم مع ملاحظة أنه لا يتم عرض لغة الإشارة الأمريكية (ASL) كلغة أساسية للتواصل مع الأطفال الصغار، كما تتم دعوة كل من الآباء والكبار من الصم وكذلك الأطفال الصم الكبار نسبياً لكي يجتمعوا ويلتقوا مع آبائهم في البرنامج ، ويتم التخطيط لعدد من الأنشطة الخاصة لتشجيع المزيد من أفراد الأسرة على المشاركة والمساهمة ، وهنا نجد أن برنامج الروضة يخدم الأطفال ذوي فقدان السمع مع الآباء السامعين الذين يعيشون في المناطق المدنية والحضرية (Gatiy,1995).

برنامج زيارة الاطفال والآباء :

هو أحد البرامج التقييمية الشاملة قصيرة المدى ، ويعمل هذا البرنامج من أجل خدمة الآباء ذوي الأطفال الصم وضعاف السمع منذ الميلاد وحتى عمر اربع سنوات ، ويتم إقامة الأسر في معسكرات لعدة أيام بينما يشارك أطفالهم في التقييمات السمعية والكلامية والنفسية . ويقوم الآباء بالإشراف على تلك التقييمات وعلى نسبة من الزيارات التي تتضمن مناقشة نتائج الاختبارات وتطبيقاتها على تطور أطفالهم ، بالإضافة إلى ذلك يقوم الإباء بمناقشة أسئلتهم حول الصمم في مرحلة الطفولة ، وبالإشراف على فصول الأطفال الصم ، وعلى وجبات الطعام في غرف النوم ، وبمقابلة الكبار من الصم، وعندما يغادر الآباء المعسكر يكونوا قد

تفهموا بشكل أفضل ماهية فقدان السمع ، والتأثير الذي سيخلفه على تطور ونمو أطفالهم ، وكذلك يكون لديهم قائمة بالتوصيات الخاصة بالمرحلة التالية من التدخل ، ويتم إلحاق الآباء والأطفال الذين يستخدمون لغة الإشارة بالبرنامج ، وبشكل عام يمكن القول بأن الآباء يعلمون تاريخ المدرسة في التعليم الشفهي وعلى دراية بالأسئلة الخاصة بقدرة أطفالهم على النمو في المهارات السمعية وفي اللغة المنطوقة ، ومن الملاحظ أنه بالرغم من أن البرنامج لا يعتمد إلى تقييم الأطفال من حيث قدرتهم على استخدام لغة الإشارة ، إلا أنه يتم ملاحظة استخدام الإشارات والإيماءات كمؤشر على مستوى القدرات اللغوية والتواصلية (Gatiy,1995).

مركز الكلام ، والسمع والصمم (برنامج الآباء - الأطفال) :

بدأ العمل كبرنامج شفهي ، ثم تلا ذلك تقديم اللغة الإنجليزية بالإشارة كوسيلة للآباء من أجل التواصل مع أطفالهم، وفي السنوات السبعة الأخيرة بُذل الكثير من الجهود من أجل تطبيق فلسفة ثنائية اللغة وثنائية الثقافة ، حيث يُنظر بالتساوي لكل من الإنجليزية ولغة الإشارة الأمريكية ، كما أن اشتراك الكبار من الصم في البرنامج على عدة مستويات، ولقد تم العمل بمفهوم البيئة ثنائية اللغة وثنائية الثقافة في فصول الأطفال السامعين التي يتم فيها تدريس اللغة الإنجليزية كلغة ثانية، وحديثاً يتم تطبيق هذا النموذج في تعليم الصم .

ويتفق مديري مركز الكلام ، والسمع والصمم (برنامج الآباء - الأطفال) على أن برنامجهم ليس برنامج نموذجي ثابت وإنما هو برنامج تطوري ناشئ يقوم على تضمين مفهوم ثنائية اللغة وثنائية الثقافة في المستوى المبكر من التدخل تشتمل الخدمات التي يقدمها على زيارات منزلية أسبوعية ، وإرشاد الآباء فرداً لفرد ، مشاركة الطفل الأسبوعية في مجموعة لعب بينما يشارك الآباء في مجموعة مساندة والمشاركة في فصول لغة الإشارة الأمريكية المسائية (ASL) ، والخدمات السمعية الاحتياطية .

ويتكون الفريق التعليمي من الكبار من الصم ومن السامعين وكذلك من هيئة من الخبراء والمتخصصين الذين لديهم القدرة على إجراء المناقشات الأساسية مع الكبار من الصم ، وتنقسم أهداف البرنامج الى أهداف تخص الآباء أخرى تخص الأطفال ، أما الأهداف التي تخص الآباء تتمثل في تسهيل وتيسير عملية تواصل الآباء مع الكبار من الصم ، وبالنسبة للأطفال تتمثل الأهداف في جعلهم يتطوروا في جميع المجالات حتى يصلوا إلى أفضل قدراتهم. ويعتمد هذا المدخل على قابلية مجتمع الكبار من الصم للعمل بفعالية في البرنامج وتوجد صعوبة كبيرة في إعادة تطبيق مثل تلك الخدمات في المناطق النائية (Gatiy,1995).

برنامج Insite للتدخل المبكر للأطفال المعوقين حسيا(سمعيا او بصريا):

وهو برنامج تعليمي تدريبي منزلي للتدخل المبكر لتدريب أهالي الأطفال الصم وضعاف السمع أو المكفوفين ،والذين يعانون من إعاقات مصاحبة لأحد هاتين الإعاقتين بحيث يتم تكيف البرنامج وفق ما تتطلبه كل إعاقة على انفراد ، ويقدم هذا البرنامج الدعم ويشكل مرجعية رئيسية للأطفال الصم أو المكفوفين وذويهم في سن مبكرة (من الولادة وحتى خمس سنوات) أي سن ما قبل المدرسة ويؤهل البرنامج الأطفال لمرحلة الدمج المبكر في رياض الأطفال العادية من خلال ما يوفره من دعم وتدريب وإرشاد في كافة جوانب التطور وخاصة: الاتصال المبكر ،تدريب السمع المتبقي ،وتدريب البصر المتبقي ، التدريب على مهارات العناية الذاتية ،التدريب الإدراكي ويعرف بالتعلم من خلال العمل أو اللعب.

أما أدوات البرنامج فهي دليل خاص بالمعلومات والأنشطة الخاصة بالأسر إضافة لبطاقات الأنشطة وأشرطة الفيديو والأدوات الخاصة بالعاملين في التدريب على البرنامج ،ويتم العمل مع الطفل بعد إجراء المقابلة الأولية مع ذويهم وعمل التقييم المناسب لتحديد

مستوى أدائه الحالي ،مع تقديم الدعم النفسي العاطفي المستمر للأطفال وأسرههم ويحتوي الدليل الخاص في البرنامج على أساسياته وتعليماته الرئيسية(يحيى ،2006).

اختيار نموذج تقديم خدمات التدخل المبكر:

بشكل عام تعتمد فاعلية خدمات التدخل المبكر ونجاح برامجه على مدى الكفاية في استخدام مبادئه الأساسية وكذلك المرونة في تنفيذ مختلف الإجراءات المتعلقة بتلك البرامج ويتفق معظم التربويون على انه لا يوجد أسلوب واحد أو طريقة مثلى لإعداد وتقديم برامج التدخل المبكر(السرطاوي،1997).

وبالتالي فإن بدائل أو نماذج تقديم الخدمة في التدخل المبكر يمكن أن توصف على نحو أفضل وذلك ضمن سبعة عناصر رئيسة على النحو التالي :

-المستهدف في الخدمات : أي خصائص المجتمع الذين يجب أن تقدم لهم الخدمة فمن هم الأفراد الذين سوف يتلقون خدمات التدخل المبكر .

-العمر الذي يبدأ به تقديم الخدمات : أي ما هو عمر الطفل عند التدخل هل من الميلاد أو من عمر سنتين ونصف أم من ثلاث إلى أربع سنوات،حيث أن بعض برامج التدخل المبكر لها أعمار محددة في تقديم الخدمات(الزريقات،2009).

وقد أكدت جميع الدراسات والمراجع العلمية المتخصصة في مجال الرعاية المبكرة على أنه كلما كان تقديم الخدمة مبكرا كلما كانت النتائج النمائية أكثر قيمة وحيوية ، وفي الوقت الذي يتم فيه تقديم الخدمة فانه يجب الاستمرار بها حتى دخول الطفل المدرسة على أقل تقدير(السرطاوي،1997).

-نوع الخدمات الخاصة المقدمة :وأفضل الخدمات هي تلك التي تستند إلى احتياجات الطفل وأسرته.

-مكان تقديم خدمات التدخل المبكر :ما هو المكان المناسب الذي تقدم فيه الخدمات وهل الخدمات تقدم في المنزل أو المركز أو كليهما .

-الشخص الذي يقدم خدمات التدخل المبكر :أي تحديد من الذي سوف يلعب الدور الرئيسي في تقديم الخدمات هل هو الأب أم الأم أو الاختصاصي.

-البيئة الاجتماعية للخدمات : إذا كان الأطفال الصغار هم المستهدفون في خدمات التدخل المبكر فمع من سوف يصنفون والى أي مدى سوف يتفاعلون مع غيرهم من الأطفال ذوي الإعاقة والأطفال السامعين.

- المؤسسات التي تقدم الخدمات : من هي المؤسسة التي تقوم بتقديم الخدمات فعلى سبيل المثال ،المدرسة هي مؤسسة مفوضة لتقديم الخدمات و مسئولة عنها إذا كانت الخدمات للطلاب وفي مجال ميدان التربية الخاصة في الطفولة المبكرة هناك العديد من المؤسسات التي تقوم بتقديم الخدمات وتنسيقها(الزريقات،2009).

ويتم تقويم برامج التدخل المبكر والتأكد من مدى فاعلية البرنامج بشكل شامل ،ويكمن الغرض من قياس مدى نجاح البرنامج من حيث فاعلية البرنامج ونتائجه في تحقيق الأهداف المنشودة ،ونجاح الطفل ككل وأدائه المترتب على تلقي البرنامج ،ومدى رضا المتلقين للخدمة وقناعتهم بكفاية البرنامج ،وهذا الإجراء له فوائد كبيرة خاصة فيما يتعلق ببرامج التدخل والجهود التربوية المستقبلية حيث تساعد عملية التقويم الشامل في تزويد متخذي القرارات بالمبررات على فاعلية البرامج المستخدمة ومدى أهميتها،وتوفير المعلومات لتبرير الإنفاق المادي،وتوفير مختلف المعلومات التي يمكن أن تسهم في إحداث تطوير وتحسين في الخدمات الفعلية المقدمة للأسر وأطفالهم(السرطاوي،1997).

كفاءات برامج التدخل المبكر للأطفال الصم وضعاف السمع ومؤشرات نجاحها :

إن نجاح أي برامج تدخل مبكر يعتمد على عدة خصائص وكفايات لا بد من توفرها ليكون برنامج نموذجي يقدم من خلاله خدمات تدخل مبكر للأطفال الصم وضعاف السمع نذكر منها :

1-تدرك وتفهم تطور المواليد والرضع والأطفال الصغار الصم وضعاف السمع والذي يتضمن السمعيات المتخصصة وحاجات التواصل.

2-تتعاون مع الاختصاصيين في السمعيات والتعليم وعلم النفس والصحة والخدمات الاجتماعية بشكل منظم وتزويد الخدمات للأطفال ذوي فقدان السمع واستعراض الأبحاث المتعلقة بالطفولة المبكرة والتدخل المبكر.

3-تقيم التطور للأطفال المواليد والصغار وأعداد خطة الخدمات الأسرية الفردية والتي تشمل على الاحتياجات الاجتماعية والنفسية والصحية والاحتياجات التعليمية للأطفال وأسرهم والتي تعكس تعدد الثقافات .

4- تطبق استراتيجيات التدخل المرتكزة على الأسرة والتي تؤكد على الدور الفعال للأسرة في تطوير الطفل الأصم أو ضعيف السمع واستخدام استراتيجيات الإستشارة والتي تشمل التوصيات ووقت الحاجة.

5- تطور مناهج وخطة تعليمية فعالة تتضمن التقنيات الملائمة والاستراتيجيات والمصادر والأدوات والمواد والتجهيزات والوسائل للأطفال .

6- إدارة البرامج وتطوير المهارات لمقدمي الخدمات الإشرافية في التدخل المبكر والطفولة المبكرة في تربية الصم .

7- تدافع لتوفير خدمات عالية الجودة لكل الأطفال ذوي فقدان السمع وأسره
متضمنة البرامج في البيئة الأقل تقيداً(Rice&Lenihan2005).

ومن المؤشرات التي تدل على نجاح برامج التدخل المبكر للأطفال الصم وضعاف السمع تحدد نقطة البداية للدخول في خدمات التدخل المبكر .،وتوجه وبفعالية احتياجات الأطفال بجميع درجات فقدان السمع ،ولديها توقعات عالية وكبيرة (عن كل شهر من الحياة مع إجراء التعديلات الضرورية لمساندة الطفل والأسرة في البرنامج)،تتضمن صم وضعاف سمع بالغين في البرنامج من الخدمة المباشرة إلى الإشراف إلى مستويات الاستشارة ،ولديها أخصائيي سمع مطلعين و متفقيين مع برامج الولاية حتى إذا عمل لوكالة خاصة تستطيع الأسرة تلقي خدمات التدخل المبكر هناك ،وتستخدم أشخاص على كفاءة عالية في خدمات التدخل المبكر المباشرة مثل التخصيص في تعليم الصم، السمعيات، وعلاج اللغة والكلام ،مع التدريب المستمر في تقديم الخدمات المتمركزة على الأسرة أو الاختصاصيين الذين لديهم شهادة في التربية الخاصة في الطفولة المبكرة أو تطور الطفولة المبكرة مع التدريب المستمر في المواضيع ذات العلاقة بالصم وتقوم بتدريب أولي لكل مقدمي الخدمات في مناهج البحث والتطوير .،وتقوم بقياس مدى رضا الآباء بشكل سنوي ،وتقييم مقدمي الخدمة المباشرين /الموظفين واخصائي السمع والاختصاصيين الطبيين والموظفين الاخرين(SKI*HI Guidelines).

حاجات الآباء حول خدمات التدخل المبكر للأطفال الصم وضعاف السمع :

اجرى جاكسون (Jackson,2000) دراسة للتعرف على متطلبات الأسرة حول

خدمات التدخل المبكر للأطفال الصم وضعاف السمع وكانت سبعة موضوعات:

- أن الأسرة في المراحل المبكرة من التشخيص تكون في حاجة إلى مختصين ليقدموا لها الحقائق والمعلومات مع مراعاة البعد النفسي والمعنوي للأمر.

-في مرحلة مبكرة كان العديد من الآباء في حاجة إلى أن يقدم لهم الاختيار الصحيح جاهزا، ولكن في النهاية كان يريد أغلبهم اتخاذ القرارات بأنفسهم ولكنهم في حاجة إلى المختصين ليقدموا لهم المعلومات الصحيحة المحايدة بأسلوب يتناسب مع مستوى معرفتهم وخبرتهم.

-تحتاج الأسرة إلى المرونة في استخدام الأساليب وتنفيذ القرارات الملائمة للحالة التي يمرون بها فالقرار الذين يرونه مناسب في فترة زمنية معينة قد يتغير فيما بعد. لذا فإن الأسرة في حاجة إلى دعم الخيارات التي ينتقوها وألا يشعروهم بأنهم مقيدون بتلك القرارات الهامة.

-إن الأسرة في حاجة إلى التقدير والدعم فيما يستطيعون القيام به وهي ليست في حاجة على أن تحاسب على ما لا تستطيع القيام به.

-يحتاج الآباء إلى الدعم المعنوي من غيرهم من الآباء، وقد أشارت الكثير من الأسر أن هذا النوع من الدعم والصلة كان نقطة التحول لديهم.

-يجب أن يراعي المختصون تأثير فقدان السمع على الأسرة كلها. ويقدر الآباء على وجه الخصوص إيجاد المختصين لأساليب مبتكرة لتشجيع كافة أفراد الأسرة على

المشاركة بدلاً من اختيار شخص بعينه، وغالباً ما يكون الأم، لكي يكون صانع القرار والخبير العائلي.

- إن تجربة وجود طفل يعاني من فقدان السمع في أي أسرة مشكلة تثري حياة تلك الأسرة بالعديد من الخبرات ،وبالتالي على ذوي الاختصاص أن يزرعوا الأمل في قلب الأسرة .مع التأكيد على قدراتهم وليس عجزهم.

وتحتاج الأسر بوجه خاص إلى:

-تقدير واحترام الطفل وأسرته.

-توصيل الخدمات المتكاملة والمتناسقة والمتاحة للدعم على المستوى المحلي.

-تقديم المعلومات المتوافقة والحديثة والمتاحة بالمعدل المناسب حول طبيعة وتأثير الصمم والآثار المحتملة للصمم على تطور الطفل ،ومدى التواصل والخيارات الأخرى المتاحة (توضيح أي فلسفة مساعدة من شأنها أن تؤثر على المعلومات المقدمة)، واستخدام المعينات السمعية وغيرها من الأدوات المكبرة للصوت والحفاظ عليها ،وقدر الخيارات المتاحة للدعم التعليمي المتاح للأطفال الصم في عمر الحضانة والمدرسة في المنطقة التابعة لهم ،وحقوق ومسؤوليات الأسر وفق قواعد وقوانين الاحتياجات التعليمية الخاصة التشريعية .

-توفير الفرص للالتقاء ببقية أسر الأطفال الصم في المنطقة نفسها وكذلك ببعض الشباب الصم.

-تقديم المساعدة العملية والدعم في إقامة جسور مبكرة للتفاعل والتواصل ،وتتمية اللغة فضلاً عن قدرة الطفل على السمع باستخدام المعينات السمعية وغيرها من الأدوات المكبرة للصوت ،وتأكيد واستمرار الاستخدام الفعال للمعينات السمعية والحفاظ عليها داخل المنزل ،وتعليم كيفية استخدام لغة الإشارة البريطانية أو التواصل الإشاري وفق نهج التواصل المتفق عليه فيما بينهم.

-المشاركة النشطة في مراقبة تطور أطفالهم أو اتخاذ أي قرارات تتعلق بالاحتياجات للطفل.

-الدعم العاطفي والحسي للتكيف وتقبل نبأ إصابة أطفالهم بالصمم الدائم.

-تقديم المعلومات حول كيفية تأثير عامل الصمم على مواقف الطفل وتعاونه الفعال تجاه

جميع المؤسسات المقدمة للدعم، وذلك إذا كان لدى الطفل إعاقات أو صعوبات تعليمية

أخرى بخلاف الصمم(RIND,2003).

حقائق التدخل المبكر للأطفال الصم وضعاف السمع :

هناك مجموعة من الحقائق حول التدخل المبكر للأطفال الصم وضعاف

السمع والتي تعتبر بمثابة المبادئ وتصحيح المفاهيم الخاطئة التي يجب توفرها لدى

المختص الذي يقدم خدمات تدخل مبكر للأطفال الصم وضعاف السمع وأولياء أمور

الأطفال الصم وضعاف السمع والتي أشار إليها (Marilyn , 2002) على النحو

التالي :

الحقيقة الأولى : أفضل البرامج التي تعمل على تحديد واكتشاف فقدان السمع تصبح

غير فعالة إذا لم يتبعها الاشتراك في برنامج ملائم للتدخل المبكر في حينه.

الحقيقة الثانية : التدخل المبكر الجيد يعزز من التواصل ويدعم نمو اللغة بما يناسب

العمر والسن لدى الكثير من الأطفال ، ومن الخطأ الاعتقاد أن الأطفال المصابون

بفقدان السمع يكون لديهم تأخر في التواصل وفي اللغة .

الحقيقة الثالثة:- يستفيد الأطفال من اكتشاف الإصابة المبكر ومن التدخل المبكر

الفعال بغض النظر عن الفروق الفردية . .

الحقيقة الرابعة:- يجب أن تتسم خدمات التدخل المبكر بالمرونة التي تمكنها من

التوافق مع المواقف الفردية ومن تقبل التغيرات الحادثة .

الحقيقة الخامسة:- لا يوجد مدخل واحد ناجح مع جميع الأطفال ،حيث تختلف
المداخل التواصلية التي يستخدمها الأشخاص الصم والأشخاص ضعاف السمع في
تركيزها على حاستي السمع والبصر في فهم الآخرين والتواصل معهم .

الحقيقة السادسة:- يستفيد الأطفال الصغار وأسرهم من الخدمات التي يقدمها
المتخصصون في بيئات مختلفة سواء كانت بيئات للسامعين أو بيئات خاصة بالصم .

الحقيقة السابعة:- من الضروري أن يكون الشخص مؤهل ومُعد أعداد متخصص
من أجل تقديم الخدمات المناسبة ومن أجل الحصول على نتائج ناجحة .

الفصل الثالث

الدراسات السابقة

الفصل الثالث

الدراسات السابقة

سيتم في هذا الفصل تناول الدراسات التي تتعلق بخدمات التدخل المبكر للأطفال الصم وضعاف السمع وتم تقسيم هذه الدراسات إلى ثلاثة محاور في خدمات التدخل المبكر للأطفال الصم وضعاف السمع وأهميتها ووجهة نظر الاختصاصيين فيها .

أولاً: دراسات تتعلق بخدمات التدخل المبكر للأطفال الصم وضعاف السمع :

اجرى كل من جرينبرج ، كوشية، كالديرون (Kusebe, Calderon, 1984)، (Greenberg) دراسة بهدف معرفة تأثير أحد برامج التدخل الذى يعتمد على فلسفة التواصل الكلي حيث تم عمل مقارنة بين الأطفال الذين اشتركوا في ذلك البرنامج وبين الذين لم يشتركوا، على عينة مكونة (24) أسرة وتم تخصيص (12) للمجموعة التجريبية و(12) للمجموعة الضابطة وجميع أسر المجموعة التجريبية حصلت على برنامج الإرشاد والتدريب المنزلي لمدة عام وذلك قبل وصول الطفل لــــن عامين بينما لم تتلقى المجموعة الضابطة أى برامج علاجية حيث تلقى أطفال وأسر المجموعة التجريبية تدريب على التواصل اليدوي لمدة عام قبل الدراسة، كما تلقت تلك الأسر برنامج نظامي يتضمن (زيارات المعلم بانتظام ، الإرشاد ، دروس في لغة الإشارة)، وأظهرت النتائج أن كل من الأطفال وأسرهم في المجموعة التجريبية أفضل في مهارات الأم التواصلية و مهارات الطفل التواصلية و نمط التواصل.

كما أجرى مركز بحوث معهد رويهامبتون بلندن (Roehampton Institute Research Centre 1995) دراسة والتي هدفت إلى معرفة اثر المساعدة المبكرة على درجة اكتساب سلوكيات الاستعداد للكلام واللغة لمجموعة صغيرة من الأطفال الذين لديهم

صمم شديد وتام (معدل أفضل الاذنيين في حدود 101 db) حيث تم تقديم المعينات السمعية في الفترة ما بين (3 إلى 6) شهر من العمر وتم عمل المقارنة بين كل الأطفال في التطورات بالنسبة للإيماءات وإنتاج الأصوات ما بين الشهر 6 والشهر 21 حيث تم الحصول على البيانات عن طريق الفيديو وأجهزة التسجيل للتفاعل الاجتماعي بين الأطفال الصم والأطفال السامعين وملاحظات المديرة التي تقدم الرعاية وأشارت النتائج إلى أثر التعرف المبكر والتضخيم والذبذبات في التحفيز والتنشيط السمعي المبكر على الأطفال الصم في اكتساب مهارات الاستعداد للكلام والرموز واللغة المتبادلة .

وقامت ماغنسون ([Magnuson, 2000](#)) بدراسة هدفت إلى مقارنة خصائص طفلين لديهما فقدان سمعي ثنائي حاد في مرحلة ما قبل المدرسة وجد ان النمو والتطور فيما يتعلق بالجانب اللغوي والجانب الاجتماعي بالنسبة للطفل الذي تم اكتشاف الفقدان السمعي لديه في السنة الثانية من العمر كان أبطأ كثيراً من الطفل الذي تم اكتشاف الفقدان السمعي لديه في الشهر الرابع مما يشير إلى أهمية الاكتشاف المبكر لفقدان السمعي .

وفي دراسة أجرتها وايس , Wise (2006) والتي هدفت إلى التعرف على طريقة التواصل التي تؤثر على تعلم اللغة ووصف التفاعل بين الوالدين وطفلهم الأصم في تعلم القراءة وكيفية اكتساب القراءة للطفل الأصم في مرحلة ما قبل المدرسة على عينة مكونة من عشر اسر ثلاث منها قد اختارت برنامج تدخل مبكر بحيث تم جمع البيانات من خلال استبيان للآباء ومقابلتهم وتسجيل الأداء في القراءة ومراقبة تفاعل الآباء في القراءة المتضمنة قراءة قصص للأطفال وقد أشارت النتائج إلى أن التشخيص في وقت مبكر ولبس المعينات السمعية في وقت مبكر والتزم الآباء بتقديم نمط تواصل بشكل مبكر سواء كان يدوي او شفهي

ساعدت في ارتقاء وتقديم أطفالهم من حيث تكوين حصيلة مفردات بشكل أفضل وأصبح الطفل قارئ بشكل أفضل .

ثانياً: دراسات تتعلق بأهمية خدمات التدخل المبكر للأطفال الصم وضعاف السمع:

قام هيرزوج (Herzog,1984) بدراسة هدفت إلى تحديد فاعلية التدخل المبكر على الأطفال الصم من عمر (0-3) سنوات ومتابعة الأطفال فيما بين أربع إلى سبع سنوات بعد الانتهاء من برنامج التدخل، إذ قامت بمتابعة طلاب شاركوا في 11 برنامج تدخل مبكر للأطفال الصم بولاية نيويورك وكانت الطريقة المستخدمة في أربعة برامج هي الطريقة السمعية/الشفهية و في سبعة برامج هي طريقة التواصل الكلي وتم جمع البيانات سجلات إدارة التعليم بولاية نيويورك للأطفال الذين تم خدمتهم في البرامج وأشارت النتائج إلى:

- 1- وجود انجاز أعلى في قراءة المفردات للأطفال الذين اشتركوا في برنامج تدخل مبكر
- 2- كما يوجد تحقيق مستوى مرتفع في درجة تحقيق الذات والتكيف الاجتماعي لدى الأطفال فيما بين العمر سبع إلى عشر سنوات والذين التحقوا في برنامج التواصل السمعي/الشفهي .
- 3- انخفاض في مستوى القلق فيما بين 6 إلى 7 سنوات عند الأطفال الذين اشتركوا في برامج التواصل الكلي

4- الأطفال من أباء صم والذين اشتركوا في برنامج التدخل أظهروا صورة ذاتية أعلى وتفاعل اجتماعي أعلى فيما بين الفترة من أربع إلى سبع سنوات بعد متابعة العلاج في البرنامج.

5- تطور السلوك الأكاديمي والاجتماعي لاحقاً.

6- الآباء الداعمين والمشاركين في البرنامج كان لهم أثر بالغ في النتائج اللاحقة للأطفال الصم.

وأجرى كوهين (Cohen,1987) دراسة بهدف التحقق من فعالية تقديم استشارات أسرية قصيرة كجزء إلى برامج التدخل المبكر الشاملة للأطفال الصم حيث كانت تفترض هذه الدراسة أن تقديم الاستشارة له آثار هامة على أداء الأسرة وكان يتم تقييم الفاعلية بمقارنة مجموعة الآباء الذين استلموا ثمان استشارات ، كل جلسة عبارة عن 60 دقيقة بالإضافة إلى خدمات برنامج التدخل النموذجي مع الآباء الذين استلموا خدمات التدخل النموذجية فقط (مجموعة الأسر الداعمة- لغة الإشارة- تدريب الكلام - الاستشارات السمعية - إدارة الحالة - برنامج تعليمي للطفل) وتم تقييم محيط الأسرة عبر مقياس لذلك واستبيان وأشارت النتائج إلى إن عنصر الاستشارات القصيرة كان له آثار ايجابية وهامة على البيئة الأسرية إذ إن الأسر التي استلمت عنصر الاستشارة القصيرة إضافة إلى خدمات التدخل النموذجية سجلت تدني وقلة في المشاكل داخل البيئة الأسرية والمشاكل المتعلقة بالطفل الأصم إضافة إلى زيادة الدعم الأسري وتحقيق تواصل داخل الأسرة بشكل أكبر.

كما أجرى هاداديان (Hadadian,1995) دراسة حول اتجاهات الآباء السامعين نحو الصمم وعلاقتها بالروابط مع أطفالهم الصم وتكونت عينة الدراسة من (30) طفل أصم وآبائهم السامعين تراوحت أعمار الأطفال فيما بين (20 الى 60) شهر وتم استخدام مقياس كيو للارتباط، ومقياس الاتجاهات نحو الصمم، ومقابلات مع الوالدين، وجد أن المجموعة لم تكن مختلفة في درجات سلامة العلاقات للأطفال الصم ووجد اختلافات دالة في داخل كل زوج من الأفراد (أم-طفل)(أب-طفل) من حيث العلاقة إضافة إلى وجود ارتباط سلبي بين اتجاهات الآباء نحو الصمم وسلامة العلاقة في درجات الارتباط مما يدل على أهمية اشتراك الآباء في برامج التدخل المبكر والعلاقة بين اتجاهات الوالدين نحو أطفالهم ذوي الإعاقة

(الصمم) والعلاقة المقدمة كما تشير إلى الدور الحاسم للتدخل المبكر في التطوير بالنسبة للأطفال ذوي الإعاقة.

كما أجرى مولر وآخرون (Moeller,alt.1996) بدراسة طولية هدفت إلى معرفة أثر نظام FM المستخدم في محيط البيت على عينة من الأطفال ذوي فقدان السمع المتوسط إلى الشديد في مرحلة ما قبل المدرسة وتم عمل مقارنة بين مجموعتين من الأطفال استخدمت أحدهن نظام إل FM بينما استخدمت المجموعة الأخرى المعينات السمعية الفردية وتم رصد التغيرات في اكتساب اللغة ومقارنة بين المجموعتين وتوصلت الدراسة في نتائجها إلى أن أغلبية الأطفال في كلتا المجموعتين تحسنت في كل قياسات تطور اللغة خلال فترة الدراسة بالرغم من وجود اختلافات فردية نسبياً .

و قام كل من بايرش وستوكلس (Stuckless, 1997 Birch,) بدراسة قارنت بين مجموعتين تجريبية وضابطة تحوي كل منهما على 38 طفل يعانون من صمم حيث تم تعليم الاطفال في المجموعة التجريبية التواصل اليدوي قبل الدخول للمدرسة بينما لم يتلقى الأطفال في المجموعة الضابطة تعليم في التواصل اليدوي قبل الدخول للمدرسة وأشارت النتائج إلى حصول المجموعة التجريبية على مستوى أعلى مقارنة بالمجموعة الضابطة من حيث القراءة وقراءة الكلام والكتابة اللغوية.

كما قام كالدرون (Calderon,1998) بدراسة هدفت إلى مقارنة القدرات اللغوية للأطفال المصنفين مبكراً أو متأخر كضعاف سمع أو صم حيث تم عمل مقارنة بين القدرات اللغوية (الإستقبالية والتعبيرية) بين عدد (72) طفل أصم وضعيف سمع ممن تم تحديد مقدار فقدان السمع لديهم عند عمر (6) شهر و عدد (78) طفل تم تحديد فقدان السمع لديهم بعد عمر (6) شهر، تلقى كل الأطفال خدمات التدخل المبكر خلال شهرين من اكتشافهم . و

تم تقييم القدرات اللغوية الاستقبلية والتعبيرية باستخدام قائمة (مينيسوتا) للنمو اللغوي للطفل وتوصلت النتائج إلى أن الأطفال الذين تم تحديد فقدان السمع لديهم عند عمر (6 شهور) لديهم قدرات لغوية أفضل وبشكل ملحوظ عن من تم تحديد فقدان السمع لديهم بعد عمر (6 شهور) و بشكل ملحوظ كان التطور اللغوي الأفضل مرتبط بالتحديد المبكر للفقدان السمعي والتدخل المبكر له.

كما قام كل من ابازو ويوشينج [Apuzzo](#) (Yoshinag,1998) بدراسة هدفت إلى اختبار الخصائص التطورية ،وتكونت عينة الدراسة من (82) طفل أصم وضعيف سمع، تم التعرف عليهم من خلال مكتب تسجيل المعرضين للخطر في كلورادو إما قبل أو بعد الشهر السادس من العمر وقد وجد ان الأطفال الذين تم التعرف عليهم في وقت مبكر وتلقوا تدخل من 2 الى 3 اشهر بعد تحديدهم والتعرف عليهم امتلكوا مستوى عال من اللغة التعبيرية والاستقبلية و التطور الاجتماعي الشخصي وحصيلة المفردات الاستقبلية والتعبيرية إضافة إلى التطور بشكل عام وإدراك المواقف وإنتاج حروف العلة .

كما أجرى قسم التدخل المبكر في مؤسسة ميامي للدراسات السيكولوجية (Serrano, 1999) بدراسة المشاكل العاطفية بالنسبة للأطفال الصم وبعد دراسة النتائج لبحث أدبي والمصادر المتوفرة أظهرت النتائج إلى إن التدخل المبكر والعلاج لهؤلاء الاطفال سيضمن احتمالية عالية لتوظيفهم في المستقبل وتكوينهم علاقات ثابتة كما سيؤدي الى توفير اقتصادي للمجتمع على المستوى البعيد .

وراقبت يوشيناغا وآخرون (Yoshinaga-Itano et al1999) التطور اللغوي لـ (150) طفلاً يتراوح أعمارهم بين سن الولادة و 36 شهراً. وتبين أن (72) طفلاً قد شُخصوا أنهم فاقد السمع قبل عمر 6 أشهر، وأُلقوا بخدمات التدخل بعد شهرين من التشخيص. كما

لوحظ تشخيص (78) طفل من عمر سبعة أشهر حتى 30 شهر بحالات فقدان السمع وأشارات النتائج أن التشخيص المبكر لفقدان السمع قبل بلوغ الطفل 6 أشهر والذي يتبعه تدخل فوري، أي خلال شهرين نتج عنه تطور ملحوظ في اللغة، والحديث، ونمو الناحية الاجتماعية - العاطفية إذا ما قورن بالتشخيص في مراحل عمرية متأخرة (بعد بلوغ الطفل 6 أشهر) حتى ولو كان هناك تدخل فوري وملائم يعتبر النمو اللغوي وثيق الصلة بتحسين مستوى الكلام ونمو الجوانب الاجتماعية - العاطفية للطفل وفي تطور مهارات الآباء والاستقرار العاطفي لهم بصرف النظر عن كون النمو اللغوي كان خلال لغة الشفاه / والسمع أو لغة الإشارة والحديث.

وقام مولر (Moeller,2000) بدراسة هدفت إلى فحص العلاقة بين سن الالتحاق ببرنامج التدخل (intervention) ومخرجات اللغة عند سن الخامسة وذلك داخل مجموعة من الأطفال الصم وضعاف السمع حيث تم فحص مهارات المفردات اللفظية عند سن الخامسة وذلك داخل مجموعة تتكون من (112) طفل مصابين بفقدان السمع والذين تم إلحاقهم - عند أعمار مختلفة - ببرنامج تدخل شامل. كما تم فحص مهارات الاستنتاج اللفظي لدى مجموعة فرعية تتألف من (80) طفل من هؤلاء الأطفال . وتم تقييم المشاركين باستخدام اختبار للمفردات المصورة، مقياس معياري المرجع ، أداة تقييم اللغة لسن ما قبل المدرسة ، وذلك تحت الإشراف الفردي لمجموعة من الخبراء المتخصصين في تقييم الأطفال فاقد السمع ، وتم عمل مقياس تقديري لوصف وتحديد مستوى مشاركة الأسرة في برنامج التدخل في هذه الدراسة ، وأشارت النتائج إلى ظهور ارتباط ذو دلالة إحصائية بين سن الالتحاق بالبرنامج وبين مخرجات اللغة عند سن الخامسة، حيث أن الأطفال الذين تم إلحاقهم مبكراً عند سن (11) شهر أظهروا بوضوح عند سن الخامسة مهارات استنتاج لفظي ومفردات

أفضل من الأطفال الذين ألتحقوا متأخراً، وبصرف النظر عن درجة فقدان السمع ، فإن الأطفال الذين التحقوا مبكراً في برنامج التدخل سجلوا قيم تقارب قيم أقرانهم السامعين.

كما اجري كالدرون (Calderon,2000) دراسة بهدف اختبار التأثير المبني على المدرسة ، قيم المعلم تدخل الوالدين على نتائج أربع أطفال في النمو اللغوي ، مهارات القراءة المبكرة ،القياسات السلبية والإيجابية للنمو الاجتماعي والعاطفي ، قيمت نتائج (28)طفل بين (9 الى 53) شهر بعد التخرج من برنامج التدخل المبكر من سن الولادة حتى 3 سنوات للأطفال ذوي فقدان السمع ، و العناصر الأخرى التي تتضمنها الدراسة هي ... ضعف السمع للأطفال ، مستوى تعليم الأم ، مهارات التواصل الحالية للأم مع طفلها ، و استخدام الأم فيما بعد للخدمات الإضافية المعروضة ببرنامج التدخل المبكر أو برنامج مدرسة الطفل وجدت هذه الدراسة دلالات على أن التدخل الأبوي في برامج التعليم المدرسي للأطفال الصم يمكن أن يساهم إيجابياً في الأداء الأكاديمي ، ومهارات التواصل الأبوي هي الشاهد الأكثر أهمية للغة الإيجابية والتطور الأكاديمي .

وأجرى غوفائترس وزملائه(Govaerts-Itano,2002)دراسة بهدف تقييم نتائج زراعة قوقعة لدى عينة من الأطفال الذين لديهم صمم خلقي قبل سن (6) سنوات حيث تم تقييم مجال الأداء السمعي للأطفال والاندماج والتكامل في المدرسة وأشارت النتائج إلى انه بشكل عام يوجد زيادة في الأداء السمعي لدى جميع الأطفال وان الزراعة بعد عمر أربع سنوات يكون فيها صعوبة من حيث زيادة الأداء السمعي أو الاندماج والتكامل في المدرسة الابتدائية وان الزراعة فيما بين عمر (2 - 4)سنوات أدى إلى زيادة في الأداء السمعي مع احتمالية اندماج وتكامل في المدرسة الابتدائية وان الزراعة قبل عمر 2 سنة دائما يتم زيادة في الأداء السمعي بشكل فوري وغالبا يتم الاندماج في الروضة قبل الدخول للمدرسة الابتدائية مما

يشير إلى أهمية الزراعة قبل سن (2) سنة وأهمية التدخل قبل سن (2) سنة في تحقيق نتائج أفضل .

و قام كارين (Kargin, 2004) بدراسة هدفت الى التعرف على فعالية برنامج تدخل مبكر مركز على الأسرة تم تطويره لتلبية احتياجات الاطفال الذين لديهم فقدان سمعي و والديهم وكان المشاركون (12) طفلا لديهم فقدان سمعي شديد اوتام وتراوحت أعمارهم بين الميلاد إلى 4 سنوات. هؤلاء الأطفال وأسرهم لم يشاركون في أى تدخل من قبل، وتم تقسيم المشاركين وأسرهم الى مجموعة تجريبية و مجموعة ضابطة، وتم جمع البيانات قبل وبعد تنفيذ البرنامج ، وتم استخدام ثلاث أدوات: استمارة معلومات أولية للوالدين ، ومقياس للاحتياجات الوالديه وجود شكل من أشكال المراقبة لتقييم الاتصال اللفظي وبعد تنفيذ برنامج للتدخل ، إحصائيا تم العثور على اختلافات كبيرة بين المجموعات التجريبية والضابطة فيما يتعلق بالاتصال اللفظي.

وفي دراسة قام بها غاولس (Golos,2006) أشار إلى إن تدني مستوى الصم وضعاف السمع في الانجاز الأكاديمي وان مستوى الأصم المتخرج من المدرسة الثانوية دون مستوى الصف الرابع وان احد الأسباب لدى 90% من هؤلاء أن أبائهم سامعين لديهم نقص في مهارات لغة الإشارة وبالتالي نقص في اللغة الداخلة إلى الأطفال وان هؤلاء الأطفال يحتاجون إلى التدخل المبكر لتنمية اللغة في وقت مبكر وتم استخدام الفيديو التعليمي وتحديد مدى اثر ذلك وارتباط وانتباه الاصم لذلك وتحديد مدى ارتباط ذلك بسلوك القراءة لدى الأصم وتم عمل تسجيل لثلاث جلسات وتم تحليل السلوك قبل وبعد واشارات النتائج إلى وجود تحسن في مهارات المفردات اللغوية والقدرة على الفهم والإدراك كما دلت على أن الصم في مرحلة

ماقبل المدرسة لديهم رغبة في تعلم لغة الإشارة مما يدل على أهمية التدخل المبكر في هذه المرحلة الحرجة.

كما أجرى زيدمان Zaidman, (2007) دراسة لمقارنة قدرات الأطفال على التواصل في مرحلة ما قبل اللغة لأطفال لديهم فقدان سمعي وأطفال سامعين خلال السنة الثانية من العمر وكان المشاركون (28) طفل لديهم فقدان سمعي شاركوا في برنامج تدخل مبكر و(92) طفل سامع واشتمل التقييم على استبيان واتصال مع الوالدين واكتساب اللغة في وقت مبكر وقام الآباء بتسجيل مدى قدرة الطفل على التواصل في المنزل وأشارت النتائج إلى أن الغالبية العظمى من المجموعتين استخدمت صور متشابهة من السلوكيات اللغوية غير إن خصائص التواصل للأطفال ذوي فقدان السمع كانت نسبيا منخفضة في استخدام الكلمات والاختصارات كما أن استخدام الكلمات والإيماءات للأطفال ذوي فقدان السمع تختلف بشكل بسيط عن الأطفال ذوي السمع الطبيعي الا أن الأطفال ذوي فقدان السمع لديهم قدرة رائعة في ابتكارا لإيماءات الأمر الذي يؤكد أهمية التواصل مع الأطفال ذوي فقدان السمع وقت الرضاعة.

وفي دراسة قام كل من ستوربيك وبيتمان (Storbeck,Pittman,2008) بفحص بيانات (32) طفل لديه فقدان سمعي وأسرهم في جنوب افريقيا تم تسجيلهم في برنامج تدخل مبكر مستند على الأسرة - المنزل مشابه لبرنامج سكاي هاي في الولايات المتحدة الأمريكية ، وتم الحصول على البيانات من خلال تحليل بيانات المواليد ،وقياسات اللغة الفصلية ،ومسح رضا الوالدين ،وبالرغم من صغر عينة الدراسة إلا أن هناك تحسن ذو دلالة في اللغة الاستقبالية والتعبيرية للأطفال الذين تم التعرف عليهم قبل الشهر السابع من العمر ورضا للأسر التي تلقت الخدمات ،الأمر الذي يؤكد على أهمية التعرف المبكر وتقديم الخدمات .

وفي دراسة أجرى كل من شينسوكي ونتروير وماغوان (McGowan, 2008) ،

(Chenausky , Nittrouer) بهدف مقارنة إنتاج الكلام عند الشهر الثاني عشر من العمر لعشرة أطفال لديهم فقدان سمعي تم التعرف عليهم قبل الشهر السادس وتلقوا تدخل مبكر مع عشرة أطفال ذوي سمع طبيعي وكانت المقارنة في من خلال شكل المقاطع الصوتية المنتجة والحروف الساكنة وترددات حروف العلة ، وإشارات النتائج إلى أن إنتاج الأطفال ذوي فقدان السمع كان لديهم تدني في إنتاج ونطق المقاطع الصوتية والحروف الساكنة ، وضعف في الوقفات ، و أشار الباحثين إلى أهمية التدخل المبكر للأطفال ذوي فقدان السمع .

ثالثا: دراسات تتعلق بوجهة نظر الاختصاصيين حول خدمات التدخل المبكر للأطفال الصم وضعاف السمع:

قام آشبي (Ashby,1995) بدراسة هدفت الى التعرف على آثار خدمات التدخل المبكر في منطقة أتلانتا حيث قامت هذه الدراسة بوصف النمو اللغوي والإدراكي لدى الأطفال الصم وضعاف السمع الذين اشتركوا إما في برامج التدخل المبكر في المنزل والمركز او في وبرامج المركز فقط في مرحلة ما قبل المدرسة وتم فحص السجلات للحصول على المعلومات المساعدة والحضور كما تم استخدام اختبار كالورين للمفردات المصور (The Carolina Picture Vocabulary Test for Deaf) واستخدام بطارية التقييم لكوفمان لقياس اللغة والانجاز الإدراكي، وقد أشارت النتائج إلى أن الاشتراك بالبرنامج له علاقة بالمنزلة الاقتصادية والاجتماعية حيث أن أطفال الأسر ذوي الدخل المتدني كانت مشاركتهم في برامج التدخل المبكر المشتركة اقل من أطفال أسر ذوي الدخل المتوسط وفوق المتوسط كما أن أطفال الأسر ذوي الدخل المتدني اشتركوا في التدخل المبكر لفترات قصيرة كما أن كثافة خدمات التدخل المبكر كان له علاقة بالمنزلة الاقتصادية والاجتماعية (عدد الابناء -

ومنطقة السكن) وقد أشارت النتائج أيضاً بأن كثافة خدمات التدخل المبكر له آثار على النمو اللغوي والإدراكي .

وقام كل من ايمي وفكتوريا (Amy,Victoria,1998) بإجراء دراسة طولية على عينة مكونة من (20) طفل أصم و(20) طفل سامع ،و تم القيام بملاحظتهم خلال فترة اللعب مع أمهاتهم السامعات وتم عمل مقارنة عندما كان الأطفال في عمر (22) شهر وعمر (3) سنوات المقارنة كانت في التأخر اللغوي وأشارت النتائج إلى أن الأطفال الصم في عمر 3سنوات يستخدمون اللغة بشكل محدود سواء من حيث الكلام أو الإشارة مقارنة مع الأطفال السامعين في عمر (22) شهر أيضاً التواصل كان بدائياً من خلال اللفظ غير اللغوي وبالرغم من أن أمهات الأطفال الصم استخدمن التواصل البصري أكثر من أمهات الأطفال السامعين، إلا أن تواصلهم لا يزال بدائي بواسطة الكلام كما أن الأطفال الصم غير حاضرين بصرياً بقدر تواصل أمهاتهم معهم من أجل ذلك الأطفال الصم تلقوا اتصالاً أقل بكثير من الأطفال السامعين وهذه النتائج تؤكد على أن جهود التدخل المبكر يجب أن تركز على زيادة كمية اللغة المحسوسة من قبل الطفل .

وفي دراسة قام بها دروم وأنجيبيا (Dromi, Ingbe,1999) هدفت في فحص توقعات الأمهات الذين كان أطفالهن مسجلين في برامج التدخل المبكر الشامل للأطفال الصم وعوائهم وقد كانت العينة مختلفة الخواص من (50) أم لأطفال تتراوح أعمارهم بين (2 - 5) سنوات من المشاركين في الدراسة وتم استخدام ثلاث وسائل لجمع البيانات عبارة عن سؤالان مفتوحان ومقابلة شخصية مع الأمهات واستبيان حول مختلف من الخصائص الامومية وخصائص الأطفال وأشارت النتائج إلى أن أكثر توقعات الأمهات حول المنهجية ونوعية البرامج مما يدل على أن لدى الأمهات معرفة ووعي جيد .

أجرى فوو (foo, 2002) دراسة بهدف توفير بيانات وصفية عن الطبقة العاملة في عائلة افريقية لديها طفلان صم وتركز على العلاقات مع الأقران ،العلاقة بين الآباء والأطفال ،وعلاقة الأهل مع أخصائي التدخل المبكر وتم استخدام الملاحظة للأفراد والمقابلات والتصوير المنزلي وأظهرت النتائج ضعف التواصل بين العائلة واختصاصي التدخل وضعف التواصل بين العائلة والاختصاصيين بشكل عام .

وأجرى كل من سوزان ومارييث وباربر (Susan,Maribth,Babara,2002) دراسة على عينة مكونة من (77) من آباء أطفال لديهم فقدان سمعي بهدف التعرف على العمر الذي تم فيه التشخيص والتدخل المبكر وذلك من خلال إجراء مقابلة مع الآباء وأشارت النتائج إلى أن الأطفال لديهم تأخر من حيث عمر التحديد من ما تم تقريره في البحث الوطني إذ أن هناك تأخر في بين الشك في وجود مشكلة والبدء في التشخيص كما أن هناك تأخر في بداية خدمات التدخل المبكر عند نصف عدد الأطفال ذوي فقدان السمع .

كما قام كارسو (Caruso, 2003) بدراسة للتعرف على وجهات نظر ستة أخصائيي سمع والذين يعملون في ظروف مختلفة حول علاقتهم وتعاملهم مع التقييم وعلاج الصمم عند الأطفال من خلال استخدام مقابلات مكثفة تقتضي معلومات عن كيفية إخبار الأهل بأن الطفل أصم والمعلومات التي سوف يقدمونها والدور الذي سيلعبونه في دعم العائلة وخلفياتهم التعليمية بما يتعلق بالعمل مع الأهل والأطفال واطهر تحليل البيانات بأن أخصائي السمع يتم استدعائهم عادة لإرشاد الأهل والرد على تساؤلاتهم العديدة ومع أن اخصائيوا السمع كانوا مستعدين تماما للنواحي التقنية في عملهم إلا أنهم لا يشعرون بأنهم مستعدين بشكل كاف بالنسبة لنواحي الإرشاد حيث كانت ردودهم مبنية على خبرة شخصية لا تخضع للبحث والنظرية.

وفي دراسة قام بها بيتمان (pittman,2003) كانت تركيز على متابعة مشاركين في دراسة تجريبية عام 1995 قدمت النظرة الثنائية إلى برامج تعليم الطفولة المبكرة للصم كانت تقيم تأثيرات برنامج جديد مسمى برنامج المستشار الأصم الذي يتمثل في بدمج البالغ الأصم مع الاطفال الصم وعوائلهم السامعين وكان الغرض من هذه الدراسة لتحديد ماذا كان هناك تأثيرات طويلة المدى على المشاركين في البرنامج من عام 1992 الى عام 1995 وماهي هذه التأثيرات وتم جمع البيانات من خلال مقابلات و مسح ومتابعة وجلسات وإشارات النتائج الى ان هناك تأثيرات على الأسرة حيثما كانت تستقبل خدمات التدخل المبكر وهذا التأثير الاولي يتصل بالتأثير على حياتهم اليومية.

وقام جاكسون (Jackson,2005) بدراسة التجارب وفهم افراد الأسرة خلال فترة التدخل المبكر والتي تتبع الكشف المبكر عن الصمم على عينة تبلغ 207 عائلة لاطفال تتلقى خدمات في 39 ولاية مختلفة وتم استخدام استبيان يسأل عن مدى الرضي عن مجموعة من الجوانب منها الخدمات الأسرية المرغوب بها وتوصلت النتائج إلى أن الأسر في هذه الدراسة كان هناك رضا عن بعض الجوانب فيما يتعلق بالحياة العائلية وخدمات الاختصاصيين للأسرة ولكن لديهم رغبة اكبر في الحصول على خدمات توعية اكبر وبرامج تعليمية،ودعم مادي،مجموعات دعم الأسرة،ومقدمين متخصصين للخدمات في المجتمع.

تعقيب على الدراسات السابقة :

من خلال عرض الدراسات السابقة يلاحظ أن الدراسات في المحور الأول ركزت على ماهية الخدمات المقدمة للطفل الأصم أو ضعيف السمع في السنوات المبكرة وذكرت هذه الدراسات خدمات متنوعة مثل الاكتشاف المبكر للفقدان السمعي خدمات في الإرشاد وخدمات في التدريب وتقديم خدمات في تعليم لغة الإشارة وتلقي زيارات منزلية وتقديم معينات سمعية في مرحلة مبكرة والتشخيص المبكر والتزام الآباء بتقديم نمط التواصل في وقت مبكر،بينما ركزت الدراسات في المحور الثاني على أهمية خدمات التدخل المبكر للأطفال الصم وضعاف السمع وأثرها في تحقيق انجاز في الجانب الأكاديمي وتحقيق مستوى مرتفع في الجانب الاجتماعي والنفسي وتحقيق التواصل داخل الأسرة وتطور اللغة الاستقبالية والتعبيرية وتحقيق حصولهم على توظيف في المستقبل وتوفير اقتصادي للمجتمع وتحسن مستوى الكلام والاستنتاج اللفظي وتحسن مهارات الوالدين التواصلية . كما ركزت الدراسات في المحور الثالث على وجهة نظر الاختصاصيين حول خدمات التدخل المبكر للأطفال الصم وضعاف السمع والتي أشارت إلى علاقة المنزلة الاقتصادية والاجتماعية للأسرة في اشتراك أطفالهم في برامج التدخل المبكر ،وان الأمهات لديهن وعي ومعرفة بشكل جيد والى ضعف التواصل بين اختصاصي التدخل والعائلة ،كما أن هناك تأخر في بداية خدمات التدخل المبكر ،كما ان اختصاصي التدخل مستعدين لنواحي الإرشاد كم أن لدى الأسرة رضا عام عن خدمات التدخل المبكر ولكنها تحتاج إلى الحصول على برامج توعية أكبر ومقدمين للخدمات في المجتمع.

الفصل الرابع

منهج الدراسة وإجراءاتها

الفصل الرابع

منهج الدراسة وإجراءاتها

يتناول هذا الفصل أيضاً لمنهج الدراسة الذي اتبعه الباحث، وكذلك تحديد مجتمع الدراسة ووصف خصائص أفراد الدراسة، ثم عرضاً لكيفية بناء أداة الدراسة، والتأكد من صدق وثبات أداة الدراسة (الاستبانة)، والكيفية التي طبقت بها الدراسة الميدانية، وأساليب المعالجة الإحصائية التي استخدمت في تحليل البيانات الإحصائية وبيان ذلك فيما يلي:

أولاً : منهج الدراسة:

استخدم الباحث المنهج الوصفي التحليلي الذي يعتمد على دراسة الظاهرة التربوية ووصفها كما توجد في الواقع والتعبير عنها كما أو كيفاً، وهذا المنهج لا يقف عند جمع المعلومات المتعلقة بالظاهرة التربوية من أجل استقصاء مظاهرها وأنشطتها المختلفة بل يعمد كذلك إلى الوصول إلى الاستنتاجات التي تساهم في فهم الواقع وتطويره من خلال تحليل تلك الظاهرة وتفسيرها وبيان الوسائل اللازمة لتطوير الواقع وتحسينه (العساف، 1406).

ثانياً : مجتمع الدراسة:

يمثل مجتمع الدراسة جميع الاختصاصيين الذكور والإناث في الجهات التالية :

- 1-مركز السمع والكلام بالرياض التابع لإدارة تعليم البنين بالرياض .
- 2-مركز التشخيص والتدخل المبكر التابع لإدارة تعليم البنات بالرياض.
- 3-روضات الأطفال المدمج بها صم أو ضعاف سمع .
- 4-وحدة التخاطب والسمع في كل : مدينة الملك فهد الطبية -مستشفى التخصصي -مستشفى الملك عبدالعزيز الجامعي - مستشفى الحرس الوطني -مستشفى العسكري .وبالبالغ عددهم (123) فرداً .(انظر ملحق رقم 4).

ثالثاً: عينة الدراسة:

اشتملت عينة الدراسة على جميع الاختصاصيين الذكور والإناث في كل من الجهات التالية:

- 1 -مركز السمع والكلام بالرياض التابع لإدارة تعليم البنين بالرياض .
- 2-مركز التشخيص والتدخل المبكر التابع لإدارة تعليم البنات بالرياض.
- 3-روضات الأطفال المدمج بها صم أو ضعاف سمع .
- 4-وحدة التخاطب والسمع في كل من :مدينة الملك فهد الطبية -مستشفى التخصصي - مستشفى الملك عبدالعزيز الجامعي - مستشفى الحرس الوطني -مستشفى العسكري .وبالغ عددهم (123)اختصاصي ،استجاب (111) فردا،وبعد فحص ومراجعة جميع الاستمارات أصبح هناك 111 استمارة صالحة للتحليل الإحصائي وهذا يمثل 90%من المجموع الكلي للاستمارات .

رابعاً:خصائص أفراد عينة الدراسة :

يمكن توضيح خصائص عينة الدراسة في ضوء متغيرات الدراسة كما يلي :

أ) توزيع الاختصاصيين وفق متغير الجنس

جدول رقم (1)

توزيع الاختصاصيين وفق متغير الجنس

الجنس	التكرار	النسبة
ذكر	25	22.5
أنثى	86	77.5
المجموع	111	%100

يتضح من جدول (1) أن (86) من الاختصاصيين يمثلون نسبة 77.5% من إجمالي الاختصاصيين إناث وهم الفئة الأكثر من الاختصاصيين ، في حين أن (25) منهم يمثلون ما نسبة 22.5% من إجمالي الاختصاصيين ذكور.

(ب) توزيع الاختصاصيين وفق متغير المؤهل العلمي

جدول رقم (2)

توزيع الاختصاصيين وفق متغير المؤهل العلمي

النسبة	التكرار	المؤهل العلمي
3.6	4	دبلوم
77.5	86	بكالوريوس
15.3	17	ماجستير
3.6	4	دكتوراه
%100	111	المجموع

يتضح من جدول (2) أن (86) من الاختصاصيين يمثلون نسبة 77.5% من إجمالي الاختصاصيين مؤهلهم العلمي بكالوريوس وهم الفئة الأكثر من أفراد الدراسة، في حين أن (17) منهم يمثلون نسبة 15.3% من إجمالي الاختصاصيين مؤهلهم العلمي ماجستير، مقابل (4) منهم يمثلون نسبة 3.6% من إجمالي الاختصاصيين مؤهلهم العلمي دبلوم، بينما (4) منهم يمثلون نسبة 3.6% من إجمالي الاختصاصيين مؤهلهم العلمي دكتوراه.

(ج) توزيع الاختصاصيين وفق متغير التخصص

جدول رقم (3)

توزيع الاختصاصيين وفق متغير التخصص

النسبة	التكرار	التخصص
1.8	2	طب
38.7	43	تخاطب
15.3	17	سمعيات
37.8	42	تربية خاصة
3.6	4	علم نفس
1.8	2	خدمة اجتماعية
0.9	1	اخرى
%100	111	المجموع

يتضح من جدول (3) أن (43) من الاختصاصيين يمثلون نسبة 38.7% من إجمالي الاختصاصيين تخصصهم تخاطب وهم الفئة الأكثر من أفراد الدراسة، في حين أن (42) منهم يمثلون نسبة 37.8% من إجمالي الاختصاصيين تخصصهم تربية خاصة، مقابل (17) منهم يمثلون نسبة 15.3% من إجمالي الاختصاصيين تخصصهم سمعيات، بينما (4) منهم يمثلون نسبة 3.6% من إجمالي الاختصاصيين تخصصهم علم نفس ، و (2) منهما يمثلان نسبة 1.8% من إجمالي الاختصاصيين تخصصهما طب (أنف وأذن وحنجرة) ، و (2) منهما يمثلان نسبة 1.8% من إجمالي الاختصاصيين تخصصهما خدمة اجتماعية، و (1) منهما يمثل نسبة 0.9% من إجمالي الاختصاصيين تخصصهما تخصص آخر.

(د) توزيع الاختصاصيين وفق متغير سنوات الخبرة :

جدول رقم (4)

توزيع الاختصاصيين وفق متغير سنوات الخبرة

سنوات الخبرة	التكرار	النسبة
أقل من 5 سنوات	34	30.6
من 5 إلى 10 سنوات	38	34.2
أكثر من 10 سنوات	39	35.1
المجموع	111	%100

يتضح من جدول (4) أن (39) من الاختصاصيين يمثلون نسبة 35.1% من إجمالي الاختصاصيين سنوات خبرتهم أكثر من 10 سنوات وهم الفئة الأكثر من أفراد الدراسة، في حين أن (38) منهم يمثلون نسبة 34.2% من إجمالي الاختصاصيين سنوات خبرتهم تتراوح من 5 إلى 10 سنوات، مقابل (34) منهم يمثلون نسبة 30.6% من إجمالي الاختصاصيين سنوات خبرتهم أقل من 5 سنوات.

(هـ) توزيع الاختصاصيين وفق متغير مكان الخدمة:

جدول رقم (5)

توزيع الاختصاصيين وفق متغير مكان الخدمة

مكان الخدمة	التكرار	النسبة
مستشفى	54	48.6
مركز تدخل	26	23.4
رياض أطفال	31	27.9
المجموع	111	%100

يتضح من جدول رقم (5) أن (54) من الاختصاصيين يمثلون نسبة 48.6% من إجمالي الاختصاصيين يعملون في المستشفى وهم الفئة الأكثر من أفراد الدراسة، في حين أن (31) منهم يمثلون نسبة 27.9% من إجمالي الاختصاصيين يعملون في رياض الأطفال، مقابل (26) منهم يمثلون نسبة 23.4% من إجمالي الاختصاصيين يعملون في مركز التدخل.

خامسا : أداة الدراسة:

تتمثل أداة الدراسة في استبانة أعدت لاستقصاء آراء العينة ،حيث قام الباحث بتصميم

الاستبانة مستفيدا من الإطار النظري والدراسات السابقة ذات العلاقة بموضوع الدراسة

وإجراء استبيان مفتوح ،وتتألف الاستبانة (انظر إلى الملحق رقم 3)من جزئين هما:

الجزء الأول : يمثل معلومات عامة عن عينة الدراسة توضح (الجنس - المؤهل العلمي -

التخصص - سنوات الخبرة - مكان الخدمة).

الجزء الثاني : ويشمل المحاور التالية :

1. محور أهمية خدمات التدخل المبكر ويشتمل على 32 عبارة

2. محور مدى توفر خدمات التدخل المبكر ويشتمل على 11 عبارة.

ويقابل كل فقرة من فقرات المحاور قائمة تحمل العبارات التالية :

(موافق - موافق إلى حد ما - غير موافق).

وقد تم إعطاء كل عبارة من العبارات السابقة درجات لنتم معالجتها إحصائياً على النحو

الآتي: موافق (3) درجات ، موافق إلى حد ما (2) درجتان ، غير موافق (1) درجة

واحدة.

وتم تفسير نتائج متوسطات فقرات محاور الدراسة من خلال مقياس ليكرت الثلاثي كالتالي:من

1-1.67 يشير إلى غير موافق

1.68-2.34 يشير إلى موافق إلى حد ما

2.35-3 يشير إلى موافق.

سادسا : صدق أداة الدراسة:

وقد قام الباحث بالتأكد من صدق أداة الدراسة من خلال:

أ - الصدق الظاهري للأداة :

للتعرف على مدى صدق أداة الدراسة في قياس ما وضعت لقياسه تم عرضها بصورتها الأولية(انظر ملحق رقم 1) على عدد من المحكمين من أعضاء هيئة التدريس بكلية التربية بقسم التربية الخاصة بجامعة الملك سعود ،واختصاصي في مركز السمع والكلام ،للاستفادة من مقترحاتهم وآرائهم في تحديد مدى وضوح العبارات ومدى ارتباطها بالبعد الذي تنتمي إليه. (انظر ملحق رقم 2).

وقد تراوحت نسبة اتفاق المحكمين بالموافقة على عبارات المحور الأول(أهمية خدمات التدخل المبكر للأطفال الصم وضعاف السمع) ما بين 80% إلى 100% والموافقة ما بين 90% إلى 100% على عبارات المحور الثاني(مدى توفر خدمات التدخل المبكر للأطفال الصم وضعاف السمع) ،وفي ضوء آراء المحكمين تم الإبقاء على العبارات التي حصلت على نسبة 80% فأكثر وإجراء تعديلات على البعض الآخر في ضوء آراء المحكمين (انظر ملحق رقم 3).

ب - صدق الاتساق الداخلي للأداة :

قام الباحث بتطبيق أداة الدراسة ميدانياً على عينة استطلاعية مكونة من (30) اختصاصي وعلى بيانات العينة الاستطلاعية قام الباحث بحساب معامل الارتباط بيرسون لمعرفة الصدق الداخلي للإستبانة حيث تم حساب معامل الارتباط بين درجة كل عبارة من عبارات الاستبانة بالدرجة الكلية للمحور الذي تنتمي إليه العبارة كما توضح ذلك الجداول التالية .

الجدول رقم (6)

معاملات ارتباط بيرسون لعبارات المحور الأول بالدرجة الكلية للمحور

رقم العبارة	معامل الارتباط بالمحور	رقم العبارة	معامل الارتباط بالمحور
1	**0.62	17	**0.62
2	**0.57	18	**0.62
3	**0.69	19	**0.59
4	**0.62	20	**0.57
5	**0.74	21	**0.56
6	**0.55	22	**0.58
7	**0.65	23	**0.57
8	**0.60	24	**0.62
9	**0.55	25	**0.54
10	**0.75	26	**0.54
11	**0.73	27	**0.66
12	**0.63	28	**0.51
13	**0.57	29	**0.68
14	**0.59	30	**0.53
15	**0.51	31	**0.52
16	**0.60	32	**0.58

يلاحظ ** دال عند مستوى الدلالة 0.01 فأقل

الجدول رقم (7)

معاملات ارتباط بيرسون لعبارات المحور الثاني بالدرجة الكلية للمحور

رقم العبارة	معامل الارتباط بالمحور	رقم العبارة	معامل الارتباط بالمحور
1	**0.75	7	**0.71
2	**0.76	8	**0.59
3	**0.71	9	**0.68
4	**0.74	10	**0.51
5	**0.70	11	**0.55
6	**0.70	-	-

يلاحظ ** دال عند مستوى الدلالة 0.01 فأقل

يتضح من الجداول (6) و (7) أن قيم معامل ارتباط كل عبارة من العبارات مع محورها موجبة ودالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (0.01) فأقل مما يدل على صدق اتساقها مع محاورها.

سابعا - ثبات أداة الدراسة:

لقياس مدى ثبات أداة الدراسة (الاستبانة) استخدم الباحث (معادلة ألفا كرونباخ) (Cronbach's Alpha (α)) للتأكد من ثبات أداة الدراسة، حيث طبقت المعادلة على العينة الاستطلاعية لقياس الصدق البنائي والجدول رقم (8) يوضح معاملات ثبات أداة الدراسة.

جدول رقم (8)

معامل ألفا كرونباخ لقياس ثبات أداة الدراسة

محاور الإستبانة	عدد العبارات	ثبات المحور
أهمية خدمات التدخل المبكر	32	0.83
مدى توفر خدمات التدخل المبكر	11	0.84
الثبات العام	43	0.89

يتضح من الجدول (8) أن معامل الثبات العام لمحاور الدراسة عال حيث تراوح بين (0.83 – 0.84) بينما بلغ معامل الثبات العام (0.89) وهذا يدل على أن الاستبانة تتمتع بدرجة عالية من الثبات يمكن الاعتماد عليها في التطبيق الميداني للدراسة.

ثامنا : إجراءات تطبيق أداة الدراسة:

بعد الانتهاء من تحكيم الاستبانة وطباعته في صورتها النهائية ،واخذ موافقة المشرف على تطبيقها ،قام الباحث باستكمال الإجراءات اللازمة لتوزيعها على الاختصاصيين وقد تم وفق الإجراءات التالية :

-أخذ خطاب من رئيس قسم التربية الخاصة على تطبيق الاستبانة لوحدات السمع والتخاطب بالمستشفيات ومركز السمع والتدخل . (انظر ملحق رقم(5)).

-أخذ خطاب من عميد كلية التربية موجه إلى مدير عام تعليم البنات بمنطقة الرياض بطلب الموافقة على تطبيق أداة الدراسة على معلمات رياض الأطفال المدمج بها صم أو ضعاف سمع (انظر إلى ملحق رقم (6)).

-أخذ خطاب من مدير عام تعليم البنات بمنطقة الرياض موجه الى مديرات روضات الأطفال المدمج بها صم أو ضعاف سمع يحثهم فيه على تسهيل مهمة الباحث (أنظر ملحق رقم (7)).

- وزع الباحث الاستبيانات على العاملين في الأماكن المحددة في تاريخ 1429/10/10

- وقد استغرقت عملية توزيع الاستبيانات وجمعها قرابة الشهر ونصف .

- وبعد ذلك تم فرز الاستبيانات الواردة لمعرفة مدى ملائمتها للتحليل الإحصائي ،وقد وجد الباحث أنها صالحة للتفريغ ثم طلب الباحث من مركز التحليل الإحصائي تحليلها إحصائياً بواسطة الحاسب الآلي.

تاسعا : أساليب المعالجة الإحصائية:

لتحقيق أهداف الدراسة وتحليل البيانات التي تم تجميعها، فقد تم استخدام العديد من الأساليب الإحصائية المناسبة باستخدام الحزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية Statistical Package for Social Sciences والتي يرمز لها اختصاراً بالرمز (SPSS).

1- معامل ارتباط بيرسون " ر " (Pearson Correlation Coefficient) .

2-معامل ألفا كرونباخ " Alpha Cronbach " .

3-حساب التكرارات والنسب المئوية .

4- المتوسطات الحسابية لإجابات الاختصاصيين على عبارات الاستبانة ومحاورها للتعرف على الخصائص الشخصية والوظيفية للاختصاصيين وتحديد استجابات أفرادها تجاه عبارات المحاور الرئيسة التي تتضمنها أداة الدراسة.

5- الانحراف المعياري "Standard Deviation" للتعرف على مدى انحراف استجابات الاختصاصيين لكل عبارة من عبارات متغيرات الدراسة، ولكل محور من المحاور الرئيسة عن متوسطها الحسابي. ويلاحظ أن الانحراف المعياري يوضح التشتت في استجابات الاختصاصيين لكل عبارة من عبارات متغيرات الدراسة، إلى جانب المحاور الرئيسة، فكلما اقتربت قيمته من الصفر تركزت الاستجابات وانخفض تشتتها بين المقياس.

6- تم استخدام اختبار (ت) للعينات المستقلة (Independent Sample T-test) للتعرف على ما إذا كانت هنالك فروق ذات دلالة إحصائية بين استجابات الاختصاصيين نحو محاور الدراسة باختلاف متغيراتهم التي تنقسم إلى فئتين .

7- استخدام اختبار (ف) تحليل التباين الأحادي (One Way ANOVA) للتعرف على ما إذا كانت هنالك فروق ذات دلالة إحصائية بين استجابات الاختصاصيين نحو محاور الدراسة باختلاف متغيراتهم الشخصية والوظيفية التي تنقسم إلى أكثر من فئتين.

8- تم استخدام اختبار (شيفيه) لتحديد صالح الفروق بين فئات المتغيرات الشخصية والوظيفية التي تنقسم إلى أكثر من فئتين وذلك إذا ما بين اختبار تحليل التباين الأحادي (One Way ANOVA) وجود فروق بين فئات هذه المتغيرات.

الفصل الخامس

تحليل نتائج الدراسة وتفسيرها

لفصل الخامس

تحليل نتائج الدراسة وتفسيرها

تهدف الدراسة الحالية إلي التعرف على مدى أهمية وتوفير خدمات التدخل المبكر للأطفال الصم وضعاف السمع من وجهة نظر الاختصاصيين، وعلى ما إذا كان فروق ذات دلالة في وجهات النظر بين الاختصاصيين حول مدى أهمية وتوفير خدمات التدخل المبكر للأطفال الصم وضعاف السمع تعزي لاختلاف (الجنس - المؤهل - التخصص - سنوات الخبرة - مكان الخدمة)، وسعت الدراسة لتحقيق أهدافها من خلال الإجابة عن التساؤل الرئيسي (ما أهمية خدمات التدخل المبكر للصم وضعاف السمع وما مدى توفرها من وجهة نظر الاختصاصيين) والذي تنفرع منه الأسئلة التالية:-

1. ما مدى أهمية خدمات التدخل المبكر للأطفال الصم وضعاف السمع من وجهة نظر

الاختصاصيين بمدينة الرياض؟

2. ما مدى توفر خدمات التدخل المبكر للأطفال الصم وضعاف السمع من وجهة نظر

الاختصاصيين بمدينة الرياض ؟

3. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.05) في وجهات النظر بين

الاختصاصيين بمدينة الرياض حول مدى أهمية خدمات التدخل المبكر للأطفال الصم

وضعاف السمع تعزي لمتغيرات (الجنس - المؤهل - التخصص - سنوات الخبرة -

مكان الخدمة) ؟

4. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.05) في وجهات النظر بين

الاختصاصيين بمدينة الرياض حول مدى توفر خدمات التدخل المبكر للأطفال الصم

وضعاف السمع تعزي لمتغيرات (الجنس - المؤهل - التخصص - سنوات الخبرة - مكان

الخدمة) ؟

وفيما يلي عرض تفصيلي لنتائج الدراسة التي تم التوصل إليها في ضوء أسئلة الدراسة ،
وأهدافها مع تفسير النتائج :

نتائج السؤال الأول : " ما مدي أهمية خدمات التدخل المبكر للأطفال الصم وضعاف السمع
من وجهة نظر الاختصاصيين بمدينة الرياض ؟"

للتعرف على مدي أهمية كل خدمة من خدمات التدخل المبكر المحددة للأطفال الصم
 وضعاف السمع من وجهة نظر الاختصاصيين بمدينة الرياض تم حساب التكرارات والنسب
المئوية والمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والرتب لاستجابات الاختصاصيين على
عبارات محور مدي أهمية خدمات التدخل المبكر للأطفال الصم وضعاف السمع من وجهة
نظر الاختصاصيين بمدينة الرياض، وجاءت النتائج كما يوضحها الجدول التالي :

جدول رقم (9)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والرتب التي توضح مدى أهمية كل خدمة من خدمات التدخل
المبكر للأطفال الصم وضعاف السمع من وجهة نظر الاختصاصيين

الرتبة	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	خدمات التدخل المبكر
1	0,18	2,96	خدمة الفحص والتعرف المبكر
2	0,19	2,96	خدمة تدريب الأسرة المبكر
3	0,18	2,95	خدمة الإرشاد الأسري المبكر
4	0,19	2,93	خدمة علاج اللغة والكلام المبكرة
5	0,21	2,92	الخدمة الطبية المبكرة
6	0,18	2,89	خدمة تقديم المعينات السمعية المبكرة
7	0,23	2,89	الخدمة النفسية المبكرة
8	0,30	2,88	الخدمة الاجتماعية المبكرة
9	0,52	2,69	خدمة الزيارات المنزلية المبكرة
10	0,64	2,28	خدمة تعليم لغة الإشارة المبكرة

يتضح من جدول رقم (9) أن المتوسطات الحسابية لاستجابات أفراد العينة حول أهمية خدمات
التدخل المبكر للأطفال الصم وضعاف السمع تراوحت ما بين (2.96) و (2.28) وهذا يدل

على اتفاق أفراد العينة على أهمية خدمات التدخل المبكر للأطفال الصم وضعاف السمع
بدرجة كبيرة حيث حصلت خدمة الفحص والتعرف المبكر على الرتبة الأولى بينما كانت
الرتبة العاشرة لخدمة تعليم لغة الإشارة المبكرة.

جدول رقم (10)

التكرارات والنسب المئوية والمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية التي تحدد مدى أهمية كل خدمة
من خدمات التدخل المبكر للأطفال الصم وضعاف السمع من وجهة نظر الاختصاصيين :

الرقم	موافق		موافق إلى حد ما		غير موافق		المتوسط	الانحراف المعياري
	تكرار	نسبة	تكرار	نسبة	تكرار	نسبة		
1	109	98.2	1	0.9	1	0.9	2.97	0.21
2	110	99.1	-	-	1	0.9	2.98	0.19
3	103	92.8	8	7.2	-	-	2.93	0.26
4	80	72.1	28	25.2	3	2.7	2.69	0.52
5	107	96.4	4	3.6	-	-	2.96	0.19
6	103	92.8	8	7.2	-	-	2.93	0.26
7	107	96.4	4	3.6	-	-	2.96	0.19
8	102	91.9	8	7.2	1	0.9	2.91	0.32
9	96	86.5	15	13.5	-	-	2.86	0.34
10	98	88.3	13	11.7	-	-	2.88	0.32
11	109	98.2	2	1.8	-	-	2.98	0.13
12	104	93.7	7	6.3	-	-	2.94	0.24
13	103	92.8	8	7.2	-	-	2.93	0.26
14	101	91.0	10	9.0	-	-	2.91	0.29
15	98	88.3	12	10.8	1	0.9	2.87	0.36
16	109	98.2	2	1.8	-	-	2.98	0.13

0.21	2.95	-	-	4.5	5	95.5	106	17
0.29	2.91	-	-	9.0	10	91.0	101	18
0.45	2.77	0.9	1	21.6	24	77.5	86	19
0.39	2.82	-	-	18.0	20	82.0	91	20
0.78	2.14	24.3	27	37.8	42	37.8	42	21
0.70	2.32	13.5	15	41.4	46	45.0	50	22
0.66	2.40	9.9	11	40.5	45	49.5	55	23
0.35	2.68	-	-	14.4	16	85.6	95	24
27	2.92	-	-	8.1	9	91.9	102	25
0.32	2.88	-	-	11.74	13	88.3	98	26
0.32	2.88	-	-	11.74	13	88.3	98	27
0.35	2.86	-	-	14.4	16	85.6	95	28
0.30	2.90	-	-	9.9	11	90.1	100	29
0.33	2.90	0.9	1	8.1	9	0.91	101	30
0.26	2.93	-	-	7.2	8	92.8	103	31
0.24	2.94	-	-	6.3	7	93.7	104	32

وبالنظر إلى الجدول رقم(10) يتضح أن العبارة رقم (1) وهي "تساهم خدمة الفحص والتعرف المبكر على الأطفال الصم وضعاف السمع في تقديم الخدمات الضرورية في الوقت المناسب " حصلت على متوسط (2.97) وانحراف معياري(21، 0)، كما أن المتوسط الحسابي للعبارة رقم (2) وهي " تساهم خدمة الفحص والتعرف المبكر على الأطفال الصم وضعاف السمع على استثمار أمثل لتحفيز قدرات الطفل خلال السنوات الأولى من عمره " هو (2.98) والانحراف المعياري(0.19)، أما العبارة رقم (3) وهي "تساهم خدمة الفحص

والتعرف المبكر على الأطفال الصم وضعاف السمع في التغلب على المشكلات والحد من تفاقمها في المستقبل " فقد حصلت على متوسط حسابي (2.93) وانحراف معياري (0.26) ، وتمثل هذه العبارات أهمية خدمة الفحص والتعرف المبكر للأطفال الصم وضعاف السمع . وتشير هذه النتيجة إلى أهمية خدمة الفحص والتعرف المبكر للأطفال الصم وضعاف السمع وتتفق هذه النتيجة مع ما توصل إليه كالديرون Calderon (1998)، والذي أكد على أهمية تحديد فقدان السمع مبكراً والاكتشاف المبكر له كما تتفق مع يوشنج وآخرون (Yoshinaga-Itano et al, 1999) والذي أكد على أهمية التعرف المبكر على الأطفال الصم وضعاف السمع ، كما تتفق مع ما توصل إليه أبازو ويوشنج [Apuzzo](#) (Yoshinag, 1998) والذي أكد على أهمية الاكتشاف المبكر للصم وضعف السمع وتقديم الخدمة المبكرة ، ومع ما توصل إليه ميلر (Moeller, 2000) والذي أشار إلى أهمية الاكتشاف المبكر والتدخل المبكر للصم وضعاف السمع ، كما توافق دراسة ماغنسون ([Magnuson](#), 2000) والتي أشارت إلى أهمية الاكتشاف المبكر والتعرف المبكر ودراسة وايس (Wise, 2006) والذي أكدت على أهمية الاكتشاف المبكر للصم وضعف السمع ، ودراسة ستروبيك وبيتمان (Störbeck, Pittman, 2008) والتي أكد فيها على أهمية وفاعلية الكشف المبكر وتقديم الخدمات .

ويمكن تفسير ذلك بأن خدمة الكشف والتعرف المبكر على أنها هي نقطة البداية والخطوة الأولى لتقديم خدمات التدخل المبكر فكلما تم التعرف على الأصم أو ضعيف السمع كلما تم تقديم الخدمة مبكراً وبالتالي كان الأثر أكبر وكان فيه سير الخطة العلاجية بيسر وسهولة كما أن بعض الخدمات لا قيمة لها إذا لم يكن هناك تعرف مبكر مثل إجراء بعض العمليات وإصلاح المشاكل التي يعاني منها الأصم أو ضعيف السمع .

وبالنظر الى الجدول رقم (10) يتضح أن العبارة رقم (4) وهي "تساهم خدمة الزيارات المنزلية للطفل الأصم أو ضعيف السمع في السنوات الأولى في حصول الطفل على الخدمة المناسبة في المحيط الطبيعي (الأسرة)" حصلت على متوسط حسابي (2.69) وانحراف معياري (0.52)، مما يدل على أهمية خدمة الزيارات المنزلية للطفل الأصم أو ضعيف السمع في السنوات المبكرة من عمره، وتتفق هذه النتيجة مع الدراسة التي توصل إليها كل من كالديرون وكوشيه وجيرينج (Greenberg، Kusebe, Calderon, 1984) والتي أشارت إلى فاعلية برنامج تدخل مبكر يقدم للأطفال الصم من خلال عدة استراتيجيات منها خدمة الزيارات المنزلية المبكرة .

ويمكن تفسير حصول خدمة الزيارات المنزلية على هذا المتوسط من الأهمية هو أن الطفل في السنوات الأولى يكون في الغالب مع أمه ويكون لديه تعلق كبير بها وبالمنزل وبمقارنة بين المتوسط الحسابي لخدمة الزيارات المنزلية بالمتوسط الحسابي الخدمة الفحص والتعرف المبكر يمكن تفسير أن الزيارات المنزلية تكون أكثر في حالات الأطفال ذوي الإعاقات الشديدة والمتعددة .

وعند النظر الى الجدول رقم (10) نجد أن العبارة رقم (5) وهي "تساهم خدمة الإرشاد الأسري المبكر في تنمية الوعي بمشكلات الطفل" كان متوسطها الحسابي (2.96) وانحرافها المعياري (0.19)، كما أن العبارة رقم (6) وهي "تساهم خدمة الإرشاد الأسري المبكر في تحقيق التعاون مع الاختصاصيين" كان متوسطها الحسابي (2.93) وانحرافها المعياري (0.26)، وتمثل هذه العبارات أهمية خدمة الإرشاد الأسري المبكر، مما يدل على اتفاق أفراد العينة على أهمية خدمة الإرشاد الأسري المبكر كخدمة من خدمات التدخل المبكر للأطفال الصم وضعاف السمع، وتتفق هذه النتيجة مع دراسة كوشيه وكالديرون وجيرينج

(Greenberg ،Kusebe, Calderon, 1984) والتي أكدت على أهمية وفاعلية برنامج

تدخل مبكر للأطفال الصم وضعاف السمع يتم فيه تقديم إرشاد مبدئي للأسرة ،ومع دراسة كوهين (1987) والتي أكدت على أهمية الإرشاد الأسري المبكر .

ويرى الباحث أن تقديم الإرشادات الأسرية المبكرة مهم في ضمان سير خطة العلاج المقررة من قبل الاختصاصيين في المنزل كما يمكن أولياء الأمور من فهم أكبر لمشكلة الطفل الأصم أو ضعيف السمع وبالتالي التعاون مع الاختصاصيين ،كما أن كثير من الإرشادات مهمة في تصحيح الأفكار الخاطئة لدى بعض أولياء الأمور حول قدرات الطفل المختلفة .

ويؤكد ذلك إن قانون تعليم الأشخاص المعوقين (IDEA) حدد أهداف محددة لإرشاد الوالدين:

- مساعدة الوالدين في فهم الاحتياجات الخاصة بطفلهم.

- تزويد الآباء بمعلومات عن نمو وتطور الطفل.(JOYCE,2004).

وبالعودة الى الجدول رقم (10) نجد أن العبارة رقم (7) وهي "تساهم خدمة تدريب الأسرة المبكر في تفعيل دور الأسرة وتلقي الطفل الأصم أو ضعيف السمع الخدمة المناسبة والضرورية في المنزل بشكل مستمر" أخذت متوسط حسابي (2.96) وانحراف معياري (0.19) مما يدل على أهمية تدريب الأسرة المبكر بالنسبة للطفل الأصم أو ضعيف السمع وتتفق هذه النتيجة مع ما أكد عليه هاديان (Hadadian,1995) حول أهمية إشراك الآباء في خدمات التدخل المبكر للأطفال الصم وضعاف السمع ومع ما أكد عليه كالديرون (Calderon,2000) حول أهمية التدخل الأبوي المبكر .

ويرى الباحث بأن حصول خدمة التدريب الأسري على هذه الأهمية قد يرجع الى أن مجموعة من الخدمات بإمكان الأسرة القيام بها في المنزل مثل تدريبات النطق،التدريبات السمعية ،تعليم لغة الإشارة ،لبس المعينات السمعية..... الخ ،كما أن الطفل قبل دخول المدرسة معظم وقته

عند والديه ومع أسرته ،الأمر الذي يؤكد على أهمية تدريب المبكر للأسرة ، لاستغلال هذه المرحلة الحرجة بما يعود على الطفل الأصم أو ضعيف السمع بالفائدة ،كما أن تدريب الأسرة مهم للتغلب على النقص في الاختصاصيين لمواجهة احتياجات جميع الأطفال الصم أو ضعاف السمع ،إضافة إلى أن تدريب الأسرة مهم وفاعل في تقليل الصعوبات التي تواجهها الأسرة في الانتقال من المنزل الى المستشفى او مركز التدخل خاصة اذا كانت تعيش في منطقة ريفية .

وقد أكد قانون تعليم الأفراد المعاقين على هذه الأهمية لخدمة تدريب الآباء ومن ذلك مساعدة الآباء في اكتساب المهارات اللازمة التي تمكنهم من دعم وتنفيذ برنامج التعليم الفردي أو خطة الخدمة الأسرية المخصصة الخاصة.(JOYCE,2004).

وبالنظر الى الجدول (10) نجد أن العبارة رقم (8) وهى " تساهم خدمات التدخل المبكر في توعية الأسرة بخيارات التواصل التي من الممكن أن تستخدم مع طفلهم الأصم أو ضعيف السمع " من حيث موافقة الاختصاصيين حصلت على متوسط حسابي (2.91) وانحراف معياري (0,32)، كما أن العبارة رقم (9) وهى " تساهم خدمة مجموعات الدعم الأسري على توعية الأسرة بالموضوعات المتعلقة بتربية وتعليم الأطفال الصم وضعاف السمع " كان متوسطها الحسابي (2.86) وانحرافها المعياري (0.34)، وأن العبارة رقم (10) وهى " تساهم خدمات التدخل المبكر في تحديد المكان التربوي المناسب لدرجة إعاقة الطفل الأصم أو ضعيف السمع " متوسطها الحسابي (2.88) وانحرافها المعياري (0,32)، وتمثل هذه العبارات أهمية التدخل المبكر في توعية الأسرة فيما يتعلق بالتواصل وتعليم واختيار المكان التربوي لطفلها الأصم أو ضعيف السمع ،وتوافق هذه النتيجة ما توصل إليه كوهين (Cohen,1987) حول أهمية مجموعة الأسر الداعمة، ودراسة [هيرزوج \(Herzog,1984\)](#) والتي أكد فيها على الآباء الداعمين والمشاركين في البرنامج كان لهم أثر بالغ في النتائج

اللاحقة للأطفال الصم وتطور السلوك الأكاديمي والاجتماعي للأطفال الصم الذين اشتركوا في برنامج تدخل، ومع ما أكده جاكسون (Jackson, 2005) بأن أباء الأطفال الصم وضعاف السمع بحاجة إلى الدعم والتقدير والمرونة في استخدام الأساليب والاجراءات .

ويرى الباحث بأن تقديم خدمات التدخل المبكر مهم في وضوح الرؤية أمام الأسرة في وقت مبكر حول جميع المواضيع المتعلقة بتعليم الطفل واحتياجاته والتواصل، كما أن مجموعة الدعم الأسري هامة وذلك لتسهيل تقبل الوالدين لطفلهم الأصم أو ضعيف السمع، والاطلاع على التجارب والخبرات التي مرت بها الأسر التي كان لديها طفل أصم أو ضعيف سمع، وتلبية احتياجات الأسر المختلفة .

كما نجد في الجدول (10) أن العبارة رقم (11) وهي " تساهم خدمة علاج اللغة والكلام المبكر في الكشف عن المشكلات اللغوية والكلامية لدى الأطفال الصم وضعاف السمع " أخذت متوسط حسابي (2.98) وانحراف معياري (0.13)، والعبارة رقم (12) وهي " تساهم خدمة علاج اللغة والكلام المبكر للأطفال الصم وضعاف السمع في تصحيح المشكلات اللغوية والكلامية التي لديهم في وقت مبكر " أخذت متوسط حسابي (2.94) وانحراف معياري (0.24)، كما حصلت العبارة رقم (13) وهي " تساهم خدمة علاج اللغة والكلام المبكر للأطفال الصم وضعاف السمع في زيادة الحصيلة اللغوية لديهم " على متوسط حسابي (2.93) وانحراف معياري (0.26)، وحصلت العبارة رقم (14) وهي " تساهم خدمة علاج اللغة والكلام المبكر للأطفال الصم وضعاف السمع في الحد من تفاقم المشاكل اللغوية والكلامية لديهم " على متوسط حسابي (2.91) وانحراف معياري (0.29)، وأخيراً حصلت العبارة رقم (15) وهي " تساهم خدمة علاج اللغة والكلام المبكر للأطفال الصم وضعاف السمع في الاستفادة من السنوات الأولى وتقليل الأعباء على الأسرة مستقبلاً " على متوسط

حسابي (2.87) وانحراف معياري (0.36)، وتمثل هذه العبارات أهمية خدمة علاج اللغة والكلام المبكرة للأطفال الصم أو ضعاف السمع، وتشير هذه النتيجة إلى الأهمية في تقديم خدمات مبكرة في علاج اللغة والكلام للطفل الأصم أو ضعيف السمع، وتتفق هذه النتيجة مع ما توصل إليه دراسة كل من شينسوكي ونيتيور وماغوان (Nittouer ,McGowan ,2008)، Chenausky والتي أكدت على أهمية تقديم خدمات التدخل المبكر في علاج اللغة والكلام للأطفال الصم وضعاف السمع .

ويمكن تفسير هذه الأهمية لخدمة علاج اللغة والكلام المبكرة وحصولها على متوسطات حسابية مرتفعة من بين خدمات التدخل المبكر المختلفة هو أن المشكلة الرئيسة في فقدان السمع تكمن في مشاكل اللغة والكلام، إذ أن التأثير الأول والأكبر لفقدان السمع يكون في كلام الطفل ولغته، و الطفل في السنوات المبكرة لديه القابلية الكبرى في تصحيح عيوب النطق والكلام من خلال أنه مازال في مراحل بناء اللغة الأولى، كما أن النماذج السلبية من اللغة والكلام لم تتكون بعد لدى الطفل بشكل ملحوظ، إضافة إلى أن علاج اللغة والكلام المبكر للطفل الأصم أو ضعيف السمع يمنع حدوث المشكلات التي تصاحب مشاكل اللغة والكلام لدى الطفل الأصم أو ضعيف السمع وتمكنه من الاندماج مع مجتمع السامعين .

وعند العودة إلى الجدول (10) نجد أن العبارة رقم (16) وهي " تعويد الطفل الأصم أو ضعيف السمع على ارتداء المعينات السمعية في وقت مبكر مهم في استثمار البقايا السمعية في السنوات المبكرة " أخذت متوسط حسابي (2.98)، وانحراف معياري (0.13)، والعبارة رقم (17) وهي " يساعد تعويد الطفل الأصم أو ضعيف السمع على ارتداء المعينات السمعية في وقت مبكر في تواصله مع أسرته بشكل أفضل " كان متوسطها الحسابي (2.95) وانحرافها المعياري (0.21)، كما كانت العبارة رقم (18) وهي " ارتداء المعينات السمعية

في وقت مبكر للطفل الأصم أو ضعيف السمع يساعد على تقبل الطفل للمعين السمعي وعدم رفضه " ذات متوسط حسابي بقدر (2.91) وانحراف معياري (0.29)، وأخذت العبارة رقم (19) وهى " ارتداء المعينات السمعية في وقت مبكر للطفل الأصم أو ضعيف السمع يساعد في تجنب كثيراً من المشكلات السمعية التي تواجه الطفل مستقبلاً " متوسط حسابي (2.77) وانحراف معياري (0.45)، وحصلت العبارة رقم (20) وهى " تقديم معلومات عن المعينات السمعية وكيفية التعامل معها لأسرة الطفل الأصم وضعيف السمع يساعد في ضمان التزام الطفل لبس المعين السمعي " على متوسط حسابي (2.82) وانحراف معياري (0.39)، وتمثل هذه العبارات أهمية تقديم المعينات السمعية للطفل الأصم أو ضعيف السمع في وقت مبكر، وتشير هذه النتيجة إلى أهمية خدمة تقديم المعينات السمعية في وقت مبكر للطفل الأصم أو ضعيف السمع في وقت مبكر، وتتفق هذه النتيجة مع ما توصل إليه دراسة مركز بحوث معهد رويهامبتون بلندن (Roehampton Institute Research Centre, 1995) والتي بينت أن تقديم المعينات السمعية للأطفال الصم وضعاف السمع في الفترة ما بين 3 إلى 6 أشهر من العمر تسهم في اكتساب هؤلاء الأطفال لمهارات الاستعداد للكلام والرموز واللغة المتبادلة، ودراسة ميلر وآخرون (Moeller, alt. 1996) والتي أكدت على أهمية تقديم المعينات السمعية في وقت مبكر، ودراسة وايس (Wise, 2006) والتي أكدت على أهمية لبس المعينات السمعية في وقت مبكر.

ويرى الباحث بان كثير من الأطفال الصم وضعاف السمع لديهم بقايا سمعية وخاصة الأطفال ضعاف السمع، وبالتالي لبس المعين السمعي في وقت مبكر يضمن الفائدة من المعين وعدم رفضه مستقبلاً ، ولبس المعين السمعي مبكر يضمن لبسه دائماً من خلال سماع الطفل

الأصوات المختلفة وبالتالي إدراك أهميته ،كما أن مشكلات عدم لبس المعين السمعي لدى طلاب المدارس سوف تختفي من خلال هذه الخدمة المبكرة.

وبالعودة الى الجدول رقم(10) نجد أن العبارة رقم (21) وهى " تساهم خدمة تعليم لغة الإشارة المبكرة في تنمية اللغة لدي الطفل الأصم " كان متوسطها الحسابي (2.14) وانحرافها المعياري (0.78)، بينما أخذت العبارة رقم (22) وهى " تساهم خدمة تعليم لغة الإشارة المبكرة في تواصل الطفل الأصم مع الآخرين في وقت مبكر " متوسط حسابي (2.32) وانحراف معياري (0.70)، في حين كان المتوسط الحسابي للعبارة (23) وهى " يساهم توفير خدمة تعليم لغة الإشارة للطفل الأصم في سن مبكرة في تحقيق تواصل الأسرة مع طفلها الأصم " (2.40) والانحراف المعياري (0.66)، وتمثل هذه العبارات أهمية خدمة تعليم لغة الإشارة المبكرة للطفل الأصم ، وتتفق هذ النتيجة مع ما توصل إليه كل من بايرش وستوكس (Stuckless, 1997 Birch,) ودراسة ايمي وفكتوريا ((Amy ,Victoria,1998)، ودراسة غاولس (Golos,2006)، ودراسة زيدمان,Zaidman(2007) والتي تؤكد جميعها على أهمية تقديم لغة الإشارة المبكرة.

ويتضح من النتائج أن هناك تفاوت في موافقة الاختصاصيين على أهمية خدمة تعليم لغة الإشارة المبكرة تتراوح ما بين موافقتهم على بعض جوانب الأهمية وموافقتهم إلى حد ما على جوانب أهمية أخرى حيث تراوحت متوسطات موافقتهم حول أهمية خدمة تعليم لغة الإشارة المبكرة ما بين (2.14 إلى 2.40)، ويمكن تفسير ذلك بأن نسبة كبيرة من أفراد العينة هم من اخصائيو التخاطب والسمعيات ولم يتلقوا خبرات كافية حول لغة الإشارة وبالتالي لا يرون أهمية كبيرة لذلك ،إضافة إلى أن طبيعة عمل الاختصاصيين في هذه المرحلة تركز على تدريبات النطق والكلام واللغة.

وبالنظر إلى الجدول رقم (10) يلاحظ أن العبارة رقم (24) وهى " يساهم تقديم الخدمة النفسية المبكرة للطفل الأصم وضعيف السمع في تطبيق برامج التدخل المناسبة " كان متوسطها الحسابي (2.68) وانحرافها المعياري (0.35)، والعبارة رقم (25) وهى " يساهم تقديم الخدمة النفسية المبكرة للأسرة في مساعدة الأسرة على تقبل إعاقة طفلها بشكل سريع " كان متوسطها الحسابي (2.92) وانحرافها المعياري (0.27)، والعبارة رقم (26) وهى " يساهم تقديم الخدمة النفسية المبكرة للطفل الأصم أو ضعيف السمع في تطوير وتقويم ومتابعة برامج التدخل حسب حالة كل طفل " بمتوسط حسابي (2.88) وانحراف معياري (0,32)، كذلك كان المتوسط الحسابي للعبارة رقم (27) وهى " يساهم تقديم الخدمة النفسية المبكرة في تحقيق نمو نفسي للطفل الأصم أو ضعيف السمع " (2.88) والانحراف المعياري (0,32)، وتمثل هذه العبارات أهمية الخدمة النفسية المبكرة للطفل الأصم أو ضعيف السمع، وتشير النتيجة الى اتفاق معظم أفراد العينة على أهمية تقديم الخدمة النفسية المبكرة . ويمكن تفسير هذه النتيجة بأن الخدمة النفسية المبكرة مهمة في تحديد آلية العلاج وخطوة التدخل المستخدمة مع الطفل الأصم مثل قياس الذكاء يحدد بعض الاستراتيجيات المناسبة لكل حالة على حدة كما يساهم في تحديد استراتيجيات التقييم المستخدم مع كل طفل قبل وأثناء وخلال كل برنامج تدخل

وبالنظر في الجدول رقم (10) نجد أن العبارة رقم (28) وهى " تساهم الخدمة الاجتماعية المبكرة في تقبل الأسرة لطفلها الأصم أو ضعيف السمع في وقت مبكر " حصلت على متوسط حسابي (2.86) وانحراف معياري (0.35)، بينما كان المتوسط الحسابي للعبارة رقم (29) وهى " تساهم الخدمة الاجتماعية المبكرة في تفعيل ودعم دور الأسرة لطفلها الأصم أو ضعيف السمع في وقت مبكر " (2.90) والانحراف المعياري (0.30)، وتمثل هذه

العبارات أهمية الخدمة الاجتماعية المبكرة للأطفال الصم وضعاف السمع ،وتشير النتيجة الى أهمية تقديم الخدمة الاجتماعية المبكرة للطفل الأصم أو ضعيف السمع .

وعند الرجوع لمتوسطات العبارات المتعلقة بالخدمة الاجتماعية المبكرة نجد أنها مرتفعة ويمكن تفسير ذلك بأن الاختصاصيين الذين يقدمون خدمات تدخل مبكر للأطفال الصم وضعاف السمع يحتاجون إلى هذه الخدمة وذلك لتفعيل دور الأسرة تجاه ابنها الأصم أو ضعيف السمع والذي يتم بعد تقبل الأسرة لحالة الطفل خلال الخدمة الاجتماعية المبكرة .

وبالرجوع للجدول رقم (10) نجد أن العبارة رقم (30) وهى " تساهم الخدمة الطبية المبكرة في التعرف على تشخيص المشكلات التي أدت إلى الصمم أو ضعيف السمع عند الطفل في وقت مبكر " كانت بمتوسط حسابي (2.90) وانحراف معياري (0.33)،بينما كانت العبارة (31) وهى " تساهم الخدمة الطبية المبكرة في تحديد مشكلة الصمم أو ضعف السمع من الناحية الطبية " بمتوسط حسابي (2.93) وانحراف المعياري (0.26)،وأخيراً كانت العبارة رقم رقم (32) وهى " تساهم الخدمة الطبية المبكرة في تحديد أولوية خدمات التدخل المبكر التي يحتاجها الطفل الأصم أو ضعيف السمع " بمتوسط حسابي (2.94) وانحراف معياري (0.24)،وتمثل هذه العبارات أهمية الخدمة الطبية المبكرة للطفل الأصم أو ضعيف السمع ،وتشير هذه النتيجة إلى أن الاختصاصيين موافقين على أهمية الخدمة الطبية المبكرة للطفل الأصم أو ضعيف السمع .

وبالنظر لمتوسط العبارات التي تتعلق بالخدمة الطبية المبكرة نجد أنها مرتفعة إذ تراوحت ما بين (2.90) و (2.94) ويمكن تفسير هذا بأن 54% من أفراد العينة ممن يعملون في المستشفيات وبالتالي يركزون على أهمية الخدمة الطبية المبكرة،كما أن حصول العبارة رقم (32) وهى " تساهم الخدمة الطبية المبكرة في تحديد أولوية خدمات التدخل المبكر التي

يحتاجها الطفل الأصم أو ضعيف السمع " على أعلى متوسط بين العبارات المتعلقة بالخدمة الطبية المبكرة حيث حصلت على متوسط حسابي (2.54) هو أن الطبيب في بعض الحالات يتخذ بعض الإجراءات مثل حالات التهابات العظام ، ومشكلات طبلة الأذن ، والتهاب اللوزتين ... وتشوه الصيوان بعلاج مثل هذه الحالات قبل الخدمات الأخرى مثل علاج اللغة والكلام والتدريب السمعي.....الخ

نتائج السؤال الثاني : " ما مدي توفر خدمات التدخل المبكر للأطفال الصم وضعاف السمع من وجهة نظر الاختصاصيين بمدينة الرياض ؟"

للتعرف على مدي توفر خدمات التدخل المبكر للأطفال الصم وضعاف السمع من وجهة نظر الاختصاصيين بمدينة الرياض تم حساب التكرارات والنسب المئوية والمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والرتب لاستجابات الاختصاصيين على عبارات محور مدي توفر خدمات التدخل المبكر للأطفال الصم وضعاف السمع من وجهة نظر الاختصاصيين بمدينة الرياض وجاءت النتائج كما يوضحها الجدول التالي:

جدول رقم(11)

استجابات الاختصاصيين على عبارات محور مدى توفر خدمات التدخل المبكر للأطفال الصم وضعاف السمع

من وجهة نظر الاختصاصيين بمدينة الرياض مرتبة تنازلياً حسب متوسطات الموافقة

الرتبة	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	خدمات التدخل المبكر
1	0.68	2.59	خدمة علاج اللغة والكلام المبكرة
2	0.87	2.33	خدمة الفحص والتعرف المبكر
3	0.83	2.26	خدمة الإرشاد الأسري المبكر
4	0.89	2.15	الخدمة الطبية المبكرة
5	0.90	2.11	خدمة توفير المعينات السمعية المبكرة
6	0.85	2.09	خدمة تدريب الأسرة المبكر
7	0.88	1.92	الخدمة الاجتماعية المبكرة
8	0.83	1.73	الخدمة النفسية المبكرة
9	0.68	1.32	خدمة تعليم لغة الإشارة فوق 3 سنوات
10	0.56	1.21	خدمة تعليم لغة الإشارة من الميلاد - 3 سنوات
11	0.55	1.20	خدمة الزيارات المنزلية المبكرة
1.90		المتوسط العام	

من خلال النتائج الموضحة بجدول رقم (11) يتضح أن الاختصاصيين موافقين إلى حد ما على توفر خدمات التدخل المبكر للأطفال الصم وضعاف السمع بمتوسط (1.90 من 3) وهو متوسط يقع في الفئة الثانية من فئات المقياس الثلاثي (من 1.68 إلى 2.34) وهي الفئة التي تشير إلى خيار موافق إلى حد ما على أداة الدراسة مما يوضح أن الاختصاصيين موافقين إلى حد ما على توفر خدمات التدخل المبكر للأطفال الصم وضعاف السمع.

ويتضح من النتائج أن هناك تفاوت في موافقة الاختصاصيين على توفر خدمات التدخل المبكر للأطفال الصم وضعاف السمع تتراوح ما بين موافقتهم على توفر بعض هذه الخدمات وعدم موافقتهم على توفر خدمات أخرى منها حيث تراوحت متوسطات موافقتهم حول توفر خدمات التدخل المبكر للأطفال الصم وضعاف السمع ما بين (1.20 إلى 2.59) وهي متوسطات تتراوح ما بين الفئتين الأولى والثالثة من فئات المقياس الثلاثي واللتين تشيران إلى (غير موافق / موافق) على التوالي على أداة الدراسة مما يوضح التفاوت في موافقة الاختصاصيين على توفر خدمات التدخل المبكر للأطفال الصم وضعاف السمع حيث يتضح من النتائج أن الاختصاصيين موافقين على توفر واحدة فقط من خدمات التدخل المبكر للأطفال الصم وضعاف السمع تتمثل في الفقرة رقم (9) وهي " تتوفر في المكان الذي أعمل فيه خدمات مبكرة في علاج اللغة والكلام للأطفال الصم وضعاف السمع " بمتوسط (2.59) وانحراف معياري (0.68) ،ويمكن تفسير هذا بأن خدمة علاج اللغة والكلام هي الخدمة التي تقدم للصم وضعاف السمع في جميع الأماكن حيث يتم تقديمها في المستشفى من خلال وحدة التخاطب ويتم تقديمها في مراكز التدخل من خلال مدربي النطق ويتم تقديمها في رياض الأطفال من خلال حصص النطق من خلال معلمة التربية الخاصة أو أخصائية التخاطب.

كما يتضح من النتائج أن الاختصاصيين غير موافقين على توفر ثلاثة من توفر خدمات التدخل المبكر للأطفال الصم وضعاف السمع تتمثل في العبارات رقم (8 ، 10 ، 11) والتي تم ترتيبها تصاعدياً حسب عدم موافقة الاختصاصيين عليها كالتالي:

جاءت العبارة رقم (8) وهي " تتوفر في المكان الذي أعمل فيه خدمة الزيارات المنزلية المبكرة للأطفال الصم وضعاف السمع " بالمرتبة الأولى من حيث عدم موافقة الاختصاصيين عليها بمتوسط حسابي (1.20)، وجاءت العبارة رقم (10) وهي " تتوفر في المكان الذي أعمل فيه خدمات تعليم لغة الإشارة للأطفال الصم في سن مبكرة (الميلاد - 3 سنوات) " بالمرتبة الثانية من حيث عدم موافقة الاختصاصيين عليها بمتوسط (1.21) ، وجاءت العبارة رقم (11) وهي " تتوفر في المكان الذي أعمل فيه خدمات تعليم لغة الإشارة للأطفال الصم في سن متأخرة (فوق 3 سنوات) " بالمرتبة الثالثة من حيث عدم موافقة الاختصاصيين عليها بمتوسط (1.32)، ويمكن تفسير ذلك بأن خدمات التدخل المبكر لا تزال في بدايتها في المملكة العربية السعودية إضافة إلى قلة الاختصاصيين في المملكة مثل أخصائي علاج اللغة والكلام.... الخ حيث أن توفر مثل هذه الخدمة يحتاج إلى عدد من الاختصاصيين للقيام بزيارات منزلية، إضافة إلى خدمة الزيارات المنزلية في الغالب تستخدم مع الأطفال ذوي الإعاقات الشديدة والمتعددة ، كما يمكن تفسير عدم توفر خدمات لغة إشارة مبكرة في الأماكن التي تقدم خدمات تدخل مبكر أن تركيز هذه المراكز على تدريب النطق وعلاج اللغة والكلام ودمج الأطفال الصم وضعاف السمع مع الأطفال السامعين في مرحلة الروضة، إضافة إلى عدم وجود منهج إشارة مخصص للأطفال من الميلاد إلى ست سنوات يتم استخدامه في هذه المرحلة .

ونلاحظ أن أفراد العينة موافقين إلى حد ما على توفر بعض الخدمات ،فبالنظر للجدول رقم (11) نجد أن العبارة (1) وهي "تتوفر في المكان الذي اعمل فيه خدمات الفحص والتعرف على الأطفال الصم وضعاف السمع" كان متوسطها الحسابي (2.33) وانحراف معياري (0.87) ، ويرى الباحث أن هذه الخدمة في الغالب يتم توفيرها في المستشفيات ومراكز من خلال قياس وفحص السمع نجد أن أفراد العينة موافقين كما أن نسبة (27.9%) من أفراد العينة ممن يعملون في رياض الأطفال وبالتالي فان هذه الخدمة غالبا تكون في المستشفيات أو مراكز التدخل .

وبالنظر للعبارة رقم (6) وهي "تتوفر في المكان الذي أعمل فيه خدمة الإرشاد المبكر لأسر الأطفال الصم وضعاف السمع " كان متوسطها الحسابي (2.26) وانحرافها المعياري (0.83) ،ويمكن تفسير ذلك هو أن خدمة الإرشاد الأسري ممكن أنها تقدم من قبل بعض الاختصاصيين بشكل غير رسمي من خلال تقديم بعض الإرشادات والاقتراحات لأسرة الطفل الأصم أو ضعيف السمع ،كما يمكن أن يكون توفر خدمة الإرشاد الأسري المبكر ليس بالشكل الكافي يعود إلى أن الاختصاصيين يشعرون بأنهم غير مستعدين بشكل كاف بالنسبة لنواحي الإرشاد حيث تكون ردودهم مبنية على خبرة شخصية لا تخضع للبحث والنظرية ،وهذا يتفق مع ما ذكره كارسو (Caruso, 2003).

وبالرجوع للجدول رقم (11) نجد أن العبارة رقم (2) وهي "تتوفر في المكان الذي أعمل فيه الخدمات الطبية المبكرة للأطفال الصم وضعاف السمع " أخذت متوسط حسابي (2.15) وانحراف معياري (0.89). نجد أن الخدمة الطبية يتم تقديمها في المستشفيات في الغالب إضافة إلى قلة الاختصاصيين في المجال الطبي وغياب فريق العمل وهو من أساسيات التربية الخاصة.

وعند النظر للعبارة رقم (7) وهي "تتوفر في المكان الذي أعمل فيه خدمة التدريب المبكر لأسر الأطفال الصم وضعاف السمع" كان متوسطها الحسابي (2.09) وانحرافها المعياري (0.85)، ويمكن تفسير ذلك أن خدمة التدريب الأسري ممكن تقديمها للألم في جلسات التخاطب في المستشفيات من خلال إعطائها بعض التدريبات للجهاز التنفسي والنطق لبعض الكلمات .

كما نجد في الجدول رقم (11) أن العبارة رقم (5) وهي "تتوفر في المكان الذي أعمل فيه خدمات توفير المعينات السمعية المبكرة للأطفال الصم وضعاف السمع" كانت ذات متوسط حسابي (2.11) وانحراف معياري (0.90)، ويرى الباحث أن خدمة توفير المعينات السمعية تكون في الغالب من خلال المستشفيات خاصة للأطفال دون سن السادسة .

وبالنظر للجدول رقم (11) نجد أن العبارة رقم (4) وهي "تتوفر في المكان الذي أعمل فيه الخدمات الاجتماعية المبكرة للأطفال الصم وضعاف السمع وأسره" كان متوسطها الحسابي (1.92) وانحرافها المعياري (0.88) وأن العبارة رقم (3) وهي "تتوفر في المكان الذي أعمل فيه الخدمات النفسية المبكرة للأطفال الصم وضعاف السمع" كانت ذات متوسط حسابي (1.73) وانحراف معياري (0.83)، ويمكن تفسير حصول الخدمة النفسية المبكرة والخدمة الاجتماعية المبكرة على موافقة أفراد العينة إلى حد ما هو غياب العمل كفريق ويعتبر العمل كفريق أساس التربية الخاصة، حيث أنه من المهم توفير الخدمة النفسية المبكرة والخدمة الاجتماعية المبكرة في جميع المراكز التي تقدم خدمات تدخل مبكر للصم وضعاف السمع، كما أن الدور الذي يلعبه أخصائي النفسي والأخصائي الاجتماعي غير واضح .

نتائج السؤال الثالث : " هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوي (0.05) في وجهات نظر الاختصاصيين بمدينة الرياض حول مدي أهمية خدمات التدخل المبكر للأطفال الصم وضعاف السمع تعزي لمتغير (الجنس – المؤهل - التخصص - سنوات الخبرة - مكان الخدمة)؟

1 - الفروق باختلاف متغير الجنس :

للتعرف على ما إذا كانت هنالك فروق ذات دلالة إحصائية بين إجابات الاختصاصيين باختلاف متغير الجنس ،قام الباحث باستخدام اختبار (ت) : Independent Sample T- test لتوضيح دلالة الفروق بين إجابات الاختصاصيين وجاءت النتائج كما يوضحها الجدول التالي:

الجدول رقم (12)

نتائج اختبار " ت : Independent Sample T-test "

للفروق بين إجابات الاختصاصيين حول محور أهمية خدمات التدخل المبكر طبقاً لاختلاف متغير الجنس

المحور	الفئة	العدد	المتوسط	الانحراف	قيمة ت	الدلالة
أهمية خدمات التدخل المبكر	ذكر	25	2.87	0.13	0.861	0.391
	أنثي	86	2.84	0.15		

يتضح من خلال النتائج الموضحة أعلاه عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى 0.05 فأقل بين استجابات الاختصاصيين حول أهمية خدمات التدخل المبكر للأطفال الصم وضعاف السمع باختلاف متغير الجنس.

2- الفروق باختلاف متغير المؤهل العلمي :

للتعرف على ما إذا كانت هنالك فروق ذات دلالة إحصائية بين إجابات الاختصاصيين باختلاف متغير المؤهل العلمي استخدم الباحث اختبار " تحليل التباين الأحادي: One Way ANOVA " لتوضيح دلالة الفروق بين إجابات الاختصاصيين طبقاً إلى اختلاف متغير المؤهل العلمي وجاءت النتائج كما يوضحها الجدول التالي:

الجدول رقم (13)

نتائج اختبار " تحليل التباين الأحادي: One Way ANOVA " للفروق بين إجابات الاختصاصيين حول محور أهمية خدمات التدخل المبكر باختلاف متغير المؤهل العلمي

المحور	مصدر التباين	مجموع مربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	الدلالة الإحصائية
أهمية خدمات التدخل المبكر	بين المجموعات	0.102	3	0.034	1.679	0.176
	داخل المجموعات	2.166	107	0.020		
	المجموع	2.268	110	-		

يتضح من خلال النتائج الموضحة أعلاه عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى 0.05 فأقل بين استجابات الاختصاصيين حول أهمية خدمات التدخل المبكر باختلاف متغير المؤهل العلمي، ويمكن تفسير ذلك بأن مؤهلات أفراد العينة عالية ولا تقل عن الدبلوم، وحصولهم على هذه المؤهلات أوجد عندهم إجماع على أهمية خدمات التدخل المبكر للأطفال الصم وضعاف السمع .

3- الفروق باختلاف متغير التخصص :

للتعرف على ما إذا كانت هنالك فروق ذات دلالة إحصائية بين إجابات الاختصاصيين باختلاف متغير التخصص استخدم الباحث اختبار " تحليل التباين الأحادي: One Way ANOVA " لتوضيح دلالة الفروق بين إجابات الاختصاصيين باختلاف متغير التخصص وجاءت النتائج كما يوضحها الجدول التالي:

الجدول رقم (14)

نتائج اختبار " تحليل التباين الأحادي: One Way ANOVA " للفروق بين

إجابات الاختصاصيين حول محور أهمية خدمات التدخل المبكر باختلاف متغير التخصص

المحور	مصدر التباين	مجموع مربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	الدلالة الإحصائية
أهمية خدمات التدخل المبكر	بين المجموعات	0.108	6	0.018	0.863	0.525
	داخل المجموعات	2.161	104	0.021		
	المجموع	2.268	110	-		

يتضح من خلال النتائج الموضحة في جدول (14) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى 0.05 فأقل بين استجابات الاختصاصيين حول (أهمية خدمات التدخل المبكر) باختلاف متغير التخصص ،ويمكن تفسير ذلك بأن خدمات التدخل المبكر يشار إلى أهميتها في جميع التخصصات حيث أنها من المبادئ الأساسية التي يتعلمونها في تخصصاتهم المختلفة .

4- الفروق باختلاف متغير سنوات الخبرة :

للتعرف على ما إذا كانت هنالك فروق ذات دلالة إحصائية بين إجابات الاختصاصيين باختلاف متغير سنوات الخبرة استخدم الباحث اختبار " تحليل التباين الأحادي: One Way ANOVA لتوضيح دلالة الفروق بين إجابات الاختصاصيين طبقاً إلى اختلاف متغير سنوات الخبرة وجاءت النتائج كما يوضحها الجدول التالي:

الجدول رقم (15)

نتائج اختبار " تحليل التباين الأحادي: One Way ANOVA " للفروق بين

إجابات الاختصاصيين حول محور أهمية خدمات التدخل المبكر باختلاف متغير سنوات الخبرة

المحور	مصدر التباين	مجموع مربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	الدلالة الإحصائية
أهمية خدمات التدخل المبكر	بين المجموعات	0.064	2	0.032	1.576	0.212
	داخل المجموعات	2.204	108	0.020		
	المجموع	2.268	110	-		

يتضح من خلال النتائج الموضحة أعلاه عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى 0.05 فأقل بين استجابات الاختصاصيين حول (أهمية خدمات التدخل المبكر) باختلاف متغير سنوات الخبرة.

5- الفروق باختلاف متغير مكان الخدمة :

للتعرف على ما إذا كانت هنالك فروق ذات دلالة إحصائية بين إجابات الاختصاصيين طبقاً إلى اختلاف متغير مكان الخدمة استخدم الباحث اختبار " تحليل التباين الأحادي: One Way ANOVA " لتوضيح دلالة الفروق بين إجابات الاختصاصيين طبقاً إلى اختلاف متغير مكان الخدمة وجاءت النتائج كما يوضحها الجدول التالي:

الجدول رقم (16)

نتائج اختبار " تحليل التباين الأحادي: One Way ANOVA " للفروق بين

إجابات الاختصاصيين حول محور أهمية خدمات التدخل المبكر باختلاف متغير مكان الخدمة

المحور	مصدر التباين	مجموع مربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	الدلالة الإحصائية
أهمية خدمات التدخل المبكر	بين المجموعات	0.0008	2	0.0004	0.019	0.981
	داخل المجموعات	2.267	108	0.021		
	المجموع	2.268	110			

يتضح من خلال النتائج الموضحة بالجدول رقم (16) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى 0.05 فأقل بين استجابات الاختصاصيين حول أهمية خدمات التدخل المبكر باختلاف متغير مكان الخدمة، وبشكل عام هناك اتفاق على أهمية خدمات التدخل المبكر لدى أفراد العينة، إذ أن التدخل المبكر من الثوابت الأساسية في العمل مع الأطفال الصم .

نتائج السؤال الرابع : " هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوي (0.05) في وجهات النظر بين الاختصاصيين بمدينة الرياض حول مدى توفر خدمات التدخل المبكر للأطفال الصم وضعاف السمع تعزي لتغيرات (الجنس - المؤهل - التخصص - سنوات الخبرة - مكان الخدمة) ؟

1- الفروق باختلاف متغير الجنس :

للتعرف على ما إذا كانت هنالك فروق ذات دلالة إحصائية بين إجابات الاختصاصيين طبقاً إلى اختلاف متغير الجنس استخدم الباحث اختبار " ت : Independent Sample T-test " لتوضيح دلالة الفروق بين إجابات الاختصاصيين وجاءت النتائج كما يوضحها الجدول التالي:

الجدول رقم (17)

نتائج اختبار " ت : Independent Sample T-test "

للفروق بين إجابات الاختصاصيين حول محور مدى توفر خدمات التدخل المبكر باختلاف الجنس

المحور	الفئة	العدد	المتوسط	الانحراف	قيمة ت	الدلالة
مدى توفر خدمات التدخل المبكر	ذكر	25	1.96	0.51	0.686	0.494
	أنثي	86	1.88	0.48		

يتضح من خلال النتائج الموضحة أعلاه عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى 0.05 فأقل بين استجابات الاختصاصيين حول (مدى توفر خدمات التدخل المبكر) باختلاف متغير الجنس.

2- الفروق باختلاف متغير المؤهل العلمي :

للتعرف على ما إذا كانت هنالك فروق ذات دلالة إحصائية بين إجابات الاختصاصيين طبقاً إلى اختلاف متغير المؤهل العلمي استخدم الباحث اختبار " تحليل التباين الأحادي: One Way ANOVA " لتوضيح دلالة الفروق بين إجابات الاختصاصيين طبقاً إلى اختلاف متغير المؤهل العلمي وجاءت النتائج كما يوضحها الجدول التالي:

الجدول رقم (18)

نتائج اختبار " تحليل التباين الأحادي: One Way ANOVA " للفروق بين إجابات

الاختصاصيين حول محور مدى توفر خدمات التدخل المبكر باختلاف متغير المؤهل العلمي

المحور	مصدر التباين	مجموع مربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	الدلالة الإحصائية
مدى توفر خدمات التدخل المبكر	بين المجموعات	1.413	3	0.471	2.091	0.106
	داخل المجموعات	24.094	107	0.225		
	المجموع	25.506	110	-		

يتضح من خلال النتائج الموضحة أعلاه عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى 0.05 فأقل بين استجابات الاختصاصيين حول (مدى توفر خدمات التدخل المبكر) باختلاف متغير المؤهل العلمي.

3- الفروق باختلاف متغير التخصص :

للتعرف على ما إذا كانت هنالك فروق ذات دلالة إحصائية بين استجابات الاختصاصيين طبقاً إلى اختلاف متغير التخصص استخدم الباحث اختبار " تحليل التباين الأحادي: One Way

ANOVA " لتوضيح دلالة الفروق بين إجابات الاختصاصيين طبقاً إلى اختلاف متغير

التخصص وجاءت النتائج كما يوضحها الجدول التالي:

الجدول رقم (19)

نتائج اختبار " تحليل التباين الأحادي: One Way ANOVA " للفروق بين

إجابات الاختصاصيين حول محور مدى توفر خدمات التدخل المبكر باختلاف متغير التخصص

المحور	مصدر التباين	مجموع مربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	الدلالة الإحصائية
مدى توفر خدمات التدخل المبكر	بين المجموعات	4.064	6	0.677	0.29	0.621
	داخل المجموعات	21.442	104	0.206		
	المجموع	25.506	110	-		

يتضح من خلال النتائج الموضحة أعلاه عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى

0.05 فأقل بين استجابات الاختصاصيين حول (مدى توفر خدمات التدخل المبكر) باختلاف

متغير التخصص.

4- الفروق باختلاف متغير سنوات الخبرة :

للتعرف على ما إذا كانت هنالك فروق ذات دلالة إحصائية بين إجابات الاختصاصيين طبقاً

إلى اختلاف متغير سنوات الخبرة استخدم الباحث اختبار " تحليل التباين الأحادي: One

Way ANOVA " لتوضيح دلالة الفروق بين إجابات الاختصاصيين طبقاً إلى اختلاف

متغير سنوات الخبرة وجاءت النتائج كما يوضحها الجدول التالي:

الجدول رقم (20)

نتائج اختبار " تحليل التباين الأحادي: One Way ANOVA " للفروق بين إجابات

الاختصاصيين حول محور مدى توفر خدمات التدخل المبكر طبقاً إلى اختلاف متغير سنوات

الخبرة

المحور	مصدر التباين	مجموع مربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	الدلالة الإحصائية
مدى توفر خدمات التدخل المبكر	بين المجموعات	2.318	2	1.159	5.398	**0.006
	داخل المجموعات	23.188	108	0.215		
	المجموع	25.506	110	-		

** فروق دالة عند مستوى 0.01 فأقل

يتضح من خلال النتائج الموضحة أعلاه وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى 0.01

فأقل بين استجابات الاختصاصيين حول (مدى توفر خدمات التدخل المبكر) باختلاف متغير

سنوات الخبرة ، ولتحديد صالح الفروق بين كل فئتين من فئات سنوات الخبرة حول الاستجابة

نحو هذا المحور استخدم الباحث اختبار شيفيه: Scheffe " وجاءت النتائج كالتالي:

الجدول رقم (21)

نتائج اختبار " شيفيه: Scheffe " لتحديد صالح الفروق بين استجابات الاختصاصيين حول

محور مدى توفر خدمات التدخل المبكر وفقاً لسنوات الخبرة

المحور	سنوات الخدمة	ن	المتوسط	أقل من 5 سنوات	أكثر من 10 سنوات
مدى توفر خدمات التدخل المبكر	أقل من 5 سنوات	34	2.1096	-	**
	من 5 إلى 10 سنوات	38	1.7584	-	-
	أكثر من 10 سنوات	39	1.8601	-	-

** فروق دالة عند مستوى 0.01 فأقل

يتضح من خلال النتائج الموضحة أعلاه وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى 0.01 فأقل بين استجابات الاختصاصيين أصحاب الخبرة الأقل (أقل من خمس سنوات) والاختصاصيين أصحاب الخبرة المتوسطة (5 - 10 سنوات) حول (مدى توفر خدمات التدخل المبكر) لصالح الاختصاصيين أصحاب الخبرة الأقل.

ويمكن تفسير ذلك بأن أصحاب الخبرة الأقل حديثي التخرج تلقوا بعض الاستراتيجيات والمعلومات حول كيفية توفير خدمات التدخل المبكر في مرحلة البكالوريوس ،وتلقي بعض المعارف في المرحلة الجامعية والتي تسهم في فاعلية الاختصاصي من خلال توفير بعض الخدمات ومواجهة الصعوبات في ذلك .

5- الفروق باختلاف متغير مكان الخدمة :

للتعرف على ما إذا كانت هنالك فروق ذات دلالة إحصائية بين إجابات الاختصاصيين طبقاً إلى اختلاف متغير مكان الخدمة استخدم الباحث اختبار " تحليل التباين الأحادي: One Way ANOVA " لتوضيح دلالة الفروق بين إجابات الاختصاصيين باختلاف متغير مكان الخدمة وجاءت النتائج كما يوضحها الجدول التالي:

الجدول رقم (22)

نتائج اختبار " تحليل التباين الأحادي: One Way ANOVA " للفروق بين إجابات

الاختصاصيين حول محور مدى توفر خدمات التدخل المبكر باختلاف متغير مكان الخدمة

المحور	مصدر التباين	مجموع مربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	الدلالة الإحصائية
مدى توفر خدمات التدخل المبكر	بين المجموعات	4.535	2	2.267	11.676	**0.000
	داخل المجموعات	20.972	108	0.194		
	المجموع	25.506	110			

** فروق دالة عند مستوى 0.01 فأقل

يتضح من خلال النتائج الموضحة أعلاه وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى 0.01 فأقل بين استجابات الاختصاصيين حول (مدى توفر خدمات التدخل المبكر) باختلاف متغير مكان الخدمة ، ولتحديد صالح الفروق بين كل فئتين من فئات مكان الخدمة حول الاتجاه نحو هذا المحور استخدم الباحث اختبار شيفيه: Scheffe " وجاءت النتائج كالتالي:

الجدول رقم (23)

نتائج اختبار " شيفيه: Scheffe " لتحديد صالح الفروق بين استجابات الاختصاصيين حول

محور مدى توفر خدمات التدخل المبكر وفقاً لمكان الخدمة

المحور	مكان الخدمة	ن	المتوسط	مستشفى	مركز	رياض
مدى توفر خدمات التدخل المبكر	مستشفى	54	2.0976	-	*	**
	مركز تدخل	26	1.8182	-	-	
	رياض اطفال	31	1.6305	-	-	-

* فروق دالة عند مستوى 0.05 فأقل

** فروق دالة عند مستوى 0.01 فأقل

يتضح من خلال النتائج الموضحة أعلاه وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى 0.05 فأقل بين استجابات الاختصاصيين العاملين في المستشفيات و الاختصاصيين العاملين في مراكز التدخل حول (مدى توفر خدمات التدخل المبكر) لصالح الاختصاصيين العاملين في المستشفيات.

كما يتضح من خلال النتائج الموضحة أعلاه وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى 0.01 فأقل بين استجابات الاختصاصيين العاملين في المستشفيات والاختصاصيين العاملين في رياض الأطفال حول (مدى توفر خدمات التدخل المبكر) لصالح الاختصاصيين العاملين في المستشفيات .

ويمكن تفسير ذلك بأن المستشفيات تحظى بكثير من الدعم والاهتمام الأمر الذي يوفر لهم كثير من الخدمات ،كما يلاحظ أن نسبة الاختصاصيين في المستشفيات أكبر من عدد العاملين في رياض الأطفال ومراكز التدخل مما يجعل صالح الفروق لهم

الفصل السادس

خلاصة الدراسة وأهم نتائجها وتوصياتها

الفصل السادس

خلاصة الدراسة وأهم نتائجها وتوصياتها

يشتمل هذا الفصل على ملخص لمحتوى الدراسة، وأهم النتائج التي توصلت إليها ، وأبرز التوصيات المقترحة في ضوء تلك النتائج.

أولاً : ملخص الدراسة :

اشتملت هذه الدراسة على ستة فصول بالإضافة إلي المراجع والملاحق.

تتناول الفصل الأول كمدخل للدراسة مشكلة الدراسة وأهميتها وأهدافها، والتساؤلات التي تجيب عنها ، وأهم المصطلحات التي استخدمها الباحث في دراسته.

وتتناول الباحث في هذا الفصل مصطلحات الدراسة متطرقاً إلي تعريف خدمات التدخل المبكر للأطفال الصم وضعاف السمع ومحددات أهداف دراسته ، والتي تمثلت في التعرف على مدى أهمية خدمات التدخل المبكر ومدى توفرها للأطفال الصم وضعاف السمع من وجهة نظر الاختصاصيين ، وعلى ما إذا كان فروق ذات دلالة في وجهات النظر بين الاختصاصيين حول مدى أهمية خدمات التدخل المبكر ومدى توفرها للأطفال الصم وضعاف السمع تعزي لاختلاف (الجنس - المؤهل - التخصص - سنوات الخبرة - مكان الخدمة) ،

وسعت الدراسة لتحقيق أهدافها من خلال الإجابة عن التساؤل الرئيسي التالي:

(ما أهمية خدمات التدخل المبكر للأطفال الصم وضعاف السمع وما مدى توفرها من وجهة

نظر الاختصاصيين) والذي تنفرع منه الأسئلة التالية:ـ

1- ما أهمية خدمات التدخل المبكر للأطفال الصم وضعاف السمع من وجهة نظر

الاختصاصيين بمدينة الرياض؟

2- ما مدى توفر خدمات التدخل المبكر للأطفال الصم وضعاف السمع من وجهة نظر

الاختصاصيين بمدينة الرياض ؟

3- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوي (0.05) في وجهات نظر

الاختصاصيين بمدينة الرياض حول مدى أهمية خدمات التدخل المبكر للأطفال الصم وضعاف

السمع تعزي لمتغيرات (الجنس - المؤهل - التخصص - سنوات الخبرة - مكان الخدمة) ؟

4- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوي (0.05) في وجهات نظر

الاختصاصيين بمدينة الرياض حول مدى توفر خدمات التدخل المبكر للأطفال الصم وضعاف

السمع تعزي لمتغيرات (الجنس - المؤهل - التخصص - سنوات الخبرة - مكان الخدمة) ؟

أما الفصل الثاني فقد ناقش الإطار النظري للدراسة وتناول مبحثين في الصمم وضعف

السمع والتدخل المبكر للأطفال الصم وضعاف السمع

واشتمل الفصل الثالث على الدراسات السابقة وكانت في ثلاثة محاور محور حول الدراسات

ذات العلاقة بخدمات التدخل المبكر للأطفال الصم وضعاف السمع ومحور حول أهمية

خدمات التدخل المبكر للأطفال الصم وضعاف السمع حول وجهة نظر الاختصاصيين في

خدمات التدخل المبكر للأطفال الصم وضعاف السمع وقام الباحث بالتعقيب عليها.

وتناول الفصل الرابع منهجية الدراسة وإجراءاتها ، وقد استخدم الباحث في هذه الدراسة

المنهج الوصفي ، وأوضح الباحث مجتمع الدراسة المستهدف .

وبين الباحث في هذا الفصل كيفية إعداد أداة الدراسة (الاستبانة) وقد قام الباحث

بتصميمها معتمداً في ذلك على الدراسات في نفس المجال، سؤال استطلاعي .

وقد تكونت الاستبانة من جزئين الجزء الأول يتعلق بالمتغيرات للدراسة و تتضمن المتغيرات المتعلقة بالخصائص الوظيفية للاختصاصيين ممثلة في (الجنس - المؤهل العلمي - التخصص - سنوات الخبرة - مكان الخدمة) أما الجزء الثاني فيتكون من الإستبانة وتتكون من (43) عبارة مقسمة على محورين وهما :-

-محور أهمية خدمات التدخل المبكر ويشتمل على 32 عبارة .

-محور مدى توفر خدمات التدخل المبكر ويشتمل على 11 عبارة.

ويقابل كل فقرة من فقرات المحاور ثلاث استجابات :

(موافق - موافق إلى حد ما - غير موافق) .

وقد تم إعطاء كل عبارة من العبارات السابقة درجات لتتم معالجتها إحصائياً على النحو الآتي:

موافق (3) درجات ، موافق إلى حد ما (2) درجتان ، غير موافق (1) درجة واحدة.

وأوضح الباحث بعد ذلك إجراءات صدق وثبات أداة الدراسة (الاستبانة) بعرضها في صورتها الأولية على عدد (8) من المحكمين من أعضاء هيئة التدريس بقسم التربية الخاصة واختصاصي بمركز السمع والكلام ، وبحساب معاملات الارتباط للتجانس الداخلي بين عباراتها ومحاورها ، وبحساب معامل الثبات بطريقة ألفا كرونباخ ، وبين الباحث كيفية تطبيق الدراسة ميدانياً ، و الأساليب الإحصائية المستخدمة في تحليل بيانات الدراسة.

أما الفصل الخامس فقد تناول عرض وتحليل نتائج الدراسة متناولاً الإجابة على أسئلتها ، ومناقشة نتائجها ، بالاستفادة من الدراسات السابقة والإطار النظري.

وفي الفصل السادس من هذه الدراسة قام الباحث بتلخيص الدراسة ، وعرض أهم نتائجها واقتراح أبرز التوصيات

ثانيا : أهم نتائج الدراسة :

أ - النتائج المتعلقة بوصف أفراد الدراسة:

1- أن (86) من الاختصاصيين يمثلون نسبة 77.5% من إجمالي الاختصاصيين إناث وهم الفئة الأكثر من أفراد الدراسة.

2- أن (86) من الاختصاصيين يمثلون نسبة 77.5% من إجمالي الاختصاصيين مؤهلهم العلمي بكالوريوس وهم الفئة الأكثر من أفراد الدراسة.

3- أن (43) من الاختصاصيين يمثلون نسبة 38.7% من إجمالي الاختصاصيين تخصصهم تخاطب وهم الفئة الأكثر من أفراد الدراسة.

4- أن (39) من الاختصاصيين يمثلون نسبة 35.1% من إجمالي الاختصاصيين سنوات خبرتهم أكثر من 10 سنوات وهم الفئة الأكثر من أفراد الدراسة.

5- أن (54) من الاختصاصيين يمثلون نسبة 48.6% من إجمالي الاختصاصيين يعملون في المستشفيات وهم الفئة الأكثر من أفراد الدراسة.

ب - النتائج المتعلقة بأسئلة الدراسة :

1- أكدت نتائج السؤال الأول على أهمية خدمات التدخل المبكر للأطفال الصم وضعاف السمع وكانت أهميتها مرتبة تنازلياً كالتالي: خدمة الفحص والتعرف المبكر، خدمة تدريب الأسرة المبكر، خدمة الإرشاد الأسري المبكر، خدمة علاج اللغة والكلام المبكرة، الخدمة الطبية المبكرة، خدمة تقديم المعينات السمعية المبكرة، الخدمة النفسية المبكرة، الخدمة الاجتماعية المبكرة، خدمة الزيارات المنزلية المبكرة، خدمة تعليم لغة الإشارة المبكرة.

2- أكدت نتائج السؤال الثاني على توفر خدمة علاج اللغة والكلام المبكرة.

وعدم توفر خدمة الزيارات المنزلية المبكرة و خدمة تعليم لغة الإشارة المبكرة .

وتوفر إلى حد ما للخدمات التالية :

خدمة الفحص والتعرف المبكر، وخدمة الإرشاد الأسري المبكر، وخدمة التدريب الأسري المبكر، وخدمة الطبية المبكرة، وخدمة تقديم المعينات السمعية المبكرة، وخدمة النفسية المبكرة، وخدمة الاجتماعية المبكرة .

ج- أكدت نتائج السؤال الثالث

1- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى 0.05 فأقل بين استجابات الاختصاصيين حول (أهمية خدمات التدخل المبكر) باختلاف متغير الجنس.

2- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى 0.05 فأقل بين استجابات الاختصاصيين حول (أهمية خدمات التدخل المبكر) باختلاف متغير المؤهل العلمي.

3- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى 0.05 فأقل بين استجابات الاختصاصيين حول (أهمية خدمات التدخل المبكر) باختلاف متغير التخصص.

4- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى 0.05 فأقل بين استجابات الاختصاصيين حول (أهمية خدمات التدخل المبكر) باختلاف متغير سنوات الخبرة.

5- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى 0.05 فأقل بين استجابات الاختصاصيين حول (أهمية خدمات التدخل المبكر) باختلاف متغير مكان الخدمة.

د- أكدت نتائج السؤال الرابع

1- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى 0.05 فأقل بين استجابات الاختصاصيين حول (مدى توفر خدمات التدخل المبكر) باختلاف متغير الجنس.

2- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى 0.05 فأقل بين استجابات الاختصاصيين حول (مدى توفر خدمات التدخل المبكر) باختلاف متغير المؤهل العلمي.

3-عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى 0.05 فأقل بين استجابات الاختصاصيين حول (مدى توفر خدمات التدخل المبكر) باختلاف متغير التخصص.

4-وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى 0.01 فأقل بين استجابات الاختصاصيين أصحاب الخبرة الأقل (أقل من خمس سنوات) و الاختصاصيين أصحاب الخبرة المتوسطة (5 - 10 سنوات) حول (مدى توفر خدمات التدخل المبكر) لصالح الاختصاصيين أصحاب الخبرة الأقل.

5-وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى 0.05 فأقل بين استجابات الاختصاصيين العاملين في المستشفيات و الاختصاصيين العاملين في مراكز التدخل حول (مدى توفر خدمات التدخل المبكر) لصالح الاختصاصيين العاملين في المستشفيات.

6-وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى 0.01 فأقل بين استجابات الاختصاصيين العاملين في المستشفيات و الاختصاصيين العاملين في رياض الأطفال حول (مدى توفر خدمات التدخل المبكر) لصالح الاختصاصيين العاملين في المستشفيات.

ثالثاً : توصيات الدراسة :

على ضوء نتائج الدراسة وضمن حدودها يوصي الباحث بما يلي:

- 1- تضمين مواد ومقررات ضمن خطة البكالوريوس تتضمن على تطبيقات في التدخل المبكر للأطفال الصم وضعاف السمع .
- 2- تأهيل خريجي مسار الإعاقة السمعية للعمل ضمن برامج تدخل مبكر للأطفال الصم وضعاف السمع وخاصة الطالبات.
- 3- العمل على وضع السبل المناسبة للحد من المعوقات التي تحد من توفر خدمات التدخل المبكر للأطفال الصم وضعاف السمع من خلال زيادة اعداد الملتحقين بالتخصصات التي تخدم برامج التدخل المبكر للأطفال الصم وضعاف السمع .
- 4- الاهتمام بتوفير خدمة الزيارات المنزلية المبكرة وخدمة تعليم لغة الإشارة المبكرة للأطفال الصم وضعاف السمع.
- 5- توحيد الجهود بين الاختصاصيين والعمل بروح الفريق وتشكيل فريق العمل متعدد التخصصات وتنسيق الخدمات والجهود المختلفة .
- 6 -وضع آلية عمل من خلال خطة علاجية تبدأ لحظة اكتشاف فقدان السمع من خلال برامج الكشف المبكر في المستشفيات.
- 7-وضع السبل المناسبة لتفعيل دور الأسر تجاه الأطفال الصم وضعاف السمع في السنوات المبكرة والاهتمام بمجموعات الدعم الأسري .
- 8- عقد الورش والدورات التدريبية لأولياء أمور الأطفال الصم وضعاف السمع وتوضيح كيفية إسهامهم في خدمات التدخل المبكر .
- 9- الاهتمام بدراسة لغة الإشارة لدى تخصصات التخاطب والسمعية في المرحلة الجامعية.

في ضوء نتائج الدراسة يقترح الباحث بإجراء الدراسات التالية

1- دراسة عن خدمات التدخل المبكر للأطفال الصم وضعاف السمع في جميع مناطق المملكة

العربية السعودية .

2- دراسة عن وجهات نظر أولياء الأمور الصم وضعاف السمع عن خدمات التدخل التي

يحتاجونها ومدى توفرها.

3-دراسة عن اقتراح برنامج تدخل مبكر للأطفال الصم وضعاف السمع .

المراجع

المراجع العربية:

التركي، يوسف (2005) تربية وتعليم التلاميذ الصم وضعاف السمع . الطبعة الأولى، مكتبة الملك فهد الوطنية ، الرياض .

توق، محي الدين، عدس، عبدالرحمن ، قطامي، يوسف (2003) أسس علم النفس التربوي. الطبعة الثالثة، دار الفكر، عمان .

جامعة الأزهر (2005). الأطفال في الاسلام رعايتهم ونموهم وحمايتهم . بالتعاون مع منظمة الأمم المتحدة للطفولة (يونيسف) .

حنفي، علي (2003). مدخل إلى الإعاقة السمعية. الطبعة الأولى، أكاديمية التربية الخاصة، الرياض .

حنفي، علي. (2007) واقع الخدمات المساندة للتلاميذ المعوقين سمعياً وأسرهم والرضا عنها في ضوء بعض المتغيرات من وجهة نظر المعلمين والآباء. مؤتمر التربية الخاصة ،جامعة بنها. ص ص 189-260 .

الخطيب، جمال، الحديدي، منى (2005) التدخل المبكر : التربية الخاصة في الطفولة المبكرة. الطبعة الثانية ،دار الفكر ، عمان .

الخطيب. جمال (2001) أولياء أمور الأطفال المعوقين : استراتيجيات العمل معهم وتدريبهم ودعمهم ،أكاديمية التربية الخاصة ،الرياض .

الخطيب، جمال ،الحديدي، منى (2003) قضايا معاصرة في التربية الخاصة .أكاديمية التربية الخاصة ،الرياض .

الدماطي، عبدالغفار (2005) أنموذج مقترح لبرامج التدخل المبكر لتنمية مهارات اللغة والتواصل لدى صغار الأطفال المعوقين سمعياً. ورقة عمل، ندوة التربية الخاصة في المملكة العربية السعودية: مواكبة التحديث والتحديات المستقبلية. المجلة العربية للتربية الخاصة، الأكاديمية العربية للتربية الخاصة، الرياض.

الريس، طارق (2006) ثنائي اللغة /ثنائي الثقافة: الفلسفة والاستراتيجيات ومعوقات تطبيقها في معاهد الأمل وبرامج الدمج. ورقة عمل مقدمة للمؤتمر العربي السابع للاتحاد، القاهرة.

الزريقات، ابراهيم (2003). الاعاقة السمعية. الطبعة الأولى، دار وائل، عمان.

الزريقات، ابراهيم (2009). التدخل المبكر النماذج والاجراءات. الطبعة الأولى، دار المسيرة عمان.

الزهراني، علي. (2007). التوجهات الحديثة للتعليم الشفهي للأطفال الصم وضعاف السمع المفاهيم والمبادئ والتطبيقات التي يستند عليها. مؤتمر التربية الخاصة، جامعة بنها. ص 1085-1120.

السليطي، حمدة (2003). دور الأسرة في خدمات التدخل المبكر لذوي الإعاقة. مجلة التربية، العدد 144، اللجنة الوطنية القطرية للتربية والثقافة والعلوم. ص 96-103

السرطاوي، عبدالعزيز (1997). نحو تنظيم جهد وطني لبرامج التدخل المبكر، مجلة كلية التربية، العدد الرابع عشر، جامعة الإمارات.

عبدالحى، محمد (2008). الاعاقة السمعية وبرامج إعادة التأهيل، دار الكتاب الجامعي، الطبعة الثانية، العين.

العساف، صالح (1406). دليل الباحث في العلوم السلوكية. دار العبيكان، الرياض.

القريوتي، ابراهيم (2006) الإعاقة السمعية . دار يافا، عمان.

القريوتي، يوسف، الصمادي، جميل، السرطاوي، عبدالعزيز (1998). المدخل الى التربية الخاصة. الطبعة الثانية، دار القلم، دبي.

القمش، مصطفى، السعيدة، ناجي (2008). قضايا وتوجهات حديثة في التربية الخاصة . الطبعة الأولى، دار المسيرة، عمان.

مكتب المتابعة لمجلس وزارة العمل والشؤون الاجتماعية بالدول العربية الخليجية (1991). الإعاقة ورعاية المعاقين في أقطار الخليج العربية.

الموسى، ناصر (2008). مسيرة التربية الخاصة في المملكة العربية السعودية من العزل إلى الدمج. الطبعة الأولى، دار القلم، دبي.

نظام رعاية المعوقين (1421). مجلس الشورى، المملكة العربية السعودية .

هويدي، محمد (1997). استراتيجيات وبرامج التدخل المبكر. ندوة استراتيجيات وبرامج التدخل العلاجي للأشخاص ذوي الإعاقة، جامعة الخليج العربي، البحرين. ص 173-206.

هالاها، دانييل، كوفمان، جمس (2008). سيكولوجية الأطفال غير العاديين وتعليمهم :مقدمة في التربية الخاصة . ترجمة عادل محمد، الطبعة الأولى، دار الفكر، عمان .

يحيى، خولة (2006). البرامج التربوية للأفراد ذوي الحاجات الخاصة، الطبعة الأولى، دار المسيرة، عمان.

المراجع الأجنبية:

- Amy, R & Victoria, S (1998). Communication Between Deaf Children and Their Hearing Mothers, Journal of Speech, Language, and Hearing Research, Vol. 41, pp 887-899.
- [Apuzzo, M](#) & [Yoshinaga, C](#) (1998). The Development of Deaf and Hard of Hearing Children Identified Early through the High-Risk Registry, [American Annals of the Deaf](#), v143, n5, pp 416-24.
- Ashby, C (1995). Early intervention services for children with hearing impairments, Ph.D, Georgia State University, 97 pages; AAT 9543199.
- Birch, W & Stuckless, E (1997). The Influence of Early Manual Communication on the Linguistic Development of Deaf Children. [American Annals of the Deaf](#), v142, n3, pp 71-79.
- Calderon, R (2000). Parental involvement in deaf children's education programs as a predictor of child's language, early reading, and social-emotional development Journal of Deaf Studies and Deaf Education, V 5 ,N2, pp 140-155, 16p.
- Calderon, R (1998). Language of early- and later-identified children with hearing loss. Vol. 102 Issue: Number 5 p 1161-1171, 11p.
- Caruso, L, (2003). Audiologists perspectives on early intervention with deaf children and parents, M.Ed., York University (Canada), 2003, 148 pages; AAT MQ82910.
- Cohen, D (1987). An evaluation of the effects of short-term counseling with mothers of deaf children on the family environment .ph.D, temple university, 158 pages, AAT 8711312.
- Dromi, E & Ingber, S (1999). Israeli mothers' expectations from early intervention with their preschool deaf children, Journal of Deaf Studies and Deaf Education, Vol. 4 Issue: Number 1 p 80-68.

- Foo, S (2002). "These children are mine." A case study of an African-American family with deaf children: The interactions within the family and with early intervention professionals, Ed.D, University of Cincinnati, 183 pages; AAT 3062423.
- Gatiy,J(1995).model programs of early education for hearing –impaired children and their families.speech /conference.
- [Golos, B](#)(2006). Using instructional videos in American Sign Language as a tool to facilitate the development of emergent literacy skills in deaf and hard of hearing preschool children. Ph.D, of Colorado at Boulder, 219 pages; AAT 3239427.
- Govaerts, J; Beukelaer, B; Daemers, K; Ceulaer, G; Yperman, M; Somers, T; Schatteman I; Offeciers, E(2002). Outcome of Cochlear Implantation at Different Ages from 0 to 6 Years. Cochlear Implants. Otology & Neurotology. 23(6):885-890.
- Greenberg, R& Calderon& Kuseb (1984). Early Intervention Using Simultaneous Conununication with Deaf Infants: The ££feet on Communication Development, University of Washington .
- Gale B. Rice& Susan Lenihan(2005).Early Intervention in Auditory/Oral Deaf Education: Parent and Professional Perspectives ,The Volta Review, Volume 105(1), 73-96.
- Hadadian, A(1995) .Attitudes Toward Deafness and Security of Attachment Relationships Among Young Deaf Children and Their Parents. Early Education and Development, Vol. 6 Issue: Number 2 p181-191, 11p.
- Herzog,E(1984).A Study of the effectiveness of early intervention for hearing handicapped children(efficacy,infants,newyork).aducat,D, Columbia university taehers college,134 pages,AAT85053660.
- Jackson,c(2005).family perception of outcomes following early identification of deafness. Ph.D., The University of Kansas, 171 pages; AAT 3185167.

Jackson,R(2000).Implementing Parent-Infant Services: Advice from Families. A sound foundation through early amplification, Chapter thirteen,pp159-165.

Joyce,A(2004).Related services for student with disabilities. intervention in school and clinic,vol 39,no,4,pp195-208.

Kargin,T(2004).Effectiveness of a Family-Focused Early Intervention Program in the Education of Children with Hearing Impairments Living in Rural Areas .International Journal of Disability Development and Education, v51 n4 p401-418 .

Magnuson, M(2000). [Infants with Congenital Deafness: On the Importance of Early Sign Language Acquisition. American Annals of the Deaf, v145 n1 p6-14.](#)

Marilyn ,L.(2002). Early Beginnings for Families with Deaf and Hard of Hearing Children: Myths and Facts of Early Intervention and Guidelines for Effective Services. Gallaudet University, Laurent Clerc National Deaf Education Center.

Moeller,M (2000), Early intervention improves language in deaf children. Brown University Child & Adolescent Behavior Letter; Vol. 16 Issue 10, p3, 1/3p.

Moeller, M; Donaghy, K; Beauchaine, K; Lewis, D; Stelmachowicz, P(1996).Longitudinal Study of FM System Use in Nonacademic Settings: Effects on Language Development.Ear&Hearing.17(1): 28- 41. .

McGowan,R.& Nittrouer, S& Chenausky, K(2008). Speech Production in 12-Month-Old Children with and without Hearing Loss. Journal of Speech, Language, and Hearing Research, v51 n4 p879-888 .

Moore,D(1996).Educating the deaf psychology,principles ,and practice.BOSTON :ltoghton miffin company.

NAD :National Association of the Deaf(2008). For Parents of Newly Identified Deaf and Hard of Hearing Children: Early Intervention Services .Retrieved form <http://www.nad.org/site>.

Pittman, P(2003). A qualitative study of families of deaf children who have experienced early intervention services, Ph.D., The University of Utah, 252 pages; AAT 3091770.

[Roehampton Institute Research Centre \(1995\)Early intervention for hearing impairment: Differences in the timing of communicative and linguistic development. British Journal of Audiology; January, Vol. 29 Issue: Number 6 p315-334, 20p .](#)

RNID(2003).Developing Early intervention-suppoort services for deaf children and their families.Guidance from department for education and skills in U K .

[Serrano, A,\(1999\). Lismar House: Early intervention program for the prevention of emotional and behavioral problems in deaf children, Psy.D., Miami Institute of Psychology of the Caribbean Center for Advanced Studies, , 136 pages; AAT 9927761.](#)

Störbeck, C. &Pittman, P(2008). Early intervention in South Africa: Moving beyond hearing screening.International Journal of Audiology; Supplement 1, Vol. 47, p36-S43, 8p, 1 chart, 3 graphs.

Susan, G & Maribeth, N & Barbara, C(2002). Ages of diagnosis, amplification, and early intervention of infants and young children with hearing loss: Findings from parent interviews. American Annals of the Deaf. Washington, Vol. 147, Iss. 1; pg. 24, 7 pgs.

SKI_HI_Guidelines Program For Deaf OR Hard OF Hearing.
.Retrieved form www.michigan.gov/documents.

Wise, W(2006). Case studies of the literacy interactions of preschool deaf children with their parents in the home, , Ph.D., Georgia State University, 156 pages; AAT 3231933

[Younggren, N](#)(2005). Providers' perceptions of barriers and facilitators to early intervention support and services in natural environments, Ph.D., Walden University, , 205 pages; AAT 3180301.

Yoshinaga, Christine(1999). Benefits of Early Intervention for Children with Hearing Loss. Otolaryngologic Clinics of North America , Volume 32 , Issue 6 , Pages 1089 - 1102 C.

Zaidman, A (2007). Analogous and Distinctive Patterns of Prelinguistic Communication in Toddlers With and Without Hearing Loss. [Journal of Speech, Language & Hearing Research](#);, Vol. 50 Issue 5, p1166-1180, 15p.

الملاحق

ملحق رقم (1) الاستبانة في صورتها الاولى

بسم الله الرحمن الرحيم

سعادة الأستاذ الدكتور / حفظه الله

ويعد

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته

يقوم الباحث بدراسة علمية بعنوان: "خدمات التدخل المبكر للأطفال الصم وضعاف السمع: أهميتها ومدى توفرها من وجهة نظر الاختصاصيين بمدينة الرياض". وذلك استكمالاً لمتطلب الحصول على درجة الماجستير في الآداب -تربية وتعليم الصم- بكلية التربية بجامعة الملك سعود ،ويقصد بالتدخل المبكر في هذه الدراسة:مجموعة من الخدمات التي تقدم للطفل الأصم أو ضعيف السمع من الميلاد وحتى ست سنوات.

وتهدف الدراسة إلى التعرف على أهمية كل خدمة من خدمات التدخل المبكر المختلفة للأطفال الصم وضعاف السمع ومدى توفرها من أجل ذلك فقد طور الباحث أداة للدراسة (استبانة) بغرض استخدامها في معرفة وجهات نظر الاختصاصيين الذين يقدمون خدمات تدخل مبكر مختلفة للأطفال الصم وضعاف السمع علماً بأن درجة الاستجابة موزعة على النحج التالي (موافق- موافق إلى حد ما - غير موافق)

وتتألف الاستبانة من جزء أول خاص بالمعلومات الأولية، وجزء ثانٍ يمثل بعدين هما: (البعد الاول أهمية خدمات التدخل المبكر) (البعد الثاني:مدى توفر خدمات التدخل المبكر) وتم وضع مجموعة من العبارات لقياس كل فقرة ، وحيث أن معادنتكم من ذوي الاختصاص في هذا المجال ، فإن سعادة المشرف و الباحث يأملان الاسترشاد برأيكم والاستفادة من مقترحاتكم في تحكيم هذه الاستبانة، ويشكران معادنتكم على تفضلكم بتحكيمها والمساهمة في نجاح هذه الدراسة . وفقكم الله وسدد خطاكم ونفع بعلمكم ،،،

المشرف

الباحث

د. علي بن حسن الزهراني

عادل سليمان الوهيب

رقم الجوال/٥٠٣٢٠٨٨٢٦

Alwaheeb77@hotmail.com

أولاً: المعلومات الأولية:

الجنس :

☐ ذكر

☐ أنثى

المؤهل العلمي:

☐ دبلوم

☐ بكالوريوس

☐ ماجستير

☐ دكتوراه

التخصص:

☐ طب (أنف وأذن وحنجرة)

☐ تخاطب

☐ سمعية

☐ تربية خاصة

☐ علم نفس

☐ علم اجتماع

☐ أخرى ☐ فضلاً حدد:.....

سنوات الخبرة:

☐ أقل من ٥ سنوات

☐ من ٥ سنوات إلى ١٠ سنوات

☐ من ١٠ سنوات فأكثر

مكان الخدمة:

☐ مستشفى

☐ مركز تدخل

☐ رياض أطفال

ثانياً: أهمية خدمات التدخل المبكر :

في الصفحات التالية مجموعة من العبارات التي توضح أهمية مجموعة من الخدمات التي تقدم للأطفال الصم وضعاف السمع في السنوات الأولى، نأمل التكرم بوضع علامة (√) في الخلية التي تمثل وجهة نظركم حول مدى ملائمة كل عبارة للبعد التالية لها من عندها، والتعديل المقترح في حالة عدم الملائمة أو عدم وضوح العبارة.

الرد	أهميت خدمات التدخل المبكر	نعم	لا	تدخل مبكر
	تعتبر خدمة الفحص والتعرف المبكر على الأطفال الصم وضعاف السمع من خدمات التدخل المبكر الضرورية والمهمة.			
	تساهم خدمة الفحص والتعرف المبكر على الأطفال الصم وضعاف السمع في تنظيم الخدمات الضرورية في الوقت المناسب.			
	تساهم خدمة الفحص والتعرف المبكر على الأطفال الصم وضعاف السمع على استثمار أمتل للسنوات الأولى من العمر.			
	تساهم خدمة الفحص والتعرف المبكر على الأطفال الصم وضعاف السمع في التغلب على لمشكلات والحد من تعاقبها في المستقبل .			
	تعتبر خدمة الزيارات المنزلية وإرشاد وتدريب الأسرة من خدمات التدخل المبكر المهمة للأطفال الصم وضعاف السمع.			
	تساهم خدمة الزيارات المنزلية للأطفال الأصم أو ضعيف السمع في السنوات الأولى في حصول الطفل على الخدمة المناسبة في المحيط الطبيعي (الأسرة).			
	تساهم خدمة الإرشاد الأسري في تنمية الوعي بمشكلة الطفل وتحقيق التعاون مع الاختصاصيين.			
	تساهم خدمة تدريب الأسرة في تفعيل دور الأسرة			

					تساهم خدمات التدخل المبكر في توعية الأسرة بخيارات التواصل التي من الممكن أن تستخدم طفلهم الأصم أو ضعيف السمع .
					تساهم خدمة مجموعات الدعم الأسري على توعية الأسرة بالموضوعات المتعلقة بتربية وتعليم الأطفال الصم وضعاف السمع .
					تعد خدمة علاج اللغة والكلام من خدمات التدخل المبكر المهمة والضرورية للأطفال الصم وضعاف السمع.
					تساهم خدمة علاج اللغة والكلام المبكرة في الكشف عن المشاكل اللغوية والكلامية لدى الأطفال الصم وضعاف السمع .
					تساهم خدمة علاج اللغة والكلام المبكرة للأطفال الصم وضعاف السمع في تصحيح المشكلات اللغوية والكلامية التي لديهم في وقت مبكر.
					تساهم خدمة علاج اللغة والكلام المبكرة للأطفال الصم وضعاف السمع في زيادة الحصيلة اللغوية لديهم .
					تساهم خدمة علاج اللغة والكلام المبكرة للأطفال الصم وضعاف السمع للأطفال الصم وضعاف السمع في الحد من تفاقم المشاكل اللغوية والكلامية لديهم.
					تساهم خدمة علاج اللغة والكلام المبكرة للأطفال الصم وضعاف السمع في الاستفادة من السنوات الأولى وتقليل الأعباء على الأسرة مستقبلاً.
					توفر المعينات السمعية المناسبة في وقت مبكر للطفل الأصم وضعيف السمع من خدمات التدخل المبكر المهمة والضرورية.
					ليس المعينات السمعية في وقت مبكر للطفل الأصم أو ضعيف السمع يساعد في استثمار البقايا السمعية في السنوات المبكرة.
					ليس المعينات السمعية في وقت مبكر للطفل الأصم أو ضعيف السمع يساعد على تواصل الطفل مع أسرته بشكل أفضل.

				لنيس المعينات السمعية في وقت مبكر للطفل الأصم أو ضعيف السمع يساعد على تقبل الطفل للمعين السمعي وعدم رفضه.	٢١
				لنيس المعينات السمعية في وقت مبكر للطفل الأصم أو ضعيف السمع يساعد في تجنب كثيرا من المشكلات السمعية التي تواجه الطفل مستقبلا.	٢٢
				تقديم معلومات عن المعينات السمعية وكيفية التعامل معهما لأسرة الطفل الأصم وضعيف السمع يساعد في ضمان التزام الطفل لنيس المعين السمعي .	٢٣
				تعد خدمة تعليم لغة الإشارة المبكرة من خدمات التدخل المبكر المهمة والضرورية للطفل الأصم.	٢٤
				تساهم خدمة تعليم لغة الإشارة المبكرة في تنمية اللغة لدى الطفل الأصم.	٢٥
				تساهم خدمة تعليم لغة الإشارة المبكرة في تواصل الطفل الأصم مع الآخرين في وقت مبكر.	٢٦
				يساهم خدمة تعليم لغة الإشارة في فترة مبكرة من عمر الطفل في تحقيق تواصل الأسرة مع طفلها الأصم.	٢٧
				تعد الخدمات النفسية من خدمات التدخل المبكر المهمة والضرورية للأطفال الصم وضعيف السمع.	٢٨
				تساهم الخدمة النفسية المبكرة للطفل الأصم وضعيف السمع في تطبيق برامج التدخل المناسبة.	٢٩
				تساهم الخدمة النفسية المبكرة للأسرة في مساعدة الأسرة على تقبل إعاقه طفلها بشكل أسرع.	٣٠
				تساهم الخدمة النفسية المبكرة للطفل الأصم أو ضعيف السمع في تطوير وتقويم ومتابعة برامج التدخل حسب حالة كل طفل.	٣١
				تساهم الخدمة النفسية المبكرة في تحقيق نمو نفسي للطفل الأصم أو ضعيف السمع .	٣٢

رقم الخدمة	الخدمة	الوقت	العدد	توفر الخدمة
١	تتوفر في المكان الذي يعمل به خدمات الفحص والتعرف المبكر على الأطفال الصم وضعاف السمع.			
٢	تتوفر في المكان الذي يعمل به الخدمة الطبية المبكرة للأطفال الصم وضعاف السمع.			
٣	تتوفر في المكان الذي يعمل به الخدمات النفسية المبكرة للأطفال الصم وضعاف السمع.			
٤	تتوفر في المكان الذي يعمل به الخدمات الاجتماعية المبكرة للأطفال الصم وضعاف السمع وأسرهم.			
٥	تتوفر في المكان الذي يعمل به خدمة توفير المعينات السمعية المبكرة للأطفال الصم وضعاف السمع.			
٦	تتوفر في المكان الذي يعمل به خدمة الإرشاد المبكر لأسر الأطفال الصم وضعاف السمع.			
٧	تتوفر في المكان الذي يعمل به خدمة للتدريب المبكر لأسر الأطفال الصم وضعاف السمع.			
٨	تتوفر في المكان الذي يعمل به خدمة الزيارات المنزلية للمبكرة للأطفال الصم وضعاف السمع.			
٩	تتوفر في المكان الذي يعمل به خدمات مبكرة في علاج اللغة والكلام للأطفال الصم وضعاف السمع.			
١٠	تتوفر في المكان الذي يعمل به خدمات تعليم لغة الإشارة للأطفال الصم.			

لا إذا كان هناك أية إضافات أخرى تتعلق بالتوفر:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ملحق رقم (2) أسماء المحكمين

أسماء المحكمين

قسم التربية الخاصة	د/عبدالله الوابلي
قسم التربية الخاصة	د/طارق الرئيس
قسم التربية الخاصة	د/علي حنفي
قسم التربية الخاصة	د/هنية مرزا
قسم التربية الخاصة	د/ايهاب الببلاوي
قسم التربية الخاصة	د/محمد شوكت
قسم التربية الخاصة	د/سري رشدي
الإدارة العامة للتربية الخاصة	أ/عبدالله الحميسان

ملحق رقم (3) الاستبانة في صورتها النهائية

بسم الله الرحمن الرحيم

حفظه الله

أخي الاختصاصي/الاختصاصية

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته ... وبعد:

إن ما يقوم به العاملون مع الأطفال الصم وضعاف السمع على اختلاف تخصصاتهم في تقديم خدمات التدخل المبكر يعتبر نور هام في تلبية الاحتياجات المختلفة لهم والاستفادة من السنوات المبكرة من عمر الطفل الأصم أو ضعيف السمع .
وتهدف هذه الدراسة إلى معرفة رأيك حول مدى أهمية خدمات التدخل المبكر للأطفال الصم وضعاف السمع ومدى توفرها في المكان الذي تعمل به .
وحيث أن إجابتك الموضوعية على بنود الاستبانة تعطي الدعم من خلال تقييم واقعي لخدمات التدخل المبكر المهمة للأطفال الصم وضعاف السمع وما ينبغي توفيره لهم مما يساعد الطفل الأصم وضعيف السمع في مختلف الجوانب ويضمن تقديم الخدمات بشكل أفضل من قبل جميع الاختصاصيين .
لذا أمل التفضل بقراءة فقرات الاستبانة والإجابة عنها من خلال وضع علامة (✓) في الحقل المناسب كالتالي:

البيان	نعم	لا	غير متأكد
تساهم خدمة الفحص والتعرف المبكر على الأطفال الصم وضعاف السمع في تقديم الخدمات الضرورية في الوقت المناسب.	✓		

شاكرا لك ومقدرا وقتك لتعبئة هذه الاستبانة.

ملاحظة: إذا رغبت أن أرسل لك نتائج الدراسة فأنا على أتم الاستعداد لذلك ويمكنك الاتصال بي من خلال البريد الإلكتروني (alwaheeb77@hotmail.com)

للباحث

عادل سليمان الوهيب

إعاقه سمعية/ تربية خاصة

أولاً: المعلومات الأولية: (أرجو التكرم بوضع علامة ✓ في الحقل الذي ينطبق عليك)

الجنس :

☐ أنثى

☐ ذكر

المؤهل العلمي:

☐ دكتوراه

☐ ماجستير

☐ بكالوريوس

☐ دبلوم

التخصص:

☐ سمعية

☐ تخاطب

☐ طب (أنف وأذن وحنجرة)

☐ خدمة اجتماعية

☐ علم نفس

☐ تربية خاصة

☐ أخرى ☐ فضلاً حدد:.....

سنوات الخبرة:

☐ من ٥ سنوات إلى ١٠ سنوات

☐ أقل من ٥ سنوات

☐ أكثر من ١٠ سنوات

مكان الخدمة:

☐ رياض أطفال

☐ مركز تدخل

☐ مستشفى

الهدف العام لخدمات الطفل المبكر	الهدف الواسع الذي يخدمه	الهدف المحدد
تساهم خدمة الفحص والتعرف المبكر على الأطفال الصم وضعاف السمع في تقديم الخدمات الضرورية في الوقت المناسب.		
تساهم خدمة الفحص والتعرف المبكر على الأطفال الصم وضعاف السمع على استثمار أمثل لتحفيز قدرات الطفل خلال السنوات الأولى من عمره.		
تساهم خدمة الفحص والتعرف المبكر على الأطفال الصم وضعاف السمع في التغلب على المشكلات والحد من تفاقمها في المستقبل .		
تساهم خدمة الزيارات المنزلية للطفل الأصم أو ضعيف السمع في السنوات الأولى في حصول الطفل على الخدمة المناسبة في المحيط الطبيعي(الأسرة).		
تساهم خدمة الإرشاد الأسري المبكرة في تنمية الوعي بمشكلة الطفل .		
تساهم خدمة الإرشاد الأسري المبكرة في تحقيق التعاون مع الاختصاصيين.		
تساهم خدمة تدريب الأسرة المبكرة في تفعيل دور الأسرة وتلقي الطفل الأصم أو ضعيف السمع الخدمة المناسبة والضرورية في المنزل بشكل مستمر.		
تساهم خدمات التدخل المبكر في توعية الأسرة بخيارات التواصل التي من الممكن أن تستخدم مع طفلهم الأصم أو ضعيف السمع .		
تساهم خدمة مجموعات الدعم الأسري على توعية الأسرة بالموضوعات المتعلقة بتربية وتعليم الأطفال الصم وضعاف السمع .		
تساهم خدمات التدخل المبكر في تحديد المكان التربوي المناسب لدرجة إعاقة الطفل الأصم أو ضعيف السمع.		
تساهم خدمة علاج اللغة والكلام المبكرة في الكشف عن المشاكل اللغوية والكلامية لدى الأطفال الصم وضعاف السمع .		
تساهم خدمة علاج اللغة والكلام المبكرة للأطفال الصم وضعاف السمع في تصحيح المشكلات اللغوية والكلامية التي لديهم في وقت مبكر .		
تساهم خدمة علاج اللغة والكلام المبكرة للأطفال الصم وضعاف السمع في زيادة الحصيلة اللغوية لديهم .		
تساهم خدمة علاج اللغة والكلام المبكرة للأطفال الصم وضعاف السمع للأطفال الصم وضعاف السمع في الحد من تفاقم المشاكل اللغوية والكلامية لديهم.		
تساهم خدمة علاج اللغة والكلام المبكرة للأطفال الصم وضعاف السمع في الاستفادة من السنوات الأولى وتقليل الأعباء على الأسرة مستقبلاً.		
تعويد الطفل الأصم أو ضعيف السمع على ارتداء المعينات السمعية في وقت مبكر مهم في استثمار لبقايا السمع في السنوات المبكرة.		

		يساعد تعويد الطفل الأصم أو ضعيف السمع على ارتداء المعينات السمعية في وقت مبكر في تواصله مع أسرته بشكل أفضل .	
		ارتداء المعينات السمعية في وقت مبكر للطفل الأصم أو ضعيف السمع يساعد على تقبل الطفل للمعين السمعي وعدم رفضه.	
		ارتداء المعينات السمعية في وقت مبكر للطفل الأصم أو ضعيف السمع يساعد في تجنب كثيراً من المشكلات السمعية التي تواجه الطفل مستقبلاً.	
		تقديم معلومات عن المعينات السمعية وكيفية التعامل معها لأهـرة الطفل الأصم وضعيف السمع يساعد في ضمان التزام الطفل لبس للمعين السمعي .	
		تساهم خدمة تعليم لغة الإشارة المبكرة في تنمية اللغة لدى الطفل الأصم.	
		تساهم خدمة تعليم لغة الإشارة المبكرة في تواصل الطفل الأصم مع الآخرين في وقت مبكر .	
		يساهـم توفير خدمة تعليم لغة الإشارة للطفل الأصم في سن مبكرة في تحقيق تواصل الأسرة مع طفلها الأصم.	
		يساهـم تقديم الخدمة النفسية المبكرة للطفل الأصم وضعيف السمع في تطبيق برامج التدخل المناسبة.	
		يساهـم تقديم الخدمة النفسية المبكرة للأسرة في مساعدة الأسرة على تقبل إعاقة طفلها بشكل أسرع.	
٢٦		يساهـم تقديم الخدمة النفسية المبكرة للطفل الأصم أو ضعيف السمع في تطوير وتقويم ومتابعة برامج التدخل حسب حالة كل طفل.	
٢٧		يساهـم تقديم الخدمة النفسية المبكرة في تحقيق نمو نفسي للطفل الأصم أو ضعيف السمع .	
٢٨		تساهم للخدمة الاجتماعية المبكرة في تقبل الأسرة لطفلها الأصم أو ضعيف السمع في وقت مبكر.	
٢٩		تساهم للخدمة الاجتماعية المبكرة في تفعيل ودعم دور الأسرة تجاه طفلها الأصم أو ضعيف السمع في وقت مبكر.	
		تساهم الخدمة الطبية المبكرة في التعرف على أو تشخيص المشكلات التي أدت إلى الصمم أو ضعف السمع عند الطفل في وقت مبكر .	
		تساهم الخدمة الطبية المبكرة في تحديد مشكلة الصمم أو ضعف السمع من الناحية الطبية.	
٣٠		تساهم للخدمة الطبية المبكرة في تحديد أولوية خدمات التدخل المبكر التي يحتاجها الطفل الأصم أو ضعيف السمع.	

الخدمات المقدمة			توفر الخدمة
١	تتوفر في المكان الذي تعمل فيه خدمات الفحص والتعرف المبكر على الأطفال الصم وضعاف السمع.		
٢	تتوفر في المكان الذي تعمل فيه الخدمة الطبية المبكرة للأطفال الصم وضعاف السمع.		
٣	تتوفر في المكان الذي تعمل فيه الخدمات النفسية المبكرة للأطفال الصم وضعاف السمع.		
٤	تتوفر في المكان الذي تعمل فيه الخدمات الاجتماعية المبكرة للأطفال الصم وضعاف السمع وأسرهم.		
٥	تتوفر في المكان الذي تعمل فيه خدمة توفير المعينات السمعية المبكرة للأطفال الصم وضعاف السمع.		
٦	تتوفر في المكان الذي تعمل فيه خدمة الإرشاد المبكر لأسر الأطفال الصم وضعاف السمع.		
٧	تتوفر في المكان الذي تعمل فيه خدمة التدريب المبكر لأسر الأطفال الصم وضعاف السمع.		
٨	تتوفر في المكان الذي تعمل فيه خدمة الزيارات المنزلية المبكرة للأطفال الصم وضعاف السمع.		
٩	تتوفر في المكان الذي تعمل فيه خدمات مبكرة في علاج اللغة والكلام للأطفال الصم وضعاف السمع.		
١٠	تتوفر في المكان الذي تعمل فيه خدمات تعليم لغة الإشارة للأطفال الصم في سن مبكرة (الميلاد - ٣ سنوات).		
١١	تتوفر في المكان الذي تعمل فيه خدمات تعليم لغة الإشارة للأطفال الصم في سن متأخرة (فوق ٣ سنوات).		

ملحق رقم (4) خطابات عدد الاختصاصيين

بسم الله الرحمن الرحيم



الرقم: ١٥٤

التاريخ: ١٤ / / ١٤١٤

المرفقات:

الموضوع:

للملكة العربية السعودية

وزارة التعليم العالي

جامعة الملك سعود

كلية التربية

المحترم

سعادة :

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته

يقوم الباحث / عادل بن سليمان الوهيب من طلاب الدراسات العليا بجامعة الملك سعود - مسار إعاقة سمعية - بإجراء دراسة بعنوان (خدمات التدخل المبكر للصم وضعاف السمع ، أهميتها ومدى توافرها) وذلك من خلال أخذ رأي المختصين الذين يقدمون خدمات للصم وضعاف السمع .

وحيث أن لديكم وحدة مختصة بالتواصل . أمل تزويد الباحث بإحصائية بعدد المتخصصين (سمعيات ، تخاطب) وعدد الحالات التي تراجع وحدتكم خلال الفترة الحالية .

شاكرين لكم سلفاً سرعة تجاوبكم

ملاحظة :

لإرسال البيانات على فاكس رقم : ٩٧٠٠٩١
للاستفسار : أ / عادل الوهيب ، جوال : ٥٠٣٢٠٨٨٢٦

والله يحفظكم ويرعاكم

رئيس قسم التربية الخاصة

د. طارق بن صالح الرئيس

كلية التربية بالبريد

برامج العوق السمعي في رياض الأطفال

م	البرنامج	المكتب التابع له	رقم التلفون	عام الافتتاح
١	الروضة ٦	الخزان	٤٣٥٥١٨٤	١٤٢٦هـ
٢	الروضة ٧	الوسط	٤٧٧١٧٦٢	١٤٢٢هـ
٣	الروضة ٨ بالحرس	الحرس	٢٥١٣٧٨٠	١٤٢٦هـ
٤	الروضة ٨ بالسليمانية	الوسط	٤٦٥٨٦٠١	١٤٢٣هـ
٥	الروضة ١٢	شرق الروابي	٤٤٦٠٠٣١	١٤٢٥هـ
٦	الروضة ١٦	غرب البديعة	٤٣٠٥٠٠٩	١٤٢٤هـ
٧	الروضة ١٧	الشفاء	٤٢٤٠٧٨١	١٤٢٦هـ
٨	الروضة ١٩	شرق الروابي	٤٩١٨٨٩١	١٤٢٦هـ
٩	الروضة ٢٥	شرق الروابي	٢٣٠٥٩٤٣	١٤٢٢هـ
١٠	الروضة ٢٦	شرق النهضة	٢٣٢٧٣٦٣	١٤٢٦هـ
١١	الروضة ٢٨	شرق النهضة	٢٣٥٥٢٧١	١٤٢٤هـ
١٢	الروضة ٣٥	شرق الروابي	٢٣٢٢٦٨٦	١٤٢٥هـ
١٣	الروضة ٤٥	الشمال	٤٥٣١٨٧٩	١٤٢٧هـ
١٤	الروضة ٣٨	غرب البديعة	٤٢٢٠٧٣٧	١٤٢٦هـ
١٥	الروضة ٤٣	الجنوب	٤٨٢٢٨٧١	١٤٢٦هـ
١٦	الروضة ٤٦	الشفاء	٤٣١٤٩٦٦	١٤٢٦هـ
١٧	الروضة ٢٩	الشمال	-----	١٤٢٨هـ
١٨	الروضة ١٣	النهضة	-----	-----

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



وزارة التربية والتعليم
Ministry of Education

المملكة العربية السعودية

وزارة التربية والتعليم
الإدارة العامة للتربية والتعليم
إدارة التعليم الموالي
قسم التربية الخاصة
مركز السمع والكلام

الرقم :
التاريخ ١٦ / ٢ / ١٤١٤ هـ
المستندات :

بأن بإعداد المنتسبين للمركز من معلمين نطق وأخصائيين وطلاب تدخل مبكر

مدرسي النطق	أخصائي نفسي	طلاب السمعية	بنسبة
٢١	١	١	١
طلاب التدخل المبكر	طلاب الفترة المسائية من تعليم العام شهر صفر		
٥٠ طالب	٢١ طالب		

مدير مركز السمع والكلام
فهد بن حمد الشايع

29-MAR-2008 10:30

KFH, SURGERY DEPT.

988 1 2520088 4138 P.O.

Kingdom of Saudi Arabia
National Guard-Health Affairs
King Abdulaziz Medical City



المملكة العربية السعودية
الحرس الوطني - الشؤون الصحية
مدينة الملك عبد العزيز الطبية

المحترم
سعادة الأستاذ/ عادل الوهيب
مستشفى الحرس الوطني
السلام عليكم ورحمة الله وبركاته،

نأسف لعدم تمكننا من توفير المعلومات المطلوبة نظراً أن الإحصائيات لدينا
بتعداد مختلف، فالتصنيف يكون على حسب مشاكل التواصل، أي عدد التأخر اللغوي، أو
النطق، التلعثم، الصوت وغيره، وليس على الأسباب المؤدية للمشاكل اللغوية.

عدد الأخصائيين 8 بمؤهلات مختلفة، منهم 4 متخصصون بمشاكل النطق واللغة. أما عن
حالات الإعاقة السمعية التي تراجع في وحدتنا، تمثل فقط بالمشاكل السمعية المتزاوجة من بسيط
إلى متوسط باستخدام المعينات السمعية.

وشكراً،

مدير وحدة للتخاطب بمستشفى الحرس الوطني

أ/ عزيزة التركي
م

24.11.1981

24 Mar 08 13:12

ORL/H&NIRKHI

4738100

AUDIOLOGY DIVISION Statistics For the Year 2007

MONTHS	AC/BC	OTHER TEST	ENG+CALORIC	E.R.A.	IMPRESSION	HEARING AID F/U	HEARING AID FIT	PATIENTS SEEN
January	363	668	6	4	32	100	38	1211
February	376	648	7	13	41	93	21	1201
March	422	643	5	7	24	74	50	1225
April	398	721	18	16	35	84	34	1313
May	417	860	13	18	48	65	77	1300
June	405	748	6	18	47	73	63	1019
July	292	539	5	14	41	66	52	639
August	162	340	4	8	33	79	30	1207
September	365	675	2	11	34	79	41	702
October	222	371	1	8	27	52	23	1073
November	347	552	4	7	37	95	34	731
December	206	439	3	2	21	67	3	

Audiology Statistics 2007



- ☐ January
- ☒ February
- ☒ March
- ☐ April
- ☒ May
- ☐ June
- ☒ July
- ☐ August
- ☒ September
- ☒ October
- ☐ November
- ☐ December

بسم الله الرحمن الرحيم

المملكة العربية السعودية
وزارة التعليم العالي
جامعة الملك سعود
كلية الطب
مستشفى الملك عبدالعزيز الجامعي

الرقم:
التاريخ: ١٤٢٩/٢/٢٢ هـ
المرفقات: ١٤

الموضوع:

سعادة الدكتور/ طارق بن صالح الرئيس
حفظه الله

رئيس قسم التربية الخاصة
المعلم عليكم ورحمة الله وبركاته... وبعد

إشارة لخطاب مساعدكم المتضمن تزويد الباحث بإحصائية بعدد المتخصصين (سمعيات وتخاطب) وعدد الحالات التي تراجع وحدتكم خلال الفترة الحالية، نفيد مساعدكم أن عدد منسوبي وحدة أمراض التخاطب والبلع كما يلي:

١- طبيب استشاري: عدد ٣ (١ ذكر + ٢ أنثى)
٢- طبيب أخصائي: لا يوجد
٣- أخصائي تأهيل على نطاق (ماجستير): عدد ٢ (١ ذكر + ١ أنثى)
٤- أخصائي تأهيل على نطاق (بكالوريوس): عدد ٤ (١ ذكر + ٣ أنثى)
وأن معدل عدد المرضى المراجعين للوحدة شهرياً (٦٩٤ مريضاً)

شاكركم لحسن تعاونكم والله يحفظكم....

رئيس وحدة أمراض التخاطب والبلع
الدكتور/ خالد بن حسان المالكي

ملحق رقم (5) خطاب رئيس قسم التربية الخاصة لتطبيق أداة الدراسة على وحدات التخاطب في المستشفيات

بسم الله الرحمن الرحيم



المملكة العربية السعودية

وزارة التعليم العالي

جامعة الملك سعود

كلية التربية

الرقم:
التاريخ: ١٤ / /
المرفقات:

الموضوع:

سلمه الله

سعادة /

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته ، ،

نفيد سعادتكم بأن الباحث عادل بن سليمان الوهيب أحد طلاب الدراسات العليا مسار (الإعاقة السمعية) يقوم بإجراء دراسة بعنوان " خدمات التدخل المبكر للأطفال الصم وضعاف السمع " أهميتها ومدى توفرها من وجهة نظر المتخصصين بمدينة الرياض.

وحيث أنكم تقدمون خدمات للأطفال الصم وضعاف السمع نرجو من سعادتكم السماح بتطبيق الاستبانه المرفقه على المتخصصين لديكم لمعرفة آرائهم حول خدمات التدخل المبكر للصم وضعاف السمع.

شاكرين ومقدرين حسن تعاونكم ، ، ، ،

رئيس قسم التربية الخاصة

د. طارق بن صالح الرئيس



ملحق رقم (6)
خطاب عميد كلية التربية موجه إلى مدير عام
تعليم البنات بمنطقة الرياض

الرقم: ٢٠ / ٧٦١
التاريخ: ١٧ / ١١ / ١٤٢٩ هـ
المرفقات:



المملكة العربية السعودية
وزارة التعليم العالي
جامعة الملك فهد
كلية التربية
مكتب العميد

الوضع:

سعادة مدير عام إدارة التربية والتعليم (بنات) بمنطقة الرياض المحترم

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته ويعد:

أفيد معادنتكم أن طالب الدراسات العليا بقسم التربية الخاصة عادل بن سليمان الوهيب يرغب في تطبيق أداة دراسته المرفقة بعنوان "خدمات التدخل المبكر للأطفال الصم وضعاف السمع أذنيها ومدى توفرها من وجهة نظر الاختصاصيين بمدينة الرياض" وذلك على معلّات رياض الأطفال المدمج بها عرق سمعي. وذلك استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير في التربية الخاصة.

أرجو من سعادنتكم التكرم بالموقفه على تسهيل مهمة الباحث.

شاكراً ومقدار تعاونكم سلفاً.

وتقبلوا فائق تحياتي وتقديري،،،،

عميد كلية التربية

د. خالد بن فهد الحديفي

٢٠١٧٩٦٧٧
١٤٢٩/١١/١٧

ملحق رقم (7)

خطاب مدير عام تعليم البنات بمنطقة الرياض
موجه الى مديرات روضات الاطفال المدمج بها
صم أو ضعاف سمع

١٦٧

بسم الله الرحمن الرحيم



وزارة التربية والتعليم
Ministry of Education

الملك عبد العزيز آل سعود

وزارة التربية والتعليم

شئون تعليم البنات

لجنة العامة للتربية والتعليم للبنات بمنطقة الرياض

إدارة التربية الخاصة

الرقم: ١٧/ ٥٠٧
التاريخ: ١٤٢٩/ ١١/ ٢٤
المشروعات: ١١٠٠

حفظه الله

إلى سريرة الموصلة / ٨-١٤-١٦-١٧-١٩-٤٥

٤٦-٤٣-٣٨-١٣-٢٩

من / المصالحات للشئون التعليمية

بشأن: تسهيل مهمة الباحث / عادل بن سليمان الوكيل

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته وبعد،،

إشارة إلى خطاب عميد كلية التربية بجامعة الملك سعود في الرقم ٢٠/ ٢٤/ ١٤٢٩

بشأن تطبيق دراسة الباحث / عادل بن سليمان الوكيل

منوان (معدلات التحصيل المبكر للأطفال الصغار من صنف السبع وأهملهم) وقد تم عرضها في الاجتماعات السابقة

حصول على درجة / الماجستير

عليه نأمل تسهيل مهمة الباحث بتعبئة الاستبانة المرفقة من قبل

معدلات التحصيل المبكر للأطفال الصغار من صنف السبع وأهملهم

علماً بأن الباحث سوف يقوم بتوزيع واستلام الاستبانة بنفسه

شاكرين لكم تعاونكم،،

والله الموفق،،

د. البندري بنت عبد الله آل سعود

عز سعاد

من المصالحات

من: للمصالحات للشئون التعليمية (نقطة التعميم)

