[٧]

فعالية برنامج إرشادي فى تحسين النمو اللغوي لدي الأطفال ضعاف السمع برنامج للأطفال والوالدين

د. محفوظ عبد الستار أبو الفضل
أستاذ الصحة النفسية المساعد
كلية التربية بالغردقة- جامعة جنوب الوادي

فعالية برنامج إرشادي
فى تحسين النمو اللغوي لدي الأطفال ضعاف السمع
برنامج للأطفال والوالدين

د. محفوظ عبد الستار أبو الفضل ★

ملخص:

تهدف الدراسة الحالية إلى التعرف على فعالية برنامج إرشادي فى تحسين النمو اللغوي لدى الأطفال ضعاف السمع، تكونت عينة الدراسة التجريبية من (١٢) طفلاً من الأطفال ضعاف السمع (٣ إناث، ٩ ذكور) تم اختيارهم من عينة كلية قدرها (١٩) طفلاً ضعيف السمع برياض الأطفال بمدينة الغردقة تم تطبيق الأدوات التالية: مقياس ستانفود بينيه للذكاء– الصورة الرابعة، مقياس النمو اللغوي لأطفال ما قبل المدرسة (اعداد الباحث)، البرنامج الإرشادي للأطفال والوالدين (اعداد الباحث). وأسفرت النتائج إلي وجود فروق دالة إحصائياً على تحسن النمو اللغوي (لغة تعبيرية، لغة استقبالية) لدى الأطفال عينة الدراسة فى القياسين القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي، وقد كان هذا التحسن أكثر في نمو اللغة التعبيرية، ولكن لم تظهر النتائج أي فروق دالة إحصائياً بين القياس البعدي والقياس التتبعي (بعد مرور شهرين من البرنامج) مما يشير إلى استمرار فعالية البرنامج في فترة المتابعة، وتوصي الدراسة بالكشف المبكر عن الضعف السمعي بإجراء قياس سمعي لكل الأطفال حديثي الولادة، مع ضرورة إشراك الوالدين في إعداد وتنفيذ البرامج المقدمة للأطفال ذوي الإعاقة السمعية وذلك لثبات أثر هذا العامل على إنجاح مثل هذه البرامج.

★ أستاذ الصحة النفسية المساعد، كلية التربية بالغردقة – جامعة جنوب الوادي.

Abstract

The present study aims at identifying the effectiveness of a counseling program in enhancing the language development of children with hearing problems.

The experimental group consisted of 12 children with hearing impairment (3 females and 9 males) out of a sample consisted of 19 children with hearing impairment in kindergartens at Hurghada. The following tools were applied: Stanford Binet scale (version 4), language development scale (by the researcher) and the counseling program for children and parents (by the researcher).

Result showed that there were significantly mean differences on enhancing the language development (expressive and receiving language) of the children in the sample in the pre and post tests favoring the post testing. This enhancement was greater in the expressive language. Results also showed that there were no significantly mean differences in the post and follow up tests after 2 months of the follow up period.

The study recommends identifying early hearing impairment of the children using a hearing scale for the new bon children and the parental participation in preparing and running the programs targeted to the deaf children due to the reliability of such a factor in the success of these programs.

أولاً: مقدمة الدراسة:

يُعد الاهتمام بالفئات ذوي الاحتياجات الخاصة، ومنهم المعاقون سمعياً وضعاف السمع سمة من سمات التنمية، فمقياس تحضر الشعوب وتقدمها يكون بمدى الاهتمام العادل بجميع فئات المجتمع بصفة عامة، فالطفل المعاق مواطن، وله ما للمواطن العادي من حقوق، وعليه ما عليه من واجبات، ولن يكون المجتمع طبيعياً ما لم يشترك جميع أفراده العاديين منهم، وغير العاديين بما فيهم المعاقين سمعياً وضعاف السمع جنبًا إلي جنب في مختلف ميادين الحياة، وعلى أسس مبنية على التفاهم والاحترام.

فلإنسان بطبيعته كائناً اجتماعياً ينشأ فى جماعة ويتفاعل مع أعضائها ويتواصل معهم وتلعب حاسة السمع دوراً مهماً فى تحقيق ذلك، حيث تسمح للفرد بسماع الأصوات والكلمات التى ينطق بها الآخرون من حوله، فيشرع فى تقليدها مما يساعده على تعلم اللغة السائدة فى جماعته.

واللغة هى الأساس فى تواصل البشر مع بعضهم البعض، والطفل ينطق بكلمته الأولى في الشهر الحادي عشر أو قبله بقليل ثم يحدث تطور تدريجي وسريع في اللغة ويمر بمراحل عديدة إلى أن يصل لاكتمال قدراته اللغوية، إلا أن بعض الأطفال وخاصة ضعاف السمع يواجهون تأخراً في اكتساب اللغة، فتظهر لديهم الكلمة الأولى متأخرة جداً، وقد يصل لسن السادسة وقدراته اللغوية لا تزيد عن بضع كلمات ولا يستطيع نطقها بشكل صحيح حيث يعانى هؤلاء الأطفال ضعاف السمع من تأخر في اكتساب اللغة واضطرابات النطق أكثر من العاديين بسبب سوء استخدام بقايا السمع لديهم بصورة صحيحة، وفي هذا السياق

تقول كاميليا عبد الفتاح (١٩٩٥، ٤٥- ٤٦) أن اللغة تعد من أهم العناصر المؤثرة في نمو الطفل، حيث يبدأ بعد سن الثالثة في استخدام اللغة وظيفياً بشكل يسهم في الإثراء اللفظي والذي بدوره يرتبط ويوثر فيما بعد في النمو العقلي والمعرفي والاجتماعي للطفل.

ويذكر تيرفو Tervo (2003, 2) أن اضطرابات النمو اللغوي هي الأكثر انتشاراً بين الأطفال ذوي الصعوبات النمائية، حيث يعاني منها ١١% من الأطفال ويتم تشخيصهم إكلينيكيا تحت مسمى (الإعاقة السمعية، الإعاقة العقلية، التوحد، عيوب النطق، صعوبات التعلم) كما يؤثر تأخر اللغة والكلام بشكل كبير على النمو الاجتماعي والتعليمي للأطفال.

وللأطفال ذو الإعاقة السمعية البسيطة مشكلات في سماع الأصوات المنخفضة أو البعيدة أو في فهم موضوعات الحديث، كما يواجهون مشكلات لغوية تبدو في صعوبة وفهم ما يقرب من ٥٠% من المناقشات وتكوين المفردات.

في حين يواجه الأطفال ذو الإعاقة السمعية المتوسطة مشكلات في فهم المحادثات والمناقشات الجماعية والنقص لديهم في عدد المفردات اللغوية، وبالتالي صعوبة في التعبير اللغوي، في حين يواجه الأطفال ذو الإعاقة السمعية الشديدة مشكلات في سماع الأصوات حتى العالية منها وبالتالي مشكلات في التواصل مع الآخرين لغوياً (فاروق الروسان، ١٩٩٨).

وهنا يؤكد كل من سنتياجو Santiago (2008)، أحمد عثمان (٢٠٠٩) على محدودية القدرات التعبيرية للمعاقين سمعياً بسبب تأخر

نموهم اللغوي بالإضافة إلي أن لديهم صعوبة في تعلم معنى كلمات جديدة، فضلا عن كيفية استخدامها وتوظيفها في جمل أو حوار.

وفى هذا السياق يؤكد سعيد عبد الرحمن (٢٠٠٧، ١٠٧١) أن أكثر مظاهر النمو تأثرًا بالإعاقة السمعية هو النمو اللغوي، فكلما زادت شدة الضعف السمعي كلما قلت الحصيلة اللغوية التي يكتسبها المعاق، مع الأخذ في الاعتبار توقيت الإصابة وهل الطفل أصيب بالضعف السمعي قبل تعلم اللغة أم بعد تعلمها، فالطفل الذي أصيب بالضعف السمعي بعد نمو اللغة، سوف يحتفظ بقدرة لغوية لا يمكن لطفل آخر أصيب منذ ولادته أن يصل إليها أبداً، حتى وإن تفوق علي الأول في نسبة السمع المتبقية لديه.

وفقدان الطفل لجزء من حاسة السمع في فترة الرضاعة يؤخر عملية النمو اللغوي لدى الطفل، ومن ثم صعوبة كبيرة في تعلم اللغة الصوتية رغم أن لديهم الكثير من بقايا السمع، ورغم سلامة أعضاء نطقه إلا أنه ينطق الأصوات الكلامية بطريقة خاطئة، حيث أن الإعاقة السمعية تتمثل في ميكانيكية النطق للكلام الصوتي، وكلما كانت الإعاقة أكبر ازدادت صعوبة اللغة الصوتية والنطق بطريقة مشوهة.

وفي هذا الصدد أشارت زينب شقير (٢٠٠٠، ١٨٩) إلى وجود علاقة طردية بين النمو اللغوي للمعاق سمعياً وبين درجة الإعاقة السمعية. وبناء على ما سبق يمكننا القول أن أي ضعف في حاسة سمع الطفل يؤثر بشكل كبير على اكتسابه للغة، وبالتالي فضعاف السمع هم أكثر الفئات الخاصة تأخراً لغوياً، ولذلك فهذا الطفل بحاجة ماسة لخدمات خاصة، وذلك فيما يتعلق بتنمية اللغة والتفاعل والتواصل مع الآخرين.

كما أن ضعف اللغة اللفظية وتأخر النمو اللغوي يعدان من أهم النتائج المترتبة على وجود ضعف السمع لدى الأطفال، نظراً لحرمانهم من سماع النماذج الكلامية الصحيحة من الكبار وخاصة الوالدين، أي أن النمو اللغوي للطفل ضعيف السمع يتأثر بالجو الأسري العام، والعلاقات الاجتماعية داخل وخارج الأسرة، حيث أكدت العديد من الدراسات على أن الطفل في حاجة إلى النمو في جو أسري دافئ وهادئ ومستقر، وإلى مساندة والديه وأيضاً إلى الشعور بالتقبل في إطار الأسرة، وعلى العكس فإن شعور الطفل بالرفض يؤدي إلى سلوك غير مقبول وأعراض واضطرابات مختلفة، بالإضافة إلى تأخر النمو اللغوي لديه (Norio, et al., 2012).

ولما كانت مرحلة الطفولة المحور الأساسي فى اكتساب الطفل للغة التى تعمل على بناء شخصية الأطفال من أجل الوصول إلى درجة معينه من الكفاءة الشخصية والاجتماعية تساعدهم في التفاعل مع مواقف الحياة، لذا فإن التفاعل المبكر بين الوالدين وأطفالهم ضعاف السمع له تأثيرات واسعة في النمواللغوي للطفل ضعيف السمع حيث ينتقل الطفل إلى مرحلة ما وراء علاقته بالوالدين إلى ما وراء المحيط الأسري لكي يتعامل مع باقي العالم، حيث يؤثر تواصل الآباء في النمو اللغوي للطفل ضعيف السمع كما يؤثر في مجالات النمو الأخرى (Vaccari & Marschark, 1997: 1-6).

ويشير شاكر قنديل (١٩٩٥، ٩) إلى أن الوسط الاجتماعي الذي يعيش فيه الطفل ضعيف السمع يلعب دوراً مهماً في تسهيل أو تعقيد مهمة الطفل ضعيف السمع في التعامل مع الصعوبات الناتجة عن

إعاقته. ومن هذا المنطلق فإن أي قصور ينتاب حاسة السمع يؤثر بطبيعة الحال على الأداء الوظيفي الخاص بها سواء تمثل ذلك في ضعف السمع أو حتى في فقد السمع، ومن ثم فإنه يترك أثراً سلبياً واضحاً على الفرد وعلى جوانب شخصيته بشكل عام عقلياً، وانفعالياً، واجتماعياً، وأكاديمياً، ولغوياً وجسمياً، وحركياً.

فدور الوالدين هام في تحقيق التطور السليم للنمو اللغوي ويزداد هذا الدور أهمية عندما يكون الطفل من ذوى الإعاقة السمعية، فالتباين والاختلاف في حصيلة الطفل ضعيف السمع يرتبط ارتباطاً وثيقاً بنوعية العلاقة والتفاعل بين الفرد ووالديه (Norio, et al., 2012).

ويؤكد سيريز Therese (2009) أنه نظرا لأهمية دور الوالدين في تنمية قدرات الأطفال ضعاف السمع وتأهيلهم فقد ظهرت الحاجة إلى إرشادهم وتدريبهم للقيام بهذا الدور لأنهما قد يجهلان الخطوات أو الاجراءات التي يجب أن يسيرا وفقا لها.

لذا فالإرشاد الأسري عملية مهمة في مساعدة أفراد الأسرة (الوالدان والأولاد وحتى الأقارب) فرادي أو جماعات في فهم الحياة ومسؤولياتهم لتحقق الاستقرار والتوافق الأسري وحل المشكلات الأسرية وتنمية التواصل الإيجابى بين أعضائها.

لذا فإنه لا يمكن الحد من المشكلات اللغوية الناتجة عن إعاقة الطفل ضعيف السمع إلا باستغلال ما تبقى من سمعه بالشكل الأمثل وذلك عن طريق تدريب الطفل ضعيف السمع ووالديه على التواصل الإيجابي.

ومن هنا تبدو أهمية تنمية المهارات اللغوية لدى الأطفال ضعاف السمع من خلال برنامجي الإرشاد الأسري لأولياء أمور الأطفال وتدريب الأطفال أنفسهم مما يزيد من فعالية تنمية تلك المهارات لدى هؤلاء الأطفال.

ثانياً: مشكلة الدراسة:

تتابين المشكلات الناتجة عن الإصابة بضعف السمع باختلاف العوامل المؤثرة على المظاهر النمائية المختلفة، كما أن العمر عند الإصابة بالإعاقة السمعية ونوع ودرجة الفقدان السمعي ومدى إدراك المعاقين سمعياً لفوائد استخدام السماعات الطبية أو التكنولوجيا السمعية في الحياة اليومية، وردود فعل الآباء الانفعالية ومستوى تعليم وتأهيل الآباء والبيئة السمعية المحيطة كلها تعتبر من العوامل المؤثرة على حياة الفرد المعاق سمعياً وأنشطته اليومية والتقليل من آثار ضعف السمع على حياة الطفل ضعيف السمع وخاصة على اكتسابة للغة، فإن التأهيل السمعي Audiological Rehabilitation يلعب دوراً بارزاً، حيث ازداد التركيز في العقدين الماضيين على برامج التأهيل السمعي بهدف مساعدة الأطفال ضعاف السمع على التكيف والتعامل مع الآثار الناتجة عن الفقدان السمعي، وحتى تكون برامج التأهيل السمعي فعالة لا بد لها أن تتعامل مع مشكلات التواصل مبكراً لتحقق بذلك حاجات كل فرد بخصوصيته الخاصة (إبراهيم الرزيقات، ٢٠٠٣). وفى هذا الصدد ويؤكد فينستاك Finestack (2007, 4) على أهمية التشخيص المبكر لتأخر النمو اللغوي عند الأطفال، لأن تأخرهم اللغوي غالبا ما يستمر لمدة طويلة في سنوات المدرسة وحتى سن البلوغ، وللتخفيف من أثر

ضعفهم في تعلم اللغة لابد من تلقي التدخل اللغوي مبكراً لتسهيل اكتساب اللغة واستخدام الكلمات والجمل والتراكيب والنصوص، وهذا ما أكدته نتائج دراسة يوشنجاتانو Yoshinaga-Itano (1998) فوجدت تفوقاً ملحوظاً في نمو اللغة لدى الأطفال الذين تم اكتشاف فقدهم السمعي مبكرا.

ومن الملاحظ أن بعض الأسر تفتقر التوعية الخاصة بالضعف السمعي لدى أطفالهم، لذلك يضعوهم في مدراس الأمل للصم والبكم التي تركز على لغة الإشارة فيتعود الطفل ضعيف السمع عليها لسهولتها والتي تقتل لديه أي استعداد لتعلم اللغة أو النطق بشكل يمكنه من التواصل لفظياً مع العاديين والتواجد بينهم والتفاعل معهم.

وهنا يشير جان Jean (2009) إلى وجود علاقة كبيرة موجبة بين قدرة الأطفال ضعاف السمع على إدراك الكلام ومهارات اللغة المنطوقة لديهم. أي أنه لكي يكون للطفل ضعيف السمع لغة منطوقة لابد أن يدرك الكلام من خلال سماعه باستخدام معينات سمعية وبرنامج للتأهيل التخاطبي.

وهذا ما أكدت عليه دراسة دملنج Dimling (2007) من أن معظم الأطفال ضعاف السمع يمكن أن يحققوا زيادة في مستويات الفهم والتعرف على المفردات اللغوية واستخدامها من خلال التدخل المبكر واعتمادهم على بقايا السمع لديهم فى تنمية التواصل مع المحيطين دون اللجوء الى لغة الاشارة.

وهذا يثبت أن التدخل له أثر إيجابي مباشر على إدراكهم للمفردات اللغوية الجديدة والقدرة على استخدامها.

لذلك لو مرت هذه الفترة العمرية دون اكتساب الطفل للغة فلن يستطيع هذا الطفل أن يتكلم أبدا طوال حياته وهذا ما وصل إليه مارك Mark (2003, 329) أن متوسط السن الذي يتم فيه تشخيص الضعف السمعي هو سنتين ونصف فأي تأخير في اكتشاف الضعف السمعي يكون له تأثير سلبي على نمو الطفل اللغوي مستقبلا. وهي نفس النتيجة التي أكدتها دراسة كيربي Kirby (2008) حيث توصلت إلى وجود ارتباط بين الإصابة المبكرة بالضعف السمعى (قبل اكتساب اللغة) وشدة درجة تأخر النمو اللغوي والكلام.

ويتفق مع محمد النوبي (٢٠٠٦، ٥) كل من محمد النحاس (٢٠٠٦، ٥٩) وصبحي سليمان (٢٠٠٧، ١٧١) في أن عملية اكتساب اللغة تعتمد على قدرة الطفل على التقليد حيث يتعلم اللغة من سماعه للآخرين وهم يتكلمون، فإن حرمانه ولو جزئياً من حاسة السمع يعني حرمانه من تعلم اللغة واكتسابها ممن حوله.

وهذا ما أكده سنتياجو Santiago (2008, 3) في أن الأطفال الذين يعانون من اضطرابات في اللغة والقراءة لديهم صعوبة في تعلم معنى كلمات جديدة، فضلا عن كيفية استخدامها في جمل أو حوار.

ويواجه الأطفال ضعاف السمع ذو اضطرابات اللغة صعوبة في تعلم واكتساب اللغة، وهو ما يؤثر على الجانب الاجتماعي، حيث يواجهون صعوبة فهم مضمون الكلمات، أو صنع الجمل، أو القراءة والكتابة، وبالتالي فقد يؤدي نقص السمع إلى تأخر النمو اللغوي (Dennis, 2007, 28).

بالإضافة إلي ما سبق فقد أكدت العديد من الدراسات مثل دراسة (أحمد عثمان، ٢٠٠٩؛ Hund-Reid, 2008) على أن الأطفال ضعاف السمع يعانون من مشكلات تواصلية وسلوكية واجتماعية وأسرية وأكاديمية تؤثر بشكل واضح على مسار حياتهم وآمالهم المستقبلية وحقهم في مواصلة تعليمهم واتخاذ القرارات الخاصة بهم شأنهم بذلك شأن أي طفل سامع يمارس ذلك وبقدر من الاستقلالية. بالإضافة إلى أهمية معرفة الوالدين بطبيعية السمع في تشكيل شخصية الطفل ضعيف السمع وكيفية التواصل معه حيث يجد الوالدان صعوبة في التواصل بينهم وبين أطفالهم ضعاف السمع في جميع مواقف الحياة اليومية، مما يؤثر على الطفل في جميع الجوانب وبخاصة الجانب اللغوي والنضج الاجتماعي إذ تمثل مرحلة الطفولة المبكرة المحور الأساسي لبناء حصيلة هؤلاء الأطفال اللغوية.

وبناء على ما سبق فإن تأخر النمو اللغوي واضطراب النطق عند أطفال الروضة ضعاف السمع يستحقا اهتمأما كبيرا، وذلك لوجود تأثير كبير لهما على التعبير عن النفس والتفاعل والاستجابة للآخرين، هذا بالإضافة لتأخر التحصيل الأكاديمي، لاعتماد التعبير عن النفس والتواصل اللفظي مع الآخرين بشكل كبير على المهارات اللغوية كالمفردات والمعرفة اللفظية والفهم السمعي والتعبير اللفظي، الذي يتم من خلاله استخدام الكلام كرموز لغوية، للتعبير عن الأفكار والمشاعر والحاجات بين الأفراد بصورة لفظية، والتوافق النفسي والاجتماعي والنضج العقلي. ومن هنا تبرز أهمية الإرشاد الأسري وتدريب الأطفال ضعاف السمع في تحسين النمو اللغوي لدى هؤلاء الأطفال، ويمكن صياغة مشكلة الدراسة في السؤال التالي: ما فعالية البرنامج التدريبي

للأطفال ضعاف السمع والبرنامج الإرشادي للوالدين فى تحسين النمو اللغوي لدى هؤلاء الأطفال؟

ثالثاً: أهداف الدراسة:

تهدف الدراسة الحالية إلي التعرف على أثر الإرشاد الأسري وتدريب الأطفال ضعاف السمع في تحسين النمو اللغوي لدى هؤلاء الأطفال، وتنمية المهارات اللغوية الاستقبالية والتعبيرية لدى أطفال الروضة ضعاف السمع وإثرائهم بمفردات جديدة لتكوين حصيلة لغوية تساعدهم على التخاطب اللفظي مع الآخرين بشكل يقترب من الطبيعي.

رابعاً: أهمية الدراسة:

يستمد البحث الحالي أهميته مما يلي:

- الاستفادة من البرنامج الإرشادي لأسر الأطفال ضعاف السمع (وتدريب) الأطفال أنفسهم في تحسين النمو اللغوي لديهم.
- تحسين التواصل اللفظي لأطفال الروضة ضعاف السمع قد يساعدهم على العيش باستقلالية، والاندماج في المجتمع، وممارسة الحياة اليومية بشكل أكثر سهولة، مما يعود بالفائدة على أنفسهم وعلى المجتمع المحيط بهم.
- توعية أولياء أمور أطفال الروضة ضعاف السمع والقائمين على مدارس الصم بأنه يمكن استغلال ما تبقي من قدرات سمعية ونطقية لدى هؤلاء الأطفال وتأهيلهم تخاطبياً لتجاوز مشكلات اللغة والنطق لتحسين تواصلهم اللفظي والاجتماعي.

خامساً: الإطار النظري:

١-الإعاقة السمعية:

أ- (تعريف تصنيف):

الإعاقة السمعية أو القصور السمعي Hearing Impairment مصطلح عام يغطي مدى واسعاً من درجات فقدان السمع Hearing Loss يتراوح بين الصمم أو الفقدان الشديد Profound الذي يعوق عملية تعلم الكلام واللغة، والفقدان الخفيف Mild الذي لا يعوق استخدام الأذن في فهم الحديث وتعلم الكلام واللغة (عبد المطلب القريطي، ٢٠٠١).

ويمكن في إطار هذا المفهوم التمييز بين فئتين رئيسيتين هما: الصم Deaf وضعاف السمع Hard Hearing ويتوقف المحك المستخدم للتمييز بين الفئتين على التوجه المهني الذي ينتمي إليه أحد الأخصائيين أو الآخر حيث تصنف منظمة الصحة العالمية الإعاقة السمعية إلي: فقدان تام للسمع: ١٠٠ ديسيبل، وضعف سمعي عميق: أكثر من ٩١ ديسيبل، ضعف سمعي شديد: ٧٠-٩١ ديسيبل، وضعف سمعي متوسط: ٥٦-٦٩ ديسيبل، وضعف سمعي معتدل: ٤١-٥٥ ديسيبل، ضعف سمعي خفيف: ٢٦-٤٠ ديسيبل (Turkington, et al., 2000, 17). فنسبة السمع المتبقية وتوظيفها هي الفارقة بين الأصم وضعيف السمع، فقدرات الطفل السمعية المتبقية لديه هي التي تؤهله لاكتساب المعلومات اللغوية عن طريق حاسة السمع والتواصل اللفظي مع الآخرين شرط استخدام معين سمعي مناسب ليكون الطفل قادراً على أن يكتسب سماعياً اللغة اللفظية (صبحي سليمان، ٢٠٠٧، ١٧٣).

ب- الأطفال ضعاف السمع Hearing Impairment:

يصنف الطفل على أنه ضعيف السمع عندما تتأثر حاسة سمعه بأضرار ولكنها تؤدي وظيفتها سواء باستخدام أو بدون استخدام معينات سمعية، ونصنفه أصم عندما لا تؤدي حاسة السمع لديه وظيفتها (Nielsen, 2008, 136).

فالطفل ضعيف السمع رغم أنه فقد جزءاً من سمعه إلا أن حاسة السمع لديه تؤدى وظيفتها، ولكن بكفاءة أقل ويصبح السمع لديه عادياً عند الاستعانة بالأجهزة السمعية (Jackson, 1996, 39). نظراً لأن قدراته السمعية المتبقية تؤهله من اكتساب المعلومات اللغوية عن طريق حاسة السمع سواء باستخدام السماعات الطبية أو بدونها (أحمد عثمان، ٢٠٠٩، ١٩). ويمكن لكثير من الأطفال ضعاف السمع أن يتلقوا تعليمهم بدرجة من الفاعلية متقاربه للأطفال العاديين، هذا بعد أن يتلقوا خدمات تخاطبيه خاصة كالتدريب السمعي، وعلاج اضطرابات النطق، والتزود بمعين.

فبالرغم أن حاسة السمع للطفل ضعيف السمع قاصرة بدرجة تعوقه عن سماع الكلام المنطوق، إلا أن بإمكان هذا الطفل إذا زود بالمعين السمعي أن يكتسب اللغة عن طريق السمع (محمد النحاس، ٢٠٠٦، ٥١). لأنه لديه بقية سمع يمكنه من خلالها إدراك الكلام الصوتي، سواء باستخدام معين سمعي أو بدونه. فضعاف السمع هم الذين يعانون عجزاً أو قصوراً جزئياً من حاسة السمع، يستخدمون معين سمعي، مما يصبح لديهم رصيد من اللغة والكلام الطبيعي يسهل عليهم كثيراً في تعليمهم.

ج- أسباب الضعف السمعي:

ترجع العوامل المسببة للصمم والضعف السمعي إلى: عوامل وراثية جينية، وعوامل بيئية مكتسبة.

١) العوامل الوراثية المسببة للاعاقة السمعية:

كثيراً ما تحدث حالات الإعاقة السمعية الكلية أو الجزئية نتيجة انتقال بعض الصفات الحيوية أو الحالات المرضية من الوالدين إلى أبنائهم عن طريق الوراثة ومن خلال الكرومرزومات الحاملة لهذه الصفات كضعف الخلايا السمعية أو العصب السمعي، ويقوى احتمال ظهور هذه الحالات مع زواج الأقارب ممن يحملون تلك الصفات، وتظهر الإصابة بالصمم الوراثي منذ الولادة (صمم، أو ضعف سمعي ولادي) أو بعدها بسنوات (عبد المطلب القريطي، ٢٠٠١، ١٤٨-١٤٩). وقد تظهر الإصابة بالصمم بسبب بعض الأمراض الوراثية مثل مرض تصلب عظمة الركاب وهذا المرض يصيب الإناث بنسب أعلى من الذكور، أو مرض ضمور العصب السمعي وهو مرض يصيب أسر بعينها ونراه في أكثر من شخص من نفس الأسرة (صلاح حافظ: ١٩٩٥، ٢١).

وفي هذا السياق تقول الأكاديمية الأمريكية لطب الأنف والأذن والحنجرة American Academy of Otolaryngology أن فقدان السمع (الخلقي) يعد من العيوب الخلقية الأكثر شيوعا، حيث يصيب ثلاثة أطفال من كل ألف مولود، وتساهم العيوب الجينية الموروثة في نحو ٦٠% من حالات فقدان السمع (الخلقي) التي تحدث عند الرضع (AAO, 2006).

٢) العوامل البيئية المسببة للضعف السمعي:

تتعدد العوامل البيئية المسببة للاعاقة السمعية فمنها ما يتعلق بزمن حدوث الإصابة فقد ترجع الإعاقة السمعية إلي إصابة الأم الحامل بعض الحميات والفيروسات الخطيرة قبل الولادة. هذا بالإضافة لتناول الأم الحامل للعقاقير الطبية الضارة بسمع للجنين، أو قد ترجع أسباب الاعاقة السمعية إلي حدوث شذوذ جيني في اختلاف عامل الريزسى (RH) بين الأم والجنين، ويطلق عليه صمم خلقي ولادي، أو نتيجة لنقص الأكسجين خلال فترة الحمل ويسمي ذلك بالصمم المكتسب (زينب شقير، ٢٠٠٠، ١٩٥؛ Hall & Hill, 1996, 213).

كما يمكن أن يحدث للأم الحامل أثناء عملية الولادة بعض المضاعفات أو التغييرات تؤدي إلى ولادة عسرة، مما ينتج عنها إعاقات كثيرة منها الإعاقة السمعية للطفل المولود، وقد يحدث نقص في كمية الأكسجين الواصل للجنين، مما يؤدي إلى حدوث إعاقة قد تكون سمعية، وكذلك ولادة الجنين قبل موعده (محمد عبد الحي،٢٠٠٠، ٦٥). بالإضافة إلى تعرض الأطفال عقب الولادة أو خلال الطفولة المبكرة إلى بعض الأمراض وتؤدي إلى ظهور العديد من المشاكل السمعية ومنها الإصابة بالتهاب السحايا، والالتهابات التي تصيب المخ والتي تخلف آثاراً مدمرة على الخلايا السمعية والعصب السمعي، الحصبة الألمانية، والتسمم بالعقاقير، وتصلب الأذن، والإصابة الجسمية والحوادث، والتهاب الأذن الوسطى الذي يشيع بين الأطفال في سن مبكرة، وقد يتأثر الجهاز السمعي لدى الطفل نتيجة تراكم المادة الشمعية أو صمغ الأذن في القناة

السمعية مما يؤدي إلي انسدادها فلا تسمح بمرور الموجات الصوتية (سميرة أبو الحسن، ٢٠٠٣، ١٥٢- ١٥٣).

كما يمكن أن ترجع العوامل المسببة للاعاقة السمعية طبقا للمكان الذي تحدث فيه الإصابة إلى أسباب تتصل بالأذن الخارجية مثل مشاكل القناة السمعية الخارجية والتي تُسد بالإفرازات الشمعية الزائدة، وكذلك التهاب الأذن الخارجية الذي يصيب كثيراً من الأطفال والذي لو أُهمل يؤدي لحدوث ضعف سمعي، أو الأورام والالتهابات التي تصيب القناة السمعية (Hallahan & Kauffman, 2003, 328). وأخري تتصل بالأذن الوسطى مثل إصابة الطفل بالبرد الشديد أو الزكام تُسد قناة استاكيوس فيصبح الضغط الخارجي شديداً على طبلة الأذن أو نتيجة التهاب قناة استاكيوس التي تربط الأذن الوسطى بالحنجرة وتحافظ على مستوى الضغط مما يعرض الأذن الوسطى بالحنجرة للالتهابات المتكررة فيحدث الضعف السمعي (محمد النحاس، ٢٠٠٦، ٥٤). بالإضافة إلى أسباب تتصل بالأذن الداخلية مثل وجود عيوب خلقية بالقوقعة أو العصب السمعي أو المراكز السمعية بالمخ والتعرض الشديد لفترات لسماع الأصوات المزعجة (محمد عبد الحي، ٢٠٠٠، ٦٦).

وتجمل منظمة الصحة العالمية World Health Organization العوامل الأكثر شيوعاً التي تسبب الاعاقات السمعية:

- استخدام الأم الحامل العقاقير الضارة (مجموعة من أكثر من ١٣٠ دواء، مثل المضاد الحيوي جنتاميسين) خلال فترة الحمل.
- الإصابة بالحصبة الألمانية، الزهري أو غيرها من الأمراض التي تصيب المرأة أثناء الحمل.

- الولادة المبتسرة، أو نقص الأكسجين أثناء الولادة، أو إصابة المولود باليرقان (الصفراء) أو التهاب السحايا والتي يمكن أن تُتلِف لديه العصب السمعي.
- استخدام بعض الأدوية المضادة للملاريا تؤدي إلى إلحاق أضرار بالأذن الداخلية.
- زيادة إفرازات الشمع أو وجود الأجسام الغريبة التي تسد قناة الأذن الداخلية.
- الضوضاء الصاخبة الناتجة من التعرض للموسيقى الصاخبة أو سماع دوي الانفجارات أو العمل مع الآلات عالية الإزعاج، كل ذلك يلحق أضراراً بالطبلة والأذن الداخلية، مع الأخذ في العلم أن تراكم التعرض للضوضاء يؤدي إلى الصمم (WHO, 2010).

٢-النمو اللغوي:

أ- تعريف اللغة:

ويشير ليلنتال Lilienthal (2008) إلى أن اللغة هي نظام اجتماعي مشترك لتبادل الأفكار من خلال استخدام رموز موروثة ومجموعة من القواعد تخضع لتلك الرموز بغرض الاتصال. وتشمل هذه الرموز الكلمات المنطوقة، والإشارات والصور. ويتفق مع ما سبق ميشياس وويتر Macias & Wegner (2005, 225) في أن اللغة نظام رمزي للأشياء أو الأحداث للحصول على معلومات تعكس الأفكار والمشاعر والاتجاهات لإجراء تواصل من خلاله يفهم المستمع المعنى الواضح أو الضمني سواء كان استقبالي أو تعبيري.

ويذكر عبد العزيز الشخص (١٩٩٧، ٤٢) اللغة نظام من الرموز الصوتية نستخدمه لنقل أفكارنا ومعتقداتنا. فاللغة تشير إلى عملية تواصل ما بين اثنين أو أكثر لنقل الأفكار والمشاعر والمعلومات في صورة لفظية أو غير لفظية على شكل إرسال واستقبال رموز لها معاني مفهومة من الطرفين، فالصورة اللفظية تكون بشكل لغة صوتية أو مكتوبة، أما الصورة غير اللفظية فتتمثل في تعبيرات الوجه وإيماءات الرأس وحركات اليد والجسم والتواصل العيني (Norio, et al., 2012).

وفي هذا الصدد تقول الجمعية الدولية للصمم واضطرابات التواصل الأخرى National Institute on Deafness and Other Communication Disorders أن اللغة هي الأداة التي تستخدم للاتصال البشري وتبادل الأفكار، أو المشاعر والعواطف، من خلال مجموعة من القواعد متعارف عليها لدى الأفراد الذين يحدث بينهم التواصل (NIDCD, 2010).

وبالنظر لما سبق نجد أن التعريفات تُفرق بين نوعي من اللغة، اللغة اللفظية واللغة غير اللفظة. فاللغة اللفظية (التعبيرية) هي اللغة التي تتحكم بها وتعتمد على الألفاظ والكلمات، أما اللغة غير لفظية (الاستقبالية) لا تعتمد على الألفاظ وإنما تعتمد على الرموز والإشارات والإيماءات مثل إشارات اليد وتعبيرات الوجه والرموز (علاء الدين كفافي، ١٩٩٨، ٤٣).

أما اللغة من الناحية التخاطبية فهي نظام رمزي افتراضي يقرن الصوت بالمعنى وتبادله بين طرفين، بشرط الأداء الصحيح في إخراج الصوت والاستعمال اللغوي السليم لتلك الأصوات حتى تتم هذه العملية (محمد النحاس، ٢٠٠٦، ٢٩). فاللغة تجمع بين جميع الوسائل الممكنة

للتفاهم، فالكلمة المنطوقة لغة، والكلمة المكتوبة لغة، وإشارات اليد، وإيماءات الرأس، وتعبيرات الوجه لغة، وغمز العين ورفع اليدين، ومد اليد عند طلب المعونة، كل هذه الإشارات والرموز تحقق معنى يفهمه الطرفان (خليل معوض، ٢٠٠٠، ١٨٥).

ب- مفهوم النمو اللغوي:

يحتل النمو اللغوي أهمية كبيرة بين صور النمو الأخرى التي يمر بها الطفل في طفولته، حيث يدخل في مختلف مواقف حياتهم سواء لغرض التواصل مع الآخرين أو التعبير عن المشاعر والانفعالات في المواقف الاجتماعية، أو للتحصيل الأكاديمي، وتعتبر أسرع مراحل النمو اللغوي مرحلة الطفولة المبكرة، حيث بها ينمو الطفل لغوياً ويعبر عن ذاته ويكون علاقات اجتماعية ويتفاعل مع المحيطين به كما يؤثر نموه اللغوي على نموه العقلي والمعرفي.

ويعرف عادل عبد الله (١٩٩٩، ٢٤) النمو اللغوي على أنه الاكتساب التدريجي لأكبر قدر ممكن من المفردات والتعبيرات اللغوية والمفاهيم التي تنمي المحصول اللفظي للطفل، وتساعده في التعبير بدقة عن الذات، والإفصاح عن الحاجات والخبرات، والفهم اللغوي، وتمكنه من اكتساب المهارات اللفظية في التعامل مع الآخرين والتفاهم معهم.

ويرى شونيسي Shaughnessy (2003, 16) أن النمو اللغوي هو الارتقاء في معرفة واستخدام صوتيات اللغة ومعناها ودلالتها وزيادة المفردات وتراكيب اللغة والقدرة علي استخدام اللغة وتوظيفها. من خلال ما سبق يعتبر النمو اللغوي في حقيقته هو نمو أولاً لمهارات الاستماع والذي

يترتب عليها نمو مهارات التعبير، وما يجري بين المهارتين من ترابط وتسلسل على درجات المعنى المختلفة ينتج عنه نمو لغوي، أما في حالة كانت لغة الطفل أقل بشكل واضح من لغة أقرانه الذين هم في نفس عمره الزمني نعتبر هذا الطفل متأخراً لغوياً.

لذلك تنمو اللغة في اتجاهين متوازيين يكمل كل منهما الآخر وهما كما يلي:

١) اللغة الاستقبالية Receptive language:

تُعرّف اللغة الاستقبالية بأنها مجموعة من المهارات لفهم اللغة المنطوقة تشمل سماع اللغة من قبل الآخرين وفهمها واستخدامها، وتعتبر هذه المهارات متطلبات سابقة لنمو التعبير اللغوي. والأطفال الذين يعانون من تأخر في اللغة الاستقبالية يتمكنون من سماع كلام الآخرين ولكنهم لا يفهمون معناه، ويتعلق الخلل لديهم في معالجة المعلومات السمعية (جمال الخطيب واخرون، ٢٠٠١، ١٥١). ويعرف براين Brian (2010, 6) أن اللغة الاستقبالية تشير إلى القدرة على الفهم والإدراك وعلى سبيل المثال لو قيل للطفل أعطني فنجانك فطبقا لمهارات اللغة الاستقبالية عليه أن يكون فاهماً لمعاني الكلمات منفردة (اعطني)، (فنجان)، (ك) ويدرك أن حرف الكاف هنا للملكية، وبعد فهمه للمعني، يتطلب منه القيام للبحث عن فنجانه فمجرد إحضاره لفنجانه ووضعه على الطاولة من غير أن يتكلم فهذه لغة استقباليه. وهنا يفسر السيد سليمان (٢٠٠٣، ٢٩) اللغة الاستقبالية بأنها لغة تتمثل في حركات وإشارات وإيماءات والتي من خلالها فهم معنى معين، فالإنسان أثناء حديثه لا يستغني عن هذه الإيماءات والإشارات، فعندما يستخدم السبابة

ويحركها بشكل معين يُفهم منها التهديد أو الوعيد أو قد يُفهم منها الرفض، ونفس الحال عند استخدام الكتفين أو تعبيرات الوجه والرأس بأشكال حركية معينة يفهم منها دلالات محددة يفهما الشخص الآخر.

وأيضا من صفات هؤلاء الأطفال وجود صعوبة في إتباعهم التعليمات والأوامر، وفي تعلم معنى أجزاء معينة من الكلام مثل حروف الجر والصفات، وكذلك في فهم المعاني المتعددة للكلمة نفسها (جمال الخطيب وآخرون، ٢٠٠١، ١٥١).

٢) اللغة التعبيرية Expresser language:

وتعّرف اللغة التعبيرية بأنها العملية التي تتضمن إنتاج اللغة عن طريق تحويل الأفكار إلى رموز لغوية لفظية سواء كانت مكتوبة أو منطوقة للتواصل مع الآخرين (جمال الخطيب وآخرون، ٢٠٠١، ١٥١). أو هي القدرة على استخدام اللغة للتعبير عما بداخل النفس (Lilienthal, 2008).

ويعرف جاريت Garrett (2004, 2) اللغة تعبيرية بأنها لغة إنتاجية للتعبير عن المشاعر والأفكار لإيصال المعنى عن طريق كلمات لفظية. فاللغة التعبيرية تشير إلى القدرة على التعبير سواء بالكتابة أو الكلام، وعلى سبيل المثال لو أحضرت صورة بها "حذاء" وسألت الطفل عن اسم هذا الشيء، وهنا على الطفل أن يعبر ويجيب بالكلام وبغض النظر عن صحة الإجابة فما نطق به الطفل يعبر عن اللغة التعبيرية (Brian, 2010, 6).

أما التأخر في نمو اللغة التعبيرية فهو عبارة عن صعوبات لدى الأطفال في كل من فهم وإنتاج اللغة المنطوقة، تبدأ هذه الصعوبات ما بين سن ٢- ٣ من عمر الطفل وفي نفس اللحظة يكون معظم الأطفال في هذا السن متقدمين عن (Helenius, et al, 2009). فتكون مفردات الطفل محدودة للغاية سواء من حيث فهمها أو استخدامها، أي أن هذا الطفل يتأخر عن باقي أقرانه في إنتاج المفردات والجمل اللغوية (Cantwell & Baker, 1987, 11).

حيث يعاني الطفل المتأخر في اللغة التعبيرية من مشكلة تتمثل في تدني عدد المفردات اللغوية التي يعرفها، والتأخر في المهارات اللغوية المناسبة لسنه، وصعوبة في استخدام الأفعال في الجمل وبالتالي عدم القدرة على استخدام اللغة والكلام، على سبيل المثال لو طفل في سن الرابعة يستطيع أن يستخدم جملة من كلمتين فقط، أو طفل في سن السادسة لا يستطيع الإجابة عن الأسئلة البسيطة، فالسمة المشتركة بينهما أنهما يعانيان من تأخر في نمو اللغة التعبيرية، ولذا عند قياس ذكاء هذا الطفل نستخدم معه اختبار ذكاء غير لفظي، فبالإضافة لما سبق فإن معظم حالات تأخر نمو اللغة التعبيرية يصاحبها اضطرابات النطق (Harris & Turkington, 2006, 73). وهذا ما ذهب إليه مشياس وويتر Macias & Wegner (2005, 229) أن ضعف اللغة التعبيرية تعكس مجموعة واسعة من التأخير في قدرة الأطفال على التعبير من خلال النطق، فهم يواجهون صعوبة في تنظيم كلماتها والتعبير عن أفكارهم في جمل كاملة، ويتصف نطقهم وكلامهم بحذف وتحريف أصوات وصياغة أفعال غير صحيحة، ومع مرور الوقت تشمل

الصعوبات استخدام العديد من الكلمات لشرح معنى كلمة واحدة، واستخدام مفردات غير محددة، واستخدام الإشارات أكثر من الكلمات.

ويتضح مما سبق أن النمو والتطور اللغوي عند الطفل ينطوي على مهارتي الاستقبال (الفهم)، والتعبير (الإنتاج). علماً بأن مهارة الاستقبال تنمو قبل مهارة التعبير، ومع الأخذ في الاعتبار وجود تباين بين الأطفال، ولكن لو يوجد فرق كبير وواضح في النمو اللغوي بين طفل وبقية الأطفال الذين في نفس عمره الزمني يكون هذا الطفل متأخراً لغوياً، حيث يُشير التأخر اللغوي إلى وصول المستوى اللغوي للطفل أقل من عمره الحقيقي بحيث تكون الحصيلة اللغوية لديه أقل بشكل واضح من أقرانه في نفس المرحلة العمرية، فقد يصل بعض الأطفال إلى عمر الرابعة ولا يزالون لا يتقنون سوى بضع كلمات محدودة، بينما نجد طفلاً في عمر الثالثة يتحدث بجمل واضحة ومفهومة إلى حد جيد، ويمكن تفسير هذا التباين بينهم من خلال العوامل المؤثرة على النمو اللغوي.

ج- النمو اللغوي للأطفال ضعاف السمع:

حواسنا لها أهمية في حياتنا وحاجتنا إليها تتمثل في كونها واجهة الإنسان للتفاعل مع هذا العالم، فبينما نحن بحاجة إلى حاسة البصر لرؤية طريقنا، إلا أن الحاجة لحاسة السمع لها أهمية مختلفة فنحن بحاجة إليه للتواصل اللفظي مع الآخرين، وتكوين علاقات اجتماعية والحفاظ عليها، فيبدأ دور حاسة السمع عندما ينتبه الطفل لوجود أصوات متنوعة المصادر في البيئة المحيطة به، ثم يهتم الطفل ويحاول تحديد مصدر الصوت، فتنمو لديه عملية الانتباه السمعي والتي تمكنه من التعرف على الأشياء ومسمياتها وفهم ما يدور حوله، ومن ثم قيام الطفل

بتعقب الأصوات واكتساب اللغة والنطق، أما الأطفال الذين يعانون من الضعف السمعي يعانون من صعوبة اكتساب هذه المهارات، فإعاقتهم تنحيهم جانباً في فترة المدخلات البيئية، فترة اكتساب اللغة والنطق، وهذا يفسر العزلة التي قد تنشأ عند فقدان السمع جزئياً أو كلياً (Kirby, 2008, 107-108).

ويتأثر النمو اللغوي سلبا بالإعاقة السمعية، والطفل المعوق سمعياً قد يصبح أبكماً إذا لم تتوفر له فرصة التدريب الخاص الفاعل، ويعزى ذلك لافتقاده النموذج اللغوي، وغياب التغذية الرجعية السمعية عند صدور الأصوات وعدم الحصول على تعزيز لغوي كاف من الاخرين. ويذكر جمال الخطيب (١٩٩٧) أن الأطفال المعاقين سمعياً يتعلمون دلالات الألفاظ والبناء اللغوي تبعاً لنفس التسلسل، ولكن بمعدل أكثر بطأً من الأطفال العاديين.

فكلما زادت درجة الإعاقة السمعية كلما زادت المشكلات اللغوية، والعكس صحيح، وعلى ذلك يواجه الأفراد ذو الإعاقة السمعية البسيطة مشكلات في سماع الأصوات المنخفضة أو البعيدة أو في فهم موضوعات الحديث، كما يواجهون مشكلات لغوية تبدو في صعوبة وفهم ما يقرب من ٥٠% من المناقشات وتكوين المفردات، في حين يواجه الأطفال ذو الإعاقة السمعية المتوسطة مشكلات في فهم المحادثات والمناقشات الجماعية والنقص لديهم في عدد المفردات اللغوية، وبالتالي صعوبة في التعبير اللغوي، في حين يواجه الأطفال ذو الإعاقة السمعية الشديدة مشكلات في سماع الأصوات حتى العالية منها وبالتالي مشكلات في التواصل مع الآخرين لغوياً (فاروق الروسان، ١٩٩٨، ١٤٧).

وهنا يؤكد أحمد عثمان (٢٠٠٩، ٢٠) على محدودية القدرات التعبيرية للمعاقين سمعياً بسبب تأخر نموهم اللغوي بالإضافة أن لديهم صعوبة في تعلم معنى كلمات جديدة، فضلا عن كيفية استخدامها وتوظيفها في جمل أو حوار.

وفي نفس السياق يشير إيهاب الببلاوي (٢٠٠٣، ٣٠) إلى التأثير السلبي للضعف السمعي على جميع جوانب نمو الطفل اللغوي، وإذا لم تتوفر له الفرصة المناسبة للتدريبات اللغوية والتخاطبية لن تتطور لغته، وسيصبح أبكماً في المستقبل، ويعزي ذلك لغياب التغذية الراجعة السمعية عند صدور الأصوات وعدم الحصول على تعزيز لنطقه من الآخرين، وحتى في حالة إكسابهم للمهارات اللغوية فإن لغتهم تتصف بكونها غير غنية كالآخرين وذخيرتهم محدودة وألفاظهم تتصف بالتمركز حول الملموس، وجملهم قصيرة وأقل تعقيداً، أما كلامهم فيبدو بطيئاً ونبرته غير عادية.

وهنا يذكر ماكومبي Mc Combie (2009, 4-5) أن الأطفال الذين أصيبوا بالضعف السمعي في سن متأخرة (بعد اكتساب اللغة) لديهم لغة أفضل من الأطفال المصابين به في سن مبكر، وذلك لأنهم تعرضوا للغة والأصوات فترة أكبر وحدث تمثيل عقلي للغة والأصوات التي تعرضوا لها، وكذلك بالنظر لدرجات الفقدان السمعي نجد لغة الطفل ذي الضعف السمعي البسيط أفضل من المتوسط والشديد، والطفل ذو الضعف السمعي المتوسط أفضل من الشديد، وذلك لأن الطفل ذو الضعف السمعي البسيط استقبل معلومات صوتية أكثر أتاحت له اكتساب لغة وإنتاج كلام أكثر من درجات الفقد السمعي الأخرى، وبهذا

السرد نستطيع أن نصل لأثر الفقدان السمعي ودرجته على اكتساب اللغة. ويضيف بيرند Bernd (2009, 1) أن العلاقة الوثيقة بين الضعف السمعي وتأخر اكتساب اللغة والنطق تتمثل في الحرمان الحسي الذي يعاني منه الطفل ضعيف السمع وعدم وجود مدخلات سمعية، وضعف شديد في سماع الأصوات من البيئة المحيطة وخاصة أثناء الفترة الحرجة لنمو اللغة والنطق، أو أن تصل الأصوات لهم مشوشة وقدراتهم السمعية المتبقية غير كافية لسماع الأصوات بشكل وظيفي، فيُحرم هذا الطفل من تقليد الأصوات المحيطة به، ودون عملية التقليد تصبح مهمة اكتساب اللغة أو اكتساب القدرة على النطق في غاية الصعوبة، مما تفقده القدرة على المشاركة الإيجابية والفعالة مع من حوله، وغالباً يكون تعاملهم مع الآخرين بطرق لا تؤدي إلى التواصل اللغوي، فهم فئة لديهم حاسة السمع قاصرة عن أداء وظيفتها، هذه الحالة تجعل الطفل ضعيف السمع على مقربة من اعتماد لغة الإشارة وسيلة اتصال له.

مما سبق يتضح أن العلاقة بين ضعف السمع واكتساب اللغة والنطق تتحدد بدرجة الضعف السمعي، فكلما كانت درجة الضعف السمعي أكبر كلما زاد العجز اللغوي، وهي من أهم آثار الضعف السمعي والتي تخلف وراءها حالة من ضعف أو انعدام القدرة علي التخاطب اللفظي، حيث تضعف قدرة الطفل على سماع الكلام المنطوق، وبالتالي تضعف قدرته على التعبير اللفظي والتواصل مع الآخرين وهي حالة تزداد تفاقماً إن لم تجد التأهيل التخاطبي المناسب والمبكر واستغلال البقايا السمعية لديه وإكسابه اللغة والنطق بقدر يجعله يستطيع التواصل اللفظي والفهم المتبادل مع المحيطين به.

٣- الإرشاد الأسري: التعريف- النظريات- الفنيات:

الإرشاد الأسري هو أحد الاتجاهات الحديثة في الإرشاد النفسي، ويهدف إلى إحداث تغيير في عناصر النسق الأسري، وتعديل سلوكيات أعضاء الأسرة بهدف إحداث تغيرات في العلاقات والتفاعلات الأسرية تساعد على علاج وتخفيف حدة الاضطرابات أو السلوكيات اللاسوية لدى بعض فرادها، وهو أسلوب إرشادي وعلاجي يقوم على أساس النظر إلى أي اضطراب لدى الفرد بوصفه تعبيراً عن مشكلات في العلاقات بين أفراد الأسرة الواحدة التي ينبغي علاجها لا الفرد وحده.

ويركز الإرشاد الأسري على اعتبار أن الأسرة هي وحدة العمل الإرشادي وليس الفرد المعاق فقط، بمعنى أن المرشد يتعامل مع الأسرة ككل، أي أنه يتعامل مع كل الأفراد المشتركين في منظومة الأسرة، وتكون مهمة المرشد أو المعالج في هذه الطريقة العمل على تغيير العلاقات بين أفراد الأسرة المضطربة بحيث يختفي السلوك المضطرب (محمد محروس الشناوي، ١٩٩٤). ويعرف حسن عبد السلام الشيخ (١٩٩٩) الإرشاد الأسري في مجال المعاقين سمعياً بأنه مجموعة من التوجيهات العلمية التي تقدم لأسرة المعاق خاصة الوالدين بهدف تدريب وتعليم أفراد الأسرة علي اكتساب المهارات والخبرات التي تساعدها في مواجهة مشكلاتها المترتبة علي وجود طفل أصم أو ضعيف السمع لديها سواء ما يتعلق منها بأساليب التنشئة الاجتماعية، أو ما يتعلق بتأهيله وكل ما من شأنه أن يحقق للمعوق أقصي استفادة من قدراته. وظهرت مجموعة من المداخل أو التوجهات النظرية التي تهتم بالإرشاد العلاج الأسري، وكل نظرية من هذه النظريات لها فروضها وتوجهاتها النظرية

والفنيات والاستراتيجيات الخاصة بها, كما أن كل نظرية تحدد دور المعالج في عملية العلاج الأسري، ويوجد توجهان نظريان أساسيان في تناول الإرشاد والعلاج الأسرى، يتفرع من كل اتجاه منهما عدة توجهات أساسية على النحو التالي:

أ- مدخل العلاج النفسي التقليدي في الإرشاد والعلاج الأسري:

ويشمل مجموعة من النظريات التقليدية التي ظلت تخضع لنفس المبادئ الإرشادية للنظريات الأصلية ولكنها ظهرت بشكل جديد يتناسب مع طبيعة المشكلة وأساليب وفنيات الإرشاد الأسري من أهمها:

١) نظرية التحليل النفسي في الإرشاد والعلاج الأسري:

تركز هذه النظرية على خبرات الطفولة وأثرها على المشكلة الحالية، وتحليل المشكلات في الأسر المضطربة بوصفها ناتجة عن تأثيرات أسرية مبكرة في مرحلة الطفولة تركت أثرها على الفرد المضطرب في الوقت الحالي.

وأن مشكلة العلاقات بين الأفراد في الأسرة تجسد في الحقيقة مشكلة في الوظائف داخل الأجهزة البنائية التي تشكل شخصية الفرد (الهو، الأنا، الأنا الأعلى)، واضطراب التفاعلات بين هذه الأجهزة هو الذي يؤثر على اضطراب علاقة الفرد مع الآخرين وعلى علاقاته البينشخصية.

٢) النظرية السلوكية في الإرشاد والعلاج الأسري:

وتقرر هذه النظرية أن التغير الذي يحدث للفرد في داخل الأسرة، والتدعيم الذي يتلقاه على سلوكه الخاطئ من إثابة هو الذي يؤثر في نماذج العلاقات الأسرية المضطربة ويخل بالتوازن داخلها، وترى أنه إذا قدم التدعيم الإيجابي للسلوكيات بالطريقة الصحيحة فإن ذلك يؤدي إلى تغيير سلوك كل فرد من أفراد الأسرة، ومن ثم تتغير أنماط العلاقات في الأسرة المضطربة، أي أن الإرشاد يركز على مشكلة العلاقات ولكن بصورة فردية، وقد استخدمت السلوكية في الإرشاد والعلاج النفسي نفس فنياتها وأساليبها السابقة والمعتادة في الإرشاد والعلاج النفسي الفردي.

٣) نظرية العلاج المعرفي الأسري:

يركز العلاج المعرفي الأسري، سواء العلاج المعرفي لبيك، أو العلاج العقلاني لألبرت أليس، على تغيير الطريقة التي يفكر بها كل فرد في الأسرة عن طريق التفكير في الأفكار غير العقلانية وفحص طرق التفسير الخاطئة التي يمارسونها في تفسير مواقف التفاعل التي يترتب عليها اضطرابات ونتائج سيئة، ثم تبني أفكاراً جديدة أكثر عقلانية لتحل محل الأفكار القديمة، وبذلك يتم تفسير الأمور بشكل مختلف مما يؤدي إلى نتائج أفضل والقضاء على الاضطرابات وحدوث تغيير إيجابي في العلاقات الأسرية.

يتضح مما سبق أن نظريات العلاج الأسري التقليدية تهدف إلى علاج ضطرابات الأسرة والعلاقات المضطربة داخلها عن طريق تعديل وتغيير سلوك كل فرد في الأسرة، مما يترتب عليه إصلاح العلاقات، وذلك على عكس المدخل النسقي في الإرشاد والعلاج الأسري، الذي

تبني وجهة نظر مختلفة عن الوجهة التي تناولها المدخل التقليدي في علاج الأسرة.

ب- نظريات الإرشاد والعلاج الأسري ذات التوجه النسقي:

تتفق النظريات النسقية على فرض أساسي وهو أن الأسرة كلها نسق متكامل للتفاعل، له توازنه الخاص به، وإذا مرض أحد أجزاء هذا النسق فهذا يشير إلى مرض أحد الأجزاء، ومن الخطأ علاج جزء بمفرده، لأن الكل أكبر من مجموع الأجزاء، ونظراً لأن هذه الأجزاء في حالة دينامية لذلك يجب علاج الكل، أن علاج النسق الأسري بأكمله بصورة دينامية وهو في حالة تفاعل وتواصل، أي في حالة حركة.

وقد اتفقت هذه النظريات على هدف أساسي واحد وهو إحداث التغيير في النسق الأسري كله بما يؤدي إلى علاج الاضطرابات والمشاكل الموجودة فيه, أما الاختلاف بين أصحاب الاتجاهات المختلفة داخل التوجه النسقي فتظهر في اختلافاتهم على تحديد أعضاء الأسرة الذين يخضعون للعلاج، وتحديد الأساليب والفنيات التي يستخدمها كل معالج حسب توجهه النظري، وكذلك تحديد أنواع التغيير المطلوب إحداثها في الأسرة وأساليب وكيفية التغيير أو الطرق العلاجية التي تحقق هذا التغيير، بالإضافة إلى أن كل نظرية تبنت أهدافاً أخرى خاصة بها وحدها.

ومن أهم المداخل أو النظريات النسقية التي ظهرت في العلاج والإرشاد الأسري.

ج- النظرية النسقية أو النظرية عبر الجيلية لبوين:

Intergenerational theory:

وتستخدم في تحقيق التمايز لكل فرد في الأسرة، ويحدث هذا التمايز عبر ثلاثة أجيال، مما يتطلب إعادة حل الصراعات التي تعوق تحقيق التمايز عبر الأجيال السابقة.

ونظراً لأهمية النسق الأسرى، يؤكد أنصار بوين على ضرورة العمل على تغيير أفراد الأسرة ضمن نطاق نسقهم الأسرى لصعوبة حل المشكلات التي تطفو على حياة الأسرة، إلا عبر فهم أنماط العلاقات داخل الأسرة (صاحبة المشكلة) ومواجهتها بفاعلية، أي أن التغير لابد أن يحدث في وجود جميع أفراد الأسرة وليس صاحب المشكلة فقط في حجرة الإرشاد، ولعل ممارسة الإرشاد الأسرى طبقاً لنظرية بوين مرتبطة بهدفين رئيسين هما: تقليل ظهور أعراض القلق الأسري، والعمل على زيادة مستوى تمايز الذات لدى كل فرد من أفراد الأسرة .(Corey,1996)

د- النظرية البنائية لمنوشن:

Structural theory (Minuchin):

ويتمثل الهدف الأساسي لها في إعادة النسق الأسري وتغير الوظائف التي يقوم بها، وهذا هو جوهر العلاج عند البنائيين، وإزالة العناصر المرضية وتعديل سوء الأداء الوظيفي للأسرة، وكل ذلك يتم في نماذج التفاعلات الحالية والجارية بين أعضاء الأسرة، ولا يتطلب هذا تحليل أو حل صراعات قديمة مع أجيال سابقة. ويذكر كوري Corey (١٩٩٦) أن من أهدافه تقليل أعراض اختلال الأداء، وإحداث تغيير

بناء في النسق الأسرى، عن طريق تعديل القواعد الإجرائية للأسرة، وتغيير النماذج التفاعلية الحاكمة للقواعد، وخلق بناء هرمي فعال، يتحمل فيه الآباء مسئولية أطفالهم، مع إتاحة الفرصة للأطفال للتعبير عن آرائهم بدرجة تتلاءم مع نضجه، بالإضافة إلي زيادة التفاعل بين أفراد الأسرة، عن طريق فك/ حل الحدود الجامدة والتحرك نحو الحدود الواضحة.

هـ- النظرية الاستراتيجية لهيلي (Haly) Strategic theory:

وتهدف إلى التركيز على حل المشكلات القائمة بين أفراد الأسرة، وما يترتب عليه من خلل في النسق الأسري مما يؤدي إلى توازن أسري جديد.

ويرى ميرو وكوتمان Muro & Kottman (1995) أن الاتجاه الإستراتيجي يهدف إلى إعادة حل المشكلة الحالية، وبالتالي لا يهتم المرشد الإستراتيجي بإكساب أفراد الأسرة بصيرة بديناميات الأسرة أو بوظيفة المشكلة الحالية.

ولإحداث تغييرات في هذه المشكلة، لابد أن يكون المرشد موجهاً ومسيطراً عليها بشكل جيد، بشكل يساعد في تغيير السلوك الذي سوف يترتب عليه بالتالي تغير المشاعر، والحد من تكرار نتائج سوء التوافق، مع تقديم أكبر قدر من البدائل، وبمعنى آخر تهدف التدخلات الإستراتيجية إلى تغير نسق الأسرة، فالمشكلة الحالية وظيفية لا أكثر.

ومن هنا فأهداف المرشد الإستراتيجي أهداف قصيرة المدى توجه تدخلاته.

و- نظرية العلاج والإرشاد الأسري الخبراتي لساتير:

Experiential family theory:

تتمثل الأهداف الأساسية لهذا الاتجاه، في حث الأسرة على التواصل الواضح، وانتشار الوعي Expanding of awareness، وتعزيز احتمالات النمو، وخاصة تقدير الذات، والتوافق مع المتطلبات الحياتية، وتسهيل عمليات التغير.

هذا بالإضافة إلى الأهداف: يجب أن يكون كل عضو في الأسرة قادراً على تدوين ما يراه، أو ما يسمعه أو ما يشعر به، أو ما يفكر فيه بأمانة، ويجب أن تتخذ شئون الأسرة من خلال احتياجات الأفراد، واتخاذ آرائهم في تلك الاحتياجات، والتمايز، ويجب الاعتراف به صراحة، واستخدامه للنمو داخل الأسرة وأخيراً تقوية وتعزيز مهارات التكيف في الأسرة (Satir & Bitter, 1991).

ز- النظرية التكاملية Integrative theory:

وتعمل على دمج أكثر من نسق بما يخدم طبيعة المشكلة التي تتناولها وعلى الرغم من أنه يوجد لكل نظرية من النظريات النسقية مفاهيمها الخاصة بها، وشكل وأسلوب الإرشاد والعلاج الخاص بها، والفنيات التي تطبقها أثناء الممارسة العلاجية، إلا إنها تتفق جميعاً في المبادئ والفروض الأساسية الخاصة بنظرية الأنساق العامة General system theory ومن أهمها:

- إن الأسرة تعمل بوصفها نسقاً متكاملاً للتفاعلات بين أعضائها، وإن هذا النسق له توازن خاص به وأي اضطرابات فيه يخل بالتوازن القائم داخله.

- إن الأسرة مسئولة بالدرجة الأولى عن مرض أو اضطراب أبنائها، والاضطرابات النفسية أو المشكلات السلوكية التي تظهر لدى الأبناء ما هي إلا أعراض لأسرة مضطربة، وهذا يرجع إلى التفاعلات المرضية داخل النسق الأسري.
- إن الهدف الأساسي من العلاج الأسري هو التغيير، ولكن أصحاب التوجهات النسقيه المختلفة يختلفون في شكل وطبيعة هذا التغيير.
- إنه لا يمكن علاج أجزاء الأسرة (الأفراد) كل على حده لأن الكل أكبر من مجموع الأجزاء.
- أن هناك عمليات أسرية خاطئة وتفاعلات مرضية داخل النسق الأسري المضطرب، وإذا اكتشف المعالج هذه العمليات المرضية وعلاجها أصبح النسق الأسري سوياً ومتوازناً.

ومن الضروري عند ممارسة الإرشاد الأسري أن يستخدم المرشد أسلوباً ونموذجاً إرشادياً مناسباً ذا خلفية نظرية وعملية واضحة، حيث أن مجرد تحديد المفاهيم والمصطلحات لا يؤدي إلى تغيير الأسرة أو علاجها، لذلك لابد من استخدام أسلوب إرشادي محدد ومعلوم وفهم هذا النموذج والخلفية النظرية له يساعد على تحديد ما يلي.

- متى يقوم المرشد بالتركيز على المشاكل السلوكية بدلاً من الاهتمام بالعلاقات الأسرية؟
- كيف يتعرف الأخصائي المعالج على أنماط التفاعلات المرضية بين أعضاء الأسرة؟
- ما هو أنسب وقت لاقتحام وإبطال هذا النوع من التفاعل؟

وبعد، وفي ظل هذا التعدد من نظريات الإرشاد الأسرى، وانتساب كل نظرية لصاحبها، وحرص أصحابها على تأكيد الاختلافات عن الأخرى، يجب الاستفادة من النظريات جميعاً في برنامج الإرشاد الموجه إلى الأسرة، دون تبنى نظرية دون أخرى، بالإضافة إلى فنيات بعض الاتجاهات الإرشادية الأخرى، وذلك في نموذج ائتلافي أو مبدأ الانتقائية الإرشادية. ويري الباحث أن من أهم فنيات الإرشاد الأسري ما يلي: المحاضرة، الحوار، إعادة الصياغة، التجسيد الأسرى، التواصل، التعزيز الإيجابي، لعب الدور، وتبادل الدور، التغذية الرجعية، النمذجة (الاقتداء بنموذج)، التدريب التوكيدي، الواجب المنزلي.

ومما سبق، يتضح أن الإرشاد الأسرى وفنياته المتعددة من أكثر أنواع المداخل الإرشادية التي تتيح للأسرة وأعضائها ككل فرصة التنفيس الانفعالي عن المشاعر المكبوتة التي يعانى منها أعضاؤها، سواء بالتلميح أو التصريح (لفظي أو غير لفظي)، ولا يغيب عن ذهن المرشد الأسرى أن كشف الأسرة وتعريض العلاقات والتفاعلات والصراعات فيها للملاحظة المباشرة للفحص والتشخيص ليس أمراً سهلاً كما أنه محفوف بالكثير من المحاذير والأخطار.

وفي ضوء اتخاذ الإرشاد الأسري كاستراتيجية وقائية للحد من مشكلات المعاقين سمعياً، فإن التدخل الأسرى لأسرة المعاق سمعيا يهدف إلي ما يلي:

- مساعدة أسر المعاقين سمعياً على مواجهة الضغوط والمشكلات المرتبطة بحالة الإعاقة داخلها عن طريق رصد وتحليل الضغوط والمشكلات المعاصرة التي تتعرض لها أسر المعاقين سمعيا وإمداد

أعضاء الأسرة بالمعلومات حول الإعاقة السمعية وخصائص واحتياجات المعاق سمعياً والإرشاد الفردي والجماعي للأسرة وتكوين جماعات لمساندة الأسر التي اكتشفت الإعاقة السمعية بها حديثا لمدها بالمعلومات والخبرات التي تحتاجها في مواجهة مشكلات ابنها المعاق سمعياً.

- إعادة تنظيم نسق الأسرة عن طريق إزالة العناصر المرضية، وتدريب أفراد الأسرة على طرق جديدة للتعامل مع الاضطرابات الأسرية الحالية، وتشجيع كل فرد من أفراد الأسرة على إحداث التوازن بين قطبي المعية والتفرد، وتغيير السلوك الأسرى، وتدريب أعضاء الأسرة على كيفية التعامل معاً "مهارات حياتية".
- توفير العوامل المساعدة على تحقيق التضامن بين أسر المعاقين سمعياً عن طريق تدريب الأسر على توفير أنظمة الدعم الداخلي والاستفادة من الخبرات الناجحة وتدريب الأسر على دراسة احتياجاتها ووضع أولويات جهودها المشتركة بصورة موضوعية وتوفير قاعدة معلومات وتحديثها وكيفية الاستفادة من الخدمات المتاحة بالمجتمع للأسرة وكيفية الوصول إليها.

ولتحقيق الأهداف السابقة، يلعب المرشد عدة أدوار منها دور المدرب، والملاحظ، والمسهل للتواصل، ويقوم بمنح أعضاء الأسرة الفرصة للتفاعل والحوار، حتى يمكن ملاحظتهم، حيث يلعب دور المساعد لإحداث التغير الأسرى، وهذا يؤكد حاجة ميدان التربية الخاصة إلي المعلم- المرشد- خاصة في ضوء تزايد عددالمعاقين سمعياً واحتياجاتهم وما تفرضه الإعاقة من خدمات في التوجية والإرشاد.

٤-الحد من تأخر النمو اللغوي للأطفال ضعاف السمع:

يعرف ريز Reyes (2008, 56) العلاج والتأهيل التخاطبي لضعاف السمع بأنه طريقة تعتمد على تقنيات واستراتيجيات خاصة لتمكين الأطفال ضعاف السمع من اكتساب اللغة المنطوقة من خلال الاستماع، مع التركيز على توافر عدة مقومات منها الكشف المبكر عن فقدان السمع، استخدام معين سمعي في وقت مبكر، توفير بيئة لهؤلاء الأطفال لتعلم اللغة اللفظية حتى يستطيع بعد ذلك التحدث مع الأطفال طبيعي السمع، والشراكة بين أخصائي التأهيل والأسرة أي استمرار العلاج التخاطبي في الجلسات وفي المنزل.

فالطفل ضعيف السمع يحتاج إلى تدريب منظم ومكثف لأنه سيصبح أبكما إذا لم تتوفر له فرص التدريب الفعال وذلك لغياب التغذية السمعية الراجعة عند صدور الأصوات وعدم الحصول على تعزيز لغوي من الآخرين، وفي حال اكتسابه للمهارة اللغوية فان هذا الاكتساب يتصف بالقصور والتمركز حول الملموس مع استخدام جمل قصيرة بنبرة غير عادية، وأن بعض الدراسات وجدت أن الطفل المعاق سمعياً في الخامسة من العمر مخزونه اللغوي يقارب٢٠٠ كلمة، وفي المقابل وفي نفس المرحلة العمرية لطفل عادي نجد أن مخزونه يزيد على٢٠٠٠ كلمة، لأن البناء اللغوي لدى المعاق سمعياً يسير بسرعة أبطأ كثير من العاديين (Norio, et al., 2012).

أي أن طفل الروضة في أمس الحاجة لتدريبات تخاطبية، حيث أنه في مرحلة بمثابة مفترق طرق ما بين طريق التواصل اللفظي والتواصل بلغة الإشارة، ووفقاً لنتائج الدراسات التي أجريت لعلاج النطق

واللغة لدى أطفال الروضة، ومن هذه الدراسات جلوجوسكا وآخرون Glogowska et al. (2000)؛ نيلسون وآخرون Nelson et al. (2006)؛ ريفاتشو وجروبرج Rvachew, & Grawburg (2006) والتي أشارت نتائجها إلى إمكانية علاج تأخر اللغة واضطراب النطق لدى أطفال في السنة الرابعة وحتى نهاية الصف الأول.

٥- مشاركة الوالدين في عملية التدريب:

إذا أدرك الوالدان حقيقة مشاكل أطفالهم التواصلية في اللغة والكلام يزيد من فرص مساهمتهم بفاعلية في تحسين مشاكل التواصل اللفظي لأطفالهم، وأيضاً من الممكن أن يكون للوالدين لهم دوراً في تطوير المهارات الاجتماعية لأطفالهم ((Robin. 1997,38. حيث أن إكساب الكلام واللغة للأطفال الصم وضعاف السمع بشكل فعال يتطلب وبشكل كبير مشاركة الوالدين النشط والفعال في تعليم أبنائهم، لذلك فإن برامج التدخل المبكر تسعى للتركيز على توجيه وإرشاد وتعليم الوالدين ليصبحوا قادرين على التواصل مع أبنائهم بشكل فعال (على الزهراني: ٢٠٠٧، ١٠٩٢).

ويتمثل دور الوالدين من خلال تحدث الأم مع طفلها والذي يحسن من نموه اللغوي، فالتفاعل الذي يتم بين الأم وطفلها وما تفعله الأم مكمل لتدريب الطفل على التخاطب اللفظي من خلال ممارسة أنشطة وتعلم مفردات لغوية حتى تزداد قدرة الطفل في استخدام اللغة وتوظيفها داخل البيئة المنزلية (Hallahan & Kauffman, 2003, 312).

وينصح ليلنتال Lilienthal (2009) والدي الأطفال المتأخرين لغوياً بضرورة تشجيع طفلهم على الكلام والتواصل عن طريق توفير

إثراء لغوي بالنمذجة حول الطفل وبيئته المحيطة به واستغلال كافة التأثيرات المحيطة لفعل ذلك الهدف مما يزيد من فرص تطوير قدرة الطفل على الاستماع والممارسة السمعية واستخدام التواصل اللفظي داخل الأسرة.

سادساً: الدراسات السابقة والفروض:

تعددت الدراسات التى حاولت التعرف على النمو اللغوي عند الأطفال ضعاف السمع ومنها دراسة بابيكو وآخرين Bubbico et al (2007) والتى هدفت تقييم قدرات اللغة الاستقبالية والقدرات المعرفية لدى الأطفال الذين أصيبوا بالضعف السمعي إلي قبل اكتساب اللغة، ومعرفة العلاقة بين سن الحصول على خدمات تخاطبية ونمو قدرات اللغة الاستقبالية والمعرفية، قامت الدراسة على عينة قوامها (٥٣) طفلاً في عمر خمس سنوات قسموا لمجموعتين، المجموعة الأولى (١٧) طفلاً من الذين التحقوا ببرنامج للتدخل اللغوي المبكر في فترة تتراوح من (٠-١٢) شهراً من أعمارهم، ومجموعة ثانية من (٣٦) طفلاً من الذين التحقوا ببرنامج للتدخل اللغوي المبكر بعد (١٢) شهراً من أعمارهم، واستخدمت اختبار بيبودي للمفردات المصورة، واختبار المصفوفات المتتابعة لرافن، وتوصلت النتائج إلى وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين انخفاض درجات اللغة الاستقبالية وزيادة سن الالتحاق المتأخر بالبرنامج، حيث أشارت النتائج حصول الأطفال الذين التحقوا قبل سن ١٢ شهراً على درجات في اللغة الاستقبالية أعلى من الذين التحقوا بداية من سن ١٣ شهراً، مع عدم وجود فروق بين المجموعتين في الذكاء غير اللفظي.

واستهدفت دراسة كيربي Kirby (2008) التعرف على المهارات اللغوية والاجتماعية للأطفال ضعاف السمع في مرحلة ما قبل المدرسة، وقامت الدراسة على عينة عددها (٢٧) طفلاً وطفلة تتراوح أعمارهم ما بين (١٨ شهراً إلى ٦سنوات) وقد استخدمت الدراسة اختبار زيميرمان للنمو اللغوي ما قبل المدرسي 4th (٢٠٠٢)، اختبار جرشام لتقدير المهارات الاجتماعية (١٩٩٠)، أظهرت النتائج وجود ارتباط بين الإصابة المبكرة بالضعف السمع (قبل اكتساب اللغة) وشدة درجة تأخر النمو اللغوي والكلام، وكذلك أظهرت تدني الأطفال في قدرات الوعي الصوتي والمفردات اللغوية، وقد أكدت الدراسة على أهمية اللغة الاستقبالية والتعبيرية وأن التنشئة الأسرية والبيئية يمكن يكون لها تأثير على النمو اللغوي للأطفال.

أما دراسة سكريم وآخرين Schramm, et al. (2010) فقارنت نمو اللغة والكلام وتطور السمع لدى كل من الأطفال ضعاف السمع والأطفال ذوى السمع الطبيعي، وقامت الدراسة على عينة من مجموعتين، مجموعة ضابطة من (٥) أطفال عاديين السمع ومجموعة تجريبية من (٥) أطفال ضعاف السمع زارعين لقوقعة سمعية من ثلاث سنوات قبل اكتساب اللغة وقد خضعوا لنفس مراحل النمو اللغوي، واستخدمت الدراسة استبيان ليتل للتطور السمعي، واستبيان الأم للكشف المبكر لمشكلات طفلها اللغوية، وأظهرت نتائج الدراسة وجود فروق فردية في التنمية السمعية اللغوية لدى أطفال كلتا المجموعتين، حيث وجود اختلاف في نمو اللغة الاستقبالية والتعبيرية بين الأطفال ضعاف السمع والعاديين لصالح العاديين، وهذه النتائج تشير إلى أن الكشف المبكر للفقد السمعي وزراعة قوقعة يعطي هؤلاء الأطفال فرصة واقعية لنمو لغتهم الاستقبالية

والتعبيرية. كما جاءت بعض الدراسات التى حاولت التدخل لتحسين النمو اللغوي لدى الأطفال بوجه عام والأطفال ضعاف السمع بوجه خاص ومنها دراسة رومير باكيوس Romerobacios (2000) والتى هدفت إلى بناء وتطبيق برنامج علاجي على الأطفال ذوي الاضطرابات اللغوية، وقد اشتملت العينة على أطفال المدارس ذوي الاضطرابات اللغوية.

وقد قامت الباحثة بتقسيم العينة إلى مجموعتين: تجريبية، وضابطة، ثم قامت بتعريض المجموعة التجريبية لأنشطة البرنامج المتعلقة بالمهارات اللغوية الأساسية لمدة عشرة أسابيع. وقد توصلت الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية لصالح المجموعة التجريبية تعزى إلى تطبيق البرنامج اللغوي المقترح، فقد زادت القدرات اللغوية للأطفال ذوي الاضطرابات اللغوية من خلال تكثيف المهارة اللغوية الضرورية في تنمية المفردات، والبناء النحوي والصرفي، وزيادة القدرة على التحليل اللفظي. أما دراسة نهاد الهذيلي (٢٠٠٥) فقد هدفت إلى استقصاء فاعلية برنامج تدريبي مستند إلى اللعب في تنمية التفكير الابتكاري لدى الأطفال المعاقين سمعياً في مرحلة ما قبل المدرسة، تكونت العينة من (٣٤) طفلاً وطفلة من المعاقين سمعياً، وتراوحت أعمارهم ما بين (٥- ٧) سنوات.

وقد تم تقسيم العينة لمجموعتين: المجموعة التجريبية وقد بلغ عددها (١٧) طفلاً، المجموعة الضابطة وقد بلغ عددها (١٧) طفلاً، وقد استخدمت الباحثة بطاقة البيانات الأولية، مقياس "لايتر" للقدرات العقلية، اختبار تورانس للتفكير الابتكاري، أظهرت النتائج تفوق أطفال

المجموعة التجريبية على أطفال المجموعة الضابطة في اختبار تورانس للتفكير الابتكاري ومهاراته الأربعة، وكذلك عدم وجود فروق بين الذكور والإناث على اختبار تورانس.

أما دراسة ديملنج Dimling (2007) فقدمت برنامج لتدريس المفردات وفهمها واستخدامها منفردة أو متعددة المعنى في جمل، بهدف تحسين النمو اللغوي لدى الأطفال الصم وضعاف السمع، والعينة قوامها (٦) أطفال من الصم وضعاف السمع (متوسط- شديد) وكان متوسط أعمارهم (٧.٥٩) سنة، وقد استخدم الباحث اختبار دولتش المعدل للكلمات والجمل الممتدة- برنامج تدريسي للصم وضعاف السمع قائم على معرفة المفردات وفهمها واستخدامها، وأشارت النتائج إلى أن معظم أطفال عينة الدراسة حققت زيادة في مستويات الفهم والتعرف على المفردات والكلمات واستخدامها وهذا يثبت أن التدخل له أثر إيجابي مباشر على إدراك المفردات الجديدة. وهدفت دراسة ذاكر الله Zakirullah (2008) إلى التعرف على مدي فعالية برنامج لتحسين النمو اللغوي ومهارات الإدراك السمعي لدى الأطفال المعاقين سمعياً والزارعين لقوقعة سمعية خلال فترة اثني عشر شهرا من عمرهم، وتكونت العينة من (٢١) طفلاً، واستخدمت الدراسة مقياس ارتش بولد Archbold للنمو السمعي- اختبار جليندونال Glendonal للفحص السمعي، واختبار لقياس الكلمات ذات المقطع الواحد وثنائية المقطع ومتعددة المقاطع عن طريق الصور، ومقياس التكامل السمعي، أشارت النتائج إلى تحسن جميع المجموعات في نمو اللغة ومهارات الإدراك السمعي، ولكن كان التحسن أكثر وضوحا في المجموعة العمرية الأصغر سناً.

واستخدمت دراسة جيرجر وآخرين Jerger et al. (2009) برنامج يعتمد على اقتران الكلمة المسموعة بالصور البصرية بهدف معالجة النطق لدى الأطفال ضعاف السمع، وقامت الدراسة على عينة من (٣١) طفلاً ضعاف السمع (٢٠ بنين، و١١ بنات) يتراوح أعمارهم من (٥ سنوات: ١٢ سنة وشهرين) ويتراوح فقدهم السمعي من (٢١-١٠١) ديسيبل.

وقد أظهرت النتائج وجود اختلاف في بطء أو سرعة تسمية الصورة والمعالجة الصوتية لدى أطفال العينة وفقاً لسن الأطفال، حيث تأثر الأطفال الأصغر سناً بالتمثيل البصري المصور للكلمات، في حين أظهر الأطفال الأكبر سنا تأثر قوي بالكلام السمعي مع عدم وجود فائدة من اقتران الكلمة المسموعة بالصور البصرية بالنسبة لهم. أما في مجال علاج الاضطرابات النطقية عند الأطفال، فقد أجرى الزيودي والسرطاوي Al Zyoudi & Al Sartwai (2010) دراسة هدفت إلى دراسة اثر برنامج علاجي على تطوير اللغة الاستقبالية لدى الأطفال في الإمارات العربية المتحدة. واشتملت عينة دراستهما على 60 طفلا تم توزيعهم إلى مجموعتين ضابطة وتجريبية وأشارت نتائج دراستهما إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة لصالح التجريبية.

وتبنت دراسة ليرت Lert (2010) برنامج للتأهيل السمعي بهدف تحسين مهارتي الاستماع والتحدث لدى الأطفال ضعاف السمع، وقد قامت الدراسة على عينة قوامها (٢٧) طفلاً ضعيف السمع (١٢ بنين، ١٥ بنات، وأسفرت النتائج إلى تحسن عينة الدراسة في القدرة على

التمييز السمعي بين الأصوات الكلامية. ودراسة ايناس عليمات وميرفت الفايز (٢٠١٢) والتى هدفت إلى استقصاء فعالية برنامج تدريبي لغوي لتنمية مهارات اللغة الاستقبالية لدى الأطفال ذوي الاضطرابات اللغوية في عينة أردنية.

ولتحقيق أغراض الدراسة، تم إعداد وتصميم برنامج لغوي بناءً على تشخيص مقياس اضطرابات اللغة الاستقبالية لدى أطفال ما قبل المدرسة من ذوي الاضطرابات اللغوية. تكونت عينة الدراسة من (٢٠) طفلاً موزعين بالتساوي على مجموعتين: مجموعة تجريبية وأخرى ضابطة. وأظهرت النتائج وجود فروق لصالح المجموعة التجريبية في تنمية مهارات اللغة الاستقبالية على بعديها مهارة فهم المفردات ومهارة فهم تكوين الجمل. كما أظهرت النتائج فروقاً ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث في تنمية مهارات اللغة الأستقبالية، حيث كانت هذه الفروق لصالح الإناث.

ومن الدراسات التي بحثت في أهمية اشراك الوالدين في البرامج العلاجية لتطوير الجوانب اللغوية عند الأطفال دراسة وستوود Westwood (1990) والتي هدفت إلى التعرف على أثر الأنشطة المتنوعة كالقصة، ولعب الأدوار وتقمصها، إضافة إلى استخدام أسلوب المناقشة والمحاورة في القصص وبيان الدور الفاعل الذي يلعبه الوالدان في تحسين المهارات اللغوية لدى الأطفال ذوي الاضطرابات اللغوية، وقد تكونت عينة الدراسة من (٢٢) طفلاً، وتوصلت الدراسة إلي وجود فروق دالة إحصائياً لصالح المجموعة التجريبية يعزى لتطبيق البرنامج اللغوي القائم على استخدام الأنشطة اللغوية المتنوعة في معالجة المهارات اللغوية وتنميتها لدى الأطفال ذوي الاضطرابات اللغوية. كما هدفت

دراسة كالديرون Calderon (2000) إلي تحديد العلاقة بين مشاركة الوالدين في برامج تدريبية لأطفالهم ذوى الضعف السمعي من جهة والقدرة على التنبؤ بالنمو اللغوي لأطفالهم ومدى مقدرتهم على القراءة المبكرة وتوافقهم الاجتماعي والانفعالي سواء كان ذلك سلبي أو إيجابي ومعرفة أثر المشاركة الوالدية سواء بالسلب أو بالإيجاب، وقد تكونت عينة الدراسة من (٢٨) طفلاً ذوى ضعف سمعي متوسط (٥٥ ديسيبل تقريباً) تتراوح أعمارهم ما بين (٤٥- ٨٨) شهراً، توصلت النتائج إلى أن الوالدين الذين كانوا ذو مستوى تعليمي مرتفع وذو مهارات اتصال جيدة مع أطفالهم كانت مشاركتهم الوالدية ايجابية في البرامج المقدمة لأطفالهم ذوي الإعاقة السمعية، وأن مشاركتهم كانت متنبئ إيجابي بمهارات القراءة المبكرة لأطفالهم، ومهارات التواصل بين الوالدين وأطفالهم هي أكبر مؤشر ومتنبأ إيجابي بمهارات القراءة المبكرة والنمو اللغوي لدى أطفالهم وكذلك التنبؤ بالتوافق الاجتماعي والانفعالي لهم.

وفى هذا الصدد هدفت دراسة مولر Moeller (2000) إلى التعرف على فاعلية برنامج للتدخل المبكر على تحسين النمو اللغوي لدى الأطفال الصم وضعاف السمع، وقد تكونت عينة الدراسة من (١١٢) طفلاً من الصم وضعاف السمع في سن الخامسة.

استخدمت الدراسة اختبار بيبودي للمفردات المصورة، ومقياس لغة الإشارة، وقد كشفت النتائج عن وجود علاقة ذات دلالة إحصائية سلبية بين سن التحاق الأطفال وهم في سن الخامسة ونموهم اللغوي، حيث أن الأطفال الذين التحقوا وهم في سن ١١ شهراً كانوا أفضل بكثير في المفردات اللفظية ومهارات التفكير من الذين التحقوا في سن الخامسة

وبغض النظر عن درجة فقدهم السمعي فكان الفاصل في الأفضلية هو الالتحاق المبكر في برنامج التدخل الشامل إعداد وتأهيل الصم وضعاف السمع لغوياً.

كما هدفت دراسة دومش Domsch (2003) إلى اختبار أثر المستوى التعليمي للوالدين وطبيعة اللغة المستخدمة في البيت في التطور اللغوي لدى الأطفال ذوي الاضطرابات اللغوية من خلال برنامج لغوي يعتبر الوالدين جزءاً منه، وقد اشتملت عينة الدراسة على (٢٠) طفلاً، وقد توصلت الدراسة إلى وجود أثر دال إحصائياً لتفاعل والدي الطفل المضطرب لغوياً على نمو الطفل اللغوي على الرغم من اختلاف مستوياتهم الثقافية. وجاءت دراسة مالتز Maltz (2003) للتعرف إذا ما كان هناك اختلافات في نمو مهارات اللعب الرمزي بين الأطفال الذين يعانون من ضعف سمعي (HI) والأطفال الذين يعانون من اضطراب النمو اللغوي (LD) وذلك في سن ما قبل المدرسة، واستكشاف أثر سلوكيات الوالدين على اللعب الرمزي عند أطفالهم. وقد شملت عينة الدراسة (٢٥) طفلاً ووالديهم متوسط أعمار الأطفال هو (٣٢- ٦٥) شهراً تم تقسيمهم لمجموعتين: مجموعة أولى عددها (١٣) طفلاً ضعيف سمع منهم (٨) أطفال يرتدوا معينات سمعية، مجموعة ثانية عددها (١٢) طفلاً تأخر نمو لغوي، وحصلت مجموعة الأطفال المتأخرين لغوياً في مهارات اللغة الاستقبالية والتعبيرية على درجات أعلى بكثير من تلك التي حصل عليها مجموعة ضعاف السمع، وكذلك عدم وجود اختلاف كبير بين المجموعتين في أداء مقياس اللعب الرمزي، وهذا معناه أن لمهارات اللغة أثر على درجة فقد السمع بينما ليس لمهارات اللعب الرمزي هذا الأثر. وهدفت دراسة سيريز Therese (2009) إلى التعرف

على فعالية تدخل الآباء فى برنامج لتحسين النمو اللغوي عند الأطفال بلا مأوي فى سن ما قبل المدرسة وتسهيل استخدام اللغة والكلام لديهم وتكونت العينة من ١٢ من الآباء قسموا إلى مجموعة تجريبية وأخري ضابطة. وتوصلت الدراسة إلي أنه من المجدى بالنسبة للآباء الاستفادة من البرامج الخاصة بتنمية اللغة عند الأطفال فى سن ما قبل المدرسة ونتج هذا من التحسن الذي لوحظ على أطفال المجموعة التجريبية الخاصة بالآباء.

تعقيب على الدراسات السابقة:

من خلال الإطلاع على الدراسات السابقة يتضح أن الأطفال ضعاف السمع ذوي الاضطرابات اللغوية يستفيدون من الخدمات التدريبية اللغوية التي تقدم لهم، وأن التدريب المستمر داخل المدرسة والبيت وبمشاركة الوالدين له أثر كبير في علاج الاضطراب اللغوي لدى الأطفال ضعاف السمع ذوي الاضطرابات اللغوية. وتشير الدراسات السابقة كذلك، إلى أن لوالدي الطفل ضعيف السمع دوراً فاعلاً في علاج الاضطراب اللغوي الذي يعاني منه الطفل وأيضا إلى تحسن النمو اللغوي له من خلال مشاركتهم فى البرامج العلاجية والمقدمة لهؤلاء الأطفال. وقد اتضح ذلك من النتائج التي سجلت تحسناً ملحوظاً في استجابات الأطفال ضعاف السمع بعد تطبيق البرامج المختلفة، بالإضافة إلى أنه كلما كانت الإصابة بالضعف السمعي في عمر مبكر للطفل، كلما أدت لزيادة شدة تأخر اللغة لديه، وكذلك كلما كان التدخل العلاجي في وقت مبكر كلما أدى لزيادة نسبة التحسن. وقد استفادت منها الدراسة الحالية في الاسترشاد بها عند تصميم البرنامج واشتقاق وصياغة

افتراضات الدراسة الحالية، كما أمكن التعرف على البرامج المختلفة، والأدوات المختلفة المستخدمة في قياس الضعف السمعي وقياس تأخر النمو اللغوي.

فروض الدراسة:

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أفراد عينة الدراسة على مقياس النمو اللغوي فى القياسين القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أفراد عينة الدراسة على بعدي مقياس النمو اللغوي اللغة التعبيرية واللغة الاستقبالية لصالح نمو اللغة التعبيرية في القياس البعدي.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أفراد عينة الدراسة على مقياس النمو اللغوي فى القياسين البعدي التتبعى لصالح القياس التتبعي.

سابعاً: اجراءات الدراسة:

١- عينة الدراسة:

انقسمت عينة الدراسة إلى: عينة استطلاعية، وعينة تجريبية وهي التي تم تطبيق برنامج الدراسة عليها.

عينة الدراسة الاستطلاعية:

اشتملت العينة الاستطلاعية على (١٩) طفلاً ضعيف السمع (٨ إناث، ١١ ذكور) تتراوح أعمارهم ما بين (٤- ٦) سنوات، وتراوحت

درجة فقدهم السمعي ما بين (٥٦- ٦٩) ديسيبل أي من ذو الضعف السمعي المتوسط بفصول رياض الأطفال بمدينة الغردقة.

عينة الدراسة التجريبية:

١) عينة الأطفال ضعاف السمع:

تكونت عينة الدراسة التجريبية من (١٢) طفلاً من الأطفال ضعاف السمع (٣ إناث، ٩ ذكور) تم اختيارهم من عينة كلية قدرها (١٩) طفلاً ضعيف السمع كالتالي:

- تطبيق مقياس النمو اللغوي للأطفال حيث تم اختيار الأطفال الذين حصلوا على درجات منخفضة وفقاً لدرجة القطع (م- ع) على مقياسي النمو اللغوي مع استبعاد الأطفال ضعاف السمع المضطربين نطقياً لأسباب عضوية وكانت (ن= ١٣) تلميذاً.
- تطبيق مقياس ستانفورد بينيه للذكاء- الصورة الرابعة (الاختبارات غير اللفظية) باعتبار أن الاختبارات اللفظية لا تصلح مع عينة الدراسة لقياس نسبة ذكائهم نظراً لتأخر لغتهم ونطقهم بشكل ملحوظ، وتم استبعاد تلميذ واحد لحصوله على درجة اقل من ٩٠ على المقياس، وبذلك بلغ عدد التلاميذ ١٢ تلميذاً.
- وبعد مراعاة هذه الاعتبارات أتسمت العينة بهذه الخصائص: عدد أفراد العينة التجريبية (١٢) تلميذاً من الأطفال ضعاف السمع، منهم (٥ إناث، ٧ ذكور) تتراوح أعمارها الزمنية ما بين (٤.٦- ٥.٨) بمتوسط (٤.٦) سنة وانحراف معياري (٣.٥)، تتراوح نسبة الضعف السمعي لديهم ما بين (٥٦-٦٢) ديسيبل، وهم بذلك يقعون ضمن الضعف السمعي المتوسط، يستخدمون معينات سمعية طبية.

٢) عينة الوالدين:

تكونت عينة الوالدين من ٢٠ فرداً (٩ آباء، ١١ أمهات)- وهم يمثلون أولياء أمور تلاميذ المجموعة التجريبية. وسوف يخضعون للبرنامج الإرشادى المعد بهدف تدريبهم على كيفية التعامل مع الطفل ضعيف السمع الذي يعاني من تأخر فى النمو اللغوي.

٢- أدوات الدراسة

أ- مقياس ستانفورد بينيه للذكاء4th: (تقنين لويس مليكه ١٩٩٨)

أعد مقياس Stanford-Bient Intelligence Scale 4th ed العالمان الفرنسيان بينيه وسيمون، ثم بعد ذلك قامت جامعة ستانفورد الأمريكية بنقل المقياس إلى البيئة الأمريكية، وهو مقياس فردى، يقيس الذكاء لمستويات عمريه تمتد من (٢- ٧٠) سنة.

يتكون المقياس من أربعة مجالات رئيسية، يتفرع منها (١٥) اختبار فرعي، مع العلم أن مقياس ستانفورد بينيه مقياس مرن يسمح بقياس الذكاء بتطبيق أي عدد من الاختبارات الفرعية.

لذلك تم تطبيق مجموعة اختبارات لا تعتمد على اللغة اللفظية هي اختبارات (المفردات المصورة، ذاكرة الخرز، الاختبار الكمي، تحليل النمط، السخافات، النسخ)، والمقياس يتمتع بمستوى ثبات وصدق عاليين، بمتوسط قدره "١٠٠" وانحراف معياري قدره "١٦".

وقد قام لويس كامل مليكه في عام ١٩٩٨ بتقنين مقياس بينيه على المجتمع المصري، وهذه الصورة هي المعمول بها حاليًا في الوحدات والمراكز التي تعتمد على نسبة الذكاء.

ب- مقياس النمو اللغوي للأطفال ما قبل المدرسة:

(إعداد: الباحث) (ملحق ١)

يهدف المقياس إلي التعرف على النمو اللغوي عند الأطفال ضعاف السمع بمرحلة ما قبل المدرسة حيث تم قبل بناء المقياس الاطلاع على بعض المقاييس التى تناولت النمو اللغوي مثل اختبار التمييز السمعي اللفظي لمحمد رفقي عيسى (١٩٩٥)، اختبار زيميرمان للنمو اللغوي ما قبل المدرسي- الطبعة الرابعة Zimmerman et al (2002)، مقياس المهارات اللغوية لدى الأطفال المعاقين سمعياً بدر النصيري (٢٠٠٤)، مقياس تشخيص تأخر النمو اللغوي ما قبل المدرسة. بالإضافة دراسة هناء أبو ضيف (١٩٩١)؛ دراسة ياسر خليل (٢٠٠٠)؛ دراسة ماروم Marom (2001)؛ دراسة جيستي Guisti (2002)؛ دراسة ألريك ووآخرون Ulrike et al (2003)؛ دراسة جروبيرج Grawburg (2004)؛ دراسة لبنى قاسم (٢٠٠٥)؛ دراسة شيلي Shelley (2006)؛ دراسة على جاب الله، سيد سنجي (٢٠٠٧)؛ دراسة هاند ريد Hund-Reid (2008)؛ دراسة سنتياجو Santiago (2008)؛ دراسة عبد الرؤوف محفوظ (٢٠٠٨).

١) وصف المقياس:

هذا المقياس هو مقياس فردى، ويهدف لقياس مستوى النمو اللغوي لدى أطفال الروضة سواء نمو اللغة التعبيرية، أو نمو اللغة الاستقبالية، وقام الباحث بإعداده بهدف الحصول على أداة سيكومترية تشخيصية لقياس النمو اللغوي، والمقياس يقيس نمو اللغة (الاستقبالية، التعبيرية) كلاً على حده في صورة مراحل عمريه طبقا للعمر الزمني.

ويتكون من اربعين سؤالاً... وتم تصميمه على النحو التالي:

- قياس النمو اللغوي وفقاً لمستويات عمريه تمتد من (٣-٦) سنوات، حيث يتكون المقياس من (٤) مراحل عمريه بدايةً من سن (٣.٤، ٥.٦ سنوات) كل مرحلة لها أسئلة ومفردات وضعت طبقاً لمراحل النمو اللغوي المتوقع عند جموع الأطفال في هذا السن.
- تتكون المرحلة من سنة كاملة تنقسم إلى قسمين (خمسة أسئلة للغة الاستقبالية وخمسة أسئلة للغة التعبيرية).
- يبدأ تطبيق المقياس وفقاً لعمر الطفل الزمني فطفل الرابعة يبدأ من الأسئلة الخاصة بنفس السن فإن أجاب ينتقل لأسئلة سن الخامسة، وإن تعثر يرجع لأسئلة الثالثة، ويستمر إعطائه الأسئلة حتى يتعثر في الإجابة ولا يستطيع الإجابة عن أي مفردة بعد ذلك، ومن ثم يُحسب عدد الأسئلة الصحيحة (الاستقبالية- التعبيرية) التي أجاب عنها ويعطى الدرجة على المقياس.

٢) الخصائص السيكومترية للمقياس:

حساب صدق المقياس:

- **الصدق المنطقي (صدق المحكمين):**

تم عرض الصورة الأولية لمقياس النمو اللغوي لأطفال ما قبل المدرسة على السادة المحكمين المتخصصين في مجال علم النفس والصحة النفسية والقياس النفسي بهدف التأكد من مناسبة هذه الفقرات لقياس النمو اللغوي لدى الأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة، وفي ضوء آراء المحكمين تم صياغة المقياس فى صورته النهائية كما فى ملحق (١).

- **الصدق التلازمي:**

تم حساب معامل الصدق التلازمي بمقياس وكسلر لقياس ذكاء الأطفال "الجانب اللفظي" المتشبع بالعامل اللغوي، وذلك عن طريق حساب معامل الارتباط بين درجات أفراد العينة على المقياسين، حيث كانت (٠.٠٧٢) للثلاث سنوات، (٠.٠٧٤) للأربع سنوات، (٠.٠٨٤) للخمس سنوات، (٠.٠٧٨) للست سنوات.

ويتضح مما سبق أن قيم معاملات الارتباط عالية وهذا يدل على أن مقياس النمو اللغوي لأطفال ما قبل المدرسة يتمتع بدرجة صدق عالية.

حساب ثبات المقياس:

- **طريقة إعادة تطبيق الاختبار:**

تم استخدام طريقة إعادة الاختبار لحساب ثبات المقياس بعد تطبيقه بفاصل زمني أسبوعين بين التطبيق الأول والتطبيق الثاني، وتم حساب معامل الارتباط بين درجات الأطفال في التطبيق الأول ودرجاتهم في التطبيق الثاني على المقياس ككل، وقد تم حساب معامل الارتباط بين التطبيقين وبلغ (٠.٨٧) وهو دال عند (٠.٠١) أي أن المقياس يتمتع بدرجة ثبات مرتفعة

- **طريقة ألفا كرونباخ Alpha Cronbach Method:**

تم حساب الثبات بمعادلة ألفا كرونباخ، وكانت قيمة معامل الثبات (٠.٨٨) وهي دالة عند مستوى (٠.٠١) وهي قيمة مرتفعة تدل على ثبات المقياس.

- **درجة القطع للمقياس:**

تم تحديد درجة قطع مقياسي النمو اللغوي لأطفال الروضة ضعاف السمع فكانت تساوى ٦٨.٤٦ من خلال المعادلة (م- ع) أي طرح الانحراف المعياري من متوسط درجات عينة التي طُبق عليها المقياس. حيث م = ٧٦.٦١، ع = ٨.١٥.

ج- البرنامج التدريبي للأطفال: (إعداد: الباحث) (ملحق ٢).

قام الباحث قبل بناء برنامج الدراسة الحالية بالإطلاع على دراسة ياسر خليل (٢٠٠٥)؛ رفاتشيو Rvachew (2006)؛ سعيد محمد (٢٠٠٧)؛ بولر وآخرون Buhler et. al (2007)؛ على جاب الله، سيد سنجي (٢٠٠٧)؛ محمد النحاس (٢٠٠٦: ١٦٢- ١٨٧)؛ بيتر وآخرون Peter et. al (2004)؛ ديانا ويليامز (٢٠٠٤)؛ عبد العزيز سليم (٢٠٠٤)؛ كرويا وآخرون Crowea, et al. (2004)، مان وفوي Mann & Foy (2007)؛ ستوكل Stoeckel (2007)؛ هاند ريد Hund-Reid (2008)؛ ريتشسمير Richtsmeier (2008).

التخطيط العام للبرنامج:

مرت عملية تخطيط وإعداد برنامج لتحسين النمو اللغوي لدى أطفال الروضة ضعاف السمع بعدد من الخطوات كما يلي:

١) أهداف البرنامج:

- **الأهداف العامة للبرنامج:**

هدف البرنامج إلي تحسين النمو اللغوي لدى الأطفال ضعاف السمع عينة الدراسة في مرحلة الروضة بمدينة الغردقة.

- **الأهداف الإجرائية للبرنامج:**

يهدف البرنامج إلي استغلال القدرات السمعية المتبقية لتأهيل الأطفال ضعاف السمع وتنمية لغتهم وتصحيح نطقهم، مما يساعدهم على الانتظام بمدارس العاديين بدلاً من إلحاقهم بمدارس النور والأمل للصم والبكم، ويتحقق ذلك من خلال:

- زيادة الحصيلة اللغوية لدى الأطفال ضعاف السمع عينة الدراسة.
- تحسين مهارات اللغة الاستقبالية لدى الأطفال ضعاف السمع عينة الدراسة.
- تحسين مهارات اللغة التعبيرية لدى الأطفال ضعاف السمع عينة الدراسة.

٢) الفنيات المستخدمة في البرنامج:

اعتمد البرنامج على مجموعة من فنيات العلاج السلوكي منها النمذجة ولعب الدور، والتغذية الراجعة، والتقليد، والتدعيم، والتعزيز، والتشكيل والتسلسل، والتعميم، والواجبات المنزلية.

٣) مخطط جلسات البرنامج:

تم تنفيذ البرنامج في ثلاثين جلسة بواقع جلستين أسبوعياً أي بلغ تنفيذ البرنامج في مدة بلغت ثلاثة شهور ونصف تقريباً، وزمن كل جلسة (٣٥) دقيقة تقريباً حسب المحتوى الذي تتضمنه الجلسة.

وركز محتوي البرنامج على زيادة قدرة الأطفال اللغوية وذلك من خلال:

- التدريب على استخدام أكثر من حاسة أثناء التدريب مثل حاسة البصر وحاسة اللمس.
- زيادة حصيلة الطفل اللغوية من خلال التعرف على مجموعة أجزاء الجسم والقدرة على تسميتها، مجموعة الخضروات والملابس والفواكه، تسمية الأشياء المحيطة، وزيادة القدرة علي التواصل والتعبير اللغوي.
- فهم واستخدام الملكيات (لي، لك، لها، . . . . .) واستخدام حرف العطف (و، أو) وفهم الضمائر (أنا- أنت- نحن- هو- هي- هما) و (الصفات، المفرد والجمع، النفي) وظرف المكان [فوق تحت/ داخل (جوه) خارج (بره)/ خلف أمام/ بجانب في النص] وتوظيفها والتعبير عنهم في كلامه.
- الانصات إلي القصص المحببة للأطفال ومحاولة إعادة سردها.
- التدريب على صياغة الجمل وقراءتها واستخدامها فى زيادة التواصل مع الزملاء.

د- البرنامج الإرشادى للوالدين:

أعد الباحث هذا البرنامج بهدف تحسين مستوى اللغة لدى الأطفال ضعاف السمع من خلال مشاركة الوالدين ولما كان للمحيط الأسرى المباشر للطفل ضعيف السمع دوراً في العلاج اللغوي فنوع وكثافة التفاعل الذى تبادر به الأسرة أو تستجيب له إيجابياً أو تشجيعه يغير إلى حد كبير من نوع السلوك الذى يظهره الطفل لذا فإن أخد دور الأسرة في الاعتبار في خطة علاج تأخر نمو اللغة للطفل ضعيف السمع يوفر فرصة التكامل والاستمرارية بين الفريق المعالج والأسرة.

١) أهداف البرنامج:

- تزويد الأسر بمعلومات عن ضعف السمع والفرق بينه وبين الإعاقة السمعية، مما يجعلهن أكثر تفهما وقدرة على التعامل مع الطفل ضعيف السمع.
- مساعدة الأسر على معرفة خصائص نمو الأطفال ضعاف السمع في مرحلة الطفولة.
- مساعدة الأسر في تعديل أفكارهم ومفاهيمهم الخاطئة المرتبطة بإعاقة أطفالهم إلى أفكار ومفاهيم سوية وايجابية.

٢) الأسلوب الإرشادى المستخدم:

يستخدم الباحث أسلوب الإرشاد الجمعي في جلسات البرنامج الارشادى، وتكمن أهمية الإرشاد الجمعي فيما يهيئه من تفاعل بين الباحث الوالدين.

٣) الفنيات المستخدمة في البرنامج الارشادى:

استخدم الباحث بعض الفنيات الإرشادية ومنها: المحاضرة، والمناقشة الجماعية، والتعزيز الايجابي، والنمذجة، والواجب المنزلي.

٤) الجلسات الإرشادية:

في ضوء ما سبق، قام الباحث بإعداد (٨) جلسات إرشادية جماعية، بواقع جلستين أسبوعيا (شهر واحد), وتراوحت مدة الجلسة ما بين (٤٥- ٦٠) دقيقة حسب طبيعة كل جلسة والموضوعات المطروحة للمناقشة.

وتتضمن الجلسات الإرشادية الموضوعات التالية:

بدأ البرنامج بالتعريف بالبرنامج الارشادي للأطفال ضعاف السمع والبرنامج الإرشادى الأسرى ونظام الجلسات كما ركز البرنامج على أسباب ضعف السمع والإعاقة السمعية، وتقسيماتها، وخصائص نمو الأطفال فى مرحلة الطفولة، كيفية متابعة جلسات برنامج الاطفال، وكيفية تحسين مستوى اللغة لدى للأطفال ضعاف السمع بالإضافة إلي استخدام المعينات السمعية للأطفال ضعاف السمع.

منهج الدراسة:

تم استخدام المنهج التجريبي ليلائم متغيرات الدراسة متمثلة في: المتغير التجريبي وهو برنامج الدراسة (برنامج الأطفال، وبرنامج الوالدين) بفنياته والمتغير التابع وهو النمو اللغوي لدى أطفال الروضة ضعاف السمع، واستخدم الباحث التصميم التجريبي ذو المجموعة الواحدة.

ثامناً: نتائج الدراسة وتفسيراتها:

١) اختبار صحة الفرض الأول وتفسير نتائجه:

توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات أطفال عينة الدراسة التجريبية على مقياس النمو اللغوي فى القياسين القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي.

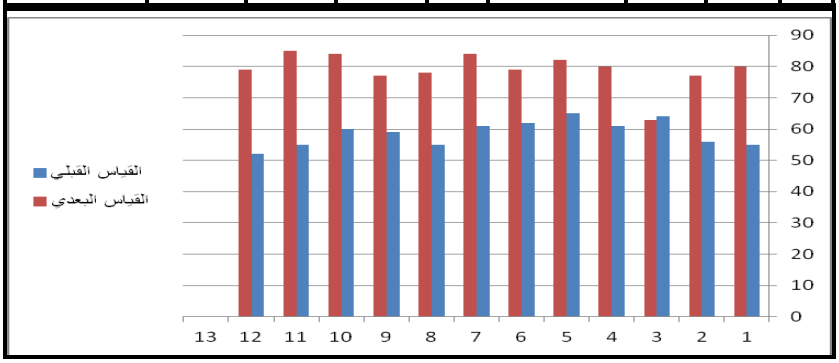
وللتحقق من صحة الفرض تم تطبيق مقياس النمو اللغوي على عينة الدراسة (ن = ١٢ طفلاً) قبل وبعد تطبيق برنامج الدراسة، وقد تم استخدام اختبار ويلكوكسون Wilcoxon اللابارمتري للفروق بين متوسطات رتب القيم المرتبطة.

جدول (١)

دلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات الأطفال عينة الدراسة على مقياس النمو اللغوي في القياسين القبلي والبعدي

(ن = ١٢)

ن	القياس		المجموعة	ن	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة "Z"	مستوى الدلالة الإحصائية
	القبلي	البعدي						
١	٥٥	٨٠	الرتب السالبة	١	١.٠٠	١.٠٠	-٢.٩٨	دالة عند مستوى ٠.٠١
٢	٥٦	٧٧	الرتب الموجبة	١١	٧.٠٠	٧٧.٠٠		
٣	٦٤	٦٣	المحايد	٠				
٤	٦١	٨٠	المجموع الكلى	١٢				
٥	٦٥	٨٢						
٦	٦٢	٧٩						
٧	٦١	٨٤						
٨	٥٥	٧٨						
٩	٥٩	٧٧						
١٠	٦٠	٨٤						
١١	٥٥	٨٥						
١٢	٥٢	٧٩						



شكل (١)

متوسطات درجات تلاميذ المجموعة التجريبية على مقياس النمو اللغوي فى القياسين القبلي والبعدي

يتضح من جدول (١) وشكل (١) تحقق صحة الفرض الأول وذلك بوجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠.٠١) بين القياسيين القبلي والبعدي لمقياس النمو اللغوي للأطفال ضعاف السمع عينة الدراسة لصالح القياس البعدي، مما يشير إلى تحسن ملحوظ في مستوى النمو اللغوي لدى أطفال عينة الدراسة بعد تطبيق برنامج الدراسة عليهم، وهو ما يثبت فعالية البرنامج في تحسين النمو اللغوي لدى أطفال الروضة ضعاف السمع.

ولقد جاءت نتائج الدراسة متوافقة مع ما أسفرت عنه نتائج دراسة روميرو باكيوس Romerobacios (2000) ودراسة نهاد الهذيلي (٢٠٠٥)، دراسة ديملنج Dimling (2007)، ودراسة ذاكر الله Zakirullah (2008)، ودراسة جيرجر وآخرون Jerger et al. (2009). مما سبق يتضح أن برنامج الدراسة الحالية قد أدى إلى تحسن ملحوظ في النمو اللغوي لدى أطفال الروضة ضعاف السمع، وهو ما أتسق مع نتائج الدراسات السابقة التي تناولت برامج تدريبية لتحسين النمو اللغوي لدى عينات مشابهة لأطفال عينة الدراسة.

ويفسر الباحث تفوق المجموعة التجريبية في ضوء ما أشار إليه تييتر Teeter (1998) من أن تكثيف الإرشاد من خلال عدة محاور تشمل الأطفال والوالدين والمعلمين، يؤدى إلى إنتاج أفضل من البرامج الإرشادية التي يتم تطبيقها على محور واحد، على الأطفال أو الوالدين أو المعلمين (18). وقد توفر هذا التركيز للمجموعة التجريبية، حيث تلقى الأطفال تدريباً من الباحث ثم يواصل الوالدين هذا التدريب والتوجيه في المنزل وكلا الطرفين يمتلك دوراً مهماً يكمل دور الطرف الآخر, فلا يمكن إغفال دور أحدهما كي يظهر دور الطرف الآخر، فالمدرسة

وحدها لا تكفي لأداء هذه المهمة، وهي ليست قادرةٌ مطلقاً على فعل ذلك دون مساندة البيت.

كما يمكن تفسير التحسن في النمو اللغوي لعينة الدراسة الحالية للبرنامج التي استخدمته الدراسة الذي يعتمد على الإثراء اللغوي لعينة الدراسة من خلال التدريبات اللغوية التي ركزت على توظيف الحواس (السمعية والبصرية واللمسية) وربط ما هو مسموع بنماذج مرئية وملموسة بقدر الإمكان لتكون صورة ذهنية متكاملة أثناء التدريبات والتي تشمل إكسابهم المفردات والتراكيب اللغوية لتأهيلهم وتنمية لغتهم، وتوفير قدر مناسب من المفردات والمعاني والدلالات لطفل تشكل نواه لثروة لغوية فيما بعد التدريب، والتركيز على فهم محتوى اللغة واستخدامها.

وقد اعتمد البرنامج على مجموعة من الفنيات أثناء الجلسة وبعدها مثل المحاكاة والنمذجة والتقليد واللعب واستخدام المكافآت المعنوية والملموسة تدعيم الاستجابات الصحيحة والتغذية الراجعة والواجبات المنزلية، بالإضافة إلي الاهتمام بإعداد بيئة تعليمية غنية بالمواقف والخبرات الطبيعية والاجتماعية، وإتاحة الفرصة للحوار والمناقشة والتعرض للرموز اللغوية ومدلولاتها في ضوء المراحل النمائية لطفل ما قبل المدرسة.

وقد راعي الباحث بعض الاعتبارات المهمة عند القيام بالتدريب السمعي للأطفال ضعاف السمع من خلال البرنامج الإرشادي ومنها ما يلي:

- نارتقا عمسلا ةيؤرلاب سمللاو دنع بيردتلا يعمسلا.
- ملائمة فنيات التدريب مع قدرات الطفل السمعية.

- ربط الخبرات المصاحبة لاستخدام المعينات السمعية بأشياء مقبولة وذات معني بالنسبة للأطفال ضعاف السمع.
- تعليم الطفل من خلال النمذجة وسماع أصوات حية من البيئة المحيطة.
- التركيز على اللغة وذلك عن طريق تدريب خاص للأطفال ضعاف السمع على مفردات اللغة بتقديم قدر من الجمل التي يرددها الطفل بمفرده أو بصحبة والديه.
- التركيز على تواصل الوالدين مع الأطفال أكثر من التركيز على اللغة ذاتها.
- أن يكون التدريب الشخصي للطفل مرتبطاً بالحصيلة اللغوية لديه.

وقد حرص الباحث في نهاية كل جلسة علي تحديد واجبات منزلية مكتوبة ومصورة للمفردات الجديدة التي اكتسبها الطفل أثناء الجلسة وكل مفردة أو معنى جديد مصحوب بصورتين صورة بلون المفردة الطبيعي وصورة أبيض وأسود يطلب من الطفل تلوينها بنفس اللون، فمثلاً عند إكساب الطفل مجموعة الخضروات، في نهاية الجلسة تم لصق الصور الملونة والأبيض وأسود المعبرة لمجموعة الخضروات كواجب منزلي للطفل يتم تحت إشراف الوالدين.

ويمكن تفسير صحة هذا الفرض استناداً إلى أدبيات البحث النفسي والإطار النظري، فكما ذكرت ديانا ويليامز (٢٠٠٤، ١١٧-١١٨) بأن التدريبات اللغوية تعتمد على إكساب الطفل مجموعة من المفردات والكلمات اللغوية بصورة فردية وفي صورة جملة تحمل معلومات ومعاني، على أن يصاحب تعلم المفردة صورة أو مجسم لها

للربط بين الكلمة ومدلولها، فمثلاً تعريفه على كلمة موزة يجب أن يتواجد مجسمات أو صور للفواكه، ومن التدريبات التي تهدف تعزيز المفردات اللغوية لدى الطفل تدريبه على التعرف وتسمية (الأدوات المتنوعة، أجزاء وأعضاء الجسم، الحيوانات، الأطعمة، الملابس، وسائل النقل، الوظائف والمهن).

وظلت التدريبات اللغوية في التدرج من مجرد إكسابهم مفردات ومعاني جديدة وصولاً إلى إكسابهم الأفعال خاصة الأفعال الملموسة مثل كلمة (يأكل، يشرب، يلبس، يلعب ...)، وأزمنتها، حروف الجر، الصفات، الاتجاهات وأظرف المكان والزمان، وتوظيف ذلك في تراكيب لغوية، مع تدريبهم على مهارات المحادثة واستخدام ما تم تعلمه مع الآخرين، خاصة أثناء المواقف المختلفة في الحياة اليومية، والتركيز تواصل الطفل البصري مع الآخرين عند التحدث وعدم الخجل أو السكوت عند محادثته أو النظر إلى الجانب أو إلى الأسفل عند التحدث معه.

ويتفق ذلك مع ما ذكره بينر Benner (2002, 67) في إن اكتساب الطفل اللغة يتطلب إنتاج الأصوات وتعلم الكثير من المفردات ومعرفة معانيها والقدرة على استخدامها في جمل إنشائية، والاستيعاب وربط الجمل في السرد أي يمكنه إعادة سرد قصة ومن ثم قدر الطفل على التعبير عن النفس.

بالإضافة لما سبق يذكر الزيودي والسرطاوي Al Zyoudi & Al Sartwai (2010, 16) بأن البرنامج اللغوي الناجح يقوم على إكساب الأطفال المفردات اللغوية في صورة وظيفية، أي إكسابهم الإشارة

إلى الألوان والتعرف على الاتجاهات، والصفات، ومن ثم تركيب الجمل القصيرة من خلال إدراج المفردات التي تعلموها في تراكيب لغوية جديدة تحتوي على مفردات أخرى مرتبطة بما تعلموه، ويتم ذلك بالتعزيز المستمر لاستجابة الطفل والتغذية المرتدة من حين لآخر، ويستخدم المدرب عدة وسائل في إكساب الطفل القدرة على تسمية الأشياء والتعرف عليها منها الصور والمجسمات والباذل وغيرها.

بالإضافة إلى ما سبق فإن إشراك الوالدين في البرنامج المقدم للأطفال كان له الأثر الفعال في نتائج الدراسة ويتفق ذلك مع العديد من الدراسات ومنها دراسة وستوود Westwood (1990)، ودراسة كالديرون Calderon (2000)، ودراسة دومش Domsch, (2003)، ودراسة مالتز Maltz (2003)، ودراسة سيريز Therese (2009). والتى أكدت معظمها على ضرورة تعامل الوالدين مع أطفالهم على أساس من العلاقة الطبيعية التي تربطهم، حيث تم إرشاد الوالدين إلى كيفية التواصل الشامل مع الأطفال بالإضافة إلى تبادل الخبرات بين الأسر وتلقى مؤازرتهم الاجتماعية والنفسية وكل ذلك ساعد في انتقال الوالدين من مجرد الإشراف على أطفالهم ضعاف السمع إلى تقديم ما يحفزهم ويساعدهم على اكتساب اللغة ومهاراتها المختلفة عن طريق التواصل مع أطفالهم باللغة المنطوقة واللعب لما لهؤلاء الأطفال من قدرة في هذه السن المبكرة على استقبال طرق التواصل بشكل كبير. وهذا ما أكده على الزهراني (٢٠٠٧، ١٠٩٢) من أن إكساب الكلام واللغة للأطفال الصم وضعاف السمع بشكل فعال يتطلب وبشكل كبير مشاركة الوالدين النشط والفعال في تعليم أبنائهم، لذلك فإن برامج التدخل المبكر

تسعى للتركيز على توجيه وإرشاد وتعليم الوالدين ليصبحوا قادرين على التواصل مع أبنائهم بشكل فعال.

كما حرص الباحث من خلال جلسات البرنامج على أن تتم معظم التفاعلات بين الأطفال ضعاف السمع ووالديهم في إطار مشابه بدرجة كبيرة للواقع داخل منازلهم وذلك لتدريبهم على كيفية التغلب على الصعوبات التي تحول دون التواصل مع أبنائهم والذي من شأنه أن يساعدهم على تنمية اللغة لديهم. وساعد ذلك من استمرار قدرة الوالدين على مساعدة الأطفال ضعاف السمع على اكتساب اللغة وتنميتها داخل المدرسة وفى المنزل وذلك عن طريق معاودة إرشادهم وتوجيههم بشكل مستمر.

وينصح ليلنتال Lilienthal (2009) والدي الأطفال المتأخرين لغوياً بضرورة تشجيع طفلهم على الكلام والتواصل عن طريق توفير إثراء لغوي بالنمذجة حول الطفل وبيئته المحيطة به واستغلال كافة التأثيرات المحيطة لفعل ذلك الهدف مما يزيد من فرص تطوير قدرة الطفل على الاستماع والممارسة السمعية واستخدام التواصل اللفظي داخل الأسرة.

كما كان للبرنامج الإرشادي للوالدين عظيم الأثر في تعديل اتجاهاتهم نحو طفلهم ضعيف السمع مما خفف لديهم مشاعر الحزن والقلق والشك في قدرة أطفالهم على تحقيق القدر المناسب من النمو اللغوي كما أن تدريب الوالدين على إدماج أطفالهم ضعاف السمع مع أخواتهم العاديين واستخدام إجراءات عادية لتنمية مهاراتهم اللغوية وذلك عن طريق التحدث مع أطفالهم ضعاف السمع في جمل قصيرة ومركبة

مع حث الأطفال على الكلام بجمل مبسطة وصحيحة لغوياً. حيث يتمثل دور الوالدين من خلال تحدث الأم مع طفلها والذي يحسن من نموه اللغوي.

فالتفاعل الذي يتم بين الأم وطفلها وما تفعله الأم مكمل لتدريب الطفل على التخاطب اللفظي من خلال ممارسة أنشطة وتعلم مفردات لغوية حتى تزداد قدرة الطفل في استخدام اللغة وتوظيفها داخل البيئة المنزلية (Hallahan & Kauffman, 2003, 312).

كما كان لتدريب الوالدين على كيفية استخدام المعينات السمعية وسماعات الأذن بشكل مناسب أو تعويض الطفل على ما يعانيه من عائق سمعي عن طريق التدريب على بعض العادات الصحيحة مثل الجلوس فى مكان مناسب وبشكل صحيح بحيث يمكن أن يسمع ما يلقى إليه من حديث بشكل سليم. فالطفل ضعيف السمع يحتاج إلى تدريب منظم لأن سمعه سيضعف وسيصبح أبكما إذا لم تتوفر له فرص التدريب الفعال وذلك لغياب التغذية السمعية الراجعة عند صدور الأصوات وعدم الحصول على تعزيز لغوي من الآخرين، وفي حال اكتسابه للمهارة اللغوية فان هذا الاكتساب يتصف بالقصور والتمركز حول الملموس مع استخدام جمل قصيرة بنبرة غير عادية، لأن البناء اللغوي لدى الطفل المعاق سمعياً يسير بسرعة أبطأ كثيراً من نظرائه من الأطفال العاديين (Norio, et al., 2012).

وهذا يتفق مع نتائج الدراسات الحديثة والتي أكدت علي دور المعينات السمعية في اكتساب الطفل اللغة المنطوقة ومن ثم قدرته على التواصل لفظياً، ومن هذه الدراسات دراسة كل من بيرهارد وآخرين

Bernhard et al (2002)؛ هولت وآخرين Holt et al (2004)؛ ماكدونالد وزولان McDonald & Zwolan (2004) التي أشارت نتائجها إلى تحسن النمو اللغوي لدى أطفال ذو ضعف سمعي عميق أصيبوا به قبل اكتساب اللغة وقد زرعوا قوقعة سمعية في وقت مبكر أدت إلى تطوير لغتهم المنطوقة، واستنتجت هذه الدراسات أن الاستخدام المبكر للقوقعة الالكترونية له تأثير إيجابي في تطور اللغة المنطوقة، أي أن للمعينات السمعية دوراً مهماً في تطور اللغة المنطوقة بشكل رئيسي.

مما سبق يتضح أن برنامج الدراسة الحالية حقق أهدافه العامة والإجرائية والمهارية في تحسين النمو اللغوي لدى أطفال الروضة ضعاف السمع، وهو ما حقق صحة الفرض الأول في هذه الدراسة.

٢) اختبار صحة الفرض الثاني ومناقشة نتائجه:

ينص الفرض الثاني على أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات أطفال عينة الدراسة التجريبية على بعدي مقياس النمو اللغوي اللغة التعبيرية واللغة الاستقبالية لصالح نمو اللغة التعبيرية في القياس البعدي.

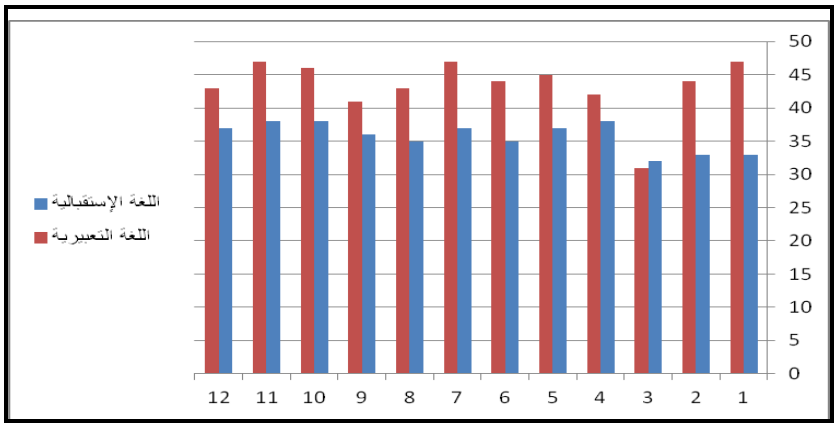
وللتحقق من صحة الفرض تم تطبيق مقياس النمو اللغوي ببعديه اللغة التعبيرية واللغة الاستقبالية على عينة الدراسة (ن = ١٢) بعد تطبيق برنامج الدراسة، وقد تم استخدام اختبار ويلكوكسون Wilcoxon اللابارمتري للفروق بين رتب القيم المرتبطة ويوضح جدول (٢) هذه النتائج.

جدول (٢)

دالة الفروق بين متوسطات رتب درجات أطفال عينة الدراسة على مقياس النمو اللغوي اللغة التعبيرية والاستقبالية في القياس البعدي

(ن = ١٢)

ن	القياس البعدي		درجة الكلية	المجموعة	ن	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة "Z"	مستوى الدلالة الإحصائية
	استقبالية	تعبيرية							
١	٣٣	٤٧	٨٠	الرتب السالبة	١	١.٠٠	١.٠٠	-٢.٩٨	دالة عند مستوى ٠.٠١
٢	٣٣	٤٤	٧٧	الرتب الموجبة	١١	٧.٠٠	٧٧.٠٠		
٣	٣٢	٣١	٦٣	المحايد	٠				
٤	٣٨	٤٢	٨٠	المجموع الكلى	١٢				
٥	٣٧	٤٥	٨٢						
٦	٣٥	٤٤	٧٩						
٧	٣٧	٤٧	٨٤						
٨	٣٥	٤٣	٧٨						
٩	٣٦	٤١	٧٧						
١٠	٣٨	٤٦	٨٤						
١١	٣٨	٤٧	٨٥						
١٢	٣٧	٤٣	٨٠						



شكل (٢)

متوسطات درجات اللغة الإستقبالية واللغة التعبيرية لتلاميذ المجموعة التجريبية على مقياس النمو اللغوي فى القياس البعدي

ويتضح من جدول رقم (٢) وشكل (٢) تحقق صحة الفرض الثاني وذلك بوجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠.٠١) بين متوسطات رتب درجات أطفال مجموعة الدراسة على بعدي مقياس النمو اللغوي "اللغة التعبيرية واللغة الاستقبالية" في القياس البعدي لصالح اللغة التعبيرية، مما يشير إلى تحسن ملحوظ في مستوى نمو اللغة التعبيرية لدى أطفال عينة الدراسة بعد تطبيق برنامج الدراسة عليهم، مما يثبت فاعلية البرنامج في تحسين نمو اللغة التعبيرية أكثر من تحسن نمو اللغة الاستقبالية لدى أطفال الروضة ضعاف السمع. ويتفق ذلك مع نتائج بعض الدراسات ومنها دراسة بابيكو وآخرين Bubbico, et al. (2007)، ودراسة كيربي Kirby (2008)، ودراسة ليرت Lert (2010)، ودراسة دراسة سكريم وآخرين Schramm, et al. (2010)، ودراسة ايناس عليمات وميرفت الفايز (٢٠١٢).

مما سبق يتضح أن برنامج الدراسة الحالية قد أدى إلى تحسن ملحوظ لنمو اللغة التعبيرية أكثر من تحسن نمو اللغة الاستقبالية، وهو ما اتسق مع نتائج الدراسات السابقة التي تناولت برامج لغوية تدريبية لدى عينات مشابهة لأطفال عينة الدراسة.

ويمكن تفسير التحسن في نمو اللغة التعبيرية أكثر من الاستقبالية لعينة الدراسة الحالية للبرنامج التي استخدمته الدراسة التي أشتمل على إجراءات داعمة لتنمية القدرات اللغوية التعبيرية أكثر بكثير من الاستقبالية، وقد قصد ذلك الباحث عند بناء البرنامج أن يحتوي أكثر على مهارات اللغة التعبيرية باعتبار الطفل ضعيف السمع متأخراً جدا في قدراته اللغوية التعبيرية من فقر شديد لحصيلته اللغوية فهماً وتوظيفاً.

وهذا يتفق مع ما أشار إليه شرودر والنديك Schroeder & Ollendick (2003, 380-381) في أن التأخر في اللغة التعبيرية يتضح من خلال قلة عدد المفردات غير الملائمة للعمر الزمني وأخطاء التعبير ودقة استخدام اللغة في التعبير من خلال الجمل والتراكيب اللغوية، ولذلك فأي تحسن للغة التعبيرية يتضمن تعلم واكتساب مفردات لغوية جديدة واستخدامها في التعبير اللفظي، الأمر الذي ينعكس على التواصل اللفظي للطفل وبالتالي يطرأ تحسن في الاندماج اللغوي مع الآخرين.

ويعزو الباحث التحسن في اللغة التعبيرية إلى البرنامج الذي اعتمد على تعريض الطفل إلى بيئة لغوية طبيعية بمختلف نشاطاتها الأمر الذي يُحسن من قدراته التعبيرية أكثر من الاستقبالية من خلال إكسابه كم كبير من المفردات اللغوية الجديدة ومعاني وتراكيب ودلالات لغوية لتكوين لديه حصيلة لغوية يقوم بتوظيفها في التواصل والتعبير اللغوي، تشمل هذه المفردات التعرف على مجموعات ومفردات لغوية مثل:

- أعضاء الجسم، الحيوانات والطيور وأصواتها، الفواكه والخضروات، الأدوات المنزلية، الملابس، المواصلات، المهن المختلفة، الألوان وغيرها، والقدرة التعرف على مفاهيمها واستخدامها.
- أدوات الملكية والغائب والمتكلم (بتاعتي وبتاعتها/ هو وهي/ أنا نحن).
- النفي في الجملة وحروف العطف (و، أو)، وحروف الجر (من- في- على) الاتجاهات (أعلى- أسفل- يمين- شمال- أمام- خلف).

- تحسين القدرة على التعرف على الصفات المختلفة مثل الأطوال (طويل قصير) والأحجام (كبير صغير) والأشكال الهندسية والمطابقة بين الصور والأصوات والمزاوجة بين الأشياء المتشابهة.
- الإنصات إلى قصة والإجابة عن الأسئلة المتعلقة بأحداث القصة، والقدرة على إعادة سرد القصة.

هذه الأنشطة اللغوية والمفردات اللغوية التي يكتسبها الطفل تزيد لديه لغته التعبيرية ومساعدته على توظيفها في التعبير باستخدام كلمة واحدة إلى التعبير بأكثر من خمس كلمات في الجملة الواحدة، الأمر الذي يمكنه من استخدام اللغة التعبيرية مع الآخرين، خاصة أثناء المواقف المختلفة في حياته اليومية.

ويتفق هذا السياق مع ما جاء في الأدبيات العلمية فيذكر ريدي Reddy (2004, 196-199) أن إكساب اللغة التعبيرية للطفل الضعيف سمعياً يعتمد على إكسابه كم من المفردات تتضمن التعرف على أسماء وصفات الأشياء والفروق بين الأزمنة ومعرفة حروف الجر، والأفعال، وأظرف المكان والزمان، والأرقام... الخ.

كل هذه المفردات تستخدم في التواصل اللفظي، فعن طريق هذه التدريبات تنمو لدى الطفل جمل وتراكيب لغوية يستخدمها بعد ذلك في المحادثات اللفظية.

حيث أن الطفل عندما يفهم معاني هذه المفردات يستطيع التعبير عن نفسه وتوصيل المعنى الذي يريده.

وهذا نفس ما أكده محمد الترتوري (٢٠١٠) في أن اللغة الاستقبالية تعتمد على سماع وفهم ما يقوله الآخرون فالطفل يستطيع أن يصغي إلى اللغة التي يتكلم بها المحيطون به، ويكوّن فكرة عما يقصدونه، وذلك تبعاً للمواقف التي يستمع بها إلى كلمات معينة، بينما النمو في اللغة التعبيري هو الأصعب حيث اكتساب القدرة على إنتاج اللغة المنطوقة والمكتوبة وفق قواعد تركيب اللغة وصياغتها.

الأمر الذي يمكن الطفل من استخدام اللغة في التعبير عن أفكاره وانفعالاته وحاجاته وما يشعر به، أي قدرة الطفل على التعبير اللفظي عما في نفسه من مشاعر وأفكار خيال حول فكرة معينة والمشاركة في أفكار وأقوال الآخرين وحوارهم ومناقشتهم وإبداء الرأي، مستخدماً في هذا التعبير ما يكتسبه من أفعال وأسماء وصفات وأزمنة وحروف جر ومفردات لغوية سبق اكتسابها أو تعلمها.

٣) اختبار صحة الفرض الثالث ومناقشة نتائجه

ينص الفرض الثالث على أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات أفراد عينة الدراسة التجريبية على مقياس النمو اللغوي فى القياسين البعدي التتبعى لصالح القياس التتبعي.

وللتحقق من صحة هذا الفرض قام الباحث بتطبيق مقياسي النمو اللغوي على عينة الدراسة التجريبية (ن = ١٢) في القياسيين البعدي والتتبعي (بعد مرور شهرين من نهاية تطبيق البرنامج).

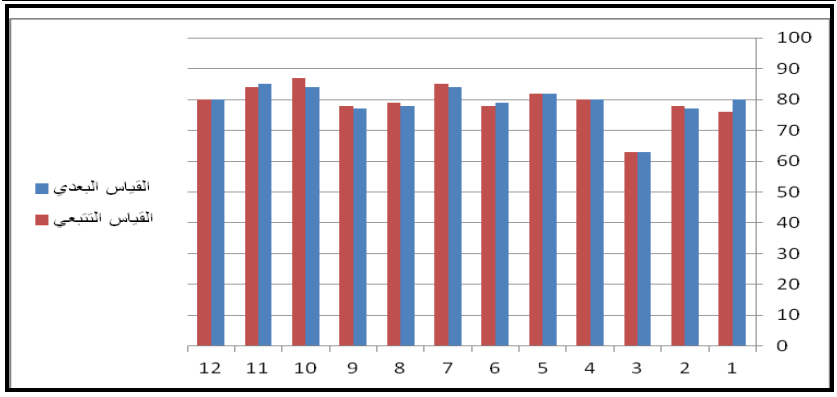
وقد تم استخدام اختبار ويلكوكسون Wilcoxon اللابارمتري للفروق بين رتب قيم مرتبطة ويوضح جدول (٣) هذه النتائج.

جدول (٣)

دالة الفروق بين رتب درجات أفراد عينة الدراسة على مقياس النمو اللغوي في القياسين البعدي والتتبعي

(ن = ١٢)

ن	مقياس النمو اللغوي		المجموعة	ن	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة "Z"	مستوى الدلالة الإحصائية
	البعدي	التتبعي						
١	٨٠	٧٦	الرتب السالبة	٣	٥.٠٠	١٥.٠٠	-٠.٣٤٩	غير دالة
٢	٧٧	٧٨	الرتب الموجبة	٥	٤.٢٠	٢١.٠٠		
٣	٦٣	٦٣	المحايد	٤				
٤	٨٠	٨٠	المجموع الكلى	١٢				
٥	٨٢	٨٢						
٦	٧٩	٧٨						
٧	٨٤	٨٥						
٨	٧٨	٧٩						
٩	٧٧	٧٨						
١٠	٨٤	٨٧						
١١	٨٥	٨٤						
١٢	٨٠	٨٠						



شكل (٣)

متوسطات درجات تلاميذ المجموعة التجريبية على مقياس النمو اللغوي فى القياسين البعدي والتتبعي

يتضح من جدول (٣) وشكل (٣) تحقق صحة الفرض الثالث، وذلك بعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياسيين البعدي والتتبعي لمقياس النمو اللغوي لأطفال ما قبل المدرسة، مما يشير إلى بقاء استمرارية فعالية البرنامج في تحسين النمو اللغوي لدى أطفال عينة الدراسة التجريبية وذلك بعد تطبيق برنامج الدراسة عليهم بشهرين، وهو ما يثبت استمرارية فاعلية برنامج الدراسة في تحسين النمو اللغوي.

مما سبق يتضح لنا بقاء التحسن الناتج من برنامج الدراسة الحالية في النمو اللغوي وذلك بعد مرور شهرين كفترة متابعة، وهو ما اتسق مع نتائج الدراسات السابقة التي تناولت برامج تدريبية لدى عينات مشابهة لأطفال عينة الدراسة.

ويمكن تفسير بقاء التحسن في اللغة والنطق الناتج من البرنامج خلال فترة المتابعة إلى كفاءة البرنامج التدريبي وما يحتويه من الإجراءات وفنيات علاجية كالمحاكاة في اكتساب اللغة والنطق الصحيح والتفاعل المتبادل وجهاً لوجه بين الطفل والباحث الأمر الذي كان له الأثر البالغ في نمو المفردات اللغوية لديه وتصحيح نطق الأصوات الخاطئة.

وقد لجأ الباحث إلى المحاكاة لتقريب المسافات بينه وبين الأطفال، واستخدم فنية اللعب ليستطيع الأطفال من خلالها أن يشعروا بالحرية الكاملة في التعبير عن أنفسهم بصورة كافية وتنفيذ بعض أهداف الجلسة في جو مرح ومسلي.

ولجأ الباحث إلى النمذجة عند عدم قدرة الطفل على النطق الصحيح فيقوم الباحث بنطق صوت الطفل الخاطئ ومن بعده ينطق

الصوت الصحيح من المخرج الصحيح لجذب انتباه الطفل للتفريق بين الخطأ والصواب ومن ثم تشجيع الطفل على تقليد الصوت الصحيح.

كما استخدم الباحث المدعمات المعنوية (التشجيع والثناء) والمدعمات الغذائية (شكولاته- بسكويت- ملبس- مصاصة... الخ) وذلك في أعقاب اكتساب السلوكيات اللغوية المراد تعلمها مما يساعد في ترسيخ هذه السلوكيات في الحصيلة اللغوية وكذلك أعقاب إخراج الأصوات من مخارجها الصحيحة.

وكانت التغذية الراجعة هي مؤشر عن مدى تعلم الطفل من عدمه من خلال التعرف من قرب على أدائه بشكل مستمر، لمساعدته في تثبيت ذلك الأداء، إذا كان يسير في الاتجاه الصحيح، أو تعديله إذا كان بحاجة إلى تعديل، فهي تعمل على المحافظة على الأنشطة السابقة من خلال مراجعة ما سبق قبل البدء في أي جلسة جديدة وكذلك التذكير بالجديد من خلال تلخيص ما تم في الجلسة اليوم عند نهايتها. مع تكليف الطفل بواجبات منزلية عقب كل جلسة لتثبيت وتدعيم ما حصل عليه الطفل أثناء الجلسة وتتم الواجبات المنزلية تحت متابعة الأهل، حيث تمكن الواجبات المنزلية الطفل أن يكتشف إمكانياته وتنمي ثقته بنفسه وتتيح له اكتساب خبرات بنفسه من خلال تنفيذ الواجبات المنزلية.

وفي نفس السياق يذكر عبد العزيز السرطاوي، وائل أبو جودة (٢٠٠٠، ٣٤٢) أن بقاء واستمرار أثر التحسن الناتج من البرنامج التدريبي يرجع إلى ما يحتويه البرنامج الخاص بالوالدين من إجراءات وفنيات تعتمد على إشراكهم منذ البداية وتكليفهم من قبل الباحث لمتابعه طفلهم من خلال الواجبات المنزلية، حيث يحتوى هذا الإجراء على

نشاطات أسرية خاصة بالوالدين، يشمل إعادة تدريب الطفل على أنشطة الجلسات في البرنامج التدريبي، ومن ثم فساهمت هذه المشاركة في تعميم ما اكتسبه الطفل، الأمر الذي استمرت متابعة الوالدين للطفل والذي نتج عنها المساهمة في بقاء واستمرار فعالية البرنامج التدريبي إلى فترة ما بعد انتهاء تطبيقه. بالإضافة إلى البرنامج الإرشادى الذي طبق على الوالدين وظلوا يستخدمون ما يحتويه من مهارات وفنيات ومعارف مما أدى إلى تحسن النمو اللغوي لدي الأطفال ضعاف السمع الأمر الذي أظهر فروقاً وإن كانت لم تصل إلي حد الدلالة بين القياسين البعدى والتتبعى علي مقياس النمو اللغوي للأطفال ضعاف السمع عينة الدراسة. بالتالي نلاحظ أن مشاركة الوالدين في حضور البرنامج ومتابعة محتواه والتدريب عليه وتنفيذ الواجبات المنزلية قد حقق مستوى أفضل في تحسين قدرة أطفالهم اللغوية.

فالتدريب الذي تلقاه الوالدان وجديتهما وإيجابيتهما في تنفيذه داخل المنزل والمدرسة، مكنهما من مساعدة الطفل ضعيف السمع على تحسين نموه اللغوي وقدرته على التحدث والتعبير بشكل سليم لغوياً، وخاصة وأن البرنامج المقدم للآباء قد ركز على خصائص وسمات الأطفال ضعاف السمع الآثار السلبية الناجمة عن إهمال التواصل معهم وما ينتج عنها من تأخر لغوي الأمر الذي شجع الآباء نبذ الإهمال وحسن التعامل وزيادة الاتصال بأطفالهم بشكل علمي صحيح.

ويفسر الباحث هذه النتيجة بأنه كلما اندمجت الأسرة والطفل في برنامج يهدف إلى علاج مشكلة معينة لدى الطفل كانت فعاليات البرنامج أكثر نجاحاً وأبعد أثراً في حياة الطفل (فاروق محمد صادق، ١٩٩٨). ومما سبق يتضح أن الإرشاد الفردي عملية مهمة وضرورية في بعض

الأحيان إلا أن هناك أشخاصاً على درجة عالية من الأهمية في حياة ضعيف السمع يجب أن يشاركوا في عملية الإرشاد.

أيضا فالوالدان بصفة خاصة يحتاجون إلى تعلم الكيفية التي تمكنهم من تحسين سلوك أطفالهم في المنزل ويكونوا على وعى ومعرفة بالأساليب والطرق الخاصة لتيسير عملية التعلم واكتساب اللغة لهؤلاء الأطفال دون اللجوء إلى عقابهم بصورة سيئة أو إهمالهم. كما يتضح أن برنامج الدراسة الحالية حقق أهدافه العامة والإجرائية والمهارية في بقاء التحسين الناتج عنه في تحسين النمو اللغوي لدى أطفال الروضة ضعاف السمع، وهو ما حقق صحة الفرض الثالث في هذه الدراسة.

التوصيات:

وفي نهاية هذه الدراسة، ومناقشة نتائجها، وربطها بنتائج الدراسات التي سبقتها، يمكن أن تخلص الدراسة إلى التوصيات التالية:

- ضرورة إعداد برامج لغوية علاجية أخرى تستهدف جميع أنواع الاضطرابات اللغوية، وذلك لما أثبتته نتائج الدراسات من فعالية هذه البرامج.
- إشراك الأهل في إعداد وتنفيذ البرامج المقدمة للأطفال ذوي الإعاقات بصفة عامة والأطفال ذوي الإعاقة السمعية خاصة وذلك لثبات أثر هذا العامل على إنجاح مثل هذه البرامج.
- استخدام الوسائل والأنشطة التي أثبتت كفاءتها في إنجاح البرامج اللغوية، مثل استخدام برامج كمبيوترية واستخدام أسلوب التعلم

بالنموذج فتنوع الأنشطة يساعد على الإكساب السريع للغة والنطق للأطفال المعاقين سمعياً.

- إعداد دراسات تلقي الضوء على فئات عمرية أخرى لدى الأطفال ذوي الإعاقة السمعية.

المراجع:

- إبراهيم الرزيقات (٢٠٠٣). الإعاقة السمعية. عمان: دار وائل للنشر والتوزيع.
- أحمد عثمان صالح (٢٠٠٩). تواصل الصم. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- السيد عبد الحميد سليمان (٢٠٠٣). سيكولوجية اللغة والطفل. القاهرة: دار الفكر العربي.
- ايناس عليمات وميرفت الفايز (٢٠١٢). أثر برنامج تدريبي لغوي لتنمية مهارات اللغة الاستقبالية لدى أطفال ما قبل المدرسة من ذوي الاضطرابات اللغوية في عينة أردنية. المجلة الأردنية في العلوم التربوية، ٨ (١) ٣٥-٤٦.
- إيهاب عبد العزيز الببلاوي (٢٠٠٣). اضطرابات النطق. القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.
- بدر بن فارس حمد النصيري (٢٠٠٤). تطوير مقياس النمو اللغوي لقياس المهارات اللغوية للأطفال المعاقين سمعياً من الرضاعة وحتى خمس سنوات، رسالة ماجستير. كلية الدراسات العليا، الجامعة الأردنية.
- جمال محمد الخطيب (١٩٩٧). مقدمة في الإعاقة السمعية. عمّان: دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع.
- جمال محمد الخطيب، حسين على الشيخ، أحمد محمد الخديم، محمود إبراهيم الظاعن، طلعت حمزة الوزنة، محمد بن خميس الفارسي، وليد البصري (٢٠٠١). الدليل الموحد لمصطلحات الإعاقة والتربية الخاصة والتأهيل، المكتب التنفيذي لمجلس وزراء العمل والشئون الاجتماعية بجامعة الدول العربية. البحرين.
- حسن عبد السلام الشيخ (١٩٩٩). فعالية العلاج الأسري في خدمة الفرد في تنمية سلوك التفاعل الاجتماعي لطفل ما قبل المدرسة،

رسالة دكتوراه، جامعة القاهرة، كلية الخدمة الاجتماعية بالفيوم.

- خليل ميخائيل معوض (٢٠٠٠). سيكولوجية النمو (الطفولة والمراهقة). الإسكندرية: دار الفكر الجامعي.
- ديانا ويليامز (٢٠٠٤). المهارات السمعية المبكرة. ترجمة خالد العامري. القاهرة: دار الفاروق للنشر والتوزيع.
- زينب محمود شقير (٢٠٠٠). سيكولوجية الفئات الخاصة والمعاقين. القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.
- سعيد عبد الرحمن محمد (٢٠٠٧). التأهيل اللغوي المبكر للأطفال ضعاف السمع في مرحلة ما قبل المدرسة لإلحاقهم بمدارس العاديين (نظرة مستقبلية). المؤتمر العلمي الأول بعنوان (التربية الخاصة بين الواقع والمأمول) ١٥-١٦ يوليو كلية التربية جامعة بنها. المجلد الثالث. ١٠٦١- ١٠٨٣.
- سميرة أبو الحسن (٢٠٠٣). سيكولوجية الإعاقة ومبادئ التربية الخاصة. القاهرة: حورس للطباعة والنشر.
- شاكر عطية قنديل (١٩٩٥). سيكولوجية الصم ومتطلبات إرشاده. المؤتمر الدولي الثاني. بعنوان (الإرشاد النفسي للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة). مركز الإرشاد النفسي. جامعة عين شمس، ٢٥-٢٧ ديسمبر، المجلد (١). ١-١٢.
- صبحي سليمان (٢٠٠٧). تربية الطفل المعاق. الجيزة: دار الفاروق للاستثمارات الثقافية.
- صلاح الدين حافظ (١٩٩٥). الأصم متى يتكلم. الدوحة: معهد الكتاب للنشر والتوزيع.
- عادل عبد الله محمد (١٩٩٩). دراسات في سيكولوجية نمو طفل الروضة. القاهرة: دار الرشاد.

- عبد الرؤوف إسماعيل محفوظ (٢٠٠٨). أثر برنامج تدريبي لغوي لمهارات اللغة التعبيرية لدى الأطفال من ذوي الاضطرابات اللغوية. بحث مقدم لكلية التربية. جامعة الملك عبد العزيز.
- عبد العزيز إبراهيم سليم (٢٠٠٤). مدى فاعلية برنامج علاجي تكاملي متعدد الأبعاد في علاج بعض حالات اللجلجة لدى عينة من تلاميذ المرحلة الابتدائية. رسالة ماجستير. كلية التربية فرع دمنهور. جامعة الاسكندرية.
- عبد العزيز السرطاوي، وائل أبو جودة (٢٠٠٠). اضطرابات اللغة والكلام. الرياض: أكاديمية التربية الخاصة.
- عبد العزيز الشخص (١٩٩٧). اضطرابات النطق والكلام. الرياض: مكتبة الملك فهد الوطنية.
- عبد المطلب أمين القريطي (٢٠٠١). سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة وتربيتهم. ط٣. القاهرة: دار الفكر العربي.
- علاء الدين كفافي (١٩٩٨). رعاية نمو الطفل. القاهرة: دار قباء للطباعة للنشر والتوزيع.
- علي بن حسن الزهراني (٢٠٠٧). التوجهات الحديثة للتعليم الشفهي للأطفال الصم وضعاف السمع المفاهيم، المبادئ. والتطبيقات التي يستند عليها. المؤتمر العلمي الأول بعنوان (التربية الخاصة بين الواقع والمأمول) ١٥– ١٦ يوليو كلية التربية. جامعة بنها. المجلد الثالث. ١٠٨٥– ١١٢٢.
- على سعد جاب الله، سيد محمد سنجي (٢٠٠٧). فاعلية برنامج قائم على الأنشطة اللغوية فى تنمية مهارات التعبير الشفوي الوظيفي لذوى الاحتياجات الخاصة. المؤتمر العلمي الأول بعنوان (التربية الخاصة بين الواقع والمأمول)

١٥- ١٦ يوليو كلية التربية جامعة بنها. المجلد الثالث. ١٢٠٥- ١٢٥٨.

- فاروق الروسان (١٩٩٨). سيكولوجية الأطفال غير العاديين. ط ٣. عمّان: دار الفكر العربي للطباعة والنشر.
- فاروق محمد صادق (١٩٩٨). سلسلة دراسات وبحوث عن الطفل المصري "الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة وسبل التعامل معهم ورعايتهم، مركز دراسات الطفولة، جامعة عين شمس.
- كاميليا عبد الفتاح (١٩٩٥). سيكولوجية طفل الروضة. القاهرة: دار الفكر العربي.
- لبنى عبد الحميد قاسم (٢٠٠٥). فاعلية برنامج مقترح في الأنشطة اللغوية على تنمية بعض مهارات الإبداع اللغوي لدى أطفال ما قبل المدرسة. رسالة ماجستير. كلية التربية. جامعة أسيوط.
- لويس كامل مليكه (١٩٩٨). مقياس ستانفورد بينيه للذكاء الصورة الرابعة. ط٢. القاهرة: دار النهضة العربية.
- محمد النوبي (٢٠١٠). خصائص المعاقين سمعيا . موقع جامعة أم القرى. تصفح بتاريخ ١٩ نوفمبر ٢٠١٠، متاح على: http://uqu. edu. sa/page/ar/101152.
- محمد رفقي عيسى (١٩٩٥). اختبار التمييز السمعي اللفظي- دراسة تقنية ميدانية على أطفال الصفين الرابع الابتدائي والأول المتوسط بدولة الكويت. المجلة التربوية، ٩ (٣٦) ١٥١- ١٩١.
- محمد عوض الترتوري (٢٠١٠). النمو اللغوي عند طفل الروضة. مقال. موقع جامعة أم القرى. المملكة العربية السعودية. تصفح بتاريخ ١٩ نوفمبر ٢٠١٠، متاح في: http://uqu. edu. sa/page/ar/5812.

- محمد فتحي عبد الحي (٢٠٠٠). الإعاقة السمعية وبرامج إعادة التأهيل. العين: دار الكتاب الجامعي.
- محمد محروس الشناوي (١٩٩٤). نظريات الإرشاد والعلاج النفسي. القاهرة: دار غريب.
- محمد محمود النحاس (٢٠٠٦). سيكولوجية التخاطب لذوي الاحتياجات الخاصة. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- نهاد صالح الهذيلي (٢٠٠٥). فاعلية برنامج تدريبي مستند إلى اللعب في تنمية التفكير الابتكاري لدى الأطفال المعاقين سمعياً في مرحلة ما قبل المدرسة في عينة أردنية. رسالة دكتوراه. كلية الدراسات العليا. الجامعة الأردنية.
- هناء أبو ضيف مرز (١٩٩١). برنامج مقترح لتنمية الاستعداد اللغوي لدى طفل ما قبل المدرسة، رسالة دكتوراه. كلية التربية. جامعة أسيوط.
- ياسر فارس خليل (٢٠٠٥). أثر برنامج لغوي علاجي في تنمية مهارات اللغة الاستقبالية لدى الأطفال ذوي الاضطرابات اللغوية. رسالة دكتور، كلية الدراسات التربوية العليا. جامعة عمان، الأردن.

- **Al Zyoudi, M., & Al Sartwai, A. (2010). The effects of a language remediation program on developing receptive language on children with language disorders. J. of Language and Literature, 3, 13-19.**
- **American Academy of Otolaryngology (2006). Noise-Induced iearing loss in children, available at http://www. entnet. org/ About Us/loader.cfm?csModule=security%2fgetfile&pageid=9483, {02. 10. 2010}.**
- **Benner, G., (2002). The Effects of the language learning program on the receptive language**

skills of kindergarten children. J. of Direct Instruction, 2 (2), 67-74.

- **Bernd. S. (2009). Auditory and vestibular research methods and protocols, New York, Humana Press.**
- **Bernhard, R.; Susanne, E.; Roland, L. & Erwin, L., (2002). Receptive and expressive language skills of 106 children with a minimum of 2 years' experience in hearing with a cochlear implant, Abstract International. International Journal of Pediatric Otorhinolaryn-gology,64 (2), 111-125.**
- **Brian B., (2010). Language development: foundations, processes, and clinical applications. Florida, Jones & Bartlett Learning.**
- **Bubbico, L., Di Castelbianco, F., Tangucci, M.& Salvinelli, F. (2007). Early hearing detection and intervention in children with prelingual deafness, effects on language develop-ment. Abstract International, Minerva Pediatrica, 59 (4), 307-313.**
- **Buhler, H.; DeThomasis, B., Chute, P. & DeCora, A. (2007). An analysis of phonological process uUse in young children with cochlear implants. The Volta Review, 107 (1), 55- 74.**
- **Calderon, R. (2000). Parental involvement in deaf children's education programs as a predictor of child's language, early reading, and social-emotional develop-ment. J. of Deaf Studies and Deaf Education, 5 (2), 140-155.**
- **Cantwell, D. & Baker, L. (1987). Developmental speech and language disorders. New York, Guilford press.**

- **Corey, G., (1996 .) Theory and practice of counseling and psychotherapy. Washington, An International Thomson Publishing Company.**
- **Crowea, L.; Norris, J. & Hoffmanb, P. (2007). Training caregivers to facilitate communicative participation of preschool children with language impairment during storybook reading. J. of Communication Disorders, 37, 177–196.**
- **Dennis, C. (2007). Medical-Legal and forensic aspects of communication disorders. Voice Prints, Arizona, Lawyers& Judges Publishing Company.**
- **Dimling, L., (2007). Recognition, use, and comprehension of vocabulary by students who are Deaf/Hard of hearing: A strategic approach to vocabulary instruction. Dissertation, Michigan State University.**
- **Domsch, C. (2003). Parental educational level, language characteristics and children: who are late to talk. Dissertation, Vanderbilt University.**
- **Finestack, L. (2007). A comparison of explicit and implicit interventions to teach A novel Grammatical marking to children with language impairment. Dissertation, Faculty of the Graduate School, University of Kansas.**
- **Garrett, C., (2004). The importance of direct language instruction for hearing impaired children. Thesis, Washington University.**
- **Glogowska, M., Roulstone, S., Enderby, P., & Peters, T., (2000). Randomised controlled trial of community based speech and language therapy in preschool children. British Medical Journal, 321, 923- 926.**

- **Grawburg, M. (2004). A perception based phonological awareness training program for pre-schoolers with articulation disorders. Thesis, McGill University, Montreal.**
- **Guisti, M., (2002). The efficacy of oral motor therapy for children with mud articulation disorders. Thesis,Southern Connecticut State University, New Haven, Connecticut.**
- **Hall, N., & Hill, D., (1996). The child with a disability. 2nd ed, Australia, Blackwell Science.**
- **Hallahan, D & Kauffman, J. (2003). Exceptional learners, introduction to special education. 10th ed, New York, Pearson.**
- **Harris, J & Turkington, C. (2006). The encyclopedia of learning disabilities. 2nd ed, New York, Infobase Publishing.**
- **Helenius, P. ; Parviaine, T. ; Paetau, R & Salmelin, R. (2009). Neural processing of spoken words in specific language impairment and dyslexia. J. Of Neurology, 132 (7), 1918-1927.**
- **Holt, R. ; Svirsky, M. ; Neuburger, H & Miyamoto, R. (2004). Age at implantation and communicative outcome in pediatric cochlear implant users: Is younger always better? International Congress Series, 1273, 368–371.**
- **Hund-Reid, C. (2008). The effectiveness of phonological awareness intervention for kindergarten children with moderate to severe language impairment, Dissertation. Faculty Of Rehabilitation Medicine, Edmonton, University of Alberta.**
- **Jackson, L. (1997). A psycho social and economic profile of The hearing impaired and deaf in hull. R. (Eds): Aural Rehabilitation,**

3rd Ed, Singular Publishing Group. Inc. 37-47.

- **Jean, L., Desjardin, A., Sophie E., Amy S., & Laurie S., (2009). Relationships between speech perception abilities and spoken language skills in young children with hearing loss. International Journal of Audiology, 48 (5), 248-259.**
- **Jerger, S. ; Tye-Murray, N & Abdi, H. (2009). Role of visual speech in phonological processing by children with hearing loss. J. of Speech, Language, and Hearing Research, 52, 412-434.**
- **Kirby, A. (2008). A content analysis of demographic information as it pertains to social skills and language abilities among oral preschoolers with hearing-impairment. Dissertation, College of Education, University of Houston.**
- **Lert, k., Kasemkosin, N., Cheewareungroj, W. Kasemsuwan, L. (2010). Listening and speaking ability of thai deaf children in preschool aural rehabilitation program. J. of The Medical Association of Thailand,93 (4), 474- 480.**
- **Lilienthal, N. (2008). Typical speech and language development. available at: http://www. asha. org/public/speech/development/, {06. 11. 2010}.**
- **Lilienthal, N., (2009). Quick tips to encourage communication for speaking and non-speaking children. available at: http://www. speechpathologyguru. com/quick-tips-to-encourage-communication-for-speaking-and-non-speaking-children-a122/, {06. 10. 2010}.**

- **Macias, M & Wegner, L. (2005). Speech and language development and disorders, (in: Bernard, L.), Current Management in Child Neurology. 3rd ed, London, BC Decker Inc, 225- 231.**
- **Maltz, J., (2003). Factors associated with symbolic play development in Preschoolers with hearing impairment and language processing payed. Dissertation, Pace University, New York.**
- **Mann, V. & Foy, J. (2007). Speech development patterns and phonological awareness in preschool children, The International Dyslexia Association**, 75 (1), 51- 74**.**
- **Mark, L., (2003). Disorders of development and learning. 3rd ed, People's Medical Publishing House, USA.**
- **Marom, J. (2001), Maternal distancing behaviors and accuracy in predicting cognitive and linguistic abilities of language delayed, preschoolers. Dissertation, Hofstra University.**
- **McCombie, G. (2009). Effect of jaw opening on the speech and voice of normal-hearing and hearing-impaired children: An acoustic and physiological Sstudy. Thesis, University of Canterbury.**
- **McDonald, C & Zwolan, T. (2004). Examining multiple sources of infance on the reading comprehension skills of children who use cochlear implants. J. of Speech, Language, and Hearing Research, 47 (3), 509-526.**
- **Moeller, M. (2000). Early intervention and language development in children who are deaf and hard of hearing. International, official journal of the American Academy of Pediatrics, 106 (3),43.**

- **Muro, J., & Kottman, T., (1995). Gudance and counseling in the elementary and middle schools. Modison, Wisconrin, London.**
- **National Institute on Deafness and Other Communication Disorders (2010). NIDCD fact sheet: cochlear implants available at http://www. nidcd. nih. gov/staticresources/health/hearing/FactSheetCochlearImplant. pdf, {21. 11. 2010}.**
- **Nelson, H.; Nygren, P. ; Walker, M & Rita Panoscha, R. (2006), Screening for speech and language delay in preschool children: systematic evidence review for the US preventive services task force, Abstract International, official journal of the American Academy of Pediatrics, 117 (2), 298–319.**
- **Nielsen, L. (2008). Brief reference of student disabilities-with strategies for the classroom. 2nd Ed, California, Corwin Press.**
- **Norio K., Kunihiro F.,Kana O.,Akiko S.,&Toshiyuki O., (2012). Effects of early identification and intervention on language development in Japanese children with prelingual severe to profound hearing impairment. Rhinotogy & Laryngology 21 (4)16-20.**
- **Peter, D; Becky, S & Karen, D. (2004). Improving narrative skills In young children with delayed language development. Educational Review UK, 56 (3), 271-285.**
- **Reddy, G. (2004). Hearing impairment: an educational consideration. New Delhi, Discovery Publishing House.**
- **Reyes, R. (2008). Early intervention for hearing impairment: appropriate. Accessible and affordable. Annals Academy of Medicine, 37 (12), 55-56.**

- **Richtsmeier, P.(2007). From perceptual learning to speech production generalizing phonotactic probabilities in language acquisition, Dissertation. Faculty of the Graduate College, University of Arizona.**
- **Robin. T., (1997). A comparison of parents' perceptions and speech/ language pathologists' perceptions of selected social competency needs of speech/language impaired preschool children, Dissertation. Faculty of Education, Florida Atlantic University.**
- **Romerobacios, M. (2000). Developmental language disorders design of an intervention program. New Delhi, Discovery Publishing House.**
- **Rvachew, S., Grawburg, M. (2006). Correlates of phonological awareness in preschoollers with speech sound disorders Abstract International. J. of Speech, Language, and Hearing Research, 49 (1), 74-87.**
- **Rvachew, S. (2006). Effective interventions for the treatment of speech sound disorders. Encyclopedia of language and literacy development. Canadian Language and Literacy Research Network, pp. 1-9.**
- **Santiago, E., (2008). Effects of nonlinguistic memory skills and processing speed in children with specific language impairment. Thesis, Wayne, University of New Jersey**
- **Satir, V., & Bitter, J., (1991). The therepist and family therapy: satirs human validation process model. In Horne, A. & passmore, J. (Eds), Family Counseling and Therapy (2nd ed.) (3-45).**
- **Schramm, B.; Bohnert,A.& Keilmann, A (2010). Auditory, speech and language development in**

young children with cochlear implants compared with children with normal hearing, International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology, 74 (7)**, 812-819.**

- **Schroeder, C. & Ollendick, T. (2003). Encyclopedia of clinical child and pediatric psychology. NewYork, Springer.**
- **Shaughnessy, A. (2003). Nebraska kindergarten teachers' perceptions of alnguage and literacy development. Speech-Language Pathologists, And Language Interventions, Dissertation, Faculty of Graduate, University of Nebraska.**
- **Shelley, G. (2006). The relationship between phonological memory, receptive vocabulary, and fast mapping in young children with specific language impairment, J. of Speech, Language, and Hearing Research, 49, 955-969.**
- **Stoeckel, R. (2007). Relationships between measures of levels of phonological knowledge and outcome measures of speech and language skills, Dissertation, Faculty of the Graduate school, University of Minnesota.**
- **Teeter, P., (1998). Intervention for ADHD Treatment in Developmental Context, New York, the Guilford press.**
- **Tervo, R. (2003). Identifying patterns of developmental delays can help diagnose neuro-developmental disorders. A Pediartic, 12 (3) 1-6.**
- **Therese M., (2009). Feasibility and benefit of parent participation in a program emphasizing preschool child language development while homeless. American**

Journal of Speech-Language Pathology, 18, 252–263.

- **Turkington, C. & Sussman, E. (2000). Living with hearing loss, The source book for deafness and hearing disorders. Cheak mark book. New York.**
- **Ulrike, W., Esther, B., Gabriele, D., Judith, S., Ulrike, S & Brigitte E, (2003). Behaviour in children with language development disorders. The Canadian Journal Of Psychiatry, 48 (9), 606–613.**
- **Vacari, C., & Marschark, M., (1997). Communication between parents and deaf children implications for social emotional development. J. of Child Psychology Psychiatry, 38,7, 793-801.**
- **Westwood G., (1990). Using a cooperative home school development program to enhance the listening skills of kindergarten children. Paper Presented at Annual Meeting of the National Reading Conference. Education, 15, 84-93.**
- **World Health Organization, (2010). Deafness and hearing impairment, Fact sheet, No. 300, available at: http://www. who. int/ mediacentre/factsheets/fs300/en/, {08. 11. 2010}.**
- **Yoshinaga-Itano, C., Sedey, A., Coulter, D., & Mehl, A., (1998). Languageof early and later. identified. children with hearing loss. Abstract International, j. of the American Academy of Pediatrics, 102 (5), 1161-1171.**
- **Zakirullah, M., Iqbal, K.,Mamoona, A., Shahid, A. (2008). Evaluation of auditory perception skills development in profoundly deaf children following cochlear implantation–priliminary report. J. of Ayub**

Medical College Abbottabad, 20 (1), 94–97.

- **Zimmerman, L., Steiner, V., & Pond, R. (2002). Pre school language scale. 4th Ed., Examiner's Manual. New York, The Psychological Corporation.**