الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة الشهيد حمّه لخضر– الوادي

كلية العلوم الاجتماعية والانسانية **قسم العلوم الاجتماعية**

الصحة النفسية لدى التلاميذ المعاقين سمعيا

مذكرة مكملة لمتطلبات الحصول على شهادة الماستر في علوم التربية تخصص تربية خاصة وتعليم مكيف

إعداد الطالبتين: **إشراف الدكتورة:**

❖ **أسماء دايخة** **فالح يمينة**

❖ **صفاء بالعشي**

لجنة المناقشة

فالح يمينة	أستاذ محاضر أ	جامعة الوادي	أستاذ مشرف
هند غدايفي	أستاذ محاضر أ	جامعة الوادي	أستاذ ممتحن
زليخة جديدي	أستاذ محاضر أ	جامعة الوادي	أستاذ ممتحن

السنة الجامعية: 2019-2020

شكر وتقدير

قال تعالى:" ولئن شكرتم لأزدنكم"

أحمد الله العظيم وأشكره على عنايته على إتمامنا لهذا العمل المتواضع منذ البداية وحتى النهاية.

فإننا نتقدم بأسمى آيات الشكر وأبلغ عبارات التقدير والامتنان لأستاذتنا الفاضلة الدكتورة

"فالح يمينة"

على ما قدمته لنا من عون كبير، إذ لم تبخل علينا بجهد أو علم أو وقت لمتابعة تقديم الدراسة، وتقديم النصح والإرشاد فنشكرها كل الشكر على تشجيعها ومؤازرتها طوال فترة الدراسة.

ونغتنم الفرصة لنعبر عن تقديرنا وامتنانا مع فائق شكرنا لكل أساتذتنا الكرام بجامعة الشهيد حمة لخضر الوادي الذين رافقونا طيلة مشوارنا الدراسي كل التقدير والاحترام لهم مع تمنياتنا لهم بالمزيد من النجاحات في مجال العلم.

كما أتقدم بالشكر والتقدير إلى كل معلمي التربية الخاصة والمختصين بالمؤسسات التربوية بالوادي على إعانتهم لنا واستقبالهم الرحب لنا شكرا لكم مع كل الاحترام والتقدير فجزاهم الله كل الخير.

كما لا أنسى أن أتقدم بالشكر والامتنان وإلى كل من ساعدنا على هذا العمل من بعيد أو من قريب.

ملخص الدراسة

تهدف الدراسة الحالية للتعرف على مستوى الصحة النفسية لدى المعاقين سمعيا، حيث أجريت الدراسة على عينة قوامها "30" تلميذ وتلميذة، وتم الاعتماد على المنهج الوصفي الاستكشافي، وذلك باستخدام مقياس الصحة النفسية للتحقق صحة الفرضيات التالية:

- نتوقع أن مستوى الصحة النفسية لدى المعاقين سمعيا مرتفع.
- نتوقع أن الصحة النفسية لدى المعاقين سمعيا مرتفعة عند الذكور أكثر من الإناث.
- نتوقع أن الصحة النفسية لدى المعاقين سمعيا ترجع للعمر لصالح (13-18).
- نتوقع أن الصحة النفسية لدى المعاقين سمعيا ترجع لنوع الإعاقة لصالح الصم.
- نتوقع أن الصحة النفسية لدى المعاقين سمعيا ترجع للمستوى الاقتصادي لصالح (متوسط).

وخلصت الدراسة إلى ما يلي:

- مستوى الصحة نفسية لدى المعاقين سمعيا مرتفع.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الصحة النفسية لدى المعاقين سمعياً ترجع للجنس لصالح الذكور.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الصحة النفسية لدى المعاقين سمعيا ترجع للعمر لصالح (13-18).
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الصحة النفسية لدى المعاقين سمعيا ترجع لنوع الإعاقة لصالح الصم.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الصحة النفسية لدى المعاقين سمعيا ترجع للمستوى الاقتصادي لصالح (متوسط).

Abstract

The purpose of this study is to identify the level of mental health in the hearing impaired, as the study was conducted on a sample of "30" students, and the descriptive exploratory approach was used, using the mental health scale to check the following assumptions:

- We expect the level of mental health of the hearing impaired to be high.
- We expect the mental health of the hearing impaired to be higher for men than for women.
- We expect that the mental health of the hearing impaired is due to age in favor of (18-13).
- We expect that the mental health of the hearing impaired is due to the type of disability in favor of the deaf.
- We predict that the mental health of the hearing impaired is due to the economic level in favor of (average).

The study concluded that:

- The level of mental health of the hearing impaired is high.
- There are statistically significant differences in the level of mental health of the hearing impaired due to gender in favor of men.
- There are statistically significant differences in the level of mental health of the hearing impaired due to age in favor of (18-13).
- There are statistically significant differences in the level of mental health of the hearing impaired due to the type of disability for the deaf.
- There are statistically significant differences in the level of mental health of the hearing impaired due to the economic level in favor of (average).

فهرس المحتويات

العنوان	الصفحة
شكر وعرفان	
ملخص الدراسة باللغة العربية	
ملخص الدراسة باللغة الإنجليزية	
فهرس المحتويات	
فهرس الجداول	
فهرس الأشكال	
مقدمة	أ – ب
الجانب النظري	
الفصل الأول **تقديم موضوع الـدراسة**	
1- إشكالية الدراسة	3
2- فرضيات الدراسة	5
3- أهداف الدراسة	5
4- أهمية الدراسة	5
5- التعاريف الإجرائية	6
6- الدراسات السابقة	7
الفصل الثاني **الاعاقة السمعية**	
تمهيد	14
1– تعريف الإعاقة السمعية	15
2– تصنيفات الإعاقة السمعية	16
3– الفرق بين الصمم وضعاف السمع	24
4– عوامل الإعاقة السمعية	24
5– الوقاية من الإعاقة السمعية ورعاية المعوق سمعيا	26

6- المؤشرات والأعراض الدالة عن الاعاقة السمعية:	27
7- قياس وتشخيص الاعاقة السمعية	30
8- أهم الأساليب والوسائل العلاجية للإعاقة سمعية	32
9- طرق تعليم الاطفال ذوي الاعاقات السمعية	43
10- أدوار ومهام فريق التدخل المبكر	46
خلاصة الفصل	48
الفصل الثالث **الصحــة النفـسيــة لدى المعاقين سمعــيا**	
تمهيد	50
1- تعريف الصحة النفسية	51
2- المفاهيم المرتبطة بالصحة النفسية	52
3- النظريات المفسرة للصحة النفسية	52
4- خصائص الصحة النفسية لدى المعاقين سمعيا	55
5- النمو النفسي لدى المعاقين سمعيا (6-18 سنة)	55
6- خصائص الفرد المتمتع بالصحة النفسية (6-18 سنة)	55
7- قياس الصحة النفسية	56
خلاصة الفصل	58
الجانب الميداني	
الفصل الرابع **اجراءات الدراسة الميدانية**	
تمهيد	61
1- منهج الدراسة	62
2- الدراسة الإستطلاعية	62
3- عينة الدراسة الاستطلاعية	64
4- الأدوات المستخدمة	66
5- الخصائص السيكومترية	67

6- الأساليب الاحصائية المستخدمة	72
الاقتراحات والتوصيات	81
قائمة المراجع	84
الملاحق	

فهرس الجداول

الرقم	العنوان	الصفحة
01	درجات الفقدان السمعي وتأثيرها على فهم اللغة والكلام، والاحتياجات التعليمية	21
02	مظاهر الاعاقة السمعية	29
03	درجات القدرة السمعية مقاسه بوحدات الديسبل	31
04	توزيع أفراد عينة الدراسة الإستطلاعية حسب الجنس	64
05	توزيع أفـــراد عينة الـدراســـة الإستطلاعية تبعاً للمستوى التعليمى	65
06	توزيع أفـــراد عينة الـدراســـةالإستطلاعية تبعاً للعمر	65
07	توزيع أفـــراد عينة الـدراســـة الإستطلاعية تبعاً لنوع الإعاقة	65
08	توزيع أفـراد عينة الـدراسة تبعاً للمستوى الاقتصادى	66
09	نتائج اختبار "ت" في حساب الصدق التمييزي بطريقة المقارنة الطرفية للبديل الأول "لا يحدث"	69
10	نتائج اختبار "ت" في حساب الصدق التمييزي بطريقة المقارنة الطرفية للبديل الأول "يحدث أحيانا"	69
11	نتائج اختبار "ت" في حساب الصدق التمييزي بطريقة المقارنة الطرفية للبديل الثالث "يحدث غالبا"	70
12	نتائج اختبار "ت" في حساب الصدق التمييزي بطريقة المقارنة الطرفية للبديل الرابع "يحدث كثيرا"	70
13	معاملات الارتباط بين كل بعد والدرجة الكلية للمقياس	71
14	معامل ثبات ألفا كرونباخ للمقياس	72

فهرس الاشكال

الرقم	العنوان	الصفحة
01	أنواع من السماعات الطبية	33
02	الأطفال يرتدون جهاز FM	35
03	الدوائر السمعية	36
04	جهاز تلفزيون معنون للأطفال المعاقين سمعيا	37
05	اتصال عن بعد	37
06	زراعة القوقعة	38
07	المكونات الداخلية والخارجية لزراعة القوقعة	39
08	طفل مجرى له زراعة قوقعة	39

فهرس الاشكال

الرقم	العنوان	الصفحة
01	أنواع من السماعات الطبية	33
02	الأطفال يرتدون جهاز FM	35
03	الدوائر السمعية	36
04	جهاز تلفزيون معنون للأطفال المعاقين سمعيا	37
05	اتصال عن بعد	37
06	زراعة القوقعة	38
07	المكونات الداخلية والخارجية لزراعة القوقعة	39
08	طفل مجرى له زراعة قوقعة	39

مقـــدمة

مقدمة

لقد منّ الله علينا بجملة من النعم التي لا تعد ولا تحصى ومن بينها الحواس التي تعتبر المدخلات الأساسية للإنسان لاستقبال الرسائل الخارجية، وقد نجد الكثير من البشر الذين فقدوا بعض هذه الحواس لكن بإرادة الله عز وجل عوضهم قدرات أخرى، فالكفيف يتمتع بذكاء كبير قد يفوق الشخص العادي، والمعاق حركيا نجده يبدع في عدة حرف، وهذا ينطبق على شواهد كثيرة من الحياة. ولو نظرنا إلى ذوي الإعاقة السمعية الصم وضعاف السمع، لوجدناهم يتكلمون ويسمعون ولكن بالقدرات التي وهبها الله فيهم. فحركة الشفتين واليدين والعيون وتعبيرات الوجه وسيلتهم للكلام والسمع، فينتقل إليهم الفهم عبر هذه الوسائل ومنها يستطيعون التفاعل مع المحيط الذي ينتمون إليه.

وقد شهدت السنوات الأخيرة تطورا هائلا في مجال الاهتمام بذوي الاحتياجات الخاصة، فتؤكد التربية الخاصة على ضرورة الاهتمام بهذه الفئة، وتكييف المناهج وطرق التدريس والبرامج الخاصة بهم وبما يناسب احتياجاتهم وقدراتهم وتقديم الدعم العلمي لمعلمي التربية الخاصة، من أجل مساعدتهم على تنفيذ استراتيجيات التعلم لذوي الإعاقات المختلفة.

ومن بين هذه التطورات في مجال التربية الخاصة بشكل خاص الاهتمام بفئة الصم وضعاف السمع نتيجة لعوامل ومتغيرات اجتماعية وثقافية، وقد تمثل هذا التطور في التقدم في أساليب الفحص والتشخيص المبكر لذوي الإعاقة السمعية وتحسين الخدمات التربوية والتأهيلية المقدمة لهم، بالإضافة إلى تحسين نوعية خدمات الصحة والتعلم وتطوير البرامج الخاصة بالمعاقين سمعيا في المجالين الوقائي والعلاجي.

ومن هنا يجب أن نشير إلى أن دور التربية الخاصة لا يقتصر فقط في تحقيق الأهداف المعرفية بل وجب كذلك الاهتمام بالجانب النفسي لدى المعاق سمعيا. وتناول موضوع الصحة النفسية للمعوقين سمعيا، يرجع إلى أهمية الصحة النفسية في حياة المعاق والتي تعود إلى اعتبارات عديدة لعل أهمها أنها تقابل المرحلة النمائية أو الطور الذي يمر فيه المعاق سمعيا نحو بدئ النضج الجسمي والعقلي والاجتماعي، ومما لا جدال فيه أن الصحة

النفسية للأطفال ذوي الإعاقة السمعية ذات أهمية بالغة في حياتهم لأنها تتأثر سلبا أو إيجابا نتيجة لمؤثرات خارجية كانت أو داخلية، حيث تؤدي هذه العوامل بالمعاق وصحته النفسية نحو السواء أو اللاسواء، وهو ما يرسم حدود وطبيعة حياته ومستقبله. لذلك فإن الاهتمام بالصحة النفسية للأطفال المعاقين سمعيا من أهم ما يجب أن يعنى به الوالدين والمربين وكل من يهمهم الأمر.

وقصد الإلمام بجوانب الموضوع الذي هو قيد الدراسة تم تقسيم العمل إلى جانب نظري وآخر تطبيقي وتم توزيعهما في شكل مجموعة من الفصول.

الجانب النظري: يحتوي على ثلاثة فصول:

الفصل الأول: يتضمن تحديد إشكالية الدراسة والتساؤلات المقترحة، فرضيات وأهداف الدراسة، التعاريف الإجرائية، والدراسات السابقة.

الفصل الثاني: يتضمن تعريف وتصنيفات الإعاقة السمعية، الفرق بين الصم وضعاف السمع، عوامل الإعاقة السمعية والوقاية من هذه الإعاقة، رعاية المعوق سمعيا، قياس وتشخيص الإعاقة السمعية، أهم الأساليب والوسائل العلاجية للإعاقة السمعية، طرق تعليم الأطفال ذوي الإعاقة السمعية، أدوار ومهام فريق التدخل المبكر.

الفصل الثالث: يتضمن تعريف الصحة النفسية، المفاهيم المرتبطة بالصحة النفسية، النظريات المفسرة للصحة النفسية، خصائص الصحة النفسية لدى المعاقين سمعيا، النمو النفسي لدى المعاقين سمعيا (12-6 سنة)، خصائص الفرد المتمتع بالصحة النفسية (13-18 سنة) وقياس الصحة النفسية.

الجانب الميداني: فيه فصل واحد ويحتوي على:

الفصل الرابع: يتضمن الإجراءات المنهجية للدراسة وتحتوي على منهج الدراسة للمقياس والأساليب الإحصائية المستخدمة في هذه الدراسة وعرض تصور لنتائج الدراسة.

وأخيرا خلاصة الدراسة والمقترحات وقائمة المراجع مرتبة وقائمة الملاحق.

الجانب النظري

الفـــصل الأول

تقديم موضوع الـدراسة

1- إشكالية الدراسة.
2- فرضيات الدراسة.
3- أهداف الدراسة.
4- أهمية الدراسة.
5- التعاريف الإجرائية.

1- إشكالية الدراسة:

يلعب السمع دورا مهما في حياتنا، ومن خلاله يستطيع الأطفال اكتساب الكلام واللغة والتواصل، ويبدأ تطور السمع في مرحلة ما قبل الولادة، وبعد الولادة يستطيع الطفل أن يستجيب للأصوات من حوله، وتتطور القدرة على السمع مع تقدم الطفل في العمر، فبعد الميلاد بأسابيع قليلة يستطيع الطفل الرضيع الاستماع للأصوات الهادئة وإدراك صوت والديه، ثم تتطور قدرته على التمييز بين الأصوات واكتساب معانيها وبالتالي تتطور اللغة لديه، فيبدأ بالتعلم وتبادل المعلومات مع من حوله من خلال الكلام والسمع. فالإصابة بالفقدان السمعي تؤثر على نحو ملحوظ في تطور الكلام واللغة (الخفاف، 2015)، ويصبح الطفل غير قادر على السمع وهذا ما يعرف بالإعاقة السمعية وتتضمن هذه الإعاقة فئتين فرعيتين من المعاقين سمعيا الصم وضعيفي السمع ويعرف الأصم على أنه الطفل الذي تحول إعاقته السمعية سواء استعمل معينات سمعية أو لم يستعملها دون المعالجة الناجحة للمعلومات اللغوية من خلال السمع، أما ضعيف السمع فهو الطفل الذي باستخدام معين سمعي يتمكن بالسمع المتبقي لديه من القيام بمعالجة ناجحة للمعلومات اللغوية من خلال السمع (أبو النور، 2015). وتتواجد أعداد كبيرة من حالات الصمم التدريجي بين الأطفال خلال السنتين الأولى من العمر من مجرد فقدان طفيف في السمع يصل إلى الصمم التام وبالتدخل المبكر من خلال اكتشاف إصاباتهم السمعية في الوقت المناسب وتقديم برامج تربوية مبكرة يمكن بسهولة أن يكتسبوا خلال سنوات عمرهم الأولى القدرة على الكلام والنطق الصحيح بصورة شبه طبيعية ومن ثم نستطيع منع تحول الصمم التدريجي إلى ضعف سمع بسيط.

إن التدخل المبكر في مراحل النمو الأولية يساهم وبشكل كبير في تنمية قدرة الطفل العقلية والحركية وتحسين السلوك الاجتماعي والانفعالي عنده. فتوفير برامج التدخل المبكر يخفف من الإعاقة وبالتالي تخفيف الجهد والتكلفة المادية، وتساعد الخدمات التربوية

المتخصصة الطفل في اكتساب مختلف المفاهيم والمهارات الضرورية سواء كانت لغوية أو معرفية أو سلوكية أو اجتماعية أو أكاديمية وذلك حسب حالة الطفل. (خالدة نيسان، 2009)

ويؤكد تايلور وآخرون 2009 على أن ذوي الإعاقة السمعية بإمكانهم تطوير العديد من مظاهر الكفاءة الانفعالية والاجتماعية إذا ما حصلوا على الفرص التعليمية والخبرات المتاحة لأقرانهم العاديين. كما أن الإعاقة السمعية لا تؤثر على القدرة على السمع فقط بل تؤثر على تطور لغة الطفل وكلامه، ومهاراته الاجتماعية، ونموه النفسي والانفعالي. فمع أن ضعف السمع لا يعني بالضرورة أن الطفل سوف تتطور لديه مشاكل نفسية، إلا أن تفاعل ضعف السمع مع عدد من العوامل البيئية يجعل كثيرا من الأطفال الصم وضعاف السمع يعانون من العزلة الاجتماعية ومن مشكلات نفسية واضطرابات سلوكية (خطيب، 2013). ويمكن النظر إلى مختلف الخصائص الانفعالية والاجتماعية للمعوقين سمعيا في ضوء شبكة من المتغيرات أهمها درجة الإعاقة، والظروف البيئية والتنشئة الاجتماعية للمعوق سمعيا، والاتجاهات الوالدية نحو إعاقته وتوقعات الوالدين منه، ومدى توافر وسائل للتفاهم والاتصال بينه وبين وأفراد أسرته والمحيطين به، وطبيعة برنامج الرعاية التربوية أو الطريقة التي تقدم بها الخدمات التربوية (القريط، 2014: 63)، وتؤثر هذه العوامل بدورها على الصحة النفسية للمعاقين سمعيا، شأنها كشأن الصحة والمرض عموما، ويعرف "المطيري" الصحة النفسية بأنها تلك الحالة النفسية التي تتسم بالثبات النسبي والتي يكون فيها الفرد متمتعا بالتوافق الشخصي والاجتماعي والاتزان الانفعالي، خاليا من التأزم والاضطرابات مليئا بالحماس وأن يكون ايجابيا خلاقا مبدعا يشعر بالسعادة والرضا، قادرا على تأكيد ذاته وتحقيق طموحاته واثقا بإمكاناته الحقيقية قادرا على استخدامها في أمثل صورة ممكنة، هذا الشخص من وجهة نظر الصحة النفسية يتمتع بصحة نفسية سليمة وقادر على التغلب على كافة الاحباطات والعوائق التي تواجهه في حياته. (المطيري، 2005: 22)

إن العوامل الاجتماعية والنفسية والبيئية والاقتصادية والبيولوجية المتعددة التي تحيط بالمعاقين سمعيا تتفاعل فيما بينها تؤدي إلى انخفاض مستوى الصحة النفسية ومن المعروف

أن زيادة الحرمان الاجتماعي يعتبر من أبرز ما يهدد الصحة النفسية (بن السايح، ب.س). إن مستوى الصحة يتباين ويختلف بين المعاقين سمعيا مثل العاديين يختلف من شخص لآخر فقد تكون منخفضة أو متوسطة أو مرتفعة وهنا نطرح السؤال: ما مستوى الصحة النفسية لدى المعاقين سمعيا؟

1-فرضيات الدراسة.

من خلال التساؤل السابق يمكن صياغة الفرضيات على النحو التالي:

– مستوى الصحة نفسية لدى المعاقين سمعيا مرتفع.

– توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الصحة النفسية لدى المعاقين سمعياً ترجع للجنس لصالح للاناث.

– توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوي الصحة النفسية لدي المعاقين سمعيا ترجع للعمر لصالح (13–18).

– توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوي الصحة النفسية لدي المعاقين سمعيا ترجع لنوع الاعاقة لصالح (شديدة).

– توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوي الصحة النفسية لدي المعاقين سمعيا ترجع للمستوى الاقتصادي لصالح (متوسط).

2-أهداف الدراسة.

لكل بحث علمي هدف يسعى الباحث إلى تحقيقه من خلاله، وتتمثل أهداف هذا البحث فيما يلي:

– التعرف على مستوى الصحة النفسية لدى المعاقين سمعيا.

– محاولة إيجاد حلول تطبيقية (برامج خاصة، متابعة منتظمة...) لتحسين مستوى الصحة النفسية لدى المعاقين سمعيا.

– تسليط الضوء على هذه الفئة الخاصة ومعاناتها بهدف أن تلقى هذه الفئة تقبلا من المجتمع.

3-أهمية الدراسة:

– تأتي أهمية هذه الدراسة من أهمية الموضوع الذي تتناوله الدارسة اذ أنها تتناول عامل مهم من أهم العوامل المكونة لشخصية الفرد، وهي الصحة النفسية وان كان قد حظيت

باهتمام من قبل الباحثين غير أنهم تناولوه بإبعاد وزوايا مختلفة وعلى مجتمع يختلف من مجتمع الدراسة الحالية وان هذه الدراسة تناولت مفهوم الصحة النفسية للتلاميذ المعوقين سمعيا، كما ألقت الضوء على مشكلات التي تواجههم والتي تنعكس سلبا على حياتهم وعلى مفهومهم على الصحة النفسية.

– تساعد المربيين في معرفة خصائص المعوقين سمعيا النفسية والعوامل التي تؤثر في مفهوم الصحة النفسية لديهم.

– أيضا تأتي أهمية الدراسة من اهتمام الاختصاصيين النفسيين والعاملين في مجال الإرشاد والعلاج النفسي والرعاية النفسية وفي المؤسسات ذات الصلة.

– قلة الدراسات في هذا المجال وعدم الاهتمام والوعي بشريحة المعوقين عامه والمعوقين سمعيا خاصة في حدود علم الباحثة.

– قد تسهم هذه الدراسة في إعداد البرامج الإرشادية والتدريبية لتنمية مفهوم الصحة النفسية لدى المعوقين سمعيا.

– تعد هذه الدراسة إثراء للتراث النفسي في مجال مفهوم الصحة النفسية لدى المعوقين سمعيا.

4- التعاريف الإجرائية.

- **الإعاقة السمعية:** تعتمد على فقدان السمع لدرجة (90–55 ديسبل) من شدة الصوت فالمعوق سمعيا هو الشخص الذي فقد حاسة السمع سوى كان عن طريق وراثي او مكتسب او ولادي.
- **الصحة النفسية:** هي الدرجة التي تحصل عليها التلميذ المعاق سمعياً على مقياس الحصة النفسية، المستخدم لهذه الدراسة.
- **الأصم:** يقصد به الطفل الذي يتراوح عمره ما بين 6–18 سنة ويعاني من فقدان سمعي كلي يحول دون استفادته من حاسة السمع في تمييز الأصوات والكلام حتى مع استخدام معينات سمعية.
- **ضعيف السمع:** هو الطفل الذي يتراوح عمره ما بين 6–18 سنة ويعاني من فقدان سمعي بسيط إلى متوسط يستطيع من خلال المعين السمعي من تمييز الأصوات والكلام ولكن بصعوبة.

الفصل الثاني

الاعاقة السمعية

تمهيد

1- تعريف الإعاقة السمعية

2- تصنيفات الإعاقة السمعية

3- الفرق بين الصمم وضعاف السمع

4- عوامل الإعاقة السمعية

5- الوقاية من الإعاقة السمعية ورعاية المعوق سمعيا

6- المؤشرات والأعراض الدالة عن الاعاقة السمعية:

7- قياس وتشخيص الاعاقة السمعية

8- أهم الأساليب والوسائل العلاجية للإعاقة سمعية

9- طرق تعليم الاطفال ذوي الاعاقات السمعية

10- أدوار ومهام فريق التدخل المبكر

خلاصة الفصل

تمهيد:

ممالا شك فيه أن الإنسان يعد بطبعه كائنا اجتماعيا ينشأ في جماعة معينة وينتمي إليها ويتفاعل مع أعضائها ويتواصل معهم فيتم على إثره الأخذ والعطاء بينه وبينهم.

وتلعب حاسة السمع دورا هاما وبارزا في هذا الصدد، حيث تسمح للفرد بسماع الأصوات والكلمات التي ينطق بها الآخرين من حوله، فيشرع في محاكاتها وتقليدها مما يساعده بالتالي على تعلم تلك اللغة السائدة في الجماعة، ومن هذا المنطلق فإن أي قصور ينتاب حاسة السمع يؤثر بطبيعة الحال على الأداء الوظيفي الخاص بها، ومن هنا جاء هذا الفصل للتعرف على: الإعاقة السمعية تعريفها وتصنيفاتها وعوامل الاعاقة السمعية والوقاية منها وأعراضها وتشخيصها وأهم الأساليب العلاجية للإعاقة السمعية.

1- تعريف الإعاقة السمعية:

الإعاقة السمعية (Hearing Lmpairment) هي فقدان سمعي يمنع الشخص من استقبال الأصوات من خلال الأذن. إنها مستويات من الفقدان تتراوح بين البسيطة والشديدة جدا مما يجعل الشخص يفقد الحساسية للأصوات الصادرة ضمن المدى الطبيعي لترددات الكلام. وفقدان السمع (Hearing Loss) هو ان تنخفض حساسية الأذن للأصوات التي تسمع عادة، وتصنف شدة فقدان السمع وفقا لمستوى الزيادة في شدة الصوت فوق المستوى الاعتيادي لكي يتمكن الشخص من اكتشافه، والصمم(Deafness) هو أن يكون السمع ضعيفا لدرجة أن الشخص لا يستطيع فهم الكلام من خلال السمع حتى لو استخدم وسيلة ما لتضخم الصوت. (الخطيب، 2013: 153،154)

ويعرف مؤتمر البيت الأبيض عن صحة الطفل والذي عقد عام 1993م، بالتعاريف التالية:

أ- الأطفال الصم EAF: وهم أولئك الذين يولدون فاقدين للسمع تماما بدرجة تكفي لإعاقة بناء الكلام واللغة. أو هم الأطفال الذين يفقدون السمع في مرحلة الطفولة المبكرة قبل تكوين الكلام واللغة، بحيث تصبح القدرة على الكلام وفهم اللغة من الأشياء المفقودة بالنسبة لهم.

ب- ضعاف السمع Hard of Hearing: وهم أوليك الأطفال الذين تكونت لديهم مهارة الكلام والقدرة على فهم اللغة، ثم تطورت بعد ذلك الإعاقة السمعية، مثل هؤلاء الذين يكونون على وعي بالأصوات. (الملاح، 2016: 3)

كما يعرفه بولاك(Pollack, 1997) بأنه "الشخص الذي ليست لديه القدرة على السمع حتى في وجود معينات السمع". (شعير، 2009: 132)

الإعاقة السمعية مصطلح عام يغطي مدى واسعا من درجات فقدان السمع يتراوح بين الصمم أو الفقدان للسمع الذي يعوق عملية تعلم الكلام واللغة، والفقدان الخفيف الذي لا يعوق استخدام الأذن في فهم الحديث وتعلم الكلام واللغة. (السيد خليفة، 2014: 49)

2- تصنيفات الإعاقة السمعية:

تم تصنيف الإعاقة السمعية من وجهات نظر متعددة لعل من أهمها وجهتي النظر الفسيولوجية والتربوية، وهما وجهتان مكملتان لبعضهما البعض. فوجهة النظر الفسيولوجية تقوم على أساس كما تحدد فيه درجة الفقدان السمعي بوحدات صوتية معينة تسمى الديسبل، أما التصنيف التربوي فيقوم على أساس وظيفي يعني بالنظر إلى درجات فقدان السمع من حيث مدى تأثيرها على فهم الكلام، واستعدادات الطفل لتعلم اللغة والكلام، ومدى ما يترتب على ذلك من احتياجات تربوية خاصة.

أ. التصنيف الطبي:

تصنف أنواع الصمم على أساس التشخيص الطبي، وتبعا لطبيعة الخلل الذي قد يصيب الجهاز السمعي في الفئات التالية (القريطي، 2014: 25، 29):

- **صمم توصيلي:**

يحدث هذا النوع عندنا تعوق اضطرابات قناة أو طبلة الأذن الخارجية، أو إصابة الأجزاء الموصلة للسمع بالأذن الوسطى – كالمطرقة أو السندان أو الركاب – عملية نقل الموجات أو الذبذبات الصوتية التي يحملها الهواء إلى القوقعة في الأذن الداخلية، ومن ثم عدم وصولها إلى المخ، ومن أمثلة هذه الاضطرابات والإصابات حدوث ثقب في طبلة الأذن، ووجود التهابات صديدية أو غير صديدية وأورام في الأذن الوسطى أو تيبس عظيماتها، والتشوه البالغ لصيوان الأذن الغضروفي أو إذا كان صغيرا أكثر من اللازم، وتكدس المادة الشمعية الدهنية(الصماخ) بكثافة في قناة الأذن الخارجية وجميع هذه الاضطرابات تعوق مسار الصوت في القناة السمعية، وعادة ما يكون القصور السمعي الناتج عن الصمم التوصيلي بسيطا أو متوسطا، حيث لا يفقد المريض في الغالب أكثر من 40 وحدة صوتية إلا في حالات نادرة، ويمكن علاج هذا النوع من الصمم عن طريق بعض الإجراءات الجراحية اللازمة لإزالة الرشح خلف طلبة الأذن، أو لترقيع هذه الطبلة، أو استبدال عظيمة الركاب، وعن طريق علاج التهابات الأذن الوسطى باستخدام بعض المضادات الحيوية المناسبة تحت إشراف طبيب متخصص، كما تفيد المعينات السمعية –

كالسماعات المكبرة – في علاج هذا النوع من الصمم، ولا يترتب على فقد السمع التوصيلي عدم وضوح الصوت، ولكنه يؤثر على درجة ارتفاع الصوت الذي يتم الاستماع إليه.
(القريطي، 2014: 25، 29)

- **صمم حسي – عصبي:**

ينتج هذا النوع عن الإصابة في الأذن الداخلية أو حدوث تلف في العصب السمعي الموصل إلى المخ مما يستحيل معه وصول الموجات الصوتية إلى الأذن الداخلية مهما بلغت شدتها، أو وصولها محرفة، وبالتالي عدم إمكانية قيام مراكز الترجمة في المخ بتحويلها إلى نبضات عصبية سمعية، وعدم تفسيرها عن طريق المركز العصبي السمعي ومن ثم عدم الاستجابة لها، ومن بين أهم أسباب هذا النوع من الصمم الحميات الفيروسية والميكروبية التي تصيب الطفل قبل أو بعد الولادة، واستخدام بعض العقاقير الضارة بالسمع.

وهذا النوع قد يكون وراثيا عن الوالدين، أو خلقيا نتيجة إصابة الأم بالحصبة الالمانية أو الالتهاب الحمى أثناء الحمل، وتعد إصابة الأم بالحصبة الالمانية أحد أكثر التأثيرات تدميرا على الجنين في أشهر الحمل الثلاثة الأولى حيث تصل نسبة إصابة الطفل بمخاطر فقد السمع خلالها إلى 30%، كما أن إصابة الأم ببعض أنواع العدوى البكتيرية أو الفيروسية قبل الولادة، كالفيروس المسبب لتضخم الخلايا، والزهري يؤدي إلى حدوث فقد السمع الحسي العصبي. كما قد ينتج هذا النوع من الصمم عن ملابسات عملية الولادة ذاتها كنقص الأكسجين أو الإصابة، كما قد ينتج الصمم الحسي العصبي أيضا عن إصابة الطفل في طفولته المبكرة بالحمى، أو تعرض الأذن الداخلية لبعض الأمراض، أو تعرض قوقعة الأذن للكسر أو التشقق، أو تعرض الفرد فترة طويلة لأصوات مرتفعة. ومن الصعب علاج هذا النوع نظرا للتلف المباشر في الألياف الحسية والعصبية. (القريطي، 2014: 26)

- **صمم مركزي:**

يرجع هذا النوع إلى إصابة المركز السمعي في المخ بخلل ما لا يتمكن معه من تمييز المؤثرات السمعية أو تفسيرها مع أن حاسة السمع نفسها قد تكون طبيعية وهو من الأنواع التي يصعب علاجها. (القريطي، 2014: 27)

- **صمم مختلط أو مركب:**

وهو عبارة عن خليط من أعراض كل من الصمم التوصيلي والصمم الحسي – العصبي الذي ربما يؤثر على أذن واحدة أو الاثنين معا. ويصعب علاج هذا النوع نظرا لتداخل أسبابه وأعراضه، حيث إذا مأ مكن علاج ما يرجع منها إلى الصمم التوصيلي فقد يبقى الاضطراب السمعي على ما هو عليه نظرا لصعوبة علاج النوع الحسي – العصبي.

- **صمم هستيري:**

يرجع هذا النوع إلى التعرض لخبرات وضغوط انفعالية شديدة صادمة وغير طبيعية، ويتأثر فقد السمع بعدد من المتغيرات من بينها الحدة، والعمر عند الإصابة، والعمر عند اكتشافها، والعمر عند بدء التدخل.

ب- التصنيف الفسيولوجي:

يركز الفيسيولوجيون في تصنيفهم للإعاقة السمعية على درجة الفقدان السمعي لدى الفرد والتي يمكن قياسها بالأساليب الموضوعية، أو المقاييس السمعية لتحديد عتبة السمع التي يستقبل المفحوص عندها الصوت على ضوء ذلك يمكن تحديد نوعية ودرجة الإعاقة السمعية، ويستخدمون ما يسمى بالوحدات الصوتية التي تقاس بجهاز قياس السمع الكهربائي (الأوديوميتر) والهيرتز أو ترددات الصوت لقياس مدى حساسية الأذن للصوت ويستدل من عدد الوحدات الصوتية على مدى ارتفاع الصوت أو انخفاضه، فكلما زاد عدد هذه الوحدات كان الصوت عاليا وقويا والعكس صحيح، ومن أمثلة هذه التصنيفات ما أورده كلا من هالاهان وكوفمان كما يلي:

- **فقدان سمعي خفيف:**

تتراوح درجته بين 27 و40 ديسبل dB، ويواجه أفراد هذه الفئة صعوبة في تمييز بعض الأصوات وسماع الكلام الخافت، والصادر من بعد إلا أنه يمكنهم تعلم اللغة والكلام بالطريقة العادية مع استخدام المعينات السمعية. (القريطي، 2014: 28)

- **فقدان سمعي بسيط أو معتدل:**

تتراوح شدته بين 41 و55 ديسبل db، ويمكن لأفراد هذه الفئة فهم كلام المحادثة من بعد 3– 5 أمتار وجها لوجه. ومع أنهم يعانون بعض الصعوبات في سماع الكلام ومتابعة ما يدور حولهم من أحاديث عادية، إلا أنه يمكنهم الاعتماد على آذانهم في فهم الكلام وتعلم اللغة مع استخدام المعينات السمعية، والاستفادة من البرامج العلاجية لتصحيح بعض عيوب النطق والكلام.

- **فقدان سمعي متوسط:**

تتراوح درجته بين 56 و70 ديسبل dB، ويعاني أفراد هذه الفئة من صعوبات أكبر في الاعتماد على آذانهم في تعلم اللغة بدون معينات سمعية، وهم يحتاجون إلى الالتحاق بفصل خاص لمساعدتهم على اكتساب المهارات الكلامية واللغوية، وعادة ما يجدون صعوبة في المناقشة الجماعية وقد يعانون من اضطراب اللغة والكلام، ومحدودية الحصيلة اللفظية.

- **فقدان سمعي شديد:**

تتراوح درجته بين 71 و90 ديسبل dB، ولا يمكن لأفراد هذه الفئة سماع الأصوات العالية، والعادية وتمييزها ولو من مسافة قريبة، كما يعانون من اضطرابات شديدة في اللغة والكلام، ويعدون صما من وجهة النظر التعليمية، ومن ثم يحتاجون إلى الالتحاق ببرنامج خاص بذوي الإعاقة السمعية لتلقي تدريبات نطقية وسمعية، وتعلم قراءة الشفاه، كما يحتاجون إلى سماعات طبية.

- **فقدان سمعي حاد أو عميق:**

وتزيد شدته عن 90 ديسبل dB، ويعتمد أفراد هذه الفئة على حاسة الإبصار أكثر من حاسة السمع في فهم الكلام، وهم يعانون من ضعف شديد في الكلام واللغة. ولا يمكنهم فهم الكلام وتعلم اللغة بالاعتماد على آذانهم حتى مع استخدام المعينات السمعية، يحتاجون إلى فصول أو مدارس خاصة بالصم، وتوظيف طرق التواصل اليدوي وقراءة الشفاه والتدريب السمعي المستمر المكثف. (القريطي، 2014: 29)

ج- التصنيف التربوي:

يعنى أصحاب هذا التصنيف بالربط بين درجة الإصابة بفقدان السمع وأثرها على فهم وتفسير الكلام وتمييزه في الظروف العادية، وعلى نمو المقدرة الكلامية

واللغوية لدى الطفل، وما يترتب على ذلك من احتياجات تربوية وتعليمية خاصة، وبرامج تعليمية لإشباع هذه الاحتياجات، فهناك مثلا من يعانون من درجة قصور بسيطة قد لا تعوق إمكانية استخدام حاسة السمع والإفادة منها في الأغراض التعليمية، سواء بحالتها الراهنة أم مع تقويتها بأجهزة مساعدة ومعينات سمعية، وهناك من يعانون من قصور حاد أو عميق بحيث لا يمكنهم استخدام حاسة السمع أو الاعتماد عليها من الناحية الوظيفية في عمليات التعلم والنمو العادي للكلام واللغة، وفي مباشرة النشاطات التعليمية المعتادة، أو لأغراض الحياة اليومية والاجتماعية العادية، وبين هاتين الطائفتين توجد درجات أخرى متفاوتة الشدة من حيث الفقدان السمعي تتباين احتياجاتها التربوية الخاصة. ويميز التربويون بين فئتين من ذوي الإعاقة السمعية هما الصم وثقيلو السمع:

- **الصم:**

ويقصد بهم أولئك الذين يعانون من عجز سمعي (70 ديسبل فأكثر) مما لا يمكنهم – من الناحية الوظيفية – من مباشرة الكلام وفهم اللغة اللفظية، وبالتالي يعجزون عن التعامل بفاعلية في مواقف الحياة الاجتماعية، حتى مع استخدام معينات سمعية مكبرة للصوت، حيث لا يمكنهم اكتساب المعلومات اللغوية أو تطوير المهارات الخاصة بالكلام واللغة عن طريق حاسة السمع، ويحتاج تعليمهم إلى تقنيات وأساليب تعليمية ذات طبيعة خاصة تمكنهم من الاستيعاب وفهم دون مخاطبة كلامية نظرا إما لعدم مقدرتهم على السمع أو لفقدانهم جزءا كبيرا منه. (القريطي، 2014: 30)

- **ثقيلو السمع:**

وهم أولئك الذين يعانون من صعوبات أو قصور في حاسة السمع – يتراوح ما بين 30 وأقل من 70 ديسبل – لكنه لا يعوق فاعليتها من الناحية الوظيفية في اكتساب المعلومات

اللغوية سواء باستخدام المعينات السمعية أم بدونها. ومعظم أفراد هذه الفئة بإمكانهم استيعاب المناهج التعليمية المصممة أساسا للأطفال عاديو السمع.

ويعني ذلك أن الأصم يعاني عجزا أو اختلالا يحول دون استفادته من حاسة السمع لأنها معطلة لديه، ويتعذر عليه أن يستجيب استجابة تدل على فهمه الكلام المسموع ومن ثم فهو يعجز عن اكتساب اللغة بالطريقة العادية، أما ضعيف السمع فبإمكانه أن يستجيب للكلام المسموع استجابة تدل على ادراكه لما يدور حوله شريطة أن يقع مصدر الصوت في حدود مقدرته السمعية.

وقد عرض بعض الباحثين للتصنيف المتضمن في جدول (01) لفئات لفقدان السمع، مصحوبة بتأثير درجة الفقدان السمعي على فهم اللغة والكلام، والاحتياجات والبرامج التربوية والتعليمية اللازمة لكل فئة.

جدول (01): درجات الفقدان السمعي وتأثيرها على فهم اللغة والكلام، والاحتياجات التعليمية

فئات فقدان السمع	أثر درجة الفقدان على فهم الكلام واللغة	الحاجات والبرامج التعليمية المطلوبة
فقدان سمعي خفيف (ما بين 27 و40 ديسبل)	–يحتمل مواجهة الطفل صعوبات ضعف في السمع، وعدم سماع الكلام الخافت أو من مصدر بعيد. –يحتمل مواجهة الطفل صعوبات في تمييز بعض الأصوات وفي فهم الموضوعات الأدبية اللغوية.	–يجب عرض الحالة على إدارة المدرسة. –بإمكان الطفل الاستفادة من السماعة كلما اقترب فقدان السمع من 40 ديسبل. –العناية بالمفردات، والجلوس في الصفوف الأمامية داخل الفصل العادي، وأن تكون الإضاءة كافية. –يحتمل أن يحتاج الطفل إلى سماعة طبية، وتعلم قراءة الشفاة وإلى تدريبات فردية على الكلام وعلاج عيوبه.

فقدان سمعي معتدل أو بسيط (مابين 41 و55 ديسبل)	–يمكن للطفل فهم المحادثة الكلامية من مسافة 3–5 أقدام في حالة مواجهته للمتحدث –ربما يفقد الطفل 50% تقريبا مما يدور من نقاش داخل الفصل الدراسي إذا كانت الأصوات منخفضة، وإذا لم يكن في مواجهة المتحدث. –يحتمل أن يعاني الطفل من صعوبات وضعف في نطق بعض الكلمات.	–الحاجة إلى العرض على إخصائي التربية الخاصة لوضع الخطة التربوية اللازمة للطفل. –الحاجة إلى استخدام المعينات السمعية والتدريب على استخدامها بطريقة صحيحة. –الحاجة إلى الجلوس في مكان ملائم من الفصل الدراسي. ويفصل وضعه في فصل خاص بالمعوقين سمعيا خصوصا إذا كان صغير السن. –الحاجة إلى العناية بالثروة اللغوية والقراءة. –الحاجة إلى تعلم قراءة الشفاه، والمشاركة في المناقشات، وتصحيح عيوب النطق.
فقدان سمعي متوسط(مابين 56 و70 ديسبل)	–المحادثات والمناقشات يجب أن تكون بصوت مرتفع حتى يمكن للطفل فهمها. –يواجه الطفل صعوبات في فهم المحادثة إلا إذا كانت بصوت عال، والمشاركة في المناقشات الجماعية. –يعاني الطفل من اضطرابات أو عيوب في النطق والكلام. –سيكون لديه قصور في استخدام اللغة، مما يؤدي إلى عدم فهمها واستيعابها بدرجة كافية. –حصيلة الطفل من المفردات اللغوية تكون محدودة جدا	–الحاجة إلى العرض على اخصائي التربية الخاصة، والخضوع إلى برنامج تربية خاصة. –الحاجة إلى المكوث في فصل خاص أو المساعدة عن طريق غرفة المصادر. –الحاجة إلى مساعدة خاصة وتدريبات على تعلم المهارات اللغوية كالمفردات والقراءة وقواعد اللغة. –الحاجة إلى سماعة، وتدريب سمعي. –الحاجة إلى تعلم قراءة الشفاه، ومراقبة المناقشات الكلامية ومساعدته على تصحيح الأخطاء. –الحاجة إلى تركيز الانتباه في المواقف السمعية والبصرية طوال الوقت.

فقدان سمعي شديد (ما بين 71 و90 ديسبل)	–قد يمكن للطفل سماع الأصوات العالية من مسافة قدم واحدة من الأذن. –يحتمل أن يميز بين الأصوات المختلفة في البيئة. –يعاني من عيوب شديدة في النطق وقصور في الكلام واللغة قابل للتفاقم. –يعاني من عجز لغوي وكلامي. –يعتمد على حاسة البصر أكثر من حاسة السمع.	–الحاجة إلى رعاية خاصة ومتابعة تربوية (برنامج خاص للصم طوال الوقت). –الحاجة إلى التركيز على الاهتمام بالمهارات اللغوية ونمو المفاهيم وقراءة الشفاه والكلام. –التدريب السمعي المستمر والحاجة إلى خدمات شاملة وعون جماعي. –الحاجة إلى استخدام السماعات والتدريب على قراءة الشفاه، والتدريب السمعي الفردي والجماعي، والتواصل الكلي، ووضعه في الفصول العادية بعض الوقت كلما كان ذلك مفيدا لنموه.
فقدان سمعي حاد أو عميق (91 ديسبل فأكثر)	–يحتمل أن يشعر الطفل ببعض الأصوات العالية، لكنه يشعر بالذبذبات الصوتية أكثر من شعوره بالنغمات والنبرات الصوتية. –يعتمد الطفل على الحاسة البصرية في الاتصال بالآخرين. –يعاني الطفل من عيوب واضحة في النطق والكلام قابلة للتفاقم، وربما عجز لغوي وكلامي تام. –يعتمد الطفل على حاسة البصر أكثر من اعتماده على حاسة السمع.	–الحاجة إلى برنامج للصم وفصول خاصة طوال الوقت مع التركيز على المهارات اللغوية. –الحاجة إلى التدريب على قراءة الشفاه، والتواصل الكلي. –التقييم المستمر للحاجات المتعلقة بالاتصال الشفهي واليدوي. –التدريب السمعي المستمر فرديا وجماعيا. –السماح بالبقاء في الفصول العادية لفترات قصيرة مع توخي الدقة والحذر في ذلك.

(القريطي، 2014: 31)

من خلال الجدول رقم (01) يتبين لنا وجود فوارق في درجات السمع، حيث وضح لنا أن هناك أثر في درجات فقدان السمع للطفل على فهم الكلام واللغة، ولذا ترتب علينا وضع برامج تعليمية لتلبية الحاجات المطلوبة.

3- الفرق بين الصمم وضعاف السمع:

ويضم لفظ "المعوقون سمعيا كل من فئتي الصم وضعاف السمع حيث يمكن تصنيف هؤلاء المعوقين سمعيا وفقا لدرجة ونوع الإصابة وسن الإصابة وسبب الإصابة، ولقد وردت تعريفات ومفاهيم كثيرة حول الإعاقة السمعية أو الصمم حيث يعرفه المعجم الطبي بأنه "انخفاض أو انعدام السمع وهو إعاقة شائعة، راجعة إلى إصابة احد أعضاء الجهاز السمعي. (domart,1989: 42)

أما سعيد حسني العزة فيرى أن مفهوم الإعاقة السمعية يشير إلى "تباين في مستويات السمع التي تتراوح بين الضعيف والبسيط، فالشديد جدا، وتصيب هذه الإعاقة الفرد خلال مراحل نموه المختلفة، وتحرمه من سماع الكلام المنطوق مع أو بدون استخدام المعينات السمعية وتشمل الأفراد ضعاف السمع والصم".

4- عوامل الإعاقة السمعية:

هناك العديد من الأسباب التي يكون من شأنها أن تؤدي إلى حدوث الإعاقة السمعية سواء تمثل ذلك في فقد السمع أو حتى في ضعفه وتنقسم الأسباب إلى أسباب وراثية وأسباب مكتسبة.

أ- العوامل الوراثية:

تعد الوراثة من الأسباب الرئيسية لحدوث الإعاقة السمعية، فكثيرا ما تحدث حالات الإعاقة السمعية الكلية أو الجزئية نتيجة انتقال بعض الصفات الحيوية أو الحالات المرضية من الوالدين إلى أبنائهم عن طريق الوراثة من خلال الكروموسومات الحاملة لهذه الصفات كضعف الخلايا السمعية أو العصب السمعي، ويقوي احتمال ظهور هذه الحالات مع زواج الأقارب ممن يحملون تلك الصفات. (رشوان، 2008: 14)

حيث أكدت الدراسات ومنها دراسة كل من "فرنون وموريس" أن حوالي 50% من حالات الصمم تعزى لأسباب وراثية، وهذا يحدث لإصابة أحد الوالدين أو كليهما بالصمم وكذلك تكثر الإصابة بالصمم في زواج الأقارب الذين يكون لديهم أحد أفراد العائلة من ذوي الإعاقة السمعية، وكذلك ترجع إلى اختلاف عامل **RH** بين الوالدين مما يؤدي إلى اضطرابات السمع لدى الطفل الوليد. (شحاتة، 2008: 28)

ب- العوامل المكتسبة:

- **عوامل أثناء الحمل Prénatale:**

يبدأ تكوين جهاز السمع في حوالي الأسبوع الثاني ويكتمل خلال الشهر السادس إذ يصبح ذو حساسية للمؤثرات خلال الأشهر الستة الأولى من الحمل وهذه المؤثرات يمكن أن تكون ذات طبيعة مرضية. (لعيس، د.س: 102)

ومن هذه الأمراض التي تصيب الأم خلال فترة الحمل فيروس الحصبة الألمانية والزهري والأنفلونزا الحادة، إضافة إلى أمراض أخرى تؤثر على نمو الجنين بشكل غير مباشر وعلى تكوين جهازه السمعي كمرض البول السكري. (بطرس، 2010: 175)

تناول العقاقير الطبية أثناء الحمل وخاصة الشهور الأولى قد يهدد نمو الجنين ويعرضه لمخاطر عديدة، ومن العقاقير المرتبطة بالضعف السمعي بوجه خاص المضادات الحيوية والأسبرين. (الخطيب، 2004: 22)

- **عوامل أثناء الولادة Néotale:**

مثل الولادة المتعثرة والتي تؤدي إلى نقص الأكسجين للجنين (التفاف الحبل السري حول الرقبة)، وإصابة الجنين أثناء الولادة (استخدام الآلات الجراحية مثل الجفت) التوائم أو صغر وزن الجنين الولادة المبكرة قبل اكتمال قضاء الجنين لسبعة أشهر في رحم الأم مما يعرضه للإصابة ببعض الأمراض نتيجة عدم اكتمال نموه ونقص المناعة لديه.

(الدقميري، 2007: 221)

- **عوامل بعد الولادة Postnatale:**

الإصابة بالصفراء بعد الولادة، إصابات الرأس من جراء إدخال أجسام صلبة في الأذن، التهابات الأذن الحادة والمزمنة سواء ارتشاح خلف الطبلة أو التهاب صديدي أو الدرن، كسر في قاع الجمجمة، تعاطي الأدوية الضارة بالعصب السمعي، التعرض للضوضاء، أسباب دموية وعائية مثل ارتفاع ضغط الدم والأنيميا، الأورام بمنطقة الأذن أسباب أخرى مثل: الصملاخ، الأجسام الغريبة، تيبس عظمة الركاب. (بطرس، 2007: 244)

5- الوقاية من الإعاقة السمعية ورعاية المعوق سمعيا:

- **الإجراءات الوقائية والرعاية المبكرة:**

– توعية العامة بمختلف الطرق والوسائل المرئية والمسموعة والمقروءة، والرسمية وغير الرسمية، بالعوامل المساهمة في حدوث الإعاقة السمعية للحد منها، كزواج الأقارب لاسيما في العائلات التي يعاني أفرادها من الصمم الوراثي، والحميات، وتعاطي بعض الأدوية الضارة بالسمع، وعدم تطعيم الأطفال في المواعيد المناسبة ضد بعض الأمراض.

– تعميم الطعوم الثلاثية ضد الحصبة والغدة النكفية والحصبة الألمانية في جميع الأعمار الزمنية، لاسيما بالنسبة للإناث في سن الزواج.

– العناية بصحة الأم الحامل وتغذيتها، وعدم تعاطيها الأدوية إلا تحت الإشراف الطبي اللازم.

– التوسع في انشاء المراكز الطبية المتخصصة، والوحدات السمعية المحلية في مختلف المحافظات، لإجراء الفحوص الطبية الدورية على الأطفال، والاكتشاف المبكر لأمراض السمع وتشخيص حالات الإعاقة السمعية في مراحلها الأولى، وتقديم الخدمات العلاجية المناسبة كعلاج التهابات الأذن وإجراء الجراحات، وتزويد المعوقين سمعيا بالأجهزة السمعية وتأهيلهم وتدريبهم على استخدامها، والتدريب التخاطبي، وعلاج النطق والكلام لدى المعوقين سمعيا.

– العمل على توفير الأجهزة والمعينات السمعية لضعاف السمع وقطع غيارها، وإعفائها من الرسوم الجمركية، وتشجيع رجال الصناعة على إنتاجها، أو تجميعها محليا.

– الرعاية النفسية والتربوية والاجتماعية للمعوقين سمعيا في سن ما قبل المدرسة، بما يساعد على استثمار بقايا سمعهم في تفهم اللغة وتعلم الكلام إلى أقصى درجة ممكنة، وعلى تحقيق تكيفهم الشخصي والاجتماعي.

– الإرشاد والتوجيه الأسري لمساعدة الآباء والأمهات على تفهم مشكلات أطفالهم المعوقين سمعيا، واحتياجاتهم ولحثهم على المشاركة في تنميتهم اجتماعيا، وتدريبهم على الاستقلالية والاعتماد على أنفسهم.

– تدريب الوالدين على المشاركة في تنمية لغة الطفل وتدريبه اللغوي، مع التأكيد على سلامة نطق الكلمات الموجهة للطفل ووضوحها، وتجنب استخدام الكلمات المحرفة، وتشجيع الطفل على الانتباه والملاحظة والتمييز البصري لحركات الشفاه أثناء الكلام ومحاكاتها، واستخدام التعزيز اللازم.

– العناية بوسائل الأمن الصناعي، ومنها توفير واقيات السمع، والحوائط العازلة للصوت بيئات العمل التي تتسم بالصخب والضوضاء الشديدة. (قدوري عبد القادر، 2016: 61)

6- المؤشرات والأعراض الدالة عن الاعاقة السمعية:

إن اكتشاف الصمم عند الأطفال يعد من الأمور الصعبة والمعقدة، ولكن من الضروري التبكير في اكتشافه وتقدير درجته وذلك من أجل التدخل المبكر، وللحصول على نتائج شافية في هذا الموضوع لابد من وجود فريق من المتخصصين، وفيما يلي مظاهر الاعاقة السمعية لدى الأطفال الصغار:

– عدم انتباه الطفل إلى الاصوات من حوله، وخاصة وقع اقدام افراد الاسرة، وخاصة الام المربية التي تلازمه.

– عدم مناغاة الطفل مثل الأطفال العاديين، بأصوات متقطعة بشكل تلقائي كإصدار صوت(داء – باء – ماء) و(ددا – بب – مم).

– ظهور عيوب كلامية لدى الطفل مع أصوات غير واضحة ومألوفة والالتزام بنبرة واحدة عند الكلام، أو بحذف بعض الحروف، وقد يتوقف الطفل عن اصدار أي صوت منذ ولادته، وهذا يرتبط بدرجة التلف الذي أصاب حاسة السمع.

– التحصيل الدراسي منخفض، وخاصة في الاختبارات اللفظية.

– عدم الاهتمام والانتباه للأنشطة التي تتطلب الاستماع ونشاطات شفهية ومن مظاهر ذلك العزلة والانطواء، لعدم رغبته في الاتصال بالآخرين نتيجة لإصابته.

– عدم الارتياح لوجود أصوات غريبة في الأذن أو رنين مستمر نتيجة الالام في الاذن أو صعوبة السمع.

– الحرص على الاقتراب من مصادر الصوت، ورفع صوت التلفاز أو المذياع بشكل مزعج للأخرين.

– عدم الانتباه والاستجابة للمتكلم حين يتكلم بصوت طبيعي.

– الميل بالراس الى ناحية واحدة، حتى يمكن الاصغاء بأذن معينة.

– تقلص عضلات الوجه أثناء الاصغاء.

– خروج افرازات صمغية من الاذن الداخلية، وصعوبة في التنفس نتيجة الالتهابات الحادة في الاذن الوسطى أو مجرى التنفس.

– وجود عيوب في الكلام، والخلط بين الكلمات ذات النطق المتشابه.

– تشوهات الاذن بسبب الحوادث.

– صغر حجم أذن الطفل، اتساع فمه، ووجود خلل في ترتيب الأسنان، وارتجاع خلقي للذقن، بعض الخلل في عظام الوجه، او إن احدى عيني الطفل ملونة والأخرى عادية، أو وجود خصلة من الشعر الأبيض في مقدمة الرأس والرموش حتى ولو كان الطفل رضيعا.

– يتحدث بكلام صوتي غير دقيق وترتيب الجمل غير صحيح وظهور أخطاء في الألفاظ.

– لا يعبر تحصيله اللغوي عن المرحلة العمرية التي يعيشها الطفل المعوق سمعيا وغالبا ما يستخدم كلمات بسيطة خاصة الكلمة الواحدة.

– يلاحظ على وجه الطفل دلائل وايماءات، كأن الوجه يتحدث ويداه وذراعاه دائما أمامه.

– يكون صوت الطفل عال جدا عند التحدث مع الاخرين أو على وتيرة واحدة أو منخفض جدا، والجدول التالي يوضح ذلك (خفاف، 2015: 44):

جدول رقم (02): يوضح مظاهر الاعاقة السمعية

العمر	مظاهر الاعاقة السمعية
من الولادة وحتى نهاية السنة الأولى	– عدم الانتباه بالأصوات العادية. – عدم الانتباه للأصوات العالية. – تأخر المناغاة. – قلة الاهتمام باللعب التي تصدر الأصوات. – تأخر الكلمة الأولى.
من السنة الثانية حتى السنة السادسة	– تأخر الكلام واللغة. – عدم القدرة على تكوين جمل قصيرة أو طويلة. – قصور استخدام الأفعال (الماضي، الحاضر، المستقبل). – عدم النطق السليم والحروف غير الواضحة. – عدم الانتباه للأصوات خصوصا أثناء الانشغال باللعب أو مشاهدة التلفزيون.
سنوات المرحلة الابتدائية	– ضعف الذاكرة وعدم تذكر المعلومات. – صعوبة فهم أو استيعاب المعلومات. – تأخر التحصيل الدراسي، حيث يواجه صعوبة في القراءة، أو أخطاء في الاملاء ولا يركز في المدرسة، يبدو سرحانا ولا يتذكر ما قيل له في السابق ويهمل الواجب المدرسي أو يجد صعوبة في عمله.

(خفاف، 2015: 44)

من خلال الجدول رقم (02) يوضح مستويات الاعاقة السمعية حسب مراحل العمر حيث نلاحظ ان هناك تمايز بين مرحلة والاخرى من خلال درجات الاعاقة، وهذا ما يرجع عليه سلبا على خصائصه الصحية والنفسية.

7- قياس وتشخيص الاعاقة السمعية:

الاعاقة السمعية كأي اعاقة أخرى من الممكن أن تكون مصحوبة بإعاقات أو اضطرابات أخرى مثل صعوبات النطق واللغة، وقد تكون هذه الاضطرابات ناتجة عن هذه الاعاقة، ولكي يمكن تشخيص هذه الاعاقة فلابد من قياسها للحكم على الحالة بأنها اعاقة سمعية وطرق قياس هذه الاعاقة تتمثل في الجوانب التالية:

- **الطريقة التقليدية في القياس:**

وتعتمد هذه الطريقة على استثارة سمع الطفل عن طريق المناداة عليه عن طريق ذكر اسمه كأن نقول له سامي، وتسمى هذه الطريقة ايضا بالمناداة بالهمس ومن الطرق التقليدية ايضا الطلب من الطفل أن يسمع دقات الساعة وأن يقول لنا هل تمكن من سماعها ام لا أو ماذا سمع، وإن يقلد لنا بالصوت ما سمع للتأكد منه بأنه سمع دقات الساعة فعلا. والجدير بالذكر بأن هذه الطرق تفتقر للدقة علاوة على أنها ليست مقياسا معتمدا في تشخيص هذه الاعاقة لأنها ليست جهاز قياس يعتمد على الدليل كمعيار أو مقياس معترف به لقياس السمع.

- **الطرق العلمية في قياس السمع:**

تعتمد هذه الطرق على الأجهزة المتخصصة والمصممة لقياس السمع وهي طرق علمية معترف بها عالميا وذات تقنية عالية، ويقوم بإجراء القياس شخص خبير ومدرب في قياس السمع ويسمى بالإنجليزية. ومن الطرق المعتمدة ما يسمى بطريقة القياس السمعي الدقيق أو ما يسمى وتشمل هذه الطريقة الخطوات التالية.

- تحديد اخصائي القياس السمعي عتبة أو درجة السمع عند الفرد بوحدات قياس تسمى الهرتز وتمثل هذه الوحدات عدد الذبذبات الصوتية في كل وحدة زمنية وبالاعتماد على وحدات قياس اخرى تسمى بالديسبل وتمثل ايضا عدد الذبذبات الصوتية في كل وحدة زمنية للتعبير عن شدة الصوت.

- يقيس الاخصائي القدرة السمعية لدى المفحوص وذلك عن طريق وضع سماعات اذن على اذاني المفحوص ويتم الفحص لكل اذن على انفراد. (العزة، 2009: 117)

– يعرض المفحوص لأصوات ذات ذبذبات تتراوح مابين125–8.00 وحدة هيرتز بشدة قدرها ما بين صفر الى110 ديسبل.

– يطلب من المفحوص بالضغط على كبسه اذا انه سمع تلك الاصوات، ويكون الجهاز مزودا بقلم يرسم فيه خارطة بيانية لقدرة الفرد على السمع من خلال ما سمعه، ويستطيع الطبيب قراءة تلك الخارطة ومعرفة درجة السمع لدى المفحوص والصعوبات التي تتعلق به وهل هي صعوبات توصيلية او ذات علاقة بالعصب الحسي، ومن خلال ذلك يستطيع تحديد المساعدة اللازمة التي يستطيع تقديمها للمفحوص لتحسين قدرته السمعية.

جدول رقم (03): يمثل درجات القدرة السمعية مقاسه بوحدات الديسبل

درجات القدرة السمعية	وحدات القياس الديسبل
السمع العادي الطبيعي	صفر–20
اعاقة سمعية متوسطة	40–20
اعاقة سمعية شديدة	92–70
اعاقة سمعية شديدة جدا	92– فما فوق

وهناك طرفا اخرى لقياس السمع وهي الطريقة المعروفة بطريقة استقبال الكلام وفهمه وتتمثل هذه الطريقة في عرض الفاحص امام المفحوص اصواتا ذوات شدة متدرجة، ويطلب منه تقليد الاصوات التي تعرض عليه ومن خلال ذلك يستطيع التعرف على الاعاقة السمعية قياسا مع الاستجابات المفحوص للمثيرات الصوتية المتدرجة.

وهناك ايضا طريقة التميز السمعي (لويبان) يطلب من المفحوص التميز بين ثلاث مجموعات من الكلمات المتجانسة، ويصلح هذا المقياس لأعمار الاطفال مابين5–8 سنوات وهو اختبار فردي لقياس السمع.

كما اشرنا سابقا فان الاعاقة السمعية تقاس بجهاز قياس السمع والذي يتكون من اربعة اجزاء وهي كما يلي (العزة، 2009: 118):

– الجزء المصدر للأصوات OSCILLATOR.

– الجزء المختص باختبار الذبذبات الصوتية FREQUENCY SELETOR.

- الجزء المختص بتغيير الذبذبات ATTENUTOR.
- الجزء المستقبل RECEIVER وهو الذي ينقل نوتة الصوت لأذن المفحوص.

✓ تحديد شدة الصوت الذي يستطيع المفحوص سماعه (عتبة الصوت) ومن ثم توصيل الصوت للأذن اثناء الفحص من خلال سماعة الآذن ويسمى هذا الفحص بفحص التوصيل الهوائي وتكون الاعاقة في هذه الحالة تتعلق بتوصيل السمع وتكون في الاذن الوسطى.

✓ هناك طريقة اخرى تسمى بطريقة الفحص عبر توصيل العظمى وتشمل هذه الطريقة توصيل الصوت من خلال عظام جمجمة المفحوص وليست عن طريق الاذن نفسها مباشرة حيث تصل الاصوات من الجمجمة SKULL الى القوقعة الموجودة في الاذن. والجدير بالذكر بان الفاحص لحاسة السمع يجب ان يركز على مدى قدرة الفرد على السمع وعلى معالجة المعلومات السمعية من حيث تمييزها وتنظيمها وتفسير معانيها لتحديد نوع السماعة الطبية اللازمة له. (العزة، 2009: 119)

8- أهم الأساليب والوسائل العلاجية للإعاقة سمعية:

أولا: الوسائل والأدوات العلاجية المساعدة على السمع:

وهذه عبارة عن جهاز مثل السماعة الطبية التي تساعد الأفراد ثقيلي السمع على استغلال أفضل لبقايا سمعهم. تعمل السماعة الطبية على تضخيم الأصوات لتسمح للشخص سماعها بشكل أسهل. بالنسبة لبعض الأفراد المعاقين سمعيا، السماعة الطبية تسمح لهم بسماع الأصوات بشكل جيد وضمن المدى الطبيعي. وساعدت العديد من الأفراد ثقيلي السمع على الاستفادة وحضور برامج التعليم العامة. والمشاركة في أنشطة المجتمع. لقد صممت السماعة الطبية لحل مشكلة نقص حدة السمع من خلال تضخيم الأصوات. وتستعمل السماعات الطبية على نطاق واسع مع الأفراد ذوي الفقدان السمعي الحس – عصبي؛ لأن الأفراد ذوي الفقدان السمعي التوصيلي غالبا ما يعالجون طبيا أو جراحيا بشكل ناجح. وتستعمل السماعات الطبية بشكل فعال في البيئات الهادئة، حيث يكون الكلام هو الصوت المسيطر في البيئة. وتضخم السماعة الطبية كل الأصوات التي تلتقطها بما في ذلك الخلفيات المزعجة.

السماعات الطبية تختلف في التصميم والحجم ومقدار التضخم وسهولة التعامل وحجم الضبط وعلى الرغم من هذه الاختلافات إلا أن لها عناصر متشابهة وتشتمل هذه العناصر على:

- ميكرفون للالتقاط الأصوات.
- مضخم لتضخيم الصوت.
- مستقبل لنقل الصوت المضخم إلى داخل الأذن.
- بطاريات لتزويد الأجزاء الكهربائية بالطاقة.

وبعض السماعات الطبية لها قوالب أذن لتوجيه الصوت إلى الأذن وتقوية نوعية الصوت. واعتمادا على الحاجة إلى الاستماع ونوع الفقدان السمعي وأسلوب الحياة، فإن الأخصائي السمعي ينصح بالسماعة الطبية المناسبة المحققة لحاجات التواصل.

(فرج الزريقات، 2003: 216)

وهنالك ثلاثة أنواع من السماعات الطبية كما هو موضح في الشكل رقم(01):

شكل (01): أنواع من السماعات الطبية

يمثل الشكل رقم (01) أنواع السماعات الطبية وهي:

- **خلف الأذن:** توضع السماعة خلف الأذن بحيث توصل بسلك إلى قناة السمع.
- **داخل الأذن:** هنا السماعة توضع داخل الأذن الخارجية للشخص.
- **داخل القناة السمعية:** وتوضع داخل القناة السمعية لأذن الشخص.

تعتبر السماعة الطبية أداة رئيسة لمعظم فاقدي السمع. ويقدم سميث (2001) توصيات للعناية بالسماعة الطبية:

- تجنب الغبار والأوساخ والرطوبة.
- ضعها بلطف في مكان مخصص لها.
- حافظ على نظافة قالب الأذن.
- تجنب بخاخ أو اسبريه الشعر.
- لا تبق السماعة الطبية في مكان حار.
- حافظ على فحص دوري للسماعة الطبية من قبل أخصائي السمعيات.

التخطيط الفعال لتعليم الطلبة ثقيلي السمع يعني حاجة المعلم لفهم فوائد ومحددات السماعات الطبية، وعلينا التذكر دائما أن السماعة الطبية لا تشفي الإعاقة السمعية ولكنها تساعد الأفراد المعاقين سمعيا على استغلال ما تبقى لهم من سمعهم.

وهناك مشكلات رئيسية مرتبطة بالسماعات الطبية المستخدمة في الوقت الحاضر:

- إذا لم يضع الشخص السمع في تردد محدد بغض النظر عن مقدار تضخيم، فإن السمع لا يمكن إصلاحه.
- المضخمات الصوتية لا تعمل جيدا في البيئات المزعجة لأن كلا من الكلام والخلفية المزعجة تضخم.
- السماعات الطبية تحدث ازعاجا خاصا بها من خلال التغذية الراجعة السمعية وأصوات الصفير أو الطقطقة.

وتركز التطورات الحديثة في صناعة أدوات الاستماع المساعدة على صنع انظمة مضخمات صوتية تعمل بتحكيم ذاتي ومناسبة للعمل في البيئة المزعجة وذات حجم صغير بشكل كاف لتوضع داخل أو خارج الأذن. (فرج الزريقات، 2003: 216)

✓ أجهزة الإرسال بالذبذبات المعدلة:

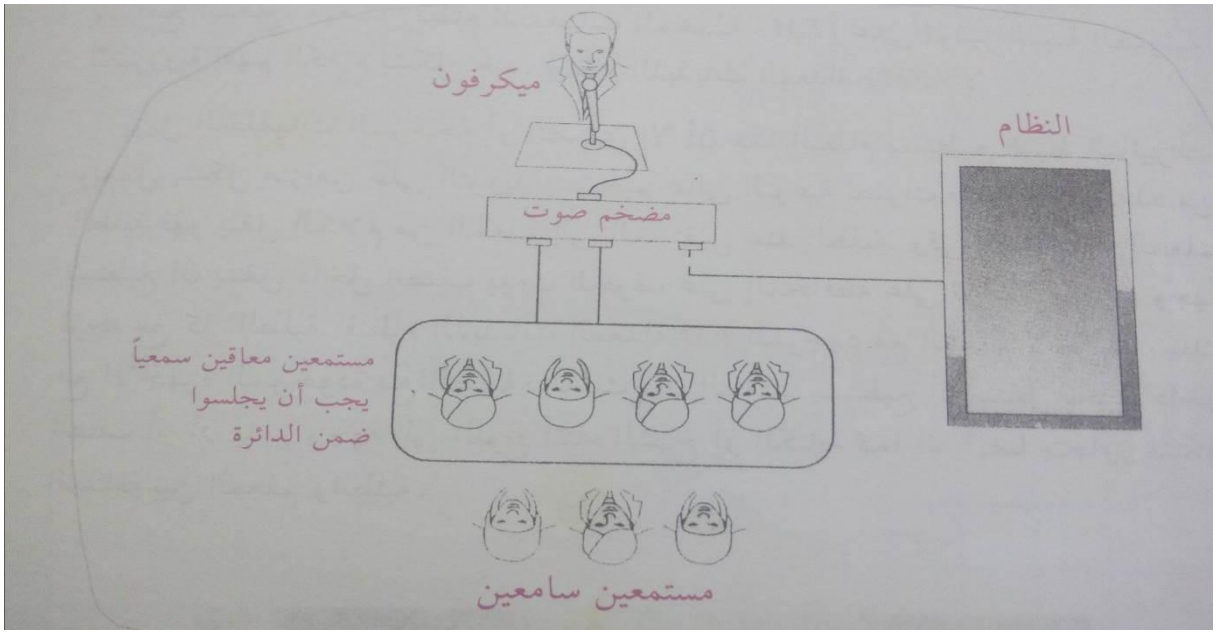
يستخدم نظام الذبذبات المعدلة(**FM**) لمساعدة الطلبة في الغرف الصفية الخاصة وبرامج الدمج. ويعمل نظام الذبذبات المعدلة(**FM**) على توفير البيئة الصوتية الضرورية لفهم الكلام بشكل جيد. ونظام ذبذبات المعدلة(**FM**) لا يزيل الخلفيات المزعجة أو الصدى إلا أن هذا النظام يستطيع ضبط التأثيرات ويعمل بشكل متزامن على التزويد بتضخيم عالي النوعية لصوت المعلم لأي عدد من الطلبة. فهو ينقل الكلام من المعلم إلى المستقبل عند الطلبة.

شكل (02): الأطفال يرتدون جهاز FM

✓ وفي هذا النظام المعلم يستطيع أن يتنقل داخل الصف بدون الخوف على المحافظة على تواصل بصري وجها لوجه مع كل الطلبة. فنظام الذبذبات المعدلة **FM** الموجود مع المعلم لا يرتبط بسلك مع الأجهزة الموجودة مع الطلبة؛ لذلك فإن المعلم يستطيع أن ينتقل بحرية داخل الصف أو أن يدير وجهه إلى اللوح أثناء الشرح أو الكتابة كما أنه أيضا يتجاوز مشكلة المسافة بين المعلم والطلبة. (فرج الزريقات، 2003: 217)

✓ الدوائر السمعية:

وهي عبارة عن أداة تنقل الصوت مباشرة من المصدر إلى أذن المستمع عبر سماعة طبية مصممة خصيصا لهذا الغرض. وقد تنقل الأصوات من خلال أسلاك وصل أو عبر ترددات موجات الراديو(**FM**) الاذاعية. الدوائر السمعية غير مكلفة وسهلة الوضع في غرف الصف.



الشكل (03) الدوائر السمعية

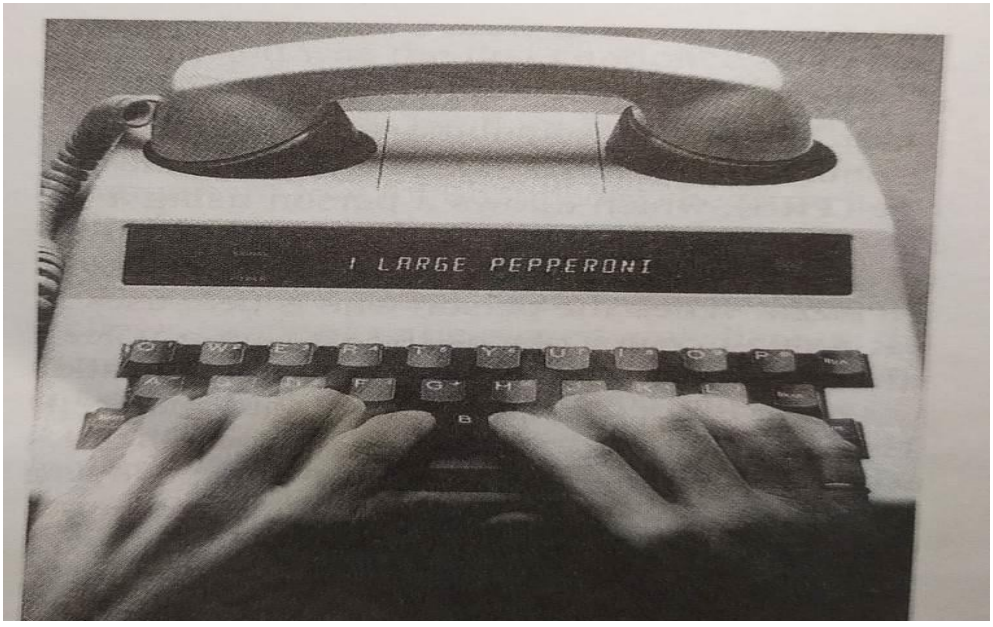
ثانيا: أدوات الاتصال عن بعد

أجهزة الاتصال عن بعد هي أجهزة مساعدة تحسن من تواصل ومهارات الاستماع للتلفاز مثل (فرج الزريقات، 2003: 218):

✓ **العناوين:** وهي عبارة عن كلمات مطبوعة في الفيلم أو الفيديو، ويمكن أن تكون مفتوحة أو مغلقة. والعناوين المفتوحة هي التي تظهر على شاشة التلفاز لكل المشاهدين. أما العناوين المعلقة فهي التي يمكن أن نراها على شاشة التلفاز فقط باستخدام مشفر أو محلل للرموز.

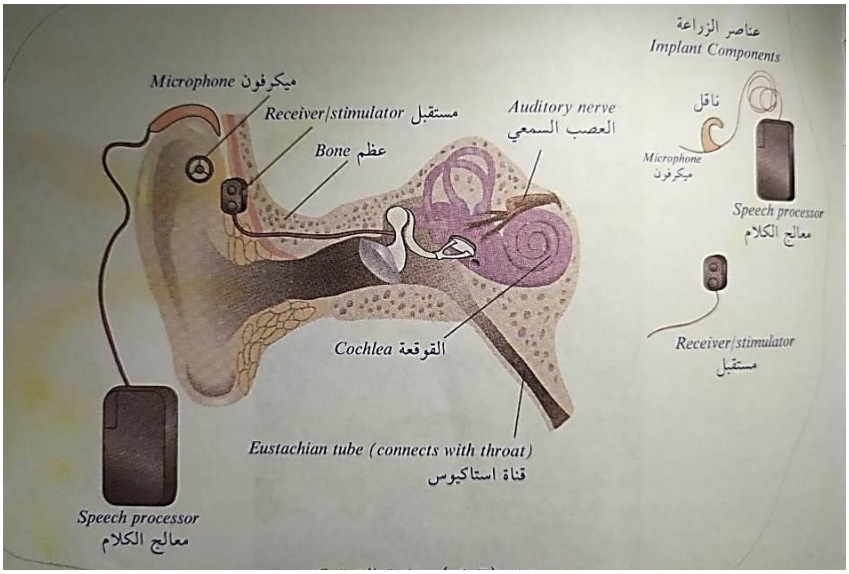
الشكل (04) جهاز تلفزيون معنون للأطفال المعاقين سمعيا

✓ **أداة عن بعد للصم:** ويسمح هذا الجهاز للأشخاص الصم أن يجروا أو يستقبلوا مكالمات تلفونية من خلال طبع معلومات على التلفون. (فرج الزريقات، 2003: 218)

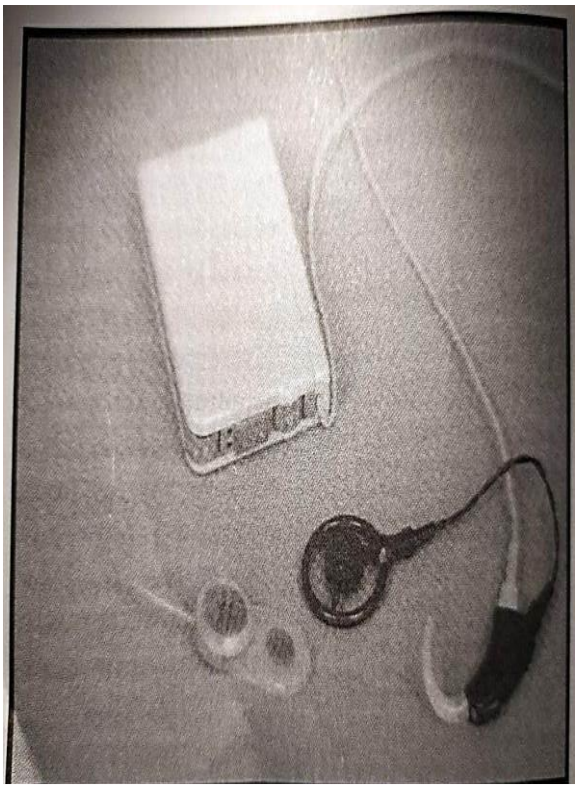


الشكل (05) اتصال عن بعد

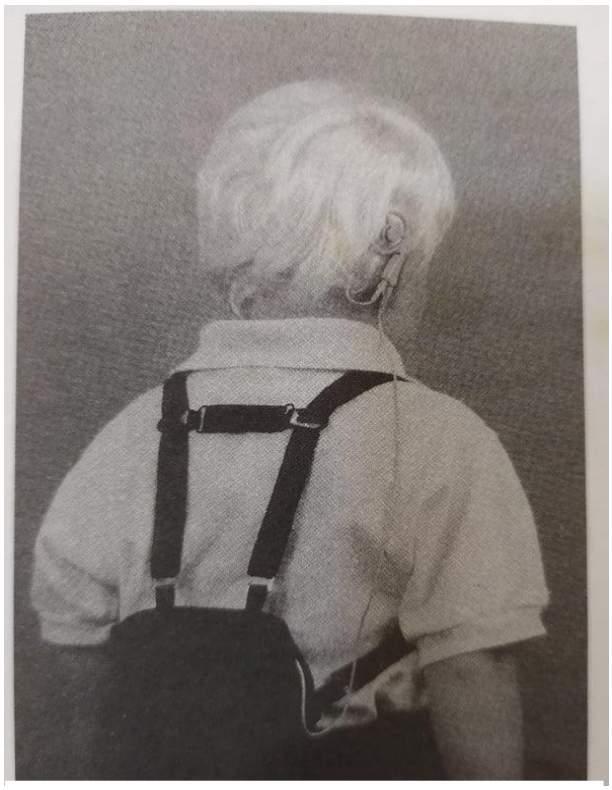
✓ **زراعة القوقعة:** الأفراد المصابون بصمم شديد إلى شديد جدا ولا يستطيعون الاستفادة من المضخمات المألوفة هم مرشحون لزراعة القوقعة. الصمم الشديد جدا ينتج عن فقدان وظيفة الخلايا الشعرية في القوقعة. وبالتالي فإن النبضات العصبية لا تولد والنشاط الكهربائي في العصب السمعي لم يبدأ. زراعة القوقعة مصممة لإثارة العصب السمعي مباشرة. حيث تزرع أقطاب كهربائية في القوقعة. القطب الكهربائي الذي يكون ملحقا أو مربوطا مع دورة كهربائية مزروعة في العظم الصدغي. الإشارات الصوتية تستقبل بواسطة ميكروفون ملحق أو مربوط مع مضخم بالغ التعقيد. المضخم عندئذ يرسل إشارات للقطب بواسطة الدورة المزروعة. وعندما يستقبل القطب الكهربائي الإشارة فإنه يزود بإشارات كهربائية للقوقعة، وبالتالي اثارة العصب السمعي (الأشكال 06، 07، 08).



الشكل (06) زراعة القوقعة



الشكل (07) المكونات الداخلية والخارجية لزراعة القوقعة



الشكل (08) طفل مجرى له زراعة قوقعة

وزراعة القوقعة تصنف ضمن مجموعتين:

– الأولى للكبار الذين اكتسبوا الفقدان السمعي ويمكن أن يستفيدوا من زراعة القوقعة خصوصا كمساعدة لقراءة الشفاه.

– والثانية للأطفال الصغار الذين لديهم فقدان سمعي شديد جدا ولا يستفيدون من السماعات الطبية الاعتيادية يمكن أن يستفيدوا من زراعة القوقعة.

(فرج الزريقات، 2003: 220)

ثالثا: الأساليب العلاجية للإعاقة السمعية

هناك اتفاق عام على عناصر برنامج التأهيل الفعال بالنسبة للأطفال الذين يعانون من إعاقة سمعية خلقية فعلى سبيل المثال، لا يتردد الاخصائيون السمعيون في استخدام المضخات الصوتية مع الطفل المعاق سمعيا. إن التدخل العلاجي المبكر أمر هام، ويجب على الاخصائي السمعي المبادرة في استخدامات إجراءات التأهيل السمعي مع الأطفال قبل

الكبار. فالتأخر في اختبارات التشخيص وفترات الجدولة أمر ضار بمصلحة الطفل. فمع الأطفال المعاقين سمعيا الوقت ليس في صالحنا.

- **مشاركة الآباء:** تعد السنوات الأولى مهمة ليس فقط بالنسبة للأطفال بل أيضا بالنسبة للآباء، ففي هذه المرحلة يجب على الآباء أن يعترفوا بحقيقة أن حياتهم وحياة أطفالهم لن تكون كما كانوا يتمنون ويجب عليهم أن يتقبلوا ذلك ويتكيفوا معه، فالمريض الأول عند المعالج ليس الطفل، بل الأبوين. ويجب علينا أن نسمح لهم بالحزن على فقد أحلامهم والتغلب على الصدمة الأولى التي يتلقونها عند المعرفة بحالة طفلهم. يجب علينا أن نساعدهم على التغلب على الآمال الكاذبة وحالات الإنكار والتعامل مع القلق والشعور بالذنب الذين يظهران بعد وقت قصير بشكل مناسب. ولا يظهر جميع الآباء مسارا واحدا من رد الفعل تجاه تشخيص حالة الصمم عند أطفالهم، ولكن جميعهم يحتاجون تعاطف المعالج، والمكان والزمان لتفريغ مشاعرهم، والمعلومات التي يمكنهم تقبلها عندما يستعدون لمواجهة الموقف يجب على المعالج أن يفهم انه شريك صغير في العملية العلاجية.

(فرج الزريقات، 2003: 206)

فالأبوين هما اللذان لهما أكبر الأثر في حياة طفلهما فيها بعد. إن تفاعلهما مع الطفل هو الذي يوفر أو لا يوفر التجربة اللغوية لتعلم اللغة. وهذا لا يعني أننا نقول أنه يجب على الأبوين أن يكونوا " مدرسين " بل يجب علينا أن نساعدهم لكي يكونوا نوعا أفضل من الآباء، أبوين لا يشتتا جهودهما الأبوية لأن طفلهما معاق سمعيا. ويمكن مساعدتهما على استغلال الفرص المتاحة بشكل جيد، لكي يوسعوا التطور الكلي لدى طفلهما. ومهما كانت الأهداف العلاجية المحددة، فلا يمكن الوصول إليها بدون المشاركة الفعالة من الأبوين.

وفي بعض الأحيان نجد أن الأبوين يعانيان جدا من فكرة أن لديهما طفل معاق، وينشغلون كثيرا بوضع الطعام على الطاولة أو إبعاد الأدوية والمؤثرات السيئة الأخرى بعيدا عن أطفالهم الكبار، بحيث لا يتمكنون من التعامل مع الوضع. في هذه الحالات فإنه يجب القيام مباشرة بما يضمن مصلحة الطفل مع الفهم الكامل للقيود التي تفرضها الظروف الواقعية. (فرج الزريقات،2003: 207)

- **اختيار المضخات الصوتية:** إن اختيار المضخات الصوتية يشير إلى استخدام أداة تضخيم أصوات مع الطفل عندما يكون ذلك مناسبا، ويحدث هذا في العادة خلال عملية إرشاد الأبوين. وفي العادة لا تكون المعلومات السمعية الكافية متوفرة لكل طفل صغير، وهذا لا يكون سببا لتأخير استخدام الاداة المساعدة على السمع الملائمة. وليس من الصعب استخدام اداة تضخيم أصوات مناسبة للطفل، فالأطفال يخضعون لسيطرة الكبار بالكامل ولا يدركون اختلافهم عن الأطفال الآخرين. وسوف يكون من الصعب، مع ذلك، أن نضمن بقاء السماعة الطبية في مكانها، حيث أنها في العادة لا تكون مريحة، وأن الأداة توفر أفضل نمط تضخيم بالنسبة للطفل، إن الهدف من استخدام أية أداة مضخمة للصوت هو تكبير الإشارة الكلامية وتوصيلها بفعالية. وبدون ضمان أننا قد حققنا القدرة المرغوبة على السمع فإنه يكون من الواضح أننا لن نصل الى تحقيق هدف في تطوير حاسة السمع أو القدرة السمعية.

وتملأ المساعدات الجسدية فراغا مهما عند بعض الأطفال الذين يعانون من حالات فقدان السمع الشديدة أو الخلقية، فهي تسمح بالمزيد من الفوائد قبل حدوث التغذية الراجعة. ومن الأمور المهمة في وسيلة المساعدة الجسدية للسمع هي نظام التدريب السمعي بالذبذبات المعدلة(**F M**)، حيث يتم استخدام مستقبل ذبذبات معدلة (**F M**) كوسيلة مساعدة جسدية. وفي بعض المراكز، يعد نظام الذبذبات المعدلة (**F M**) مناسبا كأداة تضخيم أولية عند الأطفال الصغار. (فرج الزريقات، 2003: 208)

- **اساليب التدريس:** تهدف البرامج التربوية واساليب تدريس الاطفال ذوي الاعاقة السمعية الى تمكينهم من الاعتماد على أنفسهم الى اقصى حد ممكن ودمجهم في البيئة العادية بدلا من عزلهم في مدارس خاصة بهم وسنتطرق الى استراتيجيات تعليمهم في المراحل التالية:

  - مرحلة ما قبل المدرسة.
  - مرحلة التعليم الاساسي.
  - التعليم الثانوي.
  - ما بعد المدرسة الثانوية.

✓ مرحلة ما قبل المدرسة: تلعب السنوات الاولى من عمر الطفل دورا رئيسا في تعليمه وتدريبه وتعليمه المهارات السمعية والحركية ومهارات النطق واللغة والاتصال والتواصل والانتباه والاصغاء والمشي وغيرها لما لها من دور هام في النمو السوي الكلي للفرد، أما إذا ما واجه الطفل صعوبات نمائية تربوية او فكرية او نفسية او الانفعالية او جسمية او غيرها، أصبح من الضروري والمهم ان تقدم له البرامج المناسبة بشكل مبكر. والأطفال عموما يتعلمون التواصل من خلال تعبيرات الوجه وحركات جسم الآخرين (لغة الجسد)، مثل هز الرأس وحركات الوجه واليدين والعينين والأرجل والأيدي والأصابع وهز الكتف أو ما تسمى باللغة غير اللفظية، وكذلك حركات الشفاه والايماءات المختلفة واللمس والأصوات التي يسمعونها لذلك يجب الاهتمام بتعليم الطفل قبل التحاقه بالمدرسة هذه الحركات ومدلولاتها ومعانيها كلغة اخرى غير اللغة المنطوقة للتواصل مع الزملاء، خاصة اذا كانت لديه اعاقة سمعية، لذلك كان من الضروري ايضا ليتمكن من تعليم والديه من لغة الاشارة والتواصل من خلالها لتحيق ما يلي:

- تطوير مهارات الاتصال البديلة للاتصال اللفظي واللغوي.
- تكوين صداقات.
- استثمار ما لديهم من مهارات تساعدهم على تحسين قدراتهم في مجال السمع.
- مساعدتهم على تعلم اللغة والقراءة والحساب والمهارات الاكاديمية.
- تعليمهم ضبط الذات.
- تعليمهم اسلوب حل المشكلات.
- تعليمهم اختيار ما يريدون من خلال اتخاذ القرارات التربوية والحياتية والمهنية وغيرها.

(العزة، 2009: 125)

✓ مرحلة التعليم الاساسي من الصف الاول الى العاشر الاساسي: تقع المؤسسة التربوية (المدرسة) مسؤولية تطوير مهارات القراءة والكتابة والحساب والمواد الاجتماعية والعلوم للأطفال المعوقين سماعيا والأخذ بعين الاعتبار ما لديهم من استعدادات وقدرات يمكن

استثمارها ودفعها الى اقصى حد ممكن، ليتمكنوا من التكيف والتعايش مع اقرانهم في المحيط المدرسي، كما ان البرامج التربوية تسعى من ناحية اخرى الى تعليمهم السلوك الاجتماعي وترسيخ القيم الاخلاقية والعادات الحميدة وروح المواطنة الصالحة لتقديم الدعم العاطفي والمعنوي لهم، ليتمكنوا من الاستمرار في الدراسة ومن ثم النجاح والاستمرار فيها واللحاق بالعمل واختيار المهنة التي تناسبهم.

✓ مرحلة التعليم الثانوية من الصف العاشر حتى الصف الثاني الثانوي: ان مرحلة التعليم الثانوي تحتاج الى مهارات عالية وقدرات متميزة، اذ انها تعتمد على فهم المجردات في مجال الرياضيات والعلوم والى مهارات متقدمة للتمييز والحكم على الاشياء (المحاكمة العقلية)، وطلاب هذه الفئة من الاعاقة يتصفون بانخفاض مستوى دافعيتهم وتحصيلهم الدراسي في المدرسة العادية، حيث يصبحون بحاجة إلى تعليم خاص وإلى مترجمين أو معلمين متخصصين في مجال لغة الاشارة وإلى تكييف البيئة المدرسية بما يناسب هذه الإعاقة.

✓ مرحلة ما بعد المدرسة: تتصف هذه المرحلة بمرحلة الإنتقال من القوة إلى الفعل أي بتوظيف ما تعلمه هؤلاء الطلاب من مهارات في الحياة العملية وبيئة العمل، حيث أن هذه المرحلة هي مرحلة العمل والانتاج مع العلم بأنهم سوف يتعرضون إلى عدم وجود فرص في مجال العمل والمعاناة من البطالة، حتى إذا تمكنوا من الحصول على عمل فإنه سيكون محصورا في مجالات بسيطة مثل أعمال التنظيف، والحقيقة أن فرص التحاق أفراد هذه الفئة يعتمد على مستوى تدريبهم وتأهيلهم. (العزة، 2009: 126)

9- طرق تعليم الاطفال ذوي الاعاقات السمعية:

تشمل هذه الطرق تدريب الأطفال ذوي الاعاقات السمعية على استخدام طرق التواصل الشفوية (لغة الشفاه)، أو استخدام استراتيجيات التواصل اليدوي التي تستخدم مع الأطفال الذين يعانون من نفس هذه الإعاقات ومع المعلمين والأشخاص المهمين في حياتهم، وفيما يلي وصفاً لطرق التواصل مع أفراد هذه الفئة.

أولا: التواصل الشفوي

يقصد بالتواصل الشفوي تدريب الطفل على مهارة قراءة الشفاه وفهمها أي أن نعلم المعوق سمعيا حركة الفم والشفاه أثناء الكلام مع الآخرين الذين يتحدثون اليه، الأمر الذي يجعل الأشخاص الصم أكثر قدرة على فهم الكلمات المنطوقة. ومن الممكن تنمية مهارة قراءة الشفاه أو الكلام، من خلال تدريب الطفل على تحليل حركات شفاه المتحدث وتنظيمها معا لتشكل المعنى المقصود، أو تدريبه على تركيب الكلام المنطوق وعلى فهم المثيرات البصرية المصاحبة للكلام مثل تعبيرات الوجه وحركة اليدين (لغة الجسد)، ولكن هناك صعوبة في طريقة التواصل عن طريق لغة الشفاه حيث أن بعض الأصوات عندما تلفظ تكون متشابهة على الشفاه والوجه. (العزة، 2009: 128)

ثانيا: التدريب السمعي

تلخص هذه الطريقة في تعليم أطفال الإعاقة السمعية البسيطة والمتوسطة على مهارة الاستماع وتطويرها لديهم، ومن ثم التمييز بين الأصوات أو الكلمات باستخدام الوسائل البصرية والمعينات السمعية التي تساعد على نجاحها بهدف توعية الطفل الأصم بالأصوات وتنمية مهارة التمييز الصوتي لدى الطفل الأصم بين الأصوات العامة والأصوات الدقيقة. وهناك بعض التوجهات المهمة للأخذ بها عند تطبيق هذه الطريقة وهي:

- استثمار بقايا سمع الطفل.
- تعزيز قدرة الطفل على التمييز بين الأصوات.
- تدريب الطفل في سن مبكرة.
- توظيف السمع في مهارات تعلمية ذات معنى للطفل الأصم.

ويشمل التدريب السمعي على تحقيق الأهداف التالية:

- استدارة الطفل الأصم نحو مصر الصوت.
- جذب انتباه الآخرين من خلال اصدار بعض الأصوات.
- تقليد كلمة بسيطة.

- التعبير عن السرور.
- الاستجابة لتعبيرات الآخرين.
- التعبير عن الحاجات الشخصية.
- استخدام كلمة في جمل.
- استخدام الاسماء.
- كتابة موضوع تعبير مكون من فقرتين.

وتجدر الاشارة أنه في معظم حالات الصم لا يكون فقدان السمع كاملا إذا ما استخدمت أدوات التضخيم المناسبة بهدف تعليم الطفل الأصم وعي الأصوات وتحديد مصدرها وتميزها وتعرف عليها. (العزة، 2009: 129)

ثالثا: التواصل اليدوي / لغة الإشارة والأصابع:

وتهدف هذه الطريقة إلى تنمية مهارة إرسال واستقبال لغة الإشارة أو الأصابع لدى المعوق سمعيا ليتمكن من فهم الآخرين والتواصل معهم والتعبير عن مشاعره وأفكاره. ولغة الإشارة هي عبارة عن اتصال بصري يدوي يعمل على مبدأ الربط بين الإشارة والمعنى، وتستخدم هذه اللغة في فهم العلاقات الأسرية والتعرف على الوقت والمشاعر والانفعالات والنقود وحركات الجسم والأماكن والاتجاهات والأثاث والأقطار والمدن والحيوانات .. الخ وتعتبر لغة الأصابع إشارات حسية مرئية يدوية للحروف الهجائية، وتستخدم التهجئة بالأصابع كطريقة مساندة للغة الإشارة المستخدمة لكلمة ما إذ لم تكن هناك إشارة للكلمة.

رابعا: الإتصال الكلي

تعتمد هذه الطريقة على دمج الطرق السابقة وتوظيفها معا من أجل أن يتمكن الأصم من التواصل مع الآخرين، فهي تشتمل الإشارات التهجئة بالأصابع والتدريب السمعي حيث أنه قد وجهت انتقادات للطرق السابقة تتمثل فيما يلي:

- سرعة حديث المتكلم أو صعوبة فهم حديثه وما يدور حوله عن طريق استخدام لغة الشفاه.

– إن مدى القدرة السمعية المتبقية لدى الأصم تحول في معظم الأحيان دون فهمه للمتكلم.

– إن بعض المعينات السمعية تكون ليست بذات جدوى خاصة إذا كان الأصم يعاني من طنين في الأذن.

– صعوبة انتشار لغة الإشارة أو أبجدية الأصابع بين كل الناس.(العزة، 2009: 130)

10– أدوار ومهام فريق التدخل المبكر:

أولا: طبيب مختص للأطفال

– مساعدتهم على تقبل الاعاقة السمعية والتكيف معها.

– مساعدتهم على تقبل المضخمات الصوتية والتكيف معها.

– تعزيز القدرة على التواصل الفعال.

والاخصائي السمعي مسؤول عن تحقيق هذه الاهداف والفهم التعاطفي من خلال العلاقة بين الاخصائي السمعي والمعاق سمعيا وأساليب حل المشكلات لتسهيل التكيف مع الاعاقة السمعية يشكل إطار عمل رئيس لإجراء تدخلات تصمم لتحقيق هذه الاهداف، ولتحقيق هذه الأهداف طويلة المدى فإنه من الضروري تأسيس وتشكيل أهداف قصيرة المدى مثل:

– فهم الاعاقة السمعية من خلال توضيح الجهاز السمعي والخريطة السمعية.

– الوعي بآثار الاعاقة السمعية من خلال شرح أثرها على وضوح الكلام والقدرة السمعية وآثار البيئة.

– فهم متغيرات التواصل مثل شرح أهمية المدخلات البصرية، الدمج البصري السمعي، الظروف البيئية وسلوك الاستماع.

– تحديد الصعوبات الدائمة من خلال قوائم خاصة بذلك ومناقشة نتائجها.

– الوعي بالسلوكيات التعويضية التكيفية واللات كيفية ونتائجها.

(فرج الزريقات، 2003: 282–283)

ثانيا: طبيب مختص في التربية الخاصة

– تعرف على طريقة الأصم.

– تواصل بشكل واضح واستعمال لغة وصفية ومباشرة مع مرجعية واضحة.

– احترم خصوصية الأصم.

– تقديم المساعدة عندما تكون ضرورية ومناسبة.

– كن ثابتا عندما تواجه شخص اخر من خلال المحافظة على الخطوات.

– عندما لا تكون متأكدا من أي اجراءات فالأفضل اتباعها وبالسؤال.

(فرج الزريقات، 2003: 343)

ثالثا: اخصائي السمعي

يعرف قاموس العناوين المهنية الامريكي الاخصائي السمعي بما يلي:

– يحدد نوع ودرجة الإعاقة السمعية ويقدم خدمات تأهيلية وإعادة تأهيلية للشخص المصاب بالإعاقة السمعية.

– يطبق ويفسر أنواعا مختلفة من الاختبارات مثل اختبارات التوصيل العظمى والهوائي واختبارات تمييز واستقبال الكلام، وذلك بهدف تحديد نوع ودرجة الإعاقة السمعية وموقع الإصابة والتأثيرات على فهم الكلام.

– تقيم نتائج الاختبار فيما يتعلق بالمعلومات الطبية والتربوية والاجتماعية والسلوكية المجموعة من الآباء والأسر والمعلمين وأخصائي النطق واللغة وغيرها من المهن المساعدة، بهدف تحديد مشكلات التواصل المرتبطة بالإعاقة السمعية.

– يخطط ويقدم الخدمات التأهيلية وإعادة التأهيلية والوقائية، مشتملة على اختبار السماعة الطبية والإرشاد والتدريب السمعي وقراءة الشفاه والتأهيل اللغوي والمحادثة الكلامية وتطوير برامج علاجية أخرى بالتعاون مع أخصائيين مهنيين مساعدين.

– يحيل الشخص المصاب إلى الأطباء الجراحيين إذا كان ذلك ضروريا.

– ينتج البحوث في الجوانب الفسيولوجية والمرضية والفيزيائية النفسية للجهاز السمعي، أو يصمم ويطور إجراءات بحثية وعياديه.

– يعمل كمستشار في الميادين الطبية والتربوية والتشريعية وغيرها من الميادين المهنية.

– يدرس علم السمع ويشرف على المشاريع العلمية. (فرج الزريقات، 2003، 41)

خلاصة الفصل:

كان الهدف الاساسي من هذا الفصل التطرق الى الإعاقة السمعية بصورة عامة، وذلك كون موضوع الدراسة وهو الصحة النفسية لدى الأطفال المعاقين سمعيا، ولكي يتضح ذلك تم التطرق الى الإعاقة السمعية من حيث المفهوم والاسباب وتصنيفاتها... وغيرها كما ورد ذلك في الفصل من خلال المحاور التسعة سابقة الذكر والتي نلخصها فيما يلي:

تم التمهيد في المحور الاول كمدخل للإعاقة السمعية، وذلك لإبراز اهمية الموضوع والجهود المبذولة من قبل المهتمين بهذا الجانب، ثم تم التطرق الى اهم التعاريف لهذا المصطلح وتلك الجهود المبذولة من اجل تحديد مفهومها وتصنيفاتها وذلك في المحورين الثاني والثالث.

– اما المحورين الرابع والخامس فكان حول ضبط الفرق بين الصم وضعاف السمع والعوامل المؤثرة.

– اما المحور السادس والسابع فدار حول المؤشرات والأعراض الدالة على الإعاقة السمعية وقياس وتشخيص الإعاقة السمعية ورعاية المعاقين سمعيا.

– اما المحورين الاخيرين فكانا موضوعهما على أهم الأساليب والوسائل العلاجية للإعاقة السمعية وأدوار ومهام فريق التدخل المبكر.

ان التعرف على الإعاقة السمعية بصورة عامة لمفهومها، وتصنيفاتها، واسبابها، ... وغيرها يهدف للتعرف على الصحة النفسية لدى المعاق سمعيا الذي هو موضوع الدراسة، الذي سنتطرق اليه من خلال الفصل الموالي.

الجانب الميداني

الفصل الرابع

اجراءات الدراسة الميدانية

تمهيد

1- منهج الدراسة

2- الدراسة الإستطلاعية

3- عينة الدراسة الاستطلاعية

4- الأدوات المستخدمة

5- الخصائص السيكومترية

6- الأساليب الاحصائية المستخدمة

تمهيد:

بعد عرض الجانب النظري وما تضمنه من مجموعة التعاريف العلمية من النظريات والآراء والالمام بمختلف الجوانب النظرية الخاصة بالصحة النفسية لدى المعاق سمعيا.

سنتطرق الى الجانب الثاني من الدراسة والمتمثل في الجانب التطبيقي والذي سيضم الدراستين الاستطلاعية والتي تم من خلالها تطبيق أدوات الدراسة للتأكد من صدقها وثباتها، وللتأكد من أن الفرضيات المطروحة هي فرضيات اجرائية يمكن التحقق منها بقبولها أو رفضها، والدراسة الاساسية والتي سيتم فيها تطبيق الادوات من خلال تطبيق المنهج المناسب للدراسة وعلى أساسها سنقرر ان كنا سنقبل فروض الدراسة أو سنرفضها.

1- منهج الدراسة:

المنهج العلمي هو أسلوب للتفكير والعمل يعتمده الباحث لتنظيم أفكاره وتحليلها وعرضها وبالتالي الوصول إلى نتائج وحقائق معقولة حول ظاهرة موضوع الدراسة. ويمتاز هذا الأسلوب بالمرحلية بمعنى أنه يتكون من مجموعة من المراحل المتسلسلة والمترابطة التي يؤدي كل منها إلى المرحلة التالية، ويبدأ المنهج عادة بعد تحديد المشكلة الدراسة أو البحث مرورا بوضع وصياغة الفرضيات واختبارها وتحليلها ومن ثم عرض النتائج ووضع التوصيات. (عليان غنيم، 2000: 30)

وعلى ضوء ماسبق اعتمدنا في دراستنا هذه على المنهج الوصفي الاستكشافي كون أن المنهج الوصفي يشمل البحوث التي تركز على ماهو كائن الآن في حياة الإنسان والمجتمع.

ويعرف المنهج الوصفي " بأنه استقصاء ينصب على ظاهرة من الظواهر كما هي قائمة في الحاضر بقصد تشخيصها وكشف جوانبها وتحديد العلاقات بين عناصرها أو بينها وبين ظواهر أخرى". (رحيم يونس، 2007: 97)

ويعرف المنهج الاستكشافي بأنه " بحث ابتدائي يفيد في تفسير طبيعة المشكلة وزيادة فهمها وهو وسيلة ذات قيمة لإيجاد إجابة عن أسئلة محددة وتعيين أهمية ظاهرة معينة في ضوء جديد، ومنه فإن البحوث الاستكشافية تعمل على زيادة فهم المشكلة مما يساعد في كيفية التعامل معها. (النجار وآخرون، 2009: 34)

2- الدراسة الاستطلاعية:

تعتبر الدراسة الاستطلاعية أساسا جوهريا لبناء البحث كله، وإهمال الصحة النفسية لدى المعاق سمعيا عن الدراسة الإستطلاعية في البحث ينقصه أحد العناصر الأساسية فيه، وتُسقِط عن الباحثِ جهداً كبيراً بذلهُ فِعلاً في المرحلة التمهيدية للبحث.

والدراسة الاستطلاعية هي دراسة ميدانية يستخدمها الباحث للتعرف على الظاهرة التي يريد دراستها بهدف توفير الفهم المناسب للدراسة المطلوبة بالفعل (مراد، د.س: 602) لذا

وقبل الشروع في الجانب الميداني من الدراسة والفصل في اجراءاته المنهجية، كان لابد من استطلاع تمحور موضوعه حول اشكالية الأدوات التي تم اعتمادها في هذا البحث.

2-1- أهداف الدراسة الاستطلاعية:

تهدف الدراسة الاستطلاعية في أي بحث علمي إلى إستطلاع الظروف المحيطة بالظاهرة التي يرغب الباحث في دراستها والتعرف على أهم الفروق التي يمكن وصفها وإخضاعها للبحث العلمي وكذا التأكد من الخصائص السيكومترية لأدوات الدراسة (ابراهيم، 2000: 38) ومن خلال الدراسة الاستطلاعية تمت زيارة مدرسة المعاقين سمعيا، وذلك بهدف:

- التعرف على الإمكانيات المتوفرة بهذه المدرسة، ومن خلال ذلك التعرف على إمكانية تطبيق الدراسة الأساسية (على وجه الخصوص توفر المكان المناسب).
- التأكد من وجود العينة المطلوبة، والتي تتوفر على الخصائص المناسبة.
- التعرف على مدى صلاحية أدوات جمع البيانات من حيث وضوح عباراتها، ومناسبتها للعينة المختارة لتقنين الأداة، والعينة الأساسية فيما بعد.
- التدرب الجيد على تطبيق أدوات الدراسة، وملاحظة جميع العوائق والعراقيل التي تحول دون التطبيق السهل والمناسب للأدوات، قصد تجاوزها في التطبيق الأساسي.
- التحقق من الخصائص السيكومترية للأدوات، من حيث صدقها وثباتها، وبالتالي صلاحيتها للتطبيق في الدراسة الأساسية.

وعموما تهدف الدراسة الاستطلاعية إلى التعرف على كل الصعوبات والعراقيل التي من الممكن مواجهتها أثناء القيام بالدراسة الأساسية، قصد تجاوزها والتغلب عنها.

2-2- حدود الدراسة الاستطلاعية:

- **المجال الزماني للدراسة:**

أجريت الدراسة الإستطلاعية على مستوى كل من الطورين الابتدائي (السنة الثالثة والرابعة) والمتوسط (السنة لثالثة والرابعة) ببلدية الرقيبة وتم الشروع في الدراسة الاستطلاعية في شهر فيفري 2020.

- **المجال المكاني للدراسة:**

مدرسة المعاقين سمعيا ببلدية الرقيبة.

3- العينة الدراسة (المجال البشري):

تكونت عينة الدراسة الاستطلاعية وهي عينة قصدية تكونت من (30) تلميذ وتلميذة للمستوى الابتدائي للسنة الثالثة والرابعة والمستوى الثالثة والرابعة متوسط لبلدية الرقيبة، للفئات العمرية من 6-12 سنة تخص مستوى الابتدائي و13-18 سنة للمستوى المتوسط. ويعطي الجدول التالي وصفا تفصيليا لأفراد عينة الدراسة الاستطلاعية.

جدول رقم(04): يبين توزيع أفراد عينة الدراسة الإستطلاعيةحسب الجنس

الجنس	العدد	النسبة المئوية
ذكور	25	%83.30
إناث	5	%16.70
المجموع	30	%100

يلاحظ من خلال الجدول رقم(04) التباين في عدد الاناث عن عدد الذكور ويعود ذلك الى ارتفاع عددهم في المجتمع الأصلي.

جـــدول رقم(05) : يوضح توزيع أفـــراد عـينة الـدراســـــةالإستطلاعية تبعاً للمستوى التعليمى

المستوى التعليمي	العدد	النسبة المئوية
الابتدائي	18	%60
المتوسط	12	%40
المجموع	30	%100

جـــدول رقم(06): يوضح توزيع أفـــراد عـينة الـدراســـــةالإستطلاعية تبعاً للعمر

الفئة العمرية	العدد	النسبة المئوية
6-12 سنة	18	%60
13-18 سنة	12	%40
المجموع	30	%100

نلاحظ من الجدول أعلاه، أن غالبية المعاقين سمعياً أعمارهم في الفئة العمرية (6-12) بنسبة مئوية 60%.

نلاحظ من الجدول أعلاه، أن غالبية المعاقين سمعياً مستواهم التعليمي " متوسط " بنسبة مئوية 40%.

جدول رقم(07): يوضح توزيع أفـــراد عـينة الـدراســـــة الإستطلاعية تبعاً لنوع الإعاقة

درجة الاعاقة	العدد	النسبة المئوية
شديدة	22	%73.3
متوسطة	8	%26.7
المجموع	30	%100

نلاحظ من الجدول أعلاه، أن غالبية المعاقين سمعياً لنوع إعاقتهم شديدة بنسبة مئوية 73.3 %.

جـــدول رقم (08): يوضح توزيع أفـراد عـينـة الــدراسة تبعاً للمستوى الاقتصادى

المستوى الاقتصادي	العدد	النسبة المئوية
مرتفع	7	%23.3
متوسط	23	%76.7
المجموع	30	%100

نلاحظ من الجدول أعلاه، أن غالبية المعاقين سمعياً مستواهم التعليمي " متوسط " بنسبة مئوية 76.7%.

4- أدوات المستخدمة:

يعرف "صالح بن حمد العساف" أداة الدراسة بأنها مصطلح منهجي، يعني الوسيلة التي يجمع بها الباحث المعلومات اللازمة للإجابة على أسئلة الدراسة واختبار فروضها (عساف، 1995: 101). ويرتكز اختيار الباحث لأداة جمع البيانات على موضوع بحثه، والأهداف التي يسعى الى تحقيقها من خلال دراسة متغيرات البحث، وقد تم الإعتماد في الدراسة الحالية على مقياس الصحة النفسية لدى تلاميذ معاقيين سمعيا للطورين كل من الابتدائي والمتوسط، واعتمدت الباحثتين في جمع البيانات اللازمة لاختيار فروض الدراسة على الادوات التالية:

- **وصف الأداة:**

تم اعتماد مقياس الصحة النفسية لدى التلاميذ المعاقين سمعيا من طرف الباحثتين بعد إطلاع التراث النظري والمتعلق بالصحة النفسية لدى التلاميذ المعاقين سمعيا، وقامت الباحثتين بإجراء مسح كامل على الصحة النفسية لدى التلاميذ المعاقين سمعيا حيث تم توزيع 30 استبيان على العينة ومن ثم حساب التكرارات، واختيار الأساليب الإحصائية التي حصلت على نسبة 60% فما فوق من مجموع المقاييس.

يتكون المقياس من 32 بند و04 بدائل. حيث يحتوي على 08 بنود ايجابية تمثلت في العبارات(8، 19، 20، 21، 23، 24، 25، 27).و 24 بند سلبي تمثل في العبارات(1، 2،

3، 4، 5، 6، 7، 9، 10، 11، 12، 13، 14، 15، 16، 17، 18، 22، 26، 28، 29، 30، 31، 32). أما البدائل فهي 4:

- لايحدث.
- يحدث أحيانا.
- يحدث غالبا.
- يحدث كثيرا.

تم الاعتماد على التصحيح التالي:

اذا كانت الإجابات طبقا للبنود الإيجابية فعليه إعطاء الدرجات التالية:

- لايحدث 01 درجة.
- يحدث أحيانا 02 درجتان.
- يحدث غالبا03 درجات.
- يحدث كثيرا 04 درجات.

أما بالنسبة للبنود السلبية تم إعطاء الدرجات التالية:

- لا يحدث 04 درجات.
- يحدث أحيانا 03 درجات.
- يحدث غالبا 02 درجتان.
- يحدث كثيرا 01 درجة.

5- الخصائص السيكومترية:

تم التحقق من صدق وثبات المقياس في البيئة الجزائرية (ولاية الوادي- الرقيبة) فيما يتعلق بتلاميذ طورين الابتدائي والمتوسط على النحو التالي:

5-1 صدق الاختبار:

يري علام (2011، 186) ان الصدق من اهم خصائص الاختبارات والمقاييس التربوية والنفسية، فصدق الاختبار يتعلق بالهدف الذي بني من اجله . كما يتعلق بالقرارات والاستدلالات التي تتخذ بناء علي درجاته.

فبينما ثبات الاختبار يعني اتساق درجاته، فان الصدق يتعلق بدرجة التحقق من تفسير درجات الاختبار واستخدامها .لذلك يمكن ان تتميز درجات الاختبار بالثبات والاتساق ولا يعني ذلك بالضرورة ان يكون الاختبار صادق. لكن الاختبار لن يتسم بالصدق دون ان تكون درجاته متسقة أي ان الثبات شرط ضروري للصدق.(علام،2011: 186)

أولا: صدق مقياس الصحة النفسية لدى تلاميذ معاقيين سمعيا للطورين كل من الابتدائي والمتوسط: ويقصد بصدق الاختبار مدى صلاحية الاختبار لما وضع لقياسه (مقدم، 2003: 146). وقد اعتمدنا على الطرق التالية للتحقق من هذه الخاصية:

أ. الصدق الظاهري:

وهوالذي يقيس الاختبار في الظاهر وليس ما يقيس الاختبار فعلا ويجب ان يكون الاختبار صادقا فينظرالفاحص والمفحوص(ابوحطب،2012:136)وهو صدق المحكمين.

ب. الصدق التمييزي (المقارنة الطرفية):

ويقصدبه القدرة على تمييز قدرة الفقرة على ان تميز بين الافراد الحاصلين على درجات مرتفعة ومن يحصلون على درجات منخفضة في السمة التي تقيسها الفقرات كلها (عبد السلام،1981: 258) حيث يقوم الباحث باختيار 27% من كلا طرفي عينة التقنين (مجموعة عليا ومجموعة دنيا) وذلك بعد ترتيب درجات العينة ترتيبا تصاعديا أو تنازليا ثم يطبق إختبار "ت" لقياس الفروق بين المجموعتين في الخاصية المراد قياسها (معمرية،2002: 114) وقد بلغ حجم العينة التي حللت درجاتها عند حساب القوة التمييزية للفقرات (30) تلميذ وتلميذة سنة رابعة ابتدائي، رتبت اجابتهم تنازليا من أعلى درجة إلى أدناها وباستعمال المجموعتين المتطرفتين ثم أخذت نسبة (30) من المجموعة العليا ومثلها من المجموعة

الدنيا، وبهذا أصبح عدد الافراد في كل مجموعة (10) أفراد تقريبا، واستعمال الاختبار التائي (T/Test) لعينتين مستقلتين لمعرفة دلالة الفروق بين المجموعتين العليا والدنيا لدرجات كل فقرة من فقرات المقياس لتمثل القيمة التائية المحسوبة القيمة التمييزية للفقرة.

جدول رقم(09): نتائج اختبار "ت" في حساب الصدق التمييزي بطريقة المقارنة الطرفية للبديل الأول "لا يحدث"

البديل الأول	المجموعة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة "ت"	مستوى الدلالة
لا يحدث	المجموعة العليا (ن=10)	37.67	19.66	-8.45	0.00
	المجموعة الدنيا (ن=10)	22.99			

نستنتج من الجدول السابق وجود فروق ذات دلالة احصائية عند مستوى 0.01 بين المجموعتين العليا والدنيا في البديل الأول «لا يحدث».

جدول رقم (10): نتائج اختبار "ت" في حساب الصدق التمييزي بطريقة المقارنة الطرفية للبديل الأول "يحدث أحيانا"

البديل الثاني	المجموعة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة "ت"	مستوى الدلالة
يحدث احيانا	المجموعة العليا (ن=10)	31.81	9.51	-16.27	0.00
	المجموعة الدنيا (ن=10)	24.71			

نستنتج من الجدول السابق وجود فروق ذات دلالة احصائية عند مستوى 0.05 بين المجموعتين العليا والدنيا في البديل الثاني :«يحدث أحيانا».

جدول رقم (11): نتائج اختبار "ت" في حساب الصدق التمييزي بطريقة المقارنة الطرفية للبديل الثالث "يحدث غالبا"

البديل الثالث	المجموعة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة "ت"	مستوى الدلالة
يحدث غالبا	المجموعة العليا (ن=10)	50.17	9.21	-27.77	0.00
	المجموعة الدنيا (ن=10)	43.29			

نستنتج من الجدول السابق وجود فروق ذات دلالة احصائية عند مستوى 0.01 بين المجموعتين العليا والدنيا في البديل الثالث «يحدث غالبا».

جدول رقم (12): نتائج اختبار "ت" في حساب الصدق التمييزي بطريقة المقارنة الطرفية للبديل الرابع "يحدث كثيرا"

البديل الرابع	المجموعة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة "ت"	مستوى الدلالة
يحدث كثيرا	المجموعة العليا (ن=10)	44.92	8.38	-27.31	0.00
	المجموعة الدنيا (ن=10)	38.67			

نستنتج من الجدول السابق وجود فروق ذات دلالة احصائية عند مستوى 0.01 بين المجموعتين العليا والدنيا في البديل الرابع« يحدث كثيرا ».

ج. صدق الاتساق الداخلي:

ويسمى ايضا بصدق محتوى البنود ويقصد به مدى توافر جوانب السمة في بنود الاختبار، وهذا النوع من الصدق يتطلب تحليلا منطقيا لبنود الاختبار، وذلك بهدف تحديد الوظائف والجوانب والمستويات الممثلة في بنوده مع تحديد نسبة كل منها في الاختبار ككل. (بوسالم،2014 : 63) وتقوم هذه الطريقة على قياس صدق كل بند على حدا وهي تعتمد على

معاملات الارتباط بين درجة كل بند والدرجة الكلية للبعد الفرعي الذي ينتمي إليه (حجاج، 2007: 254). ولهذا الغرض استعمل معامل ارتباط بيرسون لحساب العلاقة الارتباطية بين الدرجة الكلية للبعد والدرجة الكلية للمقياس وكذلك الارتباط بين كل بند والدرجة الكلية للبعد، وقد استعملت نتائج القياس لعينة الدراسة الاستطلاعية البالغ عليها (30) تلميذ وتلميذة والجدول التالي يوضح ذلك:

الجدول رقم (13): معاملات الارتباط بين كل بعد والدرجة الكلية للمقياس

البدائل	الارتباط
لايحدث	0.826^{**}
يحدث أحيانا	0.396^{*}
يحدث غالبا	0.553^{**}
يحدث كثيرا	0.496^{**}

** دالة عند مستوى الدلالة (0.01) و*دالة عند مستوى الدلالة (0.05)

أظهرت المعالجات الاحصائية والموضحة بالجدول أعلاه (13) ان جميع البدائل ترتبط ارتباطا دالا مع الدرجة الكلية للمقياس عند مستوى الدلالة (0.01) وعند مستوى الدلالة (0.05). وبذلك يعتبر المقياس صادقا.

5-2 ثبات الاختبار:

يعرف ثبات الاختبار بمدى إعطاء الاختبار لنتائج مشابهة على اكثر تقدير لنفس الفرد إذا ما تكررت عملية القياس باختلاف المدة الزمنية أو باختلاف الصورة التي يعرض بها الاختبار (عوض، 1998:53). وللتأكد من ثبات مقياس **مقياس الصحة النفسية لدى تلاميذ معاقيين سمعيا للطورين كل من الابتدائي والمتوسط** تم استخدام طريقة معامل ألفا_ كرونباخ وهي كالتالي:

يعتبر معامل ألفا –كرونباخ (1984) الذي يرمز له عادة بالحرف اللاتيني (α) من أهم مقاييس الاتساق الداخلي للاختبار المكون من درجات مركبة، ومعامل ألفا يربط ثبات الاختبار بتباين بنوده (مقدم، 2003 : 160) وتشير نانلي (Nunnally) الى ان معامل (ألفا

كرونباخ) يزود الباحثين بتقدير جيد للثبات في أغلب المواقف حيث تعتمد هذه الطريقة على اتساق الفرد من فقرة الى أخرى (Nunnally, 1978: 214) وقد تم حساب ثبات مقياس صعوبات تعلم الكتابة لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية التأسيسية بطريقة ألفا كرونباخ باستخدم الحزمة الاحصائية SPSS، فدلت النتائج الجزئية على ثبات كل بنود المقياس، وتمثلت النتيجة في الجدول الموالي:

جدول رقم (14): معامل ثبات ألفا كرونباخ للمقياس

عدد البنود	معامل ثبات ألفا كرونباخ
32	0.94

من خلال النتائج المعروضة في الجدول السابق يظهر ان معامل الثبات ألفا كرونباخ يساوي وهو دال احصائيا، ومنه فان مقياس 0.94 ثابت.

ومما سبق عرضه يمكننا القول بأن مقياس الصحة النفسية لدى تلاميذ معاقيين سمعيا للطورين كل من الابتدائي والمتوسط يتمتع بدرجة مقبولة من الصدق والثبات.

6- أساليب الاحصائية المستخدمة في الدراسة:

علم الإحصاء هو العلم الذي يستطيع أن يمد الباحث بالأساليب الإحصائية المناسبة لتحليل البيانات الخاصة بالبحوث والدراسات التي يقوم بإجرائها (منسي 2000 : 07).

استعانة الطالبتان في هذه الدراسة بالنظام الإحصائي (SPSS)، وهو أكثر الأنظمة الإحصائية استخداما لإجراء التحليلات والمعالجات الاحصائية المختلفة في شتىّ أنواع البحوث. وقد تم استخدام نسخة الإصدار (22.0). أما الأساليب الإحصائية الموظفة من خلال هذا البرنامج فقد تمثلت أساسا فيما يلي:

- اختبار T.
- معامل الارتباط.
- المتوسط الحسابي.
- النسب المئوية.
- الانحراف المعياري.

كما اعتمد الباحثتان أيضا على النسبة المئوية.

الاقتراحات والتوصيات:

- **الاقتراحات:**

استناداً على نتائج الدراسة توصيات الباحثتين بالاتي:

- ✓ إعداد برامج تدريبية لمساعدة المعوقين سمعياً وأسرهم على التخطيط للمستقبل و إعداد المعوقين سمعياً مهنياً على التخطيط للمستقبل وإعداد المعوقين سمعياً مهنياً ليكون معتمداً على نفسه، مما يخفف عن الضغوط الناتجة من قلقه ومخاوفه وبالتالي ينعكس ايجابياً على مفهومه لذاته ويعزز ثقته بنفسه.
- ✓ توفير خدمات الرعاية والصحة النفسية والتربوية والاجتماعية للمعوقين سمعياً لتحسين مستوى التوافق النفسي والاجتماعي لهم.
- ✓ إقامة البرامج الترفيهية كالزيارات والنزهات و غيرها للمعوقين سمعياً حتي تساعدهم على التكيف الاجتماعي واكتساب المهارات.
- ✓ إدماج المعوقين سمعيا في المجتمع و تأهيلهم وتعديل اتجاهات المجتمع تجاههم وذلك بتعديل الجوانب السلبية منها وتحقيق خصائص اجتماعية ترجع بالنفع للمعوقين سمعياً واسرهم.
- ✓ اقامة المنتديات والندوات والمحاضرات عبر وسائل الإعلام لتغير نظرة المجتمع السلبية تجاه المعوقين سمعيا.

- **المقترحات:**

استكمال للدراسة الحالية ولمزيد من التوضيح لمفهوم الصحة النفسية والإعاقة السمعية، تقترح الباحثتان بعض الموضوعات لتكون دراسات مستقبلية لباحثين آخرين وهي كما يلي:

- ✓ الصحة النفسية وعلاقتها بالتحصيل الدراسي لدى المعوقين سمعياً وذلك للتعرف على المستوى الاكاديمي للمعوقين سمعياً و مدى تأثير الإعاقة السمعية على الصحة النفسية لديهم.

- ✓ التنشئة الاجتماعية وعلاقتها بالصحة النفسية لدى المعوقين سمعياً وذلك لان الصحة النفسية نتاج اجتماعي.
- ✓ اجراء دراسة مقارنة في الصحة النفسية لدى المعوقين سمعياً والعاديين ذلك لان المعوقين سمعياً يتأخرون في تكوين الذات وذلك من خلال المشكلات الناتجة عن اعاقتهم اذا ما قورنوا بأقرانهم العاديين وذلك يدعم هذه الدراسة.

قائمة المراجع

قائمة المراجع:

- **كتب عربية:**

- إبراهيم عبد الله فرج، الزريقات(2003). ***الإعاقة السمعية***. الأردن. دار وائل للنشر.
- إبراهيم محمد، شعير(2009). ***التدريس للفئات الخاصة***. ب ب. بدون دار نشر. ط2.
- بشير معمرية(2007). ***بحوث ودراسات متخصصة في علم النفس***. الجزائر. منشورات الحير.
- بطرس، حافظ بطرس(2007). ***إرشاد ذوي الحاجات الخاصة وأسرهم***. عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع.
- تامر المغاوري محمد الملاح، (2016). ***الإعاقة السمعية بين التأهيل والتكنولوجيا***. شبكة الألولة.
- تبيه ابراهيم إسماعيل، (1980). دراسة **لبعض العوامل النفسية المرتبطة بالصحة النفسية لدى طلاب الجامعة**. دار الطباعة N/A.
- جمال محمد الخطيب، (2013). **أسس التربية الخاصة**. الدمام- المملكة العربية السعودية. مكتبة المتنبي.
- جمال محمد، الخطيب(2013). ***أسس التربية الخاصة***. المملكة العربية السعودية: فهرسة مكتبة الملك فهد الوطنية أثناء النشر.
- حامد عبد السلام زهران، (2005). ال**صحة النفسية والعلاج النفسي**. القاهرة- مصر. عالم الكتب للنشر والتوزيع. ط4.
- حسن شحاتة، زينب النجار(2003). ***معجم المصطلحات التربوية والنفسية***. ط1. مصر. الدار المصرية اللبنانية.
- حسني العزة سعيد، (2002). ***المدخل إلى التربية الخاصة. للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة***. عمان. الدار العلمية الدولية، ودار الثقافة.
- خالدة نيسان،(2009). ***الإعاقة السمعية من مفهوم تأهيلي***. عمان-الأردن. دار أسامة للنشر والتوزيع.

- الخطيب، جمال(2004). ***تعليم الطلبة ذوي الحاجات الخاصة في المدرسة العادية: مدخل إلى مدرسة الجميع.*** عمان: دار وائل للنشر والتوزيع.
- الدقميري، سعيد(2007). ***الطفولة بين السواء والإعاقة.*** مصر: العلم والإيمان للنشر والتوزيع.
- ربحي، مصطفى وعليان، عثمان محمد غنيم (2000). ***مناهج وأساليب البحث العلمي النظرية والتطبيق.*** عمان: دار الصفا لنشر والتوزيع.
- ربيع محمد شحاتة، (2000). ***أصول الصحة النفسية.*** مؤسسة نبيل للطباعة. ط 2.
- زيدان شحاته، سحر،(2008).***سيكولوجية الطفل الأصم.*** القاهرة: ايتراك للطباعة والنشر والتوزيع.
- سعيد حسني، العزة(2009). ***مدخل إلى التربية الخاصة لذوي الحاجات الخاصة.*** الأردن. دار الثقافة للنشر والتوزيع.
- صالح حسن أحمد الداهري، (2010). ***مبادئ الصحة النفسية.*** عمان. دار وائل للنشر. ط2.
- عبد الفتاح خواجة، (2010). **مفاهيم أساسية في الصحة النفسية والإرشاد النفسي.** عمان. دار البداية.
- عبد المطلب أمين، القريطي(2014). ***ذوو الإعاقة السمعية-تعريفهم. وخصائصهم. وتعليمهم.*** مصر. عالم الكتب.
- فايز جمعة صالح النجار، نبيل جمعة النجار وماجد راضي الزعبي(2009).
- فؤاد عبد اللطيف ابو حطب، سيد عثمان وامال صادق الناشر(2008). ***القياس والتقويم التربوي في العملية التدريسية.*** مصر. مكتبة الأنجلو المصرية .ط5، لصلاح الدين علام.
- القريطي عبد المطلب أمين، (2014). ***ذوو الإعاقة السمعية.*** **تعريفهم وخصائصهم وتعليمهم وتأهيلهم.** القاهرة-مصر. عالم الكتب.
- لعيس، اسماعيل(د س). مدخل إلى الأرطوفونيا.
- محمد احمد رشوان، ايمان(2008). ***المعاقون سمعيا ومهارات الاقتصاد المنزلي.*** مصر: العلم والإيمان للنشر والتوزيع.

- محمد قاسم عبد الله، (2001). ***مدخل إلى الصحة النفسية***. عمان. دار الفكر للطباعة والنشر.
- مصطفى حجازي، (2000). ***الصحة النفسية منظور دينامي تكاملي للنمو في البيت والمدرسة***. الدار البيضاء– المغرب.
- المطيري معصومة سهيل، (2005). ***الصحة النفسية***. عمان الأردن. مكتبة الفلاح للنشر والتوزيع.
- وليد السيد خليفة، (2014). ***التعليم النشط لدى المعاقين سمعيا في ضوء علم النفس المعرفي – المفاهيم. النظريات. البرامج***. مصر. دار الوفاء لدينا الطباعة والنشر.

- **مراجع أجنبية:**

- Domart aurdre et jaques، (1989). petit Larousse de la médecine libraire la rousse، paris.

- **مذكرات:**

- تامر المغاوري، محمد الملاح(2016). الإعاقة السمعية بين التأهيل والتكنولوجيا. مصر. ماجستير تكنولوجيا والتعليم. كلية التربية، جامعة الإسكندرية.
- نصيرة لمين (2008). الإعاقة البصرية لدى الأبناء وتأثيرها على الصحة النفسية للأسرة. مذكرة مقدمة لنيل درجة الماجستير في الارشاد النفسي والصحة النفسية. باتنة .

الملاحق

ملحق رقم 01

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة الشهيد حمه لخضر–الوادي

كلية العلوم الاجتماعية والانسانية

التعليمة:

عزيزي التلميذ وعزيزتي التلميذة:

نضع بين يديك هذا المقياس **الصحة النفسية لدى تلاميذ معاقين سمعيا** الذي يحدد ويوضح مشاعرك في بعض المواقف في الحياة اليومية, ونرجو منك أن تجيب على جميع الفقرات بوضع علامة **(×)** في الخانة المناسبة التي تناسبك, ونعلمك بأن اجاباتك ستحظى بالسرية التامة ولن تستخدم إلا لغرض البحث العلمي فقط.

البيانات العامة:

1) **الجنس:**

ذكر: ( ) أنثى: ( )

2) **العمر:**

6 – 12 ( ) 13 – 18( )

3) **المستوى التعليمي:**

ابتدائي ( ) متوسط ( )

4) **درجة الإعاقة:**

شديدة ( ) متوسطة( ) خفيفة( )

5) **المستوى الاقتصادي:**

مرتفع ( ) متوسط( ) منخفض ( )

ولكم الشكر

الرقم	العبارات	لا يحدث	يحدث أحيانا	يحدث غالبا	يحدث كثيرا
1	أشعر أنني متوتر				
2	لدي مخاوف أكثر من غيري				
3	أحس بالتعب دائما				
4	أنا شخص خجول مع الآخرين				
5	ليس لدي ثقة في نفسي				
6	أشعر بالغثيان ومشكلات المعدة				
7	ليس لدي أهمية للمدرسة				
8	أضحك مع زملائي				
9	أحب أن أعيش لوحدي				
10	أبكي بسهولة				
11	أشعر أن مظهري غير أنيق				
12	أشعر أن المجتمع غير راضي عني				
13	يقلقني عدم التواصل مع الآخرين				
14	نومي قلق ومتقطع				
15	أعرق كثيرا حتى أيام البرد				
16	تزيد ضربات القلب عندما أقوم بعمل مع أصدقائي				
17	لدي إحساس بالعصبية والاستثارة				
18	يدق قلبي وترتعش أطرافي عندما تكون لدي مشكلة				
19	أحب نفسي كما هي				
20	أشارك أهلي زيارات الأهل والأصدقاء				
21	لدي عدد من الأصدقاء				
22	أشعر أني شخص غير سعيد				
23	أحس بالرضى عن مظهري				
24	أشعر بأنني شخص مفيد				

25	أحس بالسعادة عند وجودي مع الآخرين				
26	أميل إلى العزلة دوما				
27	لا أحب الاعتماد على غيري في تحقيق حاجاتي				
28	أشعر بالعزلة لأني بين الآخرين				
29	أتوقع الفشل عند قيامي بأي عمل				
30	أشعر بأنني شخص أقل من الآخرين				
31	لا أتعامل دائما مع الآخرين				
32	أشعر أن الآخرين يتعاملون معي بشفقة				

ملحق رقم 02

```
GET
  FILE='C:\Users\PC\Documents\.sav'.
DATASET NAME DataSet1 WINDOW=FRONT.
FREQUENCIES VARIABLES=jens elaMer Mt di Mi lyhd yhdaa yhdg yhdk MjM
  /ORDER=ANALYSIS.
```

Notes

Output Created		04-JUN-2020 13:42:37
Comments		
Input	Data	C:\Users\PC\Documents\.sav
	Active Dataset	DataSet1
	Filter	<none>
	Weight	<none>
	Split File	<none>
	N of Rows in Working Data File	30
Missing Value Handling	Definition of Missing	User-defined missing values are treated as missing.
	Cases Used	Statistics are based on all cases with valid data.
Syntax		FREQUENCIES VARIABLES=jens elaMer Mt di Mi lyhd yhdaa yhdg yhdk MjM /ORDER=ANALYSIS.
Resources	Processor Time	00:00:00.08
	Elapsed Time	00:00:00.08

[DataSet1] C:\Users\PC\Documents\.sav

Statistics

		jens	elaMer	Mt	di	Mi	lyhd	yhdaa
N	Valid	30	30	30	30	30	30	30
	Missing	0	0	0	0	0	0	0

Statistics

		yhdg	yhdk	MjM
N	Valid	30	30	30
	Missing	0	0	0

Frequency Table

Frequencies

jens

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1.00	25	83.3	83.3	83.3
	2.00	5	16.7	16.7	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

elaMer

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1.00	18	60.0	60.0	60.0
	2.00	12	40.0	40.0	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

Mt

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1.00	18	60.0	60.0	60.0
	2.00	12	40.0	40.0	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

di

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1.00	22	73.3	73.3	73.3
	2.00	8	26.7	26.7	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

Mi

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1.00	7	23.3	23.3	23.3
	2.00	23	76.7	76.7	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

lyhd

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	4.00	3	10.0	10.0	10.0
	8.00	3	10.0	10.0	20.0
	12.00	1	3.3	3.3	23.3

	13.00	1	3.3	3.3	26.7
	16.00	1	3.3	3.3	30.0
	19.00	1	3.3	3.3	33.3
	20.00	2	6.7	6.7	40.0
	21.00	1	3.3	3.3	43.3
	26.00	1	3.3	3.3	46.7
	29.00	1	3.3	3.3	50.0
	30.00	1	3.3	3.3	53.3
	33.00	2	6.7	6.7	60.0
	36.00	4	13.3	13.3	73.3
	37.00	1	3.3	3.3	76.7
	41.00	1	3.3	3.3	80.0
	46.00	1	3.3	3.3	83.3
	48.00	1	3.3	3.3	86.7
	57.00	1	3.3	3.3	90.0
	60.00	1	3.3	3.3	93.3
	73.00	1	3.3	3.3	96.7
	76.00	1	3.3	3.3	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

yhdaa

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	13.00	1	3.3	3.3	3.3
	14.00	1	3.3	3.3	6.7
	18.00	1	3.3	3.3	10.0

	20.00	1	3.3	3.3	13.3
	23.00	2	6.7	6.7	20.0
	24.00	1	3.3	3.3	23.3
	26.00	2	6.7	6.7	30.0
	28.00	1	3.3	3.3	33.3
	29.00	2	6.7	6.7	40.0
	31.00	3	10.0	10.0	50.0
	32.00	1	3.3	3.3	53.3
	33.00	1	3.3	3.3	56.7
	34.00	2	6.7	6.7	63.3
	35.00	2	6.7	6.7	70.0
	36.00	2	6.7	6.7	76.7
	39.00	1	3.3	3.3	80.0
	40.00	1	3.3	3.3	83.3
	42.00	1	3.3	3.3	86.7
	43.00	1	3.3	3.3	90.0
	47.00	1	3.3	3.3	93.3
	49.00	1	3.3	3.3	96.7
	51.00	1	3.3	3.3	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

yhdg

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	.00	1	3.3	3.3	3.3
	2.00	4	13.3	13.3	16.7

	3.00	1	3.3	3.3	20.0
	4.00	1	3.3	3.3	23.3
	7.00	2	6.7	6.7	30.0
	8.00	1	3.3	3.3	33.3
	9.00	1	3.3	3.3	36.7
	10.00	3	10.0	10.0	46.7
	11.00	1	3.3	3.3	50.0
	12.00	1	3.3	3.3	53.3
	13.00	2	6.7	6.7	60.0
	16.00	2	6.7	6.7	66.7
	18.00	1	3.3	3.3	70.0
	19.00	1	3.3	3.3	73.3
	20.00	1	3.3	3.3	76.7
	23.00	2	6.7	6.7	83.3
	24.00	2	6.7	6.7	90.0
	25.00	1	3.3	3.3	93.3
	30.00	1	3.3	3.3	96.7
	35.00	1	3.3	3.3	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

yhdk

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2.00	2	6.7	6.7	6.7
	6.00	1	3.3	3.3	10.0
	7.00	1	3.3	3.3	13.3

	9.00	2	6.7	6.7	20.0
	12.00	2	6.7	6.7	26.7
	14.00	3	10.0	10.0	36.7
	16.00	1	3.3	3.3	40.0
	17.00	3	10.0	10.0	50.0
	20.00	1	3.3	3.3	53.3
	21.00	2	6.7	6.7	60.0
	23.00	3	10.0	10.0	70.0
	24.00	2	6.7	6.7	76.7
	25.00	1	3.3	3.3	80.0
	26.00	2	6.7	6.7	86.7
	30.00	2	6.7	6.7	93.3
	31.00	2	6.7	6.7	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

MjM

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	73.00	1	3.3	3.3	3.3
	77.00	1	3.3	3.3	6.7
	78.00	1	3.3	3.3	10.0
	80.00	1	3.3	3.3	13.3
	81.00	1	3.3	3.3	16.7
	82.00	1	3.3	3.3	20.0
	84.00	1	3.3	3.3	23.3
	85.00	3	10.0	10.0	33.3

87.00	1	3.3	3.3	36.7
89.00	3	10.0	10.0	46.7
90.00	1	3.3	3.3	50.0
91.00	3	10.0	10.0	60.0
95.00	2	6.7	6.7	66.7
98.00	1	3.3	3.3	70.0
104.00	3	10.0	10.0	80.0
105.00	1	3.3	3.3	83.3
107.00	1	3.3	3.3	86.7
108.00	1	3.3	3.3	90.0
109.00	1	3.3	3.3	93.3
114.00	1	3.3	3.3	96.7
128.00	1	3.3	3.3	100.0
Total	30	100.0	100.0	

```
FREQUENCIES VARIABLES=jens elaMer Mt di Mi lyhd yhdaa yhdg yhdk MjM
  /ORDER=ANALYSIS.
```

Frequencies

Notes

Output Created		04-JUN-2020 13:52:02
Comments		
Input	Data	C:\Users\PC\Documents\.sav
	Active Dataset	DataSet1
	Filter	<none>
	Weight	<none>
	Split File	<none>

	N of Rows in Working Data File	30
Missing Value Handling	Definition of Missing	User-defined missing values are treated as missing.
	Cases Used	Statistics are based on all cases with valid data.
Syntax		FREQUENCIES VARIABLES=jens elaMer Mt di Mi lyhd yhdaa yhdg yhdk MjM /ORDER=ANALYSIS.
Resources	Processor Time	00:00:00.09
	Elapsed Time	00:00:00.19

Statistics

		jens	elaMer	Mt	di	Mi	lyhd	yhdaa
N	Valid	30	30	30	30	30	30	30
	Missing	0	0	0	0	0	0	0

Statistics

		yhdg	yhdk	MjM
N	Valid	30	30	30
	Missing	0	0	0

Frequency Table

jens

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1.00	25	83.3	83.3	83.3
	2.00	5	16.7	16.7	100.0

	Total	30	100.0	100.0	

elaMer

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1.00	18	60.0	60.0	60.0
	2.00	12	40.0	40.0	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

Mt

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1.00	18	60.0	60.0	60.0
	2.00	12	40.0	40.0	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

di

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1.00	22	73.3	73.3	73.3
	2.00	8	26.7	26.7	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

Mi

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1.00	7	23.3	23.3	23.3

	2.00	23	76.7	76.7	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

lyhd

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	4.00	3	10.0	10.0	10.0
	8.00	3	10.0	10.0	20.0
	12.00	1	3.3	3.3	23.3
	13.00	1	3.3	3.3	26.7
	16.00	1	3.3	3.3	30.0
	19.00	1	3.3	3.3	33.3
	20.00	2	6.7	6.7	40.0
	21.00	1	3.3	3.3	43.3
	26.00	1	3.3	3.3	46.7
	29.00	1	3.3	3.3	50.0
	30.00	1	3.3	3.3	53.3
	33.00	2	6.7	6.7	60.0
	36.00	4	13.3	13.3	73.3
	37.00	1	3.3	3.3	76.7
	41.00	1	3.3	3.3	80.0
	46.00	1	3.3	3.3	83.3
	48.00	1	3.3	3.3	86.7
	57.00	1	3.3	3.3	90.0
	60.00	1	3.3	3.3	93.3
	73.00	1	3.3	3.3	96.7

	76.00	1	3.3	3.3	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

yhdaa

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	13.00	1	3.3	3.3	3.3
	14.00	1	3.3	3.3	6.7
	18.00	1	3.3	3.3	10.0
	20.00	1	3.3	3.3	13.3
	23.00	2	6.7	6.7	20.0
	24.00	1	3.3	3.3	23.3
	26.00	2	6.7	6.7	30.0
	28.00	1	3.3	3.3	33.3
	29.00	2	6.7	6.7	40.0
	31.00	3	10.0	10.0	50.0
	32.00	1	3.3	3.3	53.3
	33.00	1	3.3	3.3	56.7
	34.00	2	6.7	6.7	63.3
	35.00	2	6.7	6.7	70.0
	36.00	2	6.7	6.7	76.7
	39.00	1	3.3	3.3	80.0
	40.00	1	3.3	3.3	83.3
	42.00	1	3.3	3.3	86.7
	43.00	1	3.3	3.3	90.0
	47.00	1	3.3	3.3	93.3

	49.00	1	3.3	3.3	96.7
	51.00	1	3.3	3.3	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

yhdg

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	.00	1	3.3	3.3	3.3
	2.00	4	13.3	13.3	16.7
	3.00	1	3.3	3.3	20.0
	4.00	1	3.3	3.3	23.3
	7.00	2	6.7	6.7	30.0
	8.00	1	3.3	3.3	33.3
	9.00	1	3.3	3.3	36.7
	10.00	3	10.0	10.0	46.7
	11.00	1	3.3	3.3	50.0
	12.00	1	3.3	3.3	53.3
	13.00	2	6.7	6.7	60.0
	16.00	2	6.7	6.7	66.7
	18.00	1	3.3	3.3	70.0
	19.00	1	3.3	3.3	73.3
	20.00	1	3.3	3.3	76.7
	23.00	2	6.7	6.7	83.3
	24.00	2	6.7	6.7	90.0
	25.00	1	3.3	3.3	93.3
	30.00	1	3.3	3.3	96.7

	35.00	1	3.3	3.3	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

yhdk

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2.00	2	6.7	6.7	6.7
	6.00	1	3.3	3.3	10.0
	7.00	1	3.3	3.3	13.3
	9.00	2	6.7	6.7	20.0
	12.00	2	6.7	6.7	26.7
	14.00	3	10.0	10.0	36.7
	16.00	1	3.3	3.3	40.0
	17.00	3	10.0	10.0	50.0
	20.00	1	3.3	3.3	53.3
	21.00	2	6.7	6.7	60.0
	23.00	3	10.0	10.0	70.0
	24.00	2	6.7	6.7	76.7
	25.00	1	3.3	3.3	80.0
	26.00	2	6.7	6.7	86.7
	30.00	2	6.7	6.7	93.3
	31.00	2	6.7	6.7	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

MjM

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	73.00	1	3.3	3.3	3.3
	77.00	1	3.3	3.3	6.7
	78.00	1	3.3	3.3	10.0
	80.00	1	3.3	3.3	13.3
	81.00	1	3.3	3.3	16.7
	82.00	1	3.3	3.3	20.0
	84.00	1	3.3	3.3	23.3
	85.00	3	10.0	10.0	33.3
	87.00	1	3.3	3.3	36.7
	89.00	3	10.0	10.0	46.7
	90.00	1	3.3	3.3	50.0
	91.00	3	10.0	10.0	60.0
	95.00	2	6.7	6.7	66.7
	98.00	1	3.3	3.3	70.0
	104.00	3	10.0	10.0	80.0
	105.00	1	3.3	3.3	83.3
	107.00	1	3.3	3.3	86.7
	108.00	1	3.3	3.3	90.0
	109.00	1	3.3	3.3	93.3
	114.00	1	3.3	3.3	96.7
	128.00	1	3.3	3.3	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

```
GET
  FILE='C:\Users\PC\Desktop\2سيف\.sav'.
DATASET NAME DataSet1 WINDOW=FRONT.
RELIABILITY
  /VARIABLES=jens elaMer Mt di Mi lyhd yhdaa yhdg yhdk MjM
  /SCALE('ALL VARIABLES') ALL
  /MODEL=ALPHA.
```

Reliability

Notes

Output Created		06-JUN-2020 16:40:33
Comments		
Input	Data	C:\Users\PC\Desktop\2سيف\.sav
	Active Dataset	DataSet1
	Filter	<none>
	Weight	<none>
	Split File	<none>
	N of Rows in Working Data File	30
	Matrix Input	C:\Users\PC\Desktop\2سيف\.sav
Missing Value Handling	Definition of Missing	User-defined missing values are treated as missing.
	Cases Used	Statistics are based on all cases with valid data for all variables in the procedure.
Syntax		RELIABILITY /VARIABLES=jens elaMer Mt di Mi lyhd yhdaa yhdg yhdk MjM /SCALE('ALL VARIABLES') ALL /MODEL=ALPHA.

Resources	Processor Time	00:00:00.03
	Elapsed Time	00:00:00.06

ملحق رقم 03

```
CORRELATIONS
  /VARIABLES=jens elaMer Mt di Mi lyhd yhdaa yhdg yhdk MjM
  /PRINT=TWOTAIL NOSIG
  /MISSING=PAIRWISE.
```

Correlations

Notes

Output Created		04-JUN-2020 14:11:02
Comments		
Input	Data	C:\Users\PC\Documents\.sav
	Active Dataset	DataSet1
	Filter	<none>
	Weight	<none>
	Split File	<none>
	N of Rows in Working Data File	30
Missing Value Handling	Definition of Missing	User-defined missing values are treated as missing.
	Cases Used	Statistics for each pair of variables are based on all the cases with valid data for that pair.
Syntax		CORRELATIONS /VARIABLES=jens elaMer Mt di Mi lyhd yhdaa yhdg yhdk MjM /PRINT=TWOTAIL NOSIG /MISSING=PAIRWISE.
Resources	Processor Time	00:00:00.09
	Elapsed Time	00:00:00.20

Correlations

		jens	elaMer	Mt	di	Mi	lyhd
jens	Pearson Correlation	1	.365*	.365*	-.067-	-.176-	.271
	Sig. (2-tailed)		.047	.047	.723	.352	.147
	N	30	30	30	30	30	30
elaMer	Pearson Correlation	.365*	1	1.000**	-.031-	-.354-	.303
	Sig. (2-tailed)	.047		.000	.872	.055	.104
	N	30	30	30	30	30	30
Mt	Pearson Correlation	.365*	1.000**	1	-.031-	-.354-	.303
	Sig. (2-tailed)	.047	.000		.872	.055	.104
	N	30	30	30	30	30	30
di	Pearson Correlation	-.067-	-.031-	-.031-	1	-.024-	-.169-
	Sig. (2-tailed)	.723	.872	.872		.901	.372
	N	30	30	30	30	30	30
Mi	Pearson Correlation	-.176-	-.354-	-.354-	-.024-	1	-.466-**
	Sig. (2-tailed)	.352	.055	.055	.901		.009
	N	30	30	30	30	30	30
lyhd	Pearson Correlation	.271	.303	.303	-.169-	-.466-**	1
	Sig. (2-tailed)	.147	.104	.104	.372	.009	
	N	30	30	30	30	30	30
yhdaa	Pearson Correlation	.041	-.340-	-.340-	.025	.464**	-.700-**
	Sig. (2-tailed)	.828	.066	.066	.895	.010	.000
	N	30	30	30	30	30	30
yhdg	Pearson Correlation	-.447-*	-.339-	-.339-	.315	.208	-.559-**
	Sig. (2-tailed)	.013	.067	.067	.090	.271	.001
	N	30	30	30	30	30	30
yhdk	Pearson Correlation	.022	.286	.286	-.179-	-.111-	.211

	Sig. (2-tailed)	.909	.126	.126	.343	.559	.264
	N	30	30	30	30	30	30
MjM	Pearson Correlation	.200	.181	.181	-.092-	-.346-	.826**
	Sig. (2-tailed)	.288	.339	.339	.627	.061	.000
	N	30	30	30	30	30	30

Correlations

		yhdaa	yhdg	yhdk	MjM
jens	Pearson Correlation	.041	-.447-*	.022	.200
	Sig. (2-tailed)	.828	.013	.909	.288
	N	30	30	30	30
elaMer	Pearson Correlation	-.340-	-.339-	.286	.181
	Sig. (2-tailed)	.066	.067	.126	.339
	N	30	30	30	30
Mt	Pearson Correlation	-.340-	-.339-	.286	.181
	Sig. (2-tailed)	.066	.067	.126	.339
	N	30	30	30	30
di	Pearson Correlation	.025	.315	-.179-	-.092-
	Sig. (2-tailed)	.895	.090	.343	.627
	N	30	30	30	30
Mi	Pearson Correlation	.464**	.208	-.111-	-.346-
	Sig. (2-tailed)	.010	.271	.559	.061
	N	30	30	30	30
lyhd	Pearson Correlation	-.700-**	-.559-**	.211	.826**
	Sig. (2-tailed)	.000	.001	.264	.000
	N	30	30	30	30

yhdaa	Pearson Correlation	1	.050	-.083-	-.396-*
	Sig. (2-tailed)		.795	.664	.030
	N	30	30	30	30
yhdg	Pearson Correlation	.050	1	-.628-**	-.553-**
	Sig. (2-tailed)	.795		.000	.002
	N	30	30	30	30
yhdk	Pearson Correlation	-.083-	-.628-**	1	.496**
	Sig. (2-tailed)	.664	.000		.005
	N	30	30	30	30
MjM	Pearson Correlation	-.396-*	-.553-**	.496**	1
	Sig. (2-tailed)	.030	.002	.005	
	N	30	30	30	30

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

ملحق رقم 04

```
FREQUENCIES VARIABLES=jens elaMer Mt di Mi lyhd yhdaa yhdg yhdk MjM
  /STATISTICS=STDDEV MEAN MEDIAN MODE SUM
  /ORDER=ANALYSIS.
```

Frequencies

Notes

Output Created		08-JUN-2020 11:35:29
Comments		
Input	Data	C:\Users\PC\Desktop\2سيف\.sav
	Active Dataset	DataSet1
	Filter	<none>
	Weight	<none>
	Split File	<none>
	N of Rows in Working Data File	30
Missing Value Handling	Definition of Missing	User-defined missing values are treated as missing.
	Cases Used	Statistics are based on all cases with valid data.
Syntax		FREQUENCIES VARIABLES=jens elaMer Mt di Mi lyhd yhdaa yhdg yhdk MjM /STATISTICS=STDDEV MEAN MEDIAN MODE SUM /ORDER=ANALYSIS.
Resources	Processor Time	00:00:00.11
	Elapsed Time	00:00:00.61

Statistics

		jens	elaMer	Mt	di	Mi	lyhd	yhdaa
N	Valid	30	30	30	30	30	30	30
	Missing	0	0	0	0	0	0	0
Mean		1.1667	1.4000	1.4000	1.2667	1.7667	29.6667	31.7333
Median		1.0000	1.0000	1.0000	1.0000	2.0000	29.5000	31.5000
Mode		1.00	1.00	1.00	1.00	2.00	36.00	31.00
Std. Deviation		.37905	.49827	.49827	.44978	.43018	19.66150	9.51563
Sum		35.00	42.00	42.00	38.00	53.00	890.00	952.00

Statistics

		yhdg	yhdk	MjM
N	Valid	30	30	30
	Missing	0	0	0
Mean		13.2667	18.2000	93.2667
Median		11.5000	18.5000	90.5000
Mode		2.00	14.00[a]	85.00[a]
Std. Deviation		9.21742	8.38060	12.55864
Sum		398.00	546.00	2798.00

a. Multiple modes exist. The smallest value is shown

Frequency Table

jens

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1.00	25	83.3	83.3	83.3
	2.00	5	16.7	16.7	100.0

	Total	30	100.0	100.0	

elaMer

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1.00	18	60.0	60.0	60.0
	2.00	12	40.0	40.0	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

Mt

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1.00	18	60.0	60.0	60.0
	2.00	12	40.0	40.0	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

di

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1.00	22	73.3	73.3	73.3
	2.00	8	26.7	26.7	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

Mi

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1.00	7	23.3	23.3	23.3

	2.00	23	76.7	76.7	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

lyhd

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	4.00	3	10.0	10.0	10.0
	8.00	3	10.0	10.0	20.0
	12.00	1	3.3	3.3	23.3
	13.00	1	3.3	3.3	26.7
	16.00	1	3.3	3.3	30.0
	19.00	1	3.3	3.3	33.3
	20.00	2	6.7	6.7	40.0
	21.00	1	3.3	3.3	43.3
	26.00	1	3.3	3.3	46.7
	29.00	1	3.3	3.3	50.0
	30.00	1	3.3	3.3	53.3
	33.00	2	6.7	6.7	60.0
	36.00	4	13.3	13.3	73.3
	37.00	1	3.3	3.3	76.7
	41.00	1	3.3	3.3	80.0
	46.00	1	3.3	3.3	83.3
	48.00	1	3.3	3.3	86.7
	57.00	1	3.3	3.3	90.0
	60.00	1	3.3	3.3	93.3
	73.00	1	3.3	3.3	96.7

	76.00	1	3.3	3.3	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

yhdaa

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	13.00	1	3.3	3.3	3.3
	14.00	1	3.3	3.3	6.7
	18.00	1	3.3	3.3	10.0
	20.00	1	3.3	3.3	13.3
	23.00	2	6.7	6.7	20.0
	24.00	1	3.3	3.3	23.3
	26.00	2	6.7	6.7	30.0
	28.00	1	3.3	3.3	33.3
	29.00	2	6.7	6.7	40.0
	31.00	3	10.0	10.0	50.0
	32.00	1	3.3	3.3	53.3
	33.00	1	3.3	3.3	56.7
	34.00	2	6.7	6.7	63.3
	35.00	2	6.7	6.7	70.0
	36.00	2	6.7	6.7	76.7
	39.00	1	3.3	3.3	80.0
	40.00	1	3.3	3.3	83.3
	42.00	1	3.3	3.3	86.7
	43.00	1	3.3	3.3	90.0
	47.00	1	3.3	3.3	93.3

	49.00	1	3.3	3.3	96.7
	51.00	1	3.3	3.3	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

yhdg

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	.00	1	3.3	3.3	3.3
	2.00	4	13.3	13.3	16.7
	3.00	1	3.3	3.3	20.0
	4.00	1	3.3	3.3	23.3
	7.00	2	6.7	6.7	30.0
	8.00	1	3.3	3.3	33.3
	9.00	1	3.3	3.3	36.7
	10.00	3	10.0	10.0	46.7
	11.00	1	3.3	3.3	50.0
	12.00	1	3.3	3.3	53.3
	13.00	2	6.7	6.7	60.0
	16.00	2	6.7	6.7	66.7
	18.00	1	3.3	3.3	70.0
	19.00	1	3.3	3.3	73.3
	20.00	1	3.3	3.3	76.7
	23.00	2	6.7	6.7	83.3
	24.00	2	6.7	6.7	90.0
	25.00	1	3.3	3.3	93.3
	30.00	1	3.3	3.3	96.7

	35.00	1	3.3	3.3	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

yhdk

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2.00	2	6.7	6.7	6.7
	6.00	1	3.3	3.3	10.0
	7.00	1	3.3	3.3	13.3
	9.00	2	6.7	6.7	20.0
	12.00	2	6.7	6.7	26.7
	14.00	3	10.0	10.0	36.7
	16.00	1	3.3	3.3	40.0
	17.00	3	10.0	10.0	50.0
	20.00	1	3.3	3.3	53.3
	21.00	2	6.7	6.7	60.0
	23.00	3	10.0	10.0	70.0
	24.00	2	6.7	6.7	76.7
	25.00	1	3.3	3.3	80.0
	26.00	2	6.7	6.7	86.7
	30.00	2	6.7	6.7	93.3
	31.00	2	6.7	6.7	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

MjM

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	73.00	1	3.3	3.3	3.3
	77.00	1	3.3	3.3	6.7
	78.00	1	3.3	3.3	10.0
	80.00	1	3.3	3.3	13.3
	81.00	1	3.3	3.3	16.7
	82.00	1	3.3	3.3	20.0
	84.00	1	3.3	3.3	23.3
	85.00	3	10.0	10.0	33.3
	87.00	1	3.3	3.3	36.7
	89.00	3	10.0	10.0	46.7
	90.00	1	3.3	3.3	50.0
	91.00	3	10.0	10.0	60.0
	95.00	2	6.7	6.7	66.7
	98.00	1	3.3	3.3	70.0
	104.00	3	10.0	10.0	80.0
	105.00	1	3.3	3.3	83.3
	107.00	1	3.3	3.3	86.7
	108.00	1	3.3	3.3	90.0
	109.00	1	3.3	3.3	93.3
	114.00	1	3.3	3.3	96.7
	128.00	1	3.3	3.3	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

```
GET
  FILE='C:\Users\PC\Desktop\2سيف\.sav'.
DATASET NAME DataSet1 WINDOW=FRONT.
T-TEST
  /TESTVAL=60
  /MISSING=ANALYSIS
  /VARIABLES=lyhd yhdaa yhdg yhdk MjM
  /CRITERIA=CI(.95).
```

T-Test

Notes

Output Created		08-JUN-2020 15:21:16
Comments		
Input	Data	C:\Users\PC\Desktop\2سيف\.sav
	Active Dataset	DataSet1
	Filter	<none>
	Weight	<none>
	Split File	<none>
	N of Rows in Working Data File	30
Missing Value Handling	Definition of Missing	User defined missing values are treated as missing.
	Cases Used	Statistics for each analysis are based on the cases with no missing or out-of-range data for any variable in the analysis.

Syntax		T-TEST /TESTVAL=60 /MISSING=ANALYSIS /VARIABLES=lyhd yhdaa yhdg yhdk MjM /CRITERIA=CI(.95).
Resources	Processor Time	00:00:00.05
	Elapsed Time	00:00:00.08

[DataSet1] C:\Users\PC\Desktop\2سيف\.sav

One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
lyhd	30	29.6667	19.66150	3.58968
yhdaa	30	31.7333	9.51563	1.73731
yhdg	30	13.2667	9.21742	1.68286
yhdk	30	18.2000	8.38060	1.53008
MjM	30	93.2667	12.55864	2.29288

One-Sample Test

	Test Value = 60					
					95% Confidence Interval of the Difference	
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Lower	Upper
lyhd	-8.450-	29	.000	-30.33333-	-37.6751-	-22.9916-
yhdaa	-16.270-	29	.000	-28.26667-	-31.8199-	-24.7135-
yhdg	-27.770-	29	.000	-46.73333-	-50.1752-	-43.2915-
yhdk	-27.319-	29	.000	-41.80000-	-44.9294-	-38.6706-
MjM	14.509	29	.000	33.26667	28.5772	37.9561

ملحق رقم 05

```
T-TEST
  /TESTVAL=128
  /MISSING=ANALYSIS
  /VARIABLES=lyhd yhdg yhdk yhdaa
  /CRITERIA=CI(.95).
```

T-Test

Notes

Output Created		08-JUN-2020 12:12:19
Comments		
Input	Data	C:\Users\PC\Desktop\2سيف.sav
	Active Dataset	DataSet1
	Filter	<none>
	Weight	<none>
	Split File	<none>
	N of Rows in Working Data File	30
Missing Value Handling	Definition of Missing	User defined missing values are treated as missing.
	Cases Used	Statistics for each analysis are based on the cases with no missing or out-of-range data for any variable in the analysis.
Syntax		T-TEST /TESTVAL=128 /MISSING=ANALYSIS /VARIABLES=lyhd yhdg yhdk yhdaa /CRITERIA=CI(.95).

Resources	Processor Time	00:00:00.08
	Elapsed Time	00:00:00.13

One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
lyhd	30	29.6667	19.66150	3.58968
yhdg	30	13.2667	9.21742	1.68286
yhdk	30	18.2000	8.38060	1.53008
yhdaa	30	31.7333	9.51563	1.73731

One-Sample Test

	Test Value = 128					
					95% Confidence Interval of the Difference	
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Lower	Upper
lyhd	-27.393-	29	.000	-98.33333-	-105.6751-	-90.9916-
yhdg	-68.177-	29	.000	-114.73333-	-118.1752-	-111.2915-
yhdk	-71.761-	29	.000	-109.80000-	-112.9294-	-106.6706-
yhdaa	-55.411-	29	.000	-96.26667-	-99.8199-	-92.7135-

ملحق رقم 06

```
GET
  FILE='C:\Users\PC\Desktop\2سيف\seif safa2020.sav'.
DATASET NAME DataSet1 WINDOW=FRONT.
RELIABILITY
  /VARIABLES=yhdaa yhdg
  /SCALE('ALL VARIABLES') ALL
  /MODEL=ALPHA.
```

Reliability

Notes

Output Created		14-JUN-2020 10:55:06
Comments		
Input	Data	C:\Users\PC\Desktop\2سيف\seif safa2020.sav
	Active Dataset	DataSet1
	Filter	<none>
	Weight	<none>
	Split File	<none>
	N of Rows in Working Data File	30
	Matrix Input	C:\Users\PC\Desktop\2سيف\seif safa2020.sav
Missing Value Handling	Definition of Missing	User-defined missing values are treated as missing.
	Cases Used	Statistics are based on all cases with valid data for all variables in the procedure.

Syntax		RELIABILITY /VARIABLES=yhdaa yhdg /SCALE('ALL VARIABLES') ALL /MODEL=ALPHA.
Resources	Processor Time	00:00:00.02
	Elapsed Time	00:00:00.03

[DataSet1] C:\Users\PC\Desktop\2سيف\seif safa2020.sav

Scale: ALL VARIABLES

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	30	100.0
	Excluded[a]	0	.0
	Total	30	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.094	2