**بروتوكول**

**التدخل والتأهيل المبكر**

**للأطفال المصابين بنقص السمع منذ الولادة حتى عمر 14 عام**

**وزارة الصحة**

دمشق، الجمهورية العربية السورية

تاريخ المراجعة

03 تشرين الأول، 2022

ستتم مراجعة هذه الوثيقة كل عامين من تاريخ أحدث مراجعة

**1. جدول المحتويات**

[1. جدول المحتويات 2](#_Toc118125712)

[3. الملخص التنفيذي 5](#_Toc118125713)

[4. المقدمة 7](#_Toc118125714)

[**4.1 الغرض من البروتوكول** 7](#_Toc118125715)

[**4.1.1 المبادئ التوجيهية** 7](#_Toc118125716)

[**4.2 التعريفات** 7](#_Toc118125717)

[**4.2.1 admittance audiometry** 7](#_Toc118125718)

[**4.2.2 الإجراءات** 7](#_Toc118125719)

[**4.2.3 الأجهزة المساعدة للسمع** 7](#_Toc118125720)

[**4.2.4 اختبار المعاوقة السمعية** 8](#_Toc118125721)

[**4.2.5 استجابة جذع الدماغ السمعية (ABR)** 8](#_Toc118125722)

[**4.2.6 البروتوكول** 8](#_Toc118125723)

[**4.2.7 التأهيل** 8](#_Toc118125724)

[**4.2.8 التدخل** 8](#_Toc118125725)

[**4.2.9 التدخل والتأهيل المبكر** 8](#_Toc118125726)

[**4.2.10 البرنامج الوطني للكشف المبكر عن نقص السمع** 8](#_Toc118125727)

[**4.2.11 السياسة** 8](#_Toc118125728)

[**4.2.12 الشراكة** 8](#_Toc118125729)

[**4.2.13 الفونيم (الصوت الكلامي)** 9](#_Toc118125730)

[**4.2.14 فحص الأذن** 9](#_Toc118125731)

[**4.2.15 القائمة المغلقة** 9](#_Toc118125732)

[**4.2.16 القائمة المفتوحة** 9](#_Toc118125733)

[**4.2.17 قياس الأذن الحقيقي** 9](#_Toc118125734)

[**4.2.18 اللجنة** 9](#_Toc118125735)

[**4.2.19 القواعد الإرشادية** 9](#_Toc118125736)

[**4.2.20 مركز تقديم الخدمة** 9](#_Toc118125737)

[**4.2.21 المصنِّع الرئيسي** 9](#_Toc118125738)

[**4.2.22 الممارسة الأمثل** 9](#_Toc118125739)

[**4.3 الاعتبارات الأخلاقية** 10](#_Toc118125740)

[**4.4 نبذة ولمحة تاريخية** 10](#_Toc118125741)

[**4.4.1 المعينات السمعية** 10](#_Toc118125742)

[**4.4.2 غرسات القوقعة الاصطناعية** 10](#_Toc118125743)

[**4.4.3 التدخل والتأهيل** 11](#_Toc118125744)

[**4.5 الفوائد** 11](#_Toc118125745)

[**4.6 الأهمية** 11](#_Toc118125746)

[5. التدخل والتأهيل 11](#_Toc118125747)

[**5.1 النظرة العامة والحدود** 11](#_Toc118125748)

[**5.2 البروتوكول المتناول في هذه الوثيقة** 12](#_Toc118125749)

[.6 الأهلية 13](#_Toc118125750)

[**6.1 الشمول** 13](#_Toc118125751)

[**6.1.1 القيود** 13](#_Toc118125752)

[**6.1.2 المعايير** 13](#_Toc118125753)

[**6.1.3 استثناءات (المؤهلين)** 13](#_Toc118125754)

[**6.1.4 استثناءات (غير المؤهلين)** 13](#_Toc118125755)

[**6.2 التخريج** 13](#_Toc118125756)

[**6.2.1 محددات العمر والزمن** 13](#_Toc118125757)

[**6.2.2 الفشل في إحراز تقدم** 14](#_Toc118125758)

[**6.2.3 التظلمات والحلول** 14](#_Toc118125759)

[**6.3 إعادة القبول** 14](#_Toc118125760)

[.7 التقييم 14](#_Toc118125761)

[**7.1 التقييم السمعي** 14](#_Toc118125762)

[**7.1.1 اختبار النغمة الصافية** 14](#_Toc118125763)

[**7.1.2 تخطيط السمع الكلامي** 14](#_Toc118125764)

[**7.1.3 الفيزيولوجيا الكهربائية السمعية (ABR)** 15](#_Toc118125765)

[**7.1.4 قياس المعاوقة السمعية** 15](#_Toc118125766)

[**7.2 التقييم السمعي-اللفظي** 15](#_Toc118125767)

[**7.2.1 التقييم السمعي** 15](#_Toc118125768)

[**7.2.2 التقييم اللفظي** 15](#_Toc118125769)

[**7.3 التقييم الطبي** 16](#_Toc118125770)

[**7.3.1 التقييم البدني** 16](#_Toc118125771)

[**7.3.2 تقييم الأذن والأنف والحنجرة** 16](#_Toc118125772)

[**7.4 التقييم النفسي** 16](#_Toc118125773)

[**7.4.1 التقييم السلوكي** 16](#_Toc118125774)

[**7.5 التقييم الاجتماعي** 16](#_Toc118125775)

[**7.5.1 تقييم الدعم الأسري** 16](#_Toc118125776)

[**7.5.2 الدعم المجتمعي** 16](#_Toc118125777)

[8. المعينات السمعية 17](#_Toc118125778)

[**8.1 المعايير** 17](#_Toc118125779)

[**8.1.1 التقييم** 17](#_Toc118125780)

[**8.2 اختيار المعينات السمعية** 17](#_Toc118125781)

[**8.2.1 اختيار الجهاز** 17](#_Toc118125782)

[**8.2.2 جلسة تركيب/ضبط المعينات السمعية** 17](#_Toc118125783)

[.9 غرسة القوقعة الاصطناعية 18](#_Toc118125784)

[**9.1 المعايير** 18](#_Toc118125785)

[**9.1.1 التقييم** 18](#_Toc118125786)

[**9.2 اختيار غرسة القوقعة الاصطناعية** 18](#_Toc118125787)

[**9.2.1 اختيار الجهاز** 18](#_Toc118125788)

[**9.2.2 جلسات تركيب/ ضبط غرسة القوقعة الاصطناعية** 18](#_Toc118125789)

[10. التأهيل 18](#_Toc118125790)

[**10.1 المعايير** 19](#_Toc118125791)

[**10.1.1 التقييم** 19](#_Toc118125792)

[**10.1.2 خطة التأهيل** 19](#_Toc118125793)

[**10.1.3 تقرير التخريج** 19](#_Toc118125794)

**2. تمهيد**

تم إعداد هذه الوثيقة تحت إشراف وزارة الصحة السورية[[1]](#footnote-1) ساهم بإعدادها ومراجعتها لجنة مؤلفة من أفراد مختصين وإداريين مشكلة من قبل وزارة الصحة، وقد تمت المواقفة على هذه الوثيقة من قبل وزارة الصحة.

يتناول هذا البروتوكول التدخل المبكر للأطفال المصابين بنقص السمع منذ الولادة حتى عمر (14) عام، تم تحديد الحدود العمرية بشكل مقارب لمنظمة الصحة العالمية[[2]](#footnote-2)، والمعهد الوطني لصحة الطفل وتطوير الإنسان في الولايات المتحدة[[3]](#footnote-3)، والأكاديمية الأمريكية لطب الأطفال في الولايات المتحدة الأمريكية[[4]](#footnote-4).

يتم تناول الكشف المبكر عن نقص السمع في بروتوكول منفصل وهو ضمن وثائق "البرنامج الوطني للكشف المبكر عن نقص السمع"، وهو متوفر لدى وزارة الصحة.

لا تعد هذه الوثيقة خاصة بالإجراءات والمبادئ التوجيهية، لكنها تقود إلى تطوير مثل هذه الوثائق، بالإضافة إلى وضع معايير لتطوير وتطبيق التأهيل.

تم إنشاء شراكة[[5]](#footnote-5) تضم البرامج المعنية بتقديم الخدمات مع وزارة الصحة، وأي تغيير على محتوى هذه الوثيقة بما في ذلك الإضافات أو الحذف أو التعديلات يجب أن يقدم كتوصيات للشراكة ثم الموافقة عليه من قبل وزارة الصحة.

أحد المبادئ التوجيهية لهذه الوثيقة هي صالح المريض وحق المريض في المشاركة في جميع جوانب عملية التأهيل.

# **3. الملخص التنفيذي**

يوفر هذا البروتوكول مبادئ توجيهية للتدخل وتأهيل الأطفال المصابين بنقص السمع منذ الولادة وحتى عمر (14) عام، ويتناول بشكل رئيسي سبعة مجالات: (1) الغرض من البروتوكول ـ القسم 4.1، (2) التدخل والتأهيل ـ القسم 5، (3) الأهلية ـ القسم 6، (4) التقييم – القسم 7، (5) المعينات السمعية – القسم 8، (6) غرسة القوقعة الاصطناعية– القسم 9، (7) التأهيل – القسم 10.

هذا البروتوكول متوافق مع "البرنامج الوطني للكشف المبكر عن نقص السمع" منذ الولادة حتى عمر الثلاثة أشهر، إن الأطفال الذين تم قبولهم في "البرنامج الوطني للكشف المبكر عن نقص السمع" هم مؤهلون للقبول في برنامج "التدخل والتأهيل المبكر للأطفال المصابين بنقص السمع منذ الولادة حتى عمر (14) عام "، يمكن أن تحدث استثناءات محدودة لكن يجب التوصية بها من قبل اللجنة والشراكة ثم الموافقة عليها من قبل وزارة الصحة.

يجب تأمين المعينات السمعية وغرسات القوقعة الاصطناعية من الشركات المصنعة الرئيسية، ويجب أن تكون المعينات السمعية ضمن ثلاثة أجيال من النموذج الحالي وغرسات القوقعة ضمن جيلين من النموذج الحالي، ويجب أن يكون اختيار وتركيب/ضبط المعينات السمعية وغرسات القوقعة الاصطناعية وفقاً لأحدث وثائق الإجراءات[[6]](#footnote-6).

يجب أن يتضمن التأهيل خطة مكتوبة رسمية، ويجب أن يشارك المرضى ومقدمي الرعاية والمعنيين بشكل مباشر في إعداد خطة التأهيل وتنفيذها، ويجب أن تتم عمليات تتبع التطور والتقييم بشكل مستمر.

يتم مراجعة قرار إيقاف الخدمات من قبل اللجنة. ويجب إعداد تقارير تخريج المرضى والتي يجب أن تتضمن ملخصًا لخطة التأهيل، والمخرجات، والمصادر، ومعلومات الاتصال ببرنامج مقدم الخدمة، وبرنامج المساعدة الذاتية، والتوصيات وذلك وفقاً لوثائق *الإجراءات*.

إن التعديلات على هذا البروتوكول يجب أن يوصى بها من قبل برامج تقديم الخدمة ثم يوافق عليها من قبل الشراكة ثم تعتمد من قبل وزارة الصحة.

**4. المقدمة**

توضح هذه الوثيقة تفاصيل البرتوكول المستخدم في التدخل والتأهيل للأطفال المصابين بنقص السمع منذ الولادة حتى عمر (14) عام ، وتم بناء هذه الوثيقة بحيث تم وضع الإجراءات والمبادئ التوجيهية في وثيقة منفصلة، يتم الوصول إلى المراجع الخاصة بالمعايير المحددة باستخدام رابط URL مناسب، وبما أن المعايير والمبادئ التوجيهية تتغير من وقت لآخر فإن من مسؤولية القارئ الوصول إلى هذه المصادر للحصول على أحدث المعلومات والتوصيات والإجراءات والقواعد الإرشادية، علماً أن التوصيات والإجراءات والمبادئ يمكن أن تكون متضمنة في وثائق أخرى تم الإشارة إليها ضمن هذه الوثيقة.

بالنسبة للمواضيع أو المبادئ التوجيهية التي لم تتناولها هذه الوثيقة ولم يشار إليها في الوثائق الأخرى تتم التوصية بها إلى الشراكة ثم الموافقة عليها من قبل وزارة الصحة قبل إجراء أي إضافات أو تغييرات، وكذلك الأمر بالنسبة للاستثناءات لهذه الوثيقة حيث يجب أيضاً التوصية بها للشراكة ثم الموافقة عليها من قبل وزارة الصحة قبل القيام بأي تعديل.

**4.1 الغرض من البروتوكول**

إن الغرض من هذا البروتوكول هو توفير المعرفة والمهارة لإنشاء برنامج التدخل والتأهيل للأطفال المصابين بنقص السمع منذ الولادة وحتى عمر (14) عام، وتوفير التوافق بين كل من البرامج الحكومية وغير الحكومية.

**4.1.1 المبادئ التوجيهية**

4.1.1.1: السياسات والإجراءات الجيدة تقي المريض ومقدم الخدمة من الأذى، وتضمن الفاعلية والمساءلة والوضوح والمسؤولية المالية.

4.1.1.2: صالح وفائدة المريض هما الأولوية الأساسية.

4.1.1.3: إشراك المرضى أو الوالدين أو مقدمي الرعاية في جميع مراحل التخطيط والتقييم والعلاج (التأهيل).

**4.2 التعريفات**

تم تقديم تعريفات لتوضيح بعض المصطلحات المهنية المستخدمة في هذه الوثيقة وغيرها، وفي بعض الحالات قد توفر المراجع مزيداً من المعلومات المفصلة إذا لزم الأمر.

**4.2.1 admittance audiometry**

تشير إلى القياس الموضوعي لوظيفة الأذن الوسطى، وعلى الرغم من وجود العديد من القياسات التي يمكن إجراؤها باستخدام هذه التقنية، إلا أنها تقتصر على قياس المعاوقة الثابت.

**4.2.2 الإجراءات**

تحدد الإجراءات تفاصيل مهام معينة متعلقة بتقديم الخدمة، وهي تعليمات وإرشادات محددة مبنية على وثيقة البروتوكول، الإجراءات تعني كيفية تفعيل السياسات، قد يرتبط الإجراء الواحد بمجموعة من السياسات، وتكون الإجراءات ملموسة وموجزة وشاملة، وتحمي السياسات والإجراءات الجيدة من الأذى الذي قد يلحق بالمريض ومقدم الخدمة، وتضمن الفاعلية والمساءلة والوضوح والمسؤولية المالية.

**4.2.3 الأجهزة المساعدة للسمع**

إن الأجهزة المساعدة على السمع (ALD) (والمعروفة أيضاً باسم الأنظمة المساعدة على السمع (ALS)) هي أنظمة تقوم بتضخيم الصوت وتوجيهه إلى أذن المستخدم، وتتيح هذه الأجهزة للفرد الذي يستخدمها القدرة على ضبط علو الصوت دون تغييره ضمن البيئة، تشمل بعض الأمثلة عن الأجهزة المساعدة على السمع: مكبرات الصوت الشخصية، وأنظمة FM، وأنظمة الأشعة تحت الحمراء، وحلقات التحريض وغيرها من الأنظمة المماثلة.

**4.2.****4 اختبار المعاوقة السمعية**

يشير اختبار المعاوقة إلى قياس حركة (مطاوعة) غشاء الطبل (طبلة الأذن)، وهو يعبر عن الحالة الميكانيكية لبنى الأذن الوسطى التي تعمل على توصيل الصوت من خلال هذا الجزء من الجهاز السمعي.

**4.2.5 استجابة جذع الدماغ السمعية (ABR)**

إجراء كهرفيزيولوجي سمعي يستخدم الصوت لإحداث تغيير قابل للتكرار والقياس في النشاط الكهربائي المستمر للدماغ، ويمكن تقدير العتبة السمعية باستخدام هذا الإجراء، لكن يجب إرفاقه جنباً إلى جنب مع الإجراءات السمعية السلوكية.

**4.2.6 البروتوكول**

يضع البروتوكول المبادئ التوجيهية، ويحدد مجموعة الإجراءات التي تعمل على تحقيق إنجاز المهمة بناءً على الممارسات الأمثل، ويؤدي البروتوكول إلى تحقيق فاعلية الخدمة، وهو أساس وضع الميزانية ومتطلبات الموارد والتخصيصات، والبروتوكول عبارة عن خطة يعرف كل شخص مشارك في إجرائها ما هي خطواتها وما هو متوقع منها، مما يسمح للمختصين والمعنيين معرفة أن البرنامج قد تم تنفيذه بشكل صحيح، وأن مقدمي الخدمة (المختصين) مؤهلين من حيث المعرفة والمهارات والخبرة، كما يوفر البروتوكول الاتساق عبر البرامج.

**4.2.7 التأهيل**

التأهيل هو عملية مساعدة المريض على أن يصبح مستقلاً في الأنشطة اليومية إلى أقصى حد ممكن وتمكينه من المشاركة الهادفة في المجتمع، يشير التأهيل على وجه التحديد إلى تطوير الوظائف ـ غير الموجودة أو المطورة جزئياًـ والتي تعتبر مطلوبة (طبيعية) للأفراد ليتمكنوا من تأدية أدوارهم ضمن المجتمع، وهذا يختلف عن مصطلح "إعادة التأهيل" حيث أن الهدف هو نفسه ولكن الفرد هنا في طور استعادة الوظيفة.

في هذه الوثيقة يشير مصطلح "التأهيل" إلى أولئك الأفراد الذين يعانون من الصمم أو من ضعف السمع قبل اكتساب اللغة، بينما يشير مصطلح "إعادة تأهيل" إلى أولئك الأفراد الذين يعانون من الصمم أو من ضعف السمع بعد اكتساب اللغة[[7]](#footnote-7). سنستخدم مصطلح "التأهيل" في هذه الوثيقة للإشارة إلى المرضى في برنامج التدخل والتأهيل المبكر.

### **4.2.8 التدخل**

يشير مصطلح التدخل إلى إجراء تعديل على الأداء السمعي للمريض، ويشير التدخل في هذه الوثيقة إلى استخدام الأجهزة المساعدة على السمع أو إجراءات أخرى (مثل المعينات السمعية وزراعة القوقعة الاصطناعية والعمليات الجراحية وما إلى ذلك) وبرامج التأهيل. وعلى الرغم من أنه يمكن اعتبار التأهيل نوع من أنواع "التدخل"، إلا أنه يتم تناوله في هذه الوثيقة بشكل مستقل عن الأنواع الأخرى من التدخلات المتوفرة للأفراد الذين يعانون من الصمم وضعف السمع.

**4.2.9 التدخل والتأهيل المبكر**

التدخل والتأهيل المبكر للأطفال المصابين بنقص السمع منذ الولادة وحتى عمر (14) عام، هو برنامج معتمد من قبل وزارة الصحة، يقدم التدخل والتأهيل المبكر للمرضى المؤهلين من "البرنامج الوطني للكشف المبكر عن نقص السمع" منذ الولادة حتى عمر (14) عام.

**4.2.10 البرنامج الوطني للكشف المبكر عن نقص السمع**

"البرنامج الوطني للكشف المبكر عن نقص السمع" هو برنامج تم تطويره من قبل وزارة الصحة بالتعاون مع الوزارات والجهات المعنية بتقديم الخدمات الصحية بهدف الكشف المبكر عن نقص السمع للأطفال منذ الولادة وحتى عمر الثلاثة أشهر.

**4.2.11 السياسة**

وهي المبادئ التوجيهية للمهام الرئيسية، وقد تشمل السياسات اعتبارات فلسفية وقواعد محددة، وعلى عكس *الإجراءات*، فإن السياسة لا تذكر آلية العمل.

**4.2.12 الشراكة**

تتألف من أعضاء ممثلين عن الجهات المعنية بتقديم الخدمات الصحية /برنامج تقديم خدمة مع ممثل وزارة الصحة، وقد تشمل أيضاً جهات أخرى موافق عليها من قبل وزارة الصحة، والغرض من الشراكة تقديم توصيات إلى وزارة الصحة فيما يتعلق بالتغييرات على البروتوكول والإجراءات بشكل عام، وتقديم المشورة لوزارة الصحة بشأن التوصيات الصادرة من لجان مراكز تقديم الخدمة.

**4.2.13 الفونيم (الصوت الكلامي)**

الفونيم هو أصغر وحدة صوتية لها معنى. على سبيل المثال، حرف السين [س]صوته /س/ في كلمة شمس.

**4.2.14 فحص الأذن**

يشير فحص الأذن إلى الفحص البصري لمجرى السمع وغشاء الطبل (طبلة الأذن)، ويمكن اعتباره تشخيصياً عند إجرائه من قبل الطبيب أو قد يستخدمه الاختصاصيون الآخرون لفحص حالة مجرى السمع وغشاء الطبل لتحري وجود انسداد أو أي تشوهات أخرى قد تتداخل مع الاختبار السمعي، تتطلب الملاحظات غير الطبيعية التي يلاحظها الاختصاصي إحالة المريض إلى الطبيب للتشخيص والعلاج قبل تركيب أي جهاز أو القيام بالتأهيل.

**4.2.15 القائمة المغلقة**

هي قائمة محددة من الأصوات أو الكلمات أو الجمل المعروفة بالنسبة للمتلقي والتي يجب أن يقوم بتحديدها والتعرف عليها.

**4.2.16 القائمة المفتوحة**

قائمة محددة من الأصوات أو الكلمات أو الجمل غير المعروفة بالنسبة للمتلقي والتي يجب عليه أن يقوم بتحديدها والتعرف عليها.

**4.2.17 قياس الأذن الحقيقي**

يشير قياس الأذن الحقيقي إلى قياسات الطيف السمعي للصوت في مجرى السمع، وهي طريقة مستخدمة للمساعدة في تركيب/ ضبط ومعايرة المعينات السمعية، وهي مفيدة بشكل خاص للرضع والأطفال الصغار على الرغم من أنها تستخدم أيضاً في اختيار وتركيب/ ضبط المعينات السمعية للبالغين.

**4.2.18 اللجنة**

تتكون اللجنة من أعضاء برنامج تقديم الخدمة، وتشير إلى مجموعة من الأفراد الاختصاصيين في تقويم الكلام واللغة، والاختصاصيين في السمعيات، وطبيب الأذن والأنف والحنجرة، ومعالجين آخرين أو المعلم أو الاختصاصي الذي يعمل مع المريض أو الذي يتم تكليفه للمريض، ومدير البرنامج، وأفراد متخصصين إضافيين حسب الضرورة، وذلك بهدف تقديم توصية عادلة وغير متحيزة تفيد المريض وأصحاب المصلحة المناسبين.

يتم تضمين ممثل عن وزارة الصحة في اللجنة في الأمور التي تتعلق في "البرنامج الوطني للكشف المبكر عن نقص السمع" ، وفيما عدا القرارات الداخلية لـ "البرنامج الوطني للكشف المبكر عن نقص السمع" تقوم اللجنة بتقديم توصياتها إلى الشراكة.

**4.2.19 القواعد الإرشادية**

سلسلة من العبارات التي تقود إلى أفضل الممارسات لإتمام هذه المهمة.

**4.2.20 مركز تقديم الخدمة**

مركز تقديم الخدمة عبارة عن برنامج يوفر الإشراف الإداري والخدمات السريرية ضمن حدود المؤهلين من "البرنامج الوطني للكشف المبكر عن نقص السمع" وقد يكون أو قد لا يكون مركز تقديم الخدمة جزءاً من برنامج حكومي؛ لكنه يعمل بموافقة من وزارة الصحة.

**4.2.21 المصنِّع الرئيسي**

المصنِّع الرئيسي هو شركة كانت تقوم بإنتاج المعينات السمعية أو غرسات القوقعة الاصطناعية منذ خمس سنوات على الأقل أو استحوذت على شركة قامت بتصنيع المنتج على مدى خمس سنوات على الأقل.

**4.2.22 الممارسة الأمثل[[8]](#footnote-8)**

تشير الممارسة الأمثل إلى إطار عمل من الطرائق والمبادئ التوجيهية التي تتيح مراقبة الرعاية الصحية (على سبيل المثال، التأهيل والتدخل في هذه الوثيقة)، وبشكل عام تشمل الممارسة الأمثل المجالات الثلاثة: المدخلات، والتطبيق، ومراقبة المخرجات أو تقييمها.

**4.3 الاعتبارات الأخلاقية**

يشير مصطلح الأخلاقيات إلى مجموعة من المعايير الراسخة التي تنص على الحقوق والالتزامات والفوائد المجتمعية والعدالة والقيم[[9]](#footnote-9)، ولا تتعلق الأخلاقيات بما "يشعر به" الفرد أو بما "يفكر فيه" ولا بالدين أو بالقوانين، ولا تتعلق "بما يتقبله المجتمع". بالتأكيد، يمكن العثور على الأخلاقيات في كل العناصر المذكورة سابقاً، وتشير الاعتبارات الأخلاقية الواردة في هذه الوثيقة إلى صالح المريض وحقه في المشاركة في جميع جوانب عملية التدخل والتأهيل، كما أنها تشير إلى التدخل والتأهيل العادل والمتساوي والكفؤ.

إنه من المتوقع أن يتم تقديم جميع الخدمات وفقاً للمعايير المنصوص عليها في هذا البروتوكول وأن يلتزم جميع الأفراد والجهات المعنية بأعلى معايير الأداء الأخلاقي في توفير وتضمين مبادئ العدالة (التحرر من التحيز الشخصي أو التحيز للأفراد أو للكيان)، والمساواة (يتمتع جميع الأفراد بنفس الفرصة ونفس الجودة في تقديم الخدمات وفي إمكانية الوصول إلى الخدمات)، ويتم إشراك الأفراد والمعنيين في تخطيط وتنفيذ جميع آليات التدخل والتأهيل، لكن يتم استخدام استراتيجيات التدخل والتأهيل التي تتضمن الممارسات الأمثل فقط.

**4.4 نبذة ولمحة تاريخية**

**4.4.1 المعينات السمعية**

تم تسجيل أول حالة تدخل موثق لنقص السمع حوالي عام 1550 قبل الميلاد، حيث تم تدوين ذلك في ورق بردي قديم يُعرف باسم بردية ايبرس (Ebbers)، وفي عام 1943 ظهر أول جهاز تخطيط سمع سريري وتم نشره من قبل Bunch C.C ، بعد ثلاث سنوات نشر ريموند كارهارت (Carhart) أول مقال بعنوان "تخطيط السمع الكلامي من أجل اختيار المعينات السمعية "، وكانت أول المعينات السمعية عبارةً عن أبواق صوتية (حوالي عام 1800) وبمجرد أن تم اختراع الهاتف في عام 1870، قامت شركة Siemens في عام 1913 بتصنيع أول معينات سمعية، وفي حوالي عام 1952 وبعد اختراع الترانزستور؛ تطورت صناعة المعينات السمعية بشكل كبير، وأدى ظهور معينات سمعية رقمية في بداية عام 1960 إلى إحداث ثورة في المعينات السمعية وفي تركيب/ ضبط المعينات السمعية.

تستخدم المعينات السمعية حالياً معالجات الإشارات الرقمية لتعزيز قدرة هذه المعينات السمعية على تحسين تجربة السمع إلى أقصى حد، وبالتزامن مع تطور المعينات السمعية الرقمية فقد كان هناك تقدم في تكنولوجيا التركيب / الضبط والوصفات.

يتطلب البروتوكول الحالي أن يكون اختيار وتركيب / ضبط المعينات السمعية وفقاً للتقنيات الحالية كما هو مذكور في الوثيقة حيث تم تحديد العديد من الخيارات.

**4.4.2 غرسات القوقعة الاصطناعية**

تم إجراء أول تحفيز كهربائي للقوقعة في الأذن في أوائل القرن التاسع عشر بواسطة أليساندرو فولتا (Volta)ـ العالم الإيطالي الفيزيائي والكيمائي ومخترع البطاريةـ وتم إجراء أول تحفيز كهربائي مباشر للعصب السمعي البشري في فرنسا ونشر في La Presse Medicale بواسطة André Djourno و Charles Erias في عام 1957، وعلى الرغم من عدم وجود تمييز تواتري، تمكن المريض من التفريق بين التغيرات في الشدة وبعض الإشارات الإيقاعية التي سمحت لبعض الأفراد بالتعرف على بعض الكلمات ضمن بعض القوائم المغلقة من الكلمات، وبدأ William F. House عمله في زراعة القوقعة الاصطناعية وزرع لأول مريض له في عام 1961.

 ولكن كانت هناك العديد من الصعوبات في التقنيات والموارد، ولم يبدأ زرع غرسة القوقعة الاصطناعية أحادية القناة حتى عام 1967، وذلك من قبل House، حيث قام بزرعها للأطفال الذين لا تتجاوز أعمارهم السنتين بحلول عام 1990.

 ظهرت أربع شركات رئيسية مصنعة لغرسات القوقعة الاصطناعية وتطورت الأبحاث بشكل متسارع في كل من الجانب التقني للجهاز وقدرات المعالجة لغرسة القوقعة الاصطناعية، وتبعه على التوازي تطور في استراتيجيات التدخل والتأهيل شمل البحث المكثف حول الفوائد الاجتماعية والتعليمية والمهنية والمالية لزراعة القوقعة الاصطناعية، وبحلول عام 2011 بدأت عملية زراعة القوقعة للأطفال في عمر السنة.

يتطلب البروتوكول الحالي أن تكون غرسة القوقعة الاصطناعية متعددة القنوات، وذات تقنية ضمن جيلين من الإصدار (وثيقة *الإجراءات*)، ويجب أن تكون آليات الاختيار والبرمجة حديثة كما هو مذكور في وثيقة *الإجراءات* حيث يتم تحديد العديد من الخيارات.

**4.4.3 التدخل والتأهيل**

لقد كان هنالك أربعة طرق للتدخل والتأهيل لضعاف السمع والصم، وتشمل هذه الطرائق لغة الإشارة وقراءة الكلام والمعينات السمعية وزراعة القوقعة الاصطناعية مع التأهيل السمعي -اللفظي، وقد تحدث هذه الطرائق بشكل مستقل أو مجتمعة، وكانت هنالك أيضاً مجموعة متنوعة من الاستراتيجيات مثل المعينات الحسية والكلام المرمز، وأشكالاً هجينة أخرى من التدخل والتأهيل.

يتطلب هذا البروتوكول استخدام الممارسات الأمثل للتدخل والتأهيل وفقاً لتلك الموضحة في وثائق *الإجراءات*، ويشمل ذلك اختيار الشركات المصنعة، واختيار النماذج وبرمجة المعينات السمعية وغرسات القوقعة الاصطناعية، والمناهج والاستراتيجيات المستخدمة في التأهيل. إن تقييم النظام السمعي يتم أيضاً وفق للممارسة الأمثل ومفصل في وثيقة *الإجراءات* (وثيقة ا*لإجراءات* تخص تقييم النظام السمعي وليس تحري وجود نقص السمع).

**4.5 الفوائد**

تم تصميم هذا البروتوكول لتقييم المخرجات وتقديم خدمة التدخل والتأهيل للأطفال منذ الولادة حتى عمر (14) عام وبالتالي تسهيل مفهوم "الممارسات الأمثل"، وهو بمثابة دليل خلال فترة سير العمل بدءاً من الإدراج لغاية إيقاف الخدمات، ويوجه تصميم البرنامج وتطبيقه، كما أنه يضع معايير لإنشاء برامج متعددة عالية الجودة ومتسقة فيما بينها، وكذلك يوفر للمرضى المساواة في الخدمات حسب احتياجاتهم وليس وفق تحيزات خارجية، ويؤدي البروتوكول إلى تحقيق فاعلية الخدمة، وهو أساس وضع الميزانية ومتطلبات الموارد والتخصيصات[[10]](#footnote-10).

**4.6 الأهمية**

يساعد هذا البروتوكول في التأكد من أن نتائج التدخل والتأهيل أعطت أفضل المخرجات للمريض، والبروتوكول عبارة عن خطة يعرف كل شخص مشارك فيها ما الخطوات المتبعة وما المتوقع من تطبيقها، بالتالي يتيح للمختصين والمعنيين معرفة فيما إذا تم تنفيذ البرنامج بشكل صحيح وما إذا كان مقدمي الخدمة (المختصين) مؤهلين من حيث المعرفة والمهارات والخبرات.

**5. التدخل والتأهيل**

**5.1 النظرة العامة والحدود**

يُعرَّف التدخل في هذه الوثيقة بأنه عملية اختيار وتركيب /ضبط المعينات السمعية وغرسات القوقعة الاصطناعية للمرضى المقبولين في برنامج " التدخل والتأهيل المبكر" وعلى الرغم من أن عملية الاختيار هي جزء من برنامج التأهيل إلا أنها تعتبر عملية محددة ومنفصلة مع البروتوكول والمبادئ التوجيهية والإجراءات الخاصة بها، وسيتم الإشارة إلى "البرنامج الوطني للكشف المبكر عن نقص السمع" في هذه الوثيقة بشكل متكرر وتحل وثائقه محل هذه الوثيقة عندما تكون المعايير الدنيا متعارضة إلا في الحالات التي تمتلك فيها الوثيقة الحالية تفسيراً أوسع أو أكثر تقييداً من وثيقة "البرنامج الوطني للكشف المبكر عن نقص السمع" بما يتعلق بالأنشطة الواردة بداخلها فقط يكون لهذه الوثيقة الغلبة، أي أن هذه الوثيقة ليست بديلاً عن المعايير الواردة في وثيقة "البرنامج الوطني للكشف المبكر عن نقص السمع"، وفي حال وجود نقطة خلافية غير محسومة يجب حلها مع الشركاء المعنيين قبل إجراء أي استثناءات.

**5.2 البروتوكول المتناول في هذه الوثيقة**

يرتبط البروتوكول في هذه الوثيقة بتحديد المؤهلين للحصول على خدمات التدخل والتأهيل (مثلاً الشمول والإدراج) بما في ذلك المعينات السمعية وغرسات القوقعة الاصطناعية.

**.6 الأهلية**

**6.1 الشمول**

المرضى الذين تم تحديدهم من خلال "البرنامج الوطني للكشف المبكر عن نقص السمع" كمؤهلون للتدخل بالمعينات السمعية أو غرسة القوقعة الاصطناعية هم مرشحون بشكل مبدئي لبرنامج "التدخل والتأهيل المبكر للأطفال المصابين بنقص السمع منذ الولادة حتى عمر (14) عام".

**6.1.1 القيود**

إن المرضى الذين تم قبولهم في برنامج "التدخل والتأهيل المبكر للأطفال المصابين بنقص السمعي منذ الولادة حتى عمر (14) عام " هم مرشحون للحصول على خدمات التأهيل لمدة ثلاث سنوات على ألا تتجاوز أعمارهم (14) عام.

:6.1.1.1 بعد عمر (14) عام لا يعود المريض مؤهلاً للحصول على تمويل برنامج "التدخل والتأهيل المبكر للأطفال المصابين بنقص السمعي منذ الولادة حتى عمر (14) عام".

6.1.1.2: يمكن النظر في استمرار خدمات التأهيل للمريض بناءً على توافر الشواغر والتمويل (القسم 6.2.3).

**6.1.2 المعايير**

يجب تحديد الوليد بحلول الأشهر الثلاثة الأولى من العمر وإحالته من "البرنامج الوطني للكشف المبكر عن نقص السمع" ، ويشمل ذلك أيضاً الولدان الذين اجتازوا بشكل أولي إجراءات المسح السمعي وتم تشخيصهم لاحقاً على أنهم يعانون من نقص السمع وقد تم تحديدهم منذ الولادة بأن لديهم عامل خطورة كبير لنقص السمع بناءً على تاريخ الحالة وسجلات الولادة، وذلك قبل بلوغ المريض عامه الثالث من العمر.

**6.1.3 استثناءات (المؤهلين)**

يمكن إجراء استثناءات لسياسة الشمول والأهلية المذكورة أعلاه، ويكون الأطفال مؤهلين للحصول على مزايا محددة برنامج "التدخل والتأهيل المبكر للأطفال المصابين بنقص السمعي منذ الولادة حتى عمر (14) عام " في حال:

6.1.3.1: حدوث خطأ تقني أو إداري.

:6.1.3.2 كان الوليد مؤهلاً للمسح السمعي ولكن بسبب خطأ إداري لم يتم فحص الوليد.

**6.1.4 استثناءات (غير المؤهلين)**

الولدان والأطفال غير المؤهلين وفقاً لمعايير "البرنامج الوطني للكشف المبكر عن نقص السمع" أو كل من أكمل عمر الثالثة يمكن أن يقبلوا في برنامج "التدخل والتأهيل المبكر للأطفال المصابين بنقص السمعي منذ الولادة حتى عمر (14) عام " إذا تم تحقيق جميع الشروط التالية:

6.1.4.1: تجتمع لجنة تتكون من اختصاصي تقويم كلام ولغة واختصاصي سمعيات وطبيب الأذن والأنف والحنجرة وممثل عن الشراكة لمراجعة جميع السجلات التي تشمل ـ على سبيل المثال لا الحصرـ اضطرابات الكلام واللغة وعلم السمعيات وتقييم الأذن والأنف والحنجرة وغيرها من المعلومات ذات الصلة التي قد تقيمها اللجنة على أنها ذات أهمية.

6.1.4.2: توافق اللجنة على أن المريض لديه احتمالية جيدة للنجاح وإكمال البرنامج.

6.1.4.3: هناك موارد بديلة متاحة للمريض (مثلاً: الموارد غير المؤمنة من التمويل الخاص ببرنامج "التدخل والتأهيل المبكر للأطفال المصابين بنقص السمعي منذ الولادة حتى عمر (14) عام").

**6.2 التخريج**

عند تخريج المريض (إنهاء الخدمات) يجب إكمال تقرير التخريج مع التوصيات ونصائح المساعدة الذاتية والإحالات في غضون خمسة أيام عمل بغض النظر عن سبب التخريج (أنظر أدناه)، ويجب تقديم نسخة عن تقرير التخريج إلى المريض أو إلى مقدم الرعاية، ويجب أن يكون المريض أو مقدم الرعاية جزءاً لا يتجزأ من التخطيط للتخريج.

**6.2.1 محددات العمر والزمن**

يتم تخريج المريض من برنامج "التدخل والتأهيل المبكر للأطفال المصابين بنقص السمع منذ الولادة حتى عمر (14) عام" عندما يبلغ (14) عام من العمر، لكن إذا توفرت موارد خارجية عن برنامج "التدخل والتأهيل المبكر للأطفال المصابين بنقص السمع منذ الولادة حتى عمر (14) عام " فيمكن أن يستمر المريض كجزء من خدمة إعادة التأهيل أو التأهيل العادية ويتم وضع المريض على قائمة الانتظار للحصول على هذه الخدمات.

**6.2.2 الفشل في إحراز تقدم**

عادةً ما يكون الفرد الذي يقدم الخدمات للمريض هو الذي سيقترح جلسة استماع للجنة وذلك لتحديد ما إذا كان المريض يواجه صعوبة في إحراز تقدم مناسب، لكن تقع على عاتق اللجنة مسؤولية تقديم التوصيات النهائية للشراكة.

6.2.2.1: لا ينبغي تخريج المريض حتى يتم الأخذ بعين الاعتبار جميع بدائل الحلول.

:6.2.2.2 يمكن إيقاف خدمات المرضى إذا لم يحدث تقدم مرضٍ خلال فترة ثلاثة أشهر بما يتواقف مع *الإجراءات*، وستجتمع اللجنة بناءً على وثائق *الإجراءات* للنظر في تخريج المريض ، إن الفشل في إحراز التقدم يتضمن على سبيل المثال وليس الحصر:

:6.2.2.3 قررت اللجنة أن المريض قد حقق أهداف خطة التأهيل ولا يتوقع حدوث أي تقدم إضافي.

:6.2.2.4 قررت اللجنة أن المريض لا يستطيع الاستفادة من استمرارية التأهيل رغم عدم تحقيق أهداف خطة التأهيل.

6.2.2.5: قررت اللجنة أن هنالك عدم التزام بالحضور مبالغ فيه ومستمر وفقاً *للإجراءات.*

6.2.2.6: قررت اللجنة أن الوالدين أو مقدمي الرعاية لا يشاركون بشكل فعال في عملية التأهيل وأن المهام التي يتم تكليفهم بها لا يتم إنجازها بشكل مستمر مما يؤثر سلباً على تطور المريض، وقد يتضمن ذلك نقص التعاون أو نقص المشاركة من قبل الوالدين أو مقدمي الرعاية.

**6.2.3 التظلمات والحلول**

6.2.3.1: يجوز للمريض أو الوالدين أو مقدم الرعاية أو المعنيين الآخرين تقديم شكوى بناءً على توصيات أو إجراءات اللجنة، وتشكل السلطة الرئيسية لجنة ثانوية تتكون من: متخصص واحد من مجال الخدمة المحددة (على سبيل المثال اضطرابات الكلام واللغة أو علم السمعيات أو أي مجال آخر) ، ومدير الخدمة في المجال المحدد، وممثل عن الشراكة، وقد يُطلب أيضاً أعضاء وخبراء مختصين آخرين للمشاركة في هذا الإجراء.

6.2.3.2: قبل اتخاذ إجراء تخريج يجب على مقدم الخدمة السريرية العمل مع مشرف المجال والمريض أو الوالدين أو مقدم الرعاية لتطوير خطة مفصلة لمعالجة الموقف تتناول الموقف بشكل مباشر وتتضمن التوقعات المقبولة للتقدم والسلوك من جانب المعنيين.

**6.3 إعادة القبول**

تعتمد إعادة القبول على الموارد وتوصيات اللجنة مع وجود حدود مفصلة للمريض والوالدين ومقدم الرعاية، ويمكن وضع المريض على قائمة الانتظار إذا لزم الأمر.

**.7 التقييم**

قبل وضع خطة تأهيل للمريض يجب الانتهاء من إجراء تقييم دقيق للمهارات التواصلية للمريض كما هو وارد في الإجراءات، هذا التقييم يجب أن يشمل ـ على سبيل المثال لا الحصر ـ المجالات التالية:

**7.1 التقييم السمعي**

يجب إجراء التقييم السمعي كما هو وارد في الإجراءات باستخدام التقنيات المناسبة للعمر ومستوى الأداء، ويهدف هذا التقييم إلى وضع خطوط أساسية للوظيفة، ومحددات الوظيفة، وتوفير تخطيط للتأهيل وتطبيقه.

**7.1.1 اختبار النغمة الصافية**

يجب تقييم جميع الترددات من 125 هرتز وحتى 8000 هرتز وفقاً *للإجراءات* باستخدام تقنيات مناسبة للعمر.

**7.1.2 تخطيط السمع الكلامي**

يجب استخدام الإجراءات والتقنيات المناسبة حسب العمر لتقييم قدرة المريض على استقبال المعلومات الكلامية.

7.2.2.1: يجب أن يتضمن تخطيط السمع الكلامي معلومات تستند إلى تسلسل هرمي للاختبار والذي يشمل الجمل (قائمة مفتوحة وقائمة مغلقة)، وكلمات (قائمة مفتوحة وقائمة مغلقة)، وأصوات كلامية.

**7.1.3 الفيزيولوجيا الكهربائية السمعية (ABR)**

يعد اختبار الفيزيولوجيا الكهربائية السمعية وسيلة لتقييم حالة الجهاز السمعي من الأذن الوسطى إلى القشرة. وعلى الرغم من وجود مجموعة متنوعة من التقنيات والاستخدامات لهذا الإجراء إلا أنه يقتصر في السياق الحالي على تقييم حساسية النظام السمعي حتى مستوى جذع الدماغ، ويتم استخدامه أيضاً في هذا السياق للمساعدة على تحديد أي اضطرابات قد تكون موجودة في هذا المستوى ضمن الجهاز السمعي (مثل الاعتلال العصبي السمعي وأمراض زوال غمد النخاعين).

:7.1.3.1 تم توضيح الإجراءات والتقنيات المحددة ضمن *الإجراءات*.

7.1.3.2: تعتبر عتبة السمع التي يتم تقديرها هي أدنى مستوى يتم فيه ملاحظة استجابة الموجة الخامسة (V) بصرياً.

7.1.3.3: يجب إكمال الفيزيولوجيا الكهربائية السمعية إلى جانب التقنيات السمعية السلوكية ولا ينبغي أن تكون تقنية "قائمة بحد ذاتها ".

**7.1.4 قياس المعاوقة السمعية**

يجب إكمال قياس المعاوقة السمعية وفقاً *للإجراءات*، ويجب أن يكون مصحوباً بالفحص العياني للأذن بالمنظار في وقت الاختبار.

7.1.4.1: المرضى الذين لديهم مخطط معاوقة غير طبيعي أو فحص أذن غير طبيعي يجب أن يتم إحالتهم إلى طبيب الأذن والأنف والحنجرة من أجل العلاج، ويجب ألا يتم تركيب/ضبط المعينات السمعية وغرسات القوقعة الاصطناعية إلا عند الموافقة من قبل طبيب الأذن والأنف والحنجرة (*الإجراءات*).

**7.2 التقييم السمعي-اللفظي**

**7.2.1 التقييم السمعي**

إن الغرض من التقييم السمعي هو تقييم المهارات السمعية ومهارات الاستماع الوظيفي من خلال عينة عفوية وعينة محرضة وفقاً *للإجراءات*

 7.2.1.1 الوظيفة السمعية والمهارات السمعية

يتم تقييم إدراك وجود الصوت، وتمييز الصوت، وتحديد الصوت، وفهم الصوت وفقاً *للإجراءات.*

**7.2.2 التقييم اللفظي**

إن الغرض من التقييم اللفظي (الكلام واللغة) هو وضع خطوط أساسية للوظيفة، ومحددات الوظيفة، وتوفير تخطيط للتأهيل وتنفيذه.

7.2.2.1: يجب تقييم الخصائص الوجهية - الفموية المستخدمة في إنتاج الكلام ووصف أدائها وفقاً للإجراءات.

7.2.2.2: يجب تقييم الوظيفة الحركية للنواطق ووصف الأداء وفقاً *للإجراءات.*

7.2.2.3: يجب إجراء تقييم النطق المناسب للعمر، وعلى الأقل يجب وصف القدرات النطقية، وهذا يشمل كل من العينات العفوية والمحرضة. ويجب إكمال هذا التقييم من خلال أصوات كلامية وأصوات غير كلامية.

7.2.2.4: يجب تقييم اللغة التعبيرية والاستقبالية وفقاً للإجراءات ويجب أن يشمل ذلك كل من التقييم الرسمي وغير الرسمي، وإرفاق وصف مكتوب بأي اختبارات مقننة مستخدمة، يجب أن يشمل التحليل كل من العينات العفوية والمحرضة.

7.2.2.4.1: يجب تقييم التواصل غير اللفظي ووصفه، وهذا يشمل على سبيل المثال الإيماءات والأصوات وتعبيرات الوجه وأشكال التواصل الأخرى.

**7.3 التقييم الطبي**

إن الغرض من الفحص الطبي هو تحديد وجود أي محددات فيزيائية قد تؤثر في قدرة المريض على استخدام المعينات السمعية أو غرسة القوقعة الاصطناعية، بالإضافة إلى توفير معلومات حول ما هي التسهيلات الفيزيائية التي يمكن أن نقدمها لتحسين تأهيل المريض.

إن الاضطرابات المتعددة بالمبدأ لا تستثني الطفل من الحصول على الخدمات، لكن قد يكون من الضروري إجراء تقييمات إضافية لتحديد إمكانية استفادة هذا الطفل من المشاركة في البرنامج وحول قدرة كل برنامج مركز تقديم خدمة على تقديم تسهيلات.

**7.3.1 التقييم البدني**

يتضمن الفحص البدني اعتبارات صحية عامة بالإضافة إلى التقييم البصري والنفس حركي، ويجب أن يتبع الفحص البدني أحدث معايير الرعاية الطبية والعلاج وفقاً *للإجراءات.*

**7.3.2 تقييم الأذن والأنف والحنجرة**

إن المسؤولية الأساسية لطبيب الأذن والأنف والحنجرة هي تقييم المريض بحثاً عن أي حالة طبية مؤثرة سلباً على المريض فيما يتعلق بعملية التأهيل.

7.3.2.1: تقييم البنى التشريحية الفعالة في وضع واستخدام المعينات السمعية أو غرسة القوقعة الاصطناعية والضرورية لدعم هذه الأجهزة.

7.3.2.2: بدء أي علاج طبي أو تدخل من شأنه تحسين وظيفة السمع.

7.3.2.3: تحديد أي مضاد استطباب يمكن أن يمنع أي جزء من عملية التأهيل، وتقديم المقترحات المناسبة.

**7.4 التقييم النفسي**

**7.4.1 التقييم السلوكي**

يجب إكمال الملف النفسي للمريض والذي يشمل ــ على سبيل المثال وليس الحصرــ تقييماً منطقياً للتكيف السلوكي والاجتماعي للفرد بالمقارنة مع الأقران.

**7.5 التقييم الاجتماعي**

يتم تقييم المريض في مجالين من مجالات الدعم وهي الدعم الأسري والمجتمعي، ويجب إجراء وصف للتقييم، وتقديم توصيات بما يخص الدعم والحالة في هذين المجالين وفقاً *للإجراءات.*

**7.5.1 تقييم الدعم الأسري**

يتم تقييم دعم الأسرة من خلال تحديد مدى تعاون والتزام الوالدين أو مقدم الرعاية في البرنامج وفقاً *للإجراءات.*

**7.5.2 الدعم المجتمعي**

يتم مراقبة التفاعلات الاجتماعية والسلوك الاجتماعي للمريض، وتحديد مدى ملاءمته وفقاً *للإجراءات.*

**8. المعينات السمعية**

تعد المعينات السمعية جهازاً طبياً وتعتبر جزءاً من عملية التأهيل ــ وباستثناء غرسات الأذن الوسطى ــ فهي طريقة تضخيم بسيطة وغير جراحية، وتعتبر المعينات السمعية أكثر فاعلية للأفراد الذين يعانون من نقص السمع بين (30 و60 dB HL) حيث يكون تمييز الكلام مع التضخيم أفضل من 70%، مع العلم أن المعينات السمعية توفر معلومات أساسية للكلام مع نقص السمع الذي يصل إلى (90 dB HL) (وثيقة *الإجراءات*).

**8.1 المعايير**

**8.1.1 التقييم**

يجب أن يستوفي المرضى المؤهلون للحصول على المعينات السمعية متطلبات الأهلية والترشيح على النحو المبين في الفقرة (6) من هذه الوثيقة بموجب برنامج "التدخل والتأهيل المبكر للأطفال المصابين بنقص السمع منذ الولادة حتى عمر (14) عام ".

8.1.1.1: يجب أن يكون المريض قابلاً للاستجابة على التضخيم وفقاً *للإجراءات*.

**8.2 اختيار المعينات السمعية**

يجب أن يعتمد اختيار المعينات السمعية على وصفة، ومخطط السمع المتوقع[[11]](#footnote-11) بناءً على تقنيات تخطيط السمع المناسبة (انظر إلى الفقرة 7.1) ويفضل أن تكون قياسات الأذن الحقيقية مبنية على المخطط السمعي المتوقع إذا كان الأمر متاحاً وفقاً *للإجراءات*.

**8.2.1 اختيار الجهاز**

يجب أن يتم اختيار المعين السمعي من شركة مصنعة رئيسية وتستخدم التكنولوجيا الرقمية.

8.2.1.1: يجب أن تكون تقنية المعينات السمعية مبنية على أساس التوافر، والمصادر، والاعتبارات المالية، وضمن ثلاثة أجيال من منتج الشركة المصنعة.

8.2.1.2: قد يحدث الاستثناء من 8.2.1.1 بناءً على توصيات مقدمة إلى اللجنة، وموافقة اللجنة عليها لاحقاً.

**8.2.2 جلسة تركيب/ضبط المعينات السمعية**

يعد تركيب/ ضبط المعينات السمعية عملية اختيار تتطلب أكثر من جلسة تركيب/ ضبط واحدة (انظر إلى *الإجراءات*) وهو نشاط مستمر قد يتطلب العديد من التعديلات أو حتى اختيار معينات سمعية مختلفة.

8.2.2.1: يجب أن يكون اختصاصي السمعيات على تواصل مع المعنيين الآخرين خلال هذه العملية ـ على سبيل المثال لا الحصر ـ اختصاصي الكلام واللغة والاختصاصي التربوي (معلم الصف) والوالدين أو مقدم الرعاية.

**.9 غرسة القوقعة الاصطناعية**

تعد غرسة القوقعة الاصطناعية جهازاً طبياً، وهي مناسبة للأطفال منذ عمر 9 أشهر بالرغم من أنه هنالك بعض الأطفال تم زرعها لهم في عمر أبكر كعمر 3 أشهر، إن زراعة القوقعة الاصطناعية عبارة عن إجراء غازٍ يستخدم للمرضى الذين يعانون من نقص سمع شديد إلى عميق (70 Bb HL) أو أسوأ (نقص سمع عميق) في كلتا الأذنين، والذين ثبت أنهم حصلوا على فائدة محدودة من التضخيم ثنائي الجانب[[12]](#footnote-12).

**9.1 المعايير**

**9.1.1 التقييم**

يجب أن يستوفي المرضى المؤهلون للحصول على غرسة القوقعة الاصطناعية متطلبات الأهلية والترشيح على النحو المبين في الفقرة (6) من هذه الوثيقة بموجب برنامج "التدخل والتأهيل المبكر للأطفال المصابين بنقص السمع منذ الولادة حتى عمر (14) عام ".

9.1.1.1: يجب إثبات أن استخدام المريض للمعينات السمعية بالطرفين غير ذي فائدة أو غير كاف[[13]](#footnote-13) (محدود) وفقاً *للإجراءات.*

**9.2 اختيار غرسة القوقعة الاصطناعية**

يجب اختيار غرسة القوقعة الاصطناعية من شركة مصنعة رئيسية توافق عليها اللجنة، ويجب اختيار نموذج غرسة القوقعة الاصطناعية ضمن جيلين من الإصدار مع تفضيل الجيل الأحدث من غرسة القوقعة الاصطناعية.

**9.2.1 اختيار الجهاز**

يجب أن يستند اختيار تقنية غرسة القوقعة الاصطناعية على التوافر، والمصادر، والاعتبارات المالية، وضمن جيلين من منتج الشركة المصنعة.

9.2.1.1: قد يحدث استثناء للفقرة 9.2.1 بناءً على التوصيات المقدمة إلى اللجنة، وموافقة اللجنة عليها لاحقاً.

9.2.1.2: يتم اختيار غرسة القوقعة الاصطناعية من شركة مصنعة رئيسية بناءً على احتياجات المريض (وثيقة *الإجراءات*).

**9.2.2 جلسات تركيب/ ضبط غرسة القوقعة الاصطناعية**

وهي عملية اختيار تتطلب أكثر من جلسة تركيب / ضبط واحدة (انظر إلى ا*لإجراءات*)، وهي نشاط مستمر قد يتطلب عدة تعديلات أو إذا لزم الأمر قد يتطلب اختيار جهاز خارجي مختلف إذا كان متاحاً.

9.2.2.1: يجب أن يكون اختصاصي السمعيات على تواصل مع المعنيين الآخرين خلال هذه العملية ـ على سبيل المثال لا الحصرــ اختصاصي الكلام واللغة والاختصاصي التربوي (معلم الصف) والوالدين أو مقدم الرعاية.

**10. التأهيل**

عرفت منظمة الصحة العالمية التأهيل على أنه مجموعة من التدخلات المصممة لتحسين الأداء الوظيفي والحد من الإعاقة لدى الأفراد الذين يعانون من ظروف صحية تعيق تفاعلهم ضمن بيئتهم[[14]](#footnote-14)، ويشمل هذا التعريف التأهيل[[15]](#footnote-15) الذي يشير بشكل مباشر إلى التدخل الذي يساعد الطفل في تطوير المهارات المتأثرة بتأخر التطور عند غياب الاكتساب النموذجي لها، إن كلا المصطلحين "التأهيل" و"إعادة التأهيل" لهما نتيجة مشتركة في تحسين الأداء في الحياة اليومية وتحسين نوعية الحياة، وفي هذه الوثيقة سوف نستخدم مصطلح  *التأهيل* للإشارة إلى كل من التأهيل وإعادة التأهيل.

**10.1 المعايير**

**10.1.1 التقييم**

يجب أن يستوفي المرضى المؤهلون لتلقي خدمات التأهيل متطلبات الأهلية على النحو المبين في القسم 6 من هذه الوثيقة.

10.1.1.1: يجب تقييم المريض من قبل كل من اختصاصي السمعيات واختصاصي الكلام واللغة وفقاً لوثيقة *إجراءات* التأهيل.

10.1.1.2: التقييم هو عملية مستمرة تتميز بملاحظات مفصلة فعالة فيما يتعلق بتقدم المريض وقدراته.

**10.1.2 خطة التأهيل**

للسمع تأثير على المهارات الحياتية وتطور الطفل في معظم المجالات الأخرى بما في ذلك المجالات الاجتماعية والمهارات النمائية والكلام واللغة والتنفس المستخدم الكلام، وإلى حد ما على التطور الحركي العام، ويجب تناول هذه المجالات عند إعداد وتنفيذ خطة التأهيل وفقاً *للإجراءات*.

**10.1.3 تقرير التخريج**

يجب أن يتضمن تقرير التخريج ملخصًا عن خطة التأهيل، وملخصًا عن النتائج المحققة، وملخصًا عن الصعوبات، ومعلومات عن الموارد المتاحة للمريض ومقدمي الرعاية، ومعلومات الاتصال في المنشأة التي تقدم خدمات التأهيل، وبرامج المساعدة الذاتية وغيرها من المعلومات وفقاً *للإجراءات.*

1. يشار إلى وزارة الصحة السورية بوزارة الصحة ضمن هذا الوثيقة [↑](#footnote-ref-1)
2. تعريف مصطلح البالغين للمنظمة الصحة العالمية والأمم المتحدة <https://www.publichealth.com.ng/who-and-united-nations-definition-of-adolescent> on 7/29/2022) [↑](#footnote-ref-2)
3. المعهد الوطني لصحة الطفل وتطوير الإنسان في الولايات المتحدة (معيار 6: تجميع الأعمار للدراسات التجريبية في طب الأطفال Volume 129, Supplement 3, June 2012 Downloaded from [Pediatrics | American Academy of Pediatrics (aap.org)](https://publications.aap.org/pediatrics) on 7/29/2022). [↑](#footnote-ref-3)
4. Hardin AP, Hackell JM. AAP Committee on Practice and Ambulatory Medicine. Age Limit of Pediatrics. Pediatrics. 2017;140(3):e2017, 215). [↑](#footnote-ref-4)
5. الشراكة التي يشار إليها في هذه الوثيقة تشمل أفراد من برامج تقديم الخدمات ووزارة الصحة. يمكن أن تشمل أيضاً جهات أخرى موافق عليها من قبل وزارة الصحة. [↑](#footnote-ref-5)
6. تشير وثيقة الإجراءات إلى وثيقة محددة متعلقة بالموضوع المشار إليه. [↑](#footnote-ref-6)
7. Retrieved April 30, 2022, from [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/habilitation](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/rehabilitation) [↑](#footnote-ref-7)
8. Perleth M, Jakubowski E, Busse R. What is 'best practice' in health care? State of the art and perspectives in improving the effectiveness and efficiency of the European health care systems. Health Policy. 2001 Jun;56(3):235-50. doi: 10.1016/s0168-8510(00)00138-x. PMID: 11399348. [↑](#footnote-ref-8)
9. [What is Ethics? - Markkula Center for Applied Ethics (scu.edu)](https://www.scu.edu/ethics/ethics-resources/ethical-decision-making/what-is-ethics/). [↑](#footnote-ref-9)
10. Al-Jundi, A., & Sakka, S. (2016). Protocol Writing in Clinical Research. *Journal of clinical and diagnostic research : JCDR*, *10*(11), ZE10–ZE13. https://doi.org/10.7860/JCDR/2016/21426.8865. [↑](#footnote-ref-10)
11. إن مخطط السمع المتوقع يشير إلى أفضل تقدير للسمع بناءً على المعلومات الاكثر ملاءمة ودقة التي تم الحصول عليها هن طريق التقنيات السلوكية والفيزيولوجية الكهربائية لتحديد مستويات السمع أو تقديرها. [↑](#footnote-ref-11)
12. إذا تم تركيب / ضبط سماعات للمريض لفترة تجريبية وفشل في إحراز تقدم في التأهيل خلال فترة 6 أشهر، مع تحقيق كل معايير الأهلية الأخرى وفق “البرنامج الوطني للكشف المبكر عن نقص السمع” يكون المريض مؤهلاً للحصول على غرسة القوقعة الاصطناعية بما يتوافق مع وثيقة إجراءات زراعة القوقعة الاصطناعية. [↑](#footnote-ref-12)
13. Retrieved April 30, 2022, from <https://www.cochlear.com/us/en/professionals/products-and-candidacy/candidacy/cochlear-implant>. [↑](#footnote-ref-13)
14. Retrieved April 30, 2022, from [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/habilitation](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/rehabilitation). [↑](#footnote-ref-14)
15. *Medical Dictionary for the Health Professions and Nursing*. (2012). Retrieved April 30, 2022, from <https://medical-dictionary.thefreedictionary.com/habilitation>. [↑](#footnote-ref-15)