



برنامح للعلاج المعرفي السلوكي لخفض حدة اضطراب القلق المعتم  
لدى الأطفال ضعاف السمع

**Program for behavioral cognitive therapy to reduce the intensity of generalized anxiety disorder in children with hearing impaired**

أندريا أنور أيوب البزنط

أستاذ علم نفس الطفل المساعد - قسم العلوم النفسية  
كلية التربية للطفولة المبكرة - جامعة دمنهور

الإشتئاد المرجعي:

البزنط، أندريا أنور أيوب. (٢٠٢٣). برنامح للعلاج المعرفي السلوكي لخفض حدة اضطراب القلق المعتم لدى الأطفال ضعاف السمع. مجلة بحوث ودراسات الطفولة. كلية التربية للطفولة المبكرة، جامعة بنى سويف،

٤٢٤ - ٣٤٤ ، ج(١)، ديسمبر، (١٠)



مُسْتَخَاصُ الْبَحْثُ:

**الكلمات المفتاحية:** اضطراب القلق المعمم- العلاج المعرفي السلوكي - الأطفال ضعف السمع.

## Abstract:

The current research goal is to identify the effectiveness of a program for behavioral cognitive therapy to reduce the intensity of generalized anxiety disorder in the hearing impairment, and to identify the continuation of the effectiveness of the program after the end of the program's application and during the follow -up evaluation, In order to achieve this goal, the research sample was formed from (10) children with hearing weak, and their ages ranged between (5-7) years, The research tools included: Stanford-Binet Intelligence Scale - fifth picture. Prepared by Safwat Farag (2016), generalized anxiety disorder scale for hearing-impaired children (prepared by: the researcher), a program based on the use of cognitive behavioral therapy (prepared by: the researcher), The results of the research reached: There are statistically significant differences between the two ranks of the ranks of the experimental group in the tribal and post -dimensional measurements in the scale of generalized anxiety disorder in favor of the post -measurement. There are no statistically significant differences between the ranks of the ranks of members of the experimental group in the dimensional and tracing measurements (a month after the end of the program's application) in the generalized anxiety disorder scale

**Keywords:** Permanent anxiety disorder - behavioral cognitive therapy - hearing hearing children.



## مقدمة:

تعتبر وظيفة السمع من الوظائف المهمة للكائن الحي، ويشعر الطفل بقيمة هذه الوظيفة حين تتعطل القدرة على السمع، كما أن الإصابة بالضعف السمعي لا يعني أن آثار تلك الإعاقة تقتصر على فقدان حاسة السمع بشكل جزئي ووظيفتها، ولكن تمتد آثارها إلى باقي جوانب النمو المختلفة، مما يجعل الطفل عرضه للعديد من المشاكل النفسية والاجتماعية، كما يعتبر الضعف السمعي أحد درجات الإعاقة السمعية، حيث إن الطفل ضعيف السمع لديه صعوبة، ولكنها لا تعيقه في فهم الكلام سواء باستخدام معينات سمعية أو بدونها، كما أن الأطفال ضعاف السمع يوصفون بأنهم مندفعون، ومتصلبون، وغير ناضجين، ومتركزون حول ذواتهم، وغير متعاطفين، ومتبلدون اجتماعياً، ولديهم وعلى منخفض بذاتهم، وهم أكثر عرضة للمشكلات الاجتماعية والنفسية وخاصة القلق. (الخطيب، ٢٠١٦)

ويعاني الأطفال ضعاف السمع الكثير من المشكلات منها ما هو متعلق بطبيعة الإعاقة ومنها ما هو متعلق بالعوامل البيئية المحيطة بهم، وأن نسبة انتشار المشكلات السلوكية والانفعالية والاجتماعية لدى ضعاف السمع تزيد بمعدل خمسة أضعاف عن نسبة انتشارها لدى الأطفال السامعين، لذا يُشكّل الضعف السمعي عائقاً أمام إشباع الحاجات الأساسية للطفل ضعيف السمع مما يجعله يعاني من الضغوط والاضطرابات النفسية ، مما قد يجعله يعاني من القلق المعمم الذي يشعره بأنه غير قادر على مواجهة الصعوبات التي تفرضها عليه الحياة وب بيته المحيطة به، وعدم القدرة على التعامل معها والاستسلام لهذا القلق بشكل دائم ويتخذه الطفل ضعيف السمع سمة حياة.(ال gammadi، ٢٠١٧، ٣٣)

ويتصف القلق المعمم Generalized Anxiety Disorder بأنه اضطراب بقلق زائد يصعب ضبطه لكونه ليس مرتكزاً على أحداث معينة، ولكنه يتعلق بأحداث الحياة اليومية، ويتضمن مجموعة من الأعراض، منها الشعور بالتعب، وعدم الراحة، وصعوبة

في التركيز، والتوتر وانشغال البال لأحداث عديدة لاغلب اليوم و لمدة لا تقل عن ستة شهور، ويكون مصحوباً بأعراض جسمية كآلام العضلات والشعور بعدم الطمأنينة وعدم الاستقرار وضعف التركيز واضطراب النوم، وصعوبة في إتمام وظائف الحياة اليومية.  
( Ahmed, et al, 2018,389)

كما يعاني الطفل ضعيف السمع من اضطراب القلق المعمم بحيث يعيش كل يوم حالة من التوتر تجعله يفكر بطريقة مرتبكة، ويفرط في الاستجابة وردود الفعل للأحداث التوتيرية، والأحداث العادمة، ويكون غير قادر على الاسترخاء والأرق، ويشكو بشكل دائم من الصداع ودوار الرأس ومن العديد من المشكلات الجسدية، والتفكير المستمر من الأحداث المحتملة، وصعوبة في التركيز، واتخاذ القرارات، كما يعاني من نوبات الذعر ويشعر بأن شيئاً مخيفاً على وشك أن يحدث، ويتزامن هذا الشعور مع أعراض فسيولوجية نتيجة تحفز الجهاز العصبي الذاتي للطفل ضعيف السمع، كخفقان القلب وصعوبة التنفس.  
(Bujnowska, 2019,688)

وقد تكون الإصابة باضطراب القلق المعمم للطفل ضعيف السمع نتيجة لترانيم عدد من الأسباب والعوامل مجتمعه، وقد تكون هذه العوامل في الطفل نفسه، أو تكون نتيجة لتأثيره بالبيئة المحيطة به، التي تعوق الطفل عن تلبية متطلباته لتحقيق النمو السليم، والتكيف الجيد مع البيئة المحيطة، واحتياز العقبات والأزمات النفسية والسلوكية بشكل يحقق للطفل ضعيف السمع الأمن النفسي والتفاعل مع المحيطين دون توتر وقلق.  
(بلميوب، ٢٠١٩، ١٦٢)

ويعد العلاج المعرفي السلوكي ووفقاً للنظرية المعرفية السلوكية، فإنه أسلوب يتضمن مجموعة من الاستراتيجيات التي تهدف إلى إحداث تغيير إيجابي في الجوانب السلوكية والمعرفية، وتهدف إلى تغيير أنماط المعتقدات القديمة، والأفكار السلبية، والتوقعات السليمة واستبدالها بأخرى إيجابية حيث يتعلم الطفل كيفية مواجهة المواقف الاجتماعية المختلفة عن طريق التحكم بذاته، إذ يؤكد هذا العلاج على أهمية المواقف السلوكية والعمليات المعرفية



في تحديد السلوك الإنساني، فالسلوك والانفعال هما نتاج تقويم الطفل للأحداث والمواقف، ولذاته أيضاً، وهذا التقييم يتأثر بانفعالات الطفل ومعتقداته وافتراضاته. (Alzahrani, 2022, 89)

ومن هنا جاءت فكرة البحث الحالي من خلال التعرف على فاعلية برنامج للعلاج المعرفي السلوكي لخفض حدة اضطراب القلق المعتمد لدى الأطفال ضعاف السمع.

### مشكلة البحث:

نبع الإحساس بمشكلة البحث الحالي من روافد عدة يأتي في صدارتها الخبرة الميدانية للباحثة، ومن خلال استعراض الأدبيات النظرية والدراسات السابقة والبحوث الخاصة ببرامج تدريب وتأهيل وعلاج الأطفال ضعاف السمع الذين يعانون من القلق.

ويحتل القلق مكانة بارزة في علم النفس الحديث، فهو المفهوم المركزي في علم الأمراض النفسية والعقلية، والعرض الجوهرى المشترك في الاضطرابات النفسية وأمراض عضوية شتى، وهو حالة نفسية يشعر بها الطفل ضعيف السمع عند وجود خطر يهدده وأحياناً يكون هذا الخوف لا مصدر له، فالقلق هو حالة نفسية تحدث حين يشعر الطفل بوجود خطر يهدده، وهو شعور غامض غير سار بالتوجس والخوف والتحفز والتوتر مصحوب عادة ببعض الإحساسات الجسمية ويمكن اعتباره انفعالاً مركباً من الخوف وتوقع التهديد والخطر. (Barrera, & Norton, 2021, 1088)

كما لاحظت الباحثة أن الأطفال ضعاف السمع لديهم زيادة في معدل اضطراب القلق المعتمد مقارنة بأقرانهم من السامعين، لما له تأثير على جوانب النمو المختلفة في مرحلة الطفولة المبكرة، ويحدث القلق عندما يُظهر الأطفال ضعاف السمع عدد من المخاوف في مجموعة مختلفة من مواقف التفاعل الاجتماعي.

فالسمة الأساسية المميزة للقلق المعتمد تتمثل في الخوف غير الواقعي من التقييم السلبي للسلوك من قبل الآخرين، والقصور الإدراكي للمواقف، كما يعد القلق المعتمد عقبة

تواجه الأطفال ضعاف السمع، لكونه يعوق سلوكهم التواقي خلال تعاملاتهم الاجتماعية مع البيئة المحيطة، و يؤثر على ضبط انفعالاتهم في مواقف التفاعل، وعلى أنظمتهم المعرفية نتيجة التقسير غير الموضوعي للواقع. (Barrett, et al, 2021, 139)

و تؤثر أعراض اضطراب القلق المعمم بشكل واضح على الأداء الاجتماعي والتعليمي للأطفال ضعاف السمع، وكذلك على العديد من مجالات الأداء الهامة في حياتهم. وهذا ما أشارت إليه العديد من الدراسات والتي من بينها دراسة المعايطة، والقمش (٢٠١٤) (Hintermair, 2016) (Mahmoud, et al, 2016), (Johan, et al, 2015) (Rebertson & Prusnek, et al, 2017) (Mariann, et al, 2016) (Paredes, et al, 2021) (Tomblin, & Zhang, 2019) (Erin, 2017)، و دراسة (Tomblin, & Zhang, 2019)، والتي هدفت البحث عن الأسباب والعوامل التي تسهم في تعرض الأطفال ضعاف السمع لاضطراب القلق المعمم، والطرق العلاجية الأنسب للمساهمة في التقليل والحد من هذا الاضطراب والضرر الناتج عنه، كما أشارت الدراسات إلى دور الجوانب المعرفية والسلوكية في زيادة اضطراب القلق المعمم لدى الأطفال ضعاف السمع، وتوصلت النتائج إلى أن العلاقة بينهم متبادلة، يؤثر كل منهما في الآخر.

وتشير الباحثة إلى أن العلاج المعرفي السلوكي أحد الخيارات الناجحة في التقليل من اضطراب القلق المعمم المرتبط بإصابة الطفل بالضعف السمعي، وهذا النوع من الخدمات النفسية فعالاً في التقليل من مستويات اضطراب القلق المعمم لدى الأطفال ضعاف السمع.

ومن هنا جاءت فكرة البحث الحالي لإبراز أهمية العلاج المعرفي السلوكي أحد الخيارات الناجحة في التقليل من اضطراب القلق المعمم المرتبط بإصابة الطفل بالضعف السمعي، وهذا النوع من الخدمات النفسية فعالاً في التقليل من مستويات اضطراب القلق المعمم لدى الأطفال ضعاف السمع.



وتتعدد مشكلة البحث الحالي في الكشف عن فاعلية استخدام العلاج المعرفي السلوكي لخفض حدة اضطراب القلق المعمم لدى الأطفال ضعاف السمع، ومن هنا يمكن تحديد مشكلة البحث الحالي من خلال الإجابة على الأسئلة التالية:

- ما فاعلية برنامج للعلاج المعرفي السلوكي لخفض حدة اضطراب القلق المعمم لدى الأطفال ضعاف السمع؟
- ما إمكانية استمرارية فاعلية برنامج للعلاج المعرفي السلوكي لخفض حدة اضطراب القلق المعمم لدى الأطفال ضعاف السمع، بعد مرور فترة زمنية من تطبيقه؟

#### أهداف البحث:

- خفض حدة اضطراب القلق المعمم لدى الأطفال ضعاف السمع من خلال برنامج قائم على العلاج المعرفي السلوكي.
- التحقق من استمرارية فاعلية البرنامج بعد مرور فترة زمنية من تطبيقه في خفض حدة اضطراب القلق المعمم لدى الأطفال ضعاف السمع.

#### أهمية البحث:

##### [١] الأهمية النظرية:

- تكمّن الأهمية النظرية للبحث في النقاط التالية:
- يُقدم البحث تراثاً نظرياً يوضح مفهوم اضطراب القلق المعمم، وكذلك مفهوم الضعف السمعي، وخصائص وأسس التعامل مع الأطفال ضعاف السمع.
  - أهمية الفئة التي يتتناولها البحث والمتمثلة في الأطفال ضعاف السمع، ومن ثم ضرورة دراسة الجوانب المختلفة والمتعلقة بهم.

- قد تفيد نتائج البحث المختصين والمتخصصين بأهمية خفض حدة اضطراب القلق المعتم لدى الأطفال ضعاف السمع من خلال برنامج قائم على العلاج المعرفي السلوكى.

## [٢] الأهمية التطبيقية:

- تتضح الأهمية التطبيقية في إعداد برنامج قائم على العلاج المعرفي السلوكى لخفض حدة اضطراب القلق المعتم لدى الأطفال ضعاف السمع، من خلال مجموعة من الوسائل السمعية والبصرية التي تتناسب مع طبيعة وخصائص عينة البحث.

- التقدم من خلال نتائج البحث بالوصيات والمقترحات الازمة نحو توجيه المتخصصين في التعامل مع الأطفال ضعاف السمع بتوفير الخدمات والرعاية ووضع البرامج التي تتناسب مع طبيعة هذه الفئة من الأطفال.

## المفاهيم والمصطلحات الإجرائية للبحث:

### ١- العلاج المعرفي السلوكى Cognitive Behavioral Temperamental

عرف (Unger, 2018,92) العلاج المعرفي السلوكى بأنه: استبدال طرق التفكير السلبي بأخرى أكثر دقة وبنائية، وتفاؤلاً تؤدي إلى العمل الفعال الإيجابي، والتفكير العقلاني، ومواجهة الإحباط والضغوط والقلق، والرغبة في الحياة، وتنقية مهارات التفكير الفعال، والعمل البناء، والتعرف على السلوكيات المحبطة، وطرق تغييرها.

عرفت الباحثة برنامج العلاج المعرفي السلوكى إجرائياً بأنه: برنامج مخطط ومنظم يستند إلى النظرية المعرفية السلوكية يتضمن مجموعة من الأنشطة والتدريبات التي تستخدم الأساليب العلاجية في إعادة تكوين البناء الفكري والمعرفي والمهاري للطفل ضعيف السمع من خلال الربط بين الأفكار والمشاعر والسلوك لإحداث التغيرات المطلوبة في سلوكه ورؤيته لذاته وللبيئة المحيطة والمستقبل وذلك من خلال الدمج بين فنون العلاج المعرفي وفنون العلاج السلوكى معاً والتي تهدف إلى خفض حدة اضطراب القلق المعتم لدى



الأطفال ضعاف السمع (العينة التجريبية) للبحث والتخلص من المشاعر السلبية المقلقة من خلال عدد من الجلسات التدريبية.

## ٢- اضطراب القلق المعتم Generalized Anxiety Disorder

عرفه كل من (Van Gastel, & Ferdinand, 2019, 38) بأنه: اضطراب يتصف بقلق زائد يتعدز ضبطه لكونه ليس مرتكزاً على أحداث معينة، لكنه يتعلق بأحداث الحياة اليومية، كما أنه فرق مفرط من مختلف الأحداث أو النشاطات التي ترکب العنصر الرئيسي للاضطراب، والذي يجب أن يستمر لستة أشهر.

عرفته الباحثة إجرائياً بأنه: شعور الطفل ضعيف السمع بالقلق الزائد مع صعوبة في التحكم فيه بالرغم من عدم وجود سبب واضح له، والشعور بالخوف من المجهول، واضطراب في النوم والتعب والأرهاق لأقل مجهود، والتوتر العضلي، وصعوبة التركيز، والغضب الشديد وفرط الحساسية للمواقف. كما تعرفه الباحثة من خلال الدرجة التي يحصل عليها الطفل ضعيف السمع في المقاييس المعد لذلك.

## ٣- الأطفال ضعاف السمع Hard of Hearing Children

عرف التوبي (٤٧، ٢٠٢١) ضعيف السمع بأنه الطفل الذي فقد جزءاً من سمعه، بالرغم من أن حاسة السمع لديه تؤدى وظيفتها ولكن بكفاءة أقل، وقد تصبح حاسة السمع لديه عادمة عند الاستعانة بالأجهزة السمعية.

تُعرفهم الباحثة إجرائياً: بأنهم الأطفال الذين لم يفقدوا سمعهم كلياً، حيث يوجد لديهم بقايا سمعية تؤهلهم لأن يكونوا قادرين على سماع الكلام المنطوق والتواصل اللفظي مع زملائهم العاديين، وفي حجرات الدراسة بواسطة التدريب السمعي، وتكون درجة سمعهم من (٤٠ - ٦٩ ديسيل)، وهم موجودون بمدارس ضعاف السمع، والبعض منهم مدمج بمدارس التعليم العام، والفئة الأولى هي الفئة المستهدفة للبحث الحالي.

## محددات البحث:

**محددات مكانية:** تم تطبيق البرنامج المستخدم في البحث الحالي (بمدرسة الأمل للصم وضعاف السمع )، بمدينة دمنهور - محافظة البحيرة.

**محددات زمنية:** تم تطبيق برنامج البحث خلال الفترة الزمنية من ١ / ١٠ / ٢٠٢٢ م وحتى ١٥ / ١ / ٢٠٢٣ م بإجمالي (٤٢) جلسة بمعدل (٤) جلسات أسبوعياً.

## محددات منهجية:

**(أ) العينة البشرية:** تكونت عينة البحث من (١٠) أطفال من ضعاف السمع، وترواحت أعمارهم ما بين (٥ - ٧) سنوات، وتم التكافؤ بين المجموعة التجريبية في متغيرات (العمر الزمني- مستوى الذكاء- اضطراب القلق المعتم)، وقد راعت الباحثة عند اختيار العينة استبعاد الأطفال الذين يعانون من أية إعاقات أخرى غير الضعف السمعي وذلك وفقا لمحك الاستبعاد.

**(ب) المنهج :** يعتمد البحث الحالي على المنهج شبه التجاريبي، كما تعتمد على التصميم التجريبي ذو المجموعة الواحدة.

## ـ (ج) الأدوات:

استخدمت الباحثة في البحث الحالي الأدوات التالية:

- مقياس ستانفورد بينيه للذكاء الصورة الخامسة. تقدير وتعريف (صفوت فرج ٢٠١٦،

- مقياس اضطراب القلق المعتم لدى الأطفال ضعاف السمع (إعداد الباحثة).
- برنامج قائم على العلاج المعرفي السلوكي (إعداد الباحثة).



## الإطار النظري ودراسات سابقة:

### Aولاً: الأطفال ضعاف السمع Hearing Impaired the Children

تعتبر وظيفة السمع من الوظائف الرئيسية للكائن الحي ويعتبر الجهاز السمعي من الأجهزة الحيوية في جسم الإنسان فمن خلال الجهاز السمعي يحصل الإنسان على المعلومات ويكتسب اللغة ويتفاعل مع البيئة المحيطة.

ويقصد بالضعف السمعي وجود مشاكل أو خلل وظيفي يحول دون قيام الجهاز السمعي بوظائفه عند الطفل أو تتأثر قدرة الطفل على سماع الأصوات المختلفة بشكل سلبي، و ضعيف السمع هو الفرد الذي يعاني من فقدان سمعي من درجة ٣٥-٦٩ ديسيل، تجعله يواجه صعوبة في فهم الكلام بالاعتماد على حاسة السمع سواء باستخدام المعينات السمعية أو بدونها. (كوفار، فواز، ١٢٤، ٢٠١٣)

وعلى هذا فإن أي قصور في حاسة السمع يؤثر على الأداء الوظيفي الخاص بها سواء تمثل ذلك في ضعف السمع أو حتى في فقدانه، ومن ثم فإنه يترك أثراً سلبياً واضحاً على الطفل وجوانب شخصية بشكل عام، مما يتربّ عليه حاجته إلى تعلم طرق وأساليب خاصة للتواصل كي يتغلب جزئياً على تلك الآثار الناجمة، ويصبح أيضاً في حاجة إلى برامج خاصة يمكن بموجتها من التفاعل والتواصل مع الآخرين في جماعته بما يحقق له قدرًا معقولاً من التوافق الشخصي والاجتماعي. (عبد الله ، ٢٠١٦ ، ١٤٩)

### مفهوم الأطفال ضعاف السمع:

عرف عبد الله (٢٠١٦ ، ٣١١) ضعاف السمع بأنهم: أولئك الأفراد الذين يعانون من نقص في حاسة السمع ويتراوح شدته بين (٢٥) إلى أقل من (٧٠) ديسيل، وهو الأمر الذي لا يعيق قدرتهم من الناحية الوظيفية على اكتساب المعلومات اللغوية المختلفة سواء عن طريق آذانهم بشكل مباشر، أو عن طريق استخدام المعينات السمعية الضرورية حيث يكون لدى

هؤلاء الأطفال بقاباً سمع تجعل حاسة السمع من جانبهم تؤدي وظيفتها بدقة ما، وذلك استناداً على مصدر الصوت الذي يجب أن يكون في حدود قدرتهم السمعية.

كما عرفت عبد الغفار (٢٠١٧، ٢٣-٢٤) ضعيف السمع بأنه الطفل الذي لديه قصور في وحدة السمع بدرجة ما، ويمكنه فهم الكلام واللغة المنطقية إذا وقع في حدود قدراته السمعية، وذلك باستخدام المعينات السمعية، ويحتاج في تعلمه إلى ترتيبات وأساليب خاصة.

وأشار النمر (٢٠١٧، ٣٦) إلى الطفل ضعيف السمع بأنه: الطفل الذي يعاني من فقدان القدرة السمعية قد يمكنه تعويضها بالمعينات السمعية وارتفاع شدة الصوت ويمكنه التعلم بتلك الطريقة التي يتعلم بها الأفراد السامعين بعد استخدام المعينات السمعية.

عرف عبد الرؤوف، (٢٠١٧، ٥٩) ضعيف السمع بأنه ذلك الطفل الذي يعاني من عجز جزئي في حاسة السمع، بدرجة لا تسمح له بالاستجابة الطبيعية لأغراض الحياة اليومية، إلا في ظروف خاصة وباستخدام معينات سمعية.

وذكرت شقير (٢٠١٩، ٣٦) أن ضعيف السمع هو طفل يعاني من بعض المشكلات البسيطة في حاسة السمع مما يؤدي إلى قصور، أو نقص في الاستفادة الكلية من حاسة السمع، أي أنه يعاني من فقد جزئي في السمع، ويمكنه الاستعانة بالوسائل المساعدة، والتدريبات اللغوية، والسمعية المناسبة ليعوض قصور السمع لديه مما يجعله قادرًا على اكتساب اللغة، والاستمتاع بالحياة، والاندماج في مجتمع السامعين.

وتنتتج الباحثة من خلال العرض السابق أن الطفل ضعيف السمع طفل يعاني، وهذه المعاناة تتطلب تأهيل مناسب لقدراته واتجاهاته، كما نلاحظ تعدد وتنوع المفاهيم التي تناولت الضعف السمعي، والمتفق عليه هو أن الطفل ضعيف السمع هو من لديه بقاباً سمعية.



## أسباب ومظاهر الضعف السمعي لدى الأطفال:

أشار (Bar-On, & Thome, 2014, 1108) إلى أن هناك أسباب عديدة لحدوث الضعف السمعي، فقد يحدث نتيجة لعوامل بيئية تحدث قبل أو في أثناء أو بعد عملية الولادة، وقد يحدث نتيجة لعوامل وراثية. لذلك يمكن حصر هذه العوامل في عاملين أساسيين هما، عوامل ترجع إلى أسباب وراثية، عوامل ترجع إلى عوامل غير وراثية (العوامل البيئية).

وفيما يلي أهم هذه العوامل المسببة للضعف السمعي:

[١] العوامل الوراثية: تعد الوراثة من الأسباب الرئيسية لحدوث الضعف السمعي، حيث تشير الإحصاءات إلى أن ما يقرب من ٥٥٪ من المصابين بالضعف السمعي ترجع إصابتهم إلى العوامل الوراثية ومن أهمها انتقال صفات وراثية شاذة (شذوذ الكروموسومات وشذوذ الجينات) من كل من الأب والأم إلى الجنين. أو تغيرات في التركيب الكروموسومي كغيرها من الإعاقات بفقد كروموسوم أو تغييره أو جزء منه.

[٢] العوامل غير الوراثية (البيئية): أن إصابة الأم الحامل بالحصبة الألمانية في شهور الحمل الأولى هي السمة المشتركة بين كثير من حالات الأطفال الذين لديهم قصور في السمع (Johnson, & Yaawkey, 2015, 247)

ومن أهم العوامل البيئية المسببة للضعف السمعي ما يلي:

- إصابة الأم في الشهور الأولى من الحمل بالحصبة الألمانية Measles، وهي مجرد طفح جلدي وأحياناً لا يظهر هذا العرض، ويقوم فيروس الحصبة بمهاجمة الجنين قبل الولادة دون أن تشعر الأم بخطورة ما حدث للجنين وتزيد نسبة احتمال الإصابة بالصمم في حالة إصابة الأم بالحصبة الألمانية خلال الأشهر الثلاثة الأولى من الحمل.

- عدم توافق العامل الريزيسيس (عامل Rh)، يشير الرمز Rh إلى أحد مكونات الدم فقد يكون دم الأم (Rh-) ودم الأب (+) ويirth الجنين نوع الدم من الأب فيصبح دمه (+) ويحدث الاضطراب في هذه الحالة يسبب اختلاف دم الجنين عن دم الأم ونتيجة لهذا الاضطراب قد يصاب الجنين بالإعاقة السمعية.

- ومن العوامل البيئية أيضاً، التهاب الأذن الوسطى والأغشية الدماغية، تعاطي الأم للأدوية الضارة في أثناء الحمل، نقص الأكسجين عند الولادة، الحالة النفسية للأم في أثناء الحمل، كما أن الإكثار من تناول المضادات الحيوية يؤثر في حواس الطفل. (كرم الدين ، ٢٠١٦ ، ٦٨)

### خصائص الأطفال ضعاف السمع:

#### [١] الخصائص العقلية للأطفال ضعاف السمع:

إن نتائج البحوث التي استخدمت فيها اختبارات ذكاء عملية (Performance Tests) أو غير لفظية قد تضاربت بشأن ذكاء ضعيف السمع، حيث انتهي بعضها إلى أن مستوى ذكاء ضعيف السمع يقل عن مستوى العاديين بحوالى عشر إلى خمس عشرة نقطة وذلك مثل بحوث نبذ، وباتر سون وغيرهم، وانتهي بعضها الآخر إلى عدم وجود فروق في الذكاء بين ضعاف السمع والسامعين كبحوث كولنzer ورينر واسبرنجر وجود إنف وغيرهم. (شندي، ٢٠١٦ ، ١٥٥ - ١٥٦)

وأشار التهامي (٢٠١٨ ، ٨٧) أنه إذا لم يكن هناك نواحي قصور، أو عجز أخرى يعني منها الطفل ضعيف السمع، مثل تحطم في خلايا المخ مثلاً، فإنه لا يمكن القول بوجود علاقة سلبية بين الضعف السمعي وانخفاض مستوى الذكاء، كما أن تفوق الأطفال السامعين على ذوى الإعاقة السمعية في بعض القدرات المعرفية والإبداعية يرجع إلى عدة أسباب، منها:



- ١ التنشئة الأسرية التي ينتمي إليها الطفل، والضعف السمعي لا تتمي خياله الابتكاري، بحكم أنه طفل ذو إعاقة لا فائدة منه.
- ٢ البيئة المدرسية الخاصة بالطفل ضعيف السمع بيئه محبوطة، لا تشجعه ولا تقدم له المناخ المناسب الذي يعمل على التشيط العقلي، والدليل على ذلك أنه عند تحليل المناهج المقدمة لهم نجدها خالية من أي دعوة لتنمية الابتكار لديه.

أما فيما يتعلق بتحصيل الأداء الأكاديمي فإنهم متأخرون بشكل كبير، بمتوسط ثلات سنوات إلى أربع سنوات عن الطفل العادي، كما بينت جميع البحوث، ويرجع ذلك إلى بطء تعلم ضعيف السمع للغة، مما يصعب معه أن يحصلوا على القدر العلمي نفسه الذي يحصل عليه السامعين، ومع ذلك فإنه يتحمل أن تتضاعل هذه الفروق، وتقل بالاستمرار والمداومة على تعليم ضعاف السمع بعد ترك مدارسهم، كما أكد هانس (Hans) أن هناك أثراً لفقدان السمع على التذكر، ومع أن المعاقين سمعياً يتتفوقون على السامعين في بعض أبعد التذكر، مثل تذكر الشكل، إلا أن السامعين يتتفوقون على أقرانهم ضعاف السمع في تذكر المتاليات العددية. (حنفي، ٢٠١٧، ٨١)

## ٤٢] الخصائص اللغوية للأطفال ضعاف السمع

تعتبر اللغة وسيلة لتفاعل الإنسان مع بيئته، ومن خلالها يعبر عن أفكاره ورغباته وميوله، ولذا فإن فقد السمع ليس حرمان الفرد من السمع فقط، ولكنه يعني الحرمان من اللغة المنطقية، كما أن أكثر مظاهر النمو تأثراً بالضعف السمعي النمو اللغوي، على أن أكثر الآثار السلبية للضعف السمعي تظهر أوضح ما يكون في مجال النمو اللغوي معبراً عنه باللغة المنطقية، وعليه فإن ضعاف السمع يعانون من تأخر واضح في النمو اللفظي، وتتضح درجة هذا التأخير كلما كانت درجة الإعاقة السمعية أشد وكلما حدثت الإعاقة السمعية في وقت مبكر ومن الخطأ أن نعتبر كل الأطفال المعاقين سمعياً لديهم درجة واحدة من التجانس، فالرغم من أنهم يشترون في الإعاقة السمعية، إلا أنهم يختلفون في درجة

(Hallahean, Kauffman, 2013) الإعاقه، وبالتالي فهم يختلفون في نموهم اللغوي.

وترى الباحثة: أن اللغة أداة مهمة للاتصال وأن اللغة هي التي تتيح لنا أن نفرض وجودنا على الآخرين كأشخاص، ونجعلهم ينصتون إلينا، وتتيح لنا أن نستحوذ على احترامهم، فضلاً عن كونها المنطلق الأول لعمليات التفاعل الإنساني، وتشكل في الوقت نفسه أحد أهم أساليب هذا التفاعل.

وهذا ما أشارت إليه دراسة أبو المجد (٢٠١٥) إلى معرفة بعض سمات الشخصية لدى الأطفال ضعاف السمع بالمرحلة الابتدائية، كذلك معرفة الفروق بين السامعين وضعف السمع، وبين الجنسين في تلك المتغيرات، والسمات الشخصية التي يتميز بها ضعاف السمع، وتكونت عينة الدراسة من (١٥٠) طفلاً وطفلة بالمرحلة الابتدائية، وأسفرت نتائج الدراسة عن عدة نتائج منها وجود فروق دالة بين ضعاف السمع والسامعين في الثقة بالنفس والانطواء والقلق لصالح ضعاف السمع، كما أسفرت الدراسة عن وجود فروق دالة بين متوسطات البنين من ضعاف السمع والبنات من ضعاف السمع في مستويات الكفاءة الانفعالية والانطواء والقلق لصالح البنات أما في الاستقلال الذاتي والثقة بالنفس فكانت الفروق بسيطة وغير دالة، كما أسفرت النتائج عن وجود علاقة دينامية بين الدوافع الكامنة وسمات الشخصية لدى ضعاف السمع والسامعين من الجنسين.

كما هدفت دراسة الشيخ (٢٠١٧) تحديد المتغيرات النفسية والاجتماعية المرتبطة ببعض أنماط السلوك اللاسوبي لدى الأطفال ضعاف السمع ، وتكونت عينة الدراسة من (٦٠) طفل وطفلة، واستخدمت الدراسة الأدوات التالية: مقياس اتجاه ضعيف السمع نحو ذاته، ومقياس اتجاه ضعيف السمع نحو الآخرين، ومقياس بيوك للاكتئاب، وأشارت نتائج الدراسة إلى أن السلوك اللاسوبي للأطفال ضعاف السمع والمتمثل في العدوانية والقلق والاكتئاب والخوف من الفشل والإحساس بالنقص، وتقدير الذات المنخفض، ونظرته



للمحيطين به والانتماء، كلها نتيجة مباشرة لفقدان أو ضعف حاسة السمع، وما يترتب عليها من عدم قدرة المعاقد سمعياً على حل مشكلاته، كما بينت النتائج أن السلوك اللاسوسي للمعاقين سمعياً يرجع بالإضافة للإعاقة السمعية، إلى التنشئة الاجتماعية والأسرية.

هذا ما أشارت إليه دراسة Smith, (2017) التي تناولت تأثير استخدام برنامج تدريبي متعدد المحاور على السلوك الاجتماعي لدى الأطفال ضعاف السمع الذين لديهم صعوبات لغوية، وتكونت عينة الدراسة من (٢٠) طفلاً تتراوح أعمارهم ما بين (٨-١٠) سنة. والسلوكيات التي استهدفت قياسها هي سلوك الترحيب- تقديم الخدمة- البدء بالتفاعل- تقديم المساعدة. وقد استخدم الباحث: تقديم التعليمات- النمذجة- لعب الدور- منهج حل المشكلات- والتصحيح لكل سلوك غير مناسب فور حدوثه. وقد توصلت الدراسة إلى زيادة نسبة متوسطات حدوث السلوكيات المناسبة بعد التدريب، وكذلك استمرت الزيادة في مرحلة المتابعة بالرغم من انخفاض نسبة متوسطات سلوك الترحيب.

كما أشارت دراسة عبد العزيز (٢٠١٩) إلى مدى فعالية برنامج لتحسين مهارات التواصل الاجتماعي وخفض القلق المعمم لدى الأطفال ضعاف السمع، وهدفت الدراسة إلى اختبار أثر البرنامج المقترن في تحسين مهارات التواصل الاجتماعي وخفض القلق المعمم للطفل ضعيف السمع في بيئته الأسرية، لقياس مدى تحسن توافقهم النفسي والاجتماعي. وتكونت عينة الدراسة من (٤٠) طفلاً من يترواح أعمارهم ما بين (٧-٩) سنوات، تم تقسيمهم إلى مجموعتين اثنتين: المجموعة التجريبية: وعدد أطفالها (٢٠) طفلاً ووالديهم- والمجموعة الضابطة: وعدد أطفالها (٢٠) طفلاً ووالديهم. وقد استخدم الباحث الأدوات التالية: استمارة المستوى الاقتصادي الاجتماعي، ومقاييس تأدية التواصل للطفل ضعيف السمع ومقاييس التوافق النفسي والاجتماعي الخاص بالتواصل، ومقاييس القلق المعمم، والبرنامج المقترن. وقد أسفرت نتائج الدراسة عن أن البرنامج المقترن له تأثيرات إيجابية ذو فعالية لأفراد المجموعة التجريبية، حيث أدى البرنامج إلى تحسن إيجابي في مهارات

التواصل التي أدت إلى خفض الاضطرابات النفسية والاجتماعية والقلق المعمم التي تواجه ضعاف السمع في موافق التواصل المختلفة مع أفراد المجموعة السابقة.

### [٣] الخصائص المعرفية للأطفال ضعاف السمع:

أن تأخر النمو اللغوي يُعد من أخطر النتائج المترتبة على الضعف السمعي ، ويرتبط بهم اللغة وإخراجها ووضوح الكلام بالطبع بدرجة فقدان السمع، فالمساibون بالضعف السمعي الشديد والحاد الذين قبل الخامسة يعجزون عن الكلام أو يصدرون أصواتاً غير مفهومة رغم أنهم يبدون مرحلة المناقة في نفس الوقت مع أقرانهم العاديين، إلا أنهم لا يواصلون مراحل النمو اللفظي لعدة أسباب أهمها:

- أنهم لا يمكنون من سماع النماذج الكلامية واللغوية الصحيحة من الكبار، ومن ثم لا يستطيعون تقليدها.

- أنهم نتيجة للضعف السمعي لا يتلقون أية تغذية راجعة أو أي ردود أفعال بشأن ما يصدرون من أصوات سواء من الآخرين أو من داخل أنفسهم، ويفتقرون إلى التعزيز السمعي بينما يعاني ضعاف السمع من مشكلات لغوية بدرجات متفاوتة منها:

- صعوبة سماع الأصوات المنخفضة.

- فهم ما يدور حولهم من مناقشات.

- صعوبات التعبير اللغوي لدى الإعاقة السمعية المتوسطة.

- مشكلات تناقص عدد المفردات اللغوية (الزراد، ٢٠١٦، ٤٨)

هذا ما أشارت إليه دراسة Julia, et al (2015) التعرف على العلاقة بين القدرات اللغوية للأطفال ضعاف السمع، والصم وخصائص هؤلاء الأطفال وذلك قبل دخولهم



المدرسة وكذلك فعالية مشاركة الوالدين والتدخل المبكر لمثل هؤلاء الأطفال، وتكونت عينة الدراسة من (٦٠) طفلاً من ضعاف السمع، وتم تقسيمهم إلى مجموعتين، الأطفال الصم والعاديين مع والديهم، واستخدمت الدراسة الأدوات التالية، إختبار المفردات لتقدير اللغة وفقاً لعمر الطفل وقت التقييم، إختبار مشاركة الوالدين، وأسفرت النتائج أن: أكثر من نصف الأطفال الذين شاركوا في هذه الدراسة مع والديهم تمكنوا من تعلم اللغة، وبذلك توجد علاقة بين القدرات اللغوية والمعرفية وبين تدخل الوالدين.

وأشارت دراسة Stevenson, et al, (2016) والتي هدفت الكشف عن العلاقة بين النمو اللغوي ومشكلات السلوك لدى الأطفال الذين يعانون من فقدان السمع الجزئي، وتكونت عينة الدراسة من (١٢٠) طفلاً، وتم تقييم مائة وعشرين طفلاً يعانون من فقدان السمع مع متوسط العمر (٨) سنوات من ثماني مناطق في جنوب إنجلترا لمهارات اللغة الاستقبالية والتعبيرية، وأسفرت نتائج الدراسة عن، أن الأطفال الذين يعانون من فقدان السمع لديهم مستويات عالية من المشكلات السلوكية مقارنة مع الأطفال عادي السمع. أي أن مظاهر النمو اللغوي تتأثر بدرجة الإعاقة السمعية فكلما زادت درجة الإعاقة السمعية زادت المشكلات اللغوية.

وهذا ما أشارت إليه Desjardin, (2017) والتي هدفت التحقق من فعالية برنامج التدخل المبكر في تدعيم النمو اللغوي عند الأطفال الصغار الذين يعانون من الصمم أو الضعف السمعي بمشاركة الأسرة، وتكونت عينة الدراسة من (٣٢) طفل من الأطفال الصم وضعاف السمع وأمهاتهم، واستخدمت الدراسة الأدوات التالية، مقياس مشاركة الوالدين بالكفاءة الذاتية، استبيان، وأسفرت النتائج: أن برنامج التدخل المبكر التي تقدم بواسطة المختصين الذين يقومون بتدريب الأمهات أفضل من الجهد الذاتي للأمهات، وذلك لأنهم خبراء في تدريب الأطفال الصم وضعاف السمع.

وأشارت دراسة (Fellinger, et al, 2018) والتي هدفت تقييم الوضع الحالي فيما يتعلق بجودة الحياة وعلاقتها بالجوانب النفسية لدى التلاميذ ضعاف السمع، وتكونت عينة الدراسة من (٦٠) من الأطفال يعانون من ضعف السمع لا يقل عن ٤٠ ديسيل ومعدل ذكاء الأداء فوق ٧٠، واستخدمت الدراسة الأدوات التالية، إستبيان القوة والصعوبات للأباء والأمهات والمعلمين، وتوصلت النتائج، إلى أن الأطفال ضعاف السمع أقل بكثير من نظرائهم في الاحساس بجودة الحياة وفقاً لكل من الوالدين والمعلمين فيما يتعلق بإجراء المشاكل " مشاكل عاطفية، مشاكل مع الأقران.

#### [٤] الخصائص الجسمية للأطفال ضعاف السمع

ذكر التهامي (٢٠١٦، ٥٨) إن المبدأ الأساسي في تربية الطفل ونموه يتمثل في المحافظة على صحته على أعلى مستوى من الكفاءة، فصحة الطفل تكمن في سمعه، ولقد أشارت بعض الدراسات أنه لا توجد فرق بين ضعاف السمع والسامعين في خصائص النمو، من حيث معدله ومرحلته، وكل ما يظهر من فروق بينهما، إنما هو أثر الإعاقة السمعية في بعض العادات الجسمية الخاصة بضعف السمع، كما أن فقدان السمع ينطوي على حرمان الشخص من حصوله على التغذية الراجعة السمعية، مما قد يؤثر سلباً على وضعه في الفراغ وعلى حركات جسمه، ولذلك فإن بعض المعاقين سمعياً كمجموعة لا يتمتعون باللياقة البدنية مقارنة بالأشخاص العاديين فبعضهم يمشي بطريقة مميزة، فلا يرفع قدميه عن الأرض كثيراً، وترتبط هذه المشكلة بعدم مقدرتهم على سمع الحركة، وربما لأنهم يشعرون بشيء من الأمان، عندما يبقى القدمان على اتصال دائم بالأرض.

تصف خطوات الأطفال ضعاف السمع بعدم التوافق بين حركات الأيدي والأرجل ذلك التوافق الذي يتميز به الشخص العادي، كما أن الطفل العادي أكثر قدرة على التمكّن من تدفق النفس والصوت، وهذا بخلاف ضعيف السمع الذي لا يمكنه التحكم في إصدار الأصوات بسبب فقدان السمع. وآيا كان الاختلاف في وجهات النظر بشأن الإعاقة السمعية



على النمو الجسمى، فإنه يمكن التغلب على الآثار السلبية للإعاقة السمعية على النمو الجسمى منذ البداية، وذلك بالتدريب الحركي الموجه والمتوافق للطفل، وبخاصة للأعضاء المرتبطة بجهاز الكلام والسمع، كالصدر والرئتين والحلق والأحبال الصوتية والفم، وذلك حتى لا تصاب هذه الأعضاء بنوع من الركود يؤدي إلى اختلال النمو الجسمى والحرکي لها (جلج، ٢٠١٨، ٩٨)

ويتبين مما سبق أن عملية (القصور) في الجهاز السمعي وعدم دخول وخروج الصوت في هذا الجهاز بسبب عدم استخدامه، نتيجة تعطله يؤدي بدوره إلى مشكلات الجهاز التنفسى نتيجة عدم تلقائية حركة الهواء في الجهاز السمعي، ومن ثم تعطيل جهاز النطق لديه واضطراب عملية التنفس بشكل غير طبيعى ومن ثم تؤثر الإعاقة السمعية على الحركة لدى ضعيف السمع وتتعدد استجاباته قدرة أقل من تلك التي لدى الأطفال السامعين.

#### [٤] الخصائص الانفعالية للأطفال ضعاف السمع

أشار (Girgin, 2017, 199) إلى عدم شعور الطفل ضعيف السمع خلال مرحلة الطفولة بالحنان أو عطف الأمومة، ويرجع ذلك إلى أنه لا يسمع صوت أمه بنغماته أثناء عنايتها به ولذلك فإن هؤلاء الأطفال يعانون من الإحباط بسبب فقدهم لوسيلة الاتصال المتمثلة في اللغة نتيجة عدم فهم الآخرين لهم. وأن من أهم المشكلات التي ترتب على فقدان السمع الانتهاز النفسي والانفعالي.

ذكرت الكاشف (٢٠١٧، ٣١٣-٣١٤) أن السمات التي تنتج عن الإصابة بالضعف السمعي فيما يلي:

- الشعور الزائد بالنقص: وهو شعور برفض الذات، ومن ثم كراهيتها فيولد لدى الطفل ضعيف السمع الشعور بالدونية، مما يعيق تكيفه الاجتماعي السليم.
- الشعور الزائد بالعجز: وهو الاستسلام للإعاقة وقبولها، فيولد لدى الفرد إحساس بالضعف والاستسلام مع تولد سلوك سلبي اعتمادي.

- عدم الشعور بالأمن: وهو إحساس بالقلق والخوف من المجهول، وقد يكون لهذا الشعور أعراض ظاهرة كالتوتر والأزمات الحركية والتقلب الانفعالي، أو غير ظاهرة كالأضطرابات الجسمية السيكوسوماتية.

- سيادة مظاهر السلوك الداعي: كالإنكار والتعويض والإسقاط والتبرير والسمة الداعية للمعاق تكون بمثابة حماية لذاته المهددة دائمًا من الآخرين.

- عدم الاتزان الانفعالي: وهو عدم تناسب الانفعال مع الموقف، وقد يتطور هذا الشعور إلى تولد مخاوف وهمية تؤدي إلى أحد نماذج العصاب، أو الذهان.

كما أشار العزام (٢٠١٨، ١١٦) إلى أن الطفل يميل غالباً إلى الإشباع المباشر لحاجاته، أي أن مطالبه يجب أن تشع بسرعة. كما يؤكد أن الطفل ضعيف السمع لديه عدم اتزان عاطفي بدرجة كبيرة إذا ما قورن بالأطفال السامعين، كما أن ضعيف السمع أكثر انطواءً وعزلة وأقل حباً للسيطرة والإسراف في أحلام اليقظة كما أنه يتسم ببعض الصلابة.

#### [٥] الخصائص السلوكية والاجتماعية للأطفال ضعاف السمع:

ذكر عبد الرحمن (٢٠١٧، ٨٩ - ٩٠) أن الأطفال ضعاف السمع يعانون من مشكلات التكيف الاجتماعي بسبب النقص في قدراتهم اللغوية حيث يلاحظ لدى ضعاف السمع الخصائص الاجتماعية الانفعالية التالية:

- أنهم أقل نضجاً من الناحية الاجتماعية مقارنة بالأطفال السامعين.
- أنهم يظهرون درجات عالية من التمرکز حول الذات.
- أن نسبة كبيرة من ضعاف السمع يعانون من سوء التوافق النفسي.
- أنهم أكثر إكتئاباً وقلقاً وتهوراً وأقل توكيلاً لذاتهم.



- أنهم يميلون إلى المهن التي لا تتطلب الاتصال الاجتماعي.

- أنهم يميلون لتجنب مواقف التفاعل الاجتماعي.

- أنهم أكثر عرضه للضغوط النفسية وأكثر عرضه لنوبات الغضب.

لذلك فالأطفال ضعاف السمع بسبب حرمانهم من اللغة يعاني من ضعف في القدرة على فهم وجهات نظر الآخرين أو الحكم على تصرفاتهم، أو القدرة على تقييم المفاهيم من منظور شخص جيد وآخر سيئ. وتأخر في نمو فهم المفاهيم الخاصة بالمقبول أو المرفوض إجتماعياً أو الخاصة بالخير والشر، وتأخر في فهم ما يتعلق بالدور الاجتماعي. (جلال،

(٢٠١٧)، ٦)

وهذا ما أشارت إليه دراسة Monaghan & Christy, (2014) والتي هدفت معرفة آثار التدريب على السلوك الاجتماعي في التفاعل مع الأقران فيما بينهم في سن المرحلة الابتدائية من يعانون من ضعف السمع، وتكونت عينة الدراسة من (٢٠) تلميذًا من ضعاف السمع في بداية المرحلة الابتدائية، كما هدفت الدراسة التدخل لزيادة السلوكيات الاجتماعية الإيجابية (سلوك المبادرة وسلوك المشاركة)، تقليل المشكلات السلوكية (التفاعل السلبي) والذي يمكن أن يعيق إكتساب وأداء السلوكيات الاجتماعية الإيجابية، وتكونت أدوات الدراسة من، قائمة ملاحظة السلوك، الملاحظة من خلال التسجيل بالفيديو وتم التدريب من خلال (التعليمات، إعطاء النماذج، التمرينات السلوكية، التعذية المرتجدة)، قد إستخدمت أسلوب الملاحظة أثناء اللعب الحر للتلاميذ مع الأقران في الموقع المحدد للدراسة، وأسفرت نتائج الدراسة: هناك تأثير واضح في المبادرة الاجتماعية، والمشاركة الاجتماعية وزيادة السلوك الاجتماعي بصفة عامة وتقليل المشكلات السلوكية.

ودراسة Nowakowski, et al, (2017) والتي هدفت فحص الاهتمام المشترك لأمهات الأطفال ضعاف السمع، وعلاقته بتكيف السلوك الاجتماعي، وتكونت عينة الدراسة (٦٠) طفلاً، وتم تقسيمهم إلى مجموعتين الأطفال ضعاف السمع، والسامعين تتراوح أعمار

أطفالهم بين (٥ - ٧) عاماً، واستخدمت الدراسة الأدوات التالية: مقياس السلوك الاجتماعي، وأسفرت النتائج: كانت تصنيفات الأمهات من السلوك التكيفي أقل بكثير للأطفال ضعاف السمع، كما أن التفاعل المنخفض بين الأم والطفل قد توسط تطوير المشاكل الاجتماعية بصورة واضحة في الأطفال ضعاف السمع.

وهدفت دراسة عبد المنعم (٢٠١٨) الكشف عن مهارات التواصل الاجتماعي وعلاقتها ببعض مظاهر السلوك العدواني لدى الأطفال ضعاف السمع بمرحلة التعليم الأساسي، وتكونت عينة الدراسة (١٥٠) طفلاً من ضعاف السمع ما بين (٩ - ١٢) سنة، واستخدمت الدراسة الأدوات التالية، مقياس المستوى الاجتماعي والاقتصادي والثقافي للأسرة المصرية، مقياس الذكاء اللغوي للصم، مقياس مهارات التواصل الاجتماعي للأطفال المعاقين سمعياً بمرحلة التعليم الأساسي، مقياس السلوك العدواني للأطفال، وكانت النتائج: وجود علاقة بين الإخفاق في مهارات التواصل الاجتماعي ومظاهر السلوك العدواني لدى الأطفال ضعاف السمع.

#### أثر الضعف السمعي على الجوانب الشخصية لالطفل:

[١] **تأثير الضعف السمعي على الجانب الاجتماعي:** تعتبر اللغة وسيلة أساسية من وسائل الاتصال الاجتماعي وبخاصة في التعبير عن الذات وفهم الآخرين ووسيلة مهمة من وسائل النمو العقلي والمعرفي والانفعالي، ولذا يعتمد النمو الاجتماعي والمهني على اللغة وتعتبر الوسيلة الأولى في الاتصال الاجتماعي، وعلى ذلك يعاني المعاقون سمعياً من مشكلات تكيفية في نموهم الاجتماعي والمهني بسبب النقص الواضح في قدراتهم اللغوية وصعوبة التعبير عن أنفسهم وصعوبة فهمهم لآخرين (كواحده، وفواز، ٢٠١٣، ١٤٩)

وذكر القرطي (٢٠١٣، ٣١١) أن الضعف السمعي تؤدي إلى إعاقة النمو الاجتماعي للطفل، حيث تحد من مشاركته وتفاعلاته مع الآخرين واندماجه في المجتمع مما



يؤثر على توافقه الاجتماعي وعلى مدى اكتسابه المهارات الاجتماعية الضرورية اللازمة لحياته في المجتمع.

وأشار حنفي (٢٠١٧، ١٣٧) إلى أن الضعف السمعي يفرض سياجاً من العزلة على شخصية الطفل، فتند من قدرته على إقامة علاقات اجتماعية مع أقرانه عادي السمع، لذلك يفضل الطفل المعاق سمعياً الحياة المدرسية عن الحياة المنزلية والتي يسهل فيها التواصل مع أقرانه الصم دون عوائق.

وأوضح عبد الرؤوف (٢٠١٧، ٦٦) أن اتسام الطفل ضعيف السمع بالنشاط الزائد قد يكون مرجعه لعدم قدرته على تكوين علاقات اجتماعية أكثر منه خلل عصبي، فكل ما يرغب فيه هو أن يخرج مشاعره الداخلية إلى حيز التفاعل الخارجي في محظ الآخرين، فعدم القدرة على التواصل مع الآخرين يشكل نافذة لدخول الاكتئاب والانطواء وحجب الخبرات المكتسبة من الآخرين. الأمر الذي يؤثر سلبياً على توافقه النفسي.

كما أن الطفل ضعيف السمع يشعر دائماً بالإحباط لعدم قدرته على التكيف الاجتماعي فيدفعه ذلك إلى الغضب بسبب استيائه وإحساسه بالمهانة، وكذلك يعانون من مشكلات فاسية مثل، صعوبة التواصل الاجتماعي مع الآخرين Poor Communication والاعتمادية Dependence، والتهور والاندفاع Impulsivity، وحدة الطبع Irritability والوحدة Lone Lines (Richburg, & Fletcher, 2015, 239).

ومن ناحية أخرى فإن الأطفال ضعاف السمع أقل من الأطفال السامعين في درجة مفهوم الذات الكلية كذلك مفهوم الذات الانفعالية ومفهوم الذات الاجتماعية، ويرجع ذلك إلى أن الطفل ضعيف السمع لا يستطيع التفاعل مع الآخرين، ولا يستطيع التكيف معهم، وذلك لفقده القدرة على التفاهم عن طريق اللغة وهذا ما يعرضه العديد من المشكلات النفسية مثل الخل والانطواء والانسحاب من المجتمع الذي يعيش فيه حيث تفرض الإعاقة السمعية على الأطفال عزلة شخصية واجتماعية (شريف، ٢٠١٦، ٦٣)

## [٢] تأثير الضعف السمعي على اضطراب القلق المعمم والكفاءة الانفعالية :

إن الطفل ضعيف السمع يعيش في عالم مختلف عن العالم الذي نعيش فيه، فهو مختلف الفكر والميول، عندما يحزن يشعر باليأس وعندما يغضب يفقد السيطرة على نفسه وعندما يكون سعيداً تجده معبراً عن سعادته بنشوة عارمة وطريقة صاحبة، وعندما يخاف من أي شيء يخاف منه ولا يستطيع أن يواجهه. ( Ahmed, et al, 2018,392 )

هذا ما أشارت إليه دراسة شريف ( ٢٠١٦ ) أن الأطفال ضعاف السمع يعانون من مشكلات سلوكية عديدة تتمثل في اضطراب القلق وسوء التوافق الانفعالي، والميل إلى الاعتداء والتشاجر والعدوان والغيرة والشعور بالحرمان واضطراب النوم، والتي هدفت إلى معرفة مدى فعالية برنامج لخفض الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال ضعاف السمع وأثره على التوافق الانفعالي، وتكونت عينة الدراسة من ( ٨ ) أطفال من ضعاف السمع وترواحت أعمارهم بين ( ٥-٧ ) سنوات، واستخدمت الدراسة الأدوات التالية: مقياس التوافق الانفعالي للأطفال ضعاف السمع، ومقياس الاختلالات السلوكية، وبرنامج لخفض الاختلالات السلوكية ( إعداد الباحثة )، وأشارت النتائج إلى فعالية البرنامج المقترن، وتوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات العينة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي بعد تطبيق البرنامج المقترن للدراسة.

وهذا ما اتفقت مع دراسة Stevenson, et al, ( 2016 ) حيث كشفت أن الطفل ضعيف السمع يتسم بعدم القدرة على الاتزان الانفعالي، كما أنه يعاني من مشكلات سلوكية مختلفة متمثلة في عدم القدرة على التكيف مع البيئة، كما أن ضعيف السمع يعاني من صراع انفعالي واجتماعي ولديه مشكلات سلوكية متمثلة في أبعاد السلوك المدمر والعنف وسلوك التمرد والعصيان.

وترى الباحثة أن الطفل ضعيف السمع يعاني من اضطراب القلق المعمم وسوء توازن انفعالي وتكيفي وذلك نتيجة لعدم قدرته على التواصل مع من حوله، فضلاً عن الجهد الذي



يتحمله عندما يريد معرفة شيء ما أو إفهام الآخرين شيئاً ما، بالإضافة إلى عدم قدرته على إشباع حاجاته بالطريقة العادلة مثل من حوله، فضلاً عن الصعوبات التي يقاسي منها عند قيامه بأدواره المختلفة، لذلك يلجأ الأطفال ضعاف السمع إلى العدوان والعنف وغيرها من السلوكيات المضطربة كتعويض عما فقد، وإشباعاً لحاجاته.

### ثانياً: اضطراب القلق المعتمم لدى الأطفال:

يحتل القلق مكانة بارزة في علم النفس الحديث فهو المفهوم المركزي في علم الأمراض النفسية والعقلية والعرض المشترك في أغلب الاضطرابات النفسية بل في أمراض عضوية شتى فهو محور العصاب وأبرز خصائصه، كما أنه السمة المميزة لعديد من الاضطرابات السلوكية والذهانية، كما يُعد القلق من الانفعالات الإنسانية الأساسية وجزءٌ طبيعي في كل آليات السلوك الإنساني، وهو يمثل أحد أهم الاضطرابات المؤثرة على صحة الفرد ومستقبلهن إضافة إلى تأثيره السلبي على مجالات الحياة المختلفة. (شيهان، ٢٠١٧، ٨٨)

كما أن القلق أساس كل اختلالات الشخصية واضطرابات السلوك، وللقلق عدة اسباب فقد ينتج من حياة قاسية ومريرة مر بها الطفل أو ظروف مؤلمة تعرض لها أو تشبت الطفل بأهداف غير واقعية ومتناقضه لا تتناسب مع امكانياته وقدراته أو عندما يكون الطفل قد جاء إلى هذا العالم وهو غير مزود بالقدرات الكافية التي تمكنه من التأقلم مع هذه الحياة. (فيولا، والبلاوي، ٢٠١٨، ٨٩)

### مفهوم القلق المعتمم لدى الأطفال

عرف (Johan, et al, 2015, 64) اضطراب القلق المعتمم لدى الأطفال بأنه: حالة من التوتر والانزعاج المرتبط ببعض الأعراض كصعوبة التركيز، وحدة الطبع والإعياء والشد العضلي واضطراب النوم وربما يكون سبب استمراره الأحداث المؤلمة في حياة الطفل واضطراب البيئة الأسرية وأحداث الحياة التي يجد الطفل معها صعوبة في التوافق مع غالبية الأحداث التي يمر بها الطفل.

كما عرفه (Verhulst, 2017, 122) بأنه: التوتر، والخشية الزائدة تجاه عدة مجالات (الأداء المدرسي، الأصدقاء، العائلة...) التي تقود الطفل إلى توقع أو تخيل ظهور أحداث أو نتائج سلبية.

بينما أشار (Clarck, & Beck, 2018, 41) بأنه: ميل عام للتوتر الزائد والخوف من المواقف المهددة، كما أن الأطفال الذين يعانون من إضطراب القلق المعتم يقللون من عدة مواقف وأحداث بدرجة شديدة، يصعب التحكم فيها، ويكون مستمراً، بحيث يسبب ضيقاً واضحاً، ويكون مصحوباً بأعراض جسمية، كما يسبب اضطراباً في نمو وظائف التكيف خصوصاً لدى الأطفال الأصغر سناً.

وذكرت (Wells, 2019, 96) بأنه قلق وتوتر زائد لمدة طويلة من وضعيات غير محتملة الوقوع.

ويعرفه (السقا، ٢٠٢٠، ١٦) بأنه القلق المفرط من مختلف الأحداث أو النشاطات التي تركب العنصر الرئيسي للاضطراب، والذي يجب أن يستمر لستة أشهر، فيدخل الطفل في أزمة حادة، تتدخل مع الأداء الاجتماعي، والعائلي، والمدرسي للطفل".

وستخلص الباحثة من خلال التعريفات السابقة أنها اتفقت على أن القلق المعتم لدى الأطفال هو رد فعل نفسي كالتوتر الشديد انفعالي كالبكاء والغضب، معرفي كثرة التفكير وسيطرة الأفكار المؤلمة، سلوكي كتجنب المواجهة، وصعوبة التكيف عند تغيير الأحداث وجسدي كالتعب والإرهاق وزيادة ضربات القلب... وغيرها، يكون بشكل زائد ومعتم لمدة لا تقل عن ستة أشهر نتيجة لموافقة مهددة.

#### أسباب ظهور القلق المعتم لدى الأطفال ضعاف السمع:

- شخصية الطفل: وهي حقيقة التفاعل بين التكوين البيولوجي ونفسيته المتطرفة وعوامل الثقافة المحلية والبيئة التي ينشأ فيها، والقلق لدى الأطفال ضعاف السمع



ينشأ من هذه العوامل إذا صاحبها خلل، فهناك العامل البيولوجي والوراثي بحيث يفسر رواد النظرية البيولوجية أن العوامل الوراثية والعصبية والهرمونية من الأسباب المساهمة في ظهور اضطراب.

- الجانب الوراثي: الجانب الوراثي له أثر واضح في ظهور اضطراب القلق المعتم لدى الأطفال، وحتى اضطرابات النفسية الأخرى، وهناك احتمال كبير في إنجاب طفل قلق بالوراثة من أبو قلق أو أم قلقة. جلال، ٢٠١٧، ١٣٣

وهذا ما أشارت إليه دراسة (Jutta,& Joachim, 2016)، إلى أن تأثير العامل الجيني في ظهور اضطراب القلق المعتم لدى الأطفال كما أن للعامل الأسري تأثيراً بالغاً في ظهور القلق المعتم لدى الأطفال، كما أن هناك علاقة بين الآباء الذين يعانون من القلق وبين ظهور القلق لدى أبنائهم، وهو ما يسمى بعذوى القلق إذ أن الكثير من الآباء والأمهات يساهمون في تنمية اضطراب القلق في أطفالهم من غير قصد نتيجة الحماية المفرطة لهم من الأخطار المهددة، ويظهرن سلوكيات القلق أمام أبنائهم فالطفل حتما سيقلد أفعال والديه ويتعود على ذلك حتى وإن لم يكن هناك خطر مهدد، كما أن الأم القلقة قد تتمي القلق لدى طفلاها مقارنة بالأم العادمة.

- الضعف السمعي: يسهم إلى حد كبير في زيادة اضطراب القلق المعتم لدى الأطفال ضعاف السمع، حيث أن ضعف السمع يجعل الطفل في حالة اضطراب في توافقه مع الآخرين حيث يميل إلى العزلة والبعد عن التفاعلات الاجتماعية ويبدوا عليه عدم القدرة على إحداث تكيف بناء مع الظروف والأشخاص والموافق الاجتماعية.

- البيئة الأسرية: إن الأسر التي تفقد للأمان والاستقرار، ويسود فيها جو مليء بالتهديد والذعر، والخوف، وتفتقر إلى توفير جو آمن ومرح يحس فيه الأطفال ضعاف السمع بالحماية حتما سيكون فيها مستوى قلق الأبناء مرتفعا. (شريف، ٢٠١٦، ٩٥)

الاستعداد النفسي للطفل: وهو عامل مهم في ظهور القلق، نتيجة لما تفرضه العوامل البيئية من ضغوطات وأزمات وصدمات نفسية كتغيير المدرسة، أو موت أحد أفراد الأسرة، أو أحد الأصدقاء، أو رؤية حادث مؤلمة، وتكرار تعرض الطفل ضعيف السمع لهذه العوامل يولد لديه التوقع الشديد للخطر، والمخاوف الزائدة تجاه التغييرات والأحداث والمواقوف إذ يصبح الخوف والقلق من مكونات الشخصية، فيخاف من العقاب، والسخرية إذا ما أخطأ ويلجاً إلى الكبت والانسحاب، أو اتخاذه لحلول خاطئة نظراً لقلة ونقص تجاربه، وممارساته نتيجة الإهمال في التنشئة من الأسرة.

(الكافش، ٢٠١٧، ٤٠)

البيئة التعليمية (المدرسة): المدرسة لها تأثيراً ملحوظاً في ظهور القلق المعمم لدى الأطفال، حيث تعد عاملاً من عوامل القلق، وأحد المثيرات المسببة له فالمدرسة تقيد الطفل وتحرمه من اللعب كما كان في السابق، كما أنها تبعده عن جو الأسرة لوقت أطول، ما يثير لديه اضطراب القلق، كما أن الفترة التي يقضيها الطفل في المدرسة كفيلة بخلق جو من التوتر والتهديد والقلق، لأن الطفل سيكون خاضعاً لقوانين المدرسة وأوامر معلميها، وهو لم يكن متعدداً على هذا الجو، فيجد الطفل نفسه أمام أناس آخرين يختلفون عنه، ويكون محاطاً بزملاء مجرّب على التنافس معهم وعلى تلقي السخريات والتعليقات منهم، وإذا كان الطفل لا يملك الخبرة الكافية لمواجهة هذه التهكمات فإن ذلك سيؤثر عليه سلباً وتشكل لديه عقدة الخوف من المواجهة، بحيث يقل تقديره لذاته وينغلق على نفسه ويلجاً إلى العزلة، إضافة إلى كل هذا يكون الطفل دائم الانشغال بتحصيله الدراسي، وخوفه من الفشل والرسوب. (عبد العزيز، ٢٠١٩،

(١٠٧)

وستخلص الباحثة من خلال ما سبق من أسباب حول نشوء إضطراب القلق المعمم وترزايده لدى الأطفال ضعاف السمع، أن هذا الإضطراب لا ينشأ عن سبب واحد من هذه



الأسباب فقط، وإنما هو حصيلة لمجموعة من الأسباب الخاصة بالطفل، وبما يحيط به حيث أن تراكم هذه العوامل واحداً تلو الآخر، أو حدوثها في نفس الفترة كفيل بظهور الاضطراب خصوصاً إن لم يكن هناك تدخل علاجي مبكر.

### مصادر اضطراب القلق المعتم لـ الأطفال ضعاف السمع:

لقد اختلف علماء النفس في تحديد مصادر اضطراب القلق المعتم ومسبباته، فمن العلماء من يعتقد أن اضطراب القلق المعتم ينبع عن عوامل داخلية، أي داخل الطفل، ومنهم من يعتقد أنها عوامل خارجية ومنهم من يرى غير ذلك إلى أن اضطراب القلق المعتم من المشكلات الشائعة لدى الكثير من الأفراد، وبصورة متعددة، ولكنه يظهر دون سبب واضح وينتهي إلى عجز بالغ يعيق الطفل ويعرض صحته النفسية للخطر. (زайд، ٢٠١٦، ٣٧)

ويوجد خمسة مصادر لاضطراب القلق المعتم على النحو التالي:

- **الأذى أو الضرر الجسدي :** فالعديد من الأطفال يتملكهم الشعور بالقلق عندما تهددهم مواقف تتذر بالآذى والإيلام الجسدي.
- **الرفض أو النبذ :** فالخوف من رفض الآخر لنا، ومن أنه لا يبادلنا مشاعر المودة والحب، يجعلنا غير مطمئنين في المواقف الاجتماعية.
- **عدم الثقة :** حيث يعد نقص الثقة أو فقدانها سواء في أنفسنا أم في غيرنا عند خوض التجارب والمواقف والخبرات الجديدة مصدرًا لاضطراب القلق لاسيما إذا كان الطرف الآخر في هذه المواقف غير واضح فيما يتوقع منه أن نفعله.
- **التناقض المعرفي :** يؤدي تناقض الجوانب المعرفية كالإدراكات والأفكار كل منها مع الآخر، أو عدم اتساقها مع المعايير الاجتماعية إلى اضطراب القلق المعتم والشعور بعدم الارتياح.

- الإحباط والصراع : فالتوتر والقلق يعدان محصلة طبيعية لفشلنا سواء في إرضائنا لرغباتنا ودواجهنا وطموحاتنا أم في فض المواقف الصراعية. (Clark, & Beck, 2017, 421)

كما توجد بعض الأسباب الأخرى لاضطراب القلق المعمم من بينها ما يلي:

- الاستعداد الوراثي في بعض الحالات.
- الاستعداد النفسي الضعف النفسي العام والاحباطات والصراعات بين الدوافع والاتجاهات، والتوتر النفسي الشديد، والصدمات النفسية، والمخاوف الشديدة في الطفولة المبكرة، ومشاعر الذنب والنقص والعجز.
- مواقف الحياة الضاغطة، والضغوط النفسية الناجمة عن الضعف السمعي والبيئة المشبعة بعوامل الخوف والحرمان، وعوامل بيئية أسرية، كالتفكير والاضطراب الأسري. (شيهان، ٢٠١٧، ٨٤)

### النظريات المفسرة لاضطراب القلق المعمم

فسر أصحاب النظريات النفسية لاضطراب القلق المعمم تفسيرات مختلفة وقد أرجعواه إلى عوامل متعددة وفيما يلي عرض مختصر لبعض نظريات القلق في مدارس علم النفس المختلفة.

[١] **نظريّة التحليل النفسي:** يرى فرويد أن القلق هو إشارة أو إنذار لخطر قادم يمكن أن يهدد الشخصية، فقد قدم فرويد نظريتين في القلق حيث يرى في النظرية الأولى أن القلق ينشأ عن كبت الرغبات واحباطها ومنعها من الاشباع فتحول تلك الطاقة إلى قلق، ثم بعد ذلك عدل عن هذا الرأي في نظريته الثانية التي رأى أن القلق العصابي هو رد فعل لخطر غريزي داخلي يحدث عند رغبة الفرد في مواجهة اخطار خارجية. (Macleod & Rutherford, 2015, 1038)



وقد كان اهتمامه بظاهرة القلق من ناحيتين فمن الناحية الاولى يرى أن اعتماد الطفل الصغير على حب ورعاية والديه له يجعله مستهدفاً لقلق الانفصال فالمواقف التي يترك فيها وحيداً تعني غياب الشخص الذي يستمد منه الاحساس بالأمان والسند ، ومن ناحية أخرى يعتبر القلق نتاج صراع لاشعوري بين رغبات الهو والقيود المفروضة عليه بواسطة الانما والانا الاعلى . (البلاوي، ٢٠١٧، ١٤٥)

[٢] **النظرية السلوكية:** تنظر المدرسة السلوكية إلى اضطراب القلق المعمم على أنه سلوك متعلم من البيئة التي يعيش فيها الفرد تحت شروط التدعيم الإيجابي والتدعيم السلبي ، فعلماء المدرسة السلوكية لا يؤمنون بالدرازف اللاشعورية ، ورغم ما يوجد من اختلافات جوهرية بين المدرسة السلوكية ومدرسة التحليل النفسي ، إلا إنهم يشتركون في أن القلق يرتبط ب الماضي الإنساني ، وما واجهه أثناء هذا الماضي من خبرات ، وهما تتفقان أيضاً في أن الخوف والقلق كلاهما استجابة انفعالية من نوع واحد ، وأن الاختلاف بين الاثنين يكمن في أن الخوف ذو مصدر موضوعي يدركه الفرد ، في حين أن مصدر القلق أو سببه يخرج من مجال إدراك الفرد ، أي أن الفرد ليس واعياً بما يثيره القلق.

كما أن اضطراب القلق المعمم هو المكون المركزي للسلوك العصabi فالقلق هو تلك النماذج من الاستجابة التي تتشكل على وجه الخصوص جانبين لاستجابة الكائن العضوي للمثير المؤذن وهو مثير يحدث في الانسجة اضطراباً من نوع ينزع إلى استجابة التجنب ، كما رأى أن مصدر القلق ينطوي على علاقات بيئية كالعواصف والأماكن المزدحمة أو المغلقة ، ومن هنا نجد أن القلق من وجهة نظر المدرسة السلوكية عبارة عن استجابة اشتراطية لمثير لا يدعو للخوف أو القلق ولكن تكرار هذه الاستجابة يؤدي إلى تضمينها حسب الاستعداد الشخصي للفرد . (Goldbeck, 2018, 325)

[٣] **النظرية المعرفية السلوكية المعاصرة:** تقوم النظرية المعرفية على أساس أن الانفعالات التي يبديها الأفراد ، إنما هي ناتجة عن طريقتهم في التفكير ، ولهذا فهي ركزت على عدم

عقلانية التفكير وتشویش الواقع كأسباب أساسية للمرض النفسي، فالنظرية المعرفية ترفض ما تنادي به مدرسة التحليل النفسي من أن اللاشعور مصدر الاضطراب، وكذلك ما تنادي به المدرسة السلوكية، حيث يرى "Beck" أن ردود الفعل الانفعالية ليست استجابات مباشرة ولا تلقائية للمثير الخارجي وإنما يجرى تحليل المثيرات وتفسيرها من خلال النظام، المعرفي وقد ينبع عن ذلك عدم الاتفاق بين النظام الداخلي والمثيرات الخارجية مما يتسبب في الاضطرابات النفسية ومنها اضطراب القلق الاجتماعي.

ويرى علماء النظريات المعرفية إلى أن الاضطراب السلوكى؛ هو نمط من الأفكار الخاطئة أو غير المنطقية التي تسبب الاستجابات السلوكية غير التوافقية، وفيما يتعلق بنشأة واستمرار الاضطرابات النفسية عامة والقلق خاصة، فيعتبر نموذج بيك "أكثر النماذج المعرفية أصالة وتأثيراً حيث تمثل الصيغة المعرفية حجر الزاوية في نظرية" بيك ، فجميع الأفراد لديهم صبغ معرفية تساعدهم في استبعاد معلومات معينة غير متعلقة ببيئتهم، والاحتفاظ بمعلومات أخرى إيجابية.

وهذا يعني أن تعرض الإنسان للقلق يمكن تفسيره بأكثر من طريقة حتى للحالة الواحدة، كما يرى أن العمليات التي يقوم بها الشخص توجه نفسيا بالطرق التي يتوقع فيها الأحداث، على اعتبار أن عملية القلق ليست إلا عملية توقع وخوف من المستقبل (Streisand, 2020,332) .

يعتبر النموذج المعرفي عند (Beek) أكثر النماذج المعرفية لتقسيرات اضطراب القلق المعتمد؛ إذ يعتبر الخل في التفكير الواقعي هو المكون الأساسي لمرض القلق وتألف مظاهر الاضطراب الفكري المميزة لمريض القلق فيما يلي:

- أفكار متكررة عن الخطر : فمريض القلق هو دائماً في قبضة أفكار لفظية وصورية تدور حول حدوث وقائع مؤذية.



- نقص القدرة على "مجادلة الأفكار المخيفة": قد يشك المريض في معقولية هذه الأفكار، ولكن قدرته على التقدير الموضوعي وإعادة التقييم معاقة، ومهما بلغ هذا الشك، فإن الأرجحية عنده تظل في صف هذه الأفكار.

- تعميم المثير (المنبه): يتسع مجال المنبهات المثيرة للقلق؛ بحيث يمكن لأي صوت أو حركة أو تغير بيئي أن يدرك بوصفه خطراً. Kuan, 2014,

(128)

### التخخيص الفارقي للقلق المعتم لدی الأطفال:

#### [١] تشخيص القلق المعتم لدی الأطفال:

عملية تشخيص القلق تأتي نتيجة إطلاع وعلم بأعراض القلق من جهة ومن جهة أخرى بمصادر القلق، إلا أن مصدر القلق قد لا يتضح في كل حالة تعاني من الاضطراب وهذا يتوجب القيام باستقصاء لمعرفة هذا المصدر من خلال الطرق المختلفة كالتحليل، أو الإسقاط، فالتشخيص إذا لا يعتمد فقط على الأعراض الخاصة بالاضطراب لأن هذه الأعراض قد تتوارد عند الكثير من الحالات المرضية النفسية والجسمية أيضاً، كما لا يجب أيضاً استبعاد هذه الأعراض في عملية التشخيص. (Macleod & Rutherford, 2015)

(1041)

ولأن الإحساس بالقلق يكون مشتركاً بين الحالات العادية والمرضية أين يكون الاختلاف في الشدة والدرجة، وجب معرفة إذا ما كان اضطراب القلق يشكل الصورة الجوهرية أو الثانوية عند الحالة المرضية، لهذا إن وجود القلق كعرض رئيسي عند الحالة لا ينفي اشتراكه مع اضطراب آخر وارتباطه به ويشخص القلق المعتم حسب الدليل الأمريكي التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات العقلية (DSM4, DSM5) 2013, 115-116 وفقاً لظهور الأعراض التالية:

- فلق وانشغال زائد (توقع الخطر) يحدث أغلب الوقت ستة أشهر على الأقل، حول عدد من الحوادث، أو الأنشطة (مثل الإنجاز في العمل أو المدرسة).
- يجد الشخص صعوبة في السيطرة على الانشغال والقلق.
- يصاحب القلق والانشغال الزائد ثلاثة أو أكثر من الأعراض الستة التالية مع تواجد بعض الأعراض على الأقل معظم الوقت لمدة ستة أشهر.
- إحساس بالتوتر والضيق، وسهولة التعب والتركيز، الاستئثار الزائد للأحداث، والتوتر عصبي، وإضطراب النوم.(حنفي، ٢٠١٧، ١١٤)

وللتفرق بين القلق المعتم، والوسواس القهري يجب تحليل بنية الأفكار، ففي إضطراب الوسواس القهري ترجع الوساوس إلى ومضة، أو صورة ذهنية، تكون مصحوبة بأفعال قهيرية كوسيلة تعمل على خفض القلق، بينما يرجع القلق إلى نشاط لفظي داخلي، أما في إضطراب الضغوط التالية للصدمة، فإنه يوجد القلق لكن لا يشخص كقلق معتم في الحالة التي يحدث فيها القلق أثناء تطور إضطراب الضغوط التالية للصدمة. (Goldbeck, 2015, 239)

أما الفرق بين القلق المعتم والأنواع الأخرى من القلق كالخوف الاجتماعي فإنه يرجع إلى خوف نحو شيء معين وإلقاء الأحكام على الذات في وسط اجتماعي، والخوف من المرض فإنه يتمركز حول الخوف من الإصابة بمرض خطير، كما يجب التفرق بين إضطراب القلق المعتم، واضطراب التوافق الذي يكون فيه القلق استجابة إلى الأحداث المسببة للضغط، ولا يستمر أكثر من ستة أشهر بعد انتهاء الضغوط. (Jutta & Joachim, 2016, 496)

وتستنتج الباحثة إنه يجب التفرق أيضاً بين القلق المعتم والقلق غير المرضي، حيث أنه في القلق المعتم تصبحه هموم يصعب التحكم فيها، وتعيق أداء الطفل لوظائفه بشكل واضح مقارنة بهموم الحياة اليومية، فإن الطفل العادي يستطيع التحكم فيها، ويعالجها



بمرور الوقت، بالإضافة إن الهموم المصاحبة لاضطراب القلق المعتم تكون شاملة ومعممة، وتنسق بالضيق، وتندوم لمدة طويلة، وتأتي مبالغة، فكلما اتسعت ظروف الحياة زاد قلق الطفل منها بشكل كبير، في حين أن هموم الحياة اليومية لدى الأطفال العاديين لا تستدعي كل هذا القلق الزائد ولا تكون مصحوبة بأعراض جسمية ( كالتعب الشديد، والضجر الدائم، والشعور بالغضب، والاستثارة الشديدة).

### أعراض القلق المعتم لدى الأطفال ضعاف السمع:

يمكننا تقسيم أعراض القلق إلى ما يلي:

**[١] أعراض نفسية:** يظهر لدى الطفل توتر وانزعاج شديدين، ألم وضيق نفسي مع خوف دائم لا يعرف مصدره، وتأخذ مظاهر الخوف لديه أشكال متعددة، فيخاف من الأماكن المغلقة، ومن الأماكن المنسعة، ويختلف من الأمراض إذ أن الخوف من الأمراض يعتبر الأكثر شيوعاً، والخوف من الموت أيضاً حيث يأخذ مظاهر غريبة، كما أن الطفل يخاف من أن تتوقف عملية التنفس لديه، أيضاً يلاحظ عليه التهيج العصبي، ويظهر في التيقظ الدائم لأي حركة أو صوت عالي، فيقفر الطفل مثلاً عند سماعه لطرق عال، كما يعاني الطفل من الأرق ليلاً وصعوبة الدخول في النوم، والنوم المتقطع الذي تصحبه نوبات الفزع الليلي حيث يستيقظ الطفل على الكوابيس المزعجة. ( Stevenson, et al, 2016, 78)

**[٢] أعراض جسمية:** وتشمل ضعف عام ونقص في حيوية الطفل تعب وتوتر العضلات، سرعة نبضات القلب، سرعة التنفس مع نوبات التنهد والشعور بضيق الصدر، الإحساس بنقص الهواء، تتميل وببرودة في الأطراف، ارتعاش الأصابع وتعرق الكفين شحوب الوجه إرهاق الحواس الشعور بالتعب والإعياء لأقل مجهود يقوم به، إضطرابات في النوم والأكل، جفاف الفم والحلق.

**[٣] أعراض معرفية:** لاضطراب القلق المعتم أعراض معرفية تتمثل في الإدراك السيء للأحداث، إضطراب في الذاكرة، صعوبة في التركيز والانتباه الإدراك السيء للأحداث

وتقييمها السلبي، يكثر لدى الأطفال ضعاف السمع التفكير السلبي، والمفاهيم الخاطئة عن المواقف، يخاف من الموت، ومن المرض، ويختلف من الانطباعات السلبية التي تكون من قبل الآخرين، أفكاره التي تراوده لا يطبقها في الواقع، ولا يعني بذاته (Beck, & Greenberg, 2020, 171)

[٤] **أعراض سلوكية:** يلاحظ على الطفل ضعيف السمع هدوء غير طبيعي، فيضرب عن اللعب ويبدي سلوك التجنب والانعزال، والهروب ويبعد مهوما وغير مستمتع بالحياة، ولهذه الأعراض أو بالأحرى لها اضطراب كل تأثير سلبي واضح وجلي على حياة الطفل ويمس نواحي عديدة فيبدو الأطفال المصابين بالقلق المعمم غالباً مطيعين جداً ويسعون دائماً نحو الكمال، وهم في حالة نقد دائم لأنفسهم، كما يbedo تأثير القلق المعمم على الذات في تقييم الطفل لذاته، والتحدث إليها بطريقة أكثر سلبية، والمتضمن استحواذ فكرة الخوف من الأذى وتوقعاته السلبية"، غالباً ما يصر الأطفال على فعل الأشياء نفسها عدة مرات، مهما كانت هذه الأشياء بسيطة، لكي يتأكدوا أن عملهم قد أنجز على أكمل وجه، وهم يقومون بهذا الأداء التكراري لكي يتمكنوا من خلق خط دفاعي لأنفسهم لمواجهة التوتر، والقلق الدائم لديهم أثناء أدائهم لمهامهم أمام الآخرين. (ناجي، ٢٠٢١، ٨٤)

ويكون الطفل ضعيف السمع في حالة عصبية ويهتم بالأمور الصحية والعائلية دائم التوقع السيئ، ودائماً الاستثارة من أقل المؤثرات الداخلية أو الخارجية، وله ردود أفعال عصبية عنيفة وغير متناسبة مع حجم الحدث والموقف المقلق، هذا ما يجعل هؤلاء الأطفال يمررون بأوقات صعبة في محاولة إيقاف أو تهدئة القلق بداخلمهم، فيمكن أن يؤثر بالضرورة على أدائهم الدراسي أو سلوكهم العام بالإضافة إلى إحساسهم بعدم الأمان، فتتملّكهم الرغبة دائماً في الحصول على مشاعر الطمأنينة والأمان، وهذا يؤثر على نمو شخصيتهم، وعلاقتهم الاجتماعية فيظهر على الطفل الإنطواء والإنسحاب، تشّتت الانتباه وسرعة الاستثارة الانفعالية. (جلال، ٢٠١٧، ١٣٢)



وهذا ما أشارت إليه دراسة (Gould, 2017) إلى أن الطفل ضعيف السمع المصابة بالقلق المعمم يظهر لديه إضطرابات في علاقاته الاجتماعية، ووظائف التكيف مقارنة بالأطفال الآخرين، وأيضاً إضطراب في تقدير الذات وتراجع كفاءاته المدرسية، ويكون كثير التوقعات السلبية، ولديه استخفاف بمهاراته الاجتماعية، وهذا ما يخلق للطفل إعاقات في مواجهة حياته اليومية بمختلف مجالاتها، وإن لم يكن هناك تدخل علاجياً مبكراً فإن حالة الطفل ستتأزم وتنتطور نحو الأسوأ، فإن تحديد الفنون والتقنيات العلاجية الملائمة لسن الطفل وأضطرابه هي من المشكلات التي تواجهنا على المستوى المعرفي والتطبيقي.

كما قام (الغامدي، ٢٠١٧) بدراسة هدفت إلى فعالية برنامج علاجي معرفي سلوكي في خفض إضطرابات القلق والرهاب الاجتماعي لدى الأطفال ضعاف السمع بالطائف من خلال دراسته طبق برنامجاً علاجياً على عينة مكونة من ١٢ طفلاً من ضعاف السمع يعانون من إضطرابات القلق المعمم ، وأسفرت نتائج الدراسة عن فعالية البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي .

كما أشارت دراسة (الجلبي، ٢٠١٨) التي هدفت إلى التعرف على مدى فعالية التدريب على الاسترخاء في خفض مستوى القلق المعمم لدى الأطفال ضعاف السمع، وترواحت أعمارهم بين ١٣-٨ سنوات، واستمر البرنامج العلاجي لثلاث أسابيع كما احتوى على ستة جلسات علاجية، وكشفت نتائج الدراسة عن وجود فروق دالة إحصائياً بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على القياس البعدى للقلق المعمم لصالح المجموعة التجريبية الأطفال ضعاف السمع.

ودراسة عزاري (٢٠١٩) التي هدفت إلى استخدام فنون السيكودراما في علاج بعض المشكلات النفسية (العدوان التجنب، القلق المعمم ) لدى الأطفال ضعاف السمع، على عينة من ١٠ أطفال من ضعاف السمع تراوحت أعمارهم ما بين ١٠-٧ سنوات وأسفرت نتائج الدراسة عن فعالية السيكودراما في علاج العدوان، والتجنب وعلاج القلق المعمم.

ودرسة (بلميوب، ٢٠١٩) التي هدفت إلى التحقق من فعالية برنامج علاجي معرفي سلوكي للفقد العام لدى الأطفال ذوي الإعاقة السمعية، وضعت الباحثة خطة علاجية معرفية سلوكية تتنوع فيها عدة تقنيات كالاسترخاء ومهارة تأكيد الذات، وإعادة البناء المعرفي وحل المشكلات، والتدريب على كيفية اتخاذ القرارات بعد أربعة أشهر من العلاج كشفت النتائج عن تحسن الأطفال ذوي الإعاقة السمعية وانخفاض مستوى اضطراب الفقد العام .

ودرسة (Ladouceur, 2019) والتي هدفت تحديد الأعراض المصاحبة لاضطراب الفقد المعمم لدى الأطفال ضعاف السمع بالمدرسة الابتدائية، وأظهرت النتائج أن هؤلاء الأطفال أبدوا مجموعة من الأعراض حسب مراحلهم العمرية وحسب جنسهم أجملها في: توتر وقلق، وعدم القدرة على الاسترخاء وتهيئة النفس تكون مصحوبة بصعوبة في النوم، بالرغم من التعب الواضح، صعوبة في التركيز، وال الحاجة الشديدة إلى الاطمئنان، وأعراض جسمية، تعب، وآلام مختلفة لا أساس لها من الصحة، انخفاض في تقدير الذات، كما أن لديهم صورة سلبية عن أنفسهم، وشك حول قدراتهم في المواجهة أثناء المواقف الصعبة.

وتنخلص الباحثة مما سبق أن إضطراب الفقد المعمم لدى الطفل ضعيف السمع له تأثير واضح على الحياة اليومية للطفل لما أثبتته الدراسات من وجود تأثير سلبي يمس الجانب النفسي والشخصي والاجتماعي للطفل لما يسببه من آلام نفسية، واستثنارة انفعالية لأقل المثيرات.

### ثالثاً: العلاج المعرفي السلوكي

#### العلاج المعرفي السلوكي:

العلاج المعرفي السلوكي هو استبدال طرق التفكير السلبي بأخرى أكثر دقة وبنائية، وتفاؤلاً تؤدي إلى العمل الفعال، والتفكير العقلي، ومواجهة الإحباط، والرغبة في الحياة،



وتقوی مهارات التفكير الفعال، والعمل البناء، والتعرف على السلوكيات المحبطة، وطرق تغييرها. (Unger, 2018, 90)

يُعرف بأنه أحد التيارات الحديثة التي تهتم بصفة أساسية بالعلاج من خلال الإهتمام بالإتجاه المعرفي للأضطرابات النفسية والتي من بينها اضطراب القلق العام، وتوظيف الإستراتيجيات المعرفية السلوكية لخفيض القلق ويقوم هذا النوع من العلاج بإقناع الطفل أن معتقداته غير المنطقية، وأفكاره السلبية وعباراته الذاتية الخاطئة هي التي تحدث ردود الفعل الدالة على سوء التكيف، بهدف تعديل الجوانب المعرفية المشوهة، والعمل على أن يحل محلها طرقاً أكثر ملائمة للتفكير، من أجل إحداث تغييرات معرفية وسلوكية ووجودانية.

(باشا، ٢٠١٦، ٩٣)

والعلاج المعرفي السلوكي هو مجموعة من الجلسات العلاجية التي يمر بها الطفل تقدم له فيها الوحدات المتتابعة المبنية في ضوء التعلم لإتقان المكونة من تدريبات متعددة في ضوء خطة زمنية مرنّة، يقوم على التشخيص الدقيق ويهدف إلى إزالة الصعوبات التي تواجه الأطفال والتحكم في النشاط الزائد وهو مبني على أسس وشروط محددة تتضمن أهداف ومحتوى تلك الوحدات وأساليب ووسائل تعليمية. (مقدادي، ٢٠١٧، ٦٦)

#### أهداف العلاج المعرفي السلوكي للطفل ضعيف السمع:

- الجانب العقلي المعرفي: تخليص الطفل من المعتقدات الخاطئة وإعادة البنية المعرفية بصورة أفضل تمكنه من التعامل الإيجابي والمناسب قبل اصدار السلوك المناسب في المواقف المختلفة.
- الجانب الانفعالي: تحرير الطفل من القلق والمخاوف التي تسببها له أحاديثه الذاتية عن نفسه ومن الأشخاص والمواقف.

- الجانب السلوكى: التدريب على تأمل وفحص الأفكار والمعانى والمعتقدات ومناقشتها من خلال حواره من المعالج وحواره الداخلى ليتعرف على ردود فعله، واستحضار المهارات المتوافقة التى تساعد على انتاج السلوك المرغوب.
- الجانب الاجتماعى: تخليص الطفل من الأفكار الخاطئة والمعتقدات السلبية عن الأشخاص مما يساعد على إعادة الصور الصحيحة عن نفسه والمجتمع وتمكنه من تكوين علاقات ايجابية مع الآخرين. ( Rush, & Beck, 2017, 2168)

#### فنيات وأساليب العلاج المعرفي السلوكى:

تنقسم فنيات العلاج المعرفي السلوكى إلى ثلاثة أقسام :

- فنيات معرفية: مثل المراقبة الذاتية، التعليم الذاتي، التلفظ الذاتى، وفنيات البناء المعرفي.
- فنيات انفعالية: مثل النمذجة، لعب الأدوار، الحوار والمناقشة، وتكلفة الإستجابة.
- فنيات سلوكية: مثل الإسترخاء العضلى، القصص، الواجبات المنزلية، التمثيل، الإشراط الإجرائى كالتعزيز والعقاب، التحسين التدريجى وغيرها. (شقيق، ٢٠١٨، ٢١٥)

**[١] التجاهل:** Ignoring ويقصد بهذه الفنية تجاهل بعض جوانب السلوك المزعجة وخاصة إذا كانت غير ضارة بشكل مباشر، فإن هذا التجاهل سيؤدي إلى اختفائها تدريجياً، ومن الأمثلة على أنواع السلوك التي يمكن علاجها بتجاهلها: البكاء المستمر - العزوف عن الطعام - الشكاوى المرضية العابرة - وكذلك أنواع السلوك التي تصدر للمرة الأولى مثل: قضم الأظافر، نتف الشعر، تحطيم شيء عفوي. (الرافعى، ٢٠١٩، ١١٤)

**[٢] الإسترخاء:** Relaxation يعرف الإسترخاء بأنه حالة خالية من التوتر تتوقف فيها الصراعات الداخلية، وكذلك مشاعر القلق، والغضب، والخوف المزعجة، وتنتشر فيها حالة



من الهدوء ويقصد بتدريب الاسترخاء الممارسة المنتظمة لواحدة أو أكثر من مجموعات تدريبات الاسترخاء، والتي تتضمن في أغلب الأحيان مزيجاً من التنفس العميق وإرخاء العضلات وتقنيات التخيل، والتي ثبت أنها تعمل على إزالة الشد العضلي الذي يخترنـه الجسم خلال أوقات الضغوط. وقد لوحظ خلال تدريبات الاسترخاء انخفاض ضربات القلب، وسرعة التنفس، وضغط الدم، والشد العضلي، وسرعة الأيض، واستهلاك الأكسجين، وقابلية الجلد لتوصيل التيار الكهربائي على الجانب الآخر، فقد ازداد تردد موجات ألفـ والتي ترتبط بوجود الطفل في حالة من الهدوء والاستقرار، وتعد كل حالة من هذه الحالات الجسدية نقضاً لاستجابات التي يثيرها القلق والخوف. (الشرقاوي، ٢٠١٨، ٧٣)

كما أن الاسترخاء يستخدم في خفض التوترات المرتبطة بكل من: القلق، والضغط، والغضب، وهو حالة من الاستسلام يكون فيها الطفل متوقفاً عن العمليات الطبيعية للجسم والعقل، وتتضمن هذه الفنية: التنفس الباطني العميق، وذلك كرد فعل لإذلال الجسم، وزيادة تركيز المعلومات الأساسية أثناء المواقف الضاغطة، بالإضافة إلى استرخاء باقي مناطق الجسم، وكلما كان الاسترخاء عميقاً، ومركزاً كان أسلوباً ناجحاً من الأساليب المضادة للإفعالات السلبية التي من أهمها القلق والغضب. (أبو سريع، ٢٠١٨، ٣٤)

[٣] **التدعم أو التعزيز:** Reinforcement هو تقديم نوع من الإثابة ( ويسمى معزز أو مدعم ) عقب حدوث استجابة معينة مرغوبة مما يزيد من احتمال حدوثها مرة أخرى مثل كلمات المديح والتشجيع والإثابة المادية أو المعنوية، وقد يكون التدعم إيجابياً أو سلبياً.

والتعزيز دوراً هاماً في اكتساب السلوك Acquisition of behavior والتعلم، وأى سلوك يتكرر - ملائم أو غير ملائم - يمكن تعزيزه بطريقة أو بأخرى، وقد يكون التعزيز موجباً وهو يحدث حين يستخدم المعلم مثيراً مكافئاً ليحفز سلوكاً فعلاً ما، وقد يكون

التعزيز سالباً ويتضمن اقصاء الأطفال عن مثير غير سار إذا أدوا السلوك المرغوب بشكل ملائم. (غانم، ٢٠١٨، ٢١٤)

[٤] التحسين التدريجي: **Systematic Desensitization** قد يكتسب الطفل سلوكاً غير سوي مثل الخوف يكون مرتبطاً لديه بحادثة، فيتم أولاً التعرف على المثيرات والمنبهات التي تستثير لدى الطفل هذه الاستجابات الشاذة غير السوية، ثم تعرض هذه المنبهات المثيرة للخوف بشكل متكرر وتدرجي في نفس الوقت والمريض في حالة استرخاء وبالتالي لا يحدث لديه استجابة خوف شديدة كما كانت من قبل، ومع استمرار التكرار والتدرج في الشدة، حتى يتم الوصول إلى حدوث المستويات العالية من شدة المثير لا تحدث الاستجابة الشاذة التي كانت تحدثها من قبل. (الشناوي، ٢٠١٧، ١٢٩)

[٥] إعادة البناء المعرفي: **Cognitive Reconstructing** يهدف أسلوب إعادة البناء المعرفي إلى تصحيح المعتقدات، وهو أحد أهم أساليب التدخل النفسي المعرفي وهو والإتجاهات المضطربة وظيفياً والتي تؤدي إلى الإضطراب النفسي، والسلوك الناتج عن خبرات ومعارف خاطئة، ويقوم هذا الأسلوب أيضاً باستبدال المعرفات الخاطئة بأخرى صحيحة.

[٦] التحكم الذاتي: **Self Control** هو إفراز أنشطة إيجابية وتحديد أهداف طويلة المدى، ثم العمل علىأخذ خطوات تجاه هذه الأهداف من أجل تحقيقها، ويتضمن مجموعة عمليات يمكن لفرد من خلالها أن يغير أو يعدل من ظهور الاستجابة في وجود أو غياب التدعيم الخارجي للاستجابات (عسکر، ٢٠١٧، ٢٧٨)



### مميزات العلاج المعرفي السلوكي:

من أهم مزايا العلاج المعرفي السلوكي كما حددها (Ellis):

- يستخدم فنون سهلة مبسطة مثل القدرة على الاقتراح والإقناع بما يناسب عقله ومنظمه.
- يسعى للكشف عن الأفكار السلبية والمعتقدات اللاعقلانية التي تكمن وراء العصاب ومحاجتها.
- يسعى لتغيير فكرة الطفل عن نفسه، وفحص ما يقوله لنفسه داخلياً، ويعده، ويحل محله الفكرة الصحيحة.
- يعتبر أسلوباً مثالياً للتغيير المعتقدات غير العقلانية وغير المنطقية وإبدالها بأخرى عقلانية ومنطقية.
- يحسن الطفل ضد الأفكار غير العقلانية الأخرى التي يحتمل أن يتعرض لها مستقبلاً، ويكتسبه أفكاراً عقلانية ومهارات اجتماعية ونفسية جديدة (الدخيل، ٢٠٢٠، ٦٤)

### فروض البحث

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي في مقاييس اضطراب القلق المعتم لصالح القياس البعدى.
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدى والتبعي (بعد مرور شهر من إنتهاء تطبيق البرنامج) في مقاييس اضطراب القلق المعتم.

## الإجراءات المنهجية للبحث

### أولاً: منهج البحث

استخدمت الباحثة في البحث الحالي المنهج شبه التجريبي حيث استهدف البحث الحالي خفض حدة اضطراب القلق المعتمد لدى الأطفال ضعاف السمع من خلال برنامج قائم على العلاج المعرفي السلوكي، وقد استخدمت الباحثة التصميم شبه التجريبي ذو المجموعة الواحدة وقياس قبلي وبعدي ويعد التصميم شبه التجريبي ذو المجموعة الواحدة من أكثر التصميمات التي تتناسب طبيعة البحث الحالي وعيته.

ومن ثم يعتمد البحث الحالي على المنهج شبه التجريبي Quasi Experimental ذو المجموعة الواحدة القائم على تصميم المعالجات "القبلية والبعدية" لمتغيرات البحث وهي كالتالي:

- المتغير المستقل ويتمثل في: برنامج قائم على العلاج المعرفي السلوكي
- المتغير التابع ويتمثل في: اضطراب القلق المعتمد.
- المتغيرات الدخلية: وهي المتغيرات التي قامت الباحثة بضبطها حتى لا تتدخل في النتائج وهي العمر والذكاء والقياس قبلي لقياس اضطراب القلق المعتمد.

لذلك فقد اعتمدت الباحثة في هذا البحث على استخدام التصميم التجريبي ذو المجموعة الواحدة، وذلك لكونه مناسباً لحجم العينة التي استطاعت الباحثة الوصول إليها.



### ثانياً عينة البحث:

انقسمت عينة البحث إلى :

#### عينة البحث الاستطلاعية:

هدفت الدراسة الاستطلاعية إلى الوقوف على مدى مناسبة الأدوات المستخدمة لمستوى أفراد العينة والتأكد من وضوح تعليمات الأدوات، والتأكد من وضوح البنود المتضمنة في أدوات البحث والتعرف على الصعوبات التي قد تظهر أثناء التطبيق والعمل على تلاشياها والتغلب عليها، إلى جانب التحقق من صدق وثبات أدوات البحث. ولتحقيق هذه الأهداف قامت الباحثة بتطبيق أدوات البحث على عينة استطلاعية روعي عند اختيارها أن يتواافق فيها معظم خصائص العينة الأساسية للبحث. وقد تكونت عينة الدراسة الاستطلاعية من (٣٠) طفلاً من ضعاف السمع. ومن تراوحت أعمارهم بين (٥-٧) سنوات.

#### عينة البحث النهائية (الأساسية):

تكونت عينة البحث النهائية من (١٠) أطفال من ضعاف السمع، وترواحت أعمارهم ما بين (٥ - ٧) سنوات، والذين تم اختيارهم من (مدرسة الأمél للصم وضد عاف السمع)، بمدينة دمنهور - محافظة البحيرة. وفقاً للأسس التالية:

**أسس اختيار العينة:** تم اختيار العينة وفقاً للخصائص التالية:

- أن يحصل الطفل ضعيف السمع على درجات منخفضة في مقياس اضطراب القلق المعمم.

- أن يكون الطفل من ضعاف السمع وفقاً لتصنيف المدرسة والسجلات الموجودة بها، وتكون درجة سمعه من (٤٠ - ٦٩ ديسيل).

- أن تكون درجة ذكاءه بين (٩٠ - ١١٠) على مقياس ستانفورد بينيه للذكاء.

- ألا يعاني الطفل ضعيف السمع من أي إعاقات جسمية أو عقلية أو انفعالية أو حسية غير ضعف السمع.

- أن يوافق الطفل وأسرته على الاشتراك في البرنامج وأن ينضم في جلسات البرنامج.

**أولاً:** قامت الباحثة بحساب التجانس بين متوسطات الأطفال في العمر الزمني والذكاء باستخدام اختبار كا ٢ والناتج موضحة في جدول (١)

دالة الفروق بين متوسطات درجات الأطفال من حيث العمر الزمني والذكاء (ن=١٠)

حدود الدلالة		درجة حرية	مستوى الدلالة	٢١	الاتحراف المعياري	المتوسط	المتغيرات
٠,٠٥	٠,٠١						
١٣,٠٦٧	١٨,٤٧٥	٦	غير دالة	٩,٤٦٧	١,٥٩	٦٤,٠٦	العمر الزمني
١٢,٦٩١	١٨,٩١٢	٦	غير دالة	٣,٣٢٢	١,٩٢	١٠٢,٣٠	الذكاء

يتضح من جدول (١) عدم وجود فرق دالة إحصائياً بين متوسطات الأطفال من حيث العمر الزمني والذكاء مما يشير إلى تجانس الأطفال داخل المجموعة التجريبية

**ثانياً: التجانس في أبعاد اضطراب القلق المعتم:**

كما قامت الباحثة بحساب التجانس بين المجموعة في أبعاد مقياس اضطراب القلق المعتم - لدى المجموعة التجريبية والتي يبيّنها جدول (١).



**متوسطات الرتب ومجموع الرتب وقيمة (Z) ودلالتها للتجانس بين المجموعة  
(التجريبية) في مقياس اضطراب القلق المعمم وأبعاده**

مستوى الدلالة	قيمة Z	قيمة مان ويتي	مجموع الرتب	متوسط الرتب	الانحرافات المعيارية	المتوسطات	المجموعة	الأبعاد
غير دالة	-0,118	٤٨,٥٠	١٠٦,٥٠	١٠,٥٦	١,٤١	٣٤,٠٠	التجريبية	المواقف الاجتماعية
غير دالة	-0,٥١١	٤٣,٥٠	٩٨,٥٠	٩,٨٥	١,١٩	٣١,٩٠	التجريبية	التواصل مع الآخرين
غير دالة	-0,٥٠٦	٤٣,٥٠	٩٨,٥٠	٩,٨٥	١,٦١	٢٨,٨٠	التجريبية	المخاوف الصحية
غير دالة	-0,١٥٥	٤٨,٠٠	١٠٣,٠٠	١٠,٣٠	١,٥٦	٣١,٣٠	التجريبية	الأعراض النفس - جسدية
غير دالة	-0,٦٨٤	٤١,٠٠	٩٦,٠٠	٩,٦٠	٤,٦٨	١٥٥,٨٠	التجريبية	الدرجة الكلية

يتضح من جدول (١) عدم وجود فروق بين المجموعة التجريبية في أبعاد مقياس اضطراب القلق المعمم وهو ما يظهر بوضوح من خلال مقارنة المتوسطات والانحرافات المعيارية في القياس القبلي وهو ما يؤكد على تجانس المجموعة.

وبعد تطبيق الباحثة الاشتراطات الخاصة باختيار العينة تكونت عينة البحث الأساسية: من (١٠) أطفال أعمارهم من (٧ - ٥) سنوات.

### ثالثاً: أدوات البحث

- مقياس ستانفورد بيبيه للذكاء الصورة الخامسة.
- مقياس اضطراب القلق المعمم (إعداد الباحثة).
- برنامج قائم على العلاج المعرفي السلوكي (إعداد الباحثة).

## [١] مقياس ستانفورد بينيه للذكاء الصورة الخامسة (تقنين وتعريب، صفوت فرج (٢٠١٦،

الهدف من المقياس : يهدف مقياس ستانفورد بينيه بصورته الخامسة إلى تقديم صورة متكاملة عن القدرة العقلية للفرد (الذكاء) بصورتيه اللغظي وغير اللغظي كما يقدم تقريراً مفصلاً عن القدرات المعرفية المختلفة للفرد من حيث جانب القوة والضعف بها (فيما يعرف بالصفحة المعرفية)، مما يساعد الفرد أو ولد أمره للوقوف على إمكانات الفرد وقدراته الفعلية وبالتالي يمكن استخدام النتائج في مجالات متعددة كوضع البرمج العلاجية والارشادية أو التوجيه المهني وغيرها من الأغراض.

**الخصائص السيكومترية للمقياس:** وقد تم تقنين هذه الصورة على (٤٨٠٠) فرداً تتراوح أعمارهم ما بين (٢) إلى (٨٥) عاماً في الولايات المتحدة الأمريكية وقد كانت معاملات الثبات مرتفعة وتراوحت ما بين (٠,٩٥) إلى (٠,٩٨) للدرجة المركبة و (٠,٩٠) إلى (٠,٩٢) للعوامل، وما بين (٠,٨٤) إلى (٠,٨٩) للاختبارات الفرعية، كما تم حساب معاملات الصدق مع الصورة (ل- م) والصورة الرابعة من نفس المقياس ومقاييس وكسيلر .Wppsl- R. Walslll. Wlat ll. Wisclll.

وقد اقتبست الصورة الخامسة إلى العديد من لغات العالم، وقام صفوت فرج (٢٠١٦) ومجموعة من الباحثين المتميزين بتعريب وتقنين الصورة الخامسة من مقياس ستانفورد بينيه للذكاء على عينة ممثلة للمجتمع المصري بلغت قوامها ما يقرب من (٣٦٠٠) فرد من كافة الأعمار من سن سنتين وحتى أكثر من ثمانين عاماً.

**الخصائص السيكومترية للمقياس في البحث الحالي:**

**أولاً: الصدق:**

قامت الباحثة في البحث الحالى بإستخدام صدق المحك الخارجى وذلك بحساب معامل الارتباط بين أداء عينة من (٣٠) طفلاً على المقياس وأداؤهم على مصفوفات رافن



حيث بلغ معامل الصدق (٠,٧٧٧) وهو دال إحصائياً عند مستوى (٠,٠١) مما يؤكّد على صدق الاختبار وصلاحته للاستخدام في البحث الحالي.

ثانياً: الثبات: كما قامت الباحثة بحساب معامل الثبات باستخدام ثبات إعادة التطبيق على (٣٠) طفلاً بفارق زمني قدره شهر وبلغ معامل ثبات إعادة التطبيق (٠,٧٦٤) وهو معامل ثبات مرتفع يعزز الثقة في المقياس.

الثبات: قامت الباحثة بحساب معامل الثبات باستخدام ثبات إعادة التطبيق على (٣٠) طفلاً بفارق زمني قدره شهر وبلغ معامل ثبات إعادة التطبيق (٠,٧٢٨) وهو معامل ثبات مرتفع يعزز الثقة في الاختبار.

## [٢] مقياس اضطراب القلق المعتمم: إعداد الباحثة:

[أ] مبررات تصميم المقياس: هناك العديد من الأسباب التي دعت إلى تصميم المقياس منها قلة وجود المقاييس المستخدمة لقياس اضطراب القلق المعتمم لدى الأطفال وفضيل الباحثة تصميم مقياس خاص بها للاستخدام في البحث الحالي.

[ب] إجراءات إعداد وتصميم المقياس: تتكون عملية إعداد وتصميم المقياس المصمم للبحث الحالي من (٥) خطوات كل خطوة من هذه الخطوات تشقق من الخطوة التي تسبقها وتتمهد للخطوة التي تليها، حتى تترابط جميع الخطوات ويصبح العمل متكملاً وفي صورته النهائية.

### الخطوة الأولى: الاطلاع على المقاييس المشابهة

اطلعت الباحثة على ما أتيح لها من إطار نظري ودراسات سابقة وبحوث ومراجعة عربية وأجنبية والأراء والنظريات المتعلقة بموضوع البحث ومقاييس واختبارات التي تناولت اضطراب القلق المعتمم للأطفال من أجل التعرف على طرق والأدوات المستخدمة في قياس اضطراب القلق المعتمم والاستفادة من المقاييس العامة في صياغة العبارات وذلك وفقاً للخطوات التالية:

- الإلقاء على الدراسات السابقة ذات الصلة بموضوع البحث وتحليل النظريات والتعرifات التي تناولت اضطراب القلق المعمم لدى الأطفال.

كما قامت الباحثة بالاستفادة من الدراسات والبحوث السابقة العربية والأجنبية والمرتبطة به، وكذا الاستفادة من المعلومات الموجودة على شبكة الإنترنت عن اضطراب القلق المعمم كما قامت الباحثة بالاستفادة من بعض الاختبارات والمقاييس العربية والأجنبية التي أتيحت للباحثة وتناولت اضطراب القلق المعمم، أو التي تضمنت بنود أو عبارات قد تسهم في بناء مقياس البحث الحالي.

### **الخطوة الثانية: الأسس الفلسفية والنفسية لتصميم المقاييس:**

راعت الباحثة طبيعة عينة البحث وما تواجهه من صعوبات وكذا القائمين على رعايتهم، كما حاولت أن يكون المقياس بسيط في محتواه ويعبر عن الامكانيات الحقيقة لهذه الفئة، كما راعت أن يكون عدد العبارات وطول المقياس ودقة عباراته، وسعت الباحثة في صياغة العبارات في صورتها الأولية أن تكون سهلة، واضحة، وقصيرة، ولا تحمل أكثر من معنى وأن تقيس ما وضعت لقياسه دون غموض وأن تعبر عن وجهات النظر المختلفة، وأن تكون الاستجابة مفيدة وقصيرة.

### **الخطوة الثالثة: صياغة بنود المقياس:**

بعد إلقاء الباحثة على المقاييس السابقة والإطار النظري واللقاءات والمقابلات التي عقدتها الباحثة مع الأطفال ضعاف السمع وعلميهم، قامت الباحثة بتحديد بنود المقياس وصياغة بنود المقياس: وفقاً لمكونات اضطراب القلق المعمم، وقامت الباحثة ببناء الصورة المبدئية لمقياس اضطراب القلق المعمم ويتألف المقياس من ٤٠ عبارة.

### **طريقة التصحيح وحساب الدرجات**

بعد اجراء الباحثة للخصائص السيكومترية للمقياس أصبح المقياس في صورته النهائية مكون من (٤٠) عبارة موزعة على الأبعاد الأربع للقياس واعتمدت على مفتاح



تصحيح ثلاثي بحيث تتراوح الدرجة الكلية للمقياس من (٤٠) إلى (١٢٠) وتشير الدرجة المرتفعة إلى ارتفاع مستوى اضطراب القلق المعمم بينما تشير الدرجة المنخفضة إلى إنخفاض مستوى اضطراب القلق المعمم.

#### الخطوة الرابعة: حساب الخصائص السيكومترية للمقياس:

**أولاً: الصدق:** استخدمت الباحثة عدة طرق للتتأكد من صدق مقياس اضطراب القلق المعمم منها. وذلك على النحو التالي:

قامت الباحثة في البحث الحالى بإستخدام صدق المحك الخارجى وذلك بحساب معامل الارتباط بين أداء عينة من (٣٠) طفلاً على المقياس وأداؤهم على مقياس اختبار سمة القلق إعداد Spielberger : للأطفال، وقام بترجمته وإعداده للبيئة العربية (عبد الرقيب البحيري، ٢٠١٧)، حيث بلغ معامل الصدق (٠,٧٦٨) وهو دال إحصائياً عند مستوى (٠,٠١) مما يؤكد على صدق الاختبار وصلاحته للاستخدام فى البحث الحالى.

قامت الباحثة الحالية بحساب الخصائص السيكومترية للمقياس على النحو التالي:

**أولاً: معاملات الإرتباط:** تم تطبيق المقياس على عينة الدراسة الاستطلاعية وذلك لحساب معامل الارتباط بين درجة كل مفردة، وبعد الذي تنتهي إليه تلك المفردة، ويوضح جدول (١٢) معاملات الارتباط بين المفردة والبعد الذي تنتهي إليه:

### جدول (٣) معاملات الارتباط بين درجات كل مفردة والدرجة الكلية للبعد الذي تنتهي إليه (ن = ٣٠)

معامل الارتباط	م						
**.٦٦٠	١	**.٦٦٠	١	**.٤٨٩	١	**.٥٣١	١
**.٤٧٨	٢	**.٦٤٣	٢	**.٦٤٣	٢	**.٧٤١	٢
**.٥٨٤	٣	**.٦٤٦	٣	**.٤٧٥	٣	**.٦٧٦	٣
**.٦٠٥	٤	**.٧١٠	٤	**.٧٤٥	٤	**.٧٥٠	٤
**.٦٢٨	٥	**.٥٩٩	٥	**.٦٩٨	٥	**.٥٩٩	٥
**.٦٣٩	٦	**.٦٦٠	٦	**.٥٨٥	٦	**.٦١٦	٦
**.٥٠٩	٧	**.٦٤٣	٧	**.٥٩٤	٧	**.٦٦٥	٧
**.٥٢٠	٨	**.٥٦٥	٨	**.٦٢٥	٨	**.٥٢٣	٨
**.٥١٦	٩	**.٥٣٩	٩	**.٥٤١	٩	**.٦٢٤	٩
**.٦٠٨	١٠	**.٥١٢	١٠	**.٥٣٠	١٠	**.٤٩٥	١٠

يتضح من جدول (٣) أن قيم معاملات الارتباط تراوحت بين (٠٠٤٧٥، ٠٠٧٥٠)، وأن هذه القيم مقبولة.

**الثبات:** قامت الباحثة بحساب ثبات مقياس اضطراب القلق المعمم باستخدام الطرق التالية:

-**معادلة ألفا كرونباخ:** وذلك على عينة بلغت (٣٠) من المفحوصين، وذلك لأن المقياس على متدرج ثلاثي ومن ثم يصلح هذا النوع من أنواع معادلات حساب الثبات وكانت النتائج كما هي ملخصة في جدول (٤)

### جدول (٤) معاملات الثبات بطريقة ألفا كرونباخ ن = ٣٠

ألفا كرونباخ	الأبعاد
.٧٦٤	المواقف الاجتماعية
.٧٥٦	تجنب التواصل مع الآخرين
.٧٧٢	المخالف الصحية
.٧٥٤	الأعراض النفس - جسدية
.٧٩١	الدرجة الكلية



- طريقة إعادة التطبيق: قامت الباحثة بحساب معاملات ارتباط القياسيين اللذان تما بفارق زمني قدره أسبوعين على عينة الدراسة الاستطلاعية وكانت معاملات الارتباط كما هي موضحة في جدول:

جدول (٥) معاملات الثبات بطريقة إعادة التطبيق ن = ٣٠

الأبعاد	ألفا كرونباخ
الموافق الاجتماعية	.٠٧٨٣
تجنب التواصل مع الآخرين	.٠٧٦١
المخاوف الصحية	.٠٧٤٣
الأعراض النفس - جسدية	.٠٧٥٩
الدرجة الكلية	.٠٨٦٠

يتضح من الجدول السابق (٥) أن جميع معاملات ارتباط المقياس بين التطبيقين جاءت مرتفعة ومطمئنة للاستخدام في البحث الحالي.

(٤) برنامج قائم على العلاج المعرفي السلوكي لخفض حدة اضطراب القلق المعتمد لدى الأطفال ضعاف السمع. إعداد (الباحثة)

تم إعداد برنامج مخطط ومنظم قائم على فنيات العلاج المعرفي السلوكي لخفض حدة اضطراب القلق المعتمد لدى الأطفال ضعاف السمع وفقاً لمجموعة من الخطوات المحددة والمنظمة يستند في أساسها على النظريات التي راعت تعليم وتدريب الأطفال، هذا وقد مرت عملية إعداد البرنامج بالخطوات التالية:

- التخطيط العام للبرنامج.
- تحديد الأهداف العامة والإجرائية للبرنامج.
- تحديد محتوى البرنامج.
- أسس بناء البرنامج.
- اختيار الأنشطة والفنون العلاجية الملائمة للبرنامج.

### أهمية البرنامج:

- يسهم البرنامج في خفض اضطراب القلق المعتم لذى الأطفال ضعاف السمع.
- يساعد البرنامج الأطفال ضعاف السمع في خفض أعراض اضطراب القلق المعتم.
- يساعد البرنامج الأطفال على تنمية المهارات الاجتماعية، وخفض حدة المخاوف الصحية من خلال أساليب فنيات العلاج المعرفي السلوكي.
- يساعد البرنامج الأطفال ضعاف السمع على خفض أعراض تجنب التواصل مع الآخرين.
- يساعد البرنامج الأطفال ضعاف السمع على خفض حدة الأعراض النفسية.
- يمكن الاستفادة من البرنامج من قبل العاملين في مجال الإعاقة السمعية والتربيبة الخاصة والطفولة.

### التخطيط العام للبرنامج:

تشمل عملية التخطيط العام للبرنامج على تحديد الأهداف العامة والإجرائية ومحفوتها العلمي والإجرائي كالاستراتيجيات والأساليب المتبعة في تنفيذه وتحديد المدى الزمني للبرنامج وعدد الجلسات ومكان إجراء البرنامج ومن ثم تقييم البرنامج ككل.

### الأهداف العامة من البرنامج:

خفض اضطراب القلق المعتم لذى الأطفال ضعاف السمع من خلال برنامج قائم على أساليب وفنيات العلاج المعرفي السلوكي.

### الأسس التي يقوم عليها بناء البرنامج:

راعت الباحثة في إعداد أنشطة البرنامج وفنياته العلاجية مجموعة من الأسس على الوجه التالي:



أسس عامة:

- مراعاة الخصائص المعرفية للأطفال ضعاف السمع.
- أن يحقق محتوى البرنامج الأهداف المرجوة منه.
- استخدام عبارات والفاظ وكلمات واضحة ومفهومه للأطفال ضعاف السمع.
- التدرج بالأنشطة المقدمة من السهل إلى الصعب بحيث يمكن الطفل من إدراك الهدف منها.
- أسس نفسية وتربيوية:
- التوعي في الأساليب والطرق المستخدمة في الأنشطة والممارسات العلاجية المعرفية السلوكية والتربوية للبرنامج حتى يمكن تميز الفروق الفردية بين الأطفال ضعاف السمع.
- تكرار التعليم حيث يحتاج الأطفال ضعاف السمع إلى التكرار لضمان إتقان المهارة التي هم بصدق تعلمها.
- توظيف الحواس واستخدامها بشكل سليم مما يؤثر بالإيجاب على التدريب على خفض حدة أعراض اضطراب القلق المعمم وتجنب التواصل الاجتماعي والمخاوف الصحية وخفض حدة الأعراض النفس - جسدية.
- الحرص على أن تقوم العلاقة بين الباحثة وعينة البحث من الأطفال ضعاف السمع في جو من الألفة، والمودة، والاحترام المتبادل من خلال تفهم الباحثة للأطفال، وردود أفعالهم، والاتجاهات المتوقعة منهم وتقبل ذلك كله مع التحلي بالصبر، والإنسان، والتعاطف، والاهتمام، ومحاولة تفهمهم، والتعامل معهم بمرونة، والتقدير الكامل للفروق الفردية بينهم، ومراعاة دعم ثقتهم في أنفسهم، وتعزيز فرص نجاح أدوارهم.

## الفنيات المستخدمة في البرنامج

**التعزيز :** يتوقف نجاح أو فشل أي برنامج على فاعلية وقوة المعززات المستخدمة. فكلما كان التعزيز قوياً أو مرغوباً لدى الطفل ضعيف السمع كان مستعداً للقيام بعمل أكبر من أجل الحصول عليه. وكلما كان مجال البرنامج أكثر اتساعاً.

ويمكن تعريفه على أنه الإجراء الذي يؤدي فيه حدوث السلوك إلى توابع إيجابية أو إزالة توابع سلبية، والتي يترتب عليه زيادة احتمال حدوث السلوك في المستقبل في المواقف المماثلة. وبناء على ذلك فإن التعزيز الإيجابي Positive Reinforcement هو عملية تتضمن تقديم مكافأة للطفل حين يمارس سلوكاً معيناً مرغوباً. على أن يكون ذلك عقب السلوك مباشرة، بما يؤدي إلى زيادة معدل حدوثه وتكراره في المستقبل، ولكي يطلق على المثير معزز إيجابي فلابد وأن يزيد هذا المثير معدل حدوث السلوك المستهدف أو مدةه أو شدته.

**النمذجة:** هي أسلوب تعليمي تقوم الباحثة بعرضه من خلال البرنامج لمساعدة الطفل ضعيف السمع على خفض حدة اضطراب القلق المعمم، كما يمكن استخدام هذا الأسلوب في تعليم وتطوير المهارات المختلفة الأخرى.

**لعب الدور:** تعد استراتيجيات لعب الدور من بين آليات التعلم الفعالة بما توفره من فرص مشاركة الأطفال ضعاف السمع للمواقف المختلفة إذا أتيحت لهم فرص التمثيل وتقصص الأدوار وممارسة المحاكاة والتقليد في إطار اللغة الشفاهية والتعبير الحركي الصادق. وهو بشكل مبسط شكل من أشكال السيكودrama، وفيه يقوم الأطفال بتمثيل أدوار بسيطة. (Blocher, 2017, 69)



## ثانياً: مصادر إعداد البرنامج:

اعتمدت الباحثة خلال إعدادها للبرنامج على عده مصادر، اطلاع الباحثة على المتاح من البرامج التي توضح استخدام أساليب التقييم التي صممت للأطفال ضعاف السمع بصفة عامة وأضطراب القلق المعم خاصه والدراسات السابقة التي تناولت برامج الأطفال ضعاف السمع، وما استطاعت الباحثة الاطلاع عليه من الكتب والمراجع العربية والأجنبية مما أسمهم في إعداد البرنامج الحالي منها: دراسة كلاً من (المؤمني، Abo Eikeseth, et al., 2017)، (البطاينية، وعرنوس، ٢٠١٧)، (Freitag, et al, 2018)، (Hinton, 2018)، Hamza, & Helal, 2018) .(Kitzerow, 2019)

- **محتوى البرنامج:** يرتبط اختيار المحتوى التعليمي المناسب في أي برنامج بالأهداف التي يسعى البرنامج إلى تحقيقها، ومن هنا تم اختيار مجموعة من الأنشطة المتنوعة (٤٢) نشاط معرفي للتدريب على خفض حدة أعراض اضطراب القلق المعم وتتجنب التواصل الاجتماعي والمخاوف الصحية وخفض حدة الأعراض النفس - جسدية. لدى الأطفال.

- **المدى الزمني ومحتوى البرنامج:** يتضمن البرنامج الحالي ٤٢ جلسة، بواقع اربع جلسات أسبوعياً، واستغرق تطبيقه (٣) أشهر. تم تطبيق برنامج البحث خلال الفترة ١ / ١٠ / ٢٠٢٢م حتى ١٥ / ١٢ / ٢٠٢٢م واستغرق فترة ثلاثة أشهر بواقع (١١) أسبوع بواقع (٤٢) جلسة.

تم التطبيق البعدى من الفترة ١٤ / ١٢ / ٢٠٢٢م ، ثم بعد شهر تم التتبعى ١٤ - ١٥ / ٢٠٢٣م ، تم تطبيق البرنامج المستخدم فـي البحث الحالى (بمدرسة الأمل للصم وضعاف السمع )، بمدينة دمنهور - محافظة البحيرة.

- إجراءات تطبيق البرنامج: قامت الباحثة قبل تطبيق البرنامج بإنهاء كافة التصريحات والموافقات الالزمة للتطبيق، وتجهيز المواد التعليمية والخامات الخاصة بالبرنامج، وبعد ذلك الشروع في تطبيق البرنامج حتى تقييمه، والتأكيد من فعاليته.

#### رابعاً: خطوات البحث

تم اجراء البحث وفقاً للخطوات التالية:

- مراجعة الاطار النظري والدراسات السابقة وتحديد الفروض الأساسية للبحث وطرق جمع البيانات المناسبة لهذه الفروض.

- إعداد وتجهيز أدوات البحث وقامت الباحثة بمراجعة الأدوات والدراسات السابقة علي الصعيد العربي والأجنبي حول اضطراب القلق المعتم لدى الأطفال ضعاف السمع وبناء علي هذه المراجعة قامت الباحثة ببناء مقياس اضطراب القلق المعتم لدى الأطفال ضعاف السمع.

- بناء البرنامج القائم على أساليب وفنين العلاج المعرفي السلوكي في ضوء الاطار النظري والدراسات السابقة والاطلاع علي عدد من البرامج التي صممت لهذه الفئة.

- تم حساب الخصائص السيكومترية للأدوات من صدق وثبات علي عينة البحث الاستطلاعية التي تمثل عينة البحث الأساسية.

- بعد الاطمئنان علي الخصائص السيكومترية للأدوات وسلامة البرنامج وصلاحيته لتحقيق أهدافه، تم التطبيق على المجموعة التجريبية.

- تم استخدام الأساليب الإحصائية المناسبة لاختبار فروض البحث.

- تم عرض النتائج وفقاً لفروض البحث، وتم تفسيرها في ضوء الإطار النظري والدراسات السابقة.



## خامساً: الأساليب الإحصائية المستخدمة

استخدمت الباحثة الأساليب الإحصائية لحساب الخصائص السيكومترية وإعداد أدوات البحث علاوة على استخدامها لإثبات صحة أو عدم صحة فروض البحث، وإيجاد ثبات وصدق المقاييس، ونتائج البحث بالاستعانة ببرامج الحزم الإحصائية SPSS المستخدمة في العلوم الاجتماعية، ومن أهم هذه الأساليب الإحصائية المستخدمة:

- اختبار ويلكوكسون لإشارات الرتب الدرجات المرتبطة Wilcox on Signed
- لحساب الفرق بين متوسطي رتب أزواج الدرجات المرتبطة Ranks Test
- المتوسطات والانحرافات المعيارية.
- معاملات الارتباط.
- معامل ثبات ألفا كرونباخ.

## عرض نتائج البحث ومناقشتها

### عرض نتائج الفرض الأول ومناقشتها:

نص الفرض الأول على أنه "توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي في مقياس اضطراب القلق المعتم لصالح القياس البعدي. وللحصول على صحة هذا الفرض استخدمت الباحثة اختبار ويلكوكسون (Wilcoxon test) للكشف عن دلالة واتجاه الفروق بين متوسطات رتب درجات القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية على مقياس اضطراب القلق المعتم.

### جدول (٦)

قيمة (Z) لمعرفة الفروق بين القياسين القبلي والبعدى لأبعد اضطراب الفلق المعمم والدرجة الكلية باستخدام معادلة ويلكوكسون

مستوى الدلالة	قيمة Z	مجموع الرتب	متوسط الرتب	العدد	الرتب	الأبعاد
٠,٠١	٢,٨٠٧-	٠,٠٠	٠,٠٠	٠	الرتب الموجبة	المواقف الاجتماعية
		٥٥,٠٠	٥,٥٠	١٠	الرتب السالبة	
				٠	التساوي	
				١٠	المجموع	
٠,٠١	٢,٨٢٥-	٠,٠٠	٠,٠٠	٠	الرتب الموجبة	تجنب التواصل مع الآخرين
		٥٥,٠٠	٥,٥٠	١٠	الرتب السالبة	
				٠	التساوي	
				١٠	المجموع	
٠,٠١	٢,٨٠٩-	٠,٠٠	٠,٠٠	٠	الرتب الموجبة	المخاوف الصحية
		٥٥,٠٠	٥,٥٠	١٠	الرتب السالبة	
				٠	التساوي	
				١٠	المجموع	
٠,٠١	٢,٨٢٧-	٠,٠٠	٠,٠٠	٠	الرتب الموجبة	الأعراض النفس - جسدية
		٥٥,٠٠	٥,٥٠	١٠	الرتب السالبة	
				٠	التساوي	
				١٠	المجموع	
٠,٠١	٢,٨٠٥-	٠,٠٠	٠,٠٠	٠	الرتب الموجبة	الدرجة الكلية
		٥٥,٠٠	٥,٥٠	١٠	الرتب السالبة	
				٠	التساوي	
				١٠	المجموع	

قيمة (Z) دالة عند مستوى ١٠٠٠١ = ١٠ ≥ ٢٣٠٠ وعند مستوى ٥٠٠٥ ≥ ٢٠٠٠

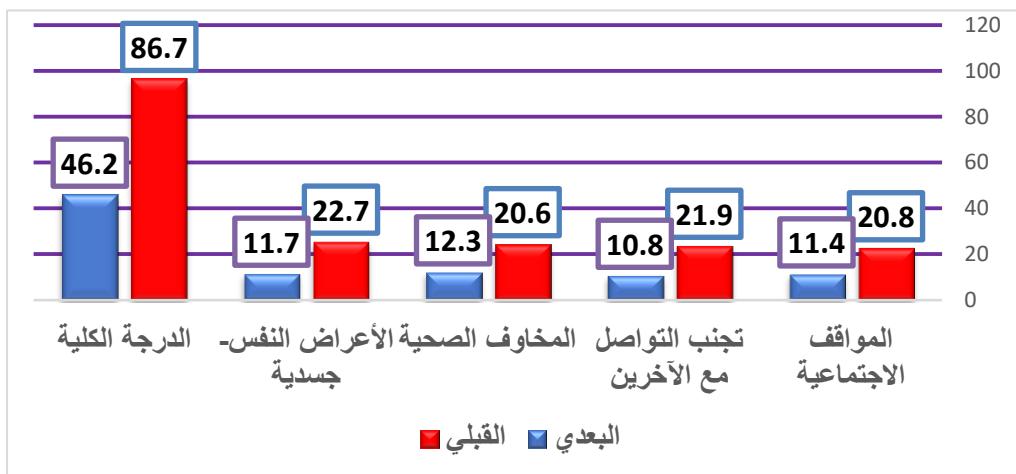


يتضح من الجدول السابق أن قيم ( $Z$ ) لمعرفة الفروق بين القياسين القبلي والبعدي للأبعاد أنها قيم دالة عند مستوى (٠٠١)، مما يشير إلى وجود فروق بين القياسين القبلي والبعدي في اتجاه القياس البعدى، حيث كان متوسط الرتب الموجبة أكبر من متوسط الرتب السالبة، وهذا يعد مؤشراً على فاعلية البرنامج المستخدم في خفض حدة اضطراب القلق المعمم لدى أفراد العينة التجريبية. ولمعرفة مقدار التحسن في أبعاد مقاييس اضطراب القلق المعمم، تم حساب المتوسط الحسابي والانحراف المعياري، للقياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية، والجدول التالي يوضح ذلك.

جدول (٧) المتوسط الحسابي والانحراف المعياري في القياسين القبلي والبعدي مقاييس اضطراب القلق المعمم والدرجة الكلية للمجموعة التجريبية

بعدي		قبلي		البعد
الانحراف المعياري	المتوسط	الانحراف المعياري	المتوسط	
١.٢٨	١١.٤٠	١.١٥	٢٠.٨٠	المواقف الاجتماعية
١.٠٣	١٠.٨٠	٠.٩٤	٢١.٩٠	تجنب التواصل مع الآخرين
١.٢٨	١٢.٣٠	٠.٩٤	٢٠.٦٠	المخاوف الصحية
٠.٨٤	١١.٧٠	١.٤٧	٢٢.٧٠	الأعراض النفس - جسدية
٢.٤٠	٤٦.٢٠	٢.٣٢	٨٦.٧	الدرجة الكلية

وبالنظر إلى جدول (٦) و (٧) تبين وجود فروق ذات دلالة احصائية بين القياسين القبلي والبعدي حيث أن المتوسط الحسابي للقياس القبلي أقل من المتوسط الحسابي للقياس البعدى في الأبعاد الأربع والدرجة الكلية مما يشير إلى خفض حدة اضطراب القلق المعمم لدى أفراد المجموعة التجريبية، وهذا يعد مؤشراً على فاعلية البرنامج القائم على العلاج المعرفي السلوكي في خفض حدة اضطراب القلق المعمم لدى الأطفال ضعاف السمع في المجموعة التجريبية.



### مناقشة نتائج الفرض الأول وتفسيرها

يتضح مما سبق تحقق الفرض الأول حيث كانت قيمة ( $Z$ ) لدالة الفروق بين متوسطي رتب درجات الأطفال المجموعة التجريبية في التطبيق القبلي والبعدي على مقياس اضطراب القلق المعتمد المستخدم في البحث الحالي، في اتجاه القياس البعدي مما يشير إلى فعالية البرنامج القائم على العلاج المعرفي السلوكي المستخدم في البحث الحالي والذي أدى إلى ارتفاع متوسطات رتب درجات الأطفال ضعاف السمع على المقياس بجميع أبعاده، وكذلك الدرجة الكلية للمقياس.

وتُرجع الباحثة هذه النتيجة إلى طبيعة ونوعية البرنامج المستخدم في البحث الحالي وهو برنامج قائم على استخدام أساليب وفنين العلاج المعرفي السلوكي لخفض حدة اضطراب القلق المعتمد لدى الأطفال ضعاف السمع، حيث أنه تم تصميمه من الأساس على شكل مجموعة من الجلسات العلاجية المعرفية السلوكية والأنشطة الموجهة لفئة الأطفال ضعاف السمع، في ضوء المضامين النفسية لمقياس اضطراب القلق المعتمد المستخدم في البحث الحالي من ناحية، والاستراتيجيات والفنين والخبرات والممارسات المتضمنة في البرنامج القائم على استخدام العلاج المعرفي السلوكي في البحث من ناحية أخرى.



كما ترجع هذه النتيجة إلى اشتراك وانتظام الأطفال ضعاف السمع (المجموعة التجريبية) في جلسات البرنامج العلاجي، حيث كانت الفنيات العلاجية المستخدمة في البرنامج ذات معنى ومغزى في حياة هؤلاء الأطفال ضعاف السمع، مما جعلهم أكثر مرونة وأكثر فهماً وحرصاً ووعياً للاستفادة الكاملة من فنيات البرنامج في إطار موافق حياتية واقعية معاشرة، مما أسهم في خفض اضطراب القلق المعمم، حيث كانت تنويع الفنيات العلاجية والتدريبات، مما ساهم ذلك في زيادة وعيهم وإدراكيهم لأسباب حدة اضطراب القلق المعمم وطرق مواجهته، وذلك من خلال الممارسات العلاجية التي ساعدتهم على زيادة وعيهم بالحفاظ على سلامتهم الصحية والنفسية وعلى تخطي الصعوبات التي تواجههم في كلاً من طرق اتباع الإرشادات المعرفية السلوكية من قبل الباحثة، حيث تم تزويدهم بالخبرات التي تسمح لهم بأفضل طرق تعديل السلوك.

وتتفق هذه النتيجة مع ما أشارت إليه دراسة Lovass and Smith (2013) إلى أن الإجراءات التي يتم اتباعها في من شأنها تدريب الأطفال السلوكيات المطلوبة، وأن تساعد في خفض العديد من الاضطرابات النفسية والتي من بينها اضطراب القلق المعمم والتي تتمثل في العزلة عن الآخرين والانسحاب الاجتماعي لديهم، وتزيد من تفاعلاتهم الاجتماعية.

كما اتفقت أيضاً دراسة Abo Hamza and Helal (2018) والتي أشارت إلى إنه يعاني الأطفال ضعاف السمع من اضطرابات القلق المعمم والاجتماعي والتي تتمثل في (الاكتئاب- العزلة- الانسحاب الاجتماعي- الأعراض الصحية والجسدية).

وترى الباحثة أن التحسن والانخفاض في جميع أبعاد مقاييس اضطراب القلق المعمم والتي من بينها، المواقف الاجتماعية- تجنب التواصل مع الآخرين- المخاوف الصحية- الأعراض النفس جسدية، بعد تعرضهم لفنيات العلاج المعرفي السلوكي التي تتضمنها البرنامج، مما يدل على أن التدخل العلاجي من خلال برنامج قائم على فنيات وأساليب العلاج المبني السلوكي مع الأطفال ضعاف السمع قد أثبت فاعليتها في خفض

حدة اضطراب القلق المعتم للأطفال ضعاف السمع، الأمر الذي يتفق مع نتيجة دراسة كل من، (Elise, 2016)، (Anderson et al, 2015) (Buch, 2015)، (Mary- Krantz & McLannahan, 2017)، (Bimbrauer & Leach, 2016) (Jane Weiss, 2020) التي أشارت إلى أن استخدام برامج التدخل القائمة على فنيات وأساليب العلاج المعرفي السلوكي مع الأطفال ضعاف السمع، يمكن أن يساعد الأطفال في تطوير فهم أفضل للبيئة المحيطة بهم واكتسابهم سلوكيات إيجابية والتخلص من السلوكيات الخاطئة في التعامل مع الآخرين، يصل مستوى تأثير البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي حسب نتائج دراسة Schrech, (2021) إلى خفض حدة اضطراب القلق لدى الأطفال ضعاف السمع، وكذلك يسهم في تغيير سلوكيات تعامل الأمهات مع أطفالهم ضعاف السمع بعد مشاركتهم في جلسات البرنامج العلاجي على نحو أفضل.

ويتفق ذلك مع ما أشارت إليه دراسة Howlin (2019) إلى أن أعراض اضطراب القلق المعتم لدى الطفل ضعيف السمع، هو عدم فهمه للبيئة المحيطة به والميلية بالمشتتات وبالتالي فإن تنظيم البيئة المحيطة بالطفل يساعد على التخلص من السلوكيات الخاطئة. كما يتفق أيضاً مع ما توصلت إليه دراسة الجبار (٢٠١٧) بأن البيئة المنظمة والثابتة من الأمور الحيوية عند التعامل مع الطفل ضعيف السمع، فهي تعتبر حجر الأساس للوصول إلى درجة مناسبة من الاستقرار النفسي والاجتماعي، والتربة الخصبة لنمو باقي مجالات العمل، وهذا ما جعل الباحثة تحرص على إثراء بيئه الطفل بالأدوات والألعاب وتتوسيع الفنون العلاجية المعرفية السلوكية المقدمة لهم وتناسبها مع حاجاتهم، مما ساعدتهم كثيراً وأدى إلى التحسن الملحوظ في نتائج الفرض الأول وخفض حدة اضطراب القلق المعتم لدى الأطفال ضعاف السمع.



## عرض نتائج الفرض الثاني ومناقشتها:

نص الفرض على أنه " لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدى والتبعى (بعد مرور شهر من إنتهاء تطبيق البرنامج) في مقياس اضطراب القلق المعتمم. وللحقيقة من صحة هذا الفرض، قامت الباحثة بحساب المتوسطات والانحرافات المعيارية لدرجات الأطفال فى المجموعة التجريبية، وقامت الباحثة في الخطوة التالية باستخدام اختبار Wilcoxon وهو الاختبار الإحصائي اللابارامترى لاختبار "ت" البارامترى للتحقق من دلالة الفروق بين متوسطي رتب درجات القياسين البعدى والتبعى للأطفال ضعاف السمع في المجموعة التجريبية وكانت النتائج كما هي موضحة في جدول (٨) الذي يعرض المتوسطات والانحرافات المعيارية ومتوسط الرتب ومجموع الرتب واختبار Wilcoxon للفروق بين القياسين البعدى والتبعى لمقياس اضطراب القلق المعتمم.

**جدول (٨) متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين البعدى والتبعى مقياس اضطراب القلق المعتمم والدرجة الكلية للمجموعة التجريبية**

أبعاد المقياس	اتجاه الرتب	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	مستوى الدلالة
المواقف الاجتماعية	الرتب السالبة	٠	٠٠٠	٠٠٠	١.٠٠	غير دالة
	الرتب الموجبة	١	١٠٠	١٠٠	١.٠٠	غير دالة
	التساوي	٩				غير دالة
	الإجمالي	١٠				غير دالة
تجنب التواصل مع الآخرين	الرتب السالبة	٠	٠٠٠	٠٠٠	١.٠٠	غير دالة
	الرتب الموجبة	١	١٠٠	١٠٠	١.٠٠	غير دالة
	التساوي	٩				غير دالة
	الإجمالي	١٠				غير دالة
المخاوف الصحية	الرتب السالبة	٠	٠٠٠	٠٠٠	١.٠٠	غير دالة
	الرتب الموجبة	١	١٠٠	١٠٠	١.٠٠	غير دالة
	التساوي	٩				غير دالة
	الإجمالي	١٠				غير دالة

تابع جدول (٨) متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين البعدى والتبعي مقاييس اضطراب القلق المعتم والدرجة الكلية للمجموعة التجريبية

أبعاد المقاييس	اتجاه الرتب	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	مستوى الدلالة
الأعراض النفس - جسدية	الرتب السالبة	٠	٠٠٠	٠٠٠	١.٠٠	غير دالة
	الرتب الموجبة	١	١٠٠	١٠٠	٠	غير دالة
	التساوي	٩				
	الإجمالي	١٠				
الدرجة الكلية	الرتب السالبة	٠	٠٠٠	٠٠٠	١.٨٩	غير دالة
	الرتب الموجبة	٤	٢٥٠	١٠٠٠	٠	غير دالة
	التساوي	٦				
	الإجمالي	١٠				

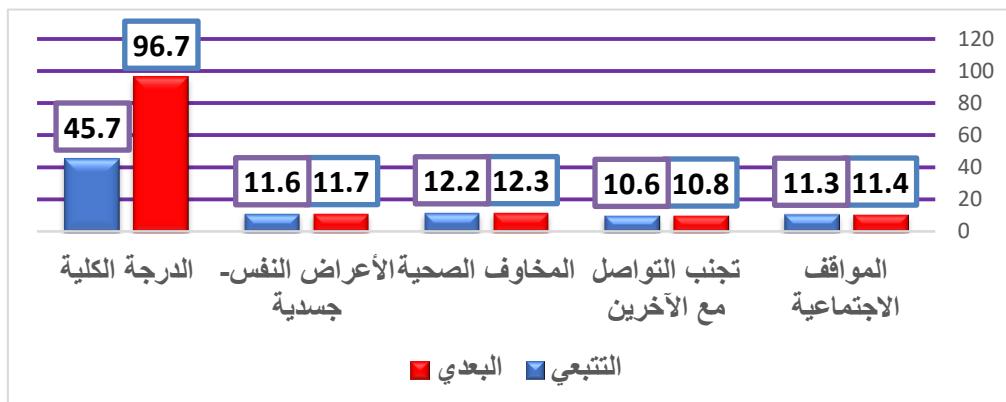
يتضح من الجدول السابق أن قيم (Z) لمعرفة الفروق بين القياسين القبلي والبعدي للأبعاد قيم غير دالة احصائياً، مما يشير إلى عدم وجود فروق بين القياسين التبعي والبعدي، وهذا يعد مؤشراً على استمرارية فاعلية البرنامج العلاجي القائم على فنيات العلاج المعرفي السلوكي المستخدم في البحث الحالي. كما تم حساب المتوسط الحسابي والانحراف المعياري، للقياسين التبعي والبعدي للمجموعة التجريبية، والجدول التالي يوضح ذلك.

جدول (٩) المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لأبعاد مقاييس اضطراب القلق المعتم والدرجة الكلية للمجموعة التجريبية في القياسين التبعي والبعدي

البعد		بعدي		تباعي	
المتوسط	الانحراف المعياري	المتوسط	الانحراف المعياري	المتوسط	الانحراف المعياري
١١.٤٠	١١.٣٠	١١.٣٠	١.٢٨	١٠.٣٠	١.٠٨
١٠.٨٠	١٠.٦٠	١٠.٦٠	١.٠٣	١٠.٧٨	٠.٧٨
١٢.٣٠	١٢.٢٠	١٢.٢٠	١.٢٨	١١.٦٠	٠.٨٤
١١.٧٠	١١.٦٠	١١.٦٠	٠.٨٤	٤٥.٧٠	١.٤١
٤٦.٢٠	٤٦.٢٠	٤٦.٢٠	٢.٤٠	٤٥.٧٠	٢.٢١
الدرجة الكلية		الأعراض النفس - جسدية		المخاوف الصحية	
تجنب التواصل مع الآخرين		المواقف الاجتماعية		الأنحراف المعياري	



وبالنظر إلى جدول (٨) و(٩) تبين عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية بين القياسين التبعي والبعدي وهذا يعد مؤشراً على استمرار فاعلية العلاج المعرفي السلوكي التي تم تقديمها داخل جلسات البرنامج في خفض حدة أعراض اضطراب القلق المعمم لدى الأطفال ضعاف السمع في المجموعة التجريبية. وتكشف هذه النتائج عن استمرار فاعلية البرنامج المستخدم في البحث الحالي في القياس التبعي وهو ما يشير إلى بقاء أثر البرنامج في مدة القياس التبعي بعد انتهاء البرنامج. حيث كانت قيم (Z) جميعاً غير دالة إحصائياً وهو ما يعكس عدم وجود فروق دالة بين القياسين.



### مناقشة نتائج الفرض الثاني وتفسيرها

كما يتضح مما سبق تحقق الفرض الثاني حيث كانت قيمة (Z) لدالة الفروق بين متواسطي رتب درجات الأطفال ضعاف السمع (العينة التجريبية) في التطبيق البعدى والتبعي على مقياس اضطراب القلق المعمم لدى الأطفال ضعاف السمع، في اتجاه القياس البعدى مما يشير إلى فاعلية البرنامج القائم على أساليب وفنون العلاج المعرفي السلوكي المستخدم في البحث الحالى والذي أدى إلى انخفاض متواسطات رتب درجات الأطفال على مقياس اضطراب القلق المعمم لدى الأطفال ضعاف السمع، بجميع أبعاده وكذلك الدرجة الكلية للمقياس.

ويمكن تفسير ومناقشة نتيجة الفرض الثاني في ضوء استمرارية فاعلية برنامج قائم على العلاج المعرفي السلوكي المستخدم في البحث الحالي، في خفض حدة اضطراب القلق المعتمد لدى أفراد المجموعة التجريبية بعد انتهاء فترة البرنامج بمدة (٣٠) يوماً، ونتائج هذا الفرض تؤكد على أن تأثير البرنامج استمر ولم يكن وقتيا وإنما استمرت فعاليته حتى بعد مرور فترة من تطبيق البرنامج ويمكن إرجاع ذلك لما حصل عليه الأطفال ضعاف السمع من تقدم داخل جلسات البرنامج وأن الفنون العلاجية المعرفية السلوكية التي قدمت لهم في الجلسات كانت مناسبة إلى حد كبير فاستمرت أثرها لما بعد التطبيق، وبذلك تشير كل نتائج البحث إلى أن جميع الفروض التي حاولت الباحثة الإجابة عليها قد تحققت وهي جميعها تهدف إلى التحقق من تأثير البرنامج المستخدم في خفض حدة اضطراب القلق المعتمد للأطفال ضعاف السمع، حيث أن نقص المعرفة بقيمة الفنون السلوكية الصحيحة قد يكون السبب في عدم أو ضعف استخدام الأطفال ضعاف السمع لها في المواقف الاجتماعية عند التعامل مع المحيطين والآقران، فاستخدام أساليب وفنون العلاج المعرفي السلوكي في البحث الحالي المتعددة، من تدعيم وتعزيز ونمذجة، وكذلك الأنشطة المنزلية وغيرها من الفنون التي تم استخدامها من قبل الباحثة في تطبيق البرنامج؛ إضافة إلى مجموعة من الفنون العلاجية قد أسلهم في إكساب الأطفال ضعاف السمع لسلوكيات متزنة ومقبولة اجتماعيا مثل التواصل الاجتماعي، واتباع الإرشادات الالزامية في التعامل مع المحيطين، وذلك من التدريب على السلوكيات الصحية المختلفة، وتدريبهم عليها حتى أصبحت جزءاً من مخزون مهارات السلوك مع الذات، ومع الآخرين، والتي قد بدأ تعلمها واستخدمها في موقف المختلفة والتي سرعان ما عم الأطفال ضعاف السمع استخدام هذه المهارات والفنون في باقي جوانب حياتهم، حيث أن الأطفال ضعاف السمع يميلون إلى تكرار استخدام الإستراتيجية بعد نجاحها.

ذلك ترجع نتائج هذا الفرض إلى ما قدمه البرنامج من فاعلية إيجابية في استخدام العلاج المعرفي السلوكي في البحث الحالي من موضوعات ساعدت أمهات المجموعة



التجريبية على إتباع أساليب تفكير ملائمة في عملية مساعدة أطفالهم ضعاف السمع، وذلك من خلال مشاركتهم في الأنشطة المنزلية التي تناولتها الباحثة، لذا فقد أظهرت القياس التبعي عدم وجود فروق جوهيرية في مستوى إنخفاض حدة أعراض اضطراب القلق المعتم في القياسيين البعدي والتبعي. وهذه النتيجة اتفقت مع دراسة كل من (فؤاد، Hinton, 2016)، (علي، ٢٠١٧)، (Bauminger, 2017)، (Exkorn, 2018) وترى الباحثة: أن الأنشطة التي تم تدريب الأطفال ضعاف السمع عليها من خلال برنامج قائم على فنيات العلاج المعرفي السلوكي تعمل على إكسابهم السلوكيات الصحية السليمة مما يجعلهم يقومون بالمهارات المتضمنة دون مساعدة، وهو الأمر الذي ينمي لديهم الأداء الوظيفي المستقل للعديد من المهام والأنشطة الحياتية الأخرى إلى جانب الأنشطة التي تزيد المعالجة المعرفية للمعلومات، وإلى جانب ذلك فقد تم إشراكهم في حوارات ومحادثات مع أقرانهم أو مع الباحثة خلال تنفيذ البرنامج، وحثهم على المبادرة بإقامة مثل هذه الحوارات وهو ما تضمنته مهام التفاعل التي اشتمل عليها البرنامج وينمي القدرة على التواصل مع الآخرين والتفاعل معهم والمشاركة في الأنشطة الاجتماعية والأخذ والعطاء حيث كان يسمح لهم بذلك خلال قيامهم بالعمل الجماعي، كما تضمنت فنيات البرنامج العلاجية المعرفية السلوكية على مهارات مختلفة وعديدة ومكثفة، ومن ثم فقد ساهم هذا البرنامج في خفض حدة اضطراب القلق المعتم بأبعاده المختلفة للأطفال ضعاف السمع المجموعة التجريبية.

كما ترجع هذه النتيجة إلى محتوى البرنامج حيث أن فنيات وأساليب العلاج المعرفي السلوكي للبرنامج التي أعدت بالشكل الذي ساهم في خفض حدة أعراض اضطراب القلق المعتم لدى الأطفال ضعاف السمع من خلال استخدام أساليب العلاج المعرفي السلوكي من خلال البيئة المحيطة بالطفل، وتتفق هذه النتيجة مع دراسة Fisher (2017) والتي اعتمدت على أساليب العلاج المعرفي في خفض اضطرابات القلق والاكتئاب والانسحاب الاجتماعي للأطفال ضعاف السمع، وأثبتت فاعليتها في تحقيق ذلك، كما تضمنت جلسات

البرنامج مجموعة متنوعة من الإرشادات والمهارات والفنين التي تعمل على إكساب الأطفال ضعاف السمع سلوكيات اجتماعية وتعزز من خفض حدة أعراض اضطراب القلق المعتم لدى الطفل ضعيف السمع وذلك تدريجياً لل طفل على المهارة المقصودة.

### توصيات البحث

- من خلال ما أسف عنه البحث الحالى من نتائج ومتضمنات تم تقديم بعض التوصيات والمقررات التالى ربما تكون عوناً ومساعداً للأطفال ضعاف السمع وأسرهم:
- زيادة برامج التدخل باستخدام العلاج المعرفي السلوكي لخفض حدة الاضطرابات السلوكية والنفسية والتي من بينها اضطراب القلق والانسحاب الاجتماعي.
  - ضرورة مراعاة المسؤولين عند تخطيط البرامج التربوية للأطفال ضعاف السمع أن تكون ملائمة مع قدرات الأطفال وتراعي الفروق الفردية في القدرات بين الأطفال .
  - الاهتمام بتدريب المعلمين على توظيف أساليب وفنين العلاج المعرفي السلوكي أثناء تعليم وتدريب الأطفال على المهارات المختلفة.
  - تصميم عدد من البرامج التي تعتمد على أساليب وفنين العلاج المعرفي السلوكي في وحدات تعليمية أخرى مثل: التسجيلات الصوتية والسمعية والبصرية لإكساب الأطفال ضعاف السمع العديد من السلوكيات السليمة.



## المراجع

- أبو المجد، محمد (٢٠١٥). تحديد بعض السمات الشخصية لدى الأطفال ضعاف السمع بالمرحلة الابتدائية. رسالة ماجستير، معهد الدراسات التربوية جامعة القاهرة .
- أبوسريع، محمود (٢٠١٨). المرجع في العلاج المعرفي السلوكي وخفض المشكلات السلوكية للأطفال. الدار العالمية للنشر والتوزيع، الجيزة.
- باشا، ياسمين (٢٠١٦). فعالية الإرشاد المعرفي السلوكي في خفض الضغوط النفسية لدى الطفل ضعيف السمع. دراسة حالة، مجلة الحكمة للدراسات التربوية والنفسية، مؤسسة كنوز الحكمة للنشر والتوزيع، الجزائر.
- البلاوي، فيولا (٢٠١٨). القلق النفسي. مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
- بلميهوب، كلثوم (٢٠١٩)، العلاج المعرفي السلوكي لإضطرابات القلق المعمم دراسة حالة، دراسات نفسية، ٥، ١٤٧-١٨١.
- التهامي، حسين (٢٠١٨). تربية الأطفال المعاقين سعياً في ضوء الاتجاهات العالمية المعاصرة. ط١. الدار العالمية للنشر والتوزيع. مصر.
- الجبلي، مازن (٢٠١٨). فعالية التدريب على الاسترخاء في خفض مستوى القلق المعمم لدى الأطفال ضعاف السمع . رسالة ماجستير. الأردن: كلية الدراسات العليا.
- جلال، عيد (٢٠١٧). تأثير الضعف السمعي على جوانب النمو المختلفة. السعودية، المكتبة العربية.
- جلجل، نصرا (٢٠١٨). أثر التدريب على إستراتيجيات العلاج المعرفي السلوكي في تقدير الذات لدى الأطفال ذوي الإعاقة السمعية، مجلة البحوث النفسية والتربوية، كلية التربية، جامعة المنوفية، م٢٢، ع (١)، ٣٢٢-٣٥٧.
- حنفي، علي (٢٠١٧). الإعاقة السمعية واضطرابات الكلام والنطق واللغة. عمان. الأردن: الدار العلمية للنشر.

الخطيب، جمال (٢٠١٦). مقدمة في الإعاقة السمعية. دار الفكر العربي، عمان: الأردن.

الدخيل، رضوى (٢٠٢٠). العلاج السلوكي للطفل والمرأة دار العلوم للطباعة والنشر، الكويت.

الرافعي، نعيمه (٢٠١٩). فاعلية برنامج معرفي سلوكي قائم على انعكاس الذات في تنظيم الانفعالات وخفض اضطراب القلق لدى الأطفال ذوي الإعاقة السمعية، المؤتمر السنوي السادس عشر للإرشاد النفسي، جامعة عين شمس. ع٤٣، ٩٥-٩٥. ١٢٦.

زaid، محمود (٢٠١٦). الوسائل السمعية وطرق التواصل مع المعاقين سمعياً. الرياض: دار الزهراء.

الزراد، فيصل (٢٠١٦). نمو اللغة واضطرابات النطق والكلام لدى الأطفال ضعاف السمع. دار المريخ للنشر والتوزيع، الرياض: المملكة العربية السعودية.

الزريقات، إبراهيم (٢٠١٥). الإعاقة السمعية. عمان، الأردن: دار وائل للنشر.

السقا، صباح (٢٠٢٠). العلاج المعرفي السلوكي لاضطراب القلق لدى الأطفال. السعودية، مكتبة الرشد.

الشرقاوى، مصطفى (٢٠١٨). أسس الإرشاد والعلاج النفسي، القاهرة: دار النهضة العربية، ط٢.

شريف، نجوان (٢٠١٦). الأطفال ضعاف السمع وسوء التوافق الانفعالي ، القاهرة: دار الحكمة.

شقير، زينب (٢٠١٩). الإعاقة السمعية واضطرابات اللغة والتواصل. القاهرة: دار النهضة المصرية.

الشناوي، محروس (٢٠١٧). العلاج السلوكي الحديث: أساسه وتطبيقاته، مكتبة زهراء الشرق، ط١، القاهرة.



شندى، سميرة (٢٠١٦). برامج ذوي الاحتياجات الخاصة، القاهرة، دار الفجر للنشر والتوزيع، القاهرة.

الشيخ، هانى (٢٠١٧). تحديد المتغيرات النفسية والاجتماعية المرتبطة ببعض أنماط السلوك اللاسوى لدى الأطفال المعاقين سمعياً. رسالة ماجستير، معهد الدراسات التربوية جامعة القاهرة.

شيهان، دافيد (٢٠١٧). اضطراب القلق، ترجمة: عزت شعلان المجلس الوطنى للثقافة والفنون والآداب، الكويت.

عبد الرحمن، نائل (٢٠١٧). الإعاقة السمعية ومدخل إلى التربية الخاصة. السعودية، مكتبة الرشد.

عبد الرؤوف، طارق (٢٠١٧). الإعاقة السمعية. مفهومها، وأسبابها، تشخيصها. مؤسسة طيبة للنشر والتوزيع.

عبد العزيز، مسعود (٢٠١٩). فعالية برنامج لتحسين مهارات التواصل الاجتماعي وخفض القلق المعمم لدى الأطفال ضعاف السمع، رسالة دكتوراه ، كلية التربية، جامعة طنطا.

عبد الغفار، أحلام (٢٠١٧). الرعاية التربوية للصم وضعاف السمع. القاهرة: دار الفجر للنشر والتوزيع.

عبد الله، عادل (٢٠١٦). الإعاقة السمعية. القاهرة: دار الرشاد.

عبد المنعم، عطا الله (٢٠١٨). مهارات التواصل الاجتماعي وعلاقتها ببعض مظاهر السلوك العدواني لدى الأطفال ضعاف السمع بمرحلة التعليم الأساسي. رسالة دكتوراه ، كلية الدراسات العليا للتربية: جامعة القاهرة.

عزازى، عبد السلام (٢٠١٩). استخدام فنيات السيكودrama في علاج بعض المشكلات النفسية (العدوان التجنب، القلق المعمم) لدى الأطفال ضعاف السمع. مجلة كلية التربية، جامعة بنى سويف، ٦، ٢٨٩ - ٣٨٠.

العزام، (٢٠١٨). الإعاقات السمعية وأضطرابات الكلام والنطق واللغة. الدار العلمية الدولية للنشر والتوزيع ودار الثقافة للنشر والتوزيع. مطبعة الأرز.

عسكري، فكري (٢٠١٧). فاعلية العلاج "المعرفي - السلوكي" في خفض مستوى الغضب لدى الأطفال ذوي الإعاقة السمعية. مجلة كلية التربية، جامعة بنها.

العامدي، أحمد (٢٠١٧)، مدى فعالية برنامج علاجي معرفي سلوكي في خفض إضطرابات القلق والرهاب الاجتماعي لدى الأطفال ضعاف السمع بالطائف بمدينة الطائف، مجلة جامعة أم القرى للعلوم التربوية والنفسية، المملكة العربية السعودية، ٥١-١٧٤.

غانم، محمد (٢٠١٨). الوجيز في العلاج النفسي السلوكي. القاهرة، المكتبة المصرية.  
القريطي، عبد المطلب (٢٠١٣). سيكولوجية ذوي الحاجات الخاصة وتربيتهم. القاهرة:  
دار الفكر العربي.

الكافش، إيمان (٢٠١٧). استخدام استراتيجيات التعلم بمساعدة الأقران في تسهيل عملية التعلم للتلاميذ الصم وضياع السمع. المؤتمر العلمي الثاني للصم وضياع السمع بقطر.

كرم الدين، ليلى (٢٠١٦). الضعف السمعي وتنمية اللغة لدى الأطفال ذوي الإعاقة السمعية. القاهرة: دار الفكر العربي.

كوافحه، تيسير، فواز، عمر (٢٠١٣). الإعاقة السمعية والأطفال ضعاف السمع. عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع.

المعايرة، خليل، والقمنش، مصطفى (٢٠١٤) اضطراب الفلق المعمم والاضطرابات السلوكية والانفعالية للأطفال ذوي الإعاقة السمعية ، دار الميسرة، الأردن.

مقدادي، يوسف (٢٠١٧). فعالية برنامج إرشاد جمعي معرفي سلوكي في خفض الوسواس القهري لدى عينة من الأطفال ضعاف السمع. مجلة جامعة القرى للعلوم التربوية النفسية، مجلد ٢٠ العدد ٢.



ناجي، ناريمان (٢٠٢١). القلق لدى الأطفال وعلاقته بأنماط الشخصية لدى الوالدين. دار بيروت للنشر والتوزيع، لبنان.

النمر، عصام (٢٠١٧). الإعاقة السمعية دليل عملي للأباء والمربين مقدمة في الإعاقة السمعية واضطرابات التواصل. الأردن: دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.

النوبى، محمد (٢٠٢١). سيكولوجية ذوي الإعاقة السمعية. القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.

Ahmed, W., Minnaert, L., Kuyper, H., & der Werf, G. (2018). Reciprocal relationships between math self-concept and math anxiety. *Learning and Individual Differences*, 22, 385-389.

Alzahrani, A. (2022). An investigation of the social development of students with hearing impairment in the special schools for the deaf and public schools in Riyadh City in the Kingdom of Saudi Arabia. Ph.D. Unpublished dissertation, The University of Kansas, United States - Kansas.

Bar-On, R; Brown, M & Thome, P. (2014). Emotional Expression and implications for occupational stress: An application of the Emotional quotient Inventory (EQ-I). *Personality and Individual Differences*, 28, 1107-1118.

Barrera, T., & Norton, P. (2021). Quality of life impairment in generalized anxiety disorder, social phobia, and panic disorder, *Journal of Anxiety Disorders*, 23, 1086- 1090.

Barrett, P., Duffy, A., Dadds, M., & Rapee, R,(2001), Cognitive Behavioral Treatment of Anxiety Disorders in Children: Long-Term (9-Year) Follow-Up, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*,69(1), 135-141.

Beck, A., & Greenberg, R. L. (2020). Anxiety Disorders and Phobias: A Cognitive Perspective. New York, NY: Basic Books

Bujnowska, A. M., Rodríguez, C., García, T., Areces, D., & Marsh, N. V. (2019). Parenting and future anxiety: The impact of having a child with developmental disabilities. *International journal of environmental research and public health*, 16(4), 668.

Clarck, David & Beck, Aaron,(2018). The Anxiety and worry workbook: The cognitive behavior solution, Guilford press, New York, pl5.

Clark, D. A & Beck, A.T,(2017). The Anxiety & worry, Workbook, The Cognitive Behavioral Solution, The Guilford Press, New York, pp401-455.

- Desjardin, Jean, (2017). family empowerment supporting language development in young children who are deaf or hard of hearing .dissertation abstracts international, vol .106 (3), p.275-298.
- Fellinger, Johannes; Hollinger, Daniel; sattel, heribert; laucht, Manfred. (2018). mental health and quality of life in deaf pupils: dept. of clinical psychology, institute of psychology, university of post mad. Sources europeen child & adolescent psychiatry. Vol. 17(7), cot, pp. 414-423.
- Girgin, Umit (2017). Investigation of the Home Reading Patterns of Families with Children with Hearing Impairment: ICEM Case Hacettepe University Journal of Education, v42 p194-201.
- Goldbeck, L. (2018). Parental Coping with the Diagnosis of Childhood Cancer: Gender Effects, Dissimilarity within Couples, and Quality of Life. Psychooncology, 10 (4), 325-35.
- Gould, A, (2017). meta-analytic review of cognitive-behavioral treatments. In (Eds.), Generalized anxiety disorder: Advances in research and Guilford Press, New York, 2004, pp 260-261.
- Hallahan. P. & Kauffman, M. (2013). Exceptional Learners. Introduction to Special Education. Allyn and Bacon. hearing loss. Mental Retardation& Developmental Disabilities Research Reviews, 9(18), 243-251.
- Hintermair, Manfred. (2016). Parental Resources, Parental Stress, and Socioemotional Development of Deaf and Hard of Hearing Children. Journal of Deaf Studies and Deaf Education, v11 n4 p493-513.
- Johan H. M. Frijns Carolien RieffeMaartje KouwenbergLeo J. I. De RaeveWim SoedeJeroen J. Braire (2015). Behavioral problems in school-aged hearing-impaired children: the influence of sociodemographic, linguistic, and medical factors, European Child & Adolescent Psychiatry, Volume 23, Issue 4, pp187:196.
- Johnson, & Yaawkey, (2015). Exceptional Learners. Introduction to Special Education. Allyn and Bacon. hearing loss. Mental Retardation& Developmental Disabilities Research Reviews, 9(18), 243-251.
- Julia z, sarant, holt, colleen m,dowell,richard c, Richards, field.w, and Blamey peter (2015). spoken language development in oral preschool children with permanent childhood deafnees.,vol.14 (2)pp.205-217.
- Jutta Joormann,& Joachim Stober,(2016). Somatic Symptoms of GeneralizedAnxiety Disorder from the DSM- IV:Associations with Pathological Worry and Depression Symptoms in a Nonclinical Sample,



- Journal of Anxiety Disorders, Vol. 13, No. 5, Elsevier Science Ltd, p 493-561.
- Kuan, H. Y. (2014). Identifying the Needs of Chinese Family Caregivers of Children with Cancer in Hong Kong. Ph.D. Dissertation, Hong Kong Polytechnic University, Hong Kong. Retrieved November 21, from Dissertations & Theses: Full Text. (Publication No. AAT 9975716).
- Ladouceur, (2019). Efficacy of Cognitive-Behavioral Treatment for Generalized Anxiety Disorder: Evolution in a Controlled Clinical Trial, In Journal of Consulting and Clinical Psychology, Vol68,N°, 2000, p960.
- Macleod. C & Rutherford. E, (2015). Information - Processing Approaches:Assessing the selective functioning of Attention, Interpretation, and Retrieval, In Heimberg,(Eds),Generalized Anxiety Disorder: Advances in research and practice, Guilford Press, New York.
- Mahmoud, E.&Tawfik, S., EL Khali, W., Taha, H.,(2016).The effect of using integrated signal processing hearing aids on the speech recognition abilities of hearing impaired Arabic-speaking children.Egyptian Journal of Ear, Nose, Throat and Allied Sciences,15(3),215-224.
- Mariann Idstad , Kristian Tambs, Lisa Aarhus and Bo Lars Engdahl,(2016). Childhood sensorineural hearing loss and adult mental health up to 43 years later: results from the HUNT study, Idstad et al. BMC Norwegian Institute Public Health, P19:168.
- Monaghan, Christy, (2014). the effects of social behavior training on peer interactions among elementary-age children with hearing impairment, the university of southern mississippi, part 0 622.
- Nowakowski, Matilda E.; Tasker, Susan L.; Schmidt, Louis A.(2017) Establishment of Joint Attention in Dyads Involving Hearing Mothers of Deaf and Hearing Children, and Its Relation to Adaptive Social Behavior American Annals of the Deaf, v154 n1 p15-29.
- Paredes, M. R., Apaolaza, V., Fernandez-Robin, C., Hartmann, P., & Yañez-Martinez, D. (2021). The impact of pandemic on subjective mental well-being: The interplay of perceived threat, future anxiety and resilience. Personality and Individual Differences, 170, 110455.
- Prusnek, Lori Lynn; Griffiths, Tara; Provident, Ingrid (2017). Implementing the Comfortable Cafeteria Program to Foster Social Participation of Students with and without Hearing Impairments: A Look at the Outcomes, Journal of



- Occupational Therapy, Schools & Early Intervention, v12 ,n2, p239-252 ,Taylor,France.
- Robertson & Erin.(2017). Hearing perception and its implications for language and global development in down syndrome children. Aquiver brassieres de Psicologia, Vol. 52, No 2, pp. 118-142.
- Richburg, & Fletcher,T. (2015). Emotional Intelligence: Directing A child's Emotional Education. Child Study Journal, 32 (1), 31-50.
- Rush, A. J & Beck (2017). Cognitive Therapy in Kaplan & Sa Dock's" Comprehensive ? text book of Psychiatry. Washington, Lippicott. W& Williams press, pp2167-2178.
- Smith, D. (2017). Filial Therapy With Teachers Of Deaf And Hard Of Hearing Preschool Children. PhD, University Of North Texas.
- Stevenson, Jim; McCann, Donna; Watkins, Peter; Worsfold, Sarah; Kennedy, Colin(2016). The Relationship between Language Development and Behavior Problems in Children with Hearing Loss Journal of Child Psychology and Psychiatry, v51 n1 p77-83 Streisand, R., Rodrigue, J., (2020). Brief report: Parents of Children Undergoing Bone Marrow Transplantation: Documenting Stress and Piloting a Psychological Intervention Program. Journal ofPediatric Psychology, 25, 331-337.
- Tomblin, J., & Zhang, X. (2019). A system for the diagnosis of specific language impairment in kindergarten children. Journal of Speech and Hearing Research, (39), 1284-1294.
- Unger, T. E (2018). What is Cognitive Behavioral Buffalo psychology Group Center for Cognitive Therapy, Western New York.
- Van Gastel, W., & Ferdinand, R, (2019), Screening capacity of the Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC) for DSM-IVanxiety disorders, Depress Anxiety, 25, 1046- 52.
- Verhulst, F, (2017), Community and epidemiological aspects of anxiety disorders in children, In: W.K. Silverman, P,D, Treffers, (Eds). Anxiety Disorders in Children and Adolescents: Research, Assessment and Intervention, Cambridge, MA: Cambridge University Press, 273-292.
- Wells, Adrian, (2019). Therapy for Anxiety andDepression, Guilford press, New York, p89-135.