The Effectiveness of a Preventive Program Using PATHS to Reduce the Risk of Developing some Emotional and Behavioral Disorders in Children with Hearing Impairment

Dr. Shimaa E. El-Sayed
Lecturer of Mental Health and Special Education
Faculty of Education, Benha University, Egypt
shaimaa.elsaid@fedu.bu.edu.eg

Received: 16-4-2024 Revised: 14-5-2024 Accepted: 16-5-2024
Published: 18-5-2024

DOI: 10.21608/jsre.2024.283073.1679
Link of paper: https://jsre.journals.ekb.eg/article_354822.html

Abstract

The current research aimed to reduce the risk of developing some emotional and behavioral disorders in children with hearing impairment, through a preventive program using Promoting Alternative Thinking Strategies (PATHS). The research sample consisted of (6) children with hearing impairment at Al Amal School for the Deaf and Hard of Hearing in the city of Benha, whose ages ranged between (8-12) years, and with hearing loss ranging between (60-85) decibels. The researcher used a scale to estimate indicators of anti-social behavior (prepared by the researcher), and a preventive program using PATHS (prepared by: The researcher) used the experimental approach with a single group design with pre-, post- and follow-up measurement. The results indicated the effectiveness of the preventive program using PATHS in reducing the risk of developing some emotional and behavioral disorders such as anti-social behavior in children with hearing impairment, as there were statistically significant differences at the significance level ($\alpha \leq 0.05$) between the average ranks of the scores of the children of the research group in the pre- and post-measurements on the scale for assessing indicators of anti-social behavior, in favor of the pre-application, as well as the absence of statistically significant differences between the average ranks of the scores of the children of the research group in the two post- and follow-up measurements on the scale for assessing indicators of anti-social behavior, It also confirmed the presence of a statistically significant difference at the level of significance ($\alpha \leq 0.05$) between the average ranks of the scores of the children of the research group in the post-measurement of the anti-social behavior indicators scale due to the main effect of the variable degree of hearing loss (deaf/Hard of hearing)for the benefit of deaf children.

Keywords: *Preventive program, Promoting Alternative Thinking Strategies (PATHS), Emotional and Behavioral disorders, Antisocial behavior, Children with Hearing Impairment.*

فعّالية برنامج وقائي باستخدام الـ PATHS للحد من خطر الإصابة ببعض الاضطرابات الانفعالية والسلوكية لدى الأطفال ذوي الإعاقة السمعية

د. شيماء السيد عبد الفتاح السيد
مدرس الصحة النفسية والتربية الخاصة، قسم الصحة النفسية والتربية الخاصة
كلية التربية، جامعة بنها، جمهورية مصر العربية
shaimaa.elsaid@fedu.bu.edu.eg

المستخلص:

استهدف البحث الحالي الحد من خطر الإصابة ببعض الاضطرابات الانفعالية والسلوكية لدى الأطفال ذوي الإعاقة السمعية، وذلك من خلال برنامج وقائي باستخدام استراتيجيات التفكير البديلة المُعزّزة (PATHS)، وتكونت عينة البحث من (٦) من الأطفال ذوي الإعاقة السمعية بمدرسة الأمل للصم وضِعاف السمع بمدينة بنها، محافظة القليوبية، جمهورية مصر العربية، ممن تراوحت أعمارهم بين (٨-١٢) عامًا، وبفقدٍ سمعي يتراوح بين (٦٠-٨٥) ديسيبل، واستخدمت الباحثة مقياس تقدير مؤشرات السلوك المُضاد للمجتمع (إعداد الباحثة)، وبرنامج وقائي باستخدام الـPATHS (إعـــداد: الباحثـــة) واستعانت بالمنهج التجريبي ذي تصميم المجموعة الواحدة بقياس قبلي وبعدي وتتبعي، وأشارت النتائج إلى فعّالية البرنامج الوقائي باستخدام الـPATHS في الحد من خطر الإصابة ببعض الاضطرابات الانفعالية والسلوكية مثل السلوك المضاد للمجتمع لدى الأطفال ذوي الإعاقة السمعية، حيث كان هناك فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطي رتب درجات أطفال مجموعة البحث في القياسين القبلي والبعدي على مقياس تقدير مؤشرات السلوك المضاد للمجتمع (فى كل بعد من بعديه)، وذلك لصالح التطبيق القبلى، وكذلك عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أطفال مجموعة البحث في القياسين البعدي والتتبعى على مقياس تقدير مؤشرات السلوك المضاد للمجتمع (فى كل بعد من بعديه)، كما أكّدت على وجود فرق ذو دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطى رتب درجات أطفال مجموعة البحث فى التطبيق البعدى لمقياس مؤشرات السلوك المضاد للمجتمع (فى كل بعد من بعديه) يرجع للتأثير الأساسى لمتغير درجة الفقد السمعي (صم/ضعاف السمع) لصالح الأطفال الصم.

الكلمات المفتاحية: برنامج وقائي، استراتيجيات التفكير البديلة المُعزّزة (PATHS)، الاضطرابات الانفعالية والسلوكية، السلوك المُضاد للمجتمع، الأطفال ذوو الإعاقة السمعية.

فعّالية برنامج وقائي باستخدام الـ PATHS للحد من خطر الإصابة ببعض الانفعالية والسلوكية لدى الأطفال ذوي الإعاقة السمعية

المقدمة:

تتأثر حياة الأطفال الذين يعانون من الفقد السمعي بشكلٍ كبير لأنّهم ليس لديهم اتصال يُذكر بالعالم من حولهم، حيث يعوق الفقد السمعي اكتساب اللغة والتي تؤثّر بدروها على بيئة الطفل (مثل التفاعلات بين الوالدين والطفل والتفاعلات الاجتماعية)، وخصائص الطفل الفردية (مثل قدراته الجسمية والعصبية).

بالإضافة إلى أنّ أسباب الفقد السمعي تؤثّر أيضًا على التطور العصبي للطفل مما يؤدي إلى مشكلات في اللغة والمعرفة *(Steinberg,1997). ومن ثمّ فكلما كانت الحواجز اللغوية والمعرفية أكثر شدة، كلما زاد خطر تعرضه لاضطرابات انفعالية وسلوكية في وقت لاحق من الحياة، وما يؤكّد ذلك ما لاحظه Willis and Vemon(2002) -عند سردهما لأسباب الأمراض النفسية الخطيرة بين الأطفال ذوي الإعاقة السمعية – أنّ أحد الأسباب التي تعرّض الطفل لخطرٍ أكبر هي "عوائق التواصل المُتأصلة في الفقد السمعي ، والتي غالبًا ما تتفاقم بسبب منهجيات تعليمية غير مناسبة"، حيث يؤدي الافتقار إلى التواصل في البيئتيْن المنزلية والتعليمية غير الملائمة إلى إصابة عدد كبير من الأطفال والمراهقين بمحدودية إتقان اللغة المنطوقة ولغة الإشارة، ممّا يؤدي إلى ضعف المهارات الاجتماعية وضعف صورة الذات وعدم القدرة على توصيل الاحتياجات الأساسية والرغبات والإصابة بالإحباط.

ولأنّ مشكلات السمع والكلام واللغة لدى هؤلاء الأطفال تطرح عقبات خطيرة وبعيدة المدى أمام التواصل والتعليم، فإنّ النظر في مشكلاتهم الانفعالية والسلوكية غالبًا ما يُنظر إليه على أنه ترف يُمكن الاستغناء عنه، إلّا أنّ العديد من الدراسات صبّت جُلّ اهتمامها على معرفة أبرز الاضطرابات الانفعالية والسلوكية لدى الأطفال ذوي الإعاقة السمعية وكذا نسبة انتشارها؛ وفي هذا الصدد اختلفت الدراسات حول انتشار الاضطرابات الانفعالية والسلوكية لدى الأطفال والمراهقين ذوي الإعاقة السمعية بشكلٍ كبير في نتائجها، على الرغم من أنها تشير بشكلٍ عام إلى أنّ هذه الفئة لديها معدلات مرتفعة من الاضطرابات (Hindley,2000; Mitchell&Quittner,1996;Sinkkonen,1994).

فالأطفال ذوو الإعاقة السمعية يكوّنون مفهومًا خاصًا عن ذواتهم ـ منذ لحظات ادراكهم الأولى ــ حيث يخططون لحياتهم في ضوء صورة ذهنية يرسمونها عن أنفسهم وشخصياتهم ومن ثمّ يشرعون في الدخول في نزاعات مع المجتمع ويصبحون أكثر عُرضة من غيرهم للإصابة بالاضطرابات الانفعالية والسلوكية (Brain&Fraser,1992)، فهم كفئة خاصة معرّضون لعدد من النتائج السلبية مثل انخفاض التحصيل الدراسي والتأخر في بعض العمليات المعرفية والمعرفية-الاجتماعية، فضلًا عن سوء التوافق الاجتماعي والاضطراب النفسي (Greenberg&Kusche,1993;Marschark,1989). ويرتبط ذلك بظهور بعض الأدلة مثل تأخّرهم في : ضبط الانفعالات، والتعاطف، والقدرة على تفسير تعابير الوجه، وحل المشكلات الاجتماعية، والنمو الأخلاقي (Kusche& Greenberg,1983) ؛ وأكّد ذلك نتيجة

* اعتمدت الباحثة التوثيق بالإصدار السابع APA7، إلّا إنها وثقت أسماء الباحثين العرب بالإسم الأول وليس باسم العائلة.

المقارنة التي عقدها(1979) Zabel بين الأطفال الأسوياء وأقرانهم المضطربين انفعاليًا وسلوكيًا، حيث أشارت إلى أنّ الأطفال الأسوياء كانوا أكثر قدرة على التعرّف والتنظيم الانفعالي.

ومن أبرز الاضطرابات السلوكية والانفعالية شيوعًا بين الأطفال ذوي الإعاقة السمعية المُشكلات السلوكية غير المقبولة اجتماعيًا والتي تمثل أعراضًا للسلوك المُضاد للمجتمع والذي يبدأ خلال مرحلة الطفولة أو المراهقة ، وعندما يُظهر الأطفال علامات خطيرة للسلوك المضاد للمجتمع، يتم تشخيصهم بدلاً من ذلك باضطراب السلوك(المسلك)(Schipani,2022) ، حيث ذكر (Michalska et al.(2016) أنّ "جميع البالغين المصابين باضطراب السلوك المضاد للمجتمع تظهر عليهم علامات الاعتلال النفسي أثناء الطفولة". بينما طرح Ojo (2015) وجهة نظر أخرى حيث قال أنّه يمكن التعرف على السلوك المضاد للمجتمع لدى الأطفال عند عمر الرابعة من خلال مجموعة من الأنماط السلوكية القسرية والتي إذا تركت دون رادع ، فستستمر وتتصاعد بمرور الوقت لتصبح اضطرابًا سلوكيًا مزمنًا.

وقد شهدت العقود القليلة الماضية ثراءً في الدراسات التي استكشفت الطرق التي مضى بها الأطفال المعاقون سمعيًا قُدمًا في حياتهم، وقد ساهمت نتائج هذه الدراسات في التحوّل بعيدًا عن تصوّرهم كمجموعة فرعية مُعرضة لخطر العيْش بشكلٍ غير توافقي ـــ بنسبة أكبر من المتوسط كما ذكر Greenberg(1998) ـــ إذا لم "يتغلبوا على إعاقتهم" إلى التركيز على قدرتهم على البقاء وإدارة حياتهم بكفاءة ممّا أدّى إلى التركيز الحديث نسبيًا على نقاط القوة والأداء الوظيفي السليم، ومن ثمّ أن يكون الطفل أصمًا أو ضعيفًا في السمع بحد ذاته لا يعرضه لمخاطر الإصابة بالاضطرابات الانفعالية والسلوكية والسلوك المُضاد المجتمع، وبالتالي، لا تعد الإعاقة عائقًا يحتاج هؤلاء الأطفال "للتغلب عليه"، بل ما يحتاجونه هو: وجود بيئات أسرية ومدرسية ومجتمعية لديها توقعات عالية بينما تدعم في نفس الوقت احتياجاتهم، وهو ما يعني غالبًا أن تكون بيئات بصرية، وتحقيق محادثات حقيقية مع الآخرين مما يوفّر تبادلًا كاملاً ومتساويًا للمعلومات والأفكار والمشاعر والأحلام، وتكوين علاقات مع مجتمع السامعين مماثلة لعلاقات مجتمعهم الخاص(Zand&Pierce, 2011).

ومن ثمّ برزت حاجة هؤلاء الأطفال إلى تدخلات وقائية يُمكن من شأنها أن تقلل من عوامل الخطر (مثل صعوبات التواصل والاندفاع والسلوك العدواني وقصور المهارات الاجتماعية)، وتعزيز عوامل الحماية (مثل الوعي الانفعالي، ومهارات حل المشكلات الاجتماعية) من خلال زيادة الوعي الانفعالي ومهارات حل المشكلات الاجتماعية، وتحسين التوافق السلوكي، ودمج الانفعال والمعرفة واللغة والسلوك لتحسين الأداء المعرفي والأكاديمي(Greenberg,1998).

وتجدر الإشارة إلى أنّ التدخلات الوقائية مجال يتقدم بسرعة، وقد تمّ استخدام برامج قائمة على الأدلة تهدف إلى الحد من الإصابة بالاضطرابات الانفعالية والسلوكية بين الطلاب المُعرّضين لها في جميع المراحل الدراسية من مرحلة ما قبل المدرسة وحتى المدرسة الثانوية. قد تكون هذه البرامج مُوجهة للمدارس في منطقة عالية الخطورة - تحددها الحالة الاجتماعية والاقتصادية المنخفضة– ولصفوف وفئات مُختارة أيضًا؛ يتلقى جميع الطلاب في تلك الصفوف البرامج في فصولهم الدراسية، وليس في جلسات خاصة. وفقًا لمعايير طرق المراجعة المنهجية، وقد أثبتت البرامج المدرسية الوقائية الشاملة قدرتها على تقليل معدلات العنف بين الأطفال والشباب في سن المدرسة، كما كانت تأثيراتها متسقة في

جميع مستويات الصف (Frey et al.,2007; Greenberg et al.,1998; Grossman et al.,1997; Hahn et al. ,2007).

والركيزة الأساسية لبرامج الوقاية هي خفض عوامل الخطرRisk Factors وزيادة عوامل الحماية Protective Factors، وتتمثل عوامل الخطر في العوامل التي تعرّض الأطفال لخطر متزايد من الإصابة بالأمراض والاضطرابات النفسية، وجمعCoie et al. (1993) عوامل الخطر العامة المُشتقة تجريبياً في المجالات الفردية والبيئية السبعة التالية: الإعاقات الأساسية، وتأخّر تنمية المهارات، والصعوبات الانفعالية، والظروف الأسرية، والمشكلات الشخصية، والمشكلات المدرسية، والمخاطر البيئية، أمّا عوامل الحماية فهي مُتغيّرات تُقلل من احتمالية حدوث نتائج تجعل الطفل غير قادر على التوافق في ظل ظروف الخطر، وقد تمّ تحديد مجالات الحماية في: خصائص الطفل مثل المهارات المعرفية، والمهارات المعرفية الاجتماعية، والخصائص المزاجية والمهارات الاجتماعية (Luthar&Zigler,1992).

ويعد برنامج استراتيجيات التفكير البديلة المُعزّزة (Promoting Alternative Thinking Strategies(PATHS أحد أبرز البرامج التي تم استخدامها كتدخل وقائي مع الأطفال ذوي الإعاقة السمعية من خلال بناء المهارات المعرفية مع التركيز على تعليمهم التعرّف على مشاعرهم وفهمها وتنظيمها ذاتيًا، ويضيف الـPATHS أيضًا مكونات للوالديْن والسياقات المدرسية خارج الفصل الدراسي لزيادة إمكانية تعميم المهارات المُكتسبة حديثًا(Greenberg et al.,2001)، وقد أثبت فعّاليته مع الأطفال السامعين، وذوي الإعاقة السمعية المُعرضين للاضطرابات السلوكية، من خلال ظهور تحسينات كبيرة في حل المشكلات الاجتماعية وفهم الانفعالات، والسلوك التكيفي، والقدرات المعرفية المُتعلّقة بالتخطيط الاجتماعي، بالإضافة إلى خفض الاندفاع المعرفي، والاكتئاب، ومشكلات السلوك الخارجي (Scherer, et al.,2022; Greenberg, et al., 1995; Greenberg&Kusche,1997,1998).

مشكلة البحث:

تعد مرحلة الطفولة فترة نمو حاسمة بشكلٍ عام حيث يحدث خلالها العديد من الانتقالات والتحديات، مثل تطوير علاقات جديدة مع الأقران والمعلمين، وتعلّم التكيف مع البيئات الجديدة، وإذا لم تتم إدارتها بشكلٍ مناسب، فإن هذه التحديات والضغوط المُحتملة يمكن أن تؤدي إلى العديد من الصعوبات والاضطرابات خلال هذه السنوات المبكرة واللاحقة (Margetts&Kienig,2013)، والأطفال ذوو الإعاقة السمعية ليسوا من ذلك ببعيد، فبالإضافة إلى مرورهم بهذه التحديّات كـأقرانهم السامعين، يرافقهم فقد لحاسة من أهم الحواس المهمة في هذه المرحلة يحول دون سماع التوجيهات وفهم المطالب السلوكية المُتزايدة، وكذا التواصل والتعبير عما يجول بداخلهم بطريقة يفهمها الآخرون ممّا يرفع من مستوى تحدياتهم ويجعلهم عُرضة للمزيد من مخاطر الإصابة بالاضطرابات السلوكية والانفعالية، ويلجأون إلى القيام بسلوكيات وأفعال غير مناسبة للتعبير عن غضبهم ولفت انتباه الآخرين لديهم.

أشارت الإحصائيات الحديثة المهتمة بتحديد نسبة انتشار الاضطرابات السلوكية والانفعالية بين الأطفال ذوي الإعاقة السمعية إلى زيادة معدل انتشار المشكلات السلوكية بمقدار ٢ إلى ٤

أضعاف انتشارها بين أقرانهم السامعين، وهذا استنادًا إلى مقاييس موحدة لتقارير الوالدين والمعلمين والأطفال (Aanondsen et al. ,2023).

تعدّدت تصنيفات الاضطرابات السلوكية والانفعالية التي يعاني منها الأطفال والمراهقون ذوو الإعاقة السمعية نتيجة لفقدانهم القدرة على التواصل اللفظي، مثل الشعور بالاكتئاب، والاحباط، والإنزواء والإصابة بالاضطرابات والمشكلات النفسية، وتتولّد لديهم اتجاهات عدوانية وتظهر لديهم المخاوف، ويعانون بشكلٍ واضح من مشكلات نقص الانتباه وفرط النشاط والحركة (Theunissen et al.,2014)، وقد قامت الباحثة بإجراء دراسة استطلاعية يجيب عنها مجموعة من آباء ومعلمين الأطفال ذوي الإعاقة السميعة بمدرسة الأمل للصم وضعاف السمع، تضمنت سؤالًا مفتوحًا، وهو: ما هي أبرز المشكلات الانفعالية والسلوكية التي يعاني منها الأطفال، فكانت إجابات الآباء والمُعلمين مُمثلةً في أنّهم لا يمكنهم السيطرة على أفعالهم كلما تقدموا في العمر، فهم يفتعلون المُشاجرات مع الأخرين في المنزل والمدرسة معظم الوقت، قد يفعلون أشياء غير مقبولة كالكذب والسرقة، وقد قالت إحدى الأمهات:"لقد تعبت من أفعاله، أنا خائفة عليه ماذا سيفعل في المستقبل" ، ومن ثمّ خرجت الباحثة بأمريْن أولهما أن الأطفال ذوي الإعاقة السمعية عُرضة للإصابة بالعديد من الاضطرابات الانفعالية والسلوكية وأبرزها السلوك المضاد للمجتمع، وثانيهما أنّ ارتفاع نسبة انتشار الاضطرابات بينهم، ونادرًا ما نجد منهم من هو بمنأى عن الإصابة بها.

وقد تؤثر درجة الفقد السمعي على مدى انخراط الأطفال في الاضطرابات الانفعالية والسلوكية والسلوك المُضاد المجتمع، فقد أشارت نتائج دراسة (Fiorillo et al.,2017) إلى وجود علاقة إيجابية بين انتشار المُشكلات والاضطرابات السلوكية لدى الأطفال ذوي الإعاقة السمعية بزيادة درجة الفقد السمعي، في حين أكّدت نتائج دراسة (زانة بن خليفة، محمد مكي،٢٠٢٠) على عدم وجود فروق في درجة السلوك العدواني والمشكلات السلوكية تُعزي إلى درجة الفقد السمعي.

وقد أثبتت الدراسات أنّ الاضطرابات السلوكية المُبكرة تزيد من خطر ظهور السلوك المُضاد للمجتمع في وقتٍ لاحق(Farrington,2008; Moffit,1993). وقبل تفاقم هذه الاضطرابات يتعرّض الأطفال والمراهقون للعديد من مؤشرات الخطورة مثل التحصيل الدراسي المنخفض، والتأخّر في بعض العمليات المعرفية والاجتماعية, وكذلك التوافق الاجتماعي غير السليم والاضطراب النفسي، لذا يحتاج هؤلاء الأطفال إلى تدخلات وقائية يُمكن أن تقلل من عوامل الخطر (مثل صعوبات التواصل، والاندفاع)، وتعزّز عوامل الحماية (مثل الوعي الانفعالي، ومهارات حل المشكلات الاجتماعية) أثناء الطفولة (Greenberg,1998).

إنّ القدرة على التدخل باستراتيجية مناسبة في السياق والمكان المُناسبيْن، ومع ظهور أول إشارة على وجود عامل من عوامل الخطر أمرٌ بالغ الأهمية لضمان نمو متوازن للأطفال، فالاستراتيجيات القائمة على الأدلة والتي توفر خطوات التدخل متاحة بشكل متزايد في مجال التعليم والسلوك، ومع ذلك يتم استخدامها مع الأطفال بشكلٍ مُقتصد (Simpson,2004). ولقد أثبتت الدراسات أنّ التدخلات الوقائية في السياقات التعليمية فعّالة، وأصبح إدراك أن الأطفال بحاجة إلى تعليم السلوك الاجتماعي تمامًا كما يتم

تعليمهم المعايير الأكاديمية مفهومًا بشكلٍ مُتزايد (Fleming et al.,2004; Greer-Chase et al.,2002).

وقد ذكر Domitrovich et al.(2017) بأنّهم مُلتزمون بالتدخل قبل أن تظهر آثار التعرّض للمخاطر في أداء الأطفال حيث ترتكز الوقاية على نهج الصحة العامة 'A public health approach' والذي يتضمن مزيجًا من برامج التدخل الشاملة والمُختارة لتلبية احتياجات الأفراد المُعرّضين للخطر، مع توفير التوجيه لمزيد من التدخلات المُكثفة لأولئك الذين يحتاجون إلى مزيد من المساعدة.

وبالاطلاع على برامج الوقاية المُقدمة عالميًا والقائمة على المدرسة، نجد استخدام الاستراتيجيات المعرفية الاجتماعية كأساس للوقاية من الاضطرابات الانفعالية والسلوكية في المراجعات البحثية، حيث تشير هذه المراجعات إلى العديد من البرامج المدروسة جيدًا والقائمة على الأدلة والتي أثرت بشكلٍ إيجابي على الاستجابة السريعة والمعالجة المعرفية الاجتماعية للطلاب، وأبرز هذه البرامج هو برنامج الـPATHS الذي يعمل كتدخل وقائي إلى تقليل عوامل الخطر وزيادة عوامل الحماية بهدف تغيير مسارات الأطفال نحو النتائج الإيجابية والابتعاد عن النتائج السلبية (Crean&Johnson,2013; Durlak et al.,2011).

من هنا يُمكن بلورة مشكلة البحث في السؤال التالي:

- ما فعّالية برنامج وقائي باستخدام الـPATHS للحد من خطر الإصابة ببعض الاضطرابات الانفعالية والسلوكية (السلوك المُضاد للمجتمع) لدى الأطفال ذوي الإعاقة السمعية؟

هدف البحث:

يهدف البحث الحالي إلى التحقّق من فعّالية برنامج وقائي باستخدام الـPATHS للحد من خطر الإصابة ببعض الاضطرابات الانفعالية والسلوكية (السلوك المُضاد للمجتمع) لدى الأطفال ذوي الإعاقة السمعية.

أهمية البحث:

أولًا: الأهميـــــة النظريـــــة:

- يندرج البحث الحالي ضمن قائمة البحوث الأولى التي أُجريت على مستوى البيئة العربية –حيث ندرة الإسهامات السيكولوجية في هذا المجال في حدود علم الباحثة– التي تهدف استخدام التدخلات الوقائية في حماية الأطفال ذوي الإعاقة السمعية المُعرّضين لخطر الإصابة ببعض الاضطرابات السلوكية والانفعالية (السلوك المُضاد للمجتمع)، وكذلك خفض نسبة انتشارها بين الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة بشكلٍ عام والأطفال ذوي الإعاقة السمعية بشكلٍ خاص، وذلك من خلال استخدام الـPATHS كبرنامج تعلّم "انفعالي-اجتماعي" وتقديم تأصيل نظري له كبرنامج وقائي.
- كما تنبع أهميته النظرية من أهمية مُتغيراته وعينة البحث المُتمثلة في الأطفال ذوي الإعاقة السمعية المعرضين لخطر الإصابة بالاضطرابات السلوكية والانفعالية.

ثانيًا: الأهمية التطبيقية:

- تنبع من تصميم برنامج وقائي يعتمد على استراتيجيات الـPATHS لحماية الأطفال ذوي الإعاقة السمعية المعرضين للإصابة بالاضطرابات الانفعالية والسلوكية بشكلٍ عام والسلوك المُضاد للمجتمع بشكلٍ خاص، ومن ثمّ حمايتهم من الإصابة بها لاحقًا وذلك من خلال مشاركة الوالدين في بعض جلسات البرنامج لتحقيق توازن في بيئات الطفل وترسيخ مبادئ واستراتيجيات تُساعدهم على حماية الطفل.

مصطلحات البحث:

١-الأطفال ذوو الإعاقة السمعية المعرضون لخطر الاصابة بالاضطرابات الانفعالية والسلوكية:

هم الأطفال الذين يعانون من الفقد السمعي بنسبة تتراوح بين (٦٠-٨٥) ديسيبل، ومحاطون بمجموعة من عوامل الخطر التي قد تدفع بهم إلى الإصابة بالاضطرابات الانفعالية والسلوكية (السلوك المُضاد للمجتمع) في مراحل عمرية لاحقة وتتمثل في عوامل شخصية خاصة بالطفل مثل (درجة الفقد السمعي، الخصائص المعرفية والانفعالية)، وعوامل بيئية خارجية مثل(الظروف الأسرية، وعلاقات الأقران).

٢- الاضطرابات الانفعالية والسلوكية:

هي اضطرابات تشمل واحدة أو أكثر من الخصائص التي تتدرج لدى الفرد خلال فترة طويلة من الزمن وبدرجة ملحوظة تؤثر سلبًا على جوانب حياته المختلفة، وهي انخفاض القدرة الأكاديمية والتي لا يمكن تفسيرها بواسطة عوامل عقلية أو حسية أو صحية، وانخفاض القدرة على بناء أو الحفاظ على علاقات سوية مع الآخرين يصاحبها وجود مشاعر أو سلوكيات غير ملائمة للمواقف المختلفة، وتتباين الاضطرابات الانفعالية والسلوكية من حيث أسبابها، وأشكالها، **ويعد السلوك المُضاد للمجتمع** أحد أكثر الاضطرابات شيوعًا وانتشارًا وفي الوقت ذاته أكثرها خطورة إذا انخرط فيه الأطفال، لذا استهدف البحث الحالي استخدام مقياس تقدير مؤشرات السلوك المُضاد للمجتمع (إعداد الباحثة) لتحديد مؤشرات ما قبل السلوك المضاد للمجتمع ومؤشرات السلوك المضاد للمجتمع ـــــ من أجل تحديد الأطفال الأكثر عُرضة للانخراط في السلوك المُضاد للمجتمع والعمل على وقايتهم ـــــــ وهي:

- **مؤشرات ما قبل السلوك المضاد للمجتمع:** تعكس هذه المرحلة المؤشرات المُبكرة التي تكشف عن استعداد الطفل للانخراط في الأفعال والسلوكيات التي يرفضها المجتمع مثل العدوان، والاندفاعية، التهرب من المدرسة، عدم الالتزام بالقواعد، واستمراره في الإتيان بها بمظاهر مختلفة ومتطورة كلما تطلّب الموقف ذلك.
- **مؤشرات السلوك المضاد للمجتمع**: مؤشرات تكشف عن تبني الطفل لمجموعة من المعتقدات والتفضيلات المخالفة للقواعد الأخلاقية والقانونية والتي تظهر في سلوكياته باعتقاد راسخ لديه بأنّه أمر له مبرراته ويمكن قبوله اجتماعيًا؛ مثل خرق القوانين، وعدم احترام حقوق الآخرين والتعدي عليهم، والانحراف والنشاط الإجرامي.

٣- البرنامج الوقائي:

هو البرنامج الذي يستهدف تقليل عبء الاضطرابات النفسية والانفعالية والسلوكية على النمو السوي للأطفال والشباب من خلال خفض عوامل الخطر وزيادة عوامل الحماية (الوقاية) لديهم مما يساعدهم على النمو السليم المتوازن والأداء الجيد في تلبية مهام وتحديات الحياة والبقاء بعيدًا عن المشكلات المعرفية والانفعالية والسلوكية التي من شأنها أن تضعف أدائهم.

٤- استراتيجيات التفكير البديلة المُعزّزة (PATHS):

مجموعة من الأساليب وطرق التفكير البديلة التي يستخدمها الطفل بغرض تحقيق التكامل بين الجانب المعرفي والانفعالي والسلوكي ودمجها مع الوظائف النمائية الأخرى مما يؤدي به إلى النضج الأمثل، **وتتمثّل فيما يلي:**

- استراتيجية ضبط الذات.
- استراتيجية استثارة مشاعر الذنب
- استراتيجيات حل النزاع والحفاظ على العلاقات
- استراتيجية بناء الصداقات الجيدة

محددات البحث:

يتحدّد البحث الحالي في مُحدّدات موضوعية مُمثلةً في مُتغيرات البحث الحالي وهي برنامج وقائي باستخدام الـPATHS، والاضطرابات الانفعالية والسلوكية، ومُحدّدات بشرية وهي عينة البحث الحالي مُمثلة في (٦) أطفال من الأطفال ذوي الإعاقة السمعية المُلتحقين بمدرسة الأمل للصم وضِعاف السمع بمدينة بنها مُحافظة القليوبية، ممن تتراوح أعمارهم بين (٨-١٢) سنوات، ووالديهم ومعلميهم، ومُحدّدات زمنية وهي الفترة الزمنية التي تم تطبيق البرنامج على عينة البحث خلالها، وامتدت لـــثلاثة أشهر بمعدل (٣-٤) جلسات أسبوعيًا، وتمثلت أدوات البحث الحالي في برنامج وقائي باستخدام استراتيجيات التفكير البديلة المُعززّة، ومقياس تقدير مؤشرات السلوك المُضاد للمجتمع.

الإطـــار النظـــري والدراسات السابقة:

المحور الأول: الأطفال ذوو الإعاقة السمعية المعرضون لخطر الإصابة بالاضطرابات الانفعالية والسلوكية

لطالما تم النظر إلى الأطفال ذوي الإعاقة السمعية على أنّهم من الفئات المُعرّضة للإصابة بالعديد من الاضطرابات الانفعالية والسلوكية بسبب الآثار السلبية للفقد السمعي على تطور اللغة والتواصل؛ وهذا ينطبق بشكلٍ خاص على الأطفال المُنتميين لوالديْن سامعيْن وهم نسبة ليست بالقليلة حيث يمثلون حوالي (٩٥٪) من إجمالي نسبة الأطفال ذوي الإعاقة السمعية، فقد تتفاقم مخاطر الإصابة بالاضطرابات بسبب الخبرات التي يمرون بها داخل النظاميْن الأسري والتعليمي على حدٍ سواء والتي تؤثّر على نموهم المعرفي والاجتماعي والذي يتزامن مع إعاقتهم مما يشكّل عوامل خطر إضافية (Hindley,et

(Stevenson,et al.,2010 ;1994.,al ، فهم "معرّضون للخطر"انفعاليًا"، لأنهم قد لا يحققون توقعات أو أحلام والديْهم السامعين، ومنهم من يبدأ حياته مع والديْن يشعران بالإنكار والحزن والاكتئاب، أو الغضب ممّا يؤثّر على الموارد الانفعالية التي يحتاجها أطفالهم في هذه المرحلة المُبكرة من حياتهم (Moses,1983).وقد أكّدت دراسة (VanGent et al., 2007) انتشار أعراض الاضطرابات الانفعالية بين المراهقين ذوي الإعاقة السمعية مقارنةً بأقرانهم السامعين.

في العقود القليلة الماضية، ظهرت العديد من الدراسات في مجال النمو الانفعالي والاجتماعي وعلم النفس المرضي لدى الأطفال والمراهقين ذوي الإعاقة السمعية، وأشارت نتائجها إلى انخفاض في مستوى جودة الحياة، وزيادة في مشكلات الصحة النفسية لديهم مقارنةً بأقرانهم السامعين، فمثلًا يعاني الأطفال ذوو الإعاقة السمعية من صعوبات في تكوين صداقات، كما أنّهم أكثر عزلة اجتماعية، ويعانون من تشتت الانتباه وفرط النشاط والحركة (Martikainen et al.,2002)، وأّكد ذلك دراسة (نظيرة محمود، ٢٠٢٣) التي هدفت إلى الكشف عن المشكلات السلوكية لدى الأطفال ذوي الإعاقة السمعية وأشارت نتائجها إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات الأطفال ذوي الإعاقة السمعية على مقياس السلوك المشكل لصالح الأطفال ذوى السلوك المشكل المرتفع وتمثلت أبرز المشكلات السلوكية في القلق والتوتر والخوف والعدوانية والشعور بعدم الكفاءة وعدم الثقة بالنفس، وقد زادت حدة هذه المشكلات بدرجة تعوق الطفل على التواصل مع بيئته المحيطة.

واتفاقًا مع الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية(DMSS 4TH edition)، يمكن تحديد فئتين عريضتين من الأعراض النفسية المرضية الداخلية: كمشاعر الاكتئاب والقلق والخارجية: كالسلوك العدواني والاندفاع (American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th ed,2000)، كما أنّ لكلٍ من الأعراض الداخلية والخارجية تأثيرًا مُدمرًا على الأداء الاجتماعي والمهني اليومي وهي مقدمة لاضطرابات نفسية وسلوكية وانفعالية مختلفة في وقت لاحق من الحياة(Pavuluri et al.,2005;Stein et al.,,2011). فالأطفال ذوو الإعاقة السمعية في سن المدرسة يكونون أكثر عرضة للإصابة باضطراب انفعالي بحوالي خمس أضعاف عن السامعين، والذي يُعرَّف بأنّه نمط سلوك ينحرف عن أنماط السلوك المقبولة في المدرسة والتي تؤثر على قدرة هؤلاء الأطفال على الحفاظ العلاقات الاجتماعية السوية (Culpepper et al.,2006).

تعد الإصابة بالاضطرابات الانفعالية والسلوكية مصدر قلق لعدة أسباب، فهي: (١) تُسبّب المعاناة للأطفال وأسرهم؛ (٢) تُحد من القدرة على الوصول إلى الأهداف المُتوقعة للإنجاز الاجتماعي والتعليمي؛ (٣) تُزيد من خطر حدوث مزيد من الأمراض النفسية، والضعف الوظيفي، والأداء دون المستوى الأمثل؛ و(٤) تفرض تكاليف باهظة على المجتمع بسبب الحاجة الناتجة عن ذلك إلى رعاية إضافية (Smit et al.,2006). وبالتالي، من الأهمية بمكان وقاية الأطفال ذوي الإعاقة السمعية من الإصابة بالاضطرابات النفسية، فقد أكّد العديد من الباحثين ضرورة إدراج العوامل التي تزيد أو تحمي من مخاطر الإصابة بالاضطرابات النفسية والانفعالية والسلوكية (Fellinger et al.,2012;Moeller,2007).

- عوامـــل الحمايـــــة (الوقاية) والخطـــر:

تمثل عوامل الحماية متغيرات تقلل من احتمالية حدوث نتائج سلبية في ظل ظروف الخطر، وقد تمّ تحديد ثلاثة مجالات واسعة على الأقل لعوامل الحماية. يتضمن المجال الأول خصائص الفرد مثل المهارات المعرفية والمهارات الاجتماعية المعرفية والخصائص المزاجية والمهارات الاجتماعية، وتُشكّل جودة تفاعلات الطفل مع البيئة المجال الثاني مثل التعلّق الآمن بالوالدين والتعلّق بالأقران أو البالغين الآخرين الذين ينخرطون في سلوكيات سليمة ولديهم قيم اجتماعية إيجابية، أمّا مجال الحماية الثالث فيشمل جوانب من النظام الوسيط والنظام الخارجي، مثل العلاقات بين المدرسة والمنزل، وتشكّل عوامل الحماية أهدافًا أكثر فعالية للتدخل الوقائي (Morissett et al.,1990).

تعمل عوامل الحماية بواحدة أو أكثر من الطرق الأربع التالية: التقليل المباشر للخلل الوظيفي، التفاعل مع عوامل الخطر لتخفيف آثارها، تعطيل سلسلة التطور التي يؤدي بها الخطر إلى الاضطراب، أو منع حدوث عوامل الخطر الأولية. ومن خلال تحديد الروابط بين العوامل الوقائية، والنتائج الإيجابية، وتقليل السلوكيات المشكلة ، قد يتمكن باحثو الوقاية من تحديد الأهداف ذات الصلة بنجاح أكبر للتدخل حيث يعد تحديد أهداف التدخل مكونًا مهمًا في أبحاث وممارسات التدخل الوقائي. وهذا يتطلب فهمًا لعوامل الحماية والخطر التي تساهم في النتائج(Coie et al.,1993;Dryfoos,1990).

أمّا عوامل الخطر فتمثل الخصائص أو المتغيرات أو المخاطر التي إذا ارتبطت بفردٍ ما تزيد من احتمالية إصابته باضطراب، ويجب أن يكون عامل الخطر مُرتبطًا باحتمالية مُتزايدة لظهور الاضطراب مع ضرورة أن يسبق بداية ظهور الاضطراب، وقد تكون هذه العوامل عوامل خطر في مرحلة من مراحل النمو، وقد لا تعرّض الفرد للخطر في مرحلة لاحقة من حياته (Werner&Smith,1992).

تم تحديد عدد من عوامل الخطر التي تعرض الأطفال للإصابة بالاضطرابات الانفعالية والسلوكية، وتتمثّل عوامل الخطر العامة المُشتقة تجريبيًا في المجالات الفردية والبيئية السبعة التالية: الإعاقات الأساسية، وتأخّر في تنمية المهارات، والصعوبات الانفعالية، والظروف الأسرية، والمشكلات البينشخصية، والمشكلات المدرسية، والمخاطر البيئية(Coie et al.,1993).

تحدث عوامل الخطر ليس فقط على مستوى الفرد أو الأسرة ، ولكن على جميع المستويات داخل النموذج البيئي (Kellam,1990)، كما أنّ تعقيد مسارات النمو واضح من خلال الدراسات التي تربط عوامل الخطر بالاضطرابات، حيث نجد علاقة غير خطية بين عوامل الخطر والنتائج. على الرغم من أن واحدًا أو اثنين من عوامل الخطر قد تظهر القليل من التنبؤ بالنتائج السيئة ، إلا أنّ هناك معدلات مُتزايدة من الاضطرابات مع عوامل الخطر الإضافية .(Sameroff et al.,1987)

بالإضافة إلى أنّ تطوّر سلوكيات غير توافقية في مرحلة المراهقة يتأثر بشكلٍ أساسي بالتفاعل بين الأفراد وبيئتهم منذ مرحلة الطفولة مثل علاقات الأقران السلبية –فالصداقات الوثيقة نادرة في عالمهم - التي تؤثّر بشكلٍ كبير على سلوك الأطفال والمراهقين المحفوف بالمخاطر(Hintermair,2008)، فالرفض من قبل الأقران يُزيد من احتمالية انتشار الاضطرابات، فغالبًا ما تظهر الآثار السلوكية لرفض

الأقران من خلال انخفاض الشعور بالاعتماد على الذات وضعف تقدير الذات (Weiner&Miller,2006).

وتتوسط عوامل الخطر الإعاقة السمعية والاضطرابات الانفعالية والسلوكية وتتمثل في انخفاض مستوى الذكاء اللفظي وضعف اللغة، حيث تساهم الصعوبات في اكتساب اللغة لدى الأطفال ذوي الإعاقة السمعية بطريقتيْن في جَعْلهم عُرضة للاضطرابات، الأولى: هي الإخفاق في فهم أو توصيل المعلومات حول الحاجات والرغبات بشكلٍ فعّال إلى الآخرين، أمّا الثانية :عن طريق القصور أو الضعف في التنظيم الانفعالي والسلوكي الذي يعتمد جزئيًا على معالجة اللغة، وتحدث هذه العمليات داخل الطفل ذاته وبينه وبين الآخرين على التوالي، وقد يعاني الأطفال ذوو الإعاقة السمعية من عجز في أحدهما أو كليهما مما يؤثّر سلبيًا على السلوك. كما ترتبط أوجه القصور اللغوية لدى الأطفال بالعمليات المعرفية ـــ مثل الانتباه والوظائف التنفيذية ـــ والتي بدورها تؤدي إلى ضعف التنظيم السلوكي .(Stevenson et al.,2015)

وقد استنتج Stephanie et al.(2014) مجموعة من عوامل الحماية والخطر المرتبطة بالأطفال ذوي الإعاقة السمعية ــ من خلال عرضه للعديد من الدراسات التي تناولت دراسة هذه العوامل وأثرها على انتشار الأضطرابات لانفعالية السلوكية لدى الأطفال ـــ مُتمثلةً في نوع المعين السمعي الذي يستخدمه الطفل ووجد أنّ بعض الدراسات أثبتت أن زراعة القوقعة تشكل عامل حماية للطفل أكثر من المعينات السمعية الأخرى، وكذلك الوقت الذي تم فيه تشخيص الطفل كمعاق سمعيًا، فالاكتشاف المبكر لإعاقة الطفل يساعد على توفير التدخل المناسب لحمايته من العديد من الاضطرابات اللاحقة، بالإضافة إلى مهارات التواصل والقدرات العقلية، حيث وجد أنّ امتلاك الطفل لمهارات تواصل جيدة سواء كانت لغة إشارة أو لغة منطوقة وأيضًا استبعاد وجود إعاقة عقلية لدى الطفل يُشكلا عامل حماية قوي للطفل، وأخيرًا العوامل الديموغرافية الاجتماعية، وأولها نوع الطفل حيث وجد أنّ الإناث أكثر عرضة للاضطرابات الداخلية كالقلق والاكتئاب، بينما الذكور أكثر عرضة للاضطرابات الداخلية كالعدوان، وثانيها عدد أفراد الأسرة فكلما كان عدد الأخوة أقل كلما كان أفضل للطفل، وثالثها نوع المدرسة، فالطفل ذي الإعاقة السمعية الذي ارتاد مدرسة عادية كان أقل عرضة للإضطرابات من الطفل الذي ارتاد مدرسة خاصة؛ حيث يجد الطفل نفسه في موقف أقل ملائمة. لذا من الأهمية بمكان التدخل لوقاية الأطفال ذوي الإعاقة السمعية من الاضطرابات السلوكية والانفعالية مع ضرورة إدراج عوامل الحماية وعوامل الخطر ضمن برامج التدخل.

المحـــور الثانـــي: الأعراض المُبكرة (مراحل التدرج) للسلوك المُضاد للمجتمع لدى الأطفال ذوي الإعاقة السمعية:

هناك اهتمام متزايد بتحديد الأطفال المُعرّضين لخطر المسارات المبكرة والمستمرة للاضطرابات والمشكلات السلوكية (Shaw,2013). كان سبب هذا الاهتمام في البداية هو النتائج المُستخلصة من العديد من الدراسات حول الشباب الذين أظهروا سلوكيات مضادة للمجتمع بوقتٍ مبكر مقابل غيرهم ممن أظهروها بوقتٍ متأخر، حيث وثق العديد من الباحثين أنه بالمقارنة بين هذين الفئتيْن من الشباب، فإن الفئة الأولى أظهرت مسارًا أكثر ثباتًا ومزمنًا للسلوك المضاد للمجتمع يمتد من الطفولة المتوسطة إلى مرحلة البلوغ (Moffitt,1993;Moffitt&Caspi,2001). ومن ثم فإنّ الظهور المبكر للاضطرابات

السلوكية والتي تبدأ في الطفولة تمثّل في شكل سلوك غير مقبول اجتماعيًا، ممّا يؤدي إلى قدر كبير من الضرر للأفراد(الضحايا) والمجتمع مُستقبلًا، فغالبًا ما يعاني الأفراد الذين يرتكبون أفعالًا مضادة للمجتمع من مشكلات في الجوانب النفسية والاجتماعية والمهنية.(Bongers et al.,2004)

بالإضافة إلى عوامل الخطورة تلك نجد أنّ الإعاقة السمعية تشكل عاملًا إضافيًا من عوامل الخطر والتي تؤدي إلى تطوّر السلوك المضاد للمجتمع كأحد أبرز الاضطرابات الانفعالية السلوكية لدى الأفراد ذوي الإعاقة السميعة وأشدها خطورة، حيث تم الكشف عن دراسة حول تشخيص وتقييم وعلاج المشكلات الخارجية عن وجود سلوكيات تخريبية متعددة مثل العدوان، وعزا الباحثون هذه السلوكيات إلى إعاقتهم الجسمية. وبالمثل، فإن الأطفال والمراهقين الذين يعانون من درجات مُتفاوتة من الفقد السمعي يُظهرون أنواعًا مختلفة من السلوكيات المضاد للمجتمع (McMahon,1994;Merrell,2003). وقد أكّدت ذلك نتائج دراسة (شهلاء، ٢٠١٩) والتي استهدفت معرفة مدى انتشار السلوكيات المُضاد للمجتمع لدى الأطفال ذوي الإعاقة السمعية ممن تتراوح أعمارهم بين (٨-١٥) عامًا من وجهة نظرهم معلميهم، وقد أثبتت النتائج انتشار هذه السلوكيات بين هؤلاء الأطفال بشكلٍ واضح.

حيث تؤدي عوامل الخطورة التي تحيط بالعديد من الأطفال ذوي الإعاقة السمعية إلى انتشار المشكلات السلوكية بينهم، والتي تؤدي تدريجيًا إلى انخراط هؤلاء الأطفال في العديد من السلوكيات المضاد للمجتمع والتي تكون أكثر بروزًا بدخولهم في مرحلة المراهقة.(González et al.,2021)

ويمر السلوك المُضاد للمجتمع خلال مرحلة الطفولة بمرحلتيْن تطورتيْن تشملان مجموعة من عوامل الخطر والتي تجعل منه ــ إذا لم يتم التدخل مع الطفل لتقليل خطورتها ــ أمرًا واقعًا بحلول مرحلة المراهقة والشباب، تمثل **المرحلة الأولى البداية المُبكّرة والاستمرارية في القيام بالسلوك المُضاد للمجتمع Early initiation and persistent antisocial behavior** من خلال المشاركة المُبكّرة في السلوك المحفوف بالمخاطر مما يزيد من احتمالية تعرضهم لمشكلات مع هذا السلوك لاحقًاــ ومن المظاهر السلوكية التي تنتشر بين الأطفال في هذه المرحلة: العدوانية والعنف، وسوء السلوك في المدرسة والتغيب عن المدرسة، وإقناع الأطفال لأنفسهم بأنّهم غير مُلزمين باتباع القواعد وغير مسؤولين، وتترسخ لديهم المُعتقدات والميول المضادة للمجتمع، وتفضيل العدوان البدني كوسيلة لحل الخلافات، والسلوك التخريبي، والعناد، وعدم الامتثال لأوامر البالغين، وفرط النشاط، والاندفاعية (Greenberg et al., 1998).

ووصف Moffit (1993) استمرارية السلوك المضاد للمجتمع بأنّها السمة المميزة للأفراد ذوي السلوك المضاد للمجتمع المستمر طوال حياتهم. فنجد الميل الأساسي كما هو لكن التعبير عنه يتغير مع ظهور فرص اجتماعية جديدة في نقاط مختلفة من مراحل النمو حيث يُظهر هؤلاء الأفراد مظاهر متغيرة للسلوك المضاد للمجتمع، مثل: العض والضرب في سن الرابعة، والسرقة من المتاجر والتغيب عن المدرسة في سن العاشرة، وبيع المخدرات وسرقة السيارات في سن السادسة عشر، والسرقة والاغتصاب في سن الثانية والعشرين، والاحتيال وإساءة معاملة الأطفال في عمر الثلاثين. وأضاف Eme (2016) أنّ البحث الذي استمر لثلاثة عقود من الزمان منذ عام ١٩٩٣ دعمًا لمجموعة من الأفراد الذين ينخرطون

في بداية مبكرة ومستمرة للسلوك المضاد للمجتمع والذين يميلون إلى أن يكون لديهم عوامل خطر للسلوك المضاد للمجتمع أكثر من أي مجموعة أخرى. فعلى الرغم من أنّهم يبدأون في الاعتداء خلال مرحلة الطفولة في سن الثامنة تقريبًا، إلا أنّه أمكن التعرّف على مجموعة فرعية من الشباب الذين انخرطوا في سلوكيات مضادة للمجتمع خلال مرحلة الطفولة المبكرة بدءًا من سن الثالثة (Shaw,2014& Shelleby).

وتجدر الإشارة هنا إلى أنّ لاستمرارية السلوك المُشكل دورًا أساسيًا في وصفه اضطرابًا، فالمشكلة تمثل خروجًا عن عادة أو تقليد أو قانون، مما يجعل السلوك لا توافقيًا، أمّا الاضطراب فيحدث عندما يزداد تكرار السلوك المشكل وكذلك حدته وحدوثه مع مجموعة من السلوكيات غير المقبولة اجتماعيًا والتي تمثل زُملة وهنا يدخل الطفل في دائرة الاضطراب السلوكي (عادل محمد،٢٠١٩).

وأكّدت دراسة (Shu,2014) التي تناولت تأثير بداية ظهور السلوك المُضاد للمجتمع واستمراريته في مرحلة الطفولة على مراحل النمو اللاحقة، من خلال متابعة ومقارنة مجموعات تطابق المسارات المختلفة المحتملة للسلوك المضاد للمجتمع خلال مرحلتي الطفولة والمراهقة، وما إذا كانت مستمرة أو متقطعة في سن ١٨ عامًا، وأكّدت النتائج أنّ الاستمرارية (المثابرة) كانت تنبؤية لمستويات أعلى من السلوك المضاد للمجتمع خلال مرحلة المراهقة، مع التأكيد على أهمية وتأثير استمرار السلوك المضاد للمجتمع على الصحة النفسية والجريمة مستقبلًا، مع التوصية بضرورة دراسة كيف يمكن لعوامل الحماية أن تمنع السلوك المضاد للمجتمع من الظهور و/ أو الكف عنه لدى المراهقين قبل بلوغهم سن الرشد.

وتأتي **المرحلة الثانية التي تحمل عنوان الاتجاهات(المواقف) الإيجابية نحو السلوك المُضاد للمجتمع Favorable attitudes towards antisocial behavior** وتعد المرحلة الأكثر خطورة، وتأتّي نتيجة لتطوّر المرحلة الأولى حيث يتكوّن لدى الأطفال في هذه المرحلة اعتقاد قوي بأنّ السلوك المُضاد للمجتمع أو المنحرف مقبول اجتماعيًا ولا خلل في القيام به، وتتحول مواقفهم نحو قبول أكبر لهذه السلوكيات، مما يعرّضهم لخطر أكبر، حيث يتخذ الأطفال موقفًا مُتمردًا نشطًا تجاه المجتمع، وبالتالي يصبحون أكثر عُرضة لخطر تعاطي المخدرات، والجنوح، والتسرب من المدارس (Mat,2019). في المقابل، يمثل إكساب الأطفال السلوك الاجتماعي الإيجابي عامل حماية خاصةّ لأولئك الذين لديهم عوامل خطر قد تدفعهم لارتكاب جرائم عنف قبل سن الثالثة عشر (مثل المساعدة والمشاركة والتعاون، وخفض العدوانية والاندفاعية وإظهار السلوكيات المقبولة اجتماعيًا خلال تفاعلاتهم مع الأقران).

كما توجد مجموعة أخرى من عوامل الخطر وتتمثل في القدرات المعرفية لدى الأطفال، فقد أكّدت دراسة (Fergusson&Horwood,1995;Maguin&Loeber,1996) على أنّ متوسط معدل ذكاء الأطفال الذين أظهروا دلالات مبكرة للسلوك المُضاد للمجتمع ومعدلات تحصيلهم المدرسية أقل مقارنةً بأقرانهم الأسوياء، ويتجلّى ذلك في ضعف العمليات الإدراكية الاجتماعية، مثل الفشل في الانتباه للإشارات الاجتماعية المناسبة مثل تعليمات البالغين، والمبادرات الاجتماعية للأقران. بالإضافة إلى الممارسات الأبوية غير المناسبة والتي تعد من بين أقوى عوامل التنبؤ بالسلوك المضاد للمجتمع المبكر (Hawkins et al., 1998)، فمقارنةً بالأسر التي لا يعاني أطفالها من مشكلات سلوكية، تبيّن أن أسر

الأطفال الصغار الذين يعانون من مشكلات سلوكية أكثر عُرضة بثماني مرات للانخراط في صراعات تنطوي على عدم الانضباط، والانخراط في عدد التفاعلات غير الإيجابية، والإساءة البدينة، وغالبًا عن غير قصد تعزّز تلك الأسر سلوك الأطفال السلبي (Gardner,1987;Patterson et al.,1984).حيث ترتبط ثلاث ممارسات أبوية مُحددة بشكل خاص بمشكلات السلوك المبكر، وهي: (١) مستوى عالٍ من الصراع بين الوالدين والطفل، (٢) ضعف الرقابة،(٣) مستوى منخفض من المشاركة الإيجابية (Wasserman et al.,1996).

وبمرور الوقت يكبر الطفل ويصبح مندمجًا في المجتمع، تبدأ عوامل الخطر الجديدة المُتعلقة بتأثير الأقران والمدرسة في لعب دور أكبر، وعادةً ما تظهر تأثيرات الأقران على جنوح الأطفال في وقتٍ متأخر عن التأثيرات الفردية والأسرية، حيث توجد آليتان رئيسيتان مُرتبطتان بعوامل أو تأثيرات الأقران هما الارتباط بالأقران المنحرفين ورفض الأقران(Wasserman et al.,2003) .

ومن هنا، يجب أن يتم تحديد الأطفال "المعرضين للخطر" بشكلٍ مثالي في سن مبكرة وقد يكون هذا التصنيف انتهاكًا لحقوقهم. لذا يفضل تحديد وتنفيذ استراتيجيات التدخل الوقائي للأطفال "المعرضين للخطر" ، حيث تشمل عوامل الخطر التقليدية للسلوك المضاد للمجتمع واضطرابات الشخصية المرتبطة به في مرحلة البلوغ المشكلات السلوكية واضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط واضطراب السلوك في الطفولة. في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية الرابع ، يعد اضطراب سلوك الطفولة معيارًا أساسيًا لتشخيص اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع في مرحلة البلوغ. فلقد ثبُت أن ما لا يقل عن ثلث الأطفال الذين يعانون من فرط النشاط يصابون باضطراب السلوك في أواخر الطفولة وأن حوالي نصف هذه المجموعة الفرعية يتم تشخيصهم باضطراب الشخصية المضادة للمجتمع في مرحلة المراهقة. وهذا يستدعي بطبيعة الحال إعادة تعريف محددات الدراسة لدى هؤلاء الأطفال. في هذا الصدد، تحول التركيز من الطفل إلى بيئة الطفل. في حين أن العوامل المتعلقة بالأطفال مثل العنف لا تزال مهمة، فإن المزيد من العلامات ذات الصلة بالأسرة مثل الأشقاء الجانحين، والآباء صغار السن، وتاريخ الرعاية السكنية. بالنظر إلى هذه المعايير، سيتم اعتبار عددًا كبيرًا من الأطفال معرضين للخطر (Rodrigo et al.,2010).

تؤكد النظريات الحديثة لتطور السلوك المُضاد للمجتمع على أهمية معرفة العمر عند ظهور السلوك للمرة الأولى (Loeber etal.,1998;Moffitt,1993;Patterson&Yoerger,1993,1997; Ramsey,1989) وفقًا لهذه النظريات، سيُظهر بعض الأطفال سلوكيات مضادة للمجتمع في وقت مبكر من حياتهم، وبالتالي، من المرجح جدًا أن يتبعوا مسار حياة ملئ بالسلوكيات المضادة للمجتمع المستمرة. كما تشمل عوامل الخطر الخاصة بهذه السلوكيات في مرحلة الطفولة المشكلات النفسية العصبية المبكرة ، ومعدل الذكاء اللفظي، والمزاج السئ الذي غالبًا ما ينعكس في مشكلات السلوك المبكرة. وقد يساهم في تفاقم مشكلات السلوك هذه وجود الطفل في بيئة اجتماعية عالية الخطورة (Vanlier et al.,2007).

ومن ثمّ إذا كانت الوقاية من السلوك المضاد للمجتمع أكثر فاعلية، فيجب أن "تبدأ من البداية" ، بدءًا من مرحلة ما قبل المدرسة إن لم يكن قبل ذلك، أي منذ فترة الحمل، استنادًا إلى المبدأ القائل بأنّ تعديل وتقويم سلوكيات الأطفال يتم بسهولة أكثر من تغييرها في المراحل العمرية اللاحقة (Shaw et al. ,2012).

المحـــور الثالث: التدخل الوقائي

يُقصد بالتدخل الوقائي تقديم الخدمات للأفراد الذين تمّ تحديدهم على أنهم معرضون لخطر الاضطراب حيث يخضعون للتدخل مع توقع انخفاض احتمالية حدوث اضطراب في المستقبل، وغالبًا ما يُنظر إلى التدخل الوقائي على أنه مختلف عن العلاجي، لكنه نُهُج تكميلي في هدف مشترك يتمثل في تقليل عبء الاضطرابات النفسية والانفعالية والسلوكية على النمو السليم للأطفال والمراهقين. على النقيض من ذلك، فإنّ تعزيز الصحة النفسية، الذي يعتبره البعض منفصلاً عن الوقاية، إلّا أنهما وثيقا الصلة بحيث يمكن اعتبار تعزيز الصحة النفسية أحد مكونات التدخل الوقائي، إذ يركز كلٌ من الوقاية والتعزيز على تغيير التأثيرات المشتركة على نمو الأطفال والمراهقين من أجل مساعدتهم على الأداء الجيد في تلبية مهام وتحديات الحياة والبقاء بعيدًا عن المشكلات المعرفية والانفعالية والسلوكية التي من شأنها أن تضعف وظائفهم الحياتية(O’Connell et al.,2009).

أوصى National Advisory Council Mental Health Council Workgroup (1998) بتوسيع تعريف التدخل الوقائي ليشمل التجارب التي يخضع لها من: (١) ليس لديهم أعراض حالية للاضطراب النفسي ولم يعانوا أبدًا من أي أعراض؛(٢) لديهم أعراض شبه سريرية حالية؛ (٣) مصابون باضطراب تم تشخيصه حاليًا و/ أو كانت أعراضه سابقًا – هؤلاء ينصب التركيز معهم على منع الانتكاس أو التكرار؛ أو (٤) مصابون باضطراب تم تشخيصه حاليًا، مع التركيز على الوقاية من الاعتلال المشترك.

ترتكز التدخلات الوقائية على فحص الدور السببي لعامل خطر معين عندما يكون مستهدفًا بالتدخل. على سبيل المثال، يعتبر استمرار السلوك العدواني أو التخريبي في وقت مبكر من الحياة مؤشرًا قويًا لمجموعة كبيرة من السلوكيات الخارجية غير المقبولة اجتماعيًا (Harachi, et al.,2006)، حيث تم اثبات وجود علاقة قوية بين العدوان على المستوى الفردي في مرحلة الطفولة والسلوك المضاد للمجتمع في المراحل العمرية المتقدمة (Kellam, et al.,2008).

تتمثل التدخلات الوقائية في ثلاثة مستويات: الأولية'Primary' والثانوية 'Secondary' والثالثة'Tertiary'، تهدف الوقاية الأولية (المستوى الأول) إلى منع حدوث الاضطرابات الانفعالية والسلوكية في المقام الأول، حيث يتعرّض جميع الأفراد للتدخل وتقدّم غالبية برامج الوقاية الأولية أو الشاملة في المدرسة، لأنها الطريقة الأنسب للوصول إلى شريحة كبيرة من الأطفال، بينما تكون برامج الوقاية الثانوية (المستوى الثاني) انتقائية وتستهدف الأفراد الذين تم تحديدهم على أنهم "معرّضون للخطر" للانخراط في الاضطرابات حيث يخضعون للتدخل على أمل تقليل أفعالهم وسلوكياتهم المضطربة أو القضاء عليها، أمّا الوقاية في المستوى الأخير (المستوى الثالث) فتقدّم للأفراد الذين

أُصيبوا بالفعل بأحد الاضطرابات، حيث تستهدف تقليل فرص انخراطهم في سلوكيات غير مقبولة بشكلٍ مُتكرّر (Caplan,1964).

كان لتطبيق أنواع التدخلات الوقائية الثلاثة تأثير مهم في تطوير نماذج الوقاية المبكرة. من المنظور النمائي تمثّل العديد من الاضطرابات الانفعالية والسلوكية عوامل خطر للاضطرابات اللاحقة، لذلك يمكن تصنيف جميع أنواع العلاج على أنها وقاية، إلّا أنّ Gordon (1983) ذكر أنّ مصطلح "الوقاية" ركّز على الخدمات المُقدمة للأفراد الذين تم تحديدهم على أنهم "لا يعانون من أي إزعاج أو عجز بسبب المرض أو الاضطراب الذي يجب الوقاية منه". وهكذا تم استبعاد فئة الوقاية من الدرجة الثالثة التي ذكرها Caplan) 1964).

اقترح Gordon(1983) تصنيفًا بديلًا ثلاثي الأبعاد للتدخلات الوقائية بناءً على فوائد تقديم التدخل إلى الأفراد المستهدفين. يشمل البُعد الأول التدخلات الوقائية الشاملة أو العامة 'Universal Preventive Interventions': وتستهدف جميع الأفراد الذين لم يتم تحديدهم على أساس المخاطر الفردية، وتتميز التدخلات الشاملة بمخاطرها المُنخفضة مقارنةً بمخاطر العواقب السلبية للاضطرابات، كما أنّها تكون فعّالة ومقبولة من قبل الأفراد ومن أمثلتها: البرامج المدرسية المُقدمة لجميع الأطفال لتعليم المهارات الاجتماعية والانفعالية أو لتجنب تعاطي المخدرات. بينما البُعد الثاني فيتمثل في التدخلات الوقائية الانتقائية'Selective': وتستهدف مجموعة فرعية من الأفراد (بعضهم) حيث يكون خطر الإصابة بالاضطرابات النفسية أعلى بكثير من المتوسط، الخطر يكون وشيكًا أو قد يكون خطرًا مُهددًا للفرد مدى الحياة، ويمكن تحديد المجموعات المُعرّضة للخطر على أساس عوامل الخطر البيولوجية أو النفسية أو الاجتماعية المعروف أنها مرتبطة ببدء اضطراب عقلي أو نفسي أو انفعالي أو سلوكي. مثال: البرامج المقدمة للأطفال المعرضين لعوامل الخطر، ومن أمثلتها البرامج المُقدمة للأطفال المُعرّضين لعوامل الخطر المُرتبطة بالطفل أو ببيئته، مثل طلاق الوالدين، أو سوء المعاملة؛ بهدف تقليل مخاطر النتائج السلبية النفسية والانفعالية والسلوكية. وأخيرًا التدخلات الوقائية المُحدّدة'Indicated': وتستهدف الأفراد المعرّضين لمخاطر عالية والذين تم تحديدهم على أنهم يعانون من علامات أو أعراض قليلة ـــ تُنذر باضطراب انفعالي أو سلوكي، أو علامات بيولوجية تشير إلى الاستعداد لمثل هذا الاضطراب ـ ولكن يمكن اكتشافها إلّا أنّهم لا يستوفون مستويات التشخيص في الوقت الحالي، ومن أمثلتها التدخلات مع الأطفال الذين يعانون من مشاكل مُبكّرة من العدوانية أو ارتفاع أعراض الاكتئاب أو القلق.

هنا ميّز(Gordon(1983 بين العلاج التدخل الوقائي المُحدّد، فالهدف من العلاج هو تقديمه على الفور ، أمّا الهدف من التدخل الوقائي المُحدّد هو توفير التدخل للتعامل مع السلوك الشاذ غير المصحوب بأعراض، مما يؤدي إلى الوقاية من بعض الأعراض أو الإضطرابات اللاحقة والمتوقعة.

تتضمن التدخلات الوقائية في المدارس تدريبًا على المهارات الانفعالية والاجتماعية، والتنظيم الذاتي وعلاقات الأقران الإيجابية (Durlak et al.,2011)، ترتكز التدخلات الوقائية على إطار مفاهيمي يعكس منظورًا نمائيًا يتميّز بأربعة جوانب رئيسة لإطار العمل النمائي، وهي: (١) أنماط الكفاءة والاضطراب المرتبطة بالعمر، (٢) السياقات المُتعددة، (٣) المهام النمائية، (٤) التفاعلات بين العوامل

البيولوجية والنفسية والاجتماعية(Masten,et al.,2008). بهدف خفض حدة السلوكيات المشكلة وبناء عوامل الحماية التي تقلل من المزيد من المخاطر(Catalano et al.,2002) .

ومن أبرز التدخلات الوقائية التي أثبتت فعّاليتها في التدخل مع الأطفال المعرضين لخطر الإصابة باضطراب السلوك المضاد للمجتمع برنامج المجتمعات التي تهتم (Jonkman,et al.,2009)، وبرنامج تعزيز الأسر(Kumpfer&Brown,2019)، وبرنامج التدريب على المهارات الحياتية-Luna) Adame et al.,2013) ، وبرنامج تعزيز استراتيجيات التفكير البديلة المُعزّزة (Greenberg,1998).

وقد قامت الباحثة باختيار برنامج الـPATHS لاختبار فعاليته كتدخل وقائي مع الأطفال ذوي الإعاقة السمعية لعدة أسباب، وهي: كان الاستخدام الأول للـPATHS كتدخل نمائي لتنمية فهم المفاهيم الانفعالية لدى الأطفال الصم من خلال أطروحة الدكتوراه الخاصة بـ(Kuche,1983)، كما تم تناوله للمرة الأولى كتدخل وقائي مع الأطفال الصم بعمر المدرسة في دراسة(Greenberg,1998) وقد أثبت فعاليته في كلتا الحالتيْن مما يعطيه تفرّدًا عن غيره من البرامج في نجاحه مع الأطفال ذوي الإعاقة السمعية على وجه التحديد نظرًا لمناسبة استراتيجياته وفنياته وأنشطته لخصائص هؤلاء الأطفال.

المحور الرابع: الـPATHS كتدخل وقائـــي:

- **فلسفة استخدام الـPATHS كتدخل وقائي:**

توجد العديد من الإجراءات الوقائية التي أوصى بها جميع المُهتمين والعاملين في مجال الإعاقة السمعية التي تستهدف الحد من انتشار الإعاقة السمعية ومنع حدوثها، ولكن ماذا إذا أصبحت الإعاقة السمعية أمرًا واقعًا وأصبح في الأسرة طفل أصم بالفعل، إنّ ثمة العديد من التدخّلات الوقائية التي تناولتها الدراسات والتي من شأنها الحد من عوامل الخطورة التي قد تسبّبها الإعاقة، لكي تجعل من هذا الطفل لاحقًا شابًا إيجابيًا وفعّالًا في مجتمعه، وليس جانِحًا يُسبّب العديد من المُشكلات التي تؤثّر عليه وعلى الآخرين، وحينها نبحث عن تدخلات علاجية مُكلّفة ماديًا، وتحتاج لوقت طويل لتؤتي ثمارها، الأمر الذي قد نتفاداه ما أمكن ذلك.

في السنوات الأولى والمتوسطة من التعليم، تحدث تغييرات واسعة في النمو المعرفي والاجتماعي للطفل بالإضافة إلى التأثير القوي لمجموعة الأقران والمدرسة. فمثلًا نجد أنّ Grant (1992) طوّر نموذجًا يشمل جميع المراحل المدرسية- إلا أنه يركز بشكل خاص على سنوات الطفولة المتوسطة- يركّز على المهارات والانفعالات والإدراك والسلوكيات وعلاقاتها المتبادلة كما هي مطبقة على مجالات الأداء الستة التالية: النمو الشخصي، والحياة الأسرية، وعلاقات الأقران، والمهارات المتعلقة بالمدرسة.

وتجدر الإشارة إلى أنّ نتائج الدراسات أثبتت فعّالية الـPATHS في التدخّل الوقائي، وهو ما يُعد ذا قيمة عملية بشكلٍ خاص للعاملين في مجال التربية الخاصة، نظرًا لأنّ المجال الآن يشمل عمومًا مجموعة متنوعة من الأطفال ممن يحتاجون إلى التدخّل، أو من يكونون في "عُرضة" للخطر، أو ربما بعيدون عنه، ولكنّهم مع ذلك يمكنهم الاستفادة من برامج الوقاية (Greenberg, 2012).

ويرتكز الـ(PATHS) على النموذج الدينامي المعرفي السلوكي الانفعالي -(Affective-Behavior Cognitive-Dynamic model) - وضعه "Greenberg & Kusche`"- والذي يركّز على أهمية التكامل النمائي للانفعال، والسلوك، والفهم المعرفي (التفكير) حيث يتعلّق ثلاثتهم بالكفاءة "الانفعالية -الاجتماعية"، فالطفل الذي يتعلّم الانفعال يعرف كيف يتعرّف على مشاعره وينظمها، وكيف يتواصل من خلالها، والطفل الذي يتلقّى تعزيزًا إيجابيًا لسلوكه يعرف كيف يستخدم استراتيجيات ضبط الذات التي تُمكّنه من إدارة سلوكه، والتمتّع بمهارات تكوين علاقات إيجابية، وأخيرًا الطفل الذي يتمكن من الاستفادة من معارفه، ومهارات التفكير يتمكن من تحديد المشكلات ومن ثمّ التوصل لحلول لها(Domitrovich et al.,2007).

وبالتالي، فإن العلاقات بين الفهم الانفعالي والمعرفة والسلوك لها أهمية حاسمة في تنمية الجوانب الاجتماعية وعلاقات الأقران السليمة (Weissberg&Elias,1993). وفي هذا الصدد نجد أنّ الأطفال ذوي الإعاقة السمعية على وجه التحديد لديهم تأخر شديد في الناحية الاجتماعية المعرفية ينتج عنه أوجه قصور في مختلف المجالات الحياتية الوظيفية الأخرى، فعندما أجريت البحوث الوصفية التشخيصية المتعلقة بتقييم الحالة النفسية والانفعالية والاجتماعية لديهم، تم التوصل إلى أنّ هناك مشكلات كبيرة يعانون منهاإذا ما قورنت بالأطفال السامعين(خاصةً في مجالات مثل تقدير الذات والسيطرة على الانفعالات والتنمية الأخلاقية والقدرة على تفسير تعابير الوجه وتنمية التعاطف (محمد كمال، ٢٠١٤). مع أخذ ذلك في الاعتبار، يقوم برنامج الـ PATHS بجمع مجالات ضبط الذات والوعي والفهم الانفعالي والمهارات الاجتماعية المرتبطة بالأقران وحل المشكلات بالإضافة إلى النموذج الموجه نحو الشخص الذي يركز بشكلٍ أساسي على التكامل النمائي لدى الأطفال.

ويعتبر الـPATHS من برامج الوقاية العالمية الشاملة، التي تعتبر أوسع أشكال التدخّل الوقائي، وقد تتعامل هذه البرامج مع مجموعة كبيرة من الأطفال في عمر المدرسة في بلدٍ ما، أو قد تكون موجهة بشكلٍ أضيق لمجموعة معينة من الأطفال مُحددة بخصائص معينة، وفي دراسة (Greenberg&Domitrovich,2000) التي حدّدت أربعة عشر تدخلًا وقائيًا شاملًا بهدف إخضاعها للتقييم وبيان مدى أثرها في تنمية الجوانب الإيجابية للطفل، والوقاية من اضطرابات الصحة النفسية، وجدت الدراسة أنّ هذه البرامج- والـPATHS من ضمنها- تؤدي إلى نتائج إيجابية وهي: نجاح برنامج وقائي واحد في تقليل أو منع مشكلات مُتعدّدة، وتعزيز المرونة والرفاهية، والسيطرة على عوامل الخطر الشائعة مثل الاندفاعية أو نقص المهارات المعرفية أو السلوك المُضاد للمجتمع.

وتجدر الإشارة إلى أنّ برامج التدخل الوقائي التقليدية القائمة على المهارات الفردية (مثل: حل المشكلات الاجتماعية فقط، أو ضبط الذات، أو التعاطف، أو التدريب على المهارات الاجتماعية السلوكية) أظهرت فاعلية أقل من البرامج متعددة الوسائط التي تدمج حل المشكلات الاجتماعية، والمهارات الاجتماعية (العلاقات بين الأقران، وضبط الذات)، والفهم العاطفي Conduct Problems (Prevention Research Group,1999). كما يجب أن يكون التدخل ذي مدة وكثافة مناسبتيْن لإظهار التأثيرات (Weissberg&Elias,1993).

ولإثبات فعاليته كبرنامج وقائي في العديد من الدول، تمّ تطبيقه في هولندا من خلال دراسة (Louwe et al.,2007)، وفي تركيا من خلال دراسة أجراها (Ocak&Arda,2011)، وفي آيرلندا جاءت دراسة (Ross et al.,2011) ، ودراسة (Inam et al., 2014) التي تمّ إجرائها في باكستان، ودراسة (Sureka&Hema,2020) التي تمّ تطبيقها في الهند، ودراسة (Shi et al.,2022) في هونج كونج، وقد أثبتت نتائج جميع هذه الدراسات فعّالية الـPATHS في خفض السلوكيات المُشكلة، وخفض مستوى فرط النشاط، والعدوان التفاعلي (العدوان المُندفع ورد الفعل تجاه سلوك الآخرين)، ، وكذلك زيادة الأداء الانفعالي والاجتماعي، وتحسّن كفاءتهم الاجتماعية مُقارنة بأطفال المجموعة الضابطة، وبالتالي تمّ إثبات فعّاليته في مجال التدخل الوقائي حيث يمكن تطبيقه على جميع الأطفال العاديين منهم وذوي الاحتياجات الخاصة.

وبالنسبة لاستخدام الـPATHS كتدخل الوقائي، فقد أوضح Greenberg(2004) مجموعة من العوامل التي يتم استهدافها في الـPATHS والتي من شأنها أنْ تسهّل الوقاية من الانخراط في السلوك المُضاد للمجتمع في المستقبل لدى الأطفال ذوي الإعاقة السمعية، وتتمثل العوامل فيما يلي:

١- ترتبط الاندفاعية بالسلوك العدواني، والمُخاطرة، وانخفاض الإنجاز الأكاديمي، وجميعها عوامل خطر تتسبّب في تطوّر العنف والانحراف.

٢- يزيد التعرّف على المشاعر، والتفكير فيها من القدرة على التعبير عنها وترجمتها تلقائيًا ومباشرةً إلى استجابات ذات منحى عملي، فمثلًا يُظهر الأطفال والبالغون الذين يعانون من مشكلات سلوكية فهمًا أقل لمشاعرهم ومشاعر الآخرين، وكذا انخفاضًا في القدرة على التعبير عنها.

٣- التعاطف واحترام الآخرين والقدرة على فهم كيفية تأثير سلوك الفرد على الآخرين؛ جميعها عوامل لمنع الذات من السلوك المُضاد للمجتمع، كما تسهّل هذه المهارات البينشخصية القدرة على تكوين علاقات إيجابية والتوافق مع الآخرين، وهذا بدوره يزيد من احتمالية شعور الأطفال بالانتماء إلى مجموعات اجتماعية إيجابية.

٤- تزيد مهارات حل المشكلات وممارستها من احتمالية أن يستخدمها الأطفال والمراهقون عند الشعور بالضيق والضغط من قِبل الأقران، بدلًا من اتخاذ إجراء بطريقة اندفاعية، حيث ثبت أن مهارات حل المشكلات والعلاقات الإيجابية مع الأقران تعمل كعوامل وقائية للأطفال الذين يتعرّضون للضغوط، وبالمثل تشير الدراسات إلى أنّ تطوير خطط واستراتيجيات أكثر تعقيدًا ودقة فيما يتعلّق بالانفعالات له تأثير كبير على السلوك الاجتماعي للأطفال.

٥- تمثل البيئة المحيطة بالطفل وسيلة وقائية تحقق أهدافًا متعددة، فمن خلال تحسين الوعي الانفعالي للوالديْن والمعلمين: حيث يسعى البرنامج إلى تغيير إيجابي في جودة العلاقات بين المعلمين والوالديْن والأطفال. عند استخدام الـPATHS، يصبح الوالدان والمعلمون أكثر دراية بالعوامل الدينامية التي تؤثّر على السلوك، فضلًا عن الحاجات الانفعالية للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، وبالتالي يكونون أكثر تعاطفًا وأكثر قدرة على التدخل بطرق أكثر فعّالية، ومن ثمّ يصبح الأطفال أكثر قدرة على فهم والديْهم ومعلميهم، واحترام مشاعرهم، والتعرّف على القيم الاجتماعية الإيجابية، فعندما يتم

الاستماع إلى الأطفال باحترام من قِبل معلميهم وأقرانهم، فإنّهم يشعرون بالتقدير، وبأنّ لهم كيانهم الخاص ضِمن مجموعة اجتماعية، وهذا بدوره يحفزهم على تقدير الجماعات التي ينتمون إليها.

ويستند الـPATHS على خمسة نماذج مفاهيمية، هي:

١- نموذج ABCD (النموذج الدينامي المعرفي السلوكي الانفعالي -Affective-Behavior Cognitive-Dynamic model): يُركّز على تعزيز النضج والنمو الأمثل لكل فرد. عند مراجعة نموذج ABCD، يتضح أنّ التطورات التي تحدث خلال السنوات الأولى من الدراسة حاسمة للنجاح التعليمي، وكذلك للعلاقات الشخصية الفعّالة. فالأطفال الذين يُمكنهم تهدئة أنفسهم وإدارة سلوكهم وتنظيم انفعالاتهم بشكلٍ فعّال هم أكثر قُدرة على الحفاظ على الانتباه أثناء الفصل. بالإضافة إلى ذلك، من المُرجّح أن يكون الطلاب الذين يتمتعون باهتمام اجتماعي من قِبل المعلمين والأقران ناجحين في المدرسة، مقارنةً بنظرائهم مُشتتي الانتباه أو المتهورين أو المضطربين.

٢- نموذج النُظُم الإيكولوجية السلوكية: تؤكّد البرامج الموجهة بيئيًا ليس فقط على تعليم المهارات، ولكن أيضًا على خلق فرص واقعية ذات مغزى لاستخدام هذه المهارات، فضلًا عن إنشاء هياكل لتعزيز تطبيق المهارات الفعّال. تهدف إجراءات التعميم والتدريب المُكثّف والدعم المُستمر للمعلمين، ومشاركة الوالديْن في الـPATHS إلى الجمع بين التدريب في المدرسة والدعم البيئي والتعزيزات من الأقران وموظفي المدرسة وأفراد الأسرة.

٣- نموذج علم الأعصاب وهيكلة/ تنظيم الدماغ: إنّ معرفتنا بالتطور البيولوجي العصبي للدماغ أثّرت بشكلٍ كبير على تطوير الـPATHS. وتشير الأبحاث إلى أنّ تجارب التعلّم المُرتبطة بالعلاقات الهادفة في مرحلة الطفولة تُؤثّر على تطوّر الشبكات العصبية بين مناطق مختلفة من الدماغ. وهذا بدوره يُؤثّر على ضبط الذات والوعي الانفعالي. يتضمن الـPATHS استراتيجيات لتحسين طبيعة وجودة تفاعلات المعلم والطفل والأقران التي من المحتمل أن تدعم نمو الدماغ وكذلك التعلّم .(Greenberg&Snell,1997) كما يجب أن يؤدي النمو الأمثل للتحكم الرأسي والتواصل الأفقي وأنماط إطلاق الشبكات العصبية أثناء الطفولة إلى تعزيز التوافق بشكلٍ أفضل في كل من الحياة الحالية واللاحقة.

٤- نموذج التربية السيكوديناميّة: بعض الأهداف بعيدة المدى للتربية السيكوديناميّة هي أن يطوّر كل طفل قدرًا من التحكم السلوكي الاجتماعي، والشعور الإيجابي بالذات، واحترام الذات والآخرين، والدافع الداخلي السليم، والفضول وحب التعلّم، وما إلى ذلك. والهدف هو تعزيز النمو، وتحسين الأداء المدرسي وتحسين الصحة النفسية، مع منع الميول المُضادة للمجتمع والسلوك العنيف وتعاطي المخدرات.

٥-نموذج الذكاء الانفعالي: ويتضمن تشجيع الأطفال على مناقشة مشاعرهم وتجاربهم وآرائهم التي تكون ذات مغزى على المستوى الشخصي. ويُمكن للأطفال أن يشعروا بالدعم والاحترام من قبل المعلمين والأقران على حد سواء. وتساعد هذه الممارسات الأطفال على استيعاب الشعور بالاهتمام والتقدير وبكوْنهم جزءًا من مجموعة اجتماعية. وهذا بدوره يحفّز الأطفال على تقدير ورعاية أنفسهم وبيئتهم وفئاتهم الاجتماعية والأشخاص الآخرين وعالمهم، وهذا هو التركيز الرئيسي للـPATHS.

- **استراتيجيات الـPATHS**

يرتكز الـPATHS على استراتيجيات عديدة، مما ساعد على تحقيقه للعديد من الأهداف وإثبات فعّاليته عند استخدامه كتدخل علاجي أو وقائي على حدٍ سواء، وبالرجوع إلى الدراسات التي استخدمت الـPATSH كتدخل وقائي وجدت الباحثة أنّها ركزّت على مجموعة من الاستراتيجيات التي استهدفت خفض عوامل الخطر وزيادة عوامل الحماية المُرتبطة بموضوع البحث، ومن ثمّ اختارت الباحثة الاستراتيجيات الأربع التالية لأنّها وجدت أنّها الأنسب لتحقيق هدف البحث الحالي، وهي:

١- **استراتيجية ضبط الذات** Self-control Strategy**:**

منذ تسعينيات القرن الماضي، كانت النظرية العامة للجريمة من أكثر النماذج النظرية تأثيرًا على تطور السلوك المُضاد للمجتمع (Gottfredson&Hirschi,1990). وفقًا لهذه النظرية، يُمثّل القصور في تنمية ضبط الذات أثناء الطفولة دورًا حاسمًا في تطوير السلوك المنحرف، مثل السلوك المُضاد للمجتمع. وافترضت النظرية أنّ الطبيعة البشرية تشترك في الاتجاه لتلبية الحاجات والرغبات الفردية، وإذا تُرك السعي وراء هذه الحاجات والرغبات دون تنظيم، فإنه يتسبب في نزاع حتمي مع الآخرين، وبالتالي، عواقب وخيمة على الفرد. ونتيجة لذلك، يجب تدريب الأطفال على تقييد السعي وراء الأفعال التي تُحقق المصلحة الذاتية التي قد تُسبّب ضررًا للذات أو للآخرين، وتعليمهم الانتباه إلى العواقب طويلة المدى لأفعالهم.

ويمكن تعريف ضبط الذات على أنه قدرة الشخص على التحكم في دوافعه، وتغيير انفعالاته وأفكاره، والابتعاد عن السلوكيات غير المقبولة اجتماعيًا(Muraven&Baumeister,2000) بالإضافة إلى التخلي عن الملذات الفورية أو قريبة المدى التي لها بعض العواقب السلبية والقدرة على التصرف لصالح الأهداف طويلة الأجل، إنّه مرتبط بمفاهيم مثل التنظيم الذاتي والاندفاع (Moffitt et al., 2013).

وقد أثبتت عديد من الدراسات مثل (De Kemp,et al., 2009;Tehrani&Yamini,2020; Tittle& Botchkovar,2005;Vazsonyi &Belliston,2007) وجود علاقة قوية بين مستويات ضبط الذات والسلوك المُضاد للمجتمع، فكلما زادت قدرة الأطفال على ضبط الذات، انخفضت السلوكيات المُضادة للمجتمع لديهم.

٢- **استراتيجية استثارة مشاعر الذنب** Feeling guilty strategy **:**

يمكن النظر غالبًا إلى الذنب على أنّه انفعال مؤلم ينشأ عندما يتسبب الفرد أو يعتقد أنه تسبب في ضرر لشخص آخر، إذ تنطوي تجربة الشعور الذنب بطبيعتها على شعور بالمسؤولية تجاه إيذاء الآخرين، ومن ثمّ تعد عنصرًا أساسيًا في التجربة الأخلاقية والاجتماعية للإنسان. نظرًا لدورها في التوسط في العلاقة بين النوايا الداخلية الأخلاقية والسلوك الأخلاقي(Zaccari et al.,2020).

وتعد درجة وصول الفرد للعالم الاجتماعي أحد العوامل المساهمة في تنمية الشعور بالخزي والذنب، إلّا أننا نجد أنّ الأطفال ذوي الإعاقة السمعية يواجهون وضعًا نمائيًا فريدًا، مما يتيح لديهم فرصًا أقل للانخراط في التعلم الصريح أو العرضي، بسبب القيود التي يفرضها الفقد السمعي على تنمية المهارات

اللغوية، وعلى المستوى العام للتواصل. وبالتالي، من المفترض أن تؤثر صعوبات التواصل هذه على التوافق الانفعالي والاجتماعي لهؤلاء الأطفال(Broekhof et al.,2021).

ركزت معظم الدراسات التي تناولت دراسة تطور سلوك الأطفال لأطفال في سن المدرسة وبداية مرحلة المراهقة على رفض الأقران(VanLier&Koot,2010)، والانتماء إلى أقران معينين (Dishionet al.,1995) ، ومعالجة المعلومات الاجتماعية (Crick&Dodge,1994) والأهداف الاجتماعية (Olthof et al.,2011) كمحددات لسلوكهم الاجتماعي والمضاد للمجتمع. بينما أضافت دراسة (Olthof,2015) مُحددًا آخر مُحتملًا للسلوك، وهو شدة الشعور بالذنب من خلال فحص كيفية ارتباط الشعور بالذنب بالسلوك الاجتماعي والمضاد للمجتمع. وقد أشارت النتائج إلى أنّ توقع الشعور بالذنب يعمل كمثبط للسلوك المضاد للمجتمع وكميسر للسلوك الاجتماعي الإيجابي. وأكّد هذه النتائج دراسة(Broekhof et al.,2021) التي هدفت إلى فحص ومقارنة مستويات وتطور العدوان والشعور بالذنب والخجل لدى المراهقين ذوي الإعاقة السمعية وأقرانهم السامعين، ومعرفة مدى مساهمة الشعور بالذنب في تطور العدوان لديهم، حيث أظهر المراهقون ذوو الإعاقة السمعية مستويات أعلى من العدوان الاستباقي، ومستويات أقل من الخجل والشعور بالذنب، كما أوضحت النتائج مساهمة الشعور بالذنب في خفض العدوان الاستباقي لدي المراهقين.

٣- **استراتيجيات حل النزاع والحفاظ على العلاقات** Conflict resolution and Maintaining relationship strategies**:**

يُعد النزاع سمة طبيعية في حياة أي إنسان وبالتأكيد أي طفل أيضًا، طالما أنّه يسعى لتحقيق هدف ما، فإنّ النزاع أمر لا مفر منه، ولا يجب أن تكون نتيجة النزاع دائمًا سلبية، إذ يُمكن أن تشكّل تحديّات النزاع فرصًا تُعزّز التفكير بجديّة أكبر لتطوير فهم أكبر والبحث عن سُبل بديلة أكثر كفاءة وفعّالية وإنتاجية، وهذا يتفق مع قوْل العالم 'Albert Einstein' في مُنتصف الصعوبة تكمن الفرصة" (Scannell, 2010).

وتعتبر استراتيجية حل النزاع وسيلة لطرفين أو أكثر لإيجاد حل سلمي للنزاع فيما بينهم، فهي ترتكز على معالجة وحل جذور النزاع العميقة، فمن خلالها يدرك الطفل أنّ النزاع أمر غير مُستحب، وبالتالي لا ينبغي تشجيعه والاستمرار به، وتفترض الاستراتيجية أن النزاع ظاهرة قصيرة الأمد ويمكن حله بشكلٍ دائم من خلال أساليب التدخل الأخرى، وغالباً ما يكون أفضل مسار لحلّه هو التفاوض (Best, 2005).

وتتضمن استراتيجية حل النزاع مجموعة من الاستراتيجيات الفرعية مثل استراتيجية إدارة الذات البنّاءة، والتواصل، وتبني وجهة النظر الأخرى، وحل المشكلات بين الشخصية، وتعزيز احترام الآخرين، وحل النزاعات الفردية والجماعية، بالإضافة إلى التركيز على عديد من المفاهيم والسلوكيات الاجتماعية مثل (الصداقة، وبناء العلاقات)، والمضادة للمجتمع مثل (التنمر). من خلال مجموعة من الأنشطة تتضمن في المقام الأول التعليمات المباشرة، والنمذجة ، والممارسة السلوكية المعرفية الموجهة لمساعدة الأفراد على إدارة النزاع بشكل بناء وتحفيز الكفاءة المعرفية الاجتماعية بشكل عام(Garrard,2005).

وأكدت نتائج دراسة (Garrard&Lipsey,2007) أن تدريب الأطفال على حل النزاع يساهم في تقليل السلوكيات المضادة للمجتمع خلال مرحلة رياض الأطفال حتى الصف الثاني عشر في المدارس الأمريكية.

ويُمكن للطفل استخدام هذه الاستراتيجية بشكلٍ أكثر تعميمًا عن استراتيجية حل المشكلات في حياته اليومية، كما أنّها تتميّز عنها في أنّه يتم تدريب الطفل خلالها على التفكير والتصرّف بطريقة تجنبه حدوث عديد من المشكلات والنزاعات لاحقًا، أمّا حل المُشكلات فهي تستهدف تدريب الطفل على التفكير في حلول لمشكلة حدثت بالفعل، كما أنّ النزاع يحدث بين شخصيْن يُمثلان طرفي النزاع، بينما المُشكلة قد تحدث بسبب أمر قد يواجه الطفل ويستعصي عليه حله.

٣- **استراتيجية بناء الصداقات الجيدة** Building good friendships Strategy:

تمّ تفسير السلوك المضاد للمجتمع في مرحلتى الطفولة والمراهقة، واستمراره حتى مرحلة البلوغ، من خلال التفاعل بين خصائص الشخصية (نقاط الضعف الكامنة بها) والعوامل البيئية التي تعزز أو تمنع هذه الخصائص، حيث تشكل نقاط ضعف تساعد على تنمية السلوك المضاد للمجتمع اعتمادًا على العوامل السياقية (البيئية). من أجل منع المشكلة، من الضروري تحديد هذه المتغيرات، التي تعمل كعوامل وقائية أو عوامل خطر (Álvarez-García et al.,2018). فيما يتعلق بالعوامل البيئية ، فإن أهم سياقات التأثير والتنشئة الاجتماعية هي الأسرة وعلاقات الأقران (الصداقات على وجه التحديد). ومع ذلك، هناك القليل من الدراسات الحالية التي تستهدف تناول دور الأسرة والأصدقاء على السلوك المضاد للمجتمع في مرحلتي الطفولة والمراهقة(Álvarez-García et al.,2019) .

ومن أبرز خصائص الشخصية المميزة للأطفال ذوي الإعاقة السمعية الاندفاعية، والافتقار إلى التعاطف مما يؤدي إلى خلل في علاقات الأقران مما يجعل منهما عاملا خطر للسلوك المُضاد للمجتمع (Jones et al., 2011;Van Langen et al., 2014).

استنبط (Terlektsiet ,2020) من خلال عرض نتائج العديد من الدراسات التي استهدفت فحص خبرات الأطفال والمراهقين ذوي الإعاقة السمعية حول علاقات الأقران؛ أنّهم يرون أن مشكلات الأقران هي القضية الأكثر بروزًا لديهم فيما يتعلق بصحتهم الانفعالية والسلوكية.وقد أكدت دراسة (Hennessey et al.,2021) دور الـPATHS في خفض الشعور بالوحدة لدى أطفال المرحلة الابتدائية حيث تركّز جلساته على تكوين صداقات والاحتفاظ بها، وزيادة الوعي وفهم المشاعر الصعبة.

يجب أن تركز تدخلات الوقاية من السلوكيات المضادة للمجتمع على تقليل تواصل الأطفال المُعرّضين للخطر مع أقرانهم المنحرفين الذين يميلون إلى السلوكيات المضادة للمجتمع وعلى تعزيز تنمية المهارات الاجتماعية الإيجابية (مثل: مهارات حل نزاعات الأقران). حيث أظهرت الدراسات أنّ التدريب على تكوين علاقات الأقران يقلل من مشاركة الأطفال مع أقرانهم المنحرفين، وينمّي لديهم القدرة على تكوين علاقات سلمية خلال مرحلة ما قبل المراهقة، مما يساعد على حمايتهم من الانخراط اللاحق في الأنشطة والسلوكيات المضادة للمجتمع(Wasserman, et al.,2003) .

وتعد الصداقة أكثر علاقات الأقران عمقًا، فهي علاقات ثنائية ومتبادلة مع الأقران تتميز بالتقارب، والالتزام تجاه أحدهم الآخر (Bukowski et al.,1996). ويمكن أن يكون لعلاقات الصداقة خصائص إيجابية مثل (الولاء، والسلوك الاجتماعي الإيجابي، ودعم تقدير الذات) وأخرى سلبية مثل: (النزاع، والتنافس، والتنمر) (Berndt,2002).

فـــــروض البحث:

١. توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطي رتب درجات أطفال مجموعة البحث في القياسين القبلي والبعدي على مقياس تقدير مؤشرات السلوك المضاد للمجتمع (فى كل بعد من بعديه)، وذلك لصالح التطبيق القبلى.
٢. لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطي رتب درجات أطفال مجموعة البحث في القياسين البعدي والتتبعى على مقياس تقدير مؤشرات السلوك المضاد للمجتمع (فى كل بعد من بعديه).
٣. لا يوجد فرق ذو دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطى رتب درجات أطفال مجموعة البحث فى التطبيق البعدى لمقياس مؤشرات السلوك المضاد للمجتمع (فى كل بعد من بعديه) يرجع للتأثير الأساسى لمتغير درجة الفقد السمعي (صم/ضعاف السمع).

الإجـــراءات المنهجية للبحث:

أولاً: منهـــــج البحـــــث:

استخدمت الباحثة المنهج التجريبي، تصميم المجموعة الواحدة بقياس قبلي وبعدي وتتبعي باستخدام مقياس تقدير مؤشرات السلوك المُضاد للمجتمع.

ثانيًا: مجتمع البحـــــث:

تمثّل مجتمع البحث في الأطفال ذوي الإعاقة السمعية بمدرسة الأمل للصم وضعاف السمع بمدينة بنها، محافظة القليوبية، الذين تتراوح أعمارهم بين (٨-١٢) عامًا.

ثالثًا: عينـــــة البحـــــث:

١- عينة التحقّق من الخصائص السيكومترية:

تم تطبيق مقياس تقدير مؤشرات السلوك المُضاد للمجتمع على عدد (٣٠) طفلًا للتحقّق من الخصائص السيكومترية.

٣- عينـــة البحث الأساسيـــة:

تكوّنت عينة البحث من ستة أطفال من ذوي الإعاقة السمعية (٤ ذكور- ٢ إناث)، ممن تتراوح أعمارهم بين (٨-١٢) عامًا، بدرجة فقد سمعي تتراوح بين (٦٠-٨٥) ديسيبل منذ الميلاد، وبمتوسط ذكاء (٩٣)، وجميعهم ينتمون لأبويْن من خلفية اقتصادية واجتماعية متوسطة وخلفية تعليمية فوق المتوسط، وقد راعت الباحثة التأكّد من أنّ هؤلاء الأطفال لا يخضعون حاليًا ولم يخضعوا مُسبقًا لأي برامج إرشادية أو تدريبية أو علاجية أخرى بالتزامن مع فترة تطبيق البرنامج الحالي، وذلك في حدود من (١٥) يومًا إلى شهرين.

٢- تجانس عينة البحـــث:

قامت الباحثة بحساب المتوسط والإنحراف المعيارى والوسيط ومعاملات الالتواء والتفرطح لمتغيرات البحث، المتمثلة فى درجة الفقد السمعى، والذكاء والعمر ومؤشرات السلوك المضاد للمجتمع؛ وذلك لاختبار تجانس مجموعة البحث فى هذه المتغيرات، كما هو موضح فى الجدول الآتى:

جدول (١)
تجانس مجموعة البحث في متغيرات البحث، المتمثلة فى درجة الفقد السمعى، والذكاء والعمر ومؤشرات السلوك المضاد للمجتمع (ن=٦)

المتغير	وحدة القياس	المتوسط	الانحراف المعيارى	الوسيط	معامل الالتواء	معامل التفرطح
درجة الفقد السمعى	الدرجة	٧٤,١٧	٩,٧٠	٧٧,٥٠	-٠,٦٣٨	-١,٢٤٣
الذكاء	الدرجة	٩٣,٦٧	٣,١٤	٩٤,٥٠	-٠,١٢٠	-١,٠٧٠
العمر	السنة	١٠,٠٠	١,٤١	١٠,٠٠	٠,٠٠٠	-٠,٣٠٠
مؤشرات ما قبل السلوك المضاد للمجتمع	الدرجة	٧٨,٦٧	٢,٩٤	٧٩,٠٠	٠,٢٠٦	-٠,٧٤٧
مؤشرات السلوك المضاد للمجتمع	الدرجة	٣٢,٦٧	٣,٠٨	٣٣,٥٠	-٠,٧٠٥	-٠,٩٣٠

يتضح من جدول (١) أن قيمة معامل الالتواء لمجموعة البحث في نتيجة متغيرات البحث، المتمثلة فى درجة الفقد السمعى، والذكاء والعمر ومؤشرات السلوك المضاد للمجتمع تراوحت بين (-٠,٧٠٥ ، ٠,٢٠٦)، وأن هذه القيمة انحصرت مابين (±١)، وهو مايشير الى تماثل البيانات حول محور المنحنى، كما يتضح من الجدول أن قيمة معامل التفرطح لمجموعة البحث تراوح بين (-١,٢٤٣ ، -٠,٣٠٠)، وأن هذه القيمة انحصرت مابين (±٣)، مما يعنى وقوع جميع البيانات تحت المنحنى الاعتدالي، ويؤكد على تجانس المجموعة فى متغيرات البحث.

رابعًا: أدوات البحـــــث:

استخدمت الباحثة في البحث الحالي مقياس تقدير مؤشرات السلوك المُضاد للمجتمع (إعداد الباحثة)، وبرنامج وقائي باستخدام استراتيجيات التفكير البديلة المُعزّزة (PATHS) (إعداد الباحثة).

الأداة الأولـــى: مقياس تقدير مؤشرات السلوك المُضاد للمجتمع (إعداد الباحثة).

قامت الباحثة ببناء وإعداد هذا المقياس من خلال اتباع الخطوات التالية:

١- إجراء دراسة استطلاعية في شكل سؤال مفتوح تمّ توجيهه إلى مجموعة من آباء ومعلمي الأطفال ذوي الإعاقة السمعية، وذلك بهدف الكشف عن أهم مؤشرات السلوك المُضاد للمجتمع لدى الأطفال، وقد تضمنت الدراسة الاستطلاعية السؤال التالي: ما أبرز مظاهر السلوكيات غير المقبولة اجتماعيًا التي تلاحظونها بين أبنائكم/ تلاميذكم؟

٢- الاطلاع على الأطر النظرية والدراسات العربية والأجنبية التي تناولت قياس مؤشرات/ أشكال السلوك المضاد للمجتمع بهدف تحديد أبعاد المقياس، وتعريف كل منها إجرائيًا.

٣- الاطلاع على بعض المقاييس العربية والأجنبية التي تناولت السلوك المُضاد للمجتمع بوجهٍ عام، وتلك التي تناولتها لدى ذوي الإعاقة السمعية بوجهٍ خاص، ومنها: مقياس التقرير الذاتي للسلوك المُضاد للمجتمع إعداد (Loeber&Farrington,1998)، وقائمة تقدير المعلمين لمشكلات المعاقين سمعيًا إعداد (علي عبد النبي، ٢٠٠٢)، ومقياس الاتجاهات والمعتقدات إزاء السلوك المُضاد للمجتمع إعداد (Butler,Leschied,& Fearon,2007)، ومقياس تقييم الاتجاهات المُضادة للمجتمع (Vasile,2009)، ومقياس الاتجاهات المُضادة للمجتمع إعداد (Farrington&McGee,2017)، مقياس السلوك المُضاد للمجتمع إعداد (شهلاء، ٢٠١٩)، ومقياس السلوك العدواني لدى الطفل الأصم إعداد (زانة بن خليفة، محمد مكي،٢٠٢٠).

٤- قامت الباحثة بإعداد الصورة الأولية لمقياس تقدير مؤشرات السلوك المُضاد للمجتمع، حيث تضمّن المقياس بُعديْن رئيسييْن هما: مؤشرات ما قبل السلوك المُضاد للمجتمع، ومؤشرات السلوك المضاد للمجتمع. ثم قامت بصياغة العبارات الخاصة بكل بعد من أبعاد المقياس بطريقة واضح، ووضعت الباحثة لكل عبارة خمسة بدائل وهي (موافق بشدة، موافق، مُحايد، غير موافق، غير موافق بشدة)، موزعة كالتالي(٥-٤-٣-٢-١)، وقد بلغ عدد عبارات المقياس في صورته الأولية (٣٦) عبارة.

٥- قامت الباحثة بالتحقق من الخصائص السيكومترية (الصدق- الثبات-الاتساق الداخلي) لمقياس تقدير مؤشرات السلوك المُضاد للمجتمع على النحو التالي:

أ- **صدق المقياس:** لحساب صدق المقياس تم استخدام صدق المُحكمين، والصدق الظاهري، والصدق الذاتي، والصدق التميزى، وذلك على النحو التالي:

- **صدق المُحكمين:**

تم عرض المقياس في صورته الأولية على (١١) مُحكمًا من أساتذة الصحة النفسية والتربية الخاصة، ومُعلمي التربية الخاصة، وذلك بهدف الحكم على المقياس من حيث ما يلي:

- مناسبة المقياس لأفراد عينة البحث.
- صلاحية المفردات، ودقة الصياغة.
- تعديل المفردات التي تحتاج إلى تعديل، وإضافة ما يرؤنه مناسبًا لطبيعة المقياس، وما وضِع لقياسه.

ويوضح الجدول التالي النسب المئوية لاتفاق السادة المُحكمين على مفردات المقياس

جدول (٢) يوضح نسب اتفاق السادة المحكمين على مفردات مقياس تقدير مؤشرات السلوك المضاد للمجتمع (ن = ١١)

مؤشرات ما قبل السلوك المضاد للمجتمع			مؤشرات السلوك المضاد للمجتمع		
المفردة	نسبة الاتفاق	المفردة	نسبة الاتفاق	المفردة	نسبة الاتفاق
١	% ١٠٠	١٢	% ٨١,٨٢	١	% ١٠٠
٢	% ٩٠,٩١	١٣	% ١٠٠	٢	% ١٠٠
٣	% ١٠٠	١٤	% ٨١,٨٢	٣	% ٩٠,٩١
٤	% ١٠٠	١٥	% ١٠٠	٤	% ٨١,٨٢
٥	% ٨١,٨٢	١٦	% ١٠٠	٥	% ١٠٠
٦	% ٩٠,٩١	١٧	% ١٠٠	٦	% ٩٠,٩١
٧	% ١٠٠	١٨	% ٩٠,٩١	٧	% ٨١,٨٢
٨	% ٩٠,٩١	١٩	% ٨١,٨٢	٨	% ٩٠,٩١
٩	% ١٠٠	٢٠	% ١٠٠	٩	% ١٠٠
١٠	% ٩٠,٩١	٢١	% ٨١,٨٢	١٠	% ٨١,٨٢
١١	% ٨١,٨٢	٢٢	% ٩٠,٩١	١١	% ٩٠,٩١
				١٢	% ٩٠,٩١
				١٣	% ٨١,٨٢
				١٤	% ٩٠,٩١

تبيّن للباحثة بعد تحكيم المقياس، أنّ السادة المُحكمين قد اتفقوا على إبقاء بعض المفردات على صياغتها، كما اتفقوا على تعديل بعضها الآخر، وفي ضوء ما أسفر عنه تحكيم سيادتهم فقد أبقت الباحثة على كل المفردات التي حصلت على نسبة اتفاق بين المُحكمين بلغت أكثر من ٨٠٪ ، وقد بلغ عدد هذه المفردات المُتفق على إبقائها (٣٦) مفردة.

- **الصـــــدق الظاهـــــري:**

قامت الباحثة بتطبيق مقياس تقدير مؤشرات السلوك المضاد للمجتمع على عينة التقنين، والتي بلغ قوامُها: (٣٠) طفلًا ولقد اتضح للباحثة أن التعليمات الخاصة بالمقياس واضحة ومحددة، وتتصف بالوضوح التام وسهولة الفهم؛ مما يؤكد أن مقياس تقدير مؤشرات السلوك المضاد للمجتمع يتمتع بالصدق الظاهريّ.

- **الصدق الذاتى:**

لحساب الصدق الذاتى للمقياس تم حساب معامل الثبات للمقياس باستخدام برنامج (SPSS (V. 18، ثم تم حساب الجذر التربيعى لمعامل الثبات، حيث أن

معامل الصدق الذاتى= معامل الثبات

وبالتالى فإن الصدق الذاتى لمقياس تقدير مؤشرات السلوك المضاد للمجتمع كما هو موضح فى الجدول الأتى:

جدول (٣) معامل الصدق الذاتى لمقياس تقدير مؤشرات السلوك المضاد للمجتمع (ن = ٣٠)

البعد	مؤشرات ما قبل السلوك المضاد للمجتمع	مؤشرات السلوك المضاد للمجتمع	المقياس ككل
معامل ألفا كرونباخ	٠,٩٦٦	٠,٩٤٢	٠,٩٧٥

يتضح من جدول (٣) أن معامل الصدق الذاتى يتراوح بين (٠,٩٤٢ – ٠,٩٧٥)، وهى قيمة مرتفعة، وبناءاً عليه يمكن الوثوق والاطمئنان إلى نتائج المقياس فى البحث الحالي.

ب- ثبات المقياس: حساب ثبات مقياس تقدير مؤشرات السلوك المضاد للمجتمع:

لحساب ثبات المقياس تم استخدام طريقة معامل ألفا كرونباخ، والتجزئة النصفية، وإعادة تطبيق الاختبار، وذلك على النحو التالي:

- **طريقة معامل ألفا كرونباخ:**

استخدمت الباحثة – هنا – برنامج SPSS (V. 18) لحساب قيمة معامل ألفا كرونباخ لمقياس تقدير مؤشرات السلوك المضاد للمجتمع، وكانت النتائج كما هو موضح فى الجدول الأتى:

جدول (٥) الثبات بطريقة ألفا كرونباخ لمقياس تقدير مؤشرات السلوك المضاد للمجتمع (ن = ٣٠)

البعد	مؤشرات ما قبل السلوك المضاد للمجتمع	مؤشرات السلوك المضاد للمجتمع	المقياس ككل
معامل ألفا كرونباخ	٠,٩٣٣	٠,٨٨٨	٠,٩٥١

يتضح من جدول (٥) أن معامل الثبات للمقياس تتراوح بين (٠,٨٨٨ – ٠,٩٥١)؛ وهى قيمة مرتفعة، وبناءاً عليه يمكن الوثوق والاطمئنان إلى نتائج المقياس فى البحث الحالي.

- **طريقة إعادة تطبيق الاختبار:**

تم تطبيق المقياس على أفراد العينة الإستطلاعية، ثم تم إعادة تطبيقة مرة أخرى على نفس العينة بفاصل زمنى أسبوعين، وتم رصد درجات الأفراد فى التطبيق، ثم تم حساب معامل الارتباط لبيرسون بين درجات الطلاب فى التطبيقين، وذلك فى كل بعد من بعدى المقياس، وكذلك المقياس ككل، وكانت النتائج كما هو موضح فى الجدول الأتى:

جدول (٦) الثبات بطريقة إعادة تطبيق الاختبار لمقياس تقدير مؤشرات السلوك المضاد للمجتمع (ن = ٣٠)

البعد	مؤشرات ما قبل السلوك المضاد للمجتمع	مؤشرات السلوك المضاد للمجتمع	المقياس ككل
معامل الارتباط	**٠,٩٠٣	**٠,٨٩٤	**٠,٩٤٣

(قيمة معامل الارتباط دالة عند مستوي ٠.٠١)**

يتضح من جدول (٦) أن معامل الارتباط بين التطبيقين فى كل بعد من بعدى المقياس، وكذلك فى المقياس ككل هى قيمة مرتفعة ودالة عند مستوى دلالة (٠,٠١)، وبناءاً عليه يمكن الوثوق والاطمئنان إلى نتائج المقياس فى البحث الحالي.

- **طريقة التجزئة النصفية:**

تعمل تلك الطريقة على حساب معامل الارتباط بين درجات نصفى المقياس، حيث تَمَّ تجزئة المقياس إلى نصفين متكافئين، حيث يتضمن القسم الأول: درجات الأفراد فى المفردات الفردية، في حين يتضمن القسم الثانى: درجات الأفراد فى المفردات الزوجية، وبعد ذلك قامت الباحثة بحساب معامل الارتباط بينهما، ويوضح الجدول الآتى ما توصلت إليه الدراسة في هذا الصدد:

جدول (٧) الثبات بطريقة التجزئة النصفية لمقياس تقدير مؤشرات السلوك المضاد للمجتمع (ن = ٣٠)

المواقف	العدد	معامل ألفا كرونباخ	معامل الارتباط	معامل الثبات لسبيرمان براون	معامل الثبات لجتمان
الجزء الأول	١٨	٠,٩١٠	٠,٩٦٦	٠,٩٦٣	٠,٩٦٢
الجزء الثانى	١٨	٠,٨٩٢			

يتضح من جدول (٧) أنّ معامل ثبات مقياس تقدير مؤشرات السلوك المضاد للمجتمع لسبيرمان وبران يساوى (٠,٩٦٣) ولجتمان يساوى (٠,٩٦٢)؛ وهى معاملات ثبات مرتفعة، وهذا يشير إلى أن المقياس على درجة عالية جداً من الثبات، ومن ثمّ فإنّه يعطي درجة من الثقة عند استخدامه كأداة للقياس فى البحث الحالي.

جـ- حساب الإتساق الداخلى لمقياس تقدير مؤشرات السلوك المضاد للمجتمع:

أولًا: الإتساق الداخلى بطريقة الحذف:

١-الإتساق الداخلى لمفردات المقياس:

وتم حساب الإتساق الداخلى بطريقة الحذف لمفردات المقياس من خلال حساب قيمة:

- **الاتساق الداخلى بين درجة المفردة فى كل بعد من بعدى المقياس والدرجة الكلية للبعد الذى يقيس تلك المفردة بعد حذف درجة المفردة:**

تم حساب الاتساق الداخلى لمفردات المقياس عن طريق حساب معامل الارتباط بين درجة المفردة فى كل بعد من بعدى المقياس والدرجة الكلية للبعد الذى يقيس تلك المفردة بعد حذف درجة المفردة، والجدول الآتي يوضح ذلك:

جدول (٨) معامل الارتباط بين درجة المفردة فى كل بعد من بعدى المقياس والدرجة الكلية للبعد الذى يقيس تلك المفردة بعد حذف درجة المفردة (ن = ٣٠)

مؤشرات ما قبل السلوك المضاد للمجتمع			مؤشرات السلوك المضاد للمجتمع		
المفردة	معامل الإرتباط مع البعد بعد حذف درجة المفردة	المفردة	معامل الإرتباط مع البعد بعد حذف درجة المفردة	المفردة	معامل الإرتباط مع البعد بعد حذف درجة المفردة
١	**٠,٧٥٨	١٢	**٠,٥٥٧	١	**٠,٧١٠
٢	**٠,٧٤٧	١٣	**٠,٥٣٧	٢	**٠,٥٩٨
٣	**٠,٦٤٠	١٤	**٠,٥٨٢	٣	**٠,٦٦٣
٤	**٠,٥٥٥	١٥	*٠,٤٣٠	٤	*٠,٤٣٥
٥	**٠,٦٥٧	١٦	**٠,٥٨٤	٥	*٠,٤٣٤
٦	**٠,٥٢٥	١٧	**٠,٦٧٢	٦	**٠,٤٩٥
٧	**٠,٥٨٥	١٨	**٠,٧١٦	٧	**٠,٥٥٠
٨	**٠,٦٨٢	١٩	**٠,٥٣٨	٨	**٠,٥٠٦
٩	**٠,٥١٩	٢٠	**٠,٤٦٨	٩	**٠,٦٨٥
١٠	**٠,٥٦١	٢١	**٠,٦٧٥	١٠	**٠,٧٢٢
١١	**٠,٥٩٦	٢٢	**٠,٦٧٧	١١	*٠,٤٢٦
				١٢	*٠,٤٠٥
				١٣	**٠,٦٧٠
				١٤	**٠,٦٥٦

(* قيمة معامل الارتباط دالة عند مستوي ٠.٠٥)، (قيمة معامل الارتباط دالة عند مستوي ٠.٠١)**

يتضح من الجدول رقم (٨) أن قيم معامل الارتباط بين درجة المفردة فى كل بعد من بعدى المقياس والدرجة الكلية للبعد الذى يقيس تلك المفردة بعد حذف درجة المفردة جميعها دالة عند مستوى دلالة (٠,٠٥)، (٠,٠١)؛ مما يحقق الصدق التكوينى لمفردات المقياس.

٢- الإتساق الداخلى لبعدى المقياس:

تم حساب الاتساق الداخلى لبعدى المقياس عن طريق حساب معامل الارتباط بين درجة كل بعد من بعدى المقياس والدرجة الكلية للمقياس بعد حذف درجة البعد، والجدول الآتى يوضح ذلك:

جدول (٩) معامل الارتباط بين درجة كل بعد من بعدى المقياس والدرجة الكلية للمقياس بعد حذف درجة البعد (ن = ٣٠)

البعد	مؤشرات ما قبل السلوك المضاد للمجتمع	مؤشرات السلوك المضاد للمجتمع
معامل الإرتباط بعد حذف درجة البعد	**٠,٠,٧٧٨	**٠,٠,٧٧٨

(قيمة معامل الارتباط دالة عند مستوي ٠.٠١)**

يتضح من جدول (٩) أن قيمة معامل الإرتباط بين درجة كل بعد من بعدى المقياس والدرجة الكلية للمقياس بعد حذف درجة البعد دالة عند مستوى (٠,٠١) مما يحقق الاتساق الداخلى لبعدى المقياس.

ثانياً: الإتساق الداخلى بطريقة الإبقاء على المفردة:

١- الإتساق الداخلى لمفردات المقياس:

وتم حساب الإتساق الداخلى بطريقة الإبقاء لمفردات المقياس من خلال حساب قيمة:

- **الاتساق الداخلى بين درجة المفردة فى كل بعد من بعدى المقياس والدرجة الكلية للبعد الذى يقيس تلك المفردة:**

تم حساب الاتساق الداخلى لمفردات المقياس عن طريق حساب معامل الارتباط بين درجة المفردة فى كل بعد من بعدى المقياس والدرجة الكلية للبعد الذى يقيس تلك المفردة، والجدول الآتي يوضح ذلك:

جدول (١٠) معامل الارتباط بين درجة المفردة فى كل بعد من بعدى المقياس والدرجة الكلية للبعد الذى يقيس تلك المفردة (ن = ٣٠)

مؤشرات ما قبل السلوك المضاد للمجتمع				مؤشرات السلوك المضاد للمجتمع	
المفردة	معامل الإرتباط	المفردة	معامل الإرتباط	المفردة	معامل الإرتباط
١	**٠,٧٨٩	١٢	**٠,٦٠٤	١	**٠,٧٦٧
٢	**٠,٧٧٧	١٣	**٠,٥٨٣	٢	**٠,٦٦٨
٣	**٠,٦٨٢	١٤	**٠,٦٢٣	٣	**٠,٧١٤
٤	**٠,٥٩٩	١٥	**٠,٤٩٣	٤	**٠,٥٢٤
٥	**٠,٦٩٦	١٦	**٠,٦٢٩	٥	**٠,٥١٧
٦	**٠,٥٧٧	١٧	**٠,٧١٤	٦	**٠,٥٧٢
٧	**٠,٦٣٢	١٨	**٠,٧٥٤	٧	**٠,٦١١
٨	**٠,٧١٦	١٩	**٠,٥٨٧	٨	**٠,٥٩٩
٩	**٠,٥٦٩	٢٠	**٠,٥٢١	٩	**٠,٧٤٧
١٠	**٠,٦٠١	٢١	**٠,٧١١	١٠	**٠,٧٧٢
١١	**٠,٦٣٧	٢٢	**٠,٧١٦	١١	**٠,٥٢٠
				١٢	**٠,٤٩٦
				١٣	**٠,٧٣٠
				١٤	**٠,٧٢٤

(* قيمة معامل الارتباط دالة عند مستوي ٠.٠٥)، (قيمة معامل الارتباط دالة عند مستوي ٠.٠١)**

يتضح من جدول (١٠) أن قيم معامل الارتباط بين درجة المفردة فى كل بعد من بعدى المقياس والدرجة الكلية للبعد الذى يقيس تلك المفردة جميعها دالة عند مستوى دلالة (٠,٠١)؛ مما يحقق الصدق التكوينى لمفردات المقياس.

٢- الإتساق الداخلى لبعدى المقياس:

تم حساب الاتساق الداخلى لبعدى المقياس عن طريق حساب معامل الارتباط بين درجة كل بعد من بعدى المقياس والدرجة الكلية للمقياس، والجدول الآتى يوضح ذلك:

جدول (١١) معامل الارتباط بين درجة كل بعد من بعدى المقياس والدرجة الكلية للمقياس (ن = ٣٠)

البعد	مؤشرات ما قبل السلوك المضاد للمجتمع	مؤشرات السلوك المضاد للمجتمع
معامل الإرتباط	**٠,٠,٩٦٢	**٠,٠,٩٢١

(قيمة معامل الارتباط دالة عند مستوي ٠.٠١)**

يتضح من جدول (١١) أن قيمة معامل الإرتباط بين درجة كل بعد من بعدى المقياس والدرجة الكلية للمقياس دالة عند مستوى (٠,٠١) مما يحقق الاتساق الداخلى لبعدى المقياس.

ب- **الصورة النهائية للمقياس:** بعد التحقق من الخصائص السيكومترية للمقياس توصلت الباحثة لإعداد الصورة النهائية للمقياس الذي تكوّن من (٣٦) عبارة، مقسمة على بُعدين، البُعد الأول مؤشرات ما قبل السلوك المُضاد للمجتمع والذي بلغ عدد عباراته (٢٢) عبارة، وبناءً عليه تكون النهاية الصغري لدرجة الطفل على البُعد الأول (٢٢)، والنهائية الكُبرى (١١٠) وعليه تمّ تحديد الأطفال الأكثر عّرضة لخطر السلوك المُضاد للمجتمع (البداية المُبكّرة والاستمرارية في القيام بالسلوك المُضاد للمجتمع) ممن يحصلون على الدرجات من (٦٦-١١٠)، ومن يحصلون على الدرجات من (٢٢-٦٦) فهم الأقل عّرضة لخطر السلوك المُضاد للمجتمع، أمّا البُعد الثاني مؤشرات السلوك المُضاد للمجتمع والذي بلغ عدد عباراته (١٤) عبارة، وبناءً عليه تكون النهاية الصغري لدرجة الطفل على البُعد الثاني (١٤)، والنهائية الكُبرى (٧٠) وعليه تمّ تحديد الأطفال الأكثر انخراطًا في السلوك المُضاد للمجتمع (الاتجاهات الإيجابية نحو السلوك المُضاد للمجتمع) ممن يحصلون على الدرجات من (٤٢-٧٠)، والأطفال الأقل انخراطًا في السلوك المُضاد للمجتمع ممن يحصلون على الدرجات من (١٤-٤٢).

<u>الأداة الثانيـــة:</u> برنامج وقائي باستخدام استراتيجيات التفكير البديلة المُعزّزة (PATHS) للحد من خطر الإصابة بالاضطرابات الانفعالية والسلوكية لدى الأطفال ذوي الإعاقة السمعية:

أعدّت الباحثة برنامجًا وقائيًا باستخدام الـPATHS للحد من الاضطرابات الانفعالية والسلوكية والسلوك المُضاد للمجتمع لدى الأطفال ذوي الإعاقة السمعية المُعرضين للخطر من خلال مجموعة من المراحل والاستراتيجيات والفنيات والأنشطة والتي تستهدف زيادة عوامل الحماية وتقليل عوامل الخطر المُرتبطة بالاضطرابات.

ولكي تعد الباحثة البرنامج الوقائي استنادًا على الأسس العلمية للـPATHS التي وضعها مصممماه ''Greenberg &Kusche'، حرصت على الحصول على الحقيبة التدريبية الخاصة بالبرنامج، وقد وجدت الباحثة أنّ مصممي البرنامج قاما بإعداد حقيبة تدريبية لكل صف دراسي بدايةً من مرحلة ماقبل المدرسة(Pres-K)، حتى الصف الخامس الإبتدائي، بإجمالي ست حقائب تدريبية.

من خلال إطلاع الباحثة على معظم الدراسات التي تناولت الـPATHS وجدت أنّه إمّا أن يُسْتَخدَم مع الأطفال في مرحلة رياض الأطفال كمرحلة أولى للتطبيق ثم يبدأ التدرج في استخدام باقي الحقائب التدريبية مرورًا بالمراحل التالية، وإمّا أن يتم استخدامه مُباشرةً للمرة الأولى مع أطفال الصفوف الابتدائية، توصلت الباحثة إلى أنّ الـPATHS به من المرونة ما يسمح باستخدامه لأي صف وأي فئة عمرية حتى ولو لم يسبق الخضوع للبرنامج من قبل، من خلال تطويع بعض الأدوات، لتتناسب مع الفئة المُستهدفة بالدراسة. وبناءً على عمر عينة البحث الحالي، والذين تتراوح أعمارهم بين (٨-١٢) سنوات استخدمت الباحثة الأنشطة والأدوات الموجودة في الحقائب التدريبية الخاصة بالصف الثالث والرابع والخامس، ولتزيد الباحثة من خبرتها في تطبيق البرنامج حصلت على تدريب أون لاين من خلال منصة تعليمية عنوانها 'D2L/Brightspace platform'، وتجدر الإشارة إلى أنّ التدريب الرسمي يُعد أحد أساسيات تطبيق الـPATHS، وقد بدأ التدريب بشرحٍ نظري لأهداف التدريب والبرنامج، ويلي هذه المقدمة ورشة عمل تدريبية مُكثفة، مما ساعد على جعْل التطبيق أسهل، وتوفير المزيد من الدعم للتطبيق عالي الجودة.

وفيما يلي الأساس النظري الذي بُنِيَ عليه البرنامج:

أولًا: تعريـــــف الـPATHS:

الـPATHS برنامجٌ نمائيٌ وقائي شاملٌ يهدف إلى منع أو تقليل المشكلات السلوكية والانفعالية لدى الأطفال، وخفض مشكلات التوافق المستقبلية من خلال تنمية المهارات الأساسية في مجال المعرفة الانفعالية، وضبط الذات، وحل المشكلات، وتحسين المناخ الاجتماعي والأكاديمي.

وتجدر الإشارة إلى أنّ البرنامج قد ثبُتت فعاليته في كل من التعليم النظامي والخاص، ومع الأطفال من كلا الجنسين، ففي مجال التربية الخاصة تمّ استخدام الـPATHS بشكلٍ فعّال مع فئات مختلفة من الأطفال، مثل: أولئك الذين يعانون من صعوبات التعلم، والإعاقات الفكرية البسيطة، والفقد السمعي(الصم، وضعاف السمع)، والاضطرابات الانفعالية والسلوكية الخطيرة، فالأطفال ذوو الاحتياجات الخاصة يعانون من تأخّر ملحوظ في القدرات الانفعالية والاجتماعية ويكونون أكثر عُرضة للاضطرابات الانفعالية والسلوكية مع تقدمهم في العمر.

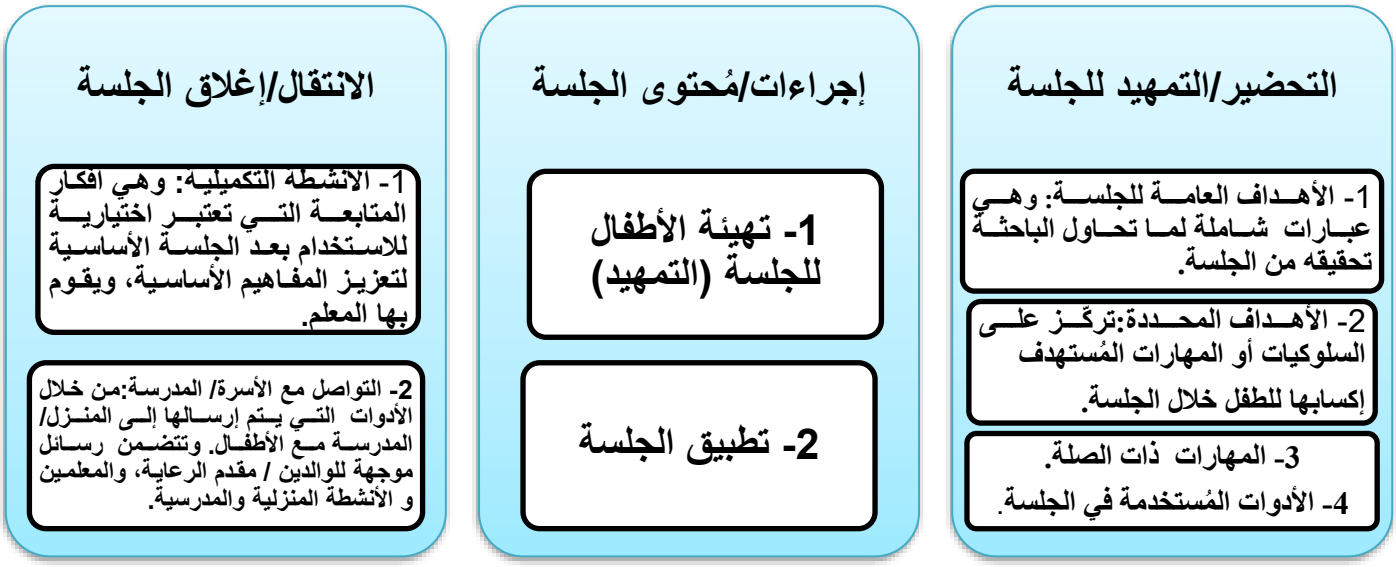
ثانيًا: أهـــداف الـ PATHS:

يوفّر الـPATHS إجراءًا نمائيًا وقائيًا مُنظّمًا **لتعزيز عوامل الحماية والحد من عوامل الخطر** لدى الأطفال، ويستهدف ما يلي:

١- إنشاء وتعزيز القواعد الأساسية الواجب اتباعها بالمنزل والمدرسة.
٢- تعزيز ضبط الذات وتشجيع التفكير التخيلي/التأملي وهو: نوع من أنواع التفكير يُمكّن الأطفال من تصحيح المفاهيم الخاطئة وسد الفجوات من خلال مساعدتهم على التفكير فيما يفعلونه ولماذا يفعلونه، فهو مفيد بشكل خاص في حل المهام المعقدة من خلال تحديد الحقائق والنظريات ذات الصلة بحل مشكلة ما، حيث يوفّر للطلاب فرصة للتراجع والتفكير في كيفية حلها، وكيفية تخصيص مجموعة معينة من استراتيجيات حل المشكلات لتحقيق أهدافهم.
٣- استخدام الأعمال الأدبية لمناقشة وتعزيز السلوك الاجتماعي الإيجابي المسؤول.
٤- زيادة قدرة الأطفال على تحديد وفهم ومناقشة مجموعة متنوعة من الانفعالات التي يمر بها الأفراد في حياتهم اليومية.
٥- تعزيز التعاطف وتبنّي وجهات النظر الأخرى.
٦- مساعدة الأطفال على حل المشكلات الاجتماعية وحل النزاعات في التفاعلات الاجتماعية، من خلال زيادة قدرتهم على إيجاد حلول إبداعية بديلة للمشكلات وحلول مربحة لجانبي النزاع.
٧- دعم الأطفال في استخدام هذه المهارات- المذكورة أعلاه- مما يساعد على تحسين البيئة الدراسية وتعزيز النجاح الأكاديمي.
٨- تطوير استراتيجيات محدّدة تُعزّز الاستجابات التأمليّة، وتعني استنباط الفهم الكامل قدر الإمكان لأفكار المُتحدث ومشاعره ممّا يوفّر للأطفال المعلومات اللازمة للتفاهم الاجتماعي والسلوك الاجتماعي الإيجابي.
٩- إقامة وتحسين العلاقات مع الأقران، والمعلمين، والآخرين.
١٠- استثارة الشعور بالذنب لديهم، والتدريب على تقييم المواقف والسلوكيات والعواقب.

ثالثًا: هيكـــــل جلسات الـPATHS:

تنقسم كل جلسة إلى ثلاثة أقسام، كالتالي:



رابعًا: استراتيجيات وأدوات الـPATHS:

١. **<u>الاستراتيجيات:</u>**

- **استراتيجية ضبط الذات** Self-control Strategy**:**

ويتم تناول الاستراتيجية من خلال تدريب الأطفال على مجموعة من الخطوات بدايةً من قياس مشاعرهم باستخدام مقياس المشاعر ومن ثمّ تدريبهم على (٢٠) طريقة من طرق الضبط والتهدئة المختلفة وأساليب التعامل مع الضغوط، واستخدام ملصق الانفعالات.

- **استراتيجية استثارة الشعور بالذنب** Feeling guilty strategy **:**

ويتم تناول الاستراتيجية من خلال تعريف الأطفال مجموعة من المفاهيم مثل المسؤولية، والذنب، وما معني أن تكون مذنبًا، ومتى تشعر بذلك وبماذا تشعر، مع ضرورة تدريبهم على تقييم أفعالهم وإصدار الحكم عليها والانتباه لانفعالاتهم الداخلية، مع ترسيخ قيمة كبيرة وهي ضرورة التعلم من الأخطاء لتفادي الوقوع بها مرة أخرى مستقبلا مما يترتب عليه حماية أنفسهم قبل الآخرين، وأيضًا تعليمهم الفرق بين الخجل والشعور بالذنب، وكيفية ادراة الغضب.

- **استراتيجيات حل النزاع والحفاظ على العلاقات** Conflict resolution and Maintaining relationship strategies**:**

وخلال تطبيق هذه الاستراتيجية يتعرف الطفل على مفهوم النزاع، وكيفية إيجاد حلول مُربحة لكلا الطرفين، وصولًا إلى تدريبه على تكوين العلاقات مع الآخرين وتمييز العلاقات السوية وغير السوية.

- **استراتيجية بناء الصداقات الجيدة** Building good friendships Strategy:

وتركّز هذه الاستراتيجية على تدريب الأطفال على معرفة كيفية التعرف على والتمييز بين الأصدقاء الجيدين والسيئين من خلال معرفة خصائص الصديق الجيد والسيء، وكيف للطفل نفسه أن يصبح صديقًا جيدًا للآخرين.

٢. **الأدوات:**

يتميّز الـPATHS بوجود العديد من الأدوات التي تستخدم لتنفيذ أنشطة تختلف من جلسة لأخرى وفقًا لأهدافها، مثل: مُلصق حل المشكلات، مُلصق الانفعالات، مُلصق مقياس المشاعر، وقاموس المُترادفات، والصور الفوتوغرافية، وبطاقات السيناريو، وأوراق الأنشطة، بالإضافة إلى وروايتيْن عالميتيْن، هما رواية[١] جسر إلى تيرابيثيا، ورواية الفأس، وتستخدم حسب هدف الجلسة حيث يتم قراءة جزء من الرواية (مُختار بدقة بما يتناسب مع هدف الجلسة) ومن ثمّ المناقشة باستخدام الأسئلة أثناء القراءة أو بعدها، وتُمثّل هذه المناقشة الجزء الأكبر من البصيرة والتفاهم من خلال تبادل الأفكار، وباستخدام قائمة من الأنشطة يُمكن تعزيز المناقشة والتركيز على القضايا المُستهدفة من الرواية.

خامسًا: الفنيات والأساليب المُستخدمة ضِمن الـPATHS:

توجد مجموعة من الفنيات والأساليب التي وضعها 'Greenberg& Kusche'، واستعانت بها الباحثة خلال تطبيق الـPATHS بشكلٍ خاص، وهي: فنية القاعدة الذهبية'The golden rule' بالإضافة إلى مجموعة الفنيات والأساليب الأخرى التي استعانت بها الباحثة، نظرًا لأنّ الـPATHS انبثق من مجموعة من النظريات والنماذج، وتتمثل في لعب الدور Role-playing ، والتعزيز Reinforcement، ونمذجة الدورRole-moldel، الحوار والمناقشة Discussion & Dialogue، والاسترخاء Rlaxation، والسرد القصصيStory telling، فنية التنفس البسيطة simple breathing، والتعميم Generalization، وفنية مراقبة الذات Self-monitoring.

سادسًا: دليـــــــل الـ PATHS Manual' PATHS:

تحتوي الحقيبة التدريبية على دليل استخدام البرنامج، وقد استعانت الباحثة بهذا الدليل لتصميم البرنامج الذي يُحقّق أهداف البحث الحالي بناءً على الأُسس العلمية والنظرية الأصلية التي وضعها مؤسسا البرنامج موضحين بذلك فلسفة البرنامج في التعامل مع الأطفال المعرضين لخطر الاضطرابات الانفعالية والسلوكية، كما يلي:

[١] **وتجدر الإشارة إلى أنّ الباحثة قامت بتلخيص الروايتيْن، وإعادة صياغة الأحداث مع الإبقاء على الحبكة الأساسية، وتغيير أسماء الأبطال لأسماء عربية، بما يتناسب مع ما يتقبله المجتمع، وما يتناسب مع طبيعة الأطفال في البيئة المصرية والعربية.**

- **الجلسات الأولى بعنوان: ضبط الذات والتهدئة** التي تناقش مفهوم الضغوط ويتم من خلالها عرض الأفكار حول كيفية التهدئة "ضبط الذات، من خلال تدريب الأطفال على فنية التنفس البسيطة، يُمكن للأطفال ممارستها بانتظام خلال الجلسة للمساعدة في تنظيم مشاعرهم وانتباههم، ثم تليها جلسة بعنوان: الهدوء أو الاسترخاء، التوتر توفّر تدريبًا على عملية استرخاء العضلات لمساعدة الأطفال على الهدوء والتركيز خلال الجلسة.
- **تليها جلسات أساليب مواجهة الضغوط** يتم من خلالها مُناقشة أوسع حول طرق التعامل مع الضغوط داخل وخارج الفصل، وتركّز جلسات الـPATHS هنا على عامل من عوامل الوظائف التنفيذية، وهو :المهارات المُتعلّقة بالتنظيم السلوكي وضبط الذات، بما في ذلك الضبط المُثبَط والانفعالي؛ وهما عاملان يتم التركيز عليهما خلال العديد من الجلسات، فعندما تكون هناك حاجة إلى سلوك مَرِن ومُنسّق ومُوجّه نحو الهدف لحل مشكلةٍ ما، فإنّه ينطوي على مجموعة من العمليات المعرفية ذات الترتيب الأعلى. من المحتمل أن يكون هذا هو السبب في أنّ مُمارسة المهارات المُتعلقة بـالوظائف التنفيذية تُساعد في تحقيق النجاح الأكاديمي والسلوكي.
- **أمّا جلسات استثارة الشعور بالذنب** والتي تركّز على تعريف الأطفال بالشعور بالذنب واستثارته لديهم: من الناحية النمائية، يظهر الشعور بالذنب في وقتٍ مُتأخر نسبيًا مقارنةً بالانفعالات الأخرى لأنّه يتطلّب مستوى أعلى من الفهم المعرفي، ويشير الشعور بالذنب إلى أنّنا نعتقد أننا فعلنا شيئًا خاطئًا. وبالتالي، من المهم جدًا التعرّف على الشعور بالذنب (حتى لو كان مُؤلمًا) والانتباه إليه، وللشعور بالذنب فائدتان أساسيتان، هما: قوته في منع الطفل من الانخراط في السلوك المُضاد للمجتمع وتحمّل مسؤولية أفعاله، ومساعدته على عدم تكرار أخطائه. ويعتبر مفهوم الذنب معقدًا ويصعب على الأطفال فهمه تمامًا ، ولكنه أيضًا مهم للغاية. إذا شعر الأطفال في كثير من الأحيان بالذنب لأشياء ليسوا مسؤولين عنها حقًا، فقد يشعرون بالقلق والتعاسة واليأس. من ناحية أخرى ، فإن الأطفال الذين لا يشعرون بالذنب يكونون معرضين لخطر الاضطرابات السلوكية والانفعالية، والسلوك المُضاد للمجتمع مثل الجنوح وسوء السلوك المزمن. في كلتا الحالتين، يصبح تصحيح المشكلات أكثر صعوبة مع تقدم الأطفال في العمر. يحتاج الأطفال أيضًا إلى تعلم أن إصلاح المشكلات يمكن أن يكون مفيدًا حتى عندما لا نكون مخطئين، على سبيل المثال، لا ينبغي أن أشعر بالذنب لأنني لم أقصد القيام بذلك. لكن ربما لا يزال من المفيد الاعتذار، ولكن إذا شعر الأطفال في كثير من الأحيان بالذنب لأشياء ليسوا مسؤولين عنها عليهم أن يتعلموا أن هذه الاستجابة طبيعية ، لكنهم لم يرتكبوا أي خطأ، لذا كان ضروريًا تدريب الوالدين على إدارة الشعور بالذنب لدى أطفالهم.
- **وتنتقل بعدها الجلسات لتدريب الأطفال على التمييز بين الشعور بالأسف مقابل الأسف كسلوك،** هنا نساعد الأطفال على التمييز بين الشعور الحقيقي بالأسف وسلوك قول آسف. يمكن أن يعني الشعور بالأسف (١) الشعور بالاعتذار والندم مع دلالة المسؤولية الضمنية ("أنا آسف لأنني فعلت ذلك")، (٢) الشعور بالتعاطف والرحمة تجاه شخص آخر دون أي مسؤولية ضمنية ("أنا آسف لذلك ابتعد صديقك ")، و (٣) الشعور بالتعاسة مع الحزن أو الأسف على نفسه (" أشعر بالأسف على نفسي "أو" أشعر بالأسف لموت حيواني الأليف "). تختلف تعبيرات الوجه لحالات المشاعر الثلاثة جميعها ، لكنها تعكس جميعها حالات مزعجة حقًا. من ناحية أخرى، يوفر سلوك "قول آسف" تباينًا أكبر بكثير في المعنى. بالتأكيد يمكن للفرد أن يعبر عن حزنه لأي من الشروط الثلاثة المذكورة أعلاه.

ومع ذلك ، يمكن للمرء أيضًا أن يقول "أنا آسف" لأسباب أخرى ، دون الشعور بالأسف في الواقع. هذا مهم بشكل خاص للأطفال لأن يعرفوه ، لأنه كثيرًا ما يطلب منهم الكبار إخبار الآخرين بأنهم آسفون ، كما لو أن هذا السلوك يساوي حالة المشاعر. وهذا يسبب قدرًا كبيرًا من الارتباك، ناهيك عن الغضب، للأطفال والكبار على حدٍ سواء.

- **ثم تركّز جلسة احترام الآخرين عندما لا تتفق معهم** على فكرة احترام الآخر، ومفهوم التعاطف، **والجلسات التالية بعنوان تقييم الإشارات الانفعالية لدى الآخرين،** تتناول الطرق العديدة التي يُمكن للطفل من خلالها استخدام المهارات المعرفية والسياق لتحديد كيف يمكن أن يشعر الآخرون في موقف معين، ثم **تنتقل الجلسة التي تحمل عنوان ما هو النزاع؟،** إلى عرض فكرة أنّ حدوث النزاع أمر طبيعي، ويتم من خلالها تقديم نموذج لثلاثة أنواع من النزاع، ومخطط النزاع الانسيابي والتطوّر المُحتمل للنزاع - إما التحرك نحو التصعيد والغضب والعنف أو نحو التهدئة والحل، **وجلسة حل النزاع** التي تركّز على كيفية الوصول إلى "حلول مُربحة لجانبي النزاع".
- أمّا **جلسة تمييز الخيارات الجيدة** التي تم بنائها على فلسفة مفادها أنّ من الطبيعي أن يكون هناك نزاع واختلاف مع الآخرين لذا من المهم جدًا التمييز بين النزاع اليومي والتنمر. يحدث التنمر فقط عندما يكون هناك اختلال في توازن القوى. ويؤدي التنمر بشكل متكرر إلى وضع الطفل في مواقف يجد فيها صعوبة كبيرة في الدفاع عن نفسه لأن التنمر يقوم به أطفال أكبر سنًا أو أقوى أو جزءًا من المجموعة. من المهم أن ندرك أن التنمر هو موقف مختلف - فالأساليب العادية لمناقشة وحل النزاعات لا تنطبق عليه. لذا من المهم دعم الطفل الذي يتعرض للتنمر وحمايته من الأذى، ومن المهم أيضًا التحدث مع الطفل الذي يمارس التنمر وأن نكون واضحين في أنه لن يتم التسامح مع التنمر. لذا يجب أن يتم تعليم الأطفال الوعي الاجتماعي والتعاطف والسلوك المسؤول وفهم وجهات نظر الآخرين، والاختلاف بشكلٍ فعال مع شخص آخر دون جعله شخصيًا، واتخاذ القرارات وحل المشكلات، وبالتالي يمارسون السلوك اللائق كنتيجة لفهم أفضل لأنفسهم وللآخرين، والكيفية التي تعمل بها العلاقات السليمة، ومن ثمّ يكونون علاقات سليمة سوية وصولًا لتحقيق الصداقات والتي تمثل قمة الهرم في علاقات الأقران، والتمييز بين الصديق الجيد والسيء.
- **مرحلة الجلسات الختامية :** تم من خلالها المراجعة ومناقشة ردود الأفعل، والمتابعة.

وتأسيسًا على ما سبق بلورت الباحثة برنامجها على أساس البرنامج الأصلي مُرتكِزًا على أساسه النظري واستراتيجياته وفنياته وأنشطته، مُستهدفًا بالتحديد زيادة عوامل الحماية وخفض عوامل الخطر لدى الأطفال ذوي الإعاقة السمعية المُعرضين لحطر الاضطرابات الانفعالية والسلوكية.

سابعًا: خطــوات إعـــــداد برنامــج الـPATHS:

١- المُحـــدّدات الإجرائيـــة للبرنامـــج:

أ) المُحــدّدات البشريــة:

تمّ تطبيق البرنامج على عينة تتكوّن من (٦) أطفال من الأطفال ذوي الإعاقة السمعية، ممن تتراوح أعمارهم بين (٨-١٢) عامًا، وبنسبة فقد سمعي تتراوح بين (٦٠-٨٥) ديسيبل، ممن حصلوا على أعلى الدرجات في البعد الأول وأقلها في البعد الثاني على مقياس تقدير مؤشرات السلوك المُضاد للمجتمع.

ب) المُحدّدات الزمنيــة:

تمّ تطبيق البرنامج على مدى ثلاثة أشهر، في الفترة من (الأول سبتمبر حتى الأول من نوفمبر خلال العام الدراسي ٢٠٢٣/٢٠٢٤م)، وذلك بواقع (٣) جلسات أسبوعيًا، ليكون عدد الجلسات(٤٠) جلسة، أمّا بالنسبة لزمن الجلسات فكان يتراوح بين (٣٠-٤٥) دقيقة وفقًا لطبيعة الجلسة.

ج) المُحددّات المكانيــة:

تمّ تطبيق البرنامج بـأحد القاعات المدرسية بمدرسة الأمل للصم وضِعاف السمع بمدينة بنها/ محافظة القليوبية/ جمهورية مصر العربية.

٢- المنهج المُستخدم في البحث:

استخدمت الباحثة المنهج التجريبي ذي تصميم المجموعة الواحدة بقياس قبلي وبعدي وتتبعي باستخدام مقياس تقدير مؤشرات السلوك المُضاد للمجتمع.

٣- مراحل تطبيــق البرنامج:

يتم تقديم البرنامج تبعًا لأربعة مراحل مُتتالية، هي:

- **المرحلة الأولى: بعنوان: بناء الوعي بالبرنامج: تمهيد البرنامج للوالديْن والمعلمين:** هي عبارة عن جلستيْن، حيث تقوم الباحثة بلقاء والدي الأطفال الخمسة، والترحيب بهم، وشرح طبيعة البحث الذي تقوم به الباحثة، وتوضيح أهمية البرنامج، وأهمية مشاركتهم به، وشرح خطوات البرنامج بطريقة مُحددة وواضحة، ثم تناول طبيعة الدور الذي سيقوم به الوالدان والمعلمون ، والأنشطة التي سينفذونها مع الأطفال في المنزل والمدرسة.
- **المرحلــة الثانية: المرحلة التمهيدية للبرنامج للأطفال:** هي عبارة عن جلستيْن.
- **المرحلة الثالثة: المرحلــة الثالثة: المرحلة التدريبية،** وتتضمن (٣٣) جلسة.
- **المرحلة الرابعة: بعنوان: المُراجعة والختام،** وتتضمن جلسة واحدة.
- **المرحلة الخامسة: بعنوان: المُتابعة،** وتتضمن جلستيْن.

٤ـ خُطـــة جلســـات البرنامـــج:

جـــدول (١٢)
خطة الجلسات التنفيذية لبرنامج وقائي باستخدام الـ PATHS

مراحل البرنامج، وعدد جلسات كل مرحلة	أهداف المرحلة	جلسات البرنامج	أهداف الجلسة	استراتيجية الـPATHS المُستخدمة	الفنيات	الانشطه	الأدوات المُستخدمة
المرحلـة الأولي: بناء الوعي بالبرنامج: تمهيد البرنامج للوالديْن والمعلمين جلستان	✖ أن تتعرّف الباحثة على والدي الأطفال ومعلميهم. ✖ أن تشرح الباحثة للوالدين والمعلمين ماهية البرنامج وفائدته للأطفال. ✖ أن توضح الباحثة للوالدين والمعلمين أهمية مشاركتهم لها تطبيق البرنامج.	الجلستان (١- ٢) بناء الوعي لدى الوالديْن.	بناء وعي الوالديْن والمعلمين بالبرنامج.	ـــــــ	-الحوار والمناقشة	ـــــــ	- بعض من المُلصقات والقصص المُستخدمة في البرنامج الخاصة بالوالديْن/ المعلمين
المرحلـة الثانية: المرحلة التمهيدية للبرنامج للأطفال جلستان	✖ أن تتعرّف الباحثة على الأطفال (عينة البحث) من خلال مشاركتهم في وضع قواعد تطبيق البرنامج لخلق جو من الألفة بينهم. ✖ أن يعرف الأطفال المفاهيمالأ ساسية	الجلسة ٣ صياغة قواعد تطبيق البرنامج.	ـ أن تحدّد الباحثة مع الأطفال قواعد يجب اتباعها خلال فترة تطبيق البرنامج. ـ أن يتعلّم الأطفال أهمية اتباع القواعد.	ـــــــ	-الحوار - المُناقشة - النمذجة - التعزيز.	-نشاط "مقابلات الشركاء". -نشاط "القواعد بمنزلي/ بمدرستي".	مُلصق تطبيق القواعد تستخدمه الباحثة، ورقة وقلم لكل طفل.
		الجلسة ٤: طفل الـPATHS لهذا اليوم (الطفل المساعد لهذا اليوم).	▪ أن تنمّي الباحثة تماسك المجموعة. ▪ أن تنمّي تقدير الذات لدى الطفل. ▪ أن تنمّي شعور الطفل بالمسؤولية الشخصية	ـــــــ	-الحوار - المُناقشة - النمذجة -التفكير الهرمي -التفكير في السبب	-نشاط "الطفل المُساعد لهذا اليوم".	مُلصق الطفل المُساعد لهذا اليوم، علبتيْن أحدها مكتوب عليها "كان لدي دور"، والآخرى مكتوب عليه "لم يكن لدي دور"، ملصق أنواع المجاملات، قائمة

مراحل البرنامج، وعدد جلسات كل مرحلة	أهداف المرحلة	جلسات البرنامج	أهداف الجلسة	استراتيجيه الـPATHS المُستخدمة	الفنيات	الانشطه	الأدوات المُستخدمة
	والمهارات التي تعدهم لاستقبال البرنامج.				والنتيجة .		المجاملات.
المرحلــة الثالثة: المرحلة التدريبية (٣٣) جلسة	✖ أن يتعرّف الطفل على طرق ضبط الذات والتهدئة. ✖ أن يتدرّب الطفل على أساليب مواجهة الضغوط. ✖ أن يتعرّف الطفل على الشعور بالذنب. ✖ أن يتمكن الطفل من استخدام أساليب حل النزاع. ✖ أن يميّز الطفل بين العلاقات السوية وغير السوية. ✖ أن يكوّن الطفل صداقات جيدة.	الجلستان (٥-٦): طُــرق ضبط الذات و التهدئــة.	▪ ان يتعرّف الطفل على آثار التوتّر على السلوك ▪ أن يُدرك الطفل أهمية ضبط الذات.	-استراتيجية ضبط الذات -استراتيجية التعرّف/ تمييز الانفعالات.	-مُراقبة الذات – المناقشة - التنفّس العميق - لعب الدور.	نشاط "مُفكرة المُشكلة	مُلصق المشاعر، مُلصق مقياس المشاعر، مُلصق "مُفكرة المشكلة".
		الجلسة ٧: الهدوء/ الاسترخاء، التوتّر.	أن يتعرّف الطفل مشاعر الهدوء/ الاسترخاء، والتوتّر. أن يُحدّد الطفل العلامات الجسمية وتعبيرات الوجه للشعور بالتوتّر والاسترخاء. أن يتدرّب الطفل على استرخاء العضلات الذي يساعد في الحد من الضغوط والتوتر.	-استراتيجية ضبط الذات -استراتيجية التعرّف/ تمييز الانفعالات.	-مُراقبة الذات - المناقشة ، التنفّس العميق - لعب الدور - الاسترخاء - التعزيز	ــــــــ	ــــــــ
		الجلستان (٨-٩) : أساليب مواجهة الضغوط.	▪ ان يتعرّف الطفل على آثار الضغوط على السلوك ▪ أن تعزز الباحثة أهمية ضبط الذات لدى الطفل.	-استراتيجية ضبط الذات - استراتيجية التعرّف/ تمييز الانفعالات.	-مُراقبة الذات - المناقشة -التنفّس العميق -لعب الدور الاسترخاء	نشاط (٢٠ طريقة للتهدئة)، نشاط (مع من يمكنني التحدث؟	ورقة النشاط (٢٠طريقة للتهدئة)، ورقة الملصقات ووقلم، ورقة نشاط (مع من يمكنني التحدث؟)، رواية الفأس.
		الجلسة ١٠:أفعال المصادفة وأفعال القصد	أن يتبنّى الطفل وجهة نظر الآخرين. أن يفكّر الطفل في أفعال الآخرين. أن يفكر الطفل في عواقب أفعاله.	استراتيجية/ ضبط الذات، استراتيجية تبنّي وجهة النظر الأخرى	مُراقبة الذات، المناقشة ، السرد القصصي، التفكير الهرمي،	ــــــ	صور لأربعة سيناريوهات، سبورة/لوحة الكتابة.

مراحل البرنامج، وعدد جلسات كل مرحلة	أهداف المرحلة	جلسات البرنامج	أهداف الجلسة	استراتيجيه الـPATHS المُستخدمة	الفنيات	الانشطه	الأدوات المُستخدمة
					التفكير التحليلي .		
		الجلستان (١١-١٢): الشعور بالذنب	أن يتعرّف الطفل على مصطلح "الذنب. أن ينتبه الطفل لمشاعره لكي يفهم ما يحدث بداخله.	استراتيجة استثارة الشعور بالذنب	المناقشة والحوار ، مهارات الانتباه، التعقل	ـــــ	قصة مصورة، ملصق المشاعر، قاموس المشاعر.
		الجلسة ١٣: الشعور بالذنب والخجل	أن يتعرّف الطفل على الشعور بالخجل. أن يميز الطفل بين الشعور بالخجل والشعور بالذنب.	استراتيجة استثارة الشعور بالذنب استراتيجية التعرّف/ تمييز الانفعالات.	المحاضرة، المناقشة والحوار ، مهارات الانتباه.	ـــــ	مُلصق المشاعر
		الجلستان (١٤-١٥): ادارة الشعور بالذنب	أن يدرك الوالدين الفرق بين التفهم والاعتذار. أن يتعرّف الوالدين على دور التعاطف في تنمية الشعور بالذنب. أن يتمكن الوالدين من ضبط الذات خلال التعامل مع طفلهم.	استراتيجة استثارة الشعور بالذنب	المحاضرة، المناقشة والحوار	ـــــ	ـــــ
		الجلستان (١٦-١٧): الأسف: المشاعر مقابل السلوكيات (١).	أن يُقارن الطفل بين حالات الشعور الداخلية مع السلوكيات الخارجية. أن يفهم المشاعر من خلال تعبيرات الوجه ولغة الجسد.	-استراتيجية تبنّي وجهة النظر الأخرى -استراتيجية التعرّف/ تمييز الانفعالات.	-مُراقبة الذات المناقشة -التفكير الاستدلالي	ـــــ	مُلصق "الأوقات التي نشعر فيها بالأسف والأوقات التي نقول فيها "أنا آسف" (نسخة كبيرة للعرض).
		الجلستان (١٨-١٩): الأسف: المشاعر مقابل السلوكيات (٢).	أن يُقارن الطفل بين حالات الشعور الداخلية مع السلوكيات الخارجية. أن يفهم المشاعر من خلال تعبيرات الوجه ولغة الجسد.	-استراتيجية تبنّي وجهة النظر الأخرى - استراتيجية التعرّف/ تمييز الانفعالات.	-مُراقبة الذات المناقشة -نمذجة الدور -التفكير الاستدلالي	لعبة "من هو الآسِف؟	قاموس المشاعر، سبعة صور فوتوغرافية لأنواع الأسف، مُلصق "الأوقات التي نشعر فيها بالأسف والأوقات التي نقول فيها "أنا آسف"

مراحل البرنامج، وعدد جلسات كل مرحلة	أهداف المرحلة	جلسات البرنامج	أهداف الجلسة	استراتيجيه الـPATHS المُستخدمة	الفنيات	الانشطه	الأدوات المُستخدمة
							(نسخة كبيرة للعرض، نسخ صغيرة للأطفال).
		الجلستان (٢٠-٢١): احترام الآخرين عندما لا نتفق معهم.	أن تناقش الباحثة مع الأطفال فكرة احترام الآخرين. أن يتعرّف الطفل على مفهوم التعاطف.	-استراتيجية تبنّي وجهة النظر الأخرى -استراتيجية حل النزاع	-المُناقشة -لعب الدور -القاعدة الذهبية	نشاط (السيناريوهات).	ورقة نشاط (السيناريوهات).
		الجلستان (٢٢-٢٣): ما هو النزاع؟	أن تناقش الباحثة مع الأطفال المفاهيم والعمليات المُتعلّقة بالنزاع بين الأشخاص	-استراتيجية تبنّي وجهة النظر الأخرى - استراتيجية حل النزاع.	-المُناقشة - لعب الدور - السرد القصصي	نشاط (النظر في نزاعاتي)	مخطط النزاع، ورقة نشاط (النظر في نزاعاتي).
		الجلستان (٢٤-٢٥): حل النزاع	-أن يتدرّب الطفل على طرق مُختلفة لحل النزاع.	-استراتيجية تبنّي وجهة النظر الأخرى - استراتيجية حل النزاع.	-المُناقشة -السرد القصصي - التعميم	نشاط (تقارير السلام).	مخطط انسيابي للنزاع، بطاقات السيناريو، ورقة نشاط (تقارير السلام).
		الجلستان (٢٦-٢٧): حل النزاع والشعور بالذنب	أن يدرك الطفل دور الشعور بالذنب في حل النزاع.	استراتيجية استثارة الشعور بالذنب، استراتيجية حل النزاع.	المناقشة والحوار, العصف الذهني، لعب الدور، التعزيز، التفكير التخيلي.	—	—
		الجلستان (٢٨-٢٩): تقييم الإشارات الانفعالية لدى الآخرين (١).	▪ أن يقيّم الطفل الإشارات الانفعالية لفهم مشاعر الآخرين بشكلٍ أفضل. ▪ أن يقيّم الطفل أنواع مختلفة من المعلومات الانفعالية.	-استراتيجية تمييز/التعرّف على الانفعالات - استراتيجية تبنّي وجهة النظر الأخرى.	-المُناقشة -مُراقبة الذات - السرد القصصي -التعميم	———	ملصق المشاعر، الرسومات، نشرة (إشارات لفهم كيف يشعر شخص آخر)، رواية جسر إلى تيرابيثيا.
		الجلستان (٣٠-	-أن يقيّم الطفل	-استراتيجية	-	نشاط	مُلصق المشاعر،

مراحل البرنامج، وعدد جلسات كل مرحلة	أهداف المرحلة	جلسات البرنامج	أهداف الجلسة	استراتيجيه الـPATHS المُستخدمة	الفنيات	الانشطه	الأدوات المُستخدمة
		٣١): تقييم الإشارات الانفعالية لدى الآخرين (٢).	الإشارات الانفعالية لفهم مشاعر الآخرين بشكلٍ أفضل. -أن يقيّم الطفل أنواعًا مختلفة من المعلومات الانفعالية.	تمييز/التعرّف على الانفعالات.	المُناقشة -مُراقبة الذات - السرد القصصي -التعميم	(إشارات الصورة ١)، نشاط (إشارات الصورة ٢).	ورقة النشاط (إشارات الصورة ١)، ورقة النشاط (إشارات الصورة ٢)، رواية الفأس.
		الجلستان (٣٢-٣٣): تمييز الخيارات الجيدة	أن يميز الطفل بين المجموعة السوية والمجموعة غير السوية. أن يستوضح الطفل مفهوم التنمر. أن يراجع الطفل مفهوم "الشعور بالذنب" وكيف يمكنه مساعدته.	استراتيجية ضبط الذات، استراتيجية الحفاظ على العلاقات، استراتيجية بناء الصداقات الجيدة، استراتيجية اسثارة الشعور بالذنب.	الحوار والمناقشة، حل المشكلات.	ـــــ	مُلصق حل المُشكلات، مجموعة من الرسومات.
		الجلستان (٣٤-٣٥): بناء العلاقات السوية	أن يتعرف الطفل على خصائص العلاقات السوية. أن يتعرف الطفل على خصائص العلاقات غير السوية.	استراتيجية الحفاظ على العلاقات، استراتيجية بناء الصداقات الجيدة	الحوار والمناقشة، العصف الذهني، التفكير التخيلي.	ـــــ	ـــــ
		الجلسة ٣٦: تكوين الصداقات والحفاظ عليها	أن يميز الطفل بين الأشخاص المُنفتحون، والانطوائيون. أن يتعلّم الطفل طرق بناء الصداقات الجديدة. أن يتعلّم الطفل طرق الحفاظ على الصداقات.	استراتيجية الحفاظ على العلاقات، استراتيجية بناء الصداقات الجيدة	الحوار والمناقشة، العصف الذهني.	نشاط تحدي الامتنان	ـــــ

مراحل البرنامج، وعدد جلسات كل مرحلة	أهداف المرحلة	جلسات البرنامج	أهداف الجلسة	استراتيجيه الـPATHS المُستخدمة	الفنيات	الانشطه	الأدوات المُستخدمة
		الجلسة ٣٧: الأصدقاء الجيدون، والسيئون	أن يتعرّف الطفل على خصائص الأصدقاء الجيدين أن يتعرّف الطفل على خصائص الأصدقاء السيئين أن يتعلّم الطفل كيف يكون صديقًا جيدًا.	استراتيجية الحفاظ على العلاقات، استراتيجية بناء الصداقات الجيدة	الحوار والمناقشة، العصف الذهني، القاعدة الذهبية	—	———
المرحلة الرابعة: الجلسات الختامية للـPATHS (جلسة واحدة)	▪ أن تختم الباحثة جلسات البرنامج. ▪ أن تطبّق الباحثة مقياس تقدير مؤشرات السلوك المُضاد للمجتمع	الجلسة ٣٨: ردود الفعل والمراجعة	▪ أن يراجع الطفل المفاهيم التي تعلّمها خلال البرنامج. ▪ أن يجيب الطفل على مقياس تقدير مؤشرات السلوك المُضاد للمجتمع	———	-الحوار - المناقشة	———	مقاطع فيديو تسجيلية لبعض جلسات البرنامج.
المرحلة الخامسة: المُتابعة (جلستان)	▪ أن تطبّق الباحثة مقياس بعد مرور شهر من تطبيق البرنامج.	الجلستان (٣٩-٤٠)		———	-الحوار والمُناقشة	———	مقياس تقدير مؤشرات السلوك المُضاد للمجتمع

ثامنًا: الخطوات الإجرائية للبحث:

اتبعت الباحثة الخطوات الإجرائية التالية:

١- قامت الباحثة بإعداد أدوات البحث مُتمثلة في مقياس تقدير مؤشرات السلوك المُضاد للمجتمع لدى الأطفال ذوي الإعاقة السمعية، وذلك من خلال الاطلاع على المقاييس الأجنبية والأطر النظرية، بهدف تحديد الأبعاد والعبارات بدقة، ثم بالتحقق من خصائصه السيكومترية.

٢- حصلت الباحثة على موافقة مدير مدرسة الأمل للصم وضعاف السمع بمدينة بنها من أجل التطبيق.

٣- من أجل تحديد عينة البحث، طبّقت الباحثة مقياس تقدير مؤشرات السلوك المُضاد للمجتمع لدى الأطفال ذوي الإعاقة السمعية، على (١٥) طفلًا من الأطفال ذوي الإعاقة السمعية بالمدرسة ممن تتراوح أعمارهم بين (٨-١٢) عام.

٤- حددت الباحثة مدى درجات لتحديد عينة الدراسة على بعدي المقياس، حيث تراوح مدى درجات البعد الأول: مؤشرات ما قبل السلوك المضاد للمجتمع بين (٢٢-١١٠)، واختارت الأطفال الأعلى في الدرجات الذين تتراوح دراجاتهم بين (٦٦-١١٠) واستبعدت الأقل ممن تتراوح درجاتهم بين (٢٢-٦٦)، وتراوح مدى البعد الثاني: مؤشرات السلوك المُضاد للمجتمع بين (١٤-٧٠) واختارت الأطفال الأقل في الدرجات الذين تتراوح درجاتهم بين (١٤-٤٢)، واستبعدت الأعلى ممن تتراوح درجاتهم

بين (٤٢-٧٠)، وكان إجمالي عدد الأطفال (٦) أطفال، ثم اطلعت الباحثة على ملفاتهم بالمدرسة من خلال الإخصائي الاجتماعي للحصول على بياناتهم (العمر، درجة الفقد السمعي، مستوى الذكاء).

٥- تواصلت الباحثة مع والدي* الأطفال الستة وحصلت على موافقتهم على مشاركة أطفالهم في تطبيق برنامج البحث.

٦- تواصلت الباحثة مع معلمي الأطفال، بناءً على أكثرهم تعاملًا مع الأطفال خلال يومهم الدراسي، وعددهم (٣) وطلبت حضورهم الجلسات التمهيدية وشرحت لهم أهمية حضورهم ومشاركتهم.

٧- قامت بتكييف بعض أدوات الحقائب التدريبية لتتناسب مع البيئة العربية المصرية، ومن ثمّ أعدّت برنامجًا وقائيًا باستخدام استراتيجيات التفكير البديلة المُعزّزة.

٨- بدأت الباحثة في تطبيق برنامج وقائي باستخدام الـPATHS، وشمل البرنامج مرحلتين تمهيديتين الأولى للوالدين والمعلمين والثانية الأطفال، ومرحلة تدريبية للأطفال، وخلال مرحلة المراجعة والختام قامت الباحثة بتطبيق المقياس للحصول على القياس البعدي.

٩- قامت الباحثة خلال مرحلة المتابعة بتطبيق المقياس بعد فترة مُتابعة استمرت شهرًا (القياس التتبعي).

١٠- قامت بتفسير النتائج، وقدمت بعض التوصيات والبحوث المُقترحة.

تاسعًا: الأساليب الإحصائية المستخدمة:

استخدمت الباحثة: برنامج الرزم الإحصائية (18) SPSS فى التوصل إلى النتائج بالأساليب الإحصائية الآتية:

١- اختبار ويلكوكسون لإشارات الرتب الدرجات المرتبطة Wilcoxon Signed Ranks Test، لحساب الفرق بين متوسطي رتب أزواج الدرجات المرتبطة.

٢- معامل الارتباط الثنائي لرتب الأزواج المرتبطة (r_{prb}) Matched- Pairs Rank biserial correlation لمعرفة حجم تأثير البرنامج.

٣- اختبار مان- ويتني Mann-Whitney Test لحساب الفرق بين متوسطى رتب الدرجات المستقلة بين أطفال مجموعة البحث وفقاً لمتغير الجنس.

نتائـــــج البحـــث

قامت الباحثة بتحليل بيانات نتائج تطبيق المقياس قبليًا وبعديًا ومعالجتها إحصائيًا وتفسيرها ومناقشتها في ضوء فروض البحث للتأكد من تحقيق البحث لأهدافه؛ وفيما يأتي عرض لذلك:

١- <u>عرض النتائج الخاصة بالفرض الأول:</u>

*** حضر الجلسات التمهيدية الآباء والأمهات، ولكن نظرًا لطبيعة عمل الآباء تولت الأمهات متابعة التطبيق وتنفيذ الأنشطة في معظم الجلسات وأحيانًا بمشاركة الآباء.**

لاختبار صحة الفرض الأول للبحث والذى ينص على أنه **" توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطي رتب درجات أطفال مجموعة البحث في القياسين القبلي والبعدي على مقياس تقدير مؤشرات السلوك المضاد للمجتمع (فى كل بعد من بعديه)، وذلك لصالح التطبيق القبلى"** تم حساب اختبار ويلكوكسون لإشارات رتب الدرجات المرتبطة بين متوسطي رتب درجات أطفال مجموعة البحث في القياسين القبلي والبعدي على مقياس تقدير مؤشرات السلوك المضاد للمجتمع (فى كل بعد من بعديه)، ولقياس حجم تأثير المعالجة التجريبية فى مؤشرات السلوك المضاد للمجتمع (فى كل بعد من بعديه)؛ تم حساب حجم التأثير أو قوة العلاقة، والجدول الآتي يوضح ذلك:

جدول (١٣)

نتائج اختبار ويلكوكسون Wilcoxon Signed Ranks Test عند دراسة الفرق بين متوسطي رتب درجات أطفال مجموعة البحث في القياسين القبلي والبعدي على مقياس تقدير مؤشرات السلوك المضاد للمجتمع (فى كل بعد من بعديه)

البعد	الإشارات (البعدي- القبلي)	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة (Z)	مستوى الدلالة	حجم التأثير (r_{prb})	مستوى التأثير
مؤشرات ما قبل السلوك المضاد للمجتمع	السالبة(*)	٦	٣,٥٠	٢١,٠٠	٢,٢٠١	٠,٠٥	١	قوي جدًا
	الموجبة(**)	٠	٠,٠٠	٠,٠٠				
	صفرية(***)	٠						
مؤشرات السلوك المضاد للمجتمع	السالبة	٦	٣,٥٠	٢١,٠٠	٢,٢٠٧	٠,٠٥	١	قوي جدًا
	الموجبة	٠	٠,٠٠	٠,٠٠				
	صفرية	٠						

يتضح من جدول (١٣) ما يلي:

- يوجد فرق ذو دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطي رتب درجات أطفال مجموعة البحث في القياسين القبلي والبعدي على مقياس تقدير مؤشرات السلوك المضاد للمجتمع (فى كل بعد من بعديه)، وذلك لصالح التطبيق القبلى، أي أن متوسط رتب درجات أطفال مجموعة البحث على مقياس تقدير مؤشرات السلوك المضاد للمجتمع (فى كل بعد من بعديه) فى التطبيق البعدى أقل بدلالة إحصائية عن نظائرها فى القياس القبلى، وهذا يدل على انخفاض مؤشرات السلوك المضاد للمجتمع (فى كل بعد من بعديه) لدى مجموعة البحث فى التطبيق البعدى مقارنة بالتطبيق القبلى.
- تشير قيم معامل الارتباط الثنائي لرتب الأزواج المرتبطة (r_{prb}) إلى: وجود تأثير قوي جدًا للمعالجة التجريبية في خفض مؤشرات السلوك المضاد للمجتمع (فى كل بعد من بعديه) لدى أطفال مجموعة البحث.

(*) **الإشارة السالبة:** عندما يكون: البعدي < القبلي.

(**) **الإشارة الموجبة:** عندما يكون: البعدي > القبلي.

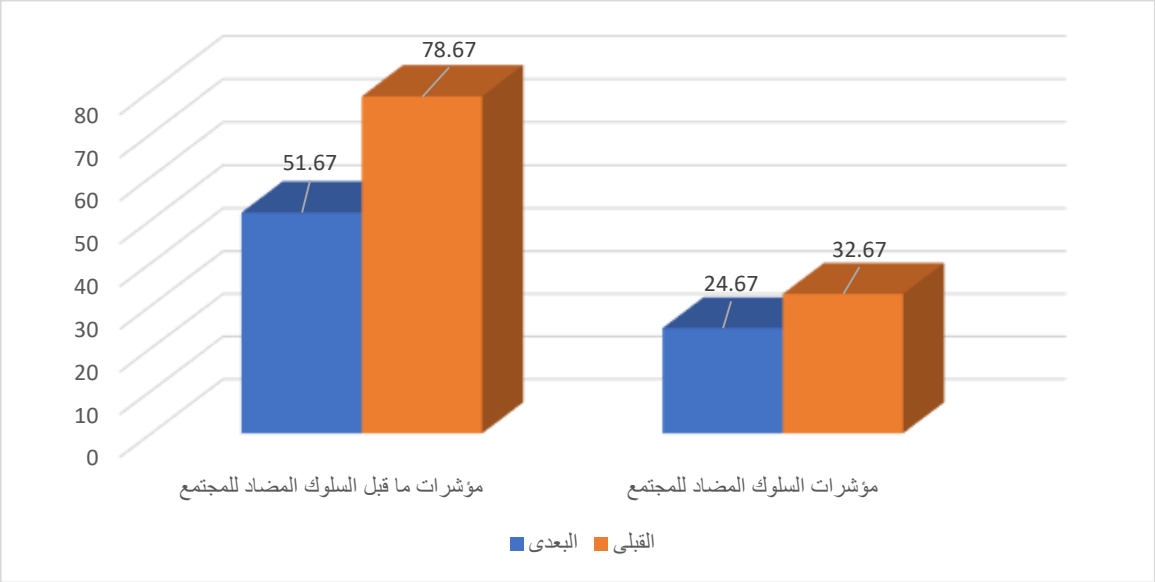
(***) **الإشارة صفرية:** عندما يكون: البعدي = القبلي.

والجدول الآتي يوضح المتوسطات والانحرافات المعيارية لدرجات أطفال مجموعة البحث في القياسين القبلي والبعدي على تقدير مؤشرات السلوك المضاد للمجتمع (فى كل بعد من بعديه):

جدول (١٤) المتوسطات والانحرافات المعيارية لدرجات أطفال مجموعة البحث في القياسين القبلي والبعدي على تقدير مؤشرات السلوك المضاد للمجتمع (فى كل بعد من بعديه) (ن = ٦)

التطبيق	البعد	مؤشرات ما قبل السلوك المضاد للمجتمع	مؤشرات السلوك المضاد للمجتمع
القبلى	المتوسط	٧٨,٦٧	٣٢,٦٧
	الانحراف المعيارى	٢,٩٤	٣,٠٨
البعدى	المتوسط	٥١,٦٧	٢٤,٦٧
	الانحراف المعيارى	٥,٨٢	٢,٣٤

والشكل البيانى الآتى يوضح الفروق بين متوسطات درجات أطفال مجموعة البحث في القياسين القبلي والبعدي على تقدير مؤشرات السلوك المضاد للمجتمع (فى كل بعد من بعديه):



٢- عرض النتائج الخاصة بالفرض الثانى:

لاختبار صحة الفرض الثانى للبحث والذى ينص على أنه **" لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطي رتب درجات أطفال مجموعة البحث في القياسين البعدي والتتبعى على مقياس تقدير مؤشرات السلوك المضاد للمجتمع (فى كل بعد من بعديه)"** تم حساب اختبار ويلكوكسون لإشارات رتب الدرجات المرتبطة بين متوسطي رتب درجات أطفال مجموعة البحث في القياسين البعدي والتتبعى على مقياس تقدير مؤشرات السلوك المضاد للمجتمع (فى كل بعد من بعديه)، والجدول الآتي يوضح ذلك:

جدول (١٥)

نتائج اختبار ويلكوكسون Wilcoxon Signed Ranks Test عند دراسة الفرق بين متوسطي رتب درجات أطفال مجموعة البحث في القياسين البعدي والتتبعى على مقياس تقدير مؤشرات السلوك المضاد للمجتمع (فى كل بعد من بعديه)

البعد	الإشارات (التتبعى - البعدي)	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة (Z)	مستوى الدلالة
مؤشرات ما قبل السلوك المضاد للمجتمع	السالبة(*)	١	٤,٠٠	٤,٠٠	٠,٣٧٨	٠,٧٠٨ غير دال
	الموجبة(**)	٣	٢,٠٠	٦,٠٠		
	صفرية(***)	٢				
مؤشرات السلوك المضاد للمجتمع	السالبة	١	١,٥٠	١,٥٠	٠,٨١٦	٠,٤١٤ غير دال
	الموجبة	٢	٢,٢٥	٤,٥٠		
	صفرية	٣				

يتضح من جدول (١٥) ما يلي:

- عدم وجود فرق ذو دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطي رتب درجات أطفال مجموعة البحث في القياسين البعدي والتتبعى على مقياس تقدير مؤشرات السلوك المضاد للمجتمع (فى كل بعد من بعديه)، وهذا يشير إلى تحقق الفرض الثانى من فروض البحث.

والجدول الأتى يوضح المتوسطات والانحرافات المعيارية لدرجات أطفال مجموعة البحث في القياسين البعدي والتتبعى على تقدير مؤشرات السلوك المضاد للمجتمع (فى كل بعد من بعديه):

جدول (١٦) المتوسطات والانحرافات المعيارية لدرجات أطفال مجموعة البحث في القياسين البعدي والتتبعى على تقدير مؤشرات السلوك المضاد للمجتمع (فى كل بعد من بعديه) (ن = ٦)

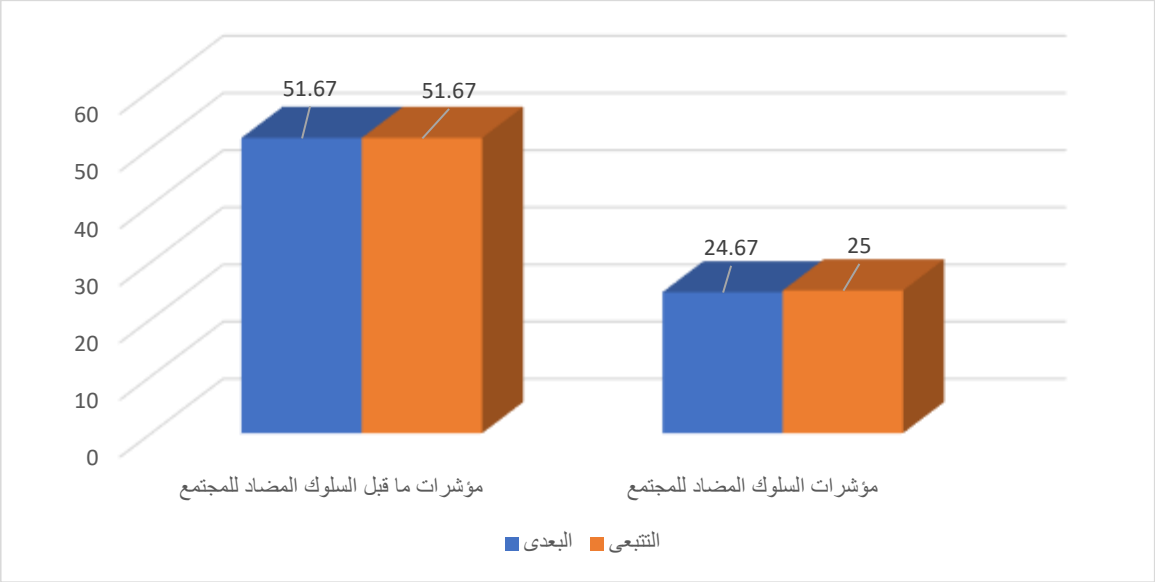
التطبيق	البعد	مؤشرات ما قبل السلوك المضاد للمجتمع	مؤشرات السلوك المضاد للمجتمع
البعدى	المتوسط	٥١.٦٧	٢٤.٦٧
	الانحراف المعيارى	٥.٨٢	٢.٣٤
التتبعى	المتوسط	٥١.٦٧	٢٥.٠٠
	الانحراف المعيارى	٥.٣٥	٢.٤٥

والشكل البيانى الآتى يوضح الفروق بين متوسطات درجات أطفال مجموعة البحث في القياسين البعدي والتتبعى على تقدير مؤشرات السلوك المضاد للمجتمع (فى كل بعد من بعديه):

(*) **الإشارة السالبة:** عندما يكون: التتبعى < البعدي.

(**) **الإشارة الموجبة:** عندما يكون: التتبعى > البعدي.

(***) **الإشارة صفرية:** عندما يكون: التتبعى = البعدي.



٣- عرض النتائج الخاصة بالفرض الثالث:

لاختبار صحة الفرض الثالث للبحث والذى ينص على أنه "**لا يوجد فرق ذو دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطى رتب درجات أطفال مجموعة البحث فى التطبيق البعدى لمقياس مؤشرات السلوك المضاد للمجتمع (فى كل بعد من بعديه) يرجع للتأثير الأساسى لمتغير درجة الفقد السمعي (صم / ضعاف السمع)**"، تم حساب اختبار مان- ويتني Mann-Whitney Test لدلالة الفروق بين متوسطى رتب درجات أطفال مجموعة البحث فى التطبيق البعدى لمقياس مؤشرات السلوك المضاد للمجتمع (فى كل بعد من بعديه) وفقاً لمتغير لمتغير نوع الاعاقة (صم / ضعاف السمع)، والجدول (١٧) يوضح ذلك.

جدول (١٧) " نتائج اختبار مان- ويتني Mann-Whitney Test لدلالة الفروق بين متوسطى رتب درجات أطفال مجموعة البحث فى التطبيق البعدى لمقياس مؤشرات السلوك المضاد للمجتمع (فى كل بعد من بعديه) وفقاً لمتغير درجة الفقد السمعي (صم / ضعاف السمع)

البعد	درجة الفقد السمعي	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة (U)	قيمة (Z)	مستوى الدلالة
مؤشرات ما قبل السلوك المضاد للمجتمع	صم	٤	٤,٥٠	١٨,٠٠	٠,٠٠٠	٠,٠٠٠	٠,٠٥
	ضعاف سمع	٢	١,٥٠	٣,٠٠			
مؤشرات السلوك المضاد للمجتمع	صم	٤	٤,٥٠	١٨,٠٠	٢,٠٠٠	٢,٢٣٦	٠,٠٥
	ضعاف سمع	٢	١,٥٠	٣,٠٠			

يتضح من جدول (١٧) ما يلي:

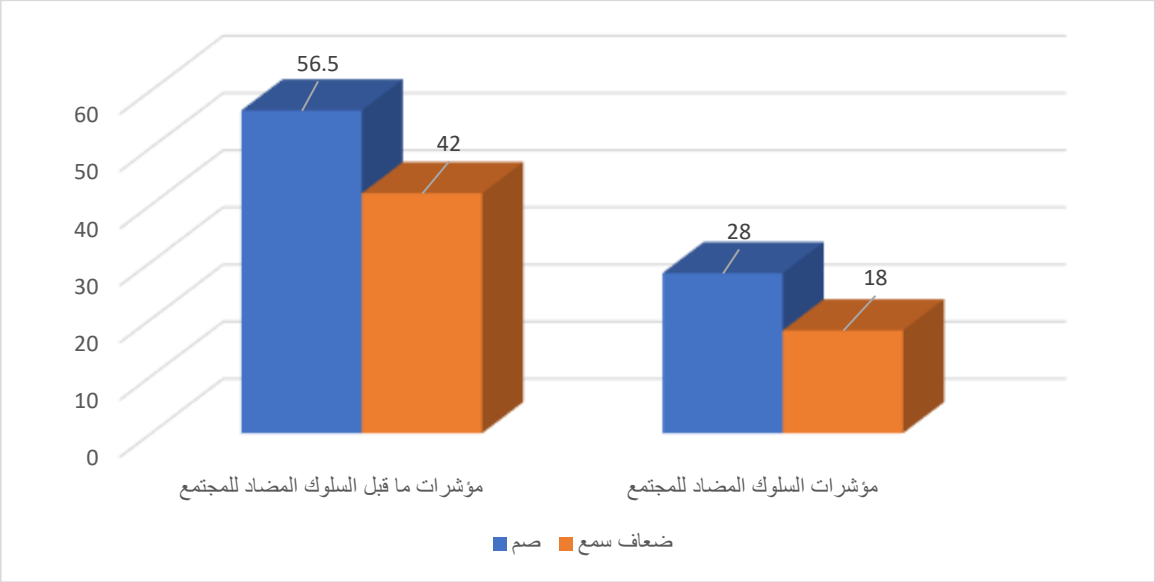
- وجود فرق ذو دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطى رتب درجات أطفال مجموعة البحث فى التطبيق البعدى لمقياس مؤشرات السلوك المضاد للمجتمع (فى كل بعد من بعديه) يرجع للتأثير الأساسى لمتغير درجة الفقد السمعي (صم / ضعاف السمع)، لصالح الصم، أي أن متوسط رتب درجات الصم على مقياس تقدير مؤشرات السلوك المضاد للمجتمع (فى كل بعد من بعديه) فى التطبيق البعدى أعلى بدلالة إحصائية عن ضعاف السمع، وهذا يدل على انخفاض مؤشرات السلوك المضاد للمجتمع (فى كل بعد من بعديه) لدى مجموعة البحث من ضعاف السمع فى التطبيق البعدى مقارنة بالصم وهذا يشير إلى رفض الفرض الثالث من فروض البحث، وقبول الفروض البديل.

والجدول الأتى يوضح المتوسطات والانحرافات المعيارية لدرجات أطفال مجموعة البحث فى التطبيق البعدى لمقياس مؤشرات السلوك المضاد للمجتمع (فى كل بعد من بعديه) وفقاً لمتغير درجة الفقد السمعي (صم / ضعاف السمع):

جدول (١٨) المتوسطات والانحرافات المعيارية لدرجات أطفال مجموعة البحث فى التطبيق البعدى لمقياس مؤشرات السلوك المضاد للمجتمع (فى كل بعد من بعديه) وفقاً لمتغير درجة الفقد السمعي (صم / ضعاف السمع)

درجة الفقد السمعي	البعد	مؤشرات ما قبل السلوك المضاد للمجتمع	مؤشرات السلوك المضاد للمجتمع
صم (ن=٤)	**المتوسط**	٥٦,٥٠	٢٨,٠٠
	الانحراف المعيارى	١,٠٠	٠,٠٠
ضعاف سمع (ن=٢)	**المتوسط**	٤٢,٠٠	١٨,٠٠
	الانحراف المعيارى	٠,٠٠	٠,٠٠

والشكل البيانى الآتى يوضح الفروق بين متوسطات درجات أطفال مجموعة البحث فى التطبيق البعدى لمقياس مؤشرات السلوك المضاد للمجتمع (فى كل بعد من بعديه) وفقاً لمتغير درجة الفقد السمعي (صم / ضعاف السمع):



تفسير نتائج البحث

فيما يخص الفرضيْن الأول والثاني، أكدّت نتائج البحث الحالي فعّالية الـPATHS كبرنامج وقائي للحد من خطر الإصابة ببعض الاضطرابات الانفعالية والسلوكية لدى الأطفال ذوي الإعاقة السمعية، كما أثبتت استمرارية فعّاليته إلى ما بعد فترة المتابعة (شهر).

وترجع فعّالية البرنامج الوقائي إلى أسباب عديدة تبدأ من الأساس الذي يرتكز عليه وهو تعزيز الأداء المعرفي العصبي ـــــ حيث تمتد جذوره إلى علم النفس العصبي والذي يعد أحد المجالات التي تُبشّر بالخير في بناء نماذج نمائية شاملة للوقاية من الاضطرابات الانفعالية والسلوكية، حيث يرتكز الـPATHS على نموذج علم الأعصاب وهيكلة/ تنظيم الدماغ، ونموذج ABCD الذي ينطوي على فكرة أنّه خلال عملية النضج يسبق النمو الانفعالي معظم أشكال العمليات العقلية كالادراك والتفكير، ومن ثمّ فإن فالتركيز على النمو الانفعالي يعمل بمثابة مُقدمة مهمة لأساليب التفكير المختلفة ودمجها مع الوظائف المعرفية وبالتالي التحكّم في السلوك وتحقيق النضج النموذجي، ونموذج الذكاء الانفعالي الذي تضمّن تدريب الأطفال على فهم انفعالاتهم ومشاعرهم، النظم الإيكولوجية الذي أكّد على تعميم ما تعلّمه الأطفال في بيئاتهم الواقعية وهذا هو الهدف الأسمى للبرنامج.

وبناءً عليه ارتكزت الخطة الوقائية على مجموعة من الأسس والمبادئ التي تمّ تصميم الجلسات وفقًا لها، والتي ركّزت على تنمية عوامل حماية مُحددة ومرتبطة بشكل مُباشر بخفض عوامل الخطر المُسببة في تطور السلوك المُضاد للمجتمع لدى الأطفال وجعْلها محور ارتكاز الجلسات، وهنا تؤكد الباحثة على أنّ السبب الرئيسي في نجاح البرنامج الوقائي باستخدام الـPATH هو تركيزه على تلك الأسس والمبادئ. **وفيما يلي عرض لذلك:**

١- **الأخذ في الاعتبار أنّ قدرة الأطفال على فهم مشاعرهم وإدراة سلوكياتهم تخضع لتغيّرات عملية النمو وتتأثر بممارسات التنشئة الاجتماعية في البيئات الأساسية (المنزل، والمدرسة) والتي تعد محورًا مُهمًا للتغيير:** وبناءً عليه ساهمت الجلسات الخاصة بمرحلة بناء الوعي للوالدين والمعلمين

في تحقيق التكامل بين بيئات تنشئة الأطفال، فعندما تمت عملية التدريب من خلال فهم كلٍ من الوالديْن والمعلمين لدورهم وحرص كل منهم على القيام بكل ما هو مطلوب منه من حل أنشطة واستخدام فنيات بعد جلسات البرنامج ساعد ذلك بشكلٍ واضح على تعميم ما تدرّب عليه الأطفال وتعلموه خلال الجلسات في حياتهم الواقعية في ظل بيئات مُتفهمة ومُرشدة ومنتبهة لسلوكياتهم وتقدم لهم التعزيز المناسب عند قيامهم بسلوك مقبول اجتماعيًا ـــ الذي مثّل عاملًا من عوامل الحماية ـــ مع تراجع واضح في استخدام العقاب الذي كانوا قد اعتادوا عليه والذي كان يشكل عاملًا من عوامل الخطر.

٢- **التدريب على ضبط الذات والسيطرة على الانفعالات، وارتباط قدرة الأطفال على فهم ومناقشة انفعالاتهم بضبط سلوكهم:** وهنا بدأت جلسات المرحلة التدريبية بتدريب الأطفال على طرق مختلفة لضبط الذات والتهدئة باستخدام استراتيجية ضبط الذات من خلال نشاط (٢٠) طريقة للتهدئة والضبط كوسيلة للتعامل مع المواقف الضاغطة، فالأطفال ذوو الإعاقة السمعية أكثر عُرضة للضغوط والتي تدفع بهم في كثير من الأحيان إلى العدوان والسلوكيات غير المقبولة اجتماعيًا نتيجة لفقدان السيطرة على ذواتهم، وأكّد علاقة ضبط الذات بخفض مؤشرات السلوك المُضاد للمجتمع دراسة (De Kemp et al.,2009) والتي أشارت بوضوح تام إلى ارتباط المستويات الأعلى من ضبط الذات بسلوك مضاد للمجتمع أقل. وجاء تدريب الأطفال على التمييز بين أفعال القصد والمصادفة بعد التأكّد من تمكنهم من ضبط الذات، حيث لزم الأمر هنا أن يتمكن الطفل من التعامل بهدوء مع أي موقف قد يواجهه لكي يتمكن من معرفة وتفهم مشاعر ونية الآخر خلال الموقف وبالتالي يتمكن من تفسير أفعاله ثم يتصرّف بالشكل المناسب، وشكلّت استراتيجية تبنّي وجهة النظر الأخرى دورًا فعّال في تمكين الأطفال من فهم الآخر وتقدير أفعاله والحكم عليها؛ وساعدت زيادة عومل الحماية تلك على خفض عوامل الخطر المرتبطة بها المُتمثلة في السلوك الاندفاعي والعدواني.

٣- **ارتكاز التدريب على حل المشكلات والنزاع على تدريب الأطفال على فهم انفعالات الآخرين واستثارة الشعور بالذنب:** يمثل النزاع عامل خطر قوي على الأطفال فهو يثير مشاعر سلبية ومن ثمّ فإنّ التعامل مع النزاع تطلّب تدريب الأطفال على فهم الانفعالات وبالأخص للطرف الآخر للنزاع لذا تمّ استخدام استراتيجيات التعّرف/ تمييز الانفعالات، وحل النزاع، وحل المشكلات لتنمية عوامل الحماية مثل الوعي والفهم الانفعالي والتنظيم الانفعالي وزيادة الشعور بالذنب، فقد شملت الجلسات تدريب الأطفال على فهم الإشارات الانفعالية لدى الآخرين مما ساعدهم على تحديد المشاعر وتصنيفها، وكيف نحترم الآخرين عندما لا نتفق معهم وساهمت فنية القاعدة الذهبية الدور الأبرز في تحقيق هدف هذه الجلسات. وكان لجلسات الشعور بالذنب واستخدام استراتيجية استثارة الشعور بالذنب دور فعّال في تعميق مفهوم الذنب، ومتى نشعر به ولماذا من المهم أن نشعر به، فهو بمثابة المؤشر الذي ينبهنا لخطأ أفعالنا ويعيد دفة سلوكياتنا لاتجاهها الصحيح، ومنها ينبثق الشعور بالأسف ومن ثم الاعتذار الذي كان يعتبره الأطفال ليس مهمًا في أحيان كثيرة، فقد ساهمت فنية مراقبة الذات ونمذجة الدور والصور الفوتوغرافية الواقعية لأشخاص يشعرون بالأسف أثناء الجلسات في زيادة ادراك الأطفال للإشارات الانفعالية المُميّزة للأسف.

٤- **تدرّج التدريب على تكوين العلاقات الإيجابية الاجتماعية بدايةً من الاختيار الجيد للأقران وصولًا لتكوين صداقات جيدة:** تأتي هذه الجلسات بعد التأكد من تحقيق الأطفال للجلسات السابقة والنجاح في

حل النزاع حيث ارتبط بشكلٍ مباشر بتكوين علاقات ناجحة مع الآخرين، فقد أكدت العديد من الدراسات مثل دراسة (Terlektsi et al.,2020) على وجود مشكلات أكثر تعقيدًا لدى الأطفال ذوي الإعاقة السمعية مرتبطة بعلاقات الأقران ومستويات الصداقة لديهم مقارنةً بأقرانهم السامعين، وهنا شكلت استراتيجيتي الحفاظ على العلاقات وبناء الصداقات الجيدة الدور الأبرز في خفض عوامل الخطر المرتبطة بضعف المهارات الاجتماعية وانتشار التنمر بين هذه الفئة من الأطفال واستبدالها بعوامل حماية مثل تنمية المهارات الاجتماعية، والتفاعل الإيجابي مع الأقران وتكوين الصداقات، وذلك من خلال جلسات تعليمية أكثر منها تدريبية قدمت لهم عرضًا واضحًا لخصائص العلاقات السوية وغير السوية، ومن هم الأصدقاء الجيدون ومن السيئون، وكيف يكون هم أنفسهم أصدقاء جيدون.

ولا يمكننا أن نغفل أيضًا سببًا أساسيًا من أسباب نجاح البرنامج وهو عمر عينة البحث وكذلك المرحلة التي تمّ تشخيصهم بها فقد تمّ تشخيصهم وهم في مرحلة البداية المُبكّرة والاستمرارية في القيام بالسلوك المُضاد للمجتمع والتي تّعد المرحلة الأولى من مراحل تطوّر السلوك المُضاد للمجتمع لدى الأطفال، فالأطفال في هذه المرحلة العمرية المُبكرة ومع ظهور مؤشرات السلوك المضاد للمجتمع وقبل انخراطهم فيه كليًا كانوا في أمس الحاجة للبرنامج الوقائي وأكثر استفادةً منه. وذلك لأنّ السلوك المُضاد للمجتمع يصبح من الصعب تغييره بمرور الوقت فتشخيص الأطفال الذين يستمرون في إظهار المشكلات خلال سن المراهقة يكون صعبًا ونتائجه سيئة ما لم يتم تقديم التدخل الوقائي مبكرًا لتحسين التوافق السلوكي لديهم في المنزل والمدرسة (Kazdin,1987)، وهذا يتسق مع ما أوصى به (Kauffman,1999) بأنّ أهمية برامج الوقاية المُحدّدة تكمن في تحديد أطفال يحتاجون إلى مزيد من الدعم المكثف قبل أن تتفاقم مشكلاتهم ووضع استراتيجيات استباقية لمعالجة احتياجاتهم السلوكية. وقد يتطلب ذلك المثابرة في مواجهة رفض التغيير حتى لا تضيع فرصة الوقاية.

وتتفق نتائج البحث الحالي مع نتائج دراسة كلٍ من: (Domitrovich&Greenberg,2000; Greenberg et al.,1995;Greenberg&Kusche,1997,1998; Greenberg,et al.,1998 Hahn et al., 2007; Kam et al.,2004; Ocak& Arda,2012; Shiet al.,2022) والتي أكّدت

فعّالية البرنامج الوقائي باستخدام الـPATHS في الحد من الاضطرابات الانفعالية والسلوكية والسلوك المُضاد للمجتمع لدى الأطفال ذوي الإعاقة السمعية، فقد أثبتت النتائج أنّ الأطفال المُعرضون للخطر سلوكيًا أظهروا تغيرات سلوكية إيجابية تتعلق بخفض العدوان ومشكلات السلوك وتقوية علاقات الأقران والتعاطف مع الآخرين بعد خضوعهم للبرنامج الوقائي، وذلك باستخدام أدوات تقييم مختلفة (مثل تقييمات المعلمين، والوالدين، والتقارير الذاتية للأطفال).

وفيما يخص استمرارية فعّالية البرنامج إلى فترة ما بعد المُتابعة يرجع ما لمسته الباحثة خلال التطبيق من رغبة الأطفال الأكيدة وسعيهم ليصبحون أفرادًا أفضل مُستقبلًا فقد بيّنت لهم الباحثة في الجلسة التمهيدية الخاصة بالأطفال الاتجاهيْن المُتاحيْن أمامنا كبشر للسير بهما في حياتنا إمّا النجاح أو الفشل وكليهما صنيع أيدينا، وأعادت عرض تلك الفكرة بطرق مُختلفة خلال الجلسات المُختلفة مما جعل بداية تغييرهم نابعة من أنفسهم، وهذا كان له أكبر الأثر في استمرارية نجاح البرنامج، والسبب الثاني لاستمرارية نجاح البرنامج هو مشاركة الوالدين والمُعلمين مع الأطفال بدايةً من جلسات البرنامج الأولى

وحتى نهايتها ومعرفتهم بكل ما يخص البرنامج من أهداف وفنيات وأنشطة وتدريبات، وكذا استمرار فتح قنوات الاتصال بينها وبينهم للإجابة عن أي تساؤلات تجول بخاطرهم مما ساهم في نقل الخبرات التدريبية التي اكتسبها الأطفال في عالمهم الواقعي وتحت إشراف والديهم ومعلميهم.

وفي مناقشة وتفسير الفرض الثالث حيث تم رفض الفرض وقبول الفرض البديل، حيث أثبتت النتائج وجود فروق بين الأطفال الصم وضعاف السمع على مقياس تقدير مؤشرات السلوك المضاد للمجتمع (فى فى التطبيق البعدى أعلى بدلالة إحصائية لصالح الأطفال الصم، أي أنّ درجاتهم كانت أعلى على المقياس مقارنةً بأقرانهم ضعاف السمع، وتتفق هذه النتيجة مع نتائج دراسة (Bashir et al.,2014; Fiorillo et al.,2017) التي أشارت إلى أنّ الأطفال ذوي الفقد السمعي الشديد(الصم) سجلوا درجات أعلى على مقياس السلوك المُضاد للمجتمع مقارنةً بأقرانهم ذوي الفقد السمعي البسيط (ضعاف السمع)، ولكنها تختلف مع نتيجة دراسة (زانة بن خليفة، محمد مكي،٢٠٢٠) ودراسة (Ong et al.,2023) التي أكّدت على عدم وجود فروق في درجة السلوك العدواني والمشكلات السلوكية بين الصم وضعاف السمع، ويمكن تفسير ذلك في ضوء ما أشارت إليه العديد من الدراسات مثل (Bigler et al.,2019; Stevenson et al.,2015) التي أكّدت على انتشار الاضطرابات الانفعالية والسلوكية والسلوك المضاد للمجتمع بين الأطفال ذوي الإعاقة السمعية بدرجة تفوق انتشارها بين أقرانهم السامعين، وبأخذ هذه الحقيقة في الاعتبار يُمكننا القوْل بأنّه كلما انخفضت درجة الفقد السمعى لدى الأطفال كلما انخفضت حدة الاضطرابات الانفعالية والسلوكية والسلوك المضاد للمجتمع، والعكس صحيح، أي أنّه كلما زادت درجة الفقد السمعي لديهم كلما زادت حدة الاضطرابات الانفعالية والسلوكية والسلوك المضاد للمجتمع.

ولا حظت الباحثة خلال تطبيق الجلسات، وجود فروق بين الأطفال في استجاباتهم خلال تطبيق الجلسات والتي كانت (جميعها جماعية) فكلٍ منهم كان لديه قصور في جانب مُعين دفعه ليكون أكثر إقبالًا ونشاطًا خلال الجلسات التي تعوّض قصوره ليصبح أفضل، ومن خلال إطلاع الباحثة على استجابات الأطفال على المقياس في القياس القبلي، وبمناقشة الوالديْن وبعض المعلمين في بعض العبارات التي عبّر عنها الأطفال بالموافقة عليها، توصلت الباحثة إلى أبرز مؤشرات السلوك المُضاد للمجتمع لدى كلٍ منهم، **وستعرض الباحثة حالة كل طفل وما ساهم بشكلٍ خاص في تحقيقه للنتائج الإيجابية في نهاية البرنامج:**

- **الطفـــــلة الأولـــــى:**

البيانات: العمر (١٠ سنوات)، درجة الفقد السمعي، (٦٥ ديسيبل)، مستوى الذكاء (٩٥)

درجة القياس القبلي(البعد الأول): ٧٨ درجة القياس البعدي(البعد الأول): ٥٥

درجة القياس القبلي(البعد الثاني): ٣٠ درجة القياس البعدي(البعد الثاني):٢٢

الملاحظـــات: تمثلت أبرز مؤشرات السلوك المُضاد للمجتمع لدى الطفلة في أنّها لم تفكر أبدًا في عواقب أفعالها ولم تظهر أن ندم عند ارتكابها أمر خاطئ. لاحظت الباحثة خلال تطبيق الجلسات أنّ الطفلة كانت أكثر انتباهًا خلال جلسات أفعال القصد والمصادفة والشعور بالذنب والخجل، ومن خلال استخدام أداة السيناريوهات الأربعة والتي عرضت مجموعة من المواقف بين مجموعة من الأطفال توجهت الباحثة الطفلة عن وجهة نظرها ورأيها في الأفعال التي قام بها الأطفال وأيها تمّ عن قصد وأيها عن خطأ،

وسألتها لو كان مافعله الطفل في السيناريو من فعلٍ خاطئ كان عن قصد فما هو شعوره حينها وما شعور زملائه تجاهه ومن ثمّ انتقلت بها إلى أنّ الطفل المُخطئ يجب أن يشعر بالخجل من نفسه وبالذنب تجاه زملائه، وبتطبيق استراتيجية تبني وجهة النظر الأخرى واستثارة الشعور بالذنب ترسّخت لدى الطفلة ضرورة التفكير في عواقب أفعالها، ودلّل على ذلك ما قالته والدتها بشأنها بعد تطبيق البرنامج"ابنتي لديها شقيقة أصغر لديها إعاقة أخرى ولأنها متقاربتان في السن كانتا دائمة الشجار، فبمجرد ما تأخذ الصغرى لعبتها كانت تغضب وتثور وقد تضربها، ولكنها مؤخرًا أصبحت أكثر هدوءًا وتحملًا لأفعال أختها. حتى أنّها أخبرتني مرة: لقد كنت أفعل مع أختي أشياء تضايقها عن قصد، لو كنت أنا مكانها كانت ستتعامل معي بهدوء وتحبني".

- **الطفـــــلة الثانيـــــة:**

البيانات: العمر (٨ سنوات)، درجة الفقد السمعي، (٦٠ ديسيبل)، مستوى الذكاء (٩٠)

درجة القياس القبلي(البعد الأول): ٧٥ درجة القياس البعدي(البعد الأول): ٤٠

درجة القياس القبلي(البعد الثاني): ٢٨ درجة القياس البعدي(البعد الثاني):٢٢

الملاحظـــات: تمثلت أبرز مؤشرات السلوك المُضاد للمجتمع لدى الطفلة في أنّها تلجأ للشجار بشكلٍ دائم مع جميع الأطفال سواء في المدرسة أو في المنزل، فهي دائمًا ما تفكر بنفسها ولا تهتم بمشاعر الآخرين. حرصت الباحثة على مشاركة الطفلة خلال تطبيق جلسات التدريب على طرق الضبط والتهدئة وأساليب التعامل مع الضغوط واحترام الآخرين عندما لا نتفق معهم، وبتمكين الطفلة من استخدام استراتيجية ضبط الذات وتبني وجهة النظر الأخرى، لاحظت الباحثة إقبال الطفلة على اختيار طريقتيْن من طرقة التهدئة العشرون واستخدامها عند تطبيق فنية لعب الدور ونجحت مع التكرار في التمكن منهما، وبعد تمكن الطفلة من استراتيجية ضبط الذات وفنية القاعدة الذهبية، انخفض بالتبعية الشجار الدائم الذي كاد أن يصبح أسلوب حياة يومي لها فأصبحت أكثر سيطرةً وضبطًا لذاتها، وأخبرت والدتها الباحثة أثناء تطبيق الجلسات: " زارنا بالأمس أقاربنا مع أطفالهم، كنت أخاف دائمًا من هذا اليوم فكانت الشكاوي من ابنتي لا تنتهي ضربت هذا وأخذت حلوى هذه، وهكذا.لكن المفاجأة اليوم مرّ بهدوء وكأن ابنتي كانت خارج المنزل، سألتها بعد ذلك لماذا كنتي هادئة اليوم؟ قالت لي إنّها القاعدة الذهبية (الفكرة الذهب على حد قولها) أنا تعاملت معهم بالطريقة التي أحب أن يعاملوني بها عندما أزورهم، وأريدهم أن يقولوا عني أني فتاة مؤدبة".

- **الطفـــــــل الثـــــــالث:**

البيانات: العمر (١١ سنوات)، درجة الفقد السمعي (٨٠ ديسيبل)، مستوى الذكاء (٩٥)

درجة القياس القبلي(البعد الأول): ٨٠ درجة القياس البعدي(البعد الأول): ٥٥

درجة القياس القبلي(البعد الثاني): ٣٦ درجة القياس البعدي(البعد الثاني):٢٨

الملاحظـــات: تمثلت أبرز مؤشرات السلوك المُضاد للمجتمع لدى الطفل في لجوءه إلى العدوان البدني كحلٍ أول لإنهاء نزاعاته مع الآخرين، بل وقد يصل الأمر في بعض الأحيان إلى مهاجمة الآخر بنية إصابته، وغالبًا ما كان يثير غضب معلميه ووالديه، أولت الباحثة اهتمامًا بهذا الطفل في العديد من الجلسات المرتبطة بخفض تلك المؤشرات المؤشرات، فبدأت باختياره كطفل الـPATHS (الطفل المُساعد لها في الجلسات التمهيدية) لترسخ بداخله الشعور بالمسؤولية والالتزام، في البداية أخذ الطفل الأمر بشكلٍ من أشكال اللعب والمرح وعدم الجدية، ولكنه أصبح أكثر تركيزًا خلال التعمق في الجلسات، وجلسات التهدئة وضبط الذات والتدريب على الاسترخاء واستخدام فنية التنفس العميق، وسأل الطفل الباحثة خلال تلك الجلسات: يمكنني استخدام هذه الطريقة بسهولة هنا لأنّه لا أحد هنا يثير غضبي، كيف أفعلها بالخارج عندما يضايقني الآخرين؟، وأتت إجابة الباحثة خلال تطبيق الجلسة التالية من خلال تدريبهم أساليب التعامل مع الضغوط باستخدام نشاطي طرق التهدئة، ومع من يُمكنني أن أتحدث؟، وساعد النشاط الأخير الطفل في البحث في من حوله وإيجاد الشخص الجدير بثقته الذي يلجأ إليه ليساعده في تجاوز مشكلاته وبالتأكيد لن يجد أفضل من والديه أو معلمه المقرب له، واستخدام نشاطي النظر في نزاعاتي، وتقارير السلام خلال جلسات حل النزاع؛ ساعد الطفل في معرفة طرق بديلة لحل نزاعاته مع الآخرين فلا يجب عليه استخدام قوته قبل أن تنفذ لديه كل الحلول التي تدرّب عليها خلال الجلسات.

- **الطفـــــــل الرابـــــع:**

البيانات: العمر (١٢ سنوات)، درجة الفقد السمعي (٧٥ ديسيبل)، مستوى الذكاء (٩٨).

درجة القياس القبلي(البعد الأول): ٨٣ درجة القياس البعدي(البعد الأول): ٥٤

درجة القياس القبلي(البعد الثاني): ٣٥ درجة القياس البعدي(البعد الثاني):٢٥

الملاحظـــات: تمثلت أبرز مؤشرات السلوك المُضاد للمجتمع لدى الطفل في عدم اعتذاره للآخرين عند ارتكابه أمر خاطئ بحقهم، وقد يلجأ للكذب للهروب من أخطائه حتى لا يُعاقب من ذويه، وساعدت الطفل استراتيجيات استثارة الشعور بالذنب وتمييز/ التعرّف على الانفعالات، وتبني وجهة النظر الأخرى على ترسيخ الشعور بالذنب لديه كبداية للانتقال للشعور الحقيقي بالأسف، وباستخدام أدوات كملصق الأوقات التي نشعر فيها بالأسف والأوقات التي نقول فيها أنا آسف وصور أنواع الأسف التي نبهت الطفل إلى أنّ الأسف الكاذب غير الحقيقي يمكن تمييزه من خلال انفعالات الوجه، فالكذب يُمكن كشفه بكل سهولة وليس حلًا أبدًا لحل المشكلات، وأخبرت والدة الطفل الباحثة خلال إحدى رسائل الواتس آب أثناء فترة المتابعة: " ابني قال لي أنا آسف اليوم لأنه فعل شيئًا خاطئًا على الرغم من أنني لم أراه وهو يفعله، فقد جاء واعترف بخطأه واعتذر بمفرده".

- **الطفـــــــل الخامـــس:**

البيانات: العمر (٩ سنوات)، درجة الفقد السمعي (٨٥ ديسيبل)، مستوى الذكاء (٩٤).

درجة القياس القبلي(البعد الأول): ٧٦ درجة القياس البعدي(البعد الأول): ٥٢

درجة القياس القبلي(البعد الثاني): ٣٣ درجة القياس البعدي(البعد الثاني):٢٦

الملاحظـــات: تمثلت أبرز مؤشرات السلوك المُضاد للمجتمع لدى الطفل في مُضايقته للآخرين بأفعاله، بالإضافة إلى تكوينه للعديد من علاقات الأقران دون التفكير في صفات هؤلاء الأقران، وساعدت هذا الطفل استراتيجيات ضبط الذات والحفاظ على العلاقات وبناء صداقات جيدة واستثارة الشعور بالذنب، وعرض مفهوم التنمر خلال جلستي التدريب على اتخاذ الخيارات الجيدة متبوعًا بأضراره على المتنمر وضحية التنمر من خلال عرض قصة الطفل ماجد الذي انضم لجماعة أقران لمجرد أنّها جماعة شهيرة بالمدرسة ولم يفكر قبل الانضمام إليها إن كان ما تفعله هذه الجماعة صحيحًا أم خاطئًا، ولكن بمرور الوقت وبملاحظته للأفعال الخاطئة التي تقوم بها هذه الجماعة إذا بدأوا يتنمرون عليه ويطالبونه بالتنمر على الآخرين، حينها اتخذ القرار وابتعد عن هذه الجماعة؛ عملت هذه الجلسات كمرآة لواقع الطفل الذي يعيشه وشعر بأنّه يشاهد نفسه في شخصية الطفل ماجد وعليه أن يتحلّي بالشجاعة مثل بطل القصة وعليه اتخاذ القرار وفلترة علاقاته قبل أن يقع في العديد من المشكلات، وهذا ما صرّح به الطفل للباحثة بشكلٍ مُباشر وطلبت منه الباحثة التحلّي بالشجاعة وطلب المساعدة من الآخرين ممن يثق بهم ليجتاز هذه المرحلة.

- **الطفـــــل الســـــادس:**

البيانات: العمر (١٠ سنوات) درجة الفقد السمعي (٨٠ ديسيبل)، مستوى الذكاء (٩٠)

درجة القياس القبلي(البعد الأول): ٨٣ درجة القياس البعدي(البعد الأول): ٥٤

درجة القياس القبلي(البعد الثاني): ٣٥ درجة القياس البعدي(البعد الثاني):٢٥

الملاحظـــات: تمثلت أبرز مؤشرات السلوك المُضاد للمجتمع لدى الطفل في عدم التزامه بوعوده مع الآخرين، واستخدام وسائل التواصل الاجتماعي بطريقة غير صحيحة، وانخفاض واضح في المهارات الاجتماعية فهو لا يمتلك صديقًا واحدًا في هذه المرحلة العمرية التي يكون الطفل خلالها في أمس الحاجة لينتمي لجماعات اجتماعية جديدة ويوسع دائرة علاقاته الاجتماعية الأمر الذي بالتأكيد ألقى بظلاله على سلوكيات الطفل ودفعته للقيام بأفعال غير مقبولة اجتماعيًا، وبمناقشة الوالديْن علمت الباحثة أنّ الطفل هو الطفل الوحيد للأسرة وبسبب فرض الحماية الزائدة عليه من قِبلهم وعدم سماحهم له بالنزول للشارع واللعب مع الأطفال منذ صغره كل ذلك فقد الطفل المهارات اللازمة ليكوّن علاقات وصداقات ناجحة، ساعدت استراتيجيتى الحفاظ على العلاقات وبناء صداقات جيدة الطفل على إكسابه المهارات المطلوبة لكي يُميّز بين العلاقة السوية وغير السوية، وكيف يمكن أن يجد الصديق المناسب له وكيف يبدأ في وضع أسس الصداقة الجيدة وكيفية الحفاظ عليها؛ وطلبت من والدي الطفل وضع المزيد من الثقة به والسماح له ليخوض غمار الحياة بمفرده فهو لديه الرغبة بذلك، اسمحوا له بأن يكون علاقات وصداقات مع مساعدته في اختيار الصديق الجيد والأفضل وفقًا للخصائص التي تدرّب عليها الطفل خلال الجلسات.

توصيات البحث

في ضوء نتائج البحث الحالي، تعرض الباحثة مجموعة من التوصيات مُتمثلة في:

١- الاهتمام بإعداد المزيد من البرامج الوقائية التي تستهدف الحد من عوامل الخطر للسلوك المُضاد للمجتمع ومظاهر الاضطرابات الانفعالية والسلوكية الأخرى لدى الأطفال ذوي الإعاقة السمعية في مراحل عُمرية مُبكرة.
٢- الاستعانة بالـPATHS في إعداد برامج وقائية وتدريبية أخرى وذلك لقوة استراتيجياته وتحقيقها للعديد من الأهداف
٣- مُشاركة الوالديْن والمعلمين في البرامج الوقائية مع الأطفال ذوي الإعاقة السمعية والتي تُسهم في تعميم التدريب خلال دوائر اجتماعية أكثر اتساعًا، وبالتالي يُتاح للأطفال تطبيق ما تعلّموه في مواقف حياتية جديدة وواقعية.
٤- إجراء تعديلات على المناهج والبرامج التعليمية المُقدمة للأطفال الصم بما يتناسب مع حاجاتهم المعرفية والنفسية والاجتماعية والانفعالية والسلوكية.

بحوث مُقترحة:

في ضوء نتائج البحث الحالي ومقترحاته، يُمكن إجراء البحوث التالية:

١- فعّالية برنامج وقائي للحد من خطر السلوك العدواني لدى الأطفال ذوي الإعاقة السمعية.
٢- فعّالية استخدام استراتيجية حل المشكلات في خفض حدة اضطراب المسلك لدى الأطفال ذوي الإعاقة السمعية.
٣- فعّالية برنامج تدريبي للوالدين لخفض حدة بعض الاضطرابات الانفعالية والسلوكية لدى أبنائهم.

قائمة المراجع:

المراجع العربية:

شهلاء سعدي صلاح(٢٠١٩).السلوك المضاد للمجتمع لدى التلاميذ المعاقين سمعيًا من وجهة نظر معلميهم. مجلة آداب المستنصرية.(٨٦)، ٢٨٣-٢٤٩.

زانة بن خليفة، محمد مكي (٢٠٢٠). دراسة السلوك العدواني لدى الطفل الأصم في ظل بعض المُتغيرات. مجلة العلوم النفسية والتربوية.٦(٣)، ١٠٩-١٢٩.

عادل عبد الله محمد(٢٠١٩).قائمة المشكلات السلوكية للأطفال من وجهة نظر المعلم (ط١)، القاهرة، دار الرشاد للطبع والنشر والتوزيع.

على عبد النبي حنفي (٢٠٠٢).مشكلات المعاقين سمعيًا كما يدركها معلمو المرحلة الابتدائية في ضوء بعض المتغيرات. مجلة كلية التربية. ١٢(٥٣)،١٣٦-١٨١.

محمد كمال أبو الفتوح(٢٠١٤).الاضطرابات السلوكية والانفعالية لذوي الاحتياجات الخاصة(ط.١).

نظيرة محمود (٢٠٢٣). المشكلات السلوكية لدى عينة من الأطفال المعاقين سمعًيا.مجلة الطفولة.(٤٣)،٣٠٠-٣٢٤.

English References:

Aanondsen,C ,Jozefak,T ,Lydersen,S ,Heiling,K.& Rimehaug,T.(2023). Deaf and hard-of-hearing children and adolescents' mental health, Quality of Life and communication. BMC Psychiatry. 23(297).

Álvarez-García,D.,González-Castro,P.,Núñez,J.,Rodrígue,C. &Cerezo,R.(2019) . Impact of Family and Friends on Antisocial Adolescent Behavior: The Mediating Role of Impulsivity and Empathy. Front. Psychol.10.

Álvarez-García, D., Núñez, J., García, T., and Barreiro-Collazo, A. (2018). Individual, family, and community predictors of cyber-aggression among adolescents .Eur. J. Psychol. 10.79-88.

Bashir,S., Riaz,M. Shujaat,J., &Saqib,T.(2014). School Social Behavior of Hearing-Impaired Adolescents from Public and Private Schools. Bulletin of Education and Research, 36 (1),37-54.

Berndt, T.(2002). Friendship quality and social development. Current Directions in Psychological Science.11(1),7-10.

Bigler, D.,Burke, K.,Laureano,N., Alfonso,K., et al.(2019). Assessment and Treatment of Behavioral Disorders in Children with Hearing Loss: A Systematic Review. Otolaryngol Head Neck Surg.160(1), 36–48.

Bollmer, J., Milich, R., Harris, M. & Maras, M.(2005). A friend in need: The role of friendship quality as a protective factor in peer victimization and bullying .Journal of Interpersonal Violence.20(6),701-712.

Bongers, I., Koot, H., van der Ende, J., Verhulst ,C.(2004). Developmental trajectories of externalizing behaviors in childhood and adolescence. Child Dev. 75:1523–37.

Broekhof,E.,Bos,M.&Rieffe,C.(2021). The Roles of Shame and Guilt in the Development of Aggression in Adolescents With and Without Hearing Loss. Research on Child and Adolescent Psychopathology.49,891–904.

Bukowski, W., Newcomb, A. & Hartup,W.(Eds.) (1996). Cambridge studies in social and emotional development. The company they keep: Friendship in childhood and adolescence .New York, NY: Cambridge University Press.

Butler, S., Leschied, A., & Fearon, P. (2007). Antisocial beliefs and attitudes in pre-adolescent and adolescent youth: the development of the antisocial beliefs and attitudes scales (ABAS). Journal of Youth and Adolescence, 36(8), 1058-1071.

Caplan, G. (1964). Principles of Prevention Psychiatry. Oxford, England: Basic Books.

Catalano, R., Berglund, M., Ryan, J., Lonczak, H., & Hawkins, J. (2002). Positive youth development in the United States: Research findings on evaluations of positive youth development programs. Prevention & Treatment, 5, Article 15.

Coie, J., Watt, N., West. S., Hawkins, J., Asarnow, J., Markman, H., Ramey, S., Shure, M., & Long, B. (1993). The science of prevention: A conceptual framework and some directions for a national research program. American Psychologist, 48, 1013-1022.

Crick, N., Dodge, K. (1994). A review and reformulation of social information processing mechanism in children's adjustment. Psychological Bulletin, 115, 74–101.

Culpepper,M.,Kamps,D.,Wendland,M.,(2006).Active teacher participation in functional behavior assessments for students with emotional behavior disorders risks in general education classrooms. Behav Disord, 31(2):128–146.

De Kemp, R. ,Vermulst, A., Finkenauer,C.,Scholte,R., Overbeek, G., Rommes, E., & Engels, R. (2009). Self-control and early adolescent antisocial behavior: A longitudinal analysis. Journal of Early Adolescence, 29(4), 497-517.

Dishion, T., Andrews, D. & Crosby, L. (1995). Antisocial boys and their friends in early adolescence—Relationship characteristics, quality, and interactional process .Child Development.66,139-151.

Domitrovich, C., Cortes, R., Greenberg, M. (2007). Improving Young Children's Social and Emotional Competence: A Randomized Trial of the Preschool "PATHS" Curriculum. The Journal of Primary Prevention, 28 (2), 67-91.

Domitrovich,C., & Greenberg,M.(2000). The Study of Implementation: Current Findings From Effective Programs that Prevent Mental Disorders in School-Aged Children. Journal of Educational and Psychological Consultation, 11(2), 193-221.

Domitrovich, C., Durlak, J., Staley, K., & Weissberg, R. (2017). Social-Emotional Competence: An Essential Factor for Promoting Positive Adjustment and Reducing Risk in School Children. Child Development, 1-9.

Dryfoos, J. (1990). Adolescents at Risk: Prevalence and Prevention. New York: Oxford University Press.

Durlak, J., Weissberg, R., Dymnicki, A., Taylor, R., & Schellinger, K. (2011). The impact of enhancing students' social and emotional learning: A meta-analysis of school-based universal interventions. Child Development, 82, 405–432.

Eme,R.(2016).Life-Course-Persistent Antisocial Behavior. J Foren Psy,1,1-4. Fergusson,D.,& Horwood, L.(1995). Early disruptive behavior, IQ, and later school achievement and delinquent behavior. Journal of Abnormal Child Psychology, 23,183–199.

Fiorillo,C.,Rashidi,V.,Westgate,P.,Jacobs,J.,Bush,M.,&Studts,C.(2017Assessment of Behavioral Problems in Children with Hearing Loss. Otol Neurotol.38(10), 1456–1462.

Fleming, C., Harachi, T., Cortes, R., Abbot, R., & Catalano, R. (2004). Level and change in reading scores and attention problems during elementary school as predictors of problem behavior in middle school. Journal of Emotional and Behavioral Disorders, 12(3), 130-144. doi:10.1177/10634266040120030101.

Farrington,D.(2008). Integrated developmental and life-course theories of offending. Advances in criminology theory. Piscataway, NJ: Transaction Publishers.

Farrington, D.,&McGee, T.(2017). The integrated cognitive antisocial potential (ICAP) theory: Empirical testing. In A. A. J. Blokland, & V. Van Der Geest (Eds.), Routledge international handbook of life- course criminology (pp 11–28). Routledge.

Garrard, W. (2005). Does Conflict Resolution Education Reduce Antisocial Behaviors in Schools?. A Quantitative Synthesis of the Evaluative Research .Atlanta, Ga:.Center for Negotiation and Conflict Resolution, College of Law, Georgia State University.

Garrard,W.&Lipsey,M.(2007). Conflict Resolution Education and Antisocial Behavior in U.S. Schools: A MetaAnalysis. CONFLICT RESOLUTION QUARTERLY,25(1),9-38.

Gordon, R. (1983). An operational classification of disease prevention. Public Health Reports,8, 107-109.

Gottfredson, M. R., & Hirschi, T. (1990). *A general theory of crime*. Stanford, CA: Stanford University Press.

Greenberg, M. (2004). PATHS: Program as designed and implanted. In Building Academic Success on Social and Emotional Learning, 15-36.

Greenberg, M. (2012). The PATHS curriculum . Handbook of school violence.

Greenberg, M. & Domitrovich. C(2000). Preventing Mental Health Disorders in School-Age Children: A Review of the Effectiveness of Prevention Programs, Prevention Research Center for the Promotion of Human Development College of Health and Human Development, Pennsylvania State University.

Greenberg, M., & Kusche´,C. (1997). Improving children's emotion regulation and social competence: The effects of the PATHS curriculum. Paper presented at the meeting of the Society for Research in Child Development, Washington, DC.

Greenberg, M., Kusche´, C., Cook, E., & Quamma, J. (1995). Promoting emotional competence in school–aged deaf children: The effects of the PATHS curriculum. Development and Psychopathology, 7, 117–136

Greenberg, M., Kusché, C.,& Mihalic, S.(1998). *Blueprints for Violence Prevention, Book Ten: Promoting Alternative Thinking Strategies (PATHS)*. Boulder, CO: Center for the Study and Prevention of Violence.

Greenberg, M., & Snell, J.(1997). The neurological basis of emotional development. In R Salovey (Ed.), Emotional development and emotional literacy (pp. 93-119). Basic Books.

Greer-Chase, M., Rhodes, W., & Kellman, S. (2002). Why the prevention of aggressive disruptive behaviors in middle school must begin in elementary school. The Clearing House, 75(5), 242-247. doi:10.1080/00098650209603948.

Gregory,S.(1995).Deaf children and their families. Cambridge: Cambridge University Press (re-issue of The deaf child and his family,George Allen Unwin.

Hawkins, J., Herrenkohl, T., Farrington, D., Brewer, D., Catalano, R.&Harachi, T.(1998). A review of predictors of youth violence. In Serious and Violent Juvenile Offenders: Risk Factors and Successful Interventions, edited by R. Loeber and D.P. Farrington. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc., pp. 106–146.

Hennessey,A., Qualter,P., Humphrey.N.(2021). The Impact of Promoting Alternative Thinking Strategies (PATHS) on Loneliness in Primary School Children: Results From a Randomized Controlled Trial in England. Front. Educ, 6.

Hindley, P. (2000). Child and Adolescent Psychiatry. In P. Hindley & N. Kitson (Eds.), Mental Health and Deafness, (pp 42-74). London: Whurr Publishers.

Hintermair, M. (2008). Self-esteem and satisfaction with life of deaf and hard of hearing people: A resource-oriented approach to identity work. Journal of Deaf Studies and Deaf Education, 13, 278–300.

Jones, S. , Miller, J.,& Lynam, D. (2011). Personality, antisocial behavior, and aggression: a meta-analytic review .J. Crim. Justice.39,329-337.

-Jonkman,H., Haggerty,K., Steketee,M., Fagan,A., Hanson.K.,& Hawkins,J .(2009). Communities That Care, Core Elements and Context: Research of Implementation in Two Countries. Soc Dev Issues,30(3),42-57.

Kam, C.,Greenberg,M., &Kusché, C.(2004). Sustained effects of the PATHS® curriculum on the social and psychological adjustment of children in special education. Journal of Emotional & Behavioral Disorders, 12(2), 66–78.

Kauffman,J.(1999).How we prevent the prevention of emotional and behavioral disorders. Exceptional Children,65(4), 448-468.

Kazdin, A. (1987). Treatment of antisocial behavior in children: Current status and future directions. Psychological Bulletin, 102,187–203.

Kellam,S.(1990). Developmental epidemiological framework for family research on depression and aggression. In G.R. Patterson (Ed.),Depression and aggression in family interaction (pp. 11-48). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Kellam,S. Brown, J., Poduska, N., Ialongo,N.,Wang,W. ,& Toyinbo,P.,et al.(2008). Effects of a universal classroom behavior management program in first and second grades on young adult behavioral, psychiatric,and social outcomes. Drug and Alcohol Dependence. 95(Suppl 1):S5–S28.

Kumpfer,K. Brown,J.(2019).A Parenting Behavior Intervention (the Strengthening Families Program) for Families: Noninferiority Trial of Different Program Delivery Methods. JMIR Pediatr Parent ,2(2), 1-15.

Loeber,R.,& Farrington, D.(Eds.). (1998). *Serious & violent juvenile offenders: Risk factors and successful interventions.* Sage Publications, Inc.

Leonova,A.& Raev,T.(2022). Prevention program of emotional and behavioral disorders in children with developmental language delay. Eur Psychiatry; 65, 225–226.

Luna-Adame,M.,Carrasco-Gime´nez,T.,&Rueda-Garcı´a,M..(2013). Evaluation of the effectiveness of a smoking prevention program based on the 'Life Skills Training' approach. Health education research,28(4),673–682.

Luthar, S., & Zigler, E. (1992). Intelligence and social competence among high-risk adolescents. Development and Psychopathology, 4, 287-299.

Maguin, E., & Loeber, R. (1996). Academic performance and delinquency. In Crime and Justice: A Review of Research, vol. 20, edited by M. Tonry. Chicago, IL: University of Chicago Press, pp. 145–264.

Margetts, K., & Kienig, A. (2013). International perspectives on transition to school: Reconceptualising beliefs, policy and practice. New York: Routledge.

Masten, A., Faden,V., Zucker, R., and Spear, L. (2008). Underage drinking: A developmental framework. Pediatrics, 2(Suppl. 4), S235-S251.

Mcahon,A.(1994). Treatment of antisocial behavior in children and adolescents. Homewood, IL: The Dorsey Press.

Merrell, K.(2003). Behavioral, social, and emotional assessment of children and adolescents (2nd ed.). Mawhah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Michalska, K., Zeffiro, T., & Decety, J. (2016). Brain response to viewing others being harmed in children withconduct disorder symptoms. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 57, 510-519.

Mitchell,T.,& Quittner, A.(1996). Multimethod study of attention and behavior problems in hearing-impaired children. Journal of Clinical Child Psychology, 25, 83-96.

Moffitt,T.(1993). Adolescence-limited and life-course-presistent antisocial behavior: A developmental taxonomy. Psychological Review, 100,674-701.

Moffitt, T., Caspi, A.(2001). Childhood predictors differentiate life-course persistent and adolescence-limited antisocial pathways among males and females. Dev.and Psychol.13:355–75

Moses, K. (1983). The impact of initial diagnosis: Mobilizing family resources. In J. A. Mulick & S. M. Pueschel (Eds.), Parent-professional partnerships in developmental disability services (pp. 11–34). Cambridge, MA: Academic Guild Publishers.

National Advisory Mental Health Council Workgroup on Mental Disorders Prevention Research. (1998). Priorities for Prevention Research at NIMH. (NIH Publication No. 98-4321). Bethesda, MD: National Institute of Mental Health.

Ocak, Ş & Arda, T. (2012). Promoting Alternative Thinking Strategies Program in preventive intervention science. Early Childhood Special Education, 3(2).

O'Connell, M., Boat, T. and Warner, K.(2009) Preventing mental, emotional, and behavioral disorders among young people: Progress and possibilities. The National Academies Press, Washington DC.

Olthof,T .(2015). Anticipated feelings of guilt and shame as predictors of early adolescents' antisocial and prosocial interpersonal behavior. European Journal of Developmental Psychology. 9(3),371-388.

Olthof, T., Goossens, F.,Vermande, M.,Aleva, E.& Van der Meulen, M. (2011.) Bullying as strategic behavior: Relations with desired and acquired dominance in the peer group . Journal of School Psychology,49,339-359.

Ong,J., Smith,L., Shepherd,D., Xu,J.& Roberts,G.(2023). Emotional behavioral outcomes of children with unilateral and mild hearing loss. Front. Pediatr,11.

Schipani,D.,(2022). Conduct Disorder in Children. https://www.everydayhealth .com/antisocial-personality-disorder/conduct-disorder-children/

Shaw, D.(2013). Future directions for research on the development and prevention of early conduct problems. J. of Clin. Child and Adolesc. Psychol, 42,418–28.

Shaw ,D., Hyde,L.,&Brennan, L. (2012) Early predictors of boys' antisocial trajectories. Dev Psychopathol, 24, 871-888.

Shaw, D.& Shelleby, E. (2014). Early-starting conduct problems: intersection of conduct problems and poverty. Annu Rev Clin Psychol,10, 503-528.

Shi,J.,Cheung,A.& Ni,A.(2022). The effectiveness of Promoting Alternative Thinking Strategies program: A meta-analysis. Front. Psychol,13.

Stevenson,j., Kreppner,j., Pimperton,H., Worsfold,S., & Kennedy,C.(2015). Emotional and behavioural difficulties in children and adolescents with hearing impairment: a systematic review and meta-analysis. Eur Child Adolesc Psychiatry,24,477–496.

Shu,C.(2014). Effects of Onset and Persistence of Antisocial Behavior on Adulthood.http://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/2027.42/107777/1/chrisshu.pdf.

Simpson, R. (2004). Inclusion of students with behavior disorders in general education settings: Research and measurement issues. Behavioral Disorders, 30(1), 19-31.

Smit, F.,Cuijpers, P., Oostenbrink, J., Batelaan, N., de Graaf, R., and Beekman, A. (2006). Costs of nine common mental disorders: Implications for curative and preventive psychiatry. The Journal of Mental Health Policy and Economics, , 193-200.

Sinkkonen, J.(1994). Hearing Impairment, communication and personality development. Helsinki: Department of Child Psychiatry, University of Helsinki.

Steinberg,A.G.(1997). Deafness. Handbook of Child and Adolescent Psychiatry,3,364-377.

Stevenson,J.,Kreppner,J.,PimpertonH.,Worsfold,S.,&Kennedy,C.(2015). Emotional and behavioural difficulties in children and adolescents with hearing impairment: a systematic review and meta-analysis.Eur Child Adolesc Psychiatry,24,477-496.

Sureka, V & Hema, M. (2020). Promoting Alternative Thinking Strategies (PATHS) in Indea. The International Journal of Indian Psychology . 8(3)1369-1379.

Terlektsi,E.,Kreppner,J.,Mahon,M.,Worsfold,S.&Kennedy,C.,(2020). Peer Relationship Experiences Of Deaf And Hard-Of-Hearing Adolescents.Journal of deaf studies and deaf education.25(2),153-166.

Topol, D., Girard, N., Pierre, L., Tucker, R., Vohr, B.(2011). The effects of maternal stress and child language ability on behavioral outcomes of children with congenital hearing loss at 18–24months. Early human development, 87(12), 11-807.

VanGent,T.,Goedhart,A.,Hindley,P.,&Treffers,P.(2007). Prevalence and correlates of psychopathology in a sample of deaf adolescents. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 48, 950–958.

Van Langen, M., Wissink, I., Van Vugt, E., Van der Stouwe, T., & Stams,G.(2014). The relation between empathy and offending: a meta-analysis .Aggress. Violent Behav.19,179-189.

Van Lier, P. & Koot, H. (2010). Developmental cascades of peer relations and symptoms of externalizing and internalizing problems from kindergarten to fourth-grade elementary school .Development and Psychopathology,22,569-582.

Wasserman,G., Keenan,K., Tremblay,R., Coie,J,Herrenkohl,T., Loeber, R.,& Petechuk,D.(2003).Risk and Protective Factors of Child Delinquency, Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention.

Wasserman, G., Miller, L., Pinner, E.,&Jaramillo, B.(1996). Parenting predictors of early conduct problems in urban, high-risk boys. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 35,1227–1236.

Weiner, M., & Miller, M. (2006). Deaf children and bullying: Direction for future research. American Annals of the Deaf, 151, 61–70.

-Weissberg,R.,&Elias,M.(1993).Enhancing young people's social competence and health behavior: An important challenge for educators, scientists, policy makers, and funders. Applied & Preventive Psychology: Current Scientific Perspectives, 3, 179-190.

Werner, E., & Smith, R. (1992). *Overcoming the odds: High risk children from birth to adulthood.* Cornell University Press.

-Willis,W.,&Vemon,M.(2002). Residential psychiatric treatment of emotionally disturbed deaf youth. American Annals of the Deaf, 147(1),31-38.

Zaccari,V.,Aceto, M. & Mancini, F.(2020) A Systematic Review of Instruments to Assess Guilt in Children and Adolescents. Front. Psychiatry. 11.

Zand,D.,&Pierce,K.(2011).Resilience in Deaf Children Adaptation Through Emerging Adulthood. Springer New York Dordrecht Heidelberg London.

Translation of Arabic References:

Shahla Saadi Salah (2019). Anti-social behavior among hearing-impaired students from the perspective of their teachers. Al-Mustansiriya Journal of Arts. (86), 283-249.

Zana Bin Khalifa, Muhammad Makki (2020). Studying the aggressive behavior of a deaf child in light of some variables. Journal of Psychological and Educational Sciences.6(3), 109-129.

Adel Abdullah Muhammad (2019). List of behavioral problems for children from the teacher's point of view (1st edition), Cairo, Dar Al-Rashad for printing, publishing and distribution.

Ali Abdul Nabi Hanafi (2002). Problems of the hearing impaired as perceived by primary school teachers in light of some variables. College of Education Journal. 12(53), 136-181.

Muhammad Kamal Abu Al-Futouh (2014). Behavioral and emotional disorders in people with special needs (1st ed.).

Nazira Mahmoud (2023). Behavioral problems among a sample of hearing-impaired children. Childhood Journal. (43), 300-324.

-