

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي و البحث العلمي

جامعة وهران



كلية العلوم الاجتماعية

قسم علوم التربية

مذكرة لنيل شهادة الماستر

تخصص : تربية خاصة

الموسومة بـ :

اضطراب القلق لدى مربى الأطفال المعاقين سمعياً

دراسة ميدانية بمركز الأطفال الصم و البكم واري الناصر
قمبيطة وهران

إشراف الأستاذة :

لصقع حسنية

إعداد الطالبة :

عيدوني سلمة

لجنة المناقشة :

رئيسة	أستاذة تعليم عالي	خطيب زوليخة
مناقشة	أستاذ مساعد قسم أ	بدرة حورية

السنة الجامعية : 2024/2023

﴿ وَاللَّهُ أَخْرَجَكُمْ مِنْ بُطُونِ
أُمَّهَاتِكُمْ لَا تَعْلَمُونَ شَيْئًا
وَجَعَلَ لَكُمْ السَّمْعَ وَالْأَبْصَارَ
وَالْأَفْئِدَةَ لَعَلَّكُمْ تَشْكُرُونَ ﴾

(النحل : 78)

صَدَقَ اللَّهُ الْعَظِيمُ

إِسْرَاءُ

إلى من قال فيهما الحق :

وَإِخْفِضْ لَهُمَا جَنَاحَ الذُّلِّ مِنَ الرَّحْمَةِ وَقُلْ رَبِّ ارْحَمْهُمَا كَمَا رَبَّيَانِي صَغِيرًا (24)

الإسراء : 24

إلى والدي الغالي رحمه الله و أسكنه فسيح جنانه، و والدي العزيرة أطل الله في عمرها وأمدّها بالتقوى والعافية

إلى زوجي الحبيب، الذي كان سندا لي يمدني بالقوة و الشجاعة طوال
مساري لنيل هاته المرتبة،

أسأل الله أن يحفظه و يرعاه و يسدد خطاه فيما يرضاه و يديه تاجا على رأسي

إلى أختي الغالية فاطمة، وبناتها سلسبيل، كنوز، غفران و الكتكوتة
فرح

إلى أخي و سندي "سعيدو" أدامك الله بجاني دوما.

إلى أختي و صديقتي سارة، إلى صديقتي "ليلى"

إلى كل من علمني حرفا في هذا الصرح العلمي الشامخ

إلى كل زملاء و زميلات العمل و الدراسة.

عيدوني سلمة

شكر وتقدير

الحمد لله الذي من علينا نعمة تلقي العلم وجعلنا نشكر أهل العلم والعلماء من قوله تعالى: ﴿وَلَقَدْ آتَيْنَا

لُقْمَانَ الْحِكْمَةَ أَنْ اشْكُرْ لِلَّهِ ۚ وَمَنْ يَشْكُرْ فَإِنَّمَا يَشْكُرُ لِنَفْسِهِ ۖ وَمَنْ كَفَرَ فَإِنَّ اللَّهَ غَنِيٌّ حَمِيدٌ ﴿١٢﴾

[لقمان: 12]

أقدم شكري الكبير إلى قدوتي في دروب العلم والخير مشرفتي الدكتورة/ لصقع حسنية التي قدمت لي كل ما تملك من جهد ووقت وذلك كافة الصعوبات إلى أن خرج هذا البحث إلى النور، والتي تعودت منها العطاء العلمي والتوجيهات الهامة .

كما لا أنسى تقديم الشكر العميق لأسرة قسم علوم التربية بكلية العلوم الاجتماعية بجامعة محمد بن أحمد وهران 2، لما قدموه لي من محصلة علمية أستشير بها في دروب حياتي .

وأقدم بالتقدير والاحترام أيضا إلى الأساتذة المناقشين الذين تكرموا بالموافقة على مناقشتي الرسالة.

وأقدم بالشكر الجزيل لكل الطاقم الإداري والتربوي بما فيهم معلمات ومعلمي الأطفال الصم و البكم بمركز الأطفال الصم و البكم واري الناصر بقمبيطة ولاية وهران، الذين مدوا لي يد العون في جمع المعلومات من خلال المقابلة و كذا على تفهمهم و الجهود المبذولة من طرفهم للتكفل بهاته الفئة تعليميا و تربويا، فلهم مني كل التقدير والاحترام .

والشكر موصول إلى كل من ساهم في إنجاح هذه المذكرة حتى وصلت إلى هذه الصورة، فجزاهم الله كل خير.

الصفحة	فهرس المحتويات
أ	إهداء
ب	شكر وتقدير
ج	ملخص الدراسة
د-هـ	فهرس المحتويات
و	قائمة الجداول والملاحق
ي-ك	ملخص الدراسة
2	مقدمة
الجانب النظري	
الفصل التمهيدي: الإطار العام للدراسة	
7	أولا: إشكالية الدراسة
12	ثانيا: فرضيات الدراسة
13	ثالثا: أهمية الدراسة
14	رابعا: أهداف الدراسة
14	خامسا: المفاهيم الإجرائية للدراسة
16	سادسا: الدراسات السابقة
19	سابعا: التعقيب على الدراسات السابقة
الفصل الأول: اضطراب القلق	
22	تمهيد
22	تعريف القلق
24	أنواع القلق
25	أسباب القلق
26	أعراض القلق
27	مستويات القلق
28	اختبار هاميلتون لقياس القلق
31	النظريات المفسرة للقلق
35	علاج القلق
37	خلاصة الفصل
الفصل الثاني: الإعاقة السمعية	
40	تمهيد
40	تعريف الإعاقة السمعية
41	أنواع الإعاقة السمعية
43	أسباب الإعاقة السمعية
45	خصائص ذوي الإعاقة السمعية
47	مظاهر الإعاقة السمعية
48	تصنيف الإعاقة السمعية
50	طرق وأساليب تواصل المربين مع الأطفال المعاقين سمعيا
52	خلاصة الفصل
الفصل الثالث: المربي المتخصص ودوره في التكفل بالأطفال ذوي الإعاقة السمعية	
54	تمهيد

54	تعريف التربية الخاصة
55	تعريف المرابي
56	أخلاقيات مرابي ذوي الاحتياجات الخاصة
57	دور المرابي نحو الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة
58	أهداف التربية الخاصة
59	خصائص المرابي المتخصص
61	البرامج التعليمية المقدمة للأطفال المعاقين سمعياً على مستوى مراكز التربية الخاصة
62	تكوين معلمي وأساتذة التربية الخاصة
66	خلاصة الفصل
الجانب الميداني	
الفصل الرابع: الإجراءات المنهجية	
70	تمهيد
70	منهج الدراسة
71	الدراسة الاستطلاعية
73	أدوات الدراسة
78	عينة الدراسة
79	خلاصة الفصل
الفصل الخامس: عرض و تحليل النتائج	
81	عرض البيانات واستخلاص نتائج الدراسة
82	نتائج دليل المقابلة
86	مناقشة الفرضيات
91	خلاصة عامة واقتراحات
94	قائمة المراجع
101	الملاحق

قائمة الجداول والملاحق

الرقم	إسم الجدول	الصفحة
01	جدول يوضح توزيع أفراد العينة	78
02	جدول يبين توزيع أفراد العينة حسب سنوات الخبرة	78
03	جدول يمثل توزيع أفراد العينة حسب متغير السن	79
04	جدول يوضح مستويات القلق لدى أفراد العينة تبعاً لمتغيرات الدراسة	81
05	جدول يبين نتائج دليل المقابلة	86-82

الملحق	الصفحة
مقياس هاميلتون لتقدير مدى القلق	77-76
استبيانات دليل المقابلة	103

ملخص الدراسة:

تهدف هذه الدراسة الى معرفة مستوى القلق لدى مربى الأطفال المعاقين سمعيا والكشف عن الضغوط التي تقف عائقا أمام المربي، ولمعرفة ذلك قمنا بدراسة ميدانية بمؤسسة الصم والبكم واري الناصر قمبيطة وهران. تم الاعتماد في هذه الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي وتطبيق أدوات الدراسة التي تمثلت في مقياس هاميلتون للقلق ودليل المقابلة.

بلغت عينة تطبيق دراستنا 11 معلمة ومعلم واحد، وبعد التحليل الكمي والكمي للبيانات ونتائج المقياس و تحليل نتائج المقابلة تم التوصل الى:

- يعاني المربي الخاص في مراكز الأطفال المعاقين سمعيا من القلق خاصة الإناث وذلك بشكل قلق حاد و شديد على عكس الذكور الذين يعانون بدرجة أقل.
- تؤدي المشاكل في ميدان العمل الخاصة بالأطفال الصم والبكم إلى ظهور القلق عند المعلم.
- تؤدي المشاكل الخاصة بغموض الدور إلى ظهور القلق عند معلمي الأطفال المعاقين سمعيا.

الكلمات المفتاحية: القلق، الأطفال الصم والبكم، المربي الخاص.

Abstract :

This study aims to determine the level of anxiety among teachers of hearing-impaired children and to identify the pressures that hinder them. To achieve this, a field study was conducted at the Institute for the Deaf and Mute OUARI NACER, Gambita, Oran.

The study adopted a descriptive-analytical approach and utilized the Hamilton Anxiety Scale and the Interview Guide as research tools. The sample for our study consisted of 11 female teachers, 1 male teacher, and after the quantitative and qualitative analysis of the data, scale results, and interview analysis, the following conclusions were reached :

- Special education teachers in centers for hearing-impaired children experience anxiety, especially females, with a high and severe level of anxiety, unlike males who experience it to a lesser degree.
- Work-related problems in the field of teaching deaf and mute children lead to the emergence of anxiety among teachers.
- Problems related to role ambiguity lead to the emergence of anxiety among teachers of hearing-impaired children.

Keywords: Anxiety, Deaf and Mute Children, Special Educator.



مقدمة

يعد الشعور بالقلق من وقت إلى آخر، أمرا طبيعيا. كما أن القلق بدرجة متوسطة يعتبر مفيدا في بعض الأحيان، حيث أنه يساعد الفرد على التفاعل بالشكل المناسب مع الخطر الحقيقي، كما يساعد في تخفيفه على التميز في محيطه المهني أو الأسري.

لكن، إذا كان الشعور بالقلق في معظم الأوقات ومن دون سبب واضح أو منطقي، وكان هذا الأمر يعطل الحياة اليومية ويعيق عن ممارسة النشاطات المعتادة، فعندها يصبح القلق اضطرابا وليس مجرد انفعال طبيعي. فاضطرابات القلق تسبب توترا أو قلقا زائدا أو غير منطقي أكثر بكثير مما يتطلبه الوضع.

وللقلق في علم النفس الحديث مكانة بارزة، فهو المفهوم المركزي في علم الأمراض النفسية والعقلية، والعرض الجوهري المشترك في الإضطرابات النفسية، بل وفي أمراض عضوية شتى.

ويعد القلق محور العصاب وأبرز خصائصه، ويعتبر أكثر فئاته شيوعا وانتشارا حيث يسهم في تكوين من 30 - 40% من الحالات التي تعاني من الإضطرابات العصابية تقريبا، كما أنه السمة المميزة لعدد من الإضطرابات السلوكية والذهان؛ فالذهانيون مثلا يعانون من القلق خاصة في المراحل المبكرة للمرض، ولدى المرضى الذين يتميزون بدرجة مرتفعة من الإستبصار في حالتهم. كذلك يعتبر القلق مفهوما أساسيا لتفسير معظم نظريات الشخصية وعلم الأمراض النفسية.

وأصبح القلق حجر الزاوية في الطب النفسيوسوماتي، كما يقوم بدور مهم في عمليات توافق الكائن العضوي مع بيئته. (عبد الخالق، 1987، ص 26)

ويصيب مرض القلق نحو 5% من السكان في أي وقت بعينه. وهو يصيب 1% تقريبا إلى درجة العجز. وأغلب المصابين به (80%) من النساء، ويعزى ذلك إلى تعرض النساء لألوان من الضغوط ينفرد بها في مجتمعنا، وقد ذهب بعض المراقبين إلى حد القول بأن زيادة انتشار الحالات بين النساء ترتبط ارتباطا مباشرا بالضغوط التي يخلقها وضع النساء المتدني عن الرجال في حضارتنا. وبينما تبدو هذه النظريات

طريقة في حد ذاتها، تبدو أنها عاجزة عن تفسير الثبات الإحصائي الملحوظ في كثرة انتشار الحالات بين النساء المصابات مقارنة بنسبة المصابين من الرجال ظلت كما هي في جميع البلاد التي درس فيها المرض خلال القرن الماضي.

إن العمل مع ذوي الإحتياجات الخاصة بصفة عامة و المعاقين سمعيا بصفة خاصة يعد عمل شاق، حيث يتعرض المربين إلى عدة صعوبات ومشاكل وضغوطات نفسية تحول أحيانا دون قيامهم بدورهم على أكمل وجه، الأمر الذي من شأنه أن يسهم بشكل أو بآخر إحساسهم بالعجز عن تقديم العمل المطلوب منهم، وهذا قد يعود عليهم بالسلب، ويولد عندهم الشعور بالقلق، ونظرا لأهمية موضوع القلق عند مربى ذوي الإحتياجات الخاصة سنحاول في هذه الدراسة التطرق لهذا الموضوع لدى عينة من مربى الأطفال المعاقين سمعيا. وعليه تصب الدراسة الحالية على مستوى اضطرابات القلق لدى مربى الأطفال ذوي الإعاقة السمعية.

وعلى هذا الأساس جاءت دراستنا المتمثلة في اضطراب القلق لدى مربى الطفل المعاق سمعيا لفتح أبواب معرفة ما هي مصادر هذا القلق وماهي أسبابه وللتوصل لطرق مواجهته خصوصا أن للمربي فضل كبير في تشجيع الأطفال المعاقين للوصول لأعلى مراتب الحياة وتحدي الإعاقة، ولمعرفة أسباب و مصادر القلق استخدمنا دليل المقابلة و اختبار مقياس القلق.

وانطلاقا من هذا الأساس و لبلوغ الأهداف المسطرة شملت دراستنا على جانب تمهيدي و ثلاثة فصول نظرية، في الجانب التمهيدي قمنا بتحديد الإشكالية و أهم الأسئلة المتبلورة حولها، مع وضع الفرضيات المناسبة لها، و ذكر أهداف و أهمية الدراسة، ومن ثم تحديد المفاهيم التي تطرقنا إليها، وصولا إلى أهم الدراسات السابقة المشابهة لموضوعنا والتعقيب عليها .

أما بالنسبة للجانب النظري فقد ضم بدوره ثلاثة فصول، الفصل الأول تحت عنوان ماهية اضطراب القلق الذي تناولنا فيه تعرف و مفهوم القلق، و أنواعه، أسبابه، أعراضه، بالإضافة إلى مستوياته، مع ذكر طرق قياسه و النظريات المفسرة له، ثم ذكرنا تصنيفات القلق بالنسبة لفرويد، وفي الأخير طرق علاجه.

أما الفصل الثاني الذي كان تحت عنوان ماهية الإعاقة السمعية خصص لتعريف الإعاقة السمعية، أنواعها، أسبابها، و خصائص المعاقين سمعيا، بالإضافة إلى مظاهر الإعاقة السمعية، وتصنيفها، ثم تحدثنا في هذا الفصل عن طرق و أساليب تواصل المربين مع المعاقين سمعيا و في الأخير تطرقنا إلى طرق الوقاية من الإعاقة السمعية.

والفصل الثالث جاء تحت عنوان المربي المتخصص و دوره في التكفل بالأطفال ذوو الإعاقة السمعية، فافتتحناه بتعريف التربية الخاصة وتعريف المربي، ثم عددنا أخلاقيات مربي ذوي الإحتياجات الخاصة، ثم نتحدثنا عن دور المربي نحو الأطفال ذوي الإحتياجات الخاصة، وأهداف التربية الخاصة، خصائص المربي المتخصص، وأخيرا تطرقنا إلى البرامج التعليمية المقدمة للأطفال المعاقين سمعيا على مستوى مراكز التربية الخاصة.

أما الجانب الميداني فهو يشمل فصلين، الفصل الرابع تم التطرق فيه إلى الدراسة الاستطلاعية و أهدافها مع ذكر حدود الدراسة (المجال المكاني والمجال الزمني)، و أدواتها، وصولا إلى نتائج و صعوبات الدراسة الاستطلاعية، وفي الدراسة الأساسية، ذكرنا المنهج المتبع، وحددنا عينة ومجال الدراسة، والأدوات التي تم استخدامها.

و في الفصل الخامس و الأخير قمنا بتخصيصه لعرض الحالات و تحليل النتائج على ضوء الفرضية العامة و الفرضيات الجزئية، و الدراسات السابقة، و الجانب النظري .

و في الأخير اختتمنا دراستنا هذه بجملة من النتائج وأهم التوصيات.

الجانب النظري

الفصل التمهيدي

أولا - إشكالية الدراسة :

يتعرض الأفراد في مختلف أعمارهم في الحياة المعاصرة المليئة بالمتغيرات إلى أنواع متعددة من الضغط النفسي، مما جعل الباحثين يولون عناية خاصة بموضوع الضغط النفسي لما له من آثار خطيرة على الصحة النفسية والجسدية، ولعل انعكاس آثار التغير والتطور المتفجر في مجال العلوم الإنسانية و الثقافة والتكنولوجيا على الأفراد وأعمالهم، يجعلهم يعانون حالات التوتر النفسي حتى دعا ذلك بعض العلماء إلى وصف هذا العصر بعصر الضغوط والأزمات النفسية. (بورزق، 2018، ص529)

وهذه الضغوط تشكل خطرا على الفرد وتوازنه، كما تهدد كيانه النفسي، وما ينشأ عنها من آثار سلبية كعدم القدرة على التكيف، ضعف مستوى الأداء، والعجز عن ممارسة مهام الحياة اليومية وانخفاض الدافعية للعمل، والشعور بالإرهاك النفسي. (السميران، المساعد، 2014، 11)

ومن بين هذه الضغوط نجد القلق أهمها وأكثرها انتشارا في المجتمع، عندما يستولي القلق على الأفراد ويتمكن منهم، تصبح حياتهم عبارة عن سلسلة من المنغصات؛ فيؤثر على أدائهم وإنتاجهم وقدرتهم على الإبداع والابتكار، وخصوصا في الدرجات العالية منه حيث يتحول إلى قلق عصابي، إلا انه في المستوى الطبيعي المعتدل يكون على العكس؛ فيصبح القلق إيجابيا ودافعا للتقدم وحل المشكلات.

يقول سوين (1979، ص346) " القلق أشبه بالإشعاع، مفيد إذا تم ضبطه وتوجيهه، ولكنه ضار إلى حد بعيد إذا ترك من غير تقييد". ويذكر عيسوي (1994، ص161) "أنه لا يوجد أي فرد يعيش بلا قلق. وبينما يكون قدر محدود من القلق ضروريا للنمو، فإن قدرا كبيرا منه يكون معوقا".

كما أن هناك علاقة ارتباطية قوية بين الجوانب السلبية للقلق النفسي وبين الدرجة العالية، وكذلك الدرجة المنخفضة من درجات القلق. فالقلق العالي المزمن هو الذي نسميه القلق العصابي؛ وهو الذي تكون شدته

فوق قدرة احتمال الفرد مما يدفعه إلى أن يسلك طرقًا غير واقعية وغير منطقية، وباختصار طرقًا عصابية تتعدم معها قدرته على التعامل مع جميع المواقف بما يتناسب معها من أداء. وهذا النوع من القلق هو الذي يعيق أداء الإنسان ويعطل قدراته الجسمية والعقلية والنفسية والاجتماعية والتربوية والمهنية. وأيضًا عندما تكون مستويات القلق منخفضة قد يصبح الفرد غير مكترث بما يدور من حوله من مشكلات وغير مبالٍ في الاهتمام بها. (عبد السلام وآخرون، 1992، ص6)

ويؤكد موسى (1979، ص30)، على أن للقلق جوانب إيجابية مثلما له جوانب سلبية؛ ويكون ذلك في حالات القلق متوسط الشدة حيث أن هذه الدرجة من القلق ترتبط بأكثر الأداءات اتساقًا بعكس القلق العصابي العالي أو القلق المنخفض. فالقلق العادي ضروري للأفراد الناضجين انفعاليًا وعقليًا حيث أنه يساعدنا على التعامل مع المشكلات التي تواجهنا في مواقف الحياة اليومية بكفاءة جيدة، وهذه الدرجة من القلق يمكن تسميتها "القلق السوي" لأنها تيسر لنا التعامل مع جميع المواقف، وهي ضرورية لحفظ حياة الإنسان وحمايته من المؤثرات ودافعا له للعمل والتعلم.

قد أشار " عويس، حمدي " أن القلق يحدث عادة عندما يشعر الفرد بالضعف أو عدم الأمان أو عدم القدرة على تحقيق أهدافه ويحدث ذلك عند مواجهته بأعمال ومسئوليات يشعر أنها تفوق قدراته و استطاعته أو في حالة انزعاجه من بعض المعارف السلبية المتمثلة في الخوف من الفشل و عدم الثقة بالنفس و التي ترتبط بتوقع مستواه في الأداء المطلوب منه إنجازها التي تكون ناتجة من ضغوط مختلفة ومتنوعة. (عويس، 1999، ص14)

ويحدد عثمان (2001) ثلاث مستويات للقلق كما يلي:

1. المستويات المنخفضة: يحدث حالة التنبه العام للفرد ويزداد تيقظه وترتفع لديه الحساسية للأحداث الخارجية، كما تزداد قدرته على مقاومة الخطر ويكون الفرد في حالة تحفز لمواجهة مصادر الخطر في البيئة التي يعيش فيها. ولهذا يكون القلق في هذا المستوى إشارة إلى إنذار لخطر وشيك الوقوع.
2. المستويات المتوسطة: يصبح الفرد أقل قدرة على السيطرة؛ حيث يفقد السلوك مرونته وتلقائيته ويستولي الجمود بوجه عام على تصرفات الفرد في مواقف الحياة، وتكون استجابته وعادته هي تلك العادات الأولية الأكثر ألفة، وبالتالي يصبح كل شيء جديد مهددًا وتتنخفض القدرة على الابتكار، ويزداد الجهد المبذول للمحافظة على السلوك المناسب في مواقف الحياة المتعددة.
3. المستويات العليا: يحدث اضمحلال وانهيار للتنظيم السلوكي للفرد، ويحدث نكوص إلى أساليب أكثر بدائية. وينخفض التأزر والتكامل انخفاضًا كبيرًا في هذه الحالة.

وعليه، فإن القلق انفعال أساسي لدى الفرد يحفزه ويدفعه للعمل والابتكار والتفكير في إيجاد حلول لمشكلات ما قد تتطلب منه حلولاً وحتى في الظروف العادية التي يمر بها، وذلك عند المستويات المعتدلة منه. إلا أن القلق إذا كان لا يشعر به الفرد عادة أو زاد عن الحد المعقول منه، فإنه يصبح معيقاً في كلتا الحالتين. ويرتبط هذا المصطلح ارتباطاً وثيقاً بالأعمال والمهن، فنجد أن أكثر الأشخاص عرضة للقلق هم الأشخاص الذين يختارون مجالاً مهنيًا على خلفية أنه سوف يوفر لهم درجة من تحقيق الذات والإنجاز ومن ثمة الشعور بالرضا والراحة، غير أنه ومع مرور الوقت يكتشفون أنهم عاجزون عن تحقيق طموحاتهم حيث يكون هؤلاء معرضين للوقوع في اضطرابات القلق، وخاصة عندما يكون ناتج المعادلة بين الضغوط والعائد يميل بشدة في اتجاه الضغوط.

ومن أهم المهن التي نجد فيها القلق أكثر من غيرها، نجد المهن الإنسانية، ولهذا أكدت الدراسات النظرية والميدانية الكثيرة في البيئتين العربية والغربية في المجالين الإداري والتربوي أن العاملين في مختلف المهن

الإنسانية يتعرضون لحالة من التوتر والقلق بسبب ضغوطات العمل النفسية والمهنية التي تمر بهم خلال ممارساتهم الوظيفية، حيث تلعب العلاقات الرسمية وغير الرسمية مع زملاء العمل ومع الإختلاط بذوي الإحتياجات الخاصة، وقضايا النمو المهني والنفسي والظروف الفيزيائية وضغط العمل وعبئ وغموض الدور، وغيرها من المتغيرات دورا رئيسيا في وجود ظاهرة القلق النفسي، وقد أشار الكثير من الخبراء وعلماء النفس إلى ظاهرة القلق أمثال فرويد و سبيلجر، وعملوا على دراستها والبحث في مظاهرها، وأسبابها ومصادرها، و الأسباب والطرق النفسية اللازمة لوضع حد لها أو التقليل من خطرها وآثارها السلبية بأقل حد ممكن.

وتوجد العديد من الأسباب التي تؤدي للقلق، وتختلف هذه الأسباب من فرد إلى آخر من حيث وقعها النفسي عليه، بسبب الفروق الفردية بين الأفراد وخبرات الفرد السابقة وطبيعته شخصيته ومفهومه لذاته، والقدرات والدعم الإجتماعي من البيئة المحيطة بالفرد. (جرار صالح، 2011، ص 2)

ومن أهم المهن الإنسانية التي يتميز عاملها بمستوى من القلق نجد ذلك مهنة المربي الموجودة في مجال التربية الخاصة التي تهتم بفئة ذوي الإحتياجات الخاصة خاصة السمعية منها. فبقدر الأهمية التي تحظى بها هاته الأخيرة، فإنها تعتبر من المهن الصعبة التي لا بد لأفرادها من التحمل والعناء الكبير.

فالفكر الإداري والتربوي المتعلق بإدارة الأفراد وعلم النفس الإداري يشير الى أن الف ارد العاملين في المهن الإنسانية أكثر تعرضا لظاهرة الإحترق النفسي في العمل بسبب ظروف العمل المختلفة والواجبات التي تحتم عليهم بذل أقصى المجهود من أجل تحقيق الأهداف المرسومة لهم، وقد أصبحت هذه الظاهرة أكثر آثار سلبية على العاملين وعلى أدائهم وإنتاجهم، وهذا ما أشارت اليه دراسة (ستراسمير 1992) حول الضغوط التي تواجه معلمي الأطفال ذوي الإعاقات العقلية وعلاقتها بالمتغيرات (مستوى التعليم، الكفاية الذاتية، التوجهات، الشعور بالرضا، العلاقة مع الزملاء) اشتملت عينة الدراسة على (716) أخصائي

يعملون مع الأطفال المعوقين عقليا وأشارت نتائجها الى أن (12%) من عينة الدراسة أظهروا مستويات عالية من الضغوط، ولديهم سبل للإحترق النفسي، واتصف هؤلاء بمستوى تعليمي عالي وشعور بعدم الكفاية الذاتية، وبالتوجهات السلبية والشعور العام بعدم الرضا والميل الى عدم الإتفاق مع الزملاء.

(المرجع نفسه، ص 537)

و يعد تعامل المربين مع الأطفال ذوي الإحتياجات الخاصة في غاية الصعوبة و خاصة مع الأطفال المعاقين سمعيا نظرا لصعوبة التعامل معهم بصورة طبيعية، فهؤلاء المربين قد يواجهون في كثير من الأحيان صعوبات كبيرة مع هذه الفئة سواء من حيث التكوين الأكاديمي لهم، حيث يشترط أن يتلقوا تكويننا متخصصا في مجال التربية الخاصة وأيضا على مستوى طريقة التعامل معهم والتي تتطلب توفير الوسائل البيداغوجية المساعدة على تقديم خدمات التربية الخاصة للأطفال المعاقين سمعيا، وهذه الصعوبات يمكن بطبيعة الحال أن تحد من دافعيتهم وتنشط من عزيمتهم في العمل، فهم مطالبون بتقديم أفضل ما لديهم من خدمات التربية الخاصة الموجهة لفئة المعاقين سمعيا للتكفل بهم ومساعدتهم على تعلم الإستقلالية والإعتماد على النفس في كل المهارات الخاصة التي تمكنهم فيما بعد من التعايش مع البيئة التي هم فيها، إضافة إلى تكوينهم أكاديميا .

ولقد عرفت الإعاقة السمعية بأنها: "هي إصابة حاسة السمع بخلل أو تلف لفقد القدرة على السمع والعجز عن سماع الدفق المتصل والمتكرر من التبادل اللغوي، فهي تكون نتيجة حرمان الفرد من حاسة السمع منذ الولادة، أو فقد القدرة السمعية قبل تعلم الكالم أو بعد تعلم الكالم " (سليمان، 2005، ص7) وعليه فان مربّي الأطفال ذوي الإعاقة السمعية قد تواجهه مواقف ضاغطة نظرا لصعوبة التعامل مع حاجاتهم المستمرة، مما يستدعي من المربي التفاعل مع هذه المواقف قصد التحكم والسيطرة عليها، ومواجهة الضغوط المترتبة عنها، لذا يتطلب الأمر بذل مجهود أكبر للتغلب على هذه الضغوط و التقليل منها.

ومن هذا المنطلق ارتأينا الى اختيار فئة المربين العاملين في المراكز ذوي الإحتياجات الخاصة كعينة من العاملين المتعرضين للقلق في مجال العمل كموضوع للبحث وفق التساؤل التالي:

التساؤل الرئيسي للدراسة :

❖ هل يعاني المربي من ظهور القلق نتيجة الممارسة المهنية في مراكز التربية الخاصة بالأطفال المعاقين

سمعيًا؟

التساؤلات الفرعية للدراسة :

و يمكن أن نستخلص منه التساؤلات الفرعية التالية:

• هل يؤدي العمل في مؤسسات التربية الخاصة بالأطفال المعاقين سمعيًا إلى ظهور أعراض القلق

عند المربي المتخصص؟

• هل تؤدي المشاكل في ميدان العمل الخاصة بالتكوين و غموض الدور إلى ظهور القلق عند

المربي ؟

ثانيا - فرضيات الدراسة :

▪ يعاني المربي الخاص من ظهور القلق نتيجة الممارسة المهنية في مراكز التربية الخاصة بالأطفال

المعاقين سمعيًا.

▪ تؤدي المشاكل في ميدان العمل الخاصة بالأطفال المعاقين سمعيًا إلى ظهور القلق عند المربي .

ثالثاً- أهمية الدراسة :

تتمثل أهمية الدراسة الحالية في التعرف على أسباب ومصادر القلق التي تظهر لدى مربّي الأطفال المعاقين سمعياً، والتي قد تحول دون تمكن المربي بتوصيل المعلومات الدراسية للأطفال المعاقين سمعياً بالشكل المرغوب فيه، بالإضافة إلى:

- توجيه أنظار الباحثين والفاعلين في مجال التربية الخاصة إلى ضرورة الأخذ بعين الاعتبار مستوى القلق لدى مربّي الأطفال المعاقين سمعياً بالمراكز النفسية البيداغوجية.

- تستمد هذه الدراسة أهميتها كونها تتطرق إلى موضوع في غاية الأهمية ويتعلق الأمر بواقع مربّي ذوي الإحتياجات الخاصة بالمراكز النفسية البيداغوجية.

- وتتمثل أيضاً في أهميتها النظرية في كونها تتناول أحد أهم الظواهر ألا وهي القلق والذي يعد من أكثر الظواهر النفسية التي قد يتعرض لها المربي في ظل ممارسته لمهنة التربية التي تتطلب تدريباً وتعلم مهارات ذو درجة عالية من الدقة والتركيز، وتظهر المعاناة النفسية التي تظهرها هذه الفئة لقيام بواجبهم الجد الإنساني.

- وكذا تفيد المختصين النفسيين في أخذ صورة عن حجم تأثير الضغوط المهنية في البنية النفسية للعمال، ما يدفع للتفكير في آليات للكشف والعلاج النفسي في هذا المجال .

-إن أهمية موضوع أي بحث علمي تنحصر في مدى قابليته للدراسة الجدية و الرغبة الحقيقية في المساهمة في توضيح إشكاليته، لذا كان موضوع اضطرابات القلق لدى مربّي الأطفال من ذوي الإعاقة السمعية يكتسب أهمية بالغة للبحث الراهن، فإن معالم هذه الأهمية تتجلى بالنسبة للبحث الحالي في الدراسات و الأبحاث العلمية المحلية التي تطرقت لموضوع اضطرابات القلق لدى مربّي الأطفال المعاقين سمعياً :

- هذه الدراسة تعتبر فرصة لوضع آلية لمواجهة القلق لتجنب المشاكل الناجمة عنه وبالتالي تحقيق الرضا في العمل وتحسين الأداء.
- محاولة الخروج بنتائج علمية وعملية يمكن الإستفادة منها في خفض مستوى القلق الذي يعاني منه مربّي أطفال ذوي الإعاقة السمعية.
- تعتبر هذه الدراسة كفرصة لمربي الأطفال المعاقين سمعياً للتعبير عن ما يعانون من قلق وتوجيههم إلى كيفية مواجهته والتكيف معه.

رابعاً- أهداف الدراسة :

تهدف هذه الدراسة أساساً للإجابة عن التساؤلات المطروحة آنفاً، أي أنها تسعى إلى ما يلي:

- معرفة مستوى القلق لدى مربّي الأطفال المعاقين سمعياً، وكذلك تهدف إلى الكشف عن الضغوط التي تقف عائقاً أمام المربي.
- بالإضافة إلى التمكن من قرب على الممارسات الخاصة للعملية التعليمية أو المكيفة التي يقوم بها مربّي الأطفال المعاقين سمعياً بالمراكز النفسية البيداغوجية لتلبية احتياجات هذه الفئة من المتعلمين، الذين يحتاجون إلى المناهج و البرامج، و وسائل خاصة، و بيئة تعليمية ملائمة لإحتياجاتهم وميولهم.

خامساً- المفاهيم الإجرائية للدراسة :

1- القلق :

ذكر (عبد المعطي، 2006، ص17) أن القلق هو خبرة انفعالية غير سارة، يشعر بها الفرد عندما يتعرض لمثير مهدد أو مخيف، أو عندما يقف موقف صراعي أو إحباطي حاد، وكثيراً ما يصاحب هذه الحالة الانفعالية بعض المظاهر الفزيولوجية، مثل ازدياد ضربات القلب و زيادة التنفس و ارتفاع ضغط الدم و

فقدان الشهية و زيادة التعرق و الإرتعاش في الأيدي والأرجل, كما يتأثر أيضا إدراك الفرد للموضوعات المحيطة به في موقف القلق .

التعريف الإجرائي :

الدرجة التي يتحصل عليها أفراد العينة في مقياس تايلور .

مربي الأطفال ذوي الإحتياجات الخاصة :

هو الشخص الذي تلقى تكوينا أو تدريبا متخصصا، قبل أو أثناء الخدمة بمؤسسة متخصصة في تأطير المستخدمين بمؤسسات ذوي الإحتياجات الخاصة، ليتمكن خلالها من ممارسة مهنته والممثلة في التربية والتعليم المكيف لفئة ذوي الإحتياجات الخاصة.

التعريف الإجرائي :

هو موظف تابع لوزارة التربية، يعمل بمدارس التربية الخاصة، مكلف بعدة مهام تربوية، تقنية وتنشيطية، لتلاميذ ذوي الإحتياجات الخاصة ذوي الإعاقة السمعية والبصرية، محاولا من خلال قيامه بمختلف هذه العمليات إلى تعليمهم و تنمية قدراتهم و تطوير مهاراتهم.

2- الإعاقة السمعية :

هي تلك الحالة التي يعاني منها الفرد نتيجة عوامل وراثية أو خلقية أو بيئية مكتسبة من قصور سمعي، يترتب عليه أثار اجتماعية أو نفسية أو الإثنين معا، وتحول بينه وبين تعلم وأداء بعض الأعمال والأنشطة الإجتماعية التي يؤديها الفرد العادي بدرجة كافية، وقد يكون القصور السمعي جزئيا أو كليا شديدا أو متوسطا أو ضعيفا، وقد يكون مؤقتا أو دائما، وقد يكون متزايدا أو متناقصا أو مرحليا. (رنا، 2014،

ص10)

التعريف الإجرائي :

تتمثل في خلل عضوي على مستوى الأذن يسبب ضعف في حاسة السمع أو فقدان الكلي لها.

سادسا- الدراسات السابقة :

1- الدراسات العربية :

1.1. دراسة السمدوني (1995) :

هدفت إلى التعرف على مصادر الإنهاك النفسي لمعلمي التربية الخاصة من خلال التعرف على العوامل المسببة لتلك الظاهرة (شخصية أو بيئية) والتعرف على التشابه والأخلاف في نوعيتها وفقا لطبيعة وخصائص المعاقين و جنس المعلم وكذلك التعرف على تبعات مظاهر الإنهاك النفسي الفيزيولوجية والسلوكية التي تعتبر مؤشر لسوء الحالة وتكونت عينة الدراسات من (115) معلما (125) معلمة من معاهد و مدارس التربية الخاصة (الفكرية و الصم و البكم و الإعاقة البصرية) بمدينة طنطا و المحلة الكبرى و قبوسينا و بنها و المنصورة.

و كشفت نتائج الدراسة عن ارتباطات سالبة و دالة بين الإرهاق الإنفعالي و ضعف الإهتمام بالبعد الإنساني في التعامل و بين سن المعلم، في حين كان هناك ارتباط موجب و دال بين الإنهاك لنفسي و محدداته لدى معلمي التربية الخاصة و بين حالتهم الإجتماعية، كما جاءت ارتباطات سالبة و دالة بين الإنهاك النفسي ومحدداته وكل من المؤهل الدراسة والخبرة. كما اسفرت نتائج الدراسة وجود عالقة ارتباطية موجبة و دالة بين محددات و أبعاد الإنهاك النفسي و الدرجة الكلية له و بين المتغيرات المهنية المتعلقة بالعمل و وجود فئة نوعية من المتغيرات تتمثل في عدم المشاركة في صنع و اتخاذ القرار و غموض الدور و الضغط النفسي و ضغط المهمة. (مهدي سراي، 2012، ص 21)

2.1. دراسة المالكي :

في دراستها حول القلق وعلاقته ببعض المتغيرات لدى كل من المرأة العاملة في التعليم وغير العاملة (دراسة مقارنة على عينة من معلمات مراحل التعليم الثلاث؛ الابتدائي، المتوسط والثانوي وغير العاملات بمدينة مكة المكرمة). توصلت إلى: عدم وجود فروق دالة إحصائية في متوسط درجة القلق لدى كل من المرأة العاملة وغير العاملة، توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسط درجة القلق لدى المعلمات تبعاً لمتغير المرحلة الدراسية وفي اتجاه المتوسط الأعلى لمعلمات المرحلة الابتدائية، توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسط درجة القلق تبعاً لمتغير السن لدى العاملات وغير العاملات وفي اتجاه المتوسط الأعلى للفئة الأصغر سناً (بين 20-27 سنة)، توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة القلق تبعاً لمتغير المؤهل الدراسي لدى العاملات وغير العاملات وفي اتجاه المتوسط الأعلى لفئة التعليم الأقل من جامعي، لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة القلق تبعاً للحالة الاجتماعية لدى العاملات وغير العاملات. (حنان عبد الرحيم المالكي، 1422هـ/2001.)

3.1. دراسة العنزي (1406هـ الموافق لـ1985) :

حول القلق و علاقته بالتوافق المهني لدى المعلمين و المعلمات في المرحلة الابتدائية بالكويت، على عينة قوامها 300 معلم و معلمة يعملون في المرحلة الابتدائية و تتراوح أعمارهم بين 20-32 سنة. توصل إلى النتائج الآتية:

- وجود علاقة ارتباطية سالبة بين القلق والتوافق المهني.
- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المعلمين والمعلمات في درجة القلق لصالح المعلمات.

واتفقت هذه النتائج مع نتائج دراسة خانا وشيرالي (1989) Sirali & Khanna حول توتر الحياة والقلق و الاكتئاب لدى النساء العاملات، حيث تكونت العينة من 220 امرأة عاملة و 186 امرأة غير عاملة، أعمارهن بين 25-35 سنة. و أظهرت النتائج أن العاملات سواء كن متزوجات أو غير متزوجات، هن الأكثر تعرضا لتوتر الحياة و القلق من غير العاملات.

4.1. دراسة حفيظة قطيش (2014) :

المعنونة ب: استراتيجية مواجهة الضغط النفسي لدى معلم الإعاقة السمعية. فقد هدفت الدراسة إلى التعرف على طبيعة استراتيجيات المواجهة التي يستخدمها معلم ذوي الإعاقة السمعية للتغلب على الضغوط النفسية التي يتعرض لها، وكذلك الكشف عما إذا كان معلم ذوي الإعاقة السمعية يستخدم استراتيجية الإنفعال أم استراتيجية التجنب لمواجهة الضغط النفسي، ولتحقيق أهداف الدراسة استخدم الباحث المنهج الإكلينيكي، وبلغت عينة الدراسة (31 معلمات)، واستعان بالأدوات المتمثلة في المقابلة الإكلينيكية نصف الموجهة، اختبار جرد للوضع المرهقة، وقد توصل الباحث إلى النتائج التالية :

- يستخدم معلم ذوي الإعاقة السمعية عدة استراتيجيات لمواجهة الضغوط النفسية
- يستخدم معلم ذوي الإعاقة السمعية استراتيجية التجنب كاستراتيجية ثانية لمواجهة الضغط النفسي بعد استراتيجية التركيز على المشكل (نوار صلوبوي، 2019، 14).

2- الدراسات الأجنبية

1.2. دراسة ستراسمير (1992):

أنجزت هذه الدراسة حول الضغوط التي تواجه معلمي الأطفال ذوي الإعاقات وعلاقتها بالتغيرات (مستوى التعليم، الكفاية الذاتية، التوجهات، الشعور بالرضا، العلاقة مع الزملاء)، اشتملت عينة الدراسة على (716)

أخصائي يعملون مع الأطفال المعوقين عقليا وأشارت نتائج هذه الدراسة إلى أن (12%) من عينة الدراسة أظهروا مستويات عالية من الضغوط، ولديهم سبل للإحترق النفسي، واتصف هؤلاء بمستوى تعليمي عالي وشعور بعدم الكفاية الذاتية، وبالتوجهات السلبية و الشعور العام بعدم الرضا و الميل إلى عدم الإتفاق مع زملاء. (بورزق وآخرون، ص537)

سابعاً- التعقيب على الدراسات السابقة :

لقد تناولت الدراسات السابقة متغيرات الدراسة (القلق و الإعاقة السمعية) وتم تلخيصها فيما يلي:

من حيث الهدف:

تتوعت أهداف الدراسات السابقة وتعددت بحيث هدف البعض عنها عن الكشف عن مستويات القلق، كما جاء في دراسة المالكي (2001)، و العنزي (1985)، كما هدف البعض الآخر للتعرف على طبيعة استراتيجيات المواجهة التي يستخدمها معلم ذوي الإعاقة السمعية للتغلب على الضغوط النفسية التي يتعرض لها كما جاء في دراسة حفيظة قطيش (2014)، و كذلك التعرف على مصادر الإنهاك النفسي و الضغوط التي تواجه معلمي الأطفال ذوي الإعاقات كما جاء في دراسة السامدوني (1995) و دراسة ستراسمير (1992) على التوالي.

من حيث الأداة:

تتوعت أدوات الدراسة المستخدمة في الدراسات السابقة، لكنها كلها اعتمدت على المقابلة كونها أكثر الأدوات استعمالاً في البحوث النفسية، يستخدمها الباحث العيادي للاتصال مع المفحوص.

وعليه فموقع هذا البحث من الدراسات السابقة نلخصه في الدراسات التالية:

بعض الدراسات التي تناولتها الطالبة تتداخل في الموضوع من حيث البحث، وحيث متغير القلق واختلفت في نوع العينة.

وانتقد البحث الحالي عن الدراسات السابقة في حجم العينة ومكان إجراء البحث.

الفصل الأول: اضطراب القلق

تمهيد:

تعد ظاهرة القلق من الظواهر النفسية الشائعة التي اهتم بها علماء النفس في العصر الحديث، حيث أصبحت ظاهرة ملحوظة بشكل كبير لدى الأفراد، نتيجة لظروف الحياة الصعبة و المعقدة، كما أن القلق حقيقة من حقائق الوجود الإنساني و جانب دينامي في بناء الشخصية، و متغير من متغيرات السلوك البشري، إلا أنه كذلك يعد القاعدة الأساسية و المحور الدينامي في جميع الإضطرابات العصبية، و العقلية و الانحرافات السلوكية، القاسم المشترك فيما بينها جميعا و يعد من أكثر فئات العصاب انتشارا.

1/ تعريف القلق:

- استخدام مصطلح القلق واقعي، (Realangst) من قبل فرويد في إطار نظريته الثانية عن القلق: أي أن القلق إزاء خطر خارجي يشكل تهديدا واقعيًا للشخص.

قدم مصطلح Realangst الألماني في كتاب الصد، القارض، والقلق عام 1926، وهو قد يكون مدعاة للعديد من الالتباسات التي يحاول المعدل الفرنسي الذي نقترحه أن يزيلها.

أولاً : كلمة (Real) أي: واقعي في مصطلح (Realangst) إسمية، فهي لا تصف القلق نفسه بل ما يشكل الدافع له، و يتعارض القلق أمام خطر واقعي مع القلق أمام النزوة، ولا تصبح النزوة مولدة للقلق، وفي رأي بعض الكتاب وعلى الأخص آنا فرويد، إلا بمقدار احتمال آثارها لخطر واقعي بينها يتمسك أغلبية المحللين النفسيين بوجود تهديد نزوي مولد للقلق.

ثانياً : لا تتناسب الترجمة بتغيير (القلق إزاء الواقع) إلا أنها توحى بأن الواقع بحد ذاته هو سبب القلق، بينما أن مسألة تتعلق بوضعيات بعينها فقط من هذا الواقع، ولهذا نقترح تعبير (قلق أمام خطر واقعي).

ونلاحظ بدون الدخول في النظرية الفرويدية حول القلق، أن مصطلح القلق الفرنسي (Angoisse) ومصطلح القلق بالإنجليزية (Axity) لا يغطيان مصطلح Angst سواء على اللغة الألمانية أو في استخدام فرويدية له، حيث تترجم عليه غالباً ما بين الخوف في الموضوع المحدد و القلق الذي يعرف بغياب الموضوع تماماً مع التميزات الفرويدية. (لابلان، 2002، ص 412)

- ومنه نستنتج أن القلق الواقعي هو غريزة في الإنسان يشعر به عندما يتعرض لمواقف مزعجة أو خطيرة أو مؤلمة تكون مصدر تهديد له، ويتمثل في رد فعل يحدث لدى الفرد عندما يدرك مصدر الخطر (أو صعوبات ينتظر حدوثها بعد وجود إشادة تدل عليها) وكذلك قد يشعر الفرد ببعض التوتر و الخوف عندما

يكون مقبلا على القيام بعمل لا يدري بالضبط نتيجته ومنه نقول أن للقلق في هذه الحالة وظيفة إعداد الفرد لمقابلته هذا الخطر بالقضاء عليه أو تجنبه.

- و يوضح " أسامة راتب " (1997م) أنه يتفق معظم الرياضيين على أنهم يشعرون بدرجات مختلفة من القلق يؤثر عادة على مستوى أدائهم وبينما يستطيع البعض منهم التحكم و السيطرة على درجة القلق، فإن البعض الآخر يخفق في تحقيق ذلك، ومن ثم يتأثر الأداء سلبيا وخاصة في أثناء المنافسة، ولقد اهتم العديد من الباحثين بمعرفة العوامل المسببة للقلق لدى الرياضيين وجاءت النتائج موضحة أن هناك أربعة مصادر أساسية تسبب حدوث القلق:

□ الخوف من الفشل.

□ الخوف من عدم الكفاية.

□ فقدان السيطرة.

□ الأعراض الجسمية والفسولوجية. (أسامة راتب، 1997، 189).

- ويعرفه فخري الدباغ بأنه : " شعور عام مبهم بالخوف والتوجس والتوتر، دون إدراك لمصدر الخوف، ويكون مصحوب بأحاسيس جسمية تتكرر بين الحين و الآخر يشكل في الصدر أو التنفس أو تسرع في نبضات القلب ". (فخري الدباغ، 1983، ص96)

- ويعرفه أحمد عكاشة على أنه : " شعور عام غامض غير سار بالتوجس والخوف و التحفز و التوتر مصحوب عادة ببعض الأحاسيس الجسمية خاصة زيادة نشاط الجهاز العصبي الإرادي ". (أحمد عكاشة، ص 134)

- أما راجح أحمد عزت فيعرفه : " القلق حالة من الانفعال يشير إلى وجود خطر داخلي أو خارجي شعوري أو لاشعوري يهدد الذات وجوهره فيه ، الانتظار والتوقع و العجز عن الهرب، والقلق انفعال مركب من الخوف والألم وتوقع الشر ". (راجح أحمد عزت، 1993، ص18)

- أما زهران حامد عبد السلام فيرى أن القلق : " حالة توتر شامل ومستمر نتيجة تحديد خطر فعلي أو رمزي قد يحدث، ويصطحبها خوف وأعراض تنفسية وجسمية متنوعة ". (زهران حامد عبد السلام، 1977، ص 397)

2/ أنواع القلق :

لقد اهتم العديد من علماء النفس من زمن طويل بدراسة موضوع القلق و أنواعه إذ نجد أنواعا عديدة، نذكر منها :

أ. القلق الموضوعي:

وهو رد فعل لخطر خارجي معروف أي أن الخطر في هذا النوع من القلق يكمن في العالم وهو خطر محدد مثل قلق الطالب عن اختبار آخر العام. (الحانوتي، 2016، ص60)

أي أن القلق الموضوعي هو القلق الذي ينبع من الواقع ومن ظروف الحياة اليومية، أي أنه القلق الذي يمكن معرفة مصدره و حصر مسببته لأنه يكون شكليا محدودا في الزمان والمكان. (بن علو، 2003، ص89)

ب. القلق العصابي :

هو قلق داخلي غامض، غير محدد المعالم، تختلف شدته وعمقه من شخص لآخر، فنجد الدكتور " نعيم الرافي " يعرفه : حالة قلق شديد يبدو حاد ولا يتصل بموقف معين، ويبدو في سلسلة من الأعراض تعبر عن تكيف غير مناسب مع الظروف المحيطة التي يعيش ضمنها الفرد. (الرزاد، 1984، ص 89)

ويعبر فرويد : القلق العصابي ينتج عن صراع بين قوتين في النفس، قوة الغرائز التي يعبر عنها باللهو والقوة المقابلة لها قوة المعايير الأخلاقية والتي يعبر عنها بالذات العليا، وفي هذه الحالة يكون الأنا هو موضوع الخطر، إذ ينشأ الاضطراب بسبب عجز الأنا اتجاه الهو الذات العليا، و عدم التوافق نتيجة وقوعه تحت قوتين متصارعتين هما " قوة الغرائز، و قوة الضمير ". (آغا، 1985، ص 311)

ج. القلق الخلقي الذاتي (Moral anxiety):

يحدث نتيجة الصراع الذي يحدث داخل الشخص و ليس صراعا بين الشخص و العالم الخارجي أي أنه ناتج من ضمير الشخص و خوفه منه عند قيامه بسلوكات تخالف عادات و تقاليد أو أعراف المجتمع الذي يعيش فيه.

والقلق الخلقى كامنا داخل تركيبة الشخص و عادة يظهر القلق الخلقى أعقاب حالات الإحباط المرتبطة بالأنا الأعلى لدى الفرد (الأنا العليا المثالية) التي تتسجم مع القيم الإجتماعية. (حسن منسي، 1998، ص38)

3/ أسباب القلق :

تعددت أسباب القلق ومنها ما يلي :

أ. الوراثة :

أشار أحمد عكاشة إلى أن هناك دراسات أثبتت وجود تشابه في الجهاز العصبي اللاإرادي واستجابة للمنبهات الخارجية والداخلية لدى التوائم، كذلك أوضحت دراسة العائلات أن 15% من آباء وإخوة مرضى القلق يعانون من نفس المرض وجد إن نسبة القلق بين التوائم المتشابهة من نفس البويضة تصل إلى 50% وإن حوالي 65% منها يعانون من بعض سمات القلق اما في حالات التوائم غير متشابهة من بويضتين مختلفتين تصل نسبة القلق إلى 4% أما سمات القلق فظهرت في 135 فقط. (أحمد عكاشة، نفس المرجع السابق، ص113)

ب. السن :

ذكر أحمد عكاشة أيضا أن لعامل السن أثره في نشأة القلق، وخاصة عندما يكون الإنسان في موقف لا يؤهله عقله أو جسمه للتكيف الطبيعي مع الحياة، كما في مرحلة الطفولة و الشيخوخة، فيزيد مرض القلق مع عدم نضوج الجهاز العصبي في الطفولة، وكذلك ضموره في الشيخوخة، وتقل أعراض القلق في سن النضوج لتظهر ثانيا في سن الشيخوخة حيث يزيد استعداد الفرد لظهور هذا المرض. (أحمد عكاشة، نفس المرجع السابق، ص114)

ج. الأسرة :

أوضح محمد عودة وكمال مرسي أن الأسرة تعتبر الوحدة الأساسية للنمو والخبرة من حيث: إنها الخلية الإجتماعية التي تنجب الفرد وتتكفل برعايته وتنشئته خاصة في سنواته الأولى وعليه فإن دور الوالدين في تنشئة أطفالهم يظل أساسيا سواء في حمايتهم من الإضرابات النفسية أو من إعاقة نموهم بشكل عام. (محمد عودة وكمال مرسي، 1994، ص176)

د. الوضع الإقتصادي والإجتماعي :

ذكر الأزرق بوعلو أن من أهم أسباب القلق في عصرنا الحاضر زيادة معدلات الإستهلاك المادي الذي يستنزف موارد الفرد وكل ما يكتسبه، وكذلك السعي نحو الحصول على الكماليات المرتبطة بالوضع الإقتصادي الإجتماعي للفرد و الأسرة، و زيادة مطالب الحياة اليومية و احتياجاتها، وكل هذه الأشياء تمثل مصدرا أساسيا للشعور بالقلق وتزيد من احتمال الإصابة به كاضطراب عصابي. (الأزرق بوعلو، 1993، ص57)

هـ. العوامل النفسية :

تساعد بعض الخصائص النفسية على ظهور القلق، ومن ذلك : الضعف النفسي العام، الشعور بالتهديد الداخلي و الخارجي الذي تفرضه الظروف البيئية بالنسبة لمكانة الفرد و أهدافه، التوتر النفسي الشديد، الصدمات النفسية، الأزمات، الشعور بالذنب والخوف من العقاب و توقعه، تعود الكبت بدلا من التقدير الواعي لظروف الحياة، الصراع بين الدوافع و الإتجاهات الإحباط و الفشل اقتصاديا أو زواجيا أو مهنيا، الحلول الخاطئة وكثرة المحرمات الثقافية. (عبد الحميد الشاذلي، 1999، ص 115 - 116).

4/ أعراض القلق :

أ. الأعراض الفيزيولوجية :

- إفراط في نشاط الجهاز العصبي التلقائي و الغدد الصماء.
- ارتعاش الأطراف و برودتها.
- سرعة معدل التنفس و ضربات القلب.
- اضطرابات تصيب المعدة و عسر الهضم.
- كثرة التبول.
- شعور الفرد بالأرق و عدم القدرة على النوم.
- الإحساس بالألم في الظهر أو الرقبة.
- كثرة تصبب العرق.
- إصابة الإنسان بعدم الرؤية الواضحة.
- الإحساس بالإختناق.

- فقدان الشهية.
 - تخبط سلوك الفرد و عدم القدرة على إحداث التوازن بينما يقوم به من أعمال.
 - إصابة الإنسان بالصداع. (نبيه إبراهيم إسماعيل، ص 164)
- ب. الأعراض النفسية:

وتتمثل في مايلي :

- الخوف المبهم الذي لا مصدر له و لا مبرر و لا تفسير.
- حساسية سريعة، تهيج لأتفه الأسباب و ربما النفور من الأصوات والضوضاء.
- صعوبة في التركيز و النسيان و أحيانا اختلال الأنية أي يشعر أنه قد تغير عن سابق عهده وإن كان العالم قد تغير من حوله.
- فقدان الشهية للطعام مع فقدان الوزن و حالات أخرى من سمنة.
- الأرق، اضطرابات النوم و الكوابيس.
- الخوف المجنون، خاصة عندما تكون حالته مصحوبة بأعراض الحصر القهري قد تؤدي حالة القلق المزمن و المتكرر إلى الإعياء والكآبة والقنوط، ولمحاولته الهروب من الواقع المرير قد يلجأ إلى الخمر و تناول العقاقير المنوعة والمهدئة. (زعتر نور الدين، نفس المرجع السابق، 32-33)

5/ مستويات القلق :

يرى بعض علماء النفس (سييلبرجر Spielberg، 1969) أن أداء و سلوك الإنسان و خاصة في المواقف التي لها علاقة بمستقبله يتأثر لحد كبير بمستوى القلق الذي يتميز به الفرد و هناك على الأقل ثلاثة مستويات للقلق هي :

1- المستوى المنخفض للقلق :

في هذا المستوى يحدث التنبيه العام للفرد مع ارتفاع درجة الحساسية نحو الأحداث الخارجية، كما تزداد درجة استعداده وتأهبه لمجابهة مصادر الخطر في البيئة التي يعيش فيها، ويشار إلى هذا المستوى من القلق بأنه علاقة إنذار لفظ وشيك الوقوع.

2- المستوى المتوسط للقلق :

في المستويات المتوسطة للقلق يصبح الفرد أقل قدرة على السيطرة، حيث يفقد السلوك مرونته ويتولى الجمود بوجه عام على استجابة الفرد في المواقف المختلفة، ويحتاج الفرد إلى بذل المزيد من الجهد للمحافظة على السلوك المناسب والملائم في مواقف الحياة المتعددة.

3- المستوى العالي للقلق:

يؤثر المستوى العالي للقلق على التنظيم السلوكي للفرد بصورة سلبية، أو يقوم بأساليب سلوكية غير ملائمة للمواقف المختلفة. لا يستطيع الفرد التمييز بين المثيرات أو المنبهات الضارة والغير ضارة، ويرتبط ذلك بعدم القدرة على التركيز والانتباه وسرعة التهيج والسلوك العشوائي. (محمد حسن العلاوي، 1992، ص280).

6/ اختبار هاميلتون لقياس القلق:

أ. التعريف بالمقياس:

- مقياس هاميلتون هو أداة تستخدم في الطب النفسي لقياس مدى درجة القلق لدى الأشخاص. يساعد في تحديد وتشخيص بعض الاضطرابات ويستخدم لكل من الصغار والكبار.

- يعتبر مقياس هاميلتون للقلق واحدًا من أهم أدوات القياس، التي يتم استخدامها في الطب النفسي، ويتم استخدامه من قبل الأطباء بهدف قياس القلق، لدى الأشخاص مما يساعد في معرفة حالاتهم النفسية، ويساعد في تشخيص حالة كل شخص، تم تصميم ذلك المقياس لأول مرة في عام 1959م وحتى ذلك الوقت الذي نحيا فيه.

ب. أهمية مقياس هاميلتون للقلق:

يختص مقياس هاميلتون للقلق في قياس مدى درجة قلق الأشخاص، ويساعد المقياس في تحديد وتشخيص بعض الاضطرابات المعينة، التي قد يعاني منها بعض الأشخاص، ومن الجدير بالذكر هنا أن المقياس مخصص لاستخدام الصغار والكبار على حد سواء، يتم إجراء ذلك المقياس عن طريق مختصين فاعلين يعملون في مجال الطب النفسي، كالأطباء النفسيين.

وذلك على الرغم أن هذا المقياس متاح بشكل كبير، ومن الممكن أن يصل إليه الأشخاص حتى عبر الإنترنت إذا أرادوا ذلك، ولكن مع ذلك من الضروري أن يتم اختبار ذلك المقياس على يد المتخصصين، وذلك لأن الطبيب النفسي يقوم بمقابلة مع المريض أثناء إجراء ذلك الاختبار وتطبيق المقياس عليه، وتساعد هذه المقابلة في التعرف على الحالة بشكل أكبر، لذلك نؤكد عليها مرارا وتكرارا .

ج. العناصر التي يقيسها مقياس هاميلتون للقلق :

هناك الكثير من العناصر التي يتم قياسها من خلال مقياس هاميلتون للقلق ، ويتكون المقياس تحديدا من 14 سؤال، ويكون لكل سؤال من تلك الأسئلة خمسة خيارات يستطيع الشخص أن يختار من بينهم ، وتختلف تلك الدرجات من شخص لآخر .

ونستطيع من خلالها أن نقيس درجة القلق لدى الشخص الذي يجري عليه الاختبار من خلال استقطاب المعلومات حسب العناصر التي يعمل مقياس هاميلتون للقلق على قياسها التي سوف نوضحها:

● **القلق** : وهنا يتم قياس المخاوف المستمرة التي من الممكن أن تكون لدى الشخص ، ومدى توقعه للأسوء في الحياة بشكل عام.

- **التوتر** : يتم قياس هنا رغبة الشخص في البكا ، ومدى شعوره بالقلق لأوقات طويلة بشكل عام.
- **الخوف** : وهنا يتم قياس مدى خوف الإنسان من أشياء محددة مثل الخوف من الوحدة، والخوف من الجلوس في الظلام، وغيرها من المخاوف.
- **الأرق** : وهنا يتم قياس مدى الأرق الذي من الممكن أن يصيب الأشخاص، بسبب القلق الذي يهاجمهم في الحياة.
- **المشكلات المعرفية** : وهنا يتم قياس المشكلات المعرفية التي من الممكن أن يقع بها الشخص باستمرار، ومن أمثلة تلك المشكلات ، أن يكون لديه مشكلة في القدرة على التركيز، بالإضافة إلى المشكلات التي قد تصيب الذاكرة وتتسبب في نسيان الأفراد ، وغيرها من المشكلات الأخرى.
- **الفكاهة** : وهنا يتم قياس مدى ما يمكن أن يصيب الشخصية من مشكلة في الفكاهة، مثلا أن يكون الشخص مصاب بالمزاج السيء طوال الوقت، وأن يشعر بالمشاعر السلبية تحاوطه في حياته بشكل عام، وغيرها من المشاعر السلبية الأخرى التي تفسد عليه حياته.
- **الجسدية العضلات** : ويرتبط ذلك العناصر بقياس مدى تأثير القلق على الجانب الجسدي لدى الإنسان، فمثلا من الممكن أن يتسبب القلق في آلام العضلات لدى الشخص، وغيرها من الأعراض الجسدية الأخرى.
- **الحسية الجسدية** : ويقاس ذلك العناصر تأثير القلق على حواس الإنسان المختلفة و وظائفها، فمن الممكن أن يتسبب القلق في عدم وضوح الرؤية للأشياء لدى الشخص، وغير ذلك من التأثيرات السلبية للحواس الأخرى لدى الشخص.

- أعراض القلب و الأوعية الدموية: فمن الممكن أن يؤثر القلق على القلب بشكل كبير، ويتمثل ذلك في حدوث خفقان في القلب، وغير ذلك من المظاهر.
- أعراض الجهاز التنفسي : من الممكن أن يؤثر القلق على الجهاز التنفسي، ومن أمثلة ذلك أن يشعر الشخص بضيق في التنفس.
- أعراض الجهاز الهضمي: قد يؤثر القلق على الجهاز الهضمي ، فيتسبب في مشاكل بالغة في الهضم.
- أعراض الجهاز البولي التناسلي : قد يتسبب القلق المستمر في نقص الرغبة الجنسية لدى الشخص.
- الأعراض اللاإرادية : من الممكن أن يتسبب القلق في أعراض لاإرادية كثيرة ، مثل التعرق المستمر.
- التقييم المهني : من خلال ذلك التقييم يقوم الطبيب النفسي، بتقييم المريض بشكل عام.

7/ النظريات المفسرة للقلق :

أ. نظرية التحليل النفسي :

أوضح كل من (الشناوي، 2000، 377) و (العتاني، 2000، ص116) أن فرويد اعتبر القلق يظهر أصلا كرد فعل لحالة من حالات الخطر التي قد تواجه الشخص، فإذا انتهت هذه الحالة انخفضت أو تلاشت أعراض القلق ولكنها إذا عادت إلى الفرد ظهرت أعراض القلق مرة أخرى .

ب. النظرية السلوكية

أشار (كفاي، 1996، ص 349) تنظر المدرسة السلوكية إلى القلق على أنه سلوك متعلم من البيئة التي يعيش في وسطها الفرد، تحت شروط التدعيم الإيجابي والتدعيم السلبي، وهي وجهة نظر متباينة للتحليلية، فالسلوكيون لا يؤمنون بالدوافع اللاشعورية، ولا يتصورون الديناميات النفسية، أو القوى الفاعلة في الشخصية على صورته منظمات ثلاث، "الهو"، "الأنا"، "والأنا العليا" كما فعل التحليليون، بل أنهم يفسرون القلق في

ضوء الإشتراك الكلاسيكي، وهو ارتباط مثير جديد بالمثيرالأصلي، ويصبح المثير الجديد قادرا على استدعاء الاستجابة الخاصة بالمثير الأصلي، وهذا يعنى أن مثيرا محايدا يمكن أن يرتبط بمثير آخر من طبيعته، أن يثير الخوف، وبذلك يكتسب المثير المحايد صفة المثير الأصلي المخيف ويصبح قادرا على استدعاء استجابة الخوف على أنه في طبيعته الأصلية لا يثير مثل هذا الشعور. (مواهب الرشيد ابراهيم محمد، 2018، ص 11-12).

ج. القلق في النظرية الإنسانية :

- تعتبر المدرسة الإنسانية امتدادا للفكر الوجودي، و يؤكد أصحابها على أن القلق هو خوف من المستقبل وما قد يحمله من أحداث قد تهدد وجوده أو إنسانيته، فالإنسان هو الكائن الوحيد الذي يعرف نهايته الحتمية، و أن الموت قد يحدث في أي لحظة.

- و المثير الأساسي للقلق هو توقع حدوث الموت فجأة، حيث لا يصبح للإنسان وجود ويتحول إلى العدم أو الفناء.

- ويرى آخرون أن القلق ينتج عن شيء يتجه لتهديد مفهوم الذات أو أي شيء يعيق أو يهدد بإعاقة إشباع حاجات نفسية أساسية مثل الحاجة إلى الشعور بالأمن والحب والتقدير والإنجاز (ماجدة بهاء الدين السيد عبيد، 2008، ص195)، ويزداد القلق لدى الفرد في الحالات التالية: إذا فقد الإنسان طاقته وقدراته ونشاطه نتيجة المرض، انخفاض عدد الفرص ونسبة النجاح في المستقبل، التقدم في السن. (نبيهة صالح السامراني، 2007، ص46)، ولعل من أهم رواد هذا الفكر:

ماسلو: الذي يعتبر القلق ناتجا عن عدم إشباع الحاجات، وهذا الاعتقاد نابغ من نظريته الشهيرة حول هرم الحاجات.

- أما روزجر فيرى أن الإنسان يشعر بالقلق حيث يجد تعارضا بين الذات الواقعية الممارسة وبين الذات المثالية، أي هناك تعارض بين ما يعيشه وبين مفهوم لذاته.(عبد اللطيف حسين فرج، نفس المرجع السابق، ص141)

د. قلق الحالة وقلق السمة:

- لم تهتم النظريات السابقة بالتمييز بين القلق كحالة طارئة أو سمة لازمة، وقد وجد "سبيلجر" و"كاتل" أن للقلق شكلين هما:

أ- **حالة القلق**: تشير إلى القلق كحالة طارئة إنتقالية أو وقتية في الكائن الحي تتذبذب من وقت لآخر، وهو يزول بزوال المتغيرات التي تتبعه، فالقلق هنا موقفي بطبيعته ويعتمد بصورة مباشرة و أساسية على الظروف الضاغطة (مصادر الضغوط)، كما أشار "كاتل" 1974 إلى أن حالة القلق تتغير بحسب المواقف، أي حسب نوعية المصادر ومستواها وشدتها.

ب- **سمة القلق**: تشير إلى القلق كسمة ثابتة نسبيا في الشخصية، من حيث إختلاف الناس في درجة القلق ووفقا لما اكتسبه كل منهم في طفولته من خيارات سابقة و استعداد طبيعي و اتجاه سلوكي، ويتمد بصورة أساسية على الخبرة الماضية، (منصوري مصطفى، 2010، ص 34).

أما الإستعداد للقلق فهو ينشأ من التفاعل بين المعطيات الوراثية وأساليب التنشئة الخاطئة، إلا أن تأثير التنشئة الخاطئة في تنمية هذا الإستعداد يفوق تأثير الوراثة، فقد ثبت أن الأشخاص ذوي سمة القلق العالية عانوا من تنشئة أكثر سلبية وتعرضوا بدرجة أعلى للنبذ و الحرمان و القسوة في طفولتهم مقارنة بغيرهم (عبد اللطيف حسين فرج، نفس المرجع السابق ، ص 144، 145).

هـ. القلق في النظرية النفسية الدينية :

- ترى هذه المدرسة أن القلق يرجع إلى الخطيئة (ذنب أو إثم)، أي إلى الشعور بإرتكاب خطأ انتهك الشخص فيه مبادئ الخلق أو الدين، إن الشعور يبدو في صورة فقد الشعور بالقيمة و الإستحقاق وأن هذا الشعور يهدد الأنا الخلقية الأمر الذي يجعل صاحبها يعيش في قلق دائم ومستمر .

- وتعرف هذه النظرية بنظرية الخطيئة في العصاب وأن القلق حسب هذا المفهوم يحدث على النحو الآتي: عندما يقوم الفرد بأعمال كان يتمنى أن لا يقوم بها يشعر بالندم على أعمال مارسها الفرد فعلا، وهذا ما ذهب إليه كير كيجارد في تعريفه للقلق حيث ذكر أنه. " انفعال فطري مغروس في الإنسان منذ بدء الخلفية كما ذهب إلى أن القلق يؤدي إلى الخطيئة وأن الخطيئة تؤدي إلى القلق ولا يمكن التغلب على ذلك إلا عن طريق الإيمان بالله ".(مكنزي، 2013، ص من 143.135).

و. تفسير النظرية المعرفية للقلق :

- أن هذه النظرية تركز في تركيزها للقلق بإعتبار أن الفرد يسبق المواقف بأنماط من التفكير الخاطئ أو المشوه السلبي، المبالغ في تقدير خطورة المواقف و بالتالي يميل الفرد إلى التقليل من قدرة على مواجهة هذه المواقف.

- أما "بيك" (Beck) صاحب النظرية المعرفية يرى أن الإضطرابات السيكولوجية الإنفعالية للفرد كالإكتئاب و القلق والشعور بالذنب إلى آخرهمرجعها للأفكار(الأولية المعرفية) ويوضح أن العمليات المعرفية المختلفة هي بمثابة نتيجة .

- أساسية لتجربة الفرد و للنظر المحيطة له، فهو يكتسب التفكير المضطرب من خلال أول تجربة له في حياته، ومن خلال فشله في تجربة معينة فإن الخلل على المستوى المعرفي يؤدي إلى ظهور الإضطرابات النفسية مثل القلق .

ز. تفسير النظرية السلوكية المعرفية للقلق:

- إن المبالغة و التهويل في تفسير الفرد لإحساساته الجسمية العدية كالزيادة في ضربات القلب وسرعة التنفس تؤدي إلى إحساس الفرد بأنه في خطر حقيقي قد يؤدي إلى موته إذا لم يتعامل معه بجدية. حيث يفسر الشخص زيادة ضربات قلبه بأنها أزمة قلبية، مما يؤدي إلى زيادة الإحساس بالأعراض السلبية المصدر.

8/ علاج القلق:

أ. العلاج السلوكي:

يتمثل في تدريب المريض على عملية الاسترخاء، وبعد ذلك نقدم المنبه المثير للقلق بدرجات متفاوتة من الشدة بحيث لا يؤدي إلى القلق و الانفعال وإذا لم يتحقق الشفاء فقد نضطر إلى استخدام العقاقير المهدئة و الصدمات الكهربائية. (حنان عبد الحميد العناني، 2000، ص121)

- كما أن السلوكيين يعتمدون في العلاج على طريقة أصبحت من أكثر الطرائق العلاجية السلوكية انتشارا هي إزالة الحساسية وأدخلها لأول مرة البروفيسور ولب (1958) قائمة على مبدأ إشرطي أسماه الكف المتبادل حيث قام بإحداث استجابة مضاعفة للقلق بوجود مثيرات المستدعية للقلق، بحيث تكون مصحوبة بقمع تام أو جزئي لإستجابات القلق.

ب. العلاج المعرفي:

يقوم هذا العلاج على مناقشة الأفكار غير المنطقية لدى المريض وتقييمها حيث يقنع من خلاله الفاحص المفحوص بأنها أفكار خاطئة وغير منطقية وباعتبارها محور حياته وتعمل هذه الأخيرة على إحداث اضطرابات في الشخصية، ثم إعطاء البديل من أفكار عقلانية منطقية. (حنان عبد الحميد العناني، نفس المرجع السابق، ص122)

ج. العلاج الكيميائي:

وهنا تعطي المريض العقاقير المنومة و المهدئة في بداية الأمر حيث تعمل على التقليل من التوتر العصبي، ثم بعد أن تتم الراحة الجسمية يبدأ العلاج النفسي أما في حالة القلق الشديد يمكن إعطاء المريض بعض العقاقير (وذلك تحت إشراف الطبيب المختص ومن بين هذه الأدوية نجد Taciline – liras)، ويجب الحرص على استخدام العقاقير المهدئة وذلك بهدف منع حدوث الإدمان. (لطي الشربيني، 2007، ص261)

د. العلاج الاجتماعي:

يعتمد على إبعاد المريض عن مكان الصراع النفسي وعن المثيرات المسببة لآلامه وانفعالاته فكثيرا ما يتضح بتغيير الوسط الاجتماعي و العائلي، كما يمكن مساعدة المجتمع المريض على التغلب على المرض، و إعادة تكييفه من جديد في حياته من خلال توفير جو مناسب في المنزل يسوده الحب و التفاهم فهذا يشعره بالإرتياح و يحسسه بالأمان و يخفف من شدة الآلام التي يعانيتها.

هـ. العلاج الكهربائي:

تشير التجارب إلى أن الصدمات لا تفيد لعلاج القلق النفسي إلا إذا كان مصحوبا بأعراض اكتئابية وهنا سيختفي الإكتئاب و المنبه الكهربائي حيث يفيد أحيانا في الحالات المصحوبة بأعراض جسمية.

و. العلاج التحليلي:

يرى فرويد بأن للقلق أهمية كبيرة في فهم الأعراض المرضية النفسية حيث يقول بأنها عملية متداولة، تبنى بها كل الحالات الإنفعالية التي خضعت للكبت وبهدف العلاج الفرويدي إلى إخراج الخبرات المؤلمة عن اللاشعور إلى حيز الشعور لكي يعيه الفرد ويتعامل معه، ولجأ فرويد إلى طريقة التداعي بغية إعادة الذكريات المغنذية إلى ساحة الشعور وبالتالي الوصول إلى الشفاء. (القمش، نفس المرجع السابق، ص 271)

وبالتالي علاج القلق يجمع بين أنواع مختلفة من العلاجات و يتم تحديد العلاج الأكثر ملائمة و فعالية للمريض من خلال فهم و تشخيص للأعراض فقد تعددت طرق علاج القلق فمنها ما هو يساعد في التغلب على المخاوف و منها ما يكون الهدف منه التعامل الصحيح مع ضغوطات الحياة.

خلاصة الفصل :

موضوع القلق له أهمية كبيرة، بل ويعد حجر الزاوية في نشوب و حدوث مختلف الإضطرابات النفسية والجسدية و السيكوسوماتية، التي تحول دون أداء المربي المتخصص بالمستوى المطلوب، مما يؤثر سلبا على فعالية العملية التدريسية بأسرها، لذا وجب على إدارة المدارس الخاصة إتخاذ التدابير و الإجراءات اللازمة للحد من هذه الظاهرة أو للتخفيف على الأقل من حدتها، بتبني استراتيجيات فعالة تأخذ بعين الإعتبار صحة المربي المتخصص ونجاح العملية التربوية سواء بسواء، أن تتسم (الإستراتيجيات) بمايلي:

-
-
- الفردية و الخصوصية نظرا لوجود فروق فردية بين الأشخاص، و لإختلاف المثيرات المسببة للضغوط و القلق التي يواجهونها، مع عدم فرض هذا الأسلوب على الشخص لأنه سيصبح مصدر ضغط آخر لديه.
 - أن يكون الأسلوب المنبع متعدد الأبعاد بحيث يشمل الأنشطة العقلية، البدنية، و غيرها.
 - أن يتسم هذا الأسلوب بالمرونة و القبلية للتعديل و التكيف مع ظروف الفرد و المنظمة.

الفصل الثاني: الإعاقة السمعية

تمهيد:

تعد الإعاقة السمعية من الإعاقات الصعبة التي قد يصاب الإنسان بها حيث نجد أن كل شخص عادي لا يعرف ماذا تعني الإعاقة في السمع، فكل شخص لا يسمع الأصوات كما يسمعها الأشخاص الآخرون الذين يعانون من إعاقة في السمع.

فالشخص الأصم يشاهد العديد من الأشياء المختلفة ولكنه لا يفهم الكثير منها، وبالتالي لا يصبح قادرا على معرفتها فهو يؤدي به إلى الفشل والإحباط وفي هذه الحالة يكون الفرد الأصم في عزلة و وحدة اجتماعية تشعره بالعزلة و العزوف عن تعلم اللغة و الكلام و قدرته على تفهمه للأصوات الصادرة عن العالم الصوتي داخل المجتمع الذي يعيش فيه.

1- تعريف الإعاقة السمعية:

لقد ظهرت العديد من التعريفات للإعاقة السمعية حسب المهتمين بهذه المشكلة و من أهمها ما يلي:
عرف "يوسف القزبوتي" الإعاقة السمعية بأنها: "تلك المشكلات التي تحول دون أن يقوم الجهاز السمعي عند الفرد بوظائفه، أو تقلل من قدرة الفرد على سماع الأصوات المختلفة و تتراوح الإعاقة السمعية في شدتها من الدرجات البسيطة و المتوسطة التي ينتج عنها ضعف سمعي إلى الدرجات الشديدة جدا و التي ينتج عنها صمم". (الملاح، 2016، ص3)

أما "الخطيب" (2005) فيرى: " إن الإعاقة السمعية تعني انحرافا في السمع يحد القدرة على التواصل السمعي-اللفظي، و يضيف أن شدة الإعاقة السمعية هي نتاج لشدة الضعف في السمع و تفاعله مع عوامل أخرى مثل: العمر عند فقدان السمع، و العمر عند اكتشاف هذا الفقدان السمعي، ومدى معالجته، و المدة الزمنية التي استغرقها حدوث الفقدان السمعي، و نوع الاضطراب الذي أدى إلى فقدان السمع و فاعلية الخدمات التأهيلية المقدمة و العوامل الأسرية". (زروقي، 2016، ص42)

و يذكر "عبد العزيز الشخص": "إن الشخص المعوق سمعيا هو من حرم حاسة السمع منذ والدته أو قبل تعلمه الكلام إلى درجة تجعله حتى مع استعمال المعينات السمعية - غير قادر على سماع الكلام المنطوق، و مضطرا لاستخدام الإشارة أو لغة الشفاه أو غيرها من أساليب التواصل".

حيث أن الإعاقة تشمل الصمم الكلي بالإضافة إلى الصمم الجزئي (ضعف السمع) فإن إيضاح مفهوم الإعاقة السمعية يقتضي بالتالي إيضاح مفهومي الصمم و ضعف السمع و تعرفه كما يلي:

- مفهوم الصمم:

يعرف "جابر عبد الحميد" و"علاء الدين كفاقي" الصمم بأنه: فقدان الكامل لحاسة السمع. (الغزالي، 2011، ص36-37)

- مفهوم ضعف السمع:

عرف "إبراهيم أحمد محمد" إن ضعاف السمع هم الذين لديهم قصور في حدة السمع بدرجة ما، و يمكنهم الاستجابة للكلام المسموع إذا وقع في حدود قدرتهم السمعية باستخدام المعينات السمعية أو بدونها و يحتاجون في تعليمهم إلى ترتيبات و أساليب خاصة.

من خلال التعاريف السابقة يمكن القول أن الإعاقة السمعية هي فقدان السمع سواء كان جزئياً أو كلياً، وراثياً أو مكتسب، مما يحول دون أن يقوم الجهاز السمعي عند الفرد بوظائفه، أو يقلل من قدرة الفرد على سماع الأصوات المختلفة، و تصنف الإعاقة السمعية إلى صنفين: الصم و ضعيف السمع.

2- أنواع الإعاقة السمعية:

صنف "ستاش" (1998) أنواع الإعاقة السمعية إلى الفئات الرئيسية التالية:

2-1- فقدان الحساسية السمعية:

و هو من أكثر الأنواع شيوعاً، و يمتاز بانخفاض في حساسية ميكانيزمية السمع، فقدان الحساسية السمعية يعني أن الأذن ليست حساسة في التقاط الأصوات، بمعنى آخر الأصوات يجب أن تكون أعلى شدة من الطبيعي، حتى تدرك من قبل المستمع، و يشمل فقدان الحساسية السمعية على فقدان السمعي التوصيلي و فقدان السمعي الحس عصبي و فقدان السمعي المختلط.

أ. فقدان السمعي التوصيلي:

إن إعاقة نقل أي نوع من الأصوات من القناة السمعية الخارجية إلى الأذن الداخلية يسبب فقداناً سمعياً توصيلياً، وفي مثل هذه الحالات تقوم الأذن الداخلية بوظيفة طبيعية و لكن اهتزاز الصوت غير قادر على إثارة القوقعة من خلال مسار توصيل هواء طبيعي.

والفقدان السمعي التوصيلي هو من أكثر أنواع الفقدان السمعي شيوعاً بين الأطفال و ينتج غالباً من إصابات الأذن المستمرة

ب. الفقدان السمعي الحس-عصبي:

تحدث الإعاقة السمعية الحس-عصبية عندما يلحق أذى ضار أو تحطم يصيب عضو السمع الحسي أو الخاليا الشعرية الواقعة في القوقعة، أو تكون المشكلة متصلة في الأعصاب السمعية في الممرات العليا، و ليس من السهل التمييز بين التحطم للخاليا الشعرية الحسية و تحطم العصب السمعي فالنتيجة تصنف على أنها فقدان سمعي حس عصبي .

ج. الفقدان السمعي المختلط:

هو وجود فقدان سمعي توصيلي و حس عصبي، تظهر الخريطة السمعية عتبات توصيل عظمي شاذة و قريبة إلى مستويات السمع الطبيعية أكثر من عتبات الهوائي، و هذا يسمى بفجوة الهواء -العظم، وتختفي الفروقات بين عتبات التوصيل الهوائي و التوصيل العظمي عندما يتحسن الجزء التوصيلي من الفقدان السمعي. و يتحسن الفقدان السمعي المختلط فقط عندما تقترب فجوة درجة التوصيل الهوائي من درجة التوصيل العظمي، و في حالت الفقدان السمعي المختلط فإن مستويات السمع تعود إلى حدودها الطبيعية. (الزريقات، 2003، ص 45-46)

2-2- إعاقات الجهاز العصبي السمعي:

إعاقات الجهاز العصبي السمعي تنتج عن أمراض أو تحطم يصيب الجهاز العصبي السمعي المركزي لدى الكبار، أو تطور مضطرب أو متأخر للجهاز العصبي السمعي لدى الأطفال، وتظهر خصائص هذه الاضطرابات في القياسات السمعية الإكلينيكية، وتقسّم إعاقات الجهاز العصبي السمعي إلى قسمين رئيسيين: -إعاقات ناتجة عن عملية مرض نشطة مثل الأورام أو تحكم نتيجة للإصابة بالصدمات أو الجلطات الدماغية، و هذا يعود إلى اضطرابات الجزء السمعي من العصب القحني الثامن و هو ينتج عن تغير في البناء العصبي و وظيفة بعض عناصر الجهاز العصبي السمعي المركزي و المحيطي، و يعتمد تأثير الإضطراب على حجم الأذى و موقعه و تأثيره، فالأورام في العصب القحني الثامن تسبب فقداناً سمعياً حس-عصبي، و هذا يعتمد على مقدار الضغط على العصب و التحطم أو اللاحق بالعصب.

-اضطراب العملية السمعية المركزية: و هو اضطراب ناتج عن عيوب في وظيفة الجهاز العصبي السمعي المركزي، و هذا يصيب الأطفال، أما الكبار فيحدث عندهم مع التقدم في العمر.

أ. فقدان السمع الوظيفي:

قد يتظاهر بعض الأطفال أو الكبار بوجود فقدان السمع لديهم، و قد يوصف الفقدان السمع في مثل هذه الحالات بالفقدان السمع الوظيفي أو غير العضوي أو الزائف، و قد يبالغ الأطفال بإظهار الفقدان السمع أو يتظاهرون بوجوده في أذن أو كلا الأذنين و يظهر الأطفال ذو الفقدان السمع غير العضوي السلوكات التالية:

-عزلة زائدة

-اندفاعية

-إطئاب أو إسهاب

-مبالغة في عدم سماع نغمات الإختيار السمع. (الزريقات، نفس المرجع السابق، ص 47-49).

ب. الأطفال ذو الصمم الأحادي :

الفقدان السمع الأحادي الإصابة في أذن واحدة مشكلة منتشرة بين الأطفال بشكل قليل و بنسبة انتشار 3-13 لكل ألف اعتمادا على تعريف درجة الفقدان السمع في الأذن غير الطبيعية. الصمم الأحادي الكلي ينتج عن الإصابة بالنكاف في الطفولة المبكرة جدا.

و الأطفال ذو الفقدان السمع الأحادي لديهم مشكلات ملحوظة في تحديد مصدر الصوت و صعوبة في الإستماع في البيئات المزعجة و فقدان التجميع الكلي الذي تزوده كلا الأذنين ، هذا بالإضافة إلى صعوبات في التواصل و مشكلات تربوية. (الزريقات، نفس المرجع السابق، ص 51).

3-أسباب الإعاقة السمعية:

تقسم أسباب الإعاقة السمعية إلى مجموعتين رئيسيتين من الأسباب الأولى: مجموعة الأسباب التي تعود لعوامل وراثية جينية، والثانية: مجموعة الأسباب الخاصة بالعوامل البيئية، و فيما يلي عرض لأهم أسباب الإعاقة السمعية حسب هذا التصنيف:

3-1- الأسباب الخاصة بالعوامل الوراثية (الجينية):

و أهم هذه الأسباب اختلاف العامل الرايزيسي بين الأم والجنين وهو عدم توافق دم الأم الحامل والجنين، ويحدث عندما يكون دم الجنين خال من العامل الرايزيسي و يكون لدى الأب هذا العامل فقد يرث الجنين في هذه الحالة العامل الرايزيسي عن الأب مما يؤدي إلى نقل دم الجنين إلى دم أمه و خاصة أثناء الولادة،

مما يجعل دم الأم ينتج أجساما مضادة لأن دم الجنين مختلف عن دمها، وهذه الأجسام المضادة تنتقل إلى دم الطفل عبر المشيمة، ونتيجة لهذا كله فإنه يحدث مضاعفات متعددة منها إصابة الطفل بالإعاقة السمعية.

3-2- الأسباب الخاصة بالعوامل البيئية:

والتي تحدث بعد عملية الإخصاب أي ما قبل مرحلة الولادة، وأثناءها وبعدها، وأهم هذه الأسباب:

-الحصبة الألمانية التي تصاب بها الأم الحامل: وهي مرض فيروسي معدي يصيب الأم الحامل و يتلف الخلايا في العين و الأذن و الجهاز العصبي المركزي و القلب للجنين، و خاصة في الأشهر الثالث الأولى من الحمل، وهي سبب لكثير من الإعاقات و منها الإعاقة السمعية.

-التهاب الأذن الوسطى: و هو التهاب فيروسي أو بكتيري، يسبب هذا الالتهاب زيادة في إفراز السائل الهلامي داخل الأذن الوسطى مما قد يعيق طبلة الأذن عن الاهتزاز بسبب زيادة كثافة ولزوجة هذا السائل و يحدث ضعفا سمعيا.

-التهاب السحايا: و هو التهاب فيروسي أو بكتيري يصيب السحايا و يؤدي إلى تلف في الأذن الداخلية مما يؤدي إلى خلل واضح في السمع.

العيوب الخلقية في الأذن الوسطى: كالتشوهات في الطبلة أو عظيمات المطرقة و السندان والركاب، وكذلك التشوهات الخلقية في القناة السمعية أو تعرضها للالتهاب و الأورام.

-الإصابات و الحوادث: ومن أمثلتها ثقب الطبلة نتيجة التعرض لأصوات مرتفعة جدا لفترات طويلة، أو إصابات الرأس أو كسور في الجمجمة مما قد يحدث نزيف في الأذن الوسطى يسبب ضعف في السمع.

-تجمع المادة الصمغية: التي يفرزها الغشاء الداخلي للأذن، و بالتالي تصلبها مما قد يؤدي إلى انسداد جزئي للقناة السمعية، يحول دون وصول الصوت إلى الداخل.

-سوء تغذية الأم الحامل: و هذا يوجب اهتمام الأم أكثر بالتغذية في فترة الحمل.

-تعرض الأم الحامل للأشعة السينية: وخاصة في الأشهر الثلاثة الأولى من الحمل.

-تعاطي الأم الحامل للأدوية و العقاقير من دون مشورة الطبيب.

-نقص الأكسجين أثناء عملية الولادة. (القمش، 2000، ص115)

كما يمكن تقسيم أسباب الإعاقة السمعية بحسب مكان الإصابة في الأذن، كما يمكن أن نميز مجموعتين من الإصابة:

أ/ إصابة طرق الاتصال السمعي:

وتمثل الإصابة هنا خلال في طرق الاتصال السمعي أو التوصيلي وغالبا ما تؤدي الأسباب هنا إلى إصابة الأذن الخارجية و الوسطى، مثل الحالة المسماة (atresia) والتي تبدو في صعوبة تشكيل قناة الأذن الخارجية، أو الالتهابات التي تصيب قناة الأذن الخارجية، وكذلك الحالة المسماة (media otitis) والتي تبدو في التهاب الأذن الوسطى و التي تنتج بسبب التهاب قناة ستاكيوس أو بسبب الحساسية، غالبا ما تكون الخسارة السمعية نتيجة لهذه الأسباب اقل من 60 وحدة ديسبل.

ب/ إصابة طرق الاتصال الحسي العصبي:

وتمثل الإصابة هنا خلال في طرق الاتصال الحسي العصبي، وغالبا ما تؤدي الأسباب هنا إلى إصابة الأذن الخارجية، والتي تشكل مشكلة لدى الأطباء و المربين على حد سواء، وتمثل الحالة المسماة (dysacusis) علي إصابة الأذن الداخلية، وتبدو أعراض الحالة المسماة مثلا (tininitus) والتي تبدو أعراضها في طنين الأذن، وغالبا ما تكون نسبة الخسارة السمعية لهذه الأسباب أكثر من 60 ديسبل. (الحوالدة، 2012، ص38-40)

4- خصائص ذوي الإعاقة السمعية:

من البديهي والمنطقي أن يؤثر فقدان السمع لدى الفرد الأصم فقدان السمع والقدرة اللغوية لدى الفرد الأصم الأبك على المظاهر الأخرى للفرد مثل الخصائص اللغوية، والعقلية، والأكاديمية والاجتماعية... الخ. وفيما يلي توضيح لتلك الآثار على هذه الجوانب، مع ضرورة الإشارة إلى أن هذه الخصائص و الصفات تخص المعوقين سمعيا كفة و هي ليست خصائص مميزة لكل فرد يعاني من الإعاقة السمعية.

4-1- الخصائص اللغوية:

من الطبيعي أن يتأثر النمو اللغوي لدى المعوقين سمعيا فهو يعتبر من أكثر المجالات تأثرا بالإعاقة السمعية و لا عجب في ذلك حيث أن الصعوبة في جوانب النمو اللغوي، وخاصة في اللفظ لدى الأفراد المعوقين سمعيا، وترجع إلى غياب التغذية الراجعة المناسبة لهم في مرحلة المناغاة، إن الطفل السامع عندما يقوم بالمناغاة، فإنه يسمع صوته، وهذا يشكل له تغذية راجعة فيستمر بالمناغاة. في حين أن الطفل الأصم على الأغلب لا يحصل على استئارت سمعية كافية أو على تغذية راجعة، أو تعزيز من قبل الراشدين لتوقعاتهم السلبية من الطفل الأصم، وبالتالي فإن الإعاقة السمعية لا توفر للطفل الأصم الحصول على نموذج لغوي مناسب يقوم بتقليده.

ومن أهم مظاهر التصور اللغوي لدى الأفراد المعوقين سمعياً، بالإضافة إلى الصعوبة في اللفظ، ان لغتهم غير غنية، ومفرداتهم أقل، وجملهم أقصر، وتتصف بالتركيز على الجوانب الحسية الملموسة مقارنة بلغة السامعين، كما أن لديهم أخطاء في الكلام و عدم اتساق في نبرات الصوت.

4-2- الخصائص العقلية (المعرفية):

ونقصد بها هل تؤثر الإعاقة السمعية على القدرة العقلية للفرد المعاق سمعياً؟

إن الإعاقة السمعية تؤثر بشكل واضح على النمو اللغوي للفرد و بما أن معظم علماء النفس التربويون يشيرون إلى ارتباط القدرة العقلية بالقدرة اللغوية فمن البديهي أن يكون أداء الأفراد المعوقين سمعياً متدنياً على اختبارات الذكاء، وذلك بسبب تشبع تلك الاختبارات بالناحية اللفظية. (القمش و المعايطه، 2007، ص90)

4-3- الخصائص التربوية (التحصيل الدراسي):

من الطبيعي أن تتأثر الجوانب التحصيلية للأصم و خاصة في مجالات القراءة والكتابة، والحساب وذلك بسبب اعتماد هذه الجوانب التحصيلية اعتماداً أساسياً على النمو اللغوي، وحيث أن بعض الدراسات أشارت بشكل عام إلى أن الأفراد المعوقين سمعياً ليس لديهم تدني في القدرات العقلية مقارنة بأقرانهم السامعين، لذلك فإن الانخفاض الواضح في التحصيل الدراسي لديهم يمكن تفسيره بعدد من العوامل أهمها:

-عدم ملائمة المناهج الدراسية لهم حيث أنها مصممة بالأصل للأفراد السامعين.

-انخفاض الدافعية للتعلم في الغالب لديهم نتيجة ظروفهم النفسية الناجمة عن وجود الإعاقة السمعية.

-عدم ملائمة طرائق (أساليب) التدريس لحاجاتهم، فهم بحاجة لأساليب تدريس فعالة تتناسب و ظروفهم.

إلا أن ذلك لا يعني بالضرورة أنهم لا يستطيعون تحصيل مستويات عليا من التحصيل الأكاديمي فإذا أتاحت لهم الفرص المناسبة من برامج تربوية مركزة و طرائق تدريس فعالة فإنهم يستطيعون الحصول على درجات عليا مشابهة لأقرانهم السامعين.

4-4- الخصائص الاجتماعية والانفعالية:

تعتبر اللغة الوسيلة الأولى في التواصل لذلك يعاني المعاقون سمعياً من مشكلات تكيفية في نموهم الاجتماعي، وذلك بسبب النقص الواضح في قدراتهم اللغوية، وصعوبة التعبير عن أنفسهم، وصعوبة فهمهم للآخرين، سواء أكان ذلك في مجال الأسرة، أو العمل، أو المحيط الاجتماعي بشكل عام، لذا يبدو الفرد

الأصم و كأنه يعيش في عزلة مع الأفراد العاديين الذين لا يستطيعون فهمه، و هم مجتمع الأكثرية الذي لا يستطيع أن يعبر بلغة الإشارة أو بلغة الأصابع، ولهذا السبب يميل المعاقون سمعياً إلى تكوين النوادي والتجمعات الخاصة بهم.

أما فيما يتعلق بالجوانب الانفعالية للمعوقين سمعياً فقد أشارت العديد من الدراسات إلى أن الأفراد المعوقين سمعياً أكثر عرضة للضغوط النفسية والقلق والتوتر من أقرانهم العاديين. (القمش والمعايطة، نفس المرجع السابق، ص 90-93)

5- مظاهر الإعاقة السمعية:

يمكن للأشخاص القريبين من الطفل كالأسرة و المعلمين ملاحظة بعض المؤشرات التي تصدر عن الطفل وتدل على وجود مشكلة سمعية لديه و هذه المؤشرات هي:

- وجود تشوهات خلقية في الأذن الخارجية.
- شكوى الطفل المتكرر من وجود ألم و طنين في أذنيه.
- نزول إفرازات صديدية من الأذن.
- عدم استجابة الطفل للصوت العادي أو حتى الضوضاء الشديدة.
- عزوف الطفل عن تقليد الأصوات.
- يبدو الطفل غافلاً متكاسلاً فاتر المهمة و سرحاناً.
- البطء الواضح في نمو الكلام واللغة، أو إخفاق الطفل في الكلام في العمر الزمني مع العاديين.
- عدم قدرة الطفل على التمييز بين الأصوات و قد يتطلب إعادة ما يقال من كلام أو ما يلقي عليه من تعليمات باستمرار.
- إخفاق الطفل المتكرر في فهم التعليمات وعدم استجابة لها.
- عدم تجاوب الطفل مع الأصوات والمحادثات الجارية حوله، وتحاشيه الاندماج مع الآخرين.
- معاناة الطفل من بعض عيوب النطق واضطرابات الكلام.
- تأخر الطفل دراسياً برغم مقدرته العقلية العادية.
- قد يتحدث الطفل بصوت أعلى بكثير مما يتطلبه الموقف.

□ يقترب الطفل كثيرا من الأجهزة الصوتية كالتلفزيون و الراديو برفع درجة الصوت بشكل عادي و مزعج
لآخرين.

□ تبدو سمات وجه الطفل خالية من التعبير الانفعالي الملائم للكلام الموجه إليه، أو الحديث الذي يجري
من حوله.

□ قد يحاول جاهدا الإصغاء إلى الأصوات بطريقة مميزة و غير عادية، كأن يميل برأسه باستمرار تجاه
مصدر الصوت مع وضع يده على أذنه ملتصقا بالسمع. (جلاّب، 2016، ص04)

إن الأشخاص المعاقين سمعيا يميلون للتفاعل مع أشخاص يعانون مما يعانون منه وهم يفعلون ذلك أكثر
من أي فئة أخرى من فئات الإعاقة المختلفة ربما بسبب حاجتهم إلى التفاعل اجتماعيا والشعور بالقبول من
الأشخاص الآخرين.

6- تصنيف الإعاقة السمعية:

تصنف الإعاقة السمعية وفق عدة أبعاد ويمكن عرضها كالتالي:

6-1- العمر الذي تحدث فيه الإعاقة السمعية:

و تصنف الإعاقة السمعية وفق هذا البعد إلى:

أ - صمم ما قبل تعلم اللغة: و يطلق هذا التصنيف على تلك الفئة من المعاقين سمعيا الذين فقدوا قدرتهم
السمعية قبل اكتساب اللغة، أي ما قبل سن الثالثة، وتتميز هذه الفئة بعدم قدرتها على الكلام لأنها لم تسمع
اللغة.

ب-صمم ما بعد تعلم اللغة: ويطلق هذا التصنيف على تلك الفئة من المعاقين سمعيا الذين فقدوا قدرتهم السمعية
كلها أو بعضها بعد اكتساب اللغة، وتتميز هذه الفئة بقدرتها على الكلام، لأنها سمعت و تعلمت اللغة.

6-2- مدى الخسارة السمعية:

وتصنف الإعاقة السمعية وفق هذا البعد إلى أربع فئات حسب درجة الخسارة السمعية، والتي تقاس
بوححدات تسمى ديسبل كما تشير إلى ذلك "ليبورتا" وهي:

أ/فئة الإعاقة السمعية البسيطة: وتتراوح قيمة الخسارة السمعية لدى هذه الفئة ما بين 23-43 وحدة
ديسبل.

ب/فئة الإعاقة السمعية المتوسطة: وتتراوح قيمة الخسارة السمعية لدى هذه الفئة ما بين 43-73 وحدة ديسبل.

ج/فئة الإعاقة السمعية الشديدة: وتتراوح قيمة الخسارة السمعية لدى هذه الفئة ما بين 13-73 وحدة ديسبل.

د/فئة الإعاقة السمعية الشديدة جدا: وتزيد قيمة الخسارة السمعية لدى هذه الفئة من 12 وحدة ديسبل.

6-3- تبعا لطبقة ونبرة الصوت:

ويشير كل من "مورثان" إلى أن هناك بعض الأفراد يستطيعون سماع الأصوات الخافتة (الهمس) بشرط ألا تكون ذات طبقة عالية و القياس المستخدم هنا هو تردد الصوت و يتم التعبير عنه من خلال عدد الترددات في الثانية أو وحدات الهرتز، والشخص الذي لا يستطيع سماع النبرات العالية (ذات التردد المرتفع) يعتبر معاقا سمعيا...ومثل ذلك سيواجه مشكلات في استقبال وفهم الأصوات المتماثلة أو الحروف الساكنة...

وكذلك فإن الشخص الذي لا يستطيع سماع الأصوات منخفضة التردد سيواجه صعوبة في تمييز الأصوات. وهكذا يتضح أن هناك تصنيفات متعددة للإعاقة السمعية قد تتقارب أحيانا و تتباعد أحيانا أخرى ويرجع ذلك إلى الأساس الذي تم عليه التصنيف، فالتصنيف الأول هو تصنيف تربوي والذي يتخذ من العمر عند الإصابة أساسا له، ويستند إلى تعلم اللغة و يصنف الإعاقة السمعية إلى والديه قبل تعلم اللغة ومكتسبة بعد تعلم اللغة، وخاصة في الشق الأول الذي يلقي الضوء على أن الصمم قبل سن الثالثة له آثار سلبية على شخصية الفرد، لأن الطفل الذي يولد أصما معرض لأن يصبح أبكما، وهو ما يطلق عليه الأبكم أو الأصم كليا، وكنتيجة لذلك فلن يستطيع اكتساب اللغة (حتى مع استعمال المعينات السمعية) و يكون مضطرا لاستخدام لغة الإشارة أو لغة الشفاه أو غيرها من أساليب التواصل مع الآخرين.

أما التصنيف الذي يتخذ من شدة فقدان السمع أساسا له، ففيه تصنيفات عدة وكثيرة ولكنها في النهاية تتفق على أن هناك عدة مستويات لدرجة فقدان السمع و هي: بسيط و متوسط و شديد و حاد و متطرف، والتصنيف الثالث و الذي يتخذ من موقع الإصابة أساسا له و هو تصنيف فسيولوجي يعتمد على نوعية الخلل الفسيولوجي في أجهزة السمع.

و هناك تصنيف آخر يختلف تماما عن التصنيفات السابقة، وهو تصنيف "مورثان" والذي يبرز عنصر مدى قدرة الإنسان على استقبال الترددات المختلفة للصوت.

7- طرق وأساليب تواصل المربين مع الأطفال المعاقين سمعياً:

هناك ثلاثة طرق للتواصل هي:

7-1- الطريقة اللفظية:

و تقوم هذه الطريقة في التواصل على تعليم الأطفال ضعاف السمع أو الصم استخدام الكلام كما هو الحال لمن لا يعانون من إعاقة سمعية، وقد بدأت الطريقة اللفظية تكتسب اهتماماً أكبر كوسيلة من وسائل الاتصال في تعليم المعوقين سمعياً في منتصف القرن التاسع عشر.

واستخدام الطريقة اللفظية يتضمن تدريب البقايا السمعية عند الطفل و هو ما يعرف بالتدريب السمعي Training Auditory، إضافة إلى ذلك فإنها تتضمن تعليم الطفل قراءة الكلام Reading Speech ويؤكد على ضرورة استخدام المعينات السمعية:

أ. التدريب السمعي:

ويقصد به تعليم المعوق سمعياً لتحقيق الاستفادة القصوى من البقايا السمعية المتوفرة لديه، ويشتمل التدريب السمعي على تدريب الطفل على الإحساس، والوعي بالأصوات المختلفة في البيئة و تمييز أصوات الكلام. وللتدريب السمعي دور هام في تطوير قدرة الطفل على السمع، وتطوير النمو اللغوي لدى الطفل خاصة إذا ما تم البدء بتقديم التدريب في سن مبكرة، ويفضل أن يستعين المعلم أو الوالدين بالتقنيات الحديثة أثناء تدريبهم للطفل على التدريب السمعي و عدم الاعتماد على السماع الفردية التي يضعها الطفل، وتمتاز أجهزة التدريب السمعي بأنها توفر للطفل صوتاً أكثر نقاءاً، ومستوى ثابتاً من شدة الصوت بغض النظر عن بعد الطفل عن مصدر ذلك الصوت، كما أنه يمكن ضبط هذه الأجهزة و التحكم فيها بما يلائم حاجة الطفل. (الملاح، 2016، ص8)

ب. قراءة الكلام:

و يشار إلى قراءة الكلام أحياناً بقراءة الشفاه و يقصد بذلك تعليم الطفل المعوق سمعياً على استخدام ملاحظاته البصرية لحركة الشفاه و مخارج الأصوات ، بالإضافة إلى بقايا السمع من أجل فهم الكلام الموجه إليه ، وهناك أساليب مختلفة لتعليم قراءة الكلام منها الأسلوب التحليلي الذي يقوم على تجزئة الكلمة إلى مقاطع لفظية لتعليم الطفل تمييزها ، ومن ثم يجمع بين هذه المقاطع لتمييز الكلمة كاملة ، وهناك أسلوب آخر يقوم على تعليم الطفل فهم معنى النص أولاً ، ومن ثم تمييز الشفتين عند نطق أصوات بعض الحروف ، علاوة على أن بعض الحروف (الحر وف الحلقية) لا تظهر على الشفتين، فإن البعض يستخدم حركات

اليد أمام الوجه لمساعدة قارئ الشفاه لتمييز تلك الأصوات الصعبة و يعرف هذا الأسلوب بأسلوب الكلام المرمز، و بالطبع فإن الطريقة اللفظية لا تقتصر على تعليم الطفل فهم كلام الآخرين ، وإنما تعلم الكلام أيضا و علاج عيوب النطق ، وهناك إحدى طرق التدريب على النطق وهي طريقة اللفظ المنغم ، وتقوم هذه الطريقة على استخدام الحركات الجسمية خاصة حركات الجزء العلوي من الجسم و تدريبات التنفس المختلفة في التدريب على النطق ، ويعتقد أنصار هذه الطريقة بأن الحركات الجسمية المصاحبة للموسيقى تساعد في إخراج الأصوات و تقانها.

7-2- الطريقة اليدوية:

وتشير الطريقة اليدوية في الاتصال إلى استخدام اليدين في التعبير بدلا من النطق اللفظي، وتقسّم الطريقة اليدوية إلى الإشارة الكلية و أبجدية الأصابع و غالبا ما يصطلح على الطريقة اليدوية في الاتصال بلغة الإشارة. في الإشارة الكلية يتم استخدام إشارة محددة بوحدة من اليدين أو كليهما للدلالة على شيء ما، وما من شك أن الإشارات المستخدمة يتم التعرف عليها بعد شيوع استخدامها.

وفي كثير من الحالات يقوم المختصون بجمع هذه الإشارات التي يستخدمها الأشخاص الصم في أماكن سكنهم و مجتمعاتهم المحلية، و من ثم تنقيح هذه الإشارات و توثيقها و استخدامها في التعليم على مستوى أوسع ، وعليه فإن لغة الإشارة تختلف من قطر إلى آخر ، و إن كان هناك درجة من التشابه في بعض الإشارات ، وبالنسبة للموضوعات المستجدة في المجتمع كالمستحدثات التكنولوجية فإنه يتم استحداث الإشارات اللازمة من قبل المختصين العاملين في مجال لغة الإشارة، أما بالنسبة لأبجدية الأصابع فهي عبارة عن استخدام أصابع اليدين في تهجئة الحروف المختلفة وذلك بإعطاء كل حرف شكلا معينا ، ويتم التفاهم بين مستخدمي أبجدية الأصابع عن طريق حركات الأصابع و تهجئة الكلمات يدويا بدل نطقها لفظيا.(الملاح، نفس المرجع السابق، ص8-9)

7-3- التواصل الكلي:

طريقة التواصل الكلي عبارة عن استخدام أكثر من طريقة من الطرق السابقة معا في الاتصال مع الصم، كما تتضمن أيضا طريقة تنمية البقايا السمعية؛ وتعتبر طريقة التواصل الكلي من أكثر طرق الاتصال شيوعا في الوقت الحاضر، ويعتبر الكثيرون أن استخدام اللفظ و الإشارة معا أثناء الحديث مع الطفل الأصم يساعد في التغلب على الثغرات التي قد تنجم عن استخدام أي منهما بشكل منفرد علاوة على أن هذه الطريقة تستجيب بشكل أفضل للخصائص المتميزة للطفل ، فالأطفال الذين يتقنون أبجدية الأصابع نستخدم

في حديثنا معهم اللفظ و أبجدية الأصابع ،بينما نقرن اللفظ بالإشارة الكلية بالنسبة لمن يتقنون الإشارة و لا يتقنون أبجدية الأصابع.(الملاح، نفس المرجع السابق، ص10)

إن طريقة التواصل مع المعاقين سمعيا تختلف من فرد إلى آخر حسب درجة الإعاقة السمعية لديه، ومن الطرائق الأكثر استخداما في المراكز و المدارس الخاصة بالأطفال ذوي الإعاقة السمعية هي طريقة التواصل الكلي بمعنى دمج الطريقتين السابقتين معا، ولتحقيق التواصل بين بعضهم البعض على المرين معرفة درجة الإعاقة السمعية لدى المعاق سمعيا و ذلك لمعرفة أي الطريقة أنسب للتواصل معه.

خلاصة الفصل:

في ختام هذا الفصل يمكننا القول أن حاسة السمع تلعب دورا هاما في تعلم اللغة و الكلام، ولها دور كبير في تنظيم سلوك الفرد و تكيفه مع واقع الحياة ،و هذا يعني انه بدون حاسة السمع لا يمكننا الكلام، و بالتالي عدم قدرتنا على التفاعل مع المجتمع، فإذن الإعاقة السمعية تؤثر على الجوانب المعرفية و الاجتماعية، وتأثيرها الكبير يكون أكثر في الجوانب اللغوية، ولكن حتى و أن كانت آثارها وخيمة على حياة الطفل المصاب بها بغض النظر عن مختلف أنواعها و درجاتها، يبقى تنوع المساعدات التكنولوجية في الوقت الحاضر إضافة إلى الكشف المبكر عنها يتيح فرصة إمكانية التقليل من هذه الآثار.

الفصل الثالث:

المربي المتخصص ودوره في
التكفل بالأطفال ذوي الإعاقة

الفصل الثالث المربي المتخصص ودوره في التكفل بالأطفال ذوي الإعاقة

تمهيد:

إن اعتبار الطفل المعاق سمعياً معوق كغيره من المعاقين فهو قابل للتدريب والتعليم، إذن فهو بحاجة لذلك بقدر يتناسب مع قدراته ليعتمد على نفسه ويقل اعتماده على الغير، لذا درجة التباعد والاختلاف بين الطفل المعاق سمعياً والطفل العادي أوجب تنشئة اجتماعية خاصة التي تحمل في طياتها مجموعة البرامج ومختلف الأساليب التربوية الخاصة بهم وذلك لعدم تأقلمها مع البرامج التعليمية المقدمة للأطفال العاديين بحيث تعتبر عملية التنشئة الاجتماعية من أهم العمليات تأثيراً في حياة الفرد لأنها تقوم بدور أساسي في تكوين شخصية الفرد الاجتماعية باعتبارها عملية تفاعل اجتماعي مستمر، فبذلك تساهم مساهمة فعالة في بناءه وهذه المساهمة تختلف من فئة إلى فئة أخرى.

وهذا ما سنراه مع التنشئة الاجتماعية ومختلف البرامج التعليمية و أساليب الاتصال المختلفة و الخاصة للأطفال المعوقين سمعياً.

1 - تعريف التربية الخاصة :

من أهم التعاريف في هذا المجال:

- تعريف " المعجم التربوي و علم النفس " هي: "مصطلح شامل يستخدم للتعبير عن البرامج و الخدمات المُقدَّمة للأطفال الذين ينحرفون عن أقرانهم العاديين (سواء في الجانب الجسمي أو العقلي أو الإنفعالي) لدرجة تجعلهم بحاجة إلى خبرات أو أساليب أو مواد تعليمية خاصة، تساعدهم على تحقيق أفضل عائد تربوي ممكن سواء في الفصول العادية أو الخاصة. (نايف القيسي، 2006 ، ص145)

الفصل الثالث المربي المتخصص ودوره في التكفل بالأطفال ذوي الإعاقة

- أما القانون الأمريكي العام (94-142) فيعرفها بأنها فرع من التعليم يقدم دون مقابل، لمواجهة الحاجة الخاصة للمعوق بما في ذلك : التعليم داخل غرفة الدراسة ، و التربية البدنية ، و الإرشاد الأسري، و كذا الخدمات التعليمية بالمستشفيات و المعاهد". (المرجع السابق ، ص 142)

كما تعني : " نوع من الإستثمار البشري، يقدم خدمات متنوعة ذات طبيعة خاصة لفئة معينة من الأفراد ذوي الإحتياجات الخاصة الإيجابية ، أو ذوي الإحتياجات الخاصة السلبية بطريقة تتماشى مع إمكاناتهم و قدراتهم. (وليد السيد أحمد خليفة ، مراد علي عيسى ، 2006، ص 29).

و عرفها آخرون بأنها : " كل البرامج التربوية المتخصصة ، التي تتناسب مع ذوي الإحتياجات الخاصة، من أجل مساعدتهم على تحقيق ذواتهم و تنمية قدراتهم إلى أقصى حد ممكن و مساعدتهم على التكيف مع المجتمع الذي ينتمون إليه ". (تيسير مفلح كوافحة ، عمر فواز عبد العزيز ، 2003، ص 15)

- أما (ماجدة (2007) فنُعرفها بأنها : " مجمل الخدمات التي يتلقاها المعاقون و غير العاديين، بقصد تمكينهم من التكيف النفسي و الإجتماعي و المهني في الحياة، في جو تعليمي عادي ". (ماجدة بهاء الدين السيد عبيد، 2007، ص 99).

2- تعريف المربي:

المربي هو عنصر بارزا في عملية التكفل داخل الفرقة البيداغوجية إذ يعمل تطبيق البرامج البيداغوجية بما يوزعه هذا الأخير من نشاطات تهدف في مجملها الى إعطاء الطفل مكتسبات جديدة. (Fustier

Faul ,1972 ,p08)

الفصل الثالث المربي المتخصص ودوره في التكفل بالأطفال ذوي الإعاقة

- المربي هو الشخص الذي يقوم بإدارة النشاط وتنظيمه في غرفة النشاط وخارجها إضافة الى تمتعه بمجموعة من الخصائص الشخصية والاجتماعية والتربوية. (عصام،2006، ص 77)

❖ حسب التشريع الجزائري (1993) :

إستنادا إلى ما تنص عليه المادة (34) من المرسوم التنفيذي رقم: 102/93 المؤرخ في 12/04/1993 المتعلق بشروط الإلتحاق بسلك المربين، أن المربي هو (ذلك الشخص المكلف بتقديم تعليم متخصص الى الشباب المعسكين والمعاقين ذهنيا والمعوقين حسيًا، والقيام بكل عمل يتعلق بملاحظة مجموعة شباب معسكين و/أو إعادة تربيتهم قصد إدماجهم الإجتماعي وضمان إعادة تربية الشباب المعوقين أو غير المتكفين، وإعادة تكييفهم، وكذا تنظيم أعمال التنشيط والترويح لأشخاص المتكفل بهم ومراقبتهم، وهم مطالبون أيضا بالمشاركة في تحضير البرامج ومتابعة تطبيقها، وفي المداومات، وبحضور الإجتماعات التربوية وتأطير التلاميذ المتمرنين، كما أنهم ملزمون بحجم عمل أسبوعي قدره ثلاثون(30) ساعة، وبأثنتين وعشرون (22) ساعة عندما يكفون بصفة أساسية ودائمة بمهام التعليم. (الجريدة، 1993 عدد 25،ص13)

3- أخلاقيات مربي ذوي الإحتياجات الخاصة:

توضع الأساسيات التالية لتكون مجموعة من الأخلاقيات التي ينبغي أن يتقيد بها معلم ذوي الإحتياجات الخاصة، حيث ان هؤلاء المربين والعاملين مع الأفراد ذوي الإحتياجات الخاصة مطالبون بالمبادئ التالية:

❖ موظفو التربية الخاصة مطالبون بتطوير تعليم عالي ونوعي يضمن حياة كريمة للأفراد ذوي الإحتياجات الخاصة.

❖ موظفو التربية الخاصة لديهم مستوى عالي من الكفاءة والأمانة في ممارستهم لمهنتهم.

الفصل الثالث المربي المتخصص ودوره في التكفل بالأطفال ذوي الإعاقة

- ❖ موظفو التربية الخاصة يمارسون تعديلات مهنية ايجابية في عملهم ومهنتهم.
- ❖ موظفو التربية الخاصة يدعمون الأعمال الوظيفية و الأبحاث العلمية التي تفيد الأفراد من ذوي الإحتياجات الخاصة و أسرهم.
- ❖ موظفو التربية الخاصة يسعون لإثراء معلوماتهم ومهارتهم التي تدعم التعليم.
- ❖ يشمل عمل موظفي التربية الخاصة العمل مع الطالب ومع السياسات الخاصة بمهنتهم (القوانين والأنظمة).
- ❖ موظفو التربية الخاصة يسعون جاهدين ليغيروا ويحسنوا القوانين والتشريعات المتعلقة بذوي الإحتياجات الخاصة وبالتعديلات والسياسات التي تغطي التربية الخاصة بشكل عام، وبذلك مجال الخدمات وتدريب المتعلقة بمهنتهم متى رأو ذلك ضروريا .
- ❖ موظفو التربية الخاصة لا يشاركون في عمل غير اخلاقي (غير شرعي أو غير قانوني) ولا ينتهكون حرمة المعايير المهنية المطبقة. (اللالا و آخرون، ص،55).

4- دور المربي نحو الأطفال ذوي الإحتياجات الخاصة :

إن الدور الذي يلعبه المربي داخل المراكز النفسية البيداغوجية، إذ يعد أحد العوامل الأساسية في التوجه التطوري التربوي والتعليمي، حيث يكمن دوره فيما يلي:

- أ. تنشيط ذكائهم العام عن طريق الإرتقاء بقدراتهم الذهنية تدريجيا.
- ب. تدريبهم على الحياة الإجتماعية وذلك عن طريق ربطهم بالقيم الأخلاقية السائدة في المجتمع وتحبيبها إلى أنفسهم.
- ج. إمدادهم بالخبرات اللازمة لهم باستمرار في حدود قدراتهم.

الفصل الثالث المربي المتخصص ودوره في التكفل بالأطفال ذوي الإعاقة

- د. تعويد الطفل المعاق على العمل اليدوي من إجراء التصميمات و الأعمال اليومية العادية مثل مهارات الخياطة، أشغال الإبرة و الأسلاك التجارية وغيرها.
- هـ. بث الإرادة في نفس الطفل المعاق .
- و. العمل على إزاحة كافة المعوقات البدنية النفسية والاجتماعية بالتنسيق مع الهيئات المختصة في كل مجال.
- ز. إحاطة الطفل بالحب والحنان و الإهتمام و مساعدته على النمو العقلي.
- ح. تسجيل أي طارئ على الطفل ومستواه العقلي ومدى تحصيله سواء كانت إيجابية أو سلبية و تقييم درجة استجابة و تقييم أساليب التدريب والتعليم في حد ذاتها. (الكافي، 2005، ص133)

5-أهداف التربية الخاصة :

تهدف التربية الخاصة عموماً إلى :

- ✓ التعرف على فئة الأطفال غير العاديين من خلال مختلف وسائل التشخيص و القياس.
- ✓ إعداد البرامج التعليمية التي تتناسب مع كل فئة من الفئات الخاصة.
- ✓ إختيار طرق و أساليب التدريس المناسبة لكل فئة .
- ✓ إعداد الوسائل التعليمية و التكنولوجيا الخاصة بكل فئة
- ✓ إعداد برامج الوقاية بشكل عام من الإعاقة، للتقليل قدر الإمكان من حدوثها .
- ✓ مراعاة الفروق الفردية بين الطلاب و ذلك بتوجيههم و مساعدتهم على النمو وفقاً لقدراتهم و استعداداتهم و ميولاتهم، و إعداد الخطط التربوية الفردية.

الفصل الثالث المربي المتخصص ودوره في التكفل بالأطفال ذوي الإعاقة

✓ توفير وسائل البحث العلمي للإستفادة من قدرات الموهوبين و توجيهها و إتاحة الفرصة أمامهم في مجال نبوغهم و إبداعهم.

✓ تأكيد كرامة الفرد و توفير الفرصة المناسبة له للمساعدة في تنمية و نهضة الأمة.

✓ احترام الحقوق التي كفلها الإسلام و شرّع حمايتها حفاظا على أمن و استقرار المجتمع المسلم في الدين و العرق و النفس و النسل و المال. (تيسير مفلح كوافحة ، عمر فواز عبد العزيز ، 2003، ص 17-18).

✓ إشباع مختلف الحاجات النفسية لتلك الفئات الخاصة، لضمان تمتعهم بالصحة النفسية.

✓ محاولة مساعدتهم على الإستقلال بالإعتماد على النفس .

✓ محاولة إدماجهم في المجتمع الخاص سواء المدرسة أو المنزل.

✓ المحافظة على القدر الموجود من الكيان الجسماني و العقلي، و علاج ما يمكن علاجه من أمراض نفسية و بدنية .

حمايتهم من الشعور بالعجز و الفشل، و إشعارهم بأنهم جزء هام من المجتمع. (كلير فهم ، 2004، ص122).

6- خصائص المربي المتخصص :

ولعل من أهم المميزات و الصفات التي ينبغي توافرها في مدرس التربية الخاصة:

- أن يفهم مراحل النمو.
- أن يتعرف على عوامل توفير الصحة النفسية لذوي الإحتياجات الخاصة .
- أن يحب الأطفال و يتعامل معهم دون تحيز لأحد.

الفصل الثالث المربي المتخصص ودوره في التكفل بالأطفال ذوي الإعاقة

- أن يملك القدرة على التفاهم مع الطفل على مستوى إدراكه
- أن يتيح الفرصة الكافية للتفاعل مع الوالدين .
- ملاحظة سلوك الأطفال و تسجيله و استخدام التقارير الكتابية بطريقة فعالة.
- التعرف على ظروف البيئة المنزلية للطفل ، و توجيه الأسرة إلى كيفية التعامل معه لمساعدته في اعتماده على نفسه.
- التحلي برسالته التعليمية .
- يكون القدوة الصالحة و المثل الأعلى في سلوكياته .
- تجنب الألفاظ غير اللائقة والعنف و القسوة.
- يداوم على القراءة و التنقيف الذاتي في كل المجالات .
- يكون متمسكا بالعدل في أحكامه بعيدا عن الظلم .
- يكون محبا لإفادة تلاميذه و محبوبا منهم.
- يراعي العلاقات الإنسانية مع التلاميذ، فتكون علاقته بتلاميذه علاقة الأخ الأكبر بإخوته الصغار.
- لديه القدرة على اكتشاف الحالات المرضية لدى تلاميذه سواء كانت نفسية أو صحية أو عقلية. (كلير فهيرم، 2004، ص 121 ، 122).
- أن يتحلى بالصبر والموضوعية بعيدا عن العواطف قدر المستطاع.
- الثناء على التلميذ عند انجازه لعمل ما حتى وإن كان بسيطا. (حسين نوري الياسري ، 2006، ص

(171 - 170)

الفصل الثالث المرابي المتخصص ودوره في التكفل بالأطفال ذوي الإعاقة

7- البرامج التعليمية المقدمة للأطفال المعاقين سمعيا على مستوى مراكز التربية الخاصة:

يقصد بالبرامج التعليمية للمعوقين سمعيا طرائق تنظيم تعليم وتربيتهم ويمكن أن نميز في هذا المجال أكثر من طريقة من طرائق تنظيم البرامج التربوية و منها :

1- البرامج السمعية و النطقية و الشفهية :

أ- البرامج السمعية :

وتهدف إلى استعمال القدرة السمعية الباقية وذلك بتدريب المعوق سمعيا على استعمال المعينات السمعية وعلى التمييز بين الأصوات وتهدف إلى تأهيل المعوقين سمعيا وتدريبهم سمعيا.

ب- البرامج النطقية :

معظم المعوقين سمعيا لا يسمعون أنفسهم، لذلك فهم بحاجة إلى من يساعدهم في تعلم مخارج الحروف وطريقة السيطرة على رنين أصواتهم وحجمها.

ج- البرامج الشفهية :

لا تقتصر البرامج الشفهية (قراءة النطق) على قراءة الشفتين فقط، بل تشمل معرفة مضمون الكلام من خلال تعابير الوجه و ظروف الحوار، و حركة الشفتين و اللسان، الخدين و الإشارات.

د- برامج التواصل المتكامل :

تركز هذه البرامج على التواصل المتكامل مع أفراد المجتمع، وذلك من خلال الدمج بين لغة الإشارة و اللغة المحكية بدعم من اللغة المحكية بالإشارة ومن الطرق المعتمدة، تهجئة الكلمات بالأصابع، والتواصل بهذه الطريقة يستغرق وقتا طويلا لأنه بطيء، أما الطريقة الأكثر اعتمادا فهي استعمال لوح للتعبير يساعد الذين

الفصل الثالث المرابي المتخصص ودوره في التكفل بالأطفال ذوي الإعاقة

لا يعرفون لغة الإشارة على التواصل مع المعوق سمعيا من خلال الصور و الكلمات. (فاروق الروسان، 2006، ص181)

2- البرامج الثنائية و البرامج الاجتماعية :

تركز على تعليم لغتين في وقت واحد لغة الإشارة للتعبير المباشر و اللغة العادية للقراءة و الكتابة وقد أشارت بعض الأبحاث إلى ايجابية البدء بلغة الإشارة ثم تعليم اللغة العادية وذلك لمساعدة المعوق سمعيا على التعبير، أما البرامج الاجتماعية فهي عبارة عن برامج لتعليم المعوقين سمعيا استراتيجيات تفكير بديلة لتحسين قدراتهم الاجتماعية وتخفيف مشاكلهم السلوكية ويمكن استخدام هذه البرامج من بداية مرحلة الروضة حتى الصف السادس وتهدف هذه البرامج إلى:

- تعليم المعوق سمعيا مهارات تواصلية.

- مساعدته على تخطي الإحساس بالوحدة.

- تعزيز ثقته بنفسه. (خولة أحمد يحي، ص152-153)

8- تكوين معلمي و أساتذة التربية الخاصة :

يوظف في هذا السلك عن طريق مسابقة على أساس الشهادة (من بين المترشحين الحائزين على بكالوريا التعليم الثانوي وتابعوا بنجاح تكوينا متخصصا لمدة ثلاث (03) سنوات في مؤسسة عمومية للتكوين المتخصص)، كما يوظف هذا السلك عن طريق المسابقة (المرابين الذين يثبتون ثلاث سنوات من الخدمة الفعلية والناجحين في المسابقة).

الفصل الثالث المربي المتخصص ودوره في التكفل بالأطفال ذوي الإعاقة

و تتحدد مهام هذا السلك في ضمان التعليم المتخصص لأصغار المعوقين سمعيا بوسائل و تقنيات مناسبة، كما يمكن أن يقوموا بمهام التعليم الموجه للتلاميذ المتمرنين في المؤسسات العمومية للتكوين المتخصص و هم يلتزمون بنفس المهام السابقة.

كما حدد القرار الوزاري رقم 19/2006 المؤرخ في 11 جويلية 2006 الحجم الساعي لكل من معلمي و أساتذة التعليم المُتَخَصِّص من خلال تحديد مهامهم المتمثلة في:

المهام الأساسية للتعليم ، نشاطات التحضير البيداغوجي و تقييمها.

• المشاركة في الإجماعات البيداغوجية و الندوات التربوية. و كل هذا يستلزم حضور دائم و فعلي بالمؤسسة.

أما عن البرنامج التدريبي أثناء الخدمة بهذا السلك ، فإن مواكبة تطورات هذا العصر تتطلب الرفع من مستوى أداء المعلمين و تطوير مهاراتهم التعليمية و المعرفية من خلال تعريفهم على الإتجاهات و الأساليب الحديثة والمتطورة في مجال تعليم ذوي الإحتياجات الخاصة ، ذلك لأن تعليم هذه الفئة ليس مجرد عملية تعليم فحسب ، لكنها عملية إرشاد و علاج و توجيه أيضا ، لذا فالتكوين المستمر لهؤلاء المعلمين أثناء الخدمة ، يسهم في إكسابهم مختلف المهارات ، مما يسهم إسهاما مباشرا في ضمان تكفل جيد بهذه الفئة من ذوي الإحتياجات الخاصة و تأهيلها بالشكل الذي يُمكنُها من الإندماج في المجتمع و المساهمة في عملية تنميته و تطويره ، و لعل من بين تلك البرامج التدريبية:

- تدريب معلمي و أساتذة التربية الخاصة على استخدام تكنولوجيات الإعلام الآلي لاستغلالها في مهارات التدريس.

الفصل الثالث المربي المتخصص ودوره في التكفل بالأطفال ذوي الإعاقة

- دورات تدريبية خاصة بالتصوير و التقنيات السمعية البصرية، حيث يساعد توظيف الصور الثابتة و لقطات الفيديو المعلمين في بعض المواقف التعليمية من خلال النقل السريع للصور و الأصوات).

1/8-معلمي و أساتذة التربية الخاصة.

1-1/8 - معلمي التعليم المتخصص Maitre d'enseignement spécialisée .

يوظف في هذا السلك عن طريق المسابقة على أساس الشهادة) من بين المترشحين الحائزين على بكالوريا التعليم الثانوي و تابعوا بنجاح تكوينا متخصصا لمدة ثلاث سنوات في مؤسسة عمومية للتكوين المتخصص)، كما يُوظف هذا السلك عن طريق المسابقة (المرشحين الذين يثبتون ثلاث سنوات من الخدمة الفعلية و الناجحين في المسابقة).

و تتحدد مهام هذا السلك في ضمان التعليم المتخصص لصغار المعوقين سمعيا بوسائل و تقنيات مناسبة، و هم ملزمون ب:

- إعداد البرامج و متابعة تطبيقها، و إنجاز الوسائل التعليمية.
- الإجتتماعات التربوية و المداومات المنتظمة وفقا للجدول الدورية المقررة لهذا الغرض
- تأطير التلاميذ المتمرنين.

1/8-2- أساتذة التعليم المتخصص:

يوظف في هذا السلك عن طريق المسابقة على أساس الشهادة من (بين المترشحين الحائزين على شهادة ليسانس التعليم العالي و تابعوا بنجاح تكوينا متخصصا لمدة سنة ، في التخصصات التي تحددها الوصاية في القرار المتضمن افتتاح المسابقة)، كما يوظف هذا السلك عن طريق إمتحان مهني في حدود 30% من

الفصل الثالث المربي المتخصص ودوره في التكفل بالأطفال ذوي الإعاقة

المناصب المطلوب شغلها (من بين معلمي التعليم المتخصص و المربين المتخصصين، الذين يقومون أساسا بمهام التعليم، و يثبتون (05) سنوات من الخدمة الفعلية بهذه الصفة ، و تتحدد مهام هذا السلك في ضمان التعليم المتخصص لصغار المعوقين سمعيا بوسائل و تقنيات مناسبة، كما يمكن أن يقوموا بمهام التعليم الموجه للتلاميذ المتمرنين في المؤسسات العمومية للتكوين المتخصص و هم يلتزمون بنفس المهام السابقة.

أما عن البرنامج التدريبي أثناء الخدمة بهذا السلك، فإن مواكبة تطورات هذا العصر تتطلب الرفع من مستوى أداء المعلمين، وتطوير مهاراتهم التعليمية والمعرفية من خلال تعريفهم على الإتجاهات والأساليب الحديثة والمتطورة في مجال تعليم ذوي الاحتياجات الخاصة، ذلك لأن تعليم هذه الفئة ليس مجرد عملية تعليم فحسب، لكنها عملية إرشاد و علاج و توجيه أيضا، لذا فالتكوين المستمر لهؤلاء المعلمين أثناء الخدمة، يسهم في إكسابهم مختلف المهارات، مما يسهم إسهاما مباشرا في ضمان التكفل الجيد بهذه الفئة من ذوي الاحتياجات الخاصة وتأهيلها بالشكل الذي يمكنها من الإندماج في المجتمع، ولعل من بين تلك البرامج التدريبية :

- تدريب معلمي وأساتذة التربية الخاصة على استخدام تكنولوجيات الإعلام الآلي لاستغلالها في مهارات التدريس.

- دورات تدريبية خاصة بالتصوير والتقنيات السمعية البصرية، حيث يساعد توظيف الصور الثابتة ولقطات الفيديو المعلمين في بعض المواقف التعليمية من خلال النقل السريع للصور والأصوات.

- التدريب على إعداد المساعدات التقنية و البيداغوجية، نظرا لأهميتها و دورها في عملية تأهيل ذوي الإحتياجات الخاصة، بحيث يراعى في استخدامها خصائص كل فئة من الفئات الخاصة و نوعية

الفصل الثالث المربي المتخصص ودوره في التكفل بالأطفال ذوي الإعاقة

المساعدات المناسبة لها، كما أن استعمالها يتوقف على قرار فريق طبي بيداغوجي، و تتنوع تلك المساعدات بحيث يمكن ذكر أبرزها مثل:

- 1 - التقنيات اليدوية للتعبير البلاستيكي، وتشمل الرسم و النحت و النسيج والخياطة.
- 2- تقنيات التعرف على البيئة : كالبستنة و تربية الحيوانات .
- 3- تقنيات التنشيط و الترفيه و من بينها الألعاب الفردية و الجماعية، القصص، الحفلات و تنشيطها.
- 4- تقنيات التعبير الصوتي والجسدي ومنها: الرقص، الغناء.

خلاصة الفصل:

-في الأخير يتبين لنا أن المربي هو ذلك الشخص المكلف قانونا بتنفيذ الخطة العلاجية المعدة مسبقا للأطفال والمراهقين والراشدين الذين هم في وضعية إعاقة، داخل المراكز النفسية البيداغوجية المخصصة لرعايتهم، قصد إكسابهم مهارات جديدة لتكيفهم الإجتماعي وتمكينهم من ممارسة حياتهم اليومية بكل استقلالية.

و يمكننا القول أيضا بأن عملية التنشئة الإجتماعية لذوي الإحتياجات الخاصة عامة وفئة المعاقين سمعيا خاصة هي في حد ذاتها عملية الإندماج في الحياة الإجتماعية وذلك من خلال تقديم مختلف البرامج التعليمية والطرق التربوية المناسبة، فحين تسطر هذه البرامج لا بد لها أن تراعي خصائصهم ومميزاتهم وكذلك الإعتبارات الخاصة لكل فئة لذا كانت هذه البرامج تتماشى مع ما تتطلبه كل فئة من تعليم وتدريب وكذلك مراعاة القدرة الاستيعابية لهذا الطفل، فأخذت بعين الاعتبار الطريقة الأنسب لتعليم هؤلاء الأطفال

الفصل الثالث المربي المتخصص ودوره في التكفل بالأطفال ذوي الإعاقة

قصد تأهيلهم وإدماجهم في الوسط الأسري والبيئة الاجتماعية الخارجية وإحداث النمو المتكامل في جميع النواحي الجسمية والعقلية.

الجانب
الميداني

الفصل الرابع: الإجراءات المنهجية

تمهيد:

لكي يتمكن الباحث من دراسة الظواهر أو المواضيع النفسية عليه الاعتماد على منهج علمي يحدد فيه الخطوات التي يجب إتباعها. أو الأساليب الفعالة التي تنظم الأفكار وتهدف إلى الكشف عن حقيقة الموضوع، وحسب تصميم علمي محكم وفق تنظيم مرسوم منذ البداية .

و اختيار منهج البحث لا يأتي من قبيل الصدفة أو العشوائي، أو الميل للباحث ورغبته في اختيار منهج معين، بل إن موضوع الدراسة من جهة أهدافها من جهة أخرى هما اللذان يفرضان نوع المنهج المناسب للدراسة أو البحث، وهذا الإختيار الدقيق هو الذي يعطي مصداقية و موضوعية أكثر للنتائج المتوصل إليها.

1/- منهج الدراسة:

إن اختيار المنهج المتبع يخضع لطبيعة المشكلة محل الدراسة إذ أن هذه الأخيرة هي التي تحدد طبيعة المنهج المتبع، وبما أن موضوع دراستنا يهدف إلى الكشف عن مصادر الضغوط حسب المتغيرات الديمغرافية، ومن خلال اطلاعنا على مناهج البحث العلمي المعتمدة في الدراسات و البحوث، تم اختيار المنهج الوصفي التحليلي لملائمة لخصائص بحثنا.

و يعد البحث الوصفي من البحوث الشائعة الإستخدام بين الباحثين، حيث يهدف إلى تحديد الوضع الحالي لظاهرة معينة، ومن ثم يعمل على وصفها، بمعنى أنه يعتمد على دراسة الظاهرة كما هي موجودة في الواقع و يهتم بوصفها وصفا دقيقا و لذلك يعرف المنهج الوصفي بأ نه "أحد أشكال التحليل والتفسير العلمي المنظم لوصف ظاهرة أو مشكلة محددة وتصويرها كميًا عن طريق جمع بيانات ومعلومات معينة عن ظاهرة ومشكلة وتصنيفها وتحليلها لدراسة دقيقة .(عبد المؤمن،2008، ص 287)

ومعنى ذلك أن المنهج الوصفي لا يقف عند حدود وصف الظاهرة إنما يذهب إلى أبعاد من ذلك فيحلل ويفسر ويقارن ويقوم بقصد الوصول إلى تقييمات ذات معنى بقصد التبصر بتلك الظاهرة.

2- الدراسة الإستطلاعية :

إن الهدف الأساسي من الدراسة الإستطلاعية هو الكشف عن الصعوبات التي تعترض الباحث أثناء التطبيق ومن ثم يعمل على تجاوزها، كما الدراسة الاستطلاعية في إطار الدراسة الحالية هدفت إلى التأكد من صلاحية الأداة المعتمدة في الدراسة و ذلك من خلال حساب الخصائص السيكومترية للأداة الدراسة ومحاولة تكييفها على عينة الدراسة الحالية والمتمثلة في مقياس اختبار القلق لهاميلتون و اجراء مقابلة لمعلمي الاطفال المعاقين سمعيا. حيث أجريت الدراسة الإستطلاعية على 11 معلمة و معلم واحد.

2-1/ أهدافها:

إن هدفنا من هذه الدراسة الاستطلاعية يكمن في :

- التعرف على مكان إجراء الدراسة ومجتمع الدراسة، من أجل تحديد العينة (المعينة) و أدوات الدراسة و مختلف الإجراءات المنهجية الواجب إتباعها في مختلف مراحل البحث.
- التعرف على ظاهرة القلق لدى معلمي الأطفال الصم والبكم، من خلال الإحتكاك بهم داخل فصولهم ومحيطهم المدرسي، و الوقوف على ظروف عملهم و محاولة تقصي مختلف الأسباب و العوامل التي تقف وراء ضغوطهم و معاناتهم اتجاه مهنتهم.
- محاولة بناء الثقة بين الباحثة و هؤلاء المعلمين، من أجل ضمان مساعدتهم في الحصول على معلومات دقيقة وصادقة حول موضوع البحث.

2-2/ مراحلها:

لقد قمنا بهذه الدراسة الاستطلاعية مرورا بمراحل عدة تمت على النحو التالي:

- في بادئ الأمر تم الإتصال بالمسؤولين الإداريين، من أجل الحصول على الموافقة لإجراء الدراسة الميدانية، بمدرسة الصم والبكم واري الناصر بقمبيطة ولاية وهران .
- ثم قمنا بجولة استطلاعية استكشافية داخل هذه المدرسة، لجمع معلومات عامة عن كافة الأقسام و المصالح التي تحتويها.
- بعدها قمنا بمقابلات تشخيصية مع المعلمين، أين استمعنا لمشاكلهم ومعاناتهم التي ترتبط بوجود عراقيل وصعوبات تواجههم وبشكل مستمر في ممارستهم لمهنتهم، التي يرونها شاقة جدا بل ويعتبرونها مسؤولية ثقيلة على كاهلهم، كونهم يتعاملون مع فئة خاصة من التلاميذ والتي تعاني من مختلف الصعوبات و النقائص مما يثير لديهم مشاعر القلق إزاء مهنتهم، التي أصبحوا يرونها مجهدة جدا مقارنة بزملائهم في قطاع التعليم العادي.
- لم نكتف بهذا فحسب، إذ قمنا بطرح جملة من الأسئلة على هؤلاء المعلمين بغرض الاستفسار و بشكل أدق و أوسع عن المصادر و العوامل التي تثير لديهم مشاعر القلق اتجاه مهنتهم، و ذلك لبناء دليل المقابلة والتي توصلنا من خلالها إلى مجموعة من النتائج وهي :
- الأغلبية الساحقة لمعلمي الأطفال الصم و البكم راضون عن مهنتهم بهذا المجال، و يعبرون عن ذلك بإختيارهم تعليم هذه الفئة من جديد إذا أتاحت لهم الفرصة لأنهم تعلموا من هذه المهنة العطاء و تحلوا بالإنسانية من جراء الإحتكاك بهذه الفئة.
- معظم هؤلاء المعلمين يصفون مشاعر القلق المتولدة لديهم بحكم طبيعة مهنتهم، من خلال تجلي أعراض على مختلف المستويات: النفسية، الجسدية، الانفعالية، المعرفية، السلوكية
- معظم هؤلاء المعلمين يرون أن أهم المصادر والعوامل المتسببة في مشاعر القلق لديهم اتجاه مهنتهم هي: عدم تكييف البرامج، غموض الدور، عبء العمل (صعوبة تلقين الدروس و توصيل الفكرة).

2-4/ مكان و مدة الدراسة الإستطلاعية :

والمقصود بها الحدود البشرية و المكانية و الزمانية للبحث

الحدود البشرية: تمثلت الحدود البشرية في معلمي مدرسة الصم و البكم بمدينة وهران المقدر عددهم 11 معلمة و معلم واحد.

أ- **الحدود المكانية :** الدراسة بمدينة وهران في مؤسسة الصم و البكم واري الناصر قمبيطة.

ب- **الحدود الزمنية :** في شهر مارس و أبريل من العام الدراسي 2023/2024.

3- أدوات الدراسة :

تعتبر أدوات الدراسة ذات أهمية فهي بمثابة مفاتيح يلجأ إليها الباحث لجمع المعلومات و لقد تم الدليل في هذا البحث بالمقابلة و مقياس القلق لهاميلتون التي تخدم موضوع الدراسة.

3-1/ دليل المقابلة:

نظرا لطبيعة موضوع بحثنا اعتمدنا على المقابلة كونها أكثر الأدوات استعمال في البحوث النفسية، يستخدمها الباحث العيادي للاتصال مع المفحوص. و نعني بالمقابلة تبادل الأقوال بين الفاحص و المفحوص و على الفاحص أن يكون ذو أذن صاغية و سماع نشيط. (ملحق)

3-2/ اختبار هاميلتون للقلق :

د. **التعريف بالمقياس:**

- مقياس هاميلتون هو أداة تستخدم في الطب النفسي لقياس مدى درجة القلق لدى الأشخاص، يساعد في تحديد وتشخيص بعض الاضطرابات ويستخدم لكل من الصغار و الكبار.

- يعتبر مقياس هاميلتون للقلق واحدًا من أهم أدوات القياس، التي يتم استخدامها في الطب النفسي، ويتم استخدامه من قبل الأطباء بهدف قياس القلق، لدى الأشخاص مما يساعد في معرفة حالاتهم النفسية، ويساعد في تشخيص حالة كل شخص، تم تصميم ذلك المقياس لأول مرة في عام 1959م وحتى ذلك الوقت الذي نحيا فيه.

هـ. أهمية مقياس هاميلتون للقلق:

يختص مقياس هاميلتون للقلق في قياس مدى درجة قلق الأشخاص، ويساعد المقياس في تحديد وتشخيص بعض الاضطرابات المعينة، التي قد يعاني منها بعض الأشخاص، ومن الجدير بالذكر هنا أن المقياس مخصص لاستخدام الصغار والكبار على حد سواء، يتم إجراء ذلك المقياس عن طريق مختصين فعليين يعملون في مجال الطب النفسي، كالأطباء النفسيين.

و. العناصر التي يقيسها مقياس هاميلتون للقلق :

هناك الكثير من العناصر التي يتم قياسها من خلال مقياس هاميلتون للقلق، ويتكون المقياس تحديداً من 14 سؤال، ويكون لكل سؤال من تلك الأسئلة خمسة خيارات يستطيع الشخص أن يختار من بينهم، وتختلف تلك الدرجات من شخص لآخر حسب العناصر التي يعمل مقياس هاميلتون للقلق على قياسها وتتمثل في:

• **القلق** : قياس المخاوف المستمرة التي من الممكن أن تكون لدى الشخص .

• **التوتر** : قياس رغبة الشخص في البكاء ، ومدى شعوره بالقلق لأوقات طويلة بشكل عام.

• **الخوف** : قياس مدى خوف الإنسان من أشياء محددة .

• **الأرق** : قياس مدى الأرق الذي من الممكن أن يصيب الأشخاص ..

• **المشكلات المعرفية** : قياس المشكلات المعرفية التي من الممكن أن يقع بها الشخص باستمرار.

- الفكاهة : قياس مدى ما يمكن أن يصيب الشخصية من مشكلة في الفكاهة.
- الجسدية العضلات : قياس مدى تأثير القلق على الجانب الجسدي لدى الإنسان.
- الحسية الجسدية : قياس تأثير القلق على حواس الإنسان المختلفة و وظائفها.
- أعراض القلب و الأوعية الدموية: مثلا حدوث خفقان في القلب.
- أعراض الجهاز التنفسي : شعور الشخص بضيق في التنفس.
- أعراض الجهاز الهضمي: مشاكل بالغة في الهضم.
- أعراض الجهاز البولي التناسلي : نقص الرغبة الجنسية لدى الشخص.
- الأعراض اللاإرادية : مثل التعرق المستمر.
- التقييم المهني : من خلال ذلك التقييم يقوم الطبيب النفسي، بتقييم المريض بشكل عام.

❖ طريقة التطبيق:

يطبق المقياس على الأشخاص البالغين من العمر 10 سنوات أو أكثر.

يتكون من 14 عبارة تقيس مدى قلق الشخص .

مقياس هاميلتون لتقدير مدى القلق (ملحق رقم 01)

الإسم:

اللقب: التاريخ:

شديدة جدا	أعراض شديدة	أعراض متوسطة	أعراض طفيفة	لا توجد أعراض	الفقرة	
					التوجس و الشك، توقع الأسوء أو الأشياء المخيفة سهولة الاستثارة	1- عسر المزاج
					مشاعر عدم الارتياح، سهولة الإجهاد، الفزع، سهولة البكاء، الارتجاف، لا يستقر على حال، لا يستطيع أن يترك نفسه على سجيبتها	2- التوتر
					من الضلام، والغرباء و الوحدة و الحيوانات وزحمة السرور و الحشود	3- الخوف
					صعوبة الاستسلام للنوم، النوم المتقطع، نوم غير مشبع و إحساس بالتعب عند الإستيقاظ، أحلام و كوابيس ومخاوف ليلية	4- الأرق
					صعوبة التذكر وضعف الذاكرة	5- الذاكرة
					اللامبالاة، لا يستمتع بالهوايات، الحزن، الإسيقاط المبكر، انتقال الانفعالات من من النقيض إلى النقيض في اليوم الواحد	6- المزاج الإكتئابي
					تسلسل، لا يستقر في مكانه، اهتزاز الأيدي، تقطيب الحاجبين، وجه مشدود، اصفرار الوجه، تهديدات أو تلاحق الأنفاس، ابتلاع الريق، التجشوء، حركات مفاجأة في المفاصل، اتساع حدقة العين ووجود العين	7- السلوك خلال المقابلة
					طنين في الأذن، زغالة البصر، نوبات من السخونة، و البرودة، إحساس بالضعف	8- المشاعر الجسمية (الحسية)

					آلام و أوجاع، التواء العضلات أو تيبسها، انتفاخ العضلات، صرير الأسنان، حشجة الصوت، ازدياد الشد العضلي	9- المشاعر العضلية(العضلية)
					اختلال ضربات القلب، آلام الصدر، خفقان القلب، انتفاض العروق، مشاعر الدوار	10- أعراض القلب و الأوعية الدموية
					ضيق الصدر أو اختناقه، مشاعر بالإختناق، التنهد، عسر التنفس	11- أعراض تنفسية
					صعوبة البلع، أرياح، آلام في البطن، حرقان المعدة، لبن البراز، الشعور بامتلاء المعدة، الغثيان، القيء، نقص الوزن، الإمساك، أصوات البطن و الأمعاء	12- الإعراض المعوية المعدية
					زيادة عدد مرات التبول، ضغط البول في المثانة، انقطاع العادة الشهرية، البرودة الجنسية، سرعة القذف، فقدان الرغبة الجنسية، العلة	13- أعراض المسالك البولية و التناسلية
					جفاف الفم، احمرار الوجه، شحوب اللون، العرق، الدوار، صداع التوتر، وقوف الشعر	14- أعراض خاصة بالجهاز العصبي المستقبل

مجموع الدرجات: ()

❖ مفتاح تصحيح الإختبار:

17 أو أقل ← قلق خفيف

ما بين 18 و 24 ← قلق معتدل

ما بين 24 و 30 ← قلق شديد

4/ عينة الدراسة :

4-1/ خصائص العينة :

أ - الجنس :

تكونت عينة الدراسة من 11 معلمة و معلم واحد، و توزعت حسب الآتي :

جدول رقم (01) يوضح توزيع أفراد العينة :

النسبة المئوية	التكرار	الجنس
8,33 %	01	ذكور
91,66 %	11	إناث
100 %	12	المجموع

- من خلال الجدول أعلاه نلاحظ أن عدد المعلمات الإناث أكبر من المعلمين الذكور، و هذا دليل على إقبال الإناث على تعليم فئات ذوى الإحتياجات الخاصة وعزوف الذكور عن هذه المهنة.

ب-الخبرة:

جدول رقم (02) يبين توزيع أفراد العينة حسب سنوات الخبرة:

النسبة المئوية	التكرار	الخبرة
25 %	03	أقل من 5 سنوات
58.33 %	07	من 5 إلى 10سنوات
16.66 %	02	أكثر من 10 سنوات
100 %	12	المجموع

- نلاحظ من خلال الجدول أعلاه أن عدد المعلمين الذين خبرتهم من 5 سنوات إلى 10 سنوات أكثر من المعلمين الذين خبرتهم تقل عن 5 سنوات و10 سنوات.

ج- السن :

جدول رقم (03) يمثل توزيع أفراد العينة حسب متغير السن :

السن	التكرار	النسبة المئوية
30 سنة	05	41.66 %
32 سنة	01	8.33 %
35 سنة	01	8.33 %
42 سنة	01	8.33 %
45 سنة	01	8.33 %
52 سنة	01	8.33 %
55 سنة	01	8.33 %
المجموع	12	100 %

- من خلال الجدول أعلاه نلاحظ أن العينات البالغة 30 سنة تمثل نسبة أكبر على باقي العينات من الأعمار المختلفة، ونلاحظ أيضا أن فئة الشباب الذين تتراوح أعمارهم ما بين 30-35 سنة يمارسون هذه المهنة على عكس العينات ذو الأعمار المتقدمة.

خلاصة الفصل:

تناولنا في هذا الفصل الإجراءات المنهجية للدراسة من خلال التطرق إلى المنهج الذي اتبعناه في دراستنا، و الدراسة الاستطلاعية من خلال تحديد الحدود المكانية و الزمانية للدراسة، ثم ذكرنا أدوات الدراسة المتمثلة في المقابلة العيادية نصف الموجهة و مقياس القلق لهاميلتون، ثم تطرقنا إلى طريقة تطبيق المقياس و تصحيحه، وأخيرا عينة الدراسة و خصائصها حسب المتغيرات (الجنس، الخبرة، والسن).

الفصل الخامس:

عرض وتحليل النتائج

1- عرض البيانات و استخلاص نتائج الدراسة:

1-1/ مستويات القلق حسب متغيرات الدراسة:

استنادا إلى البيانات الموجودة في الملحق رقم (01)، تم تحديد مستوى القلق لجميع أفراد العينة باستخدام المعيار المعتمد في المقياس و وفقا لمتغيرات الدراسة (الجنس، الخبرة، السن) كما يلي :

جدول رقم (04) يوضح مستويات القلق لدى أفراد العينة تبعا لمتغيرات الدراسة :

النتيجة	الدرجة	العينة
قلق حاد	30	الحالة الأولى
قلق معتدل	18	الحالة الثانية
قلق حاد	29	الحالة الثالثة
قلق حاد	28	الحالة الرابعة
قلق حاد	26	الحالة الخامسة
قلق معتدل	20	الحالة السادسة
قلق خفيف	17	الحالة السابعة
قلق حاد	34	الحالة الثامنة
قلق حاد	37	الحالة التاسعة
قلق خفيف	15	الحالة العاشرة
قلق حاد	30	الحالة الحادية عشر
قلق حاد	33	الحالة الثانية عشر

1-2/ مناقشة النتائج:

من خلال الجدول يتضح أن:

- معظم أفراد العينة يعانون من قلق حاد وقدر عددهم بـ (08) أفراد أي ما يمثل نسبة 66.66 % من المجموع الكلي لأفراد العينة بحيث أن معظمهم إناث.
- بينما يعاني (02) فردا من قلق معتدل أي ما يمثل 16.66 % من مجموع أفراد العينة معظمهم إناث كذلك.
- ويعاني (02) فردا من قلق خفيف وهو ما يمثل نسبة 16.66 % من مجموع أفراد العينة أحدهم ذكرا و الأخرى أنثى.

من خلال البيانات المعروضة يمكن إستخلاص بعض النقاط بشكل مبدئي :

- تعاني الأغلبية الساحقة من الإناث اللواتي يمارسن مهنة التدريس بمدارس الصم والبكم من قلق حاد و شديد.
- بينما لا يعاني المعلمون الذكور الذين يمارسون مهنة التدريس بمدارس الصم والبكم من القلق الحاد.

2- نتائج دليل المقابلة:

جدول رقم (05) يبين نتائج دليل المقابلة:

العينة	مشاكل خاصة	مشاكل خاصة	هل انعكست	هل انعكست	هل انعكست	هل تريد العمل
	بالأطفال الصم و البكم في ميدان العمل	بالتكوين	المشاكل على علاقتك مع زملائك	المشاكل عليك	المشاكل على حياتك العائلية	في الميدان إذا أتاحت لك الفرصة من جديد

السن : 55	صعوبات	لا يوجد تكوين	لا توجد مشاكل	لا بل تعلمت	لا	نعم
الجنس: أنثى	التواصل مع		بل نتبادل	منهم أشياء كثيرة		
الخبرة: 31	هذه الفئة في		الخبرات			
سن 4 و 5 سنوات						
السن : 30	-صعوبة	لم أقم بتكوين	لا	لا	لا	نعم
الجنس: أنثى	التواصل معهم.	خاص				
الخبرة: 6	-عدم فهم لغتهم.					
	-صعوبة توصيل الفكرة.					
السن : 30	-نقص لغة	نقص كبير في	لا	لا	لا	نعم
الجنس: أنثى	الإشارة.	التكوين				
الخبرة: 6	-برنامج غير مكيف.					
	-نقص في الوسائل التربوية.					

السن : 42	الجنس: أنثى	الخبرة: 10	-صعوبة تطبيق برنامج التربية الوطنية. -ضعف قاموس لغة الإشارة. -برنامج مرحلة التطبيق قديم لم يتم تحسينه.	نقص الدورات التكوينية الخاصة بالتعليم المتخصص ولغة الإشارة.	لا	في	لا	إلى حد ما بسبب أن المعلم يعتمد على الاجتهادات الشخصية لتوصيل المعلومات.	لا	نعم
السن : 32	الجنس: أنثى	الخبرة: 4	عدم تكيف البرنامج	لم يخصص تكوين لكل إعاقة بل كان شاملا لكل الإعاقات.	لا	لا	لا	جهد و وقت وتكرار مستمر من أجل تبسيط وتسهيل الدروس لإيصال المعلومة.	التعب، النرفزة، القلق، بسبب الجهود المبذولة في العمل	نعم
السن : 30	الجنس: أنثى	الخبرة: 5	-مشكلة نقل المعلومة. -عدم تكيف البرنامج.	لا توجد مشاكل	لا	لا	لا	انعكست على صحتي	لا	لا

السن : 35	الجنس: أنثى	الخبرة: 5	-صعوبة المناهج المبرمجة. -صعوبة إيصال المعلومة. -عدم إتقان لغة الإشارة.	عدم الاستفادة من تكوين	لا	لا	لا	نعم
السن : 30	الجنس: أنثى	الخبرة: 8	-عدم تلقي تكوين شامل في لغة الإشارة مما أدى إلى صعوبة التواصل. -صعوبة تلقين وتقديم الدروس.	-عدم توفر مراكز تكوين في نفس الولاية. -عدم تلقي مقياس لغة الإشارة. لا	لا	نعم بسبب الصعوبة في تكييف الدروس	لا	نعم
السن : 52	الجنس: ذكر	الخبرة: 24	-عدم وجود برنامج مكيف.	نقص التكوين	لا	نعم	لا	لا بسبب صعوبة العمل

					-عدم التواصل الجيد مع الفئة.	
السن : 30	الجنس : أنثى	الخبرة : 5	لا توجد	لم أحصل على تكوين	لا	نعم
السن : 45	الجنس : أنثى	الخبرة : 2	صعوبة تلقين المعلومة بسبب صعوبة البرنامج غير المكيف.	لا	لا	نعم
السن : 30	الجنس : أنثى	الخبرة : 3	برنامج غير مكيف	لم أحصل على تكوين	لا	نعم

3- مناقشة الفرضيات:

1/3- ماهي المشاكل التي وجدتها في ميدان التربية الخاصة؟

إن أجوبة أفراد العينة أثناء المقابلة حول ما إذا كانت هناك مشاكل في ميدان العمل تؤدي إلى ظهور القلق

تمحورت معظمها حول ان هناك عدة صعوبات تتمثل في :

○ صعوبة التواصل مع فئة المعاقين سمعيا وعدم فهم لغتهم وصعوبة توصيل وتلقين الدروس لهذه الفئة.

○ نقص لغة الإشارة

○ عدم تكييف برنامج تعليم المعاقين سمعياً

○ عدم تحسين برنامج مرحلة تنطيق المعاقين سمعياً والاعتماد على البرنامج القديم.

○ صعوبة تطبيق برنامج التربية الوطنية

النتيجة: تؤدي المشاكل والصعوبات التي يواجهها معلمي المعاقين سمعياً في ميدان العمل إلى ظهور القلق عند المعلمين.

وترجع هذه النتيجة في تقديري الى أن القلق يعد من أهم الإستجابات التي تفرزها الضغوط، باعتبارها القاسم المشترك بين جميع الإنفعالات ومختلف الإضطرابات النفسية.

تتفق نتيجة بحثنا مع نتائج دراسة كل من محمود أبو النيل (1993)، وسمية الجعافرة (2003) التي بينت وجود علاقة بين الصحة النفسية و ظروف العمل وكذا دراسة ناصر الدين زبدي (2002)، التي كشفت على أن الضغط المهني لدى المعلمين يؤثر على درجة القلق لديهم، و أن هناك تفاعلاً بين العوامل الصحية و المهنية و حدوث القلق و الإضطرابات السلوكية لدى هؤلاء المعلمين.

2/3- هل تؤدي المشاكل الخاصة بغموض الدور إلى ظهور القلق عند معلمي الأطفال الصم و البكم؟

بينت أجوبة أفراد العينة حول التكوين أن أغلب معلمي الأطفال المعاقين سمعياً لم يتلقوا تكويناً خاصاً من أجل تدريس هذه الفئة و هو ما أدى إلى غموض الدور بالنسبة لهم بمعنى عدم توافرهم على المعلومات الخاصة بأدوارهم داخل المدرسة، وهذا ما يؤدي إلى ظهور القلق عندهم بسبب عدم الرضا الوظيفي.

وتوافقت هذه النتائج مع دراسة روزنتال و اخرون **ROSENTAL ET AL (1964)** التي أكدت أن الأفراد الذين يعانون من ضغط غموض الدور، يشعرون بالتوتر المتزايد وبدرجة قليلة من الرضا عن

عملهم، إلى جانب فقدانهم لتقدير نواتهم (منصورى مصطفى، 2010، ص65)

في حين أقر منصورى مصطفى 2010 بأن غموض الدور عند المعلم يخلق لديه ضغطا سلبيا، و الذي يتجسد في شعوره بالصراعات النفسية و الإحباط ، زعزعة ثقته بنفسه، وعدم تمكنه من استغلال إمكانيته المعرفية المعرفية في ظل نقص أو عدم توافر المعلومات الخاصة بأدواره داخل المدرسة.(المرجع السابق، ص 67)

فجهل المربي لدوره في المدرسة يسبب له القلق نتيجة التفكير الزائد و الجهد المبذول من طرفه من أجل تحقيق الرضا الوظيفي.

3/3- هل يؤثر القلق عند مربي الأطفال المعاقين سمعيا على علاقته مع زملاء العمل؟

كل أفراد العينة بينوا أنه لا توجد لديهم مشاكل مع زملاء العمل داخل المدرسة بل هناك وجود دعم بينهم بالإضافة إلى تبادل الخبرات.

وحسب **SARIKI ET COLLY** فإن وجود دعم اجتماعي و تفاعل حسن بين زملاء العمل، يخفف من الإصابة بالإحترق النفسي - الذي يعد القلق فيه العرض البارز و المؤشر الرئيسي-، وبالتالي فهذا الدعم

قد يخفف أيضا من وطأة القلق لدى العامل (منصورى مصطفى، 2010، ص81)

يمكن إرجاع هذه النتيجة إلى كون أن المدرسين يعلمون جيدا مدى صعوبة العمل و الجهود اللازمة من أجل تلقين الدروس، وكذلك سعيهم لتقادي الخلافات بين الزملاء من أجل تبادل الخبرات خصوص مع القدامى.

4/3- هل يؤثر القلق على صحة مربي الأطفال المعاقين سمعيا؟

نصف أفراد العينة أظهروا أنهم تضرروا صحيا من جراء القلق الذي أصابهم بسبب الجهد المبذول من طرفهم لإيصال المعلومات إلى الأطفال المعاقين سمعيا ولتبسيط وتسهيل الدروس لهم.

يمكن إرجاع هذه النتيجة إلى أن نقص التكوين في هذا الميدان و كذلك صعوبة البرامج غير المكيفة مع مستوى استيعاب هذه الفئة يدفعان بالمدرس إلى الشعور بالقلق المتواصل مما يؤثر سلبا على صحته خصوصا إذا كان المدرس متزوجا وله مسؤوليات بالبيت.

وقد توافقت النتائج المتحصل عليها مع نتائج دراسة كل من : محمود أبو النيل 1993، و سمية الجعافرة 2003 التي بينت وجود علاقة دالة إحصائيا بين الصحة النفسية و ظروف العمل، وكذا دراسة ناصر الدين زبدي 2002 التي كشفت عن أن الضغط المهني لدى المعلمين يؤثر على درجة القلق لديهم، وأن هناك تفاعلا بين العوامل الصحية والمهنية وحدوث القلق والاضطرابات السلوكية لدى هؤلاء المعلمين، كما أكدت دراسة كل من كامل الشريبي منصور 2003 و أميرة طه بخش 2007 أن هناك علاقة دالة وموجبة بين أحداث الحياة الضاغطة وبين القلق و الاكتئاب، و هذا ما أكدته أيضا دراسة كلمن 1975 (SelzerVinokur 1997, Mulier et all) التي أسفرت عن وجود علاقة بين أحداث الحياة الضاغطة ومختلف الاضطرابات كالقلق، الضغط، العدوان، البارانويا، الاكتئاب و تعاطي المخدرات. (طه عبد العظيم حسين، سلامة عبد العظيم حسين، 2006، ص 54)

5/3- هل يؤثر القلق على علاقة مربى الأطفال المعاقين سمعيا على علاقته مع عائلته؟

كل أفراد العينة ليس لديهم مشاكل مع العائلة ترتبط بالقلق الذي يصيبهم في العمل فقد كانت إجاباتهم كلها نافية.

يمكن إرجاع هذه النتيجة إلى أن المدرسين تأقلموا مع هذه الفئة و أصبحوا يتفانون في خدمتها معتبرين ذلك عملا إنسانيا وهذا ما يستبعد تأثير القلق الذي يصابون به أثناء تأديتهم للعمل على حياتهم العائلية.

خلاصة عامة واقتراحات

خلاصة عامة و إقتراحات :

من خلال هذا البحث تطرقنا لدراسة موضوع القلق عند مربّي الطفل المعاق سمعياً و توصلنا إلى النتائج التالية:

▪ تنص الفرضية الأولى على مايلي : يعاني المربي الخاص من ظهور القلق نتيجة الممارسة المهنية في مراكز التربية الخاصة بالأطفال المعاقين سمعياً.

➤ من خلال النتائج التي تم التوصل إليها يظهر أن المربي الخاص في مراكز الأطفال المعاقين سمعياً يعاني من القلق خاصة الإناث وذلك بشكل قلق حاد وشدّيد على عكس الذكور الذين يعانون بدرجة أقل.

➤ تؤدي المشاكل في ميدان العمل الخاصة بالأطفال الصم و البكم إلى ظهور القلق عند المعلم.

➤ تؤدي المشاكل الخاصة بغموض الدور إلى ظهور القلق عند معلمي الأطفال الصم و البكم.

و ذلك من خلال النتائج التي أثبتت أن العمل في المدارس الخاصة بالأطفال الصم و البكم من شأنه توليد ظهور القلق عند المعلمين بتلك المدارس بمستوى حاد و شديد خصوصاً الإناث و من أعراضه الإستتارة في المجال المهني، الإحساس بالتعب و الإنهاك .

▪ تنص الفرضية الثانية على مايلي : تؤدي المشاكل في ميدان العمل الخاصة بالتكوين و غموض الدور إلى ظهور القلق عند المربي.

حيث أظهرت الدراسة مجموعة من المشاكل في العمل منها صعوبة التواصل و صعوبة تلقين الدروس و عدم تلقي تكوينات خاصة في المجال ناهيك عن البرامج غير المكيفة، مما إنعكس على الكفاءة المهنية و الرغبة في إتقان العمل . رغم ذلك يسعى أفراد العينة بإستخدام إستراتيجيات مواجهة مناسبة تتمثل في الإستعانة بشبكة الدعم الإجتماعي منها مع زملائهم في العمل حيث أنهم يحتاجون لدعم بعضهم البعض

من أجل تحقيق الرضا الوظيفي حيث تأقلموا مع هاته الفئة وأصبحوا يتفانون في خدمتها وكأنها جزء من عائلتهم بسبب الشيم والاخلاق التي تعلموها كدروس من هاته الفئة، لكن بالمقابل فإن القلق المتولد لدى مربى الطفل المعاق سمعيا من شأنه التأثير على صحته و حياته عامة .

و عليه يمكن القول أن مربى الأطفال المعاقين سمعيا مهما كانت خبرته المهنية فإنه معرض للإصابة بالقلق أثناء تأديته لعمله، خاصة و أن التعامل مع فئة المعاقين سمعيا ليس بالأمر الهين و بالتالي يمكن القول أن الفرضية تحققت.

وعليه استخلصت الباحثة بعض الإقتراحات :

- ❖ اقتراح برنامج إرشادي للتخفيف من القلق لدى مربى الأطفال ذوو الإعاقة السمعية.
- ❖ القيام ببحوث ودراسات تتناول القلق لدى مربى الأطفال ذوو الإعاقة السمعية.
- ❖ العمل على تقديم الخدمات النفسية لمربى الأطفال المعاقين سمعيا.
- ❖ تنظيم دورات ومحاضرات حول القلق ومضاعفاته بهدف تحقيق الصحة النفسية للمربى.
- ❖ ضرورة توفير الوسائل المناسبة والمكيفة حسب قدرات الأطفال لتسهيل عمل المربى.
- ❖ تنظيم البرامج المختلفة التي تعمل على خفض مستوى القلق لدى المربين أثناء تعاملهم مع الأطفال المعاقين سمعيا.
- ❖ ضرورة إقامة دورات لأولياء أمور الأطفال المعاقين سمعيا لتوعيتهم بإتباع تعليمات وتوجيهات مربى أطفالهم.
- ❖ تفعيل دور الأخصائي النفسي والتربوي في المراكز لمساعدة المربين على تجاوز الضغوط التي يتعرضون لها أثناء التعامل مع هذه الفئة.

قائمة المراجع

❖ قائمة المراجع:

1. أحمد محمد عبد الخالق (1987)، قلق الموت، دار المعرفة، ط1 الكويت.
2. أسامة كامل راتب (1997)، "قلق المنافسة - ضغوط التدريب - احتراق الرياضي"، دار الفكر العربي، القاهرة.
3. إبتهاال جباري و ملك تونسي، القلق والاستجابة الاكتئابية لدى أم الطفل التوحدي في ظل جائحة كورونا، مذكرة تخرج مكملة لنيل شهادة الماستر في تخصص علم النفس العيادي، جامعة محمد خيضر - بسكرة، 2020-2021، ص13.
4. إسماعيل نبيه إبراهيم، سيكولوجية ذوي الإحتياجات الخاصة، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، 2002.
5. خولة أحمد يحي، البرامج التربوية للأفراد ذوي الحاجات الخاصة، ط1، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان 2006.
6. آغا كاظم ولي (1985)، علم النفس الفيزيولوجي، منشورات دار الآفاق الجديدة، بيروت، لبنان.
7. بطاهر محمد، تقييم القلق النفسي في المنافسة الرياضية لدى العبي كرة القدم، أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه، قسم التدريب الرياضي، جامعة حسيبية بن بوعلي الشلف، 2020، ص20.
8. بلفراقي زهرة و بن عون زينب و حداد امانى و بعطوشي هديل، القلق لدى مرضى فقر الدم، مذكرة لنيل شهادة الليسانس في علم النفس العيادي، جامعة 80 ماي 1945 قالمة، 2022-2023، ص16.
9. بن علو الأزرق (1993)، الإنسان و القلق، ط1، سينا للنشر دار العالم الجديد، مصر.
10. بن علو الأزرق (2003)، كيف تتغلب على القلق و تنعم بالحياة، دار قباء للطباعة و النشر و التوزيع، القاهرة، مصر.

11. جرار صالح (2011)، الجدية في العمل وعلاقتها بالإحترق النفسي لدى مديري المدارس الحكومية الثانوية في محافظات شمال الضفة الغربية، رسالة ماجستير في الإدارة التربوية، كلية الدراسات العليا، جامعة النجاح الوطنية، نابلس، فلسطين.
12. جلاب مصباح (2016)، الإعاقة السمعية (تجلياتها و طرق التواصل معهم و أساليب إرشادهم)، مجلة الجامع في الدراسات النفسية و العلوم التربوية، الجزائر، جامعة محمد بوضياف.
13. الجوالدة فؤاد عيد (2012)، الإعاقة السمعية، الطبعة 1، عمان، دار الثقافة للنشر و التوزيع.
14. حسن عبد المعطي (2006): ضغوط الحياة وكيفية مواجهتها مكتب الزهراء، لبنان، الطبعة الثانية.
15. حماني هدى،، 2010/2011 القلق لدى الراشد المصاب بداء السكري المزمن، مذكرة لنيل شهادة الماستر، تخصص علم النفس العيادي، البويرة، جامعة العقيد اكلي محند اولحاج.
16. حمدي عويس على جمعة (1999)، " العالقة بين قلق المباراة الرياضية وقلق المتحان لدى الناشئين في بعض الأنشطة الرياضية المختارة "، رسالة دكتوراه، كلية التربية الرياضية للبنين، القاهرة، جامعة حلوان.
17. حنان عبد الحميد العتاني (2000)، الصحة النفسية والمرض النفسي والعقلي، دار الثقافة للنشر والتوزيع، ط1، عمان الأردن.
18. راجح أحمد عزت (1993)، أصول علم النفس، دار المعارف، القاهرة.
19. رنا عبد الحميد صالح (2014)، السمات الشخصية لدى المراهقين المعوقين سمعيا في ضوء بعض المتغيرات، مذكرة ماجستير، سوريا، كلية التربية، جامعة دمشق.
20. زروقي ابتسام (2016)، فعالية برنامج تطبيقي مقترح لتنمية اللغة الشفهية عند الأطفال المعاقين سمعيا، مذكرة ماجستير، الجزائر، جامعة العربي بن مهدي.
21. الزريقات ابراهيم عبد الله فرج (2003)، الإعاقة السمعية، الطبعة 1، الأردن، دار وائل للنشر.

22. زعتر نور الدين (2010)، سلسلة الأمراض النفسية القلق، ط1، د. ن، د. م.
23. زهران حامد عبد السلام (1977)، الصحة النفسية والعلاج النفسي، الطبعة الثالثة، عالم الكتب، القاهرة.
24. سعدي موسى الحانوتي (2016)، الإضطرابات العصابية، دار العبيكان للنشر والتوزيع، الرياض.
25. سلامة ممدوحة و عسكر عبد الله (1981)، علم النفس الإكلينيكي، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
26. السميران تامر حسين علي و المساعد عبد الكريم عبد الله (2014)، سيكولوجية الضغوط النفسية و أساليب التعامل معها، الطبعة 1، عمان، دار مكتبة الحامد للنشر و التوزيع.
27. سوين م.ريتشارد، 1979، علم الأمراض النفسية والعقلية، ترجمة أحمد عبد العزيز سلامة، دار النهضة العربية، مصر.
28. الشناوي محمد محروس (2000)، نظريات الإرشاد والعلاج النفسي، دار غريب للطباعة والنشر، القاهرة.
29. عبد الحميد محمد الشاذلي (1999)، الصحة النفسية وسيكولوجية الشخصية، المكتب العالمي للنشر والتوزيع، الإسكندرية.
30. عبد السلام فاروق وآخرون، 1992، مدخل إلى الإرشاد التربوي والنفسي، دار الهدى للنشر والتوزيع، الرياض.
31. عبد اللطيف حسين فرج (2003)، تحفيز التعلم ، عمان، دار الحامد للنشر و التوزيع.
32. عبد اللطيف حسين فرج (2009)، الإضطرابات النفسية، الخوف، القلق، التوتر، الإنفصام، الأمراض النفسية للأطفال، دار الحامد للنشر و التوزيع، عمان.
33. عثمان فاروق السيد، 2001، القلق وإدارة الضغوط النفسية، دار الفكر العربي، مصر.

34. العزالي سعيد كمال عبد الحميد (2011)، تربية و تعليم المعوقين سمعياً، الطبعة 1، عمان، دار المسيرة للنشر و التوزيع.
35. عكاشة أحمد (1998)، الطب النفسي المعاصر، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
36. عيسوي عبد الرحمن (1994)، الأعصاب النفسية والذخانات العقلية، دار المعرفة الجامعية، مصر.
37. فاروق الروسان، سيكولوجية الأطفال غير العاديين، مقدمة في التربية الخاصة ، طي ، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع، عمان 2006، ص 181.
38. فخري الدباغ (1983)، أصول الطب النفسي (ط3)، دار الطليعة للطباعة و النشر.
39. القمش مصطفى (2000)، الإعاقة السمعية و اضطرابات النطق و اللغة، الطبعة 1، عمان، دار الفكر للنشر و التوزيع.
40. القمش مصطفى و المعاينة خليل (2007)، سيكولوجية الأطفال ذوي الإحتياجات الخاصة، الطبعة 1، عمان، دار المسيرة للنشر و التوزيع و الطباعة.
41. الكافي عبد الفتاح اسماعيل (2005)، فن التعامل مع ذوي الإحتياجات الخاصة، (ب.ط)، الإسكندرية، مركز الإسكندرية للكتاب، مصر.
42. اللالا و آخرون، (ب، س)، أساسيات التربية الخاصة، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.
43. لبلانش بوتاليس (2002)، معجم مصطلحات التحليل النفسي، ترجمة مصطفى مجد، ط1، المؤسسة الجامعية للنشر والتوزيع.
44. لطفي الشربيني (2007)، عصر القلق، الأسباب والعلاج، منشأ المعارف الإسكندرية.
45. ليلي شريط، دراسة القلق سمة - القلق حالة لدى أساتذة الاقسام النهائية (السنة الثالثة ثانوي) في ظل بعض المتغيرات (الجنس-الأقدمية المهنية - الشعبة)، قسم العلوم الاجتماعية، جامعة الشهيد حمه لخضر بالوادي كلية العلوم الاجتماعية والانسانية، 2020.2021.

46. المالكي حنان عبد الرحيم، 1422هـ، القلق وعلاقته ببعض المتغيرات لدى كل من المرأة العاملة في التعليم وغير العاملة، رسالة ماجستير في علم النفس تخصص إرشاد نفسي، كلية التربية قسم علم النفس، جامعة أم القرى بالسعودية.
47. مصطفى نوي القمش (2007)، معجم مقاييس اللغة، ج6، دار الفكر والطباعة والنشر والتوزيع.
48. مكنزي كوام، ترجمة امان الدين هلا، (2013)، القلق ونوبات الذعر، ط1، الرياض، مكتبة الملك فهد الوطنية.
49. الملاح تامر المغاوري محمد (2016)، الإعاقة السمعية بين التأهيل و التكنولوجيا، مذكرة ماجستير، مصر، جامعة الإسكندرية.
50. منصوري مصطفى، الضغوط النفسية والمدرسية و كيفية مواجهتها، منشورات قرطبة، المحمدية، الجزائر، 2010.
51. مهدي سراي (2012)، الإحتراق النفسي وعلاقته بالتوافق الزوجي لدى أساتذة المرحلتين المتوسطة والثانوية، (رسالة ماجستير في الإرشاد والصحة النفسية)، قسم علم النفس وعلوم التربية والأرط فونيا، جامعة الجزائر.
52. موسى كمال إبراهيم، 1979، القلق وعلاقته بالشخصية في مرحلة المراهقة، دار النهضة العربية، مصر.
53. نبيه ابراهيم اسماعيل (2001)، عوامل الصحة النفسية السليمة، ط 1 ، ايتراك للنشر و التوزيع، مصر الجديدة، ص 164.
54. نوار أمال و صلوبي نعيمة (2019)، الضغوط النفسية و علاقتها باستراتيجيات المواجهة لدى مربّي الأطفال المعاقين ذهنيا، مذكرة ماستر، الجزائر، جامعة محمد الصديق بن يحيى.

55. هشام طلحة، قياس حدة القلق لدى تقني التحذير، مذكرة لنيل شهادة الماستر علم النفس تخصص

علم النفس العيادي، جامعة محمد خيضر بسكرة، 2016-2017، ص 07.

56. ياسمين جميل حافظ أبو فاخرة، القلق وعلاقته بالطموح لدى طلاب المرحلة الثانوية، دراسات تربوية

واجتماعية - مجلة دورية محكمة تصدر عن كلية التربية - جامعة حلوان، مج 27، فبراير 2021،

ص 249-250

❖ مواقع الكترونية:

<https://www.ons.dz/demogr/pop-handic.html>

الملاحق

مقياس هاميلتون لتقدير مدى القلق (ملحق رقم 01)

الإسم:

اللقب: التاريخ:

شديدة جدا	أعراض شديدة	أعراض متوسطة	أعراض طفيفة	لا توجد أعراض	الفقرة	
					التوجس و الشك، توقع الأسوء أو الأشياء المخيفة سهولة الاستئارة	15- عسر المزاج
					مشاعر عدم الارتياح، سهولة الإجهاد، الفزع، سهولة البكاء، الارتجاف، لا يستقر على حال، لا يستطيع أن يترك نفسه على سجيبتها	16- التوتر
					من الضلام، والغرباء و الوحدة و الحيوانات وزحمة السرور و الحشود	17- الخوف
					صعوبة الاستسلام للنوم، النوم المتقطع، نوم غير مشبع و إحساس بالتعب عند الإستيقاظ، أحلام و كوابيس ومخاوف ليلية	18- الأرق
					صعوبة التذكر وضعف الذاكرة	19- الذاكرة
					اللامبالاة، لا يستمتع بالهوايات، الحزن، الإسيقاظ المبكر، انتقال الانفعالات من من النقيض إلى النقيض في اليوم الواحد	20- المزاج الإكتئابي
					تسلسل، لا يستقر في مكانه، اهتزاز الأيدي، تقطيب الحاجبين، وجه مشدود، اصفرار الوجه، تهديدات أو تلاحق الأنفاس، ابتلاع الريق، التجشوء، حركات مفاجأة في المفاصل، اتساع حدقة العين وجحود العين	21- السلوك خلال المقابلة
					طنين في الأذن، زغالة البصر، نوبات من السخونة، و البرودة، إحساس بالضعف	22- المشاعر الجسمية (الحسية)
					آلام و أوجاع، التواء العضلات أو تيبسها، انتفاخ العضلات، صرير	23- المشاعر العضلية(العضلية)

					الأسنان، حشجة الصوت، ازدياد الشد العضلي	
					اختلال ضربات القلب، آلام الصدر، خفقان القلب، انتفاض العروق، مشاعر الدوار	24- أعراض القلب و الأوعية الدموية
					ضيق الصدر أو اختناقه، مشاعر بالإختناق، التنهد، عسر التنفس	25- أعراض تنفسية
					صعوبة البلع، أرياح، آلام في البطن، حرقان المعدة، لبن البراز، الشعور بامتلاء المعدة، الغثيان، القيء، نقص الوزن، الإمساك، أصوات البطن و الأمعاء	26- الإعراض المعوية المعدية
					زيادة عدد مرات التبول، ضغط البول في المثانة، انقطاع العادة الشهرية، البرودة الجنسية، سرعة القذف، فقدان الرغبة الجنسية، العلة	27- أعراض المسالك البولية و التناسلية
					جفاف الفم، احمرار الوجه، شحوب اللون، العرق، الدوار، صداع التوتر، وقوف الشعر	28- أعراض خاصة بالجهاز العصبي المستقبل

مجموع الدرجات: ()

دليل المقابلة (ملحق رقم 02)

السن :

الجنس :

سنوات الخبرة في التعليم :

ما هي المشاكل التي وجدتها في ميدان العمل ؟ الخاصة بالأطفال الصم :

.....
.....

الخاصة بالتكوين :

.....
.....

هل إنعكست هذه المشاكل على علاقتك مع زملائك؟

.....
.....

هل إنعكست هذه المشاكل عليك؟

.....
.....

هل إنعكست هذه المشاكل على حياتك العائلية؟

.....
.....

لو أتاحت لك الفرصة هل تعمل في نفس الميدان؟ نعم لا

لماذا ؟