



جامعة وهران 2  
كلية العلوم الاجتماعية  
قسم علم النفس والارطفونيا  
أطروحة

للحصول على شهادة دكتوراه في العلوم  
في علم النفس العيادي

اختبار فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في خفض الاضطرابات الانفعالية  
لدى الطفل الأصم

مقدمة ومناقشة من طرف الطالبة بن خليفة زانة إشراف الأستاذ مكي محمد

أمام لجنة المناقشة

اللقب والاسم	الرتبة	المؤسسة الأصلية	الصفة
سبع فاطمة الزهراء	أستاذ التعليم العالي	جامعة وهران 2	رئيسا
مكي محمد	أستاذ التعليم العالي	جامعة وهران 2	مقررا
حدي محمد	أستاذ التعليم العالي	جامعة وهران 2	مناقشا
لونيس زهير	أستاذ محاضر/أ	جامعة الشلف	مناقشا
بلعباس نادية	أستاذ محاضر/أ	جامعة مستغانم	مناقشا
عبد الرحيم ليندة	أستاذ محاضر/أ	جامعة سيدي بلعباس	مناقشا

السنة الجامعية 2020 / 2021

*Vous dites : c'est fatigant de fréquenter les enfants.*

*Vous avez raison.*

*Vous ajoutez : Parce qu'il faut se mettre à leur niveau,*

*se baisser, s'incliner, se courber, se faire petit.*

*Là, vous avez tort.*

*Ce n'est pas cela qui fatigue le plus.*

*C'est plutôt le fait d'être obligé de s'élever à la hauteur de leurs sentiments.*

*De s'étirer, de s'allonger, de se hisser sur la pointe des pieds : pour ne pas les blesser.*

*Janusz Korczak*

## الإهداء

إلى روح أبي الطاهرة.

إلى أمي أطل الله في عمرها.

إلى زوجي الحبيب أمده الله بالصحة والعافية.

إلى أبنائي وقرّة عيني عبد الهادي وأمينة وعبد الرحمن.

إلى إخواني وأخواتي.

إلى زملائي وزميلاتي في دفعة الماجستير والدكتوراه، مشري أميرة وعلي زروقي

خولة وبن تومي أمال وسنوساوي عبد الرحمن وسليمان حسين.



## كلمة شكر وتقدير

بداية أشكر الله تعالى على ما حباني به من نِعَمٍ، وأن ذلَّل لي الصِعَاب، وسخَّر لي من عباده الصالحين، وأعانني على إتمام هذا العمل، بأن أتم علي عفوه، وعافيته وستره.

كل الشكر والتقدير والعرفان إلى الأستاذ المشرف الدكتور مكي محمد، على ما بذله من جهد طيلة هذه السنوات، وعلى رحابة صدره، وسعة صبره، وسداد رأيه، وعلى إنسانيته وطيبة قلبه، فله مني أسمى معاني الشكر والتقدير عرفانا بالجميل.

الشكر والتقدير للأساتذة الكرام، أعضاء اللجنة الموقرة، على قبولهم مناقشة وإثراء هذا العمل.

الشكر الخالص لأفراد مدرسة الشهيدة "درقاوي بدرة" للأطفال المعوقين سمعيا بمدينة غليزان، من مديرة، ومُعَلِّمين، ومُعَلِّمات، وتلاميذ، وأخص بالذكر أفراد عينة الدراسة، دون أن أنسى الأخصائية النفسانية، والأخصائية الأطفونوية، والأخصائية البيداغوجية، وكل من ساهم في إنجاز واطمام هذا العمل.

لكل هؤلاء شكرا جزيلا

هدفت الدراسة الحالية إلى اختبار فاعلية برنامج علاجي معرفي سلوكي في خفض الاضطرابات الانفعالية لدى الطفل الأصم، من خلال التقصي عن الاضطرابات الانفعالية والسلوكية الموجودة لديه، خاصة (اضطراب فرط النشاط الحركي، وقصور الانتباه، والعدوانية نموذجاً). ودراسة العلاقة بين هذه الاضطرابات ومتغيرات: الجنس، والعمر الزمني، ودرجة الإعاقة السمعية، ونوع الإقامة (داخلي ونصف داخلي)، واقتراح البرنامج العلاجي. لتحقيق هذه الأهداف تم استخدام المنهج الوصفي والمنهج شبه التجريبي، وتطبيق مقياس بيركس لتقدير السلوك، ومقياس فرط النشاط الحركي، وقصور الانتباه والعدوانية، على عينة قوامها (71) طفلاً أصماً من مدرسة الأطفال المعوقين سمعياً بغليزان، وتم اختيار (07) حالات لتطبيق البرنامج العلاجي. أسفرت الدراسة على النتائج التالية: يعاني الأطفال الصم من اضطرابات انفعالية وسلوكية، وبمستويات مختلفة. - يعاني الأطفال الصم من فرط النشاط الحركي، وقصور الانتباه، والعدوانية، وبمستويات مختلفة - توجد علاقة بين فرط النشاط وقصور الانتباه والعدوانية لدى الطفل الأصم-توجد فروق دالة احصائياً في مستوى الاضطرابات الانفعالية لدى الطفل الأصم تعزى لجنس الطفل وعمره الزمني ودرجة إعاقته، ونوع إقامته-البرنامج العلاجي المقترح فعال في التخفيف من حدة الاضطرابات الانفعالية لدى الطفل الأصم. الكلمات المفتاحية: الطفل الأصم- الاضطرابات الانفعالية- العلاج المعرفي السلوكي.

#### Abstract:

The present study aimed to test the effectiveness of a cognitive-behavioral therapy program in reducing emotional disorders in a deaf child, by investigating the emotional and behavioral disorders present in the deaf child, especially (hyperactivity disorder, attention deficit, and aggression as a model), and to study the relationship between these disorders and variables: gender, chronological age, degree of hearing impairment, type of residence (internal and semi-internal), and treatment program proposal. To achieve these goals, the descriptive and quasi-experimental approach was used, and the Birx scale to assess behavior, the hyperactivity scale, attention deficit and aggression were used on a sample of (71) deaf children from the school for hearing-impaired children in Relizane, and (07) were selected Cases for applying the therapy program. The study yielded the following results: Deaf children suffer from emotional and behavioral disorders, at different levels. - Deaf children suffer from hyperactivity, attention deficit, aggression, and at different levels - There is a relationship between hyperactivity, attention deficit and aggression in a deaf child - There are statistically significant differences in the level of emotional disorders in a deaf child due to the child's sex, chronological age, degree of disability, and type of residence The proposed course of treatment is effective in reducing the severity of emotional disturbances in a deaf child.

**Key words: the deaf child - emotional disorders - cognitive behavioral therapy.**

#### Résumé:

La présente étude visait à tester l'efficacité d'un programme de thérapie cognitivo-comportementale dans la réduction des troubles émotionnels chez l'enfant sourd, en enquêtant sur les troubles émotionnels et comportementaux dont il souffre, notamment (trouble d'hyperactivité, déficit d'attention et agressivité comme modèle). Et l'étude de la relation entre ces troubles et variables: sexe, âge chronologique, degré de déficience auditive, type de résidence (interne et semi-interne), et proposition d'un programme de psychothérapie. Pour atteindre ces objectifs, l'approche descriptive et l'approche quasi-expérimentale ont été utilisées, et l'échelle Birx pour évaluer le comportement, l'échelle d'hyperactivité, de déficit d'attention et d'agressivité, a été appliquée à un échantillon de (71) enfants sourds de l'école d'enfants malentendants de Relizane, et (07) cas ont été choisis pour l'application du programme de thérapie. L'étude a donné les résultats suivants: Les enfants sourds souffrent de troubles émotionnels et comportementaux, à différents niveaux. - Les enfants sourds souffrent d'hyperactivité, de déficit d'attention et d'agressivité, et à différents niveaux - Il existe une relation entre l'hyperactivité, le déficit d'attention et l'agressivité chez un enfant sourd - Il existe des différences statistiquement significatives dans le niveau de troubles émotionnels chez l'enfant sourd en raison du sexe de l'enfant, de son âge chronologique, du degré de son handicap et du type de sa résidence. Le programme thérapeutique proposé est efficace pour alléger l'intensité des troubles émotionnels chez l'enfant sourd.

**Mots clés: enfant sourd - troubles émotionnels - thérapie cognitivo-comportementale.**

اختبار فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في خفض الاضطرابات الانفعالية  
لدى الطفل الأصم

## قائمة المحتويات

	العنوان
أ	الإهداء
ب	الشكر والتقدير
ت	ملخص الدراسة
1	عنوان المذكرة
2	قائمة المحتويات
5	قائمة الجداول
7	قائمة الأشكال
7	قائمة الملاحق
8	المقدمة
الفصل الأول: مدخل إلى الدراسة	
10	1. إشكالية الدراسة
17	2. فرضيات الدراسة
18	3. أهداف الدراسة
18	4. أهمية الدراسة
19	5. التعاريف الاجرائية لمفاهيم الدراسة
الفصل الثاني: الدراسات السابقة	
24	تمهيد
24	1. الدراسات التي اهتمت بالاضطرابات الانفعالية والسلوكية
35	2. الدراسات التي اهتمت بطرق التكفل بالاضطرابات الانفعالية والسلوكية
42	3. التعقيب على الدراسات السابقة وابرار مساهمة الدراسة الحالية
الفصل الثالث: الإعاقة السمعية (تعريفها - تصنيفها - أسبابها - تأثير الإعاقة على نفسية الفرد الأصم)	
48	تمهيد
48	1. آلية السمع والجهاز المسؤول عنها
53	2. تعريف الإعاقة السمعية
56	3. تصنيف الإعاقة السمعية
63	4. أسباب الإعاقة السمعية
64	5. أساليب التواصل لدى الصم

65	6. الخصائص النفسية للصم
69	خلاصة الفصل
<p>الفصل الرابع: الانفعالات والاضطرابات الانفعالية والسلوكية لدى الطفل الأصم (فرط النشاط الحركي، وقصور الانتباه، والعدوانية نموذجاً)</p>	
73	تمهيد
	1. الانفعالات والاضطرابات الانفعالية والسلوكية لدى الطفل الأصم.
74	1.1 مفهوم الانفعال
74	2.1 العلاقة بين السمع والانفعال
76	3.1 تعريف الاضطرابات الانفعالية والسلوكية
	2. اضطراب فرط النشاط الحركي مع قصور الانتباه.
81	1.2 تعريف اضطراب فرط النشاط الحركي وقصور الانتباه
83	2.2 تصنيف اضطراب فرط النشاط الحركي وقصور الانتباه وفق DSM 4
86	3.2 أسباب اضطراب فرط النشاط الحركي وقصور الانتباه
87	3. الاضطرابات المصاحبة للنشاط الزائد وقصور الانتباه
	3. السلوك العدواني
89	1.3 تعريف السلوك العدواني
89	2.3 أشكال العدوان
90	3.3 أسباب السلوك العدواني
92	4.3 النظريات المفسرة للسلوك العدواني
95	5.3 وظائف العدوان
95	6.3 قياس السلوك العدواني
96	7.3 العدوان لدى الأصم
97	خلاصة الفصل
<p>الفصل الخامس: العلاج المعرفي السلوكي، وطرق التكفل باضطراب فرط النشاط الحركي، وقصور الانتباه والعدوانية</p>	
99	تمهيد
	أولاً: العلاج المعرفي السلوكي.
99	1. تعريف العلاج المعرفي السلوكي.
101	2. الخلفية المرجعية للعلاج المعرفي السلوكي.
103	3. مستويات التدخل للعلاج المعرفي السلوكي.

104	4. خصائص العلاج المعرفي السلوكي.
106	5. أهداف العلاج المعرفي السلوكي.
	ثانياً: علاج فرط النشاط الحركي وقصور الانتباه
108	1. العلاج الطبي.
110	2. العلاج السلوكي.
113	3. العلاج بالفن.
114	4. العلاج السلوكي المعرفي.
115	ثالثاً: علاج السلوك العدواني.
<b>الفصل السادس: الإجراءات المنهجية للدراسة</b>	
120	تمهيد
120	1. المنهج.
122	2. إجراءات الدراسة الاستطلاعية.
127	3. أدوات الدراسة.
127	1.3 الملاحظة
128	2.3 المقابلة
128	3.3 مقياس بيركس لتقدير السلوك
138	4.3 مقياس فرط النشاط الحركي وقصور الانتباه، والعدوانية
141	5.3 البرنامج العلاجي.
	4. إجراءات الدراسة الأساسية.
182	1.4 أهداف الدراسة الأساسية
182	2.4 الحدود الزمانية والمكانية للدراسة الأساسية
182	3.4 خصائص العينة الأساسية
185	4.4 دراسة الحالات
<b>الفصل السابع: دراسة الحالات</b>	
187	1. دراسة الحالة الأولى
195	2. دراسة الحالة الثانية
204	3. دراسة الحالة الثالثة
212	4. دراسة الحالة الرابعة



220	5. دراسة الحالة الخامسة
227	6. دراسة الحالة السادسة
235	7. دراسة الحالة السابعة
الفصل الثامن: عرض ومناقشة وتفسير النتائج	
245	1. عرض وتحليل نتائج الدراسة
263	2. تفسير ومناقشة النتائج
283	3. الاستنتاج العام.
289	4. الخاتمة.
291	5. المقترحات والتوصيات.
292	6. قائمة المراجع.
309	7. الملاحق

### قائمة الجداول

الصفحة	العنوان	رقم الجدول
125	توزيع عينة الدراسة الاستطلاعية حسب متغير الجنس.	01
126	توزيع عينة الدراسة الاستطلاعية حسب متغير السن.	02
126	توزيع عينة الدراسة الاستطلاعية حسب متغير درجة الإعاقة السمعية.	03
133	كيفية ملأ مقياس بيركس لتقدير السلوك للأبعاد: 8-16-1-10 (نموذجاً)	04
136	معاملات ارتباط بيرسون بين كل بعد والدرجة الكلية للمقياس.	05
136	نتائج المقارنة بين المجموعتين العليا والدنيا.	06
137	نتائج حساب الثبات باستعمال التجزئة النصفية.	07
138	نتائج إعادة تطبيق مقياس بيركس.	08
181	توزيع العينة الأساسية حسب العمر الزمني.	09
183	توزيع العينة حسب الجنس.	10
184	توزيع العينة حسب درجة الإعاقة السمعية.	11
184	توزيع العينة حسب نوع الإقامة (داخلي ونصف داخلي).	12
189	نتائج القياس القبلي لمقياس بيركس لتقدير السلوك (الحالة الأولى).	13
190	نتائج القياس القبلي لفرط النشاط الحركي وقصور الانتباه والعدوانية (الحالة الأولى).	14
	نتائج القياس البعدي لفرط النشاط الحركي وقصور الانتباه والعدوانية (الحالة الأولى).	

193	نتائج القياس القبلي لمقياس بيركس لتقدير السلوك (الحالة الثانية).	15
197	نتائج القياس القبلي لفرط النشاط الحركي وقصور الانتباه والعدوانية (الحالة الثانية).	16
198	نتائج القياس البعدي لفرط النشاط الحركي وقصور الانتباه والعدوانية (الحالة الثانية).	17
201	نتائج القياس القبلي لمقياس بيركس لتقدير السلوك (الحالة الثالثة).	18
206	نتائج القياس القبلي لفرط النشاط الحركي وقصور الانتباه والعدوانية (الحالة الثالثة).	19
207	نتائج القياس البعدي لفرط النشاط الحركي وقصور الانتباه والعدوانية (الحالة الثالثة).	20
209	نتائج القياس القبلي لمقياس بيركس لتقدير السلوك (الحالة الرابعة).	21
214	نتائج القياس القبلي لفرط النشاط الحركي وقصور الانتباه والعدوانية (الحالة الرابعة).	22
215	نتائج القياس البعدي لفرط النشاط الحركي وقصور الانتباه والعدوانية (الحالة الرابعة).	23
215	نتائج القياس القبلي لمقياس بيركس لتقدير السلوك (الحالة الخامسة).	24
222	نتائج القياس القبلي لفرط النشاط الحركي وقصور الانتباه والعدوانية (الحالة الخامسة).	25
223	نتائج القياس البعدي لفرط النشاط الحركي وقصور الانتباه والعدوانية (الحالة الخامسة).	26
225	نتائج القياس القبلي لمقياس بيركس لتقدير السلوك (الحالة السادسة).	27
229	نتائج القياس القبلي لفرط النشاط الحركي وقصور الانتباه والعدوانية (الحالة السادسة).	28
230	نتائج القياس البعدي لفرط النشاط الحركي وقصور الانتباه والعدوانية (الحالة السادسة).	29
232	نتائج القياس القبلي لمقياس بيركس لتقدير السلوك (الحالة السابعة).	30
237	نتائج القياس القبلي لفرط النشاط الحركي وقصور الانتباه والعدوانية (الحالة السابعة)	31
238	نتائج القياس البعدي لفرط النشاط الحركي وقصور الانتباه والعدوانية (الحالة السابعة).	32
241	توزيع العينة الأساسية بحسب مستويات المقاييس الفرعية لمقياس بيركس لتقدير السلوك.	33
245	توزيع العينة الأساسية حسب المستوى الدال للمقاييس الفرعية لمقياس بيركس.	34
247	توزيع العينة الأساسية حسب مستويات فرط النشاط الحركي.	35
249	توزيع العينة الأساسية حسب مستويات قصور الانتباه والاندفاعية.	36
249	توزيع العينة الأساسية حسب مستويات العدوانية.	37
251	يوضح العلاقة بين أبعاد مقياس فرط النشاط الحركي، وقصور الانتباه والعدوانية.	38
253	الفروق في مستوى فرط النشاط الحركي، وقصور الانتباه، والعدوانية تبعاً لمتغير جنس الطفل.	39
254	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمجموعتي الذكور والإناث في مقاييس: قصور	40
255	الانتباه، وفرط النشاط الحركي، والعدوانية.	41
	الفروق في مستوى قصور الانتباه وفرط النشاط الحركي والعدوانية تبعاً لمتغير العمر الزمني للطفل.	
257	اتجاه الفروق تبعاً لمتغير العمر الزمني للطفل.	42
257	الفروق في مستوى قصور الانتباه، وفرط النشاط الحركي، والعدوانية تبعاً لمتغير درجة الإعاقة	43
259	السمعية للطفل.	44

260	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للعينات حسب متغير نوع الإقامة.	45
260	مقارنة مجموعتين مستقلتين من حيث مستوى قصور الانتباه، وفرط النشاط الحركي، والعدوانية تبعاً لمتغير نوع الإقامة (داخلي ونصف داخلي).	46
262	نتائج اختبار "ت" لحساب دلالة الفروق بين متوسطي درجات القياس القبلي والقياس البعدي لاضطراب فرط النشاط الحركي، وقصور الانتباه، والعدوانية للحالات السبعة المدروسة.	47

### قائمة الأشكال

الصفحة	العنوان	رقم الشكل
50	الأجزاء الرئيسية للأذن.	01
51	مكونات الأذن الخارجية.	02
51	مكونات الأذن الوسطى.	03
52	مكونات الأذن الداخلية.	04
64	الاحتياجات التربوية والتعليمية في ضوء تصنيفات الإعاقة السمعية.	05
248	توزيع العينة الأساسية حسب وجود دلالة في مستوى المقاييس الفرعية لمقياس بيركس.	06
250	توزيع العينة الأساسية حسب مستويات فرط النشاط الحركي.	07
251	توزيع العينة الأساسية حسب مستويات قصور الانتباه والاندفاعية.	08
252	يمثل توزيع العينة الأساسية حسب مستويات العدوانية.	09

### قائمة الملاحق

الصفحة	العنوان	الرقم
311	القائمة الاسمية للأساتذة المحكمين	01
312	مقياس بيركس لتقدير السلوك	02
318	مقياس فرط النشاط الحركي وقصور الانتباه والعدوانية	03
320	الصور الخاصة بالبرنامج العلاجي المعرفي السلوكي	04
322	بعض الألعاب النفس حركية المقترحة في البرنامج العلاجي	05
323	صور للألعاب المقترحة للاسترخاء	06
324	اختبار رسم الرّجل للحالات البسعة	07

## المقدمة

تُعتبر حاسة السمع من الحواس التي فضّلها الله فقد وردت آيات كثيرة ذُكرت فيها كقوله تعالى: "والله أخرجكم من بطون أمهاتكم لا تعلمون شيئاً وجعل لكم السمع والأبصار والأفئدة لعلكم تشكرون" {سورة النحل، الآية 78}

يولد الانسان فيسمع الأصوات وتكون الأذن أول حاسة تؤدي وظيفتها، توصل الفرد بمحيطه، يجيب عليه ويتجاوب معه، لذا فإن اللغة المسموعة وسيلة الفرد للاتصال، والتواصل مع الآخرين، وأي خلل في حاسة السمع سيعيق التفاعل الاجتماعي، ويؤثر عليه فتنتج المشكلات النفسية.

ولقد تناولت دراسات كثيرة خصائص الطفل الأصم، ومنها تلك التي تطرقت إلى وظائف السمع، وإلى الآثار المترتبة عن غيابه، وذكرت هذه الدراسات أن المفاهيم المكتسبة بشكل تلقائي ودون تعلم هي منعدمة عند الأصم، كفقدان الرقابة السمعية النطقية، ما يؤثر سلباً على اكتساب اللغة وتطويرها. كما وأن تنظيم الزمن يمر عبر الأذن، فغياب السمع يؤثر على المكان باعتبار أن معرفة المحيط تكون على شكل ارجاع الترددات والأصدا، وعلى هذا الأساس يفقد الطفل الأصم معلومات كثيرة عن المكان، وصورة العالم الخارجي بالنسبة إليه خالية من المعالم الصوتية. وفي خضم الصمت الذي يلفه، فالأصم لوحده لا يتصل إلا مع نفسه، فنجدته يتحرك ليعوّض غياب الاتصال مع الآخر، وكأن الهدوء والسكون بالنسبة إليه وحدة وتوتر. ونتيجة لهذا النقص نلاحظ في سلوكه خصوصيات، فهو يضرب بغرض اللمس، ويحدق بنظره بغرض النظر، ويشير ويتحرك بغرض الكلام والتعبير.

انطلاقاً مما تقدّم تستهدف الدراسة الحالية اختبار برنامج علاجي معرفي سلوكي للتخفيف من حدة الاضطرابات الانفعالية والسلوكية لدى الطفل الأصم، وهذا من خلال التقصي عن هذه الاضطرابات، خاصة تلك المتعلقة بفرط النشاط الحركي وقصور الانتباه والعدوانية.

ولتحقيق هذا الهدف ستتضمن هذه الدراسة جانبين، أحدهما نظري والآخر تطبيقي، سيتكون الجانب النظري من خمسة فصول، يمثل الفصل الأول منها مدخلا للدراسة، ويتضمن طرح الإشكالية، وصياغة الفرضيات، وإبراز أهداف هذه الدراسة وأهميتها، إضافة إلى تحديد مفاهيمها الإجرائية.

أما الفصل الثاني فسيخصص للدراسات السابقة التي تطرقت لمتغيرات الدراسة والتي سيتم التعقيب عليها في آخر الفصل، ليليه بذلك الفصل الثالث والذي سيتناول دراسة الإعاقة السمعية،

ابتداء من تعريفها، وتصنيفها، إلى ذكر أسبابها، وأخيرا، تأثيرها على خصائص الطفل الأصم. في الفصل الرابع سنتطرق إلى حيث انتهى الفصل السابق، ونعني بذلك الاضطرابات الانفعالية والسلوكية التي أنتجها فقد السمع، أو ساهم في ظهورها، وسندرس بالتفصيل اضطراب فرط النشاط الحركي، وقصور الانتباه والعدوانية، ليليه بعد ذلك الفصل الخامس، والذي سنعرض فيه منشأ العلاج المعرفي السلوكي، وتعريفه، ومستويات التدخلات فيه، دون أن ننسى خصائصه. بعدها سنذكر تحديدا طرق التكفل باضطراب فرط النشاط الحركي وقصور الانتباه، من جهة والسلوك العدواني من جهة أخرى.

أما الجانب التطبيقي منها، فسيتضمن الفصل السادس للدراسة باعتبارها كل متكامل، وسيكون مخصصا للإجراءات المنهجية، حيث يُعرض المنهج والأدوات المستخدمة، وخصائص العينة، وتفاصيل الدراسة الاستطلاعية والأساسية، ليأتي بعد ذلك الفصل السابع لعرض نتائج دراسة الحالات والتي ستكون قد خضعت للبرنامج العلاجي، بعدها في الفصل الثامن والأخير سنناقش النتائج ونحللها ونفسرها في ضوء نتائج الدراسات السابقة، وسنختم بخاتمة عامة، وبتقديم مجموعة من المقترحات والتوصيات، يليها عرض لقائمة المراجع المعتمدة، وأخيرا عرض للملاحق.

## الفصل الأول: مدخل إلى الدراسة

1. اشكالية الدراسة
2. فرضيات الدراسة
3. أهداف الدراسة
4. أهمية الدراسة
5. التعاريف الإجرائية لمفاهيم الدراسة

## 1. اشكالية الدراسة:

تعتبر الطفولة أهم مرحلة في حياة الإنسان، كيف لا وهي الأساس الذي تُبنى عليه شخصية الفرد، غير أن أي خلل فيها ستكون له عواقب سلبية على المراحل اللاحقة من عمره. وكما أن الطفولة مثال للبراءة، والأحلام، والمرح، فهي أيضا المرحلة التي تظهر فيها بعض السلوكيات غير المرغوبة والتي تعبر عن سوء التوافق مع الآخرين دون أن يعرف هؤلاء الأطفال ما هو المرغوب، وما هو الممنوع، فهم لا يستطيعون فهم أو وصف ما بداخلهم من مشاعر سلبية تدفعهم للتصرف بطرق غير سوية. وتكون هذه المشاعر السلبية هي المؤشر على وجود اضطرابات انفعالية وسلوكية عندهم. والاضطراب الانفعالي كما عرفه "زهران" هو حالة تكون فيها ردود الفعل الانفعالية غير مناسبة لمثيرها بالزيادة أو النقصان. (زهران، 2005، ص 340).

وفي هذا الصدد يرى يونس وعبد الحميد أن التكوين النفسي للطفل مرتبط بتكوينه الفيسيولوجي، وبسلامته الجسمية، فالأطفال الأسوياء بدنيا ونفسيا هم أقل عرضة لاضطرابات السلوك، إذا ما قورنوا بغيرهم من الأطفال ذوو الحاجات الخاصة، لأن هؤلاء تظهر اضطراباتهم عند عجزهم عن ضبط دوافعهم، وغرائزهم وعدم استقرارهم الانفعالي، وتكون بذلك سلوكياتهم في مواقف مختلفة، مغايرة إلى حد ما، لما هو متوقع أن يكون. (يونس، عبد الحميد، 1991، ص 36)

وقد ذكر القمش أن الإعاقة تؤدي بالطفل إلى الانعزال عن الأفراد، فينسحب ويصبح غير متجاوب مع المحيطين به، كما أن رفض الآباء لأبنائهم المعوقين وحرمانهم من الرعاية، يؤدي إلى الشعور باليأس الانفعالي، والاكتئاب، الأمر الذي من شأنه أن يمثل مفتاحا لاضطرابات سلوكية وانفعالية. (القمش، 2006، ص 185)

من أخطر الإعاقات نجد الإعاقات الحسية، خاصة الإعاقة السمعية منها، حيث أن حاسة السمع، وكما ذكر ابراهيم مجدي عزيز، تساعد الفرد على فهم أبعاد المثيرات، وعلى إدراك وملاحظة ما يدور حوله، كما تساعده على التكيف مع البيئة التي يعيش فيها، سواء كانت في صورة مكونات مادية، أو وقائع وأحداث اجتماعية، وثقافية، وغيرها، لذلك فإن القصور السمعي أو فقدان السمع كلياً، يُعدّ من أخطر أنواع العجز الذي يصيب الفرد، فالإنسان يفتتح على العالم الخارجي من خلال حاسة السمع التي لولاها لعاش في صمت رهيب وأحياناً في صمت مميت. (ابراهيم، 2003، ص 431، 434)

ويعتبر الأطفال المعوّقون سمعياً، من أكثر فئات الإعاقة تأثراً بالمجتمع، نظراً لاتصالهم الناقص به، فحاسة السمع مهمة في نمو الإنسان، لأنها تُسهّل تواصله مع بيئته، وتجعله قادراً على تعلم اللغة، كما أنها وسيلة مهمة للتفاعل الاجتماعي، ولنمو الفرد بصورة طبيعية، واضطراب هذه الحاسة أو فقدها يعيق هذا النمو، فيصبح الإنسان معزولاً عن الآخرين غير قادر على التواصل الطبيعي معهم، فيواجه الطفل المعوّق سمعياً الكثير من المواقف بالشعور بعدم الأمن عندما يحاول الاختلاط بالغير. (خليفة، 2011، ص 249).

وفي هذا الاتجاه ذهب القريوتي والسرطاوي إلى أن المعاقين سمعياً أكثر عرضة للضغوط النفسية، والقلق، وانخفاض تقدير الذات، إضافة إلى نوبات الغضب، نتيجة للصعوبات التي تواجههم خلال تعبيرهم عن مشاعرهم، فنجدهم يعبرون عن غضبهم وإحباطهم بعصبية، ويميل أكبر للعدوان الجسدي. (القريوتي، والسرطاوي، 2001، ص 118)

إن الضغوط النفسية والاجتماعية وما يتبعها من تأثيرات سلبية على واقع الأطفال الصم، قد تدفع بهؤلاء الأطفال لإبداء ميل لا شعوري نحو إظهار أيّ من السلوكيات والمشاعر المضطربة كأحد أساليب التعويض، أو التهرب من مشاعر الحرمان، والنقص، والإحباط. (الربيعي، 2011، ص 23).



وهذا ما أكدته دراسة الزريقات والإمام (2005)، التي أجريت على عينة من الطلبة المعوقين سمعياً، حيث أشارت نتائجها إلى وجود مشكلات تواصلية، وانفعالية، ومشكلات سلوكية، مرتبطة بدرجة فقدان السمع، كما أكدته أيضاً دراسة فريمان (Freeman, 1979)، والتي هدفت إلى التعرف على المشكلات النفسية لضعاف السمع، فأظهرت نتائجها أن هؤلاء الأطفال يظهرون مشكلات نفسية متمثلة في القلق والعدوان، وأرجعت أسباب هذه المشاكل إلى أسلوب الأسرة في التعامل مع أبنائهم.

إن الطفل الأصم ليس كغيره من الأطفال، فهو يعاني من عزلة اجتماعية تؤدي به إلى التوتر، وتولد لديه نوعاً من الإحباط. فتنشأ لديه مشاعر مختلفة من الغضب، والعدوان نحو الآخرين، وسوء تقدير لذاته، تُترجم في صورة مشاكل سلوكية، وانفعالية، تُلاحظ من خلال ما تُخلّفه من آثار سلبية عليه، وعلى المحيطين به. وباعتبار أن هذا الطفل يبدو عادياً في مظهره الخارجي، وفقدان السمع لديه، لا يشد الانتباه، ولا ينبّه إلى حجم المعاناة التي يعيشها، ولا إلى خطورة هذه الآثار على شخصيته، نجده كثيراً ما يلجأ إلى العدوان، لإحساس منه بعدم قبوله اجتماعياً، أو لعدم توافقه مع السامعين من حوله، كوسيلة منه لجذب الانتباه، أو لاستعراض قوته، تعويضاً عن شعوره بالنقص.

(العقاد، 2001، ص ص 102-104)

تعددت التفسيرات النظرية للمشكلات النفسية والسلوكية للصم، إلا أنها تركزت وبصفة عامة، حول افتقار الشخص الأصم إلى القدرة على التواصل الاجتماعي مع الآخرين، وإلى أنماط التنشئة غير السوية، فالأطفال المعوقون سمعياً، وباختلافهم في درجات الفقد السمعي، يتواصلون فيما بينهم بطرق، غالباً ما لا يفهمها السامعون، ما يجعل وضعيتهم مختلفة، تدفع بالآخرين إلى تمييزهم والتحيز ضدهم سلباً. (أبو حلاوة، 2007، ص 2)

ويذكر زهران "أن إعاقة الأصم لها جانبان مشتركان: الجانب الأول هو نقص في مفهوم الذات مما يؤثر عليه، وقد يتسبب في انهيار الذات، وليس هذا فحسب، بل إن الأصم لا يختلف عن العاديين فقط، وإنما يرى أنهم لا يفهمون معنى الإعاقة وأثرها. والجانب الثاني هو اختلال علاقة الأصم بأقرانه المعاقين الآخرين بسبب إعاقته، فيكون سلوكه إما الانطواء، أو الخوف من الناس ومن الحياة والاستسلام، وإما التحدي والعدوان." (زهران، 1997، ص 84)

ويضيف الغانم (1990: 67) أن الطفل الأصم يواجه أمرين أساسيين:

- 1- أن الصمم بحد ذاته يحجب عن الطفل بعض جوانب العالم الخارجي.
- 2- أن إدراك الطفل لموقف واستجابات البيئة من حوله قائم على اعتقاده أنها تناصبه العداء ولا توفر له الظروف الملائمة، أو أنها تعامله معاملة خاصة من شفقة، أو قسوة، أو إهمال، وبازدياد الإحباط تزداد الرغبة في السلوك العدواني وهذا يعني توجيه قدر من الطاقة النفسية لدى الفرد نحو السلوك العدواني ضد مصدر الإحباط.

الانفعال ركن هام في عملية النمو الشاملة والمتكاملة، فهو أساسي لبناء الشخصية السوية، ويتحدد دور عملية النمو في تحديد وتوجيه المسار النمائي الصحيح لتلك الشخصية بكل ما تحمله من عواطف وأفكار، وما تحققه من أفعال وأنماط سلوك مختلفة. فالانفعالات إذن حالات داخلية تتصف بجوانب معرفية خاصة، وبإحساسات، وردود أفعال فيزيولوجية، وسلوك تعبيرية معين. وهي تنزع للظهور فجأة ويصعب التحكم فيها وتتنوع بين القلق، والغضب، والعدوانية، والسعادة، والابتهاج. ويتكون الانفعال من مكونات فيزيولوجية، ومعرفية، وسلوكية، وليس هناك ترتيب لهذه المكونات فهي تظهر مع بعضها البعض في آن واحد.

وتجدر الإشارة إلى أن النمو الانفعالي العادي يسير وفقا لمتغير العمر الزمني، إذ تعكس كل مرحلة عمرية من حياة الفرد عددا من المواقف الانفعالية المناسبة، ففي الطفولة تكون الانفعالات متمركزة حول ذات الطفل كالغضب والخوف، ومع تقدمه في السن تتحول هذه الانفعالات لتتمركز حول الآخرين وحول الأشياء. (الروسان، 2001، ص 229). ويزداد الانفعال هدوءا بنمو اللغة، باعتبارها وسيلة جديدة، متطورة، للتعبير عن الانفعالات، والتخفيف من حدتها. فاللغة تقلل من الشعور بالعجز الذي كان يشعر به الطفل قبل اكتسابها. (الفرخ شعبان، تيم عبد الجابر، 1999، ص 8-12)

وبما أن اللغة وسيلة أساسية من وسائل الاتصال والتواصل الاجتماعي، خاصة في التعبير عن الذات وفهم الآخرين، فهي أيضا وسيلة من وسائل النمو العقلي، والنمو المعرفي، والنمو الاجتماعي للفرد.

فماذا يحدث عندما تُفقد اللغة، ويصعب التعبير عن المشاعر؟

عندما لا يستطيع الفرد التعبير عن مشاعره لأنه فاقد لوسيلة الاتصال سيصاحب حتما بالإحباط، وهنا تظهر الاضطرابات، وتتصف الاضطرابات المرتبطة بالانفعال، بشكل عام، بأنها سلوكيات خارجية أو سلوكيات داخلية، حيث تكون السلوكيات الخارجية موجهة نحو الآخرين مثل العدوان، والشتم، والسرقعة، والنشاط الزائد، بينما تكون السلوكيات الداخلية بصورة اجتماعية إنسحابية، مثل فقدان الشهية، أو الشره المرضي، والاكتئاب، والانسحاب الاجتماعي، والمخاوف المرضية. (أحمد يحيى، 2000، ص 20)، وعليه يمكن اعتبار أن أي انفعال يحدث عند الطفل يتبعه سلوك معين، ما يعني أن هذا السلوك ما هو إلا استجابة للانفعال الذي سبقه. إلا أنه وجب الأخذ بعين الاعتبار أن قوة الاستجابة مشروطة بأمرين اثنين هما: الموقف المثير، من ناحية، ومدى تفاعل الطفل مع هذا الموقف، وكذا الحالة النفسية، والجسمية، والعقلية للطفل، من ناحية ثانية، دون أن نهمل أمرا ثالثا وهو مدى إشباع الطفل لدوافعه، وغرائزه، وحاجاته. وهنا وجب أن نستشهد بما ذكره المفكرون البارزون في مجال الطفولة، حيث قال جان بياجى

(1896-1980) في حديثه عن التعلم: "النمو سابق للتعلم الذي يغذيه"، وذكر أيضا "أن الذكاء وسيلة

للتكيف، وأن وظيفته تكيف الفرد في وسطه، مع المحافظة على أفضل الفرص للعيش."

وقال هنري فالون (1879-1962): " الإنسان كائن بيولوجي، وهو كائن اجتماعي، وهو نفسه

شخص واحد". كما نظر للنمو في شموليته (الفيزيولوجي، والعصبي، والحركي، والعاطفي، واللغوي،

والاجتماعي...) وركز على أهمية الانفعالات، وعلى دور الآخر (l'autre) في عملية النمو. وفي حديثه

عن محيط الطفل، لم يركز على البيئة المحيطة بقدر تركيزه على مجموع النشاطات والمواقف الاجتماعية

التي يعيشها الطفل، ووضع درجتين للمحيط، الأولى مكانية، والثانية وظيفية.

أما لاف سيميونوفيش فيكوتسكي (1896-1934) فقد ذكر "أن العمليات النفسية تنمو من

الخارج نحو الداخل"، وذكر أيضا "أن نمو الطفل ليس عملية داخلية مستقلة، فهو، ويقصد به النمو، ليس

علاقة ثنائية فرد/محيط، بل النمو هو نتاج جمعي، فالفرد في تفاعل دائم مع الغير ومع أعضاء

المجتمع". ويختصص النمو اللغوي، ذكر فيكوتسكي أن اللغة وسيلة أو آلة نفسية لصناعة التفكير، وأنها

تسمح بوظيفة التواصل مع العالم الخارجي، وليس هذا فحسب، بل ذكر أن اللغة وسيلة للفعل على العالم

من خلال التبادلات والنشاطات، كما نفى أن تكون هناك مراحل للنمو كما فصلها بياجى وفالون، وقال،

بدلا عن ذلك، أن هناك تفاعلات دائمة بين الجانبين الاجتماعي والبيولوجي، هي من تحفز النمو الثقافي

لدى الفرد.

أما برونر (Bruner) (1915) فكان يرى أن "تفكير الطفل منشأ اجتماعي، وأنه من خلال

التنشئة الاجتماعية تصنع المعارف." "وأن فهم الحلول سابق لإنتاجها."

وعليه وانطلاقا من الطرح السابق، واعتمادا على الإطار النظري، وعلى الدراسات السابقة، والتي

ستعرض مفصلة في الفصل الموالي، صيغت الاشكالية في مجموعة من الأسئلة كما يلي:

1- ماهي الاضطرابات الانفعالية والسلوكية عند الأطفال الصم الفاقدين للغة كوسيلة تعبيرية

تهدى من وطأة الانفعال، وتصنع التفكير، وتسمح بالتواصل مع الآخرين؟

2- هل يعاني الطفل الأصم من فرط النشاط الحركي، وقصور الانتباه والاندفاعية، والعدوانية؟

وما مستوى هذه الاضطرابات لديه؟

3- هل توجد علاقة بين مستوى كل من فرط النشاط الحركي وقصور الانتباه، و فرط النشاط

الحركي والعدوانية، وقصور الانتباه و العدوانية لدى الطفل الأصم؟ وما نوع هذه العلاقة؟

4- هل يؤثر كل من الجنس، والعمر الزمني، ودرجة الإعاقة السمعية، ونوع الإقامة (داخلي

ونصف داخلي) للطفل الأصم، في الاضطرابات الانفعالية والسلوكية لدى الأطفال الصم،

والمتمثلة في فرط النشاط الحركي، وقصور الانتباه، والعدوانية؟

5- وبما أن العمليات النفسية تنمو من الخارج نحو الداخل، وأن التنشئة الاجتماعية تصنع

المعارف المكتسبة، وأن التعلم يغذي النمو، وفهم الحلول يسبق وضعها، فهل نستطيع

التخفيف من فرط النشاط الحركي، وقصور الانتباه والاندفاعية، والعدوانية، لدى الطفل الأصم

من خلال برنامج علاجي معرفي سلوكي؟

## 2. فرضيات الدراسة:

تعتبر الفرضيات إجابات مبدئية مؤقتة لمشكلة الدراسة، وهي تُعبّر عن توقعات الباحث للنتائج

التي ستسفر عنها الاختبارات، وعليه صيغت الفرضيات كالتالي:

1- يعاني الأطفال الصم من اضطرابات انفعالية وسلوكية مختلفة، وبمستويات مختلفة على مقياس

بيركس لتقدير السلوك.

2- يعاني الأطفال الصم من فرط النشاط الحركي، قصور الانتباه، والعدوانية، وبمستويات مختلفة.

3- توجد علاقة بين فرط النشاط الحركي، وقصور الانتباه، والعدوانية لدى الطفل الأصم.

4- توجد فروق دالة احصائيا في مستوى فرط النشاط الحركي، وقصور الانتباه، والعدوانية، لدى الطفل الأصم تعزى إلى الجنس، والعمر الزمني، ودرجة الإعاقة السمعية، ونوع الإقامة (داخلي ونصف داخلي).

5- البرنامج العلاجي المقترح فعال في التخفيف من مستوى فرط النشاط الحركي، وقصور الانتباه، والعدوانية لدى الطفل الأصم.

### 3. أهداف الدراسة:

تهدف الدراسة الحالية إلى اقتراح برنامج علاجي معرفي سلوكي يتضمن تقنيات النمذجة، ولعب الأدوار، والمحاضرة، والمناقشة، والواجبات المنزلية، ضمن اللعب الجماعي، والمسرح، والسيكو دراما. واختبار مدى فاعلية هذا البرنامج في التخفيف من حدة الاضطرابات الانفعالية لدى الطفل الأصم خاصة فرط النشاط الحركي، وقصور الانتباه، والعدوانية، وكذا الكشف عن العلاقات بين هذه الاضطرابات ومتغيرات: الجنس، والعمر الزمني، ودرجة الإعاقة السمعية، ونوع الإقامة (داخلي ونصف داخلي) للطفل الأصم.

### 4. أهمية الدراسة:

تبرز أهمية الدراسة الحالية في التقصي عن الاضطرابات الانفعالية والسلوكية لدى الطفل الأصم، باعتبار أن التكوين النفسي للطفل مرتبط بتكوينه الفسيولوجي، وبسلامته الجسمية.

وبما أن الأصم فاقد للغة كوسيلة للتعبير، فقد تعددت النظريات المفسرة لمشكلاته النفسية والسلوكية، إلا أنها تركزت وبصفة عامة، حول افتقار الشخص الأصم إلى القدرة على التواصل الاجتماعي مع الآخرين، وإلى أنماط التنشئة غير السوية. فالأطفال المعوقون سمعيا، وباختلافهم في درجات الفقد السمعي، يتواصلون فيما بينهم بطرق، غالبا ما لا يفهمها السامعون، ما يجعل وضعيتهم

مختلفة، تدفع بالآخرين إلى تمييزهم والتحيز ضدهم سلبا، وعليه جاءت هذه الدراسة لتقترح برنامجا علاجيا مبنيا على التقنيات المعرفية السلوكية، واختبار مدى فاعلية هذا البرنامج في التخفيف من حدة بعض الاضطرابات الانفعالية والسلوكية البارزة، كفرط النشاط الحركي، وقصور الانتباه، والعدوانية، باعتبارها اضطرابات تعيق توافق الطفل الأصم المتمدرس، كما ستفتح هذه الأخيرة المجال واسعا لبحوث أخرى تبحث في سيكولوجية الصم، والتي لا تزال، على حد علم الطالبة الباحثة، تحتاج جهودا للكشف عن ثقافة غير السامعين.

## 5. التعاريف الإجرائية لمفاهيم الدراسة:

### 1.5 الطفل الأصم:

يعرف الشخص (1985، ص 363) الأصم بأنه "من حُرِم حاسة السمع منذ ولادته، أو قبل تعلمه الكلام، إلى درجة تجعله حتى مع استعمال المعينات السمعية، غير قادر على سماع الكلام المنطوق، ومضطرا لاستخدام الإشارة، أو لغة الشفاه، أو غيرها من أساليب التواصل". ويعرّف الأشول (1987، ص 245) الأطفال الصم بأنهم "الأشخاص الذين يعانون من نقص أو إعاقة في حاستهم السمعية بصورة ملحوظة، لدرجة أنها تعوق الوظائف السمعية لديهم، وبالتالي فإن تلك الحاسة لا تكون الوسيلة الأساسية في تعلم الكلام واللغة لديهم".

كما يُعرّف الأصم، بأنه ذلك الشخص، الذي فقد حاسة السمع، منذ الميلاد، أو قبل تعلم الكلام، بدرجة لا تسمح له بالاستجابة الطبيعية، للأغراض التعليمية، والاجتماعية، في البيئة السمعية، إلا باستخدام طرق تواصل خاصة. (التهامي، 2006، ص 41) ومن الناحية الإجرائية:

يُعرّف الأصم بأنه ذلك الشخص الفاقد لحاسة السمع بدرجة تفوق (70) ديسيبل، والذي لا يستطيع سماع الكلام المنطوق، حتى بالمعينات السمعية، ويكون تواصله بلغة الإشارة.

## 2.5 الاضطرابات الانفعالية:

عن أسامة فاروق مصطفى (2011 ، ص 40-41)، أن جروبار (Grauber, 1973) عرّف الاضطرابات السلوكية والانفعالية: "بأنها مجموعة من أشكال السلوك المنحرف، والمتطرف بشكل ملحوظ، ومتكرر باستمرار، وتخالف توقعات الملاحظ، وتتمثل في الاندفاع، والعدوان، والاكتئاب، والانسحاب. ويضيف سعيد العزة (2009)، أنه وبالرغم من المشكلات التي تواجه وجود تعريف جامع لهذه

الاضطرابات، إلا أن هناك مؤشرات تدل عليها نذكر منها:

✓ المؤشرات الانفعالية والسلوكية المضطربة:

- النشاط الزائد بشكل ملحوظ
- مغادرة القسم دون إذن.
- الإزعاج المستمر للآخرين.
- النمطية والتكرار في السلوكيات.
- عدم توافق السلوك مع الموقف.
- سرعة الهياج والاثارة.
- العدوانية الزائدة.

✓ المؤشرات الاجتماعية لذوي الاضطرابات السلوكية:

- عدم القدرة على خلق علاقات طبيعية مع الآخرين.
- الانسحاب من النشاطات الاجتماعية.
- ازعاج الآخرين باستمرار، والاعتداء عليهم.



## ومن الناحية الإجرائية:

تحدد الاضطرابات الانفعالية في هذه الدراسة بالأبعاد التي يقيسها مقياس فرط النشاط الحركي وقصور الانتباه والعدوانية وفقا للدليل التشخيصي والاحصاء للاضطرابات النفسية والعقلية رقم 4. المستخدم في الدراسة، وهي: فرط النشاط الحركي، وقصور الانتباه، والعدوانية.

1. **فرط النشاط الحركي:** يعرف في هذه الدراسة بأنه زيادة في النشاط الحركي للطفل عن المعدل الطبيعي، بحيث لا يستطيع البقاء هادئا ومستقرا لمدة طويلة، وهو نشاط جسمي مفرط، تظهر أعراضه في حركات الأطراف، والالتفات للخلف أثناء الجلوس، والتنقل من مكان إلى آخر دون مبرر واضح ودون استئذان.

2. **قصور الانتباه:** يعرف في هذه الدراسة بأنه عدم القدرة على التركيز لمدة زمنية طويلة، مع سهولة الاستئارة وتشتت الانتباه.

3. **العدوانية:** تعرف في الدراسة الحالية بأنها كل سلوك يهدف إلى إلحاق الأذى اللفظي والجسدي بالذات، وبالآخرين في ذواتهم وفي ممتلكاتهم.

## 3.5 العلاج المعرفي السلوكي:

يشير العلاج المعرفي السلوكي إلى مجموعة من المبادئ والإجراءات التي تشترك في افتراض أن العمليات المعرفية تؤثر في السلوك، وأن هذه العمليات تتغير من خلال الفنيات المعرفية والسلوكية. ويختلف هذا الأسلوب العلاجي عن علاج الاستبصار التقليدي في أنّ معارف (هنا والآن) النوعية تكون هي الهدف في التغيير من خلال إجراءات نوعية أكثر من التأكيد على الماضي كسبب للصعوبات الحالية. وتشتمل المعارف على الاعتقادات ونظم الاعتقادات، والتفكير والتخيلات. وتشتمل العمليات

المعرفية على طرق تقييم وتنظيم المعلومات عن البيئة والذات، وطرق تعلم تلك المعلومات للتغلب على المشاكل أو حل المشكلات، وطرق التنبؤ بالأحداث المستقبلية وتقييمها.

(عبد الله محمد، 1999، ص 23)

### ومن الناحية الإجرائية:

فهو مجموعة من الجلسات العلاجية، موجهة للتخفيف من حدة اضطراب فرط النشاط الحركي، وقصور الانتباه، والعدوانية، باعتبارها اضطرابات تعيق توافق الطفل الأصم المتمدرس. وتعتمد هذه الجلسات في مجملها على مجموعة من التقنيات التي يقدمها العلاج المعرفي السلوكي كلعاب الأدوار، والمحاضرة، والمناقشة، والنمذجة، والتعزيز، والواجبات المنزلية، من خلال مجموعة من الأنشطة تتمثل في القصة، والمسرح، والسيكو دراما، واللعاب الجماعي، والتدريبات النفس حركية.

## الفصل الثاني: الدراسات السابقة

تمهيد:

1. الدراسات التي اهتمت بالاضطرابات الانفعالية والسلوكية.
2. الدراسات التي اهتمت بطرق التكفل بالاضطرابات الانفعالية والسلوكية.
3. التعقيب على الدراسات السابقة وابرار مساهمة الدراسة الحالية.

## تمهيد:

إن البحث في مجال الإعاقة السمعية ليس بالجديد، فقد ارتبط التطور التاريخي في مجال تربية وتعليم الصم بشكل وثيق بتطور النظرة نحو الصم، والصمم، فنجد أصحاب النظرة الطبية الذين ركزوا على الصم كحالة طبية، ونظروا إليه كعجز، أو قصور في السمع، ليس إلا، وراحوا يبحثون له عن علاج. ونجد من بحث عن أثر الصم في الحياة الانفعالية للمعاق، وقبلها عن أثر الإعاقة السمعية في ارتباط الرضيع الأصم بأمه، وكيف أن هذا الأخير لا يستطيع أن يتواصل مع أمه من خلال الصوت، ولا يستطيع أيضا أن يحتفظ بصوتها كي يميزها عن غيرها، وأنى له ذلك وهو لم يسمعها قط. كما نجد من بحث في تأثير الإعاقة السمعية على الجانب الاجتماعي للأصم، وكيف أن هذا الطفل ينزع للعزلة، ليس بسببه وحده ولكن بسبب اللامبالاة المطبقة عليه من طرف الآخر. ونجد من بحث في نتائج الإعاقة السمعية، كالمعاش النفسي للأصم، والاضطرابات الانفعالية والسلوكية لديه.

تكمل الأبحاث المتعلقة بالصم بعضها البعض، وهذا لفهم هذه الأقلية في عالم السامعين وبحث المشكلات التي تواجه توافقهم والأنشطة التي يمكن الاستثمار فيها للتخفيف من حدة هذه المشكلات. وفي هذا الفصل سنعرض بعضا من هذه الدراسات ونعقب عليها ونتخذ منها إطارا مرجعيا نستعين ونسترشد به.

## 1. الدراسات التي اهتمت بالاضطرابات الانفعالية والسلوكية:

### 1.1 الدراسات الجزائرية:

- دراسة سنة ناجي وعبد الكريم قريشي (2018): أجريت الدراسة بمدرسة الأطفال المعوقين بصريا وسمعيا بمدينة الجلفة، بهدف معرفة الفروق في مستوى الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال الصم وفقا لمتغيري الجنس والعمر، تكونت العينة من (70) طفلا أصما، (35) طفل تراوحت أعمارهم بين 8 و12 سنة و (35) طفل تراوحت أعمارهم بين 13 و 16 سنة، اتبع الباحث المنهج الوصفي التحليلي، واستخدم

قائمة تقدير المعلمين للاضطرابات السلوكية لتقدير شكلين من أشكال الاضطرابات السلوكية وهما نقص الانتباه وفرط الحركة والسلوك العدواني، بعد التأكد من خصائصها السيكمترية، أسفرت النتائج على وجود فروق ذات دلالة احصائية في مستوى الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال الصم تعزى لمتغير الجنس لصالح الذكور، ولا توجد فروق دالة احصائية في مستوى الاضطرابات السلوكية تعزى لمتغير السن. (سنوة، وقريشي، 2018، ص 741-748)

- دراسة سحيري زينب، وزويكري ابتسام، وميهوبي سعاد (2018): هدفت الدراسة للتعرف على السلوك العدواني وعلاقته بنمط التعلق الأمومي لدى الطفل الأصم، تكونت مجموعة الدراسة من (4) أطفال صم تتراوح أعمارهم ما بين (8) و(12) سنة، تم اختيارهم بعد تطبيق مقياس السلوك العدواني ل Busse كما استعانت الباحثات بتطبيق اختبار رسم العائلة والمقابلة نصف الموجهة مع الأم وهذا لقياس نمط التعلق الأمومي، وغلب على أفراد الدراسة نمط التعلق غير الآمن كدلالة للعلاقة بين السلوك العدواني ونمط التعلق غير الآمن لدى الطفل الأصم. (سحيري، وزويكري، وميهوبي، 2018، ص 358-378)

- دراسة آيت يحيى نجية (2017): وكانت حول الأنماط الشائعة لاضطراب قصور الانتباه المصحوب بفرط الحركة لدى التلاميذ بالمدرسة الابتدائية من وجهة نظر المعلمين باعتبارها أحد المشاكل السلوكية التي يعاني منها التلاميذ في هذه المرحلة، استخدمت الباحثة المنهج الوصفي، وتكونت العينة من 24 تلميذا وتلميذة يعانون من الاضطراب، من المدرسة الابتدائية الواقعة ببلدية الراحية التابعة لولاية سعيدة، تم استخدام مقياس اضطراب نقص الانتباه المصحوب بفرط الحركة لأمل عبد المحسن الزغبى، بعد المعالجة الاحصائية تبين أن النمط المختلط كان هو النمط الشائع بين أفراد العينة، وأنه لا توجد فروق بين الذكور والإناث في درجات المقياس. (آيت يحيى،

2017، ص 21-43)

- دراسة قريشي فيصل (2016): وهدفت إلى الكشف عن العلاقة بين أساليب المعاملة الوالدية (الأب/الأم) وعلاقتها بالسلوك العدوانى لدى تلاميذ نهاية مرحلة التعليم الابتدائى بولاية سطيف، اعتمد الباحث على المنهج الوصفى الارتباطى المقارن، واستخدم مقياس أساليب المعاملة الوالدية (النفيعى، 1992) تكون المقياس من ثلاث أبعاد هي: الأسلوب العقابى (تأكيد القوة)، وأسلوب سحب الحب (الحرمان العاطفى)، والأسلوب الإرشادى التوجيهى، كما استخدم مقياس السلوك العدوانى (Buss & Perry, 1992) على عينة قوامها (67) تلميذا منهم (32) ذكورا و (35) إناثا، وبعد المعالجة الاحصائية، توصلت الدراسة إلى عدم وجود علاقة ارتباطية لأساليب المعاملة الوالدية بأبعادها والدرجة الكلية للسلوك العدوانى، وقد اختلفت النتائج مع نتائج العديد من الدراسات التى أثبتت وجود علاقة ارتباطية موجبة بين أساليب المعاملة الوالدية والسلوك العدوانى وأن أساليب المعاملة الخاطئة من أهم العوامل التى تؤدي إلى ظهور السلوك العدوانى لدى الأطفال. (قريشى، 2016، ص 130-152)

- دراسة صونية مجنون حمدان ونصيرة زلال (2015): وهى دراسة مقارنة حول تقدير الذات لدى الأطفال الصم المدمجين وغير المدمجين فى المدارس العادية، طبقت الباحثتان أداة تقدير الذات ل Bruce Harrée الموزعة على ثلاثة محاور هي: جماعة الرفاق والمحيط المدرسى والمنزل، طبعا بعد ترجمتها والتأكد من خصائصها السيكو مترية، على عينة قوامها 32 طفلا أصما (16 طفلا مدمجا و16 طفلا غير مدمج)، كما استعاننا بتقنيات أخرى كالملاحظة والمقابلة مع الوالدين وأسفرت النتائج على أن هناك فروق دالة بين المجموعتين فى مستوى تقدير الذات لصالح المجموعة المدمجة، وفسرتنا ذلك على أن الإدماج المدرسى يساهم فى الرفع من تقدير الذات للطفل الأصم من خلال خلق استعدادات فى تقبل ذاته، كما وأن دور المدرسة جد مهم فى فرص التفاعل الاجتماعى، والتفاعل الصفى بين التلاميذ الصم وأقرانهم السامعين. كما تبين من خلال النتائج أنه لا توجد فروق دالة بين أفراد المجموعة المدمجة فى مستوى تقدير الذات تعزى إلى متغير الجنس، وفسرتنا ذلك، على أن الإدماج المدرسى يساعد الطفل

الأصم على التطبيع الاجتماعي، فيندمج حسب الصيغ والقيم المتداولة وينطبق هذا على الذكر كما الأنتى. (صونية مجقون حمدان ونصيرة زلال، 2015)

## 2.1 الدراسات العربية:

- دراسة عبد العزيز محمد بن حسين (2018): والتي سعت إلى استجلاء دور الكفاءة الاجتماعية في تحديد مستوى السلوك العدوانى لدى فئة الإعاقة السمعية، من خلال دراسة الفروق في هذا السلوك بين مرتفعي ومنخفضي الكفاءة الاجتماعية، تكونت العينة من (77) معوقا سمعيا من طلاب المرحلة الثانوية بمعهد الأمل وبعض المدارس التي يوجد فيها فصول للإعاقة السمعية في مدينة الرياض، استخدم الباحث مقياس الكفاءة الاجتماعية، ومقياس السلوك العدوانى (من إعداد الباحث)، كما استخدم المنهج الوصفى (الارتباطي - المقارن)، وبعد المعالجة الاحصائية للنتائج، أسفرت هذه الأخيرة على وجود فروق دالة إحصائيا في السلوك العدوانى لصالح الأفراد ذوي الإعاقة السمعية العميقة، يليهم الأفراد ذوو الإعاقة السمعية الحادة وأخيرا الأفراد ذوو الإعاقة السمعية المتوسطة، كما أشارت نتائج تحليل التباين إلى تأثير الكفاءة الاجتماعية في مستوى السلوك العدوانى لدى الصم، كما أظهرت النتائج تأثير الإعاقة السمعية على مقدار المهارات الاجتماعية المكتسبة، فالإعاقة السمعية العميقة تضعف الفرص أمام الصم لاكتساب مهارات تواصل وتفاعل اجتماعي. كما اتضح أن السلوك العدوانى يتدرج ارتفاعا وفق مستوى شدة الإعاقة السمعية، ما يؤكد تأثيرها على تكوين النزعة العدوانية لدى الصم. (عبد العزيز محمد بن حسين، 2018، ص 509-541)

- دراسة مريم حافظ تركستاني (2016) وهي دراسة مقارنة بين السامعات والمعاقات سمعيا من حيث الاندفاعية، كأسلوب معرفي والتحصيل الدراسي في المرحلة الابتدائية بمدينة الرياض، تكونت عينة الدراسة من (460) تلميذة بما في ذلك (98) تلميذة صماء و(76) طالبة ضعيفة السمع و(286) تلميذة عادية، اتبعت الباحثة المنهج الوصفى التحليلي، واستخدمت، لجمع البيانات، اختبار تجانس الأشكال

لكاجان المقنن على البيئة السعودية، وتقدير المعلمات لمستوى التحصيل الدراسي للعينة، وبعد المعالجة الاحصائية، كشفت النتائج عن وجود فروق دالة احصائياً بين العاديات والصم وضعاف السمع في زمن الاستجابة، حيث كانت العاديات أكثر تروياً من المعاقات سمعياً، كما ظهرت فروق في التحصيل الدراسي بين الفئات الثلاث لصالح العاديات.

(تركستاني، 2016، ص 2161-2182)

- دراسة غسان أبو فخر ومثلين ماهر العائق (2015) وكانت حول تأثير الإعاقة السمعية على النمو التواصلي عند الأطفال ضعاف السمع، طور الباحثان أداة الدراسة المكونة من 31 فقرة. تم الوصول إلى صدق وثبات مقبولين للأداة، باستخدام صدق المحتوى وصدق التجانس الداخلي، واستخرجت معاملات الثبات بطريقة ألفا كرونباخ، وإعادة والتجزئة النصفية. شملت عينة الدراسة (50) أسرة من أسر المعوقين سمعياً، وأشارت نتائج الدراسة إلى أن أكثر مشكلة شيوعاً هي أن الطفل المعوق سمعياً يطلب إعادة الكلام، ويجد صعوبة في متابعة الحديث وأدنى مشكلة شيوعاً هي أنه يبتعد عن الآخرين. وأشارت النتائج إلى عدم وجود فروق دالة في تأثير الإعاقة على النمو التواصلي عند الأطفال ضعاف السمع باختلاف جنس الطفل، كما توصلت نتائج الدراسة إلى عدم وجود فروق دالة في تأثير الإعاقة على النمو التواصلي عند الأطفال ضعاف السمع باختلاف المستوى التعليمي للوالدين.

- دراسة حنان خضر أبو منصور (2011) حول الحساسية الانفعالية وعلاقتها بالمهارات الاجتماعية لدى المعاقين سمعياً في محافظة غزة، تكونت العينة من (100) معوق سمعياً تراوحت أعمارهم بين 17 - 45 سنة، ولتحقيق أهداف الدراسة استخدمت الباحثة استبانة جمع البيانات، ومقياس الحساسية الانفعالية، ومقياس المهارات الاجتماعية، واستعانت بعدة أساليب احصائية، وقد أظهرت النتائج أن مستوى الشعور بالحساسية الانفعالية لدى المعوقين سمعياً بلغ نسبة 68% في حين بلغ مستوى المهارات الاجتماعية لديهم نسبة 82%، كما أوضحت النتائج أيضاً أنه لا توجد علاقة ارتباطية ذات



دلالة احصائية بين مستوى المهارات الاجتماعية ومستوى الحساسية الانفعالية لدى المعوقين سمعياً. (أبو منصور، 2011، ص 122)

- دراسة روجي مروح عبدات (2010) حول السلوك التوافقي عند الصم وضعاف السمع، كما يراه أولياء أمورهم، حيث نصت فرضية دراسته "على عدم وجود فروق دالة احصائياً في مستوى السلوك التوافقي عند التلاميذ الصم وضعاف السمع تعزى إلى جنس المعاق"، تكونت عينة البحث من 118 أنثى و93 ذكراً، وزعوا على فئات عمرية هي: 5 سنوات فأقل - من 6 إلى 15 سنة - 16 سنة فما فوق، وتراوحت شدة الإعاقة السمعية عندهم بين: بسيطة، متوسطة وشديدة، وتمثلت أداة الدراسة في استبيان تم بناؤه للتعرف على مستوى السلوك التوافقي للتلاميذ الصم وضعاف السمع، اشتمل على 41 فقرة، وجاءت نتائج الدراسة لصالح الذكور في حين أن الإناث كن أكثر قلقاً. (عبدات، 2010، ص 20)

- دراسة رشاد موسى (2009) والتي أشارت إلى أن الأطفال الصم من كلا الجنسين يعانون من قلق وتوتر في تكيفهم مع المحيط الشخصي والاجتماعي. (رشاد، 2009)

- دراسة رياض نايل العاسمي (2008) وهدفت إلى توضيح العلاقة بين اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد وكل من التحصيل الدراسي والاكتماب والتكيف الشخصي ببعديه الشخصي والاجتماعي، وصورة الذات، والوالدين، والبيئة، والاحباطات والصراعات لدى تلاميذ التعليم الأساسي. كما سعى إلى الكشف عن مدى فاعلية المقابلة الاكلينيكية واختبار نفهم الموضوع الاسقاطي للأطفال (CAT) والمحك التشخيصي «DSM-IV» في تشخيص اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد لدى الاطفال على المستوى الشعوري والاشعوري. اتبع الباحث المنهج شبه التجريبي ذو المجموعتين، تكونت العينة من 33 تلميذاً يعانون من الاضطراب، و33 تلميذ عاديين وكلهم من الصفين الثالث والرابع في محافظة درعا، بعمر يتراوح بين 9 و10 سنوات. اعتمد الباحث على مقياس كونر لتقدير النشاط الزائد من طرف المعلم، والذي قننه وكيفه على البيئة المصرية عبد العزيز الشخص (1984)، ومقياس زوكو

وينتشر لتقدير الآباء للنشاط الزائد، أعده للعربية ضياء الدين طالب (1988)، اختبار الاكتئاب للأطفال من إعداد ماريا كوفاكس، والذي عرّبه غريب عبد الفتاح (1988). بعد المعالجة الإحصائية كانت النتائج كما يلي: الأطفال الذين يعانون من نقص الانتباه لديهم انخفاض في مستوى التحصيل الدراسي، وهم يعانون من الاكتئاب، وهم غير قادرين على توجيه سلوكهم وغير قادرين على تحمل المسؤولية، كما أنهم يتصفون بعدم الاتزان الانفعالي لشعورهم بأنهم غير محبوبين وليسوا مقبولين من الآخرين، كما أن تكيفهم الشخصي ناقص للأسباب السابقة الذكر.

(العاسمي، 2008، ص 53-103)

- دراسة الزريقات والإمام (2005) وكانت حول مشكلات الطلبة المعوقين سمعياً وعلاقتها ببعض المتغيرات، طور الباحثان أداة الدراسة وتكونت من (43) فقرة موزعة على أربعة مجالات رئيسية وهي: المشكلات الأسرية، المشكلات التواصلية، المشكلات السلوكية والانفعالية، المشكلات الأكاديمية، واتبعوا المنهج الوصفي الارتباطي، تكونت عينة الدراسة (130) طالبا وطالبة، وأسفرت النتائج إلى أن أكثر المشكلات التي تواجه الطلبة المعوقين سمعياً هي المشكلات التواصلية، ثم المشكلات الأكاديمية، وبعدها المشكلات السلوكية والانفعالية، وأخيراً المشكلات الأسرية. كما أشارت النتائج إلى وجود فروق دالة إحصائية لمتغير العمر في مجالات المشكلات الأسرية، والمشكلات التواصلية، والمشكلات الأكاديمية، كما وجدت فروق دالة إحصائية لمتغير درجة الإعاقة السمعية في مجال المشكلات الانفعالية السلوكية.

(الزريقات، والإمام، 2005، ص 155-181)

- دراسة إبراهيم القريوتي (2003) والتي أظهرت بأنه لا يوجد أثر لجنس المعاق نفسياً على مدى تفاعله الاجتماعي. (القريوتي، 1994)

- دراسة طارق عبد الرحمن محمد العيسوي (1999) الموسومة بـ "الخصائص والسمات النفسية للمعوقين سمعياً وعقلياً من وجهة نظر المعلمين"، أجريت الدراسة على عينة تبلغ (15) من المعلمين

العاملين في مدرسة التربية السمعية للبنين التابعة لوزارة التربية والتعليم القطرية، بهدف التعرف على الخصائص والسمات النفسية التي يتميز بها المعوقون سمعياً من وجهة نظر المعلم. كان من أبرز النتائج التي توصل إليها باحث:

• أشار المعلمون بأن المعوقين سمعياً يتميزون بعدد من الخصائص والسمات النفسية: كالخجل، والانطواء، وعدم الرغبة في المشاركة، وحب السيطرة بنسبة (93%)، والنشاط الحركي الزائد بنسبة (80%)، وسرعة الانفعال والبكاء بنسبة (53%)، وتحري الصدق وعدم الكذب بنسبة (87%)، التوتر النفسي، والخوف، والقلق والشعور بالإحباط (80%)، وصعوبة التواصل مع الآخرين بنسبة (67%)، والتسرع والاندفاعية والعدوان والمطالبة بالسرعة في تلبية رغباتهم بنسبة (40%).

• كما أظهرت النتائج أهم الصعوبات التي يعاني منها أفراد العينة من وجهة نظر المعلم: عدم تقبل الأهل لإعاقة الطفل، وقلة وعي الأسرة بسبل الرعاية والتواصل معه بنسبة (87%)، وضعف الثقة في قدرات وإمكانات الطفل الشخصية والذاتية والتعليمية بنسبة (67%)، وأن النسيان، وتشتت الانتباه، وضعف الذاكرة، هي من الصعوبات التي تؤثر على العملية التعليمية للطفل الأصم. (العيسوي، 2010، ص 27)

- دراسة موريس (1982) كما أشار إليها عبد الرحمن العيسوي (2010، ص 23)، أن نسبة كبيرة من المعوقين سمعياً تعاني من المشكلات النفسية الآتية:

- سوء التوافق النفسي.
- عدم الاستقرار العاطفي.
- عدم الثبات الانفعالي.
- أكثر اكتئاباً وقلقاً وتهوراً.
- التشكيك في الآخرين.

- السلوك العدواني، وإيذاء الآخرين أحيانا.
- الاتجاه نحو العزلة.
- أقل حبا للسيطرة.

- دراسة زينب اسماعيل (1976) كما وردت في (رقايدة مسعودة (2014)) وهدفت إلى المقارنة بين خصائص الشخصية لدى 100 طفل معاق سمعيا، منهم 70 طفلا أصما و30 طفلا من ضعاف السمع، تم تطبيق اختبار روجرز للشخصية، وقائمة المشكلات السلوكية والانفعالية، واختبار رسم الرجل، وأسفرت النتائج على أنه كلما زادت درجة الإعاقة، كلما زاد الشعور بالنقص، والدونية، والميل الى الانسحاب من المجتمع، والقلق والخجل وثورات الغضب.

### 3.1 الدراسات الأجنبية:

- دراسة فانلدك وآخرون (Vaneldik & al., 2004) وكانت حول المشكلات الانفعالية السلوكية للأطفال المعوقين سمعيا، وقد تألفت عينة الدراسة من (238) طفلا أصما هولنديا، أعمارهم بين (4 و18 سنة)، وأشارت نتائج الدراسة إلى أن (41%) لديهم مشكلات انفعالية وسلوكية، كما أظهرت النتائج أن الفئة العمرية من 12 إلى 18 سنة هم الذين أظهروا مشكلات القلق والاكتئاب والمشكلات الاجتماعية أكثر من الأطفال ذوي الأعمار (4 إلى 11 سنة).

- دراسة موتيلال وموسلان (Mootilal & Musselman 1994) والتي بحثت عن مستوى التوافق الاجتماعي عند عينة تجريبية من الصم المدمجين بشكل كامل والمدمجين بشكل جزئي، وغير المدمجين، بالمقارنة مع مجموعة ضابطة من السامعين، وبعد تقييم النتائج الدراسية، والمشاركة الاجتماعية، والتوافق الاجتماعي عند العينة ككل، تبين بأن الأطفال الصم غير المدمجين والمدمجين بشكل جزئي هم أكثر تكيفا مع الصم وليس مع السامعين. أما المدمجين فهم أكثر تكيفا مع السامعين.

(عبدات، 2010، ص 19)

- دراسة بيترد وسين: (Peterd & Sean, 1994) حيث توصلنا إلى أن الأطفال الصم يعانون بعض المشكلات السلوكية، مثل العدوان، وعدم تحمل المسؤولية، كما توصل الباحثان إلى وجود علاقة ارتباطية بين الإعاقة السمعية والاضطرابات السلوكية، كالعدوان والنشاط الزائد، والتمرد والعصيان.
- دراسة فيرلاتن: (Verlaeten, 1985) حيث تمت المقارنة بين الأطفال العاديين والأطفال الصم، في التواصل من خلال التفاعل اليومي، أثناء قيامهم بالنشاطات الحرة، في رياض الأطفال، وتم التوصل إلى تصنيف الصم في ترتيب أعلى، من حيث السلوك العدواني غير المباشر، وفي الاتصال البدني، وفي التعبير عن التهديد، والعدوان التخيلي.
- دراسة فريمان: (Freeman, 1979) وقد هدفت إلى التعرف على المشكلات النفسية لدى ضعاف السمع، تكونت العينة من 62 طفلاً وطفلة من ضعاف السمع، تراوحت أعمارهم من 6 إلى 13 سنة، وقد أسفرت النتائج أن هؤلاء الأطفال أظهروا مشاكل نفسية متمثلة في القلق، والعدوان، وأن أسباب هذه المشاكل تعود إلى أسلوب الأسرة في التعامل مع الأطفال، كما تبين أن الميول العدوانية عند الذكور كانت أكبر منها عند الإناث، بينما ازدادت نسبة القلق عند الإناث.
- دراسة شنتجر وهرشارون (Schnittijer & Hirshoren 1979): أهم ما توصلت إليه: أن الأطفال الصم أكثر اضطراباً في سلوكهم من الأطفال العاديين، حيث يميل الأطفال الصم إلى العنف والعدوان في أغلب تصرفاتهم، ما يسبب لهم العديد من المشاكل الشخصية والاجتماعية.
- وكذا دراسة تايلر Taylor (1962)، حيث قام الباحث بدراسة لمعرفة أثر درجة الصمم على شخصية الطفل الأصم، ومدى تكيفه الشخصي والاجتماعي. تكونت عينة الدراسة من أطفال صم وآخرين ضعاف السمع، أسفرت النتائج أن الأطفال الصم كلياً يعانون من مواقف القلق والاضطراب أكثر مما يعاني ضعاف السمع، كما توصل الباحث إلى أن الأطفال الصم يفضلون العزلة ويتسمون بالعجز عن

قيام علاقات اجتماعية سليمة، على عكس الأطفال ضعاف السمع، فهؤلاء لديهم حالات سوء تكيف ولكن بنسبة أقل. (الصايغ، 2001، ص 100)

- دراسة لويس Lewis (1960) على مجموعة من الأطفال الصم وهدفت إلى معرفة أثر الإعاقة السمعية على الطفل الأصم وتكيفه بوجه عام. طبقت الدراسة على 760 طفلاً أصم من مدارس الصم الخاصة، تراوحت أعمارهم بين 8 و16 سنة، اختار المجموعة الضابطة من مدارس عادية، وراع التجانس بين المجموعتين من حيث الذكاء والسن. اهتم الباحث بجمع معلومات عن أسرة الطفل، وحالته الصحية، وتاريخ إصابته بالإعاقة، وتحصيله الدراسي، وطريقة معاملته مع زملاءه، ومع معلميه، وحتى في المنزل، كما طبق قائمة الشخصية للأطفال الصم. أثبتت النتائج أن الأطفال الصم لديهم شعور بالقلق والاضطراب يظهر خلال تعاملهم مع الآخرين من الأطفال عاديي السمع، وأن تحصيلهم الدراسي أقل، وأنهم يجدون صعوبة في التركيز والانتباه. (الصايغ، 2001، ص 103)

- دراسة "مايكليست" Mykelbust حول خصائص شخصية الأطفال المعاقين سمعياً من خلال دراسة مقارنة بين الأطفال المعاقين سمعياً الموجودين بالمدارس العادية وأولئك الموجودين بمدارس التربية الخاصة. كشفت النتائج على أن الأطفال المعاقين سمعياً المدمجين بالمدارس العادية هم أكثر عاطفية وصراعا وإحباطاً مقارنة بالأطفال الموجودين بالمدارس المختصة. (كمال عبده، والسيد حلاوة، 2001، ص 17)

## 2. الدراسات التي اهتمت بطرق التكفل بالاضطرابات الانفعالية والسلوكية:

- دراسة المكانين هشام عبد الفتاح والخوالدة محمد خلف (2019): هدفت الدراسة إلى قياس فاعلية التدريب على إدارة الغضب في خفض السلوك العدواني وتحسين المرونة النفسية لدى عينة من الأطفال ذوي الإعاقة السمعية في مدينة عمان، بلغت العينة (22) طفلاً تم تقسيمهم إلى مجموعتين إحداها

تجريبية والأخرى ضابطة، خضع أفراد المجموعة التجريبية لبرنامج تدريبي حول مهارات إدارة الغضب، استخدمت فيه التقنيات التالية: حل المشكلات، مفهوم توكيد الذات وضبط الذات، وهو مكون من (9) جلسات، ولمدة ثمانية أسابيع، في حين لم يتعرض أفراد المجموعة الضابطة لأي تدريب، وطبق على المجموعتين مقياسي السلوك العدواني والمرونة النفسية قبل وبعد تطبيق البرنامج. أشارت نتائج الدراسة إلى فعالية التدريب على إدارة الغضب في خفض السلوك العدواني لدى أفراد المجموعة التجريبية، من خلال مقارنة نتائج القياسين القبلي والبعدي، في حين لم تتغير نتائج القياسين بالنسبة للمجموعة الضابطة. (لمكانين والخالدة، 2019، ص 43-72)

- دراسة رمضان أشرف عباس جبر (2018): وكانت حول تأثير برنامج تربية حركية مقترح لخفض اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد لدى التلاميذ الصم، استخدم الباحث المنهج التجريبي على عينة قوامها 26 تلميذا أصما تتراوح أعمارهم بين 9 و12 سنة، قسم المجموعة إلى فئتين متساويتين، الأولى تجريبية والثانية ضابطة، واستخدم مجموعة أدوات تمثلت في الملاحظة، والاستمارات والمقابلة الشخصية، وكاميرات فيديو، وساعة إيقاف، وإشارة على هيئة علم ملون، وكرات بأحجام مختلفة، وبالونات، وأطواق، وحبال. توصل الباحث إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات القياس القبلي، والبيني، والبعدي، في متغيرات تشتت الانتباه والنشاط الحركي الزائد والاندفاعية والعدوانية، داخل المجموعة التجريبية، واستنتج أن الأنشطة الحركية المبنية على الإمكانيات النفس حركية الطبيعية للتلميذ، هي وسيلة علاجية للكثير من المشكلات السلوكية لديه. (رمضان، 2018، ص 170)

- دراسة ورغي سيد أحمد (2017): وكانت حول فاعلية استخدام التعزيز الرمزي في تعديل السلوك العدواني (العدوان على الذات، العدوان على الآخرين، والعدوان على الأشياء والممتلكات) لدى عينة من الأطفال ذوي الإعاقة العقلية البسيطة، استخدم الباحث المنهج التجريبي بتصميم المجموعتين، التجريبية والضابطة، على عينة قدرت ب (30) طفلا من ذوي الإعاقة العقلية البسيطة، واعتمد على الأدوات

التالية: مقياس السلوك العدوانى (إعداد الباحث)، بطاقة تقدير السلوك العدوانى (إعداد الباحث)، برنامج التعزيز الرمزي لتعديل السلوك العدوانى (إعداد الباحث)، اختبار مصفوفة "رافن" Raven الملون لتقدير القدرة العقلية للأطفال. وأظهرت النتائج، بعد المعالجة الاحصائية، أن برنامج التعزيز الرمزي كان له أثر إيجابي في تعديل السلوك العدوانى لدى عينة من الأطفال ذوي الإعاقة العقلية البسيطة. (ورغى، 2017)

- دراسة لحمري أمينة (2015): هدفت الدراسة إلى اختبار مدى فعالية برنامج علاجي سلوكي في خفض حدة اضطراب فرط النشاط الحركي المصحوب بقصور الانتباه والاندفاعية لدى أطفال المرحلة الابتدائية، وبالتالي المساهمة في تحسين مستواهم الدراسي، لهذا الغرض استخدمت الباحثة المنهج التجريبي، على عينة قوامها 30 تلميذاً مشخصين على أنهم يعانون من اضطراب فرط الحركة، بالاعتماد على مقياس النشاط الحركي وقصور الانتباه من إعداد الأستاذ فقيه العيد 2013. تم توزيع العينة على مجموعتين، إحداهما تجريبية (15 تلميذاً) والأخرى ضابطة (15 تلميذاً)، استغرق تطبيق البرنامج العلاجي ثلاثة أشهر ونصف بواقع 26 جلسة، تلتها جلسات للمتابعة، وبعد القيام بالمعالجة الاحصائية للمعطيات أسفرت النتائج إلى وجود فروق دالة احصائياً بين نتائج القياس القبلي والقياس البعدي لأفراد المجموعة التجريبية لصالح القياس البعدي، وإلى عدم وجود فروق دالة احصائياً بين القياسين القبلي والبعدي للمجموعة الضابطة، بينما لم يثبت أي تأثير لعامل الجنس عدا الفرق الواضح على بعد العدوانية لصالح الذكور، كما أثبتت المعالجة الاحصائية وجود تأثير إيجابي للبرنامج العلاجي السلوكي على التحصيل الدراسي لأفراد المجموعة التجريبية، وكذا عدم وجود فروق دالة احصائياً بين نتائج القياس البعدي والقياس التتبعي لنفس المجموعة. (لحمري، 2015، ص 185-187)

- دراسة رقايدة مسعودة (2014) والتي اقترحت من خلالها برنامجاً قائماً على المسرح الميمي الموجه لتعديل السلوك العدوانى لدى الطفل الأصم، وهي دراسة ميدانية ببعض مدارس الصم بالبيشة



الجزائرية، تكونت العينة من 30 تلميذا أصما تراوحت أعمارهم بين 9 و12 سنة يدرسون بمدرسة صغار الصم بورقلة، موزعين على مجموعتين ضابطة وتجريبية. اعتمدت الدراسة على المنهج التجريبي بقياس قبلي وآخر بعدي، استخدمت الباحثة خلالها مقياس السلوك العدواني لفالنيتينا وديع سلامة 2001 بعد تكييفه على البيئة الجزائرية، واستمارة جمع البيانات للتلاميذ الصم، وبرنامج قائم على المسرح الميمي لتعديل السلوك العدواني من تصميمها، واختبار الذكاء لرسم الرجل، ورسم الأسرة. ومن أهم النتائج التي توصلت إليها الدراسة وجود فروق بين متوسطات درجات أفراد العينة التجريبية، ومتوسطات درجات أفراد العينة الضابطة على مقياس السلوك العدواني بعد تطبيق برنامج المسرح الميمي، ما يجعل السلوك العدواني، باعتباره سلوكا متعلما، قابلا للتعديل عن طريق التعلم، ومشاهدة النماذج ومحاكاتها عن طريق المسرحيات. كما توصلت الدراسة أيضا إلى عدم وجود فروق بين الذكور والإناث من حيث الدرجات على مقياس السلوك العدواني قبل وبعد تطبيق البرنامج. (رفاقة، 2014، ص 68)

- دراسة فاطمة ريابي (2014): وكانت حول محاولة إعادة تأهيل الزمن عند الطفل الأصم، فانطلاقا من الدراسة الميدانية التي أجرتها الباحثة، ومن خلال الاتصال بالفريق البيداغوجي المتكفل بالأطفال الصم، بدا أن هذا الطفل لا يتلقى تدريسا خاصا يمكّنه من فهم وإدراك المفاهيم الزمنية، أي أن البرنامج الدراسي لا يحوي فصلا خاصا للزمن وإنما هي اجتهادات الأساتذة التي تتمثل في الزمن الحالي، ويتضمن تحديد اليوم ما هو، غدا وأمس، وأي جو هو سائد اليوم، إذا كان هناك غيوم، أم هو جو مشمس، أو ممطر. وكان الهدف الرئيسي من الدراسة هو الوصول بالطفل الأصم إلى مستوى من إدراك المفاهيم الزمنية يمكّنه من التعبير عن الزمن في مظاهره الامتدادية أو المعلمية، عند انتهاء الحدث أو تواصله، التتابع أو التزامن في الأفعال، والتعرف على العلامات الزمنية في النصوص. استعانت الباحثة بالتأكدات وذلك لغيب اللغة اللفظية، فراحت تعبر بالإيماءات والرسم. واهتمت بمفهوم الامتداد، واستعملت الساعة لتقدير الوقت بين حدث وآخر، كما استعانت ببطاقات تتضمن خطوط طويلة وأخرى

قصيرة دلالة على المدة الطويلة أو المدة القصيرة، ثم انتقلت لتحديد مفهوم التتابع من خلال سلسلة العاب متتابعة. وخلصت الباحثة إلى ضرورة العمل لإعادة تأهيل الطفل الأصم فيما يخص اكتساب مفهوم الزمن. (ريابي، 2014، ص 83-93)

- دراسة البطاينة والمومني والعوفي (2011): وهدفت إلى التعرف على فعالية مجموعة من البرامج المقدمة لمعالجة الأعراض الأساسية لاضطراب ضعف الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد من وجهة نظر الأولياء والعاملين في مراكز تعديل السلوك بالمدينة المنورة. لتحقيق أهداف الدراسة قام الباحثون بإعداد مقياس لجمع البيانات تشمل (62) فقرة موزعة على أربعة مجالات هي: مجال البرنامج التشخيصي، مجال برنامج الدعم والارشاد الأسري، مجال برنامج العلاج الدوائي، ومجال برنامج العلاج السلوكي، تم توزيع المقياس على عينة تكونت من (77) عاملا في كل مركز و(100) من الأولياء. توصلت الدراسة إلى أن مجال برنامج الدعم والارشاد الأسري احتل المرتبة الأولى، يليه مجال البرنامج التشخيصي، يليه مجال العلاج الدوائي، يليه مجال برنامج العلاج السلوكي حسب تقديرات أولياء الأمور، بينما احتل مجال برنامج العلاج السلوكي المرتبة الأولى، يليه مجال البرنامج التشخيصي، يليه مجال الدعم والارشاد الأسري، وأخيرا مجال برنامج العلاج الدوائي حسب تقديرات العاملين في مراكز تعديل السلوك. (البطاينة والمومني والعوفي، 2011، ص ص 991-1006)

- دراسة أحمد علي كنعان (2011): وكانت حول أثر المسرح في تنمية شخصية الطفل، وهدف الباحث من خلالها إلى تبيان أهمية مسرح الطفل في استثارة خيال الطفل وتنمية مواهبه وقدراته الإبداعية، وقد أوضح الباحث أنواع مسرح الطفل مثل المسرح الشعري والمسرح النثري ومسرح العرائس، كما ذكر عناصر المسرح المدرسي، الحركة، والتعبير، والتشخيص، والحوار، والميم. كما أشار الباحث إلى أهمية مسرح الأطفال التلقائي (الارتجالي)، أو ما يسمى بلعبة المسرح. (كنعان، 2011)

- دراسة ماهر إسماعيل صبري ومنى عبد المقصود السيد (2007): وكانت حول القصص الكاريكاتورية وأثرها في تعديل أنماط السلوك غير الصحي وتنمية الوعي به لدى الأطفال المعاقين سمعياً، استخدم الباحثان المنهج التجريبي ذي المجموعة الواحدة One group pre-post-test Design، واستخدم أداة القياس المتمثلة في بطاقة إحصاء السلوكات غير الصحية على عينة قدرها (20) طفلاً معاقاً سمعياً، تراوحت أعمارهم بين (10 و12) سنة، واستعمل الباحثان كطريقة علاجية قصصاً كاريكاتورية، مدعمة بدليل المعلم لتدريس مجموعة القصص. وأظهرت النتائج أن القصص الكاريكاتورية ذات فعالية، وساهمت في رفع الحد الأدنى للكسب المعدل لبليك في تعديل السلوكيات الخاطئة المرتبطة بالصحة، وتنمية مستوى الوعي بها لدى أفراد العينة. (صبري والسيد، 2007)

- دراسة مطر عبد الفتاح (2002): وكانت حول فعالية السيكو دراما في تنمية بعض المهارات الاجتماعية لدى الأطفال الصم، خاصة مهارات التعاون والاستقلالية والصدقة، تكونت عينة الدراسة من (24) تلميذاً وتلميذة من الأطفال الصم تراوحت أعمارهم بين (9-12) سنة، استخدم الباحث اختبار الرجل "لجود انف هاريس" لقياس ذكاء الأطفال (تقنين فاطمة حنفي، 1983)، واستمارة المستوى الاجتماعي الاقتصادي (إعداد كمال دسوقي ومحمد بيومي 1991)، ومقياس المهارات الاجتماعية للأطفال الصم من إعداد الباحث، وأكدت النتائج فاعلية برنامج السيكو دراما في تنمية المهارات الاجتماعية لدى الأطفال الصم، وأنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين التلاميذ أبناء الأمهات المكتئبات والتلاميذ أبناء الأمهات العاديات في متغير المبادأة الاجتماعية. (أبو منصور، 2011، ص 65)

- دراسة وفاء عبد الجواد، وعزة خليل عبد الفتاح (1999): وكانت حول فعالية برنامج لخفض السلوك العدواني باستخدام اللعب لدى الأطفال المعاقين سمعياً. تكونت العينة من 60 طفلاً وطفلة من الصم، قُسمت العينة إلى مجموعتين إحداهما ضابطة والأخرى تجريبية، تراوحت أعمار

الأطفال من 9 - 11 سنة، ومن أهم ما توصلت إليه الدراسة انه لا يوجد تأثير دال لكل من المعالجة والجنس والتفاعل بينهما على تباين الدرجات التي يحصل عليها أفراد مجموعات البحث على مقياس السلوك العدوانى.(عبد الجواد وفاء، وعبد الفتاح خليل عزة، 1999، ص 88 -111)

- دراسة كونجر وكين 1993 Conger & Keane:هدفت الدراسة إلى تدريب الأطفال، الذين يعانون من الإحساس بالعزلة، والانسحاب، والسلوك العدوانى، وكذا أساليب السلوك اللاتوافقى، على اكتساب المهارات الاجتماعية في خفض السلوك العدوانى، تكونت عينة الدراسة من مجموعة أطفال، هم 37 ذكرا و40 أنثى، كعينة تجريبية، ونفس عدد العينة كان في المجموعة الضابطة، وتراوح العمر الزمني للمجموعتين بين 10 و12 سنة، كما تم التأكد من تجانس المجموعتين، من حيث الجنس، والعمر العقلي، والمستوى الاقتصادي، والاجتماعي. تمثلت أدوات الدراسة في مقياس التفاعل الاجتماعي، واستخدم أسلوب القياس القبلي والبعدي للبرنامج، وأسفرت النتائج على أن سلوك الأطفال، الذين تعرضوا للبرنامج، أظهروا تحسنا في سلوكهم الاجتماعي، مقارنة مع أولئك الذين لم يتعرضوا للبرنامج التدريبي. (الصايغ فالنتينا وديع سلامة، 2001، ص 112 - 114)

- دراسة ماري 1984 Mary: وكانت عن العدوانية والسلوكيات غير الاجتماعية، قبل وبعد التدخل العلاجي لدى الأطفال المضطربين انفعاليا، تمثل هدف الدراسة في بحث فاعلية الملاحظة في تقييم نتائج العلاج، وتحديد الاختلافات بين الأطفال المضطربين والعاديين، في كل من العدوانية والسلوك الاجتماعي، وتمثلت العينة في 120 طفلا مضطربا قسموا إلى مجموعتين علاجيتين، المجموعة الأولى من 10 - 15 سنة، والمجموعة الثانية من 6 - 8 سنوات، وكانت كلا المجموعتين متجانستين، من حيث العمر، والجنس، والمستوى الاجتماعي. تم تطبيق البرنامج لمدة سنة كاملة، وهو برنامج تربوي، يتضمن عناصر علاج نفسي دينامي، يتمثل في أنشطة منها: حل المشكلات، حكاية القصص، الاندماج في

العمل الأكاديمي، الأنشطة الفنية والموسيقى. وقد أسفرت النتائج على أن المجموعة الأكبر سناً، حققت انخفاضاً في العدوانية البدنية، أكثر من المجموعة الثانية.

- دراسة دوبرو وأيرن Dubow & Eron (1983): استهدفت الدراسة خفض العدوان، وتقوية السلوك الاجتماعي للأطفال ذوي السلوك العدواني، عن طريق اتباع أربعة تدريبات في خفض العدوان لدى الأطفال، تكونت عينة الدراسة من (104) طفلاً وطفلة من الأطفال العدوانيين، الذين تراوحت أعمارهم بين (8 - 12) سنة، وقد قسمت المجموعة إلى ثلاث مجموعات تجريبية، تلقت المجموعة الأولى تدريبات في ضبط الذات، وتلقت المجموعة الثانية مهارات اجتماعية سلوكية، وتلقت المجموعة الثالثة تدريبات على اللعب الموجه، استغرق البرنامج المستخدم عشر جلسات، وتوصلت الدراسة إلى أن أفراد العينة الذين تلقوا التدريب على اللعب الموجه، استطاعوا أن يحققوا انخفاضاً في السلوك العدواني، وزيادة في السلوك الاجتماعي بصورة أفضل. (الخفاف إيمان عباس، 2010، ص 124)

### 3. التعقيب على الدراسات السابقة ومساهمة الدراسة الحالية:

من خلال الدراسة المسحية للدراسات السابقة، وفي حدود ما تم الاطلاع عليه، نلاحظ أن هاته الأخيرة ذات صلة بموضوع الدراسة الحالية، من حيث الهدف، والعينة، والأدوات، والنتائج، وسنعرض فيما يلي أوجه الاتفاق والاختلاف فيما بينها.

#### أ. من حيث الهدف:

هدفت معظم الدراسات السابقة، إما إلى البحث في اضطرابات انفعالية وسلوكية بعينها كالسلوك العدواني، في دراسة سحيري زينب، وزويكري ابتسام، وميهوبي سعاد (2018)، والأنماط الشائعة لاضطراب قصور الانتباه المصحوب بفرط الحركة في دراسة آيت يحيى نجية (2017)، وتقدير الذات في دراسة صونية مجنون حمدان ونصيرة زلال (2015)، والنمو التواصلي في دراسة غسان أبو فخر ومثلين ماهر العائق (2015)، والحساسية الانفعالية في دراسة حنان خضر أبو منصور (2011)، وغيرها من

الاضطرابات الأخرى والتي كثيرا ما نجدها عند الطفل الأصم، أو إلى البحث في العلاقة بين هذه الاضطرابات ومتغيرات أخرى كالمهارات الاجتماعية، أو المعاملة الوالدية، كما في دراسة قريشي فيصل (2016)، أو دور الكفاءة الاجتماعية، كما في دراسة عبد العزيز محمد بن حسين (2018)، أو نمط التعلق الأمومي، أو غيرها من المتغيرات ذات الصلة بالاضطراب. أو أنها بحثت في الفروق داخل مجموعة الصم، كما في دراسة سنوة ناجي وعبد الكريم قريشي (2018) والتي بحثت عن الفروق تبعا لمتغير الجنس والعمر فقط، أو نجدها بحثت في الفروق بين مجموعة الصم وغيرهم من السامعين، كما في دراسة مريم حافظ تركستاني (2016) والتي هدفت إلى مقارنة بين السامعات والمعاقات سمعيا من حيث الاندفاعية.

تهدف الدراسة الحالية، إضافة إلى ما سبقتها إليه البحوث السابقة، إلى التنقيص عن جملة الاضطرابات الانفعالية والسلوكية الشائعة لدى الأطفال الصم، ثم إلى تحديد الاضطرابات التي يراها القائمون على هذه الفئة، خاصة المعلمون، باعتبار أن الأطفال الصم هم متدرسون، والتي بحسبهم، أي المعلمين، تعيق التوافق النفسي والاجتماعي للطفل الأم وكذا تحصيله الدراسي، وكل ما له علاقة بالصحة النفسية للمعاق سمعيا. هذا من حيث الاضطرابات.

أما من حيث طرق التكفل، فنجد جل الدراسات السابقة طبقت منهاجا واحدا في العلاج، إن لم تكن قد طبقت تقنية واحدة أو أكثر، فمنها من اعتمدت المنهج السلوكي وحده كعلاج، كما في دراسة لحمري أمينة (2015)، ودراسة البطاينة والمومني والوعوفي (2011)، في حين نهجت أخرى العلاج المعرفي، وطبقت تقنيات بعينها، كالتعزيز الرمزي كما في دراسة ورغي سيد أحمد (2017)، وتقنيات حل المشكلات، ومفهوم توكيد الذات، وضبط الذات، كما في دراسة المكانين هشام عبد الفتاح والخوالدة محمد خلف (2019)، نجد أخرى اعتمدت على المسرح الميمي كما في دراسة رفاقة مسعودة (2014)، ودراسة أحمد علي كنعان (2011)، والتربية الحركية كما في دراسة رمضان أشرف عباس جبر (2018)، واللعب

كما في دراسة وفاء عبد الجواد، وعزة خليل عبد الفتاح (1999)، والسيكو دراما كما في دراسة مطر عبد الفتاح (2002)، وجلها اعتمدت على تقنيات أحادية للعلاج.

ستعتمد الدراسة الحالية في علاجها للاضطرابات الانفعالية والسلوكية التي تستهدفها، على برنامج علاجي معرفي سلوكي، يتضمن عدة تقنيات، ويجمع عدة أساليب، منها القصة، والمسرح واللعب، والتربية الحركية، وستُضمُّها تقنيات علاجية معرفية سلوكية تتمثل في النمذجة، ولعب الأدوار، والمحاضرة، والمناقشة، والتعزيز، والاسترخاء.

### ب. من حيث العينة:

تماما مثل معظم الدراسات السابقة، تستهدف الدراسة الحالية فئة الأطفال الصم، غير أنها في مرحلة معينة منها، ستتطرق إلى فئة الصم باختلاف أعمارهم، ولن تحدد عمرا زمنيا واحدا، لتدرس بذلك تأثير العمر الزمني على الاضطرابات الانفعالية والسلوكية المدروسة، وستكون بذلك قد أعطت ملمحا ولو قليلا عن الاضطرابات الانفعالية والسلوكية التي يعاني منها الطفل الأصم في مختلف أعمارهم، من الطفولة الأولى (3-5) سنوات إلى غاية بداية المراهقة (13-16) سنة. ما سيفتح المجال واسعا لبحوث أخرى ستستفيد من النتائج المتوصل إليها. إضافة إلى الدراسة الوصفية ستلجأ الدراسة الحالية إلى دراسة الحالة لسبعة (07) أطفال صم، تتراوح أعمارهم بين 9 و12 سنة، وهو الأمر الذي اختلفت فيه مع الدراسات السابقة التي اكتفت جلها على المنهج شبه التجريبي القائم على التصميم ذي المجموعتين الضابطة، والتجريبية.

### ج. من حيث الأدوات والمنهج:

تشارك الدراسة الحالية مع سابقتها في استعمال أدوات بحث مختلفة، ومتنوعة، كالملاحظة، والمقابلة، غير أنها ستختلف عنها في آليات التقصي، باعتبار أن هدف هذه الدراسة سيمر بمرحلتين،

حيث تهدف في مرحلتها الأولى، إلى البحث عن مجموعة الاضطرابات الانفعالية الشائعة لدى الأطفال الصم، مستعملة في ذلك قائمة بيركس لتقدير السلوك. وتهدف في المرحلة الثانية إلى دراسة اضطراب فرط النشاط الحركي، وقصور الانتباه، المصحوب بالاندفاعية والعدوانية، وستستعمل لأجل ذلك مقياس فرط النشاط الحركي، وقصور الانتباه والعدوانية، وفقا للدليل التشخيصي والإحصاءات للاضطرابات النفسية والعقلية رقم 4 من إعداد الأستاذ فقيه العيد.

أما بالنسبة للمنهج المتبع باعتباره أساسا لاختيار الأدوات فستعتمد الدراسة الحالية أساسا على المنهج شبه التجريبي، وسنختار بالتحديد التصميم التجريبي ذي المجموعة الواحدة One group pre-post-test Design، حيث يتم إجراء القياس القبلي، والقياس البعدي على نفس المجموعة، بعد تطبيق أداة، أو منهج دراسة الحالة باعتبارها منهجا وأداة في الدراسة العيادية، لكن قبل هذا ستعتمد على المنهج الوصفي، في بحثها عن العلاقات بين الاضطرابات الانفعالية والسلوكية لدى الأطفال الصم وبعض المتغيرات كالجنس، والعمر الزمني، ودرجة الإعاقة السمعية، ونوع الإقامة (داخلي ونصف داخلي)، والبحث عن العلاقة بين الاضطرابات نفسها. وستكون بذلك قد استفادت من كل الدراسات السابقة، بما فيها تلك التي اعتمدت على المنهج الوصفي لوحده في البحث عن الارتباطات والفروق بين المتغيرات، وتلك التي اعتمدت على المنهج شبه التجريبي بتصميم المجموعتين التجريبية والضابطة، وستكون بذلك قد جمعت واعتمدت على منهج دراسة الحالة، والمنهج شبه التجريبي، والمنهج الوصفي، في دراسة واحدة.

**د. من حيث النتائج:**

توصلت الدراسات السابقة إلى أن الأطفال الصم يعانون من اضطرابات سلوكية تختلف درجاتها حسب الجنس، وكانت لصالح الذكور كما جاء في دراسة سنوة ناجي وعبد الكريم قرشي (2018)، كما أن نمط التعلق الأمومي يؤثر على مستوى السلوك العدواني لدى الأصم، كما جاء في دراسة سحيري



زينب، وزويكري ابتسام، وميهوبي سعاد (2018). وأن الطفل الأصم يعاني من أنماط مختلفة من اضطراب قصور الانتباه المصحوب بفرط الحركة، كما ورد في دراسة آيت يحيى نجية (2017)، وأنه لا توجد فروق تعزى إلى الجنس، وفي دراسة قريشي فيصل (2016)، توصل الباحث إلى أنه لا توجد علاقة بين أساليب المعاملة الوالدية والسلوك العدواني لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية ونتيجة بحثه تختلف بذلك مع نتائج العديد من الدراسات التي أثبتت عكس ذلك، حيث تبين أن المعاملة الخاطئة هي من أهم العوامل التي تؤدي إلى ظهور السلوك العدواني لدى الأطفال. كما توصلت دراسة صونية مجنون حمدان ونصيرة زلال (2015) أن تقدير الذات متدني عند الأطفال الصم غير المدمجين في المدارس العادية. كما أظهرت نتائج دراسة عبد العزيز محمد بن حسين (2018)، تأثير الإعاقة السمعية على مقدار المهارات الاجتماعية، كالتواصل والتفاعل الاجتماعي، وأكدت من ناحية أخرى أن السلوك العدواني عند الصم يتدرج ارتفاعاً وفق شدة الإعاقة السمعية، ما يؤكد تأثيرها على تكوين النزعة العدوانية لدى الطفل الأصم. وأظهرت نتائج دراسة روجي مروح عبدات (2010) أن السلوك التوافقي كما يراه الأولياء مرتفع عند الذكور منه عند الإناث.

أما عن نتائج الدراسات التي تناولت العلاج، نجد أن فعالية التدريب على إدارة الغضب قد نجحت في خفض السلوك العدواني، حسب نتائج دراسة المكانين هشام عبد الفتاح، والخوالدة محمد خلف (2019). وأن برنامج التربية الحركية المقترح في دراسة رمضان أشرف عباس جبر (2018)، قد ساهم في خفض اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد لدى التلاميذ الصم. كما ثبت أن استخدام التعزيز الرمزي في تعديل السلوك العدواني (العدوان على الذات-العدوان على الآخرين-العدوان على الأشياء) قد نجح حسب نتائج دراسة ورغي سيد أحمد (2017). وبخصوص البرنامج العلاجي السلوكي المقترح في دراسة لحمري أمينة (2015)، فقد نجح في خفض حدة اضطراب فرط النشاط الحركي المصحوب بقصور الانتباه والاندفاعية لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية. كما نجح البرنامج القائم

على المسرح الميمي الذي اقترحته رقايدة مسعودة (2014) في تعديل السلوك العدوانى لدى الطفل الأضم. ستسعى الدراسة الحالية إلى اختبار فاعلية برنامج علاجي معرفي سلوكي مقترح لخفض حدة الاضطرابات الانفعالية، والسلوكية لدى الطفل الأضم (اضطراب فرط النشاط الحركي، وقصور الانتباه المصحوب بالاندفاعية، والعدوانية، نموذجاً).

بعد عرض أوجه التشابه والاختلاف بين الدراسة الحالية والدراسات السابقة، نذكر الآن نقاط الاستفادة من الدراسات المذكورة:

- تحديد هدف البحث الحالي.
- بناء الإطار النظري للدراسة الحالية.
- اختيار أدوات ومنهج البحث.
- تصميم البرنامج العلاجي القائم على التقنيات المعرفية السلوكية.
- تفسير النتائج المتوصل إليها في ضوء نتائج الدراسات السابقة.

## الفصل الثالث: الإعاقة السمعية

### تمهيد

1. آلية السمع والجهاز المسؤول عنها
  - 1.1 الآلية التشريحية
  - 2.1 الآلية الوظيفية
  - 3.1 الآلية الفيزيائية
2. تعريف الإعاقة السمعية
  - 2.1 تعريف الأصم
  - 2.2 تعريف ضعيف السمع
  3. تصنيف الإعاقة السمعية
    - 1.3 التصنيف حسب طبيعة الإصابة وموقعها
    - 2.3 التصنيف حسب العمر الزمني الذي حدثت فيه الإعاقة السمعية
    - 3.3 التصنيف الفيزيولوجي
    - 4.3 التصنيف التربوي
  4. أسباب الإعاقة السمعية
  5. أساليب التواصل لدى الصم
  6. الخصائص النفسية لدى الصم
    - 1.6 الخصائص اللغوية
    - 2.6 الخصائص العقلية (المعرفية)
    - 3.6 الخصائص الانفعالية
    - 4.6 الخصائص الاجتماعية

## تمهيد:

تلعب حاسة السمع دورا كبيرا ورئيسا في نمو الانسان، فهي تُسهّل تواصله مع بيئته، وتجعله قادرا على تعلم اللغة بتأثيرها على نمو القدرات العقلية المختلفة، وهي وسيلة مهمة للتفاعل الاجتماعي، ولنمو الفرد بصورة طبيعية.

وللسمع أهمية عظيمة فهو وسيلة الانسان لإدراك ما حوله وبه يستطيع أن يتعلم، وأن يحدد أماكن الأشياء من حيث قربها وبعدها من خلال الأصوات التي تصدرها دون الحاجة لرؤية مصدرها.

وعلى الرغم من أهمية جميع الحواس في عمليات الاتصال، والادراك، والتعلم، والنمو، إلا أن حاسة السمع تبقى الأهم في هذا كله فمن خلالها يحدث التفاعل، لذا فإن اللغة المسموعة وسيلة الفرد للاتصال والتواصل مع الآخرين، واضطراب هذه الحاسة أو فقدانها، يعيق هذا النمو، فيصبح الانسان معزولا عن الآخرين، غير قادر على التواصل الطبيعي معهم.

فما معنى أن يفقد الانسان سمعه؟ وكيف يحدث ذلك؟ وما تأثير ذلك على حياته؟

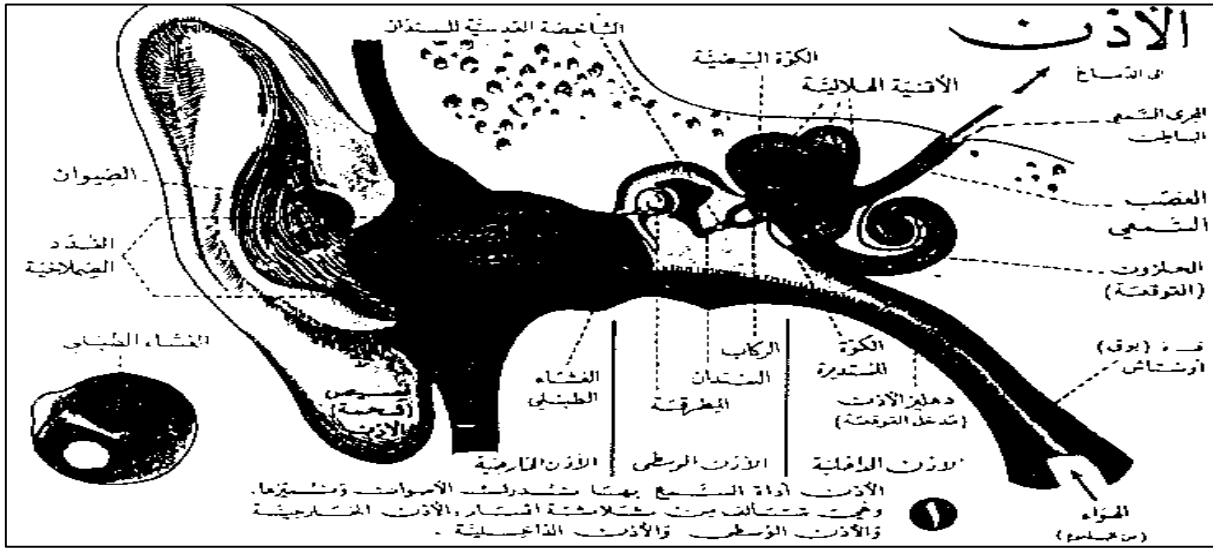
### 1. آلية السمع والجهاز المسؤول عنها:

لا يمكن فهم ووصف الإعاقة السمعية، دون معرفة آلية السمع والجهاز المسؤول عنها، ولكي نفهم كيف تتم عملية السمع، علينا أن نتعرف أولا على الآليات الفيزيولوجية لحاسة السمع، وهي تنفرع إلى آلية تشريحية، وآلية وظيفية، وآلية فيزيائية. (الزريقات، 2009، ص 76)

1.1 الآلية التشريحية: ينقسم الجهاز السمعي من الجانب التشريحي إلى قسمين رئيسيين هما:

- الجهاز السمعي العصبي: ويتألف من الممرات العصبية الموجودة في المخ.
- الجهاز السمعي الخارجي: ويتألف من الأذن الخارجية، والأذن الوسطى، والأذن الداخلية.

الشكل رقم(01) : الأجزاء الرئيسية للأذن (الروسان، 1998، ص 140)



فأما الجهاز السمعى العصبى، فيتكوّن من نواقل عصبية، تمر عبرها الرسالة الصوتية لتصل إلى المخ، أين يتم ترجمة وإدراك وفهم هذه الرسالة، وهي ما يُسمى بالعصب السمعى، أو ما يُعرف بالعصب المخي الثامن. يصل هذا العصب إلى جذع المخ، ومنه إلى مراكز السمع العليا في الفص الصدغي من المخ. كما يتكون الجهاز السمعى العصبى من الفرع الدهليزي الذي يخرج من فقاعات القنوات نصف الدائرية، ويسمى بالعصب الفقاعي، ثم يأتي الفرع القوقعي، الذي يخرج من القوقعة ويسمى بالعصب القوقعي.

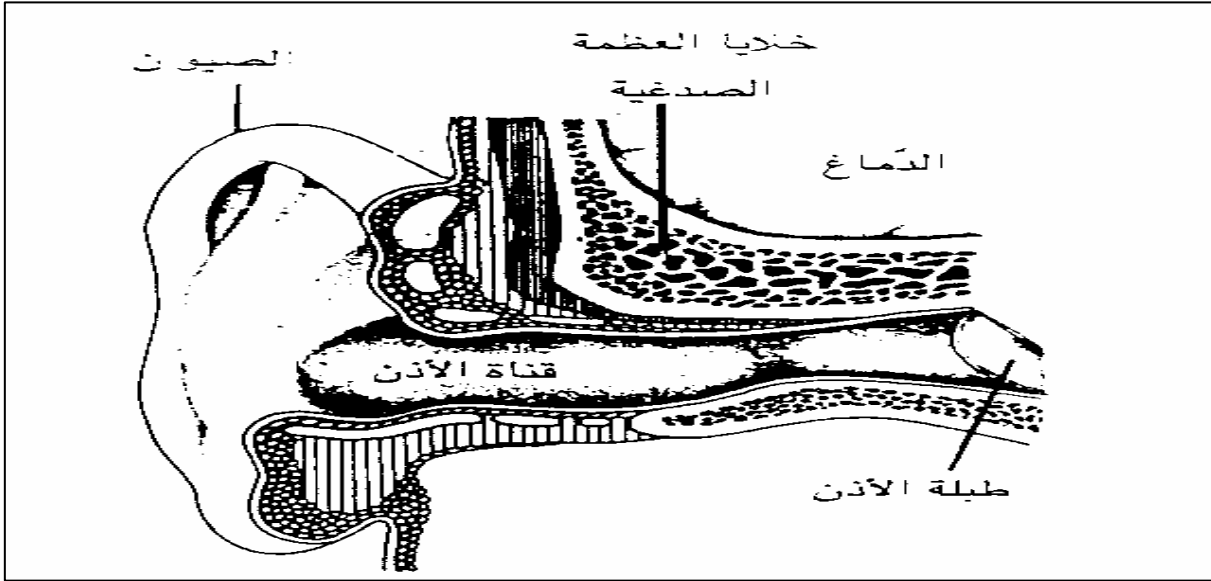
أما الجهاز السمعى الخارجى فيتكون من الأذن الخارجية، الأذن الوسطى والأذن الداخلية، وتجدر الإشارة إلى أن الأذن الخارجية هي العضو الوحيد الظاهر من الأذن، أما بالنسبة للأذن الوسطى والداخلية فتتركزان داخل التجويف الموجود في عظم الصدغ من الجمجمة.

(أ) الأذن الخارجية: **Oreille externe** وتتكون بدورها من صيوان الأذن Pavillons ومن

مجرى السمع Conduit auditif externe المنتهى بالطبلة Tympan هذه الأخيرة هي عبارة عن

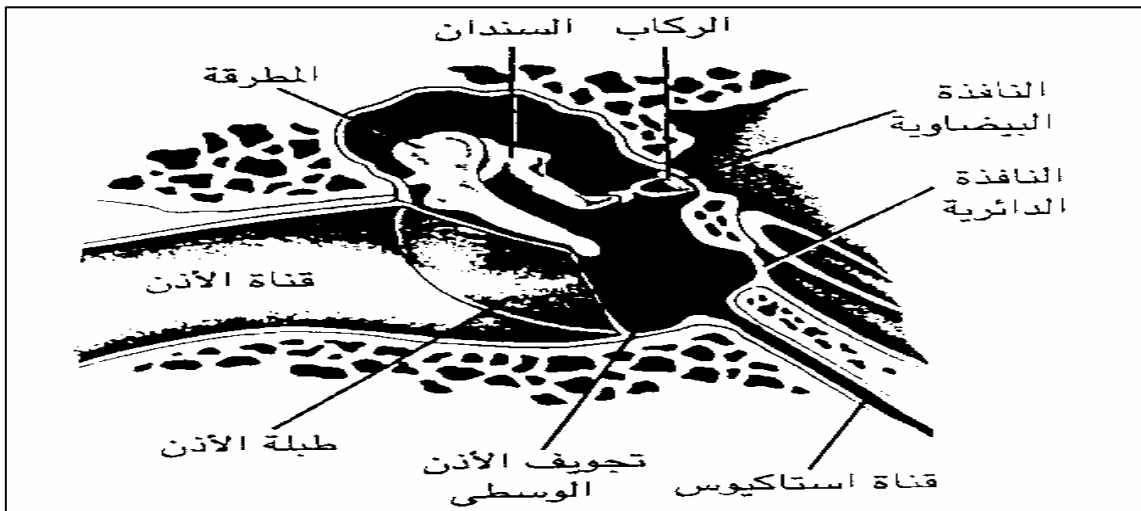
مجموعة من الألياف.

## الشكل رقم ( 02 ) مكونات الأذن الخارجية



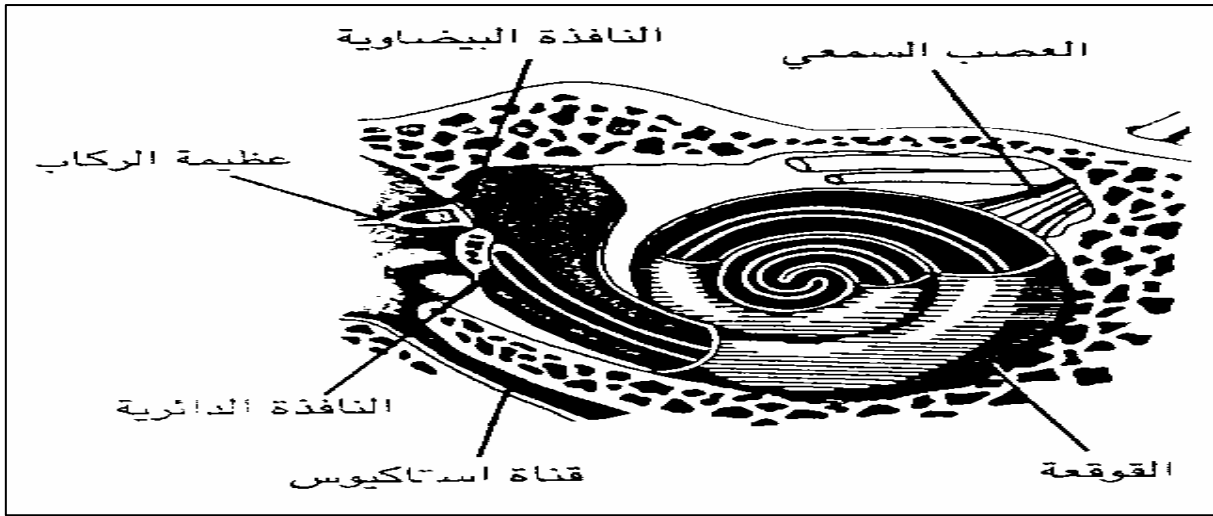
(ب) الأذن الوسطى **Oreille moyenne**: تتكون أساساً من ثلاث عظيمات، مرتبة من الداخل إلى الخارج كالآتي : مطرقة وسندان وركاب، توجد هذه العظيمات في العظم الصدغي وهي متصلة بالبلعوم Pharynx بواسطة قناة أوستاكيوس Trompe d'eustache والتي تلعب دوراً في نقل الهواء الخارجي بين الفم وطبلة الأذن كما تؤدي دوراً في السمع في حالة الزكام. كما تتواجد بالأذن الوسطى النافذة الدائرية والنتوء الحلمي Mastoïde.

## الشكل رقم (03): مكونات الأذن الوسطى (خولة محمد، 2009، ص 46-47)



ت) الأذن الداخلية: **Oreille interne** وتوجد بها الأذن الباطنية وتتكون هذه الأخيرة من جزء أمامي متعلق بالقوقعة وجزء خلفي متمثل في جهاز التوازن، كما يوجد بها الأعصاب الزوج قحفية أو الجمجمية والتي تتكون من عصب حلزوني قوقعي **Nerf cochléaire** وعصب دهليزي **Nerf vestibulaire** وهو خاص بالتوازن وتتواجد القوقعة داخل العظم الماستويدي **l'osmastoidien** الذي يحميها من الصدمات.

### الشكل رقم (04): مكونات الأذن الداخلية. (الخطيب، 1998، ص 21)



2.1 الآلية الوظيفية: تُقسَّم وظائف الجهاز السمعي من الجانب الوظيفي إلى وظيفتين:

الوظيفة الأولى: التقاط الصوت وتوصيله إلى الأذن الداخلية.

الوظيفة الثانية: استقبال الصوت وتحليله.

ويمكن إدراج وظائف أخرى للجهاز السمعي، تتمثل في:

أ - نقل الأصوات: إذ يتم نقل الأصوات المُلتقطة بواسطة صيوان الأذن عبر القناة السمعية الخارجية إلى طبلة الأذن الأمر الذي يؤدي إلى اهتزازها، هذه الاهتزازات يتم تضخيمها بواسطة سلسلة العظيومات الثلاث الموجودة في الأذن الداخلية، ثم تنقل إلى فتحة الحاجز الداخلي للأذن الوسطى حتى سوائل تجويف الأذن الداخلية.

ب - الإحساس بالأصوات: يتم نقل الاهتزازات بواسطة سوائل تجويف الأذن الداخلية إلى عضو كورتى، الذي يحوّل الاهتزازات الميكانيكية إلى طاقة عصبية، والتي تُنقل بدورها عبر عصب التجويف الحلزوني إلى المراكز العصبية الصدغية اليسرى واليمنى.

ج- الإحساس بالموضع وبحركات الرأس: وتعتبر هذه الأخيرة ضرورية من أجل اتزان الجسم، ينشأ هذا الإحساس في دهليز الأذن، وفي القنوات النصف دائرية، بواسطة تحرك السوائل للمفاوية الداخلية، وينتج عن هذا التحرك ضغط، يتم تحويله إلى سيالة عصبية، يتم نقلها عبر عصب دهليز الأذن إلى مراكز الاتزان العصبية. (Morgon, Alain, 1980, P.P 2.3)

### 3.1 الآلية الفيزيائية:

توضح الآلية الفيزيائية التي تسير عليها عملية السمع، أن الصوت يتكون من موجات ضغط، وانكسار في الهواء، وتعتمد طبقة الصوت على تردد الموجات، أو على تقاربها مع بعضها البعض، وعندما تصل موجات الصوت إلى الأذن، فهي تمر أسفل القناة السمعية، وتصل إلى طبلة الأذن، وبالتحديد إلى غشاء الطبلة، الأمر الذي يؤدي إلىذبذبة هذه الأخيرة، وتنتقل الذبذبات إلى إحدى العظيّمات الصغيرة في الأذن الوسطى، وتسمى المطرقة، لتمر من رأس المطرقة إلى السندان، ثم إلى الركاب، ويحتل الطريق الوحيد لهذه العظيمة الأخيرة، مكانا عبر الثقب الصغير في جدار التيه العظمي، المسمى كوة الدهليز، لتصل بعدها إلى الخرق الحلزوني، ثم أسفل السلم الطبلي، لكي يتسرب عبر الكرة الطبليّة، وعند تسرب الذبذبات، عبر اللفف المحيط في السلم الدهليزي، تنتقل إلى اللفف الداخلي في القناة القوقعية، وهكذا تصل إلى الغشاء القاعدي. ويعتقد المختصون في هذا المجال، أن الأصوات ذات الطبقة المرتفعة تسبب صدى، أو ما يعرف بالرنين على مستوى الغشاء القاعدي عند قاع القوقعة، وأن الأصوات ذات الطبقة المنخفضة تسبب صدى في أماكن أكثر قربا للخرق الحلزوني، وفي جزء من



الغشاء القاعدي، تعمل الذبذبات على هز الخلايا الشعرية من الأجزاء المجاورة من عضو كورتي، الأمر الذي يجعلها تشع ومضات عصبية، تسري عبر الجزء القوقعي من العصب السمعي إلى المخ. إن كل تشوه أو عطب على مستوى الجهاز السمعي، وعلى آلياته التي تتحكم في حدوث عملية السمع، سيؤدي إلى تعطيل النظام المستقبل للأصوات، مما يؤدي إلى إعاقة سمعية تختلف درجتها حسب موقع العطب وأهميته.

## 2. تعريف الإعاقة السمعية:

- تعرّف اصطلاحاً في قاموس الأرتوفونيا على أنها "فقدان سمعي مهما كانت أهميته وسببه، وقد تكون عابرة، أو حتمية، وأحياناً تطويرية، ونتائجها متعددة: اضطرابات في الاتصال قبل اللغوي عند الرضيع، غياب أو تأخر لغوي، اضطرابات الكلام والصوت، وبما أن الصمم لا يعالج دائماً دوائياً أو جراحياً، فإنه يصبح إعاقة تتطلب الكفالة." (ركزة، 2015، ص 6)
- يُعرّف المعجم الطبي الإعاقة السمعية: "على أنها إعاقة متكررة تؤدي إلى انخفاض، أو انعدام السمع، سببها آفة تلحق بمنطقة ما من مناطق الجهاز السمع." (Damas, 1998, p 742)
- يذكر العيسوي (2010) أن مصطلح الإعاقة السمعية يشير إلى مستويات متفاوتة من الضعف السمعي، تتراوح من ضعف سمعي بسيط، إلى ضعف سمعي شديد جداً. ويضيف أن لويد Liogd عرّف الإعاقة السمعية بأنها "تعني انحرافاً في السمع، يحد القدرة على التواصل السمعي اللفظي، مما يصبح معها من الضروري، تقديم خدمات ورعاية التربية الخاصة". (العيسوي، 2010، ص 9)
- كما يُقصد بها وجود مشاكل، أو خلل وظيفي، يحول دون قيام الجهاز السمعي بوظائفه، أو تتأثر قدرة الفرد على سماع الأصوات المختلفة بشكل سلبي. (كوافحة، 2010، ص 99)

• كما تعرف الإعاقة السمعية، على أنها الحرمان من حاسة السمع إلى درجة تجعل الكلام المنطوق ثقيل السمع، مع أو بدون استخدام المعينات، وتشمل الأطفال الصم وضعاف السمع. (عبيد، 2000، ص 68)

• وتُعرّف على أنها العجز الحسي، الذي يمنع الفرد من استقبال الأصوات المثارة في كل أو معظم أشكالها. (ابراهيم، 2001، ص 216)

• وتُعرّف أيضا بأنها "القصور في السمع بصفة دائمة والذي من شأنه التأثير بالسلب على الأداء التعليمي للفرد." (Ysseldeyked, 1995, p 348)

• وهي عطب يصيب حاسة السمع منذ الولادة، أو قبل تعلم الكلام، ويؤدي إما إلى الفقد السمعي الجزئي، والذي يتطلب استخدام المعينات السمعية، أو الفقد السمعي التام، والذي يتطلب تعلم أساليب تواصل غير لغوية كلغة الإشارة وغيرها. (مطر، 2002، ص 67)

إن كل التعاريف السابقة هي تعاريف عامة، وشاملة، تضم كل درجات وأنواع الإعاقة السمعية، التي تتباين فيما بينها، تبعا لدرجة القصور، وأنواعه، أو زمنه، أو سببه، وعليه نستنتج أن مصطلح الإعاقة السمعية، يضم فئتين هما: المُعَوَّق سمعيا الأَصم، وضعيف السمع، وهاتان الفئتان تضمان داخلهما:

أ- الصمم الخلقى: ويوصف به الذين وُلِدوا بالإعاقة السمعية.

ب- الصمم العارض أو المكتسب: ويوصف به الذين وُلِدوا بحاسة سمع عادية، ثم فقدوها في ظل أمراض أو حوادث.

ونقلا عن زياد كامل اللالا وآخرون، يفرق هالاهان وكوفمان (Hallahan & Kauffman, 2006)

بين هاتين الفئتين من الناحية التربوية، فيذكران أن المُعَوَّق سمعيا الأَصم، هو ذلك الشخص الذي تحول إعاقته دون قيامه بالمعالجة المتتالية للمعلومات اللغوية، سواء استخدم المعينات السمعية، أو لم

يستخدمها، بينما يُعدُّ الشخصُ ضعيفُ السمع، ذلك الشخص الذي تظل لديه بعض بقايا السمع، متى استعمل المعينات السمعية، هذه البقايا السمعية، تكفي كي تُمكنه من القيام بالمعالجة المتتالية للمعلومات اللغوية عن طريق السمع. (اللالا زياد، 2006، ص 200)

## 1.2 تعريف الأصم:

تُعرّف المنظمة العالمية للصحة، الطفل الأصم "بأنه الطفل الذي وُلِدَ فاقدًا لحاسة السمع إلى درجة، تجعل الكلام المنطوق مستحيلًا مع أو بدون المعينات السمعية."

(عبد الرؤوف، 2008، ص 32)

كما يُعرّف الأصم، بأنه ذلك الشخص، الذي فقد حاسة السمع، منذ الميلاد، أو قبل تعلم الكلام، بدرجة لا تسمح له بالاستجابة الطبيعية، للأغراض التعليمية، والاجتماعية، في البيئة السمعية إلا باستخدام طرق تواصل خاصة. (التهامي، 2006، ص 41)

كما ذكر ابراهيم مجدي (2003) أنه ورد في تعريف اللجنة التنفيذية، لمؤتمر المديرين العاملين في مجال رعاية الصم، بالولايات المتحدة الأمريكية، أن الأصم، "هو الفرد الذي يعاني من عجز سمعي، إلى درجة تحوّل دون اعتماده على حاسة السمع في فهم الكلام، سواء باستخدام السماعات، أو بدونها، حيث يصل فقدان السمع 70 ديسبل فأكثر." (مجدي، 2003، ص 434)

## 2.2 تعريف ضعيف السمع:

فيما يخص تعريف ضعيف السمع، فقد قدم رشاد موسى عدة تعاريف، أذكر منها:

- هو الفرد الذي يعاني من فقدان سمعي بين (35-69) ديسبل، يجعله يواجه صعوبة في فهم الكلام، بالاعتماد على حاسة السمع فقط.
- هو الذي يعاني من نقص في حاسة السمع، لدرجة تجعل من الضروري، استخدام أجهزة، وأدوات مساعدة، حتى يتمكن من فهم الكلام المسموع.

• هو الشخص الذي يعاني من ضعف سمعي دائم، أو متقطع، يؤثر سلباً على أدائه التربوي، ولكن

الحالة لا تصل إلى مستوى الصمم. (موسى، 2001، ص 188)

وتجدر الإشارة إلى أن شدة الإعاقة السمعية، هي نتاج لشدة الضعف في السمع، وتفاعله مع

عوامل أخرى أهمها:

1-العمر الزمني عند فقدان السمع.

2-العمر الزمني الذي تم فيه اكتشاف فقدان السمع.

3-المدة الزمنية التي استغرقها حدوث فقدان السمع.

4-نوع الاضطراب الذي أدى إلى فقدان السمع.

5-فاعلية أدوات تضخيم الصوت.

6-الخدمات التأهيلية المقدمة. (القمش، 2007، ص 82-83)

### 3. تصنيف الإعاقة السمعية:

تعددت تصنيفات الإعاقة السمعية تبعاً للعوامل المذكورة آنفاً، وتبعاً للتوجه المهني الذي ينتمي

إليه الأخصائيون، ومن أهم هذه التصنيفات:

- التصنيف حسب طبيعة الإصابة وموقعها.

- التصنيف حسب العمر الزمني الذي حدثت فيه الإعاقة السمعية.

- التصنيف الفيزيولوجي أي حسب درجة الإعاقة السمعية.

- التصنيف التربوي.

1.3 التصنيف حسب طبيعة الإصابة وموقعها:

أ- فقدان السمع التوصيلي:

وينتج عن خلل في الأذن الخارجية، والوسطى، يحول دون نقل الموجات الصوتية إلى الأذن الداخلية، ما ينجم عنه عدم قدرة الفرد على سماع الأصوات التي لا تزيد عن (60) ديسبل (وحدة قياس السمع)، والأفراد الذين يعانون من هذا النوع من الإعاقة، يمكنهم سماع الأصوات المرتفعة وتمييزها، كما أن استخدام السماعات لدى هذه الفئة مفيد في استعادة بعض القدرات السمعية.

#### ب-ال فقدان السمع الحسي العصبي:

وينتج عن خلل في الأذن الداخلية، أو العصب السمعي، وتكمن المشكلة في عدم تحويل موجات الصوت في الأذن الداخلية إلى شحنات كهربائية داخل القوقعة، بسبب خلل فيها، أو قد ينتج عن خلل في العصب السمعي، فلا يتم نقل موجات الصوت إلى الدماغ، ودرجة الفقد السمعي، وهنا تتجاوز (70) ديسبل. إن الأفراد المصابين بهذا النوع من فقدان السمع الحسي العصبي، يعانون من صعوبة في فهم الأصوات، مع عدم القدرة على سماعها، إضافة إلى اضطراب نغمات الصوت، وزيادة شدة الصوت بشكل غير طبيعي، وعادة ما يتكلم الفرد بصوت مرتفع لسمع نفسه، والسماعات في هذه الحالة قليلة الفائدة.

#### ت-ال فقدان السمع المختلط:

يسمى كذلك، عندما يعاني الفرد من فقدان سمعي توصيلي، وفقدان سمعي حسي عصبي، في

الوقت ذاته.

#### ث-ال فقدان السمع المركزي:

ينتج هذا النوع في حالة وجود خلل في الممرات السمعية، في جذع الدماغ، أو المراكز السمعية، يحول دون تحويل الصوت من جذع الدماغ إلى المنطقة السمعية في الدماغ، أو عند إصابة الجزء المسؤول عن السمع في الدماغ، وفي هذه الحالة، السماعات محدودة الفائدة للأشخاص الذين يعانون من

هذا النوع من فقدان السمع. (القمش، 2007، ص 86)

2.3.التصنيف حسب العمر الزمني الذي حدثت فيه الإعاقة السمعية:

إن العمر الزمني الذي تحدث فيه الإعاقة السمعية مُهم، نظرا للأثر الذي تتركه الإعاقة على نمو واكتساب اللغة، وكذا اكتساب خبرة الأصوات المختلفة في البيئة. من هنا تُقسّم الإعاقة السمعية، حسب هذا التصنيف إلى:

#### أ) الإعاقة السمعية ما قبل اكتساب اللغة:

وهنا تحدث الإعاقة في سن مبكر، أي قبل سن الثالثة، وقبل أن يكتسب الطفل اللغة المنطوقة، سواء كانت الإعاقة منذ الولادة، أو مكتسبة، وفي هذه الحالة لا يستطيع الطفل اكتساب اللغة والكلام بطريقة طبيعية، وبالتالي يجد صعوبة في إنتاج اللغة واستخدام الكلام، كطريقة للتواصل، لذلك فهو يحتاج إلى تعلم اللغة بصريا، وغالبا ما يستخدم أساليب التواصل اليدوية.

#### ب) الإعاقة السمعية ما بعد تعلم اللغة:

ويندرج ضمن هذا التصنيف، أولئك الذين فقدوا قدرتهم السمعية كلها، أو بعضا منها، بعد اكتساب اللغة، أي بعد سن الخامسة، وتكون الإعاقة السمعية في هذه الحالة قد حدثت فجأة، أو تدريجيا على مدى فترة زمنية طويلة، ويستطيع المصاب المحافظة على هذه المهارات اللغوية، أو تقويتها، إذا ما توفرت لديه الرعاية التربوية المناسبة. غير أن هذه القدرات قد تتدهور، لعدم استطاعته سماع مستوى كلامه، ولكن هذا لا يمنع من كون هذه الفئة قادرة على إنتاج اللغة، نظرا لاكتسابها اللغة قبل الإصابة بالصمم. (الخطيب، 1998، ص 27: 28)

### 3.3 التصنيف الفيزيولوجي:

يركز هذا التصنيف على درجة فقدان السمع في إطار حساسية الفرد لسماع ارتفاعات الأصوات على ذبذبات معينة، والتي تقاس بالديسبل، وعلى هذا الأساس يمكن تصنيف درجة فقدان السمع إلى:

أ) الإعاقة السمعية البسيطة: ويصل فيها مقدار الخسارة السمعية من 20-39 ديسيبل، وهنا يواجه

الفرد صعوبات بسيطة في السمع، كما أنه يستطيع التعلم في مدارس العاديين.

ب) الإعاقة السمعية المتوسطة: تقدر الخسارة السمعية ما بين 40-60 ديسيبل، ويواجه هؤلاء صعوبات في السمع، وفهم الكلام، أكثر من الفئة السابقة، ويمكنهم التعلم في المدارس العادية باستخدام المعينات السمعية، وهم أنسب الفئات لعملية الدمج، ويطلق عليهم ضعاف السمع.

ت) الإعاقة السمعية الحادة: ومقدار الخسارة عند هذه الفئة يتراوح ما بين 70-89 ديسيبل، وهؤلاء يحتاجون إلى خدمات تربوية خاصة.

ج) الإعاقة السمعية العميقة: ويزيد فقدان السمع عند هؤلاء عن 90 ديسيبل، وهم أيضا يحتاجون إلى خدمات تربوية متخصصة، إضافة إلى كونهم لا يستطيعون استخدام الكلام بشكل مفهوم، إذا حدثت لديهم الإعاقة قبل تعلم اللغة. (النمر، 2000، ص ص 19-20)

ويأتي تصنيف منظمة الصحة العالمية (جنيف - 1980) كما يلي:

1. ضعف سمعي خفيف من 36-40 ديسيبل.

2. ضعف سمعي معتدل من 41-55 ديسيبل.

3. ضعف سمعي متوسط من 56-70 ديسيبل.

4. ضعف سمعي حاد من 71-90 ديسيبل.

5. ضعف سمعي عميق أكثر من 91 ديسيبل.

6. فقدان سمعي كلي. (محمود، 2013، ص 33)

وهناك تصنيف أديو فونولوجي آخر للعجز السمعي، يتمثل في:

1- العجز السمعي الخفيف: وتتمركز العتبة السمعية بين 20 و40 ديسيبل (dB)، وفي هذه الحالة لا

يدرك المصاب الكلام المهموس، لكنه يفهم الكلام العادي، وليست له مشاكل سمعية في الدراسة العادية.

(Benoit, 1996, p 21)

2- العجز السمعي المتوسط: وتقع العتبة السمعية ما بين 40 إلى 70 ديسبل، ويمكن للمصاب إدراك الصوت والنغم الحادين، بصوت منخفض، لكنه لا يستطيع إدراك العديد من العناصر الصوتية الحادة، لذا يتوجب تزويد هؤلاء الأطفال بأجهزة التصحيح السمعي، لإتاحة الفرصة لهم بالدمج في وسط سمعي عادي، وغالبا ما يدمجون في مدارس خاصة. (Maissony, 1972, pp 242-243)

3- العجز السمعي الحاد: وتقع العتبة السمعية بين 70 و 90 ديسبل، حيث لا تسمع الكلمة إلا إذا كانت بصوت عال وبشدة مرتفعة، وحتى وإن سُمعت، تُدرك بصورة مشوهة، ومبتورة للغاية، وفي حالة التخاطب العادي، لا يسمع الفرد ما يقال، ولكنه يرى حركة الشفاه صامتة.

4- العجز السمعي العميق: هنا تفوق العتبة السمعية 90 ديسبل، ولا يستطيع الطفل سماع أي كلمة، وإن كانت بصوت مرتفع للغاية، أما البقايا السمعية فتكون نتيجة لأصوات ذات شدة عالية، وتسمع بصورة منخفضة جدا، وهنا نتحدث عن الصمم، وهو لا يمثل النقص الكمي للسمع فقط، بل هو تغيير كفي للإدراك السمعي، والذي يظهر عن طريق تشويه حسي للإشارة الصوتية.

من الملاحظ أن التصنيف الفيزيولوجي، أو ما يعرف بالتصنيف الايديو فونولوجي، إنما يهدف إلى ربط درجة العجز السمعي، بعملية التواصل وإمكانية التعلم، كما يساعد المعلمين خاصة والمشرفين على هذه الفئة، في معرفة مستوى السمع لدى الطفل، ومدى قدرته على السمع، ما يساهم في تحديد أفضل الطرق والأساليب التعليمية، التي يمكن استعمالها مع كل فئة على حدا.

(محمود، 2013، ص 34)

وهو نفسه التصنيف الذي اعتمدُ عليه في توزيع عينة البحث، من حيث متغير درجة الإعاقة السمعية، لما فيه من تحديد لخصائص كل فئة، خاصة، وأنه يبرز دور البقايا السمعية في الاستجابة، إذ أنه كلما كانت هناك بقايا سمعية، أي ما يستطيع الفرد سماعه، أو ما يتبقى من سمع، كلما عمل المربون على استغلالها في انتاج استجابات، وبالتالي تقوية عملية التواصل مع الطفل المعاق سمعيا.



### 4.3 التصنيف التربوي:

يربط هذا التصنيف بين فقدان السمع، ونمو الكلام واللغة، إذ يصعب على الأصم تعلم اللغة والكلام عن طريق الأذن، أو باستخدام المعينات السمعية، في حين يستطيع ضعيف السمع تعلم اللغة، والكلام، سواء عن طريق الأذن، أو عن طريق استخدام المعينات السمعية، وفي هذا الإطار، صُنِّفَ المعوّقون سمعياً، إلى فئات فرعية على النحو التالي:

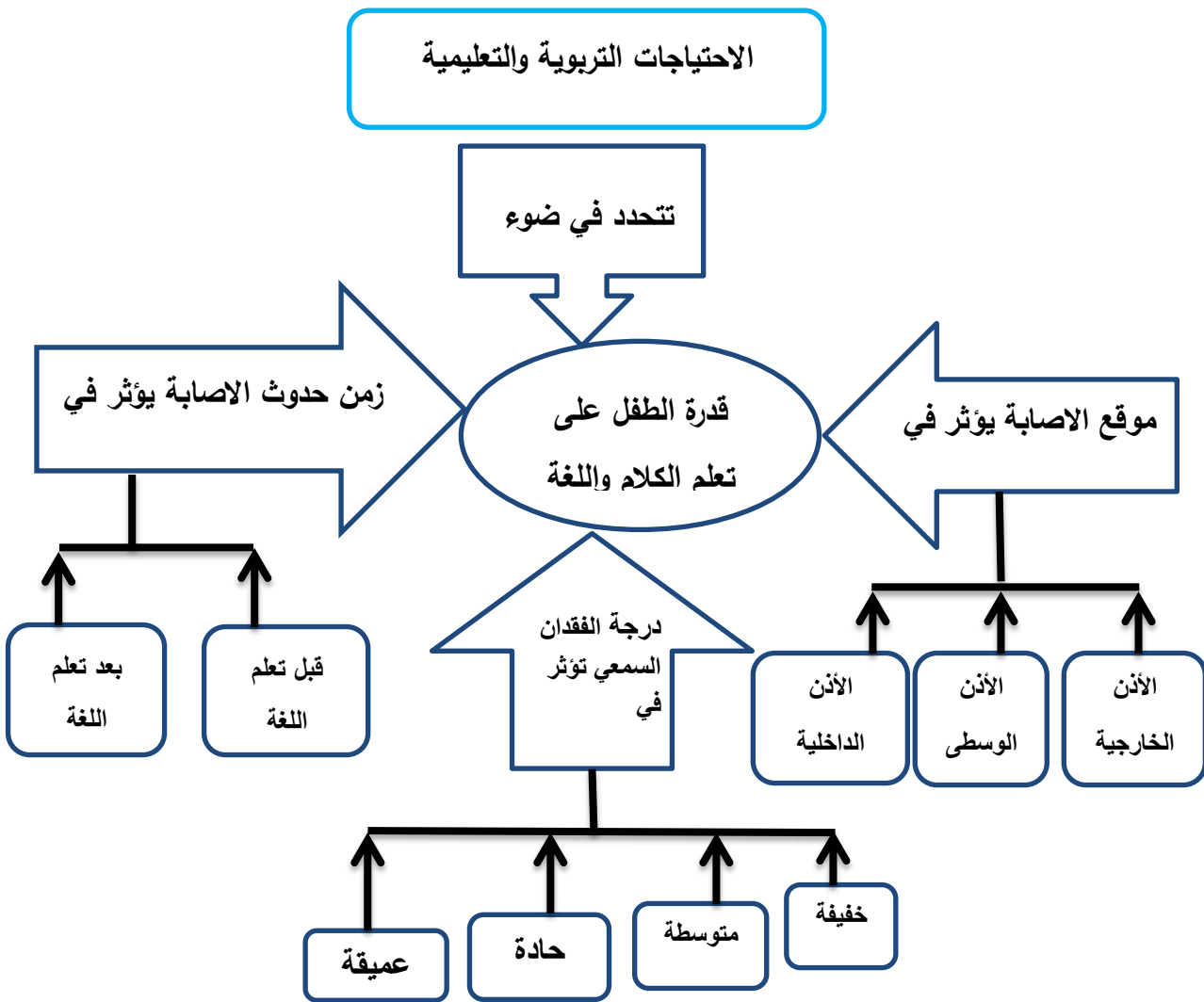
1. فئة تعاني من فقدان سمعي معتدل، أو هامشي، وهؤلاء يمكن تعليمهم باستخدام الأذن فقط، دون استعمال السماعات، شرط أن يجلسوا في أماكن مناسبة، تمكنهم من سماع، ومتابعة المعلم، وما يدور في القسم من محادثات بين زملائهم.
2. فئة تعاني من قصور سمعي متوسط، وهؤلاء يمكن تعليمهم اللغة والكلام، إذا جلسوا في أماكن مناسبة، أو إذا استخدمنا مكبرات الصوت.
3. فئة تعاني من قصور سمعي شديد، وهؤلاء لا يمكن تعليمهم اللغة والكلام، بدون المعينات السمعية.
4. فئة تعاني من قصور سمعي عميق، وهؤلاء لا يمكن تعليمهم اللغة والكلام، سواء عن طريق الأذن، أو حتى باستخدام المعينات السمعية، والتواصل معهم، يكون عن طريق استعمال طرق تواصل خاصة، وأساليب مناسبة. (محمود، 2013، ص 37)

يوجد تصنيف تربوي آخر قدّمه مؤتمر البيت الأبيض للمعاقين سمعياً جاء كما يلي:

1. المولودون بفقدان سمعي ترتب عليه عدم القدرة على تعلم اللغة والكلام.
  2. الأشخاص الذين أصيبوا بالصمم قبل اكتساب اللغة والكلام.
  3. الأشخاص الذين أصيبوا بالصمم بعد تعلم اللغة والكلام إلى درجة أن آثار التعلم قُذبت بسرعة.
- (البيلاوي، 1995، ص 15)

وعلى ضوء ما ذُكر من تصنيفات، نجد أن الاحتياجات التربوية والتعليمية، لفئة المعوقين سمعياً، يجب أن تكون في ضوء هذه التصنيفات مجتمعة، إذ نلاحظ أن كل من موقع الإصابة، ودرجة فقدان السمع، والعمر الزمني الذي وقعت فيه الإعاقة، كلها عوامل تؤثر على القدرة الكلامية، واللغوية للطفل، والشكل التالي يوضح ذلك.

الشكل (5) تحديد الاحتياجات التربوية والتعليمية في ضوء تصنيفات الإعاقة السمعية



## 4. أسباب الإعاقة السمعية:

توجد عديد العوامل المسببة للإعاقة السمعية، سواء كانت قبل الولادة، أو أثناء الولادة، أو بعدها.

ويمكن تقسيم هذه العوامل أو هذه الأسباب إلى:

### 1.4 العوامل الوراثية:

تحدث الإعاقة السمعية نتيجة للعوامل الوراثية، أو العوامل ذات الأصول الجينية، والتي تُحدث

انتقال الحالات المرضية من الوالدين. وفيما يلي عرض لتلك العوامل:

(أ) الصمم الوراثي: والذي يشير إلى فقدان السمع بدرجة عميقة، غير قابلة للعلاج، وعادة ما تكون

الإصابة في الأذنين، وقد تضم بعض العيوب الحسية، والعصبية الأخرى، في ذات الوقت.

(ب) حالات خلل عظام الأذن: والتي ينشأ عنها الصمم التام، أو ضعف السمع.

(ت) مرض تريشر: وتشير أعراضه إلى صغر حجم أذن الطفل، اتساع الفم، خلل في شكل الأسنان،

وتكوينها، الذقن المسحوبة للخلف، وقد يصاحب ذلك، بعض العيوب الخلقية، في عظام الوجه،

والفك.

(ث) مرض واردنبرج: ومن أعراضه، تلون العينين بلونين مختلفين، تضخم الأنف بشكل غير طبيعي،

وميلها إلى أحد الجوانب، وتقوس الشفاه. (عنان، ص 40-41)

### 2.4 العوامل البيئية:

وهي تلك التي تحدث بعد الإخصاب، أي أثناء الحمل، أو الولادة، أو ما بعد الولادة، مثل سوء

تغذية الأم الحامل، والتعرض للأشعة السينية، خصوصا في الأشهر الأولى للحمل، وتناول العقاقير

والأدوية، دون استشارة الطبيب، تعرض الأم للأمراض، والالتهابات أثناء الحمل، مثل الحصبة الألمانية،

أما أثناء الولادة، فيعتبر نقص الأكسجين سببا من أسباب الإعاقة السمعية، وتعرض الطفل لالتهاب

السحايا، أو الالتهاب الحاد للأذن الوسطى، أو التسمم، أو التعرض للضجيج المتكرر، أو الحوادث، والصدمات، فتعتبر من أسباب ما بعد الولادة. (كوافحة، 2010، ص 102)

## 5. أساليب التواصل لدى الصم:

بدأ الاهتمام بذوي الاحتياجات الخاصة يشغل تفكير العديد من العلماء، خاصة علماء علم النفس التربوي، فظهر مصطلح التربية الخاصة وأخذ الاهتمام بالصم وبتنمية قدراتهم على التواصل يتزايد، فاعتقد البعض بضرورة تعليمهم وتهيئتهم للعيش في المجتمع، معتمدين في ذلك على طرق التواصل الشفوي، واعتقد آخرون بضرورة تعليمهم استراتيجيات التواصل اليدوي، حتى يتمكنوا من استخدامها مع معلمهم، ومع الأطفال الصم أمثالهم. وسنعرض هنا أهم طرق التواصل المعتمدة من الصم:

### 1.5 طريقة التواصل اليدوي: تتضمن هذه الطريقة لغة الإشارة، ولغة الأصابع.

• إشارات وصفية: وهي الإشارات اليدوية التلقائية التي تصف فكرة معينة، مثل رفع اليد للتعبير عن الطول.

• إشارات غير وصفية: وهي إشارات ذات دلالة خاصة تكون بمثابة لغة متداولة بين الصم، وتسمى الهجاء الإصبعي، حيث تعتمد على تصوير حرف من الحروف أو رقم بشكل خاص.

(الزهيري، 2003، ص 165)

2.5 طريقة قراءة الشفاه: وهذا من خلال ملاحظة حركات الشفاه، والفك، واللسان، للمتكلم، إضافة إلى ملاحظة تعبيرات الوجه والإشارات المصاحبة لها وطبيعة الموقف والسياق اللغوي.

3.5 طريقة التواصل الكلي: وفيها يتم استخدام أكثر من طريقة للتواصل، المذكورة سابقا، وتستجيب هذه الطريقة بشكل أفضل مع الخصائص المميزة لكل طفل.

## 6. الخصائص النفسية للصم:

لكل شخص سماته المميزة، وخصائصه الفريدة، ولا شك أن الإعاقة السمعية تترك مظاهر متباينة على جوانب النمو المختلفة للفرد، ليس بنفس الدرجة طبعاً، فالأفراد المعوقون سمعياً لا يمثلون فئة واحدة متجانسة، بل هم فئات مختلفة، ولكل واحدة منهم خصائصها الخاصة بها، تختلف باختلاف عوامل عديدة منها نوع الإعاقة السمعية، ودرجتها، ووقت الإصابة بها، إلى غير ذلك من العوامل. ولعل أهم الجوانب المتأثرة بهذا النوع من الإعاقة نجد الجانب اللغوي والجانب العقلي (المعرفي) والجانب النفسي والجانب الاجتماعي.

### 1.6 الخصائص اللغوية:

يتأثر النمو اللغوي كثيراً بالإعاقة السمعية، وحتى في حالة اكتساب المهارات اللغوية كما هو الحال لدى الأفراد ذوي الإعاقة السمعية البسيطة، فإن لغتهم ليست غنية بالمفردات والمترادفات كلغة السامعين، فهي تتصف بالتمركز حول الجوانب الحسية الملموسة، وبالجمال القصيرة والمحدودة، في حين يواجه الأفراد ذوي الإعاقة السمعية المتوسطة مشكلات في فهم المحادثات والمناقشات الجماعية والتعبير اللغوي، ويواجه الأفراد ذوي الإعاقة السمعية العميقة مشكلات في سماع الأصوات العالية وتمييزها وبالتالي مشكلات في التعبير اللغوي. (القمش والمعايطة، 2007، ص 91)

### 2.6 الخصائص العقلية (المعرفية):

يشير معظم علماء النفس التربويين أن القدرة العقلية للفرد مرتبطة بقدرته اللغوية، غير أن كل من القمش والمعايطة ذكرا أن هالهان وكوفمان (Hallahan & Kauffman, 1994) نبها إلى أن كثيراً ما يقاس ذكاء الطفل المعوق سمعياً، باختبارات مشبعة بالناحية اللفظية، وغالباً ما تكون النتائج متدنية، وهنا يطرح السؤال، لو أنه تم تصميم اختبارات ذكاء خاصة بالصم تركز على الجوانب الأدائية، فهل ستكون النتائج متدنية على هذه الاختبارات؟ ورغم هذا فقد أشارت دراسات كثيرة أنه لا توجد علاقة قوية بين درجة

الإعاقة السمعية ومعامل الذكاء، وأنه لا أثر للإعاقة السمعية على ذكاء الفرد، وأن المعوقون سمعياً قادرون على التعلم والتفكير التجريدي وأن لغة الإشارة هي بمثابة لغة حقيقة. (القمش والمعايطة، 2007، ص 92)

### 3.6 الخصائص الانفعالية:

يتساوى الشخص المعاق سمعياً مع الشخص العادي، في مكونات الشخصية، غير أن للإعاقة السمعية، أثر نفسي على المعاق، فالصمم ليس في الأذن وحسب، بل في البيئة الخاصة، التي تفرض نفسها على المعاق فينزل، وإضافة إلى مشكلاته الاجتماعية، يضيف بذلك الانعزال، مشكلات أخرى انفعالية، كالشعور بالنقص، والدونية، وعدم الاتزان الانفعالي، وفقدان الثقة بالنفس، وبحسب نتائج بعض البحوث التي أجريت، فإن الأطفال الصم أقل تكيفاً من عادي السمع، كما أن درجاتهم أقل من ناحية التوافق العام، والتوافق الشخصي، والثبات الانفعالي، وعدم النضج الاجتماعي، ويظهر ذلك في الإشباع المباشر لحاجاتهم، وعدم تحملهم المسؤولية وكثرة المخاوف.

(عبيد ويوسف، 1966، ص 166)

غالباً ما يتسم الطفل الأصم بالاضطراب النفسي والانفعالي بسبب الانطوائية التي يعيشها والتي ترجع في الأساس إلى عدم الشعور بالحنان وعطف الأم في مرحلة الطفولة، نظراً لأنه لم يسمع صوتها بنغماته أثناء عنايتها به، ومن ثم يسيطر عليه الإحباط، كما أنه يميل إلى الإشباع المباشر لحاجاته.

(عبد الله محمد، 1999، ص 239)

### 4.6 الخصائص الاجتماعية:

أشار عبد المطلب القريطي إلى ما يترتب عن الإعاقة السمعية من عدم استطاعة المعاق سمعياً المشاركة الإيجابية في اكتساب اللغة اللفظية، والتي تُعدُّ أكثر أشكال الاتصال سهولة في التفاهم وشيوعاً

بين الناس، ما يؤثر على نموه العقلي والمعرفي، ويعيق تعلمه واكتسابه الخبرات والمهارات، اللازمة لاستثمار ما يتمتع به من استعدادات وقدرات عقلية.

إن الإعاقة السمعية تؤدي إلى إعاقة النمو الاجتماعي للفرد، إذ تحد من مشاركته وتفاعلاته مع الآخرين، وتعيق اندماجه في المجتمع، ما يؤثر سلباً على توافقه النفسي، والاجتماعي، وعلى مدى اكتسابه للمهارات الاجتماعية الضرورية لحياته في المجتمع. (القريطي، 1996، ص 136)

ويتوقف النمو الاجتماعي لهذه الفئة، على أساس نظرة المجتمع، والأهل لهم، فقد يشعر الآباء بالذنب، والخجل، واليأس، فتصبح معاملاتهم مع أطفالهم مشحونة بالانفعالات الضارة، وقد يبذل آخرون عناية خاصة، وحماية مبالغ فيها، تقيد حرية الأطفال في إبراز قدراتهم، ومنهم من يهملون أطفالهم، ويتركون مسؤولية تربيتهم على عاتق المراكز الخاصة لأنهم يرونهم عالة، ما ينجم عنه سوء حالة الطفل وتأزمها.

وقد أُثبت أن ضعف السمع، أو الأصم، تظهر فيه بعض التصرفات، مثل الشعور باليأس، والشعور بالنقص، والانطواء، وفقدان الأمل في المستقبل، والخوف منه، والحساسية المفرطة لتصرفات الناس معه، فقد تكون لدى البعض قوة غير طبيعية للصبر، والبعض قد تمتلكه عقدة الاضطهاد، والشك فيمن حوله، وعدم حب الاندماج، وعدم المبالاة، والبعض قد تظهر عليه علامات القوة، وحب الذات، وعدم التعاطف مع الغير. ولقد فسر علماء النفس نشأة كل هذه الصفات، كنتيجة للمجهود الزائد، الذي يبذله ضعيف السمع، ليواجه متطلبات الحياة العادية، ولأصوات الطنين المتواصلة في أذنيه، ولانقطاع وصول الأصوات إليه من الذين يحيطون به. (الميلادي، 2005، ص 66)

إن الأصم كفرد يعيش في عالمين، عالم السامعين، الذي يشكل العالم الأكبر الذي توجد فيه كل

الاحتياجات، وعالم الصم، الذي ينتمي إليه، وعليه فهو يعاني من مواقف كثيرة منها:

أ) حاجز الصمت: والذي يفصله عن العالم الكبير، وعليه أن يكسر هذا الحاجز، الذي يمنع تواصله مع الأفراد السامعين، ولن يتأتى له هذا التواصل، إلا بتعلم إحدى الوسائل المناسبة لكيفية التخاطب مع أفراد المجتمع، السامعين، تماما كما يتخاطب مع الذين لا يسمعون.

ب) الإحباط: إن الشخص الأصم في مواقف الحياة المختلفة، كثيرا ما يواجه الإحباط، نتيجة لعدم قدرته على التواصل بسهولة، مع أفراد المجتمع، وتعوزه في ذلك وسيلة التخاطب، فيقف عاجزا، حاله حال الشخص المخاطب له، وينجم عن شعور الإحباط هذا ظهور الاتجاهات العدوانية. (الميلادي، 2005، ص 73)

وحسب ما ذكره الكوافحة، وعبد العزيز (2010) بخصوص النمو الاجتماعي والانفعالي للطفل الأصم، فإن دراسات عديدة أجريت في هذا المجال، وأكدت أن التلاميذ الصم أقل نضجا من الناحية الاجتماعية من العاديين، وأن صعوبة التوافق الاجتماعي لديهم غالبا ما تؤدي إلى ظهور أعراض انفعالية مثل القلق، والخجل، والأنانية، والضيق وسرعة الغضب، والاندفاع، والشك في الآخرين، والبعد عن تحمل المسؤولية، وفقدان الثقة بالنفس، وسهولة الاستئثار بأفكار الآخرين، ولذلك نجد الأشخاص المعوقين سمعيا كثيرا ما يميلون إلى التفاعل مع غيرهم ممن يعانون نفس الإعاقة.

(الكوافحة، وعبد العزيز، 2010، ص 107)

وأضاف العيسوي (2004) خصائص أخرى يعاني منها الأصم، وتتمثل في الانطوائية، والعدوانية، إضافة إلى الشعور بالإحباط، والحرمان، والتمركز حول الذات، وعدم القدرة على ضبط النفس. وعادة ما تؤدي هذه الأعراض إلى انتشار سلوكيات كالسرقة، والكذب، والعناد، وعدم الامتثال للأوامر، إضافة إلى الحساسية الزائدة في التعامل مع الآخرين، والشاوية، وإتلاف ممتلكات الغير. ومن السمات



السيكولوجية للصم، الانطواء على الذات، وتأخر النمو العاطفي، وضعف التقدم التعليمي، ما يوجب حتمية إنشاء مؤسسات لتعليم الصم خاصة بهم. (العيسوي، 2004، ص 175)

## خلاصة الفصل

إن الإعاقة السمعية كغيرها من الإعاقات الأخرى، تصيب الفرد وتؤثر في شخصيته، مسببة له العديد من المشاكل، والأضرار التي تعيق نموه، وتفاعله مع بيئته، ويتضح من كل ما جاء في هذا الفصل، أن الأطفال المعوقين سمعياً، وأياً كانت درجات فقدهم لحاسة السمع، هم أقل تكيفاً، إذا ما قورنوا بالأطفال السامعين في نواحي التوافق العام، والتوافق الشخصي، والاجتماعي. فتظهر لديهم مشكلات انفعالية وسلوكية متعددة من أبرزها فرط الحركة، وقصور الانتباه، والاندفاعية، والسلوك العدواني، وسلوكيات أخرى، تعتبر هي الأخرى مشاكل، هذا إضافة إلى عدم نضجهم الاجتماعي، وعدم تحملهم للمسؤولية، وكثرة مخاوفهم.

## الفصل الرابع: الانفعالات والاضطرابات الانفعالية والسلوكية لدى الطفل الأصم (فرط النشاط الحركي، وقصور الانتباه، والعدوانية نموذجاً)

### تمهيد

#### 1. الانفعالات والاضطرابات الانفعالية والسلوكية لدى الطفل الأصم

##### 1.1 مفهوم الانفعال.

##### 2.1 العلاقة بين السمع والانفعال.

##### 3.1 تعريف الاضطرابات الانفعالية والسلوكية.

#### 2. اضطراب فرط النشاط الحركي مع قصور الانتباه

##### 2.1 تعريف اضطراب فرط النشاط الحركي مع قصور الانتباه.

##### 2.2 تصنيف اضطراب فرط النشاط الحركي مع قصور الانتباه وفق DSM 4.

##### 3.2 أسباب اضطراب فرط النشاط الحركي وتشتت الانتباه.

##### 4.2 الاضطرابات المصاحبة لاضطراب فرط النشاط الحركي مع قصور الانتباه.

#### 3. السلوك العدواني

##### 2.3 أشكال العدوان.

##### 1.3 تعريف السلوك العدواني.

##### 4.3 النظريات المفسرة للسلوك العدواني.

##### 3.3 أسباب السلوك العدواني.

##### 6.3 قياس السلوك العدواني.

##### 5.3 وظائف العدوان.

##### 7.3 العدوان لدى الأصم.

### خلاصة الفصل

## تمهيد:

تعتبر مرحلة الطفولة من أشد المراحل أهمية في حياة الانسان، إذ يتقرر خلالها نوع الشخصية التي سيكون عليها الفرد فيما بعد، فهي بمثابة الأساس الذي يتم عليه البناء الخاص بتكوين شخصية الغد. (فهيم، 2007، ص 11)

وبما أن الانسان نفس وجسد، وهو كل لا يتجزأ، فإن بناء شخصيته يعتمد اعتمادا كبيرا على صحته النفسية، التي تحدد علاقته مع ذاته، ومع بيئته. غير أنه وخلال بحثه عن هذه الصحة النفسية، كثيرا ما يواجه الانسان مواقف ضاغطة، واحباطات تفوق طاقة استيعابه لها، فتعجز آلياته الدفاعية عن التكيف معها، ما يؤدي إلى اختلال في السلوك ويتسبب في ظهور اضطرابات سلوكية وانفعالية. (القاضي علي، 1994)

هنا نسال: متى يمكن القول إن سلوك الطفل يشكل مشكلة تحتاج إلى مساعدة متخصصة؟

تقول آنا فرويد (Anna Freud)، حسب ما ذكره شيفر: " أن تحديد الخط الفاصل بين الصحة العقلية، والمرض، هو أصعب في مرحلة الطفولة من المراحل اللاحقة." فالفرق بين السلوك السوي والسلوك غير السوي هو فرق في الدرجة، أي في مدى تكرار السلوك الذي يؤدي إلى حدوث مشكلة للطفل، أو الأهل، أو المجتمع، ومتى استمر ذلك الشعور بعدم الارتياح، الناتج عن سلوك الطفل المتكرر، أو زادت شدته، أصبح من الضروري الحصول على علاج نفسي للطفل وللأسرة.

(شيفر، 2008، ص 15-16)

كما اقترح كل من كلاريزيو ومكوي (Clarizio & McCoy, 1994)، بحسب ما ذكرته خولة أحمد يحي، أنهما وأثناء جهودهما المختلفة لتحديد ماهية السلوك العادي، وتعريفه، وما هو السلوك المنحرف،

اقترحا استخدام المحكات التالية، لتقييم التعريفات المتعلقة بالاضطراب السلوكي الانفعالي، تمثلت هذه المحكات في:

- المستوى النمائي للفرد.
- الجنس.
- المجموعة الثقافية التي ينتمي إليها الفرد.
- مستوى التساهل أو التسامح لدى الأفراد القائمين على رعاية الطفل.

(يحي خولة، 2000، ص 19)

ويذكر كل من أحمد السعيد يونس، ومصري عبد الحميد، أن التكوين النفسي للطفل مرتبط بتكوينه الفيسيولوجي، وكذا بسلامته الجسمية، فالأطفال الأسوياء بدنيا ونفسيا هم أقل عرضة لاضطرابات السلوك، إذا ما قورنوا بغيرهم من الأطفال ذوو الحاجات الخاصة، وهذا، لأن هؤلاء تظهر اضطراباتهم عند عجزهم عن ضبط دوافعهم، وغرائزهم، وعدم استقرارهم الانفعالي، وتكون بذلك سلوكياتهم، في مواقف مختلفة، مغايرة إلى حد ما لما هو متوقع أن يكون.

(يونس وعبد الحميد، 1991، ص 36)

كما أثبتت الدراسات النفسية، أن الأطفال ذوو الإعاقات الشديدة يعانون من مشكلات اجتماعية، وتعليمية، إضافة إلى المشكلات النفسية، كالرغبة في الانعزال، والقلق، والخوف، ومشاعر الإحباط، والنزعة العدوانية، والانفعال، والغضب. (حمزة، 1995، ص 122)

فماذا يحدث لو اجتمعت الإعاقة السمعية مع الاضطراب الانفعالي السلوكي، وما هي المشكلات التي سيعانيها الطفل الأصم، وما تأثير هذه المزوجة على البيئة المحيطة به، وماذا سيكون رد فعل القائمين على رعاية هذا الطفل سواء كانوا أولياء، أو معلمين، أو حتى زملاء، وما مآل هذه الاضطرابات،

وهل سيستطيع العلاج النفسي التخفيف من حدة هذه الاضطرابات، خاصة فرط النشاط الحركي وقصور الانتباه مع الاندفاعية والعدوانية.

## أولاً: الانفعالات والاضطرابات الانفعالية والسلوكية لدى الطفل الأصم

### 1. مفهوم الانفعال:

تشكل الحياة الانفعالية جزءاً هاماً في الشخصية، فهي تؤثر في توجيه سلوك الفرد، وتعمل على تحديد مسار نموه بكل ما تحمله من عواطف وأفكار، وما تحققه من أنماط سلوكية. ويمثل الانفعال جانباً هاماً في عملية النمو، باعتباره أساساً من أسس بناء الشخصية، فقد ذكر يونس (1978) أن الانفعال قوة دافعة تدفع الكائن الحي إلى تنويع سلوكه حتى يحقق الهدف من الانفعال، ويخفف من حدة التوتر الذي يسببه، خاصة في حالاتي الخوف والقلق. فالانفعال يعطي قوة وقدرة أكبر للإنسان، دون المغالاة فيه، حتى لا يؤثر في سير حياة الفرد الطبيعية، ولا يتسبب في عدم التكيف وفي اعتلال الصحة النفسية. وعرف زهران (1978) الانفعال بأنه حالة شعورية مركبة يصحبها نشاط جسمي، وفيسيولوجي مميز، والسلوك الانفعالي سلوك مركب يعبر عن السواء الانفعالي أو يعبر عن الاضطراب الانفعالي.

### 2. العلاقة بين السمع والانفعال:

إن الطفل ومنذ أن يكون جنيناً في الشهر السابع، يصبح قادراً على الاستجابة للأصوات، فصوت الأم يحمل قيمة إيجابية، والأصوات التي تملأ فضاءه الحسي تدرب سمعه من جهة وتطمئنه من جهة أخرى لأنها تولد وضعيات عاطفية، وانفعالات سعيدة، فهذه الأصوات مليئة بالمعاني بالنسبة للطفل.

(الدوخي والصقر، 2004، ص 33)

غير أن فقد السمع يؤثر على هذا كله باعتبار أن للسمع وظائف تتأثر بغيابه، ومن هذه

الوظائف:

## 1.2 الإنذار والتنبيه:

كل الأصوات التي تسبق حدثاً ما، أو تصاحبه، تقلل من عامل المفاجئة لبعض الوضعيات، فمثلاً صوت تحضير الرضاعة يعلن عن وقت الأكل، وصوت الماء يعلن عن وقت الاستحمام، هذه الأصوات ستكون أساساً لإدراك العلاقات السببية التي تربط بين الصوت والحدث، كما أنها ستكون أساساً للعلاقات الزمنية وتتابع الأحداث وهي بمثابة علامات صوتية تسمح للطفل بالانتظار في حالة من الاطمئنان، لكن الطفل الأصم لا يدرك هذا ويفسر غياب أمه عنه، على أنه إهمال، وهنا يبدأ إحساسه بالحرمان العاطفي والاكتئاب. (ريابي، 2014، ص 85)

## 2.2 الأذن ساعة زمنية:

تنظيم الزمن يمر عبر الأذن، القناة الحسية الوحيدة مع اللمس، التي تتقل هذا الإدراك الترددي، وبما أننا لا نستطيع الفصل بين الزمان والمكان إلا منهجياً فقط، فإن غياب السمع يؤثر على المكان باعتبار أن معرفة المحيط تكون على شكل إرجاع الترددات والأصدا، وعلى هذا الأساس يفقد الطفل الأصم معلومات كثيرة عن المكان، وصورة العالم الخارجي بالنسبة إليه خالية من المعالم الصوتية. إن التجارب الشخصية للطفل الأصم تساعده على اكتساب وضبط الزمن المعاش، بينما يتأخر إدراكه للزمن الممثل، فهو يبقى في آنية الفعل ويدخل متأخراً في الحدث، كما أنه يجد صعوبة في ربط أفعاله مع المستقبل، وفي التعبير إشارياً عن سير الأحداث.

## 3.2 التعديل الحركي للإشارة:

إن سير حركة ما، يتضمن سلسلة منتظمة من الحركات الجزئية، وأساس هذا التنظيم هو الزمن، وفي خضم الصمت الذي يلف الطفل الأصم، فهو لوحده لا يتصل إلا مع نفسه، نجده يتحرك ليعوض غياب الاتصال مع الآخر، وكأن الهدوء والسكون بالنسبة إليه وحدة وتوتر، ونتيجة لهذا النقص نلاحظ

في سلوكه خصوصيات، فهو يضرب بغرض اللمس، ويحرق بنظره أو يهرب به لينظر، ولينكلم ويعبر، يصاحب ذلك بحركات وإشارات مبالغ فيها.

وكتلخيص لوظائف السمع وللأثار المترتبة عن غيابه، يمكن القول أن المفاهيم المكتسبة بشكل تلقائي دون تعلم، هي منعدمة عند الطفل الأصم، كفقدان الرقابة السمعية النطقية، ما يؤثر سلبا على اكتساب اللغة وتطويرها، ومفهوم الايقاع والامتداد في الزمن مرتبط إدراكهما بالوظيفة السمعية، وفي غيابها سيتم التنظيم الايقاعي الجسمي من خلال النظر والجسد فقط، وأخيرا فإن ردود الأفعال للإنذارات السمعية غائبة، وعلى هذا فإن التصور والوظيفة الرمزية يمكن أن تنمو بصعوبة وبشكل متأخر، وعليه يمكن القول أن أثر الصمم لا ينحصر في غياب اللغة فقط، كما يعتقد البعض، وإنما يتعدى إلى المعاش النفسي وإدراك المعالم، وإلى خلل في وظيفة الاتصال بين الطفل الأصم ومحيطه.

(ريابي، 2014، ص 86-87)

وهذا ما يقودنا للحديث عن الاضطرابات الانفعالية والسلوكية.

### 3. تعريف الاضطرابات الانفعالية والسلوكية:

بالرغم من الاهتمام المتزايد بالبحث في الاضطرابات الانفعالية والسلوكية، لما تخلّفه من آثار على الفرد وبيئته، إلا أنه لم يتم الاتفاق على تعريف واحد ومحدد لهذه الاضطرابات. حيث يرى هاليهان وكوفمان (Hallahan&Kauffman, 1979)، حسب ما ذكره فاروق مصطفى أن صعوبة الاتفاق على تعريف واضح ومحدد للاضطرابات السلوكية والانفعالية يرجع إلى عدد من الأسباب والعوامل يمكن إجمالها على النحو التالي:

1. الافتقار إلى وجود تعريف واضح ومحدد لمفهوم الصحة العقلية.
2. الاختلاف في وجهات النظر بين الاتجاهات، والنماذج النظرية ذات الاهتمام بالاضطرابات الانفعالية.
3. صعوبة قياس الاضطرابات السلوكية والانفعالية.
4. التباين بين الأنماط السلوكية والانفعالية، لدى كل من الأطفال العاديين، والأطفال المضطربين.
5. التداخل بين أعراض الاضطرابات الانفعالية وحالات الإعاقة الأخرى.
6. الاختلاف بين أركان التنشئة الاجتماعية من حيث وظائفها، ونوعية الخدمات التي تقدمها، والأسس التي تتبعها في تصنيف الاضطرابات السلوكية والانفعالية.
7. الاختلاف في التوقعات الاجتماعية والثقافية حول السلوك السوي والسلوك غير السوي.

(أسامة، 2011: 41)

ويضيف سعيد العزة (2009)، أنه وبالرغم من المشكلات التي تواجه وجود تعريف جامع لهذه الاضطرابات، إلا أن هناك مؤشرات تدل عليها نذكر منها:

✓ المؤشرات الانفعالية والسلوكية المضطربة:

- النشاط الزائد بشكل ملحوظ
- مغادرة القسم دون إذن.
- الإزعاج المستمر للآخرين.
- النمطية والتكرار في السلوكيات.
- عدم توافق السلوك مع الموقف.
- سرعة الهياج والاثارة.
- العدوانية الزائدة.



✓ المؤشرات الاجتماعية لذوي الاضطرابات السلوكية:

- عدم القدرة على خلق علاقات طبيعية مع الآخرين.
- الانسحاب من النشاطات الاجتماعية.
- ازعاج الآخرين باستمرار، والاعتداء عليهم.

(العزة سعيد حسني، 2009: 33)

وهناك من العلماء من حاول تعريف هذه الاضطرابات، مثل جروبار وغيره من العلماء، فنقلا عن

أسامة فاروق مصطفى، أن جروبار (Grauber, 1973) عرّف الاضطرابات السلوكية والانفعالية: "بأنها مجموعة من أشكال السلوك المنحرف والمتطرف بشكل ملحوظ ومتكرر باستمرار، وتخالف توقعات الملاحظ، وتتمثل في الاندفاع والعدوان والاكتئاب والانسحاب." (أسامة، 2011، ص 41-42)

وذكر الشوبرتي (2001): بأن اضطرابات السلوك (Behavior Disorder) أو الاضطرابات

الانفعالية (Emotional Disturbances) أو الإعاقة الانفعالية (Emotionnel Impairment) كلها مصطلحات تصف مجموعة من الأشخاص الذين يظهرون، وبشكل متكرر أنماطا منحرفة أو شاذة من السلوكيات عما هو مألوف."

كما عرّف روس (Rose 1992)، الاضطراب السلوكي: "بأنه اضطراب سيكولوجي يتضح

عندما يسلك الفرد سلوكا منحرفا بصورة واضحة عن السلوك السائد في المجتمع الذي ينتمي إليه بحيث يتكرر هذا السلوك باستمرار، ويمكن ملاحظته والحكم عليه من قبل الراشدين والأسوياء ممن لهم علاقة بالفرد."

وعرّف نيوكم (Newcomer, 1992): " الاضطراب بأنه الانحراف الواضح والملحوظ في

مشاعر وانفعالات الفرد حول نفسه وحول بيئته، ويستدل على وجود الاضطراب النفسي عندما يتصرف

الفرد تصرفاً يؤدي فيه نفسه أو الآخرين في هذه الحالة نقول إن هذا الفرد في حالة من الاضطراب النفسي".

أما الخطيب (1997) فقد عرّف الأطفال المضطربين سلوكياً بأنهم الأطفال الذين يظهرون واحدة أو أكثر من الخصائص التالية بدرجة ملحوظة ولفترة زمنية:

- عدم القدرة على التعلم لا يمكن تفسيرها في ضوء الخصائص العقلية أو الحسية أو الصحية.
- عدم القدرة على بناء علاقات جيدة مع الزملاء والمعلمين، ظهور أنماط سلوكية وعواطف غير مناسبة في ظل ظروف عادية.
- شعور عام بالاكئاب وعدم السعادة.
- نزعة نحو معاناة أعراض جسمية، وآلام، ومخاوف، فيما يتعلق بالمشكلات الشخصية والمدرسية.

وذكر وودي (Woody, 2003) بأن الأطفال المضطربين سلوكياً هم الأطفال غير القادرين على التوافق والتكيف مع المعايير الاجتماعية المحددة للسلوك المقبول، وبناء عليه سينتأثر تحصيلهم الأكاديمي، وكذلك علاقاتهم الشخصية مع المعلمين والزملاء في القسم، ولديهم مشكلات تتعلق بالصراعات النفسية، وكذلك التعلم الاجتماعي، ووفقاً لذلك فإن لديهم صعوبات في تقبل أنفسهم كأشخاص جديرين بالاحترام، والتفاعل مع الأقران بأنماط سلوكية منتجة ومقبولة، والتفاعل مع أشكال السلطة كالمعلمين، والمربين، والوالدين، بأنماط سلوكية شخصية مقبولة.

أما أسامة فاروق (2011) فعرف الاضطرابات السلوكية بأنها عادات سلوكية سيئة، وغير متوافقة، ومتعارضة مع المعايير الاجتماعية السليمة، وهي تسبب الضرر للفرد أو لمن حوله، مما يجعله

يحتاج لخدمات إرشادية، وعلاجية خاصة، حتى يصبح أكثر تكيفا وتوافقا مع المجتمع، ومع من حوله." (أسامة، 2011، ص 43-44)

وبالحديث عن الاضطرابات الانفعالية لدى الأطفال الصم، أضاف الظاهر (2004) أن هناك أبعاد كثيرة للاضطراب، فمنها ما هو ذو طابع انفعالي، كالخوف والاكتئاب والانسحاب الانفعالي، ومنها ما يظهر على شكل سلوكيات مباشرة، كاضطراب التواصل والنشاط الزائد والعدوان، وأضاف قائلا: "إن الأطفال الصم، قد تكون إعاقتهم أحد العوامل المحفزة لظهور تلك الاضطرابات، في ظل مجتمع قد لا يتفهم طبيعة إعاقتهم وطريقة تفكيرهم."

وعليه سيكون موضوع دراستنا منصبا على الاضطرابات الانفعالية التي تظهر على شكل سلوكيات مباشرة، وستتناول بالتفصيل اضطراب فرط النشاط الحركي، وقصور الانتباه، المصحوب بالعدوانية، وهو الاضطراب الذي سنحاول التكفل به من خلال برنامج علاجي معرفي سلوكي موجه للأطفال الصم.

## ثانيا: اضطراب فرط النشاط الحركي مع قصور الانتباه

### تمهيد:

يعد اضطراب فرط النشاط الحركي مع قصور الانتباه من المشكلات السلوكية التي يعاني منها الأطفال، وهو بذلك يشكل مصدرا أساسيا للقلق، والتوتر، والإزعاج، بالنسبة للأفراد المحيطين بالطفل، كأولياء والمعلمين، والزملاء، ومما لا شك فيه أن ارتفاع معدل نشاط الطفل وسلوكه يؤثر على استجابات المحيطين به والقائمين على رعايته، وبالتالي فهو يؤثر على أسلوب معاملتهم له، ويؤثر في الوقت ذاته على نمو الطفل ومستقبله التعليمي والاجتماعي.

## 1. تعريف اضطراب فرط النشاط الحركي مع قصور الانتباه

يرجع النشاط الزائد إلى مجموعة من المشكلات السلوكية التي تميل إلى أن تحدث معاً، وهذه المشكلات هي النشاط الزائد أو ما يعرف بفرط النشاط الحركي، والاندفاعية والتصرف دون تقدير للعواقب، والقابلية لتشتت الانتباه، أو عدم الانتباه للمثيرات المناسبة.

وبحسب ما ذكره أسامة فاروق مصطفى، أن كوفمان 1986 Kuffman أشار إلى أن أنماط السلوك هذه تعكس أحكاماً حول المستويات المناسبة للنشاط، والانتباه، وضبط السلوك، وبالتالي فإن تحديد النشاط الزائد يرتبط بتوقع معرفة ما هو السلوك المناسب نمائياً أو عمرياً، وذلك في مواقف معينة. (فاروق مصطفى، 2011، ص 153)

ويضيف أسامة فاروق مصطفى (2011)، أن روس (Ross & Ross) أشار إلى أن الطفل ذو النشاط الزائد، يُظهر وبشكل متسق، مستوى عالٍ من النشاط الزائد في مواقف لا يكون السلوك الصادر دائماً ملائماً لها، وقد عرض نتائج العديد من الدراسات التي نبهت أن الطفل ذو النشاط الزائد يتميز بخصائص منها: الحركة العصبية، والإفراط في النشاط الحركي غير الموجه، قصر مدى الانتباه، عدم الاستجابة للنظام أو التوجيه، الطيش، والاندفاع، والعدوان البدني مع الآخرين، والقابلية للشرد الذهني، وهي العوامل الرئيسية في وصف الأطفال ذوي النشاط الزائد.

ويذكر فتحي مصطفى الزيات (2006) أنه وفقاً للدليل التشخيصي الإحصائي للاضطرابات العقلية DSM IV (1994) عرّف اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه: "أنه نمط دائم لعجز أو قصور أو صعوبة في الانتباه و/أو فرط النشاط، والاندفاعية، يوجد لدى بعض الأطفال ويكون أكثر تكراراً، وتواتراً، وحدة، عما يلاحظ لدى الأفراد العاديين من أقرانهم في نفس مستوى النمو.

كما جاء تعريفه في الدليل الموحد لمصطلحات الإعاقة والتربية الخاصة والتأهيل (2011)، حسب ما ذكره نايف بن عابد الزراع (2007)، "أن اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه، هو عبارة عن صعوبة في التركيز والبقاء على المهمة، ويصاحبه نشاط زائد، حيث يُعرّف النشاط الزائد بأنه نشاط حركي غير هادف لا يتناسب مع الموقف أو المهمة، ويسبب الإزعاج للآخرين، حيث يتضمن المعيار التشخيصي لاضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه ما يلي:

- قصور الانتباه (فشل الطفل في إنهاء المهمات والصعوبة في التركيز).
- الاندفاعية أو التهور (مثل: التصرف قبل التفكير في الأمر، والصعوبة في تنظيم العمل).
- النشاط الزائد (الحركة المتواصلة).

كما عرفه مجدي أحمد (2005) على أنه جملة من الأعراض المتداخلة فيما بينها، وهي اتسام الطفل بالنشاطات غير الهادفة، وعدم الاستقرار الحركي مع عدم القدرة على التركيز والانتباه والاندفاعية في حل المشكلات دون تركيز، وهذا ما قد ينجم عنه عدم القدرة على التواصل وتكوين علاقات اجتماعية ناجحة، مع تدني في مستوى التحصيل الدراسي.

أما عن التعريف الطبي لاضطراب فرط النشاط الحركي مع قصور الانتباه، فقد ذكرت مشيرة عبد الحميد أحمد اليوسفي (2005، ص 17) أنه ورد في (Zametkin, et al 1990) أن الأطباء عرفوه على أنه اضطراب جيني المصدر ينتقل بالوراثة في كثير من حالاته، وينتج عنه عدم توازن كيميائي أو عجز في الوصلات العصبية الموصلة بجزء من المخ والمسؤولة عن الخواص الكيميائية التي تساعد المخ على تنظيم السلوك.

أما من الناحية السلوكية فقد ذكرت مشيرة أحمد اليوسفي (2005، ص 18) أن باركلي (Barkley, 1990) عرف الاضطراب على أنه اضطراب في منع الاستجابة للوظائف التنفيذية قد يؤدي

إلى قصور في تنظيم الذات ، وعجز في القدرة على تنظيم السلوك تجاه الأهداف الحاضرة والمستقبلية مع عدم ملاءمة السلوك بيئيا.

وقد تعددت التسميات التي أعطيت لاضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه وهذا بداية من القرن الثامن عشر وإلى غاية صدور الدليل التشخيصي للاضطرابات العقلية DSM IV فقد كان يسمى بالإصابة الدماغية البسيطة، ثم بالخلل الدماغى البسيط، ثم بفرط الحركة، وبعدها سمي بتناذر فرط الحركة والاندفاعية.

## 2. تصنيف اضطراب فرط النشاط الحركي /قصور الانتباه

يعتبر الدليل التشخيصي الرابع للاضطرابات العقلية DSM IV هو المرجع الذي يقدم التصنيف الكامل للاضطرابات العقلية، وفيما يلي التصنيف كما جاء في جدول المعايير التشخيصية لهذا الاضطراب:

1- نمط اضطراب النشاط الزائد/قصور الانتباه والمصحوب بتشتت الانتباه Attention Deficit 314.00

/Hyperactivity Disorder (ADHD) Predominantly Inattentive Type. A1

2- نمط اضطراب النشاط الزائد/ قصور الانتباه والمصحوب بالنشاط المفرط والاندفاعية 314.01

Attention Deficit/ Hyperactivity Disorder (ADHD) Predominantly Hyperactive-Impulsive Type. A2

3- نمط اضطراب النشاط الزائد/ قصور الانتباه (مشترك (1، 2)) 314.01 Attention Deficit/

Hyperactivity Disorder, combined Type A1 & A2

وفيما يلي وصف لأعراض كل نمط من الأنماط التصنيفية للاضطراب طبقا لمعايير DSM4:

بحسب ما ذكرته مشيرة أحمد اليوسفي (2005، ص 21) فإنه ورد في (Tymms, 2001 & Merrel),

(Leehey, 1994)

أولاً: أعراض النمط الأول:

وتظهر أعراضه بصفة مستمرة في آخر ستة أشهر قبل العلاج:

1. الفشل في الانتباه الشديد للتفاصيل.
2. صعوبة في الاستماع عندما يتحدث إليه أحد.
3. صعوبة المتابعة من خلال التعليمات.
4. ضعف تنظيم المهام والأنشطة.
5. تجنب الجهود المدعمة وتجنب المهام التي تتطلب مجدا عضليا وعقليا.
6. سهولة السرحان في الأنشطة اليومية.
7. النسيان.
8. سهولة الانجذاب إلى مثيرات خارجية بعيدا عن المهام التي يقوم بها، أي يسهل تشتت الفكر من خلال مثير خارجي.
9. فترة الانتباه قصيرة.

وطبقا لمعايير DSM 4 يجب أن يظهر لدى الأطفال الذين يعانون من النشاط الزائد/ قصور

الانتباه ستة أعراض فقط من تسعة أعراض مميزة لهذا النمط، ويعتبر السلوك مطابقا للمعايير إذا تكرر

على الأقل لمدة ستة أشهر.

ثانياً: أعراض النمط الثاني:

1. القلق.
2. التلمل (اهتزاز الأرجل أو الارتباك في الجلوس بخجل أو توتر عصبي).
3. حركة مفرطة وعدم الراحة وترك مكانه عند الجلوس لفترة من الزمن.
4. ثرثرة في الحديث (التحدث بتلقائية) وإصدار أصوات واحداث ضوضاء.

5. التصرف بدون تفكير ومقاطعة الآخرين والجري والتسلق في أوقات غير مناسبة.

6. كثرة حركات الرأس والعينين.

7. يتسرع في المواقف التي تتسم بعدم الوضوح.

8. غالبا ما يجد صعوبة في بداية المهام أو اللعب أو أنشطة وقت الفراغ.

9. التسرع في الإجابة الأسئلة قبل إتمامها.

وطبقا لمعايير DSM 4 يجب أن يظهر لدى الأطفال الذين يعانون من النشاط الزائد/ قصور

الانتباه ستة أعراض فقط من تسعة أعراض مميزة لهذا النمط، ويعتبر السلوك مطابقا للمعايير إذا تكرر

على الأقل لمدة ستة أشهر.

ثالثا: أعراض النمط المركب أو المشترك:

ويشتمل على أعراض النمطين الأول والثاني معا، وطبقا لمعايير DSM 4 يجب أن تظهر ستة

أعراض من تسعة أعراض مميزة للنمط. وتعتبر الأعراض مطابقة للمعيار إذا تكررت على الأقل لمدة

سنة أشهر قبل بدء العلاج.

لقد أظهرت الدراسات العديد من الأعراض أو المظاهر السلوكية المميزة للنشاط الزائد عند

الأطفال وهذا حسب ما ورد في عفاف عبد المنعم (1991)، حيث وجد أن هؤلاء الأطفال لا يهتمون

بمشاركة الآخرين في أفكارهم لشعورهم بعدم الثقة وعدم التشجيع، وأنهم يتسمون بالاندفاعية في تصرفاتهم

وسرعة استجاباتهم دون تفكير مسبق، ولديهم حركة مفرطة، كما أنه ليس لديهم القدرة على التركيز

واستمرار الانتباه عند ممارسة أي عمل، وأنهم يعانون من صعوبات في التعلم والتركيز، وأنه لديهم سلوك

اللامبالاة والتهور والحركة العشوائية الزائدة، وأنه كثيرا ما يحطمون الأشياء ولا يحسنون معاملة زملائهم.

(عبد المنعم، 1991، ص ص 1743-1759)



### 3. أسباب اضطراب فرط النشاط الحركي وتشتت الانتباه

إن الأسباب الحقيقية لاضطراب النشاط الزائد/قصور الانتباه غير معروفة إلى الآن، غير أن شكل الاضطراب يوحي أنه يرجع لعدة أسباب، منها ما يتعلق بالمخ، ومنها ما يتعلق بالوراثة، ومنها ما يتعلق بالبيئة، ومنها ما يتعلق بالغذاء، ومنها ما يتعلق بالعلاقة بين الطفل ووالديه.

#### 1.3 الأسباب المتعلقة بالمخ:

قد ترجع الأسباب المتعلقة بالمخ إما لوجود خلل في وظائف المخ، وإما لاختلال التوازن الكيميائي في القواعد الكيميائية للناقلات العصبية ولنظام التنشيط الشبكي لوظائف المخ، وإما لضعف النمو العقلي. (الزغلول، 2006، ص 121)

#### 2.2 الأسباب المتعلقة بالوراثة

تلعب العوامل الوراثية دورا هاما في إصابة الأطفال باضطراب الانتباه وذلك إما بطريقة مباشرة من خلال نقل المورثات لعوامل وراثية خاصة بتلف أو بضعف بعض المراكز العصبية المسؤولة عن الانتباه بالمخ، وإما من خلال نقل هذه المورثات لعيوب تكوينية تؤدي إلى تلف أنسجة المخ والتي بدورها تؤدي نموه بما في ذلك المراكز العصبية الخاصة بالانتباه.

(سيد أحمد، ومحمد بدر، 1999، ص 41)

#### 3.3 الأسباب المتعلقة بالغذاء

بحسب ما ورد في (سيد أحمد، ومحمد بدر، 1999، ص 42) فإن نوسباوم وبيجلر (Nussbaum & Bigler, 1990) بيّنا أن الصبغيات والمواد الحافظة التي تضاف للمواد الغذائية الجاهزة تؤدي إلى إصابة الأطفال باضطراب الانتباه، كما أن الفواكه والخضروات الملوثة بالمبيدات الكيميائية تؤدي هي أيضا إلى الإصابة بالاضطراب.

### 4.3 الأسباب النفسية

أشارت بعض الدراسات إلى أن الفشل والاحباط وعدم التشجيع، وانخفاض احترام الذات والانتباه، قد تكون السبب في سلوك الأطفال ذوي النشاط الزائد وقصور الانتباه أكثر من الاضطراب ذاته، كما توصل باركلي (Barkley, et al., 1993) إلى أن اضطراب النشاط الزائد/قصور الانتباه قد ينشأ من أسلوب معاملة الوالدين للطفل ومدى التفاعل بينهما، وهذا ما أكده كل من (Goldstein & Goldstein, 1990), (Shoor, 1990), وأضافوا إلى ذلك معاملة المدرسين. سبب ظهور أعراض النشاط الزائد/ وقصور الانتباه يُعزى إلى النظام التعليمي، وعدم توفر البرامج الخاصة بخفض هذه الأعراض في المدارس حيث لا يتوفر للأطفال الحصول على البرامج التربوية الفردية التي يحتاجونها، وقد يؤدي بهؤلاء الأطفال إلى عدم تلقي الرعاية الجماعية اللازمة في المدارس، أو حتى العلاج المناسب حتى يتغلبوا على هذه العوائق. (National Institut of Mental Health, 2001)

سنتطرق لعلاج اضطراب فرط النشاط الحركي وتشنت الانتباه بإسهاب في الفصل الموالي.

### 4. الاضطرابات المصاحبة للنشاط الزائد ونقص الانتباه

يؤثر اضطراب فرط النشاط الحركي وتشنت الانتباه على مناح كثيرة من حياة الفرد، ولا يقتصر

وجوده على الأعراض المذكورة آنفاً، بل نجد اضطرابات أخرى مصاحبة له، نذكر منها:

- انخفاض القدرة على تحمل الإحباط، والتقلبات المزاجية، والنزوع للسيطرة، وعدم

الطاعة، والإلحاح المتكرر على الطلبات، والسلوك الفوضوي، والكآبة واضطراب

المزاج، والقلق، واضطرابات التواصل.

- صعوبات التعلم، بما في ذلك انخفاض في الأداء الأكاديمي، والمشكلات مع المعلمين

والزملاء والسلطات المدرسية.

- انخفاض الأداء في المهام التي تتطلب الانتباه.

- عدم التوافق الاجتماعي، حيث يرفض اتباع القواعد التي تحكم التعامل مع الآخرين، والقيام بسلوكيات غير مرغوبة.

- السلوك العدواني، والعناد والتمرد، ومعارضة الآخرين.

- التأخر المدرسي، نتيجة كثرة النسيان، وشروذ الذهن، وضعف القدرة على التفكير، والاستجابات الخاطئة، وضعف القدرة على فهم المعلومات.

نستخلص من عرضنا لاضطراب فرط النشاط الحركي، أن السلوك العدواني بارز كاضطراب مهيم على حياة الفرد المفرط النشاط، سواء كان في الأسرة، أو في المدرسة، ما يدفعنا إلى التطرق إليه باعتباره مشكلاً يورق الأولياء، والمعلمين والزملاء، خاصة إذا تعلق الأمر بطفل أصم مفرط النشاط الحركي.

### ثالثاً: السلوك العدواني

#### تمهيد:

يُنظر للسلوك العدواني من وجهات نظر مختلفة، كما تتنوع النظريات النفسية المفسرة له، فمنها من ينظر لهذا السلوك من منظور غريزي فطري، كما فعل فرويد، وماكدوجل الذي أسماها غريزة المقاتلة، وهناك من رفض التسليم بهذا المدخل، واعتبر السلوك العدواني نتيجة لمثير خارجي يدفع للإيذاء، ومن هؤلاء نجد دولارد، وميلر، اللذان افترضاً أن العدوان ينتج عن شرط بيئي، يتمثل في الاحباط، وهناك من يراه سلوكاً مُتعلماً كغيره من السلوكيات المُتعلّمة، وهؤلاء هم أصحاب نظرية التعلم الاجتماعي، وعلى رأسهم العالم باندورا، (Bandura) وهذا الاتجاه الأخير، هو الذي جعل الباحثين يهتمون بدراسة العوامل المرتبطة بالسلوك العدواني، وطرق اكتسابه، وأساليب تعديله.

ومع اختلاف النظريات والمداخل، يبقى السلوك العدواني سلوكا مزعجا، في كثير من الأحيان، مهما تعددت أوجهه، وتباينت نتائجه، فهو يظهر من خلال مواقف التفاعل الاجتماعي، وقد يكون اتجاهه نحو الجماعة، إما بعيدا عنها، أو التحرك ضدها، وكلا الاتجاهين يشكل تهديدا للنظام الاجتماعي.

## 1. تعريف السلوك العدواني:

اختلفت تعاريف السلوك العدواني باختلاف النظريات النفسية المفسرة له، وتعددت مفاهيمه، بين عدوان صريح لفظي، وعدوان جسماني، وعدوان غير مباشر، ومن أهم هذه التعاريف نورد ما يلي:

ذكر خالد عز الدين (2010) أن ألبرت باندورا (Bandura) عرّف العدوان على أنه "سلوك يهدف إلى إحداث نتائج تخريبية، أو مكروهة، أو إلى السيطرة، من خلال القوة الجسدية، أو اللفظية على الآخرين، وهذا السلوك يُعرّف اجتماعيا على أنه عدواني."

وذكر أيضا أن فيشباخ (Feshbach) عرّف العدوان بأنه "سلوك ينتج عنه إيذاء لشخص آخر، أو إتلاف لشيء ما، وبالتالي فالسلوك التخريبي هو شكل من أشكال العدوان الموجه نحو الأشياء."

ويُعرّف السلوك العدواني بأنه هجوم، أو فعل مضاد، موجه نحو شخص، أو شيء ما، وينطوي على الرغبة في التفوق على الآخرين، ويضم: إما الإيذاء، أو الاستخفاف، أو السخرية، بغرض إنزال العقوبة بالآخر.

(الشريبي، 1994، ص 84)

## 2. أشكال العدوان:

صنّف العدوان على أساس شكله، إلى عدوان لفظي، وعدوان بدني، وعدوان غير مباشر.

1. العدوان اللفظي: وهي استجابة لفظية تؤدي إلى إحداث الأذى النفسي والاجتماعي بالآخرين من خلال إثارة مشاعر الألم لديهم، والحطّ من قيمتهم عن طريق التهديد والوعيد والشتم والصراخ والمغالاة في النقد.

2. العدوان البدني: وهو استجابة تؤدي إلى إلحاق الأذى المادي بالأشخاص كالضرب والشد والدفع باستخدام أعضاء البدن وأي وسائل أخرى.

3. العدوان غير المباشر: وهو توجيه الأذى دون مواجهة مباشرة مع الخصم، وقد يكون هذا النمط من العدوان لفظيا أو ماديا، من خلال النميمة والحط من قدر الآخرين ونشر الشائعات حولهم، كما يمكن أن يكون بالاعتداء على ممتلكاتهم بإتلافها، أو محاولة تدميرها.

(وديع سلامة، 2011، ص 53)

### 3. أسباب السلوك العدواني:

ينشأ العدوان في أغلب حالاته من الإحباط، وقد يكون أسلوبا مصطنعا لإحساس عميق بالنقص، وقد تكون أنواع السلوك التي تشجعها الأسرة من أسباب العدوان، إذ يتفق الباحثون في ميدان السلوك الاجتماعي، على أن الأسرة من أهم الجماعات الأولية التي تؤثر في تكوين الخصائص الأساسية لشخصية الفرد، وفي أنماط سلوكه المختلفة، فهي الوحدة الاجتماعية الأولى التي تلعب الدور الفعال في عملية التنشئة الاجتماعية للفرد ومنها يكتسب العادات والاتجاهات، ومنها يتعرف على الأنماط السلوكية التي يلتزم بها في مستقبل حياته، وهذا عرض للعوامل المهيئة للسلوك العدواني: (الصايغ وديع سلامة، 2011، ص 50)

#### 3.4 العوامل البيولوجية:

- الوراثة: وتعتبر أحد أهم العوامل المسببة للعدوان.
- دور الصبغات الوراثية: حيث يزيد عدد الصبغات إلى 47 بدلا من 46، ويصبح تمييزها الجنسي (xyy) أو (xxy). ولوحظ أن السلوك العدواني يكثر عندما يزيد هرمون الذكورة (Testostérone).
- اضطراب وظيفة الدماغ.
- الإدمان كثيرا ما يسبب السلوك العدواني.

## 1. العوامل الاجتماعية:

- عوامل تتعلق بالأسرة، وطريقة التربية، كإفصال الوالدين والحرمان العاطفي.
- عوامل تتعلق بالمجتمع، كارتفاع نسبة الطلاق، وعدم احترام السلطة في المجتمع، خاصة سلطة البيت والمدرسة، والسلطة الدينية، واهتزاز القدرة على المستوى الاجتماعي، والبطالة، والإحباط، وانحيار مستوى التعليم، والفراغ الفكري.

## 2.3 العوامل النفسية:

- اضطراب علاقة الطفل بأمه، أو من ينوب عنها.
  - غياب الأب في تربية الطفل.
  - الشعور بالتعاسة والإحباط والتعبير عن الرفض الداخلي.
  - الشعور بالذنب، الحاجة اللاشعورية للعقاب.
- وإلى جانب ما دُكر آنفاً، نجد عوامل أخرى تساهم في ظهور السلوك العدواني، نوجزها فيما يلي:
- التعرض لمشاهد العنف.
  - التدعيم الاجتماعي للعدوان.
  - متغيرات ثقافية واجتماعية.
  - التهميش الاجتماعي.

## 4. النظريات المفسرة للسلوك العدواني

تباينت تفسيرات العلماء للسلوك العدواني، وهذا بحسب الخلفية النظرية لكل عالم، وأهم هذه

النظريات:

### 1.4 النظرية البيولوجية:

وتفترض هذه النظرية أن السلوك العدواني سلوك فطري، يولد مع الانسان، ويدخل في تكوينه البيولوجي، كما تقول ذات النظرية أن سبب هذا السلوك هو الكروموسومات خاصة هرمونات الجنس (هرمونات الذكورة (Testostérone)). (مرسي، 1985، ص 48)

وقد حاول بعض الباحثين تحديد مراكز معينة في المخ تسيطر على السلوك العدواني، فربطوا بين العدوان والهيبيوتلاموس في المخ، باعتباره الجزء المسؤول عن الجهاز الإيعاشي، بما في ذلك درجة حرارة الجسم وضربات القلب، كما افترضوا أن العمليات الدفاعية والانفعالية هي الأخرى تتأثر بنفس الجهاز، وسواء كانت النزعة العدوانية ذات أساس وراثي، أو تكويني فإن كورنز (Korenz) يراها طاقة تتكون في التنظيم العصبي المركزي.

#### 2.4 نظرية التحليل النفسي:

ويرى مؤسسها فرويد، أن لدى الفرد غريزتين، هما غريزة الموت Thanatos، وتعمل على فناء الكائن الحي، وتقابلها غريزة الحياة Eros، وتعمل عن طريق دوافع الجنس، والحب، وما تحويه من طاقة ليبيدو على حفظ حياة الكائن الحي واستمراريته، فيحدث العدوان عندما يحبط مسعى الانسان لإشباع دوافعه، فيتجه إلى التغلب على الآخر. ومثله فسر الفريديون الجدد العدوان، فجعله إدلر وسيلة للسيطرة والتعويض عن النقص، أما هورني فقد رأت أن كبت مشاعر العدوانية أمر مضر بالصحة النفسية، وأنه من الأفضل التعبير عن هذه المشاعر من حين إلى آخر، بقصد التنفيس.

#### 3.4 نظرية الإحباط:

ومن أشهر روادها نيل ميللر، وروبرت سيزر، وجون دولارد، وقد انصب اهتمام هؤلاء العلماء على الجوانب الاجتماعية للسلوك الانساني، حيث رُبط بين الإحباط كمثير، والعدوان كاستجابة، وتمثّل جوهر هذه النظرية في الآتي:

✓ كل الاحباطات تزيد من احتمالات العدوان.

✓ وكل عدوان يفترض وجود إحباط سابق.

كما توصلوا من دراستهم للعلاقة الموجودة بين الإحباط والعدوان، إلى استنتاجات أُعْتُبِرَت الأَسْس النفسية المحددة لهذه العلاقة، تمثلت هذه الاستنتاجات في:

1. تختلف شدة الرغبة في السلوك العدواني، باختلاف كمية الإحباط الذي تواجهه الفرد.
2. تزداد شدة الرغبة في العمل العدواني ضد ما يدركه الفرد على أنه مصدر إحباطه.
3. يعتبر كفاً السلوك العدواني في المواقف المحبطة بمثابة إحباط آخر، ما يزيد في ميل الفرد للسلوك العدواني.

#### 4.4 نظرية التعلم الاجتماعي:

لصاحبها ألبرت باندورا الذي اهتم بدراسة الإنسان في تفاعله مع الآخرين، وأعطى اهتماماً بالغاً بالنظرة الاجتماعية للسلوك، والشخصية في تصور باندورا، لا تُفهم إلا من خلال السياق والتفاعل الاجتماعي. إن السلوك بالنسبة لهذه النظرية يتشكل بملاحظة سلوك الآخرين، كما أن تنظيم السلوك يكون عن طريق العمليات المعرفية، كالانتباه والتذكر والتفكير، وهي نفسها العمليات التي تؤثر في اكتساب السلوك، كما أن للإنسان القدرة على توقع النتائج قبل حدوثها، وبالتالي يؤثر هذا التوقع المقصود أو المتخيل في توجيه السلوك. (ممدوحة محمد، 1994، ص 204)

وتتلخص وجهة نظر باندورا في تفسير السلوك العدواني كالاتي:

- ✓ معظم السلوك العدواني مُتَعَلَّم من خلال الملاحظة والتقليد.
- ✓ اكتساب السلوك العدواني يكون من الخبرات السابقة.
- ✓ تأكيد هذا السلوك من خلال عمليتي التعزيز والمكافئة.
- ✓ العقاب قد يؤدي إلى زيادة العدوان.

(أبو قورة، 1996، ص ص 12، 121)



#### 5.4 التعقيب على النظريات السابقة:

تعقيبا على ما جاء في النظريات السابقة، نجد أن النظرية البيولوجية اعتبرت العدوان دافعا فطريا في الانسان، وهو المأخذ الذي انتقدت لأجله، إذ يُعطي هذا التصور فكرة سلبية ومتشائمة عن الطبيعة الانسانية، وإذا تقبل المجتمع هذا المدخل، فيجب عليه أن يتقبل السلوك العدواني، وكأنه حق طبيعي، أو ناتج بيولوجي طبيعي لا يمكن منعه.

أما الانتقادات التي وُجّهت لنظرية التحليل النفسي، فهي عدم صلاحية مفهوم الغريزة في تفسير كل سلوك إنساني، باعتبار أن السلوك الغريزي جامد، ويحدث بنفس الطريقة، في كل زمان ومكان، وسلوك العدوان عند الانسان متنوع في أسلوبه وأدواته، زيادة على عدم وجود أدلة علمية على أن العدوان حاجة فيزيولوجية، كالجنس والجوع والعطش.

وبخصوص نظرية الإحباط فما يؤخذ عليها في تفسيرها للسلوك العدواني، أن ردود الأفعال العدوانية يمكن أن تحدث بدون إحباط مسبق، كما أن الاستجابات العدوانية قد تحدث نتيجة للتقليد والملاحظة، وقد أثبتت دراسات أجريت على أنواع كثيرة من الإحباط، أن الانسان يعتدي إذا كان الإحباط مُتعمداً وحدث بطريقة تعسفية ولا يعتدي الانسان إذا كان إحباطه غير متعمد وحدث بطريقة عفوية. وفسر دولارد هذه النتائج، بأن الإحباط لا يؤدي إلى العدوان في جميع الأحوال، لأن ظهور العدوان بسبب الإحباط يتوقف على استعداد الشخص للعدوان، وإدراكه لموقف الإحباط وتفسيره له.

(أبو قورة، 1996، ص 111-112)

#### 5. وظائف العدوان

يتصل العدوان اتصالا مباشرا بالجذور الأساسية للتقدم البشري، ولقد حقق الانسان مكانته في البيئة المحيطة به، عن طريق سلوكه العدواني، ولولا هذا السلوك العدواني لما أصبح الانسان سيد هذه الأرض التي يحيا عليها، مسيطرا على ما بها من قوى، حتى أخضعها لإرادته وحقق آماله ورغباته، ولولا

هذا العدوان، لانقرض النوع الانساني. لذا لا يقتصر العدوان على التخريب، والتدمير، فقط، لأن هدفه بالسياق المذكور، سابقا، هو مساعدة الفرد على النمو، وعلى تحقيق سيادته في الحياة التي يعيشها. (أبو قورة، 1996، ص 70)

ويؤكد معظم الباحثين، أن التعريف الوافي لحقيقة العدوان لا بد أن يشير إلى غرض المهاجم ومن بين هذه الأغراض أو الأهداف نجد:

1. تأكيد سلطة المعتدي وبناء قِيمه الذاتية.

2. الحفاظ على السلطة والهيمنة.

3. تكوين انطباع جيد عند الآخرين أو ما يعرف بإدارة الانطباع.

4. العدوان الأدائي (الوسيلي) كحماية النفس وإظهار الوطنية.

(العقاد، 2001، ص 108-109)

## 6. قياس السلوك العدواني:

من الصعوبات التي تواجه المهتمين بدراسة السلوك العدواني عملية قياس هذا السلوك، وهذا راجع لتعدد التعاريف التي صيغت حوله، ما جعل طرق القياس تتباين، غير أن هناك طرق شائعة لقياس السلوك العدواني منها:

1. الملاحظة المباشرة: وتتم بعد تعريف العدوان تعريفا إجرائيا، في البيت أو المدرسة، أو في مكان مخصص للملاحظة.

2. قياس السلوك العدواني من خلال النتائج المترتبة عليه.

3. التقارير الذاتية: بأن يقوم الطفل بتقييم مستوى السلوك العدواني الذي يصدر عنه كأن يُسأل عن عدد المرات التي تشاجر فيها مع أطفال آخرين.

4. المقابلة السلوكية: من أهم الوسائل للتعرف على خصائص العدوان وتحديد ظروف حدوثه والعمليات المعرفية والانفعالية التي تصاحبه وردود أفعال الأشخاص الآخرين.

5. المتابعة الذاتية: وفيها يقوم الشخص بملاحظة سلوكه العدواني وتدوين البيانات فيما يتعلق بالمواقف التي تسبق حدوث العدوان وطريقة الاستجابة للموقف.

6. اختبارات الشخصية: مثل اختبار الروشاخ لبقع الحبر والذي تدور طريقة تصحيحه حول أربع محددات أساسية هي: المكان أو الموضوع -المحتوى أو المضمون - المحددات - الشيوخ أو الأصالة.

7.قوائم التقدير: وهي قوائم سلوكية محددة يقوم من خلالها الآباء والمعلمون والمعالجون بتقييم مستوى السلوك. (أرجايل، 1982، ص 74)

### 7.العدوان لدى الأصم:

ذكر زهران (1997، ص 84) أنه كثيرا ما أسيء فهم الشخص الأصم باعتباره شخصا ذو قدرة عقلية منخفضة، وبالتالي فهو يتعرض للإهمال والانطواء، ولأن انتباهه يتشتت بسرعة، يعتبر الطفل الأصم غير خيالي وعنيد وعدواني، وكثيرا ما يصفه مُعلّموه بالإهمال والكسل العقلي وقلة الانتباه.

وذكر الحربي أن حمزة(1964) أشار إلى أن عدم الشعور بالأمن الذي ينتاب الأصم يرجع بالأساس إلى المواقف التي يتعرض لها، وأن كثيرا من الاضطرابات الانفعالية والسلوكية لديه إنما هي ناتجة عن عدم تقبل الآخرين له في بيئته.

ويزداد إحباط الفرد الأصم من نفور الآخرين من سلوكه غير التوافقي، فتزداد الرغبة في العدوان، وهذا ما أشار إليه عبد الغفار (1983) حين ذكر أن ازدياد الرغبة في العدوان لدى الفرد يعني توجيه جزء من طاقته النفسية نحو السلوك العدواني ضد مصدر الإحباط.

## خلاصة الفصل:

إن الأطفال المعوقين سمعياً، وأياً كانت درجات فقدهم لحاسة السمع، هم أقل تكيفاً، إذا ما قورنوا بالأطفال العاديين في نواحي التوافق العام، والتوافق الشخصي، والاجتماعي، فتظهر لديهم مشكلات انفعالية وسلوكية متعددة من أبرزها فرط النشاط الحركي وتشتت الانتباه، والعدوانية، وسلوكيات أخرى، تعتبر هي الأخرى مشاكل.

كل هذه الخصائص مجتمعة تجعل من مجتمع الصم مجتمعاً مختلفاً، وأن الأفراد الصم، هم أقلية تختلف ثقافتهم عن ثقافة السامعين، ما يجعل الخدمات الموجهة إليهم، سواء تعلق الأمر بالخدمات التربوية، أو الخدمات الاجتماعية، ناقصة، وقاصرة عن تلبية حاجياتهم، إذا ما قورنت بالمصاعب التي تواجههم في عالم السامعين. ما يجعل التكفل النفسي ضرورة ملحة.

## الفصل الخامس: العلاج المعرفي السلوكي، وطرق التكفل باضطراب فرط النشاط الحركي، وقصور الانتباه والعدوانية

تمهيد

أولاً: العلاج المعرفي السلوكي

1. تعريف العلاج المعرفي السلوكي.
2. الخلفية المرجعية للعلاج المعرفي السلوكي.
3. مستويات التدخل للعلاج المعرفي السلوكي.
4. خصائص العلاج المعرفي السلوكي.

ثانياً: علاج فرط النشاط الحركي وقصور الانتباه

1. العلاج الطبي.
2. العلاج السلوكي.
3. العلاج بالفن.
4. العلاج السلوكي المعرفي.

ثالثاً: علاج السلوك العدواني

## تمهيد:

شهدت السنوات الأخيرة انتشارا واسعا للاضطرابات النفسية في ظل التغيرات المتسارعة في نمط حياة الناس، فظهرت العلاجات النفسية وتتنوع، بين العلاجات التحليلية، والسلوكية، والمعرفية، والإنسانية، وكلها تهدف إلى إيجاد الصحة النفسية للأفراد، غير أن وثيرة العلاج فرضت نفسها، فراح الناس يطلبون العلاجات المختصرة، والتي لا تتطلب وقتا طويلا. وقد ازداد الاهتمام في الأعوام الأخيرة بالعلاج النفسي المعرفي السلوكي، لما للنظريات المعرفية من تأثير على السلوك، فأضحى بذلك بديلا فعالا لكثير من العلاجات الدوائية.

## أولا: العلاج المعرفي السلوكي

### 1. تعريف العلاج المعرفي السلوكي:

يعود التعبير عن فكرة العلاج المعرفي السلوكي إلى الفيلسوف الرواقي<sup>1</sup> إبيكتيتس Epictetus الذي عاش من 55-134 بعد الميلاد. فمن أشهر مقولاته: "الناس لا تحركهم الأشياء، ولكن يحركهم منظورهم للأشياء". بعد ذلك كتب ماركوس أوريليوس (121-180 بعد الميلاد): "لو أنك تألمت من أي شيء خارجي، فليس هذا الشيء هو الذي سبب لك الإزعاج، ولكن حكمك عليه، وبمقدورك أن تزيل هذا الحكم الآن". كما كتب وليام شكسبير في هامليت: "ليس هناك شيء جيد، وآخر سيء، ولكن التفكير هو الذي يجعله كذلك". (هوفمان، 2012، ص 16)

أردت بهذه التوطئة إن صح التعبير، أن أقول "أن الانسان فكر منذ القديم، وأن المشاكل النفسية ليست وليدة هذا العصر، بل هي موجودة منذ وجد الانسان على هذه الأرض، وأن الحلول لمشاكلنا

<sup>1</sup>المذهب الفلسفي الذي أنشأه زيتون حوالي عام 300 ق.م والذي قال بأن الرجل الحكيم يجب أن يتحرر من الانفعال ولا يتأثر بالفرح أو الترح وأن يخضع بغير تذمر لحكم الضرورة القاهرة.

موجودة بين أيدينا وعلينا فقط أن نبحث عنها، وإن لم نجدها نستجد بمن يساعدنا في إيجادها، وهذا ما يقوم به العلاج النفسي، خاصة العلاج المعرفي السلوكي."

تتمثل الفكرة الرئيسية للعلاج المعرفي السلوكي في أن استجاباتنا السلوكية، والوجدانية تتأثر بمعارفنا (أفكارنا)، التي تحدد الكيفية التي نستقبل بها الأشياء وندركها. بمعنى نحن نشعر بالقلق، أو الغضب، أو الحزن فقط عندما يكون لدينا مبرر لذلك. بمعنى أوضح، ليس الموقف في حد ذاته، ولكن مدركاتنا، وتوقعاتنا، وتفسيراتنا (التقييم المعرفي) للموقف هي المسؤولة عن وجدانياتنا.

ف نجد أن الانفعالات تمثل العنصر الرئيسي في العلاج المعرفي السلوكي، وأن هذا النوع من العلاج ليس مقصورا على التغيرات في التفكير والسلوكيات، بل إن الفكرة الرئيسية فيه تتمثل في الفكرة التي مؤداها أن استجابتنا الوجدانية تتأثر بشكل كبير بمعارفنا والطريقة التي ندرك العالم بها، وندرك بها أنفسنا، وندرك بها الآخرين، وندرك بها المستقبل. لذا فإن تغيير تقييم شيء ما، أو حدث ما، أو موقف ما يمكن ان يغير من الاستجابة الانفعالية المصاحبة له. (هوفمان، 2012، ص 26)

تأسس العلاج المعرفي بواسطة آرون بيك في جامعة بنسلفانيا في أوائل الستينات كعلاج منظم ومختصر ومتمركز حول الحاضر لمرض الاكتئاب، وهو موجه أساسا إلى التعامل مع مشاكل المريض الحالية مع إعادة تشكيل التفكير السلبي والسلوك المترتب عليه، وقد نجح آرون بيك وآخرون في تكييف هذا العلاج وتعديله لمعالجة مجموعة من الاضطرابات النفسية المختلفة.

وقد طورت أشكال مختلفة من العلاج المعرفي السلوكي بواسطة منظرين رئيسيين، ومن أهمهم: العلاج العقلاني-الانفعالي لألبرت إليس (Ellis, 1962)، والتعديل المعرفي السلوكي لدونالد ميشينبام (Meichenbaum, 1977)، والعلاج المتعدد الاتجاهات للازاروس (Lazarus, 1976).

(هوفمان، 2012، ص 17)

عرف بيك (Beck, 1964) العلاج السلوكي المعرفي بأنه "علاج منظم متمركز حول حاضر مرض الاكتئاب، وهو موجه أساسا إلى التعامل مع مشاكل المريض الحالية، مع إعادة تشكيل التفكير السلبي والسلوك المترتب عليه." (Judith S. Beck, 2011 : 02)

ويرى ميشال هيرسن وآخرون (Michel Hersen et al, 2002)، أن العلاج المعرفي السلوكي هو العلاج الذي يستند إلى أسس نظريات معالجة المعلومات، ونظريات التعلم، حيث يستند إلى فرضية أساسية ترى أن كلا من الوظائف المعرفية، والفيزيولوجية، والانفعالات، والسلوكيات، هي في عملية تفاعل متبادل، وأن علاج الأعراض لا يأتي إلا من خلال تعديل المعارف والسلوكيات للتحسين من الوظائف المصابة.

## 2. الخلفية المرجعية للعلاج المعرفي السلوكي:

### 1.2 نظريات التعلم:

ذكر كوترو (Cottraux, 1993 :05 ; 2011: 03) أن نظريات التعلم تشمل الاشتراط الكلاسيكي، والاجرائي، والتعلم الاجتماعي، وهي تهدف إلى تعديل السلوك الملاحظ المحرك أو اللفظي، من خلال التقنيات الإجرائية التالية: التعميم، التمييز، طريقة الغمر، التعزيز، النمذجة.

### 2.2 النظريات المعرفية:

شرحها كوترو (Cottraux, 1993 :05 ; 2011: 52) على أنها سيرورة التفكير الواعي وغير الواعي، والتي تنظم إدراك الأحداث التي تحدث في محيط الفرد.

فمن خلال نظرية معالجة المعلومة، والتي تهتم بدراسة الذاكرة، وعمليات التعلم الإنساني، بالإضافة إلى دراسة اللغة والتفكير. وتختلف نظرية معالجة المعلومة عن النظريات المعرفية السابقة من حيث أنها لم تكتف بوصف العملية المعرفية التي تحدث داخل الإنسان، فحسب بل حاولت توضيح آلية حدوث هذه العمليات وتفسير دورها في معالج المعلومات وإنتاج السوك. (الزغلول، ص 47)



وتعتبر النظرية العقلانية الانفعالية أو ما يعرف بالعلاج العقلاني الانفعالي السلوكي، والذي أنشأه العالم الأمريكي ألبرت إيليس، مرجعا نظريا للعلاج المعرفي السلوكي، حيث أشار إيليس أن هناك علاقة تفاعلية بين المعرفة، والسلوك، والانفعال، وأن الاضطراب يظهر نتيجة الأفكار والمعتقدات غير العقلانية التي يشكلها الفرد اتجاه الموقف المسبب للاضطراب. (Dryden &Branch, 2008 : 04 ; Dobson, 2010 : 228-230)

تعتبر نظرية العلاج المعرفي التي وضع أسسها آرون بيك سنة 1960، من أهم المرجعيات النظرية للعلاج المعرفي السلوكي، حين اكتشف بيك أن معارف المريض لها أثر في توجيه مشاعره وسلوكياته، وهي ما أطلق عليه الأفكار الأتوماتيكية، وقال إنها تتميز ب:

- الوضوح وأنها بعيدة عن الغموض والهلامية.
- مختزلة أو تلغرافية تقتصر على الكلمات الضرورية.
- لا تعتمد في صياغتها على التدبير، والاستدلال، والتفكير.
- خالية من التسلسل المنطقي، أو ما يسمى التفكير الموجه لهدف أو لحل المشكلات.
- تحدث تلقائيا كما لو أنها انعكاسات.
- لا يمكن للمريض إيقافها، خاصة في الحالات المرضية الشديدة.

ويرى بيك أن مصدر الأفكار الأتوماتيكية هي المعتقدات التي تتكون ابتداء من مرحلة الطفولة، والتي يكونها الأفراد عن أنفسهم، وعن الآخرين، وعن العالم الخارجي. (بيك، 2000، ص 49)

كما تعتبر المخططات المعرفية غير التوافقية ليونغ مرجعا رئيسا للعلاج المعرفي السلوكي، من خلال فرضية أن بعض المخططات تنمو نتيجة الخبرات المؤلمة التي تحدث في مرحلة الطفولة والمراهقة، والتي تشكل أساس اضطرابات الشخصية، ومشكلات الطبع، وغيرها من المشكلات.

قصد يونغ بالمخططات المعرفية غير التوافقية، الطراز المعرفي والانفعالي، الذي يصبح الفرد فيه غير واثق من نفسه، ومتشائم، والذي يظهر في مراحل النمو المبكرة ويتكرر طيلة حياة الفرد.

(Jeffrey. E. Young, 2006 : 34)

### 3. مستويات التدخل للعلاج المعرفي السلوكي:

يتدخل العلاج المعرفي السلوكي في ثلاث مستويات هي:

#### 1.3 السلوك:

ويقصد به المقطع السلوكي، ولا يتعلق الأمر بالعرض فقط، بل بالاضطراب ككل، فالغرض من العلاج ليس إزالة مقطع معين، وإنما تعليم الفرد مقطعا آخر جديد غير مرضي، يختلف عن الاضطراب الآني. والمعروف أن العلاج المعرفي السلوكي لا يعالج الأعراض، بل يبحث في تعديل مقاطع سلوكية. ويعرف السلوك هنا على أنه: "سلسلة منظمة من الحركات الموجهة للتكيف مع وضعية معينة مثلما تم إدراكها وتأويلها."

(Cottraux, 1993 :06 ; 2011 :03-04)

#### 2.3 المعرفة:

ترتكز المعرفة على السيرورات العقلية الكبرى مثل التفكير، واتخاذ القرارات، وحل المشكلات، والإدراك، والذاكرة، وهي تدرس معالجة المعلومة، وتقوم بوظيفتها بواسطة المخططات المعرفية اللاواعية، التي تعرف بأنها بنية تنظيمية تم اكتسابها من الخبرات السابقة، وتحتوي على ما يعرفه الفرد عن ذاته، وعن المحيط الخارجي، وعلى المعتقدات والانفعالات، وتقوم بترتيب وتوجيه الإدراك، كما تسهل عملية التذكر وحل المشكلات وتوجيه الأفعال، دون الاهتمام بالأحداث الدقيقة.

(Cottraux, 1993 :07 ; 2011 :05)

### 3.3 الانفعال:

ويتميز بالأحاسيس الجسدية للرضا (كالراحة، واللذة)، أو عدم الرضا (كالانزعاج، والألم) والمتعلقة بالتغيرات الفيزيولوجية، كاستجابة لمثيرات المحيط. وتكون شدة الاستجابة تبعا لشدة المثير، فإدراك الأحداث راجع للخبرات السابقة للفرد، وللوضعية الجسدية التي يكون فيها حينها، فيتحول الانفعال (كظاهرة جسدية) إلى عاطفة (كظاهرة عقلية)، فالانفعال تابع للمعرفة، والأحاسيس راجعة إلى تأويل الوضعية وليس إلى الوضعية في حد ذاتها.

(Cottraux, 1993 :07-08; 2011:05-06)

### 4. خصائص العلاج المعرفي السلوكي:

يتميز العلاج المعرفي السلوكي بخصائص محددة، نوجزها فيما يلي:

✓ صياغة المشكلة: ويقصد بها فهم الحالة وصياغتها، أو يقصد بها أيضا مجموعة الفروض العاملة التي تدور حول الآليات النفسية الأساسية التي شكلت المعاناة، أو عملت على استمرارها لدى الفرد. ويتم توظيف هذه الفروض من قبل المعالجين النفسيين لتوجيه العلاج الوجهة الصحيحة، حينها سيصبح من السهل تحديد أهداف العلاج والتدخلات العلاجية المناسبة، كما يمكن التنبأ بالعقبات التي ستواجه العملية العلاجية.

✓ العلاقة العلاجية: تعد العلاقة بين المعالج والعميل في المنظور العلاجي المعرفي السلوكي، علاقة تعاون، حيث يمارس المعالج دورا فعالا في العملية العلاجية، وتبدأ بالتعليم النفسي، ورفع مستوى وعي العميل بأفكاره الآلية ذات العلاقة بمشكلته، وفحصها واختبارها كفروض، سواء داخل الجلسة أو خارجها (في الحياة الواقعية)، كما يعلمه كيف يتحدى معتقداته اللاتوافقية مستخدما في ذلك الواجبات المنزلية. وتفرض العلاقة العلاجية على المعالج أن يتصف بالدفء، والتعاون، والتقبل وأن يحسن

إشراك العميل في حل مشكلته. (بيرمان، 2004، ص 194)

✓ العلاج الموجه نحو الهدف: عادة ما يتم تحديد الأهداف العلاجية وتقريرها بشكل تعاوني بين المعالج والمريض، وتتبع أهداف العلاج عن قائمة المشكلات محكمة الصياغة والبناء، وعن الفروض العاملة. (ليهى، 2006، ص 71)

✓ بناء الجلسات: يتم التخطيط للجلسات من خلال جدول أعمال يتفق عليه المعالج والمريض مسبقاً، وهو بمثابة موجه للعمل، كما أنه يمد المعالج بإطار عمل محدد، وملائم، لرصد التقدم العلاجي.

✓ التركيز على الحاضر: يركز العلاج المعرفي السلوكي على الحاضر، وعلى المشكلات الحالية، وعلى المواقف التي تثير القلق لدى المريض. (بالمر، وكوروين، 2008، ص 43)

✓ رصد وتعديل التفكير غير المنطقي: ويستخدم لهذا الغرض مجموعة من الفنيات لفحص وتحدي التفكير السلبي، فيتعلم المريض كيفية استخدام الأدلة والبراهين لدحض وتفنيده تفكيره غير المنطقي.

✓ تعليم العميل أن يكون معالج نفسه بنفسه: تركز هذه الخاصية على تعليم العميل كيف يكون فعالاً خلال جلسات العلاج، أو خارجها، من خلال مطالبته بإنجاز المهام والواجبات المنزلية، وحثه على تقويم مساهمته في حل مشكلته الحالية من خلال استكشاف أنماط الاعتقاد لديه والمؤدية على الأفكار السلبية، ومن ثم يتعلم العميل كيف يدير انفعالاته، كما يتم تزويده بالمهارات التي تمنع عودة المرض بعد حدوث العلاج. (بالحسيني، 2011، ص 91)

✓ المشاركة العلاجية: تعد المشاركة العلاجية حجر الزاوية في العلاج المعرفي السلوكي، فبدل التخبط في تحديد الأهداف العلاجية والذي من شأنه أن يحبط المعالج من جهة، ويتعب ويجهد العميل من جهة أخرى، يسعى العلاج المعرفي السلوكي إلى إشراك الطرفين في التخطيط للبلوغ إلى الهدف وتحديد المدة الزمنية لذلك. (Beck, A. et al, 1979, p 54)

✓ اختزال المشكلة: ويقصد بها إجرائياً التعرف على المشكلات ذات الأسباب المتشابهة وتجميعها وتحديد التقنيات المناسبة لها، ثم التركيز على العناصر المحورية التي تشكل مفتاح الاضطراب،

وأخيرا تحديد الحلقة الأولى في سلسلة الأعراض، لأنها قد تكون مشكلة صغيرة تمخضت عنها نتائج ومشكلات أخرى. (باترسون، 1990، ص 35)

## 5. أهداف العلاج المعرفي السلوكي:

لخص كل من بيك (1979)، وفرمان (1994)، وبيلاك (1985)، وباترسون (1990) أهداف

العلاج المعرفي السلوكي في النقاط التالية:

- تعليم العميل كيف يلاحظ، ويحدد الأفكار التلقائية التي يقررها لنفسه.
- مساعدة العميل على أن يكون واعيا بما يفكر.
- مساعدة العميل على إدراك العلاقة بين التفكير، والمشاعر، والسلوك.
- تعديل الأفكار التلقائية والمخططات أو المعتقدات غير المنطقية المسببة للاضطراب.
- تعليم العميل كيفية تقييم أفكاره، وتخيلاته، وخاصة تلك التي ترتبط بالأحداث والسلوكيات المضطربة. (باترسون، 1990، ص 35)

- تعليم العميل تصحيح ما لديه من أفكار خاطئة، وتشوهات معرفية.

(Beck, A .T, 1976, p 222)

- تحسين المهارات الاجتماعية للعميل من خلال تعليمه حل المشكلات.

(Dobson, 1988, p 14)

- تدريب العميل على توجيه التعليمات للذات، ومن ثم تعديل سلوكه، وطريقته المعتادة في التفكير، باستخدام الحوار الداخلي. (Meichenbaum, 1979, p 107)

## ثانياً: علاج اضطراب فرط النشاط الحركي وقصور الانتباه

إذا ما تحدثنا عن اضطراب فرط النشاط الحركي كاضطراب واسع الانتشار تظهر آثاره مباشرة في السلوكيات غير التوافقية التي تشكل مشكلاً للفرد في حد ذاته وتشكل أيضاً معاناة يعيشها أولياء أمور هؤلاء الأطفال نجد اتجاهات عدة حاولت التكفل بهذا الاضطراب، فنجد أصحاب الاتجاه الأول وهم أصحاب التكفل النفسي الاجتماعي الذين يعتقدون بإمكانية التحكم في الاضطراب دون اللجوء للأدوية. في حين يؤمن أصحاب الاتجاه الثاني والذين يمثلون الاتجاه الطبي أن الاضطراب مرض عصبي يعالج بالأدوية. أما أصحاب الاتجاه الثالث فهم ينادون بالجمع بين العلاجين الدوائي والنفسي الاجتماعي وهذا ما أشار إليه باركلي (Barkley) سنة 1990 حيث أوضح أن هناك نسبة تصل إلى 25 % من الأطفال المصابين بهذا الاضطراب لا يستجيبون للشفاء بالدواء الطبي، لذا طالب باستخدام أساليب علاجية متنوعة في علاج الاضطراب بحيث إن لم تساعد إحداها في العلاج قد تساعد الأخرى، كما وأن تعاون هذه الطرق العلاجية معاً سيؤدي بأن تعالج كل طريقة ما يخصها سواء كانت سلوكية أو نفسية أو تعليمية.

لم يحدد سبب واضح لاضطراب فرط النشاط الحركي تشتت الانتباه لهذا يعتقد أنه يعود إلى عدة أسباب تتعلق بإصابة المخ، أو بالوراثة، أو بالظروف البيئية المحيطة، وكثيراً ما يصاحب هذا الاضطراب اضطرابات أخرى سلوكية، أو انفعالية، أو تعليمية، والتي قد تكون إما سبباً للاضطراب أو نتيجة له، ولذلك فقد أجمع المهتمون بأن علاج هذا الاضطراب لا يجب أن يعتمد على طريقة علاجية واحدة، خاصة إذا كانت تصاحبه بعض الاضطرابات الأخرى، وهو الحال في جميع الحالات المشخصة.

## 1. العلاج الطبي:

يُرجع البعض اضطراب فرط النشاط الحركي وتشتت الانتباه إلى اختلال التوازن في القواعد الكيميائية الموجودة في الناقلات العصبية بالمخ، أو في نظام التنشيط الشبكي لوظائف المخ، ولذلك فإن العلاج الكيميائي المستخدم في هذه الحالة من خلال العقاقير الطبية يهدف إلى إعادة التوازن الكيميائي لهذه القواعد الكيميائية حيث إن تأثيره يؤدي إلى رفع الكفاءة الانتباهية لدى الطفل، كما أنه يؤدي إلى زيادة قدرته على التركيز، ويقلل من مستوى الاندفاعية والعدوان، والنشاط الحركي المفرط.

(Pelham, et al, 1990, pp : 226-237)

بدأ استخدام العلاج الدوائي ما بين عامي 1937 و1938، حسب ما ذكره حسن مصطفى عبد المعطي (2001، ص 129)، عندما سجل برادلي آثار البنزيدرين Benzedrine على سلوك الأطفال الذين يعانون اضطراب ضعف الانتباه المصحوب بفرط النشاط الحركي. كما أشارت مريم سليم (2011، ص 149) أنه في عام 1937 تم اكتشاف الأدوية المنشطة التي تساعد على اليقظة، ولكنها لم تستخدم في العلاج إلا في عام 1957 عندما تم اكتشاف الريتالين.

في بداية التسعينات قام هانت وزملاؤه (Hunt, et al., 1990) بإجراء تجربة واسعة المدى، للتعرف على أنواع العقاقير التي تؤثر في خفض النشاط الزائد وسميت Open Trial حيث تم في هذه التجربة مسح شامل لعدد كبير من الأطفال الذين يعانون من اضطراب النشاط الزائد/ قصور الانتباه والمصحوب بالإحباط وبعض مظاهر السلوك العدواني وذلك للتعرف على تأثير عقار "الكلونيدين" « Clonidine » وأيضا عقار "الجوان فاسين" « Guanfacene » في خفض هذه المظاهر.

استخدم الباحثون مقياس كورنرز لجمع المعلومات عن هؤلاء الأطفال من تقارير الوالدين، وأظهرت نتائج التحليلات الإحصائية أن العقارين المذكورين من أحسن العقاقير وأنجحها في خفض النشاط الزائد

وقصور الانتباه وخفض الإحباط وبعض السلوكيات العدوانية، وذلك بإعطاء الجرعات بنظام ثابت طبقا لكل طفل. (عبد الحميد احمد اليوسفي، 2005، ص 46)

وفي دراسة حالة قام بها جادو وبوميروي (Pomerey&Gadaw, 1990) تتلخص في حالة طفلة عمرها أربع سنوات تعاني من نشاط حركي زائد بدرجة مرتفعة مع تخلف عقلي متوسط، قام الباحثان بعلاجها بمركبات "الميثيل فيندات" « Methylphenidate » و« عقار "الفنفلورامين" « Fenfluramine » و« عقار "بلاسبو" « Plasbo » لمدة عامين ونصف بنظام الجرعات الثابتة وأظهرت النتائج انخفاضا ملحوظا في المظاهر الاكلينيكية والسلوكية للنشاط الزائد المفرط الحركة لدى الطفلة. (عبد الحميد احمد اليوسفي، 2005، ص 48)

غير أن كلا من عبد الفتاح علي غزال وابتسام أحمد محمد ذكرا أن ضياء منير الطالب (1987)، أشار إلى أن استخدام العقاقير في العلاج بالرغم من فعاليته إلا أن له أعراضا جانبية، كالأرق، وفقدان الشهية، نحو الطعام، إضافة إلى إعاقة النمو.

(علي غزال، وأحمد محمد، 2014، ص 151)

يعتبر علاج النشاط الزائد باستخدام العقاقير موضع جدل وخلاف، وقد أظهرت الدراسات بشكل عام أن العقاقير يمكن أن تكون فاعلة مع كثير من الأطفال ذوي النشاط الزائد من خلال تقليل مستوى النشاط والإزعاج والفوضى وتشتت الانتباه، وزيادة تركيز الانتباه، ولكن لا يبدو أن العلاج باستخدام العقاقير يؤدي إلى تحسن القدرة على التعلم والتحصيل الأكاديمي للأطفال ذوي النشاط الزائد بشكل مستمر. (Barkley&Cunninghom, Lambert et. Al, 1979, Rie et. Al, 1976, 1979)

حسب ما ورد في (علي غزال وأحمد محمد، 2014، ص 151)



ورغم أن العلاج بالعقاقير قد يبدو أسهل، وأن تأثيره مباشر إلا أن فوائده على المدى البعيد قليلة، إذ أن أساليب تعديل السلوك تبدو أكثر فاعلية في تحسين الأداء الأكاديمي.

(علي غزال، وأحمد محمد، 2014، ص 151)

يبدو أن العلاج الدوائي أسهل وأن تأثيره مباشر، غير أن له آثار جانبية مثل عدم الاستقرار في النوم، ضعف الشهية للطعام، آلام في المعدة، صداع، بعض أعراض توريت (تقلص لا إرادي في العضلات خاصة عضلات الوجه) وبالتالي يلجأ الأطباء إلى تقليل الجرعات أو تغيير الجرعة الدوائية أو اللجوء إلى بديلات الأدوية في الحالات التي لم تستجب للدواء، ومن هنا يأتي الشك في نجاح العلاج بالأدوية المنشطة لمدة طويلة. غير أن بعض الدراسات أوصت بعدم استخدام الأدوية المنبهة لوحدها بل لا بد من إشراكها مع العلاج الشامل الذي يحتوي على العلاج الطبي والعلاج السلوكي، فليس كل الأطفال يستجيبون للعلاج بالمنبهات. (عبد الحميد أحمد اليوسفي، 2005، ص 57)

## 2. العلاج السلوكي:

يعتمد العلاج النفسي أحيانا كثيرة على الجانب التحليلي، حيث يبنى على فهم نفسية الطفل، وصراعاته الداخلية التي قد توجد بين أجزاء الشخصية او بينها وبين العالم الخارجي المتمثل في الأسرة والمدرسة، والحيل الدفاعية المرضية التي يستخدمها في سلوكه، وتوضيح ذلك للطفل من خلال جلسات العلاج الفردية، غير أن هناك العلاج النفسي الجماعي والذي يتم في إطار المجموعة التي تستخدم لبناء وتنمية السلوكيات المرغوبة لدى الطفل، ونبذ السلوكيات غير المرغوبة بواسطة نقد المجموعة لها ومساعدة الطفل على كبحها. (التهامي عبد العزيز وآخرون، 2001) كما ورد في (علي غزال، وأحمد محمد أحمد، 2014، ص 161)

ويعتقد أصحاب الاتجاه السلوكي، باعتباره أحد العلاجات النفسية، أن المظاهر السلوكية لاضطراب النشاط الزائد المصحوب بقصور الانتباه لدى الأطفال توجد بشكل أكثر حدة مما هو موجود

عند الطفل الذي ينمو نموا طبيعيا، ويمكن ملاحظة هذه المشكلات في أكثر من مكان، فقد يشكو الوالدان من هؤلاء الأطفال، لعنادهم ولرفضهم الدائم للتعليمات الموجهة إليهم.

وقد يشكو المدرسون أيضا من السلوك المزعج وفرط النشاط الحركي الزائد داخل القسم وخارجه، لما يسببه من مشاكل تؤثر سلبا على نمو الطفل الأكاديمي، بل قد يكون لهذا السلوك المزعج تأثير على بقية التلاميذ، فالطفل المفرط الحركة يزعج كل من حوله بما في ذلك زملاءه في القسم. وعليه يهدف العلاج السلوكي إلى التحرر من أعراض السلوك غير التوافقي من خلال قمعه أو إبداله كما قال لويس مليكة (1997)، مثلما ورد في (عبد الحميد أحمد اليوسفي، 2005، ص 59).

يشمل العلاج السلوكي طرقا أو فنيات مختلفة تهدف جميعها إلى تعديل السلوك وتنظيمه لدى الأطفال الذين يعانون من اضطراب النشاط الزائد وقصور الانتباه. وقد تناولت دراسات عديدة برامج سلوكية هدفت إلى خفض مظاهر الاضطراب، وكان منها ما هو موجه للوالدين، كما في دراسة ارهارت وبيكر 1990 (Baker, Erhardt) التي أثبتت فعالية برنامج تدريبي سلوكي للوالدين والأسرة مع الطفل مفرط النشاط الحركي ومنتشت الانتباه، حيث قام الباحثان بتطبيق برنامج تدريبي على مدار 10 أسابيع بواقع جلسيتين في الأسبوع، تم حضور الوالدان خلال الجلسات، وأثناء قياس السلوك، مع نهاية التدريب تم تقويم سلوك الطفل، وأظهرت النتائج فعالية البرنامج السلوكي في خفض المظاهر السلوكية للنشاط الزائد. (عبد الحميد أحمد اليوسفي، 2005، ص 59).

وعرض دانفورت (Danforth, 1998) برنامجا لتنظيم سلوكيات المعارضة، Oppositional behavior للأطفال ذوي النشاط الزائد وقصور الانتباه، عن طريق البطاقات التتبعية لتنظيم السلوك، وأشرك في العلاج ثلاث مجموعات:

- المجموعة الأول، وشملت المتخصصين والمشرفين التربويين والأخصائيين النفسيين، والأخصائيين الاجتماعيين، والطبيب المعالج، والوالدين والمعلمين.

- المجموعة الثانية، وشملت المدرّسين الذين يعملون مع الأطفال ذوي النشاط الزائد وقصور الانتباه، والسلوك المعارض.

- المجموعة الثالثة، وشملت أساتذة الجامعات المهتمين بتنظيم السلوك.

هدف برنامج الدراسة إلى تنظيم السلوك الفوضوي، تعليم كل المشتركين كيفية تقديم التعليمات التي تعمل على زيادة قدرة الطفل على الطاعة، توضيح متى وكيف نتعامل مع الطفل في المناقشات والحوار، التدريب على استخدام التأييب اللفظي الذي يساعد على خفض احتمالية السلوك السيء، التدريب على استخدام التحذيرات عندما لا يطيع الطفل.

استخدم الباحث تقنيات النمذجة، ولعب الأدوار مع التغذية الراجعة، وذلك من خلال ورشات عمل تجريبية للمشاركين. (عبد الحميد أحمد اليوسفي، 2005، ص 71).

إن الاتجاه السلوكي في علاجه لاضطراب فرط النشاط الحركي وقصور الانتباه يعتمد على تقنيات وأساليب متعددة، إضافة إلى التقنيات المذكورة في الدراستين المذكورتين، وهذا ما أشارت إليه جنتان ساندوفال (JanathanSandoval 1981) كما ورد في (علي غزال، وأحمد محمد أحمد، 2014، ص 166) حين أشار إلى إمكانية تعلم السلوك الاجتماعي من خلال النمذجة، فالبرامج التي تشمل على لعب الدور وتعديل الدور تكون مفيدة لمساعدة الأطفال ذوي النشاط الزائد على تحسين العلاقات مع الآخرين، كما تظهر فعالية تكاليف الاستجابة بالنسبة لهؤلاء الأطفال.

يركز العلاج السلوكي على السلوك ذاته، أكثر من اهتمامه بالمحددات الذاتية له، ولا يفترض المعالج السلوكي وجود قوى داخلية أو عملية مرضية، ولا هو يعتقد أن الأعراض دليل على وجود مشكلات أعمق ينبغي القضاء عليها عن طريق الاستبصار، وإنما هو يرى الأعراض كالمخاوف الشاذة أو السلوك القهري، أو ثورات الغضب، موجودة لأنه تم اكتسابها عن طريق التعلم، وهي تختفي بعد أن يتعلم التخلي عنها. (علي غزال، وأحمد محمد احمد، 2014، ص 166)

### 3. العلاج بالفن:

يعتبر العلاج بالفن طريقة علاجية نفسية، فهو يعبر عن الذات بطريقة جميلة وهادئة جداً، ويساعد هذا النوع من العلاج الفرد على معرفة نفسه، وتوكيد ذاته وإعطائه الثقة بالنفس بشكل أكبر، كما أنه يستثير الخيال عند المريض إذا كان يعاني مشكلات نفسية عصابية.

(عبد الحليم عبد ربه، 2014، ص 175)

تعتبر الأنشطة الفنية ترجمة أدائية مقصودة بقواعد ومعايير ثابتة، تحوي أداء فعال للقدرة الفنية للطفل، تخص الأداء الفني بعينه ولا تخرج عنه. بينما تعد الممارسات الحياتية أداء متتابع منتظم، يحدث بصفة مستمرة، غير مقصود بعينه في أحداث الحياة اليومية، ولا يتصف بطابع محدد، وليست له قواعد وشروط محددة، ومن هنا تعتبر الممارسات الحياتية أعم وأشمل من الأنشطة الفنية.

يتم دمج الأنشطة الفنية بالممارسات الحياتية من خلال النقاط التالية:

- تفعيل دور الأنشطة الفنية بطريقة تتابعية متكررة عبر الأحداث اليومية بصفة مستمرة.
  - تفعيل دور الممارسات الحياتية من أنها مجرد ممارسات غير هادفة إلى كونها ممارسات تهدف إلى تحسين الأداء النفسي والعقلي والجسمي للطفل وذلك باستخدام الصيغة الفنية.
  - ممارسة الأنشطة الفنية كممارسات حياتية يومية.
  - تكمن أهمية الصيغة الفنية في الممارسات الحياتية من خلال:
    - تقوية المناعة النفسية.
    - تقوية المناعة العقلية.
    - الأداء الجيد للقدرات النفس عقلية.
    - تنمية سلوكيات الطفل.
- (عبد الحليم عبد ربه، 2014، ص 175)

كانت أول مدرسة للعلاج النفسي بالفن هي مدرسة مارجریت نومبورج وقد أطلقت عليها اسم مدرسة "والدين" عام 1915، وكانت تقوم على نظرية التحليل النفسي، وكانت مرتبطة بالعلاج بالدين كثيرا.

وعن تعريف العلاج بالفن نذكر ما ورد من تعاريف في عبد الحليم عبد ربه (2014، ص 176 175)، فقد عرف هاري وتدسون (1987) العلاج بالفن بأنه طريقة فعالة في علاج الاضطرابات النفسية لدى الفرد الذي يعبر سلوكيا بالفن أكثر من تعبيره لفظيا، وعرف كرامز (1958) التعبير بالفن فرصة كبيرة للابتكار والابداع والسعي نحو الاتقان.

من أنواع الأنشطة المستخدمة لعلاج اضطرابات النشاط الزائد عند الطفل نجد:

- الموسيقى بأنواعها أي الموسيقى السمعية، والموسيقى الادائية والإيقاعية.
- الفن الحركي التعبيري الصامت.
- فن البوجا
- الفن المسرحي، ويشمل الأداء التمثيلي الحركي والبصري واللفظي التعبيري.
- فن الحوار المتبادل.
- فن الإلقاء التعبيري.
- فن اللعب، ويشمل ألعاب حركية، عقلية ونفسية.
- فن الرسم ويشمل التعبير الأدائي عن أشكال معينة وتلوينها.

#### 4. العلاج المعرفي السلوكي:

حسب ما أشار إليه شوقي ممادي (2013، ص 127) فإن العلاج المعرفي السلوكي يركز على فكرة أن للأفراد دور أساسي في ظهور الاضطرابات السلوكية، والمشكلات النفسية، وفي ظهور أعراض معينة لديهم، وأن هذه الاضطرابات والمشكلات النفسية تعتمد على كيفية تفسيرهم للأحداث والخبرات

المختلفة في حياتهم، من هنا ذكرت مفيدة بن حفيظ ( 2014، ص 125) أن الزيات (1998) اعتبر العلاج المعرفي السلوكي من بين الأساليب العلاجية المستخدمة مع الأطفال مفرطي الحركة والنشاط الزائد مع قصور الانتباه، إذ يقوم التعديل المعرفي السلوكي على تدريب هؤلاء الأطفال على اكتساب مهارات التخطيط وحل المشكلات وضبط الذات وهو ما يفتقر إليه هؤلاء الأطفال باعتبار أن الضبط أو التحكم اللفظي أو التعبير يُعد واحدا من العوامل التي لديها أهمية في ضبط السلوك خلال تطوره النمائي، وبخصوص الاندفاعية، وهي أيضا من الخصائص المميزة للأطفال ذوي فرط النشاط الحركي الزائد، فترجع أسبابها إلى عدم ضبط إيقاع السلوك مع إيقاع الكلام أو التفكير اللفظي والسلوك المصاحب له.

إن العلاج المعرفي السلوكي لاضطراب فرط النشاط الحركي الزائد مع قصور الانتباه كما أشار إليه أحمد محمد يونس (2005، ص31) إنما يسعى إلى التنظيم، وال ضبط الذاتي، والتعزيز الذاتي، وحل المشكلات الشخصية ذاتيا، والنمذجة، والممارسة، والتنبيه الذاتي، والتعليم الذاتي، والتسجيل الذاتي، والمراقبة الذاتية، والحديث الذاتي، وكلها استراتيجيات تعمل على زيادة الوعي والادراك لدى الطفل المصاب باضطراب فرط النشاط الحركي لما يصدر عنه من سلوكيات واستجابات سلبية اتجاه المهام الأكاديمية والاجتماعية، وكذا مختلف الأنشطة التي يقوم بها، وكل ذلك يتم من خلال إدارة الذات.

### ثالثا: علاج السلوك العدواني

لقد أسس عمل ميلاني كلاين مع الأطفال كل تطورها، ففي ملاحظاتها، وجدت أكثر مظاهر العدوان والخوف تطرفا. كما رأت ميلاني كلاين أن غريزة الموت غريزة أولية حقيقية يمكن مشاهدتها مقابل غريزة الحياة، وهذا ما ظهر في بحثها المطول والذي عنوانته ب"الحسد والشعور بالامتنان" عام 1957، فالطمع والغيرة والحسد عند كلاين إنما هي تعبيرات إكلينيكية عن العدوان وعن الرغبات المرتبطة به، وتؤدي عملية إخراج غريزة الموت من الذات إلى العالم الخارجي إلى خلق أوهام مثل امتصاص الحياة من شيء ما، أو الهجوم على الآخرين، أو السرقة، أو تحطيم الأشياء.

(هنشل وود، وروبنسون، وزاريت، 2003، ص 170-171)

وبالعودة إلى وظائف العدوان نجد أن معظم الباحثين يؤكدون أن التعريف الوافي لحقيقة العدوان لا بد أن يشير إلى غرض المهاجم، ومن بين هذه الأغراض أو الأهداف نجد:

- تأكيد سلطة المعتدي وبناء قيمه الذاتية.

- الحفاظ على السلطة والهيمنة.

- تكوين انطباع جيد عند الآخرين أو ما يعرف بإدارة الانطباع.

- العدوان الأدائي (الوسيلي) كحماية النفس وإظهار الوطنية.

(العقاد، 2001، ص 108 -

(109

إن ما ورد في أعمال ميلاني كلاين عن العدوان، وما أشير إليه من وظائف للعدوان، يشير إلى أن السلوك العدواني موجود داخل المدرسة، وهو واحد من المشكلات السلوكية، فكثيرا ما يميل التلاميذ للاعتداء أو للمشاجرة ويجدون لذة في ذلك، وكثيرا ما يصاحب حالة العدوان هذه حالة من الغضب والانفعال والاحباط وكلها مشكلات تعيق التكيف النفسي والاجتماعي، وهذه بعض من مظاهر السلوك العدواني التي يمكن تسجيلها في المدرسة:

1. عدوان موجه نحو الذات.
  2. عدوان موجه نحو المعلمين.
  3. عدوان موجه نحو النظام المدرسي.
  4. عدوان موجه نحو الأبنية والأدوات المدرسية.
  5. ارتكاب المخالفات والتحريض عليها.
  6. عدم طاعة المعلم ورفض تنفيذ أوامره.
  7. تعطيل الدرس بالتهريج والمقاطعة.
  8. الاعتداء على التلاميذ الآخرين، بالضرب والإهانة، وتحطيم أثاث المدرسة.
- وعلى هذا الأساس لا يقتصر علاج السلوك العدواني على طريقة علاجية واحدة بل يمكن الجمع بين عدة طرق علاجية استناداً للتفسيرات النظرية المختلفة له. ونذكر من أساليب ضبط السلوك العدواني ما يلي:

1. التعزيز التفاضلي: ويشمل هذا الإجراء تعزيز السلوكيات الاجتماعية المرغوب فيها، وتجاهل السلوكيات الاجتماعية غير المرغوب فيها. (أحمد علي خولة، 2000، ص 191)
2. ضبط المثيرات: ومن بين هذه المثيرات، إعادة تنظيم المثيرات البيئية الخارجية، أو العمليات المعرفية المرتبطة بالسلوك العدواني، وإزالة الدلالات التمييزية المهينة لحدوث السلوك العدواني، ثم التدريب على الاسترخاء العضلي، وكذا تعليم الطفل أسلوب حل المشكلات، مع تعليمه مهارات الاتصال، والتعبير عن انفعالاته بطرق هادئة.
3. تعويد الطفل على تحمل الاحباط، دون السعي وراء السلوك السهل، والانفعال الشديد، وثورة الغضب على كل شيء، حتى ولو كان تافهاً. (حسين محمد عبد المؤمن، ص 115)



4. إعطاء مساحة واسعة للطفل كي يلعب، فكلما كان لدى الأطفال حيز مكاني أوسع للعب، قل احتمال العدوان بينهم، كما أن للموسيقى تأثيراً مهدناً على النزعات العدوانية. (داود نسيم، 1985، ص 356)

5. تقديم مخارج جسدية وبدائل أخرى، فمن الضروري أن تكون للأطفال فرص لممارسة الألعاب الجسدية، والحركية، كما أن فرص اللعب خارج البيت لبعض الألعاب المنشطة، يساعد في التخلص من التوتر، ومن الطاقة الزائدة. (شارلز شيفر، وهواد ملمان، 2006، 245)

ومن طرق الوقاية من السلوك العدواني، نذكر:

1. توفير طرق التنفيس الانفعالي، وتفرغ العدوان، من خلال ممارسة الأنشطة الرياضية المختلفة.

2. التقليل من مشاهدة مواقف العنف، خاصة في البرامج التلفزيونية.

3. تجنب الممارسات والاتجاهات الخاطئة في تنشئة الأطفال.

4. تعلم المهارات الاجتماعية، من خلال التدريب على الاستجابات التوكيدية والنمذجة ولعب الأدوار.

5. العمل على تنمية الشعور بالسعادة، لأن الخبرات العاطفية الايجابية تنقص من العدوان نحو الذات ونحو الآخرين.

6. التقليل من النزاعات الأبوية، لأن الطفل يتعلم السلوك الاجتماعي بملاحظة وتقليد الآخرين.

# الفصل السادس: الإجراءات المنهجية للدراسة

تمهيد

1. المنهج

2. إجراءات الدراسة الاستطلاعية

1.2 الحدود الزمانية والمكانية للدراسة الاستطلاعية

2.2 عينة الدراسة الاستطلاعية

3.2 نتائج الدراسة الاستطلاعية

3. أدوات الدراسة

1.3 الملاحظة

2.3 المقابلة

3.3 مقياس بيركس لتقدير السلوك

4.3 مقياس فرط النشاط الحركي وقصور الانتباه

### 5.3 البرنامج العلاجي

#### 4. الدراسة الأساسية

##### 1.4 أهداف الدراسة الأساسية

##### 2.4 الحدود الزمانية والمكانية للدراسة الأساسية

##### 3.4 خصائص عينة الدراسة الأساسية

##### 4.4 دراسة الحالات

تمهيد:

بعدما استوفينا فصول الجانب النظري وعرضنا كل ما له علاقة بموضوع الدراسة، من تعريف وتصنيف للإعاقة السمعية، والآثار التي تخلفها هذه الإعاقة على كل جوانب شخصية الطفل، وبخاصة الاضطرابات الانفعالية والسلوكية التي تعيق تواصله بمحيطه، وبياعتمادنا على الدراسات السابقة التي أكدت وجود اضطرابات في سلوك الطفل المعاق سمعياً بدرجات متفاوتة والمواقف التي يتعرض لها، خاصة تلك المتعلقة بفرط الحركة والعدوانية، سنتطرق في فصلنا هذا إلى الجانب التطبيقي والذي سنختبر من خلاله المنهج والأدوات التي ستساهم في التخفيف من حدة هذه الاضطرابات، من خلال مجريات الدراسة الاستطلاعية وكذا الدراسة الأساسية.

## 1. منهج الدراسة:

لكل بحث علمي منهج واضح، يتم وفقاً لقواعده دراسة المشكلة محور البحث وتحليل أبعادها ومسبباتها ومعرفة جوانبها وتأثيرها وتأثرها بالظواهر المحيطة بها، ووفقاً لذات المنهج يتم قياس الظاهرة والتنبؤ بحركتها والوصول إلى نتائج يمكن تعميمها أو اقتراح حلول لإحداث توازن مناسب يعالج الاختلال المسبب للقضية البحثية، وتختلف المناهج باختلاف المواضيع، ولكل منهج وظيفة وخصائص يستخدمها الباحث في ميدان اختصاصه. والمنهج هو الطريقة التي يسلكها الباحث للوصول إلى نتيجة معينة. (بوحوش، الذنبيات، 2011، ص 102).

وقد تنوعت تعريفات المنهج العلمي واختلفت باختلاف العلوم، إذ ليس هناك منهج واحد للبحث في العلوم كلها أو في طائفة منها بأكملها، ومن بين هذه التعاريف ما ذكره محسن أحمد الخضيرى ومحمد عبد الغني لعوص، إذ عرفا منهج البحث العلمي بأنه "طريقة موضوعية يتبعها الباحث في دراسة أو تتبع ظاهرة من الظواهر أو مشكلة من المشاكل أو حالة من الحالات بقصد تشخيصها، أو

وصفها وصفا دقيقا، وتحديد أبعادها بشكل شامل يجعل من السهل التعرف عليها وتمييزها، ويتيح معرفة أسبابها ومؤثراتها والأنماط التي تتخذها أو تتشكل فيها، والعوامل التي أثرت فيها أو تأثرت بها، وقياس هذا الأثر أو التنبؤ به بشكل موضوعي دقيق يفسر العلاقات التي تربط عواملها الداخلية والخارجية، بقصد الوصول إلى نتائج عامة محددة يمكن تطبيقها أو تعميمها. (الخضيري ولعوص، 1992، ص 41-42)

وبما أن هدف الدراسة الحالية هو اختبار فاعلية برنامج علاجي معرفي سلوكي لخفض بعض الاضطرابات الانفعالية والسلوكية لدى الطفل الأصم، اقتضت طبيعة البحث اتباع المنهج شبه التجريبي. وكان اختيار التصميم التجريبي ذي المجموعة الواحدة **One group pre-post-test Design** هو الأنسب، حيث يتم إجراء القياس القبلي والقياس البعدي على نفس المجموعة.

وقد أشار معتز (1997) إلى أن الانسان بكل مكوناته النفسية والانفعالية والاجتماعية والثقافية، وبكل خبراته وخلفياته المتعددة، يصعب إجراء التجربة عليه، وبالتالي يصعب تحديد وضبط المتغيرات والتحكم فيها، لذلك يعد المنهج شبه التجريبي هو الأكثر ملاءمة عندما يكون الانسان هو موضوع الدراسة. (معتز، 1997، ص 13، 18)

كما تم استخدام المنهج الوصفي، لدراسة نوع العلاقة بين الاضطرابات، ونعني بها فرط النشاط الحركي، وقصور الانتباه، والعدوانية، هذا من جهة، وعلاقة هذه الاضطرابات ببعض المتغيرات، كجنس الطفل، وعمره الزمني، ودرجة إعاقته السمعية، ونوع إقامته بالمدرسة (داخلي أو نصف داخلي).

تمثلت متغيرات الدراسة الحالية في:

- المتغير المستقل: البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي.

- المتغيرات التابعة: الاضطرابات الانفعالية والسلوكية لدى الطفل الأصم: فرط النشاط

الحركي، وقصور الانتباه، والعدوانية.

2. إجراءات الدراسة الاستطلاعية:

قبل الاستقرار على خطة البحث وتنفيذها بشكل كامل يلجأ الباحث إلى القيام بالدراسة

الاستطلاعية والتي يتوقع من خلالها أن تحقق الأهداف التالية:

- التيقن من جدوى إجراء الدراسة التي يرغب الباحث في القيام بها، توفيراً للوقت والجهد، قبل الشروع باتخاذ قرار نهائي.

- تزويد الباحث بتغذية راجعة أولية حول مدى صلاحية الفرضيات البحثية التي يُريد اختبارها، ما يوفر له الفرصة لإجراء تعديلات مناسبة عليها.

- إظهار إجراءات البحث، من حيث قدرة الأدوات البحثية المستخدمة في عملية قياس متغيرات الدراسة.

- تمكين الباحث من استقصاء المعوقات والعقبات التي ستعترض سير تنفيذ إجراءات الدراسة

الأساسية، وبالتالي يتمكن الباحث من إيجاد الحلول المناسبة للمشكلات والمعوقات المتوقع ظهورها

عند إجراء الدراسة الأصلية. (عباس، نوفل، وآخرون، 2009، ص 106)

وبالنسبة للدراسة الحالية فقد هدف الجانب الاستطلاعي منها إلى:

- التقصي عن الاضطرابات الانفعالية والسلوكية الشائعة لدى الطفل الأصم.

- التحقق من الخصائص السيكومترية لمقياس بيركس لتقدير السلوك، والذي اعتمد كشبكة

ملاحظة للاضطرابات الانفعالية والسلوكية للأطفال الصم.

- تجريب بعض الأنشطة قبل استخدامها في بناء البرنامج العلاجي المقترح لخفض حدة الاضطرابات

الانفعالية والسلوكية لدى الطفل الأصم.

- بناء البرنامج العلاجي الذي سيطبق في الدراسة الأساسية، وعرضه للتحكيم من قبل محكمين.

## 1.2 الحدود المكانية والزمانية للدراسة الاستطلاعية:

تناولت دراسات كثيرة الاضطرابات التي يعانيها الطفل الأصم أو ضعيف السمع، سواء من منظور الأولياء، أو من منظور المعلمين، وكلها (على حد علم الباحثة) كانت تستهدف اضطرابا معينا، وتطبق في ذلك مقياسا واحدا يبحث ويقيس الاضطراب المستهدف، فجاءت الدراسة الحالية لتبحث في جملة من الاضطرابات قد تكون شائعة لدى هؤلاء الأطفال.

بداية توجهننا إلى مدرسة الشهيذة درقاوي بكرة للأطفال المعوقين سمعيا بجليزان، وهذا للتقصي عن الاضطرابات الانفعالية والسلوكية الشائعة لدى هذه الفئة من الأطفال، وكان ذلك خلال الموسم الدراسي 2019/2018 مع بداية شهر أكتوبر إلى غاية نهاية شهر جوان 2019.

بدأت الدراسة الاستطلاعية بالتقريب من التلاميذ داخل القسم، وفي الساحة، وفي المرقد، ولم نجد في ذلك مشكلة، بحكم أنه سبق وأن زرنا المدرسة مرات عدة بهدف الاستطلاع، والتقينا بالمعلمين والتلاميذ، الأمر الذي شجعنا على القيام بالبحث، ومن خلال الملاحظة المباشرة، وسؤال المعلمين، استطعنا تكوين فكرة عن مجال بحثنا.

بداية طلبنا من المعلمين تدوين ملاحظاتهم عن السلوكيات التي يرونها معيقة للطفل المعاق سمعيا في تواصله، وتعلمه، بعدها عرضنا عليهم قائمة بيركس لتقدير السلوك، **Burks Behavior Rating Scale (BBRS)** لصاحبه **Harold Burks (1975)** وتمت مراجعته في (1980) وقام بتطويره د. يوسف القريوتي، وجمال جرار، وهو مقياس مسحي، الغرض منه التعرف على المشكلات السلوكية لدى الطلبة في المرحلتين الابتدائية والإعدادية أي في الأعمار من 6 إلى 15 سنة، ويستخدم مع العاديين ومع ذوي الإعاقات، يضم المقياس فقرات تقيس 19 اضطرابا. وجد المعلمون أن فقرات المقياس تغطي كثيرا من الأعراض التي يعانيها تلاميذهم المعاقون سمعيا، وتم اعتماد هذه

القائمة كشبكة ملاحظة للاضطرابات الانفعالية والسلوكية لدى الطفل الأصم، بعد التأكد من خصائصها السيكو مترية. وعلى أساس نتائج هذه الدراسة سيتم التطرق لاضطرابين يعيقان التوافق النفسي والمدرسي لهؤلاء الأطفال، والتكفل بحالات من خلال برنامج علاجي معرفي سلوكي.

## 2.2 عينة الدراسة الاستطلاعية:

تم تطبيق مقياس بيركس لتقدير السلوك، كأداة أولى للقياس، على عينة قدرت بـ (30) تلميذا معاقا سمعيا، اختيرت بطريقة عشوائية، من بين (71) تلميذا أصما يدرسون بمدرسة الشهيدة درقاوي بدرة بمدينة غليزان، وكانت خصائص العينة كما يلي:

أ- من حيث متغير الجنس:

الجدول رقم (02) توزيع عينة الدراسة الاستطلاعية حسب متغير الجنس

النسبة المئوية	العدد	الجنس
50%	15	الذكور
50%	15	الإناث
100%	30	المجموع

ما يتبين من خلال ملاحظتنا للجدول رقم (02) الخاص بتوزيع العينة الاستطلاعية حسب الجنس أن نسبة الذكور مساوية تماما لنسبة الإناث، ما يجعل العينة متجانسة، ومناسبة للدراسة.



ب- من حيث متغير السن:

الجدول رقم (03) توزيع عينة الدراسة الاستطلاعية حسب متغير السن

النسبة المئوية	العدد	السن
%50	15	8-6
%50	15	12-9
%100	30	المجموع

ما يلاحظ من خلال الجدول رقم (03) الخاص بتوزيع العينة الاستطلاعية حسب العمر الزمني،

أن نسبة 50 % من الأطفال هم في مرحلة الطفولة الوسطى، ومثلهم في مرحلة الطفولة المتأخرة، ما

يعني أن العينة متوازنة من حيث الخصائص، ومعتدلة، حيث لا يوجد أطفال خارج سن التمدرس.

ج- من حيث متغير درجة الإعاقة السمعية:

الجدول رقم (04) توزيع العينة حسب متغير درجة الإعاقة السمعية<sup>2</sup>

النسبة المئوية	العدد	درجة الإعاقة السمعية
%66.66	20	عميقة [dB90 فأكثر]
%23.33	07	حادة [dB89-70]
%6.66	02	متوسطة [dB69-40]
%3.33	01	خفيفة [dB39-20]
%100	30	المجموع

<sup>2</sup>جل تلاميذ المدرسة هم من ذوي الإعاقة السمعية العميقة والحادة.

ما يمكن ملاحظته من خلال الجدول رقم (04) أن ما يفوق نسبة 66% من العينة الاستطلاعية هم من ذوي الإعاقة السمعية العميقة، تليها نسبة 23% من ذوي الإعاقة السمعية الحادة، ما يعني أن جل أطفال المدرسة هم من الأطفال الصم وليسوا من ضعاف السمع.

### 3.2 نتائج الدراسة الاستطلاعية:

سمحت الدراسة الاستطلاعية من تحقيق ما يلي:

- التأكد من وجود الظاهرة محل البحث، وهذا ما أكده المعلمون في شكاوهم من الاضطرابات الانفعالية والسلوكية التي يعانيها التلاميذ على مستوى المدرسة، وأيضا من خلال نتائج تطبيق شبكة الملاحظة والمتمثلة في مقياس بيركس لتقدير السلوك.
- الاطلاع على أكبر قدر ممكن من الدراسات والأدبيات التي تناولت الاضطرابات الانفعالية والسلوكية لدى الصم، وطرق التكفل بها.
- التقرب أكثر من الأطفال والتعرف عليهم وخلق علاقات ودية معهم.
- التقرب من الأساتذة، وتحسيسهم بضرورة التعاون لمساعدة هؤلاء الأطفال.
- الوقوف على الامكانيات المتوفرة لدى المدرسة.
- التعرف على الأنشطة الرياضية والترفيهية التي يمارسها التلاميذ داخل المدرسة.
- التأكد من الخصائص السيكو مترية لشبكة الملاحظة المتمثلة في مقياس بيركس لتقدير السلوك، ما سيسمح باستعماله لاحقا في الدراسة الأساسية.
- تحديد السلوكيات غير المرغوبة لدى الأطفال الصم.
- تحديد فرط النشاط الحركي، وقصور الانتباه، والعدوانية كاضطرابات بارزة لدى الأطفال الصم.

- بناء برنامج علاجي مقترح لعلاج فرط النشاط الحركي وقصور الانتباه والعدوانية، لدى الأطفال الصم.

- عرض البرنامج العلاجي على محكمين، وخبراء لتحكيمه، واكتفت الطالبة الباحثة بأسلوب كفي لتصحيح محتويات البرنامج العلاجي، حيث حظيت في مجملها بموافقة المحكمين، وبذلك قبلت باعتبارها مناسبة معرفيا وذهنيا وحسيا مع فئة الصم.

### 3. أدوات الدراسة:

تمثلت أساليب جمع المعطيات في هذه الدراسة على الأدوات التالية:

- الملاحظة.

- المقابلة.

- مقياس بيركس لتقدير السلوك (BBRS) .Burks Behavior Rating Scale.

- مقياس فرط النشاط الحركي وقصور الانتباه والعدوانية وفقا للدليل التشخيصي والإحصاءات

للاضطرابات النفسية والعقلية رقم 4 من إعداد الأستاذ فقيه العيد.

### 1.3 الملاحظة:

تعتبر الملاحظة الأساس الأول الذي يمكن أن تبنى عليه كل المهارات والفنيات الممارسة في

المقابلة، حيث أنها تعطي فكرة مبدئية حول امكانية التحقق من صحة بعض الفروض المتعلقة

بالمظاهر السلوكية الصادرة عن الفرد، أو انكارها، ولاسيما في حالة تعذر استخدام المقاييس

والاختبارات النفسية في تحقيق ذلك. (عمر، 1987، ص 101)

تم استخدام الملاحظة في الدراسة الحالية خلال الفترة الاستطلاعية، بتطبيق شبكة الملاحظة

والمتمثلة في مقياس بيركس لتقدير السلوك على تلاميذ مدرسة الشهيد درقاوي بدرة للأطفال المعوقين

سمعيًا، وتطبيق مقياس فرط النشاط الحركي وقصور الانتباه والعدوانية، وتم الاعتماد عليها كأداة قياس في التطبيقين القبلي والبعدي.

### 2.3 المقابلة:

ذكر ماهر عمر أن بينجام ومور (Bingham & Moore, 1959) عزفا المقابلة على أنها محادثة ومواجهة لتحقيق هدف محدد بدرجة أكبر من كونها كسبا للرضا العام من المحادثة ذاتها، وتتم المقابلة بين أطرافها في صورة عملية تتميز بالتفاعل بينهم، وقد تستخدم في الحصول على معلومات أو في إعطاء معلومات أو في التأثير على سلوك الأفراد بشكل معين، أو في تحقيق هذه الأهداف مجتمعة. (عمر، 1987، ص 53-54)

تم استخدام المقابلة مع أساتذة الأطفال المعوقين سمعيًا، ومع الأخصائية النفسية، والأخصائية الأرتفونية، بهدف جمع المعلومات عن الأطفال وعن المشاكل الانفعالية والسلوكية التي يعاني منها الطفل الأصم المتمدرس، كما تم استخدام المقابلة في الجلسات العلاجية.

### 3.3 مقياس بيركس لتقدير السلوك (BBRS) Burks Behavior Rating Scale

أ- أهمية المقياس في الدراسة الحالية:

تكمن أهمية مقياس بيركس لتقدير السلوك في هذه الدراسة، في أنه يحصي عددا لا بأس به من الاضطرابات الانفعالية والسلوكية، وهذا ما تتقصى عنه الدراسة الحالية، وهو موجه لفئة الأطفال والمراهقين من سن 6 سنوات إلى 15 سنة، وهذا لصالحها أيضا حيث أن تلاميذ المدرسة ينتمون لنفس الفئة العمرية، وهو صالح للاستعمال مع العاديين ومع ذوي الاحتياجات الخاصة، وهو ما تحتاجه الدراسة الحالية، إضافة إلى أنه يستعمل من طرف المعلمين والأساتذة، ولا يحتاج أن يكون المفحوص هو من يجيب على العبارات، وهذا مهم في هذه الدراسة، باعتبار أن العينة من فئة الصم

وضعاف السمع، وفيهم من قدراته المعرفية محدودة. وقد تم استخدامه بعد التحقق من خصائصه  
السيكو مترية، ما سيعرض لاحقا.

ب- تقديم المقياس:

أعدده بيركس (1975) Harold Burks وتمت مراجعته عام (1980)، طوره كل من الدكتور  
يوسف القريوتي وجمال محمد جرار، وهو مقياس مسحي، الغرض منه التعرف على المشكلات السلوكية  
لدى الطلبة في المرحلتين الابتدائية والإعدادية أي في الأعمار من 6 إلى 15 سنة، ويستخدم مع  
العاديين ومع ذوي الإعاقات، ويحصر 19 اضطرابا.

ت- أهمية المقياس:

تكمّن أهمية المقياس في الفوائد العلمية المتحققة من استخدامه في المجالات

التربوية والخدمات النفسية لتحقيق واحد أو أكثر من الأهداف التالية:

- تحديد أنماط السلوك المضطرب التي تميز بين فئات مختلفة من الأطفال ذوي السلوك  
المضطرب.
- التعرف على جوانب شخصية الطفل الذي يظهر أنماط من السلوك المضطرب التي تحتاج  
إلى تقويم أعمق وأشمل.
- المساعدة على تحديد المكان التربوي المناسب للأطفال الذين يحتاجون إلى خدمات  
التربية الخاصة.
- المساعدة على تخطيط البرامج التربوية المناسبة للأطفال ذوي المشكلات السلوكية.
- الكشف عن التغيير في أنماط السلوك في فترات زمنية مختلفة.
- تزويد العاملين مع الأطفال ذوي السلوك المشكل بمعلومات وبيانات تساعد على تبادل  
الخبرة والاتصال مع الأهل.

• تقييم أثر وفعالية البرامج العلاجية.

• توفير أداة مناسبة يمكن استخدامها في البحوث والدراسات العلمية لمظاهر وخصائص

السلوك المشكل. (القيوتي، جرار، 1987، ص 6:1)

ج-وصف المقياس:

يتألف المقياس من 110 فقرة موزعة على 19 مقياسا فرعيا، وتستخدم الفقرات في المقاييس

الفرعية كمحكات لتقدير ووصف أنماط السلوك، تمثلت المقاييس الفرعية في:

1. الإفراط في لوم النفس: ويعرف بأنه نزعة مبالغ فيها بتحميل النفس مسؤولية أخطاء حقيقية او

متخيلة. وتقيسه الفقرات: 2-5-10-14-21.

2. الإفراط في القلق: ويعرف بأنه التعبير القابل للملاحظة عن شعور بالألم أو عدم السرور،

وتقيسه الفقرات: 23-33-37-42-49.

3. الانسحابية الزائدة: وهي إظهار عدم الرغبة في الاستجابة الانفعالية للآخرين، وتقيسها

الفقرات: 80-86-90-94-107.

4. الاعتمادية الزائدة: وهي المبالغة في إظهار الحاجة للحصول على دعم الآخرين ومساندتهم،

وتقيسها الفقرات: 83-87-93-102-105-109.

5. ضعف قوة الأنا: وهي كف التعبير عن القدرات بسبب ضعف الثقة بالنفس، وتقيسه الفقرات:

81-88-91-97-101-104-110.

6. ضعف القوة الجسمية: وهي عدم القدرة على المحافظة على مستوى الطاقة اللازم للنشاطات

الاعتيادية، أو عدم القدرة على المشاركة بفعالية في الأنشطة التي تتطلب احتكاكا جسديا

بالآخرين، وتقيسه الفقرات: 54-59-64-71-75.

7. ضعف التآزر الحركي: وهو عدم القدرة على ضبط العضلات الإرادية وأعضاء الحس في

الأنشطة الهامة، وتقيسه الفقرات: 58-62-65-69-72.

8. انخفاض القدرة العقلية: وهو ظهور مؤشرات قابلة للملاحظة تدل على انخفاض مستوى

القدرات المعرفية، وتقيسه الفقرات: 4-6-9-12-16-18-22.

9. الضعف الأكاديمي: وهو عدم قدرة الطفل على النجاح في الموضوعات المدرسية الأساسية،

وتقيسه الفقرات: 25-29-39-44-51.

10. ضعف الانتباه: وهو عدم القدرة على استدعاء الأشياء إلى دائرة الوعي وعدم القدرة على

الاحتفاظ بها لمدة طويلة، وتقيسه الفقرات: 1-7-11-15-20.

11. ضعف القدرة على ضبط النشاط: وهي عدم القدرة على تأجيل الاستجابات بأسلوب مناسب،

وتقيسه الفقرات: 26-31-46-52.

12. ضعف الاتصال بالواقع: وهو العجز الشديد عن التقييم الصحيح وعدم الاستجابة المناسبة

لمثيرات متطلبات الحياة اليومية، وتقيسه الفقرات: 24-27-32-36-43-47-50.

13. ضعف الشعور بالهوية: وهو اظهار الرغبة في الاختلاف عن الآخرين، وتقيسه الفقرات:

56-63-68-74-78.

14. الإفراط في المعاناة: وهو التعبير الظاهر عن رغبة داخلية في الفشل أو إيذاء النفس،

وتقيسه الفقرات: 79-85-89-95-99-103-108.

15. الضعف في ضبط مشاعر الغضب: وهو ضعف القدرة المزمّن في ضبط أو كبت مشاعر

الغضب العارمة، وتقيسه الفقرات: 55-61-67-73-77.

16. المبالغة في الشعور بالظلم: وهو إحساس غير واقعي ومبالغ فيه بسوء معاملة الآخرين،

وتقيسه الفقرات: 3-8-13-17-19.

17. العدوانية الزائدة: وهي الرغبة في ايقاع الأذى بالآخرين من خلال القول أو الفعل، وتقيسه

الفقرات: 82-84-92-96-100-106.

18. العناد والمقاومة: وهو الرغبة في عدم احترام مطالب الآخرين، وتقيسه الفقرات: 57-60-

66-70-76.

19. ضعف الانصياع الاجتماعي: وهو عدم القدرة على ضبط السلوك الشخصي وفقا للمعايير

الأخلاقية المقبولة، وتقيسه الفقرات: 28-30-34-38-41-45-48-53.

إن المقياس موجه للآخرين وليس للمفحوص نفسه، حيث يتم جمع البيانات من أشخاص ذوي علاقة بالمفحوص كوالدين أو المعلمين وذلك من خلال تقديرهم لسلوكه، وفي دراستنا هذه تم تقديم المقياس للمعلمين باعتبار الأطفال تلاميذ بالمدرسة، وكذلك لتعذر الاتصال بالأولياء، لأنهم إما معوقون سمعيا ولا يتواصلون مع المدرسة إلا نادرا، أو لأنهم يقطنون خارج المدينة.

تتم الإجابة عن كل عبارة من خلال خمسة بدائل متدرجة هي: إطلاقا-نادرا-قليلًا-كثيرا-كثيرا جدا. وتصحح بنوده في اتجاه واحد بتدرج الدرجات بأوزانها الخمسة من 1 إلى 5. تختلف الدرجات النظرية لكل بعد حسب عدد الفقرات التي تقيسه.

جدول رقم (05) يبين كيفية ملأ المقياس للأبعاد: 10-1-16-8 (نموذجا)

					1 - يبدو مشتتاً وغير مستقر فسرعان ما ينتقل من موضوع إلى آخر
					2 - يسأل أسئلة تظهر قلقاً على المستقبل
					3 - دائم الشكوى من أن الأطفال الآخرين يضايقونه
					4 - لا يسأل أسئلة
					5 - ينزعج جدا إذا أخطأ
					6 - لا يستطيع أن ينوع في استجاباته



					7 - غير مثابر وسريعاً ما يشنت انتباهه
					8 - يدعي بأنه مظلوم وحقوقه مهضومة
					9 - يقوم باستجابات (ردود فعل) غير ملائمة للموقف
					10- يبالغ في تأنيب الضمير إذا أخطأ
					11- فترة انتباهه لا تتأثر سواء عوقب أم أثنى
					12- لا يبدي خيلاً (ضيقاتاً)
					13- لا يغفر للآخرين إذا أساءوا إليه
					14- ينزعج إذا لم يكن كل شيء في غاية الكمال
					15- فترة انتباهه قصيرة
					16- يجد صعوبة في تذكر الأشياء أو الأحداث
					17- يتهم الآخرين بأشياء لم يفعلوها معه حقيقة
					18- يبدو الضعف واضحاً في مفرداته اللغوية
					19- يشكو من أن الآخرين لا يحبونه
					20- لا يتم عملاً إذ يستمر في التنقل من عمل إلى آخر
					21- يلوم نفسه إذا لم تسر الأمور كما يجب
					22- غير منطقي في حكمه على الأشياء

168 1 10

يقوم المعلم بتقييم سلوك الطفل من خلال وضع درجة تتراوح بين 1 و5 في الخانة البيضاء، ثم نقوم بحساب مجموع النقاط عمودياً لنتحصل في الأخير على الدرجة النهائية في بُعد محدد، مثلاً هنا لدينا الأبعاد: 10 - 1 - 16 - 8، وهكذا مع باقي الأبعاد 19، وقد تم تطبيق المقياس على كل أطفال المدرسة المعنيين بالدراسة.

د-الخصائص السيكومترية لمقياس بيركس لتقدير السلوك:

للتأكد من صلاحية المقياس، ولتطبيقه على العينة المستهدفة بالدراسة، تم حساب خصائصه السيكومترية والتمثلة في الصدق والثبات، وذلك بتطبيقه على عينة استطلاعية تكونت من (30) تلميذا أصما من مدرسة الشهيد درقاوي بدرة للأطفال المعوقين سمعيا بمدينة غليزان.

▪ الصدق: تم اثبات صدق المقياس بطريقتين هما:

- صدق الاتساق الداخلي: وقد تم التوصل إلى مؤشرات بحساب معاملات الارتباط بين الأبعاد

والدرجة الكلية للمقياس، فكانت النتائج كما هي موضحة في الجدول رقم (06)

جدول (06): يوضح معاملات ارتباط بيرسون بين كل بعد والدرجة الكلية للمقياس

أبعاد المقياس	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
01 الإفراط في لوم النفس	,642**	,000
02 الإفراط في القلق	,925**	,000
03 الانسحابية الزائدة	,860**	,000
04 الاعتمادية الزائدة	,902**	,000
05 ضعف قوة الأنا	,652**	,000
06 ضعف القوة الجسدية	,716**	,000
07 ضعف التأزر الحركي	,871**	,000
08 انخفاض القدرة العقلية	,953**	,000
09 الضعف الأكاديمي	,519**	,000
10 ضعف الانتباه	,932**	,000
11 ضعف القدرة على ضبط النشاط	,844**	,000
12 ضعف الاتصال بالواقع	,868**	,000
13 ضعف الشعور بالهوية	,804**	,000
14 الإفراط في المعاناة	,892**	,000

15	الضعف في ضبط مشاعر الغضب	,923**	,000
16	المبالغة في الشعور بالظلم	,642**	,000
17	العدوانية الزائدة	,925**	,000
18	العناد والمقاومة	,860**	,000
19	ضعف الانصياع الاجتماعي	,902**	,000

\*\* : الارتباط دال عند مستوى دلالة 0.01

من خلال الجدول رقم (06) نلاحظ أن جميع أبعاد المقياس لها درجة ارتباط عالية مع الدرجة الكلية للمقياس، وهي دالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0.01، وعليه يمكننا القول إن المقياس له مستوى مرتفع من الصدق ويمكن استعماله.

- الصدق التمييزي:

للتأكد من الصدق التمييزي للمقياس، أخذنا 27 % من أفراد العينة ذوي الدرجات العليا ومثلهم من ذوي الدرجات الدنيا، تحصلنا على (09) أفراد في كل مجموعة، ثم استخدمنا اختبار "ت" للمقارنة الطرفية بين المجموعتين، واختبار ليفن للتجانس بين المجموعتين، فتحصلنا على النتائج التالية:

جدول رقم (07): نتائج المقارنة بين المجموعتين العليا والدنيا

المتغيرات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة "ت"	الدلالة الإحصائية	مستوى الدلالة
أبعاد مقياس بيركس	368.6667	49.23160	16 (في حالة التجانس)	-14.042	.006	دالة عند 0.01
المجموعة العليا (09 أفراد)						
نتقدير السلوك	130.6667	12.71810	9.063 (في حالة عدم التجانس)	-14.042		
المجموعة الدنيا (09 أفراد)						

نلاحظ من خلال الجدول رقم (07) الخاص بالمقارنة الطرفية بين المجموعتين العليا والدنيا أن قيمة

"ت" في حالة عدم التجانس تساوي -14.042 وهي قيمة دالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0.01

ودرجة الحرية 0.063. 9 وعليه فالاختبار لديه درجة جيدة للتمييز بين أفراد العينة في درجة السمة التي يقيسها، وهو بذلك صادق ويمكن تطبيقه.

▪ الثبات: تم التأكد من ثبات المقياس بثلاث طرق هي: حساب معامل ألفا كرونباخ، واستعمال طريقة التجزئة النصفية، وكذا بطريقة إعادة التطبيق.

- الثبات بحساب معامل ألفا كرونباخ: معامل ألفا كرونباخ هو 0.976 أي 97% وهو معامل ثبات جيد للمقياس.

- الثبات باستعمال التجزئة النصفية: تم تقسيم فقرات المقياس إلى جزئين، كما هو موضح في الجدول رقم (08).

الجدول رقم (08): يوضح نتائج حساب الثبات باستعمال التجزئة النصفية

Alpha de Cronbach	Partie 1	ألفا كرونباخ للجزء الأول	0.950
		عدد فقرات الجزء الأول	10 <sup>a</sup>
	Partie 2	ألفا كرونباخ للجزء الثاني	0.969
		عدد فقرات الجزء الثاني	9 <sup>b</sup>
	عدد الفقرات		19
معامل الارتباط بين الجزئين			0.887
تصحيح سبيرمان	في حالة تساوي عدد الفقرات في الجزئين		0.940
تصحيح براون	في حالة عدم تساوي عدد الفقرات في الجزئين		0.940
Coefficient de Guttman split-half تصحيح جوتمان			0.937

Alpha de Cronbach	Partie 1	ألفا كرونباخ للجزء الأول	0.950
		عدد فقرات الجزء الأول	10 <sup>a</sup>
	Partie 2	ألفا كرونباخ للجزء الثاني	0.969
		عدد فقرات الجزء الثاني	9 <sup>b</sup>
	عدد الفقرات		19
معامل الارتباط بين الجزئين			0.887
تصحیح سبيرمان	في حالة تساوي عدد الفقرات في الجزئين		0.940
	في حالة عدم تساوي عدد الفقرات في الجزئين		0.940
تصحیح براون			
Coefficient de Guttman split-half تصحيح جوتمان			0.937
<p>a: فقرات الجزء الأول: الإفراط في لوم النفس، الإفراط في القلق، الانسحابية الزائدة، الاعتمادية الزائدة، ضعف قوة الأنا، ضعف القوة الجسدية، ضعف التآزر الحركي، انخفاض القدرة العقلية، الضعف الأكاديمي، ضعف الانتباه.</p> <p>b: فقرات الجزء الثاني : ضعف القدرة على ضبط النشاط، ضعف الاتصال بالواقع، ضعف الشعور بالهوية، الإفراط في المعاناة، الضعف في ضعف مشاعر الغضب، المبالغة في الشعور بالظلم، العدوانية الزائدة، العناد والمقاومة، ضعف الانصياع الاجتماعي.</p>			

وبملاحظة نتيجة التصحيح باستعمال معادلة جوتمان نجد: أن معامل الثبات يساوي 0.936 وهو

معامل ثبات مرتفع.

- الثبات من خلال إعادة تطبيق المقياس بفارق زمني قدر بـ 27 يوما على نفس العينة وجاءت

النتائج كما يوضحها الجدول التالي:

الجدول رقم (09): نتائج إعادة التطبيق

الدالة الإحصائية	معامل ارتباط بيرسون	العينة
0.000	0.997	30

نلاحظ من خلال الجدول أن معامل الارتباط بين القياس الأول والقياس الثاني هو 0.997 وهي قيمة مرتفعة ودالة إحصائياً عند مستوى الدلالة 0.01 وعليه فإن المقياس يتمتع بمعامل ثبات جيد، وهو بذلك قابل للاستعمال.

### 4.3 مقياس فرط النشاط الحركي وقصور الانتباه والعدوانية عند الأطفال:

أ- أهمية المقياس بالنسبة للدراسة الحالية:

لتحقيق أهداف الدراسة قامت الطالبة الباحثة باستخدام مقياس خاص لتشخيص اضطراب فرط النشاط الحركي مع قصور الانتباه والعدوانية، وهو من إعداد الدكتور فقيه العبد (2013، ص 31-50)، باعتباره مناسباً، فهو يقيس أعراض فرط النشاط الحركي وتشتت الانتباه وكذا العدوانية، وهو بذلك جنب عناء استعمال مقاييس كثيرة، قد تتعارض فيما بينها من حيث الفئة المستهدفة أو حتى من حيث الأهداف الإجرائية، فالمقياس يعتبر الأعراض التي يقيسها وحدة واحدة بمعنى أنها مرتبطة ويستدعي كل عرض منها عرضاً آخر.

ب- وصف المقياس:

يعتبر المقياس أداة مفيدة لتشخيص جملة من الأعراض الأساسية لأبعاد اضطراب فرط النشاط الحركي وحالة الانتباه ومستوى العدوانية عند الطفل. ويشمل المقياس 40 بنداً يتوزعون على النحو التالي:

- من البند الأول إلى البند 09: تُعبّر عن تشتت الانتباه.
- من البند 10 إلى البند 18: تُعبّر عن النشاط الحركي الزائد.
- من البند 19 إلى البند 40: تُعبّر عن السلوك العدواني والاندفاعية.

إن المقياس موجه للآخرين وليس للمفحوص نفسه، حيث يتم جمع البيانات من أشخاص ذوي علاقة بالمفحوص كوالدين أو المعلمين وذلك من خلال تقديرهم لسلوكه، وفي دراستنا هذه تم تقديم المقياس للمعلمين باعتبار الأطفال تلاميذ بالمدرسة، وكذلك لتعذر الاتصال بالأولياء، لأن منهم المعوقون سمعياً وهؤلاء لا يتواصلون مع المدرسة إلا نادراً، كما أن معظمهم يقطنون خارج مدينة غليزان.

تمت الإجابة عن كل عبارة من خلال ثلاث بدائل متدرجة هي: دائماً-أحياناً-نادراً-لا تماماً. وتصحح بنوده في اتجاه واحد بتدرج الدرجات بأوزانها الأربعة من 3 إلى 0. تختلف الدرجات النظرية لكل بعد حسب عدد الفقرات التي تقيسه.

ت-كيفية الحصول على الدرجات الخام:

- بُعد تشتت الانتباه: تجمع الدرجات التي يتحصل عليها الطفل في الفقرات من 1 إلى 9، وتتراوح الدرجة الخام لكل طفل بين 0 و27، ويعبر عنها كما يلي:

• إذا كانت الدرجة الخام أقل من 9 درجات يعني ذلك أن الطفل لا يعاني من اضطراب تشتت الانتباه.

• إذا كانت الدرجة الخام تتراوح بين 9 و14 درجة، يعني ذلك أن الطفل لديه اضطراب يتراوح بين الخفيف والمتوسط في تشتت الانتباه.

• إذا كانت الدرجة الخام تتراوح بين 15 و27 درجة، يعني ذلك أن الطفل لديه اضطراب حقيقي في تشتت الانتباه.

- بُعد النشاط الحركي الزائد: تجمع الدرجات التي يتحصل عليها الطفل في الفقرات من 10 إلى 18، وتتراوح الدرجة الخام لكل طفل بين 0 و27، ويعبر عنها كما يلي:

• إذا كانت الدرجة الخام أقل من 9 درجات يعني ذلك أن الطفل لا يعاني من اضطراب النشاط الحركي الزائد.

• إذا كانت الدرجة الخام تتراوح بين 9 و14 درجة، يعني ذلك أن الطفل لديه اضطراب يتراوح بين الخفيف والمتوسط في النشاط الحركي الزائد.

• إذا كانت الدرجة الخام أكبر من 14 درجة، يعني ذلك أن الطفل لديه اضطراب حقيقي في النشاط الحركي الزائد.

- بُعد العدوانية: تجمع الدرجات التي يتحصل عليها الطفل في الفقرات من 19 إلى 40، وتتراوح الدرجة الخام لكل طفل بين 0 و66 درجة يعبر عنها كما يلي:

• إذا كانت الدرجة الخام أقل من 23 درجة، يعني ذلك أن الطفل لا يعاني من العدوانية.

• إذا كانت الدرجة الخام تتراوح بين 24 و33 درجة، يعني ذلك أن الطفل لديه اضطراب يتراوح بين الخفيف والمتوسط في العدوانية.

• إذا كانت الدرجة الخام أكبر من 34 درجة، يعني ذلك أن الطفل لديه اضطراب حقيقي في العدوانية.

ج- الخصائص السيكو مترية للمقياس:

▪ الصدق:

استخدم صاحب المقياس صدق المحكمين لتقدير صدق المضمون، حيث قام بعرض مقياسه على خمس (5) أساتذة من قسم علم النفس لإبداء رأيهم حول مدى ملائمة كل بند على حدة في قياس الأبعاد العيادية الثلاثة وذلك بإعطاء قيمة تتراوح بين 0 و10. من خلال النسب المئوية لاتفاق المحكمين على مدى صلاحية العبارة وصدقها وجد أن نسبة الاتفاق لكل العبارات تفوق 90 % . واستخدم الباحث أيضا الصدق المحكي، وذلك بحساب مدى ارتباط هذا المقياس بمقياس آخر وهو



"مقياس اضطراب ضعف الانتباه المصحوب بزيادة النشاط الحركي لدى الطفل" من إعداد السيد علي السيد أحمد (1999)، والذي يضم 62 عبارة في صورته المدرسية، موزعة على ثلاثة أبعاد هي: ضعف القدرة على الانتباه، وزيادة النشاط الحركي، والانذفاعية، وبعد حساب معامل الارتباط بين المقياسين، تحصل الباحث على معامل ارتباط قدره 0,83. ما يجعل المقياس صادقاً.

■ الثبات:

لحساب ثبات المقياس استخدم الباحث طريقة إعادة التطبيق بفارق زمني قدر بـ 27 يوماً على عينة قصدية قوامها 83 تلميذاً، 50 منهم لا يعانون من الاضطراب بينما يعاني 33 تلميذاً آخر منه، ثم قام بحساب معامل ارتباط بيرسون بين درجات التطبيقين الأول والثاني باستخدام معادلة سبيرمان براون، فحصل على معامل ارتباط يساوي 0,70 ومعامل ثبات يساوي 0,82 وهي درجة مرتفعة ومقبولة تعكس ثبات المقياس.

5.3 البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي للتخفيف من النشاط الحركي الزائد، وتشتت الانتباه،

والعدوانية لدى الطفل الأصم (من إعداد الطالبة الباحثة)

خلال تقصينا عن الاضطرابات الانفعالية والسلوكية لدى الأطفال الصم، تبين من النتائج التي أظهرتها شبكة الملاحظة المطبقة، أن هؤلاء الأطفال يعانون من اضطرابات نفسية مختلفة، وبدرجات متباينة، باختلاف الجنس، والعمر، ودرجة الإعاقة السمعية، وهذا ما أكدته الدراسات السابقة التي تم الاطلاع عليها. وحتى يتسنى لنا التكفل بهؤلاء الأطفال قمنا بإعداد برنامج علاجي قائم على تقنيات العلاج المعرفي السلوكي موجه لخفض حدة اضطراب فرط النشاط الحركي وقصور الانتباه والعدوانية باعتبارها اضطرابات تعيق توافق الطفل الأصم المتمدرس.

### 1.5.3 تعريف البرنامج العلاجي:

هو مجموعة من الجلسات العلاجية تم إعدادها من طرف الطالبة الباحثة، وهي موجهة للتخفيف من حدة اضطراب فرط النشاط الحركي، وقصور الانتباه، والعدوانية، باعتبارها اضطرابات تعيق توافق الطفل الأصم المتمدرس. وتعتمد هذه الجلسات في مجملها على مجموعة من التقنيات التي يقدمها العلاج المعرفي السلوكي كلعب الأدوار، والمحاضرة، والمناقشة، والنمذجة، والتعزيز، والواجبات المنزلية، من خلال مجموعة من الأنشطة تتمثل في القصة والسيكو دراما، واللعب الجماعي، إضافة إلى التربية النفس الحركية.

### 2.5.3 أهمية البرنامج العلاجي المقترح:

إن الطفل المعوق سمعيا طفل من ذوي الاحتياجات الخاصة، وإن كانت إعاقته لا تلاحظ للوهلة الأولى، فالناظر إليه يحسبه طفلا عاديا ولا ينتبه لإعاقته إلا من خلال طرق التواصل لديه، ما يجعل العناية بهذه الفئة ناقصة نوعا ما، إذ لا يحظى هذا الطفل بنفس الرعاية التي يحظى بها غيره من ذوي الاحتياجات الخاصة الأخرى، مثل فاقد البصر، أو فئة المتخلفين عقليا، أو أصحاب الإعاقة الحركية، ظنا أن الإعاقة السمعية أقل تأثيرا، وضرا على الفرد من غيرها من الإعاقات الأخرى. والملاحظ أن الطفل المعاق سمعيا، يعاني مشاكل جمة، منها عدم النضج الاجتماعي، وسوء التوافق الانفعالي، وسوء التكيف العام وأهم مظاهره، العنف والعدوان.

إن التواصل الاجتماعي أول ما يبدأ، يبدأ باللغة والكلام نطقا وسمعا، والمعاق سمعيا محروم من السمع وبالتالي محروم من النطق، وإن اختلفت درجة الإعاقة السمعية، ما يجعله غير قادر على التعبير عن نفسه، وتوصيل مشاعره، للآخرين سواء كانوا من نفس فئته، أو من العاديين، وغير قادر على تقوية، فاعليته الاجتماعية، وتحقيق توافقه النفسي، وشعوره بقيمته وسط الجماعة، وبالتالي فهو لا يشعر بالأمن، فيسلك سلوكيات يراه محققة لأمنه، ومحافظة على مكانته في بيئته.

لا يعاني الطفل الأصم من فقد السمع كحاسة، وإنما يعاني من تبعات هذا الفقد الذي يؤثر على مكونات اللغة الأساسية، وقد أشار كل من ماركو وكولي و بوكيارلي (Barco, Bucciarelli, 2007) أن الصم يعانون من صعوبات في الاستعمال الاجتماعي للغة، وهي ناتجة عن ضعف خبراتهم، وضعف مهارات تواصلهم غير اللفظي، وقلة استعمالهم للإشارات، والإيماءات، ما يؤثر على فهم المواقف الاجتماعية، والتواصل الفعال مع أسرهم ومع الآخرين في بيئتهم، وبالتالي فهو يؤثر على نموهم وتطورهم الشخصي والمعرفي. إن ضعف التواصل يؤثر على نفسية الشخص المعاق سمعياً، فينقص عنده تقدير الذات وتقل مهارات التعامل، كما يؤثر على البيئة الخارجية لذات المعاق فيؤثر على تفاعله مع الأولياء والمعلمين وجماعة الرفاق وغيرها. إذ أن نسبة 4 % من الأفراد الصم يعانون من الاضطرابات الانفعالية والسلوكية (Pollak, 1997) ووجود مثل هذه الإعاقات إضافة إلى الإعاقة السمعية يؤدي إلى ظهور مشاكل كثيرة تؤثر سلباً على التعلم، مثل الإحباط والعدوان وتشنت وضعف الانتباه، وهذه السلوكيات تتعارض مع خصائص المتعلم الجيد. (Pollak, 1997)، وهذا ما رصدناه خلال الدراسة الاستطلاعية بمدرسة الأطفال المعوقين سمعياً بمدينة غليزان، حيث اشتكى المعلمون من مشاكل عدة تصدر من التلاميذ المعوقين سمعياً، كفرط الحركة وتشنت الانتباه والانفعال، وعدم مراعاة النظام داخل القسم وخارجه، إضافة إلى العدوانية والانفعال الظاهرين، وقد أظهرت نتائج شبكة الملاحظة المطبقة على هؤلاء التلاميذ والمتمثلة في مقياس بيركس لتقدير السلوك، وكذا نتائج مقياس فرط النشاط الحركي وقصور الانتباه والعدوانية، أن هؤلاء الأطفال يعانون فعلاً من اضطرابات انفعالية وسلوكية متنوعة، وأن فرط الحركة والسلوك العدواني برزا كاضطرابين يعيقان التوافق النفسي والمدرسي لهؤلاء الأطفال، ويؤثران في مسارهم الدراسي، الأمر الذي يصعب من عمل الأساتذة القائمين عليهم، باعتبارهم سامعين في مجملهم غير معاقين، وهو ما استدعى ضرورة التدخل ببرنامج علاجي معرفي سلوكي، من جهة، يتكفل بالعوامل المؤثرة في التواصل الفعال كما ذكرها الزريقات، وأشار إليها

سكوت وزملاؤه، والمتمثلة في المهارات الاجتماعية، والحالة العقلية والنفسية وأسلوب الحياة ومقدار الضغط النفسي، (الزريقات، 2009، ص 225-226)، ومن جهة ثانية، يحترم خصوصيات الأفراد المعوقين سمعياً، ويعترف بمجتمعهم، وبأنهم أقلية ثقافية وسط ثقافة السامعين، وأنهم ليسوا بمجموعة مرضى، كما أشار إلى ذلك كل من شارون وكيت (Sharon and Keith, 1997) و شيلتون وآخرون (Shelton ;MaCandless and Fang,2000) عندما أشاروا إلى ما يعرف بمجتمع الصم، وبأنهم أقلية ثقافية وسط ثقافة السامعين، وأنهم ليسوا بمجموعة مرضى. (Smith & al, 2001 ; Smith, 2004 ; Hallhan and Kuffman, 1994)

### 3.5.3 أهداف البرنامج العلاجي المقترح:

يهدف البرنامج العلاجي الحالي إلى التخفيف من حدة بعض الاضطرابات الانفعالية والسلوكية والمتمثلة في فرط النشاط الحركي، وقصور الانتباه، والعدوانية لدى الطفل الأصم (9-12) سنة المتمدرس بمدرسة الشهيد درقاوي بكرة للأطفال المعوقين سمعياً بمدينة غليزان، ويتفرع عن الهدف العام أهداف فرعية نوجزها كما يلي:

- الحد من الحركات المفرطة داخل القسم، وفي الساحة أثناء اللعب، وفي المطعم وفي حصة التربية البدنية.
- التخفيف من السلوكيات التي تزعج الأستاذ، وتعرقل السير الحسن للحصة التعليمية.
- التخفيف من السلوكيات التي تزعج زملاء داخل القسم وخارجه.
- تدريب الأطفال على الصبر، وعلى التريث، وعلى انتظار الدور.
- تدريب الأطفال على التركيز والانتباه في المواقف المختلفة.
- تدريب الأطفال على ضبط انفعالاتهم.
- تدريب الأطفال على اختيار ردود الأفعال المناسبة للمواقف التي تواجههم.

- تعزيز النظرة الايجابية للطفل نحو ذاته من خلال الايمان به والثقة فيه.
- تنمية النمو الانفعالي ما يعزز الثقة بالنفس من خلال اشراكه في الأنشطة واستشارته في نوع نشاط اللعب.

- توظيف الطاقة الزائدة المستخدمة في السلوك العدواني، في أنشطة ألعاب تلقى القبول من الآخرين.

- تنمية صفة الانتماء إلى المجموعة للتدريب على احترام مشاعر الغير.
- تنمية حب واحترام الزملاء، وبالتالي المحافظة على ممتلكاتهم.
- تنمية صفة الانتماء إلى المدرسة للمحافظة على ممتلكاتها.

#### 4.5.3 الأساس النظري لبناء البرنامج العلاجي:

لتحقيق أهداف البرنامج العلاجي، اعتمدت الطالبة الباحثة، إضافة إلى الإطار النظري للدراسة والدراسة الاستطلاعية، على مجموعة من المؤلفات والكتب التي لها علاقة وطيدة بموضوع البحث، تمثلت أهمها في: كتاب استراتيجيات تعديل السلوك للعاديين وذوي الاحتياجات الخاصة لطفه عبد العظيم حسين (2008)، واستراتيجيات التعامل مع ذوي الاحتياجات الخاصة (الأطفال) (ط1) لفاطمة بنت قاسم العنزي (2011)، واضطرابات السمع عند الأطفال (ط1) لأحمد محمود الحوامدة (2019)، والتربية النفس حركية للأطفال ذوي الاضطرابات النمائية (ذوي الإعاقة الفكرية، وذوي التوحد) (النظرية والتطبيق) لمحمد صبري وهبة (2018)، وأساسيات التربية الخاصة لزياد كامل اللالا، وصائب كامل اللالا، وشريفة عبد الله الزبيري وغيرهم (2011)، والمرجع البسيط في أساليب تعديل السلوك لعبدان أحمد الفسفوس (2011)، والاضطرابات السلوكية لماجدة السيد عبيد (2015)، والعلاج المعرفي السلوكي (أسس وتطبيقات) لعادل عبد الله محمد (1999)، والعلاج المعرفي السلوكي المختصر لمؤلفيه بيبرني كوروين وبيتر رودل وستيفن بالمر، ترجمة محمود عبيد مصطفى (2008)، والعلاج

بالفن لدينا مصطفى (2010)، والأدب القصصي للطفل (مضمون اجتماعي نفسي، ضمن سلسلة الرعاية الثقافية للطفل) لمحمد السيد حلاوة (2000)، والدراما السيكودراما (السيوسودراما وتطبيقاتها في العملية التعليمية) لهبة خالد سليم (2019)، واضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة: دليل عملي للعياديين (ط1) (2003) لماريني مير كولينو وتوماس ج. باور وناتن ج. بلوم، ترجمة عبد العزيز السرطاوي وأيمن خشان، وتعديل سلوك الأطفال والمراهقين (المفاهيم والتطبيقات) (ط1) (2007) لإبراهيم عبد الله فرج الزريقات، ومسرح الطفل عند حسام الدين عبد العزيز -الرؤية الفنية والتشكيل الفني- للباحثة ابتسام عبد المنعم محمد عبد الحافظ وهي رسالة ماجستير (2017)، بجامعة الأزهر بأسبوط، مصر، والتدريس المسرح (رؤية حديثة في التعلم الصفي) (ط1، 2008) لعزو إسماعيل عفانة وأحمد حسن اللوح.

إضافة إلى ما سبق ذكره من كتب، قامت الطالبة الباحثة بالاطلاع على مجموعة من الدراسات التي تناولت طرق التكفل بالاضطرابات الانفعالية والسلوكية لدى الطفل الأصم، بصفة عامة، وبصفة خاصة تلك التي اهتمت بفرط الحركة وتشنت الانتباه والانذافية والسلوك العدوانى، نذكر منها:

- دراسة رمضان أشرف عباس جبر (2018) وكانت حول تأثير برنامج تربية حركية مقترح لخفض اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد لدى التلاميذ الصم، واستخدم فيها الأدوات التالية: وكاميرات فيديو، وساعة إيقاف، وإشارة على هيئة علم ملون، وكرات بأحجام مختلفة، وبالونات، وأطواق، وحبال.

- دراسة ورغي سيد أحمد (2017) وكانت حول فاعلية استخدام التعزيز الرمزي في تعديل السلوك العدوانى (العدوان على الذات، العدوان على الآخرين، والعدوان على الأشياء والممتلكات) لدى عينة من الأطفال ذوي الإعاقة العقلية البسيطة، واعتمد على الأدوات التالية: مقياس السلوك العدوانى (إعداد

(الباحث)، بطاقة تقدير السلوك العدوانى (إعداد الباحث)، برنامج التعزيز الرمزي لتعديل السلوك العدوانى (إعداد الباحث)، اختبار مصفوفة "رافن" Raven الملون لتقدير القدرة العقلية للأطفال.

- دراسة لحمري أمينة (2015) والتي هدفت إلى اختبار مدى فعالية برنامج علاجي سلوكي في خفض حدة اضطراب فرط النشاط الحركي المصحوب بقصور الانتباه والاندفاعية لدى أطفال المرحلة الابتدائية. واستخدمت التقنيات التالية: التعزيز المتقطع، التعزيز المستمر، النمذجة الحية، التجاهل، الإقصاء، الاسترخاء، لعب الأدوار، القصة، واستعانت بأدوات تمثلت في بطاقات وصور، ومجموعة كتب ومجسمات.

- دراسة رفاقة مسعودة (2014) والتي اقترحت من خلالها برنامجاً قائماً على المسرح الميمي الموجه، هدفه تعديل السلوك العدوانى لدى الطفل الأصم. استخدمت الباحثة مجموعة من الأساليب تمثلت في التعزيز، الواجب المنزلي. واعتمدت على المسرح من خلال ألعاب التخيل، وألعاب الحركة والمحاكاة.

- دراسة فاطمة ريابي (2014) وكانت حول محاولة إعادة تأهيل الزمن عند الطفل الأصم.

- دراسة المكاين هشام عبد الفتاح والخوالدة محمد خلف (2019) هدفت الدراسة إلى قياس فاعلية التدريب على إدارة الغضب في خفض السلوك العدوانى وتحسين المرونة النفسية لدى عينة من الأطفال ذوي الإعاقة السمعية في مدينة عمان، واستخدم في ذلك تقنية حل المشكلات ومفهوم توكيد الذات وضبط الذات.

- دراسة أحمد علي كنعان (2011): وكانت حول أثر المسرح في تنمية شخصية الطفل، وهدف الباحث من خلالها إلى تبيان أهمية مسرح الطفل في استثارة خيال الطفل وتنمية مواهبه وقدراته الإبداعية، وقد أوضح الباحث أنواع مسرح الطفل مثل المسرح الشعري والمسرح النثري ومسرح

العرائس، كما ذكر عناصر المسرح المدرسي، الحركة، والتعبير، والتشخيص، والحوار، والميم. كما أشار الباحث إلى أهمية مسرح الأطفال التلقائي (الارتجالي) أو ما يسمى بلعبة المسرح.

- دراسة ماهر إسماعيل صبري ومنى عبد المقصود السيد (2007): وكانت حول القصص الكاركتورية وأثرها في تعديل أنماط السلوك غير الصحي وتنمية الوعي به لدى الأطفال المعاقين سمعياً، واستخدم أداة القياس المتمثلة في بطاقة إحصاء السلوكات غير الصحية، وكطريقة علاجية القصص الكاركتورية، مدعمة بدليل المعلم لتدريس مجموعة القصص.

- دراسة وفاء عبد الجواد، وعزة خليل عبد الفتاح (1999) وكانت حول فعالية برنامج لخفض السلوك العدوانى باستخدام اللعب لدى الأطفال المعاقين سمعياً.

- دراسة ماري Mary 1984: وكانت عن العدوانية والسلوكيات غير الاجتماعية، قبل وبعد التدخل العلاجي لدى الأطفال المضطربين انفعالياً، تم تطبيق البرنامج لمدة سنة كاملة، وهو برنامج تربوي، يتضمن عناصر علاج نفسي دينامي، يتمثل في أنشطة منها: حل المشكلات، حكاية القصص، الاندماج في العمل الأكاديمي، الأنشطة الفنية والموسيقى.

### 5.5.3 معايير بناء البرنامج العلاجي:

أولاً: المعايير الخاصة بالأهداف:

تحدد الأهداف الإجرائية للبرنامج العلاجي حسب ما يمكن قياسه وهي:

- التخفيف من حدة فرط النشاط الحركي.
- التخفيف من مستوى تشتت الانتباه.
- التخفيف من الاندفاعية.
- التخفيف من العدوانية اللفظية والجسدية اتجاه الآخرين.



ثانيا: المعايير الخاصة بالمحتوى:

نظرا لحساسية الفئة المستهدفة من العلاج والمتمثلة في مجموعة أطفال تتراوح أعمارهم بين 9 و12 سنة من فئة الصم، وهم تلاميذ يخضعون لتوقيت زمني معين وفق منهاج تعليمي رسمي، كان لزاما علينا مراعاة النقاط التالية خلال بناء البرنامج العلاجي:

- مراعاة الحالة النفسية والصحية للطفل أثناء تنفيذ البرنامج، باعتباره يحتوي على حصص رياضية.
- تنفيذ البرنامج خلال الفترة المسائية، خارج وقت الدرس.
- ضرورة المشاركة الفعالة من طرف الطالبة الباحثة، أو من يقوم مقامها، في أنشطة البرنامج مع الأطفال.

- عدم المطالبة بإتقان الأداء في كل الأنشطة، لكي يكون وفقا لقدرات واستعدادات كل طفل.
- التنوع في الأنشطة بين السيكو دراما، والقصص، والمحاضرة، والمناقشة، والألعاب الرياضية، والتربية النفس حركية، والاسترخاء، وهذا حتى لا يشعر الطفل بالملل.
- تبسيط مضمون الأنشطة حتى لا يحس الطفل بأنه يمتحن، وخاصة أن البرنامج سيجرى داخل المدرسة ومع الأخصائي النفسي، وأستاذ التربية البدنية، وأستاذ لغة الإشارة.
- الاستعانة بمنبهات كالألوان والصور لشد انتباه الأطفال الصم، باعتبارهم سامعين بأبصارهم.

ثالثا: المعايير الخاصة بتقييم البرنامج العلاجي:

بما أن الهدف من الدراسة هو اختبار فاعلية برنامج علاجي معرفي سلوكي في التخفيف من حدة الاضطرابات الانفعالية والسلوكية لدى الطفل الأصم، (اضطراب تشتت الانتباه وفرط الحركة والاندفاعية والعدوانية) نمودجا، فستعتمد الطالبة الباحثة على "مقياس فرط النشاط الحركي وقصور الانتباه والعدوانية وفقا للدليل التشخيصي والاحصاء للاضطرابات النفسية والعقلية رقم 4" والذي أعده

الأستاذ الدكتور فقيه العيد (2013)، إضافة إلى مقياس بيركس لتقدير السلوك والذي استعمل في هذه الدراسة كشبكة ملاحظة. وعليه سيتم تقييم البرنامج من خلال:

- الملاحظة المباشرة أثناء جلسات البرنامج العلاجي لمدى استجابة الأطفال للعلاج.
- المقارنة بين نتائج القياس القبلي والقياس البعدي لمقياس فرط النشاط الحركي وقصور الانتباه والعدوانية وفقا للدليل التشخيصي والاحصاء للاضطرابات النفسية والعقلية رقم 4" والذي أعده الأستاذ الدكتور فقيه العيد (2013).

- المقارنة بين نتائج القياس القبلي والقياس البعدي لمقياس بيركس لتقدير السلوك في المقاييس الفرعية الخاصة بفرط الحركة، تشتت الانتباه والعدوانية.
  - التقارير المقدمة من طرف المعلمين حول سلوك الأطفال.
- 6.5.3 حدود البرنامج العلاجي:

- ✓ الحدود المكانية: سيتم تطبيق البرنامج العلاجي في مدرسة الشهيذة درقاوي بدرة للأطفال المعوقين سمعيا، بمدينة غليزان، مع مجموعة أطفال يعانون من النشاط الحركي الزائد المصحوب بتشتت الانتباه والعدوانية وتتراوح أعمارهم بين 9 و12 سنة.
- ✓ الحدود الزمانية: سيطبق البرنامج بواقع 3 جلسات في الأسبوع على مدار 6 أسابيع، يتراوح زمن كل جلسة بين ساعة وساعة ونصف.

### 7.5.3 الأنشطة والتقنيات المستخدمة في بناء البرنامج العلاجي:

أولاً. القصة<sup>3</sup> :

تحظى القصة بمكانة متميزة في أدب الأطفال وتعد من الفنون الأدبية المؤثرة على السلوك القيمي للأطفال في المواقف اليومية، وأنها أكثر حيوية وتشخيصاً للمواقف الحية، وأكثر جاذبية للأطفال على إمتاعهم واستثارة مشاعرهم نتيجة قدرتها على تنمية الابتكار والخيال بعيداً عن محدودية الواقع. (شحاتة، 1992، ص 55-82)

وقد اهتم الفلاسفة والمربون منذ أقدم العصور بالقصة، كما اهتم بها قدماء المصريين، وأولى أفلاطون أهمية كبيرة للقصة في تربية الحكام ودافع عنها، ووضع لها شروطاً بموجبها تصبح وسيلة تربوية جيدة للأطفال، وكذلك فعل العرب القدامى، وأدركوا قيمتها النفسية والتربوية، وعندما جاء الإسلام أكد على أهمية القصص في التربية وتنمية الفكر الناقد والذهن المتفتح، حيث قال سبحانه وتعالى في سورة الأعراف الآية 176 " فاقصص عليهم القصص لعلهم يتفكرون". أما في العصر الحديث فقد أحدث روسو ثورة في عالم التربية عامة، وفي مفهوم الطفولة خاصة، من حيث هي وسيلة تربوية لا غنى عنها للأطفال، وكان ينصح بسرد قصص حقيقية عليهم مع نماذج خُلقية رفيعة.

وتتمثل أهداف القصص في:

- إثارة انبهار الأطفال والترفيه عنهم وإسعادهم، ما يؤدي إلى إثارة ذكاءهم وتذوقهم للجمال

الذي يزكي حب الاستطلاع والكشف عن التوافق الروحي والنفسي.

- تنمي القصة بصفة عامة الانتباه لدى الأطفال.

- تعتبر القصة وسيلة هامة لتدعيم الثقة المتبادلة بين الراوي والأطفال.

<sup>3</sup> كل القصص المعتمدة في البرنامج العلاجي، هي بقلم فيد براكاش، رسوم هارفندر مانكار، سلسلة. قصص تكوين شخصية الطفل. ط1. 2009. حقوق الترجمة العربية والنشر والتوزيع محفوظة لمكتبة جرير.

تعتبر القصة وسيلة لإشباع حاجات الطفل، والحاجة هي المحرك الأساسي لكل التعامل، وقد أشار إلى ذلك هنري موراي (Henry Murray) في توضيح مفهوم الحاجة من خلال نظريته "ضغط الحاجة" التي بنيت على أساس تحديد كيرت ليفن (Kurt Levins) للسلوك كعامل للشخص والبيئة. وتعتبر حالات وولش (Walsh) فرضيتين أساسيتين تحت نظرية الحاجة للضغط لموراي:

الأولى: المعنى النفسي، ويمكن استنتاجه من السلوك الشخصي، والذي حدد كإشباع ديناميكي محتاج.

الثانية: المعنى السيكولوجي للبيئة، ويمكن استنتاجه من الملاحظة الفردية للبيئة، والتي حددت كمجموعة من الحاجات الملحة التي تعتمد على التفسير الفردي للبيئة.

وتتوقف حاجات الفرد على الوقت، والمكان الذي يعيش فيه، فالطريقة التي يحاول الفرد بها إشباع حاجاته لا تعتمد فقط على طبيعته التي ولد بها، بل على عوامل أخرى تؤثر في شخصيته يرثها عن طريق البيئة الطبيعية والثقافية السائدة في المجتمع الذي ولد وتربى فيه. وعليه يمكن تصور الاحتياجات الخاصة بالأطفال في مجال الأعمال الأدبية كما يلي:

- الحاجة للمعرفة.
- الحاجة إلى اكتساب عادات، ومهارات الحياة اليومية.
- الحاجة إلى اكتساب القيم الخُلقية والدينية.
- الحاجة إلى الإنجاز وتقدير قيمة العمل.
- الحاجة إلى تنمية القدرات العقلية والعادات الفكرية المطلوبة.
- الحاجة إلى التنفيس عن النزعات المكبوتة.
- الحاجة إلى الترفيه واللعب. (حلاوة، 2000، ص 23-28)

وسيتم استخدام القصة في البرنامج العلاجي، باعتبارها وسيلة هامة في إيصال أفكار وقيم

إيجابية وخلقية، وستكون ثنائية اللغة (بالنطق وبلغة الإشارة في آن واحد)، وسنعرض بواسطة جهاز العرض datashow: قصة لماذا نتعارك؟ - قصة لماذا نفقد هدوعنا؟ - قصة الشجاع-قصة لماذا لا تكون ودودا؟ - قصة لماذا لا نتقاسم؟ - قصة متقلب المزاج-قصة إنه ملكي - قصة الغاضب - قصة المتأذي. وكلها قصص بسيطة في أسلوبها ونصها وتحمل قيما وأفكارا إيجابية.

ثانيا. المناقشة:

وكما عرفها زهران، فهي أسلوب يساعد فيه المعالج المريض على معرفة ذاته، وقدراته، واستعداداته، وفهم انفعالاته، ودوافع سلوكه، والعوامل المؤثرة فيه، ومعرفة أسباب هذا السلوك، وبالتالي معرفة طرق حل المشكلات. (زهران، 1998، ص 283)

سنستعمل هذه التقنية في مناقشة القصص التي تم سيتم عرضها، لفهم أسبابها ومسبباتها، من خلال اشراك الأطفال في مناقشة الحلول التي يرونها مناسبة، كما سنستعين بالمناقشة في مساعدة التلميذ بالاستبصار بسلوكياته غير التوافقية، والتي تشكل مشكلة له ولمن حوله.

ثالثا. المحاضرة:

سيتم في هذه التقنية التطرق للسلوكيات التي تناولتها القصص المعروضة، وتقديم كل المعلومات بخصوصها من حيث السلوك، أسبابه، ودوافعه، والطريقة التي سلكت بها الشخصية في القصة، وردود الفعل الناجمة عنها، وكيف أن النتيجة كانت ستكون مغايرة لو تغير السلوك. سيتم أيضا تقديم بعض المحاضرات بلغة الإشارة، خاصة بالقصص التي تطرقت للنشاط الزائد والعدوانية، وكيف أنه وجدب التصرف بلباقة داخل القسم وخارجه، وشرح كيف يساعد سلوك التلميذ الأستاذ في شرح وإيصال الدرس، دون تشويش أو نرفزة، ما يتيح للجميع الفهم والاستيعاب، وتوضيح سلبيات فرط

الحركة وقلّة الانتباه والاندفاعية على حياة التلميذ سواء في المدرسة أو خارجها، وأن السلوكيات العدوانية ستعود على المعتدي بالعقاب، وكيف أن المدرسة مكان لكسب الاصدقاء.

رابعاً. لعب الأدوار:

تهدف هذه التقنية إلى تشخيص وتحليل الصعوبات النفسية الداخلية للعميل، ويعد جاكوب مورينو المحلل النفسي الأمريكي أول من استخدم تقنية السيكو دراما، وكان ذلك في فيينا عام 1921، وأسس أول مسرح للعلاج النفسي عام 1927 في مدينة نيويورك بالولايات المتحدة الأمريكية. تدور فكرة المسرحية النفسية حول خبرات الماضي، أو الحاضر، أو المستقبل، وهدفها التنفيس الانفعالي، وخلق التوافق النفسي، وإيجاد بعض الحلول للصراعات الداخلية، لتحقيق ذات أفضل. ويرى مورينو، مطور هذا الأسلوب، أن من مميزات السيكو دراما أنها توفر للأفراد بيئة مناسبة للتعبير بحرية عن المشاعر، والأفكار، والانفعالات، مما يؤدي إلى زيادة التفاعل الاجتماعي مع الآخرين. وتعد السيكو دراما من الأساليب التي أظهرت نجاحاً في تنمية التواصل مع الآخرين، وتحديد المشاعر الشخصية والتعبير عنها، كما أنها تساعد الطفل على اختيار أنواع مختلفة من السلوكيات يكون من الصعوبة بمكان تجريبها واختبارها في الواقع. (Blatner, 2000)

تهدف الدراما إلى تطوير الخيال والإبداع، إضافة إلى تطوير المشاعر والانفعالات، ويكون ذلك من خلال عرض مسرحية، أو قصة، أو تقليد إحدى الشخصيات أو تقمص أحد الأدوار.

وإن اختلف المسرح عن الدراما، إلا أنهما يجتمعان في النشاط المدرسي. ومن الأنشطة التطبيقية المستخدمة في الدراما التعليمية نجد:

- نموذج التمرين: ومن هذا النموذج نشاط الألعاب، وتمارين الحركة والتمثيل الإيمائي، وتمارين الصوت والإلقاء، وتمارين الخيال، وتمارين التركيز. الهدف من التمرين هو تفريغ الطاقة الزائدة، والتخفيف من التوتر والقلق، وجعل الطفل يستعين بخياله.

- نموذج اللعب الدرامي (التمثيلي): ومن أمثلة هذا النموذج نشاط تأليف القصة وتمثيلها، وأشكال التمثيل الارتجالي. وهي طرق يمكننا استخدامها في تنظيم الطاقة الزائدة لدى الأطفال، من خلال جذبهم إلى لعبة درامية تنظم حركتهم وتلبي حاجاتهم الجسمية والعقلية والاجتماعية. وفي هذا النموذج سنختار حدثًا معينًا له علاقة بموضوع البحث، ونطلب من التلاميذ خلق سيناريو وتمثيل الحدث وكل تلميذ له الحرية في اختيار الدور الذي يريد، أو من خلال التعبير الجسدي كالرقص وحركات اليدين وملامح الوجه.

- نموذج المسرح: ويتضمن هذا النموذج المسرحية المدرسية، وقد عرف انديرسون (Anderson 2004) المسرح التعليمي بأنه تحويل المادة التعليمية إلى نص حوارى، وتعتبر التربية المسرحية ظاهرة تربوية، تعتمد الفن المسرحي أداة لتحقيق أهدافها التربوية، ويعد المسرح المدرسي امتدادًا لعنصر اللعب عند الأطفال، كما تعتبر الدراما من الوسائل الفاعلة التي تعتمد عليها التربية الحديثة في تنمية المتعلمين روحياً، وجسدياً، ونفسياً، وذهنياً.

وفي هذه التقنية سنطلب من كل طفل أن يروي حادثة سعيدة، وأخرى حزينة ثم تقوم المجموعة باختيار واحدة من الحادثتين لتمثيلها كمسرحية. الهدف من النشاط مساعدة الطفل على التنفيس الانفعالي، وإيجاد الحلول البديلة التي تحل المشكلة موضوع الصراع، وهذا من خلال تقنية لعب الأدوار. خامساً. النمذجة:

من أهم الطرق العلاجية في المنحى السلوكي المعرفي، وهي تستند إلى نموذج التعلم الاجتماعي، الذي وضع أساسه ألبرت باندورا، في محاولة منه لدمج النماذج السابقة، نموذج الاشرط الكلاسيكي، ونموذج الاشرط الإجرائي، ونموذج التعلم المعرفي. هدف ألبرت باندورا إلى تطوير نظرية تتصف بالشمولية من العوامل البيولوجية، والبيئية، والمعرفية.

في دراستنا هذه سنطبق تقنية النمذجة، من خلال عرض مجموعة من الصور تتضمن سلوكيات إيجابية وأخرى سلبية، وفي مواقف معينة مطابقة للواقع المعاش للطفل، وسيتم، وفي إطار الجماعة، إدماج أطفال لا يبدوون تصرفات سلبية، كقرط الحركة، وقصور الانتباه، والعدوانية، واتخاذهم كنماذج يحتذى بها.

سادسا. اللعب:

يُعدُّ اللعب شكلا من أشكال الإسقاط، فهو يُتيح للطفل التصرف بتلقائية من خلال التعبير الحر، وهو بذلك وسيط للتعبير عن الانفعالات، واكتشاف العلاقات، ووصف الخبرات، وللتعبير عن المشاعر، وتحقيق الذات، وتحقيق الرغبات، فالتعبير عن النفس شيء بسيط عند الطفل، فنجدّه يُعبّر ويسلك حسبما يشعر به، ويقوم بتمثيله في أدائه، لذا وُصِف العلاج باللعب على أنه خبرة في مكان يتسم بالصرحة والوضوح.

تعددت التعاريف التي تناولت اللعب، وهذا بحسب الغاية المرجوة منه، فمنها من عرفته على أنه نشاط تعليمي تعليمي، ومنها من عرفته كقيمة اجتماعية، ومغصّر في التربية الاجتماعية. وأشارت تعاريف أخرى إلى ارتباط اللعب بالنمو العام للطفل، وبقدراته العقلية، في حين نظرت أخرى إلى قيمته الترفيهية، وأخرى إلى قيمته العلاجية. (شحاته، 2007، ص 19)

فقد رأت المدرسة السلوكية أن اللعب كسلوك، يخضع لنفس القواعد الأساسية للتعلم، مثله مثل كل الفئات الأخرى للسلوك. وقد تحدّث هل (Hul) عن دور المكافأة في التعلم، وأن السلوك مدفوع بحوافز أولية، كما أكد باندورا وولتر (Bandura & Walter, 1963) على أهمية دور المحاكاة في اكتساب السلوك. (طيبة، 1998، ص 28-29)

وتأكيدا لوجهة النظر السلوكية القائلة: "بأن اللعب هو السلوك الذي يتيح للكائن أن يكون قادرا على الاكتشاف، والتدريب على استراتيجيات سلوكية جديدة." ذكر الختاتنة أن ويسلر (1976) أضاف



أن اللعب يتكون من مجموعة من السلوكيات المتتابة، والمتحكّم فيها، من جانب الكائن، أكثر من أن يكون مُتَحَكِّمًا فيها من جانب المثير، وهي سلوكيات تبدو من الظاهر وكأنها موجهة فعليا لتؤدي لذّتها،

حيث تُفضي إلى تأثير إيجابي، وتبعث على الارتياح. (الختاتنة، 2013، ص 16-17)

في حين نظرت المدرسة المعرفية، من خلال ما قدمه جان بياجيه، إلى اللعب على أنه تمثيل خالص يحوّل ما تحصل عليه الطفل من معرفة، ومهارة، إلى ما يلزم مطالب نموه. (الخفاف، 2010، ص 83-84)

وسنستعين باللعب كتقنية علاجية، من خلال مطالبة الأطفال بتأدية بعض الألعاب الجماعية كالمشي في القاعة بشكل عشوائي، لعبة لمس السماء والأرض، لعبة شد شيء ثقيل من الأرض، لعبة تحرك، توقف ولا تتحرك (وهنا نستعين بإشارة نكون قد اتفقنا مع الأطفال عليها من قبل)، لعبة أخرى من خلال وضع معلم على الأرض فيه مربعات يسير عليها التلميذ وفقا للاتجاه الذي يطلب منه، وسنستعمل اللمس باعتبار التلاميذ أطفال صم، فمثلا بلمس الرأس سيسير للأمام ويلمس الذراع الأيمن سيسير لليمين وهكذا وألا يتحرك حتى نلمس جزءا معينا من جسمه إما الرأس أو القفا أو الذراع الأيمن أو الذراع الأيسر. والهدف منها الوعي بالفراغ، والزمان، والجسم، وفي حال أخطأ، سيلعب المعالج الدور ويريه كيف أنه عليه أن يركز قبل أن يقوم بالحركة في الاتجاه المطلوب.

ألعاب الرسم عبر مجموعة واحدة، هي أيضا نوع من اللعب، وهنا سنعطي لوحا من الكرتون للأطفال ونضع أمامهم مجموعة من الأقلام والألوان ونطلب من المجموعة أن يشتركوا في فكرة قصة ما، ويعبرون عنها بالرسم بشكل جماعي.

إضافة إلى ألعاب التعبيرات العاطفية بالتدرج (الغضب - الكراهية - الانتقام) - (الخوف - القلق - الحزن - العزلة - الانطواء) - (المحبة - التضامن - التفاؤل - الفرح). سنلعب لعبة التخيل: وفيها سنطلب من الطفل أن يمشي في القاعة بشكل عشوائي وأن يتخيل بأنه: عاصفة مدمرة - نسمة رقيقة تتحول

فجأة إلى ربح قوية-طائر يطير في السماء بأجنحته ولا أحد يقيدده-حجر يتدحرج من أعلى، وعلى الطفل أن يؤدي الحركات الخاصة بكل موقف.

سابعاً. التربية النفس حركية:

تعد التربية النفس حركية منهاجاً شاملاً يساعد على تطوير قدرات الطفل الشخصية، فهي تهتم بدراسة الإنسان في ضوء حالته النفسية، حيث تأخذ في عين الاعتبار كل النواحي الحركية والمعرفية والوجدانية من خلال تنظيم الحركة واللعب، وذلك عبر طرق تربوية ونفسية تستخدم فيها الحركة كوسيلة أساسية، من أجل تحسين قدرات الفرد المعرفية والإدراكية والسلوكية، إذ تعتمد على الجسم كوسيط يساعد على التوازن بين الوظائف الحركية والنفسية والوجدانية المختلفة، فيكون التعامل مع الطفل كوحدة متكاملة. (عصام زيدان، 2014) في (وهبة، 2018، ص 11)

كانت البداية لبرامج التربية النفس حركية في ألمانيا في عام 1833، وذلك على يد الطبيب والعالم النفسي ((Wilhelm Griesinger وكانت أبحاثه النواة الأولى لهذا العلم، وفي بداية القرن العشرين قام الطبيب الفرنسي جان دوبيري (Jean Dupre) بجمع البحوث التي قدمها الطبيب النفسي الألماني وتقديمها في إطار جديد تحت مسمى "العلاج النفس حركي". وقد عرفها كاليزا Calzal بأنها تعليم الحركة لتكون في خدمة الفكر بطريقة تربوية، ونفسية، تستخدم الحركة بهدف تحسين سلوكيات الفرد.

كما عرفتها أوفقيير أحلام (2015) في (وهبة، 2018) "بأنها طريقة علاجية أو منهج تناول تام للشخصية، حيث يأخذ في الاعتبار كل نواحي القصور النمائي (المعرفي، الحركي، الحسي، الاجتماعي، النفسي والوجداني)". (وهبة، 2018، ص 15).

تتمثل أهمية الحركة في التربية النفس حركية في اعتبارها إحدى الطرق الأساسية في التعبير عن الأفكار، والمشاعر، والمفاهيم، وبالتالي عن الذات بشكل عام. فهي بذلك استجابة ملحوظة لمثير

ما، إذ تعد من أقدم أشكال الاتصال والمشاركة الوجدانية، كما أنها وسيلة للمرح والتسلية، لكونها تخفف من التوتر والقلق والتعصب.

ثامنا. الاسترخاء:

من خلال تطبيق ألعاب فيها استرخاء كلعبة البالون والرغيف، ومعناها يتنفس حتى تمتلأ بطنه وتصير كالبالون ويفرغ الهواء حتى تصير بطنه كالرغيف (ballon-crêpes) ولعبة spaghetti، وهي أن يرخي جسده حتى يصير كعجينة السباقيتي، وهي ألعاب فيها مرح وستكون بمشاركة المدرب حتى لا يمل التلميذ، مع الحرص على منع أي منبهات خارجية أو داخلية.

تاسعا. التعزيز:

وهي تقنية تعرف أيضا بمبدأ الثواب، وهو تقوية السلوك من خلال إضافة مثيرات ايجابية أو إزالة مثيرات منفرة. وفي دراستنا هذه سيتم تعزيز السلوكيات المقبولة بهدايا تتمثل في أدوات مدرسية بسيطة، ومن خلال التشجيع والتهنئة، ومثلا جعل المعلم يقدر سلوك التلميذ بنقاط في التقويم المستمر.

8.5.3. صدق البرنامج العلاجي:

للتأكد من صدق البرنامج العلاجي تم عرضه على مجموعة من المحكمين، منهم 04 أساتذة جامعيين، من جامعة محمد بن أحمد وهران 2، والمركز الجامعي أحمد زبانة بغليزان، والمركز الجامعي بتيبازة وجامعة عبد الحميد بن باديس بمستغانم، يتوزعون على التخصصات التالية: علم النفس العيادي، والتربية الخاصة، والأرطوفونيا، والفنون الدرامية، وهذا لارتباط تخصصاتهم بالتقنيات المستخدمة في العلاج، وبالعينة المستهدفة بالعلاج، وهي من ذوي الاحتياجات الخاصة، الفاقدين لحاسة السمع، هذا من جهة، إضافة إلى مجموعة من الخبراء في التربية الخاصة، وعلم النفس، للاستفادة من خبرتهم في طريقة تقديم الخدمات النفسية. وقد كان تدخلهم بطريقة كيفية تمثلت في

بعض النصائح فيما يخص مثلا عدد الجلسات، حيث تم تقليصها من 4 جلسات في الأسبوع إلى 3 جلسات حتى لا يتعب الطفل ويميل، كما تم اقتراح تقديم بعض الفقرات على أخرى، كما اقترحت أستاذة المسرح الاعتماد على المسرح الميمي، باعتبار الطفل أصم وهذا ما يناسب إعاقته الحسية، وقد تم الأخذ بعين الاعتبار كل هذه التوجيهات، والملحق رقم (01) يبين قائمة الأساتذة، والخبراء المشاركين في تحكيم البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي.

### 9.5.3. وصف محتوى جلسات البرنامج العلاجي:

وجب التذكير بأنه وقبل البدء بالجلسات العلاجية الجماعية، تم إجراء جلسة فردية مع كل طفل، بهدف التعرف والألفة، وتم خلالها تطبيق اختبار رسم الرجل لصاحبه جود آنف Goodenugh، للتعرف على قدرات الحالة العقلية المعرفية للطفل.

يعتمد اختبار رسم الرجل على دقة الملاحظة لدى الطفل، وارتقاء القدرة على التصور، ولا يهتم الاختبار بقياس المهارة الفنية في الرسم. وتعطى الدرجة على رسم تفاصيل أجزاء الجسم والملابس والنسب والمنظور طبقا لمفتاح التصحيح. (العيسوي، 2010، ص 51)

الجلسة الأولى جماعية: لقاء وتعارف

أهدافها:

✓ خلق جو من الألفة بين الطالبة الباحثة ومجموعة الأطفال.

✓ تهيئة الأجواء وتحضير الأطفال للمشاركة في البرنامج العلاجي.

زمن الجلسة: 45 دقيقة

إجراءات الجلسة:

يتم استقبال الأطفال في مكتب النفسانية العيادية، وهو المكان الذي سيطبق فيه البرنامج

العلاجي، وبحضورها، وحضور معلم للترجمة بلغة الإشارة، ستعيد الطالبة الباحثة التعريف بنفسها،

وسيكون الحديث عن المدرسة، وعن الجو السائد فيها، وستحال الكلمة للأطفال للتعبير عن انشغالاتهم، بعدها سيتم التطرق للحديث عن البرنامج العلاجي، وكيف تم اختيارهم للمشاركة فيه، وإشراكهم في تحمل مسؤولية إنجاحه، سيتم توضيح خطواته، وسيروته، ومواعيد تنفيذه.

الجلسة الثانية: استبصار الأطفال بالسلوكيات المرغوب فيها وتلك غير المرغوب فيها.

أهدافها:

✓ تحديد السلوكيات المقبولة وتلك المرفوضة.

✓ التعرف على خصائص السلوك المرفوض.

✓ التعرف على خصائص السلوك المقبول.

زمن الجلسة: 60 دقيقة.

الفيئات المطبقة: المحاضرة والمناقشة، والنمذجة.

إجراءات الجلسة:

تبدأ الجلسة باستقبال الأطفال الواحدة تلو الآخر، في جو من المرح، يختار كل واحد منهم مكان جلوسه بحرية، ونكون قبل هذا قد جهزنا المكتب بجهاز العرض، وسجاد في الأرض للجلوس، ونكون قد أزلنا كل المثيرات التي من شأنها تشتيت انتباه الأطفال، كالدعائم البيداغوجية، والألعاب، بعدها يتم الترحيب بالجميع، والتذكير بأهم ما جاء في الجلسة السابقة، بعدها نطلب من الأطفال الالتزام بالهدوء، كل في مكانه الذي اختاره، ونقوم بعرض صور تحتوي على مواقف لأطفال يقومون بسلوكيات سلبية (فوضى، حركة داخل القسم، مملعة، إزعاج للمعلم وللزملاء، تخريب، ضرب، عدوان، على أنفسهم وعلى الآخرين) داخل حجرة الدراسة وخارجها، ثم نسأل الأطفال، ماذا تلاحظون؟ سنطلب منهم أن تكون المشاركة برفع الأيدي وطلب الإذن، ولا يسمح بالإجابة لمن لا يحترم هذه الشروط، نناقش معهم نتائج السلوكيات السلبية، على صاحبها وعلى محيطه، نتحاور معهم باللغة المنطوقة

وبلغة الإشارة، فقد أوضحنا خلال بناء البرنامج العلاجي أن الحوار سيكون ثنائي اللغة، ثم تعرض صور لأطفال يقومون بسلوكيات إيجابية (هدوء، احترام للمعلم، رفع الأيدي لطلب الاستئذان، الانتظام في الصف، عدم العبث بالأشياء)، ثم نسأل الأطفال عما يلاحظونه في الصور؟ وتكون طريقة الإجابة بنفس القواعد المشروحة سابقا، ونقول لهم أي السلوكيات يفضلون؟ ولماذا؟ يكون الحوار، والمحاضرة، والمناقشة، هي التقنيات المستعملة. في آخر الجلسة، نطلب من الأطفال أن يشكل جميعنا دائرة، وأن يقول كل طفل ماذا استفاد من الجلسة. نودع بعضنا على وعد باللقاء في الجلسة المقبلة.

الجلسة الثالثة: الاستبصار بالمعاملات الصحيحة (موضوع القصة: الظلم)

أهدافها:

✓ الاستبصار بالمعاملات التي تسيئُ لِنفسية الطفل.

✓ معرفة لماذا يسلك الطفل سلوكا سيئا.

✓ معرفة ماذا يجب أن يفعل حتى يتغلب على سلوكه السيئ.

✓ تعلم كيفية اختيار الاستجابة الصحيحة مهما كان المثير.

زمن الجلسة: 60 دقيقة

تقنياتها: القصة (بالسرد والرسومات)، المحاضرة، المناقشة، التعزيز.

إجراءات الجلسة:

يتم تهيئة القاعة، أين ستعرض القصة، بجهاز العارض (Data-show)، ويتم استقبال

الأطفال بالترحيب، وبمعية الاخصائية النفسية، والمعلم الذي سيقوم بترجمة القصة بلغة الإشارة، سنقوم

في هذه الجلسة بعرض قصة "الظلم"، باعتبار أن الشعور بالظلم يولد الإحباط، والإحباط يدفع بالطفل

لسلوكيات غير مرغوبة، وتختلف ردود الأفعال بحسب الظلم الذي يتعرض له الطفل. يبدأ العرض ثنائي

اللغة للقصة، فهم يشاهدونها على العارض مكتوبة وبالرسومات وفي نفس الوقت سيتابعون شرحها

بالإشارة، وعند الانتهاء من سردها، سنسأل الأطفال عما فهموه من موضوع القصة؟ ومن كان بطلها؟ وماذا حدث له؟ وكيف تصرف؟ وسيجيب الأطفال الواحد تلو الآخر، ثم سنطلب من كل واحد منهم أن يبدي رأيه في شخصيات القصة، وما حكمه على السلوكيات الصادرة عن كل شخصية، مع توضيح حكمه، وإن كان قد تعرض لموقف مماثل، وكيف كان تصرفه، بعدها سنناقش جواب كل طفل داخل المجموعة، ما له وما عليه، وفي الأخير سنذكر الحكمة من القصة "لا تخش المعتدين، اشتك منهم لمعلميك أو والديك، واتبع دائما القاعدة التي تقول: عامل الناس كما تحب أن يعاملوك". قبل المغادرة، نجلس في شكل دائرة كما هو معتاد، ونسمع من كل طفل ماذا استفاد من الجلسة، تقسم الهدايا على الجميع بالتساوي، وهي هدايا رمزية تتمثل في أقلام تلوين، ونودع بعضنا البعض على وعد اللقاء في الجلسة القادمة.

الجلسة الرابعة: الاستبصار بالمعاملات الصحيحة (موضوع القصة: رفض الاعتداء)

أهدافها:

- ✓ الاستبصار بالمعاملات التي تسيئ للآخرين.
- ✓ معرفة لماذا يسلك الطفل سلوكا سيئا.
- ✓ جعل الطفل يبدي رغبته في منع السلوك السيئ.
- ✓ الاعتراض على السلوكيات السيئة ومحاولة تصحيحها.

زمن الجلسة: 60 دقيقة

تقنياتها: القصة (بالسرد والرسومات)، والمحاضرة، والمناقشة، والواجبات المنزلية، والتعزيز.

إجراءات الجلسة:

يتم تهيئة القاعة، أين ستعرض القصة، بجهاز العرض (Data-show)، وسيتم استقبال

الأطفال بالترحيب، وبمعية الاخصائية النفسية، والمعلم الذي سيقوم بترجمة القصة بلغة الإشارة، سنقوم

في هذه الجلسة بعرض قصة "رفض الاعتداء"، باعتبار أن عدم مساندة المعتدي هي انتصار وانصاف للمظلوم. يبدأ العرض ثنائي اللغة للقصة، فهم يشاهدونها على العارض مكتوبة وبالرسومات وفي نفس الوقت سيتابعون شرحها بالإشارة، وعند الانتهاء من سردها، سنسأل الأطفال عما فهموه من موضوع القصة؟ ومن كان بطلها؟ وماذا حدث له؟ وكيف تصرف؟ وسيجيب الأطفال الواحد تلو الآخر، ثم سنطلب من كل واحد منهم أن يبدي رأيه في شخصيات القصة، وما حكمه على السلوكيات الصادرة عن كل شخصية، مع توضيح حكمه، وإن كان قد تعرض لموقف مماثل، وكيف كان تصرفه، بعدها سنناقش جواب كل طفل داخل المجموعة، ما له وما عليه، وفي الأخير سنذكر الحكمة من القصة " لا تساند المعتدي ورفض سلوكه السيء، ولا تدعه يسيطر عليك أو على الآخرين". قبل المغادرة، نجلس في شكل دائرة كما هو معتاد، ونسمع من كل طفل ماذا استفاد من الجلسة. نطلب من كل طفل أن يقص لنا في الجلسة القادمة حدثا صار معه، وكيف كان تصرفه إزاء هذا الحدث، بعدها نودع بعضنا البعض على وعد اللقاء في الجلسة القادمة.

الجلسة الخامسة: الاستبصار بالمعاملات الصحيحة (موضوع القصة: في الصف)

أهدافها:

✓ الاستبصار بالمعاملات التي تسيئ للآخرين.

✓ معرفة لماذا ينزعج منا الآخرون.

✓ إبداء الرغبة في تغيير السلوك غير المرغوب فيه.

زمن الجلسة: 60 دقيقة

تقنياتها: القصة (بالسرد والرسومات)، المحاضرة، المناقشة، التعزيز.

إجراءات الجلسة:



يتم تهيئة القاعة، أين ستعرض القصة، بجهاز العارض (Data-show)، وسيتم استقبال الأطفال بالترحيب، وبمعية الاخصائية النفسية، والمعلم الذي سيقوم بترجمة القصة بلغة الإشارة، قبل البدء في عرض القصة، نقوم بالاستماع إلى الأطفال الواحد تلو الآخر للأحداث التي صارت معهم وكيف كان تصرفهم، من لم يرقم بالواجب المنزلي، عليه أن يشارك في الجلسة المقبلة، نقوم بكتابة المواقف التي تعرض لها كل طفل، ومقابلها نكتب رد الفعل الذي بدر منه، وناقشها ويقدم كل طفل الحل الذي يراه مناسباً، نصح الأخطاء ونثمن المجهودات ونعززها بالإثابة. بعدها نمر لعرض قصة الجلسة الحالية "في الصف"، وهي قصة تدور أحداثها حول ما يحدث عادة عند تزامم التلاميذ في الصف. يبدأ العرض ثنائي اللغة للقصة، فهم يشاهدونها على العارض مكتوبة وبالرسومات وفي نفس الوقت سيتابعون شرحها بالإشارة، وعند الانتهاء من سردها، سنسأل الأطفال عما فهموه من موضوع القصة؟ ومن كان بطلها؟ وماذا حدث له؟ وكيف تصرف؟ وسيجيب الأطفال الواحد تلو الآخر، ثم سنطلب من كل واحد منهم أن يبدي رأيه في شخصيات القصة، وما حكمه على السلوكيات الصادرة عن كل شخصية، مع توضيح أسباب حكمه، وإن كان قد تعرض لموقف مماثل، وكيف كان تصرفه، بعدها سنناقش جواب كل طفل داخل المجموعة، ما له وما عليه، وفي الأخير سنذكر الحكمة من القصة " لا تنس أن تقول: أنا آسف إذا ما آذيت شخصاً ما عن غير قصد، فهذا يظهر له أنك لم تقصد أذيته". قبل المغادرة، نجلس في شكل دائرة كما هو معتاد، ونسمع من كل طفل ماذا استفاد من القصة. نطلب من كل طفل أن يقص لنا في الجلسة القادمة حدثاً صار معه، وكيف كان تصرفه إزاء هذا الحدث، بعدها نودع بعضنا البعض على وعد اللقاء في الجلسة القادمة.

الجلسة السادسة: الاستبصار بالمعاملات الصحيحة (موضوع القصة: سلوك التقاسم)

أهدافها:

✓ تعلم سلوك المشاركة مع الآخرين.

✓ تعلم مبادلة المشاعر الطيبة مع الآخرين.

✓ إبداء الرغبة في المساعدة وفي احترام الغير.

زمن الجلسة: 60 دقيقة

تقنياتها: القصة (بالسرد والرسومات)، المحاضرة، المناقشة، التعزيز، النمذجة، الواجبات المنزلية.

إجراءات الجلسة:

يتم تهيئة القاعة، أين ستعرض القصة، بجهاز العارض (Data-show)، وسيتم استقبال الأطفال بالترحيب، وبمعية الاخصائية النفسية، والمعلم الذي سيقوم بترجمة القصة بلغة الإشارة، قبل البدء في عرض القصة، نقوم بالاستماع إلى الأطفال الواحد تلو الآخر للأحداث التي صارت معهم وكيف كان تصرفهم، من لم يقم بالواجب المنزلي، عليه أن يشارك في الجلسة المقبلة، نقوم بكتابة المواقف التي تعرض لها كل طفل، ومقابلها نكتب رد الفعل الذي بدر منه، وناقشها ويقدم كل طفل الحل الذي يراه مناسباً، نصح الأخطاء ونثمن المجهودات ونعززها بالإثابة. بعدها نمر لعرض قصة الجلسة الحالية "سلوك التقاسم"، وهي قصة تدور أحداثها حول مجموعة من التلاميذ خرجوا ليغرسوا أشجاراً، غير أن بعضهم شغل المساحة كلها ولم يتركوا لزملائهم مكاناً يغرسون فيه... وتتواصل القصة.

يبدأ العرض ثنائي اللغة للقصة، فهم يشاهدونها على العارض مكتوبة وبالرسومات وفي نفس الوقت سيتابعون شرحها بالإشارة، وعند الانتهاء من سردها، سنسأل الأطفال عما فهموه من موضوع القصة؟ ومن كان بطلها؟ وماذا حدث له؟ وكيف تصرف؟ وسيجيب الأطفال الواحد تلو الآخر، ثم سنطلب من كل واحد منهم أن يبدي رأيه في شخصيات القصة، وما حكمه على السلوكيات الصادرة عن كل شخصية، مع توضيح أسباب حكمه، وإن كان قد تعرض لموقف مماثل، وكيف كان تصرفه، بعدها سنناقش جواب كل طفل داخل المجموعة، ما له وما عليه، وفي الأخير سنذكر الحكمة من القصة "

أوجد طريقة لكي تتقاسم الأشياء مع الجميع في تعاون وحب". قبل المغادرة، نجلس في شكل دائرة كما هو معتاد، ونسمع من كل طفل ماذا استفاد من القصة. نطلب من كل طفل أن يقص لنا في الجلسة القادمة حدثًا صار معه، وكيف كان تصرفه إزاء هذا الحدث، بعدها نودع بعضنا البعض على وعد اللقاء في الجلسة القادمة.

الجلسة السابعة: الاستبصار بالمعاملات الصحيحة (موضوع القصة: روح الفريق)

أهدافها:

- ✓ تعلم كيفية اللعب مع الآخرين دون أذيتهم.
- ✓ معرفة لماذا ينزعج منا الآخرون.
- ✓ إبداء الرغبة في تغيير السلوك غير المرغوب فيه.
- ✓ تعلم سلوك المشاركة، والاحساس بروح الفريق.

زمن الجلسة: 60 دقيقة

تقنياتها: القصة (بالسرد والرسومات)، المحاضرة، المناقشة، التعزيز، النمذجة، الواجبات المنزلية.

إجراءات الجلسة:

يتم تهيئة القاعة، أين ستعرض القصة، بجهاز العرض (Data-show)، وسيتم استقبال الأطفال بالترحيب، وبمعية الاخصائية النفسية، والمعلم الذي سيقوم بترجمة القصة بلغة الإشارة، قبل البدء في عرض القصة، نقوم بالاستماع إلى الأطفال الواحد تلو الآخر للأحداث التي صارت معهم وكيف كان تصرفهم، من لم يقم بالواجب المنزلي، عليه أن يشارك في الجلسة المقبلة، نقوم بكتابة المواقف التي تعرض لها كل طفل، ومقابلها نكتب رد الفعل الذي بدر منه، وناقشها ويقدم كل طفل الحل الذي يراه مناسباً، نصح الأخطاء ونثمن المجهودات ونعززها بالإثابة. بعدها نمر لعرض قصة الجلسة الحالية "روح الفريق"، وهي قصة تدور أحداثها في آخر يوم من الدراسة، عندا قرر كل التلاميذ

الخروج إلى الساحة للعب. يبدأ العرض ثنائي اللغة للقصة، فهم يشاهدونها على العارض مكتوبة وبالرسومات وفي نفس الوقت سيتابعون شرحها بالإشارة، وعند الانتهاء من سردها، سنسأل الأطفال عما فهموه من موضوع القصة؟ ومن كان بطلها؟ وماذا حدث له؟ وكيف تصرف؟ وسيجيب الأطفال الواحد تلو الآخر، ثم سنطلب من كل واحد منهم أن يبدي رأيه في شخصيات القصة، وما حكمه على السلوكيات الصادرة عن كل شخصية، مع توضيح أسباب حكمه، وإن كان قد تعرض لموقف مماثل، وكيف كان تصرفه، بعدها سنناقش جواب كل طفل داخل المجموعة، ما له وما عليه، وفي الأخير سنذكر الحكمة من القصة "أحرص دائما على تقاسم مجال اللعب مع الزملاء، استمتع ودع الآخرين يستمتعون كذلك". قبل المغادرة، نجلس في شكل دائرة كما هو معتاد، ونسمع من كل طفل ماذا استفاد من القصة. نطلب من كل طفل أن يقص لنا في الجلسة القادمة حدثا صار معه، وكيف كان تصرفه إزاء هذا الحدث، بعدها نودع بعضنا البعض على وعد اللقاء في الجلسة القادمة.

الجلسة الثامنة: الاستبصار بالمعاملات الصحيحة (موضوع القصة: غريباء من الفضاء الخارجي)

أهدافها:

- ✓ تعلم اللعب بهدوء دون تدافع.
- ✓ تعلم عدم إثارة المشاكل والفوضى أثناء اللعب.
- ✓ تعلم كيفية إدارة الانفعالات، وضبطها.
- ✓ إبداء الرغبة في تغيير السلوك غير المرغوب فيه.

زمن الجلسة: 60 دقيقة

تقنياتها: القصة (بالسرد والرسومات)، المحاضرة، المناقشة، التعزيز، النمذجة، الواجبات المنزلية  
إجراءات الجلسة: يتم تهيئة القاعة، أين ستعرض القصة، بجهاز العارض (Data-show)، وسيتم استقبال الأطفال بالترحيب، وبمعية الاخصائية النفسية، والمعلم الذي سيقوم بترجمة القصة بلغة

الإشارة، قبل البدء في عرض القصة، نقوم بالاستماع إلى الأطفال الواحد تلو الآخر للأحداث التي صارت معهم وكيف كان تصرفهم، من لم يقدّم بالواجب المنزلي، عليه أن يشارك في الجلسة المقبلة، نقوم بكتابة المواقف التي تعرض لها كل طفل، ومقابلها نكتب رد الفعل الذي بدر منه، وناقشها ويقدم كل طفل الحل الذي يراه مناسباً، نصح الأخطاء ونثمن المجهودات ونعززها بالإثابة. بعدها نمر لعرض قصة الجلسة الحالية "غرياء من الفضاء الخارجي"، وهي قصة تدور أحداثها في ساحة المدرسة أثناء الاستراحة حين يقرر بعض الأطفال لعب دور غرياء من الفضاء الخارجي وآخرون من كوكب الأرض. يبدأ العرض ثنائي اللغة للقصة، فهم يشاهدونها على العرض مكتوبة وبالرسومات وفي نفس الوقت سيتابعون شرحها بالإشارة، وعند الانتهاء من سردها، سنسأل الأطفال عما فهموه من موضوع القصة؟ ومن كان بطلها؟ وماذا حدث له؟ وكيف تصرف؟ وسيجيب الأطفال الواحد تلو الآخر، ثم سنطلب من كل واحد منهم أن يبدي رأيه في شخصيات القصة، وما حكمه على السلوكيات الصادرة عن كل شخصية، مع توضيح أسباب حكمه، وإن كان قد تعرض لموقف مماثل، وكيف كان تصرفه، بعدها سنناقش جواب كل طفل داخل المجموعة، ما له وما عليه، وفي الأخير سنذكر الحكمة من القصة "أحرص دائماً على إظهار المشاعر الدافئة والسلوك الودود تجاه زملائك، فهذا يقوي صداقتكم". قبل المغادرة، نجلس في شكل دائرة كما هو معتاد، ونسمع من كل طفل ماذا استفاد من القصة. نطلب من كل طفل أن يقص لنا في الجلسة القادمة حدثاً صار معه، وكيف كان تصرفه إزاء هذا الحدث، بعدها نودع بعضنا البعض على وعد اللقاء في الجلسة القادمة.

الجلسة التاسعة: اللعب الدرامي

أهدافها:

✓ تفريغ الطاقة الزائدة.

✓ التخفيف من التوتر والقلق.

✓ جعل الطفل يستعين بخياله.

✓ تنظيم الحركات.

✓ تلبية حاجاتهم الجسمية والعقلية والاجتماعية.

زمن الجلسة: 60 دقيقة

تقنياتها: لعب الأدوار، المحاضرة، المناقشة، التعزيز.

إجراءات الجلسة:

يتم تهيئة القاعة، أين ستعرض المسرحية التي سيؤلفها الأطفال، وسيتم جلب الثياب والأدوات التي تساعد في إخراج السيناريو. بعدها يتم استقبال الأطفال بالترحيب، وبمعية الإخصائية النفسية، والمعلم الذي سيقوم بترجمة المسرحية من لغة الإشارة إلى اللغة المنطوقة حتى نفهم ما يقوله الأطفال الصم. قبل البدء في تأليف السيناريو وعرض المسرحية، نقوم بالاستماع إلى الأطفال الواحد تلو الآخر للأحداث التي صارت معهم من الجلسة السابقة إلى اليوم، وكيف كان تصرفهم، من لم يقم بالواجب المنزلي، عليه أن يشارك في الجلسة المقبلة، نقوم بكتابة المواقف التي تعرض لها كل طفل، ومقابلها نكتب رد الفعل الذي بدر منه، وناقشها ويقدم كل طفل الحل الذي يراه مناسباً، نصح الأخطاء ونثمن المجهودات ونعززها بالإثابة. بعدها نطلب من الأطفال تأليف قصة، وتمثيلها، يقومون هم باختيار موضوعها، ولا بأس إن ساعدناهم، إن هم طلبوا منا ذلك. يقوم كل طفل باختيار الدور الذي يرغب فيه، وهنا نوضح لهم أنه عليهم أن يحترموا اختيارات بعضهم، وأنه إذا لم يسعف الحظ أحدهم في تمثيل دور يحبه، سيأتي دوره في الجلسة القادمة. يختار الأطفال الموضوع ويكتبونه على السبورة، يبدوون بالتمثيل دون توجيه منا، ويكون التمثيل ارتجالياً وعفويًا، في الأخير يوضحون لنا المغزى من القصة. نطلب منهم أن يجهزوا لنا سيناريوهات أخرى للجلسات القادمة، بعدها نودع بعضنا البعض على وعد اللقاء في الجلسة القادمة.

## الجلسة العاشرة: اللعب الدرامي

أهدافها:

- ✓ تفريغ الطاقة الزائدة.
- ✓ التخفيف من التوتر والقلق.
- ✓ جعل الطفل يستعين بخياله.
- ✓ تنظيم الحركات.
- ✓ تلبية حاجاتهم الجسمية والعقلية والاجتماعية.
- ✓ احترام الدور.
- ✓ تعلم الصبر.

زمن الجلسة: 60 دقيقة

تقنياتها: لعب الأدوار، المحاضرة، المناقشة، التعزيز.

إجراءات الجلسة:

يتم تهيئة القاعة، أين ستعرض المسرحية التي سيؤلفها الأطفال، وسيتم جلب الثياب والأدوات التي تساعد في إخراج السيناريو. بعدها يتم استقبال الأطفال بالترحيب، وبمعية الإخصائية النفسية، والمعلم الذي سيقوم بترجمة المسرحية من لغة الإشارة إلى اللغة المنطوقة حتى نفهم ما يقوله الأطفال الصم. قبل البدء في تأليف السيناريو وعرض المسرحية، نقوم بالاستماع إلى الأطفال الواحد تلو الآخر للأحداث التي صارت معهم من الجلسة السابقة إلى اليوم، وكيف كان تصرفهم، من لم يقم بالواجب المنزلي، عليه أن يشارك في الجلسة المقبلة، نقوم بكتابة المواقف التي تعرض لها كل طفل، ومقابلها نكتب رد الفعل الذي بدر منه، وناقشها ويقدم كل طفل الحل الذي يراه مناسباً، نصح الأخطاء ونثمن المجهودات ونعززها بالإثابة. بعدها نطلب من الأطفال تأليف قصة، وتمثيلها، يقومون هم باختيار

موضوعها، ولا بأس إن ساعدناهم، إن هم طلبوا منا ذلك. يقوم كل طفل باختيار الدور الذي يرغب فيه، وهنا نوضح لهم أنه عليهم أن يحترموا اختيارات بعضهم، وأنه إذا لم يسعف الحظ أحدهم في تمثيل دور يحبه، سيأتي دوره في الجلسة القادمة. يختار الأطفال الموضوع ويكتبونه على السبورة، يبدؤون بالتمثيل دون توجيه منا، ويكون التمثيل ارتجاليا وعفويا، في الأخير يوضحون لنا المغزى من القصة. بعدها نودع بعضنا البعض على وعد اللقاء في الجلسة القادمة.

الجلسة الحادية عشرة: إعادة صياغة المشكلة من خلال نموذج المسرح (سرد حدث سعيد أو حزين وتمثيله)

أهدافها:

- ✓ مساعدة الطفل على التطهير الانفعالي من خلال الحركة والفعل الدرامي.
- ✓ احداث توازن نفسي في ذات الطفل وتعلم استجابات تقوي صموده في المواقف.
- ✓ جعل الطفل يستعين بخياله.
- ✓ تنظيم الحركات.
- ✓ تلبية حاجاتهم الجسمية والعقلية والاجتماعية.
- ✓ منح الطفل طاقة جديدة مساعدة على التحمل.
- ✓ احترام الدور.
- ✓ تعلم الصبر.

زمن الجلسة: 60 دقيقة

تقنياتها: لعب الأدوار، المحاضرة، المناقشة، التعزيز، إعادة صياغة المشكلة، اللعب (الحركة) إجراءات الجلسة:



يتم تهيئة القاعة، أين ستعرض المسرحية التي سيؤلفها الأطفال، وسيتم جلب الثياب والأدوات التي تساعد في إخراج السيناريو. بعدها يتم استقبال الأطفال بالترحيب، وبمعية الاخصائية النفسية، والمعلم الذي سيقوم بترجمة المسرحية من لغة الإشارة إلى اللغة المنطوقة حتى نفهم ما يقوله الأطفال الصم. قبل البدء في تأليف السيناريو وعرض المسرحية، نقوم بالاستماع إلى الأطفال الواحد تلو الآخر لأحداث التي صارت معهم من الجلسة السابقة إلى اليوم، وكيف كان تصرفهم، من لم يقم بالواجب المنزلي، عليه أن يشارك في الجلسة المقبلة، نقوم بكتابة المواقف التي تعرض لها كل طفل، ومقابلها نكتب رد الفعل الذي بدر منه، وناقشها ويقدم كل طفل الحل الذي يراه مناسباً، نصح الأخطاء ونثمن المجهودات ونعززها بالإثابة. بعدها نطلب من الأطفال ان يتقدم أحدهم ويذكر لنا حدثاً سعيداً أو حزينا حدث له، وأن يقوم هو وزملاؤه بتمثيله، يرفع الأطفال أيديهم وكل واحد ودوره، كل طفل حر في اختيار الحدث من حيث سعيد أو حزين، وتبدأ اللعبة، يبدأ الطفل في سرد الحدث، ثم بعدها يختار من بين الأطفال من يمثلها معه، ولا بأس إن ساعدناهم، إن هم طلبوا منا ذلك. يقوم كل طفل باختيار الدور الذي يرغب فيه، وهنا نوضح لهم أنه عليهم أن يحترموا اختيارات بعضهم، وأنه إذا لم يسعف الحظ أحدهم في تمثيل دور يحبه، سيأتي دوره في الجلسة القادمة. ويكون التمثيل ارتجالياً وعفويًا، المهم هو أن يشعر الأطفال بالمرح ويكونون على طبيعتهم، في الأخير يوضح لنا الطفل لماذا اختار هذا الحدث وبماذا شعر عندما مثله؟ وهنا نقوم بتعليمه كيف يعيد صياغة مشكلته، وكيف يجد الحلول المناسبة لها، وهكذا حتى ينتهي الوقت المخصص للتمثيل. نطلب من بقية الأطفال المتبقين أن يجهزوا لنا سيناريوهات أخرى للجلسات القادمة، بعدها نودع بعضنا البعض على وعد اللقاء في الجلسة القادمة.

الجلسة الثانية عشرة: إعادة صياغة المشكلة من خلال نموذج المسرح (سرد حدث سعيد أو حزين وتمثيله)

## أهدافها:

- ✓ مساعدة الطفل على التطهير الانفعالي من خلال الحركة والفعل الدرامي.
- ✓ احداث توازن نفسي في ذات الطفل وتعليمه استجابات تقوي صموده في المواقف.
- ✓ جعل الطفل يستعين بخياله.
- ✓ تنظيم الحركات.
- ✓ تلبية حاجاتهم الجسمية والعقلية والاجتماعية.
- ✓ منح الطفل طاقة جديدة مساعدة على التحمل.
- ✓ احترام الدور.
- ✓ تعلم الصبر.

زمن الجلسة: 60 دقيقة

تقنياتها: لعب الأدوار، المحاضرة، المناقشة، التعزيز، إعادة صياغة المشكلة، اللعب (تدريبات نفس حركية)

إجراءات الجلسة:

يتم تهيئة القاعة، أين ستعرض المسرحية التي سيؤلفها الأطفال، وسيتم جلب الثياب والأدوات التي تساعد في إخراج السيناريو. بعدها يتم استقبال الأطفال بالترحيب، وبمعية الإخصائية النفسية، والمعلم الذي سيقوم بترجمة المسرحية من لغة الإشارة إلى اللغة المنطوقة حتى نفهم ما يقوله الأطفال الصم. بعدها نطلب من الأطفال أن يتقدم أحدهم ويذكر لنا حدثا سعيدا أو حزينا حدث له، وأن يقوم هو وزملاؤه بتمثيله، يرفع الأطفال أيديهم وكل واحد ودوره، كل طفل حر في اختيار الحدث من حيث سعيد أو حزين، وتبدأ اللعبة، يبدأ الطفل في سرد الحدث، ثم بعدها يختار من بين الأطفال من يمثلها معه، ولا بأس إن ساعدناهم، إن هم طلبوا منا ذلك. يقوم كل طفل باختيار الدور الذي يرغب فيه، وهنا

نوضح لهم أنه عليهم أن يحترموا اختيارات بعضهم، وأنه إذا لم يسعف الحظ أحدهم في تمثيل دور يحبه، سيأتي دوره في الجلسة القادمة. ويكون التمثيل ارتجاليا وعفويا، المهم هو أن يشعر الأطفال بالمرح ويكونون على طبيعتهم، في الأخير يوضح لنا الطفل لماذا اختار هذا الحدث وبماذا شعر عندما مثله؟ وهنا نقوم بتعليمه كيف يعيد صياغة مشكلته، وكيف يجد الحلول المناسبة لها، وهكذا حتى ينتهي الوقت المخصص للتمثيل. نطلب من بقية الأطفال المتبقين أن يجهزوا لنا سيناريوهات أخرى للجلسات القادمة، بعدها نودع بعضنا البعض على وعد اللقاء في الجلسة القادمة.

الجلسة الثالثة عشرة: إعادة صياغة المشكلة من خلال نموذج المسرح (سرد حدث سعيد أو حزين وتمثيله)

أهدافها:

- ✓ تفريغ الطاقة الزائدة.
- ✓ التخفيف من التوتر والقلق.
- ✓ جعل الطفل يستعين بخياله.
- ✓ تنظيم الحركات.
- ✓ تلبية حاجاتهم الجسمية والعقلية والاجتماعية.
- ✓ احترام الدور.
- ✓ تعلم الصبر.

زمن الجلسة: 60 دقيقة

تقنياتها: لعب الأدوار، المحاضرة، المناقشة، التعزيز، إعادة صياغة المشكلة، اللعب (الحركة)

إجراءات الجلسة: تماما كما في الجلستين السابقتين.

الجلسة الرابعة عشرة: إعادة صياغة المشكلة من خلال رسم قصة وتمثيلها

أهدافها:

- ✓ تفريغ الطاقة الزائدة.
- ✓ التخفيف من التوتر والقلق.
- ✓ جعل الطفل يستعين بخياله.
- ✓ تنظيم الحركات.
- ✓ تلبية حاجاتهم الجسمية والعقلية والاجتماعية.
- ✓ احترام الدور.
- ✓ تعلم الصبر.

زمن الجلسة: 60 دقيقة

تقنياتها: لعب الأدوار، المحاضرة، المناقشة، التعزيز، إعادة صياغة المشكلة، اللعب (الحركة)

إجراءات الجلسة:

يتم تهيئة القاعة، أين ستعرض القصة التي سيقوم الأطفال برسمها أولاً، ثم بتمثيلها معاً، وسيتم جلب الثياب والأدوات التي تساعد في إخراج السيناريو. بعدها يتم استقبال الأطفال بالترحيب، وبمعية الاخصائية النفسية، والمعلم الذي سيقوم بترجمة المسرحية من لغة الإشارة إلى اللغة المنطوقة حتى نفهم ما يقوله الأطفال الصم. بعدها نطلب من الأطفال أن يرسموا قصة على اللوح المخصص للرسم، بعدما نكون قد أحضرنا الألوان وأقلام الرصاص، يقسم الأطفال إلى مجموعتين حتى لا تحدث الفوضى، يبدأ الأطفال بالرسم، كيف ما شاءوا، باستخدام الألوان، وسنوضح لهم أنه باستطاعتهم أن يتعاونوا من فوج إلى آخر، شرط ان لا يحدثوا فوضى وحركة زائدة ودون شجار أو عنف، ولا بأس إن ساعدناهم، إن هم طلبوا منا ذلك. بعد الانتهاء من الرسم، يقوم كل طفل باختيار الدور الذي يرغب في

تمثيله، وهنا نوضح لهم أنه عليهم أن يحترموا اختيارات بعضهم، وأنه إذا لم يسعف الحظ أحدهم في تمثيل دور يحبه، سيأتي دوره في الجلسة القادمة. ويكون التمثيل ارتجاليا وعفويا، المهم هو أن يشعر الأطفال بالمرح ويكونون على طبيعتهم، في الأخير يوضح لنا الأطفال الموضوع المرسوم ويشرحون لنا رسالته، لماذا اختار هذا الحدث وبماذا شعر عندما مثله؟ وهنا نتدخل لتعليمهم كيف إعادة صياغة المشكلات، وكيف يجدون الحلول المناسبة لكل المواقف التي تواجههم، وهكذا حتى ينتهي الوقت المخصص للتمثيل. قبل المغادرة، نجلس في شكل دائرة كما هو معتاد، ونسمع من كل طفل ماذا استفاد من الجلسة، تقسم الهدايا على الجميع بالتساوي، وهي هدايا رمزية تتمثل في أقلام تلوين، ونخبرهم انها جوائز على حسن تصرفهم، ونودع بعضنا البعض على وعد اللقاء في الجلسة القادمة.

الجلسة الخامسة عشرة: إعادة صياغة المشكلة من خلال رسم قصة وتمثيلها

أهدافها:

- ✓ تفرغ الطاقة الزائدة.
- ✓ التخفيف من التوتر والقلق.
- ✓ جعل الطفل يستعين بخياله.
- ✓ تنظيم الحركات.
- ✓ تلبية حاجاتهم الجسمية والعقلية والاجتماعية.
- ✓ احترام الدور.
- ✓ تعلم الصبر.

زمن الجلسة: 60 دقيقة

تقنياتها: لعب الأدوار، المحاضرة، المناقشة، التعزيز، إعادة صياغة المشكلة، اللعب (الحركة)

إجراءات الجلسة: تماما كما في الجلسة السابقة.

الجلسة السادسة عشرة: اللعب الدرامي من خلال التمثيل الارتجالي.

أهدافها:

- ✓ تفريغ الطاقة الزائدة.
- ✓ التخفيف من التوتر والقلق.
- ✓ جعل الطفل يستعين بخياله.
- ✓ تنظيم الحركات.
- ✓ تلبية حاجاتهم الجسمية والعقلية والاجتماعية.
- ✓ احترام الدور.
- ✓ المحاكاة.

زمن الجلسة: 60 دقيقة

تقنياتها: لعب الأدوار، المحاضرة، المناقشة، التعزيز، اللعب (الحركة)، المحاكاة.

إجراءات الجلسة:

يتم تهيئة القاعة، أين سيتم التمثيل الارتجالي لموقف درامي، بعدها يتم استقبال الأطفال بالترحيب، وبمعية الاخصائية النفسية، والمعلم. بعدها نطلب من الأطفال أن ينتبهوا للشرح حتى يقوموا بتنفيذ الحركات المطلوبة منهم. تقوم الطالبة الباحثة بكتابة عنوان على السبورة، ثم تقوم بتمثيل محاكاة أنها تجسد ذلك الموضوع، كأن تكتب على السبورة "المس السماء" وبعدها تحاول بحركات وكأنها تلمس السماء، ثم تكتب "أسحب شيئاً ثقيلًا" وتبدأ في محاكاة مشهد تشد فيه شيئاً ثقيلًا، وهكذا، بعدها نطلب من الأطفال، إعادة التمثيل بطريقتهم، مع المرح والضحك، لأن التدريب هدفه إدخال السرور للطفل، وسنراقبهم فقط كي لا يتدافعوا، ولا يحدثوا فوضى أو حركة زائدة، ودون شجار أو عنف. بعد اللعب وقبل المغادرة، نجلس في شكل دائرة كما هو معتاد، ونسمع من كل طفل ما هو

شعور الطفل بهذه اللعبة، تقسم الهدايا على الجميع بالتساوي، وهي هدايا رمزية تتمثل في أقلام تلوين، ونخبرهم أنها جوائز على حسن تصرفهم، ونودع بعضنا البعض على وعد اللقاء في الجلسة القادمة.

الجلسة السابعة عشرة: اللعب الدرامي من خلال التمثيل الارتجالي.  
أهدافها:

- ✓ تفريغ الطاقة الزائدة.
- ✓ التخفيف من التوتر والقلق.
- ✓ جعل الطفل يستعين بخياله.
- ✓ تنظيم الحركات.
- ✓ تلبية حاجاتهم الجسمية والعقلية والاجتماعية.
- ✓ احترام الدور.
- ✓ المحاكاة.

زمن الجلسة: 60 دقيقة

تقنياتها: لعب الأدوار، المحاضرة، المناقشة، التعزيز، اللعب (الحركة)، المحاكاة.

إجراءات الجلسة: تماما كما في الجلسة السابقة.

الجلسة الثامنة عشرة والأخيرة: اللعب والاسترخاء.

أهدافها:

- ✓ تفريغ الطاقة الزائدة.
- ✓ التخفيف من التوتر والقلق.
- ✓ جعل الطفل يستعين بخياله.

✓ تنظيم الحركات.

✓ تلبية حاجاتهم الجسمية والعقلية والاجتماعية.

✓ المحاكاة.

زمن الجلسة: 90 دقيقة

تقنياتها: لعب الأدوار، الاسترخاء، التعزيز، اللعب (الحركة)، المحاكاة.

إجراءات الجلسة:

يتم تهيئة القاعة، أين سيتم الاسترخاء من خلال تمثيل مشاهد فيها زفير وشهيق. يتم استقبال الأطفال بالترحيب، وبمعية الإخصائية النفسية، والمعلم. بعدها نطلب من الأطفال أن ينتبهوا للشرح حتى يقوموا بتنفيذ الحركات المطلوبة منهم. تقوم الطالبة الباحثة بكتابة عنوان على السبورة، "طبق الحساء" ثم تقوم باستنشاق الهواء حتى ينتفخ بطنها، وبعدها ويهدوء تقوم بإخراج الهواء وكأنها تبرّد الحساء الساخن، وتطلب من كل الأطفال في أماكنهم وهو واقفون بتقليدها، لا يهم إن أخطأ الأطفال، المهم أن يستمتعوا ويحاولوا، لأن الهدف إدخال الفرح والمرح لأنفسهم. نفس اللعبة تتكرر مع "فطيرة وبالون" ومع "أنا عجائن السباقيتي". بعد اللعب وقبل المغادرة، نجلس في شكل دائرة كما هو معتاد، ونسمع من كل طفل ما هو شعور الطفل بهذه اللعبة، تقسم الهدايا على الجميع بالتساوي، وهي هدايا رمزية تتمثل في أقلام تلوين، ونخبرهم أنها جوائز على حسن تصرفهم، نشكرهم على حسن تعاونهم ونخبرهم أنها آخر جلسة، ونودع بعضنا البعض على أمل اللقاء.



4. إجراءات الدراسة الأساسية:

1.4 أهداف الدراسة الأساسية:

- تطبيق أدوات الدراسة والمتمثلة في: مقياس بيركس لتقدير السلوك، ومقياس فرط النشاط الحركي، وقصور الانتباه، والعدوانية عند الأطفال، على تلاميذ مدرسة الشهيد درقاوي بكرة للأطفال المعوقين سمعياً بمدينة غليزان.

- اختيار أفراد دراسة الحالة من بين تلاميذ المدرسة الذين يعانون من فرط النشاط الحركي والعدوانية.
- تطبيق البرنامج العلاجي للتكفل بالأطفال محل الدراسة.
- اختبار فرضيات الدراسة.

2.4 الحدود الزمانية والمكانية للدراسة الأساسية:

أجريت الدراسة الأساسية خلال الموسم الدراسي 2020/2019 بداية من شهر سبتمبر إلى

غاية شهر فيفري 2020، بمدرسة الشهيد درقاوي بكرة للأطفال المعوقين سمعياً بمدينة غليزان.

3.4 خصائص عينة الدراسة الأساسية:

تضم مدرسة الشهيد درقاوي بكرة 92 طفلاً معاقاً سمعياً متمدرساً، من كلا الجنسين تتراوح

أعمارهم بين 05 و 16 سنة في أطوار تعليمية هي:

- قسمي سنة أولى وسنة ثانية تنطبق: وهي أقسام تتبع برنامجاً تأهلياً خاصاً بالإعاقة السمعية.

- أقسام السنة الأولى إلى السنة الخامسة ابتدائي: تخضع لبرنامج وزارة التربية الوطنية.

- أقسام السنة الأولى متوسط إلى غاية السنة الثالثة متوسط، هؤلاء التلاميذ خصصت لهم قاعات بالمدرسة.

وبخصوص تلاميذ السنة الرابعة متوسط والبالغ عددهم 06 تلاميذ فهم يدرسون في قسم خاص بإحدى متوسطات مدينة غليزان. أما الأطفال زارعي القوقعة والبالغ عددهم 04 فقد أدمجوا في مدرسة ابتدائية مع الأطفال السامعين، لهذا لم يتم احتسابهم في العدد الإجمالي للتلاميذ ولم يطبق عليهم المقياسان، ونظرا للغيابات المتكررة لبعض التلاميذ، وأثناء تطبيق المقاييس، خلصت العينة إلى 71 تلميذا معوقا سمعيا، كانت خصائصهم كما يلي:

جدول رقم (10): توزيع العينة الأساسية حسب العمر الزمني

النسبة المئوية	العدد	الفئة العمرية
02.82 %	02	5 سنوات
32.39 %	23	من 6 سنوات إلى 8 سنوات
32.39 %	23	من 9 سنوات إلى 12 سنة
32.39 %	23	من 13 سنة إلى 16 سنة
100 %	71	المجموع

نلاحظ من خلال الجدول رقم (10) الخاص بتوزيع عينة الدراسة الأساسية حسب العمر الزمني، أن العينة معتدلة من حيث التكوين، إذ يتوزع الأطفال بنفس العدد في كل المراحل العمرية، عدا مرحلة الطفولة الأولى حيث بلغ عددهم اثنان فقط.

جدول رقم (11): توزيع العينة حسب الجنس

النسبة المئوية	العدد	الجنس
61.97 %	44	ذكور
38.03 %	27	إناث
100 %	71	المجموع

يتبين من الجدول رقم (11) الخاص بتوزيع العينة الأساسية حسب الجنس، أن نسبة الذكور في المدرسة تفوق نسبة الإناث، إذ نجد أن ما يفوق 61% من أطفال المتدرسين هم من الذكور.

جدول رقم (12): توزيع العينة حسب درجة الإعاقة السمعية<sup>4</sup>

النسبة المئوية	العدد	درجة الإعاقة السمعية
5.63 %	04	خفيفة أقل من 40 ديسيبل (dB)
8.45 %	06	متوسطة 40 - 70 ديسيبل (dB)
16.90 %	12	حادة 70 - 90 ديسيبل (dB)
69.01 %	49	عميقة 90 - 110 ديسيبل (dB)
% 100	71	المجموع

ما يمكن ملاحظته من خلال الجدول رقم (12) أن ما يفوق نسبة 69% من العينة الأساسية هم من ذوي الإعاقة السمعية العميقة، تليها الإعاقة السمعية الحادة، ما يعني أن جل أطفال المدرسة هم من الأطفال الصم وليسوا من ذوي الإعاقة السمعية الخفيفة.

جدول رقم (13): توزيع العينة حسب نوع الإقامة (داخلي ونصف داخلي)

النسبة المئوية	العدد	نوع الإقامة
%56.34	40	داخلي
%43.66	31	نصف داخلي
% 100	71	المجموع

<sup>4</sup> من خلال الجدول نلاحظ أن أكثر من نصف التلاميذ هم من الأطفال الصم ذوو الإعاقة السمعية العميقة.

ما يمكن ملاحظته من خلال الجدول رقم (13) أن ما يفوق نصف التلاميذ هم داخليون، بمعنى أنهم يلتحقون بالمدرسة من صباح يوم الأحد ويغادرونها يوم الخميس، و نسبة 43.66 % هم نصف داخليين، بمعنى يداومون من الساعة الثامنة صباحا ويغادرون بانتهاء الفترة المسائية.

#### 4.4 دراسة الحالات:

بعد الانتهاء من تطبيق مقياس بيركس لتقدير السلوك، وبعد تطبيق مقياس فرط النشاط الحركي وقصور الانتباه، بينت النتائج أن مجموعة كبيرة من الأطفال الأصم تعاني من اضطرابات انفعالية وسلوكية مختلفة وبدرجات متباينة، كما أظهرت نفس النتائج أن الأطفال الصم يعانون وبدرجات متفاوتة من اضطراب فرط النشاط الحركي المصحوب بتشتت الانتباه والعدوانية، وعلى هذا الأساس تم اقتراح برنامج علاجي معرفي سلوكي موجه للتخفيف من حدة فرط النشاط الحركي وقصور الانتباه، والعدوانية، والتكفل بمجموعة أطفال صم بلغ عددهم سبع (07) حالات كانت نتائجهم مرتفعة على المقياس، ونظرا لضيق القاعة التي سيتم تطبيق العلاج فيها، ونظرا لقلّة الإمكانيات المادية والبشرية، تم الاكتفاء بهؤلاء الأطفال السبعة كحالات للدراسة.

ننوّه إلى أن جمع البيانات الخاص بالحالات قد اختلف من حالة إلى أخرى، حسب ما استطعنا التوصل إليه، فبعض الحالات كانت بياناتها متوفرة سواء لدى النفسانية العيادية، أو من خلال ملف التلميذ.

## الفصل السابع: دراسة الحالات

1. دراسة الحالة الأولى

2. دراسة الحالة الثانية

3. دراسة الحالة الثالثة

4. دراسة الحالة الرابعة

5. دراسة الحالة الخامسة

6. دراسة الحالة السادسة

7. دراسة الحالة السابعة

## دراسة الحالة الأولى

تقديم الحالة:

الاسم: نصر الدين

السن: 12 سنة

الرتبة بين الإخوة: الثالث

عدد الإخوة: 03 (02 إناث و 01 ذكر)

الإعاقة السمعية في الأسرة: هو المعاق الوحيد

نوع الإعاقة السمعية: عميقة

نوع الإقامة بالمدرسة: داخلي

ونسبة الذكاء = 58.33 (ضعف عقلي بسيط)

المستوى الدراسي: الرابعة ابتدائي

السيمائية العامة للحالة:

نصر الدين طفل ذو 12 سنة يعيش حالة قلق مصحوبة بعدوانية ونشاط حركي زائد، متوسط القامة والبنية، أسود الشعر، عيناه بنيتان، هدامه مرتب نوعا ما، يعاني من إعاقة حسية سمعية عميقة مع غياب تام للغة، يعبر عن أفكاره بالحركة، لديه نظرة مباشرة، ملامحه تعبر عن حالة انفعالية مستقرة أحيانا بداية الأسبوع، وحزينة أحيانا أخرى، لرفضه غير المصرح للإقامة بالمدرسة، نشيط، غير أنه غير منضبط في القسم، لا يكثر للدراسة رغم مستواه الجيد، لا يهتم لتعليمات المعلمين، خاصة معلمة اللغة العربية ما يعيق عملية التواصل وبالتالي شكوى دائمة من طرف هذه الأخيرة. يستعمل الهروب كآلية دفاعية خلال حصص الدرس، علاقته بزملائه غير مستمرة ومتذبذبة.

## التاريخ النفسي والاجتماعي للحالة:

تم إجراء المقابلات مع النفسانية العيادية للمدرسة، بهدف معرفة التاريخ النفسي والاجتماعي للحالة، بعدما تعذر التواصل مع الوالدين، كما تم الاطلاع على الملف الطبي، والملف البيداغوجي للطفل.

نصر الدين طفل عمره 12 سنة، يعيش في أسرة مكونة من الأب والأم، وثلاث إخوة (02 إناث و01 ذكر)، كلهم غير معوقين سمعياً ما يجعل نصر الدين المعوق الوحيد في الأسرة والعائلة.

ولد الحالة من حمل مرغوب فيه، في ظروف غير طبيعية حيث عانت الأم من الحمى خلال الطور للحمل، بعد الميلاد أصيب الطفل بحمى في السنة الأولى من عمره ودخل في غيبوبة دامت ستة أيام بسبب جلطة دماغية، دخل على إثرها إلى المستشفى لمد شهرين أجرى بعدها عملية جراحية على مستوى الدماغ، الفطام كان ببلوغ الحالة ثلاث سنوات. علاقة الطفل بأمه قوية وجيدة غير أن إعاقته السمعية أثرت عليها بحسب قولها "أنا نصر الدين عطاءه لي ربي، الحمد لله"، حماية الأم المفرطة لابنها خلقت ضعفاً في شخصيته، وهذا ما يظهر من خلال تواصله وتفاعله مع عناصر المحيط الخارجي، لا سيما المحيط المدرسي كوسط بديل للأسرة. أما عن علاقته بأبيه وإخوته فهي علاقة جيدة يسودها التفاعل الإيجابي.

ذكرت الأم، بحسب ما قالتها النفسانية العيادية في مقابلات كانت قد أجرتها معها سابقاً، أن الطفل كان يقضي معظم وقته مع أخواله في بيت جده لأمه، وكثيراً ما كان يشتغل معهم في السوق: "نصرو كان متربي مع خاوتي، يبيع ويشري معاهم في المرشي"، أصبح الطفل يتصرف كالراشدين وكأنه شخص بالغ، وبعد دخوله للمدرسة حرم من مصاحبة أخواله، الأمر الذي أثر على سلوكه.

## الحالة الراهنة:

نصر الدين طفل معاق سمعياً، إعاقته عميقة وهو فاقد للغة تماماً، نظرته مباشرة وملامحه معبرة، يستعمل الإشارة في تواصله، يتحرك كثيراً لدرجة أنه يزجج معلميه داخل القسم، عدوانيته ظاهرة، لفظية وجسدية اتجاه أقرانه، يعتمد إزعاج المشرفين عليه ووصل به الحال إلى محاولة ضرب العمال بالمدرسة، كما سبق وضرب مربية الفترة الليلية.

الاتصال بالحالة كان سهلاً، حب الاستطلاع لديه سمح بالتقرب منه وخاصة أن علاقة التلاميذ بالأخصائية النفسية جيدة، ما سهل تواصلنا بالحالة. ومن خلال المقابلات التي أجريت مع المعلمين، ومن خلال الملاحظة المباشرة للحالة واستناداً لما ذكرته النفسانية العيادية اتضح أن الطفل نصر الدين تظهر عليه أعراض دالة على وجود اضطرابات انفعالية وسلوكية، وبعد تطبيق مقياس بيركس لتقدير السلوك كانت النتائج كما يوضحها الجدول رقم (14).

### جدول رقم (14): نتائج القياس القبلي لمقياس بيركس لتقدير السلوك (الحالة الأولى)

المقياس الفرعي	الدرجة المتحصل عليها	الدرجة الكلية للمقياس الفرعي
01	05	25
02	09	25
03	06	30
04	07	30
05	19	35
06	05	25
07	05	25
08	12	35
09	20	25
10	20	25
11	25	25



40	08	ضعف الاتصال بالواقع	12
25	13	ضعف الشعور بالهوية	13
35	22	الإفراط في المعاناة	14
25	20	الضعف في ضبط مشاعر الغضب	15
25	24	المبالغة في الشعور بالظلم	16
30	29	العُدوانية الزائدة	17
25	24	العناد والمقاومة	18
40	32	ضعف الانصياع الاجتماعي	19

حسب ما أظهرته نتائج القياس القبلي لمقياس بيركس لتقدير السلوك فقد تحصل الطفل على درجات متفاوتة في فقرات المقياس، غير أن الأمر البارز هو حصوله على درجات مرتفعة في: ضعف الانتباه-الضعف في ضبط مشاعر الغضب-المبالغة في الشعور بالظلم-العُدوانية الزائدة-العناد والمقاومة-ضعف الانصياع الاجتماعي.

كما تم تطبيق مقياس فرط النشاط الحركي وقصور الانتباه والعُدوانية وهذا بغرض رصد السلوكيات الدالة على وجود هذا الاضطراب لدى الطفل، وجاءت النتائج كما يوضحها الجدول.

جدول رقم (15): نتائج القياس القبلي لمقياس فرط النشاط الحركي وقصور الانتباه والعُدوانية (الحالة الأولى)

الدرجة الكلية للمقياس الفرعي	الدرجة المتحصل عليها	المقياس الفرعي	
27	21	ضعف الانتباه	01
27	26	النشاط الزائد	02
66	59	العُدوانية	03

من خلال نتائج الجدول رقم (15) تبين أن الطفل تحصل على درجات مرتفعة تدل على وجود ضعف الانتباه والنشاط الزائد والعُدوانية بمستوى مرتفع.

بناءً على نتائج المقابلات، والملاحظة المباشرة، ونتائج شبكة الملاحظة والمتمثلة في مقياس بيركس لتقدير السلوك، ونتائج مقياس فرط النشاط الحركي وقصور الانتباه والعدوانية، (ملاحظات المعلمين لأكثر من 6 أشهر حسب ما أشار DSM4 و DSM5 إلى ذلك فإن الطفل بحاجة إلى تكفل نفسي، وعليه سيتم إدماجه مع الحالات التي ستخضع للبرنامج العلاجي المعرفي السلوكي المقترح للتخفيف من فرط النشاط الحركي وقصور الانتباه والعدوانية

استجابات الطفل على بعض محاور البرنامج العلاجي:

#### - الجلسة الأولى: جلسة التعارف

تم التواصل بشكل طبيعي مع الطفل في أولى جلسات العلاج، عرف بنفسه، ولم نجد منه معارضة، وكان تفاعله إيجابياً مع بقية الأطفال، فهو يعرف معظمهم، بحكم أن عدد التلاميذ بالمدرسة غير كبير، ولأنه داخلي، وجد اللقاء فرصة للخروج من روتين الدراسة.

#### - الجلسة الثانية: استبصار الأطفال بالسلوكيات المرغوب فيها وتلك غير المرغوب فيها.

في هذه الجلسة، والمخصصة لعرض الصور للسلوكيات المرغوبة وتلك غير المرغوبة، أبدى الطفل استعداداً للمشاركة، غير أنه كان مفرط الحركة، ومندفع، يجيب دون استئذان، وينزعج إن سبقه آخر بالإجابة، وكان الغضب يبدو جلياً على تعابير وجهه، أفهمناه أنه لكي تعطى له فرصة الإجابة عليه أن يرفع أصبعه أولاً، لم يكثرث للتوجيهات وراح يواصل سلوكه المندفع.

#### - الجلسة الثالثة: الاستبصار بالمعاملات الصحيحة (موضوع القصة: الظلم)

أثناء عرض قصة "الظلم" ذكر الطفل أنه هو كذلك يتعرض للظلم، وأن معلمته تشكو منه لا لشيء، وعندما سأله، إن كان مواظباً على واجباته المدرسية، تبسم ثم ضحك، فأفهمناه أن العقوبة

التي يتعرض لها ليست ظلما، وإنما هي عقاب على عدم إنجاز الواجبات المدرسية. في هذه الجلسة كان الطفل دائم التملل، والحركة. وقد فرح كثيرا بعدما تلقى هديته.

- الجلسة الرابعة: الاستبصار بالمعاملات الصحيحة (موضوع القصة: رفض الاعتداء)

بدأ الطفل هادئا نوعا ما، بعد الملاحظات التي وجهناها له في الجلسات السابقة، وقد أظهر اهتماما بموضوع الجلسة، لكنه بين الحين والآخر كان يتململ، ويلتفت حوله، ويغمز لزملائه.

شارك في المناقشة والمحاضرة، وتجاوب مع أبطال القصة، وبدأ متحمسا للجلسات القادمة.

- الجلسة الثامنة: الاستبصار بالمعاملات الصحيحة (موضوع القصة: غرباء من الفضاء

الخارجي)

أبدى الطفل استعدادا لذكر ما حدث معه من موقف قبل الجلسة، جعله يساند زميله، وكان سعيدا بأنه تحلى بروح الفريق، وهو الذي كان الكل يشتكي منه، سمعنا قصته وشجعناه بالتصفيق، وأهدينا له هدية رمزية كتعزيز لموقفه الإيجابي.

- الجلسة الحادية عشرة: إعادة صياغة المشكلة من خلال نموذج المسرح (سرد حدث سعيد أو

حزين وتمثيله)

في هذه الجلسة، اختار الطفل أن يسرد لنا حدثا حزينا، وكان حول فراقه عن أخواله والتحاقه بالمدرسة، فقد ذكر أنه كان يفضل لو أنه بقي يشغل مع أخواله، وأن بقاءه بالمدرسة طيلة الأسبوع أمر لا يرغب فيه، سألناه عن سبب رفضه للإقامة في المدرسة؟ وعن الأمر الذي كان يشده للبقاء مع أخواله رغم أنهم أكبر منه في السن، وهو لا يزال صغيرا؟ فأجاب أنه يحب أن يكون مع الكبار، وأن تواجهه بالمدرسة يحد من نشاطه وحركته، ويبدو من خلال كلامه أنه لم يصاحب أقرانا في مثل سنه، وأن عملية الانتقال للتقمص لم تكن إيجابية، ما جعله يرفض المحيط المدرسي كوسط بديل لمحيط الأسرة الذي عاش فيه، مع جدته وأخواله. بعد الاستماع إليه، بدأت المناقشة، ذكرنا أن المدرسة لا

تحد من نشاط الفرد بل تهذب هذا النشاط، وهي مكان نتعلم فيه، ونتعرف فيه على أصدقاء في مثل  
عمرنا.

بعد تطبيق البرنامج العلاجي، تم إعادة تطبيق مقياس فرط النشاط الحركي، وقصور الانتباه  
والعدوانية بهدف معاينة التغيرات التي طرأت على سلوكيات الطفل، وكانت النتائج كما يلي.

جدول رقم (16): نتائج القياس البعدي لمقياس فرط النشاط الحركي وقصور الانتباه والعدوانية (الحالة الأولى)

المقياس الفرعي	الدرجة المتحصل عليها	الدرجة الكلية للمقياس الفرعي
01	ضعف الانتباه	27
02	النشاط الزائد	27
03	العدوانية	66

#### استنتاج عام عن الحالة:

من خلال النتائج المستخلصة من المقابلات، ومن تحليل التاريخ النفسي والاجتماعي للحالة،  
ونتائج شبكة الملاحظة المتمثلة في مقياس بيركس لتقدير السلوك، ونتائج القياس القبلي لمقياس فرط  
النشاط الحركي، وقصور الانتباه والعدوانية، وبعد تطبيق البرنامج العلاجي الموجه للتخفيف من حدة  
فرط الحركة وتشبت الانتباه والعدوانية، والمتضمن تقنيات العلاج المعرفي السلوكي على الطفل نصر  
الدين تم استنتاج ما يلي:

نصر الدين طفل معاق سمعياً، إعاقته عميقة، وهو فاقد للغة تماماً، نظرتة مباشرة وملامحه  
معبرة، يستعمل الإشارة في تواصله، كان يتحرك كثيراً لدرجة أنه كان يزعم معلميه داخل القسم، وكانت  
عدوانيته ظاهرة، لفظية وجسدية اتجاه أقرانه، كثيراً ما كان يتعمد إزعاج المشرفين عليه ووصل به  
الحال إلى أنه حاول ضرب عامل من عمال بالمدرسة، كما سبق وضرب مربية الفترة الليلية.

نتائج الطفل على مستوى شبكة الملاحظة أظهرت أنه يعاني من اضطرابات انفعالية وسلوكية مختلفة وبدرجات متفاوتة، كما أظهرت نتائج مقياس فرط النشاط الحركي، وقصور الانتباه والعدوانية، أن الطفل يعاني من الاضطراب ما أثر على نتائجه الدراسية.

الطفل كان رافضا الالتحاق بالمدرسة، وكان يشعر أنه مضطهد من قبل أمه، وقد صرّح بهذا، حسب ما ذكره الأب، لم يعايش أقرانه من الأطفال، بل راح يبحث عن مجموعة ينتمي إليها وسط الكبار، فاتخذ من أحواله أصدقاء له، غير أن عملية الانتقاء للتقصص لم تكن إيجابية، ومع غياب التوجيه السلوكي، أصبح الطفل عنيدا وعدوانيا أكثر، ولا يكثر للنظام الداخلي ولا لضوابط المحيط المدرسي.

بعد التكفل بالحالة، تجاوب الطفل مع العلاج، وبدى إيجابيا من أول جلسة، حيث كان الاتصال به سهلا، وقد كان متحفظا في البداية، ومع استمراره في حضور للجلسات، واتباع التوجيهات أظهر تحسنا في سلوكياته خاصة فرط الحركة والتملل، والعدوانية. وأصبحت مشاركاته فعالة وإيجابية، ولم يتغيب عن جلسات العلاج، حتى أنه أصبح أكثر هدوء وتركيزا، واهتماما. وقد أظهرت نتائج التطبيق البعدي على مقياس فرط النشاط الحركي وقصور الانتباه والعدوانية، تحسنا ملحوظا مقارنة بسابقتها في القياس القبلي، وعليه يمكننا القول أن البرنامج العلاجي فعال في التخفيف من حدة فرط النشاط الحركي، وقصور الانتباه والعدوانية لدى الطفل.

## دراسة الحالة الثانية

تقديم الحالة:

الاسم: عائشة

السن: 10 سنوات

الرتبة بين الإخوة: الأولى

عدد الإخوة: 01 ذكر

الإعاقة السمعية في الأسرة: هي المعاقة الوحيدة

نوع الإعاقة السمعية: عميقة

نوع الإقامة بالمدرسة: نصف داخلي

المستوى الدراسي: الثالثة ابتدائي ونسبة ذكاء = 87.80 (على حدود الضعف العقلي)

السيمائية العامة للحالة:

عائشة طفلة ذات 10 سنوات تعيش حالة قلق مصحوبة بعدوانية ونشاط حركي زائد، متوسطة القامة، شعرها أسود، عيناها بنيتان، هندامها مرتب، تعاني من إعاقة حسية سمعية عميقة مع غياب تام للغة، تعبر بالحركة، خاصة بإيماءات الوجه. بداية الأسبوع ومع استئناف الدراسة نلاحظ أن الحالة النفسية للطفلة تتأرجح بين الاستقرار النفسي، والاضطراب الانفعالي، نتيجة للجو الأسري الذي يتميز، بحسب ما ذكرته الأم، اضطراب العلاقة بين الوالدين، وهذا راجع للاختلاف في طريقة رعاية الأبناء خاصة الطفلة عائشة، فالأب مفرط الحماية والأم صارمة، ما نتج عنه اختلال في التوازن النفسي للطفلة التي تميل لأبيها أكثر من أمها، وهذا طبعا أوجد لديها صعوبة في الانضباط، واحترام معايير القسم باعتباره محيطا أو مكانا محدودا.

## التاريخ النفسي والاجتماعي للحالة:

تم إجراء المقابلات مع الأخصائية النفسية للمدرسة بهدف معرفة التاريخ النفسي والاجتماعي

للحالة بعدما تعذر التواصل مع الوالدين، وكل المعلومات موثقة في ملف الطفلة الطبي والبيداغوجي.

عائشة طفلة ذات 10 سنوات تعيش في أسرة مكونة من الأب والأم وأخ يصغرها في السن، لا

تتحدث عنه كثيرا، وهي الوحيدة المعاقة سمعيا في أسرتها، إعاقتها جعلتها تتلقى حماية مفرطة من

أبيها، ومعاملة صارمة من طرف الأم ما ولد لديها اختلالا في التوازن النفسي.

تسعى الطفلة من خلال تفاعلها مع زملائها إلى خلق علاقات صداقة، ومن خلال الملاحظة

الميدانية تبين أنها غير مستقرة في اللعب الجماعي، فسرعان ما تنفرد بلعبة وتتملكها أو تنسحب

لتلعب بمفردها في الفضاء الواسع (ساحة المدرسة).

## الحالة الراهنة:

عائشة طفلة معاقة سمعيا، إعاقتها عميقة، وهي فاقدة للغة تماما، تعيش حالة من عدم

الاستقرار النفسي والانفعالي، فكثيرا ما تجهش بالبكاء والصراخ خاصة عندما تغضب.

يشتكى المعلمون من الطفلة، بسبب ازعاجها الناتج عن فرط حركتها، والذي يؤثر على استقرار

الفوج داخل القسم، وحتى من بعض سلوكياتها العدوانية من حين لآخر، فهي كثيرا ما تضرب زميلتها

التي تجلس إلى جانبها وتزعجها أثناء الدرس، وتنتقل من مكان إلى آخر وتتحجج بأنها تريد رمي

شيء، دون استئذان ودون اعتبار لمعايير النظام الداخلي داخل حجرة الدراسة، ما تسبب في تراجع

مستواها الدراسي.

بحسب ما ذكرته الأم في مقابلة سابقة مع الاخصائية النفسية أن عائشة لم تكن لديها علاقات مع أقرانها من الأطفال ولم تكن تغادر البيت حتى سن الخامسة، وفجأة وجدت نفسها في محيط تحكمه ضوابط، ألا وهو المدرسة، دون أن تمر بالفضاء الواسع (فضاء اللعب خارج المنزل)، لدى الطفلة طاقة لم تصرف في وقتها وفي مجالها. وباعتبارها معاقة سمعياً أهمل الوالدان تصحيح أخطائها وتوجيه سلوكها، ما نتج عنه حرية في التصرف والعشوائية وهذا لا يتلاءم وجو المدرسة المضبوط بمعايير، خاصة خلال حصص الدرس، ما أثر على طريقة استيعابها للمعطيات، وبالتالي أدى على تراجع مستواها الدراسي. تميل الطفلة إلى اللعب الحر ولكنها سرعان ما تمل وتنتقل إلى لعب آخر.

الاتصال بالحالة لم يكن سهلاً، فهي دائمة الحركة والتنقل، وبمساعدة النفسانية العيادية، استطعنا التقرب منها وكسب بعض من ثقته.

من خلال المقابلات التي أجريت مع المعلمين، ومن خلال الملاحظة المباشرة للحالة واستناداً لما ذكرته الاخصائية النفسية اتضح أن الطفلة عائشة تظهر عليها أعراض دالة على وجود اضطرابات انفعالية وسلوكية، وبعد تطبيق مقياس بيركس لتقدير السلوك كانت النتائج كما يوضحها الجدول التالي:

جدول رقم (17): نتائج القياس القبلي لمقياس بيركس لتقدير السلوك (الحالة الثانية)

المقياس الفرعي	الدرجة المتحصل عليها	الدرجة الكلية للمقياس الفرعي
01	14	25
02	14	25
03	13	30
04	14	30
05	13	35
06	09	25



25	11	ضعف التآزر الحركي	07
35	16	انخفاض القدرة العقلية	08
25	10	الضعف الأكاديمي	09
25	20	ضعف الانتباه	10
25	20	ضعف القدرة على ضبط النشاط	11
40	25	ضعف الاتصال بالواقع	12
25	14	ضعف الشعور بالهوية	13
35	16	الأفراط في المعاناة	14
25	25	الضعف في ضبط مشاعر الغضب	15
25	20	المبالغة في الشعور بالظلم	16
30	25	العنوانية الزائدة	17
25	18	العناد والمقاومة	18
40	22	ضعف الانصياع الاجتماعي	19

حسب ما أظهرته نتائج القياس القبلي لمقياس بيركس لتقدير السلوك فقد تحصل الطفلة على درجات متفاوتة في فقرات المقياس، غير أن الأمر البارز هو حصوله على درجات مرتفعة في: ضعف الانتباه-الضعف في ضبط مشاعر الغضب-المبالغة في الشعور بالظلم-العنوانية الزائدة-العناد والمقاومة-ضعف الانصياع الاجتماعي.

كما تم تطبيق مقياس فرط النشاط الحركي وقصور الانتباه والعنوانية وهذا بغرض رصد السلوكيات الدالة على وجود الاضطراب لدى الطفلة، وجاءت النتائج كما يوضحها الجدول.

جدول رقم (18): نتائج القياس القبلي لمقياس فرط النشاط الحركي وقصور الانتباه والعنوانية (الحالة الثانية)

الدرجة الكلية للمقياس الفرعي	الدرجة المتحصل عليها	المقياس الفرعي	
27	21	ضعف الانتباه	01
27	23	النشاط الزائد	02
66	52	العنوانية	03

من خلال نتائج الجدول رقم (18) تبين أن الطفلة تحصل على درجات مرتفعة تدل على وجود ضعف الانتباه والنشاط الزائد والعدوانية بمستوى مرتفع.

وبناء على نتائج المقابلات، والملاحظة المباشرة، ونتائج شبكة الملاحظة والمتمثلة في مقياس بيركس لتقدير السلوك، ونتائج مقياس فرط النشاط الحركي وقصور الانتباه والعدوانية، (ملاحظات المعلمين لأكثر من 6 أشهر حسب ما أشار DSM4 و DSM5) فإن الطفلة بحاجة إلى تكفل نفسي، وعليه سيتم إدماجها مع الحالات التي ستخضع للبرنامج العلاجي المعرفي السلوكي المقترح للتخفيف من فرط النشاط الحركي وقصور الانتباه والعدوانية.

استجابات الطفلة على بعض محاور البرنامج العلاجي:

- الجلسة الأولى: جلسة التعارف

كان التواصل مع الطفلة صعبا نوعا ما في أولى الجلسات، فهي لم تلتحق بمكتب العيادية النفسانية إلا بعد إلحاح من هذه الأخيرة. دخلت إلى المكتب وهي مترددة، وأخذت تنظر حولها إلى الحاضرين، ابتسمت للبعض وعبرت بوجهها مستاءة من البعض الآخر.

بدأنا الجلسة بالتعارف، فعرفت بنفسي أولا، ثم طلبت من الحضور التعريف بأنفسهم، طبعاً فعلت النفسانية العيادية ذلك، وكذلك فعل المعلم الذي سيساعدنا في الترجمة إلى لغة الإشارة، أخذ الأطفال يضحكون، ثم بدأ كل طفل يعرف بنفسه، وعندما جاء الدور على الحالة، وجدناها تركت مكانها وأخذت تتجول في المكتب، طلبنا منها الجلوس وعدم تكرار هذا السلوك، ثم أعدنا عليها الطلب بأن تعرف بنفسها، فذكرت اسمها، والقسم الذي تدرس فيه، وأشارت لبعض الأطفال الحاضرين بأنهم أصدقاءها.

- الجلسة الثانية: استبصار الأطفال بالسلوكيات المرغوب فيها وتلك غير المرغوب فيها.

في هذه الجلسة، والمخصصة لعرض الصور للسلوكيات المرغوبة وتلك غير المرغوبة، لم تبد  
الطفلة أي استعداد للمشاركة، وراحت تتجول في المكتب وتتججج في كل مرة. انتبهنا لها ولم نرد  
معاتبتها، بل تركناها تفعل ما، ولم نغفل عنها، بدأنا بعرض الصور للسلوكيات غير المرغوبة، وراح  
الأطفال يشاهدون الصور، وعلقوا عليها، ناقشنا تأثير تلك السلوكيات على الفرد وعلى المحيطين به،  
ثم جاء دور الصور التي تشير للسلوكيات الإيجابية، وهنا ركزت الطفلة مع العرض، بعدما لاحظت أن  
جميع الأطفال يشاركون ما عدا هي.

#### - الجلسة الرابعة: الاستبصار بالمعاملات الصحيحة (موضوع القصة: رفض الاعتداء)

التحقت الطفلة بالجلسة وجلست وهي تتململ وتنظر يمنا ويسرى، وعندما بدأ عرض القصة  
طلبنا منها أنها إذا كانت ترغب في المشاركة فعليها أن تبقى هادئة، وإلا فستحرم من المشاهدة،  
امتعضت معبرة بوجهها وبقيت جالسة تشاهد كما الأطفال، لم تشارك في المناقشة، بل راحت تزعج من  
كان جالسا إلى جانبها، قمنا بتغيير مكانها بعدما اشتكى منها، وبحزم طلبنا منها أن تتصرف كالأطفال  
الآخرين الذين يتابعون بهدوء.

#### - الجلسة الخامسة: الاستبصار بالمعاملات الصحيحة (موضوع القصة: في الصف)

كانت أحداث القصة تدور حول التزاحم الذي يحدث عادة في الصفوف، في هذه الجلسة بدت  
الطفلة مهتمة، وقد جلست هادئة، حتى أنها شاركت في المناقشة، وذكرت أن السلوكيات السلبية توقع  
صاحبها في المشاكل، صفتنا تشجيعا لها، وأثنينا على فهمها واستيعابها للسلوكيات غير المرغوب  
فيها، طلبنا منها أن تذكر لزملائها ما يجب فعله أثناء الصف، وقفت وشرحت لهم ما يجب فعله من  
سلوكيات حسنة. انتهت الجلسة وكانت الطفلة مسرورة بمشاركة.

#### - الجلسة الرابعة عشرة: إعادة صياغة المشكلة من خلال رسم قصة وتمثيلها

في هذه الجلسة كان على الأطفال رسم قصة في السبورة وتمثيلها، غير أن الطفلة راحت ترسم لوحدها ولم تشارك الآخرين، لم تزعجهم، واهتمت برسمها، لم نرغمها على المشاركة وانتظرنا حتى انتهت من الرسم، وطلبنا منها أن تمثل ما رسمت، أخذت تتحرك وهي تشير بيديها، تابعتها وصفقتنا، ثم طلبنا منها أن تتابع هي الأخرى القصة التي رسمها الأطفال الآخرون، وفعلنا جلست وراحت تتابع تمثيلهم.

بعد تطبيق البرنامج العلاجي، تم إعادة تطبيق مقياس فرط النشاط الحركي، وقصور الانتباه والعدوانية بهدف معاينة التغيرات التي طرأت على سلوكيات الطفلة، وكانت النتائج كما يلي.

جدول رقم (19): نتائج القياس البعدي لمقياس فرط النشاط الحركي وقصور الانتباه والعدوانية (الحالة الثانية)

المقياس الفرعي	الدرجة المتحصل عليها	الدرجة الكلية للمقياس الفرعي
01	ضعف الانتباه	27
02	النشاط الزائد	27
03	العدوانية	66

#### استنتاج عام عن الحالة:

من خلال النتائج المستخلصة من المقابلات، ومن تحليل التاريخ النفسي والاجتماعي للحالة، ونتائج شبكة الملاحظة المتمثلة في مقياس بيركس لتقدير السلوك، ونتائج القياس القبلي لمقياس فرط النشاط الحركي، وقصور الانتباه والعدوانية، وبعد تطبيق البرنامج العلاجي الموجه للتخفيف من حدة فرط الحركة وتشنت الانتباه والعدوانية، والمتضمن تقنيات العلاج المعرفي السلوكي على الطفل عائشة تم استنتاج ما يلي:

عائشة طفلة ذات 10 سنوات كانت تعيش حالة قلق مصحوبة بعدوانية ونشاط حركي زائد، إعاقته جعلتها تتلقى حماية مفرطة من الأب، ومعاملة صارمة من طرف الأم، ما ولد لديها اختلالاً في التوازن النفسي.

كانت الطفلة تسعى من خلال تفاعلها مع زملائها إلى خلق علاقات صداقة، ومن خلال الملاحظة الميدانية تبين أنها غير مستقرة في اللعب الجماعي، فسرعان ما كانت تنفرد بلعبة وتتملكها أو تنسحب لتلعب بمفردها في الفضاء الواسع (ساحة المدرسة).

كثيراً ما اشتكى المعلمون من الطفلة، بسبب ازعاجها الناتج عن فرط حركتها، والذي كان يؤثر على استقرار الفوج داخل القسم، وحتى من بعض سلوكياتها العدوانية من حين لآخر، فهي كثيراً ما كانت تضرب زميلتها التي تجلس إلى جانبها وترزعجها أثناء الدرس، وتنتقل من مكان إلى آخر وتتججج بأنها تريد رمي شيء، دون استئذان ودون اعتبار لمعايير النظام الداخلي داخل حجرة الدراسة، ما تسبب في تراجع مستواها الدراسي.

بحسب ما ذكرته الأم في مقابلة سابقة مع الاختصاصية النفسية أن عائشة لم تكن لديها علاقات مع أقرانها من الأطفال ولم تكن تغادر البيت حتى سن الخامسة، وفجأة وجدت نفسها في محيط تحكمه ضوابط، ألا وهو المدرسة، دون أن تمر بالفضاء الواسع (فضاء اللعب خارج المنزل)، لدى الطفلة طاقة لم تصرف في وقتها وفي مجالها.

بعد التكفل بالحالة، تجاوزت الطفلة مع العلاج، واجهتنا صعوبات في الجلسات الأولى، فقد كان الاتصال معها صعباً نوعاً ما، غير أن محاولاتنا لاحتوائها نجحت، ومع استمرارها في حضور الجلسات، واتباع التوجيهات أظهرت الطفلة تحسناً في سلوكياتها، خاصة فرط الحركة والتملل، والعدوانية. وأصبحت مشاركتها فعالة وإيجابية، ولم تتغيب عن جلسات العلاج، حتى أنها أصبحت أكثر هدوءاً

وتركيزاً، واهتماماً. وقد أظهرت نتائج التطبيق البعدي على مقياس فرط النشاط الحركي وقصور الانتباه والعدوانية، تحسناً ملحوظاً مقارنةً بسابقتها في القياس القبلي، وعليه يمكننا القول أن البرنامج العلاجي فعال في التخفيف من حدة فرط النشاط الحركي، وقصور الانتباه والعدوانية لدى الطفلة.

## دراسة الحالة الثالثة

تقديم الحالة:

الاسم: محمد

السن: 10 سنوات

الرتبة بين الإخوة: الأصغر

عدد الإخوة: 07 (02 إناث و05 ذكور)

الإعاقة السمعية في الأسرة: هو المعاق الوحيد

نوع الإعاقة السمعية: عميقة

نوع الإقامة بالمدرسة: داخلي

المستوى الدراسي: الأولى ابتدائي نسبة الذكاء = 72.32 (على حدود الضعف العقلي)

السيمائية العامة للحالة:

محمد طفل ذو 10 سنوات قصير القامة، أسود الشعر، عيناه بنيتان، هندامه غير مرتب وغير

نظيف، يعاني من إهمال من طرف الوالدين بسبب الحماية المفرطة، وغياب العناية في سن مبكر في

مرحلة ما قبل المدرسة.

لديه إعاقة حسية سمعية عميقة مع غياب تام للغة، تعبيره بالحركة، يعيش حالة قلق مصحوبة

بعذوانية ونشاط حركي زائد.

في البداية كان لديه رفض للمحيط المدرسي، فقد كان يبكي في كل مرة يحضر فيها للمدرسة

بسبب كثرة تعلقه بأسرته، وعدم تحضيره للاستقلالية عن الأم في فترة ما قبل المدرسة.

## التاريخ النفسي والاجتماعي للحالة:

تم إجراء المقابلات مع الأخصائية النفسية للمدرسة بهدف معرفة التاريخ النفسي والاجتماعي للحالة بعدما تعذر التواصل مع الوالدين، وكل المعلومات موثقة في ملف الطفل.

لم يحظ محمد بمرافقة والديه حقيقية فيما يخص إعاقته السمعية، وطبيعة التواصل الإيجابي، فهو لم يكتسب سبل المعاملة مع عناصر المحيط الخارجي بما في ذلك طريقة اللعب الجماعي، حيث يمارس هذا النشاط بعنف وعدوانية، خاصة في فترة المساء حين الالتحاق بالإقامة.

لم يزود الطفل محمد بعملية التأهيل الاجتماعي فهي تشكل لديه فراغا، لذا يغيب لديه الحكم الاجتماعي، ومع نقص التوجيه السلوكي تبقى طريقة تفاعله عدوانية.

هو مفرط الحركة خاصة داخل القسم في غياب عامل الضبط (المعلم) خلال حصص النشاطات الترفيهية بما في ذلك حصة النشاط البدني المكيف، وخلال حصة الأشغال اليدوية.

## الحالة الراهنة:

محمد طفل أصم بإعاقة سمعية عميقة، من أسرة مكونة من الأب والأم وسبعة إخوة جدهم ذكور، هو فاقد للغة تماما، تحصيله الدراسي ضعيف وقدراته محدودة، هدامه غير مرتب وغير نظيف، لا يهتم ولا يكثر للدراسة دائم الشكوى من الآخرين، يعاني من أعراض فرط الحركة، فهو كثير التنقل من مكان إلى آخر دون استئذان، ما يخلق جوا من التشويش داخل القسم، يزعج زملاءه ولا يركز مع معلميه، عدوانيته صريحة لفظية، وجسدية اتجاه زملاءه.

الاتصال بالحالة لم يكن سهلا، فهو كثير الحركة والتنقل، وبمساعدة النفسانية العيادية استطعنا التقرب منه وكسب ثقته.



من خلال المقابلات التي أجريت مع المعلمين، ومن خلال الملاحظة المباشرة للحالة واستنادا لما ذكرته الإحصائية النفسية اتضح أن الطفل محمد تظهر عليه أعراض دالة على وجود اضطرابات انفعالية وسلوكية، وبعد تطبيق مقياس بيركس لتقدير السلوك كانت النتائج كما يوضحها الجدول رقم (20).

جدول رقم (20): نتائج القياس القبلي لمقياس بيركس لتقدير السلوك (الحالة الثالثة)

الدرجة الكلية للمقياس الفرعي	الدرجة المتحصل عليها	المقياس الفرعي	
25	05	الأفراط في لوم النفس	01
25	09	الأفراط في القلق	02
30	08	الانسحابية الزائدة	03
30	13	الاعتمادية الزائدة	04
35	15	ضعف قوة الأنا	05
25	05	ضعف القوة الجسدية	06
25	09	ضعف التأزر الحركي	07
35	19	انخفاض القدرة العقلية	08
25	21	الضعف الأكاديمي	09
25	18	ضعف الانتباه	10
25	12	ضعف القدرة على ضبط النشاط	11
40	18	ضعف الاتصال بالواقع	12
25	06	ضعف الشعور بالهوية	13
35	10	الأفراط في المعاناة	14
25	17	الضعف في ضبط مشاعر الغضب	15
25	15	المبالغة في الشعور بالظلم	16
30	20	العذوانية الزائدة	17
25	11	العناد والمقاومة	18
40	30	ضعف الانصياع الاجتماعي	19

حسب ما أظهرته نتائج القياس القبلي لمقياس بيركس لتقدير السلوك فقد تحصل الطفل على درجات متفاوتة في فقرات المقياس، غير أن الأمر البارز هو حصوله على درجات مرتفعة في: ضعف الانتباه-الضعف في ضبط مشاعر الغضب-المبالغة في الشعور بالظلم-العدوانية الزائدة-العناد والمقاومة-ضعف الانصياع الاجتماعي.

كما تم تطبيق مقياس فرط النشاط الحركي وقصور الانتباه والعدوانية وهذا بغرض رصد السلوكيات الدالة على وجود الاضطراب لدى الطفل، وجاءت النتائج كما يوضحها الجدول.

جدول رقم (21): نتائج القياس القبلي لمقياس فرط النشاط الحركي وقصور الانتباه والعدوانية (الحالة الثالثة)

المقياس الفرعي	الدرجة المتحصل عليها	الدرجة الكلية للمقياس الفرعي
01	ضعف الانتباه	23
02	النشاط الزائد	20
03	العدوانية	55
		27
		66

من خلال نتائج الجدول رقم (21) تبين أن الطفل تحصل على درجات مرتفعة تدل على وجود ضعف الانتباه والنشاط الزائد والعدوانية بمستوى مرتفع.

وبناء على نتائج المقابلات، والملاحظة المباشرة، ونتائج شبكة الملاحظة والمتمثلة في مقياس بيركس لتقدير السلوك، ونتائج مقياس فرط النشاط الحركي وقصور الانتباه والعدوانية، (ملاحظات المعلمين لأكثر من 6 أشهر حسب ما أشار DSM4 و DSM5 فإن الطفل بحاجة إلى تكفل نفسي، وعليه سيتم إدماجه مع الحالات التي ستخضع للبرنامج العلاجي المعرفي السلوكي المقترح للتخفيف من فرط النشاط الحركي وقصور الانتباه والعدوانية.

استجابات الطفل على بعض محاور البرنامج العلاجي:

## - الجلسة الأولى: جلسة التعارف

تم التواصل بشكل صعب نوعا ما مع الطفل في أولى جلسات العلاج، وبدا رافضا للالتحاق بالمجموعة، وقد ساعدتنا النفسانية العيادية في التواصل معه، فقد كانت الوحيدة التي تستطيع توجيه واحتواء الأطفال بحكم تعاملها معهم، ومكوئها معهم طيلة اليوم، كما أنها تقوم بأدوار متعددة، إضافة إلى وظيفتها النفسية، ما جعل الأطفال يثقون بها.

## - الجلسة الثانية: استبصار الأطفال بالسلوكيات المرغوب فيها وتلك غير المرغوب فيها.

في هذه الجلسة، والمخصصة لعرض الصور للسلوكيات المرغوبة وتلك غير المرغوبة، أبدى الطفل استعدادا حذرا للمشاركة، وكان مفرط الحركة، حاول فرض سيطرته على النظام داخل القاعة، فبدأ يتململ ولا يعيرنا أي اهتمام، حتى أنه أزعج زملاءه بحركاته هذه، هنا وجب التدخل من طرفنا بأن أمرناه بالتوقف عن هذه السلوكيات، وأفهمناه بأنه وبهذا السلوك فهو يتبع النموذج السيء، صمت واستكان، وتوقف عن الحركة المفرطة، لم يشارك في المناقشة، غير أنه راح يتابع الصور المعروضة عن السلوكيات الإيجابية.

## الجلسة الثالثة: الاستبصار بالمعاملات الصحيحة (موضوع القصة: الظلم)

أثناء عرض قصة "الظلم" ذكر الطفل أنه هو كذلك يتعرض للظلم، وأن معلمته تشكو منه لا لشيء، وعندما سألناه، إن كان مواظبا على واجباته المدرسية، تبسم ثم ضحك، فأفهمناه أن العقوبة التي يتعرض لها ليست ظلما، وإنما هي عقاب على عدم إنجاز الواجبات المدرسية. في هذه الجلسة كان الطفل دائم التملل، والحركة. وقد فرح كثيرا بعدما تلقى هديته.

## - الجلسة الرابعة: الاستبصار بالمعاملات الصحيحة (موضوع القصة: رفض الاعتداء)

بدا الطفل هادئا نوعا ما بعد الملاحظات التي وجهناها له في الجلسات السابقة، وقد أظهر اهتماما بموضوع الجلسة، لكنه بين الحين والآخر كان يتململ، ويلتفت حوله، ويغمز لزملائه.

شارك في المناقشة والمحاضرة، وتجاوب مع أبطال القصة، وبدا متحمسا للجلسات القادمة.

- الجلسة السادسة: الاستبصار بالمعاملات الصحيحة (موضوع القصة: سلوك التقاسم)

كان موضوع القصة مناسباً للطفل، فهو كثيراً ما يزعج زملاءه ويدعي أنه مظلوم فيشتكي، وخلال الجلسة، وبعد العرض، بدأنا بسؤاله عن الشخصيات التي أعجبته، ولماذا، وكيف كان تصرفهم في المواقف التي واجهتهم، فبدأ الطفل يجيب وقد أدرك أن اختيار السلوك الصحيح هو ما يجب فعله، وأن الانفعال لا يحل المشاكل، بل على الأفراد الانتباه لسلوكياتهم التي قد تضر بالآخرين.

- الجلسة الحادية عشرة: إعادة صياغة المشكلة من خلال نموذج المسرح (سرد حدث سعيد أو

حزين وتمثيله)

في هذه الجلسة، اختار الطفل أن يسرد لنا حدثاً سعيداً، وكان حول لعبه في الساحة، فراح يذكر كيف أنه تغلب على منافسيه وغلبهم، هنا سألناه عن معنى الغلبة، فذكر أنه دائماً هو الفائز. خلال المناقشة شرحنا للأطفال أن الهدف من اللعب، خاصة اللعب الجماعي، هو المرح، والاستمتاع، وليس المنافسة العنيدة، لأن اللعب بعنف سيؤدي إلى أذية المشاركين، وسنخسر أصدقاءنا بذلك. كما وأن الساحة ملك للجميع وكذا الألعاب الموجودة بها، فهي للمشاركة والتقاسم.

بعد تطبيق البرنامج العلاجي، تم إعادة تطبيق مقياس فرط النشاط الحركي، وقصور الانتباه والعدوانية بهدف معاينة التغيرات التي طرأت على سلوكيات الطفل، وكانت النتائج كما يلي.

جدول رقم (22): نتائج القياس البعدي لمقياس فرط النشاط الحركي وقصور الانتباه والعدوانية (الحالة الثالثة)

المقياس الفرعي	الدرجة المتحصل عليها	الدرجة الكلية للمقياس الفرعي
01	12	27
02	10	27
03	40	66

## استنتاج عام عن الحالة:

من خلال النتائج المستخلصة من المقابلات، ومن تحليل التاريخ النفسي والاجتماعي للحالة، ونتائج شبكة الملاحظة المتمثلة في مقياس بيركس لتقدير السلوك، ونتائج القياس القبلي لمقياس فرط النشاط الحركي، وقصور الانتباه والعدوانية، وبعد تطبيق البرنامج العلاجي الموجه للتخفيف من حدة فرط الحركة وتشتت الانتباه والعدوانية على الطفل عائشة، تم استنتاج ما يلي:

محمد طفل ذو 10 سنوات كان يعيش حالة قلق مصحوبة بعدوانية ونشاط حركي زائد، يعيش وسط أسرة مكونة من الأب والأم وسبعة إخوة جلهم ذكور، هو فاقد للغة تماما، تحصيله الدراسي ضعيف وقدراته محدودة، لم يحظ محمد بمرافقة والديه حقيقية فيما يخص إعاقته السمعية، وطبيعة التواصل الإيجابي، فهو لم يكتسب سبل المعاملة مع عناصر المحيط الخارجي بما في ذلك طريقة اللعب الجماعي، حيث يمارس هذا النشاط بعنف وعدوانية، خاصة في فترة المساء حين الالتحاق بالإقامة.

لم يزود الطفل محمد بعملية التأهيل الاجتماعي فهي تشكل لديه فراغا، لذا يغيب لديه الحكم الاجتماعي، ومع نقص التوجيه السلوكي بقيت طريقة تفاعله عدوانية.

كان مفرط الحركة خاصة داخل القسم في غياب عامل الضبط (المعلم) خلال حصص النشاطات الترفيهية، بما في ذلك حصة النشاط البدني المكيف، وخلال حصة الأشغال اليدوية.

كان دائم الشكوى من الآخرين، ينتقل من مكان إلى آخر دون استئذان، ما خلق جوا من التشويش داخل القسم، أزعج زملاءه ولم يكن يركز مع معلميه، عدوانيته صريحة لفظية، وجسدية اتجاه زملاءه.

الاتصال بالحالة لم يكن سهلا، فهو كثير الحركة والتنقل، وبمساعدة النفسانية العيادية استطعنا التقرب منه وكسب ثقته.

بعد التكفل بالحالة، تجاوب الطفل مع العلاج، واجهتنا صعوبات في الجلسات الأولى، فقد كان الاتصال معه صعبا نوعا ما، غير أن محاولاتنا لاحتوائه نجحت، ومع استمراره في حضور للجلسات، واتباع التوجيهات أظهرت الطفل تحسنا في سلوكياته، خاصة فرط الحركة والتملل، والعدوانية. وأصبح مشاركاته فعالة وإيجابية، ولم يتغيب عن جلسات العلاج، حتى أنه أصبح أكثر هدوءا وتركيزا، واهتماما. وقد أظهرت نتائج التطبيق البعدي على مقياس فرط النشاط الحركي وقصور الانتباه والعدوانية، تحسنا ملحوظا مقارنة بسابقتها في القياس القبلي، وعليه يمكننا القول أن البرنامج العلاجي فعال في التخفيف من حدة فرط النشاط الحركي، وقصور الانتباه والعدوانية لدى الطفل.

## دراسة الحالة الرابعة

تقديم الحالة:

الاسم: يعقوب

السن: 08 سنوات

الرتبة بين الإخوة: الثاني

عدد الإخوة: 01 ذكر

الإعاقة السمعية في الأسرة: هو المعاق الوحيد

نوع الإعاقة السمعية: خفيفة

نوع الإقامة بالمدرسة: نصف داخلي

المستوى الدراسي: سنة أولى تنطيق نسبة الذكاء = 92.85 (ذكاء متوسط)

السيمائية العامة للحالة:

يعقوب طفل ذو 08 سنوات، متوسط القامة، أسود الشعر، أبيض البشرة، عيناه بنيتان، مرتب

الهندام، عنيد وعنيف ومفرط الحركة بشهادة أمه.

قبل أن يلتحق يعقوب بمدرسة الأطفال المعوقين سمعياً، كان قد التحق بمدرسة عادية ما أثر

على طبيعة تكيفه مع الوسط المدرسي الخاص. هو طفل ذكي وتحصيله الدراسي مقبول.

التاريخ النفسي والاجتماعي للحالة:

تم إجراء المقابلات مع الأخصائية النفسية للمدرسة بهدف معرفة التاريخ النفسي والاجتماعي

للحالة بعدما تعذر التواصل مع الوالدين، وكل المعلومات موثقة في ملف الطفل.

يعقوب طفل يعيش في أسرة مكونة من الأب والأم، والأخ الأكبر. ظروف الحمل كانت طبيعية، مع إصابة الأم بارتفاع الضغط الدموي، ولادته كانت في أوانها، ودامت رضاعته عامين. النمو النفسي الحركي للطفل كان طبيعياً. أصيب الطفل بالحمى خلال شهره السادس بعد إصابة أذنه اليسرى، ودخل في عامه الثالث إلى المستشفى لإجراء عملية جراحية.

قبل التحاقه بمدرسة الأطفال المعوقين سمعياً، كان يعقوب قد التحق بمدرسة عادية، الأمر الذي أثر على طبيعة تكيفه مع الوسط المدرسي الخاص بالمعاقين سمعياً، فهو لا يلتزم بقواعد الضبط المدرسي، فبمجرد دخوله إلى المدرسة يتوجه مباشرة إلى الفناء حيث توجد حديقة اللعب ويستولي على لعبة، ولا يلتحق بالصف أثناء الاستعداد لتحية العلم، هو دائم الركض في الساحة.

استغرق الطفل مدة طويلة حتى يتعلم القواعد الأساسية للانضباط داخل القسم، فهو لا يجلس كباقي الأطفال ولا يتواصل بطريقة عادية مع المعلمة، ويقوم بإصدار أصوات مزعجة ومقلقة بهدف التشويش على معلمته وعلى زملائه، وكثيراً ما يتعرض للعقاب بفعله هذا، ومع ذلك فهو طفل ذكي وتحصيله الدراسي مقبول.

الحالة الراهنة:

يعقوب طفل ذو 08 سنوات، معاق إعاقة سمعية خفيفة، هو طفل ذكي وتحصيله الدراسي مقبول، مرتب الهدام، لكنه عنيد وعنيف ومفرط الحركة. عدواني في لعبه، يضرب زملائه بعنف، ويتصرف بقلة لباقة، فطريقة أكله فوضوية، إذ يصدر أصواتاً، ويتناول الأشياء بعنف ويستولي على أكل غيره من الأطفال، وغالباً ما يعاقب على تصرفاته هذه.



حاولت الأخصائية النفسية ضبط تصرفات الطفل من خلال محاولة إشراك الأولياء في عملية الضبط السلوكي غير أن عدم تعاونهم أثر على استمرارية هذا الضبط من الوسط المدرسي إلى الوسط الأسري.

أصبح الطفل يعقوب، بعد المجهود الذي قامت به النفسانية العيادية، وبمساعدة الاخصائية الارطفونية والمعلمة، أكثر انضباطا من حيث اللعب خلال حصص النشاط البدني المكيف، وداخل القسم وخلال الوجبات، وذلك بالمرافقة الدائمة للمعلمة والأخصائية النفسية.

الاتصال بالحالة لم يكن سهلا، فهو عنيد وكثير الحركة والتنقل، وبمساعدة الأخصائية النفسية استطعنا التقرب منه وكسب ثقته.

من خلال المقابلات التي أجريت مع المعلمين، ومن خلال الملاحظة المباشرة للحالة واستنادا لما ذكرته الاخصائية النفسية اتضح أن الطفل يعقوب تظهر عليه أعراض دالة على وجود اضطرابات انفعالية وسلوكية، وبعد تطبيق مقياس بيركس لتقدير السلوك كانت النتائج كما يوضحها الجدول رقم (23).

جدول رقم (23): نتائج القياس القبلي لمقياس بيركس لتقدير السلوك (الحالة الرابعة)

المقياس الفرعي	الدرجة المتحصل عليها	الدرجة الكلية للمقياس الفرعي
01	06	25
02	10	25
03	15	30
04	12	30
05	12	35
06	08	25
07	05	25

35	14	انخفاض القدرة العقلية	08
25	05	الضعف الأكاديمي	09
25	15	ضعف الانتباه	10
25	12	ضعف القدرة على ضبط النشاط	11
40	18	ضعف الاتصال بالواقع	12
25	14	ضعف الشعور بالهوية	13
35	14	الافراط في المعاناة	14
25	15	الضعف في ضبط مشاعر الغضب	15
25	15	المبالغة في الشعور بالظلم	16
30	25	العدوانية الزائدة	17
25	20	العناد والمقاومة	18
40	25	ضعف الانصياع الاجتماعي	19

حسب ما أظهرته نتائج القياس القبلي لمقياس بيركس لتقدير السلوك فقد تحصل الطفل على درجات متفاوتة في فقرات المقياس، غير أن الأمر البارز هو حصوله على درجات مرتفعة في: ضعف الانتباه-الضعف في ضبط مشاعر الغضب-المبالغة في الشعور بالظلم-العدوانية الزائدة-العناد والمقاومة.

كما تم تطبيق مقياس فرط النشاط الحركي وقصور الانتباه والعدوانية وهذا بغرض رصد السلوكيات الدالة على وجود الاضطراب لدى الطفل، وجاءت النتائج كما يوضحها الجدول رقم (24).

جدول رقم (24): نتائج القياس القبلي لمقياس فرط النشاط الحركي وقصور الانتباه والعدوانية (الحالة الرابعة)

الدرجة الكلية للمقياس الفرعي	الدرجة المتحصل عليها	المقياس الفرعي	
27	25	ضعف الانتباه	01
27	26	النشاط الزائد	02
66	61	العدوانية	03

من خلال نتائج الجدول رقم (24) تبين أن الطفل تحصل على درجات مرتفعة تدل على وجود ضعف الانتباه والنشاط الزائد والعدوانية بمستوى مرتفع.

وبناء على نتائج المقابلات، والملاحظة المباشرة، ونتائج شبكة الملاحظة والمتمثلة في مقياس بيركس لتقدير السلوك، ونتائج مقياس فرط النشاط الحركي وقصور الانتباه والعدوانية، (ملاحظات المعلمين لأكثر من 6 أشهر حسب ما أشار DSM4 و DSM5) فإن الطفل بحاجة إلى تكفل نفسي، وعليه سيتم إدماجه مع الحالات التي ستخضع للبرنامج العلاجي المعرفي السلوكي المقترح للتخفيف من فرط النشاط الحركي وقصور الانتباه والعدوانية.

استجابات الطفل على بعض محاور البرنامج العلاجي:

#### - الجلسة الأولى: جلسة التعارف

كنا قد تعرفنا على الطفل في الجلسة الفردية التي سبقت جلسات العلاج الجماعية، وكان التواصل معه سهلاً نوعاً ما في أولى جلسات العلاج، لم يبدي استعداداً للتحاق بالمجموعة، فهو يكره المكوث في القسم، وقد ساعدتنا النفسانية العيادية في التواصل معه، وفي اقتناعه، وأخيراً التحق بمجموعة الأطفال.

#### - الجلسة الثانية: استبصار الأطفال بالسلوكيات المرغوب فيها وتلك غير المرغوب فيها.

في هذه الجلسة، والمخصصة لعرض الصور للسلوكيات المرغوبة وتلك غير المرغوبة، لم يرغب الطفل في المشاركة، وأخذ يلتفت يمينا ويسارا وكأنه يبحث عن شيء ما، بدأ يتململ ولا يعيرنا أي اهتمام، حتى أنه أزعج زملاءه بحركاته هذه، هنا وجب التدخل من طرفنا بأن أمرناه بالتوقف عن هذه السلوكيات، وأفهمناه بأنه وبهذا السلوك فهو يتبع النموذج السيء، صمت واستكان، وتوقف عن

الحركة المفرطة، لم يشارك في المناقشة، غير أنه راح يتابع الصور المعروضة عن السلوكيات الإيجابية.

- الجلسة الرابعة: الاستبصار بالمعاملات الصحيحة (موضوع القصة: رفض الاعتداء)

بمجرد الدخول إلى القاعة بدأ الطفل يدور، وينتقل من مكان إلى آخر، فقد كان مفرط الحركة، وجهنا له تنبيهاً بأنه عليه أن يلتزم بقواعد البرنامج وان لا ينتقل من مكانه إلا باستئذان، وأفهمناه أنه بحركته هذه هو يزعج من حوله، انضبط الطفل قليلاً ثم راح يصدر أصواتاً مزعجة ويتظاهر بأنه ليس مسؤولاً عن هذا الفعل، قدمنا له إنذاراً بأن يتوقف، لم يكتف، فعاقبناه بأن عزلناه عن الآخرين. وكنا نراقبه من حين إلى آخر. أثناء مناقشة القصة وما دار فيها، رفع الطفل إصبعه للمشاركة، سحنا له بذلك، وطلبنا منه أن يبقى في مكانه، وأنه سينضم للمجموعة حينما يحسن من سلوكه.

- الجلسة الخامسة: الاستبصار بالمعاملات الصحيحة (موضوع القصة: في الصف)

بعد عرض القصة، وبداية مناقشتها، ذكر بعض الأطفال أن يعقوب، كثيراً ما يقوم بإزعاجهم أثناء الصف وقبل تأدية تحية العلم، سألناه إن كان هذا صحيحاً، سكت وابتسم. أثناء المناقشة، وضحنا للأطفال على ضرورة احترام القوانين، أولاً كي نحمي أنفسنا، لأن القواعد وضعت كي تحافظ على سلامة الأفراد، ثانياً كي لا نتعرض للعقاب إن نحن خالفناها. طلبنا من يعقوب أن يتخذ من زملائه نموذجاً يحتذى به، خاصة وأن هناك أطفال سلوكهم مقبول ويحببهم المعلمون.

- الجلسة السادسة: الاستبصار بالمعاملات الصحيحة (موضوع القصة: سلوك التقاسم)

أثناء عرض قصة "سلوك التقاسم" ذكر الطفل أنه يكره أن يشاركه أحد في لعبه. سألناه لماذا؟ قال إنه يحب أن يلعب لوحده، من خلال المناقشة ذكرنا له أن هذه اللعب هي ملك للجميع، وعليه أن يتشارك فيها مع الآخرين. وأن المتعة تكمن في أن نتقاسم مع الآخرين، وأن نشاركهم.

بعد تطبيق البرنامج العلاجي، تم إعادة تطبيق مقياس فرط النشاط الحركي، وقصور الانتباه

والعدوانية بهدف معاينة التغيرات التي طرأت على سلوكيات الطفل، وكانت النتائج كما يلي.

جدول رقم (25): نتائج القياس البعدي لمقياس فرط النشاط الحركي وقصور الانتباه والعدوانية (الحالة الرابعة)

المقياس الفرعي	الدرجة المتحصل عليها	الدرجة الكلية للمقياس الفرعي
01	10	27
02	15	27
03	45	66

استنتاج عام عن الحالة:

من خلال النتائج المستخلصة من المقابلات، ومن تحليل التاريخ النفسي والاجتماعي للحالة،

ونتائج شبكة الملاحظة المتمثلة في مقياس بيركس لتقدير السلوك، ونتائج القياس القبلي لمقياس فرط

النشاط الحركي، وقصور الانتباه والعدوانية، وبعد تطبيق البرنامج العلاجي الموجه للتخفيف من حدة

فرط الحركة وتشدت الانتباه والعدوانية على الطفل عائشة، تم استنتاج ما يلي:

يعقوب طفل ذو 08 سنوات كان يعيش حالة قلق مصحوبة بعدوانية ونشاط حركي زائد، يعيش

وسط أسرة مكونة من الأب والأم والأخ الأكبر، هو طفل ذكي، تحصيله الدراسي مقبول.

قبل أن يلتحق بمدرسة الأطفال المعوقين سمعياً، كان يعقوب يدرس في مدرسة عادية، انتقله

هذا خلق لديه نوعاً من عدم الانسجام، والتكيف، مع مرور الوقت تقبل الطفل المدرسة، غير أنه كان

متمرداً على قواعد الضبط المدرسي.

بعد التكفل بالحالة، ومن خلال المناقشة، والنمذجة، أصبح الطفل أكثر انضباطاً، واحتراماً

للقواعد، كما أدى تجاهل بعض تصرفاته، إلى التقليل من حدتها، فكثيراً ما كان يعتمد فعل سلوكيات

غير مرغوبة، لشد الانتباه، كأن يصدر الأصوات المزعجة، ليضحك من حوله.

أدى أسلوب العقاب، والتعزيز المتقطع، إلى تحسين ردود أفعاله والتقليل من عدوانيته واندفاعه، والفوضى التي كانت تميز معظم حركاته.

بعد التكفل بالحالة، تجاوب الطفل مع العلاج، واجهتنا صعوبات في الجلسات الأولى، فقد كان الاتصال معه صعبا نوعا ما، غير أن محاولاتنا لاحتوائه نجحت، ومع استمراره في حضور للجلسات، واتباع التوجيهات أظهرت الطفل تحسنا في سلوكياته، خاصة فرط الحركة والتملل، والعدوانية. وأصبح مشاركاته فعالة وإيجابية، ولم يتغيب عن جلسات العلاج، حتى أنه أصبح أكثر هدوء وتركيزا، واهتماما. وقد أظهرت نتائج التطبيق البعدي على مقياس فرط النشاط الحركي وقصور الانتباه والعدوانية، تحسنا ملحوظا مقارنة بسابقتها في القياس القبلي، وعليه يمكننا القول إن البرنامج العلاجي فعال في التخفيف من حدة فرط النشاط الحركي، وقصور الانتباه والعدوانية لدى الطفل.

## دراسة الحالة الخامسة

تقديم الحالة:

الاسم: خلود

السن: 11 سنة

الرتبة بين الإخوة: الثانية

عدد الإخوة: 03 (02 إناث وذكر واحد)

الإعاقة السمعية في الأسرة: هي المعاقة الوحيدة

نوع الإعاقة السمعية: حادة

نوع الإقامة بالمدرسة: نصف داخلي

المستوى الدراسي: السنة الثانية ابتدائي نسبة الذكاء = 47.00 (ذكاء متوسط)

السيمائية العامة للحالة:

خلود طفلة ذات 11 سنة، طويلة القامة، شعرها أسود، بشرتها سمراء، عيناها بنيتان، هدامها مرتب. في بداية التحاقها بالمدرسة رفضت الطفلة المدرسة كوسط جديد يختلف عن وسطها الأول. طالت مدة الرفض، وكانت الطفلة تكتفي بالبقاء لساعات طويلة في الساحة دون أن تدخل إلى القسم، وكثيرا ما كانت تلطم رأسها مع الصراخ الشديد، وتنزع حذاءها لتمشي حافية رغم المحاولات العديدة لتهدئتها وتكييفها مع الوسط المدرسي.

سبب الرفض كما فسرتة الأخصائية النفسية حينها مرتبط بتعلق الطفلة بأمها وصعوبة تخطي

الانفصال.

## التاريخ النفسي والاجتماعي للحالة:

يهدف معرفة التاريخ النفسي والاجتماعي للحالة تم إجراء المقابلات مع النفسانية العيادية للمدرسة، كما تم الاطلاع على الملف البيداغوجي للطفلة، وهذا بعدما تعذر التواصل مع والديها، عدا الأم ولفترة وجيزة، أما الأب وكما ذكرت الأخصائية النفسية فهو لا يتواصل مع المدرسة إطلاقاً.

خلود طفلة تعيش في أسرة مكونة من الأب والأم، وثلاث إخوة، في ظروف اقتصادية ضعيفة.

في أول التحاق لها بالمدرسة رفضت تقبل الوسط الجديد، وكانت كثيرة البكاء، وكثيراً ما كانت تؤذي نفسها باللطم على رأسها، وبعد المحاولات المتكررة للأخصائية النفسية والمعلمين، بدأت الطفلة تدريجياً تدخل للقسم، كما بدأت في تكوين علاقات مع زملائها وبصفة بطيئة، غير أن هذا التفاعل كانت تصحبه شكوى متكررة تمثلت دوافعها في: الرغبة في جذب الانتباه-الغيرة-الرغبة في الحفاظ على مكانتها عند المعلمة كوجه بديل للأم.

تستمر شكوى الطفلة خلال النشاط الجماعي واللعب الجماعي وقد يصل بها الحال على ضرب زملائها والافتراء عليهم.

## الحالة الراهنة:

خلود طفلة ذات 11 سنة، تعيش في أسرة مكونة من الأب والأم، وثلاث إخوة، في ظروف اقتصادية واجتماعية صعبة. الطفلة متعلقة كثيراً بأمها، وقد رفضت الوسط المدرسي في بداية التحاقها بالمدرسة، كثيراً ما كانت تنفعل فتضرب رأسها وتصرخ، وتبقى حافية تدور في الساحة دون أن تلتحق بالقسم. بعد المحاولات العديدة لتهديتها أصبحت الطفلة تدخل الصف كما بدأت في خلق علاقات مع زملائها بطريقة تدريجية وبطيئة، غير أنها دائمة الشكوى ولا تتوانى في الافتراء على رفاقها داخل القسم وخارجه. ترغب خلود في التميز، فهي سبابة في الظهور خلال الأنشطة الترفيهية، تريد أن يهتم



بها الجميع دون غيرها من التلاميذ، شكواها المستمرة تزعج معلمها، اندفاعاتها، وعدوانيتها أثرا سلبا على تحصيلها الدراسي.

من خلال المقابلات التي أجريت مع المعلمين، ومن خلال الملاحظة المباشرة للحالة واستنادا لما ذكرته النفسانية العيادية اتضح أن الطفلة خلود تظهر عليها أعراض دالة على وجود اضطرابات انفعالية وسلوكية، وبعد تطبيق مقياس بيركس لتقدير السلوك كانت النتائج كما يوضحها الجدول.

جدول رقم (26): نتائج القياس القبلي لمقياس بيركس لتقدير السلوك (الحالة الخامسة)

الدرجة الكلية للمقياس الفرعي	الدرجة المتحصل عليها	المقياس الفرعي	
25	14	الافراط في لوم النفس	01
25	18	الافراط في القلق	02
30	25	الانسحابية الزائدة	03
30	21	الاعتمادية الزائدة	04
35	29	ضعف قوة الأنا	05
25	23	ضعف القوة الجسدية	06
25	21	ضعف التأزر الحركي	07
35	29	انخفاض القدرة العقلية	08
25	15	الضعف الأكاديمي	09
25	23	ضعف الانتباه	10
25	08	ضعف القدرة على ضبط النشاط	11
40	28	ضعف الاتصال بالواقع	12
25	16	ضعف الشعور بالهوية	13
35	30	الافراط في المعاناة	14
25	20	الضعف في ضبط مشاعر الغضب	15
25	20	المبالغة في الشعور بالظلم	16
30	25	العدوانية الزائدة	17
25	18	العناد والمقاومة	18
40	29	ضعف الانصياع الاجتماعي	19

حسب ما أظهرته نتائج القياس القبلي لمقياس بيركس لتقدير السلوك فقد تحصلت الطفلة على درجات متفاوتة في فقرات المقياس، غير أن الأمر البارز هو حصوله على درجات مرتفعة في: ضعف الانتباه-الضعف في ضبط مشاعر الغضب-المبالغة في الشعور بالظلم-العدوانية الزائدة-العناد والمقاومة.

كما تم تطبيق مقياس فرط النشاط الحركي وقصور الانتباه والعدوانية وهذا بغرض رصد السلوكيات الدالة على وجود الاضطراب لدى الطفلة، وجاءت النتائج كما يوضحها الجدول.

جدول رقم (27): نتائج القياس القبلي لمقياس فرط النشاط الحركي وقصور الانتباه والعدوانية (الحالة الخامسة)

المقياس الفرعي	الدرجة المتحصل عليها	الدرجة الكلية للمقياس الفرعي
01	ضعف الانتباه	25
02	النشاط الزائد	20
03	العدوانية	50
		27
		66

من خلال نتائج الجدول رقم (27) تبين أن الطفل تحصل على درجات مرتفعة تدل على وجود ضعف الانتباه والنشاط الزائد والعدوانية بمستوى مرتفع.

وبناء على نتائج المقابلات، والملاحظة المباشرة، ونتائج شبكة الملاحظة والمتمثلة في مقياس بيركس لتقدير السلوك، ونتائج مقياس فرط النشاط الحركي وقصور الانتباه والعدوانية، (ملاحظات المعلمين لأكثر من 6 أشهر حسب ما أشار DSM4 و DSM5) فإن الطفلة بحاجة إلى تكفل نفسي، وعليه سيتم إدماجها مع الحالات التي ستخضع للبرنامج العلاجي المعرفي السلوكي المقترح للتخفيف من فرط النشاط الحركي وقصور الانتباه والعدوانية.

استجابات الطفلة على بعض محاور البرنامج العلاجي:

- الجلسة الأولى: جلسة التعارف

كنا قد تعرفنا على الطفلة في الجلسة الفردية التي سبقت جلسات العلاج الجماعية، غير أن التواصل معها لم يكن سهلاً. في أولى الجلسات العلاجية رفضت الطفلة الدخول إلى القاعة، واكتفت بالملاحظة من بعيد، لم نشأ إرغامها على الدخول لكننا خيرناها بين الالتحاق بالمجموعة أو بالانصراف، وغلق الباب. بقيت خارجاً، وبعد مدة فتحت الباب ودخلت.

- الجلسة الثانية: استبصار الأطفال بالسلوكيات المرغوب فيها وتلك غير المرغوب فيها.

في هذه الجلسة، والمخصصة لعرض الصور للسلوكيات المرغوبة وتلك غير المرغوبة، بدت الطفلة مستعدة للمشاركة، غير أنها بدت مشاكسة وعنيدة، لم تكن تحترم دورها في المناقشة، فراحت تشارك وتناقش دون استئذان، كانت جد مندفعة. تجاهلنا سلوكها في بادئ الأمر، غير أن تصرفاتها أزجعت زملائها، أوقفنا المناقشة وأعدنا تذكير الأطفال بقواعد اللعبة، وأن العمل هو عمل جماعي، بعدها وجهنا الملاحظات لها بالتحديد، وأفهمناها أن حماسها جيد غير أنها لا بد أن تسمع للآخرين كما يستمعون لها.

- الجلسة الرابعة: الاستبصار بالمعاملات الصحيحة (موضوع القصة: رفض الاعتداء)

دخلت الطفلة وبدأت بتفقد الأشياء الموجودة في القاعة، طلبنا منها أن تجلس في مكانها، غير أنها أرادت المساعدة وأخذت ترتب الأشياء، شكرناها على مساعدتها، وأعدنا عليها الطلب بأن تجلس في مكانها، استجابت وجلست، وبمجرد البدء في عرض القصة بدأت تشتكي من زميلتها الجالسة إلى جنبها، تفادياً لتضييع الوقت طلبنا منها أن تغير مكانها وان تجلس في مكان آخر، بعد مدة قليلة،

عادت لتشكو من زميل آخر، هنا تدخلنا بأن أجلسناها في الخلف لوحدها، وقلنا لها هكذا لن يزعجها أحد.

بعد تطبيق البرنامج العلاجي، تم إعادة تطبيق مقياس فرط النشاط الحركي، وقصور الانتباه والعدوانية بهدف معاينة التغيرات التي طرأت على سلوكيات الطفل، وكانت النتائج كما يلي.

جدول رقم (28): نتائج القياس البعدي لفرط النشاط الحركي وقصور الانتباه والعدوانية (الحالة الخامسة)

المقياس الفرعي	الدرجة المتحصل عليها	الدرجة الكلية للمقياس الفرعي
01	ضعف الانتباه	27
02	النشاط الزائد	27
03	العدوانية	66

استنتاج عام عن الحالة:

من خلال النتائج المستخلصة من المقابلات، ومن تحليل التاريخ النفسي والاجتماعي للحالة، ونتائج شبكة الملاحظة المتمثلة في مقياس بيركس لتقدير السلوك، ونتائج القياس القبلي لمقياس فرط النشاط الحركي، وقصور الانتباه والعدوانية، وبعد تطبيق البرنامج العلاجي الموجه للتخفيف من حدة فرط الحركة وتشنت الانتباه والعدوانية على الطفل عائشة، تم استنتاج ما يلي:

خلود طفلة ذات 11 سنة كان تعيش حالة قلق مصحوبة بعدوانية ونشاط حركي زائد، واندفاعية، تتميز الطفلة باضطرابات انفعالية شديدة، فهي كثيرة البكاء والصراخ.

كانت رافضة للالتحاق بالمدرسة، فهي شديدة التعلق بوالدتها، وقد رفضت الوسط المدرسي كوسط بديل ومختلف عن وسطها الأول. فقد كانت تكتفي بالبقاء خارج القسم لساعات طويلة، وفي حال أجبرت على الدخول كانت تضرب رأسها بقوة وتلطم وجهها.

كونت الطفلة علاقات يشوبها الحذر مع زملائها، غير أن غيرتها جعلتها تتهمهم بأمر لم يفعلوها، ما جعل علاقتها متوترة بمن حولها، فهي دائمة الشكوى، الأمر الذي يزعج معلمها.

خلود لا تتوان في إظهار العدوانية اللفظية والجسدية، فهي كثيرا ما تضرب زملائها وتشتكي منهم. ومع مرور الوقت تقبلت الطفل المدرسة، غير أنها كانت متمردتا على قواعد الضبط المدرسي.

بعد التكفل بالحالة، ومن خلال المناقشة، والنمذجة، والعقاب، أصبحت الطفل أقل عدوانية، ومع تجاهلنا لشكواها المستمرة، نقصت تلك الشكوى، وأصبحت ترى نفسها فردا من مجموعة، كما أن التعزيز استحسانا لبعض تصرفاتها، جعلها تسعى لأن تكون نموذجا لغيرها.

لقد أدى أسلوب العقاب، والتعزيز المتقطع، إلى تحسين ردود أفعالها والتقليل من عدوانيتها واندفاعها، والشكوى التي كانت تميزها.

بعد التكفل بالحالة، تجاوب الطفلة خلود مع العلاج، واجهتنا صعوبات في الجلسات الأولى، فقد كان الاتصال معه صعبا نوعا ما، غير أن محاولاتنا لاحتوائها نجحت، ومع استمرارها في حضور الجلسات، واتباع التوجيهات أظهرت الطفلة تحسنا في سلوكياتها، خاصة العدوانية. وقد أظهرت نتائج التطبيق البعدي على مقياس فرط النشاط الحركي وقصور الانتباه والعدوانية، تحسنا ملحوظا مقارنة بسابقتها في القياس القبلي، وعليه يمكننا القول إن البرنامج العلاجي فعال في التخفيف من حدة فرط النشاط الحركي، وقصور الانتباه والعدوانية لدى الطفل.

## دراسة الحالة السادسة

تقديم الحالة:

الاسم: عبد النور

السن: 09 سنوات

الرتبة بين الإخوة: الأصغر

عدد الإخوة: 02 إناث

الإعاقة السمعية في الأسرة: هو المعاق الوحيد

نوع الإعاقة السمعية: عميقة

نوع الإقامة بالمدرسة: نصف داخلي

المستوى الدراسي: الثانية ابتدائي نسبة الذكاء = 75 (على حدود الضعف العقلي)

السيمائية العامة للحالة:

عبد النور طفل ذو 09 سنوات متوسط القامة، أسود الشعر، عيناه بنيتان، هدامه مرتب،

يعاني من إعاقة سمعية عميقة مع غياب تام للغة، تعبيره بالحركة. وضعيته الاجتماعية والاقتصادية ضعيفة.

الطفل ذو طباع حادة يفرض نفسه على جماعة الرفاق بطريقة عنيفة وعدوانية تصل في معظم

الأحيان للضرب، خلال اللعب وخلال تنظيم الصف قبل الدخول للقسم.

يغضب الطفل بسرعة ولا يتنازل ولا يتراجع، هو عنيد ولا يخاف، عدواني داخل القسم وخارجه.

يعاني من حماية مفرطة من طرف أبيه وصرامة من طرف أمه. لديه ملامح تعبيرية عدوانية واضحة، واستعمال مفرط للإشارة للاحتجاج والتظلم في المواقف.

التاريخ النفسي والاجتماعي للحالة:

يهدف معرفة التاريخ النفسي والاجتماعي للحالة تم إجراء المقابلات مع الأخصائية النفسية للمدرسة، ومع المعلمين، كما تم الاطلاع على الملف البيداغوجي للطفل، وهذا بعدما تعذر التواصل مع والديه.

عبد النور طفل أصم يعيش في أسرة ظروفها المعيشية صعبة، رفقة أبيه، وأمه التي تسانده في دراسته، هي متقبلة لإعاقة السمعية. هو الذكر الوحيد مع أختين اثنتين، ويعتباره الأصغر بين إخوته يحظى عبد النور بدعم وحب والديه.

يستغل عبد النور حب والديه له في محاولة السيطرة على العلاقات داخل الأسرة، ولا يتوان عن هذا إلا بالسلطة التي تمارسها أمه عليه لضبطه. هو طفل عنيد وحاد الطباع، لا يتراجع عن رأيه ولا يخشى أحد، وقد انتقلت سلوكياته هذه إلى المدرسة، فأصبح يتمرد على قوانين المدرسة وضوابطها، كما أنه يزعج معلميه ويتحداهم، ويعنف زملاءه.

الحالة الراهنة:

عبد النور طفل أصم بإعاقة سمعية عميقة، من أسرة مكونة من الأب والأم وأختين اثنتين، ويعتباره الذكر الوحيد في الأسرة يحظى الطفل بحماية مفرطة خاصة من قبل والده، الأم ولو أنها تدعمه في مشواره الدراسي إلا أنها صارمة معه أكثر من والده.

الطفل حاد الطباع وعدواني، وغير متسامح، لا ينسى من آذاه، ولا يتنازل حتى يحصل على ما يريد، يريد فرض سيطرته على الجميع، ولا ينصاع للمضوابط والقوانين، يشكو منه معلموه وزملاؤه نظرا للعدوانية التي يمارسها عليهم، ونظرا أيضا للفوضى التي يحدثها داخل القسم بسبب استعماله المفرط للإشارة للاحتجاج والتظلم والشكوى.

الاتصال بالحالة لم يكن سهلا، وبمساعدة النفسانية العيادية استطعنا التقرب منه وكسب ثقته.

من خلال المقابلات التي أجريت مع المعلمين، ومن خلال الملاحظة المباشرة للحالة واستنادا لما ذكرته الاخصائية النفسية اتضح أن الطفل عبد النور تظهر عليه أعراض دالة على وجود اضطرابات انفعالية وسلوكية، وبعد تطبيق مقياس بيركس لتقدير السلوك كانت النتائج كما يوضحها الجدول:

جدول رقم (29): نتائج القياس القبلي لمقياس بيركس لتقدير السلوك (الحالة السادسة)

الدرجة الكلية للمقياس الفرعي	الدرجة المتحصل عليها	المقياس الفرعي	
25	18	الافراط في لوم النفس	01
25	14	الافراط في القلق	02
30	18	الانسحابية الزائدة	03
30	23	الاعتمادية الزائدة	04
35	31	ضعف قوة الأنا	05
25	23	ضعف القوة الجسدية	06
25	22	ضعف التأزر الحركي	07
35	19	انخفاض القدرة العقلية	08
25	19	الضعف الأكاديمي	09
25	15	ضعف الانتباه	10
25	10	ضعف القدرة على ضبط النشاط	11
40	28	ضعف الاتصال بالواقع	12



25	16	ضعف الشعور بالهوية	13
35	24	الافراط في المعاناة	14
25	10	الضعف في ضبط مشاعر الغضب	15
25	17	المبالغة في الشعور بالظلم	16
30	17	العدوانية الزائدة	17
25	17	العناد والمقاومة	18
40	29	ضعف الانصياع الاجتماعي	19

حسب ما أظهرته نتائج القياس القبلي لمقياس بيركس لتقدير السلوك فقد تحصل الطفل على درجات متفاوتة في فقرات المقياس، غير أن الأمر البارز هو حصوله على درجات مرتفعة في: ضعف الانتباه-الضعف في ضبط مشاعر الغضب-المبالغة في الشعور بالظلم-العدوانية الزائدة-العناد والمقاومة-ضعف الانصياع الاجتماعي.

كما تم تطبيق مقياس فرط النشاط الحركي وقصور الانتباه والعدوانية وهذا بغرض رصد السلوكيات الدالة على وجود الاضطراب لدى الطفل، وجاءت النتائج كما يوضحها الجدول رقم.

جدول رقم (30): نتائج القياس القبلي لمقياس فرط النشاط الحركي وقصور الانتباه والعدوانية (الحالة السادسة)

المقياس الفرعي	الدرجة المتحصل عليها	الدرجة الكلية للمقياس الفرعي
01	11	ضعف الانتباه
02	15	النشاط الزائد
03	46	العدوانية

من خلال نتائج الجدول رقم (30) تبين أن الطفل تحصل على درجات مرتفعة تدل على وجود ضعف الانتباه والنشاط الزائد والعدوانية بمستوى مرتفع.

وبناء على نتائج المقابلات، والملاحظة المباشرة، ونتائج شبكة الملاحظة والمتمثلة في مقياس بيركس لتقدير السلوك، ونتائج مقياس فرط النشاط الحركي وقصور الانتباه والعدوانية، (ملاحظات المعلمين لأكثر من 6 أشهر حسب ما أشار DSM4 و DSM5) فإن الطفل بحاجة إلى تكفل نفسي، وعليه سيتم إدماجه مع الحالات التي ستخضع للبرنامج العلاجي المعرفي السلوكي المقترح للتخفيف من فرط النشاط الحركي وقصور الانتباه والعدوانية.

استجابات الطفل على بعض محاور البرنامج العلاجي:

#### - الجلسة الأولى: جلسة التعارف

كنا قد تعرفنا على الطفل في الجلسة الفردية التي سبقت جلسات العلاج الجماعية، غير أن التواصل معها لم يكن سهلاً. في أولى الجلسات العلاجية بدأ الطفل حذراً، جلس وأخذ يلاحظ من حوله، عزف بنفسه، وكان هادئاً.

#### - الجلسة الثانية: استبصار الأطفال بالسلوكيات المرغوب فيها وتلك غير المرغوب فيها.

في هذه الجلسة، والمخصصة لعرض الصور للسلوكيات المرغوبة وتلك غير المرغوبة، ظهر الطفل بشكل مختلف عن الجلسة الأولى، فقد قام بالجلوس، وما لبث أن غير مكانه، تركنا لها حرية الاختيار، وبدأنا في ضبط الأطفال كي نبدأ في عرض الصور، وهنا بدأ الطفل في نعت زميل له بصفات غير لائقة، وأظهر تعابير عدوانية واضحة، طلبنا منه أن يطلب السماح من زميله غير أنه تزمتم ورفض، فعاقبناه بأن أجلسناه لوحده في الخلف، وتابعنا عرض الصور المتبقية. خلال المناقشة، لم يعر الطفل الجلسة أي اهتمام، تجاهلنا تصرفه، وواصلنا المحاضرة.

#### - الجلسة الرابعة: الاستبصار بالمعاملات الصحيحة (موضوع القصة: رفض الاعتداء)

دخلت الطفل وبدأ يحدق في زملاءه، طلبنا منه أن يلتحق بمكانه وكنا صارمين في طلبنا، استكان وجلس، وخلال العرض، بدأ بالشكوى والتظلم، طلبنا منه أن نناقش الموضوع بعد انتهاء العرض.

عند انتهاء عرض القصة، سأله عن سبب شكواه ووجدنا أنه كان يريد فقط شد انتباهنا، خلال المناقشة وضحنا للأطفال، كيف أن رفضهم للاعتداء سيجعل المعتدي يتوقف عن عدوانه. راح الطفل يشارك من حين لآخر، غير أنه كان عنيدا ويشير بيديه بطريقة عنيفة.

- الجلسة السابعة: الاستبصار بالمعاملات الصحيحة (موضوع القصة: روح الفريق)

بدأت الجلسة بعرض قصة "روح الفريق"، أبدى الأطفال استمتاعهم بالموضوع، غير أن الطفل عبد النور وعند سؤالنا عن شخصيات القصة، قال أنه لا يحب أن يشارك الآخرين، وإن شارك فهو القائد، طلبنا منه أن يشرح لنا ماذا يقصد بالقائد، بدأ يتكلم بأنا شخصي مرتفع، بعدما انتهى من الكلام، طرحنا الموضوع للمناقشة، ثم قدمنا محاضرة في نفس سياق القصة عن روح الفريق، وعن تحمل المسؤوليات، وأن نجاح الفرد يكون بنجاح مجموعته.

بعد تطبيق البرنامج العلاجي، تم إعادة تطبيق مقياس فرط النشاط الحركي، وقصور الانتباه والعدوانية بهدف معاينة التغيرات التي طرأت على سلوكيات الطفل، وكانت النتائج كما يلي.

جدول رقم (31): نتائج القياس البعدي لفرط النشاط الحركي وقصور الانتباه والعدوانية (الحالة السادسة)

المقياس الفرعي	الدرجة المتحصل عليها	الدرجة الكلية للمقياس الفرعي
01	05	27
02	09	27
03	45	66

## استنتاج عام عن الحالة:

من خلال النتائج المستخلصة من المقابلات، ومن تحليل التاريخ النفسي والاجتماعي للحالة، ونتائج شبكة الملاحظة المتمثلة في مقياس بيركس لتقدير السلوك، ونتائج القياس القبلي لمقياس فرط النشاط الحركي، وقصور الانتباه والعدوانية، وبعد تطبيق البرنامج العلاجي الموجه للتخفيف من حدة فرط الحركة وتششت الانتباه والعدوانية على الطفل عائشة، تم استنتاج ما يلي:

عبد النور طفل ذو 09 سنة كان يعيش حالة عدوانية واضحة، يتميز الطفل بالعناد والتحدي، ولا ينصاع لأي ضوابط او قواعد، يبرر لنفسه كل الأفعال التي يقوم بها ولا يرى أنه يزعم الآخرين أو يظلمهم.

تلق الطفل معاملة والدية متناقضة، بين حماية أبيه المفرطة وصرامة أمه، عدوانيته ظاهرة، وتطال الجميع دون استثناء، هو متشدد في أفكاره، ولا يتنازل عن رأيه، ولا ينسى الضغينة، حتى ينتقم.

في بداية الجلسات العلاجية كان الطفل رافضا للتعاون، فقد حاول عدة مرات عرقلة سير الجلسة، وبتجاهلنا له أحيانا، وبصرامتنا أحيانا أخرى استطعنا تهديب تصرفاته، كما أن المحاضرة والمناقشة ساهمت إلى حد كبير في تغيير أفكاره عن محيطه الذي كان يعتبره مهددا له، فالطفل كثيرا ما كان يبدي عناده وغضبه حتى لا يفقد تلك الصورة التي رسمها عن نفسه، فقد كان يمتلك أنا شخصي مرتفع، وكان يرى نفسه أحق من غيره في اللعب، وفي كل شيء.

من خلال التعزيز مرة والعقاب مرات، استطعنا إطفاء بعض السلوكيات التي كانت تتسبب للطفل ولغيره من الأطفال في الأذى.

بعد التكفل بالحالة، ومن خلال المناقشة، والنمذجة، والعقاب، أصبحت الطفل أقل عدوانية، ومع تجاهلنا لمظاهر شد الانتباه التي كان يمارسها أضحي الطفل أقل عنفا، وتسامحا، وحسن من علاقته المشحونة مع غيره من التلاميذ.

لقد أظهرت نتائج التطبيق البعدي على مقياس فرط النشاط الحركي وقصور الانتباه والعدوانية، تحسنا ملحوظا مقارنة بسابقتها في القياس القبلي، وعليه يمكننا القول إن البرنامج العلاجي فعال في التخفيف من حدة فرط النشاط الحركي، وقصور الانتباه والعدوانية لدى الطفل.

## دراسة الحالة السابعة

تقديم الحالة:

الاسم: إسحاق

السن: 12 سنوات

الرتبة بين الإخوة: الثاني

عدد الإخوة: 02 ذكور

الإعاقة السمعية في الأسرة: هو وأخوه الأكبر

نوع الإعاقة السمعية: عميقة

نوع الإقامة بالمدرسة: داخلي

المستوى الدراسي: الخامسة ابتدائي نسبة الذكاء = 65.21 (ضعف عقلي بسيط)

السيمائية العامة للحالة:

إسحاق طفل ذو 12 سنة، طويل القامة، شعر كستنائي، عيناه عسلتان، بشرته بيضاء، هندامه غير مرتب، يعاني من إعاقة سمعية عميقة مع غياب تام للغة، تعبيره بالحركة. وضعيته الاجتماعية والاقتصادية ضعيفة. هو الطفل الأوسط بين 02 إخوة ذكور، الأخ الأكبر أصم.

يعاني الطفل من تشتت انتباه ملحوظ، مصحوب بفرط حركة، مع عدم الاكتراث للدراسة، وعدم احترام معايير القسم المحدود (الضوابط).

في بداية التحاقه بمدرسة الحالية لم يتقبل الطفل الانفصال والاستقلالية عن الوالدين، بالرغم من أنه سبق له أن التحق بمدرسة أخرى قبل هذا.

هو طفل عنيد، ذو طباع حادة، يزعج معلّميه، حتى أنه وصل به الحد إلى صفع معلّمته على وجهها، وهو يرفض التعليمات والأوامر من الراشدين، ويعبر عن رفضه إما بالتجاهل أو بالإشارة (لا).

نفس السلوكيات يسلكها الطفل داخل أسرته بسبب العلاقة المتوترة مع الأم، فبحسب ما ذكره والده، صرّح أن الطفل ذكر "أمي وخوي متفاهمين علي"، شعور الحالة بالاضطهاد يرتبط بشعوره بالإهمال، خاصة من طرف الأم، ما جعله يرفض كل سلطة خارجية، فهو يعتمد سوء معاملة معلّميه داخل القسم، ولا يتجاوب مع المعلّم المتخصص في النشاط البدني المكيف.

يعاني الطفل من فراغ عاطفي، ولّد لديه العدوانية، وفرط الحركة، ودائما ما تجده يتحرك تائها وكأنه يبحث عن شيء مفقود.

التاريخ النفسي والاجتماعي للحالة:

بهدف معرفة التاريخ النفسي والاجتماعي للحالة تم إجراء المقابلات مع النفسانية العيادية للمدرسة، ومع المعلمين، كما تم الاطلاع على الملف البيداغوجي للطفل، وهذا بعدما تعذر التواصل مع والديه.

إسحاق طفل أصم يعيش في أسرة ظروفها الاقتصادية ضعيفة، رفقة أبيه، وأمه، وأخوين ذكّرين هو الأوسط بينهما، أخوه الأكبر هو الآخر أصم. العلاقة بين الوالدين طبيعية.

ولد الطفل من حمل مرغوب فيه وكانت ولادته في أوانها، دامت رضاعته عامين. نموه النفسي الحركي كان طبيعيا، وتم اكتشاف إعاقته السمعية وهو في الشهر الثالث من عمره.

الطفل وفي مراحل الأولى من العمر كان متعلقا بأمه وأخيه، وكان يبحث عن العلاقة مع الآخرين ويقبلها، وكان مقبولا من محيطه، إعاقته السمعية قُبلت على أنها "مكتوب".

تولت الأم تربية الطفل لوحدها ولم تلق مساعدة من طرف الوالد، وكان الطفل يجاز بالشكر حيناً، ويعاقب بالضرب عندما يخطئ.

الحالة الراهنة:

إسحاق طفل أصم، يبلغ من العمر 12 سنة، يعيش في أسرة مكونة من الأب والأم وهو يتوسط أخوين ذكرين، أكبرهما أصم.

تعيش أسرته ظروفًا اقتصادية، واجتماعية ضعيفة. الطفل حاد الطباع وعدواني، يزعج معلميه، حتى أنه وصل به الحد إلى صفع معلمته على وجهها، وهو يرفض التعليمات والأوامر من الراشدين، ويعبر عن رفضه إما بالتجاهل أو بالإشارة (لا). هو طفل مفرط الحركة والنشاط، يتحرك كثيرا، وهو اجتماعي ويبحث عن التواصل مع الآخرين، بالرغم من شحناته العدوانية من حين إلى آخر.

الاتصال بالحالة لم يكن سهلا، وبمساعدة النفسانية العيادية التقرب منه وكسب ثقته.

من خلال المقابلات التي أجريت مع المعلمين، ومن خلال الملاحظة المباشرة للحالة واستنادا لما ذكرته الاختصاصية النفسية اتضح أن الطفل إسحاق تظهر عليه أعراض دالة على وجود اضطرابات انفعالية وسلوكية، وبعد تطبيق مقياس بيركس لتقدير السلوك كانت النتائج كما يوضحها الجدول.

الجدول رقم (32): نتائج القياس القبلي لمقياس بيركس لتقدير السلوك (الحالة السابعة)

الدرجة الكلية للمقياس الفرعي	الدرجة المتحصل عليها	المقياس الفرعي	
25	14	الافراط في نوم النفس	01
25	14	الافراط في القلق	02
30	15	الانسحابية الزائدة	03
30	15	الاعتمادية الزائدة	04
35	16	ضعف قوة الأنا	05
25	13	ضعف القوة الجسدية	06



25	16	ضعف التآزر الحركي	07
35	21	انخفاض القدرة العقلية	08
25	18	الضعف الأكاديمي	09
25	20	ضعف الانتباه	10
25	20	ضعف القدرة على ضبط النشاط	11
40	24	ضعف الاتصال بالواقع	12
25	12	ضعف الشعور بالهوية	13
35	18	الأفراط في المعاناة	14
25	18	الضعف في ضبط مشاعر الغضب	15
25	14	المبالغة في الشعور بالظلم	16
30	25	العنصرية الزائدة	17
25	15	العناد والمقاومة	18
40	27	ضعف الانصياع الاجتماعي	19

حسب ما أظهرته نتائج القياس القبلي لمقياس بيركس لتقدير السلوك فقد تحصل الطفل على درجات متفاوتة في فقرات المقياس، غير أن الأمر البارز هو حصوله على درجات مرتفعة في: ضعف الانتباه-الضعف في ضبط مشاعر الغضب-المبالغة في الشعور بالظلم-العنصرية الزائدة-العناد والمقاومة-ضعف الانصياع الاجتماعي.

كما تم تطبيق مقياس فرط النشاط الحركي وقصور الانتباه والعنصرية وهذا بغرض رصد السلوكيات الدالة على وجود الاضطراب لدى الطفل، وجاءت النتائج كما يوضحها الجدول.

جدول رقم (33): نتائج القياس القبلي لمقياس فرط النشاط الحركي وقصور الانتباه والعنصرية (الحالة السابعة)

الدرجة الكلية للمقياس الفرعي	الدرجة المتحصل عليها	المقياس الفرعي	
27	27	ضعف الانتباه	01
27	27	النشاط الزائد	02
66	62	العنصرية	03

من خلال نتائج الجدول رقم (33) تبين أن الطفل تحصل على درجات مرتفعة تدل على وجود ضعف الانتباه والنشاط الزائد والعدوانية بمستوى مرتفع.

وبناء على نتائج المقابلات، والملاحظة المباشرة، ونتائج شبكة الملاحظة والمتمثلة في مقياس بيركس لتقدير السلوك، ونتائج مقياس فرط النشاط الحركي وقصور الانتباه والعدوانية، (ملاحظات المعلمين لأكثر من 6 أشهر حسب ما أشار DSM4 و DSM5 فإن الطفل بحاجة إلى تكفل نفسي، وعليه سيتم إدماجه مع الحالات التي ستخضع للبرنامج العلاجي المعرفي السلوكي المقترح للتخفيف من فرط النشاط الحركي وقصور الانتباه والعدوانية.

استجابات الطفل على بعض محاور البرنامج العلاجي:

- الجلسة الأولى: جلسة التعارف

كنا قد تعرفنا على الطفل في الجلسة الفردية التي سبقت جلسات العلاج الجماعية، غير أن التواصل معها لم يكن صعباً. في أولى الجلسات العلاجية بدأ الطفل غير منتبه لما يدور حوله، فقد كان مشتت الانتباه، وغير مهتم. طلبنا منه أن يعرف نفسه، وكنا في كل مرة نشير إليه كي ينصت لما نقول.

- الجلسة الثانية: استبصار الأطفال بالسلوكيات المرغوب فيها وتلك غير المرغوب فيها.

في هذه الجلسة، والمخصصة لعرض الصور للسلوكيات المرغوبة وتلك غير المرغوبة، ظهر الطفل مشوشاً وكان يلتفت يمينا ويسارا وكأنه يبحث عن شيء فقده.

طلبنا منه أن يركز معنا وقمنا بتغيير مكانه حتى لا يتشتت انتباهه، مشاركته في المناقشة كانت مقبولة، وقد أظهر تفاعلاً مع المواقف المعروضة في القصة.

- الجلسة الرابعة: الاستبصار بالمعاملات الصحيحة (موضوع القصة: رفض الاعتداء)

خلال الجلسة، عبر الطفل عن مواقف حدثت معه تشبه تلك المعروضة في القصة، وأنه دافع عن زميل له، كانت مشاركته ظاهرة، غير أنه عبر بإشارات عنف صريح، صححنا له من خلال المحاضرة، كيف تكون القوة الصحيحة بالتفكير الصحيح وليس بالانفعال، وأن العنف يولد العنف. عند انتهاء عرض القصة، سألناه عن سبب انفعاله، فأجاب أنه إن لم يدافع عن نفسه سيظلله الغير، كانت أفكارا خاطئة هي من يتحكم بأفعاله.

- الجلسة السابعة: الاستبصار بالمعاملات الصحيحة (موضوع القصة: روح الفريق)

بدأت الجلسة بعرض قصة "روح الفريق"، أبدى الأطفال استمتاعهم بالموضوع، غير أن الطفل إسحاق وعند سؤالاتنا عن شخصيات القصة، قال إنه لا يحب أن يشارك الآخرين، وإن شارك فهو القائد، طلبنا منه أن يشرح لنا ماذا يقصد بالقائد، بدأ يتكلم بأننا شخصي مرتفع، بعدما انتهى من الكلام، طرحنا الموضوع للمناقشة، ثم قدمنا محاضرة في نفس سياق القصة عن روح الفريق، وعن تحمل المسؤوليات، وأن نجاح الفرد يكون بنجاح مجموعته.

كان الطفل إسحاق عنيدا جدا، ويرفض كل سلطة خارجية، يتعامل مع الكبار وكأنه ند لهم، لا يخاف، ولا يهمله إن عوقب، ويتعمد أذية الآخرين، يزعج معلميه، ويضرب زملاءه، ومن خلال المحاضرة والمناقشة، والعقاب أحيانا، والتعزيز، ومن خلال النمذجة ولعب الأدوار استطعنا التأثير فيه، واستبصر بسلوكياته المزعجة، وصح أفكاره الأتوماتيكية الخاطئة، وفهم أنه في المدرسة ليتعلم وليس ليتعرك، وأن المعلمون موجودون ليعلّموه، وأن عقابهم له إنما هو نتيجة لسوء تصرفه، كما تعلم أن النتيجة من نفس نوع العمل، فقد كان يكافئ بالتعزيز، ويعاقب بحرمانه من المشاركة في الألعاب حين يصدر منه سلوك غير مقبول، وسبق وأن نبهناه له.

بعد تطبيق البرنامج العلاجي، تم إعادة تطبيق مقياس فرط النشاط الحركي، وقصور الانتباه

والعدوانية بهدف معاينة التغيرات التي طرأت على سلوكيات الطفل، وكانت النتائج كما يلي.

جدول رقم (34): نتائج القياس البعدي لفرط النشاط الحركي وقصور الانتباه والعدوانية (الحالة السادسة)

المقياس الفرعي	الدرجة المتحصل عليها	الدرجة الكلية للمقياس الفرعي
01	12	27
02	10	27
03	45	66

استنتاج عام عن الحالة:

من خلال النتائج المستخلصة من المقابلات، ومن تحليل التاريخ النفسي والاجتماعي للحالة،

وننتج شبكة الملاحظة المتمثلة في مقياس بيركس لتقدير السلوك، ونتائج القياس القبلي لمقياس فرط

النشاط الحركي، وقصور الانتباه والعدوانية، وبعد تطبيق البرنامج العلاجي الموجه للتخفيف من حدة

فرط الحركة وتشتت الانتباه والعدوانية على الطفل عائشة، تم استنتاج ما يلي:

اسحاق طفل ذو 12 سنة كان يعيش حالة عدوانية واضحة، مصحوبة بفرط النشاط وتشتت

الانتباه.

كان الطفل عنيدا ومتحديا لكل ضوابط النظام المدرسي، لم يكن يخاف من أحد، ولا حتى من

المعلمين، يتجاهل التعليمات ويصرح بالرفض (لا الإشارية).

كان دائم البحث عن شيء مفقود، فكان دائم التجوال في الساحة وهو مشتت الانتباه.

كان الطفل عدوانيا، وذو طباع حادة، يشعر بالاضطهاد، ويلجأ للعنف في تعامله مع الآخر، فكثيرا ما كان يزعج معلميه متعمدا، وكان يرفض كل أشكال السلطة، لا يحب التعليمات، خاصة من الراشدين.

بعد التكفل بالحالة، ومن خلال المناقشة، والنمذجة، والعقاب، أصبحت الطفل أقل عدوانية، ومع بعض الصرامة مقابل العنف الذي كان يبديه، أصبح الطفل يأخذ التعليمات بمحمل الجد كما أصبح يخشى أن يعاقب إذا ما اعتدى على طفل آخر.

ساهم أسلوب المحاضرة في تصحيح كثير من الأفكار الخاطئة التي كانت تسيطر على الطفل، كما وأن لعب الأدوار الذي تعمدنا تطبيقه على الحالة ساهم في التفريغ الانفعالي، وساعد على استبصار الطفل بسلوكياته، خاصة وأننا تعمدنا ان تكون الأدوار التي يؤديها مختلفة عن بعضها، حتى يشعر بما يشعر به الآخرون.

لقد أظهرت نتائج التطبيق البعدي على مقياس فرط النشاط الحركي وقصور الانتباه والعدوانية، تحسنا ملحوظا مقارنة بسابقتها في القياس القبلي، وعليه يمكننا القول إن البرنامج العلاجي فعال في التخفيف من حدة فرط النشاط الحركي، وقصور الانتباه والعدوانية لدى الطفل.

## الفصل الثامن: عرض ومناقشة وتفسير النتائج

### تمهيد

1. عرض وتحليل نتائج الدراسة

2. تفسير ومناقشة النتائج

3. الاستنتاج العام

4. الخاتمة

5. قائمة المراجع

6. قائمة الملاحق

تمهيد:

لا يعد البحث مكتملا إلا إذا عرضت وحللت ونوقشت نتائجه الميدانية، وهذا لأجل الحكم على الفرضيات التي أسست عليها الدراسة، وكذا للإجابة على الأسئلة التي طرحت خلالها. وسنقوم فيما يلي بعرض النتائج التي توصلنا إليها بعد تطبيق أدوات الدراسة على أفراد العينة الأساسية، وبعد إتمام دراسة الحالات، وكذا بعد تفريغ البيانات وتنظيمها، ومعالجتها باستخدام برنامج الحزمة الإحصائية في العلوم الاجتماعية SPSS في نسخته 20، وتطبيق الأساليب الإحصائية المناسبة لكل فرض.

تمثلت أساليب المعالجة الإحصائية في:

1. المتوسطات الحسابية.
2. الانحراف المعياري.
3. التكرارات.
4. النسب المئوية.
5. اختبار ألفا كرومباخ.
6. اختبار جوتمان.
7. اختبار بيرسون.
8. اختبار "ت" لمجموعتين مستقلتين.
9. تحليل التباين ANOVA مع اختبار LSD.
10. اختبار "ت" لعينتين مترابطتين (غير مستقلة) لدراسة الفروق بين متوسطي نتائج القياس القبلي والبعدي.

## 1. عرض وتحليل نتائج الدراسة:

هدفت الدراسة الحالية إلى اختبار فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في خفض الاضطرابات الانفعالية لدى الطفل الأصم، ولتحقيق هذا الهدف صيغت مجموعة من الفرضيات سنقوم بعرض وتحليل نتائجها كما يلي:

### 1.1 عرض وتحليل نتائج الفرضية الأولى:

تنص الفرضية على أنه " يعاني الأطفال الصم من اضطرابات انفعالية وسلوكية مختلفة، وبمستويات مختلفة على مقياس بيركس لتقدير السلوك."

وللتحقق من صحة الفرضية تم استخدام التكرارات والنسب المئوية كما هو مبين في الجداول التالية:

جدول رقم (35): توزيع العينة الأساسية بحسب مستويات المقاييس الفرعية لمقياس بيركس لتقدير السلوك

اسم المقياس	الفئات	المستويات	التكرارات	النسب المئوية
الافراط في لوم النفس	10-5	غير دالة	33	46.50%
	17-11	دالة	33	46.5%
	25-18	ذات دلالة عالية	5	7%
الافراط في القلق	10-5	غير دالة	38	53.5%
	17-11	دالة	28	39.4%
	25-18	ذات دلالة عالية	5	7%
الاستجابة الزائدة	12-6	غير دالة	42	59.2%
	21-13	دالة	26	36.6%
	30-22	ذات دلالة عالية	3	4.2%
الإعتمادية الزائدة	12-6	غير دالة	42	59.2%
	21-13	دالة	25	35.2%
	30-22	ذات دلالة عالية	4	5.6%
ضعف قوة الأنا	14-7	غير دالة	36	50.7%
	24-15	دالة	29	40.8%
	35-25	ذات دلالة عالية	6	8.5%
ضعف القوة الجسدية	10-5	غير دالة	46	64.8%
	17-11	دالة	13	18.3%
	25-18	ذات دلالة عالية	12	16.9%
ضعف التأزر الحركي	10-5	غير دالة	40	56.3%
	17-11	دالة	21	29.6%



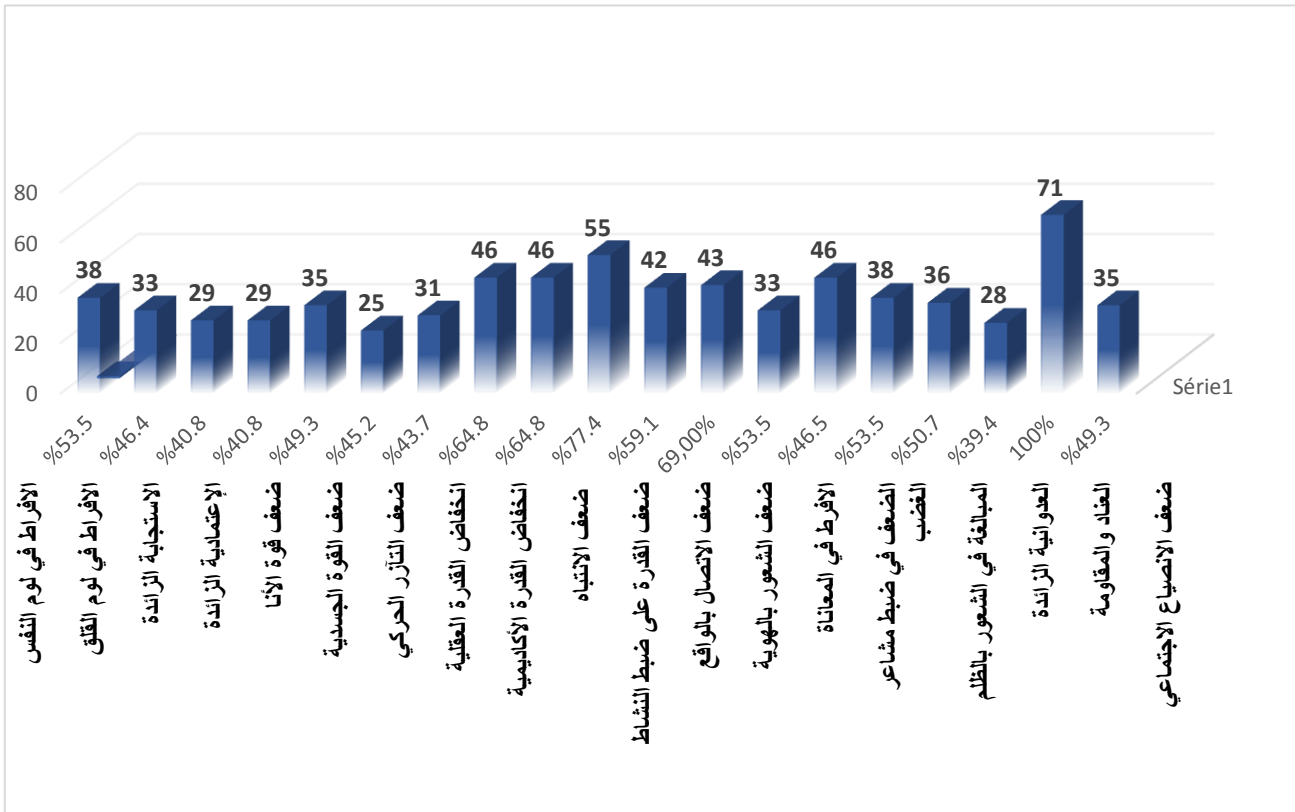
%14.1	10	ذات دلالة عالية	25-18	انخفاض القدرة العقلية
%35.2	25	غير دالة	14-7	
%56.3	40	دالة	24-15	
%8.5	6	ذات دلالة عالية	35-25	
%22.5	16	غير دالة	10-5	الضعف الأكاديمي
%54.9	39	دالة	17-11	
%22.5	16	ذات دلالة عالية	25-18	
%40.8	29	غير دالة	10-5	ضعف الانتباه
%40.8	29	دالة	17-11	
%18.3	13	ذات دلالة عالية	25-18	
%40.8	29	غير دالة	10-5	ضعف القدرة على ضبط النشاط
%36.6	26	دالة	17-11	
%22.5	16	ذات دلالة عالية	25-18	
%46.5	33	غير دالة	16-8	ضعف الاتصال بالواقع
%46.5	33	دالة	28-17	
7%	5	ذات دلالة عالية	40-29	
%53.5	38	غير دالة	10-5	ضعف الشعور بالهوية
%36.6	26	دالة	17-11	
%9.9	7	ذات دلالة عالية	25-18	
%63.4	45	غير دالة	14-7	الإفراط في المعاناة
31%	22	دالة	24-15	
%5.6	4	ذات دلالة عالية	35-25	
%46.5	33	غير دالة	10-5	الضعف في ضبط مشاعر الغضب
%33.8	24	دالة	17-11	
%19.7	14	ذات دلالة عالية	25-18	
%49.3	35	غير دالة	10-5	المبالغة في الشعور بالظلم
%35.2	25	دالة	17-11	
%15.5	11	ذات دلالة عالية	25-18	
%60.6	43	غير دالة	12-6	العدوانية الزائدة
%32.4	23	دالة	21-13	
7%	5	ذات دلالة عالية	30-22	
%81.7	58	دالة	17-5	العناد والمقاومة
%18.3	13	ذات دلالة عالية	25-18	
%50.7	36	غير دالة	40-29	ضعف الانصياع الاجتماعي
31%	22	دالة	28-17	
%18.3	13	ذات دلالة عالية	16-8	

تم جمع التكرارات الدالة وتلك ذات الدلالة العالية في الجدول رقم (36)

جدول رقم (36): توزيع العينة الأساسية حسب المستوى الدال للمقاييس الفرعية لمقياس بيركس

النسبة المئوية	التكرار	المستوى	المقياس
%53.5	38	دال	الإفراط في لوم النفس
%46.4	33	دال	الإفراط في لوم القلق
%40.8	29	دال	الاستجابة الزائدة
%40.8	29	دال	الاعتمادية الزائدة
%49.3	35	دال	ضعف قوة الأنا
%45.2	25	دال	ضعف القوة الجسدية
%43.7	31	دال	ضعف التأزر الحركي
%64.8	46	دال	انخفاض القدرة الأكاديمية
%77.4	55	دال	ضعف الانتباه
%59.1	42	دال	ضعف القدرة على ضبط النشاط
69%	43	دال	ضعف الاتصال بالواقع
%53.5	33	دال	ضعف الشعور بالهوية
%46.5	46	دال	الإفراط في المعاناة
%53.5	38	دال	الضعف في ضبط مشاعر الغضب
%50.7	36	دال	المبالغة في الشعور بالظلم
%39.4	28	دال	العنوانية الزائدة
100%	71	دال	العناد والمقاومة
%49.3	35	دال	ضعف الانصياع الاجتماعي

الشكل رقم (06): توزيع العينة الأساسية حسب وجود دلالة في مستوى المقاييس الفرعية لمقياس بيركس



من خلال النتائج الظاهرة في الجدولين رقم (35) ورقم (36) ومن خلال الشكل رقم (06)

الخاصين بتوزيع العينة الأساسية حسب مستويات الدلالة على المقاييس الفرعية لمقياس بيركس، يتضح أن نسبة كبيرة من الأطفال تعاني وبشكل واضح من مجموعة من الاضطرابات الانفعالية والسلوكية، وينسب تختلف من اضطراب إلى آخر، والأمر البارز هو أن العناد والمقاومة تحصل على أعلى نسبة تقدر ب 100% ، يليه ضعف الانتباه تحصل على نسبة تفوق 77%، انخفاض القدرة الأكاديمية تحصل على نسبة 64.8%، المبالغة في الشعور بالظلم تحصل على نسبة 50.7% ، ضعف الانصياع الاجتماعي تحصل على نسبة 49.3% ، العدوانية الزائدة تحصلت على نسبة 39.4% ، عدم القدرة على ضبط النشاط تحصل على 59.1%، الضعف في ضبط مشاعر الغضب تحصل على نسبة 53.5%.

تعد هذه النسب دالة على وجود الاضطرابات الانفعالية والسلوكية لدى الأطفال الصم، وبدرجات مختلفة. ما يعني أن الطفل الأصم يعاني من اضطرابات انفعالية وسلوكية وبمستويات مختلفة.

## 2.1 عرض وتحليل نتائج الفرضية الثانية:

تنص الفرضية على أنه " يعاني الأطفال الصم من فرط النشاط الحركي، وقصور الانتباه، والعدوانية، وبمستويات مختلفة."

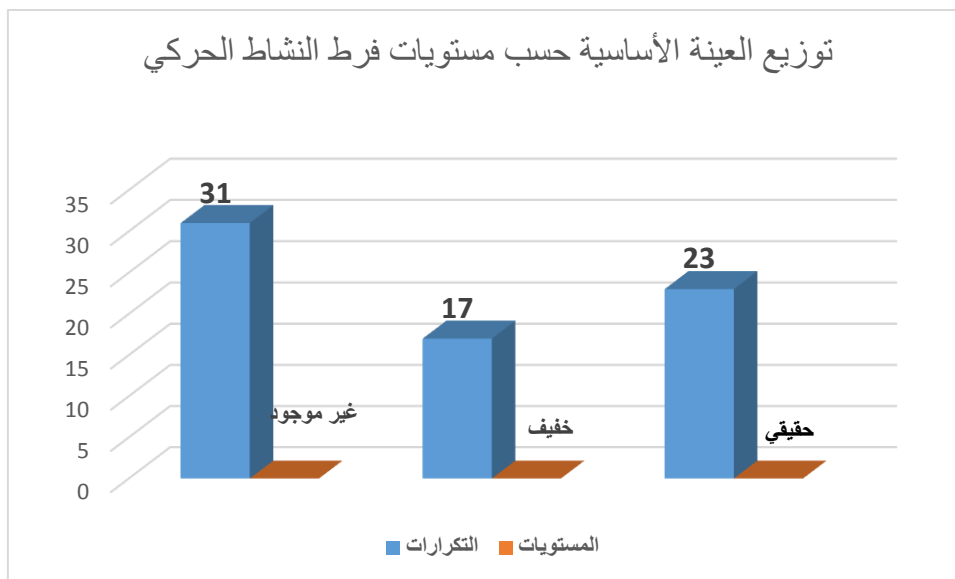
وللتحقق من صحة الفرضية تم استخدام التكرارات والنسب المئوية كما هو مبين في الجداول

التالية:

### أ- فرط الحركة:

جدول رقم (37): توزيع العينة الأساسية حسب مستويات فرط النشاط الحركي			
النسبة المئوية	التكرارات	المستويات	الفئات
43.70%	31	غير موجود	8-0
23.90%	17	خفيف	14-9
32.40%	23	حقيقي	أكبر من 14
100%	71		المجموع

الشكل رقم (07): توزيع العينة الأساسية حسب مستويات فرط النشاط الحركي



يتضح من خلال الجدول رقم (37) والشكل رقم (08) الخاصين بتوزيع العينة الأساسية حسب

مستويات فرط الحركة، أن 23 فرداً من بين 71 (أفراد العينة ككل) يعانون من فرط نشاط حركي

حقيقي، أي ما يعادل أكثر من 32 %، وأن 17 فرداً آخرين يعانون من فرط حركي خفيف، أي ما

يعادل أكثر من 23 %، في حين نجد أن نسبة 43 % لا يعانون من فرط الحركة.

تؤكد هذه النتائج أن ما يفوق نسبة 55 % من أفراد العينة الأساسية يعانون من فرط النشاط

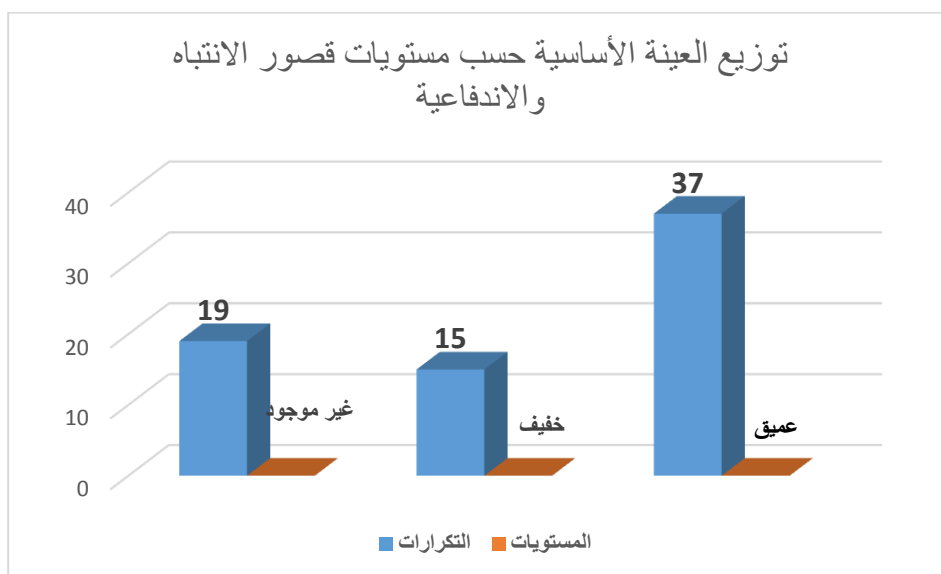
الحركي إما بصفة خفيفة أو حقيقية.

ب- قصور الانتباه والاندفاعية:

جدول رقم (38): توزيع العينة الأساسية حسب مستويات قصور الانتباه والاندفاعية

الفئات	المستويات	التكرارات	النسبة المئوية
9-0	غير موجود	19	26.80%
14-10	متوسط	15	21.10%
27-15	عميق	37	52.10%
المجموع		71	100%

الشكل رقم (08): توزيع العينة الأساسية حسب مستويات قصور الانتباه والاندفاعية

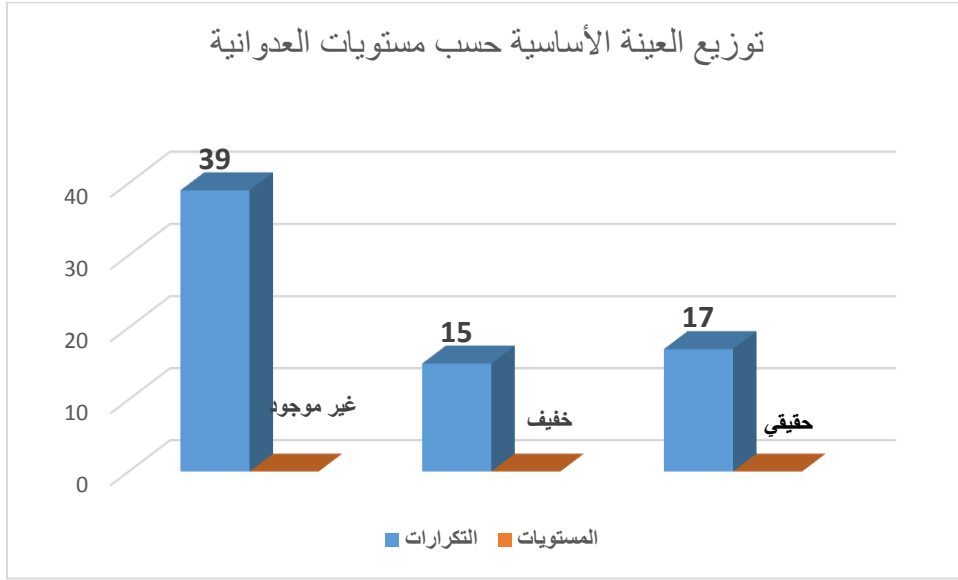


يتضح من خلال الجدول رقم (38) والشكل رقم (08) الخاصين بتوزيع العينة الأساسية حسب مستويات قصور الانتباه والاندفاعية، أن 37 فردا من بين 71 (أفراد العينة ككل) يعانون من قصور انتباه عميق أي ما يعادل أكثر من 52 %، وأن 15 فردا آخرين يعانون من قصور انتباه متوسط، أي ما يعادل 21 %، في حين نجد أن نسبة 26 % لا يعانون من قصور الانتباه. تؤكد هذه النتائج أن ما يفوق نسبة 73 % من أفراد العينة الأساسية يعانون من قصور الانتباه والاندفاعية إما بصفة متوسطة أو عميقة.

ج-العدوانية:

الفئات	المستويات	التكرارات	النسبة المئوية
أصغر من 23	غير موجود	39	54.9%
24-34	خفيف	15	21.10%
أكبر من 34	حقيقي	17	23.9%
المجموع		71	100%

الشكل رقم (09): يمثل توزيع العينة الأساسية حسب مستويات العدوانية



يتضح من خلال الجدول رقم (39) والشكل رقم (09) الخاصين بتوزيع العينة الأساسية حسب مستويات العدوانية أن 17 فردا من بين 71 (أفراد العينة ككل) يعانون من عدوانية حقيقية، أي ما يعادل أكثر من 23 %، وأن 15 فردا آخرين يعانون من عدوانية خفيفة أي ما يعادل 21 %، في حين نجد أن نسبة 54 % لا يعانون من العدوانية.

تؤكد هذه النتائج أن نسبة 45 % من أفراد العينة الأساسية يعانون من العدوانية إما بصفة خفيفة أو حقيقية.

وعلى هذا الأساس يمكننا القول أن الأطفال الصم يعانون من فرط النشاط الحركي، وقصور الانتباه والعدوانية، وبمستويات مختلفة.

### 3.1 عرض وتحليل نتائج الفرضية الثالثة:

تنص الفرضية الثالثة على أنه "توجد علاقة بين فرط النشاط الحركي، وقصور الانتباه، والعدوانية لدى الطفل الأصم."

وللتحقق من صحة الفرضية تم استخدام معامل ارتباط بيرسون لتوضيح العلاقة بين أبعاد

المقياس

جدول رقم (40) يوضح العلاقة بين أبعاد المقياس

	قصور الانتباه	فرط النشاط الحركي	العدوانية
قصور الانتباه	Corrélacion de Pearson	1	,330**
	Sig. (bilatérale)	,000	,005
	N	71	71
فرط النشاط الحركي	Corrélacion de Pearson	,555**	,636**
	Sig. (bilatérale)	,000	,000
	N	71	71
العدوانية	Corrélacion de Pearson	,330**	1
	Sig. (bilatérale)	,005	,000
	N	71	71

.الارتباط دال عند مستوى الدلالة 0.01\*\*

نلاحظ من خلال الجدول رقم (40) أن قيمة معامل ارتباط بيرسون بين درجات قصور الانتباه ودرجات فرط النشاط الحركي تساوي 0.555 وهي قيمة موجبة ودالة إحصائياً عند مستوى الدلالة 0.01، وعليه نقول أنه يوجد ارتباط طردي بين قصور الانتباه وفرط النشاط الحركي، كما نلاحظ أن قيمة معامل ارتباط بيرسون بين درجات قصور الانتباه ودرجات العدوانية تساوي 0.330 وهي قيمة موجبة ودالة إحصائياً عند مستوى الدلالة 0.05، وعليه نقول أنه يوجد ارتباط طردي بين قصور الانتباه والعدوانية، كما نلاحظ أن قيمة معامل ارتباط بيرسون بين درجات فرط النشاط الحركي ودرجات العدوانية تساوي 0.636 وهي قيمة موجبة ودالة إحصائياً عند مستوى الدلالة 0.01 وعليه نقول أنه يوجد ارتباط طردي بين فرط النشاط الحركي والعدوانية.

وعليه يمكن القول أنه توجد علاقة طردية بين فرط النشاط الحركي، وقصور الانتباه، والعدوانية

لدى الطفل الأصم.



#### 4.1 عرض وتحليل نتائج الفرضية الرابعة:

تنص الفرضية الرابعة على أنه " توجد فروق دالة احصائيا في مستوى فرط النشاط الحركي، وقصور الانتباه، والعدوانية، لدى الطفل الأصم تعزى إلى الجنس، والعمر الزمني، ودرجة الإعاقة السمعية، ونوع الإقامة (داخلي ونصف داخلي)."

وللتحقق من صحة الفرضية تم استخدام اختبار "ت" (T-test) لمجموعتين مستقلتين (للإجابة على متغير جنس الطفل، ومتغير نوع الإقامة)، في حين تم استخدام اختبار تحليل التباين (ANOVA à 1 facteur) بين المجموعات عند مستوى دلالة يساوي 0.05 للإجابة على متغيرات: العمر الزمني، ودرجة الإعاقة السمعية، وجاءت النتائج كما توضحها الجداول التالية.

أ- حسب متغير جنس الطفل:

تم استخدام اختبار "ت" للفروق بين مجموعتين مستقلتين، وكانت النتائج كما يلي:

جدول رقم (41): الفروق في مستوى فرط النشاط الحركي، وقصور الانتباه، والعدوانية تبعاً لمتغير جنس

الطفل. Test d'échantillons indépendants. مقارنة مجموعتين مستقلتين

	Test de Levene sur l'égalité des variances		Test-t pour égalité des moyennes						
	F	Sig.	T	Ddl	Sig. (bilatérale)	Différence moyenne	Différence écart-type	Intervalle de confiance 95% de la différence	
								Inférieure	Supérieure
Hypothèse de variances égales قصور الانتباه	,026	,872	<b>1,993</b>	<b>69</b>	<b>,050</b>	,409	,205	,000	,819
Hypothèse de variances inégales			1,959	52,076	,056	,409	,209	-,010	,828

Hypothèse de variances égales	2,712	,104	<b>2,301</b>	<b>69</b>	<b>,024</b>	,476	,207	,063	,888
فرط النشاط الحركي			2,406	62,782	,019	,476	,198	,081	,871
Hypothèse de variances égales	,693	,408	<b>1,061</b>	<b>69</b>	<b>,293</b>	,217	,205	-,191	,626
العدوانية			1,079	58,157	,285	,217	,201	-,186	,620

جدول رقم (42): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمجموعي الذكور والإناث في مقياس: قصور الانتباه، وفرط النشاط الحركي، والعدوانية.

	SEXE	N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne
قصور الانتباه	Masculin	44	2,41	,816	,123
	Feminin	27	2,00	,877	,169
فرط النشاط الحركي	masculin	44	2,07	,900	,136
	Feminin	27	1,59	,747	,144
العدوانية	masculin	44	1,77	,859	,129
	Feminin	27	1,56	,801	,154

- بالنسبة لبعث قصور الانتباه:

نلاحظ من خلال الجدول رقم (41) أن: قيمة F لاختبار ليفن للتجانس بالنسبة للدرجة الكلية أو للدرجات حسب الأبعاد الأساسية في المقياس، هي قيمة غير دالة إحصائياً كون قيمة الدلالة الإحصائية تساوي 0.872، وهي قيمة أكبر من 0.05، وعليه نختار بيانات اختبار T-test وفق القيم ودرجات الحرية للمجموعات في حالة التجانس، ومن الجدول نجد أن قيمة T-test تساوي

1.993 وهي قيمة دالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0.05 وعند درجة الحرية 69، ومنه نستطيع القول أنه توجد فروق دالة إحصائية بين الجنسين فيما يخص قصور الانتباه لصالح الذكور، حسب ما يبينه الجدول رقم (42) الخاص بالمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية.

- بالنسبة لبعد فرط النشاط الحركي:

نلاحظ من خلال الجدول رقم (41) أن: قيمة F لاختبار ليفن للتجانس بالنسبة للدرجة الكلية أو للدرجات حسب الأبعاد الأساسية في المقياس هي قيمة غير دالة إحصائية كون قيمة الدلالة الإحصائية تساوي 0.104 وهي قيمة أكبر من 0.05، وعليه نختار بيانات اختبار T-test وفق القيم ودرجات الحرية للمجموعات في حالة التجانس، ومن الجدول نجد أن قيمة T-test تساوي 2.301 وهي قيمة دالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0.05، وعند درجة الحرية 69، ومنه نستطيع القول أنه توجد فروق دالة إحصائية بين الجنسين فيما يخص فرط النشاط الحركي لصالح الذكور، حسب ما يبينه الجدول رقم (42) الخاص بالمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية.

- بالنسبة لبعد العدوانية:

يتضح من خلال الجدول رقم (41) أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الجنسين في بعد العدوانية، كون قيمة اختبار T-test غير دالة عند مستوى الدلالة 0.05. وعليه يمكننا القول أن جنس الطفل الأصم لا يؤثر على مستوى العدوانية لديه، وأن كل من الذكور والإناث يعانون من العدوانية، ولا فرق بينهما حسب ما هو مبين في الجدول رقم (42).

ب. حسب متغير العمر الزمني للطفل:

للتحقق من صحة الفرضية تم استخدام اختبار تحليل التباين (ANOVA) للمقارنة بين

المجموعات المستقلة. وكانت النتائج كما يلي.

ANOVA à 1 facteur جدول رقم (43): الفروق في مستوى قصور الانتباه وفرط النشاط الحركي والعدوانية تبعا لمتغير العمر الزمني للطفل

	Somme des carrés	ddl	Moyenne des carrés	F	Signification
Inter-groupes	7,784	3	2,595	3,983	,011
قصور الانتباه Intra-groupes	43,652	67	,652		
Total	51,437	70			
Inter-groupes	8,490	3	2,830	4,250	,008
فرط النشاط الحركي Intra-groupes	44,609	67	,666		
Total	53,099	70			
Inter-groupes	1,792	3	,597	,844	,474
العدوانية Intra-groupes	47,391	67	,707		
Total	49,183	70			

نلاحظ من خلال الجدول رقم (43) أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى

قصور الانتباه وفرط النشاط الحركي تبعا لمتغير العمر الزمني للطفل، في حين يُظهر نفس

الجدول أنه لا توجد فروق دالة إحصائية في مستوى العدوانية تعزى لمتغير العمر الزمني.

ولمعرفة اتجاه هذه الفروق، بمعنى أي الفئات العمرية يرتفع عندها مستوى

الاضطرابات، قمنا بتطبيق اختبار LSD فكانت النتائج كما هي موضحة في الجدول.

جدول رقم (44): اتجاه الفروق تبعا لمتغير العمر الزمني للطفل

Variable dépendante	(I) AGE	(J) AGE	Différence de moyennes (I-J)	Erreur standard	Signification	Intervalle de confiance à 95%	
						Borne inférieure	Borne supérieure
قصور الانتباه		6-8	-1,087	,595	,072	-2,27	,10
		3-5	-1,130	,595	,062	-2,32	,06
		13-16	<b>-1,652*</b>	<b>,595</b>	<b>,007</b>	-2,84	-,46
		3-5	1,087	,595	,072	-,10	2,27
		6-8	-,043	,238	,856	-,52	,43
		13-16	<b>-,565*</b>	<b>,238</b>	<b>,020</b>	-1,04	-,09
		3-5	1,130	,595	,062	-,06	2,32
		9-12	,043	,238	,856	-,43	,52
		13-16	<b>-,522*</b>	<b>,238</b>	<b>,032</b>	-1,00	-,05
		3-5	<b>1,652*</b>	<b>,595</b>	<b>,007</b>	,46	2,84
	13-16	<b>,565*</b>	<b>,238</b>	<b>,020</b>	,09	1,04	

	9-12	<b>,522*</b>	<b>,238</b>	<b>,032</b>	,05	1,00
	6-8	-,609	,602	,315	-1,81	,59
	3-5	-,783	,602	,198	-1,98	,42
	13-16	<b>-1,348*</b>	<b>,602</b>	<b>,028</b>	-2,55	-,15
	3-5	,609	,602	,315	-,59	1,81
	6-8	-,174	,241	,472	-,65	,31
	13-16	<b>-,739*</b>	<b>,241</b>	<b>,003</b>	-1,22	-,26
فرط النشاط الحركي	3-5	,783	,602	,198	-,42	1,98
	9-12	,174	,241	,472	-,31	,65
	13-16	<b>-,565*</b>	<b>,241</b>	<b>,022</b>	-1,05	-,08
	3-5	<b>1,348*</b>	<b>,602</b>	<b>,028</b>	,15	2,55
	13-16	<b>,739*</b>	<b>,241</b>	<b>,003</b>	,26	1,22
	9-12	<b>,565*</b>	<b>,241</b>	<b>,022</b>	,08	1,05
	6-8	-,565	,620	,365	-1,80	,67
	3-5	-,739	,620	,237	-1,98	,50
	13-16	-,826	,620	,187	-2,06	,41
	3-5	,565	,620	,365	-,67	1,80
	6-8	-,174	,248	,486	-,67	,32
العنوانية	13-16	-,261	,248	,297	-,76	,23
	3-5	,739	,620	,237	-,50	1,98
	6-8	,174	,248	,486	-,32	,67
	13-16	-,087	,248	,727	-,58	,41
	3-5	,826	,620	,187	-,41	2,06
	13-16	,261	,248	,297	-,23	,76
	9-12	,087	,248	,727	-,41	,58

\*. La différence moyenne est significative au niveau 0.05.

يظهر من خلال الجدول رقم (44) أن الفروق ذات الدلالة الإحصائية في مستوى قصور الانتباه وفرط النشاط الحركي، هي لصالح الفئة العمرية (13-16) سنة، وهي دالة عند مستوى دلالة يساوي 0.05، أي أن الأطفال في هذه السن هم أكثر تشبهاً للانتباه وفرط الحركة، في حين لم نجد فروقا في مستوى العدوانية عند الأطفال بمختلف فئاتهم العمرية، وعليه يمكننا القول، أن العمر الزمني للطفل لا يؤثر في مستوى العدوانية لديه.

ج. حسب متغير درجة الإعاقة السمعية:

للإجابة على السؤال تم استعمال اختبار تحليل التباين للمقارنة بين المجموعات. وكانت النتائج كما يلي. جدول رقم (45): الفروق في مستوى قصور الانتباه، وفرط النشاط الحركي، والعدوانية تبعاً لمتغير درجة الإعاقة السمعية للطفل.

	Somme des carrés	Ddl	Moyenne des carrés	F	Signification
Inter-groupes	,292	3	,097	,128	,943
قصور الانتباه	Intra-groupes	51,145	67	,763	
	Total	51,437	70		
Inter-groupes	,699	3	,233	,298	,827
فرط النشاط الحركي	Intra-groupes	52,400	67	,782	
	Total	53,099	70		
Inter-groupes	,491	3	,164	,225	,879
العدوانية	Intra-groupes	48,692	67	,727	
	Total	49,183	70		

نلاحظ من خلال الجدول رقم (45) أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى قصور الانتباه، وفرط النشاط الحركي، والعدوانية تعزى لمتغير درجة الإعاقة السمعية للطفل، وهذا لأن نسبة 69.01% من الأطفال هم من ذوي الإعاقة السمعية العميقة، ونسبة 16.90% هم من ذوي الإعاقة السمعية الحادة، في حين لم يشكل ذوو الإعاقة السمعية المتوسطة والخفيفة مجتمعين سوى نسبة 14.08% من الأطفال، وعليه لم نلمس فروقا ذات دلالة إحصائية، باعتبار أن الغالبية العظمى من الأطفال هم من الأطفال الصم وليسوا من ضعاف السمع، ما يعني أن الأطفال الصم ذوو الإعاقة السمعية الحادة والعميقة، يعانون وبدرجة كبيرة من فرط النشاط الحركي، وقصور الانتباه والعدوانية أكثر من زملائهم ذوو الإعاقة السمعية المتوسطة والخفيفة، وعليه تؤثر درجة الإعاقة السمعية في الاضطراب.

د. حسب متغير الإقامة (داخلي ونصف داخلي):

لإجابة على السؤال تم استخدام اختبار "ت" للفروق بين مجموعتين مستقلتين، وكانت النتائج

كما يلي:

جدول رقم (46): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للعينة حسب متغير نوع الإقامة

الاضطراب	نوع الإقامة	العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
قصور الانتباه	داخلي	44	2,27	,872
	نصف داخلي	27	2,22	,847
فرط النشاط الحركي	داخلي	44	1,95	,861
	نصف داخلي	27	1,78	,892
العدوانية	داخلي	44	1,77	,859
	نصف داخلي	27	1,56	,801
المجموع		71		

الجدول رقم (47): مقارنة مجموعتين مستقلتين من حيث مستوى قصور الانتباه، وفرط النشاط الحركي، والعدوانية تبعا لمتغير نوع الإقامة (داخلي ونصف داخلي)

	Test de Levene sur l'égalité des variances	Test-t pour égalité des moyennes								
		F	Sig.	t	ddl	Sig. (bilatérale)	Différence moyenne	Différence écart-type	Intervalle de confiance 95% de la différence	
									Inférieure	Supérieure
قصور الانتباه	Hypothèse de variances égales	,266	,607	,239	69	,812	,051	,211	-,370	,471
	Hypothèse de variances inégales			,241	56,399	,810	,051	,209	-,369	,470
فرط النشاط الحركي	Hypothèse de variances égales	,496	,484	,828	69	,410	,177	,213	-,249	,602

العدوانية	Hypothèse de variances inégales			,821	53,672	,415	,177	,215	-,255	,608
	Hypothèse de variances égales	,693	,408	1,061	69	,293	,217	,205	-,191	,626
	Hypothèse de variances inégales			1,079	58,157	,285	,217	,201	-,186	,620

يظهر من خلال الجدول رقم (47) أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى قصور الانتباه، وفرط النشاط الحركي، والعدوانية، تعزى لمتغير نوع الإقامة (داخلي ونصف داخلي) بالنسبة للطفل الأصم، ما يعني أن نظام إقامة الطفل بالمدرسة سواء كانت داخلي أو نصف داخلي لا يؤثر في مستوى قصور الانتباه، وفرط النشاط الحركي، والعدوانية لديه، مادامت المدرسة خاصة بالأطفال المعوقين سمعياً.

#### 5.1 عرض وتحليل نتائج الفرضية الخامسة:

تنص الفرضية على أن "البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي المقترح فعال في التخفيف من مستوى فرط النشاط الحركي، وقصور الانتباه، والعدوانية".  
وللتحقق من صحة الفرضية تم استخدام اختبار "ت" لعينتين مترابطتين (غير مستقلة) لحساب دلالة الفروق بين متوسطي درجات القياس القبلي، والقياس البعدي، لاضطراب فرط النشاط الحركي، وقصور الانتباه، والعدوانية، للحالات المدروسة على مقياس فرط النشاط الحركي، وقصور الانتباه، والعدوانية، وكانت النتائج كما هي موضحة في الجدول (48).



جدول رقم (48): نتائج اختبار "ت" لحساب دلالة الفروق بين متوسطي درجات القياس القبلي والقياس البعدي لاضطراب فرط النشاط الحركي، وقصور الانتباه، والعدوانية للحالات السبعة المدروسة.

الاضطراب	التطبيق	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة "ت" المحسوبة	درجة الحرية	مستوى الدلالة
قصور الانتباه	القبلي	21.86	5.273	8.287	6	0.000
	البعدي	10.86	2.734			
فرط النشاط الحركي	القبلي	22.43	4.353	7.315	6	0.000
	البعدي	11.86	2.410			
العدوانية	القبلي	55.00	6.000	17.678	6	0.000
	البعدي	40.71	4.499			

نلاحظ من خلال الجدول رقم (48) أن قيمة المتوسط الحسابي بالنسبة لأبعاد المقياس كانت

كالتالي:

- قصور الانتباه: قدرت قيمة المتوسط الحسابي بالنسبة للقياس القبلي بـ (21.86) بانحراف معياري قدره (5.273) وهي أكبر من قيمة المتوسط الحسابي للقياس البعدي المقدرة بـ (10.86) بانحراف معياري قدره (2.734). ما يعني أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى اضطراب قصور الانتباه لصالح القياس القبلي، وهذا ما تؤكدته قيمة "ت" المحسوبة والمقدرة بـ (8.287) وهي دالة عند درجة الحرية (6) بمستوى دلالة يساوي (0.00)، وهذا يعني أن درجات الأطفال في قصور الانتباه قد انخفضت مقارنة بالقياس القبلي.

- فرط النشاط الحركي: قدرت قيمة المتوسط الحسابي بالنسبة للقياس القبلي بـ (22.43) بانحراف معياري قدره (4.353) وهي أكبر من قيمة المتوسط الحسابي للقياس البعدي المقدرة بـ (11.86) بانحراف معياري قدره (2.410). ما يعني أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى اضطراب قصور الانتباه لصالح القياس القبلي، وهذا ما تؤكدته قيمة "ت" المحسوبة والمقدرة بـ

(7.315) وهي دالة عند درجة الحرية (6) بمستوى دلالة يساوي (0.00)، وهذا يعني أن درجات الأطفال في فرط النشاط الحركي قد انخفضت مقارنة بالقياس القبلي.

- العدوانية: قدرت قيمة المتوسط الحسابي بالنسبة للقياس القبلي بـ (55.00) بانحراف معياري قدره (6.00) وهي أكبر من قيمة المتوسط الحسابي للقياس البعدي المقدرة بـ (40.71) بانحراف معياري قدره (4.499). ما يعني أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى اضطراب قصور الانتباه لصالح القياس القبلي، وهذا ما تؤكد قيمة "ت" المحسوبة والمقدرة بـ (17.678) وهي دالة عند درجة الحرية (6) بمستوى دلالة يساوي (0.00)، وهذا يعني أن درجات الأطفال في العدوانية قد انخفضت مقارنة بالقياس القبلي.

من خلال نتائج الجدول رقم (48) نستنتج أن البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي المقترح فعال في التخفيف من مستوى حدة اضطراب فرط النشاط الحركي، وقصور الانتباه، والعدوانية لدى الطفل الأصم.

## 2. تفسير ومناقشة النتائج:

أسفرت الدراسة على النتائج التالية:

- يعاني الطفل الأصم من اضطرابات انفعالية وسلوكية مختلفة، وبمستويات مختلفة.
- يعاني الطفل الأصم من فرط النشاط الحركي، وقصور الانتباه، والعدوانية، وبمستويات مختلفة.
- توجد علاقة ارتباطية بين فرط النشاط الحركي، وقصور الانتباه، والعدوانية، لدى الطفل الأصم.
- توجد فروق دالة إحصائية في مستوى فرط النشاط الحركي، وقصور الانتباه لدى الطفل الأصم لصالح الذكور.

▪ لا توجد فروق دالة احصائيا في مستوى العدوانية لدى الطفل الأصم تعزى لمتغير الجنس.

▪ توجد فروق دالة احصائيا في مستوى فرط النشاط الحركي، وقصور الانتباه لدى الطفل الأصم لصالح الفئة العمرية (13-16 سنة).

▪ لا توجد فروق دالة احصائيا في مستوى العدوانية لدى الطفل الأصم تعزى لمتغير العمر الزمني.

▪ توجد فروق دالة احصائيا في مستوى فرط النشاط الحركي، وقصور الانتباه، والعدوانية، لدى الطفل الأصم تعزى لمتغير درجة الإعاقة السمعية لصالح الإعاقة العميقة.

▪ لا توجد فروق دالة احصائيا في مستوى العدوانية لدى الطفل الأصم تعزى لمتغير نوع الإقامة (داخلي ونصف داخلي).

▪ للبرنامج العلاجي المعرفي السلوكي المقترح فاعلية في خفض مستوى فرط النشاط الحركي، وقصور الانتباه، والعدوانية، لدى الطفل الأصم.

## 1.2 تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الأولى:

بينت نتائج الدراسة أن الطفل الأصم يعاني من اضطرابات انفعالية وسلوكية مختلفة، وبمستويات مختلفة.

وقد تمثلت هذه الاضطرابات الانفعالية والسلوكية في أنماط السلوك المضطرب لدى الأطفال،

والمذكورة في قائمة بيركس لتقدير السلوك المطبقة في الدراسة الحالية.

احتوت القائمة على المقاييس الفرعية التالية: الإفراط في لوم النفس، والإفراط في القلق،

والانسحابية الزائدة، والاعتمادية الزائدة، ضعف قوة الأنا، ضعف القوة الجسدية، ضعف التآزر الحركي،

انخفاض القدرة العقلية، الضعف الأكاديمي، ضعف الانتباه، ضعف القدرة على ضبط النشاط، ضعف الاتصال بالواقع، ضعف الشعور بالهوية، الإفراط في المعاناة، الضعف في ضبط مشاعر الغضب، المبالغة في الشعور بالظلم، العدوانية الزائدة، العناد والمقاومة، ضعف الانصياع الاجتماعي.

بالنظر إلى قائمة الاضطرابات الانفعالية والسلوكية، نجد أن نتائج الدراسة الحالية تتفق مع نتائج الكثير من الدراسات التي تناولت خصائص الصم، نذكر منها دراسة الزريقات والإمام (2005) وكانت حول مشكلات الطلبة المعوقين سمعياً وعلاقتها ببعض المتغيرات، توزعت أداة الدراسة على أربعة مجالات رئيسية وهي: المشكلات الأسرية، المشكلات التواصلية، المشكلات السلوكية والانفعالية، المشكلات الأكاديمية، وأسفرت النتائج إلى أن أكثر المشكلات التي تواجه الطلبة المعوقين سمعياً هي المشكلات التواصلية، ثم المشكلات الأكاديمية، وبعدها المشكلات السلوكية والانفعالية، وأخيراً المشكلات الأسرية. كما أشارت النتائج إلى وجود فروق دالة احصائياً لمتغير العمر على مجالات المشكلات الأسرية، والمشكلات التواصلية، والمشكلات الأكاديمية، كما وجدت فروق دالة احصائياً لمتغير درجة الإعاقة السمعية في مجال المشكلات الانفعالية السلوكية. وهو نفسه ما توصلت إليه الدراسة الحالية حين أكدت أن الأطفال ذوو الإعاقة العميقة كانوا أكثر انفعالا واضطراباً من غيرهم ضعاف السمع.

وتتفق النتيجة أيضاً وبشكل كبير مع ما ذكره عبد الرحمن العيسوي (2010، ص 23)، عن دراسة موريس (1982)، والتي أشار فيها أن نسبة كبيرة من المعوقين سمعياً تعاني من المشكلات النفسية الآتية: سوء التوافق النفسي-عدم الاستقرار العاطفي-عدم الثبات الانفعالي-أكثر اكتئاباً وقلقاً وتهوراً-التشكيك في الآخرين-السلوك العدواني وإيذاء الآخرين أحياناً-الاتجاه نحو العزلة-أقل حبا للسيطرة. وجلبها ضمن الاضطرابات التي احتوتها قائمة بيركس لتقدير السلوك والمعتمدة كشبكة ملاحظة.

كما تتفق النتيجة مع نتائج دراسة فانلديك وآخرون (Vaneldik & al., 2004)، وكانت حول المشكلات الانفعالية السلوكية للأطفال المعوقين سمعياً، وتوصل فيها إلى أن الفئة العمرية من 12 إلى 18 سنة هم الذين أظهروا مشكلات القلق والاكتئاب والمشكلات الاجتماعية أكثر من الأطفال ذوي الأعمار (4 إلى 11 سنة). وهذا يتوافق مع نتائج دراستنا التي أظهرت أن الأطفال الصم أظهروا اضطرابات مختلفة حسب الفئات العمرية المختلفة.

وتتفق النتيجة مع نتائج دراسة صونية مجنون حمدان ونصيرة زلال (2015)، وهي دراسة مقارنة حول تقدير الذات لدى الأطفال الصم المدمجين وغير المدمجين في المدارس العادية، طبقت الباحثان أداة تقدير الذات ل Bruce Harrée الموزعة على ثلاثة محاور هي: جماعة الرفاق والمحيط المدرسي والمنزل، وأسفرت النتائج على أن هناك فروق دالة بين المجموعتين في مستوى تقدير الذات لصالح المجموعة المدمجة، وفسرتنا ذلك على أن الإدماج المدرسي يساهم في الرفع من تقدير الذات للطفل الأصم من خلال خلق استعدادات في تقبل ذاته، كما وأن دور المدرسة جد مهم في فرص التفاعل الاجتماعي، والتفاعل الصفي بين التلاميذ الصم وأقرانهم السامعين. كما تبين من خلال النتائج أنه لا توجد فروق دالة بين أفراد المجموعة المدمجة في مستوى تقدير الذات تعزى إلى متغير الجنس، وفسرتنا ذلك، على أن الإدماج المدرسي يساعد الطفل الأصم على التطبيع الاجتماعي، فيندمج حسب الصيغ والقيم المتداولة وينطبق هذا على الذكر كما الأنثى.

وتتفق النتيجة أيضاً مع ما توصلت إليه دراسة غسان أبو فخر ومثلين ماهر العائق (2015)، وكانت حول تأثير الإعاقة السمعية على النمو التواصلي عند الأطفال ضعاف السمع، حيث أشارت نتائج الدراسة إلى أن أكثر مشكلة شيوعاً هي أن الطفل المعوق سمعياً يطلب إعادة الكلام، ويجد صعوبة في متابعة الحديث، وأدنى مشكلة شيوعاً هي أنه يبتعد عن الآخرين. وهي نفسها الأعراض التي توصلت إليها نتيجة الدراسة الحالية، حيث ظهر أن الطفل الأصم يتحرك بغرض جلب

الانتباه، وأنه كثير الإشارة لأنه فاقد للسمع كوسيلة لاكتساب المعارف، لهذا نجده يطالب بإعادة الكلام حتى يستوعبه بنظره بدل سمعه المفقود.

كما تتفق النتيجة مع توصل إليه روجي مروح عبدات (2010) في دراسته للسلوك التوافقي عند الصم وضعاف السمع، كما يراه أولياء أمورهم، حيث نصت الفرضية على "عدم وجود فروق دالة احصائيا في مستوى السلوك التوافقي عند التلاميذ الصم وضعاف السمع تعزى إلى جنس المعاق"، وجاءت النتائج لتقول أن الذكور كانوا أقل توافقا في سلوكهم، في حين أن الإناث كن أثر قلقا.

وتتفق النتيجة أيضا مع دراسة رشاد موسى (2009) والتي أشارت إلى أن الأطفال الصم من كلا الجنسين يعانون من قلق، وتوتر، في تكيفهم مع المحيط الشخصي، والاجتماعي.

إن ما توصلت إليه الدراسة الحالية والدراسات السابقة في نفس السياق، تؤكد ما ذكره عبيد ويوسف (1966، ص 166) حول تساوي الشخص المعاق سمعيا مع الشخص العادي، في مكونات الشخصية، غير أن للإعاقة السمعية، أثر نفسي على المعاق، فالصمم ليس في الأذن وحسب، بل في البيئة الخاصة التي تفرض نفسها على المعاق، فينزل، وإضافة إلى مشكلاته الاجتماعية، يضيف بذلك الانعزال مشكلات أخرى انفعالية، كالشعور بالنقص، والدونية، وعدم الاتزان الانفعالي، وفقدان الثقة بالنفس. وبحسب النتائج التوصل إليها، فإن الأطفال الصم أقل تكيفا من عادي السمع، كما أن درجاتهم أقل من ناحية التوافق العام، والتوافق الشخصي، والثبات الانفعالي، وعدم النضج الاجتماعي، ويظهر ذلك في الإشباع المباشر لحاجاتهم، وعدم تحملهم المسؤولية وكثرة المخاوف.

فغالبا ما يتسم الطفل الأصم بالاضطراب النفسي والانفعالي بسبب الانطوائية التي يعيشها والتي ترجع في الأساس إلى عدم الشعور بالحنان وعطف الأم في مرحلة الطفولة، نظرا لأنه لم يسمع صوتها بنغماته أثناء عنايتها به، ومن ثم يسيطر عليه الإحباط، كما أنه يميل إلى الإشباع المباشر لحاجاته.

(عبد الله محمد، 1999، ص 239)

إن ما ذكره القريطي (1996، ص136) عن تأثير الإعاقة السمعية في النمو الاجتماعي للفرد المعاق، أثبتته نتيجة الدراسة الحالية حين بينت أن تأثير الإعاقة السمعية يمتد إلى أوسع من فقد السمع لوحده، فقد أظهرت نتائج تطبيق شبكة الملاحظة أن المشاكل التي يعانيها الطفل الأصم متعددة ومتشعبة، بحيث تطل كل جوانب شخصيته، بما في ذلك الجانب المعرفي، والاجتماعي، والانفعالي.

## 2.2 تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الثانية:

بينت نتائج الفرضية أن الطفل الأصم يعاني من فرط النشاط الحركي، وقصور الانتباه، والعدوانية، وبمستويات مختلفة.

وتتفق هذه النتيجة مع نتيجة الدراسة التي قامت بها آيت يحي نجية (2017) وكانت حول الأنماط الشائعة لاضطراب قصور الانتباه المصحوب بفرط الحركة لدى التلاميذ بالمدرسة الابتدائية، من وجهة نظر المعلمين، باعتبارها أحد المشاكل السلوكية التي يعاني منها التلاميذ في هذه المرحلة، وقد توصلت الباحثة إلى أن النمط المختلط كان هو النمط الشائع بين أفراد العينة. وهي بذلك تؤكد بأن الأطفال في المرحلة الابتدائية كثيرا ما يظهرون فرط النشاط الحركي وتشتمت الانتباه والاندفاعية والعدوان.

ويخصوص العدوانية نجد أن نتيجة الدراسة الحالية، تتفق مع نتيجة دراسة عبد العزيز محمد بن حسين (2018)، والتي سعت إلى استجلاء دور الكفاءة الاجتماعية في تحديد مستوى السلوك العدواني لدى فئة الإعاقة السمعية، حيث أسفرت هذه الأخيرة على وجود فروق دالة إحصائية في السلوك العدواني لصالح الأفراد ذوي الإعاقة السمعية العميقة، يليهم الأفراد ذوو الإعاقة السمعية الحادة، وأخيرا الأفراد ذوو الإعاقة السمعية المتوسطة، كما أشارت نتائج تحليل التباين إلى تأثير

الكفاءة الاجتماعية في مستوى السلوك العدواني لدى الصم، كما أظهرت النتائج تأثير الإعاقة السمعية على مقدار المهارات الاجتماعية المكتسبة، فالإعاقة السمعية العميقة تضعف الفرص أمام الصم لاكتساب مهارات تواصل وتفاعل اجتماعي، وهذا ما توصلت إليه الدراسة الحالية من خلال تفصيلها عن الآثار الناجمة عن فقد السمع، وكيف أن العجز الذي تسببه الإعاقة السمعية لا ينحصر في السمع لوحده بل في المهارات التي تتطلب السمع كوسيلة للاكتساب.

فيما يخص الاندفاعية، نلاحظ أن النتيجة تتفق مع ما توصلت إليه نتيجة الدراسة التي قامت بها مريم حافظ تركستاني (2016)، وهي دراسة مقارنة بين السامعات، والمعاقات سمعياً من حيث الاندفاعية، كأسلوب معرفي والتحصيل الدراسي في المرحلة الابتدائية، وقد توصلت الباحثة إلى أن السامعات أكثر تروياً من المعاقات سمعياً في زمن الاستجابة.

كما أن النتيجة تتفق مع ما توصل إليه رياض نايل العاسمي (2008) في دراسته، والتي هدفت إلى توضيح العلاقة بين اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد وكل من التحصيل الدراسي، والاكنتاب، والتكيف الشخصي، ببعديه الشخصي والاجتماعي، وصورة الذات، والوالدين، والبيئة، والاحباطات، والصراعات لدى تلاميذ التعليم الأساسي، وكانت النتيجة أن الأطفال الذين يعانون من نقص الانتباه لديهم انخفاض في مستوى التحصيل الدراسي، وهم يعانون من الاكنتاب، وهم غير قادرين على توجيه سلوكهم، وغير قادرين على تحمل المسؤولية، كما أنهم يتصرفون بعدم الاتزان الانفعالي لشعورهم بأنهم غير محبوبين، وليسوا مقبولين من الآخرين، كما أن تكيفهم الشخصي ناقص لأسباب السابقة الذكر.

إن ما توصلت إليه الدراسة الحالية من خلال المقابلة في دراسة الحالات، بين أن للمعاملة الوالدية تأثير كبير على تربية الطفل، حيث وجدنا أن معظم الحالات تعاني إما من الحماية المفرطة، أو



من الإهمال، وكلاهما يؤثر على المعاش النفسي للمعاق سمعياً، إذ يجد الطفل نفسه يُعامل معاملة خاصة، دون غيره من إخوته السامعين، ما يفقده تقديره لذاته، ويفقده الثقة فيها، وفي قدراته، فيحس نفسه ناقصاً وغير مؤهل للتواصل مع الآخرين.

وفي هذا الصدد أشار الميلادي (2005، ص 66) إلى أن النمو الاجتماعي لفئة الصم يتوقف على أساس نظرة المجتمع، والأهل لهم، فقد يشعر الآباء بالذنب، والخجل، واليأس، فتصبح معاملاتهم مع أطفالهم مشحونة بالانفعالات الضارة، وقد يبذل آخرون عناية خاصة، وحماية مبالغ فيها، تفيد حرية الأطفال في إبراز قدراتهم، ومنهم من يهملون أطفالهم، ويتركون مسؤولية تربيتهم على عاتق المراكز الخاصة لأنهم يرونهم عالة، ما ينجم عنه سوء حالة الطفل وتأزمها.

وقد أثبت أن ضعف السمع، أو الأصم، تظهر فيه بعض التصرفات، مثل الشعور باليأس، والشعور بالنقص، والانطواء، وفقدان الأمل في المستقبل، والخوف منه، والحساسية المفرطة لتصرفات الناس معه، فقد تكون لدى البعض قوة غير طبيعية للصبر، والبعض قد تملكه عقدة الاضطهاد، والشك فيمن حوله، وعدم حب الاندماج، وعدم المبالاة، والبعض قد تظهر عليه علامات القوة، وحب الذات، وعدم التعاطف مع الغير. ولقد فسر علماء النفس نشأة كل هذه الصفات، كنتيجة للمجهود الزائد، الذي يبذله ضعيف السمع، لمواجهة متطلبات الحياة العادية، ولأصوات الطنين المتواصلة في أذنيه، ولانقطاع وصول الأصوات إليه من الذين يحيطون به.

وهذا ما توصلت إليه الدراسة الحالية من فهمها أن بعض السلوكيات التي يراها المعلمون مقلقة ومزعجة، إنما هي مجهود زائد يبذله ضعيف السمع ليبلي حسناً أمام السامعين، وليشعرهم بأن الطنين المتواصل في أذنيه، أشد وطأة عليه من الازعاج الذي قد يسببه فرط حركته، واندفاعه، غير المقصود عادة، باعتبار أنها من خصائصه، سواء اعتبرت هذه الخصائص إيجابية أو سلبية، وبما أن

المُجتمَعين مختلفان من حيث المعايير، فمجتمع السامعين لا يمكن له بأي حال من الأحوال أن يفهم قواعد غيره في مجتمع غير السامعين.

### 3.2 تفسير ومناقشة الفرضية الثالثة:

بينت نتيجة الفرضية أنه توجد علاقة ارتباطية بين فرط النشاط الحركي، وقصور الانتباه، والعدوانية، لدى الطفل الأصم.

وهي نفس النتيجة التي توصلت إليها دراسة آيت يحي نجية (2017) وكانت حول الأنماط الشائعة لاضطراب قصور الانتباه المصحوب بفرط الحركة لدى التلاميذ بالمدرسة الابتدائية، من وجهة نظر المعلمين، باعتبارها أحد المشاكل السلوكية التي يعاني منها التلاميذ في هذه المرحلة، وقد توصلت الباحثة إلى أن النمط المختلط كان هو النمط الشائع بين أفراد العينة.

كما تتفق النتيجة مع نتيجة الدراسة التي قام بها بيترد وسين (Peterd & Sean, 1994)

حيث توصلوا إلى أن الأطفال الصم يعانون بعض المشكلات السلوكية، مثل العدوان، وعدم تحمل المسؤولية، كما توصل الباحثان إلى وجود علاقة ارتباطية بين الإعاقة السمعية والاضطرابات السلوكية، كالعدوان والنشاط الزائد، والتمرد والعصيان.

ما يلاحظ في النتيجة التي توصل إليها الباحثان، أن العلاقة بين العدوان، والنشاط الزائد، والتمرد، والعصيان، والإعاقة السمعية، هي علاقة ارتباطية، ما يؤكد النتيجة التي توصلت إليها الدراسة الحالية، حين ذكرت أن كل من فرط النشاط الحركي وقصور الانتباه والعدوانية، كلها اضطرابات يستدعي أحدها الآخر حينما يتعلق الأمر بالطفل المعاق سمعياً، خاصة ذلك الفاقد للسمع بدرجة عميقة، والفاقد للغة كوسيلة للتعبير، فنجدته يتحرك، ويندفع، ويلتفت يمناً ويسرى بحثاً عن معلومة تُنطق ولا يكاد يسمعها.

لقد ذكر الدوخي والصقر (2004، ص 33) أنه توجد علاقة بين السمع والانفعال، إذ أن الطفل، ومنذ أن يكون جنينا في الشهر السابع، يصبح قادرا على الاستجابة للأصوات، فصوت الأم يحمل قيمة إيجابية، والأصوات التي تملأ فضاءه الحسي تدرب سمعه من جهة، وتطمئنه من جهة أخرى، لأنها تولّد وضعيات عاطفية، وانفعالات سعيدة، فهذه الأصوات مليئة بالمعاني بالنسبة للطفل.

غير أن فقد السمع يؤثر على هذا كله، باعتبار أن للسمع وظائف تتأثر بغيابه، كما ورد ذلك في دراسة (ريابي، 2014، ص 85)، ومن هذه الوظائف: الإنذار والتنبيه، فكل الأصوات التي تسبق حدثا ما، أو تصاحبه، تقلل من عامل المفاجئة لبعض الوضعيات، هذه الأصوات ستكون أساسا لإدراك العلاقات السببية، التي تربط بين الصوت والحدث، لكن الطفل الأصم لا يدرك هذا، فنجد لا ينتبه للخطر وللتهديدات التي قد تعترضه، حتى أنه لا يدرك ما يعنيه تنبيه الآخرين له، وهذا يدفعه لأن يكون مفرط النشاط، مندفاعا بعدوانية، ومشتتا للانتباه.

وظيفة أخرى للسمع، وهي أن الأذن ساعة زمنية، وتنظيم الزمن يمر عبر الأذن، التي تنقل الإدراك الترددي، ومعرفتنا للمحيط تكون على شكل ترددات وأصدا، وعلى هذا الأساس يفقد الطفل الأصم معلومات كثيرة عن المكان، وصورة العالم الخارجي بالنسبة إليه خالية من المعالم الصوتية، ما يجعله حركاته، وأفعاله غير مضبوطة بمفهومي الزمن والمكان، الأمر الذي يجعله متأخرا في إدراكه للزمن الممثل، فهو يبقى في آنية الفعل ويدخل متأخرا في الحدث.

وظيفة ثالثة للأذن، وهي التعديل الحركي للإشارة، فسير حركة ما، يتضمن سلسلة منتظمة من الحركات الجزئية، وأساس هذا التنظيم هو الزمن، وفي خضم الصمت الذي يلف الطفل الأصم، نجده لوحده لا يتصل إلا مع نفسه، نجده يتحرك ليعوض غياب الاتصال مع الآخر، وكأن الهدوء والسكون بالنسبة إليه وحدة وتوتر، ونتيجة لهذا النقص نلاحظ في سلوكه خصوصيات، فهو يضرب بغرض اللمس، ويحرق بنظره أو يهرب به لينظر، وليتكلم ويعبر، يصاحب ذلك بحركات وإشارات مبالغ فيها،

وهي الأعراض التي تعرّف فرط النشاط الحركي، وتشتمت الانتباه، والاندافاعية، والعدوانية، وهي اضطرابات يرتبط أحدها بالآخر.

#### 4.2 تفسير ومناقشة الفرضية الرابعة:

بينت نتائج الدراسة الحالية أن متغيرات الجنس، والعمر الزمني، ودرجة الإعاقة السمعية، ونظام الإقامة (داخلي ونصف داخلي)، قد أثرت بطرق مختلفة في درجة اضطراب فرط النشاط الحركي، وقصور الانتباه، والعدوانية.

فقد بينت النتائج أنه توجد فروق دالة احصائيا فيما يخص فرط النشاط الحركي، وقصور الانتباه تعزى لمتغير الجنس وكانت لصالح الذكور، في حين لم تسجل أية فروق بين الجنسين في بعد العدوانية، وبخصوص متغير العمر الزمني، فقد أظهرت نفس النتائج أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في فرط النشاط الحركي، وقصور الانتباه، لصالح الفئة العمرية (13-16 سنة)، في حين لم تسجل أية فروق فيما يخص العدوانية. كما بينت النتائج أنه توجد فروق دالة احصائيا في فرط النشاط الحركي، وقصور الانتباه، والعدوانية بالنسبة لمتغير درجة الإعاقة السمعية لصالح الإعاقة العميقة، بينما لم تسجل أية فروق في درجات الاضطرابات المذكورة تعزى لمتغير نوع الإقامة (داخلي ونصف داخلي).

لو رجعنا إلى ما توصلت إليه الدراسة من نتائج بخصوص هذه الفرضية، سنجد أن النتيجة بخصوص متغير الجنس، تتفق مع نتائج دراسة فريمان (Freeman 1979) والتي هدفت إلى التعرف على المشكلات النفسية لدى ضعاف السمع، حيث تكونت العينة من 62 طفلا وطفلة من ضعاف السمع تراوحت أعمارهم من 6 إلى 13 سنة، وقد أسفرت النتائج أن هؤلاء الأطفال أظهروا مشاكل نفسية متمثلة في القلق والعدوان وأن أسباب هذه المشاكل تعود إلى أسلوب الأسرة في التعامل مع

الأطفال، كما تبين أن الميول العدوانية عند الذكور كانت أكبر منها عند الإناث بينما ازدادت نسبة الفلق عند الإناث.

كما اتفقت النتيجة مع ما توصل إليه روجي مروح عبدات (2010) في دراسته " السلوك التوافقي عند الصم وضعاف السمع كما يراه أولياء أمورهم في الإمارات العربية المتحدة " حيث كانت فرضية البحث تنص على عدم وجود فروق دالة احصائيا في مستوى السلوك التوافقي عند التلاميذ الصم وضعاف السمع تعزى إلى جنس المعاق، تكونت العينة من 118 أنثى و 93 ذكرا، وزعوا على فئات عمرية زمنية هي: 5 سنوات فأقل - من 6 إلى 15 سنة - 16 سنة فما فوق، وتراوحت شدة الإعاقة السمعية عندهم بين: بسيطة، متوسطة وعميقة، وتمثلت أداة الدراسة في استبيان تم بناؤه للتعرف على مستوى السلوك التوافقي للتلاميذ الصم وضعاف السمع، اشتمل على 41 فقرة، وجاءت نتائج الدراسة لصالح الذكور في حين أن الإناث كن أكثر قلقا.

في حين اختلفت النتيجة مع ما توصل إليه رشاد موسى (2009) في دراسته التي أشارت أن الأطفال الصم من كلا الجنسين يعانون من قلق وتوتر في تكيفهم مع المحيط الشخصي والاجتماعي. واختلفت أيضا مع نتيجة الدراسة التي أجراها إبراهيم القريوتي (2003)، والتي أظهرت بأنه لا يوجد أثر لجنس المعاق سمعيا على مدى تفاعله الاجتماعي.

ونرجع هذا الاختلاف حسب رأي الطالبة الباحثة، إلى نوع التنشئة الاجتماعية، فلا يخفى علينا أن معايير التنشئة الاجتماعية تختلف من مجتمع إلى آخر، ومن ثقافة إلى أخرى، وهنا نذكر أن جل الأطفال المتواجدين بمدرسة الأطفال المعوقين سمعيا، والذين شكلوا عينة الدراسة الحالية، سواء كانوا داخلين او نصف داخلين، هم من قرى ولاية غليزان، وهذا ما أكدته شهادات الميلاد وعناوينهم، وهي بيانات محافظة، لا تمنح للأنثى نفس حظوظ الذكر، والتربية الموجهة للبنات غير تلك الموجهة للذكر، وعليه، لا نرى أن الاختلاف مع بعض نتائج الدراسات هو اختلاف جوهري، بقدر ما نراه اختلافا بيئيا لا

يقاس عليه، خاصة أن البيئة الخليجية التي جرت فيها تلك الدراسات، قطعت أشواطاً كبيرة في مجال التطور الثقافي، والمعيشي للفرد، وخاصة في مجال التكفل بذوي الاحتياجات الخاصة، ما يجعل الفروق بين الجنسين غير واردة.

فيما يخص تأثير العمر الزمني على درجات الأطفال في المقياس المطبق، وجدنا أن النتائج كانت لصالح الفئة العمرية (13-16) سنة، وبدأت في التدرج، وهي بذلك تتفق مع ما توصلت إليه نتيجة الدراسة التي قام بها فريمان (Freeman, 1979) وقد هدفت إلى التعرف على المشكلات النفسية لدى ضعاف السمع، تكونت العينة من 62 طفلاً وطفلة من ضعاف السمع، تراوحت أعمارهم من 6 إلى 13 سنة، وقد أسفرت النتائج أن هؤلاء الأطفال أظهروا مشاكل نفسية متمثلة في القلق، والعدوان، وأن أسباب هذه المشاكل تعود إلى أسلوب الأسرة في التعامل مع الأطفال، كما تبين أن الميول العدوانية عند الذكور كانت أكبر منها عند الإناث، بينما ازدادت نسبة القلق عند الإناث.

كما تتفق النتيجة مع نتيجة دراسة فانديك وآخرون (Vaneldik & al., 2004) وكانت حول المشكلات الانفعالية السلوكية للأطفال المعوقين سمعياً، وقد تألفت عينة الدراسة من (238) طفلاً أصماً هولندياً، أعمارهم بين (4 و 18 سنة)، وأشارت نتائج الدراسة إلى أن (41%) لديهم مشكلات انفعالية وسلوكية، كما أظهرت النتائج أن الفئة العمرية من 12 إلى 18 سنة هم الذين أظهروا مشكلات القلق والاكتئاب والمشكلات الاجتماعية أكثر من الأطفال ذوي الأعمار (4 إلى 11 سنة).

ونفسر هذه النتيجة على أن الطفل الأصم لا يختلف في مكونات شخصيته عن الطفل العادي، غير أن الإعاقة السمعية تؤثر على نفسية المعاق، فالطفل في مرحلة الطفولة المتأخرة وبداية المراهقة كثيراً ما يبدي سلوكيات عنيفة ومعادية للآخرين، وهي خصائص تميز هذه الفترة من عمره.

وفيما يخص وجود الفروق في درجات الاضطرابات المدروسة، لصالح الأطفال ذوي الإعاقة السمعية العميقة، نجد النتيجة متفقة مع ما درسته تايلر (Taylor 1962) حيث قام الباحث بدراسة،

لمعرفة أثر درجة الصمم على شخصية الطفل الأصم ومدى تكيفه الشخصي والاجتماعي، وتكونت عينة الدراسة من أطفال صم وآخرين ضعاف السمع وأسفرت النتائج أن الأطفال الصم كليا يعانون من مواقف القلق والاضطراب أكثر مما يعاني ضعاف السمع كما توصل الباحث إلى أن الأطفال الصم يفضلون العزلة ويتسمون بالعجز عن قيام علاقات اجتماعية سليمة على عكس الأطفال ضعاف السمع فهؤلاء لديهم حالات سوء تكيف ولكن بنسبة أقل.

كما تتفق النتيجة الحالية مع نتيجة دراسة زينب اسماعيل (1976)، والتي هدفت إلى المقارنة بين خصائص الشخصية لدى 100 طفل معاق سمعياً، منهم 70 طفلاً أصماً، و30 طفلاً من ضعاف السمع، وطبق عليهم اختبار روجرز للشخصية، وقائمة المشكلات السلوكية والانفعالية، واختبار رسم الرجل، وأسفرت النتائج على أنه كلما زادت درجة الإعاقة السمعية كلما زاد الشعور بالنقص والدونية والميل إلى الانسحاب من المجتمع وزاد معها القلق والخجل وثورات الغضب. (رقادة، 2014، ص 38)

وتوافقت النتيجة أيضاً مع نتائج الدراسة التي قام بها لويس Lewis 1960، على مجموعة من الأطفال الصم لمعرفة أثر الإعاقة السمعية على الطفل الأصم، وعلى تكيفه بوجه عام، طبقت الدراسة على 760 طفلاً أصم من مدارس الصم الخاصة، تراوحت أعمارهم بين (8 و16) سنة، واختار المجموعة الضابطة من مدارس عادية، وراعى التجانس بين المجموعتين في الذكاء، والسن، وقد اهتم الباحث بجمع معلومات عن أسرة الطفل، وحالته الصحية، تاريخ إصابته بالإعاقة، تحصيله الدراسي، وطريقة معاملته مع زملاءه ومع معلميه، وحتى في المنزل، وأثبتت النتائج أن الأطفال الصم لديهم شعور بالقلق والاضطراب يظهر خلال تعاملهم مع الآخرين من الأطفال عادي السمع وأن تحصيلهم الدراسي أقل منهم، وأنهم يجدون صعوبة في التركيز والانتباه. (Lewis,

1960, p.p 33-34)

تشير النتائج المتوصل إليها أن الإعاقة العميقة تمنع الطفل من المشاركة الإيجابية في اكتساب اللغة اللفظية، ما يؤثر على نموه العقلي والمعرفي، والاجتماعي. ويضيف القريطي (1996) أن الإعاقة السمعية تحد من مشاركة الفرد وتفاعلاته مع الآخرين، وتعيق اندماجه في المجتمع، ما يؤثر على توافقه النفسي والاجتماعي، وعلى مدى اكتسابه للمهارات الاجتماعية الضرورية لحياته في المجتمع.

وهنا نستشهد بما ذكره حمزة (1995، ص 122)، بأن الأطفال ذوو الإعاقات الشديدة يعانون من مشكلات اجتماعية، وتعليمية، إضافة إلى المشكلات النفسية، كالرغبة في الانعزال، والقلق، والخوف، ومشاعر الإحباط، والنزعة العدوانية، والانفعال، والغضب.

وعن تأثير نوع الإقامة في المدرسة (داخلي ونصف داخلي)، أسفرت نتيجة الدراسة الحالية أنه لم تسجل أية فروق في درجات الاضطرابات المذكورة تعزى لمتغير نوع الإقامة (داخلي ونصف داخلي).

وبهذا تتفق النتيجة مع نتيجة دراسة موتيلال وموسلان (Mootilal&Musseiman )

(1994) والتي بحثت عن مستوى التوافق الاجتماعي عند عينة تجريبية من الصم المدمجين بشكل كامل والمدمجين بشكل جزئي، وغير المدمجين، بالمقارنة مع مجموعة ضابطة من السامعين، وبعد تقييم النتائج الدراسية، والمشاركة الاجتماعية، والتوافق الاجتماعي عند العينة ككل، تبين بأن الأطفال الصم غير المدمجين، والمدمجين بشكل جزئي، هم أكثر تكيفا مع الصم وليس مع السامعين. أما المدمجين فهم أكثر تكيفا مع السامعين. (عبدات، 2010، ص 19)

كما تتفق مع نتيجة الدراسة التي قام بها "مايكلبست" Mykelbust، حول خصائص شخصية الأطفال المعاقين سمعياً من خلال دراسة مقارنة، بين الأطفال المعاقين سمعياً الموجودين بالمدارس العادية، والموجودين بمدارس التربية الخاصة، ، وكشفت النتائج على أن الأطفال المعاقين سمعياً



الدمجيين بالمدارس العادية هم أكثر عاطفية، وصراعا، وإحباطا، مقارنة بالأطفال الموجودين بالمدارس المختصة.

وعليه وبحسب ما توصلت إليه الطالبة الباحثة، فإن وجود التلاميذ بمدرسة خاصة بالمعوقين سمعيا سهل تفهمهم، وأن نوع النظام (داخلي ونصف داخلي) لم يؤثر عليهم بحكم أنهم دائما في وسط خاص بالصم، سواء كانوا داخليين أو نصف داخليين، الأمر الذي جعل نتائجهم متقاربة على مقياس فرط النشاط الحركي، وقصور الانتباه، والعدوانية.

ما نستخلصه من خلال النتائج المتوصل إليها، هي أن الأصم كفرد يعيش في عالمين، عالم السامعين وهو يشكل العالم الأكبر الذي توجد فيه كل الاحتياجات، وعالم الصم الذي ينتمي إليه، وعليه فهو يعاني من مواقف كثيرة منها:

(ب) حاجز الصمت: والذي يفصله عن العالم الكبير، وعليه أن يكسر هذا الحاجز، الذي يمنع تواصله مع الأفراد السامعين، ولن يتأتى له هذا التواصل، إلا بتعلم إحدى الوسائل المناسبة لكيفية التخاطب مع أفراد المجتمع، السامعين، تماما كما يتخاطب مع الذين لا يسمعون.

(ب) الإحباط: إن الشخص الأصم في مواقف الحياة المختلفة، كثيرا ما يواجه الإحباط، نتيجة لعدم قدرته على التواصل بسهولة، مع أفراد المجتمع، وتعوزه في ذلك وسيلة التخاطب، فيقف عاجزا، حاله حال الشخص المخاطب له، وينجم عن شعور الإحباط هذا، ظهور الاتجاهات العدوانية.

(الميلادي، 2005، ص 73)

وحسب ما ذكره الكوافحة، وعبد العزيز (2010) بخصوص النمو الاجتماعي والانفعالي للطفل الأصم، فإن دراسات عديدة أجريت في هذا المجال، وأكدت أن التلاميذ الصم أقل نضجا من الناحية

الاجتماعية من العاديين، وأن صعوبة التوافق الاجتماعي لديهم غالباً ما تؤدي إلى ظهور أعراض انفعالية مثل القلق، والخجل، والأنانية، والضييق وسرعة الغضب، والاندفاع، والشك في الآخرين، والبعد عن تحمل المسؤولية، وفقدان الثقة بالنفس، وسهولة الاستثارة بأفكار الآخرين، ولذلك نجد الأشخاص المعوقين سمعياً كثيراً ما يميلون إلى التفاعل مع غيرهم ممن يعانون نفس الإعاقة.

(الكوافحة، وعبد العزيز، 2010، ص 107)

أضاف العيسوي (2004) خصائص أخرى يعاني منها الأصم، وتتمثل في الانطوائية، والعدوانية، إضافة إلى الشعور بالإحباط، والحرمان، والتمركز حول الذات، وعدم القدرة على ضبط النفس. وعادة ما تؤدي هذه الأعراض إلى انتشار سلوكيات كالسرقة، والكذب، والعناد، وعدم الامتثال للأوامر، إضافة إلى الحساسية الزائدة في التعامل مع الآخرين، والوشاية، وإتلاف ممتلكات الغير، ومن السمات السيكولوجية للصم، الانطواء على الذات، وتأخر النمو العاطفي، وضعف التقدم التعليمي، ما يوجب حتمية إنشاء مؤسسات لتعليم الصم خاصة بهم. (العيسوي، 2004، ص 175)

## 5.2 تفسير ومناقشة الفرضية الخامسة:

بينت نتيجة الفرضية أن البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي المقترح أكد فاعليته في التخفيف من حدة فرط النشاط الحركي، وقصور الانتباه والعدوانية لدى الطفل الأصم.

وبذلك فهي تتفق مع ما توصلت إليه نتيجة الدراسة التي قام بها رمضان أشرف عباس جبر (2018)، وكانت حول تأثير برنامج تربية حركية، مقترح لخفض اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد لدى التلاميذ الصم، حيث توصل الباحث إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات القياس القبلي، والبيني، والبعدي، في متغيرات تشتت الانتباه والنشاط الحركي الزائد

والاندفاعية والعدوانية، داخل المجموعة التجريبية، واستنتج أن الأنشطة الحركية المبنية على  
الإمكانات النفس حركية الطبيعية للتلميذ، هي وسيلة علاجية للكثير من المشكلات السلوكية لديه.  
وهنا نشير أن اعتماد الدراسة الحالية على التمارين النفس حركية، كان موفقا من حيث  
الاختيار، فقد أبدى الأطفال تجاوبهم مع التمارين المقترحة كألعاب " ألمس السماء " و"أسحب شيئا  
ثقيلًا" وغيرها من الألعاب التي بدت سهلة وطبيعية، غير أنها أفرغت شحنة الطاقة الزائدة لدى الأطفال.  
كما تتفق النتيجة مع ما توصلت إليها لحمري أمينة (2015) في دراستها التي هدفت إلى  
اختبار مدى فعالية برنامج علاجي سلوكي في خفض حدة اضطراب فرط النشاط الحركي المصحوب  
بقصور الانتباه والاندفاعية لدى أطفال المرحلة الابتدائية، اعتمدت الباحثة على التقنيات التالية:  
التعزيز المتقطع، التعزيز المستمر، النمذجة الحية، الاسترخاء، اللعب الأدوار، القصة وغيرها من  
التقنيات، وقد أسفرت النتائج إلى وجود فروق دالة احصائيا بين نتائج القياس القبلي والقياس البعدي  
لأفراد المجموعة التجريبية لصالح القياس البعدي، وإلى عدم وجود فروق دالة احصائيا بين القياسين  
القبلي والبعدي للمجموعة الضابطة، بينما لم يثبت أي تأثير لعامل الجنس عدا الفرق الواضح على بعد  
العدوانية لصالح الذكور.

نستنتج مما سبق أن الدراسة الحالية اتفقت مع دراسة لحمري أمينة (2015)، ليس فقط من  
حيث النتيجة، بل نجد أنها اشتركت معها في التقنيات المستعملة، مثل لعب الأدوار، وهي تقنية طبقت  
في البرنامج العلاجي للدراسة الحالية من خلال لعبة "رسم قصة وتمثيلها" ولعبة " تخيل"، ولعبة " حدث  
سعيد وآخر حزين"، وقد وفرت هذه الألعاب البيئة المناسبة للأطفال للتعبير بحرية عن مشاعرهم  
وأفكارهم وانفعالاتهم.

كما أن تقنية التعزيز المتقطع المطبقة، من خلال تقديم الهدايا الرمزية في جلسات دون أخرى، قد ساهمت في عدم اشباع كل رغبات الطفل، وأنه عليه أن يتحكم في حاجاته كلما دعت الضرورة، وألا يسعى من خلال سلوكياته المزعجة، لفرض واقع يجعل الآخر يلبي له كل رغباته وفي الحال.

تتفق النتيجة أيضا مع ما توصلت إليه راقدة مسعودة (2014) والتي اقترحت من خلال دراستها برنامجا قائما على المسرح الميمي الموجه، هدفه تعديل السلوك العدواني لدى الطفل الأصم، ومن أهم النتائج التي توصلت إليها الدراسة وجود فروق بين متوسطات درجات أفراد العينة التجريبية، ومتوسطات درجات أفراد العينة الضابطة على مقياس السلوك العدواني بعد تطبيق برنامج المسرح الميمي، ما يجعل السلوك العدواني، باعتباره سلوكا متعلما، قابلا للتعديل عن طريق التعلم، ومشاهدة النماذج ومحاكاتها عن طريق المسرحيات.

لقد ساهمت القصة واللعب الدرامي، المعتمدتين في البرنامج العلاجي الحالي، في التنفيس الانفعالي للأطفال الصم، وفي خلق جو من التوافق النفسي، وإيجاد بعض الحلول للصراعات الداخلية لتحقيق ذات أفضل، فبحسب ما ذكره مورينو مطور السيكو دراما، فإن فكرة المسرحية النفسية تدور حول خبرات الماضي، أو الحاضر، أو المستقبل، وهدفها التنفيس الانفعالي، وأضاف أن من مميزات السيكو دراما أنها توفر للأفراد بيئة مناسبة للتعبير بحرية عن المشاعر، والأفكار، والانفعالات، مما يؤدي إلى زيادة التفاعل الاجتماعي مع الآخرين.

كما سعت الطالبة الباحثة، من خلال عرض القصة ومناقشتها مع الأطفال، ومن خلال المحاضرات التي واكبت كل جلسات البرنامج العلاجي المقترح، إلى التخفيف من حدة فرط النشاط وقصور الانتباه والعدوانية، من خلال مساعدتهم على معرفة ذواتهم، وقدراتهم، واستعداداتهم، وفهم انفعالاتهم، والعوامل المؤثرة فيها، ومعرفة أسباب السلوك غير التوافقي لديهم، وبالتالي معرفة طرق حل المشكلات. وهذا ما ذكره زهران (1998، ص 283) حين عرّف المناقشة، وبين أهدافها.

لقد أثبتت الدراسة الحالية أن العلاج النفسي ناجح في معالجة الأعراض الأساسية لاضطراب ضعف الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد، وأنه فعال في تعديل السلوك.

وتتفق نتيجة الدراسة الحالية أيضا مع ما أكدته نتيجة الدراسة التي قام بها كل من البطينة والمومني والوعوفي (2011)، والتي هدفت إلى التعرف على فعالية مجموعة من البرامج المقدمة لمعالجة الأعراض الأساسية لاضطراب ضعف الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد من وجهة نظر الأولياء والعاملين في مراكز تعديل السلوك بالمدينة المنورة. لتحقيق أهداف الدراسة قام الباحثون بإعداد مقياس لجمع البيانات تشمل (62) فقرة موزعة على أربعة مجالات هي: مجال البرنامج التشخيصي، مجال برنامج الدعم والارشاد الأسري، مجال برنامج العلاج الدوائي، ومجال برنامج العلاج السلوكي، توصلت الدراسة إلى أن مجال برنامج الدعم والارشاد الأسري احتل المرتبة الأولى، يليه مجال البرنامج التشخيصي، يليه مجال العلاج الدوائي، يليه مجال برنامج العلاج السلوكي حسب تقديرات أولياء الأمور، بينما احتل مجال برنامج العلاج السلوكي المرتبة الأولى، يليه مجال البرنامج التشخيصي، يليه مجال برنامج الدعم والارشاد الأسري، وأخيرا مجال برنامج العلاج الدوائي حسب تقديرات العاملين في مراكز تعديل السلوك.

ما يلاحظ أن الأولياء فضلوا العلاج الدوائي على العلاج السلوكي، وهذا يظهر عجز الأولياء على ضبط سلوكيات أبناءهم مفرطي الحركة، وأنهم كثيرا ما يفضلون الحل السريع، والمتمثل في العلاج بالأدوية، والتي إن هدأت الأطفال، فهي تؤدي إلى الانسحاب الاجتماعي، وإلى التهيج والقلق المزمن، والتوتر والاكئاب، كما أنها تسبب للطفل صداعا في الرأس، وقد يظهر عند البعض الآخر آلاما في المعدة أو الحساسية، بحسب النتيجة التي توصل إليها ليرنر 2000 Lerner ، حسب ما جاء في (عيناد ثابت، 2017، ص 59)، في حين نجد أن العلاج النفسي متمثلا في المنحى السلوكي، الذي يعتمد في جانبه التطبيقي على مبادئ وقوانين التعلم التي توصل إليها كل من سكينر (Skinner) في

الاشراط الإجرائي، وجوزيف ولبيه (Joseph Wolpe) في الكف بالنقيض، حيث يُنظر إلى اضطراب

فرط النشاط الحركي مع قصور الانتباه على أنه ناتج عن أربعة عوامل هي:

- الفشل في اكتساب سلوك مناسب أو تعلمه.
- تعلم أساليب سلوكية غير مناسبة.
- مواجهة الفرد لمواقف متناقضة لا يستطيع اتخاذ قرار مناسب لها.
- ربط استجابات الفرد بمنبهات جديدة. (عيناد ثابت، 2017، ص60)

وهذا ما سعت الدراسة الحالية لتصحيحه، من خلال اقتراح برنامج علاجي معرفي سلوكي، اتخذ

من التقنيات المعرفية والسلوكية مرجعا، وقد نجح كما دلت عليه نتائج التطبيق البعدي على الأطفال

الصم، في التخفيف من حدة اضطراب فرط النشاط الحركي، وقصور الانتباه، والعدوانية.

### 3. الاستنتاج العام:

هدفت الدراسة الحالية إلى اختبار فاعلية برنامج علاجي معرفي سلوكي في التخفيف من حدة

الاضطرابات الانفعالية لدى الطفل الأصم، وقد تكفلت باضطراب فرط النشاط الحركي، وقصور الانتباه،

والعدوانية كنموذج للاضطرابات الانفعالية والسلوكية الشائعة لدى فئة ذوي الإعاقة السمعية.

لتحقيق أهداف الدراسة، تبنت الطالبة الباحثة المنهج شبه التجريبي باستخدام التصميم

التجريبي ذي المجموعة الواحدة **One group pre-post-test Design**، حيث يتم إجراء القياس

القبلي والقياس البعدي على نفس المجموعة.

كما تم استخدام المنهج الوصفي، لدراسة نوع العلاقة بين الاضطرابات، ونعني بها فرط النشاط

الحركي، وقصور الانتباه، والعدوانية، من جهة، وعلاقة هذه الاضطرابات ببعض المتغيرات، كجنس

الطفل، وعمره الزمني، ودرجة إعاقته السمعية، ونوع إقامته بالمدرسة (داخلي ونصف داخلي)، من

جهة أخرى.

طبقت الطالبة الباحثة مقياس بيركس لتقدير السلوك، ومقياس فرط النشاط الحركي، وقصور الانتباه، والعدوانية عند الأطفال، لصاحبه العيد فقيه (2013)، على تلاميذ مدرسة الشهيد درقاوي بدرة للأطفال المعوقين سمعياً بمدينة غليزان، وقدر حجم العينة ب (71) طفلاً معوقاً سمعياً. تراوحت أعمار الأطفال بين 05 و16 سنة، كما تنوعت درجات إعاقاتهم السمعية بين إعاقة خفيفة، ومتوسطة، وحادة، وعميقة. واختلف نظام إقامتهم بين نظام داخلي، ونصف داخلي.

تم اختيار أفراد دراسة الحالة والمقربين ب سبعة (07) أطفال (05 ذكور و02 أنثى) بطريقة قصدية، من بين الأطفال الذين تحصلوا على أعلى الدرجات على المقياسين المطبقين والمذكورين آنفاً، كما تم تحديد سنهم بين 09 و12 سنة. وهذا إخضاعهم للبرنامج العلاجي المقترح. خضع أفراد دراسة الحالة للبرنامج العلاجي المعرفي السلوكي، وقد تضمن 24 جلسة علاجية كانت كلها جماعية، بواقع ثلاث (03) جلسات أسبوعياً، طبقت خلالها التقنيات التالية: القصة-لعب الأدوار-المحاضرة-المناقشة-السيكو دراما-الألعاب النفس حركية-التعزيز.

بعد إتمام دراسة الحالات، تم تفرغ البيانات وتنظيمها، ومعالجتها، باستخدام برنامج الحزمة الإحصائية في العلوم الاجتماعية SPSS في نسخته 20، وتطبيق الأساليب الإحصائية المناسبة لكل فرض. تمثلت أساليب المعالجة الإحصائية في: المتوسطات الحسابية، الانحراف المعياري، التكرارات، النسب المئوية، اختبار ألفا كرومباخ، اختبار جوتمان، اختبار بيرسون، اختبار "ت" لمجموعتين مستقلتين، تحليل التباين ANOVA مع اختبار LSD، اختبار "ت" لعينتين مترابطتين (غير مستقلة) لدراسة الفروق بين متوسطي نتائج القياس القبلي والبعدي.

بعد مناقشة نتائج الدراسة، وتفسيرها، ومقارنتها مع ما توصلت إليه نتائج الدراسات السابقة المشابهة، تبين أن الطفل الأصم يعاني من اضطرابات انفعالية وسلوكية مختلفة، وبمستويات مختلفة، ويرجع ذلك للأثر النفسي الذي تتركه الإعاقة السمعية على المعاق، فالصمم ليس في الأذن وحسب،

بل في البيئة الخاصة التي تفرض نفسها على المعاق، فيعزل، ويضيف بذلك الانعزال مشكلات أخرى انفعالية، كالشعور بالنقص، والدونية، وعدم الاتزان الانفعالي، وفقدان الثقة بالنفس، إضافة إلى مشكلاته الاجتماعية. وبحسب النتائج التوصل إليها، فإن الأطفال الصم أقل تكيفا من عادي السمع، كما أن درجاتهم أقل من ناحية التوافق العام، والتوافق الشخصي، والثبات الانفعالي، وعدم النضج الاجتماعي، ويظهر ذلك في الاشباع المباشر لحاجاتهم، وعدم تحملهم المسؤولية وكثرة المخاوف.

تبين من خلال النتائج أيضا، أن الطفل الأصم يعاني من فرط النشاط الحركي، وقصور الانتباه، والعدوانية، وبمستويات مختلفة، ويعود هذا بحسب ما توصلت إليه الطالبة الباحثة من خلال المقابلات في دراسة الحالات، للمعاملة الوالدية التي أثرت كثيرا على تربية الطفل، حيث وجدنا أن معظم الحالات تعاني، إما من الحماية المفرطة، أو من الإهمال، وكلاهما يؤثر على المعاش النفسي للمعاق سمعيا، إذ يجد الطفل نفسه يُعامل معاملة خاصة، دون غيره من إخوته السامعين، ما يفقده تقديره لذاته، ويفقده الثقة فيها، وفي قدراته، فيحس نفسه ناقصا وغير مؤهل للتواصل مع الآخرين.

وفي هذا الصدد أشار الميلادي (2005، ص 66) إلى أن النمو الاجتماعي لفئة الصم يتوقف على أساس نظرة المجتمع، والأهل لهم، فقد يشعر الآباء بالذنب، والخجل، واليأس، فتصبح معاملاتهم مع أطفالهم مشحونة بالانفعالات الضارة، وقد يبذل آخرون عناية خاصة، وحماية مبالغ فيها، تقيد حرية الأطفال في ابراز قدراتهم، ومنهم من يهملون أطفالهم، ويتركون مسؤولية تربيتهم على عاتق المراكز الخاصة لأنهم يرونهم عالة، ما ينجم عنه سوء حالة الطفل وتأزمها.

وقد أثبت أن ضعيف السمع، أو الأصم، تظهر فيه بعض التصرفات، مثل الشعور باليأس، والشعور بالنقص، والانطواء، وفقدان الأمل في المستقبل، والخوف منه، والحساسية المفرطة لتصرفات الناس معه، فقد تكون لدى البعض قوة غير طبيعية للصبر، والبعض قد تتملكه عقدة الاضطهاد،



والشك فيمن حوله، وعدم حب الاندماج، وعدم المبالاة، والبعض قد تظهر عليه علامات القوة، وحب الذات، وعدم التعاطف مع الغير. ولقد فسر علماء النفس نشأة كل هذه الصفات، كنتيجة للمجهود الزائد، الذي يبذله ضعيف السمع، ليواجه متطلبات الحياة العادية، ولأصوات الطنين المتواصلة في أذنيه، ولانقطاع وصول الأصوات إليه من الذين يحيطون به.

من بين النتائج أيضا وجود علاقة ارتباطية بين فرط النشاط الحركي، وقصور الانتباه، والعدوانية، لدى الطفل الأصم.

إن كل من فرط النشاط الحركي، وقصور الانتباه والعدوانية، اضطرابات يستدعي أحدها الآخر حينما يتعلق الأمر بالطفل المعاق سمعيا، خاصة ذلك الفاقد للسمع بدرجة عميقة، والفاقد للغة كوسيلة للتعبير، فنجدته يتحرك، ويندفع، ويلتفت يمنا ويسرى بحثا عن معلومة تُنطق ولا يكاد يسمعها.

كما أنه توجد علاقة بين السمع والانفعال، وأن للسمع ثلاث وظائف يؤديها هي الإنذار والتنبيه، وتنظيم الزمن، والتعديل الحركي للإشارة، وفي خضم الصمت الذي يلف الطفل الأصم، يكون الطفل الأصم لوحده لا يتصل إلا مع نفسه، فنجدته يتحرك ليعوض غياب الاتصال مع الآخر، وكأن الهدوء والسكون بالنسبة إليه وحدة وتوتر، ونتيجة لهذا النقص نلاحظ في سلوكه خصوصيات، فهو يضرب بغرض اللمس، ويحدق بنظره أو يهرب به لينظر، وليتكلم ويعبر، يصاحب ذلك بحركات وإشارات مبالغ فيها، وهي الأعراض التي تعرّف فرط النشاط الحركي، وتشتم الانتباه، والاندفاعية، والعدوانية، وهي اضطرابات يرتبط أحدها بالآخر.

كما بينت النتائج أيضا أنه توجد فروق دالة احصائيا في مستوى فرط النشاط الحركي، وقصور الانتباه لدى الطفل الأصم لصالح الذكور، وأنه لا توجد فروق دالة احصائيا في مستوى العدوانية لدى الطفل الأصم تعزى لمتغير الجنس، وأنه توجد فروق دالة احصائيا في مستوى فرط النشاط الحركي، وقصور الانتباه لدى الطفل الأصم لصالح الفئة العمرية (13-16 سنة)، وأنه لا توجد فروق دالة

احصائيا في مستوى العدوانية لدى الطفل الأصم تعزى لمتغير العمر الزمني، في حين توجد فروق دالة احصائيا في مستوى فرط النشاط الحركي، وقصور الانتباه، والعدوانية، لدى الطفل الأصم تعزى لمتغير درجة الإعاقة السمعية لصالح الإعاقة العميقة، كما بينت النتيجة أيضا أنه لا توجد فروق دالة احصائيا في مستوى العدوانية لدى الطفل الأصم تعزى لمتغير نوع الإقامة (داخلي ونصف داخلي).

ونرجع هذا الاختلاف حسب رأي الطالبة الباحثة، إلى نوع التنشئة الاجتماعية، فلا يخفى علينا أن معايير التنشئة الاجتماعية تختلف من مجتمع إلى آخر، ومن ثقافة إلى أخرى، وهنا نذكر أن جل الأطفال المتواجدين بمدرسة الأطفال المعوقين سمعيا، والذين شكلوا عينة الدراسة الحالية، سواء كانوا داخليين أو نصف داخليين، هم من قرى ولاية غليزان، وهي بيئات محافظة، لا تمنح للأنتى نفس حظوظ الذكر، والتربية الموجهة لل بنت غير تلك الموجهة للذكر. كما أن الطفل في مرحلة الطفولة المتأخرة وبداية المراهقة كثيرا ما يبدي سلوكيات عنيفة ومعادية للآخرين، وهي خصائص لأزمة الهوية التي يمر بها خلال المراهقة. كما أشارت النتائج المتوصل إليها أن الإعاقة العميقة تمنع الطفل من المشاركة الإيجابية في اكتساب اللغة اللفظية، ما يؤثر على نموه العقلي والمعرفي، والاجتماعي. وبخصوص عدم تأثير نوع الإقامة، فبحسب ما توصلت إليه الطالبة الباحثة، فإن وجود التلاميذ بمدرسة خاصة بالمعوقين سمعيا سهل تفهمهم، وأن نوع النظام (داخلي ونصف داخلي) لم يؤثر عليهم بحكم أنهم دائما في وسط خاص بالصم، سواء كانوا داخليين أو نصف داخليين، الأمر الذي جعل نتائجهم متقاربة على مقياس فرط النشاط الحركي، وقصور الانتباه، والعدوانية.

وأهم ما توصلت إليه الدراسة الحالية وهو ما سعت لاختباره، فإن للبرنامج العلاجي المعرفي السلوكي المقترح فاعلية في خفض مستوى فرط النشاط الحركي، وقصور الانتباه، والعدوانية، لدى الطفل الأصم.

وهنا نشير أن اعتماد الدراسة الحالية على التمارين النفس حركية، كان موفقا من حيث الاختيار، فقد أبدى الأطفال تجاوبهم مع التمارين المقترحة كألعاب " ألمس السماء" و"أسحب شيئا ثقيلًا" وغيرها من الألعاب التي بدت سهلة وطبيعية، غير أنها أفرغت شحنة الطاقة الزائدة لدى الأطفال.

كما وفرت التقنيات المستعملة، مثل لعب الأدوار، وهي تقنية طبقت في البرنامج العلاجي للدراسة الحالية من خلال لعبة "رسم قصة وتمثيلها" ولعبة " تخيل"، ولعبة " حدث سعيد وآخر حزين"، وفرت البيئة المناسبة للأطفال للتعبير بحرية عن مشاعرهم وأفكارهم وانفعالاتهم.

وساهمت تقنية التعزيز المتقطع المطبقة، من خلال تقديم الهدايا الرمزية في جلسات دون أخرى، في عدم اشباع كل رغبات الطفل، وأنه عليه أن يتحكم في حاجاته كلما دعت الضرورة، وألا يسعى من خلال سلوكياته المزعجة، لفرض واقع يجعل الآخر يلبي له كل رغباته وفي الحال.

لقد ساهمت القصة واللعب الدرامي، المعتمدين في البرنامج العلاجي الحالي، في التنفيس الانفعالي للأطفال الصم، وفي خلق جو من التوافق النفسي، وإيجاد بعض الحلول للصراعات الداخلية لتحقيق ذات أفضل، فبحسب ما ذكره مورينو مطور السيكو دراما، فإن فكرة المسرحية النفسية تدور حول خبرات الماضي، أو الحاضر، أو المستقبل، وهدفها التنفيس الانفعالي، وأضاف أن من مميزات السيكو دراما أنها توفر للأفراد بيئة مناسبة للتعبير بحرية عن المشاعر، والأفكار، والانفعالات، مما يؤدي إلى زيادة التفاعل الاجتماعي مع الآخرين.

كما ساعد عرض القصة ومناقشتها مع الأطفال، ومن خلال المحاضرات التي واكبت كل جلسات البرنامج العلاجي المقترح، إلى التخفيف من حدة فرط النشاط وقصور الانتباه والعنوانية، من خلال مساعدتهم على معرفة ذواتهم، وقدراتهم، واستعداداتهم، وفهم انفعالاتهم، والعوامل المؤثرة فيها، ومعرفة أسباب السلوك غير التوافقي لديهم، وبالتالي معرفة طرق حل المشكلات. وهذا ما ذكره زهران (1998، ص 283) حين عرّف المناقشة، وبين أهدافها.

ما سعت الدراسة الحالية إلى تحقيقه، من خلال اقتراح برنامج علاجي معرفي سلوكي، اتخذ من التقنيات المعرفية والسلوكية مرجعا، قد نجحت فيه، وهذا ما دلت عليه نتائج التطبيق البعدي على الأطفال الصم، وعله يمكن القول أن البرنامج العلاجي المقترح ساهم في التخفيف من حدة اضطراب فرط النشاط الحركي، وقصور الانتباه، والعدوانية لدى الطفل الأصم.

ورغم النتائج المحققة، إلا أنها تبقى نتائج جزئية، تخص فئة معينة، وسط ظروف خاصة، وبإمكانيات محددة، وعليه تحتاج الدراسة الحالية دراسات وأبحاث أخرى، تتعمق أكثر في خصائص الأطفال المعوقين سمعيا، وفي المشاكل التي تعترض توافقهم النفسي، باعتبارهم ثقافة خاصة، وأقلية، وسط مجتمع كبير هو مجتمع السامعين.

#### الخاتمة:

تشكل الحياة الانفعالية جزءا هاما في الشخصية، فهي تؤثر في توجيه سلوك الفرد، وتعمل على تحديد مسار نموه بكل ما تحمله من عواطف وأفكار، وما تحققه من أنماط سلوكية. ويمثل الانفعال جانبا هاما في عملية النمو، باعتباره أساسا من أسس بناء الشخصية، فقد ذكر يونس (1978) أن الانفعال قوة دافعة، تدفع الكائن الحي إلى تنويع سلوكه حتى يحقق الهدف من الانفعال، ويخفف من حدة التوتر الذي يسببه، خاصة في حالتي الخوف والقلق.

وذكر كل من أحمد السعيد يونس، ومصري عبد الحميد (1991)، أن التكوين النفسي للطفل مرتبط بتكوينه الفيسيولوجي، وكذا بسلامته الجسمية، فالأطفال الأسوياء بدنيا ونفسيا هم أقل عرضة لاضطرابات السلوك، إذا ما قورنوا بغيرهم من الأطفال ذوو الحاجات الخاصة، وهذا، لأن هؤلاء تظهر اضطراباتهم عند عجزهم عن ضبط دوافعهم، وغرائزهم، وعدم استقرارهم الانفعالي، وتكون بذلك سلوكياتهم، في مواقف مختلفة، مغايرة إلى حد ما لما هو متوقع أن يكون.

وإذا تحدثنا عن الإعاقة السمعية، كواحدة من الإعاقات التي تحد من التفاعل الإيجابي للفرد، نجد أن زهران (1997، ص 84) أشار إلى أنه كثيرا ما أسيء فهم الشخص الأصم، باعتباره شخصا ذو قدرة عقلية منخفضة، وبالتالي فهو يتعرض للإهمال والانتهاك، ولأن انتباهه يتشتت بسرعة، يعتبر الطفل الأصم غير خيالي وعنيد وعدواني، وكثيرا ما يصفه مُعلِّموه بالإهمال والكسل العقلي وقلة الانتباه.

كما ذكر الحربي (2003) أن حمزة (1964) أشار أيضا إلى أن عدم الشعور بالأمن الذي ينتاب الأصم يرجع بالأساس إلى المواقف التي يتعرض لها، وأن كثيرا من الاضطرابات الانفعالية والسلوكية لديه إنما هي ناتجة عن عدم تقبل الآخرين له في بيئته.

وقد أكدت نتائج الدراسة الحالية أهمية المرافقة النفسية، والدور الذي تلعبه البرامج العلاجية النفسية في التخفيف من الكثير من الاضطرابات الانفعالية والسلوكية لدى الطفل الأصم، خاصة تلك التي تعيق تحصيله الدراسي، وتسبب الازعاج والقلق والتوتر للقائمين على رعايته، وهنا نخص بالذكر فرط النشاط الحركي، وقصور الانتباه، والعدوانية، باعتبارها خصائص لذوي الإعاقة السمعية.

لقد أثبتت التقنيات المستخدمة في البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي المقترح، أن فعالية البرنامج جاءت من تنظيم وتسلسل جلساته، فقد وفقت جلسة التعارف في خلق جو من الألفة بين الطالبة الباحثة والأطفال، كما أدى تنوع الأنشطة إلى خلق جو من الراحة النفسية، ما شجع الأطفال على المساهمة في إنجاز أهدافه، والحرص على استمراره، دون غيابات تذكر.

وكما أن الدراسة الحالية استفادت مما توصلت إليه دراسات سابقة تناولت الموضوع من جوانب متعددة، سعت هذه الأخيرة لتفتح باب البحث والسؤال لدراسات مستقبلية، قد تسهم في فهم أوضح

لخصائص الطفل الأصم، وفي اقتراح حلول لمشاكله النفسية المتنوعة، وسط الجدل القائم حول شخصية الطفل الأصم التي تتميز بخصائص معينة قد ينظر إليها البعض على أنها اضطرابات.

#### مقترحات وتوصيات الدراسة:

- استنادا إلى ما توصلت إليه الدراسة الحالية من نتائج بخصوص دور العلاج النفسي في التخفيف من حدة جملة من الاضطرابات الانفعالية والسلوكية، والتي تشكل عائقا بالنسبة للطفل الأصم، ومصدر إزعاج وتوتر للقائمين عليه، ارتأت الطالبة الباحثة تقديم بعض المقترحات والتوصيات:
- زيادة وعي الآباء بالإعاقة السمعية، وأن الطفل المعاق سمعيا ليس عالة على أسرته ولا على المجتمع.
- توعية الأولياء بأن الاتجاهات الوالدية الخاطئة كالحماية الزائدة، أو الرفض المطلق أو، الحرمان العاطفي، كلها معاملات تزيد من سوء التوافق النفسي لدى الطفل.
- الاهتمام أكثر بذوي الاحتياجات الخاصة، وتهيئة مدارس خاصة تكفل لهم التربية والتعليم كغيرهم من الأطفال العاديين، خاصة وأن مدرسة واحدة مثلا على مستوى كل ولاية (ولاية غليزان كنموذج) غير كافية لتلبية حاجات كل أطفال المعوقين سمعيا.
- توسيع ساحات اللعب، وتوسيع الأقسام، للقضاء على الاكتظاظ الذي يعد عاملا هاما من عوامل نشر الفوضى بين التلاميذ داخل القسم وخارجه.
- اعداد مناهج تعليمية خاصة بالفئات ذوي الاحتياجات الخاصة، تتلاءم وخصائصهم الفيزيولوجية.
- تأطير المعلمين تأطيرا يراعي خصوصية الطفل الأصم.
- مساندة الأولياء نفسيا، واجتماعيا لتقبل ورعاية طفل أصم.

# قائمة المراجع

ابراهيم، فيوليت فؤاد. بسيوني، سعاد. سليمان، عبد الرحمن سيد. (2001). بحوث ودراسات في سيكولوجية الإعاقة. القاهرة: مكتبة زهراء الشرق.

ابراهيم، مجدي عزيز. (2003). مناهج تعليم ذوي الحاجات الخاصة في ضوء متطلباتهم الانسانية والاجتماعية والمعرفية. مصر: مكتبة الانجلو المصرية.

أبو حلاوة، محمد. (2007). فعالية برنامج ارشادي مقترح لتنمية النضج الانفعالي في تحسين الكفاءة الاجتماعية لدى عينة من الأطفال المساء معاملتهم انفعاليا، رسالة دكتوراه، جامعة الاسكندرية، جمهورية مصر العربية.

أبو قورة، خليل قطب. (1996). سيكولوجية العدوان. القاهرة. مصر: مكتبة الشباب.

أحمد علي، خولة. (2000). الاضطرابات السلوكية والانفعالية. ط1. عمان. الأردن: دار

الفكر.

أحمد، مجدي. (2005). الاضطرابات النفسية للأطفال الأعراض، الأسباب والعلاج.

الاسكندرية. مصر: دار المعرفة الجامعية.

أرجايل، ميشيل. (1982). علم النفس ومشكلات الحياة الاجتماعية. ط3. ترجمة ابراهيم عبد

الستار. القاهرة. مصر: مكتبة مدبولي

الأشول، عادل. (1987). موسوعة التربية الخاصة. القاهرة: الأنجلو المصرية.

آيت يحي، نجية: الأنماط الشائعة لاضطراب قصور الانتباه المصحوب بفرط الحركة لدى

التلاميذ بالمدرسة الابتدائية من وجهة نظر المعلمين، مجلة الراصد العلمي، جويلية 2017، ع 02،

ص ص 21-43.



باترسون، س. (1990). نظريات الإرشاد والعلاج النفسي. ترجمة. حامد عبد العزيز الفقي.  
الكويت: دار القلم للنشر والتوزيع.

بالحسيني، وردة. (2011). برنامج معرفي سلوكي لعلاج الرهاب الاجتماعي. رسالة دكتوراه،  
جامعة قاصدي مرباح. ورقلة. الجزائر.

بالمر، س. وكورين، ب. ورودل، ب. (2008). العلاج المعرفي السلوكي المختصر. ترجمة.  
محمود مصطفى. القاهرة: دار إيتراك.

الببلاوي، إيهاب عبد العزيز: دراسة العلاقة بين أساليب المعاملة الوالدية والسلوك العدواني  
لذوي الإعاقة السمعية، رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة الزقازيق، 1995.

البطايئة أسامة، والمومني، محمد، والوعوفي عادل: فاعلية البرامج المقدمة لمعالجة الأعراض  
الأساسية لاضطراب ضعف الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد، سلسلة العلوم الإنسانية والاجتماعية،  
أبحاث اليرموك، 27 ع 2، 2011: ص 991-1006

بوحوش، عمار. الذنبيات، محمد محمود. (2011). مناهج البحث العلمي وطرق إعداد  
البحوث. ط6. الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر.

بيرل، سبيرمان. (2004). قواعد التشخيص والعلاج النفسي. القاهرة: دار إيتراك.

بيك، آرون. (2000). العلاج المعرفي والاضطرابات الانفعالية. ترجمة عادل مصطفى.

مراجعة غسان يعقوب. بيروت: دار النهضة العربية للطباعة والنشر.

التهامي، حسين أحمد عبد الرحمن. (2006). تربية الأطفال المعاقين سمعيا في ضوء

الاتجاهات العالمية الحديثة. ط1. مصر: الدار العالمية للنشر والتوزيع.

الحربي، عواض محمد. (2003). العلاقة بين مفهوم الذات والسلوك العدواني لدى الطلاب الصم. رسالة ماجستير غير منشورة. قسم العلوم الاجتماعية، أكاديمية نايف للعلوم الأمنية، الرياض. السعودية.

حلاوة، محمد السيد. (2000). الأدب القصصي للطفل (مضمون اجتماعي نفسي).

الإسكندرية: مؤسسة حورس الدولية

حمد عبد المنعم، عفاف. (1991). المشكلات السلوكية وبعض نواحي الشخصية لدى الأطفال المتخلفين عقليا بمدارس التأهيل الفكري، بحوث المؤتمر السنوي الرابع للطفل المصري، المجلد الثالث، ص ص 1743 - 1759.

حمزة، جمال مختار. (1995). دور الأخصائي النفسي مع فريق العمل في تناول حاجات

المعوقين، مجلة علم النفس، العدد 35. القاهرة: الهيئة العامة للكتاب.

حولة، محمد. (2009). الأرففونيا علم اضطرابات اللغة والكلام والصوت. ط3. الجزائر: دار

هومة للطباعة والنشر والتوزيع.

خالد، عز الدين. (2010). السلوك العدواني عند الأطفال. عمان. الأردن: دار أسامة للنشر

والتوزيع.

الختاتنة، سامي محسن. (2013). سيكولوجية اللعب. عمان. الأردن: دار الحامد للنشر

والتوزيع.

الخصيري، محسن أحمد. ولعوص محمد عبد الغني: الأسس العلمية لكتابة رسائل الماجستير

والدكتوراه، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة - مصر - 1992، ص 41 - 42.

الخطيب، جمال. (1998). مقدمة في الإعاقة السمعية. ط1. عمان: دار الفكر للنشر.

الخفاف، إيمان عباس. (2010). اللعب (استراتيجيات تعليم حديثة). عمان. الأردن: دار

المناهج للنشر والتوزيع.

الخفاف، إيمان عباس. (2010). اللعب استراتيجيات تعليم حديثة. عمان. الأردن: دار المنهج

للنشر والتوزيع.

الخولي، أمين أنور. راتب، أسامة كامل. (2007). التربية الحركية للأطفال. ط1. دار الفكر

العربي.

داود، نسيم. (1989). مشكلات الأطفال والمراهقين والأساليب المساعدة. ط1. الأردن: منشورات

الجامعة الأردنية.

الدسوقي، مجدي محمد. (2006). اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد. ط1.

القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

الدوخي، منصور والصقر عبد الله، (2004)، برامج نظرية وتطبيقية لاضطرابات اللغة عند

الأطفال. الكتاب السادس. الرياض: مكتبة الملك فهد الوطنية.

رسلان، شاهين. (2009). سيكولوجية الإعاقات العقلية والحسية. ط1. القاهرة: مكتبة

الأنجلو المصرية.

رشاد، موسى. (2009). سيكولوجية المعاق نفسياً. القاهرة. مصر: عالم الكتب.

رقادة، مسعودة. (2014). اقتراح برنامج قائم على المسرح الميمي الموجه لتعديل السلوك العدوانى لدى الطفل الأصم. أطروحة دكتوراه. كلية العلوم الاجتماعية والانسانية. جامعة قاصدي مرباح. ورقلة. الجزائر.

ركزة سميرة، تقييم القدرات الإدراكية السمعية عند الطفل الأصم المستفيد من الزرع القوقعي دراسة ميدانية ، مجلة البحوث والدراسات الإنسانية العدد 11 - 2015 ص ص 161-200

رمضان، أشرف عباس جبر. (2018). تأثير برنامج تربية حركية مقترح لخفض اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الحركى الزائد لدى التلاميذ الصم بالمرحلة الابتدائية من (9: 12) سنة. رسالة ماجستير. كلية التربية الرياضية، جامعة بنها.

الروسان، فاروق. (1998). سيكولوجية الأطفال غير العاديين، مقدمة في التربية الخاصة. ط 3. عمان: دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع.

ريابي فاطمة. إعادة تأهيل مفهوم الزمن عند الطفل الأصم. المجلة الجزائرية للطفولة والتربية، العدد 05/ جوان 2014، ص ص 83 - 93

الزراع، نايف بن عابد. (2007). اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد. دليل عملي للآباء والمختصين. ط1. عمان. الأردن: دار الفكر.

الزريقات، ابراهيم عبد الله. (2009). الإعاقة السمعية، مبادئ التأهيل السمعي والكلامي التربوي. عمان: دار الفكر للنشر والتوزيع.

الزغلول، عماد عبد الرحيم. (2006). الاضطرابات الانفعالية والسلوكية. ط1. عمان: دار الشروق.

الزهيري، ابراهيم عباس. (2003). تربية المعاقين والموهوبين ونظم تعليمهم في إطار فلسفي وخبرات عالمية، القاهرة: دار الفكر العربي.

الزيات، فتحي مصطفى. (2006). آليات التدريس لذوي صعوبات الانتباه مع فرط الحركة والنشاط. مقدم للمؤتمر الدولي لصعوبات التعلم. الرياض. المملكة العربية السعودية.

سحيري، زينب وزويكري، إبتسام وميهوبي، سعاد. 2018. السلوك العدواني وعلاقته بأنماط التعلق الأمومي لدى الطفل الأصم: دراسة عيادية لأربع حالات بمدرسة صغار الصم بالأغواط. مجلة العلوم النفسية و التربوية، مج. 7، ع. 2، ص ص. 378-358.

سلامة، ممدوحة محمد. (1994). علم النفس الاجتماعي (أنا وأنت والآخرون). القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

سنة، ناجي وقرشي، عبد الكريم: الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال الصم، مجلة الباحث في العلوم الانسانية والاجتماعية، مارس 2018، ع 33، ص ص 741-748.

السواح، صالح عبد المقصود. (2009). تعديل سلوك الأطفال المعاقين سمعياً (النظرية والتطبيق). ط1. الإسكندرية. مصر: دار الوفاء لنديا الطباعة والنشر.

سيد أحمد، السيد علي. محمد بدر، فائقة. (1999). اضطراب الانتباه لدى الأطفال. أسبابه وتشخيصه وعلاجه. ط1. القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.

سيد، عبد الله معتز. (1997)، بحوث في علم النفس الاجتماعي والشخصية، المجلد 02، القاهرة. مصر: دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع.

سيسالم، كمال سالم. (2001). اضطرابات قصور الانتباه والحركة المفرطة خصائصها، وأسبابها، وأساليب علاجها، ط1، العين: دار الكتاب الجامعي.

شارلز شيفر. هواد ملمان. (2006). سيكولوجية الطفولة والمراهقة (مشكلاتها وأسبابها وطرق علاجها). ط1. الأردن: دار الثقافة للنشر والتوزيع.

شارلز شيفر، هوارد ميلمان. (2008). مشكلات الأطفال والمراهقين وأساليب المساعدة فيها. ط1. ترجمة نزيه حمدي ونسيمة داود. عمان. الأردن: دار الفكر ناشرون وموزعون.

شحاتة، حسن. (1992). قراءات الأطفال. ط2. القاهرة: الدار المصرية اللبنانية.

شحاتة، محمد سليمان. (2007). سيكولوجية اللعب، رؤية نظرية وأمثلة تطبيقية،

الاسكندرية. مصر: مركز الاسكندرية للكتاب.

الشخص، عبد العزيز. (1985). دراسة لحجم مشكلة النشاط الزائد بين الأطفال الصم وبعض

المتغيرات المرتبطة به. (9). مجلة كلية التربية. جامعة عين شمس. القاهرة.

الشرييني، زكريا. (1994). المشكلات النفسية عند الأطفال. القاهرة. مصر: دار الفكر العربي.

الصايغ، فالنتينا ودبع سلامة. (2001). فاعلية الأنشطة الفنية في تخفيض حدة السلوك

العُدواني لدى الأطفال الصم في مرحلة الطفولة المتأخرة. رسالة دكتوراه، كلية التربية الفنية، جامعة

حلوان، مصر، ص 112 - 114

صبري، ماهر إسماعيل والسيد، منى عبد المقصود. 2007. القصص الكاريكاتورية وأثرها في

تعديل أنماط السلوك غير الصحي وتنمية الوعي به لدى الأطفال المعاقين سمعياً. سلسلة دراسات

عربية في التربية وعلم النفس (ASEP). مج 01. ع (4). ص 11-66

الطالب، ضياء محمد منير. (1987). دراسة تجريبية لأثر برنامج إرشادي في خفض النشاط الزائد لدى أطفال المدرسة الابتدائية، أطروحة دكتوراه، غير منشورة، كلية التربية، جامعة عين شمس. طيبة، وفاء محمود. (1998). علم نفس اللعب في مرحلة ما قبل المدرسة. دراسات في الطفولة. عمان. الأردن: دار الهدى للنشر والتوزيع.

العاسمي، رياض نايل. (2008). اضطراب نقص الانتباه المصاحب بالنشاط الزائد لدى تلاميذ الصفين الثالث والرابع من التعليم الأساسي - دراسة تشخيصية-، مجلة جامعة دمشق المجلد 24، ع 1، ص ص 53-103.

عامر، طارق عبد الرؤوف. محمد ربيع، عبد الرؤوف. (2008). الإعاقة السمعية. ط1. مؤسسة طيبة للنشر والتوزيع.

عباس، محمد خليل. نوفل، محمد بكر. وآخرون. (2009). مدخل إلى مناهج البحث في التربية وعلم النفس. ط2. عمان، الأردن: دار المسيرة.

عبد الجواد وفاء، وعبد الفتاح خليل عزة: فعالية برنامج لخفض السلوك العدواني باستخدام اللعب لدى الأطفال المعاقين سمعياً، مجلة علم النفس، افريل - ماي-جوان، 1999: ص 88 - 111.

عبد الحلیم عبد ربه، هبة. (2014). النشاط الزائد (الأسباب-التشخيص-البرنامج العلاجي). الإسكندرية. مصر: دار الجامعة الجديدة.

عبد العزيز محمد بن حسين. 2018. الفروق في السلوك العدواني بين مرتفعي ومنخفضي الكفاءة الاجتماعية من ذوي الإعاقة السمعية. مجلة العلوم التربوية و النفسية، مج. 19، ع. 1، ص

ص. 509-541.

<https://search.emarefa.net/detail/BIM-891356>

عبد الغفار، عبد السلام. (1983). مقدمة في الصحة النفسية. القاهرة: مكتبة النهضة

المصرية.

عبد الله محمد، عادل. (1999). العلاج المعرفي السلوكي. أسس وتطبيقات. الزقازيق. مصر:

دار الرشاد.

عبد المؤمن، حسين. مشكلات الطفل النفسية، مصر: دار الفكر الجامعي.

عبد الواحد، محمد فتحي عبد الحي. (1999). برنامج لتحسين فرص السلامة للأطفال

المعاقين سمعياً. مجلة شؤون اجتماعية، مج. 16، ع. 62، ص ص. 99-124.

<https://search.emarefa.net/detail/BIM-7427>

عبدات، روجي مروح. (2010). السلوك التوافقي عند الصم وضعاف السمع كما يراه أولياء

امورهم في الإمارات العربية المتحدة. (إحدى مبادرات الخطة الاستراتيجية لوزارة الشؤون الاجتماعية).

عبيد، عبد الغفار. الشيخ، يوسف. (1966). سيكولوجية الطفل غير العادي والتربية الخاصة.

مطبعة النهضة العربية.

العقاد، عصام عبد اللطيف. (2001). سيكولوجية العدوانية وترويضها. القاهرة. مصر: دار

غريب للطباعة والنشر والتوزيع.

علا، عبد الباقي. علا، ابراهيم. (2007). علاج النشاط الزائد لدى الأطفال باستخدام برنامج

تعديل السلوك. ط2. مصر: سلسلة التوجيه والارشاد في إعاقات الطفولة.



عمر، ماهر محمود. (1987). المقابلة في الارشاد والعلاج النفسي، الاسكندرية: دار المعرفة الجامعية.

عنان محمد. رعاية الطفل المعاق (أبناؤنا سلسلة سفير التربية) العدد 25 ، ص 40-41.

العيسوي، طارق عبد الرحمن محمد. (2010). سيكولوجية الأعمى. الجمعية القطرية لتأهيل ذوي الاحتياجات الخاصة.

العيسوي، عبد الرحمن. (2004). كيفية التمتع بالصحة النفسية. ط1. بيروت. لبنان: دار النهضة العربية.

غيات، حياة. (2012). صعوبات اتصال الأمهات بأطفالهن الصم و البكم. مجلة دراسات نفسية وتربوية. العدد 8، ص ص. 34-61.

<https://search.emarefa.net/detail/BIM-304737>

فاروق مصطفى، أسامة. (2011). مدخل إلى الاضطرابات السلوكية والانفعالية. الأسباب- التشخيص-العلاج. ط1. عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع.

الفرخ شعبان، كاملة. تيم، عبد الجابر. (1999). النمو الانفعالي عند الطفل. ط1. عمان: دار صفاء للنشر والتوزيع.

فهيم، سامية وآخرون. (1999). رعاية المعاقين سمعياً، ط1، الإسكندرية: المكتب العلمي للنشر والتوزيع.

فهيم كليز. (2007). الصحة النفسية في مراحل العمر المختلفة. القاهرة. مصر: مكتبة الأنجلو المصرية.

القاضي علي: التوافق النفسي من منظور اسلامي، مجلة منبر الاسلام، المجلد (21) العدد

4، القاهرة - مصر -1994.

قريشي، فيصل: أساليب المعاملة الوالدية وعلاقتها بالسلوك العدوانى لدى تلاميذ نهاية مرحلة

التعليم الابتدائى بالجزائر، مجلة العلوم الاجتماعية، سبتمبر 2016، ع 20، ص ص 130-152

القريطى عبد المطلب أمين. (1996). سيكولوجية ذوي الحاجات الخاصة وتدريبهم. القاهرة:

دار الفكر العربى.

القريوتى، إبراهيم. (1994). سيكولوجية المعوقين سمعيا. العين. الإمارات العربية المتحدة:

مكتبة الفلاح.

القريوتى، يوسف و السرطاوى، عبد العزيز. (2001). المدخل إلى التربية الخاصة. ط2.

دبي: دار القاسم.

القريوتى، يوسف. وجرار، جلال محمد. (1987). مقياس بيركس لتقدير السلوك. الرياض:

مطبعة مكتب التربية العربى لدول الخليج العربى.

القمش، مصطفى نوري. المعاينة، خليل عبد الرحمن. (2007). سيكولوجية الأطفال ذوي

الاحتياجات الخاصة. مقدمة في التربية الخاصة. ط1. عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع.

كمال عبده، بدر الدين. حلاوة، محمد السيد. (2001). رعاية المعوقين سمعيا وحركيا.

الاسكندرية. مصر: المكتب الجامعي الحديث.

كنعان، أحمد علي. (2011). أثر المسرح في تنمية شخصية الطفل. مجلة جامعة دمشق. مج

27. ع. 1 و2. ص ص 87-138.

كوافحة، تيسير مفلح، عبد العزيز، عمر فؤاد. (2010). مقدمة في التربية الخاصة. ط4. عمان. الأردن: دار المسيرة للنشر والتوزيع.

اللالا زياد كامل وآخرون. أساسيات التربية الخاصة. عمان، الأردن: دار المسيرة للنشر والتوزيع.

لحمري، أمينة. (2015). بناء برنامج علاجي سلوكي لخفض حدة النشاط الحركي الزائد وتشنت الانتباه لدى أطفال المرحلة الابتدائي، رسالة دكتوراه في علم النفس تخصص تقنيات وتطبيقات العلاج النفسي، جامعة أبو بكر بلقايد . تلمسان.

ليهى، روبرت. (2006). العلاج النفسي المعرفي في الاضطرابات النفسية. ترجمة. جمعة يوسف محمد الصبورة. القاهرة: دار إيتراك.

مجقون حمدان، صونية، وزلال، نصيرة. تقدير الذات لدى الأطفال الصم المدمجين و غير المدمجين في المدارس العادية. (دراسة ميدانية مقارنة). مجلة العلوم الانسانية والاجتماعية. العدد 19/ جوان 2015، ص 323-334.

محمود محمد علي، ميرفت. (2013). التوجهات المعاصرة في تعليم الصم وضعاف السمع. ط1. عمان. الأردن: دار الفكر.

مرسي كمال. (1985). سيكولوجية العدوان - مجلة العلوم الاجتماعية - المجلد الثالث عشر - العدد الثاني - الكويت: جامعة الكويت.

مرسي، كمال. (1985). سيكولوجية العدوان - مجلة العلوم الاجتماعية - المجلد الثالث عشر - العدد الثاني - الكويت، جامعة الكويت.

مصطفى، أسامة فاروق. (2011). مدخل الى الاضطرابات السلوكية والانفعالية (الأسباب -  
التشخيص - العلاج). ط1. عمان. الأردن: دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.

المكانين، هشام عبد الفتاح. الخوادة، محمد خلف علي. (2019). فاعلية التدريب على إدارة  
الغضب في خفض السلوك العدواني وتحسين المرونة النفسية لدى عينة من الأطفال ذوي الإعاقة  
السمعية في مدينة عمان. مجلة العلوم التربوية و النفسية،مج. 20، ع. 2، ص ص. 43-72.  
موسى رشاد، علي عبد العزيز. (2002). علم نفس الإعاقة. القاهرة: مكتبة الأنجلو  
المصرية.

الميلادي، عبد المنعم. (2005). سيكولوجية الصم والبكم. الاسكندرية: مؤسسة شباب  
الجامعة.

نمر، يوسف عصام. (2000). دليل العمل مع الأصم. ط1. عمان: دار المسيرة للنشر  
والتوزيع.

هنشل وود، روبرت. روبنسون، سوزان. زاريت، رسكار. (2003). ميلاني كلاين. ترجمة  
حمدي الجابري، وإمام عبد الفتاح إمام. ط1. القاهرة: المجلس الأعلى للثقافة.

هوفمان، إ س جي. (2012). العلاج المعرفي السلوكي المعاصر (الحلول النفسية لمشكلات  
الصحة العقلية). ترجمة مراد علي عيسى. القاهرة. مصر: دار الفجر للنشر والتوزيع.

ورغي سيد أحمد. (2017). فاعلية استخدام أسلوب التعزيز الرمزي في تعديل السلوك  
العدواني (دراسة ميدانية على عينة من الأطفال ذوي الإعاقة العقلية البسيطة). أطروحة دكتوراه علوم.  
كلية العلوم الاجتماعية. جامعة وهران (2). الجزائر.

وهبة، محمد صبري. (2018). التربية النفس حركية للأطفال ذوي الاضطرابات النمائية (ذوي الإعاقة الفكرية، وذوي التوحد) (النظرية والتطبيق). القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

يونس، أحمد السعيد. عبد الحميد، مصري. (1991). رعاية الطفل المعوق صحيا ونفسيا واجتماعيا. القاهرة: دار الفكر العربي.

André Damas, Jaque Baseuf, «Petit la rousse de la médecine déboire », 1989, P742.

Beck, A et al, Cognitive Therapy of depression, the Guilford press New York, 1979 .

Beck, A.T, Cognitive Therapy and the Emotional Disorders, International Universities Press, New York. 1976.

Beck, Judith S. (2011). Foreword by Beck, Aaron T. Cognitive Behavior Therapy Basics Secon Edition. New York : the Guildford Press.

Benoit V : Psychologie de la surdite, de bec , Université, Paris, 1996, p 21.

Blatner, A. (2000). *Foundation of Psychodrama, FourthEdition*. New Yourk: Springer publishing company.

Boulanger-Balleyguier Geneviève, Lavalou Marie-Odile. Le comportement social de l'enfant sourd.. In: *Enfance*, tome 30, n°1, 1977. pp. 13-35.

Cottraux, J.. (2011). *Les Thérapies Comportementales Et Cognitives*. 5 Edition. Paris : Masson.

Divisonof Simon and Schustwer,160 st .Massachusetts,USA.

DOI : <https://doi.org/10.3406/enfan.1977.2632>

Dryden W. & Branch R. (2008). *The Fundamentals of Rational Emotive Behavior Therapy A Training Handbook*. 2 Edition England : John Wiley & Sons Ltd.

**Goldstein, S, & Goldstein, M., (1998) Managing attention deficit hyperactivity disorder; A guide for practitioners, 2 Edition. New York: Wiley Inter science Press, PP 20-25.**

**Hallhan, Daniel ; Kuffman , James,(1994). Exceptional Children, Introduction to Special Education, By Allyn and Bacon A Division of Simon and Schuster, 160 st .Massachusetts, USA.**

**Introduction to Special Education, By Allyn and Bacon A**

**Julien Daniel Guelfi. Mini DSM IV (critères diagnostiques). Masson. Paris. 1996. p :63-64.**

**Lannay borel MAISSONY : Les troubles de langage, de la parole, de la voix chez l'enfant, édition Masson Paris, 1972 p 242 – 243.**

**Lewis, M, M « The Neurological Mechanisms » In Bulletin of British Psychological Society, October 1960 », p, p 33-34.**

**Meichenbaum, Donald. Cognitive Behavior modification, Plenum Press. New York. 1979. P 107.**

**Michel, H ; William S et al. (2002). Encyclopedia of Psychotherapy. 2 ed. New York : AP Press.**

**Morgon, Alain & Aimard, Paule & Daudet, Nathalie : l'Éducation précoce de l'enfant sourd, Masson, Paris, 1980, P.P 2.3.**

**Relet, Clémence . (2014). Activités pour des adolescents sourds avec handicaps associés , les carnets de la Persagotrière, n° 57 .**

**Robert Pelsser. Manuel de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent. Gaëtan Morin. France. 1987.**

**Shoor, s.t., (1990). Parental attitudes and interactions in delinquency. British Journal of psychology. Vol. 32, N° (6), PP 304-315.**

**Smith, Deborah, (2004). Introduction to Special Education, Teaching In An Age of opportunity, 5 Ed, by Mattie Stepanek, USA.**

**Smith, Tom E C and Pollway, Edward and Patton, James and Dowdy, Carol A , (2001). Teaching Student With Special Needs in Inclusive Setting. 3d Ed, by Allyand and Bacon, USA**

**Vygotski, L. S. (1934), *Pensée et Langage*, Paris : La Dispute (1997)**

**Wallon, Henri. (1952). Les étapes de la sociabilité chez l'enfant, in *Enfance* .  
*Revue « Enfance » N°3-4 1959, N°1 1993***

**[www.persee.fr/doc/enfan\\_0013-7545\\_1977\\_num\\_30\\_1\\_2632](http://www.persee.fr/doc/enfan_0013-7545_1977_num_30_1_2632)**

**Young, Jeffery. E. (2006). La Thérapie de Shémas Approche Cognitive de la Personnalité. Sous la traduction de Bernard Pascal. Préface de Jean Cottraux. Paris : De Boeck Université.**

# الملاحق



- الملحق رقم (01): القائمة الاسمية للأساتذة المحكمين.
- الملحق رقم (02): مقياس بيركس لتقدير السلوك.
- الملحق رقم (03): مقياس فرط النشاط الحركي وقصور الانتباه والعدوانية.
- الملحق رقم (04): الصور الخاصة بالبرنامج العلاجي المعرفي السلوكي.
- الملحق رقم (05): بعض الألعاب النفس حركية المقترحة في البرنامج العلاجي.
- الملحق رقم (06): صور للألعاب المقترحة للاسترخاء
- الملحق رقم (07): اختبار رسم الرجل Goodnugh للحالة الأولى.
- الملحق رقم (08): اختبار رسم الرجل Goodnugh للحالة الثانية.
- الملحق رقم (09): اختبار رسم الرجل Goodnugh للحالة الثالثة.
- الملحق رقم (10): اختبار رسم الرجل Goodnugh للحالة الرابعة.
- الملحق رقم (11): اختبار رسم الرجل Goodnugh للحالة الخامسة.
- الملحق رقم (12): اختبار رسم الرجل Goodnugh للحالة السادسة.
- الملحق رقم (13): اختبار رسم الرجل Goodnugh للحالة السابعة.
- الملحق رقم (14): نموذج القصة المقترح في البرنامج العلاجي.

الملحق رقم (01): القائمة الاسمية للأساتذة المحكمين

الرقم	اللقب والاسم	التخصص	الوظيفة	مؤسسة الانتماء
01	مكي محمد	علم النفس العيادي	أستاذ التعليم العالي	جامعة وهران 2
02	شلابي سهيلة	الأرطوفونيا	أستاذ محاضر/أ	المركز الجامعي تيبازة
03	بلعباسي كلتوم	نقد مسرحي وسينمائي	أستاذ مساعد/أ	جامعة مستغانم
04	بن مختار عبد القادر	تربية خاصة	أستاذ مساعد/ب	جامعة غليزان
05	بن معازيز جميلة	علم النفس العيادي	نفسانية عيادية من الدرجة الثانية	مدرسة الأطفال المعوقين سمعيًا (غليزان)
06	بلكيلالي مصطفى	علم النفس العيادي	نفساني عيادي من الدرجة الثانية	مدرسة الأطفال المعوقين ذهنيًا (غليزان)
07	دغجاج قويدر	تربية النفس حركية	مفتش رئيسي في التربية النفس حركية	مديرية التضامن غليزان

## ملحق رقم (02): مقياس بيركس لتقدير السلوك\*

اسم الطفل:.....الجنس:.....

عمر الطفل:.....

مصدر المعلومات: الأب  الأم  المعلم

تصف الفقرات التالية بعض المظاهر السلوكية لدي الأطفال، يرجى تقدير الطفل علي كل فقرة من فقرات المقياس، وذلك بوضع الدرجة المناسبة في المربع المخصص لذلك (غير المظلل) وفقاً للمعيار التالي:

الدرجة (1) إذا كان الطفل لا يظهر السلوك مطلقاً.

الدرجة (2) إذا كان الطفل نادراً ما يظهر السلوك.

الدرجة (3) إذا كان الطفل قليلاً ما يظهر السلوك.

الدرجة (4) إذا كان الطفل كثيراً ما يظهر السلوك.

الدرجة (5) إذا كان الطفل كثيراً جداً ما يظهر السلوك.

					1 - يبدو مشتتاً وغير مستقر فسرعان ما ينتقل من موضوع إلى آخر
					2 - يسأل أسئلة تظهر قلقاً على المستقبل
					3 - دائم الشكوى من أن الأطفال الآخرين يضايقونه
					4 - لا يسأل أسئلة
					5 - ينزعج جدا إذا أخطأ
					6 - لا يستطيع أن ينوع في استجاباته
					7 - غير مثابر وسريعاً ما يشتت انتباهه
					8 - يدعي بأنه مظلوم وحقوقه مهضومة
					9 - يقوم باستجابات (ردود فعل) غير ملائمة للموقف
					10-يبالغ في تأنيب الضمير إذا أخطأ

\*مقياس بيركس لتقدير السلوك تطوير د. يوسف القريوتي وجمال جرار. الناشر مكتب التربية العربي لدول الخليج العربي. الرياض:

					11-فترة انتباهه لا تتأثر سواء عوقب أم أثيب
					12-لا يبدي خيلاً (ضيق الأفق)
					13-لا يغفر للآخرين إذا أسأوا إليه
					14-ينزعج إذا لم يكن كل شيء في غاية الكمال
					15-فترة انتباهه قصيرة
					16-يجد صعوبة في تذكر الأشياء أو الأحداث
					17-يتهم الآخرين بأشياء لم يفعلوها معه حقيقة
					18-يبدو الضعف واضحاً في مفرداته اللغوية
					19-يشكو من أن الآخرين لا يحبونه
					20-لا يتم عملاً إذ يستمر في التنقل من عمل إلى آخر
					21-يلوم نفسه إذا لم تسر الأمور كما يجب
					22-غير منطقي في حكمه على الأشياء

8 16 1 10

					23-يظهر مخاوف كثيرة
					24-يحكي قصصاً غريبة ولا معنى لها
					25-يظهر ضعفاً في القراءة
					26-يتهيج بسرعة
					27-لغته غير مفهومة
					28-لا يهتم بردود فعل الآخرين ويفعل ما يحلو له
					29-يقع في أخطاء إملائية عندما يكتب
					30-يكذب
					31-حركته زائدة

					32- يبدو شارد الذهن مستغرقاً في أحلام اليقظة
					33- يبدو متوتراً ومتضائفاً
					34- لا يفي بوعوده
					35- يثور بسرعة ويقوم بأعمال غير متوقعة
					36- يظهر على وجهه حركات لا إرادية دون سبب ظاهر
					37- يعتريه القلق كثيراً
					38- يستولي على ممتلكات غيره
					39- يبدو ضعيفاً في اتباع التعليمات الأكاديمية
					40- يضحك في سره ويكلم نفسه
					41- قليل الاحترام للسلطة وللمسؤولين
					42- يحمر (يتورد) وجهه بسهولة
					43- يداوم على هز جسمه باتجاه معين
					44- يكتب مهماته المدرسية بشكل غير منتظم
					45- يتأخر عن الدوام المدرسي
					46- متهور ولا يضبط نفسه
					47- رسوماته لا تتفق مع الواقع
					48- يقوم بأعمال طائشة وغير مقبولة
					49- يبدو عصبياً
					50- لا يعي ما يدور حوله
					51- لا يقوم بأداء واجباته المدرسية أو يؤديها غير مكتملة
					52- عندما ينفعل لا يضبط نفسه (كأن يصرخ أو يقفز من كرسيه)
					53- يتغيب عن المدرسة دون عذر مقبول

					54- يتحاشى الاحتكاك الجسمي أثناء اللعب ويتجنب الألعاب الخشنة
					55- سريع الغضب
					56- يعتمد أن يكون معارضاً
					57- عنيد وغير متعاون
					58- يواجه صعوبة في حمل الأشياء
					59- يتعرض للإصابة (يؤذي نفسه) أثناء اللعب
					60- يرفض اتباع التعليمات والقواعد ويتمرد لدى محاولة ضبطه
					61- يغضب إذا طلب منه القيام بعمل ما
					62- يظهر عدم تناسق في أداء النشاطات والحركات العضلية الكبيرة
					63- يميل إلى ألعاب الجنس الآخر
					64- يتعب بسرعة
					65- خطه ضعيف وغير متناسق
					66- ينكر مسؤوليته عن أفعال قام بها
					67- يحبط ويفقد القدرة على ضبط انفعالاته بسرعة
					68- يفضل أن يكون وحيداً
					69- رسوماته غير متناسقة وتلوينه للأشكال غير متقن
					70- لا يقبل توجيهات الآخرين ويصر على استخدام أسلوبه لدى القيام بعمل ما
					71- لا يشارك الآخرين في الألعاب الخشنة
					72- متعثر في مشيه إذ يصطدم بالآخرين أو بالأشياء من حوله
					73- ينفجر غضباً تحت تأثير الضغوطات
					74- لا يتقبل زملاءه ويعبر عن ذلك بطريقة عدائية

					75- يبدو خاملاً وثقيل الحركة
					76- لا يتقبل اقتراحات من الآخرين
					77- ينفجر غضباً على زملائه إذا ضايقوه في مزاحهم أو دفعوه بأيديهم
					78- يتعمد أن يكون سلوكه مختلفاً عن الآخرين

15 13 18 7 6

					79- عبوس الوجه مقطب الجبين
					80- يصعب فهمه أو التودد إليه
					81- لا يثق بقدراته ويقلل من شأنه
					82- يسرّ عندما يرى غيره في مأزق
					83- يعتمد على الآخرين وينقاد لهم
					84- يضرب ويدفع الآخرين
					85- يبدو غير سعيد
					86- لا يتعاطف مع الآخرين في حزنهم
					87- خنوع، مبالغ في الطاعة
					88- يشعر بالرضى تجاه أدائه الضعيف
					89- يرغب في عقاب الآخرين له
					90- ينسحب بسرعة من النشاطات الجماعية حيث يفضل أن يعمل بمفرده
					91- يتجنب المواقف التي تتضمن منافسة
					92- لا يرضى إلا أن يقوم بدور القائد للآخرين
					93- يقاد ويذعن لغيره بسهولة
					94- خجول
					95- يتعمد وضع نفسه في مواقف تستدعي الانتقاد

					96-يسخر من الآخرين
					97-إذا فشل فمن السهل أن يحبط ولا يحاول مرة أخرى
					98-يصعب التعرف على مشاعره لكونه لا يظهر مشاعر نحو الآخرين
					99-يظهر نفسه بمظهر المغلوب على أمره (يتمسكن)
					100-يغيظ ويضايق الآخرين
					101-يتصرف بسخافة
					102-يتكل على غيره في أداء الأعمال التي يفترض أن يقوم هو بها
					103-شديد الحساسية، تؤذي مشاعره بسهولة
					104-يبدو قليل الثقة بنفسه
					105-شديد التعلق بالكبار (الراشدين) إذ من الصعب أن يفارقهم
					106-يخدع الأطفال الآخرين ويحتال عليهم
					107-لا يظهر اهتماماً بأعمال غيره من الأطفال
					108-يبدو مكتئباً
					109-يبحث عن التشجيع والمدح باستمرار
					110-يحاول جلب انتباه زملائه عن طريق التهريج

3 14 4 5 17



الملحق رقم (03): مقياس فرط النشاط الحركي وقصور الانتباه والعدوانية وفقا للدليل التشخيصي والاحصاء للاضطرابات النفسية والعقلية رقم 4.

الاسم: اللقب: الجنس:

المدرسة: القسم:

عنوان الأولياء:

تاريخ تطبيق الاختبار:

تاريخ الازدياد:

الرقم	البنود	دائما	أحيانا	نادرا	لاتماما
1	انتباه الطفل لا يستمر طويلا ولا يتقيد بالتفاصيل عند قيامه بواجباته والمهام التي تطلب منه.				
2	كثيرا ما ينتقل من نشاط إلى آخر قبل الانتهاء من النشاط السابق.				
3	في الكثير من الأحيان لا يتمكن من الانتباه جيدا لما يطلب منه أثناء الحديث معه.				
4	يجد صعوبة كبيرة في التقيد بالتعليمات والامور التي تطلب منه.				
5	يجد صعوبة كبيرة في تنظيم أعماله.				
6	ينفر كثيرا من الواجبات المدرسية والأنشطة التي تحتاج لحضور ذهني متواصل.				
7	يضيع كثيرا الأدوات اللازمة في إعداد الواجبات والمهام التي تطلب منه.				
8	يتشتت انتباهه بسهولة في حضور المثيرات الخارجية.				
9	كثير النسيان في حياته اليومية.				
10	ييدي حركات مستمرة على مستوى الأطراف خاصة عندما يكون جالسا في مقعده.				
11	غالبا ما يتخلى عن مقعده وينتقل من مكان إلى مكان آخر.				
12	تستهويه الأنشطة الخطرة أثناء اللعب بدون إدراك العواقب.				
13	يجد صعوبة في أن يلعب بهدوء.				
14	حركاته متعددة وسريعة.				
15	غالبا ما يثرثر.				
16	في الكثير من الأحيان يرد على الأسئلة بسرعة ويعيدا عن صلب الموضوع.				
17	لا يتحمل انتظار دوره خاصة في اللعب.				
18	غالبا ما يقاطع حديث الآخرين ويتطفل عليهم.				

				ييدي المساواة عند تعامله مع الآخرين.	19
				ييدي المشاجرة لأتفه الأسباب.	20
				يستمتع بإحراج الآخرين وانتقاداته اللاذعة لهم.	21
				يخيف من يحيطون بسلوكه الخشن.	22
				يتلفظ بألفاظ غير أخلاقية أمام الآخرين.	23
				يتحدى الكبار والمشرفين.	24
				يسخر من الآخرين.	25
				يحاول توريط الآخرين وإيقاعهم في المشاكل.	26
				يجادل عندما يطلب منه القيام بعمل ما.	27
				ييدي العصبية عند تعامله مع الآخرين.	28
				يغضب لأتفه الأسباب.	29
				ييدي ردود أفعال قاسية عندما يشعر بالإحباط.	30
				يقوم بتكسير الأشياء.	31
				ييدي الصراخ والمشاحنة عندما يكون يلعب مع زملائه.	32
				يقوم بضرب زملائه.	33
				يتضايق كثيرا عندما لا تلبى رغباته.	34
				سريع الانفعال.	35
				ييدي سلوك التهور.	36
				يستاء كثيرا عندما يوبخ.	37
				يشعر بالسخط والتوتر عندما يتم انتقاده من طرف المشرفين عليه.	38
				يشعر أنه مضطهد وأن الآخرين يتحاملون عليه.	39
				يكثرث بالعلامات السيئة التي حصل عليها.	40

الملحق رقم (04): الصور الخاصة بالبرنامج العلاجي المعرفي السلوكي.





## الملحق رقم (05): بعض الألعاب النفس حركية المقترحة في البرنامج العلاجي\*

<p>الحركات التي سيؤديها الأطفال في التمرين:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• امشوا في القاعة بشكل عشوائي.</li> <li>• المسوا السماء، المسوا الأرض، المسوا الجدران، المسوا أصدقاؤكم... مع ملاحظة إعطاء الوقت الكافي لكل آلية من آليات اللمس.</li> <li>• حاول شد شيء ثقيل من الأرض.</li> <li>• اقفز كالأرنب من بداية القاعة إلى آخرها.</li> <li>• أمسك السماء، أمسك الأرض، أحضن الشمس.</li> </ul>	<p>1. تمرين نفذ تعليماتي: تقوم الطالبة الباحثة بجمع مجموعة الأطفال على شكل دائرة، وتتحدث للمجموعة عن تفاصيل التمرين، حيث تطلب منهم تنفيذ حركات عشوائية، تحاكي حواس اللمس، وعندما تعطي إشارة للتوقف، يتوقف افراد المجموعة عن العمل ويبقى كل منهم في مكانه الذي توقف فيه حتى تعود الطالبة الباحثة لتعطيهم إشارة العودة للعمل من جديد.</p>
<p>3. تمرين الرسم عبر مجموعة واحدة: تعطي الطالبة الباحثة لوحا من الكرتون لمجموعة الأطفال، وتضع مجموعة من الأقلام، والألوان، وتطلب من المجموعة أن يشتركوا في فكرة قصة ما ويرسمونها، ويعبرون عنها بالتمثيل الجماعي.</p>	<p>2. تمرين حزين وسعيد: يشكل الأطفال دائرة، ثم يتحدث كل طفل عما يجعله حزينا وما يجعله حزينا، أو يطلب من الطفل رواية حادثة سعيدة وأخرى حزينة، ثم تقوم المجموعة باختيار حادثة من تلك الأحداث لتمثيلها على المسرح.</p>
<p>فالغضب يؤدي للكراهية والانتقام، وعاطفة الخوف والقلق تؤدي لعاطفة الحزن، والحزن يؤدي للانطواء والعزلة، وللخروج من العزلة نحتاج للمحبة والتفاؤل والتضامن كي نصل للفرح، وهذا التدرج نحتاجه للتسلسل السيكولوجي الإيجابي للتعبير عن المشاعر.</p>	<p>4. تمرين التعبيرات العاطفية: تطلب الطالبة الباحثة من الأطفال الانتشار في القاعة، والتعبير عن عواطف تحدها هي: الغضب-الكراهية-الانتقام-الخوف-القلق-الحزن-العزلة-الانطواء-المحبة-التضامن-التفاؤل-الفرح. وهنا يجب التدرج بالتعبير بشكل تدريجي وليس مفاجئا،</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• تخيل أنك طائر تطير في السماء.</li> <li>• تخيل أنك حجر يتدحرج من أعلى تلة.</li> <li>• تخيل أنك طائر يطير في السماء، يطير بأجنحته بحرية ولا أحد يقيدده.</li> </ul>	<p>5. تمرين تخيل: تطلب الطالبة الباحثة من الأطفال المشي بشكل عشوائي في القاعة، وأن يتخيل كل منهم ما يأتي:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• تخيل أنك عاصفة تدمر ما حولها.</li> <li>• تخيل أنك نسمة رقيقة تتحول تدريجيا إلى ريح قوية.</li> </ul>

\* مرجع الألعاب: هبة خالد سليم. (2019). الدراما السيكو دراما (السيوسودراما وتطبيقاتها في العملية التعليمية). عمان. الأردن: دار أمانة للنشر والتوزيع. ص 180.

الملحق رقم (06): صور لبعض الألعاب المقترحة للاسترخاء



## الملحق رقم (07) رسم الرجل للحالة الأولى

## الملحق رقم (08) رسم الرجل للحالة الثانية



## الملحق رقم (09) رسم الرجل للحالة الثالثة

## الملحق رقم (10) رسم الرجل للحالة الرابعة

## الملحق رقم (11) رسم الرجل للحالة الخامسة

## الملحق رقم (12) رسم الرجل للحالة السادسة

## الملحق رقم (13) رسم الرجل للحالة السابعة