



جامعة قاصدي مرباح ورقلة  
كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية  
قسم علم النفس وعلوم التربية  
مخبر جودة البرامج في التربية الخاصة والتعليم المكيف

العنوان:

## الاضطرابات السلوكية وعلاقتها بالتوافق النفسي الاجتماعي لدى الأطفال الصم.

- دراسة ميدانية بمدرسة صغار الصم بولاية الجلفة -

أطروحة مقدمة لاستكمال متطلبات نيل شهادة دكتوراه الطور الثالث تخصص التربية الخاصة والتعليم  
المكيف

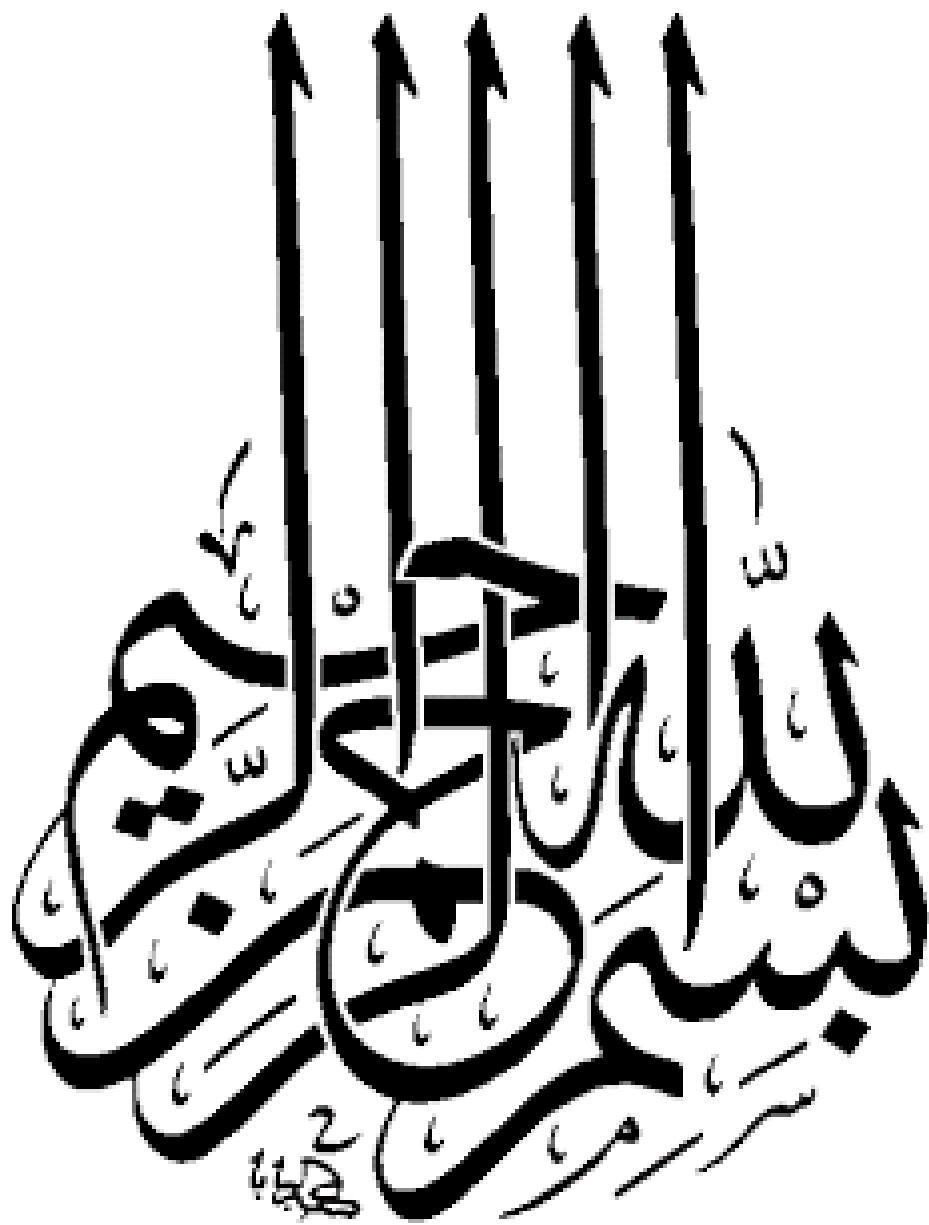
إشراف: أ.د. عبد الكريم قريشي

إعداد الطالب: سنة ناجي

لجنة المناقشة :

الصفة	الجامعة	الأستاذ والدرجة العلمية
رئيسا	جامعة قاصدي مرباح ورقلة	أ.د. نادية بوضياف بن زعموش
مشرفا ومقررا	جامعة قاصدي مرباح ورقلة	أ.د. عبد الكريم قريشي
مناقشا	جامعة قاصدي مرباح ورقلة	أ.د. عقيل بن ساسي
مناقشا	جامعة قاصدي مرباح ورقلة	أ.د. طاوس وازي
مناقشا	جامعة محمد خيضر بسكرة	د. أمال بوعيشة
مناقشا	جامعة محمد خيضر بسكرة	د. سليمة حمودة

الموسم الجامعي 2021/2020



## شكر و تقدير

الحمد لله توفيقا وتيسيرا وحفظا و له الشكر على إكمال هذا العمل عدد الأكوان والنجوم من

خلق آدم إلى يوم يبعثون

أتقدم بالشكر الجزيل لأستاذي ومشرفي الأستاذ الدكتور عبد الكريم قريشي على قبوله وتبنيه

لهذا العمل وتوجيهاته وحرصه على إكمال البحث في أجمل صورة والحمد لله

كما أتقدم بالشكر الجزيل لأستاذتي الفاضلة الأستاذة الدكتورة بن زعموش نادية التي لها بعد

الله سبحانه وتعالى في إنارة الطريق وفتح نافذة الأمل حتى نلج ونصل إلى هذا المستوى فكل

عبارات الامتنان و الشكر والتقدير لا توفي حقك أستاذتي الكريمة

ولا أنسى من قريب ولا من بعيد كل من دعمني وساعدني في إتمام هذا العمل

وأخص بالذكر أبي وأمي العزيزين أختي الفاضلة فاطمة وزوجتي الكريمة و أصدقائي

الدكتور دحمان سويسي و الدكتور سالم حوة و الإمام الدكتور محمد بن خشبية وكل الأصدقاء

والأحباب فشكرا وألف شكر .

## ملخص الدراسة :

تهدف هذه الدراسة إلى الكشف عن طبيعة العلاقة بين الاضطرابات السلوكية والتوافق النفسي الاجتماعي لدى الأطفال الصم، وتحديد الفروق في مستوى الاضطرابات السلوكية ومستوى التوافق النفسي الاجتماعي وفقا لمتغيرات الجنس، السن، درجة الإعاقة ووقت الإصابة بها .

أجريت الدراسة على عينة من الأطفال الصم بلغ عددهم 70 طفلا أصما، تم الاعتماد على المنهج الوصفي الارتباطي، واستخدمت أداتي قياس تمثلت في: قائمة تقدير المعلمين للسلوك من إعداد الطالب ومقياس التوافق النفسي الاجتماعي لمحمود عطية هنا، وبعد التأكد من الخصائص السيكومترية للأداتين طبقت على أفراد العينة، وتمت معالجة البيانات إحصائيا وتحليلها وقد توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

- وجود علاقة ارتباطيه سالبة دالة إحصائيا بين الاضطرابات السلوكية والتوافق النفسي الاجتماعي لدى الأطفال الصم.

- مستوى الاضطرابات السلوكية مرتفع لدى عينة الدراسة.
  - مستوى التوافق النفسي الاجتماعي منخفض لدى عينة الدراسة.
  - وجود فروق دالة إحصائيا في مستوى الاضطرابات السلوكية تعزى لمتغير الجنس ولصالح الذكور.
  - عدم وجود فروق دالة إحصائيا في مستوى الاضطرابات السلوكية تعزى لمتغير العمر.
  - وجود فروق دالة إحصائيا في مستوى الاضطرابات السلوكية تعزى لمتغير درجة الإعاقة ( صمم كامل، بقايا سمع ) ولصالح الصمم الكامل.
  - وجود فروق دالة إحصائيا في مستوى الاضطرابات السلوكية تعزى لمتغير وقت الإصابة ( قبل اكتساب اللغة، بعد اكتساب اللغة ) ولصالح قبل اكتساب اللغة.
  - وجود فروق دالة إحصائيا في مستوى التوافق النفسي الاجتماعي تعزى لمتغير الجنس ولصالح الإناث.
  - عدم وجود فروق دالة إحصائيا في مستوى التوافق النفسي الاجتماعي تعزى لمتغير العمر.
  - وجود فروق دالة إحصائيا في مستوى التوافق النفسي الاجتماعي تعزى لمتغير درجة الإعاقة ( صمم كامل، بقايا سمع ) ولصالح بقايا السمع.
  - وجود فروق دالة إحصائيا في مستوى التوافق النفسي الاجتماعي تعزى لمتغير وقت الإصابة ( قبل اكتساب اللغة، بعد اكتساب اللغة ) ولصالح بعد اكتساب اللغة.
- الكلمات المفتاحية :** الاضطرابات السلوكية، التوافق النفسي، التوافق الاجتماعي، الأطفال الصم.

## **Abstract:**

This study aims at investigate the relationship between behavioral disorders and psychosocial compatibility in deaf children, and to identify differences in the level of behavioral disorders and the level of psychosocial compatibility according to sex, age, degree disability and time of injury.

The study was conducted on a sample of 70 deaf children who were deaf children, relying on the descriptive and correlative methodology. The data were statistically processed and analyzed and the study reached the following results:

- A negative correlation between behavioral disorders and psychosocial compatibility in the study sample

- An increase in the level of behavioral disorders in the study sample

- Decrease in the level of psychosocial compatibility among the study sample

- There are statistically significant differences in the level of behavioral disorders attributed to the sex variable and in favor of males

- There are no statistically significant differences in the level of behavioral disorders due to the age variable

- There are statistically significant differences in the level of behavioral disorders due to the degree of disability variable (complete deafness, hearing residue) and in favor of complete deafness.

- There are statistically significant differences in the level of behavioral disorders due to the variable time of injury (before language acquisition, after language acquisition) and in favor of before language acquisition

- There are statistically significant differences in the level of psychosocial compatibility attributed to the sex variable and to the benefit of females

- The absence of statistically significant differences in the level of psychosocial compatibility attributable to the age variable

- The presence of statistically significant differences in the level of psychosocial compatibility attributable to the degree of disability variable (full deafness, hearing residue) and in favor of hearing residue

- The presence of statistically significant differences in the level of psychosocial compatibility attributable to the variable time of injury (before the acquisition of language, after the acquisition of the language) and favor after the acquisition of language

**Keywords:** Behavioral Disorders, Psychological Compatibility, Social Compatibility, Deaf Children

## فهرس المحتويات

رقم الصفحة	العنوان
ا	شكر وتقدير .....
ب	ملخص الدراسة باللغة العربية .....
ت	ملخص الدراسة باللغة بالانجليزية .....
ث	فهرس المحتويات .....
د	فهرس الجداول .....
ذ	فهرس الأشكال .....
1	مقدمة .....
<b>الجانب النظري</b> <b>الفصل الأول</b> <b>تقديم الدراسة</b>	
6	1. إشكالية الدراسة .....
20	2. فرضيات الدراسة .....
21	3. أهداف الدراسة .....
21	4. أهمية الدراسة .....
23	5. حدود الدراسة .....
23	6. التحديد الإجرائي لمتغيرات الدراسة .....
<b>الفصل الثاني</b> <b>الاضطرابات السلوكية</b>	
27	تمهيد .....
27	1. مفهوم الاضطرابات السلوكية .....
33	2. النظريات المفسرة للاضطرابات السلوكية .....
50	3. نسبة انتشار الاضطرابات السلوكية .....
50	4. أسباب الاضطرابات السلوكية .....
59	5. أشكال الاضطرابات السلوكية .....

59	1.5. اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة .....
67	2.5. اضطراب السلوك العدواني .....
74	6. استراتيجيات تعديل السلوك .....
85	خلاصة الفصل .....
<b>الفصل الثالث</b>	
<b>التوافق النفسي الاجتماعي</b>	
87	تمهيد .....
87	1. مفهوم التوافق النفسي الاجتماعي .....
88	2. مطالب التوافق النفسي الاجتماعي .....
89	3. أبعاد التوافق النفسي الاجتماعي .....
93	4. خصائص التوافق النفسي الاجتماعي .....
94	5. وظائف عملية التوافق النفسي الاجتماعي .....
96	6. النظريات المفسرة للتوافق النفسي الاجتماعي .....
101	7. دور الأسرة والمدرسة والمجتمع في تحقيق التوافق .....
105	خلاصة الفصل .....
<b>الفصل الرابع</b>	
<b>الإعاقة السمعية</b>	
107	تمهيد .....
107	1. مفهوم الإعاقة السمعية .....
109	2. آلية عملية السمع .....
110	3. تصنيفات الإعاقة السمعية .....
113	4. أسباب الإعاقة السمعية .....
116	5. خصائص ذوي الإعاقة السمعية .....
120	6. مهارات التواصل لدى ذوي الإعاقة السمعية .....
125	خلاصة الفصل .....

<b>الجانب الميداني</b> <b>الفصل الخامس</b> <b>الإجراءات الميدانية للدراسة</b>	
127	تمهيد .....
127	1. المنهج المستخدم في الدراسة .....
127	2. الدراسة الاستطلاعية .....
128	3. وصف أدوات الدراسة وخصائصها السيكمترية .....
144	4. الدراسة الأساسية .....
144	1.4. مجتمع الدراسة الأساسية .....
144	2.4. عينة الدراسة الأساسية .....
149	5. إجراءات الدراسة الأساسية .....
150	6. الأساليب الإحصائية .....
151	خلاصة الفصل .....
<b>الفصل السادس</b> <b>عرض وتحليل نتائج الدراسة</b>	
153	تمهيد .....
153	• عرض وتحليل نتيجة الفرضية العامة .....
154	1. عرض وتحليل نتيجة الفرضية الأولى .....
155	2. عرض وتحليل نتيجة الفرضية الثانية .....
157	3. عرض وتحليل نتيجة الفرضية الثالثة .....
159	4. عرض وتحليل نتيجة الفرضية الرابعة .....
161	5. عرض وتحليل نتيجة الفرضية الخامسة .....
164	6. عرض وتحليل نتيجة الفرضية السادسة .....
165	7. عرض وتحليل نتيجة الفرضية السابعة .....
167	8. عرض وتحليل نتيجة الفرضية الثامنة .....
168	9. عرض وتحليل نتيجة الفرضية التاسعة .....
170	10. عرض وتحليل نتيجة الفرضية العاشرة .....
171	خلاصة الفصل .....



**الفصل السابع**  
**تفسير ومناقشة نتائج الدراسة**

173	تمهيد .....
173	• تفسير ومناقشة نتيجة الفرضية العامة .....
175	1. تفسير ومناقشة نتيجة الفرضية الأولى .....
177	2. تفسير ومناقشة نتيجة الفرضية الثانية .....
178	3. تفسير ومناقشة نتيجة الفرضية الثالثة .....
179	4. تفسير ومناقشة نتيجة الفرضية الرابعة .....
181	5. تفسير ومناقشة نتيجة الفرضية الخامسة .....
182	6. تفسير ومناقشة نتيجة الفرضية السادسة .....
184	7. تفسير ومناقشة نتيجة الفرضية السابعة .....
186	8. تفسير ومناقشة نتيجة الفرضية الثامنة .....
187	9. تفسير ومناقشة نتيجة الفرضية التاسعة .....
188	10. تفسير ومناقشة نتيجة الفرضية العاشرة .....
190	خلاصة الدراسة .....
192	المقترحات .....
194	قائمة المراجع .....
	قائمة الملاحق .....

## فهرس الجداول

الصفحة	عنوان الجدول
132	الجدول رقم (01) : يوضح حساب الصدق التمييزي لاضطراب نقص الانتباه و فرط الحركة
133	الجدول رقم (02) : يوضح حساب الصدق التمييزي لاضطراب السلوك العدواني
134	الجدول رقم (03) : يوضح قيمة معامل الفا كرومباخ لأبعاد قائمة تقدير المعلمين للسلوك
135	الجدول رقم (04) : يوضح ثبات قائمة تقدير المعلمين للسلوك بطريقة التجزئة النصفية
139	الجدول رقم (05) : يوضح مفتاح التصحيح لمقياس التوافق النفسي الاجتماعي
140	الجدول رقم (06) : يوضح حساب الصدق التمييزي لبعد التوافق النفسي
141	الجدول رقم (07) : يوضح حساب الصدق التمييزي لبعد التوافق الاجتماعي
142	الجدول رقم (08) : يوضح قيمة معامل الفا كرومباخ لمقياس التوافق النفسي الاجتماعي
143	الجدول رقم (09) : يوضح ثبات مقياس التوافق النفسي الاجتماعي بطريقة التجزئة النصفية
145	الجدول رقم (10) : يوضح توزيع العينة حسب الجنس
146	الجدول رقم (11) : يوضح توزيع العينة حسب السن
147	الجدول رقم (12) : يوضح توزيع العينة حسب درجة الإعاقة
148	الجدول رقم (13) : يوضح توزيع العينة حسب وقت الإصابة بالإعاقة
151	الجدول رقم (14) : يوضح الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة
153	الجدول رقم (15): يوضح معامل الارتباط بين الاضطرابات السلوكية والتوافق النفسي الاجتماعي
154	الجدول رقم (16): يوضح مستوى الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال الصم
156	الجدول رقم (17): يوضح الفروق في مستوى الاضطرابات السلوكية تعزى إلى متغير الجنس
158	الجدول رقم (18): يوضح الفروق في مستوى الاضطرابات السلوكية تعزى إلى متغير السن
160	الجدول رقم (19): يوضح الفروق في مستوى الاضطرابات السلوكية تعزى إلى متغير درجة الإعاقة
162	الجدول رقم (20): يوضح الفروق في مستوى الاضطرابات السلوكية تعزى إلى متغير وقت الإصابة
164	الجدول رقم (21): يوضح توزيع أفراد العينة حسب درجات التوافق النفسي الاجتماعي
166	الجدول رقم (22): يوضح الفروق في مستوى التوافق النفسي الاجتماعي تعزى إلى متغير الجنس

167	الجدول رقم (23): يوضح الفروق في مستوى التوافق النفسي الاجتماعي تعزى إلى متغير السن
169	الجدول رقم (24): يوضح الفروق في مستوى التوافق النفسي الاجتماعي تعزى إلى متغير درجة الإعاقة
170	الجدول رقم (25): يوضح الفروق في مستوى التوافق النفسي الاجتماعي تعزى إلى متغير وقت الإصابة

### فهرس الأشكال

الصفحة	عنوان الأشكال
145	الشكل رقم (01): يوضح توزيع العينة حسب الجنس
146	الشكل رقم (02): يوضح توزيع العينة حسب السن
148	الشكل رقم (03): يوضح توزيع العينة حسب درجة الإعاقة
149	الشكل رقم (04): يوضح توزيع العينة حسب وقت الإصابة
165	الشكل رقم (05): يوضح توزيع العينة حسب درجات التوافق النفسي الاجتماعي

## مقدمة :

تقاس قوة الدول بقوة نظامها التربوي وما تقوم به من إعداد للكفاءات التي تحمل على عاتقها تطوير المجتمع وتقدمه بما لديها من مرونة عالية على تطوير ذاتها وتوافقها مع مستجدات العصر، حيث تقوم المؤسسة التربوية بدور كبير في تشكيل المتعلم وبناء شخصيته، ومن ثم بناء المجتمع وفقا لمميزاته وخصائصه.

ولبلوغ ذلك تسعى الدول جاهدة للقيام بمجموعة من التجارب الإصلاحية على مستوى منظومتها التربوية في سبيل تأصيل نظامها التربوي وتحديثه، للتكيف مع المستجدات والمتغيرات الداخلية والتحديات الإقليمية والدولية، ومما قد يعاب في هذا المجال هو عدم تمكن المدرسة من بلوغ الأهداف المنشودة لفئات ذوي الاحتياجات الخاصة، وتركيز جل المناهج الدراسية على الأفراد العاديين، وبالتالي أصبح لزاما إنشاء فرع من فروع التربية يهتم بشؤون ذوي الاحتياجات الخاصة ويسهر على تأهيلهم وتوجيههم حتى يصبحوا فئة فعالة تخدم المجتمع شأنها شأن الفئات الأخرى، وهذا ما أسست عليه التربية الخاصة التي تهتم بالاحتياجات التربوية والنفسية للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة كالمكفوفين والأطفال المضطربين سلوكيا، وذوي الإعاقات الذهنية الخفيفة والشديدة، والمعاقين حركيا والمتوحدين ..... الخ

ويعتبر الأطفال الصم من بين الفئات التي يهتم بها مجال التربية الخاصة، خاصة بالجانب السيكولوجي والتربوي لديهم، وهذا نتيجة الآثار السلبية للإعاقة السمعية على الأفراد ذوي الإعاقة السمعية وعلى البيئة المحيطة بهم، حيث أن الكثير من الدراسات أكدت على وجود آثار صدمة على الوالدين عند اكتشافهم بان طفلهم أصم، ويذكر (Shell et al, 1972) في هذا الشأن بأنه ينتاب الكثير من الآباء والأمهات الذين يولد لهم طفل معاق سمعيا الشعور بالحزن والغضب وعدم الرضا والرفض والخجل من وجود هذا الطفل، ويبدأ الشعور بالذنب يتسلل إليهم ويعتبرون أن إصابة ابنهم بالإعاقة السمعية نوع من العقاب على ذنب اقترفوه

من قبل، وفي بعض الأحيان يوجه جزء من الغضب إلى نفس الطفل الذي ليس له أدنى مسؤولية لما ألم بالأسرة، وتزداد الأمور سوءاً عندما يفشل الوالدان في الاتصال بطفلم الصغير حيث تتعالى صرخاته ويفشلان في تفسير سبب تلك الصرخات وهذا يؤثر علي هذه الأسرة وعلاقاتها الاجتماعية ووضعها النفسي . وعندما ينمو الطفل يجد صعوبة في التعبير عن مشاعره وأفكاره لمن حوله الأمر الذي يؤثر علي معدل نموه الاجتماعي والنفسي والعقلي واللغوي. لذلك فإن الأسرة مطالبة بتقبل الطفل الأصم ورعايته بشكل متكامل رغم الحالة النفسية التي قد تتعرض إليها الأسرة وبخاصة الوالدان ( مغاري، 2008، ص3) .

ومنه فالطفل الأصم الذي لم يجد التقبل والاهتمام الكافي من طرف أسرته، إضافة إلى حالة العزلة والانطواء التي تفرضها عليه إعاقته سيتولد عنده صراعات داخلية تترجم لاضطرابات سلوكية يحاول بها التعبير عن نفسه وإثبات ذاته .

وفي هذا الشأن ترى زينب شقير أن وقوف الأصم عاجزا عن فهم ما يدور حوله يؤدي إلى شعوره بالإحباط ويتولد لديه ميل للعزلة عن المجتمع ، ويلجأ إلى التعويض عن مواقف الإحباط عن طريق هذه السلوكيات تحقيقا لانتصار يخرج من الإحباط ( شقير ، 2002، ص270)

ونظرا لما أوضحتها الدراسات السابقة حول هذه الفئة ومما تعانيه من مشاكل نفسية واجتماعية، جاءت الدراسة الحالية لتحديد الاضطرابات السلوكية التي يعاني منها الأطفال الصم ومالها من انعكاسات على توافقهم النفسي الاجتماعي .

وقد قسمت الدراسة الحالية إلى جانبين :

• الجانب النظري ويشتمل على :

- الفصل الأول: خصص هذا الفصل لتقديم الدراسة، وذلك بعرض إشكالية الدراسة وتساؤلاتها والفرضيات المقترحة للإجابة على التساؤلات، وذكر أهداف الدراسة وأهميتها، مرورا بحدودها البشرية والزمنية والمكانية، وصولا إلى التعريفات الإجرائية لمتغيرات الدراسة.

- الفصل الثاني: تناولنا في هذا الفصل الاضطرابات السلوكية، وحاولنا إعطاء نظرة دقيقة حول الموضوع، وذلك من خلال ما أجاد به التراث الأدبي من تعاريف الباحثين لهذه الظاهرة واهم النظريات العلمية المفسرة للاضطرابات السلوكية، وأسباب حدوثها، ونسبة انتشارها بين الأطفال واهم أساليب تعديل السلوك، وختمنا بأشكال الاضطرابات السلوكية المتمثلة في اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة واضطراب السلوك العدوانى .

- الفصل الثالث: تطرقنا في هذا الفصل إلى موضوع التوافق النفسى الاجتماعى، بداية بمفهومه ومطالبه، ثم تناول أبعاد التوافق النفسى الاجتماعى وخصائصه، ووظائف عملية التوافق، واهم النظريات العلمية المفسرة له، وصولاً إلى دور الأسرة والمدرسة والمجتمع فى عملية التوافق.

- الفصل الرابع: القينا الضوء فى هذا الفصل على الإعاقة السمعية، وذلك من خلال مفهومها والية عملية السمع، ثم تناولنا تصنيفاتها وأسباب الإصابة بها، ختاماً بخصائص ذوي الإعاقة السمعية و أهم مهارات التواصل لديهم، وبذلك أسدلنا الستار على الجانب النظرى للموضوع .

#### ● الجانب التطبيقى للدراسة وتضمن:

- الفصل الخامس: اشتمل على إجراءات الدراسة الميدانية، حيث تطرقنا إلى المنهج المستخدم فى الدراسة، والدراسة الاستطلاعية، كما تعرضنا لأدواتها وخصائصها السيكمترية، ثم تناولنا الدراسة الأساسية وذلك بوصف مجتمعها وعينتها وإجراءاتها، وفى الأخير أبرزنا الأساليب الإحصائية المستخدمة.

- الفصل السادس: جاء فى هذا الفصل عرضاً مفصلاً لأهم النتائج المتوصل إليها، والتعليق عليها وفقاً للفرضيات المقترحة.

- الفصل السابع: ولعل أهم ما جاء فيه هو مناقشة أهم النتائج المتوصل إليها، وذلك بالاستناد إلى ما كتب من معلومات نظرية ومما سبق من دراسات علمية تناولت الموضوع، وانهيينا الدراسة بخلاصة ومقترحات.

## الجانب النظري

### الفصل الأول

#### تقديم الدراسة

1. إشكالية الدراسة

2. فرضيات الدراسة

3. أهداف الدراسة

4. أهمية الدراسة

5. حدود الدراسة

6. التحديد الإجرائي لمتغيرات الدراسة



## 1. إشكالية الدراسة:

شهد العالم حركة كبيرة وتطور منقطع النظير في جميع المجالات، حيث أصبح لزاما على المجتمعات أن تواكب وتساير تسارع الأحداث وتسبقها وصولا إلى القمة، ومنه كان لابد من وجود إرادة واستراتيجيات لتأهيل كل أفراد المجتمع حتى فئات التربية الخاصة التي كانت تعتبر قديما فئات هشة وعاجزة أصبحت تلقى اهتماما واضحا من قبل مجتمعاتها.

ويعتبر عدم الاهتمام بذوي الاحتياجات الخاصة تخلف حضاري وثقافي كما أنها مشكلة تهدد سلامة المجتمع وتزيد من هدر طاقاته المادية والبشرية (مفلح و فواز، 2010، ص 15).

والالتزامات اتجاه ذوي الاحتياجات الخاصة ليست قضية فردية، بل هي قضية المجتمع بأكمله وتحتاج إلى استنفار موضوعي متكامل من مختلف المنظمات العامة والخاصة للحد من آثار الإعاقة السلبية.

كما أن تأهيل وتعليم وتدريب الطفل ذوي الاحتياجات الخاص في مؤسساتنا التربوية الحالية للتكيف مع مجتمعه يعتبر غير كافيا، حيث يجب تكيف البيئة المدرسية لتلبي احتياجاته ومتطلباته مع تعزيز البرامج المقدمة له حتى يكون دور ذوو الاحتياجات الخاص فاعلا في المجتمع (بن عقاب، 2018، ص 15).

ولكن تأهيل الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة كذلك ليس بالأمر الهين واليسير لان الولوج إلى هذا العالم واكتشاف مكونات الطفل المعاق، ومعرفة ما يخالجه من مشاعر وصراعات نفسية قد يكون أصعب خاصة اذا كانت العلاقة مبتورة بين الطفل وبين بيئته كما هي الحال عند الأطفال الصم، والذين يعتبرون من أهم الفئات التي تهتم بهم التربية الخاصة وذلك نظرا للآثار السلبية التي تتركها الإعاقة السمعية عليهم

وقد عرفت الإعاقة السمعية بأنها فقدان الفرد لحاسة السمع بشكل كامل أو انخفاض قدرته على سماع

الأصوات نتيجة خلل ما في الجهاز السمعي يعيق أداء هذا الجهاز الوظيفي بصورة صحيحة

(عبدات ، 2010 ، ص 18 )

كما يعرف مصطفي فهمي الطفل الأصم من الناحية الطبية بأنه ذلك الطفل الذي حرم من حاسة السمع منذ ولادته، أو هو الذي فقد القدرة السمعية قبل تعلم الكلام، أو هو الذي فقدها بمجرد أن تعلم الكلام لدرجة أن آثار التعلم فقدت بسرعة، ويعتبر الصمم في الواقع عاهة أكثر إعاقة من العمى، إذ أن الأصم يتعذر عليه بسبب عاهته الاشتراك في المجتمع ( سليمان 1999 , ص71 )

ويعرف الطفل الأصم كلياً هو ذلك الطفل الذي فقد قدرته السمعية في السنوات الثلاثة الأولى من عمره ونتيجة لذلك لم يستطع اكتساب اللغة، ويطلق على هذا الطفل مصطلح الأصم الأبكم، أما الطفل الأصم جزئياً فهو ذلك الطفل الذي فقد جزءاً من قدرته السمع، وكنتيجة لذلك فهو يسمع عند درجة معينة، كما ينطق اللغة وفقد مستوى معين ، يتناسب ودرجة إعاقة السمعية ( الروسان، 1998، 141) كما يعرف جمال الخطيب الإعاقة السمعية بأنها انحراف في السمع يحد القدرة على التواصل السمع اللفظي، وان شدة الإعاقة السمعية هي نتاج لشدة الضعف في السمع وتفاعله مع عوامل أخرى (الخطيب , 2005 , ص25 )

أما في ما يخص انتشار الإعاقة السمعية فان الدراسات في الدول الغربية تشير إلى أن 5% من الأطفال في سن المدرسة يعانون من مشكلات سمعية، وان هذه المشكلات لا تصل إلى مستوى الإعاقة أما بالنسبة إلى مستوى الضعف السمع الذي يصل إلى حد الإعاقة السمعية فيقدر نسبته بحوالي 0.5% ( القمش والمعايطة , 2007 , ص83 )

وللإعاقة السمعية تأثير كبير على نفسية الطفل الأصم لان فقدان الاتصال ليس هو الخسارة الوحيدة للشخص الأصم، بل إن الصمم ينتج عنه أضرار نفسية، حيث يميل إلى مقارنة نفسه بالآخرين ويكتشف انه مختلف عنهم فيشعر بالعجز وقلة الحيلة، وهو ما يزعزع بناءه النفسي ويدفعه إلى أنماط مختلفة من السلوك اللاتوافقي ( فهمي وآخرون, 1999).

ولقد أثبتت الدراسات النفسية أن الأطفال ذوي الإعاقات الشديدة يعانون من مشكلات اجتماعية وتعليمية بالإضافة للمشكلات النفسية كالرغبة في الانعزال والقلق والخوف ومشاعر الإحباط، أو فرض نفسه على الواقع المحيط بقوة من خلال النزعة العدوانية والانفعال والغضب، وترجع أهمية التعرف على اضطرابات الطفل المعوق في أن يصبح مواطناً قادراً على رعاية شؤونه و الإسهام في العملية الإنتاجية للمجتمع في حدود إمكانياته الجسدية والعقلية ( حمزة ومختار 1995 :ص122 )

ويرى البعض أن الإعاقة تؤدي بالطفل إلى الانعزال عن الأفراد فينسحب إلى قوقعة سيكولوجية فيصبح متباعد غير متجاوب مع المحيطين به، وفي الحالات الزائدة قد يحدث للطفل الامتناع عن الكلام أو النكوص، كان يمص إبهامه أو يستسلم لنوبات الغضب، كما أن رفض الآباء لأطفالهم المعوقين وحرمانهم من الرعاية يؤدي إلى الشعور باليأس الانفعالي والاكتئاب الأمر الذي من شأنه قد يمثل مفتاحاً للتنبؤ باضطرابات سلوكية وانفعالية (القمش2006:ص 185 )

وهذا ما يفسر الانتشار الواسع للاضطرابات السلوكية لدى الأطفال الصم، فالإعاقة السمعية وآثارها النفسية من جهة، وعدم تقبل الطفل الصم من قبل أسرته والبيئة المحيطة من جهة أخرى كفيل بإصابة الطفل بهذه الاضطرابات السلوكية التي تعد بحد ذاتها إعاقة من بين الإعاقات، وبالتالي يصبح الطفل الأصم بين مطرقة الإعاقة السمعية وسندان الاضطرابات السلوكية.

وبما أن الإصابة بالإعاقة السمعية قد يكون أمر لا مفر منه، إلا أن الوقاية أو التخفيف من حدة الاضطرابات السلوكية أمر ممكن، لكنه لا يتم إلا إذا اتضحت ماهية هذه الاضطرابات وطبيعتها أشكالها وأسباب الإصابة بها، وخصائص المصابين بها، وفيما يلي بعض التعريفات التي قدمها السرطاوي لمفهوم الاضطرابات السلوكية:

عرف روس الاضطرابات السلوكية على أنها اضطرابات نفسية تتضح عندما يسلك الفرد سلوكاً منحرفاً بصورة واضحة عن السلوك المتعارف عليه في المجتمع الذي ينتمي إليه الفرد بحيث يتكرر هذا السلوك

باستمرار, ويمكن ملاحظته والحكم عليه من قبل الراشدين الأسوياء ممن لهم علاقة بالفرد, كما ذكر **هويت**: إن الطفل المضطرب انفعاليا هو الفاشل اجتماعيا, والذي لا يتوافق سلوكه مع السلوك السائد في المجتمع الذي يعيش فيه, وهو الذي ينحرف سلوكه عما هو متوقع بالنسبة لعمره الزمني وجنسه ووضعه الاجتماعي, بحيث يعتبر هذا السلوك سلوكا غير متوافق ويمكن أن يعرض صاحبه لمشاكل خطيرة في حياته, كما يعرف الاضطراب السلوكي بأنه سلوك مضطرب وغير عادي ويتسم بالشدّة والحدة في تكراره وغير متوافق مع المعايير السلوكية في المجتمع سواء التوافق الاجتماعي أو السلوك غير المتكيف.

ويعرف **كوفمان** الأطفال المضطربين سلوكيا بأنهم أولئك الذين يستجيبون لبيئتهم بطريقة غير مقبولة اجتماعيا وغير مرضية شخصيا وذلك بشكل واضح ومتكرر ولكن يمكن تعليمهم سلوكا اجتماعيا وشخصيا مقبولا ومرضيا ( السرطاوي وسيسال، 1987 )

وإذا كانت الاضطرابات السلوكية تلقي بظلالها السلبية على توافق غير المعاقين سواء مع ذواتهم أو مع بيئتهم، وذلك في ضوء ما يلاحظ في الواقع وأكدته معظم الدراسات التي ركزت على تلك العلاقة ( بالنسبة لغير المعاقين ) كدراسة ( الجنادي، 1984 والخليفي، 1994 وغيرهم) فكيف الحال بمن كانت إعاقتهم سبباً لإحباطهم بواقع من اللاتقبل الاجتماعي، إما على نحو مباشر بالرفض، أو غير مباشر بالتهميش والإهمال على الأغلب (وافي ، 2006 ، ص5)

وقد يأتي هذا في وقت تكون الأسرة عاجزة عن تفسير السلوك المضطرب مما يوقعها تحت طائلة الحرج من المجتمع المحيط الأمر الذي ينعكس على طفلها، وبالتالي قد يؤثر على توافقه مع الأسرة والمجتمع ويلد لديه شعور بعدم الرضا عن إعاقته من جهة وعن ما بدى عليه من اضطرابات سلوكية وانفعالية والناجمة عن التفاعل اللاسوي مع العوامل والمتغيرات المحيطة به من جهة أخرى (عبد الفتاح، 1990 ص 146).

ومن هنا جاءت أهمية الأسرة وتوافقها في تنشئة الأطفال ولا سيما ذوي الإعاقة السمعية وتحسين اتجاه الآخرين حولهم، وخاصة اتجاه الأدوار التي يمكن أن يمارسها كل من الآباء والأمهات لإعداد أبنائهم الصم للحياة، بحيث لا يكون هنالك حواجز بين الطفل الأصم والأسرة التي يعيش فيها، ويتطلب هذا من الوالدين إيجاد جو من التوافق داخل الأسرة والاتصال الدائم مع مراكز إعداد الصم لفهم كيفية التعامل مع أطفالهم حتى لا يلجأ الطفل إلى انتهاج نمط سلوكي عدائي مثل الصراخ أو كسر بعض أواني المنزل أو ضرب أخيه... الخ تعويضا عن عدم فهم الآخرين له أو عدم فهمه للآخرين الأم، الذي يولد لدى الآباء والأمهات اتجاهات سلبية نحو سلوك أبنائهم الصم مما يزيد من تفاقم المشكلة وزيادة حدتها ( عفانة و كباجة، 1997، ص5).

ويعد المعاقون سمعيا من أكثر فئات الإعاقة تأثرا بالمجتمع المحيط بهم نظرا لاتصالهم المبتور به ، ومع الإشارة على أن هناك من بين المعاقين من كانت إعاقته حافزا للتوافق مع ذاته والعطاء لمجتمعه، فان من بينهم من شرخت هذه الصورة لديه لتضاؤل قدرته على التوافق مع نفسه وبيئته بسبب الإعاقة، لأنه بحاجة إلى تكوين بيئة فوجئ بأنها ترفضه وتتعامل معه بحساسية وحكمت عليه بالضعف نتيجة الإعاقة وعدم قدرته على التفاعل معها كغيره من أبناء مجتمعه العاديين، والطفل الأصم قد يكون عاجزا أحيانا عن عدم فهم بعض الضوابط المجتمعية ولذا فهو لا يستجيب لها فينجم عن ذلك اصطدامه بخبرات سلبية من المحيطين به مما يولد لديه بعض السلوكيات ومشاعر قد تتسم باللاسواء ( وافي، 2006، ص 5).

ونظرا لأهمية الاضطرابات السلوكية في حياة الإنسان، فقد كانت موضوعا للعديد من الدراسات التي تناولتها لدى عينة ما، أو في علاقتها ببعض المتغيرات الأخرى، حيث ركزت بعضها على واقع هذه الاضطرابات لدى الأطفال الصم، ومن جهة اهتمت دراسات أخرى بواقع العلاقة بين هذه الاضطرابات السلوكية والتوافق النفسي الاجتماعي لدى الأطفال الصم، وستعرض فيما يلي إلى البعض منها:

قامت وفاء محمد (1993) بدراسة بعنوان " الاضطرابات السلوكية عند الأطفال الصم " هدفت هذه الدراسة للتعرف على أهم الاضطرابات السلوكية عند الأطفال الصم التي تؤثر على توافقهم النفسي والاجتماعي، حيث تنتمي هذه الدراسة إلى الدراسات الوصفية، وتكونت عينة الدراسة من (25) طفل أصم ( 11 ذكر و 14 أنثى ) تتراوح أعمارهم ما بين ( 7 إلى 11 سنة ) من مدارس الأمل في مصر واستخدمت الباحثة استبانة الاضطرابات السلوكية من إعدادها، ومن أهم النتائج التي توصلت إليها الدراسة:

- انتشار الانطواء والنشاط الزائد عند هؤلاء الأطفال
- وكذلك أظهرت انه كلما زادت درجة التوافق النفسي والاجتماعي لديهم قلت مظاهر الاضطرابات السلوكية (الربيعي، 2011، ص 122)
- وقد تناولت دراسة علي رجب (1993) وهي دراسة امبريقية إكلينيكية بعض سمات الشخصية لدى ضعاف السمع في صعيد مصر، وهدفت إلى الكشف عن السمات المرتبطة بضعف السمع، وكذلك الفروق الدالة بين سمات الشخصية بين البنين والبنات من ضعاف السمع، والكشف عن الفروق بين سمات الشخصية لدى ضعاف السمع وعادي السمع، وهناك هدف آخر هو الكشف عن العوامل الكامنة والمؤثرة في سمات الشخصية لدى ضعاف السمع، تكونت عينة الدراسة من (180) معاقا سمعيا من مدارس المرحلة الإعدادية ومدارس الأمل بمدينة أسيوط، تتراوح أعمارهم ما بين ( 14 إلى 15 سنة ) وقد استخدم الباحث مقياس القلق، ومقياس المستوى الاقتصادي والاجتماعي، واختبار الذكاء للمرحلة الإعدادية، وأوضحت الدراسة أن هناك:

- وجود فروق دالة إحصائيا بين ضعاف السمع وعادي السمع في العدوان، والاستقلال بالذات والثقة بالنفس، والانطواء، والقلق، ويرجع ذلك للإعاقة التي يعانون منها وظروفهم التي يعيشونها
- كما توجد هناك فروق بين البنين والبنات من ضعاف السمع في العدوان، والانطواء، والقلق

- عدم وجود فروق دالة بين البنين والبنات من ضعاف السمع في الاستقلال بالذات، والثقة بالنفس

(عبدات، 2010، ص 30)

أما دراسة **صوالحة (1999)** التي كانت بعنوان " المشكلات النفسية والاجتماعية لدى عينة من الأطفال المعوقين سمعياً في الأردن " فهدفت إلى للكشف عن مدى انتشار المشكلات النفسية والاجتماعية لدى الصم الملتحقين بمدرسة الأمل للصم بمدينة اربد، وشملت عينتها (101) أصم ممن تراوحت أعمارهم ما بين ( 6 إلى 14 سنة )، وزعت عليهم استبانة تقيس مدى انتشار المشكلات النفسية والاجتماعية لتظهر النتائج أن:

- وجود فروق ظاهرية بين الجنسين والأطفال الأقل عمرا من (10 سنوات) والأكثر منها في مدى

انتشار المشكلات السلوكية كانت دالة ولصالح الذكور المعوقين سمعياً الأكبر سناً

- عدم وجود فروق في المشكلات السلوكية التحصيلية

- عدم وجود فروق في مدى انتشار المشكلات النفسية والاجتماعية تبعا لأثر التفاعل بين الجنس

والعمر (الربيعي، 2011، ص 119).

كما قامت **وافي ليلي (2006)** بدراسة عنوانها " الاضطرابات السلوكية وعلاقتها بمستوى التوافق

النفسى لدى الأطفال الصم والمكفوفين " هدفت هذه الدراسة بشكل أساسى للتعرف على علاقة

الاضطرابات السلوكية بمستوى التوافق النفسى بأبعاده الأربعة ( الشخصي، المدرسى، الأسرى، الجسدى )

للأطفال الصم والمكفوفين في ضوء عدة متغيرات شملت الجنس ومنطقة السكن والمرحلة التعليمية لهم

واختارت الباحثة عينتين إحداهما للصم ( 135 طالب وطالبة من مؤسسات الصم التعليمية في قطاع غزة

( وأخرى للمكفوفين ( 86 طالب وطالبة من مركز النور ومدرسة الأمل بمحافظة غزة )، وتراوحت أعمار

أفراد العينتين ما بين ( 9 إلى 16 سنة )، طبق عليهما مقياسي الاضطرابات السلوكية من إعداد أمال

عبد السميع أباطة وتعديل الباحثة الذي اعتمد على تقدير الملاحظين ومقياس التوافق النفسي من إعداد الباحثة، وقد أسفرت نتائج الدراسة على:

- أن اللزمات العصبية والنشاط الزائد هي ابرز الاضطرابات السلوكية لدى المكفوفين ، بينما كانت اللزمات العصبية والنشاط الزائد واضطراب المسلك هي ابرز تلك الاضطرابات لدى الصم
- وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية في مستوى التوافق النفسي بجميع أبعاده ( الشخصي، المدرسي، الأسري، الجسدي ) لدى الأطفال الصم المضطربين سلوكيا منهم وغير المضطربين لصالح غير المضطربين ( وافي، 2006، ص 251 ).

وأشارت دراسة موسى رشاد (2009) إلى مجموعة من الدراسات العربية، فقد تبين انه كلما قلت حدة السمع أدى ذلك إلى درجة اكبر من سوء التكيف، إضافة إلى أن الأطفال الصم من كلا الجنسين هم أكثر معاناة، وقلقا وتوترا في تكيفهم مع المحيط الشخصي والاجتماعي (عبدات، 2010، ص 35).

وأجرت روجي مروح عبدات (2010) دراسة بعنوان " السلوك التوافقي عند الصم وضعاف السمع كما يراه أولياء أمورهم في الإمارات العربية المتحدة " وهدفت الدراسة إلى التعرف على مستوى السلوك التوافقي عند الصم وضعاف السمع بدولة الإمارات العربية المتحدة، وذلك تبعا لعمر المعاق سمعيا وجنسه وشدة إعاقته، ووقت الإصابة بها، ونمط التواصل الذي يتبعه، وقد تم بناء أداة الدراسة من قبل الباحثة بناءا على الأدب التربوي وواقع خبرته مع ذوي الإعاقة السمعية وأولياء أمورهم، وتم تطبيقها على عينة مكونة من (211) ولي أمر لطلبة من ذوي الإعاقة السمعية الملتحقين في مراكز ومؤسسات الدولة، وقد أظهرت النتائج:

- وجود فروق دالة إحصائية في السلوك التوافقي عند المعاقين سمعيا تبعا لمتغير الجنس وذلك لصالح الذكور .



- وجود فروق دالة إحصائية في السلوك التوافقي عند المعاقين سمعياً تبعاً لمتغير درجة الإعاقة ولصالح ذوي الإعاقة البسيطة.

- وجود فروق دالة إحصائية في السلوك التوافقي عند المعاقين سمعياً تبعاً لمتغير السن ولصالح من هم أعمارهم 16 سنة فما فوق.

- ووجود فروق دالة إحصائية في السلوك التوافقي عند المعاقين سمعياً تبعاً لمتغير وقت الإصابة ولصالح الذين أصيبوا بالإعاقة السمعية بعد السنة الثالثة من العمر.

- وجود فروق دالة إحصائية في السلوك التوافقي عند المعاقين سمعياً تبعاً لمتغير نمط التواصل ولصالح الذين يتبعون نمط التواصل الشفهي (عبدات، 2010، ص 9)

وقامت نازك جلال الدباغ (2013) بدراسة عنوانها " العدوان وعلاقته بالتوافق الشخصي والاجتماعي لدى الأطفال المعوقين سمعياً " هدفت الدراسة إلى الكشف عن العلاقة الارتباطية بين العدوان والتوافق الشخصي والاجتماعي لدى الأطفال المعوقين سمعياً، بالإضافة إلى معرفة الفروق بين هؤلاء الأطفال في درجة العدوان ودرجة التوافق الشخصي والتوافق الاجتماعي تبعاً لمتغير الجنس والفئة الاجتماعية حيث بلغ عدد أفراد عينة البحث (30) طفلاً وطفلة من أطفال الروضة المعوقين سمعياً من الفئتين الثانية والثالثة، ولتحقيق أهداف البحث ، واختبار صحة فرضياته، استخدمت الباحثة: مقياس تقدير المعلمين للسلوك العدوانى لدى أطفال مرحلة ما قبل المدرسة من إعداد الباحثة، ومقياس سلوك التوافق الشخصي والاجتماعي للطفل في الروضة كذلك من إعداد الباحثة، وتوصلت نتائج الدراسة إلى:

- وجود علاقة ارتباطية قوية وسلبية بين درجة العدوان ودرجة التوافق الشخصي لطفل الروضة المعوق سمعياً.

- وجود علاقة ارتباطية قوية وسلبية بين درجة العدوان ودرجة التوافق الاجتماعي لطفل الروضة المعوق سمعياً.

- الذكور المعوقين سمعياً أكثر عدوانية من الإناث المعوقات سمعياً، والإناث المعوقات سمعياً أكثر توافقاً شخصياً واجتماعياً من الذكور المعوقين سمعياً.

- لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسط درجات الأطفال المعوقين سمعياً العدوانيين في درجة التوافق الشخصي والاجتماعي تبعاً لمتغير الفئة العمرية.

- لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسط درجات العدوان لدى الأطفال المعوقين سمعياً العدوانيين تبعاً لمتغير الفئة العمرية (الدباغ، 2013، ص 520).

كما قدم علاء جمال الربيعي (2014) دراسة الموسومة بعنوان "الاضطرابات السلوكية والانفعالية لدى الأطفال الصم وعلاقتها بالتوافق الأسري" وهدفت الدراسة إلى التعرف على الاضطرابات السلوكية والانفعالية لدى الأطفال الصم وعلاقتها بالتوافق الأسري، والتعرف على الفروق الجوهرية بين كل من الجنس، والعمر ودرجة الإعاقة، وترتيب الطفل داخل الأسرة، وتكونت عينة الدراسة من (197) طفل تتراوح أعمارهم ما بين (7 إلى 14 سنة)، واستخدم الباحث مقياس (التحديات والصعوبات) لجودمان واستبانته التوافق الأسري من إعداد الباحث وأظهرت نتائج الدراسة:

- وجود علاقة ارتباطية سالبة بين الاضطرابات السلوكية والانفعالية لدى الأطفال الصم والتوافق الأسري.

- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغير الجنس، العمر، وترتيب الطفل الأصم داخل الأسرة على مقياس الاضطرابات السلوكية والانفعالية.

- وجود فروق دالة إحصائية تعزى لمتغير درجة الإعاقة ولصالح الإعاقة العميقة (الربيعي، 2011، ص

(5

أما من الدراسات الأجنبية التي تناولت الموضوع فنذكر:

دراسة باركر (1953)، حيث لخصت هذه الدراسة النتائج التي توصل إليها (31) بحثاً حول العلاقة بين العمر عند حدوث الإعاقة السمعية والتكيف النفسي، وقد بينت الدراسة أن تلك النتائج ليست قاطعة فبعض الدراسات أشارت إلى أن الإنسان يواجه صعوبات تكيفية أكبر عندما يحدث فقدان السمع مبكراً أكثر في حين أن بعض الدراسات الأخرى أشارت إلى العكس، ومعظم العلاقات كانت تفتقر إلى الدلالة الإحصائية، فبالرغم أن فقدان السمع المبكر ينطوي على مشكلات خاصة فيما يتعلق بتعلم اللغة، إلا أن العمر الزمني عند حدوث الإعاقة السمعية لا يمثل عاملاً هاماً على مستوى العملية الكيفية.

(الخطيب، 1998، ص 95)

دراسة جرارى (1980): وعنوانها "التوافق النفسي لدى الأطفال الصم ذوى الآباء العاديين"، وهدفت الدراسة إلى الكشف عن التوافق النفسي لدى الأطفال الصم الذين يستخدموا التواصل الشفهي وأقرانهم الذين يستخدمون التواصل الكلى، وتكونت عينة الدراسة من (26) طفلاً أصماً لآباء عادي السمع منهم (13) طفلاً يستخدمون التواصل الشفهي، (13) يستخدمون التواصل الكلى، وتراوحت أعمارهم ما بين (7 إلى 11 سنة) عاماً، واستخدمت الدراسة الأدوات الآتية:

1- سلسلة ميسورى لصور الأطفال.

2- اختبار مفهوم الذات إعداد ميدو.

3- استبيان اتجاهات الآباء والمدرسين نحو الأطفال الصم.

وتوصلت الدراسة في نتائجها إلى ما يلي:

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات الأطفال الصم الذين يستخدمون طريقة التواصل الشفهي وأقرانهم الذين يستخدمون طريقة التواصل الكلى في التوافق النفسي ومفهوم الذات.

- إن اتجاهات الآباء والمدرسين نحو استخدام طريقة التواصل الشفهي كانت أكثر إيجابية من استخدام طريقة التواصل الكلي، وإن طريقة التواصل الشفهي كان لها تأثيرا كبيرا في ارتفاع مستوى التوافق النفسي ومفهوم الذات الأطفال الصم.

- إن اتجاهات الآباء نحو أطفالهم كان لها تأثير كبير على توافق أطفالهم النفسي أكثر من تأثيرات المدرسين نحو أطفالهم الصم (عبدات، 2010، ص 34).

دراسة هايز واخرون (1997) بعنوان : "المشكلات السلوكية والانفعالية وسوء التوافق النفسي للصم" وهدفت لفحص المشكلات النفسية والانفعالية وسوء التوافق النفسي للصم خاصة فيما يتعلق بطرق التواصل المختلفة، وتكونت عينة الدراسة من آباء (84) طفلا أصما أكملوا قائمتين إحداهما خاصة بالآباء والثانية تتعلق بسلوك الطفل، وتوصلت الدراسة إلى أن: 40% من الأطفال الصم كانوا ضمن المعدل الطبيعي على قائمة سلوك الطفل، وحوالي 82% يعانون من سوء التوافق الاجتماعي، وكشفت القائمة الخاصة بالآباء أن حوالي 70% من الأطفال لديهم مشكلات سلوكية وانفعالية (الربعي، 2011، ص 127).

وقد اتفقت الدراسة الحالية مع بعض الدراسات من ناحية الموضوع، حيث ألفت الضوء على الاضطرابات السلوكية والتوافق النفسي والاجتماعي لدى الصم كدراسة وفاء محمد، دراسة وافي ليلي ودراسة علاء جمال، دراسة روجي مروح، إلا أن بعض الدراسات الأخرى أشارت إلى المشكلات السلوكية والانفعالية كمشكلة وليس كاضطراب، كما أن جل الدراسات اختارت العينة من مرحلة الطفولة والتي تعد الدعامه الأساسية في المراحل العمرية وهذا ما تتفق معه الدراسة الحالية، واهتمت كذلك الدراسات سالفه الذكر بكل من شدة إعاقة والسن والجنس ووقت الإصابة كعامل مهم في العلاقة بين الاضطرابات السلوكية والتوافق النفسي الاجتماعي لدى الأطفال الصم وهذا ما ركزت عليه دراستنا.

إلا أن الاختلاف الجوهرى بين الدراسة الحالية والدراسات السابقة هو أن هذه الأخيرة قارنت بين الأطفال الصم والأطفال العاديين، في حين أن الدراسة الحالية ركزت على الخصائص السيكولوجية للأطفال الصم في حد ذاتهم بعيدا عن أي مقارنات مع فئات أخرى، وقد أشار مورس إلى أن الدراسات المرتبطة بالخصائص النفسية للأشخاص المعوقين سمعيا قد أخذت منحنيين: أحدهما يمكن تسميته بمنحى الانحراف والثاني هو المنحى أنمائي الطبيعي، حيث يركز المنحى الأول على الفروق بين الأشخاص المعوقين سمعيا والأشخاص الذين يتمتعون بسمع عادي ويعالج الفروق على إنها مؤشرات على الانحراف ويرى مورس أن هذا المنحى الذي طالما اعتمده الباحثون إنما هو منحى ينطوي على التحيز ضد المعوقين سمعيا، أما المنحى الثاني فهو يهتم بتحليل الخصائص النفسية للأشخاص المعوقين سمعيا ليس من أجل تحديد أوجه الاختلاف بينهم وبين الأشخاص السامعين وإنما من أجل تحديد الظروف التي ينبغي توفيرها لكي ينمو هؤلاء الأشخاص نموا سويا إلى أقصى درجة ممكنة، ويتصف هذا المنحى بكونه منحى إيجابيا (الخطيب ، 1998 ، ص 93).

وتبقى فئة ذوي الاحتياجات الخاصة من وجهة الباحث وما تعانیه من صراعات نفسية وسوء في التوافق النفسي الاجتماعي الموضوع السيكولوجي الأهم في ميدان التربية والمجال النفسي، وهذا ما سنحاول القيام به في هذه الدراسة لمعرفة الاضطرابات السلوكية وعلاقتها بالتوافق النفسي الاجتماعي لدى الأطفال الصم موضحين ذلك في التساؤلات التالية:

### التساؤل العام :

هل توجد علاقة دالة إحصائية بين الاضطرابات السلوكية والتوافق النفسي الاجتماعي لدى الأطفال الصم.

### • التساؤلات الفرعية :

1. ما مستوى الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال الصم.

2. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال الصم تعزى لمتغير الجنس.
  3. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال الصم تعزى لمتغير العمر (8 إلى 10 سنوات و 11 إلى 13 سنة).
  4. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال الصم تعزى لمتغير درجة الإعاقة (صمم كامل ، بقايا السمع).
  5. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال الصم تعزى لمتغير وقت الإصابة بالإعاقة ( قبل اكتساب اللغة، بعد اكتساب اللغة ).
  6. ما مستوى التوافق النفسي الاجتماعي لدى الأطفال الصم.
  7. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى التوافق النفسي الاجتماعي لدى الأطفال الصم تعزى لمتغير الجنس.
  8. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى التوافق النفسي الاجتماعي لدى الأطفال الصم تعزى لمتغير العمر (8 إلى 10 سنوات و 11 إلى 13 سنة).
  9. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى التوافق النفسي الاجتماعي لدى الأطفال الصم تعزى لمتغير درجة الإعاقة (صمم كامل، بقايا السمع).
  10. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى التوافق النفسي الاجتماعي لدى الأطفال الصم تعزى لمتغير وقت الإصابة بالإعاقة ( قبل اكتساب اللغة، بعد اكتساب اللغة ).
- انطلاقاً من نتائج بعض الدراسات السابقة والتي أشارت إلى وجود علاقة بين الاضطرابات السلوكية والتوافق النفسي الاجتماعي فان الفرضية العامة للدراسة ستكون على الشكل التالي:

## 2. فرضيات الدراسة:

### • الفرضية العامة:

توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائية بين الاضطرابات السلوكية والتوافق النفسي الاجتماعي لدى الأطفال الصم.

### • الفرضيات الفرعية:

1. مستوى الاضطرابات السلوكية مرتفع لدى الأطفال الصم.
2. توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال الصم تعزى لمتغير الجنس.
3. توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال الصم تعزى لمتغير العمر (8 إلى 10 سنوات و 11 إلى 13 سنة).
4. توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال الصم تعزى لمتغير درجة الإعاقة (صمم كامل، بقايا السمع).
5. توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال الصم تعزى لمتغير وقت الإصابة بالإعاقة (قبل اكتساب اللغة، بعد اكتساب اللغة).
6. مستوى التوافق النفسي الاجتماعي منخفض لدى الأطفال الصم.
7. توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى التوافق النفسي الاجتماعي لدى الأطفال الصم تعزى لمتغير الجنس.
8. توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى التوافق النفسي الاجتماعي لدى الأطفال الصم تعزى لمتغير العمر (8 إلى 10 سنوات و 11 إلى 13 سنة).

9. توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى التوافق النفسي الاجتماعي لدى الأطفال الصم تعزى لمتغير درجة الإعاقة (صمم كامل، بقايا السمع).

10. توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى التوافق النفسي الاجتماعي لدى الأطفال الصم تعزى لمتغير وقت الإصابة بالإعاقة (قبل اكتساب اللغة، بعد اكتساب اللغة).

### 3. أهداف الدراسة: تهدف الدراسة الحالية إلى:

1. معرفة طبيعة العلاقة بين الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال الصم بمستوى توافقهم النفسي الاجتماعي.

2. معرفة مستوى الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال الصم

3. معرفة الفروق في مستوى الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال الصم والتي تعزى إلى متغير (الجنس، العمر، درجة الإعاقة، وقت الإصابة بالإعاقة)

4. معرفة مستوى التوافق النفسي الاجتماعي لدى الأطفال الصم

5. معرفة الفروق في مستوى التوافق النفسي الاجتماعي لدى الأطفال الصم والتي تعزى إلى متغير (الجنس، العمر، درجة الإعاقة، وقت الإصابة بالإعاقة)

### 4. أهمية الدراسة :

تتجلى أهمية الدراسة في طبيعة موضوعها والعينة التي تتناولها، فكما نعلم إن فقدان الطفل لحاسة السمع ليس بالأمر الهين، ومرحلة الطفولة الأولى والوسطى لها خصائصها واحتياجاتها، وهي المرحلة التي ينتمي إليها أفراد العينة، فالطفل يحتاج إلى التفاعل والتناغم مع محيطه وفي نفس الوقت اكتشاف ذاته وقدراته لكن عندما تكون قنوات الاتصال معدومة والمتمثلة بالدرجة الأولى في حاسة السمع، فإن العلاقة مع العالم الخارجي تكون مبتورة، هنا يجد الطفل الأصم نفسه في عزلة تامة فرضت عليه رغم



إرادته يقابلها اللاتقبل الاجتماعي، مما يساهم في معاناة الطفل الأصم، ويمكن تلخيص أهمية الدراسة في النقاط التالية:

1. إمادة اللثام على أهم الاضطرابات السلوكية التي تعاني منها هذه الفئة والذي يعتبر موضوع يشغل الكثير من الباحثين في مجال علم النفس والتربية الخاصة لوضع استراتيجيات وخطط علاجية للحد من هذه الاضطرابات ومساعدة الطفل الأصم على أن يكون أكثر توافقا وتقبلا لإعاقته.
2. إلقاء الضوء على فئة الأطفال الصم كمحاولة لتشخيص أهم الاضطرابات التي تعاني منها وبالتالي التخفيف من معاناتهم والصعوبات التي يواجهونها في مسارهم.
3. التركيز على اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة والسلوك العدواني كأبرز اضطرابين منتشرين لدى فئة الصم.
4. تعتبر الدراسة من بين الدراسات التشخيصية والتي اعتمدت على أدوات سيكومترية كقائمة تقدير المعلمين للسلوك المتضمنة تشخيص اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة والسلوك العدواني والتي تراعي خصوصية الأطفال الصم.
5. تتناول الدراسة لموضوع التوافق النفسي والاجتماعي والذي يعتبر موضوع مهم جدا خاصة لدى الأطفال الصم.
6. قد تساعد الدراسة الحالية في توضيح مدى خطورة الاضطرابات السلوكية والمتمثلة أساسا في اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة والسلوك العدواني على التوافق النفسي والاجتماعي لدى الأطفال الصم حسب دراسات سابقة، مما يعطي فرصة مستقبلا في إيجاد حلول للقضاء عليها أو التخفيف منها.

7. التعرف أكثر على فئة الأطفال الصم من خلال تطبيق المقاييس وجمع المعلومات منهم مباشرة وبالتالي فك العزلة عنهم خاصة وإنهم يقضون اغلب أوقاتهم داخل المركز المتخصص وفي نفس الوقت اكتشاف مشاكل أخرى تعاني منها هذه الفئة.

8. فتح المجال لدراسات أخرى انطلاق من نتائج الدراسة الحالية قد تتناول متغيرات لها علاقة بالمتغيرات الحالية أو عينة الدراسة.

### 5. حدود الدراسة :

#### • الحدود البشرية:

تتمثل الحدود البشرية في عينة الدراسة التي تم اختيارها، حيث شملت 70 طفلا أصما ( 44 ذكر و 26 أنثى ) تراوحت أعمارهم ما بين 8 إلى 13 سنة.

#### • الحدود المكانية :

أجريت الدراسة الحالية بمدرسة صغار الصم بمدينة الجلفة.

#### • الحدود الزمنية :

أجريت الدراسة خلال الموسم الدراسي 2017/2018

كما تتحدد الدراسة بالأدوات المستعملة فيها

### 6. التحديد الإجرائي لمتغيرات الدراسة :

#### • التعريف الإجرائي للاضطرابات السلوكية :

من التعريفات الأكثر قبولا للاضطرابات السلوكية والذي لقي دعما كبيرا هو الذي طوره بور

( Bower 1969،1978 ) وادخل في قانون تعليم الأفراد المعوقين، ويستخدم مصطلح الإعاقة الانفعالية في

وصف هؤلاء الأطفال، ويعني المصطلح وجود صفة أو أكثر من الصفات التالية لمدة طويلة من الزمن لدرجة ظاهرة وتؤثر على التحصيل الأكاديمي، وهذه الصفات هي:

1. عدم القدرة على التعلم، التي لا تعود لعدم الكفاية في القدرات العقلية أو الحسية أو العصبية أو الجوانب الصحية العامة.

2. عدم القدرة على إقامة علاقات شخصية مع الأقران أو المعلمين أو الاحتفاظ بها.

3. ظهور السلوكيات والمشاعر الغير ناضجة وغير الملائمة ضمن الظروف والأحوال العادية.

4. مزاج عام أو شعور عام بعدم السعادة أو الاكتئاب.

5. النزعة لتطوير أعراض جسمية مثل: المشكلات الكلامية، الآلام، والمخاوف، والمشكلات المدرسية

( القمش والمعايطة، 2009، ص15 )

ونعرف الاضطرابات السلوكية إجرائيا: هي السلوكيات غير المقبولة اجتماعيا والمتمثلة في اضطراب

نقص انتباه وفرط حركة وسلوكيات عدوانية الصادرة من الأطفال الصم والتي تتمثل في الدرجة التي يتحصل عليها الطفل الأصم في قائمة تقدير المعلمين للسلوك.

#### • التوافق النفسي الاجتماعي:

يعرفه أبو سكران (2009): بأنه حالة من القبول والرضا النابع من داخل الفرد ينعكس ذلك سلوكيا في

ضوء العلاقة المتبادلة بينهم، أي بين الفرد ونفسه وبين الفرد والآخرين (ابو سكران، 2009، ص10).

ونعرفه إجرائيا: بأنه تقبل الطفل الأصم لذاته واحترامه لقواعد الضبط الاجتماعي مما يترتب عليه رضاه

على نفسه وعلى البيئة المحيطة به ويتمثل في الدرجة التي يتحصل عليه الطفل الأصم في مقياس التوافق

النفسي الاجتماعي.

## • الأطفال الصم :

يعرف الطفل الأصم كليا هو ذلك الطفل الذي فقد قدرته السمعية في السنوات الثلاثة الأولى من عمره ونتيجة لذلك لم يستطع اكتساب اللغة، ويطلق على هذا الطفل مصطلح الأصم الأبكم ، أما الطفل الأصم جزئيا فهو ذلك الطفل الذي فقد جزءا من قدرته السمعية، وكنتيجة لذلك فهو يسمع عند درجة معينة، كما ينطق اللغة وفقد مستوى معين، يتناسب ودرجة إعاقة السمعية (فاروق الروسان، 1998، ص141).

ونعرفه إجرائيا: بأنه الطفل الذي يعاني من خلل في الجهاز السمعي أدى إلى فقدانه حاسة السمع ويصنف الطفل الأصم حسب شدته إعاقة (صمم كامل، بقايا سمع ) وحسب وقت الإصابة بالإعاقة (قبل اكتساب اللغة، بعد اكتساب اللغة).

## الفصل الثاني

### الاضطرابات السلوكية

#### تمهيد

1. مفهوم الاضطرابات السلوكية

2. النظريات المفسرة للاضطرابات السلوكية

3. نسبة انتشار الاضطرابات السلوكية

4. أسباب الاضطرابات السلوكية

5. أشكال الاضطرابات السلوكية

1.5 اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة

2.5 اضطراب السلوك العدواني

6. استراتيجيات تعديل السلوك

خلاصة الفصل

## تمهيد:

لاقى موضوع الاضطرابات السلوكية اهتماما كبيرا باعتبارها سلوكيات غير سوية ، وتمثل إعاقات لها تأثير سلبي على حياة الإنسان بشكل عام والأطفال بشكل خاص وعلى مستقبل حياتهم النفسية والدراسية والاجتماعية ، وقد أشارت الكثير من الدراسات أن تطور هذه الاضطرابات السلوكية إذا لم يتم تشخيصها وتعديلها مبكرا قد يؤدي إلى بناء شخصية سيكوسوبائية فاضطراب السلوك العدوانى قد ينجر عنه شخصية مضادة للمجتمع في المستقبل ، ولذلك صنفنا هذه الاضطرابات كإعاقة مثلها مثل الإعاقات الأخرى تعيق الفرد على التفاعل في الحياة الاجتماعية بشكل سوي ، ومن هذا المنطلق سنحاول في هذا الفصل تكوين رؤية دقيقة حول هذه الظاهرة وسبل علاجها .

## 1. مفهوم الاضطرابات السلوكية :

لقد حاول علماء النفس والتربية الخاصة تحديد مفهوم دقيق للاضطرابات السلوكية ، وقد ظهرت العديد من التعاريف لهذه الظاهرة دون قدرتها على تحديد دقيق وشامل ومتفق عليه ، ويعود ذلك للأسباب التالية

1-عدم الاتفاق بين الباحثين على معنى السلوك السوي أو حول الصحة النفسية وبالتالي انعكس ذلك على صعوبة تحديد الانحراف أو الشذوذ عن الحد الطبيعي ، إذ لا يستطيع الباحثون الاتفاق على غياب الصحة النفسية في حين أنهم غير متفقين أصلا عن تحديد مفهوم الصحة النفسية

2-عدم الاتفاق بين الباحثين على مقاييس واختبارات لتحديد السلوك المضطرب وهذا ناتج عن عدم الاتفاق بينهم أساسا على مفهوم السلوك السوي

3-تعدد واختلاف الاتجاهات والنظريات التي تفسر اضطرابات السلوك وأسبابها واستخدام مصطلحات وتعريفات وتسميات تعكس وجهات النظر المختلفة .

4-ظهور اضطرابات السلوك لدى فئات الإعاقة المختلفة قد يجعل من الصعب أحيانا تحديد هل الاضطراب في السلوك ناتج عن الإعاقة التي يعاني منها الشخص أم هي سبب في تلك الإعاقة.

وللتغلب على هذه المشكلة تم الرجوع إلى عدة معايير لتصنيف السلوك المضطرب وهذه المعايير هي :  
تكرار السلوك ومدة حدوث السلوك وشدة السلوك ( مصطفى نوري القمش , خليل عبد الرحمن المعاينة , 2009  
ص 13 . 14 )

ولقد اقترح السرطاوي و سيسالم في كتابهما المعاقون أكاديميا وسلوكيا وضع التعريفات الخاصة  
بالاضطرابات السلوكية في مجموعات وذلك لتسهيل التعرف عليها ودراستها ونذكر منها :

**تعريف روس:** الاضطراب السلوكي هو اضطراب نفسي يتضح عندما يسلك الفرد سلوكا منحرفا بصورة  
واضحة عن السلوك المتعارف عليه في المجتمع الذي ينتمي إليه الفرد بحيث يتكرر هذا السلوك باستمرار  
, ويمكن ملاحظته والحكم عليه من قبل الراشدين الأسوياء ممن لهم علاقة بالفرد

**تعريف هويت :** إن الطفل المضطرب انفعاليا هو الفاشل اجتماعيا , والذي لا يتوافق سلوكه مع السلوك  
السائد في المجتمع الذي يعيش فيه , وهو الذي ينحرف سلوكه عما هو متوقع بالنسبة لعمره الزمني  
وجنسه ووضعه الاجتماعي , بحيث يعتبر هذا السلوك سلوكا غير متوافق ويمكن أن يعرض صاحبه  
لمشاكل خطيرة في حياته , كما وضح هويت تعريفا آخر حدد فيه الأطفال المضطربين سلوكيا وانفعاليا  
على أساس أن المضطرب هو الفاشل اجتماعيا والغير متوافق في سلوكه وفقا لتوقعات المجتمع الذي  
يعيش فيه , إلى جانب جنسه وعمره

**تعريف سميث ونيوثلث:** استخدم كل من سميث ونيوثلث مصطلح سوء التكيف الاجتماعي للدلالة على  
الاضطرابات السلوكية , وأشارا إلى أن مشاكل التكيف تنقسم إلى قسمين كبيرين هما الاضطراب الانفعالي  
وسوء التكيف الاجتماعي , فغالبا ما نجد أن أي فرد من الأفراد يمر بخبرات من سوء التكيف في الحياة  
, وان مثل هذه الخبرات تكون عادية إذا ما استمرت لفترة زمنية قصيرة ولم تتكرر فالاضطراب الانفعالي  
هو مصطلح عام يستخدم للدلالة على حالات كثيرة غير محددة بدقة مثل الأمراض العقلية، والذهان  
العصاب، والمخاوف المرضية، والاجترارية وغيرها , وان كل واحدة من هذه الاضطرابات لها خصائصها

التي تميزها وتفصلها عن غيرها ، وبوجه عام فان الأطفال الذين يظهرون أنماطا من الاضطرابات الانفعالية ، غالبا ما يكونون عدوانيين ، أو انسحابي ين ، أو كليهما معا ، ولا تتمثل مشكلتهم الأساسية بالخروج على القواعد والعرف والثقافة الاجتماعية فقط ، بل إنهم أيضا عادة ما يكونون غير سعداء، أما سوء التكيف الاجتماعي، فيشتمل على السلوك الذي يخرج على القواعد الاجتماعية، فالسلوك قد يكون مقبولا في إطار ثقافة الطفل المحلية ولا يكون مقبول في مجتمع آخر

**تعريف جروبرود:** الاضطرابات الانفعالية هي تشكيلة من السلوكيات المنحرفة والمتطرفة بشكل ملحوظ وتكرر باستمرار، وتخالف توقعات الملاحظ ، وتتمثل في الاندفاع، والعدوان ، والاكتئاب والانسحاب.

**تعريف كوفمان :** فقد وصف الأطفال المضطربين بأنهم يظهرون سلوكيات شاذة نحو الآخرين، والذين تظهر عليهم سلوكيات غير مقبولة وغير متوافقة مع البيئة المحيطة بهم ومع مجتمعهم، كما أن توقعاتهم بالنسبة لأنفسهم وللآخرين غير صحيحة. ( السرطاوي ، زيدان ، 1987 )

أما وودي : فقد عرف الأطفال المضطربين سلوكيا وانفعاليا بأنهم : الغير قادرين على التوافق والتكيف مع المعايير الاجتماعية المحددة للسلوك المقبول ، وبناء عليه سيتأثر تحصيلهم الأكاديمي، وكذلك علاقتهم الشخصية مع المعلمين والزملاء في الصف ، إضافة إلى ذلك ، فان هؤلاء الأطفال لديهم مشكلات تتعلق بالصراعات النفسية ، وكذلك بالتعلم الاجتماعي ، ووفقا لذلك فان 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 ،كذلك الانجذاب نحو ما هو عادي عاطفي ومؤثر ونفسي حركي وأنشطة التعلم المعرفي دون صراع ،ولأغراض البحث العلمي قام كل من كراكوس وميلر (Kuaraceuse & Miller) بوضع تعريف للأحداث المنحرفين والمنتهكين للقوانين الرسمية ضمن مجموعة من المتغيرات وهي :

1. مدى خطورة انتهاكه أو التعدي عليه



2. شكل الانتهاك أو نوعيته

3. تكرار الانتهاك

4. سلوكه الشخصي و نمط شخصيته سابقا

وفي رأيهما هناك ثلاثة متغيرات أساسية يجب أخذها بعين الاعتبار في عملية تصنيف الأطفال والشباب ذوي الاضطرابات هي :

1. مدى انجذاب الشخص نحو السلوك المنحرف

2. درجة الحكم على السلوك المنحرف بأنه مرضي

3. الطبقة الاجتماعية التي ينتمي إليها الفرد

( مصطفى نوري القمش , خليل عبد الرحمن المعاينة , 2009 , ص15. 16 )

**تعريف ماجدة السيد عبيد :** يقصد بالاضطراب السلوكي بوجه عام شذوذ وابتعاد سلوك الفرد بشكل متكرر عن السلوك العام المتفق عليه وفقا لمعايير محددة بغض النظر عن نوع هذا المعيار ، وهو سلوك مضطرب وغير عادي ، ويتسم بالحدة والشدة في تكراره ، ولذلك يقال عنه انه سلوك مضطرب وغير عادي وغير متوافق مع المعايير السلوكية في المجتمع ، سواء التوافق الاجتماعي أو السلوك الغير متكيف ، إن سلوك صراخ الطفل في المراحل المتقدمة من العمر هو سلوك عادي على الرغم من شدته وتكراره ، وكذلك سلوك عدم الانتباه ، وهو كذلك فالعمر يلعب دورا في تحديد أن الاضطراب غير عادي لذلك يجب مقارنة سلوك الطفل ليحكم عليه بأنه مضطرب قياسيا مع سلوك الطفل العادي الذي يماثله في نفس عمره الزمني ( ماجدة السيد عبيد ، 2015 ، ص11 )

**تعريف خولة احمد:** السلوك يعتبر مضطربا وغير مقبول وفقا للتوقعات الاجتماعية والثقافية (خولة احمد ،

2000 ، ص 16 ، 17 )

كما أشار عادل عبدالله محمد إلى أن الاضطراب السلوكي هو ذلك السلوك الالاجتماعي والمضاد للمجتمع الذي إذا ما صدر عن شخص يقل عمره الزمني عن ثمانية عشر سنة فإنه يعد جنوحا يؤدي به إلى أن يودع إصلاحية الأحداث اذ انه يكون آنذاك حدثا جانحا ، أما إذا صدر عن شخص يزيد عمره الزمني عن ثمانية عشر سنة يتم بطبيعة الحال إيداعه السجن ( عادل عبدالله محمد ، 2011 ، ص 119 ).

وعرفها أسامة فاروق : إن الاضطرابات السلوكية هي عادات سلوكية سيئة وغير متوافقة ومتعارضة مع المعايير الاجتماعية السليمة ، وهي تسبب الضرر للفرد أو لمن حوله مما يجعله يحتاج لخدمات إرشادية خاصة حتى يصبح أكثر تكيفا وتوافقا مع المجتمع ومع من حوله ( أسامة فاروق ، 2011 ، ص 43 )

تعريف الخطيب والحديدي : الأطفال المضطربون سلوكيا هم الأطفال الذين يظهرون واحدة أو أكثر من الخصائص التالية بدرجة ملحوظة ولفترة زمنية : عدم مقدرة على التعلم لا يمكن تفسيرها في ضوء الخصائص العقلية أو الحسية أو الصحية ، عدم القدرة على بناء علاقات مرضية مع الزملاء والمعلمين ظهور أنماط سلوكية وعواطف غير مناسبة في ظل ظروف عادية ، شعور عام بالاكتئاب وعدم السعادة نزعة حول معاناة أعراض جسمية وألام ومخاوف فيما يتعلق بالمشكلات الشخصية والمدرسية ( جمال الخطيب ، منى الحديدي ، 1997 )

وعرفها جمعة سيد يوسف (2000) : بأنها أنماط من العناد المفرط لدى الصغار يشمل السرقة، والتخريب المتعمد والكذب ، والتعاطي المبكر للمخدرات ، وقد تكون جزءا من مقدمات الشخصية المضادة للمجتمع ، ويحدد الملمح الأساسي لاضطراب السلوكيات أو التصرفات بأنه نمط متكرر او مستمر من السلوك تنتهك فيه الحقوق الأساسية للآخرين والمعايير الاجتماعية الأساسية المناسبة لعمر الطفل، وتتنظم هذه الأشكال السلوكية في :

- التصرفات العدوانية التي تسبب تهديدا بحدوث ضرر جسمي لأشخاص اخزين

• التصرفات الغير عدوانية التي تسبب تخريبا لممتلكات الآخرين ، والنصب والسرقة والانتهاكات

الخطيرة للقوانين أو المبادئ ، اضطرابات سلوكية خلقية ( جمعة سيد يوسف , 2000 ,ص30،31 )

وعلى الرغم من الاختلاف بين التعريفات إلا أنها تتفق على أن الاضطرابات السلوكية والانفعالية تشير إلى :

• الفرق بين السواء واللاسواء هو فرق في الدرجة لا فرق في النوع

• المشكلة مزمنة وليست مؤقتة

ومن التعريفات الأكثر قبولا للاضطرابات السلوكية والذي لقي دعم كبير هو الذي طوره بور وادخل في قانون تعليم الأفراد المعوقين ، ويستخدم مصطلح الإعاقة الانفعالية في وصف هؤلاء الأطفال ويعني المصطلح وجود صفة أو أكثر من الصفات التالية لمدة طويلة من الزمن لدرجة ظاهرة وتؤثر على التحصيل الأكاديمي ، وهذه الصفات هي :

1. عدم القدرة على التعلم ، التي لا تعود لعدم الكفاية في القدرات العقلية أو الحسية أو العصبية أو

الجوانب الصحية العامة

2. عدم القدرة على إقامة علاقات شخصية مع الأقران أو المعلمين أو الاحتفاظ بها

3. ظهور السلوكيات والمشاعر الغير ناضجة وغير الملائمة ضمن الظروف والأحوال العادية

4. مزاج عام أو شعور عام بعدم السعادة أو الاكتئاب

النزعة لتطوير أعراض جسمية مثل : المشكلات الكلامية ، الآلام ، والمخاوف ، والمشكلات المدرسية

( مصطفى نوري القمش خليل عبد الرحمن المعاينة , 2009 , ص16)

2. النظريات المفسرة للاضطرابات السلوكية :

النظرية السلوكية :

1. نظرية الاشتراط الكلاسيكي :

وقد ظهرت مع بدايات علم النفس التجريبي على يد بافلوف عالم النفس والفسولوجي الروسي ، وتقوم هذه النظرية على تفسير التعلم وحدثه من خلال الارتباط بين المثير والاستجابة لا تربطهما علاقة طبيعية ، و حين يحدث الاقتران بين مثيرين ، يحل احدهما مكان الآخر في إحداث استجابة ليست له في الأصل

ويوضح الشكل التالي ترتيب المثيرات والاستجابات في نظرية بافلوف في ثلاث مراحل هي :

1. مرحلة ما قبل الاشتراط

مثير طبيعي (م1).....استجابة طبيعية (س1)
طعام ..... سيلان لعاب
مثير طبيعي (م2).....استجابة طبيعية (س2)

2. مرحلة أثناء عملية الاشتراط :

اذ يقترن م1 + م2 عدد من المرات

يستجير	اقتران
ضوء.....طعام.....سيلان لعاب	

3. مرحلة ما بعد عملية الاشتراط :

<p>مثير طبيعي (م2) .....استجابة طبيعية (س1)</p> <p>طعام ..... سيلان لعاب</p>
--

التطبيقات الحياتية :

يشير بافلوف الى اكتساب المثيرات المشابهة للمثير الشرطي قوة المثير الشرطي، وتسمى هذه الظاهرة بظاهرة تعميم المثير الشرطي واستمرارها بالتالي للاستجابة الشرطية، كما يفسر بافلوف أن بعض المخاوف متعلقة بالطريقة الشرطية، ويمكن كذلك محوها بالطريقة الشرطية، كما يمكن تفسير بعض أشكال التعلم بالطريقة الشرطية

يستجيب	
قصص وأفلام رعب .....الخوف	
يستجيب	اقتزان
الظلام .....قصص وأفلام رعب.....الخوف	
يستجيب	
الظلام.....الخوف	

مثال :

- الخوف من الأماكن الفسيحة

• الخوف من الأماكن المرتفعة

• الخوف من الأماكن الضيقة

2. نظرية الاشتراط الإجرائي :

ما يميز نظرية سكنر في التعميم ، تركيزها على السلوك الإجرائي، وما يتبعه من مثيرات معززة تعمل على تقوية أو إضعاف العلاقة بين السلوك الإجرائي والمعززات سواء كانت سلبية أو ايجابية وقد اجري سكنر تجاربه الشهيرة على الحمام، وعلى البشر فيما بعد، وحدد الإطار العام لنظريته التي تركز على الاستجابات وما يليها من استجابات، وعلى ذلك يمكن صياغة قانون الاشتراط الإجرائي وفق هذه النظرية كما يلي :

• يقوي احتمال ظهور الاستجابة الإجرائية إذا اتبعت بالمعززات الايجابية ، في حين يضعف ظهور

استجابة إجرائية إذا اتبعت بأي شكل من أشكال العقاب

• إن المثير في تجارب سكنر غير واضح، ولم تتبع الاستجابة المثير، بل إن الاستجابة كانت

عفوية فتعززت حتى أصبحت مقصودة أو متعلمة، وسمي السلوك في تجارب سكنر بالسلوك

الإجرائي ، وأصبحت نظريته تعرف بالاشتراط الإجرائي الذي تم تطبيق مبادئه على نطاق واسع

لضبط سلوك الأطفال الذين يعانون من اضطراب في السلوك ، خاصة في المواقف التربوية

( أسامة فاروق ، 2011 ، ص82،83)

3. نظرية التعلم الاجتماعي :

تعتمد هذه النظرية على المسلمات الأساسية لنظرية التعلم ، ويرى أصحاب هذه النظرية ومنهم جوليان

روتزر أن السلوك المنحرف يخضع لمبادئ التعلم الاجتماعي ، ولا يحتاج لمبادئ أخرى لفهمه و تفسيره

وهم يرون أن السلوك المنحرف ، والذي يطلق عليه آخرون السلوك المرضي ، هو سلوك غير مرغوب

فيه وفقا لمجموعة من المعايير والقيم ، وانه سلوك سبق تعلمه ( جوليان روتزر ، 1989 ، ص107)

ترى نظرية التعلم الاجتماعي انه لا ينبغي تقويم سلوك الفرد في التشخيص فقط ، بل يجب علينا أن نقوم توقعاته والقيم التي يضعها للأهداف المختلفة ، يرى باندورا ان التعليم من خلال الملاحظة والتقليد يستند إلى ثلاث عمليات أساسية هي :

**1. العمليات الابدالية :** الأنماط والخبرات السلوكية التي يتم تعلمها بطريقة مباشرة من خلال التفاعل

مع المنثيرات والمواقف يمكن تعلمها على نحو غير مباشر ( بديلي) ، وذلك من خلال ملاحظة سلوكيات الآخرين وتقليد مثل هذه السلوكيات ، كما يؤثر كل من التعزيز والعقاب مباشرة في السلوك ويمكن لهما التأثير في سلوك الأفراد على نحو غير مباشر ، أي على نحو بديلي من خلال التأثير بخبرات التعزيز والعقاب المترية على سلوك النماذج التي يلاحظونها

**2. العمليات المعرفية :** هناك عمليات وسببية تتدخل بين التدخل للمثيرات وإنتاج الفعل السلوكي

حيث تلعب ادراكات وتوقعات الفرد ودوافعه دورا في تحديد ما يتم تعلمه من سلوك النماذج

**3. عمليات التنظيم الذاتي:** يعمل الفرد على تنظيم الخبرات التي تتم ملاحظتها، بحيث يظهر

السلوك المناسب بما يتناسب مع التوقعات التي يعتقد الفرد تحقيقها، وبما يتناسب مع طبيعة المواقف التي يواجهها

إذا تذكرنا أن التعلم وفق هذه النظرية يتم في سياق اجتماعي ، ومن خلال التفاعل الاجتماعي

بين المتعلم والمعلم أو الأب أو النموذج ، أيا كان ، ويعني ذلك أن سلوك النموذج موضوع تقييم

من قبل المتعلم ، وعلى ذلك يعمل المتعلم على تقليد سلوك النموذج ، أو لا يقلده بناء على مكانة

ذلك النموذج وقوته لدى المتعلم ، وبخاصة مكانه وقوته في المجتمع، إذ يعمل المتعلم على تقليد

ذلك السلوك الذي قد لا يظهر مباشرة، بل يظهر عندما تتاح الفرصة لدى المتعلم لإظهار ذلك

السلوك المقلد، إذ يتوقع المتعلم تعزيزا مباشرا أو غير مباشر ( أسامة فاروق ، 2011 ، ص82،83) .

المفاهيم الأساسية للنظرية السلوكية :

1. الشخصية : هي التنظيمات أو الأساليب المتعلمة الثابتة نسبيا التي تميز الفرد عن غيره من

الأفراد

2. السلوك المتعلم : بمعنى أن كل السلوكيات التي تسلكها العضوية بغض النظر عن سوائها أو

شذوذها فهي متعلمة بالتفاعل مع البيئة

3. الدافع : طاقة قوية بدرجة كافية تدفع الفرد أو تحركه إلى السلوك ، وقد يكون الدافع أوليا أو

ثانويا متعلما

4. المثبر والاستجابة : وتقول النظرية انه لا بد لكل مثبر استجابة مناسبة له ، فإذا كانت العلاقة

بين المثبر والاستجابة سليمة كان السلوك سليما ، وإذا كانت العلاقة غير سوية كان السلوك غير

سوي

5. التعزيز : وهو التقوية والتدعيم والإثابة والتثبيت ، وقد يكون التعزيز إثابة أولية مثل إشباع دافع

فسيولوجي ، أو قد يكون تعزيرا ثانويا مثل زوال الخوف ، ويؤدي التعزيز إلى تدعيم السلوك

ويدفع الإنسان إلى تكرار ذلك السلوك

6. التعميم : نزوع الفرد إلى تعميم الاستجابة على استجابات أخرى تشبه الاستجابة المتعلمة

7. الانطفاء : وهو إيقاف التعزيز على سلوك ما ، مما يؤدي مع مرور الزمن وعدم التعزيز إلى

انطفاء وتلاشي ذلك السلوك وهو أيضا يضعف من خمود السلوك المتعلم إذا لم يتم تعزيزه أو إذا

ارتبط شرطيا بالعقاب بدل الثواب

8. العادة : وهي رابطة وثيقة تتكون بين مثبر معين واستجابة معينة نتيجة لتكرار حدوثهما بنفس

الشكل ولفترة زمنية طويلة



وما توصلت إليه النظرية السلوكية ، أن الأمراض النفسية والانحرافات السلوكية ما هي إلا عادات تعلمها الإنسان ليقلل من درجة توتره وقلقه ومن شدة الدافعية لديه ، وبالتالي كون ارتباطات عن طريق المنعكسات الشرطية ولكن تلك الارتباطات الشرطية حدثت بشكل خاطئ وبشكل مرضي فالمعالج ما عليه إلا أن يطفئ هذا المنعكس الشرطي المرضي وان يقوم بتعليم الفرد منعكسا وارتباطات شرطية جديدة وسوية مكان تلك المنعكسات الشرطية المرضية وكل ما تركز عليه النظرية السلوكية هو السلوك و كيف يتم تعلمه وكيف يتم تغييره وتبديله، وهو بحد ذاته محور اهتمام المعالجين للاضطرابات السلوكية ، بمعنى أن هناك ارتباطا وثيقا بين النظرية السلوكية وبين فهم الاضطرابات السلوكية وعلاجها، وقد جاء في قاموس التحليل النفسي النقدي تعريف للعلاج السلوكي يؤكد ما ذكرناه سابقا وهذا التعريف ينص على أن العلاج السلوكي شكل من أشكال العلاج النفسي يعتمد على نظرية التعلم، ويفترض هذا الاتجاه من العلاج أن الأعراض العصابية هي حصيلة تعلم خاطئ تم عن طريق الاشرط وهذا النوع من العلاج يهدف إلى إزالة الأعراض العصابية عن طريق عملية فك الاشرط ثم إعادة عملية الاشرط بشكله الصحيح ( نفس المرجع السابق ، 2011 ، ص 86 )

وقد تساهم النظرية السلوكية في تعديلات بعض السلوكيات الغير السوية كالسلوك العدواني مثلا اذا تم تحديد بالضبط المثير وتعديله الذي أدى إلى ظهور العدوان، لكن هناك بعض الاضطرابات السلوكية كاضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة والذي هو موضوع دراستنا، حيث أكدت العديد من الدراسات ان هذا الاضطراب مصدره وراثي جيني، وبالتالي قد يكون من الصعب تطبيق النظرية السلوكية في هذه الظروف .

نظرية التحليل النفسي :

ترك فرويد أثرا كبيرا في الأبحاث النفسية الحديثة ، وفي بحث الشخصية وحالات شذوذها بشكل خاص كذلك كان أثره واضحا في عمليات التشخيص والعلاج المتصلة بالكثير من الاضطرابات النفسية ، ويذكر الرفاعي (1984) انه : « لم ينشأ اهتمام فرويد بالشخصية من المختبر أو المدرسة ، بل نشأ من العيادة ولم يكثر كثيرا للصفات الظاهرة في الشخصية إلا من حيث دلالتها بل كان اهتمامه الأكبر منصبا على الأعماق في بناء الشخصية ومن هنا تسمى نظريته نظرية الأعماق ولم يقتصر دراسته على الحالات المرضية بل عمم النتائج على الحالات السوية باعتبار أن الشذوذ انحراف عن السوي ، وان من الممكن دراسة حالات الاستواء من دراسة الشذوذ »

وتعتمد نظرية التحليل النفسي على بعدين هامين هما :

1. مكونات الجهاز النفسي

2. مستويات الحياة النفسية

وسيتم التحدث عنهما بالتفصيل

1. مكونات الجهاز النفسي :

يفترض فرويد أن الجهاز النفسي يتكون من ( الهو id ، والانا ego ، والانا الأعلى super ego )

**الهو :** هو منبع الطاقة الحيوية والنفسية ومستودع الغرائز والدوافع الفطرية التي تسعى إلى الإشباع في أي صورة وبأي ثمن ، وهو الصورة البدائية للشخصية قبل إن يتم تهذيبها من قبل قوانين المجتمع.

**الأنانا :** هو مركز الشعور والإدراك الحي الخارجي والداخلي والعمليات العقلية والمشرف على الحركة والإدارة والمتكفل بالدفاع عن الشخصية وتوافقها.

**الأنانا الأعلى :** هو مستودع المثاليات والأخلاقيات والضمير والمعايير الاجتماعية والقيم الدينية ، ويعتبر بمثابة السلطة الداخلية أو رقيب نفسي.

ووفقا لهذا التقسيم يتضح أن لكل مكون وظيفة خاصة به ، فالهو يدافع عن المطالب الغريزية للشخصية ويسعى بكل الطرق لتحقيقها، أما الأنا الأعلى فيدافع عن المطالب الأخلاقية والقيمية للشخصية، لذا ينشأ صراع واضح بين مطالب الهو ومطالب الأنا الأعلى حينها يتدخل الأنا في محاولة لفك الصراع بين مطالب الهو ومطالب الأنا الأعلى وبين الواقع ، لذا فان الأنا بمثابة منفذ للشخصية حيث انه يعمل في ضوء الواقع من اجل المحافظة على بقاء كيان الذات والمحافظة على التوافق الاجتماعي.

إن عدم اضطراب سلوك الفرد مرهون بنجاح الأنا في حل الصراع بين الهو والانا الأعلى وإيصال الجهاز النفسي إلى حالة من التوازن ، أما إذا فشل الأنا في هذه المهمة ظهرت أعراض العصاب والاضطرابات السلوكية بشكل عام ( ماجدة السيد , 2015 , ص 121،122)

## 2. مستويات الحياة النفسية :

تتكون الحياة النفسية حسب وجهة فرويد من ثلاثة مستويات :

1. مستوى الشعور : وهو منطقة الوعي الكامل والاتصال بالعالم الخارجي وهو الجزء السطحي

للجهاز النفسي ، وهو الذي يزودنا بالمعرفة من البيئة الخارجية ومن الإحساسات الداخلية.

2. ما قبل الشعور : وهو المستوى الذي يحتوي على كل ما هو كامن وليس في الشعور ولكنه متاح

ويسهل استدعاؤه إلى الشعور مثل الذكريات.

3. اللاشعور : وهو المستوى الذي يكون معظم الجهاز النفسي ، وهو يحتوي على كل ما هو كامن

وليس متاحا ويصعب استدعاؤه إلى حيز الشعور إلا باستخدام طرق ووسائل محددة كالتنويم

المغناطيسي والتداعي الحر وتفسير الأحلام وهفوات اللسان وغيرها ويحتوي اللاشعور على كتلة

ضخمة من الحوادث النفسية الضخمة التي لا يحيط بها التركيب الشعوري ولا تكون تحت تصرف

الشعور المباشر ، وهذا لا يعني خمول تلك المكونات وعدم تأثيرها على حياة الفرد وإنما لها

أكبر اثر في تشكيل شخصية الفرد وسوائه وشدوذه من خلال أثرها الغير واضح على سلوك

الإفراد اللاشعوري ، بمعنى يكون تأثير اللاشعور كبير في حياة الفرد ، ويكون باستطاعة مكونات أن تغير أفكار الشخص وعواطفه تغييرا واسعا دون أن يكون الفرد على وعي به وباستطاعتها كذلك أن تغير حتى في بعض أوضاع جسده.

وبالإضافة إلى ما ذكر سابقا فان نظرية التحليل النفسي تعتمد أيضا على خمسة مراحل متلاحقة من النمو النفسي جنسي والتي تبدأ مع الميلاد وهذه المراحل هي :

1. المرحلة الفموية
2. المرحلة الشرجية
3. المرحلة الذكرية
4. مرحلة الكمون
5. المرحلة التناسلية

وترى النظرية التحليلية بان كل طفل يمر بمراحل النمو الخمسة وبشكل منتظم ، ولكن قد يحدث نوع من التداخل فيما بينها مما يؤدي إلى ظهور بعض الاضطرابات السلوكية نتيجة لذلك ، فمن وجهة نظر التحليل النفسي فان المراحل الثلاث الأولى تعتبر هامة ، ففي الوقت الذي ينهي فيه الطفل المرحلة الثالثة ( 4 إلى 6 سنوات ) تكون قد تكاملت لديه عناصر الشخصية فإذا ما تم حل المشاكل في هذه السنوات المبكرة بنجاح فان احتمال ظهور اضطرابات في المستقبل يكون ضئيلا، وقد تنمو الاضطرابات السلوكية لدى الطفل لأنه يسخر كمية من طاقته النفسية في مرحلة واحدة بحيث لا تتوفر لديه طاقة نفسية كافية لمواجهة المراحل اللاحقة أو أن الصغار الذين يصادفون صعوبات في مراحل متأخرة قد ينكصون للخصائص السلوكية للمراحل المبكرة ( نفس المرجع السابق, ص124).

وقد وجهت انتقادات كثيرة لهذه النظرية منها ، أنها غير عملية وتحتاج إلى جهد ووقت ومال وإنها اهتمت بالمرضى النفسانيين أكثر من المضطربين سلوكيا، وأنها اتهمت براءة الطفل واعتمدت على البعد

الجنسي في تحديد مراحل النمو النفسي للطفل عدا أنها تتبنى آراء المحللين للشخصية دون القدرة على التأكد من نتائج أبحاثهم.

وفيما يلي مقارنة بين الاتجاه السلوكي والاتجاه التحليلي في نظرتهما للاضطرابات السلوكية :

الاتجاه التحليلي	الاتجاه السلوكي	
يرتكز على أسس نظرية لم تثبت علميا وطبقت سريريا دون وضعها تحت الدراسة المحكية	يرتكز على أسس نظرية علمية قابلة للتجريب	1
تعتبر الأعراض ظواهر لصراعات لا شعورية عميقة تشير إلى الكبت	تعتبر الأعراض المرضية عبارة من أفعال منعكسة شرطية اكتسب بصورة فرضية وفي ظروف خاصة	2
تعتمد الأعراض العصابية على اختلاف الحيل الدفاعية النفسية اللاشعورية أي الحيل الدفاعية التي يكمن خلفها مكبوتات لا شعورية تظهر بشكل أعراض عصابية	تعتمد الأعراض على درجة استعداد الفرد البيولوجية والفسولوجية في جهازه العصبي السمبثاوي والبراسمبثاوي وتكوينه للفعل المنعكس الشرطي	3
الشفاء يتم بمعرفة ديناميكية اللاشعور وليس بعلاج الأعراض ، وعلاج الأعراض لا يؤدي إلى شفاء المريض	الشفاء يتسم بمعالجة الأعراض فقط وإطفاء الأفعال المنعكسة الشرطية المرضية ويعلاج الأعراض يشفى المريض	4
تفسير الأعراض والأحلام والرموز من أهم وسائل العلاج	تفسير الأعراض والأحلام والرموز لا أهمية له	5

<p>العلاقة بين المريض والمعالج و عملية التجاوب الوجداني ضرورية لنمو العلاج</p>	<p>العلاقة بين المريض والمعالج مهمة ولكنها ليست أساسية</p>	<p>6</p>
<p>المعالج ينتظر استجابة المريض وأفكاره وذكرياته حتى يتم شفاؤه</p>	<p>المعالج لديه القدرة على ضبط خطة العلاج والتحكم فيها وتعديلها تبعاً لخطوات العلاج والشفاء</p>	<p>7</p>
<p>لا يتحكم المعالج إلا في الجلسات العلاجية التي يمارسها مع المريض</p>	<p>يحكم المعالج عدد مرات تعريض المريض للمثيرات المطلوبة وتكرارها حسب حالة المريض وبإمكان المعالج تقوية وتعزيز وتكرار المثير المفيد وحذف المثيرات الضارة</p>	<p>8</p>
<p>يعتمد على خبرات المعالج الذاتية وعلى تأويلاته الشخصية وخبراته لذا فهو منهج ذاتي غير موضوعي</p>	<p>يعتمد على قوانين التعلم الثابتة وعلى الأسس الفسيولوجية العصبية لذلك يعتبر علاجاً موضوعياً</p>	<p>9</p>
<p>ليس له هذه الفاعلية القوية في الشفاء</p>	<p>تصل نسبة الشفاء أحياناً إلى 90 بالمائة تقريباً</p>	<p>10</p>
<p>قد يستمر العلاج لعدة سنوات ويحتاج المريض لعدة جلسات وإلى نفقات مادية باهظة</p>	<p>لا يحتاج إلى وقت طويل وتكلفة وجهد</p>	<p>11</p>
<p>بدأ هذا الاتجاه من التجريب وانتهى إلى وضع نظريات ومبادئ</p>	<p>بدأ هذا الاتجاه من النظريات والمبادئ وانتهى إلى التجارب</p>	<p>12</p>

العلاج التحليلي قديم ومناهجه مستقرة ومعروفة وكذلك طرقه وأساليبه	مازال هذا الاتجاه في طور الإعداد والتكوين والنمو	13
---	--	----

( نفس المرجع السابق , ص،127،126 )

### النظرية البيوفسيولوجية :

الخلية أساس الكائن الحي ، لذا من الأهمية بمكان دراسة الخلية الوراثية ، وذلك لمعرفة أسباب ظهور الاضطرابات ، ونظرية الخلية الوراثية لها مقاييس للوقاية ودراسة الاضطرابات النفسية الناتجة عن إصابة الخلايا ( خولة احمد يحي ، 2003 )

يركز علماء النفس أصحاب هذا الاتجاه في دراستهم على السلوك الإنساني باعتباره سلوكا يصدر عن الإنسان كوحدة بيولوجية متكاملة تستجيب لبيئتها الخارجية بوسائل متنوعة إلا انه بالرغم من تلك النظرة الكلية للسلوك تبرز الحاجة دائما إلى معرفة كيف تعمل الأجزاء الخاصة في جسم الإنسان أثناء قيامه بأي شكل من أشكال السلوك جسميا أو عقليا أو انفعاليا او حركيا ، ومن ثم يبدو التساؤل : ماهي الأسس الجسمية والعصبية للسلوك الإنساني ؟

### الجهاز العصبي أداة السلوك وتوافقه :

يشكل الجهاز العصبي أداة استجابة الفرد للظروف البيئية المحيطة به ، بصورة دائمة لا تنقطع استجابة واعية تضمن توافقه النفسي والاجتماعي والجسمي مع البيئة التي يعيش في إطارها كما تضمن استمراره على قيد الحياة ، أما إذا اخفق الجهاز العصبي بالقيام بتلك الاستجابة الملائمة إزاء بيئة الفرد الذي يسبب له الاضطراب في السلوك .

وعلى ذلك يحتمل الجهاز العصبي للفرد مركز الصدارة باعتباره المنظم الأعلى ، الأكثر مرونة ، والذي يوجه نشاط الجسم بارتباطاته المختلفة وكذلك ينظم علاقاته بالبيئة المحيطة به ( مصطفى نوري القمش،

خليل عبد الرحمن المعاينة , 2009 , ص39)

العوامل النمائية :

يمر الطفل بمراحل النمو المختلفة من حياته إلى أن يصل إلى ما ينظم شخصيته من مكونات مختلفة جسمية ، وعقلية ، ومزاجية ، وحركية ، واجتماعية .... الخ ، وتتضافر فيما بينها لكي تشكل شخصية الطفل في مراحل المبكرة وتحدد سلوكه بعد ذلك في مواقف حياته وهناك عدة مشاكل تغشى المراحل النمائية وبالأخص فترة الحمل والاهم وتؤثر على الجنين بشكل واضح في هذه الفترة ومنها :

1. اضطراب الجينات يؤدي إلى أن المولود يولد ولديه عيوب خلقية
  2. الكروموسومات الموزعة توزيعا غير عادي بحيث يشتمل على ثلاث كروموسومات وانتقال الكروموسومات وعدم خضوعها لنظام واحد
  3. الاضطرابات المتعلقة بالمحيط الاجتماعي للطفل أو البيئة كالإشعاع ، الأدوية المهدئة ، توارث مرض البول السكري ، الجروح ، نقص معدل التغذية ..... الخ
- وفي فترة الطفولة المبكرة نجد أهم ما يميزها هو النمو العقلي لدى الأطفال وقد أشار بياجيه في هذا الصدد للطفل يتدرج خلال الأعوام القليلة الأولى للطفل ، وهذا النمو يتطور وفي نفس الوقت ينمو في الطفل بعض المدركات البسيطة للأشياء والمكان ، والزمن ، والمسببات ، وفي السنة الثانية من عمر الطفل يجمع بين المدركات الذهنية والمحددات من حوله ولا شك بان أي خلل في نمو الفرد في أي من مراحل نموه ينعكس سلبا على سلوكه وتواقفه مع الإحداث التي تمر به ( عباس , 2011 )

العوامل المثيرة :

إن بعض الظروف الضاغطة أو المثيرة للقلق تؤدي إلى حدوث أضرار فسيولوجية ، غير انه أحيانا يتعرض شخصان مختلفان لظروف واحدة فيصاب احدهما بالاضطراب بينما لا يصاب الآخر .



فلكل إنسان أسلوب مميز في استجابته للضغوط ، ففي الوقت الذي قد تسرع فيه ضربات قلب احدهم نجد شخصا آخر يستجيب بطريقة مختلفة وذلك عن طريق زيادة سرعة معدل التنفس دون حدوث زيادة في اضطرابات القلب ، ولذا نجد أن الشخص الذي يتأثر جسمه بتلك التغيرات بشكل كبير هو الوحيد من بين عدة أشخاص الذي يتعرض للإصابة بالاضطرابات النفسية والفسولوجية .

### العوامل الإدراكية :

تبد عملية الإدراك بالإدراك الحسي الذي يعتبر الدعامة الأولى للمعرفة الإنسانية ، والإدراك الحسي باختصار هو إعطاء معنى للمحسوسات أو المنبثات المختلفة ، والأجهزة المختلفة في هذه العملية هي الجهاز الحسي والجهاز العصبي وبناء على فكرة أن كفاية التكوين تؤدي إلى كفاية الوظيفة ما لم تتدخل والتي يمكن إطلاقها مؤثرات طارئة ، فسلامة تكوين هذه الأجهزة ودرجة نهوها تؤثر في عملية الإدراك . كذلك من المتوقع أن تلعب الخبرة السابقة للفرد دورا هاما في تحديد هذا المعنى ، من حيث الوضوح والدقة ، أو من حيث التشويش و الخلط ، فمثلا خبرة اللقاء الأول ما شخص ما تؤثر في إدراك الفرد له في موقف تال .

فإدراك الفرد يجعله أكثر حساسية لعناصر مميزة في مجال سلوكه فمثلا نلاحظ الحركة الزائدة والتصرفات غير الطبيعية نتيجة لعدم إدراك الطفل ، هذا ويشكل التفاعل بين دوافع الفرد وإدراكه وسلوكه أساسا هاما لحياته النفسية .

وتشير الملاحظات وتقارير المتابعة إلى أن الذين تعرضوا للحرمان الحسي بسبب الكوارث أو الحوادث الطارئة كثيرا ما كانوا يروون قصصا وأحاديث غريبة عن الأشياء غير الطبيعية التي كانوا يصادفونها والتي صاحبتهم، المر الذي يجعلهم يعانون من اضطرابات ذهنية وهلاوس بصرية

(Heward & Orlansky,1988)

## العوامل النيورولوجية والبيوكيميائية :

من أهم وظائف النيرون استقبال المعلومات وتوصيلها ، وتحتوي كل خلية على قدر من الطاقة الكهربائية المخزنة بها والتي يمكن إطلاقها على شكل دفعات أو نبضات.

ويعمل النيرون باستمرار من اجل المحافظة على التوازن الكيميائي بداخله وخارجه وأي خلل يحدث في هذا التوازن بسبب تصرفات وحركات لا إرادية يولد اضطرابا سلوكيا.

فمن الحقائق العلمية المعروفة والتي لا تحتاج إلى شواهد لتأكيدتها أن نوبات الصرع تحدث بسبب الاضطرابات التي تصيب المخ ، وقد تركزت جهود العلماء على محاولة التعرف على المسارات التي تتحول عن طريقها اضطرابات المخ فتصيب الجسم ، واستطاع العلماء من خلال التجارب استثارة المخ لدى الحيوانات بأساليب نتج عنها حدوث النوبة الصرعية بشكل مشابه لما يحدث في حالة الإنسان.

وبعد أن تأكد للعلماء أن سبب حدوث الصرع هو إطلاق النيرونات بالمخ لانطلاقات كهربائية غير طبيعية ، اتجهوا لمعرفة سبب حدوث تلك الانطلاقات ، وهو أمر قد يكون وراثيا أو بيئيا أو يشمل الاثنين معا ، ويرى العلماء أن سبب هذا الاضطراب الكهربائي قد يكون مرجعه إلى اضطراب المكونات الكيميائية ا والى ردود الأفعال بالخلايا العصبية مما يجعلها تنتشر وتنتقل تلقائيا إلى الخلايا الأخرى ، فإذا ما كان هناك سبب وراثي لاستمرار الاضطراب ثم أضيف إلى ذلك عوامل بيئية غير منتظمة الحدوث فقد يؤدي كل ذلك مجتمعا إلى حدوث تغيرات كيميائية تستثير الخلايا العصبية وتدفعها إلى إطلاق شحناتها الكهربائية بشكل غير عادي تظهر على شكل أعراض الصرع ( رمضان , 2001 )

## التدخل البيوفسيولوجي :

أشارت العديد من الدراسات إلى توفر مجموعة من الوسائل الحديثة والمتطورة التي تهدف إلى السيطرة على مخ الإنسان وبالتالي على سلوكه ، كما أشارت بعض هذه الدراسات إلى إمكانية السيطرة على سلوك الإنسان وتوجيهه بشكل تام مما يساعد في علاج بعض الاضطرابات السلوكية الخطيرة التي تهدد الفرد.

**أولا الجانب الوقائي :** تجدر الأهمية للنظر إلى السلوك على ضوء الموروثات البيولوجية للفرد فمكوناتنا البيولوجية لها تأثير لا يمكن إنكاره على سلوكنا وبالتالي من الأهمية المحافظة على البناء السليم للجسم من خلال إتباع سبل الوقاية من الأمراض الجسمية ، الأمر الذي ينعكس ايجابيا على الصحة النفسية.

**ثانيا استخدام العقاقير :** من الاكتشافات الطبية الهامة إيجاد عقاقير نفسية ومواد مخدرة لها تأثيرا قويا على السلوك وقد أدت هذه المستحضرات الطبية الكيمائية إلى مساعدة الملايين من المرضى والمصابين باضطرابات عقلية ونفسية في التخلص من كثير من اضطراباتهم والعيش بشكل طبيعي بعيدا عن الإقامة بالمستشفيات والمصحات النفسية وتكمن قوة هذه العقاقير في قدرتها على التأثير على الرسائل التي تحملها الموصلات العصبية في مناطق معينة من المخ ، مما يجعل الفرد يقوم بسلوك معين مرغوب فيه فإبطاء الرسائل العصبية يضع حدا لفرط الحركة ويجعل المصاب بالفصام العقلي يفكر بطريقة بعيدة عن تسارع الأفكار وتطايرها.

العكس من ذلك تعمل العقاقير في حالة الاكتئاب إلى استثارة المريض عن طريق زيادة سرعة توصيل الرسائل مما يساعد على الخروج من العزلة وقلة النشاط التي فرضها على نفسه وبالتالي يبدأ بالحركة والتفاعل مع الآخرين.

**ثالثا جراحة المخ :** تمكن التعامل مع المشاكل الإنسانية ذات العلاقة بسلوك العنف والميل إلى العدوان عن طريق التدخل الجراحي ، وقد قام جراحو المخ بإجراء العديد من العمليات الجراحية على المرضى الذين كانوا يعانون من الصرع الذي مصدره الفص الجبهي ومما يجب ذكره في هذا المجال أن العمليات الأولى كانت تجرى في منطقة الفص الجبهي للتخلص من نوبات الصرع المتكررة، إلا أن بعض الجراحين تمكنوا من إجراء جراحات على مناطق أخرى بالمخ ، وذلك لعلاج بعض المشاكل السلوكية وفي

مقدمتها الصرع الناشئ عن اضطرابات الفص الصدغي، والنزوع للعدوان، والاعتداء البدني على الآخرين وفطرت الحركة.

كذلك تمكن بعض العلماء من إجراء جراحة المخ لتعديل السلوك ، وقد تضمنت الجراحة تثبيت أقطاب كهربائية لاستثارة المنطقة الخاصة بمراكز الثواب ومراكز العقاب بالمخ.

بعض الانتقادات التي وجهت للنظرية البيوفسيولوجية :

1. رغم نجاح استعمال العقاقير في علاج بعض الاضطرابات السلوكية مثل الاكتئاب والفصام والقلق

النفسي إلا أن هذا النجاح لا يعني بالضرورة أن هذه الاضطرابات سببها الرئيسي عضوي.

2. حيث أن العوامل الوراثية تدخل ضمن هذا النمط فإن أقارب الأشخاص الذين يعانون من

اضطرابات نفسية قد يشعرون بالذنب لأنهم ربما ساهموا في توريث الاضطراب النفسي لأقربائهم

وهذا ما قد يزيد قلقهم ويزيد احتمال إصابتهم هم أنفسهم بالاضطراب النفسي.

3. استخدام العقاقير المختلفة لعلاج الاضطرابات النفسية غالباً ما يستمر لفترات طويلة قد تمتد طيلة

حياة الفرد وهذا ما قد يسبب مضاعفات جانبية مزعجة ، ومن الممكن أن تؤدي إلى الإدمان.

4. إهمال الجانب النفسي والاجتماعي كلياً والتركيز على أعضاء الجسم كمسبب رئيسي للسلوك غير

السوي ومحاولة إقحام العلاج الطبي كسبيل لتعديل السلوك قد يؤخر الشفاء ويطيل فترة العلاج.

5. من السهل كثيراً إيجاد أسباب الأمراض العضوية حيث أنها ملموسة ولكن هذا غير متاح بالنسبة

للاضطرابات النفسية.

6. يركز هذا الاتجاه على الأعراض بشكل رئيسي وليس على تجارب الفرد وما يدور في داخله

وغالباً ما يصرف النظر على العوامل النفسية كالصعوبات الشخصية والعوامل الحياتية في

التفسير (مصطفى نوري القمش، خليل عبد الرحمن المعاينة ، 2009 ، ص44) .

### 3. نسبة انتشار الاضطرابات السلوكية :

تشير الإحصائيات أن التقديرات تتراوح ما بين 1 إلى 15 % إلا أن النسبة المعتمدة في معظم الدول هي 2% ، وفيما يتعلق بنسبة توزيع الاضطرابات السلوكية حسب متغير الشدة فالغالبية العظمى من الحالات هي من النوع البسيط أو المتوسط في حين أن حالات قليلة جدا هي من الشديد أو الشديد جدا. أما من حيث متغير الجنس والعمر ، فالدراسات تشير إلى أن الاضطرابات السلوكية أكثر شيوعا لدى الذكور حيث أنها أكثر بضعفين إلى خمسة أضعاف منها لدى الإناث ( أسامة فاروق 2002 ، ص96) .

هذا وتختلف طبيعة اضطرابات السلوك عند الذكور مقارنة بالإناث ، إذ يميل الذكور إلى السلوك الموجه نحو الخارج كالعدوان والتخريب والفوضى في حين تميل الإناث إلى السلوك الموجه نحو الداخل كالخجل والحساسية والقلق والانسحاب الاجتماعي (مصطفى نوري القمش، خليل عبد الرحمن المعاينة ، 2009 ، ص22)

أما فيما يتعلق بالعلاقة بين انتشار الاضطرابات السلوك والعمر فتشير الدراسات أن الاضطرابات تكون قليلة في الصفوف الابتدائية الأولى وان هذه الاضطرابات تزداد في الصفوف المتوسطة ثم تميل إلى الانخفاض في الصفوف العليا (القيروني وآخرون ، 1995 ، ص231،233)

### 4. أسباب الاضطرابات السلوكية

يشير كازادين (2003) إلى أن هناك العديد من الأسباب التي يكون من شأنها أن تؤدي إلى حدوث الاضطرابات السلوكية، وان مثل هذه الأسباب يمكن أن تندرج في إطار ثلاث فئات أساسية هي :

1. عوامل ترجع إلى الطفل

2. عوامل ترجع إلى الوالدين والأسرة

3. عوامل ترجع إلى المدرسة

ويرى أن العوامل التي ترجع إلى الطفل عادة ما تضم الحالة المزاجية للطفل أو المزاج، والمشكلات وأوجه القصور النفس عصبية التي يعاني منها ، والمستويات دون الإكلينيكية للاضطراب ( تلك الحالات التي

تشير إلى اللاسواء إلى حد ما والتي يتعذر اكتشافها بالفحوص نظرا لانخفاض مستوى حدتها، وهي ما يمكن أن تنتبأ بالاضطراب السلوكي اللاحق ) والقصور الأكاديمي للطفل وانخفاض مستوى الأداء الوظيفي للذكاء من جانبه ، وتضم العوامل التي ترجع للوالدين والأسرة كلا من الوراثة، والمرض النفسي والسلوك الإجرامي في الأسرة ، والتفاعل بين الطفل ووالديه، والتفكك الأسري، والترتيب الميلادي (المتوسط) وحجم الأسرة ، وتدنى المستوى الاجتماعي الاقتصادي، أما العوامل التي ترجع إلى المدرسة فتتضمن خصائص الوضع المدرسي ، ومع ذلك فهو يضيف إلى هذه العوامل مجموعة أخرى من العوامل اسماها بالعوامل المساعدة تتضمن جميع الظروف غير المواتية التي عادة ما تكون من شأنها أن تسهم في زيادة احتمال مخاطر التعرض للاضطرابات السلوكية .

ومن جانب آخر يذهب روزنبرج واخرون (2008) إلى أن بوسعنا أن نقوم يعزو تلك الأسباب التي تكمن خلف الاضطرابات الانفعالية أو السلوكية إلى أربعة عوامل أساسية على النحو التالي :

1. العوامل بيولوجية ، الأمراض والاضطرابات البيولوجية.

2. العوامل الأسرية ، العلاقات الأسرية الباثولوجية ، والتراكيب الأسرية الشاذة.

3. العوامل المدرسية ن الخبرات المدرسية غير المرغوبة.

4. العوامل الثقافية ، المؤثرات الثقافية السلبية .

وبالرغم من عدم وجود دليل امبيريقى قاطع في اغلب الأحيان على أن أيا من هذه العوامل يعد هو المسئول المباشر عن الاضطراب لدى معظم الحالات فان بعض هذه العوامل يمكن أن يوفر لدى الطفل الاستعداد لحدوث المشكلة السلوكية، وان غيرها من العوامل يمكن أن تثير تلك المشكلة أي أنها بذلك تعد بمثابة عوامل من شأنها أن تعرض الطفل لخطر مثل هذه الاضطرابات، وهذا يعني أن بعض العوامل كالوراثة تؤثر في السلوك على المدى الطويل، وتزيد من احتمال قيام مجموعة من الظروف بإثارة تلك الاستجابات اللاتكيفية ، ويشير كازدين (2003) إلى أن المشكلات أو حتى الاضطرابات السلوكية التي

بيديها الطفل في سن معين إنما تعكس ما كان بيديه والده من اضطرابات مماثلة عندما كان في مثل ذلك السن، كما أن تنشئة الطفل في كنف والد بديل لم يبلغ صدور مثل هذه الاضطرابات عن الطفل وذلك على طريقة والده البيولوجي، وهناك عوامل أخرى كروية احد الوالدين مثلا وهو يضرب الوالد الآخر قد يكون لها اثر فوري، وقد تثير الاستجابات اللاتكيفية لدى ذلك الفرد الذي يكون لديه بالفعل استعداد للمشكلة السلوكية، هذا وتتنوع العوامل المساعدة على حدوث الاضطراب السلوكي وتطوره عن طريق مثل هذه العوامل ومن خلالها حيث يؤدي عامل معين إلى استجابة لا تكيفية معينة وتؤدي هذه الاستجابة اللاكيفية بدورها إلى استجابة أخرى مماثلة ، وهكذا حتى يحدث الاضطراب ، ومن أهم العوامل الأسرية المساعدة على حدوث مثل هذه الاضطرابات الفقر، وانخفاض المستوى الاجتماعي الاقتصادي الثقافي وأساليب المعاملة الوالدية الفظة وغير الثابتة ، وتعاطي القائم بالرعاية للعقاير والكحوليات، وإساءة المعاملة الانفعالية والجسدية والجنسية ، والتفكك الأسري، والإجرام الوالدي ، واتجاه الأسرة السلبي نحو التعليم، كما أن الثقافة السائدة في المجتمع تلعب دورا هاما في هذا الصدد حيث نجد هناك نمذجة العدوان وتعزيزه ، واعتباره سلوكا مميذا لمن يرتكبه، والعنف في وسائل الإعلام . ومن ثم فان هذه العوامل تعد بمثابة عوامل مساهمة عادة ما يكون من شأنها أن تزيد من مخاطر التعرض للاضطراب حيث من المستحيل أن نجد سبب وحيدا يمكن أن يؤدي بشكل مباشر إلى حدوث الاضطراب أي يكون هو المسؤول بمفرده عن حدوثه، بل يجب أن تسهم مجموعة من العوامل مع بعضها البعض في تطور المشكلة او الاضطراب . ( عادل عبدالله محمد ، 2011 ، ص 168،169 )

### أولا العوامل البيولوجية :

تتأثر السلوكيات والانفعالات بالعوامل الوراثية أو النيورولوجية ( العصبية ) أو الكيميائية العضوية أو بكل هذه العوامل معا حيث توجد علاقة بين الجسم والسلوك ، ومن المعقول أن نبحث عن عامل سببي بيولوجي معين يعد مسؤولا عن الاضطرابات الانفعالية والسلوكية أو يسهم في حدوثها.

وفي هذا الإطار فان التعرض قبل الولادة للكحوليات مثلا يساهم في حدوث عدة أنماط من الإعاقة من بينها الاضطرابات الانفعالية أو السلوكية ، ومع ذلك يظل من النادر جدا أن نثبت علاقة بين سبب بيولوجي محدد واحد من جهة وبين اضطراب انفعالي أو سلوكي من جهة أخرى .

ويميل الكثيرون إلى فكرة وجود عوامل بيولوجية لدى العديد من الأطفال المضطربين انفعاليا أو سلوكيا تعد هي المسؤولة عما يأتون به من سلوكيات مختلفة، كما أن هناك من الجانب الآخر العديد من الأطفال غير المضطربين أو حتى غير المشكلين من الناحية السلوكية يعانون من أوجه قصور بيولوجية خطيرة ، وعلى ذلك فلا يوجد لغالبية الأطفال المضطربين انفعاليا أو سلوكيا أي دليل حقيقي على وجود عوامل بيولوجية تعد بمفردها هي سبب ما يبذونه من مشكلات، كذلك فان كل الأطفال يولدون ولديهم أسلوب سلوكي معين يتحدد بيولوجيا ويعرف بالطبع والمزاج، وعلى الرغم من أن الحالات المزاجية الولادية للأطفال قد تتغير تأثرا بذلك الأسلوب الذي تتم تنشئتهم به فان البعض يعتقد بان أولئك الأطفال ذوي الحالات المزاجية الصعبة أو من يتسمون بصعوبة المراس أي يكون من الصعب مراسهم يكون لديهم في الواقع الاستعداد لتطوير اضطرابات انفعالية أو سلوكية، ومع ذلك فلا توجد هناك علاقة تطابق أي واحد إلى واحد بين الحالة المزاجية والاضطراب، فقد نحسن معاملة الطفل صعب المراس أو نسيء على الجانب الآخر معاملة الطفل سهل المراس فتكون النتائج بالتالي مختلفة تماما عما نكون قد توقعناه على أساس الأسلوب السلوكي المبدئي ، وهناك عوامل بيولوجية أخرى بجانب الحالة المزاجية يمكن أن تلعب دورا هاما في هذا الصدد هي المرض، وسوء التغذية ، والصدمات الدماغية على سبيل المثال ، وكلها بلا شك يمكنها أن تجعل لدى الطفل الاستعداد لتطوير مشكلات انفعالية أو سلوكية، كذلك فان إساءة استخدام المواد يمكن أن تسهم هي الأخرى في حدوث المشكلات الانفعالية و السلوكية، ومع ذلك فليس من المحتمل باستثناء بعض الحالات النادرة أن نحدد أن مثل هذه العوامل تعتبر أسباب مباشرة في حدوث المشكلات السلوكية .



ومع تعقد البحوث البيولوجية والسيكولوجية يتضح أن العوامل البيولوجية ترسي الأساس للعديد من الاضطرابات التي كان يعتقد على نطاق واسع في الماضي أنها ترجع إلى التفاعلات الاجتماعية والتي يعتبر الفصام هو احد الأمثلة الدالة عليها، وهناك مثال آخر يتمثل في متلازمة أعراض توريت التي تتسم باللازمات الحركية المتعددة كالحركات المتكررة والنمطية، واللازمات اللفظية كان يقوم الفرد بإحداث ضوضاء غريبة أو يتحدث بكلمات أو عبارات غير مناسبة، وعلى الرغم من أننا ندرك الآن أن كلا من الفصام ، واضطراب توريت ، واضطراب الانتباه والنشاط الحركي المفرط، وبعض الأشكال من الاكتئاب والعديد من الاضطرابات الأخرى يرجع السبب في حدوثها كلياً أو جزئياً إلى المخ، أو الاختلالات الوظيفية الكيميائية العضوية ( البيوكيميائية ) فان فهمنا لمثل هذه العوامل السببية البيولوجية يظل ضعيفاً أو غير مناسب حيث أننا لا نعرف في الواقع على وجه الدقة كيف يمكن لمثل هذه الأعراض الجينية، أو النيورولوجية ، أو العوامل البيوكيميائية الأخرى أن تسهم بالتحديد في حدوث هذه الاضطرابات السلوكية كما أننا لا نعلم أيضاً كيف نصحح المشكلات البيوكيميائية المتضمنة في مثل هذه الاضطرابات .

ومع ذلك يظل من المهم بالنسبة لنا أن نتذكر أربع نقاط هامة حول الأسباب البيولوجية ودورها في حدوث الاضطرابات الانفعالية أو السلوكية يمكن أن نعرضها على النحو التالي :

1. إن حقيقة وجود أسباب بيولوجية للاضطرابات لا تعني مطلقاً أن مثل هذه الاضطرابات ليست

انفعالية أو سلوكية . وإذا ما كان هناك بجانب ذلك سبب بدني للاضطراب الانفعالي أو السلوكي

فان سوء الأداء الوظيفي البيولوجي يعد مشكلة نظراً لما يحدثه من اضطراب في انفعالات الفرد

أو سلوكه

2. نادراً ما تكون أسباب الاضطراب على وجه الحصر بيولوجية أو سيكولوجية حيث انه بمجرد أن

يبدأ الاضطراب البيولوجي فانه دائماً ما يسبب مشكلات سيكولوجية تسهم بدورها في حدوث

الاضطراب الانفعالي أو السلوكي أيضاً

3. إن العلاج الطبي أو البيولوجي للاضطراب نادرا ما يكون كافيا لحل للمشكلة ، وإذا ما كان العلاج الطبي ذات أهمية بالغة في هذا الصدد فانه نادرا ما يكون هو التدخل الوحيد الذي نحتاج إليه أو يتطلبه الموقف إذ يجب أن نتطرق إلى الجوانب النفسية والاجتماعية للاضطراب وان نتناولها هي الأخرى

إن المداخل الطبية أو البيولوجية أحيانا ما تكون عديمة أو محدودة الفائدة ، كما أن التدخلات الأولية ينبغي أن تكون سيكولوجية أو سلوكية حتى وان كنا نعلم أن هناك سببا بيولوجيا يعد هو الأساس فيه . وإذا كان للعلاج الطبي أهمية فانه لن يكون بنفس الفعالية لكل الحالات ، كما أن هناك رغم ذلك بعض الاضطرابات لا نعلم لها حتى الآن علاجا طبيا فعالا ( نفس المرجع السابق , 2011 , ص171،170 ).

#### ثانيا العوامل الأسرية :

يرى أخصائيو الصحة النفسية أن المشكلات السلوكية تتبع في الأساس من تلك العلاقات التي تنشأ بين الوالد والطفل نظرا لان الأسرة النووية التي تضم فقط الأم والأب والأطفال لها تأثيرها الشديد على النمو المبكر ، ويعتقد بعض المؤيدين للتحليل النفسي أن كل المشكلات السلوكية للأطفال إنما تتبع من تلك التفاعلات السلبية المبكرة بين الأم والطفل ، كما أنها ترجع إليها أيضا .

ومع ذلك فإنتاج البحوث الامبيريقية التي أجريت على العلاقات الأسرية توضح أيضا أن الأطفال المضطربين انفعاليا أو سلوكيا يمكن أن يكون لهم تأثيرهم على والديهم بما يوازي تأثير والديهم عليهم . ومن ثم فان تلك الآثار التي يمكن أن يتركها الوالدان والأطفال على بعضهم البعض تعد تبادلية حيث أن النتائج المترتبة على ذلك النظام الوالدي لا تعتمد على أساليب معينة يستخدمها الوالدان فحسب ، بل تعتمد أيضا على تلك الخصائص المميزة للطفل ، ومع ذلك فان الحساسية لحاجات الأطفال ، والأساليب التي يوجهها الحب والتي تستخدم في سبيل التعامل مع سوء السلوك ، والتدعيم الايجابي الذي يتمثل في الانتباه و المديح أو الثناء للسلوك الملائم يميل بما لا يدع مجالا للشك إلى تدعيم ذلك الأسلوب المرغوب

لدى الأطفال . كذلك فان الوالدين الذين يتسمان باللين والتسامح والتساهل في التعامل مع أطفالهم ولكنهما يتسمان في ذات الوقت بالعدائية ، والرفض ، والقسوة ، وعدم الثبات في التعامل مع سوء السلوك يكون من المحتمل أن يصبح أطفالهم عدوانيين وجانحين على اثر ذلك . أما البيوت المتصدعة وغير المنتظمة على الجانب الآخر والتي يكون للوالدين نفسيهما سجلا لإلقاء القبض عليهما من جانب الشرطة، أو أنهما يتسمان بالعنف يكون من المحتمل بالنسبة لهما أن يؤدي ذلك من جانبهما بالأطفال إلى الجنوح ونقص الكفاءة الاجتماعية.

وفضلا عن ذلك فان بمقدور الآباء أن يسهموا في حدوث المشكلات الانفعالية و السلوكية لأطفالهم وذلك من خلال أساليب عدة أشار إليها شو وآخرون (2001) مثل هذه الأساليب غير الملائمة للتنشئة الاجتماعية التي يمكن لهم أن يقوموا بإتباعها كتلك التي تقوم على التعسف، أو الإهمال، أو التذبذب وهو الأمر الذي عادة ما يكون من شأنه أن يؤدي إلى حدوث مشكلات سلوكية من جانب الأبناء منذ طفولتهم المبكر، وغير ذلك من المشكلات المتعددة التي غالبا ما تنتج في واقع الأمر عن العديد من العوامل المساعدة على ذلك والتي يبدأ تأثيرها في سن مبكرة وذلك منذ مرحلة المهد، وفضلا على ذلك فان من المحتمل جدا أن يؤدي سوء المعاملة المزمنة للأطفال الصغار إلى السلوك العدواني من جانبهم والى رفض الإقتران لهم

### ثالثا العوامل المدرسية :

يعاني بعض الأطفال حال التحاقهم بالمدرسة من مشكلات انفعالية أو سلوكية رغم أن مثل هذه الاضطرابات تتطور خلال سنوات المدرسة وهو ما قد يرجع في جانب منه إلى ما يخبرونه داخل الفصل ذاته من خبرات مدمرة، وعلى الرغم من ذلك فان أولئك الأطفال عند التحاقهم بالمدرسة قد تتحسن حالاتهم، وقد تسوء وفقا لتلك الطريقة التي يتم بها ترويضهم في الفصل حيث تعتبر الخبرات المدرسية دون شك ذات أهمية كبيرة بالنسبة للأطفال ولكننا مع ذلك لا نستطيع أن نبرر تلك الكيفية التي يمكن

لمثل هذه الخبرات بموجبها أن تسهم في تطور مشكلات الطفل السلوكية أو الحد منها، فقد تتفاعل الحالة المزاجية للطفل وكفاءته الاجتماعية مع تلك السلوكيات التي يصدرها زملاؤه في الفصل ومعلموه فتتأثر مشكلاته الانفعالية أو السلوكية بذلك سلبا أو إيجابا، كذلك فعندما يلتحق طفل صعب المراس بالمدرسة وهو يفتقر المهارات الأكاديمية والاجتماعية فإنه يصبح من المحتمل بالنسبة له أن يتلقى استجابات سلبية من أقرانه ومعلميه على حد سواء .

وهناك خطر حقيقي من أن يجد الطفل نفسه وهو يقع في دوامة التفاعلات السلبية والتي تتزايد خلالها إثارته لأقرانه ومعلميه من ناحية وإثارته له من ناحية أخرى .

ومن هذا المنطلق فإن المدرسة يمكن أن تسهم في زيادة وتطور المشكلات الانفعالية بطرق متعددة حيث قد يفتقر المعلمون للحساسية لتفرد الطفل، وقد يطلبون منه مثلا الالتزام بالقواعد المدرسية وما يتبع في المدرسة من أساليب روتينية دون أدنى تفكير من جانبه، وقد يكون للمعلمين من جانب آخر وذلك كالأباء تماما توقعات مرتفعة جدا أو منخفضة جدا من الطفل تتعلق بتحصيله الأكاديمي أو سلوكه عامة وبالتالي فإنهم قد ينقلون إليه عندما يخيب آمالهم فكرة انه لا يتسم بالكفاءة ، أو انه غير مرغوب فيه .

ويرى **كوفمان واخرون (2002) وكوفمان (2001)** أن النظام السائد في المدرسة قد يتسم أحيانا بالتساهل الشديد، أو قد يتسم في أحيان أخرى بالصرامة الشديدة، أو عدم الثبات، وقد يتعلم التلميذ في المدرسة تنمية المهارات التي لا يعد في حاجة حقيقية أو حتى متخيلة لها ، وقد تكون البيئة المدرسية من ذلك النوع الذي يكافئ التلميذ سوء السلوك وذلك بتسليط الضوء عليه ، أو إعطائه اهتمام خاص حتى وان كان هذا الاهتمام على هيئة نقد أو عقاب في حين يتم تجاهل الطفل حسن السلوك، وقد يمثلون الأقران والمعلمون نماذج لسلوك الطفل مما يدفع الطفل إلى السلوك السيئ تقليدا لهم، ومن ثم فقد يسهم المعلمون في حدوث السلوك المشكل من جانب الطفل، ولذلك فإن عليهم أن يقوموا بتوجيه بعض الأسئلة لأنفسهم تتعلق بما يتوقعونه من الطفل، وما يتبعونه من مداخل مختلفة في سبيل إدارة سلوك الطفل وتوجيهه

الوجهة السليمة، كذلك فإنهم ينبغي أن يقوموا أيضا بتقديم اللوم على ذلك الأسلوب المضطرب الذي قد يأتي الطفل به والذي قد لا يكون لهم دورا في حدوثه. وباختصار فإن عليهم أن يعملوا على الحد من حدوث أي اثر من جانبهم يمكن أن يسهم في حدوث سوء السلوك من جانب الطفل.

#### رابعا العوامل الثقافية:

يدخل كل من الأطفال والأسر والمداخل المتبعة جميعا في إطار الثقافة التي يمكن أن تؤثر على الأطفال أو تترك أثرا كبيرا عليهم في أي اتجاه، وهناك العديد من الظروف البيئية التي يمكن لها أن تؤثر على ما يتوقعه الراشدون من الأطفال، وما يتوقعه الأطفال من أنفسهم ومن أقرانهم، كما أن القيم ومعايير السلوك تنتقل إلى الأطفال عن طريق العديد من الظروف الثقافية، والحاجات، وأساليب الكف والنماذج المقدمة وهو الأمر الذي يعني وجود العديد من المؤثرات الثقافية المختلفة التي يمكن أن يكون لها الأثر الكبير في ذلك ومن هذه المؤثرات على سبيل المثال ما يلي :

1. مستوى العنف الذي تعرضه وسائل الإعلام وخاصة التلفزيون والصور المتحركة
2. استخدام الإرهاب كوسيلة للقسر أو الإكراه
3. التساهل في الحصول على العقاقير الطبية ، واستخدامها لأغراض ترفيهية وهو ما يرتبط بمستوى إساءة استخدام العقاقير
4. تغيير المعايير التي ترتبط بالسلوك الجنسي
5. المعايير الدينية والقيود التي تفرض على السلوك
6. الخوف من الحرب النووية وما يتعلق بها من كوارث

كذلك يذهب فارمر واخرون (2001) إلى أن الأقران يعدون بمثابة مصدر آخر هام من مصادر التأثير الثقافي وخاصة بعدما يصل الطفل إلى الصفوف العليا بالمرحلة الابتدائية . كما أن الثقافة التي ينشأ الطفل فيها تؤثر على نمو الانفعالي والاجتماعي والسلوكي وهو الأمر الذي تكشف عنه دراسات الحالة

لتلك الثقافات سريعة التغير، وهناك من الدراسات الأخرى مما تؤكد نتائجها على وجود اثر لتلك المؤثرات الثقافية على كل من القلق، والاكنتاب، والعدوان لدى هؤلاء الأطفال، كما أن مستوى العنف الذي يعرض على التلفزيون والسينما يعد معاملا مساعدا وعادة ما يكون من شأنه أن يسهم في زيادة مستوى العنف بين الأطفال والمراهقين بشكل عام، والى جانب ذلك فان إساءة الاستخدام أو إساءة المعاملة كما يحلو للبعض تسميتها ، والأشكال الأخرى من الصدمات الحادة يمكن أن تسهم أيضا في حدوث الاضطرابات الانفعالية أو السلوكية لعدد كبير من الأطفال ( نفس المرجع السابق , 2011 , ص 176 ).

## 5. أشكال الاضطرابات السلوكية :

### 1.5 اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة :

- مفهوم اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة : ذكرت مشيرة اليوسفي (2005) عدة تعاريف

لاضطراب قصور الانتباه والنشاط الزائد نذكر منها الآتي :

تطور مفهوم النشاط الزائد منذ عام 1970، حيث كان يسمى Hyperkinesias وهي أصل الكلمة اللاتينية Super Active وفي عام 1980 سمي اضطراب قصور الانتباه Attention Defict Disorder (ADD) وهذا المصطلح لم يحتوي على مظاهر النشاط الزائد ،لان النشاط الزائد في ذلك الوقت لم يكن شائعا ،وظل الأطفال الذين لديهم هذا الاضطراب يعانون من الاندفاعية مع قصور الانتباه غير ان معظمهم يعانون من النشاط الزائد (Keweley .1998)

وحاليا تم تغيير المفهوم رسميا وأصبح اضطراب النشاط الزائد وقصور الانتباه Attention Deficit Disorder (ADHD) Hyperactivty Disorder

التعريف الطبي للنشاط الزائد : يعرف الأطباء اضطراب النشاط الزائد وقصور الانتباه (ADHD) على انه اضطراب جيني المصدر ينتقل بالوراثة في الكثير من حالاته ،وينتج عنه عدم توازن كيميائي او عجز

في الوصلات العصبية الموصلة بجزء من المخ والمسئولة عن الخواص الكيميائية التي تساعد المخ على تنظيم السلوك (Zametkin et al .1990).

بينما يعرفه تشرنومازوف (Chemomozova.1996) على انه نتيجة في قصور وظائف المخ التي يصعب قياسها بالاختبارات النفسية.

وأخيرا يعرفه المعهد القومي للصحة النفسية (National Institute Mental Health .2000) على انه اضطراب في المراكز العصبية التي تسبب مشاكل في وظائف المخ مثل التفكير، لذاكرة، والتعلم، والسلوك **التعريف السلوكي** : عرفه باركلي (Barkley .1990) في نظريته عن النشاط الزائد وقصور الانتباه على

انه اضطراب في منع الاستجابة في الوظائف التنفيذية قد يؤدي إلى قصور في تنظيم الذات بينما يعرف بـ **برجن** (Breggin .1991) الأطفال ذوي النشاط وقصور الانتباه على أنهم أطفال لم يحصلوا على اهتمام من الوالدين فحدث لهم الاضطراب السلوكي.

وأكد **جولد ستين** (Goldstein .1999) تعريف **بركلي** في نظريته على أن الأطفال ذوي النشاط الزائد وقصور الانتباه الذين يعانون من مشاكل متعلقة بالوظيفة التنفيذية أثناء التعلم قد تكون السبب في إعاقة نموهم الأكاديمي وتجعلهم يعانون من صعوبات العمليات اللفظية المتصلة باللغة.

وقد عرف النشاط الزائد في كثير من الدراسات على انه نوع من المشكلات السلوكية التي يعاني منه الأطفال العاديين والغير عاديين، ولا تختلف مظهره لدى الأطفال العاديين عن الغير عاديين أمثال (Smith.1995) و (Fee et al .1994) بينما هناك رأي معارض لهذه التعاريف ،حيث أن المظاهر

السلوكية لدى الأطفال ذوي النشاط الزائد وقصور الانتباه العاديين تختلف عن غير العاديين ،حيث ان المشاكل السلوكية لدى الأطفال الغير عاديين تتسم بالعدوانية وعدم التعاون وعدم المشاركة في اللعب بجانب هذه الحالة المزاجية (Koppekin .1994) ، ( علا عبد الباقي،1995 ) ، ( سعيد بن عبدالله و السيد

السمادوني،1998 ) ، ( سعيد عبد العزيز محمود،2001 )

كما ذكرت منى عبد الجواد أمين (2017) عدة تعارف لاضطراب النشاط الزائد وقصور الانتباه منها: يعرف اضطراب النشاط الزائد وقصور الانتباه (ADHD) على انه حركات جسمية تفوق الحد المعقول وغير ملائم للموقف وهو سلوك اندفاعي مفرط وغير ملائم للموقف وليس له هدف مباشر وينمو بشكل غير ملائم لعمر الطفل ويؤثر بشكل سلبي على سلوكه وتحصله ويزداد عند الذكور أكثر منه عند الإناث وغالبا ما يؤدي العلاج إلى التناقص في النشاط خلال سنوات المراهقة إلا انه قد يستمر خلال سنوات الرشد ( جمال الحامد، 2002، ص 17 ) ، ( حاتم الجعافرة، 2008، ص 59 )

وهو حالة مرضية تتصف بمستويات غير ملائمة من صعوبة الانتباه وفرط الحركة والاندفاعية وهذا الاضطراب له تأثير ضار في الأداء النفسي للطفل والمراهق ،والطفل الذي عانى من هذا الاضطراب يظهر ضعفا في التحصيل الأكاديمي إلى جانب العديد من المشكلات السلوكية التي تتعلق بالعلاقات الاجتماعية مع الرفاق وتدني مفهوم الذات ( إيمان الخولي، 2003 ) ، ( مجدي الدسوقي، 2006، ص 15 )

كما أكد كل من عماد مخيمر ، هبة علي : بأنه المصطلح الذي تستخدمه الجمعية الأمريكية للطب النفسي لوصف الأطفال والراشدين الذين يظهرون أنماطا سلوكية تتمثل في تشتت الانتباه والاندفاعية وفرط الحركة ،وغالبا ما تبدأ ظهور أعراض هذا الاضطراب في مراحل مبكرة من حياة الطفل حيث لا يسير في مراحل تطور نموه وتطور قدراته بنفس السرعة التي ينمو بها الطفل السليم ( عماد مخيمر، هبة علي، 2010، ص 275 ).

بينما يرى حمد الشمري : بأنه نقص قدرة الطفل على التركيز عند أداء المهام المطلوبة منه والقابلية للتشتت بالإضافة إلى الاندفاع عند القيام بانجاز المهمات والواجبات والأنشطة مما يؤدي إلى التوقف عن إكمال ما هو مطلوب منه ( حمد الشمري، 2011 ).

معدل انتشار اضطراب النشاط الزائد وقصور الانتباه :



أشارت كل من دراسة أندرسون وآخرون (2000) وسيكينك وآخرون (2005) إلى أن نسبة هذا الاضطراب بين الأطفال تتراوح ما بين 3 إلى 5 % مما يترتب عليه الكثير من الصعاب التي تواجه الوالدين والمدرسين خلال تعاملهم مع هؤلاء الأطفال .

و أيضا قد بلغت نسبته في أمريكا إلى ما يقرب 4 إلى 10 % وهو أكثر ظهورا في الذكور منه عن الإناث ( منى عبد الجواد أمين، 2017، ص15 ).

أما نسبة انتشاره في الوطن العربي فقد أشارت دراسة عبد العزيز الشخص (1985) أن نسبة انتشار الاضطراب في المرحلة الابتدائية بلغت 5.7% وينتشر بين الذكور أكثر من الإناث وبين المعاقين أكثر من العاديين وفي المدينة أكثر من الريف ( احمد حسن، 2012، ص29 ).

بينما أشار ( عبد الجواد أبو زيد، هبة، 2015) أن نسبة انتشاره تبلغ بين الأطفال حوالي 5 % بينما تبلغ حوالي 2.5% بين الراشدين في جميع أنحاء العالم

وفي هذا الصدد نذكر دراسة مشيرة صالح (2006) بحث العلاقة بين اضطراب تشتت الانتباه المصحوب بفرط الحركة والكفاءة الاجتماعية لدى عينة من الأطفال ،حيث أشارت الكثير من الدراسات أن نسبة انتشاره تتراوح بين 3% إلى 5% وهو أكثر الاضطرابات انتشارا .

أسباب اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة :

#### • العوامل الجينية:

أكدت بعض الدراسات والبحوث العلمية أن هذا الاضطراب ينتشر بين أفراد أسرة الطفل الذي يعاني من الاضطراب كالعمة والخال والخالة وأبنائهم والأجداد ومع هذا لم يصل علماء الوراثة المهتمون بدراسة جذور هذا الاضطراب إلى تحديد دقيق للكروموسومات الحاملة للجين المسبب مباشرة لهذا الاضطراب ( عبير عبد الحليم، 2008، ص37 ) .

ويتضح أن العامل الوراثي يسهم في حدوث الاضطراب إلى حد كبير ،وفي محاولة لشرح العلاقة بين أوجه الشذوذ البيولوجي والمشكلات السلوكية يركز باركلي على ضعف المنع السلوكي والتحكم الذاتي وهذا الضعف يتضح في أربعة مجالات للأداء الوظيفي هي: الذاكرة العاملة الغير لفظية ،استيعاب الكلام الموجه للذات التنظيم الذاتي للحالة المزاجية والدافعية ومستوى الإثارة ،تركيب وتوليف سلوكيات جديدة موجهة أو هادفة ( مجدي الدسوقي، 2006، ص101 ) .

#### • عوامل نفسية:

توجد مجموعة من العوامل النفسية التي تؤدي إلى حدوث اضطراب النشاط الزائد وقصور الانتباه منها الضغوط النفسية والقلق والتوتر واضطرابات العلاقات الأسرية ،وقد أشارت الكثير من الدراسات إلى وجود علاقة بين العوامل النفسية وبين اضطراب النشاط الزائد وقصور الانتباه . إن الضغوط النفسية والاحباطات الشديدة من العوامل النفسية التي تسهم في حدوث الاضطرابات واضطراب تشتت الانتباه الناتج عن الإحباط العاطفي سرعان ما يختفي بزوال العوامل الحبيطة ،مثل الضغوط النفسية واضطراب التوازن العائلي ( مجدي الدسوقي، 2014، ص64 ) .

#### • عوامل بيئية:

هناك بعض العوامل التي تحدث أثناء الولادة من شأنها أن تصيب مخ الجنين أو تحدث تلف في خلاياه وتلك العوامل هي : ضغط الجفن ،التفاف الحبل السري ،إصابة مخ الجنين أو جمجمته ،الأمراض المعدية ،التسمم بالتوكسينات ( سليمان عبد الواحد، 2011، ص179 ) .

#### • نظم التغذية :

إن تناول الطفل لكميات كبيرة من الأطعمة الجاهزة والخضروات والفاكهة الملوثة بالمبيدات الحشرية وكذلك الصبغات والمواد الحافظة المضادة للمواد الغذائية المجهزة ،وتناول الطفل لكميات كبيرة من الحلوى

والمواد والسكر والإضافات الغذائية الصناعية كمحسنات الطعم الصناعية والشكولاته من شأنه يؤدي إلى لفرط الحركة وتشتت الانتباه لدى الأطفال (Dave, 2006, 194).

كما وجد أن تعرض الأطفال لإضاءة الفلورسنت بصفة مستمرة ولفترات طويلة يؤثر سلبا على الجهاز العصبي مما يؤدي إلى انتشار الاضطراب بينهم أكثر من غيرهم (علاء إبراهيم، 2007، ص35).

#### • العوامل الاجتماعية:

1. **سوء المعاملة الوالدية** : إن أساليب المعاملة الوالدية الصحيحة التي يشعر الطفل منها بالاهتمام والحب من قبل والديه تؤدي إلى توافقه النفسي والاجتماعي ،أما أساليب المعاملة الوالدية الخاطئة التي تتسم بالرفض الصريح والإهمال ،واللامبالاة بالطفل ،والعقاب البدني أو النفسي الشديد ،والتي يشعر الطفل منها بأنه منبوذ وغير مرغوب فيه فإنه تؤدي بإصابته بالاضطراب ( احمد حسن، 2012، ص52).

2. **عدم الاستقرار داخل الأسرة**: إن الأسرة الغير مستقرة من الناحية الاقتصادية والاجتماعية والنفسية وكذلك عدم التوافق الزوجي وسوء الانسجام الأسري ،أو إدمان احد الوالدين أو سفر احدهما أو وفاته يترتب عنه ميول الطفل للإثارة وعدم التركيز(سليمان عبد الواحد، 2011، ص180).

#### خصائص الأطفال ذوي نقص الانتباه وفرط الحركة :

1. **الخصائص السلوكية**: إن أهم الخصائص التي تميز هؤلاء الأطفال هي مجادلة الكبار وعدم عدم الاستماع لتوجيهاتهم ،مخالفة القوانين والقواعد والقيام بأعمال مرفوضة من قبل البالغين والشجار مع الآخرين دون الأصدقاء المقربين، إيذاء الحيوانات ،استخدام الأسلحة و الأدوات لإيذاء الآخرين ،السرقه الغياب من المدرسة، الهروب من المنزل ( عماد مخيمر ،هبة علي، 2010، ص280).

2. **الخصائص الانفعالية**: أظهرت العديد من الدراسات التي أجريت في هذا الصدد أن 21% من الأطفال ذوي النشاط الزائد وقصور الانتباه يعانون من الاكتئاب و23% منهم يعاني من القلق والانطواء والسلبية ،وعدم الثقة بالنفس وفقدان الإحساس بالأمان واضطراب الحالة المزاجية وعدم توافق دور أفعالهم

الاجتماعية أو استجابتهم مع الحدث والمثير وأنهم يفشلون في التعبير في التعبير عن عواطفهم الخاصة مثل الشعور بالسعادة والدهشة والحزن والخوف والاشمئزاز ،كما أنهم يعانون من تدني تقدير الذات وعدم القدرة على إقامة علاقات اجتماعية ناجحة مع الآخرين ،كما أنهم غير ناضجين انفعاليا فانفعالاتهم تتسم بالتقلب ( سوسن، 2009، ص204 ).

### 3. الخصائص المعرفية : يؤثر النشاط الزائد وقصور الانتباه على العمليات المعرفية لدى الطفل

فيؤثر على الذاكرة العاملة لديه وتنظيم استقبال المثيرات وإدراكها ،حيث نجد الطفل لا يستطيع الاحتفاظ بالمعلومات وتخزينها في الذاكرة لفترة قصيرة من الزمن حتى يتم استرجاعها ،مما يترتب عليه الأداء المدرسي الضعيف ،لان الذاكرة قصيرة المدى تجعل الطفل يحتاج إلى تكرار اكبر للمعلومات حتى يستطيع الاحتفاظ بها ،وكذلك نجد الطفل ضعيف في عملية التتابع الفكري وفي عملية التجريد واكتساب المفاهيم ( فيصل الزراد، 2002، ص43 ).

كما أن هناك ثلاثة مظاهر أساسية تقف خلف تعرض الأفراد الذين يعانون من النشاط الزائد وقصور الانتباه للفشل الدراسي أو على الأقل انخفاض مستوى التحصيل الأكاديمي هي: قصور الانتباه الاندفاعية في الفعل ورد الفعل، الإفراط في النشاط الذي يؤدي إلى إعاقة الانتباه وبالتالي يفشل في تذكر المعلومات واسترجاعها ( فتحي الزيات، 2002، ص53 ) .

### تشخيص اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة :

يعتمد التشخيص الأولي لاضطراب النشاط الزائد وقصور الانتباه على ثلاثة مصادر أساسية هي المعلومات التي يتم الحصول عليها من أولياء الأمور والسجلات الطبية والنفسية التي تحتوي على تاريخ نمو الطفل العضوي والنفسي والملاحظات التي يتم تسجيلها عن الخصائص السلوكية للطفل ( إيهاب البيلاوي ،اشرف عبد الحميد ،عبدالرحمن سليمان، 2007 ).

وتؤكد ( صافيناز، 2008 ) في دراستها انه قد تواجه القائمين على عملية التشخيص مشكلة حقيقية حيث لا يسهل تطبيق الاختبارات على الأطفال الذين يعانون من الاضطراب وبالتالي لابد من اللجوء إلى اختبارات التقييم الموجهة للقائمين على رعاية هؤلاء الأطفال والتعامل معهم كوالدين والمعلمين كما توصلت أيضا إلى تنوع أدوات التشخيص والمحكات المستخدمة للتعرف على ذوي النشاط الزائد وقصور الانتباه وصنفها كالآتي :

### 1. أدوات تشخيصية أساسية مثل:

- مقاييس تقدير الذات: وتستخدم هذه المقاييس من قبل الآباء والمعلمين لأنهم الأكثر قدرة على ملاحظة سلوك الطفل لأنهم يقضون معه وقت أطول ومن أهم هذه المقاييس مقياس كونرز الذي يعتبر من أهم الأدوات التي تقيس الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال وذلك من وجهة نظر المعلم أو الإباء، ومقياس أيدك بروك، كما يمكن الاستفادة من الملاحظة الواعية والمعلومات التي يقدمها أولياء الأمور والمعلمين ( فارس عيسى، 2014، ص 35 ) .
- المقاييس النفسية العصبية: التي تتأثر بالوظائف المعرفية التنفيذية منها: منها اختبار إعادة الأرقام، رموز الأرقام، اختبار الذاكرة البصرية واختبار ويسكانسون لتصنيف البطاقات، اختبار الكلمات الملونة لستروب واختبار التتبع واختبار الأداء المتواصل ( كمال سيسالم، 2006، ص 54 )
- الملاحظة والمقابلة: ينبغي أن يعتمد الأخصائي النفسي عند التقييم النفسي لسلوك الأطفال على عدد من المناهج والتي تتضمن المقابلات التشخيصية والملاحظات السلوكية والتقنيات الاسقاطية ومقاييس التقدير الذاتي للأطفال والوالدين والمدرسين، وينبغي أن يستخدم الأخصائي النفسي مزيجا من تلك المناهج لفهم سلوك الطفل فهما جيدا ( عبد الجواد ابوزيد، هبة علي، 2015، ص 39 ) .

### 2. أدوات تشخيص مساعدة مثل:

مثل مقياس ستانفورد بينيه مقياس وكسلر للأطفال، بطارية كاس، مقياس رسم الرجل، المصفوفات المدرجة الملونة.

### علاج اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة:

• **العلاج الطبي أو الدوائي:** يتم ذلك في العيادة الطبية حيث يتم فحص الطفل من قبل طبيب

الأطفال أولاً للتأكد من لامتة السمعية وخلوه من الأمراض المعدية وغيرها ومن ثم يحال على

الطبيب النفسي أو طبيب الأمراض العصبية وهو بدوره يحصل بدوره على أكبر قدر ممكن من

المعلومات عن طريق الأولياء والمدرسين والمرشد الطلابي وكل من له علاقة مباشرة في التعامل

مع الطفل وبعد ذلك قد يوصف له دواء الريفيتاين ( محمد النوبي، 2010، ص132 ).

ولقد اثبت العلاج الدوائي فاعليته للعديد من الحالات ومع ذلك فان بعض المختصين يفضلون أن

يصاحبه العلاج السلوكي والأنواع الأخرى من العلاج، وهذا النوع يواجه العديد من النقد منها:

إن العقاقير تحد من النشاط الحركي للطفل إلا انه شيء مؤقت وسرعان ما يعود الطفل لحالته

كما أن الاستمرار في المهدئات لفترات طويلة يظهر آثار جانبية على العمليات العقلية والعصبية

والانفعالية للطفل كما أن العلاج بالعقاقير يقلل النشاط إلا انه يسبب الأرق والصداع وفقدان

الشهية ( بطرس حافظ، 2010، ص142 ) .

• **العلاج النفسي :** يتم اللجوء إلى العلاج النفسي في الحالة التي يكون مصدرها نفسي كالصراع

والإحباط والتوتر والاضطرابات الأسرية ك انفصال الوالدين ،أو وجود علاقات غير مرضية بين

أفراد الأسرة بما لا يتحملة بعض الأطفال وقد ينعكس على سلوكهم ،وتفاعلهم الاجتماعي ( سحر

الخشري، 2004، ص56 ) .

### 2.5 اضطراب السلوك العدواني :

مفهوم السلوك العدواني :

يعرفه بركات (1994) بأنه ذلك السلوك المقصود الذي ينزل بشخص ما (أو بمجموعة من الأشخاص) أذى ما أو معاناة، أما أو ضررا بعضو من أعضاء جسده، أو صحته أو بحياته أو بحريته أو بممتلكاته أو بأي حق من حقوقه التي لا يسمح للفاعل بانتقاصه (العبيدي، 2011، ص138).

كما عرف **طريف شوقي** السلوك العدواني بأنه: أي سلوك يصدره فرد أو جماعة اتجاه فرد لفظيا كان أو ماديا، ايجابيا كان أم سلبيا، مباشرا أو غير مباشر، أملتته مواقف الغضب أو الإحباط أو الدفاع عن الذات أو الممتلكات أو الرغبة في الانتقام، أو الحصول على مكاسب معيشية، ترتب عليها إلحاق أذى بدني أو مادي أو نفسي بصورة متعمدة بالطرف الآخر (فاضل، 2010، ص50).

ويشير العدوان إلى أنواع السلوك الذي يستهدف إيذاء الآخرين أو يسبب القلق عندهم، وهو عند الطفل في مرحلة ما قبل المدرسة يتضمن الضرب وتدمير الممتلكات والهجوم اللفظي ومقاومة ما يوجه إليه من طلبات وأوامر، وميله إلى أن يكون عدوانيا صريحا يتوقف على عدة عوامل:

1. شدة رغبته في إيذاء الآخرين وإيلاهم

2. درجة إحباط البيئة واثارتها للميول العدوانية

3. كمية القلق، والشعور بالإثم المرتبط بالعدوان (هدى قناوي، 1992، ص307).

والعدوان سلوك مقصود يستهدف إلحاق الضرر والأذى بالآخرين، وقد ينتج عن العدوان أذى قد يصيب إنسانا أو حيوانا، كما قد ينتج عنه تحطيم للأشياء أو الممتلكات أو يكون الدافع وراء العدوان ذاتيا، ويمكن القول أن العدوان يظهر لدى غالبية الأطفال بدرجات متفاوتة (محمد الهشري، 2001، ص80).

ويعرف العدوان كذلك على انه هجوم وفعل محدد يمكن أن يأخذ أي صورة من الهجوم المادي أو الجسدي في طرف والهجوم اللفظي في طرف آخر، وهكذا يمكنه أن يتخذ ضد أي شيء أو شخص بما في ذلك الشخص نفسه، وأحيانا سلوكه ظاهريا مباشرا ومحددا وواضحا، وأحيانا أخرى يكون التعبير عنه بطريقة إما اسقاطية على الآخرين أو البيئة من حوله (أمال أباطة، 2003، ص221).

ولقد صنف جالاجر (1982) العدوان إلى صنفين:

عدوان سلبي حيث يكون الفرد عنيدا وغير متعاون متذمرا ولكنه بدون مواجهة مباشرة

عدوان ايجابي حيث نجد الفرد يواجه الآخرين بعدوانه المباشر ( محمد البيومي، سميرة شندي، 2000، ص 97 ) .

**أشكال العدوان :** تصنيف العدوان كما ورد في دراسة **خدة فاطمة الزهراء (2019):**

وضح **فايد حسين علي (2005)** تصنيف السلوك العدواني وفق نوعيه إلى ما يلي:

- العدوان السوي: رأى فرويد أن العدوان ضروري للإنسان عندما يكون من البقاء والحياة والمحافظة على الذات وتحقيق الأهداف الفاعلة، ومثال ذلك كان يضطر الإنسان إلحاق الأذى بآخر وهو في حالة الدفاع عن النفس بحيث لا يتوقف عدوان المعتدي إلا بقوة من المعتدي عليه.
- السلوك العدواني المرضي: وفي المقابل رأى فرويد أن السلوك العدواني يكون مرضيا إذا تحول (بوعي أو بغير وعي ) إلى سلوك فتاك يسبب الأذى والموت والخراب سواء للإنسان أو للبيئة على حد سواء (دفي، 2015، ص 75) .

تصنيف العدوان حسب مصدره كما قدمه **سامي ملحم (2007):**

- العدوان الفردي: وقد يهدف في توجيه عدوانه لإيذاء شخص معين بذاته قد يكون صديقا أو شقيقا أو أي طرف آخر بعينه
- العدوان الجماعي: فقد يوجه عدوانه ضد أكثر من شخص كأنه يوجه عدوانه ضد مجموعة من الأطفال، ويكون ذلك مع أكثر من طفل، ويكون توجيه العدوان مع شخص آخر أو مع عدة أشخاص ( بولسان، 2014، ص 134 ) .

تصنيف السلوك العدواني حسب الشكل:

- العدوان الجسدي: ويشمل إيذاء الآخرين جسديا (على سبيل المثال، الركل والضرب والطعن، أو إطلاق النار عليهم )



- العدوان اللفظي: ينطوي على إيذاء الآخرين بالكلمات ( على سبيل المثال، الصراخ، الشتائم التناوب بالألقاب ) (Bushman Huesmann ,2009 ,p834).

وقد ذكر عبد العظيم و سعيد مرشد (2009) تصنيفا للسلوك العدواني حسب طبيعة العدوان:

- العدوان المباشر: يقال للعدوان إذا وجه مباشرة للشخص مصدر الإحباط، وذلك باستخدام القوى الجسمية، أو التعبيرات اللفظية وغيرها.
- العدوان غير المباشر: وهو السلوك الذي لا يوجه إلى الشخص المقصود ذاته، وإنما لشيء يمت بصلة إلى الشخص المستهدف كتخريب ممتلكاته أو أشياء تخصه ( بولسان، 2014، ص136 ).

تصنيف السلوك العدواني حسب الاتجاه وقد وضع هذا التقسيم ابلي ساجان (1971) :

- العدوان الموجه نحو الذات: قد يكون بسبب الشعور بالذنب الذي يثير الحاجة إلى عقاب الذات والخوف من ردة فعل المعتدي عليه، فيتقمص شخصيته ، فيوجه عدوانه إلى نفسه بدلا إلى الذي اعتدى عليه ، وهذا النوع منتشر عند الإناث أكثر من الذكور
- العدوان الموجه نحو الآخرين: وهو أكثر مظاهر العدوان وضوحا، ومن أهم دوافعه الغضب والكراهية والإحباط، ويرى دولارد وآخرون أن السلوك العدواني هو ذلك السلوك الذي يكون الهدف منه إيذاء الآخر وهذا هو الجانب الجوهري للعدوان، وقد أكد موسى (1991) أن الذكور أكثر استخداما لمظاهر العدوان نحو الأشياء والأشخاص ( أبو حطب، 2002، ص25 ) .

ويضيف شيفر وملمان (2001) إلى هذه التصنيفات :

- العدوان المستفز: الذي يظهر عندما يحاول الطفل الدفاع عن الذات وحمايتها من التصرفات العدوانية الصادرة عن أقرانه.
- العدوان الغير مستفز: الذي يقوم فيه الطفل بالقتال المستفز للسيطرة على أقرانه أو إزعاج الأقران بالضرب أو الاغاضة أو التسلط وهو عدوان متفجر على شكل نوبات غضب ،حيث يقوم الطفل

في هذه الحالة بتحطيم الأشياء في البيت عندما يصبح عصبيا ،ويبدو كأنه لا يستطيع أن يضبط غضبه ( الشديفات،2013، ص1313 ) .

### أسباب العدوان :

تعود أسباب العدوان إلى العوامل التالية :

#### 1. عوامل بيئية وتنقسم إلى:

- عوامل بيئية داخل المنزل: ومنها الوضع الاقتصادي، وانهيار الجو الأسري، وأسلوب التربية والحالة الأخلاقية في الأسرة.

- عوامل بيئية خارج المنزل: ومنها ضعف الرقابة، وصحبة رفقاء السوء، ومشاكل وقت الفراغ والأثر السيئ للتلفزيون والإعلام ومشاكل المدرسة.

#### 2. عوامل نفسية: ويمكن أن تصنف إلى:

- عوامل ترجع إلى نزعة عدوانية لدى الفرد: تنشأ بصفة خاصة نتيجة الإدمان وعدم إشباع الحاجات الأساسية للطفل، ويكون السلوك العدواني على شكل (تمرد، هروب، تخريب)

- عوامل ترجع إلى الشعور بالخطيئة أو غيابه : ويكون السلوك العدواني على شكل ( سرقة،كذب عداء) وترجع في أساسها إلى اضطرابات الأنا الأعلى .

#### 3. عوامل نمائية: حيث يرى عقل: أن هناك عوامل نمائية تتمثل في حدوث تغيرات فسيولوجية واجتماعية وانفعالية لدى الطلبة ،وظهور حاجات نفسية واجتماعية تستدعي إشباعا ورغبة ملحة

في تأكيد ذاتهم إضافة إلى حساسيتهم الشديدة للنقد، ورهافتهم الانفعالية وكلها عوامل تدفع إلى ظهور السلوك العدواني ( خالد إبراهيم،2015، ص173 ).

وعلى ذلك فإن إجمال أسباب السلوك العدواني في مجموعة من الأسباب يمكن عرضها على النحو

الآتي:

أولا العوامل الأسرية: ويمكن إجمالها في الآتي:

1. أسباب التنشئة الخاطئة مثل (الفقر، الإهمال، الرفض العاطفي، التفرقة في المعاملة، تمجيد سلوك العنف من خلال استحسانه، القمع الفكري للأطفال من خلال التربية القائمة على العيب والحرام دون تقديم تفسير لذلك).
2. فقدان الحنان نتيجة للطلاق أو فقدان احد الوالدين.
3. الشعور بعدم الاستقرار الأسري نتيجة لكثرة المشاجرات الأسرية والتهديد بالطلاق.
4. عدم إشباع الأسرة لحاجات أبنائها المادية نتيجة لتدني المستوى الاقتصادي.
5. كثرة عدد أفراد الأسرة فلقد وجد في العديد من الدراسات علاقة بين عدد أفراد الأسرة والعنف.
6. بيئة السكن فالأسرة التي يعيش أفرادها في مكان واحد مكتظ يميل أفرادها لتبني العنف لحل مشاكلهم.

ثانيا عوامل مجتمعية:

- ثقافة المجتمع: ويقصد بالثقافة هنا جميع المثل والقيم وأساليب الحياة وطرق التفكير في المجتمع فإذا كانت الثقافة سائدة تمجد العنف والعدوانية سيؤثر الفرد لا محالة.
- إن المجتمع يعتبر بمثابة نظام متكامل يؤثر ويتأثر بأنساقه المختلفة، فنسق الأسرة يؤثر في نسق التعليم ونسق الإعلام يؤثر في نسق الأسرة وهكذا.
- الهامشية: فالمناطق المهمشة المحرومة من ابسط حقوق الإنسان ونتيجة شعور ساكنيها بالإحباط عادة ما يميلون لتبني أسلوب العنف وتمجيده.
- الفقر: يعتبر الفقر من أهم أسباب انتشار العنف نتيجة لشعور الطبقة الفقيرة بالظلم الواقع عليها خصوصا في غياب فلسفة التكافل الاجتماعي وفي ظل عدم المقدرة على إشباع الحاجات والاحباطات المستمرة لهذه الطبقة.

ثالثا أسباب نفسية:

- الإحباط فعادة ما يوجه العدوان اتجاه مصدر الإحباط الذين يحول دون تحقيق أهداف الفرد أو الجماعة سواء كانت مادية أو نفسية أو اجتماعية أو سياسية.
- الحرمان ويكون بسبب عدم إشباع الحاجات والدوافع المادية والمعنوية للإفراد مع إحساس الفرد بعد العدالة في التوزيع.
- الصدمات النفسية والكوارث والأزمات خصوصا إذا لم يتم الدعم النفسي الاجتماعي مما يترتب عليه اضطراب ما بعد الصدمة في شكل عدوانية.
- \* النمذجة فالصغار يتعلمون من الكبار خصوصا إذا كان النموذج ذا أهمية في حياة الأطفال مثل الأب والمعلم.
- \* تعرض الشخص للعنف فالعنف يولد العنف بطريقة مباشرة على مصدر العدوان أو يقوم الشخص المعنف بعملية إزاحة أو نقل لمصدر آخر له علاقة بمصدر العدوان.
- \* تأكيد الذات بأسلوب خاطئ من قبل الذات أو من قبل الآخرين ( خالد إبراهيم، 2015 ،ص177 ).

### علاج العدوان:

العمل على الجانب الوقائي بحيث يتم مكافحة العوامل المسببة للعنف والتي من أهمها :

- نشر ثقافة التسامح ونبذ العنف.
- تبني ثقافة حقوق الإنسان وليكن شعارنا التعلم حق من حقوق الإنسان.
- عمل ورشات ولقاء للأمهات والآباء لبيان أساليب التنشئة السليمة التي تمنح للطفل مساحة من حرية التفكير وإبداء الرأي والتركيز على الجوانب الايجابية في شخصية الطفل وتعزيزها.
- التشخيص المبكر للأطفال الذين يقعون تحت ظروف الضغط والذين من الممكن أن يطوروا أساليب غير سوية.

- تنمية الجانب أقيمي للطفل.

الجانب العلاجي:

- استخدام أساليب تعديل السلوك والابتعاد عن العقاب والتي من بينها (التعزيز السلبي، تكلفة

الاستجابة، التصحيح الزائد، كتابة الاتفاقيات السلوكية الاجتماعية، المباريات الصفية).

- استخدام الأساليب المعرفية والعقلانية الانفعالية السلوكية في تخفيف العنف والتي من أهمها:

معرفة اثر النتائج المترتبة على العنف، تعليم الأطفال مهارة أسلوب حل المشكلات، المساندة

النفسية، تعليم الأطفال طرق ضبط الذات، تنمية المهارات الاجتماعية في التعامل، تصحيح

المفاهيم والمعتقدات الخاطئة.

- الإرشاد بالرابعة الوجدانية والتي تقوم على إظهار الاهتمام والتوحد، الانفعال وتوظيف الإيماءات

والتلميحات ولغة الجسم عموماً. ( خالد إبراهيم، 2015، ص205، 206 ).

## 6. استراتيجيات تعديل السلوك :

### • أسلوب توكيد الذات :

قبل الحديث عن التدريب التوكيدي كأحد فنيات تعديل السلوك يبدو من المناسب أن نبدأ بتعريف السلوك

التوكيدي بهدف التعرف على طبيعته وتوضيح الاختلاف بينه وبين السلوكيات الأخرى اللاتوكيدية

والعدوانية ،مما يساعد على إبراز ملامح الشخص التوكيدي وكذلك الشخص اللاتوكيدي والشخص

العدواني .

لقد كانت التعريفات الأولى للسلوك التوكيدي غامضة وعامة ففي عام (1958) نظر وولبي إلى السلوك

التوكيدي على انه السلوك العدواني، ثم سرعان ما قدم له تعريفاً جديداً عام (1973) وألغى العدوانية منه

حيث أصبح السلوك العدواني لا يشير إلى العدوانية بدرجة أو بأخرى بل يتضمن التعبير الخارجي عن

المشاعر الودية والعاطفية دون الشعور بالقلق أي يتضمن التعبير المناسب عن أي انفعال ماعدا القلق.

ويشير لازاروس (1966) إلى أن السلوك التوكيدي يتكون من أربعة استجابات هي : القدرة على قول لا والقدرة على فعل الطلبات أو تنفيذ أعمال محددة ،والقدرة على التعبير عن المشاعر الموجبة والسالبة والقدرة على بدء واستمرار وإنهاء المحادثات ،وباختصار أن السلوك التوكيدي يتضمن القدرة على التعبير عن الذات ،والقدرة على التعبير على الآراء وعدم الموافقة على الآراء التي تتعارض مع الآراء الشخصية للفرد ،والقدرة على بدء واستمرار التفاعلات الاجتماعية ،والقدرة على تعظيم الذات أكثر من استجابات إنكار الذات واتخاذ القرارات في مواقف الصراع وبالتالي فان عجز الشخص في التعبير عن مشاعره والدفاع عن حقوقه يؤدي إلى نتائج سلبية نفسية واجتماعية . ( طه عبد العظيم، 2008 ، ص 165 )

وتميز جاكبوسي (1973) بين السلوك التوكيدي وبين السلوكيات الأخرى اللاتوكيدية والعدوانية فتعرف السلوك التوكيدي بأنه نمط من السلوك البيئشخصي الذي من خلاله يدافع الشخص عن حقوقه المشروعة بطريقة لا يتعدى بها عن حقوق الآخرين ،في حين أن السلوك اللاتوكيدي هو نمط من السلوك البيئشخصي الذي من خلاله تكون حقوق الفرد قد اعتدي عليها عن طريق الآخرين ، أما السلوك العدواني فهو نمط من السلوك من خلاله يدافع الشخص عن حقوقه الشخصية بالطريقة التي يعتدي بها عن حقوق الآخرين ،ويكون الهدف منه التحقير والإيذاء والاهانة .

ويعرف البرتي و ايمونز السلوك التوكيدي بأنه السلوك الذي يتجنب كل من الطرفين فهو لا توكيدي الذي عرفه بأنه توكيد الذات، وسلبي وغير ملائم ،ولا هو عدواني يؤذي الآخرين ،ويؤدي إلى هزيمة الذات بل هو وسيط بين اللاتوكيدية من ناحية وبين العدوانية من ناحية أخرى

ويؤكد كوتلر (1976) أن الفرد الذي يكون توكيديا يمكنه التعبير بطريقة لفظية وغير لفظية عن كل المشاعر الموجبة والسالبة ،والانفعالات والمشاعر بشكل واسع، ويستطيع اتخاذ القرارات والاختيارات الحرة في الحياة، ويستطيع بناء علاقات بينشخصية وثيقة بطريقة مريحة

ويذكر راثيوس (1975) في سياق وصف طبيعة السلوك التوكيدي والتمييز بينه وبين السلوكيات اللاتوكيدية والعدوانية، إن التوكيدية لم تكن مرادفة للعدوانية، وإن توكيد الذات لا يقتضي مواجهات مستمرة وإن التوكيدية بالأحرى هي التعبير عن الذات بطريقة بناءة منتجة وموجبة.

ويعرف شيلتون (1977) التدريب التوكيدي بأنه إجراء يتألف من العديد من فنيات تعديل السلوك ويستهدف مساعدة الأفراد على حماية أنفسهم وحقوقهم دون الإساءة إلى حقوق الآخرين.

وتعرف لور و موري (1981) التوكيدية بأنها مهارة الفرد في التفاعل مع الآخرين وتكوين علاقات جيدة والقدرة على المبادرة وبدء واستمرار وإنهاء التفاعلات الاجتماعية والتعبير عن المشاعر والثقة بالذات والدفاع عن الحقوق وتوجيه الآخرين. ( طه عبد العظيم، 2008 ، ص173 )

وقد حدد فريدريك و ارنولد (1975) خطوات التدريب التوكيدي في عدة خطوات رئيسية هي :

1. أن يقوم المعالج والعميل بتحديد سلسلة المواقف التي من خلالها يشعر العميل بصعوبة في أن يكون توكيديا بشكل متزايد تدريجيا، وينبغي أن توضع هذه المواقف في مدرج هرمي، ويجب أن تكون المواقف متدرجة في صعوبتها بحيث يتم تدريب العميل على المواقف الأقل إثارة للقلق حتى نصل إلى أشدها إثارة للقلق.
2. تمثيل المعالج والعميل كل من المشاهد عن طريق لعب الدور، ثم يعلق المعالج على سلوك العميل، ويقدم الاقتراحات بشأن التحسينات ويوجهه للأفضل، وبصفة خاصة فيما يتعلق بتعبيرات الوجه، والإيماءات والإشارات، ونبرات الصوت واتصال العين، وغيرها من المكونات الغير لفظية
3. بعد الانتهاء من مرحلة لعب الدور والثقة فيما يؤديه العميل في المواقف المحددة حينئذ يقرر المعالج والعميل الاستجابات البديلة التي يقوم بها في هذه المواقف فعلى سبيل المثال يناقش المعالج مع العميل ما يقوله أو يؤديه العميل إذا أعطى استجابة سلبية تجاه المواقف الاجتماعية التي يتدرب عليها.

4. بعدما تكون الاستجابة التوكيدية قد فهمت تماما، ووافق المعالج بان العميل قد أصبح توكيديا ويسلك بطريقة ملائمة، يتم تشجيع العميل على ممارسة التوكيدية في مواقف الحياة الواقعية رغم أن هذا قد يكون خطوة صعبة للعديد من العملاء، ويشجع العميل على أن يعمل بروفة على السلوك التوكيدي في البيت.

5. وفي الجلسة التالية يتم فحص ومراقبة أداء العميل الذي كان في الجلسة السابقة، فإذا سلك العميل بطريقة ملائمة يتم مكافأته ومدحه بطريقة مفحمة للحماس .

وفي ثنايا الحديث عن فنيات التدريب التوكيدي تشير بروشاسكا (1984) إلى أن التدريب التوكيدي يشتمل على البروفة السلوكية التي تعمل كشرط مضاد للقلق، فمن خلال لعب الدور ينخفض القلق ويصبح العملاء أكثر ثقة بشأن قدراتهم لمواجهة مواقف الحياة ،

وعلى الطرف الآخر يرى الكسندر (1976) أن التدريب التوكيدي يتضمن عدة إجراءات لزيادة التوكيدية لدى الأفراد وهي :

1. تعلم اكتساب الاستجابة

2. إعادة حدوث الاستجابة

3. تشكيل وتقوية الاستجابة

4. إعادة البناء المعرفي

5. انتقال اثر الاستجابة. ( طه عبد العظيم, 2008, ص180)

• التعزيز:

وفي هذا الصدد قدم الخطيب (2014) عدة تعريفات لباحثين أجنب ،حيث يعرف التعزيز على انه الإجراء الذي يؤدي فيه حدوث السلوك إلى توابع ايجابية أو إزالة توابع سلبية الأمر الذي يترتب عليه



زيادة حدوث ذلك الأسلوب في المستقبل في المواقف المثالية (Repp .1983) فان تعزز سلوك ما، يعني أن نزيد من احتمال حدوثه مستقبلا.

والتعزيز يعرف وظيفيا ،أي من خلال نتائجه على السلوك ،فإذا أدت توابع السلوك إلى احتمال حدوثه مستقبلا تكون تلك التوابع معززة ويكون ما حدث تعريزا. (Bladwin .2001)

وهناك طرق عدة لتصنيف المعززات نذكر منها:

**المعززات الأولية والثانوية :** المعزز الأولي هو ذلك المثير الذي يؤدي بطبيعته إلى تقوية السلوك دون خبرة سابقة أو تعلم ،ولذلك هو يسمى أيضا بالمعزز غير شرطي ،أما المعزز الثانوي هو الذي يكتسب خاصية التعزيز من خلال اقترانه بالمعززات الأولية ،ولهذا يسمى أيضا بالمعزز الشرطي أو المعزز المتعلم .

**المعززات الطبيعية والاصطناعية:** المعززات الطبيعية هي التوابع ذات العلاقة المنطقية بالسلوك ،ففي غرفة الصف مثلا تمثل ابتسامه المعلم في وجه الطالب وثناؤه على الإجابة الصحيحة معززات طبيعية ذات تأثير بالغ على سلوكه ،أما إعطاء المعلم للطالب نقاطا ،يمكن أن يستبدل بها فيما بعد أشياء معينة يحبها ،فهذا تعزيز اصطناعي .

**التعزيز الايجابي والتعزيز السلبي :** التعزيز الايجابي هو إضافة أو ظهور مثير بعد السلوك مباشرة مما يزيد احتمال ظهور ذلك السلوك مستقبلا في المواقف المماثلة (Pear .1983) أما تقوية السلوك من خلال إزالة مثير بغيض فهو يعتبر تعزيز ايجابي، فلنتخيل مثلا طفلة في الخامسة من عمرها تقف بجانب أمها في السوق وتريد أن تشتري لعبة .في البداية قد تقول الطفل « ماما اشترى لي هذه اللعبة أنها حلوة » وقد تجيب الأم « لا لن اشترىها لكي لديك لعب كثيرة ... » وتطلب الطفلة مرة ثانية من أمها أن تشتري لها اللعبة وتستمر الأم بالرفض ،بعد ذلك قد تبدأ الطفلة بالبكاء والصراخ ،وهنا في هذه الحالة لو وافقت الأم في النهاية على شراء اللعبة وبالتالي يصبح رضوخ الأم تعريزا ايجابيا للطفلة واحتمال حدوث هذا

السلوك في المستقبل أكثر وطرفة التخلص من هذا الموقف المكروه أي شراء للطفلة ما تريد يعتبر تعزيز سلبي ويزداد احتمال حدوثه في المستقبل في المواقف المماثلة (Miller .1996).

وهناك خمسة أشكال من المعززات وهي: المعززات الغذائية ،و المعززات المادية ،والمعززات الرمزية والمعززات النشاطية والاجتماعية .(Sulzer-Azaroff and Mayer .1977) .

• **تعديل السلوك المعرفي** : يقوم مجال تعديل السلوك المعرفي على افتراض أن الإنسان ليس سلبي فهو لا يستجيب للمثيرات السلبية فحسب ،ولكنه يتفاعل معها ،ويكون مفاهيم حولها ،وهذه المفاهيم تؤثر في سلوكه .بمعنى آخر، يعتقد معدلو السلوك المعرفي أن هناك تفاعلا مستمرا بين المؤثرات البيئية والعمليات المعرفية والسلوك، ويسمي باندورا (Bandura .1977) هذا التفاعل بالحتمية المتبادلة أو التفاعل السلبي.

ويحاول التعديل السلوك المعرفي تغيير السلوك من خلال التركيز على كيفية إدراك الفرد للمؤثرات البيئية وتفسيره لها وليس من خلال تغيير الظروف البيئية نفسها بطريقة مباشرة كما هو الحال في تعديل السلوك عموما.(Turk .1982).

ويتضح الاهتمام المتزايد بأساليب التعديل السلوكي من خلال المؤلفات العديدة، والبحوث العلمية التي ظهرت في العقدين الماضيين ،وظهور مجلة العلاج والبحث المعرفي، ومهما يكن الأمر، فإن المنحى السلوكي والمنحى المعرفي ليسا مختلفين فحسب، بل متناقضان، وهذه الحقيقة دفعت ببعض المؤلفين إلى وصف السلوكية المعرفية على أنها زواج على أصوات البنادق (Meichenbaum .1979).

واهتم معدلو السلوك المعرفيون بتطوير الإجراءات العلاجية التي تشمل مشاركة المتعالج نفسه في تغيير سلوكه (Mc Mullin .2000) .

فالمبدأ الأساسي الذي يقوم عليه هذا المنحى هو: أن الاهتمام بتحليل أنماط السلوك لدى الإنسان شرط أساسي لتطوير البرامج العلاجية الفاعلة التي تتصف بالشمولية والتكامل (Ollendick & Cerny .1981).

ويتمثل الهدف الرئيسي من العلاج السلوكي في محاولة تغيير الأفكار الخاطئة وذلك من خلال عملية علاجية تعرف باسم إعادة البناء المعرفي وذلك بغية أن تصبح العمليات المعرفية أكثر اتصالاً بالواقع، ويستخدم مصطلح إعادة البناء المعرفي للإشارة إلى كل النماذج العلاجية التي تشمل محاولة تعديل العوامل المعرفية (Kalish.1981).

وتجدر الإشارة إلى أن أساليب تعديل السلوك المعرفي تختلف عن أساليب العلاج المعرفية التقليدية كل الاختلاف (Rinuri & Masters.1979).

**العمليات المعرفية:** يستخدم مصطلح العمليات المعرفية في ميدان تعديل السلوك المعرفي للإشارة إلى مجموعة العمليات التي تحدث داخل الفرد مثل: الإدراك، القناعات، التفكير، والتخيل، والتحدث الذاتي التي تؤثر بشكل أو بآخر في سلوكه الظاهر، وهذه العمليات ليست ظاهرة للعيان، بل هي خاصة وداخلية ويتعذر قياسها، أو تغييرها بشكل مباشر كما هو الحال بالنسبة للسلوك الظاهر (Mikulas .1978).

ويتم التأكيد على العوامل المعرفية الأربعة الأساسية التالية بوصفها تؤثر تأثيراً بالغاً في السلوك الإنساني الظاهر (Craighead .Kazdin & Mahoney.1981).

### 1. الانتباه: ويعني وعي الفرد لأحداث بيئية محددة، وعملية الانتباه الانتقائية، فالإنسان يتعرض

لمثيرات مختلفة وكثيرة بشكل متواصل إلا أنه ينتبه لبعضها فقط .

والمؤثرات التي ينتبه إليها الفرد هي التي تؤثر في السلوك بناء على وجهة نظر معدلي السلوك المعرفيين أمثال البرت باندورا (Albert Bandura .1969) ومايكل ماهوني (Mahoney .1977) . ولهذا تشتمل عمليات تعديل السلوك المعرفي على المثيرات البيئية ذات العلاقة التي ينتبه إليها الفرد في المواقف المختلفة .

### 2. العمليات الوسيطة: وهي تلك العمليات الإدراكية التي تشمل التمثيل المعرفي للأحداث البيئية

التي يتم الانتباه إليها وهي نوعين العمليات الوسيطة اللفظية والتخيلية :

• **العمليات الوسيطة اللفظية:** يعتقد معدلو السلوك المعرفي أن اللغة تلعب دور بالغ الأهمية في تشكيل السلوك، واللغة حسب اعتقادهم تؤثر بالسلوك بطرق مختلفة، منها ما هو واضح مثل التعليمات ومنها ما هو غير واضح مثل التحدث الذاتي.

• **العمليات الوسيطة التخيلية:** ازداد الاهتمام في الآونة الأخيرة بدراسة اثر التخيل في السلوك وبالذات الذي يمكن له أن يلعبه في عملية تعديل السلوك. فلقد أشارت الدراسات إلى أن تخيل المثيرات قد ينجم عنه استجابات مشابهة للاستجابات التي تحدثها المثيرات الحقيقية، ولقد طورت بعض تكتيكات تعديل السلوك بالاستناد إلى هذا الافتراض، ومن بين هذه التكتيكات أسلوب تقليل الحساسية التدريجي وأسلوب التفسير الخفي. واستنادا إلى هذا الافتراض أيضا تم حديثا تطوير بعض الأساليب العلاجية المعروفة باسم أساليب العلاج الداخلية أو الخفية، وتشتمل هذه الأساليب (Burks & Steffire.1979) .

إن أسباب التعديل السلوكي ما تزال، كانت ولا زالت عرضة للانتقادات الكثيرة ،ففي حين يرى البعض أنها أساليب فعالة على العموم ،يرى البعض الآخر إنها غير ضرورية (Skinner . 1977) أو أنها مضيعة للوقت (Greenspoon & Lamal .1978) .

#### أساليب العلاج المعرفي السلوكي :

• **العلاج العقلاني العاطفي :** يعتبر العلاج العقلاني العاطفي الذي وضع أسسه العالم اليس من أكثر الأساليب العلاجية العرفية السلوكية شيوعا، ويعتقد اليس أن السبب وراء الانفعال والسلوك هو اعتقادات الإنسان وأفكاره حول الأحداث التي يتعرض لها، لذا فان المعالجة تشمل مواجهة الإنسان وتحديه بهدف تنفيذ تلك الاعتقادات ودحضها وتطوير طرق جديدة في التفكير تتصف بكونها منطقية وعقلانية (Ellis .1979) .

ولعل أهم افتراض في العلاج العقلاني السلوكي هو أن الأشياء يجب أن تكون أفضل حالا مما هي عليه، وهناك حل مثالي لكل مشكلة، وإذا لم نجد الحلول الجيدة والسريعة لمشكلات الحياة اليومية، فذلك أمر فضيع ومفجع (Walder.2001) .

- **العلاج المعرفي** : يقترن هذا العلاج باسم ارون بيك ويستخدم بيك هذا العلاج لعلاج حالات الاكتئاب، ذلك أن هذا الاضطراب النفسي هو مجال اهتمامه، ويميز بيك بين أربعة أنواع من التفكير الشاذ : التفكير الثنائي، والتخمين الاعتباطي، الإفراط في التعميم، وتعظيم الأمور (Beck.1976) .
- **حل المشكلات** : يشمل هذا الأسلوب مهارات حل المشكلات، من خلال تطوير استراتيجيات عامة مناسبة للتعامل مع المشكلات، وإيجاد الحلول لها في حالة مواجهتها . ومع أن هذا الأسلوب يقترن باسم ثوماس ديزوريلا و مارفن جولد فرايد (D.Zurella & Goldfried, 1971) إلا أن جون ديوي (Dewey, 1933) أشار منذ زمن إلى مهارة إيجاد الحلول للمشكلات على أنها تشمل الخطوات التالية :

1. الاعتراف بالمشكلة وإدراكها

2. تعريف المشكلة وتحديدها

3. اقتراح الحلول

4. اختيار احد الحلول

5. التنفيذ

ويؤكد كازدين (Kazdin.1987) أن عملية تطبيق أسلوب حل المشكلات في العلاج النفسي تشبه إلى حد بعيد الأسلوب الذي اقترحه ديوي، ويوصف أسلوب حل المشكلات في أدب العلاج النفسي على انه سلوكي معرفي لأنه يحاول تطوير طرق عامة في التعامل مع المشكلات، بدل التركيز على سلوكيات محددة

- **التعليم الذاتي** : يوضح أدب العلاج النفسي، أن أسلوب التعليم الذاتي قد استخدم بفعالية لمعالجة

بعض الأنماط السلوكية الغير تكيفية، مثل النشاطات الزائدة، والانطواء الاجتماعي، والعدوان، والتهور (Meichenbaum .1977) وقد اشتهرت دراسة **برونستين و كوفيلون** (Borstntin & Quevillon.1976) في هذا المجال من أي دراسة أخرى . في هذه الدراسة التي أجريت على مجموعة من الأطفال لديهم نشاطات زائدة، اشتمل العلاج على عدد من الخطوات كان **ميكنبوم و جودمان** قد وصفها (Meichenbaum & Goodman .1971) هذه الخطوات هي:

1. يقوم المعالج بتأدية السلوك المستهدف وهو يتحدث إلى نفسه بصوت مسموع
  2. يقوم المتعالج بتأدية السلوك المستهدف ويقوم المعالج بتوجيهه وتزويده بالتعليمات اللفظية
  3. يقوم المتعالج بتأدية السلوك المستهدف وهو يتحدث إلى نفسه بصوت مسموع
  4. يقوم المتعالج بتأدية السلوك المستهدف وهو يتحدث إلى نفسه بصوت منخفض
  5. يقوم المتعالج بتأدية السلوك المستهدف مستخدماً التعليمات الذاتية الخفية
- **نظرية العزو السببي** : تتمثل إحدى وجهات النظر المعرفية في التركيز على تفسير الشخص وإدراكه للأحداث والأسباب التي يعزو تلك الأحداث لها. فالأسباب التي يعزو إليها السلوك قد تساعد في تفسيره، وهذا هو الافتراض الأساسي الذي تقوم عليه نظرية العزو السببي التي طورها **هايدر** (Heider .1958) في محاولة منه لتفسير سيكولوجية العلاقات بين الأفراد وهي من القضايا الهامة في ميدان علم النفس الاجتماعي

- **إيقاف التفكير** : أسلوب إيقاف التفكير هو أسلوب سلوكي معرفي كان **جوزيف ولبي** قد وصفه في كتابه ( العلاج بالكف المتبادل ) الذي صدر عام 1958، ويستخدم علاجياً عندما تراود الإنسان أفكار وخواطر لا يستطيع السيطرة عليها، ففي البداية يطلب من المتعالج جان يفكر ملياً بالأفكار التي تزعجه، وبعد فترة قصيرة يصرخ المعالج قائلاً : ( توقف عن ذلك ) ، أو يحدث صوتاً مزعجاً ومنفراً ويقول **ولبي** أن الهدف من ذلك هو إيقاف السلوك اللفظي الذاتي، وقد استخدم **ولبي** (Wolpe .1971) هذا

الأسلوب بنجاح لمعالجة امرأة تبلغ من العمر 35 سنة كانت تعاني من صعوبات في علاقتها مع الآخرين، كذلك استخدم فيشر و وينكلر (Fisher & Winker .1975) هذا الأسلوب في علاج فتاة تبلغ من العمر 18 سنة كانت تتخيل مناظر مخيفة ومزعجة عندما تغلق عيناها قبل النوم .

ومن الدراسات التي استخدمت هذا الأسلوب دراسة أجريت على 20 شخصا كانوا يعانون من فصام الشخصية (Lamontagne & Elie .1983) وتمثل هدف هذه المعالجة في مساعدة هؤلاء الأشخاص على التخلص من الهلوسات والوسوس المرضية ،وقد تحقق هذا الهدف الى درجة كبيرة .

## خلاصة الفصل:

لطالما كان موضوع الاضطرابات السلوكية مصدرا للفضول والبحث من قبل الباحثين لما يعتري هذه الظاهرة النفسية والاجتماعية من غموض والتباس، وقد تطرقنا في هذا الفصل إلى مفهوم الاضطرابات السلوكية وأهم النظريات المفسرة لها، وكذا مدى انتشارها والأسباب التي أدت إليها، كما عرجنا على استراتيجيات تعديل السلوك، وفي الأخير تطرقنا بشيء من التفصيل لشكلين من أشكال الاضطرابات السلوكية ألا وهما اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة واضطراب السلوك العدوانية .



## الفصل الثالث

### التوافق النفسي الاجتماعي

#### تمهيد

1. مفهوم التوافق النفسي الاجتماعي
2. مطالب التوافق النفسي الاجتماعي
3. أبعاد التوافق النفسي الاجتماعي
4. خصائص التوافق النفسي الاجتماعي
5. وظائف عملية التوافق النفسي الاجتماعي
6. النظريات المفسرة للتوافق النفسي الاجتماعي
7. دور الأسرة والمدرسة والمجتمع في تحقيق التوافق

#### خلاصة الفصل

## تمهيد :

يعتبر التوافق احد أهم وأشهر المفاهيم في علم النفس، وقد لاقى اهتمام واسع من قبل علماء النفس والتربية وحتى علماء الاجتماع، لأنه بمثابة همزة الوصل بين هذه العلوم، كما أن التوافق هو المؤشر على الصحة النفسية والشخصية السوية، وسنعرض في هذا الفصل جزء من التراث الأدبي والنظري حول هذا الموضوع .

## 1. مفهوم التوافق النفسي الاجتماعي:

هناك الكثير من الدراسات العربية والأجنبية التي تناولت متغير التوافق النفسي الاجتماعي وعلاقته بمتغيرات أخرى، كما قدموا تعاريف توضح مفهوم التوافق النفسي الاجتماعي، ومن بين هذه الدراسات دراسة **روان البيبي (2015)** التي قدمت تعريفات لباحثين عرب:

حيث يعرفه **احمد** بأنه : اتزان ناتجة عن قوى متصارعة بين الفرد وبيئته ، وإمكاناته والفرص المتاحة له في بيئته (احمد، 2001، 29) .

ويعرفه **سفيان** بأنه : إشباع الفرد لحاجاته النفسية ،وتقبله لذاته ،واستمتاعه بحياة خالية من الصراع والتوترات والاضطرابات النفسية ،واستمتاعية بعلاقات حميمية اجتماعية ،ومشاركته في الأنشطة الاجتماعية ،وتقبله لعادات وتقاليد وقيم مجتمعه (سفيان، 2004، 153) .

كما يعرفه **صبره وآخرون** : بأنه علاقة ديناميكية يقوم بها الفرد في محاولاته لتحقيق التوافق بينه وبين نفسه أولاً ثم بينه وبين بيئته التي يعيش فيها ثانياً ،تلك البيئة التي تشمل كل ما يحيط بالفرد من مؤثرات ،ويتحقق هذا التوافق بان يقوم الفرد بتغيير سلوكه للمؤثرات المختلفة للوصول إلى حالة من الاستقرار النفسي والتكيف الاجتماعي مع بيئته (صبره وآخرون، 2004، 126) .

ويعرفه **أبو سكران**: بأنه حالة من القبول والرضي النابع من داخل الفرد ينعكس ذلك سلوكيا في ضوء

العلاقة المتبادلة بينهم، أي بين الفرد ونفسه وبين الفرد والآخرين (أبو سكران، 2009، 10) .

أما التعاريف التي قدمها الباحثين الأجانب فسندكر بعضا منها:

حيث يعرف (Roche) الشخص المتوافق هو: بأنه الذي يسلك وفق الأساليب الثقافية السائدة في

مجتمعه (عوض، 1996، 25).

بينما يقول (Aiznk): بأنه توازن في إشباع حاجات الفرد ومتطلباته البيئية (الحسين، 2002، 38).

ويعرفه (Young) بأنه: المرونة التي يشكل بها الفرد اتجاهاته وسلوكه لمواجهة المواقف الجديدة، بحيث

يكون هناك نوع من التكامل في التعبير عن طموحه وتوقعات ومطالب مجتمعه (الخالدي، 2009، 99).

ويقول (Arnold) بأنه: حالة تكون فيها حاجات الفرد من ناحية ومتطلبات البيئة من ناحية أخرى

مشبعة تماما، وتتناغم بين الفرد والهدف والبيئة الاجتماعية (الكنج، 2010، 46).

مما سبق يتضح أن معظم التعاريف تدور حول نقاط أساسية لمفهوم التوافق النفسي الاجتماعي هي:

1. التوافق عملية ديناميكية مستمرة

2. طرفا عملية التوافق هما الفرد و بيئته سواء البيئة الطبيعية أو الاجتماعية

3. إشباع حاجات الفرد بطريقة سليمة لتحقيق التوازن

4. لا بد من المسايرة الاجتماعية والتناغم الفعال والمتبادل بين الفرد ومحيطه الاجتماعي (روان البيبي

، 2015، 81).

## 2. مطالب التوافق النفسي الاجتماعي:

يحدد زهران مطالب التوافق النفسي الاجتماعي في النقاط التالية:

• نمو واستثمار الإمكانيات الجسدية إلى أقصى حد ممكن وتحقيق الصحة الجسدية لأنها ذات

صلة وثيقة بالصحة النفسية.

• النمو العقلي المعرفي يتم بشكل مثالي عند تحقيق أقصى الحدود الممكنة للنمو العقلي، وتحصيل

أكبر قدر ممكن من المعرفة، واكتساب أسلوب التفكير العلمي الناقد.

- تكوين مفهوم ايجابي عن الذات لان تقدير الذات يسهم في الصحة النفسية للفرد وفي توافقه الاجتماعي المناسب.
- النمو الاجتماعي ويقتضي ذلك المشاركة الفعالة في حياة الجماعة، والاتصال السليم المثمر مع أفرادها، وتنمية المهارات الاجتماعية لأنها تحقق التوافق الاجتماعي السوي، كما يقتضي ذلك تقبل الواقع ووجود منظومة من القيم التي توجه الفرد وتكيفه مع بيئته المحيطة.
- تحقيق الذات وتحقيق الدوافع للنجاح والتحصيل، ومن المهم إشباع الحاجات مثل الأمن والانتماء والحب والتقدير.
- النمو الانفعالي إلى أقصى درجة ممكنة وهذا عنصر مهم لتحقيق الصحة النفسية، ويتطلب القدرة على ضبط الذات والنجاح في التعبير عنها والاتزان الانفعالي.
- قبول التغيرات في الذات والبيئة والتوافق معها مثلما يواجهه الفرد من تغيرات في الشبخوخة كالتقاعد ووفاة الزوج أو الزوجة (روان البيبي، 2015، 82).

### 3. إبعاد التوافق النفسي الاجتماعي:

معظم الباحثين في ميدان علم النفس يتفقون على أن البعدان الأساسيان للتوافق هما : البعد الشخصي والبعد الاجتماعي على اعتبار أن تلك المظاهر المتعددة يمكن ضمها إلى بعضها لتشكيل عناصر البعدين الشخصي والاجتماعي.

#### • التوافق الشخصي:

تعرفه سهير كامل (1999) على انه: قدرة الفرد على توفيق بين دوافعه المتصارعة وإرضائها الإرضاء المتزن، وهذا لا يعني أن الصحة النفسية تعني الخلو من الصراعات النفسية، إذ لابد من تواجدها وإنما الصحة النفسية هي حسم هذه الصراعات والتحكم فيها بصورة مرضية مع القدرة على حل الأزمات النفسية بصورة ايجابية بدلا من الهروب منها في شكل أعراض مرضية.

ويرى حامد عبد السلام زهران : أن التوافق الشخصي يتضمن السعادة مع النفس والرضا مع النفس وإشباع الدوافع والحاجات الداخلية الأولية الفطرية والعضوية والسيولوجية والثانوية والمكتسبة ويعبر عن سلم داخلي حيث يقل الصراع الداخلي ويتضمن كذلك التوافق النمو في مراحل المتابعة وللتوافق الشخصي أبعاد هي :

#### التوافق الجسدي:

حيث تعتبر صحة الفرد وسلامته من الأمراض والعيوب الجسدية ، مصدرا أساسيا من مصادر الصحة النفسية، وان وجود عيب أو مرض أو خلل في التكوينات الجسدية يؤدي إلى خلل في الوظائف و تعطل أدائها، وكلما كان الخلل كبيرا كان تأثيره أعمق وأوسع إذ يمتد إلى الوظائف النفسية المختلفة ، ولاسيما أن التكوين الجسدي ليس بمنفصل عن التكوين النفسي ، بل إنهما معا يشكلان وحدة واحدة جسمية نفسية وبالتالي فإن أي خلل في الجانب العضوي يؤدي إلى خلل في الجانب النفسي والعكس (عوض ، 1996، 46).

#### التوافق مع الذات:

وهي فكرة الإنسان عن ذاته وعن قدراته الذاتية، ومدى تطابق نظريته عن ذاته مع واقعه كما يدركه الآخرون، فان تطابقت فكرة الإنسان عن ذاته مع فكرته عن واقعه، فانه يكون متوافقا وسعيدا مع نفسه ومع الآخرين، وان كانت نظريته عن ذاته يسودها التضخيم والتهويل على عكس ما يراه الآخرون، فهذا يؤدي إلى التكبر والغرور والتعالي وبالتالي فانه يصطدم مع الواقع وهذا يؤدي إلى سوء التوافق الاجتماعي، ومن هنا فان الفرد المتوافق ذاتيا ولا يتعارض مع الواقع فانه سينجح في إشباع حاجاته وتحقيق رغباته، وان الفرد الغير متوافق مع ذاته والمتعارض مع الواقع، فلا يستطيع رغبات ويفشل في تكوين علاقات اجتماعية ناجحة (الطيب ، 1994، 33).

كما أن تقدير الذات يؤثر على مفهوم الشخص عن ذاته ، فكلما كان تقدير الذات مرتفعا كان الرضا عن الذات ايجابيا ، وبالتالي التوافق أعلى ، والأشخاص أصحاب التقدير المنخفض عن الذات يكون الرضا عن الذات منخفضا لديهم ، وكذلك توافقهم منخفضا أيضا (جزر ، 2001، 71) .

التوافق الانفعالي:

إن من سمات الإنسان السوي التوافق الانفعالي والاتزان الوجداني، وهذا يمكن الفرد من السيطرة والتحكم والقدرة على ضبط نفسه وتحمل مواقف النقد والإحباط، والسيطرة على مصادر القلق والشعور بالأمن والاطمئنان بعيدا عن التوتر والخوف. ويعتبر التوافق الانفعالي من أهم سمات الشخصية السوية حيث لا تستقره التافهة، ويتسم بالهدوء والرصانة العقلية ومواجهة الأمور بتوازن وضبط الأعصاب (الدسوقي ، 1996، 20) .

#### • التوافق الاجتماعي :

حسب سهير كامل (1999) هو قدرة الفرد على عقد صلات مرضية تتسم بالتعاون والتسامح والإيثار لا يشعر بما يعكرها من العدوان أو الريبة أو الاتكال أو عدم الاكتراث لمشاعر الآخرين معا وان يرتبط الفرد بعلاقات دافئة مع الآخرين.

ويرى حامد عبد السلام زهران : أن التوافق الاجتماعي يتضمن السعادة مع الآخرين والالتزام بأخلاقيات المجتمع ومسايرة المعايير الاجتماعية والامتثال لقواعد الضبط الاجتماعي وتقبل التغير الاجتماعي والتفاعل الاجتماعي السليم والعمل لخير الجماعة مما يؤدي إلى تحقيق الصحة الاجتماعية.

وللتوافق الاجتماعي أبعاد :

### التوافق الأسري:

يتضمن السعادة والاستقرار والتماسك الأسري والمحبة والثقة بين أفرادها، وسلامة العلاقة بين الوالدين كليهما و بين الآباء والأبناء، ويمتد ليشمل العلاقة الأسرية مع الأقارب وحل المشكلات الأسرية (الشاذلي، 2001، 61).

وان التوافق الأسري يجعل الوالدين أكثر استجابة للأبناء واهتماما بهم ولحاجاتهم ، مما يجعل الأبناء يكونون صيغة ايجابية عن ذواتهم تتضمن الثقة والأمان النفسي ، بينما سوء التوافق الأسري يجعل الأبناء يكونون صيغا سلبية عن ذواتهم ويشعرون بعدم الكفاية وعدم الأمان النفسي (Eiden et al 1995,1504)

### التوافق المدرسي:

تعتبر المدرسة الحصن الثاني في الأهمية بعد المدرسة، فهي النواة الثانية، والتي تساهم في تشكيل شخصية الفرد وتؤثر في سلوكه تأثيرا كبيرا، ولابد أن تكون العلاقة المتبادلة بين الفرد والمدرسة علاقة توافقية ايجابية، ويعد الفرد متوافقا مدرسيا إذا كان في حالة رضا عن انجازه الأكاديمي مع رضا المدرسة عنه، سواء في أدائه الأكاديمي أو في علاقته مع المدرسية مع الزملاء والمدرسين والعاملين، والتوافق الاجتماعي المدرسي يتوقف على بعدين هما بعد عقلي وبعد اجتماعي، فالتوافق المدرسي ماهو إلا المحصلة النهائية للعلاقة الحركية البناءة بين الطالب ومحيطه المدرسي، بما يسهم في تقدم الطالب ونمائه العلمي والنفسي، وتتمثل أهم المؤشرات الجيدة لهذا التوافق بالاجتهاد في التحصيل العلمي وقبول في المعايير، والرغبة في توثيق العلاقات الشخصية والاستمتاع بها (الزهراني، 2005، 51).

### التوافق المجتمعي:

يتمثل في تقبل الفرد لعادات المجتمع وتقاليده وقيمه وأفكاره وقوانينه وأنظمته (سفيان، 2004، 155). فالتوافق المجتمعي يتطلب المرونة في تقبل المتغيرات التي تحدث ، ومسايرة تلك المعايير الاجتماعية للجماعة التي ينتمي إليها، أي لابد من المواءمة بين حاجات الفرد وإمكاناته ومتطلبات البيئة الاجتماعية

المختلفة ، بما تشمله من مؤسسات كالنقابات والأحزاب، والتي قد تكون أكثر قدرة على استثارة التغيرات الاجتماعية بما يخدم أهداف الفرد ومصالحه ، وبهذا يشعر الفرد بالأمان الاجتماعي، بحيث تتم له المعرفة للمستويات والمهارات الاجتماعية، بما يسمح له بإقامة علاقات ودية مع أفراد المجتمع (الزهراني، 2005، 50) .

#### التوافق الانسجامي:

وهو توافق الفرد مع بيئته الخارجية ( المادية والاجتماعية ) ، فالبيئة المادية هي كل ما يحيط بالفرد من عوامل مادية كالطقس والجبال والأنهار وغيرها ، بينما البيئة الاجتماعية هي كل ما يسود المجتمع من قيم وعادات وتقاليد ودين وعلاقات اجتماعية تنظم حياة الفرد داخل الجماعة (أبو سكران ، 2009، 45) .

#### 4. خصائص التوافق النفسي الاجتماعي:

- **التوافق عملية كلية:** التوافق هو التفاعل الكلي بين الإنسان والبيئة المحيطة به، ما يعني أن يكون النظر للإنسان باعتباره شخصية كلية متكاملة ، وان التوافق هو قائم على الصراع بين الذات والموضوع بل هو سلسلة متصلة لا تنتهي عن هذا الصراع ، فالإنسان موحد في علاقته بمحيطه الاجتماعي وفي جميع مجالات الحياة (المغربي ، 1992، 12) .
- **التوافق عملية ديناميكية :** فعلمية التوافق مستمرة على مدى الحياة ولا تتم مرة واحدة وبصفة نهائية ، بل تستمر طوال الحياة التي تتضمن سلسلة من الحاجات المتغيرة لإشباعها ، والتوافق يمثل المحصلة أو تلك النتائج التي تتضمن صراع القوى المختلفة ، بعضها ذاتي والآخر بيئي ، والبعض فطري والبعض الآخر مكتسب ، والقوى البيئية بعضها مادي والآخر قيمي وآخر اجتماعي ، وفي النهاية التوافق محصلة لكل القوى سالف الذكر (دمنهوري ، 1996، 83) .
- **التوافق عملية ارتقائية:** وهذا يعني أن نضع في اعتبارنا حاجات الفرد ودوافعه في مراحل نموه



المختلفة ،فلكل مرحلة حاجاتها ومتطلباتها، فالنمو ليس إلا سلسلة من الواجبات التي يجب أن تؤدي رضا المجتمع عنه و الرضا عن نفسه، بينما يؤدي عدم تعلمه لها أو فشله في تعلمها إلى تعاسته وسخط المجتمع عليه ، وهذا بدوره يشعره بعدم التوافق مع نفسه من جهة، ومع المجتمع من جهة أخرى ، وان كل واحدة من هذه الواجبات يظهر في سن معين من مراحل النمو خلال حياة الفرد، ويؤدي تعلمها إلى سعادته ونجاحه في تعلم الواجبات الأخرى ، وهذه الواجبات تقوم على أسس ثلاثة ( بيولوجي، اجتماعي نفسي ) ( أبو سكران ، 2009، 20) .

• **التوافق عملية نسبية:** قد يكون الفرد متوافقا في فترة من فترات حياته، وغير متوافق في فترة أخرى ، فليس هناك ما يعرف بالتوافق التام ، لان التوافق التام على مدار الحياة يؤدي إلى الجمود وعدم الشعور بالتغيير ، فالتوافق عملية نسبية معيارية تختلف باختلاف الزمان والمكان والظروف التي يمر بها الإنسان (المغربي، 1992، 13) .

• **التوافق عملية وظيفية:** ويقصد به أن التوافق سواء كان سويا أو مرضيا ينطوي على وظيفة الاتزان أو تحقيق الاتزان من جديد الناشئ عن صراع بين الذات والموضوع (المغربي، 1992، 12) .

### 5. وظائف عملية التوافق النفسي الاجتماعي :

عند أي تغيير في البيئة المحيطة بالفرد ينبغي أن يقابل ذلك بتغيير وتعديل في السلوك ، وان يجد طرقا جديدة لإشباع رغباته وتحقيق توازن النفسي وانسجامة الاجتماعي تبعا لأي تغيير في الظروف المحيطة وهنا تكمن وظيفة التوافق النفسي الاجتماعي لان التوافق يتضمن المرونة في مواجهة الظروف البيئية المختلفة (اروان البيبي ، 2015، 89) . وهناك عدة عوامل تؤثر في عملية التوافق منها :

**إشباع الحاجات الأولية :** هي ذات وظيفة حيوية تعمل على بقاء الفرد حيث ترتبط بالتكوين الفسيولوجي له ، مثل الحاجة إلى الطعام والشراب والملبس والسكن والجنس والنوم ، وهي حاجات إشباعها ضروري للحياة ، حيث أن مستوى إشباع هذه الحاجات مؤشر لعملية التوافق ، فإذا لم تشبع فان الفرد يعاني من

التوتر، وكلما زاد التوتر، يقل الاتزان الانفعالي، وبالتالي تضعف قدرة الفرد على الوصول إلى التوازن الحسن (الحجار، 2003، 15) .

**إشباع الحاجات الثانوية:** وهي التي يكتسبها الفرد ويتعلمها من البيئة وتتأثر بنوعية التنشئة الاجتماعية كما أنها تنظم إشباع الحاجات البيولوجية وتضبطها مثل الحاجة إلى الأمن والاستقرار ، والمحبة والنجاح وهذه الحاجات النفسية ضرورية للفرد ليكتمل توازنه ونضجه النفسي، حيث يظل مدفوعا بها إلى أن يشبعها ، فهي تولد لديه حالة من التوتر النفسي تدفعه إلى إشباعها فهي حاجات ملحة ذات استمرارية وتواصل (منصور، 2006، 42) .

**التقبل والرضا عن الذات:** تعتبر من أهم العوامل التي تؤثر في سلوك الفرد، فالرضا عن الذات يكون دافعا للفرد لاتجاه العمل والتوافق مع الآخرين ، والانجاز في مجالات تتفق مع قدراته وإمكانياته، والفرد الذي لا يتقبل نفسه ولا يشعر بالرضا ، يكون معرضا للمواقف الإحباطية، ويشعر خلا لهل بالفشل وعدم التوافق النفسي الاجتماعي ، ويدفعه ذلك إلى الانطواء أو العدوان (عطية ، 2001، 30) .

المسايرة هي الانصياع أو المجازاة وميل غير مقصود غالبا لتقبل أفكار اجتماعية معينة ومعاييرها وسلوكها، والمسايرة قد تكون مطلوبة في مواقف معينة ، ولكن البيئة الاجتماعية قد تتضمن معايير فاسدة ومبادئ خاطئة، ومن ثم لا يكون المسايرة معها علامة على التوافق ، ويكون التوافق بمحاولة تغيير البيئة أو عدم مسايرتها ويسمى ذلك بالمغايرة وهي تشير إلى السلوك الذي يتناقض مع معايير الجماعة ويخالفها (مطر، 2009، 38) .

**تحقيق الصحة النفسية:** إن الإنسان يتعرض لضغوطات وصراعات داخلية وخارجية، وعليه مواجهة الدوافع والرغبات الشخصية المتعارضة مع البيئة المحيطة به من اجل استمرار التوازن النفسي لديه، أي تحقيق التوافق الايجابي، ويرى علماء النفس أن الفرد المتوافق هو الذي بصحة نفسية، والصحة النفسية هي محصلة انجاز عمليات التوافق

ويذكر تشويل (1990) في العلاقة بين الصحة النفسية والتوافق ما يلي ":

- الصحة النفسية توافق مستمر، غير ثابتة، وهي هدف دائم ضروري وأساسي في نمو الشخصية السوية.

- الصحة النفسية هي حالة ايجابية تشمل الجوانب الجسدية والاجتماعية والانفعالية ، وهذه الجوانب متكاملة تنمو أثناء عملية التوافق.

- الصحة النفسية عملية توافق تهدف إلى إيصال الفرد إلى أعلى مراتب تحقيق الذات (روان البيبي ، 2015، 91) .

والتوافق يدل على الصحة النفسية إذا كانت أهداف الفرد تتفق مع معايير وقيم المجتمع وإشباعها بسلوك مقبول، وأيضا يدل على ضعف الصحة النفسية إذا لم يتقبل المجتمع أهدافه أو كان سلوكه يثير سخط الناس عليه (أبو جريح والصفدي، 2001، 30) .

## 6. النظريات المفسرة للتوافق النفسي الاجتماعي:

### • النظرية البيولوجية الطبية

يرى أصحاب هذه النظرية أن جميع أشكال الفشل في التوافق تنتج عن أمراض تصيب أنسجة الجسم وبخاصة مخ الإنسان ، ومثل هذه الأمراض يمكن توارثها، أو اكتسابها خلال الحياة، عن طريق الإصابات والجروح والعدوى، والأمراض المزمنة كمرض السكري والقلب ، الناتج عن الضغط الواقع على الفرد (عبد اللطيف، 1990، 42) .

حيث يؤكد أصحاب هذه النظرية وجود ارتباط بين التغيرات الكيميائية والتغيرات النفسية الانفعالية، حيث يكشف الأفراد الذين تعرضوا لصدمات عن استجابات فيزيولوجية وكيميائية كالاستجابات المتصلة بالقلب والارتفاعات في ضغط الدم التي تستمر طويلا ..... الخ ، فالتغيرات الفيزيولوجية تنبه الفرد وترفع من حساسيته (يوسف، 2001، 116) .

ويهتم المشتغلون في الطب النفسي بالجوانب المرضية المرتبطة بالاضطراب النفسي من الناحية الفسيولوجية، على أساس انها اضطرابات وظيفية ناجمة عن اضطراب التنظيم الهرموني أو الكيميائي لدى الفرد (روان البيبي، 2015، 101).

• نظرية التحليل النفسي التقليدية:

من المنظور الفرويدي:

إن الشخص حسن التوافق من منظور فرويد هو الذي تكون عنده الأنا بمثابة المدير المنفذ للشخصية وتسيطر على الهو والانا الأعلى، وبأداء الأنا لوظائفه بحكمة واتزان يتحقق التوافق، وأما إذا تخاذل الأنا عن قدرة اكبر مما ينبغي من سلطانه للهو والانا الأعلى، فإن ذلك يؤدي إلى سوء التوافق (الشنداوي، 1999، 382). فالتوافق الحسن عند الفرد يكون بإدراكه الشعوري لدوافعه وتكيفها مع مطالب الواقع بينما يرجع فرويد سوء التوافق إلى مرحلة الطفولة بخبراتها المؤلمة التي تعرض لها الطفل في مراحلها الأولى والتي لها عامل أساسي في تشكيل الشخصية (الديب، 1990، 30)، فالشخصية من وجهة النظر الفرويدية هي أسلوب الفرد الذي يستخدمه من أجل تحقيق التوافق، هذا الأسلوب يتميز بتأثره بالعوامل السيكولوجية والفسيولوجية التي تتمثل في الغرائز والليبدو (العناني، 2005، 45).

ولكي يحمي الإنسان نفسه من التهديد، فإنه يلجأ إلى الحيل الدفاعية للمحافظة على كيانه وأمانه النفسي ومن تلك الحيل الكبت الذي يعتبر حيلة هروبية تلجأ إليها الأنا لطرد الدوافع والذكريات والأفكار الشعورية المؤلمة أو المخزنة، وإكراهها على التراجع إلى اللاشعور (الرفاعي، 2001، 143).

والنكوص الذي هو عبارة عن تراجع الفرد إلى أساليب طفولية أو بدائية في التفكير أو السلوك، حين يعجز عن التغلب بطريقة بناءة على ما يعانیه من كبت أو إحباط أو صراع (عبد المتجلي، 2004، 107).

المنظور الادلري :

يرى ادلر أن القوة الدافعية في الإنسان هي الرغبة في القوة ، وهي نوع من التعويض عن مشاعر النقص التي تبدأ من الطفولة عندما يرى الطفل انه اضعف من الكبار المحيطين به جسديا وعقليا، ويدفع به هذا الشعور إلى الكفاح من اجل التفوق و النمو، وما العصا بالا محاولة سيئة من الإنسان لتحرير النفس من الشعور بالنقص (يوسف ، 2001، 98) .

وسمى ادلر تطوير الإنسان لحياته وتحقيق التفوق على الآخرين الذي يتم بدافع الشعور بالعجز بأسلوب الحياة وكل فرد فريد في أسلوب حياته بسبب التأثيرات المختلفة للذات الداخلية (انجلر ، 1991، 54) .

#### • نظرية التحليل النفسي الجديدة:

ينظر مجددو مدرسة التحليل النفسي الجديدة إلى التوافق نظرة مختلفة عما يراه فرويد ، فهم يميلون إلى عدم الاهتمام بالآثار السلبية للمجتمع على الفرد ، بل يهتمون بالآثار الايجابية لتلك العلاقة ..... وهذا التركيز على أهمية المجتمع في صياغة السلوك وتشكيله ، هو الذي يسمح لهم بالتفائل فيما يتعلق بإمكان تعديل السلوك في مراحل الحياة المقبلة للشخصية (السوداني ، 1990، 56) . فيرى ادلر احد أهم مؤسسي هذه النظرية أن السلوك يتجدد على نحو أولي بالدوافع الاجتماعية بالرغم انه لم يعتبر الإمكانية الاجتماعية فطرية ، ولقد كان الكفاح من اجل التفوق والرفعة للتوافق هو الدافع الاجتماعي الذي يركز عليه ادلر ، كتعويض عن مشاعر الدونية ، كما يرى أن حدوث السلوك المرضي يكون عن طريق مبالغة الفرد في إظهار شعور الدونية والرغبة في التفوق، غير أن النتيجة النهائية هي وجود قوة دافعة أساسية في كل الكائنات الإنسانية بحيث تفسر النماء والتقدم الاجتماعي (الزعيبي ، 1994، 41) .

وترى هورني أن التوافق يؤدي إلى السواء وعدم التوافق يؤدي إلى العصاب ويرجعان إلى عملية التنشئة الاجتماعية في ضوء ثقافة ما، حيث تعطي هورني أهمية كبيرة للحقائق الاجتماعية والبيئية في تطوير الشخصية، بينما أكد فروم أن الإنسان يحتاج إلى الإحساس بالانتماء إلى أخيه الإنسان والإحساس بالقدرة

على الإبداع والابتكار وان يكون سيد الطبيعة وليس ضحية مستسلمة لها، وان يشعر بالاستقلال الذاتي ، ويحتاج إلى فلسفة وعقيدة في الحياة ، وبدل رأي فروم انه إذا لم يحقق للإنسان نوع من الإشباع للحاجات التي ذكرها بصرف النظر عن الثقافة أو المجتمع الذي يعيش فيه فانه سيعاني من اضطرابات انفعالية (الابو سكران ، 2009، 32) .

• النظرية السلوكية:

اختلف بعض علماء المدرسة السلوكية في حدوث عملية التوافق ، حيث رأى واطسون و سكن ران عملية التوافق تتم بدون قصد وبصورة آلية عن طريق الاثبات البيئية ، في حين يرى باندورا وماهوني أن بعض عمليات التوافق تتم بصورة قصدية واعية تماما (المغربي ، 1992، 33) . ويرى أصحاب هذه النظرية عموما أن السلوك التوافقي هو الذي يؤدي إلى خفض التوتر الناتج عن إلحاح دافع معين، والفرد يتعلمه ويميل إلى تكراره في المواقف المماثلة، كما يرون أن الشخصية ليس إلا جهاز العادات والمهارات والسلوكيات التي اكتسبها الفرد، والسلوك التوافقي هو القدرة على التنبؤ بالنتائج المترتبة على السلوك والقدرة على ضبط الذات (السندي ، 1990، 23) .

بينما سوء التوافق لدى الفرد يتمثل عند السلوكيين في عدم قدرة الفرد على ملاحظة النتائج غير المرغوبة التي تترتب على سلوك معين، كما يتضمن صعوبة ضبط الذات، وهذه القدرات في جميع الأحوال مهارات أو سلوكيات متعلمة، وهي قابلة للتغيير في أي وقت من عمر الإنسان (منصور ، 2006، 80) .

واهم فكرة يؤكد عليها السلوكيين أن السلوك بصفة عامة ناتج عن مثير واستجابة، وان عدم التوافق في هذه العلاقة قد يكون ناتجا عن مصدر المثير، بحيث يعجز المصدر عن توصيل ما يريده الإنسان بشكل صحيح، وقد ينتج أيضا عن الشخص الذي يقوم بالاستجابة، وهذا إما يكون ناتجا عن نقص معرفي أو نقص انفعالي أو اجتماعي لدى الفرد، وقد يرجع عدم السواء إلى عوامل خارجية كحدوث ضوضاء أو أي معوقات خارجية أخرى (سمارة ، 1991، 57) .

• النظرية الإنسانية :

قامت هذه المدرسة مخالفة لكل من آراء المدرسة التحليلية والسلوكية، فأصحابها اجمعوا على أن الإنسان يتميز عن باقي الكائنات الحية بالإبداع والتفاعل والتواصل بحرية، وهم يرون أن التوافق يرتبط بتحقيق الفرد لذاته، وإذا استطاع الإنسان أن يشبع الحاجات الأولية والفسولوجية يفسح المجال له للوصول إلى المستوى الذي يليه، حتى يصل إلى أعلى مستويات الإشباع ألا وهي تحقيق الذات، ويرى ماسلو احد رواد هذه المدرسة أن الشخص المتوافق يتصف بالتلقائية وتقبل الذات والآخرين، والإدراك الدقيق للواقع والقدرة على إقامة العلاقات مع الآخرين، وان تحقيق الذات هو ارقى الدوافع الإنسانية والأشخاص المحققين لذواتهم يمثلون الشخصية السوية (عسكر والفرحان، 1991، 159) .

وبما أن الشخصية المتوافقة هي التي تتمتع بالتوازن بين الفرد من جهة وبين مجتمعه من جهة أخرى إضافة إلى قبول الذات والرضا الاجتماعي، فلا بد من الإشارة إلى أن هذه المشاعر تتشكل ضمن محددات تتكامل فيما بينها ، ويعتبر كل من الوراثة والبيئة جانبا منها، ولا يمكن الحكم على فرد من جانب أو اتجاه معين دون النظر إلى الجوانب الأخرى (وافي، 2006، 70) .

• النظرية المعرفية:

يرى أصحاب هذه النظرية أن التوافق يأتي من خلال معرفة الإنسان لذاته وقدراته ، والتوافق معها حسب إمكانياته المتاحة، وان كل فرد يمتلك القدرة على التوافق الذاتي، وعلى هذا الأساس فقد أكد ألبرت أليس عبر خبراته مع المرضى على أهمية تعليم المرضى النفسيين كيف يغيرون أفكارهم في حل المشكلات وان يوضح لهم امتلاك القدرة عبر الحديث الداخلي على التوافق، وان يوضح للمريض أن حديثه مع ذاته بأحاديث غير منطقية يعتبر مصدرا للاضطرابات الانفعالية، وان يساعده على أن يستقيم تفكيره حتى يصبح الحديث الذاتي لديه أكثر منطقية وأكثر فعالية (سملرة ، 1991، 69) .

وكذلك يرى لازاروس وفولكمان أن تقييم الفرد الأولي للموقف يحدد أساليبه في التوافق، حيث يتم تقييم الفرد للأحداث المسببة للضغط النفسي على أنها مرهقة ، أو تفوق قدرته ، وتعرضه للخطر، في إطار علاقته بالبيئة وتقييمه المعرفي للضغط، وتتولد لذلك استجابات مختلفة انفعالية أو فسيولوجية تجاه الحدث الضاغط، فقد يدرك شخصان الحدث على انه ضاغط لكن احدهما يعتقد أن لديه مصادره وإمكانياته التي تساعده على التعامل معه، بينما لا يعتقد الشخص الآخر ذلك، طبقا لمصادر المواجهة الشخصية والمعرفية والاجتماعية والمادية لدى كل منهم (حسين وآخرون، 2006، 87) .

ويتضح مما سبق أن وصول الفرد للتوافق الحسن لا بد أن يستند إلى قدرة معرفية كافية وخبرة واسعة من أجل تحقيق التوازن وحل المشكلات بطريقة منطقية وأكثر فاعلية تتناسب مع واقع الفرد (روان البيبي، 2015، 106) .

## 7. دور الأسرة والمدرسة والمجتمع في تحقيق التوافق

### • دور الأسرة :

تعتبر الأسرة أول بيئة اجتماعية يعيش فيها الطفل ، وفي إطار الأسرة تنمو أول الارتباطات والعلاقات الوثيقة مع أشخاص من أعمار مختلفة ، وجنس مختلف ، والتي تكون في مجموعها أساس نمو الشخصية (حسن ، محمود ، 1967) .

فالأسرة مصدر هام لقيم الطفل واتجاهاته ، فهي التي تشرف على النمو النفسي للطفل ، وتؤثر في تكوينه الشخصي وظيفيا ودينامكيا وتوجيه سلوكه (زهران حامد عبدالسلام، 1997) .

وتتعلق أهمية الأسرة من حيث كونها أقوى الجماعات تأثيرا على الفرد، فالطفل يولد وهو كائن في غاية الضعف ..... إذ يحتاج إلى رعاية نفسية وجسمية تساعده على النمو والنضج وتضمن له البقاء (نبيلة ميخائيل مكاري ، 2003) .



ونوع العلاقة القائمة بين أفراد الأسرة تؤثر على حياة الطفل مستقبلا ما بالإيجاب أو السلب وفق العلاقة تؤثر على صحته النفسية والعاطفية والعقلية والاجتماعية، وكذلك على نموه العام ، فإذا كان مشبعا بالحب والعطف نما الطفل متزنا، ويشعر بالأمن والحماية، والأسرة هي أصلح بيئة لتكوين الطفل وتربيته فإذا كانت الأسرة متفهمة لواجباتها وأدوارها إزاء أبنائها، يمكن أن تكون عامل استقرار لأفرادها حيث يقوم الوالدان بالتوجيه المناسب (هاشمي احمد ، 2004) .

ويعتبر **فؤاد حيدر**: أن وظيفة الأسرة الأساسية بالنسبة للطفل هي توفير الأمن والطمأنينة والحماية والشعور بالثقة ورعايته في جو من الحنان والحب، لان ذلك يجعله يتمتع بشخصية متوازنة قادرة على اكتساب المهارات التي يدره عليها الأهل بجو من التفاهم والعطاء والثقة، وترجع أهمية الأسرة إلى :

- الأسرة هي المكان الأول الذي يتم فيه باكورة الاتصال الاجتماعي الذي يمارسه الطفل
- إن القيم والاتجاهات تقوم تمر بعملية تنقية من قبل الآباء متخذة طريقها إلى الأبناء بصفة مصفاة وأكثر خصوصية.
- الأسرة هي مكان للتربية المقصودة وهي تعلم الطفل اللغة وتكسبه بدايات ومهارات التعبير.
- الأسرة هي المكان الذي يزود الأطفال ببذور العواطف والاتجاهات اللازمة للحياة في المجتمع
- الأسرة هي موصل لثقافة المجتمع للطفل.
- الأسرة أكثر دوما وأثقل وزنا من باقي الوكالات المؤثرة على الطفل وبخاصة في مرحلة الطفولة .
- إن التفاعل بين الأسرة والطفل يكون مكافا وأطول زمنا من الجهات الأخرى المتفاعلة مع الطفل.
- الأسرة هي الجماعة المرجعية التي يعتمد عليها الطفل عند تقييمه لسلوكه (زكرياء الشريبي ، يسرية صادق ، 1996) .

وعليه نقول أن الخبرات الأسرية التي يتعرض لها الطفل في السنوات الأولى من عمره تؤثر تأثيرا هاما في نمو النفسي (كاملة الفرخ ، عبدالجابر تيم ، 1999) .

• دور المدرسة :

يقضي الفرد فترة طويلة من حياته في المدرسة ، حيث يتزود بالخبرات والمهارات التي تمكنه من مواجهة مطالب الحياة العملية وقد يكون تأثير المدرسة ايجابيا أو سلبيا ويتوقف ذلك على عدد من العوامل منها

حسب عبد الحميد محمد الشاذلي :

- الجو الذي يسود المدرسة كالحرية والديمقراطية.

- الصحة النفسية للمعلم وتأثيرها على تلاميذه.

- أهداف التلاميذ وأثرها على صحتهم النفسية.

- فلسفة التعليم وأثرها.

وترى نبيلة ميخائيل مكاري أن للمدرسة وظيفتان :

- **الوظيفة الأولى:** هي نقل الثقافة والحفاظ على التراث الثقافي بما يطرأ عليه من تعديلات ونمو .

- **الوظيفة الثانية:** هي توفير الظروف المناسبة للنمو ، وان تزود وتعرض أطفالها للخبرات المناسبة

التي تؤدي إلى نموهم جسميا وعقليا واجتماعيا وانفعاليا.

ويتمثل دور المدرسة في أنها مسؤولة عن عملية تعلم وتكوين وتنمية الاتجاهات بما يتناسب مع فلسفة

المجتمع ، وتساعد المدرسة الطفل على الاعتماد على ذاته بدلا من الاعتماد على غيره وتنمي فيه روح

الاستقلالية ويتعلم الطفل في مدرسته كيف يتعاون، وكيف ينافس غيره في حدود الإطار الاجتماعي القائم

، وكيف يأخذ ويعطي ، وكيف يخدم الجماعة ويستفيد منها (فؤاد البهي السيد، 1974) .

ويرى **فؤاد حيدر:** أن محور اهتمام المدرسة هو التعرف على الطفل وفهم طبيعة سلوكه والعوامل المسببة

او المؤثرة في ذلك السلوك لكي يصبح بالإمكان استخدام وسائل وأساليب ملائمة في ضبط ذلك السلوك

وتوجيهه وتعديله لكي تتلاءم شخصيات الأطفال مع ظروف المجتمع الحضري ومتطلبا المستقبل.

ولتحقق المدرسة التوافق النفسي للطفل حسب عبد الحميد الشاذلي فلا بد من:

- أن يسود المدرسة جو من الديمقراطية و حرية التعبير عن الرأي.
- العمل على الحاجات النفسية والاجتماعية للتلاميذ.
- تزويد التلاميذ بالخبرات الاجتماعية التي تمكنهم من الحياة بسعادة و ايجابية.
- مساعدة التلاميذ أن يضعوا لأنفسهم أهداف واقعية.
- الاعتراف بالفروق الفردية بين التلاميذ .
- الاهتمام بالصحة النفسية للمعلم وتحقيق رضاه النفسي واستقراره المهني.
- جعل المدرسة مكانا محببا للتلاميذ يسوده النشاط والحركة.
- الاهتمام بدراسة المشاكل السلوكية للتلاميذ ومعرفة دوافعها.
- مرونة البرامج والمناهج وارتباطها بالحياة.
- زيادة فرص النجاح وتقبل فرص الفشل عن طريق اختبار أوجه النشاط التي تلائم قدرات التلاميذ
- الاهتمام ببرامج التوجيه والإرشاد .

#### دور المجتمع :

يرى عبد الحميد الشاذلي (2001) أن التوافق في المجتمع يتحقق ب :

- المحافظة على القيم والمعايير الاجتماعية والعادات والتقاليد التي يتمسك بها المجتمع والمستوحاة من الشرائع السماوية والتراث الحضاري.
- إصدار التشريعات الخاصة بحماية الشباب من التيارات الفكرية التي تتناقض مع معايير وقيم المجتمع.
- رعاية الأمومة والطفولة وحماية الطلاب والعاملين والمسنيين.
- إقامة عدالة اجتماعية وديمقراطية تسودها الحرية الشخصية.
- الإكثار من التوجيه والإرشاد النفسي والتربوي والمهني.

- العمل على حل المشكلات التي يعاني منها الناس في المجتمع مثل المشكلة السكانية وغيرها من المشاكل التي تشكل ضغوطا على الفرد.

### خلاصة الفصل :

لقد حاولنا من خلال هذا الفصل إعطاء فكرة واضحة ومتكاملة حول موضوع التوافق النفسي الاجتماعي الذي هو احد متغيرات دراستنا، حيث تطرقنا إلى مفهوم التوافق النفسي الاجتماعي وذلك من خلال تعاريف بعض الباحثين العرب والأجانب، والتي كانت في مجملها تتفق على أن التوافق هو إشباع الفرد لحاجاته النفسية والاجتماعية بطريقة سليمة ومتوازنة ومتوافقة مع مطالب وتوقعات مجتمعه، بعد ذلك تناولنا المطالب التي يجب توفرها لتحقيق التوافق النفسي الاجتماعي، وإبعاده المتمثلة في البعدين الشخصي والاجتماعي

، واهم خصائص التوافق النفسي الاجتماعي، ثم عرجنا إلى وظائفه والنظريات المفسرة له ، وصولا إلى دور الأسرة والمدرسة والمجتمع في تحقيق التوافق النفسي الاجتماعي .

## الفصل الرابع

### الإعاقة السمعية

#### تمهيد

1. مفهوم الإعاقة السمعية

2. آلية عملية السمع

3. تصنيفات الإعاقة السمعية

4. أسباب الإعاقة السمعية

5. خصائص ذوي الإعاقة السمعية

6. مهارات التواصل لدى ذوي الإعاقة السمعية

#### خلاصة الفصل

## تمهيد :

يقدم هذا الفصل المعلومات الأساسية وما أجاد به التراث الأدبي حول الإعاقة السمعية التي تعتبر الإعاقة الأكثر غموضاً و صعوبة من بين الإعاقات الأخرى ، وذلك بسبب القيود التي تفرضها هذه الإعاقة على أفرادها مما يجعلهم في عزلة دائمة عن البيئة المحيطة بهم، ومن هذا المنطلق سنتناول مفهوم الإعاقة السمعية من وجهة نظر الباحثين والمختصين في هذا المجال، وشرح آلية عملية السمع مروراً إلى تصنيفات الإعاقة السمعية ، والأسباب المؤدية إلى الإصابة بها، كما سنتطرق إلى خصائص ذوي الإعاقة السمعية ، وأخيراً مهارات التواصل لذوي الإعاقة السمعية .

## 1. مفهوم الإعاقة السمعية:

لقد ظهرت العديد من التعريفات للإعاقة السمعية حسب المهتمين بهذه المشكلة فعلى سبيل المثال يهتم الأطباء والعاملون في مجال القانون بدرجة فقدان السمع وذلك من أجل التمييز بين ضعاف السمع والمصابين بالصمم الكامل ، بينما يهتم التربويون بالمضامين التربوية والآثار الناتجة عن الإعاقة السمعية على التعلم والتواصل (مصطفى القمش، خليل المعاينة، 2007، 82).

مما سبق نستنتج أن مصطلح الإعاقة السمعية يشير إلى المشكلات السمعية التي تتراوح في شدتها من البسيط إلى المتوسط وهو ما يسمى بالضعف السمعي إلى الشديد وهو ما يسمى بالصمم، ومن هنا يعرف الصمم على أنه درجة من فقدان السمع تزيد عن 70 ديسيبل للفرد تحول دون اعتماده على حاسة السمع في فهم الكلام باستخدام السماعيات أو بدونها، أما ضعف السمع فهو درجة من فقدان السمع تزيد عن 35 ديسيبل وتقل عن 70 ديسيبل تجعل الفرد يعاني صعوبة في فهم الكلام باستخدام حاسة السمع فقط (نفس المرجع السابق).

وثمة تعاريف مختلفة للإعاقة السمعية منها التعريف الوظيفي ، ويعتمد هذا التعريف على مدى تأثير فقدان السمع على إدراك وفهم اللغة المنطوقة، واستناداً إلى هذا التعريف يرى لويد (1973) تعني

انحرافا في السمع يحد من القدرة على التواصل السمعي اللفظي، وشدة الإعاقة السمعية إنما هي نتاج لشدة في الضعف السمعي وتفاعله مع عوامل أخرى مثل العمر عند فقدان السمع، والعمر عند اكتشاف فقدان السمع ومعالجته، والمدة الزمنية التي استغرقها حدوث فقدان السمع، ونوع الاضطراب الذي إلى فقدان السمع، وفاعلية أدوات تضخيم الصوت، والخدمات التأهيلية المقدمة، والعوامل الأسرية والقدرات التعويضية أو التكيفية (الخطيب، 1998، 25)

ويعرف الطفل الأصم كليا هو ذلك الطفل الذي فقد قدرته السمعية في السنوات الثلاثة الأولى من عمره ونتيجة لذلك لم يستطع اكتساب اللغة ، ويطلق على هذا الطفل مصطلح الأصم الأبكم، أما الطفل الأصم جزئيا فهو ذلك الطفل الذي فقد جزءا من قدرته السمعية، وكنتيجة لذلك فهو يسمع عند درجة معينة، كما ينطق اللغة وفقد مستوى معين، يتناسب ودرجة إعاقة السمعية (فاروق الروسان، 1998، 141)

كما يعرف **مصطفى فهمي** 1980 الطفل الأصم من الناحية الطبية بأنه ذلك الطفل الذي حرم من حاسة السمع منذ ولادته، أو هو الذي فقد القدرة السمعية قبل تعلم الكلام، أو هو الذي فقدتها بمجرد أن تعلم الكلام لدرجة أن أثار التعلم فقدت بسرعة، ويعتبر الصمم في الواقع عاهة أكثر إعاقة من العمى، إذ أن الأصم يتعذر عليه بسبب عاهته الاشتراك في المجتمع ( عبد الرحمن سيد سليمان ، 1999 ، ص 71 )

وعرفها **المعاينة** بأنها فقدان الفرد لحاسة السمع بشكل كامل أو انخفاض قدرته على سماع الأصوات نتيجة خلل ما في الجهاز السمعي يعيق أداء هذا الجهاز الوظيفي بصورة صحيحة ( روجي مروح عبدات ، 2010 ، ص 18 )

ويعرف المعوقون سمعيا بأنه مصطلح عام يشمل كل درجات فقدان السمع وأنواعه، فهو يشمل الصم وضعاف السمع، ويشير هذا المصطلح إلى وجود عجز في القدرة السمعية بسبب وجود مشكلة في مكان ما في الجهاز السمعي ( احمد اللقاني ، أمير القرشي ، 1999 ، ص 16 ).

وتعرف الإعاقة بأنها مستويات متفاوتة من الضعف السمعي تتراوح بين ضعف سمعي ضعيف وضعف سمعي شديد جدا ( حمزة السيد، 2001، ص79 ).

ويرى **عبد الفتاح رجب** أن الإعاقة السمعية هي عطب يصيب حاسة السمع منذ الولادة أو قبل تعلم اللغة أو الكلام يؤدي إما إلى الفقد السمعي الجزئي والذي يتطلب معينات سمعية للتغلب عليه أو الفقدان التام الذي يتطلب تعلم أساليب جديدة غير لغوية للتفاهم مثل لغة الإشارة ( عبد الفتاح رجب، 2002، ص67 ).

ويعرفها **عبدالمطلب القريظي** بأنها مصطلح عام يغطي مدى واسع من فقدان السمع ، تتراوح من حيث الحدة بين الصم أو الفقدان الشديد الذي يؤدي إلى عجز الإنسان عن السمع ، ويعوق عملية تعلم الكلام أو اللغة ، والفقدان الخفيف الذي لا يعرف استخدام الأذن في فهم الحديث وتعلم اللغة والكلام (عبدالمطلب، القريظي، 2013 ، ص24 ).

وهي خلل أو قصور يصيب الأجهزة السمعية للفرد مما يؤدي إلى وجود صعوبات أو إعاقة تامة في سماع الأصوات والمنثيرات ويرجع ذلك إلى عوامل وراثية أو غير وراثية ( اشرف لطفى، 2015 ، ص61 ).

## 2. آلية عملية السمع :

عندما تهتز الأجسام يصدر عنها ترددات صوتية تنتشر إلى الخارج في كل الاتجاهات على شكل حركات إلى الأمام والخلف ، وتنتشر هذه الترددات بسرعة 760 ميل في الساعة ، ويعرف عدد الترددات التي يولدها الصوت في الثانية الواحدة بالذبذبات، ويستخدم مصطلح هرتز المعروف اختصارا ب (Hz) للإشارة إلى مقدار التردد في الثانية الواحدة، والأصوات التي نسمعها عادة تصل إلى الأذن عن طريق الهواء حيث أن طاقة الذبذبة تحرك جزيئات الهواء، ولكن الصوت يمكن أن ينتقل عبر السوائل والأجسام الصلبة أيضا.

وتستطيع أذن الإنسان أن تلتقط الأصوات التي يتراوح مدى ذبذباتها من 20 إلى 20000 هرتز، أما ذبذبة صوت الإنسان فهي تتراوح بين 100 و8000 هرتز ، وكلما زادت ذبذبة الصوت زاد علوه وجهره



فعلى سبيل المثال ، يبلغ مقدار ذبذبة النوتة الموجودة في يسار البيانو حوالي 30 هرتز، في حين يزيد مقدار ذبذبة النوتة الموجودة على أقصى اليمين عن 2000 هرتز.

أما بالنسبة لشدة الصوت فهي تقاس بوحدة تسمى الديسبل والمعروفة اختصاراً بـ (dB)، ويسمى الصوت الذي يستطيع أن يسمعه بالكاد بالصوت من مستوى العتبة الصوتية.

عندما ترتطم الذبذبات الصوتية بغشاء الطبلة فهو يتحرك إلى الأمام وإلى الخلف وعندما تتحرك الطبلة تتحرك المطرقة المتصلة بها وهذه العظيمة تؤدي بدورها إلى اهتزاز السندان فالركاب ويغطي الطرف الداخلي من الركاب النافذة البيضاوية وعندما يتحرك فهو يؤدي إلى تموجات في السائل الموجود في القوقعة وعندما يتحرك السائل في القوقعة فهو يؤدي إلى انحناء الخلايا الشعرية الموجودة في عضو كورتني وذلك يقوم بدوره في تنشيط النهايات العصبية التي تقوم بإرسال سيالات عصبية عبر العصب السمعي إلى الدماغ الفص الصدغي لتتم معالجة المعلومات السمعية وتفسيرها (الخطيب، 1998، 23)

### 3. تصنيفات الإعاقة السمعية:

هناك العديد من تصنيفات للإعاقة السمعية تبعا للعديد من العوامل أهمها :

- التصنيف حسب طبيعة وموقع الإعاقة السمعية.

- التصنيف حسب العمر الذي وقعت فيه الإعاقة السمعية.

- التصنيف حسب شدة فقدان السمع.

• التصنيف حسب طبيعة وموقع الإعاقة السمعية :

يعتمد هذا التصنيف على موقع الإصابة والجزء المصاب من الجهاز السمعي وينقسم إلى:

أ. **الفقدان السمعي التوصيلي:** وينتج عن خلل في الأذن الخارجية والوسطى يحول دون نقل

الموجات الصوتية إلى الأذن الداخلية مما يؤدي بالفرد إلى صعوبة سماع الأصوات التي لا تزيد

عن 60 ديسبل، ويستطيع الأفراد الذين يعانون من نوع هذه الإعاقة السمعية سماع الأصوات

المرتفعة وتمييزها، إن استخدام السماعات في مثل هذا النوع يفيد في مساعدة الأفراد في استعادة بعض قدراتهم السمعية (مصطفى القمش، خليل المعاينة، 2007، 85).

ب. **الفقدان السمعي الحسي العصبي:** وينتج عن خلل في الأذن الداخلية أو العصب السمعي، تكمن المشكلة في هذا النوع أن موجات الأصوات إلى الأذن الداخلية لا يتم تحويلها إلى شحنات كهربائية داخل القوقعة بسبب خلل فيها، أو قد ينتج عن خلل في العصب السمعي، فلا يتم نقل موجات الأصوات إلى الدماغ، وعادة فإن درجة سماع الأصوات في مثل هذا النوع تزيد عن 70 ديسبل.

يعاني الأفراد المصابون بهذا النوع من الفقدان السمعي من صعوبة في فهم الأصوات بالإضافة إلى عدم قدرتهم على سماعها، وإلى اضطراب نغمات الصوت وازدياد شدة الصوت بشكل غير طبيعي وعادة ما يتكلم الفرد بصوت مرتفع لسمع صوته، إن استخدام السماعات في هذا النوع قليل الفائدة.

ت. **الفقدان السمعي المختلط:** يسمى الفقدان السمعي المختلط إذا كان الفرد يعاني من فقدان سمع توصيلي وفقدان سمع حسي عصبي في الوقت نفسه، في مثل هذا النوع من الفقدان قد يكون هناك فجوة كبيرة بين التوصيل الهوائي والتوصيل العظمي للموجات الصوتية، السماعات قد تكون مفيدة لهم.

ث. **الفقدان السمعي المركزي:** ينتج الفقدان السمعي المركزي 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 تكون السماعات محدودة الفائدة للأشخاص الذين يعانون من مثل هذا النوع من الإعاقة السمعية (مصطفى القمش، خليل المعاينة، 2007، 86).

• التصنيف حسب العمر الذي وقعت فيه الإصابة :

وتصنف الإعاقة السمعية وفق هذا البعد إلى تصنيفين :

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

ب. صمم ما بعد تعلم اللغة: ويطلق هذا التصنيف على الفئة من المعاقين سمعياً الذين فقدوا قدرتهم السمعية كلياً أو جزئياً بعد اكتساب اللغة ، وتتميز هذه الفئة بقدرتها على الكلام لأنها سمعت وتعلمت اللغة (فاروق الروسان، 1998، 142).

• التصنيف حسب شدة الإعاقة :

وتصنف الإعاقة السمعية وفق هذا البعد إلى ثلاث فئات حسب درجة فقدان السمع التي تقاس بوحدات الديسبل كما يشير لذلك ليبورتا وزملائها (1978) والجدول التالي يوضح ذلك :

مستوى السمع	الوصف	التأثير على التواصل
0 إلى 25 ديسبل	عادي	لا يوجد تأثير سلبي على التواصل
26 إلى 40 ديسبل	فقدان سمعي بسيط	صعوبة في سماع الأصوات البعيدة أو الخافتة
41 إلى 55 ديسبل	فقدان سمعي متوسط	فهم الكلام في الحوار من مسافة قريبة ، الاعتماد أحيانا على الاتصال البصري لفهم الكلام ،

احتمال وجود مشكلات في الكلام والمحصول اللفظي		
صوبة في فهم المحادثة بصوت مرتفع ، إظهار قصور في الكلام لغة تعبيرية استقبالية خاطئة	واضح	65 إلى 70 ديسبل
يمكن سماع الأصوات المرتفعة القريبة على بعد قدم واحد تخلف في نمو اللغة والكلام	شديد	71 إلى 90 ديسبل
عدم القدرة على فهم الكلام من خلال مكبرات الصوت الاعتماد في سماع الأصوات المرتفعة على الذبذبات أكثر من الاعتماد على أنماط النغمات	حاد	أكثر من 90 ديسبل

(محمد الفوزان، خالد الرفاص، 2009، 100)

#### 4. أسباب الإعاقة السمعية:

هناك أسباب عديدة للإعاقة السمعية فهي قد تحدث لعوامل وراثية والتي قد تظهر في صورة عيوب خلقية أو فقدان تدريجي للسمع، وكذلك قد تحدث الإعاقة السمعية لعوامل غير وراثية ( اشرف لطفي، 2015، ص71 )، وسنتاولها كالآتي:

### 1. أسباب وراثية:

تشير الدراسات إلى نحو 50% من حالات الإعاقة السمعية تعزى إلى أسباب وراثية، فالمرض هنا ينتقل

إلى الجنين عن طريق الجينات الحاملة للمرض من الأب أو الأم أو الأجداد ويوجد منه نوعان :

- نوع يولد به الطفل ويلاحظ انه لا ينتبه للأصوات من حوله مهما كانت مرتفعة، ويتأخر في النطق عن أقرانه

- يولد الطفل طبيعياً ويسمع الأصوات من حوله ويتكلم مثل أقرانه في موعده ولكنه يفقد السمع في سن معينة قد تكون الخامسة والسادسة من عمره ( عواطف محمد، 2013، ص 50 )

وهناك عوامل وراثية قد تنشأ عنها الإعاقة السمعية منها:

- الأطفال الذين يولدون بإعاقات سمعية نتيجة للتكوين الخاطئ في عظام الأذن الوسطى تكونت نتيجة عوامل وراثية ويمكن علاج ذلك وراثياً

- زملة أعراض ترتيشير وتتضمن أعراضها المتزامنة صغر حجم أذن الطفل، واتساع الفم، وخلل في تكوين الأسنان ، وبعض العيوب الخلقية في عظام الوجه

- زملة أعراض وارد نبرتج وتتضمن أعراضها المتزامنة وجود خصلة من الشعر الأبيض في مقدمة الرأس، وتكون العينين بلونين مختلفين وبروز الأنف وتقوس الشفاه ( محمد حلاوة، 2011، ص 61 )

### 2. أسباب غير وراثية:

تنقسم إلى أسباب قبل الولادة، أثناء الولادة، بعد الولادة

- أسباب قبل الولادة :

تشمل إصابة الأم الحامل ببعض الأمراض لا سيما في الشهور الثلاثة الأولى من الحمل بأمراض كفيروس الحصبة الألمانية والزهري والأنفلونزا الحادة، بالإضافة إلى أمراض أخرى تؤثر على نمو الجنين

بشكل غير مباشر وعلى تكوين جهازه السمعي كمرض البول السكري ( اشرف لطفي، 2014، ص 62 )

استخدام الأم لبعض العقاقير وتعرضها للإشعاع أثناء أشهر الحمل الأولى، وكذلك تعارض (Rh) للجنين ايجابي مع (Rh) لأم سلبية مما يؤدي إلى ولادة طفل مصابا بالصفراء المرضية، وبالتالي يؤثر على جهازه السمعي ( احمد اللقاني ، امير القرشي ، 1999 ، ص 18 )

التسمم الحملي والنزيف الذي يحدث قبل الولادة، والأمراض التي تصيب الأم أثناء الحمل كالزهري والتيفود ( عواطف محمد ، 2013 ، ص 51 )

- أسباب تحدث أثناء الولادة:

الولادة المتعسرة التي قد تطول حيث يتعرض الجنين لنقص الأكسجين، مما يترتب عليه موت الخلايا السمعية وإصابة الجنين بالصمم، وكذلك ولادة الطفل قبل اكتمال نموه فيكون أكثر عرضة للإصابة ببعض الأمراض التي قد تصيبه بالصمم ( اشرف لطفي ، 2015 ، ص 72 )

- أسباب بعد الولادة:

إصابة الطفل بالالتهاب السحائي وهو الغشاء المغلف للمخ والحبل الشوكي، وكذلك إصابة الطفل ببعض الأمراض الأخرى مثل الحميات الفيروسية الميكروبية كالحمي الشوكية والحصبة مما يؤدي إلى تأثيرات مدمرة للخلايا السمعية والعصب السمعي ( احمد اللقاني ، 1999 ، ص 19 )

كذلك من أسباب الإعاقة السمعية بعد الولادة تعرض الطفل لضربة شديدة أو حادة تؤدي إلى إصابة مركز السمع في الخ، وتعرضه للضوضاء وسماع أصوات شديدة لفترات طويلة، حيث أن الضوضاء وطبقا لإحصاء المركز القومي للإحصاءات 1994 تمثل 23,4% من جملة الأسباب المؤدية للإعاقة السمعية ، أما الأصوات الفجائية فتتمثل 10,3% ( عواطف محمد ، 2013 ، ص 53 )

في دراسة (Verner & Andrews,1995) تبين أن هناك علاقة قوية بين الضوضاء وفقدان السمع ومرض طنين الأذن، وأثبتت الدراسة أن حوالي 50% من العاملين بأعمال فيها ضوضاء ويتعرضون

لمدة 8 ساعات يوميا من الضوضاء يعانون من ضعف في السمع بدرجة خفيفة وان 25 % منهم لديهم ضعف سمعي متوسط ، و 25% منهم لديهم ضعف سمعي حاد ( اشرف لطفي ، 2015 ، ص72 )

### 5. خصائص ذوي الإعاقة السمعية:

ينبغي الإشارة إلى أن الإعاقة السمعية ليس لها التأثير ذاته على ذوي الإعاقة السمعية ، حيث أن هؤلاء الأشخاص لا يمثلون فئة متجانسة فلكل شخص معاق خصائص فريدة ، فتأثيرات الإعاقة السمعية تختلف باختلاف عدة عوامل منها : نوع الإعاقة ودرجتها وعمر الشخص عند حدوث الإعاقة، سرعة حدوث الإعاقة والقدرات السمعية المتبقية وكيفية استثمارها ( الخطيب ، 2005 ، ص78 )

ومن أهم خصائص ذوي الإعاقة السمعية كما لخصتها دراسة اشرف لطفي (2014):

#### • الخصائص الانفعالية والاجتماعية لذوي الإعاقة السمعية:

يمكن النظر إلى الخصائص الانفعالية والاجتماعية لذوي الإعاقة السمعية في ضوء شبكة من المتغيرات أهمها درجة الإعاقة، توقيت حدوثها واكتشافها ومدى تقبل المعوق سمعيا لإعاقته، وظروف البيئة والتنشئة الاجتماعية للمعوقين سمعيا وكذلك اتجاهات الوالدين نحو إعاقته ومدى توفر وسائل للاتصال والتفاهم بينه وبين أعضاء أسرته أو المحيطين به ( عبد المطلب القريطي، 2005، ص78 ).

كما انه لا يوجد اختلاف بين مكونات شخصية الصم والعاديين إلا ما يترتب على نفسية الصم من آثار للإعاقة السمعية تظهر في عدم الاتزان العاطفي والانطواء، والرغبة في الإشباع المباشر لحاجاتهم والشعور بالقلق والنقص والوحدة النفسية ( عبد المطلب القريطي، 1996 ، ص16 )

تقدم ( زينب شقير ، 2002 ، ص270 ) تفسيراً لمعاناة الأصم من تلك المشكلات ، فتري أن وقوف الأصم عاجزا عن فهم ما يدور حوله يؤدي إلى شعوره بالإحباط ويتولد لديه ميل للعزلة عن المجتمع، ويلجا إلى التعويض عن مواقف الإحباط عن طريق هذه السلوكيات تحقيقا لانتصار يخرج من الإحباط.

كما تشير دراسة قام بها (James,1990) أن مفهوم الذات لدى المعوقين بشكل عام أقل تقبلا لذاتهم وان مفهوم الذات لديهم منخفض بالمقارنة مع اقربهم العاديين، وهذا ما يؤكد (Jones,1990) من أن المعاقين بصفة عامة يظهرون مستويات عالية في مفهوم الذات السلبي ودرجات القلق والاعتمادية وعدم الاستقرار ، وهناك الكثير من نتائج الدراسات تشير إلى أن ذوي الإعاقة السمعية يتسمون ببعض المهارات الاجتماعية غير الناضجة، وذلك نظرا لافتقارهم التواصل اللفظي مع الآخرين مما يجعلهم أكثر نزوعا إلى من المواقف الاجتماعية .

فكشفت دراسة ( احمد عبد المعبود، 1994، ص84 ) عن انخفاض مستوى النضج الاجتماعي وانخفاض القدرة على التكيف وعدم الثقة بالنفس لدى ذوي الإعاقة السمعية عن العاديين. بالرغم من ذلك يؤكد (Taylor ,et al ,2009) أن ذوي الإعاقة السمعية بإمكانهم تطوير العديد من مظاهر الكفاءة الاجتماعية والانفعالية إذا ما حصلوا على الفرص التعليمية والخبرات المتاحة لأقرانهم العاديين .

ويتضح مما سبق أن للإعاقة السمعية تأثير واضح على شخصية الفرد ذو الإعاقة فيما يتعلق بالجانب الانفعالي والاجتماعي ، وذلك نظرا لما تفرضه الإعاقة السمعية من قيود في التفاعل مع محيطه الخارجي ومن ثم عدم شعوره بالنضج الاجتماعي، وتختلف تلك الخصائص باختلاف عوامل عدة منها ما يتعلق بالإعاقة ودرجتها وسن حدوثها ، ومنها ما يتعلق بمحيط المعاق ( اشرف لطفي، 2015 ، ص74 )

#### • الخصائص العقلية والمعرفية لذوي الإعاقة السمعية:

رغم أهمية حاسة السمع بالنسبة للإنسان وتأثيرها في النمو عامة، والنمو العقلي بنحو خاص، إلا أن أدبيات البحث في مجال الإعاقة السمعية تشير إلى انه لا يوجد إجماع بين الباحثين حول تأثير الإعاقة على الأداء العقلي لذوي الإعاقة السمعية ( إيمان رجب، 2010، ص64 ).



فقد كشفت نتائج البحوث المبكرة التي استخدمت اختبارات ذكاء لفظية أو شفوية ومنها بحوث

(Pintner) ، (Paterson) من وجود فروق في مستوى الذكاء بين العاديين والصم لصالح العاديين

قد رأى بعض الباحثين أن مثل هذه الاختبارات غير ملائمة لقياس ذكاء الصم ( عبد المطلب، 2005 ،

ص319 )، كما أن نتائج الدراسات تعارضت حول ذكاء المعوق سمعياً، فقد وجد البعض أن الطفل الأصم

متأخر عقلياً بما يقرب من عامين عند سن 4 إلى 9 سنوات، في الوقت الذي أثبتت فيه الدراسات الطولية

انه من التحقق علمياً أن الصم يوزعون توزيعاً عادياً بالنسبة لمقاييس الذكاء فمنهم من يتميز بشدة الذكاء

ومنهم من يتميز بدرجات مختلفة، كذلك أثبتت دراسات أخرى أن متوسط الذكاء للمعوق سمعياً وصل إلى

(96-90) . ( زينب شقير، 2002، ص254 )

كذلك كشفت دراسة أجريت بجامعة جالوديت عام 1969 على الأطفال، الشباب من ذوي الإعاقة

السمعية كان معظمهم من الصم أن متوسط ذكائهم بلغ (38-100)، مما يؤكد انه لا يقل عن متوسط

أقرانهم العاديين ( عبد المطلب، 2013، ص15 )

#### • الخصائص اللغوية لذوي الإعاقة السمعية :

لا شك أن النمو اللغوي هو أكثر مظاهر النمو تأثيراً بالإعاقة السمعية، فالإعاقة السمعية تؤثر على

جوانب النمو اللغوي ، ويؤكد ذلك كل من (Hallahan & Koffman,1991) حيث يشير إلى أن أكبر

الآثار السلبية للإعاقة السمعية يظهر أوضح ما يكون في مجال النمو اللغوي معبراً عنه باللغة المنطوقة

وبذلك فإن المعوقين سمعياً يعانون من تأخر واضح في النمو اللفظي، وتتضح درجة هذا التأخر كلما

كانت الإعاقة السمعية أشد . فالأطفال ذوي الإعاقة السمعية خاصة الصم كما أشار ( عبد المطلب القريطي،

2013 ، ص67 ) يعانون من مشكلتين رئيسيتين تؤثران بالسلب على خصائصهم اللغوية :

- عدم وجود وسيلة تواصل عامة واحدة يتلقون عن طريقها المعلومات من الآخرين.

- عدم تطوير نظام لغوي يمكنهم من تلقي ومعالجة وترميز واستخدام المعلومات البيئية المختلفة.

كذلك هناك علاقة طردية بين درجة الإعاقة السمعية ومظاهر النمو اللغوي، فكلما زادت الإعاقة السمعية زادت المشكلات اللغوية للفرد، حيث يشير الكثير من علماء النفس التربوي إلى ارتباط القدرة العقلية بالقدرة اللغوية، ويعني ذلك تدني أداء المعاقين سمعياً من الناحية اللغوية، الأمر الذي ينعكس على أدائهم اللغوي ( حمزة السيد، 2001، ص 81 ).

• الخصائص الأكاديمية لذوي الإعاقة السمعية:

بما أن الإعاقة السمعية تؤثر بشكل واضح على النمو اللغوي للفرد المعاق، وبما أن معظم جوانب التحصيل الأكاديمي مرتبطة ارتباطاً قوياً باللغة فنجد من الطبيعي أن تتأثر الجوانب التحصيلية لذوي الإعاقة السمعية خاصة في مجالات القراءة والكتابة والحساب نظراً لاعتماد هذه المجالات على النمو اللغوي ( اشرف لطفي، 2015، ص 75 ).

هذا ما أكدته دراسة أجراها (Kluwin, 1985) على حوالي ألف مفحوص من الأطفال الصم ممن لديهم مشكلات سلوكية أن صعوبة المشاركة الأكثر شيوعاً بينهم وضعف المقدرة على القراءة. كذلك إن للإعاقة السمعية آثار سلبية على الطفل الأصم تظهر واضحة أثناء تعليمه والتعامل معه وذلك بسبب نقص تفاعله مع المتغيرات الحسية في البيئة ( شاكر قنديل، 1995، ص 06 ).

وتشير الكثير من الدراسات كدراسة محمد حلاوة (1990) ودراسة إبراهيم الهيري (1997) ودراسة محمد عبد الواحد (2011) إلى أن الصم يعانون من انخفاض واضح في تحصيلهم الدراسي بمقدار يتراوح ما بين ثلاث إلى خمس سنوات عن أقرانهم العاديين وأن هذا التأخر يزداد مع التقدم في العمر، مما يعني أن الصم الأكبر سناً أكثر تخلفاً دراسياً من الصم الصغار

• الخصائص الجسمية والحركية لذوي الإعاقة السمعية:

تؤثر الإعاقة السمعية على بعض ظواهر النمو الجسمي الحركي نظراً لما تفرضه من قيود على اكتشاف البيئة المحيطة وعلى النمو الحركي ، وذلك ما يعني حرمان الشخص المعاق من حصوله على

التغذية الراجعة السمعية مما يؤثر سلبا على وضعه في الفراغ وعلى حركات جسمه، ولذلك فإن بعض المعاقين سمعيا تتطور لديهم أوضاع جسمية خاطئة، أما النمو الحركي لهؤلاء الأشخاص فهو متأخر مقارنة بالنمو الحركي للأشخاص الغير معوقين سمعيا ( جمال الخطيب، 2005، ص82 )  
ومن أهم الخصائص الجسمية والحركية لذوي الإعاقة السمعية صعوبات التأزر والتنسيق الحركي كما يبدو في المشي أو القفز أو التقاط الأشياء الصغيرة أو غيرها، لعدم استفادتهم من توجيهات الآخرين كما يلاحظ التأخر النسبي للنمو الحركي ونقص اللياقة البدنية ( عبد المطلب القريطي، 2013، ص67 )

### 6. مهارات التواصل لدى ذوي الإعاقة السمعية:

تزداد فاعلية التدخل التربوي والتأهيلي مع الأفراد المعوقين سمعيا بازدياد إتقانهم لمهارات التواصل حيث يختلف المعلمون والمهنيون فيما بينهم حول أفضل المهارات التي يجب استخدامها من اجل التواصل مع الأفراد المعوقين سمعيا، فمنهم من يعتقد بأهمية التواصل الشفوي اللفظي لمساعدة هؤلاء الأفراد وتهيئتهم للعيش في مجتمع السامعين، أما البعض الآخر فيرى أن التواصل اليدوي باستخدام لغة الإشارة هو الأساس لكي يتم استخدامها مع الذين لديهم إعاقة سمعية ومع المعلمين مما يساعدهم على الاندماج في المجتمع ( مصطفى القمش، المعاينة، 2007، ص94 ).

وفيما يلي شرح موجز لكل مهارة من تلك المهارات كما اشهرها إليها القمش والمعاينة (2007) :

#### • مهارة التدريب السمعي:

ويقصد بها تنمية مهارة الاستماع والتمييز بين الأصوات أو الكلمات أو الحروف الهجائية لدى الأفراد المعاقين سمعيا باستخدام الطرق والوسائل المناسبة وخاصة الدلائل البصرية والمعينات السمعية التي تساعد في إنجاح هذه الطريقة التي تهدف إلى ثلاث أهداف هي:

- تنمية وعي الطفل الأصم للأصوات.
- تنمية مهارة التمييز الصوتي لدى الطفل وخاصة بين الأصوات العامة الغير دقيقة.

- تنمية مهارة التمييز الصوتي لدى الطفل الأصم وخاصة بين الأصوات المتباينة الدقيقة. هذا وتزداد الحاجة إلى التدريب السمعي كلما قلت درجة الإعاقة السمعية لذلك يتم التركيز على هذه الطريقة للأفراد ذوي الإعاقة السمعية البسيطة والمتوسطة بشكل أساسي. ولكي تكون برامج التدريب السمعي حسب (Hallahan & Koffman, 1994) فلا بد من توافر مجموعة من العوامل أهمها:

- الاستعانة بحاستي اللمس والبصر بشكل أساسي.

- أن يعتمد على القدرات السمعية المتبقية للطفل.

- البدء بالتدريب مباشرة بعد كشف الإعاقة السمعية لدى الطفل.

#### • مهارة التواصل اللفظي:

تؤكد هذه المهارة على المظاهر اللفظية في البيئة، وتتخذ من الكلام الطريقة الأساسية لعملية التواصل وتتضمن هذه الطريقة تعليم الأفراد المعوقين سمعياً استخدام الكلام مما يجعلهم أكثر قدرة على فهم الكلام من خلال الإيماءات والدلالات من حركة شفاه المتكلم، ولا يتم التواصل اللفظي بطريقة فعالة إلا من خلال استثمار البقايا السمعية، وباستخدام التدريب السمعي وقراءة الشفاه والكلام. إن هذه الطريقة في التواصل تمكن الفرد المعوق سمعياً من التواصل مع أقرانه السامعين على العكس من لغة الإشارة التي تسهم في عزله.

#### • مهارة قراءة الشفاه ولغة الشفاه :

تتضمن هذه المهارة تدريب وتعليم الأفراد المعوقين سمعياً على ملاحظة حركة الشفاه ومخارج الأصوات بالإضافة إلى تدريب البقايا السمعية وذلك من أجل فهم الكلام، وبمعنى تعتبر هذه الطريقة أو المهارة هي تفسير بصري للتواصل الكلامي ، وهناك طريقتان لهذه المهارتان هي:

- الطريقة التحليلية: وفيها يركز المعاق سمعياً على كل حركة من حركات شفطي المتكلم ثم ينظمها معاً لتشكل المعنى المقصود.

- الطريقة التركيبية: وفيها يركز المعاق سمعياً على معنى الكلام أكثر من تركيزه على حركة شفطي المتكلم لكل مقطع من مقاطع الكلام.

ومما يجدر الإشارة إليه أنه لا توجد طريقة أفضل من الأخرى، أما إنجاح أي طريقة يعتمد على عدد من الأمور أهمها:

أ. مدى فهم المعاق سمعياً للمثيرات البصرية المصاحبة للكلام.

ب. مدى سرعة المتحدث.

ت. مدى ألفة موضوع الحديث للفرد المعوق سمعياً.

ث. مدى مواجهة المتحدث للفرد المعاق سمعياً.

ج. وأخيراً القدرة السمعية للمعاق سمعياً.

ويرى (Giolas,1994) أنه وعلى الرغم من فاعلية هذه الطريقة (قراءة الكلام) في تنمية مهارة التواصل

لدى الأفراد المعاقين سمعياً إلا أنها تعاني من مشاكل رئيسية أهمها :

أ. إن بعض الأصوات متشابهة في النطق وبالتالي يصعب تمييزها من خلال النظر إلى الشفتين.

ب. إن بعض الكلمات هي حلقيه وغير مرئية مقارنة بالكلمات التي تتضمن أحرفاً شفوية مما يجعل

من الصعب قراءتها.

• مهارة لغة الإشارة والأصابع / التواصل اليدوي :

تعرف لغة الإشارة على نظام حسي بصري يدوي يقوم على أساس الربط بين الإشارة والمعنى، وتقسّم إلى

لغة إشارة كلية وأبجدية الإشارة أو أبجدية الأصابع.

ولإجراء لغة الإشارة الكلية يتم استخدام إشارة محددة متعارف عليها في مجتمع الأفراد الصم، باستخدام يد واحدة أو كلتا اليدين، وتكتسب الإشارة أهميتها بعد شيوع استخدامها، وربما يتم توثيقها من قبل المختصين في تربية المعوقين سمعياً واستخدامها في التعليم على مستوى واسع، أما بالنسبة لأبجدية الأصابع فتشمل استخدام اليد لتشكيل الحروف الهجائية المختلفة، وذلك بإعطاء كل حرف شكلاً معيناً وهذه الطريقة تستخدم مع الأفراد المعوقين سمعياً المتعلمين والذين يستطيعون القراءة والكتابة، وتستخدم كطريقة مساندة مع الأفراد الذين لا يعرفون إشارة معينة.

تعتبر لغة الإشارة من قبل المؤيدين والمتحمسين لها، هي اللغة الأم للأفراد الصم، وهناك ما يبرر أن يتعلمها الأفراد السامعين بغية استعمالها مع الأفراد المعوقين سمعياً.

ومع أن هناك تشابهاً في الإشارات بين المجتمعات المختلفة، إلا أن الإشارات تختلف من مجتمع إلى آخر، إن التطور الكبير في استخدام الإشارات واستحداث الجديد منها من قبل المختصين أدى إلى توثيق هذه الإشارة، وإدخال التحسينات عليها من خلال قواميس ومعاجم خاصة بلغة الإشارة ساهمت في تبادل المعلومات والخبرات بين المختصين في مجال تعليم الأطفال الصم.

وهنا تجدر الإشارة إلى أنه من السهل تعلم لغة الأصابع حيث يمكن التعبير عن الأسماء أو الأفعال التي يصعب التعبير عنها بلغة الإشارة، ومع ذلك يمكن الجمع بين لغة الإشارة ولغة الأصابع معاً لتكوين جملة مفيدة ذات معنى.

#### • مهارة التواصل الكلي:

تتلاقى هذه الطريقة قبولاً كبيراً من قبل المختصين والعاملين مع الأفراد المعوقين سمعياً، كما أنها تتلاقى قبولاً من قبل الأفراد المعوقين أنفسهم، ويعني التواصل الكلي استخدام أنواع متعددة من طرائق التواصل من أجل مساعدة الأفراد الصم على التعبير والفهم وتتضمن استخدام كل من المهارات التالية مع بعضها البعض:

- الكلام.

- لغة الإشارة.

- قراءة الشفاه.

ومن خلال هذه الطريقة التي تجمع التي تجمع الطرق السابقة معا يتم تلاقي عيوب كل طريقة على حدي ، ويتم الاستفادة من مميزات كل طريقة، بالإضافة إلى أن هذه الطريقة تستجيب بشكل أفضل للخصائص المتفردة لكل فمن يعرف طريقة ما، يمكن استخدام هذه الطريقة بالإضافة إلى الكلام، إذ أن الهدف من التواصل الكلي هو تسهيل عملية التواصل اللفظي وتوفير طرق تواصل بداية من الكلام . هذا وقد ظهرت هذه الطريقة في التواصل نتيجة للانتقادات التي وجهت للطرق الأخرى واهم هذه الانتقادات ما يلي:

أ. صعوبة فهم الطفل الأصم للمتكلم باستعمال لغة الشفاه، أما بسرعة حديث المتكلم أو الموضوع الذي يدور حول حديث المتكلم، أو مدى مواجهته للأصم.

ب. صعوبة فهم الطفل الأصم للمتكلم بطريقة التدريب السمعي وذلك بسبب مدى القدرة العقلية المتبقية لدى الأصم، ومدى فاعلية الوسائل السمعية لدى الأصم.

ت. صعوبة نشر لغة الإشارة أو لغة الأصابع بين كل الناس، ويعني ذلك فهم الأصم للآخرين على مدى نشر تلك اللغة بين الناس، وهو ليس بالأمر السهل، بل يقتصر فهم الأصم على الآخرين الذين يتقنون لغة الإشارة أو أبجدية الأصابع.

وبسبب مثل تلك الانتقادات مجتمعة ظهرت الطريقة الجديدة وهي الطريقة الجديدة التي تجمع كل تلك الطرق في الوقت نفسه ، ففي هذه الطريقة يتحدث المتكلم بصوت واضح مسموع وبسرعة عادية لحركة الشفتين ، وفي الوقت نفسه يعبر عما يتكلم بلغة الإشارة والأصابع معا ( الروسان ، 2001، ص197 ) .

## خلاصة الفصل:

تطرقنا في هذا الفصل إلى مفهوم الإعاقة السمعية التي تعني حسب الباحث حدوث خلل في الجهاز السمعي أدى إلى فقدان سمعي جزئي أو كلي حال دون استخدام حاسة السمع بشكل طبيعي مما ترتب عنه صعوبة في سماع وفهم اللغة المنطوقة ، كما تناولنا آلية عملية السمع التي تتم عن طريق دخول ذبذبات الصوت إلى الأذن الخارجية مرورا بالأذن الوسطى وصولا إلى الأذن الداخلية والتي تترجم إلى سيالة أو إشارات وتحول عبر العصب السمعي إلى المخ وبالتحديد إلى الفص الصدق أين توجد منطقة السمع، وعرجنا على أسباب الإعاقة السمعية التي قسمت إلى أسباب قبل الولادة وأسباب أثناء الولادة وأسباب بعدة الولادة، مرورا بتصنيفات الإعاقة السمعية والتي صنفنا حسب موقع الإصابة وشدها والعمر الذي حدثت فيه الإصابة، ثم تناولنا خصائص ذوي الإعاقة السمعية منها الخصائص الانفعالية والمعرفية والجسمية الحركية، وأخيرا أهم مهارات التواصل لذوي الإعاقة السمعية والمتمثلة في مهارة التدريب السمعي ومهارة قراءة الشفاه ومهارة لغة الإشارة وختمنا بمهارة التواصل الكلي التي تجمع بين كل المهارات السابقة.



## الجانب الميداني

### الفصل الخامس

#### الإجراءات الميدانية للدراسة

##### تمهيد

1. المنهج المستخدم في الدراسة

2. الدراسة الاستطلاعية

3. وصف أدوات الدراسة وخصائصها السيكمترية

4. الدراسة الأساسية

1.4 مجتمع الدراسة الأساسية

2.4 عينة الدراسة الأساسية

5. إجراءات الدراسة الأساسية

6. الأساليب الإحصائية

خلاصة الفصل

**تمهيد:**

بعد عرض الفصول النظرية المتعلقة بمتغيرات الدراسة، وإعطاء صورة كاملة حول الدراسات السابقة التي تناولت الموضوع، سنتطرق في هذا الفصل إلى الإجراءات المنهجية للدراسة وذلك بتحديد المنهج المحدد للدراسة مروراً إلى الدراسة الاستطلاعية التي سنؤكد من خلالها من صدق وثبات أدوات الدراسة ومعرفة مدى صلاحيتها للتطبيق، كما سنناول مجتمع الدراسة ووصف طبيعة العينة وحجمها وخصائصها، وأخيراً سنعرض الأساليب الإحصائية المتبعة تمهيداً لعرض النتائج المتحصلة عليها و مناقشتها في الفصول التالية.

**1. المنهج المستخدم في الدراسة:**

يختلف المنهج المتبع من دراسة إلى أخرى، وذلك بحسب الموضوع الذي تتناوله الدراسة وطبيعته، لذا اعتمدنا في دراستنا هذه على المنهج الوصفي الارتباطي وهذا لوصف العلاقة بين متغيرات دراستنا الموسومة ب: الاضطرابات السلوكية وعلاقتها بالتوافق النفسي الاجتماعي لدى الأطفال الصم. ولأن المنهج الوصفي كذلك يعتمد على دراسة الواقع أو الظاهرة كما توجد و يهتم بوصفها وصفاً دقيقاً ويعبر عنها تعبيراً كيفياً و كميًا، فالتعبير الكيفي يبين لنا الظاهرة ويحدد خصائصها و التعبير الكمي يعطيها تقريراً رقمياً يوضح مقدار هذه الظاهرة أو حجمها و درجات ارتباطها مع ظواهر مختلفة . (بحوش و آخرون، 1995، ص129).

**2. الدراسة الاستطلاعية:**

أجريت الدراسة الاستطلاعية خلال شهري جانفي، فيفري من سنة 2017، وبحكم أن الباحث يعمل كأخصائي نفسي بمركز صغار الصم بولاية الجلفة كان على دراية بعينة الدراسة والمتمثلة في الأطفال الصم المتواجدين بالمركز، لكن ولخصوصية العينة التي تفتقد لحاسة السمع، كان لزاماً تصميم وتطبيق أدوات الدراسة التي تراعي طبيعة الإعاقة، كذلك من أهداف الدراسة الاستطلاعية تجريب مدى صلاحية

أدوات الدراسة ومدى تجاوب أفراد العينة لهذه الأدوات ومعرفة مؤشرات الصدق والثبات تمهيدا لإجراء الدراسة الأساسية، كما استعنا في دراستنا على الملف النفسي الفردي لكل فرد من أفراد العينة المصمم سابقا بحكم العمل، والذي يشمل على التشخيص والخصائص النفسية لمعرفة الأداء الحالي للطفل متضمنا أربعة محاور أساسية: القدرات العقلية للطفل الأصم، توافقه النفسي الاجتماعي، وتمدرس الحالة وأخيرا تفاعل الحالة مع المشروع النفسي المعد له، وقد بلغت عينة الدراسة الاستطلاعية ثلاثين طفلا أصما (15 ذكرا و15 أنثى) تم اختيارهم من مركز صغار الصم بولاية الجلفة من أصل (120) تلميذ أصم تتراوح أعمارهم ما بين (8 إلى 13) سنة.

### 3. وصف أدوات الدراسة وخصائصها السيكمترية :

اعتمدنا في دراستنا على مقياسين هما:

#### 1. قائمة تقدير المعلمين للسلوك من إعداد الباحث

مبررات بناء قائمة تقدير السلوك :

- اغلب قوائم تقدير السلوك تقيس عدة أشكال من اضطرابات السلوك، وبالتالي لا تخدم دراستنا التي تهدف إلى قياس اضطرابين منتشرين عند الأطفال الصم حسب التراث النظري وهما اضطراب السلوك العدواني واضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة.
- تخوفنا من عدم تجاوب المعلمين مع قائمة تقدير السلوك المتضمنة فقرات طويلة وكثيرة وبالتالي الوقوع في فخ الملل والاستجابة العشوائية، لهذا هدفنا إلى تصميم قائمة تقدير السلوك تقيس بالضبط الاضطرابين المستهدفين.
- اغلب قوائم تقدير السلوك موجهة للأطفال العاديين وبالتالي وجود فقرات قد لا تشمل عينة الدراسة المتمثلة في الأطفال الصم مثال: الفقرات التي ترى أن الصراخ من أعراض السلوك

العدواني أو عدم الانتباه لصوت المربي أو المعلم من أعراض اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة، في حين أنها قد تكون نتيجة للإعاقة السمعية وليس كأعراض للاضطرابات السلوكية.

- كذلك طبيعة العينة بحد ذاتها فبعض السلوكيات الصادرة عن الأطفال الصم قد يراها المعلم طبيعية أو عادية في حين قد تعتبر سلوكيات لاسوية عند الأطفال العاديين.

#### قائمة تقدير المعلمين للسلوك:

للقيام بهذه الدراسة قمنا بتصميم قائمة تقدير المعلمين للسلوك وتعد قوائم تقدير السلوك من الأساليب الفعالة في جمع البيانات والمعلومات عن السلوك الملاحظ، وتعتمد قوائم التقدير على الملاحظة لذا يجب توفر شروط الملاحظة وشروط الملاحظين فيها (أسامة فاروق، 2011، ص 67).

لذلك تم بناء قائمة لتقدير شكلين من أشكال الاضطرابات السلوكية وهما نقص الانتباه وفرط الحركة و السلوك العدواني، حيث أن كل قائمة تتكون من 22 فقرة مع التأكيد في التعليمات على تسجيل تكرار وشدة ومدة حدوث السلوك، كما تم مراعاة خصوصية الأطفال الصم في بناء الفقرات، وقد مرت عملية بناء القائمة على الإجراءات التالية :

- **تحديد الهدف من القائمة:** الهدف من بناء القائمة هو تحديد درجة السلوك العدواني ودرجة اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة لدى الأطفال الصم.
- **تحديد أبعاد القائمة:** اعتمدنا في تحديد أبعاد القائمة على:

الدليل التشخيصي الخامس للاضطرابات النفسية DSM5

مقياس انتباه الأطفال وتوافقهم من إعداد: عبد الرقيب احمد البحيري (1997)

مقياس السلوك العدواني لدى تلاميذ بطيء التعلم والعاديين من إعداد: نجية إبراهيم محمد (2010)

مقياس التحديات والصعوبات من إعداد: جودمان، ترجمة عبد العزيز ثابت (2000).

• صياغة البنود:

اعتمدنا في صياغة بنود القائمة على ما توفر من التراث النظري حول السلوك العدواني واضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة، وأخذنا بعين الاعتبار عدة نقاط في صياغة البنود أهمها: وضوح الفقرات وتحديدتها، وشموليتها، وعدم التوجيه، وتجنب الأسئلة التي في صيغة نفي والأسئلة التي تحمل أكثر من فكرة أو معنى، وكذلك صياغة الفقرات التي لا تتعارض مع خصوصية العينة أي التي لا تتعارض مع الإعاقة السمعية.

• الصورة الأولية للقائمة :

تكونت القائمة من 44 فقرة، 22 فقرة خاصة باضطراب السلوك العدواني، و22 فقرة خاصة باضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة، بالنسبة لفقرات اضطراب السلوك العدواني توزعت على ثلاثة أبعاد كالتالي:

- سلوك عدواني لفظي ( لفظي نقصد به الإشارات والإيماءات العدوانية التي تصدر عن الطفل الأصم).

- سلوك عدواني جسدي ( إيذاء الآخرين جسدياً إما بالضرب أو البصق أو العض...).

- سلوك عدواني مادي ( تحطيم الممتلكات المادية للآخرين أو المدرسة كالأثاث وغيره...).

أما بالنسبة لفقرات اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة توزعت كذلك على بعدين كالتالي:

- نقص الانتباه ( ضعف قدرة الطفل على التركيز عند أداء المهام المطلوبة منه ).

- فرط الحركة ( حركات جسمية تفوق الحد المعقول وغير ملائم للمواقف ).

تصحيح قائمة تقدير السلوك للمعلمين :

لا يظهر السلوك: درجة 0

نادراً ما يظهر السلوك: درجة 1

قليلاً ما يظهر السلوك: درجة 2

كثيرا ما يظهر السلوك: درجة 3

كثيرا جدا ما يظهر السلوك: درجة 4

• الخصائص السيكومترية :

### إجراءات الصدق والثبات لأداة الدراسة

وللتأكد أكثر من أن المستجيبين قد أجابوا على فقرات أدوات الدراسة المستعملة من طرف الباحث إجابة صادقة يعتد بها في تحليل بيانات العينة، فانه من المستحسن إخضاعها على عينة تجريبية ( استطلاعية) لمعرفة أدلة صدق و ثبات أداة الدراسة المستعملة، وعليه قمنا بتوزيع قائمة تقدير السلوك للمعلمين (اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة/ السلوك العدواني/) على عينة الدراسة الاستطلاعية والبالغ عددها 30 فردا.

### 01- الصدق

**1.1 صدق المحكمين:** ويشتمل هذا الصدق على المظهر العام للاختبار من حيث نوع المفردات وكيفية صياغتها ومدى وضوحها، ويتناول كذلك تعليمات الاختبار ومدى دقتها وموضوعيتها وكذلك مدى مطابقة اسم الاختبار على الموضوع الذي يقيسه و لقد تم عرض الأداة على 5 محكمين، أين أسفرت عملية التحكيم على قبول كل الفقرات ماعدا 4 فقرات لا تحقق الهدف من القائمة، وبالتالي تم حذفها وهما كل من الفقرتان (3 و 17) من الفقرات الخاصة باضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة، والفقرتان (15 و 18) من الفقرات الخاصة باضطراب السلوك العدواني

**1.1 الصدق التمييزي:** يقصد بصدق أداة الدراسة؛ أن تقيس فقراتها ما وضعت لقياسه، أي تقيس فعلا الوظيفة التي يفترض أنه تقيسها وقمنا بالتأكد من الصدق من خلال الطريقة التي اعتمدنا عليها في تقدير معامل الصدق المقياس طريقة الصدق التمييزي أو ما يعرف بطريقة المقارنة الطرفية قمنا بترتيب درجات عينة الاستطلاعية (30 فردا) ترتيبا تنازليا من أعلى درجة إلى

أدنى درجة في كل مقياس فالمجموعة الأولى ( طرف العلوي) وتقدر بنسبة 27% من الذين تحصلوا على درجات مرتفعة من عينة الاستطلاعية ( 30 فردا) أما المجموعة الثانية( طرف السفلي) وتقدر بنسبة 27% من الذين تحصلوا على درجات منخفضة.

- حساب الفئة الطرفية (27%) =  $100 / (30 \times 27) = 8.10$  ومنه فالمجموعة الأولى ( طرف العلوي) نستخرج منها 08 أفراد، والمجموعة الثانية ( طرف السفلي) نستخرج منها 08 أفراد
- ثم بعد ذلك تم استخدام اختبار 'Test T' للكشف عن الفروق بين متوسطي عينتين مستقلتين العينة أولى علوية والعينة الثانية سفلية. وهذا باستخدام برنامج الإحصائي ( SPSS, v25).

### 1.2.1 - الصدق التمييزي لقائمة تقدير المعلمين للسلوك

الجدول رقم (01): يوضح حساب الصدق التمييزي لقائمة تقدير المعلمين للسلوك

اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة	الطرفين	حجم العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	T المحسوبة	درجة الحرية	مستوى الدلالة الإحصائية	الملاحظة
	علوي	8	69,3750	6,20915	14,514	14	0,000	توجد
	سفلي	8	12,5000	9,18073				فروق
<b>قيمة T الجدولية : 2.145 عند مستوى الدلالة 0.05 ودرجة حرية 14</b>								

- من خلال الجدول أعلاه نجد:

إن المتوسط الحسابي للمجموعة الأولى ( طرف العلوي) بلغ 69,3750، وانحراف معياري 6,20915، أما بالنسبة للمتوسط الحسابي للمجموعة الثانية ( طرف السفلي) فقد بلغ 12,5000 وانحراف معياري 9,18073، كما أن قيمة T المحسوبة قدرت ب(14,514) وهي اكبر من T الجدولية 2.145 عند درجة حرية (14) بمستوى دلالة(0.05) كما أن

قيمة  $\text{sig} = 0.000$  و هي اقل من مستوى الدلالة 0.05 و بالتالي توجد فروق دالة إحصائية بين الطرفين (العلوي والسفلي) وإذن نستنتج أن جميع عبارات البعد المتعلق باضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة تتمتع بقدرة التمييز بين أطرافه وهو ما يترجم القدرة على التمييز، ومنه فان المقياس يتسم بالصدق.

### 2.2.1- الصدق التمييزي لقائمة تقدير المعلمين للسلوك

الجدول رقم (02): يوضح حساب الصدق التمييزي لقائمة تقدير المعلمين للسلوك

الملاحظة	مستوى الدلالة	درجة الحرية	T المحسوبة	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	حجم العينة	الطرفين	اضطراب السلوك العدواني
توجد فروق	0,000	14	12,195	12,45564	60,5000	8	علوي	
				1,30931	6,5000	8	سفلي	
<b>قيمة T الجدولية : 2.145 عند مستوى الدلالة 0.05 ودرجة حرية 14</b>								

• من خلال الجدول أعلاه نجد:

إن المتوسط الحسابي للمجموعة الأولى ( طرف العلوي) بلغ 60,5000 ،وانحراف معياري 12,45564، أما بالنسبة للمتوسط الحسابي للمجموعة الثانية ( طرف السفلي ) فقد بلغ 6,5000 ،وانحراف معياري 1,30931 ،كما أن قيمة T المحسوبة قدرت ب(12,195) وهي اكبر من T الجدولية 2.145 عند درجة حرية (14) بمستوى دلالة(0.05) كما أن قيمة sig =0.000 و هي اقل من مستوى الدلالة 0.05 و بالتالي توجد فروق دالة إحصائية بين الطرفين (العلوي والسفلي) ، وإذن نستنتج أن جميع عبارات البعد المتعلق باضطراب السلوك العدواني تتمتع بقدرة التمييز بين أطرافه وهو ما يترجم القدرة على التمييز ومنه فان المقياس يتسم بالصدق.



- 02- / ثبات المقياس : يقصد بالثبات: الحصول على نفس النتيجة لو تم إعادة تطبيق أداة الدراسة أكثر من مرة، تحت نفس الظروف والشروط، أو بعبارة أخرى، أن ثبات المقياس يعني الاستقرار في نتائج المقياس، وعدم تغييرها بشكل كبير، فيما لو تم إعادة تطبيقها على أفراد العينة، عدة مرات، خلال فترات زمنية معينة
- وتم تحقق من ثبات المقياس من خلال استخدام طريقة معامل ألفا كرومباخ و طريقة التجزئة النصفية :

- 02-01. طريقة معامل ألفا كرومباخ : ويعتمد أغلب الباحثين على برنامج جاهز لحساب هذا المعامل مثلا (SPSS.v25)، كما هو مبين في الجدول الموالي:

جدول رقم (03): يوضح قيمة معامل ألفا كرومباخ لابعاد قائمة تقدير المعلمين للسلوك

النتيجة	عدد العبارات	Cronbach's Alpha	أبعاد القائمة
ثابت	20	0,962	جميع عبارات البعد المتعلق باضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة
ثابت	20	0,968	جميع عبارات البعد المتعلق باضطراب السلوك العدواني

- من خلال الجدول أعلاه نجد:

أن قيمة معامل ألفا كرومباخ ل جميع عبارات بعد المتعلق باضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة هي قيمة مرتفعة بلغ 0.962 وقيمة معامل ألفا كرومباخ لجميع عبارات البعد المتعلق باضطراب السلوك العدواني هي قيمة مرتفعة بلغ 0.968 وهي قيم اكبر من الحد

الأدنى 0.6 مما يدل على ثبات أداة الدراسة وتجدر الإشارة انه معامل ألفا كرومباخ كلما اقتربت قيمته من 01 دال على أن قيمة الثبات مرتفعة، ومنه نستنتج أن أداة الدراسة ثابتة.

• 02-02- طريقة التجزئة النصفية: وتقوم فكرة هذه الطريقة على تطبيق الاستبيان مرة واحدة

ثم تقسيم نتائجه إلى أجزاء والأسلوب الشائع في تقسيم هو إلى قسمين يتضمن احدهما العبارات الفردية والقسم الثاني العبارات الزوجية، وبحسب معامل الثبات بين نتائج تطبيق القسمين ويجب ألا نغفل أن معامل الثبات الذي نحصل عليه بهذه الطريقة هو معامل ثبات نصف الاختبار وليس الاختبار ككل، ولمعالجة هذا القصور قدم علماء القياس النفس حلولاً إحصائية على شكل معادلات تصحيح ومن بين هذه المعادلات : معادلة سبيرمان / برون حيث اقترح برون معادلة لتصحيح الثبات المحسوب بين نصفين وتأخذ الصورة التالية :

(  $Rx2$  ) / (  $R-1$  ) حيث R هو معامل الارتباط بين القسمين كما هو مبين في الجدول:

وتم استخدام برنامج spss.V25 في حساب معامل الارتباط

جدول رقم (04) : يوضح ثبات قائمة تقدير المعلمين للسلوك بطريقة التجزئة النصفية

أبعاد القائمة	معامل ارتباط النصف الأول لل عبارات الفردية	معامل ارتباط النصف الثاني لل عبارات الزوجية	معامل الارتباط النصفى	تعديل باستخدام معامل سبيرمان برون
اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة	0,915	0,943	0,897	0,945
اضطراب السلوك العدوانى	0,952	0,943	0,834	0,909

- من خلال الجدول أعلاه نجد:

انه بلغ معامل الارتباط باستخدام طريقة التجزئة النصفية والمصحح باستخدام معادلة سييرمان / بروان للبعد المتعلق باضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة قيمة (0.945) و للبعد المتعلق باضطراب السلوك العدوانى قيمة (0.909)، وهي قيمة مرتفعة بالنظر إلى القيمة الحد الأدنى للثبات وهي 0.60 ومنه أداة الدراسة تتميز بالصدق والثبات وجاهزة للتطبيق على عينة الدراسة.

- الصورة النهائية للقائمة وطريقة التصحيح :

تكونت قائمة تقدير السلوك للمعلمين بعد التأكد من الخصائص السيكومترية من 40 فقرة، 20 فقرة خاصة باضطراب السلوك العدوانى، أما 20 فقرة المتبقية فهي خاصة باضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة .

- بالنسبة لاضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة :

الأطفال الذين تتراوح درجاتهم ما بين ( 0 و 40 ) أطفال غير مضطربين سلوكيا

الأطفال الذين تتراوح درجاتهم ما بين ( 40 و 80 ) أطفال مضطربين سلوكيا

- ونفس الشيء ينطبق على السلوك العدوانى

مقياس التوافق النفسى الاجتماعى: إعداد محمود عطية هنا ، اخذ هذا المقياس عن اختبار كاليفورنيا

للأطفال، وهو الاختبار الذي وضعه ثورب Louise P .Thorp و كلارك Willis W.Clark

و تيجز Ernest W.Tiegz ، وقد ظهرت النشرة الأولى من هذا الاختبار عام 1939 ثم أعيد نشره بعد

ذلك عدة مرات مع تعديلات وجد من الضروري إدخالها عليه (محمود عطية هنا، 1986).

يتكون الاختبار من 96 سؤال مقسم إلى قسمين، قسم خاص بالتوافق النفسى يحتوي على 6 من محاور

الشخصية هي:

- اعتماد الطفل على نفسه

- شعور الطفل بقيمته الذاتية
- شعور الطفل بالحرية
- شعور الطفل بالانتماء
- تحرر الطفل من الانطواء والانفراد
- الخلو من الأعراض العصبية

وكل محور يحتوي على 8 أسئلة

والقسم الثاني خاص بالتوافق الاجتماعي يحتوي على 6 محاور:

- الاعتراف بالمستويات الاجتماعية
- اكتساب الطفل للمهارات الاجتماعية
- تحرر الطفل من الميول المضادة للمجتمع
- علاقة الطفل بأسرته
- علاقة الطفل بالمدرسة
- علاقة الطفل بالبيئة المحلية

وكل محور يحتوي على 8 أسئلة

أما في دراستنا هذه فقد اخترنا 3 أبعاد من كل قسم، حيث اخترنا كل من البعد: اعتماد الطفل على نفسه و شعور الطفل بقيمته الذاتية و شعور الطفل بالانتماء من القسم الخاص بالتوافق النفسي، أما فيما يخص القسم الخاص بالتوافق الاجتماعي فقد اخترنا كل من البعد: اكتساب الطفل للمهارات الاجتماعية و علاقة الطفل بأسرته و علاقة الطفل بالمدرسة

كل بعد يحتوي على 8 أسئلة أي 24 سؤالاً خاصاً بقسم التوافق النفسي و 24 سؤالاً خاصاً بالتوافق الاجتماعي ومجموع أسئلة المقياس 48 سؤالاً.

**طريقة تطبيق المقياس:** بما أن المقياس موجه مباشرة للأطفال ، فقد تلقينا صعوبة في تطبيقه مع عينة الدراسة خاصة لان هذه الأخيرة تعاني من إعاقة السمع وليس من الممكن فهم الأسئلة الموجهة إليهم بشكل سليم، لذا قمنا بترجمة أسئلة المقياس إلى لغة الإشارة بمساعدة من معلمي مركز صغار الصم والأخصائية الارطوفونية العاملة بالمرك، وركزنا على الفهم الجيد لمحتوى الأسئلة من طرف الأطفال الصم دون توجيه أو تقييد لإجاباتهم من طرف المترجمين.

#### طريقة تصحيح المقياس:

يصحح مقياس التوافق النفسي الاجتماعي بإعطاء درجة واحدة للإجابة المتفقة مع مفتاح التصحيح وإعطاء درجة 0 للإجابة المخالفة مع مفتاح التصحيح ثم تجمع الدرجات لتعطى الدرجة الكلية للمقياس ومدى الدرجات يتراوح من 0 إلى 48 درجة وادني درجة هي 0

- الأطفال الذين تتراوح درجاتهم ما بين ( 0 إلى 24 ) أطفال غير متوافقين نفسيا واجتماعيا
- الأطفال الذين تتراوح درجاتهم ما بين ( 25 إلى 48 ) أطفال متوافقين نفسيا واجتماعيا

مفتاح التصحيح:

جدول رقم (05) : يوضح مفتاح التصحيح لمقياس التوافق النفسي الاجتماعي

12	11	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	رقم الفقرة	التوافق
لا	لا	لا	نعم	نعم	نعم	لا	لا	لا	نعم	لا	نعم	الإجابة	
24	23	22	21	20	19	18	17	16	15	14	13	رقم الفقرة	النفسي
لا	نعم	نعم	لا	نعم	نعم	لا	نعم	نعم	لا	نعم	نعم	الإجابة	
12	11	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	رقم الفقرة	التوافق
نعم	نعم	لا	نعم	لا	نعم	نعم	لا	لا	نعم	لا	نعم	الإجابة	
24	23	22	21	20	19	18	17	16	15	14	13	رقم الفقرة	الاجتماعي
لا	نعم	لا	لا	نعم	لا	لا	نعم	نعم	لا	نعم	لا	الإجابة	

\* الخصائص السيكومترية للمقياس :

### 01-الصدق

1.2 الصدق التمييزي : يقصد بصدق أداة الدراسة؛ أن تقيس فقراتها ما وضعت لقياسه، أي تقيس

فعلا الوظيفة التي يفترض أنه تقيسها وقمنا بالتأكد من الصدق من خلال الطريقة التي اعتمادنا

عليها في تقدير معامل الصدق المقياس طريقة الصدق التمييزي أو ما يعرف بطريقة المقارنة

الطرفية قمنا بترتيب درجات عينة الدراسة الاستطلاعية (30 فردا) ترتيبا تنازليا من أعلى درجة

إلى أدنى درجة في كل مقياس فالمجموعة الأولى (الطرف العلوي) وتقدر بنسبة 27% من

الذين حصلوا على درجات مرتفعة من عينة الاستطلاعية (30 فردا) أما المجموعة الثانية

(الطرف السفلي) وتقدر بنسبة 27% من الذين حصلوا على درجات منخفضة.

- حساب الفئة الطرفية (27%) =  $100 / (30 \times 27) = 8.10$  ومنه فالمجموعة الأولى ( طرف العلوي) نستخرج منها 08 أفراد ومنه فالمجموعة الثانية ( طرف السفلي ) نستخرج منها 08 أفراد

- ثم بعد ذلك تم استخدام اختبار 'Test T' للكشف عن الفروق بين متوسطي عينتين مستقلتين العينة أولى العلوية والعينة الثانية السفلية. وهذا باستعانة ببرنامج الإحصائي (SPSS. V25).

### 1.2.1 - الصدق التمييزي للتوافق النفسي

الجدول رقم (06): يوضح حساب الصدق التمييزي لبعء التوافق النفسي

الملاحظة	مستوى الدلالة الإحصائية	درجة الحرية	T المحسوبة	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	حجم العينة ن	الطرفين	التوافق النفسي
توجد فروق	0,000	14	10,620	8,30714	20,3250	8	علوي	
				5,22115	12,6000	8	سفلي	
<b>قيمة T الجدولية : 2.145 ودرجة حرية 14</b>								

- من خلال الجدول أعلاه نجد:

إن المتوسط الحسابي للمجموعة الأولى ( الطرف العلوي) بلغ 20,3250، وانحراف معياري 8,30714، أما بالنسبة للمتوسط الحسابي للمجموعة الثانية ( الطرف السفلي ) فقد بلغ 12,6000، وانحراف معياري 5,22115، كما أن قيمة T المحسوبة قدرت بـ (10,620) وهي اكبر من T الجدولية 2.145 عند درجة حرية (14)، كما إن قيمة sig = 0.000 و هي اقل من مستوى الدلالة 0.05 و بالتالي توجد فروق دالة إحصائية بين الطرفين (العلوي والسفلي)

وإذن نستنتج أن جميع عبارات البعد المتعلق بالتوافق النفسي تتمتع بقدرة التمييز بين أطرافه وهو ما يترجم القدرة على التمييز ومنه فان المقياس يتسم بالصدق.

### 2.2.1- الصدق التمييزي للتوافق الاجتماعي :

الجدول رقم (07): يوضح حساب الصدق التمييزي لبعد التوافق الاجتماعي

الملاحظة	مستوى الدلالة الإحصائية	درجة الحرية	T المحسوبة	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	حجم العينة	الطرفين	التوافق الاجتماعي
توجد فروق	0,000	14	08,225	13,48160	21,7000	8	علوي	
				4,44963	8,5000	8	سفلي	
<b>قيمة T الجدولية : 2.145 ودرجة حرية 14</b>								

• من خلال الجدول أعلاه نجد:

إن المتوسط الحسابي للمجموعة الأولى ( الطرف العلوي) بلغ 21,7000 ، وبانحراف معياري 13,48160، أما بالنسبة للمتوسط الحسابي للمجموعة الثانية ( الطرف السفلي ) فقد بلغ 8,5000، وبانحراف معياري 4,44963، كما أن قيمة T المحسوبة قدرت ب(8,225) وهي اكبر من T الجدولية 2.145 عند درجة حرية (14)، كما أن قيمة sig = 0.000 و هي اقل من مستوى الدلالة 0.05 و بالتالي توجد فروق دالة إحصائياً بين الطرفين (العلوي والسفلي) وإذن نستنتج أن جميع عبارات البعد المتعلق بالتوافق الاجتماعي تتمتع بقدرة التمييز بين أطرافه وهو ما يترجم القدرة على التمييز ومنه فان المقياس صادق.



- **02-** ثبات المقياس: يقصد بالثبات الحصول على نفس النتيجة لو تم إعادة تطبيق أداة الدراسة أكثر من مرة، تحت نفس الظروف والشروط، أو بعبارة أخرى، أن ثبات المقياس يعني الاستقرار في نتائج المقياس، وعدم تغييرها بشكل كبي، فيما لو تم إعادة تطبيقها على أفراد العينة عدة مرات خلال فترات زمنية معينة.
- وتم تحقق من ثبات المقياس من خلال استخدام طريقة معامل ألفا كرومباخ و طريقة التجزئة النصفية :

- **02-01-** طريقة معامل ألفا كرومباخ : ويعتمد أغلب الباحثين على برنامج جاهزة لحساب هذا المعامل مثل (SPSS. V25)، كما هو مبين في الجدول الموالي:
- الجدول رقم (08): يوضح قيمة معامل ألفا كرومباخ لمقياس التوافق النفسي الاجتماعي

النتيجة	عدد العبارات	Cronbach's Alpha	أبعاد المقياس
ثابت	23	0,912	جميع عبارات البعد المتعلق بالتوافق النفسي
ثابت	23	0,938	جميع عبارات البعد المتعلق بالتوافق الاجتماعي

- من خلال الجدول أعلاه نجد:

إن قيمة معامل ألفا كرومباخ لجميع عبارات البعد المتعلق بالتوافق النفسي هي قيمة مرتفعة بلغت **0.912**، وقيمة معامل ألفا كرومباخ لجميع عبارات البعد المتعلق بالتوافق الاجتماعي هي قيمة مرتفعة بلغت **0.938** وهي قيمة اكبر من الحد الأدنى **0.6** مما يدل على ثبات أداة الدراسة وتجدر الإشارة أن معامل ألفا كرومباخ كلما اقتربت قيمته من **01** دال على أن قيمة الثبات مرتفعة. ومنه نستنتج أن أداة الدراسة (مقياس التوافق النفسي الاجتماعي) ثابت.

- 02-02-02. طريقة التجزئة النصفية: وتقوم فكرة هذه الطريقة على تطبيق الاستبيان مرة واحدة ثم تقسيم نتائجه إلى أجزاء والأسلوب الشائع في تقسيم هو إلى قسمين يتضمن أحدهما العبارات الفردية والقسم الثاني العبارات الزوجية ويحسب معامل الثبات بين نتائج تطبيق القسمين ويجب ألا تغفل أن معامل الثبات الذي نحصل عليه بهذه الطريقة هو معامل ثبات نصف الاختبار وليس الاختبار ككل ولمعالجة هذا القصور قدم علماء القياس النفس حلولاً إحصائية على شكل معادلات تصحيح ومن بين هذه المعادلات : معادلة سبيرمان / بروان حيث اقترح بروان معادلة لتصحيح الثبات المحسوب بين نصفين وتأخذ الصورة التالية  

$$(R-1) / (R \times 2)$$
 حيث R هو معامل الارتباط بين القسمين كما هو مبين في الجدول :  
 حيث تم استخدام برنامج spss.25 في حساب معامل الارتباط

الجدول رقم (09) : يوضح ثبات مقياس التوافق النفسي الاجتماعي بطريقة التجزئة النصفية

أبعاد المقياس	معامل ارتباط النصف الأول - للعبارات الفردية	معامل ارتباط النصف الثاني للعبارات الزوجية	معامل ارتباط النصف الارتباط النصفى	تصحيح باستخدام معامل سبيرمان بروان
التوافق النفسي	0,905	0,923	0,875	0,933
التوافق الاجتماعي	0,932	0,923	0,805	0,891

- من خلال الجدول أعلاه نجد:

انه بلغ معامل الارتباط باستخدام طريقة التجزئة النصفية والمصحح باستخدام معادلة سبيرمان / بروان

لبعد التوافق النفسي قيمة (0.93) و وبعد التوافق الاجتماعي قيمة (0.89) ، وهي قيمة مرتفعة

بالنظر إلى القيمة الحد الأدنى للثبات وهي 0.60 ومنه المقياس يتميز بالثبات والصدق وجاهز للتطبيق على العينة الدراسة.

#### 4. الدراسة الأساسية:

##### 1.4 مجتمع الدراسة الأساسية :

تكون مجتمع الدراسة الأصلي من جميع التلاميذ الصم المتواجدين بمدرسة صغار الصم لولاية الجلفة والبالغ عددهم 120 تلميذا أصم موزعين على الطورين الابتدائي والمتوسط.

##### 2.4 عينة الدراسة الأساسية :

تمثلت عينة الدراسة في التلاميذ الصم المتواجدين بمركز صغار الصم لولاية الجلفة، تم اختيار أفراد العينة بطريقة قصدية، هذا بتحديد شروط وخصائص لاستخراجها وهي شرط السن الذي يتراوح من 8 إلى 13 سنة، وقد اختار الباحث هذه الفئة العمرية بالذات لعدة أسباب منها: إن مقياس التوافق النفسي الاجتماعي موجه بالأساس إلى هذه الفئة، و كذلك التأكد من فهم واستيعاب أفراد العينة لفقرات المقياس وهذا ما تجسده هذه الفئة العمرية. كما أن تقسيم الفئة العمرية تم وفق تقييم القائمين على الأطفال الصم

**حجم العينة :**

بلغ حجم العينة (73) تلميذا أصم ممن توفرت فيهم شروط الدراسة، لكن تم استبعاد 3 تلاميذ من العينة ذلك لأنهم يعانون من إعاقة مزدوجة متمثلة في الإعاقة السمعية بالإضافة إلى تخلف ذهني خفيف وبالتالي وجدنا صعوبة في فهم هؤلاء التلاميذ لفقرات مقاييس الدراسة، ومنه تكونت عينة الدراسة من 70 تلميذ أصم.

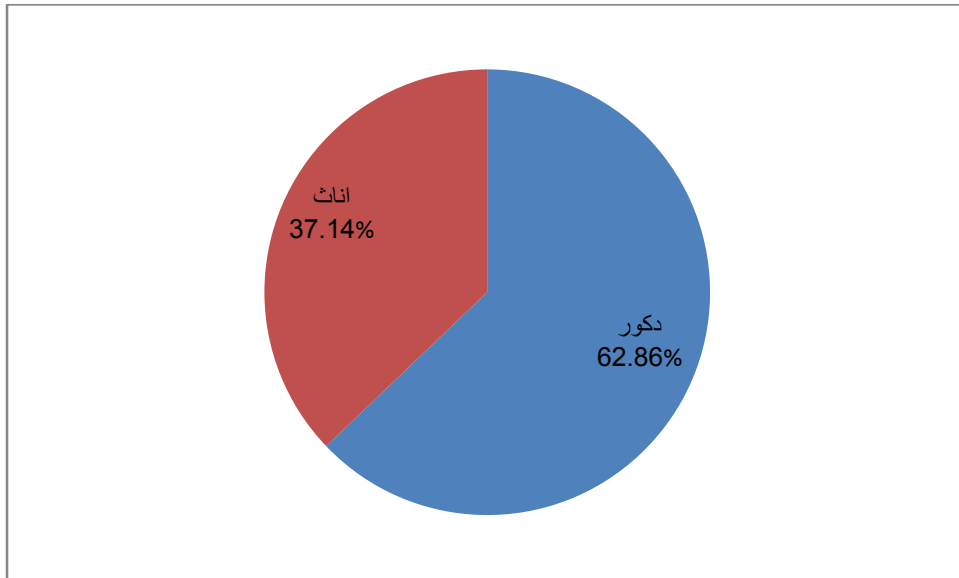
##### خصائص العينة :

شملت عينة الدراسة التلاميذ الصم المتواجدين بمدرسة صغار الصم لولاية الجلفة وسيتم توضيح خصائصهم في الجداول التالية:

• توزيع العينة حسب الجنس:

الجدول رقم : (10) يوضح توزيع العينة حسب الجنس

الجنس		
التكرارات المئوية	التكرارات	
62.86	44	الذكور
37.14	26	الإناث
100,0	70	المجموع



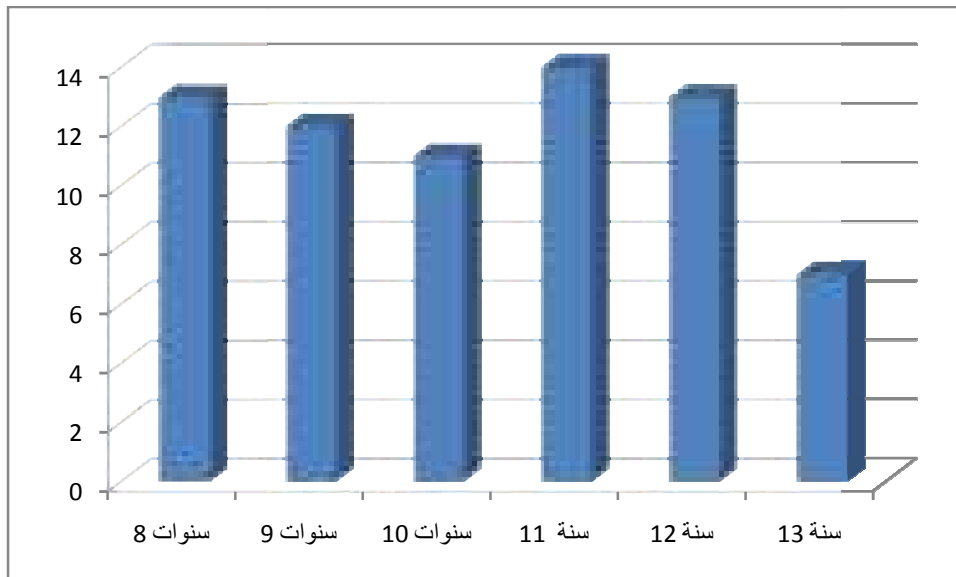
الشكل رقم: (01) يوضح توزيع العينة حسب الجنس

يتضح من الجدول والشكل أعلاه أن أفراد العينة يتوزعون حسب متغير الجنس بنسبة 62.86 % لصالح الذكور وبنسبة 37.14% للإناث من إجمالي عينة الدراسة، ومن خلال البيانات أعلاه نلاحظ تفوق نسبة الذكور على الإناث، طبعاً هذا التوزيع لم يكن مقصوداً لأن نسبة الإناث في المركز فعلاً منخفضة وذلك راجع لعدة أسباب منها: أن أسر البنات الصم لا تفضل تلميذات بناتهن ومكوئهم في إقامة المركز وهذا ما استنتجناه بحكم العمل في المركز واحتكاكنا مع أولياء الأطفال الصم.

• توزيع العينة حسب السن :

جدول رقم: (11) يوضح توزيع العينة حسب السن

السن (سنوات)	التكرارات	التكرار النسبي %
08	13	18.57
09	12	17.14
10	11	15.72
11	14	20.00
12	13	18.57
13	07	10
المجموع	70	100



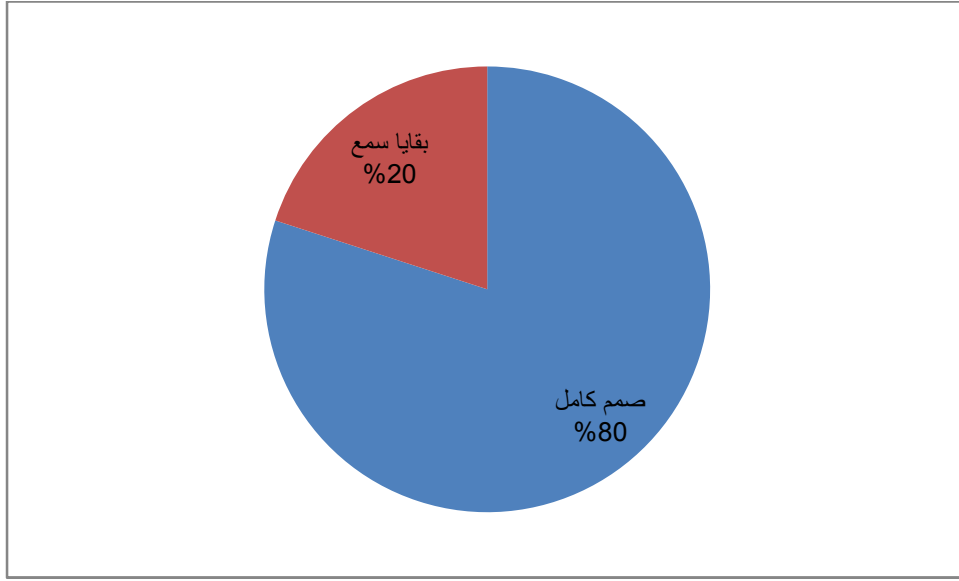
شكل رقم : (.02.) يوضح توزيع العينة حسب السن

يتضح من الجدول والشكل أعلاه أن أفراد العينة يتوزعون حسب متغير السن بنسب متقاربة فالأطفال الصم الذين يبلغ سنهم حوالي 8 سنوات يمثلون نسبة 18.57%، في حين الذين بلغ سنهم 9 سنوات يمثلون نسبة 17.14%، أما بالنسبة للأطفال الصم الذين هم في سن 10 سنوات فبلغت نسبتهم 15.72%، أي أن نسبة الأطفال الصم الذين يتراوح سنهم ما بين ( 8 إلى 10 سنوات ) بلغت حوالي 51.43% من إجمالي العينة ، أما الفئة العمرية التي يتراوح سنها ما بين ( 11 إلى 13 سنوات ) فبلغت نسبتها حوالي 48.57% من إجمالي العينة موزعة على من هم في سن 11 سنة بنسبة 20% وهم يمثلون أكبر نسبة، يليها من هم في سن 12 سنة بنسبة 18.57%، وأخيرا يأتي في آخر الترتيب الأطفال الصم الذين بلغ سنهم 13 سنة بنسبة 10%.

- توزيع العينة حسب درجة الإعاقة :

جدول رقم : (12) يوضح توزيع العينة حسب درجة الإعاقة

التكرار النسبي	التكرارات	درجة الإعاقة
80%	56	صمم كامل
20%	14	بقايا السمع
100%	70	المجموع



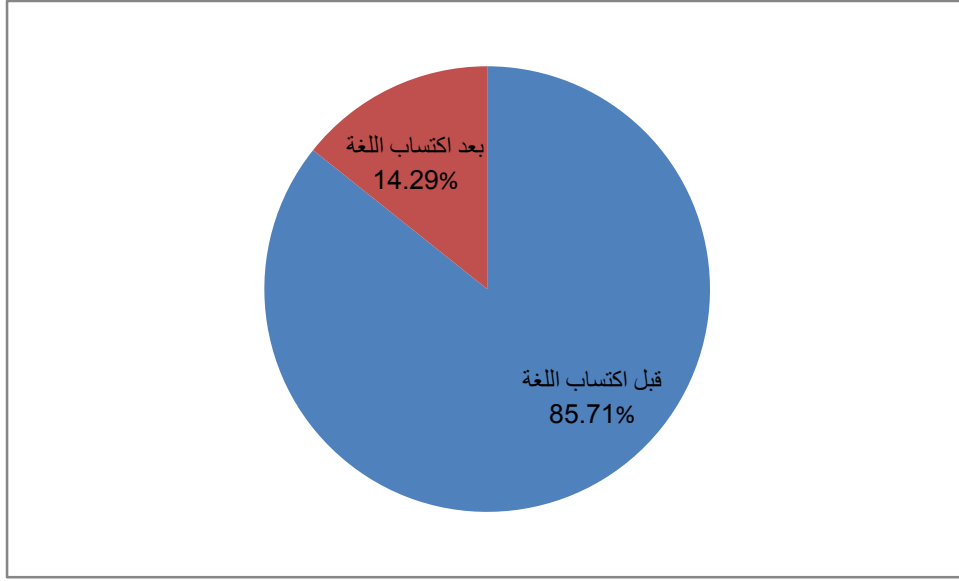
شكل رقم : (03.) يوضح توزيع العينة حسب درجة الإعاقة

يتضح من الجدول والشكل أعلاه أن أفراد العينة يتوزعون حسب متغير درجة الإعاقة بنسبة 80 % لصالح الصمم الكامل وبنسبة 20% لبقايا السمع من إجمالي عينة الدراسة، أي أن الأطفال الذين يمتلكون بقايا سمع عددهم منخفض بالمركز مقارنة بالأطفال الفاقدين لحاسة السمع تماماً، وهذا منطقي لأن أغلب الأطفال ممن يتمتعون بنسبة من حاسة السمع ولو كانت قليلة هم مدمجون في المدارس العادية وقلة قليلة منهم من يتمدرسون في مدارس خاصة بالأطفال الصم .

• توزيع العينة حسب وقت الإصابة:

جدول رقم : (13) يوضح توزيع العينة حسب وقت الإصابة

وقت الإصابة	التكرارات	التكرار النسبي
قبل اكتساب اللغة	60	85.71%
بعد اكتساب اللغة	10	14.29%
المجموع	70	100%



شكل رقم: (04) يوضح توزيع العينة حسب وقت الإصابة

يتضح من الجدول والشكل أعلاه أن أفراد العينة يتوزعون حسب متغير وقت الإصابة بنسبة 85.71 % لصالح قبل اكتساب اللغة وبنسبة 14.29% لبعدها من إجمالي عينة الدراسة، أي أن من ولدوا بالإعاقة السمعية نسبتهم أكبر ممن فقدوا حاسة السمع بعد الولادة وكانت لهم فرصة اكتساب اللغة رغم ذلك فإن لغة الإشارة تبقى هي سيدة الموقف ولغة التواصل التي يتقنها الأطفال الصم .

#### 5. إجراءات الدراسة الأساسية :

بعد التأكد من الخصائص السيكومترية لأدوات الدراسة من صدق وثبات قمنا بتطبيقها على العينة ما بين شهر مارس وأفريل من سنة 2018 على مرحلتين مختلفتين كالتالي :

- عرض قائمة تقدير السلوك على المعلمين المشرفين على الأطفال الصم للإجابة على فقرات القائمة التي تتضمن كل من اضطراب السلوك العدواني واضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة بعد الشرح المفصل من قبل الباحث لأهداف البحث ومضمون الأداة كما تم الاستعانة بالملف الفردي لكل طفل أصم لتأكيد إجابات وملاحظات المعلمين حول سلوك الأطفال الصم.



- أما المرحلة الثانية فقد شملت تطبيق مقياس التوافق النفسي الاجتماعي على الأطفال الصم مباشرة أي أن هؤلاء هم من يجيبون على فقرات المقياس بأنفسهم وذلك بشرح فقرات المقياس عن طريق لغة الإشارة بمساعدة معلمين متخصصين في ذلك والارطفونية العاملة بالمركز وحرص الباحث على الفهم الجيد لفقرات المقياس من قبل الأطفال الصم، وكان التطبيق فرديا بعد تطبيق المقاييس قمنا بجمع البيانات وتفرغها في جهاز الحاسوب لتحليلها ومعالجتها إحصائيا عن طريق برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية SPSS .V 25

### 6. الأساليب الإحصائية:

تم إخضاع البيانات لحصر النتائج إلى عملية التحليل الإحصائي باستخدام برنامج التحليل الإحصائي للعلوم الاجتماعية ( SPSS.V 25 ) وتم الاعتماد على بعض الاختبارات، بالإضافة إلى الأساليب الإحصائية الوصفية والأساليب الاستدلالية كذلك الأشكال البيانية كما يلي:

جدول رقم : (14) يوضح الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة

الهدف منه	الأسلوب الإحصائي
لوصف الخصائص الديموغرافية لعينة الدراسة.	التكرارات والنسب المئوية
التعرف على متوسط إجابات المبحوثين	المتوسط الحسابي
التعرف على مدى انحراف استجابات أفراد الدراسة اتجاه كل فقرة أو بعد، والتأكد من صلاحية النموذج لاختبار الفرضيات، ويوضح التشتت في استجابات أفراد الدراسة فكلما اقتربت قيمته من الصفر فهذا يعني تركيز الإجابات وعدم تشتتها	الانحراف المعياري
لقياس الثبات	معامل ألفا كرونباخ
لقياس الثبات	معامل سبيرمان / بروان
لكشف عن علاقة بين المتغيرين	معامل ارتباط بيرسون
لكشف عن الفروق بين متوسطي عينتين مستقلتين في اختبار الفرضيات والصدق التمييزي	اختبار ( Test T pour échantillons indépendants)

خلاصة الفصل:

بعدما حددنا المنهج المتبع في الدراسة والتأكد من الخصائص السيكمترية لأدوات الدراسة من صدق وثبات ووصفها، وعرضنا لمجتمع الدراسة وعينتها وذكر إجراءات الدراسة الأساسية والأساليب الإحصائية سننتقل في الفصل التالي إلى عرض نتائج الدراسة .

## الفصل السادس

### عرض وتحليل نتائج الدراسة

#### تمهيد

#### • عرض وتحليل نتيجة الفرضية العامة

1. عرض وتحليل نتيجة الفرضية الأولى

2. عرض وتحليل نتيجة الفرضية الثانية

3. عرض وتحليل نتيجة الفرضية الثالثة

4. عرض وتحليل نتيجة الفرضية الرابعة

5. عرض وتحليل نتيجة الفرضية الخامسة

6. عرض وتحليل نتيجة الفرضية السادسة

7. عرض وتحليل نتيجة الفرضية السابعة

8. عرض وتحليل نتيجة الفرضية الثامنة

9. عرض وتحليل نتيجة الفرضية التاسعة

10. عرض وتحليل نتيجة الفرضية العاشرة

#### خلاصة الفصل

**تمهيد :**

بعدها تناولنا الإجراءات المنهجية للدراسة في الفصل السابق، سنتطرق في هذا الفصل إلى عرض وتحليل نتائج فرضيات الدراسة، وذلك باستخدام الأساليب الإحصائية المناسبة عن طريق برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (Spss.v25).

**• عرض وتحليل نتيجة الفرضية العامة:**

**نص الفرضية العامة :**

هل توجد علاقة دالة احصائيا بين الاضطرابات السلوكية والتوافق النفسي الاجتماعي لدى الأطفال الصم وللتحقق من صحة الفرضية استخدمنا معامل الارتباط بيرسون والجدول التالي يوضح ذلك :

**الجدول رقم (15): يوضح معامل الارتباط بين الاضطرابات السلوكية والتوافق النفسي الاجتماعي**

المتغيرات	حجم العينة	معامل الارتباط	درجة الحرية	الدلالة الإحصائية	الملاحظة
الاضطرابات السلوكية	70	- 0.69	68	0,000	توجد علاقة ارتباطيه سالبة
التوافق النفسي الاجتماعي					

**• من خلال الجدول أعلاه يتبين لنا:**

قد بلغ معامل الارتباط بيرسون بين متغيرات الدراسة حوالي -0.69 وهو معامل ارتباط قوي، ومنه نستنتج انه توجد علاقة ارتباطيه سالبة بين الاضطرابات السلوكية والتوافق النفسي الاجتماعي لدى

الأطفال الصم، أي كلما ارتفع مستوى الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال الصم انخفض مستوى التوافق النفسي الاجتماعي.

### 1. عرض وتحليل نتيجة الفرضية الأولى :

#### نص الفرضية الأولى :

مستوى الاضطرابات السلوكية مرتفع لدى الأطفال الصم وللتحقق من صحة الفرضية استخدمنا المتوسط الحسابي والجدول التالي يوضح ذلك :

مجال الدرجات	من 0 درجة إلى اقل من 40 درجة	من 40 إلى 80 درجة
بالنسبة لاضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة	غير مضطربين سلوكيا	مضطربين سلوكيا
بالنسبة السلوك العدواني	غير مضطربين سلوكيا	مضطربين سلوكيا

جدول رقم (16): يوضح مستوى الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال الصم

النتيجة	المتوسط ضمن المجال	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	
مضطربين سلوكيا	من 40 إلى 80 درجة	22,75854	45,48	مستوى اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة
مضطربين سلوكيا	من 40 إلى 80 درجة	21,91720	47.91	مستوى السلوك العدواني

• من خلال الجدول أعلاه يتبين لنا:

بالنسبة للاضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة لدى الأطفال الصم نجد أن المتوسط الحسابي الكلي لإجابات أفراد العينة على عبارات اضطراب نقص الانتباه بلغ ( $\bar{x}=48,45$ ) وبالانحراف المعياري بلغ ( $\delta=22,75854$ ) والمتوسط الحسابي هو ضمن مجال من " 40 إلى 80 درجة ومنه مستوى اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة لدى الأطفال الصم هو مرتفع.

بالنسبة للسلوك العدوانى لدى الأطفال الصم نجد أن المتوسط الحسابي الكلي لإجابات أفراد العينة على عبارات اضطراب السلوك العدوانى بلغ ( $\bar{x}=47,91$ ) وبالانحراف المعياري بلغ ( $\delta=21,91720$ ) والمتوسط الحسابي هو ضمن مجال من " 40 إلى 80 درجة ومنه مستوى السلوك العدوانى لدى الأطفال الصم لدى الأطفال الصم هو مرتفع.

ومن خلال النتائج المذكورة السابقة نستنتج أن مستوى الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال الصم مرتفع وبالتالي تتحقق الفرضية الأولى .

## 2. عرض وتحليل نتيجة الفرضية الثانية:

### نص الفرضية الثانية :

توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال الصم تعزى لمتغير الجنس ولصالح الذكور وللتحقق من صحة الفرضية تم استخدام اختبار 'ت' (T-TEST) للدلالة على الفروق بين المتوسطات لفئتين فقط وهما (ذكور و الإناث)، والجدول التالي يوضح ذلك :

الجدول رقم (17): يوضح الفروق في مستوى الاضطرابات السلوكية تعزى إلى متغير الجنس

الملاحظة	الدلالة الإحصائية	درجة الحرية	T المحسوبة	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	حجم العينة	الجنس	
توجد فروق	0,002	68	3,222	22,65220	45,2500	44	الذكور	اضطراب
				18,91097	28,2308	26	الإناث	نقص الانتباه
توجد فروق	0,000	68	4,524	23,16111	,931842	44	الذكور	اضطراب
				9,81655	10,2692	26	الإناث	السلوك العدوانى

قيمة T الجدولية :  $T_{tab}=1.9973$  عند مستوى الدلالة 0.05 ودرجة حرية  $2-70=68=DF$

نقارن بين قيمة T المحسوبة ( $T_{cal}$ ) و قيمة T الجدولية ( $T_{tab}$ ) إذا كانت المحسوبة اكبر من الجدولية فإننا ونقبل الفرضية أي توجد فروق

أو إذا كانت قيمة sig اقل من 0.05 فإننا ونقبل الفرضية أي توجد فروق

من خلال الجدول أعلاه تبين لنا إن:

المتوسط الحسابي بالنسبة للاضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة لدى الأطفال الصم من فئة الذكور بلغ ( $\bar{x}=45,2500$ ) وبالانحراف معياري بلغ ( $s=22,65220$ ) و المتوسط الحسابي فئة الإناث بلغ ( $\bar{x}=28,2308$ ) وبالانحراف معياري بلغ ( $s=18,91097$ ): قيمة (T) المحسوبة بلغت (3,222) وهي اكبر من القيمة (T) الجدولية ( $T_{tab}=1.9973$ ) عند مستوى الدلالة 0.05 ودرجة الحرية 68، وانه أيضا قيمة مستوى المعنوية sig يساوي 0.002 اقل من مستوى الدلالة 0.05 أي

انه توجد اختلافات في درجات اضطراب نقص الانتباه تعزى للجنس (الذكور والإناث) ولصالح الذكور.

نجد أن المتوسط الحسابي بالنسبة لاضطراب السلوك العدواني لدى الأطفال الصم من فئة الذكور بلغ  $(\bar{x}=42,9318)$  وبالانحراف المعياري بلغ  $(s=23,16111)$  و المتوسط الحسابي فئة الإناث بلغ  $(\bar{x}=10,2692)$  وبالانحراف المعياري بلغ  $(s=9,81655)$ : قيمة (T) المحسوبة بلغت (4,524) وهي اكبر من القيمة (T) الجدولية  $(T_{tab}=1.9973)$  عند مستوى الدلالة 0.05 ودرجة الحرية 68، وانه أيضا قيمة مستوى المعنوية sig يساوي 0,000 اقل من مستوى الدلالة 0.05 أي انه توجد اختلافات في درجات اضطراب السلوك العدواني تعزى للجنس (الذكور والإناث) ولصالح الذكور.

وعلى ضوء هذه النتائج تتحقق الفرضية الثانية، التي تنص على انه توجد فروق دالة إحصائية في مستوى الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال الصم تعزى لمتغير الجنس ولصالح الذكور.

### 3. عرض وتحليل نتيجة الفرضية الثالثة :

#### نص الفرضية الثالثة :

توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال الصم تعزى لمتغير العمر (8 إلى 10 سنوات و 11 إلى 13 سنة) ولصالح الفئة العمرية (8 إلى 10 سنوات) وللتحقق من صحة الفرضية تم استخدام اختبار 'ت' (T-TEST) للدلالة على الفروق بين المتوسطات لفئتين فقط وهما السن (8 إلى 10 سنة و 11 إلى 13 سنة) ، والجدول التالي يوضح ذلك :



الجدول رقم (18): يوضح الفروق في مستوى الاضطرابات السلوكية تعزى إلى متغير السن

الملاحظة	الدلالة الإحصائية	درجة الحرية	T المحسوبة	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	حجم العينة	العمر	
لا توجد فروق	0.062	68	1.687	22,30846	43,4571	36	8 إلى 10 سنة	اضطراب نقص الانتباه
				22,61077	,400041	34	11 إلى 13 سنة	
لا توجد فروق	0.071	68	1.365	22,20595	,885740	36	8 إلى 10 سنة	اضطراب السلوك
				20,18994	,885938	34	11 إلى 13 سنة	العُدواني

قيمة T الجدولية :  $T_{tab}=1.9973$  عند مستوى الدلالة 0.05 ودرجة حرية  $2-68=70=DF$   
نقارن بين قيمة T المحسوبة ( $T_{cal}$ ) و قيمة T الجدولية ( $T_{tab}$ ) إذا كانت المحسوبة اكبر من الجدولية  
فإننا ونقبل الفرضية أي توجد فروق  
أو إذا كانت قيمة sig اقل من 0.05 فإننا ونقبل الفرضية أي توجد فروق

• من خلال الجدول أعلاه تبين لنا أن:

المتوسط الحسابي بالنسبة للاضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة لدى الأطفال الصم من فئة 8 إلى 10 سنة بلغ ( $\bar{x}=43,4571$ ) وبالانحراف معياري بلغ ( $s=22, 30846$ ) والمتوسط الحسابي لفئة 11 إلى 13 سنة بلغ ( $\bar{x}=41,4000$ ) وبالانحراف معياري بلغ ( $s=22,61077$ ): قيمة (T) المحسوبة

بلغت ( $T_{cal}= 1,687$ ) وهي اقل من القيمة ( $T$ ) الجدولية ( $T_{tab}=1.9973$ ) عند مستوى الدلالة 0.05 ودرجة الحرية 68، وانه أيضا قيمة مستوى المعنوية sig يساوي 0.062 اكبر من مستوى الدلالة 0.05 أي انه لا توجد فروق في درجات اضطراب نقص الانتباه تعزى إلى السن (8 إلى 10 سنة و11 إلى 13 سنة)

نجد أن المتوسط الحسابي بالنسبة لاضطراب السلوك العدواني لدى الأطفال الصم من فئة 8 إلى 10 سنة بلغ ( $\bar{x}=40,8857$ ) وبالانحراف المعياري بلغ ( $s=22,20595$ ) والمتوسط الحسابي لفئة 11 إلى 13 سنة بلغ ( $\bar{x}=38,8859$ ) وبالانحراف المعياري بلغ ( $s=20,18994$ ): قيمة ( $T$ ) المحسوبة بلغت (1,365) وهي اقل من القيمة ( $T$ ) الجدولية ( $T_{tab}=1.9973$ ) عند مستوى الدلالة 0.05 ودرجة الحرية 68، وانه أيضا قيمة مستوى المعنوية sig يساوي 0,071 اكبر من مستوى الدلالة 0.05 أي انه لا توجد اختلافات في درجات اضطراب السلوك العدواني تعزى إلى السن (8 إلى 10 سنة و11 إلى 13 سنة). ومن خلال هذه النتائج نستنتج انه لا توجد فروق في مستوى الاضطرابات السلوكية لدى الصم تعزى إلى متغير العمر، وبالتالي لم تتحقق الفرضية الثالثة ونقبل الفرضية الصفرية .

#### 4. عرض وتحليل نتيجة الفرضية الرابعة :

##### نص الفرضية الرابعة :

توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال الصم تعزى لمتغير درجة الإعاقة (صمم كامل ، بقايا سمع )، للتحقق من صحة الفرضية تم استخدام اختبار 'ت' ( $T-$  TEST) للدلالة على الفروق بين المتوسطات لفئتين فقط وهما درجة الإعاقة (صمم كامل و بقايا السمع) ويستخدم اختبار ( $T-$ TEST) والجدول التالي يوضح ذل :

الجدول رقم (19): يوضح الفروق في مستوى الاضطرابات السلوكية تعزى إلى متغير درجة الإعاقة

الملاحظة	الدلالة الإحصائية	درجة الحرية	T المحسوبة	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	حجم العينة	درجة الإعاقة	
توجد فروق	0,031	68	2,199	23,15737	50,5714	56	صمم كامل	اضطراب نقص الانتباه
				21,90682	36,0179	14	بقايا السمع	
توجد فروق	0,017	68	2,436	24,77337	36,2143	56	صمم كامل	اضطراب السلوك العدوانى
				20,22907	20,8036	14	بقايا السمع	

قيمة T الجدولية :  $T_{tab}=1.9973$  عند مستوى الدلالة 0.05 ودرجة حرية  $2-68=70=DF$   
نقارن بين قيمة T المحسوبة ( $T_{cal}$ ) و قيمة T الجدولية ( $T_{tab}$ ) إذا كانت المحسوبة اكبر من الجدولية  
فإننا ونقبل الفرضية أي توجد فروق  
أو إذا كانت قيمة sig اقل من 0.05 فإننا ونقبل الفرضية أي توجد فروق

• من خلال الجدول أعلاه تبين لنا أن:

المتوسط الحسابي بالنسبة للاضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة لدى الأطفال الصم الذين يعانون صمم كامل بلغ ( $\bar{x}=50,5714$ ) وبالانحراف معياري بلغ ( $s=23,15737$ ) والمتوسط الحسابي لـ للأطفال الذين يتمتعون ببقايا سمع بلغ ( $\bar{x}=36,0179$ ) وبالانحراف معياري بلغ ( $s=21,90682$ )، أما بالنسبة

لقيمة (T) المحسوبة بلغت ( $T_{cal}= 2,199$ ) وهي اكبر من القيمة (T) الجدولية ( $T_{tab}=1.9973$ ) عند مستوى الدلالة 0.05 ودرجة الحرية 68، وانه أيضا قيمة مستوى المعنوية sig يساوي 0,031 اقل من مستوى الدلالة 0.05 أي انه توجد اختلافات في درجات اضطراب نقص الانتباه تعزى لدرجة الإعاقة (صمم كامل و بقايا السمع) ولصالح صمم كامل.

نجد أن المتوسط الحسابي بالنسبة اضطراب السلوك العدواني لدى الأطفال الصم الذين يعانون صمم كامل بلغ ( $\bar{x}=36,2143$ ) وبالانحراف المعياري بلغ ( $\delta=24,77337$ ) و المتوسط الحسابي لـ الأطفال الذين يتمتعون ببقايا سمع بلغ ( $\bar{x}=20,8036$ ) وبالانحراف المعياري بلغ ( $\delta=20,8036$ ): أما بالنسبة لقيمة (T) المحسوبة بلغت ( $T_{cal}= 2,436$ ) وهي اكبر من القيمة (T) الجدولية ( $T_{tab}=1.9973$ ) عند مستوى الدلالة 0.05 ودرجة الحرية 68، وانه أيضا قيمة مستوى المعنوية sig يساوي 0,017 اقل من مستوى الدلالة 0.05 أي انه توجد اختلافات في درجات اضطراب السلوك العدواني تعزى لدرجة الإعاقة (صمم كامل و بقايا السمع) ولصالح صمم كامل.

وعلى ضوء هذه النتائج تتحقق الفرضية الرابعة، التي تنص على انه توجد فروق دالة إحصائية في مستوى الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال الصم تعزى لمتغير درجة الإعاقة.

### 5. عرض وتحليل نتيجة الفرضية الخامسة :

**نص الفرضية الخامسة:** توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال الصم تعزى لمتغير وقت الإصابة ( قبل اكتساب اللغة ، بعد اكتساب اللغة )، للتحقق من صحة الفرضية تم استخدام اختبار 'ت' (T-TEST) للدلالة على الفروق بين المتوسطات لفتتين فقط وهما وقت الإصابة (قبل اكتساب اللغة و بعد اكتساب اللغة) والجدول التالي يوضح ذلك:

الجدول رقم (20): يوضح الفروق في مستوى الاضطرابات السلوكية تعزى إلى متغير وقت الإصابة

الملاحظة	الدلالة الإحصائية	درجة الحرية	T المحسوبة	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	حجم العينة	وقت الإصابة	
توجد فروق	0.025	68	3,019	3482,121	5020,48	60	قبل اكتساب اللغة	اضطراب نقص الانتباه
				2385,902	38,0134	10	بعد اكتساب اللغة	
توجد فروق	0.011	68	2,512	66114,32	,201340	60	قبل اكتساب اللغة	اضطراب السلوك العدوانى
				7984520,	9017,28	10	بعد اكتساب اللغة	

قيمة T الجدولية :  $T_{tab}=1.9973$  عند مستوى الدلالة 0.05 ودرجة حرية  $2-68=70=DF$   
نقارن بين قيمة ت المحسوبة (  $T_{cal}$  ) و قيمة ت الجدولية (  $T_{tab}$  ) إذا كانت المحسوبة اكبر من الجدولية  
فإننا ونقبل الفرضية أي توجد فروق  
أو إذا كانت قيمة sig اقل من 0.05 فإننا ونقبل الفرضية أي توجد فروق

• من خلال الجدول أعلاه تبين لنا أن:

المتوسط الحسابي بالنسبة للاضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة لدى الأطفال الصم الذين يعانون الإعاقة السمعية قبل اكتساب اللغة بلغ ( $\bar{x}=48,5020$ ) وبالانحراف المعياري بلغ ( $\delta=21,14823$ ) والمتوسط الحسابي لـ للأطفال الذين يعانون الإعاقة السمعية بعد اكتساب اللغة بلغ ( $\bar{x}=34,0138$ ) وبالانحراف المعياري بلغ ( $\delta=20,93852$ )، أما بالنسبة لقيمة (T) المحسوبة بلغت ( $T_{cal}= 3,019$ ) وهي اكبر من القيمة (T) الجدولية ( $T_{tab}=1.9973$ ) عند مستوى الدلالة 0.05 ودرجة الحرية 68، وانه أيضا قيمة مستوى المعنوية sig يساوي 0,025 اقل من مستوى الدلالة 0.05 أي انه توجد اختلافات في درجات اضطراب نقص الانتباه تعزى لوقت الإصابة ( قبل اكتساب اللغة ، بعد اكتساب اللغة )، ولصالح قبل اكتساب اللغة.

نجد أن المتوسط الحسابي بالنسبة اضطراب السلوك العدواني لدى الأطفال الصم الذين يعانون الإعاقة السمعية قبل اكتساب اللغة بلغ ( $\bar{x}=40,2013$ ) وبالانحراف المعياري بلغ ( $\delta=23,66114$ ) و المتوسط الحسابي لـ للأطفال الذين يعانون الإعاقة السمعية بعد اكتساب اللغة بلغ ( $\bar{x}=28,9017$ ) وبالانحراف المعياري بلغ ( $\delta=20,98457$ ):أما بالنسبة لقيمة (T) المحسوبة بلغت ( $T_{cal}= 2,512$ ) وهي اكبر من القيمة (T) الجدولية ( $T_{tab}=1.9973$ ) عند مستوى الدلالة 0.05 ودرجة الحرية 68، وانه أيضا قيمة مستوى المعنوية sig يساوي 0,011 اقل من مستوى الدلالة 0.05 أي انه توجد اختلافات في درجات اضطراب السلوك العدواني تعزى لوقت الإصابة(قبل اكتساب اللغة و بعد اكتساب اللغة) ولصالح قبل اكتساب اللغة.

وعلى ضوء هذه النتيجة تحققت الفرضية الخامسة، التي تنص على انه توجد فروق دالة إحصائية في مستوى الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال الصم تعزى لمتغير وقت الإصابة.

6. عرض وتحليل نتيجة الفرضية السادسة:

**نص الفرضية السادسة :**

مستوى التوافق النفسي الاجتماعي منخفض لدى الأطفال الصم وللتحقق من صحة الفرضية استخدمنا المتوسط الحسابي والجدول التالي يوضح ذلك:

الجدول رقم (21): يوضح توزيع أفراد العينة حسب درجات التوافق النفسي الاجتماعي

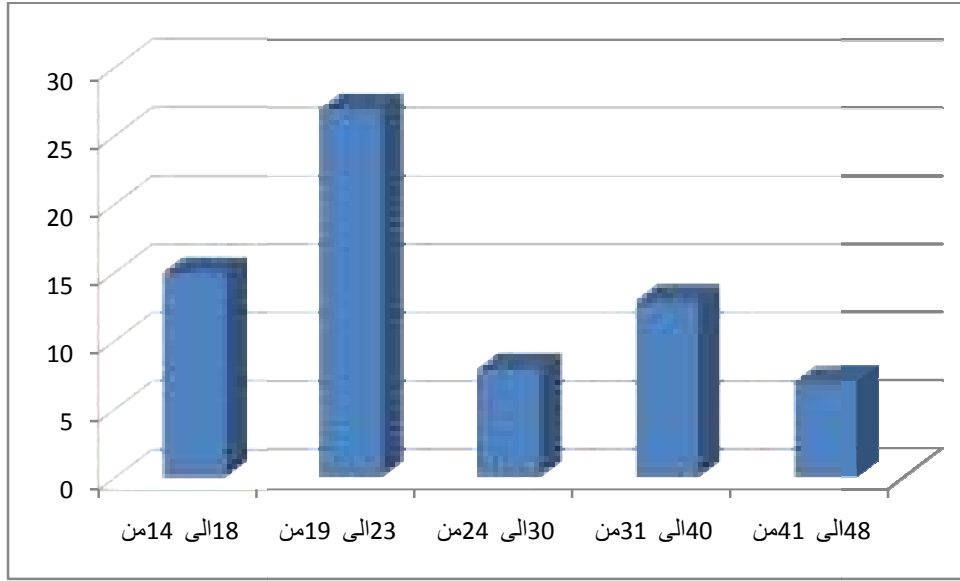
التكرار النسبي %	التكرارات	فئات درجات التوافق النفسي الاجتماعي
21	15	( 14 إلى 18 )
39	27	( 19 إلى 23 )
11	08	( 24 إلى 30 )
19	13	( 31 إلى 40 )
10	07	( 41 إلى 48 )
100	70	المجموع

• من خلال الجدول أعلاه تبين لنا أن:

درجات الأطفال الصم في مقياس التوافق النفسي الاجتماعي بلغت في الفئة ( 14 إلى 18 ) نسبة 21 % وبنسبة 39 % في الفئة ( 19 إلى 23 ) وهي الفئة الأكثر تمثيل نسبي ، أما فئة ( 19 إلى 23 ) فقد بلغت نسبتها 11 % ، وبلغت درجات الأطفال الصم في الفئة ( 31 إلى 40 ) نسبة 19 % ، وتعد فئة ( 41 إلى 48 ) اقل تمثيل نسبي بنسبة 7 % ، أي أن درجات الأطفال الصم في مقياس التوافق النفسي

الاجتماعي تجمعت بنسبة كبيرة في الفئة ( 14 إلى 23 ) بنسبة 60 % ، وهي نسبة تعبر عن مستوى منخفض للتوافق النفسي الاجتماعي بالنسبة للمتوسط الحسابي للمقياس.

ومنه نستنتج من خلال النتائج المذكورة أعلاه أن مستوى التوافق النفسي الاجتماعي لدى الأطفال الصم منخفض، وبالتالي تتحقق الفرضية السادسة.



شكل رقم: (05) يوضح توزيع العينة حسب درجات التوافق النفسي الاجتماعي

## 7. عرض وتحليل نتيجة الفرضية السابعة :

### نص الفرضية السابعة :

توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى التوافق النفسي الاجتماعي لدى الأطفال الصم يعزى لمتغير الجنس و للتحقق من صحة الفرضية تم استخدام اختبار 'ت' (TEST-T) للدلالة على الفروق بين المتوسطات لفئتين فقط وهما الجنس (ذكور و إناث) والجدول التالي يوضح ذلك:



الجدول رقم (22): يوضح الفروق في مستوى التوافق النفسي الاجتماعي تعزى إلى متغير

الجنس

الملاحظة	الدلالة الإحصائية	درجة الحرية	T المحسوبة	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	حجم العينة	الجنس	
توجد فروق	0.00	68	3.77	6.72	21.43	44	الذكور	التوافق النفسي الاجتماعي
				11.55	38.65	26	الإناث	

قيمة T الجدولية :  $T_{tab}=1.9973$  عند مستوى الدلالة 0.05 ودرجة حرية  $2-68=70=DF$

نقارن بين قيمة T المحسوبة ( $T_{cal}$ ) و قيمة T الجدولية ( $T_{tab}$ ) إذا كانت المحسوبة أكبر من الجدولية فإننا ونقبل الفرضية أي توجد فروق

أو إذا كانت قيمة sig أقل من 0.05 فإننا ونقبل الفرضية أي توجد فروق

• من خلال الجدول أعلاه تبين لنا أن:

المتوسط الحسابي بالنسبة لمستوى التوافق النفسي الاجتماعي لدى الأطفال الصم من فئة الذكور بلغ ( $\bar{x}=21,43$ ) وبالانحراف معياري بلغ ( $s=6,72$ ) و المتوسط الحسابي فئة الإناث بلغ ( $\bar{x}=38,65$ ) وبالانحراف معياري بلغ ( $s=11,55$ ): قيمة (T) المحسوبة بلغت ( $T_{cal}= 3,77$ ) وهي أكبر من القيمة (T) الجدولية ( $T_{tab}=1.9973$ ) عند مستوى الدلالة 0.05 ودرجة الحرية 68، وانه أيضا قيمة مستوى المعنوية sig يساوي 0.00 أقل من مستوى الدلالة 0.05 أي انه توجد اختلافات في درجات التوافق النفسي الاجتماعي تعزى للجنس (الذكور والإناث) ولصالح الإناث.

وعلى ضوء هذه النتيجة تتحقق الفرضية السابعة . التي تنص على انه توجد فروق دالة إحصائية في مستوى التوافق النفسي الاجتماعي لدى الأطفال الصم تعزى لمتغير الجنس.

### 8. عرض وتحليل نتيجة الفرضية الثامنة :

#### نص الفرضية الثامنة :

توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى التوافق النفسي الاجتماعي لدى الأطفال الصم تعزى لمتغير العمر وللتحقق من صحة الفرضية تم استخدام اختبار ' ت ' (TEST-T) للدلالة على الفروق بين المتوسطات لفئتين فقط وهما السن (8 إلى 10 سنة و 11 إلى 13 سنة)، والجدول التالي يوضح ذلك:

الجدول رقم (23): يوضح الفروق في مستوى التوافق النفسي الاجتماعي تعزى إلى متغير السن

الملاحظة	الدلالة الإحصائية	درجة الحرية	T المحسوبة	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	حجم العينة	العمر	
لا توجد فروق	0.23	68	1.22	8.85	21.09	36	8 إلى 10 سنة	التوافق النفسي
				10.27	23.89	34	11 إلى 13 سنة	الاجتماعي

قيمة T الجدولية :  $T_{tab}=1.9973$  عند مستوى الدلالة 0.05 ودرجة حرية  $2-68=70=DF$

نقارن بين قيمة ت المحسوبة (  $T_{cal}$  ) و قيمة ت الجدولية (  $T_{tab}$  ) إذا كانت المحسوبة اكبر من الجدولية

فإننا ونقبل الفرضية أي توجد فروق

أو إذا كانت قيمة sig اقل من 0.05 فإننا ونقبل الفرضية أي توجد فروق

• من خلال الجدول أعلاه تبين لنا أن:

المتوسط الحسابي بالنسبة للتوافق النفسي الاجتماعي لدى الأطفال الصم من فئة 8 إلى 10 سنة بلغ  $(\bar{x}=21,09)$  وبالانحراف المعياري بلغ  $(\delta=8:85)$  والمتوسط الحسابي لفئة 11 إلى 13 سنة بلغ  $(\bar{x}=23,89)$  وبالانحراف المعياري بلغ  $(\delta=10,27)$ : قيمة (T) المحسوبة بلغت  $(T_{cal}= 1,22)$  وهي أقل من القيمة (T) الجدولية  $(T_{tab}=1.9973)$  عند مستوى الدلالة 0.05 ودرجة الحرية 68، وأنه أيضا قيمة مستوى المعنوية sig يساوي 0.23 أكبر من مستوى الدلالة 0.05 أي أنه لا توجد فروق في درجات التوافق النفسي الاجتماعي تعزى إلى السن (8 إلى 10 سنة و11 إلى 13 سنة) ومن خلال هذه النتيجة نستنتج أنه لا توجد فروق في مستوى التوافق النفسي الاجتماعي لدى الصم تعزى إلى متغير العمر، وبالتالي لم تتحقق الفرضية الثامنة ونقبل الفرضية الصفرية.

## 9. عرض وتحليل نتيجة الفرضية التاسعة:

### نص الفرضية التاسعة :

توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى التوافق النفسي الاجتماعي لدى الأطفال الصم تعزى لمتغير درجة الإعاقة (صمم كامل، بقايا سمع ) ، للتحقق من صحة الفرضية تم استخدام اختبار 'ت' (T-) (TEST) للدلالة على الفروق بين المتوسطات لفتتين فقط وهما درجة الإعاقة (صمم كامل و بقايا السمع) والجدول التالي يوضح ذلك:

الجدول رقم (24): يوضح الفروق في مستوى التوافق النفسي الاجتماعي تعزى إلى متغير درجة

الإعاقة

الملاحظة	الدلالة الإحصائية	درجة الحرية	T المحسوبة	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	حجم العينة	درجة الإعاقة	
توجد فروق	0.008	68	2.74	9.26	20.79	56	صمم كامل	التوافق النفسي
				9.23	37.36	14	بقايا السمع	الاجتماعي

قيمة T الجدولية :  $T_{tab}=1.9973$  عند مستوى الدلالة 0.05 ودرجة حرية  $2-68=70=DF$

نقارن بين قيمة T المحسوبة ( $T_{cal}$ ) و قيمة T الجدولية ( $T_{tab}$ ) إذا كانت المحسوبة اكبر من الجدولية فإننا ونقبل الفرضية أي توجد فروق

أو إذا كانت قيمة sig اقل من 0.05 فإننا ونقبل الفرضية أي توجد فروق

من خلال الجدول أعلاه تبين لنا ان:

المتوسط الحسابي بالنسبة للتوافق النفسي الاجتماعي لدى الأطفال الصم الذين يعانون صمم كامل بلغ ( $\bar{x}=20,79$ ) وبالانحراف معياري بلغ ( $s=9,26$ ) والمتوسط الحسابي لـ للأطفال الذين يتمتعون ببقايا سمع بلغ ( $\bar{x}=37,36$ ) وبالانحراف معياري بلغ ( $s=9,23$ )، أما بالنسب لقيمة (T) المحسوبة بلغت ( $T_{cal}= 2,74$ ) وهي اكبر من القيمة (T) الجدولية ( $T_{tab}=1.9973$ ) عند مستوى الدلالة 0.05 ودرجة الحرية 68، وانه أيضا قيمة مستوى المعنوية sig يساوي 0,008 اقل من مستوى الدلالة 0.05 أي انه توجد اختلافات في درجات التوافق النفسي الاجتماعي تعزى لدرجة الإعاقة (صمم كامل و بقايا السمع) ولصالح بقايا السمع.

وعلى ضوء هذه النتيجة تتحقق الفرضية التاسعة، التي تنص على انه توجد فروق دالة إحصائية في مستوى التوافق النفسي الاجتماعي لدى الأطفال الصم تعزى لمتغير درجة الإعاقة.

### 10. عرض وتحليل نتيجة الفرضية العاشرة :

#### نص الفرضية العاشرة :

توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى التوافق النفسي الاجتماعي لدى الأطفال الصم تعزى لمتغير وقت الإصابة ( قبل اكتساب اللغة، بعد اكتساب اللغة )، للتحقق من صحة الفرضية تم استخدام اختبار 'ت' (T-TEST) للدلالة على الفروق بين المتوسطات لفئتين فقط وهما وقت الإصابة (قبل اكتساب اللغة و بعد اكتساب اللغة) والجدول التالي يوضح ذلك:

الجدول رقم (25): يوضح الفروق في مستوى التوافق النفسي الاجتماعي تعزى إلى متغير وقت

#### الإصابة

الملاحظة	مستوى الدلالة	درجة الحرية	T المحسوبة	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	حجم العينة	وقت الإصابة	
توجد فروق	0.000	68	3.95	9.54	20.30	60	قبل اكتساب اللغة	التوافق النفسي الاجتماعي
				6.6	37.7	10	بعد اكتساب اللغة	

قيمة T الجدولية :  $T_{tab}=1.9973$  عند مستوى الدلالة 0.05 ودرجة حرية  $2-68=70=DF$

نقارن بين قيمة ت المحسوبة (  $T_{cal}$  ) و قيمة ت الجدولية (  $T_{tab}$  ) إذا كانت المحسوبة اكبر من الجدولية

فإننا نقبل الفرضية أي توجد فروق أو إذا كانت قيمة sig اقل من 0.05 فإننا نقبل الفرضية .

• من خلال الجدول أعلاه تبين لنا أن:

المتوسط الحسابي بالنسبة للتوافق النفسي الاجتماعي لدى الأطفال الصم الذين يعانون من الإعاقة السمعية قبل اكتساب اللغة بلغ ( $\bar{x}=20,30$ ) وبالانحراف المعياري بلغ ( $\delta=9,54$ ) والمتوسط الحسابي لـ لأطفال الذين يعانون من الإعاقة السمعية بعد اكتساب اللغة بلغ ( $\bar{x}=37,7$ ) وبالانحراف المعياري بلغ ( $\delta=6,6$ )، أما بالنسبة لقيمة (T) المحسوبة بلغت ( $T_{cal}=3,95$ ) وهي اكبر من القيمة (T) الجدولية ( $T_{tab}=1.9973$ ) عند مستوى الدلالة 0.05 ودرجة الحرية 68، وانه أيضا قيمة مستوى المعنوية sig يساوي 0,00 اقل من مستوى الدلالة 0.05 أي انه توجد اختلافات في درجات التوافق النفسي الاجتماعي تعزى لوقت الإصابة ( قبل اكتساب اللغة، بعد اكتساب اللغة )، ولصالح بعد اكتساب اللغة. وعلى ضوء هذه النتيجة لم تتحقق الفرضية العاشرة، التي تنص على انه توجد فروق دالة إحصائية في مستوى التوافق النفسي الاجتماعي لدى الأطفال الصم تعزى لمتغير وقت الإصابة.

**خلاصة الفصل:** قمنا في هذا الفصل بعرض وتحليل نتائج فرضيات الدراسة، حيث توصلنا إلى وجود علاقة ارتباطيه سالبة بين الاضطرابات السلوكية والتوافق النفسي الاجتماعي لدى الأطفال الصم، كما توصلنا إلى ارتفاع في مستوى الاضطرابات السلوكية، ووجود فروق دالة إحصائية في اتجاهات العينة في مستوى الاضطرابات السلوكية تعزى لمتغير الجنس لصالح الذكور، و متغير درجة الإعاقة لصالح الصم الكامل و متغير وقت الإصابة لصالح قبل اكتساب اللغة، كما أننا توصلنا إلى عدم وجود فروق دالة في مستوى الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال الصم تعزى لمتغير العمر، و اظهرت نتائج التحليل كذلك انخفاض في مستوى التوافق النفسي الاجتماعي لدى عينة الدراسة، ووجود فروق دالة احصائية في مستوى التوافق النفسي الاجتماعي تعزى لمتغير الجنس لصالح الاناث، و متغير درجة الاعاقة لصالح بقايا السمع، و متغير وقت الاصابة لصالح بعد اكتساب اللغة، كما اظهرت النتائج عدم وجود فروق دالة احصائية في مستوى التوافق النفسي الاجتماعي لدى الاطفال الصم تعزى لمتغير العمر.

## الفصل السابع

### تفسير ومناقشة نتائج الدراسة

#### تمهيد

#### • تفسير ومناقشة نتيجة الفرضية العامة

1. تفسير ومناقشة نتيجة الفرضية الأولى

2. تفسير ومناقشة نتيجة الفرضية الثانية

3. تفسير ومناقشة نتيجة الفرضية الثالثة

4. تفسير ومناقشة نتيجة الفرضية الرابعة

5. تفسير ومناقشة نتيجة الفرضية الخامسة

6. تفسير ومناقشة نتيجة الفرضية السادسة

7. تفسير ومناقشة نتيجة الفرضية السابعة

8. تفسير ومناقشة نتيجة الفرضية الثامنة

9. تفسير ومناقشة نتيجة الفرضية التاسعة

10. تفسير ومناقشة نتيجة الفرضية العاشرة

خلاصة الدراسة

المقترحات

قائمة المراجع

**تمهيد :**

بعدها تناولنا في الفصل السابق عرض وتحليل نتائج فرضيات الدراسة، سنتطرق في هذا الفصل إلى تفسير ومناقشة نتائج الدراسة على ضوء التراث الأدبي والدراسات السابقة التي أشارت إلى موضوع الدراسة.

**• تفسير ومناقشة نتيجة الفرضية العامة:**

**التذكير بنص الفرضية العامة:** وجود علاقة ارتباطية دالة احصائياً بين الاضطرابات السلوكية والتوافق النفسي الاجتماعي لدى الأطفال الصم.

اتضح من خلال نتيجة الفرضية العامة وجود علاقة ارتباطية سالبة بين الاضطرابات السلوكية والتوافق النفسي الاجتماعي، أي كلما ارتفع مستوى الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال انخفض مستوى التوافق النفسي الاجتماعي لديهم.

واتفقت نتيجة الدراسة مع كل من دراسة نازك جلال الدباغ (2013)، حيث توصلت نتائج الدراسة إلى وجود علاقة ارتباطية قوية وسالبة بين درجة العدوان و درجة التوافق الشخصي لطفل الروضة المعوق سمعياً.

كما اتفقت نتيجة الدراسة كذلك مع دراسة علاء جمال الربعي (2011)، حيث ظهرت نتائج الدراسة وجود علاقة ارتباطية سالبة بين الاضطرابات السلوكية الانفعالية والتوافق الأسري لدى الأطفال الصم واتفقت نتيجة الدراسة كذلك مع دراسة واطسون Watson (1986): وعنوانها "التوافق لدى المراهقين الصم" هدفت الدراسة إلى معرفة تأثير كل من درجة الصمم، ودور الأسرة، والمستوى الانفعالي للوالدين على التوافق الشخصي والاجتماعي لدى المراهقين الصم، وتكونت عينة الدراسة من (48) من المراهقين الصم، ممن يتراوح أعمارهم ما بين (20/10) عاماً، وقد طبق على العينة استبيان خاص لتقدير التوافق الشخصي والاجتماعي، استبيان المشكلات السلوكية لدى المراهقين الصم، وتوصلت الدراسة في نتائجها



إلى أن الصم الكلى أو الجزئي يضعف من مستوى النمو الاجتماعي لدى الأصم، ويؤدي إلى ظهور العديد من المشكلات كالعنصرية، وسوء التوافق، والقلق وغير ذلك من المشاكل التي تعوق اندماجه مع الآخرين في المجتمع، وأن الدور الإيجابي للوالدين يحد أو يمنع من ظهور تلك المشكلات.

ويعزو الباحث نتيجة الفرضية العامة إلى أن ارتفاع مستوى الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال الصم يعيق بدرجة كبيرة تحقيق شروط التوافق النفسي المتمثلة في معرفة الفرد لذاته ومدى إمكانياته وقدراته خاصة وإن كانت رغبات الفرد وطموحاته لا تتناسب مع تلك القدرات والإمكانيات فتصبح عامل يؤدي إلى التوتر والاضطراب وعدم التوافق ( نوال محمد عطية، 2001)، كما أن الاضطرابات السلوكية تقف سدا منيعا في طريق إشباع الحاجات وتحقيق الرغبات لدى الأطفال الصم، وبالتالي عدم الوصول إلى الرضا العام ومن جهة أخرى فإن الاضطرابات السلوكية تعتبر كمؤشر قوي على انخفاض مستويات التوافق النفسي التي تناولها في دراستنا والمتمثلة في اعتماد الطفل على نفسه و شعور الطفل بقيمته الذاتية وشعور الطفل بالانتماء، وبالتالي يصبح الطفل الأصم يعبر عن سوء التوافق إما بسلوكيات عدوانية أو نقص انتباه وفرط حركة، والتي تجعل الطفل الصم في حاجة دائمة إلى الشعور بالأمن والتمحور حول البقاء نتيجة الاتجاهات السلبية من قبل محيطه على حساب شعوره بالانتماء وقيمه الذاتية، ولهذا كان لزاما على القائمين بشؤون الأطفال الصم إصلاح هذه العلاقة الارتباطية المتداخلة، بمعنى العمل على رفع مستوى التوافق لدى الأطفال والذي يؤدي حتما إلى التقليل من حدة الاضطرابات السلوكية، والعمل من جهة أخرى على تعديل سلوك الأطفال الصم حتى يصلون إلى مستوى جيد من الاتزان النفسي وفهم الذات.

كذلك فإن الاهتمام من جميع أفراد الأسرة بالطفل الأصم يقلل من حدة الاضطرابات، حيث تعتبر التنشئة الاجتماعية والتقبل النفسي والاتزان منبعا رئيسيا في بناء شخصية الطفل ( زهران، 2005).

وكما ذكرنا سابقا فإن المتنفس الوحيد الذي يعبر به الطفل الأصم عن مكنوناته، خاصة في ظل العلاقة المبتورة بينه وبين محيطه والحصار الذي تفرضه عليه الإعاقة هو الاضطرابات السلوكية، وكأنه في هذه

الحالة أصبحت الاضطرابات السلوكية لغة التواصل التي يترجم بها الطفل الأصم عن حاجاته ورغباته مما يؤدي إلى توتر العلاقة بينه وبين الأسرة والمدرسة.

كذلك فان من أساسيات التوافق الاجتماعي هو اكتساب الفرد لمهارات اجتماعية تساعده على التكيف مع محيطه لكن هذا لا يتحقق في وجود اضطرابات سلوكية تعيق اكتساب هذه المهارات خاصة بالنسبة للأطفال الصم الذين يعانون من اضطرابات نمائية عصبية كنقص الانتباه وفرط الحركة .

### 1. تفسير ومناقشة نتيجة الفرضية الأولى :

**التذكير بنص الفرضية الأولى:** مستوى الاضطرابات السلوكية مرتفع لدى الأطفال الصم.

اتضح من خلال تحليل نتيجة الفرضية ارتفاع في مستوى الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال الصم بشكليه اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة وكذا اضطراب السلوك العدوانى ، واتفقت نتيجة هذه الدراسة جزئياً مع دراسة علاء جمال الربيعي (2011)، حيث أشار إلى أن ميزان الحركة الزائدة يتربع على عرش الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال الصم معللاً ذلك بان الحركة الزائدة لدى الطفل الأصم تأتي محاولة منه لفرض ذاته على العالم المحيط به واثبات وجوده ضمن المجتمع فتزى أكثرهم يسعى وبشكل ملحوظ لا شعوري لكسر جدار العزلة الذي تضربه الإعاقة نحوهم، فيحاولون الصمت المطبق لحركة دعوية ونشيطة غالباً تزيد عن الحد المقبول فتصبح مصدر إزعاج للمحيط واضطراباً يوسم سلوكهم ويحاولون من خلاله جذب انتباه الآخرين إليهم وكطريقة لا مباشرة يستخدمها الطفل الأصم لتفريغ طاقاته الكامنة وإشباع رغباته (علاء جمال الربيعي، 2011، ص146)، أما بالنسبة لميزان اضطراب السلوك العدوانى في دراسة علاء جمال الربيعي فقد احتل المراتب الأخيرة في ترتيب الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال الصم وارجع ذلك لارتفاع التوافق الأسري لدى الأطفال وهو ما اختلف مع نتيجة دراستنا.

وتتفق نتيجة الدراسة كذلك مع دراسة ليلي الوافي (2006) حيث توصلت نتائج الدراسة إلى أن اللزمات

العصبية والنشاط الزائد واضطراب المسلك هي ابرز الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال الصم.

كما تتفق نتيجة الدراسة مع كل من دراسة القمش (1994)، الريكات والشحروي (1996) وتتفق مع دراسة ميتشل وقيتين 1996 Mitchell & Quittner، حيث هدفت الدراسة إلى التعرف على مشكلات الانتباه والسلوك للمعاقين سمعياً، وقد توصلت نتائج الدراسة إلى أن 50 % من الأطفال المعاقين سمعياً يعانون من مشكلات في السلوك.

وتفسر نتيجة هذه الدراسة المتمثلة في ارتفاع مستوى الاضطرابات السلوكية بشكله اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة واضطراب السلوك العدوانى لدى الأطفال الصم في ضوء التفسير الذي قدمه زهران (1997) حيث ذكر انه كثيراً ما أسئ فهم الشخص الأصم وباعتباره شخصية ذات قدرة عقلية منخفضة وبالتالي يتعرض للإهمال ويصبح منطوياً ولأنه لا ينتبه يعتبر غير خيالي وعنيد وعدواني ومهمل ، وهناك صفات شائعة للأصم من قبل المعلمين منها انه كسول عقلياً وغير منتبه وشكاك وغير صادق وعدواني فالإعاقة لها جانبان مشتركان:

- الجانب الأول: نقص في مفهوم الذات مما يؤثر عليه، وقد يتسبب في انهيار الذات لديه وليس هذا وحسب بل أن الأصم لا يختلف على العاديين فقط، وإنما يرى أنهم لا يفهمون معنى الإعاقة وأثرها.
  - الجانب الثاني: اختلال علاقته بإقرانه المعاقين الآخرين بسبب إعاقته فيكون سلوكه إما الانطواء أو الخوف من الناس ومن الحياة والاستسلام أو التحدي والعدوان (علاء جمال الربيعي، 2011، ص 39).
- كما أننا نعزو ارتفاع مستوى الاضطرابات السلوكية لدى عينة الدراسة بالإضافة إلى ما ذكرناه سابقاً من تفاسير على ضوء دراسات سابقة إلى خصوصية الأطفال الصم المتواجدين بالمركز فمكوئهم بشكل دائم داخل المركز ومحدودية العلاقات الاجتماعية وقصورهم في التصور والإدراك للقيم الاجتماعية والأخلاقية المدعمة لتعديل السلوك ساهم بشكل أو بآخر في انتشار الاضطرابات السلوكية لديهم.

## 2. تفسير ومناقشة نتيجة الفرضية الثانية:

التذكير بنص الفرضية الثانية: توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال الصم تعزى لمتغير الجنس.

اتضح من خلال تحليل نتائج الفرضية وجود فروق دالة إحصائية في مستوى الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال الصم تعزى لمتغير الجنس ولصالح الذكور .

وقد اتفقت نتيجة الدراسة مع كل من دراسة صادق عبده سيف، حيث توصلت نتائجها إلى أن الذكور الصم أكثر عدوانية من الإناث الصم، كما اتفقت نتائج الفرضية مع دراسة علي (1993) وهي دراسة إكلينيكية لبعض سمات الشخصية لدى ضعاف السمع، حيث هدفت الدراسة إلى الكشف عن السمات المرتبطة بضعف السمع وكانت من بين نتائج الدراسة وجود فروق دالة إحصائية بين الإناث والذكور من ضعاف السمع في العدوان والانتواء والقلق لصالح الذكور، ودراسة فيولا البيلاوي(1990) فقد أظهرت نتائجها وجود فروق دالة إحصائية بين الذكور والإناث، وإن الذكور في كل فئات المشكلات السلوكية تزداد لديهم المشكلات أكثر من الإناث، ولعل ذلك يعكس اثر العوامل الاجتماعية في عملية التنشئة الاجتماعية فهناك توقعات ثقافية من كلا الجنسين تقوم على التمييز الجنسي لكل من الذكور والإناث وعلى معايير الاستحسان والإثابة أو عدم الاستحسان والعقاب لأنماط سلوك كل من الجنسين ( فيولا البيلاوي، 1990، ص 55 )، وكذلك مع دراسة نازك جلال الدباغ (2011) التي توصلت نتائجها إلى أن الذكور المعوقين سمعياً أكثر عدوانية من الإناث المعوقات سمعياً (نازك جلال الدباغ، ص520 ، 2013).

كما اختلفت نتائج هذه الفرضية مع كل من دراسة علاء جمال الربيعي (2011) ودراسة الوافي (2006) والقمش (2006)، حيث توصلت نتائج هذه الدراسات إلى عدم وجود فروق دالة إحصائية في مستوى الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال الصم يعزى لمتغير الجنس.

وتشير الدراسات إلى أن نسبة انتشار اضطرابات السلوك لدى الذكور تفوق نسبة انتشارها لدى الإناث حيث تتراوح هذه النسبة كل ذكراين تقابلهم أنثى تمسهم هذه الاضطرابات وفي بعض الدراسات كل 5 ذكور تقابلهم أنثى، وتختلف طبيعة اضطرابات السلوك لدى كل من الذكور والإناث، فبينما يميل الذكور إلى السلوك العدواني والاندفاع والسلوك الموجه نحو الآخرين تميل الإناث إلى الخجل والقلق والانسحاب الاجتماعي (خالد إبراهيم الفخراي، 2015، ص92)، ولعل هذا ما رجح كفة ارتفاع نسبة الاضطرابات السلوكية لدى الذكور الصم على الإناث لان طبيعة الاضطرابات السلوكية ( السلوك العدواني، نقص الانتباه وفرط الحركة) منتشرة عند الذكور أكثر منها عند الإناث.

و كذلك يعزو الباحث وجود فروق دالة إحصائية بين الذكور والإناث في مستوى الاضطرابات السلوكية لصالح الذكور بحكم الاختلاف في تكوينهم البيولوجي بالإضافة إلى أن الذكور الصم عندهم المساحة الأكبر للتعبير عن انفعالاتهم وسلوكياتهم أكثر من الأنثى، كما أن الأسرة أكثر تقبلا ومرونة للسلوكيات الغير السوية التي تصدر عن الذكور أكثر من الإناث وبالتالي فان الإناث أكثر كبحا وضبطا لسلوكياتهم وذلك راجع للتنشئة الاجتماعية والقيود المفروضة على الأنثى.

### 3. تفسير ومناقشة نتيجة الفرضية الثالثة:

**التذكير بنص الفرضية الثالثة:** توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال الصم تعزى لمتغير العمر ( 8 إلى 10 سنوات) و ( 11 إلى 13 سنة).

اتضح من خلال تحليل نتائج الفرضية عدم وجود فروق دالة إحصائية في مستوى الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال الصم تعزى لمتغير العمر وهذا يتفق مع العديد من الدراسات منها دراسة ( القمش، 2006 ) والتي أظهرت نتائجها عدم وجود علاقة بين المشكلات السلوكية التي يظهرها المعوقين وبين سن الطفل كما تتفق هذه النتائج مع دراسة (علاء جمال الربيعي، 2011) والتي كانت حول الاضطرابات السلوكية والانفعالية لدى الأطفال الصم وعلاقتها بالتوافق الأسري، حيث كانت من بين نتائجها عدم وجود فروق

ذات دلالة إحصائية في مستوى الاضطرابات السلوكية تبعا لمتغير السن وانفقت نتيجة الدراسة كذلك مع دراسة نازك جلال الدباغ (2011) التي توصلت نتائجها إلى عدم وجود فروق في مستوى السلوك العدوانى يعزى لمتغير السن.

وتشير الدراسات إلى أن الاضطرابات السلوكية تكون قليلة في الصفوف الأولى وتزداد في الصفوف المتوسطة ثم تميل إلى الانخفاض في الصفوف العليا ( McDowell, Adamson & Wood, 1982)، ولو لاحظنا توزيع الفئة العمرية للعينة سنستنتج أنها تنتمي تقريبا للصفوف المتوسطة.

ويعزو الباحث عدم وجود الفروق تبعا لمتغير السن لطبيعة الاضطرابات السلوكية في حد ذاتها، حيث نجد ذلك من خلال الدراسات السابقة أن سلوك نقص الانتباه وفرط الحركة منتشر بقوة عند الأطفال الصم الأقل من 12 كما نجد أن اضطراب السلوك العدوانى منتشر عند فئة المراهقين الذين يزيد سنهم على 13 وذلك راجع لطبيعة مرحلة المراهقة التي يمرون بها وبالتالي هذا ما أدى إلى الانتشار المتساوي في الاضطرابات السلوكية بين الفئات العمرية للعينة، كذلك أن طبيعة إعاقة السمع تلعب دورا كبيرا في ذلك ، حيث أن ضعف التواصل وعدم التعبير عن ما يخالج الأطفال الصم يزيد من الاضطرابات السلوكية وطبعا هذا المشكل يمس فئة الأطفال الصم كالمعنى بغير النظر عن الفارق العمري بينهم .

#### 4. تفسير ومناقشة نتيجة الفرضية الرابعة:

التذكير بنص الفرضية الرابعة : توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الاضطرابات السلوكية لدى

الأطفال الصم تعزى لمتغير درجة الإعاقة ( صمم كامل، بقايا سمع ).

اتضح من خلال تحليل نتائج الفرضية وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال الصم تعزى لمتغير درجة الإعاقة ( صمم كامل، بقايا سمع ) ولصالح صمم كامل وتتفق نتيجة هذه الفرضية مع دراسة بولات Polat (2003) ، حيث تم تطبيق هذه الدراسة على (1097) طالبا أصما في مرحلتي الابتدائي والثانوي، وتوصلت نتائجها أن درجة السمع، والإعاقة

المصاحبة والعمر الذي حدثت فيه الإعاقة ترتبط بشكل سلبي مع السلوك التوافقي للمعاق سمعياً، في حين أن هناك علاقة ايجابية في استخدام المعينات السمعية والقدرة على الكلام وأساليب التواصل المتبعة في المدرسة وكذلك مع دراسة الخطيب والحديدي (1997)، والتي هدفت إلى التعرف على الخصائص السلوكية للمعاق سمعياً في الأردن، وتوصلت نتائج الدراسة إلى انه لا توجد فروق في المشاكل السلوكية تبعاً لمتغير العمر وتوجد فروق تبعاً لمتغير شدة الإعاقة (روجي مروح عبدات، 2011، ص29) وقد اتفقت كذلك نتيجة الدراسة مع كل من دراسة مايكلبيست (Myklebust.1960) وميدو اورلانز (Meadow Orland.1985)، حيث وجدت نتائج هذه الدراسات أن مستوى الضعف السمعي يلعب دوراً في تحديد الخصائص السلوكية للأطفال الصم . (جمال الخطيب، 1998، ص97).

وقد كانت نتيجة الدراسة الحالية منطقية بحيث توقعنا انخفاض في مستوى الاضطرابات السلوكية ( اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة، اضطراب السلوك العدوانى ) لدى الأطفال الذين يتمتعون ببقايا سمع بالمقارنة مع الأطفال الذين يعانون من صمم كامل وذلك لعدة أسباب نذكر منها:

- الإستراتيجية التي يتبعها مركز صغار الصم بولاية الجلفة والمتمثلة في التركيز والاهتمام الكبير بالأطفال ذوي السمع الضعيف سواء من الناحية البيداغوجية أو النفسية وذلك بغرض إدماجهم مستقبلاً في المدارس العادية.

- الاهتمام الواضح من قبل أولياء هؤلاء الأطفال مما زاد في توافقهم الاجتماعي والنفسي.
- تمتع الأطفال ذوي السمع الضعيف بلغة منطوقة وان كانت بطيئة نوعاً ما وغير سليمة في بعض الأحيان إلا أنها كانت جسراً للتواصل مع العالم الخارجي وبالتالي تقادي العزلة والانطواء وساعدتهم بشكل جيد في التعبير عن ما يعترضهم من مكنونات.

وبالتالي كل هذه الأسباب سألقة الذكر والظروف الجيدة المحيطة بالأطفال ذوي السمع الضعيف ساهمت في زيادة الثقة بالنفس لديهم وإحساسهم بأنهم أفضل من زملائهم الأطفال ذوي الصمم الكامل مما جنّبهم الإصابة بالاضطرابات السلوكية.

### 5. تفسير ومناقشة نتيجة الفرضية الخامسة:

**التذكير بنص الفرضية الخامسة:** توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال الصم تعزى لمتغير وقت الإصابة ( قبل اكتساب اللغة، بعد اكتساب اللغة ).

اتضح من خلال تحليل نتائج الفرضية وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال الصم تعزى لمتغير وقت الإصابة ( قبل اكتساب اللغة، بعد اكتساب اللغة ).

في حدود بحثنا واطلاعنا لم نجد الدراسات سواء العربية أو الأجنبية التي تناولت الفروق في مستوى الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال الصم تعزى لمتغير وقت الإصابة، إلا أن التفسير من وجهة نظرنا بحكم عمل الباحث كأخصائي نفسي في المركز واطلاعه على التاريخ الطبي لأفراد العينة فإن الأطفال الصم الذين أصيبوا بالإعاقة السمعية بعد اكتساب اللغة يمتلكون بقايا السمع مما ساعدهم ذلك على التواصل مع محيطهم، كذلك فإن عامل اللغة يلعب دور كبير في التقليل من الاضطرابات السلوكية.

وتشير بعض الدراسات إلى أن الطفل السامع في الخامسة من عمره يعرف ما يزيد على 2000 كلمة وأن الطفل الأصم لا يعرف أكثر من 200 كلمة، وبدون تعليم لغوي منظم، فالطفل الأصم يعرف أقل من 25 كلمة فقط (جمال الخطيب، 1998، ص86)، وهذا يدل على أن الأطفال ذوي السمع أكثر ثراء لغوي من الأطفال ذوي الصمم الكامل، وبالتالي مساحة التعبير والتنميس تكون أكبر لدى الأطفال الذين أصيبوا بالإعاقة بعد اكتساب اللغة.

وتؤثر الإعاقة السمعية على جميع جوانب النمو الغوي لدى الأطفال، فالشخص المعوق سمعياً سيصبح أبكماً إذا لم تتوفر له فرص التدريب الفاعلة ويرجع ذلك بسبب عدم توفر التغذية الراجعة السمعية وعدم



الحصول على تعزيز لغوي كاف من الآخرين (فاطمة عبد الرحيم نوايسة، 2013، 176)، ولهذا لزم المتابعة المستمرة للأطفال الذين أصيبوا بالصمم بعد اكتساب اللغة المنطوقة.

### 6. تفسير ومناقشة نتيجة الفرضية السادسة:

**التذكير بنص الفرضية السادسة:** مستوى التوافق النفسي الاجتماعي منخفض لدى الأطفال الصم اتضح من خلال تحليل نتائج الفرضية انخفاض في مستوى التوافق النفسي الاجتماعي لدى الأطفال الصم، واتفقت نتائج هذه الفرضية مع كل من دراسة ميدو (Meadow.1980) حيث بينت أن المعاقين سمعياً يعانون من عدم الثبات أو الاتزان العاطفي بالإضافة إلى سوء التوافق الاجتماعي وذلك بدرجة اعلي من الذين يتمتعون بحاسة السمع وان المعوقين سمعياً كثيراً ما يتجاهلون مشاعر الآخرين ويسينئون فهم تصرفاتهم وأنهم يظهرون درجة عالية من التمرکز حول الذات، كما اتفقت مع دراسة الجبالي (2000) حيث أشارت إلى أن الأطفال ذوي الإعاقة السمعية يعانون العديد من المشاكل بالمقارنة مع أقرانهم العاديين، ومن بين هذه المشاكل صعوبة الاتصال والتواصل مع الآخرين، والشعور بالعزلة وانخفاض السلوك التوافقي بالإضافة إلى الاضطرابات السلوكية والعاطفية، واتفقت نتيجة الدراسة كذلك مع دراسة الزعبي (2007) حيث توصلت نتائجها إلى أن المعاقين سمعياً يعانون من سوء التوافق النفسي ومستويات متفاوتة من عدم الاستقرار العاطفي وتزداد لديهم الأعراض العصبية، والتصلب في التفكير والحساسية والشك في الآخرين، لذا فهم يميلون إلى انخفاض مستوى السلوك التوافقي بالمقارنة مع أقرانهم العاديين.

كما اتفقت نتائج الدراسة مع دراسة كاشياب Kashyap (1986): وعنوانها " التوافق الأسرى للطفل المعاق سمعياً" وهدفت الدراسة إلى التعرف على أثر تواجد الطفل المعاق سمعياً على التوقعات الوالدية والأخوة واقتراح بعض التدخلات العلاجية والإشارة إلى وصف المناخ الأسرى في ظل وجود طفل معاق

سمعيًا وقد توصلت الدراسة إلى عدد من النتائج منها: كانت ردود أفعال كثير من الأسر سالبة لوجود طفل أصم بينهم.

- أظهرت بعض الأمهات والآباء خوفهم على مستقبل أطفالهم الصم، وأكثر من ذلك خوفهم من عدم قدرة أو استطاعة طفلهم رعايتهم عند الكبر، وبالتالي فقدان الثقة في أطفالهم.

- أبدى بعض الأمهات والآباء إنكارهم لإعاقة طفلهم وقرروا بأنه سيشفى تماما بعد سنوات ويتكلم بطلاقة، مما يؤكد فكرة وهم استعادة السمع لديهم.

- أدرك بعض الأمهات والآباء أن صدمة ميلاد الطفل معاق صدمة سالبة.

- عبرت بعض الأمهات عن أن اهتمامهم ورعايتهم للطفل المعاق، يؤثر على الأخوة الآخرين في الأسرة حيث يتقلص تفاعلهم مع أطفالهم، وإحساسهم بالغيرة من أخيهم المعاق.

واختلفت نتيجة الدراسة مع دراسة علاء جمال الربعي (2011) ودراسة الدعدي (2009) والعريير (2010) حيث توصلت نتائج هذه الدراسات إلى أن الأطفال المعاقين سمعيًا يتمتعون بارتفاع مستوى التوافق الأسري لديهم.

ويشير الخطيب إلى أن الدراسات المتوفرة تجمع عموماً على أن نسبة كبيرة من الأشخاص المعوقين سمعيًا تعاني من سوء التكيف النفسي، فمنذ ثلاثينات القرن الماضي أشارت عدة دراسات إلى أن الأطفال الصم يعانون من مستويات متفاوتة من عدم الاتزان العاطفي، وأنهم يذعنون للآخرين، وأنهم أكثر اكتئاباً وقلقاً وتهوراً، وقل توكيدا للذات (جمال الخطيب، ص94، 1998).

ويعزو الباحث نتيجة الدراسة المتمثلة في انخفاض مستوى التوافق النفسي الاجتماعي لدى الأطفال الصم إلى عدة أسباب منها:

- قلة النضج الاجتماعي وقلة التفاعل لدى عينة الدراسة مع البيئة المحيطة بهم.

• عدم تقبل للإعاقة من طرف الأهل مما افرز ضغوطات على الأطفال الصم، فبدل أن تبحث اسر هؤلاء الأطفال على طرق تربية تاهيلية تطور بها قدرات أطفالهم وتساعدهم على التكيف مع الإعاقة أصبحت تفرض عليهم نمط معيشة الأطفال العاديين وذلك لان هذه الأسر لم تتجاوز بعد صدمة وجود طفل أصم بالعائلة مما ولد شحنة سلبية بين الأطفال الصم وذويهم.

• من المعروف أن الأفراد المعوقين سمعيا يميلون إلى التفاعل مع من هم مثلهم ويفضلون الانعزال عن الأشخاص ذوي السمع الطبيعي. ويعلل الباحثون قائلين أن الإعاقة السمعية نفسها من جهة واتجاهات أفراد المجتمع نحوها من جهة أخرى كثيرا ما تنطوي على قدر كبير من الإحباط عند تفاعل الصم مع ذوي السمع العادي، وذلك يدفعهم إلى عدم التفاعل مع الآخرين بالرغم من أن ذلك قد يعود عليهم بفوائد كثيرة (جمال الخطيب، ص97 ، 1998)، ولعل هذا من بين الأسباب التي ساهمت في انخفاض مستوى التوافق الاجتماعي لدى الأطفال الصم

ولعل أهم سبب في انخفاض مستوى التوافق النفسي الاجتماعي لدى الأطفال الصم هو ارتفاع مستوى الاضطرابات السلوكية لديهم، وهذا ما أكدته نتيجة الفرضية العامة والتي خلصت إلى وجود علاقة ارتباطية سالبة بين الاضطرابات السلوكية والتوافق النفسي الاجتماعي لدى عينة الدراسة.

## 7. تفسير ومناقشة نتيجة الفرضية السابعة:

**التذكير بنص الفرضية السابعة:** توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى التوافق النفسي الاجتماعي لدى الأطفال الصم تعزى لمتغير الجنس.

اتضح من خلال تحليل نتائج الفرضية وجود فروق دالة إحصائية في مستوى التوافق النفسي الاجتماعي لدى الأطفال الصم تعزى لمتغير الجنس ولصالح الإناث.

اتفقت نتيجة الفرضية مع كل من دراسة عمر وتوفليس (2000) والتي كانت حول فاعلية عملية الدمج في تحسين التوافق الاجتماعي الانفعالي لدى عينة من الأطفال ضعاف السمع، حيث تبين وجود تأثير دال إحصائيا في مستوى التوافق الاجتماعي الانفعالي لصالح الإناث ولصالح المجموعة التي دمجها. وتعارضت نتيجة الدراسة مع كل من دراسة روجي مروح عبدات (2010)، حيث توصلت نتيجة الدراسة إلى وجود فروق دالة إحصائيا في مستوى التوافق النفسي والاجتماعي لدى الأطفال الصم ولصالح الذكور كما اختلفت كذلك مع دراسة لوكومسكي (2007) التي توصلت إلى أن الإناث الصم هن أكثر قلقا وتوترا بالمقارنة مع الإناث السامعات أو الذكور الصم والسمعيين ، ودراسة موسى (2009) التي أشارت أن الأطفال الصم من كلا الجنسين يعانون من قلق وتوتر في تكيفهم مع محيطهم الشخصي والاجتماعي وكذلك مع دراسة القريوني (2003) التي أظهرت بأنه لا يوجد اثر لجنس المعاق سمعيا على مدى الاجتماعي واندماجه في الأسرة الإماراتية (روجي مروح عبدات، 2010، ص57).

ويعزو الباحث نتيجة الدراسة المتمثلة في وجود فروق دالة إحصائيا في مستوى التوافق النفسي الاجتماعي لدى الأطفال الصم ولصالح الإناث إلى أن الأنثى الأصم لا يصدر منها أي اضطرابات سلوكية قد تؤثر في علاقتها مع محيطها المدرسي أو الأسري، وكذلك النضج الاجتماعي الكبير الذي تتميز به الإناث الصم بالمقارنة مع الذكور الصم و المرونة العالية التي تمتلكها في التفاعل، وبالتالي فان فرص تواصل الفتاة المعاقة سمعيا مع الآخرين هي أكثر من الذكور وهذا ما لاحظناه عند مرافقتنا للتلاميذ الصم عند اجتيازهم لامتحان شهادة التعليم الابتدائي والمتوسط، حيث أن التلميذات الصم يكون علاقات بسرعة مع أقرانهن ذوي السمع ويندمجن بسهولة معهن عكس التلاميذ الذكور، فنجدهم في مجموعات منعزلة مع بعضهم ويصعب عليهم الاندماج وتكوين علاقات مع أقرانهم التلاميذ ذوي السمع والأكثر من ذلك يدخلون في شجارات عنيفة مع هؤلاء التلاميذ إن تجرأ احدهم وحاول الاختلاط بهم .

## 8. تفسير ومناقشة نتيجة الفرضية الثامنة:

التذكير بنص الفرضية الثامنة: توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى التوافق النفسي الاجتماعي لدى الأطفال الصم تعزى لمتغير العمر (8 إلى 10 سنة و 11 إلى 13 سنة).

اتضح من خلال تحليل نتائج الفرضية عدم وجود فروق دالة إحصائية في مستوى التوافق النفسي الاجتماعي لدى الأطفال الصم تعزى لمتغير العمر.

اتفقت نتيجة الدراسة مع كل من دراسة الخطيب والحديدي (1997) حيث توصلت نتائج هذه الدراسة إلى عدم وجود فروق دالة إحصائية في مستوى التوافق الانفعالي لدى الأطفال الصم يعزى لمتغير السن.

وتعارضت مع دراسة روجي مروح عبدات (2010) حيث أشارت إلى وجود فروق دالة إحصائية في السلوك التوافقي بين الذين أعمارهم 5 سنوات فأقل والذين أعمارهم 13 سنة فما فوق ولصالح الذين أعمارهم 13 سنة وما فوق، ووجود فروق دالة إحصائية في السلوك التوافقي بين الذين تتراوح أعمارهم من 6 إلى 12 سنة و الذين تتراوح أعمارهم 13 سنة فما فوق لصالح الذين أعمارهم 13 سنة وما فوق وأرجعت الباحثة السبب في ذلك إلى الخبرات الاجتماعية التي يكتسبها الشخص الأصم عبر السنوات حيث يصبح أكثر تفهما للمواقف الاجتماعية المحيطة وأكثر تكيفا مع الآخرين مما تشكل هذه الخبرات نموا في نضجه الاجتماعي و بالتالي زيادة توافقه الاجتماعي (روجي مروح عبدات، 2010، ص53).

كما اختلفت نتيجة الدراسة كذلك مع كل من دراسة الفرح (2006) حيث أظهرت الدراسة أن مستوى التوافق الانفعالي للمعاقين سمعيا يرتفع مع التقدم في العمر، وقد يرجع السبب في اختلاف نتيجة الدراسة مع الدراسات المذكورة سابقا في اختلاف السمات التي تناولتها كل دراسة بالنسبة للتوافق النفسي الاجتماعي.

ويعزو الباحث نتيجة الدراسة المتمثلة في عدم وجود دالة إحصائية في مستوى التوافق النفسي الاجتماعي لدى الأطفال الصم يعزى لمتغير السن في أن الفئات العمرية لأفراد العينة تشترك في نفس الخصائص

السيكولوجية تقريبا كقلة النضج الاجتماعي وعدم اكتساب مهارات اجتماعية كافية تساعدهم على التواصل مع المحيط، كما أن هذه الفئات العمرية تعاني جلها من ارتفاع في مستوى الاضطرابات السلوكية الذي اثر بشكل سلبي على توافقها النفسي الاجتماعي.

### 9. تفسير ومناقشة نتيجة الفرضية التاسعة:

**التذكير بنص الفرضية التاسعة:** توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى التوافق النفسي الاجتماعي لدى الأطفال الصم تعزى لمتغير درجة الإعاقة ( صمم كامل، بقايا سمع ).

اتضح من خلال تحليل نتائج الفرضية وجود فروق دالة إحصائية في مستوى التوافق النفسي الاجتماعي لدى الأطفال الصم تعزى لمتغير درجة الإعاقة ولصالح بقايا السمع.

وتتفق نتيجة الدراسة مع كل من دراسة روجي مروح عبدات (2010) حيث أشارت إلى وجود فروق دالة إحصائية في السلوك التوافقي بين ذوي الإعاقة البسيطة وذوي الإعاقة الشديدة ولصالح الإعاقة البسيطة، ووجود فروق دالة إحصائية بين ذوي الإعاقة المتوسطة وذوي الإعاقة الشديدة ولصالح الإعاقة المتوسطة، كما تتفق نتيجة الدراسة كذلك مع كل من دراسة ميدو اورلانز وساس ليهمر (1995)، ومع دراسة بولات (2003) التي أشارت إلى أن درجة السمع ترتبط بشكل سلبي مع السلوك التوافقي للمعاق سمعيا ، ومع دراسة مايكلست (1960) ، وتعارضت مع دراسة موريس (1982) حيث أشارت أن درجة الإعاقة لا تلعب دورا هاما في التأثير على التوافق النفسي للأطفال الصم.

ويمكن تفسير ذلك في ضوء تفسير دراسة روجي مروح عبدات في أن ذوي الإعاقة السمعية الضعيفة والمتوسطة هم اقدر على فهم اللغة الاستقبالية الموجهة لهم من الآخرين، وخاصة بعد استعمال المعينات السمعية ، الأمر الذي يجعل لديهم حصيلة لغوية أكثر من ذوي الإعاقة الشديدة، وهو ما يؤهلهم للتواصل مع الآخرين بشكل اكبر، حيث يجعلهم أكثر تقبلا من الآخرين، وبالتالي يتسم سلوكهم بالتوافق مع البيئة الاجتماعية المحيطة (روجي مروح عبدات، 2010، ص61).

ويعزو الباحث كذلك وجود فروق في مستوى التوافق النفسي الاجتماعي لدى الأطفال الصم يعزى لمتغير درجة الإعاقة ولصالح فئة بقايا السمع بالرجوع إلى السبب الرئيسي في انخفاض مستوى التوافق النفسي الاجتماعي لدى الأطفال الصم وهو ارتفاع مستوى الاضطرابات السلوكية لديهم، وقد توصلنا سابقا إلى أن الأطفال الذين يملكون بقايا سمع هم اقل إصابة بالاضطرابات من الأطفال ذوي الصمم الكامل .

### 10. تفسير ومناقشة نتيجة الفرضية العاشرة:

**التذكير بنص الفرضية العاشرة:** توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى التوافق النفسي الاجتماعي لدى الأطفال الصم تعزى لمتغير وقت الإصابة ( قبل اكتساب اللغة، بعد اكتساب اللغة ).

اتضح من خلال تحليل نتائج الفرضية وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى التوافق النفسي الاجتماعي لدى الأطفال الصم تعزى لمتغير وقت الإصابة ( قبل اكتساب اللغة، بعد اكتساب اللغة ). واتفقت نتيجة الدراسة مع كل من دراسة روجي مروح عبدات (2010)، حيث توصلت نتائجها الى وجود فروق دالة إحصائية في مستوى السلوك التوافقي تعزى لمتغير وقت الإصابة ولصالح بعد اكتساب اللغة كما اتفقت نتيجة للدراسة مع كل من دراسة (Polat 2003) ، أظهرت نتائج الدراسة: أن العمر الذي حدثت فيه الإعاقة يرتبط بشكل سلبي مع السلوك التوافقي للمعاق سمعيا.

في ما اختلفت نتيجة الدراسة مع دراسة كنوتسون ولانسنج (Knuston & Lansing,1990) التي توصلت إلى الشعور بالاكتئاب والعزلة الاجتماعية لدى المصابين بالصمم بعد اكتساب اللغة ،ويرجع الباحث السبب في هذا الاختلاف إلى أن الدراسة المذكورة أجريت فقط على الصم الذين يستخدمون الطريقة اليدوية في التواصل ،ولم تشمل الذين يستخدمون الأسلوب الشفوي (روجي مروح عبدات، 2010، ص65). كما تعارضت الدراسة مع دراسة (Barker 1953) ، حيث لخصت هذه الدراسة نتائج التي توصل إليها (31) بحث حول العلاقة بين العمر عند حدوث الإعاقة السمعية والتكيف النفسي ،وقد بينت الدراسة أن تلك النتائج ليست قاطعة، فبعض الدراسات أشارت إلى أن الإنسان يواجه صعوبات تكيفيه

أكبر عندما يحدث فقدان السمع مبكراً أكثر في حين أن بعض الدراسات الأخرى أشارت إلى العكس ومعظم الدراسات كانت تفتقر إلى الدلالة الإحصائية، فبالرغم من أن فقدان السمع المبكر ينطوي على مشكلات خاصة فيما يتعلق بتعلم اللغة، إلا أن العمر الزمني عند حدوث الإعاقة السمعية لا يمثل عاملاً هاماً على مستوى العملية الكيفية (جمال الخطيب، 1998، 95).

ويعزو الباحث نتيجة الدراسة إلى عامل اللغة الذي أتاح للأطفال الصم الذين اكتسبوا اللغة فرص التواصل أكثر مع محيطهم وبالتالي تعزيز العلاقة مع الأسرة والمدرسة التي هي محور عملية التوافق. كما أن الأطفال الذين اكتسبوا اللغة هم أقل إصابة بالاضطرابات السلوكية من غيرهم الأمر الذي أدى إلى تعزيز التوافق النفسي الاجتماعي لديهم.



### خلاصة الدراسة:

قدمت أدبيات التربية الخاصة العالمية الكثير من الخصائص السلوكية للأطفال الصم، إلا أن الفروق الثقافية والاجتماعية للمجتمعات شكلت حاجس تعميم هذه النتائج خاصة على المجتمعات العربية فأصبح لزاما إجراء دراسات حول هذه الفئة يأخذ فيها بعين الاعتبار الأسس والأبعاد التي تشكل مجتمعنا ومن ناحية أخرى ركز الباحثين في هذا المجال على تصميم وتطوير البرامج التربوية والعلاجية الموجهة للأطفال الصم وذلك بهدف إدماجهم بشكل تام في المجتمع لكن لبلوغ هذا الهدف استوجب دراسة الخصائص السلوكية للمعاقين سمعيا، وهذا ما ارتأت إليه دراستنا الحالية الموسومة بعنوان الاضطرابات السلوكية وعلاقتها بالتوافق النفسي الاجتماعي لدى الأطفال الصم، حيث تناولنا متغيرين هامين الأول الاضطرابات السلوكية بشكليها اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة واضطراب السلوك العدوانى، ولم يتم اختيار هذين الاضطرابين اعتباطيا بل لانتشارهم الواسع وسط فئة المعاقين سمعيا وهذا ما أكدته نتائج الدراسات التي تناولت هذا الموضوع، ومن هذا المنطلق ظهرت الحاجة الملحة لتقدير مدى انتشار هذه الاضطرابات السلوكية وماهية العلاقة بينها وبين التوافق النفسي الاجتماعي لدى عينة الدراسة خصوصا في ظل الاتجاهات السلبية للمجتمع نحو المعاقين سمعيا من جهة وتأثيرات الإعاقة نفسها من جهة أخرى.

وقد تحددت دراستنا زمنيا بالموسمين الجامعيين 2017/2016 و 2018/2017، ومكانيا بمدرسة صغار الصم لولاية الجلفة، وبشريا تحددت بعينة بلغت 70 طفل أصم متواجدين بالمركز تراوحت أعمارهم ما بين 8 إلى 13 سنة، واخترنا هذه العينة لعدة اعتبارات منها طبيعة الإعاقة السمعية بحد ذاتها وما يترتب عليها صراعات نفسية يتخبط فيها المعاقين سمعيا والعلاقة المبتورة بينهم وبين المجتمع لانعدام سبل التواصل، وبعد جمع البيانات وتفريغها أسفرت عملية التحليل الإحصائي على النتائج التالية:

- توجد علاقة ارتباطيه سالبة وقوية دالة احصائيا بين الاضطرابات السلوكية والتوافق النفسي الاجتماعي لدى الأطفال الصم.
- مستوى الاضطرابات السلوكية مرتفع لدى الأطفال الصم.
- توجد فروق دالة إحصائيا في مستوى الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال الصم تعزى لمتغير الجنس ولصالح الذكور.
- لا توجد فروق دالة إحصائيا في مستوى الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال الصم تعزى لمتغير العمر.
- توجد فروق دالة إحصائيا في مستوى الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال الصم تعزى لمتغير درجة الإعاقة ( صمم كامل، بقايا سمع ) ولصالح الصمم الكامل.
- توجد فروق دالة إحصائيا في مستوى الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال الصم تعزى لمتغير وقت الإصابة ( قبل اكتساب اللغة، بعد اكتساب اللغة ) ولصالح قبل اكتساب اللغة.
- مستوى التوافق النفسي الاجتماعي منخفض لدى الأطفال الصم.
- توجد فروق دالة إحصائيا في مستوى التوافق النفسي الاجتماعي لدى الأطفال الصم تعزى لمتغير الجنس ولصالح الإناث.
- لا توجد فروق دالة إحصائيا في مستوى التوافق النفسي الاجتماعي لدى الأطفال الصم تعزى لمتغير العمر.
- توجد فروق دالة إحصائيا في مستوى التوافق النفسي الاجتماعي لدى الأطفال الصم تعزى لمتغير درجة الإعاقة ( صمم كامل، بقايا سمع ) ولصالح بقايا السمع.
- توجد فروق دالة إحصائيا في التوافق النفسي الاجتماعي لدى الأطفال الصم تعزى لمتغير وقت الإصابة ( قبل اكتساب اللغة، بعد اكتساب اللغة ) ولصالح بعد اكتساب اللغة.

وقد نوقشت هذه النتائج استنادا إلى دراسات سابقة و التراث النظري المتعلق بموضوع دراستنا، وقد اتفقت نتائج الدراسة مع الكثير من الدراسات واختلفت في أحيان أخرى لاختلاف أدوات الدراسة والفروق الثقافية الاجتماعية، كما أن نتائج الدراسة قد تعطي إضافة مهمة لمجال التربية الخاصة أثناء تصميم البرامج التربوية والعلاجية الموجهة للمعاقين سمعياً، كما سعينا لإمطة اللثام وإزالة الغموض على هذه الفئة التي ترفض في كثير من الأحيان التفاعل مع المجتمع وتمسكها بالانعزال والانطواء حول ذاتها لانعدام لغة التواصل بينهم.

### المقترحات :

من خلال ما ذكرناه سابقا من نتائج نقدم مجموعة من المقترحات التي قد تفيد الأطفال الصم أنفسهم والعاملين والقائمين بهذه الفئة من مختصين نفسانيين تربويين وارطفونيين وحتى إداريين وسنلخصها في النقاط التالية :

- إعطاء مساحة أكبر للأطفال الصم للتعبير عن صراعاتهم الداخلية.
- تنويع طرق التواصل معهم سواء بلغة الإشارة أو لغة الشفاه أو أي طريقة أخرى.
- عدم النظر إليهم بعين الشفقة لان ذلك يزيد من نقص تقديرهم لذواتهم وعدم تقبلهم لإعاقتهم.
- إجراء العديد من الدراسات حول فئة الأطفال الصم وترجمة المقاييس المطبقة عليهم إلى لغة الإشارة.
- تنظيم دورات إرشادية وتوجيهية لآباء وأمهات الأطفال الصم حتى يتعرفوا أكثر على طبيعة الإعاقة وآثارها السلبية وسبل التواصل مع أبنائهم.

- توعية الأطفال الصم حول الآثار السلبية للاضطرابات السلوكية وذلك بتفعيل مهام الأخصائيين النفسانيين والاجتماعيين على مستوى مراكز ومدارس الأطفال الصم.
- التشخيص المبكر للاضطرابات السلوكية لدى الأطفال الصم للحد من انتشارها .
- تصميم برامج تعديل السلوك تراعي خصوصية الأطفال الصم.
- تفعيل برامج إدماج الأطفال الصم في المؤسسات التربوية العادية خاصة ضعاف السمع منهم القابلين للدمج.

قائمة المراجع :

• المراجع باللغة العربية :

1. أباطة، أمال عبد السميع (2003). اضطرابات التواصل وعلاجها . مصر: مكتبة الانجلو المصرية.
2. إبراهيم، سليمان عبد الواحد يوسف (2011). المخ واضطراب الانتباه رؤية في إطار علم النفس العصبي النفسي . ط1، القاهرة: دار الجامعة الجديدة للنشر.
3. أبو جريح ، مروان والصفدي، عصام (2001) . مدخل إلى الصحة النفسية . ط1، عمان: دار المسيرة للطبع والنشر والتوزيع.
4. أبو حطب، ياسين مسلم محارب (2002) . فاعلية برنامج مقترح لتخفيف السلوك العدواني لدى طلاب الصف التاسع أساسي بمحافظة غزة. رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية الجامعة الإسلامية غزة.
5. أبو سكران، عبد الله يوسف (2009). التوافق النفسي والاجتماعي وعلاقته بمركز الضبط للمعاقين حركيا. رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، الجامعة الإسلامية غزة.
6. ابوزيد، عبد الجواد خليفة وعلي، هبة سامي (2015) . فرط الحركة ونقص الانتباه من منظور علاجي : استراتيجيات تعليمية وإرشادية للآباء والمدرسين. ط1، القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية.
7. أمين، منى عبد الجواد (2017) . برنامج إرشادي لتحسين الكفاءة الانفعالية والاجتماعية لدى عينة من الأطفال ذوي تشتت الانتباه المصحوب بالحركة الزائدة. رسالة ماجستير غير منشورة .كلية التربية للطفولة المبكرة، جامعة القاهرة.
8. انجلر، باربرا (1991) . نظريات الشخصية . ترجمة عبدالله الفهد الدليم، ط1، الطائف: النادي الأدبي.
9. بحوش، عمار وآخرون (1995). مناهج البحث العلمي وطرق إعداد البحوث، الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية.
10. بطرس، حافظ (2010). إرشاد الأطفال العاديين. عمان: دار المسيرة.
11. بن عبدالله، سعيد والسماذوني، سيد (1998)، فاعلية التدريب على الضبط الذاتي في علاج اضطراب عجز الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد لدى عينة من الأطفال المتخلفين عقليا والقابلين للتعلم، مقال منشور في مجلة علم النفس بجامعة القاهرة، العدد السادس والأربعون ص 88-121.

12. بن عقاب، مسفر (2018). مقدمة في التربية الخاصة. ط1، بنها: دار شعلة الإبداع للطباعة والنشر.
13. بولسان، فريدة (2014). فاعلية برنامج علاجي اسري في التخفيض من السلوك العدوانى لدى الحدث الجانح واثر ذلك على كل من أساليب المعاملة الوالدية والقلق لدى والديهم . أطروحة دكتوراه غير منشورة، جامعة باتنة.
14. البيلاوي، فيولا (1990). مشكلات السلوك عند الأطفال. مصر: مكتبة الانجلو المصرية.
15. البيلاوي، إيهاب وعبد الحميد، اشرف وسليمان، عبد الر حمن (2007). التقييم والتشخيص في التربية الخاصة. ، الرياض: دار الزهراء.
16. البيومي، محمد وشندي، سميرة (2000). دراسات معاصرة سيكولوجية. مصر: مكتبة زهراء الشرق.
17. جزر، سحر (2001). مفهوم الذات لدى المرضى السيكوسوماتيين. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة عين شمس.
18. الجعافرة، حاتم (2008). اضطرابات الحركة عند الأطفال . ط1، القاهرة: دراسات للنشر والتوزيع.
19. جوليان، روتر (1989). علم النفس الإكلينيكي. ترجمة هنا محمود عطية، ط3، القاهرة: دار الشروق.
20. الحامد، جمال (2002). اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة لدى الأطفال أسبابه وعلاجه . الرياض: أكاديمية التربية الخاصة.
21. الحجار، بشير (2003). التوافق النفسي لدى مريضات سرطان الثدي بمحافظات غزة وعلاقته ببعض المتغيرات . رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الإسلامية غزة.
22. حسن، محمود (1967). الأسرة ومشكلاتها. بيروت: دار النهضة العربية.
23. الحسين، أسماء عبد العزيز (2002). المدخل إلى الصحة النفسية والعلاج النفسي . الرياض: دار عالم الكتب.
24. حسين، طه عبد العظيم وعبد العظيم، سلامة (2006). إستراتيجية إدارة الضغوط التربوية و النفسية ط1، عمان: دار الفكر.
25. حلاوة، محمد السيد (2011). الرعاية الاجتماعية للطفل المعاق سمعيا المفاهيم - البرامج - محكات التقويم. الاسكندرية: دار المعرفة الجامعية.

26. حمزة، جمال مختار ( 1995 ). دور الأخصائي النفسي مع فريق العمل في تناول حاجات المعوقين عقليا، مجلة علم النفس، العدد 35، الهيئة المصرية للكتاب، القاهرة.
27. حمزة، خالد السيد (2001). الخصائص السيكولوجية للمعاقين سمعيا. مجلة الطفولة والتنمية، العدد الثاني، القاهرة.
28. حيدر، فؤاد (1994) . علم النفس الاجتماعي دراسات نظرية وتطبيقية . ط1، بيروت: دار الفكر العربي.
29. الخالدي، اديب محمد (2009) . المرجع إلى الصحة النفسية . ط1، عمان: دار وائل للنشر.
30. الخشرمي، سحر احمد (2004) . العلاج التربوي والأسري لاضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه. الرياض: وكالة دار المصمك للدعاية والاعلان.
31. الخطيب، جمال والحديدي، منى (1997). مدخل إلى التربية الخاصة. العين الإمارات: مكتبة الفلاح.
32. الخطيب، جمال (1998). مقدمة في الإعاقة السمعية. ط1، عمان: دار الفكر للنشر والتوزيع.
33. الخطيب، جمال (2005). مقدمة في الإعاقة السمعية. ط2، عمان: دار الفكر للنشر والتوزيع.
34. الخطيب، جمال (2014). تعديل السلوك الإنساني. ط7، عمان: دار الفكر ناشرون وموزعون.
35. الخولي، إيمان (2003). استخدام السيكدوراما لخفض النشاط الزائد لدى أطفال المدرسة الابتدائية. رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية، جامعة بنها.
36. الدباغ، نازك جلال (2013). العدوان وعلاقته بالتوافق الشخصي والاجتماعي لدى الأطفال المعوقين سمعيا. مقال منشور في مجلة جامعة دمشق، العدد الأول، كلية التربية، جامعة دمشق.
37. الدسوقي، مجدي ومحمود، رواية (1996). النموذج السببي للعلاقة بين المساندة الاجتماعية وضغوط أحداث الحياة والصحة النفسية لدى المطلقات. مقال منشور في مجلة علم النفس. العدد 9، ص ص 24 -69.
38. الدسوقي، مجدي (2006). اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد \_ الأسباب \_ التشخيص \_ الوقاية والعلاج. القاهرة: مكتبة النهضة.
39. الدسوقي، مجدي (2014). مقياس تقدير اعرض نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ( دليل إرشادي للقائمين بعملية الفحص ). القاهرة: دار العلوم للنشر والتوزيع.

40. دفي، جمال (2015). سيكولوجية اللعب ودورها في خفض السلوك العدواني لدى الأطفال في مرحلة الطفولة المبكرة دراسة ميدانية برياض الأطفال بمدينة بوسعادة . رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة تيزي وزو.
41. دمنهوري، رشاد صالح (1996) . بعض العوامل النفسية والاجتماعية ذات الصلة بالتوافق الدراسي دراسة مقارنة . مقال منشور في مجلة علم النفس بجامعة القاهرة، العدد 38، 62-101.
42. الديب، أميرة عبد العزيز (1990) . سيكولوجيا التوافق النفسي. الكويت: مكتبة الفلاح.
43. رجب، إيمان احمد (2010) . فاعلية برنامج إرشادي معرفي سلوكي لتعديل اتجاهات المعلمين نحو دمج ذوي الإعاقة السمعية. رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، جامعة أسيوط.
44. الرفاعي، نعيم (2001). الصحة النفسية دراسة في سيكولوجية التكيف . ط8، جامعة دمشق.
45. رمضان، احمد (2001). علم النفس الفسيولوجي . ط2، القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.
46. روان، محمد والبيبي، علي (2015) . التوجه نحو مساعدة الآخرين وعلاقته بالتوافق النفسي الاجتماعي. رسالة ماجستير غير منشورة، كلية علم النفس، جامعة دمشق.
47. الروسان، فاروق (1998) . سيكولوجية الأطفال غير العاديين مقدمة في التربية الخاصة. ط3، عمان: دار الفكر للنشر والتوزيع.
48. الزعبي، احمد محمد (1994) . الإرشاد والتوجيه التربوي نظرياته واتجاهاته ومجالاته. صنعاء: دار الحكمة اليمنية للطباعة والنشر.
49. زهران، حامد عبد السلام (1997) . الصحة النفسية والعلاج النفسي. ط5، القاهرة: عالم الكتب
50. زهران، حامد عبد السلام (2005). التوجيه والإرشاد النفسي. ط4، جامعة بنها: مكتبة كلية التربية.
51. الزهراني، نجمة (2005) . النمو النفسي والاجتماعي وفق نظرية اريكسون وعلاقته بالتحصيل الدراسي لدى عينة من طلاب وطالبات المرحلة الثانوية بمدينة الطائف . رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة أم القرى، مكة المكرمة.
52. الزيات، فتحي (2002). المتفوقون عقليا نوو صعوبات التعلم: قضايا التعريف والتشخيص والعلاج. القاهرة: دار النشر للجامعات.
53. السرطاوي، زيدان، سيسالم، كمال (1987) . المعاقون أكاديميا وسلوكيا: خصائصهم وأساليب تربيتهم. ط1، الرياض: دار عالم الكتب للنشر والتوزيع.
54. سفيان، نبيل (2004) . المختصر في الشخصية والإرشاد النفسي . ط1، اليمن: كلية التربية.



55. سليمان، عبد الرحمن سيد (1999). سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة. ط1، القاهرة: مكتبة زهراء الشرق.
56. سمارة، عزيز، ونمر، عصام (1991). محاضرات في التوجيه والإرشاد النفسي. عمان: دار الفكر العربي للتوزيع والنشر.
57. السندي، محمد شجاع (1990)، «التوافق النفسي والمسؤولية الاجتماعية عند تلاميذ المرحلة الثانوية السعودية في الريف والحضر، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية، جامعة عين شمس.
58. السوداني، يحي محمد السلطان (1990). قياس التوافق النفسي و الاجتماعي لأبناء الشهداء في مرحلة المتوسط . رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية، جامعة بغداد.
59. السيد عبيد، ماجدة (2015). الاضطرابات السلوكية. ط1، عمان: دار صفاء للنشر والتوزيع.
60. السيد، فؤاد البهي (1974). الأسس النفسية للنمو من الطفولة إلى الشيخوخة . ط3، القاهرة: دار الفكر العربي.
61. سيسالم، كمال (2006). اضطراب قصور الانتباه وفرط الحركة: خصائصها وأسبابها وأساليب علاجها. العين الامارات: دار الكتاب الجامعي.
62. الشاذلي، عبد الحميد (2001). التوافق النفسي للمسنين . ط1، الإسكندرية: المكتبة الجامعية.
63. شاکر، فندیل (1995). سيكولوجية الطفل الأصم ومتطلبات إرشاده . المؤتمر الدولي الثاني لمركز الإرشاد النفسي للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة الموهوبون المعاقون، المجلد الأول جامعة عين شمس.
64. الشديفات، محمود راشد يعقوب (2013) . الفروق الفردية لدى طلاب المرحلة الأساسية في أشكال السلوك العدواني المتعلمة. مقال منشور في المجلة الدولية التربوية المتخصصة، 2 (12) ص ص 1335\_1309 .
65. الشرييني، زكرياء وصادق، يسرية (2006) . تنشئة الطفل وسبل الوالدين في معاملته ومواجهته مشكلاته. بيروت: دار الفكر العربي.
66. شقير، زينب محمود (2002) . خدمات ذوي الاحتياجات الخاصة. القاهرة: مكتبة النهضة العربية.
67. الشمري، حمدي (2011) . برنامج لتنمية التعلم الفعال لدى عينة من ذوي اضطراب الانتباه والنشاط الزائد من الأطفال المعاقين ذهنياً القابلين للتعليم في دولة الكويت. رسالة دكتوراه غير منشورة، معهد الدراسات التربوية، جامعة القاهرة.

68. الشنداوي، محمد (1999). نظريات الإرشاد والعلاج النفسي. القاهرة: دار غريب للطباعة.
69. صبره، محمد علي وآخرون (2004). الصحة النفسية والتوافق النفسي. الإسكندرية: دار المعرفة الجامعة.
70. طه، عبد العظيم حسين (2008). استراتيجيات تعديل السلوك للعاديين ونوي الاحتياجات الخاصة. الإسكندرية: دار الجامعة الجديدة للنشر.
71. الطيب، محمد (1994). مبادئ الصحة النفسية. الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.
72. عباس، طه. (2001). علم النفس الفيسيولوجي ط12، القاهرة: دار الصحوة النشر والتوزيع.
73. عبد الحميد احمد اليوسفي، مشير (2005). النشاط الزائد لدى الأطفال. كلية التربية. جامعة المنيا.
74. عبد العظيم، احمد حسن (2012). فاعلية التدريب على بعض المهارات الاجتماعية لتحسين مفهوم الذات لعينة من أطفال ذوي اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد، رسالة دكتوراه الفلسفة في التربية غير منشورة، كلية التربية، جامعة بنها .
75. عبد اللطيف، مدحت (1990)، الصحة النفسية والتفوق الدراسي، الاسكندرية: دار المعرفة الجامعية
76. عبد المتجلي، محمد رجاء حنفي (2004). القلق احد الأساليب المختلفة للتكيف غير السوي، مقال منشور في مجلة القافلة. العدد 7، ص ص 102-146.
77. عبد المطلب، أمين القريظي (1996). سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة وتربيتهم، ط3 القاهرة: دار الفكر العربي.
78. عبد المطلب، أمين القريظي (1998). سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة وتربيتهم، ط4 القاهرة: دار الفكر العربي.
79. عبد المطلب أمين القريظي (2013). ذوو الإعاقة السمعية تعريفهم وخصائصهم وتعليمهم. القاهرة: عالم الكتب
80. عبدات، روجي مروح (2010). السلوك التوافقي عند الصم وضعاف السمع كما يراه أولياء أمورهم في الإمارات العربية المتحدة. ط1، الإمارات: وزارة الشؤون الاجتماعية.
81. عبدالفتاح، محمد يوسف (1990). العلاقة بين الرعاية الوالدية كما يدركها الأبناء ومفهوم الذات لديهم. مقال منشور في مجلة علم النفس، العدد 13.

82. العبيدي، عفراء إبراهيم خليل (2011) . طبيعة العلاقة الارتباطية بين التعاطف والسلوك العدوانية دراسة ميدانية لدى عينة من طلبة المرحلة المتوسطة في مدارس بغداد الرسمية، مقال منشور في مجلة دمشق، العدد 27 ، ص ص 131\_ 164 .
83. عبير، عبد الحليم النجار (2008). اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد والدراما الإبداعية في رياض الأطفال. القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية.
84. عسكر، عبدالله والفرحان، عبد الجابر (1991) . المدخل إلى علم النفس. القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية.
85. عطية، نوال محمد (2001). علم النفس والتكيف النفسي والاجتماعي. ط1، القاهرة دار القاهرة للكتاب.
86. عفانة، عزو اسماعيل و كباجة، نعيم عبد الهادي ( 1997 ) . اتجاهات أولياء الأمور نحو سلوك أبنائهم الصم. فلسطين: الجامعة الإسلامية غزة.
87. علاء، جمال الربيعي (2011) . الاضطرابات السلوكية والانفعالية لدى الأطفال الصم وعلاقتها بالتوافق الأسري . رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، الجامعة الإسلامية غزة، فلسطين.
88. علاء، عبد الباقي إبراهيم. (1995) . دراسة مدى فاعلية بعض تقنيات تعديل السلوك في خفض مستوى السلوك النشاط الزائد لدى عينة من الأطفال ذوي الإعاقة العقلية . رسالة دكتوراه غير منشورة كلية التربية، جامعة عين شمس، مصر.
89. علاء، عبد الباقي إبراهيم (2007). علاج النشاط الزائد لدى الأطفال باستخدام برامج تعديل السلوك ط2، القاهرة: دار الكتاب.
90. العناني، حنان عبد الحميد (2005). الصحة النفسية . ط3، عمان: دار الفكر للطباعة والنشر.
91. عواطف، محمد حسانين (2013). تربية وتعليم المعاقين سمعياً في القرن الحادي والعشرين، ط1، القاهرة: المكتبة الأكاديمية.
92. عوض، عباس محمود (1996) . الموجز في الصحة النفسية. ط2، القاهرة: دار المعارف.
93. عيسى القاروط، فارس (2014). اضطراب ضعف الانتباه المصحوب بفرط الحركة. الاردن: مج51 رسالة المعلم.

94. فاضل، فهمي حسان (2010) . سوء معاملة أطفال الشوارع وأثرها في مفهوم والسلوك العدوانية دراسة وصفية لبعض العوامل المرتبطة بالظاهرة . مقال منشور في مجلة الطفولة العربية، العدد 45، ص ص 44\_66.
95. الفخراني، خالد إبراهيم (2015) . أسس تشخيص الاضطرابات السلوكية . كلية الآداب، جامعة طنطا.
96. الفرخ، كاملة وتيم، عبد الجابر (1999). الصحة النفسية للطفل . ط1، عمان: دار صفاء.
97. فهمي، سامية وآخرون (1999). رعاية المعاقين سمعياً . ط1، الاسكندرية: المكتب العلمي للنشر والتوزيع.
98. الفوزان، محمد بن احمد والرفاص، خالد الناهي (2009). أسس التربية الخاصة - الفئات - التشخيص -البرامج التربوية. ط1، الرياض: دار العبيكات.
99. فيصل، محمد الزراد (2002). اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه والاندفاع بالسلوك لدى الأطفال. الشارقة: مدينة الشارقة للخدمات الإنسانية.
100. القريوني وآخرون (1995). المدخل إلى التربية الخاصة. ط1، العين الامارات: دار القلم.
101. القمش، مصطفى نوري (2006). المشكلات السلوكية الشائعة لدى الأطفال المعوقين عقليا داخل المنزل من وجهة نظر الوالدين وعلاقتها ببعض المتغيرات. مقال منشور في مجلة جامعة أم القرى للعلوم التربوية والاجتماعية والإنسانية، المجلد الثمن عش، العدد الثاني.
102. القمش، مصطفى نوري والمعايطة، خليل عبد الرحمن (2007). سيكولوجية الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة. ط1، عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.
103. القمش، مصطفى نوري والمعايطة، خليل عبد الرحمن (2009). الاضطرابات السلوكية والانفعالية. ط 2، عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع.
104. كامل، سهير احمد (1999). الصحة النفسية والتوافق. مصر: مركز الإسكندرية للكتاب.
105. كامل، سهير احمد (2001). الصحة النفسية للأطفال مصر: مركز الإسكندرية للكتاب.
106. كمال، صافيناز احمد (2008) . فاعلية البرامج الإرشادية والعلاجية في خفض اضطرابات الانتباه لدى الأطفال (دراسة تقويمية). المدينة المنورة: كلية التربية والعلوم الإنسانية بجامعة طيبة.
107. الكنج، احمد (2010). الحاجات النفسية وعلاقتها بالتوافق النفسي و الاجتماعي و التحصيل الدراسي. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة دمشق.

108. كوافحة، تيسير مفلح وعبدالعزيز، عمر فواز (2010) . مدخل إلى التربية الخاصة . ط4، عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.
109. لطفي، اشرف وحمدان، عبدالحفيظ (2015)، اثر الدمج على مفهوم الذات ودافعية الانجاز والتقبل المتبادل لدى تلاميذ ذوي الإعاقة السمعية والعادين، رسالة ماجستير، كلية التربية جامعة القاهرة.
110. اللقاني، احمد حسين والقرشي، امير (1999) ، مناهج الصم التخطيط البناء والتنفيذ. ط1، القاهرة: عالم الكتب.
111. مجيد، سوسن شاكر (2009) . علم النفس النمو للطفل . عمان: دار الصفاء.
112. محمد مخيمر، عماد ومحمد علي، هبة (2010). المشكلات النفسية للأطفال بين عوامل الخطورة وطرق الوقاية والعلاج. القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية.
113. محمد، عادل عبدالله . (2011) . مقدمة في التربية الخاصة . ط1، القاهرة: دار رشاد للنشر.
114. محمود، سعيد عبد العزيز (2001). فاعلية نموذج التركيز على المهام في علاج مشكلة النشاط الزائد للأطفال ذوي الحاجات الخاصة. مقال منشور في مجلة التربية بجامعة الأزهر العدد 97.
115. مصطفى، أسامة فاروق (2011). مدخل إلى الاضطرابات السلوكية والانفعالية. ط1، عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع.
116. المصيلحي، احمد عبد المعبود (1994)، الاتجاهات الوالدية في تنشئة ضعاف السمع وعلاقتها بالنضج الاجتماعي، رسالة ماجستير غير منشورة، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس.
117. مطر، عبد الفتاح رجب (2002) . فعالية السيودراما في تنمية بعض المهارات لدى الصم . رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية ببني سويف، جامعة القاهرة.
118. مطر، سفيان إسماعيل (2009). الصحة النفسية. ط2، فلسطين: الكلية الجامعية للعلوم التطبيقية.
119. مغاري، رائد وثابت، عبد العزيز (2008). تأثير الإعاقة السمعية للأطفال علي الصحة النفسية للوالدين في قطاع غزة. مقال منشور في مجلة شبكة العلوم النفسية العربية، العدد 18، 19، ص 177-19.
120. المغربي، سعد (1992). الصحة النفسية. علم النفس، مقال منشور في مجلة فصيلة تصدر من الهيئة المصرية العامة للكتاب، العدد 23، ص ص 12-59.

121. مكاري، نبيلة ميخائيل وآخرون (2003). *الصحة النفسية وعلم النفس الاجتماعي والتربية الصحية*. القاهرة: شركة الجمهورية الحديثة.
122. منصور، عبد المجيد وآخرون (2006). *السلوك الإنساني بين التفسير الإسلامي أسس علم النفس المعاصر*. القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية.
123. النوبي، محمد (2010). *مقياس اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد لدى الأطفال التوحديين*. ط1، عمان: دار صفاء للنشر والتوزيع.
124. هاشمي، احمد (2004). *الأسرة والطفولة*. ط1، وهران: دار قرطبة.
125. الهمشري، محمد وعبد الجواد، وفاء (2000). *سلسلة المشكلات السلوكية للأطفال*. السعودية: دار مملكة المبيكان.
126. هنا، محمود عطية (1986). *اختبار الشخصية للأطفال كراسة التعليمات*. ط1، الكويت: دار القلم للنشر والتوزيع.
127. هنري، ماير (2009). *ثلاث نظريات في النمو*. ترجمة هدى قناوي. القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية.
128. وافي، ليلي (2006). *الاضطرابات السلوكية وعلاقتها بمستوى التوافق النفسي لدى الأطفال الصم والمكفوفين*. رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، الجامعة الإسلامية، غزة.
129. يحي، خولة احمد (2000). *الاضطرابات السلوكية والانفعالية*. ط1، عمان: دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع.
130. يحي، خولة احمد (2003). *الاضطرابات السلوكية والانفعالية*. ط2، عمان: دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع.
131. يوسف، جمعة سيد (2000). *الاضطرابات السلوكية وعلاجها*، مصر: دار غريب للطباعة والنشر.
132. يوسف، جمعة سيد (2001). *النظريات الحديثة في تفسير الأمراض النفسية*. ط1، مصر: دار غريب للطباعة.

المراجع باللغة الاجنبية :

133. Bandura , A. (1977). *Social learning theory*. Englewood Cliffs, N.J:Prentice-Hall

134. Bandura, A. (1969). *Principles of behavior modification*, New York: Holth, Rinchart, & Winston.
135. Barkley, R. A. Fisher, M. Edelbrock, cs. Smallish, L. (1990). *The adolescent outcome of hyperactive children diagnosed by research criteria :1: 8- years prospective follow up study*, Journal of American Academy Children Adolescent psychiatry, Vol. 29. PP. 546-557.
136. Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and emotional disorders*, New York: International Universities Press.
137. Bladwin , J . (2001) . *Behavoir principles in everyday life:prentice-Hall*
138. Bornstien. P. H. & Quevillon. R.P. (1976). *The effects of a self-instructional package on overactive preschool boys*, Journal of Applied behavior analysis, 9, 179-188.
139. Breggin, P. (1991). *Toxic Psychiatry Why therapy empathy and love must replace the drugs, electroshock and biochemical theories of the New Psychiatry*, New York: st Martins Press, PP. 20-25.
140. Burks, H.M. & Steffle, B. (1979). *Theories of counseling*. New York: McGaraw Hill.
141. Crainghea, W. E. Kazdin, A. E.& Mahoney, M.J. (1981). Behavior modification: *Principles, issues and application* (2<sup>nd</sup> Ed). Boston: Houghton Mifflin Company .
142. D zurilla. T. J. & Goldfried, M-R. (1971). *Problem solving and behavior modification*. Journal Abnormal Psychology, 78 107-126.
143. Dave, Daley (2006). *Attention Defisit Hyperactivity Disorder. AReview of the Essential facts, black will publishing ited, child: care, health & development*, vol. 32,N.2,PP. 193-204.
144. Dewey, J. (1933). *How we think A restatement of the relation of reflective thinking the educative process*, Boston: Heath.
145. Ellis,A(1979). *The rational- emotive approach to counseling*. In H. Burks,B. Steffler (Eds). *Theories of counseling*. New Yourk: McGaraw Hill.
146. Fee, V.E. & Matson, J.L. & Benavidez, D.A. (1994). *Attention hyperactivity disorder among mentally retarded children*, Research in disabilities, Vol.15,No.(1),P,67.
147. Fisher, E. & Winkler, R. C. (1975). *Self control over intrusive experiences*. *Journal of Consulting and Clinical Pschology*, 43, 911-916.
148. Goldstein, Sam. (1999). *ADHD as a disorder of self regulation, paper presented at 11<sup>th</sup> Annual conference for CH.H.D.D. October 7-9*. Available online, <http://www.Samgoldstein.Com/articles/9910-chadd.html>

149. Greenspoon, J. & Lamal, P. A. (1978). *Cognitive behavior modification: Who need it ?* Psychological Record, 28, 343-351.
150. Heward , W ,& Orlansky , M . (1988) . *Exceptional Children ,Ohio*: Charles E .Merrill .
151. Hieder, F. (1978). *The psychology of interpersonal relation*. New York: John Wiley and sons.
152. Kalish. H. I. (1981). *From behavioral science to behavior modification*. New York: McGraw. Hell
153. Kazdin , A. E. (1987). *History of behavoir modification*: Baltimore Maryland: University Park Press.
154. Keweley, Geoffrey. D. (1998). *Attention deficit hyperactivity disorder is under diagnosed and under treated in Britain*, British Medical Journal, Vol. 316 PP. 1594-1596.
155. Koppekin, A.L. (1994). *Experimental analysis of by adults with mental retardation* , unpublished master degree, University of North taxes
156. Lamontagne, Y. Audet, N. & Elie. R. (1983). *Thought stopping for delusions and hallucination: A pilot study* . Behavioral Pschotherapy. 11, 177-184.
157. Mahoney, M. (1977). *Cognitive and behavior modification*. Cambridge, Messachusetts: Ballinger.
158. Martin ,G, and Pear .J. (1983) . *Behavoir modification* : What it is and how to do it (2<sup>nd</sup> Ed), Englewood Cliffs, N.J:Prentice-Hall
159. Mc Mullin, R. (2000) . *The new handbook and cognitive therapy technique*. Norton & company.
160. Meichenbaum . D. H. (1979). *Cognitive- behavoir modification* : Futur direc-tion. In P.Sjoden, S. Gates, & W. S. Dockens (Eds), trends in behavior therapy. New York: Academic Press
161. Meichenbaum. D. H. & Goodman. J. (1971). *Training implusive children to talk to themselves: A means of developing self- control*. Journal Abnormal Psychology. 77, 115-126.
162. Meichenbaum. D. H. (1977). *Cognitive- behavoir modification* : Futur direc-tion. In P.Sjoden, S. Gates, & W. S. Dockens (Eds), trends in behavior therapy. New York: Academic Press
163. Mikulas. W. L. (1978). *Behavoir modification*. New York. Harper & row .
164. Miller, L. (1996). *Principles of everyday behavior analysis*. Belmont, CA:Bel-mont
165. National Institute Mental Health (NIH), (2000). *Attention deficit hyperactivity disorder Question and Answers*, National Womens Health



- Information Center, Available online <http://www.4womengof.com/faq/adhd.htm> PP. 109.
166. Repp . A .D (1983). *Teachnig the mentally retarded* . Englwood Cliffs, N.J:Prentice-Hall
  167. Rinini. D. C. & Mastres. J.C. (1979). *Behavoir therapy : techniques and empirical findings*. New York. Academic Press
  168. Skinner, B.F. (1977). Why I am not cognitive psychologist. *Behaviorism*, 5, 1-10.
  169. Smith, K.H. (1995). *Three studies on the prevalence of the adolescents with mild mental retardation*, unpublished Doctoral Dissertation, university of Georgia.
  170. Sulzar – Azaroff, B. and Mayer, G.R. (1977). *Applying behavior analysis procedures with childern and youth* . New York: Holt , Rinehart and Winston
  171. Turk , D.C. (1982). *Cogntive learning approaches: Application in health care*. In d. M. dolesys. R. L. Meredith. & A. K. Ciminero (Eds), *Behavcioral medicine: Asseessment and treatment strategieese*. New York: Plenum Press.
  172. Walker. C. (2001). *Learn to relax*. New York :John Wiley & Sons.
  173. Wolp, J. (1971). *Dealing with resistance to thought stoppage*: *Journal of Behavior Therapy and Experimental Pschiatry*, 2. 121-125.
  174. Zametkin, A. & Mordahl, T. E. Gross, M. King, A.C. Semple, W.E. & Rumsey, J. & Hamburger, S. & Cohen, R. M. (1990). *Cerebral glucose metabolism in adults with hyperactivity of childhood onset*. *New England Journal of Medicine*, Vol. 323, No(2), PP. 1361-1366.

## قائمة الملاحق

- الملحق (01): استمارة تحكيم قائمة تقدير المعلمين للسلوك
- الملحق (02): أسماء المحكمين لقائمة تقدير المعلمين للسلوك
- الملحق (03): قائمة تقدير المعلمين للسلوك النهائية
- الملحق (04): مقياس التوافق النفسي الاجتماعي لمحمود عطية هنا
- الملحق (05): مقياس التوافق النفسي الاجتماعي
- الملحق (06): الملف الفردي النفسي

• الملحق (01) : استمارة تحكيم قائمة تقدير المعلمين للسلوك

جامعة قاصدي مرباح ورقلة الجزائر

كلية العلوم الانسانية والاجتماعية

قسم علم النفس وعلوم التربية

الموسم الجامعي :

2018/2017

الطالب : سنة ناجي

استمارة تحكيم قائمة تقدير المعلمين للسلوك

الاسم والتخصص.....

التخصص والدرجة العلمية.....

أستاذي الفاضل

بعد التحية الطيبة :

في إطار التحضير لانجاز رسالة لنيل شهادة الدكتوراه في التربية الخاصة والتعليم المكيف بعنوان :

الاضطرابات السلوكية وعلاقتها بالتوافق النفسي الاجتماعي لدى الأطفال الصم دراسة ميدانية بمركز

صغار الصم بولاية الجلفة نتقدم لسيادتكم بفقرات قائمة تقدير المعلمين للسلوك والتي تقيس شكلين من

أشكال الاضطرابات السلوكية وهم

- اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة

- اضطراب السلوك العدوانى

وعليه نرجو من سيادتكم تحكيم فقرات القائمة بناء على :

مدى وضوح صياغة الفقرات

مدى موضوعية ودقة الفقرات

صدق الفقرات في قياس الاضطرابات موضوع البحث .

## التعريف الإجرائي للاضطرابات السلوكية :

نعرف الاضطرابات السلوكية إجرائيا : هي السلوكيات الغير المقبولة اجتماعيا والمتمثلة في اضطراب نقص انتباه وفرط حركة وسلوكيات عدوانية صادرة من الأطفال الصم والتي تتمثل في الدرجة التي يتحصل عليها الطفل الأصم في قائمة تقدير المعلمين السلوك

### قائمة تقدير المعلمين للسلوك

#### التعليمة :

سيدي المعلم / المعلمة المحترم.....

\* بين يديك قائمة ببعض الاضطرابات السلوكية , يرجى منك المساعدة في التعرف على التلاميذ الذين يظهرون مثل هذه السلوكيات وذلك بالاستعانة بالقائمة المرفقة.

\*\* الرجاء قراءة كل فقرة, وتحديد ما إذا كانت تنطبق على الطالب أم لا وذلك بوضع علامة ( x ). في

الخانة المناسبة على ان تكون هذه السلوكيات متكررة لأكثر من 6 أشهر

\*\*\* الرجاء تقييم كل طالب في الصف لوحده, علما بأن البيانات التي ستقدمها تستخدم لإغراض

البحث فقط, وسيتم المحافظة على سريتها تماما.

" شاكرًا لكم حسن تعاونكم "

معلومات التلميذ :

الجنس.....

السن.....

درجة الإعاقة.....

وقت الإصابة بالإعاقة : .....

أولا سلوك نقص الانتباه وفرط الحركة :

الرقم	الفقرة	لا يظهر السلوك	نادرا ما يظهر السلوك	قليلا ما يظهر السلوك	كثيرا ما يظهر السلوك	كثيرا جدا ما يظهر السلوك
-1	يتسلق على الطاولات					
-2	يتحرك وهو جالس					
-3	عدم الانضباط					
-4	يقفز على الكرسي					
-5	يتجاوز زملائه أثناء الدخول للفصل					
-6	يفشل في إنهاء الواجبات او الأعمال المطلوبة منه					
-7	يتشتت انتباهه					
-8	ضعف في التركيز على الدرس					
-9	عدم الاستمرار أثناء اللعب					
-10	لا ينتظر دوره في اللعب					
-11	يتصرف قبل أن يفكر					
-12	يتحول من نشاط إلى آخر					
-13	لا ينظم دروسه					
-14	يطلب المساعدة في الصف					
-15	ضعف في التحصيل الدراسي					
-16	يتجنب المهام التي تتطلب					

					مجهود عضلي أو فكري	
					يصدر ضوضاء	17-
					يعاني من النسيان المستمر	18-
					لا ينتبه عندما يعطيه المعلم فرصة للإجابة	19-
					يميل إلى المشاجرة مع زملائه	20-
					لا يركز في نشاط واحد	21-
					يفشل في إقامة علاقة	22-

ثانيا السلوك العدوانية:

الرقم	الفقرة	لا يظهر السلوك	نادرا ما يظهر السلوك	قليلا ما يظهر السلوك	كثيرا ما يظهر السلوك	كثيرا جدا ما يظهر السلوك
1-	عدم طاعة تعليمات المعلم					
2-	يتشاجر مع زملائه					
3-	ياخذ ممتلكات زملائه بالقوة					
4-	يزعج زملائه					
5-	ينظر إلى زملائه باستهزاء					
6-	يصدر إشارات بذيئة					
7-	يرتمي على الأرض بقوة					
8-	التلويح بالثار والتهديد والانتقام					
9-	يصدر سلوكيات عدوانية					

					كالعض أو البصق	
					يتمرد على قوانين المدرسة	-10
					يحطم ممتلكات المدرسة	-11
					لا ينجز الأعمال المدرسية	-12
					لا يشارك أشيائه مع زملائه	-13
					يمزق أدواته	-14
					يبكي من غير سبب	-15
					يستعمل أشياء حادة ومؤذية ضد زملائه	-16
					يتعامل بعدوانية عند اللقاء لأول مرة مع أشخاص او زميل جديد	-17
					يقوم بسلوكيات غير مقبولة كالكذب أو السرقة	-18
					الاستجابة المسرعة لمثير	-19
					عدم التفاعل مع العقاب	-20
					يفشل في إقامة العلاقات	-21
					ضعف في التحصيل	-22

الملحق (02): أسماء المحكمين لقائمة تقدير المعلمين للسلوك

الاسم واللقب	الدرجة العلمية	التخصص	الجامعة
نادية بن زعموش	أستاذة التعليم العالي	علوم التربية	ورقلة
عقيل بن ساسي	أستاذ محاضر ا	علم النفس	ورقلة
فوزية محمدي	أستاذة محاضر ا	علم النفس	ورقلة
وردة بلحسيني	أستاذة محاضر ا	علم النفس	ورقلة
زعتن نورالدين	أستاذة محاضر ا	علم النفس	الجلفة

الملحق (03): قائمة تقدير المعلمين للسلوك النهائية

التعليمة:

سيدي المعلم / المعلمة المحترم.....

\* بين يديك قائمة ببعض الاضطرابات السلوكية , يرجى منك المساعدة في التعرف على التلاميذ الذين

يظهرون مثل هذه السلوكيات وذلك بالاستعانة بالقائمة المرفقة.

\*\* الرجاء قراءة كل فقرة, وتحديد ما إذا كانت تنطبق على الطالب أم لا وذلك بوضع علامة ( x ). في

الخانة المناسبة على ان تكون هذه السلوكيات متكررة لأكثر من 6 أشهر

\*\*\* الرجاء تقييم كل طالب في الصف لوحده, علما بأن البيانات التي ستقدمها تستخدم لإغراض

البحث فقط, وسيتم المحافظة على سريتها تماما.

" شاكرًا لكم حسن تعاونكم "



معلومات التلميذ :

الجنس : .....

السن.....

درجة الإعاقة.....

وقت الإصابة بالإعاقة : .....

اولا سلوك نقص الانتباه وفرط الحركة :

الرقم	الفقرة	لا يظهر السلوك	نادرا ما يظهر السلوك	قليل ما يظهر السلوك	كثيرا ما يظهر السلوك	كثيرا جدا ما يظهر السلوك
1-	يتسلق على الطاولات					
2-	يتحرك وهو جالس					
3-	عدم الانضباط					
4-	يقفز على الكرسي					
5-	يتجاوز زملائه أثناء الدخول للفصل					
6-	يفشل في إنهاء الواجبات او الأعمال المطلوبة منه					
7-	يتشتت انتباهه					
8-	ضعف في التركيز على الدرس					
9-	عدم الاستمرار أثناء اللعب					
10-	لا ينتظر دوره في اللعب					

					يتصرف قبل أن يفكر	-11
					يتحول من نشاط إلى آخر	-12
					لا ينظم دروسه	-13
					يطلب المساعدة في الصف	-14
					ضعف في التحصيل الدراسي	-15
					يتجنب المهام التي تتطلب مجهود عضلي أو فكري	-16
					يصدر ضوضاء	-17
					يعاني من النسيان المستمر	-18
					لا ينتبه عندما يعطيه المعلم فرصة للإجابة	-19
					يميل إلى المشاجرة مع زملائه	-20

ثانيا السلوك العدوانى:

الرقم	الفقرة	لا يظهر السلوك	نادرا ما يظهر السلوك	قليلا ما يظهر السلوك	كثيرا ما يظهر السلوك	كثيرا جدا ما يظهر السلوك
-1	عدم طاعة تعليمات المعلم					
-2	يتشاجر مع زملائه					
-3	ياخذ ممتلكات زملائه بالقوة					
-4	يزعج زملائه					
-5	ينظر إلى زملائه باستهزاء					
-6	يصدر إشارات بذينة					

					يرتمي على الأرض بقوة	-7
					التلويح بالثار والتهديد والانتقام	-8
					يصدر سلوكيات عدوانية كالعض او البصق	-9
					يتمرد على قوانين المدرسة	-10
					يحطم ممتلكات المدرسة	-11
					لا ينجز الأعمال المدرسية	-12
					لا يشارك أشيائه مع زملائه	-13
					يمزق أدواته	-14
					يبكي من غير سبب	-15
					يستعمل أشياء حادة ومؤذية ضد زملائه	-16
					يتعامل بعدوانية عند اللقاء لأول مرة مع أشخاص او زميل جديد	-17
					يقوم بسلوكيات غير مقبولة كالكذب او السرقة	-18
					الاستجابة المسرعة لمثير	-19
					عدم التفاعل مع العقاب	-20

• الملحق (04): مقياس التوافق النفسي الاجتماعي لمحمود عطية هنا

التعليمة:

عزيزي التلميذ، عزيزتي التلميذة، نتقد إليكم بهذه الأسئلة كونكم في المرحلة الابتدائية نرجو منكم الإجابة على كل سؤال، وان لا تترك أي سؤال دون إجابة، ضع علامة (x) في المكان الذي تراه مناسباً لإجابتك وشكراً.

القسم الأول (أ):

لا	نعم	الفقرات
		01 هل تستطيع أن تلعب لوحديك إذا لم تجد أحدا يلعب معك
		02 هل تشعر برغبة في البكاء لأقل سبب
		03 هل تستطيع الكلام أمام الزملاء في الفصل
		04 هل تتال ماذا وبخك احد على شيء عملته
		05 هل تحتاج إلى مساعدة من احد لتأكل
		06 هل يساعدك احد في لبس ملابسك
		07 هل تهتمك الحاجات البسيطة كثيرا
		08 عندما تلعب تستمر في اللعب حتى نهايته

القسم الأول (ب):

لا	نعم	الفقرات
		01 هل تعمل أشياء تسعد الأطفال زملائك
		02 هل يضايقك الأطفال زملائك

		هل عدد أصحابك أقل من عدد أصحاب زملائك	03
		هل معظم الأطفال اشطر منك	04
		هل يقول عنك اهلك انك شاطر	05
		هل تستطيع أن تعمل الأشياء التي يعملها غيرك من الأطفال	06
		هل يقول الناس أن غيرك أحسن منك	07
		هل يحبك معظم الأطفال	08

القسم الأول (ج):

لا	نعم	الفقرات	
		هل يتركك اهلك لشراء بعض الحاجات لوحدهك	01
		متى تقضي في اللعب وقتا قصيرا جدا	02
		هل تزور أماكن جديدة كثيرا	03
		هل يمنعك اهلك من اللعب مع أطفال آخرين	04
		هل يسمح لك اهلك أن تلعب الألعاب التي تحبها	05
		هل تعاقب كثيرا على أشياء تفعلها	06
		هل تقوم بأكثر الأعمال التي تحبها لوحدهك	07
		هل يجبرك اهلك على البقاء في المنزل كثيرا	08

القسم الأول (د):

لا	نعم	الفقرات	
		هل ترغب في أن يكون لك أصدقاء كثر	01

		هل تشعر أن الناس يحبونك	02
		هل تحب الذهاب إلى المدرسة	03
		هل يحبك الأطفال في المدرسة	04
		هل تشعر أنك وحيد ولو كنت مع الأطفال	05
		هل تشعر أنك كبير وقوي مثل معظم الأطفال	06
		هل اهلك أحسن من أهل الأطفال الآخرين	07
		هل الأطفال الآخرين مرتاحين في بيوتهم أحسن منك	08

القسم الأول (هـ):

لا	نعم	الفقرات	
		هل يوجد مؤذنين لدرجة أنك تكرههم	01
		هل تخاف كثيرا	02
		هل يضايقك الأطفال الآخرين	03
		هل تتضايق عندما يكون الناس مؤذنين	04
		هل يقول الأطفال أشياء تضايقك	05
		هل يحاول الأطفال أن يغشوك عادة	06
		هل تشعر عادة بالمضايقة لدرجة أنك لا تدري ما تفعل	07
		هل تفضل أن تتفرج على غيرك بدلا من أن تلعب معهم	08

القسم الأول (و) :

لا	نعم	الفقرات
		01 هل تقضم أظفرك عادة
		02 هل من الصعب عليك أن تذهب إلى السرير لوحده أثناء الليل
		03 هل تبكي كثيرا
		04 هل تصاب بالبرد بسهولة
		05 هل تشعر بالتعب عادة حتى عندما تقوم من النوم
		06 هل أنت مريض أكثر الوقت
		07 هل توجعك عيناك عادة
		08 هل تستيقظ من النوم بسبب الأحلام المزعجة

القسم الثاني (ا):

لا	نعم	الفقرات
		01 هل تطيع اهلك حتى ولو كانوا على خطأ
		02 هل يصح أن يتشاجر الأطفال مع الكبار الذين لا يعاملونهم معاملة حسنة
		03 هل تطيع اهلك حتى وان نصحك أصحابك بان لا تهتم بهم
		04 هل تغش إذا ضمنت أن لا احد يراك
		05 هل تأخذ لنفسك الأشياء التي تجدها
		06 هل من الضروري أ يكون الأطفال مؤذنين مع الناس الذين لا

		يحبونهم	
07		هل تشعر انه من الضروري أن تشكر كل من ساعدك	
08		هل من الصواب أن تبكي عندما لا تعمل شيئاً تريده	

القسم الثاني (ب):

لا	نعم	الفقرات	
		هل تتكلم مع الأطفال الجدد في المدرسة	01
		هل من الصعب عليك أن تتكلم مع الناس الغرباء	02
		هل تفرح مع الأطفال الذين يقوم بأعمال أحسن مما تقوم بها	03
		هل يغضبك إذا منعك الناس من القيام بما تريده	04
		هل تضرب الأطفال أثناء اللعب في بعض الأحيان	05
		هل تلعب مع الأطفال الآخرين حتى ولو كنت لا تريد	06
		هل تساعد الأطفال الآخرين في المدرسة	07
		هل من الصعب عليك أن تكون عادلاً في لعبك	08

القسم الثاني (ج):

لا	نعم	الفقرات	
		هل الناس مؤذنين لك لدرجة أنك لازم تبقى مؤذي لهم	01
		هل تضايق الناس حتى يعاملك معاملة حسنة	02
		هل توجد أشياء مزعجة في المدرسة لدرجة أنك تحاول غشهم	03
		هل يضايقك احد في البيت حتى أنك تغضب عادة	04



		هل بعض الناس ظالمين لدرجة انك تحاول غشهم	05
		هل يتشاجر الأطفال معك كثيرا	06
		هل تحاول أن تدفع الأطفال الآخرين أو تخيفهم	07
		هل تقول للأطفال انك لا تفعل ما يطلبونه منك	08

القسم الثاني (د):

لا	نعم	الفقرات	
		هل اهلك على حق عندما يجبرونك على أن تطيع أوامرهم	01
		هل تحب أن تعيش مع عائلة أخرى غير عائلتك	02
		هل يعتقد اهلك أن طيب مثلهم	03
		هل اهلك طيبين معك	04
		هل يوحد في اهلك لا يحبك	05
		هل تظن أن اهلك يعتقدون بأنك لطيف معهم	06
		هل تشعر أن اهلك لا يحبونك	07
		هل تظن أن اهلك يعتقدون انك شاطر	08

القسم الثاني (هـ):

لا	نعم	الفقرات	
		هل تساعد الأطفال الآخرين في المدرسة	01
		هل من الصعب عليك أن تحب الأطفال في المدرسة	02
		هل المدرسين لا يحبون بعض الأطفال في المدرسة	03

		هل يقول الأطفال انك طيب معهم	04
		هل تفضل عدم الذهاب إلى المدرسة	05
		هل يوجد الكثير من المؤذين في المدرسة	06
		هل يطلب منك الأطفال أن تلعب معهم في المدرسة	07
		هل يقول الأطفال الآخرين أن لعبك مؤذي	08

القسم الثاني (و):

لا	نعم	الفقرات	
		هل يوجد أماكن بالقرب من منزلك جميلة تلعب فيها	01
		هل يحبك جيرانك	02
		هل جيرانك أناس غير طيبون	03
		هل تبسط من قضاء بعض الوقت مع جيرانك	04
		هل يوجد جيران مؤذين	05
		هل يطلب منك الأطفال أن تلعب في بيوتهم	06
		هل يوجد أطفال مؤذين بين أطفال جيرانك	07
		هل تبتعد من بيوت جيرانك عندما يطلبون منك أن تبتعد	08

• الملحق (05): مقياس التوافق النفسي الاجتماعي

التعليمة:

عزيزي التلميذ ، عزيزتي التلميذة ، ننقد إليكم بهذه الأسئلة كونكم في المرحلة الابتدائية نرجو منكم الإجابة على كل سؤال ، وان لا تترك أي سؤال دون إجابة ، ضع علامة (X) في المكان الذي تراه مناسباً لإجابتك وشكراً .

الجنس.....

السن.....

درجة الإعاقة.....

وقت الإصابة بالإعاقة : .....

القسم الأول (أ):

لا	نعم	الفقرات
		01 هل تستطيع أن تلعب لوحديك إذا لم تجد أحدا يلعب معك
		02 هل تشعر برغبة في البكاء لأقل سبب
		03 هل تستطيع الكلام أمام الزملاء في الفصل
		04 هل تتال ماذا وبخك احد على شيء عملته
		05 هل تحتاج إلى مساعدة من احد لتأكل
		06 هل يساعدك احد في لبس ملابسك
		07 هل تهتمك الحاجات البسيطة كثيرا
		08 عندما تلعب تستمر في اللعب حتى نهايته

القسم الأول (ب) :

لا	نعم	الفقرات
		01 هل تعمل أشياء تسعد الأطفال زملائك
		02 هل يضايقك الأطفال زملائك
		03 هل عدد أصحابك اقل من عدد أصحاب زملائك
		04 هل معظم الأطفال اشطر منك
		05 هل يقول عنك اهلك انك شاطر
		06 هل تستطيع أن تعمل الأشياء التي يعملها غيرك من الأطفال
		07 هل يقول الناس أن غيرك أحسن منك
		08 هل يحبك معظم الأطفال

القسم الأول (د) :

لا	نعم	الفقرات
		01 هل ترغب في أن يكون لك أصدقاء كثر
		02 هل تشعر أن الناس يحبونك
		03 هل تحب الذهاب إلى المدرسة
		04 هل يحبك الأطفال في المدرسة
		05 هل تشعر أنك وحيد ولو كنت مع الأطفال
		06 هل تشعر أنك كبير وقوي مثل معظم الأطفال
		07 هل اهلك أحسن من أهل الأطفال الآخرين

08	هل الأطفال الآخريين مرتاحين في بيوتهم أحسن منك
----	--

القسم الثاني (ب):

لا	نعم	الفقرات
		01 هل تتكلم مع الأطفال الجدد في المدرسة
		02 هل من الصعب عليك أن تتكلم مع الناس الغرباء
		03 هل تفرح مع الأطفال الذين يقوم بأعمال أحسن مما تقوم بها
		04 هل يغضبك إذا منعك الناس من القيام بما تريده
		05 هل تضرب الأطفال أثناء اللعب في بعض الأحيان
		06 هل تلعب مع الأطفال الآخريين حتى ولو كنت لا تريد
		07 هل تساعد الأطفال الآخريين في المدرسة
		08 هل من الصعب عليك أن تكون عادلاً في لعبك

القسم الثاني (د):

لا	نعم	الفقرات
		01 هل اهلك على حق عندما يجبرونك على أن تطيع أوامرهم
		02 هل تحب أن تعيش مع عائلة أخرى غير عائلتك
		03 هل يعتقد اهلك أنك طيب مثلهم
		04 هل اهلك طيبين معك
		05 هل يوجد في اهلك شخص لا يحبك
		06 هل تظن أن اهلك يعتقدون بأنك لطيف معهم

		هل تشعر أن اهلك لا يحبونك	07
		هل تظن أن اهلك يعتقدون انك شاطر	08

القسم الثاني (هـ):

لا	نعم	الفقرات	
		هل تساعد الأطفال الآخرين في المدرسة	01
		هل من الصعب عليك أن تحب الأطفال في المدرسة	02
		هل بعض المدرسين لا يحبون بعض الأطفال في المدرسة	03
		هل يقوا الأطفال انك طيب معهم	04
		هل تفضل عدم الذهاب إلى المدرسة	05
		هل يوجد الكثير من المؤذين في المدرسة	06
		هل يطلب منك الأطفال أن تلعب معهم في المدرسة	07
		هل يقول الأطفال الآخرين أن لعبك مؤذي	08

• الملحق (06): الملف الفردي النفسي

المشروع النفسي للحالة :

هذه الصفحة يعاد صياغتها كل سنة ويتم فيها تسجيل المعطيات التالية

الأهداف العلاجية	الإستراتيجية العلاجية	المجالات
		الجانب العقلي
		الجانب الانفعالي
		الجانب الاجتماعي
		الجانب ألتحصيلي المدرسي

التشخيص والخصائص النفسية

لمعرفة الأداء الحالي للطفل

أولاً: القدرات العقلية :

التركيز والانتباه:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

الإدراك:

.....

.....

الذاكرة:

.....

.....

.....

درجة الذكاء :

.....

.....



.....  
.....

**ثانياً : التوافق النفسي والاجتماعي للحالة :**

درجة ثقة الحالة بنفسه :

.....  
.....

درجة اعتماده على ذاته :

.....  
.....

التوازن العاطفي:

.....  
.....

تقبله لذاته :

.....  
.....

طبع الحالة :

.....  
.....  
.....

علاقة الحالة بالأسرة :

.....

.....

علاقة الحالة بالمدرسة :

.....

.....

.....

الملاحظة والاستنتاج:

.....

.....

.....

ثالثاً تـمـدرـس الحـالـة :

مستوى الحالة في السنوات الماضية :

.....

.....

اهتمام الحالة والمشاركة في القسم :

.....

.....

الإقبال على الدروس :

.....  
.....

القدرة على الربط بين الدروس :

.....  
.....

الإمكانيات اللغوية:

.....  
.....

الإمكانيات الفنية:

.....  
.....

الملاحظة والاستنتاج:

.....  
.....  
.....

رابعاً تفاعل الحالة مع المشروع النفسي المقترح له :

ملاحظة عامة:

.....  
.....  
.....

عدد الحصص أو الجلسات التدريبية المبرمجة:

.....

عدد الحصص أو الجلسات العلاجية الفعلية التي خضعت لها الحالة:

.....

استطاعت الحالة أداء التدريب بنسبة نجاح : .....

الغيابات المسجلة : ..... المبررة: ..... الغير مبررة: .....

اقتراحات الأخصائي العيادي:

.....

.....

.....