

الفصل الخامس

نتائج الدراسة ومناقشتها

الفصل الخامس

نتائج الدراسة ومناقشتها

مقدمة.

أولاً: نتائج الدراسة.

ثانياً: مناقشة نتائج الدراسة.

ثالثاً: توصيات وبحوث مقترحة.

الفصل الخامس: نتائج الدراسة ومناقشتها

مقدمة:

يتناول الباحث في هذا الفصل، عرض نتائج الدراسة ومناقشتها. ويستهل ذلك بتناول النتائج الإحصائية للدراسة، وذلك من خلال تناول المعالجات الإحصائية المتبعة في التوصل إلى تلك النتائج، وذلك بعد تطبيق البرنامج (القياس البعدي، وقياس ما بعد فترة المتابعة).

وبعد استعراض النتائج الإحصائية التي تم التوصل إليها، يقوم الباحث بإيضاح مجمل نتائج الدراسة، كإجابة عن فروضها. وبعد إيجاز نتائج الدراسة، يقوم الباحث بمناقشة هذه النتائج، في ضوء الإطار النظري والدراسات والبحوث السابقة التي تم عرضها، وفي ضوء ما لمسها الباحث من تغييرات علاجية كيفية لدى أفراد عينة الدراسة، أثناء وبعد تطبيق البرنامج، وبعد فترة المتابعة، مقارنة بما كان قبل تطبيق البرنامج. ثم ينهي الباحث هذا الفصل بعرض بعض التوصيات والبحوث المقترحة.

أولاً : نتائج الدراسة (1) :

وللتوصل إلى نتائج الدراسة، التي تثبت صحة أو نفي صحة فروض الدراسة، استخدم الباحث تحليل التباين المركب ذا الاتجاهين "٢×٢" - والمبين في

١ (استخدم الباحث كلاً من: الإحصاء البارامترى (متمثلاً في استخدام اختبار توكي واختبار "ت" عقب تحليل التباين المركب)، والإحصاء اللابارامترى (متمثلاً في استخدام اختبار مان-ويتني، واختبار ويلكوكسون)، وذلك للكشف عن دلالة واتجاه الفروق في التقبل الاجتماعي، بين مجموعات عينة الدراسة المصنفة وفقاً للمتغيرات المستقلة المبينة بالفصل الرابع. ولما وجد الباحث أن كلتا المعالجتين الإحصائيتين قد كشفتنا عن نفس النتائج، فقد آثر الباحث أن يعرض هنا نتائج المعالجة الإحصائية البارامترية، لما للإحصاء البارامترى من قوة دلالة، بينما أرجأ عرض نتائج المعالجة الإحصائية اللابارامترية إلى ملحق الدراسة رقم "٤".

الفصل الرابع- ثم جرى استخدام اختبار "ت" للدلالة الإحصائية، للكشف عن دلالة واتجاه الفروق التي يكشف عنها التباين. وكانت النتائج كالاتي:

جدول "٢١"

نتائج تحليل التباين المركب في اتجاهين (٢×٢) لدرجات مجموعات عينة الدراسة في التقبل الاجتماعي بعد تطبيق البرنامج .

البيان مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	التباين (متوسط المربعات)	"ف" التجريبية(التباين/تأثير الخطأ)	"ف" الجدولية	
					الدالة عند مستوى	دلالة "ف" التجريبية
					٠,٠١	٠,٠٥
تأثير متغير العلاج	٣٠٨٢,٦٧	١	٣٠٨٢,٦٧	١٦٢,٤٢	٨,١٠	٤,٣٥
تأثير متغير نوع الجنس	٨,١٧	١	٨,١٧	٠,٤٣٠	٦٢٠٨	٢٤٨
تأثير تفاعل "العلاج" نوع الجنس	١٣,٥	١	١٣,٥	٠,٧١١	٦٢٠٨	٢٤٨
تأثير الخطأ	٣٧٩,٦٧	٢٠	١٨,٩٨	-	-	-
المجموع الكلية	٣٤٨٤,٠١	٢٣	-	-	-	-

ويتضح من الجدول "٢١" أن النسبة الفائية التجريبية لتأثير المتغيرات

المستقلة للدراسة في التقبل الاجتماعي كالاتي :-

* دالة إحصائياً عند مستوى "٠,٠١" بالنسبة لتأثير متغير العلاج (بقياس قبلي - قياس بعدي)، مما يشير إلى وجود فرق دال إحصائياً ، يرجع إلى تأثير هذا المتغير.

* غير دالة إحصائياً، بالنسبة لتأثير نوع الجنس (ذكور- إناث)، مما يشير إلى عدم وجود فرق دال إحصائياً، يرجع إلى تأثير متغير نوع الجنس.

* غير دالة إحصائياً، بالنسبة لتأثير " تفاعل متغيري العلاج ونوع الجنس"، مما يشير إلى عدم وجود فروق دالة إحصائياً ترجع إلى تأثير هذا التفاعل بين المتغيرين.

وبيان ذلك تفصيلاً فيما يلي:-

١- نتيجة الفرض الأول (تأثير متغير العلاج):

ينص الفرض الأول على أنه: " يوجد فرق دال إحصائياً بين متوسطي درجات القياسين القبلي والبعدي، في التقبل الاجتماعي، لدى المراهقين ضعاف السمع؛ وذلك لصالح القياس البعدي".

جدول "٢٣"

البيانات الأساسية لدرجات عينة الدراسة في القياسين القبلي والبعدي للتقبل الاجتماعي^(١)

البيان نوع القياس	عدد الأفراد (ن)	متوسط الدرجات (م)	الانحراف المعياري (ع)	تباين الدرجات (ع ^٢)	دلالة النسبة الفائية من جدول تحليل التباين
قبلي (ذكور وإناث معاً)	١٢	٥٢,٢٥	٣,٢٨	١٠,٧٦	دالة عند مستوى "٠,٠١"
بعدي (ذكور وإناث معاً)	١٢	٧٤,٣٣	٤,٩١	٢٣,٩١	

وحيث إن النسبة الفائية التجريبية لتأثير "متغير العلاج"، دالة عند مستوى "٠,٠١" - كما تبين من جدول تحليل التباين "٢١" - فإن ذلك يعني وجود فرق دال إحصائياً بين متوسطي درجات عينة الدراسة في القياسين القبلي والبعدي،

(١) لحساب هذه النتائج تمت الاستعانة بجدول الدرجات الخام، للإطلاع عليه ملحق رقم "٨"

الفصل الخامس ————— ٢٥١ م ————— نتائج الدراسة ومناقشتها

في التقبل الاجتماعي^(٢). وقد استخدم الباحث "اختبار توكي للدلالة الإحصائية"، للكشف عن دلالة واتجاه الفرق بين متوسطي درجات القياسين القبلي والبعدي لعينة الدراسة في التقبل الاجتماعي، وكانت النتائج كالآتي:

جدول "٣٣"

نتائج حساب قيمة "Q" التجريبية الدالة، بالنسبة لدرجات القياسين القبلي والبعدي، في التقبل الاجتماعي.

عدد مجموعات المقارنة	درجات الحرية	قيمة "Q" الجدولية (بدلالة عدد المجموعات، ودرجات الحرية لتباين الخطأ) الدالة عند مستوى		تباين الخطأ في تحليل التباين (ع ^٢)	عدد أفراد المجموعة الواحدة (ن)	الخطأ المعياري للفروق المتوسطة	قيمة "Q" التجريبية (Q)	
		٠,٠١	٠,٠٥				الجدولية × الخطأ المعياري للفروق المتوسطة) الدالة عند مستوى	٠,٠١
٢	٢٠	٤,٠٢	٢,٩٥	١٨,٩٨	١٢	١,٢٦	٣,٧٢	٥,٠٧
٢	٢٠	٤,٠٢	٢,٩٥	١٨,٩٨	١٢	١,٢٦	٣,٧٢	٥,٠٧

جدول "٣٤"

دلالة واتجاه الفرق بين متوسطي درجات القياسين القبلي والبعدي في التقبل الاجتماعي.

القياس	القياس	القياس	القياس البعدي
متوسط الدرجات	٥٢,٢٥	٧٤,٣٣	
القياس القبلي	X		
القياس البعدي	٧٤,٣٣		X
ملاحظات	** دالة عند مستوى "٠,٠١"		

ومن الجدولين "٢٣"، "٢٤"، يتضح أن الفرق بين متوسطي درجات القياسين القبلي والبعدي، في التقبل الاجتماعي، دال إحصائياً عند مستوى "٠,٠١"؛ ولصالح القياس البعدي؛ مما يؤكد صحة "الفرض الأول" من فروض الدراسة.

(٢) مع عزل أثر متغير الجنس (فالذكور والإناث معاً).

٢- نتيجة الفرض الثاني (تأثير متغير نوع الجنس):

ينص الفرض الثاني على أنه: يوجد فرق دال إحصائياً بين متوسطي درجات مجموعتي الذكور والإناث، في التقبل الاجتماعي، بعد تطبيق البرنامج العلاجي؛ وذلك لصالح الذكور.

جدول "٢٥"

البيانات الأساسية لدرجات مجموعتي الذكور والإناث في التقبل الاجتماعي بعد تطبيق البرنامج

البيان نوع الجنس	عدد الأفراد (ن)	متوسط الدرجات (م)	الانحراف المعياري (ع)	تباين الدرجات (ع ^٢)
ذكور (قبلي وبعدي معاً)	١٢	٦٣	١٢,٧٣	١٦٢,٠٥
إناث (قبلي وبعدي معاً)	١٢	٦٣,٥٨	١١,٧٧	١٣٨,٥٣

وحيث إن النسبة الفئوية التجريبية لتأثير متغير نوع الجنس، في تحليل التباين، غير دالة إحصائياً - كما تبين من جدول تحليل التباين "٢١" - فإن ذلك يعني أنه: "لا يوجد فرق دال إحصائياً، بين متوسطي درجات مجموعتي الذكور والإناث^(٣)، في التقبل الاجتماعي؛" مما يدحض "الفرض الثاني" من فروض الدراسة.

٣- نتائج الفرض الثالث (تأثير التفاعل بين متغيري العلاج ونوع الجنس)

ينص الفرض الثالث على أنه: - توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات المجموعات الأربع لعينة الدراسة، في التقبل الاجتماعي، بعد تطبيق البرنامج، ترجع إلى التفاعل بين متغيري العلاج ونوع الجنس.

جدول "٣٦"

البيانات الأساسية لدرجات المجموعات الأربع لعينة الدراسة، في التقبل الاجتماعي.

البيان المجموعة	عدد الأفراد (ن)	متوسط الدرجات (م)	الانحراف المعياري (ع)	تباين الدرجات (ع ^٢)
قياس قبلي / ذكور	٦	٥١,٥	٣,٧٨	١٤,٢٩
قياس قبلي / إناث	٦	٥٣	٢,٨٣	٨,٠١
قياس بعدي / ذكور	٦	٧٤,٥	٤,٩٧	٢٤,٧
قياس بعدي / إناث	٦	٧٤,١٧	٥,٢٧	٢٧,٧٧

وحيث إن النسبة الفئوية التجريبية لتأثير التفاعل بين متغيري العلاج ونوع الجنس، غير دالة إحصائياً— كما تبين من جدول تحليل التباين "٢١"— فإن ذلك يعني "عدم وجود فروق دالة إحصائياً، بين متوسطات درجات المجموعات الأربع لعينة الدراسة، في التقبل الاجتماعي؛ ترجع إلى التفاعل بين "متغيري العلاج ونوع الجنس". وحتى يتحقق الباحث من عدم وجود فرق دال بين مجموعتي الدراسة، بين متغيري العلاج ونوع الجنس، هما: الذكور بعد العلاج والإناث بعد العلاج. قام الباحث باستخدام اختبار "مان واتني"، للدلالة الإحصائية للابارامترية، وكانت النتائج كما يلي:—

جدول (٣٧)

نتائج حساب الفرق بين متوسطي رتب درجات الذكور والإناث، في التقبل الاجتماعي، بعد تطبيق البرنامج،

البيان المجموعة	ن	متوسط الرتب	قيمة (U)	قيمة (Z)	مستوى الدلالة الإحصائية
الذكور (بعدي)	٦	٦,٥	١٨	صفر	غير دال إحصائياً
الإناث (بعدي)	٦	٦,٥			

ويتضح من الجدول "٢٧" أنه لا يوجد فرق دال إحصائياً، بين متوسطي رتب درجات الذكور والإناث كل على حده في التطبيق البعدي وذلك، في التقبل الاجتماعي، مما يدحض "الفرض الثالث" من فروض الدراسة

٤ - نتائج الفرض الرابع (تأثير العلاج بعد فترة المتابعة):

ينص الفرض الرابع على أنه: لا يوجد فرق دال إحصائياً بين متوسطي درجات القياسين البعدي وما بعد المتابعة، لدى المراهقين ضعاف السمع، في التقبل الاجتماعي.

وللكشف عن دلالة واتجاه الفرق بين متوسطي درجات القياسين البعدي وما بعد فترة المتابعة، لعينة الدراسة، في التقبل الاجتماعي، قام الباحث باستخدام اختبار "ت"^(٤) للمجموعتين المرتبطتين، ويلخص الباحث ما توصل إليه من نتائج في الجدول الآتي:

١ (الأصل في اختبار "ت" أنه من مقاييس دلالة العينات الصغيرة، ولكن هذا لا يحول دون استخدامه للعينات الكبيرة، أما استخدامه للعينات الصغيرة جداً فأمر مشكوك فيه. والعينة الصغيرة هي التي يقل حجمها عن "٣٠"، وفيها يميل توزيع الدرجات إلى أن يكون مدبباً، والكبيرة هي التي يزيد حجمها عن "٣٠"، وفيها يميل توزيع الدرجات للاعتدالية. والعينات الصغيرة جداً هي التي ينقص عدد أفرادها عن "٥"، ويمكن أن يستعاض عن اختبار "ت" في هذا النوع من العينات الصغيرة جداً بأي اختبار آخر من الاختبارات اللابارامترية للدلالة التي تصلح للتوزيعات الحرة غير المقيدة باعتدالية التوزيع (فؤاد البهي السيد، ١٩٧٩، ص ٣٣٢-٣٣٣). وما دامت العينة في الدراسة الحالية أكبر من حدود العينة الصغيرة جداً، بل وتقع في نطاق العينة الصغيرة (المصمم اختبار لها أصلاً)، فقد استخدم الباحث اختبار "ت" لهذه المقارنة، ولكن بعد التحقق من شروط استخدام اختبار "ت"، وهما تجانس المجموعتين من حيث التوزيع التكراري للدرجات، واعتدالية التوزيع التكراري لدرجات المجموعتين أو القياسين.

جدول "٢٨"

نتائج حساب قيمة "ت" (5) لمتوسطي درجات القياسين البعدي وما بعد المتابعة، لعينة الدراسة، في التقبل الاجتماعي (3).

القياس		البيان
ما بعد المتابعة	البعدي	
١٢	١٢	عدد الأفراد "ن"
٥٧,٩٢	٧٤,٣٣	متوسط الدرجات (م)
١,٥٨		متوسط الفروق بين درجات التطبيقين "م ف"
١٥٨,٩٢		مجموع مربعات انحرافات الفروق عن متوسط الفروق
١,٤٥		"ح ف"
٢٢		قيمة "ت" التجريبية
٢,٠٧		درجات الحرية للتطبيقين "٢ - ٢"
٢,٨٢		قيمة "ت" الجدولية لدلالة الطرفين، الدالة عند: * مستوى ٠,٠٥ * مستوى ٠,٠١
غير دالة إحصائياً		دلالة "ت" التجريبية

ويتضح من الجدول "٢٨" أنه "لا يوجد فرق دال إحصائياً، بين متوسطي درجات القياسين البعدي وما بعد المتابعة، لدى عينة الدراسة، في التقبل الاجتماعي". مما يشير إلى تحقق "الفرض الرابع" من فروض الدراسة.

- ١) قبل استخدامه لاختبار "ت"، تحقق الباحث أولاً من توافر شروط استخدامه، وبخاصة أهم شرطين وهما: الشرط الأول، هو تجانس التوزيع التكراري لدرجات القياسين، مما يتم الكشف عنه من خلال النسبة الفائية لتبايني درجات القياسين، فقد كانت قيمتها "١,٦٦" (فقد كان تباين القياسين هما "٢٣,٩١، ١٤,٤٤"، وهي قيمة غير دالة إحصائياً تدل على تجانس القياسين (لأن القيمة الجدولية الدالة عند "٠,٠٥" هي: "٢,٨٢"، بدلالة درجات الحرية للقياسين وهما "١١، ١١")، أما الشرط الثاني: اعتدالية التوزيع التكراري لدرجات كل من القياسين البعدي وما بعد المتابعة، في التقبل الاجتماعي، فقد كان معاملا التواء الدرجات للقياسين صغيرين نسبياً، وهما: "١,٠٢" للبعدي، "٠,٣٣" لما بعد المتابعة، مما يدل على اعتدالية التوزيع، بما يسمح بتطبيق اختبار "ت".
- ٢) للإطلاع على النتائج التفصيلية لحساب قيمة "ت"، راجع ملحق الدراسة رقم "٣"

هذا، ويمكن بلورة وإجمال نتائج الدراسة المجيبة عن الفروض، فيما يلي:

أ - يوجد فرق دال إحصائياً، عند مستوى "٠,٠١"، بين متوسطي درجات القياسين القبلي والبعدي، في التقبل الاجتماعي لدى المراهقين المعاقين سمعياً، وذلك لصالح القياس البعدي؛ مما يشير إلى تحقق "الفرض الأول" من فروض الدراسة .

ب - لا يوجد فرق دال إحصائياً، بين متوسطي درجات مجموعتي الذكور والإناث، في التقبل الاجتماعي؛ مما يشير إلى عدم تحقق "الفرض الثاني" من فروض الدراسة .

ج - لا توجد فروق دالة إحصائياً، بين متوسطات درجات المجموعات الأربع لعينة الدراسة، في التقبل الاجتماعي، ترجع إلى التفاعل بين متغيري العلاج، ونوع الجنس، مما يشير إلى عدم تحقق الفرض الثالث. من فروض الدراسة".

هـ - لا يوجد فرق دال إحصائياً، بين متوسطي درجات القياسين البعدي وما بعد المتابعة، في التقبل الاجتماعي لدى عينة الدراسة؛ مما يشير إلى تحقق "الفرض الرابع" من فروض الدراسة .

ثانياً: مناقشة نتائج الدراسة :

أكدت النتائج التي توصل إليها الباحث من خلال التحليل الإحصائي، تأثير متغير العلاج، مما أوضح فاعلية البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي المستخدم، في تحسين التقبل الاجتماعي، لدى المراهقين ضعاف السمع. فقد اتضحت فاعلية البرنامج العلاجي من خلال وجود فرق دال إحصائياً، بين متوسطي درجات القياسين القبلي والبعدي، في التقبل الاجتماعي، بعد تطبيق البرنامج العلاجي، لصالح القياس البعدي (نتيجة الفرض الأول)؛ بل وأكدت النتائج استمرارية فاعلية البرنامج في تحسين التقبل الاجتماعي، لدى المراهقين ضعاف السمع، إلى ما بعد فترة المتابعة، حيث كشفت النتائج عن عدم وجود فرق دال

إحصائياً، بين متوسطيّ درجات القياسيين البعدي وما بعد المتابعة، لعينة الدراسة، في التقبل الاجتماعي (نتيجة الفرض الرابع).

وتتفق نتائج الدراسة الحالية مع نتائج دراسات كل من: برول (١٩٨٤)، ومارتن وجوناس (١٩٨٦)، وسميث وآخرون (١٩٩٤)، والحيلواني (٢٠٠٠)، وأسامة فاروق (٢٠٠٢)، وحسيب محمد (٢٠٠٤)، وطارق النجار (٢٠٠٥)، وذلك في تأكيد هذه الدراسات على فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في تعديل الكثير من المشكلات النفسية والسلوكية لدى المعاقين سمعياً، وزيادة قدراتهم على التفاعل الاجتماعي، وتعديل العديد من الأفكار الخاطئة والمعتقدات اللاعقلانية، واستبدالها بالأفكار السليمة والمعتقدات العقلانية.

كما تتفق نتائج الدراسة الحالية أيضاً، مع ما أكدته نتائج بعض الدراسات، من أهمية استخدام بعض فنيات العلاج المعرفي السلوكي في علاج العديد من المشكلات السلوكية والانفعالية، لدى المراهقين المعاقين سمعياً، مثل: فنية لعب الدور، وأسلوب الواجبات المنزلية، والمراقبة الذاتية، وفنية النمذجة (سميث وآخرون، ١٩٩٤؛ وأسامة فاروق، ٢٠٠٢؛ وحسيب محمد، ٢٠٠٤؛ وطارق النجار، ٢٠٠٥)، أو نظرية "ABC" لـ إيليس، وفنية التنفيس الانفعالي (حسيب محمد، ٢٠٠٤؛ طارق النجار، ٢٠٠٥). وهذه الفنيات استخدمها الباحث أثناء تطبيق جلسات البرنامج، مما أعطى ثراءً وفاعليةً للبرنامج العلاجي، الذي أتضح من خلال تحسن التقبل الاجتماعي لدى المراهقين ضعاف السمع.

ومما سبق يتضح أن العلاج المعرفي السلوكي طريقة فعالة في تحسين التقبل الاجتماعي لدى المراهقين ضعاف السمع. ففي إطار الدراسة الحالية، تلقى أفراد عينة الدراسة تدريباً على بعض المهارات الاجتماعية لزيادة التفاعل الاجتماعي، ومن ثم زيادة التقبل الاجتماعي المدرك لديهم، وذلك من خلال عدة جلسات جماعية؛ حيث كان المراهق ضعيف السمع يقوم بأداء الأدوار المختلفة أثناء البرنامج، مع التأكيد عليها أيضاً في المنزل، وذلك باستخدام عدة فنيات

تمثلت في: فنيات نظرية "ABC" لـ إيس ، وفنية لعب الدور، وفنية قلب الدور، وفنية النمذجة، وفنية مراقبة الذات، وفنية الحوار مع الذات، وفنية التنفيس الانفعالي ، وفنية التمييز بين المشاعر المناسبة وغير المناسبة، هذا، بالإضافة إلى فنية التعزيز، حتى يتم تدعيم وتشجيع أعضاء الجماعة على ممارسة هذه الأدوار، وأسلوب الواجب المنزلي، حتى يتم تدريبهم على ممارسة هذه الأدوار في الحياة عن طريق معاونة أفراد الأسرة في المنزل، وعن طريق المعلمين في المدرسة ، وزملائهم وأقرانهم في المجتمع. وكل ذلك كان يتم في إطار معرفي سلوكي يتضمن إحلال الأفكار الصحيحة والمعتقدات العقلانية محل الأفكار الخاطئة والمعتقدات اللاعقلانية لدى المراهقين ضعاف السمع، الذين كانوا يعانون منها قبل بدء العلاج ، والتي تتعلق بتقبلهم الاجتماعي المدرك. ولكي يتحقق هذا الهدف، كان الباحث يقوم بتسجيل التقارير التي يدونها أفراد العينة، وأولياء أمورهم ، عن المواقف الاجتماعية التي شعر فيها أبناءهم بالعجز وبعدم القدرة على التواصل مع الآخرين ، مما ينعكس سلباً على تقبلهم الاجتماعي المدرك، وعجزهم عن التفاعل في هذه المواقف بصورة إيجابية، أثناء تعرضهم لها، ثم يقوم بتحويل هذه المواقف إلى أنشطة جماعية ؛ يشارك فيها جميع أفراد الجماعة العلاجية، حتى يتأكد تدريبهم على كافة تلك المواقف .

ويرى الباحث أن تحسن التقبل الاجتماعي المدرك، لدى المراهقين ضعاف السمع في عينة الدراسة ، يرجع إلى التركيز في البرنامج العلاجي على الأهداف التي صاغها الباحث في الجلسات العلاجية، والمرتبطة بشكل مباشر بتحسين التقبل الاجتماعي، وبخاصة: تشجيع أفراد العينة على تنمية الثقة بالنفس، وتنمية القدرة على المراقبة الذاتية، وتقبلهم لإعاقتهم، وتدريبهم على تحديد وتنفيذ ودحض وتصحيح الأفكار الخاطئة، والتدريب على ضبط الذات، وتنمية بعض المهارات الاجتماعية؛ مثل: مهارات التعاون، ومهارات التواصل، من خلال تنمية مهارات المحادثة والحوار، وكيفية الاستمرار فيها، وإنهاء المحادثة، ومهارات

إجراء حوارات وإقامة علاقات مع الأقران، بالإضافة إلى جلسات لأولياء الأمور والمعلمين والأقران السامعين حول الأساليب الصحيحة للتعامل مع ضعف السمع.

إن المراهق في هذه المرحلة العمرية (١٢-١٧ سنة)، - كما بين كمال دسوقي- يتميز بالعديد من الأنماط الانفعالية، وأهمها الغضب، والقلق، والاهتمام الزائد، والغيرة، والمحبة المفرطة، والابتهاج، والاستطلاع، وغيرها. فلا يكاد الصغير يبلغ المراهقة حتى يتعلم بالتجربة أن الكثير من الأشياء التي كانت مصدر خوف في الماضي، ليست بهذا القدر من الخطر أو الضرر، ونتيجة لذلك فإن كثيراً من مخاوفه الطفولية تزول أو تختفي، وتظهر بدلاً منها مخاوف أخرى جديدة أكثر اتصالاً بخبراته الحالية كالخوف من المواقف الاجتماعية في حضور الكثيرين أو مع الغرباء، ومخاوفه المدرسية. فبالنظر إلى أن المواقف الاجتماعية أكثر أهمية للمراهق عن الطفل، تزداد مخاوفه فيما يتصل بهذا المجال من مجالات حياته، وبخاصة مع اتساع آفاقه الاجتماعية وتعلم خبرات جديدة (كمال دسوقي، ١٩٨٥، ص ١٣٢).

فإذا كان ذلك هو حال المراهق العادي فما بالنا بالمراهق ضعيف السمع الذي يعاني من مشكلات هذه المرحلة العمرية، بالإضافة إلى تأثير الإعاقة السمعية على جوانب النمو المختلفة لديه.

كما أشار عبد الرحمن سليمان إلى أن الإعاقة السمعية وما يتبعها من مشكلات عدم التوافق مع مجتمع السامعين، تفرض على الصم أنواعاً من ردود الأفعال، كما تشعرهم بيئاتهم في الوقت نفسه بفشلهم في إشباع حاجاتهم. كما أن المعاقين سمعياً يشعرون بأنهم أقل من أقرانهم عاديي السمع، نتيجة وجود قصور لديهم؛ مما يولد لديهم إحساساً مؤلماً بسوء حظهم، والشعور بالذنب، وأن العالم الصامت الذي يعيشون فيه يؤدي إلى حالة من الاكتئاب والحزن والتشاؤم، الذي يميزهم عن الأطفال السامعين، هذا إلى جانب الانسحاب من المجتمع والانزواء،

ويزداد هذا الميل وضوحاً كلما كانت الإعاقة مبكرة. (عبد الرحمن سليمان، ٢٠٠٠، ص ١٢٦)

كما يولد لديهم طريقة خاطئة في التفكير، وتتكون لديهم صور سلبية عن ذواتهم، وتنشأ لديهم العديد من الأفكار الخاطئة، والمعتقدات اللاعقلانية، والتي بدورها تحول دون تفاعل المعاق سمعياً مع المحيطين به من السامعين؛ مما ينعكس بشكل أو بآخر على تقبله الاجتماعي المدرك.

وأيضاً من أهم الاضطرابات التي تحدث في مرحلة المراهقة، اضطراب التجنب، والذي يعرف على أنه انكماش اجتماعي مفرط من الاختلاط بالغرباء، يكفي لأن يتداخل سلباً مع علاقة المراهق برفاقه. حيث يلاحظ الارتباك والخجل على المراهق المضطرب في المواقف التي تتطلب تفاعلاً مع الغرباء، ويبدو لديه نقصي الثقة بالنفس، مع أعراض اضطرابات القلق المفرط، مما يترتب عليه تراجع في مزاولة أنشطة المراهقين، والافتقاد إلى إقامة العلاقات الاجتماعية.

وكما أشار رمضان القذافي، فإن المراهق المعاق سمعياً أثناء تفاعله للتعاشي مع الحياة، قد يشعر بحساسية زائدة تجاه عدم احترام الآخرين له، وقد يفسر الشفقة الزائدة أو الخوف الشديد عليه، على أنه تحقير له وسخرية منه، أو استخفاف به، ويصبح رد الفعل في هذه الحالة هو الشعور بالنقص، والشعور بالاضطراب في العلاقات الاجتماعية لرمضان القذافي، ١٩٩٤، ص ١٧٧. مما ينعكس على تقبله لذاته، ومن ثم يؤدي إلى إنخفاض التقبل الاجتماعي المدرك لديه من جانب الآخرين.

وقد يرجع نجاح برنامج العلاج المعرفي السلوكي في تحسين التقبل الاجتماعي لدى المراهقين ضعاف السمع، إلى اعتماده على أكثر من طريقة من طرق التعلم المختلفة، التي تتناسب مع طبيعة ضعاف السمع، فقد جمع البرنامج بين أسلوب تعزيز الذات، والمتمثل في إدراك المراهق ضعيف السمع لما طرأ

على تفكيره وسلوكه من تحسن ، وإدراكه الإيجابي لذاته، والتعزيز الخارجي، المتمثل في تشجيع الباحث وباقي المشاركين للفرد ضعيف السمع عند قيامه بالأداء الصحيح للدور الذي قام بأدائه. هذا بالإضافة إلى استخدام أساليب التعلم بالملاحظة، كالنمذجة، ولعب الدور، فضلاً عن أن البرنامج العلاجي اعتمد على نظرية "ABC" - ليس ، مع الحوار والمناقشة التي أتاحت الفرصة لأفراد العينة بتحديد المعتقدات اللاعقلانية، وتفنيدها، ثم تصحيحها وتحويلها إلى معتقدات عقلانية. بالإضافة إلى التنفيس الانفعالي عن مكبوتاتهم وما لديهم من مشكلات اجتماعية عديدة تعوق تقبلهم الاجتماعي المدرك. كما تضمنت أنشطة البرنامج تنوعاً في محتواها، ما بين الإرشاد المباشر والإرشاد غير المباشر، والإرشاد الفردي والإرشاد الجماعي ، والإرشاد باللعب، والإرشاد المعرفي السلوكي، فكلها أمور تؤدي في النهاية إلى تحسن التقبل الاجتماعي المدرك لدى المراهقين ضعاف السمع.

ويؤكد ذلك ما ذهب إليه جمال الخطيب من أنه من الضروري أن يحتوي التأهيل النفسي والاجتماعي لذوي الإعاقة السمعية ، على الإرشاد الفردي والجماعي ، والدعم النفسي ، وزيادة الدافعية ، ومساعدة الأشخاص المعاقين سمعياً على المشاركة في الأنشطة الاجتماعية ، والعناية بالذات . (جمال الخطيب، ١٩٩١، ص ٢٢٤)

وقد عمد الباحث من خلال جلسات العلاج المعرفي السلوكي إلى تعديل الأفكار الخاطئة والمعتقدات اللاعقلانية السلبية لدى أفراد العينة (المراهقين ضعاف السمع)، وتزويدهم بأفكار صحيحة ومعتقدات عقلانية إيجابية تدفع بهم إلى تعلم بعض المهارات الاجتماعية الإيجابية، مثل التعبير عن أنفسهم من خلال المناقشة والحوار، والنمذجة، ولعب الأدوار المختلفة، وكل ذلك من شأنه أن يغير من بعض المفاهيم السلبية لديهم، مما يحسن من إدراكهم لذواتهم، والذي يحسن بدوره من تقبلهم الاجتماعي المدرك.

كما شارك أفراد العينة أثناء الجلسات ، في تجسيد العديد من المواقف الحياتية المختلفة، والتي يقومون من خلالها بأداء التدريبات والأنشطة المختلفة الخاصة بتحسين التقبل الاجتماعي لديهم وتحسين مهاراتهم الاجتماعية ، كما لو كانوا يؤدونها في المواقف الحياتية. وقد أدى ذلك إلى شعور ضعاف السمع بالثقة بالنفس، والطمأنينة، حيث تأكد لديهم عملياً مقدرتهم على التعامل مع الآخرين ، والتواصل معهم، وعدم الخوف من المواقف الاجتماعية المختلفة، مما أدى إلى اعتمادهم على أنفسهم في تكوين علاقات مع الآخرين، وتنمية قدراتهم على مشاركة الأقران العاديين والتفاعل معهم في الأنشطة المختلفة، وبالتالي المزيد من تحسن تقبلهم الاجتماعي المدرك.

أما عن استمرارية فاعلية برنامج العلاج المعرفي السلوكي، المستخدم في الدراسة الحالية، فقد تأكدت من خلال التحقق من استمرار تحسن التقبل الاجتماعي إلى ما بعد فترة المتابعة (نتيجة الفرض الرابع). وبالتالي فإن البرنامج المستخدم يكون قد حقق أحد الأهداف الأساسية لبرامج تعديل المعرفة والسلوك بشكل عام . فالهدف من إجراء برامج تعديل المعرفة والسلوك ليس هو إحداث تغييرات طارئة مؤقتة في جوانب الشخصية المختلفة، لا تلبث أن تنطفئ وكأن شيئاً لم يكن، بل إن المطلوب في مثل هذه البرامج هو أن يظل أثرها حتى بعد توقف التدريبات التي كان يتلقاها الأفراد أثناء جلسات تلك البرامج، وحتى بعد انقطاع صلتهم بالقائم على التدريب. فمن الأمور الأساسية في إجراء تلك البرامج، التأكد من استمرارها وفعاليتها مع أفراد عينة الدراسة، بعد توقف جلسات تطبيق البرنامج، الأمر الذي يؤكد على أن أفراد العينة قد استخدموا الاستراتيجيات المختلفة التي تعلموها خلال الجلسات، في مواقف حياتهم، دون اللجوء إلى الباحث في هذه الفترة، وأيضاً الأمر الذي يعطي مبرراً لمحاولة تطبيق تلك البرامج على قطاعات كبيرة من الأطفال والمراهقين المعاقين سمعياً، وبصفة خاصة الذين يعانون من المشكلات السلوكية، مثل: الخوف من التعامل مع الآخرين، والشعور

بالعجز والنقص عند مقارنة نفسه بأقرانه السامعين، والخجل، والوحدة النفسية، والعزلة، والانسحاب.

ويشير الباحث إلى أن تحسن مستوى التقبل الاجتماعي لدى الطلاب ضعاف السمع، يرجع إلى فاعلية برنامج العلاج المعرفي السلوكي في إحداث التقبل والتوافق لدى هؤلاء الطلاب بل استمرار هذا التحسن لديهم إلى ما بعد فترة المتابعة، من خلال تعديل الأفكار السلبية، والمعتقدات اللاعقلانية، ليس فقط لدى أفراد عينة الدراسة، ولكن أيضاً لأولياء أمورهم (وبخاصة الأمهات) عن إعاقة أبنائهم، وتبصيرهم بالآثار السلبية المترتبة على هذه الأفكار السلبية والمعتقدات اللاعقلانية. خاصة أن إشغال الوالد بمضاعفة الدخل لسد حاجة أسرته، جعلته يقضى معظم وقته خارج البيت، فلا يجد إلا القليل من الوقت ليقضيه مع الأبناء. وحيث تلعب الأم دوراً محورياً في نمو شخصية الابن، باعتبار أن الأم هي في الغالب مصدر الحب والدفء والاهتمام، على عكس الأب باعتباره في الغالب مصدراً ونموذجاً للسلطة أو للثواب والعقاب. ولذلك فالأم في مجتمعنا المصري عليها أن تضحى، وتقوم بمعظم العمل وتحمل معظم الأعباء. فالطفل المعاق في حاجة إلى الدفء العاطفي حيث المناخ الملائم للتنشئة السليمة، فلا بد من شعوره بأنه محبوب ومرغوب فيه .

وهذا يتفق مع ما ذكره *شاكر قنديل* من أنه نظراً لسوء فهم بعض الآباء للطفل وإعاقته، قد يضطر الآباء إلى عقاب أطفالهم كأسلوب لتعديل سلوكهم. وفي معظم الأحيان فإن الطفل لا يفهم من جانبه مبررات هذا العقاب، وبالتالي يحدث التناقض بين ما يسلكه الوالدان ومحاولة الطفل تفهم ذلك السلوك.

(شاكر قنديل، ١٩٩٥، ص ٤٠)

لذلك حرص الباحث في البرنامج العلاجي على تعديل تلك الأساليب، وإيضاح كيفية التعامل مع المراهق ضعيف السمع ومساعدته على تقبل ذاته، مما

يدفعه إلى المشاركة الإيجابية، الأمر الذي أسهم بشكل كبير في تحسين توافق هؤلاء المراهقين وتواصلهم مع الأسرة والبيئة التي يعيشون فيها. فقد عبرت الأمهات عن ثقتهن الكبيرة في قدراتهن على التواصل مع أبنائهن ورضاهن عن علاقاتهن بأبنائهن.

كذلك فإن وجود أولياء الأمور مع بعضهم في جلسات جماعية أحدث تغييراً في سلوكهم وفي علاقاتهم إلى الأفضل، حيث أتاح لهم البرنامج تبادل المشاعر والمشورة والخبرة وأتاح فرصاً للحوار والتنفيس وتكوين علاقات قوية مع بعضهم البعض (مساندة اجتماعية) ، مما ساعدهم على تقبل الإعاقة ومواجهة المشكلات الناجمة عنها وزيادة الوعي لديهم .

وفي هذا الصدد، يشير **أشرف عبد القادر** إلى أن الإرشاد العقلاني الانفعالي السلوكي مبني على نموذج تعليمي إقناعي، يعلم العملاء كيف أنهم يسببون الإزعاج لأنفسهم بأفكارهم اللاعقلانية، ومن ثم يسعى إلى كشف هذه الأفكار والمعتقدات اللاعقلانية، ويعلمهم كيف يغيرونها. فإذا غيروا قواعدهم الفلسفية في الحياة، وعاشوا بعد ذلك طبقاً لتلك التغيرات، فإنهم سيحيون بطريقة أكثر إشباعاً أو إقناعاً (**أشرف عبد القادر**، ٢٠٠١، ص ٢١).

وإضافة إلى ما سبق فإن التحسن الذي طرأ على مستوى التقبل الاجتماعي لدى عينة الدراسة ، يمكن رده أيضاً إلى استخدام فنيات التنفيس الانفعالي، والتميز بين المشاعر المناسبة وغير المناسبة، والنمذجة ولعب الدور وقلب الدور، فقد أفسحت مساحة أوسع من الحرية عبر فيها الطلاب عن ذواتهم وأخرجوا الكثير من طاقاتهم (التنفيس الانفعالي) والتي من خلالها اكتسبوا بعض المعارف والمهارات والاتجاهات والسلوكيات السوية التي أسهمت بشكل إيجابي في تحسين مستوى التقبل الاجتماعي. وقد لوحظ ذلك خاصة في فترة المتابعة بقدر أكبر منها في التطبيق البعدي.

وعلى ضوء هذا يؤكد الباحث على أهمية العلاج المعرفي السلوكي للمعاقين سمعياً، بهدف إحداث تغييرات ملموسة في سمات ومكونات شخصياتهم التي قد تؤثر فيها الإعاقة بصورة غير سوية، وتعديل ما قد يعترى أنماطهم السلوكية من مشكلات تجعلها غير مقبولة، الأمر الذي يضعف من كفاءة تفاعلهم الاجتماعي مع من حولهم، ويؤثر على توازنهم النفسي والانفعالي.

أمّا عن تأثير متغير نوع الجنس في تحسين التقبل الاجتماعي المدرك في الدراسة الحالية، فقد كشفت نتائج الدراسة عن عدم وجود فرق دال إحصائياً بين متوسطي درجات مجموعتي الذكور والإناث في التقبل الاجتماعي (نتيجة الفرض الثاني)؛ ويعزي الباحث ذلك إلى تلقي كلاً من الذكور والإناث لنفس جلسات البرنامج في نفس الوقت، بالإضافة إلى ما قدمه أولياء الأمور من عون للباحث بمتابعة أبنائهم وبناتهم من خلال الواجبات المنزلية، واستمرار التواصل بين الباحث وأولياء الأمور، سواءً عن طريق المقابلة، أو من خلال الاتصالات التليفونية المستمرة، والتي من خلالها استطاع الباحث متابعة أفراد العينة- ذكوراً وإناثاً- في منازلهم، مما جعل أفراد العينة يستفيدون بنفس الدرجة من البرنامج، ولعل ذلك هو السبب الأساسي في عدم وجود فرق دال إحصائياً بين الذكور والإناث في التقبل الاجتماعي بعد تطبيق البرنامج. ولإشك أن التربية الأسرية أو المدرسية أو أساليب التنشئة الاجتماعية في مجملها، يكون لها الأثر الواضح في تطوير المظاهر النمائية الإيجابية إذا توفر الانفتاح والتواصل بين بيئة الأسرة وبيئة المدرسة والمجتمع. هذا من جهة، ومن جهة أخرى فإن الاتجاه الحالي للتربية في الأسرة أو المدرسة أو المجتمع، يهتم بالإناث والذكور على حد سواء، دون إهمال لأيٍ منهما، مما جعل الذكور والإناث على درجة متكافئة تقريباً من الاستفادة مما يُقدم لهم من برامج تنموية.

وعن تأثير التفاعل بين متغيري العلاج ونوع الجنس في تحسين التقبل الاجتماعي المدرك لدى عينة الدراسة، فقد كشفت النتائج عند عدم وجود فروق دالة

بين المجموعات الأربع لعينة الدراسة (والمُصنفة وفقاً لمتغيري العلاج ونوع الجنس)، في التقبل الاجتماعي المدرك؛ مما يشير إلى عدم وجود أي تأثير دال لذلك التفاعل على تحسين التقبل الاجتماعي. ويمكن للباحث تفسير ذلك بأن عدم وجود أي تأثير لمتغير نوع الجنس في تحسين التقبل الاجتماعي^(١)، قد أدى إلى عدم تفاعل متغير نوع الجنس مع متغير العلاج (بالرغم من أن ذلك لا يعتبر قاعدة عامة في جميع الأحوال)؛ فتمخض عن ذلك عدم تأثر التقبل الاجتماعي المدرك لدى العينة بهذا التفاعل.

وكل ما سبق يتعلق بالتغيرات الإحصائية والتغيرات العلاجية العامة المترتبة على البرنامج العلاجي المستخدم. أما عن التغيرات الكيفية العميقة التي طرأت على أفراد عينة الدراسة من المراهقين المعاقين سمعياً الذكور والإناث، في الجوانب المعرفية والانفعالية والاجتماعية والسلوكية بصفة عامة لشخصياتهم، فقد كانت على درجة كبيرة من الثراء والتنوع والإيجابية، مما يمكن إيضاحه من خلال استعراض بعض تلك الخصائص لدى بعض الأفراد بعينهم في عينة الدراسة، ومقارنتها قبل وأثناء وبعد تطبيق البرنامج وبعد فترة المتابعة، وذلك من واقع القياسين القبلي والبعدي؛ وما بعد فترة المتابعة للتقبل الاجتماعي وأبعاده الخمسة. وأيضاً من واقع استمارة جمع البيانات، ومن واقع استمارة المراقبة الذاتية للأفكار الخاطئة التي قام أفراد العينة بتسجيلها في الواجب المنزلي، بالإضافة إلى قائمة الأفكار والمعتقدات اللاعقلانية التي حددها الباحث من خلال وجوده في المجال وفي زيارات التدريب الميداني، والتي اعتمد الباحث عليها في بناء جلسات البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي. وبيان ذلك فيما يلي:

فبالنسبة للبعد الأول من أبعاد التقبل الاجتماعي المدرك: وهو التقبل المدرك للذات. لاحظ الباحث قبل بدء الجلسات، انخفاضاً في التقبل المدرك للذات،

(١) بالرجوع إلى الجدول "٢٢" (ص ١٩٣)، نجد أن متوسطي درجات المجموعتين التجريبتين الذكور والإناث هما: "١٧، ٥، ٧٤، ٧٤"، على الترتيب وهما متقاربا القيمة بدرجة تقترب من التساوي.

حيث إن أفراد العينة قد أظهروا عدم الرضا عن أنفسهم، وعبروا عن شعورهم بالإحباط واليأس وفقد الثقة بالنفس، نتيجة الشعور بالعجز والنقص بسبب ضعف سمعهم. ولكن مع بدء وتواصل الجلسات العلاجية، تحسنت حالة أفراد عينة الدراسة، فأصبحوا أكثر ثقة بالنفس، وأقل إحباطاً، وأكثر أملاً في الحياة وفي تحقيق أهدافهم، وأكثر تقبلاً لذواتهم. ويمكن إيضاح ذلك من خلال التغيرات العلاجية لهاتين الحالتين كمنهجين:-

* الحالة " رقم ٤ - ذكر " : فمن خلال استمارة جمع البيانات الأولية، لاحظ الباحث أن هذا المراهق ضعيف السمع، تبدو عليه مشاعر الإحباط واليأس، وفقد الثقة بالنفس، وعدم الرضا عن ذاته، وانخفاض تقبله الاجتماعي ككل. وأكد ذلك درجته في بعد التقبل المدرك للذات، التي بلغت "١٨/٨". مما انعكس على درجته في مقياس التقبل الاجتماعي المدرك ككل والتي بلغت درجته فيه "٩٠ / ٥٦"، لكن أثناء العلاج وتحديدًا خلال الجلسة الثالثة، والتي تضمنت التدريب على تنمية الثقة بالنفس، لاحظ الباحث تحسناً في حالة هذا المراهق، لما أبداه من رضا عن وجوده في جلسات البرنامج. ومن هنا بدأ ظهور التحسن بشكل واضح في حالة هذا المراهق مع مرور الوقت عبر بقية جلسات البرنامج. وأصبح أكثر إيجابية عما كان عليه قبل بداية جلسات البرنامج، كما أصبح أكثر سعادة عن ذي قبل، بل طلب من الباحث مشاركة زملائه في الأنشطة المختلفة أثناء سير جلسات البرنامج.

كما أتضح هذا التحسن من خلال درجة هذا المراهق في مقياس التقبل الاجتماعي المدرك بعد انتهاء جلسات البرنامج العلاجي، حيث بلغت درجته في بعد التقبل المدرك للذات "١٨/ ١٥"، وبالمثل أدى إلى تحسن درجته في التقبل الاجتماعي المدرك ككل "٩٠/٧٧"، مما يؤكد على وجود تحسن واضح لدى هذا المراهق من حيث تقبله لذاته، وشعوره بالثقة في نفسه. وفي النهاية تحسنت هذه الحالة، وأصبح لديه شعور بالرضا والتفاؤل والسعادة وأصبح متقبلاً لإعاقته بدرجة أفضل مما كان قبل العلاج.

كما استمر تأثير البرنامج العلاجي بعد فترة المتابعة، والذي تأكد للباحث، من خلال وجود ولي أمر هذا الطالب باستمرار في المدرسة. كما أكدت ذلك درجته في بعد التقبل المدرك للذات في التطبيق بعد فترة المتابعة "١٨/١٥"، وبلغت درجته في التقبل الاجتماعي ككل "٩٠/٨٠"، مما يدل على استمرار التحسن.

* الحالة "رقم ١١ - أنثى": لاحظ الباحث شعور هذه الحالة بنوع من الخجل، والانزواء، نتيجة لإصابتها بضعف السمع. وبالرغم من الاهتمام والرعاية التي تقدم لهذه الحالة من قبل أفراد أسرتها، إلا أنها تشعر - بوجه عام - بعدم السعادة، وعدم الرضا عن نفسها، وعدم تقبّلها في نفسها، والشعور بخيبة الأمل، مما انعكس على تقبلها المدرك لذاتها. وتؤكد ذلك للباحث عندما اتصل بوالد هذه الحالة هاتفياً للترتيب لحضور جلسات البرنامج، فأكد الأب على أن ابنته تعاني من فقدان الثقة بالنفس، وتخاف من التعبير عن نفسها، ودائماً تردد أنها أقل من زميلاتها عاديّات السمع، بل وأقل من أختها التوأم لها. بالإضافة إلى ما كشفت عنه درجات المقياس قبل تطبيق البرنامج العلاجي، حيث بلغت درجتها في بعد التقبل المدرك للذات "١٨/٨"، كما بلغت درجتها على المقياس ككل "٩٠/٤٨"، مما يدل على انخفاض درجة بعد التقبل المدرك للذات، مما ترتب عليه انخفاض واضح في درجة التقبل الاجتماعي المدرك ككل. ولكن أثناء تطبيق البرنامج العلاجي، لاحظ الباحث أن هذه الحالة بدأت تسأل عن بعض الأمور الخاصة بالبرنامج، فقالت "هل الحصص اللي بنخدها هتخليني كويسة وأبقى سعيدة في حياتي في كل مكان أروحه؟" قال الباحث "نعم". ومن هنا ركز الباحث مع هذه الحالة لكي يخرجها من حالة الشعور بالخجل والعزلة التي تعيشها. ولاحظ الباحث حدوث تقدم وتحسن ملموس في بعض جوانب الشخصية لدى هذه الحالة، فبدأت تشعر بنوع من الأمن وتقبل الذات والتوافق مع المحيطين بها تدريجياً. وقد أظهرت هذه الحالة تحسناً واضحاً بعد الانتهاء من تطبيق جلسات البرنامج. وهذا ما أكدته درجات هذه الحالة في بعد التقبل المدرك للذات بعد تطبيق البرنامج، والتي بلغت "١٨/١٦"، وفي مقياس

التقبل الاجتماعي المدرك ككل، حيث أصبحت درجتها الكلية بعد تطبيق البرنامج "٩٠/٦٩". مما أكد تحسن هذه الحالة بعد البرنامج.

كما استمر تأثير وفاعلية البرنامج بعد فترة المتابعة، وأتضح ذلك من نتائج المقياس بعد فترة المتابعة، حيث كانت درجة هذه الحالة في بُعد التقبل المدرك للذات "١٨/١٦"، والتقبل الاجتماعي ككل "٩٠/٧٢"، مما يعني استمرارية تأثير البرنامج في التخلص من معاناتها.

وبالنسبة للبعد الثاني من أبعاد التقبل الاجتماعي المدرك: وهو التقبل

المدرك من جانب الأسرة، فقد أكدت العديد من نتائج الدراسات والبحوث السابقة والتي أوردها الباحث في الفصل الثالث من هذه الدراسة، أن هناك الكثير من المراهقين ضعاف السمع، يشعرون بافتقاد الحب والتقبل من جانب أسرهم، حيث إن هناك افتقاراً كبيراً إلى العلاقات الأسرية والاجتماعية المتبادلة داخل الأسرة وبين أفرادها، بسبب فقد القدرة على التواصل مع أبنائهم بشكل إيجابي من ناحية، وإلقاء اللوم من كلا الوالدين على الآخر، بسبب وجود طفل معاق لديهم من ناحية أخرى. فالمناخ الأسري الذي تسوده الصراعات والخلافات المستمرة مع فقدان التفاهم بين أفرادها، نتيجة وجود الفرد المعاق سمعياً، ورفضهم له، ينعكس بشكل أو بآخر على تقبل الأبناء المدرك من جانب أفراد الأسرة. الأمر الذي يؤدي في النهاية إلى انخفاض التقبل الاجتماعي المدرك لدى الأبناء. وقد ساعد البرنامج العلاجي في الدراسة الحالية على تحسن التقبل المدرك لدى المعاقين سمعياً من جانب أسرهم، ويمكن إيضاح ذلك من خلال عرض بعض تفاصيل هاتين الحالتين:

*** الحالة رقم "٦ - ذكر":** وجد الباحث أن هذا المراهق ضعيف السمع يتسم سلوكه بعدوانية شديدة ولديه العديد من الأفكار والمعتقدات الخاطئة عن التعامل مع الآخرين، منها "أن أفراد أسرتي يكرهوني لأنني لا أستطيع سماع كلامهم". فعندما تحدث الباحث مع أم هذا الطالب (والتي كانت دائمة الحضور لجلسات البرنامج) عن وجود عدوان وعنف لدى ابنها خلال التعامل مع زملائه، ومع المحيطين به،

قالت أنه دائماً يؤذي إخوته، ولكن أباه دائماً يعاقبه عقاباً شديداً دون إخوته، وهذا ما أدى به لهذه العدوانية والعنف، وبالتالي أدى هذا إلى رفض إخوته له، نجم عن هذا الرفض شعور هذا الطالب بافتقار الحب والعطف من أفراد الأسرة. مما تسبب في انخفاض تقبل الطالب المدرك من جانب أفراد الأسرة، كما انعكس ذلك على تقبله الاجتماعي بصفة عامة. وهذا ما أكدته أيضاً درجات هذا الطالب في مقياس التقبل الاجتماعي حيث بلغت درجته "١٨/١٠" في بُعد التقبل المدرك من جانب أفراد أسرته، وكانت درجته في التقبل الاجتماعي ككل "٩٠/٤٦" قبل تطبيق البرنامج.

وبالرغم من ذلك فإن هذا المراهق أخذ في التحسن أثناء جلسات البرنامج؛ وتحديداً في الجلسة الخامسة. حيث شعر الطالب بأنه السبب في رفض أفراد الأسرة له، بسبب ما يحدثه من سلوكيات عدوانية وأذى لإخوته، مما يتسبب في العقاب الشديد من الأب. كما أدرك الطالب بأن ما لديه من أفكار سلبية نحو أفراد أسرته هي أفكار غير صحيحة ويجب تعديلها إلى أفكار صحيحة؛ حتى يشعر بالحب والعطف والحنان من والديه وإخوته. وبدأ التحسن يزداد عندما تقدم الباحث في جلسات البرنامج، وأخذ الطالب يدرك أن هناك نوعين من الأفكار هما: الأفكار الخاطئة السلبية، والأفكار الصحيحة الإيجابية، وأن الفرد هو الذي يستطيع أن يغير من نفسه، ومن تفكيره عند شعوره بحب الآخرين المحيطين به أو رفضهم له. ومما دل على تحسن حالة هذا الطالب درجاته في المقياس بعد التطبيق حيث بلغت "١٨/١٥" في بُعد التقبل المدرك من جانب أفراد الأسرة، وبلغت "٩٠/٧٧" في المقياس ككل.

كما استمر تأثير تحسن التقبل الاجتماعي لهذا الطالب بعد فترة المتابعة، حيث أكد أفراد الأسرة على أن تغيير معاملة الطالب معهم يمضي إلى الأحسن في المنزل، بالإضافة إلى درجته في بُعد تقبله المدرك من جانب أفراد أسرته، حيث حصل على "١٨ / ١٦" ، كما بلغت درجته في تقبله الاجتماعي المدرك ككل "٩٠ / ٧٤" ، مما أكد استمرارية التأثير العلاجي .

* الحالة رقم " ١٠ - أنثى " : لاحظ الباحث من خلال تطبيق استمارة جمع البيانات الأولية بأنها تفضل الوجود في المدرسة أكبر فترة ممكنة، حيث تكره الرجوع إلى المنزل بعد الانتهاء من اليوم الدراسي. وتؤكد ذلك للباحث عندما سأل معلمها في المدرسة، وعندما سألها الباحث وجد أنها تعاني من الشعور بالرفض والكره من والديها، بسبب كثرة الخلافات الأسرية نتيجة وجودها داخل الأسرة، على العكس من إخوتها السامعين، فشعرت بالنقص والعجز، وعدم التقبل من جانب والديها. وعندما سأل الباحث أمها عن طريقة تعاملها مع إخوتها ووالديها داخل الأسرة: قالت أنها سريعة الغضب ولا تسمع لأحد كلاماً عندما نطلب منها القيام بأي عمل داخل المنزل. وانعكس ذلك على تقبلها المدرك من جانب أفراد أسرتها، وبالتالي انخفض تقبلها الاجتماعي المدرك ككل، كما أوضحت أيضاً درجات هذه الحالة في مقياس التقبل الاجتماعي المدرك، حيث كانت درجاتها كالاتي: " ١٨/٩ " في بُعد تقبلها المدرك من جانب أفراد أسرتها. وبلغت " ٩٠/٥٦ " في المقياس ككل.

ولكن من خلال تحدث الباحث مع الأم والاتصال بالأب، طلب الباحث منهما أن يتجنبا هذه السلوكيات والأساليب الخاطئة في التعامل مع ابنتهما، لأن هذه الأساليب تؤثر علي هذه الحالة، وقد تسبب لها مشكلة كبيرة قد تؤدي إلى فقدان هذه البنت. وفي الوقت نفسه وأثناء جلسات البرنامج، وتحديدأ بعد الجلسة السابعة، لاحظ الباحث تغيراً في سلوك الطالبة، وشعرت بنوع من الارتياح نتيجة تحسن علاقتها مع والديها، وأن معاملة الوالدين قد تغيرت نحوها، وساد نوع من الحب من الوالدين نحو هذه الفتاة، فأخذت تتحسن حالتها وسلوكياتها رويداً رويداً. أكد ذلك درجاتها في مقياس التقبل حيث ارتفعت درجاتها وبلغت " ١٨/١٦ " في بُعد التقبل المدرك من جانب أفراد الأسرة، " ٩٠/٧٢ " في المقياس ككل.

ومن خلال تطبيق مقياس التقبل الاجتماعي المدرك، ومن خلال ملاحظة الباحث للحالة، اتضح أن هذه الفتاة لا زالت تحتفظ بما اكتسبته عبر جلسات البرنامج؛ من ارتفاع مستوى التقبل، ومن حرية، ومرونة، وقدرة على

التواصل. ويؤكد ذلك ارتفاع درجة التقبل المدرك من جانب أفراد أسرتها. بعد فترة المتابعة. حيث بلغت درجتها "١٨/١٥"، وكانت درجتها على التقبل الاجتماعي ككل "٩٠/٧١".

وبالنسبة للبعد الثالث من أبعاد التقبل الاجتماعي المدرك: وهو التقبل المدرك من جانب الأقران السامعين، فمما لا شك فيه أن علاقات الأقران السامعين تلعب دوراً لا يمكن غض الطرف عنه في تحسين تقبل المعاق سمعياً المدرك من جانب أقرانه من عدمه، وبالتالي ينعكس هذا على تقبله الاجتماعي ككل. وهذا ما أكدته نتائج الدراسات والبحوث السابقة بالفصل الثالث للدراسة الحالية، حيث إن الصم وضعاف السمع أقل تقبلاً من جانب أقرانهم السامعين. وكان هذا هو حال أغلب الحالات في الدراسة الحالية. ولكن مع تقدم الجلسات العلاجية تغيرات أحوالهم إلى الأفضل، وعلى النحو الذي جعلهم أكثر تفاعلاً وتواصلًا مع أقرانهم السامعين ومن ثم أكثر إدراكاً للتقبل الاجتماعي لهم من أقرانهم. ويمكن إيضاح ذلك من خلال عرض هذه الحالة بشيء من التفصيل^(٧):

* **الحالة رقم ٥ - ذكر:** فقد لاحظ الباحث أن هناك طالباً في عينة الدراسة، قد انخفض تقبله المدرك من جانب أقرانه السامعين، وانعكس ذلك على التقبل الاجتماعي الكلي المدرك لديه، وفوجئ الباحث من خلال استمارة البيانات أن والدي هذا الطالب أصمان. ومن خلال تطبيق استمارة جمع البيانات، أتضح أن هذا الطالب هو الابن الأول، وتتكون أسرته منه وأخ أصغر أصم والأب والأم من الصم، ولذلك كانت طريقة التعامل والتواصل بين الوالدين وإبنيهما هي لغة الإشارة. وبالرغم من أن هذا الابن الموجود بعينة الدراسة لديه بقايا سمع، ولديه القدرة على الكلام المفهوم بدرجة جيدة، إلا أن البيئة الأسرية التي يعيش فيها لم تلعب دوراً يذكر في تنمية قدرته على الكلام، ولذا فإن هذا الطالب كانت لديه

^١ الحاض الباحث في عرض هذه الحالة نظراً لأهميتها، حيث يعتبر الطالب الوحيد في عينة الدراسة لوالدين أصمين، وهما من خريجي مدرسة الأمل للصم بينها.

صعوبة في التواصل مع الآخرين من السامعين، لأن تنشئة هذا الطالب وطريقة التواصل مع والديه هي لغة الإشارة. بالإضافة إلى أن طريقة التعليم الأساسية في مدارس الأمل للصم وضعاف السمع تركز على لغة الإشارة، فأصبح الطالب غير قادر على التواصل والتفاهم مع أقرانه السامعين، بل والمحيطين به في المجتمع، مما انعكس على تقبله المدرك من جانب أقرانه السامعين. وأكد هذا انخفاض درجة هذا الطالب في بُعد تقبله المدرك من جانب أقرانه السامعين، والتي بلغت "١٥/٩"، وكذلك انخفاض درجته في تقبله الاجتماعي المدرك ككل . فكانت "٩٠ / ٥٤".

ومن خلال ملاحظات الباحث للحالة عند بدء جلسات البرنامج، كان الطالب خجولاً ومنطوياً على نفسه. وعندما سأل الباحث معلميه، قالوا أنه يفضل العزلة والبعد عن الآخرين وتجنبهم، وبخاصة السامعين. وحتى في البيت، عندما يزورهم أي شخص سامع، فإنه لا يفضل الحديث أو التواصل معه، هذا فضلاً عن أن معظم زوار الأسرة من زملاء أبيه وزميلات أمه من الصم، وكل تواصلهم معه بلغة الإشارة. ولذا كان الطالب في بداية الأمر خائفاً من تعامله مع الباحث، وكان رافضاً للتعاون مع الباحث في الحضور أو الاشتراك في جلسات البرنامج، وكان لديه إصرار على ذلك.

ولكن استطاع الباحث وبعض المعلمين بالمدرسة إقناع هذا الطالب بالمشاركة مع زملائه في حضور جلسات البرنامج، والتي من شأنها تحسين تعامله مع أقرانه السامعين المحيطين به. وفي الجلسة الأولى لاحظ الباحث أن الطالب في حالة خوف وقلق من الحضور مع زملائه في المكان المحدد للجلسة، ولكن استطاع الباحث رويداً رويداً أن يكسر حاجز الخوف والخجل لديه. وذلك من خلال الحرص على مشاركة الطالب في النشاط الرياضي الترفيهي المتمثلاً في (مباراة كرة قدم) التي أقيمت بين أفراد العينة. وخلال فعاليات الجلسة الأولى، بدء الطالب المشاركة مع الباحث، ونظر إلى الباحث نظرة فيها رضا عن وجوده في البرنامج مع زملائه ، ولكن على استحياء. ومع مرور الوقت، بدأ الطالب يتواصل مع الباحث بشكل

جيد، ويتفاعل مع الحضور في مواقف عديدة ، وبخاصة أثناء المناقشات الجماعية التي يجريها الباحث أثناء جلسات البرنامج العلاجي.

ومن خلال التطبيق البعدي لمقياس التقبل الاجتماعي، أتضح أن درجة الطالب في بُعد التقبل المدرك من جانب الأقران السامعين، قد ارتفعت بشكل واضح، فبلغت "١٥/١٣"، كما بلغت درجته في تقبله الاجتماعي ككل "٩٠/٧٩"، وما أكد ذلك، ملاحظة الباحث لتعامل الطالب مع طلاب التدريب الميداني السامعين الذين كان يتجنبهم من قبل، وكأنه كأن ينتظر لحظة لأي إنسان أن يخرج من عالم الصمت الذي يحيط به في المنزل مع أسرته (والداه الصم، وأخيه الأصغر الأصم)، وفي المدرسة مع أقرانه الصم وضعاف السمع، ومعلميه الذين يفضلون لغة الإشارة عن التحدث (التواصل) اللفظي، مما انعكس كل ذلك على تقبله الاجتماعي المدرك .

ومن خلال ملاحظات الباحث للطالب أثناء وبعد العلاج، تبين أن الطالب نمت لديه القدرة على التعرف على العالم المحيط به، كما تحسنت لديه الرغبة الواضحة لاكتشاف ذاته، وإدراكها بصور إيجابية، وتعديل المعتقدات غير الصحيحة واللاعقلانية لديه تجاه السامعين، مما جعله أكثر تقبلاً للعلاج، بل والعجيب أنه كان أحرص أفراد عينة الدراسة على الحضور كأول فرد، وكان دائم السؤال عن الآخرين وعن أمور أسرته الصم، ومصيره فيها، فكان أول طالب يحضر ولي أمره، عندما طلب الباحث من أفراد العينة إحضار أولياء الأمور للاتفاق على سير البرنامج. وفي النهاية بدأ الطالب أكثر مرونة، وأكثر تقبلاً لذاته، وللآخرين، فضلاً عن تقبله لضعف سمعه.

وبعد فترة المتابعة ، ومن خلال تطبيق مقياس التقبل الاجتماعي المدرك لضعاف السمع، ومن خلال ملاحظة الباحث للطالب، أتضح أن الطالب لا يزال يحتفظ بما اكتسبه عبر العلاج من تحسن التقبل المدرك من جانب أقرانه السامعين. أكد ذلك درجتا الطالب في بُعد التقبل المدرك من جانب الأقران

السامعين "١٥/١٤"، وفي مقياس التقبل الاجتماعي المدرك "٩٠/٧٥" وتبين للباحث أن هذا الانخفاض في درجة المقياس ككل بعد المتابعة عنها بعد العلاج (حيث كانت الدرجة "٩٠/٧٩") ترجع إلى عدم متابعة الوالدين لحالة ابنتها بعد فترة العلاج وتطبيق البرنامج. وهذا هو حال معظم الأبناء لأسر صم.

وبالنسبة للبعد الرابع من أبعاد التقبل الاجتماعي المدرك : وهو التقبل المدرك من جانب أفراد المدرسة، وبخاصة المعلمين . يذكر الباحث من خلال وجوده في الميدان بمدارس الأمل للصم وضعاف السمع أن المدرسة تعتبر المؤسسة الأولى للمراهقين ضعاف السمع وليست الأسرة، حيث يتمنون أن يقضوا جميع أوقاتهم داخل إطار المدرسة ، وذلك راجع إلى أن المدرسة تعتبر المجتمع الأصلي للمعاقين سمعياً من وجهة نظرهم، وأنها البيئة الأفضل من حيث التواصل الفعال ، وأنهم يعيشون نفس المعاناة من وجهة نظرهم. ولذا تلعب المدرسة دوراً حيوياً وجوهرياً في تقبل المعاقين سمعياً لإعاقتهم أو رفضهم لها. فإذا كانت المدرسة تؤدي الدور الأمثل لها في تقديم الخدمات المناسبة لهؤلاء الطلاب، وتضع في اعتبارها إمكاناتهم وقدراتهم، فإن ذلك ينعكس بالإيجاب على تقبلهم المدرك من جانب المدرسة، وعلى الجانب الآخر، إذا فقدت المدرسة دورها في إعداد هؤلاء الطلاب ، وقصرت في أداء الدور المنوط بها، فإن ذلك ينعكس بالسلب على هؤلاء ، كما يؤدي إلى اعتناقهم لأفكار غير صحيحة تفضي بهم إلى عدم التقبل وعدم التوافق الاجتماعي المدرك.

وقد لاحظ الباحث أن عدداً من الحالات يعانون بشكل واضح من انخفاض تقبلهم المدرك من جانب معلمهم، لكنهم استطاعوا عبر الجلسات العلاجية تجاوز هذه الأزمة، وتحسن إدراكهم لتقبل معلمهم لهم، ومدرستهم عموماً بكل عناصرها. ويمكن إيضاح ذلك من خلال عرض بعض التفاصيل عن هاتين الحالتين:

* الحالة رقم (٢ - ذكر): لاحظ الباحث أن هذه الحالة الطالب المراهق ضعيف السمع الرغبة في استكمال تعليمه بالمدرسة، وأنه يرفض الحضور، وكثير الغياب عن المدرسة. ولكن بسؤال الباحث لهذا الطالب عن الأسباب التي تجعله يكره المدرسة، ويرفض الاستمرار فيها، بالرغم من قرب منزله للمدرسة، أجاب أن بعض المعلمين بالمدرسة يتعاملون معه بطريقة سيئة وبعنف، بسبب أو بدون سبب، فيقول "شعرت بأنني منبوذ من قبل المعلمين، وأن المعلمين في المدارس العادية يتعاملون مع زملائي السامعين بأسلوب كويس". وما أكد معاناة هذا الطالب لافتقار الحب والتقبل من قبل معلميه، هو انخفاض تقبله المدرك من جانب المدرسة. حيث بلغت درجته "٢١/١٣" وفي المقياس ككل "٩٠/٤٩". وهذا ما أكد رفض الطالب للوجود في المدرسة، وشعوره بعدم تقبله من المعلمين بالمدرسة ورفضهم له. ولكن بعد عدة جلسات أستطاع الباحث أن يعزز حرص الطالب على الحضور في جلسات البرنامج، من خلال المعززات الإيجابية، بنوعيتها والتي كان الباحث يستخدمها في نهاية جلسات البرنامج.

وبعد ذلك تم التعرف على المعتقدات والأفكار غير الصحيحة لدى هذا الطالب، من خلال استمارة المراقبة الذاتية للمواقف اليومية، وقائمة المعتقدات اللاعقلانية. ثم تم تعديل هذه الأفكار الخاطئة وغير الصحيحة التي تكونت لدى هذا الطالب، بسبب سوء أو توقع سوء معاملة المعلمين له في المدرسة. ووجد الباحث تحسناً ملحوظاً في حالة الطالب، متمثلاً ذلك في تغيير معاملة المعلمين للطالب، بالإضافة إلى ارتفاع درجته في بُعد تقبله المدرك للمدرسة، ودرجة تقبله الاجتماعي المدرك بعد تطبيق البرنامج، فقد أصبحت: "٢١/١٧"، "٩٠/٧٤" على الترتيب.

كما استمر هذا التحسن لدى هذا الطالب بعد فترة المتابعة، بل زاد تحسناً في كل من التقبل المدرك للمدرسة، والتقبل الاجتماعي المدرك ككل، حيث بلغت درجته في كل منهما "٢١/١٩"، "٩٠/٧٩" على الترتيب.

* الحالة رقم (١٢ - أنثى): لاحظ الباحث أن هذه الطالبة تعاني من افتقار حب وتقبل المعلمين لها دون زملائها وزميلاتها بالمدرسة، ودائماً تشعر بالقلق والتوتر ، والشعور بالعجز. وعندما سألتها الباحثة عن السبب قالت أنها تمتلك القدرة على الكلام الواضح، كما تمتلك بقايا سمع طيبة، ورغم ذلك يتعامل معها المعلمون دائماً بلغة الإشارة، مما يخيفها من فقد بقايا السمع المتبقية لديها. وكان ذلك يسبب لها ضيقاً نفسياً كبيراً، حيث أكد الوالدان على تضاييق هذه الفتاة عندما يتحدث معها أحد بلغة الإشارة، وترفض التعامل معه. هذا فضلاً عن المراقبة الصارمة لإدارة المدرسة للبنات داخل وخارج المدرسة، في الوقت الذي يحظى فيه أقرانهم الذكور المراهقون بضعاف السمع بالحرية والقدرة على التعبير عن آرائهم بدرجة أكبر من الإناث. وذلك أدى إلى تكون مجموعة من الأفكار غير الصحيحة التي شوهدت لديها المعارف نحو معلمها، مما انعكس على تقبلها المدرك من جانب المدرسة ، ودرجتها في التقبل الاجتماعي الكلي، حيث بلغت على الترتيب "٢١/١٣"، "٩٠/٥٤"، مما يدل على الانخفاض في التقبل المدرك من جانب المدرسة، وانخفاض التقبل الاجتماعي المدرك ككل.

وأثناء سير جلسات البرنامج كان الباحث يعتمد على الصوت المرتفع، واستخدام لغة الإشارة معاً، والاستعانة بالسبورة كوسيلة توضيحية. فوجد الباحث سعادة واضحة على وجه هذه الطالبة ، وقالت لي بعد إحدى الجلسات أنني أريد أن يتعامل معي المعلمون هكذا، لأنني فهمت ما تريده بوضوح. ولذا قابل الباحث المعلمين، وتوجه لهم بالنصح والإرشاد في كيفية التعامل مع مثل هذه الحالات، وذلك لقرب الباحث من المعلمين بالمدرسة. واستطاع الباحث مساعدة هذه الطالبة في حل مشكلاتها والتغلب عليها، من خلال جلسات البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي، وبخاصة الجلسات القائمة على كيفية التعرف على الأفكار الخاطئة، وطرق تعديلها. فلاحظ الباحث أن هناك تحسناً وتقدماً في حالة الطالبة، وارتفع تقبلها لمعلمها، بعد تطبيق البرنامج ، وهذا ما أكدته درجة هذه الطالبة في بُعد

التقبل المدرك من جانب أفراد المدرسة، حيث بلغت "٢١/١٨"، وأدى أيضاً إلى ارتفاع درجتها في المقياس ككل، وبلغت "٩٠/٧٧".

وبعد فترة المتابعة، ومن خلال تطبيق مقياس التقبل الاجتماعي المدرك لضعاف السمع، ومن خلال ملاحظة الباحث للطالبة، أتضح أن الطالبة لازالت تحتفظ بما اكتسبته عبر العلاج، من تحسن تقبلها المدرك من جانب أفراد المدرسة، وأكد ذلك درجتا الطالبة في بُعد التقبل المدرك من جانب أفراد المدرسة، وفي التقبل الاجتماعي المدرك ككل، حيث بلغتنا "٢١/١٨"، "٩٠/٧٦" على الترتيب.

وبالنسبة للبعد الخامس من أبعاد التقبل الاجتماعي المدرك، وهو التقبل المدرك من جانب أفراد المجتمع (الجيران، أو الناس في وسائل المواصلات، وفي دور العبادة، وفي النوادي، وفي الشارع)، لاحظ الباحث أن معظم أفراد العينة يعاني من افتقار المهارات الاجتماعية اللازمة للتعامل مع الآخرين من أفراد المجتمع السامعين، سواءً مع الجيران، أو في وسائل المواصلات، أو في دور العبادة، أو في النوادي، أو في الشارع. وهذا ينعكس سلباً على التقبل المدرك من جانب أفراد المجتمع، والذي يؤثر بدوره سلباً على التقبل الاجتماعي المدرك ككل. ولكن مع تقدم جلسات البرنامج العلاجي، اتجه أفراد العينة نحو تعلم المهارات الاجتماعية، وتصحيح الأفكار الخاطئة عن الآخرين، مما انعكس على تحسن تقبل الآخرين لهم كنتيجة مباشرة لتحسن تفاعلهم وتواصلهم معهم. ويمكن إيضاح ذلك من خلال عرض بعض التفاصيل عن هاتين الحالتين:

*** الحالة رقم (١ - نذكر):** في بداية الأمر لاحظ الباحث أن هذا الطالب يرفض التعامل مع الآخرين، وبدا ذلك في تفضيل الطالب العزلة، والانطواء، والخوف من التعامل مع الآخرين، ويبدو عليه القلق عند الوجود في مواقف اجتماعية يستلزم فيها التعرف على أشخاص لم يعرفهم من قبل، حتى لو كانوا من نفس المكان الذي

يعيش فيه. كذلك، فقد كان لدى الطالب إدراك خاطيء عن الجانب الاجتماعي عن ذاته، وانعكس ذلك سلباً على تكوين معتقدات خاطئة تجاه الآخرين السامعين المحيطين به في المجتمع. واتضح هذه الأفكار الخاطئة والسلبية والمعتقدات اللاعقلانية لدى هذا الطالب بوجه خاص، من خلال ما سجله في استمارة المراقبة الذاتية للمواقف اليومية في الواجب المنزلي المكلف به الطالب من قبل الباحث.

وأكد ذلك أيضاً درجة هذا الطالب في بُعد التقبل المدرك من جانب أفراد المجتمع والتي بلغت " ١٨ / ٩ " ، كما بلغت درجته في التقبل الاجتماعي المدرك ككل " ٩٠ / ٥٠ ". ولكن طوال انعقاد جلسات البرنامج أمكن للطالب إدراك معتقداته اللاعقلانية، وأفكاره الخاطئة السلبية، وبالتالي أدرك قدرته على التفاعل مع الآخرين السامعين بعد تدريبه خلال جلسات البرنامج على كيفية تخطي هذه العقبة المتمثلة في دخوله في أي موقف تفاعلي مع الآخرين المحيطين به من السامعين. وعندما أدرك أن ذلك كله يرجع إلى العلاقات الأسرية القليلة للغاية التي كان يعيشها في فترة الطفولة، بدأ التعامل والتفاعل بشكل إيجابي، وأدرك أن له الحق في أن يحيا حياة طيبة بين الأفراد السامعين في المجتمع المحيط به. وهو مجتمع الأكثرية. فأصبح الطالب أكثر تقبلاً للآخرين، وتحسن لديه تقبله المدرك من جانب المجتمع ، وأكد ذلك درجته في المقياس بعد تطبيق البرنامج العلاجي، حيث بلغت درجته " ١٨ / ١٥ " في البعد الخامس، كما بلغت " ٩٠ / ٦٥ " في التقبل الاجتماعي المدرك ككل.

كما استمر تأثير العلاج، واستمر تحسن الحالة حتى بعد فترة المتابعة، وهذا ما أكدته درجتا الطالب في البعد الخامس والتي بلغت " ١٨ / ١٦ "، وفي التقبل الاجتماعي ككل ، حيث بلغت درجته " ٩٠ / ٧٤ ". وهذا التحسن الواضح في تقبل هذا الطالب، سواء في درجته في البعد الخامس ، أو في المقياس ككل ، راجع إلى المتابعة المستمرة من جانب الوالدين، وحرصهما على تحسن حالة ابنهما، وما

وجداه من تحسن ملموس، جعلهما يجاولان الحفاظ على هذا التحسن ، وذلك بإتباع نفس ما كان يتبع خلال الجلسات.

* الحالة رقم (١ - أنثى) : فمن خلال استمارة جمع البيانات، لاحظ الباحث أن هذه الطالبة تعيش مع أسرة مكونة من أربعة إخوة والأب والأم ، وتشكو هذه الطالبة من عدم قدرتها على المشاركة الاجتماعية في بعض المناسبات، سواء كانت هذه المناسبات اجتماعية مثل: بعض الأفراح، أو المناسبات الأخرى الدينية، مثل: الأعياد الدينية. الأمر الذي يجعلها غير قادرة على الذهاب إلى الجيران والأقارب، لأنها تخاف من عدم فهم الآخرين لها، وبالتالي ينظرون إليها نظرة فيها سخيرية، ولا تعرف ماذا تقول لهم؟. وهل سيفهمون ما تقوله؟، مؤكدة أنها عندما تتصرف من عندهم فإنهم إما أنهم يضحكون عليها أو يشفقون عليها بسبب ضعف سمعها. كما أنها لا تعرف كيف تتصرف عندما يحضر إلى أسرتها ضيف، هل ستجلس معه؟. وماذا تقول له؟. وهل سيفهم هذا الضيف ما تقوله له؟. أم أنه سوف يشير برأسه دليلاً على فهمه لما تقول وهو غير فاهم لما تقوله أو ما تعبر عنه. لذا تفضل البعد عن الناس والانعزال عنهم حتى لا تكون مثاراً للضحك، أو مصدراً للشفقة من الأقارب أو الجيران في بعض المناسبات، مما ترتب عليه عدم اصطحاب الأب لابنته ضعيفة السمع معه حتى لا تشعر بالخوف من مواجهة الآخرين، ثم إرسالها مع إخوتها في مثل هذه المواقف. وهذا أدى بدوره إلى انخفاض تقبل هذه الطالبة المدرك من جانب أفراد المجتمع، وبالتالي أدى إلى انخفاض التقبل الاجتماعي المدرك ككل. حي بلغت درجتها في كل منهما "١٨/٨"، "٩٠/٥٢"، على الترتيب.

ولكن قام الباحث بالتحدث مع الأب وشرح له بعد الانتهاء من الجلسة كيفية التغلب على هذه المشكلة، بأن يتم تقديمها إلى أي ضيف يأتي إليهم في المنزل، ويعرفها به دون خجل من ضعف سمعها. وقد استجاب الأب لما قاله الباحث واتفقا على تنفيذه. ومع حضور الطالبة لجلسات البرنامج العلاجي، حدث

تحسن واضح بعد انتهاء تطبيق البرنامج. كما أصبحت الطالبة أكثر مشاركة واندماجاً مع الآخرين في العديد من الأنشطة التي تمت أثناء جلسات البرنامج. هذا فضلاً عن زيادة الألفة والمودة التي كانت تعاني من افتقادها لها، وإشباع لرغبتها في الانتماء، والالتقاء بالآخرين، مما ساعد في تحسين التقبل المدرك من جانب أفراد المجتمع، والتقبل الاجتماعي المدرك ككل، فبلغت درجتها فيهما "١٨ / ١٤"، "٩٠ / ٦٨"، على الترتيب.

ومن خلال تطبيق مقياس التقبل الاجتماعي المدرك، ومن خلال ملاحظة الباحث للحالة، أتضح أن هذه الفتاة لا زالت تحتفظ بما اكتسبته عبر جلسات البرنامج؛ من ارتفاع مستوى التقبل، ومن حرية، ومرونة، وقدرتها على التواصل. ويؤكد ذلك ارتفاع درجتيّ التقبل المدرك من جانب أفراد المجتمع. حيث بلغت درجتها "١٨ / ١٥"، وكانت درجتها على التقبل الاجتماعي ككل "٩٠ / ٧٢"، بعد فترة المتابعة.

وهكذا، تبين للباحث أن البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي المستخدم، كان فعالاً في إحداث التغييرات المرغوبة، في خصائص وسلوكيات أفراد العينة من ضعاف السمع، تلك التغييرات التي انعكست على تحسين ما يدركونه من تقبل اجتماعي؛ مما اتضح من خلال كل من النتائج الإحصائية، والنتائج الكيفية السلوكية التي كشفت عنها النماذج التي عرضها الباحث بشيء من التفصيل.

ثالثاً : توصيات وبحوث مقترحة .

أ- توصيات تربوية :

من خلال ما أسفرت عنه الدراسة الحالية من نتائج، تضمنت فاعلية العلاج المعرفي - السلوكي في تحسين التقبل الاجتماعي لدى المراهقين ضعاف السمع، يمكن للباحث أن يقدم بعض التطبيقات والتوصيات التربوية التالية:

- ١- مساعدة الآباء على التكيف مع حالة ضعف السمع، وعدم التفرقة بينه وبين أخوته العاديين في سمعهم أو تفضيلهم عليه.
- ٢- مساعدة المعلمين للأطفال الصم على اكتساب الخبرات اللازمة، وتعريفهم بالأعمال المختلفة ومتطلباتها، وتزويدهم بالمعلومات اللازمة التي تمكنهم من اجتياز المهني المناسبة، وتعديل اتجاهاتهم السلبية نحوهم، وأن يكتسبوا ثقة الأصم، والعمل على استثارة ميوله في جو يسوده الحب والود.
- ٣- تبصير الآباء والأمهات بأهمية وضرورة إشراك أبنائهم في المناقشات الأسرية، والعي الدؤوب إلى دمجهم في المجتمع، وإتاحة الفرصة لهم للتعبير عن آرائهم ومساعدتهم على تقبل ضعف سمعهم.
- ٤- ضرورة تطبيق برامج التدخل الإرشادية في مراحل مبكرة من عمر المعاق سمعياً للحد من تفاقم المشكلات السلوكية لديه، والحد من آثارها السلبية على تقبله وتوافقته الاجتماعي المدرك.
- ٥- لوزارة التربية والتعليم دور يتمثل في إعداد برامج عن طريق التليفزيون لتوضيح الأساليب الصحيحة للتعامل مع المراهقين المعاقين سمعياً، وكيفية التعرف على الأفكار السلبية والمعتقدات الخاطئة لدى أبنائهم، وطرق تعديلها من خلال النماذج العلاجية المعرفية السلوكية الذي يمثل البرنامج الحالي أحد أمثلتها.
- ٦- تشكيل جمعيات تعمل بجدية على توفير التفاعل بين المعاقين سمعياً والسماعين، وذلك لتعريف المجتمع بالمعاق سمعياً ولغته، حتى لا يشعر بالانعزال عن باقي أعضاء المجتمع، وحتى لا تشعر أسرة الطفل بانعزالها عن المجتمع.
- ٧- دمج المعاقين سمعياً مع السامعين في المسابقات الرياضية والفنية، لإحساس بمدى كفاءته في هذه الأنشطة مع عاديي السمع.

ب- بحوث ومقترحات :

بناءً على ما أسفرت عنه الدراسة الحالية من نتائج ، يمكن للباحث اقتراح بعض البحوث التي يمكن إجراؤها في مجال الإعاقة السمعية، وهي :

- ١- فاعلية برنامج التدخل المبكر لأسر الأطفال المعاقين سمعياً، قائم على التدريب المعرفي السلوكي، في تعديل الأفكار الخاطئة لديهم نحو الإعاقة.
- ٢- فاعلية برنامج معرفي سلوكي في خفض الضغوط النفسية للوالدين، وأثره على تحسين مفهوم الذات لدى الأطفال ضعاف السمع .
- ٣- فاعلية برنامج لتحسين التواصل الأسري، وأثره على تحسين التقبل الاجتماعي لدى أبنائهم المعاقين سمعياً.
- ٤- فاعلية العلاج بالسيكودراما في تحسين التقبل الاجتماعي المدرك لدى المعاقين سمعياً.

مراجع الدراسة

المراجع

أولاً : المراجع العربية .

ثانياً : المراجع الأجنبية .

أولاً : المراجع العربية:

- ١- إبتسام محمد عبد المطلب (٢٠٠٧) : دراسة التواصل غير اللفظي للمعلم وعلاقته بتقبل الذات لدى الأطفال الصم، رسالة ماجستير ، كلية التربية ، جامعة بنها.
- ٢- إبراهيم عبد الله الزريقات (٢٠٠٣): الإعاقة السمعية ، دار وائل للطباعة والنشر، عمان، الأردن.
- ٣- إبراهيم قشقوش (١٩٨٩): سيكولوجية المراهقة، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة
- ٤- أحمد غنيم (١٩٨٥): تطبيقات على ثبات الاختبارات ، مكتبة نهضة الشرق، القاهرة .
- ٥- أحمد اللقاني وأمير القرشي (١٩٩٩): مناهج الصم، "التخطيط والبناء والتنفيذ" عالم الكتب، القاهرة.
- ٦- أحمد بدوي (١٩٨٢) : معجم مصطلحات العلوم التربوية، عالم الكتب، القاهرة.
- ٧- أحمد عزت (١٩٩٩) : أصول علم النفس، ط١١، دار المعارف، القاهرة .
- ٨- آرون بيك(ترجمة عادل مصطفى ،٢٠٠٠): العلاج المعرفي والاضطرابات الانفعالية، دار الآفاق العربية، القاهرة.
- ٩- أسامة أبو سريع (١٩٩٣) : الصداقة من منظور علم النفس ،عالم المعرفة ، العدد ١٧٩، الكويت .
- ١٠- أسامة فاروق (٢٠٠٢): فاعلية بعض فنيات التعديل المعرفي- السلوكي في خفض بعض الاضطرابات السلوكية لدى الطلاب الصم في المرحلة الإعدادية، رسالة دكتوراه، كلية التربية، جامعة عين شمس.
- ١١- أسعد رزوق(١٩٩٢) موسوعة علم النفس، ط٤، المؤسسة العربية للدراسات والنشر، عمان.

- ١٢- أشرف عبد القادر (٢٠٠١): نظرية في العلاج النفسى "التفكير - الانفعال - السلوك"، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
- ١٣- _____ (٢٠٠٥): تحسين جودة الحياة كمنبئ للحد من الإعاقة، ورقة عمل مقدمة لمؤتمر تطور الأداء في مجال الوقاية من الإعاقة، بمدينة الرياض بالمملكة العربية السعودية بالاشتراك مع مكتب التربية العربي بدول الخليج في الفترة من "١٢-١٣" فبراير، ٢٠٠٥.
- ١٤- ألفت حقي (١٩٨٣): علم النفس المعاصر، منشأة المعارف، الإسكندرية.
- ١٥- أمال عبد السميع باظة (٢٠٠١) تشخيص غير العاديين، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
- ١٦- أمينة مختار (١٩٩٤): العلاقة بين المساندة الاجتماعية والعصابية لدى المراهقين، مجلة كلية التربية للبحوث النفسية، العدد الأول، السنة العاشرة، جامعة المنوفية.
- ١٧- الإدارة العامة للتأهيل الاجتماعى للمعوقين (١٩٩٤): بحوث ومؤتمرات اتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين، المؤتمر السادس لاتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين، ص ١٨٥-٢٠٤.
- ١٨- انتصار يونس (١٩٨٦): السلوك الإنسانى، دار المعارف، القاهرة.
- ١٩- أنور الشرقاوى (١٩٨٥): سيكولوجية التعلم، أبحاث ودراسات، دار الفكر العربى، القاهرة.
- ٢٠- باترسون (ترجمة حامد الفقى، ١٩٩٠): نظريات الإرشاد والعلاج النفسى، ج٢، دار القلم، الكويت.
- ٢١- بدير عقل (٢٠٠٣): أثر برنامج للإرشاد النفسى على القلق وتقدير الذات لدى عينة من المراهقين الصم البكم، رسالة ماجستير، كلية البنات للآداب والعلوم والتربية، جامعة عين شمس.

- ٢٢- جابر عبد الحميد جابر (١٩٩٠) : سيكولوجية التعلم نظريات التعليم، دار الكتاب الحديث ، الكويت .
- ٢٣- جابر عبد الحميد وعلاء الدين كفاقي (١٩٨٨): معجم علم النفس والطب النفسي، دار النهضة العربية ، القاهرة .
- ٢٤- _____ (١٩٩٢): معجم علم النفس والطب النفسي، ج ٤، القاهرة، دار النهضة العربية .
- ٢٥- جمال الخطيب (١٩٩٢): تعديل سلوك الأطفال المعوقين: دليل الآباء والمعلمين، إشراق للنشر والتوزيع، عمان.
- ٢٦- _____ (١٩٩٦): تربية وتأهيل المعوقين سمعياً، العدد ٧ ، كلية العلوم التربوية بالجامعة الأردنية ، عمان، الأردن.
- ٢٧- _____ (١٩٩٨): مقدمة فى الإعاقة السمعية، قسم الإرشاد والتربية الخاصة، كلية العلوم التربوية، دار الفكر للنشر والتوزيع، الجامعة الأردنية.
- ٢٨- جمال الخطيب ومنى الحديدي وعبد العزيز السرطاوي (١٩٩٢) : إرشاد أسر الأطفال ذوي الحاجات الخاصة " قراءات حديثة "، دار حنين للنشر و التوزيع، عمان ، الأردن.
- ٢٩- جمعة يوسف (٢٠٠١): دراسات فى علم النفس الاكلينيكي ، دار غريب، القاهرة.
- ٣٠- حامد الفقي (١٩٩٣): دراسات فى سيكولوجية النمو ، ط٥، دار القلم ، الكويت
- ٣١- حامد زهران (١٩٨٤) : علم النفس الإجتماعي، ط٥، عالم الكتب، القاهرة .
- ٣٢- _____ (١٩٩١): الصحة النفسية والعلاج النفسى، ط٣، عالم الكتب، القاهرة .

٣٣- _____ (١٩٩٨) : التوجيه والإرشاد النفسي، ط٤، عالم الكتب ، القاهرة.

٣٤- حسن سليمان (١٩٩٤): نحو مستقبل أفضل للطفل المعوق، مطبوعات المؤتمر السادس لاتحاد هيئات الفئات الخاصة والمعوقين، جمهورية مصر العربية ، ص ٧١-٧٣.

٣٥- حسن سليمان (١٩٩٨): الوقاية من ضعف السمع، المؤتمر السابع لإتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين، المجلد الأول، جمهورية مصر العربية، ص ٢٠٣-٢٠٧.

٣٦- حسن عبد المعطي (١٩٩٨): موسوعة علم النفس العيادي، علم النفس الأكلينيكي، دار قباء ، القاهرة.

٣٧- حسيب محمد (٢٠٠٠): التقبل الاجتماعي وعلاقته بتقدير الذات لدى الأطفال الموهوبين، رسالة ماجستير، كلية التربية ، جامعة بنها.

٣٨- _____ (٢٠٠٤): فاعلية العلاج "العقلاني - الانفعالي" السلوكي في خفض مستوى القلق لدى المراهقين ذوي الإعاقة السمعية، رسالة دكتوراه، كلية التربية، جامعة بنها .

٣٩- حمدان فضة (١٩٩٥): العلاج النفسي المتمركز على الشخص ومدى فاعليته في تحسين القلق ، رسالة دكتوراه، كلية التربية، جامعة بنها.

٤٠- حنان عبد الحميد (٢٠٠٠): الصحة النفسية ، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة.

٤١- خليل قطب (١٩٩٨): تعديل بعض الخصائص السلوكية للأطفال المرفوضين من أقرانهم، رسالة دكتوراه، كلية التربية بكفر الشيخ، جامعة طنطا.

٤٢- رشاد موسى (٢٠٠٢): علم نفس الإعاقة ، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.

- ٤٣- رضا درويش (١٩٩٢): تطوير مناهج العلوم للطلاب المعاقين سمعياً بمرحلة التعليم الأساسي، رسالة دكتوراه، كلية التربية، جامعة بنها.
- ٤٤- رمزية الغريب (١٩٨٢): البناء النفسي للمعوق وتوافقه النفسي والاجتماعي "ندوة الطفل المعوق"، الهيئة المصرية العامة للكتاب، القاهرة.
- ٤٥- رمضان ألقذافي (١٩٩٤): سيكولوجية الإعاقة، الجامعة المفتوحة، طرابلس، ليبيا.
- ٤٦- رونالد وكولين (ترجمة أحمد الشامي وآخرين، ٢٠٠٣): تعليم ذوي الاحتياجات الخاصة، كتاب لكل المعلمين، مركز الأهرام للترجمة والنشر، هيئة فولبرايت، القاهرة.
- ٤٧- رنيفة عوض (٢٠٠٠): فعالية العلاج السلوكي المعرفي في تخفيف الضغوط النفسية والسلبية لدى المراهقين من الجنسين، رسالة دكتوراه، كلية التربية، بكفر الشيخ، جامعة طنطا.
- ٤٨- زيدان السرطاوي (١٩٩١): أثر الإعاقة السمعية للطفل على الوالدين وعلاقة ذلك ببعض المتغيرات، مجلة جامعة الملك سعود، العلوم التربوية، المجلد الثالث، ص ٣٠٥-٣٣٥.
- ٤٩- زينب شقير (١٩٩٩): سيكولوجية الفئات الخاصة والمعوقين، مكتبة النهضة المصرية، القاهرة.
- ٥٠- _____ (٢٠٠٢): اضطرابات اللغة والتواصل، ط٣، مكتبة النهضة المصرية، القاهرة.
- ٥١- سامي جميل (١٩٩٠): حماية المعوق سمعياً من الإعاقة النفسية والبدنية، المؤتمر الخامس للاتحاد النوعي، بحوث ودراسات اتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين، نحو طفولة غير معوقة من ٦-٨ نوفمبر، القاهرة، ص ١٣٢-١٤٢.

- ٥٢- سامي موسى (١٩٩٧): فعالية الإرشاد العقلائي الإنفعالي مقترناً بالواجبات المنزلية في علاج الخواف الاجتماعي ، مجلة كلية التربية، جامعة الزقازيق، العدد ٢٩، ص ٤١-٩٦.
- ٥٣- سعيد العزة (٢٠٠١):الإعاقة السمعية واضطرابات الكلام والنطق واللغة ، الدار العلمية الدولية ودار الثقافة النشر والتوزيع، عمان
- ٥٤- سعدية بهادر (١٩٨٣): من أنا؟ مؤسسة الكويت للتقدم العلمي، الكويت.
- ٥٥- سلامة منصور (١٩٩٧): دور الإرشاد الأسري في رعاية الأطفال المعوقين،مجلة معوقات الطفولة، العدد السادس، ص ص ١٦٥ - ١٨٠.
- ٥٦- سهير كامل (١٩٩٨): سيكولوجية الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، مركز الإسكندرية للكتاب، الإسكندرية.
- ٥٧- شاكر قنديل (١٩٩٥): سيكولوجية الطفل الأصم ومتطلبات إرشاده، المؤتمر الدولي الثاني لمركز الإرشاد النفسي للأطفال ذوي الحاجات الخاصة. "الموهوبون - المعاقون"، المجلد الأول، جامعة عين شمس، ص ١-١٢ .
- ٥٨- _____ (١٩٩٦): الاستجابات الانفعالية السلبية لآباء الأطفال المعاقين عقليا ومسئولية المرشد النفسي "دراسة تحليلية"، المؤتمر الدولي الثاني لمركز الإرشاد النفسي، "الإرشاد النفسي في عالم متغير"، جامعة عين شمس، ص ٦٢٥-٦٤٢.
- ٥٩- صلاح الدين عبد القادر (١٩٩٩): أثر الإرشاد الانفعالي العقلائي السلوكي في تعديل الاتجاه نحو المرض النفسي، والمرضى النفسيين، مجلة الإرشاد النفسي، العدد التاسع، جامعة عين شمس، ص ١٦٥-٢٣٩.
- ٦٠- صلاح الدين عراقي (١٩٩١): العلاج المعرفي السلوكي، ومدى فاعليته في علاج مرضى الأكتئاب العصابي ،رسالة دكتوراه، كلية التربية ، جامعة بنها.

- ٦١- طارق النجار (٢٠٠٥) مدى فاعلية برنامج معرفي سلوكي لتعديل سلوكيات اضطراب الانتباه، وفرط الحركة (لدى عينة من الأطفال الصم) ، رسالة دكتوراه، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس.
- ٦٢- طلعت منصور (١٩٨٢) : الشخصية السوية ، دراسات في الشخصية ، المجلد الثالث عشر ، العدد الثاني، عالم الفكر، القاهرة ، ص ٤٠٧-٤٥٢ .
- ٦٣- طه عبد العظيم (١٩٩١): مدى فاعلية التدريب التوكيدي في تحسين تصور الذات لدى المراهقين، رسالة دكتوراه، كلية التربية ، جامعة بنها.
- ٦٤- _____ (٢٠٠٧): العلاج النفسي المعرفي، مفاهيم وتطبيقات، دار الوفاء لنديا الطباعة والنشر، الإسكندرية.
- ٦٥- عادل الأشول (١٩٨٧): موسوعة التربية الخاصة، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
- ٦٦- عادل عبد الله (٢٠٠٠): العلاج المعرفي السلوكي، أسس وتطبيقات، دار الرشاد للنشر، القاهرة .
- ٦٧- عادل غنايم (٢٠٠٦): التقبل الاجتماعي وعلاقته بالشعور بالوحدة النفسية لدى المراهقين المعاقين سمعياً، المجلة المصرية للدراسات النفسية، المجلد السادس عشر، العدد "٥٠"، فبراير، ٢٠٠٦، ص ١٨٨ - ٢٤٤ .
- ٦٨- عاطف عدلي (١٩٨٨): علاقة الطفل المصري بوسائل الاتصال: دراسة ميدانية، الهيئة المصرية العامة للكتاب، القاهرة .
- ٦٩- عبد الرحمن العيسوي (١٩٩٣): علم النفس الأسرى وفقاً للتصور الإسلامي والعلمي، دار النهضة العربية، بيروت.
- ٧٠- عبد الرحمن سليمان (١٩٩٨) سيكولوجية ذوي الحاجات الخاصة (المفهوم ، والفئات)، مكتبة زهراء الشرق ، القاهرة

٧١- عبد الرحمن سليمان (٢٠٠٠): سيكولوجية ذوي الحاجات الخاصة (الخصائص والسمات)، ج٣، مكتبة زهراء الشرق، القاهرة.

٧٢- _____ (٢٠٠٢): معجم الإعاقة السمعية، مكتبة زهراء الشرق، القاهرة.

٧٣- عبد الستار إبراهيم (١٩٩٤): العلاج النفسي السلوكي المعرفي الحديث، "أساليبه وميادينه الطبيعية"، دار الفجر للنشر والتوزيع، القاهرة.

٧٤- عبد الستار إبراهيم، وعبد العزيز عبد الله، ورضوى إبراهيم (١٩٩٣): العلاج السلوكي المعرفي للطفل "أساليبه ونماذج من حالاته" سلسلة عالم المعرفة، العدد (١٠٨)، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب، الكويت.

٧٥- عبد العزيز الشخص (١٩٨٥): دراسة لحجم مشكلة النشاط الزائد بين الأطفال الصم وبعض المتغيرات المرتبطة، مجلة كلية التربية، العدد التاسع، جامعة عين شمس.

٧٦- _____ (١٩٩٢): دراسة لكل من السلوك التكيفي والنشاط الزائد لدى عينة من الأطفال المعوقين سمعياً وعلاقتهم بأسلوب رعاية هؤلاء الأطفال، المؤتمر السنوي الخامس للطفل المصري، "رعاية الطفولة في عقد حماية الطفل المصري"، من ٢٨-٣٠ إبريل ١٩٩٢، المجلد الثاني، جامعة عين شمس ص ١٠٢٣-١٠٤٥.

٧٧- عبد العزيز الشخص وزيدان السرطاوى (١٩٩٨): دراسة احتياجات أولياء أمور الأطفال المعوقين لمواجهة الضغوط النفسية، المؤتمر القومي السابع لاتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة ذوي الاحتياجات الخاصة والقرين الحادى والعشرين فى الوطن العربى"، المجلد الثانى، القاهرة، ص ٥٥-٨١.

٧٨- عبد العزيز الشخص، عبد الغفار الدماطى (١٩٩٢): قاموس التربية الخاصة وتأهيل غير العاديين، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.

٧٩- عبد الفتاح مطر (٢٠٠٢): فاعلية السيودراما فى تنمية بعض المهارات الاجتماعية لدى الصم، رسالة دكتوراه، كلية التربية بنى سويف، جامعة القاهرة.

- ٨٠- عبد الفتاح صابر (١٩٩٧): التربية الخاصة لمن؟ لماذا؟ كيف؟، ميديا برنت، القاهرة.
- ٨١- عبد المجيد عبد الرحيم (١٩٩٧): تنمية الأطفال المعاقين، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة.
- ٨٢- عبد المطلب القريطى (١٩٩٦): سيكولوجية نوى الاحتياجات الخاصة وتربيتهم، دار الفكر العربى، القاهرة.
- ٨٣- عبد المطلب القريطى (٢٠٠٥): سيكولوجية نوى الاحتياجات الخاصة وتربيتهم، ط٤، دار الفكر العربى، القاهرة.
- ٨٤- عبد الوهاب كامل (١٩٨٨): قائمة تقدير التوافق النفسى للأطفال، المكتبة العربية الحديثة، طنطا.
- ٨٥- عطية محمد (١٩٩٠): الاتجاهات الوالدية نحو الإعاقة السمعية والتوافق النفسى لدى الطفل الأصم، رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة الزقازيق.
- ٨٦- علاء فرغلي (٢٠٠٧): مهارات العلاج المعرفى السلوكى، مكتبة النهضة المصرية، القاهرة.
- ٨٧- علاء كفاى (١٩٩٠): الإرشاد والعلاج النفسى الأسرى، المنظور النسقى الاتصالى، دار الفكر العربى، القاهرة.
- ٨٨- على حنفى (١٩٩٦): دراسة مقارنة للتقبل الاجتماعى لدى المراهقين الصم وضعاف السمع والعادين، رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة بنها.
- ٨٩- _____ (٢٠٠٣): مدخل إلى الإعاقة السمعية، الأكاديمية العربية للتربية الخاصة، الرياض، المملكة العربية السعودية.
- ٩٠- علي مفتاح (١٩٨٤): لخصائص النفسية لضعاف السمع، رسالة ماجستير، كلية الآداب، جامعة بنها.
- ٩١- عماد عبد الحليم (١٩٩٠): الضعف السمعى كإعاقة تخاطبية، رسالة ماجستير، كلية الطب، جامعة عين شمس.

- ٩٢- عمرو رفعت (١٩٩٧) : فاعلية برنامج إرشادي في تحسين بعض جوانب الصحة النفسية لدى الطلاب الصم في المرحلة الثانوية، رسالة دكتوراة، كلية التربية، جامعة عين شمس.
- ٩٣- _____ (٢٠٠٥): الإعاقة السمعية، مكتبة النهضة المصرية، القاهرة.
- ٩٤- فاروق الروسان (١٩٩٦): سيكولوجية الأطفال غير العاديين (مقدمة في التربية الخاصة) ، ط٢، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع، عمان.
- ٩٥- فاروق صادق (١٩٩٨): الإعاقة العقلية في مجال الأسرة، مرحلة الصدمة والأدوار المتوقعة للوالدين، اتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين، (النشرة الدورية)، العدد ٥٥، ص ١٤-٢٣.
- ٩٦- فاطمة الزهراء النجار (١٩٩١): أثر برنامج معرفي سلوكي في تخفيف بعض المخاوف لدى الأطفال، رسالة ماجستير، كلية التربية بكفر الشيخ، جامعة طنطا.
- ٩٧- فايز قنطار (١٩٩٢) : الأمومة نمو العلاقة بين الطفل والأم، سلسلة عالم المعرفة، العدد ١٦٦، أكتوبر، الكويت.
- ٩٨- فتحي الشرقاوي (٢٠٠٣): في الصحة النفسية ، دار أتون للنشر، القاهرة.
- ٩٩- فتحي عبد الرحيم (١٩٩٠): سيكولوجية الأطفال غير العاديين واستراتيجيات التربية الخاصة، ج٢، ط٤، دار القلم، الكويت.
- ١٠٠- فتحي عبد الرحيم وحليم بشاوي (١٩٨٨): سيكولوجية الأطفال غير العاديين واستراتيجيات التربية الخاصة، ط٢، دار القلم ، الكويت.
- ١٠١- فرج طه وشاكر قنديل وحسين عبد القادر ومصطفى كامل (١٩٩٣): موسوعة علم النفس والتحليل النفسي، دار سعاد الصباح، الكويت.
- ١٠٢- فؤاد البهي السيد (١٩٥٨): الجداول الإحصائية لعلم النفس، والعلوم الإنسانية الأخرى، دار الفكر العربي، القاهرة.

- ١٠٣- _____ (١٩٧٩): علم النفس الإحصائي لقياس العقل البشري، دار الفكر العربي، القاهرة.
- ١٠٤- فؤاد أبو حطب وآمال صادق (١٩٩٩) نمو الإنسان (من مرحلة الجنين إلى مرحلة المسنين)، ط٤، مكتبة الأنجلو، القاهرة
- ١٠٥- كرم الجندي (١٩٨٩): لعب الدور كأحد أساليب التعبير التي يجب إضافتها لبرامج طريقة خدمة الجماعة، الكتاب السنوي الأول، الخدمة الاجتماعية، مكتبة النهضة العربية، القاهرة.
- ١٠٦- كمال دسوقي (١٩٨٥): علم النفس ودراسة التوافق، ط٣، مطابع جامعة الزقازيق، الزقازيق.
- ١٠٧- كمال سيسالم (١٩٨٨): الفروق الفردية لدى العاديين وغير العاديين، دار القلم، الكويت.
- ١٠٨- لويس مليكة (١٩٩٠): العلاج السلوكي وتعديل السلوك، دار القلم، الكويت .
- ١٠٩- ليلي كرم الدين (١٩٩٨): الاتجاهات نحو ذوي الحاجات الخاصة وسبل تعديلها، الدورة الثامنة لمركز دراسات الطفولة للعاملين مع الأطفال ذوي الحاجات الخاصة، نوفمبر ١٩٩٨، جامعة عين شمس، ص ٢٨-٤٦.
- ١١٠- ماجدة عبيد (٢٠٠٠): السامعون بأعينهم "الإعاقة السمعية"، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان.
- ١١١- محمد أبو العلا (١٩٨٨): علم النفس الاجتماعي، مكتبة عين شمس، القاهرة.
- ١١٢- محمد الأنور (٢٠٠٥): فاعلية برنامج إرشادي لزيادة تقدير الذات لدى المراهقين ضعاف السمع، رسالة دكتوراه، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة

- ١١٣- محمد السيد (١٩٩٩): موسوعة الصحة النفسية، "علم الأمراض النفسية والعقلية، الأسباب، الأعراض، التشخيص، العلاج"، دار قباء، القاهرة.
- ١١٤- محمد النوبى (٢٠٠٠): أساليب المعاملة الوالدية وعلاقتها بمستوى الطموح لدى الأطفال الصم، رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة الزقازيق.
- ١١٥- _____ (٢٠٠٥): سيكولوجية ذوي الإعاقة السمعية، دليل الآباء والأمهات والمعلمين، مكتبة النهضة المصرية، القاهرة.
- ١١٦- محمد أيوب (١٩٩٤): دور علم النفس في الحياة المدرسية، دار الفكر اللبناني، لبنان .
- ١١٧- محمد سلامة (١٩٨٥): دراسة تحليلية لدافع الرغبة في التقبل الاجتماعي في استجابة عينات من المراهقين المصريين، الكتاب السنوي في علم النفس، الجمعية المصرية للدراسات النفسية، المجلد الرابع، ص ٣٧٥ - ٣٩٨.
- ١١٨- محمد عبد الحى (١٩٩٤) : مدى فاعلية برنامج مقترح لتحسين مهارات التواصل لدى الأطفال ذوي الإعاقة السمعية، رسالة دكتوراه ، كلية التربية، جامعة الزقازيق .
- ١١٩- محمد عبد العزيز (١٩٩٩) : برنامج مقترح لتدريب الأطفال ضعاف السمع على السلوك التوافقي، رسالة ماجستير، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس .
- ١٢٠- _____ (٢٠٠٣): القبول/ الرفض الوالدي كما يدركه ذوي الإعاقة السمعية وعلاقته بالمشكلات النفسية، رسالة دكتوراه، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس .
- ١٢١- محمد عبد المؤمن (١٩٨٦) سيكولوجية غير العاديين وتربيتهم، دار الفكر الجامعة، الإسكندرية.

- ١٢٢- محمد محروس (١٩٩٤): نظريات الإرشاد والعلاج النفسي، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة.
- ١٢٣- محمد محروس ومحمد السيد (١٩٩٨): العلاج السلوكي الحديث أسسه وتطبيقاته، دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة.
- ١٢٤- محمد يوسف (١٩٩٨): برنامج إرشادي لتنمية بعض المهارات الاجتماعية لدى الأطفال ذوي الإعاقة السمعية، رسالة دكتوراه، كلية التربية، جامعة الأزهر.
- ١٢٥- مصطفى القمش (٢٠٠٠): الإعاقة السمعية واضطرابات النطق واللغة، دار الفكر للطباعة والنشر، عمان، الأردن.
- ١٢٦- ممدوحة سلامة (١٩٨٦): الإرشاد النفسي "أسسه ونظرياته"، ط٢، مطبعة الجامعة، الزقازيق.
- ١٢٧- ميخائيل أسعد (١٩٨٦) مشكلات الطفولة والمراهقة، ط٢، دار المعارف الحديثة، بيروت، لبنان.
- ١٢٨- ناريمان رفاعي (٢٠٠٨): علم نفس النمو، دار المصطفى للطباعة والترجمة، بنها.
- ١٢٩- ناصر المحارب (٢٠٠٠): المرشد في العلاج المعرفي السلوكي، دار الزهراء، الرياض، السعودية.
- ١٣٠- نوال عطية (٢٠٠١): علم النفس والتكيف النفسي والاجتماعي، دار الفكر العربي، القاهرة.
- ١٣١- هالهان وكوفمان (ترجمة عادل عبدالله، ٢٠٠٨): سيكولوجية الأطفال غير العاديين وتعليمهم، دار الفكر، عمان.
- ١٣٢- هادي قناوي (١٩٩٢): سيكولوجية المراهقة، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
- ١٣٣- وائل مسعود (٢٠٠٢): الأجهزة التعويضية والوسائل المساعدة لذوي الاحتياجات الخاصة، سلسلة إصدارات أكاديمية التربية الخاصة، الرياض.

١٣٤-وزارة التربية والتعليم (١٩٩٠): قرار وزارى رقم ٣٧ لسنة ١٩٩٠ فى شأن اللاحة التنفيذية لمدارس وفصول التربية الخاصة وزارة التربية والتعليم .

١٣٥-يوسف هاشم (٢٠٠٢): تفعيل دور الجمعيات لدمج ذوى الاحتياجات الخاصة عن المعوقين فى المجتمع، النشرة الدورية، اتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين، العدد ٧٢، السنة الثامنة عشر، ديسمبر، ص ٢٦-٣٢.

ثانياً : المراجع الأجنبية:-

- 136 -Al-Hilawani, Y. (2000) : *Cognitive Behavior modification: "A technique for teaching Skills to Hearing, Deaf, and Hard of hearing students"*. *International Journal of Rehabilitation Research*. Vol(23), No(3), PP.217-225).
- 137 -Antia, S., & Kreimeyer, K. (1996): *Social interaction and acceptance of deaf or hard-of-hearing children and their peers: A comparison of social-skills and familiarity-based interventions*. *The Volta Review*, 98 (4), 157-180.
- 138 - _____ (1997): - *The Generalization and Maintenance of the peer social behaviors of young children who are hard hearing, language, speech, and hearing services in Schools*, Vol(2).No(1),PP.59-69.
- 139 -Arnold ,E.& Atkins,H.(1991): *The Social and Emotional Adjustment of Hearing Impaired Children Integrated in Primary Schools* , *Educational Research*, Vol. (33) ,No(3), pp. 223 - 227.
- 140 - Barrett, M. (1986) : *Self-Image and Social Adjustment Change in Deaf Adolescent Participating in Social Living Class*, *Journal of Group Therapy Psychodrama & Sociometry* , Vol (39), No(1),pp. 3- 11.
- 141 -Beck A, (1976): *Cognitive therapy and the Emotional Disorders* .New York: International University Press.
- 142 -Broll ,L.(1984):*Impulsivity in Deaf Children and adolescents, Evaluation of A Cognitive Behavioral treatment Program*, *Dissertation. Abstracts International*, Vol (45), No(8B),P.2679.

- 143 -Carey,L.(1986): *An Assessment of Social Emotional Adjustment in Segregated and Mainstreamed Hearing Impaired Children*, Dissertation. *Abstracts International*, Vol(47),No (02A),P.496..
- 144 -Charles, B.(1995): *A Field Study of A Social Cognition Training Program for Deaf Adults in Vocational Rehabilitation*, Dissertation *Abstracts International*, Vol(54),No (5),P.1155 -A.
- 145 -Corey , G. (1996): *Theory and Practice of Group Counseling* , Brooks \ Cole. Company . Monterey, Calif
- 146 - Coyner, L. (1993): *Academic success self concept, social acceptance and Perceived social acceptance for hearing, hard of hearing and students in a relation setting*, journal of the elation deafness & Rehabilitation Association, Vol. 27, pp. 13-20.
- 147 -Crwen,B.(2000): *Brief Cognitive Behavior Therapy*. London,GBR.Sage Publication Ltd.
- 148 -Edward,L.(1980) : *The Psychology of Self- determination*. Lexington, Books, Toronto,D.C.Health and Company Lexington , Massachusetts.
- 149 - English,H.& English , A. (1958): *A Comprehensive Dictionary of Psychological and Psychoanalytical Terms*,Longman, New York .
- 150 - Foster,S,(1985) : *Mainstreaming Hearing Impairment Students Within a postsecondary Educational Setting .An Ecological Model of social Interaction*. Paper Presented at the Annual Conference of the American Educational Resarch Association, Boston April 1995,PP.12-20.
- 151 -Glass & Shea (1986): *Cognitive Therapy, and pharmacological Treatment for Shyness, and Social Anxiety*, In W. Hyones Imcheak, & S. R. Briggs, and Treatment, .New York.
- 152 -Goldenson, R. (1984): *Longmont Dictionary of Psychology and Psychiatry*, A waiter D. Glonze Book, Longmon.

- 153 -Hall, D& Hill, P.(1996): *The Child with A disability. Second Edition* ,London, Blackwell Science, Australia.
- 154 -Hopper(1988): *Self-Concept and Motor Performance of Hearing Impaired Boys and girls*, (ID-MB). Vol(8).No(3).PP.811-817
- 155 - Martin,D & Jonas,B.(1986) : *Cognitive Modification in The deaf adolescent. American Annals of Deaf. Vol (131).No (3), pp.261-269.*
- 156 - Meichenbaum,D (1977): *Cognitive Behaviour modification*,New York, Plenum Press.
- 157 - Michael,S. et al.(1990): *Progression Behavior modification*,New York,Vol.(75),PP.12-39.
- 158 - Michael,S&Antia,D(1999) *Considerations in Educating Deaf and hard - of- hearing Students in Inclusive Settings*,Journal of deaf studies and deaf education, Vol.(4),No.(3),PP.163-174.
- 159 - Moore,C.(1997): *Introduction to Psychology of Hearing* , (4th Edition),London Academic Press.
- 160 - Mootilal, A. (1993): *"Social Adjustment Patterns Of Deaf Adolescents In Various Educational Settings"*; Dissertation. Abstracts International., Vol. 32 (6), P. 1514.
- 161 - Mootilal, A& Musselman,C. (1996): *The Social Adjustment of Deaf Adolescents in Segregated, Partially integrated and Mainstreamed Settings. Educational Settings. Paper Presented at the Annual Meeting of the American Educational Research Association, New Orleans, 1994,PP.143-150.*
- 162 - Nancy, L. (1987): *The Effects Of Assertiveness Training On The Social Emottional Adjustment, Assertiveness And Impulsively Of Deaf Adults (Social Skills Personality).* Dissertation Abstracts International, Vol (47), 11B, P.4656.
- 163 - Patterson,C.(1986): *Theories of Counseling and Psychotherapy*,(4th Edition,New York.
- 164 - Smith,S ;Seigel,D ; O'camnor,A,and Thomas,S.(1994): *Effeccets of Cognitive - Behavioural Training on angry*

- Behaviour and aggression of three elementary aged students. Behaviour Disorders, Vol.(9) .No.(2),PP.126- 135.*
- 165 - Suarez ,M. (2000): *Promoting Social Competence in deaf Students: The effect of an intervention program, Journal of deaf studies and deaf education, Vol.(5),No.(4),PP.323-336.*
- 166 - Watson, M. (1986) :*The Adjustment Of Deaf Adolescents. A preliminary Cussal Model. , Dissertation Abstracts International.Vol (47),No (8): PP.3550-3562.*
- 167 - Wynand , W. (1994): *Therapy with The deaf children, Dissertation. Dissertation Abstracts International,Vol. (54), No (11) ,pp. 4034 - 4035 .*
- 168 - Yetman, M . (2002): *Peer A Relation and Self Esteem among Deaf Children in A Mainstream School Environment, US: Univ Microfilm International, Vol.(62), No(12-B), P. 5984.*
- 169 - Ysseldyke , J. & Algozzine ,B .(1995) : *Special Education; A practical approach for Teachers ; Boston ,Toronto , paloalto,New Jersery.*