
الفصل الثالث عشر

الفصل الثالث عشر

قلق الإعاقة وعلاقته ببعض الممارسات الوالدية لدى المراهقين الصم

مقدمة البحث:

يواجه المعاق عامة، والمعاق سمعياً خاصة مشكلات في التكيف مع البيئة التي يعيش فيها بسبب عجز عضوي وخصائص سلوكية قاصرة يتصف بها مما يجعله يختلف عن غيره من رفاق السن، فهو غير قادر على التواصل أو التعلم أو العمل أو إنجاز ما يمكن أن ينجزه غيره من أقرانه العاديين. ويعد فقدان والقصور السمعي من أفدح أنواع فقدان الحاسي الذي يتعرض له الفرد لأنه يقطع الصلة والاتصال المباشر بالمجتمع؛ ويحد من عالم خبرته ويحرمه من بعض المصادر المادية التي من خلالها يمكن تكوين وبناء شخصيته.

إلى جانب أن الإعاقة السمعية تؤثر على الصحة النفسية للأصم؛ حيث إنه يجد صعوبة في الاتصال بالآخرين وتكوين علاقات اجتماعية معهم، ويكون في حالة توتر مستمر، وذعر، وخوف، وتوجس من الآخرين مما يدفعه إلى الوقوع في برائن القلق. كما أن الأصم يعيش بين عالمين نفسيين فهو كغيره من الأشخاص يعيش في عالم السامعين، وهو أيضاً يعيش في عالمه النفسي الخاص به، ويتداخل هذان العالمان مع بعضهما فيتربت على ذلك القلق (الأقرع، 1999). وعليه، فإن الأصم يعاني من الصراع في رغبة العيش كفرد عادي السمع وبين إدراكه لعجزه؛ بالإضافة إلى إنه يتوقع حدوث الشر دوماً؛ لأنه يتشكك في كل الأمور المحيطة به؛ ويخشى أن يلحق به الضرر؛ ويخاف من المستقبل وماذا يحمل في طياته. لذا يتوقع الشر في الظروف العادية؛ ويشعر بعدم الأمان والقلق.

وفي ضوء ما سبق، أجريت بحوث متعددة للتعرف على القلق لدى الأصم وعلاقته ببعض المتغيرات الأخرى (Craig, 1990; Booth and Booth, 1994)؛ وغيرها من البحوث المتنوعة، ألا إنه يؤخذ على هذه البحوث أنها تناولت القلق عند الأصم من منظور القلق عند الشخص العادي؛ بينما نرى أنه يفترض عند

تناول القلق لدى المعاقين عامة، والصم خاصة أن نضع في اعتبارنا أن القلق هنا يرتبط بنوع الإعاقة، وطبيعتها، وشدتها. لذا لا بد من اشتقاق أو نحت نوع آخر من القلق بجانب الأنواع الأخرى للقلق مثل قلق الموت، وقلق الكمبيوتر، وقلق المستقبل وغيرها؛ يرتبط بالإعاقة؛ ويمكن أن نطلق عليه قلق الإعاقة حتى تكون هناك منطقية في المقارنة بين الإعاقات الأخرى بعضها ببعض.

ومن ثم، يتناول البحث الراهن نوعاً جديداً من أنواع القلق؛ وهو قلق الإعاقة وقد استند في صياغته النظرية على التعريفات والنظريات المختلفة للقلق، إلى جانب الكشف عن علاقته ببعض الممارسات الوالدية؛ حيث تعد الأخيرة بمثابة المصدر الرئيسي للمرض أو الصحة النفسية. إضافة إلى هذا، يهدف البحث الحالي إلى محاولة اختبار الفروق في متغير قلق الإعاقة - كمفهوم نفسي جديد - وفقاً لبعض المتغيرات الأخرى مثل النوع، ودرجة الإعاقة السمعية، والعمر، ومستوى تعليم الوالدين لدى المراهقين الصم.

مشكلة البحث:

يمثل القلق نوعاً من الانفعال غير السار يكتسبه الفرد ويكونه خلال المواقف التي يصادفها؛ ويصاحبه تغيرات فسيولوجية وأخرى نفسية؛ ويعزى الفضل إلى سيجموند فرويد Freud (1939) في إسهاماته في تفسير وتحليل القلق. ولقد تركزت أبحاث القلق حول القلق العام وأنواعه المختلفة مثل قلق الموت، وقلق الكمبيوتر، والقلق الاجتماعي، والقلق الثقافي، وقلق استخدام المكتبة، وقلق المستقبل، وقلق السمة، وقلق الحالة، وقلق الامتحان أو الاختبار، وقلق العمليات الجراحية، وقلق الانفصال.

وعلى الرغم من تعدد أنواع القلق في الأدبيات النفسية، إلا أن الباحث الحالي لم يجد حتى إشارة حول القلق المرتبط بالإعاقة أو ما سماه بقلق الإعاقة Handicapping Anxiety. ويرى الباحث إنه من الأهمية بمكان تناول مثل هذا النوع من القلق لمدى ارتباطه بالإعاقات المختلفة التي تصيب الإنسان؛ سواء أكانت إعاقات حسية أم إعاقات عضوية، لأنه من غير المعقول أن يقوم الباحثين بقياس القلق للإعاقات المختلفة بمقاييس القلق التي تطبق على العاديين. لذا، يرى الباحث الراهن ضرورة تصميم مقياس لقياس

قلق الإعاقة من أجل التعرف على الفروق في هذا المتغير بين فئات الإعاقة المختلفة، وإلى جانب ارتباطه بمتغيرات نفسية وأخرى اجتماعية.

ومن خلال مراجعة الباحث للبحوث السابقة في مجال القلق لفئات متباينة من الإعاقة؛ وخاصة الإعاقة السمعية؛ انتهى إلى أن معظم تلك البحوث قامت بقياس القلق لدى المعوقين سمعياً بمقاييس القلق العادية (Tummers, 1997; Eidson, 1997)، وهذا ما دفع الباحث الحالي إلى تصميم مقياس خاص لقياس قلق الإعاقة مستنداً في ذلك على التعريفات والنظريات المختلفة للقلق؛ إضافة إلى الكشف عن مدى ارتباط بعض الممارسات الوالدية السوية وغير السوية لدى المراهقين الأصم، وخاصة وأن البحوث التي أجريت في مجال القلق والممارسات الوالدية لدى المعاقين سمعياً اعتمدت أيضاً على مقاييس العاديين في قياس القلق (Galkowski, 1978).

وفي ضوء ما تقدم من معطيات، تكمن مشكلة البحث الراهن في محاولة الكشف عن العلاقة بين قلق الإعاقة - كمفهوم جديد في التراث النفسي - وبعض الممارسات الوالدية السوية (التقبل، والاستقلال، والتشجيع)؛ وغير السوية (القسوة، والتذبذب، والتحكم، والعقاب البدني، والتوبيخ)، إلى جانب التعرف على الفروق في قلق الإعاقة في ضوء بعض المتغيرات الديموجرافية (النوع، ودرجة الإعاقة، والعمر، ومستوى تعليم الوالدين) لدى المراهقين الصم.

ومن ثم، يحاول البحث الإجابة على التساؤلات التالية: ما العلاقة بين قلق الإعاقة وبعض الممارسات الوالدية السوية وغير السوية؛ وما الفرق في قلق الإعاقة وفقاً لمتغيرات النوع، ودرجة الإعاقة، والعمر، ومستوى تعليم الوالدين؟

هدف البحث:

هدف البحث الكشف عن العلاقة بين قلق الإعاقة وبعض الممارسات الوالدية، والتعرف على الفروق في قلق الإعاقة وفقاً لمتغيرات النوع، ودرجة الإعاقة، والعمر، ومستوى تعليم الأبوين لدى المراهقين الصم.

أهمية البحث:

على الرغم من التقدم الطبي والتكنولوجي إلا أن نسبة الإعاقات في تزايد مستمر؛

وربما يعزي هذا إلى الزيادة السكانية ليس فقط على مستوى الصعيد المحلي، بل أيضاً على مستوى الصعيد العالمي، لذا فإنه من الجور أن تجرى مقارنات على الفئات المختلفة للإعاقة والعاديين، بمقاييس نفسية تم تصميمها وتقنينها على الأسوياء. ولا شك أن تكون المقارنة دوماً إلى جانب المعاقين في حالة الكشف عن المتغيرات المرضية واللاتوافقية، وتكون لصالح العاديين في حالة التعرف على المتغيرات النفسية والانفعالية السوية؛ لذا نرى أنه من الضرورة تصميم مقاييس خاصة للإعاقة بغض النظر عن نوعها، وطبيعتها، وشدتها من أجل توفير منطقية المقارنة بين فئات الإعاقة المختلفة. ومن ثم تكمن الأهمية النظرية للبحث في محاولة تقديم مفهوم جديد إلى التراث النفسي وهو قلق الإعاقة، وتصميم مقياس لقياسه، وحساب خصائصه السيكومترية من صدق وثبات، ومحاولة ربطه ببعض المتغيرات الاجتماعية مثل بعض الممارسات الوالدية، والكشف عن الفروق في هذا المتغير وفقاً لمتغيرات النوع، ودرجة الإعاقة، والعمر، ومستوى تعليم الوالدين. وقد تم اختيار بعض الممارسات الوالدية لمدى ارتباطها بشتى المتغيرات المعرفية وغير المعرفية، والمرضية والسوية؛ لأن الممارسات الوالدية تعد بمثابة الركيزة الأولى للمرض النفسي والصحة النفسية.

وتتجلى الأهمية التطبيقية للبحث في الحصول على نتائج علمية جديدة ربما تفيد العاملين في مجال الإعاقات المختلفة في التعرف على الديناميات النفسية بينهم، ومحاولة تصميم برامج إرشادية تداخلية من أجل تخفيف الاضطرابات النفسية لدى المعاقين عامة، والصم خاصة.

حدوث البحث:

يتحدد البحث بالعينة المستخدمة والمكونة من ١٢٠ مراهقاً ومراهقة من المراهقين الصم، وبالمقاييس المستخدمة لقياس قلق الإعاقة، وبعض الممارسات الوالدية السوية وغير السوية.

مفاهيم البحث:

١- قلق الإعاقة:

يعد القلق لب الصحة النفسية فهو أساس جميع الإنجازات الإيجابية في

الحياة، فهو باتفاق جميع مدارس علم النفس الأساس لكل الاختلالات الشخصية واضطرابات السلوك، ولكنه في الوقت ذاته الركيزة الأولى لكل إنجازات البشرية سواء المألوفة أو الإبداعية (موسى، ١٩٩١).

ويعرف القلق بأنه: حالة توتر شامل ومستمر نتيجة توقع تهديد خطر فعلي أو رمزي قد يحدث، ويصاحبها خوف غامض وأعراض نفسية جسمية (زهرا، ١٩٧٧)؛ وبأنه: إشارة الخطر التي يعنى كل موارد الفرد الجسمية والنفسية في سبيل الحفاظ على الذات والدفاع عنها، وقد يكون القلق في الوقت نفسه دليلاً على الاختلال الذي يؤدي إذا زادت حدته إلى اضطراب ونكوص في الوظائف النفسية (غالي وأبو علام، ١٩٧٧)؛ وبأنه: نذير خطر أو تهديد ينشط الكائن الحي أي بمثابة جهاز إنذار مبكر من الناحية النفسية يساعد على التكيف مع البيئة (سوين، ١٩٧٩)؛ وبأنه: حالة من الترقب لحدوث خطر وشيك تتاب الفرد نتيجة لحدث محدد أو غير محدد (مخير، ١٩٨٣)؛ وبأنه: حالة من الكدر والغم والخوف الذي يمتلك الفرد، ويسيطر عليه، ومنه يتربق الفرد خطراً سيحدث، وهذا الخطر يدفع الفرد للبحث عن حل تكتيكي مناسب يخلص الفرد من معاناته، فإذا فشل فإنه ينجم عنه آلام نفسية وجسمية تقف عائقاً أمام الفرد وتزيد من معاناته الداخلية العميقة (أبو هين، ١٩٨٨)؛ وبأنه: استجابة انفعالية موجهة إلى المكونات الأساسية للشخصية (الكعبي، ١٩٩٧)؛ وبأنه عبارة عن ردة فعل غير محددة للجسم تجاه مطلب يستدعي ذلك (الراشد، ٢٠٠٠)؛ وبأنه عبارة عن ردة فعل الفرد على الخطر الناجم عن فقدان، أو الفشل الواقعي، أو المتصور، والمهم شخصياً للفرد حيث يشعر بالتهديد جراء هذا فقدان أو الفشل (رضوان، ٢٠٠٢).

ومن خلال ما تم عرضه من تعريفات؛ فإن القلق بمثابة شعور يمر به جميع الناس خلال مراحل نموهم المختلفة ويشكل دافع يوجه نشاط الإنسان نحو تقادي أو رد الأخطار المادية والمعنوية التي تهدد حياته وإعادة تكيفه مع ذاته، والبيئة المحيطة به، ولكن في حالة الفشل ينتج عنه أعراض نفسية وجسمية تؤدي إلى إعاقة سلوكه وأداءه وتسبب له شعوره بالمعاناة والغم والكدر وعدم الطمأنينة النفسية.

وإلى جانب هذا، قام الباحثين بتصنيف القلق إلى عدة أنواع؛ منها ما اعتمد على

مسبات القلق، ومنها الأحر ما اعتمد على الآثار المترتبة على القلق، ولكن هناك شبه اجماع بين العلماء على تصنيف القلق على النحو التالي: **القلق الموضوعي**، وهو قلق واقعي خارجي المصنر وهو موجود بالفعل ويحدث لدى الأسوياء فمثلاً في مواقف الانتظار كانتظار عملية جراحية أو الإقدام على مشروع مصيري وغير ذلك من الأمور العسرة في الحياة اليومية (جيل، ٢٠٠٠). و**القلق العصابي**؛ وهو قلق شديد لا تتصح فيه معائنه المثير. ويبدو على شكل خوف من مجهول، وتعتبر أعراضه النفسية والفيزيولوجية عن اضطراب داخلي يكون أشد بكثير مما يظهر في حالة القلق الموضوعي المألوفة (ماسا، ١٩٩٧)، و**القلق الهانئ**؛ وهو البحث عن أية فكرة تكون السبب في القلق. ويشعر الفرد بتهديد أو خوف مستمر وأصحاب هذا النوع من القلق يتوقعون دائماً الأسوأ، و**القلق المخاوف المرضية**؛ وهو أن يخاف الفرد من أشياء لا تخيف الأسوياء من البشر مثل الخوف من الحشرات أو الخوف من رؤية الدم، و**القلق الهوس**؛ وهو قلق ناتج عن توقع حدوث أعراض مرضية عانى منها الشخص قبل نوباته النفسية (الدسوقي، ١٩٩٧)، و**القلق العام**؛ وهو بمثابة استعداد لدى الفرد يؤدي إلى معاناة من القلق الوجداني، إذا ما عرض لحظر خارجي يدركه (جمل الليل، ١٩٩٧)؛ و**القلق الثانوي**؛ وهو عرض مر عراض الاضطرابات النفسية الأخرى حيث يعد القلق عرضاً مشتركاً في جميع الأمراض النفسية تقريباً (زهران، ١٩٩٧)، و**القلق الخلقى**؛ وينشأ هذا النوع من القلق نتيجة تحدير الأنا الأعلى للفرد عندما يقترف أو يفكر في الأتيان بسلوك يتعارض مع المعايير والقيم التي يمثلها جهاز الأنا الأعلى؛ ويتمثل هذا القلق في مشاعر الخزي والإثم والخجل والاشمئزاز (كفافي، ١٩٩٠).

وإلى جانب هذا، توجد أنواع أخرى من القلق مثل ما يلي: قلق استخدام المكتبة Library Anxiety؛ و**القلق الثقافي Cultural Anxiety**؛ و**القلق الاجتماعي Social Anxiety**؛ و**قلق الموت Death Anxiety**؛ و**قلق السمة Trait Anxiety**؛ و**قلق الحالة State Anxiety**؛ و**قلق الامتحان Test Anxiety**؛ و**قلق الكمبيوتر Surgeryical Operation Computer Anxiety**؛ و**قلق العمليات الجراحية Separation Anxiety**؛ و**القلق من التدريس Teaching Anxiety**؛ و**قلق الإعاقة Handicapping Anxiety**.

ويعد قلق الإعاقة من أنواع القلق التي لم تظهر بعد في الأدبيات النفسية، ويقصد به القلق المصاحب لإعاقة ما، فمثلما الكمبيوتر، والعمليات الجراحية، وأداء الامتحانات المختلفة وغيرها يؤدي إلى قلق؛ فإن الإعاقة بالقياس إلى ذلك تؤدي أيضاً إلى قلق.

ونرى أن من أسباب قلق الإعاقة الشعور بالتهديد الداخلي أو الخارجي الذي تفرضه طبيعة الإعاقة سواء أكانت بسيطة أم متوسطة أو حادة، ومواقف الحياة الضاغطة والضغوط الثقافية والبيئية، وفقدان الشعور بالأمن، والإحباط المستمر، والتعرض للحوادث والخبرات الحادة.

إضافة إلى هذا، هناك آثار مترتبة على قلق الإعاقة مثل الآثار النفسية؛ والتي تتمثل في عدم الاستقرار، والشعور بانعدام الأمل، والحساسية المفرطة وسرعة الاستئثار، والخوف الشديد غير المعلوم المصدر، وعدم القدرة على تركيز الانتباه، والإحساس الدائم بتوقع الهزيمة، وعدم الثقة والطمأنينة، والرغبة في الهروب، والتردد في اتخاذ القرارات، والتشاؤم، وتدهور القدرة على الإنجاز والعمل، وعدم التوافق الاجتماعي، والآثار الفسيولوجية؛ والتي تتمثل في زيادة نشاط الجهاز العصبي، والتوتر العضلي، والإحساس بالتوتر وعدم الاستقرار، وزيادة الحركة، واضطراب في النوم، وعسر الهضم، وارتفاع ضغط الدم، وجحوظ العينان، وزيادة العرق والتبول والإسهال، وزيادة الحركات المعوية مع اضطراب الهضم والشهية، والصداع.

إلى جانب هذا، يمكن الاستعانة بالنظريات التحليلية، والسلوكية، والإنسانية، والوجودية في تفسير قلق الإعاقة.

ومن ثم، يمكن تعريف قلق الإعاقة بأنه شعور يمر به الأفراد من ذوي الإعاقات الحسية (العقلية، السمعية، البصرية، الحركية) خلال مراحل نموهم المختلفة بسبب الإعاقة، كما إنه حالة من الترقب لحدوث خطر وشيك سيحدث، وهذا الخطر يدفع المعوق للبحث عن حل مناسب يخلصه من معاناته، فإذا فشل فإنه ينجم عنه آلام نفسية وجسمية تقف عائقاً أمامه وتزيد من معاناته الداخلية العميقة.

٢- الممارسات الوالدية:

توجد في كل ثقافة ممارسات متباينة من قبل اللوالدين ويختلف إدراك الأبناء

لأساليب التي يتعاملون بها من قبل أبويهم. ويمكن تعريف الأساليب الوالدية بأنها: كل ما يراه الآباء ويتمسكون به من أساليب في تفاعل الآباء في مواقف حياتهم المختلفة، وذلك كما يعبر عنها هؤلاء الآباء (مياسا، ١٩٧٩)؛ وبأنها: كل سلوك يصر من الأب والام أو كليهما ويؤثر في الطفل وعلى نمو شخصيته سواء قصد بهذا السلوك التوجيه أو التبرجة أم لا (كفاقي، ١٩٧٩)؛ وبأنها: الأساليب أو الأسس التربوية التي يعامل بها الآباء الآباء (السيد، ١٩٨٠)؛ وبأنها: ما يحيط به الوالدين الطفل من الرعاية أو الإهمال، من تشجيع أو تثبيط، من دفء المشاعر أو اللامبالاة، ومن أوامر أو نواهي ومطالب وعقوبات وتسامح، مكوناً جواً نفسياً عاماً يحيط بالتفاعل بين الطفل وأسرته (سلامة، ١٩٨٤)؛ وبأنها: الأساليب التي يتبعها الآباء لإكساب الآباء أنواع السلوك المتحفظه والقيم والعادات والتقاليد (دسوقي، ١٩٩١).

وتتحدد الممارسات الوالدية في البحث الراهن في الأساليب التالية: التقبل، والقسوة، والتذبذب، والاستقلال، والتحكم، والعقاب البدني، والتشجيع، والتوبيخ.

٣- الأصم:

أن الأصم هو الذي فقد حاسة السمع نهائياً لأسباب وراثية أو مكتسبة، سواء منذ الولادة أو بعدها، الأمر الذي يحول بينه وبين متابعة الدراسة، وتعلم خبرات الحياة مع أقرانه العاديين وبالطرق العادية (عبد المؤمن، ١٩٨٦)؛ وهو غير القادر على استخدام السمع في فهم كلام الآخرين، بالرغم من قدرته على استقبال بعض الأصوات حتى باستخدام المعين السمعي، وانخفاض السمع لديه كبيراً جداً إلى درجة أنه لا يفهم الكلام من خلال الأذن فقط، والشخص الأصم لديه اضطراب سمعي مزمن؛ ويعتمد على البصر في اللغة والتواصل حتى مع استخدام المعينات القوية (Heward and Orlansky, 1992)؛ وهو الذي فقد الحاسة السمعية عند الميلاد أو قبل تعلم الكلام، أو حتى بعد تعلم الكلام لدرجة لا تسمح له بالاستجابة الطبيعية للأغراض التعليمية والاجتماعية في البيئة السمعية، إلا باستخدام طرق التواصل المعروفة: طريقة الإشارة - قراءة الشفاه - هجاء الأصابع - التواصل الكلي (عبد النبي، ١٩٩٦)؛ وهو الشخص الذي يعاني من فقدان سمعي بدرجة خطيرة وكافية لمنع التقدم العلمي (Stewart and Kluwin, 2001)؛ وأنه ذلك الفرد الذي يعاني من عجز سمعي يصل إلى درجة

تسوي ٧٦ ديسيل فأكثر، تحول دون اعتماده على حاسة السمع في فهم الكلام سواء باستخدام السماعات أو دونها (مفلح وفواز، ٢٠٠٣).

وتوجد أسباب للإعاقة السمعية؛ منها عوامل تحدث قبل الميلاد (عوامل وراثية - عوامل خلقية)، وعوامل تحدث أثناء الولادة (الولادة المتعسرة - تنافر الدم بين الأب والأم - الولادة المبكرة - التهاب السحايا)، وعوامل تحدث بعد الولادة (إصابة الطفل ببعض الأمراض - وجود بعض الأشياء الغريبة في الأذن - التلوث السمعي والتعرض المتكرر للأصوات العالية - الغوص المتكرر في أعماق البحار - الشيخوخة) (القريطي، ١٩٩٦؛ موسى، ٢٠٠٢).

بحوث سابقة:

يمكن تقسيم البحوث السابقة في مجال الإعاقة السمعية على النحو التالي:

المحور الأول: بحوث تناولت القلق لدى الصم:

توجد بحوث تناولت القلق الشخصي Interpersonal Anxiety كدالة للإعاقة السمعية لدى كبار السن (Neuhous, 1981)، وأثر تدريب التغذية الرجعية البيولوجية للانقباضات والاسترخاءات العضلية Electromyographic Biofeedback Training على وجهة الضبط والقلق لدى طلاب الكلية الصم (Seward, 1983)؛ والقلق ومستويات التوافق بين المعاقين بصرياً وسمعيّاً وعلاقتها بوجهة الضبط والمتغيرات المعرفية والاجتماعية والبيوجرافية (Agrawal and Kaur, 1985)؛ والكشف عن العلاقة بين القلق والتهتهة (Craig, 1990)؛ والكشف عن العلاقة بين قلق التواصل كسمة Trait Communication Anxiety وسلوك التواصل بين الأفراد المعاقين سمعيّاً (Booth and Booth, 1994)، والقلق لدى الأشخاص الكبار المعاقين سمعيّاً (Andersson and Green, 1995)، وأثر النشاط البدني الهوائي Aerobic Physical Activity على القلق واستهلاك الكحول لدى الأفراد الصم (Tummers, 1997)؛ وقياس قلق الرياضيين المعاقين سمعيّاً. وإدراكات الذات (Eidson, 1997).

المحور الثاني: بحوث تناولت الممارسات الوالدية لدى الصم:

هناك بحوث متباينة كشفت عن الممارسات الوالدية للأفراد المعاقين سمعيّاً وعلاقتها ببعض المتغيرات المختلفة مثل تلك البحوث التي تناولت الاتجاهات

الوالدية والتوافق الانفعالي للأطفال الصم (Neuhaus, 1969)؛ والعلاقة بين الاتجاهات الوالدية والتحصيل لدى الطلاب المعاقين سمعياً في الصف الدراسي السابع حتى الثاني عشر (Witson, 1986)، واتجاهات أخصائي السمع Audiologists، والوالدية فيما يتعلق بإرشاد أسر الأطفال الصم (Martin, et al., 1987)؛ وأثر المعرفة والتواصل على اتجاهات الآباء العاديين سمعياً نحو الناس الصم (Addams, 1988)؛ وإدراكات الآباء نحو تنشئة أطفالهم المعاقين سمعياً والعاديين (Adams and Tidwell, 1988)؛ والكشف عن المشكلات النفسية للأطفال المعاقين سمعياً واتجاهاتهم الوالدية (Dharitri and Murthy, 1990)؛ والكشف عن الاتجاهات الوالدية ومهارات التواصل لأبنائهم الصم (Hadadian and Rose, 1991)؛ والاختيارات المهنية للمراهقين الصم وإدراكاتهم للاتجاهات الوالدية نحو كفاءتهم كأفراد معاقين سمعياً (Allen, 1992)؛ ومقارنة بين الأمهات البيض والسود للذكور والإناث الصم والعاديين سمعياً في قيم تنشئة الطفل التسلطية (Valentin, 1993)؛ وتنشئة وتعليم الطفل الأصم (Marschark, 1997)؛ والعقاب البدني كأحد الممارسات الوالدية مع الأطفال الصم (Roper, 1997)؛ والاتجاهات الوالدية نحو التعليم المدرسي العام للطلاب الصم والقضايا التي تؤثر في اختيارات تحديد المكان الملائم (Izzo, 1999).

المحور الثالث: بحوث تناولت القلق وعلاقته بالممارسات الوالدية لدى الصم: توجد قلة من البحوث التي تناولت العصابية، ومستوى القلق واتجاهات آباء الأطفال الصم (Galkowski, 1978).

تعقيب:

أبانت نتائج البحوث في المحور الأول أنها تناولت القلق لدى الصم؛ وقد تم قياس هذا القلق بمقاييس القلق العادية التي تطبق على العاديين، بينما نرى أن قياس قلق الإعاقة بغض النظر عن نوعها وشدتها يختلف إلى حد كبير عن قياس القلق بوجه عام. ومن ثم، أصبح هناك ضرورة لإضافة نوع آخر من القلق؛ ألا وهو قلق الإعاقة، وهذا ما هدف إليه البحث الراهن في بناء مقياس قلق الإعاقة وحساب خصائصه السيكومترية من صدق وثبات وتطبيقه على المراهقين الصم كأحد فئات الإعاقات الحسية.

وعلى الجانب الآخر، هدفت نتائج بحوث المحور الثاني الكشف عن الممارسات الوالدية للأطفال والمراهقين الصم. إضافة إلى هذا؛ توجد قلة في البحوث التي كشفت عن طبيعة العلاقة بين الفلق والممارسات الوالدية لدى المعاقين سمعياً؛ كما يتضح ذلك في بحوث المحور الثالث.

ومن ثم، ومن خلال مراجعة الأدبيات النفسية المرتبطة بمتغيرات الفلق والممارسات الوالدية لدى الصم؛ يقدم الباحث الحالي مفهوماً جديداً لم يتناوله أحد من البحوث من قبل ألا وهو قلق الإعاقة وبناء أداة لقياسه وربطه بعض الممارسات الوالدية السوية مثل: التقبل، والاستقلال، والتشجيع، وبعض الممارسات الوالدية غير السوية مثل: القسوة، والتذبذب، والتحكم، والعقاب البدني، والتوبيخ.

وعليه، تكمن مشكلة البحث الراهن في محاولة الكشف عن العلاقة بين قلق الإعاقة وبعض الممارسات الوالدية لدى المراهقين الصم؛ إلى جانب الفروق في قلق الإعاقة في ضوء متغيرات النوع، والعمر، ومستوى تعليم الأبوين، ودرجة الإعاقة السمعية (جزئية - كلية).

فروض البحث:

نظراً لعدم وجود بحوث سابقة في مجال قلق الإعاقة وعلاقته ببعض الممارسات الوالدية، والفروق الجنسية، والعمرية، ومستوى تعليم الوالدين؛ فإنه يمكن صياغة فروض البحث على النحو التالي:

- ١- لا توجد علاقة دالة إحصائية بين قلق الإعاقة وبعض الممارسات الوالدية لدى المراهقين الصم.
- ٢- لا يوجد فرق ذو دلالة إحصائية في قلق الإعاقة بين الذكور والإناث الصم.
- ٣- لا يوجد فرق ذو دلالة إحصائية في قلق الإعاقة وفقاً لدرجة الإعاقة السمعية (صم جزئي - صم كلي) للمراهقين الصم.
- ٤- لا يوجد فرق ذو دلالة إحصائية في قلق الإعاقة وفقاً لمتغير العمر (المرحلة الإعدادية - المرحلة الثانوية) لدى المراهقين الصم.
- ٥- لا يوجد فرق ذو دلالة إحصائية في قلق الإعاقة وفقاً لمتغير مستوى تعليم الوالد (منخفض - متوسط - مرتفع) لدى المراهقين الصم.

٦- لا يوجد فرق ذو دلالة إحصائية في قلق الإعاقة وفقاً لمتغير مستوى تعليم الوالدة (منخفض - متوسط - مرتفع) لدى المراهقين الصم.

منهج البحث:

يستند هذا البحث إلى المنهج الوصفي المقارن.

[١] عينة البحث:

تكونت عينة البحث من مائة وعشرين مفحوصاً ومفحوصة من المراهقين الصم الذين تم اختيارهم من مدارس الأمل الإعدادية والثانوية للصم في محافظة الغربية، وفيما يلي وصفاً لعينة البحث.

= متغير النوع: تكونت عينة البحث من ستين ذكراً، وستين أنثى من المراهقين الصم.

= متغير درجة الإعاقة: تكونت عينة البحث من (٣١) مفحوصاً ومفحوصة من المراهقين الذين يعانون من الصمم الجزئي، و(٨٩) مفحوصاً ومفحوصة من المراهقين الذين يعانون من الصمم الكلي.

= متغير العمر: تكونت عينة البحث من (٥٩) مفحوصاً ومفحوصة من المراهقين الصم من الصف الثاني الإعدادي، ممن تراوحت أعمارهم من ١٣ إلى ١٥ سنة، بمتوسط حسابي قدره (١٣,٨)، و(٦١) مفحوصاً ومفحوصة من المراهقين الصم من الصف الثاني الثانوي، ممن تراوحت أعمارهم من ١٥ إلى ١٨ سنة، بمتوسط حسابي قدره (١٦,٣).

= متغير مستوى تعليم الوالدة: تكونت عينة البحث من (٤٨) مفحوصاً ومفحوصة من المراهقين الصم ممن آبائهم ذوي تعليم منخفض، و(٤٤) مفحوصاً ومفحوصة ممن آبائهم ذوي تعليم متوسط، و(٢٨) مفحوصاً ومفحوصة ممن آبائهم ذوي تعليم مرتفع.

= متغير مستوى تعليم الوالدة: تكونت عينة البحث من (٥٢) مفحوصاً ومفحوصة من المراهقين الصم من أمهاتهم ذوات تعليم منخفض، و(٤٤) مفحوصاً ومفحوصة ممن أمهاتهم ذوات تعليم متوسط، و(٢٤) مفحوصاً ومفحوصة ممن أمهاتهم ذوات تعليم مرتفع.

[٢] مقاييس البحث:

تم استخدام المقاييس النفسية التالية في البحث الراهن.

أ- مقياس قلق الإعاقة:

قام الباحث بمراجعة الأدبيات النفسية في مجال القياس النفسي لمتغير القلق. فلم يجد مقياساً يقيس قلق الإعاقة Handicapping Anxiety على وجه الخصوص؛ على الرغم من وجود مقاييس متعددة لقياس قلق استخدام المكتبة Library Anxiety، والقلق الثقافي Cultural Anxiety، والقلق الاجتماعي Social Anxiety، والقلق العام General Anxiety، وقلق الموت Death Anxiety، وقلق السمة Trait Anxiety، وقلق الحالة State Anxiety، وقلق الامتحان Test Anxiety، وقلق الكمبيوتر Computer Anxiety، وقلق العمليات الجراحية Surgical Operation Anxiety، وقلق الانفصال Seperation Anxiety، والقلق من التدريس Teaching Anxiety.

ومن أجل تصميم مقياس لقياس قلق الإعاقة، تم الإطلاع على التعريفات المختلفة للقلق، والنظريات المتنوعة المفسرة له، والقيام بدراسة استطلاعية على مجموعة من الخبراء المتخصصين في مجال الإعاقة السمعية بهدف التعرف على أبعاد قلق الإعاقة. وتم الوصول إلى الأبعاد التالية: الخوف من الإعاقة، والضغط النفسية المرتبطة بالإعاقة، والصراعات النفسية المرتبطة بالإعاقة، والاضطرابات الفسيولوجية المرتبطة بقلق الإعاقة.

إضافة إلى هذا، تم تحديد التعريف الإجرائي لكل بعد من هذه الأبعاد على النحو التالي:

= الخوف من الإعاقة: يقصد بالخوف من الإعاقة صعوبة التحصيل، وعمما سيحدث في المستقبل، والإصابة بالمرض، والحساسية المفرطة، والخوف من أشياء مختلفة، وما يقوله الآخرون بسبب الإعاقة، والخوف من الآخرين عند ركوب القطارات والسيارات العامة، والخوف على أشياء غير نوي جدوى.

= الضغط النفسي المرتبط بالإعاقة: يقصد بالضغط النفسي المرتبط بالإعاقة صعوبة ممارسة العمل، والمعاناة من بعض المتاعب، والشعور بالعزلة، وعدم التواصل مع الآخرين، وجرح المشاعر، والنقد من قبل الآخرين، وعدم الشعور بالقيمة والفائدة، وعمّا يظنه الناس نحوه، والعزلة من قبل الأقارب، والمبالغة في تصوير العيوب، ومراقبة الآخرين أثناء أداء عمل ما، ونظرة الناس له، ونقص الثقة في القدرات العقلية.

= الصراع النفسي المصاحب للإعاقة: يقصد بالصراع النفسي المصاحب للإعاقة عدم القدرة على الإنجاز، وفهم الآخرين الخاطئ نحو تصرفاته، والفشل في تكوين صداقات مع الآخرين، وممارسة الأعمال المختلفة، والقيام برحلة ما، وحضور الحفلات الاجتماعية، وأن يكون وسط الآخرين، والتردد في اتخاذ القرارات المصيرية.

= الاضطرابات الفسيولوجية المصاحبة للإعاقة: يقصد بالاضطرابات الفسيولوجية المرتبطة بالإعاقة صعوبة التنفس، وأوجاع في المعدة، وصعوبة النوم، وفقد الشهية إلى الطعام، والإصابة بالإسهال أو الإمساك، والشعور بالألام في جميع أجزاء الجسم، وحموضة في المعدة، ونوبات من الغثيان والقيء، والإصابة بالصداع ورجفة في البدن، وتصبب العرق، وخفقان القلب، والإصابة بطفح جلدي، وصعوبة في بلع الطعام، وفي بدء التبول أو ضبطه.

وفي ضوء التعريفات الإجرائية لأبعاد مقياس قلق الإعاقة، تم بناء البنود الخاصة لكل بعد، وتكون المقياس في صورته المبدئية من ستين بنداً. وقد تم عرض بنود مقياس قلق الإعاقة على مجموعة من الخبراء في مجال الإعاقة السمعية للحكم على صدق بنود مقياس قلق الإعاقة في ضوء التعريفات الإجرائية لكل بعد، فتم حذف عشر عبارات. وعليه انتهى المقياس في صورته النهائية إلى خمسين بنداً. ويتم الاستجابة على كل بند من خلال ميزان تقدير مكون من ثلاثة أوزان هي: نعم (تعطي ثلاث درجات)، وإلى حد ما (تعطي درجتين)، ولا (تعطي درجة واحدة فقط). ومن ثم، تراوحت الدرجات على مقياس قلق الإعاقة من خمسين درجة إلى مائة وخمسين درجة؛ حيث تدل الدرجة المنخفضة على القلق المنخفض من الإعاقة بينما تمثل الدرجة المرتفعة على القلق المرتفع من الإعاقة (انظر ملحق هـ). ويوضح جدول (١) أبعاد مقياس قلق الإعاقة وبنوده.

جدول (١)

أبعاد مقياس قلق الإعاقة وبنوده

المجموع	البنود	أبعاد المقياس
٩	٤٧، ٤٦، ٣٦، ٣٤، ٣٢، ١٧، ٩، ٧، ١	خوف من الإعاقة.
١٦	٣٠، ٢٤، ٢٢، ١٨، ١٦، ١٤، ١٢، ٦، ٤، ٢ ٤٨، ٤٣، ٤٢، ٤١، ٤٠، ٣٨	انحط النفسى المرتبط بالإعاقة.
٩	٥٠، ٤٩، ٤٥، ٣١، ٣٥، ٣٣، ٣١، ٢٩، ٢٧	انصراف النفسى المصاحب للإعاقة.
١٦	٢٢، ٢١، ١٩، ١٥، ١٣، ١١، ١٠، ٨، ٥، ٣ ٤٤، ٣٩، ٢٨، ٢٦، ٢٥، ٢٣	الاضطرابات النفسولوجية المرتبطة بالإعاقة.
٥٠		المجموع

الخصائص السيكومترية لمقياس قلق الإعاقة:

(١) صدق مفردات المقياس: تم حساب صدق مقياس قلق الإعاقة باستخدام

أسلوب صدق مفردات الاختبار، وذلك من خلال حساب معاملات الارتباط بين

درجة كل بند والمجموع الكلي لبنود المقياس على عينة مكونة من ستين مراهقا

ومراقبة من المراهقين الصم ممن بلغ المتوسط الحسابي لأعمارهم ١٦،٦. ويوضح

جدول (٢) معاملات الاتساق الداخلي لبنود مقياس قلق الإعاقة.

جدول (٢)

معاملات الاتساق الداخلي لبنود مقياس قلق الإعاقة

رقم البند	معامل الارتباط								
١	٠٠، ٤٠٢	١١	٠٠، ٢٧٦	٢١	٠٠، ٣٩٧	٣١	٠٠، ٣١٥	٤١	٠٠، ٤٥٩
٢	٠٠، ٣٤٤	١٢	٠٠، ٤٧٥	٢٢	٠٠، ٣٣٣	٣٢	٠٠، ٢١٥	٤٢	٠٠، ٣٧٤
٣	٠٠، ٢٢٥	١٣	٠٠، ٤٣٧	٢٣	٠٠، ٣٤٨	٣٣	٠٠، ٣٩٧	٤٣	٠٠، ٢٨٠
٤	٠٠، ١٩٣	١٤	٠٠، ٣٩٣	٢٤	٠٠، ٢٩٠	٣٤	٠٠، ٢٤٥	٤٤	٠٠، ٢٨١
٥	٠٠، ٢٠٠	١٥	٠٠، ٣٢٦	٢٥	٠٠، ٢٩٠	٣٥	٠٠، ٢٦٩	٤٥	٠٠، ٥٦٢
٦	٠٠، ٣٧٢	١٦	٠٠، ٣١٠	٢٦	٠٠، ٢٣٦	٣٦	٠٠، ٣١٦	٤٦	٠٠، ٤٣٢
٧	٠٠، ٣١٥	١٧	٠٠، ٢٧٠	٢٧	٠٠، ٢٥٣	٣٧	٠٠، ٤٦٧	٤٧	٠٠، ٤١٦
٨	٠٠، ١٨٥	١٨	٠٠، ٢٠١	٢٨	٠٠، ٢٣٧	٣٨	٠٠، ٤٥٠	٤٨	٠٠، ٤٠٠
٩	٠٠، ٢١٦	١٩	٠٠، ١٩٠	٢٩	٠٠، ٢٨٦	٣٩	٠٠، ٣١٤	٤٩	٠٠، ٤٧٣
١٠	٠٠، ٢٨٠	٢٠	٠٠، ٢٨٨	٣٠	٠٠، ٢١١	٤٠	٠٠، ٤٦٥	٥٠	٠٠، ٣٧١

أوضحت النتائج في جدول (٢) أن معاملات الاتساق الداخلي لبنود مقياس الإعاقة تراوحت ما بين ٠,١٩٠ إلى ٠,٤٦٥؛ وكلها معاملات دالة إحصائياً عند مستوى ٠,٠٥، ٠,٠١.

(٢) الثبات: تم حساب معامل ثبات مقياس قلق الإعاقة من خلال استخدام معادلة ألفا لكرونباخ، فبلغ معامل الثبات ٠,٦٩، وهو معامل مرتفع نسبياً.

ب- استبانة الممارسات الوالدية:

من خلال مراجعة الباحث للمقاييس والاستبانات في مجال الممارسات الوالدية، تم اختيار بعض الممارسات الوالدية الخاطئة مثل: القسوة، والتذبذب، والتحكم، والعقاب البدني، والتوبيخ، وبعض الممارسات الوالدية السوية مثل: التقبل، الاستقلال، التشجيع؛ حيث تبين أن هذه الممارسات من أكثر الممارسات الوالدية شيوعاً في تلك الأقيسة النفسية في مجال الممارسات الوالدية.

وإلى جانب هذا، تم بناء بنداً واحداً لكل بعد من أبعاد الممارسات الوالدية، وقد روعي أن تكون الاستبانة من صورتين، أحدهما للأب، والأخرى للأم. وتتم الاستجابة على كل بند من خلال ميزان تقدير مكون مما يلي: دائماً (تعطي أربع درجات)، وغالباً (تعطي ثلاث درجات)، وأحياناً (تعطي درجتين)، ونادراً (تعطي درجة واحدة فقط). وتمتد الدرجات على الاستبانة من ثمان درجات إلى اثنين وثلاثين درجة (انظر ملحق و).

الخصائص السيكومترية لاستبانة الممارسات الوالدية:

(١) الصدق الداخلي: تم حساب الصدق الداخلي لاستبانة الممارسات الوالدية بصورتها، وذلك من خلال حساب معامل الارتباط بين الأبعاد بعضها البعض. ويبين جدول (٣) المصفوفة الارتباطية لأبعاد استبانة الممارسات الوالدية بصورتها، والدلالة الإحصائية.

أشارت النتائج في جدول (٣) إلى وجود ارتباطات دالة إحصائياً موجبة وسالبة بين أبعاد استبانة الممارسات الوالدية سواء للصورة الخاصة للأب أم للصورة الخاصة للأم.

(٢) الثبات: تم حساب معامل ثبات استبانة الممارسات الوالدية بصورتها بطريقة إعادة التطبيق بفواصل زمني قدره أسبوعين بين التطبيقين، ويشير جدول (٤) إلى معاملات الارتباط بين التطبيق الأول والتطبيق الثاني لاستبانة الممارسات الوالدية بصورتها والدالة الإحصائية.

جدول (٤)

معاملات الثبات بين التطبيقين لاستبانة الممارسات الوالدية بصورتها والدالة الإحصائية

الأبعاد	الصورة الخاصة للأب	الصورة الخاصة للأم
	معامل الارتباط	معامل الارتباط
التقبل	**٠,٦٨	**٠,٦٧
القسوة	**٠,٥٤	**٠,٥٦
التذبذب	**٠,٥٦	**٠,٥٧
الاستقلال	**٠,٧١	**٠,٦٩
التحكم	**٠,٦٩	**٠,٧١
العقاب البدني	**٠,٧٢	**٠,٦٨
التشجيع	**٠,٥٨	**٠,٥٦
التوبيخ	**٠,٦٦	**٠,٦٣

أسفرت النتائج في جدول (٤) عن أن معاملات الثبات لأبعاد استبانة الممارسات الوالدية الخاصة للأب تراوحت ما بين ٠,٥٤ إلى ٠,٧٢؛ والخاصة للأم تراوحت ما بين ٠,٥٦ إلى ٠,٧١؛ وكلها معاملات دالة إحصائياً.

(٣) إجراءات البحث: تم تنفيذ البحث وفقاً للخطوات التالية:

- تم تصميم مقياس قلق الإعاقة واستبانة الممارسات الوالدية بصورتها، وحساب خصائصهما السيكومترية من صدق وثبات على عينة استطلاعية مكونة من

- ستين مرافقاً ومراقبة من المراقبين الصم.
- بعد التأكد من سلامة صدق وثبات مقاييس البحث، تم تطبيقها مرة أخرى على عينة قوامها مائة وعشرين مرافقاً ومراقبة من المراقبين الصم تطبيقاً فردياً. كما تم تطبيق استبانة بيانات شخصية تتضمن البنود التالية: النوع (ذكر - أنثى)، درجة الإعاقة (إعاقة جزئية - إعاقة كلية)، العمر (المرحلة الإعدادية - المرحلة الثانوية)، مستوى تعليم الوالد / الوالدة (منخفض - متوسط - مرتفع).
 - تم تفرغ البيانات لمعالجتها إحصائياً.
- (٤) الأساليب الإحصائية: تم استخدام الأساليب الإحصائية التالية: معامل ارتباط بيرسون، معادلة ألفا لكرونباخ، تحليل التباين البسيط، معادلة شيفيه.

نتائج البحث وتفسيرها:

[١] النتائج الخاصة لاختبار صحة الفرض الأول وتفسيرها الذي ينص على ما يلي: لا توجد علاقة دالة إحصائية بين قلق الإعاقة وبعض الممارسات الوالدية لدى المراقبين الصم. ويوضح جدول (٥) الارتباطات بين قلق الإعاقة والممارسات الوالدية ودلالاتها الإحصائية.

جدول (٥)

الارتباطات بين قلق الإعاقة والممارسات الوالدية ودلالاتها الإحصائية

الممارسات الوالدية	الخاصة بالأب	الخاصة بالأم
التقبل	٠,٦٧١-	٠,٦٢٥-
القسوة	٠,٤٥٩	٠,٤٠٩
التنذير	٠,٦٢٨	٠,٦٥١
الاستقلال	٠,٦٢٣-	٠,٦٧٨-
التحكم	٠,٦٢٠	٠,٥٩٩
العقاب البدني	٠,٤٦٢	٠,٤٠٢
التشجيع	٠,٦١٤-	٠,٥١٨-
التوبيخ	٠,٥٥٧	٠,٤٥٣

أشارت النتائج في جدول (٥) إلى ما يلي:

أ- الممارسات الوالدية الخاصة بالأب: وجود ارتباط سالب دال إحصائياً بين قلق الإعاقة وكل من التقبل (ر = -٠,٦٧١)، دالة إحصائياً عند مستوى (٠,٠١)، والاستقلال (ر = -٠,٦٢٣)، دالة إحصائياً عند مستوى (٠,٠١)، والتشجيع (ر = -٠,٦١٤)، دالة إحصائياً عند مستوى (٠,٠١). إلى جانب وجود ارتباط موجب دال إحصائياً بين قلق الإعاقة وكل من القسوة (ر = ٠,٤٥٩)، دالة إحصائياً عند مستوى (٠,٠١)، والتذبذب (ر = ٠,٦٢٨)، دالة إحصائياً عند مستوى (٠,٠١)، والتحكم (ر = ٠,٦٢٠)، دالة إحصائياً عند مستوى (٠,٠١)، والعقاب البدني (ر = ٠,٤٦٢)، دالة إحصائياً عند مستوى (٠,٠١)، والتوبيخ (ر = ٠,٥٥٧)، دالة إحصائياً عند مستوى (٠,٠١).

ب- الممارسات الوالدية الخاصة بالأم: وجود ارتباط سالب دال إحصائياً بين قلق الإعاقة وكل من التقبل (ر = -٠,٦٢٥)، دالة إحصائياً عند مستوى (٠,٠١)، والاستقلال (ر = -٠,٦٧٨)، دالة إحصائياً عند مستوى (٠,٠١)، والتشجيع (ر = -٠,٥١٨)، دالة إحصائياً عند مستوى (٠,٠١). إضافة إلى هذا، وجود ارتباط موجب دال إحصائياً بين قلق الإعاقة وكل من القسوة (ر = ٠,٤٠٩)، دالة إحصائياً عند مستوى (٠,٠١)، والتذبذب (ر = ٠,٦٥١)، دالة إحصائياً عند مستوى (٠,٠١)، والتحكم (ر = ٠,٥٩٩)، دالة إحصائياً عند مستوى (٠,٠١)، والعقاب البدني (ر = ٠,٤٠٢)، دالة إحصائياً عند مستوى (٠,٠١)، والتوبيخ (ر = ٠,٤٥٣)، دالة إحصائياً عند مستوى (٠,٠١).

ومن ثم، أبانت النتائج وجود ارتباطات موجبة دالة إحصائياً بين قلق الإعاقة وكل من الأساليب الوالدية الخاصة بالأب والأم (القسوة، والتذبذب، والتحكم، والعقاب البدني، والتوبيخ)، وأيضاً وجود ارتباطات سالبة دالة إحصائياً بين قلق الإعاقة وكل من الأساليب السوية الخاصة بالأب والأم (التقبل، والاستقلال، والتشجيع) لدى المراهقين الصم. وعليه، لم تؤيد هذه النتائج صحة اختبار الفرض الأول الذي ينص على عدم وجود علاقة دالة إحصائياً بين قلق الإعاقة وبعض الممارسات الوالدية لدى المراهقين الصم.

ومن ثم، أبانت النتائج وجود علاقة دالة سالبة بين قلق الإعاقة وبعض

الممارسات الوالدية السوية (التقبل، والاستقلال، والتشجيع) سواء من قبل الأب أم الأم، وأيضاً وجود علاقة دالة موجبة بين قلق الإعاقة وبعض الممارسات الوالدية غير السوية (القسوة، والتذنب، والتحكم، والعقاب البدني، والتوبيخ) كما يدركها المراهقين الصم من قبل الآباء والأمهات.

وعليه، تؤيد هذه النتائج أن الممارسات الوالدية الخاطئة تؤدي إلى نشأة العديد من الأعراض العصبية مثل القلق عامة، وقلق الإعاقة خاصة، حيث أن هناك بعض الأسر ليس لديها استعداداً لتقبل إعاقة أبنائهم، ويرفضون الاعتراف بالإعاقة، فينعكس هذا بالسلب في معاملتهم لأبنائهم، مما يؤدي إلى نشوء قلق الإعاقة.

[٢] النتائج الخاصة باختبار صحة الفرض الثاني وتفسيرها الذي ينص على ما يلي: لا يوجد فرق ذو دلالة إحصائية في قلق الإعاقة بين الذكور والإناث الصم. ويبين جدول (٦) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية وقيمة 'ت' ودالتها الإحصائية في قلق الإعاقة بين الذكور والإناث الصم.

جدول (٦)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية، وقيمة (ت)

ودالتها الإحصائية في قلق الإعاقة بين الذكور والإناث الصم

المتغيرات	العدد	المتوسط الحسابي	الانحرافات المعيارية	قيمة (ت)	الدلالة الإحصائية
الذكور الصم	٦٠	١١٣,٢٠٠	٨,٦١	٣,٨٩	٠,٠١
الإناث الصم	٦٠	١٢٣,٦٧	٩,١٩		

أبانت النتائج في جدول (٦) وجود فرق ذو دلالة إحصائية في قلق الإعاقة بين الذكور الصم والإناث الصم، حيث تبين أن الإناث الصم أكثر قلقاً للإعاقة (م = ١٢٣,٦٧) من الذكور الصم (م = ١١٣,٢٠)، وقد بلغت قيمة (ت) [٣,٨٩]، وهي ذات دلالة إحصائية عند مستوى ٠,٠١.

وعليه، لم تؤيد هذه النتائج صحة اختبار صحة الفرض الثاني الذي ينص على عدم وجود فرق ذو دلالة إحصائية عند قلق الإعاقة بين الذكور والإناث الصم.

ومن ثم، أوضحت النتائج أن الإناث الصم أكثر شعوراً بقلق الإعاقة من الذكور الصم، وهذا ما يؤكد أن الإناث عامة بغض النظر عن نوع الإعاقة. وطبيعتها، وشدتها أكثر شعوراً بالقلق بين الذكور؛ وربما يعزى هذا إلى أن الأنثى تتصف بالحساسية الزائدة بحكم تكوينها النفسي، وتزداد هذه الحساسية فرطاً عندما تصاب بإعاقة معينة، ومن هنا يزداد قلقها بسبب الإعاقة.

[٣] النتائج الخاصة باختبار صحة الفرض الثالث وتفسيرها الذي ينص على ما يلي: لا يوجد فرق ذو دلالة إحصائية في قلق الإعاقة وفقاً لدرجة الإعاقة السمعية (صم جزئي - صم كلي) للمراهقين الصم. ويشير جدول (٧) إلى المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية، وقيمة "ت" ودلالاتها الإحصائية في قلق الإعاقة للمراهق الأصم وفقاً لدرجة الإعاقة.

جدول (٧)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية، وقيمة (ت) ودلالاتها الإحصائية في قلق الإعاقة للمراهق الأصم وفقاً لدرجة الإعاقة

المتغيرات	العدد	المتوسط الحسابي	الانحرافات المعيارية	قيمة (ت)	الدلالة الإحصائية
صم جزئي	٣١	١٠٨,٣٦	١١,٣٤١٨	٣,٤٥٠	٠,٠١
صم كلي	٨٩	١١٥,٢٠	٨,٨٠٨٨		

أوضحت النتائج في جدول (٧) وجود فرق ذو دلالة إحصائية في قلق الإعاقة بين المراهقين الذين يعانون من الصم الجزئي ($m = 108,36$)، والمراهقين الذين يعانون من الصم الكلي ($m = 115,20$)، وقد بلغت قيمة (ت) بين المتوسطين ($3,450$)، وهي دالة إحصائياً عند مستوى $0,01$. ومن ثم، تبين أن المراهقين الذين يعانون من الصم الكلي أكثر قلقاً للإعاقة من المراهقين الذين يعانون من الصم الجزئي.

ومن ثم، لم تؤيد هذه النتائج صحة اختبار الفرض الثالث الذي ينص على عدم وجود فرق ذو دلالة إحصائية في قلق الإعاقة وفقاً لدرجة الإعاقة السمعية (صم جزئي - صم كلي) للمراهقين الصم.

وعليه، أسفرت النتائج عن أن المراهقين والمراهقات الذين يعانون من الصمم الكلي أكثر شعوراً بقلق الإعاقة من المراهقين والمراهقات الذين يعانون من الصمم الجزئي، وربما يعزى هذا إلى أن الذي يعاني من الصمم الجزئي أكثر حُزناً من الذي يعاني من الصمم الكلي في كيفية التواصل والتعامل وتكوين العلاقات مع الآخرين، بينما من يعاني من الصمم الكلي فهو يعيش في عزلة تامة من الآخرين، ومن ثم يزداد لديه شعور قلق الإعاقة.

[٤] النتائج الخاصة باختبار صحة الفرض الرابع وتفسيرها الذي ينص على ما يلي: لا يوجد فرق ذو دلالة إحصائية في قلق الإعاقة وفقاً لمتغير العمر (المرحلة الإعدادية - المرحلة الثانوية) لدى المراهقين الصم. ويبين جدول (٨) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية وقيمة (ت) ودالاتها الإحصائية في قلق الإعاقة للمراهقين الصم وفقاً لمتغير المستوى الدراسي.

جدول (٨)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية، وقيمة (ت) ودالاتها الإحصائية في قلق الإعاقة بين المراهقين الصم وفقاً لمتغير المستوى الدراسي

المتغيرات	العدد	المتوسط الحسابي	الانحرافات المعيارية	قيمة (ت)	الدلالة الإحصائية
المرحلة الإعدادية	٥٩	١١٣,١٧	٩,٥٠	٥,٧٢	٠,٠١
المرحلة الثانوية	٦١	١٢٣,٦٩	١٠,٤٣		

أسفرت النتائج في جدول (٨) عن وجود فرق ذو دلالة إحصائية في قلق الإعاقة بين المراهقين صغار العمر ($M = 113,17$)، والمراهقين كبار العمر ($M = 123,69$)، وقد بلغت قيمة (ت) بين المتوسطين (٥,٧٢)، وهي دالة إحصائياً عند مستوى ٠,٠١. ومن ثم، تبين أن المراهقين الصم كبار العمر أكثر قلقاً للإعاقة من المراهقين الصم صغار العمر.

وعليه، لم تؤيد هذه النتائج صحة اختبار الفرض الرابع الذي ينص على عدم

وجود فرق ذو دلالة إحصائية في قلق الإعاقة وفقاً لمتغير العمر (المرحلة الإعدادية - المرحلة الثانوية) لدى المراهقين الصم.

ومن ثم، أوضحت النتائج أن الصم كبار العمر أكثر معاناة من قلق الإعاقة من الصم صغار العمر، وربما يعزى هذا إلى أن الصم كبار العمر أكثر استبصاراً بمفهوم ذواتهم، ونظرة الآخرين إليهم، وشعورهم بالاختلاف عن الآخرين، مما ينجم عنه زيادة الشعور بقلق الإعاقة.

[٥] النتائج الخاصة لاختبار صحة الفرض الخامس وتفسيرها الذي ينص على ما يلي: لا يوجد فرق ذو دلالة إحصائية في قلق الإعاقة وفقاً لمتغير مستوى تعليم الوالد (منخفض - متوسط - مرتفع) لدى المراهقين الصم. ويوضح جدول (٩) نتائج تحليل التباين البسيط لمتغير مستوى تعليم الأب في قلق الإعاقة لدى المراهق الأصم.

جدول (٩)

نتائج تحليل التباين البسيط لمتغير مستوى تعليم الأب

في قلق الإعاقة لدى المراهق الأصم

الدلالة الإحصائية	قيمة (ف)	متوسط المربعات	درجة الحرية	مجموع المربعات	مصادر التباين
٠,٠١	٣,٦٦	٣٤٦,٧٣	٢	٦٩٣,٤٥٣	مستوى تعليم الأب
		٩٤,٦٣	١١٧	١١٠٧٢,٠١٤	الخطأ
			١١٩	١١٧٦٥,٤٦٧	المجموع الكلي

أوضحت نتائج تحليل التباين البسيط في جدول (٩) وجود أثر لمتغير مستوى تعليم الوالد (منخفض، متوسط، مرتفع) في قلق الإعاقة لدى المراهقين الصم، حيث بلغت قيمة ف (٣,٦٦) [د.ح = ٢، ١١٧، دالة إحصائية عند مستوى ٠,٠١]. وللكشف عن اتجاه الفروق، تم حساب المقارنة بين المجموعات باستخدام اختبار شيفيه، فتبين أن المراهقين الصم الذين أبائهم ذوي مستوى تعليم منخفض أكثر قلقاً للإعاقة.

ومن ثم، لم تؤيد هذه النتائج صحة اختبار الفرض الخامس الذي ينص على عدم وجود فرق ذو دلالة إحصائية في قلق الإعاقة وفقاً لمتغير مستوى تعليم الوالد (منخفض - متوسط - مرتفع) لدى المراهقين الصم.

وعليه، أشارت النتائج إلى أن المراهقين والمراهقات الصم ممن أبائهم ذوي مستوى تعليم منخفض أكثر شعوراً بقلق الإعاقة، وربما يدل هذا على أن تدني المستوى التعليمي للأب يجعله أقل تفهماً لطبيعة إعاقة ابنه، وكيفية التعامل معه، والإساءة إليه، وفشله في التواصل معه مما يزيد من شعور الأبناء الصم بقلق الإعاقة.

[٦] النتائج الخاصة باختبار صحة الفرض السادس وتفسيرها الذي ينص على ما يلي: لا يوجد فرق ذو دلالة إحصائية في قلق الإعاقة وفقاً لمتغير مستوى تعليم الوالدة (منخفض - متوسط - مرتفع) لدى المراهقين الصم. ويوضح جدول (١٠) نتائج تحليل التباين البسيط لمتغير مستوى تعليم الأم في قلق الإعاقة لدى المراهق الأصم.

جدول (١٠)

نتائج تحليل التباين البسيط لمتغير مستوى تعليم الأم
في قلق الإعاقة لدى المراهق الأصم

الدالة الإحصائية	قيمة (ف)	متوسط المربعات	درجة الحرية	مجموع المربعات	مصادر التباين
٠,٠١	٣,٥٤	٣٣٥,٣٣	٢	٦٧٠,٣٣٦	مستوى تعليم الأم
		٩٤,٨٣	١١٧	١١٠٩٥,١٣١	الخطأ
			١١٩	١٧٦٥,٤٦٧	المجموع الكلي

أبانت نتائج تحليل التباين البسيط في جدول (١٠) وجود أثر لمتغير مستوى تعليم الوالدة (منخفض، متوسط، مرتفع) في قلق الإعاقة لدى المراهقين الصم، حيث بلغت قيمة ف (٣,٥٤) [د.ح = ٢، ١١٧، دالة إحصائية عند مستوى ٠,٠١]. وللتعرف على اتجاه الفروق، تم حساب المقارنة بين المجموعات باستخدام اختبار شيفيه، فتبين أن المراهقين الصم الذين أمهاتهم نوات مستوى تعليم منخفض أكثر قلقاً للإعاقة.

وعليه، لم تؤيد هذه النتائج صحة اختبار الفرض السادس الذي ينص على عدم وجود فرق ذو دلالة إحصائية في قلق الإعاقة وفقاً لمتغير تعليم الوالدة (منخفض - متوسط - مرتفع) لدى المراهقين الصم.

ومن ثم، أوضحت النتائج أن المراهقين والمراهقات الصم ممن أمهاتهم ذوات تعليم منخفض أكثر شعوراً بقلق الإعاقة. وهذا يمكن تفسيره في ضوء أن مستوى تعليم الأم عليه عامل كبير في كيفية التعامل مع الأبناء على وجه العموم، ومع الأبناء المعاقين سمعياً على وجه الخصوص. فلا شك أن الأم متدنية مستوى التعليم ليس لديها القدرة على تفهم طبيعة الإعاقة السمعية، والمشكلات المترتبة على الإعاقة السمعية، وشخصية المعاق سمعياً. فمن ثم، تسيء في التعامل معه، وتفتقر إلى وسائل التواصل بينها وبين ابنها المعاق سمعياً، مما يؤدي إلى زيادة شعوره بقلق الإعاقة.

تعقيب عام:

في ضوء ما تقدم من نتائج تبين أن الممارسات الوالدية الخاطئة أكثر ارتباطاً بقلق الإعاقة لدى المراهقين الصم، وأن الإناث الصم، ومن يعانون من الصمم الكلي، وكبار العمر، وذوي الآباء التعليم المنخفض، وذوي الأمهات التعليم المنخفض أكثر شعوراً بقلق الإعاقة.

لذا يطالب الباحث الراهن من الباحثين في مجال الإعاقة عامة، محاولة اختبار مفهوم قلق الإعاقة - كمفهوم نفسي جديد - في فئات مختلفة من الإعاقة، والكشف عن مدى ارتباطه ببعض المتغيرات النفسية الأخرى، وتصميم برامج إرشادية تدخلية لخفض قلق الإعاقة لدى أحد فئات الإعاقة.