

The Islamic University–Gaza
Deanery Of Graduate Teaching
Faculty of Education
Master/Community Mental Health



الجامعة الإسلامية - غزة
شئون البحث العلمي والدراسات العليا
كلية التربية
ماجستير/ الصحة النفسية والمجتمعية

المشكلات السلوكية لدى الأطفال ذوي الإعاقة السمعية والعاديين
في قطاع غزة

The Behavioral Problems among Auditory Impaired and Normal Children in the Gaza Strip

إعدادُ الباحثة

أسماء محمد رضوان أبو شعبان

إشرافُ

الدكتور

نبيل كامل محمد دخان

قُدِّمَ هَذَا البَحْثُ إِسْتِكْمَالاً لِمَتَطَلِبَاتِ الحُصُولِ عَلَى دَرَجَةِ المَاجِسْتِيرِ
فِي الصِّحَّةِ النَّفْسِيَّةِ وَالمَجْتَمَعِيَّةِ بِكُلِّيَّةِ التَّرْبِيَّةِ فِي الجَامِعَةِ الإِسْلَامِيَّةِ بِغَزَّةِ

شعبان/1437هـ - يونيو/2016م

إقرار

أنا الموقع أدناه مقدم الرسالة التي تحمل العنوان:

المشكلات السلوكية لدى الأطفال ذوي الإعاقة السمعية والعاديين في قطاع غزة

The Behavioral Problems among Auditory Impaired and Normal Children in the Gaza Strip

أقر بأن ما اشتملت عليه هذه الرسالة إنما هو نتاج جهدي الخاص، باستثناء ما تمت الإشارة إليه حيثما ورد، وأن هذه الرسالة ككل أو أي جزء منها لم يقدم من قبل الآخرين لنيل درجة أو لقب علمي أو بحثي لدى أي مؤسسة تعليمية أو بحثية أخرى.

Declaration

I understand the nature of plagiarism, and I am aware of the University's policy on this.

The work provided in this thesis, unless otherwise referenced, is the researcher's own work, and has not been submitted by others elsewhere for any other degree or qualification.

Student's name:	أسماء محمد أبو شعبان	اسم الطالب:
Signature:		التوقيع:
Date:	2016/6/1	التاريخ:

ملخص الدراسة

هدف الدراسة: هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على المشكلات السلوكية لدى الأطفال ذوي الإعاقة السمعية (الصم، وضعاف السمع، وزارعي القوقعة) والعاديين في قطاع غزة من وجهة نظر معلمهم. كما هدفت إلى الكشف عن الفروق ذات الدلالة الإحصائية في المشكلات السلوكية التي تعزى لمتغير (الجنس، عمر الطفل، التحصيل الدراسي، مكان السكن، ترتيب الطفل في الأسرة، وجود إخوة ذوي إعاقة سمعية في الأسرة، سبب الإعاقة، تاريخ الإعاقة، المستوى التعليمي للأب، المستوى التعليمي للأم).

أداة الدراسة: استبيان يتكون من خمسة مجالات تضم 59 بنداً.

عينة الدراسة: أجريت هذه الدراسة على عينة عشوائية مكونة من (352) طفل وطفلة من ذوي الإعاقة السمعية والعاديين تراوحت أعمارهم ما بين 6-15 سنة.

منهج الدراسة: اعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي المقارن.

أهم نتائج الدراسة:

1. حصل الوزن النسبي للمشكلات السلوكية لدى الأطفال ذوي الإعاقة السمعية على (38.04%)، وأكثر المشكلات السلوكية تكراراً لدى الأطفال ذوي الإعاقة السمعية مشكلة الانسحاب الاجتماعي تليها مشكلة النشاط الزائد تليها مشكلة السلوك العدواني تليها مشكلة الكذب تليها مشكلة السرقة.

2. وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الأطفال ذوي الإعاقة السمعية والعاديين في جميع المشكلات السلوكية لصالح الأطفال العاديين.

3. وجود فروق ذات دلالة إحصائية في جميع المشكلات السلوكية تعزى لمتغير الجنس لصالح الذكور ومتغير مكان السكن لصالح سكان جنوب غزة، وعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لكل من متغير تاريخ الإعاقة، ومتغير ترتيب الطفل في الأسرة، ومتغير المستوى التعليمي للأب، ومتغير المستوى التعليمي للأم.

أهم توصيات الدراسة:

1. الاهتمام بذوي الاحتياجات الخاصة بشكل عام والمعاقين سمعياً بشكل خاص وذلك بتوفير المراكز والمدارس المتخصصة لرعايتهم وتربيتهم وتعليمهم.

2. قيام المختصين بوضع خطط إرشادية للمشكلات السلوكية في المدارس الحكومية وفي المؤسسات الخاصة بذوي الإعاقة السمعية بهدف التغلب عليها.

3. ضرورة توعية أولياء الأمور بالمشكلات السلوكية لدى أبنائهم وأسبابها وطرق التخلص منها.

كلمات مفتاحية: المشكلات السلوكية، الإعاقة السمعية، الصمم، ضعف السمع، القوقعة الإلكترونية.

The Abstract

Study Aims: The study aims at identifying the behavioral problems among the hearing impaired (the deaf, the hard of hearing and those with cochlear implants) and normal children in the Gaza Strip from their teachers' viewpoints. The study also aims to find out whether there were statistically significant differences in those behavioral problems attributed to the variables of gender, age, academic achievement, area of residence, birth order, the presence of siblings with hearing impairments, cause of hearing impairment, history of impairment, and the educational level of the parents.

Research Methodology: The study adopted the comparative–descriptive approach.

Study Tool: A questionnaire consisting of five domains comprising 59 items.

Study Sample: The study was applied on a random sample composed of (352) male and female children of hearing impaired and normal children whose ages ranged between 6 and 15 years in the Gaza Strip,

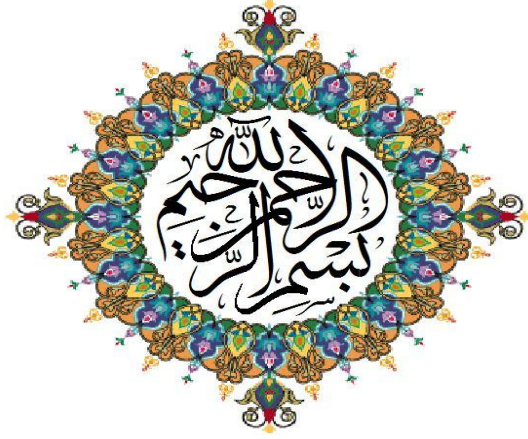
The most important findings were as follows:

1. The percentage weight of the behavioral problems among hearing impaired children was (38.04). and the most frequent behavioral problems among hearing impaired children in the Gaza Strip were social withdrawal, hyperactivity, aggressive behavior, lying, and theft.
2. There were statistically significant differences among hearing impaired children and their normal counterparts in all behavioral problems in favor of the normal children.
3. There were statistically significant differences in the behavioral problems among hearing impaired children attributed to gender in favor of the males and area of residence in favor of the residents of southern Gaza. And There were not statistically significant differences in the behavioral problems among hearing impaired children attributed to history of impairment, and the educational level of the parents.

The most important Recommendations:

1. Taking care of all special needs children in general and those of hearing impairments in particular through making available specialized centers and schools that can provide them with the needed care and education and instruction.
2. Specialists should put forward guidance plans focusing on the behavioral problems in governmental schools and special institutions concerned with the hearing impaired in order to overcome such problems even before they become disorders that cannot be easily overcome.
3. It is necessary to raise the awareness of guardians of the behavioral problems among their children, their causes and ways overcoming them.

Key words: Behavioral problems- Auditory Impaired – The Deaf – Hard of hearing– Cochlear Implants.



﴿رَبَّنَا آتِنَا مِنْ لَدُنْكَ رَحْمَةً وَهَيِّئْ لَنَا مِنْ أَمْرِنَا رَشَدًا﴾

[سورة الكهف، الآية: 10]

الإهداء

إلهي لا يطيب الليل إلا بشكرك ولا يطيب النهار إلا بطاعتك .. ولا تطيب اللحظات إلا بذكرك ..
ولا تطيب الآخرة إلا بعفوك .. ولا تطيب الجنة إلا برويتك ..

الله جل جلاله

إلى من بلغ الرسالة وأدى الأمانة .. ونصح الأمة .. إلى نبي الرحمة ونور العالمين ..
معلم البشرية ومنبع العلم ..

سيدنا محمد صلى الله عليه وسلم

إلى من كلله الله بالهبة والوقار .. إلى من علمني العطاء بدون انتظار .. إلى من أحمل اسمه
بكل افتخار .. أرجو من الله أن يمد في عمرك لتري ثماراً قد حان قطافها بعد طول انتظار وستبقى
كلماتك نجوم أهندي بها اليوم وفي الغد وإلى الأبد ..

والدي العزيز

إلى ملاكي في الحياة .. إلى معنى الحب وإلى معنى الحنان والتفاني .. إلى بسملة الحياة وسر
الوجود،، إلى من كان دعائها سر نجاحي وحنانها بلسم جراحي إلى أغلى الأحباب

أمي الحبيبة

إلى القلوب الطاهرة الرقيقة والنفوس البريئة إلى رياحين حياتي .. إلى أزهار النرجس التي تفيض حباً
ونقاءً وعطراً

أخي رضوان .. أحمد .. عبد الله .. وأختي فاطمة

إلى الأخوات اللواتي لم تدهن أمي .. إلى من تحلو بالإخاء وتميزوا بالوفاء والعطاء إلى يبابيع
الصدق الصافي إلى من معهم سعدت ، وريفقتهم في دروب الحياة الحلوة والحزينة سرت إلى من
كانوا معي على طريق النجاح والخير

أخواتي في الله

إلى من أنسني في دراستي وشاركني همومي .. تذكراً وتقديراً

زميلاتي في قسم علم النفس

إلى هذه الصرح العلمي الفتي والجبار

جامعتي الإسلامية الغراء

إلى الشموع التي ذابت في كبرياء

لتتير كل خطوة في دربنا

لتدلل كل عائق أمامنا

فكانوا رسلاً للعلم والأخلاق

أساتذتي في قسم علم النفس

إليكم جميعاً أهدي بحثي المتواضع هذا،،

الباحثة/ أسماء محمد أبو شعبان

شكرٌ وتقديرٌ

بسم الله الرحمن الرحيم

﴿ قَالَ يَا مُوسَى إِنِّي اصْطَفَيْتُكَ عَلَى النَّاسِ بِرِسَالَاتِي وَبِكَلِمَاتِي فَخُذْ مَا آتَيْتُكَ وَكُنْ مِنَ الشَّاكِرِينَ ﴾ [الأعراف: 144]

صدق الله العظيم

وأنا أنهى هذه الدراسة وقفت مع النفس لحظات أفكر وأستعرض أحداثاً مضت منذ بدء الإعداد لإجراء هذه الدراسة، وتذكرت حينها ما يمر بالباحث من صعوباتٍ عند البدء، وبعد البدء، وأثناء إجراء دراسته، ولكن استدركت أهم المواقف التي كانت سند الباحثة بعد الله عز وجل، ومن هذه المنطلقات يسر الباحثة أن ترجع الفضل لأهله ليكون الوفاء منهجاً وطريقة.

لذا لا بد لنا ونحن نخطو خطواتنا الأخيرة في الحياة الجامعية من وقفة نعود بها إلى أعوام قضيناها في رحاب الجامعة مع أساتذتنا الكرام الذين قدموا لنا الكثير باذلين بذلك جهوداً كبيرة في بناء جيل الغد لتبعث الأمة من جديد.

وقبل أن نمضي نتقدم بأسمى آيات الشكر والامتنان والتقدير والمحبة إلى الذين حملوا أقدس رسالة في الحياة،

إلى الذين مهدوا لنا طريق العلم والمعرفة،،

إلى الجامعة الإسلامية التي منحتني فرصة إكمال مسيرتي التعليمية،،

وإلى جميع أساتذتنا الأفاضل في قسم علم النفس،،

كما أتقدم بالشكر والتقدير للدكتور "نبيل كامل دخان" الذي تفضل مشكوراً بالإشراف على هذه الرسالة ومنحني من وقته وعلمه وتوجيهاته ما جعل هذه الرسالة تخرج بهذا الشكل، وأتقدم بالشكر والتقدير من الأساتذة الأفاضل الدكتور/عبد الفتاح عبد الغني الهمص والدكتور/درداح حسن الشاعر على تفضلهم بمناقشة هذه الرسالة وإثرائها لتخرج بصورتها الجميلة المحكمة، كما لا يفوتني أن أقدم شكري للمؤسسات التي قمت بتطبيق أدوات الدراسة لديها (جمعية أطفالنا للصحف، مركز البسمة للسمعيات والتخاطب، جمعية جباليا للتأهيل، جمعية تأهيل المعاقين-دير البلح، جمعية الأمل لتأهيل المعاقين- رفح) والمدارس الحكومية في قطاع غزة.

كما أتقدم بالشكر إلى كل من قدم المساعدة والتشجيع لإنجاز هذه الرسالة وجزاهم الله خير الجزاء.

الباحثة/ أسماء محمد أبو شعبان

فهرس المحتويات

2.....	إقرار
أ.....	ملخص الدراسة
ب.....	The Abstract
د.....	الإهداء
هـ.....	شكرٌ وتقديرٌ
و.....	فهرس المحتويات
ي.....	فهرس الجداول
م.....	فهرس الأشكال
ن.....	فهرس الملاحق
1.....	الفصل الأول الإطار العام للدراسة
2.....	مقدمة الدراسة:
4.....	مشكلة الدراسة وتساؤلاتها:
5.....	أهداف الدراسة:
5.....	أهمية الدراسة:
6.....	حدود الدراسة:
7.....	مصطلحات الدراسة:
9.....	الفصل الثاني الإطار النظري
10.....	المبحث الأول المشكلات السلوكية
10.....	تعريف المشكلة لغوياً (Problem):
10.....	تعريف السلوك لغوياً (Behavior):
11.....	أنواع السلوك:
12.....	جوانب السلوك:

13	المبادئ العامة للسلوك:.....
14	معايير السواء واللاسواء:
16	مفهوم المشكلات السلوكية:.....
18	تعريف المشكلات السلوكية:.....
20	مدى انتشار المشكلات السلوكية:.....
21	تصنيف المشكلات السلوكية:.....
23	خصائص المشكلة السلوكية:.....
24	خصائص الأطفال ذوي المشكلات السلوكية:.....
26	العوامل المؤدية للمشكلات السلوكية:.....
28	الاتجاهات النظرية في تفسير المشكلات السلوكية:.....
36	أبرز أشكال المشكلات السلوكية الشائعة لدى الأطفال:.....
36	أولاً: مشكلة السلوك العدوانى:(Agressive behavior)
40	ثانياً: مشكلة النشاط الزائد: (Hyperactivity)
43	ثالثاً: مشكلة السرقة: (Stealing)
46	رابعاً: مشكلة الكذب: (Lying)
51	خامساً: مشكلة الانسحاب الاجتماعى: (Social withdrawal)
53	تعقيب عام على مبحث المشكلات السلوكية:.....
54	المبحث الثانى الإعاقة السمعية.....
54	تعريف الإعاقة (Handicap):.....
55	تعريف الطفل المعاق (Handicapped Child):.....
55	تصنيف المعاقين:.....
56	تعريف الطفل الأصم: (The Deaf child).....
58	تعريف الطفل ضعيف السمع: (Hard of Hearing child)
59	الفرق بين الصمم وضعف السمع:.....
59	نبذة تاريخية عن الاهتمام بذوي الإعاقة السمعية:.....

60	تصنيفات الإعاقة السمعية:
64	المؤشرات التي تدل على وجود إعاقة سمعية:
65	أسباب الإعاقة السمعية:
67	الوقاية من الإعاقة السمعية:
69	خصائص المعاقين سمعياً:
73	شروع الإعاقة السمعية:
74	تعقيب عام على مبحث الإعاقة السمعية:
75	الفصل الثالث الدراسات السابقة:
76	أولاً/ دراسات تناولت المشكلات السلوكية لدى الأطفال ذوي الإعاقة السمعية:
81	ثانياً/ دراسات تناولت المشكلات السلوكية لدى الأطفال العاديين:
89	تعقيب عام على الدراسات السابقة:
91	فروض الدراسة:
92	الفصل الرابع إجراءات الدراسة:
93	منهج الدراسة:
93	مجتمع الدراسة:
95	عينة الدراسة:
96	وصف عينة الدراسة:
100	أدوات الدراسة:
102	وصف المقياس:
102	صدق الأداة وثباتها:
105	اختبار التوزيع الطبيعي : Normality Distribution Test
106	الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة:
107	الفصل الخامس عرض وتفسير نتائج الدراسة:
109	نتائج تحليل تساؤلات الدراسة وتفسيرها:
144	عرض نتائج الدراسة:

146:التوصيات
147:المقترحات
148:المصادر والمراجع
149:أولاً: المراجع العربية:
156:ثانياً: المراجع الأجنبية:
157:الملاحق

فهرس الجداول

- جدول (2.1): نسبة انتشار المشكلات السلوكية في قطاع غزة 20
- جدول (4.1): يوضح توزيع أفراد مجتمع الدراسة حسب البيانات الأولية 93
- جدول (4.2): المؤسسات التي ضمت أفراد مجتمع الدراسة 94
- جدول (4.3): توزيع أفراد المجتمع تبعاً لمتغير الجنس 95
- جدول (4.4): توزيع أفراد المجتمع على المؤسسات والمدارس 95
- جدول (4.5): يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب نوع الإعاقة 96
- جدول (4.6): يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب الجنس 97
- جدول (4.7): يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب العمر 97
- جدول (4.8): يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب سبب الإعاقة 97
- جدول (4.9): يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب تاريخ الإعاقة 98
- جدول (4.10): يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب التحصيل الدراسي 98
- جدول (4.11): يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب مكان السكن 98
- جدول (4.12): يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب ترتيب الطفل في الأسرة 99
- جدول (4.13): يوضح عينة الدراسة حسب وجود إخوة ذوي إعاقة سمعية في الأسرة 99
- جدول (4.14): يوضح عينة الدراسة حسب المستوى التعليمي للأب 99
- جدول (4.15): يوضح عينة الدراسة حسب المستوى التعليمي للأم 100
- جدول (4.16): يوضح توزيع فقرات الاستبانة على المشكلات السلوكية 102
- جدول (4.17): معامل ارتباط كل فقرة من فقرات المقياس مع الدرجة الكلية لجميع المجالات 103
- جدول (4.18): معامل ارتباط كل مشكلة سلوكية مع الدرجة الكلية لجميع المشكلات السلوكية. 104
- جدول (4.19): درجة ثبات أبعاد مقياس المشكلات السلوكية باستخدام معامل ثبات "ألفا كرونباخ" 105
- جدول (4.20): طريقة التجزئة النصفية لقياس ثبات مقياس المشكلات السلوكية 105
- جدول (4.21) يوضح نتائج اختبار التوزيع الطبيعي 106
- جدول (5.1): يوضح المتوسط الحسابي والانحراف المعياري والوزن النسبي للمشكلات السلوكية لدى الأطفال ذوي الإعاقة السمعية 109
- جدول (5.2): نتائج اختبار "T" - لعينتين مستقلتين (للأطفال ذوي الإعاقة السمعية والعادين) 112
- جدول (5.3): نتائج تحليل التباين الأحادي لكشف الفروق في المشكلات السلوكية بالنسبة لنوع الإعاقة (الصم، ضعاف السمع، زارعي القوقعة) 114

جدول (5.4): نتائج اختبار شيفيه للفروق بين المجموعات في مشكلة السلوك العدوانى (حسب نوع الإعاقة).....	115
جدول (5.5): نتائج اختبار شيفيه للفروق بين المجموعات في مشكلة السرقة (حسب نوع الإعاقة).....	116
جدول (5.6): نتائج اختبار شيفيه للفروق بين المجموعات في مجموع المشكلات السلوكية (حسب نوع الإعاقة).....	116
جدول (5.7): نتائج اختبار " T - لعينتين مستقلتين " - الجنس (للأطفال ذوي الإعاقة السمعية).....	118
جدول (5.8): نتائج اختبار " T - لعينتين مستقلتين " - عمر الطفل (للأطفال ذوي الإعاقة السمعية).....	120
جدول (5.9): نتائج اختبار " T - لعينتين مستقلتين " - تاريخ الإعاقة (للأطفال ذوي الإعاقة السمعية).....	122
جدول (5.10): نتائج تحليل التباين الأحادي لكشف الفروق في المشكلات السلوكية بالنسبة لسبب الإعاقة (للأطفال ذوي الإعاقة السمعية).....	123
جدول (5.11): نتائج اختبار شيفيه للفروق بين المجموعات في مشكلة الانسحاب الاجتماعى (حسب سبب الإعاقة).....	124
جدول (5.12): نتائج تحليل التباين الأحادي لكشف الفروق في المشكلات السلوكية بالنسبة للتحصيل الدراسى لدى الأطفال ذوي الإعاقة السمعية.....	125
جدول (5.13): نتائج اختبار شيفيه للفروق بين المجموعات في مشكلة السلوك العدوانى (حسب التحصيل الدراسى).....	127
جدول (5.14): نتائج اختبار شيفيه للفروق بين المجموعات في مشكلة الانسحاب الاجتماعى (حسب التحصيل الدراسى).....	127
جدول (5.15): نتائج اختبار شيفيه للفروق بين المجموعات في مجموع المشكلات السلوكية (حسب التحصيل الدراسى).....	128
جدول (5.16): نتائج تحليل التباين الأحادي لكشف الفروق في المشكلات السلوكية بالنسبة لمكان السكن لدى الأطفال ذوي الإعاقة السمعية.....	130
جدول (5.17): نتائج اختبار شيفيه للفروق بين المجموعات في مشكلة السلوك العدوانى (حسب مكان السكن).....	131
جدول (5.18): نتائج اختبار شيفيه للفروق بين المجموعات في مشكلة النشاط الزائد (حسب مكان السكن).....	132
جدول (5.19): نتائج اختبار شيفيه للفروق بين المجموعات في مشكلة السرقة (حسب مكان السكن).....	132
جدول (5.20): نتائج اختبار شيفيه للفروق بين المجموعات في مشكلة الكذب (حسب مكان السكن).....	133

- جدول (5.21): نتائج اختبار شيفيه للفروق بين المجموعات في مشكلة الانسحاب الاجتماعي
(حسب مكان السكن) 134
- جدول (5.22): نتائج اختبار شيفيه للفروق بين المجموعات في مجموع المشكلات السلوكية
(حسب مكان السكن) 134
- جدول (5.23): نتائج تحليل التباين الأحادي لكشف الفروق في المشكلات السلوكية بالنسبة
لترتيب الطفل في الأسرة لدى الأطفال ذوي الإعاقة السمعية. 136
- جدول (5.24): نتائج اختبار " T - لعينتين مستقلتين " - وجود إخوة ذوي إعاقة سمعية
(الأطفال ذوي الإعاقة السمعية) 138
- جدول (5.25): نتائج تحليل التباين الأحادي لكشف الفروق في المشكلات السلوكية بالنسبة
للمستوى التعليمي للأب لدى الأطفال ذوي الإعاقة السمعية. 140
- جدول (5.26): نتائج تحليل التباين الأحادي لكشف الفروق في المشكلات السلوكية بالنسبة
للمستوى التعليمي للأم لدى الأطفال ذوي الإعاقة السمعية. 142

فهرس الأشكال

- الشكل (6.1): يوضح تشريح الأذن 186
- الشكل رقم (6.2): يوضح مكونات جهاز القوقعة الإلكترونية 189

فهرس الملاحق

- ملحق (1): الخطاب الموجه إلى وزارة التربية والتعليم لتسهيل مهمة الباحثة في تطبيق أدوات
الدراسة على الأطفال في المدارس الحكومية 158
- ملحق (2): الخطاب الموجه إلى جمعية أطفالنا للصم لتسهيل مهمة الباحثة في تطبيق أدوات
الدراسة على الأطفال في المؤسسة 159
- ملحق (3): الخطاب الموجه إلى مركز بسة للسمعيات والتخاطب لتسهيل مهمة الباحثة في تطبيق
أدوات الدراسة على الأطفال في المؤسسة 160
- ملحق (4): الخطاب الموجه إلى جمعية جباليا للتأهيل لتسهيل مهمة الباحثة في تطبيق أدوات
الدراسة على الأطفال في المؤسسة 161
- ملحق (5): الخطاب الموجه إلى جمعية دير البلح لتأهيل المعاقين لتسهيل مهمة الباحثة في
تطبيق أدوات الدراسة على الأطفال في المؤسسة 162
- ملحق (6): الخطاب الموجه جمعية الأمل لتأهيل المعاقين لتسهيل مهمة الباحثة في تطبيق أدوات
الدراسة على الأطفال في المؤسسة 163
- ملحق (7): الخطاب الموجه للأخصائيين النفسيين في المؤسسات والمدارس الحكومية لمسح
المشكلات السلوكية لدى الأطفال ذوي الإعاقة السمعية والعاديين 164
- ملحق (8): قائمة بأسماء السادة المحكمين لأداة الدراسة (استبانة المشكلات السلوكية) 165
- ملحق (9): استبانة المشكلات السلوكية للأطفال ذوي الإعاقة السمعية والعاديين بصورتها الأولية
..... 166
- ملحق (10): استبانة المشكلات السلوكية للأطفال ذوي الإعاقة السمعية بصورتها النهائية 174
- ملحق (11): استبانة المشكلات السلوكية للأطفال العاديين بصورتها النهائية 179
- ملحق (12): قائمة بأسماء المؤسسات الخاصة بالأطفال ذوي الإعاقة السمعية التي تم تطبيق أداة
الدراسة فيها 184
- ملحق (13): قائمة بأسماء المدارس الحكومية التي تم تطبيق أدوات الدراسة عليها على الأطفال
العاديين 185
- ملحق (14): الجهاز السمعي 186
- ملحق (15): زراعة القوقعة الإلكترونية 188

الفصل الأول

الإطار العام للدراسة

الفصل الأول الإطار العام للدراسة

مقدمة الدراسة:

تعتبر الحواس النافذة التي يطل من خلالها الإنسان على العالم الخارجي المحيط به، فيقوم باستكشافه والتعرف عليه، ومن ثم التكيف معه، لذلك فإن من حُرم حاسة من هذه الحواس حُرم بالتالي من الخبرات الإدراكية التي يمكن أن يكتسبها من خلال هذه الحاسة. وحاسة السمع من أهم الحواس التي وهبها الله للإنسان، بل إنها أكثر أهمية من حاسة البصر والدليل على ذلك أن الله سبحانه وتعالى قدم السمع على البصر في سبعة عشر آية في القرآن الكريم، وذلك كما في قوله تعالى: ﴿وَاللَّهُ أَخْرَجَكُمْ مِنْ بُطُونِ أُمَّهَاتِكُمْ لَا تَعْلَمُونَ شَيْئًا وَجَعَلَ لَكُمُ السَّمْعَ وَالْأَبْصَارَ وَالْأَفْئِدَةَ لَعَلَّكُمْ تَشْكُرُونَ﴾ [النحل:78]. وفي قوله تعالى: ﴿وَهُوَ الَّذِي أَنْشَأَ لَكُمُ السَّمْعَ وَالْأَبْصَارَ وَالْأَفْئِدَةَ قَلِيلًا مَّا تَشْكُرُونَ﴾ [المؤمنون:78]. وقوله تعالى: ﴿وَلَا تَفْنَأْ مَا لَيْسَ لَكَ بِهِ عِلْمٌ إِنَّ السَّمْعَ وَالْبَصَرَ وَالْفُؤَادَ كُلُّ أُولَئِكَ كَانَ عَنْهُ مَسْئُولًا﴾ [الإسراء:36].

وتشير الدراسات إلى أن آثار الإصابة بالإعاقة السمعية أكثر ضرراً على الفرد من آثار الإصابة بالإعاقة البصرية، إذ تحول الإعاقة السمعية دون النمو اللغوي والعقلي والاجتماعي معاً، على العكس من الإعاقة البصرية والتي لا تحول دون النمو اللغوي والعقلي والاجتماعي، وتبدو آثار الإعاقة السمعية واضحة على كثير من الخصائص الشخصية، كالخصائص اللغوية، والعقلية، والأكاديمية، والاجتماعية (الروسان، 2001م، ص177).

واللغة المسموعة هي وسيلة الفرد للاتصال والتواصل مع الآخرين والاندماج معهم، ويرتبط افتقار اللغة عند الفرد بافتقار حاسة السمع، مما ينتج عنه العديد من المشكلات النفسية والانفعالية والاجتماعية، والسلوكية التي يعاني منها الفرد، سواء على المستوى الفردي أو الجماعي، فالإعاقة السمعية تحد من قدرة الفرد وخبراته إذ تفقده عملية التواصل والتفاعل مع كافة جوانب البيئة المحيطة به، وهذا الافتقار له دلالة بالنسبة للأدوار التي يمكن أن يؤديها الفرد داخل الإطار البيئي الذي يعيش فيه (كاشف، 2004م، ص70).

إن الإعاقة السمعية قد تؤثر بشكل مباشر وغير مباشر على التنظيم السيكولوجي الكلي للإنسان، وذلك لا يعني أن الصمم يقود بالضرورة إلى سوء التوافق النفسي، وهو أيضاً لا يعني أن ثمة تأثير محدد قابل للتنبؤ لدى جميع الأشخاص المعوقين سمعياً (الجوالدة، 2012م، ص47).

وتعد مرحلة الطفولة مرحلة أساسية يجب على الآباء الاهتمام بها لأنها القنطرة التي من خلالها ينتقل الطفل من الاعتماد على الآخرين إلى الاعتماد على نفسه، ولأن انعكاساتها قد تكون خطيرة على الطفل وعلى تطوره (حفني، 2001م، ص32).

وفي هذه المرحلة قد يظهر عند الأطفال بعض السلوكيات غير المرغوبة والتي قد تعرضهم لسوء التوافق مع الآخرين. نظراً لأنهم لا يستطيعون معرفة السلوكيات المرغوبة وغير المرغوبة، كما أنهم لا يستطيعون معرفة أو وصف ما بداخلهم من مشاعر سلبية تؤدي إلى تصرفاتهم غير السوية فهذه المشاعر السلبية هي إشارة لوجود الاضطرابات السلوكية والانفعالية عند الأطفال (بهادر، 1983م، ص85).

كما يؤكد (مختار، 1999م، ص13) أن المشكلات السلوكية للأطفال إنما هي مشكلات ترجع في المقام الأول إلى ظروف غير مواتية وغير مناسبة أيضاً يعيشها الأطفال، تعصف بصحتهم النفسية وتؤثر على سلوكياتهم.

وقد أوضحت بعض الدراسات أن الأطفال المعاقين سمعياً يمكن أن يخبروا بعض المشكلات النفسية أكثر من العاديين مثل الاعتماد على الآخرين، القلق، الأنانية، العدوانية، سرعة الغضب، والسلوك الخارج عن القانون، التهور والاندفاع، قلة الفهم لردود أفعال الآخرين، ضعف تقدير الذات، العجز المعرفي والمهاري، رسم صورة أقل واقعية للذات، الاكتئاب، العصابية، الشعور بعدم الأمن، الشعور بالوحدة، التصلب وعدم النضج العاطفي والاجتماعي (بحراوي والتل، 2012م، ص103).

وقد أشارت دراسة (يحيى، 2006م) إلى ظهور مشكلات سلوكية حادة لدى الأطفال المعاقين سمعياً منها الحركة الزائدة وعدم الاستقرار، عدم الالتزام بتوجيهات المدرسين، ومحاولة الغش في الامتحانات، واثارة الضجيج داخل الصف، والغيرة والتشاجر مع زملائه، والإثارة والغضب السريع والأنانية. كما أشارت دراسة (وافي، 2006م) إلى أن أكثر المشكلات السلوكية الموجودة لدى الأطفال المعاقين سمعياً هي اضطراب المسلك والالزمات العصبية والنشاط الزائد.

من خلال ما تقدم يتبين أن الأطفال المعاقين سمعياً لديهم مشكلات سلوكية كما أشارت إلى ذلك الأدبيات والدراسات وإلى مدى تأثير تلك المشكلات على توافقهم النفسي والاجتماعي والمدرسي.

من هنا تبرز أهمية الدراسة الحالية والحاجة إليها وخاصة أن الدراسات التي تبحث في المشكلات السلوكية للمعاقين سمعياً قليلة جداً على حد علم الباحثة، وأن هذا البحث يندرج أيضاً ضمن الاهتمام المتزايد بالفئات ذوي الاحتياجات الخاصة من الأطفال.

مشكلة الدراسة وتساؤلاتها:

لقد غدا الاهتمام بالمعاقين من أكثر المجالات جذباً وظهوراً في وقتنا الحالي، سواء على المستوى البحثي أو على المستوى التربوي، بل وأصبح من أهم مقتضيات العصر. حيث أن لهذه الفئات مشكلات عديدة في حاجة ماسة إلى التغلب عليها وعلاجها من أجل حياة أفضل لهم. ومن هنا برزت مشكلة هذه الدراسة، وعليه تتمحور مشكلة الدراسة في الإجابة على التساؤل الرئيس التالي:

ما المشكلات السلوكية لدى الأطفال ذوي الإعاقة السمعية (الصم وضعاف السمع وزارعي القوقعة الإلكترونية) والعاديين في قطاع غزة؟

ويتفرع من هذا التساؤل التساؤلات الفرعية التالية:

1. ما مستوى المشكلات السلوكية لدى الأطفال ذوي الإعاقة السمعية في قطاع غزة؟
2. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة $(\alpha \geq 0.05)$ في المشكلات السلوكية بين الأطفال ذوي الإعاقة السمعية تعزى لمتغير نوع الإعاقة (أصم/ضعيف السمع/زارع القوقعة) في قطاع غزة؟
3. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة $(\alpha \geq 0.05)$ في المشكلات السلوكية بين الأطفال ذوي الإعاقة السمعية والعاديين في قطاع غزة؟
4. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة $(\alpha \geq 0.05)$ في المشكلات السلوكية لدى الأطفال ذوي الإعاقة السمعية في قطاع غزة تعزى لمتغير الجنس (ذكر/أنثى) ومتغير عمر الطفل (أقل من 10 سنوات، 10 سنوات فأكثر) ومتغير تاريخ الإعاقة (أقل من 5 سنوات/ 5 سنوات فأكثر) ومتغير سبب الإعاقة (مرض/إصابة/وراثية) ومتغير التحصيل الدراسي (ممتاز/جيد جداً/ جيد/ مقبول) ومتغير مكان السكن (الشمال/غزة/الوسطى/الجنوب) ومتغير ترتيب الطفل في الأسرة (الأول (الأكبر) /الأوسط/الأخير (الأصغر)) ومتغير وجود إخوة ذوي إعاقة سمعية في الأسرة (يوجد/لا يوجد) ومتغير المستوى التعليمي للأب (أقل من ثانوية عامة/ثانوية عامة/جامعي/دراسات عليا) ومتغير المستوى التعليمي للأم (أقل من ثانوية عامة/ثانوية عامة/جامعي/دراسات عليا)؟

أهداف الدراسة:

هدفت الدراسة الحالية إلى تحقيق الأهداف التالية:

1. محاولة إثراء التراث العلمي حول الظاهرة وإثراء المعرفة في المكتبة العربية.
2. التعرف على أكثر المشكلات السلوكية شيوعاً لدى الأطفال ذوي الإعاقة السمعية في قطاع غزة.
3. التعرف على مدى وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة $(0.05 \geq \alpha)$ في المشكلات السلوكية بين الأطفال ذوي الإعاقة السمعية تعزى لمتغير نوع الإعاقة (الصم/ضعاف السمع/ زارعي القوقعة) في قطاع غزة.
4. التعرف على مدى وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة $(0.05 \geq \alpha)$ في المشكلات السلوكية بين الأطفال ذوي الإعاقة السمعية والعاديين في قطاع غزة.
5. التعرف على مدى وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة $(0.05 \geq \alpha)$ في المشكلات السلوكية لدى الأطفال ذوي الإعاقة السمعية في قطاع غزة تعزى لمتغير الجنس (ذكر/أنثى) ومتغير عمر الطفل (أقل من 10 سنوات، 10 سنوات فأكثر) ومتغير تاريخ الإعاقة (أقل من 5 سنوات/ 5 سنوات فأكثر) ومتغير سبب الإعاقة (مرض/إصابة/ وراثية) ومتغير التحصيل الدراسي (ممتاز/جيد جداً/ جيد/ مقبول) ومتغير مكان السكن (الشمال/غزة/الوسطى/ الجنوب) ومتغير ترتيب الطفل في الأسرة (الأول (الأكبر) /الأوسط/ الأخير (الأصغر)) ومتغير وجود إخوة ذوي إعاقة سمعية في الأسرة (يوجد/لا يوجد) ومتغير المستوى التعليمي للأب (أقل من ثانوية عامة/ثانوية عامة/ جامعي/ دراسات عليا) ومتغير المستوى التعليمي للأم (أقل من ثانوية عامة/ثانوية عامة/ جامعي/ دراسات عليا).

أهمية الدراسة:

تتبع أهمية الدراسة كما تراها الباحثة من النقاط التالية:

أولاً: من الناحية النظرية:

1. يتناول هذا البحث شريحة هامة من شرائح المجتمع وهي شريحة الأطفال فاقد السمع، سواء أكان هذا الفقد كلياً كفئة الأطفال الصم، أو جزئياً كفئة الأطفال ضعاف السمع والأطفال زارعي القوقعة الإلكترونية، ومقارنة هذه الفئات بالأطفال العاديين. الأمر الذي يعطي هذا البحث أهمية خاصة ويحمل في طياته قيمة ثقافية واجتماعية وأخلاقية تؤدي بشكل ما إلى رفع مستوى الوعي النفسي لدى هذه الشريحة ومن يتفاعل معها.
2. إلقاء الضوء على المشكلات السلوكية التي يعاني منها الأطفال ذوي الإعاقة السمعية (الصم وضعاف السمع وزارعي القوقعة).

3. ندرة الدراسات والبحوث العربية التي بحثت في المشكلات السلوكية لدى الأطفال بشكل عام ولدى الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة بشكل خاص ولدى الأطفال الصم وضعاف السمع وزارعي القوقعة بشكل أخص.

4. كما تسهم هذه الدراسة في إلقاء الضوء على أهمية الكشف والعلاج المبكر للمشكلات السلوكية الذي قد يزيد من توافق المعاق مع إعاقته مما يفيد في تدعيم دور الأسرة في تعديل المشكلات السلوكية للأطفال ذوي الإعاقة السمعية والعاديين.

ثانياً: من الناحية العملية (التطبيقية):

1. يمكن أن تؤدي هذه الدراسة من الناحية التطبيقية إلى نتائج وتوصيات تمكن المختصين والقائمين على رعاية الأطفال ذوي الإعاقة السمعية من تحسين الخدمات التربوية المقدمة لهم مما سيعود بالفائدة عليهم وعلى مجتمعهم.

2. كما قد تساعد هذه الدراسة في تصميم البرامج الإرشادية والعلاجية لتخفيف المشكلات السلوكية لدى الأطفال ذوي الإعاقة السمعية.

3. كما قد تساعد هذه الدراسة أولياء الأمور في تبني أساليب المعاملة الوالدية المناسبة للتعامل مع المشكلات السلوكية لأبنائهم المعاقين سمعياً والعاديين.

حدود الدراسة:

• **الحد الزمني:** أجريت هذه الدراسة في الفصل الدراسي الثاني من العام الدراسي 2015-2016م.

• **الحد المكاني:** أجريت هذه الدراسة في المؤسسات التالية: جمعية جباليا للتأهيل_ جباليا، وجمعية أطفالنا للصم- غزة، وجمعية دير البلح لتأهيل المعاقين- دير البلح، ومركز البسمة للسمعيات والتخاطب- خانيونس، وجمعية الأمل لتأهيل المعاقين- رفح، كما ستجرى هذه الدراسة في المدارس الحكومية الأساسية في قطاع غزة.

• **الحد البشري:** أجريت هذه الدراسة على الأطفال ذوي الإعاقة السمعية الصم وضعاف السمع وزارعي القوقعة والعاديين الذين تتراوح أعمارهم ما بين 6 - 15 سنة.

• **الحد الموضوعي:** تناولت هذه الدراسة موضوع المشكلات السلوكية وموضوع الإعاقة السمعية.

مصطلحات الدراسة:

المشكلات السلوكية (Behavioral problems) :

شكل من أشكال السلوك غير السوي الذي يصدر عن الفرد نتيجة وجود خلل في عملية التعلم، وغالبا ما يكون ذلك على شكل تعزيز السلوك غير التكيفي، وعدم تعزيز السلوك التكيفي (يحيى، 2000م، ص162).

وتعرف الباحثة المشكلات السلوكية إجرائياً بأنها: مجموع الدرجات التي يحصل عليها الأطفال مجموعات الدراسة (الصم وضعاف السمع وزارعي القوقعة والعاديين) على مقياس المشكلات السلوكية موضع الدراسة.

الإعاقة السمعية (Auditory Impaired) :

هي المشكلات السمعية التي تتراوح في شدتها من البسيط إلى المتوسط وهو ما يسمى بالضعف السمعي إلى الشديد وهو ما يسمى بالصمم (الجوالدة، 2012م، ص33).

الطفل الأصم (The Deaf Child) :

هو الفرد الذي يعاني من فقدان سمعي يبدأ من 90 ديسبل فأكثر، بعد استخدام المعينات السمعية مما يحول دون اعتماده على حاسة السمع في فهم الكلام (الشريف، 2011م، ص288).

وتعرفه الباحثة إجرائياً بأنه الطفل الذي يتلقى خدماته التعليمية والتأهيلية في المؤسسات الخاصة بالمعاقين سمعياً.

الطفل ضعيف السمع (Hard of hearing child) :

هو من يعاني من نقص أو عجز جزئي في حاسة السمع، يجعله يواجه صعوبة في فهم الكلام بالاعتماد على حاسة السمع فقط، ولكنهم يستطيعون فهم الكلام بمعاونة بعض المعينات السمعية حتى يتمكنوا من فهم الكلام المسموع (بحرواي والتل، 2012م، ص93).

وتعرفه الباحثة إجرائياً بأنه الطفل الذي يتلقى خدماته التعليمية في المدارس الحكومية العادية مع استخدامه للمعينات السمعية.

الطفل زارع القوقعة الإلكترونية (Children with Cochlear Implants) :

هم الأطفال الذين لديهم فقدان سمعي شديد جداً ولا يستفيدون من السماعات الطبية الاعتيادية، ويمكنهم الاستفادة من زراعة القوقعة الإلكترونية (الزريقات، 2009م، ص265).

وتعرفهم الباحثة إجرائياً بأنهم الأطفال الذين تم إجراء عملية زراعة قوقعة إلكترونية لهم.

القوقعة الإلكترونية (Cochlear Implants) :

جهاز إلكتروني يزرع جراحياً تحت الجلد خلف الأذن يساعد على الإحساس بالصوت للأشخاص الذين لديهم فقدان سمعي شديد ويختلف عن المعينات السمعية التي تقوم بتضخيم الصوت حيث إن هذا الجهاز يعمل على تحفيز الأعصاب السمعية الموجودة داخل القوقعة (بن محمد، 2014م، ص229) (انظر ملحق 14).

الأطفال العاديين (Normal children) :

وتعرفهم الباحثة إجرائياً بأنهم الأطفال الذين لا يعانون من أية إعاقات سمعية.

الفصل الثاني

الإطار النظري

المبحث الأول المشكلات السلوكية

كثيراً ما تتردد أمامنا كلمة مشكلة فنحن حين نكون أمام موقف غامض فإننا نقول هذه مشكلة وحين نكون أمام سؤال صعب فإننا نواجه مشكلة وحين نشكك في حقيقة شيء ما فإننا أمام مشكلة. فما المقصود بالمشكلة؟ المشكلة قد تكون موقفاً غامضاً أو نقصاً في المعلومات أو الخبرة، وقد تكون سؤالاً محيراً أو حاجة لم تُشبع، وقد تكون رغبة في الوصول إلى حل للغموض أو إشباع للنقص أو إجابة عن السؤال.

وفي هذا الفصل قامت الباحثة بتسليط الضوء على المشكلات السلوكية تعريفها وأسبابها وتصنيفاتها وخصائصها والاتجاهات النظرية التي تفسرها، وبعض المشكلات السلوكية التي يتصف بها الأطفال المشكلين سلوكياً.

تعريف المشكلة لغوياً (Problem):

كلمة المُشكلة في اللغة: من شكّل، والشكّل بالفتح: الشبّه والمثّل، والجمع أشكال وشكول، والشاكلة: الناحية والطريقة والجديلة. وشاكلة الإنسان: شكّله وناحيته وطريقته. وفي التنزيل: ﴿ثُمَّ كُلٌّ يَجْمَعُ عَلَى شَاكِلَتِهِ﴾ [الإسراء:84] أي: على طريقته وجديلته ومذهبه (ابن منظور، د.ت، ص356). أما في معاجم علم النفس فتعرف المشكلة بأنها: أية صعوبة محيرة، حقيقية كانت أم اصطناعية يتطلب حلها إعمال الفكر (شحاتة والنجار، 2003م، ص267). وفي الاصطلاح النفسي تعرف (الحريري والإمامي، 2011م، ص238) المشكلة بأنها: نتيجة غير مرغوب فيها وتحتاج إلى تعديل، فهي تمثل حالة من التوتر وعدم الرضا نتيجة لوجود بعض الصعوبات التي تعيق تحقيق الأهداف المرجوة، وتظهر المشكلة بوضوح عندما يعجز الفرد أو الافراد في الحصول على النتائج المتوقعة من الأعمال والنشاطات المختلفة.

تعريف السلوك لغوياً (Behavior):

كلمة السلوك في اللغة: مصدر سَلَكَ طريقاً، وسَلَكَ المكان يَسْلُكُه سَلْكَاً وسُلُوكاً وسَلَكَه عِبْرَه، وأسَلَكَه إياه وفيه وعليه والسَلُّكُ بالفتح مصدر سَلَكَتُ الشيء في الشيء فأنسَلْتُ أي أدخلته فيه فدخل، قال تعالى ﴿أَمْ تَرَأَنَّ اللَّهَ أَنْزَلَ مِنَ السَّمَاءِ مَاءً فَسَلَكَهُ يَنَابِيعَ فِي الْأَرْضِ﴾ [الزمر:21]، أي أدخله ينابيع في الأرض (ابن منظور، د.ت، ص422).

وفي معاجم علم النفس يعرف السلوك بأنه: الظاهرة التي يهتم علم السلوك الإنساني بدراستها، وهو ذلك الجزء من تفاعل الكائن الحي مع بيئته، الذي يمكن من خلاله تحري حركة الكائن

الحي، أو حركة جزء منه في المكان والزمان، والذي ينتج عنه تغيير قابل للقياس في جانب واحد على الأقل من جوانب البيئة، ويعرف أيضاً بأنه: الاستجابة الكلية التي يبديها كائن حي إزاء أي موقف يواجهه (شحاتة والنجار، 196م، ص2003). أما في الاصطلاح النفسي فيعرف حامد زهران السلوك على أنه: أي نشاط (جسمي أو عقلي أو اجتماعي أو انفعالي) يصدر من الكائن الحي نتيجة لعلاقة دينامية وتفاعل بينه وبين البيئة المحيطة به. والسلوك عبارة عن استجابة أو استجابات لمثيرات معينة ويجب التفريق بين السلوك على أنه استجابة كلية وبين النشاط الفسيولوجي كاستجابات جزئية، والسلوك خاصية أولية من خصائص الكائن الحي (زهران، 2005م، ص14). أما السلوك المشكل فيعرف بأنه: سلوك منافٍ لما درج عليه المجتمع، ومن ثم يخلق مشكلة إما للفرد نفسه أو للمجتمع (شحاتة والنجار، 2003م، ص198). وتتبنى الباحثة تعريف حامد زهران للسلوك وترى أنه الأنسب والأقرب لهذه الدراسة.

أنواع السلوك:

1. السلوك الفطري الموروث: يولد الإنسان مزوداً به أو على القليل مزوداً باستعداد عام للقيام به، من ذلك الامتصاص والبكاء والإخراج والنوم والجنس، وهو سلوك عام يشترك فيه جميع أفراد الجنس البشري، بصرف النظر عن الاختلافات الثقافية والحضارية، وهو سلوك غير مكتسب من البيئة.
2. السلوك المتعلم أو المكتسب: من التفاعل والاحتكاك بالبيئة الاجتماعية والمادية التي ينشأ الفرد فيها، ومن ذلك التدخين أو القراءة والكتابة أو الرقص أو السباحة والجري وركوب الخيل والعزف والموسيقى...إلخ.
3. السلوك الشعوري: يدركه الفرد، ويعترف به، ويعرف أهدافه ومراميه، كذهابه للجامعة بقصد التعلم.
4. السلوك اللاشعوري (الرمزي): لا يدركه الفرد ولا يعترف به ولا يعرف مغزاه أو أهدافه، مثل ذلك: فلتات اللسان، وزلات القلم، ونسيان المواعيد، والعقد والأمراض النفسية والأحلام...إلخ.
5. السلوك الحركي الظاهر، كالجري أو المشي أو الكلام بصوت مسموع.
6. السلوك الضمني المستتر الخفي كالتفكير أو التأمل أو أحلام اليقظة.
7. السلوك الفيسيولوجي الغدي كإفراز بعض الغدد الصماء.
8. السلوك الإرادي كالجري أو المشي، والسلوك اللاإرادي كضربات القلب وعملية التنفس وتقلصات المعدة وعملية الهضم وما إلى ذلك.

9. هناك السلوك السوي الطبيعي كالخوف من الأسد، وسلوك غير سوي أو شاذ كالخوف من الماء أو الرعد والبرق، أو الأماكن الواسعة أو الضيقة، أو الخوف من الخيول والعناكب وما إلى ذلك.

10. سلوك بسيط: كالانعكاسات الأولية كحركة الركبة أو رمش العين، وسلوك معقد كال تفكير أو التحدث بلغة أجنبية أو قيادة السيارة (العيسوي، 1993م، ص57).

وقد استفادت الباحثة من هذه الأنواع والتقسيمات للسلوك في التمييز ما بين السلوك المقصود وغير المقصود الذي يصدر عن الطفل، وكيفية صدور هذا السلوك وأسبابه وما قد يؤدي إلى استمراره أو توقفه، وقد تبنت الباحثة تقسيم السلوك إلى سلوك طبيعي (عادي) وسلوك شاذ (مُشكّل) وهو ما تسعى الباحثة لدراسته.

جوانب السلوك:

السلوك كمنشأ كلي مركب يتضمن ثلاثة جوانب نستطيع تمييزها فيه وهي:

1. **جانب معرفي:** ندرك ما حولنا من مظاهر وأحداث مختلفة، نتفاعل برموز ومعاني معينة، أنت تدرك الآن أنك جالس تقرأ هذه الصفحات وإذا فكرت في مستقبلك استطعت أن تصل إلى تحديد معالم طريقك وأهدافك في الحياة، هذا التجديد أو التصور أو التفكير في مستقبلك هو عمليات معرفية. والطفل الصغير يميز بين أبيه وغيره من الأشخاص، ويستطيع التفرقة بين الساخن وغير الساخن. فالإدراك والتمييز والتصوير والتخيل والتفكير والتذكر والتعبير اللغوي وغيرها هي الجوانب المعرفي في السلوك.

2. **جانب حركي:** كالاستجابة الحركية لتعليمات أو تنبيهات لفظية معينة مثل الاستجابة لإشارة المرور بالمشي أو التوقف، وكالكتابة على الآلة الكاتبة أو ركوب دراجة أو العزف على البيانو وغير ذلك، في عملية الكتابة لأبيات من الشعر يتمثل الجانب المعرفي في إدراك معنى الكلمات، والجانب الحركي في حسن الكتابة والسرعة واختيار شكل معين للكلمات.

3. **جانب انفعالي:** وهو الحالة الانفعالية التي تصاحب السلوك، فالميل إلى موضوع والتحمس له والإقبال عليه يمثل محركات ومنشآت للسلوك، كما أن الشعور بالارتياح أو عدم الارتياح حيال موضوع السلوك يؤثر في تدعيم السلوك أو انطفاء استجابته (منصور وآخرين، 2003م، ص8).

وترى الباحثة أن هذه الجوانب الثلاثة للسلوك تؤكد على أننا لا يمكننا دراسة السلوك الظاهر بمعزل عن دراسة ما بداخل الإنسان عموماً والطفل خصوصاً من أفكار وانفعالات وإذا كان هذا الأمر يتعلق بالسلوك الطبيعي فهو من باب أولى يتعلق بالسلوك الشاذ أو المشكل، فالمشكلات السلوكية لا تقتصر على السلوكيات الخاطئة التي يقوم بها الطفل وإنما تمتد لتشمل أفكاره وانفعالاته الخاطئة والتي يجب على الأخصائي النفسي معالجتها للوصول إلى علاج المشكلات السلوكية للطفل.

المبادئ العامة للسلوك:

من المبادئ الهامة التي يستند إليها السلوك الإنساني وتعديله ما يلي:

1. **السلوك الإنساني ثابت نسبياً:** بمعنى أن السلوك الإنساني يكون في أغلبه متميزاً بنمط أدائي محدد ويميز فرداً ما عن غيره سلوكياً، حتى وإن تشابهت ظروف الحياة الاجتماعية والنفسية فيما بينهم، كما أن هذا السلوك الخاص في كثير من الأحوال يتكرر صدوره من هذا الإنسان في مواقف متعددة ومختلفة بنفس الهيئة ونفس الأداء تقريباً، لذا يتميز الأداء السلوكي بالثبات النسبي لدى كل فرد في المجتمع.
2. **السلوك الإنساني في معظمه متعلم ومكتسب:** ويظهر تأثير هذا التعلم السلوكي من خلال ظروف وأساليب التنشئة الاجتماعية النظامية وغير النظامية التي يمر بها الإنسان طوال فترة حياته حيث تلعب البيئة دوراً رئيسياً في إكساب الفرد السلوك الاجتماعي السائد في المجتمع، ومن هنا تنشأ أهمية التربية والتعليم في إكساب الفرد السلوك المناسب بطريقة مباشرة وغير مباشرة.
3. **السلوك الإنساني يمكن التنبؤ به:** ولما كان السلوك الإنساني ثابتاً نسبياً لذا يمكن الاستدلال والتعرف إلى السلوك الذي سوف يصدر عن الإنسان ويميزه عن غيره، وبذا يمكن توقع شكل السلوك مستقبلاً بسهولة وبدرجة عالية من الصدق التنبؤ.
4. **السلوك الإنساني مرن:** من الملاحظ على السلوك الإنساني رغم ثباته النسبي إلا أنه لا يحول دون وجود مرونة معينة فيه مما يجعله قابلاً للتعديل والتغيير، وإن المرونة التي يتسم بها هذا السلوك لا تقتصر على شكل السلوك الظاهر القابل للقياس، بل إن المرونة في السلوك قد تنتقل لتشمل التنظيم الأساسي لشخصية الفرد، ومفهومه لذاته، حتى يؤثر ذلك في سلوكه العام، وهذا هو الأساس الذي تنطلق منه عملية التوجيه والإرشاد النفسي.

5. السلوك الإنساني فردي - اجتماعي في آن واحد: فمهما بدا أن السلوك الإنساني فردياً يميز فرداً عن غيره، إلا أن السلوك لا بد وأن يصدر من فرد يعيش في مجتمع له عاداته وتقاليده الخاصة به، وبالتالي يكون السلوك الصادر من الفرد متأثراً بالمجتمع الذي نشأ فيه الفرد، كما أن السلوك الإنساني سيؤثر بطريقة أو أخرى في هذا المجتمع، وربما يكون له أعظم الأثر في تغيير حركة المجتمع، لذلك فإن السلوك الإنساني يؤثر ويتأثر بالمجتمع، وهو تحصيل حاصل لسلوك الفرد وعلاقته بالمجتمع في ضوء العلاقة الطبيعية فيما بين السمات الشخصية للفرد والمعايير الاجتماعية السائدة في المجتمع.

6. السلوك الإنساني تحكمه نتائجه: لما كان السلوك الإنساني في معظمه متعلماً وأنه وظيفة لتفاعل الفرد مع بيئته النفسية والفيزيقية، لذا فإن السلوك سيكون محكوماً بالنتائج التي تحددها بيئته حيث تؤثر تلك النتائج على احتمالية حدوث السلوك في المستقبل في حالة النتائج الإيجابية، بينما تقل في حالة النتائج السلبية للسلوك، هذا مع عدم إهمال العامل الوراثي في السلوك الذي يعمل جنباً إلى جنب مع العامل البيئي ليؤثران معاً على السلوك الإنساني (الخطيب، 2004م، ص95).

معايير السواء واللاسواء:

قبل البدء بتعريف المشكلات السلوكية لا بد من الإشارة إلى أنه ليس من السهل وصف السلوك بأنه سوي أو غير سوي لأنها مسألة نسبية تخضع للزمان والمكان. فقد يكون سلوكاً ما غير سوي في الوقت الحاضر لكنه سوي عبر السنين السابقة، وقد يكون سلوكاً ما غير سوي في مجتمع ما، ولا يكون كذلك في مجتمع آخر (الظاهر، 2008م، ص289).

وتؤكد (يحيى، 2000م، ص89) على صعوبة وضع خط فاصل بين الأطفال الطبيعيين والأطفال ذوي الاضطرابات السلوكية والانفعالية، فجميع الأطفال يظهرون أنماط سلوكية عدوانية مختلفة، أو أنماط سلوك انسحابية أو أنماط سلوك مضادة للمجتمع من وقت لآخر ولكن ما يميز أنماط سلوك الأطفال المضطربين سلوكياً وانفعالياً التكرار والشدة والطوبوغرافية والمدة التي يستمر فيها السلوك وهو ما ستفصله الباحثة لاحقاً.

وهناك عدة معايير مستخدمة بهذا الشأن فيها مواطن ضعف ولا يمكن الاعتماد على إحداها كلياً لتحديد السلوك هل هو سوي أو غير سوي ومن هذه المعايير:

1. المعيار الذاتي (الفردى):

حيث يتخذ الفرد من ذاته إطاراً مرجعياً يرجع إليه في الحكم على السلوك بالسوية واللاسوية (زهرا، 2005م، ص11). ومواطن ضعف في هذا المعيار أنه يفنقر إلى الموضوعية، كما أنه لا يعطي وزناً للجانب الاجتماعى، ولا يمكن تعميم هذا المعيار، إضافة إلى أن الفرد قد يكون لديه سلوكات شاذة، ولكنه يعتبرها من وجهة نظره سوية تماماً (الظاهر، 2008م، ص290).

وترى الباحثة أن حب الذات والأناية المفطور عليهما الإنسان قد يحولان دون حكم الإنسان على نفسه بموضوعية مما يضعف من قيمة هذا المعيار في حكمه على سلوك الإنسان.

2. المعيار الاجتماعى:

حيث يتخذ من مسايرة المعايير الاجتماعية أساساً للحكم على السلوك بالسوية أو اللاسوية. فالسوي هو المتوافق اجتماعياً واللاسوي هو غير المتوافق اجتماعياً (زهرا، 2005م، ص11). ومن مواطن ضعف هذا المعيار أنه لا يكون ثابتاً وعماماً فهو يختلف من مجتمع إلى آخر، كما أن هذا المعيار يلغى فردية وشخصية الإنسان لأن يتصرف وفق رؤيته الخاصة، وعليه الامتثال لتقاليد المجتمع بغض النظر عن كونها صحيحة أو خاطئة (الظاهر، 2008م، ص298).

وترى الباحثة أن أكبر مثال واضح على ضعف هذا المعيار هو الاختلاف الكبير بين الأنبياء عليهم السلام وأقوامهم وأن اختلاف الفرد عن الجماعة التي ينتمى إليها ليس دائماً اختلافاً سلبياً فقد يكون هذا الاختلاف إيجابياً.

3. المعيار الإحصائى:

حيث يتخذ المتوسط أو المنوال أو الشائع معياراً يمثل السوية وتكون اللاسوية هي الانحراف عن هذا المتوسط بالزائد أو الناقص (زهرا، 2005م، ص11). والانتقاد الذي يوجه إلى هذا المعيار هو أنه بغض النظر عن طبيعة السلوك فهو يعد سلوكاً سويماً أو طبيعياً إذا كان شائعاً إحصائياً، ويعد سلوكاً غير طبيعى وغير سوي إذا كان حدوثه نادراً إحصائياً أو أكثر بكثير مما هو متوقع (الظاهر، 2008م، ص291).

وترى الباحثة أن من أكثر الأدلة على ضعف هذا المعيار قوله تعالى ﴿وَلَكِنَّ أَكْثَرَهُمْ لَا يَعْلَمُونَ﴾ [الأنفال:34] فالكثر لا تعنى دائماً أن الأكثرية على حق والأقلية على باطل.

4. **المعيار الطبي:** ويتمثل في أن الشخص السوي الذي يخلو من أعراض مرضية مثل المخاوف المرضية والأفكار المتسلطة والذهان والانحرافات الجنسية، أما الشخص غير السوي فهو الذي تظهر عليه إحدى هذه الأمراض أو بعضها. وترى الباحثة أن خلو الشخص من أعراض الاضطرابات النفسية لا يعني بالضرورة تمتعه بالصحة النفسية، حيث يشترط أن يتصف الشخص بمظاهر التوافق النفسي ليتمتع بالصحة النفسية.

وبناءً على ما سبق تختلف معايير الحكم على السلوك من حيث السواء والشذوذ من المعيار الذاتي الذي يحكم عليه من خلال الفرد ذاته والمعيار الاجتماعي الذي يحكم على السلوك من خلال الجماعة والمعيار الإحصائي الذي يحكم على السلوك من خلال أعداد فاعليه والمعيار الطبي الذي يحكم عليه من خلال وجود الأعراض المرضية أو عدمها ولكل معيار من هذه المعايير نقاط قوة ونقاط ضعف، وترى الباحثة أن المعيار الإسلامي يسبق جميع المعايير السابقة في حكمه على السلوك ويغطي نقاط ضعفها حيث أنه يرى بأن السلوك السوي هو عمل الواجب أو المباح ابتغاء مرضاة الله أما السلوك غير السوي أو الشاذ فهو السلوك الذي فيه تعدٍ على حدود الله بفعل المحرمات أو المكروهات، ويمتاز هذا المعيار عن غيره من المعايير بربطه السلوك السوي بالفعل الحسن والسلوك الشاذ بالفعل السيء أو القبيح، وجعل حسن الفعل أو قبحه مرهونين بحكم الله فيه لا بهوى الفرد أو رضا الجماعة، كما يمتاز بتقدمه لقواعد السلوك ثابتة لا تختلف باختلاف الزمان أو المكان وموضوعية لا تتأثر بتغير الأفراد أو المجتمعات.

مفهوم المشكلات السلوكية:

لقد ظهرت تعريفات عديدة للمشكلات السلوكية، ولكن لا يوجد اتفاق شامل على أي من هذه التعريفات وذلك للأسباب التالية:

1. عدم الاتفاق بين الباحثين على معنى السلوك (السوي) أو الطبيعي أو حول مفهوم الصحة النفسية، وبالتالي ينعكس ذلك على صعوبة تحديد الانحراف أو الشذوذ عن الطبيعي إذ لا يستطيع الباحثون الاتفاق على غياب الصحة النفسية في حين أنهم غير متفقين أصلاً على تعريف ما المقصود بالصحة النفسية.
2. عدم الاتفاق بين الباحثين على مقاييس واختبارات لتحديد السلوك المضطرب وهذا ناتج عن عدم الاتفاق بينهم أساساً على مفهوم السلوك (السوي) أو الطبيعي.
3. تعدد واختلاف الاتجاهات والنظريات التي تفسر اضطرابات السلوك وأسبابها واستخدام مصطلحات وتعريفات وتسميات تعكس وجهات النظر المختلفة.

4. التباين في المعايير والسلوك المتوقع من الأشخاص الذي قد تتبناه مجموعة أو أكثر في المجتمع في الحكم على اضطراب السلوك.

5. ظهور اضطراب السلوك لدى فئات الإعاقة المختلفة قد يجعل من الصعب أحياناً تحديد هذا الاضطراب في السلوك ناتج عن الإعاقة التي يعاني منها الشخص أم هي سبب في تلك الإعاقة (القمش والمعايطة، 2009م، ص13).

وللتغلب على هذه المشكلة (صعوبة وجود تعريف محدد للمشكلات السلوكية) تم الاحتكام إلى عدد من المحكات للحكم على السلوك بأنه مضطرب أو مشكل أو شاذ وهذه المعايير هي:

1. **تكرار السلوك (Frequency):** إن ما نعنيه بتكرار السلوك هو عدد المرات التي يحدث

فيها السلوك في فترة زمنية معينة. فمعظم الأطفال مثلاً يتشاجرون من حين إلى آخر، إلا أن البعض يتشاجر مع الآخرين بشكل متكرر. كذلك فمعظم الناس يغسلون أيديهم مرات عديدة في الساعة الواحدة. ومعظم الأطفال يحاولون الفوز بانتباه معلمهم، ولكن بعضهم يحاول نيل انتباه المعلم بتواصل من خلال الطرق غير المناسبة، في هذه الحالات، نقول إن هذه السلوكيات غير عادية أو شاذة بسبب معدل حدوثها.

2. **مدة حدوث السلوك (Duration):** بعض السلوكيات تعد غير عادية لأن مدة حدوثها غير

عادية، فهي قد تستمر مدة أطول بكثير أو أقل بكثير مما هو عادي، فمعظم الطلاب قد لا يستطيعون التركيز أحياناً ولكن بعضهم لا يستطيعون التركيز لأكثر من ثوانٍ معدودة. وكلنا قد يغضب وغضبنا قد يستمر بضع دقائق، ولكن ثورة الغضب قد تستمر لدى بعضنا لمدة ساعة أو أكثر دائماً. وجميع الأطفال سيكون ولكن بعض الأطفال سيكون عدة ساعات في اليوم الواحد. لذا يوصف السلوك بأنه غير عادي إذا انحرف من حيث مدته (الخطيب، 2003: 92).

3. **طبوغرافية السلوك (Topography):** المقصود بطبوغرافية السلوك هو الشكل الذي يأخذه،

فالأطفال قد لا يكتبون بوضوح أحياناً ولكن بعضهم يعاني من هذه المشكلة بشكل متواصل. فطريقة كتابتهم تختلف تماماً عن طرق كتابة الآخرين. وبالمثل فقد يعكس الطفل الأرقام، وما إلى ذلك.

4. **شدة السلوك (Magnitude):** يعد السلوك شاذاً إذا كانت شدته غير عادية، فالسلوك قد

يكون قوياً جداً أو قد يكون ضعيفاً جداً. فجميع الأطفال قد يتحدثون بصوت غير مسموع أحياناً، ولكن بعض الأطفال لا يتحدثون بصوت مسموع أبداً. كذلك فنحن نعبر عن عدم ارتياحنا للمواقف المزعجة، ولكن بعضنا يفقد صوابه لأتفه الأسباب.

5. **كمون السلوك (Latency):** يشير كمون السلوك إلى الفترة الزمنية التي تمر بين المثير وحدوث السلوك، فقد تمر عدة دقائق قبل أن يستجيب الطالب لتعليمات المعلم، وقد يلتزم الطفل الصمت فترة زمنية طويلة نسبياً قبل أن يجيب عن سؤال معين (الخطيب، 2010م، ص73).

وتلخص الباحثة ما سبق بأن السلوك لا يعد مشكلاً إلا إذا انحرف عن السلوك العادي في مدته وشدته وشكله والفترة الزمنية بين المثير وحدوث السلوك.

تعريف المشكلات السلوكية:

يشير مفهوم (مشكلة) أو (اضطراب) أو (انحراف) لدى الطفل إلى كل سلوك يقوم به ويثير الشكوى أو التذمر لدى الطفل نفسه أو الأبوين أو القائمين على رعايته، سواء في الأسرة أو المؤسسات الاجتماعية والتربوية، مما يدفع به إلى التماس نصح وتوجيهات المتخصصين ذوي العلاقة (الخطيب، 2004م، ص545).

ويعرفها (سعادة وآخران، 2002م، ص554) بأنها عبارة عن عدم إشباع حاجات الطفل البيولوجية والنفسية، وذلك نتيجة الحرمان والاضطرابات والتوتر والقلق الناتج من خلال الحروب أو الأزمات مما يجعل من شخصية الطفل شخصية مضطربة، تظهر عليها أعراض سلوكية تعيق من النمو الجسدي والعقلي والوجداني والاجتماعي لدى الطفل.

وتعرف (كاشف، 2004م، ص14) المشكلات السلوكية على أنها: أنماط سلوكية ظاهرة تعكس خرقاً للأعراف الاجتماعية المقبولة يوجهها الفرد نحو الآخرين أو نحو نفسه بغرض الإيذاء أو خرق القوانين، وهي سلوكيات يستطيع الآخرون ملاحظتها بسهولة، وهي تتميز بالتكرار والحدة ولكنها لا تصل إلى درجة الاضطراب الشديد الذي يتطلب التدخل العلاجي، وتؤثر هذه السلوكيات على كفاءة الطفل النفسية والاجتماعية، وتحد من درجة تفاعله مع الآخرين.

وتعرفها (وافي، 2006م، ص9) بأنها جملة من السلوكيات اللاتوافقية التي يسعى المقياس المستخدم في الدراسة للكشف عن شدتها لدى أطفال عينة الدراسة وتشمل: اضطرابات السلوك، الاكتئاب، اضطراب التفكير، الانسحاب الانفعالي، النشاط الزائد، القلق، اضطرابات التواصل والكلام، اللزومات العصبية، والتي يتحدد مدى ظهورها وفقاً لتقديرات الملاحظين التي تسجل على مقياس الاضطرابات السلوكية للأطفال الصم والمكفوفين المستخدم في هذه الدراسة.

بينما يعرفها (الخطيب، 2007م، ص223) المشكلات السلوكية بأنها النمط الثابت والمتكرر من السلوك المنحرف عن السواء (العدواني أو غير العدواني) والذي ينتهك فيه حقوق الآخرين وقيم المجتمع الأساسية أو قوانينه سواء في البيت أو المدرسة أو الشارع.

كما يعرفها (اسماعيل، 2009م، ص8) بأنها سلوك ظاهر يصدر من الطفل المحروم ويكون هذا السلوك غير مرغوب وتكون نتائجه غير مرضية للآخرين المحيطين به.

كما تعرفها (مدوخ، 2014م، ص7) بأنها أنماط سلوكية غير سوية تمثل سلوكاً لا توافقياً من قبل الطلبة وهي تمثل مخالفة للقيم الدينية والمجتمعية وللنظام المدرسي، ويستطيع الآخرون ملاحظتها، والتي تحول دون استفادة الطلبة من العملية التعليمية والتربوية، ويشمل مشكلات مخالفة النظام المدرسي ومشكلات العدوان والمشكلات العاطفية.

أما (Woody,1969) فقد عرف الأطفال المشكلين سلوكياً بأنهم: غير القادرين على التوافق والتكيف مع المعايير الاجتماعية المحددة للسلوك المقبول، وبناءً عليه سينتأثر تحصيلهم الأكاديمي، وكذلك علاقاتهم الشخصية مع المعلمين والزملاء في الصف إضافة إلى ذلك فإن هؤلاء الأطفال لديهم مشكلات تتعلق بالصراعات النفسية وكذلك بالتعلم الاجتماعي، ووفقاً لذلك فإن لديهم صعوبات في تقبل أنفسهم كأشخاص جديرين بالاحترام، والتفاعل مع الأقران بأنماط سلوكية منتجة ومقبولة، كذلك الانجذاب نحو ما هو عادي-عاطفي مؤثر ونفسي وحركي وأنشطة التعلم المعرفي دون صراع (يحيى، 2000م، ص17).

وترى الباحثة أن أهم ما تشير إليه التعريفات السابقة على اختلافها ما يلي:

1. السلوك المُشكِل هو سلوك ظاهر (يمكن ملاحظته) غير مقبول ومتعارف عليه اجتماعياً.
2. السلوك المُشكِل يتصف بالتكرار والثبات.
3. السلوك المُشكِل يمكن تعديله وتغييره.
4. السلوك المُشكِل يؤدي إلى سوء توافق الفرد مع نفسه ومع الآخرين.

وبناءً عليه تعرف الباحثة المشكلات السلوكية بأنها: مجموعة من المظاهر السلوكية الملاحظة والثابتة والمتكررة وغير المقبولة اجتماعياً، يقوم بها الطفل ولا تتناسب مع المرحلة النمائية أو العمرية له، ويوجهها الفرد نحو ذاته أو نحو الآخرين، وتؤدي إلى سوء توافق الفرد مع ذاته وسوء توافقه مع الآخرين.

بينما تعرف الباحثة المشكلات السلوكية إجرائياً بأنها: مجموع الدرجات التي يحصل عليها الأطفال مجموعات الدراسة (الصم وضعاف السمع وزارعي القوقعة والعاقدين) على مقياس المشكلات السلوكية موضع الدراسة.

مدى انتشار المشكلات السلوكية:

من الصعوبة تحديد نسبة ثابتة توضح مدى انتشار المشكلات السلوكية، وذلك بسبب عدم وجود تعريف واضح ومتفق عليه للمشكلات السلوكية وكذلك بسبب اختلاف معايير السلوك السوي أو السلوك المضطرب من مجتمع إلى آخر، وهذا ما أكده كلاً من (العزة، 2000م) و(يحيى، 2000م)، ووفقاً للتقرير الصادر عن الجهاز المركزي للإحصاء عام 2005، فقد بلغ عدد السكان في الضفة الغربية وقطاع غزة 3.986.813 فرداً، وأن عدد المواطنين الذين يعانون نوعاً أو أكثر من المشكلات السلوكية قد يصل إلى 79736 فرداً تقريباً، وفي دراسة مسحية أجراها مركز غزة للصحة النفسية عام 2001 على المترددين على إحدى عياداته تبين أن نسب ذوي المشكلات السلوكية من بينهم وفقاً لأبعاد المشكلات السلوكية كما يوضحها الجدول (2.1) (وافي، 2006م، ص24).

جدول (2.1): نسبة انتشار المشكلات السلوكية في قطاع غزة

الرقم	المشكلة	نسبة الذكور	نسبة الإناث
1	اضطراب التصرف والمسلك	2.5	1.54
2	الاكتئاب	5.67	2.58
3	اضطراب التفكير	0.83	0.71
4	النشاط الزائد	0.73	0.3
5	الانفعال	1.44	0.69
6	القلق	2.16	3.47
7	اضطراب التواصل	1.72	0.66

تصنيف المشكلات السلوكية:

هناك عدة تصنيفات للمشكلات (الاضطرابات) السلوكية نظراً لاختلاف وجهات نظر الباحثين لأسباب هذه المشكلات ومن أهم التصنيفات ما يلي:

1. التصنيف الطبي:

ويعتمد هذا التصنيف على العوامل الداخلية كأسباب للاضطرابات السلوكية مثل ما هو بالدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية- الطبعة الرابعة المنقحة (DSM-IV-TR) الذي أصدرته الرابطة الأمريكية للطب النفسي (APA,20 Who,1992)

وقد شمل الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات العقلية الفئات التالية:

1. مشكلات النمو: التخلف العقلي والدراسي، مشكلات النمو الأخرى وصعوبات التعلم.
2. مشكلات اضطراب السلوك: فرط النشاط، والعدوان، وتشتت الانتباه، والتخريب، والجروح، والكذب، والانحرافات الجنسية.
3. مشكلات القلق: قلق الانفصال، والقلق الاجتماعي، وتجنب الاحتكاك بالآخرين.
4. اضطرابات متعلقة بالطعام: الهزال أو النحافة المرضية، والشراهة، والسمنة، والتهام المواد الضارة.
5. اللزمات الحركية: نتف الشعر، ومص الأصابع، وقضم الأظافر.
6. اضطرابات الإخراج: التبول اللاإرادي، والتغوط.
7. اضطرابات اللغة والكلام: التهتهة، والحبسة الصوتية.
8. اضطرابات أخرى: ذهان الطفولة، والذاتوية (التوحد).

أما التصنيف الدولي العاشر لمنظمة الصحة العالمية فقد تضمن الفئات التالية للاضطرابات الانفعالية والسلوكية:

1. التخلف العقلي (البسيط والمتوسط والشديد والعميق أو الجسيم).
2. اضطرابات نمائية نفسية وتتضمن:
أ- اضطرابات نمائية في الوظائف اللغوية والكلامية (اضطراب نطق الكلام المحدد، اضطراب التعبير اللغوي، اضطراب الاستقبال اللغوي، واضطراب الحبسة المكتسبة المصحوبة بالصرع، واضطرابات نمائية أخرى وغير محددة).

ب- اضطرابات نمائية خاصة في المهارات الدراسية (صعوبات قرائية محددة، صعوبات هجائية محددة، صعوبات حسابية محددة، صعوبات مختلطة في المهارات الدراسية، واضطرابات أخرى، وغير محددة).

ت- اضطرابات نمائية محددة في الوظائف الحركية.

ث- اضطرابات نمائية مختلطة محددة.

ج- اضطرابات نمائية شاملة (الذاتوية أو التوحد، الذاتوية اللانمطية، عرض ريت، اضطراب طفولي تحلي آخر، فرط النشاط المصحوب بتخلف عقلي وحركات نمطية، عرض أسبرجر، واضطرابات نمائية شاملة أخرى وغير محددة).

3. اضطرابات سلوكية وانفعالية:

أ- اضطرابات عادة ما تبدأ في مرحلة الطفولة (فرط النشاط والحركة، اختلال النشاط والانتباه، اضطراب المسلك (الجناح) مفرط النشاط، اضطرابات أخرى وغير محددة).

ب- اضطرابات المسلك (مقتصر على الأسرة، غير متطبع اجتماعياً، خارج على القواعد الاجتماعية متطبع اجتماعياً، التحدي والمعارضة، اضطرابات أخرى وغير محددة).

ت- اضطرابات مختلطة في المسلك والانفعالات (اضطرابات المسلك الاكتتابي، اضطرابات انفعالية ذات بداية محددة في الطفولة (قلق الانفصال، اضطرابات أخرى وغير محددة).

ث- اضطرابات انفعالية ذات بداية محددة في الطفولة (قلق الانفصال، القلق الرهابي، القلق الاجتماعي، التنافس مع الإخوة الأشقاء، اضطرابات انفعالية أخرى وغير محددة).

ج- اضطرابات الأداء الوظيفي الاجتماعي ذات البداية المحددة في الطفولة (الخرس الانتقائي، التعلق التفاعلي، التعلق غير المكفوف المنغلق، اضطرابات أخرى وغير محددة).

ح- اضطرابات اللزيمات (اضطرابات اللزيمات العابرة، اللزيمات الحركية أو الصوتية المزمنة، اللزيمات الحركية والصوتية المشتركة (عرض توريت) واضطرابات أخرى وغير محددة).

خ- اضطرابات سلوكية وانفعالية أخرى (التبول اللاإرادي، التبرز اللاإرادي، اشتهاة أكل ومواد غريبة، اضطراب الطعام في سنين المهد والطفولة، الحركة النمطية، اضطرابات الكلام غير المصنفة في فئات أخرى، كاللججة واللقطة، واضطرابات سلوكية وانفعالية أخرى وغير محددة).

ويتميز التصنيف الطبي بتسمية الاضطراب وتوصيفه بوضوح ضمن فئات تصنيفية متجانسة، وهو يستخدم لأغراض غير تعليمية أو تربوية من قبل الأطباء والمعالجين والاستشاريين النفسيين المؤهلين، وعلى الرغم من أهميته فإن فائدته محدودة بالنسبة لحصر الاحتياجات

التربوية والإرشادية للأطفال، ومن ثم تصميم الخدمات التعليمية والتربوية اللازمة لهم، كما أن التشخيص وفق هذا التصنيف لا يعطي التلميذ الحق في تلقي خدمات تعليمية خاصة، حيث يعتمد النظام التعليمي بالولايات المتحدة الأمريكية في ذلك التعريفات الواردة بقانون تعليم الأفراد ذوي الإعاقات (القريطي، 2011م، ص553).

أما بالنسبة للباحثة فقد قامت بتصنيف المشكلات السلوكية بناءً على مسح شامل قامت به الباحثة للمشكلات السلوكية لدى الأطفال ذوي الإعاقة السمعية والعاديين من وجهة نظر مجموعة من الأخصائيين النفسيين والمعلمين العاملين في المؤسسات الخاصة بذوي الإعاقة السمعية وبعض مدارس الحكومة الأساسية في قطاع غزة وقد تم اختيار المشكلات الأكثر تكراراً وشيوعاً وهي:

1. مشكلة السلوك العدوانية.
2. مشكلة النشاط الزائد.
3. مشكلة الكذب.
4. مشكلة السرقة.
5. مشكلة الانسحاب الاجتماعي.

خصائص المشكلة السلوكية:

تتميز المشكلات السلوكية بعدة خصائص يجب علينا ملاحظتها ودراستها حتى يمكن معالجتها أثناء معالجة الأطفال ذوي المشكلات السلوكية. ومن هذه الخصائص ما يلي:

1. التكرار: فالمشكلة السلوكية عبارة عن سلوك متكرر ومتواصل عند الأطفال ذوي المشكلات السلوكية تنتهك فيه حقوق الآخرين ويحدث فيه التعدي على المعايير والقيم الاجتماعية. لذلك يجب ملاحظة سلوك الطفل باستمرار لمعرفة مدى تكرار السلوك هل هو دائم أم عرضي. فإذا كذب الطفل مرة خوفاً من العقاب فهذا سلوك عادي، أما إذا تكرر كذبه في مواقف كثيرة فهذه هي المشكلة.
2. عدم تلاؤم السلوك مع المرحلة العمرية للطفل: فالسلوك الذي يعتبر عادياً في مرحلة معينة يصبح من علامات سوء التكيف في مرحلة عمرية أخرى. فثورات الغضب تعتبر عادية بالنسبة لطفل الثانية والثالثة من العمر ولكنها تصبح من علامات سوء التكيف إذا حدثت في سن العاشرة.

3. **عدم التقبل الاجتماعي:** فالمشكلات السلوكية ما هي إلا سلوكيات غير مقبولة اجتماعياً. فالطفل الذي يتمادى في مزاوله أنشطة تؤدي إلى نتائج سلبية له أو لغيره يعارضها كل من حوله وتنتج عنها عقوبات اجتماعية رادعة في البيت أو المدرسة أو الشارع إذا لم تعالج بسرعة يصبح الطفل منبوذاً اجتماعياً.
4. **إعاقة النمو النفسي والاجتماعي:** إن السلوك المضطرب يؤدي إلى اختلاف سلوك الطفل ومشاعره عن سلوك ومشاعره أقرانه وهذا يؤدي في النهاية إلى إعاقة النمو النفسي والاجتماعي للطفل. مما يحد من كفاءته في التحصيل الدراسي وفي اكتساب خبرات جديدة، وتمنعه من الاستمتاع بحياة توافقية مع نفسه ومع الآخرين (الشريف، 2011م، ص209).

خصائص الأطفال ذوي المشكلات السلوكية:

1. **النشاط الزائد أو الإفراط في النشاط:** يقصد بالنشاط الزائد أو الإفراط بالنشاط قيام الطفل بنشاط حركي مفرط لا غرضي أو بلا هدف في الغالب يكون مصحوباً بقصر سعة الانتباه لدى الطفل وسهولة تشتتته ويتصف سلوك الطفل غالباً بأنه أحرق سريع الغضب أو الانفعال والتملل أو الاستياء.
2. **التحصيل الدراسي:** إن معظم الدراسات قد أشارت إلى أن التحصيل الدراسي لذوي المشكلات السلوكية يعتبر منخفضاً إذا ما قورن بالتحصيل الدراسي للأطفال العاديين.
3. **السلوك العدواني:** السلوك العدواني والتخريبي من أكثر الخصائص النفسية لذوي المشكلات السلوكية شيوفاً فعلى الرغم من أن استجابات العنف والعدوان تتبثق كوسائل لحل المشكلات في المراحل العمرية المبكرة لدى جميع الأطفال، إلا أنها تحدث بشكل مبالغ فيه لدى الأطفال ذوي المشكلات السلوكية. والعدوان هو إلحاق الأذى إما بالأشياء نحو الذات أو نحو الآخرين. واستخدام العقاب كوسيلة لضبط السلوك العدواني الذي يؤدي إلى زيادة سلوك العدوان عند الطفل.
4. **التشتت أو اللانتهابية:** يجد بعض الأطفال صعوبات في استمرار التركيز على المثير الهدف أو النشاط، عندما تتداخل معه أنشطة أخرى منافسة في نفس المجال البصري أو السمعي، حيث يسهل تشتت هؤلاء أو افتقادهم الانتباه أو التركيز وتشير نتائج تحليل (25) دراسة تناولت الأنماط السلوكية لذوي صعوبات التعلم داخل الفصول المدرسية، مقارنة بأقرانهم من غير ذوي صعوبات التعلم، إلى دلالة الفروق بينهم في تشتت الانتباه.

5. **السلوك الانسحابي:** فشل الأطفال في إجراء أي تفاعل اجتماعي وشعورهم بالافتقار إلى القدرة على منافسة أقرانهم بسبب تكرار فشلهم الأكاديمي وقد يتجه البعض من هؤلاء الأطفال ذوي صعوبات التعلم إلى الوحدة والعزلة الاجتماعية وقد يؤدي هذا إلى عدم القدرة على التفاعل إيجابياً مع أقرانه أو الكبار ممن يتعاملون معه. إن التأثيرات السلبية للانسحاب الاجتماعي وعدم النضج لا تقل عن تأثيرات السلوك العدواني والأنماط السلوكية غير التكيفية الأخرى، ويتفاعل بشكل قليل جداً مع الأقران.

6. **القلق:** ترى نظريات القوى النفسية أن القلق يعتبر سبباً أساسياً لمعظم المشكلات السلوكية لدى الأطفال، وأن الأطفال القلقين غالباً ما يطورون نماذج سلوكية متعددة ينظر إليها على أنها مضطربة، وأنها مصدر لعدم السعادة الشخصية، وإنها تعيق الوظائف العقلية والاجتماعية، وتجعل الفرد في حلقة مفرغة مما تجعله غير متكيف اجتماعياً.

7. **انخفاض أو ضعف مفهوم الذات:** يغلب على الأطفال ذوي المشكلات السلوكية أن يكونوا أقل ثقة بذواتهم، كما أنهم يفتقرون إلى مفهوم إيجابي للذات، وأن مفهوم الذات لديهم منخفض عن مفهوم الذات لدى أقرانهم من الأطفال العاديين، أي أن صورة الذات لديهم هي صورة سالبة.

8. **سوء التكيف الاجتماعي:** يرتبط سوء التكيف الاجتماعي بعدم الامتثال للقوانين، والتعليمات أو النظم الاجتماعية، وتجاوز حدودها، والقيام بالأفعال التي لا يرضاها المجتمع، والاعتداء على التعليمات المدرسية أو غيرها. فالفرد غير المتكيف اجتماعياً في نزاع دائم مع القيم التي يجب التعامل معها واحترامها في المجتمع والمدرسة ولقد استخدم مصطلح الانحراف الاجتماعي (Socialized Delinquent) ومصطلح المريض اجتماعياً (Socibath) للدلالة على سوء التكيف الاجتماعي.

9. **الاعتمادية:** يكتسب العديد من الأطفال ذوي الاضطرابات السلوكية الإفراط في الاعتمادية أي زيادة الاعتماد على الآخرين كالأباء والمدرسين وغيرهم عن طريق طلب مساعدات غير عادية أياً كانت طبيعة الأنشطة التي يمارسها أقرانهم، متقمصين الإحساس بالعجز أو العجز المكتسب أو الإفراط في الاعتمادية (بطرس، 2010م، ص18).

العوامل المؤدية للمشكلات السلوكية:

هناك العديد من العوامل التي قد تؤدي إلى حدوث المشكلات السلوكية منها:

1. العوامل العضوية أو البيولوجية:

يتأثر السلوك بالعوامل الجينية والعصبية وكذلك البيوكيميائية، أو بتلك العوامل مجتمعة، وهناك كثير من الدلائل التي أثبتت وجود علاقة للعوامل البيولوجية بالاضطرابات السلوكية والانفعالية الشديدة لدى الأطفال (كوافحة وعبد العزيز، 2010م، ص145).

فمثلاً يشير (زهران، 2005م، ص535) إلى ما توصل إليه (Kallman, 1946) في أن عاملاً وراثياً متيحياً يرثه الفرد يهيئه للفصام، وهذا يعني وفقاً لذلك أن الفصام لا يورث وإنما يهيئ للفصام، وقد يوجد علاقة بين مزاج أو طبع الفرد الذي يرثه والاضطرابات السلوكية والانفعالية فهناك من يكون سهل الطباع، ومن يكون صعب الطباع.

كما ثبت وجود علاقة موجبة بين هذه الاضطرابات مثل الهوس والاكتئاب وبين أمراض القلب وتصلب الشرايين، وارتفاع ضغط الدم وبعض الالتهابات مثل: الانفلونزا، والتيفوئيد والتغيرات الهرمونية أثناء الولادة، والطمث وسن اليأس. كما أن ارتفاع كمية الأملاح في الجسم والدم كالصوديوم تزيد من الاضطرابات الانفعالية وترفع كمية السوائل فيه وكذلك اضطرابات الغدة الدرقية والغدة الكظرية (القمش والمعاطة، 2009م، ص25).

2. العوامل الأسرية:

كما أن لأساليب المعاملة الوالدية أثراً كبيراً في سلوك أبنائهم، إذ هي تشكل المناخ الأسري الذي يعد العنصر الأساسي في تكوين شخصية الطفل. فالمعاملة التي تتسم بالتدليل والحماية الزائدة تؤدي أحياناً إلى العصيان، ونوبات الغضب وكثرة المطالب، ومحاولة السيطرة على الآخرين، وعدم الشعور بالمسئولية والاتكالية. أما الأطفال الذين تتسم معاملتهم بالتسلط فهم أكثر طاعة وإذعاناً للسلطة، وعدم الشعور بالأمن وجبناء مع أقرانهم.

وهناك أسلوب التذبذب الذي يتصف بعدم اتباع منهجية ثابتة، وقد يخلق القلق والخوف عند الأطفال إذ يستخدم أسلوب العقاب والثواب بشكل عشوائي بعيداً عن العلمية والموضوعية فقد لا يعرف الآباء متى يكافأ الطفل حقيقة، ومتى يعاقب، مما يجعله في حيرة وقلق من أمره مما قد يتسبب في خلق شخصية غير مستقرة.

كما قد يكون هناك أسلوب التفرقة التي تتسم بعدم المساواة بين الأبناء نتيجة لأسباب مختلفة كالجنس، أو العمر الزمني، أو الترتيب الميلادي، أو الصحة، أو الشكل الخلقي ولها تأثيرها في بناء الشخصية سواء كان ذلك من الأب أو الأم أو كليهما. وهذا الاتجاه يعزز في النفوس الحقد والرفض الذي قد يعبر عنه بسلوكيات عدوانية موجهة نحو الذات أو نحو الآخرين بأساليب متعددة (الظاهر، 2008م، ص294).

3. العوامل المدرسية:

يشير بعض الباحثين بإصبع الاتهام إلى الخبرات المدرسية كسبب مهم من أسباب المشكلات السلوكية، ويبدو مثل هذا التفسير منطقياً في ضوء بعض المعلومات المتوفرة حول تطور المشكلات السلوكية لدى بعض الأطفال بعد التحاقهم بالمدرسة على الرغم من أنهم كانوا متكيفين قبل ذلك ومع ذلك فليس هناك دليل علمي يثبت صحة هذا الافتراض. فكل ما يمكن قوله هو أن الخبرات المدرسية (أساليب الضبط المستخدمة، التوقعات والاتجاهات إلخ) تؤثر بشكل أو بآخر على سلوك الأطفال وانفعالاتهم (الخطيب والحديدي، 2009م، ص207).

كما أن لأساليب معاملة المعلمين للطلاب أثر في المشكلات السلوكية للتلاميذ، فهناك الأسلوب الاستبدادي الذي يكون فيه المعلم الأمر الناهي مستخدماً للأساليب القسرية بأنواعها، والأسلوب المتهاون الذي يفتقد الحل والربط حيث تسود الفوضى وتتعدم الضوابط والأسلوب المتذبذب الذي تسوده الشدة واللين بعيداً عن العلمية والموضوعية (الظاهر، 2008م، ص295).

كما أن للمنهج الدراسي أثره في تكيف المتعلم، فهناك المنهج الذي يراعي رغبات وميول المتعلمين، أي يتمحور المنهج حول المتعلم بينما هناك آخر غير مبالٍ بميول ورغبات المتعلمين وعلى المتعلم أن يتمحور حوله. والجو المدرسي وسياسة المدرسة، وحجمها أحادية أو مختلطة، حكومية أو خاصة، الصفوف وما يتوفر فيها من ماديات كلها عوامل لها تأثيرها في تكيف أو عدم تكيف المتعلم (الظاهر، 2008م، ص296).

كما توجد عوامل مدرسية أخرى تساهم في ظهور المشكلات السلوكية والانفعالية لدى التلاميذ منها: استخدام الشدة مع التلاميذ، الرتابة والروتين اليومي الممل، عدم المرونة في التدريس، التعزيز الخاطئ لبعض السلوكيات، النموذج أو القدوة السيئة سواء من قبل الزملاء أو المعلمين أنفسهم، عدم الثبات في المعاملة من قبل الإدارة والمعلمين... وغير ذلك (كوافحة وعبدالعزيز، 2010م، ص145).

4. العوامل الثقافية:

إن للعوامل الثقافية التي ينشأ فيها الفرد أثراً في التطور الانفعالي والاجتماعي والسلوكي بما فيها من قيم ومعايير سلوكية، ومطالب ومحرمات، ودور وسائل الإعلام المختلفة في تشجيع العنف، الخمر والمخدرات، الأقران وتأثيرهم. كما أن لكل طبقة اجتماعية تشكل بعض القيم والتقاليد والثقافة الخاصة بها وهي تلعب دوراً هاماً في تشكيل وتحديد أساليب المعاملة الوالدية وأساليب أفرادها في تنشئة الأطفال وفق قيم الثقافة التي تنتم بها الطبقة. إن التباين القيمي المتأني من الانتماء الطبقي يشكل اختلافاً في الرؤية، وكل منهما يعد أبناؤه لممارسة أوضاع اجتماعية وطبقة مماثلة.

وقد توصل (Rutter&Quinton,1976) إلى أن هناك علاقة وثيقة بين الطبقة الاجتماعية ومشاكل السلوك. كما أن عدم الكفاية المادية والثقافية له الأثر الكبير في عدم توفر الفرص والظروف الطبيعية للتطور والنمو كما تتطلبها التربية الحديثة حيث أن الأسرة الفقيرة لا تستطيع تأمين الحاجات الأساسية من أجل نمو أطفالهم نمواً سليماً. فهي مثلاً لا تستطيع توفير الألعاب الضرورية للطفل والتي بشهادة جميع المربين أفضل وسيلة للتعلم. فاحتمالية وجود مسببات لفشل الطفل الفقير الحال عالية. والجميع يدرك ما للفشل والإحباط من تأثير سلبي في نفسية الطفل والتي قد تدفعه في كثير من الأحيان إلى سلوكيات خاطئة غير صحيحة.

وقد يختلف من جانب آخر التعامل مع الطفل وفق ثقافة المجتمع. ففي ثقافتنا نجد وبشكل عام إلى أن هناك بعض التفرقة في التعامل وفق متغير الجنس، فيميل الآباء بشكل عام إلى الأولاد أكثر من الإناث لأسباب تفرزها ثقافتنا، وقد يقل ذلك في المجتمع الغربي. كما أن العرف الاجتماعي يشجع السلوك العدواني عند الذكور ولا يستحسنه عند الإناث حيث يلاقي الذكور التشجيع من أمهاتهم للمقاتلة، والتعبير عن العدوان ضد الأطفال الآخرين بينما لا يلقى العدوان الصريح للبنات تشجيعاً من قبل الأمهات والإساءة للأطفال ترتبط بشكل رئيسي بثقافة المجتمع والتي تسهم إسهاماً كبيراً في الاضطرابات السلوكية والانفعالية (الظاهر، 2008م، ص297).

الاتجاهات النظرية في تفسير المشكلات السلوكية:

للمشكلات السلوكية نظريات وأسس متعددة، وذلك بهدف فهم وتفسير وتقييم السلوك المشكل، وكذلك التنبؤ بتلك المشكلات المتوقع حدوثها وصولاً إلى ضبطها والعمل على تعديلها في نهاية المطاف، هذا وبالإضافة إلى أن دراسة الاتجاهات النظرية تعطي تصوراً واضحاً وإماماً شاملاً للأسباب التي تكمن وراء المشكلات السلوكية وطبيعة السلوك المشكل وصفات الأفراد المشكلين أو المضطربين سلوكياً، وكذلك التقنيات والطرق الناجحة المستخدمة في إرشاد وعلاج هؤلاء المشكلين. ومن هذه النظريات:

أولاً: نظرية التحليل النفسي (Psychoanalytic theory):

حاولت نظرية التحليل النفسي التي وضع سيجموند فرويد أصولها ومبادئها، تفسير الانحرافات السلوكية من خلال خبرات الأطفال في الفترات المبكرة من الحياة في ظل مبادئ التحليل النفسي، حيث أن بعض الخبرات المبكرة غير السارة تكبت في اللاشعور، إلا أن هذه الخبرات المكبوتة تستمر في أداء دورها في توجيه السلوك، وتؤدي بالتالي إلى الانحرافات السلوكية. ويفسر أنصار مدرسة التحليل النفسي الاضطرابات السلوكية في هذا الإطار (يحيى، 2000م، ص77).

يرى فرويد أن الشخصية تتألف من ثلاثة أنظمة رئيسية هي:

1. الهو: وهو الصورة البدائية للشخصية ومستودع الغرائز والدوافع الفطرية التي تسعى إلى الإشباع في أي صورة وبأي ثمن.
 2. الأنا الأعلى: وهو مستودع المثاليات والأخلاقيات والضمير والقيم الدينية والمعايير الاجتماعية، وتعتبر بمثابة سلطة داخلية ورقيب.
 3. الأنا: وهو مركز الشعور والإدراك الخارجي والداخلي والعمليات العقلية والمنتكفل بالدفاع عن الشخصية ويعمل على الموازنة بين متطلبات الهو ومتطلبات الأنا الأعلى ويعمل على التوافق الاجتماعي والنفسي وتحقيق الذات (شعبان وتيم، 1999م، ص64).
- فالسلك المضطرب في رأي هذا الاتجاه ناتج عن عدم إشباع غرائز الفرد المختلفة، وإذا لم يستطع إشباعها فإنه سوف يلجأ إلى الكبت وغيرها من آليات الدفاع النفسية المختلفة وأن الاضطراب النفسي سوف يكون ناتجاً عن عدم وجود اتساق في جوانب الشخصية وهي الأنا والأنا الأعلى والهو. أما الأنا الأعلى فهو خليفة الوالدين والرقيب الاجتماعي الذي يتناقض مع حاجات الإنسان الغريزية، لذلك يأتي دور الأنا Ego للقيام بالتوفيق بين متطلبات الهو ومتطلبات الأنا الأعلى، فهي عبارة عن جسر عبور يستطيع بواسطته الفرد التوفيق بين متطلبات الهو Id ومتطلبات الأنا الأعلى. أما عملية العلاج فيرى فرويد بأن الهدف الرئيسي للعلاج هو جعل ما هو لا شعوري لدى الفرد شعورياً. إن الأنا لا تعمل وفق مبدأ الرغبة بل وفق الواقع ويعتبر فرويد بأن الجنس Sex والعدوان Agression هما السبب الرئيسي في الاضطرابات النفسية والسلوكية. إن اللاشعور الفرويدي يتكون من النزعات الجنسية والعدوانية والغريزية والرغبات المحرمة عند الفرد وكذلك من ذكرياته المؤلمة وحاجاته غير المشبعة لذلك. فاللاشعور له علاقة بالهو وإذا لم يحدث الاتساق بين أجزاء النفس، فإن القلق سوف يكون

متربصاً بالفرد وسوف تضعف قدرة الفرد على التكيف وتتطور لديه المشكلات والاضطرابات الانفعالية والسلوكية ولقد أكد فرويد على تنشئة الفرد تنشئة جيدة خلال الخمس سنوات الأولى لأن لها دوراً في تعلمه لعصاب الخجل والخوف، وغيرها وقال بأن الصدمات النفسية تجعله في حالة تثبيت Fixation بحيث لا يستطيع الفرد اجتياز مرحلة إلى المرحلة التي تليها الأمر الذي يظهر على شكل نكوص أو تراجع سلوكي يكون مسؤولاً عن وجود الاضطرابات السلوكية فيما بعد، الأمر الذي يؤثر على حالته الصحية والنفسية. إن وجود الصراع عند الفرد ناتج عن علاقة الطفل مع أمه التي يحبها وينافسه في حبها أبيه ويسبب صراعه الناتج عن ضرورة احترام أبيه الذي ينافسه في حب أمه.

إن عقدة أوديب وأكثرها مسؤولة عن حدوث اضطرابات سلوكية لدى الفرد الأمر الذي يؤدي إلى العصاب في حين يرى أدلر عكس ذلك حيث أولى العوامل الاجتماعية ونقص الميل الاجتماعي لدى الفرد دوراً أكبر في حدوث الاضطراب. وإن الاضطراب السلوكي لدى أدلر ناتج عن شعور الفرد بالنقص وسعيه وراء الكمال، كما أن أساليب التنشئة الخاطئة للطفل مثل العقاب والقسوة ومحاولات تعليم الطفل الإطعام والإخراج المصحوبة بالعقاب تجعل الفرد يطور استجابات الخوف من هذه العادات بسبب العقاب المترتب عليها خاصة أن الطفل في ذلك الوقت لا يكون قادراً على فهم اللغة واستعمالها فهو لا يعرف لماذا يعاقب. أما عالم النفس التحليلي التفاعلي (بيرن Bern) فيرى أن السلوك المضطرب ناتج عن طرق تنشئة الفرد الخاطئة المتمثلة في الممنوعات والحرمان العاطفي وعدم تعامل الأفراد بأنهم الراشدة وتعاملهم بالأنا الطفلية أو الأبوية أي إقصاء أحد حالات الأنا أو استعمال اثنين من حالات الأنا في آن واحد مع شخص واحد في موقف واحد أو تلوين حالة الأنا الراشدة بالطفلية أو الأبوية (الروسان، 2009م، ص45).

كذلك فإن أسلوب الحياة ومخطوطاتها تلعب دوراً في حدوث الاضطراب السلوكي وقد اعتبر فرويد صدمة الميلاد هي أساس ومصدر القلق الذي يؤدي إلى الاضطرابات السلوكية على أساس أن الفرد فقد الأمن والطمأنينة عندما خرج من بطن أمه، أما كارين هورني Caren Horney فتعتبر أن الثقافة لها دور في ظهور الاضطراب السلوكي. أما سوليفان Solivan فقد اعتبر أن سبب الاضطراب السلوكي ناتج عن نقص في قدرة الفرد على إنشاء علاقات وتفاعلات ناجحة مع الآخرين (الروسان، 2009م، ص46).

ثانياً: المدرسة السلوكية: (Behavior Theory):

صاحب هذه النظرية هو عالم النفس الأمريكي جون واطسون، حيث اعتقد هو وأنصاره أن السلوك الظاهري هو مصدر المعلومات الوحيد الذي يمكن الوثوق به، كما أكدوا على أهمية البيئة في تكوين السلوك الفردي، وبحثوا في العلاقة بين السلوك الظاهري والمنبثات البيئية، ويرى واطسون وأنصاره أن السلوك الإنساني هو عبارة عن مجموعة من العادات التي يتعلمها الفرد ويكتسبها أثناء مراحل نموه، وتتحكم قوى الدماغ في تكوينها، وهي قوى الكف وقوة الاستثارة اللتان تثيران مجموعة الاستجابات الشرطية، ويرجعون ذلك إلى العوامل البيئية التي يتعرض لها الفرد، وتدور هذه النظرية حول محور عملية التعلم في اكتساب التعلم الجديد أو إطفائه أو إعادته، ولذا فإن السلوك الإنساني هو سلوك مكتسب عن طريق التعلم، وإن سلوك الفرد قابل للتعديل أو التغيير وذلك بإيجاد ظروف تعليمية معينة (الحريري والإمامي، 2011م، ص90).

كما تشير النظرية السلوكية إلى أن الغالبية العظمى من سلوك الطفل مكتسب عن طريق التعلم، وهذا ينطبق على السلوك اللاسوي انطباقه على السلوك السوي. ويحاول علماء النفس اكتشاف قوانين التعلم بشكل خاص، وقوانين السلوك بشكل عام لتوضيح الكيفية التي يصبح فيها طفل ما، طفلاً مشكلاً فالقوانين تعتبر محاولة للبحث عن النظام في العالم، وتفسير للعلاقة القائمة بين حادثتين أو أكثر. وتعتمد القوانين النفسية غالباً في تفسير العلاقة بين الحوادث على الارتباط بين المنبثات والاستجابات، وتسمى بقوانين المنبث-الاستجابة (S.R)، فمثلاً إذا وجد منبث ما فإننا نتوقع استجابة ما. بشكل أكثر اختصاراً أن المنبث (S) يؤدي إلى الاستجابة (R). فالسلوك محدد بقوانين، وإلا ستعم الفوضى في المجتمع، فعندما نقطع الشارع يمكننا الاعتماد على أن معظم سائقي السيارات سوف يستجيبون بالوقوف لدى رؤية الضوء الأحمر "المنبث"، وإلا ستسود الفوضى والاضطراب. كما أننا نتوقع من معظم الآباء الاهتمام بتوفير حاجات الطفل "الاستجابة" لدى صراخه أو بكائه "المنبث" وإلا فلن يقوى الأطفال على البقاء. وتؤكد المدرسة السلوكية على الافتراض الأساسي الذي تقوم عليه عملية تحليل السلوك، من خلال قوانين المنبث والاستجابة، هو الافتراض القائل بأن أنجح طريقة لفهم نشاطات الطفل، وكيفية حدوثها، هو تحليلها إلى المكونات الأربعة التالية:

- الإثارة المسبقة.
- المتغيرات العضوية "وتتضمن دوافع الفرد وحالاته النفسية البيولوجية"
- الاستجابات.
- النتائج المعززة.

وأن الوصف التام لأية نتيجة سلوكية، تستلزم تحديداً لكل من هذه العناصر وتفاعلها مع بعضها ويمكن أن تكتب صيغة أي نمط سلوكي خاص على الشكل التالي:

منبث - متغيرات - تغيرات عضوية - استجابة - تعزيز

وعلينا لكي نفهم عملية نمو ضبط المثير للسلوك، أن نبدأ بملاحظة طفل حديث الولادة، فالعديد من الظواهر الموجودة في بيئة هذا الطفل حيادية في أصلها، من حيث التأثير عليه، أي أنها لا تمارس تأثيراً على سلوكه. ويكتسب هذا الطفل سلوكه أثناء نموه، فيتعلم الزحف والمشي والكلام والجلوس إلى المائدة والتعاون والقراءة وكذلك السلوكيات السلبية (بدير، 2015م، ص16).

يطلق على النظرية السلوكية اسم (نظرية المثير والاستجابة) وتعرف أيضاً باسم نظرية التعلم. إن الاهتمام الرئيسي للنظرية السلوكية هي السلوك، كيف يمكن تعلمه وكيف يمكن تغييره، وفي نفس الوقت اهتمام رئيسي في عملية الإرشاد التي تتضمن عملية التعلم ومحو وإعادة تعلم والتعلم هو محور النظريات التي تدور حولها النظرية السلوكية.

تؤكد هذه النظرية أن معظم السلوك متعلم وأن الفرد يتعلم السلوك السوي والسلوك غير السوي ويتعلم التوافق وعدم التوافق في سلوكه، ويتضمن ذلك أن السلوك المتعلم يمكن تعديله (شعبان وتيم، 1999م، ص58).

والفرد عندما يتعلم السلوكات الخاطئة والشاذة إنما يتعلمها من محيطه الاجتماعي عن طريق التعزيز والنمذجة وتشكيل وتسلسل السلوكات غير المناسبة ويرى علماء النظرية السلوكية بأن المحو أو الإطفاء أو العزل أو تكلفة الاستجابة أو التصحيح الزائد أو النمذجة الإيجابية وغيرها هي من أساليب تعديل السلوك. ويرى بأن السلوك المضطرب هو نتاج ومحصلة للظروف البيئية وليس للعمليات النفسية الداخلية ولا يهتم بما في اللاشعور أو في الأعماق الإنسانية من عُقد أو غيرها، كما يرى ذلك الاتجاه التحليلي، لذلك يعتبر هذا الاتجاه السلوك بأنه ظاهرة متعلمة تُكتسب وفقاً لقوانين محددة (قوانين التعلم أو الإشراف) (الروسان، 2009م، ص43).

يتم التشخيص بناء على وجهة النظر السلوكية، عن طريق تعريف وتحديد جميع الأبعاد التي لها علاقة بالموقف الذي يحدث فيه الاضطراب. وتتضمن خطوات التشخيص تعريف السلوك المستهدف بشكل دقيق ووصف السلوك بمنظومة من الاستجابات الملاحظة. هل هو زيادة في السلوك أم هل هو نقصان في السلوك وعدد مرات حدوث السلوك. كذلك يتضمن التشخيص تعريف وتحديد البيئة التي يحدث فيها السلوك. وماذا يحدث مباشرة قبل أن يحدث السلوك أو بعد حدوثه مباشرة. بالإضافة إلى معلومات محددة عن الفرد وخصائصه المختلفة (القمش والمعايطة، 2007م، ص231)

أما بالنسبة للأساليب العلاجية التي تعتمد على النظرية السلوكية فهي أساليب تعديل السلوك البشري وتشتمل كما ذكرنا على إزالة الإشراف والمحو والتفجير والعقاب والعزل والتصحيح الزائد وأساليب ضبط الذات والنمذجة الإيجابية والتعزيز الإيجابي وغيرها. وتجدر الإشارة بأن المقصود بالعقاب ليس بالعقاب البدني أو الجسدي أو المعنوي وإنما حرمان الطفل من بعض المعززات على سبيل المثال لا الحصر (الروسان، 2009م، ص43).

ويستخدم الاتجاه السلوكي استراتيجيات تعديل السلوك لتعديل السلوكيات غير المرغوب فيها أو إكساب الأفراد سلوكيات مرغوب فيها.

أما خطوات تعديل السلوك فهي:

1. تحديد السلوك المستهدف.
2. تعريف السلوك المراد تعديله إجرائياً.
3. قياس السلوك المستهدف.
4. تحديد الهدف السلوكي.
5. تصميم برامج تعديل السلوك (اختيار الأسلوب أو الأساليب المناسبة لتعديل السلوك).
6. تنفيذ البرنامج.
7. تقييم فعالية البرنامج (كوافحة وعبد العزيز، 2010م، ص157)

ثالثاً: الاتجاه الفسيولوجي: (physiological Approach)

يرى هذا الاتجاه أن الاضطراب السلوكي هو نتاج وحصلة لخلل في وظائف أعضاء جسم الإنسان الأمر الذي ينتج عنه اضطراب في السلوك لديه قد يكون نتاجاً لنقص أو زيادة في إفرازات الغدد الصم أو غيرها من الغدد الأخرى في جسم الإنسان، فالحركة الزائدة قد تكون نتاج زيادة مادة الثيروكسين في الدم على سبيل المثال لا الحصر، وهذا الاتجاه مرتبط بعلم البيولوجيا التي ترى بأن للوراثة دور واضح في ظهور الاضطراب السلوكي، ويرى هذا الاتجاه بأن الكروموسومات والجينات (المورثات) تلعب دوراً في وجود الاضطراب السلوكي، كما أن لعمليات النمو والأيض (التمثيل الغذائي) دوراً في ذلك، وكذلك الحساسية للأدوية والأصباغ ونضج الأجهزة وسير عملية نمو الفرد وسلامة الحيوان المنوي والبويضة ومشاكل الرحم وتعرض الأم الحامل للأمراض كالحصبة الألمانية أو مرض الزهري وعدم وجود بيئة رحيمة مناسبة لديها وتعرضها لمرض السكري ومشاكل الحمل وما قبله وما بعده والتسمم الولادي ونقص الأكسجين أثناء الولادة وتناولها للحبوب الممنوعة والتدخين وتناولها للمواد السامة كالرصاص والولادة العسرة وتعرضها لأشعة (X) وعدم مراجعتها للطبيب والقيام بالفحوص اللازمة للاطمئنان على سلامة المولود كلها أسباب قد تكون مسؤولة بمستويات معينة عن وجود إعاقات لدى هذا المولود وتعرضه لاضطرابات سلوكية، كما أن حرمان الطفل عاطفياً ومادياً يمكن اعتباره إحدى الأسباب المؤدية إلى الاضطراب السلوكي بالإضافة إلى عوامل سوء التغذية لدى الأم واختلاف دمها عن دم الطفل.

إن عملية نمو أعضاء جسم الإنسان بشكل سليم لتقوى على القيام بوظائفها تتأثر بالنضج والتعلم والغذاء وبعدهد تكرار مرات الحمل عند المرأة، الأمر الذي يرهق جهازها التناسلي كما أن عمرها عند الزواج خاصة إذا كانت دون السادسة عشر وبعد الأربعين يجعلها تلد الطفل خداجاً الأمر الذي إن حدث وعاش الطفل فإنه ستكون لديه صعوبات حياتية مختلفة كما أن وجود خلل في الكروموسومات وانقساماتها سوف يزيد الطين بلة. والجدير بالذكر بأن بعض الأمراض النفسية مثل الاكتئاب وغيرها لها أصولها البيولوجية والوراثية وبشكل عام فإن الجسم يؤثر في النفس والنفس تؤثر في الجسم فالعلاقة بينهما مسؤولة إلى حد كبير في حدوث الاضطراب النفسي فالصدمات النفسية على سبيل المثال لا يمكن إهمال ما لها من دور في حدوث اضطرابات سلوكية لدى الفرد (الروسان، 2009م، ص44).

رابعاً: الاتجاه الدينامي (Dynamic Approach)

يرى هذا الاتجاه بأن هناك علاقة دينامية تفاعلية بين الإنسان على أساس أنه مكون من نفس وجسم وأن كل واحد يؤثر ويتأثر بما في الآخر من مشكلات، فالإنسان وحدة واحدة مكونة من جسم ونفس لا يمكن الفصل بينهما لما لكل واحد منهما من تأثير في الآخر ولعل القول بأن العقل السليم في الجسم السليم إلى حد كبير صحيحاً. إن الإنسان كائن بيولوجي متفاعل مع نفسه ومع الآخرين في المجتمع الذي يعيش فيه وكذلك المجتمع هو مجتمع الصيرورة والدينامية، فهو متفاعل مع أفرادهم ومع عاداته وتقاليدهم يقبلها أحياناً ويرفضها أحياناً أخرى. ولعل ثقافة المجتمع لها دور في ذلك وهي ثقافة ليست جامدة بل دينامية متفاعلة مع الثقافات الأخرى في الكون كله، خاصة أن العالم في هذه الأيام أصبح قرية صغيرة وذلك بفضل وسائل الاتصال من انترنت وستالايت وتلفاز وإذاعة وغيرها بحيث أن الفرد لم يعد منغلماً على نفسه بل يتعلم كل يوم عادات جديدة قد تكون جيدة وقد تكون سيئة، الأمر الذي يسبب له السلوك المضطرب إذا لم يستطع التكيف معها أو اشباع حاجاته قياساً بمن هم حوله سواء كانت هذه الحاجات غريزية أو بيولوجية أو اجتماعية أو صحية أو عاطفية أو معرفية أو غيرها. إن الإنسان كائن متفاعل مع ما هو جديد في مجتمعه ومع كل جديد في المجتمعات الأخرى التي تحيط به ولا يستطيع أن يعزل نفسه ليبقى حبيس نفسه، فهو يأخذ ويعطي ويتعرض للعقاب والثواب والحرمان والاشباع والرضا وعدم الرضا. إن الفرد السوي هو من يستطيع أن يحقق الانسجام بين نفسه وعقله وبيئته بما تشتمل عليه من آباء ومعلمين وغيرهم، وإذا لم يستطع الفرد تحقيق هذا الانسجام فإنه سوف يصاب بالاضطرابات السلوكية المتمثلة بالقلق والخوف والعنوان والانسحاب الاجتماعي. وعدم تحمل المسؤولية والخجل والجنوح وغيرها من سلوكيات تبدأ بالسلوكيات غير الناضجة لتصل إلى السلوكيات غير الآمنة وإلى السلوكيات غير الاجتماعية وإلى تعاطي العقاقير وإساءة استعمالها (الروسان، 2009م، ص46).

ويرى هذا الاتجاه بأن الاضطراب السلوكي هو نتاج لعدم تفاعل الفرد مع بيئته ومع الآخرين ومع ذاته ونتيجة عدم تعلمة لطرق التكيف مع بيئته الأمر الذي يُشعره بالغرابة والاستغراب عن أبناء مجتمعه أي يجد نفسه شاذاً عنهم بسلوكه الهامد والجامد والاستاتيكي غير المتفاعل Static فهو معزول وغير قادر على مجاراة من هم حوله، الأمر الذي سوف يعرضه إلى ما يسمى بصدمة المستقبل خاصة أن المجتمعات ستشهد تغييرات كثيرة في جميع مناحي الحياة (الروسان، 2009م، ص47).

خامساً: الإتجاه البيئي (Ecological approach):

يركز اصحاب هذا الاتجاه إلى أن تفاعل القوى الداخلية والخارجية هو الأساس في حدوث السلوك، ويؤكد أصحاب هذا الاتجاه إلى أن القوى الداخلية لوحدها والقوى الخارجية لوحدها لا تكفي لتفسير السلوك الإنساني. فالاضطراب في السلوك ينظر إليه علماء النفس البيئيون على أنه سلوك غير مناسب ولا يتوافق مع ظروف الموقف. أما علماء البيئة الأطباء فقد أشاروا إلى الاختلاف بين الأطفال إلى عوامل مزاجية ولادية فبعض الأطفال يتوافق سلوكهم مع البيئة في حين أن البعض الآخر لا يتوافق سلوكهم مع البيئة. علماء النفس التحليليون البيئيون أشاروا إلا أن الاضطرابات الانفعالية عند الأشخاص هي بعد أوسع في العلاقات الأسرية. لذلك ينظر أصحاب الاتجاه البيئي إلى السلوك الإنساني على أنه نتاج للتفاعل بين القوى الداخلية التي تدفع الفرد وبين الظروف في الموقف. أن تفسير القوى الداخلية وتفاعلها مع القوى الخارجية يختلف بناء على اختلاف تخصصات أو ميادين علماء البيئة، فمثلاً يركز علماء الاجتماع على تأثير المجموعات الاجتماعية والمؤسسات على سلوك الفرد بينما يركز علماء البيئة الأطباء على العوامل الجينية التي تقرر الخصائص والمزاج لفرد معين ويحللون التفاعل بين هذا الفرد وبين بيئته في حين يركز علماء البيئة التحليليون على التفاعل الأسري وتأثير ذلك على شخصية الفرد ويدرسون نمط التفاعل الذي يحدث بين أفراد الأسرة. إن التركيز في جميع وجهات النظر ضمن الاتجاه البيئي هو للتفاعل بين الفرد والبيئة التي يعيش فيها بدون الاهتمام بتفسير لماذا يسلك الناس بالطريقة التي يسلكونها. ويجب على من يقوم بعملية تشخيص السلوك المضطرب في الاتجاه البيئي أن يهتم بجمع معلومات كثيرة عن الطفل وعن البيئة التي يتفاعل فيها، معلومات تتعلق بنمط سلوك الطفل في مواقف مختلفة يتم جمعها وكذلك تلاحظ الاختلافات بين سلوك الفرد في البيت والجيرة والمدرسة، كذلك يحاول المهني في هذا الاتجاه أن يحدد المطالب السلوكية لكل موقف (القمش والمعايطة، 2009م، ص232)

أبرز أشكال المشكلات السلوكية الشائعة لدى الأطفال:

إن المشكلات السلوكية التي يظهرها الأطفال ذوي المشكلات السلوكية متعددة ومتنوعة، إلا أنه من الضروري أخذ الاحتياطات الكافية من أن كثيراً مما يعتبره البعض مشكلة سلوكية، كالعدوان، والحركة الزائدة، والتكسير، والعبث والبكاء، والتبول اللاإرادي، واضطرابات النوم، والغذاء قد تعكس لدى كثير من الأطفال خصائص المرحلة النمائية التي يمرون بها. لذا فمن غير الملائم وصفها بالشذوذ أو المرض أو الاضطراب، وعليه فيجب أن يكون معلوماً لدى القائمين على رعاية الأطفال ماهية الأسس والخصائص النمائية لكل مرحلة عمرية يعيشها الطفل، وكذلك انعكاساتها السلوكية، كي لا يكون الحكم مجحفاً بحق الطفل. من هنا يكون تحقيق مطالب النمو الاجتماعية والتربوية والصحية والنفسية، هدفاً يجب أن يسعى الجميع إلى تحقيقه وإنجازه، من أجل العمل على تحقيق النماء المتكامل للطفل في جميع مجالات النمو المختلفة، العقلية والنفسية والاجتماعية (الخطيب، 2004م، ص545). وستتناول الباحثة بعض المشكلات السلوكية الشائعة لدى الأطفال الذين يعانون من مشكلات سلوكية بشيء من التفصيل والتحليل.

أولاً: مشكلة السلوك العدواني: (Agressive behavior)

يعتبر السلوك العدواني أحد الخصائص التي يتصف بها الكثير من الأطفال ذوي المشكلات السلوكية والانفعالية. ومع أن العدوانية تعتبر سلوكاً مألوفاً في كل المجتمعات تقريباً، إلا أن هناك درجات من العدوانية، بعضها مقبول كالدفاع عن النفس، والدفاع عن حقوق الآخرين وغير ذلك، وبعضها غير مقبول ويعتبر سلوكاً هادماً ومزعجاً في كثير من الأحيان. من هذا المنطلق فقد انصب اهتمام الباحثين على دراسة هذا السلوك وذلك لأن النتائج المترتبة عليه تعد أكثر خطراً على المجتمع من النتائج المترتبة على نتائج السلوكيات الأخرى التي يتصف بها الكثير من الأطفال المضطربين سلوكياً (يحيى، 2000م، ص185).

تعريف العدوان:

يستخدم مفهوم العدوان في علم النفس وحقله المختلفة، للدلالة على استجابة يردُّ بها المرء على الخيبة، والإحباط، والحرمان، وذلك بأن يهاجم مصدر الخيبة أو بديلاً عنه.

ويعرف (Buss,1961) العدوان على أنه: سلوك يصدره الفرد لفظياً أو بدنياً أو مادياً، صريحاً أو ضمناً، مباشراً أو غير مباشر، ناشطاً أو سلبياً، ويترتب على هذا السلوك إلحاق أذى بدني أو مادي أو نقص للشخص نفسه صاحب السلوك، أو للآخرين.

ويعرفه (Berkowitz,1964) بأنه: السلوك الذي يهدف إلى إلحاق الأذى بقصد إيذاء الآخرين. ويعرف (Robert Sears,1989) العدوان بأنه: حدث يقصد فيه الطفل عمداً إيذاء شخص آخر أو شيء آخر، ولهذا يعتبر ضرب اللعبة دون قصد ليس عدواناً، ونحن لا يمكننا مشاهدة

القصد والغاية بطريقة مباشرة، ولكننا نلاحظ الموقف الفعلي، ثم نحاول تخمين القصد والغاية وفقاً لما شاهدناه (مختار، 1999م، ص50).

كما يعرفه (كوافحة وعبد العزيز، 2010م، ص163) : بأنه أي سلوك يعبر عنه بأي رد فعل بهدف إيقاع الأذى أو الألم بالذات أو بالآخرين أو إلى تخريب ممتلكات الذات أو ممتلكات الآخرين.

وتعرفه الباحثة إجرائياً بأنه: كل قول أو فعل أو تقرير لفعل، أو إشارة يقصد به إلحاق الأذى أو الدمار بالآخرين، أو بذات الإنسان نفسه، والذي يقاس بالدرجة الفرعية التي يحصل عليها الطفل على المقياس الفرعي المعد لذلك.

أشكال العدوان:

1. **العدوان العدائي: (Hostile Aggression):** يعتبر أنقى صورة للعدوان الذي يمثل فيه ارتفاع الأذى بالهدف الغرض الأساسي له وينتج عن ذلك شعور المعتدي بكرهية الهدف ومقتته.

2. **العدوان الوسيلى (Instrumental Aggression):** وينطوي على مقاصد (نوايا) الأذى إلا أن هدفه الأساسي يتمثل في حماية الذات أو بعض الأهداف الأخرى، مثال ذلك الملاكم المحترف الذي يسعى إلى إيذاء خصمه بهدف تحقيق الانتصار والشهرة.

3. **العدوان الإيجابي (Positive aggression):** هو الجزء العدواني من الطبيعة الإنسانية ليس فقط للحماية من الهجوم الخارجي ولكنه أيضاً لكل الانجازات العقلية وللحصول على الاستقلال وهو أساس الفخر والاعتزاز الذي يجعل الفرد مرفوع الرأس وسط زملائه. ويبدو هذا المعنى واضحاً في قصص التاريخ.

4. **العدوان السلبي (Negative aggression):** إذا تحول عن وعي أو غير وعي إلى السلاح يعمل لصالح الموت والخراب بالنسبة للإنسان وبالنسبة لبيئته على السواء (العقاد، 2001م، ص99).

أما من حيث الأسلوب فيمكن تصنيف أشكال السلوك إلى:

1. **العدوان اللفظي Verbal Aggression أو الإرشادي أو الرمزي:**

وهو استجابة صوتية تحمل مثير ضار بمشاعر كائن حي آخر. ويأخذ صورة الصياح أو القول أو الكلام أو السباب أو الشتائم أو المنازرة بالألقاب ووصف الآخرين بعيوبهم أو صفاتهم السيئة واستخدام كلمة أو جمل التهديد أو استخدام الإشارات مثل إخراج اللسان أو البصق.

2. **العدوان البدني Physical Aggression**: حيث يستخدم فيه الجسد أو بعض أجزائه للإعتداء على الآخرين فتستخدم اليد- الأظافر- الأرجل- الأسنان- بواسطة استخدام الأسلحة...إلخ. وهذا العدوان لإيقاع الألم والضرر بالآخرين.
3. **العدوان نحو الذات**: نجد العدوان عند بعض الأطفال المشكلين سلوكياً قد يتجه نحو الذات ويهدف إلى إيذاء النفس وإيقاع الضرر بها مثل تمزيق الطفل لملابسه أو كتبه أو أدواته أو لطم الوجه أو شد الشعر أو ضرب الرأي أو جرح الجسم بالأظافر أو العض.
4. **العدوان على الممتلكات**: يقصد به تدمير الفرد وتخريبه لممتلكات الغير وإتلافها وذلك مثل التكسير والحرق وسرقة الممتلكات والاستحواذ عليها سراً وعلناً (بدير، 2015م، ص126).

العوامل المؤدية إلى العدوان:

أولاً: العوامل الذاتية أو الشخصية:

1. رغبة الطفل في الاستقلال عن الكبار والتحرر من السلطة الضاغطة عليه والتي تحول دون تحقيق رغباته وإشباع حاجاته.
2. رغبة الطفل في الحصول على ممنوعات أو محرمات أو أشياء يصعب قبولها أو تحقيقها.
3. عوامل جسمية كالتعب أو الجوع.
4. الصراعات والانفعالات المكبوتة تدفع الأطفال للعدوان.
5. عجز الطفل عن إقامة وتكوين علاقات اجتماعية أو عجزه عن التكيف الاجتماعي.
6. فقد الشعور بالأمان وافتقاد الثقة بالنفس أو الشعور بالنبذ أو الغيرة.
7. قد يسلك الطفل السلوك العدواني نتيجة شعوره بالغضب كإفراط في طبيعته وفطري لديه ليكون دافعاً لسلوكه العدواني.
8. الشعور بالفشل أو الحرمان من العطف والحب يؤدي بالطفل إلى العدوان على الأشياء أو على نفسه، ويظهر العدوان على الذات في صور مختلفة منها الرغبة في إيذاء الذات أو قضم الأظافر أو التعرض عن عمد للإصابة بالجروح وكذلك كثرة المشاجرات والانتقام أو العناد والعصيان.
9. شعور الطفل بالإحباط.
10. الفشل المتكرر.
11. عدم قدرة الطفل على التحكم في دوافعه العدوانية.

ثانياً: العوامل البيئية:

1. نوع التربية والتنشئة الاجتماعية التي يتعض لها الطفل.
2. نوع العلاقات البيئية والخبرات التي يمر بها الطفل.
3. مدى تشجيع الأسرة والمجتمع على العدوان أو الحد منه.
4. العقاب الذي يتوقعه الطفل نتيجة لعدوانيته.
5. العدوان الواقع على الطفل من قبل الصغار والكبار.
6. تعرض الطفل لأزمات نفسية ومواقف وتجارب جديدة انفعالية وعاطفية مثل دخوله المدرسة لأول مرة أو تغيير المدرسة أو الفصل.
7. التدخل المستمر في حرية ونشاط وحركة الطفل وسلوكه.
8. كثرة الشجار بين الأبوين وأثر ذلك على شخصية الطفل وسلوكه.
9. إلزام الطفل بمعايير سلوكية معينة لا تتفق مع سنه أو طبيعة نموه.
10. نبذ الوالدين للطفل نتيجة معاناتهما من الإحساس بالضيق والكر.
11. عندما لا يجد الطفل الاهتمام الكافي من البيئة.
12. عدم تقبل المشاعر العدوانية بوصفها جزء طبيعي من حياة الطفل (الهمشري وعبد الجواد، 2000م، ص41).

استراتيجيات تعديل السلوك العدواني:

- من أبرز استراتيجيات تعديل السلوك المستخدمة في تعديل السلوك العدواني ما يلي:
1. **التعزيز التفاضلي:** أي تعزيز السلوكيات الاجتماعية المرغوب فيها وتجاهل السلوكيات الاجتماعية غير المرغوب فيها.
 2. **العزل:** حيث يتم إبعاد الطفل عن البيئة المعززة إلى بيئة غير معززة لفترة زمنية معينة عند قيام الفرد بالسلوك العدواني.
 3. **التصحيح الزائد:** يشمل هذا الأسلوب على إرغام الطفل العدواني على إصلاح الأضرار التي نجمت عن سلوكه أو القيام بممارسة سلوك بديل للعدوان وذلك مباشرة بعد قيامه بالسلوك العدواني.

4. **النمذجة:** ويتم خفض السلوك العدواني عن طريق تقديم نماذج لاستجابات غير عدوانية للطفل ويمكن مساعدة الطفل عن طريق لعب الأدوار.
5. **تكلفة الاستجابة:** يشتمل هذا الاجراء على أخذ جزء من المعززات من الفرد بعد تأديته للسلوك العدواني مباشرة وذلك بهدف تقليل احتمالات حدوثه في المستقبل (كوافحة وعبد العزيز، 2010م، ص165).

ثانياً: مشكلة النشاط الزائد: (Hyperactivity)

في البداية علينا أن نميز بين النشاط activity والنشاط الزائد Hyperactivity فالنشاط يتبدى لدى الأطفال مرتفعي الذكاء الميالين للاستكشاف، وبهذا يكون فعالاً وله عائد طيب. أما النشاط الزائد فيظهر لدى الذكور أكثر منه لدى الإناث، وبين أطفال الطبقات الدنيا عنه لدى الطبقات الغنية. والطفل صاحب النشاط الزائد غير العادي، عادة ما يكون ذكاؤه أقل من المتوسط، ووجد في حالات كثيرة نوبات صرعية أو أعراض أخرى نتيجة إصابة المخ، ويميل مثل هذا الطفل أو هؤلاء الأطفال إلى العدوان بضرب إخوتهم أو زملائهم أو تكسير أشياء في المنزل أو المدرسة، وهذا يجعلهم مشكلة في المدارس (عوض، 1999م، ص112).

تعريف النشاط الزائد:

يمكن تعريف النشاط الزائد على أنه "نشاط جسمي وحركي لدى الطفل بحيث لا يستطيع التحكم بحركات جسمه، بل يقضي أغلب وقته في الحركة المستمرة وغالباً ما تكون هذه الظاهرة مصاحبة لحالات إصابات الدماغ أو قد تكون لأسباب نفسية (القمش والمعايطة، 2009م، ص190).

وتعرفه الباحثة إجرائياً بأنه ارتفاع مستوى النشاط الجسمي الحركي لدى الطفل بصورة غير مقبولة وغير ملائمة للمرحلة العمرية بحيث لا يستطيع التحكم بحركات جسمه ويقضي أغلب وقته في الحركة المستمرة، والذي يقاس بالدرجة الفرعية التي يحصل عليها الطفل على المقياس الفرعي المعد لذلك.

أسباب النشاط الزائد لدى الأطفال:

الأسباب المحتملة في تفسير النشاط الزائد عند الأطفال كثيرة ومتشابهة ولكن يمكن إيضاحها فيما يلي:

1. **الأسباب العضوية:** يتصف الأطفال زائدو النشاط بانخراطهم في كل موقف يتواجدون فيه، ولكن يتميز سلوكهم بانتباه ضعيف وقصير المدة (عدة ثوان)، وتشتت في الأفكار، كما أنهم يظهرون انبساطية اجتماعية، ويتميزون أيضاً بسلوك اندفاعي أهوج غير مسؤول، ويكثر هذا الاندفاع عند المصابين بداء الصرع، والاضطرابات العصابية، وعند المتأخرين عقلياً، وعند الأطفال الأسوياء العصبيين. وهنا يمكن القول بأن المزاج الموروث من الوالدين يمكن أن يكون له دور هام في تفسير هذا النشاط. كما يعتقد أن من يعانون من خلل وظيفي في الدماغ تظهر لديهم حالات فرط النشاط (الزعبي، 2005م، ص195).

كما أن فرط النشاط قد ينشأ من الصدمات على الرأس أو نتيجة التسمم مثل الانسمام الدرقي، وداء رقص سايدنهايم (Sydenham's chorea). كما أن التسمم بالرصاص يزيد من النشاط نتيجة الخلل الذي يحدث في الدماغ. إلا أن التأثير السمي تحت السريري بالرصاص لازال غامضاً وغير واضح. كما بينت الدراسات أيضاً أن الأطفال من ذوي النشاط الزائد تظهر لديهم موجات في التخطيط الكهربائي للدماغ غير منتظمة (E.E.G)، وقد تكون لديهم اضطرابات في إفراز الغدد، أو ورم في الدماغ.

2. **الأسباب النفسية:** هناك أيضاً أسباب نفسية كامنة وراء النشاط الزائد عند الأطفال نذكر منها ما يلي:

أ. القلق: وهو كثير الحدوث وظاهرة عند الأطفال زائدي النشاط، حيث أن الهياج وعدم الاستقرار يظهران في سلوك هؤلاء الأطفال.

ب. وجود الطفل في مؤسسات إصلاحية لمدة طويلة والذي ينعكس أحياناً على تكيفه وتوافقه مع الآخرين، والذي يكون غالباً تكيفاً غير سوي.

ج. الرفض المستمر للطفل وإشعاره بالدونية وعدم القبول لأعماله وتصرفاته وتحطيم معنوياته مما يجعله ينسحب إلى عالمه الخاص، ويحاول الانتقام من الآخرين.

د. بالإضافة إلى ذلك فإن معظم الاضطرابات التي تبدو عند الأطفال والتي تكون على شكل نشاط زائد تكون عند من يتميزون بضعف الذكاء، والذي يكون متلازماً مع الضعف في التركيز (تركيز الانتباه) والذي غالباً ما ينتج عن الإحباط الذي يصادفه هؤلاء الأطفال في التحصيل الثقافي. ولكن قد يظهر النشاط الزائد عند الأطفال ذوي الذكاء العالي والأطفال الموهوبين ولكن انتشاره يكون أكثر عند الأطفال ذوي الذكاء المنخفض، فالطفل المتميز الذكاء يظهر طاقة موجهة وهادفة، وليس نشاطاً عابثاً غير موجه (الزعبى، 2005م، ص196).

3. **الأسباب البيئية - الاجتماعية:** تعتبر الظروف البيئية التي يعيش فيها الطفل من العوامل المشجعة أو المثبطة للنشاط الزائد أو تفاقم الحالة لديه، أو المعززة لتنمية النشاط الهادف عنده، ولهذا يمكن أن نلاحظ أسباب بيئية عديدة لفرط النشاط عند الطفل نذكر منها ما يلي:

أ. سوء العلاقة بين الطفل ووالديه أو بينه وبين الآخرين بشكل عام، والذي قد ينجم عن صعوبات في تكيفه مع هؤلاء أو حدة طبعه، مما يترتب عليه ردود فعل مختلفة من الوالدين بشكل خاص والآخرين بشكل عام.

ب. العلاقات الأسرية المفككة التي يكثر فيها الخصام، والتي قد تؤدي إلى الطلاق تجعل الطفل حائراً، ويفكر كثيراً في مثل هذه المشكلات مما يشتت انتباهه عند تكليفه بالمهام المختلفة، وتجعله طائشاً لا هدف له من وراء الأفعال التي يقوم بها.

ج. الرفض المستمر للطفل نتيجة للطفل نتيجة للخلافات بين الوالدين مما يجعل الطفل ضحية هذه الخلافات ويؤدي به إلى الهروب من مثل هذه الأجواء وفي الغالب يصبح طفلاً متهوراً في أفعاله وأقواله، لأن التوجيه الوالدي غير موجود، وكذلك التعزيز للسلوك السوي غائب، مما يجعله يقوم بنشاطات وأفعال لا يرضى عنها المجتمع (الزعيبي، 2005م، ص197).

طرق ضبط النشاط الزائد لدى الأطفال:

مهما يكن سبب سلوك النشاط الزائد عند الطفل، فإن هذه الحالة كثيراً ما تعيق النشاط الصفي، وتؤثر بشكل مباشر على أداء الطلبة، وعلى مقدرة المعلم على تسيير أمور صفه على الوجه الأكمل. تشير الدراسات إلى أن هذه الظاهرة تحتاج إلى تدخل علاجي سريع ومباشر من قبل المعلم، وذلك باتباعه أساليب تعديل السلوك المختلفة بدلاً من اللجوء إلى الأدوية والعقاقير والعلاجات المختلفة. ومن طرق تعديل السلوك المتعلقة بالنشاط الزائد:

1. **طريقة التنظيم الذاتي:** تشمل طريقة التنظيم الذاتي على الملاحظة الذاتية، والمتابعة الذاتية، والتعزيز الذاتي. ويتمثل المبرر الأساسي لاستخدام هذه الطريقة، لمعالجة النشاط الزائد في افتراض أن الطفل الذي يستطيع ضبط نفسه في ظروف معينة، يستطيع تعميم التغييرات التي تطرأ على سلوكه إلى ظروف أخرى، دونما تدخل علاجي خارجي، والتحكم بهذه التغييرات، وضبط سلوكه بناءً على ذلك (يحيى، 2000م، ص183).

2. **طريقة التعزيز الرمزي:** يستخدم مصطلح التعزيز الرمزي للإشارة إلى مجموعة من الإجراءات المنظمةة التي تشمل توظيف المعززات الرمزية لتحقيق الأهداف المنشودة، والمعززات الرمزية: هي رموز يمكن توفيرها مباشرة بعد حدوث السلوك، ويتم استبدالها في وقت لاحق بمعززات مختلفة، ومن الرموز التقليدية المستخدمة في برامج التعزيز الرمزي: الكوبونات، والطوابع، وقصاصات الورق، والقطع البلاستيكية، والأزرار... وغير ذلك من الرموز.

- على الرغم من أن أخصائي تعديل السلوك أو المعلم يستطيع استخدام عدد من المعززات الرمزية، إلا أنه يفضل استخدام الرموز التي تتصف بما يلي:
- أ. أن يكون الرمز مأمون الجانب فلا ينطوي إعطاؤه للطفل على أية مخاطر.
 - ب. الامتناع عن استخدام الرموز التي تثير دهشة الطفل، بحيث تدفعه إلى النظر إليها بشكل مستمر أو قراءة ما كتب عليها...إلخ.
 - ج. أن تكون الرموز غير ثمينة، بحيث يمكن الحصول عليها بسهولة نسبياً.
 - د. استخدام الرموز التي لا تتلف بسهولة، والتي يمكن الاحتفاظ بها فترة زمنية طويلة نسبياً وقابلة للنقل.
 - هـ. استخدام الرموز التي يمكن الوصول إليها بسهولة وسرعة، من أجل تقديمها للطفل بعد حدوث السلوك.
 - و. استخدام الرموز التي يسهل على المعلم تسجيل المعلومات المتعلقة بها.
 - ز. أن تكون ذات فائدة في تعليم الطالب المهارات المختلفة.
3. **طريقة الاسترخاء:** تنطلق هذه الطريقة من افتراض مفاده أن الاسترخاء العضلي يهدئ الطفل ويقلل من تشتتته، كما تتضمن هذه الطريقة استخدام الخيال، بهدف مساعدة الأطفال على تخيل مشاهد تبعث على الراحة في نفوسهم في أصناء الاسترخاء. في دراسة قام بها (كلاين ودفنباشر) تم استخدام الاسترخاء العضلي لمعالجة النشاط الزائد لدى (24) طفلاً بنجاح، منطلقين من افتراض أن الاسترخاء العضلي لا بد من تقليل التوتر قويادة درجة الهدوء لدى الطفل كثير الحركة.
4. **أسلوب التغذية الراجعة:** استخدم كل من (شولمان وسوران) جهازاً إلكترونياً يقيس مستوى النشاط الحركي للطفل ويعطي تغذية راجعة سمعية (صوتاً مسموعاً) ويعني صدور هذا الصوت أن مستوى النشاط الحركي عند الطفل مرتفع، وفي هذه الحالة يتمتع المعالجون عن تعزيز الطفل. في حين أن عدم صدور الصوت كان يعني أن مستوى النشاط الحركي لدى الطفل منخفض، وبالتالي يعمل المعالجون هنا على تعزيز الطفل (بحيي، 2000م، ص184).

ثالثاً: مشكلة السرقة: (Stealing)

يعتبر سلوك السرقة من المشكلات الشائعة في مرحلة الطفولة المبكرة، وقد يعتبر هذا السلوك مؤشراً واضحاً على بعض الانحرافات السلوكية فيما بعد، ولا يستطيع كثير من الآباء والمعلمين التعامل مع هذا السلوك بأساليب العلاج والوقاية المناسبة، مما يسبب بعض الإحباطات لدى الآباء والأطفال وقد يؤدي إلى تفاقم المشكلة (القمش والمعايطة، 2009م، ص282).

تطور مفهوم الملكية لدى الأطفال:

يبدأ شعور الطفل بالتملك في سن مبكرة، ولعل أول مظهر لذلك الشعور يتمثل في حرص الرضيع في الشهور الأولى من حياته على أن يحتفظ لأطول فترة ممكنة بصدر الأم وحنانها (الهشمري وآخران، 1997، 9)، ويتعلم أن هناك أشياء خاصة تنتمي إليه مثل: زجاجة الحليب واللهاية، وكوسي الإخراج الخاص به، والكأس الذي يشرب به، والملعقة التي يأكل بها..إلخ. كما تنمو خلال السنوات الثلاث الأولى من حياة الطفل (أنا) الطفل، فهو يعرف اسمه الذي ينادى به، ويعرف اسم أبيه وأمه، ويتعرف على نفسه كأحد أفراد الأسرة، كما نجده خلال السنة الرابعة من عمره قد أصبح يتقبل بعض المعايير السلوكية التي يفرضها الكبار، ويدرك تدريجياً أن هناك آخرين لهم اسمه الأول نفسه ولكنهم يختلفون عنه، لأن لهم أسماء أخرى، وأشكالاً أخرى، وهكذا ينمو مفهوم الأنا والغير لدى الطفل، حيث يدرك أن ما هو له لا يكون للغير، وما هو للغير لا يكون له، وهذه نقطة جوهرية في نمو مفهوم الملكية بطريقة سوية لدى الطفل (الزعبي، 2005م، ص121).

تعريف السرقة:

تعرف السرقة بأنها مشكلة اجتماعية تظهر على شكل عدوان غير مشروع على ما يمتلكه الآخرون، سواء كان ذلك بقصد أو بدون قصد، بغرض امتلاك شيء لا يخصه. وحتى يوصف هذا السلوك بأنه سرقة لا بد أن يعرف الطفل أن من الخطأ أخذ الشيء بدون إذن صاحبه (الزعبي، 2005م، ص283).

كما يعرفها (القوسي، 1952م، ص382) بأنها سلوك مكتسب يعبر عن حاجة انفعالية لها وظيفتها في تكوين الشخصية أساسها الطبيعي في الإنسان الميل إلى التملك والاستمتاع. وتعرفها الباحثة إجرائياً بأنها استحواذ الطفل على أشياء ليست ملكاً له دون وجه حق وهو سلوك يعبر عن حاجة نفسية لدى الطفل تحتاج إلى إشباع، والذي يقاس بالدرجة الفرعية التي يحصل عليها الطفل على المقياس الفرعي المعد لذلك.

أشكال السرقة:

1. **السرقة الكيدية:** حيث يلجأ بعض الأطفال إلى سرقة الأشياء عقاباً إما للكبار أو لأطفال مثلهم، حتى يصيب هذا الشخص المسروق الهلع والفرع، وذلك نتيجة لوجود كراهية أو دوافع عدوانية تجاه الآخرين.

2. **سرقة حب التملك:** لا نبالغ إذا قلنا أن أغلب الأطفال مارسوا نوعاً من السرقة، وإن الأمر ينطوي على إشباع حاجة بدأت مع النزوع للاستحواذ على مستوى من العاطفة في مراحل النمو النفسي الأولى برغبة الطفل الرضيع في الاستئثار بالأم وقد ينجح مما يدفعه بالتدرج إلى محاولات الاستحواذ على الأشياء الأخرى.

3. السرقة كحب للمغامرة والاستطلاع.

4. السرقة كاضطراب نفسي: إن العوامل النفسية وراء السرقة كثيرة ومتشعبة ولا يمكن تفسير سلوك السرقة بدافع واحد مثل الحاجة إلى النقود أو الجوع أو الاستطلاع.

5. السرقة لتحقيق الذات.

6. السرقة نتيجة الحرمان (القمش والمعايطة، 2009م، ص284).

أسباب السرقة:

للسرقة أسباب كثيرة نذكر أهمها:

1. رفاق السوء ممن يمارسون سلوك السرقة ويتفاخرون به.

2. عوامل بيئية وأسرية: مثل عدم تعويد الطفل على احترام ملكية غيره وسوء المعاملة والتفكير الشديد بسبب البخل وتشجيع الطفل على السرقة وامتداح ذلك السلوك ووجود النموذج.

3. وسائل الإعلام: إن ما تقدمه وسائل الإعلام من تعزيز لسلوك السارق وإظهاره بمظهر البطل القوي يشجع الصغار على تقليده.

4. الشعور بالنقص ولجوء الفرد إلى السرقة للتفاخر أمام الآخرين وإيهامهم بأنه قادر على امتلاك ما لا يستطيع الغير امتلاكه.

5. الحاجة والفقر والعوز المادي والاضطرابات النفسية.

6. الغيرة والإحباط وخيبة الأمل، والانتقام والعدوان.

7. الحماية المفرطة والتدليل الزائد (الحريبي والإمامي، 2011م، ص250).

طرق علاج السرقة عند الأطفال:

يقترح (شحيمي، 1994م، ص76) بعض الأساليب التربوية التي يمكن أن تحد من ظاهرة السرقة لدى الأطفال وهي:

1. أن تحترم ملكية الطفل ليحترم ملكية غيره بدوره.

2. خلق أجواء العطف والحنان وإبعاد جو الإرهاب والانتقام.

3. تعويد الطفل على طلب الاستئذان إذا ما أراد تناول شيء.

4. عدم التشهير بالطفل أمام رفاقه إذا ما ضبط سارقاً، بل معالجة مشكلته على حدة وبهدوء واطمئنان حتى لا نخلق منه سارقاً حقيقياً.

5. زرع القيم الدينية والأخلاقية في الأسرة.

6. عدم التمييز والتفضيل بين الإخوة.

7. اختيار القصص، والأفلام التربوية المناسبة للطفل، لأن هناك بعض وسائل التسلية المرئية والمقروءة تعرض الطفل على السرقة، وتظهر بمظهر بطولي، فتظهر السارق إنساناً خارقاً يجذب أنظار الآخرين، ويمكن أن يوصف بالمهارة والحكمة والذكاء. والأطفال في مرحلة من مراحل الطفولة يتوقون أن يكونوا في هذه المواصفات، فيقعون ضحية السرقة. يحدث هذا طبعاً في غياب التربية الخلقية والدينية، وغياب عملية الضبط الأسري والاجتماعي.
8. ضرورة مراقبة الوالدين لأموالهم قبل تكون عادة السرقة عند الطفل عملاً بالمثل الشعبي المعروف -المال السائب يعلم الناس الحرام- وحتى لو كانت التربية سليمة وحكيمة، فوضع المال في مكان محافظ عليه كي تكون له حرمة ومهابته أمر ضروري. وادعاء بعض الأهل أنهم ((يرمون بالنقود تحت أرجل أطفالهم)) أمر غير مستحب تربوياً لعدة أسباب منها: انعدام الدافعية في تحصيله والاستهانة بصرفه كيفما اتفق بالإضافة إلى ما توسوس للطفل نفسه بالإقدام على السرقة تدريجياً، وحجة بعض هؤلاء الناس، الذي يرون في هذه الطريقة تحصيناً ضد السرقة فتشبع نفس الطفل، قول يحتاج إلى نقاش.
9. لا تصف الولد بصفات اللصوصية (أنت لص، سارق) ولو تهكماً، فقد يستسيغ اللقب فيسعى إليه، ولاسيما وأن فيه نوع من الانتصار على الكبار، وهذه أمنية تدغدغ أحلام الصغار.
10. إعطاء مصروف الجيب للأطفال بين الحين والآخر ومراقبة كيفية إنفاقهم بطريقة عفوية، دون إشعارهم بأننا نقوم بعملية مراقبة.
11. تعويد الطفل على عدم الغش في الحياة اليومية، أو الامتحانات. فبعض الأهل يمتدحون (شطارة) أولادهم في هذا المجال فيكونوا على غير رغبة منهم قد دفعوا بهم إلى السرقة. وتوضيح مضار السرقة أمر ضروري، وكذلك التذكير بآيات القرآن الكريم وتعاليم الدين الإسلامي.
12. الابتعاد عن رفقة السوء، وخلق الهوايات النافعة لإملاء الفراغ وإلا فإن هذا الفراغ يملأ من قبل رفقة السوء.

رابعاً: مشكلة الكذب: (Lying)

تعريف الكذب:

يعرف (الزعيبي، 2005م، ص131) الكذب بأنه ذكر شيء غير حقيقي في القول والعمل والسلوك بنية غش أو خداع شخص آخر من أجل الحصول على فائدة أو التملص من أشياء غير سارة، وترى أن الكذب عادة واتجاه غير سوي يكتسبه الطفل من البيئة التي يعيش فيها.

وتعرفه الباحثة إجرائياً بأنه تجنب قول الحقيقة وقول ما لم يحدث واختلاق وقائع لم تحدث مع المبالغة في نقل ما حدث، والذي يقاس بالدرجة الفرعية التي يحصل عليها الطفل على المقياس الفرعي المعد لذلك.

أسباب الكذب عند الأطفال:

ينتج الكذب لأسباب عديدة ومتنوعة أبرزها ما يلي:

1. الدفاع الشخصي: ويقصد به الهروب من النتائج القاسية في السلوك كالعقاب أو التوبيخ.
2. العوامل الأسرية: يلجأ الأطفال إلى الكذب عندما يجدون أن أفراد الأسرة يستخدمون أساليب عديدة للكذب للتخلص من بعض المواقف.
3. الانتقام: بعض الأفراد الذين يواجهون تصرفات سلبية أو عدوانية من الآخرين، يلجأون إلى الكذب وتلفيق القصص والأقاويل عنهم للانتقام منهم.
4. عدم الثقة: بعض الأبناء يلاحظون أن آباءهم أو معلمهم لا يتقنون بأقوالهم حتى وإن كانت صحيحة، لذا فهم يلجأون إلى الكذب لكسب الثقة.
5. التفاخر: يعمد البعض إلى الكذب في تصوير مواقفهم أو في وصف الأشياء الموجودة لديهم بهدف التفاخر والحصول على إعجاب الآخرين.
6. الشعور بالنقص: يكذب بعض الأفراد لتغطية شعورهم بالنقص وللتعويض عن أحاسيسهم وحاجاتهم.
7. التعزيز: عندما يشجع الآباء أبنائهم على الكذب ويدفعونهم لاختلاق الأعذار الكاذبة للمعلم للتخلص من بعض المواقف، فهم هنا يقومون بتعزيز الكذب.
8. التخيل: عندما يكرر الكبار ويرددون على مسامع الطفل بأنه كاذب فإنه سيصدق ذلك ويتمسك بالكذب.
9. القسوة: يلجأ بعض المعلمين أو الآباء إلى عقاب الأبناء لأتفه الأسباب مما يدفعهم إلى الكذب لتجنب العقاب.
10. عدم القدرة على تحمل المسؤولية: يلجأ بعض الطلاب إلى الكذب واختلاق الأعذار للهروب من المسؤولية الملقاة على عواتقهم كأداء الامتحان أو المشاركة في نشاط معين (الحريري والإمامي، 2011م، ص255).

أنواع الكذب عند الأطفال:

يتخذ الكذب أشكالاً متعددة باختلاف الأسباب الدافعة إليه، وهذه الأشكال هي:

1. **الكذب الخيالي:** وهي أقوال يلفقها الطفل بسبب عدم تفريقه بين الواقع والخيال، حيث أن خياله يصور له أفكاراً بعيدة عن الواقع، فيتصور أنها واقع وحقيقة ويسمى هذا النوع من الكذب (الكذب البريء) (الحريري والإمامي، 2011م، ص253).

يسمى هذا النوع من الكذب بالكذب الخيالي، وإذا حكمنا على الطفل الذي يصدر منه هذا النوع من الكلام بأنه كاذب، كان ذلك كحكمنا على الشاعر، أو الروائي أو المسامر بأنه كاذب في المادة التي يأتينا بها بمساعدة خياله الخصب ولسانه الذلق (القوصي، 1952م، ص363).

2. **الكذب الالتباسي:** عندما تختلط الأمور على الطفل وتخونه ذاكرته في سرد التفاصيل فإنه يحذف ويضيف بما تملي عليه قدرته وإمكاناته العقلية، وهذا النوع من الكذب يتلاشى عندما يصل الطفل إلى المستوى الذي يساعده على إدراك التفاصيل (الحريري والإمامي، 2011م، ص253).

وسببه أن الطفل لا يمكنه التمييز عادة بين ما يراه حقيقة واقعة وما يدركه واضحاً في مخيلته. فكثيراً ما يسمع الطفل حكاية خرافية، أو قصة واقعية، فسرعان ما تملك عليه مشاعره، وتسمعه في اليوم التالي يتحدث عنها كأنها وقعت له بالفعل (القوصي، 1952م، ص364).

ومن هذا النوع أن طفلاً شديداً الخيال في الرابعة من عمره في غرفة الزائرين تخيل شيخاً معهما مستدير الوجه، واسع العينين، عريض الجبهة فذهب إلى جده وأبلغه أن الشيخ (محمد عبده) ينتظره في غرفة الزائرين. واتضح أن جد الولد كان قبل ذلك بأيام قليلة يصف الشيخ في مجلس من مجالسه لبعض زائريه وكان الطفل يستمع فارتسمت في ذهنه بعض الأوصاف، فلما جاء الزائر قال الولد إن هذا هو الشيخ محمد عبده. وكثيراً ما يقص الطفل قصة عجيبة، ولو تحقق الوالدان الأمر، لعرفا أنها وقعت للطفل في حلم. ومن هذا النوع أن بنتاً في الرابعة قامت من نومها تبكي وتقول إن بائع الثلج المقيم في آخر الشارع ذبح خادمتها في منتصف الطريق، ووصفت بشيء من التطويل كل ما رآته في الحلم. ولم تفرق الطفلة بين الحقيقة والحلم فقصت كل هذا على أنه حقيقة، وكان ضرورياً إذ ذاك توضيح ما جرى للطفلة (الجبالي، 2006م، ص109).

3. **الكذب الادعائي:** بعض الأطفال يعمدون إلى ادعاء أمور كاذبة للاستحواذ على رعاية واهتمام الآخرين، أو يلجأون أحياناً إلى التفاخر بامتلاكهم أشياء غير موجودة لديهم، وذلك بسبب شعورهم بالنقص الذي يدفعهم إلى تعزيز مكانتهم بين زملائهم (الحريري والإمامي، 2011م، ص253).

يلجأ الطفل إلى هذا النوع من الكذب غالباً لشعوره بالنقص أو الحرمان، بسبب ضنك البيئة التي ينشأ فيها الطفل. وفيه يبالغ الطفل بالحديث عن اللعب الكثيرة التي يمتلكها، والملابس التي يفتنيها، أو الرحلات التي قام بها، أو الأندية التي يشارك فيها. وهناك أطفال يتحدثون عن مراكز آبائهم، أو موقع سكنهم أو أثاث منزلهم وسياراتهم...إلخ. فيشد الطفل انتباه الذين يستمعون إليه، ويحاول أن يصنع من نفسه محور اهتمام، ومركز إعجاب الآخرين. ويمكن للقائمين على تربية الطفل في مثل هذه الحالات العمل على إعادة ثقة الطفل بنفسه عن طريق إبراز القوة فيه، وتنميتها ليعرف أن قيمة كل إنسان ترجع إلى عمله، وما يدرك ما يستطيع أن يحققه بالفعل لخير نفسه وخير المجتمع (الهمشري وآخران، 1997م، ص 37).

ومن أنواع هذا الكذب أن يدعي الطفل المرض، أو يدعي أنه مضطهد مظلوم أو سيء الحظ إلى غير ذلك، وهذا ليحصل على أكبر قسط ممكن من العطف والرعاية. ويحدث هذا عادة من الطفل الذي لم يحصل من والديه على العطف الكافي، والذي وجد بالتجربى أنه يحصل على قسط وافر منه في حالة المرض أو المسكنة (القوصي، 1952م، ص 366).

4. **الكذب بغرض الاستحواذ:** قد يلجأ الطفل إلى الكذب للحصول على بعض الأشياء كالنقود واللعب، فقد يدعي أنه ضاعت منه نقوده أو بعض لعبه ليستحوذ على أكبر قدر ممكن من الأشياء وذلك بسبب فقدانه للثقة في نويه (الحريري والإمامي، 2011م، ص 253).

5. **الكذب الوقائي:** في هذا النوع من الكذب يلجأ الطالب إلى الكذب على أصحاب السلطة عليه كالأباء والمعلمين لحماية نفسه أو لحماية زميله من العقوبة (الحريري والإمامي، 2011م، ص 254).

يلجأ الطفل أحياناً إلى الكذب نتيجة الخوف من عقاب يخشى أن يقع عليه وخصوصاً إذا كان هذا العقاب قاسياً لا يتناسب مع ما يتطلبه الموقف، فيلجأ الطفل إلى الكذب، دفاعاً عن النفس، وحماية لها من العقاب. وفي سن متقدمة نجد أن ولاء الناشئ لجماعته في النشاط المدرسي أو النادي الرياضي قد يدفعه إلى الكذب ليدفع عن الجماعة عقاباً أو ليقبها عقوبة قد تقع عليها. ويلاحظ أن هذا النوع من الكذب يكثر في مدارس البنين أكثر منه في مدارس البنات، وفي المدارس الثانوية أكثر منه في المدارس الإعدادية، وفي هذه المدارس أكثر منه في المدارس الابتدائية، حيث ينتج هذا الكذب عن الولاء، والولاء للجماعة يقوى في مرحلة المراهقة، حيث تكون غالباً في المدارس الثانوية أو الإعدادية (الهمشري وآخران، 1997م، ص 39).

6. **كذب التقليد:** الطفل في السنين الخمس الأولى من حياته محب للتقليد، يقلد من حوله في طريقة الجلوس والمشى وطريقة تناول الطعام، بل هو يمتص العواطف والاتجاهات والقيم وأساليب التفكير التي يسلكها الكبار حوله في معالجة شؤون حياتهم. وقد يقع الكذب من أحد الأبوين أمام الطفل في موقف من المواقف دون أن يكون متعمداً للكذب، فقد يعتذر لصديق بأن ما يطلبه من كتاب أو صحيفة أو مجلة غير موجود، لكن الطفل الصغير يراقب الموقف ويعرف أن الشيء موجود، وهنا يدرك الطفل أن الكذب يكون مشروعاً في بعض الأمور ويعمم ما تعلمه عن مشروعية الكذب في موقف من المواقف إلى مواقف أخرى يكون فيها الكذب مجلبة لشروط وخيمة (المهمشري وآخران، 1997م، ص39).

7. **الكذب المرضي أو المزمن:** ويكون هذا الكذب ناتجاً لشعور الطفل بالنقص أمام زملائه، أو يكون كذباً موجهاً من الطفل بغرض حبه للسيطرة على زملائه والتأثير فيهم، ويكون الكذب المرضي ناتج عن كون الطفل يعاني من مركب نقص أو شعور بعدم التساوي بالآخرين من الأطفال، ولذا ينبع عنده اتجاه على تليفيق حقيقة مشاعره الباطنية في شكل ادعاء وتلفيق ومباهاة أمام أقرانه من الأطفال، ولغرض تعظيم نفسه أو أهله أمام الغير مما يولد شعوراً بالاحترام والتقدير له عند الآخرين ويعلو ويسمو مركزه ومركز أسرته (الخليدي ووهبي، 1997م، ص202).

8. **الكذب العنادي:** وأحياناً يكذب الطفل لمجرد السرور الناشئ من تحدي السلطة، خصوصاً إن كانت شديدة الرقابة والضغط قليلة الحنو. وقد أشار (توم) إلى حالة تبول لا إرادي وكانت الأم من النوع الشديد الجاف، فكانت تقول للطفل أنه لا يجوز له أن يشرب قبل النوم، ولكن الولد رغبة في المعاندة فكر في أن يقول إنه لا بد أن يغسل وجهه قبل النوم. وعند غسله وجهه يشرب كميات من الماء، وأمه واقفة إلى جانبه دون أن تتمكن من ملاحظة ذلك وكان الولد يشفق لذة كبيرة من استغلال غفلة أمه على الرغم من تشدها في الرقابة (الجبالي، 2006م، ص113).

أساليب علاج الكذب لدى الأطفال:

عند علاج الكذب ينبغي البحث عن الدوافع المؤدية إليه وهل هو كذب بقصد حماية صديق والتستر عليه، أو بقصد الظهور بمظهر لائق وتغطية شعور بالنقص، أو أنه كذب التباسي مرجعه خيال الطفل وأحلام يقظته، أو عدم قدرته على التذكر، إلى غير ذلك من الدوافع والأسباب. وينبغي أيضاً أن نتعرف على حقيقة الأمر وما إذا كان الكذب عارضاً أم أنه عادة عند الطفل، وهل هو بقصد الانتقام والتشفي أو أنه بدافع لا شعوري مرضي. ينبغي أن نضع في الاعتبار سن الطفل ونعطينه الأهمية اللازمة فلو كان الطفل دون سن الرابعة من العمر فلا ننزعج لما ينسجه خياله من قصص أو وقائع غير صحيحة ولكن يجب علينا أن نساعد على أن يدرك الفرق بين الواقع وبين الخيال مستخدمين في ذلك الدعابة والمرح، دون أن ننتهمه بالكذب أو نؤنبه على ما يؤلفه من قصص خيالية.

أما إذا كان عمر الطفل بعد سن الرابعة أو الخامسة فيجب أن نحدث عن أهمية الصدق وفوائده ولكن بروح كلها محبة وعطف وإعزاز وقبول، دون أن يكون حديثنا له مغزى النصيحة والتأنيب. كما ينبغي أن يعامل الطفل بقدر من التسامح والمرونة إذا لجأ إلى أسلوب الطفولة والخيال من وقت لآخر دون أن نتهمه بالكذب ويكفي أن تذكره دائماً بأنه قد أصبح كبيراً ويفرق بوضوح بين الواقع والخيال وبين الصدق والكذب، دون لوم أو عقاب. كما ينبغي أن يكون الآباء خير مثل يحتذي به الطفل فيقولوا الصدق ويتعاملوا معه ومع غيره بمقتضاه حتى يصبحوا قدوة صالحة للأبناء الصغار. وقبل هذا وبعده ينبغي أن ينشأ الطفل على تربية دينية صحيحة من خلال هدي القرآن الكريم والسنة النبوية (رجب، 1999م، ص122).

خامساً: مشكلة الانسحاب الاجتماعي: (Social withdrawal)

تعريف الانسحاب الاجتماعي:

عرف معجم علم النفس الانسحاب الاجتماعي بأنه: نمط من السلوك، يتميز عادة بإبعاد الفرد عن نفسه، وعن القيام بمهام الحياة العادية، ويرافق ذلك إحباط وتوتر وخيبة أمل، كما يتضمن الانسحاب الاجتماعي الابتعاد عن مجرى الحياة الاجتماعية العادية، ويصاحب ذلك عدم التعاون وعدم الشعور بالمسؤولية، وأحياناً الهروب إلى درجة ما من الواقع الذي يعيشه الفرد (يحيى، 2000م، ص193).

كما يعرف (كوافحة وعبد العزيز، 2010م، ص165) الانسحاب الاجتماعي بأنه الميل إلى تجنب التفاعل الاجتماعي والإخفاق في المواقف الاجتماعية بشكل مناسب والافتقار إلى أساليب التواصل الاجتماعي.

فالانسحاب الاجتماعي بصورة عامة، هو الميل إلى تجنب التفاعل الاجتماعي، والإخفاق في المشاركة في المواقف الاجتماعية بشكل مناسب، والافتقار إلى أساليب التواصل الاجتماعي، ويتراوح هذا السلوك بين عدم إقامة علاقات اجتماعية أو بناء صداقة مع الأقران، إلى كراهية الاتصال بالآخرين والانعزال عن الناس والبيئة المحيطة، وعدم الاكتراث بما يحدث في البيئة المحيطة. وقد يبدأ في سنوات ما قبل المدرسة ويستمر فترات طويلة، وربما طول الحياة (يحيى، 2000م، ص193).

كما تعرف الباحثة مشكلة الانسحاب الاجتماعي إجرائياً بأنه الميل إلى تجنب التفاعل الاجتماعي، والإخفاق في المشاركة في المواقف الاجتماعية بشكل مناسب، والافتقار إلى أساليب التواصل الاجتماعي، والذي يقاس بالدرجة الفرعية التي يحصل عليها الطفل على المقياس الفرعي المعد لذلك.

أسباب الانسحاب الاجتماعي:

من أسباب الانسحاب الاجتماعي ما يلي:

1. وجود تلف في الجهاز العصبي المركزي أو اضطراب عمل الهرمونات في الجسم.
2. خوف الطفل من الآخرين بسبب خبرات سلبية.
3. وجود نقص في المهارات الاجتماعية عند الفرد.
4. رفض الآباء لأبنائهم بقصد أو بدون قصد.
5. الخجل وهو من أكثر أسباب الانسحاب الاجتماعي شيوعاً
6. وجود إعاقة عند الطفل تسبب له العزلة والانطواء (كوافحة وعبد العزيز، 2010م، ص165).

يأخذ السلوك الانسحابي أشكالاً عديدة، منها عدم المشاركة في النشاطات الاجتماعية مثل حفلات الزواج، والأعياد، والطقوس الدينية، والمناسبات الوطنية، وتشجيع الجنازات، وغيرها، ويبدو أن سبب الانسحاب قد يعود لفقر في مهارات الاتصال والتواصل لديهم، أو عدم قدرتهم على حل المشكلات، والتعامل مع المواقف الاجتماعية بسبب نقص في المهارات الاجتماعية، لذلك يهملون المشاركة في هذه المناسبات ولا يهتمون بها، الأمر الذي يقودهم إلى العزلة الاجتماعية، وإلى الاكتئاب والقلق والخوف، وغيرها من السلوكيات غير المقبولة، وقد يأخذ الانسحاب عند هؤلاء الأطفال شكل أحلام اليقظة، وإدعاء المرض، والمخاوف المرضية والتوحد (العزة، 2002م، ص163).

إن التأثيرات السلبية للانسحاب الاجتماعي وعدم النضج لا تقل عن تأثيرات السلوك العدوانى والأنماط السلوكية غير التكيفية الأخرى. وفي الحالات الشديدة يرافق الانسحاب الاضطرابات السلوكية الشديدة والشديدة جداً كفصام الطفولة والتوحد. ومثل هذا السلوك في مرحلة الطفولة يعمل بمثابة مؤشر خطر على النمو في مرحلة الرشد. فالتفاعل الاجتماعي مع الآخرين يزود الأطفال بخبرات مهمة للتعلم ليس على الصعيد الاجتماعي فحسب وإنما على الصعيد اللغوي والحركي والانفعالي أيضاً. والانسحاب الاجتماعي ظاهرة سلوكية معقدة ذات جوانب متعددة وقد تكون هذه الظاهرة دليلاً على عجز في الأداء أو عجز في المهارات. وفي كلتا الحالتين فهذه الظاهرة يرافقها فقدان الاهتمام بالأحداث والأشياء والأشخاص الأمر الذي يقود إلى الاكتئاب والخجل والقلق والخوف وغير ذلك من الأنماط السلوكية غير المقبولة (الخطيب والحديدي، 2009م، ص210).

استراتيجيات تعديل السلوك الانسحابي:

- أ. تشكيل السلوك الاجتماعي المناسب ويكون ذلك باتباع الخطوات التالية:
 1. تحديد السلوك المستهدف وتعريفه.
 2. تحديد السلوك المدخلي عن طريق اختيار استجابة قريبة من السلوك الاجتماعي المستهدف.
 3. اختيار معززات فعالة.
 4. الاستمرارية في تعزيز السلوك المدخلي.
 5. الانتقال تدريجياً من مستوى أداء إلى مستوى أداء آخر للسلوك الاجتماعي للوصول إلى السلوك النهائي المرغوب اجتماعياً.
- ب. النمذجة: وهو مساعدة الطفل على تقليد نموذج يقوم بسلوك اجتماعي مقبول وتعزيزه.
- ج. التلقين والإخفاء: فالتلقين هو إجراء يشتمل على الاستخدام المؤقت لمثيرات تمييزية إضافية مساعدة. وذلك بهدف زيادة احتمال أداء الطفل للسلوك الاجتماعي المستهدف.
- ويقسم التلقين إلى ثلاثة أنواع: جسدي، لفظي، إيمائي. أما الإخفاء فهو الإزالة التدريجية للتلقين وذلك بهدف مساعدة الفرد المنسحب على أداء السلوك الاجتماعي المستهدف باستقلالية.
- د. التدريب على القيام بالمهارات الاجتماعية باستخدام أسلوب النمذجة ولعب الأدوار (كوافحة وعبد العزيز، 2010م، ص165).

تعقيب عام على مبحث المشكلات السلوكية:

تناولت الباحثة المشكلات السلوكية بشيء من التفصيل حيث عرفت كلاً من السلوك والمشكلة والمشكلة السلوكية لغةً واصطلاحاً، كما عرضت الباحثة أنواع السلوك وجوانبه والمبادئ العامة له، وتناولت الباحثة معايير الحكم على السلوك والفرق بين السلوك السوي والسلوك الشاذ والمحكات المختلفة للحكم على السلوك، ثم تطرقت الباحثة إلى مجموعة من التعريفات للمشكلات السلوكية، كما عرضت الباحثة تصنيفات المشكلات السلوكية المختلفة، ثم خصائص المشكلة السلوكية وخصائص الأطفال ذوي المشكلات السلوكية، ثم تناولت الباحثة العوامل المؤدية للمشكلات السلوكية ودور الأسرة في الوقاية منها، ثم أشارت الباحثة للاتجاهات النظرية المفسرة للمشكلات السلوكية من وجهة نظر التحليل النفسي والمدرسة السلوكية والاتجاه الفيسيولوجي والاتجاه الدينامي والاتجاه البيئي، ثم ختمت الباحثة هذا الفصل بعرض عدد من المشكلات السلوكية التي تقوم هذه الدراسة بدراستها.

المبحث الثاني

الإعاقة السمعية

تعد نعمة السمع إحدى النعم الكثيرة التي أنعم الله بها على الإنسان، والإنسان دون هذه النعمة لا يستطيع إدراك عالمه الخارجي والتكيف معه، لأن السمع يلعب دوراً مهماً في نمو الإنسان، فحاسة السمع هي التي تجعل الإنسان قادراً على تعلم اللغة، وتساهم بفاعلية في تطور السلوك الاجتماعي لدى الفرد. والإنسان العادي لا يشعر بأهمية وقيمة حاسة السمع إلا بعد أن يفقدها لسبب ما.

وتظهر أهمية حاسة السمع جلية في القرآن الكريم عند حديثه سبحانه وتعالى عن حاسة السمع والبصر كان جل شأنه يقدم السمع على البصر في الآيات التي ذكرت في القرآن الكريم، كما في قوله تعالى: ﴿وَاللَّهُ أَخْرَجَكُمْ مِنْ بُطُونِ أُمَّهَاتِكُمْ لَا تَعْلَمُونَ شَيْئًا وَجَعَلَ لَكُمُ السَّمْعَ وَالْأَبْصَارَ وَالْأَفْئِدَةَ لَعَلَّكُمْ تَشْكُرُونَ﴾ [النحل:78]. وفي قوله تعالى: ﴿وَهُوَ الَّذِي أَنْشَأَ لَكُمُ السَّمْعَ وَالْأَبْصَارَ وَالْأَفْئِدَةَ قَلِيلًا مَّا تَشْكُرُونَ﴾ [المؤمنون:78]. وقوله تعالى: ﴿وَلَا تَقْفُ مَا لَيْسَ لَكَ بِهِ عِلْمٌ إِنَّ السَّمْعَ وَالْبَصَرَ وَالْمُؤَادَ كُلُّ أُولَئِكَ كَانَ عَنْهُ مَسْئُولًا﴾ [الإسراء:36].

تعريف الإعاقة (Handicap):

كلمة الإعاقة في اللغة: مصدر عوق، رجل عوق: لا خير عنده، والجمع أعواق. وعاقه عنه الشيء يعوقه عوقاً: صرفه وحبسه، ومنه التّعويق والاعتياق، وذلك إذا أراد أمراً فصرفه عنه صارف، وأصل عاق عوق، ورجل عوقه وعوق وعوق، أي ذو تعويق، والعوق: الرجل الذي لا خير عنده، والعوق: الأمر الشاغل، وعواقق الدهر: الشواغل من أحداثه. والتعوق: التنبط. والتعويق: التنبيط. وفي التنزيل ﴿قَدْ يَعْلَمُ اللَّهُ الْمُعَوِّقِينَ مِنْكُمْ﴾ أي: المتنبطين (ابن منظور، ج10 ص279).

أما في الاصطلاح فتعرف الإعاقة بأنها مصطلح يشير إلى الأثر الانعكاسي النفسي أو الانفعالي أو الاجتماعي أو المركب الناجم عن العجز والذي يمنع الفرد أو يحد من مقدراته على أداء دوره الاجتماعي المتوقع منه والذي يعد طبيعياً بالنسبة لسنة ونوع جنسه، وتبعاً للأوضاع الاجتماعية والثقافية (القريطي، 2011م، ص32).

ويعرفها (أبو الكاس، 2008م، ص30) بأنها: حالة انحراف أو تأخر في النمو الجسمي أو النفسي أو العقلي أو الخلفي أو التعليمي تتجم عنه حاجات فريدة تقتضي من المجتمع تقديم خدمات خاصة لرعايتها.

وتصيب الإعاقة أي جانب من جوانب الشخصية فقد تكون في الحركة حيث تكون الإعاقة الحركية، وقد تكون في الانفعال وفي القدرة السوية أو المعتدلة في التعبير عنه فتكون الإعاقة الانفعالية. وقد تكون في الحواس مثل ما هو الحال في الإعاقة البصرية والإعاقة السمعية (كفافي وعلاء الدين، 2006م، ص23)

تعريف الطفل المعاق (Handicapped Child):

أما الطفل المعاق فتعرفه (عبد اللطيف، 2007م، ص38) بأنه كل فرد يختلف عن يطلق عليه لفظ (سوي أو عادي) في النواحي الجسمية أو العقلية أو الانفعالية أو الاجتماعية إلى الدرجة التي تستوجب عمليات التأهيل الخاصة حتى يصل إلى أقصى ما تسمح به قدراته ومواهبه.

أما (العيسوي، 1993م، ص16) فيعرف الطفل المعاق بأنه: الطفل الذي يتدنى مستوى أدائه عن أقرانه بشكل ملحوظ في مجال من مجالات الأداء، وبشكل يجعله غير قادر على متابعة الآخرين، إلا بتدخل خارجي من الآخرين، أو بإجراء تعديل كلي في الظروف المحيطة به، وقد يكون هذا التأخر عن الآخرين في قدرة واحدة، أو في اثنتين أو أكثر من ذلك.

ويعرفه (الحلو ومنتيل، 2007م، ص881) بأنه: كل فرد غير قادر على أن يحيا حياة طبيعية كالآخرين نتيجة قصور أو عجز وراثي، أو بيئي في واحدة أو أكثر من وظائفه العقلية والحسية والحركية فتحد من مشاركته أقرانه اجتماعياً وأكاديمياً ومهنياً وصحياً وتربوياً وترفيهياً فيؤثر في سماته الشخصية من الناحية الانفعالية ومستوى طموحه.

ويعرفه (كفافي وعلاء الدين، 2006م، ص23) بأنه: ذلك الطفل الذي ينحرف انحرافاً ملحوظاً عما نعتبره عادياً سواء من الناحية العقلية أو الانفعالية أو الاجتماعية أو الجسمية، بحيث يستدعي هذا الانحراف الملحوظ نوعاً من الخدمات التربوية تختلف عما يقدم للأطفال العاديين.

تصنيف المعاقين:

يوجد ثماني تصنيفات في الولايات المتحدة لفئة المعاقين وهي كالتالي: المعوقين عقلياً، المتأخرون دراسياً، المعوقون سمعياً (ضعاف السمع والمصابون بالصمم الكلي)، المعوقون بصرياً (ضعاف البصر وفاقدي البصر أو المكفوفين)، المعوقون حركياً (شلل جزئي وكلي)، ذوي الاضطرابات السلوكية، صعوبات التعلم، فاقدو النطق (عبد اللطيف، 2007م، ص51). وتهتم الدراسة الحالية بفئة المعاقين سمعياً (ضعاف السمع والصم) من الأطفال.

تعريف الإعاقة السمعية (Hearing Impairment):

هناك عدة تعريفات وتصنيفات للإعاقة السمعية، حيث تتراوح مستويات السمع ما بين صعوبات السمع وبين الطرش (الصمم) وقد تم تقديم تعريفات عديدة لهاتين الفئتين من قبل المختصين منها: تعريف (العزة، 2002م، ص110) حيث يرى أن مفهوم الإعاقة السمعية يشير إلى تباين في مستويات السمع التي تتراوح بين الضعف والبسيط، فالشديد جداً، وتصيب هذه الإعاقة الفرد خلال مراحل نموه المختلفة، وتحرمه من سماع الكلام المنطوق مع أو بدون استخدام المعينات السمعية، وتشمل الأفراد ضعاف السمع والصم.

بينما يعرفها (كوافحة وعبدالعزيز، 2010م، ص99) بأنها وجود مشاكل أو خلل وظيفي يحول دون قيام الجهاز السمعي بوظائفه عند الفرد أو تتأثر قدرة الفرد على سماع الأصوات المختلفة بشكل سلبي.

كما يعرف (الصفدي، 2003م، ص15) الإعاقة السمعية بأنها: حرمان الطفل من حاسة السمع إلى درجة تجعل الكلام المنطوق ثقيل السمع مع أو بدون استخدام المعينات. ويركز التعريف المهني للإعاقة السمعية على مدى تأثير الإعاقة على أداء الفرد المهني أما التعريف الوظيفي فيركز على مدى العجز السمعي في فهم اللغة المنطوقة، ولذلك فهو يعتبر أن هذه الإعاقة انحرافاً في السمع يحد من قدرة الفرد على التواصل السمعي اللفظي (العزة، 2002م، ص110).

ومن الملاحظ أن لفظ الإعاقة السمعية يضم فئتي الصم وضعاف السمع، ويشمل مستويات متفاوتة من الضعف السمعي تتراوح بين ضعف سمعي بسيط وضعف سمعي شديد جداً، وما يعنينا في إطار هذه الدراسة هو تسليط الضوء على الطفل الأصم والطفل ضعيف السمع.

تعريف الطفل الأصم: (The Deaf child)

يعرف (الروسان، 2001م، ص172) الطفل الأصم كلياً بأنه ذلك الطفل الذي فقد قدرته السمعية في السنوات الثلاث الأولى من عمره، وكنتيجة لذلك فلم يستطع اكتساب اللغة، ويطلق على هذا الطفل مصطلح الطفل الأصم الأبكم (Deaf Mute child).

أما (كوافحة وعبدالعزيز، 2010م، ص99) فيعرفان الطفل الأصم بأنه الفرد الذي يعاني من عجز سمعي يصل إلى درجة تساوي (76) ديسبل فأكثر من فقدان السمع، تحول دون اعتماده على حاسة السمع في فهم الكلام سواء باستخدام السماعات أو بدونها، مما يجعله بحاجة إلى خدمات تربوية كتعلم طرق الاتصال اليدوية ولغة الشفاه.

أما (الحو وتنتيل، 2007م، ص881) فيعرفان المعاق سمعياً بأنه الأصم الذي فقد حاسة سمعه بشكل جزئي أو كلي فتحد من اتصاله وتواصله اللغوي والمجتمعي كأقرانه.

ويعرف (عبيد، 2000م، ص33).الطفل الأصم بأنه الطفل الذي لا يسمع، وقد قدرته على السمع، ونتيجة لذلك لم يستطع اكتساب اللغة بشكل طبيعي بحيث تصبح لديه القدرة على الكلام وفهم اللغة.

وفي التعريف التربوي يعرف الطفل الأصم بأنه الطفل الذي لا يستطيع أن يكتسب اللغة سواءً باستخدام المعينات الصوتية أو بدونها لأن حاسته السمعية لا تؤدي وظيفتها (الظاهر، 2008م، ص119).

والتعريف الطبي يعرف الطفل الأصم على أنه من يفقد سمعاً قدره (90) ديسبل أو أكثر، وهو الذي لا يستطيع السماع حتى لو استخدم مكبرات صوتية أو معينات صوتية (الظاهر، 2008م، ص119).

مما سبق تستخلص الباحثة أن أهم الخصائص التي يتصف بها الطفل الأصم كالتالي:

- أنه فقد قدرته السمعية في السنوات الثلاث الأولى من عمره.
 - أن حاسة السمع لديه لا تؤدي وظيفتها وفقد السمع لديه يزيد عن (90) ديسبل.
 - أنه ليس له القدرة على الكلام وفهم اللغة.
 - لا يستطيع السماع حتى لو استخدم مكبرات صوتية أو معينات صوتية.
 - بحاجة إلى خدمات تربوية كتعلم طرق الاتصال اليدوية ولغة الشفاه.
- وبناءً على ما سبق تعرف الباحثة الطفل الأصم بأنه الطفل الفاقد تماماً لقدرة السمع منذ ولادته أو خلال السنوات الثلاث الأولى من عمره، وقد السمع لديه يزيد عن (90) ديسبل. وبالتالي ليست لديه القدرة على الكلام وفهم اللغة سواءً باستخدام المعينات السمعية أم بدونها وبالتالي فهو يحتاج إلى خدمات تربوية كتعلم لغة الإشارة ولغة الشفاه وطرق التواصل الخاصة بالمعاقين سمعياً.

وتعرفه الباحثة إجرائياً بأنه الطفل الذي يتلقى خدماته التعليمية والتأهيلية في المؤسسات الخاصة بالمعاقين سمعياً.

تعريف الطفل ضعيف السمع: (Hard of Hearing child)

يعرف كلاً من (كوافحة وعبد العزيز، 2010م، ص99) ضعيف السمع بأنه الفرد الذي يعاني من فقدان سمعي من درجة (35-69) ديسبل، تجعله يواجه صعوبة في فهم الكلام سواء باستخدام السماعات أو بدونها، ويمكنه تعويض فقدانه من السمع باستخدام المعينات السمعية. ويعرف (الدهشمي، 2007م، ص189) الطفل ضعيف السمع بأنه الشخص الذي تكون حاسة السمع لديه ضعيفة، ولكنها وظيفية لأغراض الحياة الاعتيادية سواء بمساعدة المعينات السمعية أم بدونها، ويستطيع الشخص ضعيف السمع الاستجابة للكلام والمثيرات السمعية الأخرى، ولذا فهو يشبه الشخص السامع أكثر مما يشبه الشخص الأصم ومهاراته اللغوية والكلامية (بالرغم من ضعفها وتأخرها) تتطور بالاعتماد على حاسة السمع أساساً وليس على حاسة البصر. وبناءً على درجات فقدان السمع، فالشخص ضعيف السمع هو من يتراوح مدى خسارته ما بين (25-90) ديسبل.

بينما يعرف (عبيد، 2000م، ص33).الطفل ضعيف السمع بأنه الطفل الذي فقد جزءاً من قدرته على السمع بعد أن تكونت عنده مهارة الكلام والقدرة على فهم اللغة وحافظ على قدرته على الكلام، وقد يحتاج هذا الطفل إلى وسائل سمعية معينة أما التعريف التربوي فيرى بأن الطفل ضعيف السمع بأنه الطفل الذي يستطيع أن يكتسب المعلومات اللغوية لوجود بقايا سمع وخاصة إذا استخدم المعينات السمعية (الظاهر، 2008م، ص119).

وفي التعريف الطبي يعرف الطفل ضعيف السمع بأنه الطفل الذي يقل فقدته للسمع عن (90) ديسبل، ويمكنه الاستفادة من مكبرات الصوت أو المعينات السمعية (الظاهر، 2008م، ص119).

مما سبق تستخلص الباحثة أن أهم الخصائص التي يتصف بها الطفل ضعيف السمع كالتالي:

- فقد جزءاً من قدرته على السمع بعد أن تكونت عنده مهارة الكلام والقدرة على فهم اللغة.
- حاسة السمع لديه ضعيفة، ولكنها وظيفية لأغراض الحياة الاعتيادية.
- يستطيع أن يكتسب المعلومات اللغوية لوجود بقايا سمع.
- يقل فقدته للسمع عن (90) ديسبل.
- يحتاج هذا الطفل إلى وسائل سمعية معينة كمكبرات الصوت والمعينات السمعية.

وبناءً على ما سبق تعرف الباحثة الطفل ضعيف السمع بأنه الطفل الذي فقد جزءاً من قدرته السمعية بعد اكتسابه اللغة، ويقل فقدته للسمع عن (90) ديسبل، و يحتاج هذا الطفل إلى وسائل سمعية معينة كمكبرات الصوت والمعينات السمعية. وتعرفه الباحثة إجرائياً بأنه الطفل الذي يتلقى خدماته التعليمية في المدارس الحكومية العادية مع استخدامه للمعينات السمعية.

الفرق بين الصمم وضعف السمع:

ليس الفرق بين الأصم وضعيف السمع هو في الدرجة، ذلك لأن الأصم هو ذلك الشخص الذي يتعذر عليه أن يستجيب استجابة تدل على فهم الكلام المسموع، بينما الشخص الذي يشكو ضعفاً في سمعه يستطيع أن يستجيب للكلام استجابة تدل على إدراكه لما يدور حوله، بشرط أن يقع مصدر الصوت في حدود قدرته السمعية. ومعنى هذا أن الشخص الأصم يعاني عجزاً أو اختلالاً يحول بينه وبين الاستفادة من حاسة السمع، فهي معطلة لديه. وهو لهذا لا يستطيع اكتساب اللغة بالطريقة العادية، في حين أن ضعاف السمع يعانون نقصاً في قدرتهم السمعية، ويكون هذا النقص غالباً على درجات (فهمي، 1985م، ص113).

كما أن الأشخاص المصابون بضعف السمع توجد لديهم درجات من السمع تتضمن درجات من القصور، إلا أن السمع يظل يؤدي بعض الوظائف. أما الأشخاص الصم فتكون لديهم درجات من السمع غير الوظيفي. وأحد الاعتبارات المميزة الأخرى بين الأشخاص الذين يعانون من فقدان السمع بدرجة شديدة أو حادة يقوم على الزمن الذي يحدث فيه فقدان السمع. فالصم الولادي يضم الأشخاص الذين يولدون وهم فاقدون للسمع، أما عندما يولد الفرد بدرجة عادية من السمع، ثم يصبح أصماً بعد ذلك نتيجة للإصابة في حادثة أو نتيجة للصدمة والرضوض أو الأمراض فإنه في هذه الحالة يصبح مصاباً بالصمم المكتسب (سليمان، 1999م، ص80).

نبذة تاريخية عن الاهتمام بذوي الإعاقة السمعية:

عرف الإنسان الإعاقة السمعية (ضعف السمع والصمم) منذ قديم الزمان، ولقد ورد في القرآن الكريم قوله تعالى ﴿ صُمُّ بَكْمٌ عُمِّي فَهُمْ لَا يَرْجِعُونَ ﴾ [البقرة: 18] وقوله ﴿ حَتَّمَّ اللَّهُ عَلَى قُلُوبِهِمْ وَعَلَى سَمْعِهِمْ ﴾ [البقرة: 7]، وتقيد السير المتعلقة بهذه بأن الاهتمام بتربية الصم قد ظهر بعد القرة الخامس عشر الميلادي. وقد كان المعوقون سمعياً أول الأشخاص ذوي الحاجات الخاصة الذين قدمت لهم الخدمات التربوية والتأهيلية وتمثل ذلك في مدرسة الصم التي أسسها راهب إسباني يدعى ديون (de Leon) عام 1578م. وفي القرن الثامن عشر بدأت تظهر المدارس والمؤسسات الخاصة في أنحاء مختلفة في أوروبا. وفي تلك الحقبة الزمنية كان معلمو الصم والبكم رجال الدين معروفين أو رجالاً دفعهم العامل الديني لمساعدة هؤلاء الأفراد وكانت غايتهم الأساسية مساعدة الصم والبكم على اكتساب المفاهيم الدينية والأخلاقية. وكانت الخدمات تقدم لأبناء الأسر الغنية فقط، ولذلك كان المعلمون يحتفظون بسر المهنة لأنفسهم.

وقد سادت في أوروبا مدرستان فكريتان في تعليم الصم. المدرسة الأولى في تعليم الصم وكان من دعاة هذه المدرسة الألماني هينكي (Samuel Heincke) والبريطاني (Thomas Braidwood) وفي الولايات المتحدة الأمريكية أنشئت المؤسسة الأمريكية لتعليم الصم والبكم عام 1817م. وذلك على يد توماس جالوديت (Thomas Gallaudet). وفي القرن التاسع عشر تواصلت الجهود لإنشاء مدارس ومؤسسات يديرها القطاع الخاص والقطاع الحكومي. وفي النصف الثاني من القرن التاسع عشر أصبح التركيز في تربية المعوقين سمعياً على تعليم الكلام والقراءة الشفاه واللغة اليدوية (لغة الإشارة وتهجئة الأصابع). وكان من رواد التربية الخاصة الصم في أمريكا ألكساندر جراهام بل (Alexander Graham Bell) وهو مخترع جهاز الهاتف. وفي القرن العشرين أصبح بإمكان المعوقين سمعياً الدراسة في المؤسسات الخاصة. وأخيراً الاتجاهات الجديدة لدمج ذوي الاحتياجات الخاصة ومن ضمنهم ذوي الإعاقة السمعية (الملاح، 2015 م، ص2).

تصنيفات الإعاقة السمعية:

تم تصنيف الإعاقة السمعية من وجهات نظر مختلفة ولعل من أهمها وجهتي النظر التربوية والفيسيولوجية وترى الباحثة أن وجهة النظر التربوية هو الأهم بالنسبة للدراسة ولكن لا بد من ذكر التصنيفات الأخرى للفائدة منها التصنيف حسب العمر عند الإصابة، موضع الإصابة، شدة الإصابة، وفيما يلي توضيح لذلك:

أولاً: من حيث العمر عند الإصابة وتقسّم إلى ما يلي:

1. إعاقة سمعية ما قبل تعلم اللغة (Prelingual Deafness): ويطلق على تلك الفئة من المعاقين سمعياً الذين فقدوا قدرتهم السمعية قبل اكتساب اللغة، أي ما قبل سن الثالثة، وتتميز هذه الفئة بعد قدرتها على الكلام لأنها لم تسمع اللغة.
2. إعاقة سمعية ما بعد تعلم اللغة (Postlingual Deafness): ويطلق هذا التصنيف على تلك الفئة من المعاقين سمعياً الذين فقدوا قدرتهم السمعية كلها أو بعضها بعد اكتساب اللغة، وتتميز هذه الفئة بقدرتها على الكلام، لأنها سمعت وتعلمت اللغة (الروسان، 2001م، ص173).

ثانياً: من حيث موقع الإصابة وتقسّم إلى ما يلي:

1. **الإعاقة السمعية التوصيلية (Conductive Deafness):** تكمن مشكلة السمع في هذه الحالة في عملية توصيل الصوت إلى الأذن الداخلية بسبب مشكلات في الأذن الخارجية، أو الأذن الوسطى، ومن هذه المشكلات، وجود الصملاخ أو بسبب الالتهابات المسببة عن الفيروسات، والجراثيم، والأورام، والفطريات، وعادة ما يشكو المريض من حكة في الأذن أو وخز ويحتاج الفرد إلى تخطيط سمع لتحديد درجة الإعاقة السمعية لديه (العزة، 2002م، ص112).
2. **الإعاقة السمعية الحسية العصبية (Sensory Deafness):** تكون المشكلة في هذه الحالة في الأذن الداخلية والعصب السمعي، وإخفاق الأذن في استقبال الأصوات، أو في نقل السيلالات العصبية عبر العصب السمعي إلى الدماغ، وتسبب هذه الإعاقة تشويه في الصوت لذلك يدرك المريض أصواتاً مشوشة، وهذا الخلل غير قابل للتصحيح بالإجراءات الطبية والجراحية، ولا فائدة من تضخيم الصوت عن طريق سماعة الأذن.
3. **الإعاقة السمعية المركزية (Central Deafness):** تكمن المشكلة في هذه الحالة في التفسير الخاطئ لما يسمعه الإنسان بالرغم من أن حاسة سمعه قد تكون طبيعية والمشكلة تكون في توصيل السيلالات العصبية من جذع الدماغ إلى القشرة السمعية الموجودة في الفص الصدغي في الدماغ وذلك نتيجة وجود أورام أو تلف دماغي والمعينات السمعية في هذا النوع من الإعاقة تكون ذات فائدة محدودة (العزة، 2002م، ص112).

ثالثاً: من حيث شدة الإعاقة وتقسّم إلى ما يلي:

1. **الإعاقة السمعية البسيطة جداً (Slight Deafness):** يتراوح فقدان السمع بين (27-40) ديسبل. والشخص الذي لديه إعاقة سمعية من هذا المستوى قد يواجه صعوبة في سماع الكلام الخافت أو الكلام عن بعد أو تمييز بعض الأصوات. وعلى أي حال، لا يواجه هذا الشخص صعوبات تذكر في المدرسة العادية، ولكنه قد يحتاج إلى ترتيبات خاصة في غرفة الصف، وقد يستفيد من المعينات السمعية ومن البرامج العلاجية لتصحيح النطق.
2. **الإعاقة السمعية البسيطة (Mild Deafness):** يتراوح فقدان السمع ما بين (41-55) ديسبل. ويستطيع الشخص الذي لديه هذا المستوى من فقدان السمع أن يفهم كلام المحادثة عن بعد (3-5) أمتار ولكن وجهاً لوجه وقد يفوت الطالب حوالي (50%) من المناقشة الصفية إذا كانت الأصوات خافتة أو عن بعد. وقد يحدث لديه بعض الانحرافات في اللفظ والكلام. ويجب إحالة هذا الشخص إلى التربية الخاصة لأنه قد يحتاج إلى الالتحاق بصف خاص مكيف وقد تكون المعينات السمعية ذات فائدة.

3. الإعاقة السمعية المتوسطة (**Moderate Deafness**): يتراوح فقدان السمع ما بين ما بين (56-70) ديسبل. ولا يستطيع هذا الشخص فهم المحادثة إلا إذا كانت بصوت عالٍ، ويواجه صعوبات كبيرة في المناقشات الصفية الجماعية. وقد يعاني هذا الشخص من اضطرابات كلامية ولغوية وقد تكون ذخيرته اللفظية محدودة. ويحتاج هذا الشخص للالتحاق بصف خاص لمساعدته في اكتساب المهارات الكلامية واللغوية ويحتاج إلى معينات سمعية.

4. الإعاقة السمعية الشديدة (**Severe Deafness**): يتراوح فقدان السمع ما بين (71-90) ديسبل. ولا يستطيع الشخص الذي لديه هذا المستوى من الضعف السمعي أن يسمع حتى الأصوات العالية ولذلك فهو يعاني من اضطرابات شديدة في الكلام واللغة. وإذا حدث هذا الفقدان السمعي منذ السنة الأولى من العمر فإن الطفل تتطور لديه القدرة اللغوية تلقائياً. وهذا الشخص قد يحتاج إلى الالتحاق بمدرسة خاصة للمعوقين سمعياً ليحصل على تدريب نظقي وتدريب سمعي وتدريب على قراءة الشفاه كذلك فهو بحاجة إلى سماعة طبية.

5. الإعاقة السمعية الشديدة جداً (**Profound Deafness**): يزيد فقدان السمع عن 90 ديسبل. وهذا المستوى من الضعف السمعي يشكل إعاقة شديدة حيث أن الشخص قد لا يستطيع أن يسمع سوى بعض الأصوات العالية، إذا يعتمد على حاسة البصر أكثر من حاسة السمع، ويكون لديه ضعف واضح في الكلام واللغة. وهو قد يحتاج إلى دوام كامل في مدرسة للأشخاص الصم تكون مزودة بالوسائل الخاصة وتستخدم أساليب خاصة لتطوير الكلام واللغة وتوظيف طرق التواصل اليدوي والتدريب السمعي (الخطيب والحديدي، 2009م، ص137).

رابعاً: التصنيف التربوي ويقسم المعاقين سمعياً إلى فئتين هما:

أ- الصم: ويقصد بهم أولئك الذين يعانون من عجز سمعي (70 ديسبل فأكثر) من الناحية الوظيفية من مباشرة الكلام وفهم اللغة الوظيفية وبالتالي يعجزون عن التعامل بفاعلية في مواقف الحياة الاجتماعية حتى مع استخدام معينات سمعية مكبرة للصوت، حيث لا يمكنهم اكتساب المعلومات اللغوية أو تطوير المهارات الخاصة بالكلام واللغة عن طريق حاسة السمع ويحتاج تعليمهم إلى تقنيات وأساليب تعليمية ذات طبيعة خاصة تمكنه من الاستيعاب والفهم دون مخاطبة كلامية نظراً إما لعدم مقدرتهم على السمع أو لفقدانهم جزء كبير من سمعهم.

ب- ثقيلو السمع: وهم أولئك الذين يعانون من صعوبات أو قصور في حاسة السمع يتراوح ما بين 30 وأقل من 70 ديسبل لكنه لا يعوق فاعليتها من الناحية الوظيفية في اكتساب المعلومات اللغوية سواء باستخدام المعينات السمعية أم بدونها، ومعظم أفراد هذه الفئة يمكنهم استيعاب المناهج التعليمية المصممة أساساً للأطفال العاديين (عامر ومحمد، 2008م، ص77).

خامساً: التصنيف الفسيولوجي:

يركز الفسيولوجيون في تصنيفهم للإعاقة السمعية على درجة فقدان السمع لدى الفرد والتي يمكن قياسها بالأساليب الموضوعية، أو المقاييس السمعية لتحديد عتبة السمع التي يستقبل المفحوص عندها الصوت. وعلى ضوء ذلك يمكن تحديد نوعية ودرجة الإعاقة السمعية، باستخدام ما يسمى بالوحدات الصوتية والهيرتز أو ترددات الصوت لقياس مدى حساسية الأذن للصوت. ويستدل من عدد الوحدات الصوتية على مدى ارتفاع الصوت أو انخفاضه، فكلما زاد عدد هذه الوحدات كان الصوت عالياً وقوياً والعكس صحيح، ومن أمثلة هذه التصنيفات:

1. **فقدان سمعي خفيف:** تتراوح درجته بين 20 و 30 ديسبل، ويعد من يعانون من هذه الدرجة من القصور السمعي فئة بينية أو فاصلة بين عاديو السمع وثقيلو السمع، ويمكنهم من تعلم اللغة والكلام عن طريق الأذن بالطريقة الاعتيادية.

2. **فقدان سمعي هامشي:** تتراوح درجته بين 30 و 40 ديسبل، ومع أن أفراد هذه الفئة يعانون من بعض الصعوبات في سماع الكلام ومتابعة ما يدور حولهم من أحاديث عادية، إلا أنه يمكنهم الاعتماد على آذانهم في فهم الكلام وتعلم اللغة.

3. **فقدان سمعي متوسط:** تتراوح درجته 40 و 60 ديسبل، ويعاني أصحاب هذه الدرجات من فقدان السمع من صعوبات أكبر في الاعتماد على آذانهم في تعلم اللغة ما لم يعتمدوا على بصرهم كحاسة مساعدة، وما لم يستخدموا بعض المعينات السمعية المكبرة للصوت كالسماعات، ويحصلوا على التدريب السمعي اللازم.

4. **فقدان سمعي شديد:** تتراوح درجته بين 60 و 75 ديسبل، ويحتاج أفراد هذه الفئة إلى خدمات خاصة لتدريبهم على الكلام وتعلم اللغة حيث يعانون من صعوبات كبيرة في سماع الأصوات وتمييزها ولو من مسافة قريبة، إضافة إلى عيوب النطق، ويعدون صماً من وجهة النظر التعليمية.

5. **فقدان سمعي عميق:** تبلغ درجته 75 ديسبل فأكثر، وأفراد هذه الفئة لا يمكنهم في أغلب الأحوال فهم الكلام وتعلم اللغة سواءً بالاعتماد على آذانهم أو حتى مع استخدام المعينات السمعية (بخش، 2000م، ص72).

وقد استفادت الباحثة من هذا التصنيف في تحديد نسبة الخسارة السمعية لكل من الصم وضعاف السمع، حيث يدخل فقدان السمع الهامشي والخفيف والمتوسط في إطار ضعاف السمع، بينما يدخل فقدان السمع الشديد والعميق في إطار الصم، وبذلك اعتبرت الباحثة أن من تتراوح الخسارة السمعية لديهم بين (20-90) ديسبل هم من ضعاف السمع، وأن من تصل أو تزيد نسبة الخسارة لديهم يزيد عن (90) ديسبل هم من الصم.

المؤشرات التي تدل على وجود إعاقة سمعية:

تذكر (عبيد، 2000م، ص60) و(الصفدي، 2003م، ص25) مجموعة من المؤشرات الرئيسية التي يمكن أن تعني ضرورة إحالة الفرد إلى أخصائي القياس السمعي وهي:

1. وجود مشكلة معينة في الأذن مثل الألم أو الأصوات الغريبة (الرنين)، أو التجمع غير الطبيعي للمادة الصمغية.
2. ضعف في لفظ الأصوات وبخاصة حذف الأصوات الساكنة، والكلام الناضج أو المشوش، وقد يتوقف الطفل عن إصدار الأصوات منذ الأشهر الأولى وهذا يرتبط بدرجة الإصابة لديه.
3. الحرص على الاقتراب من مصادر الصوت ورفع صوت التلفاز والمذياع بشكل مزعج للآخرين، وعندما يتحدث إليه الآخرون يطلب منهم أن يرفعوا أصواتهم.
4. يقوم بإمالة رأسه جانباً نحو المتكلم ليسمع أكثر، علاوة على ذلك فقد يضع الشخص يده على أذنه وكأنه يحاول التقاط الأصوات أو تجميعها.
5. يطلب الشخص بشكل متكرر من الآخرين أن يعيدوا ما قالوه له.
6. عدم الانتباه والاستجابة للمتكلم حين يتكلم بصوت طبيعي، فهو قد لا يفعل ما يطلب منه لأنه لا يسمع أو لا يفهم ما هو متوقع منه.
7. أعراض البرد المتكرر وإفرازات الأذن وصعوبة التنفس نتيجة الالتهابات الحادة في الأذن الوسطى وفي مجرى التنفس، فهذه المشكلات ترتبط أحياناً بالفقدان السمعي المؤقت أو المزمّن.
8. عدم الانتباه والاهتمام بالأنشطة التي تتطلب الاستماع ونشاطات شفوية وهذا يتمثل بعدم رغبة المصاب بالاتصال بالآخرين فيحب العزلة والانطواء.
9. الاتصاف بالتشتت والارتباك وخاصة في حالة حدوث أصوات جانبية سواء في الأماكن المغلقة أو الأماكن المفتوحة.
10. يلاحظ أن الطفل المصاب بقصور في سمعه أن حالته الدراسية رديئة بوجه عام وعلى الأخص في الاختبارات الشفوية.
11. الشكوى من آلام في الأذن أو صعوبة في السمع، وعدم الارتياح لوجود أصوات غريبة في الأذن أو رنين مستمر.
12. الاعتماد على الإيماءات في المواقف التي يكون الكلام فيها أكثر فاعلية وجدوى، وكثيراً ما يحول الشخص ضعيف السمع الإيماءات إلى نظام لغة إشارة للتواصل مع غيره.

أسباب الإعاقة السمعية:

تقسم أسباب الإعاقة السمعية إلى مجموعتين رئيسيتين من الأسباب:

الأولى: مجموعة الأسباب الخاصة بالعوامل الوراثية (الجينية): وخاصة اختلاف العامل الرايزيسي بين الأم والجنين (RH) وهو عدم توافق دم الأم الحامل والجنين ويحدث عندما يكون دم الجنين خالٍ من العامل الرايزيسي ويكون لدى الأب هذا العامل. فقد يرث الجنين في هذه الحالة العامل الرايزيسي عن الأب مما يؤدي إلى نقل دم الجنين إلى دم أمه وخاصة أثناء الولادة، مما يجعل دم الأم ينتج أجساماً مضادة تنتقل إلى دم الطفل عبر المشيمة. ونتيجة لهذا كله فإنه يحدث مضاعفات متعددة منها إصابة الطفل بالإعاقة السمعية (القمش والمعايطة، 2009م، ص83).

الثانية: مجموعة الأسباب الخاصة بالعوامل البيئية: والتي تحدث بعد عملية الإخصاب أي قبل مرحلة الولادة، وأثناءها وبعدها، وأهم هذه الأسباب:

1. **الحصبة الألمانية التي تصاب بها الأم الحامل:** وهو مرض فيروسي معدٍ يصيب الأم الحامل ويتلف الخلايا في العين والأذن والجهاز العصبي المركزي والقلب للجنين، وخاصة في الأشهر الثلاث الأولى من الحمل، وهي سبب لكثير من الإعاقات ومنها الإعاقة السمعية.
2. **التهاب الأذن الوسطى:** وهو التهاب فيروسي أو بكتيري، يسبب هذا الالتهاب زيادة في إفراز السائل الهلامي داخل الأذن الوسطى مما قد يعيق طبلة الأذن عن الاهتزاز بسبب زيادة كثافة ولزوجة هذا السائل ويحدث ضعفاً سمعياً.
3. **التهاب السحايا:** وهو التهاب فيروسي أو بكتيري يصيب السحايا ويؤدي إلى تلف في الأذن الداخلية مما يؤدي إلى خلل واضح في السمع.
4. **العيوب الخلقية في الأذن الوسطى:** كالتشوهات في الطبلة أو عظيمات المطرقة والسندان والركاب. وكذلك التشوهات الخلقية في القناة السمعية أو تعرضه للالتهاب والأورام.
5. **الإصابات والحوادث:** ومن أمثلتها ثقب الطبلة نتيجة التعرض لأصوات مرتفعة جداً لفترات طويلة، أو إصابات الرأس أو كسور في الجمجمة مما قد يحدث نزيف في الأذن الوسطى بسبب ضعف في السمع.
6. **تجمع المادة الصمغية:** التي يفرزها الغشاء الداخلي للأذن، وبالتالي تصلبها مما قد يؤدي إلى انسداد جزئي للقناة السمعية، يحول دون وصول الصوت إلى الداخل.
7. سوء تغذية الأم الحامل.

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

9. تعاطي الأم الحامل للأدوية والعقاقير من دون مشورة الطبيب.

10. نقص الأكسجين أثناء عملية الولادة (القمش والمعايطة، 2009م، ص 84).

العوامل المؤثرة على نمو الطفل المعاق سمعياً:

للوصول إلى فهم أفضل للطفل المعاق سمعياً فإننا بحاجة إلى معرفة العوامل المؤثرة في نموه، ولقد أشار (Altman,1996) إلى تأثير العوامل التالية على مظاهر النمو للطفل المعاق سمعياً:

1. العمر عند الإصابة بالإعاقة السمعية: إذ يختلف الأطفال ذوو فقدان السمع الخلقي عن الأطفال المصابين بالصمم بعد اللغوي في مرحلة مبكرة من حياتهم مقارنة بالأطفال الذي فقدوا سمعهم بعد إصابتهم بأمراض خطيرة.

2. درجة الإعاقة السمعية: درجة الإعاقة السمعية تحدد مقدار السمع المتبقي وتأثير ذلك في نمو اللغة والكلام، وتطور مهارات التواصل اللفظي أسهل مع الأطفال ذوي ضعف السمع أو الأطفال ذوي الإعاقة السمعية المتوسطة من الأطفال ذوي فقدان السمع الشديد إلى الشديد جداً.

3. الوعي الذاتي لدى الأطفال المعاقين سمعياً: وذلك من حيث إدراكهم لفقدانهم السمع، واستعمالهم للسماعات الطبية، وتأثير السمع المتبقي في نموهم، الذي بالتالي يؤثر على حياتهم اليومية.

4. انفعالات الآباء والأسر: حيث الاستجابات السلوكية للأسرة تؤثر في نمو الطفل المعاق سمعياً، وخصوصاً بعد التشخيص الذي يظهر الإعاقة السمعية للطفل، هذا إضافة إلى أن التوافق الداخلي للأسرة يؤثر في إحساس الطفل بالشعور بالأمن، كما أن اتجاهات الآباء نحو أطفالهم المعاقين سمعياً تؤثر في اتجاهات الطفل نحو ذاته.

5. الوضع الاقتصادي والتربوي للأسر: فكما هو معكوس في الطبقة الاجتماعية الاقتصادية يؤثر الضغط النفسي وتقديم الرعاية للطفل المعاق سمعياً، وعلى أي حال فإن الطبقة الاقتصادية والاجتماعية تؤثر بشكل كبيرة على تقديم خدمات الرعاية والأدوات السمعية المساعدة وغيرها.

6. مدى ونوعية الإثارة السمعية: وتوفير بيئة لغوية غنية للشخص المعاق سمعياً.

7. العمر ومستوى المدخلات اللغوية: والتعرض للغة الإشارة في عمر مبكر ونموذج التواصل المستخدم في الأسرة والمدرسة (الزريقات، 2009م، ص 216).

الوقاية من الإعاقة السمعية:

أشارت منظمة الصحة العالمية إلى ثلاث مستويات من الوقاية من الإعاقة السمعية وهي:

☒ المستوى الأول:

ويهدف إلى إزالة العوامل التي أدت لحدوث الإعاقة السمعية وهي:

1. التطعيم ضد الحصبة الألمانية وضمان حصول المرأة على الطعوم قبل الحمل.
2. الكشف عن حالات عدم توافق الدم عند الخطيبين (RH).
3. عدم تناول الأم الحامل لأية أدوية دون استشارة الطبيب.
4. الحد من زواج الأقارب.
5. رعاية الأم الحامل.

☒ المستوى الثاني:

ويهدف للتدخل المبكر لمنع المضاعفات الناتجة عن العوامل المسببة لحالة الخلل أو الإعاقة ويتمثل ذلك فيما يلي:

1. تقديم العلاج الطبي اللازم للحالات التي يكتشف الإصابة لديها في الجهاز السمعي ويمكن علاجها.
2. الكشف المبكر عن حالات الصعوبة السمعية.
3. تقديم المعينات السمعية المناسبة لمحتاجيها.

☒ المستوى الثالث:

ويهدف لمنع حدوث مضاعفات محتملة لحالة العجز وهي مثل:

1. توفير خدمات التربية الخاصة وتوفير فرص العمل للمعوقين سمعياً.
2. إعفاء الأجهزة الخاصة بالصم من الرسوم الجمركية.
3. إقامة دورات مجانية لتعليم لغة الإشارة لأسر ذوي الإعاقة السمعية وأبناء المجتمع حتى يمكن تسهيل فرص الاتصال والتفاعل الاجتماعي لذوي الإعاقة السمعية.
4. توفير أنشطة مختلفة على جميع المستويات ويكون لذوي الإعاقة السمعية حق الاشتراك فيها من خلال: النوادي مع الأفراد عاديي السمع للحيلولة دون عزلهم اجتماعياً.
5. تخصيص عدد من المواطنين بالدوائر الحكومية والقطاع العام لتقديم الخدمات الخاصة بذوي الإعاقة السمعية.
6. العمل على بقاء المواطنين ذوي الإعاقة السمعية على دراية بجميع الأحداث المحلية والعالمية من خلال تلخيص يبث لهم عن تلك الأحداث بلغة الإشارة (الملاح، 2015م، ص12).

❖ مشكلات المعاقين سمعياً:

إن فقدان السمع كلياً أو جزئياً يؤدي إلى ظهور مشكلات سلوكية عديدة لدى الطفل في صورها وشدتها وتسهم تلك المشكلات في الحد من نمو الطفل انفعالياً وقد تسهم قلة خبرة الأسرة في التعامل مع المعاقين سمعياً في تفاقم تلك المشكلات وتعقدها.

وتتمثل المشكلات الذاتية في سمات مرضية يعاني منها المعاقين بصفة عامة وإن تباينت حدتها وأشكالها تبعاً لظروف كل معوق على حدة ضمن السمات الأكثر شيوعاً كالقلق والتقلب المزاجي والحساسية والشك وإن توقفت حدوثها على قدرة المعوق على معايشة العامة والقبول بها بل وممارسة أنشطة تعويضية خاصة.

وتتمثل مشكلات ذوي الإعاقة السمعية في المشكلات التالية:

• المشكلات النفسية: (Psychological Problems)

تظهر لدى المعاقين سمعياً ميول انسحابية نتيجة لإحساسه بعدم القدرة على التفاعل بشكل جيد مع المحيطين كما يشعر بالشك والقلق لكل ما يدور حوله وأحياناً يشعر بالعدوان نتيجة لعدم القدرة على المتابعة والتفاعل كذلك يتعرض كثيراً لمواقف الإحباط نظراً لعدم القدرة على المشاركة.

• المشكلات الاجتماعية: (Social Problems)

وهي المشكلات الناتجة عن توتر العلاقات الاجتماعية بين الزوجين بسبب إلقاء التهم فيما بينهم حول المتسبب في الإعاقة أو ما يترتب على اهتمام الأم بالطفل المعوق وما يثير ذلك منغيرة الأب والإخوة لعدم إعطائهم نفس القدرة من الاهتمام، كذلك عدم إدراك الإخوة لأسلوب التفاعل السليم مع ذوي الإعاقة السمعية وأياً كان موقع هذا الشخص فلذلك تأثيره على تفاعل باقي أعضاء الأسرة ويحتاج الأمر لمواجهة تلك المشكلات إلى إرادة ورغبة وقدرة عالية على التكيف.

• المشكلات الاقتصادية: (Economic Problems)

وهي المشكلات المترتبة على حاجة ذوي الإعاقة السمعية إلى إجراء بعض العمليات أو شراء بعض الأجهزة أو المعينات السمعية، أو ما يترتب على الإعاقة من انقطاع عن العمل أو نقص الدخل أي أن المشكلة الاقتصادية تكون في الغالب نتيجة لانخفاض الدخل أو كثرة المصروفات أو كلاهما معاً.

• مشكلات بيئية: (Environmental Problems)

وتتمثل في مشكلات العلاقات الأسرية والتعليم والعمل والتكيف العام مع البيئة المحيطة، فرغم توفر لغة الرموز بين الصم والبكم إلا أن دراسات فينجر كشفت عن افتقاده التفاعل بين المعوق وبينته يسودها الغموض والشك والإحساس بعدم الراحة.

• مشكلات ذاتية: (Self Problems)

هي سمات مرضية يعاني منها المعاقين بصفة عامة وإن تباينت حدتها وأشكالها تبعاً لظروف كل معوق على حدة ضمن السمات الأكثر شيوعاً القلق والتقلب المزاجي والحساسية والشك وإن توقفت حدتها على قدرة المعوق على معايشة العامة والقبول بها بل وممارسة أنشطة تعويضية خاصة.

• مشكلات تعليمية: (Educational Problems)

حيث يحتاج تعليم هذه الفئة إلى مؤسسات ذات كفاءة خاصة وتجهيزات على مستوى خاص كما أن تعليمهم يحتاج إلى وقت وجهد كبير بل الأمر يتعدى ذلك إلى حاجة أفراد الأسرة الراغبين في الحصول عليه.

• مشكلات التدريب والتأهيل: (Training and Qualification Problems)

وتتمثل في صعوبة وجود فرص التوجيه المهني المناسب والتدريب على مهنة تتناسب ظروف الإعاقة وتلقى القبول من ذوي الإعاقة السمعية وما تستوجبه من تدريب كاف في مؤسسة تتوافر فيها الشروط المناسبة من كفاءة مهنية وقرب المكان من السكن وسهولة الوصول إليها خاصة أن ذوي الإعاقة قد يصعب عليه الحركة وحيداً، بالإضافة إلى مشكلات التشغيل وحاجة المجتمع إلى هذه المهنة (عامر ومحمد، 2008م، ص198).

خصائص المعاقين سمعياً:

للإعاقة السمعية تأثيراتها الهامة على حياة المعاق تتنوع باختلاف السن الذي حدثت فيه الإعاقة، أو باختلاف أسبابها، أو مدى شدتها، أو الوقت الذي اكتشفت فيه الإعاقة إذا كان مبكراً أو متأخراً. ولا شك أن هذه الآثار تضي على المعاقين سمعياً خصائص تميزهم عن غيرهم. إن التعرف على هذه الآثار ذو أهمية كبيرة في إعداد برامج تعليم المعاقين سمعياً وتأهيلهم وتنمية مهارات التواصل لديهم (الشريف، 2011م، ص294). ومن الخصائص المميزة للمعاقين سمعياً ما يلي:

أولاً: الخصائص اللغوية:

نظراً لاعتماد النمو اللغوي على السمع وتأثره به فمن المهم أن ندرس الآثار اللغوية الناجمة عن القصور السمعي، إذ يعتبر ضعف الأطفال بقصور سمعي حاد أو شديد من المهارات اللغوية من أبرز المشاكل التي يعانون منها نتيجة لقصورهم، وعلى وجه التحديد فإن ضعف هؤلاء الأطفال وعجزهم عن فهم اللغة السائدة في بيئتهم أو التحدث بها من أخطر المشاكل التي يواجهونها، ولا يقلل من خطورة هذه المشكلة براعة الصم وخبرتهم في فهم واستخدام لغة الإشارة اليدوية المتداولة بينهم كمجموعة ذات خصائص واحدة، إذ أن خبرتهم هذه لا تعينهم على فهم اللغة السائدة في مجتمعهم أو التحدث بها، وهذا هو الفارق الأساسي بين الصم ومجتمع العاديين في سمعهم (عبيد، 2000م، ص311).

وتؤكد الباحثة على أن الخصائص اللغوية للأطفال ذوي الإعاقة السمعية تختلف باختلاف السن الذي حدثت فيه الإعاقة ودرجة الإعاقة فالأطفال الذين حدثت لهم الإعاقة السمعية قبل سن خمس سنوات (أي قبل تعلم اللغة) يختلفون في خصائصهم اللغوية عن الأطفال الذين فقدوا قدرتهم السمعية بعد سن خمس سنوات (أي بعد تعلم اللغة) كما أن الأطفال الذين فقدوا جزءاً بسيطاً من قدرتهم السمعية بعد سن خمس سنوات يختلفون في خصائصهم اللغوية عن الأطفال الذين فقدوا جزءاً كبيراً من قدرتهم السمعية بعد سن خمس سنوات.

ثانياً: الخصائص الأكاديمية:

غالباً ما يكون التحصيل الأكاديمي للأطفال ذوي الإعاقة السمعية متدنٍ على الرغم من عدم انخفاض نسبة ذكائهم، كما أن تأثيرهم القرائي هو الأكثر تأثراً بهذه الإعاقة ويزداد تحصيلهم الأكاديمي ضعفاً مع ازدياد المتطلبات اللغوية ومستوى تعقيدها خاصة في غياب أساليب التدريس، وتشير بعض الدراسات بأن (50%) من أفراد هذه الإعاقة ممن هم في سن العشرين كان مستوى قرائتهم تقاس بمستوى طلاب الصف الرابع الأساسي أو أقل من ذلك، وأن (10%) كانوا بمستوى الصف الثامن الأساسي، أما في مادة الرياضيات فكان مستوى أدائهم فقط بمستوى أداء الصف الثامن، وأن (10%) منهم كانوا بمستوى أداء الأشخاص غير الصم، أما في مادة العلوم فقد ظهرت لديهم صعوبات متعلقة بالمفاهيم واللغة والتحصيل الأكاديمي الذي يتأثر بشدة الإعاقة السمعية، وبمستوى قدراتهم العقلية، وبالإعاقات المرافقة لها عند حدوث الإعاقة، ووضع الوالدين السمعي والاقتصادي والاجتماعي وطرق التدريس (العزة، 2002م، ص115). ومن أهم السمات الأكاديمية للمعاقين سمعياً كما يذكرها (عامر ومحمد، 2008م، ص96) ما يلي:

1. يعتمد على عوامل التعزيز البصرية.
2. يظهر سلوكاً وأداءً غامضاً يؤدي إلى تحصيل منخفض.
3. لديه مهارات القراءة أقل من مستوى الصف.
4. يتحرك بصعوبة من المحسوس إلى الملموس.
5. لا يرغب في البحث عن مساعدة إذا دعت الضرورة إليها.
6. لا يتبع التوجيهات والتعليمات المكتوبة ولا المعلومات المتتابة.
7. يستطيع أن يشاهد ويقاد تلميذاً آخر قبل أن تبدأ المهمة.
8. يحتاج إلى تكرار مستمر، وتوضيح مستمر للتعليمات.
9. لديه معلومات عامة عن العالم ولكن محدودة.
10. اللغة المكتوبة لديه ضعيفة، ولديه مشكلات في اللغة الشفوية.
11. يستمر في استخدام الكلمات البسيطة في الكتابة.

وترى الباحثة أن ضعف التحصيل الأكاديمي للأطفال ذوي الإعاقة السمعية مقارنة بالأطفال العاديين بما أنه غير ناتج عن انخفاض نسبة الذكاء قد يكون ناتجاً عن مشكلات في متطلبات عملية التعلم كالانتباه والتركيز والإدراك والتذكر والتي قد تضعف بسبب الاعتماد على حاسة واحدة هي حاسة البصر مما قد يؤدي إلى تشتت الانتباه والنسيان اللذان يؤديان بدورهما إلى ضعف التحصيل الدراسي لديهم.

ثالثاً: الخصائص الجسمية والحركية:

يعاني أفراد هذه الفئة من مشكلات في الاتصال تحول دون تعرفهم على البيئة واكتشافهم لها، والتفاعل معها، لذلك يجب تدريبهم على وسائل الاتصال غير اللفظي، مثل لغة الإشارة. إنهم محرومون من التغذية الراجعة الإيجابية السمعية، لذلك يجب تدريبهم على تلقي رسائل الآخرين بطرق تعبيرية مختلفة، كما أن نموهم الحركي يعتبر بطيئاً قياساً بالعاديين وذلك لأنهم لا يسمعون الحركة وأن لياقتهم البدنية لا تكون بمستوى لياقة الأسوياء حيث يمتازون بحركة جسمية بطيئة (العزة، 2002م، ص115).

وترى الباحثة أن الخصائص الحركية للأطفال ذوي الإعاقة السمعية تختلف باختلاف المحيط الذي يتواجدون فيه فعند وجودهم مع أشخاص يماثلونهم في الإعاقة ينتم سلوكهم بالنشاط الزائد لإحساسهم بالألفة والتوافق مع الآخرين أما في حال تواجدهم مع الأشخاص العاديين فقد يمتاز سلوكهم بقلّة النشاط وذلك قد يكون عائداً لشعورهم بالاغتراب النفسي.

رابعاً: الخصائص المعرفية:

إن مستوى ذكاء الأطفال المعاقين سمعياً كمجموعة لا يختلف عن ذكاء أقرانهم من العاديين، وبالرغم من تدني أداء المعاقين سمعياً على اختبارات الذكاء بسبب تشبع تلك الاختبارات بالناحية اللفظية، فإن ذلك لا يعني أنهم أقل ذكاء من أقرانهم العاديين. كما يعاني المعاقين سمعياً من انخفاض تحصيلهم الأكاديمي مقارنة بأقرانهم السامعين العاديين، وذلك في جوانب عديدة وخاصة القراءة وهو ما يؤثر على التحصيل المعرفي عموماً في كل المجالات، وهو ما قد يبرره الباحثون بعدم ملائمة المناهج الدراسية أو طرق التدريس أو تدني كفاءة المعلمين أو انخفاض دافعيتهم وغير ذلك، وبصفة عامة تتسم شخصية المعاق سمعياً ببعض الخصائص من أبرزها:

1. سرعة نسيان المعلومات والاحتفاظ بها، مع الحاجة إلى تكرار التوجيهات الموجهة إليه واختصارها.
2. قلة التركيز وإدراك المثيرات اللفظية المجردة والرمزية.
3. التباين الكبير في سرعة التعلم، نظراً لاختلاف درجات فقدان السمع لدى المعاقين.
4. انخفاض الدافعية لمواصلة التعليم خلال فترات طويلة، ولذلك فهم في حاجة إلى تنوع الأنشطة التعليمية القصيرة التي تناسب ذلك.
5. نتيجة لتأخرهم اللغوي، وقلة فاعلية طرق التدريس المتبعة، يتأخر تحصيلهم الدراسي الأكاديمي بشكل ملحوظ في مادة القراءة والعلوم والحساب.
6. هناك علاقة ارتباطية عالية بين الصعوبات التي يعاني منها الطفل المعاق سمعياً وبين توفر عوامل ومثيرات بيئية معرفية محيطة به (عامر ومحمد، 2008م، ص95).

خامساً: الخصائص الاجتماعية والانفعالية:

تعتبر اللغة الوسيلة الأولى في التواصل لذلك يعاني المعاقون سمعياً من مشكلات تكيفية في نموهم الاجتماعي، وذلك بسبب النقص الواضح في قدراتهم اللغوية، وصعوبة التعبير عن أنفسهم، وصعوبة فهمهم للآخرين، سواء أكان ذلك في مجال الأسرة، أو العمل، أو المحيط الاجتماعي بشكل عام، لذا يبدو الفرد الأصم وكأنه يعيش في عزلة مع الأفراد العاديين الذين لا يستطيعون فهمه، وهم مجتمع الأكثرية الذي لا يستطيع أن يعبر بلغة الإشارة أو بلغة الأصابع، ولهذا السبب يميل المعاقون سمعياً إلى تكوين النوادي والتجمعات الخاصة بهم، إذ تعتبر هذه النوادي والتجمعات ذات أهمية خاصة بالنسبة لهم، بسبب تعرض الكثير منهم لمواقف الإحباط التي تترتب على نتائج التفاعل الاجتماعي بين الأفراد العاديين والصم، حيث أن الأفراد المعاقين سمعياً يحاولون تجنب المواقف التي تؤدي إلى التفاعل الاجتماعي مع مجموعة من الأفراد، ويميلون إلى إقامة علاقات اجتماعية مع فرد واحد أو اثنين، لذلك فهم يميلون إلى العزلة، كذلك يعانون من بدء في النضج الاجتماعي مقارنة بأقرانهم السامعين وذلك بسبب مشكلات التواصل اللفظي لدى هؤلاء الأفراد (خصاونة وآخران، 2010م، ص95).

ولقد أشار كل من (Moores,2008) و (Terzieff & Antia) إلى أن الأشخاص المعاقين سمعياً قد يمتلكون بعض الخصائص التالية:

1. نضج انفعالي غير سليم.
2. شخصية منطوية.
3. مفهوم ذات متدنٍ.
4. صعوبة في عمل افتراضات حول تفكير ومشاعر الأشخاص الآخرين.
5. صفة الخضوع والتطفل أكثر من الأشخاص السامعين.
6. المعاناة من الضغوط النفسية في حياتهم.
7. يحتاجون إلى وقت أطول للتكيف من الأشخاص السامعين.
8. يحتاجون إلى جهد أكثر لتحقيق تفاعلات مرضية (الزريقات، 2009م، ص220).

شروع الإعاقة السمعية:

تعد الإعاقة السمعية الأكثر شيوعاً لدى البشر. فهناك طفل واحد تقريباً من كل ألف طفل يولد مصاباً بضعف جوهري في السمع يؤثر سلباً على تطور مهارات اللغة الطبيعية. ويؤثر ضعف السمع على ما نسبته (30%) من سكان العالم. وتشير التقديرات إلى وجود (70) مليون شخص أصم في العالم. ويزيد انتشار ضعف السمع وبشكل حاد مع تقدم العمر. فحوالي (28,3%) من الأفراد بعمر (51-60) سنة يعاني من ضعف السمع. وهناك ما نسبته (60%) من ضعيفي السمع يتجاوز عمرهم (65) عاماً. وترتفع هذه النسبة إلى (73,5%) لدى الأفراد بعمر أكبر من (70) سنة.

وتعد الزيادة في ضعف السمع عند الرجال أكثر مقارنة بالنساء. فحوالي (42,6%) من الرجال بعمر (51-60) سنة يعاني من ضعف السمع. وترتفع هذه النسبة إلى (87,7%) لدى الرجال بعمر أكبر من (70) سنة.

وتشير الإحصائيات أن ما نسبته (8%) من أي مجتمع يعاني من ضعف معتدل في السمع، في حين يعاني ما نسبته (2,5%) من أفراد أي مجتمع من ضعف حاد في السمع. وتشير الإحصائيات أيضاً إلى أن ما نسبته (9%) من فاقد السمع عمرهم أقل من (18) عاماً.

وتشير بعض التقديرات إلى أن عدد ضعيفي السمع سيزيد بحوالي (20%) في العقدين التاليين إذا بقي انتشاره في المستوى الحالي. فبين عامي (1971-1990)، زادت مشاكل السمع بين الأفراد الذين تتراوح أعمارهم بين (45-64) عاماً بنسبة (26%). وبلغت هذه الزيادة لدى الأفراد الذين تتراوح أعمارهم بين (18-44) عاماً بنسبة (17%) (البطاينة وآخرا، 2009م، ص319).

تعقيب عام على مبحث الإعاقة السمعية:

تناولت الباحثة الإعاقة السمعية بشيء من التفصيل حيث عرفت كلاً من الإعاقة لغةً واصطلاحاً والإعاقة السمعية والطفل المعاق والطفل الأصم والطفل ضعيف السمع اصطلاحاً كما عرضت الباحثة تصنيف المعاقين، والفرق بين الصمم وضعف السمع، وتناولت الباحثة نبذة تاريخية عن الاهتمام بذوي الإعاقة السمعية، ثم تطرقت الباحثة إلى تصنيفات الإعاقة السمعية من حيث موقع الإصابة وشدة الإعاقة والتصنيف التربوي والتصنيف الفيسيولوجي، كما عرضت الباحثة المؤشرات التي تدل على وجود إعاقة سمعية، ثم أسباب الإعاقة السمعية والعوامل المؤثرة على نمو الطفل المعاق سمعياً، ثم تناولت الباحثة كيفية الوقاية من الإعاقة السمعية، ثم أشارت الباحثة للمشكلات التي تواجه المعاقين سمعياً، ثم تناولت الباحثة خصائص المعاقين سمعياً ثم ختمت الباحثة هذا الفصل بعرض نسب شيوع الإعاقة السمعية.

الفصل الثالث

الدراسات السابقة

الفصل الثالث

الدراسات السابقة

في هذا الفصل تقوم الباحثة باستعراض بعض الدراسات السابقة التي لها علاقة مباشرة بالدراسة الحالية وقد التزمت الباحثة في عرضها لهذه الدراسة التسلسل التاريخي بدءاً من الحديث إلى القديم ومن ثم قامت الباحثة بتقسيم الدراسات إلى محورين:

أولاً/ دراسات تناولت المشكلات السلوكية لدى الأطفال ذوي الإعاقة السمعية.

1. دراسة (سالم، 2014م):

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على العلاقة بين العنف الأسري، والسلوك العدواني لدى التلاميذ الصم في معاهد وبرامج التربية الخاصة. وقد تكونت عينة الدراسة من (58) تلميذاً أصم، منهم (30) تلميذاً أصم بمعهد شرق الرياض، و(28) تلميذاً أصم في برنامج الأمل للصم، بمدرسة محمد إقبال الابتدائية، وقد اتبع الباحث المنهج الوصفي التحليلي، واستخدم الباحث مقياس العنف الأسري من إعداد الباحث ومقياس السلوك العدواني إعداد بس (Buss, 1995) تعريب معتز صالح. وقد أشارت نتائج الدراسة إلى وجود علاقة ارتباطية موجبة دالة بين درجات التلاميذ على مقياس السلوك العدواني، ووجود فروق فردية دالة على مقياس السلوك العدواني تعزى لمتغير المرحلة العمرية و متغير البيئة التعليمية، ومتغير طرق التواصل.

2. دراسة (فرح والجاك، 2011م):

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على مفهوم الذات والعلاقة بينها وبين السلوك العدواني لدى الطلاب الصم بمعهد الأمل بالخرطوم، وقد تكونت عينة الدراسة من (81) طالب أصم بالمعهد بمدينة الخرطوم، تتراوح أعمارهم من (13-21) عام، وقد اتبع الباحثان المنهج الوصفي الارتباطي، وقد اتبع الباحث المنهج الوصفي التحليلي، واستخدم الباحثان مقياس مفهوم الذات ومقياس السلوك العدواني بعد إجراء التعديلات اللازمة عليه من قبل الباحثان ليتناسب تطبيقه على الطلاب الصم، واستمارة معلومات اقتصادية واجتماعية. وقد أشارت نتائج الدراسة إلى وجود علاقة ارتباط سالبة بين مفهوم الذات والسلوك العدواني لدى الطلاب الصم بمعهد الأمل بالخرطوم وعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الطلاب الصم في مفهوم الذات تبعاً للبيئة التربوية، ووجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الطلاب الصم في السلوك العدواني تبعاً للبيئة التربوية.

3. دراسة (الربيعي، 2011):

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على الاضطرابات السلوكية والانفعالية لدى الأطفال الصم وعلاقتها بالتوافق الأسري والتعرف على الفروق الجوهرية بين كل من الجنس، ودرجة الإعاقة، وترتيب الطفل داخل الأسرة، عدد الأطفال الصم داخل الأسرة في متغيرات الدراسة الاضطرابات السلوكية والانفعالية، والتوافق الأسري، وتكونت عينة الدراسة من 197 طفل بين 7-14 سنة من طلبة جمعية أطفالنا للصم، وقد استخدم الباحث مقياس (مقياس التحديات والصعوبات، إعداد جودمان، ترجمة سمير قوتة) و(استبانة التوافق الأسري إعداد الباحث)، وقد أشارت نتائج الدراسة إلى حصول الدرجة الكلية لمقياس الاضطرابات السلوكية والانفعالية على وزن نسبي 47.07% بينما احتل الميزان الاجتماعي على المرتبة الأولى بوزن نسبي قدره 69.54% في حين حصل ميزان زيادة الحركة على المرتبة الثانية بوزن نسبي قدره 49.19% وحصل ميزان الأعراض العاطفية على المرتبة الثالثة بوزن نسبي قدره 40.96% في حين حصل مقياس مشاكل الأصحاب على المرتبة الرابعة بوزن نسبي قدره 40.66% وحصل ميزان المشاكل السلوكية على المرتبة الأخيرة على وزن نسبي 34.97%، كما تبين عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغير الجنس، العمر، وعدد الأطفال الصم داخل الأسرة على مقياس الاضطرابات السلوكية والانفعالية، كما أظهرت نتائج الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغير درجة الإعاقة في الميزان الاجتماعي ولقد كانت الفروق لصالح درجة الإعاقة الخفيفة ولدرجة الإعاقة العميقة في ميزان الحركة الزائدة وميزان الأعراض العاطفية (القلق والاكتئاب) وميزان المشاكل السلوكية (العدوان)، وميزان مشاكل الأصحاب.

4. دراسة (عبيد، 2010م):

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على المشكلات التي تهدد أمن وسلامة الطلاب المعاقين سمعياً في سن الدراسة، وبناء برنامج مقترح يستهدف إكساب الطلاب المعاقين سمعياً المعلومات والخبرات ومهارات الاتصال التي تساعدهم على مواجهة تلك المشكلات التي تهدد سلامتهم وأمنهم. وقد تكونت عينة الدراسة من (63) طالب وطالبة من المعاقين سمعياً. وقد اتبعت الباحثة المنهج المسحي الوصفي، واستخدمت الباحثة مقياس تحديد المشكلات التي تهدد أمن وسلامة المعاقين سمعياً. وقد أشارت نتائج الدراسة إلى أن بعض الطلاب المعاقين سمعياً يفتقدون المعلومات التي توفر لهم فرص السلامة والأمن، كما يفتقدون طرق التواصل اللازمة إذا تعرضوا للمخاطر التي تهدد سلامتهم، ويفتقدون أيضاً طرق الاتصال الفعالة مع الأفراد السامعين التي تحقق لهم أهداف الاتصال بفاعلية.

5. دراسة (أبو زيد وحسن، 2009م):

هدفت هذه الدراسة إلى خفض بعض الاضطرابات السلوكية والوجدانية (الاضطرابات لدى الأطفال الصم وتحسين التفاعل الاجتماعي لديهم من خلال التدريب على برنامج لتنمية المهارات الاجتماعية). وقد تكونت عينة الدراسة من 17 طفل وطفلة تتراوح أعمارهم ما بين 9-12 سنة. وقد استخدم الباحثان المنهج التجريبي، واستخدم الباحثان مقياس الاضطرابات السلوكية والوجدانية إعداد أمال عبد السميع أباطة. وقد أشارت نتائج الدراسة إلى فاعلية برنامج التدريب على المهارات الاجتماعية في خفض بعض الاضطرابات السلوكية والوجدانية لدى الأطفال الصم.

6. دراسة (يحيى، 2006م):

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على المشكلات السلوكية لدى الأطفال المعاقين سمعياً، والفروق في المشكلات السلوكية للأطفال المعاقين سمعياً تبعاً لمتغير الجنس، وقد تكونت عينة الدراسة من (50) معاقاً، (28) منهم ذكور و (22) منهم إناث، وقد اتبع الباحث المنهج الوصفي التحليلي، واستخدم الباحث استبيان المشكلات السلوكية من إعداد الباحث، وقد أشارت نتائج الدراسة إلى أن أهم المشكلات السلوكية الحادة لدى الأطفال المعاقين سمعياً هي: (الحركة الزائدة وعدم الاستقرار، والغيرة من تفوق الآخرين عليه، والتشاجر مع زملائه، وعدم الالتزام بتوجيهات المعلمة، ومحاولة الغش في الإجابة، وإثارة الضجيج داخل الصف، والإثارة والغضب السريع، والأنانية في السلوك، والغياب عن حضور الدرس)، كما أظهرت نتائج الدراسة عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في المشكلات السلوكية تعزى لمتغير الجنس.

7. دراسة (وافي، 2006م):

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على العلاقة بين الاضطرابات السلوكية بمستوى التوافق النفسي بأبعاده الأربعة (الشخصي، المدرسي، الأسري، الجسدي) للأطفال الصم والكفوفين في ضوء عدة متغيرات شملت الجنس ومنطقة السكن والمرحلة التعليمية لهم ودرجة الإعاقة (بالنسبة للكفوفين فقط)، وقد تكونت عينة الدراسة من (135) طالب وطالبة من مؤسسات الصم التعليمية الخاصة في قطاع غزة وتراوحت أعمار أفرادها ما بين (9-16) سنة، وقد اتبعت الباحثة المنهج الوصفي التحليلي، واستخدمت الباحثة مقياس الاضطرابات السلوكية من إعداد د.آمال عبد السميع أباطة وتعديل الباحثة (الذي اعتمد على تغييرات الملاحظين) ومقياس التوافق النفسي من إعداد الباحثة.

وقد أشارت نتائج الدراسة إلى أن اللزمات العصبية والنشاط الزائد هي أبرز الاضطرابات السلوكية لدى المكفوفين بينما كانت اللزمات العصبية والنشاط الزائد واضطراب المسلك هي أبرز تلك الاضطرابات لدى الصم. توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى التوافق النفسي وجميع أبعاده (الشخصي، المدرسي، الأسري، الجسدي) لدى الأطفال الصم المضطربين سلوكياً منهم وغير المضطربين، ولا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى التوافق النفسي لدى الأطفال الصم تعزى للتفاعل بين متغيرات الجنس ومنطقة السكن والمرحلة التعليمية، باستثناء الفروق في مستوى التوافق النفسي ترجع للتفاعل بين الجنس والمرحلة التعليمية.

التعقيب على دراسات المحور الأول:

1. بالنسبة لأهداف الدراسة:

- هدفت بعض الدراسات إلى دراسة السلوك العدوانى مثل: دراسة (فرج والجاك، 2011م)، ودراسة (سالم، 2014م).
- بينما هدفت دراسة (يحيى، 2006م) إلى التعرف على المشكلات السلوكية لدى الأطفال ذوي الإعاقة السمعية.
- بينما هدفت دراسة (عبيد، 2010م) إلى دراسة المشكلات التي تهدد أمن وسلامة المعاقين سمعياً
- أما الدراسة الحالية فقد اتفقت مع الدراسات التي هدفت للتعرف على المشكلات السلوكية لدى الأطفال ذوي الإعاقة السمعية كما اختلفت معها في اقتصرها على المشكلات السلوكية.

2. بالنسبة لمنهج الدراسة:

- اتبعت بعض الدراسات المنهج الوصفي التحليلي مثل: دراسة (وافي، 2006م)، ودراسة (يحيى، 2006م)، ودراسة (عبيد، 2010م)، ودراسة (الربيعي، 2011م)، ودراسة (فرج والجاك، 2011م)، ودراسة (سالم، 2014م).
- بينما اتبعت دراسة (أبو زيد وحسن، 2009م) المنهج التجريبي.
- أما الدراسة الحالية فقد اتفقت مع الدراسات التي استخدمت المنهج الوصفي بالإضافة إلى المنهج المقارن.

3. بالنسبة لعينة الدراسة:

- اختلفت الدراسات السابقة في اختيار عينة الدراسة تبعاً لمتغيرات الدراسة ومكانها.
- تكونت عينة معظم الدراسات من أطفال معاقين سمعياً مثل دراسة (وافي، 2006)، ودراسة (يحيى، 2006م)، ودراسة (أبو زيد وحسن، 2009م)، ودراسة (عبيد، 2010م) ودراسة (الربيعي، 2011م)، ودراسة (فرح والجاك، 2011م)، ودراسة (سالم، 2014م).
- أما الدراسة الحالية فقد اتفقت مع الدراسات التي كانت عينتها من الأطفال المعاقين سمعياً.

4. بالنسبة لفروض الدراسة:

- جاءت الفروض في الدراسات السابقة متنوعة بين صفرية، وموجبة (موجبة وغير موجبة) ولقد توافقت فروض الدراسة الحالية مع الفروض الصفرية.

5. بالنسبة لأدوات الدراسة:

- تنوعت أدوات الدراسة المستخدمة في دراسات هذا المحور تبعاً لمتغيراتها:
- معظم الدراسات استخدمت استبانة أو قائمة أو مقياس للمشكلات السلوكية مثل دراسة (يحيى، 2006م).
- كما استخدمت بعض الدراسات مقياس السلوك العدواني مثل دراسة (فرح والجاك، 2011م)، ودراسة (سالم، 2014م).
- واستخدمت بعض الدراسات مقياس الاضطرابات السلوكية مثل دراسة (وافي، 2006م)، ودراسة (أبو زيد وحسن، 2009م)، ودراسة (الربيعي، 2011م).
- واستخدمت دراسة (عبيد، 2010م) مقياس تحديد المشكلات التي تهدد أمن وسلامة المعاقين سمعياً.
- أما الدراسة الحالية فقد استخدمت الباحثة استبانة لقياس المشكلات السلوكية.

6. بالنسبة للأساليب الإحصائية:

- تنوعت الأساليب الإحصائية في هذه الدراسات طبقاً لنوع الهدف، ومن أكثر الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسات السابقة المتوسطات الحسابية، الانحرافات المعيارية، معاملات ارتباط، وتحليل تباين، واختبار (ت)، والتحليل العاملي، والدراسة الحالية استضاعت بهذه الأساليب واستخدمت معظمها، ومنها المتوسط الحسابي والانحراف المعياري، التكرارات والنسبة المئوية والوزن النسبي، معامل ارتباط بيرسون، واختبار (ت)، وتحليل التباين الأحادي لمعالجة بيانات الدراسة.

وقد استخدمت الباحثة معظم هذه الأساليب الإحصائية في دراستها.

ثانياً/ دراسات تناولت المشكلات السلوكية لدى الأطفال العاديين:

1. دراسة (السحر والبرعاوي، 2015م):

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على المشكلات السلوكية والتربوية لدى أطفال المرحلة الأساسية الأولى، وقد تكونت عينة الدراسة من (240) معلماً من معلمي المرحلة الأساسية الأولى بمحافظة غزة، وقد اتبع الباحثان المنهج الوصفي التحليلي، واستخدم الباحثان مقياس للمشكلات السلوكية والتربوية من إعدادهما، وقد أشارت نتائج الدراسة إلى أن نسبة المشكلات السلوكية بلغت (65%) وأن أكثر المشكلات السلوكية انتشاراً بين الطلاب هي النشاط الزائد، الاضطرابات الانفعالية، المشكلات التربوية، العدوان، اضطرابات الكلام، الاضطرابات النفس جسمية. كما تبين عدم وجود فروق دالة إحصائية في المشكلات السلوكية والتربوية تعزى لمتغير الجنس وكذلك في جميع الأبعاد باستثناء البعد الخامس (المشكلات النفس جسمية) فقد تبين وجود فروق لصالح الإناث، كما بينت الدراسة عدم وجود فروق في المشكلات السلوكية والتربوية تعزى لمتغير مكان السكن، وأيضاً عدم وجود فروق في المشكلات السلوكية والتربوية تعزى لمتغير مكان السكن، وبتغير مستوى التحصيل، كما تبين وجود فروق دالة إحصائية في البعد الثالث من المشكلات وهو النشاط الزائد لصالح الطلبة ذوي التحصيل المتوسط، وكذلك في البعد السابع وهو المشكلات التربوية.

2. دراسة (مدوخ، 2014م):

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة أكثر أساليب المعاملة الوالدية شيوعاً لدى المرشدين التربويين لأبنائهم، ومعرفة أكثر المشكلات السلوكية شيوعاً لدى الطلبة في المدارس الإعدادية والثانوية من وجهة نظر المرشدين التربويين وتوضيح العلاقة بين أساليب المعاملة الوالدية للمرشد التربوي لأبنائه وبين المشكلات لدى الطلبة التي تواجه المرشد يومياً، وقد تكونت عينة الدراسة من (136) مرشد ومرشدة تربوية ممن يعملون في المرحلة الإعدادية والثانوية في جميع محافظات غزة، وقد اتبعت الباحثة المنهج الوصفي التحليلي، واستخدمت الباحثة استبانة أساليب المعاملة الوالدية واستبانة المشكلات السلوكية من إعدادها، وقد أشارت نتائج الدراسة إلى أن أسلوب الحماية- الإهمال وأسلوب التسامح- التسلط هما الأسلوبان الأكثر شيوعاً لدى المرشدين التربويين مع أبنائهم، وأن المشكلات العاطفية تعد المشكلات الأكثر انتشاراً لدى التلاميذ تليها مشكلات مخالفة النظام المدرسي تليها مشكلة العدوان، وأنه لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين المشكلات السلوكية لدى طلبة المرحلة الإعدادية والثانوية التي تواجه المرشد التربوي في عمله وبين أساليب معاملة أبنائه، كما لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى المشكلات السلوكية تعزى لكل من متغير المديرية والمرحلة الدراسية، كما لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في أساليب المعاملة الوالدية تعزى لكل من متغير جنس المرشد وسنوات عمله وعدد الأبناء.

3. دراسة (عبد اللاوي، 2012م):

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على العلاقة بين المشكلات النفسية والسلوكية لدى أطفال السنوات الثلاثة الأولى ابتدائي وتحصيلهم الدراسي في المناطق الريفية بدائرة وادية بتيزي وزو، كما هدفت أيضاً إلى معرفة الفروق في متوسط درجات كل من المشكلات النفسية والسلوكية تبعاً لمتغير الجنس، وقد تكونت عينة الدراسة من (300) تلميذ تتراوح أعمارهم ما بين (6-9) سنوات يدرسون في خمس مدارس ابتدائية في المناطق الريفية بدائرة وادية بتيزي وزو، وقد اتبعت الباحثة المنهج الوصفي، واستخدمت الباحثة قائمة المقابلة التشخيصية لمشكلات الأطفال المقنن على البيئة المصرية إعداد (محمد السيد عبد الرحمن، 1998)، وقد أشارت نتائج الدراسة إلى وجود علاقة عكسية بين المشكلات النفسية (القلق، ثورات الغضب) لدى أطفال السنوات الثلاثة الأولى ابتدائي وتحصيلهم الدراسي في المناطق الريفية بدائرة وادية بتيزي وزو، ووجود علاقة عكسية بين المشكلات السلوكية (المشكلات المنزلية، مشكلات العلاقة مع الرفاق، مشكلات سلوكية، اللزمات العصبية، مشكلات الدراسة) لدى أطفال السنوات الثلاثة الأولى ابتدائي وتحصيلهم الدراسي في المناطق الريفية بدائرة وادية بتيزي وزو، كما لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث في المشكلات النفسية (القلق، ثورات الغضب) لدى أطفال السنوات الثلاثة الأولى ابتدائي في المناطق الريفية بدائرة وادية بتيزي وزو، كما لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث في المشكلات السلوكية (المشكلات المنزلية، مشكلات العلاقة مع الرفاق، مشكلات سلوكية، اللزمات العصبية، مشكلات مدرسية) لدى أطفال السنوات الثلاثة الأولى ابتدائي في المناطق الريفية بدائرة وادية بتيزي وزو.

4. دراسة (الصالح، 2012م):

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على وجهة نظر معلمي المرحلة الأساسية حول درجة مظاهر وأسباب السلوك العدواني لدى طلبة المرحلة الأساسية في المدارس الحكومية في محافظات شمال الضفة الغربية وطرق علاجها. وقد تكونت عينة الدراسة من (550) معلم ومعلمة يعملون في مديريات التربية والتعليم في شمال الضفة الغربية. وقد اتبعت الباحثة المنهج الوصفي، واستخدمت الباحثة استبانة لقياس السلوك العدواني من إعدادها، وقد أشارت نتائج الدراسة إلى أن درجة مظاهر السلوك العدواني لدى طلبة المرحلة الأساسية في المدرسة الحكومية في محافظات شمال الضفة الغربية قد أتت بمتوسط (2.88) ويشمل المجالات التالية: (السلوك العدواني نحو الآخرين، السلوك العدواني اللفظي والجسدي نحو الذات، السلوك العدواني الموجه نحو الممتلكات)، كما أن درجة أسباب السلوك العدواني لدى طلبة المرحلة الأساسية في المدارس الحكومية في محافظات شمال الضفة الغربية قد أتت بمتوسط (3.23).

كما لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات وجهات النظر المعلمين في مجالات مظاهر السلوك العدواني وأسبابه لدى طلبة المرحلة الأساسية في المدارس الحكومية تعزى لمتغير الجنس، والخبرة العلمية، والمؤهل العلمي، ومكان المدرسة والتخصص، ومكان السكن وعدد طلاب الشعبة في مجالات السلوك العدواني اللفظي والجسدي نحو الذات، والسلوك العدواني نحو الآخرين، وخصائص الأسرة والبيئة المحيطة، والمجال الكلي، بينما توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات وجهات نظر المعلمين في مجالات مظاهر السلوك العدواني وأسبابه لدى طلبة المرحلة الأساسية في المدارس الحكومية، تعزى لمتغير التخصص في مجال السلوك العدواني اللفظي والجسدي نحو الذات، والدرجة الكلية لمجالات مظاهر السلوك العدواني الموجه نحو الذات، والدرجة الكلية لمجالات مظاهر السلوك العدواني، ولصالح التخصصات الإنسانية و متغير عدد طلاب الشعبة في مجال السلوك العدواني الموجه نحو الذات، والدرجة الكلية لمجالات مظاهر السلوك العدواني، والمجال المدرسي، والدرجة الكلية لمجالات أسباب السلوك العدواني.

5. دراسة (الزراقي، 2010م):

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على المشكلات السلوكية لدى الأطفال في الجوانب التالية (الدينية والأخلاقية والاجتماعية والتعليمية والنفسية والغذائية) والتعرف على دور الأسرة المسلمة في معالجة بعض المشكلات السلوكية لدى الأطفال من المنظور التربوي الإسلامي، وقد تكونت عينة الدراسة من (251) أم من أمهات الأطفال من الفئة العمرية 6-12 سنة، وقد اتبعت الباحثة المنهج الوصفي، واستخدمت الباحثة استبانة المشكلات السلوكية، وقد أشارت نتائج الدراسة إلى أن المشكلات السلوكية الأكثر انتشاراً من الناحية الأخلاقية هي الكذب ومن الناحية الاجتماعية مشكلة شجار الطفل مع إخوته ومشكلة العناد ومشكلة الصراخ ومشكلة عدم التعاون ومشكلة رفض الانصياع للأوامر ومشكلة الشتم بألفاظ قبيحة، ومن الناحية النفسية مشكلة الالتصاق بالأم والأب ومشكلة البكاء ومشكلة الخجل ومشكلة الشعور بالغيرة من أخيه الأصغر منه سناً ومشكلة ضعف الثقة بالنفس ومشكلة الخوف من الحيوانات، ومن الناحية التعليمية مشكلة إهمال الواجبات المدرسية والاستيقاظ متأخراً، ومن الناحية الغذائية مشكلة نقص الوزن ومشكلة ضعف الأكل ومشكلة عدم غسل اليدين بعد الأكل ومشكلة عدم غسل اليدين قبل الأكل.

6. دراسة (بركات، 2009م):

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على مظاهر السلوك الصفي السلبي لدى تلاميذ المرحلة الأساسية من وجهة نظر المعلمين، وتحديد الأساليب التي يستخدمها هؤلاء المعلمون لمواجهة هذه المظاهر السلوكية، وقد اتبع الباحث المنهج الوصفي التحليلي المسحي، واستخدم الباحث استبيان السلوك السلبي، وقد تكونت عينة الدراسة من (413) معلم و(419) معلمة، وقد أشارت نتائج الدراسة إلى أن مستوى تقييم المعلمين لمظاهر السلوك الصفي السلبي لدى تلاميذ المرحلة الأساسية كان متوسطاً وأن مستوى مواجهتهم لها كان مرتفعاً بشكل عام، وأن المظاهر الخمسة الأكثر تكراراً للسلوك السلبي لدى التلاميذ وفقاً لتقييم المعلمين كانت على الترتيب التالي: الخريشة على الجدران، والحديث دون استئذان، والشتم والسب، وركل الآخرين، والفوضى، بينما المظاهر الخمسة الأقل تكراراً للسلوك السلبي فكانت على الترتيب التالي: التجول في الصف، والتصفيق، والمناداة، وإحداث أصوات مزعجة، والالفاظ البذيئة، أما ترتيب مجالات مظاهر السلوك تبعاً لمستوى ظهورها فكان على الترتيب التالي: مجال السلوك العدوانى، ومجال السلوك اللفظي، ومجال السلوك الحركي، كما أن الأساليب الخمسة الأكثر استخداماً لدى المعلمين لمواجهة السلوك السلبي كانت على الترتيب التالي: التجاهل، والعزل، والإشغال، واستخدام الأساليب الجذابة، وبناء علاقات انسانية مع الطلاب. بينما الأساليب الخمسة الأقل استخداماً فكانت على الترتيب التالي: الكوميديا و الهزل، ومعرفة أسباب السلوك، والعقاب، والتوجيه والإرشاد، والتعلم الجمعي التعاوني. أما ترتيب مجالات الأساليب فكان على الترتيب التالي: الأساليب الاجتماعية، الأساليب النفسية، الأساليب التربوية.

7. دراسة (الجبالي، 2009م):

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على مستوى انتشار المشكلات السلوكية لدى الأطفال (السلوك العدوانى، تشتت الانتباه والحركة الزائدة، الخوف، التبول اللاإرادي) وخصوصاً بعد الحرب على غزة، في ضوء ست متغيرات هي: الجنس، مكان السكن، استشهاد أحد الوالدين، والمستوى التعليمي للوالدين، حجم الإصابة الجسدية، وهدم المنزل، وقد تكونت عينة الدراسة من (1124) طالب وطالبة من المدارس الابتدائية التابعة لوكالة الغوث بقطاع غزة، وقد استخدم الباحث استبانة لقياس المشكلات السلوكية لدى الأطفال من إعداده، وقد أشارت نتائج الدراسة إلى وجود المشكلات السلوكية المذكورة سابقاً لدى الأطفال، ووجود فروق ذات دلالة إحصائية في المشكلات السلوكية تعزى لمتغير الجنس لصالح الذكور، ولمتغير مكان السكن لصالح سكان الشمال، ولمتغير المستوى التعليمي للوالدين لصالح الأميين، ولمتغير هدم المنزل لصالح الهدم الجزئي، ولمتغير الإصابة الجسدية لصالح الإصابة المتوسطة، كما لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغير استشهاد أحد الوالدين.

8. دراسة (إسماعيل، 2009م):

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على أهم المشكلات السلوكية وأكثرها شيوعاً لدى أطفال مؤسسات الإيواء والأطفال المحرومين من الرعاية الأسرية، والتعرف على مدى اختلاف المشكلات لدى المحرومين باختلاف متغير فترة فقدان، ونوعه، وعمر الطفل أثناء الفقدان، ونوعه، وعمر الطفل أثناء الفقدان، والجنس، ونوع الرعاية المؤسسات، والمستوى الدراسي، وقد تكونت عينة الدراسة من (133) طفل وطفلة من مؤسسات الإيواء في قطاع غزة تتراوح أعمارهم ما بين (10-16) سنة، وقد استخدم الباحث مقياس التحديات والصعوبات ترجمة الدكتور عبد العزيز ثابت، واختبار العصاب من إعداد الدكتور أحمد عبد الخالق، ومقياس الإكتئاب لدى الأطفال إعداد ماريا كوفاكس، وقد أشارت نتائج الدراسة إلى أن أكثر المشكلات التي يعاني منها المحرومين من بيئتهم الأسرية هي السلوك السيء، العصاب، الاكتئاب، الأعراض العاطفية، بالدرجة الأولى، ومشكلات الأصدقاء، زيادة الحركة بالدرجة الثانية، ووجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث في زيادة الحركة لصالح الإناث، وفي الاكتئاب والعصاب لصالح الذكور وأن هناك فروق ذات دلالة إحصائية في المشكلات السلوكية وفقاً لمتغير نوع الرعاية لصالح الأسر البديلة، وأن الأطفال ضعيفي التحصيل لديهم مشكلات مع أقرانهم، واكتئاب ومشكلات عامة أكثر من مرتفعي التحصيل، وأن الأطفال الذين حرّموا من الآباء بالطلاق لديهم مشكلات كثيرة مع أقرانهم، بينما حقق الأطفال فاقد آباءهم بالموت درجة أقل في المشكلات السلوكية وخاصة مع أقرانهم.

9. دراسة (أبو مصطفى، 2009م):

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على أهمية مظاهر السلوك العدواني الشائعة ومجالاته لدى الأطفال الفلسطينيين المشكلين سلوكياً، كما يراها المعلمون والمعلمات (مربو الصفوف الأساسية)، والتعرف على الفروق في مجالات مظاهر السلوك العدواني الشائعة تعزى لمتغير الجنس والعمر. وقد تكونت عينة الدراسة من (250) طفلاً وطفلة منهم (152) طفل و(98) طفلة. وقد استخدم الباحث مقياس مظاهر السلوك العدواني الشائعة لدى الأطفال الفلسطينيين المشكلين سلوكياً من إعداد الباحث، واختبار الذكاء المصور إعداد أحمد زكي صالح، واستمارة تقدير المستوى الاجتماعي الاقتصادي من إعداد الباحث.

وقد أشارت نتائج الدراسة إلى أن أكثر مظاهر السلوك العدواني شيوعاً لدى الأطفال هي القيام بالكتابة على جدران الفصل والمدرسة، والقيام بضرب الزملاء أثناء الحصة، والصراخ في وجه الزملاء والاستيلاء على أدوات الزملاء بقوة، والقيام بقطف الزهور من حديقة المدرسة، كما أشارت نتائج الدراسة إلى أن أكثر مجالات مقياس مظاهر السلوك العدواني لدى الأطفال هي: مجال العدوان الموجه نحو الآخرين، ثم مجال العدوان الموجه نحو الممتلكات المدرسية، ومجال العدوان الموجه نحو الذات، كما أظهرت نتائج الدراسة أنه لا توجد فروق بين الجنسين في مجال العدوان الموجه نحو الذات. بينما توجد فروق بين الجنسين في مجال العدوان الموجه نحو الآخرين، والعدوان الموجه نحو الممتلكات المدرسية، والدرجة الكلية للمقياس لصالح الذكور، كما بينت نتائج الدراسة أنه لا توجد فروق في مجال العدوان الموجه نحو الذات، والعدوان الموجه نحو الآخرين تبعاً لمتغير العمر، ووجود فروق في مجال العدوان الموجه نحو الممتلكات المدرسية، والدرجة الكلية للمقياس تبعاً لمتغير العمر، لصالح العمر (9-12) سنة.

10. دراسة (الخطيب، 2007م):

هدفت هذه الدراسة إلى التحقق من مدى فاعلية برنامج إرشادي تربوي نفسي لتخفيف المشكلات السلوكية لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية الدنيا الصف الأول والثاني والثالث الابتدائي باستخدام أساليب اللعب (الفن-الدراما) في مدارس وكالة الغوث الدولية، وقد تكونت عينة الدراسة من (2283) تلميذ، منهم (1121) من الذكور و(1162) من الإناث، موزعين على الخمس مناطق رئيسة في قطاع غزة هي (رفح-خانونس- المعسكرات الوسطى-غزة-جاليا)، وقد استخدم الباحث قائمة المشكلات السلوكية وبرنامج إرشادي تربوي وكلاهما من إعداد الباحث، وقد أشارت نتائج الدراسة إلى أثر البرنامج وقوة تأثيره في تخفيف المشكلات السلوكية لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية الدنيا.

11. دراسة (الحسن، 2007م):

هدفت هذه الدراسة إلى الكشف عن المشكلات السلوكية وعلاقتها بالتحصيل الدراسي وبعض المتغيرات الأخرى لدى تلاميذ المرحلة الأساسية بولاية الخرطوم، وقد تكونت عينة الدراسة من (400) تلميذ وتلميذة وقد استخدمت الباحثة مقياس المشكلات السلوكية من تصميمها، وقد أشارت نتائج الدراسة إلى أن المشكلات السلوكية لتلاميذ المرحلة الأساسية تتخفف على جميع الأبعاد عدا بعد مشكلات النشاط الزائد، وتوجد علاقة سالبة بين المشكلات السلوكية والتحصيل الدراسي ما عدا مشكلة المسلك حيث لا توجد علاقة، كما لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية في المشكلات السلوكية تعزى للنوع ما عدا في السلوك السايكوباتي حيث توجد فروق بين الذكور والإناث لصالح الإناث، وتوجد فروق ذات دلالة إحصائية في المشكلات السلوكية تعزى للعمر لصالح الفئة العمرية الأولى (6-8) سنة، كما توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المشكلات السلوكية تعزى لنوع المدرسة لصالح المدارس الحكومية.

12. دراسة (أبو رياح، 2006م):

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على العلاقة بين القابلية للاستهواء والسلوك العدواني من ناحية والقابلية للاستهواء والعزلة الاجتماعية من ناحية أخرى، كما هدفت إلى التعرف على مدى وجود فروق دالة إحصائياً بين التلاميذ مرتفعي ومنخفضي القابلية للاستهواء في كل من السلوك العدواني بأبعاده والعزلة الاجتماعية بأبعاده، كما هدفت إلى التعرف على مدى وجود فروق بين التلاميذ المدخنين وغير المدخنين في القابلية للاستهواء. وقد تكونت عينة الدراسة من (228) تلميذ بالصف الثالث الإعدادي من مدراس مدينة الفيوم. وقد استخدم الباحث مقياس القابلية للاستهواء ومقياس العزلة الاجتماعية ومقياس السلوك العدواني واستفتاء التدخين. وقد أشارت نتائج الدراسة إلى وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسط درجات التلاميذ مرتفعي ومنخفضي القابلية للاستهواء في السلوك العدواني وأبعاده لصالح مرتفعي القابلية للاستهواء، وعدم وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسط درجات التلاميذ مرتفعي ومنخفضي القابلية للاستهواء في بعد الاختلاط بالآخرين، ووجود علاقة ارتباطية موجبة بين درجات التلاميذ على مقياس القابلية للاستهواء ودرجاتهم على مقياس السلوك العدواني، ووجود علاقة ارتباطية موجبة بين درجات التلاميذ على مقياس القابلية للاستهواء ودرجاتهم على مقياس العزلة الاجتماعية.

التعقيب على دراسات المحور الثاني:

1. بالنسبة لأهداف الدراسة:

- هدفت بعض الدراسات إلى التعرف على المشكلات السلوكية لدى الأطفال العاديين مثل: دراسة (أبو رياح، 2006م)، ودراسة (الخطيب، 2007م)، ودراسة (إسماعيل، 2009م)، ودراسة (الجبالي، 2009م)، ودراسة (بركات، 2009م)، ودراسة (الزراقي، 2010م)، ودراسة (مدوخ، 2014م). كما هدفت دراسة (عبد اللاوي، 2012م) إلى دراسة المشكلات النفسية والسلوكية.
- أطلقت بعض الدراسات على المشكلات السلوكية مظاهر السلوك السلبي مثل دراسة (بركات، 2009م).
- بينما هدفت بعض الدراسات إلى دراسة السلوك العدواني مثل: دراسة (أبو مصطفى، 2009م)، ودراسة (الصالح، 2012م)

- أما الدراسة الحالية فقد اتفقت مع الدراسات التي هدفت للتعرف على المشكلات السلوكية كما اختلفت معها في اقتصارها على المشكلات السلوكية وعدم تناول المشكلات النفسية والانفعالية.

2. بالنسبة لمنهج الدراسة:

- اتبعت بعض الدراسات المنهج الوصفي التحليلي مثل ودراسة (أبو رياح، 2006م) ودراسة (أبو مصطفى، 2009م) ودراسة (إسماعيل، 2009م) ودراسة (الجبالي، 2009م) ودراسة (بركات، 2009م) ودراسة (الزراقي، 2010م) ودراسة (الصالح، 2012م) ودراسة (عبد اللاوي، 2012م)، ودراسة (مدوخ، 2014م).
- بينما اتبعت بعض الدراسات المنهج التجريبي مثل دراسة (الخطيب، 2007م).
- أما الدراسة الحالية فقد اتفقت مع الدراسات التي استخدمت المنهج الوصفي كما استخدمت المنهج المقارن.

3. بالنسبة لعينة الدراسة:

- اختلفت الدراسات السابقة في اختيار عينة الدراسة تبعاً لمتغيرات الدراسة ومكانها.
 - معظم الدراسات السابقة اختارت عينة الدراسة من الأطفال في المرحلة الأساسية الدنيا في المدرسة مثل: دراسة (أبو رياح، 2006م)، ودراسة (الخطيب، 2007م) ودراسة (أبو مصطفى، 2009م)، ودراسة (الجبالي، 2009م)، ودراسة (بركات، 2009م)، ودراسة (الصالح، 2012م)، ودراسة (عبد اللاوي، 2012م).
 - وبعض الدراسات اختارت عينة الدراسة من الأطفال في مؤسسات الإيواء مثل: دراسة (إسماعيل، 2009م).
 - وبعض الدراسات اختارت عينة الدراسة من أمهات الأطفال في المرحلة الأساسية مثل: دراسة (الزراقي، 2010م).
 - وبعض الدراسات اختارت عينة الدراسة من المرشدين التربويين العاملين في المدارس مثل دراسة (مدوخ، 2014م).
 - أما الدراسة الحالية فقد اختارت الباحثة عينتها من الأطفال في المرحلة الأساسية الدنيا والعليا من عمر (6-15 سنة).
- ## 4. بالنسبة لفروض الدراسة:

- جاءت الفروض في الدراسات السابقة متنوعة بين صفرية، وموجبة (موجبة وغير موجبة) ولقد توافقت فروض الدراسة الحالية مع الفروض الصفرية.

5. بالنسبة لأدوات الدراسة:

تنوعت أدوات الدراسة المستخدمة في دراسات هذا المحور تبعاً لمتغيراتها:

- بعض الدراسات استخدمت استبانة أو قائمة أو مقياس للمشكلات السلوكية مثل دراسة (الخطيب، 2007م)، ودراسة (إسماعيل، 2009م) ودراسة (الجبالي، 2009م) ودراسة (الزراقي، 2010م) ودراسة (مدوخ، 2014م).
- وبعض الدراسات استخدمت مقياس السلوك العدوانى مثل دراسة (أبو رياح، 2006م) ودراسة (أبو مصطفى، 2009م) ودراسة (الصالح، 2012).
- أما دراسة (عبد اللاوي، 2012) فقد استخدمت قائمة المقابلة التشخيصية لمشكلات الأطفال المقننة على البيئة المصرية من إعداد (محمد السيد عبد الرحمن، 1998).
- أما بالنسبة للدراسة الحالية فقد استخدمت الباحثة استبانة لقياس المشكلات السلوكية من إعدادها.

6. بالنسبة للأساليب الإحصائية:

تنوعت الأساليب الإحصائية في هذه الدراسات طبقاً لنوع الهدف، ومن أكثر الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسات السابقة المتوسطات الحسابية، الانحرافات المعيارية، معاملات ارتباط، وتحليل تباين، واختبار (ت)، والتحليل العائلي، والدراسة الحالية استضاءت بهذه الأساليب واستخدمت معظمها، ومنها المتوسط الحسابي والانحراف المعياري، التكرارات والنسبة المئوية والوزن النسبي، معامل ارتباط بيرسون، واختبار (ت)، وتحليل التباين الأحادي لمعالجة بيانات الدراسة.

وقد استخدمت الباحثة معظم هذه الأساليب الإحصائية في دراستها.

تعقيب عام على الدراسات السابقة:

اتفقت الدراسات السابقة مع الدراسة الحالية في عدة جوانب أهمها:

1. تناولها لموضوع سيكولوجي مهم في الميدان التربوي، والمجال النفسي، وهو المشكلات السلوكية لدى الأطفال ذوي الإعاقة السمعية.
2. اختيار معظمها عينات من مرحلة الطفولة، والتي تعد الدعامة الأساسية في المراحل العمرية، لما لها من أهمية خاصة.

3. الاهتمام بفئة ذوي الإعاقة (ذوي الإحتياجات الخاصة)، حيث إن الاهتمام بهم يعتبر ضماناً لعدم تبديد الطاقات البشرية، والاستفادة منهم في العطاء والانتاج.

أما ما تنفرد به هذه الدراسة عن الدراسات السابقة:

1. أول دراسة تطبق في البيئة الفلسطينية من حيث متغيراتها وعينتها.
2. أنها تناولت دراسة متغيرات نوع الإعاقة (الصم/ ضعاف سمع/ زارعي قوقعة)، والجنس، وعمر الطفل، والتحصيل الدراسي، ومكان السكن، وترتيب الطفل في الأسرة، والمستوى الاقتصادي للأسرة، ووجود إخوة ذوي إعاقة سمعية في الأسرة، وسبب الإعاقة، وتاريخ الإعاقة، والمستوى التعليمي للأب، والمستوى التعليمي للأم، وهي متغيرات لم تهتم بها الدراسات السابقة.

إفادة عامة من الدراسات السابقة:

لقد استفادت الباحثة من إطلاعها على الدراسات السابقة في المحاور الثلاثة فيما يلي:

- كتابة الإطار النظري لدراستها.
- بناء مقياس المشكلات السلوكية الذي استخدمته في دراستها حيث استفادت الباحثة في هذا الشأن من دراسة (إسماعيل، 2009م) ودراسة (الجبالي، 2009م).
- اختيار الأساليب الإحصائية المناسبة لدراستها حيث استفادت الباحثة في هذا الشأن من دراسة (إسماعيل، 2009م) ودراسة (الجبالي، 2009م).
- مقارنة النتائج التي توصلت إليها الدراسة مع نتائج الدراسات السابقة.
- تفسير النتائج وتحليلها من جميع الدراسات.

فروض الدراسة:

1. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة $(\alpha \geq 0.05)$ في المشكلات السلوكية بين الأطفال ذوي الإعاقة السمعية تعزى لمتغير نوع الإعاقة (الصم/ ضعاف السمع/ زارعي القوقعة).
2. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة $(\alpha \geq 0.05)$ في المشكلات السلوكية بين الأطفال ذوي الإعاقة السمعية والعادين في قطاع غزة.
3. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة $(\alpha \geq 0.05)$ في المشكلات السلوكية لدى الأطفال ذوي الإعاقة السمعية في قطاع غزة تعزى لمتغير الجنس (ذكر/أنثى)، و متغير عمر الطفل (أقل من 10 سنوات، 10 سنوات فأكثر)، و متغير تاريخ الإعاقة (أقل من 5 سنوات/ 5 سنوات فأكثر)، و متغير سبب الإعاقة (مرض/إصابة/ وراثية)، و متغير التحصيل الدراسي (ممتاز/جيد جداً/ جيد/ مقبول)، و متغير مكان السكن (الشمال/غزة/الوسطى/الجنوب)، و متغير ترتيب الطفل في الأسرة (الأول (الأكبر) /الأوسط/ الأخير (الأصغر))، و لمتغير وجود إخوة ذوي إعاقة سمعية في الأسرة (يوجد/لا يوجد)، و متغير المستوى التعليمي للأب (أقل من ثانوية عامة/ثانوية عامة/ جامعي/ دراسات عليا)، و متغير المستوى التعليمي للأب (أقل من ثانوية عامة/ثانوية عامة/ جامعي/ دراسات عليا).

الفصل الرابع

إجراءات الدراسة

الفصل الرابع إجراءات الدراسة

يتناول هذا الفصل وصفاً مفصلاً للإجراءات التي اتبعتها الباحثة في تنفيذ الدراسة ومن ذلك تعريف منهج الدراسة، ووصف مجتمع الدراسة، وتحديد عينة الدراسة، وإعداد أداة الدراسة، والتأكد من صدقها وثباتها، والتأكد من صلاحيتها للتطبيق في البيئة الفلسطينية عامة وعلى مجتمع الدراسة خاصة، وبيان إجراءات الدراسة، والأساليب الإحصائية التي استخدمت في معالجة النتائج، وفيما يلي وصف لهذه الإجراءات.

منهج الدراسة:

اعتمدت الباحثة في دراستها على المنهج الوصفي المقارن وهو المنهج الذي يهدف إلى توضيح وتصنيف عوامل السببية في ظهور ظواهر معينة وتطورها، وكذلك أنماط العلاقة المتبادلة في داخل هذه الظواهر بينها وبين بعضها البعض، وذلك بواسطة توضيح التشابهات والاختلافات التي تبينها الظواهر التي تعد من نواحٍ مختلفة قابلة للمقارنة (علبي، 2006م، ص132)، أو هو ذلك البحث الذي تكون فيه المتغيرات المستقلة (الأسباب) ظاهرة ومعروفة، ويبدأ الباحث بملاحظة المتغيرات التابعة (النتائج)، ومن ثم يقوم بدراسة المتغيرات المستقلة لمحاولة معرفة علاقتها المحتملة وآثارها على المتغيرات التابعة (العساف، 2006م، ص250).

مجتمع الدراسة:

يتكون مجتمع الدراسة من المعلمين والمعلمات العاملين في المؤسسات الحكومية والأهلية الخاصة بالأطفال ذوي الإعاقة السمعية وعددهم (120)، كما يضم المعلمين والمعلمات العاملين في المدارس الحكومية الأساسية وعددهم (1420) كما يتضح في الجدول التالي:

جدول (4.1): يوضح توزيع أفراد مجتمع الدراسة حسب البيانات الأولية

النسبة المئوية	العدد	البيانات الأولية
1.03%	15	جمعية تأهيل المعاقين - جباليا
3.45%	50	جمعية أطفالنا للصم - غزة
1.4%	20	جمعية دير البلح لتأهيل المعاقين - دير البلح
1.24%	18	مركز البسمة للسمعيات والتخاطب - خان يونس
1.17%	17	جمعية الأمل لتأهيل المعاقين - رفح
29.2%	1420	المدارس الحكومية

المؤسسة

النسبة المئوية	العدد	البيانات الأولية	
34.09%	525	ذكر	الجنس
65.9%	1015	أنثى	
20.78%	320	دبلوم متوسط	المستوى التعليمي
64.68%	996	بكالوريوس	
14.55%	224	دراسات عليا	
22.86%	352	5 سنوات فأقل	عدد سنوات الخبرة
49.02%	755	من (5-10) سنوات	
28.12%	433	أكثر من 10 سنوات	

وقد قام المعلمون بتطبيق أدوات الدراسة على:

- **الأطفال ذوي الإعاقة السمعية:** وهم كافة الأطفال الصم وضعاف السمع وزارعي القوقعة الذين تتراوح أعمارهم ما بين (6-15) سنة، ممن يدرسون في المؤسسات الحكومية والأهلية الخاصة خلال الفصل الدراسي الثاني من العام الدراسي (2015-2016)، وذلك حسب سجلات الطلاب في تلك المؤسسات ويبلغ عددهم (701) طالباً وطالبة، (أنظر ملحق رقم "12").
- **الأطفال العاديين:** وهم كافة الأطفال الذين يدرسون في المدارس الحكومية الأساسية (من الصف الأول إلى الصف التاسع الأساسي) خلال الفصل الدراسي الثاني من العام الدراسي (2015-2016) ويبلغ عددهم (178824) طالباً وطالبة منهم (87063) ذكور و(91761) إناث ((وزارة التربية والتعليم العالي، 2015)).

والجدول التالي يعطي توضيحاً لتوزيع الطلاب على المؤسسات التي تقدم خدمات أكاديمية للطلاب الصم في قطاع غزة:

جدول (4.2): المؤسسات التي ضمت أفراد مجتمع الدراسة

الرقم	اسم المؤسسة	العنوان	عدد أفراد المجتمع
1	جمعية تأهيل المعاقين	جباليا	78
2	جمعية أطفالنا للصم	غزة	243
3	جمعية دير البلح لتأهيل المعاقين	دير البلح	143
4	مركز البسمة للسمعيات والتخاطب	خانيونس	121
5	جمعية الأمل لتأهيل المعاقين	رفح	116
6	المجموع		701

وباعتبار متغير الجنس فقد تكون المجتمع الأصلي للدراسة من (407) طفلاً من الذكور، بينما بلغ عدد الإناث (294) طفلة من الأطفال الصم وضعاف السمع وزارعي القوقعة في المؤسسات التي تم إجراء الدراسة فيها.

جدول (4.3): توزيع أفراد المجتمع تبعاً لمتغير الجنس

الرقم	المؤسسة	عدد الذكور	النسبة المئوية	عدد الإناث	النسبة المئوية	المجموع
1	جمعية جباليا للتأهيل	43	%55.13	35	%44.87	78
2	جمعية أطفالنا للصم	131	%53.9	112	46.09	243
3	جمعية دير البلح لتأهيل المعاقين	96	%67.13	47	%32.87	143
4	مركز البسة للسمعيات والتخاطب	80	%66.1	41	%33.9	121
5	جمعية الأمل لتأهيل المعاقين	57	%49.14	59	%50.86	116
	المجموع	407	%57.81	294	%42.19	701

عينة الدراسة:

1. العينة الاستطلاعية للدراسة:

وتكونت من (20) طفل من جمعية أطفالنا للصم و(10) أطفال من إحدى مدارس محافظة غرب غزة تم اختيارهم بطريقة عشوائية ليتم تقنين أدوات الدراسة عليهم من خلال الصدق والثبات بالطرق المناسبة.

2. العينة الأصلية للدراسة:

حيث قامت الباحثة باختيار عينة عشوائية ممثلة للمجتمع الأصلي للدراسة وتكونت العينة من (252) طفلاً من الأطفال ذوي الإعاقة السمعية (173 أصم و47 ضعيف السمع و32 زارع قوقعة) و(100) طفل من الأطفال العاديين وبعد تصنيف أفراد العينة الذين وقع عليهم الاختيار وجد أن توزيعهم على المؤسسات والمدارس الحكومية كان على النحو التالي:

جدول (4.4): توزيع أفراد المجتمع على المؤسسات والمدارس

الرقم	اسم المؤسسة	عدد أفراد المجتمع	عدد أفراد العينة	النسبة المئوية
1	جمعية جباليا للتأهيل - جباليا	78	30	%38.5
2	جمعية أطفالنا للصم - غزة	243	143	%50.8
3	جمعية دير البلح لتأهيل المعاقين - دير البلح	143	20	%13.99
4	مركز البسة للسمعيات والتخاطب - خانينوس	121	30	%24.8
5	جمعية الأمل لتأهيل المعاقين - رفح	116	29	%25

الرقم	اسم المدرسة	المنطقة التعليمية	عدد أفراد العينة	نوع العينة
1	مدرسة مصطفى حافظ الأساسية للبنات	غرب غزة	9	ذكور
2	مدرسة القاهرة الأساسية "أ" للبنات	غرب غزة	11	إناث
3	مدرسة دير البلح الأساسية للبنين	الوسطى	9	ذكور
4	مدرسة العائشية الأساسية للبنات	الوسطى	26	إناث
5	مدرسة الرفاعي الأساسية "أ" للبنين	شمال غزة	9	ذكور
6	مدرسة نسبية بنت كعب الأساسية "ب" للبنات	شمال غزة	16	إناث
7	مدرسة عبدالله أبو ستة الأساسية "أ" للبنين	خان يونس	10	ذكور
8	مدرسة شهداء خانيونس الأساسية للبنات	خان يونس	8	إناث
العدد الإجمالي				100

وصف عينة الدراسة:

قامت الباحثة بحساب التكرار والنسب المئوية للمتغيرات الديموجرافية في الدراسة وهي (نوع الإعاقة، جنس الطفل، عمر الطفل، سبب الإعاقة، تاريخ الإعاقة، التحصيل الدراسي، مكان السكن، ترتيب الطفل في الأسرة، وجود إخوة ذوي إعاقة سمعية في الأسرة، المستوى التعليمي للأب، المستوى التعليمي للأم).

أولاً: بالنسبة لنوع الإعاقة:

جدول (4.5): يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب نوع الإعاقة

نوع الإعاقة	العدد	النسبة المئوية
الصم	173	49.1%
ضعاف السمع	47	13.4%
زارعي القوقعة	32	9.1%
العاديين	100	28.4%
المجموع	352	100%

يتضح من الجدول (4.5) أن (49.1%) من أفراد العينة هم من الأطفال الصم، و (13.4%) من أفراد العينة هم من الأطفال ضعاف السمع، وأن (9.1%) من أفراد العينة هم من الأطفال زارعي القوقعة، وأن (28.4%) من أفراد العينة هم من الأطفال العاديين.

ثانياً: بالنسبة للجنس:

جدول (4.6): يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب الجنس

الجنس	العدد	النسبة المئوية
ذكر	175	%49.7
أنثى	177	%50.3
المجموع	352	%100

يتضح من الجدول (4.6) أن (%49.7) من أفراد العينة هم الذكور، وأن (%50.3) من أفراد العينة هم من الإناث.

ثالثاً: بالنسبة للعمر:

جدول (4.7): يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب العمر

العمر	العدد	النسبة المئوية
أقل من 10 سنوات	149	%42.3
10 سنوات فأكثر	203	%57.7
المجموع	352	%100

يتضح من الجدول (4.7) أن (%42.3) من أفراد العينة أعمارهم أقل من 10 سنوات، وأن (%57.7) من أفراد العينة أعمارهم 10 سنوات فأكثر.

رابعاً: بالنسبة لسبب الإعاقة:

جدول (4.8): يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب سبب الإعاقة

سبب الإعاقة	العدد	النسبة المئوية
مرض	76	%30.16
إصابة	42	%16.67
وراثة	134	%53.17
المجموع	252	%100

يتضح من الجدول (4.8) أن سبب الإعاقة لدى (%30.16) من أفراد العينة هو المرض، وأن (%16.67) من أفراد العينة سبب الإصابة لديهم هو الوراثة، وأن الوراثة تشكل السبب الرئيسي لإعاقة (%53.17) من أفراد العينة.

خامساً: بالنسبة لتاريخ الإعاقة:

جدول (4.9): يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب تاريخ الإعاقة

النسبة المئوية	العدد	تاريخ الإعاقة
%88.89	224	قبل سن (5) سنوات
%11.11	28	(5) سنوات فأكثر
%100	252	المجموع

يتضح من الجدول (4.9) أن (88.89%) من أفراد العينة أصيبوا بالإعاقة قبل سن (5) سنوات، بينما (11.11%) من أفراد العينة أصيبوا بالإعاقة في عمر (5) سنوات فأكثر.

سادساً: بالنسبة للتحصيل الدراسي:

جدول (4.10): يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب التحصيل الدراسي

النسبة المئوية	العدد	التحصيل الدراسي
%29.3	103	ممتاز
%32.1	113	جيد جداً
%23.0	81	جيد
%15.6	55	مقبول
%100	352	المجموع

يتضح من الجدول (4.10) أن (29.3%) من أفراد العينة تحصيلهم الدراسي ممتاز، وأن (32.1%) من أفراد عينة الدراسة تحصيلهم الدراسي جيد جداً، وأن (23.0%) من أفراد العينة تحصيلهم الدراسي جيد، وأن (15.6%) من أفراد عينة الدراسة تحصيلهم الدراسي مقبول.

سابعاً: بالنسبة لمكان السكن:

جدول (4.11) يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب مكان السكن

النسبة المئوية	العدد	مكان السكن
%20.2	71	الشمال
%38.4	135	غزة
%17.6	62	الوسطى
%23.9	84	الجنوب
%100	352	المجموع

يتضح من الجدول (4.11) أن (20.2%) من أفراد عينة الدراسة من سكان منطقة شمال غزة، بينما (38.4%) من أفراد عينة الدراسة من سكان مدينة غزة، بينما (17.6%) من أفراد عينة الدراسة من سكان المنطقة الوسطى، بينما (23.9%) من

ثامناً: بالنسبة لترتيب الطفل في الأسرة:

جدول (4.12): يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب ترتيب الطفل في الأسرة

ترتيب الطفل في الأسرة	العدد	النسبة المئوية
الأول (الأكبر)	78	22.2%
الأوسط	208	59.1%
الأصغر (الأخير)	66	18.8%
المجموع	352	100%

يتضح من الجدول (4.12) أن (22.2%) من أفراد عينة الدراسة ترتيبهم في الأسرة الأول (الأكبر)، بينما (59.1%) من أفراد عينة الدراسة ترتيبهم في الأسرة الأوسط، و(18.8%) من أفراد عينة الدراسة ترتيبهم في الأسرة الأخير (الأصغر).

تاسعاً: بالنسبة لوجود إخوة ذوي إعاقة سمعية في الأسرة:

جدول (4.13): يوضح عينة الدراسة حسب وجود إخوة ذوي إعاقة سمعية في الأسرة

وجود إخوة ذوي إعاقة سمعية في الأسرة	العدد	النسبة المئوية
يوجد	123	48.9%
لا يوجد	129	51.2%
المجموع	252	100%

يتضح من الجدول (4.13) أن (48.9%) من أفراد عينة الدراسة لديهم إخوة ذوي إعاقة سمعية في الأسرة، بينما (51.2%) من أفراد عينة الدراسة ليس لديهم إخوة ذوي إعاقة سمعية في الأسرة.

عاشراً: بالنسبة للمستوى التعليمي للأب:

جدول (4.14): يوضح عينة الدراسة حسب المستوى التعليمي للأب

النسبة المئوية	العدد	المستوى التعليمي للأب
36.4	128	أقل من ثانوية عامة
30.1	106	ثانوية عامة
30.1	106	جامعي
3.4	12	دراسات عليا
%100	352	المجموع

يتضح من الجدول (4.14) أن المستوى الدراسي لآباء (36.4%) من أفراد عينة الدراسة هو أقل من ثانوية عامة، والمستوى الدراسي لآباء (30.1%) من أفراد عينة الدراسة هو ثانوية عامة، والمستوى الدراسي لآباء (30.1%) من أفراد عينة الدراسة هو جامعي، بينما المستوى الدراسي لآباء (3.4%) من أفراد عينة الدراسة هي دراسات عليا.

حادي عشر: بالنسبة للمستوى التعليمي للأم:

جدول (4.15): يوضح عينة الدراسة حسب المستوى التعليمي للأم

النسبة المئوية	العدد	المستوى التعليمي للأب
%40.9	144	أقل من ثانوية عامة
%32.7	115	ثانوية عامة
%26.1	92	جامعي
%0.3	1	دراسات عليا
%100	352	المجموع

يتضح من الجدول (4.15) أن المستوى الدراسي لأمهات (40.9%) من أفراد عينة الدراسة هو أقل من ثانوية عامة، والمستوى الدراسي لأمهات (32.7%) من أفراد عينة الدراسة هو ثانوية عامة، والمستوى الدراسي لأمهات (26.1%) من أفراد عينة الدراسة هو جامعي، بينما المستوى الدراسي لأمهات (0.3%) من أفراد عينة الدراسة هي دراسات عليا.

أدوات الدراسة:

ولاختبار فروض الدراسة والإجابة عن تساؤلاتها قامت الباحثة باستخدام مقياس المشكلات السلوكية (إعداد الباحثة) وقد قامت الباحثة ببناء المقياس ضمن الخطوات التالية:

1. بعد الاطلاع على الأدب التربوي والدراسات السابقة المتعلقة بمشكلة الدراسة واستطلاع رأي عينة من المتخصصين عن طريق المقابلات الشخصية ذات الطابع غير الرسمي قامت الباحثة ببناء المقياس وفق الخطوات التالية:
2. تم طرح سؤال مفتوح على عينة استطلاعية مكونة من (20) أخصائي وأخصائية ومعلماً ومعلمة من العاملين في المؤسسات الخاصة بالإعاقة السمعية والعاملين في المدارس الحكومية الأساسية التابعة لوزارة التربية والتعليم في قطاع غزة وهو: من وجهة نظرك ما هي المشكلات السلوكية التي ترى أنها أكثر حدوثاً وشيوعاً وتكراراً لدى الأطفال الذين تتعامل معهم في مؤسستك؟ (أنظر ملحق:7)
3. بعد تحليل استجابات هؤلاء المختصين توفر لدى الباحثة عدد من أنماط السلوك التي اعتبرها المختصون تمثل مشكلات سلوكية، حيث بلغت هذه المشكلات بعد ترتيبها وتنظيمها (6) مشكلات، تمثل المشكلات السلوكية التي تتوفر لدى الأطفال ذوي الإعاقة السمعية والعاديين في قطاع غزة كما يدركها الأخصائيين النفسيين والمعلمين، وهي بذلك شكلت أداة الدراسة في صورتها المبدئية.
4. تم عرض الاستبانة على المشرف من أجل اختيار مدى ملائمتها لجمع البيانات، وتعديل الاستبانة حسب ما يراه المشرف.
5. تم عرض بنود الأداة على مجموعة من المحكمين للتحقق من مدى ملائمتها لموضوعها حيث تكونت مجموعة التحكيم هذه من (9) محكمين، منهم (6) من الأساتذة الجامعيين الذين يعملون في الجامعة الإسلامية و جامعة الأزهر وجامعة الأقصى، و(2) من العاملين في جمعية أطفالنا للصم في غزة، و(1) من العاملين في وزارة التربية والتعليم والمحلوق رقم (8) يبين أعضاء لجنة التحكيم، وبعد تحليل ملاحظات المحكمين وبناءً على توصية هؤلاء المحكمين تم حذف إحدى المشكلات وهي (الخوف) لكونها مشكلة انفعالية وليست مشكلة سلوكية، كما تم تقليص عدد البنود في الأداة من (101) بند إلى (59) بنداً لتكرار موضوعها أو لعدم مناسبتها لموضوع الأداة.
6. وبذلك أصبحت أداة الدراسة تشتمل بصورتها النهائية على (59) بنداً تمثل كل مجموعة منها مشكلة سلوكية يجيب عنها الأخصائي النفسي أو المعلم تبعاً لحالة الطفل ومستوى شيوع المشكلة لديه من (1 إلى 5) بحيث (5) أعلى شيوع و (1) أقل شيوع.

وصف المقياس:

تم وضع مقياس المشكلات السلوكية لدى الأطفال والذي يقيس (مشكلة السلوك العدوانية، مشكلة النشاط الزائد، مشكلة الكذب، مشكلة السرقة، مشكلة الانسحاب الاجتماعي) وقد استخدمته الباحثة لقياس المشكلات السلوكية لدى الأطفال ذوي الإعاقة السمعية والعادين وهو من إعداد الباحثة. وهو مكون من (59) فقرة، والجدول (4.16) يوضح توزيع فقرات الاستبانة على المشكلات السلوكية.

جدول (4.16) يوضح توزيع فقرات الاستبانة على المشكلات السلوكية

الرقم	المشكلة	الفقرات	عدد الفقرات
1	مشكلة السلوك العدوانية	13-1	13
2	مشكلة النشاط الزائد	25-14	12
3	مشكلة السرقة	35-26	10
4	مشكلة الكذب	51-36	16
5	مشكلة الانسحاب الاجتماعي	59 -52	8
6	المجموع		59

صدق الأداة وثباتها:

قامت الباحثة بتقنين فقرات المقياس وذلك للتأكد من صدقها كالتالي:

أولاً: صدق المحكمين (الصدق الظاهري):

تم عرض المقياس في صورته الأولية على مجموعة من الأساتذة الجامعيين المتخصصين في علم النفس ممن يعملون في الجامعات الفلسطينية في محافظات غزة وعدد من العاملين في المؤسسات الخاصة بذوي الإعاقة السمعية وعدد من العاملين في وزارة التربية والتعليم، حيث قاموا بإبداء آرائهم وملاحظاتهم حول مناسبة فقرات الاستبانة، ومدى انتماء الفقرات إلى كل مجال من مجالات الاستبانة، وكذلك وضوح صياغاتها اللغوية.

ثانياً: صدق الاتساق الداخلي Internal Validity:

جرى التحقق من صدق الاتساق الداخلي للاستبانة بتطبيق الاستبانة على عينة إستطلاعية مكونة من (20) طفل من جمعية أطفالنا للصم و(10) أطفال من إحدى مدارس محافظة غرب غزة تم اختيارهم بطريقة عشوائية من خارج عينة الدراسة وتم حساب معامل ارتباط بيرسون بين كل فقرة من فقرات الاستبانة والدرجة الكلية للمجال الذي تنتمي إليه وذلك باستخدام البرنامج الإحصائي SPSS الإصدار (22).

جدول (4.17): معامل ارتباط كل فقرة من فقرات المقياس مع الدرجة الكلية لجميع المجالات

رقم الفقرة	معاملات الارتباط	مستوى الدلالة	رقم الفقرة	معاملات الارتباط	مستوى الدلالة
			31	0.688	**0.000
مشكلة السلوك العدواني					
1	0.646	**0.000	32	0.695	**0.000
2	0.828	**0.000	33	0.673	**0.000
3	0.829	**0.000	34	0.786	**0.000
4	0.788	**0.000	35	0.723	**0.000
مشكلة الكذب					**0.000
5	0.680	**0.000			**0.000
6	0.758	**0.000	36	0.646	**0.000
7	0.695	**0.000	37	0.643	**0.000
8	0.758	**0.000	38	0.698	**0.000
9	0.735	**0.000	39	0.779	**0.000
10	0.761	**0.000	40	0.560	**0.001
11	0.738	**0.000	41	0.497	**0.005
12	0.848	**0.000	42	0.570	**0.001
13	0.846	**0.000	43	0.673	**0.000
مشكلة النشاط الزائد					
14	0.501	**0.005	44	0.622	**0.000
15	0.304	//0.102	45	0.713	**0.000
16	0.247	//0.187	46	0.773	**0.000
17	0.722	**0.000	47	0.649	**0.000
18	0.517	**0.003	48	0.750	**0.000
19	0.642	**0.000	49	0.721	**0.000
20	0.370	*0.044	50	0.721	**0.000
مشكلة الانسحاب الاجتماعي					**0.004
21	0.515	**0.004	51	0.641	**0.000
22	0.630	**0.000	52	0.678	**0.000
23	0.697	**0.000	53	0.664	**0.000
24	0.687	**0.000	54	0.539	**0.002
25	0.670	**0.000	55	0.107	//0.575
مشكلة السرقة					
26	0.813	**0.000	56	0.192	//0.308
27	0.786	**0.000	57	0.125	//0.510
28	0.734	**0.000	58	0.531	**0.003
29	0.618	**0.000	59	0.594	**0.001
30	0.726	**0.000			**0.000

** الارتباط دال إحصائياً عند $\alpha \leq 0.05$

// الارتباط غير دال إحصائياً عند $\alpha \leq 0.05$

تبين من خلال النتائج الموضحة في جدول رقم (4.16) أن فقرات المقياس تتمتع بمعاملات ارتباط قوية ودالة إحصائياً عند مستوى دلالة أقل من (0.05)، ما عدا الفقرات (15، 16، 55، 56، 57).

ثانياً: الصدق البنائي Structure Validity:

تم حساب معاملات الارتباط لبيرسون بين كل مشكلة سلوكية من مشكلات الدراسة والدرجة الكلية للمشكلات السلوكية، ويتضح ذلك من خلال الجدول التالي:

جدول (4.18): معامل ارتباط كل مشكلة سلوكية مع الدرجة الكلية لجميع المشكلات السلوكية.

المشكلة السلوكية	معاملات الارتباط	مستوى الدلالة
السلوك العدواني	0.935	**0.000
النشاط الزائد	0.809	**0.000
السرقه	0.905	**0.000
الكذب	0.959	**0.000
الانسحاب الاجتماعي	0.960	**0.000

** الارتباط دال إحصائياً عند $\alpha \leq 0.05$

// الارتباط غير دال إحصائياً عند $\alpha \leq 0.05$

تبين من خلال النتائج الموضحة في جدول (4.18) أن المقياس يتمتع بمعاملات ارتباط قوية ودالة إحصائياً عند مستوى دلالة $(\alpha \geq 0.05)$ ، وهذا يدل على أن المشكلات السلوكية للاستبانة تتمتع بمعامل صدق عالي.

ثبات الاستبانة Reliability:

أ. الثبات بطريقة ألفا - كرونباخ Alpha:

بعد تطبيق الاستبانة تم حساب معامل ألفا كرونباخ لقياس الثبات، حيث وجد أن قيمة ألفا كرونباخ للاستبانة 0.976 وهذا دليل كافٍ على أن الاستبانة تتمتع بمعامل ثبات مرتفع والنتائج موضحة في الجدول التالي:

جدول (4.19): درجة ثبات أبعاد مقياس المشكلات السلوكية باستخدام معامل ثبات "ألفا كرونباخ"

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	معامل ألفا كرونباخ	المجال
14.530	29.90	0.667	السلوك العدواني
10.307	29.20	0.484	النشاط الزائد
10.387	21.63	0.529	السرقه
15.094	38.90	0.692	الكذب
6.275	19.93	0.291	الانسحاب الاجتماعي
50.126	139.57	0.817	المقياس

ب. الثبات بطريقة التجزئة النصفية Split Half Method:

حيث تم تجزئة فقرات المقياس إلى جزأين (الأسئلة ذات الأرقام الفردية، والأسئلة ذات الأرقام الزوجية) ثم حساب معامل الارتباط بين درجات الأسئلة الفردية ودرجات الأسئلة الزوجية وبعد ذلك تم تصحيح معامل الارتباط بمعادلة سبيرمان براون Sperman brown: معامل الارتباط المعدل = $\frac{2r}{1+r}$ معامل الارتباط بين درجات الأسئلة الفردية ودرجات الأسئلة الزوجية. وتم الحصول على النتائج الموضحة في جدول (4.20)

جدول (4.20): طريقة التجزئة النصفية لقياس ثبات مقياس المشكلات السلوكية

الرقم	المقياس	معامل الارتباط	معامل الارتباط المعدل
1	مشكلة السلوك العدواني	0.926	0.962
2	مشكلة النشاط الزائد	0.930	0.964
3	مشكلة الكذب	0.870	0.930
4	مشكلة السرقه	0.899	0.947
5	مشكلة الانسحاب الاجتماعي	0.772	0.871
6	الدرجة الكلية لمقياس المشكلات السلوكية	0.958	0.978

واضح من النتائج الموضحة في الجدول (4.19) أن قيمة معامل الارتباط المعدل (سبيرمان براون Sperman brown) مرتفعة ودالة إحصائياً.

اختبار التوزيع الطبيعي Normality Distribution Test :

تم استخدام اختبار كولمغوروف - سمرنوف Kolmogorov-Smirnov Test (K-S) لاختبار ما إذا كانت البيانات تتبع التوزيع الطبيعي من عدمه، وكانت النتائج كما هي مبينة في جدول (4.20).

جدول (4.21) يوضح نتائج اختبار التوزيع الطبيعي

المقياس	القيمة الاحتمالية (sig.)
مقياس المشكلات السلوكية	0.200

يتضح من النتائج في جدول (4.20) أن القيمة الاحتمالية (sig.) أكبر من مستوى الدلالة 0.05 وبذلك فإن توزيع البيانات يتبع التوزيع الطبيعي حيث تم استخدام الاختبارات المعلمية للإجابة على تساؤلات الدراسة والتأكد من فرضياتها.

الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة:

قامت الباحثة بتفريغ وتحليل الاستبانة من خلال برنامج التحليل الإحصائي Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) وقد تم استخدام الأدوات الإحصائية التالية:

- 1- العرض الجدولي.
- 2- النسب المئوية والتكرارات.
- 3- الإحصاء الوصفي "المتوسط الحسابي، الانحراف المعياري".
- 4- ألفا كرونباخ (Cronach's Alpha) .
- 5- طريقة التجزئة النصفية (Split Half Method).
- 6- معامل ارتباط بيرسون (Pearson Correlation Coefficient) .
- 7- اختبار T في حالة عينتين (Independent Samples T-Test) .
- 8- اختبار تحليل التباين الأحادي (One Way Analysis of Variance – ANOVA).
- 9- اختبار شيفيه لمقارنة المتوسطات.

الفصل الخامس

عرض وتفسير نتائج الدراسة

الفصل الخامس

نتائج الدراسة وتفسيرها

يتضمن هذا الفصل عرضاً لنتائج الدراسة، وذلك من خلال الإجابة عن أسئلة الدراسة ومناقشة فروضها واستعراض أبرز نتائج المقياس التي تم التوصل إليها من خلال تحليل فقراتها، بهدف التعرف على المشكلات السلوكية لدى الأطفال ذوي الإعاقة السمعية والعادين في قطاع غزة، وكذلك ترتيب المشكلات السلوكية حسب شدتها. كما تم دراسة هذا المشكلات في ضوء مجموعة من المتغيرات هي: نوع الإعاقة، الجنس، عمر الطفل، سبب الإعاقة، تاريخ الإعاقة التحصيل الدراسي، مكان السكن، ترتيب الطفل في الأسرة، وجود إخوة ذوي إعاقة سمعية في الأسرة، المستوى التعليمي للأب، المستوى التعليمي للأم.

وتم إجراء المعالجات الإحصائية للبيانات المتجمعة من استبانة الدراسة باستخدام برنامج الرزم الإحصائية للدراسات الاجتماعية SPSS الإصدار (22)، للحصول على نتائج الدراسة التي سيتم عرضها وتحليلها في هذا الفصل.

نتائج تحليل تساؤلات الدراسة وتفسيرها

عرض نتائج التساؤل الأول ومناقشته:

وينص على " ما مستوى المشكلات السلوكية لدى الأطفال ذوي الإعاقة السمعية في قطاع غزة؟"

للإجابة على هذا التساؤل، قامت الباحثة بحساب المتوسط الحسابي والانحراف المعياري والوزن النسبي للمشكلات السلوكية لدى الأطفال ذوي الإعاقة السمعية، ويتضح ذلك من خلال الجدول التالي:

جدول (5.1): يوضح المتوسط الحسابي والانحراف المعياري والوزن النسبي للمشكلات السلوكية لدى الأطفال ذوي الإعاقة السمعية

N=252

الترتيب	الوزن النسبي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	عدد الفقرات	المشكلة السلوكية
الثالثة	39.26	13.486	25.52	13	السلوك العدواني
الثانية	41.48	13.035	24.89	12	النشاط الزائد
الخامسة	31.8	7.882	15.90	10	السرقه
الرابعة	35.74	14.317	28.59	16	الكذب
الأولى	43.28	6.902	17.31	8	الانسحاب الاجتماعي
	38.04	49.698	112.22	59	الدرجة الكلية للمقياس

تبين من خلال النتائج الموضحة في الجدول (5.1) أن المتوسط الحسابي لمقياس المشكلات السلوكية لدى الأطفال ذوي الإعاقة السمعية بلغ (112.22) درجة والدرجة الكلية (295) بانحراف معياري (49.698)، وبلغ الوزن النسبي (38.04). كما يتضح من الجدول أن أكثر المشكلات السلوكية تكراراً لدى الأطفال ذوي الإعاقة السمعية مشكلة الانسحاب الاجتماعي تليها مشكلة النشاط الزائد تليها مشكلة السلوك العدواني تليها مشكلة الكذب تليها مشكلة السرقه.

وتعزو الباحثة وجود المشكلات السلوكية لدى الأطفال ذوي الإعاقة السمعية إلى طبيعة الإعاقة وما تفرضه من واقع معين على حياة الأطفال من عجز في المهارات الاجتماعية، حيث أن الأطفال ذوي الإعاقة السمعية غير قادرين على التعبير عما يتعرضون له لفظياً لذلك يلجئون إلى إحداث المشكلات السلوكية للتعبير عن أنفسهم.

وتعزو الباحثة حصول مشكلة الانسحاب الاجتماعي على أعلى ترتيب في المشكلات السلوكية لدى الأطفال ذوي الإعاقة السمعية إلى أن الإعاقة السمعية تترك تأثيراً كبيراً على الطفل الأصم من الناحية الاجتماعية مما يحد من قدراته على أداء أدواره الاجتماعية بسبب المشاعر السلبية التي تنتابه من جراء وجود هذه الإعاقة، وتؤدي إلى زيادة حساسيته وشعوره بالنقص عندما يقارن حالته الجسمية بأقرانه العاديين، وينشأ عن هذا الانسحاب الاجتماعي والشعور بالنقص وفقدان الثقة بالنفس، وهذا يتفق مع ما ذكره (القيطي، 1996) من أن تضاؤل فرص التفاعل والمشاركة الاجتماعية بين المعاقين سمعياً والعاديين إنما يرجع إلى افتقارهم لغة التواصل اللفظي، والتي تقودهم إلى جعلهم أكثر نزوعاً إلى الانسحاب وميلاً إلى العزلة والانطواء وأقل توافقاً سواء الشخصي والاجتماعي.

كما تعزو الباحثة حصول مشكلة النشاط الزائد على المرتبة الثانية في ترتيب المشكلات السلوكية لدى الأطفال ذوي الإعاقة السمعية إلى أن النشاط الزائد لدى الطفل ذوي الإعاقة السمعية يأتي كمحاولة منه لفرض ذاته على العالم المحيط به وإثبات وجوده ضمن المجتمع فتري أكثرهم يسعى وبشكل ملحوظ لا شعوري لكسر جدار العزلة التي تضربه الإعاقة نحوهم، فيحاولون الصمت المطبق لحركة دعوية ونشيطة غالباً ما تزيد عن الحد المقبول فتصبح مصدر إزعاج للمحيط ويحاولون من خلاله جذب انتباه الآخرين إليهم، وكطريقة لا مباشرة يستخدمها الطفل الأصم لتفريغ طاقاته الكامنة وإشباع رغباته.

كما تفسر الباحثة حصول مشكلة السلوك العدواني على الترتيب الثالث في المشكلات السلوكية لدى الأطفال المعاقين سمعياً إلى غياب القدرة على استخدام الكلام واللغة عند المعاقين سمعياً فيلجئون إلى العدوان كوسيلة لتفريغ شحنات الغضب يدفعهم إلى استخدام إمكانيات أخرى (عدوانية سلبية) للتعبير عن غضبهم وعدم رضاهم عن المحيطين بهم أو عن الموقف الذي هم بصده، وبالتالي فمشكلة السلوك العدواني ترجع إلى أن الأصم لا يستطيع أن يعبر عن نفسه لفظياً إذا تعرض لأي موقف، لذلك يلجأ إلى العنف والتذمر ليعبر عن غضبه وإحباطه،

وتعزو الباحثة حصول مشكلة الكذب على الترتيب الرابع في المشكلات السلوكية لدى الأطفال ذوي الإعاقة السمعية إلى ممارسة الأطفال ذوي الإعاقة للكذب للهروب والتستر على السلوك غير المرغوب الذي قد يؤدي إلى العقاب أو التوبيخ من المشرفين أو الآباء، بالإضافة إلى أن الأطفال ذوي الإعاقة يلجئون إلى الكذب لكسب ثقة من حولهم حيث يشعرون دائماً بالشك فيمن حولهم وعدم الثقة بهم مما يدفعهم إلى الكذب لكسب الثقة، كما قد يلجأ الأطفال ذوي الإعاقة

السمعية للكذب لشعورهم بالنقص والتعويض عن أحاسيسهم وحاجاتهم ورغبتهم في التفاخر للحصول على إعجاب الآخرين وقد يلجئون إلى الكذب للهروب من المسؤولية الملقاة على عواتقهم. وقد احتلت المشكلة الترتيب الرابع لارتباطها في الغالب بالتواصل اللفظي الذي حرم منه الطفل المعاق سمعياً.

وأخيراً تعزو الباحثة حصول مشكلة السرقة على الترتيب الخامس في المشكلات السلوكية لدى الأطفال ذوي الإعاقة السمعية إلى أن السرقة بشكل أساسي تعتبر وصمة عار، والاعتراف أو القيام بها يكون مدعاة للمساءلة والعقاب، وقد يكون ذلك مؤشراً على قلة حدوثها مقارنة بجوانب أخرى لاضطراب السلوك. كما وتعتبر السرقة أكثر أنواع السلوك الشاذة التي تقلق الوالدين فعادة ما يرى الوالدان فعادة ما يرى الوالدان أن السرقة هي نوع من السلوك الإجرامي مما يدفعهم إلى الخوف الشديد ويخشون أيضاً من الأحكام التي سوف يلقونها الآخرون عليهم بسبب سلوك ابنهم. وقد يغض الأهل والمدرسين النظر عن بعض المشكلات السلوكية كالعدوان والنشاط الزائد نوعاً ما، لكن الأعين تفتح ولا تغمض في مسائل السرقة التي يعتبرها المجتمع الطريق الحقيقي إلى الانحراف.

ويقوم الأبناء بسلوك السرقة أو التخريب أو... إلخ، إما ليلفت نظر والديه، وإما كوسيلة انتقامية. ففي حالة السرقة من الغير يعرف الأبناء أن هذا السلوك سيجعل الآباء في مركز حرج هذا من جهة، ومن جهة، ومن جهة أخرى فإن وجود الأطفال في مثل هذه المواقف سيدفع الآباء إلى حمايتهم، ونجد هؤلاء الأطفال يقومون بسلوك يدل على حقدهم على المجتمع وإن كان هذا السلوك يدل على المرارة والغيرة وعدم الرضا أيضاً.

وتتنفق نتائج الدراسة الحالية مع معظم الدراسات العربية والأجنبية التي تناولت موضوع المشكلات السلوكية لدى الأطفال ذوي الإعاقة السمعية مثل دراسة (الربيعي، 2011) ودراسة (وافي، 2006) ودراسة (يحيى، 2006).

عرض نتائج اختبار الفرض الأول ومناقشته

وينص على " لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($0.05 \geq \alpha$) في المشكلات السلوكية بين الأطفال ذوي الإعاقة السمعية والعاديين في قطاع غزة." للتحقق من هذا الفرض، قامت الباحثة باستخدام اختبار "T لعينتين مستقلتين"، ويتضح ذلك من خلال الجدول (5.2):

جدول (5.2): نتائج اختبار "T" - لعينتين مستقلتين (للأطفال ذوي الإعاقة السمعية والعاديين)

N=352

المقياس	نوع الإعاقة	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة "t"	مستوى الدلالة
مشكلة السلوك العدواني	ذوي الإعاقة السمعية	252	25.52	13.486	-3.860-	*.000
	العاديين	100	31.75	14.044		
مشكلة النشاط الزائد	ذوي الإعاقة السمعية	252	24.89	13.035	-4.848-	*.000
	العاديين	100	32.22	12.168		
مشكلة السرقة	ذوي الإعاقة السمعية	252	15.90	7.882	-2.830-	*.005
	العاديين	100	19.06	9.982		
مشكلة الكذب	ذوي الإعاقة السمعية	252	28.59	14.317	-4.704-	*.000
	العاديين	100	36.71	15.305		
مشكلة الانسحاب الاجتماعي	ذوي الإعاقة السمعية	252	17.31	6.902	-4.190-	*.000
	العاديين	100	20.64	6.224		
الدرجة الكلية للمقياس	ذوي الإعاقة السمعية	252	112.22	49.698	-4.801-	*.000
	العاديين	100	140.38	49.434		

* دال عند 0.05

يتضح من الجدول (5.2) أن القيمة الاحتمالية (sig.) أقل من (0.05) في جميع المشكلات السلوكية (مشكلة السلوك العدواني ومشكلة النشاط الزائد ومشكلة السرقة ومشكلة الكذب ومشكلة الانسحاب الاجتماعي)، وبذلك يمكن استنتاج أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في

المشكلات السلوكية لدى الأطفال ذوي الإعاقة السمعية والعايين في جميع المشكلات السلوكية لصالح العايين.

وتعزو الباحثة ارتفاع المشكلات السلوكية لدى الأطفال العايين عنها لدى الأطفال ذوي الإعاقة السمعية إلى أن تأثر الأطفال العايين بالأحداث السياسية والاجتماعية والنفسية والمعرفية القائمة في مجتمعنا الفلسطيني الحالي أكثر من الأطفال ذوي الإعاقة السمعية الذين حُرِّموا من حاسة السمع وما يتمتع به أصحاب هذه الحاسة من التفاعل الاجتماعي مع ما يدور حولهم من أحداث، ونتيجة للظروف التي يعيش فيها الشعب الفلسطيني والضغوطات الاقتصادية والاجتماعية والسياسية تسهم جميعها في زيادة المشكلات السلوكية لدى الأطفال.

كما يؤثر ارتفاع مستوى الكثافة السكانية والتزاحم والاكتظاظ سواء في المدارس الحكومية والفصول الدراسية الخائقة أو المنازل أو بين أزقة الشوارع الضيقة في زيادة المشكلات السلوكية لدى الأطفال العايين بالمقارنة مع الأطفال ذوي الإعاقة السمعية، كما أن عدم وجود أماكن واسعة لتفريغ الطاقات وممارسة الأنشطة المختلفة والإمكانات وتنمية المواهب والقدرات، وأماكن الترفيه والتسلية تسهم أيضاً في زيادة المشكلات السلوكية لدى الأطفال.

كما تلعب وسائل الإعلام المختلفة _والتي قد يحرم منها الطفل المعاق سمعياً_ دوراً في زيادة المشكلات السلوكية حيث يقنح التلفاز والفيديو الانترنت كل مكان، وخاصة التلفاز الذي يغزو كل بيت دون استئذان وتبث فيه البرامج بحيث لا يكون من السهولة بمكان السيطرة عليها لتوافرها وعدم وجود تكاليف لها، وفي المقابل فإن عدم وجود تثقيف وتربية موجهة وترك الأمور على علاتها يجعل الأبناء فريسة لما يتلقونه من وسائل الإعلام.

عرض نتائج اختبار الفرض الثاني ومناقشته

وينص على " لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($0.05 \geq \alpha$) في المشكلات السلوكية بين الأطفال ذوي الإعاقة السمعية تعزى لمتغير نوع الإعاقة (الصم/ضعاف السمع/ زارعي القوقعة)."

للتحقق من هذا الفرض قامت الباحثة باستخدام اختبار (تحليل التباين الأحادي - One- Way Anova) لدراسة الفروقات بين الأطفال ذوي الإعاقة السمعية (الصم، ضعاف السمع، زارعي القوقعة) والنتائج موضحة من خلال الجداول التالية:

جدول (5.3): نتائج تحليل التباين الأحادي لكشف الفروق في المشكلات السلوكية بالنسبة لنوع الإعاقة (الصم، ضعاف السمع، زارعي القوقعة)

N=252

المقياس	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة F المحسوبة	مستوى الدلالة
مشكلة السلوك العدواني	بين المجموعات	1235.686	2	617.843	3.464	*.033
	داخل المجموعات	44417.171	249	178.382		
	المجموع	45652.857	251			
مشكلة النشاط الزائد	بين المجموعات	720.922	2	360.461	2.141	.120
	داخل المجموعات	41929.967	249	168.393		
	المجموع	42650.889	251			
مشكلة السرقة	بين المجموعات	378.116	2	189.058	3.094	*.047
	داخل المجموعات	15213.599	249	61.099		
	المجموع	15591.714	251			
مشكلة الكذب	بين المجموعات	1088.740	2	544.370	2.692	.070
	داخل المجموعات	50360.161	249	202.250		
	المجموع	51448.901	251			
مشكلة الانسحاب الاجتماعي	بين المجموعات	177.648	2	88.824	1.877	.155
	داخل المجموعات	11780.586	249	47.312		
	المجموع	11958.234	251			
الدرجة الكلية للمقياس	بين المجموعات	15936.585	2	7968.292	3.285	*.039
	داخل المجموعات	603994.971	249	2425.683		
	المجموع	619931.556	251			

* دال عند 0.05

يتضح من الجدول (5.3) أن القيمة الاحتمالية (sig.) أقل من (0.05) في مشكلة السلوك العدوانى ومشكلة السرقة، وأكبر من (0.05) في مشكلة النشاط الزائد ومشكلة الكذب ومشكلة الانسحاب الاجتماعى وبذلك يمكن استنتاج أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مشكلة السلوك العدوانى ومشكلة السرقة لدى الأطفال ذوي الإعاقة السمعية تعزى لمتغير نوع الإعاقة (الصم/ ضعاف السمع/ زارعي القوقعة) ولا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مشكلة النشاط الزائد ومشكلة الكذب ومشكلة الانسحاب الاجتماعى لدى الأطفال ذوي الإعاقة السمعية تعزى لمتغير نوع الإعاقة (الصم/ ضعاف السمع/ زارعي القوقعة).

ولحساب الفروق بين المجموعات تم استخدام اختبار (Scheffe) وقد كانت النتائج كما هي موضحة في الجدول (5.4)

جدول (5.4): نتائج اختبار شيفيه للفروق بين المجموعات في مشكلة السلوك العدوانى (حسب نوع الإعاقة)

نوع الإعاقة	الصم	ضعاف السمع	زارعي القوقعة
الصم 25.99	0	21.40	29.06
ضعاف السمع 21.40	*4.59	0	29.06
زارعي القوقعة 29.06	3.07	*7.66	0

* دال عند 0.05

يتضح من الجدول (5.4) أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مشكلة السلوك العدوانى لدى الأطفال ذوي الإعاقة السمعية بين الأطفال ضعاف السمع وزارعي القوقعة لصالح زارعي القوقعة، كما توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مشكلة السلوك العدوانى لدى الأطفال ذوي الإعاقة السمعية بين الأطفال الصم وضعاف السمع لصالح الصم.

جدول (5.5): نتائج اختبار شيفيه للفروق بين المجموعات في مشكلة السرقة (حسب نوع الإعاقة)

نوع الإعاقة	الصم	ضعاف السمع	زارعي القوقعة
الصم	16.31	13.45	17.34
ضعاف السمع	0	0	
زارعي القوقعة	*2.86	0	
	1.03	*3.89	0

* دال عند 0.05

يتضح من الجدول (5.5) أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مشكلة السرقة لدى الأطفال ذوي الإعاقة السمعية بين الأطفال ضعاف السمع وزارعي القوقعة لصالح زارعي القوقعة، كما توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مشكلة السرقة لدى الأطفال ذوي الإعاقة السمعية بين الأطفال الصم وضعاف السمع لصالح الصم.

جدول (5.6): نتائج اختبار شيفيه للفروق بين المجموعات في مجموع المشكلات السلوكية (حسب نوع الإعاقة)

نوع الإعاقة	الصم	ضعاف السمع	زارعي القوقعة
الصم	114.86	96.23	121.44
ضعاف السمع	0	0	
زارعي القوقعة	*18.63	0	
	6.58	*25.21	0

* دال عند 0.05

يتضح من الجدول (5.6) أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مجموع المشكلات السلوكية لدى الأطفال ذوي الإعاقة السمعية بين الأطفال ضعاف السمع وزارعي القوقعة لصالح زارعي القوقعة، كما توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مجموع المشكلات السلوكية لدى الأطفال ذوي الإعاقة السمعية بين الأطفال الصم وضعاف السمع لصالح الصم.

وتعزو الباحثة ارتفاع نسبة المشكلات السلوكية لدى الأطفال زارعي القوقعة عن المشكلات السلوكية لدى الأطفال الصم وضعاف السمع إلى الظروف النفسية الصعبة التي يمر بها هؤلاء الأطفال سواء قبل إجراء العملية حيث يمروا بمشكلات الأطفال الصم بكل تفصيلاتها ثم عند اتخاذ قرار بإجراء العملية الجراحية وشعورهم بالإحباط والخوف والتوقع والقلق على المظهر الخارجي فيما يتعلق بشعرهم ووضعيتهم رأسهم إثر العملية الجراحية خاصة إذا تمت العملية للطفل في سن متقدمة، ومن ثم مرحلة ما بعد إجراء العملية الجراحية وما يحتاجه الأطفال من إعادة التأهيل والتدريب على مهارات الكلام، كما ترى الباحثة أن الظروف الخاصة التي يمر بها الطفل الذي يتم زراعة قوقعة له قد تؤدي إلى معاملة ذويه له معاملة خاصة تتسم بالحماية الزائدة والتدليل مما قد يزيد المشكلات السلوكية لديه.

وهناك مشكلة أخرى تواجه الطفل زارع القوقعة وهي تعطل جهاز القوقعة عن العمل وعدم القدرة على إصلاحه بسبب عدم وجود خبراء وعدم إمكانية السفر بسبب إغلاق المعابر وهذا يعيد الطفل زارع القوقعة إلى نقطة الصفر مرة أخرى فبعد تعوده لفترة معينة على سماع الأصوات يعود أصم مرة أخرى وهذا قد يسبب له الإحباط والشعور بالنقص مما يزيد من حدة مشكلاته السلوكية.

وتعزو الباحثة ارتفاع المشكلات السلوكية لدى الأطفال الصم عن المشكلات السلوكية لدى الأطفال ضعاف السمع باتفاقها مع المنطق والواقع إذا وأنه مع زيادة شدة الإعاقة تزداد المشكلات السلوكية لدى الطفل، وتحول درجة الإعاقة دون النمو اللغوي والعقلي والاجتماعي وتبدو آثار الإعاقة واضحة لدى الصم عنها لدى ضعاف السمع، كما أن الخصائص التي يتمتع بها الأصم ذو الدرجة الخفيفة من الإعاقة، حيث أنه يتلقى تعزيزات لفظية من الآخرين، ويمكن من سماع النماذج الكلامية من قبل الكبار ويحاول تقليدها، وهذا يعني أنه غير محروم بشكل كلي من معرفة نتائج أو ردود أفعال الآخرين نحو الأصوات التي يصدرها. ويستطيع أن يشارك المحيط الاجتماعي بمقدار السمع واللغة البسيطة الذي يتمتع به، أو أن يتكيف ولو بالقدر الضئيل اجتماعياً ونفسياً وانفعالياً، ويعي بعض عناصر بيئته، فدرجة سمعه الخفيفة تؤهله من الناحية العملية الوظيفية لمسايرة الحياة الاجتماعية والأنشطة العادية مع الآخرين، فإشراكه بالمحادثات وإقامة علاقات معه وإكسابه الإحساس بالانتماء لأسرته يشعره بالأمن والطمأنينة.

عرض نتائج اختبار الفرض الثالث ومناقشته:

وينص على "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($0.05 \geq \alpha$) في المشكلات السلوكية لدى الأطفال ذوي الإعاقة السمعية في قطاع غزة تعزى لمتغير الجنس (ذكر/أنثى)."

للتحقق من هذا الفرض، قامت الباحثة باستخدام اختبار "T لعينتين مستقلتين"، ويتضح ذلك من خلال الجدول (5.7):

جدول (5.7): نتائج اختبار "T - لعينتين مستقلتين" - الجنس (للأطفال ذوي الإعاقة السمعية)

N=252

المقياس	جنس الطفل	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة "t"	مستوى الدلالة
مشكلة السلوك العدواني	ذكر	136	31.26	13.471	8.413	*.000
	أنثى	116	18.80	9.975		
مشكلة النشاط الزائد	ذكر	136	29.97	12.547	7.460	*.000
	أنثى	116	18.93	10.942		
مشكلة السرقة	ذكر	136	18.39	8.699	5.952	*.000
	أنثى	116	12.99	5.557		
مشكلة الكذب	ذكر	136	33.34	14.983	6.234	*.000
	أنثى	116	23.03	11.224		
مشكلة الانسحاب الاجتماعي	ذكر	136	19.36	6.965	5.373	*.000
	أنثى	116	14.91	6.023		
الدرجة الكلية للمقياس	ذكر	136	132.32	49.030	7.718	*.000
	أنثى	116	88.66	39.133		

* دال عند 0.05

يتضح من الجدول (5.7) أن القيمة الاحتمالية (sig.) أقل من (0.05) في جميع المشكلات السلوكية (مشكلة السلوك العدواني ومشكلة النشاط الزائد و مشكلة السرقة ومشكلة الكذب

ومشكلة الانسحاب الاجتماعي)، وبذلك يمكن استنتاج أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المشكلات السلوكية لدى الأطفال ذوي الإعاقة السمعية تعزى لمتغير الجنس (ذكر/أنثى) لصالح الذكور في جميع المشكلات السلوكية.

وتعزو الباحثة هذه النتيجة إلى أن الذكور الصم أكثر اختلاطاً بالمجتمع من الإناث وأكثر رغبة وجرأة على التواصل الاجتماعي وذلك رغبة في تحقيق الاستقلالية، كما أن الإناث يلجأن أكثر إلى الحماية الزائدة والتقرب من الوالدين والاعتماد عليهم من أجل تعويض النقص، مما يؤدي لخوفهن من المستقبل وقلة احتكاكهن بالمجتمع، أما الذكور فلديهم القدرة على الاختلاط والتأقلم مع كافة الظروف الاجتماعية، حيث أنهم يسعون للتعلم والتربية وطلب الخدمات من خارج المجتمع المحلي بشكل مستمر، أما الإناث فهن محدودات التنقل والتفاعل ويخجلن من الخروج لطلب العلم والتربية وتلقي الخدمات، كما ولا تساعدن نظرة المجتمع اتجاههن بالسلب بسبب الإعاقة. ويؤكد على ذلك ارتفاع عدد الذكور في المؤسسات الخاصة بالإعاقة السمعية مقارنة بعدد الإناث حيث يصل عدد الذكور في بعض المؤسسات إلى ضعف عدد الإناث.

كما وتلعب العوامل البيئية والثقافية دوراً هاماً في ظهور الفروق بين الذكور والإناث، فالمشكلات السلوكية مقبولة من المذكر التقليدي بدرجة أكبر من السلوك الأنثوي التقليدي، كما أن قيود المجتمع والضغوط البيئية تمثل مصادر متعددة لنقد الفتاة في مجتمعنا ومحاولة توجيهها منذ طفولتها في إطار محدد، كما أن التنشئة الاجتماعية في مجتمعنا تلعب دوراً هاماً في صقل الطفل الفلسطيني، فنجد أن الوالدين يتيحون الفرصة لأطفالهم الذكور بفعل بعض الأشياء، في حين يعاقبون الإناث على فعل نفس الأشياء وهذا ناشئ عن المرجعية الدينية أو مرجعية العادات والتقاليد والعرف، ونجد الكثير من القيود تفرض على الإناث مثل عدم المخالطة، والتعامل بحرية مع الآخرين، والرقابة الدائمة على نشاطاتها اليومية وهواياتها، في حين تطلق كامل الحرية للذكور في الحياة الاجتماعية وتلبية رغباتهم ومزاولة هواياتهم. وتتفق نتائج هذه الدراسة مع نتائج دراسة (صوالحة، 1999) بينما تختلف نتائج هذه الدراسة مع نتائج دراسة (الربيعي، 2011) ودراسة (يحيى، 2006) ودراسة (حفني، 2001).

عرض نتائج اختبار الفرض الرابع ومناقشته:

وينص على "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($0.05 \geq \alpha$) في المشكلات السلوكية لدى الأطفال ذوي الإعاقة السمعية في قطاع غزة تعزى لمتغير عمر الطفل (أقل من 10 سنوات، 10 سنوات فأكثر)".

للتحقق من هذا الفرض، قامت الباحثة باستخدام اختبار "T لعينتين مستقلتين"، ويتضح ذلك من خلال الجدول (5.8):

جدول (5.8): نتائج اختبار "T - لعينتين مستقلتين" - عمر الطفل (للأطفال ذوي الإعاقة السمعية)

N=252

المقياس	عمر الطفل	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة "t"	مستوى الدلالة
مشكلة السلوك العدواني	أقل من 10 سنوات	115	26.50	12.933	1.048	.296
	10 سنوات فأكثر	137	24.71	13.929		
مشكلة النشاط الزائد	أقل من 10 سنوات	115	25.92	12.115	1.166	.245
	10 سنوات فأكثر	137	24.02	13.745		
مشكلة السرقة	أقل من 10 سنوات	115	17.90	8.304	3.736	*.000
	10 سنوات فأكثر	137	14.23	7.115		
مشكلة الكذب	أقل من 10 سنوات	115	30.49	13.680	1.936	.054
	10 سنوات فأكثر	137	27.00	14.691		
مشكلة الانسحاب الاجتماعي	أقل من 10 سنوات	115	16.88	6.050	-.934-	.351
	10 سنوات فأكثر	137	17.68	7.547		
الدرجة الكلية للمقياس	أقل من 10 سنوات	115	117.69	46.846	1.604	.110
	10 سنوات فأكثر	137	107.64	51.694		

* دال عند 0.05

يتضح من الجدول (5.8) أن القيمة الاحتمالية (sig.) أقل من (0.05) في مشكلة السرقة وأكبر من (0.05) في مشكلة السلوك العدواني ومشكلة النشاط الزائد و مشكلة الكذب ومشكلة الانسحاب الاجتماعي، وبذلك يمكن استنتاج أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مشكلة السرقة لدى الأطفال ذوي الإعاقة السمعية والعاديين تعزى لمتغير عمر الطفل (أقل من 10 سنوات/ 10 سنوات فأكثر) لصالح الأطفال الأقل من 10 سنوات، بينما لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مشكلة السلوك العدواني ومشكلة النشاط الزائد ومشكلة الكذب ومشكلة الانسحاب الاجتماعي لدى الأطفال ذوي الإعاقة السمعية تعزى لمتغير عمر الطفل (أقل من 10 سنوات/ 10 سنوات فأكثر).

وتعزو الباحثة هذه النتيجة إلى أن العمر لا يؤثر على وجود المشكلات السلوكية لدى الطفل الأصم وذلك لأن الإعاقة السمعية تترك نفس التأثيرات في حال وجود ابن معاق سمعياً سواء كان في مرحلة الطفولة الأولى أو المتأخرة، كما تعزو الباحثة هذه النتيجة إلى أن الإعاقة السمعية قد تظهر نوعاً من التوحد في المشكلات السلوكية بين الذكور والإناث وأن ما ينجم عن الإعاقة السمعية من مشكلات هي واحدة عند المعاقين وذويهم ويمكن أن يعزى أيضاً إلى الأسلوب التربوي والتعليمي الموحد المتبع في التعامل مع ذكور وإناث الأطفال معاقين سمعياً من قبل المعلمين والمعلمات في المؤسسات الخاصة بذوي الإعاقة السمعية.

وتعزو الباحثة وجود فروق في مشكلة السرقة لصالح الأطفال الأقل من 10 سنوات إلى أن الأطفال الأكبر سناً قد تعرضوا لفترة أطول من التدريب والتوجيه والإرشاد من الأسرة ثم من المدرسة مقارنة مع الأطفال الأقل سناً والأقل خبرة حول كيفية التعامل مع الأطفال الآخرين وغير قادرين على التعرف والالتزام بالأنظمة المدرسية_والتي من ضمنها احترام ملكية الآخرين وعدم جواز الاستيلاء على ممتلكات الآخرين_ ممن هم أكبر سناً منهم الذين يحرصون على الحفاظ على مكانتهم الاجتماعية بين الآخرين. وتختلف نتائج هذه الدراسة مع نتائج دراسة (يحيى، 2006).

عرض نتائج اختبار الفرض الخامس ومناقشته:

وينص على "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة $\alpha \geq 0.05$ في المشكلات السلوكية لدى الأطفال ذوي الإعاقة السمعية في قطاع غزة تعزى لمتغير تاريخ الإعاقة (أقل من 5 سنوات/ 5 سنوات فأكثر)."

للتحقق من هذا الفرض، قامت الباحثة باستخدام اختبار "T لعينتين مستقلتين"، ويتضح ذلك من خلال الجدول (5.9):

جدول (5.9): نتائج اختبار "T - لعينتين مستقلتين" - تاريخ الإعاقة (للأطفال ذوي الإعاقة السمعية)

N=252

المقياس	تاريخ الإعاقة	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة "t"	مستوى الدلالة
مشكلة السلوك العدواني	قبل سن 5 سنوات	224	25.48	13.503	-.153-	.878
	5 سنوات فأكثر	28	25.89	13.596		
مشكلة النشاط الزائد	قبل سن 5 سنوات	224	24.81	12.805	-.232-	.818
	5 سنوات فأكثر	28	25.50	15.002		
مشكلة السرقة	قبل سن 5 سنوات	224	15.99	7.823	.466	.642
	5 سنوات فأكثر	28	15.25	8.453		
مشكلة الكذب	قبل سن 5 سنوات	224	28.85	14.461	.805	.421
	5 سنوات فأكثر	28	26.54	13.167		
مشكلة الانسحاب الاجتماعي	قبل سن 5 سنوات	224	17.26	7.029	-.354	.723
	5 سنوات فأكثر	28	17.75	5.885		
الدرجة الكلية للمقياس	قبل سن 5 سنوات	224	112.38	49.695	.146	.884
	5 سنوات فأكثر	28	110.93	50.607		

يتضح من الجدول (5.9) أن القيمة الاحتمالية (sig.) أكبر من (0.05) في جميع المشكلات السلوكية (مشكلة السلوك العدواني ومشكلة النشاط الزائد و مشكلة السرقة ومشكلة الكذب ومشكلة الانسحاب الاجتماعي)، وبذلك يمكن استنتاج أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في جميع المشكلات السلوكية لدى الأطفال ذوي الإعاقة السمعية تعزى لمتغير تاريخ الإعاقة (قبل سن 5 سنوات/ 5 سنوات فأكثر).

عرض نتائج اختبار الفرض السادس ومناقشته:

وينص على "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة $\alpha \geq 0.05$ في المشكلات السلوكية لدى الأطفال ذوي الإعاقة السمعية في قطاع غزة تعزى لمتغير سبب الإعاقة (مرض/إصابة/وراثة)".

للتحقق من هذا الفرض تم استخدام اختبار (تحليل التباين الأحادي - One-Way Anova) لدراسة الفروقات بين أسباب الإعاقة لدى الأطفال ذوي الإعاقة السمعية (مرض، إصابة، وراثية)، والنتائج موضحة من خلال الجدول التالي:

جدول (5.10): نتائج تحليل التباين الأحادي لكشف الفروق في المشكلات السلوكية بالنسبة لسبب الإعاقة (للأطفال ذوي الإعاقة السمعية)

N=252

المقياس	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة F المحسوبة	مستوى الدلالة
مشكلة السلوك العدواني	بين المجموعات	609.702	2	304.851	1.685	.188
	داخل المجموعات	45043.155	249	180.896		
	المجموع	45652.857	251			
مشكلة النشاط الزائد	بين المجموعات	430.158	2	215.079	1.268	.283
	داخل المجموعات	42220.731	249	169.561		
	المجموع	42650.889	251			
مشكلة السرقة	بين المجموعات	332.445	2	166.223	2.712	.068
	داخل المجموعات	15259.269	249	61.282		
	المجموع	15591.714	251			
مشكلة الكذب	بين المجموعات	1026.761	2	513.381	2.535	.081
	داخل المجموعات	50422.139	249	202.499		
	المجموع	51448.901	251			
مشكلة الانسحاب الاجتماعي	بين المجموعات	545.295	2	272.648	5.948	*.003
	داخل المجموعات	11412.939	249	45.835		
	المجموع	11958.234	251			
الدرجة الكلية للمقياس	بين المجموعات	11221.729	2	5610.864	2.295	.103
	داخل المجموعات	608709.827	249	2444.618		
	المجموع	619931.556	251			

* دال عند 0.05

يتضح من الجدول (5.10) أن القيمة الاحتمالية (sig.) أقل من (0.05) في مشكلة الانسحاب الاجتماعي وأكبر من (0.05) في مشكلة السلوك العدواني ومشكلة النشاط الزائد و مشكلة السرقة ومشكلة الكذب، وبذلك يمكن استنتاج أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مشكلة الانسحاب الاجتماعي لدى الأطفال ذوي الإعاقة السمعية تعزى لمتغير سبب الإعاقة (مرض، إصابة، وراثية). بينما لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مشكلة السلوك العدواني ومشكلة النشاط الزائد و مشكلة السرقة ومشكلة الكذب لدى الأطفال ذوي الإعاقة السمعية تعزى لمتغير سبب الإعاقة (مرض، إصابة، وراثية).

وتعزو الباحثة عدم وجود فروق في معظم المشكلات السلوكية تعزى لمتغير سبب الإعاقة إلى أن الإعاقة تفرض واقعها على الطفل المعاق بغض النظر عن السبب الذي أدى لوجودها ومع مرور الوقت يتسم جميع الأطفال ذوي الإعاقة السمعية بسامات مشتركة بينهم.

ولحساب الفروق بين المجموعات تم استخدام اختبار (Scheffe) وقد كانت النتائج كما هي موضحة في الجدول (5.11)

جدول (5.11): نتائج اختبار شيفيه للفروق بين المجموعات في مشكلة الانسحاب الاجتماعي (حسب سبب الإعاقة)

سبب الإعاقة	مرض	وراثية	إصابة
مرض 19.36	0		15.14
وراثية 16.84	*2.52	0	
إصابة 15.14	*4.22	1.7	0

* دال عند 0.05

يتضح من الجدول (5.11) أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مشكلة الانسحاب الاجتماعي لدى الأطفال ذوي الإعاقة السمعية بين الأطفال الذين كانت الإصابة سبباً في إعاقتهم والأطفال الذين كانت الوراثة سبباً في إصابتهم لصالح الأطفال الذين كان المرض سبباً في إصابتهم، كما توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مشكلة الانسحاب الاجتماعي بين الأطفال الذين كانت الوراثة سبباً في إصابتهم وبين الأطفال الذين كان المرض سبباً في إصابتهم لصالح الأطفال الذين كان المرض سبباً في إصابتهم.

وتعزو الباحثة ارتفاع مشكلة الانسحاب الاجتماعي لدى الأطفال الذين كان المرض والوراثة سبباً في إعاقتهم إلى ما يتركه المرض والوراثة من وصمة لدى الأفراد في المجتمع الفلسطيني.

عرض نتائج اختبار الفرض السابع ومناقشته:

وينص على "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة $\alpha \geq (0.05)$ في المشكلات السلوكية لدى الأطفال ذوي الإعاقة السمعية في قطاع غزة تعزى لمتغير التحصيل الدراسي (ممتاز/ جيد جداً/ جيد/ مقبول)".

للتحقق من هذا الفرض تم استخدام اختبار (تحليل التباين الأحادي - One- Way Anova) لدراسة الفروقات بين التحصيل الدراسي للأطفال ذوي الإعاقة السمعية والعاديين (ممتاز، جيد جداً، جيد، مقبول)، والنتائج موضحة من خلال الجدول التالي:

جدول (5.12): نتائج تحليل التباين الأحادي لكشف الفروق في المشكلات السلوكية بالنسبة للتحصيل الدراسي لدى الأطفال ذوي الإعاقة السمعية.

N=252

المقياس	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة F المحسوبة	مستوى الدلالة
مشكلة السلوك العدواني	بين المجموعات	2449.474	3	816.491	4.687	*.003
	داخل المجموعات	43203.383	248	174.207		
	المجموع	45652.857	251			
مشكلة النشاط الزائد	بين المجموعات	835.243	3	278.414	1.651	.178
	داخل المجموعات	41815.646	248	168.611		
	المجموع	42650.889	251			
مشكلة السرقة	بين المجموعات	269.629	3	89.876	1.455	.227
	داخل المجموعات	15322.086	248	61.783		
	المجموع	15591.714	251			
مشكلة الكذب	بين المجموعات	1233.837	3	411.279	2.031	.110
	داخل المجموعات	50215.064	248	202.480		
	المجموع	51448.901	251			
مشكلة الانسحاب الاجتماعي	بين المجموعات	611.453	3	203.818	4.455	*.005
	داخل المجموعات	11346.781	248	45.753		
	المجموع	11958.234	251			
الدرجة الكلية للمقياس	بين المجموعات	22652.749	3	7550.916	3.135	*.026
	داخل المجموعات	597278.806	248	2408.382		
	المجموع	619931.556	251			

* دال عند 0.05

يتضح من الجدول (5.12) أن القيمة الاحتمالية (sig.) أقل من (0.05) في مشكلة السلوك العدواني ومشكلة الانسحاب الاجتماعي وأكبر من (0.05) في مشكلة النشاط الزائد ومشكلة السرقة ومشكلة الكذب، وبذلك يمكن استنتاج أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مشكلة الانسحاب الاجتماعي ومشكلة السلوك العدواني لدى الأطفال ذوي الإعاقة السمعية تعزى لمتغير التحصيل الدراسي (ممتاز، جيد جداً، جيد، مقبول)، بينما لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مشكلة السرقة ومشكلة الكذب ومشكلة النشاط الزائد لدى الأطفال ذوي الإعاقة السمعية تعزى لمتغير التحصيل الدراسي (ممتاز، جيد جداً، جيد، مقبول).

وتعزو الباحثة هذه النتيجة إلى أن جميع الأطفال في المؤسسات الخاصة بذوي الإعاقة يتلقون نفس المستوى من التعليم من طرف المعلمين ورفاق الصف، وحصولهم على نفس الخدمات من المؤسسات التي يدرسون بها، وإعطاء أهمية للعلم والتعليم مع وفرة وسائل التعليم والكتب المدرسية اللازمة لكل مستوى، فعالية البرامج الدراسية الجديدة، خلق جو نفسي مريح في المدارس، وهذا كله يلعب دوراً هاماً في حياة التلاميذ لأنه يجعلهم يتعلقون بالدراسة أكثر مما يخلق لديهم جو نفسي دراسي مريح وهذا بدوره ربما يؤدي إلى تحسين نوع السلوكيات لديهم ومنها إلى السلوكيات المقبولة في المجتمع الدراسي وبالتالي تحصيلهم الدراسي لا يتأثر بمشكلاتهم السلوكية.

كما أن ضعف التحصيل الدراسي يعد سمة مميزة لذوي الإعاقة السمعية حيث بينت العديد من الدراسات أن المعاقين سمعياً يعانون من انخفاض واضح في التحصيل الدراسي لذلك تم تصنيفهم ضمن المتأخرين دراسياً رغم تمتعهم بدرجة ذكاء عادية. ويظهر هذا الانخفاض في قدرة التلاميذ على القراءة التي تعتمد أصلاً على اللغة المسموعة ويزداد التأخر الدراسي أو يقل حسب شدة الإعاقة وحسب نوعية الخدمات التربوية والشخصية المقدمة لهم (الشريف، 2011). (294).

ولحساب الفروق بين المجموعات تم استخدام اختبار (Scheffe) وقد كانت النتائج كما هي موضحة في الجداول التالية:

جدول (5.13): نتائج اختبار شيفيه للفروق بين المجموعات في مشكلة السلوك العدواني (حسب التحصيل الدراسي)

التحصيل الدراسي	ممتاز	جيد جداً	جيد	مقبول
ممتاز 23.60	0			
جيد جداً 23.10	0.5	0		
جيد 26.66	3.06	3.56	0	
مقبول 32.00	*8.4	*8.9	5.34	0

* دال عند 0.05

يتضح من الجدول (5.13) أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مشكلة السلوك العدواني بين الأطفال الذين تحصيلهم الدراسي مقبول والأطفال الذين تحصيلهم الدراسي ممتاز لصالح الأطفال الذين تحصيلهم الدراسي مقبول، كما توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مشكلة السلوك العدواني بين الأطفال الذين تحصيلهم الدراسي مقبول والأطفال الذين تحصيلهم الدراسي جيد جداً لصالح الأطفال الذين تحصيلهم الدراسي مقبول.

جدول (5.14): نتائج اختبار شيفيه للفروق بين المجموعات في مشكلة الانسحاب الاجتماعي (حسب التحصيل الدراسي)

التحصيل الدراسي	ممتاز	جيد جداً	جيد	مقبول
ممتاز 15.74	0			
جيد جداً 16.94	1.2	0		
جيد 17.35	1.61	0.41	0	
مقبول 20.67	*4.93	*3.73	3.32	0

* دال عند 0.05

يتضح من الجدول (5.14) أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مشكلة الانسحاب الاجتماعي بين الأطفال الذين تحصيلهم الدراسي مقبول والأطفال الذين تحصيلهم الدراسي ممتاز لصالح الأطفال الذين تحصيلهم الدراسي مقبول، كما توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مشكلة الانسحاب الاجتماعي بين الأطفال الذين تحصيلهم الدراسي مقبول والأطفال الذين تحصيلهم الدراسي جيد جداً لصالح الأطفال الذين تحصيلهم الدراسي مقبول.

جدول (5.15): نتائج اختبار شيفيه للفروق بين المجموعات في مجموع المشكلات السلوكية

(حسب التحصيل الدراسي)

التحصيل الدراسي	ممتاز	جيد جداً	جيد	مقبول
ممتاز 104.48	0			132.23
جيد جداً 106.63	2.15	0		
جيد 115.11	10.63		0	
مقبول 132.23	*27.75	*25.6	17.12	0

* دال عند 0.05

يتضح من الجدول (5.15) أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مجموع المشكلات السلوكية بين الأطفال الذين تحصيلهم الدراسي مقبول والأطفال الذين تحصيلهم الدراسي ممتاز لصالح الأطفال الذين تحصيلهم الدراسي مقبول، كما توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مجموع المشكلات السلوكية بين الأطفال الذين تحصيلهم الدراسي مقبول والأطفال الذين تحصيلهم الدراسي جيد جداً لصالح الأطفال الذين تحصيلهم الدراسي مقبول.

وتفسر الباحثة هذه النتيجة بأن وجود وقت فراغ كبير للأطفال ضعيفي التحصيل، الأمر الذي يجعل منهم قنابل موقوتة يمكن أن تؤثر على أصدقائهم في الفصل أو الساحة، ويرجع أيضاً إلى انعدام وجود هدف يسعى إليه الأطفال ضعيفي التحصيل، فيقومون بأساليب سلوكية سلبية مع زملائهم كرد فعل عن وقت الفراغ وشعورهم بالدونية، وأيضاً إلى شعور الطفل بالدونية عند تكريم الأطفال الجيدين وتشجيعهم من قبل المدراء والمدرسين. الأمر الذي يؤدي إلى ظهور المشكلات السلوكية لديهم.

كما أن قلة المشكلات السلوكية لدى الأطفال مرتفعي التحصيل ناتج عن أن لديهم وقت طويل يتقاضونه في دراستهم، كما أنهم أكثر قدرة على حل مشكلاتهم بأنفسهم، كما أن علاقتهم الطيبة مع أصدقائهم تقلل من الشعور بالغيرة والإحباط والعدوان الموجود لدى ضعاف التحصيل، وأخيراً فإن نجاح هؤلاء الأطفال في دراستهم والنظرة الإيجابية لهم من قبل المدراء والمدرسين يؤدي إلى قلة مشكلاتهم السلوكية.

عرض نتائج اختبار الفرض الثامن ومناقشته:

وينص على "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة $\alpha \geq 0.05$ في المشكلات السلوكية لدى الأطفال ذوي الإعاقة السمعية في قطاع غزة تعزى لمتغير مكان السكن (الشمال/غزة/الوسطى/الجنوب).

للتحقق من هذا الفرض تم استخدام اختبار (تحليل التباين الأحادي - One-Way Anova) لدراسة الفروقات بين أماكن سكن الأطفال ذوي الإعاقة السمعية والعادين (الشمال، غزة، الوسطى، الجنوب)، والنتائج موضحة من خلال الجداول التالية:

جدول (5.16): نتائج تحليل التباين الأحادي لكشف الفروق في المشكلات السلوكية بالنسبة لمكان السكن لدى الأطفال ذوي الإعاقة السمعية.

N=252

المقياس	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة F المحسوبة	مستوى الدلالة
مشكلة السلوك العدواني	بين المجموعات	8590.699	3	2863.566	19.161	*.000
	داخل المجموعات	37062.158	248	149.444		
	المجموع	45652.857	251			
مشكلة النشاط الزائد	بين المجموعات	6496.361	3	2165.454	14.854	*.000
	داخل المجموعات	36154.528	248	145.784		
	المجموع	42650.889	251			
مشكلة السرقة	بين المجموعات	1557.558	3	519.186	9.175	*.000
	داخل المجموعات	14034.156	248	56.589		
	المجموع	15591.714	251			
مشكلة الكذب	بين المجموعات	7031.462	3	2343.821	13.086	*.000
	داخل المجموعات	44417.438	248	179.103		
	المجموع	51448.901	251			
مشكلة الانسحاب الاجتماعي	بين المجموعات	888.379	3	296.126	6.634	*.000
	داخل المجموعات	11069.855	248	44.637		
	المجموع	11958.234	251			
الدرجة الكلية للمقياس	بين المجموعات	105331.272	3	35110.424	16.921	*.000
	داخل المجموعات	514600.283	248	2075.001		
	المجموع	619931.556	251			

* دال عند 0.05

يتضح من الجدول (5.16) أن القيمة الاحتمالية (sig.) أقل من (0.05) في جميع المشكلات السلوكية (مشكلة السلوك العدواني ومشكلة النشاط الزائد ومشكلة السرقة ومشكلة الكذب ومشكلة الانسحاب الاجتماعي)، وبذلك يمكن استنتاج أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في جميع المشكلات السلوكية لدى الأطفال ذوي الإعاقة السمعية تعزى لمتغير مكان السكن (الشمال، غزة، الوسطى، الجنوب).

ولحساب الفروق بين المجموعات تم استخدام اختبار (Scheffe) وقد كانت النتائج كما هي موضحة في الجدول (5.17)

جدول (5.17): نتائج اختبار شيفيه للفروق بين المجموعات في مشكلة السلوك العدواني (حسب مكان السكن)

مكان السكن	الشمال	غزة	الوسطى	الجنوب
مكان السكن	32.30	19.54	24.84	31.48
الشمال	0			
غزة	*12.76	0		
الوسطى	7.46	5.3	0	
الجنوب	0.82	*11.94	6.64	0

* دال عند 0.05

يتضح من الجدول (5.17) أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مشكلة السلوك العدواني لدى الأطفال ذوي الإعاقة السمعية بين الأطفال في منطقة الجنوب والأطفال في منطقة غزة لصالح الأطفال في منطقة الشمال، كما توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مشكلة السلوك العدواني لدى الأطفال ذوي الإعاقة السمعية في منطقة الشمال والأطفال في منطقة غزة لصالح الأطفال في منطقة الشمال.

جدول (5.18): نتائج اختبار شيفيه للفروق بين المجموعات في مشكلة النشاط الزائد (حسب مكان السكن)

مكان السكن	الشمال	غزة	الوسطى	الجنوب
الشمال 29.48	0			
غزة 19.61	*9.87	0		
الوسطى 25.08	4.4	5.47	0	
الجنوب 30.82	1.34	*11.21	5.74	0

* دال عند 0.05

يتضح من الجدول (5.18) أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مشكلة النشاط الزائد لدى الأطفال ذوي الإعاقة السمعية بين الأطفال في منطقة الجنوب والأطفال في منطقة غزة لصالح الأطفال في منطقة الشمال، كما توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مشكلة النشاط الزائد لدى الأطفال ذوي الإعاقة السمعية في منطقة الشمال والأطفال في منطقة غزة لصالح الأطفال في منطقة الشمال.

جدول (5.19): نتائج اختبار شيفيه للفروق بين المجموعات في مشكلة السرقة (حسب مكان السكن)

مكان السكن	الشمال	غزة	الوسطى	الجنوب
الشمال 17.67	0			
غزة 13.30	*4.37	0		
الوسطى 16.56	1.11	3.26	0	
الجنوب 18.97	1.3	*5.67	2.41	0

* دال عند 0.05

يتضح من الجدول (5.19) أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مجموع المشكلات السلوكية لدى الأطفال ذوي الإعاقة السمعية بين الأطفال في منطقة الجنوب والأطفال في منطقة غزة لصالح الأطفال في منطقة الشمال، كما توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مجموع المشكلات السلوكية لدى الأطفال ذوي الإعاقة السمعية في منطقة الشمال والأطفال في منطقة غزة لصالح الأطفال في منطقة الشمال.

جدول (5.20): نتائج اختبار شيفيه للفروق بين المجموعات في مشكلة الكذب (حسب مكان

السكن)

مكان السكن	الشمال	غزة	الوسطى	الجنوب
32.93	0	23.09	29.12	34.95
غزة 23.09	*9.84	0		
الوسطى 29.12	3.81	6.03	0	
الجنوب 34.95	2.02	*11.86	5.83	0

* دال عند 0.05

يتضح من الجدول (5.20) أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مجموع المشكلات السلوكية لدى الأطفال ذوي الإعاقة السمعية بين الأطفال في منطقة الجنوب والأطفال في منطقة غزة لصالح الأطفال في منطقة الشمال، كما توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مجموع المشكلات السلوكية لدى الأطفال ذوي الإعاقة السمعية في منطقة الشمال والأطفال في منطقة غزة لصالح الأطفال في منطقة الشمال.

جدول (5.21): نتائج اختبار شيفيه للفروق بين المجموعات في مشكلة الانسحاب الاجتماعي
(حسب مكان السكن)

مكان السكن	الشمال	غزة	الوسطى	الجنوب
الشمال 19.80	0			
غزة 15.41	*4.39	0		
الوسطى 17.08	2.72	1.67	0	
الجنوب 18.98	0.82	*3.57	1.9	0

* دال عند 0.05

يتضح من الجدول (5.21) أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مشكلة الانسحاب الاجتماعي لدى الأطفال ذوي الإعاقة السمعية بين الأطفال في منطقة الجنوب والأطفال في منطقة غزة لصالح الأطفال في منطقة الشمال، كما توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مشكلة الانسحاب الاجتماعي لدى الأطفال ذوي الإعاقة السمعية في منطقة الشمال والأطفال في منطقة غزة لصالح الأطفال في منطقة الشمال.

جدول (5.22): نتائج اختبار شيفيه للفروق بين المجموعات في مجموع المشكلات السلوكية
(حسب مكان السكن)

مكان السكن	الشمال	غزة	الوسطى	الجنوب
الشمال 132.20	0			
غزة 90.94	*41.26	0		
الوسطى 112.68	19.52	21.74	0	
الجنوب 135.21	3.01	*44.27	22.53	0

* دال عند 0.05

يتضح من الجدول (5.22) أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مجموع المشكلات السلوكية لدى الأطفال ذوي الإعاقة السمعية بين الأطفال في منطقة الجنوب والأطفال في منطقة غزة لصالح الأطفال في منطقة الشمال، كما توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مجموع المشكلات السلوكية لدى الأطفال ذوي الإعاقة السمعية في منطقة الشمال والأطفال في منطقة غزة لصالح الأطفال في منطقة الشمال.

وترى الباحثة أن هذه النتيجة قد ترجع إلى اختلاف المؤسسات التي تتعامل مع الأطفال ذوي الإعاقة واختلاف توجهات هذه المؤسسات وطرق التعامل مع الأطفال فيها، كما ترى الباحثة أن ارتفاع المشكلات السلوكية لدى الأطفال في المناطق الجنوبية والشمالية قد يكون عائداً إلى كون هذه المناطق هي مناطق حدودية وبنالها النصيب الأكبر من التضرر أثناء الحروب والمواجهات المتكررة على قطاع غزة، كما ترى الباحثة أن ضعف المشكلات السلوكية لدى الأطفال في منطقة غزة قد يعود إلى زيادة الاهتمام في هذه المنطقة كونها كالعاصمة بالنسبة لقطاع غزة وقلة الاهتمام بالمناطق الشمالية والجنوبية لبعدها المكاني عن محافظة غزة.

عرض نتائج اختبار الفرض التاسع ومناقشته:

وينص على "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة $\alpha \geq 0.05$ في المشكلات السلوكية لدى الأطفال ذوي الإعاقة في قطاع غزة تعزى لمتغير ترتيب الطفل في الأسرة (الأول (الأكبر) /الأوسط/ الأخير (الأصغر))."

للتحقق من هذا الفرض تم استخدام اختبار (تحليل التباين الأحادي - One-Way Anova) لدراسة الفروقات في ترتيب الطفل في الأسرة لدى الأطفال ذوي الإعاقة السمعية، والنتائج موضحة من خلال الجدول التالي:

جدول (5.23): نتائج تحليل التباين الأحادي لكشف الفروق في المشكلات السلوكية بالنسبة لترتيب الطفل في الأسرة لدى الأطفال ذوي الإعاقة السمعية.

N=252

المقياس	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة F المحسوبة	مستوى الدلالة
مشكلة السلوك العدواني	بين المجموعات	248.146	2	124.073	.680	.507
	داخل المجموعات	45404.711	249	182.348		
	المجموع	45652.857	251			
مشكلة النشاط الزائد	بين المجموعات	478.573	2	239.286	1.413	.245
	داخل المجموعات	42172.316	249	169.367		
	المجموع	42650.889	251			
مشكلة السرقة	بين المجموعات	161.374	2	80.687	1.302	.274
	داخل المجموعات	15430.340	249	61.969		
	المجموع	15591.714	251			
مشكلة الكذب	بين المجموعات	477.350	2	238.675	1.166	.313
	داخل المجموعات	50971.551	249	204.705		
	المجموع	51448.901	251			
مشكلة الانسحاب الاجتماعي	بين المجموعات	18.085	2	9.043	.189	.828
	داخل المجموعات	11940.149	249	47.952		
	المجموع	11958.234	251			
الدرجة الكلية للمقياس	بين المجموعات	4517.471	2	2258.735	.914	.402
	داخل المجموعات	615414.085	249	2471.543		
	المجموع	619931.556	251			

يتضح من الجدول (5.23) أن القيمة الاحتمالية (sig.) أكبر من (0.05) في جميع المشكلات السلوكية (مشكلة السلوك العدواني ومشكلة النشاط الزائد ومشكلة السرقة ومشكلة الكذب ومشكلة الانسحاب الاجتماعي)، وبذلك يمكن استنتاج أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في جميع المشكلات السلوكية لدى الأطفال ذوي الإعاقة السمعية تعزى لمتغير ترتيب الطفل في الأسرة (الأول (الأكبر) /الأوسط/ الأخير (الأصغر)).

وتعزو الباحثة هذه النتيجة إلى أن المعاق سمعياً هو معاق بالدرجة الأولى مهما كان ترتيبه داخل الأسرة، بمعنى أن هناك خصائص مشتركة تجمع بين غالبية المعاقين سمعياً، وهي الخصائص التي تفرضها الإعاقة السمعية، فتجعل المعاقين سمعياً يحاولون التخلص من اتجاهات الآخرين السلبية في التعامل معهم والنظرة الدونية إليهم، لذلك فهم يحاولون التغلب على هذه المشكلات التي تواجههم، وشق طريقهم إلى الاندماج في المجتمع، وأن يقتحموا حواجز الإعاقة لكي يكونوا فاعلين، معتمدين على أنفسهم وليسو عالة على الآخرين.

وتعزو الباحثة هذه النتيجة إلى انتشار الأسر الممتدة في المجتمع الفلسطيني حيث أن الطفل الأول في الأسرة النووية غالباً لن يكون الأول في الأسرة الممتدة والطفل الأخير كذلك مما يجعل معظم الأطفال في الترتيب الأوسط مما يقلل الفروق في المشكلات السلوكية بينهم. كما أن ارتفاع عدد أفراد الأسرة في المجتمع الفلسطيني والتشجيع الدائم على الإنجاب يؤدي أيضاً إلى أن يكون معظم الأطفال في الترتيب الأوسط في الأسرة وبالتالي قلة الفروقات بينهم. كما تعزو الباحثة هذه النتيجة إلى تدخل عوامل أخرى في الترتيب الميلادي للطفل في الأسرة كالطفل الوحيد والذكر الوحيد بين الأخوات الإناث، والأنثى الوحيدة بين الإخوة الذكور، والطفل الذي يولد بعد طفل ميت، كما أن عدد السنوات بين كل طفل والآخر قد يلعب دوراً كبيراً في تشابه الأطفال في مشكلاتهم السلوكية. كما أن الأطفال في الظروف السياسية التي يمر بها الشعب الفلسطيني يمر بها جميع الأطفال على اختلاف ترتيبهم الميلادي. وتتفق نتائج هذه الدراسة مع نتائج دراسة (الجبالي، 2011).

عرض نتائج اختبار الفرض العاشر ومناقشته:

وينص على "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة $\alpha \geq 0.05$ في المشكلات السلوكية لدى الأطفال ذوي الإعاقة السمعية (الصم/ ضعاف السمع/ زارعي القوقعة) في قطاع غزة تعزى لمتغير وجود إخوة ذوي إعاقة سمعية في الأسرة (يوجد/لا يوجد)".

للتحقق من هذا الفرض، قامت الباحثة باستخدام اختبار "T لعينتين مستقلتين"، ويتضح ذلك من خلال الجدول (5.24):

جدول (5.24): نتائج اختبار "T - لعينتين مستقلتين" - وجود إخوة ذوي إعاقة سمعية (الأطفال ذوي الإعاقة السمعية)

N=252

المقياس	وجود إخوة ذوي إعاقة سمعية	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة "t"	مستوى الدلالة
مشكلة السلوك العدواني	يوجد	123	25.19	13.221	-0.386	.699
	لا يوجد	129	25.84	13.779	-0.387	.699
مشكلة النشاط الزائد	يوجد	123	24.11	12.240	-0.921	.358
	لا يوجد	129	25.63	13.758	-0.924	.356
مشكلة السرقة	يوجد	123	16.29	7.648	.762	.447
	لا يوجد	129	15.53	8.111	.763	.446
مشكلة الكذب	يوجد	123	28.71	13.977	.125	.900
	لا يوجد	129	28.48	14.687	.126	.900
مشكلة الانسحاب الاجتماعي	يوجد	123	16.30	7.114	-2.293	*.023
	لا يوجد	129	18.28	6.578	-2.289	*.023
الدرجة الكلية للمقياس	يوجد	123	110.60	48.729	-0.505	.614
	لا يوجد	129	113.77	50.745	-0.505	.614

•دالة عند 0.05

يتضح من الجدول (5.23) أن القيمة الاحتمالية (sig.) أقل من (0.05) في مشكلة الانسحاب الاجتماعي وأكبر من (0.05) في مشكلة السلوك العدواني ومشكلة النشاط الزائد ومشكلة السرقة ومشكلة الكذب، وبذلك يمكن استنتاج أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مشكلة الانسحاب الاجتماعي لدى الأطفال ذوي الإعاقة السمعية تعزى لمتغير وجود إخوة ذوي إعاقة سمعية في الأسرة (يوجد/ لا يوجد) لصالح الأطفال الذين لا يوجد لديهم إخوة ذوي إعاقة سمعية، بينما لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المشكلات السلوكية لدى الأطفال ذوي الإعاقة السمعية تعزى لمتغير وجود إخوة ذوي إعاقة سمعية في الأسرة (يوجد/ لا يوجد) في مشكلة السلوك العدواني ومشكلة النشاط الزائد ومشكلة السرقة ومشكلة الكذب.

وتعزو الباحثة عدم وجود فروق في معظم المشكلات السلوكية تبعاً لمتغير وجود إخوة ذوي إعاقة سمعية في الأسرة إلى أن الإعاقة لها نفس الوقع والتأثير على الأسرة أياً كان عدد المعاقين فيها، وأن النتيجة المتوقعة من عملية الإرشاد والتوجيه النفسي للأسرة تؤثر إيجابياً على الأسرة سواء كان لديها معاق واحد أو أكثر، كما وأنه في ظل توفر الدعم المالي والاجتماعي للأسرة يزداد مع زيادة عدد المعاقين فيها، كما ترى الباحثة أن التعاليم الإسلامية التي يتمتع بها المجتمع الفلسطيني لها الأثر الأكبر في عدم تأثير مستوى المشكلات السلوكية على متغير وجود إخوة معاقين في الأسرة، فالإسلام يدعو إلى إيمان وصلة قوية بالله تريح النفس وترضي العقل والشعور، وتسمو بالأفراد والجماعات، إن الإسلام بكل هذه التعاليم يخلق الجو الصحي نفسياً وعقلياً ويقضي على أكثر ما تعانیه مجتمعاتنا المعاصرة من الشعور بالاغتراب والإحباط والشعور بالعجز وما يصاحب ذلك من عنف وتوتر وجريمة. وبالرغم من ندرة الدراسات التي تناولت دراسة متغير وجود إخوة ذوي إعاقة في الأسرة فقد اتفقت نتائج هذه الدراسة مع دراسة (الربيعي، 2011) ودراسة (القمش، 2006).

كما تعزو الباحثة وجود فروق في مشكلة الانسحاب الاجتماعي لصالح الأطفال الذين يوجد لديهم إخوة ذوي إعاقة سمعية في الأسرة إلى أن عدم وجود آخرين معاقين في الأسرة يزيد من شعور الطفل المعاق بالوحدة والعزلة الاجتماعية.

عرض نتائج اختبار الفرض الحادي عشر ومناقشته:

وينص على "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة $\alpha \geq 0.05$ في المشكلات السلوكية لدى الأطفال ذوي الإعاقة السمعية (الصم/ ضعاف السمع/ زارعي القوقعة) في قطاع غزة تعزى لمتغير المستوى التعليمي للأب (أقل من ثانوية عامة/ثانوية عامة/ جامعي/ دراسات عليا)."

للتحقق من هذا الفرض تم استخدام اختبار (تحليل التباين الأحادي - One-Way Anova) لدراسة الفروقات بين المستويات التعليمية التالية (أقل من ثانوية عامة/ثانوية عامة/ جامعي/ دراسات عليا) لأباء الأطفال ذوي الإعاقة السمعية، والنتائج موضحة من خلال الجدول التالي:

جدول (5.25): نتائج تحليل التباين الأحادي لكشف الفروق في المشكلات السلوكية بالنسبة للمستوى التعليمي للأب لدى الأطفال ذوي الإعاقة السمعية.

N=252

المقياس	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة F المحسوبة	مستوى الدلالة
مشكلة السلوك العدواني	بين المجموعات	631.968	3	210.656	1.160	.325
	داخل المجموعات	45020.890	248	181.536		
	المجموع	45652.857	251			
مشكلة النشاط الزائد	بين المجموعات	532.525	3	177.508	1.045	.373
	داخل المجموعات	42118.364	248	169.832		
	المجموع	42650.889	251			
مشكلة السرقة	بين المجموعات	171.522	3	57.174	.920	.432
	داخل المجموعات	15420.192	248	62.178		
	المجموع	15591.714	251			
مشكلة الكذب	بين المجموعات	673.786	3	224.595	1.097	.351
	داخل المجموعات	50775.115	248	204.738		
	المجموع	51448.901	251			
مشكلة الانسحاب الاجتماعي	بين المجموعات	46.403	3	15.468	.322	.809
	داخل المجموعات	11911.831	248	48.032		
	المجموع	11958.234	251			
الدرجة الكلية للمقياس	بين المجموعات	7065.503	3	2355.168	.953	.416
	داخل المجموعات	612866.053	248	2471.234		
	المجموع	619931.556	251			

يتضح من الجدول (5.25) أن القيمة الاحتمالية (sig.) أكبر من (0.05) في جميع المشكلات السلوكية (مشكلة السلوك العدواني ومشكلة النشاط الزائد ومشكلة السرقة ومشكلة الكذب ومشكلة الانسحاب الاجتماعي)، بذلك يمكن استنتاج أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في جميع المشكلات السلوكية لدى الأطفال ذوي الإعاقة السمعية والعاديين تعزى لمتغير المستوى التعليمي للأب (أقل من ثانوية عامة/ثانوية عامة/جامعي/دراسات عليا).

وتعزو الباحثة هذه النتيجة إلى قضاء الأطفال ذوي الإعاقة السمعية معظم أوقاتهم في المؤسسات الخاصة بذوي الإعاقة والتفاعل مع المشرفين أكثر من تعاملهم مع ذويهم، مما يجعل دور المستوى التعليمي للأمهات غير مؤثر في المشكلات السلوكية لأبنائهم. وتتفق نتائج هذه الدراسة مع دراسة (الحربي، 2003).

عرض نتائج اختبار الفرض الثاني عشر ومناقشته:

وينص على "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة $\alpha \geq 0.05$ في المشكلات السلوكية لدى الأطفال ذوي الإعاقة السمعية (الصم/ ضعاف السمع/ زارعي القوقعة) في قطاع غزة تعزى لمتغير المستوى التعليمي للأم (أقل من ثانوية عامة/ثانوية عامة/ جامعي/ دراسات عليا)."

للتحقق من هذا الفرض تم استخدام اختبار (تحليل التباين الأحادي - One-Way Anova) لدراسة الفروقات بين المستويات التعليمية التالية (أقل من ثانوية عامة/ثانوية عامة/ جامعي/ دراسات عليا) لأمهات الأطفال ذوي الإعاقة السمعية، والنتائج موضحة من خلال الجدول التالي:

جدول (5.26): نتائج تحليل التباين الأحادي لكشف الفروق في المشكلات السلوكية بالنسبة للمستوى التعليمي للأم لدى الأطفال ذوي الإعاقة السمعية.

المقياس	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة F المحسوبة	مستوى الدلالة
مشكلة السلوك العدواني	بين المجموعات	204.913	3	68.304	.373	.773
	داخل المجموعات	45447.944	248	183.258		
	المجموع	45652.857	251			
مشكلة النشاط الزائد	بين المجموعات	84.701	3	28.234	.164	.920
	داخل المجموعات	42566.188	248	171.638		
	المجموع	42650.889	251			
مشكلة السرقة	بين المجموعات	237.097	3	79.032	1.276	.283
	داخل المجموعات	15354.618	248	61.914		
	المجموع	15591.714	251			
مشكلة الكذب	بين المجموعات	946.885	3	315.628	1.550	.202
	داخل المجموعات	50502.016	248	203.637		
	المجموع	51448.901	251			
مشكلة الانسحاب الاجتماعي	بين المجموعات	154.785	3	51.595	1.084	.356
	داخل المجموعات	11803.449	248	47.595		
	المجموع	11958.234	251			
الدرجة الكلية للمقياس	بين المجموعات	5394.748	3	1798.249	.726	.537
	داخل المجموعات	614536.807	248	2477.971		
	المجموع	619931.556	251			

يتضح من الجدول (5.26) أن القيمة الاحتمالية (sig.) أكبر من (0.05) في جميع المشكلات السلوكية (مشكلة السلوك العدواني ومشكلة النشاط الزائد ومشكلة السرقة ومشكلة الانسحاب الاجتماعي ومشكلة الكذب)، وبذلك يمكن استنتاج أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في جميع المشكلات السلوكية لدى الأطفال ذوي الإعاقة السمعية تعزى لمتغير المستوى التعليمي للأُم (أقل من ثانوية عامة/ثانوية عامة/جامعي/دراسات عليا).

وتعزو الباحثة هذه النتيجة إلى قضاء الأطفال ذوي الإعاقة السمعية معظم أوقاتهم في المؤسسات الخاصة بذوي الإعاقة والتفاعل مع المشرفين أكثر من تعاملهم مع ذويهم، مما يجعل دور المستوى التعليمي للأمهات غير مؤثر في المشكلات السلوكية لأبنائهم. كما تعزو الباحثة هذه النتيجة إلى قضاء الأب فترة طويلة من يومه خارج المنزل مما يقلل من فرص تفاعله مع الأبناء، وقد يكون ذلك للبحث عن لقمة العيش باستمرار أو لانشغاله بأعماله، أو لأي أمور أخرى. كما يبدو أن انصهار المجتمع الفلسطيني بشكل عام والأطفال ذوي الإعاقة السمعية بشكل خاص في إطار اجتماعي واحد يخفف من أثر تعليم الأب بحيث يصبح تأثير الثقافة والعادات والتقاليد أقوى من تأثير الأب. وتتفق نتائج هذه الدراسة مع دراسة (الحربي، 2003).

عرض نتائج الدراسة:

1. بلغ الوزن النسبي للمشكلات السلوكية لدى الأطفال ذوي الإعاقة السمعية (38.04). وهذا يعني أن المشكلات السلوكية لدى الأطفال ذوي الإعاقة السمعية توجد بشكل متوسط.
2. أكثر المشكلات السلوكية تكراراً لدى الأطفال ذوي الإعاقة السمعية مشكلة الانسحاب الاجتماعي تليها مشكلة النشاط الزائد تليها مشكلة السلوك العدواني تليها مشكلة الكذب تليها مشكلة السرقة.
3. ولا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مشكلة النشاط الزائد ومشكلة الكذب ومشكلة الانسحاب الاجتماعي لدى الأطفال ذوي الإعاقة السمعية تعزى لمتغير نوع الإعاقة (الصم/ضعاف السمع/ زارعي القوقعة). بينما توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مشكلة السلوك العدواني ومشكلة السرقة لدى الأطفال ذوي الإعاقة السمعية تعزى لمتغير نوع الإعاقة (الصم/ضعاف السمع/ زارعي القوقعة) لصالح الأطفال زارعي القوقعة.
4. توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المشكلات السلوكية لدى الأطفال ذوي الإعاقة السمعية والعاديين في جميع المشكلات السلوكية لصالح العاديين.
5. توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المشكلات السلوكية لدى الأطفال ذوي الإعاقة السمعية تعزى لمتغير الجنس (ذكر/أنثى) لصالح الذكور في جميع المشكلات السلوكية.
6. توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مشكلة السرقة لدى الأطفال ذوي الإعاقة السمعية والعاديين تعزى لمتغير عمر الطفل (أقل من 10 سنوات/ 10 سنوات فأكثر) لصالح الأطفال الأقل من 10 سنوات، بينما لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مشكلة السلوك العدواني ومشكلة النشاط الزائد ومشكلة الكذب ومشكلة الانسحاب الاجتماعي لدى الأطفال ذوي الإعاقة السمعية تعزى لمتغير عمر الطفل (أقل من 10 سنوات/ 10 سنوات فأكثر).
7. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في جميع المشكلات السلوكية لدى الأطفال ذوي الإعاقة السمعية تعزى لمتغير تاريخ الإعاقة (قبل سن 5 سنوات/ 5 سنوات فأكثر).
8. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مشكلة السلوك العدواني ومشكلة النشاط الزائد ومشكلة السرقة ومشكلة الكذب لدى الأطفال ذوي الإعاقة السمعية تعزى لمتغير سبب الإعاقة (مرض، إصابة، وراثية). بينما توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مشكلة الانسحاب الاجتماعي لدى الأطفال ذوي الإعاقة السمعية تعزى لمتغير سبب الإعاقة (مرض، إصابة، وراثية) لصالح الأطفال الذين كان المرض سبباً في إعاقتهم.

9. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في ومشكلة السرقة ومشكلة الكذب ومشكلة النشاط الزائد لدى الأطفال ذوي الإعاقة السمعية تعزى لمتغير التحصيل الدراسي (ممتاز، جيد جداً، جيد، مقبول)، بينما توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مشكلة الانسحاب الاجتماعي ومشكلة السلوك العدواني لدى الأطفال ذوي الإعاقة السمعية تعزى لمتغير التحصيل الدراسي (ممتاز، جيد جداً، جيد، مقبول) لصالح الأطفال الذين تحصيلهم الدراسي مقبول.
10. توجد فروق ذات دلالة إحصائية في جميع المشكلات السلوكية لدى الأطفال ذوي الإعاقة السمعية تعزى لمتغير مكان السكن (الشمال، غزة، الوسطى، الجنوب) لصالح مناطق الشمال والجنوب.
11. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المشكلات السلوكية لدى الأطفال ذوي الإعاقة السمعية في جميع المشكلات السلوكية تعزى لمتغير المستوى الاقتصادي للأسرة (مرتفع، متوسط، منخفض).
12. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في جميع المشكلات السلوكية لدى الأطفال ذوي الإعاقة السمعية تعزى لمتغير ترتيب الطفل في الأسرة (الأول (الأكبر) /الأوسط/ الأخير (الأصغر)).
13. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المشكلات السلوكية لدى الأطفال ذوي الإعاقة السمعية تعزى لمتغير وجود إخوة ذوي إعاقة سمعية في الأسرة (يوجد/ لا يوجد) في مشكلة السلوك العدواني ومشكلة النشاط الزائد ومشكلة السرقة ومشكلة الكذب، بينما توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مشكلة الانسحاب الاجتماعي لدى الأطفال ذوي الإعاقة السمعية تعزى لمتغير وجود إخوة ذوي إعاقة سمعية في الأسرة (يوجد/ لا يوجد) لصالح الأطفال الذين لا يوجد لديهم إخوة ذوي إعاقة سمعية.
14. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في جميع المشكلات السلوكية لدى الأطفال ذوي الإعاقة السمعية والعادين تعزى لمتغير المستوى التعليمي للأب (أقل من ثانوية عامة/ثانوية عامة/ جامعي/ دراسات عليا).
15. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في جميع المشكلات السلوكية لدى الأطفال ذوي الإعاقة السمعية تعزى لمتغير المستوى التعليمي للأم (أقل من ثانوية عامة/ثانوية عامة/ جامعي/ دراسات عليا).

التوصيات:

1. الاهتمام بذوي الاحتياجات الخاصة بشكل عام والمعاقين سمعياً بشكل خاص وذلك بتوفير المراكز والمدارس المتخصصة لرعايتهم وتربيتهم وتعليمهم، حيث أن عدد هذه المراكز في قطاع غزة قليل وغير متوزع جغرافياً بطريقة عادلة.
2. قيام المختصين بوضع خطط إرشادية للمشكلات السلوكية في المدارس الحكومية وفي المؤسسات الخاصة بذوي الإعاقة السمعية بهدف التغلب عليها.
3. ضرورة توعية أولياء الأمور بالمشكلات السلوكية لدى أبنائهم وأسبابها وطرق التخلص منها.
4. قيام المرشدين النفسيين في المدارس الحكومية ومؤسسات التربية الخاصة للأطفال ذوي الإعاقة السمعية بوضع برامج توعوية للسلوك لتجنب وصول المشكلات السلوكية إلى درجة الإضطراب الذي قد يصعب علاجه.
5. تنظيم البرامج التلفزيونية التي تسهم في توعية المجتمع بأسباب الإعاقة السمعية وأساليب الوقاية منها وكيفية التعامل مع الأطفال المعاقين للوصول بهم إلى درجة من التوافق النفسي وتجنب المشكلات السلوكية.
6. أن تعمل الجهات المعنية على تطوير مستوى وعي الأسرة والمجتمع بالأهمية الكبيرة للغة الإشارة وضرورة تدريبهم على تعلمها عن طريق البرامج التوعوية من خلال وسائل الإعلام المختلفة ومواقع التواصل الإجتماعي، وتصحيح بعض المفاهيم والاتجاهات الخاطئة.
7. على الجهات المعنية توفير الأجهزة والمعينات السمعية بالشكل الذي قد يساعدهم على ممارسة مهارات الحياة، وفي النواحي التعليمية والاجتماعية.
8. أهمية الفحص والاكتشاف المبكر لحالات الإعاقة السمعية ومساعدة هذه الحالات على الاستفادة من الخدمات المختلفة للمؤسسات.
9. توفير فرص عمل للصم بما يتوافق مع قدراتهم وإمكاناتهم التي تم تدريبهم عليها خلال التأهيل المهني في المدارس الخاصة.

المقترحات:

وفي ضوء النتائج التي توصلت إليها الدراسة تبين للباحثة مدى الحاجة لاهتمام الباحثين لإجراء مجموعة من الدراسات البحثية ومن أهمها:

1. إجراء دراسة مسحية لواقع المعاقين في قطاع غزة.
2. تصميم برنامج إرشادي للتخفيف من المشكلات السلوكية لدى الأطفال في المدارس الحكومية.
3. تصميم برنامج إرشادي للتخفيف من المشكلات السلوكية لدى الأطفال ذوي الإعاقة السمعية.
4. المشكلات السلوكية لدى الأطفال ذوي الإعاقة السمعية والبصرية والحركية "دراسة مقارنة".
5. المشكلات السلوكية لدى الأطفال ذوي الإعاقة السمعية وعلاقتها بالتنشئة الاجتماعية.
6. دراسة أثر المشكلات السلوكية للطفل المعاق على التكيف النفسي والاجتماعي.
7. دراسة حول اتجاهات ذوي المعاقين سمعياً نحو إعاقة أبنائهم.

المصادر والمراجع

المصادر والمراجع

أولاً: المراجع العربية:

القرآن الكريم.

اسماعيل، ياسر يوسف. (2009م). المشكلات السلوكية لدى الأطفال المحرومين من بيئتهم الأسرية (رسالة ماجستير غير منشورة). الجامعة الإسلامية، غزة.

بحراوي والتل، عاطف عبد الله وسهير ممدوح. (2012م). النمو اللغوي لدى المعاقين سمعياً. عمان: زمزم للنشر والتوزيع.

بخش، أميرة طه. (2000م). مقدمة في التربية الخاصة. جدة: مكتبة الملك فهد الوطنية.

بدير، كريمان محمد. (2015م). مشكلات طفل الروضة وأساليب معالجتها. عمان: دار المسيرة.

بركات، زياد. (2009م). مظاهر السلوك السلبي لدى تلاميذ المرحلة الأساسية من وجهة نظر المعلمين وأساليب مواجهتهم لها. مجلة جامعة النجاح للأبحاث. العلوم الإنسانية 22(4). 1217-1258.

البطائنة، أسامة محمد والجراح؛ عبد الناصر، ذياب؛ وغوانمة، مأمون محمود. (2009م). علم نفس الطفل غير العادي. ط2. عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع.

بطرس، حافظ بطرس. (2010م). طرق تدريس الطلبة المضطربين سلوكياً وانفعالياً. عمان: دار المسيرة.

بهادر، سعيدية محمد. (1983م). دليل الآباء والمعلمين في مواجهة المشكلات اليومية للأطفال والمرهقين. الكويت: مطبعة الرسالة.

الجبالي، حمزة. (2006م). مشاكل الطفل والمرهق النفسية. عمان: دار أسامة للنشر والتوزيع.

الجوالدة، فؤاد عيد (2012م). الإعاقة السمعية. عمان: دار الثقافة للنشر والتوزيع.

الحري، عواض بن محمد عويض. (2003م). العلاقة بين مفهوم الذات والسلوك العدوانى لدى الطلاب الصم (رسالة ماجستير غير منشورة). أكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض.

الحري، رافدة والإمامي، سمير. (2011م). الإرشاد التربوي والنفسي في المؤسسات التعليمية. عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع.

الحسن، أمل مأمون محمد. (2007). المشكلات السلوكية لدى تلاميذ مرحلة التعليم الأساسي بولاية الخرطوم وعلاقتها بالتحصيل الدراسي وبعض المتغيرات الأخرى، (رسالة ماجستير غير منشورة). كلية الدراسات العليا، الخرطوم.

حفني، غادة عبد الحميد (2001): دراسة لبعض المشكلات النفسية للأطفال متعددي الإعاقات ودور الأخصائي في التعامل معها (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة عين شمس، مصر.

الحلو، محمد وفائي/علاوي وننيل، رامي أسعد ابراهيم. (2007م). السمات المميزة لشخصيات المعاقين سمعياً وبصرياً وحركياً في ضوء بعض المتغيرات. مجلة الجامعة الإسلامية (سلسلة الدراسات الإنسانية)، 15(2)، 875 - 924.

خصاونة، محمد أحمد؛ وأبو شعيرة، خالد محمد؛ وغباري، نائر أحمد (2010م). التربية الخاصة بين التوجهات النظرية والتطبيقية. عمان: مكتبة المجتمع العربي للنشر والتوزيع.

الخطيب، جمال. (2003م). تعديل السلوك الإنساني. الكويت: مكتبة الفلاح

الخطيب، محمد جواد/محمد. (2004م). التوجيه والإرشاد النفسي بين النظرية والتطبيق. ط3. غزة: مكتبة آفاق.

الخطيب، محمد جواد/محمد. (2007م). مدى فاعلية برنامج إرشادي نفسي تربوي لتخفيف المشكلات السلوكية لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية الدنيا باستخدام أساليب اللعب (فن-دراما) في مدارس وكالة الغوث الدولية بغزة. مجلة جامعة الأزهر-غزة، سلسلة العلوم الإنسانية، 9(1)، 213 - 272.

الخطيب، جمال محمد؛ والحديدي، منى صبحي. (2009م). المدخل إلى التربية الخاصة. عمان: دار الفكر.

- الخطيب، جمال. (2010م). *تعديل السلوك الإنساني*. ط2، عمان: دار الفكر.
- الخويطر، منيرة؛ والسديري. منى. (2008م). *القوقعة الاصطناعية ودورها في التدخل المبكرة*. الندوة العلمية الثامنة للاتحاد العربي للهيئات العاملة في رعاية الصم (تطوير التعليم والتأهيل للأشخاص الصم وضعاف السمع) 497-505.
- الدهشمي، محمد عامر. (2007م). *دليل الطلبة والعاملين في التربية الخاصة*. عمان: دار الفكر.
- راجح، أحمد عزت. (1968م). *أصول علم النفس*. القاهرة: دار الكاتب العربي.
- الربيعي، علاء جمال. (2011م). *الاضطرابات السلوكية والانفعالية لدى الأطفال الصم وعلاقتها بالتوافق الأسري* (رسالة ماجستير غير منشورة). الجامعة الإسلامية، غزة.
- رجب، مصطفى. (1999م). *أطفالنا ومشكلاتهم التربوية والنفسية*. القاهرة: المكتب المصري لتوزيع المطبوعات.
- الروسان، فاروق. (2001م). *سيكولوجية الأطفال غير العاديين*، ط5. عمان: دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع.
- الزراقي، منيرة مقبول عويضة. (2010م). *دور الأسرة المسلمة في علاج بعض المشكلات السلوكية لدى الأطفال من وجهة نظر الأمهات في مدينة مكة المكرمة، دراسة ميدانية* (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة أم القرى، مكة المكرمة.
- الزريقات، إبراهيم. (2009م). *الإعاقة السمعية مبادئ التأهيل السمعي والكلامي والتربوي*. عمان: دار الفكر.
- الزعبي، أحمد محمد. (2005م). *مشكلات الأطفال النفسية والسلوكية والدراسية أسبابها وسبل علاجها*. دمشق: دار الفكر.
- زهران، حامد عبد السلام. (2005م). *علم نفس النمو الطفولة والمراهقة*. ط6. القاهرة: عالم الكتب.
- زهران، حامد عبد السلام. (2005م). *الصحة النفسية والعلاج النفسي*. ط4. القاهرة: عالم الكتب.

أبو زيد، أحمد محمد جاد الرب؛ وحسن، ياسر عبدالله حنفي. (2009م). مدى فاعلية التدريب على المهارات الاجتماعية في خفض بعض الاضطرابات السلوكية والوجدانية لدى الأطفال الصم. *دراسات تربوية واجتماعية*، 15(4)، 87-141.

سالم، سري محمد رشدي. (2014م). العنف الأسري وعلاقته بالسلوك العدواني لدى التلاميذ الصم في معاهد وبرامج التربية الخاصة. *مجلة التربية الخاصة والتأهيل*، 1(2)، 151-200.

السحار، ختام اسماعيل؛ والبرعاوي، أنور علي. (2015م). *المشكلات السلوكية والتربوية لدى طلبة المرحلة الأساسية الأولى بعد عدوان 2014 من وجهة نظر المعلمين*. المؤتمر التربوي الخامس "التداعيات التربوية والنفسية للحرب على غزة"، الجامعة الإسلامية، غزة.

سعادة، جودت أحمد؛ وأبو زيادة، إسماعيل جابر؛ وزامل، مجدي علي. (2002). *المشكلات السلوكية لدى الأطفال الفلسطينيين في المرحلة الأساسية الدنيا بمحافظة نابلس خلال انتفاضة الأقصى كما يراها المعلمون وعلاقتها ببعض المتغيرات*، مجلة جامعة النجاح للأبحاث، (العلوم الإنسانية)، 16(2)، 547-587.

سليمان، عبد الرحمن سيد. (1999م). *سيكولوجية نوي الحاجات الخاصة (المفهوم والفئات)*. القاهرة: مكتبة زهراء الشرق.

شحاتة، حسن؛ والنجار، زينب. (2003م). *معجم المصطلحات التربوية والنفسية*. القاهرة: الدار المصرية اللبنانية.

شحيمة، محمد أيوب. (1994م). *مشاكل الأطفال كيف نفهمها؟ المشكلات والانحرافات الطفولية وسبل علاجها*. بيروت: دار الفكر اللبناني.

الشريف، عبد الفتاح عبد المجيد. (2011م). *التربية الخاصة وبرامجها العلاجية*. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

شعبان، كاملة الفرخ وتيم، عبد الجابر. (1999م). *مبادئ التوجيه والإرشاد النفسي*. عمان: دار الصفاء للنشر والتوزيع.

شعبان، كاملة؛ الفرخ، وتيم، عبد الجابر. (1999م). *النمو الانفعالي عند الطفل*. عمان: دار الصفاء للنشر والتوزيع.

الصالح، تهاني محمد عبد القادر. (2012م). درجة مظاهر وأسباب السلوك العدواني لدى طلبة المرحلة الأساسية في المدارس الحكومية في محافظات شمال الضفة الغربية وطرق علاجها من وجهة نظر المعلمين (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة النجاح الوطنية، نابلس.

صوالحة، محمد أحمد (1999م): المشكلات النفسية والاجتماعية لدى عينة من الاطفال المعوقين سمعياً (الصم) في الأردن. مجلة جامعة دمشق للآداب والعلوم الإنسانية والتربوية، 15(2)، 43-77.

الصفدي، عصام حمدي. (2003). الإعاقة السمعية. عمان: دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، الأردن.

الظاهر، قحطان أحمد. (2008م). مدخل إلى التربية الخاصة. ط2. عمان: دار وائل للنشر.

عامر، طارق عبد الرؤوف؛ ومحمد، ربيع عبد الرؤوف (2008م). الإعاقة السمعية. القاهرة: مؤسسة طيبة للنشر والتوزيع.

عبد اللاوي، سعدية. (2012م). المشكلات النفسية والسلوكية لدى أطفال السنوات الثلاثة الأولى ابتدائي وعلاقتها بالتحصيل الدراسي، دراسة ميدانية في بعض المدارس الابتدائية الريفية بدائرة وضية بتيزي وزو (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة مولود معمري-تيزي وزو.

عبد اللطيف، سماح محمد لطفي محمد. (2007م). ثقافة الإعاقة دراسة سوسيوأنثروبولوجية على أسر الأطفال المعاقين بمدينة سوهاج. (رسالة دكتوراة غير منشورة)، جامعة جنوب الوادي، مصر.

عبيد، ماجدة السيد. (2000م). السامعون بأعينهم الإعاقة السمعية. عمان: دار صفاء للنشر والتوزيع.

عبيد، ماجدة السيد. (2010م). المشكلات التي تهدد أمن وسلامة الطلاب المعاقين سمعياً وبناء برنامج مقترح لتحسين فرص السلامة لهم مجلة الجامعة الإسلامية (سلسلة الدراسات الإنسانية)، 18(2)، 479-519.

- العزة، سعيد حسني. (2002م). المدخل إلى التربية الخاصة للأطفال ذوي الحاجات الخاصة. عمان: الدار العلمية الدولية للنشر والتوزيع ودار الثقافة للنشر والتوزيع.
- العساف، صالح محمد. (2006م). المدخل إلى البحث في العلوم السلوكية، الطبعة الرابعة، مكتبة العبيكان، الرياض.
- العقاد، عصام عبد اللطيف. (2001م). سيكولوجية العدوانية وترويضها. القاهرة: دار غريب.
- علبي، عاطف. (2006م). المنهج المقارن مع دراسات تطبيقية. بيروت: المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع مجد.
- العلوجي، صباح ناصر. (2014م). علم وظائف الأعضاء. ط3، عمان: دار الفكر.
- عوض، عباس محمود. (1999م). المدخل إلى علم نفس النمو الطفولة-المراهقة-الشيخوخة. الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.
- العيسوي، عبد الرحمن. (1993م). مشكلات الطفولة والمراهقة أسسها الفيسيولوجية والنفسية. بيروت: دار العلوم العربية.
- فرح والجاك، علي فرح أحمد؛ وجمال سر الختم (2011م). العلاقة بين مفهوم الذات والسلوك العدوانى لدى الطلاب الصم بمعهد الامل بالخرطوم. مجلة العلوم التربوية، ع(11)، 98-165.
- فني، سمير. (2014م). أهمية الزرع القوعي في تنمية مهارة اللغة الشفوية عند الطفل الأصم. دراسات نفسية وتربوية، مخبر تطوير الممارسات النفسية والتربوية، ع(12)، 238-219.
- فهيمى، مصطفى. (1985م). أمراض الكلام. ط5. القاهرة: مكتبة مصر للطباعة.
- القمش، مصطفى نوري والمعايطة؛ خليل عبد الرحمن. (2006م): سيكولوجية الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة مقدمة في التربية الخاصة. عمان: دار المسيرة.
- القمش، مصطفى نوري ؛ والمعايطة، خليل عبد الرحمن. (2009م). الاضطرابات السلوكية والانفعالية. عمان: دار المسيرة.

- القمش، مصطفى نوري. (2006م). المشكلات السلوكية الشائعة لدى الأطفال المعوقين عقلياً داخل المنزل من وجهة نظر الوالدين وعلاقتها ببعض المتغيرات. مجلة جامعة أم القرى للعلوم التربوية والاجتماعية والإنسانية، 18(2)، 183-216
- القوصي، عبد العزيز. (1952). أسس الصحة النفسية. ط4. القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.
- أبو الكاس، رائد محمد. (2008م). رعاية المعاقين في الفكر التربوي الإسلامي في ضوء المشكلات التي يواجهونها (رسالة ماجستير غير منشورة). الجامعة الإسلامية، غزة.
- كاشف، إيمان فؤاد. (2004م). المشكلات السلوكية وتقدير الذات لدى المعاق سمعياً في ظل نظامي العزل والدمج. دراسات نفسية، 14(1)، 69-121.
- كفافي، علاء الدين؛ وعلاء الدين، جهاد. (2006). موسوعة علم النفس التأهيلي. 2 (الإعاقات). القاهرة: دار الفكر العربي.
- كوافحة، تيسير مفلح؛ وعبد العزيز، عمر فؤاد. (2010م). مقدمة في التربية الخاصة، الطبعة الرابعة، عمان : دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.
- بن محمد، فني سمير بن ميلود. (2013م). القوقعة الإلكترونية والإدراك السمعي للصوت والكلام عند الطفل الأصم. دراسات عربية في التربية وعلم النفس، العدد السادس والثلاثون، ع(2)، 157-176.
- بن محمد، فني سمير بن ميلود. (2014م). أهمية الزرع القوقعي في تنمية مهارة اللغة الشفوية عند الطفل الأصم. دراسات نفسية وتربوية، ع(12)، 219-238.
- محمد، سامي. (2013م). تأهيل الأطفال ذوي الضعف السمعي وزراعة القوقعة، أخبار، نشرة شهرية تصدر عن المستشفى السعودي الألماني، ع (97)، 2013.
- مختار، وفيق صفوت. (1999م). مشكلات الأطفال السلوكية. القاهرة: دار العلم والثقافة.
- مدوخ، نور فوزي. (2014). المشاكل السلوكية التي يواجهها المرشدون في عملهم في المدارس الحكومية بقطاع غزة وعلاقتها بأساليب معاملتهم لأبناءهم كما يدركونها (رسالة ماجستير غير منشورة). الجامعة الإسلامية، غزة.

أبو مصطفى، نظمي عودة. (2009م). مظاهر السلوك العدوانى الشائعة لدى الأطفال الفلسطينيين. مجلة الجامعة الإسلامية، سلسلة الدراسات الإنسانية، 17(1)، 487-528.

الملاح، تامر المغاوري محمد. (2015م). الإعاقة السمعية بين التأهيل والتكنولوجيا، الإسكندرية: مكتبة الألوكة.

منصور، طلعت؛ والشرقاوي، أنور؛ وعز الدين، عادل؛ وأبو عوف، فاروق (2003م). أسس علم النفس العام. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

بن منظور، محمد بن مكرم الإفريقي جمال الدين أبو الفضل. (د.ت). لسان العرب. بيروت: دار صادر.

الهشمري، محمد علي قطب؛ وعبد الجواد، وفاء محمد؛ ومحمد، علي اسماعيل (1997م): مشكلة سرقات الأطفال. الرياض: مكتبة العبيكان.

الهشمري، محمد علي قطب؛ وعبد الجواد، وفاء محمد؛ ومحمد، علي اسماعيل. (1997م). الكذب في سلوك الأطفال. الرياض: مكتبة العبيكان.

الهشمري، محمد علي قطب؛ وعبد الجواد، وفاء محمد. (2000م). عدوان الأطفال. الرياض: مكتبة العبيكان.

وافي، ليلي أحمد مصطفى. (2006م). الاضطرابات السلوكية وعلاقتها بمستوى التوافق النفسي لدى الأطفال الصم والمكفوفين (رسالة ماجستير غير منشورة). الجامعة الإسلامية، غزة.

يحيى، إياد محمد. (2006م). المشكلات السلوكية للأطفال المعاقين سمعياً، مجلة أبحاث كلية التربية الأساسية، 3(4)، 127-145.

يحيى، خولة أحمد. (2000م). الاضطرابات السلوكية والانفعالية. عمان: دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع.

ثانياً: المراجع الأجنبية:

Jha,Devanand (2005). Cochlear implants in children, Journal of Child Health, vol(34) 8-75.

الملاحق

ويتضمن:

- الخطاب الموجه إلى وزارة التربية والتعليم لتسهيل مهمة الباحثة في تطبيق أدوات الدراسة على الأطفال في المدارس الحكومية.
- الخطاب الموجه إلى جمعية أطفالنا للصم لتسهيل مهمة الباحثة في تطبيق أدوات الدراسة على الأطفال في المؤسسة.
- الخطاب الموجه إلى مركز بسملة للسمعيات لتسهيل مهمة الباحثة في تطبيق أدوات الدراسة على الأطفال في المؤسسة.
- الخطاب الموجه إلى جمعية الأمل لتأهيل المعاقين لتسهيل مهمة الباحثة في تطبيق أدوات الدراسة على الأطفال في المؤسسة.
- الخطاب الموجه إلى جمعية دير البلح لتأهيل المعاقين لتسهيل مهمة الباحثة في تطبيق أدوات الدراسة على الأطفال في المؤسسة.
- الخطاب الموجه جمعية الأمل لتأهيل المعاقين لتسهيل مهمة الباحثة في تطبيق أدوات الدراسة على الأطفال في المؤسسة.
- الخطاب الموجه للأخصائيين النفسيين في المؤسسات والمدارس الحكومية لمسح المشكلات السلوكية لدى الأطفال ذوي الإعاقة السمعية والعاديين.
- قائمة بأسماء السادة المحكمين لأدوات الدراسة.
- استبانة المشكلات السلوكية للأطفال ذوي الإعاقة السمعية والعاديين بصورتها الأولية.
- استبانة المشكلات السلوكية للأطفال ذوي الإعاقة السمعية بصورتها النهائية.
- استبانة المشكلات السلوكية للأطفال العاديين بصورتها النهائية.
- قائمة بأسماء المؤسسات التي تم تطبيق أدوات الدراسة فيها.
- قائمة بأسماء المدارس التي تم تطبيق أدوات الدراسة عليها.
- الجهاز السمعي.
- زراعة القوقعة الإلكترونية.

ملحق (1): الخطاب الموجه إلى وزارة التربية والتعليم لتسهيل مهمة الباحثة في تطبيق أدوات الدراسة على الأطفال في المدارس الحكومية

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



هاتف داخلي 1150

مكتب نائب رئيس للبحث العلمي والدراسات العليا

الجامعة الإسلامية - غزة
The Islamic University - Gaza

الرقم.....ج.م.ع/35/Ref

التاريخ.....2015/10/03/Date

الأخ الدكتور/ وكيل وزارة التربية والتعليم العالي
حفظه الله
السلام عليكم ورحمة الله وبركاته،

لمن الموضوع/ تسهيل مهمة طالبة ماجستير

تهديكم شئون البحث العلمي والدراسات العليا أعطر تحياتها، وترجو من سيادتكم بمساعدة الطالبة/ أسماء محمد رضوان أبو شعبان، برقم جامعي 220130012 المسجلة في برنامج الماجستير بكلية التربية تخصص الصحة النفسية المجتمعية وذلك بهدف تطبيق أدوات دراستها والحصول على المعلومات التي تساعد في إعداد رسالة الماجستير والتي بعنوان:

المشكلات السلوكية لدى الأطفال ذوي الإعاقة السمعية والعاديين في

قطاع غزة

والله ولي التوفيق،،،

معاون البحث العلمي والدراسات العليا
نائب الرئيس لشئون البحث العلمي والدراسات العليا

أ.د. عبدالرؤف على المناعمة



صورة إلى:-
المنف.

ملحق (2): الخطاب الموجه إلى جمعية أطفالنا للصم لتسهيل مهمة الباحثة في

تطبيق أدوات الدراسة على الأطفال في المؤسسة

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



الجامعة الإسلامية - غزة
The Islamic University - Gaza

هاتف داخلي 1150

مكتب نائب الرئيس للبحث العلمي والدراسات العليا

الرقم.....ج.س.ج.ع/35/...../Ref

التاريخ.....2015/10/03/Date

حفظهم الله

الأخوة الأفاضل/ جمعية أطفالنا للصم - غزة

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته،

لمن الموضوع/ تسهيل مهمة طالبة ماجستير

تهديكم شئون البحث العلمي والدراسات العليا أعطر تحياتها، وترجو من سيادتكم بمساعدة الطالبة/ أسماء محمد رضوان أبو شعبان، برقم جامعي 220130012 المسجلة في برنامج الماجستير بكلية التربية تخصص الصحة النفسية المجتمعية وذلك بهدف تطبيق أدوات دراستها والحصول على المعلومات التي تساعد في إعداد رسالة الماجستير والتي بعنوان:

المشكلات السلوكية لدى الأطفال ذوي الإعاقة السمعية والعايين في

قطاع غزة

والله ولي التوفيق،،،

نائب الرئيس لشئون البحث العلمي والدراسات العليا

أ.د. عبدالرؤف على المناعمة




صورة إلى:-

الملك.

ملحق (3): الخطاب الموجه إلى مركز بسمة للسمعيات والتخاطب لتسهيل مهمة
الباحثة في تطبيق أدوات الدراسة على الأطفال في المؤسسة

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

 **الجامعة الإسلامية - غزة**
The Islamic University - Gaza

مكتب نائب الرئيس للبحث العلمي والدراسات العليا هاتف داخلي 1150

الرقم.....ج.ب.ع/35/Ref
التاريخ.....2015/10/03 Date

الأخوة الأفاضل/ مركز بسمة للسمعيات والتخاطب
حفظهم الله
السلام عليكم ورحمة الله وبركاته،

لمن الموضوع/ تسهيل مهمة طالبة ماجستير

تهديكم شئون البحث العلمي والدراسات العليا أطهر تحياتها، وترجو من سيادتكم بمساعدة
الطالبة/ أسماء محمد رضوان أبو شعبان، برقم جامعي 220130012 المسجلة في برنامج
الماجستير بكلية التربية تخصص الصحة النفسية المجتمعية وذلك بهدف تطبيق أدوات دراستها
والحصول على المعلومات التي تساعد في إعداد رسالة الماجستير والتي بعنوان:


**المشكلات السلوكية لدى الأطفال ذوي الإعاقة السمعية والعايدين في
قطاع غزة**

والله ولي التوفيق،،،

نائب الرئيس لشئون البحث العلمي والدراسات العليا

أ.د. عبدالرؤف على المناعمة

صورة إلى:-
❖ الملف.



PO. Box 108, Rimal, Gaza, Palestine fax: +970 (8) 286 0800 فاكس Tel: +970 (8) 286 0700 هاتف
public@iugaza.edu.ps www.iugaza.edu.ps

ملحق (4): الخطاب الموجه إلى جمعية جباليا للتأهيل لتسهيل مهمة الباحثة في
تطبيق أدوات الدراسة على الأطفال في المؤسسة

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



الجامعة الإسلامية - غزة
The Islamic University - Gaza

مكتب نائب الرئيس للبحث العلمي والدراسات العليا هاتف داخلي 1150

الرقم.....ج.ب.ع/35/Ref
2015/10/03
التاريخ.....Date

الأخوة الأفاضل/ جمعية الأمل لتأهيل المعاقين - جباليا حفظهم الله
السلام عليكم ورحمة الله وبركاته،

لن الموضوع/ تسهيل مهمة طالبة ماجستير

تهديكم شئون البحث العلمي والدراسات العليا أعطر تحياتها، وترجو من سيادتكم بمساعدة
الطالبة/ أسماء محمد رضوان أبو شعبان، برقم جامعي 220130012 المسجلة في برنامج
الماجستير بكلية التربية تخصص الصحة النفسية المجتمعية وذلك بهدف تطبيق أدوات دراستها
والحصول على المعلومات التي تساعد في إعداد رسالة الماجستير والتي بعنوان:

**المشكلات السلوكية لدى الأطفال ذوي الإعاقة السمعية والعايين في
قطاع غزة**

والله يوفقكم،،،

نائب الرئيس لشئون البحث العلمي والدراسات العليا



أ.د. عبدالرؤوف علي المناعمة

صورة إلى :-
الملك.

ملحق (6): الخطاب الموجه جمعية الأمل لتأهيل المعاقين لتسهيل مهمة الباحثة

في تطبيق أدوات الدراسة على الأطفال في المؤسسة



بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

الجامعة الإسلامية - غزة
The Islamic University - Gaza

هاتف داخلي 1150

مكتب نائب الرئيس للبحث العلمي والدراسات العليا

الرقم.....ج.س.ع.غ./35/..... Ref

التاريخ.....2015/10/03 Date

الأخوة الأفاضل/ جمعية الأمل لتأهيل المعاقين - رفح حفظهم الله

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته،

لمن الموضوع/ تسهيل مهمة طالبة ماجستير

تهديكم شئون البحث العلمي والدراسات العليا أعطر تحياتها، وترجو من سيادتكم بمساعدة الطالبة/ أسماء محمد رضوان أبو شعبان، برقم جامعي 220130012 المسجلة في برنامج الماجستير بكلية التربية تخصص الصحة النفسية المجتمعية وذلك بهدف تطبيق أدوات دراستها والحصول على المعلومات التي تساعد في إعداد رسالة الماجستير والتي بعنوان:

المشكلات السلوكية لدى الأطفال ذوي الإعاقة السمعية والعايين في

قطاع غزة

والله ولي التوفيق،،،

نائب الرئيس لشئون البحث العلمي والدراسات العليا

أ.د. عبدالرؤف على المناعمة



صورة إلى:-
الملك.

ملحق (7): الخطاب الموجه للأخصائيين النفسيين في المؤسسات والمدارس
الحكومية لمسح المشكلات السلوكية لدى الأطفال ذوي الإعاقة السمعية والعاديين

بسم الله الرحمن الرحيم

عزيزي الأخصائي / عزيزتي الأخصائية

تحية طيبة وبعد...،،،

تقوم الباحثة بإجراء مسح للمشكلات السلوكية الأكثر شيوعاً لدى الأطفال ذوي الإعاقة السمعية والعاديين في قطاع غزة.

لرايكم أهمية كبيرة في التعرف على هذه المشكلات لذلك نأمل منكم إفادتنا بالبيانات التالية:

أولاً/ بيانات شخصية:

الاسم (اختياري):

الوظيفة:

المؤسسة:

المؤهل العلمي:

ثانياً/ من وجهة نظرك ما هي المشكلات السلوكية التي ترى أنها أكثر شيوعاً وحدثاً وتكراراً لدى الأطفال الذين تتعامل معهم في مؤسستك.... أذكرها حسب أهميتها ودرجة شيوعها وتكرارها في الجدول التالي:

	11		1
	12		2
	13		3
	14		4
	15		5
	16		6
	17		7
	18		8
	19		9
	20		10

شاكرين لكم حسن تعاونكم ودمتم في خدمة البحث العلمي

الباحثة

أسماء محمد أبو شعبان

ملحق (8): قائمة بأسماء السادة المحكمين لأداة الدراسة (استبانة المشكلات السلوكية)

الرقم	اسم المحكم	المؤسسة التي يعمل بها
1	د.أنور عبد العزيز العبادسة	الجامعة الإسلامية
2	د. عاطف عثمان الأغا	الجامعة الإسلامية
3	د. جميل حسن الطهراوي	الجامعة الإسلامية
4	د. عبد الفتاح الهمص	الجامعة الإسلامية
5	أ.د. فضل خالد أبو هين	جامعة الأقصى
7	د. عبد العظيم المصدر	جامعة الأزهر
6	أ.خالد عمر أبو فضة	وزارة التربية والتعليم
8	أ.باسم كراز	جمعية أطفالنا للصم
9	أ.سامية اليعقوبي	جمعية أطفالنا للصم

ملحق (9): استبانة المشكلات السلوكية للأطفال ذوي الإعاقة السمعية والعادين بصورتها الأولية



الجامعة الإسلامية - غزة

عمادة الدراسات العليا

كلية التربية

قسم الصحة النفسية والمجتمعية

بسم الله الرحمن الرحيم

السيد الدكتور/ حفظه الله،،

تحية طيبة وبعد،،،

الموضوع/ التكرم بتحكيم أدوات الدراسة (استبانة المشكلات السلوكية).

تقوم الباحثة/ أسماء محمد أبو شعبان بإجراء دراسة لنيل درجة الماجستير في الجامعة الإسلامية قسم علم النفس/الصحة النفسية والمجتمعية، وهذه الدراسة بعنوان "المشكلات السلوكية لدى الأطفال ذوي الإعاقة السمعية والعادين في قطاع غزة"

ولذا نرجو من سيادتكم الإطلاع على هذه الاستبانة وتحكيمها، وتحديد مدى ملائمة فقرات الاستبانة ووضوحها ومناسبتها لما وضعت لقياسه، وإبداء الرأي في صلاحيتها للتطبيق على البيئة الفلسطينية، كما نرجو من سيادتكم أن تقوموا بتعديل ما يلزم من خلال إضافة فقرات مناسبة وملائمة، أو حذف أي فقرة من الفقرات ترونها غير ملائمة وغير مناسبة، أو إعادة صياغة لبعض الفقرات في الاستبانة من وجهة نظركم المحترمة.

مع فائق احترامي وتقديري لجهودكم الكريمة،،،

ملاحظة: تم اختيار المشكلات السلوكية بناءً على مسح شامل للمشكلات السلوكية قامت به الباحثة من وجهة نظر مجموعة من الأخصائيين النفسيين والمعلمين العاملين في المؤسسات الخاصة بذوي الإعاقة السمعية وبعض مدارس الحكومة الأساسية وقد تم اختيار المشكلات الأكثر تكراراً وشيوعاً.

الباحثة/ أسماء محمد أبو شعبان

0592710312



الجامعة الإسلامية - غزة

عمادة الدراسات العليا

كلية التربية

قسم الصحة النفسية والمجتمعية

عزيزي المعلم/ عزيزتي المعلمة

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته،،

تقوم الباحثة بإعداد دراسة حول المشكلات السلوكية لدى الأطفال ذوي الإعاقة السمعية والعاييين في قطاع غزة، وذلك استكمالاً لنيل درجة الماجستير في علم النفس/ قسم الصحة النفسية والمجتمعية بالجامعة الإسلامية بغزة.

وتضع بين أيديكم مقياس المشكلات السلوكية. لذا أرجو قراءة كل فقرة من فقرات الاستبانة والإجابة عليها بدقة وموضوعية وذلك بوضع علامة (x) أمام البديل الذي تراه/ ترينه مناسباً لمستوى شيوع المشكلة لدى الطفل بحيث (5) أعلى شيوع و (1) أقل شيوع.

مع العلم أنه توجد أمام كل عبارة خمسة خيارات قد تنطبق على حالة الطفل، كل ما هو مطلوب منك/منكِ أن تضع/تضعي علامة (x) أسفل الاختيار المناسب، مثال:

م	العبارة	5	4	3	2	1
1	يضرب أو يصفع زملاءه			x		

علماً أنه لا يوجد هناك عبارات صحيحة وأخرى خاطئة وإنما هي تعبير عن الآراء الشخصية للفرد وأن نتائج هذه الاستبانة إنما هي لأغراض البحث العلمي فقط، وسيتم التعامل معها بسرية تامة.

شاكرين لكم تعاونكم،،

الباحثة: أسماء محمد أبو شعبان

0592710312

تحتاج لتعديل	غير مناسبة	مناسبة	العبرة
<p>السلوك العدوانى: هو كل قول أو فعل أو تقرير لفعل، أو إشارة يقصد به إلحاق الأذى أو الدمار بالآخرين، أو بذات الإنسان نفسه.</p>			
			1 يضرب أو يصفع زملاءه
			2 يتشاجر كثيراً مع زملائه (في الصف أو الساحة)
			3 يبدأ بالاعتداء على الآخرين دائماً
			4 يميل إلى اللعب العنيف
			5 يمزق كتبه أو أدواته المدرسية
			6 يعتدي على ممتلكات زملائه (الكتب والأدوات الشخصية)
			7 يقذف الآخرين بالأشياء التي في يده
			8 يخرب أثاث الصف المدرسي
			9 يدفع أو يقرص الآخرين
			10 يشد شعر أو أذن الآخرين
			11 يعض أو يبصق على زملائه
			12 يميل إلى إلحاق الأذى بزملائه
			13 يغلق الباب بعنف
			14 يثور بسرعة إذا منعت عنه الأشياء التي يريدونها
			15 يستخدم الإشارات التهديدية مع زملائه
			16 يميل إلى الثورة والغضب لأتفه الأسباب
<p>النشاط الزائد: هو ارتفاع مستوى النشاط الجسمي الحركي لدى الطفل بصورة غير مقبولة وغير ملائمة للمرحلة العمرية بحيث لا يستطيع التحكم بحركات جسمه ويقضي أغلب وقته في الحركة المستمرة.</p>			

تحتاج لتعديل	غير مناسبة	مناسبة	العبرة
			1 يتحدث بصوتٍ عالٍ
			2 يخرج من مقعده أثناء الدرس
			3 دائم الحركة
			4 كثير الكلام
			5 يخطف الكتب أو الأدوات من أيدي زملائه
			6 يقاطع زملاءه باستمرار أثناء حديثهم مع المعلم
			7 يكثر من أسئلته واستفساراته للمعلم
			8 يضرب الأرض بقدميه باستمرار
			9 يميل إلى عدم الاستقرار في مكانه لفترة طويلة
			10 ينقر بيده أو بالقلم على المكتب (الدرج)
			11 يعاكس زملاءه أثناء الدرس (بناوشهم، يحادثهم، يشير إليهم)
			12 دائم الإزعاج للمعلم أثناء الدرس
			13 يشوش على زملائه
			14 يحدث الفوضى والضجيج باستمرار
			15 يحدث أصوات مرتفعة أثناء القراءة الصامتة للدرس
			16 يتدخل فيما لا يعينه
<p>السرقه: هو استحواذ الطفل على أشياء ليست ملكاً له دون وجه حق وهو سلوك يعبر عن حاجة نفسية لدى الطفل تحتاج إلى إشباع.</p>			
			1 يخفي الأشياء التي يعثر عليها
			2 يأخذ الأشياء التي تعجبه حتى لو اضطر لإخفائها أو سرقتها

تحتاج لتعديل	غير مناسبة	مناسبة	العبرة
			3 يستولي على حاجيات أو أشياء زملائه ويرفض إعادتها
			4 يأخذ حاجيات وأدوات زملائه من محافظهم
			5 يفتح حقائب زملائه دون علمهم
			6 يجلب إلى المدرسة حاجات والده أو والدته دون علمهما مثل (ساعة، محفظة..إلخ)
			7 يشرب الماء من مطرة صديقه دون أن يعلم
			8 يأخذ الرسومات المعلقة على جدران المدرسة
			9 يأكل طعام زملائه في فترة الاستراحة
			10 يأخذ الأقلام الملونة الخاصة بالمدرسة إلى البيت
			11 يأخذ نقود زميله
			12 يحتفظ بكتب أخيه الكبير ويحضرها إلى المدرسة
الكذب: هو تجنب قول الحقيقة وقول ما لم يحدث واختلاق وقائع لم تحدث مع المبالغة في نقل ما حدث.			
			1 يدعي امتلاكه لأشياء ليست لديه في الواقع
			2 يتظاهر بأنه مظلوم
			3 يتمارض بغرض الحصول على عطف واهتمام من حوله
			4 يتظاهر بأنه مظلوم
			5 يؤلف حكايات ويدعي أنها حدثت في الواقع
			6 يتقمص القصص بعد سماعها ويدعي حدوثها له بالفعل
			7 يحكي عن بطولات وإنجازات غير واقعية عن نفسه

تحتاج لتعديل	غير مناسبة	مناسبة	العبرة
			8 يتظاهر بعدم امتلاكه النقود أو الحلوى ليحصل على المزيد
			9 لا يعترف بخطئه ويزيف الحقائق
			10 يتهم المعلم بضربه أو سبه
			11 يدعي الجوع أو العطش
			12 يطلب أشياء لنفسه ويدعي أن المعلم طلب منه ذلك
			13 يتهم زملائه باتهامات كاذبة
			14 ينقل لزملائه أخبار غير صحيحة مدعياً قول المعلم لها
			15 يدعي الحاجة للذهاب إلى الحمام
			16 يكذب عندما يريد حماية زميل له من العقاب
			17 ينسب لنفسه أعمال قام بها غيره
			18 يحكي عن سفره أو ذهابه لأماكن لم يذهب إليها في الواقع
			19 يسند أخطاؤه للآخرين
<p>الانسحاب الاجتماعي: هو الميل إلى تجنب التفاعل الاجتماعي، والإخفاق في المشاركة في المواقف الاجتماعية بشكل مناسب، والافتقار إلى أساليب التواصل الاجتماعي.</p>			
			1 لا يشارك في الأنشطة الاجتماعية
			2 يتجنب الاقتراب من مجموعة من زملائه
			3 يخشى الاختلاط بالآخرين
			4 يترك المكان حينما يوجه له النقد
			5 يضطرب بسرعة حين يناقشه أحد
			6 لا يهتم كثيراً أو غير مبالي

العبارة	مناسبة	غير مناسبة	تحتاج تعديل
7			يميل إلى الوحدة
8			يتصرف بخجل أمام الضيوف
9			خجول في المواقف الجديدة
10			يتجنب التعامل مع الغرباء
11			يبقى ساكناً في مكانه لمدة طويلة من الوقت
12			يتوتر بسرعة ويبدو عليه الضيق عندما يعارضه أحد
14			يستجيب بصعوبة لأي شيء يدور حوله
15			يبكي بسهولة عندما يراجع أحد
الخوف: هو انفعال قوي غير سار ينتج عن الإحساس بوجود خطر ما أو توقع حدوثه.			
1			يخاف ويرفض دخول المدرسة
2			يخاف الجلوس بمفرده
3			يصرخ أو يبكي بشدة عند غلق باب الفصل طالباً فتحه
4			يصر على دخول أحد أقاربه معه الفصل ممسكاً بيده
5			يرغب الجلوس بجوار باب الفصل وهو مفتوح
6			يصرخ أو يجري بعيداً إذا رأى حشرة صغيرة
7			يخشى الخروج من الفصل مع الأطفال في الفسحة
8			يهاب دخول مكان مزدحم
9			يصرخ أو يجري إذا رأى كلب أو قطة
10			يخشى الأماكن الجديدة عليه

تحتاج لتعديل	غير مناسبة	مناسبة	العبرة	
			يصرخ إذا شاهد صورة مخيفة في كتاب أو مجلة	11
			يخشى الصعود على شيء عالي (كرسي مثلاً) لإحضار شيء مرتفع	12
			يصاحب زميله أو يمسك يده داخل وخارج الفصل	13
			يخشى الذهاب بمفرده لشراء شيء من مقصف المدرسة	14
			يبكي أو يرتعش إذا شاهد مشاجرة	15
			يحكي عن أشياء مخيفة مثل العفاريت أو الوحوش...إلخ	16
			يرسم أشياء مخيفة مثل السحرة والعفاريت...إلخ	17
			يبكي إذا رأى طبيب أو حكيم المدرسة	18
			يجري بعيداً إذا رأى مدير المدرسة	19
			يخشى بعض اللعب كالدمي ذات الفرو	20
			يحكي أو يسأل كثيراً عن الموت	21
			يسهل تخويفه	22
			يبكي كثيراً من أقل إزعاج	23

ملحق (10): استبانة المشكلات السلوكية للأطفال ذوي الإعاقة السمعية
بصورتها النهائية



الجامعة الإسلامية - غزة

عمادة الدراسات العليا

كلية التربية

قسم الصحة النفسية والمجتمعية

عزيزي المعلم/ عزيزتي المعلمة

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته،

تقوم الباحثة بإعداد دراسة حول المشكلات السلوكية لدى الأطفال ذوي الإعاقة السمعية والعادين في قطاع غزة، وذلك استكمالاً لنيل درجة الماجستير في علم النفس/ قسم الصحة النفسية والمجتمعية بالجامعة الإسلامية بغزة.

وتضع بين أيديكم مقياس المشكلات السلوكية. لذا أرجو قراءة كل فقرة من فقرات الاستبانة والإجابة عليها بدقة وموضوعية وذلك بوضع علامة (x) أمام البديل الذي تراه/ ترينه مناسباً لمستوى شيع المشكلة لدى الطفل بحيث (5) أعلى شيوع و (1) أقل شيوع.

مع العلم أنه توجد أمام كل عبارة خمسة خيارات قد تنطبق على حالة الطفل، كل ما هو مطلوب منك/منكِ أن تضع/تضعي علامة (x) أسفل الاختيار المناسب، مثال:

م	العبارة	5	4	3	2	1
1	يضرب أو يصفع زملاءه			x		

علماً أنه لا يوجد هناك عبارات صحيحة وأخرى خاطئة وإنما هي تعبير عن الآراء الشخصية للفرد وأن نتائج هذه الاستبانة إنما هي لأغراض البحث العلمي فقط، وسيتم التعامل معها بسرية تامة.

شاكرين لكم تعاونكم،

الباحثة: أسماء محمد أبو شعبان

0592710312

أولاً: البيانات الأولية للطفل:

الطفل:	أصم ()	ضعيف السمع ()	تمت زراعة قوقعة له ()
جنس الطفل:	ذكر ()	أنثى ()	
عمر الطفل:	أقل من 10 سنوات ()	أكثر من 10 سنوات ()	
سبب الإعاقة:	مرض ()	إصابة ()	وراثية ()
تاريخ الإعاقة:	قبل سن 5 سنوات ()	بعد سن 5 سنوات ()	
التحصيل الدراسي:	ممتاز ()	جيد جداً ()	جيد ()
			مقبول ()
مكان السكن:	الشمال ()	غزة ()	الوسطى ()
			الجنوب ()
ترتيب الطفل في الأسرة:	الأول "الأكبر" ()	الأوسط ()	الأخير "الأصغر" ()
المستوى الاقتصادي للأسرة:	مرتفع ()	متوسط ()	منخفض ()
هل يوجد إخوة ذوي إعاقة سمعية في الأسرة؟	يوجد ()	لا يوجد ()	
المستوى التعليمي للأب:	أقل من ثانوية عامة ()	ثانوية عامة ()	جامعي ()
			دراسات عليا ()
المستوى التعليمي للأم:	أقل من ثانوية عامة ()	ثانوية عامة ()	جامعي ()
			دراسات عليا ()

ثانياً: مقياس المشكلات السلوكية

م	العبرة	مستوى الشيعوع				
		5	4	3	2	1
1	يميل إلى الثورة أو الغضب لأتفه الأسباب					
2	يتشاجر مع زملائه (في الصف أو الساحة)					
3	يبدأ بالاعتداء على الآخرين					

مستوى الشبوع					العبارة	م
5	4	3	2	1		
					يميل إلى اللعب العنيف	4
					يمزق كتبه أو أدواته المدرسية	5
					يعتدي على ممتلكات زملائه	6
					يقذف الآخرين بالأشياء التي في يده	7
					يخرب أثاث الصف المدرسي	8
					يشد شعر أو أذن الآخرين	9
					يعض أو يبصق أو يدفع أو يقرص زملائه	10
					يغلق الأبواب والنوافذ بعنف وحدة	11
					يستخدم الإشارات العدوانية مع زملائه	12
					يضرب أو يصفع زملاءه	13
					يتحدث بصوت عالٍ	14
					يخرج من مقعده أثناء الدرس	15
					يتحرك بسرعة	16
					يخطف الأشياء من أيدي زملائه	17
					يقاطع زملاءه باستمرار أثناء حديثهم مع المعلم	18
					يكثر من الأسئلة الاستفزازية للمعلم	19
					يميل إلى عدم الاستقرار في مكانه لفترة طويلة	20
					يعاكس زملاءه أثناء الدرس (بناوشهم، يحادثهم، يشير إليهم)	21
					يزعج المعلم أثناء الدرس	22
					يحدث الفوضى والضجيج باستمرار	23

مستوى الشبوع					العبارة	م
5	4	3	2	1		
					يزعج المعلم أثناء الدرس	22
					يحدث الفوضى والضجيج باستمرار	23
					يحدث أصوات مرتفعة أثناء القراءة الصامتة للدرس	24
					يتدخل فيما لا يعينه	25
					يخفي الأشياء التي يعثر عليها	26
					يستولي على حاجيات أو أشياء زملائه ويرفض إعادتها	27
					يفتح حقائب زملائه دون علمهم	28
					يجلب إلى المدرسة حاجات والده أو والدته دون علمهما	29
					يشرب الماء من مطرة صديقه دون أن يعلم	30
					يأخذ الرسومات المعلقة على جدران المدرسة	31
					يأكل طعام زملائه في فترة الاستراحة	32
					يأخذ الأقلام الملونة الخاصة بالمدرسة إلى البيت	33
					يأخذ نقود زميله	34
					يأخذ كتب أخيه الأكبر دون علمه ويحضرها للمدرسة	35
					يدعي امتلاكه لأشياء ليست لديه في الواقع	36
					يتظاهر بأنه مظلوم	37
					يتمارض بغرض الحصول على عطف واهتمام من حوله	38
					يؤلف خيالات ويدعي أنها حدثت في الواقع	39
					يتقمص أدوار ما في القصص بعد سماعها ويدعي حدوثها له بالفعل	40
					يحكي عن بطولات وإنجازات غير واقعية عن نفسه	41

مستوى الشبوع					العبارة	م
5	4	3	2	1		
					يتظاهر بعدم امتلاكه النقود أو الحلوى ليحصل على المزيد	42
					لا يعترف بخطئه ويزيف الحقائق	43
					يتهم المعلم بضربه أو سبه	44
					يدعي الجوع أو العطش	45
					يطلب أشياء لنفسه ويدعي أن المعلم طلب منه ذلك	46
					يتهم زملائه باتهامات كاذبة	47
					ينقل لزملائه أخبار غير صحيحة مدعياً قول المعلم لها	48
					يدعي الحاجة للذهاب إلى الحمام	49
					ينسب لنفسه أعمال قام بها غيره	50
					يسند أخطاءه للآخرين	51
					يرفض المشاركة في الأنشطة الاجتماعية	52
					يضطرب بسرعة حين يناقشه أحد	53
					يظهر اللامبالاة إزاء الأمور	54
					يتصرف بخجل أمام الضيوف والغرباء	55
					خجول في المواقف الجديدة	56
					يبقى ساكناً في مكانه لمدة طويلة من الوقت	57
					يتوتر بسرعة ويبدو عليه الضيق عندما يعارضه أحد	58
					يستجيب بصعوبة لأي شيء يدور حوله	59

ملحق (11): استبانة المشكلات السلوكية للأطفال العاديين بصورتها النهائية



الجامعة الإسلامية- غزة

عمادة الدراسات العليا

كلية التربية

قسم الصحة النفسية والمجتمعية

عزيزي المعلم/ عزيزتي المعلمة

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته،،

تقوم الباحثة بإعداد دراسة حول المشكلات السلوكية لدى الأطفال ذوي الإعاقة السمعية والعادين في قطاع غزة، وذلك استكمالاً لنيل درجة الماجستير في علم النفس/ قسم الصحة النفسية والمجتمعية بالجامعة الإسلامية بغزة.

وتضع بين أيديكم مقياس المشكلات السلوكية. لذا أرجو قراءة كل فقرة من فقرات الاستبانة والإجابة عليها بدقة وموضوعية وذلك بوضع علامة (x) أمام البديل الذي تراه/ ترينه مناسباً لمستوى شيعو المشكلة لدى الطفل بحيث (5) أعلى شيعو و (1) أقل شيعو.

مع العلم أنه توجد أمام كل عبارة خمسة خيارات قد تنطبق على حالة الطفل، كل ما هو مطلوب منك/منكِ أن تضع/تضعي علامة (x) أسفل الاختيار المناسب، مثال:

م	العبارة	1	2	3	4	5
1	يضرب أو يصفع زملاءه			x		

علماً أنه لا يوجد هناك عبارات صحيحة وأخرى خاطئة وإنما هي تعبير عن الآراء الشخصية للفرد وأن نتائج هذه الاستبانة إنما هي لأغراض البحث العلمي فقط، وسيتم التعامل معها بسرية تامة.

شاكرين لكم تعاونكم،،

الباحثة: أسماء محمد أبو شعبان

0592710312

أولاً: البيانات الأولية للطفل:

جنس الطفل:	ذكر ()	أنثى ()		
عمر الطفل:	أقل من 10 سنوات ()	أكثر من 10 سنوات ()		
التحصيل الدراسي:	ممتاز ()	جيد جداً ()	جيد ()	مقبول ()
مكان السكن:	الشمال ()	غزة ()	الوسطى ()	الجنوب ()
ترتيب الطفل في الأسرة:	الأول "الأكبر" ()	الأوسط ()	الأخير "الأصغر" ()	
المستوى الاقتصادي للأسرة:	مرتفع ()	متوسط ()	منخفض ()	
المستوى التعليمي للأب:	أقل من ثانوية عامة ()	ثانوية عامة ()	جامعي ()	دراسات عليا ()
المستوى التعليمي للأم:	أقل من ثانوية عامة ()	ثانوية عامة ()	جامعي ()	دراسات عليا ()

ثانياً: مقياس المشكلات السلوكية

م	العبرة	مستوى الشيعوع				
		5	4	3	2	1
1	يميل إلى الثورة أو الغضب لأتفه الأسباب					
2	يتشاجر مع زملائه (في الصف أو الساحة)					
3	يبدأ بالاعتداء على الآخرين					
4	يميل إلى اللعب العنيف					
5	يمزق كتبه أو أدواته المدرسية					
6	يعتدي على ممتلكات زملائه					
7	يقذف الآخرين بالأشياء التي في يده					
8	يخرب أثاث الصف المدرسي					

مستوى الشبوع					العبارة	م
5	4	3	2	1		
					يشد شعر أو أذن الآخرين	9
					يعض أو يبصق أو يدفع أو يقرص زملائه	10
					يغلق الأبواب والنوافذ بعنف وحدة	11
					يستخدم الإشارات العدوانية مع زملائه	12
					يضرب أو يصفع زملاءه	13
					يتحدث بصوت عالٍ	14
					يخرج من مقعده أثناء الدرس	15
					يتحرك بسرعة	16
					يخطف الأشياء من أيدي زملائه	17
					يقاطع زملاءه باستمرار أثناء حديثهم مع المعلم	18
					يكثر من الأسئلة الاستفزازية للمعلم	19
					يميل إلى عدم الاستقرار في مكانه لفترة طويلة	20
					يعاكس زملاءه أثناء الدرس (يناوشهم، يحادثهم، يشير إليهم)	21
					يزعج المعلم أثناء الدرس	22
					يحدث الفوضى والضجيج باستمرار	23
					يحدث أصوات مرتفعة أثناء القراءة الصامتة للدرس	24
					يتدخل فيما لا يعينه	25
					يخفي الأشياء التي يعثر عليها	26
					يستولي على حاجيات أو أشياء زملائه ويرفض إعادتها	27
					يفتح حقائب زملائه دون علمهم	28

مستوى الشبوع					العبارة	م
5	4	3	2	1		
					يجلب إلى المدرسة حاجات والده أو والدته دون علمهما	29
					يشرب الماء من مطرة صديقه دون أن يعلم	30
					يأخذ الرسومات المعلقة على جدران المدرسة	31
					يأكل طعام زملائه في فترة الاستراحة	32
					يأخذ الأقلام الملونة الخاصة بالمدرسة إلى البيت	33
					يأخذ نقود زميله	34
					يأخذ كتب أخيه الأكبر دون علمه ويحضرها للمدرسة	35
					يدعي امتلاكه لأشياء ليست لديه في الواقع	36
					يتظاهر بأنه مظلوم	37
					يتمارض بغرض الحصول على عطف واهتمام من حوله	38
					يؤلف خيالات ويدعي أنها حدثت في الواقع	39
					يتقمص أدوار ما في القصص بعد سماعها ويدعي حدوثها له بالفعل	40
					يحكي عن بطولات وإنجازات غير واقعية عن نفسه	41
					يتظاهر بعدم امتلاكه النقود أو الحلوى ليحصل على المزيد	42
					لا يعترف بخطئه ويزيف الحقائق	43
					يتهم المعلم بضربه أو سبه	44
					يدعي الجوع أو العطش	45
					يطلب أشياء لنفسه ويدعي أن المعلم طلب منه ذلك	46
					يتهم زملائه باتهامات كاذبة	47
					ينقل لزملائه أخبار غير صحيحة مدعياً قول المعلم لها	48

مستوى الشبوع					العبارة	م
5	4	3	2	1		
					يدعي الحاجة للذهاب إلى الحمام	49
					ينسب لنفسه أعمال قام بها غيره	50
					يسند أخطاءه للآخرين	51
					يرفض المشاركة في الأنشطة الاجتماعية	52
					يضطرب بسرعة حين يناقشه أحد	53
					يظهر اللامبالاة إزاء الأمور	54
					يتصرف بخجل أمام الضيوف والغرباء	55
					خجول في المواقف الجديدة	56
					يبقى ساكناً في مكانه لمدة طويلة من الوقت	57
					يتوتر بسرعة ويبدو عليه الضيق عندما يعارضه أحد	58
					يستجيب بصعوبة لأي شيء يدور حوله	59

ملحق (12): قائمة بأسماء المؤسسات الخاصة بالأطفال ذوي الإعاقة السمعية

التي تم تطبيق أداة الدراسة فيها

الرقم	اسم المؤسسة	العنوان	عدد أفراد المجتمع	عدد أفراد العينة
1	جمعية تأهيل المعاقين	جباليا	78	30
2	جمعية أطفالنا للصم	غزة	243	143
3	جمعية دير البلح لتأهيل المعاقين	دير البلح	143	18
4	مركز البسة للسمعيات والتخاطب	خانيونس	121	30
5	جمعية الأمل لتأهيل المعاقين	رفح	116	29

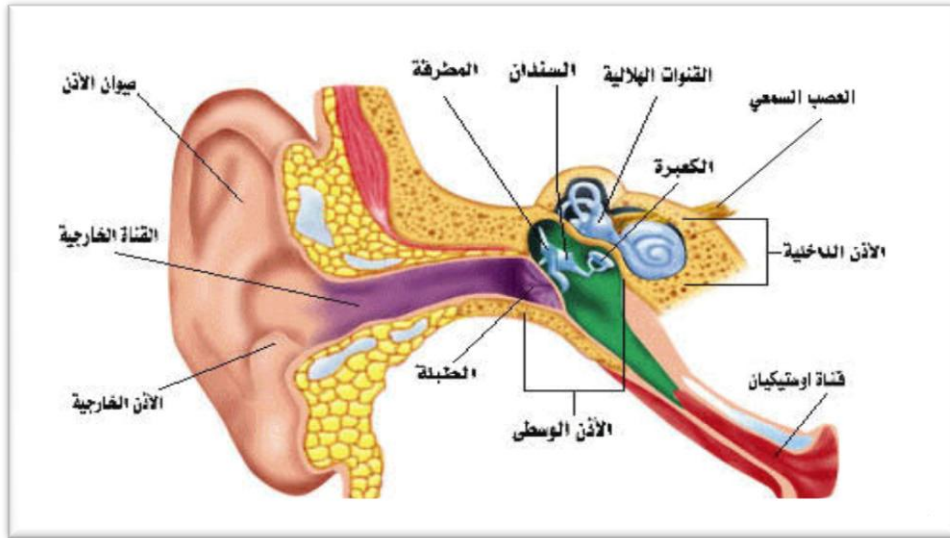
ملحق (13): قائمة بأسماء المدارس الحكومية التي تم تطبيق أدوات الدراسة عليها على الأطفال العاديين

الرقم	اسم المدرسة	المنطقة التعليمية	عدد أفراد العينة
1	مدرسة مصطفى حافظ الأساسية للبنات	غرب غزة	9
2	مدرسة القاهرة الأساسية "أ" للبنات	غرب غزة	11
3	مدرسة دير البلح الأساسية للبنين	الوسطى	9
4	مدرسة العائشية الأساسية للبنات	الوسطى	26
5	مدرسة الرافعي الأساسية "أ" للبنين	شمال غزة	9
6	مدرسة نسيبة بنت كعب الأساسية "ب" للبنات	شمال غزة	16
7	مدرسة عبدالله أبو ستة الأساسية "أ" للبنين	خان يونس	10
8	مدرسة شهداء خانيونس الأساسية للبنات	خان يونس	8

ملحق (14): الجهاز السمعي

❖ الجهاز السمعي:

لا يمكننا وصف الإعاقة السمعية وفهمها دون معرفة آلية السمع الطبيعية، ودون معرفة تشريح الجهاز السمعي وفسيولوجية. ولهذا ستحاول الباحثة إلقاء الضوء على الأسس الفسيولوجية لحاسة السمع، ويبين الشكل (6.1) تشريح الأذن، ويتضح من الشكل أن الأذن تتكون من ثلاث أقسام هي: الأذن الخارجية والأذن الوسطى والأذن الداخلية.



الشكل (6.1): يوضح تشريح الأذن

الأذن الخارجية (External Ear): وتشمل:

- أ- الصيوان (Pinn): الذي يعمل كهوائي (أنتيني) يلتقط الأمواج الصوتية ويوجهها.
- ب- القناة السمعية الخارجية (الصماخ): وهي ملتوية ومتعرجة طولها حوال 2.45 سم²، تنتهي من الداخل بغشاء الطبلة، وتعرج الصماخ يحمي الطبلة من الصدمات المباشرة.

الأذن الوسطى (Middle Ear):

وهي عبارة عن فراغ يشتمل على عظيمات السمع (Auditory oscicies) التي هي:

- أ- المطرقة (malleus)
- ب- السنندان (incus)
- ت- الركاب (stapes)

وهي متصلة ببعضها البعض بغشاء الطبلة (Tympanic membrane) الذي يشكل مغلق الأذن الوسطى من الخارج، وهو اهليجي أو ببيضاوي الشكل، ويتصل به من الأعلى ذراع المطرقة. وفي جدارها المتوسط توجد نافذتان احدهما ببيضاوية والأخرى مستديرة. وعبر الجدار الأمامي توجد نافذتان الأولى علوية تقع في العضلة الطبلية، والثانية سفلية وتعرف بالقناة السمعية (قناة أوستاكي) تفتح على البلعوم، وتكون مغلقة، ولا تفتح إلا عند المضغ أو التثاؤب أو العطاس، وظيفتها مساواة الضغط على وجهي الطبلة.

الأذن الداخلية (Inner Ear): وتحتوي على أعضاء التوازن وأعضاء السمع وتتكون من:

- أ- القنوات الهلالية (Scmicircular canal): وهي جزء لا سمعي لها علاقة بتوازن الجسم.
- ب- القوقعة (Cochlea): قناة عظمية على شكل لولب حلزوني يقسم إلى ثلاثة أجزاء: الجزء الأوسط والجزء الدهليزي والجزء الطبلي. ويشتمل على جهاز السمع المعروف باسم عضو كورتني (Organ of Corti) الذي يحتوي على مستقبلات السمع.
- ت- الدهليز (Vestibule): يقع في الخلف وهو تيه عظمي يتألف من عدة أغشية جوفية تشتمل على ثلاث قنوات شبه دائرية، وأعضاء الحصية الأذنية التي تتألف من كيس وحويصلة (utricle) ويقوم بالوظائف الآتية:

- المحافظة على عضلات الصوت وموقعها وتوازنها.
- المحافظة على انتصاب الرأس فوق الجذع.
- المحافظة على توازن الجسم والرأس (العلوجي، 2014م، ص 91).

❖ آلية السمع:

يقوم الصيوان باستقبال الموجات الصوتية ويوجهها نحو القناة السمعية الخارجية، فتصتدم بالطبلة محدثة ضغطاً عليها ثم يزول هذا الضغط فتحدث ذبذبات لغشاء الطبلة. وتقوم عظيمات السمع بنقل هذه الذبذبات الصوتية إلى الأذن الداخلية مع السائل القوقعي عبر النافذة البيضاوية، ثم يصل إلى القوقعة عبر النافذة الدائرية. ومن هذه الذبذبات تحفز المستلمات السمعية لعضو كورتني الموجود في القوقعة، ثم تنتقل السيلالات عبر العصب السمعي (Auditory nerve) إلى المراكز السمعية (Auditory centres) في المخ (العلوجي، 2014: 92).

ملحق (15): زراعة القوقعة الإلكترونية

الأفراد المصابون بصمم شديد إلى شديد جداً ولا يستطيعون الاستفادة من المضخات المألوفة هم مرشحون لزراعة القوقعة. والصمم الشديد جداً ينتج عن فقدان وظيفة الخلايا الشعرية في القوقعة. وبالتالي فإن النبضات العصبية لا تولد والنشاط الكهربائي في العصب السمعي لم يبدأ. وزراعة القوقعة مصممة لإثارة العصب السمعي مباشرة. حيث تزرع أقطاب كهربائية في القوقعة. والقطب الكهربائي يكون ملحقاً أو مربوطاً مع دورة كهربائية مزروعة في العظم الصدغي. والإشارات الصوتية تستقبل بواسطة ميكروفون ملحق أو مربوط مع مضخم بالغ التعقيد. والمضخم عندئذ يرسل إشارات للقطب بواسطة الدورة المزروعة. وعندما يستقبل القطب الكهربائي الإشارة فإنه يزود بإشارات كهربائية للقوقعة. وبالتالي آثار العصب السمعي (الزريقات، 2009م، ص 265).

وزراعة القوقعة تصنف ضمن مجموعتين:

الأولى: للكبار الذين اكتسبوا فقدان السمع ويمكن أن يستفيدوا من زراعة القوقعة خصوصاً كمساعدة لقراءة الشفاه.

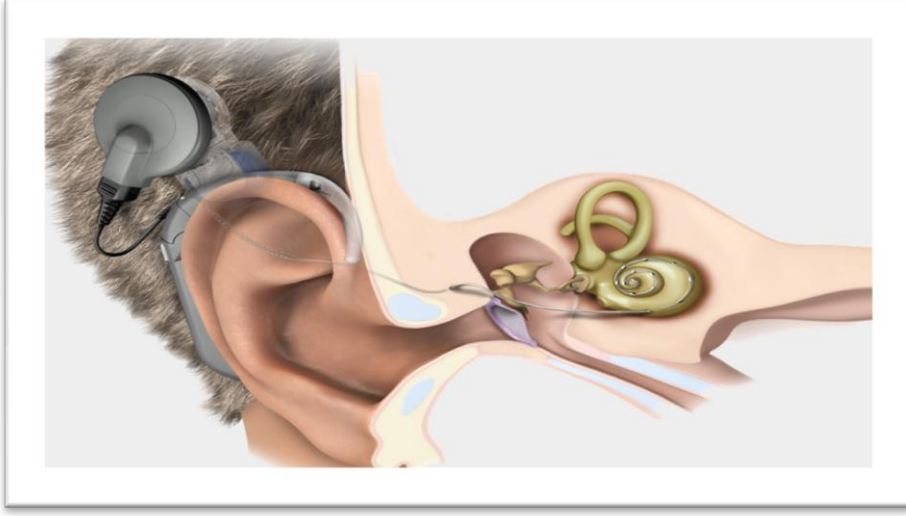
الثانية: للأطفال الصغار الذين لديهم فقدان سمعي شديد جداً ولا يستفيدون من السماعات الطبية الاعتيادية يمكن أن يستفيدوا من زراعة القوقعة (الزريقات، 2009م، ص 266).

• تعريف القوقعة الإلكترونية (Cochlear Implants):

يعرف (بن محمد، 2014م، ص 229) القوقعة الإلكترونية بأنها: جهاز إلكتروني يزرع جراحياً تحت الجلد خلف الأذن يساعد على الإحساس بالصوت للأشخاص الذين لديهم فقدان سمعي شديد، ويختلف عن المعينات السمعية التي تقوم بتضخيم الصوت حيث أن هذا الجهاز يعمل على تحفيز الأعصاب السمعية الموجودة داخل القوقعة.

بينما تعرفها (الخويطر والسديري، 2008م، ص 498) بأنها: جهاز يتيح إمكانية السمع ويحسن قدرة الاتصال اللفظي للأشخاص المصابين بفقدان السمع الحسي العصبي الحاد والذين لم يستفيدوا من المعينات السمعية بعد فترة من التأهيل المناسب لذلك، وهو عبارة عن جهاز متعدد الإلكترونيات يستخدم لنقل المعلومات الصوتية إلى الأذن الداخلية، فهو لا يعيد السمع الطبيعي ولكنه يحسن مقدرة الشخص على سماع الأصوات المحيطة به وسماع إيقاعات وأنماط النطق كما يحسن عملية قراءة الشفاه.

• مكونات جهاز القوقعة الإلكترونية:



الشكل رقم (6.2): يوضح مكونات جهاز القوقعة الإلكترونية

يتكون جهاز القوقعة كما يظهر في الشكل (6.2) من جزئين أساسيين، جزء داخلي ثابت وجزء خارجي متحرك وهذا الأخير يتكون من مكرفون، ألاك وعلبة صغيرة تقوم بمعالجة الإشارات وهوائي. أما الجزء الداخلي فيتم تثبيته أثناء العملية الجراحية ويتكون هذا الجزء غير المرئي من استقبال داخلي موجود في العظم الصدغي وقطب كهربائي ملفوف داخل القوقعة.

الجزء الخارجي من الجهاز: هذا الجزء يحلل ويرمز الرسالة الصوتية إلى إشارات كهربائية التي تحول إلى الجزء الداخلي ويتكون من:

- **المعالج الصوتي:** Le processeur vocal يزن حوالي (100) جم وظيفته تشفير وتحويل الأصوات إلى نبضات كهربائية ويحتوي كذلك على بطاريات قابلة للشحن وهي مسئولة على توفير الطاقة اللازمة لتشغيل النظام ويمكن أن يحمل بطرق متنوعة.
- **الأسلاك:** Les Fils تستعمل لنقل الأصوات قبل وبعد المعالجة ويمكن أن تكون ذات أطوال مختلفة حسب البنية الجسمية للفرد والمكان الذي يختار أن يوضع فيها المعالج الصوتي.
- **الهوائي:** Antenne هو عبارة عن قرص يحتوي على مغناطيس في الجزء المركزي منه لكي يسمح بالتوصيل عبر الجلد والعظم، يثبت هذا الهوائي الخارجي مغناطيسياً على الجمجمة، أما حجمه وطريقة تثبيته فتختلف باختلاف نوع الجهاز المستعمل.

الجزء الداخلي من الجهاز: يتكون من:

• المنبه- المستقبل Recepteur- Stimulateur هو عبارة عن كبسولة إلكترونية بسمك يتراوح بين (4 إلى 8 ملم) وتضم مغناطيساً يسمح بالاتصال مع الهوائي الخارجي، وهي مسدودة بواسطة سيراميك ومحمية بمادة لزجة بيضاء لسد الثغرات، أما دورها فيتمثل في ضمان الاتصال بالهوائي الخارجي وإرسال الأصوات المشفرة إلى الأقطاب الموجودة داخل القوقعة.

• الحزمة الإلكترونية: تتكون من مجموعة من الإكترودات يختلف عددها باختلاف نوع الجهاز المستعمل، توضع جراحياً داخل القوقعة، وظيفتها نقل الرسالة إلى ألياف العصب السمعي الموجودة في الأذن الداخلية والتي تنتقل فيما بعد إلى مراكز القشرة الدماغية عبر العصب السمعي (فني، 2014م، ص229).

• الشروط اللازم توفرها في الأطفال المرشحين لزراعة القوقعة:

معايير الاختيار لزراعة قوقعة الأذن في الأطفال هي كما يلي:

1. وجود نقص سمع حسي عصبي مزدوج يتراوح في شدته بين الشديد والعميق.
2. أن لا يكون هناك أعراض طبية تمنع عملية الزراعة.
3. أن يكون الطفل مناسباً من الناحية النفسية والجسدية والحركية.
4. أن يزيد عمر الطفل عن 12 شهراً، ومع ذلك في ظروف خاصة قد يتم زرعها للطفل قبل أن يبلغ العام كما هو الحال في التهاب السحايا (أي عندما يكون فقدان السمع بسبب التهاب السحايا).
5. عدم الاستفادة من السمع ومن المعينات السمعية (Jha, 2005,1)

• تأهيل زراعة القوقعة الإلكترونية:

تهدف زراعة القوقعة إلى استعادة قدرة الشخص على فهم الكلام، حيث تعمل القوقعة الاصطناعية على تضخيم المعلومات الصوتية المتضمنة في الكلام، ومن خلال الأقطاب الكهربائية، فإن هذه المعلومات تصل إلى المواقع المختلفة للغشاء القاعدي وتعمل على إثارتها. وهكذا يستطيع الشخص إدراك الأصوات وبطبقاتها الصوتية المختلفة. ويحل محل الإشارة الصوتية في الجهاز الخارجي للقوقعة الاصطناعية الأصوات الملتقطة ويرسل إشارات منفصلة إلى الأجزاء المناسبة للغشاء القاعدي.

وهكذا فإن تأهيل زراعة القوقعة يهدف إلى تحقيق أفضل فائدة من زراعة القوقعة لدى الكبار، فإن زراعة القوقعة تهدف إلى إعادة استعمال المهارات التواصلية. أما لدى الصغار فهي تهدف إلى تطوير مهارات تواصلية جيدة ولأول مرة، وعلى نحو عام فإن التأهيل السمعي باستخدام القوقعة يهدف إلى تحقيق:

1. الوعي بالأحداث المختلفة المنتجة من خلال زراعة القوقعة.
 2. تحقيق أفضل فهم ممكن لإنتاج الكلام والصوت.
 3. تطوير اللغة الاستقبالية والتعبيرية ولما يوازي أو ينافس الأقران من نفس الجنس والعمر.
 4. فهم وقبول المقدرات والمحددات الخاصة بزراعة القوقعة لدى الطفل والآباء والآخرين.
 5. ضمان أن مهارات التواصل السمعية تساهم على نحو كامل في النمو الشامل للطفل.
- ويعتمد التواصل الجيد على عوامل داخلية تشمل العوامل النفسية أو البيولوجية المكتسبة أو الموروثة والذكاء والشخصية. أما العوامل الخارجية فتتضمن نوع القوقعة، والمعلومات المدركة المقدمة من قبل زراعة القوقعة تعتمد جزئياً على الاستجابات العصبية في الجهاز العصبي السمعي المركزي (الزريقات، 2009م، ص266).

يتم تأهيل زراعة القوقعة من خلال نوعين متتابعين من التأهيل:
أولاً: التأهيل السمعي: وفيه يتم التركيز على استماع الأصوات خاصة أصوات البيئة وإدراك وجود الصوت ومن ثم تحديد مصدر الصوت ثم التمييز بين الأصوات ما بين صوت ممتد وصوت قصير وصوت عالي وصوت مرتفع وصوت مستمر وصوت متقطع..إلخ.
ثانياً: مرحلة التمييز بين أصوات الحروف والمقاطع الصغيرة ثم التمييز بين الكلمات وبعدها يأتي استخدام اللغة خاصة بعض الكلمات وبعدها يأتي استخدام اللغة خاصة بعض الكلمات الوظيفية الأكثر استخداماً ويتم التدريب على الأصوات الظاهرة قبل الأصوات المخفية والأصوات الشفوية قبل الأصوات السنية والخلفية والأصوات المتحركة قبل الساكنة. ويستخدم في هذا المعينات البصرية وأدوات التدريب المساعدة والوسائل الأخرى في التدريب وقد يستعان بقراءة الشفاه في المرحلة الأولى خاصة في تأهيل من يستخدمون السماع خلف الأذن (بن محمد، 2013م، ص6).

• خطوات زراعة القوقعة الإلكترونية:

تمر زراعة القوقعة الإلكترونية بثلاث خطوات أساسية هي:

❖ مرحلة ما قبل العملية الجراحية: تشمل هذه المرحلة ما يلي:

إجراء اختبارات سمعية وطبية متابعة قبل إجراء الجراحة لتقييم مدى الاستفادة من عملية زراعة القوقعة وتتمثل هذه الاختبارات في (الفحص الطبي، التحاليل الطبية، أشعة مقطعية IRM، فحص الجهاز السمعي، فحص جهاز النطق).

إجراء اختبارات نفسية وسلوكية تشمل (اختبار القدرات العقلية العامة، اختبار تطور المهارات الجسمية والحركية العامة، اختبار تطور المهارات الاجتماعية...)

إجراء مقابلات مع المرضى وأهاليهم يتم من خلالها عرض كافة المعلومات الضرورية عن عملية زراعة القوقعة، كيفية حدوثها، مزاياها وسلبياتها المحتملة. ومن نتائج المرحلة الأولى يخرج فريق العمل بتصور مبدئي عن حاجة الطفل لزراعة القوقعة، ويترك القرار النهائي في الترشيح لما بعد استفادة الحالة من برنامج التهيئة والتحصير والخروج بنتائج واضحة ونهائية.

• مرحلة الجراحة والنقاهاة:

بعد التأكد من عدم وجود عوائق جراحية طبية أو تشوهات خلقية تمنع إجراء العملية الجراحية يتم بعد ذلك تحضير الطفل للعملية الجراحية التي تتم بالتخدير العام وتستغرق حوالي ثلاث ساعات للأذن الواحدة باعتبار أن عدد الإلكترودات المزروعة في القوقعة والوضعية التي يتخذونها جد مهمين في الحصول على أفضل النتائج الممكنة. كما تتشابه الأساليب الجراحية المستخدمة لزراعة القوقعة بغض النظر عن نوعية الجهاز الذي تم اختياره، على الرغم من وجود بعض الفروق الطفيفة التي قد تظهر بين الجراحين والمتعلقة بحجم وشكل الجرح، إلا أن المبادئ الأساسية في الجراحة تظل نفسها. حيث يتم حلق الشعر الموجود خلف الأذن والقيام بشق الجلد، ويقوم الجراح برفع طبقة من الجلد للكشف عن العظم الناتئ خلف الأذن، وتستخدم طريقة ثقب العظمة الناتئة خلف الأذن بعد تحديد العصب الوجهي كعلامة للدخول إلى قوقعة الأذن.

وبعدها تأتي فترة النقاهاة حيث تعتبر الأسابيع الأولى هي الفترة الأصعب من العملية مما يحتم على الفريق الطبي تقديم برنامج مكثف يتضمن نوع من نتائج العملية الجراحية. لذا ينبغي أن تمنح المتابعة الجيدة لما بعد الجراحة مع الاهتمام بموضع الجراحة والمشكلات التي قد تنشأ لذلك لا بد أن يقوم الطبيب بمتابعة الطفل بشكل منتظم لتجنب حدوث تلوث للأذن وإذا حدث ذلك فلا بد من إطلاع الجراح الذي قام بالعملية الجراحية على ذلك.

• مرحلة إعادة التأهيل:

تتم برمجة حصص إعادة التأهيل بعد تقريباً (6) أسابيع من العملية الجراحية أي بعد التئام الجرح وبداية تنشيط الإلكترودات المزروعة داخل القوقعة وذلك باستخدام استراتيجيات مناسبة لكل حالة على حدة والتأكد من أن الجهاز قد برمج على أفضل وأدق وضع لخدمة الحالة،

وبعدها يتم إخضاع الحالة إلى مجموعة من البرامج المصممة للتكفل بمثل هذه الأجهزة (بن محمد، 2013م، ص171).