برنامج إرشادي باستخدام العلاج العقلاني الانفعالي لتنمية بعد تحديد المشاعر لدي ضعاف السمع في مرحلة رياض الأطفال

إعداد:
أ/ سارة أحمد مصطفى كمال[١]
إشراف:
أ.م.د/ وفاء رشاد راوي[٢]
د/ إيمان صابر حسانين[٣]

مستخلص البحث:

هدف البحث إلي بعد تنمية تحديد المشاعر لدي ضعاف السمع في مرحلة رياض الأطفال باستخدام العلاج العقلاني الانفعالي، وقد تكونت عينة البحث من (١٩) طفلا وطفلة (١٣ بنين، ٦ بنات) من مرحلة رياض الأطفال مدرسة الأمل للصم وضعاف السمع وجمعية رعاية الصم بالمنيا، وتمثلت هذه العينة في مجموعة واحدة تجريبية متجانسة وذلك بعد ضبط متغيرات الذكاء، والعمر الزمني (٤-٨) سنوات، ومعرفة بيان درجات السمع المختلفة للأطفال من خلال مقياس مطبق من المدرسة مسبقا وهو مقياس (سمعي طبي) وقد تم تطبيق مقياس تشخيص بعد صعوبة تحديد المشاعر (إعداد الباحثة)، وتطبيق مقياس الذكاء غير اللفظي إعداد (فايزة مكرومي، ٢٠٠٩)، علي أفراد عينة البحث، وقد أشارت نتائج البحث إلي انه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات القياسين القبلي والبعدي لعينة البحث على مقياس تشخيص بعد صعوبة تحديد المشاعر لدي ضعاف السمع في مرحلة رياض الأطفال وهذا يعزي فعالية استخدام العلاج العقلاني الانفعالي في تنمية تحديد المشاعر لدي ضعاف السمع في مرحلة رياض الأطفال.

الكلمات الافتتاحية:

تحديد المشاعر – العلاج العقلاني الانفعالي- الأطفال ضعاف السمع.

[١] باحثة ماجستير بقسم العلوم النفسية- كلية التربية للطفولة المبكرة – جامعة المنيا
[٢] أستاذ علم النفس المساعد- كلية التربية للطفولة المبكرة- جامعة المنيا
[٣] مدرس علم نفس الطفل- كلية التربية للطفولة المبكرة- جامعة المنيا

A Counseling Program using The Rational Emotive Therapy to develop the dimension of identifying the feelings for hard of hearing children in the Kindergarten Stage

Abstract:

The research sample consisted of (19) male and female children (13) male, (6) female children from the Kindergarten Stage (The school of Al Amal for the Deaf and the hard of hearing and the Association of caring the Deaf in Minia. This sample was represented in one homogeneous experimental group after adjusting the variables of intelligence, chronological age (4-8) years, and knowledge of the different hearing degrees of children through a scale applied by the school in advance, which is an audio-medical scale. A diagnostic scale for the difficulty of identifying feelings (prepared by the researcher), and the application of the non-verbal intelligence scale prepared by (Fayza Makroumi, (2009), on the members of the research sample.

The research results:

There are statistically significant differences between the average ranks of the prior and post measurements of the research sample on a diagnostic scale of the difficulty of identifying feelings for the hard of hearing children in the kindergarten stage...

Keywords:

A Rational and Emotional Counseling Programme, Alexithymia for the hard of hearing Children**.**

أولا: مقدمة البحث:

تعد مرحلة الطفولة المبكرة من أهم مراحل نمو الطفل من جميع الجوانب الاجتماعية والتعليمية والصحية الانفعالية، فهذه المرحلة تشكل أعلى المراحل الحيوية لنماء الطفل وتطور قدرته على التعلم في فترة قصيرة، حتى لو كان الطفل لديه بعض الإعاقات، لأن التعليم مكفول للجميع فلابد أن نصنع رجل المستقبل بما يليق بمجتمع متطور وواعي، ووجود أي خلل في هذه الفترة سوف يؤثر تأثيرا كبيرا على الفرد طوال حياته. فكما نهتم بمرحلة الطفولة والأطفال، فلا ننسي أهمية ذوي الاحتياجات الخاصة من الأطفال بكل أنواع الإعاقات لأنهم أكثر فئة تحتاج إلى الدعم والمساندة من الأسرة والمجتمع، وخاصة الأطفال زوي الإعاقة السمعية يفتقرون إلى المهارات الاجتماعية ولا يستطيعون التفاعل بشكل لفظي مع الأخرين بطريقة مناسبة مما يدفعه فهع بأقرانهم إلى تجاهلهم وعدم التفاعل معهم مما يقود بهم إلى الانسحاب الاجتماعي الذ يعد مظهرا هاما من مظاهر التعبير عن سوء التوافق النفسي. (Andrews & Wiener، 2004).

لذلك لابد من التعرف علي الاضطرابات النفسية التي يعاني منها الأطفال ضعاف السمع لضرورة الاهتمام بتقديم الدعم والعلاجات لهم تفيد في التعامل مع هذه الاضطرابات بدلا من أن يعيشوا حياتهم فاقدين معناها بسبب الاضطرابات النفسية بجانب عزلتهم عن العالم بسبب ضعف سمعهم، ظهرت من بين الاضطرابات النفسية اضطراب الالكسيثيميا، ولعدم وضوحه بشكل كبير أصبح يهدد النمو الوجداني لدي الأطفال ضعاف السمع أو الصم رغم وجود هذا الاضطراب عند الأفراد العاديين ولكن ضعف السمع أثر وبشده علي وجوده، أن اضطراب الالكسيثيميا يجعل الأفراد غير قادرين علي معرفة ماهية مشاعرهم علي وجه التحديد خاصة وأنهم عاجزون عن التعبير عنها بالكلمات وعلي وجه الدقة تنقصهم المهارات الوجدانية،(دانيال جولمان، ٢٠٠٠، ٧٩-٨٠).

وبما أن الطفل الضعيف سمعيا يعاني من قصور في انفعالاته و إدراكه فهو يحتاج إلي مساعدة لتنظيم انفعالاته عن طريق الجزء العقلاني من خلال العلاج العقلاني الانفعالي. وواضع هذا النوع من العلاجات النفسية هو ألبرت إليس Albert Ellis عالم النفس الإكلينيكي والذي أسماه في بادي الأمر باسم (العلاج النفسي العقلاني) ويهدف العلاج العقلاني السلوكي الانفعالي إلى مساعدة الفرد سواء كان عاديا أو من ذوي الاحتياجات الخاصة على تعديل أفكاره اللاعقلانية المسببة للاضطرابات الانفعالية.

ثانيا: مشكلة البحث:

تظهر مشكلة البحث من خلال ما لاحظته الباحثة أن الأطفال ضعاف السمع يواجهون صعوبة في تحديد مشاعرهم والتعبير عن انفعالاتهم وعدم قررتهم علي فهم وادراك مشاعر الأخرين، ومن خلال زيارة الباحثة مدرسة الأمل للصم وضعاف السمع في محافظة المنيا عدم وجود برامج علاجية أو برامج إرشادية تساعد هؤلاء الأطفال علي تنمية الجوانب النفسية والانفعالية لديهم، واسر هؤلاء الأطفال ينظرون إلي الطفل ضعيف السمع أو الأصم أنه من الغير ضروري التركيز علي انفعالاته أو ما يشعر به الطفل لأنه غير قادر علي التعبير. وأيضا من خلال الاطلاع

علي بعض الدراسات العربية والأجنبية لاحظت الباحثة أن عدد البرامج الإرشادية أو العلاجية التي تناولت الانفعالات الخاصة بضعاف السمع قلية جدا.

وبعد الاطلاع علي البرامج التي استخدمت العلاج العقلاني الانفعالي يصلح للعمل مع ذوي الاحتياجات الخاصة بمختلف فئاتهم، حيث يساعدهم في إعادة النظر إلى حياتهم بشكل جديد أكثر عقلانية مع تصحيح معتقداتهم عن أوضاعهم واضطراباتهم التي يعانون منها، وتمكينهم من حل مشكلاتهم وتعليمهم أساليب أكثر عقلانية لمواجهة المشكلات والاستمتاع بحياتهم، كما أهتمت بعض الدراسات الأخرى بمناقشة جودة الحياة لدى ذوي الاحتياجات الخاصة ومدى حاجتهم لرفع معدلاتها لديهم لتحقيق التوافق والتكيف النفسي لهم مثل دراسة كل من:

نشوة دردير (٢٠١٠) Bonomi & et.aL، (2008،Hoff، 2002،Church، (2004)
وقد أكد (1999، Ellis) على مدى فاعلية فنيات الإرشاد العقلاني السلوكي الانفعالي في التغلب على المشكلات والاضطرابات نفسية المنشأ الناتجة عن الإعاقة، وعليه فإن الدراسة الحالية استهدفت إعداد برنامج إرشادي عقلاني انفعالي لتنمية بعد تحديد المشاعر لدي ضعاف السمع في مرحلة رياض الأطفال والوصول لمستوي أفضل في التعبير عن المشاعر ودواخلهم النفسية وحياه افضل، مما يؤكد على ضرورة تطبيق فنيات العلاج العقلاني السلوكي الانفعالي والاستفادة منها.

وهذا كان الدافع وراء اختيار هذا الموضوع وتصميم برنامجاً إرشادياً قائما علي فنيات وفلسفة العلاج العقلاني الانفعالي لمرونة وتنوع فنيات هذه النظرية وتعدد استخداماتها في العديد من الاضطرابات النفسية مع الكبار والأطفال، لتنمية تحديد المشاعر عند ضعاف السمع في مرحلة رياض الأطفال.

تتحدد مشكلة البحث في السؤال الرئيس التالي:

ما فاعلية برنامج إرشادي باستخدام العلاج العقلاني الانفعالي لتنمية بعد تحديد المشاعر لدي ضعاف السمع في مرحلة رياض الأطفال؟

ويتفرع من السؤال الرئيسي الأسئلة الفرعية الأتية:

١- ما الفروق بين متوسطات رتب درجات القياسين القبلي والبعدي للمجموعة قيد الدراسة علي مقياس تشخيص بعد صعوبة تحديد المشاعر لدي ضعاف السمع في مرحلة رياض الأطفال؟

ثالثا: أهداف الدراسة:

تهدف الدراسة إلى:

تحديد أثر العلاج العقلاني الانفعالي في تنمية تحديد المشاعر عند ضعاف السمع في مرحلة رياض الأطفال.

رابعا: أهمية الدراسة:

أ- الأهمية النظرية:

تكمن الأهمية النظرية في:

١- اللقاء الضوء علي أهمية استخدام العلاج العقلاني الانفعالي مع ضعاف السمع في مرحلة رياض الأطفال.

٢-زيادة الاهتمام بالجوانب الانفعالية لضعاف السمع في مرحلة رياض الأطفال.

٣-تعتبر الدراسة الحالية مسايرة للاتجاهات الحديثة في مجال التربية الخاصة.

ب- الأهمية التطبيقية:

تكمن الأهمية التطبيقية في:

١- قد تكون الدراسة بداية للانطلاق العديد من الدراسات الأخرى في مجال الإعاقة السمعية حيث يمكن الاستفادة من نتائجها في استخدام العلاج العقلاني الانفعالي.

٢- تقديم خبرة ميدانية للباحثين في مجال التربية الخاصة حول كيفية التعامل مع الأطفال ضعاف السمع من الجوانب الانفعالية.

٣- تعدد الفئات المستفيدة من نتائج البحث منها: الأطفال ضعاف السمع في مرحلة رياض الأطفال، والمعلمات، وأولياء أمور الأطفال ضعاف السمع والقائمون علي تخطيط وتنفيذ برامج الأطفال في مجال التربية الخاصة.

خامسا: منهج البحث:

اعتمد البحث الحالي علي المنهج التجريبي وذلك للتأكد من فاعلية العلاج العقلاني الانفعالي لتنمية تحديد المشاعر لدي ضعاف السمع في مرحلة رياض الأطفال حيث يعتمد هذا المنهج علي التصميم التجريبي للمجموعة الواحدة.

سادسا: حدود الدراسة:

تتمثل حدود الدراسة فيما يلي:

١- **الحدود البشرية**:

تكونت عينة الدراسة الاستطلاعية من (٣٨) ثماني و ثلاثون طفلا وطفلة: (٢٥) بنين، (١٣) بنات من مدرسة الأمل للصم وضعاف السمع، وجمعية رعاية الصم بالمنيا من مجتمع الدراسة ومن غير العينة الأساسية للدراسة، كما تكونت عينة الدراسة الأساسية من ثلاثون (٣٠) طفلا وطفلة (٢٠) بنين، (١٠) بنات من مدرسة الأم ل للصم وضعاف والسمع، وجمعية رعاية الصم بالمنيا، تراوحت درجات ذكاء العينة ما بين (١٧ -٢٣) درجة، والعمر الزمني تراوح بين (٤-٨) سنوات.

٢- **الحدود الزمانية:**

تم تطبيق أدوات الدراسة الأساسية في الفصل الدراسي الثاني من العام الدراسي ٢٠٢٢/٢٠٢١ م

٣- الحدود المكانية:

تم تطبيق أدوات الدراسة للتجربة الأساسية في مدرسة الأم ل للصم وضعاف السمع التابعة لوزارة التربية والتعليم بمحافظة المنيا، وجمعية رعاية الصم بمدينة المنيا.

٤- الحدود الموضوعية:

تطبيق فنيات العلاج العقلاني الانفعالي مع ضعاف السمع في مرحلة رياض الأطفال.

سادسا: أدوات البحث:

- مقياس تشخيص بعد صعوبة تحديد المشاعر لدي ضعاف السمع في مرحلة رياض الأطفال: (إعداد الباحثة)
- اختبار الذكاء الغير لفظي (إعداد فايزة مكرومي، ٢٠٠٩)
- مقياس السمع الطبي (مطبق من قبل المدرسة من قبل)

سابعا: مصطلحات الدراسة:

العلاج العقلاني الانفعالي:

عرفها القريطي (٢٠٠٥، ٣١٢): هو الشخص الذي لديه قصور سمعي أو بقايا سمع، ومع ذلك فإنَّ حاسة السمع لدته تؤدي وظائفها بدرجة ما وتمكنه تعلم الكلام واللغة سواء باستخدام المعينات السمعية أو بدونها.

ويعرف ضعاف السمع إجرائيا في هذا الدراسة علي أنهم: أطفال يجدون صعوبة في التواصل اللفظي والوجداني مع الأخرين ويحتاجون بعض الوسائل والأدوات ليتعلموها ويتفاعلوا مع الأخرين ويحتاجون أيضا بعض الدعم المعنوي لكي لا يشعروا بالوحدة والعزلة من أفراد المجتمع حولهم وبناء برامج وطرق إرشادية لتعليمهم كيفية التعبير عن ما بداخلهم، وخفض اضطراباتهم النفسية.

ويعرف العلاج العقلاني الانفعالي إجرائياً بأنه: "علاجي عقلاني انفعالي مخطط ومنظم في ضوء أسس علمية يقوم على نظرية ألبرت أليس؛ لتقديم بعض الخدمات العلاجية إلى للأطفال ضعاف السمع في مرحلة رياض الأطفال بهدف مساعدتهم علي تنمية تحديد المشاعر عند ضعاف السمع في مرحلة رياض الأطفال باستخدام العلاج العقلاني الانفعالي.

تحديد المشاعر:

هي صعوبة التعرف على الانفعالات هو قصور القدرة على التميز بين الانفعالات المختلفة على المستوى اللفظي (الكلمات)، و غبر اللفظي (تعبيرات الوجه وهو القصور الذى يتضمن بالضرورة العجز عن ربط الكلمات المعبرة عن الانفعالات بتعبيرات الوجه المناسبة لها فضلاً عن صعوبة التميز بين الانفعالات، والإحساسات الجسمية المصاحبة لها. (Sánchez et al., 2003, 2006,.12،.52; Rieffe & Meerum Terwogt

وتعرف إجرائيا: في هذا البحث علي أنها: قصور في فهم المشاعر الذاتية أو انفعالات الأخرين وصعوبة في التمييز والتحديد ما بداخل الفرد ويصاحبها أحياناً أعراض جسدية وفقدان

للتوازن وعدم القدرة على التخيل وقلة التركيز وتحتاج إلي تدخل من قبل متخصصين لتنمية القدرة علي تحديد الشعور.

ضعاف السمع:

وتعد حاسة السمع من أهم الحواس التي تساعد الإنسان على التكيف والتوافق مع البيئة المحيطة به، فمن خلالها يستطيع الأنسان أن يفهم حديث الآخرين ويتفاعل معهم، كما يستطيع أن يتعلم ويتثقف وينقل أنواع المعرفة المختلفة، ويستطيع أن يحدد أماكن الأشياء وموضعها منه، ومن خلالها يميز بين الأصوات المختلفة من حوله. (ريم عبد الوهاب ٢٠١٠،٣)

ويعرف ضعاف السمع إجرائيا في هذا البحث علي أنهم: أطفال يجدون صعوبة في التواصل اللفظي والوجداني مع الأخرين ويحتاجون بعض الوسائل والأدوات ليتعلموها ويتفاعلوا مع الأخرين ويحتاجون أيضا بعض الدعم المعنوي لكي لا يشعروا بالوحدة والعزلة من أفراد المجتمع حولهم وبناء برامج وطرق إرشادية لتعليمهم كيفية التعبير عن ما بداخلهم وخفض اضطراباتهم النفسية.

الإطار النظري للبحث:

المحور الأول: العلاج العقلاني الانفعالي:

١- تعريف العلاج العقلاني الانفعالي:

"هو أسلوب أو نظرية من نظريات الإرشاد النفسي تستخدم فنيات معرفية وانفعالية لمساعدة المسترشدين في التغلّب على ما لديهم من أفكار ومعتقدات خاطئة وغير عقلانية، والتي يصاحبها اضطراب في سلوك وشخصية الفرد واستبدالها بأفكار ومعتقدات أكثر عقلانية ومنطقية تساعده على التوافق مع المجتمع" (المشاقبة، ٢٠٠٨، ١٤٣).

٢- نموذج "ABC" في الشخصية:

يرى إليس أن المشكلات النفسية تنشأ لدى الأفراد من نظام معتقداتهم اللاعقلاني، ومن وجهة نظر الإرشاد العقلاني الانفعالي فإن كثيرًا من المعالجين يقعون في الخطأ من خلال تركيزهم على الأحداث الماضية أو كأنهم يستطيعون أن يفعلوا شيئًا كتغير الطفولة المضطرب ويقع غيرهم بخطأ نتيجة تركيزهم المبالغ فيه على ضرورة إدراك المضطرب لخبراته والتعبير عنها. (القمش والمعايطة،٢٠٠٧، ١٠٦)

وعليه فقد وضع (إليس) نموذج (ABC) لتطور الانفعالات، أوضح فيها أن المشاعر لا تسببها الأحداث أو الأفعال حتى الأفعال السيئة ولكنها نتيجة للأفكار الناتجة لدينا من خلال تلك الأفعال، وبذلك كان كل انفعال إيجابي كالسرور والحب، أو سلبي كالخوف والقلق والاكتئاب يسبقه بناء معرفي ومعتقدات، وطريقة تفكير سابقة تساعد في ظهوره، أي أن (إليس) افترض في نموذجه أن الإضرابات النفسية ما هي إلا نتاج للتفكير اللاعقلاني الذي يتبناه الفرد. هذا وينطوي العلاج العقلاني الانفعالي على حوار معني بين المعالج والمريض، إلا أن المعالج يقوم بمعظم الحديث خاصة بداية الجلسات، حتى يوضح للعميل المقصود من العلاج ويساعده عمى تحديد مشكلته بصورة قاطعة. (شقير، ٢٠٠٢، ٢٨٢:٢٨٠)

الفروض التي تقوم عليها نظرية الإرشاد العقلاني الانفعالي:

قدم إليس في دراساته الإطار الكامل لنظريته في الإرشاد والعلاج النفسي عام (١٩٧٧) وعرض لكل الفروض التي تقوم عليها نظريته، والتي بلغ عددها(٣٢) فرضًا، وهي كالآتي:

أولا: الفروض الخاصة بالإطار المعرفي لنظرية إليس وهي كما يلي:

١. التفكير يحدث الانفعالي.
٢. عمليات تعلم المفاهيم والأحاديث الذاتية.
٣. الحالات المزاجية للفرد ومعرفته.
٤. الوعي والاستبصار وتنبيه الذات.
٥. التصور والتخيل.
٦. توجد علاقة متبادلة بين المعرفة الانفعالي والسلوك.
٧. التغذية الراجعة والتحكم في العمليات.
٨. تؤثر الميول الفطرية على انفعال الفرد وسلوكه.
٩. يؤثر توقع الفرد في انفعاله وسلوكه.
١٠. يؤثر مركز تحكم الفرد في انفعاله وسلوكه.
١١. أثر خصائص الفرد في انفعاله وسلوكه .
١٢. التفكير اللاعقلاني يحدث الاضطراب الانفعالي.
١٣. سوء تقدير الذات يؤثر على انفعال الفرد وسلوكه.
١٤. الأساليب الدفاعية اللاشعورية تؤثر على انفعال الفرد وسلوكه.
١٥. درجة تحمل الفرد للإحباط تؤثر على انفعاله وسلوكه.
١٦. توقع الفرد التهديد يزيد اضطرابه الانفعالي.

ثانيًا :الفروض الخاصة بفنيات الإرشاد العقلاني الانفعالي وهي كما يلي:

١. الإرشاد النفسي التوجيهي النشط.
٢. الدحض والإقناع.
٣. الواجبات المنزلية.
٤. تبسيط الإهانة وحسن الظن بالآخرين.
٥. تنفيس الانفعالات المختلة وظيفيًا.
٦. تبصير الفرد باختيار الطرق الفعالة للتغير السلوكي.
٧. ضبط الذات.
٨. تعلم مهارات الكفاح ضد الشدة والتهديد.
٩. التحويل والإلهاء.
١٠. الأساليب التربوية وإعطاء المعلومات.
١١. تقليل قابلية الفرد للتأثير بإيحاءات الآخرين: القدوة والتقليد.

١٢. تعلم مهارات أسلوب حل المشكلة.
١٣. تعلم القيام بالدور والتدريب السلوكي.
١٤. التدريب على المهارات.

توجد علاقة بين الإرشاد العقلاني الانفعالي وغيره من الأساليب الإرشادية.(عمار الناعمة، ٢٠٠٨: ٧١-٧٧)

ثالثا: مسلمات العلاج العقلاني الانفعالي:

١- تفكير الأنسان هو الذي يلون المدركات بحيث يجعلها حسنة أو رديئة، نافعه أو ضارة، مطمئنة أو مهددة.
٢- الأفكار السالبة أو الخادعة للنفس والتي تقوم علي أساس غير عقلاني وغير منطقي يمكن دحضها وتعديلها إلى موجبة وإعادة تنظيمها عقلانيا ومنطقيا.
٣- السلوك العقلاني يؤدي إلى الصحة والسعادة.
٤- الفكر والانفعال توأمان مترابطان ومتداخلان، ويؤثر كل منهم في الأخر والتفكير والانفعالي والسلوك أضلاع مثلث واحد تصاحب بعضها بعضا تأثيرا وتأثرا.
٥- ينبع التفكير غير العقلاني من التعلم غير المنطقي من الوالدين والثقافة.
٦- الأنسان يعبر عن فكرة رمزيا ولغويا وكل من التفكير والانفعال يتضمن (الكلام مع الذات) في شكل جمل فستدخله واذا كان الفكر مضطربا صاخبة انفعال مضطرب وكان الفرد يحدث نفسه دائما بالفكر غير المنطقي ويترجمه في شكل سلوك مضطرب.
٧- يمكن للفرد أن يكتسب خبرات عقلانية اكثر عمقا ويحقق لنفسه إشباعا جيدا في حياته بتطوير قاعدة الإدراك الواقعي وتكوين وجهة نظر اكثر عقلانية.
٨- فكرة السعادة البشرية يجب أن تتحقق بالاستغراق في الأعمال والهوايات الإبداعية وان نكرث انفسنا للناس والمشاريع خارج انفسنا.
٩- يجب أن تكون لدي الإنسان القدرة علي السيطرة علي الأشياء.
١٠- يجب عدم تجنب مواجهة صعوبات الحياه والمسؤولية الذاتية في ذلك.
١١- الاضطراب الانفعالي والسلوكي يجب أن يكون نتيجة للتفكير غير العقلاني وغير المنطقي.
١٢- استمرار حالة الاضطراب الانفعالي يكون نتيجة لما يقوله الفرد لنفسه ويصمم عليه وليس من الأحداث أو الظروف الخارجية ولكن من اتجاهات وادراك الفرد تجاه هذه الأحداث والتي تتضمن جهلا داخليا حول هذه الأحداث. (عطوي٢٢٣،٢٠٠٦)

رابعا: مبادئ نظرية العلاج العقلاني الانفعالي:

كما أن هناك بعض المبادئ التي يقوم عليها الإرشاد العقلاني الانفعالي طبقا إلى نظرية (Ellis) لقد أوضح(إليس، Ellis) نظريته في الإرشاد العقلاني الانفعالي في اثنتي عشرة (١٢) نقطة مهمة تتلخص فيما يلي:

١- استخلص(إليس، (Ellisبعض المبادئ الأساسية التي يقوم عليها الإرشاد العقلاني الانفعالي من بعض مبادئ العديد من المفكرين اليونانيين والفلاسفة الرومان من العصر القديم، إلى جانب بعض تعالى من فلاسفة العصر الحديث أمثال :إيمانويل كانت "و"جون ديوي "و"برتراند راسل"، ومن ثم قام بتطويع هذه الخلاصات الفكرية وتطويرها كي تستخدم في مجال العلاج النفسي الفردي والجماعي.

٢- قام (إليس, Ellis) بتجريب أساليب العلاج النفسي على عملائه، وتمثلت تلك الأساليب في التحليل النفسي، العلاج المتمركز على العميل، والعلاج الكهربائي، وغيره من الأساليب العلاجية الأخرى، ومن خلال ذلك قام بتطوير عدد من الأساليب الإرشادية والعلاجية الموجهة والإيجابية والتي أثبتت فعاليتها.

٣- أوضح "أليس" Ellis أن الكائنات الإنسانية تّتسم "بالعقلانية " و"اللاعقلانية"، كما أنها تتعّلم وتبني أفكارا دفاعية للحفاظ على الذات، وأفكارا مدمرة في الوقت ذاته، بالإضافة إلى مشاعر وسلوكيات متناقضة.

٤- إن المعالجين الذين يّتصفون بالنزاهة والاستقامة والإيجابية هم الذين يقومون باستخدام، وسائل مختلفة في محاولة لتعليم عملائهم كيفية التفكير بفاعلية وعقلانية، وبذلك يتمكن المعالجون من التوصل إلى تحقيق نتائج أفضل معهم.

٥- يرى الإرشاد العقلاني الانفعالي أن الأساليب غير المباشرة في العلاج النفسي تّتسم بالقصور وعدم الكفاءة مع أغلبية العملاء مثل :أسلوب التداعي الحر، تحليل الأحلام دراسة ماضي العميل بصورة مفصلة، وبناء علاقة عميقة بين العميل والمعالج وتحليلها.

٦- يرى "إليس Ellis" أن العلاج العقلاني الانفعالي يركز على استخدام، الأساليب المعرفية المختلفة والوسائل الإقطاعية مثل :التعليم والمناقشة، ومقاومة المعتقدات اللاعقلانية والتي تعتبر جميعها أساليب ذات فاعلية شديدة.

٧- يقوم المبدأ النظري للعلاج العقلاني الانفعالي على فرضية مؤداها :أن التفكير الإنساني والمشاعر ليستا عمليتين منفصلتين أو مختلفتين، ولكنهما عمليتان تتماثلان بشكل كبير في بعض الجوانب، وذلك بالنسبة لجميع الأهداف العملية، فالتفكير والشعور شأنهما شأن عملية الإحساس والحركة، فهما متداخلتان بصورة متكاملة.

٨- لكي يحيا البشر ويظلوا سعداء، فلا سبيل أمامهم سوى الاحتفاظ بشعور دائم متواصل، بما يتيح لهم تقييم المواقف التي يوجهونها، والتحرك نحو الأشياء الأكثر إشراقا، والابتعاد عن الأشياء القاتمة والسيئة، وحتى عند تقييم حالة هؤلاء الأفراد التي تّتسم بالسلبية والمشاعر القاتمة مثل "أن يتصور الفرد فقدانه لوظيفته" والشعور بخيبة الأمل والإحساس العميق بالحزن المصاحب لذلك، فهذه كّلها أمور صحية، لأنها تحميهم وتدفعهم إلى تجّنب ما يكرهونه، والتخطيط لتلافي الخبرات المريرة في المستقبل.

٩- استطاع "إليس، Ellis" في نظريته :العلاج العقلاني الانفعالي أن يميز بوضوح بين المشاعر السلبية "الملائمة" و"الصحية " و" الوظيفية" وبين المشاعر "غير الملائمة" أو "المضطربة".

وهنا يركز" إليس Ellis" على أن الخبرات المثيرة – والتي تسبب الإحباط ي مسألة حتمية في حياة الفرد" بل الأفراد جميعا"، ومن الأفضل ألا يقع الفرد ضحية للأحزان والإحباط وألا يكون بليدا في مواجهة هذه الخبرات أو الأحداث المريرة، وألا يفزع ويخاف بشكل غير صحي أو يكتئب، لأنه في كلتا الحالتين لن يستطيع أن يتعامل بصورة كاملة مع هذه الخبرات المثيرة، ولن يستطيع تغييرها أو النجاح في العيش متوافقا معها، وهذا الشعور السلبي الذي يجتاح الفرد، شعور" صحي" ولا يحتاج إلى علاج، فالأسلوب العقلاني الانفعالي لن يساعده على أن يكون عقلانيا، أو متلبدا عند تعرضه لهذه النوعية من الأحداث، أو تعرض البيئة الاجتماعية التي يعيش فيها لذلك.

١٠- بعد قيام العميل بطرح مشاعر الذعر والاكتئاب وكراهية الذات، على المعالج أن يقوم بتحديد أي من هذه المشاعر السلبية صحي وأيها غير صحي؟ وما المعتقدات العقلانية التي تص أحب السلوكيات الأولى؟ وما المعتقدات اللاعقلانية التي تصاحب المشاعر والسلوكيات الثانية؟ وفي ذلك تكمن مشكلة المعالج.

١١- انتقد "إليس Ellis "أساليب علاج التحليل النفسي والديناميكي، فجميعها تفترض أن الاختلال الوظيفي لمعتقدات الفرد ينشأ أساسا في مرحلة الطفولة وبخاصة علاقته مع أفراد أسرته، وإذا استطاع أن يفهم ويدرك هذا المصدر لاضطراباته، فبإمكانه التغلّب على هذه الاضطرابات التي أدت إلى ها تلك العلاقات المضطربة في الصغر.

١٢- غير أن "إليس، Ellis " يشكك في صحة هذه النظريات، ويرى أنّه قد يتاح للفرد أن يتبنى أو يخلق معتقداته اللاعقلانية بنفسه خلال مرحلة المراهقة أو خلال مرحلة البلوغ. وحتى إذا ظهرت تلك المعتقدات نتيجة للخبرات المبكرة التي تعرض لها الفرد في حياته فان معرفة الفرد واستبصاره بمصدر هذه الاضطرابات، قد لا يساعد على تغيير معتقدات الفرد اللاعقلانية. يوضح" إليس، " Ellis ضرورة استخدام، المعالجين النفسيين لنظريته ((ABC في العلاج العقلاني الانفعالي لأهميتها. (Ellis 1977 :53) 59

خامسا: فنيات الإرشاد العقلاني الانفعالي:

نظرًا لكون الهدف من الإرشاد العقلاني الانفعالي كما يرى" إليس"، يتمثل في مساعدة العميل المسترشد" على أن يحقق أهدافه من خلال التطبيق المنظم للأساليب المعرفية الانفعالية والسلوكية، فقد تعددت الفنيات التي يمكن الاستعانة بها خلال الجلسات العلاجية" الإرشادية" وجدير بالذكر أن كلا من المعالج "المرشد والمريض "المسترشد" يعتمدان بشكل كبير على الحوار اللفظي في المواجهات التي تتم خلال الجلسات.) عبد الله، ٢٠٠٠، ١٢٢)

أولا: فنيات معرفية:Cognitive Techniques

وهي الفنيات التي تساعد العميل على تغيير أفكاره اللاعقلانية واتجاهاته وفلسفته غير المنطقية إلى أفكار واتجاهات عقلانية جديدة وتبني العميل فلسفة واضحة في الحياة تقوم على العقلانية وتظهر للفرد أنه من الأفضل أن يتخلى عن طلب الكمال إذا أراد أن يعيش حياة سعيدة خالية من القلق، وتعلم العميل أن يفصل بين معتقداته العقلانية (غير المطلقة) ومعتقداته اللاعقلانية)المطلقة)، وكيف يستخدم الطريقة المنطقية في العلم بالنسبة لذاته ولمشكلاته، وكيف يتقبل الواقع، العديد من الباحثين قد اكد واعلى فاعلية المناقشة في الموقف التعليمي، ومالها من الأثار الإيجابية المتنوعة والتي تتمثل في أثار ة الاهتمام الطلاب نحو المتحدث، والعمل على تركيز الإنباه وعدم تشتته، كما تساعد تلك الفنية على فهم أعمق لمحتوى الدرس، وتنظيم المعلومات واكتساب العديد من المهارات والمفاهيم، كما تعمل على التوجيه الصحيح للقيام بنشاط معين من قبل التلميذ.

ثانيًا :فنيات انفعالية Emotive Techniques

وهي فنيات تتناول مشاعر العميل وأحاسيسه والمواقف الصادمة المثيرة والخبرات الماضية المتعقلة بمشكلة العميل، وتستخدم للمساعدة في تغيير قيم العميل المحورية. ويعبر عنها إليس، "Ellis " بأنها فنيات العلاج الانفعالي الإظهاري Emotive-Evocative therapy التي تتمثل في إظهار الحقائق والأكاذيب كي يستطيع العميل التمييز بينها بوضوح ويستخدم المرشد لعب الأدوار، والنمذجة والفكاهة، وحث العميل وإنذاره وإقناعه بالتخلي عن هذه الأفكار اللاعقلانية وتشجيع العميل على المخاطرة، بالإضافة إلى قيام علاقة تتسم بالحب والتقدير والاحترام والألفة بين المرشد والعميل.

ثالثًا :الفنيات السلوكيةBehaviorist Techniques :

وهي فنيات تساعد العميل في التخلص من السلوك المختل وظيفيا Dysfunctional وحث العميل على تغيير وتعديل سلوكه وتعزيز السلوك التوافقي ومساعدته على التغيير الجذري لمعارفه ومفاهيمه المتعددة عن ذاته وعن الآخرين والعالم. ويعبر عنها" إليس،Ellis " بأنها فنيات العلاج العقلاني السلوكيRational Behavior therapy وهي متعددة منها الواجبات المنزلية المباشرة، والتحصين التدريجي والنشاط الموجه وضبط الذات، والاستبصار والتعليم والاسترخاء والتخيل العقلاني والإرشاد الإجرائي لتدعيم تغيير الفرد لسلوكه. إن" إليس، Ellis " استخدم فنيات كثيرة ومختلفة منها الدعاية المضادة، والتفسير والتفنيد، والحث والإقناع، والإيحاء، والتعزيز، والتدريب التوكيدي، والمواجهة الشخصية، والتدريب على المهارات وارتياد المخاطر والقيام بالأدوار والقراءة وحكاية القصص والطرق التي تبعث على السرور وتعلم المنطق وضبط الذات والقدرة والنشاط الموجه والاسترخاء والتخيل العقلاني والاستبصار وتعلم أسلوب التفكير العلمي واستخدام، الأساليب التربوية والمعرفية وربط الأحداث بالنتائج.

وهو يظهر له أنها أفكار بعيدة عن المنطق لا يمكن إثبات صدقها، وهو يحلل هذه الأفكار منطقيًا ويظهر أنها أفكار مهمة، ويوضح بعنف وبقوة أن هذه الأفكار لا يمكن تطبيقها، وأنها سوف

تؤدي حتمًا إلى تجدد أعراض الاضطراب، وهو يظهر سخافة هذه الأفكار أحيانًا بأسلوب فكاهي ويشرح له كيف يمكن استبدالها بأفكار عقلانية، ويعلم العميل كيف يفكر علميًا في الحاضر وفي المستقبل بحيث يمكنه ملاحظة أي أفكار تالية لاعقلانية ونبذها منطقيًا. (نايل، ٢٠١٥، ١٢٣:١١٤)

تعقيب علي المحور الأول:

بعد العرض السابق أثبتت الدراسات والأبحاث العربية والأجنبية أن العلاج العقلاني الانفعالي يمكن تطبيقه علي الأطفال ويمكنه خفض الاضطرابات النفسية التي يعاني منها المراحل العمرية المختلة وليس قاصر علي الكبار. وتم الاستفادة من هذا المحور في بناء علاج يصلح للأطفال ضعاف السمع قائم علي فلسفة نظرية العقلاني الانفعالي فهي تعمل بمثابة الموجه والدليل للعمل مع الطفل وأسرته.

١- بعد تحديد المشاعر:

تعتبر (الألكسيثيميا) مجموعة من الاضطرابات والأعراض المتصلة بالجهاز الوجداني بسبب بعض الصعوبات في تحديد المشاعر وتفعيلها، نتيجة لتضخم الأحاسيس الجسدية المصاحبة للانفعالات وصعوبات التوافق، كما يعاني هؤلاء الأفراد من نقص الدعم الاجتماعي من قبل الأهل والأصدقاء نتيجة نقص القدرة على التواصل، كما أنهم يجدون صعوبة في التفكير في أسباب المشكلات التي تواجههم. (٢٠٠٠، 629 .k. M، & Addis، M.E Carpenter).

وعرفتها موسوعة علم النفس والتحليل النفسي بأنها: نقص المشاعر والأحاسيس أو فتورها عند بعض الأفراد بحيث تكون الاستجابة غير مناسبة للموقف بحكم الواقع الاجتماعي أو طبيعة المثير وهذه الحالة تصاحب بعض الأم راض الوظيفية، وخاصة في بعض حالات القلق والاكتئاب والأم راض الذهنية. (عبد القادر وآخرون، ٢٠٠٣، ٨٥٧).

كما تعرف الإلكسيثيميا بأنها وجود صعوبة في فهم معنى الإشارات العاطفية التي تظهر من خلال التفاعل الاجتماعي مع الآخرين، وضعف الخيال، وكذلك ضعف القدرة على استخدام، القدرة اللغوية التي تساعدهم على وصف انفعالاتهم ومشاعرهم للآخرين ويكون أسلوب الفرد المعرفي موجها للخارج عند التعامل مع المواقف(Franz et.al.2008, 54) .

"الألكسيثيميا هي سمة وجدانية ومعرفية للشخصية التي تفتقر إلى الوعي بالانفعالات، تتصف بعدم قدرة الفرد علي تحديد الانفعالات والمشاعر ووصفها والتعبير عنها لفظيا لديه أو لدى الآخرين، وصعوبة التمييز بين الانفعالات والأحاسيس الجسدية الناتجة عن الاستثارة. بالإضافة إلى عمليات تخيل مقيدة تتم ملاحظتها من خلال ندرة الأحلام والتخيلات وسيطرة نمط تفكير ذي توجه خارجي يتميز بالاستغراق في تفصيلات الأحداث الخارجية"، من التركيز على المشاعر والتخيلات التي تتعلق بالخبرة الداخلية. (Gilbert et.al 60،2014)

عرفها (البحيري)" أنها سمة وجدانية معرفية نتيجةً لوجود قصور في المشاعر والأحاسيس، و يظهر ذلك في صعوبة التعرف على المشاعر الذاتية والتمييز بينها، و كذلك صعوبة في التواصل الانفعالي أي صعوبة في التعبير عن المشاعر والأحاسيس للأخرين بسبب غياب الكلمات المناسبة

لوصف تلك المشاعر، وذلك بالرغم من عدم وجود أي اضطراب في الجهاز الصوتي أو حاسة السمع، وكذلك محدودية التخيل المتعلق بالمشاعر مما يسبب انخفاض في مهارة التعامل مع الآخرين، و يصبح الفرد معرضا للإصابة بالاضطرابات النفسية والأم راض الجسمية"
(البحيري،٢٠٠٩،٨٢٢-٨٢٣)(Abbasi et al،2013،Aust et al) 225، Crowley، 2012، 14)

٢- **أبعاد الالكسيثيميا:** أكد كل من:

أن مفهوم الألكسيثيميا يتضمن ثلاث أبعاد هي:

أ. صعوبة التعرف على الانفعالات هو قصور القدرة على التميز ببن الانفعالات المختلفة على) المستوى اللفظي (الكلمات) و غير اللفظي (تعبيرات الوجه هو القصور الذى تتضمن بالضرورة العجز عن ربط الكلمات المعبرة عن الانفعالات بتعبيرات الوجه المناسبة لها فضلاً عن صعوبة التميز ببن الانفعالات، و الإحساسات الجسمية المصاحبة لها

ب.صعوبة وصف الانفعالات: قصور القدرة على التعبير اللفظي عن الانفعالات و خاصةً السلبة، و انعدام الرغبة في مشاركتها مع الآخرون ؛ فضلاً عن صعوبة فهم، أو تعريف الكلمات المعبرة عنها.

ت- التفكير الموجه للخارج: ويقصد به الاستغراق في التفصيلات الخارجية للأحداث أكثر من التركيز على الخبرات الذاتية للفرد وعزو الأحداث والنتائج إلى عوامل خارجية.

٣- أنـــواع الألكسيثيميا:

هناك نوعان من الألكسيثيميا: الأولية ولثانوية ويمكن توضيحهما على النحو التالي:

أ - الألكسيثيميا الأولية ويُعد هذا النوع من الألكسيثيميا فطري، ومستقر مع مرور الوقت، كما يُعد سمة شخصية، وقد يعود إلى الوراثة والنمو العصبي الحيوي. هذا النوع من الألكسيثيميا: يمكن أن يكون من العوامل المهيئة لحدوث الاضطرابات السيكوسوماتية، الألكسيثيميا كسمة شخصية غالبا ما يكون من صفاتها نقص التفكير الموجه للخارج والضغوط، وقصور في تنظيم الانفعالات.

ب- الألكسيثيميا الثانوية ينشأ هذا النوع نتيجة لعوامل الصدمة التي يتعرض لها الفرد، ويَعد هذا النوع حالة يستخدم فيه الفرد اليات الدفاع وخصوصًا الإنكار لحماية نفسه من التجارب العاطفية الصعبة لسباب نفسية تحدث خلل وظيفي في الممرات العصبية المتعلقة بمعالجة المشاعر والانفعالات ذات العلاقة بالوظائف المعرفية(2014، (.Mnif et al

هناك أنواع فرعية الألكسيثيميا هي:

الألكسيثيميا التفاعلية: ويكون من صفاتها صعوبة التمييز والتواصل بين الانفعالات وتمركز الفرد حول ذاته وسبب ذلك الضغوط والخبرات النفسية. (272، 2004، Lumley)

الألكسيثيميا العضوية: وينشأ نتيجة للإصابة الدماغية المكتسبة، والتعرض للإصابات في الفص الأيمن من المخ نتيجة الحوادث أو التعرض للاصطدام بجسم حاد (Becerra, 2003).

الألكسيثيميا الدفاعية: هذا النوع من الألكسيثيميا يظهر على الفرد في حالة تعرضه لبعض الصدمات القاسية، أو الحرمان من الوالدين. (Krystal et al.1986,84)

٤- أسباب الألكسيثيميا:

هناك اختلاف بين الباحثين حول تحديد السبب الرئيسي لها، وعليه فقد اجتهد الباحثين المتخصصين في هذا المجال لكي يميزوا هذا الاضطراب هل هو نفسي أم عصبي، وهناك عدة أراء حول الألكسيثيميا كونها اضطراب عصبي سببه حالات القصور في خلايا الدماغ أو نفسي المنشأ سببها التربية أو الصدمة النفسية. (Jeffrey ,1995)

ويحسم هذا التناقض أن الأعراض تكون ذات منشأين نفسي وعصبي، وخير دليل على ذلك هو اضطراب العاطفة، وهل ينتج عن الدماغ ونشاط المخ فقط أم أنه مرتبط ارتباطا وثيق بالوصلات العصبية بالقلب ومن ثم تتحرك العاطفة وتلعب الحالة النفسية دورها. (Sifneos ,1996,138)

تعقيب علي المحور الثاني:

ويتضح أن بعد صعوبة تحديد المشاعر مشكلة كبيرة يواجها العديد الأطفال والكبار، بما أن الانفعالات لدي الفرد تمثل دورا أساسيا فإن عدم القدرة علي التحديد أو الوصف للمشاعر يمثل هدم للنمو الانفعالي للفرد، ومن هنا أصبح من الضروري خفض التغلب علي هذه البلادة الوجدانية عند الأفراد. وتم الاستفادة من هذا المحور في الدراسة الحالية في التعرف علي أبعاد اضطراب الألكسيثيميا وهي (صعوبة تحديد المشاعر، صعوبة ووصف المشاعر، التوجه الخارجي للتفكير)، لذا هدفت الدراسة الحالية تنمية بعد تحديد المشاعر للنمو الانفعالي لدي ضعاف السمع في مرحلة رياض الأطفال.

ضعاف السمع:

إن ضعاف السمع: "هم أولئك الأفراد الذين يعانون من نقص في حاسة السمع ويتراوح شدته بين (اقل من ١٠ إلي ٢١) ديسيبل، وهو الأمر الذى لا يعوق قدرتهم من الناحية الوظيفية على إكتساب المعلومات اللغوية المختلفة سواء عن طريق آذانهم بشكل مباشر، أو عن طريق استخدام المعينات السمعية اللازمة". (عادل عبد الله٢٠٠٤، ٣١١)

١- أسباب الضعف السمعي:

١- العوامل الوراثية

٢- العوامل البيئية

٢- تصنيف الضعف السمعي:

هناك عدة أسس مختلفة يتم على أساسها تصنيف الضعف السمعي وهى:

أولًا: التصنيف تبعًا للعمر الذى حدثت فيه الإعاقة:

أ- ضعف سمع ولادي: يعبر عن وجود عيوب خلقية بالجهاز السمعي للطفل منذ لحظة الولادة، مما يؤثر على مستوى فعالية الكلام لديه، وتعد الفترة من عمر الولادة إلى خمس سنوات فترة حرجة لنمو النطق واللغة لدى الطفل، ويمكن أن يطلق على هذا النوع ضعف

سمع قبل اكتساب للغة، وذلك لأنه يحدث قبل تعلم للغة، واكتسابها أي قبل سن الخامسة من العمر، ويشير أفراد هذه الفئة بعدم القدرة على الكلام لأنهم لم يتمكنوا من سمع اللغة.

ب- ضعف سمع مكتسب: ويحدث بعد السنة الخامسة أي أنه يحدث بعد تطور اللغة، والنطق لدى الطفل، وذلك لأن الطفل يكتسب اللغة تقريبًا بعد سن الخامسةCrawford ، (2007،(16). ؛ (وسعيد العزة ٢٠٠١، ٢٣) وأيضًا ذكر كل منGoldsten ، (2005، Adams؛P.1 ، (2004،P.17 ؛ زينب شقير (٢٠٠٥ ص ٨٩) تصنيفًا آخر لضعف السمع من حيث العمر عند الإصابة كما يأتي:

أ- ضعف سمع قبل اللغة: يحدث قبل تطور اللغة والكلام عند الأطفال، أي قبل سن الثالثة، ويترك ذلك أثارا سالبة على النمو اللغوي للطفل، لأن الطفل يفقد كثيرا من المثيرات السمعية، مما يؤدى إلى نقص خبراته.

ب- ضعف سمع بعد اللغة: يحدث عند الأطفال بعد تطور اللغة والكلام، أي بعد بلوغ سن الخامسة، حيث يكون قد توفرت لديهم مجموعة من القرارات اللغوية.

ثانيًا: تصنيف ضعف السمع من حيث موضع الإصابة وطبيعة القصور:

أ- ضعف السمع التوصيلي:

ينتج ذلك الضعف عن إصابة الممرات التوصيلية للأذن الخارجية والوسطى، والمشكلات المرتبطة بالأذن الخارجية لا تسبب مشكلات تعليمية أساسية (Goldstein,2005,p.19)

ب- فقد السمع الحس-عصبي:

يعد ضعف السمع الحس- عصبي أكثر خطورة من ضعف السمع التوصيلي لأنه لا يمكن علاجه، وينتج عن تحطم الخلايا العصبية، أو الأنسجة العصبية للأذن الداخلية. (Crawford،2007 ، (Dashash: P.14, 2004, P.5)

ج- فقد السمع الشديد: Severe hearing lost

يتراوح ضعف السمع هذا بين (٧١-٩٠) ديسيبل، وفى هذا المستوى يعانى الطفل من صعوبات بالغة مثل صعوبة سماع الأصوات حتى الأصوات العالية، واضطرابات الكلام واللغة، وبالتالي فهو في حاجة إلى فصول خاصة.

د- فقد السمع الشديد جدا: Profound hearing lost

حيث يزيد مستوى ضعف السمع عن ٩٠ ديسيبل، وهذا الطفل يعتمد على حاسة الإبصار أكثر من حاسة السمع، وأساليب التواصل المعروفة عند الصم للتواصل مع الآخرين، ويمكن تلخيص هذا التصنيف في الجدول التالي:

جدول (١): تصنيف ضعف السمع حسب شدة الإصابة

المستوي	الوحدة السمعية بالديسبل
ضعف سمع بسيط جدًا	٢٧-٤٠
ضعف سمع بسيط	٤١-٥٥

المستوي	الوحدة السمعية بالديسبل
ضعف سمع متوسط	٥٦-٧٠
ضعف سمع شديد	٧١-٩٠
فقد سمع شديد جدًا	٩١ فأكثر

٣-خصائص ضعاف السمع:

سوف تركز الباحثة من خلال الآتي على توضيح الخصائص اللغوية، والاجتماعية، الانفعالية، للأطفال ضعاف السمع، تلك الخصائص الأكثر ارتباطا بمحاور الدراسة، الالكسيثيميا والبرنامج الإرشادي العقلاني الانفعالي وضعاف السمع.

أولًا: الخصائص اللغوية:

تعتبر الإعاقة السمعية من أشد وأصعب الإعاقات الحسية التي تصيب الإنسان، ولذا يصعب على المعاق سمعيا اكتساب اللغة، والكلام. (سيد البهاص، ٢٠٠٧، ص ٢٣٦)

ثانيًا: الخصائص الاجتماعية:

يشعر الطفل ضعيف السمع بحالة توتر مستمرة عندما يكون مع الناس، لذا يفضل الانزواء النفسي والعيش في عزلة.(زينب شقير، ٢٠٠٨، ١٣-١٣٢)

جماعة الأقران: قد يختار الأصم أو ضعيف السمع أقران أصغر منهم سنًا، وقد لا يختارهم أصغر منه، وغالبًا ما يسيئون فهم أقرانهم عادل عبد الله، (٢٠٠٤، ص ٢٠٦).

أن الشخص الأصم أو ضعيف السمع يختار التلميذ الأصغر منه سنًا أو المعاق كصديق له، وفى أغلب الأحيان لا يفهم الزملاء. (رفعت بهجات، ٢٠٠٤، ٢٠٣-٢٠٤)

ثالثًا: الخصائص الانفعالية:

يشير عبد الرحمن سليمان، وإيهاب الببلاوي (٢٠٠٦، ص ١٩٨) إلى أن الصم وضعاف السمع هم أشخاص يعانون من مشكلات انفعالية أكثر من أقرانهم السامعين العاديين.

ومن خلال العرض السابق للخصائص اللغوية والاجتماعية الانفعالية للأطفال ضعاف السمع يتضح أن الأطفال ضعاف السمع يعيشون في معاناة نفسية واجتماعية تتطلب خفضها، وقد يكون للبرنامج الإرشادي العقلاني الانفعالي تأثير إيجابي على خفض الالكسيثيميا لدي الأطفال ضعاف السمع في مرحلة رياض الأطفال.

تعقيب علي المحور الثالث:

ومن خلال العرض السابق لأهم الآثار النفسية الناتجة عن الضعف السمعي استطاعت الباحثة تحديد أهم الاضطرابات والآثار النفسية التي يعانى منها الطفل ضعيف السمع. ويتضح أن فقدان حاسة السمع من اشد ما يصيب الأنسان من إعاقات، لان المعاقين سمعيا يعانون من الصمت والوحدة والعزلة الاجتماعية، لان التواصل اللغوي هو الوسيلة الأولي للاتصال بالبشر والشعور بهم فهذا يزيد من كبت المشاعر الانفعالات كما تم التعرف علي خصائص الأطفال الذين يعانون من ضعف السمع وتشخيصهم بدقة.

ومن هذا المنطلق اهتم البحث الحالي بالأطفال ضعاف السمع لمساعدتهم علي استثمار قدراتهم وتلبية احتياجاتهم الأساسية بالقدر الذي يتفق مع عمره الزمني.

تعقيب علي الاطار النظري:

وقد اتضح من خلال تناول المحاور الثلاثة في الاطار النظري من هذا الفصل عدة نقاط مهمه تم الاستفادة منها علي النحو التالي:

إن الأطفال ضعاف السمع يستفيدون من البرامج الإرشادية بشكل كبير، فهو يركز علي تزويدهم بالأنشطة والخدمات التي تؤثر علي نموهم الانفعالي والاستثمار الجيد لقدراتهم وإمكانياتهم في مرحلة الطفولة المبكرة.

ان محاولة تنمية بعد تحديد المشاعر في مرحلة مبكرة مهم جدا في نمو انفعالات الفرد. والبرنامج العقلاني الانفعالي يساعد الطفل في استغلال ما لدية من قدرات مهم كانت ضعيفة، وتقوية مواطن ضعفه، وتوهجيه إمكانياته وتحسن قدراته.

خطة وإجراءات البحث:

١. عينة البحث:

تكونت عينة البحث الاستطلاعية من (٣٨) ثلاثون طفلا، كما تكونت عينة البحث الأساسية من ثلاثون (٣٠) طفلا وطفلة، والعمر الزمني تراوح بين (٤-٨) سنوات.

٢. إعداد أدوات البحث:

مقياس تشخيص بعد صعوبة تحديد المشاعر (إعداد الباحثة)، اختبار الذكاء غير اللفظي للصم (إعداد فايزة مكرومي السيد بكر،٢٠٠٩)، مقياس السمع الطبي (مطبق مسبقا من قبل المدرسة).

المعاملات العلمية للمقياس:

١- الهدف من المقياس:

يهدف المقياس إلي تشخيص بعد صعوبة تحديد المشاعر لدي ضعاف السمع في مرحلة رياض الأطفال وتتراوح أعمارهم من (٤-٨).

٢- وصف المقياس:

صمم هذا المقياس لتشخيص بعد صعوبة تحديد المشاعر لدي ضعاف السمع في مرحلة رياض الأطفال وفي حدود علم الباحثة وجد قلة الاختبارات والمقاييس عن بعد صعوبة تحديد المشاعر، وأن معظم العينات التي تقنن هذا المقاييس كانت للكبار أو المراهقين فكان من الصعوبة تطبيق هذه المقاييس المتاحة علي عينة الدراسة من حيث سن العينة، وخصائصها، كما أن هذه الدراسة تشمل أطفال ضعاف السمع وليس أطفال عاديين، وبناء علي ما سبق تم إعداد أداه لقياس بعد صعوبة تحديد المشاعر لدي ضعاف السمع في مرحلة رياض الأطفال وتتراوح أعمارهم بين (٤-٨).

٣- مصادر بناء المقياس:

لبناء المقياس وتصميمه في صورته الحالية اعتمدت الباحثة علي عدد من المصادر وهي كالتالي: : لطفي الشربيني، عادل صادق، (٢٠٠٣)، طه عبد العظيم، (٢٠٠٧)، شاهندة عادل، (٢٠١٦)، 2012), Carpenter, K. M. ، Wingbermuhle, E, et. al(2000) ،Taylor, Graeme J 1996, Nicolas, et al.) Franz, m,et.al.,(2008), Sifneos, (2000), & Addis, M., (2006)

وقد أفادت هذه الدراسات الباحثة في التعرف علي ماهية بعد صعوبة تحديد المشاعر، كما تم اطلاعها علي ما توافر من اختبارات ومقاييس نفسية مشابهه، ومنها علي سبيل المثال لا الحصر مقياس تورونتو)

٤- خطوات إعداد المقياس:

تم بناء المقياس في ضوء ما يلي:

١- قامت الباحثة بالاطلاع علي الأطر النظرية، والعديد من الدراسات والبحوث السابقة التي تناولت موضوع اضطراب الألكسيثيميا في بعد صعوبة تحديد.
٢- إعداد المقياس في صورته الأولية، حيث تضمن ٧ عبارات.
٣- تم عرض المقياس في صورته الأولية علي مجموعة من المحكمين وعددهم (١١) خبيرا من أعضاء هيئة التدريس في مجال علم نفس في كليات التربية علم نفس الطفل أو الصحة النفسية ومجال علم النفس التربوي.
٤- إعداد المقياس في صورته النهائية (بعد إجراء تعديل السادة الخبراء) حيث يتضمن ٧ عبارات.

٥- طريقة تطبيق المقياس وتصحيحه:

يطبق المقياس علي كل طفل علي حده و يتم تسجيل الاستجابة من خلال وضع علامة (صح) أمام كل عبارة في خانة التقدير التي تكون أكثر انطباقا علي الطفل (موضوع التقدير) يتم تصحيح المقياس حيث تحتوي كل عبارة علي خمس تقديرات وهي:

١- غير موافق تماما: وتشير إلي عدم الموافقة تماما (١)
٢- غير موافق نسبيا: وتشير الي عدم الموافقة بدرجة متوسطة (٢)
٣- لست موافقا ولست رافضا: وتشير المحايدة (٣)
٤- موافق نسبيا: تشير الي الموافقة بدرجة متوسطة (٤)
٥- موافق تماما: تشير الي الموافقة تماما (٥).

٦- المعاملات العلمية للمقياس:

أ- الصدق:

- صدق الاتساق الداخلي:

لحساب صدق الاتساق الداخلي للمقياس قامت الباحثة بتطبيقه علي عينة قوامها (٣٠) ثلاثون طفلا وطفلة من مجتمع البحث ومن غير العينة الأساسية للبحث، وقد تم حساب معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة والدرجة الكلية للمقياس، وكذلك معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة والدرجة الكلية للبعد التي تنتمي إليه، كما تم حساب معاملات الارتباط بين مجموع درجات كل بعد والدرجة الكلية للمقياس.

- صدق المحكمين:

صدق المحكمين: قامت الباحثة بعرض المقياس في صورته الأولية علي مجموعة من السادة المحكمين المتخصصين في مجال علم نفس في كليات التربية علم نفس الطفل أو الصحة النفسية ومجال علم النفس التربوي وقوامها (١١) عضو وذلك لأبداء الرأي في ملائمة المقياس فيما وضع من أجله.

ب- الثبات:

- معامل الفا لكرو نباخ:

للتأكد من ثبات المقياس قامت الباحثة باستخدام معامل الفا لكرونباخ وذلك بتطبيقها علي عينة قوامها (٣٠) ثلاثون طفلا وطفلة من مجتمع البحث ومن خارج العينة الأصلية، وقد تراوحت معاملات ألفا المقياس ما بين (٠،٨٩٨: ٠،٩٣٣) وهى معاملات ارتباط دالة إحصائياً مما يشير إلى ثبات المقياس.

٢- برنامج إرشادي باستخدام العلاج العقلاني الانفعالي:

وقد اتبعت الباحثة الخطوات التالية في إعداد البرنامج:

– تحديد الهدف العام للبرنامج:

يهدف البرنامج الإرشادي العقلاني الانفعالي لتنمية بعد تحديد المشاعر لدي ضعاف السمع في مرحلة رياض الأطفال.

– تحديد الأهداف الخاصة للبرنامج:

في ضوء الهدف العام يسعى البرنامج إلى تحقيق عدد من الأهداف الخاصة، وتتدرج تلك الأهداف تحت بعد تحديد المشاعر.

في نهاية البرنامج يكون الطفل الضعيف سمعيا قادرا علي أن:

١- يتعرف علي مشاهد مسرحية الحقيني ياما ما.
٢- يقلد بعض مشاهد المسرحية مع أصدقائه التي عبرت عن أهمية التعبير عن المشاعر.
٣- يبدي رغبة في التفريق بين السلوك الخاطئ والسلوك الجيد بعد الانتهاء من مشاهدة المسرحية.
٤- يميز بين المشاعر المختلفة من المشاعر السلبية والمشاعر الإيجابية.

٥- يقلد بوجهه التعبيرات الموجودة علي الماسكات المعبرة عن المشاعر.
٦- يبدي رغبة في المشاركة في النشاط.
٧- يتعرف علي فوائد الاسترخاء.
٨- يقلد الطفل طريقة تنفس الضفدعة.
٩- يتعاون الطفل مع أصدقائه في تطبيق النشاط.
١٠- يصنف بين اللون الغامق والفاتح وربطهم بالانفعالات.
١١- يلون الوجهة الحزين أو السعيد باللون المناسب.
١٢- يتعاون مع أصدقائه في النشاط.
١٣- يذكر الدروس المستفادة من المواقف الحياتية التي ذكرت في الفيلم.
١٤- يحكي عن أعراض مرض محدد ونوع الطبيب المناسب لعلاج المرض.
١٥- المشاركة في النشاط مع أصدقائه.
١٦- يتعرف الطفل علي بعض الوجوه التي تعبر عن المشاعر المختلفة مثل الحزن والفرح والخوف والدهشة.
١٧- يقلد بعض المواقف الحياتية أمام أصدقائه التي تعبر عن مشاعر مختلفة.
١٨- يبدي رغبة في مشاركة مشاعرة مع أصدقائه.
١٩- يختار من الورق المقصوص ما يناسب كل انفعال موجود في الصورة.
٢٠- يقلد الانفعال الموجود أمامه في الصورة.
٢١- يشارك في النشاط مع زملائه والقائم علي تنفيذ البرنامج.

- **فلسفة البرنامج:**

فالعالج العقلاني الانفعالي يستند علي أن التفكير والانفعال الإنساني ليس بعمليتين متباينتين أو إنما تتداخل بصورة ذات دلاله، وانهما يعتبران نفس الشيء أساسا وينبغي عدم النظر إليهما في انفصال عن بعضيهما بصورة تامة، وقد وضع (إليس) في نظريته ما يوضح ذلك من أن نظام الفرد وتفسيره للأحداث والخبرات التي بها المسئولة عن اضطرابه الانفعالي وليس الحوادث ذاتيا أو الخبرات ذاتيا، ويقدم نظريته عمى النحو التالي:

- حدث محرك نشط. - نظام معتقدات لاعقلانية.
- تفنيد ومناقشة (الأفكار اللاعقلانية). - الأثر (الصحة النفسية).

وعليه فقد وضع (إليس) نموذج (ABC) لتطور الانفعالات، أوضح فيها أن المشاعر لا تسببها الأحداث أو الأفعال حتى الأفعال السيئة ولكنها نتيجة للأفكار الناتجة لدينا من خلال تلك الأفعال، وبذلك كان كل انفعال إيجابي كالسرور والحب، أو سلبي كالخوف والقلق والاكتئاب يسبقه بناء معرفي ومعتقدات، وطريقة تفكير سابقة تساعد في ظهوره، أي أن (إليس) افترض في نموذجه أن الإضرابات النفسية ما هي إلا نتاج للتفكير اللاعقلاني الذي يتبناه الفرد. (شقير، ٢٠٠٢، ٢٨٢:٢٨٠)

- **مصادر بناء البرنامج:**

تم إعداد البرنامج الحالي من خلال المصادر التالية:

مطالعة الدراسات والأبحاث التي استخدمت العلاج العقلاني الانفعالي فهناك بعض الدراسات العربية التي جمعت بين البرامج التي استخدمت العلاج العقلاني الانفعالي مع الأطفال ضعاف السمع مثل كل من: متولي (٢٠٠٩)، خضر (٢٠٠٩) ودراسة واحدة أجنبية جمعت بين البرامج التي استخدمت العلاج العقلاني الانفعالي مع الأطفال ضعاف السمع وهي:(Kerongo,2020)

كما أن هناك بعض الدراسات التي جمعت بين البرامج التي استخدمت العلاج العقلاني الانفعالي مع الأطفال مثل دراسة كل من: أبو السعود (٢٠١٧) بكر (٢٠١٧، ٢٢٢)

- هناك دراسة عربية تناولت الألكسيثيميا مع الأطفال الصم وضعاف السمع مثل صابرين لبيب (٢٠٢١)
- هناك بعض الدراسات العربية والأجنبية التي تناولت الألكسيثيميا مع الأطفال مثل عادل (٢٠١٦)، يوسف (٢٠١٥)، مكي (٢٠١٣)، Abbasi, M (2017) , (2015) CáitGriffin Michael
- هناك بعض الدراسات الأجنبية والعربية التي تناولت الألكسيثيميا مع المراهقين والكبار مثل: ياسين وعثمان (٢٠١٥)، Shamsi & M., Ashori (2022) ، (2021 & A Shamsi,) الدراسات العربية والأجنبية التي تناولت البرامج الإرشادية (العقلاني الانفعالي) وخفض الاضطرابات النفسية و البرامج الإرشادية مع اضطراب الألكسيثيميا مثل: الزهراني (٢٠١٤)، نبيل (٢٠١٩)، عبد المجيد (٢٠٢٠)، (Ogrodniczuk & et.al (2012), Onuigbo LN, 2018)

- **تحديد محتوى البرنامج:**

ويتضمن البرنامج (١٥ نشاط) مقسمة إلى أبعاد موضحة ما يلي:

صعوبة تحديد المشاعر: مسرحية تمثيلية صور معبرة عن المشاعر الضفدعة، تلوين بالألوان الغامقة والفاتحة، رسوم متحركة عن تسوس الأسنان، المهرج، صور للانفعالات العاطفية.

الفنيات المستخدمة:

١- الطرق الفكاهية.
٢- الكشف عن الذات.
٣- القصص.
٤- نشاط التحمل والبقاء.
٥- تمارين عدم التأجيل.
٦- المكافئات والعقوبات.
٧- لعب الدور.
٨- دحض الأفكار.

٩- المناقشة والتفكير.

١٠- التمييز.

– أساليب تقويم البرنامج:

تم استخدام، أساليب التقويم التالية:

أ- التقويم القبلي:

يتضمن إجراءات تطبيق مقياس (تشخيص بعد صعوبة تحديد المشاعر لدي ضعاف السمع في مرحلة رياض الأطفال).

التقويم المصاحب (البنائي):

تقويم الطفل بشكل مستمر منذ بداية البرنامج حتي نهايته.

التقويم البعدي:

يتضمن إجراءات تطبيق مقياس (تشخيص بعد صعوبة تحديد المشاعر لدي ضعاف السمع في مرحلة رياض الأطفال) بعد الانتهاء من تنفيذ البرنامج الإرشادي.

– عرض البرنامج على مجموعة من الخبراء:

قام الباحثة بعرض البرنامج في صورته الأولية على مجموعة من الخبراء المتخصصين في مجال التربية الخاصة، وعلم نفس الطفل، والصحة النفسية بلغ عددهم (٧) خبراء، وذلك لتحديد مدى ملائمة البرنامج وأهدافه ومحتواه لفئة الأطفال الذاتويين عينة الدراسة، ووفقاً لآراء السادة المحكمين تم تعديل البرنامج، وإعداده في صورته النهائية.

إجراءات تطبيق للبحث:

(أ) ضبط المتغيرات:

قام الباحثة بالتأكد من مدى اعتدالية توزيع أفراد عينة البحث في ضوء عدة متغيرات تمثلت في السن، ودرجة الذكاء، درجة التوحد، ومستوى التكامل الحسي، ودرجة السلوك النمطي (وقد تراوحت قيم معاملات الالتواء للمجموعة قيد البحث في جميع المتغيرات سابقة الذكر ما بين)- ١.٢٨: ٠.٨٠ (أي أنها انحصرت ما بين)± ٣ (مما يدل علي التوزيع الاعتدالي للمجموعة قيد البحث.

(ب) تطبيق أدوات البحث:

– تم تطبيق مقياس السلوك النمطي على العينة الأساسية يومي ٤، ٥ / ٨ / ٢٠٢١ م.

– تم تطبيق جلسات البرنامج المقترح على الأطفال عينة الدارسة الأساسية بإجمالي) ١٥ (جلسة، استغرقت الجلسة الواحدة) ٤٥ (دقيقة، وقد تم التطبيق في الفترة من ٨ / ٨ / ٢٠٢١ م، إلى / ٩ / ٢٠٢١ م، وقد تم تنفيذ البرنامج بمعدل) ٤ (جلسات أسبوعياً، طبقت أيام) الأحد، الثلاثاء، الأربعاء، الخميس من كل أسبوع.

– بعد الانتهاء من تنفيذ البرنامج علي الأطفال عينة الدارسة الأساسية أعيد تطبي ق مقياس السلوك النمطي على العينة الأساسية خلال يومي ١،٢ / ٩ / ٢٠٢١ م؛ تمهيداً لرفع النتائج

وإجراءات المعالجات الإحصائية.

إجراءات تطبيق تجربة البحث الأساسية:

لتطبيق تجربة البحث الأساسية تم القيام بالإجراءات الأتية:

١- الحصول علي موافقات من الجهات المختصة:

وهي لجنة الإشراف علي البحث، وإدارة الكلية، ومديرية التربية والتعليم بالمنيا.

٢- منهج البحث المستخدم:

أعتمد البحث الحالي علي المنج التجريبي، وذلك بهدف دراسة برنامج إرشادي عقلاني انفعالي لتنمية بعد تحديد المشاعر لدي ضعاف السمع في مرحلة رياض الأطفال، وتم استخدام التصميم التجريبي للمجموعة الواحدة (المجموعة التجريبية) وذلك بإتباع القياسين القبلي والبعدي لها.

٣- اختيار عينة البحث الأساسية:

قامت الباحثة بإجراء تجربة البحث الأساسية علي عينة ميدانية تتكون من (٣٠) طفلا وطفلة (٢٠) بنين (١٠) بنات من مدرسة الأمل للصم وضعاف والسمع وجمعية رعاية الصم بالمنيا.

جدول (٢): العينة الميدانية لتجربة البحث الأساسية

م	اسم المدرسة	بنين	النسبة المئوية	بنات	النسبة المئوية	المجموع	النسبة المئوية
١	الأمل للصم وضعاف السمع بالمنيا	٦	%٦٠	٨	%٦٧	١٤	%٦٤
٢	جمعية رعاية الصم بالمنيا	٤	%٤٠	٤	%٣٣	٨	%٣٦
المجموع		١٠	%١٠٠		%١٠٠	٢٣	%١٠٠

وتم اختيار عينة البحث الأساسية كالاتي:

قامت الباحثة بإختيار العينة بعد تطبيق مقياس تشخيص بعد صعوبة تحديد المشاعر لدي ضعاف السمع في مرحلة رياض الأطفال. (إعداد الباحثة) علي عينة عشوائية قوامها (٣٠) طفلا وطفله (٢٠) بنين (١٠) بنات من مدرسة الأمل للصم وضعاف السمع وجمعية رعاية الصم بالمنيا وذلك من الفصل الثاني للعام الدراسي (٢٠٢٢/٢٠٢١) وتم فرز الأطفال الذين يعانون من اضطراب الألكسيثيميا من وذلك بحساب دراجتهم علي مقياس تشخيص بعد صعوبة تحديد المشاعر لدي ضعاف السمع في مرحلة رياض الأطفال (إعداد الباحثة) وتم استبعاد (١١) طفل من عينة الدراسة الأساسية لا يعانون من هذه الصعوبة، فأصبحت العينة (١٩) طفلا هم الذين يعانون من اضطراب الألكسيثيميا، ثم بعد ذلك تم تطبيق مقياس الذكاء غير اللفظي (إعداد عزة مكرومي،٢٠٠٩) علي عينة البحث الأساسية ضعاف السمع والتي بلغ عددها تسعة عشر طفلا وطفلة، وتراوحت درجات ذكاء العينة ما بين (١٧ -٣٠) درجة، وبالتالي لم يتم استبعاد أي أطفال منها بناء علي درجة الذكاء، وقد تمثلت هذه العينة في مجموعه واحده (تجريبيه) والجدول التالي (٣) يوضح درجات العينة الفعلية لتجربة البحث الأساسية (١٩) تسعة عشر طفلا وطفلة علي مقاييس تشخيص بعد صعوبة تحديد المشاعر لدي ضعاف السمع في مرحلة رياض الأطفال، مقياس الذكاء غير اللفظي للصم.

جدول (٣): درجات العينة الفعلية لتجربة البحث الأساسية علي مقياس تشخيص بعد صعوبة تحديد المشاعر لدي ضعاف السمع في مرحلة رياض الأطفال، مقياس الذكاء غير اللفظي للصم (فايزة مكرومي،٢٠٠٩) و مقياس السمع الطبي (المطبق مسبقا بمدرسة الأمل للصم وضعاف السمع)

م	مقياس تشخيص بعد صعوبة تحديد المشاعر لدي ضعاف السمع في مرحلة رياض الأطفال	ومقياس الذكاء غير اللفظي للصم	مقياس السمع الطبي*Audiometer* (هيرفي)
١	٧٨	٢٠	٤٢ ديسيبل
٢	٦٩	١٧	٤٣ ديسيبل
٣	٦٥	٢٢	٤٦ ديسيبل
٤	٦٠	٢١	٤٩ ديسيبل
٥	٧٣	٢٠	٥٠ ديسيبل
٦	٦٦	١٧	٤٥ ديسيبل
٧	٧١	١٨	٤٠ ديسيبل
٨	٦٧	١٩	٤٣ ديسيبل
٩	٧٤	١٧	٤٢ ديسيبل
١٠	٦٠	٢١	٤١ ديسيبل
١١	٧٤	٢٢	٥٦ ديسيبل
١٢	٦٢	١٨	٥٥ ديسيبل
١٣	٧٣	١٧	٥٤ ديسيبل
١٤	٦٧	٢٤	٥٣ ديسيبل
١٥	٧٣	٢٥	٤٩ ديسيبل
١٦	٦٥	١٧	٤٥ ديسيبل
١٧	٦٧	٢٤	٤٧ ديسيبل
١٨	٦٧	٢٩	٤٤ ديسيبل
١٩	٦٨	٣٠	٤٣ ديسيبل

يتضح من جدول (٣) ما يلي:

- تراوحت درجات العينة الأساسية قيد البحث علي مقياس تشخيص بعد صعوبة تحديد المشاعر لدي ضعاف السمع في مرحلة رياض الأطفال ما بين (٦٠ إلي ٧٨) درجة، كما تراوحت درجاتهم علي مقياس الذكاء غير اللفظي ما بين (١٧-٣٠) درجة.

وبذلك تكون العينة ممثلة تمثيل حقيقي لمجتمع البحث، التي تكون نسبة ذكائهم متوسط فوق المتوسط.

كما تم اختيار عينة البحث وفق المحددات الأتية:

- أن يكون جميع أفراد العينة من الأطفال الذين تتراوح أعمارهم من ٨:٤ سنوات.
- أن يكون جميع أفراد العينة ضعاف سمع.
- أن يكون هؤلاء الأطفال ضعاف السمع يعانون من نفس صعوبة تحديد المشاعر.

- أن يكون أفراد العنيه درجات ذكائهم تتراوح بين (١٧-٣٠) من مقياس تشخيص الذكاء غير اللفظي للصم.

٤- ضبط المتغيرات:

تم ضبط المتغيرات غير التجريبية التي قد تؤثر علي نتائج تجربة البحث الأساسية وفقا لشروط معينة:

- للتأكد من اعتدالية توزيع أفراد عينة البحث في ضوء مستوي الذكاء، واضطراب الألكسيثيميا، والجدول (٤) يوضح ذلك:

جدول (٤): المتوسط الحسابي، والوسيط، والانحراف المعياري ومعامل الالتواء للعينة قيد البحث في صعوبة تحديد المشاعر

المقياس	المتوسط الحسابي	الوسيط	والانحراف المعياري	معامل الالتواء
صعوبة تحديد المشاعر	24.4211	25.0000	2.43392	-1.198-

تضح من جدول (٤) ما يلي:

تراوحت معاملات الالتواء للعينة قيد البحث في مستوي الذكاء وبعد صعوبة تحديد المشاعر ما بين (-١٩،١: -٠،٠٣٣) أي أن ها أن حصرت بين (-١: +١) والذى بلغ قيمة معامل الالتواء (-١٩٨،١)، وبذلك تكون العينة موزعه توزيعا شبه اعتداليا.

تطبيق تجربة البحث الأساسية:

١- تطبيق القياس القبلي:

تم تطبيق مقياس تشخيص بعد صعوبة تحديد المشاعر لدي ضعاف السمع في الفترة من ١٢-٤-٢٠٢٢ إلي ١٨-٤ - ٢٠٢٢ وذلك بواسطة المشرفة والأخصائية المسؤولة عن هؤلاء الأطفال مدرسة الأمل للصم وضعاف السمع وجمعية رعاية الصم بالمنيا بعد تدريبهم علي كيفية تطبيق المقياس وذلك نظرا إلي أن تطبيق هذا المقياس لابد أن يتم من خلال ملاحظات مشرفة الأطفال ضعاف السمع، وهذا ما أوضحته تعليمات المقياس حتي يتم تحديد مستوي درجات الأطفال علي المقياس بدقة، وتم حساب درجات الأطفال علي المقياس في القياس القبلي وفقا للتقدير الخماسي للدرجات (١-٢-٣-٤-٥)والموضح من خلال تعليمات المقياس، ثم بعد ذلك أجريت المعالجات الإحصائية اللازمة.

٢- القائم بتنفيذ البرنامج:

تم تدريب أطفال المجموعة التجريبية بواسطة الباحثة لضمان تسير إجراءات التدريب حسب الخطوات المعدة لذلك، والأسلوب المراد إتباعه لتحقيق الأهداف المرجوة، وحتي يتثنى تسجيل ردود أفعال الأطفال أثناء التدريب، والاستفادة من ذلك في تفسير النتائج التي يتم التوصل إليه.

٣- تطبيق البرنامج:

تم تطبيق برنامج إرشادي عقلاني انفعالي لتنمية تحديد المشاعر لدي ضعاف السمع في مرحلة رياض الأطفال في العام الدراسي (٢٠٢١-٢٠٢٢) بواقع خمسه وعشرون جلسة استغرقت ٢٣

ساعة تقريبا، وقد بدأ التطبيق يوم ١٩/ ٥/ ٢٠٢٢ وأنتهي يوم ٢٠٢٢/٦/٢٣، وقد تم تنفيذ البرنامج علي مدار الأسبوع لمدة خمسة أسابيع.

٤- تطبيق المقياس البعدي:

بعد الانتهاء من تنفيذ البرنامج علي أطفال المجموعة التجريبية أعيد تطبيق مقياس (تشخيص بعد صعوبة تحديد المشاعر لدي ضعاف السمع في مرحلة رياض الأطفال)علي نفس المجموعة مره أخري، وذلك في الفترة ٢٠٢٢/٦/٢٤ إلي ٢٠٢٢/٦/٣٠ وقد اتبع فيه ما اتبع في القياس القبلي، ثم تم رصد درجات الأطفال في القياس القبلي والبعدي وذلك لا جراء المعالجة الإحصائية والتحقق من صحة الفروض.

٥- تطبيق القياس التتبعي:

بعد مرور أسبوعين من تطبيق القياس البعدي لمقياس (تشخيص بعد صعوبة تحديد المشاعر لدي ضعاف السمع في مرحلة رياض الأطفال) علي أطفال المجموعة التجريبية أعيد التطبيق مره ثالثة علي نفس المجموعة (التطبيق التتبعي) وذلك في الفترة من ٢٠٢٢/٧/١٣الي ٢٠٢٢/٧/١٩، وقد اتبع فيه ما اتبع في القياسين القبلي والبعدي، ثم تم رصد درجات الأطفال في القياسات الثلاثة القبلي، البعدي، التتبعي وذلك لأجراء المعالجات الإجرائية والتحقق من صحة الفروض.

المعالجة الإحصائية:

تم استخدام المعالجات الإحصائية التالية.

- المتوسط، والوسيط، والمنوال، وعامل الالتواء.
- اختبار الرتب ذات الإشارة لويلكوكسون (Wilcoxon).
- معامل ارتباط بيرسون.
- معامل حجم التأثير (ايتا٢).
- النسبة المئوية.
- معامل ثبات الفا كرونباخ.

صعوبات التطبيق وكيفية التغلب عليها:

١- التطبيق الفردي لمقياس (تشخيص بعد صعوبة تحديد المشاعر لدي ضعاف السمع في مرحلة رياض الأطفال) يستغرق وقتا طويلا من معلمات رياض الأطفال فكان البعض منهم لا يتحررون الدقة في وضع العلامات بالشكل المطلوب، مما دعا الباحثة إلي استبعاد بعض المقاييس المطبقة بهذا الشكل وتوزيع عدد أخر من المقاييس علي هؤلاء المعلمات والجلوس معهم أثناء التطبيق والتأكيد علي الدقة في وضع العلامات بعد تدريبهن علي ذلك.

٢- عدم وجود مكان مناسب في الروضة يتم فيه تدريب أطفال عينة البحث علي أنشطة البرنامج بعيدا عن باقي الأطفال من خارج عينة البحث وتم التغلب علي هذه المشكلة بطلب الباحثة من مشرفة الأطفال أن تسمح لها بأداء أنشطة البرنامج في الغرفة الخاصة بالأنشطة – حيث كانت

مساحتها وساعه وتجهيزها بمنضده ومقاعد مناسبة للأطفال وتم بالفعل السماح بذلك وتيسرت بذلك مهمة الباحثة.

فرض البحث:

في ضوء هدف البحث افترضت الباحثة ما يلى:

توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات القياسين القبلي والبعدي لعينة البحث على مقياس تشخيص بعد صعوبة تحديد المشاعر لدي ضعاف السمع في مرحلة رياض الأطفال لصالح القياس البعدي تعزي لاستخدام برنامج الإرشادي العقلاني الانفعالي.

عرض ومناقشة النتائج:

ينص فرض البحث علي انه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات القياسين القبلي والبعدي لعينة البحث على مقياس تشخيص بعد صعوبة تحديد المشاعر لدي ضعاف السمع في مرحلة رياض الأطفال لصالح القياس البعدي تعزي لاستخدام برنامج الإرشادي العقلاني الانفعالي، وللتحقق من صحة هذا الفرض تم حساب الفروق بين متوسطي رتب القياسين القبلي والبعدي للمجموعة قيد البحث لدي ضعاف السمع في مرحلة رياض الأطفال لصالح القياس البعدي تعزي لاستخدام برنامج الإرشادي العقلاني الانفعالي، كما هو موضح بالجدول التالي:

جدول (٥): يوضح الفروق بين متوسطات رتب درجات القياسين القبلي والبعدي للمجموعة قيد البحث علي مقياس تشخيص بعد صعوبة تحديد المشاعر لدي ضعاف السمع في مرحلة رياض الأطفال

المقياس	القياس القبلي			القياس البعدي			قيمة Z	حجم التأثير
	المتوسط الحسابي	متوسط الرتب	مجموع الرتب	المتوسط الحسابي	متوسط الرتب	مجموع الرتب		
صعوبة تحديد المشاعر	24.4211	10.00	190.00	16.2632	10.00	190.00	-3.830**	٠.٥٤٩

*دال عند مستوي (٠،٠٥) **دال عند مستوي (٠،٠١)

يتضح من جدول (٥) ما يلي:

أن قيمة (z) دالة عند مستوي (٠،٠١)، حيث أن قيمة (z) المحسوبة اكبر من قيمة (z) الجدولية، ولذلك تم قبول الفرض بأنه "توجد فروض ذات دلالة إحصائية عند مستوي (٠،٠١) بين متوسطات رتب درجات القياسين القبلي والبعدي للمجموعة قيد البحث علي مقياس تشخيص بعد صعوبة تحديد المشاعر لدي ضعاف السمع في مرحلة رياض لصالح القياس البعدي"، مما يشير إلي فعالية برنامج إرشادي عقلاني انفعالي لتنمية بعد تحديد المشاعر لدي ضعاف السمع في مرحلة رياض الأطفال للمجموعة قيد البحث، حيث بلغت قيمة (z) المحسوبة في بعد صعوبة تحديد المشاعر (٣.٨٣٠) وعند مستوي دلالة (٠،٠١) وحجم تأثير (٠.٥٤٩) وهذا الفرق لصالح القياس البعدي لمقياس

تشخيص بعد صعوبة تحديد المشاعر لدي ضعاف السمع في مرحلة رياض الأطفال، حيث بلغت قيمة (Z) المحسوبة (-٣.٨٣٠**) وعند مستوي دلالة (٠،٠١) وحجم تأثير (٠.٥٤٩) وهذا الفرق لصالح القياس البعدي. وبذلك يكون قد تم حساب قيمة (Z)، ومستوي الدلالة، قيمة حجم التأثير، والتأكد من أن الفروق حقيقه وترجع إلي تأثير البرنامج دون غيره من المتغيرات الدخيلة، مما يدل علي حجم تأثير كبير للعلاج العقلاني الانفعالي في تنمية تحديد المشاعر لدي ضعاف السمع في مرحلة رياض الأطفال.

فمن خلال ما سبق يتضح أن نتائج البحث اثبت صحة هذا الفرض (الفرض الأول) وهذا يؤكد فعالية العلاج العقلاني الانفعالي في تنمية تحديد المشاعر لدي ضعاف السمع في مرحلة رياض الأطفال، وبهذا يتم قبول الفرض الأول حيث وجدت فروق ذات دلاله إحصائية بين متوسطات رتب درجات القياسين القبلي والبعدي للمجموعة قيد البحث علي مقياس تشخيص بعد صعوبة تحديد المشاعر لدي ضعاف السمع في مرحلة رياض الأطفال، ويتضح من خلال نتائج هذا الفرض إجابة السؤال الأول للبحث الذي ينص علي " ما الفرق بين متوسطات رتب درجات القياسين القبلي والبعدي للمجموعة قيد البحث علي مقياس تشخيص بعد صعوبة تحديد المشاعر لدي ضعاف السمع في مرحلة رياض ؟

جدول (٦): نسبة التحسن المئوية للمجموعة قيد البحث علي مقياس تشخيص بعد صعوبة تحديد المشاعر لدي ضعاف السمع في مرحلة رياض الأطفال ضعاف السمع ن = ١٩

المقياس	متوسط القياس القبلي	متوسط القياس البعدي	نسبة التحسن %
صعوبة تحديد المشاعر	24.4211	16.2632	%٢٤.٠٦

ويتضح من جدول (٦):

تراوحت نسبة التحسن المئوية للمجموعة قيد البحث علي مقياس تشخيص بعد صعوبة تحديد المشاعر لدي ضعاف السمع في مرحلة رياض الأطفال (٢٤.٠٦%)، مما يدل علي فعالية العلاج العقلاني الانفعالي في تنمية تحديد المشاعر للأطفال ضعاف السمع في مرحلة رياض الأطفال.

أولا: تفسير ومناقشة نتائج البحث:

لقد ظهرت نتائج الفرض الأول وجد فروض ذات دلالة إحصائية عند مستوي (٠،٠١) بين متوسطات رتب درجات القياسين القبلي والبعدي للمجموعة قيد البحث علي مقياس تشخيص بعد صعوبة تحديد المشاعر لدي ضعاف السمع في مرحلة رياض الأطفال لصالح القياس البعدي"، مما يشير إلي فعالية العلاج العقلاني الانفعالي في تنمية تحديد المشاعر عند الأطفال ضعاف السمع في مرحلة رياض الأطفال لدي أطفال المجموعة قيد البحث، حيث بلغ حجم التأثير في بعد (صعوبة تحديد المشاعر) (٠.٥٤٩) وهذا يدل علي حجم تأثير كبير للعلاج العقلاني الانفعالي في تنمية تحديد المشاعر عند الأطفال ضعاف السمع (عينة البحث).

وقد اتفقت نتائج هذا الفرض مع نتائج بعض الدراسات السابقة الأطفال ومنها علي سبيل المثال لا الحصر دراسة كل من:: شادي محمد السيد أبو السعود (٢٠١٧)، خضر (٢٠٠٩)، متولي

(٢٠٠٩)، بكر (٢٠١٧)، Onuigbo LN (2020)، kerongo et al (2018)، kerongo (2020)، وقد أشارت هذه الدراسات إلي أهمية العلاج العقلاني الانفعالي في تنمية الجوانب الانفعالية أو خفض الاضطرابات النفسية، حيث أن هذه البرامج لها تأثير كبير علي تقدم الطفل وتسهم في تنمية مهاراته، كما يتلقى الطفل خلال هذه البرامج التدريب المناسب والمكثف الذي يتلاءم مع قدراته، ويزيد من نموه الانفعالي.

وقد تبين من خلال ما سبق أن الفروق بين القياسين القبلي والبعدي للمجموعة قيد البحث علي مقياس تشخيص بعد صعوبة تحديد المشاعر لدي ضعاف السمع في مرحلة رياض الأطفال حقيقية وأن ها نتيجة تأثير المتغير المستقل دون غيره من أي عوامل أخري بديلة المتنوعة ساعدهم في تنمية بعد تحديد المشاعر لديهم، وبالإضافة إلي ذلك فإن مسئولية الباحثة الأولي هي توجيه الأطفال وإرشادهم في الجلسة، لذلك فهي تعتبر قائدة تتفاعل مع أطفالها علي شكل أفراد أو جماعة، ومن خلال التفاعل أثرت الباحثة في سلوك أطفالها بطريقة مقصودة وبسلوك مخطط له، فبمجرد تعريف الأطفال (عينة البحث) بقواعد الألعاب المقدمة لهم ينغمسون في اللعب وتكرارها مما يؤدي تنمية تحديد المشاعر لديهم. كما أن تشجيع الباحثة لأطفالها علي حسن التدريب، وبساطة التعبير.

وتتفق الباحثة مع (الخطيب، ٢٠٠٣، ٨٤) إن قدرة الطفل على التواصل والتفاعل مع البيئة المحيطة هي التي تلعب دوراً هاماً وأساسياً في نمو وتطور بناءه النفسي وعلاقته مع ذاته من جهة وانسجامه مع مجتمعه من جهة أخرى، والطفل الأصم مثل غيره من الأطفال بحاجة لمجتمع يستجيب له ويتفهم احتياجاته، وليس هناك ثمة صفات تميزه عن غيره. لذا يجب الاهتمام بهم وتزويدهم بالأنشطة المناسبة لهم من خلال البرامج الإرشادية التي تخفض اضطراباتهم النفسية داخل أسرتهم أو المدرسة.

حيث كانت من أكثر الأنشطة التي استمتع بها الأطفال من خلال التدريب علي البرنامج في المحور الأول (صعوبة تحديد المشاعر) نشاط: مسرحية تمثيلية، صور معبرة عن المشاعر، الضفدعة، تلوين بالألوان الغامقة والفاتحة، رسوم متحركة عن تسوس الأسنان، المهرج، صور للانفعالات العاطفية.

وترجع الباحثة الفروق بين القياسين القبلي والبعدي للمجموعة قيد البحث علي مقياس تشخيص اضطراب الألكسيثيميا لبعد (صعوبة تحديد المشاعر) للأطفال ضعاف السمع لصالح القياس البعدي إلي أن المناخ العام لتنفيذ الأنشطة أثناء تقديم البرنامج للمجموعة قيد البحث قائم علي أساس التدريب علي المهارات الاجتماعي ة، التعليم والتوجيه، الوعي بالمشاعر.

وكذلك ترجع الباحثة الفروق بين القياسين القبلي والبعدي للمجموعة قيد البحث علي مقياس تشخيص بعد صعوبة تحديد المشاعر لدي ضعاف السمع في مرحلة رياض الأطفال لصالح القياس البعدي إلي التنوع في ممارسة الأطفال للألعاب الجماعية والفردية والتي أدت بدورها إلي إحساس الطفل بدوره وأثره بين أصدقائه مما أدي إلي زيادة مشاركته في الألعاب وممارسة المزيد. ومما ساعد أيضا علي وجود فروق بين القياسين القبلي والبعدي للمجموعة قيد البحث علي مقياس تشخيص بعد صعوبة تحديد المشاعر لدي ضعاف السمع في مرحلة رياض لصالح القياس البعدي،

استخدام الباحثة أساليب تدعيم مختلفة مادية ومعنوية أثناء تنفيذ أنشطة البرنامج، وتشجيعهم باستمرار علي تكملة النشاط والاستمتاع ونتيجة ذلك التزم الأطفال بالحضور والمشاركة.

وتم الأخذ في الاعتبار مناسبة نوعية الأنشطة لنوع درجة ضعف السمع لديهم ليتمكنوا من الاستمتاع والمشاركة في الأنشطة وأن يكون هناك بعض التفاعل من خلال لغة الإشارة لاكتمال التواصل بين الأطفال والباحثة مما كان له أثر بالغ في نجاح البرنامج مع هؤلاء الأطفال (عينة البحث).

ثانيا: توصيات الدراسة:

١-إرشاد الوالدين إلي أهمية البرامج الإرشادية لأبنائهم من ضعاف السمع وكيفية التواصل والتعامل معهم.

٢- توعية أولياء الأمور بوجود اضطرابات نفسية تؤدي الي عدم القدرة علي تحديد المشاعر لدي أطفالهم وكيفية المساهمة في خفض الاضطراب والتعامل معه.

٣- لفت نظر الوالدين لأهمية الأنشطة في هذه المرحلة العمرية للاهتمام بهم خاصة أنهم لديهم صعوبة في التواصل اللفظي.

٤- تنمية بعد تحديد المشاعر عن طريق فنيات علاجية من نظرية الإرشاد العقلاني الانفعالي.

٥- توجيه معلمات رياض الأطفال بأهمية البرامج الإرشادية في العلاج وخفض المشكلات النفسية التي تعاني منها معظم الأطفال.

٦- علاج العديد من الاضطرابات النفسية من خلال البرامج الإرشادية وبناء برامج خاصة لكل حالة من حالات الأطفال المناسب لها.

٧- الاهتمام بالأطفال ضعاف السمع من النواحي الانفعالية والسلوكية والإدراكية لأنهم غير قادرين علي التعبير عن احتياجاتهم فلابد من مساندتهم.

٨-الاهتمام بعمل دورات مستمرة لمعلمات رياض الأطفال ومشرفات والأخصائيات المسؤولين عن الأطفال ضعاف السمع لمواكبة كل ما هو جديد في تخصصهم والتطور من طرق المعاملة مع الأطفال ضعاف السمع ومساعدتهم في خفض اضطراباتهم النفسية.

٩- توفير بيئة آمنة تتناسب مع الأطفال ضعاف السمع لتساعدهم علي تخطي المشكلات التي يعانون منها.

١٠- ومن الضروري عند المعاملة مع الأطفال ضعاف السمع عدم تجاهل أي فعل لهم أو إشارة لهم **مما يثير غضبهم ومما يؤدي إلي فشل النشاط وعدم الوصول للأهداف المرجوة سواء في المدرسة والمنزل.**

ثالثا: البحوث المقترحة:

١- الإعاقة السمعية بين التأهيل والتكنولوجيا.

٢- إدماج الطفل المعوق سمعيا بالمدرسة العادية و علاقته بالتكيف

٣- توظيف السيكو دراما في علاج الاضطرابات النفسية لدي الأطفال.

٤- فاعلية برنامج للإرشاد العقلاني - الانفعالي في تنمية التفاؤل لخفض حدة الضغوط النفسية لدى عينة من أسر الأطفال المعوقين سمعياً.

٥- فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في تحسين التقبل الاجتماعي لدى المراهقين ضعاف السمع.

٦- Alexithymia in Children With and Without Autism Spectrum Disorders

المراجع:

أولا: المراجع العربية:

أبو السعود، & شادي محمد السيد أبو السعود. (٢٠١٧). *أثر العلاج العقلاني الانفعالي في خفض مستوى الاكتئاب لدى الطلاب ذوي صعوبات التعلم بمحافظة الطائف* كلية التربية (الأزهر): مجلة علمية محكمة للبحوث التربوية والنفسية والاجتماعية)، ٣٦ (١٧٥ جزء)، ١٣-٣٦.

الخطيب، صالح أحمد (٢٠٠٣). *الإرشاد النفسي في المدرسة*. الأمارات، دار الكتاب الجامعي.

القريطى، عبد المطلب أمين (٢٠٠٥). *سيكولوجية ذوى الاحتياجات الخاصة وتربيتهم* القاهرة: دار الفكر العربي.

القمش، مصطفي والمعايطة، خليل (٢٠٠٧).*الاضطرابات السلوكية الانفعالية*، عمان، الأردن: دار المسيرة.

المشاقبة، محمد أحمد (٢٠٠٨) *مبادئ الإرشاد النفسي للمرشدين والأخصائيين النفسيين*، عمان. الأردن: دار المناهج

جولمان، دانييل (٢٠٠٠، ٧٩-٨٠) *الذكاء العاطفي*، ترجمة ليلى الجبالي، مراجعة محمد يونس، الكويت: المجلس الوطني للثقافة و الفنون و الآداب

خضر، عبد الحليم محمد (٢٠٠٩)، *فاعلية واثر البرنامج الإرشادي العقلاني الانفعالي في تخفيف حدة السلوك العدواني لدي اضطراب الصم*، رسالة دكتوراه غير منشورة، معهد الدراسات العربية، جامعة القاهرة، مصر.

دردر، نشوة كرم (٢٠١٠). *فاعلية برنامج إرشادي عقلاني انفعالي في تنمية أساليب مواجهة الضغوط الناتجة عن الأحداث الحياتية لدى طلبة الجامعة*. رسالة دكتوراه غير منشورة، معهد الدراسات التربوية، جامعة القاهرة، مصر.

رياض نايل العاثمي (٢٠١٥) *العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي بين النظرية والتطبيق*، عمان-الأردن، دار الإعصار العلمي

شقير، زينب (٢٠٠٢).*علم النفس العيادي (التشخيص النفسي، العلاج النفسي، الإرشاد النفسي)*، القاهرة-مصر، مكتبة النهضة المصرية

عبد الله، عادل (٢٠٠٠).*العلاج المعرفي السلوكي أسس وتطبيقات*، القاهرة-مصر، دار الرشاد.

عطوي، إيمان محمد عبد القادر (٢٠٠٦). *فاعلية كل من العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي والعلاج بالواقع في تخفيف حدة الاستجابة المعرفية والإكلينيكية المرتبطة بالقلق الاجتماعي لدى عينة من مكفوفي البصر*، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية، جامعة طنطا، مصر.

عمار محمد الناعمة (٢٠٠٨). *فاعلية برنامج عقلاني انفعالي سلوكي في تخفيف القلق الاجتماعي لدى طلبة المرحلة الثانوية*، رسالة دكتوراه غير منشورة، معهد الدراسات والبحوث التربوي، جامعة القاهرة، مصر

متولى، د. ف. ل.، د. فكري لطيف، لبيب، & د./صابرين عبد العاطي لبيب. (٢٠٢١). *التربية الوجدانية وعلاقتها بخفض مظاهر الألكسيثيميا لدى الطفل الأصم ومقارنته بالطفل عادي السمعChild . دراسات في الطفولة والتربية*، ١٩ (١٩)، ١-٨٠.

محمد سمير بكر (٢٠١٧) *فاعلية برنامج إرشادي عقلاني انفعالي لخفض سلوك التنمر لدي اضطراب في مرحلة الطفولة المبكرة*، رسالة ماجيستير غير منشورة، كلية رياض الأطفال جامعة المنصورة، مصر.

ناصف، عماد متولي احمد (٢٠٠٩، ٣) *فاعلية برنامج قائم على العلاج العقلاني الانفعالي وبرنامج للتدريب على المهارات الاجتماعية في تخفيف حدة القلق الاجتماعي لدى عينة من اضطراب ضعاف السمع*، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية، جامعة كفر الشيخ، مصر.

ثانيا: المراجع الأجنبية:

Abbasi ،M. (2017). Self-Efficacy and Alexithymia as Moderators between Perceived Social Support and Stress among Parents of Children with Learning Disabilities. European Journal of Mental Health; Budapest ،12 (2) ،218 -229.

Andrews، J.، Leigh، I.، & Weiner، M. (2004). Deaf People Evolving Perspectives in Psychology، Education، and Sociology. Boston، MA Allyn & Bacon

Collin، P.، Kaukinen، K.، Mattila، A. K.، & Joukamaa، M. (2009). Psychoneurotic symptoms and Alexithymia in Coeliac Disease. Journal of Scand Gasrtoenterol، 43، 1329- 1333 Ellis،A (1977): Reason and Emotion in psychotherapy. New Jersey: the citadel press

GJ. Taylor، Recent Developments in Alexithymia Theory and Research، Canadian Journal of Psychiatry،Vol. 45، No.2، 2000، p.p.134-141

Griffin، C.، Lombardo، M. V.، & Auyeung، B. (2016). Alexithymia in children with and without autism spectrum disorders. *Autism research*، *9* (7)، 773-780.

Kerongo، S. M. O. (2020). *Rational Emotive Behavior Therapy in Mitigating Depression and Enhancing Academic Performance of Deaf and Hard of Hearing Adolescents in Selected Primary Schools in Nairobi County، Kenya* (Doctoral dissertation، Daystar University، School of Human and Social Sciences).

Rieffe، C.، Oosterveld، P.، & Terwogt، M. M. (2006). An alexithymia questionnaire for children: Factorial and concurrent validation results. *Personality and individual differences*، *40* (1)، 123-133.

Sánchez، A. R.، Sheridan، P. J.، & Kupp، L. I. (2003). Is platelet-rich plasma the perfect enhancement factor? A current review. *International Journal of Oral & Maxillofacial Implants*، *18* (1).

Verissimo، I. R.، Taylor، G. J.، & Bagby، R. (2000). Relation Between Alexithymia and Locus of Control. Journal of New Trend in Experimental and Clinical Psychology، XVI (1- 4)، 11- 16

Zaidi، I. H. Z.، Mohsin، M. N.، & Saeed، W. (2013). Relationship Between Alexithymia and Locus of Control Among Graduation students- A case study from Faisala- bad. International Journal of Environment Ecology and Family