

فعالية برنامج معرفى سلوكى فى خفض الاكتئاب للأطفال ضعاف السمع

د. سحر منصور أحمد القطاوى

مدرس صحة نفسية

كلية التربية بالسويس - جامعة قناة السويس

المخلص:

يعد اضطراب الاكتئاب من أحد الاضطرابات النفسية الخطيرة حيث يعانى الفرد من مشاعر الحزن الشديد والمتصل وفقدان الاهتمام بالأنشطة والنظرة القاتمة للنفس والمستقبل، وأثبتت الدراسات الحديثة أن الأطفال يعبروا عن الاكتئاب من خلال السلوك والتصرفات والأعراض الجسدية، فصوره الاكتئاب عند الأطفال تختلف عن الكبار، وفى مجال ضعاف السمع وجد أن الأطفال أكثر اكتئاباً من العاديين لما للإعاقة من تأثير على جانب النمو الانفعالى، كما تلعب الضغوط النفسية الشديدة كفقدان عزيز أو الإعاقات لتهيئة الفرد للمعاناة من الاكتئاب. وتؤكد أغلب المدارس الحديثة فى العلاج النفسى وعلى رأسها العلاج المعرفى السلوكى أن الاكتئاب ينشأ نتيجة أفكار خاطئة ومشوشة والتي يتبناها المريض عن نفسه وعن الواقع المحيط به، ولذلك ستلجأ الباحثة الى اكتشاف هذه الأفكار السلبية النشطة فى ذهن المريض ومحاولة خفضها وإزالتها، وتستند الباحثة فى بناء برنامجها على الأسس النظرية والعلمية للنظرية المعرفية لبيك متمثلة فى العلاج المعرفى السلوكى. ويمكن صياغة مشكلة الدراسة فى التساؤل التالى: ما فعالية برنامج معرفى سلوكى فى خفض الاكتئاب للأطفال ضعاف السمع؟

وتمثلت أدوات الدراسة فى: مقياس الاكتئاب للأطفال ضعاف السمع، من إعداد الباحثة، والبرنامج المعرفى السلوكى، من إعداد الباحثة.

تكونت عينة الدراسة من ٨ أطفال، (٤ تجريبية، ٤ ضابطة) لديهم ضعف سمع من التكوور والإناث تمتد أعمارهم من (٩-١٢) سنة. مقسمين مجموعتين، مجموعته تجريبية تشمل (٤) طفل وطفله وامهاتهم ومعلماتهم، مجموعة ضابطة تشمل (٤) طفل وطفلة وقد قامت الباحثة بالتأكد من تجانس المجموعة التجريبية والضابطة فى كلا من العمر الزمنى حيث امتدت من (٩-١٢) سنة بمتوسط ١٠.٢ وانحراف معيارى ٠.٨٥، والنكاء حيث تراوح من (٨٠ - ٩٨) بمتوسط ٨٣.٨ وانحراف معيارى ٣.٧، وعتبة السمع التى تقع بين (٤٠-٧٢) وقامت الباحثة بالتحقق من تجانس أفراد المجموعة التجريبية والضابطة فى درجاتهم على مقياس الاكتئاب قبل تطبيق البرنامج.

وتمثلت نتائج الدراسة فى: ١- وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠.٠١) بين متوسطى رتب المجموعتين التجريبية والضابطة فى أبعاد الاكتئاب للأطفال ضعاف السمع بعد تطبيق البرنامج المعرفى السلوكى للمجموعة التجريبية. ٢- هناك فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠.٠١) بين متوسطى رتب درجات المجموعة التجريبية فى أبعاد الاكتئاب للأطفال ضعاف السمع بعد وقبل تطبيق البرنامج المعرفى السلوكى للقياس البعدى. ٣- لا توجد فروق ذات دلالة

إحصائية بين متوسطى رتب درجات المجموعة التجريبية فى أبعاد الاكتئاب للأطفال ضعاف السمع (بعد تطبيق البرنامج مباشرة وبعد مرور ثلاثة اشهر من توقفه).

Abstract:

Depression Is a disorder from a mental disorders where an individual suffers from feelings of extreme sadness and the loss of interest in activities and dim view of the same and in the future and proved recent studies show that children express their depression through the conduct and behavior and Physical symptoms and in the area of hard of hearing found that children are more depressed from the ordinary .modern schools in psychotherapy especially Cognitive Behavioral Depression, arising from misconceptions, confusing and adopted by the patient himself and the reality around him, therefore the researcher will discover of those negative thoughts active in the mind of the patient and attempt to reduce and remove them, so the researcher has built a program based on the theoretical foundations and scientific knowledge to Beck Cognitive Behavioural Therapy.

Problem of the study can be formulated in the following question: How effective is cognitive behavioral program in reducing depression in children with hard of hearing?

The study Tool: Depression Scale for the hard of hearing children designed by the researcher, and Cognitive Behavioral program designed by the researcher.

The study sample consisted of 8 children with hard of hearing of male and female in age from stretch (9-12) years. The researcher has to make sure the homogeneity of the experimental group and control group in both the chronological age extending from intelligence, (80-98) the threshold of hearing, which is located between (40 - 72) and the researcher to verify the homogeneity of the experimental group and control group in scores on the depression scale before implementing the program.

The study Results: 1- There are significant differences statistically at the level of (0.01) between middle-level experimental and control groups in the dimensions of depression in children with hearing impairments after applying the program Cognitive Behavioral favoring the experimental group. 2- There are differences of statistical significance level (0.01) among middle-grade levels of the experimental group in the dimensions of depression in children with hearing impairments before and after implementation of the program Cognitive Behavioral for telemetric. 3-No differences of statistical significance between the middle grade levels of the experimental group in the dimensions of depression to children with hearing impairments, in the two measures dimensional and iterative (after application of the counseling program After three months of stops).

مقدمة :

يعتبر اضطراب الاكتئاب أحد الاضطرابات النفسية الخطيرة، حيث يعاني الفرد من مشاعر الحزن الشديد والمتصل، فقدان الاهتمام بالأنشطة والكآبة والنظرة القاتمة للنفس والعالم والمستقبل، وكذلك فقدان الاهتمام وعدم القدرة على الاستمتاع بأى شئ سار، مع الإفراط فى النوم أو الإفراط فى التنبه واليقظة، وعدم النوم والخمول البدنى العام، فمريض الاكتئاب يفقد الشهية والإحساس لكل ما يشتهيهِ من قبل بل لا يجد طعم أو لذة لأى شئ فى الدنيا، ولقد استعاذ منه نبي الإسلام (ص) فى دعائه "اللهم إنى أعوذ بك من الهم والحزن وأعوذ بك من العجز والكسل"، والهم يرادف القلق، والحزن يرادف الاكتئاب، ويعتقد الكثير أن الأطفال لا يمكن أن يعانون من الكآبة كونهم يعيشون فى عالم البراءة وعدم الشعور بالمسئولية والاتكالية على الوالدين، بينما الطب النفسى الحديث أثبت أن الأطفال يمكن أن يعبروا عن الاكتئاب بشكل مباشر من خلال السلوك والتصرفات والأعراض الجسدية، فصورة الاكتئاب عند الأطفال تختلف عن الكبار فيظهر فى صورة اضطرابات سلوكية أو تأخر دراسي، ويوجد عرضين أساسيين يميزان وجود الاكتئاب لدى الأطفال هما التوتر العام وعدم الارتياح والشكاوى الجسدية أو البدنية مثل (آلام المعدة، الصداع). وتلمس الاكتئاب فى الأطفال من خلال شكاوهم بأنهم يحسون بوعكة صحية وفقدان الشهية للطعام وفقد الاهتمام بالحياة والمشاركة مع الآخرين. (لطفى الشربيني، ٢٠٠٧، ٢٤)، وفى مجال ضعاف السمع وجد أن الأطفال ضعاف السمع أكثر اكتئابا من العاديين وذلك لما للإعاقة من تأثير على جانب النمو الانفعالى ومنها عدم الشعور بالرضا والخوف والقلق والاكتئاب. (Verte, Sylvie & Hebebrecht, 2006, 110)، كما تلعب الضغوط النفسية الشديدة مثل فقدان عزيز أو مشكلات صحية أو إعاقات إلى تهينة الفرد للمعاناة من الاكتئاب خاصة إذا افتقد المساندة الانفعالية أو الاجتماعية من المحيطين. (Merrell K.W. & Isava, S.M, 2005, 3-7)، إن المعاق سمعيا يعيش فى قلق وتسيطر عليه مشاعر القلق والاكتئاب بدرجة مرتفعة وتشير الدراسات الحديثة أن ٣٧-٤٥% من الأطفال المعاقين

د. هدر منصور القطاوى ————— فعالية برنامج معرفى سلوكى فى خفض الأكتئاب للأطفال ضعاف السمع

سمعيًا يعانون من الوحدة النفسية والاكتئاب الذى يعد جزء مميز لشخصية المعاق سمعيًا وتحديد لضعيف السمع. (Guest, Claire M., 2009, 252-261).

ولقد تعددت الاتجاهات والأساليب النفسية للتخلص منه أو خفضه، فالعلاج النفسى للاكتئاب يفضل أن يكون من نموذج العلاج النفسى المتكامل أى تدرس حالة المريض ويستغل كل ما يمكن استغلاله من نقاط قوة إيجابية فى حياة المريض، لكى يتمكن المريض من تغيير أسلوب حياته، ويتضمن العلاج النفسى كلا من العلاج التحليلى والعلاج السلوكى والعلاج المعرفى والعائلى. (عبد الرحمن إبراهيم، ٢٠٠٧، ٩٦)

ويعد العلاج المعرفى السلوكى من الأساليب العلاجية شائعة الاستخدام بين مرضى الاكتئاب، ومن الأساليب التى أثبتت فعاليتها الكبيرة فى علاج هذا الاضطراب، إن العلاج المعرفى السلوكى يركز على المتغيرات المعرفية كأهداف للتغيير العلاجى ويؤكد ان الاكتئاب ينشأ نتيجة الأفكار المشوهة والخاطئة التى يتبناها المريض عن نفسه وعن الواقع المحيط به. (عادل عبد الله محمد، ٢٠٠٠، ١٦٩ - ١٧٠)

كما تؤكد أغلب المدارس الحديثة فى العلاج النفسى وعلى رأسها العلاج المعرفى السلوكى على أن الاكتئاب ينشأ نتيجة الأفكار الخاطئة والمشوهة التى يتبناها المريض عن نفسه وعن الواقع المحيط به، وأيضا من التوقعات المحيطة اليائسة عن المستقبل، العلاج المعرفى السلوكى Cognitive Behavior Therapy.

ولقد اثبتت الدراسات الحديثة فعالية العلاج المعرفى السلوكى فى خفض الاكتئاب ومنها دراسة.

Wood, Jeffercy, (2010), Kennard, Betsy, Clark (2009), Mc Manus, Freda, Wait , (2009), Dozeis, David, (2009).

مشكلة الدراسة :

يعد الاكتئاب من الاضطرابات النفسية الخطيرة فهو يعد مشكلة شخصية واجتماعية ويعانى الفرد من مشاعر الحزن الشديد والمتصل، ومن خلال تفاعل الباحثة مع ضعاف السمع وجدت أنهم يميلون للعزلة وتبدو عليهم الكآبة والحزن، كما تشير الدراسات والبحوث أن ما يقرب من ٣٧% من الأطفال ضعاف السمع يعانون من الوحدة النفسية والاكتئاب لما لتلافاة من تأثير على النمو الانفعالى، ويمكن الاستدلال عليه من تعبيرات الحزن المرشمة على وجه الطفل وللاكتئاب مضاعفات خطيرة تصل للمحاولات الانتحارية والموت، ومن هنا رأت الباحثة بالتدخل ببرنامج للعلاج المعرفى السلوكى وذلك لأن الاكتئاب ينشأ نتيجة الأفكار الخاطئة والمشوهة التى يتبناها المريض عن نفسه وعن الواقع ولذلك ستلجأ الباحثة إلى اكتشاف هذه الأفكار السلبية النشطة فى ذهن المريض والتى تدفعه باستمرار إلى اليأس والحزن ومحاولة خفضها وإزالتها، وتستند الباحثة فى بناء برنامجها فى هذه الدراسة على الأسس النظرية والعلمية للنظرية المعرفية لبيك المتمثلة فى العلاج المعرفى السلوكى.

وبالتالى يمكن صياغة مشكلة الدراسة الحالية فى التساؤل التالى "ما فعالية

برنامج معرفى سلوكى فى خفض الاكتئاب للأطفال ضعاف السمع؟".

هدف الدراسة :

تهدف الدراسة الحالية إلى خفض الاكتئاب للأطفال ضعاف السمع من

خلال برنامج معرفى سلوكى.

أهمية الدراسة :

الأهمية النظرية:

١- تناولها لفئة المعاقين سمعياً (ضعاف السمع) والتى تدل الإحصائيات الحديثة

على تزايد أعدادهم، فىوجد بمراحل التعليم العام بمصر فى سنة (٢٠٠٧)

د. سحر منصور القطاوى ————— فعالية برنامج معرفى سلوكى فى خفض الأكتئاب للأطفال ضعاف السمع

(١٤٨٠٨) تلميذ وتلميذة من مرحلة ما قبل الابتدائى والمرحلة الابتدائية والمرحلة الإعدادية المهنية والثانوية. ملحق "١" (وزارة التربية والتعليم، الإدارة العامة للإحصاء والحاسب الآلى، ٢٠٠٧).

٢- تتناول الدراسة الاكتئاب وهو من المشكلات والاضطرابات الانفعالية الخطيرة التى يعانى منها الأطفال ضعاف السمع فالأكتئاب جزء مميز لشخصية ضعيف السمع لما للإعاقة من تأثير على جوانب الشخصية وخاصة الجانب الانفعالى.

٣- تتناول الدراسة أهم أعراض الاكتئاب لدى الأطفال ضعاف السمع من خلال استمارة توضح أهم هذه الأعراض لديهم وذلك للوقوف على أهم هذه الأعراض والأسباب التى تؤدى للأكتئاب لديهم ومن ثم محاولة خفض الاكتئاب لديهم.

الأهمية التطبيقية:

٤- إعداد مقياس للأكتئاب للطفل ضعيف السمع ثم استخدام استمارة خاصة لتحديد أعراض ومصادر الاكتئاب لكل طفل وبالتالي يتحقق التقدير الكمى والكيفى للأكتئاب للطفل ضعيف السمع.

٥- إعداد برنامج معرفى سلوكى فى خفض الاكتئاب للأطفال ضعاف السمع.

٦- مساعدة الوالدين والمعلمين على اكتساب بعض المهارات اللازمة فى خفض الاكتئاب النفسى لدى ضعيف السمع فى حالة نجاح البرنامج المستخدم.

مصطلحات الدراسة:

١- الأكتئاب Depression:

"زملة الأعراض المؤلمة والمحزنة التى يشعر بها الطفل ضعيف السمع والتى يتضح من خلال وصفه لحالته المزاجية بالحزن واليأس وخاصة بالنسبة لمستقبله

وفقدان الاهتمام بالأنشطة والبكاء، ومفهوم الذات السلبى والشعور بالنقص والدونية والشعور بالذنب وتآنيب الذات، واضطراب العلاقات الاجتماعية والأسرية والشكاوى الجسمية من آلام بالجسم وصداع وزيادة أو نقص فى الشهية واضطرابات النوم والشعور بالأرق، ويتضح ذلك من خلال الدرجة المرتفعة على مقياس الاكتئاب للأطفال ضعاف السمع (إعداد الباحثة).

٢- الأطفال ضعاف السمع Hard of Hearing Children

هم الأطفال الذين فقدوا أجزاء من سمعهم إلا أنهم قادرون على فهم الكلام واللغة عن طريق استخدام المعينات السمعية أو بدون استخدامها ودرجة السمع لديهم من (٧٢:٤٠) ديسبل وفى المرحلة العمرية من (٩- ١٢) سنة. (صفوت فرج، ١٩٨٠، ٤٣٩) ملحوظة: تم اختيار عتبة السمع من واقع الملفات المدرسية الحديثة ومرفق بها تقارير طبية حديثة لقياس عتبة السمع.

٣- العلاج المعرفى السلوكى Cognitive Behavioral Therapy

أحد أساليب العلاج النفسى الحديث ويفترض أن أنماط التفكير الخاطئة تسبب السلوك المضطرب، ويهدف إلى تعديل الأفكار السلبية واللا منطقية وتصحيح التصورات الخاطئة نحو الذات والعالم والمستقبل.

٤- البرنامج المعرفى السلوكى:

تقصد الباحثة فى الدراسة الحالية ببرنامج العلاج المعرفى السلوكى بأنه مجموعة الاستراتيجيات والخبرات المنظمة والمخططة (الجلسات العلاجية) فى ضوء المفاهيم الأساسية والإطار النظرى للبحث وأساليب وفتيات العلاج المعرفى السلوكى والدراسة الميدانية التى سوف تقوم بها الباحثة فى خفض الاكتئاب للأطفال ضعاف السمع.

الإطار النظري

المحور الأول: الاكتئاب Depression

تؤكد اغلب الدراسات الحديثة أن العصر الذي نعيشه هو عصر الاكتئاب لذا تعد دراسته الاكتئاب من الموضوعات المهمة، ولقد بدأ الاهتمام بالاكتئاب عند الأطفال في الآونة الأخيرة، فقد كان الاعتقاد أن الأطفال لا يعانون من الاكتئاب، وإنما الشعور بعدم الرضا والحزن ولكن تبين أن اضطراب الاكتئاب يصل من ٣- ٦% من اطفال المدارس، ولقد تبين أن الأطفال ضعاف السمع اكثر اكتئابا من العاديين وذلك مثل للاعاقه من تأثير على جانب النمو الإنفعالي ومنها عدم الشعور بالرضا والخوف والقلق والاكتئاب. (زينب شقير، ١٩٣، ٢٠٠٢)

تعريف الاكتئاب:

عرف قاموس الطب النفسى (Campbel, 1981) الاكتئاب بأنه يشير الى زملة إكلينيكية تشمل على انخفاض الإيقاع المزاجى وصعوبة فى التفكير وتأخر نفس حركى. (Campbell, R.J, 1981)

كما يعرف الدليل التشخيصى والاحصاي للإختلالات العقلية (DSM-IV) الاكتئاب بأنه مجموعه من الأعراض المتزامله التى تتحدد فى ضوءها صوره الاكتئاب الرئيسى وتشمل المزاج الكدر، بوفقدان الاهتمام والمتعه فى معظم أوكل النشاطه المعتاده، ويشمل على اختلالات الشهيه للطعام، تغيير فى الوزن، ومشاعر عدم الأهمية أو الذنب وصعوبة التركيز أو التفكير، وأفكار حول الموت أو الانتحار وبالنسبة للأطفال فإنه يمكن الاستدلال على هذه الجوانب من تعبيرات الحزن المرتسمه على وجه الطفل. (DSM-IV, 1994, 213)

وقد تعددت المفاهيم والاتجاهات النظرية المختلفة التي قامت بفحص الاكتئاب ورغم اختلاف هذه التوجيهات الا انها تتفق أن هناك علامات شائعة للاكتئاب هي:

- ١- فقد احترام الذات والافكار المتعلقة بالانتحار.
- ٢- شكاوى عن الضعف والألم.
- ٣- أعراض جسمية (صداع - أرق - إمساك).
- ٤- الحزن والبكاء والتوتر والقلق وفقدان النشاط والحيوية.
- ٥- مشاعر الذنب ولوم الذات.

ولا تظهر كل هذه الأعراض في آن واحد على الفرد وعاده يتم التشخيص الاكلينيكى وفقا لوجود بعض المظاهر.

النظريات المفسرة للاكتئاب:

١- النظرية السلوكية: ترى هذه النظرية أن الاكتئاب مكتسب (متعلم) شأنه شأن أى سلوك آخر ويمكن تفسيره على أساس من نظريات الاشارات الكلاسيكى أو الاشارات الاجرائى أو التعلم الاجتماعى وفى الاشارات الكلاسيكى فانه لما كان من شأن مثيرات معينة مشروطه أن تولد استجابات انفعالية مشروطة فإن الأفراد يتجنبون مواجهة هذه المثيرات، كما أن المستويات الزائدة من القلق تتحول بشكل مباشر الى اكتئاب، كما ترى هذه النظرية أن الأحداث البيئية هي من العوامل المسببه للمرض ويستطيع المحيطون بالفرد المكتئب مساعدته لو أتيح لهم قدر من الخبره فلبينه الاجتماعيه دورا فى تقديم تدعيمات فى شكل التعاطف والاهتمام.

(محمد محروس الشناوى، محمد السيد عبد الرحمن، ٢٠٠٢، ٣١٥ - ٣١٦)

ب- النظرية المعرفية: تعزو الاكتئاب الى أسباب معرفيه واعتقد بيك ١٩٩٧ أن الاكتئاب يعد اضطرابا فى المحتوى المعرفى للفرد مما يؤدي الى تشويه المعلومات بداخل تفكير الفرد وبالتالي تقييم سلبى للذات والعالم والمستقبل، وعلى ضوء ذلك يتمثل الهدف النهائى للفلاج المعرفى فى احداث تغيير على المستوى البنوى

د. سدر منصور القطاوى ————— فعالية برنامج معرفى سلوكى فى خفض الأكتئاب للأطفال ضعاف السمع

للمعرفة ومن هذا المنطلق يتم تخصيص المراحل الأولى من العلاج لتحديد وتمثيل وتعديل الأفكار التوماتيكية السلبية بينما تركز الجهود العلاجية التالية على التعامل مع تلك الابنية المعرفيه السلبيه المستهدفة. (عادل عبد الله محمد، ٢٠٠٠، ١٦٩)

العلاج المعرفى السلوكى للاكتئاب:

يعد العلاج المعرفى السلوكى من الأساليب العلاجية شائعة الاستخدام بين مرضى الاكتئاب، ومن الأساليب التى أثبتت فعاليتها الكبيرة فى علاج هذا الاضطراب، وقد أكدت نتائج الدراسة التتبعية أن له فعاليتيه الأفضل على المدى الطويل حيث يقلل بدرجة كبيرة من معدلات حدوث انتكاسه بعد انتهاء البرنامج العلاجى. أن العلاج المعرفى السلوكى يركز على المتغيرات المعرفية كأهداف للتغيير العلاجى، وقد تلعب التدخلات السلوكية على اعتراض وإعاقة تلك الحلقة المفرغة التى تتضمن المعرفة بالوجدان والسلوك. (عادل عبد الله محمد، ٢٠٠٠، ١٦٩ - ١٧٠)

ويلتقى العلاج المعرفى السلوكى مع التعاليم الدينية بصورة واضحة فنظريته تقوم على أن للإنسان القدرة على توجيه نفسه وإصلاحها، وذلك من خلال قدرته على التعلم الذاتى وتوظيفه لذلك فى تعديل سلوكه وأفكاره ونجد تصديق ذلك فى كتاب الله "إن الله لا يغير ما بقوم حتى يغيروا ما بأنفسهم".

فالعلاج المعرفى السلوكى مفيد جدا فى علاج الاضطرابات النفسيه لدى الاطفال ومنها الاكتئاب (Zarb, J.M, 2008).

المحور الثانى: الأطفال ضعاف السمع Hard of Hearing Children

تعددت التعريفات التى تناولت ضعاف السمع ويمكن تناولها من مدخلين هما مدخل تربوى ومدخل طبي:

١- المدخل التربوى لمفهوم ضعاف السمع أنهم أولئك الذين يكون لديهم قصور سمعى أو بقايا سمع، ومع ذلك فإن حاسة السمع لديهم تؤدي وظائفها

بدرجه ما، ويمكنهم تعلم الكلام واللغة سواء باستخدام العينات السمعية أو بدونها. (مصطفى فهمى، ١٩٨٠، ١٢٢)

ب- المدخل الطبى لضعاف السمع هم أولئك الأفراد الذين يعانون من قصور فى حاسة السمع وتتراوح درجته من ٤٥- ٧٠ ديسبل وهو الأمر الذى لا يعوق من الناحية الوظيفية على اكتساب المعلومات اللغوية المختلفة سواء عن طريق آذانهم بشكل مباشر، أو عن طريق استخدام العينات السمعية حيث يكون لدى هؤلاء الأطفال بقايا سمع تجعل حاسة السمع من جانبهم تؤدي وظيفتها بدرجه ما وذلك استنادا على مصدر الصوت الذى يقع فى حدود قدرتهم السمعية. (عادل عبد الله محمد، ٢٠٠٤، ١٥٥)

أثر الإعاقة السمعية على النمو الانفعالى:

حيث أن اللغة هي وسيلة التفاهم والتعبير عن الحاجات الأساسية والانفعالات المختلفة فإن الأطفال المعاقون سمعيا يعانون من الإحباط نتيجة عدم فهم الآخرين لهم، وتظهر مشكلات نفسية تنحصر فى العصبية والانطوائية وضعف الثبات الانفعالى والقلق والاكتئاب. (زينب شقير، ١٩٩٩، ١٩٢ - ١٩٣)

إن للإعاقة السمعية تأثير مباشر أو غير مباشر على البناء السيكولوجى للإنسان فيشعر المعاق سمعيا بالتمعاسة والخجل مما يزعزع بناءه النفسى ويدفعه إلى إصدار أنماط السلوك اللا توافقى وإلى ظهور الاكتئاب (جمال الخطيب، ١٩٩٧، ١٠٢)، ولقد أثبتت الدراسات أن ضعف السمع يفضل الانزواء النفسى والعيش فى عزلة، فهو يتسم بالعجز فى إقامة علاقات سليمة مع أقاربه والمحيطين، ويميل ضعف السمع إلى الاكتئاب والحزن والتشاؤم أكثر من العاديين.

بحوث ودراسات سابقة:

اهتمت الدراسات العلمية بالاكتئاب النفسى لدى ذوى الإعاقة السمعية من جوانب متعددة منها من اهتم بالإعاقة السمعية وعلاقتها بالاكتئاب النفسى ومقارنة

د. سحر منصور القطاوى ————— فعالية برنامج معرفى سلوكى فى خفض الاكتئاب للأطفال ضعاف السمع

الاكتئاب بالعاديين، ومنها من تناول دور البرامج الإرشادية فى خفض الاضطرابات النفسية والاكتئاب. ولما كانت الدراسة الحالية تستهدف دراسة مدى فعالية برنامج معرفى سلوكى لخفض الاكتئاب لدى الاطفال ضعاف السمع فقد صنفت الباحثة الدراسات التى تم الحصول عليها فى هذا المجال إلى محورين.

أولاً: دراسات تناولت الإعاقة السمعية وعلاقتها بالاضطرابات النفسية (الاكتئاب أو مقارنته بالعاديين).

ثانياً: دراسات تناولت دور البرامج الإرشادية (المعرفى - السلوكى) فى خفض الاكتئاب النفسى.

وسوف تقوم الباحثة بالتعقيب على الدراسات السابقة.

أولاً: دراسات تناولت الإعاقة السمعية وعلاقتها بالاضطرابات النفسية (الاكتئاب) ومقارنته بالعاديين:

١- دراسة فيرت سيلفى وهيبيرخت (Vert, Sylvie & Hebebrecht, 2006). واستهدفت دراسة الاضطرابات النفسية لدى المعاقين سمعياً ومقارنتها بالعاديين وذلك بهدف إعداد برامج مناسبة للمعاقين سمعياً، ولقد تكونت عينة الدراسة من ٢٤ طفلاً ممن لديهم ضعف سمعى و ٢٤ طفلاً من الأطفال العاديين، وتم عمل مقياس ليوضح الاضطرابات التى يعانى منها الأطفال، وبتطبيق هذا المقياس على آبائهم، أوضحت النتائج أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين ضعاف السمع والعاديين فى القلق والاكتئاب النفسى لصالح الأطفال ضعاف السمع.

٢- وهى دراسة (لخالد صلاح الدين، ٢٠٠٦). وهى دراسة سيكومترية إكلينيكية تهدف إلى تحديد فاعلية اختبار تفهم الموضوع CAT فى تشخيص الاكتئاب لدى الأطفال الصم والعاديين، وقد تكونت عينة الدراسة من ٥١ طفلاً أصماً و ٥١ طفلاً عادياً تمتد أعمارهم من ٧ إلى ١٠ سنوات، ولقد تم استخدام مقياس

الاكتئاب للصغار (إعداد غريب عبد الفتاح غريب، ١٩٩٥) وأدوات اكلينيكية واستمارة المقابلة الاكلينيكية واختبار تفهم الموضوع للأطفال CAT، ولقد توصلت نتائج الدراسة أنه لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسط درجات الأطفال الصم والعادين في الخلو من الأعراض العصبية لصالح الأطفال الصم، وأشارت النتائج أنه من أهم أسباب الاكتئاب فقدان الموضوع، التفرقة في المعاملة بين الأخوة، وسوء معاملة الوالدين للطفل، ضعف الأنا.

٣- وهي دراسة برنك بيتر ومايكل (Brink, Peter, Stones, ، ٢٠٠٧)، والتي استهدفت دراسة العلاقة بين الإعاقة السمعية وظهور الاكتئاب وتغييرات المزاج لدى عينة من الأطفال ضعاف السمع، ولقد تم تطبيق الدراسة من أبريل ٢٠٠٠ حتى مارس ٢٠٠١ في المعهد الكندي للعلوم الصحية، وتم تطبيق استبيان لتوضيح الحالة المزاجية والاكتئاب وباستخدام التحليل الإحصائي للتحقق من صحة الفروض وجد أنه هناك علاقة ذات دلالة إحصائية بين ضعف السمع وعدم القدرة على التواصل اللغوي وظهور الاكتئاب وانخفاض الحالة المزاجية وكذلك بين ضعف السمع ونقص المشاركة الاجتماعية.

٤- وهي دراسة لوب مايكل (Lop, Michael, 2007)، والتي استهدفت دراسة الاكتئاب لدى الأطفال الصم والقدرة على السلوك التكيفي، وأوضحت هذه الدراسة وجود علاقة ارتباطية بين وجود الاكتئاب لدى الآباء وظهور الاكتئاب لدى أبنائهم، وتوصى هذه الدراسة بضرورة التدخل المبكر ووجود اتصال بين الآباء والبناء، وكذلك توصى بضرورة تعلم الآباء لغة الإشارة للتواصل مع الأبناء.

ثانياً: دراسات تناولت دور البرامج الإرشادية في خفض الاكتئاب:

٥- وهي دراسة قام بها دوزويس ديفيد (Dozois, David, 2009). بإرشاد الأطفال ضعاف السمع الذين لديهم اكتئاب وذلك اعتماداً على العلاج المعرفي CT، وأوضحت الدراسة أن هناك مجموعة من الأفكار والمعتقدات السلبية توجد لدى الأطفال الذين لديهم اكتئاب ومن ثم تم تطبيق العلاج المعرفي على عينة من

الأطفال بلغت (٢١) طفل، مع العلاج الدوائي تجريبية، في حين تم تطبيق العلاج الدوائي فقط على العينة الضابطة، وأوضحت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية لصالح المجموعة التجريبية في خفض الاكتئاب، وكذلك أوضحت الدراسة أنه في حالات الاكتئاب الشديد ينصح باستخدام العلاج المعرفي مع مضادات الاكتئاب.

٦- وهي دراسة قام بها ليكرست جروين وتولين, Leqerste, Jeroen& Tulen (2010). والتي استهدفت تصميم برنامج إرشادي للعلاج المعرفي السلوكي وذلك لخفض الاضطرابات النفسية (القلق، الاكتئاب)، ولقد تكونت عينة الدراسة من عينة كبيرة من الأطفال الذين لديهم اضطرابات قلق واكتئاب وبلغت (٩١) طفل وتلقى الأطفال العلاج المعرفي السلوكي، وركزت المجموعة التجريبية الأولى على الطفل، بينما العينة الثانية ركزت على الآباء والأطفال، وأوضحت نتائج الدراسة عن مدى فاعلية العلاج المعرفي السلوكي للآباء والأطفال في خفض اضطرابات القلق والاكتئاب.

٧- في دراسة قام بها وود و جيفري وساهوت (Wood, Jeffery& Sahot, 2010). والتي هدفت إلى توضيح مدى فعالية العلاج المعرفي السلوكي في خفض الاكتئاب لدى الأطفال ضعاف السمع، واشتملت عينة الدراسة على (٤) أطفال عينة ضابطة، (٤) أطفال عينة تجريبية وامتد عمر الأطفال من (٧- ١١ سنة)، ولقد بلغت جلسات العلاج المعرفي السلوكي إلى ١٦ جلسة من جلسات العلاج المعرفي السلوكي وأكد نموذج العلاج المعرفي السلوكي على ضرورة تدريب الوالدين وعلى ضرورة تدريب المدرسين، وقد تم إجراء مقابلة منظمة مع آباء وأمهات الأطفال وكذلك مع المعلمين، وأوضحت نتائج الدراسة مدى فعالية العلاج المعرفي السلوكي في خفض الاكتئاب لدى الأطفال وتم استمرار فعاليته لمدة ٣ أشهر متتابعة.

٨- وفي دراسة قام بها كينارد بيتسي وككلارك (Kennard, Betsy & Clark, 2009). واستهدفت علاج الاكتئاب وأثر استخدام العلاج المعرفي السلوكي، وتم تطبيق البحث على ٣٣٤ من الشباب امتدت أعمارهم من (١٢ - ١٨) عاما لديهم اضطراب الاكتئاب والذين لم يستجيبوا للعلاج الدوائي (استخدام مثبطات امتصاص السيروتينين) في علاج الاكتئاب لديهم، وتم استخدام العلاج المعرفي السلوكي في حوالي ٩ جلسات وتم تطبيق جلسات البرنامج والتي تضمنت حل المشكلات الاجتماعية وتنمية المهارات الاجتماعية وتفسير الأفكار السلبية لديهم في خفض الاكتئاب. ولقد توصلت الدراسة إلى مدى فعالية العلاج المعرفي السلوكي في خفض الاكتئاب.

٩- وفي دراسة قام بها مكماتوس وفريدا ووايت (Mc Manus, Freda & Wait, 2009). والتي استهدفت معرفة اثر العلاج المعرفي السلوكي وعلاج انخفاض احترام الذات وخفض الاكتئاب، وشمل البرنامج ١٢ جلسة على مدى ٦ شهور واستمرت المتابعة ٦ شهور، ولقد تكونت عينه الدراسه من ٨ اطفال ممن لديهم ضعف سمعي، وأظهرت النتائج اثر العلاج المعرفي السلوكي في خفض الاكتئاب كذلك رفع احترام الذات، وكانت هذه الدراسة بمثابة مساهمة أولية لفعالية العلاج المعرفي السلوكي لتدني احترام الذات والاكتئاب.

تعقيب على الدراسات السابقة:

من حيث الهدف:

اتفقت دراسات المحور الأول مثل: دراسه (خالد صلاح الدين، ٢٠٠٦)، ودراسة (Vert, Sylvie, et al., 2006)، ودراسة (Brink, Peter, et al., 2007) ودراسة (Lop, Michael, 2007) على وجود الاكتئاب النفسي وانخفاض الحالة المزاجية لدى الأطفال ضعاف السمع مقارنة بالعاديين، كما أشارت بضرورة التدخل المبكر ووجود اتصال بين الآباء والأبناء، في حين اتفقت دراسات المحور الثاني بفاعلية العلاج المعرفي السلوكي في خفض الاكتئاب للأطفال ضعاف السمع والدراسة الحالية

د هدر منصور القطاوى ————— فعالية برنامج معرفى سلوكى فى خفض الاكثئاب للأطفال ضعاف السمع

هدفها الكشف عن فعالية برنامج معرفى سلوكى فى خفض الاكثئاب لدى الاطفال ضعاف السمع.

من حيث العينة والأدوات:

أ- بالنسبة للعينة: تنوعت العينة المستخدمة فى الدراسات السابقة فبعضها شمل مرحلة الطفولة مثل دراسة (Verte, Sylvie, et al., 2006) ودراسة (خالد صلاح الدين، ٢٠٠٦)، وبعضها تناول مرحلة الشباب مثل دراسة (Kennard, Betsy et al., 2009). وبعض الدراسات تناول بجانب عينة الأطفال عينة من الأمهات والمعلمين، ومن الملاحظ أن معظم الدراسات اهتمت بمرحلة الطفولة حيث أشارت الدراسات إلى ظهور الاكثئاب فى مرحلة الطفولة واختلف عدد العينة من (٤- ٣٤٤) وامتدت أعمارهم من (٧- ١٨) سنة، والدراسة الحالية أجريت على عينة قوامها (٨) أطفال ممن لديهم ضعف سمعى امتدت أعمارهم من (٩- ١٢) سنة وهى فى نفس مدى الدراسات السابقة.

ب- بالنسبة للأدوات: استخدمت بعض الدراسات مقياس الاكثئاب مثل دراسة (خالد صلاح الدين، ٢٠٠٦)، كما استخدمت بعض الدراسات برنامج معرفى سلوكى فى خفض الاكثئاب مثل دراسة

ت- (Kennard, Betsy et al., 2009)، والدراسة الحالية استخدمت الأدوات التالية: مقياس الاكثئاب (إعداد الباحثة)، البرنامج المعرفى السلوكى فى خفض الاكثئاب للأطفال ضعاف السمع.

ج- من حيث النتائج: أشارت نتائج دراسات المحور الأول أن هناك علاقة ارتباطيه بين الإعاقة السمعية والاضطرابات النفسية مثل الاكثئاب لدى الاطفال ضعاف السمع مثل دراسة

ح- (Verte, Sylvie, et al., 2006)، ودراسة (Brink, Peter, 2007). وأشارت نتائج دراسات المحور الثانى إلى فعالية العلاج المعرفى السلوكى فى

خضض الاككتاب لى ضعاى السمع مثل دراسة (Wood, Jeffery, Sahotal, 2010)، ومن هذا المنطلق تم اختيار العلاج المعرفى السلوكى فى خضض الاككتاب للأطفال ضعاى السمع.

ومن جوانب الاستفااء من الدراسات السابقة فى الدراسة الالىه تم اختيار عينة الدراسة الالىه من الأطفال واختيار العلاج المعرفى السلوكى فى خضض الاككتاب.

فروض الدراسة:

- ١- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطى رتب درجات المجموعتين التجريبية والضابطة فى الاككتاب النفسى للأطفال ضعاى السمع بعد تطبيق البرنامج المعرفى السلوكى للمجموعة التجريبية.
- ٢- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطى رتب درجات المجموعة التجريبية فى الاككتاب النفسى للأطفال ضعاى السمع بعد وقبل تطبيق البرنامج المعرفى السلوكى للقياس البعءى.
- ٣- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطى رتب درجات المجموعة التجريبية فى الاككتاب النفسى للأطفال ضعاى السمع بعد تطبيق البرنامج مباشره وبعد مرور ثلاثة اشهر من توقفه .

إجراءات الدراسة:

أولاً: عينة الدراسة:

- ١- اشتملت عينة الدراسة الالىه على عينة أولية تتكون من (٦٠) طفلاً وطفلة بمدرسة الأمل للصم وضعاى السمع بمركز ميت غمر ينتمون إلى الصفوف الدراسية من الثالث إلى السادس الابتدائى تمتد أعمارهم ما بين (٩- ١٢) سنة بمتوسط عمرى ١٠,٢ وانحراف معيارى ٠,٨٥.

٢- وبعد التعرف على العدد الإجمالي تم استبعاد بعض الحالات لا تنطبق مع عينة الدراسة لعدة أسباب معامل الذكاء، وعدم وجود أخوة، والأب والأم غير موجودين وبذلك أصبحت العينة الكلية (٥٠) طفلاً (٢١ ذكور، ٢٩ إناث) ومن بينها تم اختيار مجموعة الدراسة الحالية والتي اشتملت على (٨) أطفال ممن لديهم اكتئاب مرتفع عن متوسط الاكتئاب للعينة الكلية مقسمين إلى مجموعتين، مجموعة تجريبية تشمل (٤) طفل وطفلة وأمهاتهم ومعلماتهم ومجموعه ضابطه وتشمل (٤) طفل وطفلة وأمهاتهم ومعلماتهم، وقد قامت الباحثة بالتأكد من تجانس المجموعة التجريبية والضابطة في كلاً من العمر الزمني حيث امتدت من (٩- ١٢) سنة بمتوسط ١٠.٢ وانحراف معياري ٠.٨٥، والذكاء حيث تراوح من (٨٠- ٩٨) بمتوسط ٨٣.٨ وانحراف معياري ٣.٧، وعتبة السمع التي تقع بين (٤٠- ٧٢) وقامت الباحثة بالتحقق من تجانس أفراد المجموعة التجريبية والضابطة في عدة متغيرات وهي :

- | | |
|------------------|---------------------|
| ١- العمر الزمني. | ٢- مستوى الذكاء. |
| ٣- عتبه السمع . | ٤- الاكتئاب النفسى. |

وفيما يلي بيان ذلك :

١- العمر الزمني:

لتجانس عينة الدراسة من حيث العمر الزمني تم اختيار جميع التلاميذ في المرحلة العمرية من (٩- ١٢) سنة وتم حساب دلالة الفروق بين متوسطى رتب المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة، باستخدام طريقة مان ويتنى Mann-Whitny كما موضح بالجدول التالي:

جدول (١)

دلالة الفروق بين متوسطى رتب المجموعة التجريبية والضابطة فى العمر الزمنى

المجموعة	العدد	المتوسط	متوسط الرتب	مجموع الرتب	معامل مان ويتنى	معامل ويلكسون	النسبة الحرجة Z	مستوى الدلالة
تجريبية	4	9	4.83	٤١	١٦	٣٧	٠,٣٤١-	غير دالة
ضابطة	4	8.8	4.17	٣٧				

يتضح من جدول (١) عدم وجود فروق بين متوسطى رتب درجات المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة فى العمر الزمنى وهذا دليل على تجانس عينة الدراسة فى العمر الزمنى.

٢ - مستوى الذكاء:

لثبيت مستوى الذكاء تم الحصول على درجات أفراد المجموعتين (التجريبية، الضابطة) فى متغير الذكاء من خلال سجلاتهم بالمدرسة عند الالتحاق بها، كما تم تطبيق اختبار الذكاء المصور لأحمد زكى صالح (١٩٧٨) على المجموعتين التجريبية والضابطة للتحقق من تجانسهم فى الذكاء.

وتم حساب دلالة الفروق بين متوسطى رتب المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة باستخدام طريقة مان ويتنى Mann Whitney، كما هو موضح بالجدول التالى :

جدول (٢)

دلالة الفروق بين متوسطى رتب المجموعة التجريبية والضابطة فى مستوى الذكاء

المجموعة	العدد	المتوسط	متوسط الرتب	مجموع الرتب	معامل مان ويتنى	معامل ويلكسون	النسبة الحرجة Z	مستوى الدلالة
تجريبية	4	٨٣,٥	4.6	٤٠	١٧	٣٨	٠,١٧٢-	غير دالة
ضابطة	4	٨٣,٩	4.3	٣٨				

د. سعد منصور القطاوى ————— فعالية برنامج معرفي سلوكي في خفض الأكتئاب للأطفال ضعاف السمع

يتضح من جدول (٢) عدم وجود فروق بين متوسطى رتب درجات المجموعة التجريبية والضابطة فى مستوى الذكاء، وهذا يدل على تجانس عينة الدراسة فى الذكاء.

٣- عتبة السمع:

للتأكد من تجانس أفراد العينة (المجموعه التجريبية والضابطه) فى عتبة السمع تم اختيار جميع الطلاب ممن لديهم ضعف سمع وتم أخذ عتبة السمع لكل تلميذ من خلال الملفات المدرسية والذى تراوح ما بين (٤٠ - ٧٢) ديسبل.

والجدول التالى يوضح الفروق بين متوسطى رتب المجموعة التجريبية والضابطة فى عتبة السمع.

جدول (٢)

دلالة الفروق بين متوسطى رتب المجموعة التجريبية والضابطة فى عتبة السمع

مستوى الدلالة	النسبة الدرجة Z	معامل ويلكسون	معامل مان ويقتى	مجموع الرتب	متوسط الرتب	المتوسط	العدد	المجموعة
غير دالة	٠,٧٢١-	٣٥	١٤	٣٥	٥,٨	٧٧,٨	٤	تجريبية
				٤٣	٧,١	٨٠,٣	٤	ضابطة

يتضح من جدول (٣) عدم وجود فروق بين متوسطى رتب درجات المجموعة التجريبية والضابطة فى عتبة السمع، وهذا دليل على تجانس عينة الدراسة فى عتبة السمع.

٤- الاكتئاب النفسى:

تم التأكد من تجانس أفراد العينة (المجموعه التجريبية والضابطه) فى الاكتئاب النفسى وذلك من خلال تطبيق مقياس الاكتئاب النفسى إعداد: الباحثه) والجدول التالى يوضح التجانس بين المجموعتين التجريبية والضابطه فى الاكتئاب النفسى.

جدول (٤)

دلالة الفروق بين متوسطى رتب درجات المجموعة التجريبية

والمجموعة الضابطة فى درجة الاكتئاب

الدلالة	Z	ويلكسون W	مان ويتني U	مجموع الرتب	متوسط الرتب	العدد	المجموعة	البعد
0.617	-0.500-	16.500	6.500	19.50	4.88	4	التجريبية قبلي	مشاعر الحزن وققدان
				16.50	4.13	4	الضابطة قبلي	الاهتمام بالانشطه
0.617	-0.500-	16.500	6.500	16.50	4.13	4	التجريبية قبلي	مفهوم الذات السلى
				19.50	4.88	4	الضابطة قبلي	
0.765	-0.300-	17.000	7.000	19.00	4.75	4	التجريبية قبلي	اضطرابات العلاقات
				17.00	4.25	4	الضابطة قبلي	الاجتماعيه والاسريه
0.549	-0.599-	16.000	6.000	20.00	5.00	4	التجريبية قبلي	الشكاوى الجسميه (الفيولوجيه)
				16.00	4.00	4	الضابطة قبلي	
0.655	-0.447-	16.500	6.500	19.50	4.88	4	التجريبية قبلي	الدرجة الكلية
				16.50	4.13	4	الضابطة قبلي	

د. سحر منصور القطاوى ————— فعالية برنامج معرفي سلوكي في خفض الأكتئاب للأطفال ضعاف السمع

يتضح من جدول (٤) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية والضابطة على مقياس الاكتئاب (الأبعاد، الدرجة الكلية) وهذا دليل على تجانس عينة الدراسة في الاكتئاب قبل تطبيق البرنامج.

ثانياً: الأدوات:

استخدمت الباحثة في الدراسة الحالية مجموعة من الأدوات التي تحقق الهدف وتنقسم إلى:

أ- أدوات ضبط العينة وتشمل:

١- استمارة جمع بيانات خاصة بالأطفال ضعاف السمع (إعداد الباحثة) ملحق (٢).
والتي بها مجموعته من الشروط لتحقيق أكبر قدر من التجانس بين أفراد العينة وهو أن يمتد العمر الزمني من (٩- ١٢) سنة ووجود أخوة وأخوات للطفل ووالدي الطفل على قيد الحياة.

٢- الملفات المدرسية للتلاميذ وتستخدم لمعرفة عتبة السمع لكل طفل، حيث مرفق معها تقارير طبية حديثة والتي على أساسها تم اختيار عينة الدراسة ممن تقع عتبة السمع لديهم من (٤٠- ٧٢) ديسبل.

٣- اختبار الذكاء المصور (إعداد أحمد زكي صالح، ١٩٧٨) وقامت الباحثة بحساب الصدق والثبات فكان معامل الصدق (٠.٨٨) ومعامل الثبات (٠.٨٤) وهي معاملات ثبات وصدق مرضيه.

ب- أدوات قياس متغيرات الدارسه وتشمل:

١- مقياس الاكتئاب للأطفال ضعاف السمع (إعداد الباحثة) ملحق (٣)

قامت الباحثة بالإطلاع على الدراسات السابقة والمقاييس والاختبارات التي أجريت في مجال الاكتئاب، ومنها مقياس بيك للاكتئاب (BDI، ١٩٦٧)، ومقياس الاكتئاب (BDI) إعداد بيك وترجمة (غريب عبد الفتاح، ١٩٩٠)، مقياس

الاكتئاب للأطفال إعداد كوفكس (CDI) وترجمة (محمد السيد عبد الرحمن، ١٩٩١)، مقياس الاكتئاب إعداد (عادل عبد الله محمد، ٢٠٠٠) وفي حدود علم الباحثة لم يتوفر مقياس لقياس الاكتئاب لدى الأطفال ضعاف السمع، وبالرجوع إلى الدليل التشخيصي للأمراض النفسية للجمعية الأمريكية للطب النفسي الرابع (DSM-IV) والتي استفادت منها الباحثة في إعداد المقياس الحالي، كما تم عمل دراسة استطلاعية للتعرف على مصادر الاكتئاب وأسبابه لدى الأطفال ضعاف السمع (ممن لديهم أعراض اكتئاب)، وكما تم استطلاع رأي مجموعة من المعلمين وأولياء أمور التلاميذ (ممن لديهم أعراض اكتئاب عن مصادر الاكتئاب وأسبابه لدى ضعاف السمع).

تم وضع (٥) أبعاد لمقياس الاكتئاب وتم صياغاتها وعرضها في صورتها الأولية على الحكمين في مجال الصحة النفسية ملحق (٢)، لتقرير ما إذا كانت الأبعاد والعبارات صالحة لقياس ما وضعت لقياسه تم عمل تكرار الموافقات على الأبعاد والعبارات وأبقت الباحثة على الأبعاد والعبارات التي كان الاتفاق عليها من قبل الحكمين يتراوح بين ٨٥% إلى ١٠٠% وبهذا أصبح المقياس (٤) أبعاد بعد استبعاد بعد التفكير في الموت وتم إعادة تسمية بعد انخفاض الشهية واضطرابات النوم والاضطرابات الجسمية ببعده الاضطرابات الفسيولوجية وأصبح عدد العبارات (٢٢) عبارة.

• ثبات المقياس:

تم حساب معامل الثبات للمقياس بطريقة إعادة الاختبار على عينة عددها (٥٠) من مدرسة الأمل للصم وضعاف السمع بميت غمر وكانت الفترة الزمنية بين التطبيقين الأول والثاني ثلاثة أسابيع وتراوح معامل الارتباط بين التطبيقين هي ٠.٨٧٩، ٠.٩١٢، وهي قيم دالة عند مستوى (٠.٠١) كما هو موضح في الجدول (٢).

جدول (٥)

معامل الارتباط بين الدرجة الكلية لكل بعد والدرجة الكلية للمقياس

معامل الارتباط	البعد
0.912**	مشاعر الحزن وفقدان الاهتمام بالأنشطة
0.879**	مفهوم الذات السلبي
0.877**	اضطرابات العلاقات الاجتماعية والأسرية
0.888**	الشكاوى الجسمية (الفسولوجية)
0.980**	الدرجة الكلية

يتضح من جدول (٥) دلالة جميع معاملات الارتباط فهي دالة عند مستوى (٠.٠١) بما يعكس تمتع المقياس بنسبة ثبات عالية.

• صدق المقياس:

تم حساب صدق المقياس الاكثاب للأطفال ضعاف السمع باستخدام عدة طرق: صدق المحكمين، صدق المقارنة الطرفية.

(أ) صدق المحكمين:

تم عرض المقاييس على عشرة من المحكمين المتخصصين في مجال الصحة النفسية ثم حذفت العبارات التي كانت نسبة عدم الموافقة بها أكبر من حد الدلالة، وتعديل ما اقترحه المحكمين في الصورة المبدئية، وبهذا يعد المقياس صادقاً في المحتوى كما سبق الإشارة.

(ب) صدق المقارنة الطرفية:

جدول (٦)

الصدق التمييزي لأبعاد مقياس الاكتئاب للأطفال ضعاف السمع وقيمه (ت)

لدلالة الفروق بين المتوسطات

مستوي الدلالة	درجات الحرية	قيمة ت	الانحراف المعياري	المتوسط	العدد	المجموعة	البعد
0.01	26	6.826	0.001	1.00	14	الإرباعي الأدنى	مشاعر الحزن وفقدان الاهتمام بالأنشطة
			1.762	4.21	14	الإرباعي الأعلى	
0.01	26	7.233	0.001	1.00	14	الإرباعي الأدنى	مفهوم الذات السلبي
			1.072	3.07	14	الإرباعي الأعلى	
0.01	26	6.716	0.267	1.07	14	الإرباعي الأدنى	اضطرابات العلاقات الاجتماعية والأسرية
			1.204	3.29	14	الإرباعي الأعلى	
0.01	26	6.729	0.426	1.21	14	الإرباعي الأدنى	الشكاوى الجسمية (الفسولوجية)
			1.406	3.86	14	الإرباعي الأعلى	
0.01	26	6.306	0.917	5.07	14	الإرباعي الأدنى	الدرجة الكلية
			5.304	14.14	14	الإرباعي الأعلى	

يتضح من نتائج جدول (٦) تمتع أبعاد مقياس الاكتئاب للأطفال ضعاف السمع

بالقدرة على التمييز بين منخفض ومرتفعي الاكتئاب، حيث كانت قيمة (ت) دالة عند

مستوى ٠.٠٠١

د. سدر منصور القفاوى ————— فعالية برنامج معرفي سلوكي في خفض الأكتئاب للأطفال ضعاف السمع

٢- البرنامج المعرفي السلوكي:

يستند البرنامج في خفض الاكتئاب لدى الاطفال ضعاف السمع الى العلاج المعرفي السلوكي الذي يركز على المتغيرات المعرفية ويتناولها كأهداف للتغيير العلاجي وتلعب التدخلات السلوكية الدور الأكبر في حدوث التغيير المعرفي حيث يعمل التغيير السلوكي على اعتراض وإعاقة الحلقة المفرغة التي تتضمن المعرفة والوجدان والسلوك، ومن ثم يؤدي الى حدوث تغيير متزامن على المستويين الوجداني والمعرفي، فالعلاج المعرفي السلوكي يستخدم استراتيجيات سلوكية بهدف تناول المعارف المرتبطة بالاكتئاب وخفضها

الأسس التي يقوم عليها البرنامج:

الأسس العامة: تراعى الباحثة حق ضعيف السمع في الارشاد والعلاج النفسى.

الأسس الفلسفية: يستمد هذا البرنامج أصوله الفلسفية من النظرية المعرفية لبيك والنظرية المعرفية السلوكية، إلى جانب اعتماده على الأسس الفلسفية العامة.

الأسس النفسية والتربوية: راعت الباحثة الخصائص العامة للنمو في مرحلة الطفولة للأطفال ضعاف السمع وكذلك الفروق الفردية لأفراد العينة.

الأسس الاجتماعية: استخدمت الباحثة العلاج المعرفي السلوكي الجماعي.

٣- أهداف البرنامج وأهميته: تنقسم الأهداف إلى:

أ- هدف علاجي: حيث يعمل البرنامج على خفض الاكتئاب لدى الأطفال ضعاف السمع من خلال تغيير كيف يفكر (معرفي) وكيف يعمل (سلوكي).

ب- هدف وقائي: حيث يكتسب الأطفال ضعاف السمع بعض الفنيات المعرفية والسلوكية التي تساعدهم وترشدهم إلى مواجهة الأفكار والمعتقدات الخاطئة التي قد تواجههم في المستقبل والمسببة للاكتئاب.

ج- هدف إجرائي، يتحقق من خلال العمل داخل الجلسات ومن خلال تنفيذ أهداف البرنامج.

٤- فنيات البرنامج:

المحاضرة: وسوف تستخدم الباحثة أسلوب المحاضرة لشرح الجلسات التي تتضمن بعض المفاهيم والمصطلحات المرتبطة بالبرنامج مثل (الاكتئاب - الفنيات المعرفية والسلوكية).

المناقشة: يلعب الإقناع الجدلي اللفظي دورا هاما فيها وسوف تقوم الباحثة بالتوضيح لأفراد العينة مدى خطورة الأفكار والمعتقدات الخاطئة المرتبطة بالاكتئاب حتى يقتنعوا بضرورة تعديل هذه الأفكار والمعتقدات ودحض كل الأفكار الخاطئة ورفضها.

إعادة البناء المعرفي: **Cognitive Restructuring** يعد أسلوب تعديل البناء المعرفي أحد أساليب التدخل المعرفي التي تهدف لمساعدة المريض على تعديل وتصحيح المعتقدات والأفكار المختلة والتي تؤثر في السلوك المضطرب.

الضبط الذاتي: **Self Control** هذا الإجراء يهدف إلى تعليم الفرد مواجهة المثيرات المناسبة للضغوط والأفكار المرتبطة بها، ومحاولة إيقافها ثم الاسترخاء وتعزيز الذات.

الواجبات المنزلية: **Homework** يتم تكليف الأطفال بأداء بعض الأنشطة العقلية والسلوكية ومراجعتها في الجلسة التالية، بهدف التعرف على مدى إنجازها بالشكل المناسب لتعديل السلوك، حيث إن الواجبات المنزلية إحدى الفنيات السلوكية التي يستطيع الفرد من خلالها تعميم التغيرات الإيجابية التي يستفيد منها من البرنامج.

لعاب الدور: **Role Playing** تعتبر فنية لعب الدور إحدى الفنيات السلوكية القائمة على نظرية الإسقاط ومن خلال فنية لعب الدور يتمكن الفرد من مواجهة

د. سدر منصور القطاوى ————— فعالية برنامج معرفى سلوكى فى خفض الأكتئاب للأطفال ضعاف السمع

الضغوط النفسية والتعامل مع المواقف الداعية للقلق والمسببة للاكتئاب، حتى إذا واجهته هذه المواقف بشكل حى كان قادرا على مواجهتها بطريقة إيجابية يتأكد فيها ثقته بنفسه.

النمذجة: Modeling تعد النمذجة أحد فنيات العلاج المعرفى السلوكى التى تهدف إلى تعديل سلوك الفرد وذلك من خلال ملاحظة سلوك الآخرين وتعرضهم بصورة منتظمة للنماذج وتقديم معلومات يكتسبها الفرد، بوصفها تمثيلات رمزية للحدث فالنمذجة لها أهمية فى العلاج المعرفى السلوكى حيث يتم التركيز على فكرة أن السلوك يمكن أن يكتسب ويتخلص منه بسهولة من خلال ملاحظة النموذج.

التدريب على الاسترخاء: Relaxation يعتبر التدريب على الاسترخاء من الفنيات التى تستخدم فى البرنامج ويقوم على نظرية مردها أنه إذا كان الإنسان فى حالة استرخاء جسدى تام فإنه من الصعب أن يكون مثارا عقليا أو معرفيا أو سلوكيا والعكس، والمعالج المعرفى السلوكى يفترض أنه فى حالة استرخاء المريض يمكن مناقشة أفكاره السالبة الكامنة وراء اضطرابه ومحاولة تعديلها للتخلص من هذا الاضطراب وسوف تقوم الباحثة بتدريب الأطفال على الاسترخاء العضلى لكل مناطق الجسم.

المراقبة الذاتية: Self Motoring يتم تدريب الأطفال على مراقبة ذواتهم وتسجيل ملاحظاتهم عنها وتقييم حالتهم، حيث إن المراقبة الذاتية تساعد الطفل على معرفة المصادر الأساسية للاضطراب من خلال معرفة الأفكار والمشاعر والسلوكيات المصاحبة لهذه المواقف ومن هنا يستطيع الطفل أن يتوصل للشروط التى تساهم فى خفض الاكتئاب.

الأنشطة: Activities تعد الأنشطة إحدى الفنيات السلوكية الهامة، لأنها وسيلة هامة لتوجيه الطاقة وخفض التوتر، والتعبير عن الأفكار والمشاعر بصورة مناسبة، وتمكن الأطفال من العمل التعاونى، والانخراط فى الأطر

المجتمعية، وفي إطار البرنامج الحالى سيتم تقديم مجموعة من الأنشطة تتمثل فى النشاط الاجتماعى وزيارة الأندية.

٥- إعداد جلسات البرنامج:

قامت الباحثة بمراجعة الإطار النظرى والدراسات السابقة للاكتئاب للأطفال ضعاف السمع وكيفية التدخل بالعلاج المعرفى السلوكى فى خفض الاكتئاب، وتم إعداد جلسات البرنامج العلاجى الذى يتكون من (21) جلسة ومدة الجلسة (45) دقيقة بواقع ثلاث جلسات أسبوعيا على النحو الموضح بجدول (٧).

جدول (٧)

مراحل ومحتويات البرنامج المعرفى السلوكى فى خفض الاكتئاب للأطفال ضعاف السمع

مراحل البرنامج	رقم الجلسة	موضوع الجلسة	عدد الجلسات	مدة الجلسة	الفيئات المستخدمة	الهدف من الجلسة
المرحلة الأولى	الأولى	جلسة جماعية للتعارف بين الباحثة والأطفال والمعلمات	2	45 دقيقة	المناقشة والحوار	- سيادة العلاقة الودية بين الباحثة والأطفال. - إتاحة الفرصة للتعارف والتعريف بالإجراءات والمضمون لمحتوى البرنامج.
المرحلة الثانية	الثانية	الإعاقة السمعية	١	45 دقيقة	المحاضرة المناقشة الواجبات المنزلية	- تعريف الإعاقة السمعية وتصنيفاتها وأسبابها وكيفية الوقاية منها وتأثيرها مع جوانب النمو.
	الثالثة	الاكتئاب ونظرياته وطرق علاجه	١	45 دقيقة	المحاضرة المناقشة الواجبات المنزلية	- تعريف الاكتئاب وتصنيفه وأعراضه وطرق علاجه.
	الرابعة	العلاج المعرفى	١	45 دقيقة	المحاضرة المناقشة	- تعريف العلاج المعرفى السلوكى.

- نظرياته. - فنيات العلاج المعرفى السلوكى	الواجبات المنزلية			السلوكى المستخدم فى الجلسات		
- تحديد الاعتقادات الخاطئة المرتبطة بالذات والآخرين والمستقبل. - مناقشة ودحض الأفكار الخاطئة نحو الذات والمستقبل والآخرين.	المناقشة، الواجبات المنزلية	45 دقيقة	١	وحدة الاعتقادات الخاطئة نحو الذات والمستقبل والآخرين	الخامسة والسادسة والسابعة	المرحلة الثالثة
- تحديد الأفكار الخاطئة المرتبطة الإحساس بعدم قيمة الذات والشعور بالذنب. - دحض الأفكار الخاطئة واستبدالها بأفكار صحيحة. - التدريب على ممارسة الاسترخاء وممارسة الأنشطة السارة.	النمذجة، التدريب على الاسترخاء، إعادة البناء، المعرفى، الواجبات المنزلية، لعب الدور	45 دقيقة	٢	وحدة الإحساس بقيمة الذات والتغلب على الشعور الذنب	الثامنة والتاسعة	
- تحديد المواقف الخاطئة المسببة للاستجابات الفسيولوجية المستتة بالاعتقاد	ضبط الذات، التدريب على الاسترخاء، الواجبات المنزلية	45 دقيقة	٢	وحدة الاستجابات الفسيولوجية المرتبطة بالاكتئاب	العاشرة والحادية عشر	

وتعديلها.

- تحديد الأعراض
والأمراض التى
تتجم عن هذه

نتائج الدراسة:

أولاً: عرض ومناقشه نتائج الفرض الأول:

- ينص الفرض الأول من الدراسة الحالية على أنه " توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطى رتب درجات المجموعتين التجريبية والضابطة فى الاكتئاب النفسى للأطفال ضعاف السمع بعد تطبيق البرنامج المعرفى السلوكى للمجموعة التجريبية". وللتحقق من صحة الفروق عن طريق استخدام الأسلوب الإحصائى اللابارامترى عن طريق اختبار مان ويتنى Man Whitney واختبار ويلكسون Wilcoxon للمجموعات غير المترابطة، وفيما يلى نوضح ذلك من خلال جدول(٨).

جدول (٨)

دلالة الفروق بين متوسطى رتب درجات المجموعتين التجريبية والضابطة بعد تطبيق البرنامج

الدلالة	Z	ويلكوكس سن W	مان ويتنى U	مجموع الرتب	متوسط الرتب	العدد	المجموعة	البعد
0.017	2.381	10.0	0.001	26.00	6.50	4	الضابطة قبلى	مشاعر الحزن وفقدان الاهتمام
				10.00	2.50	4	التجريبية بعدي	بالأنشطة
0.015	2.428	10.0	0.001	26.00	6.50	4	الضابطة قبلى	مفهوم الذات
				10.00	2.50	4	التجريبية بعدي	السلبى
0.019	2.337	10.0	0.001	26.00	6.50	4	الضابطة قبلى	اضطرابات العلاقات
				10.00	2.50	4	التجريبية بعدي	الاجتماعية والأسرية

0.017	2.381	10.0	0.001	26.00	6.50	4	الضابطة قبلي	الشكاوى الجسمية (الفسولوجية)
				10.00	2.50	4	التجريبية بعدي	
0.019	2.337	10.0	0.001	26.00	6.50	4	الضابطة قبلي	الدرجة الكلية
				10.00	2.50	4	التجريبية بعدي	

تفسير نتائج الفرض الأول:

يتضح من جدول (٨) أن متوسط الاكتئاب النفسى لدى المجموعة التجريبية قد انخفض عن المجموعة الضابطة وأن هناك فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠.١) فى كل من (مشاعر الحزن، مفهوم الذات السلبي، اضطرابات العلاقات الاجتماعية والأسرية، الشكاوى الجسمية (الفسولوجية)، وهذا يدل على فعالية البرنامج المعرفى السلوكى فى مساعدة الأطفال ضعاف السمع على خفض الاكتئاب النفسى ولقد اعتمدت الباحثة على برنامج معرفى سلوكى فى خفض الاكتئاب للأطفال ضعاف السمع، وهذا يتفق مع دراسة (Dozois, David JA, et al., 2009) ودراسة (Wood, Jeffery, Lequerste, Jeroen, et al., 2010) ودراسة (Kennard, Betsy, Clark, et al., 2009) ودراسة (McManus, Freda, et al., 2009)، والتي اعتمدت على البرنامج المعرفى السلوكى فى خفض الاضطرابات النفسية والاكتئاب، حيث أكدت جميع هذه الدراسات على فعالية العلاج المعرفى السلوكى فى خفض الاكتئاب، وقد أكد (Zarb, J. M., 2002) أن من أهم التوجهات الحديثة فى علاج الاضطرابات النفسية لدى الأطفال ومنها الاكتئاب العلاج المعرفى السلوكى وأوضح أنه علاج فعال دون استخدام مضادات الاكتئاب أو القلق وتوصى الجمعية الأمريكية بتوخى الحذر عند وصف الأدوية النفسية للأطفال إلا عند الضرورة القصوى. (Zarb JM, 2002, 138) ، وترى الباحثة أن العلاج المعرفى السلوكى ساعد الطفل على تغير كيف يفكر

د. سحر منصور القطاوى ————— فعالية برنامج معرفي سلوكي في خفض الاكتئاب للأطفال ضعاف السمع

(معرفي) وكيف يعمل سلوكي وهذه التغيرات ساعدت الطفل على الشعور بشكل أفضل وركز على المشاكل والصعوبات الحالية فمن خلاله تم تقسيم مشاكل المريض إلى أجزاء صغيرة مما سهل على المريض رؤية كيف اتصال هذه المشاكل ببعضها، ومن خلال التعامل مع الأفكار والسليمة عندما يبدأ الطفل بذكر تصورات سلبية عن بيئته ومحيطه بشكل مبالغ فيه ويركز على أسوأ ما فيها بدأت الباحثة بالتركيز على الإيجابيات وجعلتها محور الحديث لأنه عندما يتغير إدراك الذات يتغير السلوك، كما قامت الباحثة بتدريب ضعيف السمع على الإحساس بقيمة الذات وذلك لأنه من أسباب الاكتئاب عند الأطفال عدم الإحساس بقيمة الذات وانقراض الوالدين للطفل والتقليل من قيمة أمام الغرباء، (زكريا الشرييني، ٢٠٠١، ١٤٥-١٤٦)، واتفق ذلك مع دراسة (Mc Manus, Freda, et al., 2009)، كذلك كان لاستخدام أسلوب لعب الدور فاعلية في التدريب على تأكيد قيمة الذات.

ولقد أوضح (Vert, Sylive, et al., 2006) و(Brink, Peter, 2006) (Lop, Michael, 2003)، أن ضعيف السمع يفضل الانزواء النفسي والعيش في عزلة لذا فهو يتسم بالعجز في إقامة علاقات اجتماعية سليمة مع أقاربه والمحيطين لذلك كان من ضمن الأهداف الخاصة للجلسات تدريب ضعيف السمع على التواصل الجيد والفاعلية الاجتماعية وذلك من خلال ملاحظة النماذج والتعلم بالقدرة وكتابة الأفكار ودحضها واستخدام كروت مصورة وعرضها عليهم ومناقشتها مما كان له أكبر الأثر في فاعلية البرنامج واتفق ذلك مع دراسة (Kennard, Besty, et al., 2009, 1033-1041).

ومن خلال البرنامج تم تدريب ضعيف السمع على التغلب على مشاعر الحزن عرض مجموعه من الصور لناس سعداء وطلب من ضعيف السمع مقارنه نفسه بهم من خلال ألعاب واصطحاب نموذج للأراجوز وعرضه على الأطفال من خلال مسرحيه بسيطة وقام الأطفال بلعب الأدوار وتم إثابة الأطفال لحسن أدائهم من خلال توزيع شيكولاتة محببة لأنفسهم مما كان له أكبر الأثر في خفض الاكتئاب.

إن العلاج المعرفى السلوكى يحتاج لتعاون البالغين والزملاء والمشرفين على الطفل لذلك تم تدريب أسرة الطفل والمعلمات على مساندة ضعيف السمع ومن الأفضل أن يتفق المحيطون بالشخص المكتئب على إستراتيجية واحدة فى التعامل وتم ذلك من خلال المحاضرة والمناقشة والجدل والحوار والإقناع. ولقد تم حث الأسرة على تربيته دون أشعاره بالذنب وأنه مخطأ لأنه ثبت أن من أسباب اكتئاب الأطفال ضعف السمع أساليب التنشئة الأسرية (زكريا الشربيني، ٢٠٠١، وزينب شقير، ١٩٩٩، وجمال الخطيب، ١٩٩٧).

واصطحب ضعيف السمع للتدريبات الرياضية الجماعية، ولقد كانت هناك حالة تعالج طبيا ومن خلال المناقشة مع الأم تبين أنها تركت العلاج الطبى وتم نصح الأم بالرجوع إلى الطبيب مرة أخرى وأنه يكون العلاج الطبى والنفسى معا حتى لا تحدث انتكاسه للحالة.

كما تم تدريب ضعيف السمع على تقبل الخصائص الجسمية والنفسية المرتبطة بالإعاقة فلقد تبين أن من أسباب الاكتئاب لدى الأطفال العاهات الجسمية (زكريا الشربيني، ٢٠٠١، ١٤٦) وذلك من خلال النشاطات الاجتماعية وعمل رحلة معهم إلى مدارس التربية الفكرية وذلك من خلال اختلاط ضعاف السمع من المعاقين ذهنيا تم إحساسهم أن إعاقتهم بسيطة وذلك لكونهم يستطيعون أن يعتمدوا على أنفسهم بمقارنه أنفسهم بالمعاقين ذهنيا، فبدأ ضعاف السمع من تقبل خصائصهم الجسمية وأدى إلى خفض الاكتئاب. كما تم تدريب ضعيف السمع على التغلب على الشكاوى الجسمية من اضطرابات فى الشهية، واضطرابات النوم وآلام الجسم من خلال مراقبه الذات.

عرض ومناقشته نتائج الفرض الثانى:

- ينص الفرض الثانى من الدراسة الحالية على أنه "توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطى رتب درجات المجموعة التجريبية فى الاكتئاب النفسى للأطفال ضعاف السمع بعد وقبل تطبيق البرنامج المعرفى السلوكى للقياس

د. سحر منصور القطاوى ————— فعالية برنامج معرفي سلوكي في خفض الأكتئاب للأطفال ضعاف السمع

البعدي"، ولتحقق من صحة الفروق عن طريق استخدام الأسلوب الإحصائي اللابارامترى عن طريق اختبار مان ويتنى Man Whitney واختبار ويلكسون Wilcoxon للمجموعات المرتبطة وفيما يلي نوضح ذلك من خلال جدول (٩).

جدول (٩)

دلالة الفروق بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي

الدلالة	Z	ويلكسون N W	مان ويتني U	مجموع الرتب	متوسط الرتب	العدد	المجموعة	البعد
0.019	2.337	10.0	0.001	26.00	6.50	4	التجريبية قبلي	مشاعر الحزن وفقدان
				10.00	2.50	4	التجريبية بعدي	الاهتمام بالأنشطة
0.017	2.381	10.0	0.001	26.00	6.50	4	التجريبية قبلي	مفهوم الذات
				10.00	2.50	4	التجريبية بعدي	السلبى
0.020	2.323	10.0	0.001	26.00	6.50	4	التجريبية قبلي	اضطرابات العلاقات
				10.00	2.50	4	التجريبية بعدي	الاجتماعية والأسرية
0.018	2.366	10.0	0.001	26.00	6.50	4	التجريبية قبلي	الشكاوى الجسمية
				10.00	2.50	4	التجريبية بعدي	(الفيولوجية)
0.020	2.323	10.0	0.001	26.00	6.50	4	التجريبية قبلي	الدرجة الكلية
				10.00	2.50	4	التجريبية بعدي	

تفسير نتائج الفرض الثاني:

يتضح من جدول (٩) أن متوسط الاكتئاب النفسى لدى المجموعة التجريبية قد انخفض بعد تطبيق البرنامج، وأن هناك فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠.٠١) بين متوسطى رتب درجات المجموعة للقياس البعدي، وتتفق هذه النتيجة مع نتائج الدراسات السابقة ومنها دراسة (Dozois, David JA et al., 2009)، ودراسة (Wood, Jeffery, et al., 2010)، ودراسة (Egereste Joroen, et al., 2010)، ودراسة (Kennard, Betsy, Clark, et al., 2010)، ودراسة (McManus, Freed, Wart et al., 2009).

ولقد استخدمت الباحثة فنيات العلاج المعرفى السلوكى فى خفض الاكتئاب وهى جلسات علاج إلى جانب الممارسة اليومية والذي اشتمل على العديد من السمات الأساسية مثل تحديد وتصحيح الأفكار غير الدقيقة المرتبطة بمشاعر الاكتئاب وإعادة الهيكلة المعرفية مما ساعد المرضى فى الدخول فى أنشطة ممتعة وساره وتعديل السلوك وهذا اتفق مع تقرير جامعة ميتشجان (University Michigan Gateway, 2006).

كما هدف البرنامج الحالى إلى تشجيع المريض من تفسير الأفكار والتصرفات غير المعقدة من خلال الاحتفاظ بذاكرة لتحديد أنماط تفكير، وتم مساعدة المريض على تفسير هذه الأفكار، كما اتفق ذلك مع العلاج النفسى السلوكى من استخدام شروط تعديل السلوك بما يتفق مع أهداف العلاج، كما تم تكليفهم بوظيفة منزلية لتطبيق هذه التغييرات فى الحياة اليومية وفى كل مقابلة تم مناقشة المستجدات منذ الجلسة الأخيرة وتقديم المقترحات للمريض وذلك يتفق على ما جاء من الكلية الملكية للأطباء النفسيين.

(Philipitims, Ros Ramsay, Martin Biscoe, et al., 2007)

كما استخدمت الباحثة مع الأطفال ترديده بعض العبارات والأفكار مثل "لا يوجد ما يدعو لليأس" "السعادة موجودة داخلى وحولى" ورغم البساطة الشديدة لتلك

د. هدر منصور القطاوى ————— فعالية برنامج معرفي سلوكي في خفض الأكتئاب للأطفال ضعاف السمع

القاعدة إلا أنها شديد الجدوى حيث يؤكد الطب النفسى أن تبني أفكار تثير فى النفس الثقة وتقدير الذات والتفاؤل هى أفضل وسائل لمواجهة أسباب الاكتئاب، (لطفي الشرييني، ٢٠٠٧، ٧٩).

ثالثاً: عرض ومناقشة نتائج الفرض الثالث:

- ينص الفرض الثالث من الدراسة الحالية على أنه "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطى رتب درجات المجموعة التجريبية فى الاكتئاب النفسى للأطفال ضعاف السمع (بعد تطبيق البرنامج مباشرة وبعد مرور ثلاثة أشهر من توقيفه)". وللتحقق من صحة هذا الفرض تم حساب دلالة الفروق عن طريق استخدام الأسلوب الإحصائى اللابارامترى عن طريق اختبار مان ويتنى Man Whitney و ويلكسون Wilcoxon للمجموعات المرتبطة لحساب دلالة الفروق فيما يلى توضيح ذلك من خلال جدول (١٠).

جدول (١٠)

دلالة الفروق بين متوسطى درجات المجموعة التجريبية فى القياسين البعدي والتتبعي

البيد	المجموعة	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	مان ويتنى U	ويلكوسن W	Z	الدلالة
مشاعر الحزن وقلجان الاهتمام بالأنشطة	التجريبية بعدي	4	4.13	16.50	6.500	16.500	.458	0.647
	التجريبية تتبعي	4	4.88	19.50				
مفهوم الذات السلبي	التجريبية بعدي	4	4.00	16.00	6.000	16.000	.683	0.495
	التجريبية تتبعي	4	5.00	20.00				
اضطرابات الطلاقات الاجتماعية والأسرية	التجريبية بعدي	4	4.38	17.50	7.500	17.500	.158	0.874
	التجريبية تتبعي	4	4.63	18.50				

1.000	0.001	18.000	8.000	18.00	4.50	4	التجريبية بعدي	الشكاوى الجسمية (الفيولوجية)
				18.00	4.50	4	التجريبية تتبعي	
0.439	0.774	15.500	5.500	15.50	3.88	4	التجريبية بعدي	الدرجة الكلية
				20.50	5.13	4	التجريبية تتبعي	

تفسير نتائج الفرض الثالث:

يتضح من جدول (١٠) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطى رتب درجات المجموعة التجريبية فى الاكتئاب النفسى وذلك فى القياسين البعدي والتتبعي (بعد تطبيق البرنامج الإرشادى مباشر وبعد مرور شهرين عن توقفه)، وهذه النتائج تؤكد صحة الفرض الثالث وهذا يدل على استمرار فعاليه البرنامج فى خفض الاكتئاب لدى ضعاف السمع.

وترى الباحثة أن استمرار فاعلية البرنامج يرجع إلى تقسيم جلسات البرنامج إلى جلسات تقدم للأمهات والمعلمات ولسانده بالأمهات خاصة بالأمهات لسانده ضعيف السمع ولسانده خاصة بالطفل ضعيف السمع ومرتكزة على العلاج المعرفى السلوكى وعلى الأنشطة المشتركة من (رحلات - نشاط ترفيهى) لإدخال روح المرح والسرور على نفوسهم وعلى مناقشه الأفكار السلبية وتشجيعهم على الإحساس بقيمة الذات وتشجيعهم على التواصل الجيد والفاعلية الاجتماعية والتغلب على مشاعر الحزن، إن استمرار فاعلية البرنامج إلى بعد فتره المتابعة قد يرجع إلى استمرار الوالدين والمعلمات والتلاميذ فى تطبيق الاستراتيجيات والتدريبات والفنيات التى تم تدريسها عليها، وفى النهاية تم تدريبه على تقبل الخصائص الجسمية والنفسية المرتبطة فى الإعاقة والتى جاءت فى نهاية البرنامج وذلك لما للإعاقة من حساسية شديدة عند ضعيف السمع وذلك رأت الباحثة أن يتم تأجيل الجلسات الخاصة بتقبل الإعاقة بعد ما تم الألفة والارتياح من الأطفال ضعاف السمع للباحثة لما كان له أكبر الأثر فى استمرار فاعلية البرنامج.

المراجع

المراجع العربية:

- ١- خالد صلاح الدين (٢٠٠٦): الاكتئاب لدى الأطفال الصم والعايدين (دراسه سيكومترية اكلينيكية)، رسالة ماجستير، جامعة المنصورة، كلية التربية.
- ٢- زكريا الشرييني (٢٠٠١): المشكلات النفسية عند الأطفال، القاهرة، دار الفكر العربى.
- ٣- زينب محمود شقير (١٩٩٩): سيكولوجية الفئات الخاصة والمعوقين، القاهرة، مكتبة النهضة المصرية.
- ٤- صفوت فرج (١٩٨٠): القياس النفسى، ط٢، القاهرة، دار الفكر العربى.
- ٥- عادل عبد الله محمد (٢٠٠٠): العلاج السلوكى الحديث أسس وتطبيقات، القاهرة، دار الرشاد
- ٦- عادل عبد الله محمد (٢٠٠٠): دراسات فى الصحة النفسية: الهوية والاعتراب - الاضطرابات النفسية، القاهرة، دار الرشاد.
- ٧- عبد الرحمن إبراهيم (٢٠٠٧): فكرة وحيرة عن اضطرابات الشخصية، ط٢، سوريه - حلب، شعاع للنشر والعلوم.
- ٨- عبد الستار إبراهيم (١٩٩٤): العلاج النفسى السلوكى المعرفى الحديث أسائيه ومبادئ تطبيقه، القاهرة، دار الفجر للنشر والتوزيع.
- ٩- عبد الستار إبراهيم (٢٠٠٢): القيود من الوهم، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية.
- ١٠- غريب عبد الفتاح غريب (١٩٩٠): مقياس الاكتئاب (د) (BDI)، التعليمات ودراسة الثبات والصدق وقوائم المعايير، ط٢، القاهرة، النهضة المصرية.
- ١١- كلير فهيم (٢٠٠٤): أطفالنا ومشاكلهم النفسية، القاهرة، دار المعارف.

- ١٢- **لطفي الشرييني (٢٠٠٧):** الاكتئاب النفسي أسباب علاجه، الإسكندرية، المركز العربي للنشر.
- ١٣- **محمد السيد عبد الرحمن (١٩٩١):** المهارات الاجتماعية وعلاقتها بالاكتئاب والياس لدى الأطفال، مجلة كلية التربية، ع٣، جامعة طنطا.
- ١٤- **محمد محروس الشناوى، محمد السيد عبد الرحمن (٢٠٠٢):** العلاج السلوكي الحديث أسسه وتطبيقاته، القاهرة، دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع.

المراجع الأجنبية:

- 15- **American Psychiatric Association (1994):** Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders, (4th ed), Washington, D.C.
- 16- **Brink, Peter, Stones, Michael (2007):** The relationship between hearing disability and the emergence of depression, Gerontol Logist, 47 (5), 633-641.
- 17- **Campbell, R.J. (1981):** Psychiatric Dictionary, (5th ed), New York: Oxford University Press.
- 18- **Dozois, David, (2009):** Guidance of children with hearing disabilities are living with depression and cognitive therapy. Journal of counseling and clinical psychology. 77 (6), 1072-1088.
- 19- **Guest, Claire M., et al., (2009):** Cognitive Behavioural Therapy, Journal of deaf studies and education, 11 (2), 252-261.
- 20- **Kennard, Betsy & Clark, (2009):** Treatment of depression and the impact of Cognitive Behavioural Therapy Uses, Journal of consulting and clinical psychology, 22 (6), 1033-1041.

- 21- **Leqerstee, Jerons& Tulen, (2010):** Program of treatment in reducing the cognitive behavioral disorders. Journal of child psychology and psychiatry, 5 (2), 162-172.
- 22- **Lop, Michael (2007):** Study of depression in deaf children and the ability to adapt behavioral, Journal ARTICLE, 12 (1), 1-7.
- 23- **McManus, Freda& Wait, (2009):** Following Cognitive Behavioural Therapy to reduce depression and raise self-esteem. Cognitive behavioral practice, 10 (3), 266-275.
- 24- **Merrell K.W. & Isava, D.M (2005):** Depression in children and adolescents encyclopedia of school psychology kluwer academic plenum, publishers. New York, Boston, London, Moscow.
- 25- **Philiptimms, Ros Ramsay, Martin Biscoe, et al. (2007):** User and career in put Royal College of psychiatrists special committee of patients and cares.
- 26- **University Michigan Gateway (2006):** U-M Hospital system department of psychiatry.
- 27- **Verte, Sylvie& Hebebrecht, , (2006):** Mental disorders in hearing impaired and compared with depression, Journal ARTICLE, 100 (1), 89-110.
- 28- **Wood, Jeffery, & Sahot (2010):** How effective is behavioral therapy Almerfy in reducing depression, Journal of child psychology and psychiatry, 50 (3), 224-234.
- 29- **Zarb, J.M. (2002):** Cognitive Behavioral Assessment and therapy with children New York: Brunner Maze.

مستفي و مستشفيات			متفانون عظميا				مسم و ضلع سمع			مكولين و ضفاف بصير			اسم المحافظة		
الجملة	عدد البينات	عدد الفصول	المدارس والاقسام	الجملة	عدد البينات	عدد الفصول	المدارس والاقسام	الجملة	عدد البينات	عدد الفصول	المدارس والاقسام	الجملة	عدد البينات	عدد الفصول	المدارس والاقسام
58	20	6	1	2282	911	257	48	893	425	101	10	308	108	38	6
0	0	0	0	819	305	81	14	265	99	34	5	159	71	16	2
0	0	0	0	682	228	86	19	472	205	51	4	37	15	6	1
0	0	0	0	693	214	71	15	376	170	51	6	44	18	7	1
0	0	0	0	511	143	57	11	366	134	47	6	26	11	6	1
0	0	0	0	805	258	86	17	377	162	38	4	31	12	6	1
0	0	0	0	745	241	72	15	320	121	36	3	26	14	6	1
0	0	0	0	1299	432	143	28	494	210	37	4	44	18	8	1
0	0	0	0	333	126	39	12	145	62	17	4	19	11	6	1
0	0	0	0	1074	366	137	24	690	234	67	8	46	27	6	1
0	0	0	0	150	58	17	5	31	14	8	1	14	9	6	1
0	0	0	0	287	102	27	9	122	44	12	1	42	17	7	1
0	0	0	0	212	84	27	6	69	39	13	2	21	11	6	1
43	21	6	2	1324	447	158	30	590	259	72	8	87	46	6	1
0	0	0	0	251	65	24	5	373	155	32	2	59	19	9	2
0	0	0	0	638	177	76	13	405	178	57	7	54	25	6	1
0	0	0	0	398	82	50	9	570	210	59	9	44	15	6	1
0	0	0	0	475	91	38	12	519	215	46	3	108	42	12	1
0	0	0	0	492	114	45	7	652	294	57	5	56	19	6	1
0	0	0	0	421	95	51	9	305	117	32	3	101	41	15	2
0	0	0	0	103	21	11	3	92	40	9	1	0	0	0	0
0	0	0	0	463	141	98	14	168	63	17	1	24	15	6	1
0	0	0	0	79	19	15	7	44	17	12	3	4	2	2	1
0	0	0	0	59	24	17	3	30	9	12	2	1	1	1	1
0	0	0	0	117	38	25	5	43	25	17	3	2	1	2	1
0	0	0	0	136	51	34	8	62	29	15	3	12	7	6	1
0	0	0	0	32	15	8	2	11	4	4	2	0	0	0	0
101	41	12	3	14761	4849	1750	351	8344	3534	953	110	1371	575	201	33

ملحق رقم (٢)

استمارة بيانات حالة خاص بالطفل ضعيف السمع (إعداد الباحثة)

اسم التلميذ / التلميذة:

النوع: ذكر أنثى تاريخ الميلاد: / /

الديانة: الجنسية:

المدرسة: السنة الدراسية:

العنوان:

أسباب الإعاقة: وراثى ولادى

أسباب أخرى تذكر:

وجود الوالدين على قيد الحياة:

التركيب الأسرى:

ملاحظات	السن	القرباة	الاسم
			١-
			٢-
			٣-
			٤-

● هذه بيانات محاطة بالسرية التامة ولا تستخدم في غير أغراض البحث.

ملحق رقم (٢)

مقياس الاكتئاب النفسي للأطفال ضعاف السمع (إعداد الباحثة)

اسم التلميذ: _____ المدرسة: _____
السن: _____ السنة الدراسية: _____
تاريخ الميلاد: _____ تاريخ اليوم: _____
تعليمات المقياس:

فيما يلي مجموعة من العبارات اقرأ كل عبارة جيدا، فإذا كانت تنطبق عليك وتعبّر عن وجهة نظرك ضع علامة (✓) تحت كلمة (تنطبق) أما إذا كانت لا تنطبق عليك ضع علامة (✓) تحت كلمة (لا تنطبق) ويجب عليك أن تقوم بالإجابة عن كل الأسئلة دون أن تترك أي سؤال وإذا صادفتك كلمة أو عبارة غير مفهومة فاسأل عن معناها.

م	العبارة	تنطبق	لا تنطبق
١	أشعر أنني حزين معظم الوقت.		
٢	أنا أقل من غيري.		
٣	أفضل أن أبقى وحيدا.		
٤	أحيانا أشعر بألم في جسمي.		
٥	أبكي كثيرا.		
٦	ليس لي أي قيمة في الحياة.		
٧	لا يوجد لي أصدقاء من العاديين.		
٨	أشعر أنني ليس لدي رغبة في الأكل وينقص وزني.		
٩	أحيانا أريد البكاء والصراخ بأعلى صوتي.		

م	العبارة	تنطبق	لا تنطبق
١٠	أنا غير واثق من نفسي ومتردد.		
١١	أصحابي لا يحبونني.		
١٢	أشعر أحيانا برغبة شديدة في الأكل.		
١٣	أشعر بالحزن الشديد لموت احد أقاربي.		
١٤	ألوم نفسي كثيرا على لأي موقف يحدث.		
١٥	أمي لا تهتم بي.		
١٦	استغرق وقتا طويلا لأنام.		
١٧	أتعب من اقل مجهود أقوم به.		
١٨	أسرتي تحب أخوتي أكثر مني.		
١٩	أحيانا أشعر بالأرق أثناء النوم.		
٢٠	أشعر باليأس وعدم الأمل.		
٢١	استيقظ من نومي مفزوعا.		
٢٢	أشعر بفقدان الاهتمام بالأنشطة.		

ملحق رقم (٤)

جلسات البرنامج المعرفى السلوكى فى خفض الاكتئاب للاطفال ضعاف السمع

(إعداد الباحثة)

أولاً: المرحلة الأولى:

الجلسة الأولى: تعارف بين الباحثة والاطفال والمعلمات والأمهات

أهداف الجلسة:

- ١- سيادة العلاقة الودية بين الباحثة والأطفال.
 - ٢- إتاحة الفرصة للتعارف والتعريف بالإجراءات والمضمون لمحتوى البرنامج.
- الفضيات المستخدمة: المناقشة والحوار.

زمن الجلسة: ٤٥ دقيقة.

محتوى الجلسة: اجتمعت الباحثة بأفراد المجموعة من الأطفال وأمهاتهم ومعلماتهم فى حجرة التطوير التكنولوجى، وبدأت الباحثة بتقديم نفسها لأفراد المجموعة وتم التعارف بينهم وتم الاتفاق على ضرورة المشاركة الفعالة والالتزام بأداب الحديث والالتزام بمواعيد الجلسات المتفق عليها.

ثانياً: المرحلة الثانية:

موضوع الوحدة: (تحديد المشكلة) تضم الجلسة الثانية والثالثة والرابعة.

الجلسة الثانية: (الإعاقة السمعية).

أهداف الجلسة:

- ١- تعريف الإعاقة السمعية وتصنيفها وأسبابها وكيفية الوقاية منها.
- ٢- تأثيرها على جوانب النمو.

الفنيات المستخدمة: المحاضرة - المناقشة - الواجبات المنزلية.

زمن الجلسة: ٤٥ دقيقة.

محتوى الجلسة: بدأت الباحثة بالترحيب بالمجموعة وشكرهم على حرصهم بالحضور والالتزام فى المواعيد وتم عرض محاضرة حول تعريف الإعاقة السمعية وتأثيرها على جوانب النمو المختلفة، وفتحت الباحثة باب المناقشة والاستفسارات للمجموعة، وأجابت الباحثة بكل توضيح واستفاضة.

الواجبات المنزلية: ما هى تأثيرات الإعاقة على جانب النمو الانفعالى.

الجلسة الثالثة: الاكتئاب ونظرياته وعلاجه.

أهداف الجلسة: تعريف الاكتئاب النفسى وتصنيفه وأعراضه وطرق علاجه.

الفنيات المستخدمة: المحاضرة - المناقشة.

زمن الجلسة: ٤٥ دقيقة.

محتوى الجلسة: بدأت الباحثة الجلسة بالترحيب بالمجموعة الإرشادية وإشاعة الألفة والمودة، ومراجعة الواجبات المنزلية عن الجلسة السابقة وتصويبها، وبدأت الباحثة بتعريف الاكتئاب ونظرياته وأسبابه وطرق علاجه المختلفة الواجبات المنزلية: سجل ملاحظاته حول طرق علاج الاكتئاب.

الجلسة الرابعة: العلاج المعرفى السلوكى المستخدم.

أهداف الجلسة: تعريف العلاج المعرفى - السلوكى - مبادئ نظريات العلاج المعرفى السلوكى.

الفنيات المستخدمة: المحاضرة - المناقشة - الواجبات المنزلية.

زمن الجلسة: ٤٥ دقيقة.

د. سحر منصور القطاوى ————— فعالية برنامج معرفى سلوكى فى خفض الأكتئاب للأطفال منعاق السمع

محتوى الجلسة: بدأت الباحثة الجلسة بالترحيب بالمجموعة ومراجعة الواجبات المنزلية، وأشارت الباحثة أن موضوع جلسة اليوم يتضمن العلاج المعرفى وهو أسلوب يستخدم بعض فنيات النظرية المعرفية السلوكية لتعديل نمط التفكير الخاطىء، وأوضحت الباحثة على تحديد الأفكار الخاطئة واستخدام الأفكار البديلة.

الواجبات المنزلية اذكر فنيات العلاج المعرفى السلوكى.

ثالثا: المرحلة الثالثة: الإجراءات التدريبية للبرنامج.

موضوع الوحدة: (الاعتقادات الخاطئة نحو الذات والمستقبل) تضم (الجلسة الخامسة والسادسة والسابعة).

الفنيات المستخدمة: المناقشة - إعادة البناء المعرفى - الواجبات المنزلية.

زمن الجلسة: ٤٥ دقيقة.

الهدف من الوحدة:

١- تحديد الاعتقادات الخاطئة المرتبطة بالذات والآخرين والمستقبل.

٢- مناقشة ودحض الأفكار الخاطئة المرتبطة بالذات والآخرين والمستقبل.

٣- استنتاج أفكار واعتقادات صحيحة نحو الذات والمستقبل والآخرين.

محتوى الوحدة: بدأت الباحثة بالترحيب بالأطفال وشكرهم على الالتزام بمواعيد

الجلسات وتم تعزيز ذلك بتقديم الكيك، تم مراجعة الواجبات

المنزلية ثم أوضحت الباحثة مدى خطورة الأفكار والاعتقادات

الخاطئة وأن الأطفال بذكر تصورات سلبية عن البيئة والمحيطين

بشكل مبالغ فيه قامت الباحثة بالتركيز على الإيجابيات وجعلتها

محور الحديث فما هى الأفكار التى تتتابك:

هو تجاهلنى يبدو أن

لأنه لا يحبنى لديه مشكلة

الأحاسيس	مكتتب وحزين	مهتم وقلق على الشخص
المشاعر الجسدية	شعور بالإيحاء	
	مفص معوى	لا شئ تشعر بالارتياح
الفضل	اذهب للبيت وتجنبه	اتصل به لتطمئن عليه

إنك إذا ذهبت للبيت وأنت تشعر بالاكتئاب فاحتمال كبير أنك ستطيل التفكير بما حدث وتشعر أكثر سوءاً، لكنك لو اتصلت بهذا الصديق فهناك فرصة بأن تشعر بشكل أفضل.

الواجبات المنزلية: طلبت الباحثة فيها محاولة تطبيق ذلك في أى موقف يتكرر قريباً. موضوع الوحدة: الإحساس بقيمة الذات والتغلب على الشعور بالذنب تضم (الجلسة الثامنة والتاسعة).

أهداف الوحدة:

- ١- تحديد الأفكار الخاطئة المرتبطة بالإحساس بعدم قيمة الذات والشعور بالذنب.
- ٢- دحض الأفكار الخاطئة واستبدالها بأفكار صحيحة.
- ٣- ممارسة الأنشطة السارة.
- ٤- التدريب على ممارسة الاسترخاء.

الفنيات: إعادة البناء المعرفى - الاسترخاء - لعب الدور - الواجبات المنزلية.

زمن الجلسة: ٤٥ دقيقة.

محتوى الوحدة: في بداية الجلسة رحبت الباحثة بالأطفال وراجعت الواجبات المنزلية عن الجلسة السابقة وتعزيز الصواب وتصحيح الخاطيء، ثم تحدثت معهم عن الأفكار المرتبطة بالشعور بالذنب وعدم الإحساس بقيمة الذات والشعور بالذنب، وأوضحت الباحثة مدى خطورة هذه الأفكار التي تولد الاكتئاب حتى دحضها، كما اعتمدت الباحثة على فنية

لعب الدور حيث جعلت الباحثة بؤره الاهتمام للتدريب على تأكيد الذات والتغلب على الشعور بالذنب من خلال ممارسة الأنشطة السارة، كما جعلت الباحثة بؤرة الاهتمام للتدريب على تأكيد الذات أسلوب لعب الأدوار بالشكل التالي: (طلبت الباحثة من أحد الأطفال) أن يتصور أنها هي مديرة المدرسة وبالتالي أنت الآن في موقف مقابلة مع المديرية وطلبت منه أن يترك الحجرة ويتجه إلى الباب طالبا الأذن بالدخول وعندما أذنت له فتح التلميذ الباب ودخل واقترب من المكتب بتردد وحذر وعندئذ قطعت الباحثة هذا الإجراء ولكي تعكس للطفل الخنوعية التي دخل بها ونظرات العين المنكسرة وغير ذلك من مظاهر التوتر، وطلبت منه أن يجلس على المكتب بدلا منى وأن يمثل دور المدير وأن تمثل الباحثة دور التلميذ الذى يدخل وطلبت منه أن ينتقدها بعد أدائها الدور وعندما دخلت الباحثة حاولت أن ترسم شكل دخولها للمكتب بطريقة الإنسان المتأكد والواثق، طلبت من بقية الأطفال ملاحظة كل جوانب السلوك التي تصدر منها ووضع الجسم وطريقة السير ونظرات العين ومتى يجب أن تلتقى بعين المدير ومتى يجب ألا تلتقى، وقد تكرر هذا الإجراء عددا كبيرا من المرات حتى استطاع التلاميذ دخول المكتب، وقد حلت تغيرات وملامح الوجه للفصل وقد دربتهم الباحثة على محتوى المقابلة من الرد على الأسئلة وعنوان السكن وترشيحهم لعمل مسرحية منهجية.

الواجبات المنزلية: تذكر بعض المواقف التي كنت تشعر فيها بعدم قيمة الذات والأفكار الخاطئة التي راودتك وكيف تغلبت عليها.

موضوع الوحدة: الاستجابات الفسيولوجية المرتبطة بالاكتئاب وتضم (الجلسة العاشرة، الحادية عشر)

اهداف الوحدة:

١- تحديد المواقف الخاطئة المسببة للاستجابات الفسيولوجية المرتبطة بالاكئاب وتعديلها.

٢- تحديد الأعراض والأمراض التي قد تنجم عن هذه الاستجابات الفسيولوجية ومحاولة تجنبها.

الضنيات: ضبط الذات - التدريب على الاسترخاء - الواجبات المنزلية.

زمن الجلسة: ٤٥ دقيقة.

محتوى الوحدة: بدأت الباحثة بالترحيب بالأطفال ضعاف السمع ثم تحدثت معهم عن الأعراض التي يحسون بها من آلام بالمعدة وصداع واضطرابات فى النوم وطلبت منهم ضبط الذات كما تم تدريبهم على الاسترخاء الجسدى والعضلى عند حدوث هذه الأعراض لما لها من أكبر الأثر فى خفض تلك الأعراض.

الواجبات المنزلية: طلبت الباحثة من الأطفال بممارسة الاسترخاء عند ظهور الاعراض الفسيولوجية السابقة.

موضوع الوحدة: البعد عن الانعزالية وتعلم المهارات الاجتماعية وتضم (الجلسة الثانية عشر والثالثة عشر والرابعة عشر).

اهداف الوحدة: التدريب على المهارات الاجتماعية والتواصل الجيد والفاعلية الاجتماعية.

الضنيات: المناقشة - الأنشطة - الواجبات المنزلية.

زمن الجلسة: ٤٥ دقيقة.

محتوى الوحدة: بدأت الباحثة بالترحيب بأعضاء المجموعة، وتقديم شكرها لهم على انتظامهم ثم انتقلت إلى مراجعة الواجب المنزلى ثم تحدثت

الباحثة مع الأطفال: ما رأيكم بممارسة نشاط موسيقى وعمل بعض الحركات الإيقاعية - أبدأ التلاميذ استعدادهم وقاموا بعمل حركات إيقاعية، كررت ذلك الباحثة عدة مرات، ثم شكرتهم الباحثة وأكدت على ضرورة الاشتراك في الأنشطة المختلفة والبعد عن الوحدة لأن الإنسان كائن حي اجتماعي يحتاج دائما للآخرين، كما تم تدريبهم على بعض المهارات الاجتماعية مثل المبادأة بالتعرف على الآخرين والسؤال عنهم ورد الجميل.

الواجبات المنزلية: قم بالاشتراك مع اخوتك في المنزل بعمل كارت معاينه جميل بالخامات المتوفرة بالمنزل لتقدمه لوالدتك عرفانا بالجميل.

موضوع الوحدة: المساندة الاجتماعيه وتضم (الجلسة الخامسة عشر والسادسة عشر).

اهداف الوحدة:

- ١- تدريب الأمهات والمعلمات على مساندة ضعيف السمع.
 - ٢- يتفق المحيطون بالطفل المكتئب على إستراتيجية واحدة في التعامل.
- الفنيات: المحاضرة - المناقشة - الأنشطة (الرحلات).

زمن الجلسة: ٤٥ دقيقة

محتوى الوحدة: بدأت الباحثة بالترحيب بالمعلمات والأمهات ثم أوضحت لهم أن الاكتئاب كمرض نفسي يحتاج إلى المساندة الاجتماعية ممن يحيطون بالطفل ولا بد أن يتفقوا على إستراتيجية واحدة للتعامل مع الطفل المكتئب فالبيئة الاجتماعية لها دورا في تقديم تدعيمات في شكل تعاطف واهتمام وذلك وفقا للنظرية السلوكية كذلك، ونصحت الباحثة بضرورة إزالة أي مسببات للقلق لأنها تتحول بشكل مباشر إلى اكتئاب.

الواجبات المنزلية؛ اجلس مع الطفل وحاول أن تبدي الاهتمام له وحاول أن تصطحبه إلى خارج المنزل وإزالة أى أسباب للقلق والتوتر.

موضوع الوحدة: تقبل الخصائص الجسمية المرتبطة بالإعاقة وتضم (الجلسة السابعة عشر والثامنة عشر).

أهداف الوحدة: تدريب ضعيف السمع على تقبل الخصائص الجسمية المرتبطة بالإعاقة.

الغيات: المحاضرة - المناقشة - الأنشطة - المراقبة الذاتية - التعزيز.
 زمن الجلسة: ٤٥ دقيقة.

محتوى الوحدة: بدأت الباحثة بالتحدث مع التلاميذ عن الخصائص المرتبطة بالإعاقة وأن الإعاقة هي من عند الله ويجب تقبلها فمن ملامح الصحة النفسية أن ننمى قدرتنا على تقبل الإعاقة وذكرت الباحثة أمثلة ناجحة من المعاقين سمعياً و متميزون في عدة مجالات، ثم قامت الباحثة بعد موافقة الإدارة برحلة لزيارة مجمع الشعراوي (بدقادوس) وذلك لأن قضاء وقت ممتع يعتبر أمراً مهماً في تقليل الحساسية من الخجل والتركيز على الإعاقة، كما تم عمل رحلة إلى مدرسة التربية الفكرية بمدينة ميت غمر ومن خلال اختلاط ضعاف السمع وتواجدهم مع الأطفال المعاقين ذهنياً، ثم طببت منهم الباحثة عمل المراقبة الذاتية وتسجيل ملاحظاتهم وتقييم حالتهم بالمقارنة بالمعاقين ذهنياً، ومن هنا يعرف الأفكار السلبية التي تسيطر عليه بصورة مبالغ (من خلال مقارنة نفسه بالمعاقين ذهنياً) وهنا شعر الأطفال بمستوى الرضا وتقبل الإعاقة وبالتالي خفض الاكتئاب.

الواجبات: حاول أن تجلس مع نفسك وتذكر المصابين بأمراض خطيرة، وذوى الإعاقات المختلفة.

د. سدر منصور القطاوى ————— فعالية برنامج معرفي سلوكي في خفض الأكتئاب للأطفال ضعاف السمع

المرحلة الرابعة والنهائية :

موضوع الوحدة: وحدة التقييم والمتابعة وتضم (الجلسة التاسعة عشر والعشرون).

أهداف الوحدة:

- ١- تلخيص ما دار في الجلسات السابقة والتأكيد على ضرورة استخدام الفنيات التي تم التدريب عليها وممارسة الأفكار البديلة.
- ٢- جمع آراء العينة حول مدى الاستفادة من البرنامج الذي قدم لهم وتوزيع هدايا تذكارية.
- ٣- إجراء القياس البعدي بعد نهاية الجلسة والاتفاق على موعد القياس التتبعي بعد نهاية ثلاثة اشهر من تاريخه.

الفنيات: المناقشة والحوار - إعادة البناء المعرفي.

زمن الجلسة: ٤٥ دقيقة.

محتوى الوحدة: بدأت الباحثة بالترحيب بأعضاء المجموعة، وتقديم الشكر لهم على حضورهم ودقة المواعيد تم جمع آراء العينة حول مدى الاستفادة من البرنامج من خلال مناقشة ما تم تقديمه من معلومات وتدريبات أثناء الجلسات، والتعرف على التغيرات التي طرأت على كل منهم، ومدى الاستفادة من البرنامج في خفض الاكتئاب، ثم تم تطبيق مقياس الاكتئاب، وتم توزيع الهدايا التذكارية على أعضاء المجموعة، وتم شكر المعلمات والامهات لحسن تعاونهم وتطبيق الفنيات المعرفية السلوكية، ثم تم الاتفاق على موعد القياس التتبعي بعد ثلاثة اشهر من تاريخه.