وزارة التعليم العالي و البحث العلمي

جامعة محمد خيضر بسكرة

كلية العلوم الإنسانية و الاجتماعية

قسم العلوم الاجتماعية

شعبة علم النفس

عنوان المذكــرة:

انعكاس الزرع القوقعي على المعيش النفسي للطفل الأصم

من خلال تطبيق اختبار رسم العائلة "للويس كورمان"

دراسة إكلينيكية لثلاث حالات

بالمدرسة الابتدائية بوسته مختار – بسكرة–

مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر في علم النفس تخصص علم النفس العيادي

إعداد الطالبة:

* مباركة رزقي

إشراف الأستاذ:

* د/ جابر نصر الدين

السنة الجامعية:2016-2017

شكر و عرفان

الحمد لله حمدا كثيرا طيبا و مباركا فيه نحمده و نشكره، الحمد لله الذي وفقني لأكون طالبة للعلم الذي هو ميراث الأنبياء فلك الحمد حتى ترضى.

أتقدم بجزيل الشكر و العرفان إلى "**أمي وأبي**" و إلى إخوتي خاصة أخي "**وليد**" الذي كان بمثابة الدعم و السند و على تشجيعه و تحفيزه لي.

كما نثني تقديرا و احتراما على فضل الأستاذ المشرف الدكتور"**جابر نصر الدين**" الذي وجهنا بالتأطير العلمي القيم لإتمام هذه الدراسة،

مع أمنياتي له بدوام الصحة و العافية .

كما أتقدم بالشكر الجزيل و الامتنان للأستاذ الفاضل "**محمد بن خلفة**" على ملاحظاته القيمة و توجيهاته السديدة في إنجاز هذا العمل المتواضع.

كما أتقدم بالشكر للأساتذة المناقشين على همتهم العالية في سبيل العلم و لي الشرف العظيم لقبولهم مناقشة هذا العمل المتواضع.

و أخيرا نتقدم بالشكر إلى كل من ساعدنا من قريب أو بعيد لإتمام هذه الدراسة المتواضعة.

ملخص الدراسة:

مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر بعنوان "**انعكاس الزرع القوقعي على المعيش النفسي للطفل الأصم**".

*** و قد هدفت الدراسة إلى:**

1- محاولة الكشف على طبيعة المعيش النفسي للطفل الأصم الحامل للزرع القوقعي.

2- محاولة الكشف عن انعكاس الزرع القوقعي في ظهور السلوك العدواني للطفل الأصم.

3- محاولة الكشف عن انعكاس الزرع القوقعي في ظهور القلق للطفل الأصم.

*** و قد تم تحديد مشكلة الدراسة في التساؤل التالي:**

- ما طبيعة المعيش النفسي للطفل الأصم الحامل للزارع للقوقعة؟

*** وضعيات فرضيات الدراسة على النحو التالي:**

الفرضية العامة :

- ينعكس الزرع القوقعي على المعيش النفسي للطفل الأصم.

*** الفرضيات الجزئية:**

- ينعكس الزرع القوقعي في ظهور السلوك العدواني لدى الطفل الأصم.

- ينعكس الزرع القوقعي في ظهور القلق لدى الطفل الأصم.

*** المنهج:**

- فقد اعتمدت على المنهج الإكلينيكي بتقنية دراسة حالة.

*** حالات الدراسة:**

تمت الدراسة على 3 حالات ، ذكور، يتراوح سنهم بين 11 – 12 سنة.

*** أدوات الدراسة:**

– فقد استخدمنا الأدوات التالية لجمع البيانات تمثلت في المقابلة نصف الموجهة، اختبار رسم العائلة.

*** النتائج:**

فقد تحققت فرضيات الدراسة مع الحالات الثلاث، حيث توصلنا بأن الزرع القوقعي يؤدي إلى ظهور السلوك العدواني لدى الطفل الأصم.

كما تحققت الفرضية الجزئية الثانية بأن الزرع القوقعي يؤدي إلى ظهور القلق لدى الطفل الأصم.

الفهرس:

الرقم	الموضوع	الصفحة
ملخص الدراسة		
شكر و عرفان		
	مقدمة	02-01
التراث الأدبي للدراسة		
الفصل الأول: طرح إشكالية الدراسة		
01	الإشكالية	08-05
02	دوافع اختيار الدراسة	08
03	أهمية الدراسة	08
04	أهداف الدراسة	09
05	الضبط الإجرائي لمصطلحات الدراسة	10-09
06	الدراسات السابقة	12-10
07	فرضيات الدراسة	12
الفصل الثاني: مدخل مفاهيمي للمتغيرات الأساسية للدراسة		
	تمهيد	14
أولا: الطفل الأصم		
01	تعريف الصمم	15-14
02	أسباب الصمم	17-16
03	أنواع الصمم	20-17
04	أعراض الصمم	21-20

05	الخصائص الشخصية للطفل الأصم	24-22
06	معدل انتشار الصمم	25-24
ثانيا:الزرع القوقعي		
01	تعريف الزرع القوقعي	26-25
02	مكونات جهاز الزرع القوقعي	27-26
03	أنواع أجهزة الزرع القوقعي	29-28
04	كيفية عمل و تركيب جهاز الزرع القوقعي	30-29
05	شروط إجراء عملية الزرع القوقعي	31-30
06	خطوات زراعة القوقعة الإلكترونية	32-31
07	المشاكل و التعقيدات الناجمة عن الزرع القوقعي	32
ثالثا:المعيش النفسي		
01	تعريف المعيش النفسي	33
02	أبعاد المعيش النفسي	33
01-02	السلوك العدواني	39-33
02-02	القلق	45-39
	خلاصة الفصل	45
الجانب التطبيقي		
الفصل الثالث:الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية		
	تمهيد	48
01	التذكير بفرضيات الدراسة	48
02	منهج الدراسة	49-48
03	مجال الدراسة	49

04	حالات الدراسة	50-49
05	أدوات الدراسة	52-50
	خلاصة الفصل	52
الفصل الرابع:عرض و تحليل نتائج الحالات على أدوات الدراسة في ضوء فرضياتها		
	تمهيد	54
01	الدراسة الاستطلاعية	56-54
02	الدراسة الأساسية	56
03	عرض النتائج و تحليلها	56
الحـــــــــالـــــــــــة الأولـــــــــــــى (أ)		
01	بيانات عامة عن الحالة الأولى	56
02	نتيجة المقابلة كما وردت مع أم الحالة الأولى (أ)	58-56
03	نتيجة المقابلة كما وردت مع معلمة الحالة الأولى (أ)	60-58
04	نتيجة المقابلة كما وردت مع مربية الحالة الأولى (أ)	62-60
05	نتيجة الاختبار كما وردت مع الحالة الأولى	64-62
06	تحليل نتائج أدواتي الدراسة و فرضياتها للحالة الأولى	66-64
07	التحليل العام	66
الحـــــــــالـــــــــــة الثـــــــــانـيـــــة (م)		
01	بيانات عامة عن الحالة الثانية	67
02	نتيجة المقابلة كما وردت مع أم الحالة الثانية (م)	69-67
03	نتيجة المقابلة كما وردت مع معلمة الحالة الثانية (م)	71-69
04	نتيجة المقابلة كما وردت مع مربية الحالة الثانية (م)	73-71
05	نتيجة الاختبار كما وردت مع الحالة الثانية	74-73

06	تحليل نتائج أدواتي الدراسة و فرضياتها للحالة الثانية	76-75
07	التحليل العام	76
الحـــــــــالـــــــــة الثـــــالثـــــــــة (ع)		
01	بيانات عامة عن الحالة الثالثة	77
02	نتيجة المقابلة كما وردت مع أم الحالة الثالثة (ع)	79-77
03	نتيجة المقابلة كما وردت مع معلمة الحالة الثالثة (ع)	81-79
04	نتيجة المقابلة كما وردت مع مربية الحالة الثالثة (ع)	83-81
05	نتيجة الاختبار كما وردت مع الحالة الثالثة	85-83
06	تحليل نتائج أدواتي الدراسة و فرضياتها للحالة الثالثة	86-85
07	التحليل العام	86
مناقشة النتائج على ضوء الفرضيات		88-86
خلاصة الفصل		88
خاتمة		89
قائمة المراجع		95-90
الملاحق		

مقـدمة:

تعتبر مرحلة الطفولة ذات أهمية بالغة في حياة الفرد، لما لها من تأثيرات كبيرة على مراحل حياته التالية، هذا ما جعل الباحثين و المختصين يولونها أهمية كبيرة لذلك أخذت حيزا كبيرا من بحوثهم، و من بين فئات الأطفال الذين تم دراستهم فئة الأطفال ذوي الإعاقات الحسية منها الصمم.

إذ يعد الجهاز السمعي قناة الاتصال بالعالم الخارجي ، يتفاعل من خلاله الطفل مع البيئة المحيطة به، و يمكنه من اكتساب اللغة اللفظية المنطوقة و المستعملة في التخاطب، إذ تعتبر حاسة السمع من الحواس المركزية في الكيان الفردي و بالضبط على مستوى البناء الفيزيولوجي، و التي لديها تأثير على الشعور النفسي و فقدانها قد يعيق نمو الطفل المعاق سمعيا و خاصة الأصم ، الذي يكون منذ ولادته بعيدا و منعزلا عن الوسط الذي يعيش فيه، لأن إعاقته تحرمه من الاكتساب الطبيعي للمنبهات الحسية الضرورية و تجعله يعيش في فراغ صامت ، كما تجعله يشعر بشيء ما يقف حاجزا في طريق نموه، و يعيق التعبير عن نفسه ، كما يجد صعوبة في ربط العلاقة بين ذاته و المحيطين به.

فحاسة السمع تبقى حاسة مهمة كما هو الحال بالنسبة للحواس الأخرى، و الصمم إصابة معقدة تصيب حاسة السمع عند الأفراد، و بالتالي تعيق الاتصال و كذا الاندماج الاجتماعي لديهم ما يعيق عملية الاتصال بصورة سليمة و مستمرة، إلى غاية أن وجدت لهذه الإصابة حلا يفتح مجال و قناة الاتصال و هي تقنية تجمع بين الجراحة و التجهيز تسمى بالزرع القوقعي، لأنه يفك العزلة و الصمت الذي يميز حالة الأصم، و تمكنه من الإحساس و إدراك الصوت و الكلام و يوصل هذا الإحساس إلى العصب السمعي ثم الدماغ.

لكن رغم وجود هذه التقنية الحديثة التي تساعد الطفل الأصم، إلا أن هذه الإعاقة قد يترتب عنها بعض الانطباعات السلبية على المعيش النفسي للطفل الأصم الحامل للزرع

القوقعي، فانعكاسات هذه الأخيرة على الحياة النفسية للطفل يظهر من خلال سلوكاته اتجاه المواقف كالقلق الذي يعد كخبرة مهددة لحياته نابعة من أفكاره و أحاسيسه التي لا تنسجم مع نفسه ما تؤدي به إلى الصراع النفسي،و قد يلجأ الطفل الأصم الحامل للزرع القوقعي إلى السلوك العدواني أيضا كتعويض عن شعوره بالإحباط و النقص مما قد يؤثر على توازنه النفسي.

و للإلمام بهذا الموضوع ارتأينا تقسيم هذه الدراسة إلى جانب نظري و يضم فصلين متمثلة في الفصل الأول هو طرح إشكالية الدراسة، يتضمن إشكالية الدراسة، دوافع الدراسة، أهمية و أهداف الدراسة، ضبط الإجرائي لمصطلحات الدراسة،الدراسات السابقة، و فرضيات الدراسة.

الفصل الثاني و هو مدخل مفاهيمي للمتغيرات الأساسية للدراسة، و يتضمن كل متغيرات الدراسة و التي هي الطفل الأصم، و الزرع القوقعي، و المعيش النفسي بما فيه السلوك العدواني و القلق.

أما الجانب الميداني يضم الفصل الثالث و هو الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية حيث عرضنا من خلاله: التذكير بفرضيات الدراسة، منهج الدراسة، مجال الدراسة، حالات الدراسة، أدوات الدراسة.

كما تناول الفصل الرابع وهو عرض و تحليل نتائج الحالات على أدوات الدراسة في ضوء فرضياتها والذي يضم الدراسة الاستطلاعية، و الدراسة الأساسية من خلال: عرض النتائج و تحليلها، بيانات عامة عن الحالة الأولى، نتيجة المقابلة كما وردت مع الأم، نتيجة المقابلة كما وردت مع المعلمة، نتيجة المقابلة كما وردت مع المربية، نتيجة الاختبار كما وردت مع الحالة الأولى، تحليل نتائج أدواتي الدراسة و فرضياتها للحالة الأولى، التحليل العام، و المناقشة العامة للنتائج على ضوء الفرضيات، ثم الخاتمة

التراث

الأدبي للدراسة

الفصل الأول

طرح إشكالية الدراسة

1:إشكالية الدراسة:

تحتل مرحلة الطفولة مكانة هامة في حياة الفرد و ذلك لأن جذور شخصيته توضع في هذه المرحلة الباكرة من حياته، و لأن ما يلقاه من خبرات مواتية أو غير مواتية تترك بصماتها في كل سنين عمره لا سيما و أن الطفل في سنوات تكوين شخصية قابلة للصقل و التشكيل، و لأنه قليل الخبرات و يمر بمرحلة التكوين العقلي و الجسمي و النفسي و الاجتماعي، و يكون مهيئا لإستدخال و استدماج قيم المجتمع و من هنا تترك خبرات الطفولة بصماتها على شخصية الفرد.

إذ تعتبر مرحلة الطفولة من أهم المراحل النمائية في حياة الفرد بصفة عامة ، و الطفولة المتأخرة بصفة خاصة نظرا لأن هذه المرحلة تمهد لمرحلة حرجة في حياة الفرد ألا و هي المراهقة و بالتالي فدراسة هذه الفترة لها أهمية كبيرة من حيث معرفة خصائص النمو و مظاهره المختلفة . فالطفل منذ ولادته يبحث عن السبل التي تسمح له بالدخول في العالم البشري ، حيث نلاحظ المولود يستعمل البكاء كأسلوب للتواصل مع المحيط و ربط العلاقة مع من هم حوله ، لذا فإن حاسة السمع هي إحدى الحواس التي تحتل مركزا هاما في الكيان الإنساني على مستوى البناء الفسيولوجي، التي لديها تأثير على الشعور النفسي و فقدانها قد يعيق نمو الفرد عامة و الطفل بصفة خاصة.

فالطفل الذي يولد أصما يجد نفسه بعيدا و منعزلا عن محيطه فالإعاقة هذه تمنعه من الاكتساب الطبيعي للمنبهات الحسية الضرورية ، و تجعله يشعر بحواجز تقف في طريق نموه و تعيقه عن التعبير عن نفسه مما يصعب عليه مهمة ربط العلاقة بين ذاته و المحيط الذي يعيش فيه. فالأطفال الصم أولئك الذين لا يمكنهم الانتفاع بحاسة السمع في أغراض الحياة العادية سواءا من ولدوا فاقدين السمع تماما أو بدرجة أعجزتهم الاعتماد على أذانهم في فهم الكلام و تعلم اللغة ، أو من أصيبوا بفقدان السمع بعد تعلمهم الكلام و اللغة مباشرة

لدرجة أن آثار هذا التعلم تلاشت تماما ، مما يترتب عليه في جميع الأحوال افتقار المقدرة على الكلام و تعلم اللغة.(القريطي عبد المطلب،1996،ص137).

فمن المؤكد أن الأطفال الصم يعتمدون على لغة غير متداولة عند العامة مما يعوق سهولة الاتصال بين الأصم و المحيطين به ، و هذا ما أثبتته دراسة **كاثرين ميدوج (1998)** و التي تناولت فيها دراسة المشكلات السلوكية و الانفعالية لدى الأولاد و البنات الصم أوضحت نتائجها أن الصم يظهرون نوع من الميل إلى اللامبالاة و التمركز حول الذات بالإضافة إلى مشاعر النقص و العدوانية التي تتضح في علاقاتهم مع المحيط الاجتماعي في حياتهم اليومية.

كما ورد أيضا في دراسة قام بها الباحث **ألتين (1996)** في دراسة حول العوامل المؤثرة في حياة الصم و انعكاساتها على سلوكاتهم و شخصياتهم ، أثبتت نتائجها أن هؤلاء الأطفال الذين خصتهم الدراسة يميلون إلى الانطواء في بناء علاقاتهم الاجتماعية مع غيرهم من الأطفال العاديين (رشاد علي عبد العزيز موسى،2009،ص ص 108-107).

و يتضح مما سبق أن الأطفال قد يعانون من انعكاس الإعاقة السمعية على سلوكاتهم نتيجة شعورهم بالنقص و الإحباط ، إذ يعود ذلك إلى عدم قدرتهم على توصيل أفكارهم و شعورهم للغير مما يؤثر بشكل واضح على حياته النفسية و هو ما يعرف بالمعيش النفسي ، إذ يعرف **sureau** المعيش أنه الحياة الداخلية أو الشعور الباطني للفرد المرتبطة بتجربة أو موقف ما ، و هذا الشعور يختلف باختلاف المواقف و الوضعيات التي يعيشها الفرد في حياته هذه الوضعيات سواء كانت دائمة أو مؤقتة (زردوم خديجة ،2006،ص15).

لكن بعد سنوات من البحث العلمي تجسد التفكير في إيجاد قنوات أخرى للاتصال لدى الفرد الأصم ، فظهرت إلى الوجود تقنية أكثر حداثة و فاعلية سميت بالزرع القوقعي ،

و هي عبارة عن تقنية تجمع بين الجراحة و التجهيز تتمثل في جهاز متعدد الالكترودات يستخدم لنقل المعلومات الصوتية إلى الأذن الداخلية و العصب السمعي.

إذ تعد حاليا ما يفوق 1000 فرد حامل للزرع القوقعي في الجزائر حسب الإحصائيات المقدمة من طرف البروفسور جناوي رئيس مصلحة الأنف الأذن و الحنجرة **(ORL)** بالمستشفى الجامعي "مصطفى باشا" الجزائر العاصمة منذ 2003 أين انطلقت هذه العملية بحالتين فقط، فهي تقنية تمكن الأطفال الصم من الوصول إلى الإشارات السمعية التي لم يكن بمقدورهم الوصول إليها في الماضي من أجهزة تضخيم الصوت التقليدية، فهو عبارة عن جهاز يقدم خدمات إضافية للطفل الأصم لا تقدمها المعينات السمعية التقليدية، حيث أثبتت الدراسات أن الأطفال الحاملين للجهاز يصبحون قادرون على الإدراك السمعي لأغلبية الأصوات الخارجية، إلا أن هذه الاجتهادات التي تعتبر من طرف الباحثين و الأولياء و الفرد الأصم بمثابة الأذن الاصطناعية ، لا تعيد السمع الطبيعي للفرد ، لكنها تحسن مقدرته على الإدراك السمعي لكل ما يحيط به من أصوات و إيقاعات كما يمكن اعتبار الطفل الأصم الحامل للزرع القوقعي طفلا مصابا بإعاقة سمعية متوسطة بعد استفادته من هذا الأخير.

فبالتالي للزرع القوقعي بعض الانعكاسات السلبية على شخصية المعاق و قدرته على التكيف مع المجتمع ، ونظرته إلى نفسه، و قدراته على أساس معتقداته نحو إعاقته و مدى تأثيرها في حياته ، فمن بين الخصائص التي قد يتصف بها الطفل الحامل للزرع القوقعي نجد العدوان كرد فعل طبيعي لديه يبتغي من وراءها الدفاع عن ذاته ، و كل ما يحدث نتيجة للإحباطات التي يتعرض لها ممن حوله،و يعبر بواسطته عن مشاعره و دوافعه الداخلية ، بوسائل مباشرة أو غير مباشرة، فبالرغم من كل ذلك ، إلا أن الصمم يبقى قائما كون انقطاع الاتصال مع العالم الخارجي يحدث بمجرد نزع الجزء الخارجي من هذا التجهيز السمعي قصد الاستحمام أو قبل النوم مثلا ، ما يشكل مساس بالوظيفة الحسية لحاسة السمع

بعد تصليحها ، و عليه هذه الثنائية في الأدوار تأخذ حيزا في حياة الطفل الأصم الحامل للزرع القوقعي مما قد تؤدي به إلى القلق أيضا، فهو خبرة انفعالية غير سارة يعاني منها الطفل الزارع للقوقعة عندما يشعر بخوف أو تهديد من شيء لا يستطيع تحديده تحديدا دقيقا بما يشكل حالة نفسية تظهر على شكل توتر مستمر، و بالتالي تبقى المراحل الأولى من حياة الطفل محل تساؤل عن طبيعة تكون و عمل معيشة النفسي .

– و من هنا نصل إلى طرح التساؤل التالي:

ما طبيعة المعيش النفسي للطفل الأصم الحامل للزارع للقوقعة؟

2 :دوافع اختيار الدراسة:

– إن التطرق لهذا الموضوع كان لأسباب عدة منها ما هي ذاتية و ما هي علمية، فمن بين الأسباب الذاتية هو الاهتمام بهذه الفئة المحرومة من أحد الحواس المهمة في حياة الفرد، والتواصل الاجتماعي له،كذلك التقرب من هذه الفئة ومعرفة خصائصها والتي تميزها عن غيرها، من الإعاقات الأخرى.

– أما بالنسبة للأسباب الموضوعية هي معرفة أهمية الزرع القوقعي في التحسين السمعي ومدى تكيف الطفل الأصم مع عالمه الخارجي.

3:أهمية الدراسة:

– فتح المجال أمام دراسات أخرى لتتناول موضوع المعيش النفسي لدى الطفل الأصم الزارع للقوقعة بمتغيرات أخرى .

– تنبع أهمية الدراسة من أهمية البحث الذي لم يناله النصيب من الدراسة بالقدر الكافي أو قد يكون أول بحث في هذا المجال بمدينة بسكرة على حد علم الباحثة.

4:أهداف الدراسة:

لقد هدفنا في موضوع دراستنا هذا إلى التوصل لمجموعة من الأهداف تمثلت في ما يلي:

- التعرف على بعض مظاهر المعيش النفسي للطفل الأصم الحامل للزرع القوقعي.

- محاولة الكشف عن انعكاس الزرع القوقعي في ظهور السلوك العدواني للطفل الأصم.

- محاولة الكشف عن انعكاس الزرع القوقعي في ظهور القلق للطفل الأصم.

5:التحديد الإجرائي لمصطلحات الدراسة:

5-1:الطفل الأصم:

يقصد بالأطفال الصم في هذه الدراسة أولئك الأطفال الذين ولدوا بهذه الإعاقة أي(صمم خلقي في حدود ما تمكنهم الاستفادة من جهاز الزرع القوقعي) ويتراوح أعمارهم ما بين 11-12 سنة و يعاني من إعاقة سمعية بدرجة 70 إلى 100 ديسبل و المتمدرس بالمدرسة الابتدائية بوسته مختار- المسيد- بولاية بسكرة.

5-2:الزرع القوقعي:

هو تجهيز سمعي حديث يعتبر بمثابة أذن اصطناعية تهدف إلى تصليح حاسة السمع عند الصم لكي يتيح إمكانية السمع و تحسين القدرة على الاتصال اللفظي لديهم

5-3:المعاش النفسي:

هو جملة الأحاسيس و المشاعر و الحالات النفسية التي تنتاب الطفل الأصم الزارع للقوقعة في أوقات غير محددة مما تخلف أثار نفسية تنعكس على سلوكه ، فالمعيش النفسي في هذه الدراسة تشمل كل من القلق و السلوك العدواني قد يتم إسقاطه من خلال تطبيق اختبار رسم العائلة.

5-3-1:القلق:

هو خبرة انفعالية مؤلمة يقع فيها الطفل الأصم الزارع للقوقعة مما يسبب له الشعور بالضيق الألم و التوتر نحاول الكشف عليه من خلال اختبار رسم العائلة.

5-3-2:السلوك العدواني:

هو استجابة عنيفة غير سوية يصدره الطفل الأصم الزارع للقوقعة قصد إلحاق الأذى أو الضرر اتجاه نفسه أو الآخرين و قد يكون عدوان جسدي أو رمزي و هذا ما سنحاول التعرف عليه من خلال رسم العائلة.

6:الدراسات السابقة:

* **دراسة Gontaz & Woodworth(2000)** حيث أكد في هذه الدراسة التي أجرياها على أطفال يعانون من إعاقة سمعية شديدة نتيجة لصمم خلقي لديهم، و العينة احتوت على 80 طفلا، ممن استفادوا من عملية الزرع القوقعي في سن الثالثة في الولايات المتحدة الأمريكية ما بين 2000 و 2004، من أجل ملاحظة التحسن في مهارات التواصل اللغوي و سمع الكلام لزارعي القوقعة من خلال متابعتهم لفترات طويلة، في كل من مدى الاندماج الاجتماعي و المدرسي خاصة، بناءا على الملاحظة المباشرة، فتبين أن لغة الطفل و كذا رصيده اللغوي يتحسنان دوما مع تقدمه في السن من خلال اتصاله اليومي مع محيطه نتيجة فكه لقيود الصمت التي كانت محيطة به بناءا على التزامه على حمله لجهاز الزرع القوقعي.

و من نتائجها أنه كلما كان عمر الطفل صغيرا، أي التدخل مبكرا من أجل إجراء عملية الزرع القوقعي كلما كان ذلك أفضل، و هذا ما أشارت إليه النتائج بعد خمس سنوات من المتابعة، أي أن الأطفال الذين يقل أعمارهم عن خمس سنوات هم أكثر استفادة من عملية الزرع القوقعي إذ ما قورنوا بغيرهم.

* **دراسة C.Colin (2003)** حول "أهمية تشخيص الصم مبكرا" إذ أصبح بإمكان المختصين تشخيصه بعد ميلاد الطفل مباشرة حتى يسمح لهم القيام بعملية الزرع القوقعي عند 24 شهرا أو أقل بمعنى 12 شهرا، ما يجعل مكانية التدخل من أجل نمو سمعي أفضل و تطور لغوي و لفظي أحسن لدى الأطفال الصم، حتى يصبح جهاز الزرع القوقعي أكثر فاعلية عند الأطفال الذين استفادوا من هذا الجهاز عند السنة الأولى من حياتهم، و كان ذلك الأثر الكبير في إيجاد قنوات إتصال تسمح بفك العزلة و الصمت عند الأطفال الصم.(لوناس محمد،2012،ص13)

* **دراسة سمير فني (2014)** بعنوان "أهمية الزرع القوقعي في تنمية مهارة اللغة الشفوية عند الطفل الأصم" إذ هدفت الدراسة إلى معرفة مدى تنمية اللغة الشفوية لدى الأصم بعد استفادته من عملية الزرع القوقعي حيث خلصت النتائج إلى أنه بفضل جهاز الزرع القوقعي يتمكن الطفل المصاب بإعاقة سمعية عميقة الاندماج في العالم الصوتي شريطة أن يتعلم ربط المعلومات الحسية بما لها من معنى و استعمالها في العلاقات الاجتماعية.(سمير فني،2014،ص219)

6-1:مجال الاستفادة من الدراسات السابقة:

جاء سرد و استعراض الباحثة للدراسات السابقة لتحقيق جملة من الأهداف نلخصها في:

- التعرف على المصادر و الدوريات و البحوث النظرية و التطبيقية التي تخص موضوع الدراسة الحالية مما سهل الطريق أمام الباحثة لبناء الإطار النظري لدراستها.

- التعرف على المنهجيات المتبعة بالشكل الذي يمكننا تصميم منهجي مناسب لهذه الدراسة.

- الاستفادة منها في اشتقاق و صياغة تساؤلات و فرضيات الدراسة.

– التعرف على النتائج التي توصلت إليها هذه الدراسات و التي سهلت على الباحثة على التعمق في الجوانب التي لم يتناولوها.

في ضوء معطيات الدراسات السابقة يمكن تحديد الأتي:

عالجت الدراسات المشار إليها الأطفال الصم الحاملين للزرع القوقعي و ملاحظة التحسن في مهارات التواصل اللغوي و سمع الكلام و دور السن المبكر لإجراء هذه العملية و هذا في دراسة **Woodworth Gontaz &(2000)**، أما دراسة **C.Colin (2003)** فكشف عن أهمية التشخيص الصم مبكرا لتمكين الاستفادة من عملية الزرع القوقعي، و دراسة **سمير فني (2014)** التي هدفت إلى معرفة مدى تنمية اللغة الشفوية لدى الأصم بعد استفادته من عملية الزرع القوقعي، حيث لم تتطرق كل هذه الدراسات إلى طبيعة المعيش النفسي و أهم السلوكات التي تتعرض لها هذه الفئة ، و هذا ما تسعى إليه الدراسة الحالية،فهذه الدراسة تناولت موضوع (انعكاس الزرع القوقعي على المعيش النفسي للطفل الأصم) بطريقة لم تتناولها الدراسات السابقة على حد علم الباحثة.

7: فرضيات الدراسة:

2-1:الفرضية العامة :

– ينعكس الزرع القوقعي على المعيش النفسي للطفل الأصم.

2-2:الفرضيات الجزئية:

– ينعكس الزرع القوقعي في ظهور السلوك العدواني لدى الطفل الأصم.

– ينعكس الزرع القوقعي في ظهور القلق لدى الطفل الأصم.

الفصل الثاني:

مدخل مفاهيمي

لمتغيرات

تمهيد:

بعد أن تم تحديد التساؤلات التي تحاول الدراسة الحالية الإجابة عليها و الأهداف التي يمكن أن تتحقق من خلال عملية تطبيقها و الأهمية العلمية و الاجتماعية الكامنة وراء إجراءها في هذا الميدان و على النحو المتبع في تطبيقها، ومن ثم وضع حجر الأساس للانطلاق فعليا نحو عملية التطبيق السليم لها من خلال عرض أهم المصطلحات التي استندت إليها و وضع تصور لمتغيراتها و طبيعة تلك المتغيرات ، أتى دور الترسيخ الفعلي لجوانب الدراسة الحالية و ذلك عن طريق الإبحار بين ربوع التراث النظري لكل مصطلح من مصطلحات الدراسة على حدى و تسليط الضوء المركز حول ما أثير على كل منهم من أراء من قبل الباحثين و المختصين ضمن الميادين الإنسانية المختلفة و يتضح هذا جليا من العرض المجمل و الموجز لما يتعلق بالطفل الأصم و الزرع القوقعي و المعيش النفسي ببعديه (السلوك العدواني و القلق) و عليه فإن هذا الفصل سيحتوي على ثلاثة متغيرات أساسية: الطفل الأصم ، الزرع القوقعي ، المعيش النفسي: (السلوك العدواني،القلق)

أولا:الطفل الأصم:

1:تعريف الصمم:

إن مصطلح الإعاقة السمعية مصطلح عام و يغطي مدى واسع من درجات فقدان السمع الذي يعوق عملية الكلام و اللغة ، كما تعددت تعاريف الصمم ، و هناك من يعرفه حسب الدرجة ، النوع، أو السبب ، و اتفق جل الأخصائيين على أن الصمم هو كل انخفاض أحادي أو ثنائي مهما كان تموضعه أي على مستوى الأذن الداخلية ، الوسطى أو الخارجية و بالتالي هناك عدة تعاريف نذكر منها:

يعرف **دان (1973)** بأنهم هؤلاء الأطفال الفاقدون للسمع بدرجة شديدة منذ ولادتهم و في مرحلة تعلم أو قبل اللغة (قبل سن عامين أو ثلاثة أعوام) و هذا يعوقهم عن النمو التلقائي للحديث اللغوي (عواطف حسانين ، 1985، ص26).

في حين يعرف **لويد (1973)** الصمم أنه تلك الإعاقة السمعية التي تعني انحراف في السمع يحد من القدرة على التواصل السمعي اللفظي و شدة الإعاقة السمعية إنما هي نتاج لشدة الضعف في السمع و تفاعله مع العوامل الأخرى مثل العمر عند فقدان السمع ، و العمر عند اكتشاف الفقدان السمعي و معالجته و المدة الزمنية التي استغرقها حدوث الفقدان السمعي و نوع الاضطراب الذي أدى إلى فقدان السمع و فاعلية أدوات تضخيم الصوت و الخدمات التأهيلية المقدمة و العوامل الأسرية و القدرات التعويضية أو التكيفية **(c.colin ,2003)**.

كما يعرف الشخص الأصم من الناحية الطبية أيضا بأنه ذلك الشخص الذي حرم من حاسة السمع (منذ الولادة) إلى درجة تجعل الكلام المنطوق مستحيل السمع مع أو بدون المعينات السمعية ، أو هو الذي فقد القدرة السمعية قبل تعلم الكلام أو الذي فقدها بمجرد أن تعلم الكلام لدرجة أن آثار التعلم فقدت بسرعة و مع أن الشخص يمكنه أن يدرك ضربات طبل و يستجيب لصرخة و ينظر إلى طائرة تمر فوق رأسه إلا أنه من الناحية النفسية و التربوية و الاجتماعية يعتبر أصما إذا لم يستطيع فهم الكلام (بدر الدين كمال عبده ، محمد السيد حلاوة ،2001،ص 93).

و نستخلص مما سبق أن الأصم هو الشخص الذي مقدار الفقدان السمعي لديه 70 ديسبل أو أكثر و يعيق فهم الكلام من خلال الأذن وحدها و باستعمال أو بدون المعينات الطبية السمعية.

2:أسباب الصمم: إن للصمم عدة أسباب تختلف باختلاف أسبابه و هي كالتالي:

1.2:الأسباب الوراثية:

إن حالات الصمم ذات الأصول الوراثية تحدث نتيجة لانتقال حالة من الحالات المرضية من الوالدين إلى الجنين عن طريق الوراثة و يكون غير قابل للعلاج ، و يمكن تشخيصه بعد الولادة مباشرة (محمد عبد السيد ،2000،ص77).

و هناك بعض الإصابات السمعية التي تؤدي إلى إعاقة سمعية و هي :

زملة بونيفي أو الرنيش: تتضمن بعض الشذوذ في العظام و العضلات و يرتبط مع اضطرابات في أعصاب الجمجمة.

زملة فيش- رنويك:إضطراب يسبب صمم ولادي .

زملة كليب- فيل: قصور جيني يتسبب في الإصابة بالصمم (شاهين رسلان ،2009،ص94).

2.2:الأسباب المكتسبة:

1.2.2:الصمم الذي يظهر قبل الولادة: و يكون بسبب:

- إصابة الأم بالحصبة الألمانية خاصة في الأسبوع السابع أو العاشر من الحمل حيث يؤدي إلى توقف نمو القوقعة .

- إصابة الأم بالمقوسات إذ تصيب الأم أثناء الحمل و ينتج عنها صمم و تشوهات خلقية.

- التضاد الدموي الذي يؤدي إلى إصابة القوقعة و يكون مصحوب ببرقات .

- الإصابة الزهرية. - التعرض لأشعة X.

- نقص مادة اليود في الجسم و انتفاخ الغدة الدرقية .

2.2.2:الصمم الذي يظهر أثناء الولادة: و هو نتيجة :

- نقص الأكسجين أثناء الولادة.
- صغر حجم المولود.
- الولادة المبكرة و المستعسرة و التي تدوم مدة طويلة.
- جروح و إصابات أثناء الولادة نتيجة استعمال الملاقط.

3.2.2:الصمم الذي يظهر بعد الولادة:

- الصدمات التي تحدث للمولود كالسقوط.
- العلاج التسممي للأذن كاستعمال مواد طبية بطريقة خاطئة و لمدة طويلة.
- التعرض للالتهابات كالتهاب السحايا و الجذري و البكتيريا (A.Dumont ,1997)

3:أنواع الصمم:

تصنيف الإعاقة السمعية حسب عدة معايير و هي:

1.3:حسب اكتساب اللغة: و هي تشمل على صمم قبل لغوي و صمم بعد لغوي:

1.1.3: الصمم قبل اللغوي: الشخص المصنف ضمن ذلك هو شخص فقد القدرة على السمع قبل تطور اللغة و هم فئة الأطفال و قد يكون هذا النوع من الصمم خلقيا أو مكتسبا و يشكلون نسبة 95% من الأطفال الصم في العالم.

-يمتازون بعدم القدرة على تعلم سماع اللغة الأمر الذي يؤثر سلبا على تواصلهم مع الآخرين إذ واحد من عشرة من هؤلاء غالبا ما يكون لديه أحد الآباء أصم ، و يدربون على

التواصل من خلال لغة الإشارة و القراءة على الشفاه (عبد المطلب أمين القريطي، 1996، ص 55).

2.1.3: الصمم بعد اللغوي: هم الأطفال الذين فقدوا القدرة على السمع بعد أن تكون المهارات اللغوية و الكلامية فقد تطورت ، أي بعد اكتسابهم الكلام و اللغة لدرجة أن آثار تعلم هذه اللغة قد تلاشت تماما، و قد يحدث فجأة أو تدريجيا حسب طبيعة الإصابة (شاهين رسلان، 2009).

2.3:حسب درجة الفقدان: إن مستوى لغة الطفل الأصم تختلف باختلاف درجة العجز السمعي فهناك :

1.2.3:الصمم الخفيف:

عتبته السمعية تقع بين 20-40 ديسبل و هنا يعاني الطفل من صعوبة في سماع الكلام و وجود خلل لفظي بسيط ، وهذا النوع قد يبقى لمدة طويلة غير ظاهر و غالبا ما يكشف عنه عن طريق اختبار سمعي مؤخر في الوسط المدرسي فقد تلفت الأخطاء الإملائية المتكررة الانتباه إلى وجود صمم عند الطفل.

- في حالة الصمم الخفيف يمكن للمصابين الاستمرار في الأقسام العادية بدون أن تطبق عليهم طرق بيداغوجية خاصة ، لكن قد يحتاج إلى ظروف إضاءة و جلوس خاصة في غرفة الصف و قد يستفيد من المعينات السمعية و من برامج التصحيح النطق (عزوني سليمان ،2010،ص 100).

2.2.3:الصمم المتوسط:

عتبة السمع تتراوح بين 40-70 ديسبل ، فالطفل يسمع الأصوات لكنه يميز بصعوبة بينها فهو لا يستطيع أن يتعرف إلا على الأكثر بروزا و لا يمكنه متابعة ما يدور حوله من

محادثة عادية أو سماع الكلام من مسافة تبعد أكثر من متر أو مترين ، لكن يمكنهم استخدام أذانهم في تعلم الكلام لكن المعينات السمعية تكون ذات فائدة .

3.2.3:الصمم الحاد:

عتبته السمعية تقع بين 70-90 ديسبل الأصوات ذات الشدة القوية تكون مدركة و أغلبية المصابين لديهم صعوبة في إدراك العناصر اللغوية و بالتالي يحتاجون لصف خاص لمساعدتهم في اكتساب المهارات الكلامية و اللغوية و تجهيزهم بالمعينات السمعية و يمكن إدماجهم في مدرسة عادية (عبد المطلب أمين القريطي،1996،ص88)

4.2.3:الصمم العميق:

تكون الشدة هنا تفوق 90 ديسبل ، وهي الدرجة التي لا تسمح للفرد بسماع الأصوات أما التجهيز فهو لا يعطي تمثيل كافي للضجيج الخاص بالكلام فالطفل ليس لديه لغة لفظية رغم المجهدات التي تبدل له،فهو سجين اللغة الإشارية و قد يساعده التجهيز سوى بالقليل.

5.2.3:الصمم الكلي:

هي حالات استثنائية و تحتاج إلى دوام كامل في مدرسة المعاقين سمعيا تكون مزودة بالوسائل الخاصة و تستخدم أساليب خاصة لتطوير الكلام و اللغة و توظف طرق التواصل اليدوي و التدريب السمعي (عبد المطلب أمين القريطي ، 1996، 144).

3.3:حسب مكان الإصابة:

1.3.3:الصمم الارسالي: يحدث نتيجة شذوذ في جهاز التوصيل الذبذبات الصوتية الذي يشمل الأذن الخارجية أو الأذن الوسطى مع وجود أذن داخلية سليمة.

أسبابه: تشوه صيوان الأذن الخارجية.

- انسداد قناة السمع الخارجية نتيجة وجود جسم غريب أو بواسطة الصملاخ.

- سيلان الأذن القنوي و هي إفرازات مخاطية لقناة أوستاش تؤدي لالتهاب حاد.

- ثقب في طبلة الأذن نتيجة لإصابة بالالتهاب الصديدي الحاد .

- تعفن الأذن الوسطى- تصلب العظيمات الثلاث .

- انسداد بقناة أوستاش (محمد عبد السيد ،2000،ص 69).

2.3.3:الصمم الإدراكي:ناتج عن إصابة الأذن الداخلية و المسالك العصبية الموصلة إلى المخ حيث يترتب على هذه الحالة عدم وصول الموجات الصوتية مهما كان ارتفاعها إلى الأذن الداخلية.

- **أسبابه:** تلف القوقعة الحلزونية أثناء نمو الجنين.

- التسمم إما عن طريق الأدوية أو بغير الأدوية كالتبغ و الكحول.

- تشنج عضلي يؤدي إلى إصابة الشريان المؤدي إلى السمع الداخلي.

- الإصابة بمرض فيروسي كالتهاب الأنف و البلعوم (محمد عبد السيد ،2000،ص77).

4:أعراض الصمم:

من الأعراض التي من الممكن أن تشير إلى وجود مشكلة في السمع أخطاء في النطق و عدم اتساق نغمة الصوت و وضع اليد حول إحدى الأذنين لتحسين القدرة على السمع و تفضيل استخدام الإشارات أثناء الحديث أو احمرار في الصيوان و عدم الاستجابة للأصوات العالية و شكوى الطفل من طنين في الأذن (القريوتي الصمادي، السرطاوي، 1998 ، ص 98).

و يمكن تقسيم الأعراض إلى ما يلي:

1.4:العلاقات المبكرة للوليد:

- عدم الاهتمام بالأصوات التي من حوله.

- وجود تشوهات خلقية في أذنه الخارجية.

- نزول إفرازات صددية من أذنه.

- استجابة بالأصوات العالية جدا أو عدم استجابة للأصوات العادية و هذا ما يدل على ضعف السمع.

- هدوء الوليد المستمر.

2.4:الأعراض في السنة الأولى إلى البكر:

- ترديده للأصوات غير مسموعة أشبه للمناغاة .

- عدم محاولة تقليده الأصوات بين الشهر الثامن و الثاني عشر.

- تزداد حاسة البصر باستعمالها أكثر حيث يهتم الطفل بالمرئيات و يتجاهل المسموعات.

- السرحان و فتور الهمة و التكاسل المستمر من جانبه.

- البطء الواضح في نمو اللغة و الكلام.

- عدم قدرته على التمييز بين الأصوات.

- تبدو سمات وجهه خالية من التعبير الانفعالي الملائم للكلام أو الحديث الدائم.(عطية عطية،2009،ص ص 19-20).

5:الخصائص الشخصية للطفل الأصم:

1.5:الخصائص اللغوية:

لا شك أن النمو اللغوي هو أكثر مظاهر النمو تأثرا بالصمم ، فالصمم يؤثر سلبا على الجميع الجوانب النمو اللغوي ، و مع أن الأطفال ذوي السمع العادي يتعلمون اللغة و الكلام دون تعلم مبرمج ، فالمصابون بالصمم بحاجة إلى تعليم هادف و متكرر ، فالأصم سيصبح أبكما إذا لم تتوفر له فرص التدريب الخاص الفعال ، و يرجع ذلك إلى غياب التغذية السمعية عند صدور الأصوات و عدم الحصول على تعزيز لغوي كان من الآخرين و في حالة اكتسابهم للمهارات اللغوية فغن لغتهم تتصف لكونها غير غنية كلغة الآخرين و ذخيرتهم محددة و ألفاظهم تتصف بتمركز حول الملموس جملهم أقصر ، و أقل تعقيدا أما كلامهم فيبدو بطيئا و نبرته غير عادية، و قد أثبتت الدراسات أن الطفل السامع في الخامسة من عمره يعرف ما يزيد عن 200 كلمة في حين الطفل الأصم لا يعرف أكثر من 200 كلمة (جمال الخطيب ،1998،ص86).

– كما يذكر هلهان (1981) ثلاثة آثار سلبية للإعاقة السمعية على النمو اللغوي خاصة لدى الأفراد الذين يولدون صما و هي :

– لا يتلقى الطفل الأصم أي رد فعل سمعي من الآخرين ،عندما يصدر أي صوت من الأصوات.

– لا يتلقى الطفل الأصم أي تعزيز لفظي من الآخرين ، عندما يصدر أي صوت من الأصوات.

– لا يتمكن الطفل الأصم من سماع النماذج الكلامية من قبل الكبار كي يقلدها (عبيد ،2000،ص 312).

2.5:الخصائص الجسمية الحركية:

لم يحظ النمو الجسدي و الحركي لدى الأطفال المعوقين سمعيا باهتمام جيد من قبل الباحثين في ميدان الطفولة أو التربية الخاصة .

– و قد أشار فرنش جاسمن 1982 بأن مشكلات التواصل التي يعانيها المعوقين سمعيا تصبح حواجز وعوائق كبيرة أمامهم لاكتشاف البيئة و التفاعل معها و إذا لم يزود المعوق سمعيا باستراتيجيات بديلة للتواصل فإن الإعاقة السمعية قد تفرض قيودا على النمو الحركي (جمال الخطيب،1998،ص89).

لذا فالأشخاص المعوقين سمعيا لا يمتعون باللياقة البدنية مقترنة مع الأشخاص العادين و يعاني المعاقين سمعيا من اضطرابات في التآزر الحركي و تبلغ نسبة أطفال هذه الفئة ، و نعني باضطراب التآزر الحركي و الذي يمكن وصفه بأنه سلوك يتم وفقا لحركات منظمة و مخططة أو ما لدى الشخص من قدرة على السيطرة على أطرافه و التنسيق بينهما بسرعة و يسر (عبيد،2000،ص313).

3.5:التحصيل الأكاديمي:

على الرغم من أن ذكاء الطلاب المعوقين سمعيا ليس منخفضا إلا أن تحصيلهم العلمي عموما منخفض بشكل ملحوظ عن التحصيل الطلاب العادين و هذا ما أشار إليه **فيرت (1971)** أن المتوسط العام لمستوى القراءة بالنسبة لتلاميذ المعاقين سمعيا لا يتعدى الصف الثالث الابتدائي، كما وجد **فرانسيسكا** أن المعوقين سمعيا الذين بلغوا عمر السادسة عشرة لم يتجاوزا في مهارتهم القرائية أكثر من مستوى الصف الخامس الابتدائي ،كما كانت تحصيلهم من المفردات اللغوية شبيهة بحصيلة تلميذ عادي في الصف الثالث الابتدائي (سعيد حسيني العزة،2002،ص115).

4.5:الخصائص الاجتماعية الانفعالية:

إن افتقار الشخص المعوق سمعيا إلى المقدرة على التواصل الاجتماعي مع الآخرين و كذلك أنماط التنشئة الأسرية قد تقود إلى عدم النضج الاجتماعي و الاعتمادية ، و في دراسة للنضج الاجتماعي استخدم بعض مقاييس مثل مقياس **فانيلاند** ، و تبين أن أداء الأشخاص المعوقين سمعيا منخفض مقارنة بأداء الأشخاص العادين (جمال الخطيب،1998،ص91).

أما دراسة **بينتر** ، فبينت أن المعاق سمعيا أميل إلى الانطواء و أقل حبا للسيطرة و كذلك أبحاث **سبرنجر** التي أيدت أن المعاق سمعيا يقل عن العادي بنسبة 20% (ماجدة السيد عبيد،2000، ص 316).

6:معدل انتشار الصمم:

أشارت الدراسات العربية إلى أن حوالي 5% من طلاب المدارس لديهم ضعف سمعي لا يصل إلى مستوى الإعاقة،أما بالنسبة للضعف السمعي الذي يمكن اعتباره إعاقة سمعية فتقدر نسبة انتشاره حوالي 0.5% و تقدر نسبة الصمم بحوالي 0.75% و إذا كنا نعتمد على هذه الإحصائيات لتقدير نسبة الإعاقة السمعية في الوطن العربي فإن ذلك يعني وجود حوالي مليون و مئتي شخص معوق سمعيا منهم حوالي 150000 أصم (عماد حمدي الصدفي،2007،ص ص31.32).

و يرى **هايس و آخرون** (1997) أن نسبة الإعاقة لدى ذوي الإعاقة السمعية أكثر من 80 ديسبل في درجة فقد السمع تتراوح بين طفل لكل 1000طفل، ولكن في فئة الإعاقة البسيطة والمتوسطة تكون أكثر انتشار وتقدر بنحو3 أطفال لكل 1000 طفل، ويذكر نفس المؤلفين أنه في دراسة أخرى عام (1994) وجد أن النسبة تصل إلى6 أطفال لكل1000 طفل لديهم إعاقة سمعية حس عصبية من النوع المتوسط والشديد والحاد.

ويشير "**باباس**" **(2004)** إلى أن نسبة انتشار فقدان السمع الحس عصبي المتوسط والحاد بنحو 1،0.5 لكل 1000مولود، ولكن هذا التقدير يختلف عنه في البلاد النامية في سن 6 سنوات بنحو 1.5،2 لكل 1000طفل (محمد النوبي محمد علي ،2010، ص22).

و في الجزائر حسب إحصائيات وزارة التشغيل و التضامن الوطني (2002) فلقد بلغ عدد المعاقين المسجلين على مستوى مديريات النشاط الاجتماعي و الذين استفادوا من بطاقة المعاق و من حقوق الضمان الاجتماعي 1.590.466 معاقا ،منهم 93.963 معاق سمعيا.

ثانيا:الزرع القوقعي:

1:تعريف الزرع القوقعي:

يعرف الزرع القوقعي على أنه تقنية تجمع بين الجراحة و التجهيز تعمل على تحويل الإشارات السمعية إلى إشارات كهربائية، وهذا الجهاز يحتوي على 22 الكترود و عند حث تلك الالكترودات يصبح عددها161.

– و زراعة القوقعة مصممة لإثارة العصب السمعي مباشرة ،إذ تزرع أقطاب كهربائية في القوقعة، و القطب الكهربائي يكون ملحقا و متصلة مع دورة كهربائية مزروعة في العظم الصدغي ، و الإشارات الصوتية تستقبل بواسطة الدورة المزروعة ، و عندما يستقبل القطب الكهربائي الإشارة فإنه يزود القوقعة بإشارات كهربائية.

– أما الموسوعة الأرطوفونية فتعرف الزرع القوقعي على أنه تقنية موجهة للأشخاص الذين يعانون من إعاقة سمعية عميقة و لا يستطيعون الاستفادة من المعينات السمعية التقليدية باعتبار أن هذا الجهاز ينبه مباشرة العصب السمعي من خلال الكترود واحد أو عدة الكترودات مزروعة داخل القوقعة (F.Brin &alp 206).

– يجب التوضيح أن تقنية الزرع القوقعي لن تعيد السمع الطبيعي و لكنها تحسن من مقدرة الشخص على سماع الأصوات المحيطة به ، وسماع الإيقاعات و أنماط النطق ، كما تحسن و تسهل من عملية قراءة الشفاه (A.Dumant.1997).

و نخلص في الأخير إلى أن الزرع القوقعي هو عبارة عن زرع حاسوب صغير يقوم بوظيفة تحويل الاهتزازات الصوتية إلى إشارات كهربائية ،و بالتالي فيقوم الجهاز بالتقاط الاهتزازات الصوتية من الوسط الخارجي حتى يرسلها إلى الحاسوب الذي يقوم بتحليلها و تضخيمها ، ثم ترسل الإشارة إلى القطعة الداخلية المزروعة التي تقوم بإيصال الرسالة الكهربائية السمعية .

1:مكونات جهاز الزرع القوقعي:

– يتكون جهاز الزرع القوقعي من جزأين أساسين ،جزء داخلي و جزء خارجي متحرك هذا الأخير يتكون من ميكرفون ،أسلاك و علبة صغيرة تقوم بمعالجة الإشارات و هوائي، أما الجزء الداخلي فيتم تثبيته أثناء العملية الجراحية و يتكون هذا الجزء الغير مرئي من جهاز استقبال داخلي موجود في العظم الصدغي و قطب كهربائي بائي ملفوف داخل القوقعة (أحمد نبوي عبده،ص ص 11–13).

1.2:الجزء الخارجي من الجهاز:

هذا الجهاز يحلل و يرمز الرسالة الصوتية إلى إشارات كهربائية التي تحول إلى الجزء الداخلي و يتكون من :

– **الميكرفون Microphone;** ويستقبل الأصوات و هو يشبه على العموم المعين السمعي التقليدي و يوضع على التفاف الأذن من الجهة المزروعة.

-**المعالج الصوتي:le processeur vocal** يزن حوالي 100غ وظيفته تشفير و تحويل الأصوات إلى نبضات كهربائية و يحتوي كذلك على بطاريات قابلة للشحن و هي مسؤولة على توفير الطاقة اللازمة لتشغيل النظام و يمكن أن يحمل بطرق متنوعة .

-**الأسلاك:le fils** تستعمل لنقل الأصوات قبل و بعد المعالجة و يمكن أن تكون ذات أطوال مختلفة حسب البنية الجسمية للفرد و المكان الذي يختار أن يوضع فيها المعالج الصوتي.

- **الهوائي:Antenne** هو عبارة عن قرص يحتوي على مغناطيس في الجزء المركزي منه لكي يسمح بالتوصيل عبر الجلد و العظم ،يثبت هذا الهوائي الخارجي مغناطيسيا على الجمجمة و حجمه و طريقة تثبيته فتختلف باختلاف نوع الجهاز المستعمل.

2.2:الجزء الداخلي من الجهاز: و يتكون من :

-**المنبه- المستقبل: Raccepteur –stimulator**هو عبارة عن كبسولة الكترونية بسمك يتراوح بين (4 إلى 8 ملم) و تضم مغناطيسا يسمح بالاتصال مع الهوائي الخارجي و هي مسدودة بواسطة سيراميك و محمية بمادة لزجة بيضاء لسد الثغرات ، أما دورها فيتمثل في ضمان الاتصال بالهوائي الخارجي و إرسال الأصوات المشفرة إلى الأقطاب الموجودة داخل القوقعة .(A.Dumont.p 12-14)

الحزمة الالكترونية: تتكون من مجموعة من الالكترودات يختلف عددها باختلاف نوع الجهاز المستعمل ، توضع جراحيا داخل القوقعة ،وظيفتها نقل الرسالة إلى الألياف العصب السمعي الموجودة في الأذن الداخلية و التي تنتقل فيما بعد إلى مراكز القشرة الدماغية عبر العصب السمعي(A.Dumont.p -14).

3:أنواع أجهزة الزرع القوقعي:

لقد ظهرت العديد من أجهزة الزرع القوقعي و هي تقسم بشكل عام إلى:

- **أجهزة داخل القوقعة:** حيث يتم إدخال الالكترودات إلى داخل القوقعة عبر النافذة المدورة و هي الأكثر فعالية.

- **أجهزة خارج القوقعة:** تطبق الالكترودات على سطح العظم المسمى (الخرشوم) دون تدخل إلى داخل القوقعة أما فعاليتها فهي محدودة و متناقضة مع الزمن و أسعارها أقل بكثير من السابقة.

- **أجهزة وحيدة القناة:** و هي تحوي على مسرى كهربائي واحد كما أنها قليلة الفعالية .

- **أجهزة متعددة الأقنية:** و هي الأكثر فعالية مقارنة ببقية الأجهزة الأخرى و تحتوي على عدد متفاوت من الالكترودات يختلف باختلاف الشركة المصنعة للجهاز، ومن أهمها (LNathalie&demis p 70-75):.

1.3: جهاز الزرع الأسترالي specra cochléaire:

- يسمى غالبا Nucleus حسب الإسم القديم له ، وهو الأول استعمالا منذ سنة 1986، و الذي عرف مبيعات كبيرة.

- يحتوي هذا الجهاز على 12 الكترود مع 12 حزمة اهتزازية و يبقى دائما تقنية تجمع ما بين الجراحة و التجهيز السمعي.

2.3:جهاز الزرع الفرنسي Digisomic MXM:

و هو جهاز عددي و الأكثر حداثة ،وهو جهاز ذو الكترود واحد كونه يعطينا مجموعة كبيرة من المعلومات بناءا على حثه للعصب السمعي و كذا إدراك الإيقاعات و الأصوات المحيطة بالفرد الذي يحمله.

3.3:جهاز الزرع الأمريكي Clairon Minimed:

إخترع هذا الجهاز من طرف العالمين **sybion** & **richard** و يعرف أيضا على أنه جهاز عددي و هو جد قريب من الجهاز الفرنسي الذي سبق و أن ذكرناه من حيث المكونات التي يحتوي عليها لكنه معروض بنسبة قليلة بفرنسا بالإضافة إلى أنه يحتوي إلى 15 الكترود يعطي معلومات من خلالها.

4.3:جهاز الزرع الهولندي Med-el :

- يعتبر أول أجهزة الزرع القوقعي المتعدد الالكترودات ،إذ أستعمل لأول مرة بنسبة 1994 و لوحظ من خلال استعماله أنه يتمتع بسرعة تفوق ألف و خمس مائة نبضة في الثانية لكل قناة ، كما أنه هماك أيضا أجهزة أخرى يمكن أن نذكر منها :جهاز نمساوي و جهاز بلجيكي...(y-Larose.2001.p22) .

4:كيفية عمل و تركيب الجهاز:

- تلتقط الرسائل الصوتية عن طريق ملتقط الصوت حيث يكون هذا الأخير موضوع خلف صيوان الأذن الخارجية.

- تتم معالجة هذه الرسائل بواسطة العلبة المعالجة التي تعمل كذلك على اختيار، ترميز، و تحويل الأصوات إلى ذبذبات كهربائية.

– تمر الذبذبات عبر الأسلاك و الهوائي للجزء العظمي،وهنا تحول نحو الالكترودات المتواجدة في القوقعة.

– و في الأخير ترسل الرسالة للنهايات العصبية السمعية إلي بدورها توصلها إلى المنطقة السمعية عن طريق العصب السمعي .(A.Dumont.1997.p40)

– أما كيفية تركيب الجهاز فإنه يوضع حامل الالكترودات داخل القوقعة و مستقبل الأصوات الداخلي في العظم يتطلب عملية جراحية و هذه الأخيرة تتم بتخدير كلي و تصل المدة الخاصة بالعملية إلى حدود الساعتين.

– تكون العملية تشريحية ،حيث أن الجراح يقوم بفتح التجويف العظمي و عن طريق الطبلة يصل إلى النافذة الدائرية و يمرر الالكترودات نحو القوقعة و بالتالي يكون تثبيت مستقبل الأصوات داخل المنطقة العظمية الصدغية.

– بعد العملية الجراحية، يجب مراقبة المريض و تغيير الضماد لتفادي التعفنات بالإضافة إلى نزع الشعر خاصة المحيط بالجانب المزروع في المنطقة الصدغية ، كما أن البقاء في المستشفى يرتبط بمدى الخطورة أو الصعوبات(A.Dumont –1997.p41).

5:شروط إجراء عملية الزرع القوقعي:

تعتبر عملية اختيار المرشحين المناسبين لزراعة القوقعة من العمليات الحيوية اللازمة لنجاح استخدام مثل هذه الأجهزة بين الأفراد المصابين حيث أنه من المتوقع أن يلتحق الأطفال الذين يتلقون عملية الزرع القوقعي إلى المدرسة مع الأطفال السامعين سمعيا إذا تم الأخذ بعين الاعتبار مجموع الشروط الانتقاء .

– وقد وافقت الوكالة الأمريكية للصحة حاليا على مجموعة من المعايير لاختيار الشخص المرشح لزراعة القوقعة و يمكن تلخيص هذه المعايير في النقاط التالية:

– الصمم العصبي الحسي الشديد المزدوج. – صغر عمر المترشح.

– عدم الاستفادة من المعينات السمعية.

– عدم وجود أي موانع طبية.

– تحمس المترشح و الأسرة.

– بالإضافة إلى ذلك فقد حددت المراكز التي لها خبرة في عملية زراعة القوقعة عددا من القضايا الإضافية التي يمكن تقييمها عند اختيار المرشحين تشمل الكلام ،القدرات اللغوية و الاستعداد المعرفي و الاجتماعي (L–Nathalie&B–Denis–p34).

6:خطوات زراعة القوقعة الالكترونية :

تمر زراعة القوقعة الالكترونية بثلاث خطوات أساسية هي:

1.6:مرحلة ما قبل العملية الجراحية: تشمل هذه المرحلة مايلي:

– إجراء اختبارات سمعية و طبية متتابعة قبل إجراء الجراحة لتقييم مدى الاستفادة من عملية الزرع القوقعي و تتمثل هذه الاختبارات في (الفحص الطبي،التحاليل الطبية،أشعة مقطعية IRM،فحص الجهاز السمعي،فحص جهاز النطق).

– إجراء اختبارات نفسية و سلوكية (اختبارات القدرات العقلية العامة،اختبار تطور المهارات الجسمية و الحركية العامة...).

– إجراء مقابلات مع المرضى و أهاليهم يتم من خلالها عرض كافة المعلومات الضرورية عن عملية الزرع القوقعي ،كيفية حدوثها مزاياها و سلبياتها المحتملة ، و من نتائج المرحلة الأولى يخرج فريق العمل بتصور مبدئي عن حاجة الطفل للزرع القوقعي .

2.6مرحلة الجراحة و النقاهة:

– بعد التأكد من عدم وجود عوائق جراحية طبية أو تشوهات خلقية تمنع إجراء العملية الجراحية يتم بعد ذلك تحضير الطفل للعملية التي تتم بالتخدير العام لمدة 3 ساعات للأذن الواحدة ،و القيام بشق الجلد ،و يقوم الجراح برفع طبقة من الجلد للكشف على العظم الناتئ خلف الأذن، و تستخدم طريقة ثقب العظمة الناتئة خلف الأذن بعد تحديد العصب الوجهي كعلامة للدخول إلى قوقعة الأذن.

– و بعدها تأتي فترة النقاهة حيث تعتبر الأسابيع الأولى هي الفترة الأصعب من العملية مما يحتم على الفريق الطبي تقديم برنامج مكثف يتضمن نوع من التدريب و المعالجة النفسية.(L.Nathalie&Denisp60.64).

3.6:مرحلة ما بعد التأهيل:

تتم برمجة حصص إعادة التأهيل بعد تقريبا 06 أسابيع من العملية الجراحية أي بعد التئام الجرح و بداية تنشيط الالكترودات المزروعة داخل القوقعة و ذلك و باستخدام استراتيجيات مناسبة لكل حالة و التأكد من أن الجهاز قد برمج على أفضل و أدق وضع لخدمة الحالة، و بعدها يتم إخضاع الحالة إلى مجموعة من البرامج المصممة للتكفل يمثل هذه الأجهزة(A.Dumont.1997.p112).

7:المشاكل و التعقيدات الناجمة عن عملية الزرع القوقعي:

فضلا عن الآثار الطبية السلبية التي تظهر بسبب التخدير،عملية الزرع القوقعي نادرة أو قليلة النتائج السلبية،وقد ثبت ذلك بإجراء الاختبارات الكهربائية للذبذبات الوظيفية على مستوى العصب السمعي ، كما يمكن أن تظهر بعض الالتهابات السحائية مما قد ينجر عنها من تصلب القوقعة(B.Virole.2006.p73).

ثالثا:المعيش النفسي :

1: تعريف المعيش النفسي:

– يعرف(**Hanal pasini.1996**) المعيش النفسي بأنه الحياة الداخلية أو الإحساس الباطني للفرد المرتبطة بتجربة أو موقف ما ،و هذا الإحساس يختلف باختلاف المواقف و الصعوبات التي يعيشها الفرد في حياته ،سواء كانت دائمة أو مؤقتة.

– كما يعرفه (**Philip.mouer.1993**) أن كل ما يحسه الفرد داخل أعماقه باطنيا و هو الصورة التي يعيشها الإنسان مع ذاته و ما يترتب عنها من صعوبات في التكيف و جملة المشاعر و الأحاسيس المؤلمة التي تنعكس سلبا على شخصيته (مزيان محمد،2011،ص 25).

– كما يعني الكيفية التي يعيشها الفرد مع ذاته و ما يترتب عنها من صعوبات في التكيف و جملة المشاعر و الأحاسيس المؤلمةِ،و الشعور بالذنب الذي ينعكس سلبا على شخصية الفرد، حيث هناك من يتصدى لها و يتغلب عليها و هناك من لا يستطيع تجاوزها (سميح عاطف الدين،1991،ص 257).

و نخلص مما سبق إلى أن المعيش النفسي هو الحياة الداخلية أو الإحساس الباطني للفرد المرتبطة بموقف ما،و هذا الإحساس يختلف باختلاف المواقف التي يعيشها الفرد في حياته ،هذه المواقف سواء كانت دائمة أو مؤقتة.

2:أبعاد المعاش النفسي:

1.2:السلوك العدواني:

1.1.2:تعريف السلوك العدواني:

– يعرف **بينتون Benton1984** أن السلوك العدواني هو استعمال القوة و العنف في العلاقات بين الأفراد بدون تبرير لهذه القوة، أو استعمالها بسبب ضرورة دفاعية (محمد علي عمارة ،2008،ص17).

– كما يعرف **أرجايل Argyle** السلوك العدواني بأنه السلوك الذي يتجه به صاحبه إلى إيقاع الأذى للأشخاص الآخرين أو ممتلاكاتهم إما بدنيا أو لفظيا أو بأي طريق آخر(خليل قطب أبو قورة،1996،ص 21).

– و يشير "**نبيل حافظ**" و "**نادر قاسم**"**(1993)** إلى أن السلوك العدواني هو سلوك ينطوي على شيء من القصد و النية يأتي به الفرد في مواقف الإحباط التي يعاني فيها إشباع حاجاته و دوافعه ، تحقيق رغباته فتنتابه حالة من السلوك بتخفيف الألم الناتج عن الشعور بالإحباط أو الإسهام في إشباع الدافع المحبط، فيشعر الفرد بالراحة و يعود الاتزان إلى شخصيته (محمد علي عمارة،2008،ص11).

– و يعرف باص **Buss1961** العدوان هو أي شكل من أشكال السلوك الذي يتم توجيهه إلى كائن آخر،و يكون هذا السلوك مزعجا (عياش ،2009، ص 11).

– و نستنتج مما سبق أن السلوك العدواني هو كل سلوك يقوم به الفرد بهدف إيذاء أشخاص آخرين أو ممتلكاتهم، ويكون التعبير عنه إما بدنيا أو لفظيا أو بطرق أخرى.

2.1.2:أنواع السلوك العدواني:

تختلف تصنيفات السلوك العدواني و التعبير عنه لتعدد مظاهره فلا نجد تصنيف يضم جميع مظاهر السلوك العدواني،و نشير إلى عدد من التصنيفات لمظاهر السلوك العدواني منها:

– صنف **باندورا** و آخرون السلوك العدواني إلى ثلاثة تصنيفات هي :عدوان بدني –عدوان لفظي –عدوان نحو الممتلكات (عمارة ،2008،ص ص 21–19).

– و هناك من صنف السلوك العدواني حسب الهدف الذي يوجه إليه أمثال **سوسن عبد المجيد (2008)** فقد قسمت العدوان إلى قسمين: العدوان الموجه نحو الذات ،و العدوان الموجه نحو الآخرين(سوسن عبد المجيد،2008،ص 125).

– كما اقترح باص Buss **(1961)** أنواعا مختلفة للعدوان و استند إلى الأسس الثلاثة التالية: – المادي ، اللفظي–السلبي (الضمني)، الصريح–المباشر ، غير المباشر.

– **العدوان المادي صريح المباشر**: مثل الطعن،اللكم،إطلاق النار على شخص آخر.

– **العدوان المادي صريح غير مباشر**: كشخص ينصب فخ للآخر ، التعاقد مع قاتل لقتل شخص آخر.

– **العدوان المادي السلبي المباشر**: مثل منع شخص آخر جسديا من الحصول على الهدف المطلوب أو أداء عمل مطلوب (كما في الاعتصام و المظاهرات).

– **العدوان المادي السلبي غير المباشر**: رفض أداء المهام الضرورية مثل رفض التحرك خلال الاعتصام.

– **العدوان اللفظي الصريح المباشر** : مثل الإهانة أو الانتقاص من شخص آخر .

– **العدوان اللفظي الصريح غير مباشر** : مثل نشر الشائعات الضارة عن شخص آخر .

– **العدوان اللفظي السلبي المباشر** : رفض التحدث إلى شخص آخر ،رفض الإجابة

– **العدوان اللفظي السلبي غير المباشر**: مثل عدم إدلاء بتعليقات لفظية محددة كعدم التحدث في شخص آخر دفاعا متى ما انتقد شكل غير عادل (القمش و المعايضة،2007 ، ص 205).

3.1.2:أسباب السلوك العدواني:

هناك بعض العوامل و الأسباب التي يمكن أن تؤدي إلى ظهور السلوك العدواني ومن هذه الأسباب مايلي:

- **التقليد و المحاكاة:** فيحاول الطفل تقليد النماذج العدوانية التي يشاهدها

- **السمات الشخصية:** السلوك العدواني وفقا لنظرية السمات يعتمد على طبيعة الموقف ،فبعض هذه المواقف تثير السلوك العدواني.

- **التعرض المستمر للإحباط** :فإن البيئة العدوانية هي البيئة التي تؤدي بالطفل إلى الإحباط ، و الإحباط يؤدي بهم إلى العدوان.

- **تدعيم العدوان:** إن الوالد الذي يرضخ لطفله عندما تنتابه نوبة لغضب يدعم هذا السلوك ،فيشجع الطفل على اللجوء إلى هذا الأسلوب للحصول على حاجته.

-**الحرمان العاطفي:**إن الافتقار لحب الوالدين يعتبر مؤشر آخر لاكتساب العدوان.

- **التدليل و الحماية الزائدة:**فالطفل المدلل هو طفل تعلم أن كل طلباته تجاب دون شرط أو قيد و لكن هذا لا يتم إلا داخل نطاق الأسرة و لن يجد الطفل مثل هذه المعاملة خارجها.

- **الشعور بالنقص:**هناك من الوالدين من يحاول إثارة مشاعر النقص و العدوانية لدى طفله بمناداته بعيب ما أو انخفاض مستواه ألتحصيلي أو بغير ذلك (البيلاوي و عبد الحميد ،2006،ص ص 408-406).

4.1.2:مظاهر السلوك العدواني:

يعبر الأفراد عن سلوكهم العدواني بأنماط و مظاهر مختلفة تدل على غضبهم و استيائهم و قد صنفها **باترسون** و آخرون كالتالي:

– الشتم و الاستهزاء :كأن يذكر الشخص الوقائع بلهجة سلبية.

– السلبية الجسدية.

– الاستفزاز بالحركات.

– تدمير أشياء الآخرين و تخريبها (مصطفى نوري القمش،2006،ص206).

– حسب الباحث (باترسون) فإنه يمكن اعتبار أي سلوك (لفظي أو بدني) عنيف يقوم به شخص ما ضد شخص آخر أو أشياء مادية من مظاهر السلوك العدواني كالضرب على الأرض بقوة.

5.1.2:المقاربات النظرية لتفسير السلوك العدواني:

أ:النظرية السلوكية :تنظر هذه النظرية السلوكية إلى السلوك العدواني على أنه سلوك متعلم ،فإذا ضرب الولد شقيقه مثلا حصل على ما يريد فإنه سوف يكرر سلوكه العدواني هذا مرة أخرى لكي يحقق هدف جديدا.

ب:نظرية التحليل النفسي: تتعامل هذه النظرية مع سلوك العدوان بأنه استجابة غريزية و طرق التعبير عنها متعلمة،فهي تقول:بأنه لا يمكن إيقاف السلوك العدواني و لكن ما تستطيع عمله هو تحويل العدوان و توجيهه نحو أهداف بناءة بدلا من الأهداف التخريبية و الهدامة.

ج:النظرية الفسيولوجية: يعتبر ممثلو هذا الاتجاه أن السلوك العدواني يظهر بدرجة أكبر عند الأفراد الذين لديهم تلف في الجهاز العصبي، و يرى فريق آخر ،بأن السلوك الناتج عن هرمون التستوستيرون testosterone فنجد أن الذكور أكثر اظهرا للسلوك العدواني من الإناث في كافة مظاهره عدا العدوان الموجه نحو الذات فإنه لدى الإناث أكثر(موسى رشاد،1992،ص ص66-76).

د:نظرية الإحباط: ترى هذه النظرية أن السلوك العدواني ينتج عن الإحباط ، فالإنسان عندما يريد تحقيق هدف معين و يواجه عائق يحول دون تحقيق الهدف ، و يشكل لديه الإحباط الذي يدفعه إلى السلوك العدواني.

هـ:نظرية التعلم الاجتماعي: و يذكر باندورا و هوستن (1961) أن هناك ثلاثة مصادر يتعلم منها الطفل بالملاحظة و هي التأثير الأسري ، و تأثير الأقران ، و تأثير النماذج الرمزية كالتلفزيون (فتياني حجازي، 2000 ،ص 42).

6.1.2:السلوك العدواني لدى الصم:

إن كان هذا الموضوع مثار جدل بين العلماء في السنوات الأخيرة ،حيث حاولوا جاهدين معرفة إذا ما كانت الإعاقة هي المسئولة عن السلوك؟ أم أن البيئة التي تحيط بالفرد هي التي تحدد سلوكه و نمط شخصيته (البلاوي و عبد الحميد ،ص 398) و بصفة عامة يذكر حامد الزهران (1977) أن للإعاقة جانبان : الجانب الأول :نقص مفهوم الذات لدى المعاق، و الجانب الآخر:اختلال علاقة المعاق بالآخرين بسبب إعاقته فيكون سلوكه إما الانطواء أو الخوف من الناس ، و إما التحدي و العدوان. و يرى عبد الله الغانم (1990) أن الطفل الأصم يعاني من أمرين أساسين هما :أولهما :الصمم بحد ذاته و الآخر :موقف و استجابات البيئة من حوله، كما يدركها هو على أنها تناصبه العداء و لا توفر له الظروف الملائمة أو تعامله معاملة خاصة من شفقة و قسوة أو إهمال.

7.1.2: طرق الوقاية من السلوك العدواني:

- اهتمام الأهل بالطفل و الاستماع إليه و إلى مشاكله.
- تلبية الحاجات النفسية و البيولوجية للطفل.

– الفهم الجيد لمتطلبات كل مرحلة من مراحل نمو الطفل و احتياجاتها من التربية و التوجيه و الاهتمام و من ثمة الفهم العميق للظروف النفسية و الاجتماعية التي يمر بها طفلهم.

– توثيق الصلة بالأسرة حتى يتمكن التعرف على أحوال التلميذ النفسية و الصحية و العائلية لفهم مشاكله و تقديم المساعدة له ليركز في دراسته و رفع من مستواه التعليمي (بطرس ،2008،ص 24).

– التجاهل أي تجاهل تصرفات العدوانية إلا إذا ترتب عليها أوضاع تتطلب التدخل.

– تعليم المهارات الاجتماعية حيث تشكل ممارسة تأكيد دورا كبيرا في تحقيق حدة العدوان.

– تقديم طرق بديلة للتخلص من الغضب (زين بدران و أيمن مزاهرة، 2008 ، ص 24).

2.2:القلق:

1.2.2:تعريف القلق:

تعددت و اختلفت تعاريف القلق عند الباحثين و هذا راجع إلى اختلاف التوجيهات النظرية لديهم.

– إذ عرفه **فرويد S.Freud** القلق هو نوع من الانفعال المؤلم يكتسبه الفرد خلال المواقف التي يصادفها ،فهو يختلف عن بقية الانفعالات الأخرى غير السارة كالشعور بالإحباط أو الغضب أو الغيرة لما يسببه من تغيرات جسمية داخلية يحسن بها الفرد و أخرى خارجية تظهر على ملامحه بوضوح (أديب خالدي،2002،ص 116).

– و عرفته **هورني K.horeny** القلق هو استجابة انفعالية لخطر يكون موجه إلى المكونات الأساسية للشخصية، و من هذه المكونات ما هو عام بين كل الناس مثل: الحرية، حب الحياة،إنجاب الأطفال ، و منها ما هو خاص تختلف قيمته حسب الشخص و ثقافته

و بيئته و مرحلة نموه و جنسه مثل المركز الاجتماعي و الاقتصادي ،و يتخذ القلق مظاهر سلوكيات مختلفة كالحذر و الحيطة و الخوف و هذا القلق يسلب بالتدريج السمات الأصلية للفرد و يرمي به بعيدا عن ذاته الحقيقية (حامد عبد السلام الزهران،1995،ص379).

و نخلص في الأخير إلى أن القلق هو عدم الاستقرار العام نتيجة للضغط النفسي الذي يقع على عاتق الفرد ، مما يسبب اضطرابا في سلوكه و يصاحبه مجموعة من الأعراض النفسية و الجسمية

2.2.2:مستويات القلق: هناك ثلاث مستويات للقلق و هي كالتالي:

أ:المستوى المنخفض للقلق:فهذا المستوى من القلق يحدث عند الفرد بدرجة منخفضة في البيئة التي يعيش فيها و يعتبر قلق عادي لأن وظيفته تنبيه الفرد لخطر ما على وشك الوقوع (عبد الحميد محمد شاذلي، 2001، ص 110).

ب:المستوى المتوسط للقلق: يصبح الفرد أقل قدرة على السيطرة على استجاباته، حيث يفقد السلوك مرونته و يستولي الجمود بوجه عام على امتحانات الفرد في المواقف و يحتاج إلى المزيد من بذل الجهد للمحافظة على السلوك المناسب في مواقف الحياة المتعددة.

جـ:المستوى المرتفع للقلق:يتأثر التنظيم السلوكي للفرد بصورة سلبية أو يقوم بأساليب سلوكية غير ملائمة للمواقف المختلفة و لا يستطيع الفرد التمييز بين المثيرات الضارة و غير الضارة و يرتبط ذلك بعدم القدرة على التركيز و الانتباه و سرعة التهيج و السلوك العشوائي (عبد الحميد محمد شاذلي ،2001،ص 110).

3.2.2:أنواع القلق: يقسم الباحثون القلق إلى عدة أنواع أهمها مايلي:

أ:القلق الموضوعي: يسمى أيضا بالقلق الواقعي،وهو قلق شعوري أقرب إلى مفهوم الخوف العادي ،فهذا النوع من القلق له فائدة لما له دور بالغ في جعل الفرد يعمل من أجل تجنب

الخطر،ففي هذه الحالة يصبح هذا النوع من القلق ذا أهمية في حياة الفرد و استمرارها و يكون أقرب إلى الخوف أن أسبابه واقعية و معلومة المصدر لذا نجد الفرد يعمل من أجل تجنب هذه الأسباب للوصول إلى الراحة النفسية (صبره محمد علي وآخرون،2004 ، ص100).

ب:القلق العصابي: يعتبر قلق مرضي و ذو مصدر داخلي فالصراع بين أجهزة الشخصية هو الذي يستثيره و أسبابه لا يمكن للفرد أن يدركها لأنها لا شعورية و غير معروفة، و هذا النوع من القلق ينشأ عندما يريد (الهو) إشباع النزوات الغريزية التي لا يوافق عليها (الأنا الأعلى) و التي تم كبنتها من طرف (الأنا) ، و بالتالي القلق يقوم بإنذار الأنا و الذي يستعمل الحيل الدفاعية من أجل مواجهة الموقف المولد للضيق (عبد الرحمان سي موسى، رضوان زقار، 2002 ، ص 103).

ج:القلق الخلقي:يحدث نتيجة الصراع الذي يحدث داخل الشخص، و ليس الصراع بين الشخص و العالم الخارجي،أي أنه ناتج عن ضمير الشخص و خوفه منه عند قيامه بسلوكات تخالف عادات و تقاليد المجتمع الذي يعيش فيه، و القلق الخلقي كامن داخل تركيبة الشخص و عادة يظهر عقب حالات الإحباط المرتبطة (بالأنا الأعلى) التي تنسجم مع القيم الاجتماعية (حسن منسي،2001،ص43).

4.2.2:أسباب القلق:

أ:الأسباب الوراثية: فالقلق يمكن أن يكون وراثي عن طريق الجينات،من خلال المرضى الذين أكدوا أن أقاربهم يعانون من أعراض متشابهة ،وقد أوضحت نتائج الدراسات على التوائم بأن قوى العوامل الوراثية تزيد في تأثيرها على العوامل البيئية في نشأة القلق و الاضطراب.

ب:أسباب نفسية و اجتماعية:حسب رأي أنصار المدرسة التحليلية يرجع سبب ظهور القلق إلى وجود صراعات داخلية لا شعورية تتصارع مع بعضها البعض أو ترجع لإلى شعور

الفرد بالنقص أو تعود إلى الصراع بين حاجة الفرد إلى التفرد و الاستقلال من جهة الوالدين،أو يعود إلى صدمة الميلاد أما أنصار المدرسة السلوكية فيرجعون ظهور القلق عند الفرد إلى تعلمه سلوكات خاطئة من بيئته، كما أن لضغوط البيئة دورا كبيرا في نشأة القلق عند الفرد و هي عديدة مثل فقدان عمل أو أزمة اقتصادية(حسين فايد،2001،ص 57).

جـ:مواقف الحياة الضاغطة:كالضغوط الحادة الناجمة عن نمط الحياة الحديثة و التغيرات المتتابعة ، و البيئة القلقة المشبعة بعوامل الخوف و الهم و مواقف الضغط و الوحدة و الحرمان و عدم الأمان و اضطراب و تفكك الجو الأسري (حنان عبد الحميد العناني، 2000، ص 120).

د:التفكير في المستقبل: بسبب هذا العامل ،القلق للإنسان و يساعد ذلك على استرجاع الخبرات الماضية المؤلمة و التفكير في ضغوط الحياة العصرية و طموح الإنسان و سعيه المستمر نحو تحقي ذاته و إيجاد معنى لوجوده(حنان عبد الحميد العناني،2000،ص 120).

5.2.2:أعراض القلق:

أ:أعراض نفسية:و تشمل القلق العام و القلق على الصحة و عدم الاستقرار و الشعور بانعدام الأمل و الراحة النفسية و الحساسية المفرطة و سرعة الإثارة، الخوف الشديد حيث يكون الفرد خائفا لا يعرف مصدر الخوف ،عدم الشعور بالأمن و الضيق و توهم المرض،عدم القدرة على التركيز و الانتباه و هذا بالإضافة إلى الشك و التردد في اتخاذ القرار(فوزي محمد جبل،2000،ص 131).

ب:أعراض جسمية: و تشمل الضعف العام و نقص الطاقة و الحيوية و النشاط المثابرة و برود الأطراف و توتر العضلات و النشاط الحركي الزائد و اللازمات العصبية الحركية(حامد عبد السلام زهران،1998 ،ص 400).

-بالإضافة إلى تصبب العرق و ارتعاش اليدين ،ارتفاع ضغط الدم ،الصداع المستمر و اضطرابات في المعدة و سرعة ضربات القلب ،فقدان الشهية،الدوار و الغثيان و القيء ، و الشعور بالضيق في الصدر(فوزي محمد جبل،2000،ص 131).

6.2.2:المقاربات النظرية المفسرة للقلق:

أ:نظرية التحليل النفسي: اعتمدت هذه النظرية في تفسيرها للقلق،على أسباب نفسية،فاجتمع معظم أصحاب هذه النظرية إلى أن صدمة الميلاد،الشعور بالنقص و الحرمان و الانفصال الذي يحدث للفرد أثناء مراحل نموه هي الأساس في ظهور القلق ،و أن اختلال التوازن بين مكونات الجهاز النفسي يؤدي للقلق و تزيد حدة القلق كلما كان الاختلال في التوازن أعمق خاصة إذا فشلت الدفاعات في تحقيق هذا القلق ،فالقلق عند التحليلين خبرة انفعالية يمر بها الفرد في ظروف خاصة.

ب:النظرية السلوكية: القلق في نظر السلوكيين استجابة مكتسبة فقد تنتج عن القلق العادي تحت ظروف معينة ، ثم تعمم الاستجابة بعد ذلك (حنان عبد المنعم العناني،2000،ص 118).

– و لأن المدرسة السلوكية مدرسة تعلم فإنها تنظم إلى القلق على أنه سلوك متعلم من البيئة التي يعيش فيها الفرد تحت شروط التدعيم الايجابي و التدعيم السلبي(فوزي محمد جبل،2000،ص 135).

ج: النظرية الإنسانية:تؤكد هذه النظرية على خاصية الإنسان بين الكائنات الحية لذا تركز دراستها على المواضيع التي ترتبط بهذه الخاصية،لإرادة الحرية و المسؤولة (صبره محمد علي و آخرون،2004،ص 96).

– الإنسان هو الكائن الوحيد الذي يدرك نهايته حتمية و أن الموت قد يحدث في أية لحظة، و أن الموت هو المثير الأساسي للقلق عن الإنسان (نظام أبو حجلة،ص 37).

د؛النظرية الفسيولوجية: يعتمد أصحاب هذه النظرية أن الانفعال و التوتر يولدان من تغيرات جسمية و فسيولوجية ، فقد ركزت في تفسيرها للقلق على العوامل الفسيولوجية و الإفرازات التي تحدث في جسم الإنسان و التي تؤثر على الدماغ و بالتالي تثير أعراض القلق المختلفة.

هـ:النظرية المعرفية:ترى هذه النظرية أن القلق ينشأ من الأفكار اللاعقلانية التي يكونها الفرد على الموضوع فالفرد يكون أفكار تؤدي به إلى القلق و إن كان الموضوع لا يثير القلق ، حيث يكون تفكيره مشتتا، و ينتظر الفرد دائما حدوث خطر الذي يؤدي إلى زيادة قلق (مصطفى غالب ،1983،ص 15).

7.2.2:علاج القلق:

أ:العلاج النفسي التحليلي:يهدف العلاج النفسي التحليلي إلى تقوية (الأنا) المريض باعتباره الجزء المسيطر على رغبات و نزوات (الهو) و المنسق بينها و بين ضوابط(الأنا الأعلى) و تطوير شخصية المريض و تحقيق التوافق باستخدام التداعي الحر،و هذا من أجل الوصول إلى الكشف عن الرغبات المكبوتة التي تسبب الصراع و تستعمل كذلك لهذا الغرض طريقة التحليل للأحلام لتفكيك رموز المكبوتات (صبره محمد علي و آخرون،2004 ، ص106).

ب:العلاج السلوكي:فيظهر أن العلاج السلوكي يركز على القلق أنه يحدث نتيجة لمثير، إما أن يكون هذا المثير خبرة ماضية حدثت في حياة المريض أو خبرات أخرى تثير لديه القلق و يعتمد المعالج أساليب عدة منها الاسترخاء، التحصين التدريجي، التعزيز...

جـ:العلاج الكيميائي: علاج القلق بالطريقة الكيميائية يبدأ بإعطاء المريض العقاقير المنومة و المهدئة في بداية الأمر، حيث تعمل على تقليل من التوتر العصبي بعد أن تتم الراحة الجسمية يبدأ العلاج النفسي.

د:العلاج البيئي:يعتمد هذا العلاج على تعديل العوامل البيئية التي تؤثر في المريض كتغيير المهنة و تخفيض الضغوط البيئية و مثيرات التوتر و إيجاد الجو الأسري الذي يساعد المريض على العلاج (صالح حسين الداهري،2008،ص87).

هـ:العلاج الذاتي:يعتمد هذا العلاج على الذات إذ يتم بدون تدخل أو مساعدة خارجية ،فالفرد يعالج نفسه بنفسه،إذ أن عن طريق ملاحظة الذات يمكن للفرد الكشف عن مشاكله و بالتالي السيطرة عليها بالحديث الايجابي مع ذاته،فكل فرد يمكن أن يتخلص من القلق الذي يمتلكه و هذا بتغيير أفكاره و الأسلوب الذي يفكر به (لطفي عبد العزيز الشربيني،1977، ص 195).

خلاصة الفصل:

من خلال ما تم عرضه و التطرق إليه في هذا الفصل نفهم أن حاسة السمع تبقى حاسة مهمة كما هو الحال بالنسبة للحواس الأخرى ،لأن الصمم يعتبر أكثر الإصابات انتشارا في العالم كونه إصابة معقدة تصيب حاسة السمع عند الأفراد، و بتالي تعيق الاتصال و كذا الاندماج الاجتماعي لديهم ما يعيق عملية الاتصال بصورة سليمة و مستمرة، إلى غاية أن وجدت لهذه الإصابة حلا يفتح مجالا للاتصال و هي تقنية تجمع بين الجراحة و التجهيز تسمى بالزرع القوقعي، لأنه يفك العزلة و الصمت الذي يميز حالة الأصم ، في حين نفهم أنها ليست ممكنة و متاحة لجل الأفراد المصابين بالصمم من جهة و تتطلب رعاية أسرية خاصة و إعادة تأهيل حتى تنجح و تحقق نتائج طبية من جهة أخرى.

الجانب

التطبيقي

الفصل الثالث:

الإجراءات

المنهجية

للدراسة الميدانية

تمهيد:

ينبغي في كل بحث علمي تحديد إطار منهجي يسير الباحث وفقه، حتى يضمن الدقة و المصداقية للنتائج التي يحصل عليها و منه تتحدد قيمة البحث، و عليه فعلى الباحث أن يتبع مجموعة من الخطوات العلمية حتى يتمكن من الوصول إلى نتائج دقيقة و صادقة و قابلة للتعميم ، و في بحثنا هذا سنتطرق إلى هذا الجانب بدءا من التذكير بفرضيات الدراسة ثم المنهج المتبع في الدراسة ، ثم مجال الدراسة و بعدها نتطرق إلى حالات الدراسة و أخيرا عرض الأدوات المستعملة في جمع البيانات .

1:التذكير بفرضيات الدراسة:

1-1:الفرضية العامة :

- ينعكس الزرع القوقعي على المعيش النفسي للطفل الأصم.

1-2:الفرضيات الجزئية:

- ينعكس الزرع القوقعي على المعيش النفسي للطفل الأصم في ظهور السلوك العدواني.

- ينعكس الزرع القوقعي على المعيش النفسي للطفل الأصم في ظهور القلق.

2. منهج الدراسة:

اعتمدت هذه الدراسة على المنهج الإكلينيكي، لأنه الوسيلة المثلى للوصول لدوافع البحث من خلال محاولة الكشف عن الحالة الشخصية ومعرفة تاريخ الحالة بكل حذافيرها.

- إذ عرف المنهج الإكلينيكي على أنه عبارة عن دراسة معمقة لأفراد معينين حيث يؤخذ بعين الاعتبار النمو وضعية الحالات مع إشهارها لقيمتها و مكانتها الإنسانية، و بهذا

الإجراء نتمكن من خلال فهمنا للحالات فهم طبيعة الإنسان ككل (بدرة معتصم ميموني،2005، ص 17).

– ويعرف المنهج الإكلينيكي أيضا على أنه دراسة الفرد كوحدة متكاملة مميزة عن غيرها وقد تدخل ملاحظة أساليب سلوكية معينة واستخلاص سمات شخصية فرد معين (حلمي المليجي،2001،ص21).

و بالتالي المنهج العيادي هو الأنسب، ذلك لما تتطلبه هذه الدراسة من استخدام أدوات و وسائل لجمع المعلومات و تحليلها بهدف اختبار الفرضيات، و كذا طلبا للدقة في النتائج التي نريد أن نتوصل إليها.

3.مجال الدراسة:

3-1:المجال المكاني: تمت الدراسة الاستطلاعية على مستوى منطقتين: المدرسة الابتدائية النهضة –بسكرة– والمدرسة الابتدائية بوسته مختار –المسيد – بسكرة، بينما الدراسة الأساسية فقد تمت على مستوى: المدرسة الابتدائية بوسته مختار – المسيد– لولاية بسكرة.

3-2:المجال الزماني: تمت جمع بيانات هذا البحث في الفترة الزمنية من 03 فيفري 2016 إلى غاية 03 مارس 2016 .

3-3:المجال البشري: تم إجراء الدراسة الاستطلاعية على 12 طفل أصم زارع للقوقعة ، ثم تم اختيار ثلاث حالات بناء على بعض الخصائص المحددة و بطريقة العينة القصدية

4.حالات الدراسة:

تتراوح أعمار حالات البحث ما بين 11-12 سنة و المتمثلة في :

الحالة الأولى (أ) ولد عمره 12 سنة ،في السنة الثالثة ابتدائي ،يدرس في المدرسة الابتدائية بوسته مختار–المسيد– بسكرة.

الحالة الثانية (م) ولد عمره 12 سنة ،في السنة الثالثة ابتدائي ،يدرس في المدرسة الابتدائية بوسته مختار –المسيد– بسكرة.

الحالة الثالثة (ع) و هو يبلغ من العمر 11 سنة، في السنة الثالثة ابتدائي، يدرس في المدرسة الابتدائية بوسته مختار –المسيد– بسكرة.

5. أدوات الدراسة:

تعد أدوات البحث وسيلة للوصول إلى المعلومات ميدانيا و ذلك للإجابة عن تساؤلات الدراسة حيث أنه لكل منهج معين أدوات معينة،لهذا اعتمدنا في دراستنا على:

5-1:الملاحظة الإكلينيكية:

الملاحظة الإكلينيكية هي إحدى أدوات جمع المعلومات تستخدم في البحوث العلمية الميدانية لجمع البيانات التي لا يمكن جمعها عن طريق الدراسة النظرية أو المكتسبة ،كما تستخدم البيانات التي لا يمكن جمعها عن طريق الاستمارة أو المقابلة ، أو الإحصاءات ، أو الوثائق (رشيد زرواتي،2004،ص218).

5-2:المقابلة العيادية نصف موجهة:

هي أداة بارزة من أدوات البحث العلمي ، و ظهرت كأسلوب هام في الميدان الإكلينيكي ،فهي عبارة عن علاقة دينامية و تبادل لفظي بين القائم بالمقابلة (الباحث) و المفحوص (سامي ملحم،2000،ص247).

في دراستنا هذه ،قمنا بتصميم دليل مقابلة متكون من 3 محاور تم استخلاصها من خلال ما رأيناه في الجانب النظري ،نظرا لمحدودية اللغة اللفظية لدى الطفل الأصم الحامل للزرع القوقعي في مرحلة الطفولة المتأخرة ،و كانت المحاور على النحو التالي:

***المحور الأول:المقابلة مع المعلمة:**

تناول أسئلة توضح العلاقة بين الحالة و أقرانه من جهة و المعلمة من جهة أخرى و أهم السلوكات و التصرفات التي يتصف بها الحالة داخل القسم.

***المحور الثاني:المقابلة مع المربية:**

تناول هذا المحور أسئلة توضح سلوكات و رد فعل الحالة في بعض المواقف و نحو الآخرين ، و بعض الانفعالات التي قد تعتبر مؤشر من مؤشرات القلق لدى الحالة داخل القسم و في المدرسة ككل.

***المحور الثالث:المقابلة مع الأم:**

فقد احتوى هذا المحور على أسئلة توضح العلاقة بين الحالة و الأم بصفة خاصة و الأسرة بصفة عامة و السلوكات التي يقوم بها اتجاه مختلف المواقف.

5-3:اختبار رسم العائلة:

هو اختبار إسقاطي يدعم المقابلة العيادية ،فالرسم يعتبر أفضل وسيلة للتعبير بحرية عن مكبوتات داخلية ،يصعب التعبير عنها بواسطة الكلمات و الكتابة، ويستطيع الفاحص من خلال هذا الرسم التعرف على عواطف الطفل الحقيقية،فرسم العائلة إذا هو رائز للشخصية يفسر من خلال قوانين الإسقاط (حجاب سارة،2012،ص206).

إذ يعتبر رائز رسم العائلة من أهم الروائز الإسقاطية المستعملة مع الأطفال إبتداءا من سن الخامسة ،تم إعداده من قبل العالم لويس كورمان "**LOUIS CORMAN** " ،الذي يرى أن رائز رسم العائلة يسمح للطفل بإسقاط ميوله المكبوتة إلى الخارج ،فيمكن له إظهار أحاسيسه نحو الآخرين أي نحو أفراد عائلته ، و بالتالي نتعرف على شخصية الطفل و على صراعاته العاطفية (سعاد إبراهيمي،2002،ص108).

فالهدف من إجراء اختبار رسم العائلة،هو الكشف عن الصراعات الداخلية و الاضطرابات العاطفية، ويعتبر اختبار إسقاطي يسمح للطفل بإسقاط رغباته المكبوتة و مخاوفه و حالته العاطفية ، و يرجع الفضل إلى **M.Porot** في ابتكار رسم العائلة ، ويقول :"تمثيل الطفل لمجموعته العائلية بنفسه رائز اسقاط حقيقي"(حجاب سارة، 20012،ص 208).

***تقديم الاختبار:**

تقدم إلى الطفل ورقة بيضاء (21X27)، قلم رصاص ، أقلام ملونة ، و يطلب منه رسم عائلة حقيقية و خيالية.

***مستويات التحليل:**

يعتمد كورمان في تحليل رسومات الأطفال على ثلاث مستويات:

- المستوى الخطي.
-المستوى الشكلي.
- على مستوى المضمون (المحتوى)

<u>خلاصة الفصل:</u>

تم في هذا الفصل تناول المنهج المتبع في هذه تم عرض مجال الدراسة و المتمثل في المجال المكاني و الزماني و المجال البشري ، ثم تطرقنا إلى عرض حالات الدراسة و أدوات الدراسة المتمثلة في المقابلة النصف موجهة، و اختبار رسم العائلة حيث تسمح هذه الأدوات بالتعرف على الحياة النفسية للطفل الأصم الحامل للزرع القوقعي ، و الكشف على انعكاس الزرع القوقعي في ظهور السلوك العدواني و القلق لدى الطفل الأصم.

الفصل الرابع:

عرض و تحليل نتائج الحالات على أدوات الدراسة

تمهيد:

بعدما تطرقنا إلى عرض المنهجية المتبعة في الدراسة و مختلف أدوات جمع البيانات، طبقت الدراسة الاستطلاعية بهدف جمع المعلومات حول المجتمع الأصلي حتى يتم اختيار حالات الدراسة الأساسية، ثم عرض و تحليل ومناقشة النتائج التي توصلنا إليها من خلال تطبيقنا للمقابلة النصف موجهة و الاختبار الاسقاطي رسم العائلة على حالات الدراسة الثلاث ، فبعد جمع المعلومات سنقوم بعرضها و تحليلها ، وكذا مناقشتها للوصول إلى الإجابة عن فرضيات الدراسة.

1:الدراسة الاستطلاعية:

تعتبر الدراسة الاستطلاعية مرحلة مهمة في البحث العلمي نظرا لارتباطها بالميدان من خلالها نتأكد من وجود عينة الدراسة، و من ثم يمكننا الاطلاع على الصعوبات التي قد نصادفها في الميدان من جهة، و عن مدى ملائمة الوسائل و التقنيات المختارة لطبيعة الموضوع من جهة أخرى.

فبعد موافقة اللجنة العلمية على الدراسة التي جاءت بعنوان "انعكاس الزرع القوقعي على المعيش النفسي للطفل الأصم" و بعد أخذ التصريح من طرف إدارة قسم العلوم الاجتماعية و بالخصوص رئيس قسم العلوم الاجتماعية توجهنا إلى مديرية النشاط الاجتماعي و التضامن، وقد واجهتنا بعض التعقيدات و الصعوبات و المتمثلة في غياب المسئول و المكلف بالمصادقة على ورقة التربص، ما جعلنا ننتظر لمدة أسبوع للحصول على التصريح هذا ما دفع في الأخير بمديرة مديرية النشاط الاجتماعي و التضامن على موافقتها على إجرائنا للتربص في المدرسة الابتدائية "بوستة مختار" لولاية بسكرة بحي المسيد و المدرسة الابتدائية النهضة بسكرة، حيث تم توجهنا إلى المدرسة الابتدائية بوسته بتاريخ 2016/02/03 إذ قمنا بمقابلة المدير حيث وجدنا تسهيلات من قبله ، و تم دخولنا إلى

القسم المدمج الخاص بالأطفال الزارعي للقوقعة هناك وجدنا المعلمة و الأرطوفونية و المربية و كانوا جد متعاونين معنا و تم تزويدنا بالكثير من المعلومات عن حالات الدراسة و كيفية التعامل معهم وإعطاءنا رزنامة خاصة للعمل معهم بأريحية ، و وجدنا القسم يحتوي على 6 أطفال زارعي للقوقعة تتراوح أعمارهم ما بين 11-15 سنة، و في نفس اليوم توجهنا إلى المدرسة الابتدائية النهضة و تمت مقابلة المدير و معلم القسم المدمج ، و تهدف زيارتنا هذه إلى تكوين فكرة أكثر وضوحا عن موضوع البحث و ملاحظة سلوكات الأطفال الصم الزارعي للقوقعة عن قرب، أثناء الحصة العربية في فترة الصباح أو الحصة الفرنسية في المساء أو في ساحة الفناء و أثناء تواجدهم في المطعم .

1-1:أهداف الدراسة الاستطلاعية:

هدفت الباحثة من خلال القيام بدراسة استطلاعية حول الظاهرة موضوع البحث إلى تحقيق جملة من الأهداف نلخصها في ما يلي:

- تعتبر الدراسة الاستطلاعية عملية لتحديد فرضيات البحث ثم الاعتماد عليها كمرحلة فحص الفرضيات الممكنة.

- معرفة طبيعة المعيش النفسي لدى الأطفال الصم الحاملين للزرع القوقعي.

- التعرف على ميدان إجراء الدراسة و الحصول على المعلومات الأولية الميدانية حول المشكلة المراد دراستها.

- التعرف على بعض الصعوبات للتحكم فيها في الدراسة الأساسية.

1-2: نتائج الدراسة الاستطلاعية:

- التعرف على الحالات و خصائصها ، و التأكد من انتشار سلوكات مضطربة عند الأطفال الصم الحاملين للزرع القوقعي و تحديدها، و التعرض لأدوات الدراسة من (المقابلة العيادية النصف موجهة و بعد ذلك تطبيق اختبار رسم العائلة).

2. الدراسة الأساسية:

3. عرض النتائج و تحليلها:

الحالة الأولى (أ):

1:بيانات عامة عن الحالة الأولى:

الاسم: أ

الجنس: ذكر

تاريخ الازدياد: 15-10-2004

المستوى التعليمي: ثالثة ابتدائي

المستوى المعيشي: جيد

سن اكتشاف الإعاقة: أربعة سنوات

سبب الإعاقة: غير وراثي

سن إجراء العملية: خمسة سنوات

2: نتيجة المقابلة كما وردت مع أم الحالة الأولى (أ):

س1: كيف أصيب بهذه الإعاقة؟

ج1: و الله مكان سبة باينة و أنا و باباه مناش أقارب، يعني ماشي وراثي ،و في الأول يقولولي ثقيل السمع هذا ما كان ،و يسمع غير الصوت القاوي ياسر بعد 4 سنوات تم تشخيصه في باتنة بلي 90% إعاقة و 10% يسمع.

س2: كم كان عمره عندما أجرى عملية الزرع القوقعي ؟

ج2: كان عمرو 5 سنوات.

س3: كيف تجدين تصرفاته داخل المنزل؟

ج3: في القبل كان عاقل ،أما الآن ماشي نورمال يعري روحو ، يعيط و يخبط الحوايج لي قدامو.

س4: ما هي السلوكات التي تزعجك منه؟

ج4: سلوكاته تقريبا عادية ،بصح الحركة عندو غير طبيعية يتحرك ياسر.

س5: يقلق و يضايق الآخرين؟

ج5: يقلق الغير و يخدم حوايج ميش طبيعية خاصة مع أخته يهبلها.

س6: كيف هي علاقته مع الآخرين؟

ج6: مع خاوته الصغار يحب يلعب معاهم مي الكبار معندوا حاجة فيهم.

س7: عندما يتضايق كيف يتصرف؟

ج7: يتصرف بعدوانية ،يتكرز و يشتم.

س8: هل يتعامل بخشونه أم بلطف مع الأشياء؟

ج8: لالا عادي غير كي يتقلق.

س9: هل تساعديه في نشاطاته عادة ؟

ج9:ايه نعاونو الأغلبية أنا.

س10: هل يمزق كتبه أو ممتلكات أخوته ؟

ج10: لالا كتبه لالا بصح تاع خاوته ايديرهالهم مكرة.

س11: هل يستثار بسرعة؟

ج11: ايه في سع يتترفى.

س12: هل يفعل ما يحلو له و لا يهتم بالآخرين؟

ج12: ايدير واش يحب و ما يخضش الراي ، و كي يقليقني نولي نسب في يا المعوق.

س13: هل يتشاجر مع أخوته ؟

ج13: ايه يتقابض معاهم.

س14: كيف تكون ردة فعله عندما يغضبه شخصا ما؟

ج14: يخبط رجليه و يعيط.

س15: هل لديه صعوبة في النوم؟

ج16: ساعات يرقد نورمال و ساعات بالسيف باه يرقدلي.

3: نتيجة المقابلة كما وردت مع معلمة الحالة الأولى (أ):

س1: كيف تجدين تصرفات الحالة(أ)داخل القسم؟

ج1: فوضاوي في كل شيء في الحركة في الكلام...

س2: ما هي التصرفات التي تزعجك منه ؟

ج2: كل شيء عدم الانضباط ، و عدم التركيز.

س3:ما هي هذه التصرفات؟

ج3: توبخيه معلبلوش بيك و ينزعج أمام رفاقئه.

س4:هل يغيض و يضايق الآخرين؟

ج4: نعم يضايق أصحابو ياسر.

س5: هل هو سريع الاستثارة؟

ج5: نعم في سع يستثاريرفع يديه يبزق على أصحابه يرد الصرف و الهدرة .

س6: كيف هي علاقته بأقرانه؟

ج6: عادي يلعب معاهم.

س7:كيف يتصرف عندما ينقده الآخرين؟

ج7: ما يحبش و يقلق و يحشم قدام أصحابو.

س8: هل يبدوا مشتتا و غير مستقر داخل القسم؟

ج8: غير مستقر و مشتت ديما تايه ميش لاتي بالدرس.

س9: هل يتضايق لكثرة الناس من حوله؟

ج9: لالا معلبلوش بالناس كامل.

س10: هل يلعب مع الآخرين أم يتحاشاهم؟

ج10: يلعب و ينقز و يشتي يلعب مع أصحابو و حتى مع لي ميعرفهمش.

س11:هل يشعر بالقلق عادة داخل القسم؟

ج11: ايه ماذابيه غير يخرج من القسم باه يلعب.

س12: ما هي تصرفاته عندما يشعر بالقلق ؟

ج12: يولي كل دقيقة يقلك نروح نستريح يخبط أقلامو.

س13: هل يقوم بتكسير ممتلكاته أو ممتلكات أصدقائه؟

ج13: لالا في القسم يخاف مني.

س14:هل يقوم بضرب أصدقائه أحيانا أو شتمهم؟

ج14: ايه يضربهم و يسب و يدفل عليهم.

4: نتيجة المقابلة كما وردت مع مربية الحالة الأولى (أ):

س1: كيف تجدين تصرفات (أ) داخل القسم؟

ج1: كثير الحركة و ما يركحش خلاص.

س2: ما هي التصرفات التي تزعجك منه؟

ج2: كثرة الكلام و الحركة و الفوضى.

س3: أيغيض و يضايق الآخرين؟

ج3: نعم يضايقهم و يغيضهم و يعكي عليهم .

س4:هل يفعل ما يحلو له و لا يهتم بالآخرين؟

ج4: ايه كي يحب ايدير رايو ايديرو كون يعود واش يعود.

س5: هل هو سريع الاستثارة؟

ج5: ايه في سع يستثار و يقلق.

س6: هل يشعر بالقلق داخل القسم أو المدرسة؟

ج6: ايه في القسم يقلق بصح في المدرسة لالا بسكو يجري و يلعب.

س7: كيف يتصرف عندما يشعر بالقلق؟

ج7: يعيط و يخبط رجليه .

س8: هل يتعامل بخشونة مع الأشياء ؟

ج8: نوعا ما ماشي ديما.

س9: هل يمزق دفاتره أو كتبه أو ممتلكات الآخرين؟

ج9: لالا يخاف منا .

س10: هل يبدوا مشتت و غير مستقر داخل الفناء؟

ج10: ايه مشتت صح.

س11: هل تتضايق من كثرة الناس؟

ج11: لالا اجتماعي نورمال.

س12: هل يسأل أسئلة كثيرة مقارنة مع الآخرين؟

ج12: ايه يقلقك بالأسئلة على اتفه حاجة.

س13: هل يقوم بأي سلوكيات غريبة في الفناء؟

ج13: لالا غير يلعب و يجري.

س14: هل يقوم بتكسير الأشياء المتواجدة في الفناء؟

ج14: لالا يخاف ميديرش هكاك.

س15: هل يتشاجر مع أصدقاءه؟

ج15: ايه ديما يتقابض معاهم و يضيقهم.

5:نتيجة الاختبار كما ورد مع الحالة الأولى:

الهدف من إجراء اختبار رسم العائلة ، هو الكشف عن الصراعات الداخلية و الاضطرابات العاطفية ، من خلال ملاحظة الطفل أثناء رسمه للعائلتين الحقيقية و الخيالية ، و يتم هذا على ثلاث مستويات:

5-1:المستوى الخطي:

يتميز رسم الحالة باحتلال مكانة صغيرة من الورقة و هذا يدل على على تثبيط للامتداد الحيوي و نقص الثقة بالنفس، و الخط مضغوط أي سميك ما يدل على نزعات قوية اندفاعية، أي لا يخطط و مندفع و متسرع في قراراته، و بالتالي تحرر نزوي أي حرية المشاعر و عدم الرضا، أيضا وجود بعض الخطوط المضغوطة و التكرار عليها ما يدل على رغبة الحالة في تأكيد ذاته، كما يغلب على الرسم الخطوط المستقيمة و كثرة الزوايا الحادة ما يوحي إلى الصرامة و قلة الحيوية و العدوانية و القلق، كما بدأ الحالة الرسم سواء في العائلة الحقيقية أو الخيالية من اليمين إلى اليسار ما يدل على حركة نكوصية أي الرغبة في الرجوع إلى الماضي، الشيء الذي يوضح أن الحالة يستخدم ميكانيزم النكوص، كما أن الرسم في المنطقة السفلى من الورقة يدل على أن الحالة متعبة و لديه مشاكل و هو من

الأفراد الخاملين الكسالى و متمركز حول ذاته، كما أن الحالة ترك مساحة بيضاء يسار الورقة دليل على النكوص الممنوع و رسمه رسم يميل أكثر إلى اليمين يدل على محاولة الهروب من الواقع ، كما ترك فراغ كبير في الورقة في العائلتين و بالتالي فهو عصابي.

5-2:المستوى الشكلي:

أتقن الحالة نوعا ما لرسمه للعائلتين الحقيقية و الخيالية ، كما مييز الحالة بين الجنسين و يعبر هذا على النضج و الذكاء، كما رسم أفراد العائلة متقاربين من بعضهم البعض ما يدل على الشعور بعدم الاستقلالية، أما فضاء الرسم فكان ضيق ما يدل على وجود أشياء لدى الحالة ممنوع التفكير فيها، و ما يميز أيضا الرسم سواء في العائلة الحقيقية و الخيالية وجود مناطق بيضاء على يسار الورقة ما يدل على عدم الرغبة لا شعوريا في الرجوع إلى الماضي، كما رسم الحالة الأب بحجم أكبر من أفراد العائلة ما يدل على اضطراب الصورة الوالدية، فالحالة (أ) من النمط الحسي لأنه لديه الإرادة في الرسم كما أنه لم يحترم الترتيب المنطقي لأفراد عائلته.

5-3:على مستوى المضمون:

رسم الحالة في العائلة الحقيقية كل أفراد العائلة ما يوضح خضوعه لمبدأ الواقع، أما في العائلة الخيالية فقد حذف أمه و أخوته و رسم والده و أخوه الكبير و نفسه ما يشير إلى الميولات السلبية و الإحساس بالحقد و القلق و أضاف عمه مايوحي إلى تقمص الشخصية، كما تميز الرسم في العائلة الحقيقية باستعمال اللون الأحمر و الذي لون بها والدته ما يدل على الميول العدوانية اتجاهها و العنف، كما تميز الرسم بالضغط على القلم ما يوحي إلى العدائية، أما اللون الأسود و الذي لون به والده و الذي يعبر عن الميول السلبية اتجاهه و الشعور بالذنب و القلق و الخوف و السلوكات الاكتئابية، كما استخدم اللون البرتقالي و يدل على الفرح و محاولة الشعور بالارتياح، استخدم الحالة أيضا اللون البني يدل على

حركة نكوصية و دلالة على الحزن و عدم الارتياح أي أن الحالة يستخدم ميكانيزم النكوص للبحث عن الأمان و الحاجات الأولية، لون أيضا الحالة والده بالأسود و عنقه بالبني دليل على السلطة التي يمارسها، نجد أيضا أن الحالة رسم الجذع على شكل مربع يدل على القلق لدى الحالة، و رسم الأيدي مفتوحة يدل على الحاجة للأمن و الحماية، و العيون كانت على شكل نقطتين يدل على ضعف تقدير الذات و التقليل من قيمته، رسم الحالة أيضا الأنف له دلالة قضيبية أي التفريق بين الجنسين و وجود رغبات جنسية، و تميز رسمه بالرقبة الطويلة و يدل على نقص التحكم في الدوافع، كما رسم الحالة حجم الرأس أكبر من حجم الجسم ما يدل على صعوبات دراسية ، و أنه يستخدم ميكانيزم التكوين العكسي، كما أنه رسم تعابير الوجه (التبسم) يدل على الرغبة في الاتصال، كما رسم الفم على شكل خط ما يدل على الضغط الممارس عليه، رسم الأصابع على شكل وردة ما يدل على عدوانية نحو الذات.

6: تحليل نتائج الحالة الأولى على أدواتي الدراسة و في ضوء فرضياتها:

بعد إجراء المقابلة العيادية النصف موجهة مع كل من (المعلمة و المربية و الأم) و تطبيق اختبار رسم العائلة نجد أن الحالة لديها مظاهر العدوانية ، كالإفراط الحركي و الفوضى داخل القسم ، و هذا ما أكدته المعلمة في قولها "**أحمد فوضوي في كل شيء في حركاته، حتى في أفكاره**" فالإفراط الحركي كان واضح في الرسم من خلال كثرة الخطوط المستقيمة، كما أن الحالة لا تتحكم في انفعالاتها و تصرفاتها و ردود أفعالها ، و هي شخصية سريعة الاستثارة ، و هذا ما بينته مربية الحالة من خلال قولها "**نعم في سع يتقلق و يتنرفى**" و هذا ما تم ملاحظته في رسمه للعائلتين إذ أن الخط مضغوط أي سميك ما يدل على نزعات قوية اندفاعية، أي لا يخطط و مندفع و متسرع في قراراته ،كما أن الحالة لديه نقص في التركيز داخل القسم و عدم الانتباه للواجبات المدرسية، خاصة عند حل الواجبات بالقسم، فالإفراط الحركي أدى به إلى تشتت الانتباه و بالتالي النقص الدراسي و هو ما ظهر في رسمه لحجم رأسه ،على الرغم من تفاعلاته مع أصدقاءه داخل القسم و في الفناء ، إلا

أنه دائما يتصرف معهم بعدوانية و يتشاجر معهم، فالحالة غير منضبطة و منظمة ،و يأتي إلى المدرسة بصورة غير لائقة أحيانا ، و هذا ما أكدته المعلمة في قولها "**دائما ماهوش منظم و لبستوا ماهيش نظيفة و مهوش منظم** "،كما أن معظم انفعالاته و سلوكاته الغير لائقة تكون نتيجة التوبيخات التي يتعرض لها من قبل المعلمة نتيجة عدم الاستجابة للأسئلة الموجهة له و عدم تركيزه لدروسه و عدم تقبله لتلك التوبيخات و هو رد فعل معارض و العناد ، فرفض العقاب هو بعد من أبعاد المشكلات الشخصية، كما أن حركة القدمين للحالة توضح عدوانية الحالة و شعورها بالقلق و هذا واضح في رسمه للاختبار إذ غلب على الرسم الخطوط المستقيمة و كثرة الزوايا الحادة ما يوحي إلى الصرامة و قلة الحيوية و العدوانية و القلق ، فقد ذكر **مصطفى عبد المعطي** :" القلق هو حالة من التوتر المصحوب بالخوف و توقع الخطر،أو هو عدم الارتياح و التوتر الشديد الناتج عن خبرة انفعالية غير سارة يعاني منها الطفل عندما يشعر بخوف أو تهديد دون أن يعرف السبب الواضح لها ، فالقلق مجموعة من المخاوف غبر المحددة التي تظهر في سلوك الطفل ".

كما نلاحظ على الحالة مظاهر العدوانية التي تتجلى في شتم أقرانه ، و البزق عليهم و السخرية من الآخرين، و لا يبالي بآرائهم و اتضح ذلك من خلال قول المعلمة "**معلبلوش بالناس و ما يهموا حتى واحد يحب ايدير واش يحب هو**" ، و رسم الحالة الرقبة طويلة في العائلة الحقيقية و الخيالية يدل ذلك على معاناته من نقص التحكم في الدوافع، كما يتصرف أيضا بعدائية مع إخوته و هذا نتيجة أنه طفل مدلل في البيت و يفعل ما يحلو له و هو ما ظهر في تلوين أخته باللون الأحمر، و يحصل على ما يريد و هذا ما أكدته أم الحالة في قولها"**ديما يتقابض مع خاوتوا و حنا مانضربوهش لخاطر مريض و ماذبينا نجيبولو واش يحب**" ،إذ تميز رسمه بغياب الحركة و لا حيوية و إنما صرامة و تصلب من خلال رسم الخطوط المستقيمة و هذا ما يشير إلى برودة العلاقات العائلية و احتمال كبير في وجود مشاكل انفعالية و اجتماعية، فالحالة من خلال رسمه و من خلال إجراء العديد من

المقابلات نتوصل إلى معاناته من القلق و الكف و العدوانية و التأخر العاطفي ، أيضا إلى التبعية إلى الراشد.

7:التحليل العام للحالة:

من خلال إجراء العديد من المقابلات مع (المعلمة ، الأم، و المربية)، و تطبيق اختبار رسم العائلة مع الحالة، نخلص إلى أهم السمات التي يتميز بها الحالة ، حيث يتضح أن السمة الأكثر وضوحا هي وجود النزوات العدوانية و التي يسبب له مشاكل في المدرسة و البيت ، و ذلك ما أكدته نتائج تحليل المقابلة العيادية مع الأم و المعلمة و كذا المربية، و تتضح النزوات العدوانية في اختبار رسم العائلة كذلك ، كما وجدنا أنه يعاني من فراغ عاطفي و حرمان أبوي و هذا ما أكدته لنا أم الحالة في قولها: "**باباه صح يحبو و يديرلوا واش يحب بصح صعيب و صارم مع ولادوا**" ، فهذا الفراغ عند الطفل ينعكس على سلوكه فيجعله عدوانيا متسلطا على الأطفال و هو ما ظهر في الرسم من خلال الفراغ، و من خلال ملاحظتنا للحالة تبين أنه كثير الحركة ، و كما أنه يعاني من نقص التركيز ، فعند إجراءنا للمقابلة معه، لوحظ أن الحالة يجري و يدور فله فرط نشاط حركي و هذا يؤدي إلى نقص التركيز الذي يؤدي بدوره إلى صعوبات التعلم النمائية و هذا نتاج الحرمان العاطفي ، حيث أن هذا الحرمان العاطفي جعل من الحالة (أ) لا يقوم بواجباته المدرسية ، فتعرض الحالة في طفولته إلى النبذ و التسلط و الإهمال ، حيث تؤدي هذه الاتجاهات إلى ظهور القلق ، و هذا ما أكدته دراسة الباحث **جرونر و آخرون (1999)** التي أوضحت أن الاتجاهات الوالدية مثل الحماية الزائدة و النبذ و التدليل و غيرها لها أثر بالغ في حدوث القلق (محمد محمد خليل يومي،2000،ص 237).

– لذا نجد أن المعيش النفسي للحالة يتسم بخصائص عديدة منها الحرمان العاطفي و ظهور العديد من مؤشراته التي تتجلى في العدوان و القلق كالصراخ و العناد و البكاء لدى الحالة الذي يعرقل قدراته النمائية و جعلها محدودة نوعا ما.

الحالة الثانية(م):

1: بيانات عامة عن الحالة الثانية:

الإسم: م

الجنس: ذكر.

تاريخ الازدياد: 2004/08/23.

المستوى التعليمي: ثالثة ابتدائي.

المستوى المعيشي: جيد

سن اكتشاف الإعاقة: عام و نصف.

سبب الإعاقة: ارتفاع درجة الحرارة.

سن إجراء العملية: خمسة سنوات.

2:نتيجة المقابلة كما وردت مع أم الحالة الثانية (م):

س1: كيف أصيب بهذه الإعاقة؟

ج1: كان عادي كي زاد يسمع نورمال في سن عام و نصف طلعتلوا السخانة ياسر، من هذاك الوقت ولا مايسمعش و مايتجوابش للأصوات.

س2: كم كان عمره عندما أجرى عملية الزرع القوقعي ؟

ج2: كان عمره 5 سنوات و ملي عرفنا بلي ما يسمعش ماكانش بلاصة مادينا هش ليها ، و محبوش في الأول ايديروهالو بسكو قالولي كبير.

س3: كيف تجدين تصرفات الحالة (م) داخل المنزل؟

ج3: عادي عاقل ماهوش فوضوي ايحب يقعد يقرى و لا يلعب على الحاسوب أغلب وقتو فيه.

س4: ما هي السلوكيات التي تزعجك منه؟

ج4:لالا مكانش حاجة تقلقني فيه.

س5: يقلق و يضايق الآخرين؟

ج5: لا بالعكس هادئ و ما يقلق حتى واحد.

س6: كيف هي علاقته مع الآخرين؟

ج6: علاقته مليحة خاصة مع أخوه الكبير يحبو ياسر و يحب يقعد معاه.

س7: عندما يتضايق كيف يتصرف؟

ج7: كي يقلق يبكي خاصة إذا ماداش نقطة مليحة في قرايتو و مايكلش هذاك النهار و يبقى حزين.

س8: هل يتعامل بخشونه أم بلطف مع الأشياء؟

ج8: لا لطيف و حساس ياسر و يتعامل بلطف مع كل الأشياء.

س9: هل تساعديه في نشاطاته عادة ؟

ج9: نعم نساعده و ديما نقريه أنا و ساعات خاوته ثاني.

س10: هل يمزق كتبه أو ممتلكات أخوته ؟

ج10: لالا مايديرش هذه الحوايج خلاص.

س11: هل يستثار بسرعة؟

ج11: ساعات ميش ديما مي الأغلبية عاقل.

س12: هل يفعل ما يحلو له و لا يهتم بالآخرين؟

ج12: لا هو كي تقوليلو مديرش هذيك الحاجة مايديرهاش.

س13: هل يتشاجر مع أخوته ؟

ج13: لا يحبهم و يحب يلعب معاهم.

س14: كيف تكون ردة فعله عندما يغضبه شخصا ما؟

ج14: كي يقلق و يغضب يريح وحدوا و يولي يبكي.

س15: هل لديه صعوبة في النوم؟

ج15: ساعات برك ميش ديما.

3: نتيجة المقابلة كما وردت مع معلمة الحالة الثانية (م):

س1: كيف تجدين تصرفات (م) داخل القسم؟

ج1: مليح حشام، متأدب ، خلوق الصفات المليحة كل فيه.

س2: ما هي التصرفات التي تزعجك منه؟

ج2:لحاجة لي تقلقني فيه هي كثرة الحشمة يحشم ياسر فوق اللازم.

س3:ما هي هذه التصرفات؟

ج3: الحشمة و حساس ياسر و يبكي.

س4:هل يغيض و يضايق الآخرين؟

ج4: لا العكس الآخرين هما لي دائما يضايقوه أما هو لا.

س5: هل هو سريع الاستثارة؟

ج5: ايه خاصة مع أصحابه يشاجر معاهم و يضرب ساعات و يدفعهم .

س6:كيف هي علاقته بأقرانه؟

ج6: يحبهم يحب أصدقاءه و يحب يلعب معاهم.

س7:كيف يتصرف عندما ينقده الآخرين؟

ج7: يهبط راسو و وجه يحمار و يبكي.

س8: هل يبدوا مشتتا و غير مستقر داخل القسم؟

ج8:لالا طبيعي

س9: هل يتضايق لكثرة الناس من حوله؟

ج9: ايه لاخاطر يحشم ياسر.

س10: هل يلعب مع الآخرين أم يتحاشاهم؟

ج10: لالا يلعب معاهم.

س11: هل يشعر بالقلق عادة داخل القسم؟

ج11: لا يحب يقرى و يتعلم و ينتبه للدرس مليح و دائما متفوق.

س12: ما هي تصرفاته عندما يشعر بالقلق ؟

ج12: يأكل أضافره و يتذمر.

س13: هل يقوم بتكسير ممتلكاته أو ممتلكات أصدقائه؟

ج13: لا مايديرش هذه الحوايج خلاص عاقل.

س14: هل يقوم بضرب أصدقائه أحيانا أو شتمهم؟

ج14: قبل مكانش يضربهم كانوا ديما يضربوه و يبكي مي ضرك يضربهم بصح مايشتمش

س15: كيف هي ردة فعله عندما توبخينه؟

ج15: يبكي و ما يعجبوش الحال.

4: نتيجة المقابلة كما وردت مع مربية الحالة الثانية (م):

س1: كيف تجدين تصرفات (م) داخل القسم؟

ج1: تصرفاته عادية ساعات برك ايدير حوايج يقلقو.

س2: ما هي التصرفات التي تزعجك منه؟

ج2: كيما مثلا تقوليلو ما ديرش هذيك الحاجة يحب يفرض رأيه.

س3: أيغيض و يضايق الآخرين؟

ج3: لالا مايضايقهمش خلاص.

س4:هل يفعل ما يحلو له و لا يهتم بالآخرين؟

ج4: لا يأخذ الراي ساعات برك يعاند فيه العناد شوي.

س5: هل هو سريع الاستثارة؟

ج5: نعم و سريع البكاء.

س6: هل يشعر بالقلق داخل القسم أو المدرسة؟

ج6: لا يحب يقرى و يحب ايكون في المدرسة.

س7: كيف يتصرف عندما يشعر بالقلق؟

ج7: يبكي و يتذمر.

س8: هل يتعامل بخشونة مع الأشياء ؟

ج8: لا لطيف و حساس ياسر.

س9: هل يمزق دفاتره أو كتبه أو ممتلكات الآخرين؟

ج9: لا مايديرش هكاك خلاص.

س10: هل يبدوا مشتت و غير مستقر داخل الفناء؟

ج10:لا ماشي مشتت لا يلعب عادي مرات يتعارك مع أصحابو ويحب يلعب وحدوا.

س11: هل تتضايق من كثرة الناس؟

ج11: نعم يتضايق و بالسيف باه يوالف.

س12: هل يسأل أسئلة كثيرة مقارنة مع الآخرين؟

ج12: يسأل عادي كي مايفهمش حاجة برك.

س13: هل تقوم بأي سلوكيات غريبة في الفناء؟

ج13: لا عادي يلعب هذا ما كان.

س14: هل يقوم بتكسير الأشياء المتواجدة في الفناء؟

ج14: لا مايديرش هكاك.

س15: هل يتشاجر مع أصدقاءه؟

ج15: نعم كي يقلقوه يتشاجر معاهم و يضربهم.

5:نتيجة الإختبار كما ورد مع الحالة:

الهدف من إجراء اختبار رسم العائلة ، هو الكشف عن الصراعات الداخلية و الاضطرابات العاطفية ، و يعتبر اختبار إسقاطي يسمح للطفل بإسقاط رغباته المكبوتة و حالته العاطفية من خلال ملاحظة الطفل أثناء رسمه للعائلتين الحقيقية و الخيالية ، و يتم هذا على ثلاث مستويات:

5-1:المستوى الخطي:

كان الخط مرسوم بشكل واضح و يحتل مكان كبير من الورقة، يدل على كبر حب الحياة و القدرة على التعبير عن الميولات أي امتداد واضح و كبير و سهولة الكشف عن الميولات الشيء الذي يدل على أن الحالة من النوع المنبسط أي حركي و له علاقات اجتماعية، كما أن الحالة رسم أشخاص أكبر من حجم الورقة و طلب ورقة إضافية دليل على رد فعل إزاء وضع ما، كما تميز رسمه بخطوط مستقيمة تدل على الحيوية، كما أنه بدأ الرسم من اليسار نحو اليمين يدل على حركة تطورية و تطلع نحو المستقبل و ميل نحو الأب، كما استعمل الحالة كامل الورقة في الرسم دليل على أن الحالة يتميز بالعفوية و الإشباع الحيوي.

5-2: المستوى الشكلي:

أهمل الحالة بعض التفاصيل في رسمه سواء في العائلة الحقيقية أو الخيالية، إلا أنه ميز بين الجنسين، كما رسم أفراد العائلة متقاربين ما يدل على وجود علاقات حميمة بينهم، كما

رسم الحالة الوالدين مرتبطين في العائلة الخيالية ما يدل على رغبة الحالة في وجود علاقة حميمة بينهم، كما أن فضاء الرسم واسع جدا ما يدل على عدم وجود أشياء ممنوع التفكير به، و الرسم بحجم كبير ما يدل على الشعور بالأمن للحالة، فالحالة من النمط الحسي فلم يحترم الترتيب المنطقي لأفراد العائلة، لأنه رسم نفسه بعد والديه أي يغلب عليه طابع الحيوية و العفوية.

5-3:على مستوى المحتوى:

تميز رسم الحالة للعائلتين الحقيقية و الخيالية برسم كل أفراد العائلة ما يوضح خضوعه لمبدأ الواقع و عدم هروبه من الواقع المعاش، كما أن الحالة لم يقم باستعمال الألوان سواء في العائلة الحقيقية أو الخيالية ما يدل على الفراغ العاطفي، كما قام الحالة برسم الأيدي مفتوحة ما يوحي إلى الحاجة إلى الأمن و الحماية، و كانت على شكل وردة ما تدل على سلوكات عدوانية نحو الذات ، و رسم العيون مفتوحة ما يدل على الرعب و الخوف و القلق، كما أن الحالة لم يقم برسم الأذنين لأفراد العائلة الخيالية و يدل على الخوف و القلق حيث استخدم ميكانيزم الكبت من خلال نقص رسم التفاصيل، كما رسم الأنف له دلالة قضيبية أي التفريق بين الجنسين و وجود رغبات جنسية، كما رسم رقبة طويلة ما يدل على نقص التحكم في الدوافع، كما رسم الرأس بشكل صغير ما يدل على صعوبات في الاتصال، و كان الرأس كبير مقارنة بحجم الجسم ما يدل على صعوبات دراسية و استخدام ميكانيزم التكوين العكسي، رسم أيضا حجمه بحجم والده ما يدل على تقليل من الخوف منه، و كانت الأرجل متباعدة ما يدل على أن الحالة يتميز بالثقة بالنفس، كما أن الجذع كبير ما يدل على وضع الحواجز و المراقبة و الحماية الزائدة ، كما أنه رسم الأشخاص بنفس الشكل يدل على اتجاه نحو العصاب، و تعابير الوجه كانت تبسم يدل على الرغبة في الاتصال، كما أن الفم كان على شكل خطوط ما يدل على الضغط الممارس عليه.

6: تحليل نتائج الحالة الأولى على أدواتي الدراسة و في ضوء فرضياتها:

بعد إجراء المقابلات النصف موجهة مع (المعلمة و الأم و المربية) و تطبيق اختبار رسم العائلة مع الحالة، لاحظنا من خلالها وجود خصائص انفعالية و سلوكية يتميز بها الحالة منها الخجل من خلال قول المعلمة:"**حشام ياسر و كي توبخيه و لا تعيطي عليه يولي يبكي و يحب يقعد وحدوا**" ، كما أن الحالة متقبل لإعاقته من خلال عدم رسمه للأذنين في اختبار رسم العائلة ،لكن الحالة يشعر بالقلق و عدم الاطمئنان و كان هذا واضح في رسمه للجذع على شكل مربع، و كانت الأعين كبيرة و هو تعويض لا شعوريا لفقدان حاسة السمع ، و هي انعكاسات منطقية لأثر الإعاقة السمعية على النمو النفسي و الاجتماعي للطفل ، كما أنه شديد التعلق بوالدته لدرجة أنه يحب التواجد بقربها دائما، لكن هذه الأخيرة غير مؤثر عليه بشكل كبير على القيام بواجباته اتجاه دروسه ،على العكس فالحالة (م) تلميذ نشط و نجيب و مطيع و منظم أدواته منظمة و ملابسه نظيفة و منظمة ، و هذا ما أشارت إليه المعلمة من خلال قولها: "**هو منظم و متربي و يسمع الكلمة و أدواتو مرتبين** " ، و الحالة جد حساس و سهل الاستثارة و هذا لإحساسه المرهف و ذلك من خلال قول الأم :" **حنين ياسر غير نعيط عليه و لا ميديش نقطة مليحة ايجي قلقان و يولي يبكي**" ، و رغم طبع (م) الهادئ و الخجول إلا أن لديه مجموعة من الأصدقاء و الأقران الذين يشاركهم أهم نشاط و هواية لديه و هو الحاسوب ، كما أنه طفل محبوب من طرف الجميع ، أما من الناحية المدرسية فعادة ما يحصل على علامات جيدة تؤهله إلى المرتبة الأولى في قسمه رغم إعاقته السمعية، بل كان دائما متفوقا على زملائه و هذا من خلال قول المعلمة: " **ديما هو الأول في قرايتو و يحب يتنافس مع صديقو على المرتبة الأولى** " ،لكن بالرغم من هذا إلا أن الحالة تعاني من العصبية الزائدة و لديه سرعة الغضب لديه ، وذلك من خلال قول المربية: " **هو بكاي ياسر و في سع يتذمر لأتفه حاجة**" و هذا كان واضح من خلا عدم استعمال الحالة للألوان في رسمه و هو دليل على فراغ عاطفي

و قلق الذي يعيشه الحالة ، و رسم العيون مفتوحة دلالة على الرعب و الخوف و القلق لدى الحالة.

7:التحليل العام للحالة:

من خلال إجراء العديد من المقابلات مع (الأم و المعلمة و المربية) و تطبيق إختبار رسم العائلة مع الحالة ، تبين لنا أن الحالة لديه قلق راجع إلى الخوف من المجهول ، حيث ذكر **هورني HORNY** أن القلق استجابة انفعالية موجهة إلى المكونات الأساسية للشخصية ، و تعتقد أن البيئة التي يعيش فيها الفرد تسهم في نشأة القلق لما لها من تعقيدات و تناقضات ،بينما ينجم القلق عند **أدلر ADLER** في محاولة الفرد التحرر من الشعور بالنقص و محاولته الحصول على التفوق (صالح،2003،ص 84) ، كما اتضح في رسم الحالة (م) اختلال و إتلاف لمظهر الأذنين في الرسم الثاني بالرغم من استفادته من جهاز الزرع القوقعي لمدة 7 سنوات ،نجد لديه تجاذب وجداني فيما يخص إدراك الواقع و الهوام و كذا الصورة و التصور الخاص بجسده ،أي غياب الأذنين في الرسم يوحي إلى جسم متلف ، و إن دل ذلك عن شيء فهو يدل على اختلال إدراك الهوية و الذات في تمثيلها مع ما هو خارجي بمعنى الواقع حسب **كارين ماكوفر (1947)** ، و من خلال ملاحظتنا للحالة تبين لنا أنه عدواني لكن ليس بصفة عنيفة ،و يظهر ذلك في سرعة البكاء و الصراخ و كثرة التذمر، و هذا يرجع إلى التدليل الحالة من قبل العائلة خاصة الأم و هو من شأنه أن يولد العدوان لدى الحالة (م) هذا ما تؤكده دراسة **(إيهاب عبد الباقي 1995)** " وجود علاقة ارتباطيه موجبة دالة إحصائيا بين كل من أسلوب القسوة و التدليل و إثارة الشعور بالنقص و التفرقة و الرفض من جانب الأم و الأب و السلوك العدواني لدى الأبناء ذوي الإعاقة السمعية (عواض بن محمد عويض الحربي،2003،ص 132).

الحالة الثالثة (ع):

1:بيانات عامة عن الحالة الثالثة:

الإسم: ع

الجنس: ذكر.

تاريخ الازدياد: 18-08-2005.

المستوى التعليمي: ثالثة ابتدائي.

المستوى المعيشي: جيد

سن اكتشاف الإعاقة: 6 أشهر.

سبب الإعاقة: وراثي .

سن إجراء العملية: خمس سنوات .

2: نتيجة المقابلة كما وردت مع أم الحالة الثالثة (ع):

س1: كيف أصيب الحالة بهذه الإعاقة؟

ج1: على حساب واش قالونا الأطباء سبب تاعوا وراثي لخاطر كاين من فاميلت باباه ليكيفوا و أختوا ثاني لي كثر منو كيما هو.

س2: كم كان عمره عندما أجرى عملية الزرع القوقعي ؟

ج2: ما درناهلوش بكري كان عمروا واحد الخمس سنوات و محبوش يديروها من الأول غير بالمعريفة و الجريات.

س3: كيف تجدين تصرفات الحالة داخل المنزل؟

ج3: مهبلني في الدار ما يخذش الراي و عنيد .

س4: ما هي السلوكات التي تزعجك منه؟

ج4: الحاجة لي تقلقني فيه كي نقلو ما ديرش هذيك الحاجة هو يروح ايديرها مكرة.

س5: يقلق و يضايق الآخرين؟

ج5: الناس الآخرين لالا غير خاوتاتو لي في الدارو لا أنا.

س6: كيف هي علاقته مع الآخرين؟

ج6: علاقتو عادية مع أنو ما يحبش يحكي مع الناس كل غير لي يعرفهم و يحبهم.

س7: عندما يتضايق كيف يتصرف؟

ج7: يولي يخبط و يتذمر و يخبط رجليه .

س8: هل يتعامل بخشونه أم بلطف مع الأشياء؟

ج8: لالا من دداك برك ساعات.

س9: هل تساعديه في نشاطاته الدراسية عادة ؟

ج9: ايه نساعدوا أنا.

س10: هل يمزق كتبه أو ممتلكات أخوته ؟

ج10: لالا ما يدورش بحوايجهم غير كي يقلقوه ايديرهالهم مكرة.

س11: هل يستثار بسرعة؟

ج11: ايه في سع يستثار.

س12: هل يفعل ما يحلو له و لا يهتم بالآخرين؟

ج12: يا معلبلوش كامل بيك و لا بغيرك لي في راسو ايديروا كي يقلي نخرج نلعب و منخليهش منفيقش بيه نلقاه هربلي و راه برى.

س13: هل يتشاجر مع أخوته ؟

ج13: ايه يتقابض معاهم و ساعات ايدزهم.

س14: كيف تكون ردة فعله عندما يغضبه شخصا ما؟

ج14: يولي قلقان و يتذمر.

س15: هل لديه صعوبة في النوم؟

ج15: ايه بسيف باه يرقد يحب يسهر.

3: نتيجة المقابلة كما وردت مع معلمة الحالة الثالثة (ع):

س1: كيف تجدين تصرفات الحالة داخل القسم؟

ج1: ما ينتبهش و يحاول يفعل أشياء باه ما يقراش.

س2: ما هي التصرفات التي تزعجك منه؟

ج2: قلة التربية و مدلل باباه يخدم في الحبس كي تعيطي عليه زعمة يولي يدرب فيك بالمسدس يعاند في باباه.

س3:ما هي هذه التصرفات؟

ج3: ما يقراش ما يفهمش و ما يحبش يفهم.

س4:هل يغيض و يضايق الآخرين؟

ج4: ايه يقلق صحابو كي يعودوا يقراو.

س5: هل هو سريع الاستثارة؟

ج5: ايه في سع يستثار و يولي يعيط و يخبط و يرفع يديه و يسب.

س6: كيف هي علاقته بأقرانه؟

ج6: مليحة يحبهم و يحبوه و يحب يلعب معاهم.

س7:كيف يتصرف عندما ينقده الآخرين؟

ج7: في القراية كي ينقدوه معلبلوش بيك يهوز كتافو تاع مدخلنيش في حوايج أخرى ينفعل.

س8: هل يبدوا مشتتا و غير مستقر داخل القسم؟

ج8: نعم في القسم أصحابو يقراو و هو تايه و ميش لاتي.

س9: هل يتضايق لكثرة الناس من حوله؟

ج9: لا عادي.

س10: هل يلعب مع الآخرين أم يتحاشاهم؟

ج10: يلعب مع أصحابو و الأولاد الآخرين ما يحبش.

س11:هل يشعر بالقلق عادة داخل القسم؟

ج11: ايه يقلق و كل دقيقة يقلك نروح للمرحاض.

س12: ما هي تصرفاته عندما يشعر بالقلق ؟

س13: هل يقوم بتكسير ممتلكاته أو ممتلكات أصدقائه؟

ج13: لالا يخاف منا مايقدرش ايدير هك قدامنا.

س14:هل يقوم بضرب أصدقائه أحيانا أو شتمهم؟

ج14: ايه يضربهم يسبهم يدفل عليهم.

س15: كيف هي ردة فعله عندما توبخينه؟

ج15: ما يحبش و يتضايق و يبدل الهدرة و يولي يفوخ بقشو.

4: نتيجة المقابلة كما وردت مع مربية الحالة الثالثة (ع):

س1: كيف تجدين تصرفات الحالة داخل القسم؟

ج1: عصبي و يرفع يديه على أصحابه نوعا ما عنيف.

س2: ما هي التصرفات التي تزعجك منه؟

ج2: ترجاع الهدرة و لا يأخذ بالرأي و لا يطيع الأوامر.

س3: أيغيض و يضايق الآخرين؟

ج3: نعم يضايقهم سواء في القسم أو الفناء.

س4:هل يفعل ما يحلو له و لا يهتم بالآخرين؟

ج4: ايه يحب ايدير واش يحب .

س5: هل هو سريع الاستثارة؟

ج5: ايه في سع يستثار و يتنرفى.

س6: هل يشعر بالقلق داخل القسم أو المدرسة؟

ج6: ايه يقلق و يحب غير يخرج.

س7: كيف يتصرف عندما يشعر بالقلق؟

ج7: يولي يخبط في رجليه و يتعصب.

س8: هل يتعامل بخشونة مع الأشياء ؟

ج8: ايه ساعات يتعامل بعنف مع الأشياء.

س9: هل يمزق دفاتره أو كتبه أو ممتلكات الآخرين؟

ج9: ممتلكاته نعم ساعات يكسر أقلام تاعو.

س10: هل يبدوا مشتت و غير مستقر داخل الفناء؟

ج10: ايه ديما تايه و ميش لاتي بالدرس حتى في المطعم و هذا الشيء بسبب ظروف العائلية تاعو ساعات ايجينا مضروب.

س11: هل تتضايق من كثرة الناس؟

ج11: لالا عادي مع أنو في الأول تعبنا.

س12: هل يسأل أسئلة كثيرة مقارنة مع الآخرين؟

ج12: لالا دائما ساكت.

س13: هل تقوم بأي سلوكيات غريبة في الفناء؟

ج13: ساعات مع أصحابو يضربهم و يجري و ينقز.

س14: هل يقوم بتكسير الأشياء المتواجدة في الفناء؟

ج14: لالا ميكسرش يخاف.

س15: هل يتشاجر مع أصدقاءه؟

ج15: دائما يتاجر معاهم .

5: نتيجة الإختبار كما ورد مع الحالة:

الهدف من إجراء اختبار رسم العائلة ،هو الكشف عن الصراعات الداخلية و الاضطرابات العاطفية، و يعتبر اختبار إسقاطي يسمح للطفل بإسقاط رغباته المكبوتة و مخاوفه و حالته العاطفية،من خلال ملاحظة الطفل أثناء رسمه للعائلتين الحقيقية و الخيالية و يتم هذا على ثلاث مستويات :

5-1:المستوى الخطي:

تميز الخط في الرسم بضئالة السمك و رفيع قصير متقطع نوعا ما دليل على تثبيط للامتداد الحيوي الحساسية و كف الغرائز أي أن الحالة من النوع المنطوي، كما أنه رسم في جزء صغير من الورقة يدل على الخجل و الانطواء، كما تميز الرسم بخطوط متقطعة تدل على نزوات عدوانية و خطوط غير واضحة تقريبا (خفيف) يدل على التردد و عدم الثقة في النفس، كف الميول و الخجل ، كانت بداية الرسم من اليمين إلى اليسار يدل على حركة نكوصية أي الرغبة في الرجوع إلى الماضي الشيء الذي يوضح أن الحالة يستخدم ميكانيزم النكوص ،و رسم العائلة الحقيقية في المنطقة العليا و هي منطقة الحالمين أي المنطويين كما أن الرسم في الجهة اليمنى من الورقة و هي رمز الأب تدل على الميل نحو الأب و التقدم نحو المستقبل، كما أن الرسم للعائلة الخيالية كان في المنطقة السفلى للورقة ما يدل على التعب و المشاكل فهي منطقة الأفراد الخاملين الكسالى المتمركزين حول ذواتهم، كما أن الحالة رسم العائلة الحقيقية وسط الورقة دليل على الواقع و نبذ أمومي.

5-2:المستوى الشكلي:

كان رسم الحالة للعائلة الحقيقية و الخيالية غير متقن ، كما أهمل بعض الأجزاء و لم يميز بين الجنسين ، و عدم التمييز في الحجم حسب التسلسل الزمني لأفراد العائلة، كما كان رسم الأفراد متباعدين و وجود مسافات بينهم ما يدل على عدم وجود علاقات حميمة بينهم، كما أن فضاء رسم أفراد العائلة ضيق جدا ما يدل على وجود أشياء ممنوع التفكير بها لدى الحالة، كما أن الرسم كان بحجم صغير يدل على انعدام الشعور بالأمن، فالحالة من النمط الحسي إذ نجد هذا النمط ظاهر بين أفراد العائلة إذ لم يحترم التسلسل المنطقي لهم، أي يغلب عليه طابع الحيوية و العفوية.

5-3:على مستوى المحتوى:

قام الحالة برسم كل أفراد العائلة ما يوضح خضوعه لمبدأ الواقع و عدم هروبه من الواقع المعاش، كما استعمل الحالة الألوان في رسمه للعائلتين الحقيقية و الخيالية ، حيث استعمل اللون الأحمر ما يدل على الميول العدوانية و العنف ، و اللون الأسود الذي لون به نفسه ما يدل على قلق قاعدي، كما استعمل اللون البني الذي يدل على الحركة النكوصية و دلالة على الحزن و عدم الارتياح أي أن الحالة يستخدم ميكانيزم النكوص للبحث عن الأمان و الحاجات الأولية، و لون الأم و الأب بالبني في العائلة الحقيقية دليل على قلق اتجاههم ، و اللون الأخضر أيضا يدل على العلاقات الاجتماعية و الآمال و ردود فعل معرض و الرغبة في التكيف و الهدوء، و اللون الأصفر الذي لون به الأم و الأخت في العائلة الخيالية و هو ما يوحي إلى تبعية الطفل للراشد، كما قام الحالة برسم الشمس في الجهة اليسرى يمثل صورة الأم و ميل نحو الأم و أنها هي التي لديها السلطة و القرار في المنزل، و رسم أيضا الأشجار و هو ما يدل على حب الحالة للحياة و التفاؤل ، ورسم الطيور الذي يدل على أن الحالة من النوع المثالي و هذا كرغبة في الحرية و تحقيق الذات و الآمال و الطموح، كما قام الحالة برسم المنزل الذي يمثل المأوى الذي يضم جميع أعضاء العائلة

يعبر عن حضن الأم لكن لونه باللون الأحمر ما يوحي إلى العددائية اتجاه العائلة ،كما رسم السحب و هي الرغبة في التحرر، رسم أيضا الأزرار ما يدل على الخضوع للسلطة العائلية ، و رسم الأيدي مفتوحة يدل على حاجة الحالة إلى الأمن و الحماية، أما الرسومات فكانت صغيرة و ما يدل على انعدام الأمن لدى الحالة ، و عدم رسم الأذنين يدل على الخوف و القلق، كما رسم الحالة نفسه بحجم أبيه في العائلة الحقيقية ما يدل على التقليل من الخوف منه، كما أنه رسم الأشخاص بنفس الشكل يدل على اتجاه نحو العصاب.

6: تحليل نتائج الحالة الأولى على أدواتي الدراسة و في ضوء فرضياتها:

لاحظنا بعد إجراء المقابلة النصف موجهة مع كل من (المعلمة و الأم و المربية) و تطبيق اختبار رسم العائلة "**للويس كورمان**" أن الحالة (ع) لديه مظاهر عدوانية ،ككثرة الحركة و الكلام و الفوضى داخل القسم و هذا ما أكدته المعلمة في قولها :"**حركي ياسر و يدير واش يحب** " و ما تم ملاحظته من خلال رسمه للعائلة إذ تميز الرسم بخطوط متقطعة تدل على نزوات عدوانية ، و الحالة لا يتحكم في انفعالاته و لا تصرفاته ، و هذا ما أثبتته أم الحالة في قولها :"**يغضب من كل شيء و يستثار في سع**" ، كما نلاحظ على الحالة مظاهر العدوانية و التي تتجلى في قضم الأظافر و تحريك الحاجبين و إخراج لسانه للسخرية من الآخر ، و إصدار أصوات عالية و غريبة كالصراخ ، و يتميز بالعناد و التشبث بالرأي و فرض رأيه و هذا واضح من خلال قول المربية:"**راسو يابس ما يخضش الراي و يدير واش يحب هو و يحلالو**"، كما أنه لا يهتم بآراء الآخرين و لا يبالي باهتماماتهم ، و الحالة (ع) مستواه التعليمي غير جيد بسبب عدم تركيزه في دروسه وجد كسول إذ نجد أن رسمه للعائلة الخيالية كان في المنطقة السفلى للورقة ما يدل على التعب و المشاكل فهي منطقة الأفراد الخاملين الكسالى المتمركزين حول ذواتهم ،فهذه الحالة يقوم بتصرفات عدوانية داخل الأسرة و المدرسة و الصف و هذا راجع إلى الإهمال و الضرب الذي يتعرض له من طرف والده فالحالة لا يحب عائلته و لديه عدائية اتجاهها و هذا

واضح من خلال تلوين المنزل باللون الأحمر ، فالحالة لديه قلق قاعدي و ذلك من خلال تلوين فسه باللون الأسود.

7التحليل العام للحالة :

بعد تحليلنا للمقابلة النصف موجهة ، و من خلال تطبيقنا لاختبار رسم العائلة ،توضح لنا أن الحالة من خصائصها العدوان ، إذ يعاني من سلوكات عدوانية واضحة تتمثل في الصراخ و العناد و التذمر ، فالحالة (ع) يعيش احباطات و فشل ،و ضغوطات في حياته ، فهذه الأخيرة تعد البنية الأساسية في تكوين البناء الأساسي لشخصية الحالة ، و هذا ما حدده **'أدلر'** أن الفشل و الإحباط ينتج عنه السلوك العدواني ، و تتضح النزوات العدوانية في اختبار رسم العائلة ، كما أن المقابلة مع الأم و المعلمة المربية توضح وجود بعض السمات الأخرى منها نقص الإدراك و الانتباه، و هذا ما لاحظناه أيضا و فرط النشاط الحركي حيث يعيق ذلك تقدمه الدراسي بشكل كبير و القلق أيضا الواضح من خلال تذمر الحالة و الصراخ ، كذلك الحالة يعيش في توتر أسري نتيجة إلى أب غير مبالي متصلب و أم غير حنونة ، و نتج عن هذه الوضعية نزاعات و جفاف أسري لغياب العلاقات التفاعلية و الودية بين أفراد الأسرة و بذلك تتحدد معالم شخصية الحالة، ولا يطيع الأوامر ، فالحالة (ع) كثير الضجر و الاستهزاء ، يحب اللعب الفوضوي الذي يتميز بالقوة و العنف، و كل هذه المؤشرات تدل على الحرمان العاطفي للحالة.

* المناقشة العامة للنتائج على ضوء الفرضيات:

انطلاقا من النتائج المتوصل إليها من خلال أدوات الدراسة المتمثلة في المقابلات العيادية النصف موجهة ، و اختبار رسم العائلة لـ **لويس كورمان Corman Louis** ، تبين انعكاس الزرع القوقعي في ظهور السلوك العدواني و القلق لدى الطفل الأصم، حيث وجدنا أن الحالات الثلاث يشتركون في بعض الخصائص الانفعالية و العقلية التي وجدت

فيهم مثل التوتر و قلة التركيز والانتباه و الشعور بالقلق و بعض السلوكات العنيفة و العدوانية، كما أن كلامهم غير مفهوم و رتيب مع السرعة في الكلام هذا راجع إلى أن الحالات الثلاث لم تقم بعملية الزرع القوقعي في السن المبكر ،فقد أثبتت الدراسات أنه كلما كان عمر الطفل صغيرا أثناء إجراء عملية زراعة القوقعة كلما كان ذلك أفضل ، و هذا ما أشارت إليه دراسة **Bertschy** التي أكدت أن الأطفال الذين تقل أعمارهم عن خمس سنوات هم أكثر استفادة من زراعة القوقعة إذ ما قورنوا بغيرهم ، وهذا ما تأكده كل من دراسة **(Lupfer &Domico.1994)** التي أشارت إلى تحسن أداء و فهم الكلام لدى الأطفال الذين قاموا بزراعة القوقعة قبل سن 5 سنوات (علي بن حسن الزهراني، بدون سنة، ص 151).

فقد توصلنا من خلال دراستنا الإكلينيكية للحالات الثلاث إلى تحقيق فرضيتنا الجزئية الأولى التي تشير على أن "**الزرع القوقعي يؤدي إلى ظهور السلوك العدواني لدى الطفل الأصم**" حيث أظهرت الحالتين الأولى و الثالثة مظاهر العدوانية التي تكون موجهة نحو الذات أو الآخرين و المتمثلة في الصراخ و العناد و إزعاج الآخرين ، فالحالة الأولى نجد أن السلوك العدواني لديه راجع إلى الإفراط في التدليل باعتباره الأصغر و بسبب إعاقته السمعية.

فالحالة الثالثة فقد أظهر سلوك عدواني نحو الآخرين من خلال المقابلة النصف موجهة و اختبار رسم العائلة و هو ناتج عن شعور الحالة (ع) بالحرمان العاطفي و الإهمال من قبل الوالدين و اللامبالاة ، فهو عنيد و متصلب و يحب الزعامة ، و هي خاصية استقاها من والده ،فالأسرة هي منبع السلوكيات، أي مصدر تقليد و محاكاة الطفل، فحسب بول ايمار **PAULE AIMARD** "فإن الطفل الأصم يمثل العالم بصورة غير واضحة و غير مستقرة، و يظهر معاشه الشخصي مبني بشكل غير منتظم لا عاطفيا لا سلوكيا و لا ذهنيا ، و لا حتى في علاقاته" **(AIMARD PALUE .1974 .P140)**.

أما بالنسبة للحالة الثانية ، فكانت العدوانية لديه غير مؤذية و لا يكون مصدر إزعاج للآخرين أي تظهر بصفة قليلة في بعض الأحيان فقط لأنه لا يحبذ هذا السلوك ، فالحالة (م) جد حساس و سريع البكاء ، و هذا راجع إلى الوضعية الأسرية المعاشة التي تسودها المحبة و العلاقات الودية و الألفة ، فهذا النوع من العلاقات له دور في تعلم هذه السلوكيات لدى الطفل.

أما الفرضية الجزئية الثانية التي تشير بأن "**الزرع القوقعي يؤدي إلى ظهور القلق لدى الطفل الأصم**" و التي تحققت مع حالات الدراسة، حيث أظهرت الحالات الشعور بالخوف و القلق و شعورهم بالوحدة النفسية و التهديد و هذا راجع إلى الخبرات الماضية، كما أن عدم استقرار الأوضاع الأسرية التي تعيشها حالات الدراسة تؤثر على توافقهم النفسي ما يولد لديهم القلق ، حيث ترى **كارين هورني** "أهمية و دور العلاقات الإنسانية في نشأة القلق، و خصوصا العداء المكبوت من قبل الفرد اتجاه والديه أثناء التنشئة الاجتماعية وما يحدث فيها من مواقف و أزمات تحدث بين الفرد و أسرته" (خالد عوض حسين البلاح، 2009، ص 171).

و مما سبق نستنتج أن الزرع القوقعي ينعكس على المعيش النفسي للطفل الأصم ، مما يؤدي إلى ظهور السلوك العدواني و القلق لديه،لكن هذه النتائج تبقى محصورة على حالات دراستنا باعتبار أن كل حالة قائمة بذاتها و وحيدة.

خلاصة الفصل: من خلال هذا الفصل تم التوصل إلى نتائج كانت محل إشكال في الدراسة ، حيث تمت من خلاله الإجابة على تساؤل الإشكالية و التأكد من صحة الفرضيات المطروحة، والتي سعت لكشف انعاس الزرع القوقعي على المعيش النفسي للطفل الأصم، و هذه الانعكاسات تمثلت في السلوك العواني و القلق، و ذلك من خلال الاختبار الاسقاطي رسم العائلة و المقابلة نصف الموجهة ، حيث تحققت فرضيات الدراسة من خلال تطبيقهم على حالات الدراسة .

الخاتـمة:

من خلال ما تم التطرق إليه في هذه الدراسة نستخلص أن الهدف المرجو من هذه الدراسة قد تم التوصل إليه و هو معرفة "انعكاس الزرع القوقعي على المعيش النفسي للطفل الأصم" من خلال تطبيق اختبار رسم العائلة و المقابلة الإكلينيكية، حيث قمنا بتدعيم دراستنا بجانب نظري و آخر تطبيقي، محاولين التعرف ما إذا كان الزرع القوقعي يؤدي إلى السلوك العدواني و القلق عند الطفل الأصم، كل هذا من أجل الإجابة على التساؤل المطروح في الإشكالية.

كما تبين لنا من خلال هذه الدراسة أن الزرع القوقعي يؤدي إلى ظهور العديد من الانعكاسات على المعيش النفسي للطفل الأصم ، إذ هذه الانعكاسات تحدد معالم شخصيته و تؤثر على حياته الاجتماعية و النفسية، و من بين هذه الانعكاسات العديدة نجد العدوان بالإضافة إلى ظهور القلق ، و عليه لا يمكن تعميم النتائج المتحصل عليها على جميع أفراد المجتمع الأصلي، لأن كل حالة قائمة بذاتها و فريدة من حيث تكوينها النفسي.

قائمة المراجع:

1: المراجع العربية:

1. أحمد نبوي عبده عيسى (2010)، **زراعة القوقعة الالكترونية للأطفال الصم**،دار الفكر، عمان، الأردن.
2. أديب الخالدي (2002)، **المرجع في الصحة النفسية**، الدار العربية للنشر و التوزيع المكتبة الجامعية، غريان.
3. القمش مصطفى نوري (2007)، و المعايطة خليل عبد الرحمن، **الاضطرابات الانفعالية و السلوكية**، دار الميسرة للنشر و الطبع و التوزيع، عمان.
4. الببلاوي إيهاب عبد الحميد و أشرف محمد (2006)، **التوجيه و الإرشاد النفسي المدرسي**،دار الزهراء، الرياض.
5. القريوتي يوسف، الصمادي جميل، السرطاوي عبد العزيز(1998)، **المدخل إلى التربية الخاصة**، ط2، دار القلم، دبي.
6. بطرس بطرس حافظ (2008)، **المشكلات النفسية و علاجها**، دار الميسرة للنشر و التوزيع، عمان، الأردن.
7. بدرة معتصم ميموني (2005)، **الاضطرابات النفسية و العقلية عند الطفل و المراهق**، ط2، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر.
8. جمال الخطيب (1998)، **مقدمة في الإعاقة السمعية** ، دار الفكر للطبع و النشر و التوزيع، عمان ،الأردن.
9. حجاب سارة (2012)، **أثر المعاملة الوالدية في ظهور صعوبات التعلم لدى أطفال المدرسة الابتدائية**، مذكرة مكملة لنيل شهادة الماجستير،غير منشورة، جامعة سطيف.
10. حلمي المليجي (2004)، **علم النفس الشخصية**، دار النهضة العربية للنشر و التوزيع و الطباعة ،عمان.

11. حسين علي فايد (2001)، **الإضطرابات السلوكية**، كلية الأداب ،القاهرة، مصر.

12. حسن منسي(2001)، **الصحةالنفسية**، دار الكندي للنشر و التوزيع ،الأردن.

13. حنان عبد الحميد العناني (2000)، **الطفل الأسرة و المجتمع**،دار الصفاء للنشر و التوزيع ،الأردن.

14. حامد عبد السلام زهران (1995)، **علم النفس النمو–الطفولة و المراهقة**، ط5، عالم المكتب ، القاهرة ، مصر.

15. حامد عبد السلام زهران (1998)، **الصحة النفسية و العلاج النفسي**، ط2، عالم الكتب، القاهرة.

16. خالد عوض حسين البلاح (2009) ، **الاضطرابات النفسية لذوي الإعاقة السمعية في ضوء التواصل** ، دار الجامعة الجديدة للنشر، الإسكندرية، مصر.

17. خليل قطب أبو قورة (1996)، **سيكولوجية العدوان**، مكتبة الشباب، الهيئة العامة لقصور الثقافة، القاهرة.

18. رشاد علي عبد العزيز موسى (2009)، **سيكولوجية المعاق سمعيا**، عالم الكتب، القاهرة.

19. رشيد زرواتي (2002)، **تدريبات على منهجية البحث العلمي في العلوم الاجتماعية** ، دار هومة، الجزائر.

20. زين بدران و أيمن مزاهرة (2008)، **رعاية الأم و الطفل** ، دار الميسرة للنشر و التوزيع و الطباعة، عمان ، الأردن.

21. زردوم خديجة (2006)، **المعاش النفسي للحمل عند الأمهات العازبات**، مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماجستير، تخصص علم النفس الاجتماعي، غير منشورة، جامعة منتوري قسنطينة.

22. سمير فني(2014)، **أهمية الزرع القوقعي في تنمية مهارة اللغة الشفوية عند الطفل الأصم**، دراسات نفسية و تربوية، مخبر تطوير الممارسات النفسية التربوية، عدد 12 جوان،جامعة باجي مختار، عنابة الجزائر.

23. سوسن عبد المجيد (2008)، **العنف و الطفولة دراسات نفسية**،دار صفاء للنشر و التوزيع، عمان.

24. سعاد براهيمي (2002)، **إدماج الطفل المعوق سمعيا بالمدرسة العادية و علاقته بالتكيف المدرسي**، رسالة مكملة لنيل شهادة الماجستير في الأرطفونيا، غير منشورة، جامعة الجزائر.

25. سعيد حسيني العزة (2001)، **الإعاقة السمعية و اضطرابات الكلام والنطق و اللغة**، الدار العلمية الدولية و دار الثقافة للنشر و التوزيع،عمان.

26. سامي ملحم (2000)، **مشكلات طفل الروضة(الأسس النظرية و التشخيصية و العلاجية)**، دار الفكر العربي للطباعة و النشر، الأردن.

27. سميح عاطف الدين (1991)،**علم النفس** ، مجتمع البيان الحديث، الأردن.

28. شاهين رسلان (2009)،**الإعاقة الحسية**، دار الحوار للنشر و التوزيع، سوريا.

29. صبره محمد علي و آخرون (2004)، **الصحة النفسية و التوافق النفسي**، دار المعرفة الجامعية الأزارطة، الإسكندرية، مصر.

30. صالح حسن أحمد الداهري (2008)، **سيكولوجية رعاية الكفيف و الأصم**، دار صفاء للنشر و التوزيع ،عمان.

31. صالح علي سيف الإسلام (2003)، **مدى كفاءة برنامج الإرشاد السلوكي العقلاني الانفعالي في تخفيض مستوى القلق بوصفه سمة – بوصفه حالة– دراسة لعينة من الطلاب المعاقين حركيا** ، رسالة ماجستير،غير منشورة، جامعة المنيا،كلية الآداب ،قسم علم النفس ، مصر.

32. عزوني سليمان (2010)، **أطفال مركز الصم بين ممارسة النشاطات البدنية و الرياضية و تقديرهم لذواتهم**، مذكرة مكملة لنيل شهادة المجاستير في نظرية و منهجية التربية البدنية و الرياضية ،غير منشورة، تخصص النشاط البدني الرياضي المكيف، البليدة.

33. عطية عطية محمد (2009)، **الإعاقة السمعية و التواصل الشفهي**، مؤسسة حورس الدولية للنشر و التوزيع، الإسكندرية ، مصر.

34. عياش جهاد عطية شحادة (2009)، **مدى فعالية برنامج إرشادي مقترح للتخفيف من السلوك العدواني لدى أطفال مؤسسات الإيواء في قطاع غزة** ،رسالة مكملة لنيل شهادة ماجستير، غير منشورة، الجامعة الإسلامية ،غزة.

35. عماد حمدي الصدفي (2007)، **الإعاقة السمعية**، دار اليازوري، الطبعة العربية،الأردن.

36. عواض بن محمد عويض الحربي (2003)، **العلاقة بين مفهوم الذات و السلوك العدواني لدى الطلاب الصم**، مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماجستير، تخصص صحة و رعاية نفسية، غير منشورة ، أكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية ،الرياض السعودية.

37. عبد الرحمن سي موسى (2002)، الصدمة و الحداد عند الطفل و المراهق ، جمعية علم النفس، الجزائر.

38. عبد الحميد محمد الشاذلي (2001)، **الصحة النفسية و سيكولوجية الشخصية**، ط2، المكتبة الجامعية ،الإسكندرية، القاهرة، مصر.

39. عبد المطلب أمين القريطي (1996)، **سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة و تربيتهم**، دار الفكر العربي ،القاهرة.

40. عواطف محمد محمد حسنين (1985)، **الخصائص السيكولوجية و الفسيولوجية و علاقتها بالاستعداد للتعليم لدى المعوقين سمعيا**، دراسة تجريبية، تخصص دكتوراه علم النفس، مصر.

41. علي بن حسن الزهراني (بدون سنة)، **الخدمات المقدمة للتلاميذ زارعي القوقعة في برامج التربية الخاصة بمدارس التعليم العام بالمرحلة الابتدائية و معوقاتها في مدينة الرياض**،غير منشورة، جامعة الملك سعود، السعودية.

42. فتياني حجازي أبو المكارم (2000)، **مدى فاعلية برنامج إرشادي في تخفيف حدة السلوك العدواني لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية** ،رسالة مكملة لنيل شهادة الماجستير، غير منشورة، معهد الدراسات العليا للطفولة، القاهرة.

43. فوزي محمد جبل (2000)، **الصحة النفسية و السيكولوجية الشخصية**، المكتبة الجامعية الأزارطة، الإسكندرية، مصر.

44. لوناس محمد(2012)، **انعكاس الزرع القوقعي على الغشاء النفسي للطفل الأصم في مرحلة الكمون**، مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماستر الأكاديمي 02 في علم النفس العيادي ، جامعة العقيد أكلي محند أولحاج ، البويرة.

45. لطفي عبد العزيز الشربيني (1977)، **كيف نتغلب على القلق**، المشكلة و الحل، دار النهضة العربية، بيروت، لبنان.

46. محمد النوبي محمد علي (2010)، **مقياس مستوى الطموح لذوي الإعاقة السمعية و العاديين** ، دار صفاء للنشر و التوزيع، عمان ،الأردن.

47. ماجدة السيد عبيد (2009)، **وقفة مع الإعاقة السمعية**، دار صفاء للنشر و التوزيع ، الأردن.

48. محمد علي عمارة (2008)، **برامج علاجية لخفض مستوى السلوك العدواني لدى المراهقين** ، المكتب الجامعي الحديث،الإسكندرية، مصر.

49. مصطفى نوري القمش و خليل عبد الرحمن المعايضة (2007)، **الاضطرابات السلوكية و الانفعالية** ، دار الميسرة، الأردن.

50. محمد أحمد محمد بيومي(2003)، **علم الاجتماع العائلي دراسة التغيرات في الأسرة العربية**، دار المعرفة الجامعية، الأزارطة، مصر.

51. محمد أحمد بيومي خليل (2000)، **سيكولوجية العلاقات الأسرية** ، دار قباء للطباعة و النشر ،القاهرة، مصر.

52. محمد عبد السيد (2000)، **أبعاد الصمم في حياة الصم**، دار الكتاب الحديث، القاهرة.

53. موسى رشاد (1992)، **سيكولوجيا الفروق بين الجنسين**، مختار للنشر و التوزيع، القاهرة.

54. مصطفى غالب (1983)، **تغلب على القلق**، ط5، مكتبة الهلال، بيروت، لبنان.

55. نظام أبو حجلة (بدون سنة)، **الطب النفسي التشخيص و العلاج** ، دار الزهران للنشر و التوزيع ، الأردن.

المراجع باللغة الأجنبية:

56. Aimard Paule (1974) ,**L'enfant et son langage** 2eme,Ed,Siemps, France.

57. Colin.c (2003) ,**l'aperception audiovisuelle de la parole chez les enfant munis d'un implant cochléaire** :premières données ,PUF ,Pris .

58. Doumont A.(1997) , **Implant cochléaire ,surdité et langage ,collection "Questions de personnes ''** Edition.de Boeck université ,Paris.

59. F.Brin ,& C,Courrier (2004) , **Dictionnaire D'Orthophonie**, France :Ed ,ortho.

60. L ,Nathalie.& B.Denis (2009) ,**Implant cochléaire pédiatrique et rééducation orthophonique** ,Paris, France :Ed ,Cécile foullon.

61. LAROSE Y (2001),**L'oreille électronique :l'implant cochléaire permet de vaincre la surdité**, Québec science.

62. VIROLE B (2000) ,**psychologie de la surdité** ,édition ,De Boeck ,Bruxelles,2éme édition.