

## فعالية برنامج قائم علي فنيات العلاج بالواقع لخفض التلكؤ الأكاديمي وتنمية الثقة بالنفس لدي الأطفال المعاقين سمعياً<sup>١</sup>

د. / مي السيد عبد الشافي خفاجة

مدرس بقسم الصحة النفسية

كلية التربية – جامعة طنطا

### مستخلص:

تهدف الدراسة إلى الكشف عن مدى فعالية برنامج قائم علي فنيات العلاج بالواقع، إذ يشترك فيه الآباء والمعلمون من خلال استخدام فنيات العلاج بالواقع. وذلك لخفض التلكؤ الأكاديمي وتنمية الثقة بالنفس لدى الأطفال عينة الدراسة. وتتكون عينة الدراسة من (٢٠) طفل ذوي إعاقة سمعية (١٠ ذكور ، ١٠ إناث) وتقسم إلى: عشرة أطفال معاقين سمعياً بالمجموعة التجريبية (مناصفة بين الجنسين) وعشرة أطفال معاقين سمعياً بالمجموعة الضابطة (مناصفة بين الجنسين) من مدارس الصم والبكم ومراكز التربية الخاصة بمحافظة الغربية. وتم استخدام مقياس التلكؤ الأكاديمي للمعاقين سمعياً (إعداد / الباحثة)، ومقياس الثقة بالنفس للمعاقين سمعياً (إعداد / الباحثة)، وبرنامج قائم علي فنيات العلاج بالواقع (إعداد الباحثة). وتوصلت نتائج الدراسة إلي:

١- توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ٠,٠٥ بين متوسطات رتب درجات المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس التلكؤ الأكاديمي للمعاقين سمعياً في القياس البعدى لصالح المجموعة التجريبية.

٢- توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ٠,٠٥ بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلى والبعدى على مقياس التلكؤ الأكاديمي للمعاقين سمعياً وأبعاده لصالح القياس البعدى.

٣- توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ٠,٠٥ بين متوسطات رتب درجات المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس الثقة بالنفس للمعاقين سمعياً في القياس البعدى لصالح المجموعة التجريبية.

---

<sup>١</sup> تم استلام البحث في ٢٠/٧/٢٠٢٠ وتقرر سلاحيته للنشر في ٢٥/٨/٢٠٢٠

## فعالية برنامج قائم على فنيات العلاج بالواقع لخفض التلكؤ الأكاديمي

٤- توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ٠,٠٥ بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية فى القياسين القبلى والبعدى على مقياس الثقة بالنفس للمعاقين سمعياً لصالح القياس البعدى.

٥- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب المجموعة التجريبية على مقياس التلكؤ الأكاديمي للمعاقين سمعياً ومقياس الثقة بالنفس للمعاقين سمعياً فى القياسين البعدى والتتبعى (بعد مرور ثلاثة شهور من انتهاء البرنامج).

الكلمات المفتاحية: العلاج بالواقع - التلكؤ الأكاديمي - الثقة بالنفس - المعاقين سمعياً

## فعالية برنامج قائم علي فنيات العلاج بالواقع لخفض التلکؤ الأكاديمي وتنمية الثقة بالنفس لدي الأطفال المعاقين سمعياً<sup>٢</sup>

د. / مي السيد عبد الشافي خفاجة

مدرس بقسم الصحة النفسية

كلية التربية - جامعة طنطا

### مقدمة:

إن العلاج بالواقع يصلح تطبيقه وتعليمه للمرضى من ثقافات ودول متعددة ويتعلم فيه المعالج اختيار الاستراتيجيات أو الأساليب المناسبة للأفراد والمجموعات من ثقافات كثيرة، ويعمل نظام المحاضرة ( الإلقاء ) كأداة مخصصة لمساعدة المرضى على تحديد وتوضيح رغبتهم وما يريدون من آمال وأحلام ثم توجيه المرضى لفحص الأفعال والإدراك التي ترى في العلاج بالواقع أنها سلوكيات يتم اختيارها للتأثير في العالم الخارجي للمرضى بهدف إرضاء احتياجاتهم. وحجر الأساس في تطبيق العلاج بالواقع هو تقييم الذات من قبل المرضى وطلب المعالجين من المرضى فحص فعالية اختياراتهم خاصة عندما تؤثر على علاقاتهم بالأشخاص المهمين بالنسبة لهم ويقوم المرضى بفحص القدرة على تحقيق رغباتهم ودرجة الالتزام بتحقيقها واشتمل على التخطيط الواقعي لإشباع الحاجات وخاصة علاقات المرضى الشخصية ، وأوضحت دراسة متعددة العرقية أجريت على ثقافات متعددة كفاءة العلاج بالواقع مع كافة الثقافات. (Wubbolding; Brikell & Imhof, 2004, 219)

لذا يعتبر التلکؤ procrastination صفة عامة مفهوم قديم في نشأته حديث في نظريته ونسبته ، فقديماً كان يفسر التلکؤ بأنه نوع من الحكمة والرزانة والحفاظ على الطاقة من الإهمال، ولكن في العصر الحديث ظهر التلکؤ الأكاديمي كمشكلة سلوكية وتربوية تعنى تأجيل وتأخير ما يجب إنجازه من أعمال. ( Hatice,2011:1111 )

فالتلکؤ الأكاديمي لدي المعاقين سمعياً قد ينتج عنه توتر وشعور بالذنب وحدوث بعض الأزمات، وقد يقل إنتاج الشخص، وأيضاً فإن المجتمع قد لا يرضى عن المتلکؤ لأنه لم يقم

<sup>٢</sup> تم استلام البحث في ٢٠/٧/٢٠٢٠ وتقرر سلاحيته للنشر في ٢٥/٨/٢٠٢٠

## فعالية برنامج قائم علي فنيات العلاج بالواقع لخفض التلكؤ الاكاديمي

بمسئولياته ولم ينفذ إلتزاماته، وعندما تجتمع هذا المشاعر على المتلكؤ فإنها قد تودى إلى مزيد من التلكؤ، والذي يتحول إلى مشكلة عندما يسبب عرقلة لما إعتاد الإنسان على القيام به من أعمال، والتلكؤ المزمن قد يكون علامة لإضطرابات كامنة داخل شخصية المتلكؤ (Ntokozo,2012:6).

كما أن التلكؤ يشكل مشكلة كبيرة محفوفة بالمخاطر حيث وجدت في معظم الدراسات والبحوث المختلفة عبارات تشير إلى وجود التلكؤ ومنها لا للكسل، لا للبطالة، لا للتأجيل، لا تؤجل عملا إلى الغد إذا كان بإمكانك القيام به اليوم (Balkis&Duru,2009:18).

كما أن الثقة بالنفس في اللغة هي مصدر قولك وثق به، يثق، وثافة وثقة أى انتمنه والوثيقة في الأمر إحكامه والأخذ بالثقة، وكذلك الميثاق. والمواثقة هي المعاهدة، وفي حديث كعب بن مالك: ولقد شهدت مع رسول الله - صلى الله عليه وسلم - ليلة العقبة حتى تواثقنا على الإسلام (البخارى، ١٩٩٨: ٧٣٨) أى؛ تحالفنا وتعاهدنا. والوثيق هو الشئ المحكم وهو العهد، وفي الأصل هو حبل أو قيد يشير به الأسير أو الداب (جمال الدين ابن منظور، ٢٠٠٣: ٤٤٧)

والثقة بالنفس هي "إدراك الفرد لكفائته ومهاراته وقدرته على أن يتعامل بفاعلية مع المواقف المختلفة (عادل عبدالله، ١٩٩٠: ١٠).

ولا يوجد شك بأن التأجيل العرضي للمهمات أو الوظائف هو أمر مقبول، إذ إن كل الطلبة المعاقين سمعياً يجدون أنفسهم أحياناً مجبرين على تأجيل مهماتهم حتى اللحظة الأخيرة، خصوصاً عندما تحدث ظروف غير متوقعة بسبب رغبتهم بعمل بعض التغييرات في خطط عملهم، بينما يؤجل بعض الأفراد باستمرار إكمال مهماتهم والذي ربما يجعلهم يشعرون بالذنب نتيجة لتبديدهم الوقت وفقدانهم للفرص، إن هذا التأجيل المستمر هو أمر مُشكل ويسمى التلكؤ. وهكذا فإن التلكؤ سلوك يسهم في ظهوره عوامل نفسية ومعرفية، كما أن الطلاب المتلكؤين يختلفون عن أقرانهم الأقل تسويفاً في سمات شخصياتهم (محمد ابراهيم بدره، ٢٠١٠: ٦٣).

كما يركز العلاج بالواقع في جوهره على فكرة أساسية مؤداها: أنه بغض النظر عما حدث في حياتنا من قبل وبغض النظر عما فعلناه في الماضي، فإنه يمكننا اختيار سلوكيات تساعدنا في المستقبل على إشباع حاجاتنا بشكل أكثر فاعلية. وطور العالم جلاسر العلاج بالواقع فقد بدأ تدريس العلاج بالواقع في عام 1965 وأسس معهده العلاج بالواقع عام ١٩٩٦ وأعاد تسميته وأصبح الآن معهد وليام جلاسر (Glasser, The William Glasser institute, 2006, 2).

لذا يتزايد الاهتمام فى السنوات الأخيرة بتدريب المتعلمين فى المراحل الدراسية المختلفة على المهارات الدراسية التى تعمل على استخدام أقصى طاقاتهم، وقدراتهم العقلية فيما يتعلق بالجوانب الدراسية والإنجاز العلمى وتنمية ثقتهم بالنفس بشكل عام. ومن أمثلة هذه المهارات، التعلم السريع، واستخدام التفكير الإبداعى فى حل المشكلات، والاستخدام الأمثل للوقت، وتنمية قدرات التركيز والتذكر والحفظ... إلخ. (Glasser, 2001: 217)

### مشكلة الدراسة:

انتشر العلاج بالواقع بصورة سريعة بين المرشدين فى منتصف الستينيات واستخدم فى المدارس والمؤسسات وفى الإرشاد الفردى والجماعى، ويرى (وليام جلاسر) المولود فى عام ١٩٢٠ أن العلاج بالواقع هو أحد الاتجاهات الجديدة فى الإرشاد والعلاج النفسى وهو اتجاه يعتمد على الإدراك والتفكير ويربط ما بين الاضطراب العقلى والسلوك اللا مسئول، حيث يقترح جلاسر بأن السلوك اللا مسئول هو سلوك انهزامى يستدعى إيذاء الذات وإيذاء الآخرين ويركز العلاج بالواقع على أن الإنسان كائن عقلائى ومسئول شخصية عن سلوكياته. وقد عمل جلاسر خلال الستينات فى التعليم العام كمرشد وفى ذلك الوقت طبق مفاهيمه الأساسية للعلاج بالواقع على وسائل التعليم والتعلم. وطور العالم جلاسر العلاج بالواقع فقد بدأ تدريس العلاج بالواقع فى عام 1965 وأسس معهده العلاج بالواقع عام ١٩٩٦ وأعاد تسميته وأصبح الآن معهد وليام جلاسر.

(Glasser, W., 2006: 2) The William Glasser institute

فالتكؤ الأكاديمى مشكلة كما يراها الكثير من الباحثين شائعة فى أوساط المتعلمين وبخاصة طلاب المعاقين سمعياً، وعادة ما يتمثل هذا التكؤ فى تأخير إكمال الواجبات الدراسية، course assignments أو تسليمها فى الوقت المحدد، إضافة إلى ضعف الإستعداد للإمتحانات، فقد وجدت الباحثة ندرة الدراسات العربية التى تناولت ظاهرة التكؤ الأكاديمى رغم أهميتها كمشكلة سلوكية وتربوية تواجه الطلاب المعاقين سمعياً.

ومن خلال الزيارات الميدانية - للباحثة لبعض مدارس الصم والبكم بمدرسة الجلاء ومراكز التربية الخاصة بمدينة طنطا- استرعى انتباهها وجود بعض الأطفال المعاقين سمعياً الذين لديهم تكؤ أكاديمى ويؤثر على مستواهم التحصيلى وعلى ثقتهم بأنفسهم. وهؤلاء الأطفال المعاقين سمعياً يشكو منهم المعلمون والآباء. لذا توصلت الباحثة إلى أهمية دراسة برنامج قائم على فنيات العلاج بالواقع لخفض التكؤ الأكاديمى وتنمية الثقة بالنفس لدى الأطفال المعاقين سمعياً؛ ونظراً لندرة الدراسات العربية فى هذا المجال، فقد جاءت الدراسة الحالية لتحاول الإجابة عن

## فعالية برنامج قائم علي فنيات العلاج بالواقع لخفض التلكؤ الأكاديمي

### التساؤلات التالية:

- ١- هل يؤثر برنامج قائم علي فنيات العلاج بالواقع في خفض التلكؤ الأكاديمي لدى الأطفال المعاقين سمعياً؟
- ٢- هل يساعد البرنامج المقترح في تنمية الثقة بالنفس لدى الأطفال المعاقين سمعياً ؟
- ٣- هل يمتد تأثير البرنامج - إن وجد - في خفض التلكؤ الأكاديمي وتنمية الثقة بالنفس لما بعد التطبيق بفترة (خلال فترة المتابعة) ؟

### هدف الدراسة:

تهدف الدراسة إلى الكشف عن مدى فعالية برنامج قائم علي فنيات العلاج بالواقع ، يشترك فيه الآباء والمعلمون. وذلك لخفض التلكؤ الأكاديمي ، وتنمية الثقة بالنفس لدى الأطفال المعاقين سمعياً.

### أهمية الدراسة:

#### الأهمية النظرية:

- ١- تعتبر الدراسة الحالية محاولة للانتقال بالظاهرة من مرحلة وصف العلاقات والعوامل المرتبطة باضطراب السلوك إلى مرحلة التدخل السيكولوجي لتعديل هذا السلوك المضطرب.
- ٢- ندرة الدراسات العربية التي اهتمت باستخدام العلاج بالواقع للحد من التلكؤ الأكاديمي لدي الأطفال المعاقين سمعياً ، كما أن بعض الدراسات الأجنبية في تناولها لهذا السلوك قد أغفلت ارتباطه بتنمية الثقة بالنفس لهؤلاء الأطفال.
- ٣- تأتي الدراسة الحالية تماشياً مع الاتجاه الحديث الذى يؤكد على ضرورة استخدام البرامج التكاملية (ثلاثية الأبعاد) التى تركز على الطفل والمدرسة والأسرة - كعلاج وقائى للسلوكيات المضطربة - والمساهمة في تنمية السلوكيات التوافقية.
- ٤- تقديم إطار نظرى شامل يفيد في مجال التلكؤ الأكاديمي لدى الأطفال المعاقين سمعياً وكذلك في مجال العلاج بالواقع وفنياته.

#### الأهمية التطبيقية:

- ١- العمل على خفض التلكؤ الأكاديمي لدى الأطفال المعاقين سمعياً وتنمية الثقة بالنفس لدي هؤلاء الأطفال باعتباره سلوك غير مرغوب فيه ، مما يحدث تغيراً إيجابياً في

سلوك هؤلاء الأطفال.

٢- مساعدة القائمين برعاية تلك الفئة من الأطفال (الآباء - المعلمين) و كيفية التعامل معهم من خلال فنيات تدريبية وإرشادية يسهل تطبيقها.

### حدود الدراسة:

#### أولاً: حدود منهجية:

تستخدم الدراسة المنهج التجريبي القائم على فنيات العلاج بالواقع لخفض حدة التلكؤ الأكاديمي وتنمية الثقة بالنفس لدى الأطفال المعاقين سمعياً ؛ حيث يمثل البرنامج المستخدم المتغير المستقل والمتغيرات التابعة هي التلكؤ الأكاديمي والثقة بالنفس لدى الأطفال المعاقين سمعياً.

#### ثانياً: حدود زمانية:

يتم تطبيق البرنامج في ثلاثة شهور للتطبيق وثلاث شهور متابعة

#### ثالثاً: حدود إجرائية:

تحدد الدراسة بالعينة المستخدمة (٢٠) تلميذاً مقسمين إلى مجموعتين ضابطة وتجريبية، حيث (١٠) تلاميذ بالمجموعة الضابطة منهم خمس إناث و خمس ذكور و(١٠) تلاميذ بالمجموعة التجريبية منهم خمس إناث و خمس ذكور، كما تتحدد بالأدوات المستخدمة والأساليب الإحصائية اللابارامترية المناسبة.

### مصطلحات الدراسة:

#### أولاً: العلاج بالواقع:

تعرف الباحثة العلاج بالواقع إجرائياً علي أنه أحد الطرق العلاجية الحديثة لوليام جلاسر يركز فيه على نظرية الاختيار وعلى الجوانب الإيجابية في حياة الإنسان وهو نوع من العلاج النفسى يكتسب فيه الطفل المعاق سمعياً استراتيجيات تساعده على تحديد احتياجاته و تقييم سلوكه والحكم عليه ومن ثم تغيير أفكاره وتصرفاته بما يلبي احتياجاته بطريقة مسؤولة ، كما يساعد العلاج بالواقع الطفل المعاق سمعياً على تركيزه على حاضره وواقعه الحالى وتقبله دون النظر إلى الماضى أو التفكير فى المستقبل .

#### ثانياً: التلكؤ الأكاديمي لدى الأطفال المعاقين سمعياً:

تعرف الباحثة التلكؤ الأكاديمي لدى الأطفال المعاقين سمعياً إجرائياً هو سلوك ناتج عن تأخير

## فعالية برنامج قائم على فنيات العلاج بالواقع لخفض التلكؤ الأكاديمي

السلوكيات المهمة لدى الأفراد المعاقين سمعياً نتيجة وجود أبعاد عديدة لتنفيذ بعض المهام الأكاديمية التي تشبع رغباتهم الذاتية، فلا يمكن إستخدام أدائهم الفعلى فى عملية التعلم، وبالتالي يفشلون فى أداء المهام الدراسية المطلوبة منهم.

### ثالثاً: الثقة بالنفس لدى الأطفال المعاقين سمعياً:

تعرف الباحثة الثقة بالنفس لدى الأطفال المعاقين سمعياً إجرائياً بأنها العلاقة التفاعلية بين التفكير العقلانى، والاتزان الانفعالى، وبالتالي تكون السلوكيات إيجابية، وهذا ما يعبر عن مستوى التوافق النفسى لدى الفرد المعاق سمعياً، وتعتمد الثقة بالنفس على نظرة الانسان لنفسه سواء كانت النظرة إيجابية أم سلبية، إذا كانت إيجابية حقق الفرد النجاح، أما إذا كانت سلبية فسيكون عرضة للتردد وعدم الاطمئنان للإمكانات وهذا هو بداية الفشل.

### الاطار النظري والدراسات السابقة :

#### أولاً: العلاج بالواقع:

#### تاريخ العلاج بالواقع:

تم تطوير العلاج بالواقع واستخدامه فى الخمسينات والستينات على يد الطبيبين النفسيين (ويليام جلاسر وروبرت وبولدنج) حيث بدأ العلاج بالواقع بمفهوم أن الناس لديهم إحتياجان مرضيان أساسيان هما: الحاجة إلى يحبون ويحبون ، و الحاجة إلى أن يشعروا بقيمتهم تجاه أنفسهم ، وتجاه الآخرين. (Glasser, 1980, 4)

وقد أكدت أحدث أعمال جلاسر على أهمية مساعدة الناس على أن يتحكموا فى أنفسهم وذلك من خلال توفير سلوك الاختيار وتحمل المسؤولية لتلبية احتياجات: البقاء ، القوة ، المرح، الحرية ، والحب. (Thomas & Caroline, 1997, 4)

وقدم جلاسر توضيحات وتغييرات فى مفاهيم العلاج بالواقع منذ نشر كتاب " العلاج بالواقع " فى عام ١٩٦٥، لقد طور نظرية الاختيار وهى علم نفس مبنى على فكرة التحكم الداخلى أو الذاتى ، وعلم النفس المختص بإشارات التحكم الخارجى والذى يعتبر سبب بؤس العديد من البشر والذى يرمى لانهايار العلاقات ، ويرى أن نظرية الاختيار يجب تدريسها لم يطبقوا العلاج بالواقع وللطلاب فى مدارسنا ولمجتمعاتنا ، وقد وصف إليس " AlbertEliss " كتاب العلاج بالواقع بالممارسة ، على أنه " أحد أفضل الكتب إبداع التى تم كتابتها فى مجال العلاج النفسى (Lennon, 2000, 3).

وبعد مرور عشرات السنين على تطور العلاج بالواقع ، وضع جلاسر نظرية التحكم



عندما أدرك أن كل شخص لديه الاختيار فيما يفعله في حياته ، ومن ثم لديه القدرة على التحكم فيها ، ولديه المشاعر والأحاسيس ، ولكن ما هو السلوك (التصرف) الصحيح ؟ وكيفية القيام به يقع في دائرة تحكمهم ، وفي عام ١٩٩٦ عدل جلاسر نظرية التحكم إلى نظرية الاختيار التي تقوم على فكرة أن هؤلاء المرضى النفسيين مسئولون عن كل ما يقومون به ، وأنهم يتفاعلون مع العالم المحيط بهم وفقا للاحتياجات الداخلية الخمسة السابق ذكرها (Okun, 1992, 65).

#### مفاهيم العلاج بالواقع :

العلاج بالواقع هو طريقة للإرشاد لتعلم الناس كيفية توجيه حياتهم وكيفية عمل خيارات أكثر فعالية هذا إضافة إلى تعليمهم كيفية تطوير القوة اللازمة للتعامل مع ضغوط الحياة ومشاكلها. (Glasser, 2001, 2)

#### مكونات العلاج بالواقع:

و يركز العلاج بالواقع على ثلاث مكونات أساسية يطلق عليها 3R:

#### المسئولية: Responsibility

تعتبر المكون الأساسي لنظرية جلاسر وعرفها جلاسر بأنها القدرة على إشباع إحتياجات الفرد والقيام بذلك بطريقة لا تحرم الآخرين من قدرتهم على إشباع احتياجاتهم. (Glasser , 1965a, 25)

#### -الواقع: Reality

الواقع فكرة رئيسية أخرى لجلاسر فالفرد يكون واقعي عندما يأخذ في اعتباره عواقب السلوك على المدى القصير والمدى البعيد وعندئذ يتخذ قراره في ضوء هذه العواقب. (Glasser, 1965a,14)

#### -الصواب والخطأ: Right and wrong

فالسلوك الصحيح يعتبره جلاسر تصرفاً صحيحاً عندما يحدث وفقاً لمستوى معين ، كما أن الصواب والخطأ هو مبدأ أخلاقي هام يحدد السلوك السوي وغير السوي بهدف تحقيق حياة اجتماعية ناجحة ( Glasser, 1965b,15 ) .

#### مبادئ العلاج بالواقع :

- المبدأ الأول: كل شخص تحته دوافعه نحو تلبية احتياجاته ورغباته ، وهذه الاحتياجات واحد لكل الناس ، ولكن الرغبات فريدة وتختلف من شخص لآخر.

- المبدأ الثاني: والإحباط الذي يصاب به الشخص نتيجة للاختلاف بين ما يريده الإنسان وبين ما يحصلون عليه من البيئة يمثل سلوكيات محددة تصدر من الشخص.

## فعالية برنامج قائم على فنيات العلاج بالواقع لخفض التلكؤ الاكاديمي

- المبدأ الثالث: يتكون السلوك الإنسانى من: افعال، فكر ، اشعر ، وبعض السلوكيات النفسية، وهو سلوك هادف مصمم لسد الفجوة بين ما يريده الشخص وبين ما يحصل عليه بالفعل.
- المبدأ الرابع: افعال ، فكر ، أشعر أوجه لا يمكن فصلها عن السلوك الإنسانى ولا يخلو منها أبدا ، ويتولد السلوك من خلالها وأغلبها تتبع من الاختيار الشخصى.
- المبدأ الخامس: ينظر كل شخص إلى العالم المحيط به من منظور يتكون من مستويين رئيسيين: مستوى عالى ومستوى منخفض ، المستوى المنخفض يمثل معرفة الأحداث والمواقف التى تمر بنا ، والمستوى العالى يمثل القيم والمبادئ التى تقوم عليها هذه الأحداث والمواقف (Glasser, W, 2000:31) .

### السمات الأساسية للعلاج بالواقع والخصائص التى تميزه:

- التركيز على الاختيارات الشخصية والمسئولية التى تأتى مع اتخاذ الاختيارات التى فى مصلحة الفرد.
- رفض الانتقال كوسيلة علاجية صحية أنا معالج وأنت الشخص الذى أعالجه وهذا حقيقى ، عليك أن تأتى إلى باحتياجات لم تشبع أستطيع أن أعلمك طرق التصرف التى ستساعدك على إشباع هذه الاحتياجات.
- التركيز على الحاضر وإشباع رغباتنا فى الحاضر من المحتمل أن تكون نتاج ماضيك ولكنك ليس عليك البقاء كضحية لماضيك ، فما معنى لا يمكن تغييره ولذلك نتعامل مع ما يمكن تغييره. رفض التركيز على الأعراض كنوع من العلاج فالتركيز على الأعراض يحمى المعالج من مواجهة واقع العلاقات الحالية الغير جيدة فالأعراض ستدوم طالما هناك إحباط للاحتياجات الأساسية.
- رفض الطب النفسى التقليدى والتركيز على المرض العقلى وعلم أسباب الأمراض البيولوجية والدواء للعلاج. (Glasser, 2000c: 3)

فالعلاج بالواقع هو وسيلة لحل المشكلات التى تنجح مع الأشخاص الذين يعانون المشاكل

ويحتاجون للمساعدة فى حلها والأشخاص الذين لديهم بالفعل مشاكل ويرفضون المساعدة .

ويقدم العلاج نمودجا ممتازة لمساعدة كل شخص على حل مشاكله بشكل موضوعي، وذلك من خلال سلسلة مثالية - نمودجية من الأسئلة التى تطرح على الطفل المعاق سمعياً أثناء

جلسات العلاج .

وجوهر العلاج بالواقع يكمن فى العلاقة التى يتم بناؤها مع الطفل المعاق سمعياً (الشخص الذى يريد المساعدة). فهى أمر مهم خاصة عندما تحاول مساعدة شخص لا يريد مساعدتك . كما هو الحال مع الطالب العنيد، أو طفلك المشاكس، أو الطفل المعاق سمعياً الذى يأتى متضرراً. فبدون هذه العلاقة الإيجابية لا يكون لك تأثير على الطفل المعاق سمعياً، ولا يستمع إليك وهذا يعنى أن تلك العلاقة هى أساس كل تأثير يمكن أن نحدثه على الطفل المعاق سمعياً . وهذا حقيقى فقد تمتلك كل المعرفة التى توجد فى الدنيا ولكن إذا لم يصدق الشخص الذى تحاول مساعدته أنك تهتم به وبمصالحته يصدق فلن يستمع لأى شيء تقوله . ( Kim, o., 2006:5 )

### النظريات التى وضعها جلاسر:

#### ١- نظرية التحكم control theory ١٩٨٠-١٩٩٩

عبر جلاسر عن أفكاره عام 1984 فقدم نسخته المعدلة من أفكار "باورز" لشرح العلاج بالواقع، وبالرغم من أن الكتاب كان اسمه " نظرية التحكم " فإنه كان بعيداً عن مفاهيم باورز الأصلية، وبذلك أصبح حدثاً هاماً فى تطوير نظرية الاختيار و استخدم صيغ للأفعال مبنية للمعلوم "مثلاً يحبط " بدلا من يحبط ، للتأكيد على الطبيعة الاختيارية للسلوك البشرى، وعرف جلاسر الحاجات الأساسية على أنها حاجة الشخص لأن يحب ويحب وأن نشعر أننا ذو أهمية وأصبح للعلاج بالواقع خمسة احتياجات تلك الحاجات تلعب دوراً رئيسياً فى نظرية التحكم الجلاسر وتمثل ابتعاد عن نموذج باورز ، وقدم جلاسر مفهوماً جديداً للسلوك الكلى: وساعدت البنية النظرية الجديدة لنظرية التحكم جلاسر على تفسير السلوك المرضى " المجنون " بشكل مختلف عن الباحثين النظريين فى مجال المرض العقلي. (Glasser, 1984: 20)

وقد قارن جلاسر بين علم نفس التحكم الداخلى وعلم النفس التحكم الخارجى "أدرك تضمينات الحياة اليومية بما فيها من اختيار أحد الاختيارات لكى تيسير الحياة ، وأكد أن التحكم الداخلى internal control والتحكم الخارجى External control شيئان متناقضان وهناك ثلاث معتقدات للتحكم الخارجى وهى؛ سلوكى يكون بسبب شيء ما حدث خارج إرادتى (بعيد عني) مثل: (أقوم بالرد على التليفون لأنه يرن) ، و أستطيع أن أجعلك تقوم بما أريدك أن تقوم به أو يمكن السيطرة على بعضنا البعض من خلال ما نقوله أو نفعله ، وأنا أعرف ما الصالح لك وإذا لم تفعل فإننى يجب على توجيهك لهذا الشيء الصحيح الذى يجب أن تفعله (Glasser, 1992: 17)

## ٢ -نظرية الإختيار:

هى نظرية جديدة عن كيفية أن وظائفنا العقلانية تدعم العلاج بالواقع وتتحدى الاعتقاد بأن المرض العقلى حقيقى وأن الذين يعانون منه ليس لديهم تحكم فى تصرفاتهم (Glasser, 2000a:40)

وجوهر العلاج بالواقع يكمن فى أننا كلنا مسئولون عما نختاره من أفعال نقوم بها .فقد نكون نتاج الماضي، ولكننا لسنا ضحايا له إلا إذا اخترنا بإرادتنا أن نكون كذلك. (Corey, 2001, 229)

## تفسير نظرية الاختيار للسلوك الإنسانى:

وقد أكد جلاسر على أن سلوكنا هو أساس العلاج بالواقع ونظرية الإختيار ورأى أن هذا السلوك هو بمثابة محاولات نحصل من خلالها على ما نريد ، وأننا يجب أن نسد الفجوة بين احتياجاتنا وبين ما نحصل عليه استجابة للسلوك الذى نختاره. (Ridge, 2007, 4)

وتوضح نظرية الاختيار أن كل ما نفعله سلوك ، وكل سلوكياتنا محفزة داخلية على عكس نظرية التحكم الخارجى التى تزعم أن كل سلوكياتنا محفزة خارجياً.

كما أوضح فى كتابه مدرس المدرسة النموذجية الحاجات الخمس الآتية:

- **الحاجة للانتماء The need of love & belonging** أى أننا سوف نعمل بجد من أجل من نحبهم وهى طريق ذو اتجاهين فالشخص يريد تلقى الحب والانتماء والارتباط من الآخرين ويشعر بأنه أفضل إذا قدر على إعطاء الحب وتقبل الآخرين. (Glasser, 1993, 30)

- **الحاجة للسلطة (القوة): The need of powers:** أى أننا نعمل بجد أيضا من أجل من نحترمهم ويحترمونا، كما تشمل الإنجاز والنجاح والفوز والاعتراف به ، والإحساس بقيمة الذات ، وكفاءة الذات وقوة الذات أى الشعور بالقوة والكفاءة والتقدير والتقييم من جانب الذات والآخرين (Ridge, 2007,4).

- **الحاجة للحرية: The need of freedom:** أى أن نعمل بجد من أجل من يسمحون لنا أن نفكر ، يقصد بها جلاسر أنه لا يوجد اختيار بدون حرية ، فمن الضرورى التخلص من القيود التى تقيد الفكر والحركة واتخاذ القرار وممارسة أى نشاط شخصى يقوم بها الفرد لتحرير الطاقة والاستعداد والموهبة (Rapport, 2004, 26)

- **الحاجة للبقاء: The need of survival:** أن نعمل بجدمع من نضحك معهم، كما تشمل حاجات فسيولوجية بيولوجية ضرورية للبقاء كالحاجة للنمو والتنفس والتكاثر

والغذاء لا يحيا الإنسان بدونها وأطلق جلاسر عليه مصطلح الإدمان الإيجابي. addiction positive ، وتشمل أيضاً الطعام ، والملابس ، والماء ، والمأوى ، والجنس ، وتشتمل أيضاً على دافع الإحساس بالأمان وإذا كان البقاء هو حاجتنا الأساسية فلا يوجد فقدان شهية أو انتحار، وهذه الحاجة تأتي من المخ فعندما ينمو الإنسان يسمح له المخ بتحقيق حاجات التي تحقق البقاء (Ridge,2007,4) .

**الحاجة للمتعة: The need of fun** فأهم مظهر من مظاهر الصحة النفسية هو إشباع الحاجة الترفيه والترويح عن النفس من خلال ممارسة الأنشطة والهوايات ، وتشمل المتعة على السعادة والاستمتاع ، فالمتعة هي مكافأة التعلم فنحن نعيش حياتنا نلهو ونلعب ونتيجة لذلك نتعلم من حياتنا، والضحك هو أفضل توضيح لتلك المتعة فالأشخاص الذين يقعون في الحب مثلاً يجدون أنفسهم يضحكون تقريباً باستمرار، فالضحك والتعلم هما أساس العلاقات الناجحة ذات المدى البعيد. (Glasser, 2000, 14)

وأن نظرية الاختيار تعلمنا أننا كلنا ننساق وفقاً لاحتياجاتنا النفسية الأربعة التي تتضمنها جيناتنا . وهي الحب، والقوة ، والحرية ، والمرح (Glasser, 1997, 599)

### ممارسة العلاج بالواقع :

تتم ممارسة العلاج بالواقع من خلال مكونين رئيسيين:

أ - خلق بيئة تتسم بالثقة.

ب - استخدام إجراءات لمساعدة الطفل المعاق سمعياً على اكتشاف ما يريده فعلاً وانعكاسه على ما يفعله ثم خلق خطة جديدة لإشباع تلك الحاجات أكثر فاعلية مستقبلاً .

ووظيفة المعالج أن يدمج كلا المكونين معا بشكل يقود الطفل المعاق سمعياً إلى تقييم ذاته وحياته واتخاذ القرارات الصائبة نحو إحراز المزيد من التقدم ويتم خلق بيئة تتسم بالثقة من خلال الاندماج (Glasser, 2000b, 3).

### الإجراءات التي تقود للتغيير طبقاً لنظرية العلاج بالواقع:

في هذه الإجراءات من المهم الأخذ بعين الاعتبار أن الناس يختارون سلوكياتهم الكلية حتى ولو كان واحد أو أكثر من المكونات الفردية لم يتم اختياره ، ونذكر أيضاً أنه بالرغم مما يبدو عليه السلوك من كونه فعال أو غير فعال ومدمر الذات ، فمن الأفضل دائماً أن يعتقد الشخص أنه قادر على فعله وفي تلك الحالة يكون السلوك مؤثرة بالنسبة للفرد ، ولن يستطيع الشخص عمل تغيير في السلوك حتى تلتقى المتطلبات الأساسية التالية:

## فعالية برنامج قائم على فنيات العلاج بالواقع لخفض التلكؤ الأكاديمي

- استخدام تقييمه الشخصى فيجب أن يقرر الشخص أن السلوك الحالى إما أن يحقق ما هو مرغوب أو أن يأخذ الشخص فى الاتجاه المرغوب.
  - يجب أن يؤمن الفرد بأن لديه سلوكا آخر متاحاً يسمح له بإشباع احتياجاته.
- من أول جلسة لآخر جلسة ، يركز العلاج بالواقع دائماً على الحاضر ، فالماضى قد حدث ، والمستقبل سيحدث ، وأنا لا نستطيع أن نتحكم فيما يحدث اليوم ، وليس هناك أسلوب محدد، أو قائمة محددة من الأسئلة تحتاج إلى طرحها فى العلاج بالواقع. ويكون المعالج على استعداد للاتجاه نحو أى طريق يأخذه الطفل المعاق سمعياً إليه.

وليس هناك حدود ، وليس هناك شيء يسمى الطريق الصحيح والطريق الخطأ طالما أن العلاقة (كيفية تكوينها وإنجاحها) تأتي فى المرتبة الأولى ، سواء كانت علاقات شخصية أو علاقات ساعدة الطفل المعاق سمعياً فى حياته ، وعندما يدخل المعالج فى الجلسة لابد أن يكون مستعداً لحدوث كل ما هو جيد ومتفائل فالشيء الذى قد يبدو مستحي "اليوم قد يكون ممكناً غداً".

(Glasser, 1965, 10)

وترى الباحثة أن العلاج بالواقع الذى يقوم على نظرية الاختيار جيد بوجه عام لأنه ببساطة يوضح لنا أننا نستطيع التحكم فى أنفسنا ، وإذا حاولنا التحكم فى الآخرين ، فلن ينتج عن ذلك سوى الإحباط ، والذى لا يساعدنا على تلبية احتياجاتنا الأساسية نحو السعادة التى ننشدها ، وإذا اتخذنا قرارة خطأ ، فإننا يجب ألا نلوم سوى أنفسنا ، ولذلك كان تحمل المسؤولية أمراً هاماً. فشعور الفرد بضرورة الفاء اللوم على الآخرين ليس شعورة إيجابية ، ولكن يمكن أن يتغير إلى الشعور بتحمل المسؤولية وبقيمة الخبرة التى مررنا بها لتتعلم منها فى المستقبل.

### أهداف العلاج بالواقع:

من خلال ما سبق يتضح أن من أهداف العلاج بالواقع الذى يتضح من نظام WDEP الآتى؛ فهم الموقف الحالى، وربط مشاعر الطفل المعاق سمعياً بسلوكه، وفهم احتياجات ورغبات الطفل المعاق سمعياً، وتقييم مدى الالتزام بالعمل على تلبيتها، و فحص مستوى فاعلية أداء الشخص فى العلاقة وأثرها على تحقيق الأهداف (التقييم)، والتخطيط لسلوك أكثر فاعلية لتحقيق أهداف الطفل المعاق سمعياً ، هذه الخطوات يجب تكرارها وليس من الضرورى أن تحدث وفق هذا الترتيب (Wubbolding, 2000, 52).

فالهدف الأساسى للعلاج بالواقع هو مساعدة الطفل المعاق سمعياً على تلبية احتياجاته الشخصية بشكل أفضل والتى تتمثل فى القوة ، الحب ، الحرية ، البقاء ، والمرح. ومن خلال تحليل

العلاقات الحالية للطفل المعاق سمعياً والتناقض الحادث بين تفكيره وسلوكه يساعد المعالج الطفل المعاق سمعياً على إعادة اكتساب قوته النفسية وقبول تحمل المسؤولية عن حياته كلها ، وأن يستخدم قوة الاختيار في التحكم في حياته وفي تلبية احتياجاته. (Okun, 1992, 60)

### مزايا العلاج بالواقع:

- يعلم الناس أنهم يستطيعون عيش حياتهم بنجاح إذا استطاعوا تحمل المسؤولية على السلوكيات التي يختارونها.
  - إن ممارسة العلاج بالواقع يجب ألا يشكوا بأن الناس قادرون على اختيار سلوكيات أكثر مسؤولية وفعالية.
  - فالممارس لديه القدرة في مساعدة الفرد على تجنب الأعداء والحجج وأن يتقبل هذه المسؤولية.
  - يجب على الممارس أن يقدم فرصاً للفرد ليتعلم ويختبر اختيارات سلوكية فعالة وجديدة.
- (Glasser, 1965B, 50)

### العلاج بالواقع والعلاجات النفسية الأخرى:

#### ١- الفرق بين نظرية جلاسر والنظرية السلوكية:

إن جلاسر يرى أن كل السلوك الإنساني له محفز داخلي وأن نظرية الاختيار تعارض فكرة الشعور العام المحفز بمؤثر خارجي لإدراك العالم الخارجي المحيط بنا وبمعنى آخر فإن نظرية الاختيار تعارض ما تنص عليه نظرية الحافز (المثير والاستجابة- Stimulus Response S - R Theory ونظراً أن كل دوافعنا تكون صادرة بمحفزات داخلية فإن السلوك الوحيد الذي يمكن أن تحكم فيه هو سلوكنا الشخصي (Thomas & Carolina, 1997: 40).

#### ٢- العلاج بالواقع والتحليل النفسي:

يختلف العلاج بالواقع عن العلاج التقليدي أو التحليل النفسي في أن العلاج بالواقع يرفض النموذج الطبي ، والتركيز على الأحداث الماضية ، وتفسير الأحلام، والاعتماد على الأحاسيس والرؤية الذاتية (البصيرة الداخلية) ، واللاوعي. فكل شيء نتحكم فيه يحدث في الحاضر وهذا هو نطاق تركيز العلاج بالواقع. كما أن العلاج بالتحليل النفسي فشل في تعليم الطفل المعاق سمعياً السلوك الأفضل. (Corey, 2004,3)

#### ٣- العلاج بالواقع والعلاج العقلاني الانفعالي:

يتشابه العلاج بالواقع مع العلاج العقلاني الانفعالي في أن كلا منهما يستعمل الإتجاه المعرفي في التعامل مع المرضى ، وأن كلا منهما يتبنى تكتيكات مختلفة في الإرشاد مع العملاء

## فعالية برنامج قائم علي فنيات العلاج بالواقع لخفض التلكؤ الأكاديمي

ويكون المعالج معلماً، وكلا منهما يركز على قدرة العميل على حل مشكلاته معتمداً على معرفته وقدرته في معرفة الأسباب، كما أن الإتجاهات الإرشادية في كل منهما يمكن أن تعلم للطفل المعاق سمعياً في وقت قصير (Graziano, O.etal.,2005:452)

### ٤- العلاج بالواقع والعلاج الاستفزازي:

يختلف العلاج بالواقع عن العلاج الإستفزازي في الفتيات المستخدمة لتحقيق الهدف العلاجي كالاتي ؛ أن المعالج الاستفزازي يخفض وينفس عن توترات الطفل المعاق سمعياً عن طريق إضحاكه من مخاوفه الطفلية وأوهامه اللامنطقية فالمهمة هنا مزدوجة وهي تبصير الطفل المعاق سمعياً بوجود مخاوف طفلية وتفكير خرافي وأهم لا أساس لها في الواقع وتخفيف معاناته وتوتراته عن طريق الضحك معه في إطار علاقة دينامية تتسم بالفعالية من جانب المعالج، أما العلاج بالواقع فإنه يهتم بإعادة تربية الطفل المعاق سمعياً وتناول سلوكه على المسطح الشعوري فحسب ويدرب الطفل المعاق سمعياً على معاشه الواقع والارتطام به بكل جوانبه مراعيًا الالتزام بمعاييره الأخلاقية وتحمل كل المسئوليات التي يلزم تحملها من جانب الكائن الحي (Harris, S,2002:545)

وتري الباحثة: أن العلاج بالواقع فهو يركز على الحاضر وتقبله وعدم إنكاره وعدم التركيز على الأعراض والاندماج أي تكوين علاقة ناجحة مع المعالج وإشباع الحاجات الأساسية التي أكد جلاسر أن الإخفاق في إشباعها هو مصدر كل المشكلات التي يعاني منها الفرد، وكذلك يؤكد العلاج بالواقع على مسئولية الفرد تجاه ما يشعر به أي أن الشخص مسئول عن اختياراته في طريقة التفكير والتصرف والتي تؤدي إلى شعوره سواء بالارتياح أو القلق ، وبالتالي تؤثر على حالته النفسية ، فبتغيير طريقة التفكير والتصرف يتغير تبعاً لها شعور الفرد بالسواء أو اللاسواء وتتأثر تبعاً لذلك حالته النفسية.

### ثانياً: التلكؤ الأكاديمي Academic procrastination:

التركؤ الأكاديمي: هو مصدر قلق العملية التعليمية في الفصول الدراسية بسبب آثاره السلبية على الحالة النفسية والأكاديمية للطلاب ، فالنظرة التقليدية كانت تنظر للتركؤ كبعد واحد فقط أي إرتباط التلكؤ بالوقت ، ولكنه في الوقت الحديث فإن التلكؤ ذو بعدين هما إرتباط التلكؤ بالوقت والدوافع الكامنة وراء هذا السلوك التي تحتاج إلى النظر (Koorosh et al., 2011: 35).



## محددات التلكؤ الأكاديمي:

### يتحدد التلكؤ الأكاديمي بما يلي:

- التلكؤ الأكاديمي هو نوع من التلكؤ العام لكنه يقتصر على المجال الدراسي (الأكاديمي).
- التلكؤ الأكاديمي يعنى تأجيل الطالب - عن قصد - الواجبات الدراسية والمهام المكلف بها وتأخيرها عن موعد إنجازها إلى موعد آخر لاحق.
- التلكؤ سلوك قد يترسخ لدى الطالب ، فيصبح سمة شخصية ملازمة له، فيكرر هذا السلوك فى جميع مجالات حياته ومنها المجال الدراسي.
- التلكؤ الأكاديمي هو نوع من الإضطرابات السلوكية التى تظهر فى تجنب أداء السلوك المطلوب، كما أنه نوع من الخلل المعرفى الذى يظهر فى صعوبة ترتيب الأولويات بحسب أهميتها مع الإعتماد على ميكانيزم التبرير Rationalization لتعليل أسباب هذا السلوك (سيد أحمد البهاص، ٢٠١٠ : ١٢٠).

### خصائص الطالب التلكؤ :

- ١- عدم تنظيم إدارة الوقت بكفاءة مع البطء فى متابعة دروسه بإستمرار حتى تتراكم عليه وتصبح عائقة ، ويعنى هذا التأجيل أى تدنى مستوى التحصيل الدراسي.
- ٢- عدم الثقة بالنفس.
- ٣- إهدار الوقت لكثرة التردد وعدم الحزم والجدية.
- ٤- الشعور بالنقص مما يدفع الطالب لتجنب أى مخاطر النجاح ، وما يترتب عليه من مشكلات (قلة تحمل المسؤولية والإحباط) (حسن سعد ونرمين عوني، ٢٠١٣ : ٢٥٥).

### أسباب التلكؤ الأكاديمي:

#### ١- الخوف من الفشل:

ويرى (Caplan, 2010:1667) أن المؤجلين procrastinators يخافون الفشل والتقييم السلبي ، كما يخافون أيضاً من النجاح بسبب الفرص المتزايدة للتقييم ، والتي ترتبط بالنجاح ، وهذا التقييم من الممكن أن يفسر بصورة خاطئة بإزدياد فرص الفشل ، كما أن الأفراد الذين يضعون لأنفسهم مستويات عالية بصورة غير معقولة ، لا يصدقون أنهم يستطيعون تحقيقها فإنهم سوف يؤجلون. وبعض الطلاب المعاقين سمعياً يجمعوا عن إتخاذ قرار خاطئ للقيام بالفعل الآن، لأنهم يخافون من الفشل الذى لا يحبه أحد.

## ٢- الخوف من النجاح:

كما أن الكثير يخافون من الفشل، فإن البعض يخافون من النجاح وما يترتب عليه، الناجحون قلة، وبالتالي يقدمون ركوب موجة التيار العام، فلا يكون عليهم القيام بأعمال وإلتزامات مختلفة عن غيرهم، وهنا يجب أن تتعلم كيف تغير من نظرتك تجاه تلك الإلتزامات والخيارات، فتدمجها ضمن حياتك، وتتعلم كيف يمكنك الإستفادة منها وإستثمارها عوضاً عن الهروب منها (فريخ العزى ومحمد الدغيم، ٢٠٠٣: ١)

## ٣- إدمان تأجيل المهام فى الأوقات الأخيرة:

فكثير من الناس يضع نفسه طموحات أعلى من قدراته وإمكانياته، سواء كانت هذه الطموحات فى المنزل، أو فى العمل، أو بالنسبة للعلاقات الاجتماعية، وتعتبر الرغبة فى الكمال وضعف الدافعية الذاتية يرتبط سلباً مع التلكؤ ، كذلك يرتبط التلكؤ بكل من الخوف من الفشل، والإنسحاب من أداء المهام، وأبعاد الكمالية (المبالغة فى الإلتقان إلى حد التزمّت) التى تمثلت فى الكمالية الموجهة ذاتياً والموجهة من الآخرين. (Hassan, 2011: 151)

## ٤- عدم كفاية الوقت:

وتؤكد دراسة (Caplan, 2010:1669) إلى الإهدار فى الوقت وعدم تحديده وعدم اليقين بتحديد الهدف وتحقيقه ، وأيضاً عدم تحليل المهمة المطلوب إنجازها ، قد يؤدى إلى ظهور التلكؤ الأكاديمي بنسبة عالية.

## ٥- كآبة المهمة:

قد تكون الكآبة عرضاً جانبياً للخوف من الفشل، أو عرضاً جانبياً لمهمة كبيرة ومعقدة، ولكن قد تكون هناك مهام فى حد ذاتها كئيبة وغير سارة مثل التحدث إلى الأبناء (أو الآباء) بشأن قضايا معينة لابد من معالجتها بطريقة ما، أو قد تكون تنظيف غرفة ما، أو إيصال خبر غير سار إلى أحد الأشخاص، ولكن حقيقة الأمر أن إنجاز هذه المهام، سيؤدى إلى تجنب الكآبة الناتجة عنها وعن تأجيلها. لذا يعد هذا هو السبب الأكثر شيوعاً للتلکؤ لدى العديد من الأشخاص والذى يدفع الفرد إلى تأجيل القيام بالمهمة، ويحدث هذا السبب بقول الفرد أن هذا العمل لا أحبه، وأشعر معه بالملل، كما أننى أرى أنه صعب. (HoWell & Watson, 2007: 17)

## ٦- المهام الجسيمة (شديدة الصعوبة):

هى المهام التى ينظر إليها الشخص على أنها مستحيلة التحقيق وإنها مهام غير نهائية، كما يشعر فيها المتلكؤ بأنها مهام كثيرة ومتعددة وكل هذا يتطلب قدراً كبيراً من القدرات والإمكانات، مما يشابه الشعور بالخوف من الفشل والتى تؤدى به إلى تجنب أو تأجيل أداء هذه المهام (محمد

إبراهيم بدره، ٢٠١٠: ٣).

#### ٧- عدم وضوح الأهداف:

ولتجنب التلكؤ لابد من أن يضع الفرد خطوات تمكنه من تحقيق أهدافه التي يريدتها ، وذلك من خلال تخيل النتائج في حال إنهاء المتكئ ات، فمثلاً إذا كنت تريد إنهاء كتاب فتخيل نفسك وأنت قد أنهيت الكتاب فعلاً، تخيل حالة إنهاء الكتاب وبكل التفاصيل، وأخلق لنفسك حافظاً وكافئها عند إنجاز المهمة بشرب فنجان قهوة مثلاً، أو بإستراحة لمدة ساعة أو يوم، أو بشراء شئ جديد، وعاقبها عند التأخير في الإنجاز كأن تحرمها من قراءة جريدة أو من الأكل في مطعم إعتدت عليه (Howell & Watson, 2007: 175).

#### المناهي والإتجاهات النفسية للتلکؤ الأكاديمي:

#### وتتعدد المناهي التي فسرت التلكؤ الأكاديمي على النحو التالي:

##### ١- المنحى الفينومولوجي Phenological approach:

يشار إلى التلكؤ الأكاديمي في ضوء الفينومولوجيا على أنه يحدث نتيجة الفجوة بين درجة النية التي تكون لدى الفرد والتخطيط وأداء العمل، وتؤثر الفينومينولوجية في وجود ارتباط أيضاً مع الحالة المزاجية. (Steel, 2007: 65)

##### ٢- المنحى المعرفي Cognitive approach:

ينظر أصحاب هذا الإتجاه إلى التلكؤ الأكاديمي في ضوء إرتباطه بالتفكير خاصة الأفكار السلبية التلقائية (Automatic Negative Ideas (ANI)، والتي تؤدي في الغالب إلى نتائج غير سارة حيث تسيطر على المتكئ فكرة "سوف أفعل ذلك غداً أو بعد غد" أو فكرة "أخاف من الفشل إن أقدمت على أداء تلك المهمة" (Kagan et al., 2010, 121)

##### ٣- المنحى النفسي Psychological approach:

يظهر هذا الإتجاه واضحاً في التلكؤ الأكاديمي، فالطالب المتكئ ينشغل بأمر أخرى كالإستذكار، فيقدم ممارسة الأنشطة الترويحية كالتنزه وتكوين الصداقات وقراءة الصحف ومشاهدة التلفاز وإستخدام الإنترنت وشراء تذاكر لحضور حفل الموسيقى وللسنيما ، وذلك من قبيل إبدال المهام غير السارة بأخرى تحقق له الراحة النفسية، وللد من تلك المشكلة يكون من خلال بناء الثقة بالنفس والمثابرة وضبط الذات والقدرة على تحمل الإحباط في المواقف غير السارة. (Joseph etal. 2004: 581)

## فعالية برنامج قائم علي فنيات العلاج بالواقع لخفض التلكؤ الاكاديمي

### ٤- المنحى الإجتماعى : Social Approach:

يفسر أصحاب هذا الإتجاه مشكلة التلكؤ الأكاديمي بأنه إضطراب فى الدور الإجتماعى وخل فى إرتباط الشخص المتلكؤ بالآخرين، خاصة فى المواقف التى يشعر فيها بالتقييم السلبى من الأشخاص الأكبر سناً أو ممن يمثلون السلطة فى حياته كالأباء والمعلمين (Hassan, 2011: 151)

### أنماط التلكؤ Patterns of Retardation:

#### ١- التلكؤ العام General Retardation:

تشير دراسة (Fiore,2006:5) أن التلكؤ مشكلة عامة تصيب الأفراد فى جميع مراحل حياتهم، فيؤخرون ما يجب أدائه من أعمال، ويقدمون الأداء الأقل أهمية على الأكثر أهمية، ويرتبط هذا السلوك بسلوكيات الكسل والبلادة وفقد الحماس، ويظهر هذا النمط فى المهام الدراسية والحياتية حتى فى الطقوس والعبادات، حيث يرى بعض علماء النفس أن الشخص قد يلجأ إلى التلكؤ فراراً من القلق الذى عادة ما يصاحب بداية المهام أو إكمالها أو ما يصاحب إتخاذ القرارات.

#### ٢- التلكؤ الشخصى Personal Retardation:

التركؤ الشخصى يركز على تأجيل المهام الأكاديمية المطلوبة من الفرد حتى إقتراب الموعد النهائى ليصبح وشيكاً على الإنتهاء ، ويكون التلكؤ ذاتياً لذا فهو مرتبط بالتنظيم الذاتى، كما أن الشخص المتلكؤ ذاتياً يسعى إلى تأجيل مهام الحاضر إلى وقت غير معلوم، ويظهر هذا النمط عادة أمام الأنشطة ذات الصلة بالتقدير الذاتى وتحقيق الذات. (Fatemeh et al., 2011: 294)

#### ٣- التلكؤ البسيط Simple Retardation:

الشخص يرى المهمة على أنها معقدة أو غير ملائمة وغير سارة على الرغم من سهولة المهمة، ويبدأ هذا النمط بلحظة تردد ، أى لن يتم تجاوز العمل بنجاح أو لن يتم إنجازه، وعملية التردد تتم بطريقة ما أثناء عمل المخ، فقد يكون سبب التأجيل هو عملية عدم التوقع للمخ أو أن الوقت الذى يستغرقه المخ فى الإستجابة للإشارة الحسية أطول مما كان متوقفاً (ناهد هنداوي وأمانى البيديوي، ٢٠١٧: ٢٠٠). (٢٠٠)

#### ٤- التلكؤ المعقد Complex Retardation:

تشير دراسة (Hoora et al.,2012:229) إلى أن التلكؤ يرتبط بظروف الحياة

المعيشية، ويأتى تعقيده لما يترتب عليه من آثار نفسية، فالشخص الذى تضعف إمكانياته وقدراته عن مواجهة متطلبات الحياة ، فإنه يسعى إلى إيجاد بدائل وتأخير إشباع حاجاته الملحة، ومع تكرار التأجيل يصاب الفرد بمشكلات نفسية كالقلق والإحباط والإكتئاب، وتظهر نتيجة سوء التنظيم الذاتى للفرد فى تحديد وقته ، مما يؤثر على إنجازة الأكاديمي.

#### ٥- التلكؤ الإجتماعى Social Retardation:

**اللكؤ الإجتماعى** يعنى تأخير أداء المهام ذات الطابع الإجتماعى إلى وقت لاحق مثل فواتير الكهرباء والغاز والماء والمخالفات المرورية، مما يترتب عليه آثار إجتماعية وإجراءات قانونية تتخذ ضد الشخص المثلكى نتيجة تأخيره المتعمد فى أداء تلك الإلتزامات الإجتماعية (سيد أحمد البهاص، ٢٠١٠: ١٢١).

**ثالثاً: (الثقة بالنفس) self – confidence**

- تعريف الثقة بالنفس:

يعرف (Chen,M.,etal., 2006: 200) الثقة بالنفس بأنها "القدرة على تبوأ الفرد وضع معين بطريقة صحيحة أو تخلص الفرد من أى نقص فى المهارات اللازمة ليكمل مهامه مع مراعاة إمكانية اختلاف تلك المهام من النشاط الاجتماعى مثلما يحدث عندما يحاول الفرد الاقتراب من شخص ما ليس لديه معرفة سابقة به ، أو مثلما يحدث فى النشاط المهني كالقدرة على تحقيق مهام يحتاجها فى العمل.

- الثقة بالنفس فى ضوء نظريات علم النفس:

١- نظرية إريكسون:

يرى إريكسون أن هناك ثلاث خصال للشخصية السليمة هى: السيطرة الفعالة والايجابية على البيئة ، وإظهار قدر من وحدة الشخصية والقدرة على إدراك الذات والعالم إدراكاً صحيحاً ، فالنظرية تعتمد على تفاعل الفرد مع البيئة الاجتماعية والثقافية التى يعيش فيها ، فاهتم إريكسون بوصف سلسلة من الأزومات التى تحدث استجابة لمطالب المجتمع التى يفرضها على الفرد ، والتى تتمثل فى مطالب المسايرة لتوقعات الكبار والراشدين حول التعبير الذاتى والاعتماد على الذات. (محمد عبد الرحمن، ١٩٩٩: ١٧٥).

٢- نظرية التحليل الاجتماعى:

الثقة بالنفس عند سوليفان أحد المكونات الأساسية فى البناء الشخصى التى تظهر كنتيجة لتفاعلات الفرد مع بيئته من خلال عدد لاحصر له من المواقف الاجتماعية فحينها يصبح الفرد

## فعالية برنامج قائم على فنيات العلاج بالواقع لخفض التلكؤ الاكاديمي

واعياً بنفسه وبكيفية ارتباطه بالناس. وهذا ما وضحه ( حامد زهران ، ٢٠٠٣: ١٢٤ ) بأن الثقة بالنفس تتوقف على العلاقات الشخصية المتبادلة بين الشخص والآخرين.

### ٣- نظرية الحاجات:

أوضح ماسلو فى تنظيم الحاجات النفسية أن الحاجات التقديرية تتضمن شقين الأول: احترام الذات ويتضمن الثقة بالنفس والكفاءة والجدارة والاستقلالية وقوة الشخصية والانجاز ، والشق الثانى: التقدير من الآخرين ويشمل التقبل والمكانة ، والانتباه والمركز والشهرة ( حسين فايد ، ١٩٩٧: ١٤٥ )

### -أسباب فقدان وضعف الثقة بالنفس:

لأن ضعف الثقة بالنفس هى سلسلة مترابطة تبدأ بانعدام الثقة بالنفس تم الاعتقاد أن الآخرين يرون عيوبه وسلبياته، مما يؤدي إلى الشعور بالقلق إزاء ذلك والرهبه من صدور سلوك سلبي، وهذا يؤدي إلى الإحساس بالخجل، الأمر الذى يؤدي مرة أخرى إلى ضعف الثقة بالنفس، مما يعنى تدمير حياة الفرد. ومن الأسباب التى تؤدي إلى فقدان الثقة بالنفس:

١- الطفولة البائسة: إذا نشأ الإنسان خائفاً فى طفولته يظل كذلك طوال حياته، ما لم يحاول أن يكسر حاجز الخوف، والخوف ينشأ من المعاملة المتسلطة للآباء وعدم احترامهم لطفولته، وتعرض الفرد لمواقف محبطة أكثر من مرة وتعرضه للانتقاد المتكرر مع الابتعاد عن التحفيز والتشجيع.

٢- الشعور بالنقص: إنه الإحساس الداخلى الذى يملك الإنسان ويشعره بالنقص والتصور إزاء الآخرين، فيفقد ثقته بنفسه تماماً.

٣- التركيز على الآخرين: مشكلة كبيرة أن يربط الإنسان حياته بالآخرين، فهو بذلك يتخلى عن الاستقلالية، والتخلى عن الاستقلالية يعنى فقدان الثقة بالنفس.

٤- المكاسب الوهمية: فى كثير من الأحيان قد يشعر الإنسان بأنه يحقق الكثير من المكاسب نتيجة عدم ثقته بنفسه ، فعدم الثقة بالنفس تعنى السكون والآنزواء وعدم المبادرة وتجنب انتقاد الآخرين والفشل.

٥- الإغراق فى المثالية: أحياناً يتطلع الفرد إلى تأدية المهام المطلوبة منه على أكمل وجه وبأعلى درجة من المثالية ، وعندما يفشل فى تحقيق هذا المستوى من المثالية يصاب بالإحباط ، وفى النهاية فقدان الثقة بالنفس.

٦- الصورة الذهنية: عندما يعتقد الإنسان أنه لا يستطيع أن يحقق النجاح الذي حققه الآخرون ، سوف يصبح كذلك بالفعل، وبالتالي قد أصدر حكماً على نفسه بالفشل ومن ثم سيحصد الفشل.

٧- التفسيرات الخاطئة: هذا الخطأ يرتكبه معظمنا، وذلك عندما نصف الشخص فاقده الثقة بنفسه بأنه مؤدب ، شديد الخجل، عاطفي ، مسالم، وفي المقابل قد نصف الشخص الوديع بنفسه بأنه مغرور، أو أناني أو غير مؤدب أو أنه لا يحترم الآخرين (فايز عبد الكريم، ٢٠١١: ٢٨ - ٢٩)

و ترى الباحثة أن من الأسباب القوية لفقدان الثقة بالنفس هي أسلوب التنشئة الودية الخاطئة وخاصة أسلوب الحماية الزائدة، حيث الحماية الزائدة تجعل الابن غير مؤهل لتحمل المسؤولية وأنه يختلف عن الأشخاص العاديين مما يعنى اعتقاده بعدم قدرته على أداء المهام المطلوبة منه أو حتى محاولة ذلك سواء بطلب ذلك منه أو بمبادرة ذاتية ، وهذا يعنى فقدانه ثقته بقدرته وبنفسه، أما الكمال الزائد والذي من خلاله يطلب الأهل من ابنهم ما هو فوق طاقته مما يعنى أحد أمرين؛ إما عدم ثقة الفرد بنفسه لعدم قدرته على تلبية طلبات أهله منه، أو محاولته الغش والخداع لينال رضا والديه ، وكلا الحالتين وباء على الفرد نفسه وعلى المجتمع.

### -السلبيات المترتبة على انعدام الثقة بالنفس:

الفرد الذى فقد ثقته بنفسه يشعر دوماً بالنقص وعدم الكفاية فعندما يعجز عن حل مشكلة بطريقة ترضيه، وتقبل فى المجتمع سيظل فى حالة قلق واضطراب دائمين ، وإذا لازم الفرد لدرجة عرقلت تكيفه وأثرت فى تحصيله العلمى فإنه سيصبح سلوكاً مرضياً فيشعر بالنقص والعزلة عن المجتمع، والخوف والتردد وعدم القدرة على اتخاذ أحكام والتصرف فى المواقف لأن هذا الشعور يرتبط ارتباطاً وثيقاً بعدم الكفاية وضعف الثقة بالنفس. فالسلبيات المترتبة على انعدام الثقة بالنفس تتمثل فى الآتى:

١- الأرق: يشعر الطفل بالقلق وعدم القدرة على النوم الهادئ لأنه يهاب الاجتماع بالناس وفى نفس الوقت يخشى الوحدة، فالطفل الذى يحس بالنقص حينما يتذكر موعده الصباحى للذهاب إلى المدرسة والاجتماع بالناس يزداد توتره وإحساسه بالخوف فيضطرب أكثر ولهذا تراه رغماً عنه يقاوم الشعور بالنوم لأنه فريسة للوساوس والمخاوف.

٢- الأنايية: تعتبر الأنايية من الأعراض العامة للشعور بالنقص، فالشخص الذى يشعر بالنقص (له منطوق خاص به) فيسعى على فرضه على من يعيش حوله ويشعر بالمرارة والتعاسة لما يعانیه من نقص ولذلك يضيف هذه المرارة على معاملته لغيره ويرثى

## فعالية برنامج قائم على فنيات العلاج بالواقع لخفض التلكؤ الأكاديمي

لنفسه ويجعل كل تفكيره حولها بفضل مصلحته حتى إذا ما تعارضت مع مصالح الجماعة، ويحارب من حوله بطريقة شعورية أو لآ شعورية ظناً منه أنهم يهددون مركزاً يعرض عليه رغم اقتناعه بأنه ليس أفضل من يصلح له، أو أنهم يحاولون حرمانه من متعة أو مغنم من مغنم الدنيا.

٣- **الاكتئاب:** هو أحد مظاهر الشعور بالنقص عند الطفل لأنه في هذه الحالة يجد نفسه محاطاً بعالم خاص به ووحدة وانطواء، وعدم قدرة على التكيف مع الآخرين.

٤- **العصبية:**الطفل الذي يشعر بالنقص غالباً ما يكون عصبياً ، انفعالياً غير مستقر، ثائراً في المواقف ، يتوقع دائماً خطراً وهمياً، حاد الطبع، متقلب المزاج، سوداى النظر.

٥- **الكذب:**فبعض الأطفال يتظاهر أحدهم بالتعالى والتكبر والغطرسة ويسرد قصصاً وهمية لأعمال بطولات ينسبها لنفسه للفت الأنظار إليه، بل ينسب إلى نفسه أشياء وقد تكون خاصة بغيره.

٦- **العدوانية:**فالطفل الذى يعانى من النقص إنسان حقوق، عدوانى ، بزجج الآخرين ويوقع الناس فى فتن وأقاويل يثيرها ويبتكرها، ويقلل غالباً من نجاح الأطفال المميزين ويثير عليهم الإشاعات والأفعال السيئة لتشويه صورهم، وإثارة ضحك الناس عليهم.

٧- **أحلام اليقظة:** هى المتنافس للطفل الذى يعانى من هذا الشعور المرير إذ تراه يحقق فى خياله وأوهامه آمالاً وأحلاماً عجز عن تحقيقها فى أرض الواقع، والخيال هو الطريقة السلمية والممكنة بالنسبة له لإشباع النقص الذى يشعر به (أمير تاج الدين، ٢٠٠٨:

(٨١)

### رابعاً: المعاق سمعياً:

-السمع:

تعتبر وظيفة السمع التي تقوم بها الأذن من الوظائف الرئيسية والمهمة للكائن الحي؛ حيث يشعر الإنسان بقيمة هذه الوظيفة حين تتعطل القدرة على السمع لسبب ما يتعلّق بالأذن نفسها وتمثّل آلية السمع في انتقال المثير السمعيّ من الأذن الخارجيّة إلى الوسطى، ثمّ إلى الأذن الداخليّة فالعصب السمعي، ثم إلى الجهاز العصبيّ المركزيّ؛ حيث يتمّ هناك تفسير المثيرات السمعية. ويتمّ حوالى تسعة وتسعين بالمئة من الأفراد بالقدرة على السمع بشكل طبيعيّ، بينما يوجد حوالى واحد بالمئة من الأفراد يفقدون القدرة على السمع، وهذا ما يطلق عليه بمصطلح الإعاقة السمعية (Amayer, M., 2003: 518).



### -تعريف الإعاقة السمعية:

ظهرت عدة تعريفات للإنسان الذي يعاني من فقدان القدرة على السمع، وقد صنف على النحو التالي:

**الفرد الأصم كلياً:** وهو الفرد الذي فقد قدرته التامة على السمع في مراحل مُبكرة من عمره، مما أدى إلى عدم تكوّن أيّ مخزون لغويّ لديه، فأصبح غير قادر أيضاً على النطق، وهذه الحالة تدعى بالكم، أو الشخص الأكم، ويطلق عليهم مصطلح الصم والكم.

**الفرد الأصم جزئياً (ضعيف السمع):** وهو الشخص الذي فقد جزءاً من قدرته السمعية، نتيجة وجود سبب، أو أكثر من الأسباب الصحية، أو البيئية التي تؤدي إلى وجود ضعف في التقاط الذبذبات الصوتية، وبالتالي ضعف في تكوّن اللغة، وهذا يتفاوت من شخص لآخر حسب درجة الإعاقة السمعية التي يعاني منها الأفراد (Chin, S., 2003:851).

### -أسباب الإعاقة السمعية:

- الأسباب الخاصة بالعوامل الوراثية (الجينية)، وخاصة اختلاف العامل الرايزسي بين الأم، والجنين.
- الأسباب المتعلقة بالعوامل البيئية، والتي تحدث بعد عملية الإخصاب، أي قبل مرحلة الولادة، وأثناءها، وبعدها، ويمكن تلخيص الأسباب المؤدية إلى ذلك بما يلي:
- سوء تغذية الأم الحامل.
- تعرض الحامل للأشعة السينية وخاصة في الشهور الثلاث الأولى من الحمل.
- تعاطي الأم الحامل للأدوية والعقاقير دون استشارة طبيب.
- إصابة الأم الحامل بالحصبة الألمانية، أو مرض الزهري، أو نقص الأكسجين أثناء عملية الولادة، أو الحوادث، وغيرها (Clark, M., 2003, 66).

### -أنواع الإعاقة السمعية:

- ضعف السمع التوصيلي: تنتج هذه الحالة نتيجة وجود اضطرابات، أو اختلالات في توصيل الذبذبات الصوتية إلى مجرى السمع، وبالتالي إعاقة وصولها للعصب السمعي، وأغلب هذه الحالات تكون بسبب وجود خلل معين إما في الأذن الخارجية، أو في الأذن الوسطى.
- ضعف السمع الحسي العصبي: هذا النوع من الإعاقة ينتج بسبب وجود اضطرابات في إحدى أجزاء الأذن الداخلية، مما يؤدي إلى تحطيم الخلايا الشعرية الموصلة للذبذبات

## فعالية برنامج قائم علي فنيات العلاج بالواقع لخفض التلكؤ الأكاديمي

الصوتية المنقلة عبر القناة السمعية إلى الأذن الداخلية، أو وجود خلل في الأعصاب السمعية الناقلة لتلك الذبذبات، أو ما يُسمى بالمرات العلوية العصبية، ويُصنف هذا النوع من الإعاقة بأنه إعاقة شديدة العلاج؛ إذ يمكن أن يعالج المريض في بعض الحالات منها بزراعة قوقعة.

• الضعف السمعي المختلط ( mixed hearing loss ) وهو وجود قصور في طريق التوصيل والمسار الحسّ العصبي (Ertmer ,D & Inniger ,K.,2009,1581).

### دراسات سابقة:

دراسة (Patchin, et al., 2010) بعنوان فعالية العلاج بالواقع الافتراضي في تقليل قلق الحديث وتنمية الثقة بالنفس. وهدفت الدراسة إلى التحقق من تأثير العلاج بالواقع الافتراضي في تقليل قلق الحديث لدى مجموعة من الطلاب الصم وتكونت عينة الدراسة من ١٤ طالبة تم تقسيمهم لمجموعتين كالاتي : مجموعة تجريبية تتكون من ٨ طلاب وهذه المجموعة يطبق عليها برنامج العلاج بالواقع الافتراضي، مجموعة ضابطة تتكون من ٦ طلاب ولم تتعرض للبرنامج، وقد تعرضت المجموعة التجريبية لـ ٤ جلسات علاجية بالواقع الافتراضي بصورة فردية للحالات مدة الجلسة الواحدة ١٥ دقيقة كل أسبوع ، وفيها يقوم المشتركون بالتحدث في مواقف مختلفة مثل: التحدث في قاعة ظلماء وغير مشغولة بالمستمعين أو التحدث في قاعة مزدحمة بالمستمعين أو قاعة بها أفراد يتزايدون بصورة تدريجية لكي يصرف انتباه الطفل المعاق سمعياً لكي يتحدث مع كل فرد على حدة، وتم تطبيق القياسات التقييمية على المجموعة التي تعرضت للعلاج بالواقع واحتوت على (٤) قوائم تقييم الذات ، وتقييم ذاتي للموضوعات التي تثير متاعب أثناء التعرض للعلاج بالواقع الافتراضي وكذلك قياسات نفسية لمعدل ضربات القلب خلال مهام الحديث ، وأثبت نتائج التقارير الذاتية والقياسات النفسية أن (٤) جلسات علاجية بالواقع الافتراضي لها تأثير على تضاؤل معدل قلق الخطابة بنسبة كبيرة لدى الطلاب الصم ، واتفقت هذه الدراسة مع الدراسات السابقة في تأثير العلاج بالواقع كوسيلة علاجية نفسية. وقد أثبت العلاج بالواقع فعالية في تقليل الخوف من الخطابة (قلق الخطابة) رغم قصر الجلسات.

كما هدفت دراسة (Cakir ,etal.,2012) إلى معرفة العلاقة بين الثقة بالنفس والتلكؤ الأكاديمي لدي الصم. وتكونت عينة الدراسة من (١٥٧) طالب وطالبة من الطلاب الصم. وتوصلت نتائج الدراسة إلى وجود علاقة سلبية بين الثقة بالنفس والتلكؤ الأكاديمي ، وتوصي الدراسة بأهمية ضبط النفس الداخلية لكل فرد للتغلب علي تلكؤه الأكاديمي.

كما هدفت دراسة (Bakar,2019) إلى معرفة مدى تأثير ثقة الفرد بذاته وأساليب لعب الدور كدور وسيط لدراسة العلاقة بين التلكؤ الأكاديمي والتدين لدي الطلاب الصم. وتكونت عينة الدراسة من (١٩٦) طالب وطالبة من الطلاب الصم. وتشير نتائج الدراسة إلى أن التدين هو مؤشر هام في تشكيل الثقة بالذات لدي الطلاب الصم ، ووجود علاقة سلبية بين التلكؤ الأكاديمي والثقة بالذات لدي الطلاب الصم، كما أن قدرة الإيمان بالله وأساليب لعب الدور للفرد تؤثر بشكل سلبي على التلكؤ الأكاديمي ، فقد يتخلي المتدينون عن ثقتهم بالذات وسيطرتهم على الأمور، إعتقاداً أن أمورهم في يد الله ، وأن الخضوع لقوة الله يوفر لهم نموذجاً بديلاً للتحكم الذاتي، مما يقلل من مشاكل التنظيم الذاتي لديهم.

وهدف دراسة شينج (Cheng, S, K., 2019) إلى دراسة العلاقة بين التلكؤ الأكاديمي والثقة بالنفس لدي الطلاب الصم. وتكونت عينة الدراسة من ( ١٧٥ ) طالب وطالبة من الطلاب الصم. وتم استخدام معامل ارتباط بيرسون واختبار T للعينات المستقلة كأحد الأساليب الإحصائية لتحديد العلاقة بين متغيرات الدراسة. وتوصلت نتائج الدراسة إلى وجود علاقة إرتباطية سلبية بين التلكؤ الأكاديمي والثقة بالنفس لدي الطلاب الصم، كما أن التحسن فى الدوافع الذاتية للفرد تسبب التحسن فى الأداء الأكاديمي لدي الطلاب الصم.

### فروض الدراسة:

- ١- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس التلكؤ الأكاديمي لدي الأطفال المعاقين سمعياً فى القياس البعدى (فى الاتجاه الأفضل) لصالح المجموعة التجريبية.
- ٢- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية فى القياسين القبلى والبعدى على مقياس التلكؤ الأكاديمي لدي الأطفال المعاقين سمعياً (فى الاتجاه الأفضل) لصالح القياس البعدى.
- ٣- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس الثقة بالنفس للطفل المعاق سمعياً فى القياس البعدى (فى الاتجاه الأفضل) لصالح المجموعة التجريبية.
- ٤- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية فى القياسين القبلى والبعدى على مقياس الثقة بالنفس للطفل المعاق سمعياً (فى الاتجاه الأفضل) لصالح القياس البعدى.
- ٥- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب المجموعة التجريبية على

## فعالية برنامج قائم علي فنيات العلاج بالواقع لخفض التلكؤ الاكاديمي

مقياسى التلكؤ الأكاديمي لدي الأطفال المعاقين سمعياً و الثقة بالنفس للطفل المعاق سمعياً فى القياسين البعدى والتتبعى.

### إجراءات الدراسة

#### أولاً: عينة الدراسة:

تكونت عينة الدراسة فى صورتها المبدئية من (٢١) طفلاً من أطفال مدرسة الصم والبكم ومراكز التربية الخاصة بطنطا ممن يعانون من تلكؤ أكاديمي، وقد تم استثناء طفلاً نظراً لأنه يعانى من عدة اضطرابات ، فتصبح عينة الدراسة الحالية (٢٠) طفلاً من الأطفال المعاقين سمعياً ، وتم تطبيق مقياس التلكؤ الأكاديمي لتشخيص الأطفال المعاقين سمعياً بواسطة المعلمين فى مدارس الصم والبكم والمشرفين بمراكز التربية الخاصة بمحافظة الغربية ، وقد تم اختيار العينة وفقاً للشروط الآتية:

١- أن يكون الطفل غير مصاب بأمراض عضوية ، وقد تحققت الباحثة من ذلك عن طريق السجل الطبى لكل طفل من الملفات فى المدرسة التى بها الطفل.

٢- أن تتراوح نسبة الذكاء لأفراد العينة من (٩٠-١١٠) ، من خلال استخدام مقياس ستانفورد بينيه (الصورة الرابعة) تعريب لويس مليكة (١٩٩٨ - ج) للتحقق من ذلك.

٣- حصول هذه المجموعة على درجات مرتفعة فى مقياس التلكؤ الأكاديمي للمعاقين سمعياً، وحصولهم على درجات منخفضة فى مقياس الثقة بالنفس للمعاقين سمعياً المستخدمين فى الدراسة الحالية.

تم تقسيم أفراد عينة الدراسة إلى مجموعتين (١٠) أطفال (ذكور وإناث) بالمجموعة التجريبية و(١٠) أطفال (ذكور وإناث) بالمجموعة الضابطة.

وقد تم التحقق من تكافؤ المجموعتين فى متغيرات (العمر الزمنى ، الذكاء) وأيضاً فى مقياس التلكؤ الأكاديمي ، ودرجة مقياس الثقة بالنفس بأبعاده بجانب الدرجة الكلية (القياس القبلى):

أولاً: وذلك باستخدام أسلوب الأزواج المتماثلة وهو بتوزيع كل فردين متساويين تقريباً فى المتغيرات بحيث فرد واحد فى المجموعة الضابطة والآخر فى المجموعة التجريبية.

ثانياً: باستخدام الأسلوب الإحصائى اللابارامترى "مان ويتنى" Man-Whitney (رمزية الغريب ، ١٩٨٩ ، ٦٣-٦٦) وجدولى (١ ، ٢) توضح ذلك.

والجداول التالية توضح ذلك:

جدول (١) قيم U لدلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في المتغيرات الخاصة بالمجانسة.

المتغير	المجموعة الضابطة ن = ١٠			المجموعة التجريبية ن = ١٠			قيمة U	مستوى الدلالة
	المتوسط	مجموع الرتب	المتوسط	المتوسط	مجموع الرتب	المتوسط		
نسبة الذكاء	٨٥,٣٦	١٨,٦٦	٩,٩٨٦	٨٤,٨٦	٦٦	٩,٢٣٦	٣٠	غير دالة
العمر الزمني (بالشهور)	١٣٣,٣٦	١٩	٩,٨٦	١٢٧,٤٨٦	٦٧	٩,٣٦	٣١	غير دالة

\* دلالة U عند مستوى ٠,٠٥ بين (صفر - ١٥).

يتضح من جدول (١) تكافؤ المجموعتين التجريبية والضابطة في متغيرات العمر الزمني بالشهور ، نسبة الذكاء حيث لم تصل قيمة U في المتغيرين إلى مستوى الدلالة الإحصائية ، كما يتضح من متوسطات الدرجات بالجدول أن أفراد المجموعتين من ذوي الإعاقة السمعية ونسبة ذكائهم تتراوح من (٩٠ - ١١٠) درجة.

فعالية برنامج قائم على فنيات العلاج بالواقع لخفض التلكؤ الأكاديمي

جدول (٢) قيم U لدلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياسي التلكؤ الأكاديمي والثقة بالنفس للمعاقين سمعياً (القياس القبلي).

المقياس	المتغير	المجموعة التجريبية ن = ١٠		المجموعة الضابطة ن = ١٠		قيمة U	مستوى الدلالة
		متوسط	مجموع الرتب	متوسط	مجموع الرتب		
التركؤ الأكاديمي للمعاقين سمعياً	إهمال الوقت	٢٧,٢٤	٧١	٩,٨٦	٢٦,٥١	٣١	غير دالة
	صعوبة المهام المطلوبة	٢٥,٣٣	٦٧	٩,٣٦	٢٤,٥٥	٢٩	غير دالة
	تأجيل إنجاز الواجبات	٢٨,١٢	٧٩	١٠,٨٦	٢٢,٦٦	٣٤	غير دالة
	انخفاض الدافعية للتعلم	٢٣,١٥	٦٩	٩,٦١	٢٧,٨٨	٢٦	غير دالة
	استقلالية الذات	١٠,٣٦	٧٢	٩,٨٩	٩,٨٩	٣٠	غير دالة
الثقة بالنفس للمعاقين سمعياً	الطلاقة اللغوية	٩,٩٦	٧٥	١٠,٣٦	٩,٠٠	٢٧	غير دالة
	ادراك الفرد لمهاراته	١٣,٥١	٧٤	١٠,٢٤	١٠,٤٩	٢٨	غير دالة
	الدرجة الكلية	٣١,٨	٧٧	١١,٥١	٢٦,٨٩	٢٥	غير دالة

\* دلالة U عند مستوى ٠,٠٥ بين (صفر - ١٥).

ينضح من جدول (٢) عدم وجود فروق دالة بين المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس القبلي ، حيث لم تصل قيمة U إلى مستوى الدلالة الإحصائية على مقياسي التلكؤ الأكاديمي للمعاقين سمعياً والثقة بالنفس للمعاقين سمعياً بالأبعاد الفرعية والدرجة الكلية لكل منهم.

ثانياً: المنهج المستخدم:

١- المنهج الذي تقوم عليه الدراسة:

تعتمد الدراسة الحالية على المنهج التجريبي باعتبارها دراسة تجريبية تهدف إلى التعرف على فعالية برنامج قائم على فنيات العلاج بالواقع لخفض التلكؤ الأكاديمي لدي الأطفال المعاقين سمعياً وأثره على الثقة بالنفس لديهم ، حيث يمثل البرنامج المستخدم المتغير المستقل ، وتهدف

الدراسة إلى التعرف على مدى تأثير هذا المتغير على عدد من المتغيرات التابعة والمتمثلة في التلكؤ الأكاديمي والثقة بالنفس لدى هؤلاء الأطفال (أفراد المجموعة التجريبية).

## ٢- التصميم التجريبي:

تعتمد الدراسة الحالية على نوعين من التصميم التجريبي وذلك لمزيد من التأكد من مدى تأثير البرنامج القائم على فنيات العلاج بالواقع بطريقتين ، وهما:

أ- التصميم التجريبي ذوي المجموعتين المتكافئتين (ضابطة وتجريبية) مع القياس البعدي والقياس التتبعي.

ب- التصميم التجريبي ذوي المجموعة الواحدة مع القياس القبلي والبعدي والقياس التتبعي.

## ثالثاً: أدوات الدراسة:

١- مقياس ستانفورد بينيه للذكاء (الصورة الرابعة) تعريب لويس مليكة (١٩٩٨ - ج):

يعتبر هذا المقياس من أكثر مقاييس الذكاء استخداماً للفئات العمرية المختلفة من سنتين إلى ما فوق السبعين ، وهو أداة مهمة لتشخيص عن الأطفال المعاقين سمعياً والتخلف العقلي والتاخر الدراسي والموهوبين.

وتتكون الصورة الرابعة للمقياس من خمسة عشر اختباراً فرعياً ، تبدأ باختبار المفردات وتحديد المسار ، وتنتهي باختبار بناء المعادلات.

ويبدأ تطبيق الاختبار بتحديد المستوى القاعدي للمفحوص بما يتفق وعمره الزمني ، وذلك بأن يجيب على جميع أسئلة الاختبار المعروض عليه ، فإذا فشل في الإجابة على كل فقراته ويسمى (المستوى القاعدي) ، تم تقديم اختبارات المستوى الأعلى حتى يفشل المفحوص في الإجابة على كل المفردات في ثلاثة مستويات متتالية ، عند ذلك يتوقف تطبيق الاختبار ويسمى (المستوى السقيفي).

يحسب العمر العقلي للمفحوص من خلال جميع أوزان الاختبارات التي أجاب عنها بعد إضافة المستوى القاعدي وقسمتها على العمر الزمني لاستخراج نسبة الذكاء.

ويتمتع المقياس بمعدلات صدق وثبات مناسبة لجميع مقاييسه الفرعية ، كما تم تطبيقه على فئات مختلفة من الأطفال العاديين والمعاقين سمعياً والمتفوقين وذوي صعوبات التعلم والمتخلفين عقلياً ، وكانت نتائجه تؤكد قدرة المقياس على التمييز بين تلك الفئات (لويس مليكة ، ١٩٩٨ - ج ، ٣-١) ، وقد استخدمته الباحثة للمجانسة بين المجموعة الضابطة والتجريبية في متغير الذكاء.

## فعالية برنامج قائم على فنيات العلاج بالواقع لخفض التلكؤ الأكاديمي

### ٢- مقياس التلكؤ الأكاديمي للمعاقين سمعياً: إعداد / الباحثة

ويتكون مقياس التلكؤ الأكاديمي للمعاقين سمعياً من أربعة أبعاد هي إهمال الوقت ، وصعوبة المهام المطلوبة ، وتأجيل إنجاز الواجبات ، وانخفاض الدافعية للتعلم.

ويتم الإجابة على عبارات المقياس من خلال ثلاثة اختيارات (أوافق - أوافق أحياناً - لا أوافق) تأخذ الدرجات (٢-١-صفر) على التوالي وكلها عبارات موجبة أى فى اتجاه واحد ، ويقوم بتطبيق المقياس المعلم أو الأخصائى النفسى.

وفى الدراسة الحالية ، قامت الباحثة بحساب الخصائص السيكومترية للمقياس على عينة (ن= ٥٥) طفل من الأطفال المعاقين سمعياً ، وذلك من خلال:

#### صدق المحكمين:

قامت الباحثة بعرض القائمة على عشرة من الأساتذة المتخصصين بمجال الصحة النفسية وعلم النفس التربوي بينها، وقد تم تعديل العبارات طبقاً لأراء السادة المحكمين فيما يتفق بينهم بنسبة ٨٠ % من آرائهم.

#### • صدق التكوين:

وذلك بحساب مصفوفة معاملات الارتباط بين أبعاد المقياس والدرجة الكلية كما يوضحها جدول (٣).

### جدول (٣)

قيم معاملات الارتباط بين درجة أبعاد مقياس التلكؤ الأكاديمي للمعاقين سمعياً والدرجة الكلية

إهمال الوقت	صعوبة المهام المطلوبة	تأجيل الواجبات	انخفاض الدافعية للتعلم	الدرجة الكلية
-	**٠.٣٧١	**٠.٥٧٠	**٠.٣٠٧	إهمال الوقت
**٠.٣٧١	-	**٠.٤٠٦	**٠.٥١٥	صعوبة المهام المطلوبة
**٠.٥٠٧	**٠.٤٠٦	-	**٠.٥٠٣	تأجيل إنجاز الواجبات
**٠.٣٠٧	**٠.٥١٥	**٠.٥٠٣	-	انخفاض الدافعية للتعلم
**٠.٧٠٦	**٠.٨٢٨	**٠.٨٠٨	**٠.٧٧٢	الدرجة الكلية

\*دالة إحصائياً عند مستوى ٠,٠٥ ، \*دالة إحصائياً عند مستوى ٠,٠١

من الجدول (٣) يتضح أن جميع معاملات الارتباط دالة إحصائياً عند مستوى (٠,٠١)

بما يعنى أن التماسك الداخلى للمقياس يشير إلى صدق القائمة.

الثبات:



كما تم حساب ثبات القائمة على عينة (ن = ٥٥) طفل من الأطفال المعاقين سمعياً بعدة طرق إحصائية:

- طريقة ألفا-كرونباخ.
- التجزئة النصفية.

#### ١- طريقة ألفا-كرونباخ:

استخدمت الباحثة للتأكد من ثبات المقياس طريقة ألفا-كرونباخ Alpha-Cronbach من خلال البرنامج الإحصائي SPSS ، وقد بلغ معامل الثبات (٠.٩٨٦) وهو معامل ثبات دال.

#### ٢- طريقة التجزئة النصفية Split-half:

اعتمدت الباحثة في حساب معامل الثبات على معادلة سبيرمان - براون وجتمان وكان معامل الثبات (٠.٩٢٣، ٠.٩٢٦) على الترتيب وهو معامل ثبات دال.

من كل ما سبق يمكن القول أن المقياس يتمتع بدرجة مناسبة من الصدق والثبات.

#### ٣- مقياس الثقة بالنفس للأطفال المعاقين سمعياً: (إعداد / الباحثة)

ويهدف المقياس إلى التعرف على الثقة بالنفس لهؤلاء الأطفال.

ويتكون المقياس من ٣٩ عبارة اتضح من خلال التحليل العاملي أنها تشبع على ثلاثة أبعاد

هي:

أ- استقلالية الذات: ويعنى ضبط الطفل في حركاته اتجاه ذاته، وحرصه على التعاون مع الآخرين والاتصال بهم و التواجد وسطهم. (ويضم ثلاث عشر عبارة)

ب- الطلاقة اللغوية: ويعنى قدرة المتعلم علي استدعاء أكبر عدد من الأفكار أو العادات أو الجمل أو الكلمات إستجابة لموقف ما في أسرع وقت ممكن بالغة التخاطب والإشارة للتعبير عن ذاتهم وكيفية تواصلهم مع الآخرين. (ويضم ثلاث عشر عبارة)

ج- ادراك الفرد لمهاراته: ويعنى العملية التي يقوم بها الطفل بتنظيم أفكاره وتفسير قدراته التي تتشكل عن طريق حواسهم الخاصة من أجل إعطاء معني لبيئتهم وإقامة علاقات طيبة ودودة وصدقات مع الآخرين والحفاظ عليها. (ويضم ثلاث عشر عبارة)

ويتم الإجابة على عبارات المقياس من خلال ثلاثة اختيارات (أوافق -أحياناً أوافق - لا أوافق) تأخذ الدرجات (٢ - ١ - صفر) على التوالي بإستثناء العبارات السلبية التي تتبع عكس هذا الترتيب ، ويحصل المفحوص على درجة مستقلة في كل بعد من الأبعاد الثلاثة ، كما يحصل على درجة كلية في المقياس ، والتي تتراوح بين (صفر-٧٨) درجة وتدل الدرجة المرتفعة على مستوى مرتفع للثقة بالنفس ، والعكس صحيح ، ويقوم بتطبيق المقياس المعلم أو الأخصائي النفسي

## ===== فعالية برنامج قائم علي فنيات العلاج بالواقع لخفض التلكؤ الاكاديمي =====

أو أى شخص له علاقة وثيقة بالطفل.

صلاحية المقياس للتطبيق:

وفى الدراسة الحالية ، قامت الباحثة بحساب الخصائص السيكومترية للمقياس على عينة (ن = ٥٥) طفل من الأطفال المعاقين سمعياً ، وذلك من خلال:

صدق المحكمين:

قامت الباحثة بعرض المقياس علي عشرة من الأساتذة المتخصصين بمجال الصحة النفسية وعلم النفس التربوي بينها ، وقد تم تعديل العبارات طبقاً لأراء السادة المحكمين فيما يتفق بينهم بنسبة ٨٠ % من آرائهم.

صدق المفردات:

قامت الباحثة بحساب معامل الارتباط بين درجة كل مفردة والدرجة الكلية لمقياس الثقة بالنفس للمعاقين سمعياً بعد حذف درجة العبارة من الدرجة الكلية باعتبار مجموع الدرجات محكاً لمحتوى العبارة ، ويتضح من الجدول التالي أن معاملات الارتباط لكل العبارات جميعها دالة عند مستوى ٠,٠٥ ومستوى ٠,٠١.

جدول (٤) يوضح نتائج صدق المفردات لمقياس الثقة بالنفس للمعاقين سمعياً

معامل الارتباط بالدرجة الكلية	رقم العبارة	معامل الارتباط بالدرجة الكلية	رقم العبارة	معامل الارتباط بالدرجة الكلية	رقم العبارة
**٠,٨٠٣	٢٧	**٠,٦٣٠	١٤	**٠,٦٤٧	١
**٠,٥٥٠	٢٨	**٠,٧٠٤	١٥	**٠,٤٥٩	٢
**٠,٨٥٠	٢٩	**٠,٦٦٩-	١٦	**٠,٧٠٤-	٣
**٠,٦١٦-	٣٠	**٠,٨١٠-	١٧	**٠,٥٦٢-	٤
**٠,٦٨٦	٣١	**٠,٦٨٦	١٨	**٠,٧٣٦	٥
**٠,٤٧٨	٣٢	**٠,٧٠٤	١٩	**٠,٥٨٩	٦
**٠,٨٤١-	٣٣	**٠,٤٨٠-	٢٠	**٠,٨٢١-	٧
**٠,٦٠٩	٣٤	**٠,٨١٥-	٢١	**٠,٦٧٧	٨
**٠,٨٤٤	٣٥	**٠,٦٢٧	٢٢	**٠,٧٣٣	٩
**٠,٧٢٢-	٣٦	**٠,٨٨٩	٢٣	**٠,٤٨٢-	١٠
**٠,٧٦٧	٣٧	**٠,٦٥١-	٢٤	**٠,٧٧٥	١١
**٠,٦٧٩	٣٨	**٠,٨٦٨	٢٥	**٠,٦٨٨	١٢
**٠,٧٥٦	٣٩	**٠,٦٥٩	٢٦	**٠,٥٦٦	١٣

ثبات المقياس:

وفى الدراسة الحالية ، قامت الباحثة بحساب ثبات المقياس على عينة (ن = ٥٥) من الأطفال المعاقين سمعياً بمدارس الصم والبكم ومراكز التربية الخاصة بمحافظة الغربية بطريقة

التجزئة النصفية (سبيرمان برأون - جتمان) ، ومعامل ألفا كرونباخ ، وبلغت معاملات الثبات للدرجة الكلية بالطرق الثلاث ٠,٩٤٤ ، ٠,٨٩٨ ، ٠,٩٢٠ على التوالي.

٤- برنامج العلاج بالواقع المستخدم فى الدراسة (إعداد الباحثة):

يعد البرنامج المستخدم فى الدراسة الحالية من البرامج التدريبية التكاملية حيث يشتمل على جزأين يطبقان بشكل متزامن هما:

- أ- برنامج إرشادى تدريبى للآباء والمعلمين على كيفية استخدام بعض فنيات تعديل السلوك غير التنفيري (بالتوجيه - إعادة التوجيه) مع الأطفال المعاقين سمعياً.
- ب- برنامج تدريبى للأطفال عينة الدراسة على مجموعة من الأنشطة والمهام باستخدام بعض الأدوات والصور والمسائل الحسابية البسيطة مع متابعة الآباء والمعلمين لهم وسوف تستخدم الباحثة بعض الفنيات الخاصة بخفض التلكؤ الأكاديمي لدى هؤلاء الأطفال مثل فنية (التجاهل - المقاطعة - تعليم بهدوء بدون أخطاء - التشكيل - الإطفاء - التعديل البيئى - التعزيز أو التدعيم - تحليل المهمة - المشاركة فى التقدير - ضبط المثير).

#### **\*\* الهدف العام من البرنامج:**

يتمثل فى خفض التلكؤ الأكاديمي لدى أفراد عينة المجموعة التجريبية.

- أ- علاقته بتنمية الثقة بالنفس من خلال المشاركة الوجدانية والإجتماعية مع القائمين بالرعاية داخل المؤسسة التعليمية وخارجها (الآباء والمعلمين).

#### **الأهداف الإجرائية للبرنامج:**

أ- بالنسبة للآباء والمعلمين:

- ١- إرشاد الآباء والمعلمين إلى تجنب استخدام الأساليب التنفيرية فى خفض التلكؤ الأكاديمي لدي المعاقين سمعياً كاستخدام العقاب ، وتكاليف الاستجابة ، النظرة النفاغلية للسلوك التى تؤدى إلى سوء التوافق الاجتماعى للأطفال.
- ٢- تدريب الآباء والمعلمين على استخدام فنية التدعيم لسلوك آخر إيجابى يقوم به الطفل المعاق سمعياً يناقض التلكؤ الأكاديمي لديهم.
- ٣- تدريب الآباء والمعلمين على استخدام فنية التجاهل وذلك بإيقاف التدعيم والانتباه الذى يحصل عليه الطفل المعاق سمعياً أثناء قيامه بالتلكؤ الأكاديمي.
- ٤- تدريب الآباء والمعلمين على استخدام فنية التوجيه - إعادة التوجيه للسلوك الصادر من الطفل المعاق سمعياً لخفض التلكؤ الأكاديمي وتنمية الثقة بالنفس لديهم.

## فعالية برنامج قائم على فنيات العلاج بالواقع لخفض التلكؤ الأكاديمي

٥- تدريب الآباء والمعلمين على استخدام فنية تحليل المهمة وذلك لتجزئة المهام التي يقوم بها الطفل المعاق سمعياً المتلكؤ أكاديمياً ، وضمان نجاحه في كافة المهام المطلوبة منه.

٦- تدريبهم على استخدام فنية التشكيل لمساعدة الأطفال على التفاعل في مواقف الحياة المختلفة وتنمية الثقة بالنفس و بعض مهارات الحياة الأساسية لدى أفراد العينة.

٧- تدريبهم على تعديل البيئة المحيطة بالطفل لتناسب تنوع الأنشطة ، ومشاركته في أداء بعض المهام التي تخفض من تلكؤه الأكاديمي.

### ب- بالنسبة لأطفال أفراد العينة:

١- تدريب الطفل المعاق سمعياً المتلكؤ أكاديمياً على مجموعة من الأنشطة التي تتناسب مع قدراته بمشاركة القائمين برعايته من آباء ومعلمين.

٢- تدريب الطفل المعاق سمعياً المتلكؤ أكاديمياً من خلال ربط التدعيم الذي يقدم له مما يحقق من نجاح في علاقاته الإيجابية مع الآخرين وليس مرتبطاً بالخضوع والاستسلام.

٣- تعليم الطفل المعاق سمعياً المتلكؤ أكاديمياً كيفية تنمية ثقته بنفسه وكيفية الإقبال على الآخرين والتحرك نحوهم وتنمية التفاعل الإيجابي معهم ، والحرص على التعاون معهم ، وعدم الخوف من وجودهم.

### ويتم تطبيق البرنامج على أربعة مراحل هي:

#### أ- بداية البرنامج:

يتم التعارف بين الباحثة و الآباء والمعلمين والأطفال المشاركين في البرنامج العلاجي وتحقيق قدر من الألفة والتماسك بين أفراد المجموعة وكذلك رفع الروح المعنوية بينهم والاتفاق على كيفية التعامل أثناء البرنامج.

#### ب- مرحلة تطبيق البرنامج:

ويتم من خلال هذه المرحلة تدعيم العلاقة بين المشاركين في البرنامج ، حيث يتم مساعدتهم على فهم التلكؤ الأكاديمي وأسبابه وطرق علاجه المختلفة وبرنامج العلاج بالواقع والفنيات المستخدمة وكيفية تنفيذها من خلال تدريبهم على هذه الفنيات التي تساعدهم على تعديل سلوكيات الطفل المعاق سمعياً المتلكؤ أكاديمياً وتنمية الثقة بالنفس لديهم.

#### ج- مرحلة تقييم البرنامج:

ويتم فيها معرفة الإنجازات التي حققها البرنامج ومدى فاعليته للتخفيف من حدة التلكؤ الأكاديمي ومدى تأثيره على ثقتهم بأنفسهم لدى الأطفال المعاقين سمعياً، وذلك من خلال تطبيق

القياس البعدى الأول ومقارنة الدرجات التى يتم تطبيق البرنامج عليها.

#### د- مرحلة المتابعة:

وفىها يتم التأكيد من مدى استمرارية فعالية البرنامج القائم على فنيات العلاج بالواقع لخفض التلكؤ الأكاديمي وتنمية الثقة بالنفس لدى الأطفال المعاقين سمعياً. وذلك من خلال تطبيق القياس البعدى الثانى ومقارنته بالأول بعد فترة زمنية تصل إلى ثلاثة شهور.

#### الاطار النظرى للبرنامج:

النظريات التى يستند إليها البرنامج:

#### يقوم البرنامج على نظرية العلاج بالواقع: Reality therapy

لويليام جلاسر William Glasser ، والذى يركز على:

- **الاندماج:** يقدم العلاج بالواقع نموذجاً من خلال توجيه المعالجين (المساعدين) لبناء بيئة تلبى احتياجات الطفل المعاق سمعياً والاحتياجات الأساسية الخمسية لكل فرد هى البقاء ، الحب ، القوة ، الحرية ، المرح، ولذلك فى علاقة المساعدة التى تقوم بين المعالج والطفل المعاق سمعياً يجب أن يخلق المعالج بيئة تمكن الطفل المعاق سمعياً من خلالها أن يشعر بالأمان والارتباط به، فيستمتع إليه ويحترمه وأن يتيح له الاختيار ويسوده المرح والتعلم من شخصية المعالج ، وبعد خلق هذه البيئة التى ترضى الطفل المعاق سمعياً والعمل الجاد على الحفاظ عليها وعلى سلامتها وللعلاقة القائمة بينهم يبدأ المعالج فى الانتقال نحو المشكلة الحقيقية بعد سماع قصة الطفل المعاق سمعياً يحتاج المعالج إلى تحديد الحل الأمثل والهيئة التى يجب أن يكون عليها من وجهة نظر الطفل المعاق سمعياً. (Barbara, O.etal., 2000:1023)
- **نظرية الاختيار (العلاج بالواقع لجلاسر):** تقترح نظرية الاختيار لجلاسر أن النفس البشرية تولد جينياً من خلال تلبية عدد من الاحتياجات الأساسية التى لا غنى عنها للبقاء وهي: (الحب والاندماج ، السلطة ، الحرية، المتعة والبقاء) وهذه الاحتياجات هى التى تقود حياتنا للأبد وكل منا لديه تلك الاحتياجات ولكن تختلف فى قوتها من شخص لآخر ، وترتكز نظرية الاختيار على أن النفس البشرية بطبيعتها اجتماعية تحتاج إلى الحب والشعور بالحب، وهذه الحاجة يراها جلاسر أولى تلك الاحتياجات ، والتى من خلالها يتحقق إرضاء باقى الاحتياجات وفى نفس الوقت يصعب تلبية أو إشباع تلك الحاجة ؛ لأنها تعتمد على الشخص المقابل الذى يجب أن يحب كما هو محبوب فالعلاقة هنا أخذ وعطاء (Aimee,S. etal.,2000,210).

### مببرات استخدام العلاج بالواقع:

- ١- تقدم نظرية العلاج بالواقع فنيات نظرية واضحة وممارسات يمكن تطبيقها.
- ٢- نظراً لكون نظرية العلاج بالواقع نظرية نفسية بوجه عام أكثر من كونها استشارة نفسية تخص أو تتعلق بحالة معينة بذاتها فهذه النظرية يمكن تطبيقها على كل أنواع السلوك الإنساني.
- ٣- لا ترتبط بسلوك خاص غريب الأطوار وإنما تستمد الشعور العام الذى يشترك فيه البشر جميعاً.
- ٤- تركز على الجانب الواقعى العملى.
- ٥- نظراً لإمكانية تطبيق أفكار هذا العلاج داخل كل جلسات العلاج ؛ فإنها تساعد المعالج بتحديد دورها للدور الذى يمكن أن يقوم به وفى الاستشارات النفسية التى تهدف للنصح والتوجيه والإرشاد فى جلسات العلاج.
- ٦- يتميز العلاج بالواقع بكفاءته وفعاليته فى الاستشارات النفسية ، وفى حل المشاكل بوجه عام وذلك خلال الوقت المخصص للعلاج من أجل تغيير سلوك الطفل المعاق سمعياً.
- ٧- يمكن تطبيق أفكار وفلسفة العلاج بالواقع فى المجالات المختلفة. ( Botella ,

C.etal.,2007:166)

### الفنيات المستخدمة فى البرنامج:

تعرض الباحثة فيما يلى لكل فنية من فنيات البرنامج القائم على فنيات التعليم الحانى والتى تم تحديدها بناء على الآراء النظرية والبحوث السابقة.

#### ١- فنية المناقشة والحوار:

مناقشة السلوك يمكن أن يكون فعالاً مع بعض الأطفال ، حيث يستطيع المعلم والآباء فى الغالب أن يدونون مساعدة الطفل فى تغيير سلوك غير المرغوب فيه بمناقشة الطفل ، فهم يستجيبون على نحو جيد لمثل هذه المناقشة سواء بالمهارات اللفظية أو المهارات الاجتماعية ، لذا فعلى المعلم والآباء تشكيل علاقة طيبة بالطفل حتى يوافق الطفل على محاولة عمل بعض التغييرات السلوكية فى حين يعد المعلم والآباء بمساندة الطفل وأن يوجد للمساعدة أو التذكير.

٢- فنية التركيز على الواقع الحالى: (هنا والآن) يساعد المعالج الطفل المعاق سمعياً المتكئ أكاديمياً أن يتعامل مع مشكلاته فى الحاضر والطرق التى ستمكنه من تلبية احتياجاته ومساعدته على أن يفكر فى بدائل واختيارات تلبى احتياجاته بشكل أفضل (Choi, Y.etal., 2001:350)

٣- فنية مواجهة الواقع: وفيه إبلاغ الطفل المعاق سمعياً المتكئ أكاديمياً بسلوكياته غير المسؤولة

حتى يمكن دفعه للقيام بسلوك أكثر مسئولية، وبالتالي لايد من التعامل مع الطفل المعاق سمعياً المتلكئ أكاديمياً بفهم وإدراك وإقناع بحيث يتم مواجهته إعاقته وتلكؤه الأكاديمي حتى يستطيع أن يتخلى بمسئوليته عن هذا السلوك من خلال وضعه في مواقف واقعية (Cohen, A & Koenig, H,2003:225).

٤- فنية تقبل الواقع: وفيه يساعد المعالج الطفل المعاق سمعياً المتلكئ أكاديمياً على تقبل إعاقته، ويساعد المعالج الطفل المعاق سمعياً المتلكئ أكاديمياً على أن يذكر أمثلة من واقع الحياة لمساعدة الطفل المعاق سمعياً المتلكئ أكاديمياً على تقبل إعاقته والاعتراف بأنه أمر واقع لا خوف منه اولا مفر وتساعده على قبول تحمل المسؤولية لكل اختياراته وسلوكياته التي يقوم بها في حياته اليومية (Corey, G.,2004 ,62).

٥- فنية المرح والفكاهة: يقوم المعالج بخلق جو يسوده روح الدعابة والمرح خلال جلسات البرنامج ويشعر من خلالها الطفل المعاق سمعياً المتلكئ أكاديمياً بالأمان والارتباط به (Glasser , W, 2006,2).

٦- فنية التوجيه وإعادة التوجيه:

إن توجيه المعلم يعكس مهاراته وقدراته على الاتساق والمرونة. إحساس جيد بالمرح - كلها تساهم في تحديد سياق متناغم لحجرة الدراسة. واحترام الأطفال والرغبة في التعرف على كل طفل كفرد هي عناصر أساسية في التوجيه الإيجابي. وهكذا إحساس بالمشاركة مع الأطفال ، (أنا مع الأطفال) بدل اتجاه "أنا ضدهم". ولا يوجد شك: أن المدرس مركزي في تأسيس بيئة سعيدة حيوية للأطفال (إيفال عيسى ، ٢٠٠٥ : ٧١).

٧- فنية التدعيم:

التدعيم هو العملية التي يتم من خلالها اكتساب استجابات جديدة وتقوية الاستجابات الموجودة وعلى مدى الحياة تنشأ صلات أو ارتباطات بين المنبهات المختلفة واستجابات تالية عليها ، وعندما يتم تدعيم استجابة معينة بواسطة نو من المكافآت فأنها تلعب دور المدعم الذي يؤدي إلى تكرار الاستجابة بتكرار حدوث منبه (صفوت فرج ، ٢٠٠٠ : ٢٩٨).

والتدعيم نوعان:

أ- التدعيم الإيجابي Positive Reinforcement

ب- التدعيم السلبي Negative Reinforcement

وهناك فرق بين التعزيز السلبي والعقاب بصفة عامة فالتعزيز السلبي كما يتصور يتطلب الجوانب غير السارة في الموقف ، والعقاب هو إضافة عناصر منفرة للموقف (جابر عبد الحميد

جابر وآخرون ، ١٩٩٢ : ٥٨٠)

٨- فنية المكافأة - حقائب المكافأة - حقائب المساعدة:

وتعتبر فنية المكافأة والعقاب هي أحد طرائق التحكم الذاتي ، حيث يوافق الطفل المعاق سمعياً المتلكئ أكاديمياً على جزاء أو عقاب ما فى حالة لم يقم بعمل سلوك معين ، ومن المفضل أن يقترن أسلوب العقاب مع أسلوب المكافآت ، لذلك فعندما يظهر لسلوك مرغوب (بالزيادة أو النقصان) ، يقوم العميل بمكافأة نفسه فمثلاً يشاهد برنامجاً تليفزيونياً متصلاً لديه (بيرنى كوروين وآخرون ، ٢٠٠٨ : ١٨٦).

٩- فنية التشكيل:

التشكيل يتضمن البدء بتعزيز السلوكيات الموجودة والتعديل شيئاً فشيئاً لهذه السلوكيات من خلال التعزيز التمايزى وبالنسبة للسلوكيات المعقدة ، فإن هذه العملية يمكن اختزالها الوقت فيها (نصرة محمد عبد المجيد جليل ، ٢٠٠٥ : ١٧٧).

١٠- فنية تحليل المهمة:

هي تجزئة المهمة المطلوبة من الطفل إلى الأجزاء الصغيرة التي تتكون منها ، والتي تمثل استجابات يمكن ترتيبها بشكل متسلسل ، اعتماداً على موقع كل استجابة أو حلقة فى السلسلة وبعد ترتيب الاستجابات نقوم بتعليم الاستجابة الأولى ثم الثانية ثم الثالثة ، هكذا إلى أن يقوم الطفل بإكمال المهمة المطلوبة منه (سلوى محمد عبد الباقي ، ٢٠٠٦ : ٢٠٨).

والفرق بين فنيتى التشكيل وتحليل المهمة: تشكيل السلوك يستخدم الاقتراب التدريجى، وهو إجراء يشتمل على زيادة التعزيز تدريجياً ابتداءً بالسلوك المنخلى ، الذى يستطيع الفرد أن يفعله حالياً ، وينتهى ذلك بالسلوك النهائى أى السلوك الذى يراد التوصل إليه، وبينما فنية تحليل المهمة يستطيع الفرد القيام فيها حلقة حلقة (وليام كرين ، ١٩٩٦ : ٢١٦).

١١- فنية الأطفاء:

وفى هذا الأسلوب يحاول المعالج محو السلوك غير المتوافق وذلك بغياب التعزيز حتى ينطفئ ذلك السلوك (جمال مثقال القاسم وآخرون ، ٢٠٠٠ : ١٨٥).

١٢- فنية التجاهل:

قد استخدمت هذه الفنية بنجاح فى علاج بعض حالات الاضطرابات النفسية الجسمية لدى المعاقين سمعياً ، ويستخدم مع الطلاب بتجاهل بعض أساليب لفت نظر الطلاب للمعلم داخل الصف كرفع اليد باستمرار والصراخ بهدف الإجابة على سؤال أو ماشابه ذلك. وتجدر الإشارة إلى ضرورة الانتباه إلى نوع السلوك المتجاهل فقد يكون مؤدياً للذات أو مهدداً للآخرين ، وهنا لا



يصلح اتباع أسلوب التجاهل وإنما لا بد من اتباع أسلوب آخر (جمال مثقال القاسم وآخرين ، ٢٠٠٠: ١٨٥).

\* **والفرق بين فنيتي الإطفاء والتجاهل:** أنه يتم تجاهل السلوك المضطرب وعدم التعليق عليه وعدم تعرض الفرد لأي نتائج على الإطلاق حتى ينطفئ ويخفتى ويعمل الإطفاء على تقليل وخفض السلوك تدريجياً ولكن نفس السلوك قد يظهر من جديد بعد انطفائه وهذا ما يسمى الاستعادة التلقائية (سلوى محمد عبد الباقي ، ٢٠٠٦: ٢١٤).

#### ١٣- فنية التعديل البيئي:

إن تعديل طرق التفكير لا يعنى تجاهل استخدام التغيير فى البيئة الاجتماعية لإحداث التغيير فى أسلوب التفكير ، لأن بعض أخطائنا الفكرية قد تكون مكتسبة نتيجة لإحباطات خارجية أو فشل سابق ، لهذا من المهم أن نستخدم التغيير فى البيئة الاجتماعية استخداماً جيداً لإحداث التغيير فى الشخصية (علاء الدين بدوى فرغلى ، ٢٠٠٥: ٣٧).

#### ١٤- فنية ضبط المثير:

يلاحظ عدد من الباحثين فى مجال علم النفس البيئى أن أكثر الأساليب السائدة فى محاولة تغيير اتجاهات الأفراد نحو البيئة تنحصر فى أسلوبين رئيسيين هما أسلوب الدعاية والإعلان بوسائل وأدوات مختلفة مرئية ومسموعة ومقروءة وغيرها ، وأسلوب الثواب والعقاب أو ما يعرف بإسم التدعيم الإيجابى والتدعيم السلبى (على عسكر ، محمد الأنصارى ، ٢٠٠٣: ١١١).

#### ١٥- فنية توفير البدائل:

من المهم أن تكون البدائل المتوفرة مرتبطة بالحقائق والبيئة المحيطة بالطفل وإذا لم يكونوا كذلك فقد يعتبرها الطفل مجرد تظمين فارغ (علاء الدين بدوى فرغلى ، ٢٠٠٥: ٤٥).

وسوف تستخدم الباحثة مجموعة من الفنيات ، بعضها فنيات إرشادية تدريبية للآباء

والمعلمين ، والبعض الآخر فنيات تدريبية للأطفال على النحو التالى:

أ- فنيات إرشادية تدريبية للآباء والمعلمين تشمل الفنيات الآتية: التدعيم والتركيز على الواقع الحالى و مواجهة الواقع و تقبل الواقع و المرح والفكاهة والتوجيه و إعادة التوجيه والمكافأة (المادية - المعنوية) و الإطفاء وتحليل المهمة والتفاعلات المرتكزة على التقدير والتعليم بهدوء بدون أخطاء والمقاطعة وضبط المثير. بالإضافة إلى فنيات المحاضرة والمناقشة الجماعية والتقييم ، وأيضاً النمذجة للتدريب على استخدام الفنيات السابقة.

## فعالية برنامج قائم على فنيات العلاج بالواقع لخفض التلكؤ الاكاديمي

ب- فنيات تدريبية للأطفال المعاقين سمعياً المتلكئين أكاديمياً على بعض المهارات ، وذلك من خلال الأدوات والأنشطة التالية:

١- مجموعة من الصور يطلب من الطفل المعاق سمعياً المتلكئ أكاديمياً تلويها أو ترتيبها وفقاً لما يطلب منه.

٢- مجموعة من المكعبات الخشبية مختلفة الألوان ويتم تكوين منها أشكال مختلفة.

٣- مجموعة من الألغاز التي يستفيد منها الطفل المعاق سمعياً المتلكئ أكاديمياً بعد حلها وتقدم له أثناء الجلسات.

٤- تدريب الأطفال المعاقين سمعياً المتلكئين أكاديمياً على التعاون والتفاعل من خلال الأخذ والعطاء حيث يطلب منه الرسم مع وضع أقلام محددة وألوان مختلفة يتم تبادلها.

- التدريب على مهارات العمل الجماعي من خلال مشاركة الأطفال المعاقين سمعياً المتلكئين أكاديمياً بعضهم البعض في تنظيم الفصل وترتيب الأثاث ، وتنظيم الأدوات الدراسية الخاصة بهم.

٦- التدريب على بعض الالعاب الجماعية كشد الحبل.

٧- التدريب على بعض الالعاب الجماعية مثل لعبة تكوين البازل الخشبي بناءً على النموذج المقدم له والمطلوب تنفيذه.

### الحدود الإجرائية للبرنامج:

#### الحدود الزمنية:

سوف يتم تنفيذ البرنامج على مدى (٢٣) جلسة خلال (١١) أسبوع ، حيث في الأسبوع الأول يشتمل على أربع جلسات وباقي الأسابيع تأخذ جلستين كل أسبوع ماعدا الأسبوع الأخير فجلسة واحدة للتقييم ، وتتراوح مدة الجلسة من (٦٠-٩٠) دقيقة وتتنقسم مدة الجلسة من (٣٠-٤٥) دقيقة للآباء والمعلمين المشاركين في البرنامج ، و من (٣٠-٤٥) دقيقة للأطفال المشاركين في البرنامج ، ويخصص جزء منها لإرشاد وتدريب المشاركين في تنفيذ البرنامج من آباء ومعلمين ، وتخصص بقية الجلسة لمتابعة تدريب الأطفال المعاقين سمعياً المتلكئين أكاديمياً على الأنشطة والمهام التي يتم تحديدها لهم.

#### الحدود المكانية:

سوف يتم تنفيذ البرنامج على أفراد المجموعة التجريبية في حجرة الدراسة الخاصة.

#### الحدود البشرية:

سوف يشارك في تنفيذ البرنامج ثلاثة مدرسين وعشرة أطفال المعاقين سمعياً المتكئين أكاديمياً هم أفراد المجموعة التجريبية مع أمهاتهم وآبائهم اللاتي سوف يحضرون الجلسات معهم.

#### رابعاً: أساليب المعالجة الإحصائية:

استعانت الباحثة بمجموعة من أساليب المعالجة الإحصائية للبيانات وهي على

التفصيل التالي:

١- طريقة التجزئة النصفية ( Splithalf): لحساب ثبات مقياس التلكؤ الأكاديمي للمعاقين سمعياً ومقياس الثقة بالنفس للمعاقين سمعياً المستخدمين بالدراسة الحالية (باستخدام البرنامج الإحصائي SPSS).

٢- طريقة معامل ألفا كرونباك (Alpha Cronbach): لحساب ثبات مقياس التلكؤ الأكاديمي للمعاقين سمعياً ومقياس الثقة بالنفس للمعاقين سمعياً المستخدمين في الدراسة الحالية (باستخدام البرنامج الإحصائي SPSS).

٣- اختبار مان ويتني (Man-Whitney Test): وهو أسلوب احصائي لابارامترى لتقدير الفروق بين متوسطات رتب درجات مجموعتين مستقلتين مأخوذتين من نفس المجتمع ، قامت الباحثة باستخدامه للتأكد من وجود التجانس بين المجموعتين (التجريبية والضابطة) قبل البدء في جلسات البرنامج المستخدم ، وكذلك للتأكد من صحة الفروض التي تتضمن مقارنة بين المجموعتين (التجريبية والضابطة) بعد انتهاء جلسات البرنامج المستخدم.

٤- اختبار ويلكوكسون (Wilcoxon Matched Pairs Signed Rank Test): وهو أسلوب احصائي لا بارامترى لتقدير الفروق بين متوسطات رتب درجات مجموعتين مرتبتين ، وقد قامت الباحثة باستخدام هذا الأسلوب الإحصائي للتأكد من صحة الفروض التي تتطلب مقارنة بين المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي لتطبيق البرنامج ، وكذلك في القياسين (البعدي والتتبعي) للبرنامج المستخدم.

#### خامساً: خطوات الدراسة:

١. تم إعداد البرنامج التدريبي القائم على فنيات العلاج بالواقع.
٢. اختيار العينة وإجراء المجانسة بين المجموعتين التجريبية والضابطة في متغيرات (العمر الزمنى ، الذكاء) ، ثم التطبيق القبلي لمقياس التلكؤ الأكاديمي للمعاقين سمعياً ومقياس الثقة بالنفس للمعاقين سمعياً.
٣. تطبيق البرنامج على أفراد المجموعة التجريبية لمدة (١١) أسبوعاً من خلال (٢٣) جلسة

## فعالية برنامج قائم على فنيات العلاج بالواقع لخفض التلكؤ الأكاديمي

- مشاركة الآباء والمعلمين للأطفال المعاقين سمعياً الملتكئين أكاديمياً.
٤. التطبيق البعدى لمقياس التلكؤ الأكاديمي للمعاقين سمعياً ومقياس الثقة بالنفس للمعاقين سمعياً بعد الانتهاء من البرنامج على أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة.
٥. التطبيق التبعي للمقياسين على أفراد المجموعة التجريبية بعد مرور ثلاثة شهور على تطبيق البرنامج.
٦. استخدام الأساليب الإحصائية اللابارامترية مثل اختبار مان ويتني Man - Whitney ويلكوكسون Wilcoxon ، قيمة Z لاستخلاص النتائج ، ومن ثم تفسيرها.

### نتائج الدراسة وتفسيرها:

تناولت الدراسة الحالية برنامجاً يات العلاج بالواقع لخفض التلكؤ الأكاديمي وتمتية الثقة بالنفس لدي الأطفال المع الإحصائية للتحقق من صحة فروض الدراسة ، وتحقق من مدى أهداف الدراسة ، وتفسير النتائج فى ضوء الإطار النظرى والدراسات السابقة.

### أولاً: نتائج الدراسة:

#### أ- نتائج الفرض الأول:

وينص على أنه: "توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس التلكؤ الأكاديمي لدي الأطفال المعاقين سمعياً فى القياس البعدى (فى الاتجاه الأفضل) لصالح المجموعة التجريبية".

وللتحقق من صحة هذا الفرض استخدمت الباحثة اختبار "مان ويتني Man - Whitney" للمجموعات الصغيرة المستقلة للكشف عن مدى دلالة الفروق بين المجموعتين، والجدول (٦) يوضح ذلك.

جدول (٥) قيم U لدلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات المجموعتين التجريبية والضابطة

على مقياس التلكؤ الأكاديمي للمعاقين سمعياً

مستوى الدلالة	قيمة U	المجموعة الضابطة ن = ١٠			المجموعة التجريبية ن = ١٠			الدرجة الكلية
		متوسط الترتب	مجموع الترتب	المتوسط	متوسط الترتب	مجموع الترتب	المتوسط	
٠,٠٥	صفر	١٣,٦١	١٠١	٢٧,٦١	٥,٦١	٣٧	١٣,٨٩	

\* دلالة U عند مستوى ٠,٠٥ بين (صفر - ١٥).

يتضح من جدول (٥) أن قيم U للفروق بين متوسطات رتب درجات المجموعتين التجريبية

والضابطة دالة عند مستوى ٠,٠٥ في الدرجة الكلية لمقياس التلكؤ الأكاديمي للمعاقين سمعياً ، وبالرجوع إلى متوسطات الدرجات المدرجة بالجدول يتضح أن هذه الفروق لصالح المجموعة التجريبية ، وهذه النتيجة في مجملها تحقق صحة الفرض الأول.

#### ب- نتائج الفرض الثاني:

وينص على أنه: "توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس التلكؤ الأكاديمي لدي الأطفال المعاقين سمعياً (في الاتجاه الأفضل لصالح القياس البعدي)".

وللتحقق من صحة هذا الفرض استخدمت الباحثة اختبار "ويلكوكسون Wilcoxon" وقيمة Z للكشف عن الفروق بين القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية ، وجدول (٦) يوضح ذلك.

#### جدول (٦)

قيم Z للفروق بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس التلكؤ الأكاديمي للمعاقين سمعياً

مستوى الدلالة	قيمة Z	قيمة ق	متوسط الرتب	مجموع الرتب	ن	اتجاه الفروق	
٠,٠٥	٢,٢١-	٤	٥,٦١	٣٧	١٠	سلبى	الدرجة
_____	_____	_____	_____	_____	_____	إيجابي	الكلية
_____	_____	_____	_____	_____	_____	محايد	

\* قيمة Z عند مستوى ٠,٠٥ = ١,٨٧ ، عند مستوى ٠,٠١ = ٢,٨٩٧.

يتضح من جدول (٦) أن قيمة Z للفروق بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي دالة إحصائياً عند مستوى ٠,٠٥ للدرجة الكلية لمقياس التلكؤ الأكاديمي للمعاقين سمعياً.

وبالرجوع إلى متوسطات الدرجات للقياسين يتضح أن هذه الفروق لصالح القياس البعدي ، حيث انخفضت درجة التلكؤ الأكاديمي للمعاقين سمعياً مقارنة بالقياس القبلي ، وهذه النتيجة في مجملها تحقق صحة الفرض الثاني.

#### ج- نتائج الفرض الثالث:

وينص على أنه: "توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس الثقة بالنفس للمعاقين سمعياً في القياس البعدي

**فعالية برنامج قائم على فنيات العلاج بالواقع لخفض التلكؤ الأكاديمي**

(في الاتجاه الأفضل) لصالح المجموعة التجريبية .

وللتحقق من صحة هذا الفرض استخدمت الباحثة اختبار "مان ويتني Man-Whitney" للمجموعات الصغيرة المستقلة للكشف عن مدى دلالة الفروق بين المجموعتين، والجدول (٧) يوضح ذلك.

جدول (٧) قيم U لدلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي على مقياس الثقة بالنفس للمعاقين سمعياً.

مستوى الدلالة	قيمة U	المجموعة الضابطة ن = ١٠			المجموعة التجريبية ن = ١٠			الأبعاد
		متوسط الرتب	مجموع الرتب	المتوسط	متوسط الرتب	مجموع الرتب	المتوسط	
٠,٠٥	٦	٦,٢٣	٤٢	٥,٢٤	١٢,٨٩	٩٦	١٧,٢٤	استقلالية الذات
٠,٠٥	٧	٦,٣٦	٤٣	٦,٧٤	١٢,٨٦	٩٥	١٦,١١	الطلاقة اللغوية
٠,٠٥	١	٥,٦١	٣٧	٦,١١	١٣,٦١	١٠١	٢٠,٨٥	إدراك الفرد لمهاراته
٠,٠٥	١	٥,٦١	٣٧	١٥,٨٦	١٣,٦١	١٠٢	٥٢,٨٩	الدرجة الكلية

\* دلالة U عند مستوى ٠,٠٥ بين (صفر-١٥).

يتضح من جدول (٧) أن قيمة U للفروق بين متوسطات رتب درجات المجموعتين التجريبية والضابطة دالة عند مستوى ٠,٠٥ في أبعاد مقياس الثقة بالنفس للمعاقين سمعياً (استقلالية الذات والطلاقة اللغوية وإدراك الفرد لمهاراته) وأيضاً الدرجة الكلية للمقياس. وبالرجوع إلى متوسطات الدرجات المدرجة بالجدول يتضح أن هذه الفروق لصالح المجموعة التجريبية ، حيث زاد متوسط درجات أفرادها الدرجة الكلية لمقياس الثقة بالنفس للمعاقين سمعياً وأبعاده الفرعية ، وهذه النتيجة في مجملها تحقق صحة الفرض الثالث.

**د- نتائج الفرض الرابع:**

وينص على أنه: "توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس الثقة بالنفس للمعاقين سمعياً (في الاتجاه الأفضل لصالح القياس البعدي)".

وللتحقق من صحة هذا الفرض استخدمت الباحثة اختبار " ويلكوكسون Wilcoxon " وقيمة Z للكشف عن الفروق بين القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية ، وجدول (٨) يوضح ذلك.

جدول (٨) قيم Z للفروق بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على أبعاد مقياس الثقة بالنفس للمعاقين سمعياً.

الإبعاد	اتجاه الفروق	ن	مجموع الرتب	متوسط الرتب	قيمة ق	قيمة Z	مستوى الدلالة
استقلالية الذات	سلى إيجابي محايد	١٠	٣٧	٥,٦١	٤	٢,٢١-	٠,٠٥
الطلاقة اللغوية	سلى إيجابي محايد	١٠	٣٧	٥,٦١	٤	٢,٢١-	٠,٠٥
إدراك الفرد لمهاراته	سلى إيجابي محايد	١٠	٣٧	٥,٦١	٤	٢,٢١-	٠,٠٥
الدرجة الكلية	سلى إيجابي محايد	١٠	٣٧	٥,٦١	٤	٢,٢١-	٠,٠٥

\* قيمة Z عند مستوى ٠,٠٥ = ١,٨٧ ، عند مستوى ٠,٠١ = ٢,٨٩٧

يتضح من جدول (٨) أن قيمة Z للفروق بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي دالة إحصائياً عند مستوى ٠,٠٥ في مقياس الثقة بالنفس للمعاقين سمعياً (استقلالية الذات والطلاقة اللغوية وإدراك الفرد لمهاراته) وأيضاً الدرجة الكلية للمقياس.

وبالرجوع إلى متوسطات الدرجات للقياسين يتضح أن هذه الفروق لصالح القياس البعدي ، حيث ارتفعت درجة الثقة بالنفس للمعاقين سمعياً وأبعاده مقارنة بالقياس القبلي ، وهذه النتيجة في مجملها تحقق صحة الفرض الرابع.

م - نتائج الفرض الخامس:

وينص على أنه: "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية على مقياسي التلكؤ الأكاديمي والثقة بالنفس لدي الأطفال المعاقين سمعياً في القياسين البعدي والتتبعي".

وللتحقق من صحة هذا الفرض استخدمت الباحثة اختبار " ويلكوكسون Wilcoxon" وقيمة Z للكشف عن تلك الفروق، والجدول (٩) يوضح ذلك.

**فعالية برنامج قائم علي فنيات العلاج بالواقع لخفض التلكؤ الاكاديمي**

جدول (٩) قيم Z للفروق بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي على مقياسي التلكؤ الأكاديمي والثقة بالنفس لدي الأطفال المعاقين سمعياً.

المقياس	اتجاه الفروق	ن	مجموع الرتب	متوسط الرتب	قيمة ق	قيمة Z	مستوى الدلالة
التلكؤ الأكاديمي للمعاقين سمعياً	سلبي	٤	١٤	٥,٤٤	١٤	٠,٨١-	غير دالة
	إيجابي	٤	١٩	٧,١١			
	محايد	٢	٦	٣,٦١			
الثقة بالنفس للمعاقين سمعياً	سلبي	٤	١٧	٥,١١	١٧	٠,٣٩-	غير دالة
	إيجابي	٣	١٦	٨,٦١			
	محايد	٣	٦	٣,٦١			
الثقة بالنفس للمعاقين سمعياً	سلبي	٤	١٤,٦	٤,٤٩	١٤,٦	٠,٧٤-	غير دالة
	إيجابي	٣	١١,٦	٦,٢٦			
	محايد	٣	١٣,١	٧,١١			
الثقة بالنفس للمعاقين سمعياً	سلبي	٥	١٨	٤,٥١	١٨	٠,٢٥-	غير دالة
	إيجابي	٢	٩	٩,١١			
	محايد	٣	١٢	٦,٦١			
الثقة بالنفس للمعاقين سمعياً	سلبي	٤	١٤	٤,٣٦	١٤	٠,٨١-	غير دالة
	إيجابي	٣	٩	٥,١١			
	محايد	٣	١٦	٨,٦١			

\* قيمة Z عند مستوى ٠,٠٥ = ١,٨٧ ، عند مستوى ٠,٠١ = ٢,٨٩٧

يتضح من جدول (٩) أن قيمة Z للفروق بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي لم تصل إلى مستوى الدلالة الإحصائية سواء على مقياس التلكؤ الأكاديمي والثقة بالنفس لدي الأطفال المعاقين سمعياً وأبعاده والدرجة الكلية ، وهذه النتيجة في مجملها تحقق صحة الفرض الخامس.

**مناقشة النتائج:**

يعتبر تعديل السلوك Behaviour Modification ميداناً يركز على أساليب تغيير السلوك الإنساني ، ولاسيما السلوكات المضطربة غير السوية ، ويستند تعديل السلوك على سلسلة من الافتراضات ذات العلاقة بسلوك الإنسان ، من بينها إمكانية التنبؤ بسلوك الإنسان لأنه يتبع قوانين ونماذج محددة ، وأتينا نستطيع تغيير سلوك الإنسان باستخدام الاشتراط الإجرائي وغيره من تقنيات العلوم السلوكية ، ومن الافتراضات الأخرى لتعديل السلوك أن آليات سلوك الإنسان هي نفسها في السلوكات السوية وغير السوية أي تحكمها نفس المبادئ ، كما أن الأفكار والحالة الداخلية للفرد لاتقعان في دائرة اهتمام علماء المدرسة السلوكية الذين يبحثون عن تغيير السلوكات



غير السوية عند الفرد (صالح محمد على أبو جادو، ٢٠٠٤: ١٤٥).

لذلك فإن تعديل السلوك يضم عدداً من الإجراءات التي تستخدم في تعديل بيئة الفرد لزيادة تعزيز السلوكيات المقبولة ووقف تعزيز السلوكيات غير المقبولة. ومن المفاهيم المركزية في أساليب تعديل السلوك تلك المفاهيم الخاصة بالإشراف الإجرائي مثل التعزيز Rienforcement، والإطفاء Extinction، والتشكيل shaping، وضبط المثير Stimulus control، وتعزيز السلوكيات المضادة. (نصرة محمد عبد المجيد جلجل، ٢٠٠٥: ٧٤).

لذا جاءت الدراسة الحالية لتقدم برنامجاً قائماً على فنيات العلاج بالواقع ويشترك فيه كل من الآباء والمعلمين، واختبار مدى فعاليته في الحد من التلکؤ الأكاديمي وتنمية الثقة بالنفس لدى الأطفال المعاقين سمعياً.

### وقد أسفرت نتائج الدراسة عما يأتي:

أ- بالنسبة لفعالية البرنامج المستخدم في الحد من التلکؤ الأكاديمي لدى الأطفال المعاقين سمعياً: فقد كشفت نتائج الدراسة عن فعالية البرنامج في خفض حدة التلکؤ الأكاديمي لدى أفراد المجموعة التجريبية من الأطفال المعاقين سمعياً (عينة الدراسة)، **واتضح ذلك من نتائج الفرض الأول** (جدول ٥)، فقد جاءت الفروق دالة بين المجموعتين التجريبية والضابطة، وكانت الفروق لصالح المجموعة التجريبية في الاتجاه الأفضل وهو انخفاض التلکؤ الأكاديمي لدى الأطفال المعاقين سمعياً.

**فيما يتعلق بالتلکؤ الأكاديمي لدى الأطفال المعاقين سمعياً:** تبين من نتائج جدول (٥) أن متوسط التلکؤ الأكاديمي لأطفال المجموعة التجريبية هو (١٣,٨٩) مقابل (٢٧,٦١) للمجموعة الضابطة، وكانت قيمة U للفروق بين المجموعتين دالة عند مستوى (٠,٠٥)، وترى الباحثة أن تراجع الأداء على هذا البعد من المقياس يرجع إلى تأثير الأنشطة والالعاب المستخدمة في برنامج الدراسة الحالية بجانب فنيات التركيز علي الواقع ومواجهة الواقع وتقبل الواقع والفرح والفكاهة و التوجيه وإعادة التوجيه والتجاهل والإطفاء التي طلبت الباحثة من الآباء والمعلمين استخدامها مع الأطفال المعاقين سمعياً المتلکئين أكاديمياً وتم تدريب الآباء والأمهات والمعلمين على كيفية استخدامها مع الأطفال المعاقين سمعياً المتلکئين أكاديمياً، كما تدرّب الأطفال المعاقين سمعياً المتلکئين أكاديمياً على كيفية المعاونة والمشاركة في المهام المطلوب منهم القيام بها وتدريبهم على ضبط النفس والضبط الذاتي في حالة صدور أي سلوك منهم غير ملائم للموقف الذي يتعرضون له، وقد تم هذا من خلال تقديم الباحثة لبعض الالعاب المسلية للأطفال المعاقين سمعياً المتلکئين أكاديمياً في جلسات البرنامج ومنها الصور والرسومات التي يقوم الطفل المعاق سمعياً

## فعالية برنامج قائم على فنيات العلاج بالواقع لخفض التلكؤ الأكاديمي

المتلكئ أكاديمياً بتلويها سواء بصورة فردية أو بطريقة جماعية باستخدام الألوان المختلفة ولعبة شد الحبل ونط الحبل ، ومن خلال العلاقة الإيجابية بين الباحثة و كل الطفل المعاق سمعياً المتلكئ أكاديمياً على حده بداية من جلسات البرنامج حتى نهاية جلساته نشأت صداقة قوية معهم وبدأ الأطفال المعاقين سمعياً المتلكئين أكاديمياً يحكون لها التصرفات التي تصدر منهم وكيفية التصرف فيها ، وكانت الباحثة تقوم بتوجيه الأطفال المعاقين سمعياً المتلكئين أكاديمياً إلى السلوك الإيجابي الناتج عن هذه التصرفات ، وأيضاً من خلال إقامة علاقة إيجابية مع الأمهات والمعلمين الذين تم إرشادهم إلى الفنيات التي يجب عملها مع أطفالهم في حالة اتيانهم بسلوك مضطرب ، وتعتمد تلك الفنيات على الجوانب الإيجابية التي لا تميل إلى استخدام العقاب بأساليبه أو الألفاظ السلبية التي تغضب الأطفال المعاقين سمعياً المتلكئين أكاديمياً واستبدالها بأساليب إيجابية محببة إليهم والتي تقوم على المودة والمحبة والتوافق بين الأب والأبن أو الأم والأبن أو المعلم والتلميذ .

فقد قامت الباحثة بتعريف الآباء والمعلمين المشاركين في البرنامج كيفية استخدام الفنيات مثل فنية استخدام التكنولوجيا " حيث أن التكنولوجيا وسيلة وليس غاية " ويتم ذلك بتعليم الآباء والأمهات كيفية استخدام التكنولوجيا الحديثة والمتطورة في العصر الحالى الذى نعيشه مثل الهواتف المحمولة والكمبيوتر والانترنت ، وأيضاً توعية الأطفال المعاقين سمعياً المتلكئين أكاديمياً بأهمية هذه التكنولوجيا شريطة استخدام الجانب الإيجابي منها والاستفادة منها بقدر الإمكان فى دراستهم ، وعمل الواجبات المنزلية وتنزيل البرامج الدراسية الخاصة بهم ومشاهدة القنوات التعليمية التى تقدم لهم الدروس الخاصة بهم ، كما تم تعليمهم كيفية استخدام الأسطوانات التعليمية للمواد المختلفة مثل اللغة العربية والأجنبية والرياضيات والمواد الاجتماعية. ومعرفتهم أهمية هذه الأسطوانات العلمية فى رفع مستواهم التعليمى وزيادة قدرتهم فى الوصول إلى الدرجات النهائية ، وقد تم هذا بمشاركة من أولياء الأمور (الأب والأم) وبمساعدة الإخوة الأكبر للأطفال لضمان تواصل تركيز انتباه الطفل أمام الكمبيوتر ، بالإضافة إلى ألعاب الكمبيوتر المسلية التى لاتميل إلى العنف والعدوان ، وأيضاً تم استخدام فنيات أخرى مثل فنية النظرة التفاعلية للسلوك وفنية تحليل المهمة وهى تعليم الأطفال المعاقين سمعياً المتلكئين أكاديمياً كيفية ترتيب المهام بحسب أولويتها ، كما استخدمت بعض الألعاب التى تعمل على زيادة تركيز الأطفال المعاقين سمعياً المتلكئين أكاديمياً ومنها الألغاز الرياضية (فمثلاً: مسألة رياضية يحلها التلميذ والتلميذة وفى نهاية اللعبة يوجد شكل به كافة النتائج المحتملة التى يصل لها التلميذ والتلميذة وتكون على شكل حيوانات بسيطة ومعروفة ويقوم بكتابة اسم الحيوان أو الطائر) ، كما تم استخدام لعبة البازل الخشبي (وهو عبارة عن مجموعة قطع كانت مجمعة فى شكل تقدمه الباحثة

للأطفال المعاقين سمعياً المتكئين أكاديمياً كنموذج أولاً وبعد ذلك يتم تفكيك تلك القطع ويطلب من الأطفال تركيبها وعمل نفس النموذج) ، وكذلك الواجبات المنزلية التي تطلبها الباحثة للتنفيذ من قبل الطفل مثل رسم الشكل الكلى الذى تم تكوينه من وحي خياله لترى مدى قدرته على التركيز .

وتم استخدام الأنشطة المختلفة للأطفال المعاقين سمعياً المتكئين أكاديمياً أثناء البرنامج التدريبي مثل لعبة شد الحبل (حيث طلبت الباحثة من العينة التجريبية تقسيمهم إلى مجموعتين وهى مجموعة بنات ومجموعة بنين وكانت لعبة جيدة) وفيها تم حدوث بعض السلوكيات الاندفاعية للأطفال المعاقين سمعياً المتكئين أكاديمياً خلال اللعبة وقد تم توجيههم إلى سلوكيات إيجابية من خلال الباحثة ، كما تم الاستفادة منها فى خلق روح التعاون والمشاركة بين المشاركين فى الالعاب ، وأيضاً قام كل طفل من الأطفال المعاقين سمعياً المتكئين أكاديمياً بأداء لعبة نط الحبل (وفيها يقوم كل طفل بنط الحبل ويتم عد عدد اللفات التي يعملها فى كل دقيقة من خلال بقية زملائه والأفضل كان يأخذ جائزة وقد تم استخدام ساعة إيقاف لحساب الوقت) ، ولكى يتم بناء علاقة إيجابية بين كافة أطفال المجموعة التجريبية والباحثة ، فقد قامت الباحثة بتوجيه الأطفال المعاقين سمعياً المتكئين أكاديمياً بكل الحب عند حدوث سلوكيات الاندفاعية من هؤلاء الأطفال وتحويلها إلى سلوكيات إيجابية تم الاستفادة منها فى إتمام اللعب المطلوب منهم ، كما طلبت الباحثة من الآباء والأمهات مراقبة البرامج التليفزيونية التي يشاهدها الأطفال المعاقين سمعياً المتكئين أكاديمياً وتدفعهم إلى القيام ببعض السلوكيات الاندفاعية لاعتقادهم أنها صحيحة مثل برنامج " المصارعة " كما تم توجيه الأطفال من خلال الآباء والأمهات والمعلمين إلى كيفية استخدام التكنولوجيا ووسائلها فى صالح الأطفال المعاقين سمعياً المتكئين أكاديمياً للتقليل من الاندفاعية فى سلوكياتهم الصادرة من خلال مشاركتهم فى جلسات البرنامج.

لذا حرصت الباحثة على إشعار الطفل المعاق سمعياً المتكئ أكاديمياً بأهميته ، والبحث عن الهوية التي يجبها لتصبح مدخلاً لتكوين علاقة قوية بين الطفل والباحثة ، ووسيلة من خلالها يعبر الطفل المعاق سمعياً المتكئ أكاديمياً عن ذاته ، فقد كانت الباحثة تقدم للأطفال المعاقين سمعياً المتكئين أكاديمياً بعض الالعاب مثل فكرة تكوين المكعبات التي على أشكال طيور بسيطة مثل الدجاج (من خلال تقديم النموذج وفك المكعبات وتطلب من الأطفال تركيبها كما كانت) ، وأيضاً تم كتابة كل طفل للمهام الذى يقوم بها وعلمتهم الباحثة كيفية ترتيب هذه الأمور على حسب أولويتها من خلال جلسات البرنامج ، بالإضافة إلى تقديم بعض الفقرات التي يقوم بها الأطفال المعاقين سمعياً المتكئين أكاديمياً مثل اختيار أى أغنية يجبها كل طفل والقيام بغنائها بلغة الإشارة أمام زملائه وسعادتهم بذلك ، وفى حالة صدور السلوك العنادى أثناء اللعب كانت الباحثة تقوم

## فعالية برنامج قائم على فنيات العلاج بالواقع لخفض التلكؤ الأكاديمي

بتجاهل بعض السلوكيات الصادرة منهم في حين توجه السلوك بطريقة غير مباشر للاستفادة من هذا السلوك بشكل إيجابي في الألعاب الجماعية المختلفة ، كما في جلسات البرنامج ، وانطلاقاً من العلاقة الإيجابية بين الأطفال المعاقين سمعياً المتلكئين أكاديمياً والباحثة، فكانت الباحثة تجرى معهم حوارات لتتعرف على أفكارهم وما يعانون منه من مشكلات مع زملائهم وذويهم. وتناقش الباحثة هذه المشكلات مع الآباء والمعلمين من خلال استخدام بعض الخطوات المحددة كما هو موجود في المواقف المختلفة التي يتعرضون لها من قبل الأطفال المعاقين سمعياً المتلكئين أكاديمياً وكيفية حلها بطريقة إيجابية قائمة على المودة والحب والصدقة.

وهذا يرجع من وجهة نظر الباحثة إلى مدى فعالية البرنامج القائم على فنيات العلاج بالواقع لخفض التلكؤ الأكاديمي لدى الأطفال المعاقين سمعياً. وقد وجدت الباحثة أن الحوار والمناقشة الجماعية من الأساليب العلاجية والتعليمية المهمة حيث تعتمد على المناقشات السهلة مع التلاميذ التي تهدف إلى تغيير الأفكار والاتجاهات وتعليمهم كيفية استغلال الوقت لدى التلاميذ نحو أنفسهم وزملائهم الآخرين.

### \* مناقشة نتائج الفرض الثاني:

جاءت نتائج الفرض الثاني جدول (٦) لتؤكد فعالية البرنامج المستخدم في خفض التلكؤ الأكاديمي لدى الأطفال المعاقين سمعياً، حيث كانت الفروق دالة لصالح القياس البعدي مقارنة بالقياس القبلي للمجموعة التجريبية.

وتبين نتائج جدول (٦) أن اتجاه الفروق يسير في الاتجاه السلبي (لأن القياس البعدي أقل من القياس القبلي) بمجموع رتب (٣٧) ومتوسط الرتب (٥,٦١) وقيمة  $Z$  هي (-٢,٢١) وكانت النتائج دالة عند مستوى (٠,٠٥) وذلك في كافة الأبعاد وكذلك الدرجة الكلية للمقياس المستخدم. وهذا يرجع إلى فعالية البرنامج المستخدم في خفض التلكؤ الأكاديمي لدى هؤلاء الأطفال.

ب- بالنسبة لفعالية البرنامج في تنمية الثقة بالنفس لدى الأطفال المعاقين سمعياً: كشفت نتائج الدراسة عن فعالية البرنامج في تنمية الثقة بالنفس لدى أفراد المجموعة التجريبية من الأطفال المعاقين سمعياً (عينة الدراسة) مقارنة بالمجموعة الضابطة.

### فقد اتضح من نتائج الفرض الثالث جدول (٧) أن الفروق دالة بين المجموعتين

التجريبية والضابطة لصالح المجموعة التجريبية في الاتجاه الأفضل.

وتبين نتائج الجدول أيضاً أن متوسط أبعاد استقلالية الذات والطلاقة اللغوية وإدراك الفرد لمهاراته وكذلك الدرجة الكلية هو (١٧,٢٤ ، ١٦,١١ ، ٢٠,٨٥ ، ٥٢,٨٩) على الترتيب لأطفال المجموعة التجريبية مقابل (٥,٢٤ ، ٦,٧٤ ، ٦,١١ ، ١٥,٨٦) للمجموعة الضابطة بنفس

ترتيب الأبعاد والدرجة الكلية لمقياس المهارات الاجتماعية المستخدم في الدراسة ، وكانت قيمة U للفروق بين المجموعتين دالة عند مستوى (0,05) ، وهذا مرجعه من وجهة نظر الباحثة إلى تأثير ماتضمنه البرنامج من أنشطة ، تتطلب العمل الجماعي بين الأطفال لتنمية الثقة بالنفس للمعاقين سمعياً بالمشاركة في هذه الأنشطة ، والتعزيز المتواصل من قبل الباحثة تجاه السلوكيات الإيجابية الصادرة من الطفل نحو زملائه سواء بمعززات مادية (حلوى ، لعبة) ، أو معنوية تتمثل في الثناء على الطفل ببعض الكلمات مثل (برافو ، شاطر ، ممتاز..) أو ببعض الأفعال مثل (التقبيل ، لمس الأيدي بطريقة تعبر عن نجاحه في أداء المهمة) ، وكذلك حثهم على الإيثار وحب الآخرين ، والتعاون ، وقص عدد من القصص باتفاق الأطفال مع بعضهم البعض ويقومون بتمثيلهم (حيث تم تقسيم مجموعة الأطفال المعاقين سمعياً المتكلمين أكاديمياً إلى مجموعات صغيرة تكون قصة أو غنوة أو مشاهد من أفلام محببة لهم يريدون تمثيلها بالاتفاق مع بعضهم البعض ويقومون بتمثيلها أمام زملائهم وتشجيعهم في نهاية العرض) ، كما أيضاً تم مشاركة الأطفال المعاقين سمعياً المتكلمين أكاديمياً بعد تكوين صداقة بينهم في الألعاب الموجودة بجلسات البرنامج واستخدام الطين الصلصال لعمل أشكال مختلفة ، وكانت الباحثة تحت الأطفال دائماً على روح التعاون والعمل الجماعي للحصول على أفضل النتائج ، وأيضاً كان لفنية الواجب المنزلي الذي كان يكلف بها الطفل المعاق سمعياً دور في ظهور شكل من التعاون بين الطفل وزملائه من خلال تجسيده باستخدام لغة الإشارة ، ومن خلال مشاركة الآباء والمعلمين في حث أطفالهم على العمل التعاوني ومساعدتهم في أداء هذه المهام الموكلة إليهم في المنزل من خلال مراقبة الطفل في علاقته مع أخواته ، حيث كانت الباحثة في نهاية كل جلسة تسلم ولي أمر الطفل ورقة تتضمن الأنشطة التي تم إجراؤها وتطلب منهم تدريب الطفل عليها ، وإخبارهم إذا حدثت أي مشكلة وكانت تدلهم على الأدوات البسيطة التي يستخدمونها مع أطفالهم لممارسة الأنشطة المختلفة. وقد شرحت الباحثة هذه البدائل في فنية توفير البدائل للطفل المعاق سمعياً المتكلم أكاديمياً وأهميتها في تنمية ثقته بنفسه مع أقرانه وزملائه في المنزل والمدرسة من خلال اجتماعها بالآباء والمعلمين (القائمين بالرعاية) لهؤلاء الأطفال.

#### \* مناقشة نتائج الفرض الرابع:

جاءت نتائج الفرض الرابع جدول(٨) لتؤكد نتائج الفرض الثالث وتوضح فعالية البرنامج المستخدم في تنمية الثقة بالنفس لدى هؤلاء الأطفال ، حيث كانت الفروق دالة لصالح القياس البعدي مقارنة بالقياس القبلي للمجموعة التجريبية. وتبين من نتائج جدول (٨) أن اتجاه الفروق تسير في الاتجاه الإيجابي (لأن القياس

## فعالية برنامج قائم على فنيات العلاج بالواقع لخفض التلكؤ الأكاديمي

البعدي أكبر من القياس القبلي) بمجموع رتب (٣٧) وبينما كانت رتب القياس القبلي (٥,٦١) وقيمة Z هي (-٢,٢١) وكانت النتائج دالة عند مستوى (٠,٠٥)، وذلك في كافة الأبعاد وهي إستقلالية الذات والطلاقة اللفظية وإدراك الفرد لذاته والدرجة الكلية للمقياس المستخدم. وهذا يرجع إلى فعالية البرنامج المستخدم في تنمية الثقة بالنفس لدى الأطفال المعاقين سمعياً أثناء تدريبهم في جلسات البرنامج.

وهذه النتائج جاءت لتؤكد أن استخدام فنيات العلاج بالواقع الذى يحث على تعديل السلوكيات غير التفسيرية كمواجهة الواقع والتدعيم وحقائب المكافأة وضبط المثير أدى إلى إدراك الطفل أن وجود الآخرين من حوله يكون مرتبطاً بالأمان والطمأنينة وليس مرتبطاً بالطاعة والخضوع والاستسلام الناتجة عن استخدام الأساليب العقابية التفسيرية ، وقد ظهرت الآثار الإيجابية للبرنامج فى إقبال الطفل على الآخرين من آباء ومعلمين وزملاء دراسة ، وتحركه نحوهم ، وعدم الخوف من وجودهم ، والحرص على التعاون معهم.

**ويلاحظ من نتائج الفروض الأربعة السابقة** الارتباط الوثيق بين انخفاض الاضطرابات السلوكية لدي الأطفال المعاقين سمعياً المتكئين أكاديمياً كسلوك سلبى وتنمية الثقة بالنفس كسلوك إيجابى ، وهذه النتائج جاءت متسقة مع نتائج الدراسات السابقة ، والتي أشارت إلى فعالية استخدام برنامج العلاج بالواقع وفنياته فى الحد من التلكؤ الأكاديمي وتنمية الثقة بالنفس لدى الأطفال المعاقين سمعياً وذلك بمشاركة القائمين برعاية هؤلاء الأطفال مثل الآباء والمعلمين والمؤسسات التعليمية.

**ويمكن تفسير ذلك من وجهة نظر الباحثة** بأن البرنامج التدريبي المستخدم قد ساعد من خلال الفنيات التى يتضمنها ، ومتابعة التدريبات من جانب المعلمين بالمدرسة والآباء والأمهات بالمنزل إلى اكتساب أفراد المجموعة التجريبية من الأطفال المعاقين سمعياً المتكئين أكاديمياً لمجموعة من المهارات الاجتماعية التى ساهمت فى تنمية الثقة بالنفس لدي هؤلاء الأطفال عن طريق التدريب والممارسة ، مما ساعد على اندماجهم فى علاقات وتفاعلات اجتماعية مع المحيطين بهم ، كما ساهمت تلك المهارات التدريبية المكتسبة فى التقليل من السلوكيات اللاتوافقية غير المرغوبة وفى مقدمتها الاضطرابات السلوكية بصفة عامة. فاستخدام الأطفال للأنشطة والمهام المستخدمة فى البرنامج واندماجهم فيها طوال جلسات البرنامج ، أتاح لهم الفرصة للتعبير عن أنفسهم بطريقة مقبولة ، وتفريغ الطاقات والشحنات الانفعالية المكبوتة ، كما أن الأنشطة بأداء المهام وإنجازها فى الوقت المحدد لها يقلل بشكل كبير من التلكؤ الأكاديمي.

ج- بالنسبة لاستمرارية فعالية البرنامج:

كشفت نتائج الفرض الخامس جدول (٩) عن عدم وجود فروق دالة بين القياسين البعدي والنتبعي لدى أفراد المجموعة التجريبية في كل من مقياس التلکؤ الأكاديمي ومقياس الثقة بالنفس لدى الأطفال المعاقين سمعياً بأبعادها الفرعية بعد ثلاثة شهور من انتهاء البرنامج ، مما يدل على امتداد فعالية البرنامج واستمراريته.

### توصيات الدراسة:

في ضوء ما أسفرت نتائج الدراسة الحالية ، يمكن تقديم التوصيات التالية:

١. إجراء المزيد من الدراسات باستخدام فنيات تحليل المهمة والتدعيم والتفاعلات المرتكزة على التقدير في خفض السلوكيات اللاتوافقية كالسلوك الانسحابي لدى أطفال المدرسة الابتدائية.
٢. إجراء المزيد من الدراسات باستخدام الفنيات مثل توفير البدائل والاطفاء والتعديل البيئي في تنمية السلوكيات اللاتوافقية للأطفال المدرسة الابتدائية.
٣. تدريب آباء وأمهات الأطفال المعاقين سمعياً على استخدام فنيات العلاج بالواقع لتعديل السلوكيات غير التنفيرية مع أبنائهم.

### البحوث المقترحة:

من خلال نتائج الدراسة يمكن للباحثة اقتراح النقاط البحثية التالية:

١. فعالية برنامج تدريبي للأخصائيين النفسيين بالمدارس الابتدائية لعلاج السلوكيات المضطربة لدى الأطفال.
٢. فعالية برنامج إرشادي لتوعية الآباء والأمهات لخفض التلکؤ الأكاديمي في مرحلة المراهقة.
٣. فعالية برنامج تدخل مبكر لتنمية المهارات الاجتماعية لدى الأطفال المعاقين سمعياً في مرحلة رياض الأطفال.
٤. فعالية برنامج قائم على اللعب الجماعي الموجه في خفض سلوك التلکؤ الأكاديمي لدى أطفال المدرسة الابتدائية.
٥. فعالية برنامج قائم على العلاج بالواقع في علاج المشكلات السلوكية لدى المراهقين.

## المراجع

### أولاً: المراجع العربية:

- أبو عبدالله البخارى (١٩٩٨). **صحيح البخارى**، الرياض: بيت الأفكار الدولية للنشر والتوزيع.
- أمير تاج الدين (٢٠٠٨). **الثقة بالنفس**، موسوعة تطوير الشخصية القاهرة: دار كنور للنشر والتوزيع.
- إيفال عيسى (٢٠٠٥). **توجيه التعليم والتعلم فى الطفولة المبكرة** (ترجمة: قسم الترجمة والتعريب بالدار). غزة: دار الكتاب الجامعى.
- بيرنى كوروين وبيتر رودل وستيفن بالمر (٢٠٠٨). **العلاج المعرفى السلوكى المختصر** (ترجمة: محمود عيد مصطفى ، مراجعة وتقديم: محمد نجيب أحمد الصبوة) ، دار ايزاك للطباعة والنشر ، سلسلة علم النفس الاكلينكى المعاصر (الكتاب الخامس).
- جابر عبد الحميد جابر وسهير أنور محفوظ وسيبكية الخليفى (١٩٩٢). **علم النفس البيئى**. القاهرة: دار النهضة العربية.
- جمال الدين ابن منظور (٢٠٠٣). **لسان العرب**، المجلد الأول والخامس والعاشر. بيروت: دار الكتب العلمية.
- حامد زهران (٢٠٠٣). **التوجه والإرشاد النفسى نظرة شاملة** ، مجلة الإرشاد النفسى - جامعة عين شمس ، (٣)، ١٠٥-١٥٥.
- جمال مقال القاسم ، ماجدة السيد عبيد ، عماد الزغبى (٢٠٠٠). **الاضطرابات السلوكية** ، الطبعة الأولى. الأردن: دار صفاء للنشر والتوزيع.
- حسن سعد محمود عابدين ونرمين عونى محمد (٢٠١٣). **الاتجاه نحو مهنة التدريس وعلاقته بكل من المعتقدات المعرفية واستراتيجيات تنظيم الدافعية لدى طلاب كلية التربية** ، جامعة الاسكندرية، **المجلة المصرية للدراسات النفسية**، ٨٠ (١)، ٢١٣-٢٧٥.
- حسين على فايد (١٩٩٧). **وجهة الضبط وعلاقتها بتقدير الذات وقوة الأنا لدى متعاطى المواد المتنوعة**. مجلة علم النفس- الهيئة العامة للكتاب ، (٤٢).
- سلوى محمد عبد الباقي (٢٠٠٦). **الإرشاد والتوجيه النفسى للأطفال** ، ط١. الاسكندرية: (٣٩٨)؛ **السجلة المصرية للدراسات النفسية العدد ١٠٩ - المجلد الثلاثون - أكتوبر ٢٠٢٠**=====



- سيد أحمد البهاص (٢٠١٠). التسوية الأكاديمية وعلاقته بكل من الكفاءة الذاتية والأفكار اللاعقلانية لدى طلاب الجامعة على ضوء بعض المتغيرات الديمجرافية ، مجلة كلية التربية ، جامعة طنطا، ١ (٤٢)، ١١٤ - ١٥٣.
- صفوت فرج (٢٠٠٠). علم النفس الإكلينيكي. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- عادل عبدالله محمد (١٩٩٠). مقياس الثقة بالنفس، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- علاء الدين بدوى فرغلى (٢٠٠٥). مهارات العلاج المعرفى السلوكى. القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.
- على عسكر ، محمد الأنصارى (٢٠٠٣). علم النفس البيئى " البعد النفسى للعلاقة بين البيئة والسلوك ". القاهرة: دار الكتاب الحديث.
- فايز عبد الكريم الناطور (٢٠١١). التحفيز ومهارات تطوير الذات، عمان: دار أسامة للنشر والتوزيع.
- فريح غويد العنزى ومحمد دغيم الدغيم (٢٠٠٣). سلوك التسوية الدراسى وعلاقته ببعض متغيرات الشخصية لدى طلاب كلية التربية الأساسية بالكويت. مجلة كلية التربية- جامعة المنصورة، ٢ (٢)، ١٠٣ - ١٣٧.
- محمد إبراهيم بدره (٢٠١٠). إدارة العمر. دبي: الدار القيمة.
- محمد السيد عبد الرحمن (١٩٩٩). نظريات النمو، دروس فى علم نفس النمو المتقدم ، القاهرة: دار قباء للنشر والتوزيع.
- ناهد خالد هنداوي أيوب وعفاف سعيد فرج البديوي (٢٠١٧). التسوية الأكاديمي وعلاقته بالدافعية الذاتية والتدفق النفسى لدى طالبات شعبة التربية بجامعة الأزهر، ٧٤ (٢)، مجلة كلية التربية - جامعة الأزهر ، ٨٢٧ - ٨٨٧.
- نصره محمد عبد المجيد جلجل (٢٠٠٥). التعلم العلاجى "الأسس النظرية والتطبيقات العملية". القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.
- وليام كرين (١٩٩٦). نظريات النمو مفاهيم وتطبيقات ، (ترجمة الدكتور محمد الأنصارى ،
- المجلة المصرية للدراسات النفسية العدد ١٠٩ المجلد الثلاثون - أكتوبر ٢٠٢٠ = (٣٩٩)

## فعالية برنامج قائم علي فنيات العلاج بالواقع لخفض التلكؤ الاكاديمي

مراجعة رجاء محمود أبو العلا)، الجمعية الكويتية لتقدم الطفولة العربية ، سلسلة الدراسات العلمية الموسمية المتخصصة (٢٥).

### ثانياً: المراجع الأجنبية:

- Aimee, S.; Stephen, D.; Bob,w. & Martin, O. (2000). Reality orientation therapy for dementia Asystematic Review of the Evidence of Effectiveness from Randomized controlled trials the Gerotological society of America, 4 (2), 206-212.
- Amyreh ,M.,(2003).completion of the condonant inventory of arabic, jornal of speech, language ,and hearing research ,American speech – language – hearing association,46 ,517-529.
- Barbara, O. R.; Larry, H.S; Renato, A. & David, R (1999): Virtual Reality Exposure therapy for ptsd Vietnam verterans: A case study, **Journal of Traumatic stress** , 12(2) , 263.
- Balkis, M. & Duru,E. (2009). Prevalence of academic retardation behavior among pre-service teachers, and it's relationship with demographics and individual preferences. **Journal of theory and practice in Education**. 15 (1), 18 – 32.
- Bakar, O.E & Tanrikulu, I. (2019). Psychological consequences of cyber self – confidence experiences among Turkish secondary school children. **Procedia social and behavioral sciences**, 2, 2771 – 2776.
- Botella, C.; Garcia, A.; palacios, V& Villa, H.(2007): virtual Reality Exposure in the treatment of panic Disorder and Agoraphobia: A controlled study clinical psychology and psychotherapy, 14 ,164-175.
- Cakir, O. (2012). Students' self confidence and attitude regarding computer: an international analysis based on Computer availability and gender Factors. **Procedia social and Behavioral sciences**, 47, 1017- 1022.
- Caplan, B.A. (2010). Relationship among retardation, academic retardation and life satisfaction of University students. **Procedia – Social and Behavioral sciences**, 5(1), 1665 – 1671.
- Chen, M. L: Kun, S. I& Li, M.C. (2006): Development and psychometric evaluation of the school self – confidence scales: arasch measurement approach. **Educational as psychological**

- Cheng S.K.(2019). The relationship between academic motivation and academic retardation among university students, **social science**.
- Choi, Y.H.;Jang, D.P; K u; J.H.; Shin, M.B & Kim, S.I (2001). short term treatment of acrophobia with virtual reality therapy , A case report. cyber psychology & Behavior, 4, 349-354.
- Chin ,S,(2003). Children’s consonant inventories after extended cochlear implant use ,journal of speech ,and hearing research ,American speech – language – hearing association,46 ,849-862.
- Clark,M.A.,(2003).Learning and schooling experiences of black deaf and hard of hearing adulat male learners:narrative analysis university of Georgia – dissertation abstracts international , 64(2),64-88.
- Cohen, A.B & Koenig, H.G (2003). Religion, religiosity and spirituality in the biopsy chosocial model of health and ageing, Ageings international, 28 (3),220-228.
- Corey, G. (2001). Theory and practice of counseling and psychoth (6th ed.) pacific Grove, CA: Brooks/cole publishing co.
- Corey, G. (2004). “Reality therapy,. RSED 7326-in dividual coun Approaches in Rehabilitation counseling, Rebecca curtis.
- Ertmer ,D&Inniger,k.(2009).Characteristics of the transition to spoken words in two young cochlear implant recipients, **journal of speech ,and hearing research** ,American speech – language – hearing association,52 ,1579-1594.
- Fatemeh, J; Shahram, M & komeil, Z. (2011). retardation and Academic retardation, **procedia – social and behavioral sciences**, 30, 534 – 537.
- Fiore, Neil A (2006). The Now Habit: A Strategic Program for Overcoming retardation and Enjoying Guilt-Free Play. **New York: Penguin Group**. 5-33.
- Glasser; W (1965a). Mental health or mental illness New York: Harper & Row.
- Glasser, W. (1965b). Reality therapy. New York Harper & Row.
- Glasser,W,(Ed) (1980). What are you Doing New York. Harper & Row.
- Glasser, W. (1984). Control theory: Anew Explanation of How we control

===== فعالية برنامج قائم على فنيات العلاج بالواقع لخفض التلكؤ الأكاديمي =====

our lives (originally, Take Effective control of your life), Harper & Row, New York.

- Glasser, W. (1992). The quality school New York. Harper & Row.
- Glasser, W. (1993). The Quality school Teacher: Harper & Row. New York.
- Glasser, W. (1997). A message from Glasser, w., to All faculty, "The Quality school consortium Board and All members of the consortium" May 22, and reproduced in Australian Reality Therapy News Letter, 9 (1), 1-14.
- Glasser , W. (2000a). Reality therapy in Action New York. Harbercolins.
- Glasser, W. (2000b). Reality therapy in the year 2000 the Evolution of psychotherapy conference held May 25.
- Glasser, W (2000c). Chats worth, CA: The William Glasser (web site: <http://www.w.glasser.com / the new.>) , 1-3.
- Glasser, W (2000). Counseling with choice theory, the New Reality therapy , Harpercollins. New York.
- Glasser, W (2001). What is Reality therapy? From website (<http://indigo.ie/~irti/whatis.htm>).
- Glasser , W, (2006). Reality therapy: **International Journal of reality therapy** (<http://www.reality therapy.co.uk / services html>) , 1-3.
- Graziano, O. ; Orazio, Z.; Ezio, G & Giovanni,B&Luisa, B. (2005). Reality orientation therapy combined with cholinesterase in hibitors in Alzheimer's disease randomized controlled trial the **British Journal of psychiatry**, 187 , 450-455.
- Hassan, S. (2011). The study of relationship between meta-cognition beliefs and retardation among students of Tabriz and mohaghegh ardabili universities, **procedia – social and behavioral science**, 30, 287 – 291.
- Harris, S.R; Kemmerling. R.I & North. M.M. (2002). Briefvirtual reality “Therapy for public speaking anxiety Journal of cyber psychology and Behavior , 5 (6), DEC pp 543-550, US: Mary Ann liebert publishers.
- Hatice, O. (2011). Academic self – efficacy and academic. retardation as predictors of problematic internet use in university students, **computers & Education**, 57 (1), 1109 – 1113.

- Hoor, M; Mahmood, H & Mansooreh, A. S. (2012). Predicting Academic retardation during self-regulated learning in Iranian first Grade high school students, **procedia Social and behavioral sciences**, 69. 2299-2308.
- Howell. A.J & Watson, D.C. (2007). Retardation: associations with achievement goal orientation and learning strategies, **personality and individual differences**, 43 (a), 167 – 178.
- Joseph, R & Tina, P. (2004). Social comparisons by retardation: rating peers with similar or dissimilar delay tendencies, **personality and individual differences**, 37 (7), 1993-1501.
- Kagan, M; Osman, C; Tahsin, I & Mehmet, K. (2010). The explanation of the academic retardation behavior of University students with retardationism, obsessive – compulsive and five factor personality trait , **procedia – social and Behavioral Sciences**, 5(1), 121 – 125.
- Koorosh, A. & Mohammad, A. B. (2011). The relationship between parental retardation and child retardation inasuma, of Iranian families, **procedia-social and behavioral sciences**, 15, 1287-1290.
- Kim, O. (2006). problem solving with reality therapy. <http://www.realitytherapycentral.com>.
- Lennon, B. (2000). “From Reality therapy to Reality therapy in Action” **International Journal of reality therapy**, 50 (1), 1-13.
- Ntokozo, G. (2012). poor academic retardation: A perspective of final year diagnostic radiography students, **Durban university of technology, south Africa**, 1-6.
- Okun, Barbara. F., (1992). Effective helping interviewing and counseling techniques, fourth Edition brooks cole publishing company. Pacific Grove, California.
- Patchin, J.W. & Hindu JA, S. (2010). self – confidence. **Journal of school health**, 80 (12), 614.
- Rapport. Z (2004). Positive addiction: self evolution and teaching tools. **International Journal of reality therapy**. 24 (1) , 72-45.
- Ridge, A. (2007). Reality therapy & choice theory. R EH 200 p, website. <http://www.angelfire.com/ab/brightminds>,

=====فعالية برنامج قائم علي فنيات العلاج بالواقع لخفض التلكؤ الاكاديمي=====

reality.html.

- Thomas, B. & Carolina, B, (1997). Perceptual control Theory , Reality therapy & The Responsible Thinking process, Houston, Texas, USA.
- Steel, P. (2007). The nature of retardation: A meta- analytic and theoretical review of quintessential self, 65 – 94.
  - Sunderland, L. (2004). Speech, Language and audiology services interventions in puplic school, **Academic Journal**, 39 (4), 209 – 217.
- Wubbolding R. E (2000). Reality therapy for the 21<sup>st</sup> century. Philadelphia Taylor and Francis.
- Wubbolding, R.E; Brickell, J & Imhof. I. (2004). Reality therapy aglobal perspective, **international Journal of for the advancement of counsel ling**, 26 (3), Septem, 219.

*The effectiveness of a program based on Reality treatment techniques for reducing Toacademic retardation and develop self-confidence for the hearing impaired children*

Submitted by

**Dr.Mai El-Sayed Abd El-Shafe Khafaga**

**Teacher at the Department of Mental Health**

**Faculty of Education-TantaUniversity**

*Thirdly: the Study aim:*

The study aims to investigate the degree of efficiency of a program based on techniques of Reality treatment in which parents and teachers participate through using disalienated techniques to reduce Academic retardation and Social skills development in sample children. The study sample consists of 20 children with hearing impairment (10 of females, and 10 of males) and divided into: Eight hearing impaired children in the experimental group (of the two genders) and eight hearing impaired children in the control group (of the two genders) from deaf and dumb schools and special education centers in the city of Tanta. **the Study instruments:** A Scale of academic retardation for the hearing impaired (Prepared by the researcher), A Scale of self-confidence for the hearing impaired (Prepared by the researcher), A program based upon techniques of Reality treatment (Prepared by the researcher).

**Resultes:**

- 1- There are statistical significant differences at level 0.05 among mediates of the degrees of the two experimental and control groups on Scale of academic retardation for the hearing impaired in the post measurement for the experimental group.
- 2- There are statistical significant differences at level 0.05 among mediates of the degrees of the experimental group on Scale of academic retardation for the hearing impaired and its dimensions in the pre and post measurements for the post measurement.
- 3- There are statistical significant differences at level 0.05 among mediates of the degrees of the two experimental and control groups on Scale of self-confidence for the hearing impaired in the post measurement for the experimental group.
- 4- There are statistical significant differences at level 0.05 among mediates of the degrees of the experimental group on Scale of self-confidence for the

===== فعالية برنامج قائم علي فنيات العلاج بالواقع لخفض التلكؤ الاكاديمي =====

hearing impaired in the two pre and post measurements for the post measurement.

- 5- There are not statistical significant differences among mediates of the degrees of the expermental group Scale of academic retardation for the hearing impaired and Scale of self-confidence for the hearing impaired in the two post and following measurements.(after three months of completing the program).

The Keywords: Reality treatment program - academic retardation - self-confidence -the hearing impaired.