

المعتقدات الصحية لذوي الإعاقة السمعية

سمر عبد الرحمن محمود

وزارة التربية / تربية بغداد

omarsamar800@uomustansiriyah.edu.iq

ا.م.د فلاح حسن جبر

الجامعة المستنصرية / كلية التربية الأساسية

falah.gbr77@gmail.com

ا.م.د زينب علي هادي

الجامعة المستنصرية / كلية التربية الأساسية

dr.zzah@gmail.com

مستخلص البحث:

يهدف البحث الحالي الى التعرف الى المعتقدات الصحية لذوي الإعاقة السمعية في معاهد المعاقين سمعياً، وكذلك التعرف الى المعتقدات الصحية حسب متغيري النوع (ذكر، انثى)، وتم اختيار عينة عشوائية طبقية (اسلوب التساوي) شملت (120) تلميذاً وتلميذة من ذوي الإعاقة السمعية في المعاهد ذوي الإعاقة السمعية الحكومية التابعة الى وزارة العمل والشؤون الاجتماعية في محافظة بغداد، وتم اعداد وتطبيق مقياس المعتقدات الصحية من قبل الباحثين بعد اتباع كافة الخطوات والإجراءات العلمية والذي ضم بصورته النهائية (30) فقرة.

وقد أظهرت النتائج توافر مستوى ضعيف بشكل عام من المعتقدات الصحية لدى عينة التلامذة المعاقين سمعياً وان عينة البحث وفقاً لمتغير الجنس تتمتع بنفس المستوى من المعتقدات الصحية

الاستنتاجات:

- ان التلامذة ذوي الإعاقة السمعية يعانون من ضعف او قصور في المعتقدات الصحية.
- أن التلامذة المعاقين سمعياً وفقاً لمتغير النوع (ذكر، انثى) يتمتعون بنفس المستوى من المعتقد الصحي، وانهم لا يتصفون بمعتقد صحي متفاوت.

التوصيات:

- يوصي الباحثون بأن يخصص المعلمون في معاهد ذوي الإعاقة السمعية بعض الوقت من الحصص الدراسية الأولى من خلال عرض مقاطع فيديو او بطاقات تعليمية لتوعية التلامذة وتنمية معتقداتهم الصحية بما يدعم ويعزز ممارساتهم اليومية .

المقترحات:

- اجراء دراسة مقارنة في المعتقدات الصحية بين ذوي الإعاقة السمعية واقرانهم العاديين.

الكلمات المفتاحية: المعتقدات، المعتقدات الصحية، ذوي الإعاقة السمعية.

مشكلة البحث: الإعاقة السمعية من المشكلات الهامة التي يتضح اثرها على كل المجتمعات وبخاصة المجتمعات النامية لما قد تسببه من حدوث خسائر بشرية ومادية للمجتمع، كما تعد الإعاقة السمعية من الإعاقات الصعبة التي قد يصاب الانسان بها حيث يشاهد المعاق سمعياً العديد من المنيريات المختلفة ولكنه لا يفهم الكثير منها وبذلك يصبح عاجزاً على الاستجابة لها (ابراهيم، 2013: 255)، وتفرض الإعاقة السمعية على المعاق سمعياً العزلة بسبب فقدان لغة التواصل وهي اللغة المسموعة والمنطوقة التي يتواصل من خلالها ويكتسب الكثير من الأفكار والمعتقدات ومنها المعتقدات الصحية الضرورية للسلامة من الأمراض ونتيجة لقصور قدراته على فهم الاشياء المحيطة به قد يكتسب المعاق سمعياً سلوكيات صحية خاطئة (صبري والسيد، 2007: 12). ويعد المعتقد الصحي مفهوماً شاملاً يعبر عن افكار الفرد ومعرفته وتصوراتته حول العادات والسلوكيات الصحية فيها وغير الصحية التي تكونت في مرحلة الطفولة ويؤمن بها ويمارسها في حياته اليومية والتي يمكن ان تؤثر عليه من الناحية السلبية والايجابية في مراحل العمر المختلفة (الطفولة والمراهقة والرشد) وهذه المعتقدات تترسخ

بحيث يكون من الصعب تغييرها او تعديلها في حالة التأثير السلبي على صحة الفرد فهي تقاوم التغيير وتتطلب مجهوداً كبيراً من الفرد وتعديلاً في البيئة (الفراء، 1983: 130)، فما يزال المعتقد غير الصحي كما يراه القائمون على الصحة وعلم النفس الصحي مستمر في تهديد حياة الفرد من خلال التعرض للإصابة بالعديد من الامراض نتيجة السلوكيات غير الصحية التي تؤثر بشكل مباشر على حياة الفرد (الكروي، 2013: 130). وتشير الادبيات بأن الفرد عندما يقوم بسلوك غير صحي فإنه يشعر بوجود مشكلة صحية معينة لديه تؤدي الى تغير سلوكه والقيام ببعض السلوكيات كتعويض عن السلوك غير الصحي (شامه، 2009: 121)، وقد اكدت دراسة (Minter, 1983) بأن آباء الأطفال المعاقين سمعياً يجدون صعوبة في اكساب المعلومات الصحية المرغوب بها لأبنائهم والتأثير في تربيتهم الصحية خاصة مع عدم وجود برامج متخصصة في التربية الصحية لهؤلاء الأطفال لذلك من الضروري توعية اسر المعاقين سمعياً بلغة الإشارة حتى يستطيعون تنمية معتقدات صحية لأطفالهم (صبري والسيد، 2007: 22). وتبين دراسة (صبري، 1998) ان هناك علاقة ارتباطية موجبة بين ممارسة الأطفال للسلوكيات الصحية والبيئة الخاطئة ومستوى وعيهم بتلك السلوكيات وتؤكد نتائج الدراسات تدني مستوى الوعي الصحي والبيئي للأطفال المعاقين سمعياً بالمرحلة الابتدائية وانهم يعانون من مشكلة الحصول على المعلومات الصحية من مصادره الموثوقة نظراً لضعف قدرتهم على التواصل (شعير، 2005: 147). كما ان الطفل المعاق سمعياً لا يستطيع استيعاب المعلومات الصحية كالطفل العادي مثل النقاش الذي يدور بين الطبيب المعالج ووالديه حول امراض الطفولة او المعلومات الصحية في البرامج الصحية بالتلفزيون فالمعاقين سمعياً بحاجة الى برامج تلائم احتياجاتهم (sawyer et al, 1996: 15).

وتكمن مشكلة البحث الحالي في الأسئلة الآتية:

- 1- هل يتوافر المعتقد الصحي لدى التلامذة ذوي الإعاقة السمعية؟
- 2- هل للنوع (ذكر، انثى) علاقة واثرة في تحديد مدى توافر المعتقد الصحي لدى التلامذة المعاقين سمعياً؟

أهمية البحث: تعد المعتقدات الصحية اشبه بعملية تثقيف فهي كبرنامج لتغيير السلوك وتعديله عن طريق تدخل خارجي مثل الخضوع الى برنامج صحي او غير ذلك وقد اثبتت الدراسات عن اثر التثقيف الصحي في زيادة وعي المجتمع بالمشكلات الصحية والذي يساعد على الوقاية منها مثل توعية الأطفال بمخاطر أكل الطعام المكشوف واستعمال ادوات الاخرين (المسعد، 2005: 3).

وتنطلق فكرة الارتقاء بالصحة من فلسفة مفادها إن الصحة الجيدة هي نتيجة انجاز شخصي تراكمي فهي على المستوى الفردي تتضمن القيام بتطوير نظام عادات صحية في مرحلة مبكرة من العمر والمحافظة عليها في مراحل العمر المتقدمة اما من الناحية الطبية فهي تتضمن تعليم الافراد كيفية الوصول الى اتباع اسلوب صحي ومساعدة الفئات الأكثر تعرضاً لمخاطر صحية كي يسيروا بطريقة تمكنهم من الانتباه لما يمكن ان يتعرضوا اليه من مخاطر (تايلور، 2008: 121).

اما من الناحية النفسية فان الارتقاء بالصحة تتضمن تطوير نظام تدخل يهدف الى مساعدة الأفراد على القيام بممارسة سلوكيات صحية جيدة وتغيير السلوكيات الصحية المضرة اما بالنسبة لغير المتخصصين النفسيين فان الارتقاء بالصحة تتضمن توافر المعلومات التي تساعد على تغيير العادات السيئة والضارة بالصحة وتلعب وسائل الاعلام دوراً كبيراً ويمكن ان تساهم بالارتقاء بالوضع الصحي من خلال البرامج التثقيفية التي تبين للناس المخاطر التي تترتب على القيام بسلوكيات معينة (الداغستاني، 2009: 80). اذ ان معتقدات الفرد حول صحته تؤثر على اتجاهاته الصحية فيما يعرف وما يجب ان يمارس ويتحلى به من نظافة وتغذية وعلاج وكذلك مواجهة ضغوط الحياة الحديثة والتوافق الاجتماعي والالتزام بما يحسن صحته والحفاظ عليها (الفراء، 1983: 130).

وقد اكد باندورا في كتابه نظرية التعلم الاجتماعي (1977) ان توقعات الفرد المتعلقة بمهاراته السلوكية والتي تتبلور في تغير لسلوكه الصحي تؤدي الى التعامل بشكل ناجح مع المواقف الصحية المختلفة وهذا يؤدي الى شعور الفرد بالاتزان والتوافق والتخلص من حالة التردد عند مواجهة المشكلات الصحية وفي الوقت نفسه تعد هذه سبل ناجحة لمعالجة المشكلات الانفعالية والسلوكية (الوسلي، 2001: 30)، اذ يسهم المعتقد الصحي الذي يرتبط مع التغيرات الاجتماعية والديموغرافية والاقتصادية في بناء وتشكيل قرار منطقي واحصائي فردي من اجل القيام بسلوك صحي او اتخاذ اجراء تأمين صحي وإذ اعتقدنا ان الأفراد يميلون الى تغيير عاداتهم الصحية اذا وجدت لديهم المعلومات فمدركات الفرد تلعب دوراً مهماً في تغيير سلوكه وانخراطه في ممارسة السلوكيات الصحية والتي تقلل من التهديدات التي يمكن ان يتعرض اليها والقيام بسلوكيات وقائية (خشاب، 2011: 16). وبالرغم من اختلاف الأفراد في معتقداتهم الصحية وممارساتهم السلوكية تشير الكثير من الدراسات الى أهمية التعرف على المعتقدات الصحية الموجودة منذ مرحلة الطفولة الى جانب ضرورة فهم الممارسات السلوكية المعززة للصحة والمضرة بها، وذلك لان زيادة المعرفة بهذا الجانب تعد خطوة مهمة في الكشف عن العوامل التي تحافظ على الصحة وتعززها للعمل على تطويرها فضلاً عن الكشف عن العوامل التي تضر بالصحة والعمل على تعديلها

(Sbencer et al, 1999: 159). كما اكدت العديد من الدراسات السابقة على ضرورة الاهتمام بتنمية المعتقدات الصحية الصحيحة وتصويب المعتقدات الخاطئة لدى المتعلمين في المراحل التعليمية المختلفة (حسني والصبوة، 2010: 316)، اذ اشار (تايلور، 2008) الى الدراسات التي اهتمت بالمعتقدات الصحية والتي اظهرت ان المعتقدات الصحية تعد وسيلة للتنبؤ بالسلوك المستقبلي، اذ ان المعتقدات والسلوكيات التي تتبع في مرحلة الطفولة تعد مؤشراً مهماً للتنبؤ بالأمراض التي يتعرض لها الفرد في المراحل اللاحقة من حياته (تايلور، 2008: 117)، لذا يجب ان نبدأ من مرحلة التعلم الابتدائي وربما قبلها في غرس العادات الصحية السليمة بكافة الطرق للمحافظة على صحة هؤلاء التلامذة من خلال تكوين معتقدات صحية سليمة (بدر وآخرون، 1989: 400)، لذا من الضروري إعطاء اولوية واهمية كبيرة لرعاية التلامذة المعاقين سمعياً من الناحية الصحية بحيث تتجاوز تلك المقدمة لأقرانهم من الاسوياء، نظراً لكونهم من الفئات الأكثر احتياجاً لهذه الرعاية الصحية، وان المعلومات المقدمة لهؤلاء التلامذة محدودة وغير كافية ولا تساعدهم في اكسابهم العادات الصحية التي تساعدهم في الابتعاد عن المخاطر التي تهدد صحتهم وسلامتهم (كرم الدين، 2004: 737).

ويشير (عبد الرحمن، 1999) الى ان من اهم الجوانب الرعاية الصحية التي يجب توفيرها للتلامذة المعاقين سمعياً وهي التي تأتي عن طريق تنمية المعتقدات الصحية لديهم وتعويدهم معتقدات صحية جيدة وان الامراض تكثر بين التلامذة الذين يسلكون سلوكاً غير صحي لذلك تقل قدرتهم على التحصيل وتعطل الطاقات الموجودة لديهم (عبد الرحمن، 1999: 18).

ويمكن اجمال الأهمية النظرية والتطبيقية للبحث الحالي من خلال الآتي:

1- توفير المعلومات التي تساعد العاملين في مجال التربية الخاصة بصفة عامة والعاملين مع ذوي الإعاقة السمعية بصفة خاصة.

2- تسليط الضوء على تنمية المعتقدات الصحية لدى الأطفال و خاصة ذوي الإعاقة السمعية حيث تعد وسيلة في التنبؤ بالسلوك الصحي والمستقبلي والوقاية من الامراض في المراحل اللاحقة من الحياة.

3- تصحيح الأفكار الشائعة بأن المعتقدات الصحية تتشكل فقط في اعمار متقدمة إذ تؤكد الدراسات الحديثة ان المعتقدات الصحية تبدأ بالتشكيل منذ الطفولة المبكرة ويمكن ملاحظتها وتطويرها بدءاً من عمر 6 سنوات.

4- تقييم المعتقد الصحي لدى التلامذة ذوي الإعاقة السمعية من خلال المقياس المعد في هذا البحث.

اهداف البحث: يستهدف البحث الحالي التعرف الى:

- 1- المعتقدات الصحية لدى ذوي الإعاقة السمعية.
- 2- الفروق ذات الدلالة الإحصائية في المعتقدات الصحية لذوي الإعاقة السمعية بحسب متغير النوع (ذكور، اناث).

حدود البحث: يتحدد البحث الحالي بالتلامذة ذوي الإعاقة السمعية من الذكور والاناث بعمر (10) سنوات في المعاهد الحكومية التابعة الى وزارة العمل والشؤون الاجتماعية في بغداد للعام الدراسي 2024-2025

تحديد المصطلحات:

أولاً- المعتقدات الصحية عرفها كل من:

1- **أجزن (1991):** "التوقعات التي تدفع الفرد الى الاحساس بنوع من الالتزام لتبني سلوك معين وفقاً لمعتقدات شخصية وهي (المعتقدات المعيارية، المعتقدات السلوكية، معتقدات التحكم)"

(اجزن، 1991: 15).

2- **خشاب (2011):** "مجموعة تصورات مبنية على أسس نفسية واجتماعية تجاه المرض واحساسات الخطر لذلك فهو يلعب دور الوسيط في تصور المرض وكيفية الوقاية منه" (خشاب، 2011: 22).
وقد تبني الباحثون تعريف (أجزن، 1991) تعريفاً نظرياً لهم لكونه التعريف الذي تبناه الباحثون في بناء مقياس المعتقدات الصحية.

التعريف الاجرائي للمعتقدات الصحية: الدرجة التي يحصل عليها المعاق سمعياً لدى استجابته على مقياس المعتقدات الصحية.

ثانياً- الإعاقة السمعية عرفها كل من:

1- **مكاوي (2008):** "وهي تلك المشكلات التي تحول دون ان يقوم الجهاز السمعي عند الفرد بوظائفه، او تقلل من قدرة الفرد على سماع الأصوات المختلفة وتتراوح الإعاقة السمعية في شدتها من الدرجة البسيطة والمتوسطة التي ينتج عنها ضعف سمعي الى درجة شديدة والتي ينتج عنها الصم" (مكاوي، 2008: 19).

2- **القريطي (2011):** "مصطلح يغطي مدى واسع من درجات فقدان السمع يتراوح بين الصمم او فقدان الشدائد الذي يعوق عملية تعلم الكلام واللغة والفقدان الخفيف الذي لا يعوق استخدام الاذن في فهم الحديث وتعلم الكلام واللغة" (القريطي، 2011: 309 - 310).

التعريف النظري: تبني الباحثون تعريف (مكاوي) لأنه الأقرب الى تشخيص الأطفال ذوي الإعاقة السمعية في المعاهد التي تم اجراء البحث الحالي فيها.

الخلفية النظرية

المعتقد الصحي: ينقسم المعتقد الصحي الى نوعين، المعتقد الصحي العام الذي هو محور دراستنا، والمعتقد الصحي التعويضي، ويعرف المعتقد الصحي العام على انه تصورات واحساسات الفرد عن الخطر او اعتقادات حول شدة المرض (خشاب، 2011: 41)، إما المعتقد الصحي التعويضي هو اعتقاد الفرد بقدرته على تغيير او تعديل سلوك طوعي غير صحي بسلوك طوعي وصحي خلال فترة معينة. وترتبط الطوعية بمدى ارادة الفرد على ضبط نفسه (الداغستاني، 2009: 87).

تنتقل المعتقدات الصحية غير العلمية عادة عبر الاجيال كجزء من التراث الثقافي. ان طريقة تفسير الافراد للصحة و المرض لها انعكاسات هامة على نواتج سلوكهم. فمفهوم الصحة والمرض يعد متغيراً ديناميكياً في الاستجابة للخبرة الذاتية و الظروف الخارجية (شويخ، 2012: 44)، وعلى ذلك تكتسب معتقدات الافراد الصحية اهميتها على اعتبار ان ظاهرة الصحة والمرض هي في الاساس

ظاهرة نفسيه اجتماعيه وليست طبيه بحتة وتتبلور وتتشكل ادراكياً وسلوكياً وفقاً لسمات الشخص وخصاله من جهة ومكونات وخصائص بيئته الفيزيقية والاجتماعية من جهة اخرى (الزبيدي ، 2015 : 30).

يستخدم مفهوم المعتقدات الصحية على نطاق واسع في دراسة السلوكيات الصحية والوقائية، وكذلك سلوكيات المرض، تعد هذه المعتقدات من المفاهيم الأساسية التي وضعت لتفسير السلوك الصحي وشرح الاجراءات الصحية الوقائية، تقدم المعتقدات الصحية نموذجاً لتحليل العوامل المرتبطة بقرارات الافراد بقبول او رفض التدابير الصحية والقرارات المتعلقة بالإجراءات الصحية الموصي بها، يعتمد ذلك على تصورات الافراد حول قابلية الإصابة بالمرض او مضاعفاته وخطورة المرض وفوائد الاجراءات الصحية والمعوقات الذي تحول دون اتخاذ تلك الاجراءات الصحية (احمد والصبوة، 2023: 73).

النظرية المعتمدة في تفسير المعتقدات الصحية:

نظرية السلوك المخطط: (Ajzen,1985)

تعد نظرية السلوك المخطط تطويراً لنظرية الفعل المدروس الذي قام به اجزين وزميله فيشبين إذ كانت نظرية الفعل المدروس بسيطة في متغيراتها ولم تستطيع تفسير جميع انواع السلوك وان الفرق بين الفعل الدروس ونظرية السلوك المخطط هو إضافة مفهوم الضبط السلوكي المدرك لنظرية السلوك المخطط (شيوخ، 2012: 66). دعمت نظرية السلوك المخطط بشكل جيد بالأدلة التجريبية إذ انه يمكن إن تتنبأ بنوايا السلوك من خلال الاتجاه نحو السلوك والمعايير الذاتية والضبط السلوكي المدرك وهذه النوايا فضلاً على ادراكات الضبط السلوكي التي تفسر التباين الكبير في السلوك الفعلي، ويبدو إن الاتجاهات والمعايير الذاتية والضبط السلوكي المدرك قد ارتبطت بنسق مجموعات لمعتقدات سلوكية ظاهرة ومعتقدات معيارية ومعتقدات ضبط حول السلوك وتبدو إن النظرية تتنبأ بالسلوك بصورة جيدة بواسطة الثبات السلوكي (Ajzen,1991: 179).

فالاتجاهات التي يحملها الفرد نحو الفعل تستند الى المعتقدات حول النتائج المحتملة للسلوك والتقييمات لهذه النتائج، إما المعايير الذاتية فترتبط بمعتقدات الفرد بخصوص ما يرى الآخرون إن عليه القيام به (المعتقدات المعيارية) وبدافعية الامتثال لها (Naslindh,2008:19)، إما الضبط المدرك للسلوك فهو ما يحدث عندما يحتاج الفرد للشعور بأنه قادر على أداء الفعل المطلوب وان السلوك المتبع سيحقق النتيجة المرجوة (تايلور، 2008 : 174). لذا فان النوايا السلوكية هي مجموعة من المعتقدات الموجودة لدى الفرد إذ يمكن إن يكون الشخص مقتنعاً بأنه يملك بيده تغيير الأشياء على وفق كفاءته الذاتية (Caitlin,2013:6). وتتكون نظرية السلوك المخطط من ثلاث عناصر أساسية هي:

1- **الاتجاهات:** وهي المشاعر الإيجابية او السلبية المتولدة عن الانخراط في سلوك محدد ومن الضروري تذكر ان الاتجاهات هي ايضاً وضيقة للمعتقدات (شيوخ، 2012: 66).

2- **المعايير الذاتية:** وهي معتقدات الفرد حول ما اذا كان المحيطيون به يدعمونه او لا يدعمونه في الانخراط في السلوك الجديد وما اذا كان لديهم دوافع لمتابعة هذه المعتقدات المهمة بالنسبة للآخرين سواء كانوا افراد الاسرة او الأصدقاء.

3- **التحكم الذاتي السلوكي:** يهتم بقياس مدى اعتقاد الفرد بأنه قادر على أداء سلوك معين بنجاح وهو نتاج المزج بين خبرة الفرد الماضية عن السلوك ومعتقداته وقدرته على الانخراط في السلوك ومن الامثلة على ذلك انك اذا حاولت انقاص وزنك وكنت قد فشلت سابقاً في مقاومة إغراء تناول الأيس كريم وما زال لديك شك في ان إرادتك قوية بما فيه الكفاية لمقاومة تناوله الآن

(شيوخ، 2012 : 66-68).

فالمعتقدات السلوكية هي الاتجاهات التي يحملها الفرد نحو الفعل، إذ تستند الى المعتقدات حول النتائج المحتملة للسلوك والتقييمات لهذه النواتج، إما المعتقدات المعيارية فترتبط بمعتقدات الفرد بخصوص ما يرى الآخريين عليه القيام به (المعايير الذاتية) وبدافعية الامتثال لهذه المرجعيات، إما الضبط السلوكي المدرك فهو ما يحدث عندما يحتاج الفرد الى الشعور بأنه قادر على أداء الفعل المطلوب وان السلوك المتبع سيققق النتيجة المرجوة (محمد، 2011: 110).

مبررات اختيار نظرية السلوك المخطط:

- 1- تعد النظرية ملائمة في تفسير السلوكيات المستقبلية حيث تهدف الى تفسير النوايا والسلوكيات المستقبلية ويعد هذا مناسباً للتلامذة في عمر (9-10) سنوات حيث يتمتعون بقدرة كافية على التعبير عن نواياهم وسلوكياتهم مما يجعل تطبيق النظرية ممكناً وفعالاً لهم.
- 2- تتميز النظرية بالمرونة وقابلية التطبيق على فئات مختلفة (العاديين وذوي الإعاقة) إذ أثبتت هذه النظرية فاعليتها مع مجموعات متنوعة من الافراد وهذه النظرية لا تعتمد على القدرات السمعية بل تركز بشكل أساس على المعتقدات والمواقف والدافعية الداخلية مما يجعلها مناسبة للتلامذة الذين يعانون من ضعف السمع او الصم.
- 3- توفر النظرية أطراً قابلة للقياس والتطبيق العملي مما يسهل تصميم أدوات الدراسة البحثية وتحليل النتائج بالإضافة الى ذلك يمكن تكيف ادوات الدراسة لتكون مناسبة للتلامذة ذوي الإعاقة السمعية وذلك باستخدام طرق التوصل البصري مدعوماً بلغة الإشارة.
- 4- استندوا الباحثين الى العديد من الدراسات السابقة التي طبقت نظرية السلوك المخطط على الأطفال والمراهقين ومع ذوي الاعاقات وأثبتت هذه النظرية فاعليتها في تعديل السلوكيات غير الصحية لديهم.

ثانياً: الإعاقة السمعية

مفهوم الإعاقة السمعية: مصطلح عام يغطي مدى واسع من درجات فقدان السمع يتراوح بين الصمم او فقدان الشدید الذي يعوق عملية الكلام واللغة والفقدان الخفيف الذي يعوق استخدام الاذن في فهم الحديث وتعلم الكلام واللغة ويمكن التمييز بين نوعين من المعاقين سمعياً هما الصم وضعاف السمع (حمدي والصواف، 2013: 46). والإعاقة السمعية يعني تلك الحالة التي يعاني منها الفرد نتيجة عوامل وراثية او خلقية او بيئية مكتسبة من القصور السمعي يترتب عليه اثار اجتماعية او نفسية او الانتئين معاً وتحول بين وبين تعلم وأداء بعض الاعمال والأنشطة الاجتماعية التي يؤدي الفرد العادي بدرجة كافية من المهارات وقد يكون القصور السمعي جزئياً او كلياً، شديداً او متوسطاً او ضعيفاً، وقد يكون مؤقتاً او دائماً وقد يكون متزايداً او متناقصاً او مرحلياً، والواقع عندما يمثل القصور السمعي حالة من المعاناة للفرد تعكس نتائجها الاجتماعية والبيئية لتكون هنا تفرقه بين الفرد المعاق سمعياً واقارانه العاديين في التعامل وهنا يصبح القصور السمعي يمثل إعاقة للفرد وتصبح الإعاقة مشكلة تواجه الفرد والمجتمع (عبد الحي، 2001: 31).

خصائص ذوي الإعاقة السمعية:

1- الخصائص الانفعالية الاجتماعية: ذكر (قوشم، 2004) ان من اهم الخصائص الاجتماعية لذوي الإعاقة السمعية انخفاض مستوى النضج ومستوى التوافق الشخصي الاجتماعي، ويميلون الى الانسحاب من المشاركة الاجتماعية وعدم القدرة على تحمل المسؤولية اكثر من العاديين إضافة الى صعوبة الاندماج في الأنشطة الاجتماعية وهذا يؤدي الى تأخر نضجه النفسي والاجتماعي (قوشم، 2004 : 33-34)، اما الخصائص الانفعالية لذوي الإعاقة السمعية وما يتبعها من مشكلات عدم التوافق مع الافراد السامعين تؤدي الى شعور الاصم بالنقص والدونية ، مما يولد لديه إحساس مؤلم بقسوة القدر ورتاء النفس وان العالم الخالي من الحركة الذي يعيش فيه يؤدي الى حالة من الاكتئاب والحزن والتشاؤم (مرسى، 2015 : 51).

2- الخصائص اللغوية: يذكر هالاهاان وكوفمان (Hallan& Kauffman, 1981) ثلاثة اثار سلبية للإعاقة السمعية على النمو اللغوي وخاصة لدى الافراد الذين يولدون صمماً وهي :
أ - لا يتلق الطفل الاصم أي رد فعل سمعي من الاخرين عندما يصدر أي صوت من الأصوات .
ب - لا يتلق الطفل الاصم أي تعزيز لفظي من الاخرين عندما يصدر أي صوت من الأصوات .
ج - لا يتمكن الطفل الاصم من سماع النماذج الكلامية من قبل الكبار كي يقلدها
(Hallhan& Kauffman.1981 :3,23).

3- الخصائص العقلية المعرفية: تشير معظم الدراسات على انه لا توجد علاقة قوية بين درجة الإعاقة السمعية ومعامل الذكاء، وانه لا اثر للإعاقة السمعية على ذكاء الفرد، اذ اشارت الدراسات الى ان المعوقين سمعياً قادرين على التعلم والتفكير التدريجي وان لغة الإشارة بمثابة لغة حقيقية (Hallhan& Kauffman,1994 :266)، ولا يختلف مستوى ذكاء الاصم عن مستوى ذكاء الشخص السامع ولكن الإعاقة لها علاقة قوية باكتساب ونمو المهارات اللغوية الشفهية وان الافراد المعاقين سمعياً قادرين على حل المشكلات المعقدة باستخدام التفكير المنطقي، والقدرة على التفكير المجرد الذي يكافئ تماماً الافراد العاديين، كما ان لديهم العقلانية فبعظهم بارعون في تعلم الرياضيات والمهارات العلمية (القمش و المعايطه، 2011: 92).

4- الخصائص التربوية (التحصيل الدراسي): من الطبيعي ان تتأثر الجوانب التحصيلية للأصم وخاصة في مجالات القراءة، الكتابة، والحساب وذلك بسبب اعتماد هذه الجوانب التحصيلية اعتماداً أساسياً على النمو اللغوي، اشارت الدراسات بشكل عام الى انه الافراد المعوقين سمعياً ليس لهم تدني في القدرات العقلية مقارنة بأقرانهم السامعين، فان الانخفاض في تحصيل الاكاديمي لديهم يمكن تفسيره بعدد من العوامل أهمها عدم ملائمة المناهج الدراسية لهم كونها مصممة بالأصل للأفراد السامعين إضافة الى انخفاض الدافعية للتعلم نتيجة ظروفهم النفسية، وعدم ملاءمة أساليب التدريس لحاجاتهم فهم بحاجة لأساليب تدريس فعالة تناسب ظروفهم (الجوالدة، 2012: 56).

5- الخصائص الجسمية الحركية: ان المعاقين سمعياً يمتلكون لياقة بدنية اقل مقارنة بأقرانهم العاديين حيث يتحركون بشكل اقل في معظم الأوقات خاصة عند التواصل مع الاخرين، وان الطفل المعاق سمعياً يتأخر في النمو الحركي مقارنة مع الطفل العادي، فبعظهم يمشي بطريقة مميزة فلا يرفع قدميه عن الأرض نتيجة لعدم قدرتهم على سمع الحركة انهم يشعرون بشيء من الامن عندما تبقى القدمان على اتصال دائم بالأرض، وتطور لدى بعض المعاقين سمعياً أوضاع جسمية خاطئة (عبدالله، 2004: 204)، ويتميز النشاط الحركي للأصم عامة بالجمود وضعف التوافق بين حركتي اليدي والرجل عند المشي وذلك لعدم سماعه صوت قدميه مما يجعله لا يعرف مدى صحة مشيته
(الفايز، 2010 :23-24).

6- الخصائص النفسية: من اهم الخصائص النفسية للمعاقين سمعياً:

- 1- مكتئبون وتزداد درجة الاكتئاب عندما يحدث الضعف السمعي في المراحل المتأخرة من العمر.
 - 2- لديهم بعض الأفكار السلبية حول ذاتهم.
 - 3- اكثر اعتمادية على غيرهم.
 - 4- يميلون الى الانسحاب في المواقف الاجتماعية (رضوان، 2006 : 144).
- منهجية البحث واجراءاته**

أولاً: مجتمع البحث: مجتمع البحث هو المجتمع الذي يجري الباحث بحثه عليه ويجب ان يحدد تحديداً دقيقاً ومعرفة معرفة جيدة ودراسته بشكل واف (المشهداني، 2019 : 87)، ويتألف مجتمع البحث الحالي من الأطفال ذوي الإعاقة السمعية في معاهد الرعاية الاجتماعية الحكومية المسجلة في وزارة

العمل والشؤون الاجتماعية دائرة رعاية ذوي الاحتياجات الخاصة في بغداد والبالغ عددهم (350) من كلا النوعين (ذكور، اناث) لعام الدراسي (2024-2025) والجدول (1) يوضح ذلك:

جدول (1)

مجتمع البحث حسب المعاهد والنوع (ذكور، اناث)

ت	اسم المعهد	نوعه	الذكور	الاناث	المجموع
1	معهد الكرامة للصم والبكم / بغداد حي العامل	حكومي	33	20	53
2	معهد العناية للصم والبكم / بغداد المنصور	حكومي	21	14	35
3	معهد الازدهار للإعاقة السمعية / بغداد الاعظمية	حكومي	28	18	46
4	معهد الشروق للصم والبكم / بغداد الشعلة	حكومي	29	17	46
5	معهد الخمانل للصم والبكم / بغداد مدينة الصدر	حكومي	53	37	90
6	معهد الامل للصم والبكم / بغداد الكرادة	حكومي	47	33	80
	المجموع		211	139	350

ثانياً: عينة البحث: بلغت عينة البحث الحالي (120) تلميذاً وتلميذة، تم اختيارهم بالطريقة الطبقية (أسلوب التساوي)، من معاهد (الكرامة للصم والبكم / بغداد حي العامل، الخمانل للصم والبكم / بغداد مدينة الصدر، الامل للصم والبكم / بغداد الكرادة)، وحسب متغير النوع (ذكر، انثى)، تم اختيار هذا الاسلوب رغم ان احجام المعاهد غير متساوية وذلك بهدف ضمان التمثيل المتوازن للنوع (ذكر، انثى) والمعهد في التحليل الاحصائي، اما التوزيع النسبي فلم يستخدم لتفادي التفاوت في حجم العينة بين الطبقات الذي قد يؤدي الى ضعف التمثيل الاحصائي لبعض الفئات، وكما موضح في الجدول (2):

جدول (2)

عينة البحث موزعة حسب متغير النوع (ذكور، اناث)

ت	اسم المعهد	الذكور	الاناث	المجموع
1	معهد الكرامة للصم والبكم / حي العامل	20	20	40
2	معهد الخمانل للصم والبكم/ مدينة الصدر	20	20	40
3	معهد الامل للصم والبكم / الكرادة	20	20	40
	المجموع	60	60	120

ثالثاً: أداة البحث (مقياس المعتقدات الصحية): لتحقيق هدي البحث قام الباحثون بإعداد مقياس المعتقدات الصحية لدى ذوي الإعاقة السمعية في المعاهد الحكومية التابعة لوزارة العمل والشؤون الاجتماعية في محافظة بغداد وتمت خطوات اعداد المقياس على النحو الآتي:

مبررات بناء المقياس:

- 1- توصل الباحثون بعد مراجعتهم العديد من الادبيات والدراسات السابقة المتناولة لموضوع المعتقدات الصحية ان معظم الأدوات المستخدمة لقياس المعتقدات الصحية غير مناسبة مع الفئة العمرية لعينة البحث، اذ انها غالباً ما تكون مصممة لفئات عمرية مختلفة مما قد يحد من دقتها وفعاليتها في قياس المعتقدات الصحية .
 - 2- تحتوي العديد من أدوات القياس السابقة على عبارات طويلة ومعقدة الامر الذي قد يؤدي الى شعور الأطفال خاصة من الفئات العمرية الصغيرة او ذوي الاحتياجات الخاصة ، بالملل او التعب اثناء الإجابة وبالتالي قد يؤثر سلباً على صدق النتائج ودقتها .
 - 3- افتقار الأدوات السابقة الى البعد التربوي الوقائي حيث ان معظم المقاييس اهتمت بالجوانب المعرفية او السلوكية دون الاهتمام الكافي لتكوين معتقدات صحية إيجابية تسهم في توعية الأطفال بشكل استباقي ويعد هذا البعد ضرورياً لتعزيز أنماط الحياة السليمة والوقاية من المشكلات الصحية التي قد تعرضهم للأمراض مستقبلاً .
- ولغرض تنمية المعتقدات الصحية لذوي الإعاقة السمعية قام الباحثون ببناء مقياس المعتقدات الصحية وفقاً للخطوات الآتية:

1- خطوات بناء مقياس المعتقدات الصحية:

- أ- اطلاع الباحثون على الادبيات والدراسات السابقة التي استندوا عليها في بناء المقياس إضافة الى مراجعة الادبيات والنماذج النظرية ذات العلاقة بمفهوم المعتقدات الصحية وخاصة تلك التي تناولت فئة الأطفال، بالإضافة الى اطلاعهم على الدراسات التي تناولت البرامج التعليمية والتثقيفية الموجهة لدى ذوي الإعاقة السمعية .
 - ب - الرجوع الى بعض الدراسات التي تناولت موضوع المعتقدات الصحية لدى الأطفال مثل دراسة (حسن ، 2020) و (مهدي ، 2016) و(احمد ، 2022) .
 - ت - الزيارات الميدانية للمراكز المتخصصة اجرى الباحثون زيارة لمعاهد ذوي الإعاقة السمعية بمحافظة بغداد منها معهد الكرامة للصم والبكم ومعهد الخمان للصم والبكم ومعهد الازدهار للصم والبكم وقد تم خلال هذه الزيارات التعرف على المشكلات الصحية التي يعاني منها الأطفال ذوي الإعاقة السمعية، لاحظ الباحثون وجود مؤشرات تدل على ضعف المعتقدات الصحية من خلال الى الحديث الذي دار مع المربين والعاملين في تلك المعاهد حيث أشاروا الى ان الكثير من الأطفال لا يظهرون اهتماماً بصحتهم ولا يتبعون سلوكيات صحية مناسبة تتعلق بنظافتهم وتغذيتهم ولا يتبعون البرامج التوعوية المقدمة لهم داخل المعاهد ومن خلال تلك الملاحظة المباشرة والتواصل مع المربين والعاملين استطاع الباحثون تكوين تصور مبدئي عن وجود مشكلات صحية تتطلب تعزيز المعتقدات والسلوكيات لدى هذه الفئة .
- وبعد ان قام الباحثون بهذه الخطوات تكونت لديهم رؤية شاملة حول طبيعة المقياس من حيث: تحديد مكونات المقياس والعناصر الأساسية التي يغطيها، اختيار الأسلوب الأمثل لقياس المفهوم المستهدف، تحديد الفئة المستجيبة للمقياس وهم التلامذة ذوي الإعاقة السمعية، صياغة فقرات المقياس باستخدام مفردات بسيطة وواضحة لتسهيل على مدرب لغة الإشارة توصيلها للتلامذة ذوي الإعاقة السمعية

- 2- **صياغة الفقرات:** تعد صياغة الفقرات واحدة من الخطوات الجوهرية في بناء أدوات المقياس، حيث ان مدى دقة الأداة في قياس ما اعدت لقياسه تتوقف بشكل كبير على وضوح ودقة الفقرات وهذا ما يفرض على الباحثون ان يكونون ملمون بشروط صياغة الفقرات (هادي، 2015 : 93).

وقد تم تحديد ثلاث مجالات أساسية استناداً الى تعريف (اجزن، 1991) ويمكن ان تمثل المجالات الأساسية التي يندرج تحتها تنمية المعتقدات الصحية لدى ذوي الإعاقة السمعية وهي (المعتقدات المعيارية ، المعتقدات السلوكية ، معتقدات التحكم) .

وبعدها قام الباحثون بصياغة مجموعة من الفقرات لكل مجال من هذه المجالات مع مراعاة ان تكون الفقرات واضحة وبسيطة وملائمة للتلامذة ذوي الإعاقة السمعية كما تجنب الباحثون الأسئلة المركبة واعتمادهم أسلوب التدرج في الإجابة وهي (دائماً ، أحياناً ، الى حد ما) وقد توزعت فقرات المقياس بواقع (10) فقرات لكل مجال ليصل العدد الكلي الى (30) فقرة لتغطي الجوانب المختلفة لمفهوم المعتقدات الصحية وبشكل كاف.

3- تصحيح المقياس: صحح المقياس اعتماداً على ثلاث بدائل للإجابة هي (دائماً ، أحياناً ، الى حد ما) وكان تصحيح الفقرات على التوالي (3،2،1) على ان تعطى الدرجة (3) على الفقرة اذا كان الاختيار للبديل (دائماً)، وتعطى الدرجة (2) على الفقرة اذا كان الاختيار للبديل (أحياناً) ، وتعطى الدرجة (1) على الفقرة اذا كان الاختيار للبديل (الى حد ما) اذا كانت الفقرة إيجابية وبالعكس في حال اذا كانت الفقرة سلبية.

4- التحليل المنطقي لفقرات المقياس: يعد التحليل المنطقي للفقرات من الخطوات الأساسية في بداية اعدادها، لأنه يكشف عن مدى الصدق الظاهري للفقرات أي مدى تمثيل كل فقرة للمفهوم الذي اعدت لقياسه بصورة مباشرة (الكبيسي، 2001 : 171).

والهدف من التحليل المنطقي هو تعديل الفقرات واستبعاد الفقرات التي لا تبدو ظاهرياً انها ذات علاقة بالمفهوم الذي اعدت لقياسه، لذلك قام الباحثون بعرض فقرات مقياس المعتقدات الصحية مع تعريف مفهوم المعتقد الصحي ومجالاته على مجموعة من المحكمين ذوي الخبرة و التخصص في مجال العلوم النفسية والتربوية وبلغ عددهم (12) وطلب الباحثون منهم تقدير مدى صلاحية كل فقرة من الفقرات كما تبدو ظاهرياً في قياس المعتقدات الصحية لدى التلامذة ذوي الإعاقة السمعية وفي ضوء ملاحظات المحكمين و اراءهم عدل الباحثون ببعض الفقرات ولم تستبعد أي فقرة من الفقرات لأنها حظيت بموافقة اكثر المحكمين وبنسبة (80%) من المحكمين وقد تكونت فقرات المقياس من (30) فقرة إيجابية وسلبية والجدول (8) يوضح ذلك.

جدول (8)

اراء المحكمين حول مدى صلاحية فقرات مقياس المعتقدات الصحية

مستوى الدلالة 0,05	قيمة مربع كاي		الأهمية النسبية	غير الموافقون	الأهمية النسبية	الموافقون	عدد الفقرات	تسلسل الفقرات
	الجدولية	المحسوبة						
دال		12			10%	12	25	1,2,3,4 5,6,7,8 9,11,12 13,14,15 17,18,19 21,22,23 24,26,27 28,30
دال	3,84	5.33			83%	10	5	10,16,20 25,29

*القيمة الجدولية عند مستوى دلالة (0,05) وبدرجة حرية (1) تساوي (3,84)

2- التطبيق الاستطلاعي: يعد التطبيق الاستطلاعي خطوة أولية ومهمة تجري على عينة من المجتمع الأصلي للبحث ويهدف الى التحقق من وضوح التعليمات والكشف على جوانب القوة والضعف في صياغة فقرات الأداة إضافة الى تحديد الوقت المناسب للإجابة (داود وعبدالرحمن، 1990 : 126). لذا قام الباحثون بتطبيق المقياس على عينة استطلاعية مكونة من (20) تلميذ وتلميذة من ذوي الإعاقة السمعية المتواجدين في معهد الازدهار ومعهد الكرامة ومعهد الخمائل، للتحقق من وضوح فقرات المقياس وتعليماته وتحديد مدى صلاحيتها الكشف عن الفقرات الغامضة والتعرف على السلبيات التي قد تعيق التطبيق بهدف معالجتها والحد منها قبل التطبيق النهائي للمقياس إضافة تم اختيارهم بطريقة عشوائية وقد تم اجراء التطبيق بحضور الباحثة ، مما اتاح لها رصد وتدوين الملاحظات بشكل مباشر، أظهرت نتائج التطبيق ان فقرات المقياس وتعليماتها كانت واضحة ومفهومة وملائمة لأفراد العينة ، وان متوسط الوقت الذي استغرقه التلامذة في الإجابة كان (29) دقيقة بالاستعانة بمدرب لغة الإشارة وبناءً على نتائج التجربة الاستطلاعية تم اجراء التعديلات اللازمة لتعزيز وضوح الأداة وفعاليتها في قياس المعتقدات الصحية.

3- التحليل الاحصائي لفقرات

أ- عينة التحليل الاحصائي: تكونت عينة التحليل الاحصائي من (150) تلميذاً وتلميذة في المعاهد الحكومية المسجلة في وزارة العمل والشؤون الاجتماعية في محافظة بغداد، واختيرت العينة بالطريقة الطبقيّة (اسلوب التساوي) وكان عدد المعاهد(3)، وذلك لغرض اجراء التحليل الاحصائي لفقرات المقياس واستخراج الصدق والثبات والتمييز، وكما موضح في الجدول(3):

جدول (3)

عينة التحليل الاحصائي

ت	اسم المعهد	عدد الأطفال	النسبة المئوية
1	معهد الكرامة للصم والبكم/ حي العامل	50	33.33%
2	معهد الخمائل للصم والبكم/ مدينة الصدر	50	33.33%
3	معهد الامل للصم والبكم/ الكرادة	50	33.33%
المجموع	3	150	100%

ب- القوة التمييزية لفقرات: لحساب معامل تمييز الفقرات مقياس المعتقدات الصحية قام الباحثون بتطبيق المقياس على عينة التحليل الاحصائي البالغ حجمها (150) تلميذ و تلميذة من ذوي الاعاقة السمعية وبعدها حسبوا الدرجة الكلية لكل استمارة ثم رتبنا الدرجات من اعلى درجة الى ادنا درجة كلية ثم حددت نسبة (27%) من اعلى الدرجات وتسمى المجموعة العليا البالغ عددها (40) ومثلها من ادنى الدرجات وسميت بالمجموعة الدنيا والبالغ عددها (40) ثم استخدم الباحثون الاختبار التائي لعينتين مستقلتين لحساب معامل التمييز بين المجموعتين العليا والدنيا من الدرجات الكلية وعليه تعد الفقرة مميزة اذ كانت قيمتها التائية المحسوبة اكبر من القيمة التائية الجدولية البالغة(1,96) عند مستوى دلالة (0,05) وبدرجة حرية (78) حيث كانت النتائج وكما هو موضح في الجدول(9)

جدول (9) معامل التمييز لفقرات مقياس المعتقدات الصحية

القيمة التائية المحسوبة	المجموعة الدنيا		المجموعة العليا		تسلسل الفقرات
	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	
6,481	0,588	1,750	0,549	2,575	1
6,058	0,729	1,675	0,632	2,600	2
2,751	0,585	1,375	0,464	1,700	3
6,983	0,576	1,775	0,607	2,700	4
6,176	0,635	1,575	0,594	2,425	5
5,413	0,479	1,225	0,733	1,975	6
3,282	0,622	1,650	0,735	2,150	7
6,889	0,505	1,475	0,563	2,300	8
6,491	0,572	1,675	0,598	2,525	9
5,414	0,607	1,875	0,590	2,600	10
6,450	0,464	1,300	0,632	2,100	11
4,837	0,563	1,800	0,545	2,400	12
3,685	0,729	1,925	0,598	2,475	13
4,932	0,483	1,350	0,679	2,000	14
8,540	0,585	1,625	0,483	2,650	15
4,878	0,590	1,900	0,506	2,500	16
4,419	0,640	1,525	0,675	2,175	17
5,514	0,516	1,300	0,576	1,975	18
3,504	0,572	2,075	0,638	2,550	19
7,370	0,474	1,675	0,554	2,525	20
4,559	0,496	1,600	0,579	2,150	21
3,026	0,554	1,500	0,693	1,925	22
2,906	0,594	1,575	0,845	2,050	23
4,760	0,506	1,500	0,479	2,025	24
3,621	0,585	1,375	0,647	1,875	25
4,141	0,579	1,650	0,659	2,225	26
5,078	0,503	1,559	0,416	2,075	27
5,237	0,464	1,200	0,847	2,000	28
2,767	0,630	1,750	0,662	2,150	29
4,457	0,667	1,625	0,686	2,300	30

تبين من الجدول (9) ان جميع قيم معاملات تمييز الفقرات للمقياس كانت ذات دلالة احصائية عند مقارنتها بالقيمة التائية الجدولية البالغة (1,96) حيث كانت القيمة التائية المحسوبة لكل فقرة من

فقرات المقياس اكبر من القيمة التائية الجدولية وهذا يعني ان المقياس يتضمن فقرات جيدة التمييز بين المجموعتين في السمة المقاسة .

2- ارتباط درجة الفقرة بالدرجة الكلية للمقياس: يعد حساب ارتباط درجة الفقرة بالدرجة الكلية للمقياس مؤشراً على مدى ترابط فقرات المقياس مع بعضها، ويعد هذا الاجراء احد مؤشرات صدق البناء ، حيث يعكس هذا الارتباط مدى تمثيل الفقرة للخاصية او السمة المراد قياسها (حسن، 2016: 90)، ولحساب ارتباط درجة كل فقرة بالدرجة الكلية للمقياس استخدم الباحثون معامل ارتباط بيرسون حيث كانت النتائج كما هو موضح في الجدول(10)

جدول (10) قيم معامل ارتباط درجة الفقرة بالدرجة الكلية للمقياس

تسلسل الفقرات	قيمة معامل الارتباط								
1	0,483	7	0,312	13	0,352	19	0,362	25	0,292
2	0,434	8	0,562	14	0,414	20	0,542	26	0,298
3	0,233	9	0,522	15	0,549	21	0,388	27	0,409
4	0,540	10	0,410	16	0,361	22	0,341	28	0,311
5	0,511	11	0,442	17	0,442	23	0,305	29	0,323
6	0,495	12	0,404	18	0,452	24	0,385	30	0,423

قيمة معامل الارتباط الحرجة عند مستوى دلالة (0,05) وبدرجة حرية (148) تساوي (0,098) يتضح من الجدول (10) ان جميع قيم معامل ارتباط درجة الفقرة بالدرجة الكلية ذات دلالة احصائية عند مقارنتها بالقيمة الحرجة لمعامل الارتباط البالغة (0,098) وهذا يعني ان جميع فقرات المقياس تتوافق مع بعضها في قياس نفس السمة .

3- ارتباط درجة الفقرة بالدرجة الكلية للمجال الذي تنتمي اليه: يعد هذا الأسلوب من اكثر الأساليب دقة في حساب الاتساق الداخلي لفقرات المقياس وتعني إيجاد العلاقة الارتباطية بين درجة كل فقرة من فقرات المقياس بالدرجة الكلية للمجال الذي تنتمي اليه (العيسوي، 1985: 95)، ولحساب ارتباط درجة الفقرة بالدرجة الكلية للمجال الذي تنتمي اليه استخدمت الباحثة معامل ارتباط بيرسون حيث كانت النتائج كما هو موضح في الجدول (11)

جدول (11) معامل ارتباط درجة الفقرة بالدرجة الكلية للمجال الذي تنتمي اليه

تسلسل الفقرات في المقياس	الاتجاهات قيمة معامل الارتباط	تسلسل الفقرات في المقياس	المعايير الذاتية		التحكم الذاتي قيمة معامل الارتباط
			تسلسل الفقرات في المقياس	قيمة معامل الارتباط	
1	0,590	11	0,430	21	0,327
2	0,554	12	0,539	22	0,473
3	0,443	13	0,440	23	0,395
4	0,573	14	0,522	24	0,410
5	0,570	15	0,584	25	0,433
6	0,593	16	0,489	26	0,319
7	0,269	17	0,500	27	0,486
8	0,569	18	0,508	28	0,341
9	0,581	19	0,423	29	0,469
10	0,406	20	0,594	30	0,514

قيمة معامل الارتباط الحرجة عند مستوى دلالة (0,05) وبدرجة حرية (148) تساوي (0,098) تبين من الجدول اعلاه ان قيم معامل ارتباط درجة الفقرة بالدرجة الكلية للمجال الذي تنتمي اليه دالة احصائيا عند مقارنتها بقيمة معامل الارتباط الحرجة البالغة (0,098) وهذا يعني ان الفقرة تقيس ما يقيسه المجال الذي تنتمي اليه.

4- ارتباط مجالات مقياس المعتقدات الصحية مع بعضها: لحساب ارتباط مجالات المقياس فيما بينها استخدمت الباحثة معامل ارتباط بيرسون حيث كانت النتائج كما هو موضح في الجدول (12)

جدول (12)

قيم معامل ارتباط مجالات مقياس المعتقدات الصحية مع بعضها

اسم المجال	الاتجاهات	المعايير الذاتية	التحكم الذاتي
الاتجاهات	1	0,568	0,477
المعايير الذاتية		1	0,566
التحكم الذاتي			1

قيمة معامل الارتباط الجدولية عند مستوى دلالة (0,05) وبدرجة حرية (148) تساوي (0,161) يتضح من الجدول (12) ان جميع قيم معامل ارتباط مجالات المقياس مع بعضها ذات دلالة احصائية عند مقارنتها بالقيمة الحرجة لمعامل الارتباط البالغة (0,161) مما يعني ذلك ان مجالات المقياس متسقة مع بعضها في قياس نفس السمة.

الثبات: يعد الثبات من الخصائص السيكومترية المهمة للمقياس ومعنى ذلك هو ان يعطي الاختبار النتائج نفسها كلما اعيد تطبيقه مرات عدة في قياس الشيء نفسه وفي ظروف تطبيق متشابهة ، فاذا حصل المقياس على النتائج نفسها او مقاربة لها اكثر من مرة فان ذلك يعد مؤشراً على ثبات المقياس (شحاتة واخرون، 2003 : 161). ويشير الثبات ايضاً الى الدقة و الاتساق في أداء الفرد ويعني الاستقرار في النتائج عبر الزمن ويعني الثبات احصائياً بانه نسبة التباين الحقيقي الى التباين الكلي (الشايب، 2009 : 105). ولحساب ثبات المقياس اعتمدت الباحثة طريقتين وهما على النحو الاتي:

أ- **طريقة اعادة الاختبار:** تعد طريقة إعادة الاختبار من اهم الطرق المستخدمة في حساب الثبات . وتقوم هذه الطريقة على تطبيق الاختبار على مجموعة من الافراد ثم إعادة تطبيقه مرة أخرى على نفس المجموعة باستخدام نفس الأداة وتحت ظروف مشابهة للتطبيق الأول ، خلال مدة زمنية لا تقل عن أسبوع ولا تتجاوز الشهر بعد ذلك يتم حساب معامل الارتباط بين نتائجهم في الاختبارين ، والذي يطلق عليه معامل الثبات (فرج، 1997 : 99).

ولحساب الثبات وفقا لهذه الطريقة اختارت الباحثة عينة عشوائية قوامها (30) تلميذ وتلميذة تم تطبيق المقياس عليهم وبعد مرور عشرة ايام اعيد تطبيق نفس المقياس على نفس العينة وبعدها استخدمت الباحث معامل ارتباط بيرسون لحساب معامل الثبات بين درجات التطبيق الاول ودرجات التطبيق الثاني حيث بلغ معامل الثبات (0,834) وهو معامل ثبات مقبول

ب - **طريقة الفا كرونباخ:** يسمى هذا النوع من الثبات بالتجانس الداخلي ويعتمد على استخراج الثبات من خلال تطبيق المقياس مره واحده وهو من أساليب استخراج ثبات الاختبارات و المقاييس النفسية ويعد مؤشراً لتجانس فقرات المقياس (العبودي، 2011 : 58).

ولحساب الثبات طبق المقياس على عينة التحليل الاحصائي البالغ حجمها (150) تلميذا وتلميذة ثم استخدمت الباحثة معادلة الفا كرونباخ حيث بلغ معامل الثبات المحسوب وفقا لهذه الطريقة (0,817) وهو معامل ثبات مقبول.

الوسائل الاحصائية: تم معالجة البيانات احصائياً بوساطة الحقيبة الاحصائية للعلوم الاجتماعية SPSS

نتائج البحث

اولاً: عرض النتائج

الهدف الاول: لغرض التحقق من الهدف الاول (التعرف الى المعتقدات الصحية لدى التلامذة المعاقين سمعياً) تم تطبيق اداة البحث على عينة البحث الاساسية المكونة من (120) تلميذاً وتلميذة من التلامذة المعاقين سمعياً في المعاهد الحكومية التابعة لوزارة العمل والشؤون الاجتماعية، وبعد جمع الاستمارات وتصحيحها ومعالجة البيانات احصائياً تبين ان الوسط الحسابي لدرجات العينة بلغ (56,4000) والانحراف المعياري بلغ (8,19859) وللتعرف على دلالة الفروق تم مقارنته مع المتوسط الفرضي للمقياس والبالغ (60)، ومن اجل التحقق من دلالة الفروق تم تطبيق الاختبار التائي لعينة واحدة، فقد ظهر ان هناك فرقا بين المتوسطين ولصالح المتوسط الفرضي، وكما موضح في الجدول (13):

جدول (13)

نتائج الهدف الاول

الدلالة عند 0.05	القيمة التائية		درجة الحرية	الوسط الفرضي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العينة
	الجدولية	المحسوبة					
دالة	1,98	-4,810	119	60	8,19859	56,4000	120

وقد اظهرت نتيجة الاختبار التائي ان القيمة التائية المحسوبة بلغت (-4,810) وهي اقل من القيمة التائية الجدولية البالغة (1,98) عند مستوى دلالة (0.05) ودرجة حرية (119) مما يشير الى ان عينة البحث التلامذة ذوي الإعاقة السمعية يعانون من انخفاض في المعتقدات الصحية وهذا ما أشارت اليه الاديبيات في مجال الإعاقة السمعية بأن التلامذة من هذه الفئة يعانون من ضعف في مهارات المعتقدات الصحية التي تؤثر الى حد كبير في مستقبلهم الصحي والاجتماعي والاكاديمي مما يستلزم من القائمين على معاهد ذوي الإعاقة السمعية ومعلمي لغة الإشارة تطوير مهارات المعتقدات الصحية للتلامذة المعاقين سمعياً في مختلف المراحل العمرية والنظر الى هذه الحالات بمسؤولية عالية من اجل الحد منها ومن اثارها.

الهدف الثاني: ولغرض التحقق من الهدف الثاني (دلالة الفروق في المعتقدات الصحية لدى التلامذة ذوي الإعاقة السمعية حسب متغير النوع) (ذكور، اناث) قام الباحثون بتحليل البيانات احصائياً وفقاً لمتغير الجنس، اذ بلغ المتوسط الحسابي للذكور (57,68) بانحراف معياري (9,18)، بينما بلغ المتوسط الحسابي للإناث (55,12) بانحراف معياري قدره (6,92)، ومن اجل التعرف على دلالة الفروق بين متوسطي الذكور والاناث، تم تطبيق معادلة الاختبار التائي لعينتين مستقلتين، ثم قام الباحثون بمقارنة القيمة التائية المحسوبة مع القيمة التائية الجدولية بدرجة حرية (118) وعند مستوى دلالة (0.05)، وكما موضح في الجدول (14):

جدول (14)
نتائج الهدف الثاني

الدلالة عند 0.05	القيمة التائية		درجة الحرية	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	العينة
	الجدولية	المحسوبة					
غير دالة	1,98	1,73	118	9,18	57,68	60	الذكور
				6,92	55,12	60	الاناث

ومن الجدول اعلاه يتبين عدم وجود دلالة إحصائية للفروق بين متوسطي الذكور والإناث، بعد مقابلة القيمة التائية المحسوبة البالغة (1,73) بالقيمة التائية الجدولية البالغة (1,98)، وإن هذه النتيجة تشير إلى أن عينة البحث وفقاً لمتغير النوع (ذكور، اناث) تتمتع بنفس المستوى من المعتقدات الصحية، وانهم لا يتصفون بمعتقد صحي متفاوت، وحتى وإن كانت البيئة الاجتماعية لا تحمل نفس الخصائص والسمات.

الاستنتاجات: استناداً إلى نتائج البحث توصل الباحثون إلى مجموعة من الاستنتاجات الآتية:

- 1- أن التلامذة ذوي الإعاقة السمعية يعانون من ضعف أو قصور في المعتقدات الصحية.
- 2- أن التلامذة المعاقين سمعياً وفقاً لمتغير الجنس يتمتعون بنفس المستوى من المعتقد الصحي، وانهم لا يتصفون بمعتقد صحي متفاوت.

التوصيات: في ضوء نتائج البحث يوصي الباحثون بالآتي:

- 1- يوصي الباحثون بأن يخصص المعلمون في معاهد ذوي الإعاقة السمعية بعض الوقت من الحصص الدراسية الأولى من خلال عرض مقاطع فيديو أو بطاقات تعليمية لتوعية التلامذة وتنمية معتقداتهم الصحية بما يدعم ويعزز ممارساتهم اليومية.
 - 2- العمل على دمج المفاهيم الصحية في المناهج التعليمية المقدمة لذوي الإعاقة السمعية.
- المقترحات:** في ضوء استنتاجات البحث يقترح الباحثون مجموعة من المشاريع البحثية المستقبلية على النحو الآتي:

- 1- إجراء دراسة مقارنة في المعتقدات الصحية بين ذوي الإعاقة السمعية وقرانهم العاديين.
- 2- إجراء دراسة مشابهة للتعرف على العوامل أو المتغيرات المساهمة في المعتقدات الصحية لدى التلامذة المعاقين سمعياً كالتدريب ودور الأسرة.

المصادر

- إبراهيم، مروان عبد المجيد. (2013). *التربية الرياضية لذوي الإعاقة*. ط1، عمان: دار الرضوان للنشر والتوزيع.
- أحمد، هدى سعيد، والصبوة، محمد نجيب. (2023). *الفروق في المعتقدات الصحية وصورة الجسم المدركة والشعور بالوصمة على ضوء النوع والمرض والعمر لدى أطفال السمنة والإحصاء*. المجلة المصرية لعلم النفس الإكلينيكي والإرشادي، المجلد (11)، العدد
- بدر، ليلى حسن، حميدة، سامية، وعائدة البنا. (1989). *أصول التربية الصحية والصحة العامة*. القاهرة، مصر: مكتبة النهضة المصرية.
- تايلور، شيلي. (2008). *علم النفس الصحي*. ط1، ترجمة: بريك وسام درويش، داود فوزي شكر طعيمة. عمان: دار الحامد للنشر والتوزيع.
- الجوالدة، فؤاد عيد. (2012). *الإعاقة السمعية*. ط1، عمان: دار الثقافة للنشر والتوزيع.

- حسني، ضياء الدين عادل، الصبوة، محمد نجيب أحمد محمود. (2010). *الفروق بين المعتمدين على الكحوليات والمعتمدين على اللامفيتامينات وبين الأسوياء في الأفكار اللاعقلانية والمعتقدات الصحية السلبية والعمال الكاملة*. المؤتمر الإقليمي الثاني لعلم النفس، رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية.
- حسين، زيد مجلي. (2016). *فاعلية برنامج تدريبي لتنمية المهارات الاستقلالية للأطفال من ذوي متلازمة داون* (رسالة ماجستير غير منشورة). كلية التربية الأساسية، الجامعة المستنصرية.
- حمدي، أحمد السيد، والصواف، نهى محمود. (2013). *الصم والدمج مع الأسوياء في التربية البدنية والرياضية*. ط1، القاهرة، مصر: مركز الكتاب للنشر.
- خشاب، سعاد. (2011). *علاقة المعتقدات الصحية بالسلوك الجنسي الآمن لدى المتزوجين* (رسالة ماجستير غير منشورة). كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية.
- الداغستاني، سناء عيسى. (2009). *المعتقدات الصحية التعويضية وعلاقتها بتنظيم الذات الصحي*. مجلة البحوث التربوية والنفسية، كلية الآداب، جامعة بغداد، العدد. (27)
- داود، عزيز حنا، وعبد الرحمن، أنور حسين. (1990). *مناهج البحث التربوي*. جامعة بغداد: دار الحكمة للطباعة والنشر.
- رضوان، محمد نصر الدين. (2006). *المدخل إلى القياس في التربية البدنية والرياضية*. ط1، القاهرة: مركز الكتاب للنشر.
- الزبيدي، حيدر محمد. (2015). *أثر الإرشاد السلوكي المعرفي عند ميكنوم في تنمية المعتقد الصحي لدى طلاب المرحلة الإعدادية في محافظة صلاح الدين*. كلية التربية الأساسية، الجامعة المستنصرية.
- شامة، منى السيد. (2009). *الطرق المبتكرة لتقديم وسائل التثقيف الصحي*. مجلة البحوث التربوية والنفسية، جامعة الإسكندرية، العدد. (27)
- الشايب، عبد الحافظ. (2009). *أسس البحث العلمي*. ط1، عمان، الأردن: دار وائل للنشر والتوزيع.
- شحاتة، حسن، والنجار، زينب. (2003). *معجم المصطلحات التربوية والنفسية*. ط1، القاهرة: الدار المصرية اللبنانية.
- شعير، إبراهيم محمد. (2005). *بور مناهج العلوم في الوفاء بمتطلبات التربية الوقائية لمدارس الأمل للصم وضعاف السمع*. مجلة دراسات في المناهج وطرق التدريس، الجمعية المصرية للمناهج وطرق التدريس، عدد. (102)
- شيوخ، هناء أحمد محمد. (2012). *علم النفس الصحي*. ط1، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- صبري، ماهر إسماعيل، والسيد، منى عبد المقصود. (2007). *القصص الكاريكاتورية وأثرها في تعديل أنماط السلوك غير الصحي وتنمية الوعي لدى الأطفال المعاقين سمعياً*. سلسلة دراسات عربية في التربية وعلم النفس، المجلد الأول، العدد. (4)
- عبد الحي، محمد فتحي. (2001). *الإعاقة السمعية وبرنامج إعادة التأهيل*. ط1، العين، الإمارات العربية المتحدة: دار الكتاب الجامعي.
- عبد الله، محمد. (2004). *الإعاقة الحسية*. القاهرة، مصر: دار الرشد للنشر والتوزيع.
- العبودي، خضر عباس غيلان. (2011). *تأثير أسلوب الدراما والتخيل في تعديل الاتجاهات التعصبية لدى طلاب المرحلة الإعدادية (أطروحة دكتوراه غير منشورة)*. كلية التربية، الجامعة المستنصرية.
- العيسوي، عبد الرحمن. (1980). *القياس والتجريب في علم النفس والتربية*. بيروت، لبنان: دار المعرفة الجامعية.

- الفايز، فايزة عبد الله. (2010). مراكز التعلم والتكنولوجيا المساعدة للأطفال ذوي الإعاقة السمعية. القاهرة: دار الفكر العربي.
- الفراء، فاروق حمدي. (1983). اتجاهات مستحدثة في التربية الصحية وانعكاساتها على المناهج الدراسية في الدول العربية الخليجية. المركز العربي للبحوث التربوية لدول الخليج، الكويت.
- فرج، صفوت. (1997). القياس النفسي. ط3، القاهرة، مصر: مكتبة الأنجلو المصرية.
- القريطي، عبد المطلب. (2011). سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة وتدريبهم. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- القمش، مصطفى، والمعاطة، خليل. (2011). سيكولوجية الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة. ط4، عمان، الأردن: دار المسيرة للنشر والتوزيع.
- قوشم، أحمد عفت. (2004). مهارات التدريس لمعلمي ذوي الاحتياجات الخاصة (النظرية والتطبيق). ط1، القاهرة: مركز الكتاب والنشر.
- الكبيسي، كامل ثامر. (2001). العلاقة بين التحليل المنطقي والتحليل الإحصائي ل فقرات المقاييس النفسية. مجلة الأستاذ، العدد (25)، كلية التربية، ابن رشد، جامعة بغداد.
- كرم الدين، ليلي أحمد. (2014). اللغة عند الطفل وتطورها والعوامل المرتبطة بها ومشكلاتها. القاهرة: دار الفكر العربي.
- الكروي، رواء وليد. (2013). دراسة مقارنة في السلوك الصحي بين ذوي التفكير الداخلي والتفكير الخارجي من طلبة المرحلة الإعدادية (رسالة ماجستير غير منشورة). كلية التربية، الجامعة المستنصرية.
- محمد، ريم سالم. (2011). تأثير نمط الشخصية الصباحي المسائي في دورة النوم واليقظة والاهتمامات الصحية (أطروحة دكتوراه غير منشورة). كلية الآداب، جامعة بغداد.
- مرسي، سامي عبد السلام. (2015). الفاعلية الذاتية لدى ذوي الإعاقة السمعية. ط1، عمان: مؤسسة الوراق للنشر والتوزيع.
- المسعد، سارة محمد. (2005). تغيير السلوك الصحي يقتل الأمراض ويزيد من الإنتاجية. جريدة الرياض، مؤسسة الإمامة الصحفية.
- المشهداني، سعد سلمان. (2019). منهجية البحث العلمي. ط1، عمان، الأردن: دار أسامة للنشر والتوزيع.
- مكاي، محمد زايد. (2008). الوسائل السمعية وطرق التواصل مع المعاقين سمعياً. الرياض: دار الزهراء للطباعة والنشر.
- هادي، زينب علي. (2015). المهارات السمعية والبصرية والحركية للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد وذوي متلازمة داون (أطروحة دكتوراه غير منشورة). كلية التربية، جامعة بابل.

- Ajzen, I. (1991). The Theory of Planned Behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 179–211.
- Ajzen, I. (2006). Brief Description of the Theory of Planned Behavior. Retrieved from <http://www.people.umass.edu/aizen/tpb.diag.html>
- Caitlin, E. (2013). *Parental Adherence Intentions for Obese Children's Health Behaviors: Extending the Theory of Planned Behavior* (Doctoral dissertation). The George Washington University.
- Hallahan, D. P., & Kauffman, J. M. (1981). *Introduction to Special Education*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Hallahan, D. P., & Kauffman, G. M. (1994). *Exceptional Children: Introduction to Special Education* (6th ed.). Boston, MA: Allyn & Bacon.
- Naslindh, A. (2008). *Men's Health Behaviors, Health Beliefs, and Need for Health Counseling*. Department of General Practice and Primary Health Care.
- Sawyer, R., Sharon, M., & Joseph, J. (1996). A Comparison of Sexual Knowledge, Behavior, and Sources of Health Information between Deaf and Hearing University Students. *Journal of Health Education*, 27(3), 152.
- Spencer, S. M., Lehman, J. M., Wyning, C., Antoni, M., et al. (1999). Concerns about Breast Cancer and Relation to Psychosocial Well-Being in a Multiethnic Sample of Early-Stage Patients. *Health Psychology*, 18, 159.

Health Beliefs among Individuals with Hearing Impairments

Samar Abdulrahman Mahmoud

Ministry of Education / Baghdad Directorate of Education

Asst. Prof. Dr. Zainab Ali Hadi

Al-Mustansiriyah University / College of Basic Education

Asst. Prof. Dr. Falah Hassan Jabir

Al-Mustansiriyah University / College of Basic Education

Abstract

The current research aims to identify the level of health beliefs among students with hearing impairments enrolled in institutions for the hearing impaired, as well as to examine the level of health beliefs according to the variables of gender (male, female). A stratified random sample (equal allocation method) was selected, consisting of 120 male and female students with hearing impairments from government-run institutions for the hearing impaired affiliated with the Ministry of Labor and Social Affairs in Baghdad Governorate. The researchers developed and applied a Health Beliefs Scale after following all necessary scientific steps and procedures. The final version of the scale consisted of 30 items.

The results indicated that, overall, the sample of students with hearing impairments had a generally low level of health beliefs, and that the research sample exhibited the same level of health beliefs regardless of gender.

Conclusions:

Students with hearing impairments suffer from weakness or inadequacy in their health beliefs.

Students with hearing impairments have the same level of health beliefs regardless of gender, indicating no significant gender-based differences in health beliefs.

Recommendations:

The researchers recommend that teachers in institutions for the hearing impaired allocate part of the first class period to present video clips or educational cards to raise students' awareness and develop their health beliefs in ways that support their awareness and enhance their daily practices.

Suggestions:

Conduct a comparative study on health beliefs between students with hearing impairments and their typically developing peers.

Keywords: beliefs, health beliefs, students with hearing impairments.