



# مَحْكَلَةُ الْجَامِعَةِ الْإِسْلَامِيَّةِ

## للعلوم التربوية والاجتماعية

مَجَلَّةُ عَامِيَّةٍ رُوِيَّةٍ مُحَكَّمَةٍ

تصدر أربع مرات في العام خلال الأشهر:

(مارس، يونيو، سبتمبر، ديسمبر)

العدد 42 - المجلد 42

ذو الحجة 1446 هـ - يونيو 2025 م

## معلومات الإيداع في مكتبة الملك فهد الوطنية

### النسخة الورقية :

رقم الإيداع: 1441/7131

تاريخ الإيداع: 1441/06/18

رقم ردمك : 1658-8509

### النسخة الإلكترونية :

رقم الإيداع: 1441/7129

تاريخ الإيداع: 1441/06/18

رقم ردمك : 1658-8495

### الموقع الإلكتروني للمجلة :

<https://journals.iu.edu.sa/ESS>



### البريد الإلكتروني للمجلة :

ترسل البحوث باسم رئيس تحرير المجلة

[iujourna14@iu.edu.sa](mailto:iujourna14@iu.edu.sa)



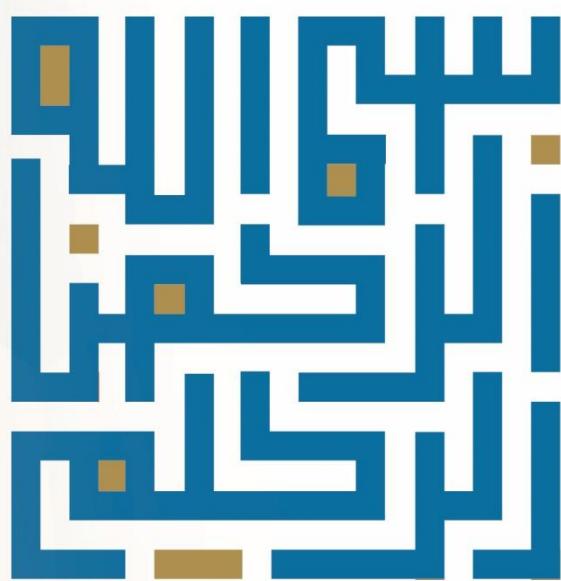


الجامعة الإسلامية  
ISLAMIC UNIVERSITY OF MADINAH



البحوث المنشورة في المجلة  
تعبر عن آراء الباحثين ولا تعبر  
بالضرورة عن رأي المجلة

جميع حقوق الطبع محفوظة  
للجامعة الإسلامية



## قواعد وضوابط النشر في المجلة

- أن يتسم البحث بالأصالة والجدية والابتكار والإضافة المعرفية في التخصص.
- لم يسبق للباحث نشر بحثه.
- أن لا يكون مستللاً من أطروحة الدكتوراه أو الماجستير سواء بنظام الرسالة أو المشروع البحثي أو المقررات.
- أن يلتزم الباحث بالأمانة العلمية.
- أن تراعى فيه منهجية البحث العلمي وقواعده.
- أن لا تتجاوز نسبة الاقتباس في البحث التربوية (25%)، وفي غيرها من التخصصات الاجتماعية لا تتجاوز (40%).
- أن لا يتجاوز مجموع كلمات البحث (12000) كلمة بما في ذلك الملخصين العربي والإنجليزي وقائمة المراجع.
- لا يحق للباحث إعادة نشر بحثه المقبول للنشر في المجلة إلا بعد إذن كتابي من رئيس هيئة تحرير المجلة.
- أسلوب التوثيق المعتمد في المجلة هو نظام جمعية علم النفس الأمريكية (APA) الإصدار السابع، وفي الدراسات التاريخية نظام شيكاغو.
- أن يشتمل البحث على : صفحة عنوان البحث، ومستخلص باللغتين العربية والإنجليزية، وملخص، وطلب البحث، وخاتمة تتضمن النتائج والتوصيات، وثبت المصادر والمراجع، والملاحق الازمة مثل: أدوات البحث، والموافقات للتطبيق على العينات وغيرها؛ إن وجدت.
- أن يلتزم الباحث بترجمة المصادر العربية إلى اللغة الإنجليزية.
- يرسل الباحث بحثه إلى المجلة إلكترونياً، بصيغة (WORD) وبصيغة (PDF) ويرفق تعهدا خطياً بأن البحث لم يسبق نشره، وأنه غير مقدم للنشر، ولن يقدم للنشر في جهة أخرى حتى تنتهي إجراءات تحكيمه في المجلة.
- المجلة لا تفرض رسوماً للنشر.



## الهيئة الاستشارية :

**معالي أ.د : محمد بن عبدالله آل ناجي**

رئيس جامعة حفر الباطن سابقاً

**معالي أ.د : سعيد بن عمر آل عمر**

رئيس جامعة الحدود الشمالية سابقاً

**معالي د : حسام بن عبدالوهاب زمان**

رئيس هيئة تقويم التعليم والتدريب سابقاً

**أ. د : سليمان بن محمد البلوشي**

عميد كلية التربية بجامعة السلطان قابوس سابقاً

**أ. د : خالد بن حامد الحازمي**

أستاذ التربية الإسلامية بالجامعة الإسلامية سابقاً

**أ. د : سعيد بن فالح المغامسي**

أستاذ الإدارة التربوية بالجامعة الإسلامية سابقاً

**أ. د : عبدالله بن ناصر الوليبي**

أستاذ الجغرافيا بجامعة الملك سعود

**أ. د. محمد بن يوسف عفيفي**

أستاذ أصول التربية بالجامعة الإسلامية سابقاً



## هيئة التحرير:

رئيس التحرير :

أ.د : عبدالرحمن بن علي الجهنبي

أستاذأصول التربية بالجامعة الإسلامية في المدينة المنورة

مدير التحرير :

أ.د : محمد بن جزاء بجاد الحربي

أستاذأصول التربية بالجامعة الإسلامية في المدينة المنورة

## أعضاء التحرير:

معالي أ.د : راتب بن سلامة السعو

وزير التعليم العالي الأردني سابقا  
وأستاذ السياسات والقيادة التربوية بالجامعة الأردنية

أ.د : محمد بن إبراهيم الدغري

وكيل جامعة شقراء للدراسات العليا والبحث العلمي  
وأستاذ الجغرافيا الاقتصادية بجامعة القصيم

أ.د : علي بن حسن الأحمد

أستاذ المناهج وطرق التدريس بالجامعة الإسلامية في المدينة المنورة

أ.د. أحمد بن محمد النشوان

أستاذ المناهج وتطوير العلوم بجامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية

أ.د. صبحي بن سعيد الحارثي

أستاذ علم النفس بجامعة أم القرى

أ.د. حمدي أحمد بن عبد العزيز أحمد

عميد كلية التعليم الإلكتروني

وأستاذ المناهج وتصميم التعليم بجامعة حمدان الذكية بدبي

أ.د. أشرف بن محمد عبد الحميد

أستاذ ورئيس قسم الصحة النفسية بجامعة الزقازيق بمصر

د : رجاء بن عتيق المعيلي الحربي

أستاذ التاريخ الحديث والمعاصر المشارك بالجامعة الإسلامية في المدينة المنورة

د. منصور بن سعد فرغل

أستاذ الإدارة التربوية المشارك بالجامعة الإسلامية في المدينة المنورة

## الإخراج والتنفيذ الفني:

م. محمد بن حسن الشرييف

## التنسيق العلمي:

أ. محمد بن سعد الشال

## سكرتارية التحرير:

أ. أحمد شفاق بن حامد

أ. علي بن صالح المجري

أ. أسامة بن خالد القحطاني



جامعة الدّين الْمُهَاجِرَة  
ISLAMIC UNIVERSITY OF MADINAH



## فهرس المحتويات :

م	عنوان البحث	الصفحة
1	معتقدات معلمي ومعلمات اللغة العربية بالمرحلة الابتدائية نحو الدراسة الدولية (PIRLS) "دراسة مزجية" د. عبد الرحمن بن مذكور هملان المطيري	11
2	واقع استخدام أعضاء هيئة التدريس بجامعة أم القرى للتقنيات الناشئة من وجهة نظر الطالبات وعلاقتها بالدافعية للإنجاز والطموح الأكاديمي لديهن د. هدى بنت صالح عبد الرحمن الشميري	55
3	واقع تطبيق إدارة المخاطر بالمعاهد التعليمية السعودية في الخارج د. عبد الله بن فايز عايش القرني	103
4	الدور المأمول لعمادات الدراسات العليا والبحث العلمي بالجامعات السعودية في تنمية أخلاقيات الذكاء الاصطناعي لدى طلبة الدراسات العليا د. إيمان بنت زكي عبد الله أسرة	151
5	واقع ومعوقات التفاعل الاجتماعي بين الطلاب الصم وضعاف السمع وأقرانهم السامعين في مدارس الدمج السعودية د. مبارك بن غياض محمد العنزي	211
6	تصورات معلمي العلوم والرياضيات في المرحلة المتوسطة بمحافظة الأحساء حول مهارات التفكير التصعيمي ودرجة ممارستهم لها د. محمد بن أحمد بن عبد الله الغتم / د. سلطان بن مبارك بن صالح المغيرة	257
7	إطار إجرائي مقترن لتطوير أداء مراكز التدريب التربوي في فلسطين وفق استراتيجيات منهجية (جيمنبا كاينز): "دراسة نوعية" د. محمود بن إبراهيم خلف الله	303
8	فعالية العلاج المرتكز على التعاطف لخفض التوتر ونبضها (الذوف المرضي من فقدان الهاتف النقال) لدى المراهقين ذوي الإعاقة السمعية د. عبد الرحمن بن أحمد بن محمد البليهي / د. سهام بنت ضيف الله علي الفايدري	337
9	دور معلمة الطفولة المبكرة في تنمية القيم الأخلاقية لدى الطفل لمواجهة التحديات التكنولوجية د. سارة بنت راجح عوض الروفي	377
10	الدور الاقتصادي لفرع البنك العثماني في ولاية بغداد (1856-1914هـ/1332-1272هـ) د. محمد بن سالم القحطاني	417

\*ترتيب الأبحاث حسب تاريخ ورودها للمجلة مع مراعاة تنوع التخصصات



جامعة الدارالعلوم الإسلامية  
ISLAMIC UNIVERSITY OF MADINAH



# **فعالية العلاج المرتكز على التعاطف لخفض النوموفobia (الخوف المرضي من فقدان الهاتف النقال) لدى المراهقين ذوي الإعاقة السمعية**

## **Effectiveness of Compassion-Focused Therapy for Reducing Nomophobia in Hearing Impairment Adolescents**

[إعداد]

د. سهام بنت ضيف الله  
بن علي الفايدى  
أستاذ الارشاد النفسي والتربوي المشارك  
قسم الدراسات الإنسانية - الكليّة الجامعية في  
المغيرة - جامعة حفر الباطن

**Dr. Seham Defallah Ali Alfaidi**  
Associate Professor of Psychological and  
educational counselling  
Human Studies Department  
University College in Nairyah - Hafr Al Batin  
University

Email: [sehamalfaidi@uhb.edu.sa](mailto:sehamalfaidi@uhb.edu.sa)

د. عبد الرحمن بن أحمد  
بن محمد البلبيسي  
أستاذ التربية الخاصة المشارك  
قسم التربية الخاصة - كلية التربية  
جامعة حائل

**Dr. Abdulrahman Ahmad  
Mohammed Albulayhi**  
Associate Professor of Special Education  
Special Education Department - Education  
College  
University of Hail

Email: [ar.albulayhi@uoh.edu.sa](mailto:ar.albulayhi@uoh.edu.sa)

DOI:10.36046/2162-000-022-018

د. عبد الرحمن بن أحمد بن محمد البليهي / د. سهام بنت ضيف الله علي الفايدبي

تاریخ القبول: ١٣/١١/٢٠٢٤ م

تاریخ التقديم: ١٦/١٠/٢٠٢٤ م

## المستخلص

هدفت الدراسة إلى التعرف على فعالية العلاج المركز على التعاطف Focused Therapy (CFT) لخض النوموفوبيا (الخوف المرضي من فقدان الهاتف النقال) لدى المراهقين ذوي الإعاقة السمعية، وتم تطبيق البرنامج العلاجي على العينة النهائية للدراسة تكونت من عشرون مراهقاً ذوي الإعاقة السمعية، تم اختيارهم بطريقة قصدية وتقسيمهم إلى مجموعتين، إحداهما تجريبية والأخرى ضابطة، قوام كل مجموعة عشرة مراهقين، يتراوح عمرهم بين (١٥-١٨) عاماً بمتوسط عمري (١٧,٥) وأنحراف معياري (١,٧٥)، وذلك بمعهد الأمل للصم ببريدة بمنطقة القصيم بالملكة العربية السعودية، واستخدم الباحثان المنهج شبه التجاري، وذلك بتطبيق مقياس النوموفوبيا لدى المراهقين ذوي الإعاقة السمعية (إعداد الباحثان)، وبرنامج قائم على العلاج المركز على التعاطف (CFT) لخض النوموفوبيا لدى المراهقين ذوي الإعاقة السمعية (إعداد الباحثان)، وأشارت النتائج إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في متوسط رتب الدرجات على النوموفوبيا بين أفراد المجموعة التجريبية والضابطة في القياس البعدى، مما يعكس فعالية البرنامج في تحسين مستوى التفاعل الاجتماعى وتقليل الاعتماد على الهاتف المحمول لهذه الفئة من المراهقين، ووجود فروق ذات دلالة إحصائية في متوسط الرتب على النوموفوبيا بين أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلى والبعدى لصالح القياس البعدى، مما يعزز تحقق نتائج الفرض الأول للدراسة، كما وأشارت النتائج إلى أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسط الرتب على النوموفوبيا بين أفراد المجموعة التجريبية في القياس البعدى والتبعى، يشير إلى أن البرنامج التجارى كان فعالاً وأسهم في تحقيق نتائج مستدامة في تقليل أعراض النوموفوبيا لدى المراهقين ذوي الإعاقة السمعية، وتوصلت الدراسة إلى أنه يمكن خفض النوموفوبيا (الخوف المرضي من فقدان الهاتف النقال) لدى المراهقين ذوي الإعاقة السمعية من خلال العلاج المركز على التعاطف.

**الكلمات المفتاحية:** العلاج المركز على التعاطف، النوموفوبيا، المراهقين ذوي الإعاقة السمعية.



### Abstract

The study aimed to investigate the effectiveness of (CFT) in reducing nomophobia among adolescents with hearing impairment. The therapeutic program was applied to the final sample of the study, which consisted of 20 adolescents. They were selected purposively and divided into two groups, one experimental and the other controlled, with each group comprising 10 adolescents. Their ages ranged from 15-18 years, with a mean age of 16.5 and a standard deviation of 1.75, in Alamal Institute for the Deaf and Hard of Hearing Impairment in Buraydah, Qassim, KSA. The researchers used a quasi-experimental design and applied a scale for nomophobia among adolescents, and a program based on (CFT) to reduce nomophobia among adolescents (both prepared by the researchers). The results indicated statistically significant differences in the average scores on nomophobia between the experimental and control groups in the post-test, reflecting the effectiveness of the program in improving social interaction and reducing reliance on mobile phones among these teenagers. There were also statistically significant differences in the average scores on nomophobia within the experimental group between the pre-test and post-test, supporting the first hypothesis of the study. However, the results showed no statistically significant differences in the average scores on nomophobia within the experimental group between the post-test and follow-up, indicating that the experimental program was effective and contributed to sustainable results in reducing nomophobia symptoms among teenagers. The results were interpreted considering theoretical frameworks, social perspectives, and previous studies.

**Keywords:** Compassion-Focused Therapy (CFT), Nomophobia, Hearing Impairment Adolescents.

## المقدمة

لا شك أن الاستخدام الواسع النطاق للهواتف المتنقلة أحدث ثورة في طريقة الاتصال، وخاصة بالنسبة للأشخاص ذوي الإعاقة السمعية، فهذه الأجهزة لا تعد مجرد أدوات للتواصل فحسب، بل هي أيضًا خطوط حياة أساسية تعمل على سد فجوات الاتصال وتعزيزاً لاستقلالية، وقد أدى هذا الاعتماد إلى ظهور الخوف من البقاء بدون هاتف متنقل أو عدم القدرة على استخدامه، وهو ما أصبح أكثر شيوعاً بين المراهقين (Gezgin et al., 2018)). فقد يجد المراهقون ذوي الإعاقة السمعية هذا الخوف مرهقاً بشكل خاص، لأنه يمكن أن يؤدي إلى تفاقم مخاوفهم الموجودة بالفعل لديهم بشأن تواصلهم مع الآخرين وتفاعلهم الاجتماعي Ouellette & Dwyer, (2019).

وفي حين أن الأبحاث حول النوموفobia (الخوف المرضي من فقدان الهاتف النقال) بين المراهقين لا تزال تنمو، فهناك فجوة كبيرة في الأدبيات المتعلقة بانتشار هذه الحالة وعلاجها بين المراهقين ذوي الإعاقة السمعية، إلى جانب ذلك هناك ندرة في العلاجات الفعالة المصممة خصيصاً لمعالجة الاحتياجات الفريدة لهذه الفئة، مما يسلط الضوء على الحاجة إلى مزيد من البحث، ويقدم العلاج المركز على التعاطف (CFT) نهجاً متفائلاً من خلال التركيز على تنمية التعاطف مع الذات والحد من المخاوف الناجمة عن التخلج (Gilbert & Procter, 2006). يشير هذا النوع من العلاجات (CFT) أنه من خلال تنمية مشاعر الحنون والقبول والفهم تجاه الذات يمكن للأشخاص تحسين قدرتهم على إدارة القلق بشكل أفضل والتعامل مع المشاعر الصعبة التي تواجههم (Leaviss & Uttley, 2015).

في ضوء ما سبق يمكن القول بأن العلاج المركز على التعاطف (CFT) يعد مدخلاً مهماً لخفض اضطراب النوموفobia لدى ذوي الإعاقة السمعية، حيث يمكن أن يؤدي إلى الحد من النقد الذاتي والشعور بالخوف المرضي لدى ذوي الإعاقة السمعية، ومن ثم جاءت الدارسة الحالية من أجل توظيف العلاج المركز على التعاطف (CFT) لخفض النوموفobia لدى المراهقين ذوي الإعاقة السمعية.

### مشكلة الدراسة:

وفقاً لمنظمة الصحة العالمية WHO (٢٠٢١) إلى أن هناك أكثر من ٥٪ من سكان العالم، أي ما يعادل (٤٣٢) مليون شخص يعانون من إعاقة سمعية، ويواجه هؤلاء الأشخاص تحديات فريدة من نوعها خاصةً عندما يتعلق الأمر ب التواصل مع الآخرين، وتمثل استخدام أجهزة الهواتف الخلوية بالنسبة لهؤلاء الأشخاص دوراً حاسماً في التعويض عن فقدان حاسة السمع وتمكين التواصل الفعال والوصول إلى خدمات الدعم (McKinney-Lepp et al., 2024) ) ومع ذلك فإن الاعتماد المفرط على هذه الأجهزة يمكن أن يزيد من قلق فقدانها أو عدم القدرة على استخدامها مما يضاعف التحديات التي تزيد القلق والعزلة الاجتماعية والصعوبات الأكاديمية التي يواجهها الأفراد الذين يعانون من الإعاقة السمعية (Jones et al., 2019).

والعلاجات السلوكية المعرفية التقليدية، على الرغم من فعاليتها في علاج بعض الاضطرابات الناجمة عن القلق، قد لا تعالج بشكل كامل صعوبات التنظيم العاطفي الأساسية والنقد الذاتي التي غالباً ما يعاني منها الأشخاص المصابون النوموفوبيا (الخوف المرضي من فقدان الهاتف النقال) (Gil-Ortiz et al., 2018). لقد أظهر العلاج المرتكز على التعاطف (CFT) نتائج إيجابية في علاج الاضطرابات النفسية المختلفة، بما في ذلك القلق والرهاب وتحسين التنظيم العاطفي (Leaviss et al., 2021)، ويمكن جوهر هذا العلاج في تعزيز التعاطف والتفاهم تجاه الذات والآخرين، والذي يمكن أن يكون بمثابة وسيلة فعالة لخفض مستويات الخوف والقلق وخاصةً بين المراهقين ذوي الإعاقة السمعية. (Leach, Kelly& Parry, 2023)

فمن خلال ما توصلت إليه أبحاث الدراسات السابقة كدراسة (Xiong et al. 2024) (٢٠٢٠)، (Lake, Shin & Ali 2020)، (Awed, & Hammad 2022)، (Abdul-Nabi 2023) التي تؤكد على وجود مستويات مرتفعة من النوموفوبيا على الأشخاص ذوي الإعاقة السمعية بصفة خاصة، تسعى هذه الدراسة إلى المساهمة في تقديم رؤى قيمة لتطوير تدخلات فعالة كالعلاج المرتكز على التعاطف (CFT) لخفض النوموفوبيا لدى المراهقين ذوي الإعاقة السمعية. وفي ضوء ما تقدم يمكن بلورة مشكلة الدراسة الحالية في محاولة الإجابة عن التساؤل الرئيس

التالي:

ما فعالية برنامج قائم على العلاج المركز على التعاطف في خفض النوموفobia لدى المراهقين ذوي الإعاقة السمعية؟

ويتفرع من هذا التساؤل الرئيس التساؤلات الفرعية التالية:

#### تساؤلات الدراسة

- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطي رتب درجات النوموفobia بين أفراد المجموعة التجريبية والضابطة في القياس البعدى؟
- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطي رتب درجات النوموفobia بين أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدى؟
- هل توجد فروق ذات دلالة في متوسطي رتب درجات النوموفobia بين أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدى والتبعى؟

#### أهداف الدراسة:

تمثلت أهداف الدراسة الحالية فيما يلى:

- إعداد مقياس النوموفobia لدى المراهقين ذوي الإعاقة السمعية عينة الدراسة.
- إعداد برنامج قائم على العلاج المركز على التعاطف (CFT) في خفض النوموفobia لدى المراهقين ذوي الإعاقة السمعية عينة الدراسة.
- الكشف عن فعالية برنامج قائم على العلاج المركز على التعاطف (CFT) في خفض النوموفobia لدى المراهقين ذوي الإعاقة السمعية عينة الدراسة.
- التحقق من استمرارية فعالية برنامج قائم على العلاج المركز على التعاطف (CFT) في خفض النوموفobia لدى المراهقين ذوي الإعاقة السمعية بعد فترة المتابعة.

### أهمية الدراسة:

تتضمن الأهمية النظرية والتطبيقية للدراسة الحالية في الآتي:

#### أولاً: الأهمية النظرية:

- تقدم الدراسة الحالية إطاراً نظرياً يسهم في إثراء أدبيات البحث النفسي والتربوي بشأن النوموفobia لدى فئة من فئات التربية الخاصة المأهولة وهم ذوي الإعاقة السمعية.
- تلقي الدراسة الحالية الضوء على هذه الظاهرة الحديثة وهي النوموفobia والتي لم تحظ باهتمام كافٍ من قبل الباحثين على الرغم من انتشارها بين هذه الفئة والتعرف على أسبابها وكيفية تشخيصها.
- يعتبر استخدام الهواتف النقالة جزءاً أساسياً في التواصل والتطور المعرفي الشامل من حياة هؤلاء المراهقون ذوي الإعاقة السمعية ويعُد تحدياً إيجابياً لها وسلبياً لها موضوعاً هاماً للدراسة.
- إلقاء الضوء على فئة المراهقين ذوي الإعاقة السمعية في علاجات الموجة الثالثة من العلاج المعرفي السلوكي كالعلاج المرتكز على التعاطف (CFT) وذلك لإغفال الباحثين لتلك الفئة في أبحاثهم على الرغم من الاهتمام العالمي بذوي الإعاقة بصفة عامة.
- تكمن أهمية الدراسة الحالية في تفردتها على مستوى الدراسات العربية من تناولها لخوض حدة اضطراب النوموفobia باستخدام العلاج المرتكز على التعاطف فعلى الرغم من وجود دراسات أجنبية إلا أنه لا توجد دراسات عربية - في حدود علم الباحثان - في هذا المجال؛ مما دعى الباحثان للاستفادة من التراث الأجنبي، وتصميم برنامج يتلاءم مع البيئة العربية وطبيعة العينة.
- يعد البرنامج المقدم في الدراسة الحالية في حال ثبوت فعاليته سيؤدي إلى خفض حدة اضطراب النوموفobia (الخوف المرضي من فقدان الهاتف النقال) لدى أفراد العينة التجريبية، يمكن أن ينعكس هذا الأمر بشكل إيجابي على جميع الأنشطة والسلوكيات وعمليات التعلم لديهم، مما يؤدي إلى زيادة معدلات توافقهم الدراسي والنفسي والاجتماعي، وبذلك يسهم في تمهيد الطريق لتعيم هذا البرنامج على عينات أخرى من المراهقين ذوي الإعاقة، كما يعزز استخدام العلاج المرتكز على التعاطف في العديد من البرامج والأنشطة التربوية، وهذا من شأنه أن يشري المكتبة

العربيّة النفسيّة بعدد من الابحاث الجديدة والحيوية التي تساعد الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات على مواجهة التحدّيات والمواقف مما يؤكّد على أهميّة هذه الدراسة.

#### ثانيًا الأهميّة التطبيقيّة:

- تكمّن أهميّة الدراسة الحاليّة في ارتباطها بالمشكلات المجتمعية المعاصرة وهدفها إلى تقديم الحلول لها، وتركز على معالجة التأثير السلبي للتكنولوجيا الحديثة على شخصية وسلامة نفسيّة المراهقين من ذوي الإعاقة السمعية.
- تقدّم الدراسة الحاليّة برنامجًا قائمًا على العلاج المركّز على التعاطف لخفض النوموفوبيا (الخوف المرضي من فقدان الهاتف النقال) لدى المراهقين ذوي الإعاقة السمعية، مما يسهم في مساعدتهم على التفاعل الاجتماعي الإيجابي والانخراط في أنشطة الحياة اليوميّة بدلاً من الاعتماد المفرط على التفاعل الافتراضي.
- يمكن أن تكون نتائج الدراسة ذات قيمة في تطوير برامج تدريبيّة وإرشاديّة قائمة على العلاج المركّز على التعاطف (CFT) الذي يمكن أن يسهم في خفض النوموفوبيا لدى المراهقين ذوي الإعاقة السمعية.
- تسهم الدراسة الحاليّة في تزويد الباحثين والمرشدين النفسيّين والأخصائيّين النفسيّين بمقاييس للنوموفوبيا لدى المراهقين ذوي الإعاقة السمعية، يمكن الاستعانة به في الدراسات المستقبلية ذات الصلة بموضوع الدراسة الحاليّة، وكذلك في الكشف عنمن يعانون من هذا الاضطراب الذين هم في حاجة إلى التوجيه والإرشاد النفسي.

#### مصطلحات الدراسة:

التعاطف مع الذات: Self-Compassion

يتبنّى الباحثان تعريف (Neff 2003) للتعاطف مع الذات والذي يعني التعامل مع الذات بلطف وتفهم أثناء الأوقات الصعبة بدلاً من الانتقاد المفرط، واعتبار صراعات الشخص تشكّل جزءاً طبيعياً من التجربة الإنسانية بدلاً من عزّها، وقبول الشخص لأفكاره وعواطفه المؤلمة بشكل واعٍ دون السماح لها بالسيطرة عليه.

### العلاج المرتكز على التعاطف (CFT) :Compassion focused therapy

هو نظام للعلاج النفسي قام بتطويره بول غيلبرت Paul Gilbert حيث يجمع بين تقنيات العلاج المعرفي السلوكي ومفاهيم من علم النفس التطوري والاجتماعي، بالإضافة إلى علم النفس البوذى وعلم الأعصاب، ويركز هذا النظام بشكل أساسى على استخدام تدريب العقل الوجدانى لمساعدة الأشخاص على النمو والتعامل مع تجارب الدفء الداخلى، والشعور بالأمان والمهدوء، من خلال تدريبات التعاطف (Gilbert, ٢٠٠٩).

### النوموفobia :

ويعرفها الباحثان إجرائياً بأنها معاناة المراهقين ذوى الإعاقة السمعية من الخوف المرضي من فقدان الاتصال والوصول إلى المعلومات من خلال الهواتف الذكية، نتيجة اعتمادهم السلوكي على هذه الأجهزة، مما يدفعهم إلى الانسحاب من المواقف والأنشطة الاجتماعية والحد من تفاعلاتهم مع الآخرين نتيجة فقدان الخدمات التي توفرها هذه المواتف، مما يؤثر على قدرتهم سلباً عند القيام بالعديد من أنشطة الحياة اليومية. وتقاس النوموفobia إجرائياً بالدرجة التي يحصل عليها الطالب على مقاييس النوموفobia المستخدم في الدراسة الحالية.

### المراهقون ذوى الإعاقة السمعية :Adolescents with hearing impairment

يعرفهم الباحثان إجرائياً بأنهم الطلاب المسجلون في معهد الأمل للصم وضعاف السمع، ويتراوح فقدانهم للسمع بين (٤١-٦٥) ديسيل، وتتراوح أعمارهم بين (١٣-١٩) عاماً.

### محددات الدراسة :

المحددات البشرية: تمثلت في المراهقين ذوى الإعاقة السمعية.

المحددات الزمانية: أجريت الدراسة في العام الدراسي ٢٠٢٤ / ١٤٤٦ م - ٢٠٢٥ م

.٥

المحددات المكانية: تم تطبيق الدراسة في معهد الأمل للصم وضعاف السمع بمدينة بريدة بمنطقة القصيم بالمملكة العربية السعودية.

## الإطار النظري والدراسات السابقة

للتتحقق من أهداف الدراسة الحالية، قام الباحثان باستقراء التراث السيكولوجي المرتبط بموضوع الدراسة الحالية، والذي يتمثل في:

### أولاً: الإعاقة السمعية Hearing impairment

تفرض فترة المراهقة تحديات فريدة على المراهقين ذوي الإعاقة السمعية، حيث تتميز هذه المرحلة بتفاعل معقد بين تكوين الهوية والتكميل الاجتماعي، و يواجه هؤلاء المراهقين في تلك المرحلة العديد من التحديات داخل أسرهم والمجتمع، غالباً ما تنشأ روابط قوية مع أقرانهم من ذوي الإعاقة السمعية، بينما يسعون في الوقت نفسه إلى الاحتياج للقبول والاستقلالية والإنجاز على غرار نظرائهم العاديين، ومع ذلك يمكن أن تؤدي حواجز التواصل مع أقرانهم العاديين إلى مشاعر الحزن والاكتئاب والانسحاب الاجتماعي والقلق ( Cejas, Coto, Sanchez, Holcomb )

(& Lorenzo, 2021)

وتعُرف منظمة الصحة العالمية WHO (٢٠٢١) الإعاقة السمعية اصطلاحاً بأنها فقدان السمع بما يزيد عن ٣٥ ديسيل في الأذن ذات السمع الأفضل، والشخص الذي يعاني من عدم القدرة على السمع بنفس جودة الشخص الذي يتمتع بسمع طبيعي (عتبة سمع تبلغ ٢٥ ديسيل أو أفضل في كلتا الأذنين)، فيمكن أن يكون فقدان السمع طفيفاً، أو متوسطاً، أو شديداً، أو عميقاً، ويمكن أن يؤثر على إحدى الأذنين أو كليهما، وقد يتزوج عن ذلك أن يكون من الصعب سماع الكلمات أثناء المناقشة أو الأصوات العالية.

ويوجد ما يقرب من ٥٪ من سكان العالم، أو ٤٣٢ مليون شخص و ٣٤ مليون طفل، يحتاج إلى إعادة تأهيل لفقدان السمع المسبب للإعاقة، ومن المتوقع أن يعاني أكثر من ٧٠٠ مليون شخص، أو واحد من كل عشرة، من فقدان السمع بحلول عام ٢٠٥٠ (World Health Organization [WHO], 2021).

وأدت صعوبة التواصل والتفاهم مع الآخرين نتيجة الإعاقة السمعية في المملكة العربية السعودية لعام ٢٠١٧ وفقاً لتقرير رؤية المملكة العربية السعودية ٢٠٣٠ بنسبة ١٠,٢٥٪



ونسب شدة ٢٠,٥٣٪ و ٢٦,٢٥٪ و ٥٣,٢٢٪ للخفيف والمتوسط والشديد على التوالي (وزارة الصحة بالململكة العربية السعودية، ٢٠٢١).

### ثانيًا: النوموفobia: Nomophobia

يشير مصطلح "نوموفobia" (الخوف المرضي من فقدان الهاتف النقال) إلى القلق أو الخوف الذي يعني منه الأشخاص عند فصلهم عن أجهزتهم المحمولة أو عدم قدرتهم على الوصول إليها، وبعد رهاب النوموفobia اضطراب قلق معاصر ظهر في العصر الرقمي مرتبط في انتشار الهواتف الذكية في المجتمع الحديث، ظهر هذا المصطلح لأول مرة في إنجلترا عام ٢٠٠٨، يعكس هذا المصطلح الربط بين "عدم المقدرة على استخدام الهاتف النقال" مع "الرهاب"، أي الخوف والقلق وعدم الراحة يتناب الشخص من عدم وجود هاتف نقال في لحظة معينة أو عدم قدرته على الوصول إليه، ففي الأساس يمثل اضطراب النوموفobia رهاب عدم مقدرة الشخص على استخدام الهاتف النقال في لحظة معينة مما يتسبب له في الخوف من الانفصال عن العالم الرقمي، وهذا بدوره يسلط الضوء على الدور المركزي المتزايد للهواتف الذكية في الحياة اليومية (Notara, Vagka, Gnardellis& Lagiou, 2021).

ويشير مصطلح النوموفobia إلى الخوف من عدم وجود هاتف محمول، يتجلّى في صورة قلق متزايد عندما ينفصل الأشخاص عن أجهزتهم أو يفتقرن إلى الاتصال بالإنترنت، وتميز هذه الحالة بالاعتماد المفرط على الهاتف الذكي إلى الحد الذي تصبح فيه الهواتف بمثابة امتداد لجسده لا يستطيع العمل بدونها ولا غنى عنها للأداء اليومي Galhardo, Loureiro, Massano- (Cardoso& Cunha 2023).

ويعرف Bekaroğlu& Yılmaz (٢٠٢٠) اضطراب النوموفobia بأنه خوف مفرط وغير مبرر يتناب الشخص عندما يفتقر إلى استخدام هاتفه النقال أو الاتصال به.

كما وضح Shin & Ali (٢٠٢٠) اضطراب النوموفobia بأنه الخوف والقلق الذي يشعر به الشخص في غياب الهاتف الذكي، ويمكن أن يسبب آثاراً سلبية على تطور المهارات الحركية والإنجاز الأكاديمي والتواصل الاجتماعي للمرأة ذوي الاحتياجات الخاصة.

ومن خلال عرض التعريفات السابقة يرى الباحثان أن النوموفوبيا هي معاناة المراهقون ذوي الإعاقة السمعية من الخوف المرضي من فقدان الاتصال والوصول إلى المعلومات من خلال الهواتف الذكية، نتيجة اعتمادهم السلوكي على هذه الأجهزة، مما يدفعهم إلى الانسحاب من المواقف والأنشطة الاجتماعية والحد من تفاعلكم مع الآخرين نتيجة فقدان الخدمات التي توفرها هذه الهواتف، مما يؤثر على قدركم سلباً عند القيام بالعديد من أنشطة الحياة اليومية.

- مكونات النوموفوبيا:

توصل دراسة كل من الفقي وآخرون (٢٠٢٣) إلى أن مكونات النوموفوبيا لدى المراهقين ذوي الإعاقة السمعية تمثل في الآتي:

- الاعتماد السلوكي: وهو اهتمام المراهقين ذوي الإعاقة السمعية في استخدام هواتفهم الذكية، وصعوبة التخلص منها، واستخدامها في ظروف غير مناسبة، والخوف من فقدانها.
- قلق فقدان الاتصال والوصول للمعلومات: وهو شعور المراهقين ذوي الإعاقة السمعية بالقلق من فقدان الاتصال والوصول للمعلومات عبر هواتفهم الذكية، فضلاً عن قلة الشعور بالارتياح نتيجة عدم القدرة على الاتصال والانفصال عما يدور حولهم على شبكات التواصل الاجتماعي أو تطبيقات الهاتف الذكية.
- الانسحاب الاجتماعي: وهو ضعف اندماج المراهقين ذوي الإعاقة السمعية في الأنشطة الاجتماعية، أو أي موقف للتفاعل المباشر، وتجنبهم للمحادثات المباشرة وجهاً لوجه بسبب تعلقهم بهواتفهم الذكية وانشغالهم بها في التجمعات الاجتماعية.

- أبعاد النوموفوبيا:

أشار Gezgin et al. (٢٠١٨) إلى أن النوموفوبيا تتكون من الأبعاد الآتية:

- صعوبة التفاعل مع الآخرين: الخوف من عدم القدرة على التواصل أو الاتصال بالآخرين بسبب مشاكل الخدمة.
- فقدان الاتصال بتغطية الشبكة: يرتبط فقدان الاتصال بضعف تغطية الشبكة عند استخدام الهاتف النقال أو فقدان الاتصال بالإنترنت، وخاصة أثناء تصفح موقع التواصل الاجتماعي.

## - الأعراض والآثار المترتبة على النوموفobia

تتعدد أعراض وتأثيرات النوموفobia على المراهقين ذوي الإعاقة السمعية في الانجاز الأكاديمي والأنشطة الاجتماعية ومنها ما يلي:

أشار Awed & Hammad (٢٠٢٢) بان النوموفobia تؤثر على المراهقين ذوي الإعاقة السمعية في التحصيل الأكاديمي ويوضح في:

- التشتيت وقلة التركيز: إن الانشغال المستمر بโทรศัط الهواتف الذكية والخوف من تقويب الفرصة قد يؤدي إلى صعوبة التركيز في الفصل الدراسي، وإكمال الواجبات، والتفاعل مع مواد التعليم. وهذا يشكل تحدياً خاصاً للطلاب ذوي الإعاقة السمعية الذين قد يواجهون بالفعل صعوبات في معالجة المعلومات السمعية ويتاجرون إلى تركيز أكبر.
- زيادة التغيب والتأخير: يمكن أن يتجلّى القلق المرتبط بعدم وجود هاتف ذكي في تحنيب المدرسة، مما يؤدي إلى زيادة التغيب والتأخير، مما يعيق التقدم الأكاديمي.
- الاعتماد على الأجهزة في التعلم: إن الاعتماد المفرط على الهواتف الذكية للتواصل والوصول إلى المعلومات يمكن أن يعيق تطوير استراتيجيات التعلم المستقل ومهارات حل المشكلات، مما قد يؤثر على الأداء الأكاديمي.
- اضطرابات النوم: يمكن أن يؤدي القلق المرتبط برهاب عدم الاتصال بالهواتف الذكية واستخدام الهواتف الذكية في الليل إلى اضطراب أنماط النوم، مما يؤدي إلى التعب والانخفاض التركيز وضعف الأداء الأكاديمي لطلاب.

كما أشار Kachlik (٢٠٢٣) إلى تأثيرات النوموفobia على المراهقين ذوي الإعاقة السمعية في الأنشطة الاجتماعية تتضح من خلال:

- العزلة الاجتماعية والانسحاب: فالخوف من فقدان الهاتف الذكي قد يؤدي إلى تجنب المواقف الاجتماعية مما يساهم في العزلة الاجتماعية والشعور بالوحدة. وقد يكون هذا مؤثراً بشكل خاص على المراهقين ذوي الإعاقة السمعية والذين قد يواجهون بالفعل حواجز التواصل ويعتمدون على الهواتف الذكية للتواصل الاجتماعي.

- صعوبة تكوين العلاقات والحفاظ عليها: نتيجة الإفراط في استخدام الهاتف الذكي والخوف من فقدانه والانشغال بالتفاعلات عبر الإنترنت يمكن أن يقلل من التواصل وجهاً لوجه ويعيق تطوير المهارات الاجتماعية الضرورية لبناء علاقات ذات معنى والحفاظ عليها.
- الت deser الإلكتروني والمقارنة الاجتماعية: فالعرض المتزايد لوسائل التواصل الاجتماعي من خلال الاستخدام المستمر للهواتف الذكية والمقارنة الاجتماعية السلبية يؤثر سلباً على احترام الذات والصحة العقلية.
- حاجز الاتصال: فإن الخوف من فقدان الأجهزة يمكن أن يؤدي إلى تفاقم الاعتماد على الأجهزة، مما قد يعيق تطوير استراتيجيات الاتصال الأخرى مثل لغة الإشارة أو قراءة الشفاه، ويحد من التفاعلات الاجتماعية في بيئات متنوعة.

### ثالثاً: العلاج المركز على التعاطف (CFT):

العلاج المركز على التعاطف (CFT) هو نهج علاجي مهم لعلاج الأمراض لعدة قرون؛ الذي طوره بول جلبرت، والذي ينسب إلى الدالاي لاما (٢٠٠١) Dalai Lama الذي أكد على أهمية التعاطف لتحقيق السعادة لكل من الشخص نفسه والآخرين، وعلى الرغم من أن جميع الأطباء يركزون على التعاطف كعنصر أساسي في العلاقة بين الطبيب والمريض، إلا أنه لم يُنظر إليه كنهج علاجي مستقل حتى بداية القرن الحادي والعشرين من قبل بول جلبرت Paul Gilbert بناءً على عدد من النظريات النفسية المختلفة المتمثلة في العلاج المعرفي السلوكي، علم نفس النمو، علم النفس الاجتماعي وكذلك علم الأعصاب المرتبط بالتنظيم الانفعالي، كما أضاف تعاليم الفلسفة البوذية في ممارسته العلاجية (٢٠٢٢)، Gilbert (٢٠٢٢).

ويهدف هذا النوع من العلاج تعزيز الشفاء العقلي والنفسي من خلال تنمية التعاطف مع الذات والآخرين وتحفييف المعاناة، فالتعاطف مع الذات والآخرين يعتبر استجابة اندفعالية ضرورية لصحة الشخص النفسية. تم تطوير هذا العلاج بشكل خاص لأولئك الذين لديهم مشاعر الحجل والخزي والنقد الذاتي، فضلاً عن الافتقار إلى الخبرة الوجدانية فيما يتعلق بجدوى العلاج النفسي، وهي الحالة المعروفة باسم عدم التوافق الوجداني (Gilbert ٢٠٢٢).

وفقاً لـ Žvelc & Žvelc (٢٠٢٠) فإن جوهر العلاج القائم على التعاطف هو شعور الشخص بالثقة في أفكاره وسلوكياته التي يتم تحقيقها من خلال استخدام نظام عاطفي فريد، ويختلف العلاج القائم على التعاطف عن العلاجات النفسية الأخرى في أنه يدمج الفلسفات الشرقية والغربية مع التركيز على الجوانب الوجدانية والروحية أيضاً، كما يعتمد على مجموعة متنوعة من التخصصات، على عكس العلاجات النفسية الأخرى التي تركز بشكل كبير على شخص أو فكرة واحدة، كما أشار إلى أن التعاطف مع الذات يعمل على خفض الضغوط النفسية مثل: القلق والاكتئاب والضغوطات النفسية، مما يؤدي إلى استخدام التعاطف مع الذات في برامج العلاج لمجموعة متنوعة من الأضطرابات النفسية.

ووجد (Yazdi et al. 2023) أيضاً أن التدخل العلاجي القائم على التعاطف يساهم بشكل فعال في اضطرابات الإجهاد والاضطرابات التي يواجهها الأشخاص ذوي الإعاقة السمعية كما تُسهم في تحسن في صورة الذات.

كما أشارت نتائج دراسة Ghodrati et al. (٢٠٢٠) أنه أدى العلاج المبني على التعاطف إلى حدوث تغييرات فسيولوجية في مناطق الدماغ المسؤولة عن العاطفة، فضلاً عن تحسين معدل ضربات القلب ومستويات الكورتيزول في الجسم.

يعتمد العلاج المبني على التعاطف على مفهومين لتنظيم المشاعر أحدهما تنموي والآخر عصبي، يوضح أن الدوافع الاجتماعية تطورت على مدى ملايين السنين للأشخاص وتخضع لحكم ثلاثة أنظمة محددة تمثل في نموذج الدوائر للثلاث أنظمة للتنظيم العاطفي:

- نظام التهديد: يرتبط بالقلق والخوف والنقد الذاتي. يتم تشبيهه أثناء التوتر أو الخطر.
- نظام الاكتشاف والاستجابة للمكافآت: يرتبط بالإنجاز والطموح والسعى لتحقيق الهدف والاستجابة للمكافآت
- اكتشاف الأمان: ينطوي على تهدئة الذات ومشاعر الرضا والهدوء والانتماء بتجاه الذات والآخرين.

ويقوم العلاج القائم على التعاطف على افتراضين أساسين هما:

- الافتراض الأول: أن البشر لديهم أدمغة معقدة، ويعتمد العلاج على علم النفس التطوري الذي يؤكد على أهمية فهم أدمغة العقل البشري وكيف تشكلت خلال العمليات التطورية على مدى ملايين السنين؛ فقد تطورت من دوافع أساسية تمثلت في تلبية الاحتياجات الأساسية مثل الغذاء والتكاثر ورعاية الأطفال لتصل مع التطور المعرفي المائل إلى القدرة على التخطيط والتخيل ومراقبة الذات، وهذا يتبع للبشر معالجة القضايا الصعبة وبناء مجموعات اجتماعية كبيرة (Gilbert, ٢٠٢٢).

ويرى آيرونز ولاد (٢٠١٧) أنه على الرغم من هذا التقدم فإنه تسبب في مشاكل للأشخاص لأن المشاعر الشديدة الناتجة عن التهديد ترسل إشارات إلى الدماغ مما يضع الشخص في دائرة لا نهاية لها من الشعور بالتهديد مما يدفع به إلى إلقاء اللوم على نفسه باستمرار واستخلاص استنتاجات حول الأحداث المؤلمة التي أدت إلى استمرار التهديد.

- الافتراض الثاني: يعتمد على فكرة مفادها أن كل إنسان لديه ثلاثة أنظمة رئيسية للتحكم في المشاعر التي توجه كيفية استجاباته للتهديدات، وتصبح في كثير من الأحيان هذه الأنظمة مهيمنة وتركز الانتباه على طبيعة الخطر الذي يهدد الشخص، مما يؤدي إلى أنماط تفكير تساعد في التعامل مع مجموعة متنوعة من التحديات (Gilbert, ٢٠٢٢).

ويرى Ghodrati Torbati, et al (٢٠٢٠) أن التدريب على ممارسة التعاطف بشكل إيجابي يؤثر على الأنظمة الفسيولوجية والمناعية للشخص؛ حيث تساهم الثلاثة أنظمة في شعور الشخص بالتعاطف والأمان: أنظمة التهديد والحماية، وأنظمة الدافع والبحث عن الإثارة، وأنظمة الرضا.

ويرى جلبرت (Gilbert ٢٠٢٢) أن الحساسية والاستجابة للتهديدات المحتملة هي نتيجة لتفاعل بين الجينات وعملية التعلم، وأن ذلك قد يسبب صراعًا داخل نظام حماية التهديد، مما ينتج عنه حالة من الارتباك داخل الدماغ، مما يمكن أن يؤدي إلى ظهور العديد من الأمراض النفسية، فمشكلة الأداء السلس والآلي لنظام الحماية من التهديدات بسبب تداخل إمكانيات الاستجابة المتعددة للتهديد يؤدي إلى استمرار السلوك المعرض للتهديد؛ لذلك يعتبر العلاج المبني على التعاطف مهمًا في تطوير استراتيجيات السلامة التي يتم تفعيلها تلقائيًا عند مواجهة أي

تحديد لأنه يساعد المرضى على إدراك أن اضطراباتهم النفسية ليست ناتجة عن خطأ افتراضه الشخص، بل هي نتيجة لصعوبات في استخدام استراتيجيات الأمان عند مواجهة التهديدات.

#### فروض الدراسة:

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطي رتب درجات النوموفobia بين أفراد المجموعة التجريبية والضابطة في القياس البعد؟
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطي رتب درجات النوموفobia بين أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعد؟
- توجد فروق ذات دلالة في متوسطي رتب درجات النوموفobia بين أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعد والتبعي؟

#### إجراءات الدراسة

##### أولاً- منهج الدراسة:

اعتمدت الدراسة على المنهج الشبه التجريبي باعتباره تجربة هدفها التعرف على فعالية برنامج العلاج المرتكز على التعاطف (CFT) (متغير مستقل) لخفض النوموفobia (الخوف المرضي من فقدان الهاتف النقال) (متغير تابع) لدى المراهقين ذوي الإعاقة السمعية، إلى جانب استخدام التصميم التجريبي ذي المجموعتين المتكافئتين (التجريبية والضابطة) للوقوف على أثر البرنامج (القياس البعد) على متغيرات الدراسة، فضلاً عن استخدام التصميم ذي المجموعة الواحدة للوقوف على استمرارية أثر البرنامج بعد فترة المتابعة (القياس التبعي للمجموعة التجريبية).

##### ثانياً- مجتمع الدراسة:

يتكون مجتمع الدراسة من جميع المراهقين ذوي الإعاقة السمعية في معهد الأمل للصم وضعاف السمع بمدينة بريدة بمنطقة القصيم بالملكة العربية السعودية.

##### ثالثاً- عينة الدراسة:

تم تطبيق البرنامج العلاجي على العينة النهائية للدراسة التي تكونت من (٢٠) مراهقاً ذوي الإعاقة السمعية، تم اختيارهم بطريقة قصدية وتقسيمهم إلى مجموعتين، إحداهما تجريبية والأخرى

ضابطة، قوام كل مجموعة (١٠) مراهقين، يتراوح عمرهم بين (١٥ - ١٨) عاماً بمتوسط عمري (١٦,٥) وآخر معياري (١٧,٥)، ويتراوح فقدانهم للسمع بين (٤١ - ٦٥) ديسيل.

#### شروط ومواصفات عينة الدراسة:

- ١- التشخيص: يجب أن يكون المراهق مصاباً بإعاقة سمعية، مشخصة من قبل مراكز متخصصة في تشخيص الإعاقات.
  - ٢- الحضور المدرسي: يجب أن يكون المراهق وأسرته ملتزمين بالحضور بانتظام إلى المدرسة التي تطبق البرنامج، لضمان الاستمرارية والالتزام بتطبيق البرنامج العلاجي.
  - ٣- الإعاقة الوحيدة: يجب ألا يعاني المراهق من أي إعاقات أخرى تؤثر بشكل كبير على تواصله وسلوكه، باستثناء الإعاقة السمعية.
  - ٤- التعاون مع الباحثين: يجب أن تكون الأسر متعاونة مع الباحثين لتسهيل جمع البيانات وتطبيق البرنامج العلاجي بفعالية.
  - ٥- مستوى النوموفوبيا: يجب أن يكون مستوى النوموفوبيا لدى المراهقين ذوي الإعاقة السمعية مرتفعاً، لضمان أن البرنامج يستهدف الفئة التي تحتاج إلى دعم خاص في هذا المجال.
  - ٦- تكافؤ المجموعتين: يجب أن تكون المجموعتين التجريبية والضابطة متكاففتين من حيث العمر ومستوى النوموفوبيا، لضمان عدم تأثير هذه العوامل على نتائج البحث وتحقيق نتائج موضوعية ودقيقة.
- رابعاً- التكافؤ بين أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة:
- قام الباحثان بإجراء التكافؤ بين المجموعتين التجريبية والضابطة قبل تطبيق البرنامج وذلك باستخدام اختبار مان - ويتني Mann-Whitney Test للتحقق من تكافؤ المجموعتين في النوموفوبيا والอายุ الزمني وجدول (١) يوضح ذلك.

جدول (١) دلالة الفروق متوسطي رتب درجات بين الأفراد بالمجموعتين التجريبية والضابطة في النوموفوبيا

مستوى الدلالة	Z قيمة	U قيمة	مجموع الرتب	متوسط الرتب	المجموعات	الأبعاد
٠,٩٣٧	٠,٠٧٩-	٤٩	١٠٤	١٠,٤	تجريبية	العمر
			١٠٦	١٠,٦	ضابطة	
٠,٠٦٣	١,٨٦-	٢٥,٥	٨٠,٥	٨,٠٥	تجريبية	عدم القدرة على التواصل مع الآخرين
			١٢٩,٥	١٢,٩٥	ضابطة	
٠,٧٦٢	٠,٣٠٣-	٤٦	١٠٩	١٠,٩	تجريبية	فقدان الاتصال
			١٠١	١٠,١	ضابطة	
٠,٧٦	٠,٣٠٥-	٤٦	١٠١	١٠,١	تجريبية	عدم القدرة على الوصول إلى المعلومات
			١٠٩	١٠,٩	ضابطة	
٠,٠٥٤	١,٩٢٣-	٢٥	٨٠	٨	تجريبية	التخلّي عن الراحة
			١٣٠	١٣	ضابطة	
٠,٣٣٥	٠,٩٦٣-	٣٧,٥	١١٧,٥	١١,٧٥	تجريبية	افتقد المحمول
			٩٢,٥	٩,٢٥	ضابطة	
٠,١١١	١,٥٩٢-	٢٩	٨٤	٨,٤	تجريبية	الدرجة الكلية
			١٢٦	١٢,٦	ضابطة	

تُوضح من جدول (١) أن قيمة Z المحسوبة للدرجة الكلية والأبعاد الفرعية أقل من القيمة الحدية (١,٩٦)، وهذا يشير إلى أنه لا توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات رتب النوموفوبيا والعمر الزمني لأفراد المجموعتين التجريبية والضابطة مما يطمئن الباحثان إلى تجانس العينتين قبل تطبيق البرنامج.

#### خامسًا - العينة الاستطلاعية:

تم حساب الخصائص السيكوبترية لمقياس النوموفوبيا لدى المراهقين ذوي الإعاقة السمعية بمدينة القصيم، وذلك بتطبيقه على عينة استطلاعية مكونة من (٣٠) من المراهقين ذوي الإعاقة السمعية الذين يدرسون في معهد الأمل للصم وضعف السمع، خلال العام الدراسي ١٤٤٤-١٤٤٥هـ، من غير العينة الأساسية للبحث وبنفس خصائصها.

### سادساً- أدوات الدراسة:

قام الباحثان بتطبيق الأدوات التالية:

١. مقياس النوموفobia لدى المراهقين ذوي الإعاقة السمعية (إعداد الباحثان).
٢. برنامج التدريبي لخفض النوموفobia لدى المراهقين ذوي الإعاقة السمعية (إعداد الباحثان).

١. مقياس النوموفobia لدى المراهقين ذوي الإعاقة السمعية (إعداد الباحثان):

- وصف المقياس وهدفه:

يهدف مقياس النوموفobia لدى المراهقين ذوي الإعاقة السمعية، الذي أعده الباحثان، إلى قياس حدة خوف المراهقين من فقدان الاتصال بواسطة هواتفهم المحمولة. تم تصميم المقياس بناءً على استعراض للأدب والدراسات السابقة في هذا المجال، مثل دراسات Gezgin et al (٢٠١٨)، Gonzalez-Gonzalez (٢٠١٦)، والعمرى (٢٠١٧)، بالإضافة إلى دراسات حديثة مثل Kazem et al. (٢٠١٩)، Jilisha et al. (٢٠٢١). وهذه الدراسات ساعدت في تحديد أبعاد المقياس وصياغة العبارات التي تتناسب مع خصائص المراهقين ذوي الإعاقة السمعية. يشتمل المقياس على (٤٩) عبارة موزعة على خمسة أبعاد: الصعوبات في التواصل مع الآخرين (١٣ عبارة)، فقدان الاتصال (١٠ عبارات)، العجز عن الوصول إلى المعلومات (١٠ عبارات)، التخلّي عن الراحة (٩ عبارات)، والافتقار للهاتف المحمول (٧ عبارات).

يمكن تعريف بُعد "الصعوبات في التواصل مع الآخرين" إجرائياً بأنه:

"هو مجموعة المظاهر السلوكية والانفعالية التي تعكس معاناة المراهق ذو الإعاقة السمعية من مشاعر القلق والتوتر والانزعاج عند عدم قدرته على التواصل المستمر مع الآخرين عبر هاتفه النقال، ويتجلى ذلك في شعوره بالعزلة والذعر عند فقدان الاتصال الفوري، وتفضيله للتواصل عبر الهاتف على التواصل المباشر، والانشغال المستمر بتفقد الهاتف للرد على الرسائل والمكالمات، وردود الأفعال العاطفية السلبية عند عدم تمكنه من استخدام هاتفه للتواصل مع أفراد أسرته وأصدقائه". ويقيس إجرائياً من خلال الدرجة التي يحصل عليها المراهق وفق استجابته على العبارات المخصصة لقياس هذا البعد في المقياس.

يمكن تعريف بُعد فقدان الاتصال إجرائياً بأنه:

"حدة خوف المراهق من فقدان القدرة على الاتصال أو الوصول إلى المعلومات من خلال هاتفه المحمول، سواء بسبب مشاكل تقنية أو بسبب عدم وجود تغطية لشبكة الاتصالات". ويقاس إجرائياً من خلال الدرجة التي يحصل عليها المراهق وفق استجابته على العبارات المخصصة لقياس هذا البعد في المقياس.

يمكن تعريف بُعد العجز عن الوصول إلى المعلومات إجرائياً بأنه:

"شعور المراهق بالعجز والخوف من فقدان الوصول إلى المعلومات، والتوتر عند تعذر الوصول لتلك المعلومات في حال فقدانه للهاتف أو تعطله لاعتماده على هاتفه النقال للوصول إلى المعلومات المختلفة". ويقاس إجرائياً من خلال الدرجة التي يحصل عليها المراهق وفق استجابته على العبارات المخصصة لقياس هذا البعد في المقياس.

يمكن تعريف بُعد التخلّي عن الراحة إجرائياً بأنه:

"استعداد المراهق للتخلّي عن راحته ووقته وحياته الواقعية من أجل شغفه المفرط بمتابعة بالتطبيقات والخدمات التي يوفرها الهاتف النقال، وصعوبة تقليل معدل استخدام الهاتف، والانشغال بالحياة الافتراضية على حساب الحياة الواقعية، واستخدام الهاتف كوسيلة للتناسي والهروب من المشاكل الشخصية". ويقاس إجرائياً من خلال الدرجة التي يحصل عليها المراهق وفق استجابته على العبارات المخصصة لقياس هذا البعد في المقياس.

يمكن تعريف بُعد الافتقار للهاتف المحمول إجرائياً بأنه:

تعلق المراهق بجهازه المحمول، وشعوره بالحزن عند تخيل ضياع الهاتف أو نسيانه والتفكير المستمر في الهاتف حتى في الأوقات التي لا يستخدمه فيها وحرصه على اصطحاب الهاتف في كل مكان، وصعوبة القيام بالمهام اليومية بدون الهاتف، وشعوره بأن شيئاً مهماً ينقصه إذا لم يكن الهاتف معه". ويقاس إجرائياً من خلال الدرجة التي يحصل عليها المراهق وفق استجابته على العبارات المخصصة لقياس هذا البعد في المقياس.

- يستخدم المقياس مقياس ليكرت من خمس نقاط للتقدير، من "موافق بشدة" إلى "غير موافق بشدة". حيث قام الباحثان بإرسالها لعشرة ممكّمين متخصصين في التربية الخاصة واستناداً إلى

نتائج التحكيم، تم تعديل صياغة بعض العبارات وفقاً لآراء المحكمين. وبهذا، تم الحصول على المقاييس في شكله النهائي المكون من (٤٩) عبارة.

• الخصائص السيكولوجية للمقياس:

أولاً: صدق المقاييس:

أ- الصدق الظاهري:

تم تقييم صدق المقاييس من خلال عرضه على عشرة محكمين من أساتذة الجامعات المتخصصين في التربية الخاصة. كان الهدف من هذا التقييم هو التتحقق من صحة البنود الموجودة في المقاييس، ومدى مناسبتها للمجتمع الدراسي، وصياغتها اللغوية، وملاءمتها للموضوع. وقد تم إجراء التعديلات، والمحذف، والإضافة للبنود وفقاً لتوصيات الأساتذة. واعتمد معياراً لا تقل نسبة الانفاق بين المحكمين على كل بند عن (٧٨٪) لتحديد صدق المقاييس. تراوحت نسبة الاتفاق بين (٠٠٪) و (١٠٪)، مما يدل على صلاحية المقاييس كأداة للدراسة.

ب-الاتساق الداخلي لمقياس التوموفوبيا:

تم حساب صدق الاتساق الداخلي وذلك من خلال درجات العينة الاستطلاعية (٣٠) بإيجاد معامل ارتباط بيرسون (Pearson) بين درجات كل مفردة والدرجة الكلية للبعد بعد حذف درجة المفردة من الدرجة الكلية للبعد، وبيان ذلك في جدول (٢) ذلك:

جدول (٢) معاملات الارتباط بين كل درجة والدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه بعد حذف

درجة الفقرة التوموفوبيا

افتقد الهاتف المحمول		التخلّي عن الراحة		عدم القدرة على الوصول إلى المعلومات		فقدان الاتصال		عدم القدرة على التواصل مع الآخرين	
معامل الارتباط	م	معامل الارتباط	م	معامل الارتباط	م	معامل الارتباط	م	معامل الارتباط	م
** .٠,٨٦٤	٤٣	** .٠,٨٧٦	٣٤	** .٠,٧٥٦	٢٤	** .٠,٧٣٥	١٤	** .٠,٨٣٥	١
** .٠,٨٤٨	٤٤	** .٠,٨٤٥	٣٥	** .٠,٧٣٥	٢٥	** .٠,٧٥٥	١٥	** .٠,٧٤٢	٢
** .٠,٨٤٦	٤٥	** .٠,٨٨٢	٣٦	** .٠,٨٤٣	٢٦	** .٠,٨٣٧	١٦	** .٠,٧٥٦	٣



افتقد الهاتف المحمول		التخلّي عن الراحة		عدم القدرة على الوصول إلى المعلومات		فقدان الاتصال		عدم القدرة على التواصل مع الآخرين	
** .,٨٥٣	٤٦	** .,٨٥٤	٣٧	** .,٧٥٨	٢٧	** .,٨٢٧	١٧	** .,٨١٦	٤
** .,٨٨١	٤٧	** .,٨٦٤	٣٨	** .,٨٥٤	٢٨	** .,٨٥٩	١٨	** .,٨٤٥	٥
** .,٧٦٧	٤٨	** .,٨٩٥	٣٩	** .,٨٤٣	٢٩	** .,٨٥٥	١٩	** .,٨٤٥	٦
** .,٧٣٥	٤٩	** .,٨٦٢	٤٠	** .,٨٩٢	٣٠	** .,٨٦٥	٢٠	** .,٨٤٨	٧
		** .,٨٥٦	٤١	** .,٨٥٨	٣١	** .,٨٥٨	٢١	** .,٧٤٨	٨
		** .,٨٦١	٤٢	** .,٨٦٧	٣٢	** .,٨٦٨	٢٢	** .,٨٦٢	٩
				** .,٧٨٤	٣٣	** .,٨٢٤	٢٣	** .,٧٣٥	١٠
								** .,٨٤٨	١١
								** .,٧٥٩	١٢
								** .,٨٦٧	١٣

\*\* معاملات الارتباط عند مستوى (١,٠٠)، \* معاملات الارتباط عند مستوى (٥,٠٠).

ويتضح من الجدول (٢) أنَّ جميع مفردات النوموفobia معاملات ارتباطها موجبة ودالة إحصائياً عند (١,٠٠) وهذا يعني تتمتع المقياس بدرجة صدق مرتفعة.

#### ج- الاتساق الداخلي (البعد مع الدرجة الكلية للمقياس):

تم حساب معاملات الارتباط باستخدام مُعامل بيرسون (Pearson) بين ارتباط كل بعد بالدرجة الكلية النوموفobia لدى المراهقين ذوي الإعاقة السمعية وجدول (٣) يوضح ذلك:

جدول (٣) مُعامل ارتباط كل بعد بالدرجة الكلية النوموفobia لدى المراهقين ذوي الإعاقة السمعية

معامل الارتباط	الأبعاد
** .,٦٢٨	عدم القدرة على التواصل مع الآخرين
** .,٧٢٥	فقدان الاتصال
** .,٧٤٢	عدم القدرة على الوصول إلى المعلومات
** .,٧٦١	التخلّي عن الراحة

معامل الارتباط	الأبعاد
٠,٨٧٩ **	افتقاد الهاتف المحمول

يتضح من جدول (٣) أن قيم معاملات الارتباط بين درجة البعد والدرجة الكلية دالة عند (٠,٠١) مما يشير إلى أن الأبعاد تقيس ما تقيسه الأبعاد أي يوجد اتساق داخلي.

ثانياً: الثبات عن طريقة معامل ألفا كرو نباخ، وطريقة معامل أوميجا:

تم حساب معامل الثبات، باستخدام معامل ألفا كرو نباخ، والتي تقيس مدى ارتباط مجموعة من العناصر بعضها البعض كمجموعة متسقة، وطريقة معامل أوميجا، والتي تقيس مدى ارتباط كل عنصر بالجموعة الكلية والعوامل الفرعية، وبيان ذلك في جدول (٤).

جدول (٤) قيم معاملات الثبات بطريقة ألفا - كرو نباخ ومعامل أوميجا لمقياس النوموفوبيا لدى المراهقين ذوي الإعاقة السمعية (ن = ٣٠)

معامل أوميجا	ألفا كرو نباخ	الأبعاد
٠,٨٢٨	٠,٨٢٦	عدم القدرة على التواصل مع الآخرين
٠,٨١٧	٠,٨١٥	فقدان الاتصال
٠,٨٤٢	٠,٨٣٩	عدم القدرة على الوصول إلى المعلومات
٠,٨٥٦	٠,٨٥٤	التخلّي عن الراحة
٠,٨٧٨	٠,٨٧٥	افتقاد الهاتف المحمول
٠,٨٩٧	٠,٨٩٨	الدرجة الكلية

يتضح من الجدول (٤) أن معاملات الثبات للأبعاد الفرعية لمقياس النوموفوبيا لدى المراهقين ذوي الإعاقة السمعية باستخدام معامل ألفا كرو نباخ تتراوح بين (٠,٨١٥) و (٠,٨٩٨)، ومعامل أوميجا تتراوح بين (٠,٨١٧) و (٠,٨٩٧). هذه القيم تشير إلى مستوى عالي من الاتساق الداخلي بين العبارات في كل بعده. كما بلغت قيمة معامل ألفا كرو نباخ للمقياس ككل (٠,٨٩٨) وقيمة معامل أوميجا (٠,٨٩٧)، مما يدل على أن المقياس يتمتع بدرجة جيدة من



الدقة والثبات في قياس النوموفobia لدى المراهقين ذوي الإعاقة السمعية، مما يعزز من موثوقية النتائج التي يمكن الحصول عليها باستخدام هذا المقياس.

١- البرنامج الإرشادي القائم على العلاج المرتكز على التعاطف (CFT) - (إعداد الباحثان):

• مصادر بناء البرنامج:

اعتمد الباحثان في تصميم البرنامج الإرشادي على التدخل الذي قدمه Gilbert (٢٠٠٩) والذي أطلق عليه العلاج المرتكز على التعاطف (CFT) Compassion Focused Therapy وذلك بهدف خفض خوف النوموفobia (الخوف من فقدان الهاتف النقال) لدى المراهقين ذوي الإعاقة السمعية، وتم إعداد البرنامج في ضوء الاطلاع على الكتب والدراسات التي تناولت العلاج المرتكز على التعاطف ومنها : تدريب عقولنا على التعاطف (Training Our Minds in, with and for A Compassion-Compassion (Gilbert, 2010 Focused Therapy Approach for Working with Anger (Kolts, 2016 على الدراسات السابقة التي تناولت العلاج القائم على التعاطف سواء التي هدفت إلى خفض مواجهة الأعراض المرضية وتنمية مهارات التعاطف مع الذات، وتم عرضها في الجزء الخاص بالدراسات السابقة من الدراسة الحالية، كما تم الرجوع إلى الأطر النظرية التي تناولت العلاج المرتكز على التعاطف(CFT) وما تضمنه من أسس ومبادئ وافتراضات، وقد تم عرضها في الإطار النظري للدراسة الحالية.

• الأهداف العامة للبرنامج:

يسعى البرنامج الحالي إلى تحقيق أهداف عامة وهي تنمية مهارات التعاطف مع الذات لدى أفراد العينة، والتدريب عليها من خلال الفنون والإجراءات والأنشطة المعدة لذلك من أجل مساعدتهم على خفض حدة أعراض اضطراب النوموفobia لديهم.

• الأهداف الخاصة للبرنامج:

تتمثل في الأهداف التي تتحقق من خلال الجلسات وتطبيق الفنون المختلفة للعلاج المرتكز على التعاطف(CFT) للمراهقين ذوي الإعاقة السمعية سيتم تطبيق فنون الجلسات لتكون أكثر

د. عبد الرحمن بن أحمد بن محمد البليهي / د. سهام بنت ضيف الله علي الفايدبي

بصرية وحركية، مع التركيز على الوعي الحسدي والتجارب الحسية، وسيتم إجراء جميع الجلسات بلغة الإشارة من قبل المعالج المختص بالمركز لإجادته العمل مع المراهقين ذوي الإعاقة السمعية، كما سيتم دمج المساعدات البصرية والمواد المكتوبة والتكنولوجيا لدعم التفاهم والمشاركة وسيكون الإيقاع البطيء والفحوصات المتكررة للفهم أمراً ضرورياً وتمثل في الآتي:

- التعرف على العلاج المركز على التعاطف (CFT) ودوره في العلاج النفسي كأحد الاتجاهات العلاجية الحديثة.
- التعرف على طبيعة اضطراب النوموفobia وأعراضه، وأهم أسبابه وتأثيره السلبي على جميع جوانب حياتهم.
- التعرف على تأثير ضعف السمع على استخدام تكنولوجيا (الهواتف النقال).
- استكشاف العلاقة الفريدة بين ضعف السمع والاعتماد على التكنولوجيا.
- مناقشة الجوانب الإيجابية والسلبية لاستخدام التكنولوجيا.
- إكساب الطلاب بعض المهارات المناسبة لزيادة القدرة على التركيز والانتباه والوعي بما يدور حولهم.
- شرح مبادئ العلاج المركز على التعاطف (CFT) وكيف يمكن أن تساعد في إدارة المشاعر الصعبة المرتبطة بالنوموفobia.
- التعرف على النقد الذاتي المتعلق بالنوموفobia وتحديه.
- ممارسة اللطف والقبول الذاتي.
- تنمية التعاطف مع الآخرين بممارسة التعاطف وتقبل وجهات النظر.
- التعرف على المواقف والأفكار التي تثير رهاب النوموفobia وإعادة صياغة أنماط التفكير السلبي.
- ممارسة مهارات التواصل الرحيم والحزم لوضع الحدود والتعبير عن الاحتياجات المتعلقة باستخدام تكنولوجيا (الهواتف النقال).

- تعلم الطلاب تقنيات الاسترخاء (المكيفة لضعف السمع) لإدارة القلق والتوتر المرتبط بالنوموفobia.
- تطوير استراتيجيات الاستخدام الوعي للتكنولوجيا لدى الطلاب ووضع الحدود، والمشاركة في الأنشطة البديلة.
- استكشاف تأثير النوموفobia على العلاقات الاجتماعية وممارسة المهارات الازمة لبناء علاقات قوى.
- تدريب الطلاب على دمج ممارسات التعاطف مع الذات في الروتين اليومي والتفاعلات التنمية أسلوب حياة أكثر تعاطفاً.
- تدريب الطلاب على تحديد مجالات النمو المستمر وتحديد الأهداف الشخصية للحفاظ على التغييرات الإيجابية ومتابعة التقدم.
- الاحتفال بالإنجازات والتعبير عن الامتنان والتخطيط للدعم المستمر والموارد المتاحة.
- تعليم الطلاب كيفية إدارة النكسات المحتملة.
- تدريب الطلاب على التعاطف مع الذات ومهارات حل المشكلات للتعامل مع التحديات.

• الأسس التي يقوم عليها البرنامج:

تمثل الأسس النفسية والاجتماعية والتربوية والفلسفية للبرنامج في الآتي:

- الأسس النفسية: تمثلت في خفض التأثيرات السلبية لاضطراب النوموفobia على أعضاء المجموعة التجريبية، وتدعم النظرية الإيجابية للذات لديهم، ومراعاة الفروق الفردية بينهم، وأن معظم المشكلات التي يعاني منها الفرد سببها طريقته في التفكير، وأنه يجب أن يكون مدركاً تماماً لما يفعله، ويعي تماماً لنتائج سلوكه، وأن سلوك الفرد يمكن تعديله وتغييره إلى الأفضل من خلال تغيير الأفكار السلبية لديه، وإعادة بنائه المعرفي.
- الأسس الاجتماعية: تمثلت في تنمية القدرة على تكوين العلاقات الاجتماعية لدى أعضاء المجموعة التجريبية، وتطوير مهارات التواصل مع الآخرين لديهم، وتحقيق الاندماج في

العلاقات الاجتماعية لديهم، من أجل تبني سلوكيات وأنشطة اجتماعية بديلة للتعلق بالهواتف المحمول.

- الأسس التربوية: تمثلت في التأكيد على الاستخدام الإيجابي للهاتف المحمول وغرس القيم التي تتفق مع ثقافة المجتمع، والتعبير عن وجهة النظر بحرية أثناء المناقشات الجماعية، وتشجيع المشاركة في الأنشطة المختلفة، وأن الوعي بالذات يجعل الفرد أكثر فهماً لذاته، وأقل تأثيراً لها، وأن كل فرد بحاجة إلى تحديد أهدافه في الحياة، بالإضافة إلى ضرورة وعي الفرد بمشكلاته، وحرصه على العمل على مواجهتها.

- الأسس الفلسفية: تمثلت في أن الإنسان كائن اجتماعي بطبيعته، وأن الأفكار والسلوكيات مرتبطة ومترابطة و يؤثر كل منها في الآخر، وأنه ينبغي دحض الأفكار السلبية المتعلقة باستخدام الهاتف المحمول واستبدالها بأفكار إيجابية.

• الفنون والاستراتيجيات العلاجية المستخدمة في البرنامج:

يعتمد العلاج المركز على التعاطف على عدد من الفنون المستخدمة في العلاجات النفسية الأخرى وذلك من خلال صفات الذات الوجدانية، وقد استخدم الباحثان عدداً من الفنون والاستراتيجيات العلاجية خلال المجلسات تنوّعت بين فنون تم توظيفها للتثقيف النفسي وتتمثل في المحاضرات والمناقشات والواجبات المنزلية وإعادة البناء المعرفي؛ كما تم استخدام عدد من الفنون في تنمية التعاطف مع الذات والتي اقترحها Gilbert (٢٠١٠) وتمثلت في النمذجة، الاسترخاء والتأمل والوعي الذاتي والتقبيل؛ كذلك تم استخدام فنون اليقظة العقلية، ومسح الجسم وكتابة الخطاب الحاني، والتنفس اليقظ عقلياً، والسلوك الحنون، والتخيل، والاعتراف العاطفي.

• تطبيق البرنامج:

اشتمل البرنامج على (٢٠) جلسة إرشادية، تم تطبيقها بواقع جلستين أسبوعياً، وتتراوح مدة تنفيذ كل جلسة ما بين (٦٠) إلى (٩٠) دقيقة، واستغرق تنفيذ البرنامج مدة شهرين ونصف.

• تقويم البرنامج:

تم تقويم البرنامج من خلال المراحل التالية:

- المرحلة الأولى (التقويم البنائي): يتمثل في التقويم المصاحب لعملية تطبيق البرنامج والذي يضمن غو البرنامج وتقديمه في تحقيق أهدافه خلال الجلسات وذلك من خلال التقويم الذي يعقب كل جلسة، بالإضافة إلى متابعة تنفيذ أعضاء المجموعة التجريبية للواجبات المنزلية التي يتم تكليفهم بها في نهاية كل جلسة وملاحظة مدى التقييم الإيجابي لأفراد المجموعة التجريبية لأنفسهم أثناء الجلسات والمشاركة الإيجابية من جانبهم في تنفيذ أنشطة البرنامج.

- المرحلة الثانية (التقويم النهائي): يتمثل في تقويم البرنامج المستخدم في الدراسة بعد الانتهاء من تطبيقه للتعرف على فعاليته في خفض أعراض اضطراب النوموفobia لدى أعضاء المجموعة التجريبية، وذلك من خلال مقارنة درجاتهم على مقياس النوموفobia في القياسين القبلي والبعدي.

- المرحلة الثالثة (التقويم التبعي): يتمثل في تطبيق مقياس النوموفobia على أعضاء المجموعة التجريبية بعد فترة المتابعة وقدرها شهر من انتهاء البرنامج للتعرف على مدى استمرارية فعالية البرنامج.

سابعاً: الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة:

سعياً للوصول إلى النتائج التي تحقق أهداف الدراسة، وتحليل البيانات، استُخدمت مجموعة من الأساليب الإحصائية المتنوعة، وذلك عن طريق استخدام الخزم الإحصائية للعلوم الإنسانية والاجتماعية Statistical Package for Social Sciences (SPSS)، وذلك بعد أن تم ترميز البيانات وإدخالها إلى الحاسوب، والأساليب الإحصائية التي استخدمت في هذه الدراسة هي:

- ١- حساب الخصائص السيكوسociometric measures استُخدم معامل الارتباط (بيرسون)، وألفا كرو نباخ، والتجزئة النصفية باستخدام معادلة (سبيرمان).
- ٢- اختبار مان وتنى، واختبار اختبار ويلكوكسون، ومعامل الارتباط الثنائي للرتب وذلك للتحقق من صحة فروض الدراسة.

### ثامنًا: نتائج الدراسة ومناقشتها:

نتائج الفرض الأول: ينص على "توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ( $\alpha \leq 0.05$ ) في متوسطي رتب درجات النوموفوبيا بين أفراد المجموعة التجريبية والضابطة في القياس البعدى".

للحقيق من صحة هذا الفرض، تم استخدام اختبار مان - وتنى (Mann-Whitney U) وقيمة Z كأحد الأساليب اللابارامتيرية للتعرف على دلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات الأطفال في القياس البعدى، وذلك للتعرف على دلالة ما قد يطرأ على النوموفوبيا لدى المراهقين ذوي الإعاقة السمعية. لحساب حجم تأثير البرنامج، اعتمد الباحثان في حسابه على معامل الارتباط الثنائي للرتب (r prd) في حالة اختبار مان - وتنى للعينتين المستقلتين.

جدول (٥) دلالة الفروق بين متوسطي رتب الدرجات القياس البعدى وحجم الأثر لدى الجموعتين التجريبية والضابطة في النوموفوبيا لدى المراهقين ذوي الإعاقة السمعية

الأبعاد	المجموعات	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة U	قيمة Z	مستوى الدلالة	حجم الأثر
عدم القدرة على التواصل مع الآخرين	تجريبية	٥,٥	٥٥	٣,٨٢	-	٠,٠١	٠,٨٥٤
	ضابطة	١٥,٥	١٥٥				
فقدان الاتصال	تجريبية	٥,٥	٥٥	٣,٧٩	-	٠,٠١	٠,٨٤٨
	ضابطة	١٥,٥	١٥٥				
عدم القدرة على الوصول إلى المعلومات	تجريبية	٥,٥	٥٥	٣,٨٢	-	٠,٠١	٠,٨٥٤
	ضابطة	١٥,٥	١٥٥				
التخلّي عن الراحة	تجريبية	٥,٥	٥٥	٣,٧٩	-	٠,٠١	٠,٨٤٨
	ضابطة	١٥,٥	١٥٥				
افتقدان الهاتف المحمول	تجريبية	٥,٥	٥٥	٣,٨١	-	٠,٠١	٠,٨٥٢
	ضابطة	١٥,٥	١٥٥				
الدرجة الكلية	تجريبية	٥,٥	٥٥	٣,٧٩	-	٠,٠١	٠,٨٤٧
	ضابطة	١٥,٥	١٥٥				

يتضح من جدول (٥) أن قيم (Z) المحسوبة لجميع الأبعاد (عدم القدرة على التواصل مع الآخرين، فقدان الاتصال، عدم القدرة على الوصول إلى المعلومات، التخلّي عن الراحة، افتقار الهاتف المحمول، والدرجة الكلية) تتراوح بين ٣,٧٩ - ٣,٨٢ ، وهي جميعها أقل من القيمة الحدية (١,٩٦)، كما أن مستوى الدلالة المحسوب (٠,٠١) أقل من مستوى الدلالة المعتمد (٠,٠٥). وهذا يشير إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المراهقين في المجموعتين التجريبية والضابطة على جميع أبعاد النوموفوبيا، لصالح المجموعة التجريبية.

تدل هذه النتائج على أن البرنامج التدريسي كان له تأثير إيجابي وملحوظ في تقليل مستوى النوموفوبيا لدى المراهقين ذوي الإعاقة السمعية. بالإضافة إلى ذلك، تشير قيمة حجم الأثر (٠,٨٥٤) في معظم الأبعاد إلى وجود تأثير قوي جداً للبرنامج التدريسي في خفض النوموفوبيا. مما يعكس فعالية البرنامج في تحسين مستوى التفاعل الاجتماعي وتقليل الاعتماد على الهاتف المحمول لدى هذه الفئة من المراهقين. تتفق نتائج هذه الدراسة مع دراسة Safaria, Arini & Nasab, Manshaee& Aini, Bukhori& Bakar (٢٠٢١) ودراسة Saputra (٢٠٢٢) ودراسة Nadi (٢٠٢١) التي أظهرت أن التدخلات العلاجية القائمة على العلاج المركز على التعاطف (CFT) تعمل على تحسين مستوى التفاعل الاجتماعي وتقليل أعراض إدمان الهواتف الذكية بشكل كبير وتحسين ضبط النفس بشأن استخدام الهاتف المحمول.

• نتائج الفرض الثاني: ينص على أنه " توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ( $\alpha \leq 0.05$ ) في متوسط الرتب على النوموفوبيا بين أفراد المجموعة التجريبية في القياس القبلي والبعدي".

ولاختبار صحة هذا الفرض تم استخدام اختبار ويلكوكسون Wilcoxon (Z) كأحد الأساليب اللابارامترية للتعرف على دلالة الفروق بين متوسطات الرتب لدرجات المجموعة التجريبية في النوموفوبيا لدى المراهقين ذوي الإعاقة السمعية وأبعاده في القياسين القبلي والبعدي، ولحساب حجم تأثير البرنامج فقد اعتمد الباحثان في حسابه باستخدام معامل الارتباط الثنائي  $r_{prd}$ ) في حالة اختبار ويلكوكسون للعينتين مرتبطتين.

**جدول (٦) دلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات في القياسيين القبلي والبعدي وحجم الأثر لمستوى التوموفobia لدى المراهقين ذوي الإعاقة السمعية**

حجم الأثر	مستوى الدلالة	Z قيمة	مجموع الرتب	متوسط الرتب	العدد	الرتب	الأبعاد
- 0,888	0,005	- 2,807	٠,٠٠	٠,٠٠	٠	الرتب الموجبة	عدم القدرة على التواصل مع الآخرين
			٥٥	٥,٥	١٠	الرتب السالبة	
					٠	التساوي	
					١٠	الكلي	
- 0,887	0,005	- 2,805	٠,٠٠	٠,٠٠	٠	الرتب الموجبة	فقدان الاتصال
			٥٥	٥,٥	١٠	الرتب السالبة	
					٠	التساوي	
					١٠	الكلي	
- 0,887	0,005	- 2,805	٠,٠٠	٠,٠٠	٠	الرتب الموجبة	عدم القدرة على الوصول إلى المعلومات
			٥٥	٥,٥	١٠	الرتب السالبة	
					٠	التساوي	
					١٠	الكلي	
- 0,888	0,005	- 2,807	٠,٠٠	٠,٠٠	٠	الرتب الموجبة	التخلي عن الراحة
			٥٥	٥,٥	١٠	الرتب السالبة	
					٠	التساوي	
					١٠	الكلي	
- 0,888	0,005	- 2,809	٠,٠٠	٠,٠٠	٠	الرتب الموجبة	افتقدان الهاتف المحمول
			٥٥	٥,٥	١٠	الرتب السالبة	
					٠	التساوي	
					١٠	الكلي	
- 0,887	0,005	- 2,805	٠,٠٠	٠,٠٠	٠	الرتب الموجبة	الدرجة الكلية
			٥٥	٥,٥	١٠	الرتب السالبة	
					٠	التساوي	
					١٠	الكلي	

يتضح من جدول (٦) أن جميع قيم Z المحسوبة لجميع الأبعاد (عدم القدرة على التواصل مع الآخرين، فقدان الاتصال، عدم القدرة على الوصول إلى المعلومات، التخلّي عن الراحة، افتقار الهاتف المحمول، والدرجة الكلية) هي  $-2,807$  إلى  $-2,809$ ، وهي جميعها أقل من القيمة الحدية  $1,96$  وعما أن  $p = 0.005$  أقل من مستوى الدلالة  $0,005$ ، فهذا يشير إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الجموعتين التجريبية والضابطة على جميع أبعاد النوموفobia، لصالح المجموعة الضابطة.

تشير قيمة حجم الأثر ( $-0,888$ ) في جميع الأبعاد إلى وجود تأثير قوي جداً للبرنامج التدريجي في خفض النوموفobia لدى المراهقين ذوي الإعاقة السمعية. هذا يعزز من تحقق نتائج الفرض الأول للدراسة، تتفق هذه نتيجة ما توصلت إليه هذه الدراسة مع نتائج دراسات كل من Hammad (2023); Awed & Hammad (2019) Jones, et al. (2019) التي أشارت ان تؤدي المستويات العالية من النوموفobia لدى المراهقين ذوي الإعاقة السمعية تؤدي إلى العديد من المشاكل السلوكية مثل: السلوكيات الإشكالية في الحصول الدراسية، ومشكلات التواصل الاجتماعي مثل: ضعف التفاعل الاجتماعي مع العائلة والأصدقاء والأقارب والتهرب من الحصول في المناسبات الاجتماعية، والمشاكل الصحية مثل: التغيرات في أنماط النوم، والاضطرابات الانفعالية مثل: التوتر والقلق والانفعال عند الابتعاد عن الهاتف؛ مما أدي إلى اعتماد هؤلاء المراهقين على الهاتف الذكي والخوف المرضي من فقدانه، مما يشير إلى فعالية البرنامج في تحسين مستوى النوموفobia لدى هذه الفئة من المراهقين.

• نتائج الفرض الثالث: ينص على أنه " لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة

( $\alpha \leq 0.05$ ) في متوسط الرتب على النوموفobia بين أفراد المجموعة التجريبية في القياس البعدي والتبعي".

ولاختبار صحة هذا الفرض تم استخدام اختبار ويلكوكسون Wilcoxon (قيمة Z) كأحد الأساليب اللامارشية للتعرف على دلالة الفروق بين متوسطات الرتب لدرجات المجموعة التجريبية في التوموفوبيا لدى المراهقين ذوي الإعاقة السمعية وأبعاده في القياسين البعدي والتبعي.

**جدول (٧) دلالة الفروق بين متوسطي رتب درجات القياسين البعدي والتبعي التوموفوبيا لدى المراهقين ذوي الإعاقة السمعية**

مستوى الدلالة	Z قيمة	مجموع الرتب	متوسط الرتب	العدد	الرتب	الأبعاد
٠,٨٧٨	- ٠,١٥٣	٢٩,٠٠	٤,٨٣	٦	الرتب الموجبة	عدم القدرة على التواصل مع الآخرين
		٢٦	٦,٥	٤	الرتب السالبة	
				٠	التساوي	
				١٠	الكلي	
٠,٢٥٨	- ١,١٣٠	٣٢,٠٠	٥,٣٣	٦	الرتب الموجبة	فقدان الاتصال
		١٣	٤,٣٣	٣	الرتب السالبة	
				١	التساوي	
				١٠	الكلي	
٠,٧١٩	- ٠,٣٥٩	٢٥,٥٠	٥,١٠	٥	الرتب الموجبة	عدم القدرة على الوصول إلى المعلومات
		١٩,٥	٤,٨٨	٤	الرتب السالبة	
				١	التساوي	
				١٠	الكلي	
٠,٢٣	- ١,١٩٩	٩,٥٠	٤,٧٥	٢	الرتب الموجبة	التخلّي عن الراحة
		٢٦,٥	٤,٤٢	٦	الرتب السالبة	
				٢	التساوي	
				١٠	الكلي	
٠,٢٥٨	- ١,١٣١	١٠,٠٠	٥,٠٠	٢	الرتب الموجبة	افتقد الهاتف الخمول
		٢٦	٤,٣٣	٦	الرتب السالبة	
				٢	التساوي	
				١٠	الكلي	
٠,٦٤٥	-	٢٣,٠٠	٧,٦٧	٣	الرتب الموجبة	الدرجة الكلية





مستوى الدلالة	Z قيمة	مجموع الرتب	متوسط الرتب	العدد	الرتب	الأبعاد
٠,٤٦١	٣٢	٤٥٧	٧	الرتب السالبة	الكللي	
			٠	التساوي		
			١٠			

يتضح من جدول (٧) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياسين البعدى والتبعي في مقياس النوموفوبيا لدى المراهقين ذوي الإعاقة السمعية في جميع الأبعاد، حيث أظهرت قيم Z ومستويات الدلالة أن الفروق لم تكن دالة احصائياً. هذه النتائج تعكس استمرارية تأثيرات البرنامج التدريسي حتى بعد انتهائه، مما يشير إلى أن التحسن الذي طرأ على المشاركين استمر على المدى الطويل. وبالتالي؛ يمكن الاستنتاج أن البرنامج التجربى كان فعالاً وأسهم في تحقيق نتائج مستدامة في تقليل أعراض النوموفوبيا لدى المراهقين ذوي الإعاقة السمعية.

وبناء على ما تقدم، فيرى الباحثان انه يجب الاهتمام بخفض النوموفوبيا لدى المراهقين ذوي الإعاقة السمعية من خلال استراتيجيات وبرامج مختلفة، لما يتسبب هذا الاضطراب في التأثير سلباً على هذه الفئة ويعزلهم عن الواقع ويعنهم من التفاعل مع أفراد أسرهم وأقرانهم العاديين، مما يؤدي بهم إلى نشوء اضطرابات سلوكية، واجتماعية، ونفسية، وانفعالية.

#### تاسعاً: توصيات الدراسة:

في ضوء ما أسفر عنه نتائج الدراسة الحالية، يوصي الباحثان بما يلي:

١- ضرورة نشروعي بخطورة مرض النوموفوبيا وتأثيره الكبير على الحياة اليومية في كافة المجالات وكيفية التعامل مع أعراض هذا الاضطراب باستخدام التنسيقات التي يمكن الوصول إليها مثل مقاطع الفيديو مع التعليقات التوضيحية/ترجمة لغة الإشارة، والعروض المرئية، وورش العمل التفاعلية.

٢- العمل على تنظيم الندوات والمؤتمرات واللقاءات العلمية حول كل ما هو جديد في الاضطرابات المعاصرة مثل النوموفوبيا وغيرها من الاضطرابات التي نشأت نتيجة للانتشار الهائل للوسائل التكنولوجية الحديثة لمشاركة معارفهم ووجهات نظرهم.

٣- العمل على إعداد برامج إرشادية وعلاجية للحد من ارتفاع مستوى التوموفوبيا بين  
الطلاب المراهقين ذوي الإعاقة السمعية.

٤- إجراء دراسات مماثلة تناطح فئات أخرى مثل (المعلمين - الموظفين - كبار السن).

٥- تفعيل الدور الوقائي للأسرة والمدرسة والمؤسسات المختلفة في التعامل مع اضطراب  
التوموفوبيا لرفع مستوى الوعي ونشر الموارد وتوفير خدمات الدعم.

٦- مساعدة الطلاب المراهقين ذوي الإعاقة السمعية على الفهم الأفضل لذواхم  
وللآخرين، ومحاولة تشجيعهم ممارسة مهارات التعاطف مع ذواهم.

٧- تدريب الطلاب على زيادة القوة في مواجهة المشكلات الصادمة بدلاً من الهرب منها.

#### عاشرًا: المقترنات البحثية:

١- إجراء المزيد من الأبحاث على عينات أخرى، ومقارنة العلاج القائم على التعاطف  
بالعلاجات الأخرى التي أثبتت فائدتها.

٢- التحقيق في العوامل النفسية المرتبطة بالتوموفوبيا التي لم يتم تناولها سابقًا، مثل النقد  
الذاتي، واللوم الذاتي، والافتقار إلى التعاطف مع الذات.

٣- إجراء دراسات مقارنة بين التدخل القائم على التعاطف والتدخلات العلاجية الأخرى  
لدى المراهقين ذوي الإعاقة السمعية والوقوف على أفضل طرق العلاج.

## المراجع

### المراجع العربية:

الفقي، م. م. ع. ا. ا.، محمد محمد عبد الرازق السيد، بشار & على محمد على البسيوني. (٢٠٢٣). نمذجة العلاقات السببية بين النوموفobia واليقطنة العقلية والألكسيثيميا لدى المراهقين ذوي الإعاقة السمعية. المجلة المصرية للدراسات النفسية، ١٢٠(٣٣)، ٢٦٧-٢٣٨.

وزارة الصحة، المملكة العربية السعودية. (٢٠٢١). منصة التوعية بالإعاقة. تاريخ الاسترجاع ٢٠٢١/١٠/٢٥ من

<https://www.moh.gov.sa/awarenessplateform/VariousTopics/Pages/Disability.aspx>

### ترجمة المراجع العربية:

Al-Faqih, M. M. A. A., Mohamed Mohamed Abdel Razek El-Sayed, Bashar & Ali Mohamed Ali El-Basyouni. (2023). Modeling the causal relationships between nomophobia, mindfulness and alexithymia in hearing-impaired adolescents. *The Egyptian Journal of Psychological Studies*, 33(120), 267-338.

Ministry of Health, Kingdom of Saudi Arabia. (2021). Disability Awareness Platform.

Retrieved 10/25/2021 from :

<https://www.moh.gov.sa/awarenessplateform/VariousTopics/Pages/Disability.aspx>

### المراجع الأجنبية:

Abdul-Nabi, S. M. S. M. (2023). Smartphone Addiction and People with Special Needs Preparation. *Int. J. Learn. Man. Sys*, 11(1), 1-6. <http://dx.doi.org/10.18576/ijlms/100202>

Aini, D., Bukhori, B., & Bakar, Z. (2021, January). The role of mindfulness and digital detox to adolescent nomophobia. In Proceedings of the first international conference on Islamic history and civilization, ICON-ISHIC 2020, 14 October, Semarang, Indonesia.

Awed, H. S., & Hammad, M. A. (2022). Relationship between nomophobia and impulsivity among deaf and hard-of-hearing youth. *Scientific reports*, 12(1), 14208. <https://doi.org/10.1038/s41598-022-17683-1>

- Bekaroğlu, E., & Yilmaz, T. (2020). Nomophobia: Differential diagnosis and treatment. Psikiyatride Guncel Yaklasimlar, 12(1), 131-142. <https://doi.org/10.18863/pgy.528897>
- Cejas, I., Coto, J., Sanchez, C., Holcomb, M., & Lorenzo, N. E. (2021). Prevalence of depression and anxiety in adolescents with hearing loss. Otology & Neurotology, 42(4), e470-e475. <https://doi.org/10.1097/mao.0000000000003006>
- Galhardo, A., Loureiro, D., Massano-Cardoso, I., & Cunha, M. (2023). Adaptation of the European Portuguese version of the nomophobia questionnaire for adolescents, factor structure and psychometric properties. International Journal of Mental Health and Addiction, 21(5), 2795-2812. <https://doi.org/10.1007/s11469-022-00754-9>
- Gezgin, D. M., Cakir, O., & Yildirim, S. (2018). The Relationship between levels of nomophobia prevalence and internet addiction among high school students: the factors influencing nomophobia. International Journal of Research in Education and Science, 4(1), 215-225. <https://doi.org/10.21890/ijres.383153>
- Ghodrati Torbati, A., Nejat, H., Toozandehjani, H., Samari, A. A., & Akbari Amarghan, H. (2020). Effect of compassion-focused therapy (CFT) on blood cortisol and cognitive-emotion regulation in drug abusers. Jundishapur Journal of Health Sciences, 12(1). <https://doi.org/10.5812/jjhs.100148>
- Gilbert, P., & Simos, G. (Eds.). (2022). Compassion focused therapy: Clinical practice and applications. Routledge.
- Gil-Ortiz, M., Llorca-Perpiñá, G., & González-Cabrera, J. (2018). Problematic mobile phone use and nomophobia: A cross-sectional study in Spanish university students. International Journal of Environmental Research and Public Health, 15(3), 444. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv172.088>
- Gonzalez-Gonzalez, S. (2017). The role of mitochondrial oxidative stress in hearing loss. Neurological Disorders and Therapeutics, 1(3). <https://doi.org/10.15761/ndt.1000117>
- Hammad, M. (2023). Social media addiction and its relationship to symptoms of depression and generalized anxiety in deaf and hard-of-Hearing students. International Journal of Membrane Science and Technology, 10(2), 317-323. <https://doi.org/10.15379/ijmst.v10i2.1245>

- Jones, J., Moore, K., & Atwood, A. (2019). The impact of hearing loss on adolescent development. *Pediatrics*, 143(5), e20183476.
- Kachlík, P. (2023). Modern information and communication technologies and the behavioral changes in adolescents with a psychiatric diagnosis. *Človek a spoločnosť*, 26(1), 1-26. <https://doi.org/10.31577/cas.2023.01.613>
- Lake, C. (2020). Social Isolation, Fear of Missing Out, and Social Media Use in Deaf and Hearing College Students (Order No. 28264255). Available from ProQuest Dissertations & Theses Global. (2480201799). <https://www.proquest.com/dissertations-theses/social-isolation-fear-missing-out-media-use-deaf/docview/2480201799/se-2>
- Leach, H., Kelly, J., & Parry, S. (2023). Compassion-informed approaches for coping with hearing voices: literature review and narrative synthesis. *Psychosis*, 1-11. <https://doi.org/10.1080/17522439.2023.2253883>
- Leaviss, J., Uttley, L., & Gilbert, P. (2021). Compassion-focused therapy: Distinctive features, evidence base, and future directions. \*Journal of Clinical Psychology\*, \*77\*(1), 3-26. <https://doi.org/10.4324/9781003035879>
- McKinney-Lepp, M., Kaur, S., & Collier, D. R. (2024). Beyond Making Stuff: Co-Designing Literacies and Collaborating for Critical Empathy. *The Reading Teacher*, 78(2), 140-150. <https://doi.org/10.1002/trtr.2355>
- Nasab, N. M., Manshaee, G., & Nadi, M. A. (2021). The effectiveness of nomophobia therapy on self-esteem and nomophobia symptoms in high school students. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, 15(1): e109291. <https://doi.org/10.5812/ijpbs.109291>.
- Neff, K. D. (2003). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and identity*, 2(3), 223-250. <https://doi/abs/10.1080/15298860309027>
- Notara, V., Vagka, E., Gnardellis, C., & Lagiou, A. (2021). The emerging phenomenon of nomophobia in young adults: A systematic review study. *Addiction & health*, 13(2), 120–136. <https://doi.org/10.22122/ahj. v13i2.309>
- Ouellette, S. E., & Dwyer, C. (2019). An Analysis of Employment Search, Development, and Placement Strategies Currently Employed with Hearing Impaired Persons in the United States. *JADARA*, 17(3), 6. <https://repository.wcsu.edu/jadara/vol17/iss3/6>

- Safaria, T., Arini, D. P., & Saputra, N. E. (2023). Spiritual Mindfulness-Based Intervention for Nomophobia: A Randomized Controlled trial. Islamic Guidance and Counseling Journal, 6(2). <https://doi.org/10.25217/0020236404400>
- Shin, T. L., & Ali, M. M. (2020). Penggunaan telefon pintar dan tahap nomofobia dalam kalangan murid berkeperluan khas di sekolah menengah (Smartphone usage and nomophobia level among special needs students in secondary schools). Geografia, 16(4), 164-178. <https://doi.org/10.17576/geo-2020-1604-12>
- World Health Organization [WHO] (2021). ICD-10: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems: Tenth Revision, 2nd Edn. Geneva: World Health Organization. [www.who.int/classifications](http://www.who.int/classifications)
- Xiong, Z., Li, G., Chen, J., & Peng, L. (2024). The impact of executive dysfunction on anxiety in hearing-impaired college students: Smartphone addiction as a mediator and academic procrastination as a moderator. Psychology Research and Behavior Management, 17, 2853-2863. <https://doi.org/10.2147/prbm.s470293>
- Yazdi, S. S., Saeidmanesh, M., Jamshad, P., & Azizi, M. (2023). The Effectiveness of Compassion-Focused Therapy on the Anxiety Level of Mothers with Hearing-Impaired Children. Auditory and Vestibular Research, 32(4), 255-260. <https://doi.org/10.18502/avr.v32i4.13589>
- Žvelc, G., & Žvelc, M. (2020). Integrative psychotherapy as relational psychotherapy. Integrative Psychotherapy, 49-58. <https://doi.org/10.4324/9780429290480-4>





جامعة الدارالعلوم الإسلامية  
ISLAMIC UNIVERSITY OF MADINAH





# **Islamic University Journal For**

## **Educational and Social Sciences**

**A peer-reviewed scientific journal**

Published four times a year in:  
(March, June, September and December)

