



الجامعة الإسلامية بالمدينة المنورة
ISLAMIC UNIVERSITY OF MADINAH

مَجَلَّةُ الْجَامِعَةِ الْإِسْلَامِيَّةِ لِلْعُلُومِ التَّرْبَوِيَّةِ وَالْإِجْتِمَاعِيَّةِ

مَجَلَّةٌ عَامِّيَّةٌ دَوْرِيَّةٌ مُحَكَّمَةٌ

تصدر أربع مرات في العام خلال الأشهر:

(مارس، يونيو، سبتمبر، ديسمبر)

العدد 22 - 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 ردمد : 1658-8509

النسخة الإلكترونية :

رقم الإيداع: 1441/7129

تاريخ الإيداع: 1441/06/18

رقم ردمد : 1658-8495

الموقع الإلكتروني للمجلة :

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



البريد الإلكتروني للمجلة :

ترسل البحوث باسم رئيس تحرير المجلة

iujourna14@iu.edu.sa

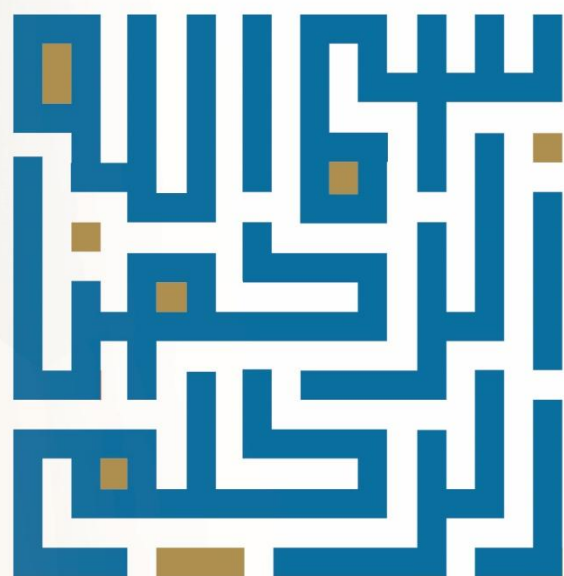




الجامعة الإسلامية بالمدينة المنورة
ISLAMIC UNIVERSITY OF MADINAH

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 مستلماً 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 البحوث 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 يشمل البحث على : صفحة عنوان البحث، ومستخلص باللغتين العربية والإنجليزية، ومقدمة، وطلب البحث، وخاتمة تتضمن النتائج والتوصيات، وثبت المصادر والمراجع، والملاحق اللازمة 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 تعهداً 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 الوليعي

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 الجهني

أستاذ أصول التربية بالجامعة الإسلامية في المدينة المنورة

مدير التحرير :

أ.د : محمد بن جزاء بجاد الحربي

أستاذ أصول التربية بالجامعة الإسلامية في المدينة المنورة

أعضاء التحرير:

معالي أ.د : راتب بن سلامة السعود

وزير التعليم العالي الأردني سابقا
وأستاذ السياسات والقيادة التربوية بالجامعة الأردنية

أ.د : محمد بن إبراهيم الدغيري

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

أ.د : علي بن حسن الأحمدي

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 عبدالعزيز 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 الشريف

التسيق العلمي:

أ. محمد بن سعد الشال

سكرتارية التحرير:

أ. أحمد شفاق بن حامد

أ. علي بن صلاح المجبري

أ. أسامة بن خالد القماطي



جامعة المدينة الإسلامية
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 مذكّر 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 الشميمري | 55 |
| 3 | واقع تطبيق إدارة المخاطر بالمعاهد التعليمية السعودية في الخارج د. عبد الله بن فايز عايض 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 التأميني ودرجة ممارستهم لها د. محمد بن أحمد بن عبد الله الغتم / د. سلطان بن مبارك بن صالح المغيرة | 257 |
| 7 | إطار إجرائي مقترح لتطوير أداء مراكز التدريب التربوي في فلسطين وفق استراتيجيات منهجية (جيمبا كايزن): "دراسة نوعية" د. محمود بن إبراهيم خلف الله | 303 |
| 8 | فعالية العلاج المرتكز على التعاطف لخفض التوموغوبيا (الخوف المرضي من فقدان الهاتف النقال) لدى المراهقين ذوي الإعاقة السمعية د. عبد الرحمن بن أحمد بن محمد البليهي / د. سهام بنت ضيف الله علي الفايدي | 337 |
| 9 | دور معلمة الطفولة المبكرة في تنمية القيم الأخلاقية لدى الطفل لمواجهة التحديات التكنولوجية د. سارة بنت راجح عوض الروقي | 377 |
| 10 | الدور الاقتصادي لفرع البنك العثماني في ولاية بغداد (1272-1332هـ / 1856-1914م) د. محمد بن سالم القحطاني | 417 |

* ترتيب الأبحاث حسب تاريخ ورودها للمجلة مع مراعاة تنوع التخصصات



الجامعة الإسلامية بالمدينة المنورة
ISLAMIC UNIVERSITY OF MADINAH

فعالية العلاج المرتكز على التعاطف لخفض
النوموفوبيا (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 الفايد

أستاذ الارشاد النفسي والتربوي المشارك
قسم الدراسات الإنسانية - الكلية الجامعية في
النعيرية - 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

د. عبد الرحمن بن أحمد

بن محمد البليهي

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

DOI:10.36046/2162-000-022-018

المستخلص

هدفت الدراسة إلى التعرف على فعالية العلاج المرتكز على التعاطف -Compassion-Focused Therapy (CFT) لخفض 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 (١٦,٥) وانحراف معياري (١,٧٥)، وذلك بمعهد الأمل للصم بريدة بمنطقة القصيم بالمملكة العربية السعودية، واستخدم الباحثان المنهج شبه التجريبي، وذلك بتطبيق مقياس النوموفوبيا لدى المراهقين ذوي الإعاقة السمعية (إعداد الباحثان)، وبرنامج قائم على العلاج المرتكز على التعاطف (CFT) لخفض 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 البعدي، مما يعكس فعالية البرنامج في تحسين مستوى التفاعل الاجتماعي 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 القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي، مما يعزز تحقق نتائج الفرض الأول للدراسة، كما أشارت النتائج إلى أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسط الرتب على النوموفوبيا بين أفراد المجموعة التجريبية في القياس البعدي والتبعي، يشير إلى أن البرنامج التجريبي 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 المرتكز على التعاطف.

الكلمات المفتاحية: العلاج المرتكز 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 أيضاً خطوط حياة أساسية تعمل على سد فجوات الاتصال وتعزيزها 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 النوموفوبيا (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 يسلب الضوء على الحاجة إلى مزيد من البحث، ويقدم العلاج المرتكز على التعاطف (CFT) نهجاً متفائلاً من خلال التركيز على تنمية التعاطف مع الذات والحد من المخاوف الناجمة عن الخجل (Gilbert & Procter, 2006). يشير هذا النوع من العلاجات (CFT) أنه من خلال تنمية مشاعر الحنو 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 المرتكز على التعاطف (CFT) يعد مديلاً مهماً لخفض اضطراب النوموفوبيا لدى ذوي الإعاقة السمعية، حيث يمكن أن يؤدي إلى الحد من النقد الذاتي والشعور بالخوف المرضي لدى ذوي الإعاقة السمعية، ومن ثم جاءت الدراسة الحالية من أجل توظيف العلاج المرتكز على التعاطف (CFT) لخفض النوموفوبيا لدى المراهقين ذوي الإعاقة السمعية.

مشكلة الدراسة:

وفقًا 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 خاصة عندما يتعلق الأمر بتواصلهم مع الآخرين، وتمثل استخدام أجهزة الهواتف المحمولة بالنسبة لهؤلاء الأشخاص دورًا حاسمًا 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 غالبًا 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 وخاصة بين المراهقين ذوي الإعاقة السمعية. (Leach, Kelly & Parry, 2023)

فمن خلال ما توصلت إليه أبحاث الدراسات السابقة كدراسة (Xiong et al. (2024)، (Abdul-Nabi (2023)، (Awed, & Hammad (2022)، (Lake, Shin & Ali (2020)، (٢٠٢٠) 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 المرتكز على التعاطف في خفض النوموفوبيا 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 النوموفوبيا بين أفراد المجموعة التجريبية والضابطة في القياس البعدي؟
 - هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطي رتب درجات النوموفوبيا بين أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي؟
 - هل توجد فروق ذات دلالة في متوسطي رتب درجات النوموفوبيا بين أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي؟
- أهداف الدراسة:

تمثلت أهداف الدراسة الحالية فيما يلي:

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

أهمية الدراسة:

تتضح الأهمية النظرية والتطبيقية للدراسة الحالية في الآتي:

أولاً: الأهمية النظرية:

- تقدم الدراسة الحالية إطاراً نظرياً يساهم في إثراء أدبيات البحث النفسي والتربوي بشأن النوموفوبيا لدى فئة من فئات التربية الخاصة الهامة وهم ذوي الإعاقة السمعية.
- تُلقي الدراسة الحالية الضوء على هذه الظاهرة الحديثة وهي النوموفوبيا والتي لم تحظ باهتمام كافٍ من قبل الباحثين على الرغم من انتشارها بين هذه الفئة والتعرف على أسبابها وكيفية تشخيصها.
- يُعتبر استخدام المواقف النقالية جزءاً أساسياً في التواصل والتطور المعرفي الشامل من حياة هؤلاء المراهقون ذوي الإعاقة السمعية ويُعدُّ تحديد إيجابياتها وسلبياتها 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 تفرداها على مستوى الدراسات العربية من تناولها لخفض حدة اضطراب النوموفوبيا 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 دعي 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 النوموفوبيا (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 توافقيهم الدراسي والنفسي والاجتماعي، وبذلك يساهم في تمهيد الطريق لتعميم 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 يثري المكتبة

العربية النفسية بعدد من الأبحاث الجديدة والحيوية التي تساعد الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات على مواجهة التحديات والمواقف مما يؤكد على أهمية هذه الدراسة.

ثانيًا الأهمية التطبيقية:

- تكمن أهمية الدراسة الحالية في ارتباطها بالمشكلات المجتمعية المعاصرة وهدفها إلى تقديم الحلول لها، وتركز على معالجة التأثير السلبي للتكنولوجيا الحديثة على شخصية وسلامة نفسية المراهقين من ذوي الإعاقة السمعية.
- تقدم الدراسة الحالية برنامجًا قائمًا على العلاج المرتكز على التعاطف لخفض النوموفوبيا (الخوف المرضي من فقدان الهاتف النقال) لدى المراهقين ذوي الإعاقة السمعية، مما يساهم في مساعدتهم على التفاعل الاجتماعي الإيجابي والانخراط في أنشطة الحياة اليومية بدلاً من الاعتماد المفرط على التفاعل الافتراضي.
- يمكن أن تكون نتائج الدراسة ذات قيمة في تطوير برامج تدريبية وإرشادية قائمة على العلاج المرتكز على التعاطف (CFT) الذي يمكن أن يساهم في خفض النوموفوبيا لدى المراهقين ذوي الإعاقة السمعية.
- تساهم الدراسة الحالية في تزويد الباحثين والمرشدين النفسيين والأخصائيين النفسيين بمقياس للنوموفوبيا لدى المراهقين ذوي الإعاقة السمعية، يمكن الاستعانة به في الدراسات المستقبلية ذات الصلة بموضوع الدراسة الحالية، وكذلك في الكشف عن يعانون من هذا الاضطراب الذين هم في حاجة إلى التوجيه والإرشاد النفسي.

مصطلحات الدراسة:

التعاطف مع الذات Self-Compassion:

يتبنى الباحثان تعريف (Neff 2003) للتعاطف مع الذات والذي يعني التعامل مع الذات بلطف وتفهم أثناء الأوقات الصعبة بدلاً من الانتقاد المفرط، واعتبار صراعات الشخص تشكل جزءًا طبيعيًا من التجربة الإنسانية بدلاً من عزلها، 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 البوذي وعلم الأعصاب، ويركز هذا النظام بشكل أساسي على استخدام تدريب العقل الوجداني لمساعدة الأشخاص على النمو والتعامل مع تجارب الدفء الداخلي، والشعور بالأمان والهدوء، من خلال تدريبات التعاطف (Gilbert, ٢٠٠٩).

النوموفوبيا Nomophobia

ويعرفها الباحثان إجرائيا بأنها معاناة المراهقين 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 تفاعلهم مع الآخرين نتيجة فقدان الخدمات التي توفرها هذه الهواتف، مما يؤثر على قدرتهم سلباً عند القيام بالعديد من أنشطة الحياة اليومية. وتقاس النوموفوبيا إجرائياً بالدرجة التي يحصل عليها الطالب على مقياس النوموفوبيا المستخدم في الدراسة الحالية.

المراهقون ذوي الإعاقة السمعية Adolescents with hearing impairment

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

المحددات البشرية: تمثلت في المراهقين ذوي الإعاقة السمعية.

المحددات الزمانية: أجريت الدراسة في العام الدراسي ٢٠٢٤ / ٢٠٢٥ م - ١٤٤٦/١٤٤٥ هـ.

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

الإطار النظري والدراسات السابقة

للتحقق من أهداف الدراسة الحالية، قام الباحثان باستقراء التراث السيكلولوجي 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 والتكامل الاجتماعي، و يواجه هؤلاء المراهقين في تلك المرحلة العديد من التحديات داخل أسرهم والمجتمع، وغالبًا 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).

وتُعرف منظمة الصحة العالمية WHO (٢٠٢١) الإعاقة السمعية اصطلاحاً بأنها فقدان السمع بما يزيد عن ٣٥ ديسيبل في الأذن ذات السمع الأفضل، والشخص الذي يعاني من عدم القدرة على السمع بنفس جودة الشخص الذي يتمتع بسمع طبيعي (عتبة سمع تبلغ ٢٥ ديسيبل 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 ينتج 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 بالمملكة العربية السعودية، ٢٠٢١).

ثانيًا: النوموفوبيا: Nomophobia

يشير مصطلح "نوموفوبيا" (الخوف المرضي من فقدان الهاتف النقال) إلى القلق أو الخوف الذي يعاني منه الأشخاص عند فصلهم عن أجهزتهم المحمولة أو عدم قدرتهم على الوصول إليها، ويعد رهاب النوموفوبيا 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 ينتاب الشخص من عدم وجود هاتف نقال في لحظة معينة أو عدم قدرته على الوصول إليه، ففي الأساس يمثل اضطراب النوموفوبيا 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, 2021).

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

ويُعرف Bekaroğlu & Yılmaz (٢٠٢٠) اضطراب النوموفوبيا بأنه خوف مفرط وغير مبرر ينتاب الشخص عندما يفتقر إلى استخدام هاتفه النقال أو الاتصال به.

كما وضع Shin & Ali (٢٠٢٠) اضطراب النوموفوبيا بأنه الخوف والقلق الذي يشعر به الشخص في غياب الهاتف الذكي، ويمكن أن يسبب آثارًا سلبية على تطور المهارات الحركية والإنجاز الأكاديمي والتواصل الاجتماعي للمراهقين 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 تفاعلاتهم مع الآخرين نتيجة فقدان الخدمات التي توفرها هذه الهواتف، مما يؤثر على قدرتهم 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 تتمثل في الآتي:

- الاعتماد السلوكي: وهو انهماك المراهقين ذوي الإعاقة السمعية في استخدام هواتفهم الذكية، وصعوبة التخلي عنها، 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 الهواتف 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 بالهاتف 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 مواقع التواصل الاجتماعي.

- الأعراض والآثار المترتبة على النوموفوبيا

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

أشار Awed & Hammad (٢٠٢٢) بأن النوموفوبيا تؤثر على المراهقين ذوي الإعاقة السمعية في التحصيل الأكاديمي ويتضح في:

- التشبث وقلة التركيز: إن الانشغال المستمر بتوفر الهواتف الذكية والخوف من تفويت الفرصة قد يؤدي إلى صعوبة التركيز في الفصل الدراسي، وإكمال الواجبات، والتفاعل مع مواد التعلم. وهذا يشكل تحديًا خاصًا للطلاب ذوي الإعاقة السمعية الذين قد يواجهون بالفعل صعوبات في معالجة المعلومات السمعية ويحتاجون إلى تركيز أكبر.

- زيادة التغيب والتأخير: يمكن أن يتجلى القلق المرتبط بعدم وجود هاتف ذكي في تجنب المدرسة، مما يؤدي إلى زيادة التغيب والتأخر، مما يعوق التقدم الأكاديمي.

- الاعتماد على الأجهزة في التعلم: إن الاعتماد المفرط على الهواتف الذكية للتواصل والوصول إلى المعلومات يمكن أن يعوق تطوير استراتيجيات التعلم المستقل ومهارات حل المشكلات، مما قد يؤثر على الأداء الأكاديمي.

- اضطرابات النوم: يمكن أن يؤدي القلق المرتبط برهاب عدم الاتصال بالهاتف الذكي واستخدام الهواتف الذكية في الليل إلى اضطراب أنماط النوم، مما يؤدي إلى التعب وانخفاض التركيز وضعف الأداء الأكاديمي لهؤلاء الطلاب.

كما أشار Kachlík (٢٠٢٣) إلى تأثيرات النوموفوبيا 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 مؤثرًا 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 وجهًا لوجه ويعيق تطوير المهارات الاجتماعية الضرورية لبناء علاقات ذات معنى والحفاظ عليها.
- التنمر الإلكتروني والمقارنة الاجتماعية: فالتعرض المتزايد لوسائل التواصل الاجتماعي من خلال الاستخدام المستمر للهواتف الذكية والمقارنة الاجتماعية السلبية يؤثر سلبًا على احترام الذات والصحة العقلية.
- حواجز الاتصال: فإن الخوف من فقدان الأجهزة يمكن أن يؤدي إلى تفاقم الاعتماد على الأجهزة، مما قد يعوق تطوير استراتيجيات الاتصال الأخرى مثل لغة الإشارة أو قراءة الشفاه، ويحد من التفاعلات الاجتماعية في بيئات متنوعة.

ثالثًا: العلاج المرتكز على التعاطف (CFT):

العلاج المرتكز 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).

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

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 تخصص أو فكرة واحدة، كما أشار إلى أن التعاطف مع الذات يعمل على خفض الضغوط النفسية مثل: القلق والاكتئاب والضغوط النفسية، مما يؤدي إلى استخدام التعاطف مع الذات في برامج العلاج لمجموعة متنوعة من الاضطرابات 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 تسهم 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 تحسن معدل ضربات القلب ومستويات الكورتيزول في الجسم.

ويعتمد 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 تتمثل في نموذج الدوائر للثلاث أنظمة للتنظيم العاطفي:

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

ويقوم العلاج القائم على التعاطف على افتراضين أساسيين 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 الهائل إلى القدرة على التخطيط والتخيل ومراقبة الذات، وهذا يتيح للبشر معالجة القضايا الصعبة وبناء مجموعات اجتماعية كبيرة (Gilbert, ٢٠٢٢).

ويرى آيرونز ولاد (Irons & Lad, 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 استجابته للتهديدات، وتصبح في كثير من الأحيان هذه الأنظمة مهيمنة وتتركز 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 للتفاعل بين الجينات وعملية التعلم، وأن ذلك قد يسبب صراعاً 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 إمكانات الاستجابة المتعددة للتهديد يؤدي إلى استمرار السلوك المعرض للتهديد؛ لذلك يعتبر العلاج المبني على التعاطف مهماً في تطوير استراتيجيات السلامة التي يتم تفعيلها تلقائياً عند مواجهة أي

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

فروض الدراسة:

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطي رتب درجات النوموفوبيا بين أفراد المجموعة التجريبية والضابطة في القياس البعدي؟
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطي رتب درجات النوموفوبيا بين أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي؟
- توجد فروق ذات دلالة في متوسطي رتب درجات النوموفوبيا بين أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي؟

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 النوموفوبيا (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 البعدي) على متغيرات الدراسة، فضلاً عن استخدام التصميم ذي المجموعة الواحدة للوقوف على استمرارية أثر البرنامج بعد فترة المتابعة (القياس التتبعي 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، إحداها تجريبية والأخرى

ضابطة، قوام كل مجموعة (١٠) مراهقين، يتراوح عمرهم بين (١٥ - ١٨) عامًا بمتوسط عمري (١٦,٥) وانحراف معياري (١,٧٥)، ويتراوح فقدانهم للسمع بين (٤١-٦٥) ديسيبل.

شروط ومواصفات عينة الدراسة:

١- التشخيص: يجب أن يكون المراهق مصابًا 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 مرتفعًا، لضمان أن البرنامج يستهدف الفئة التي تحتاج إلى دعم خاص في هذا المجال.

٦- تكافؤ المجموعتين: يجب أن تكون المجموعتين التجريبية والضابطة متكافئتين من حيث العمر ومستوى النوموفوبيا، لضمان عدم تأثير هذه العوامل على نتائج البحث وتحقيق نتائج موضوعية ودقيقة.

رابعًا- 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 والعمر الزمني وجدول (١) يوضح ذلك.

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

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

تضح 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 إحصائية بين متوسطات رتب النوموفوبيا والعمر الزمني لأفراد المجموعتين التجريبية والضابطة مما يطمئن الباحثان إلى تجانس العينتين قبل تطبيق البرنامج.

خامساً- العينة الاستطلاعية:

تم حساب الخصائص السيكومترية 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 وضعاف السمع، خلال العام الدراسي ١٤٤٤-١٤٤٥ هـ، من غير العينة الأساسية للبحث وبنفس خصائصها.

سادساً- أدوات الدراسة:

قام الباحثان بتطبيق الأدوات التالية:

١. مقياس النوموفوبيا لدى المراهقين ذوي الإعاقة السمعية (إعداد الباحثان).
٢. برنامج التدريب لخفض النوموفوبيا لدى المراهقين ذوي الإعاقة السمعية (إعداد الباحثان).
١. مقياس النوموفوبيا لدى المراهقين ذوي الإعاقة السمعية (إعداد الباحثان):

• وصف المقياس وهدفه:

يهدف مقياس النوموفوبيا 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 للأدبيات والدراسات السابقة في هذا المجال، مثل دراسات Gezgin et al (٢٠١٨)، والعمرى (٢٠١٦)، بالإضافة إلى دراسات حديثة مثل Gonzalez-Gonzalez (2017)، (2019)، Jilisha et al، Kazem 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)، التخلي 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 والانعزاج 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". ويقاس 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 التخلي عن الراحة إجرائياً بأنه:

"استعداد المراهق للتخلي عن راحته ووقته وحياته الواقعية من أجل شغفه المفرط بمتابعة التطبيقات 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 بهاتفه 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 للتقييم، من "موافق بشدة" إلى "غير موافق بشدة". حيث قام الباحثان بإرسالها لعشرة محكمين مختصين في التربية الخاصة واستناداً إلى

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

- الخصائص السيكو مترية للمقياس:

أولاً: صدق المقياس:

أ- الصدق الظاهري:

تم تقييم صدق المقياس من خلال عرضه على عشرة محكمين من أساتذة الجامعات المتخصصين في التربية الخاصة. كان الهدف من هذا التقييم هو التحقق من صحة البنود الموجودة في المقياس، ومدى مناسبتها للمجتمع الدراسي، وصياغتها اللغوية، وملاءمتها للموضوع. وقد تم إجراء التعديلات، والحذف، والإضافة للبنود وفقاً لتوصيات الأساتذة. واعتمد معيار ألا تقل نسبة الاتفاق بين المحكمين على كل بند عن (٧٨٠٪) لتحديد صدق المقياس. تراوحت نسبة الاتفاق بين (٧٨٠٪) و (١٠٠٪)، مما يدل على صلاحية المقياس كأداة للدراسة.

ب- الاتساق الداخلي لمقياس النوموفوبيا:

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 النوموفوبيا

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

| افتقاد الهاتف المحمول | | التخلي عن الراحة | | عدم القدرة على الوصول إلى المعلومات | | فقدان الاتصال | | عدم القدرة على التواصل مع الآخرين | |
|-----------------------|----|------------------|----|-------------------------------------|----|---------------|----|-----------------------------------|----|
| **٠,٨٥٣ | ٤٦ | **٠,٨٥٤ | ٣٧ | **٠,٧٥٨ | ٢٧ | **٠,٨٢٧ | ١٧ | **٠,٨١٦ | ٤ |
| **٠,٨٨١ | ٤٧ | **٠,٨٦٤ | ٣٨ | **٠,٨٥٤ | ٢٨ | **٠,٨٥٩ | ١٨ | **٠,٨٤٥ | ٥ |
| **٠,٧٦٧ | ٤٨ | **٠,٨٩٥ | ٣٩ | **٠,٨٤٣ | ٢٩ | **٠,٨٥٥ | ١٩ | **٠,٨٤٥ | ٦ |
| **٠,٧٣٥ | ٤٩ | **٠,٨٦٢ | ٤٠ | **٠,٨٩٢ | ٣٠ | **٠,٨٦٥ | ٢٠ | **٠,٨٤٨ | ٧ |
| | | **٠,٨٥٦ | ٤١ | **٠,٨٥٨ | ٣١ | **٠,٨٥٨ | ٢١ | **٠,٧٤٨ | ٨ |
| | | **٠,٨٦١ | ٤٢ | **٠,٨٦٧ | ٣٢ | **٠,٨٦٨ | ٢٢ | **٠,٨٦٢ | ٩ |
| | | | | **٠,٧٨٤ | ٣٣ | **٠,٨٢٤ | ٢٣ | **٠,٧٣٥ | ١٠ |
| | | | | | | | | **٠,٨٤٨ | ١١ |
| | | | | | | | | **٠,٧٥٩ | ١٢ |
| | | | | | | | | **٠,٨٦٧ | ١٣ |

** معاملات الارتباط عند مستوى (٠,٠١)، * معاملات الارتباط عند مستوى (٠,٠٥).

ويتضح من الجدول (٢) أنَّ جميع مفردات النوموفوبيا معاملات ارتباطها موجبة ودالة إحصائيًا عند (٠,٠١) وهذا يعني تمتع 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 النوموفوبيا لدى المراهقين ذوي الإعاقة السمعية وجدول (٣) يوضح ذلك:

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

| الأبعاد | معامل الارتباط |
|-------------------------------------|----------------|
| عدم القدرة على التواصل مع الآخرين | ** ٠,٦٢٨ |
| فقدان الاتصال | ** ٠,٧٢٥ |
| عدم القدرة على الوصول إلى المعلومات | ** ٠,٧٤٢ |
| التخلي عن الراحة | ** ٠,٧٦١ |

| الأبعاد | معامل الارتباط |
|-----------------------|----------------|
| افتقاد الهاتف المحمول | ** ٠,٨٧٩ |

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

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

تمَّ حساب معامل الثبات، باستخدام معامل ألفا كرو نباخ، والتي تقيس مدى ارتباط مجموعة من العناصر ببعضها البعض كمجموعة متسقة، وطريقة معامل أوميجا، والتي تقيس مدى ارتباط كل عنصر بالمجموعة 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)

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

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 عالٍ من الاتساق الداخلي بين العبارات في كل بُعد. 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 النوموفوبيا 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 النوموفوبيا (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 Compassion (Gilbert, 2010)، العلاج المرتكز على التعاطف مع الغضب- A Compassion Focused Therapy Approach for Working with Anger (Kolts, 2016) ، كما تم الاطلاع على الدراسات السابقة التي تناولت العلاج القائم على التعاطف سواء التي هدفت إلى خفض ومواجهة الأعراض المرضية و تنمية 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 الفنيات والإجراءات والأنشطة المعدة لذلك من أجل مساعدتهم على خفض حدة أعراض اضطراب النوموفوبيا لديهم.

• الأهداف الخاصة للبرنامج:

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

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

- التعرف على العلاج المرتكز على التعاطف (CFT) ودوره في العلاج النفسي كأحد الاتجاهات العلاجية الحديثة.

- التعرف على طبيعة اضطراب النوموفوبيا وأعراضه، وأهم أسبابه وتأثيره السلبي على جميع جوانب حياتهم.

- التعرف على تأثير ضعف السمع على استخدام تكنولوجيا (الهاتف 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 المرتكز على التعاطف (CFT) وكيف يمكن أن تساعد في إدارة المشاعر الصعبة المرتبطة بالنوموفوبيا.

- التعرف على النقد الذاتي المتعلق بالنوموفوبيا وتحديه.

- ممارسة اللطف والقبول الذاتي.

- تنمية التعاطف مع الآخرين بممارسة التعاطف وتقبل وجهات النظر.

- التعرف على المواقف والأفكار التي تثير رهاب النوموفوبيا وإعادة صياغة أنماط التفكير السلبي.

- ممارسة مهارات التواصل الرحيم والحزم لوضع الحدود والتعبير عن الاحتياجات المتعلقة باستخدام تكنولوجيا (الهاتف النقال).

- تعلم الطلاب تقنيات الاسترخاء (المكيفة لضعاف السمع) لإدارة القلق والتوتر المرتبط بالنوموفوبيا.
- تطوير استراتيجيات الاستخدام الواعي للتكنولوجيا لدى الطلاب ووضع الحدود، والمشاركة في الأنشطة البديلة.
- استكشاف تأثير النوموفوبيا على العلاقات الاجتماعية وممارسة المهارات اللازمة لبناء علاقات أقوى.
- تدريب الطلاب على دمج ممارسات التعاطف مع الذات في الروتين اليومي والتفاعلات لتنمية 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:

تمثلت الأسس النفسية والاجتماعية والتربوية والفلسفية للبرنامج في الآتي:

- الأسس النفسية: تمثلت في خفض التأثيرات السلبية لاضطراب النوموفوبيا على أعضاء المجموعة التجريبية، وتدعيم 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 للتعلم بالمهاول.

- 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 تأنيباً 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 بطبعه، وأن الأفكار والسلوكيات مرتبطان ومتداخلان ويؤثر كل منهما في الآخر، وأنه ينبغي دحض الأفكار السلبية المتعلقة باستخدام الهاتف المحمول واستبدالها بأفكار إيجابية.

• الفنيات والاستراتيجيات العلاجية المستخدمة في البرنامج:

يعتمد العلاج المرتكز على التعاطف على عدد من الفنيات المستخدمة في العلاجات النفسية الأخرى وذلك من خلال صفات الذات الوجدانية، وقد استخدم الباحثان عدداً من الفنيات والاستراتيجيات العلاجية خلال الجلسات تنوعت بين فنيات تم توظيفها للتثقيف النفسي وتمثلت في المحاضرات والمناقشات والواجبات المنزلية وإعادة البناء المعرفي؛ كما تم استخدام عدد من الفنيات في تنمية التعاطف مع الذات والتي اقترحها Gilbert (٢٠١٠) وتمثلت في النمذجة، الاسترخاء والتأمل والوعي الذاتي والتقبل؛ كذلك تم استخدام فنيات 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 نمو البرنامج وتقدمه 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 النوموفوبيا لدى أعضاء المجموعة التجريبية، وذلك من خلال مقارنة درجاتهم على مقياس النوموفوبيا في القياسين القبلي والبعدي.

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

سابعاً: الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة:

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

١- لحساب الخصائص السيكومترية استخدم معامل الارتباط (بيرسون)، وألفا كرو نباخ، والتجزئة النصفية باستخدام معادلة (سييرمان).

٢- اختبار مان وتني، واختبار اختبار ويلكوكسون، ومعامل الارتباط الثنائي للرتب وذلك للتحقق من صحة فروض الدراسة.

ثامناً: 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 البعدي".

للتحقق من صحة هذا الفرض، تم استخدام اختبار مان . وتني (Mann-Whitney U) وقيمة (Z) كأحد الأساليب الالابارامترية للتعرف على دلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات الأطفال في القياس البعدي، 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 . وتني للعينتين المستقلتين.

جدول (٥) دلالة الفروق بين متوسطي رتب الدرجات القياس البعدي وحجم الأثر لدى المجموعتين 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 | صفر | ٣,٨٢ | ٠,٠١ | — ٠,٨٥٤ |
| | ضابطة | ١٥,٥ | ١٥٥ | | | | |
| فقدان الاتصال | تجريبية | ٥,٥ | ٥٥ | صفر | ٣,٧٩ | ٠,٠١ | — ٠,٨٤٨ |
| | ضابطة | ١٥,٥ | ١٥٥ | | | | |
| عدم القدرة على الوصول إلى المعلومات | تجريبية | ٥,٥ | ٥٥ | صفر | ٣,٨٢ | ٠,٠١ | — ٠,٨٥٤ |
| | ضابطة | ١٥,٥ | ١٥٥ | | | | |
| التخلي عن الراحة | تجريبية | ٥,٥ | ٥٥ | صفر | ٣,٧٩ | ٠,٠١ | — ٠,٨٤٨ |
| | ضابطة | ١٥,٥ | ١٥٥ | | | | |
| افتقاد الهاتف المحمول | تجريبية | ٥,٥ | ٥٥ | صفر | ٣,٨١ | ٠,٠١ | — ٠,٨٥٢ |
| | ضابطة | ١٥,٥ | ١٥٥ | | | | |
| الدرجة الكلية | تجريبية | ٥,٥ | ٥٥ | صفر | 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، التخلي عن الراحة، افتقاد الهاتف المحمول، والدرجة الكلية) تتراوح بين -٣,٧٩ و -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 رتب درجات المراهقين في المجموعتين التجريبية والضابطة على جميع أبعاد النوموفوبيا، لصالح المجموعة التجريبية.

تدل هذه النتائج على أن البرنامج التدريبي 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 التدريبي 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 & Saputra (٢٠٢٣) ودراسة Aini, Bukhori & Bakar (٢٠٢١) ودراسة Nasab, Manshaee & Nadi (٢٠٢١) التي أظهرت أن التدخلات العلاجية القائمة على العلاج المرتكز 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) وقيمة (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) في حالة اختبار ويلكوكسون للعينتين مرتبطتين.

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

| الأبعاد | الرتب | العدد | متوسط الرتب | مجموع الرتب | قيمة Z | مستوى الدلالة | حجم الأثر |
|-------------------------------------|---------------|-------|-------------|-------------|------------|---------------|------------|
| عدم القدرة على التواصل مع الآخرين | الرتب الموجبة | ٠ | ٠,٠٠ | ٠,٠٠ | - ٢,٨٠٧ | ٠,٠٠٥ | - ٠,٨٨٨ |
| | الرتب السالبة | ١٠ | ٥,٥ | ٥٥ | | | |
| | التساوي | ٠ | | | | | |
| | الكلي | ١٠ | | | | | |
| فقدان الاتصال | الرتب الموجبة | ٠ | ٠,٠٠ | ٠,٠٠ | - ٢,٨٠٥ | ٠,٠٠٥ | - ٠,٨٨٧ |
| | الرتب السالبة | ١٠ | ٥,٥ | ٥٥ | | | |
| | التساوي | ٠ | | | | | |
| | الكلي | ١٠ | | | | | |
| عدم القدرة على الوصول إلى المعلومات | الرتب الموجبة | ٠ | ٠,٠٠ | ٠,٠٠ | - ٢,٨٠٥ | ٠,٠٠٥ | - ٠,٨٨٧ |
| | الرتب السالبة | ١٠ | ٥,٥ | ٥٥ | | | |
| | التساوي | ٠ | | | | | |
| | الكلي | ١٠ | | | | | |
| التخلي عن الراحة | الرتب الموجبة | ٠ | ٠,٠٠ | ٠,٠٠ | - ٢,٨٠٧ | ٠,٠٠٥ | - ٠,٨٨٨ |
| | الرتب السالبة | ١٠ | ٥,٥ | ٥٥ | | | |
| | التساوي | ٠ | | | | | |
| | الكلي | ١٠ | | | | | |
| افتقاد الهاتف المحمول | الرتب الموجبة | ٠ | ٠,٠٠ | ٠,٠٠ | - ٢,٨٠٩ | ٠,٠٠٥ | - ٠,٨٨٨ |
| | الرتب السالبة | ١٠ | ٥,٥ | ٥٥ | | | |
| | التساوي | ٠ | | | | | |
| | الكلي | ١٠ | | | | | |
| الدرجة الكلية | الرتب الموجبة | ٠ | ٠,٠٠ | ٠,٠٠ | - ٢,٨٠٥ | ٠,٠٠٥ | - ٠,٨٨٧ |
| | الرتب السالبة | ١٠ | ٥,٥ | ٥٥ | | | |
| | التساوي | ٠ | | | | | |
| | الكلي | ١٠ | | | | | |

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، التخلي عن الراحة، افتقاد الهاتف المحمول، والدرجة الكلية) هي $-2,807$ إلى $-2,809$ ، وهي جميعها أقل من القيمة الحدية $1,96$ وبما أن $p = 0.005$ أقل من مستوى الدلالة $0,05$ ، فهذا يشير إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين التجريبية والضابطة على جميع أبعاد النوموفوبيا، لصالح المجموعة الضابطة.

تشير قيمة حجم الأثر $(-0,888)$ في جميع الأبعاد إلى وجود تأثير قوي جداً للبرنامج التدريبي في خفض النوموفوبيا 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 Jones, et al. (2019) Hammad (2023); Awed & Hammad (٢٠٢٢)؛ التي أشارت ان تؤدي المستويات العالية من النوموفوبيا لدى المراهقين ذوي الإعاقة السمعية تؤدي إلى العديد من المشاكل السلوكية مثل: السلوكيات الإشكالية في الفصول الدراسية، ومشكلات التواصل الاجتماعي مثل: ضعف التفاعل الاجتماعي مع العائلة والأصدقاء والأقارب والتهرب من الحضور في المناسبات الاجتماعية، والمشاكل الصحية مثل: التغيرات في أنماط النوم، والاضطرابات الانفعالية مثل: التوتر والقلق والانفعال عند الابتعاد عن الهاتف؛ مما أدى إلى اعتماد هؤلاء المراهقين على الهاتف الذكي والخوف المرضي من فقدانه، مما يشير إلى فعالية البرنامج في تحسين مستوى النوموفوبيا 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 النوموفوبيا بين أفراد المجموعة التجريبية في القياس البعدي والتتبعي."

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

جدول (٧) دلالة الفروق بين متوسطي رتب درجات القياسين البعدي والتتبعي النوموفوبيا لدى المراهقين ذوي الإعاقة السمعية

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

| الأبعاد | الرتب | العدد | متوسط الرتب | مجموع الرتب | قيمة Z | مستوى الدلالة |
|---------|---------------|-------|----------------|----------------|--------|------------------|
| | الرتب السالبة | ٧ | ٤,٥٧ | ٣٢ | ٠,٤٦١ | |
| | التساوي | ٠ | | | | |
| | الكلية | ١٠ | | | | |

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

وبناء على ما تقدم، يرى الباحثان أنه 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 ويمنعهم 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 نشر الوعي 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 النوموفوبيا بين الطلاب المراهقين ذوي الإعاقة السمعية.
- ٤- إجراء دراسات مماثلة تخاطب فئات أخرى مثل (المعلمين - الموظفين - كبار السن).
- ٥- تفعيل الدور الوقائي للأسرة والمدرسة والمؤسسات المختلفة في التعامل مع اضطراب النوموفوبيا لرفع مستوى الوعي ونشر الموارد وتوفير خدمات الدعم.
- ٦- مساعدة الطلاب المراهقين ذوي الإعاقة السمعية على الفهم الأفضل لذواتهم وللآخرين، ومحاولة تشجيعهم ممارسة مهارات التعاطف مع ذواتهم.
- ٧- تدريب الطلاب على زيادة القوة في مواجهة المشكلات الصادمة بدلا من الهرب منها.

عاشراً: المقترحات 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 بالنوموفوبيا التي لم يتم تناولها سابقاً، 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 & علي محمد علي البسيوني. (٢٠٢٣). نمذجة العلاقات السببية بين النوموفوبيا واليقظة العقلية والألكسيثيميا لدى المراهقين ذوي الإعاقة السمعية. المجلة المصرية للدراسات النفسية، ٣٣ (١٢٠)، ٢٦٧-٣٣٨.

وزارة الصحة، المملكة العربية السعودية. (٢٠٢١). منصة التوعية بالإعاقة. تاريخ الاسترجاع ٢٥/١٠/٢٠٢١ من <https://www.moh.gov.sa/awarenessplatform/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/awarenessplatform/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., & Yılmaz, 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. *Člověk a společnost*, 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.org/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
- 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>





الجامعة الإسلامية بالمدينة المنورة
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)

